



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース 2/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英達  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.656 2007/2/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 次期改定で「7対1」に必要度を導入

7対1看護 当面の策を大臣に建議。病院団体の要望は拒絶

中医協は1月17日の総会で、7対1看護新設を契機とする看護師不足問題をふたたび議論。

「医療の質を高める」という本来目的にそぐわない病院が多くあるという認識から、いたずらな採用を抑制するべきであるという方向で一致した。

その結果、次期改定に向けて7対1看護の「必要度」を検討するとともに、当面の対策として募集活動等に自制を求めるなど何らかの措置をとることで合意。厚生労働大臣に建議することによって、全省レベルの対応を求めることを決めた。建議は1月31日の中医協で行なう。(1月31日の中医協速報を別掲)

看護師不足問題がふたたび取り上げられた背景には、11月22日付の四病協要望書と1月12日付で提出した日病協の要望書とがある。四病協の提案を受け入れ、同要望書を一部書き換えたかたちで日病協が提出に応じ、中医協の審議にのぼらせることを約したもので、いずれも、7対1看護届出に何らかの基準を設ける規制を加え、この4月に実施するよう審議を求めている。

日病協の要望書は結果的に中医協の審議につながった。しかし、医療課は、この要望書を中医協審議資料に採用することを拒んだ上、「本年4月の見直し」という論点を「次期改定の課題」にすりかえる方向で事前調整した上、正式議題ではなく、06年改定影響データの報告と絡めた2号側による自発的発言というかたちで議論を容認した。

したがって、議論の流れは初めから7対1看護対策を「次期改定の重要課題」に先送りする方向で展開され、中小病院の経営行き詰まり多発を恐れ、早急な見直しを切望する病院団体の真摯な

## 「7対1」規制で4月実施案提言を決める

国立病院と民間病院が見解一致。日病協、新たな局面

1月24日の四病協総合部会で、1月17日の中医協総会で日病協の要望事項が取り上げられなかったことに強い不満が噴出した。中医協委員を推薦している日病協の鼎の軽重が問われると、日病協に対する不信感をあらわにする声もあった。

1月26日の日病協代表者会議で、全日病と日精協は、中医協に日病協要望書が提出されず、要望事項が議論に反映されなかった経緯をたずねるとともに、

要望は拒絶された。(7面に日病協要望書の要旨を掲載)

## 中医協が建議。省あげた改善施策を求める

「7対1」の現基準を見直し、導入必要度の開発に着手すべし!

1月31日の中医協総会は、看護師確保を困難としている現状に有効な手立てを求める建議書を取りまとめた。

主旨の部分を以下で紹介する。  
1. 看護職員の配置数等を満たした病院に届出を認めるという現行7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な患者が多い病院等に限り

届出可能となるようなものとする。2. 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準のあり方について、必要な研究を早急に着手し、その結果を踏まえて、2008年度の診療報酬改定において対応すること。3. 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

経営困難に陥っている病院を抱えている。

その結果、4月に実施可能な規制措置を早急に考案し、2月半ばをめどに中医協に再度提議することで合意、各団体が素案をもちよることを決めた。

委員を輩出する協議体として、日病協には、中医協が引き金を引いた看護師不足問題に動きが鈍い一面が否めなかった。しかし、国立病院と民間病院が、地域医療を支える中小病院の救済という1点で一致、粘り強い訴えかけをすることで連携が成立した。

## 活動を大幅拡大。苦境打開に積極策で対応

2007年度事業計画案 提言・研修・会員支援・組織強化・広報等で充実した方針

佐々執行部は2007年度の事業計画案および予算案を1月18日の第3回理事会・第10回常任理事会に提出、承認を得た。3月24日の第88回定期代議員会に諮られる。

4月に施行される医療制度改革関連法によって、とくに、中小民間病院は未曾有の経営危機にみまわれることが懸念される。

こうした情勢に、執行部は全日病の発言力と会員病院に対する支援をさらに強化することによって対応する考えであり、07年度の事業計画案できわめて積極的な活動方針を打ち出した。(7面に事業計画案を掲載)

## 08年改定で亜急性期に提言。介護施設の医療提供も

06年度事業計画を見直して大きく拡充した分野は、主に、①提言活動、②研修・講座事業、③会員病院支援、④支部支援・組織強化、⑤広報活動、からなる。

提言活動の対象項目としては、新たに「医療施設体系のあり方」「地域医療計画」「介護施設における医療提供のあり方」「終末期医療におけるガイドライン」を加えた。また、「亜急性期入院医療」「慢性期入院医療」を独立項目として取り上げた上で、08年度診療報酬改定に向けて調査等積極的な「検討・提言」活動に取り組む方針を明確にした。

療養病床再編については、「介護療養型医療施設の老人保健施設等への転換」に関する調査を実施する。

調査・検討・提言作成と並行して、「病院のあり方報告書2006年度版」で提起し

たように、「提言実現の基礎となるデータ作成のためのシンクタンク設置に関する検討」を進める。執行部は、シンクタンクの早期設置に向け、07年度内に実務的な検討に着手する考えだ。

研修・講座事業については「個人情報管理・担当責任者養成研修」を新設するほか、インターネットを活用した教育事業(eラーニング)として「病院情報システム導入指導者向け研修」も立ち上げる。

さらに、四病協が主催していた3つの研修事業のうち、「臨床研修指導者講習会」「医療安全管理者養成講習会」を全日病として独自開催する。これは、各病院団体の会員状況に即した研修プログラムを組むべきとする日病等の提案で、06年度をもって四団体の共同開催が終了するため。

## 「特定健診・保健指導」で研修会。四病協2研修も独自開催

会員病院支援の分野では、08年度税制改正要望の一環に「消費税」と「医療

法人への課税」の2テーマを、事業計画に初めて盛り込んだ。

一方、病院運営の面では、会員病院におけるDPCの円滑導入とその効率運用を助ける「DPC分析事業」に着手する。

また、救急医療への対応の一環に「会員施設内医師の救急医療の質の向上」というテーマを掲げ、救急医療にかかわる質の問題を初めて事業計画に位置づけた。

さらに、健診事業の分野では、「日本人ドック学会との連携」に加え、08年度実施の前に「特定健診・特定保健指導研修会」を開催するなど、制度改正への対応を織り込んだ。

組織強化に関して、執行部は、複数支部が共催するブロック研修会を年4回開催する方針を打ち出すとともに、「ブロック研修会等の開催時における積極的

な入会勧誘」を事業計画に盛り込んだ。広報の分野では、「ホームページのリニューアルとコンテンツの追加」「支部との情報交流の促進」そして「インターネットによる会員情報の集積及び会員相互間会議」の検討を打ち出した。

さらに、07年度事業計画は、「病院のあり方報告書2006年度版」について、「国民向け版の作成と広報」という方針を掲げた。わが国病院医療の現状と課題そして理念・倫理と改革メッセージを病院団体の発信で国民と関係者に伝えようとするものであり、政府とは別チャンネルの情報を開発する試みとなる。

## 選挙告示

社団法人全日本病院協会定款第17条および第21条の規定により、理事及び監事並びに代議員会議長及び副議長の選挙を下記のとおり行います。

これに立候補しようとする者は、会員3名以上の推薦状を付して、所定の様式による立候補の届出書を締切日までに本会事務局へ提出して下さい。

記

1. 選挙期日 平成19年3月24日(土) (第88回定期代議員会)
2. 場 所 東京都千代田区飯田橋1-1-1 ホテルグランドパレス3F「白樺」
3. 定 数 理事55名 監事3名  
(うち監事1名は定款第17条1項により会員外から代議員会の承認を得て会長が委嘱する) 代議員会議長1名 代議員会副議長2名
4. 立候補届出締切日 平成19年2月24日(土)

平成19年1月24日  
社団法人全日本病院協会 会長 佐々英達

2月1日号は8頁立の特別紙面を組みました。2月15日号は4頁立となります。

# 医療内容に踏み込まず。手続きのみでまとめる

## 終末期医療決定プロセスあり方検討会 3月内に指針策定。たたき台から「積極的安楽死否定」を削除か

厚労省は、終末期医療に関する指針案をまとめるために、医政局長の下に「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、1月11日に初会合をもった。

厚労省は、すでに昨年9月15日に「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」を公表し、パブリックコメントとは別に、関係者と国民からの意見を3月末までの間受け付けている。

その際に、別途有識者による検討会を設置し、寄せられた意見を議論に反映させつつ、06年度内に指針をまとめる方針を明らかにしていた。

検討会の委員は四病協各団体推薦を含む14名。全日病からは木村厚常任理事が委員として参加。座長に、法学者である樋口範雄氏(東大大学院教授)を選出した。

会議の冒頭に、事務局(厚労省医政局総務課)は、1月5日までに寄せられた意見を報告した。総数は65件(うち医療関係者は30人)と少なく、テーマの難しさとともに、ホームページのみに頼った意見募集の限界があらためて浮き彫りとなった。

検討会の役割について、事務局は「終末期医療のすべてをまとめるものではなく、他の議論と並行しつつ、とりあえず決定プロセスのあり方についてだけ

でもまとめていただきたい」と説明。終末期医療のあり方をめぐり、議論は、今後、別途設ける検討会等にゆだねつつ、なお時間をかけるものの、方針を決める手続きについてはスタンダードの確立を急ぎたいという主旨を表明した。

しかし、手続き面のみの指針によっては、患者家族等との合意・納得の獲得あるいは警察当局や裁判という不確定要因への対応など、医療方針にかかわって噴出しかねない問題に、ひとり現場が矢面にたたきされることになりかねない。

