



全日病 NEWS 4/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.660 2007/4/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

西澤寛俊氏を新会長に選出

後任副会長に猪口雄二氏を指名。手束、安藤両氏は留任

佐々英達前会長を名誉会長に推戴

全日本病院協会の会長に西澤寛俊副会長が就任した。3月24日に開催された第88回定期代議員会で選出された新理事55名による臨時理事会で新会長に選出された西澤新会長は、副会長に手束昭胤(5期目)、安藤高朗(3期目)両氏の留任を決めるとともに、新たな副会長として猪口雄二氏を指名、臨時理事会は全会一致で承認した。

西澤新会長は直ちに常任理事を指名、初選出2名を含む20名が決まった。

理事、監事、代議員会議長および副議長とも定員数以内の立候補であることから、全員が当該各職に選出された。理事31名のうち10名が初選出と、世代交代が大きく進んだ。

佐々英達前会長は改選に際して退任の意向を表明。その功を讃えて名誉会長に推戴された。

西澤新会長は61歳とまさに団塊の世代。指導者としては若い年代に属するが、とくに、副会長は安藤氏が48歳、猪口氏が52歳と、団塊の世代を飛び越えた抜擢が実現。病院団体の中でも異例に若い執行部が誕生した。

医療制度構造改革の実施本番を直前にして後継を託された西澤新会長は、代議員会で承認を得た2007年度事業計画の実行を果たしていく中でその任をまっとうしたいと、役員、代議員、支部そして会員の協力を要望する旨の挨拶を行なった。



▲就任の挨拶を行なう西澤寛俊新会長

その就任の弁で、「経済財政の視点のみで行われている制度改革によって何が起きているか。医療現場は混乱している。日本の医療提供体制がまさしく崩壊に向かっているのではないだろうか。このような現状を、ぜひ、医療の質の向上、それを目指した改革へと転換させていきたい」と、力強く抱負を語った。(4面に新役員の名簿)

2007年度事業計画を承認。新規活動に多々着手

第88回定期代議員会は、2007年度事業計画および予算の各案を承認するとともに、西澤執行部を選出した臨時代議員会の報告を了承した。続いて開催された第77回定期総会も同じく各案・報告を承認した。

2007年度事業計画は「病院のあり方報告書2007年版」における現状分析および課題提起を反映、例年と比べ、きわめて積極的かつ広範囲な活動テーマを盛り込んだ。

07年度予算は収入が約3億9,000万円と前年度比2,300万円の増、支出は活発な事業計画を反映して3,600万円増の約4億2,000万円となった。

前期繰越収支差額を加え、06年度当初予算よりも1,700万円多い約1億8,000万円の次期繰越収支差額を見込んでいる。(4面に2007年度事業計画を掲載)

ら、調査データの分析にもとづいて議論する意識が定着していった。佐々前会長は多くの議論で発言を控えたが、その現場には常に立ち会った。

こうした活動に枠組みを与えたのが「病院のあり方報告書」であった。

佐々執行部は就任早々、病院のあり方検討チーム(中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会)を常設委員会に格上げした。

その後は、病院のあり方委員会を、主要委員会の委員長を主たる構成員とする「リーディングコミッティ」として位置づけた。

本会事業の軸足を活動的な若年層に託す佐々前会長の思いは、中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会の西澤委員長を1期目に副会長に起用し

たことからもうかがわれる。

以後、本会は、「地域一般病棟」「ケースミックス導入」「慢性期包括制」「疾病調査」「主治医制」「ADR」など果敢な提起・提言を前面に出し、それを次版の「病院のあり方報告書」が検証かつ理論的に補強するというスパイラルを展開し、発言力を高めてきた。

佐々前会長自身、中医協委員(02年4月～05年9月)として、中医協で再三にわたって医療・看護必要度に応じた配置と評価を導入するよう主張した。

4期8年の佐々政権は、格差ではなく、本会全体の底上げを実現した。そして、その路線を、8年の永きにわたって支えてきた最適な後継者、西澤新会長に託した。

代議員会の退任の弁で佐々前会長は、「新執行部の下で本会活動の活性化に務め、会員病院の質と安全の向上、健全経営化を一層進め、地域医療に貢献していただきたい」と、後進に託す全日病に対する強い期待を表明した。

