



全日病 NEWS 7/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.667 2007/7/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「転換推進計画(07~11年度)」を作成。制限枠は設けず

地域ケア体制整備の基本指針を策定 8月に再度転換意向と医療区分を調査。来年3月にも再々度調査

厚生労働省は「地域ケア体制の整備に関する基本指針」を策定し、6月29日付の医政・老健・保険3局総務課長連名通知に添付して各都道府県に送付した。各都道府県は、この8月に再度、医療療養病床の転換意向と入院患者の医療区分分布を調査して2007年度から11年度までの「転換推進計画」を作成、遅くとも年末までにまとめる「地域ケア体制整備構想」に盛り込むことになる。同じく6月29日付で、厚労省は、「第4期介護保険事業(支援)計画における療養病床等の取扱いに関する基本的考え方について」という老健局計画課長名の通知を発送。その中で、6月20日の「介護施設等の在り方に関する委員会」がまとめた報告に盛り込まれた、09年度からの第4期計画では療養病床からの転換には制限枠を設けないという方針を都道府県等に示した。(6面に「基本指針」、7面に「基本的考え方」のそれぞれ概要を掲載)

整備対象は「施設・在宅の介護」「見守りつき住宅」「在宅医療」

「基本指針」は、「地域ケア体制の整備」を、「療養病床の転換を図る過程を通じて、高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の総合的な体制整備を、人口構造等の中長期的展望を踏まえつつ、各地域におけるサービスニーズに即応して行おうとするもの」と定義。地域ケア体制の整備対象に、①介護保険による施設・在宅サービス、②高齢者向けの住まいと見守りサービス、③

多様な住まいでの療養生活を支える在宅医療を基本的施策として位置づけた。そして、「見守りに配慮した住まい」として、「有料老人ホーム、ケアハウス、賃貸事業者が入居者に一定の見守りサービスを提供する高齢者専用賃貸住宅、ライフサポートアドバイザー等が配置されたシルバーハウジング、福祉施設等が併設された公的賃貸住宅、管

換は政策的措置の対象とはされない。基本指針は、「転換推進計画」の作成に当たっては、「再度、今夏を目途に医療機関の転換意向と入院患者の医療区分の状況について調査を行なう」という手順を示した。さらに、第4期介護保険事業(支援)計画(09年度~11年度)の作成に当たっても、再々度、08年度春をめぐりに医療機関の転換意向を把握するとともに入院患者の医療区分の状況も調査するという手順を提示、「その結果、必要があれば、療養病床の転換見直しについても見直しを行う」と説明。適宜転換状況をチェックするとともに対応措置を図りながら、見直し(目標数)と現実(実績数)の符合を都道府県に求めている。また、地域ケア体制整備構想には、各種の交付金と病床転換助成事業の活用方策の具体的な計画を盛り込むよう求めている。その上で、遅くとも07年内には作成するようにと期限を切った。

総価取引等流通慣行の背景に川上(メーカー)の問題

医薬品の流通改善懇談会 作業部会で改善策。中医協に報告、薬価を毎年改定か

7月4日に開かれた「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」は、長期にわたる未妥結・仮納入や全品総価取引という「不適切な流通慣行」を改善する手立てに関する議論を再開した。5月30日の中医協・薬価専門部会から「秋頃までに改善策をまとめてほしい」の要請を受けて議論を再開したものの、懇談会はすでに未妥結・仮納入等をめぐる検討を重ねてきているが、効果的な改革案は見出せていない。しかし、2008年度改定で薬価毎年改定の実現の可能性を検討する薬価専門部会の付託を受け、緊急に作業部会(非公開)を設置して「改善案」を案出することになった。

細な実態を明らかにすることを、事実上、容認した。こうしたやりとりにより、少なからぬ委員から「医療機関への納入価格といった川下ばかりが言われてきたが、(メーカー仕切価格のありようという)川上の改善なくしては、(総価取引等の解消は)あり得ない」とする見解が示され、懇談会のはほぼ一致した認識となった。委員からは「作業部会は結論を出すべきだ」という強気の意見も出た。嶋口充輝座長(慶応大学大学院教授)も「長