本会木村常任理事の代理で出席した飯田常任理事は、「いまや現場では、プロセスだけでなく、決定する内容も重要になっている。しかし、その結果に対して、刑事告発を受ける可能性があるとしたら、現場としては対応できなくなる。どういう行為が合法であるのか、不作為の行為と中止・延命の措置が刑事訴追の対象となるのかどうかにまで踏み込んだ議論をしていただきたい」と述べ、「決定プロセスの範囲を超える領域にまで議論は踏み込まざるを得ない」と、事務局の考えに異を唱えた。

しかし、他の委員からは、短時間で結論を求められていることなどを理由に、事務局の考えを支持する意見が出た。

これに対して飯田常任理事は、「手順がいかにかかりしたところで、最後に免責などの制度整備ができていなければ現場は混乱する」と訴えた。そして、倫理委員会が延命治療の中止を容認したものの、国の指針がないことによる院長の反対などで結果的に中止されなかった岐阜県立多治見病院の例をあげ、そこには、単なる手続きだけではなく、法的保護の問題が横たわっていると指摘した。

この提起に賛否両論が交わされたが、結局、ガイドライン案の「たたき台」があり、3月までの短期日で正式な案をまとめなければならぬことなどから、「何も指針がない状態よりは一步前進するのではないか(樋口座長)」という声が多く、決定プロセスを中心に議論する方向でおおむねまとまった。

事務局は、今後、3、4回ほどの会合で成案をまとめたとしている。

「たたき台」の検討では、主に、基本方針をまとめた「1. 終末期医療及びケアのあり方」の、「①終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種医療従事者



から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。」について、「患者の意思決定を踏まえて」や「チームによる判断」などの意味と理解を問う様々な意見が示され、修正を図ることで概ね一致した。

また、同③の「どのような場合であっても、『積極的安楽死』や自殺補助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。」の一文についても、意見が交わされた。

委員の一部からは、条件を限定しながらも「安楽死」を認める判例があることなどを理由に、「絶対認められない」と指針に盛り込むことは問題ではないかという意見が強く出された。

さらに、医療行為にかかわる価値判断を扱っていることから、この一文の除外を検討すべきという意見も示された。この方向で合意が図られる可能性が高い。

次回以降、「2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続」を検討した後、再度、「1. 終末期医療及びケアのあり方」に戻って、全体を整理する予定だ。

# 「地域医療支援病院を支援してほしい」

## 医療施設体系のあり方検討会 「要件の緩和には反対」。浦添総合病院が意見表明

12月27日に開かれた「医療施設体系のあり方に関する検討会」は、特定機能病院と地域医療支援病院からヒアリングを行なった。招聘されたのは特定機能病院が大阪府立成人病センター、地域医療支援病院は沖縄県の浦添総合病院。

大阪府立成人病センターは、昨年4月に、これまでの医療機関類型以外で初めて承認された。完全予約制の下、紹介率は85%に達している。特定機能病院になったことで、研修活動の取り組みなどの職員意識や安全面への意識が高まり、地域医療機関による評価も向上。多大なメリットが得られたと現状を肯定する報告に終始した。

一方、浦添総合病院は本会会員である宮城敏夫理事長が出席し、2001年に地域医療支援病院になったものの、今に至るも赤字経営にある現状をつまびらかにした。

外来患者が1日1,000人を越え、外来・入院とも診療に支障をきたすようになったことから地域医療支援病院を志した。だが、地域医療支援病院の収支試算は赤字であった。

それでも、地域特性と医療機能の面

から地域医療支援病院を選択すべしという信念を貫き、理事会の反対を押し切った。しかし、それ以上に、患者を手放すことへの医師の不満や継続受診を切望する患者の声に苦勞させられたと宮城理事長は述べた。

だが、「血の出る思い」は承認直後だけではなく。患者数の落ち込みと診療報酬とのミスマッチに見舞われたが、それが常態化したために赤字から抜け出せないという。

地域的に高齢のがん患者が多く、しかも、在宅医療を担う医療機関が少ないことから再発入院を引き受ける役割を担わされた。さらに、高齢者の救急入院が増え、1ヶ月以上の入院が常時30床以上あるとも説明。赤字が避けられない原因の一端に診療報酬の不合理的があると指摘した。

いわゆる「奥の手」という「奥の手」を宮城理事長は否定する。「自院経営だけを考えるとどうもやり方だ。しかし、地域医療に責任をもつ病院のとりべき方法ではない」と。

幸い、救命救急の増加と7対1看護の導入で「一時的に赤字幅は縮小した」。

「しかし、質の高い急性期医療を考えると7対1でも少ないぐらいだ」と、ICUとHCUを有する302床の病院経営者は、質を追求し続ける気概を示した。

この間、少なからぬ医師が開業独立し、新たな病診連携先となった。浦添総合病院は開放病床を30床確保しているだけでなく、地域の病院や診療所へ



の出張診療・代診も行なっている。

宮城理事長は「厚労省は頑張っている地域医療支援病院を支援してほしい」と訴えた。そして、「今になってハードルを低くするという考えには反対である」と、承認要件の見直しに注文をつけた。

## 医療短信 BRIEF

### ■「病院薬剤師の業務と人員配置検討会」

厚労省は「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」を設置、12月27日に初会合を開いた。本会からは手束副会長が委員に就任した。

検討テーマは、①病院薬剤師が行う業務の実態・配置状況の把握、②上記を踏まえた病院薬剤師の業務及び人員配置のあり方の検討、の2点。

主に、安全確保を含む業務のあり方が論点になるものとみられる。2007年の夏を目途に報告を取りまとめる。

### ■経団連が医療給付費圧縮を提言

日本経団連は1月1日付で長期展望「希望の国、日本」を発表。医療については、給付費の目標額を設定し、毎年実績と照らし合わせる医療費管理のPDCAサイクルを提唱。さらに、保険免責制の導入や混合診療の全面解禁などによる給付費の圧縮が必要と提言した。

### ■先進医療で死亡例。副作用等への対応を検討

「先進医療」の凍結保存血管の移植術で治療後に患者が死亡した初の症例が、1月12日の先進医療専門家会議に報告された。手術方法に問題はないことから先進医療の承認は取り消さない。

同日の会議は先進医療で重大な副作用・合併症が生じた場合の対応を審議・決定し、1月17日の中医協に報告した。

### ■民主党が療養病床診療報酬見直しを緊急提言

民主党は12月半ばに「介護保険への緊急提言」をまとめた。医療区分1に扱われる胃ろう患者等を早期に退院させるのは困難とし、無理な退院を求められないことがないように、適切な介護報酬・診療報酬に見直すとともに、退院受け皿となる介護施設を早急に整備するよう提言した。

### ■区分1の半数は「退院が困難」一保団連が調査

全国保険医団体連合会は12月18日、療養病床入院患者に関する調査結果を発表した(回答は809医療機関)。

それによると医療区分1の患者のうち、介護施設や在宅で対応できる患者は47.6%と半数を切った。一方で、「常時医学的管理を要する患者」が8.3%、「容態の急変が起きやすい患者」が12.7%、「一定の医学的管理を要する患者」が28.8%いた。保団連は、「区分1の患者の約半数が引き続き入院医療が必要」と報告している。

## 区分2・3が増加。国保9月の区分1は42.9%

厚労省は12月20日の中医協総会に、療養病床における、9月の医療区分分布状況を報告した。国民健保の各月支払分について、全国8ブロックより約170病院、約8,000人のレセプトを抽出したものを、

それによると区分1は減少をたどり、

### ■医療区分の分布状況(国保支払い分レセプト)

	06年7月診療分	8月診療分	9月診療分
医療区分1	47.0%	44.9%	42.9%
医療区分2	38.9%	39.4%	40.6%
医療区分3	14.1%	15.8%	16.5%

※調査病院数約170(患者数約9,000人)。特別入院基本料算定の患者を除く

7月の47.0%から9月には42.9%へと割合をさらに下げた。これに対して区分2と3の割合は増加を続けており、9月診療分は、2が1.7ポイント、3は2.4ポイントと7月よりもそれぞれ増加した。

介護保険病床だけでなく一般病床から重度な患者が医療療養病床に移ってきているためだが、医療区分判定における医師の判断が、形式的な基準よりも、医療処置や看護の実態を重視するようになってきているとみる向きもある。



# 患者一部負担金未払で保険者と四病協が協議

## 未収金問題 厚労省が仲介。市町村にも問題所在と通知の周知を図る

患者一部負担金の未払い問題について、厚労省は、関係団体による意見交換の場を設置する方針を固め、四病協に通告した。1月24日の四病協総合部会に日精協山崎副会長(四病協・治療費未払問題対策検討委員長)が報告した。

昨年8月に四病協が病院未収金実態調査報告を公表した以後、マスコミ等の未払い問題に対する関心はとみに高まった。

治療費未払問題検討委員会は12月15日付で四病協傘下全会員病院に文書を発送し、未払い患者に書面督促を行なうよう呼びかけた。その結果、この問題の報道やインターネット上の情報件数はさらに増加し、今や、社会問題化したといえる。

前出文書に触発された病院による自治体等への問い合わせも増えており、相談を受けた自治体による照会が厚労省に多数寄せられている。これまで静観を決め込んでいた厚労省だが、ここにきて

重い腰をもちあげざるを得なくなったという恰好だ。

1月16日の全国厚生労働関係部局長会議に配付した保険局資料に、厚労省は、未払い問題を独立項目として建てるとともに、保険局唐澤総務課長が一部負担金徴収にかかわる健保法の規定や関連通知の内容を説明、都道府県の医政担当幹部に注意を喚起した。

同課長は、健保法第74条2項(別掲)について「病院が善管義務を果たしてもなおかつ未払いである場合には、保険者が医療機関に代わって徴収義務を負うということである」と説明。ただし、「これは保険者がすべて支払うということの意味するものではない。そこは、医療機関との話し合いになる」と解釈してみせた。