4期8年。全日病の基礎を固めた佐々前会長

佐々前会長の在任期間は4期8年に及んだ。その軌跡は、地域医療を支える民間病院の代弁者として発言力を高め、今や充実期を迎えつつある全日病の内部基礎を固める過程であった。

会長に選出された1999年度当初の本会会員数は約2,000名であった。それが1999年度末には2,075名に増え、その後

も着実に増加をたどり、現在、約2,200名に達している。

会員数増加の背景には支部体制の強化と委員会の活性化がある。また、若年層を役員や委員長などに次々と登用する前向きな人事政策があった。

外部を含む積極的な人材起用の中か



▲佐々前会長は冒頭挨拶で退任の弁を述べた

前改定の医療区分1取り扱いを批判

06年度慢性期調査の中間報告 基本小委、判断ミス認める。詳細データ後に介護との連携を検討

慢性期入院医療の包括評価調査分科会の池上直己分科会長(慶應大学医学部教授)は、3月28日の診療報酬基本問題小委員会に2006年度慢性期調査の中間報告を行なった。(3面に中間報告の概要を掲載)

その中で、医療必要度から分類した医療区分1を「入院医療を必要としない」と断じ、コストを無視した点数を設けた06年度改定の政策的な処理に触れ、「当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない」と批判、厚労省と中医協の判断ミスをいませした。

中間報告は、医療療養病棟に重度患者が集まっていることやケア時間との相関性などの検証から、患者分類は概ね妥当であったと評価した。

ただし、診療報酬点数との関係においてケア時間と乖離した区分があることや、認知機能障害の加算がケア時間のエビデンスを得ていないなどの問題点をあげ、改善を求めた。

さらに、院長回答から、医療区分項目の一部に変更を検討する余地がある、また、評価・記録等の煩雑な作業に合理化の必要があるなど、今後に向けた

議論の論点を提起した。

報告は、末尾で、医療区分1について、厚労省当局が医療療養病床転換の一助とし、コストを無視した政策的な配点を行なった事実を取り上げて論難。

さらに、「医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療のあり方も検討される」べきとして、受け入れ体制が整わない中で再編を強行した誤りを指摘するとともに、介護保

険施設等のあり方を見直す老健局との連携を訴えた。

医療区分1の取り扱いは、療養病床の動向だけでなく、介護施設の現況下、医療的処置が必要な患者に代表されるように「医療難民」の出現にもかかわる。

介護保険とのミスマッチはリハで問題となり、異例の期中改定となった。今回の報告は、中医協によるミスジャッジの新たな指摘でもあった。

併設転換老健に診療室等共用を認める。5月施行

療養病床転換促進策 医療保険からの転換に大幅な基準緩和。指定枠運用も緩和

厚生労働省は、医療保険適用療養病床の老健施設等への転換を促すための当面の措置をまとめ、3月29日の社会保障審議会・介護給付費分科会に示すとともに、老健および特養への転換に際して追加的な経過措置を適用する省令改正事項について諮問を行ない、分科会は即日、諮問どおり答申した。

この結果、医療保険下の療養病床と一般病床の転換には、病院・診療所とも、ショートステイを含めて現行老健・特養

の施設基準とは異なる緩和された基準の適用が認められ、病床面積基準以外は、建て直しまでの間継続する半恒久措置となることになった(病床面積基準は2011年度末までの措置)。

さらに、転換後老健が病院・診療所と併設している場合には診療室の共用が、特養等を含めた転換については階段、エレベーター、出入口等の共用が認められる。いずれも5月に施行される。

また、厚労省は、第3期介護保険事業(支援)計画における年度ごと、施設種別ごとの指定枠(市町村における必要サービス量の見込数)の運用を弾力化し、計画期間内の必要総量枠内であれば医療保険からの転換を受け入れる措置を図ること、さらに、一定の要件を満たした医療療養病床に関しては都道府県と市町村の協議で転換を可能とする方策をともに4月から実施することを明らかにした。(詳細は3面に掲載)