く議論をしても仕方がない。このあたりで結論を出したい」と作業部会に期待を寄せた。卸側委員も「未妥結・仮納入を控えよ」という3月29日付通知で妥結率は上がった」と、中医協を含む厚労省による後押しを歓迎する姿勢を明らかにした。しかし、作業部会の結論によっても、「独禁法に触れない範囲で関係者が踏まえる留意事項をまとめる」(事務局=医政局経済課)のが精一杯というところ。自由契約の下では、モデル契約の見直しに留まらざるを得ないのが実状で、流通懇の結論は、薬価毎年改定に「方便」を提供することで終わりがかねない。今回は作業部会の結論を受けて9月に開催される。

再入院率の高いDPC対象病院をマーク?!

中医協 期中薬価収載の基準を超える高額薬剤等は出来高扱いに

7月11日の中医協・診療報酬基本問題小委員会は、改定期中に薬価収載された高額な薬剤・機器等を使用するDPC対象の患者について、次期改定で点数が改正されるまで包括評価の対象から外

し、出来高算定するという事務局(厚労省保険局医療課)提案を了承。併せて、特定の対象を定めるルール案を承認した。また、診療報酬調査専門

■一般病棟入院基本料の届出状況

	06年5月1日		07年5月1日	
	医療機関数	病床数	医療機関数	病床数
7対1	280	44,831	787	162,730
10対1	1,899	410,315	1,965	355,004
13対1	1,388	145,523	930	80,192
15対1	1,780	108,527	1,617	97,423
特別入院基本料	385	14,288	268	10,024
合計	5,732	723,484	5,567	705,373

組織DPC評価分科会から、2006年度DPC導入影響評価調査結果の報告を受けた。報告した西岡清分科



会長は、在院日数短縮化の内容、入院経路(救急搬送・緊急入院・他院からの紹介有無)、退院先、退院時転帰、患者構成と、調査項目のいずれも妥当な内容と評価した。(2面に続く)

清話抄

2006年度の7対1看護制度新設により、大学病院や公的病院の看護師採用数が大幅な増加となり、民間病院の看護体制にも大きな影響を及ぼしている。そんな中、地道な努力によって7対1を取得し、さらなる医療と看護の質向上に大きく前進した民間病院もある。制度開始当初、取得するのは比較的

小規模な病院が多かったが、最近では大型の民間病院も徐々に増えてきたようだ。取得にむけた最重要ポイントは、新規採用者を確保すること以上に魅力ある職場として離職率をいかに低く抑えるかにかかっている。当然のことだが、看護部責任者をはじめ、病院幹部職員全員の情熱によるところが大きい。昨年度末に7対1看護体制の医療機関における看護必要度、重症度調査が行われたが、本来は7対1看護が必要ない

ような、軽症の入院患者が多い病院を問題視して調査したともいう。2008年度改定にむけた動きと考えられるが、DPCを見据えながら、より質の良い医療と看護をめざして努力を重ねた結果に対して、看護必要度や重症度が低いからという理由だけで拙速な制度変更があってはならない。現在、わが国の医療体制において、民間急性期病院は、認知症を伴う高齢者の救急医療など、看護必要度の非常に

高い患者を積極的に受け入れる必要がある。一方、重症度は、様々な感染症の流行時期や診療科の特性などによって異なり、データを十分に蓄積して慎重に見極めなければ病院の内容を正確に把握することはできない。制度導入2年で、早くも変えるのは拙速に過ぎないか。患者と医療者の視点に立って、改善した制度の効果をじっくりと検証することが肝要である。(横)

主張

支部の出番がきた。その底上げは国民・国政と医療現場を直結させる

西澤新執行部が歩み始めて3ヵ月。会員数の増加は止まず、6月末現在で2,197と最高水準となり、史上最多の2,200台まであと一歩というところまで迫った。

過日の第89回定期代議員会では、本部と支部の強固な連携について活発な議論が交わされた。

支部活動や会員増強に積極的に取り組む支部、諸般の事情から取り組みが十分ではない支部、あるいは、歴史的経緯から都道府県医師会や病院団体と一体となっている存続している支部など、地域医療と同様、准支部を含む45支部それぞれに異なる特性をもっている。