その上で、「この問題は、医療機関、保険者、医政担当者(行政)の3者がよく話し合う必要がある」と提起。厚労省として「議論する必要を認める」として、

「市町村にも周知していただきたい」と結んだ。

意見交換の場は厚労省、日本医師会、保険者団体、四病協の4者からなる。すでに日医は医師会立病院を対象とした未収金実態調査を終えており、未払い問題で四病協と緊密な連携をとることが合意されている。

意見交換の具体的な方法は、2月15日の治療費未払問題検討委員会で、厚労省の参加を得て話し合われる。

同委員会は、保険者等との話し合いと並行して、未収金回収マニュアルの制作に着手する方針だ。

### 健康保険法第74条 2

保険医療機関又は保険薬局は、前項の一部負担金の支払を受けるべきものとし、保険医療機関又は保険薬局が善良な管理者と同一の注意をもってその支払を受けることに努めたにもかかわ

らず、なお療養の給付を受けた者が当該一部負担金の全部又は一部を支払わないときは、保険者は、当該保険医療機関又は保険薬局の請求に基づき、この法律の規定による徴収金の例によりこれを処分することができる。

### 健康保険法等の一部を改正する法律等の施行に係る事務取扱いについて(昭和56年2月 25日保険発第10号・庁保発第2号)

#### 第三 未払一部負担金の保険者徴収に関する事項

1 保険医療機関から保険者に対し、未払一部負担金の処分を請求があった場合、保険者は保険医療機関が善良な管理者と同一の注意をもって一部負担金の支払いを求めたことを確認のうえ当該請求を受理するものであること。

この場合において、善良な管理者と同一の注意とは、保険医療機関の開設者という地位にある者に対し、一般的に要求される相当程度の注意をいうものであり、その確認は、例えば、内容証明付郵便により支払請求を行った等の客観的事実に基づき行うこと。

# 06年4~8月の医療費が0.1%減少。受診抑制が影響

厚労省は1月16日の全国厚生労働関係部局長会議で2006年8月の医療費動向を報告。伸び率(総計)が06年度4~8月の通期で対前年同期に比べ0.1%下がったことに言及し、「制度改革および06年改定で見込んだものとはほぼ水準となっている」(保険局唐澤総務課長)という認識を示した。

MEDIASによる8月の医療費総額の伸

び率は-0.4%と4年ぶりに大きな落ち込みを示した。特に国保(-3.2%)と老人保健(-3.7%)の減少が大きい。

医科入院外は-1.1%。通期でも-0.7%と減少基調にあるが、医科入院は+1.4%、通期でも+1.4%と増加基調を維持している。ただし、入院時食事療養費は-16.0%、通期でも-15.5%と極端な減少をみせている。

医療費の総額は、制度改正と改定のない05年度に+3.1%の増加をみせた。いわゆる自然増だが、06年に3.16%のマイナス改定をした結果、06年度4~8通で+0.1%、したがって、同時点で自然増相当分の医療費が抑制できたことになる。

患者数を表す受診延日数は、4~8月通期で、医科入院が-0.8%、同入院外が-1.3%とともに減少した。しかし、改定

の影響が単価として表れる1日当たり医療費は医科入院+2.2%(食事を除くと+0.9%)、同入院外+0.6%と増加した。

1件当たり日数の伸び率も医科入院が-1.3%、同入院外が-2.2%であり、もっぱら受診抑制が医療費の伸びを抑える結果となっている。

病院の種別で見ると、4~8月通期で、大学病院は+2.6%と大きく増加し、法人病院が+0.9%と続いている。一方、公的病院は-2.1%、個人病院になると-8.9%と落ち込みが顕著だ。

# 「算定日数上限による機械的打切は不適切」

## リハの継続で通知 医療・介護のリハ継続に向け、連携強化と支援を求める

厚生労働省は12月25日、老健局老人保健課長と保険局医療課長の連名通知を地方社会保険事務局長および各都道府県の主管部局長宛に発出、日数制限等が導入された2006年度診療報酬改定におけるリハビリテーション算定の考え方と留意点をあらためて整理して示すとともに、介護保険における維持期リハへの円滑な移行が進み、医療保険か

ら介護保険へとリハの継続が可能となるよう、医療機関に連携強化の努力を、市町村等には配慮と支援を求めた。

通知は、医療保険におけるリハについて、算定日数上限に到達後であっても、適用除外疾患をもち、状態の改善が期待できる場合にはリハの継続が可能であるとして、「算定日数上限をもってリハの実施を機械的に打ち切るとは適切で

ない」という認識を表明している。

その上で、継続か中止かについては、所定の手続きに従って「医師が適切に判断する」という解釈をあらためて示し、医師の裁量にゆだねる考えを明確にした。

また、維持期リハが介護保険に移行したことに伴い、これまで維持期リハを医療保険で行っていた医療機関に介護保険適用の指定手続きをとるよう検

討を提起している。

1月16日の全国厚生労働関係部局長会議で厚労省保険局唐澤総務課長は当通知に言及し、「06年改定は早い時期の集中的なりハを評価した。その結果、従前のものよりは1.5倍のりハ提供が可能となっており、医療機関の収入は増加するはずである」と説明。

都道府県に対しては、医療保険から介護保険へとリハの継続が望まれるとして、「地域の事情で異なるところはあろうが、移行がうまくいくよう支援をお願いしたい」と要請した。

老老発第1225003号・保医発第1225001号「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」(抜粋要旨) 2006年12月25日

### 3. 医療保険のリハ実施に当たっての医療機関における留意事項

#### (1) サービス開始時のリハの意義等の説明

リハビリテーション開始に当たり、リハ実施計画を説明する際に、急性期、回復期及び維持期リハの意義と内容の違いを十分説明するとともに、身体機能が改善し、維持期になった場合には介護保険のリハに移行することの説明を行うこと。

#### (2) 介護保険サービスの利用支援

医療保険におけるリハ終了後速やかに介護保険におけるリハを受けることが重要であるため、早期の段階から患者の「要介護認定等」を確認し、要介護認定等の申請の手続や居宅介護支援事業者への連絡等について計画的な支援を行うこと。

医療保険のリハ終了後速やかに介護保険のリハを受けるためには、医療保険におけるリハの期間中から居宅介護支援事業者との調整が必要となる。要介護認定等を受けていない者は、申請から認定までに約30日を要することに留意すること。

#### (3) 算定日数上限と適用除外疾患

算定日数上限に到達した後であっても、適用除外疾患を有し、リハを継続することによって状態の改善が期待できると医学的に判断される者であればリハの継続は可能であり、算定日数上限をもって医療保険によるリハの実施を機械的に打ち切るとは適切でない。

リハの継続により状態の改善が期待できるか否かは、ADLの改善にも十分に配慮し、

定期的に客観的評価を行った上で医師が適切に判断する。

なお、リハを行った後に急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、再度該当するリハビリテーション料が算定できる。

#### (4) 医療保険のリハ終了時の説明・指導

##### ア 入院患者がリハを終了する際の説明・指導

入院患者が急性期及び回復期のリハを終了して退院するに当たっては、退院後の調整に努めること。特に維持期リハとの継続性に配慮し、在宅に復帰する者に対しては居宅介護支援事業者との調整等支援を行うこと。

介護保険における維持期のリハは、急性期及び回復期のリハと同様、医師の指示の下、理学療法士等の専門職が提供すること、主に身体機能の維持と生活機能の維持・向上を目指したりハであることを説明すること。また、地域包括支援センターへの相談も可能である旨の情報を提供すること。

##### イ 診療報酬における評価

居宅に戻る入院患者については、退院前に、地域連携退院時共同指導や退院前在宅療養指導、退院時リハ指導などを行うとともに、地域の医療機関への紹介を適切に行う。

##### ウ 外来患者が医療保険のリハを終える際の説明・指導

アと同様の説明を行うとともに、当該患者が速やかに介護保険のリハを受けられるよう、居宅介護支援事業者との調整等を行うこと。

##### エ 介護報酬における評価

入院患者又は外来患者が、医療保険のリハ終了後に介護保険の居宅サービスを利用する場合は、居宅介護支援事業所に初回加算(Ⅱ)(退院又は退所時)を算定することができる。

##### (5) 当該医療機関における維持期リハの実施

今般の制度見直しにより、維持期リハは介護保険によるサービスとなったが、従来、維持期のリハを医療保険で行っていた医療機関等は、急性期から維持期まで一貫したリハを実施できるよう、介護保険のリハを実施することを検討されたい。

なお、保険医療機関は指定訪問リハ事業所等のみなし指定がなされており、当該指定に係る申請は不要である。

#### 4. 介護保険におけるリハ

##### (2) 介護保険で提供されるリハに関する留意事項

ア 急性期及び回復期のリハを終えた者が要介護認定等の非該当となった場合も、当該者の心身の状態によっては、地域支援事業の介護予防事業(介護保険)対象者として、運動器の機能向上プログラム等のサービスを受けることができる。

イ 介護保険の維持期リハを受ける要介護者等が急性増悪等により著しく悪化した場合には、保険医療機関で急性期のリハを受けることができる。

##### 5. リハに係る2006年度介護報酬改定の内容

##### (2) 通所リハ等における加算

ア 多職種が協働して、利用者毎の課題把握、目標設定、計画作成等一連のプロセスを継続的に実施することを評価した「リハ・マネジメント加算」を創設した。

イ 退院・退所後一定の期間に、短期集中的にリハを行うことを評価した「短期集中リハ実施加算」を創設した。

##### (3) 居宅介護支援における加算

居宅介護支援事業所については、新規に居宅サービス計画を作成した場合に、退院・退所に当たって病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ居宅サービス計画を策定した場合の加算(初回加算(Ⅱ))を創設した。