高齢者専門総合医を「かかりつけ医」として導入か

後期高齢者医療の在り方特別部会 「基本的考え方」をまとめる。意見募集後に診療報酬骨格議論

社保審・後期高齢者医療の在り方に関する特別部会は3月30日、「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」をまとめた。一部修正を加えた上で意見募集の手続きにかける。

特別部会は、意見募集後に、診療報酬骨格案に向けた議論に入る。

事務局(厚労省保険局医療課)がまとめた「基本的考え方」は、後期高齢者医療の構築に臨む視点として「生活の中での医療」「尊厳に配慮した医療」という考えを、また、診療報酬体系につながっていく「医療の体系」においては、「急性期医療における治療後の生活を見越した評価とマネジメント」「終末期における患者による自己決定の重視」「後期高齢者を総合的に診る医師」といった新しい概念を盛り込んだ。

その上で「居住系を含む在宅の重視」を強調、「制度の持続可能性に配慮した効果的・効率的な医療提供」をあらため

て訴え、「段階的に取り組んでいく」考えを示している。

課題としては、過剰な検査・薬と頻回・はしご受診の是正が明記された。

包括払いあるいは定額制を直接明示する文言はみあたらないが、骨格に向けた今後の議論では、包括制の範囲と方法をめぐる論点が浮上するものと思われる。

また、注目されるのは「総合的に診る医師」の位置づけだ。「精神的な不安を含めた複数の疾患をトータルに診る」医師、地域におけるチーム体制の調整を図る仕組みの中核となる医師、通院医療についても担う医師というように、高齢者専門の総合医を「かかりつけ医」という位置づけで導入しようとする意図がうかがわれる。

定額制と絡めて何らかの資格制を導入するのか、今後の議論展開が注目される。

(1)複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。

(2)慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。

(3)複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。

(4)地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。

(5)患者自身が理解して、自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者に対しては、その抱える個々の疾患を疾患別に診るという医療だけでなく、精神的な不安も含めた複数の疾患について、トータルに診ることが出来る医療が必要。

4. 後期高齢者にふさわしい医療の体系

(1)急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要

(2)在宅(居住系施設を含む)を重視した医療

・訪問診療・看護等、在宅医療の提供
・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師

・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携

地域における医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者が相互に協

力して、チームとして対応することが必要。この場合、中心となって医療関係者の連携を調整する役割を担う医師が置かれる仕組みが重要。これを実現するためには後期高齢者を総合的に診る医師が必要である。

また、在宅医療を後方支援する医療機関との連携を進めていくことが必要。

さらに、継続的な口腔管理を促すことや、重複投薬・相互作用の発生防止を目的とした同一の薬局による使用医薬品の管理、在宅での療養を支える訪問看護の取組等を進めていくことが必要。

通院医療についても、在宅医療と同様、後期高齢者を総合的に診る医師により提供されることが今後重要。

(3)介護保険のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供

主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠。

(4)安らかな終末期を迎えるための医療・十分に理解した上での患者の自己決定の重視

・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

(5)その他

制度の持続可能性に留意した効果的・効率的な医療提供の視点が必要。また、段階的に取組を進めていく視点も必要である。

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」(要旨) *細部を修正の上、正式な文書が後日パブリックコメントにかけられる。1面記事を参照。

2. 基本的な視点

心身の特性から、後期高齢者医療には次の視点が必要。

●後期高齢者の生活の中での医療
本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

●後期高齢者の尊厳に配慮した医療

認知症等の場合にも、人間らしさが保たれた環境における生活を重視し、過度に医療に依存しないことが必要。

●後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

3. 後期高齢者医療における課題

数値目標入り「高コスト構造是正プログラム」を策定

経済財政諮問会議 厚労省が「質向上・効率化プログラム」。療養15万床説は再算定?