しかし、どの支部も、各都道府県が策定を急ぐ医療計画、医療費適正化計画、地域ケア整備構想を前に、療養病床の再編と慢性期医療のあり方、介護保険事業(支援)計画と地域ケアのあり方、さらには、今後予想される一般病床の再編と地域医療のあり方、健康増進計画など、直面する課題は共通している。

国が進める改革は、制度、施策、予算など、今まで以上に、都道府県単位で展開されようとしている。それだけに、本部と支部との情報の共有、あるいは、支部と支部の情報交換がますます重要となる。

支部で取り入れている良い制度や

仕組みは、ほかの支部でもどんどん活用すればよい。本部は、支部が求める様々な研修会の講師派遣や行事等の運営に機敏に対応するなど、積極的に支援したいと考えている。

今後は、会員の皆さんが全日病を活用しやすいようなブロック編成、あるいは複数支部による共同事業などのバックアップも行えればと考える。全国レベルの病院団体では、全日病がもっとも支部体制が整っている。情報提供等支部活動力の底上げは、本部の強化のみならず、地域医療の現場と国民および霞ヶ関をより直結させるものとなる。

広報委員会は、以前より、地域から

の発言制度として支部通信委員を設けているが、今後は、会員の利便性を深めるためにも、ITを活用した情報の提供と共有化、委員会のテレビ会議、本部研修会の動画配信やDVD化なども検討していきたい。また、支部によるホームページ開設にも尽力していきたい。

将来的には、外部に対する情報提供の窓口となる「スポークスマン」制度を確立し、国民とマスコミに価値のある情報をタイムリーに提供するとともに、病院と医療体制の実態を分かりやすく、フレンドリーに説明するコメンター機能を充実させたいとも考えている。(A)

5年以内に5大がんの地域連携パスを整備

がん対策推進基本計画 がんの医療連携体制で方向性。医療計画に盛り込む

厚労省は7月11日に「がん対策推進基本計画」に関する説明会を開催、6月15日に公表された「がん対策推進基本計画」について都道府県担当者に説明した。

がん対策推進基本計画は、2007年度から11年度までのがん対策の総合的・計画的な推進を図るためにがん対策の基本的方向を定めたもので、都道府県がん対策推進計画の基本となる。

がん対策基本法にもとづいて、がん対策推進協議会の検討を踏まえて厚労省が策定、5月に意見募集の手続きを経て、6月15日に閣議決定された。

都道府県説明会では、健康局長務課がん対策推進室から「医療計画」に関する説明が行われた。

「医療計画」について、基本法第11条は、「都道府県がん対策推進計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画他と調和が保たれたものでなければならない」と

定めている。基本計画は、第3-3-(2)「医療機関の整備等」で、新医療計画にがん治療の地域医療連携体制を記載し、連携を推進するとし、個別目標として、「すべての2次医療圏に、3年以内に概ね1箇所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院で、5年以内に、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)の地域連携クリティカルパスを整備する」と書き込んだ。

地域連携体制のイメージとしては、「拠点病院を中心に、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療

養支援診療所等が連携する」とされており、緩和ケア以外は、外来もしくは在宅医療が想定されている。

また、セカンドオピニオンの推進が重視されており、その体制整備が提起されている。

拠点病院に関しては、今後、その指定基準が見直されるが、特定機能病院についても拠点病院と同等の位置づけを得る。ただし、特定機能病院の指定基準を見直す議論が高まっており、がんの医療連携体制も長期的には流動的だ。

08年度DPC準備病院へ700の応募。40万床を超える?

2008年度の新規DPC準備病院はまだ公表されていないが、5月25日から6月15日まで行なわれた新規募集に700ほどの病院が応募したことが分かった。7月13日に東京都内で開催された国際モダンホスピタルショーの講演で、診療報酬調査専門組織DPC評価分科会の西岡清会長(横浜市立みなと赤十字病院院長)が明らかにした。

DPC包括払いの適用病院は360、一方、準備病院は07年度末で371あり、総

計で731病院、29万1,275床に達している。したがって、仮に700病院が追加となると1,400病院を超え、病床数も40万床を大きく上回ることが予想される。

柳澤厚生労働大臣は、5月の経済財政諮問会議でDPC導入病院を08年度に1,000にすると宣言。急性期病院の間に「打ち止めか」という誤解を招いた。その後、原医療課長は、講演で「1,000は上限ではない」と説明して誤解を解いたが、DPC包括評価については、2010年