##### 6. 介護保険におけるリハ実施の留意事項

##### (1) リハ実施機関における留意事項

リハの開始に当たり、急性期、回復期及び維持期のリハの意義と違いを説明するとともに、介護保険のリハは生活機能の維持・向上を目指したものであることを説明すること。

質の高いサービスを提供する観点から、リハ・マネジメントや短期集中リハの実施に努めるとともに、通所リハについては短時間のサービスを提供できるよう努めること。

また、リハ・マネジメント加算や短期集中リハ実施加算の算定に当たっては個別リハが行われるが、利用者の心身の状況等を勘案して個別リハを行うことが必要と認められる場合には個別リハが提供されるよう、最善の取組を図るよう努めること。

# 地域ケア整備構想は4期参酌標準の先取り

都道府県事務  
担当者会議

## 各医療機関に在宅医療の意向を確認、構想に盛り込む?

厚生労働省は1月17日に「各都道府県地域ケア整備構想策定事務担当者会議」を開催し、都道府県の担当者に今年夏から秋をめどにまとめる地域ケア整備構想作成作業の内容と手順を説明するとともに、3月に公表する国の基本指針に沿った構想策定に向けた考え方の周知徹底を図った。

会議で厚労省は、地域ケア整備構想の医療機関における意義として、①第3期および第4期介護保険事業支援計画を通じた療養病床転換の整備枠が明らかになる(09年度からの第4期計画の先取りとなる)、②介護サービス等に関する地域のニーズが明らかになる、③地域の中長期的な施設・居住系サービス等のニーズや施策の動向が明らかになる、④療養病床の転換に向けた地域の支援策が明らかとなる、ことをあげた。

地域ケア整備構想に関しては、すでに12月26日に公表された地域ケア整備に関する研究班中間とりまとめで、構想策定の作業ツール(長期・短期ワークシート)と盛り込むべき事項案等が示されている。

「中間とりまとめ版」では、「盛り込むべき事項」として、①地域ケア体制のあり方と療養病床再編成に関する基本方針、②関係計画との調和・市町村との関係・圏域設定等構想策定の基本事項、③2035年に向けた10年ごとのサービス需要の見通しなど高齢者の介護・見守り等に関する将来展望、④2011年度(平成23年度)までの各年度の介護サービス・住まい等の量の見込みと供給体制、⑤療養病床転換推進計画、があげられている。

これら事項の元となるデータを試算して計画に落とし込むのが、2035年までの体制整備を推計する長期ワークシートと2011年度までの各年度を予測する短期ワークシートである。

このうち短期ワークシートについては、①療養病床転換計画、②「住まい」の短期推計、③介護サービスの見込み量、④第1号被保険者の保険料推計、の各シートからなる。いずれも作成単位は老人保健福祉圏域。③④については「療養病床転換分を勘案する」ことが前提とされる。

療養病床転換計画シートについては、医療機関の転換意向、入院患者等のニーズ、医療費適正化計画・介護保険事業計画の参酌標準等を勘案してつくられる。

都道府県は、研究班中間とりまとめの長期将来推計を参考に2月～4月にかけて中長期の推計と構想を検討するが、そこでは、長期ワークシートとともに、サービスの分布と量そして財源の見通しに影響を与えることから、昨年実施された療養病床アンケート調査の集計結果が重要データとして取り上げられる。国による療養病床アンケート調査結果の公表は2月末に予定されている。

そして、6月から7月にかけて、短期ワークシートを活用して2011年度末までの年度ごとの推計作業が行なわれるが、ここでも、年次別・圏域別の療養病床転換計画案を作成するために療養病床アンケート調査の集計結果が分析される。

いずれも事務方の作業結果は各都道府県の検討機関に提出され、地域の医療関係者等の検討にゆだねられる。

整備構想に盛り込むべき事項で、在宅医療系サービスは、訪問看護(介護保

険)・訪問リハ・通所リハ・居宅療養管理指導・短期入所療養介護・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションとされており、プライマリーケアを担っている小規模病院等が想定外となっている。

会議に提出した資料で、厚労省は「短期ワークシートの作成で期待する議論」を提起。その中に、「療養病床アンケート調査の患者票からの量的な推計と合わせて、地域における在宅医療基盤について現状を確認する。可能であれば、地域の医療機関に再編成期間における地域での今後の在宅医療に係る業務展開の意向を確認するように努める。」と書き込んだ。同時に、新医療計画に記載される在宅医療の地域連携体制にも留意するよう求めている。

しかし、過渡期の現在、地域の病院にたずねても、在宅医療に関して確たる意向が得られるかは疑問である。また、新医療計画も08年度に策定されるため、本年半ばの構想策定には間に合わない。一方、「介護施設等の在り方に関する委員会」における介護施設の将来像や高齢者住宅等の議論も端緒を開いたばかりである。

様々な動きが錯綜する中、国の基本指針と将来推計のみが先行し、既定事実となって、各実施計画の方向を固めようとしている。

# 比国看護師等受入れの指針案で意見募集

厚労省は12月28日に、「日比経済連携協定にもとづくフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針(案)」について意見募集を開始した。

指針(案)は、受入施設の要件、受入施設における研修要件、雇用契約の要件、受け入れの調整機関(国際厚生事業団を予定)の事業等について定めている。

以下は指針(案)の要旨である。

●フィリピンの資格を有する看護師として3年以上の実務経験を有すること。

●入国後6月間、日本語の語学研修と看護導入研修を受けなければならない。

●日本国政府は、フィリピン人の言語能力が十分なものと認める場合には、日本語の語学研修の全部又は一部を免除することができる。

●受入れ施設の要件

受入れ施設は臨地実習受入れ病院と同等の体制が整備されている病院(医療保険適用病床に限る)であって、以下の条件を満たしていなければならない。

(1) 原則として臨地実習に係る実習指導者が配置されていること。

(2) 看護師及び准看護師の員数が3対1、精神病床は4対1、療養病床は6対1であること。

(3) 看護職員の半数以上が看護師であること。

(4) 看護の組織部門が明確に定めら

れていること。

(5) 看護基準(看護内容を基準化し文章化したもの)が作成され、常時活用されていること及び看護手順(文章化したもの)が作成され、かつ、見直されていること。

(6) 看護に関する諸記録が適正に行われていること。

●病院における研修の要件

・研修責任者は、原則として看護部門の教育責任者とし、研修支援者は、原則として三年以上の業務経験のある看護師とすること等。

(4) 日本語の継続的な学習、職場への適応促進及び日本の生活習慣習得の機会を設けること。

●受入れ機関との雇用契約の要件

日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受けることを内容とするものでなければならない。

●資格取得後に就労する受入れ施設の要件

就労受入れ施設は別表に掲げる施設で、以下の条件を満たしていること。

・受入れ機関が当該施設で就労するフィリピン人看護師を、利用者の居宅でサービスを提供する業務に従事させないこと。

●受入れ機関との雇用契約の要件

雇用契約は、日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受

# 地域医療支援中央会議を設置

## 都道府県と公的病院等が地域の医師確保支援を協議

厚労省は「地域医療支援中央会議」を設置、12月21日に初会合を開いた。厚労省、総務省、文科省からなる「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が昨年8月31日にまとめた「新医師確保総合対策」において設置が決まっていたもの。

地域医療を広域的に支援するために、全国的な病院ネットワークを有する公的医療機関の代表等を一堂に集めて、都道府県のみでは対応困難な地域に対する支援策等を検討・協議することが目的。

メンバー構成は、自治体病院(全自病協)、自治医科大学、大学病院(全国医学部長病院長会議)、国立病院機構、日本赤十字社、済生会、厚生連、日本医師会、都道府県(宮城県・千葉県)からなり、参考人として全国衛生部長会が出席。座長に宮城県病院事業管理者の久道茂氏を選出した。

松谷医政局長は冒頭挨拶で、同会議

の設置は07年度予算における措置項目であったものの、緊急性が高いことから前倒しで実施したと説明した。

事務局(医政局指導課)は、会議に、11月末現在の各都道府県「地域における医療対策協議会」の活動状況を報告した。全都道府県で設置されているが、神奈川、富山、岡山、愛媛、福岡、沖縄の6県ではいぜん具体的な取り組みが開始されていない。

また、42都道府県が「地域の中核病院」を構成員に加えており、その数も、愛媛、長崎両県では11病院に達している。

会議は3ヵ月に1回のペースで開かれ、今後、都道府県の要請に対応した緊急避難的医師派遣を含め、大学に依拠しない医師派遣(紹介)やキャリア形成システムの構築の支援等を取り上げる。

次回開催は3月となる。

けることを内容とするものでなければならない。

【別表】

- 一 児童福祉法に規定する知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設及び情緒障害児短期治療施設
- 二 医療法(昭和二十三年法律第二百五号)に規定する病院、診療所及び助産所
- 三 老人福祉法に規定する養護老人ホーム及び特別養護老人ホーム
- 四 介護保険法に規定する介護老人保健施設
- 五 その他医療等を提供する施設

# 複雑な時代こそ、柔軟な発想を。資産管理の専門家が緻密なプランを構築します。

お医者様の皆様の本質的なニーズにお応えするために。プライベート・バンクだからできる、革新的ソリューション。

140年におよぶ日本での歴史、76の国と地域に9,500の拠点\*をもつ、世界有数の金融グループHSBC。

そして、日本において10周年を迎えたプライベート・バンキング部門。その幅広い専門知識と豊富なノウハウを支えられた柔軟な発想で、お客様の資産を次の時代へと引き継ぐ、たしかなステップをご提案しています。

香港上海銀行 プライベート・バンキング部  
〒103-0027 東京都中央区日本橋3丁目11番1号HSBCビルディング  
個別相談のお申し込み、お問い合わせは ☎ 0800-888-0006 平日9:00~17:00 (土・日・祝日を除く)  
pb.doctors.tky@hsbc.co.jp