柳澤厚生労働大臣は3月16日の経済財政諮問会議で、「医療・介護サービスの『質向上・効率化』プログラム」の考えを提示、そのメニュー案を説明した。

特定健診・保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの減少率、平均在院日数の都道府県格差縮小など、いずれも既に公表されている目標値などを整理したもの。

その中で、療養病床の削減については「2012年度末における病床目標数を定める」と説明した。既に明らかにした15万床という目標を再算定する考えとも受け取れる。

同会議で、民間議員は、社会保障改革にかかわる数値目標の設定とその実施状況を検証する第三者機関の設置な

どを織り込んだ「高コスト構造是正プログラム」を策定するよう提案した。

柳澤大臣は、数値目標を参考指標とするよう求めたが、安倍首相自ら、数値目標を盛り込んだプログラムの作成を指示した。

第3者機関については柳澤大臣が強く反対したため、「骨太の方針」策定の中で内閣府が調整することになった。

民間議員である八代尚宏国際基督教大学教授は、厚労省が進めている医療改革の数値目標を財政効果に置き換えた場合の効果を示した。

①公立病院の人員費比率(54.5%)を医療法人並み(52.1%)に下げると約1,400億円のコスト削減効果がある。

②後発医薬品の価格を先発品の半分と

仮定し、後発品のシェア(16.8%=数量ベース)をドイツ並み(40%)に引き上げ

特定健診保健指導

健診結果で層化。それぞれ異なる対応

3月28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」に厚労省は、2008年4月から実施する特定健診・保健指導の標準プログラム(確定版)と「健康診査等基本指針案」を提示した。

健診の必須・詳細項目のうちから腹囲の2レベルを対象とし、血糖値、血中脂質、血圧などから基準値を2または3以上超えると「積極的支援レベル」、1つは「動機づけ支援レベル」に分ける。

ると約8,800億円の医療費抑制となる。
③このほか、必要のない「はしご診療」を防ぐ、レセプトの完全オンライン化などによってもコストの削減効果が見込まれる。

同議員は、厚労省も財政効果の試算を行なうよう求めた。

服薬中の者は特定保健指導の対象としない。また、前期高齢者は、積極的支援の対象でも動機づけ支援にとどめる。後期高齢者については広域連合が実施するが努力義務とする。

プログラムは階層ごとに、面接、計画・目標の作成、電話、メール等による支援の方法、確認期間など保健指導の方法を整理する。40~74歳のうち「積極的支援」が11.5%、「動機づけ支援」は13.4%と推計した。

看護師は4単位増にとどまる

カリキュラム改正案まとまる。07年度に臨床研修を検討

3月23日の看護基礎教育の充実に関する検討会は、看護師、保健師、助産師教育のカリキュラム改正案を盛り込んだ報告案を概ね了承することで合意したが、保健師養成プログラムをめぐって意見一致にいたらず、調整を遠藤久夫座長(学習院大経済学部教授)に委ねた。

その後、遠藤座長と事務局(厚労省医政局看護課)とが協議して報告案を修正、各委員の了承を得て3月末まで最終報告がまとまった。カリキュラム改正は2008年度から実施される。

最終報告は、看護師養成カリキュラムを現行93単位から97単位へと4単位増やし、保健師は21単位から23単位へ、助産師は22単位から23単位へそれぞれ充実を図るとの内容。

看護師養成については「基礎看護学」を分離した上で専門分野をⅠとⅡに改編。新たに、チーム医療や他職種との関わりなどを学ぶ「看護の統合と実践」

を設け、それを「在宅看護論」と組み合わせた「統合分野」を新設した。

「看護の統合と実践」には、一勤務帯を通して複数患者を受け持つ実習が2単位組み込まれた。

看護師養成の当初案は、3年制を前提として、単位数を100単位に増やすというものだったが、臨地実習の充実を求める意見と養成施設や実習受け入れ施設の負担増に配慮する意見とが対立、結果的に4単位増に落ち着いた。

委員の間には、医療現場のニーズにてらして改正カリキュラムの実効性を疑問視する意見も根強く、報告書には「卒後臨床研修の検討に速やかに着手すべき」という指摘が盛り込まれた。