度改定で、導入前年度の収入を保証する医療機関別調整係数が廃止となることもあり、08年度の「駆け込み」適用はピークを迎えるものと思われる。

もっとも、応募した病院の中には、DPC準備病院の条件である「標準レセ電算マスターに対応したデータの提出をふくめた7月から10月までの退院患者に係る調査」に対応できないところも相当数あるとみられ、一定数の病院が辞退させられる可能性が高い。

(1面から続く)

ただし、再入院率は増加傾向がみられることから、今後は、その傾向の継続的な把握を進めるとともに、ヒアリングを強化するなど実態の捕捉に努めたいとした。

また、医療機関間で患者構成や在任日数平均値などのばらつきが拡大していることから、今後の調査で、医療機関特性を評価する指標等を検討する必要があると指摘した。

「7対1」の病床数割合は公的医療機関が突出

同日の中医協総会に、事務局は、今年5月1日現在の7対1入院基本料届出医療機関数を報告した。

一般病棟入院基本料では787医療機関(16万2,730病床、一般病棟の23.1%)が届け出た。その分布は、北海道、東京、大阪、福岡の各都道府県が50を超え、病床割合とも算定医療機関が都市部に集まっていることが判明した。

ただし、対人口病床数では、一部の地方の県も高い割合を示している。

病床別では200床以下の医療機関が半数を超えたが、設置主体別では公的医療機関の病床割合が3割近くを占め、突出している。また、看護職員の採用状況では国立大学病院が、採用数と採用率で圧倒的な実績を示した。

土田基本小委員長は、7対1導入の労働環境と病院経営への影響を示すデータを集めるよう事務局に求めた。

OT・PTの体位設定は摂食機能療法として算定

厚労省老健局老人保健課と保険局医療課は連名で7月3日付事務連絡「摂食機能療法の算定基準に係るQ&A」を各都道府県等に送付、理学療法士または

作業療法士が行なう摂食時の体位設定は摂食機能療法として算定することができるという解釈を打ち出した。

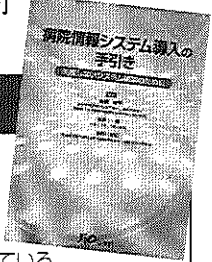
一冊の本 book review

「病院情報システム導入の手引き」

失敗しないシステム構築のために

編者 飯田修平 永井肇
長谷川友紀
発行 株式会社 しほう
定価 本体3,000円(税別)

本書は、病院におけるシステム導入の要点を、実例を挙げてわかりやすく解説している。たとえば「導入工程ガイド」の章は、「事前検討段階」、「ベンダの選定」、「導入準備」、「本稼働時」に分けて必要な作業をフロー化しているため段階的に理解しやすい上、システム構築サイドへの要望を、正確に把握できる。参考資料も、起案時に必要な書類やベンダ各社への入札仕様書などが収録されている。先行して刊行された上梓した「電子カルテと業務革新」との併用をお勧めする。



全日病厚生会

「個人情報漏えい保険」

が追加されました

病院総合補償制度に

個人情報が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

外来・在宅とも主治医が患者情報・連携の「ハブ」

後期高齢者医療の在り方特別部会 患者登録制を想定。「総合的に診る」「診療の中心となる」医師の役割

7月6日の「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」は外来医療と在宅医療について議論した。事務局(厚労省保険局医療課)は両テーマの論点を詳しく整理してみせ、後期高齢者医療のフレームを浮かび上がらせた。

外来に関しては、「総合的に診る」「診療の中心となる」という視点の具現化として、医師の機能を「他の医療機関への受診状況等も含め一元的に把握し、患者・家族・医療従事者間を繋ぐ」と定義。その役割を、日常生活の能力や認知機能等の「定期的・総合的な評価」を行ない、その結果を「本人・家族・医師・歯科医師・薬剤師看護師・介護福祉士等で情