\*プライベート・バンキング本来のサービスをご提供いただくため、お預けいただく金額等に基準がございますので、詳しくはお問い合わせください。\*1:2006年3月現在

# 対象者要件および医療との線引きで具体案

## 特定健診・特定保健指導 厚労省は2015年度の健診4,700万人、保健指導975万と予測

厚労省が1月10日の「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」に報告した、健診機関の意向調査結果によると、08年度から始まる特定保健指導について「実施予定がある」と回答したのは39.6%にとどまった。「検討はしているが未定」は28.2%、「実施予定なし」は2.9%、「分からない」が29.4%であった(回答数245)。

医療費適正化計画の施策の柱となる特定健診・特定保健指導は、施行前年に入り、急ピッチで準備が進んでいる。実施義務を課すことによって保険者を医療費抑制システムに組み込む制度とはいえ、医療機関の経営に与える影響も大きい。

特定健診・特定保健指導をめぐる最近の議論動向を整理してみた。

厚生労働省は12月15日、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健診指針」の改正案を示し、健診・保健指導の目的に「メタボリック症候群対策による心血管疾患の発症・重症化予防」などを追加する方針を明らかにした。

健康増進法で規定されている健診指針は、健診・保健指導に関して、労働安全衛生法や学校保健法、母子保健法など、各制度を網羅した基本的事項をまとめている。今回改正によって、2008年度から保険者に義務づける特定健診・特定保健指導の実施目的が健診指針に明記されることになる。

厚労省は06年度内に告示し、08年4月1日から施行する考えだ。

1月15日の「全国厚生労働関係部局長会議」で、厚労省は特定健診・保健指導の実施率を、開始時(08年度)に特定健診60%(3,446万8,000人)、特定保健指導20%(236万4,000人)と想定。以後、増加を見込み、5ヵ年計画最終の12年度は健診70%(4,081万6,000人)、保健指導45%

(630万人)、医療費適正化計画においてメタボリック症候群該当・予備群を25%減らす目標年度である15年度には健診80%(4,737万人)、保健指導60%(974万9,000人)と予測してみせた。

厚労省は3月末に、各保険者が設定する実施率の目標となる参酌標準を「特定健康診査等基本指針」として示す。参酌標準は前出予測値が基本になるとみられる。

また、被扶養者(被用者保険)の特定健診実施形態として、保険者は、(A)代表保険者あるいは健保連等全国団体が健診機関の全国組織(日本人間ドック学会等)と契約する、(B)被扶養者が居住する市町村の国保が提供する特定健診の枠組み利用させてもらう、のいずれかを選択するという方針を示した。

(B)については、①市長村国保の直診機関と直接契約する、②市長村国保が委託する地区医師会等と直接契約するという方法があるとし、さらに、②においては県医師会が健診機関側窓口の

なることで事務の効率化が期待できると指摘、医師会の役割に期待を寄せた。

厚労省は、また、1月17日の「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」に、保険者が07年度前半に作成する「特定健康診査等実施計画」に盛り込む目標として、「健診実施率」「保健指導実施率」「メタボリック症候群の該当者・予備群者の減少率」の3項目を採用する考えを明らかにした。

3項目の数値目標となる参酌標準は前出基本指針で示され、保険者はそれにそって目標を設定し、実施率ともども実施計画に記載することが求められる。

この3項目の達成率は、後期高齢者医療の財源の1つとして各医療保険者が負担し、給付費の4割をまかなう後期高齢者支援金について、「100分の110から100分の90」の間で加算・減算を適用する指標となる。

加算・減算は、08年度から5年間の特定健診等実施計画の結果を踏まえ、2期目の13年度から適用される。加算・減算の仕組みによって、目標達成は各保険者の至上命題となった。

一方、1月10日の「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」に、厚労省は「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」の見直しを提起し、論点を示した。

その中で、特定保健指導の対象に該

当しない者として、①生活習慣病で服薬中の者、②不可逆性の生活習慣病に罹患している者、③前期高齢者以上(65歳を特定保健指導実施の区切りとする)などの考えを明らかにした。

また、健診結果から医療機関を受診する必要がある場合には医療機関の判断による実施にまかせ、精密健診の対象からは除外するという案も提案するなど、医療との線引きを明確にした。

さらに、特定保健指導実施者の範囲案を示すとともに、保健指導実施者としての看護師等の取扱いを明確にする必要があると提起した。

具体的には、「特定保健指導実施者のうち初回面接、対象者の行動目標・支援計画の作成、保健指導の評価に関する業務を行う者の範囲」として、医師、保健師、管理栄養士とともに「一定の保健指導の実務経験のある看護師(施行後5年間に限る)」ことを提案した。

また、特定保健指導の内容をポイント化し、一定以上に達しない場合は、継続的に行われる特定保健指導とは認めないという案も示し、目標達成結果だけではなく、過程も後期高齢者医療制度の支援金に反映させる考えを表明。

後期高齢者の健診・保健指導については、健診項目は40~74歳の特定健診と同じ内容にするものの、生活習慣改善の保健指導を一律に実施する必要はないという案を提示した。

# 希望医療機関に4月からオンライン請求へ

## レセプトのオンライン請求 前倒し実施。400床以上は4月から義務化。11年4月に全面实施

レセプトのオンライン請求システムの対応作業を進めてきた社会保険診療報酬支払基金と国保中央会は、今年4月から、希望する医療機関すべての申し込みに応じるとし、前倒しで実施することを決めた。

支払基金が窓口となって2月1日から受付を開始。2月20日までに届出のあった医療機関は4月からオンライン請求が可能となり、その後は随時受け付け、届出の翌々月から開始する。

届出の書式および方法は本会ホームページに掲載されている。

レセプトのオンライン提出については、すでに、支払基金、国保中央会、三師会、四病協による「オンライン請求に関する打ち合わせ会」が11月8日に発足しており、厚労省の参加を得て、2回開催されている。

12月20日に開かれた四病協総合部会は、日本医師会との間に、レセプトの

オンライン請求問題を検討する作業部会を発足させることを決めた。

オンライン請求は昨年4月の省令改正で認められ、2007年4月からは400床以上の医療機関すべてに実施が義務づけられた。以後、11年4月の全面实施にいたる間、IT化の状況などに応じて、医療機関等は順次移行することが求められる。

オンライン請求への移行に猶予が認められる経過措置は、①レセコンを使用して光ディスク等を用いた請求を行っている又はレセプト文字データ変換ソフトを使用して光ディスク等を用いた請求が可能で400床未満の病院(09年3月31日までの間)、②レセコンを使用しているが光ディスク等を用いた請求を行っていないあるいはレセコンを使用していない病院(10年3月31日までの間)、③レセコンを使用していない病院(11年3月31日までの間)、④レセコンを使用していない、かつ、09年4月1日から翌年3月31

日までの間の請求件数が1,200件以下の病院(11年4月1日から13年3月31日までの厚生労働大臣が定める日までの間)、

日病協「看護師確保対策等について(要望)」(要旨) 2007年1月12日 ※1面参照

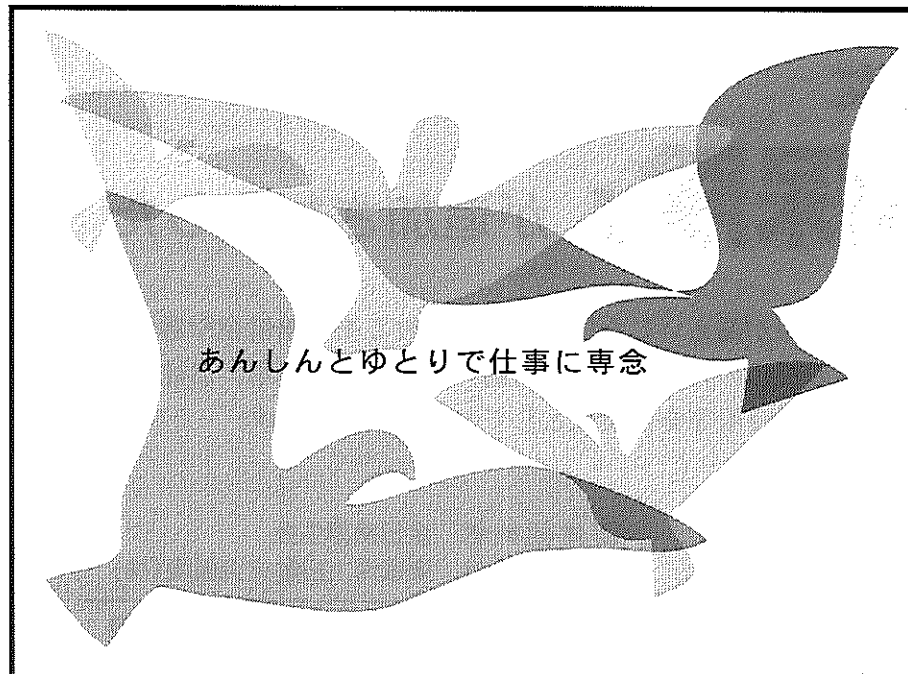
1. 7対1の入院基本料について  
今改定において、病院全体として急性期7対1看護を採ることは看護師不足の現状を無視したものである。7対1は医療の必要度に配慮し高い設置基準を設けるべきであり、本年4月の見直しに向け、中医協で議論されることを要望する。
2. 潜在看護師の掘り起こし・ナースバンクの活性化  
当面、5万~10万人の職場復帰を目指し、各都道府県に達成目標を義務付け、毎年度達成状況の報告を求めることが必要である。
3. 看護師の届出制度の法制化

というかたちでそれぞれ適用される。

オンライン請求開始に伴い、08年4月1日以後、医師、歯科医師又は薬剤師を主たる構成員とする一定の条件を満たした団体はオンラインを用いた請求事務を代行できることになった。