これを受け、厚労省は2007年度に、看護職員員の臨床研修の制度化を含む新人看護職員教育のあり方を検討する検討会を設置する。

医療・介護等の情報化グランドデザインを決定

厚生労働省は「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」を決定し、3月27日に公表した。

グランドデザインは、国民が自らの診療情報等を電子データで入手して健康管理に役立てたり、セカンドオピニオンや専門医選択などに用いる、また、医療機関等において費用対効果の高いITの導入と情報連携を図る、さらに、

保険者ほか健診情報・レセプトデータを活用して保健指導を実施するなど、IT化による将来の姿を描いている。

同時に、今後5年間にわたる具体的施策をアクションプランにまとめた。

その中で厚労省は、社会保障分野を横断する多機能ICカードの導入に取り組む方針を明らかにし、「社会保障番号」の導入を提起した。

医療短信 BRIEF

■死因究明・裁判外処理制度で検討会

厚労省は、2007年度に「死因究明制度・裁判紛争外処理制度に関する検討会」を設置することを決めた。

検討会は、3月8日に公表した「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」を踏まえ、診療関連死の死因究明や再発防止策の提言を目的とする第3者機関設置と紛争解決の仕組みづくりに向け、法制化を含む検討を進める。

■日病協、高齢者医療とDPCでWG

日本病院団体協議会は、診療報酬実務者会議に高齢者医療とDPCに関するワーキンググループを設置、それぞれ3月26日に初会合を開いた。

高齢者医療のあり方に関するWGには日本療養病床協会安藤高朗副会長(本会副会長)が、DPCのあり方に関するWGには日本私立医科大学協会小山信彌病院部会担当理事が座長に就任した。

老健等の医療提供実態を踏まえ区分1を意味づけるべし

06年度慢性期調査の中間報告 区分2に経管栄養、胃癌等の処置追加を求める意見が多数。検証の継続を求める

2006年度慢性期調査の結果(中間報告書の概要) 3月28日 診療報酬基本問題小委員会 *1面記事を参照

(2)主な結果

①ADL・医療区分、認知機能障害加算の状況

医療療養病棟では05年度調査よりも医療区分1が減少し、2、3の割合が増加した。医療の必要性に応じた医療と介護の機能分担が進んでいると評価できる。

②患者1人当たりのケア時間の状況

医療療養病棟における患者分類別の患者1人1日当たり重み付けケア時間は、各区分とも04年度より増加したが、1から順にケア時間が長くなることには変わらなかった。ただし、認知機能障害の有無による差はわずかしかなかった。

③患者1人当たり費用の状況

医療療養病棟の患者1人当たり費用は04年度と比較して大きな変化はなかった。

④職員配置の状況

看護職員1人当たりの患者数は05年11月と比べて06年11月は減少しており、看護職員の配置が厚くなったものと評価できる。

⑤入院退院患者の状況

入院時点では医療区分2、3の患者が7割近くを占め、医療必要性の高い患者の受け入れが進んでいると評価できる。退院・転棟時点では3の患者が3割以上を占めているが、死亡退院を除くと1の患者が半数近くを占めていた。

⑥患者分類に対する病院長の評価

患者分類に対する総合的評価は「やや不適当」「不適当」の合計が6割近くに上ったほか、医療区分2、3の24時間持続点滴、リハ、体内出血、喀痰吸引等について条件や日数制限が不適切との意見があった。

これらの意見は、自由記載の意見から、分類そのものより、点数の妥当性、実施手順や評価票の煩雑さ等を評価し

たとえられる。また、医療区分2に加えるべきとして、経管栄養、胃癌等の処置をあげる意見が多数あった。区分評価と記録の頻度は1週間に1度でよいという意見が4割近くを占めた。

療養病床への入院対象として、急性期病棟で治療後の受皿を必要としている患者、在宅で一時的困難になった際の受皿を必要としている患者、経口摂取が困難な患者をあげる意見が多数あった。

⑦医療療養病棟の入院料算定の状況

全国の医療療養病棟のレセプトによると医療区分1が30%、2が52%、3が18%で、05年度と比較して1が減少し、2、3が増加した。

⑧有床診療所の患者分布の状況

有床診療所の患者構成比には変化がなく、機能分担は進んでいないことが明らかになった。

4.患者分類に係る検証

医療区分及びADL区分については概ね妥当であると考えられた。また、医療療養病棟で医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいることが明らかになった。