報を共有」する。そして、専門的な治療が必要な場合は専門医へ紹介して治療内容を共有する、と明確にした。

「定期的・総合的な評価」については「年2回程度の検査」内容など、具体性のある案を例示。また、重複投与の危険を回避するためにお薬手帳の活用、さらに、入院時の医薬品も書き込むことで医薬品関連情報等の一元化を図るなど、患者単位で情報の統合を進める考えを示した。

この、「総合的に診る」「診療の中心となる」という視点は、外来においても同様。地域におけるチーム医療と患者情報管理の軸となって、自ら連携の調整を図り、カンファレンスも主宰する。

認知能や意欲等も含めた定期的・総合的な評価を行なって認知症等にも備えるとともに、関係者にその情報を提供する。

在宅主治医が把握する一連の情報には「急変時対応の連絡先」も含まれ、入院手配とともに、「在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先でも引き続き提供される」ように療養内容の継続を図る。さらには、入所先等の「外からの医療の提供について適切な評価を行う」など、当該患者の生涯療養にかかわるイメージが示された。

また、医療に限らず、介護・福祉等のサービスとの連携についても主治医

として主導するなど、患者登録制をほうふつさせる役割と機能が提案されている。

議論において、事務局は、「定期的・総合的な評価」と在宅医療におけるカンファレンスの重要性を指摘。委員からも、カンファレンス等すべての職種が連携するための仕組みを診療報酬で評価すべきとの意見が多くでた。

また、訪問看護を広げるために診療報酬の点数を厚くするべきという意見も多く、「在宅療養拠点訪問看護ステーション」を認めるべきという声もあった。

【後期高齢者の外来医療・在宅医療について】 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会(7月6日)の事務局資料から

I. 後期高齢者の外来医療(後期高齢者を総合的に診る取り組み)

○医師は診療の中心となり、患者の病歴や受診歴を把握し、併せて他の医療機関への受診状況等も含め一元的に把握し、患者・家族・医療従事者間を繋ぐ役割を担う。

○基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について定期的・総合的な評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する。

○合併症等の治療や、専門的な治療が必要な場合は、専門医へ紹介し、治療内容を共有する。

○お薬手帳の活用による薬の重複防止

重複投与の危険を回避するため、例えば、お薬手帳を活用して、服用している医薬品に関する情報等を一元化し、それを医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が確認できるようにする。

○お薬手帳の活用による入院時の使用医薬品の情報連絡

入院時に使用した医薬品も、お薬手帳を活用するなどして、注射・投薬など医薬品の内容等を外来・在宅で診療にあたる医師や薬剤師などが知った上で、対応できるようにする。

■患者・家族等への情報提供等と各種サービスの活用

○診療の中心となる医師の役割
他の医療機関での受診状況(検査・投薬を含む)についても、患者・家族・医療従事者等と情報を共有することが必要。

○必要なサービス調整のための、情報共有等の実施

医療従事者間の情報の共有のみならず、介護・福祉等のサービスとの連携を進めるため、主治医等を中心に相互の情報共有を図る必要がある。

○総合評価の活用
総合評価の結果を、患者・家族・医療・介護従事者間で共有し、診療や介護予防等に活用することが重要。

II. 後期高齢者の在宅医療

■チーム医療の取り組み

○地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者がチームとして対応する

・主治医等が中心となり、患者に関する情報を提供し、医療従事者間での情報の共有を図る

・必要に応じて、医療従事者等が集ま

り、カンファレンスを実施する

○医療関係者の連携を調整する主治医の取り組みを進める

■在宅医療を支える医療機関等の連携及び後方支援の取り組み

○主治医を中心に、患者・家族・医療従事者間で、急変時の対応等を含めて、連絡先等の情報を共有する。

○在宅患者の病状の急変時等入院が必要となった場合等に、①円滑に入院できるようにするとともに、②在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が、入院先でも引き続き提供されるよう、医療機関間の連携を強化する。