第1回「オンライン請求に関する打ち合わせ会」で厚労省は、今後、この件についても「相談したい」と提起した。

4. 養成校の充実強化のための補助金の増額  
看護師及び准看護師の養成校入学者は毎年減少している。この状況を改善するためには、養成校の教育環境を充実強化する必要があり、一層の国の助成措置が欠かせない。
5. 第6次看護職員需給見通しの再策定  
入院基本料の看護配置基準の変更により、第6次看護職員需給見通しそのものが実態と大きく乖離していると思われる。再度、実態を踏まえた策定を要望する。



あんしんとゆとりで仕事に専念

### 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設内包括機械保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - 現金運送・盗難保険
  - 医療廃棄物排出者責任保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会 がお問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12  
Tel.03-3222-5327



# 「かかりつけ医」によるゲートウェイを提起

国保中央会が後期高齢者医療で提言

## 後期高齢者を診療所に登録。報酬は人頭払い出来高の併用

国民健康保険中央会(斎藤十朗会長)は、後期高齢者医療制度に「かかりつけ医」によるゲートウェイを導入し、報酬は人頭払いと出来高払いを併用するという提言を12月25日に発表した。

提言をまとめたのは、国保中央会内に設置された「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」。メンバーには有識者に加えて医療法人経営者と日医竹嶋副会長が名を連ねているほか、元厚生労働事務次官の近藤純五郎氏も加わっており、厚労省の考えを先取りしたとみる向きもある。

全日病は、「病院のあり方報告書2004年版」において、一定の条件で直接に病院受診を認める緩やかな「主治医制度」導入の検討を提起した。

これは、主に外来機能の分化を促す見地から検討されるべきテーマとして提案したもので、後期高齢者といった特定の層を対象としたものではない。また、診療報酬に関しては、急性疾患については出来高払いを基本とし、慢性疾患の診療報酬は、疾患別・重症度

別ケースミックス分類を基本とした包括的支払制度(月額定額など)を提案している。

今回の国保中央会による提言は、診療所に特定した「かかりつけ医」に地域の後期高齢者を登録し、その人数に応じた定額を「かかりつけ医」の報酬の基本とするというもの。

そこには、地域でプライマリーケアを担っている中小病院との役割分担と病診連携のあり方、看取りを含む在宅診療等の仕組みと地域ケアネットワークの構築、高齢者救急への対応、専門病院や入院医療を紹介する情報システム、「かかりつけ医」の認定と養成・研修内容など、診療報酬以外の数々の課題が横たわる。

提言を含む「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」報告書は、そうしたテーマには触れることなく、インパクトが大きいテーマの割には要点のみを整理したサマリーの趣きをもつ文書として公表された。

以下に、提言部分を紹介する。

し、看取りを行う

後期高齢者を対象として、上のようなかかりつけ医機能を円滑に実現するために、在宅医療を中心とするかかりつけ医の体制を強化すべきである。具体的には、以下の通り。

①後期高齢者は、原則として診療所の中からかかりつけ医を選ぶ(病気になった場合には、最初にかかりつけ医を受診することを原則とする)

②かかりつけ医は以下のような役割を担う

一登録された後期高齢者の健康状態の把握と、健康上の相談への対応(例えば、健康づくりや保健指導、疾病予防、介護予防)

一診察、治療(専門医や病院への紹介を含む)

一リハビリテーションの指導

一ターミナルケアの対応と看取り

③かかりつけ医は、登録された後期高齢者が介護保険給付の対象となっても、そのサービス提供機関・施設と協力しながら、引き続き、かかりつけ医としての役割を果たす

### 2. かかりつけ医に係る報酬体系の新設

後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制にふさわしい報酬体系を新設する。具体的には以下の通り。

①登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬を導入する

②後期高齢者におけるかかりつけ医の

報酬は、出来高払いと上記定額払いを併用する

### 3. 効果

後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化することによって、以下のような効果が期待できる。

①医療機関に対するフリーアクセス(「いつでも、誰でも、どこへでも」)の中での「どこへでも」をある程度制限することにより病診機能が明確になり、効率的な医療が提供される。その結果、真に医療を必要とする人に必要な医療が提供されるようになる

②後期高齢者におけるQOLの向上が推進される

③診察から入院、リハビリテーション、介護サービスとの連携まで含めて、継続的な医療が推進される

以上のように、後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化して、新たな報酬体系を導入し、後期高齢者が病気にかかった場合には最初にかかりつけ医を受診することを原則とする。それによって後期高齢者の医療がどのように変化するかを慎重に見守りながら、体制や報酬体系のあり方を適宜改善していく。

なお、かかりつけ医は、後期高齢者だけでなく全世代を対象としても重要な役割を果たすと思われるので、かかりつけ医のあり方について、医師教育なども含めて今後幅広く検討を進めるべきである。

### 国保中央会「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」報告書 2006年12月 \*「I. 提言」のみを抜粋

#### I. 提言

後期高齢者の疾患の特徴は、症状に個人差が大きいことや、慢性疾患が多く、治療が長期化しやすいこと等である。実際に、後期高齢者の多くは、日頃から何らかの医療機関に通院しており、後期高齢者を日頃から見守る「かかりつけ医」の必要性が高い。そこで、本研究会では、

・後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化

・かかりつけ医に係る報酬体系の新設を提言する。

#### 1. 後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化

後期高齢者の医療ニーズに的確に応えるためには、かかりつけ医機能の強化を図るべきである。ここでいう、かかりつけ医機能とは、以下の6つの機能が統合されたものと考えて、

・地域住民の抱える健康問題について、気軽にいつでも相談に応じる

・病気や障害の緊急度や重症度などに対応して、相応しい医療機関を紹介する

・医療機関等が連携し、健康増進・疾病予防から、退院後のリハビリテーションや介護サービスとの協力まで、継続したサービスを提供する

・在宅診療や健康教室を含め、地域の医療、介護、福祉のネットワークを提供する

・後期高齢者本人や家族・近隣住民に対して、上記の活動について分かりや

すく説明し、十分な納得を得るとともに、保健・医療に関する適切な情報を提供する

・患者本人や家族とコミュニケーションをとりながらターミナルケアに対応

## 今後の課題に「医療機関の海外進出」

### 規制改革・第3次答申 拠出額限度への移行、地域医療貢献の報酬評価も

規制改革・民間開放推進会議(議長:草刈隆郎・日本郵船代表取締役会長)は12月25日に第3次答申をまとめ、安倍総理大臣に提出した。

答申は、「今後の課題」において、「外国人介護福祉士の就労制限の緩和」を継続的な検討課題としてあげたほか、「官製市場改革」では、(1)利用者が直接・間接的に医療政策決定に関与できる体制の実現、(2)医療産業の国際競争力の向上などを、引き続きテーマに取り上げた。

そして、(1)については、患者による評価やニーズを「公定価格決定メカニズム」に反映させるなど「一定の市場原理を組み込む」ことを提起。答申に初めて取り上げられた(2)においては、医学教育改革とメディカルスクール等の高度教育創設、国内外の医療人材交流の推進等とともに、医療施設の海外進出に対する支援と規制緩和を取り上げた。

具体的な規制改革課題としては、①専門医・プライマリケアを担う医師の各あり方の検討(07年度中に結論)、②医療従事者の労働者派遣解禁(07年度中に検討・結論)、③医療特区で可能な医療範囲の追加(07年度以降検討)、④経過措置型医療法人の移行促進措置および社団法人医療法人に外部役員等外部意見を取り入れるシステムの導入(07年度中に

### 推進会議の後継組織に「規制改革会議」

内閣府は12月27日、2006年度末に設置期限を迎える規制改革・民間開放推進会議を2007年1月25日に廃止し、後継組織として規制改革会議を1月26日付で設置する方針を発表。政府は、1月23日に規制改革会議令を閣議決定した。

新たな委員は15名。引き続いて任命

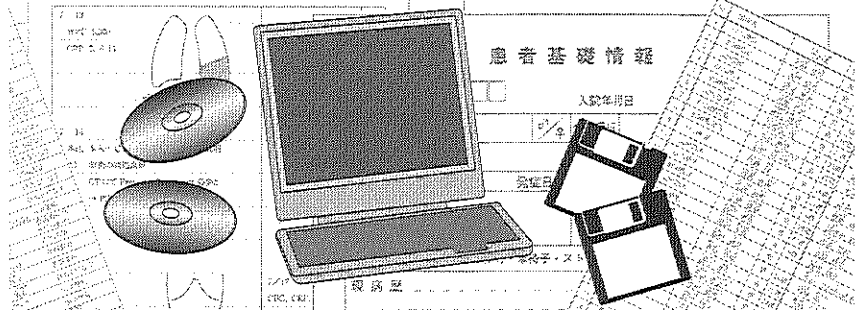
検討、速やかに措置)、⑤地域医療に貢献する医療機関に対する診療報酬上の評価(07年度に検討・結論)、⑥(DPC)診断群別定額払い方式の導入(07年度中に結論・措置)、⑦医師、コ・メディカル、医療補助者の役割分担のあり方の整理および看護職の教育充実と活躍機会の拡大(07年度中に検討開始、逐次措置)、などが書き込まれた。