一方で、以下の点については、さらに詳細な検証が必要と考えられた。

患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分3のADL区分1とADL区分3の間にケア時間の大きな開きがあるにもかかわらず、1つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること。

認知機能障害の有無については、直接ケア時間の差が小さいこと等から、必ずしも区分を分ける必要はないとも考えられること。

なお、当分科会に対して要請された事項は、06年度診療報酬改定の基礎資

料とするため、患者にかかるコストに着目して医療区分、ADL区分を設定することであった。

しかし、医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない。

また、医療区分の意味づけを行う際

には、介護保険施設における医療のあり方についても十分に検討される必要がある。

今回の報告は調査結果の速報に基づくものであり、コスト調査等についてはさらに詳細な分析が必要であると考えられることから、07年度以降も引き続き検証を進めるべきである。またその際には、医療の質の評価手法等についても併せて検討する必要がある。

05年度介護給付費

伸びが鈍化。施設は減少に転じる

厚労省が3月29日に公表した2005年度の介護保険事業報告によると、予防を含む05年度の介護費用は6兆3,957億円(3.1%増)であった。

利用者負担を除いた給付費は5兆7,943億円と前年度から4.2%増えたが、介護保険創設(2000年)以降続いた10%前後の伸率からは大幅に後退した。

1号被保険者1人当たりの年間給付費は22.4万円(1.4%増)と2000年度の1.54倍になった。

特定入所者介護と高額介護を除いた月平均の給付費は4,715億円(2.5%増)。施設サービスは2,268億円と初めて減少に転じ、居宅サービスは2,448億円と前年度より8.6%も伸び、初めて施設サービスを上回った。

06年11月提供分の介護給付費実態調査によると、給付費全体に占める介護保険施設サービス費の割合は、特養が21.3%、老健が16.1%、介護療養型が8.7%(約467億円)となっている。

「かかりつけ医」と病院外来医師配置で議論

3月23日の「医療施設体系のあり方に関する検討会」は医療連携体制における「かかりつけ医」の位置づけおよび病院における人員配置標準のテーマについて議論を行なった。

「かかりつけ医」については、事務局(厚労省医政局総務課)からヨーロッパ各国の制度概要を紹介した資料が提出されたが、すべて文献資料から引用したもので、厚労省も家庭医等に関する情報が乏しいことを露呈した。

健保系委員による「総合医を育成して登録制を導入すべきだ」という提起に対しては、複数の委員が反発した。

病院の人員配置について、事務局は、欧米諸国では概ね基準がないことを認めた。

病院の外来医師配置標準に関して、その廃止を主張した病院系委員に対して、日医委員は存続を是とする見解を表明。病院団体と意見が分かれることが明らかとなった。

療養病床の転換にかかわる老健施設等の施設基準見直しに関する答申の概要 3月29日 社会保障審議会・介護給付費分科会 *1面記事を参照

■介護老人保健施設における経過措置

●療養病床(病院)から転換した介護老人保健施設は、

- ①食堂の面積基準は1人当たり1m²以上
- ②機能訓練室の面積基準は40m²以上、とする。

※サテライト型小規模老健は、食堂は1人当たり1m²以上、機能訓練室は本体施設の機能訓練室を利用することで可とする。

●療養病床(診療所)から転換した介護老人保健施設については、

- ①療養室の面積基準は1人当たり6.4m²以上
- ②廊下幅の基準は内法1.2m以上(両側

居室の場合は内法1.6m以上)

- ③食堂・機能訓練室の面積基準は、「食堂+機能訓練室の面積基準は1人当たり3m²以上」又は「機能訓練室が40m²以上(食堂が1人当たり1m²以上)」、とする。

※サテライト型老健については、食堂は1人当たり1m²以上、機能訓練室は本体施設の機能訓練室を利用することで可とする。

●一般病床から転換する場合も療養病床(病院・診療所)からそれぞれ転換する場合と同様の経過措置を認める。

●転換した老健施設が病院・診療所と併設している場合、当該病院・診療所

と診察室の共用を認める。

■介護老人福祉施設における経過措置

●療養病床(病院・診療所)から転換した介護老人福祉施設は、

- ①廊下幅の基準は内法1.2m以上(両側居室の場合は内法1.6m以上)
- ②病院から転換する場合は、
・食堂の面積基準は、1人当たり1m²以上
・機能訓練室の面積基準は、40m²以上とし、