○それぞれの施設等の中で確保されている医療の内容等も踏まえつつ、当該施設の外からの医療の提供について、適切な評価を行う。

■継続的な口腔管理、同一薬局による使用医薬品の管理、訪問看護の取り組み

○後期高齢者の在宅歯科診療等
・要介護者の継続的な口腔機能の維持・管理を推進する

・在宅において適切な歯科医療が受けられるよう、地域の医療関係者等からの歯科診療に関する情報提供など、他職種との連携を推進する

○在宅医療における服薬管理等
本人や家族、介護者による服薬管理等を支援するため、「服薬カレンダー」の活用や必要とされる「薬の一包化」等を更に推進する

○在宅での療養を支える訪問看護の取り組み

・入院中からの退院時を想定した訪問指導や、退院早期からの訪問看護を充実させていく

・定期的・継続的な訪問看護を夜間・深夜・早朝を含め24時間いつでも提供できるように、充実を図る

■医療・介護・福祉の有効活用、患者家族等(介護者・後見人)に対する連絡・情報提供

○患者・家族等への情報提供等と各種サービスの活用

・介護・福祉等のサービスとの連携を進めるため、主治医等を中心に相互の情報共有を図る

・総合評価の結果を患者・家族・医療・介護従事者間で共有し、活用する

○認知症への対応や本人・家族を支援する体制

・後期高齢者の定期的・総合的な評価を行い、認知能や意欲等も含めて評価する

・合併症等の治療や専門的な治療が必要な場合は、専門医へ紹介し、治療内容を共有する

■終末期の取り組み。疼痛緩和ケアの取り組み

○在宅で終末期を迎える患者を支える取組

・終末期の病状や急変時の対応等について、情報提供・指導等を行うとともに、患者の病状の変化に応じた診療等を行う

・終末期に希望する診療内容等について事前に書面等で示し、関係者間で情報を共有する

・看取りの際に、事前に臨終の予測、死亡確認の段取り、看取り後のケア等について、家族等へ説明し、医師と連携して看取りを行う

○疼痛緩和ケアの推進(在宅における医療用麻薬の管理)

在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄などの方法について、調剤した薬剤師が、患者及び家族への指導を徹底するとともに、定期的にその状況を確認していく

後期高齢者の外来診療のイメージ

○定期的・総合的に評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する

▼定期的な検査(年2回程度)

血液検査(血球数、アルブミン値等)、尿検査(尿糖、尿蛋白等)、心電図検査、胸部レントゲン検査、眼底検査 等

▼総合的な評価(年1回程度)

基本的な日常生活の能力、認知機能、意欲、情緒や気分 等

○本人・家族・医師・歯科医師・薬剤師看護師・介護福祉士等で情報を共有する

▼検査及び評価を踏まえた診療

・口腔ケアについて相談
・服薬状況を確認し、家族等とも連絡をとって、服薬支援措置を工夫等

○紹介と情報提供

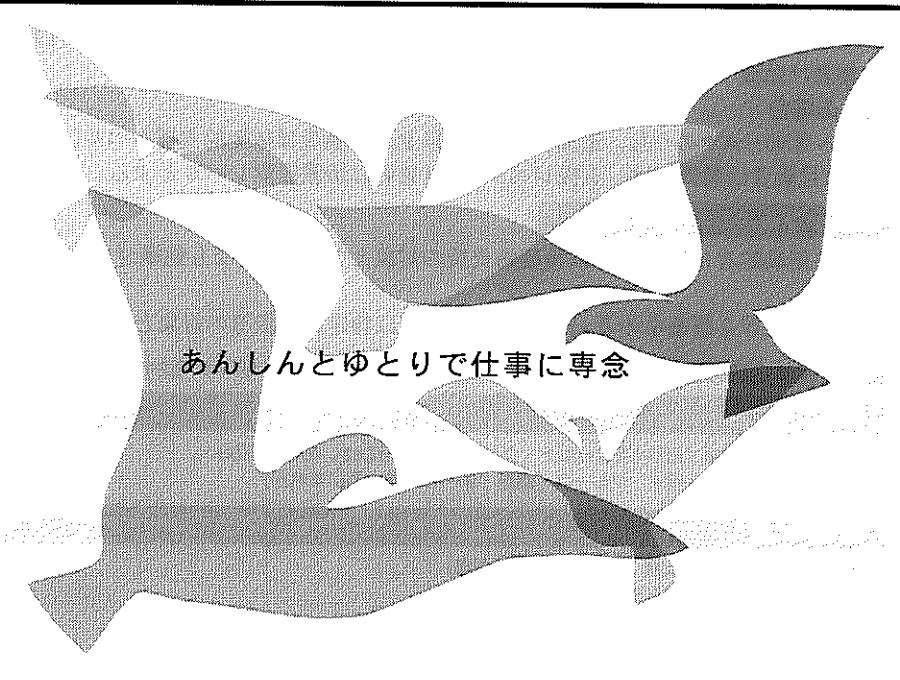
▼他の医療機関への紹介(専門的な診療が必要な場合)