された委員は草刈隆郎日本郵船会長ほか2名で、鈴木義男旭リサーチセンター会長、八代尚宏日本経済研究センター理事長など旧推進会議の中心的メンバーは退いた。

政府は今年5月内に大枠を示した上で、6月をめどに規制改革に関する新たな3ヵ年計画を策定する方針だ。

## 全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは...

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

# 有効な提言作成へ、シンクタンクの検討に着手

## 08年改定に慢性期で提言。転換老健で調査。医療安全管理者・臨床研修指導者の講習会も

全日本病院協会 2007年度事業計画(案)概要 \*1面記事を参照

### 1. 全日病の理念に基づいた各種活動及び会員病院における理念・行動基準制定のための支援

### 2. 国民のための医療・介護に関わる制度の構築と提言

- 1) 「病院のあり方に関する報告書2006年度版」国民向け版の作成と広報
- 2) 医療提供体制についての検討と提言
  - ・医療施設体系のあり方に関する提言
  - ・地域医療計画に関する検討・提言
- 3) 医療保険制度改革への対応
- 4) 適切な診療報酬体系に向けての調査・提言
  - ・平成20年度診療報酬改定に向けての検討・提言
  - ・重急性期入院医療の診療報酬に関する調査の実施と提言
  - ・慢性期入院医療の診療報酬に関する提言
  - ・医療原価に係る調査の実施
  - ・医療の質向上、医療安全対策に係るコストの適正な評価に関する提言
- 5) 介護保険制度についての提言
  - ・介護施設における医療提供のあり方についての提言
  - ・介護療養型医療施設の老人保健施設等への転換についての調査
- 6) 終末期医療におけるガイドラインの検討・作成
- 7) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応
  - ・提言実現の基礎となるデータ作成のためのシンクタンク設置に関する検討

### 3. 医療安全に関する取り組み

- 1) 医療安全管理者の養成
- 2) 医療安全に関するセミナーの実施
- 3) 会員病院における医療安全推進に関する啓発
- 4) 医療事故調査・防止に関する第三者機関の設置のための支援
- 5) 医療ADRの法的整備に向けての提言

### 4. 医療の質向上に関する取り組み

- 1) TQMの医療への推進
- 2) 診断・治療の標準化に関する会員病院への支援
  - ・コーディング研修会の実施
  - ・診療アウトカム評価事業の実施
- 3) IT技術を利用した医療の質向上への取組
  - ・病院情報システムの調査・研究
  - ・標準的電子カルテの普及促進のための検討
- 4) インターネットを活用した教育事業(eラーニング)の実施
  - ・病院情報システム導入指導者向け研修

### 5. 個人情報の保護に関する取り組み

- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
  - ・苦情等処理業務の実施
  - ・対象事業者(会員病院)への情報提供・相談・研修
  - ・個人情報保護に関する事例検討とQ&Aの作成
  - ・個人情報保護の動向に関する調査研究
- 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
  - ・会員病院における指針の策定と各種取組への啓発
  - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修」の実施

### 3) 診療情報の積極的な提供・開示のための支援

### 6. 病院経営支援活動

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 「DPC分析事業」の実施
- 3) 平成20年度税制改正に対する要望
  - ・消費税に関する要望
  - ・医療法人への課税に関する要望
- 4) 資金調達方法についての検討・提言
- 5) 公私格差(税制・資金調達・補助金)の是正に関する検討・提言

### 7. 学術研修の推進

- 1) 第49回全日本病院学会(秋田県支部担当)
- 2) ブロック研修会(年4回開催)
- 3) 夏期研修会
- 4) 協会雑誌の発行

### 8. 病院機能評価の普及・推進

- 1) (財)日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
  - ・病院機能評価に関する勉強会(セミナー)の実施
- 2) 会員病院に対する病院機能評価受審相談事業の実施
- 3) 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討

### 9. 医療従事者対策の推進

- 1) 「病院事務長研修コース」「看護部門長研修コース」の実施
- 2) 賃金実態調査の実施、及び人事考課制度などの検討
- 3) 医師・看護師の需給、医療従事者の適正配置に関する検討
- 4) 医師を含めた医療従事者の労働条件に関する問題の検討

### 10. 支部活動の活性化

- 1) 支部研修会開催のための支援
- 2) 支部通信員活動の推進

### 11. 組織の拡充強化

- 1) 会員増強
  - ・会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施
  - ・ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
- 2) 賛助会員の増強
- 3) 支部体制の強化
  - ・支部未設置の都道府県における支部設置

### 12. 広報活動の推進

- 1) 「全日病ニュース」の内容の充実と配布の拡充
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進
  - ・インターネットによる会員情報の集積及び会員相互間会議の実現に向けての検討
- 3) 協会ホームページの充実
  - ・ホームページのリニューアルとコンテンツの追加
  - ・支部との情報交流の促進

### 13. 救急医療・災害時医療・感染症への対応

- 1) 救急医療
  - ・救急医療体制に関する検討
  - ・会員施設内医師の救急医療の質の向上
- 2) 災害時医療(災害ボランティアとの連携・地域防災ネットワークの構築)
  - ・国際災害支援
  - ・特殊災害医療への対応に関する検討
  - ・各自治体における防災訓練参加と会員病院防災訓練の支援
  - ・国内災害アセスメントチームの編成
- 3) 感染症対策(新型インフルエンザ・SARS対策等)

14. 保健・健診事業
  - 1) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定
  - 2) 1泊人間ドック実施指定施設の指定
  - 3) 日本人間ドック学会との連携
  - 4) 人間ドック研修会の開催
  - 5) 人間ドック実施状況の調査
  - 6) 「特定健診・特定保健指導研修会」の実施
15. 調査・研究活動の推進
  - 1) 厚生労働科学研究事業の実施
  - 2) 経済産業省委託事業の実施
    - ・医療経営人材育成事業
  - 3) その他、本会として必要な調査・研究活動
16. 研修・教育事業
  - 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
    - ・「医療機関トップマネジメント研修」
    - ・「病院事務長研修コース」(再掲)
    - ・「看護部門長研修コース」(再掲)
  - 2) 会員病院の勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施
    - ・「臨床研修指導者講習会」
    - ・「医療安全管理者養成講習会」(再掲)
    - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修」(再掲)
    - ・「特定健診・特定保健指導研修会」(再掲)
  - 3) インターネットを活用した教育事業(eラーニング)の実施(再掲)
    - ・病院情報システム導入指導者向け研修
  - 4) 医療事務技能審査事業の実施

### 17. 四病院団体協議会事業等の推進

### 18. 国際交流事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度の調査・研修
- ・第31回ハワイ研修旅行の実施
- 2) 発展途上国及び被災国への医療援助

### 19. 福祉事業の拡充・推進

- 1) 全日病厚生会
- 2) 全日本病院退職金共済会
- 3) 全日病生命保険共済
- 4) 全日病福祉センター事業

### 20. その他

- 1) 医療関連サービスの検討
- 2) 相談事業(経営、税、法律、制度、人事)
- 3) 調査研究員の派遣(国内、国外)

### 21. 事務局の機能強化

### 22. その他、本会の運営に必要な事業

## 第9回常任理事会の詳細 2006年12月16日

### ■主な協議事項

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。  
千葉県 千葉脳神経外科病院理事長 湧井 健治

東京都 清瀬上宮病院院長 竹谷虎雄

大阪府 邦和病院理事長 和田邦雄

兵庫県 新須磨病院院長 澤田勝寛

佐賀県 納富病院理事長 納富 壽

別途7名の退会があり、在籍会員数は2,183名となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の承認(順不同)

日帰り人間ドック実施指定施設として以下

神奈川県 総合相模更生病院

岐阜県 だいでうクリニック健診センター

この結果、指定数は472施設となった。

1泊人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。

香川県 セントラルパーククリニック

この結果、指定数は18施設となった。

### ■主な報告事項

#### ●「千葉県民間病院における医療に関する

### アンケート」結果

千葉県支部長である平山常任理事は、同支部が10月に、県内民間の236病院を対象に実施した調査結果(回答81病院)を報告した。

7対1看護を届け出たのは回答病院の6%。現在抱える問題点は、正看護師の不足(84.0%)、医師不足(58.0%)、准看不足(48.1%)の順であった。

将来計画としては、約10%が一般病床への転換を、また、約5%が老健施設の併設・転換を考えている。また、「公的病院のあり方」としては、「広域医療センターとして統合すべき」というのが回答の39.8%で1位を占め、「特定の分野のみは必要」(29.1%)、「従来通りの機能を維持」(22.3%)が続いた。

#### ●病院機能評価の審査結果(順不同)

11月20日付で以下の12会員病院に病院機能評価認定証の交付が決まった。

#### 【Ver.5.0】

#### ◎一般病院

北海道 釧路市医師会病院 新規

北海道 札幌循環器病院 新規

山形県 三友堂病院 更新

鹿児島県 鹿児島市医師会病院 新規

#### ◎療養病院

宮城県 石巻港湾病院 更新

#### ◎複合病院

北海道 高橋病院 更新

北海道 協立病院 新規

長野県 丸の内病院 新規

熊本県 熊本回生会病院 新規

鹿児島県 大勝病院 更新

#### 【Ver.4.0】

#### ◎一般病院

福岡県 小文字病院 新規

#### ◎療養病院

愛知県 善常会リハビリテーション病院 新規

この結果、認定証が交付された会員は685病院となった。

## 第3回理事会・第10回常任理事会の詳細 2007年1月18日

### ■主な協議事項

#### ●2007年度事業計画(案)・予算(案)

2007年度事業計画(案)・予算(案)がともに承認された。

#### ●役員改選日程等について

2007年度役員選出に関する日程、選挙告示、新年度理事定数、代議員・予備代議員定数の各案が承認された。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が認められた。

東京都 NTT東日本 関東病院院長 落合慈之

新潟県 総合リハビリテーションセンター

みどり病院理事長 渡邊 毅

石川県 公立松任石川中央病院院長 長野賢一

兵庫県 中井病院院長 中井正信

福岡県 吉塚林病院理事長 杉岡洋一

別途3名の退会があり、在籍数は2,185名となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の承認(順不同)