療養病床を有する診療所から転換する場合は、「食堂+機能訓練室の面積基準は1人当たり3m²以上」又は「機能訓練室が40m²以上(食堂が1人当たり1m²以上)」とする。

療養病床の転換支援に関する当面の措置 (介護給付費分科会で示された厚労省資料から構成)

①療養病床を老健施設等に転換する場合の施設基準の緩和

医療機関が老健施設等に転換する場合に施設基準の緩和措置を実施。(答申済。07年5月施行)

【緩和措置の適用期間】

- ・床面積は2011年度末までの経過措置
- ・食堂・機能訓練室・廊下幅は2012年度以降も適用

※特養の食堂・機能訓練室・廊下幅についても同様の基準緩和を行う。

②医療機関と転換後老健施設が併設する場合の基準緩和

・診察室の共用を可能とする。(答申済。07年5月施行)

・老健施設、特養等が医療機関に併設される場合、階段、エレベーター、出入

口等の共用を可能とする。(通知改正事項。07年5月施行)

③転換後の経営モデルの提示

病床規模別に収支、人員体制等を含めた転換後の経営モデルを提示する。(07年度にモデル事業を実施)

④医療法人経営の選択肢の拡大

医療法人による有料老人ホームおよび高齢者専用賃貸住宅設置を認める。(医政局通知事項。前者は07年4月、後者は同5月施行予定)

⑤転換時の改修等に関する特別償却制度(法人税)の創設

転換するための改修等については当該年度に特別償却(基準取得価額の15%)できる措置を創設。(07年4月から09年3月まで。3月30日付で官報掲載=財務省)

⑥福祉医療機構の融資条件の優遇等

(独)福祉医療機構の融資において、転換に伴う改修等に要する資金に優遇措置を講じる

- ①融資率の引き上げ(75%→90%)
- ②貸付金利の引き下げ(財投金利と同じ)
- ③有料老人ホームの融資対象化(09年4月から)

一時的な資金不足が生じる場合には、(独)福祉医療機構の「つなぎ融資」制度を利用可能。

⑦第3期介護保険事業(支援)計画における定員枠の弾力化

I. 介護保険施設等の定員枠の弾力運用

都道府県・市町村は、第3期(06~08年度)の介護保険施設等の合計の指定枠

内であれば、年度ごと、施設種別ごとの指定枠を超えても医療保険適用の療養病床からの転換を可能とする。

II. 医療区分1の患者が多く、経営困難な医療機関の特例

第3期の合計指定枠を超える場合でも、次の要件をすべて満たす医療療養病床は、都道府県と市町村の協議によって転換を可能とする。

- ①医療区分1の患者割合が当該都道府県の平均値を超えている
 - ②転換を認めなかった場合は当該医療機関が存続できなくなると見込まれる
 - ③当該療養病床の転換・存続が地域ケア体制の確保を図る上で必要不可欠である
- (I・IIとも07年4月から実施)

亜急性期で提言。介護施設の医療提供についても

臨床研修指導者、特定健診・保健指導研修会等研修活動を充実化。「DPC分析事業」の実施

全日本病院協会「2007年度事業計画」(概要)

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2007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検討・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
 - ・亜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

国際医療福祉大学大学院
(乃木坂スクール)
2007年度前期公開講座

**「逆風に打ち勝つ経営のヒントを
先進経営者に訊く」**

●共通講義 4月16日
●「急性期の経営」コース 4月23日～5月28日
●「地域医療回復期～在宅の経営」コース 6月4日～7月9日

*各コース全7回各夜間2時間
受講料 各コース 2万円(2コース受講は3万6,000円)
*全日病会員には割引料金が適用されます。

問合せ先 乃木坂スクール事務局
Tel. 03-6406-8621 nogizaka@iuhw.ac.jp

役員等選出者(任期2007年4月1日～2009年3月31日) *1面記事を参照

- 会長 西澤寛俊 北海道 (医)西岡病院理事長
副会長 手束昭胤 徳島県 (医)手束病院院長
// 安藤高朗 東京都 (医)永生病院理事長
// 猪口雄二 東京都 (医)寿康会病院理事長