・合併症等の診断や治療・専門的な検査や治療 等

▼介護予防等での取り組み

・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善) 等

■外来患者の薬歴管理



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

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

【特集】「特定健診・保健指導」来年4月開始

40歳上の健診・保健指導、健診機関との契約局面へ

健保連等と集合契約で協議進む。保健指導実施者育成研修会も開催

2006年6月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」によって老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」と改称・改正され、医療保険者に、40歳以上の被保険者に内臓脂肪型肥満に着目した健診を実施し、それによって発見されたメタボリックシンドローム該当者・予備群には保健指導を行なうことを義務づけた。この、対象と範囲を特定した健診と保健指導(以下「特定健診・保健指導」)の制度は、08年4月にスタートする。

医療保険制度のフレームと財源を活用した「特定健診・保健指導」は、①メタボリッ

クシンドロームの概念、②ポピュレーションアプローチ、③標準化、④アウトカム評価、⑤IT化とデータ活用といった特徴を持つもので、医療費効率化の面だけでなく、わが国公的医療保険制度の将来をも左右する事業となる。

一方、医療機関にとっては、大きな需要の創出ともなる。医療保険者は、この9月にも、病院協会等事業団体と委託契約を締結する見込みだ。本会も、会員病院の意向調査、制度説明会、実施者育成研修など、健診機関ととりまとめ団体としての準備を進めている。(8面に関連記事)

●2015年度に生活習慣病を25%減らす

「特定健診・保健指導」は医療費適正化計画の重要な柱として導入される。この制度によって、国は、2015年度に08年度よりも健診受診率を20%引き上げ、生活習慣病の有病者・予備群は25%減らし、医療費を2兆円抑制するという目標の実現をめざす。

「特定健診・保健指導」の実施については、医療費適正化計画と同様、08年度からの5年を1期として特定健康診査等基本指針(国)と同実施計画(保険者)がそれぞれ策定され、PDCAで回されるとともに、医療費適正化計画の進捗評価と連動して見直される。

これらの目標は、都道府県医療費適正化計画と連動する都道府県健康増進計画(08年4月施行)にも盛り込まれ、関係者の具体的な役割分担と連携方策が明記される。

そして、有病者・予備群の25%削減を達成するために、健診・保健指導の標準化および保険者による実施義務とともに、国民全体にはたらきかけるポピュレーションアプローチ(健康的な生活習慣を社会の規範として定着させる第1次予防中心の対策)が試みられている。

■「特定健康診査等実施計画」目標値の参酌標準

	2012年度の参酌標準		15年度目標値
	70% (約4,000万人)	80%	
特定健康診査の実施率	70%	80%	80%
特定保健指導の実施率	45%	60%	60%
内臓脂肪型肥満の該当・予備群の減少率 (08年度比)	10%(08年度比)		25%

その、第1期の基本指針に、2012年度における目標の参酌標準として、①健診実施率70%、②保健指導実施率45%、③有病者・予備群の減少率10%が書き込ま

●住民基本健診は廃止。事業者健診は継続

今回の制度改正によって、旧老人保健法にもとづいた住民対象の基本健診はなくなり、市町村は、生活習慣病以外の健診等を実施する。

事業者健診は引き続き実施され、保険者は、事業者から事業者健診のデータが提出された加入者について、その

実施項目は特定健診を免除できる。75歳以上に対しては後期高齢者医療広域連合が健診を実施する。生活機能評価(介護予防事業)は、市町村が介護保険法にもとづいて、65歳以上の介護保険の1号被保険者に対して実施する。