日帰り人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。

香川県 善通寺前田病院

この結果、指定数は471施設となった。

1泊人間ドック実施指定施設として以下の申請が認められた。

香川県 善通寺前田病院

この結果、指定数は19施設となった。

# 病院経営者育成第1期40名が修了

## 医療機関トップマネジメント研修コース 「カルチャーショックを受けた」。受講者に強烈な印象

全日病が主催する、病院経営者層を対象とした「医療機関トップマネジメント研修コース」の第1期が1月14日に終え、40名全員が東京都内の会場で修了式に臨んだ。

2005年度に経産省が公募した医療機関人材育成事業で成果を得た病院経営管理者の育成カリキュラムと教材をいかした同研修は、病院団体初の本格的な経営者養成講座という面だけでなく、グループワークにもとづく分析・検討・議論をベースとしていること、さらに、本会会員病院から得た経営事例をケーススタディに採用したという点でも病院界の注目を集めた。

また、慶應大学医学部(医療政策・管理学教室)と東邦大学医学部(社会医学講座医療政策・経営科学分野)が全日病と協同して講座開発を行なうというリエ

ゾン”方式にも、各方面から関心が寄せられた。

受講病院の構成は急性期45%、慢性期7.5%、ケアミックス33%、精神科5%など。年代構成では40歳代が42.5%ともっとも多く、50歳代が35%と続く。20歳代が1名いたほか、医師以外の受講者が1名、また、女性は7名を数えた。

受講者の声は、「他病院との比較が

できるので授業が楽しかった」、「グループワークの作業を通して得るものがいっぱいあった」など、プログラムを高く評価する向きがほとんど。

中には、「医師であること以外にこんなにも経営のことをたくさん知らなければならぬのかとびっくりした」、「冒頭授業の迫力に、果たしてついてい

るだろうかと不安になった」、「カルチャーショックを受けた。とくに、ケース教材に取り上げられた病院の経営実態に触れて驚くばかりだった」など、新鮮かつ強烈な印象を受けたことを率直に認める受講者が少なくなかった。



## 病院事務長研修コース 第5期が閉講。全員が自院の経営計画に挑戦



2006年度の病院事務長研修コースが1月21日に閉講した。昨年5月20日に始まり、8単位全18日間のプログラムを修了した受講者は39名。この中から一定の条件にかなった受講者は全日病から病院管理士として認定される。

事務長研修は今回で第5回を数える。これまでは、最後の総合演習においてグループ単位で病院の経営計画を試作していたが、今回からは、1人1人が自院の経営計画を作って発表する方法に変更、より密度の濃い研修が実現した。

## 法人会計基準適用が公募債発行の条件

### 社会医療法人に限定して医療法人会計基準を義務化

医療法人会計基準の取り扱いをめぐる関係者間の協議が大詰めを迎えている。

4月に施行される改正医療法によって社会医療法人が創設され、「担保付社債信託法で定める社債」の発行が認められる。

厚労省は、公募債が発行できる社会医療法人に医療法人会計基準の適用を義務づけ、発行条件を法的に明確にする方針を固めた。並行して、詳細な発行条件をめぐって金融庁との協議を進めている。

医療法人会計基準は、四病協が2002年6月にまとめた病院会計準則に関する中間報告で制定の必要性とその輪郭を提起したことが契機となり、厚労省の検討組上にのぼった。

その後、病院会計準則は04年8月に現行のものに改正され、同10月のガイドラインによって医療機関債の発行が認められた。

しかし、医療法人会計基準については、病院会計準則の改正を打ち出した

03年3月の「これからの医療経営の在り方に関する検討会」最終報告書でその活用が提起され、厚労省も04年度に導入準備を終えていたにもかかわらず、一部に根強い反対があったことから、策定が見送られてきた。

その後、医療経営における資金調達の方法が多様化をたどり、格付評価が普及する中、施設会計から法人会計へ転換を図る必要性が認識される一方、理事長による債務保証という慣行をなくす上で欠かせない医療法人会計基準の導入を期待する向きが高まった。

加えて、非常利性の徹底とともにさらなる効率性・透明性を求める医療法人制度改革の07年度施行を前に、各病院団体ともおおむね導入容認で固まった。

それでも影響の大きさと将来運用に対する懸念を指摘する向きがあることから、厚労省は当面、社会医療法人に限定して適用に踏み切ったものとみられる。

昨年の通常国会で、証券取引法をベ

一元化した金融商品取引法が成立した。

社会医療法人債を有価証券に位置づけたいとする厚労省だが、同債券については金融商品取引法をクリアする必要がある。金融庁は起債に際して厳格な条件が必要としているが、折衝を通じて、法的に可能な条件でおおむね合意に達したもようだ。

金融庁との最終調整を前に、厚労省

は今年、病院界との意見調整を図るために四病協に統一見解を求めた。1月24日の四病協総合部会は、これに応じて、社会医療法人会計基準の策定を図る委員会を設置することを決めた。

今後、四病協は委員会提言にもとづいて厚労省との協議に臨む。厚労省は、会計基準の制定と債券発行条件を08年度施行に間に合わせる方針だ。

## 四病協 理事長債務保証で勉強会。厚労省も参加

四病協は「理事長の債務保証のあり方に関する勉強会」を発足させることを決め、1月24日に顔合わせ会をもった。

4月実施の医療法人制度改革によって医療法人に対する規制が強化されたが、これによって医療法人運営の効率化、透明化が一段と進み、資金調達の手段も一層広がるものと期待されている。

その一方、金融機関は融資に際して、長年、理事長による連帯保証を条件としてきたが、この面の改善は進んでいない。

非常利性の徹底を図る制度改革は理事長個人の「財産権」を否定した。しかし、債務のみはひとり理事長に帰す

という現実に対する不満は、法人全体に根強いものがある。

四病協には、かねてから、理事長による連帯債務という慣行を解消すべきではないかという意見があった。このほど、日精協の発意によって、四病協を主体に、その改善可能性を探る場を設置することが決まったもの。

勉強会には、4団体に加え、厚労省から医政局指導課佐藤課長ほか、同総務課、年金局国際年金課の各課長補佐が参加。さらに、独立法人福祉医療機構からも理事ほか2名が参加する。

正式には2月を初会合とし、当面1回のペースで開催する予定だ。

## 北陸甲信越ブロック研修会に152名

### 石川県支部、未加入病院に入会を訴える

石川県支部(神野正博支部長)は12月9日、北陸甲信越ブロック研修会を金沢市内のホテルで開催し、152名が参加した。

大道久日本大学医学部教授が「医療制度改革の流れと今後」と題し、猪口雄二常任理事(医療保険・診療報酬委員長)が「療養病床再編に係る経過と医療療養病床の診療報酬改定について」それぞれ講演。さらに、両講師と神野石川県



支部長による鼎談が行なわれた。募集数を上回る参加者の7割以上が全日病に未加入であった。会場では、川島周常任理事(企画室委員長)が入会を訴える挨拶を行なったほか、未加入病院に対して全日病各種事業の資料と入会のしおりを配布して、入会の検討を促した。

## 近畿ブロック研修会には180名が参加

大阪府支部(白山鴻健支部長)および兵庫県支部(西島支部長)は1月20日、大阪市内のホテルで近畿ブロック研修会を開催、180名の参加を得た。

厚労省から医政局佐藤敏信指導課長を招き「医療制度改革後の行政について」展望してもらったほか、本会の猪口

常任理事が、「医療制度改革への対応」と題して、制度改革の経緯と問題点および民間病院がとるべき対策と課題を分かりやすく論じた。

### 和歌山県に支部。全都道府県に開設

和歌山県支部が設立された。同県の全日病会員は1月22日に初の支部総会(臨時)を開催し、和歌山県病院協会の成川守彦会長(桜ヶ丘病院理事長)を初代支部長に選出した。

これによって、本会は47都道府県に支部を確立した。

## 個人情報管理・担当責任者養成研修会を開催

### 今年度内開催の分は締切。07年度事業計画でも開催を企画

個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)は2月から3月にかけて「個人情報管理・担当責任者養成研修会」を3回開催する。1月18日の第3回理事会・第10回常任理事会で承認された。

「認定個人情報保護団体」としての取り組みを担う同委員会は、個人情報保護に関する知識をもち、院内スタッフ等に適切な指導を行なうことができる人材を養成する目的で研修会を企画し

た。当初、2月23日に開催することを決めて1月に会員に案内したところ、予想を上回る問い合わせや参加申し込みがあったことから、急遽3回に開催を増やしたが、いずれも定員に達した。

個人情報保護担当委員会は、2007年度事業計画で同研修会の開催を企画しており、詳細が決まり次第、会員に案内したいとしている。

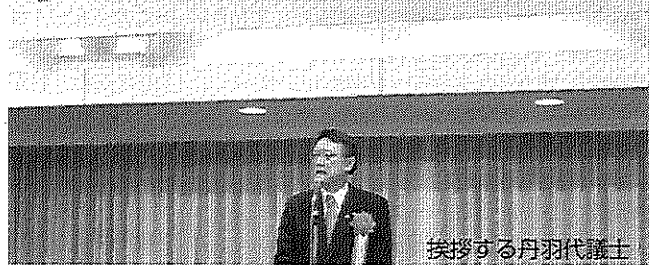
## 新年の集いを開催。丹羽代議士ほか挨拶

恒例の「全日病新年の集い」が1月18日に東京都内のホテルオークラで開催され、約300名が出席した。

佐々会長の挨拶に続いて安倍晋三総理大臣からの祝電が紹介され、鴨下一郎衆議院議員(自民党)、丹羽雄哉衆議院議員(自民党)、唐澤祥人日医会長(代理・内田常

任理事)、山本修三四病協代表(日病会長)ほかの来賓から挨拶が寄せられた。

## 本病院協会 新年



挨拶する丹羽代議士

訂正 12月15日号の記事「第2回看護部門長研修会が修了」で、受講者数を「54名」としましたが、「39名」の誤りでした。お詫びして訂正します。