- ◎織田正道 佐賀県 (医)織田病院理事長
濱砂重仁 宮崎県 (医)市民の森病院理事長
新垣 哲 沖縄県 (医)西武門病院理事長

- 松井孝嘉 香川県 (医)松井病院理事長
貞本和彦 愛媛県 (医)貞本病院理事長
島本政明 高知県 (医)島本病院理事長
大原幸彦 福岡県 (医)大原病院理事長
竹島 新 〃 (医)二日市中町病院理事長
古賀義行 佐賀県 (医)古賀病院理事長
江崎辰男 長崎県 (医)長崎百合野病院理事長
◎田代祐基 熊本県 (医)帯山中央病院理事長
◎山田一隆 〃 (医)高野病院理事長
◎畑 洋一 大分県 (医)畑病院院長
◎大塚直純 宮崎県 (医)大塚病院理事長
銚之原大助 鹿児島県 (医)市比野記念病院理事長
牧角寛郎 〃 (医)サザンリジョン病院理事長

- 【常任理事】◎は常任理事に初選出
大橋正實 北海道 (医)耳鼻咽喉科麻生病院理事長
徳田禎久 〃 (医)禎心会病院理事長
小松寛治 秋田県 (医)本荘第一病院理事長
松村耕三 福島県 (財)松村総合病院理事長
中村康彦 埼玉県 (医)上尾中央総合病院院長
平山登志夫 千葉県 (医)平山病院理事長
飯田修平 東京都 (財)練馬総合病院院長
石原 哲 〃 (医)白鬚橋病院院長
木村 厚 〃 (医)木村病院理事長
古畑 正 〃 (個)古畑病院院長
赤枝雄一 神奈川県 (医)赤枝病院理事長
◎加納繁照 大阪府 (医)総合加納病院理事長
西 昂 兵庫県 (医)西病院理事長
濱脇純一 広島県 (医)浜脇整形外科病院理事長
木下 毅 山口県 (医)光風園病院理事長
川島 周 徳島県 (医)川島病院理事長
中村定敏 福岡県 (医)小倉第一病院理事長

- 【理事】◎は理事に初選出
坂 文敏 北海道 (医)坂泌尿器科病院理事長
小笠原博 青森県 (医)南部病院理事長
◎中嶋康之 宮城県 (医)中嶋病院理事長
◎市原健一 茨城県 (医)いちほら病院理事長
比企達男 栃木県 (医)比企病院理事長
天草大陸 埼玉県 (医)リハビリテーション天草病院理事長
◎稲波弘彦 東京都 (医)岩井整形外科内科病院院長
◎猪口正孝 〃 (医)平成立石病院理事長
横田 力 富山県 (医)横田病院理事長
◎神野正博 石川県 (医)恵寿総合病院理事長
◎山本眞史 岐阜県 (医)笠松病院理事長
中島一彦 静岡県 (医)新富士病院理事長
藤田民夫 愛知県 (医)名古屋記念病院院長
志田幸雄 三重県 (医)桜木記念病院理事長
清水 紘 京都府 (財)京都南西病院理事長
日野頌三 大阪府 (医)日野病院理事長
古城資久 兵庫県 (医)赤穂中央病院理事長
佐能量雄 岡山県 (医)光生病院理事長

- 【監事】
鷺谷澄夫 栃木県 (医)鷺谷病院理事長
吉田静雄 兵庫県 (医)尼崎中央病院理事長
鈴木俊光 東京都 鈴木法律事務所弁護士
- 【代議員会議長】
池田卓郎 宮崎県 (医)池田病院理事長
- 【代議員会副議長】
木村佑介 東京都 (医)木村病院理事長
宮城敏夫 沖縄県 (医)浦添総合病院理事長