■主な保健事業の取り扱い

保健事業	これまでの取り扱い		2008年度からの取り扱い	
	実施者	根拠法	実施者	根拠法
がん検診(胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん、子宮がん)	1998年度に一般財源化した後は、法律に基づかない事業として市町村が実施		市町村	
歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、健康教育、健康相談等	市町村		市町村(左掲の検診)*省令事項 市町村(40~64歳の住民に対する健康手帳、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導)*法第17条	健康増進法
(40歳以上)基本健診・健康手帳	市町村 ①65歳以上については、基本健診で生活機能評価を同時に実施。特定高齢者が把握された場合に介護保険法の介護予防事業の対象。 ②基本健診で、生活習慣病上重要指導とされた65歳以上は、別途、市町村の独自事業として保健指導を実施。(努力義務)	老人保健法	市町村(65歳以上の1号被保険者全員に生活機能評価を実施=介護予防事業)	介護保険法
			市町村(40歳以上の社会保険未加入者に対する、特定健診と同様の健診)広域連合(75歳超に特定健診の必須項目を実施=努力義務)	健康増進法
医療保険各法による健診等	医療保険者(努力義務)		医療保険者(その他の保健事業=努力義務)	高齢者医療確保法
職場における健診等	事業者=雇用主(健診=義務) (その他の保健事業=努力義務)	労働安全衛生	事業者=雇用主(健診=義務) (その他の保健事業=努力義務)	労働安全衛生法

*40歳未満の住民への健康相談などは引き続き健康増進法第17条に位置づけられる。

■後期高齢者(75歳以上)に対する健診・保健指導

<p>【健康診査】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高齢者医療法にもとづいて広域連合で実施する(努力義務)。 ○75歳未満の健診項目から、必須項目のみを実施する。 ※心電図等の医師の判断に基づき実施する項目を除く。 ※腹囲は医師の判断に基づき実施。 <p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村が、本人の求めに応じて健康相談等の機会を提供できる体制を確保する。
--

●健診・保健指導の標準化を実現

「特定健診・保健指導」は、厚労省が4月に策定した「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」にもとづいて実施される。

「プログラム」は、健診・保健指導に「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入。健診結果から保健

指導の対象者を絞り込むとともに、リスク度合いに応じて優先順位(階層化)をつけるようにした。また、「腹囲」という基準を採用し、生活習慣の改善による成果を自分で確認・評価できるようにした。「プログラム」によって、①健診内容の

標準化、②保健指導の標準化、③データ分析・評価の標準化が実現。データ提出の電子的様式も標準化が図られ、健診機関はスタート時から電子データで報告が義務づけられる。

健診実施機関と委託先の基準・評価方法も同時に確立されたが、データ評価の標準化は、施設や医師だけでなく、保健指導に当たる保健師・管理栄養士等のアウトカム評価も可能とするものだ。

一方、健診・保健指導から得た実績等の情報は電子データとして代行機関(支払基金等)から保険者に送られ、都道府県・国にも提供される。固有番号が付され、レセプトデータとの突合せや生涯管理が可能となる。

最終的には厚労省によって管理され、医療費予測と実施計画や各種施策の検討に用いられるほか、保険者に課す後期高齢者医療制度への支援金加算・減算に反映される。

特定健康診査の項目(確定版)

検診項目
【必須項目】
○質問票(服薬歴、喫煙歴等)
○身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
○理学的検査(身体診察)
○血圧測定
○血液検査
・脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
・血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c)
・肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)
○検尿(尿糖、尿蛋白)
【詳細な健診項目】 *一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施(保険者に施行理由の報告が必要)
○心電図検査
○眼底検査
○貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)

健診結果にもとづく保健指導対象者の選定と階層化

ステップ1	判定
○腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。	
・腹囲 M≥85cm、F≥90cm → (1)	
・腹囲 M<85cm、F<90cmかつBMI≥25 → (2)	
※(1)(2)以外の者への対応は「留意事項」を参照	
ステップ2	
○検査結果と質問票から追加リスクをカウントする。	
○①~③は内臓脂肪症候群の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴は①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。	
①血糖※ a 空腹時血糖100mg/dl以上、又は、b HbA1cの場合5.2%以上、又は、c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)	
②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上、又は、b HDLコレステロール40mg/dl未満、又は、c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)	
③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上、又は、b 拡張期血圧85mmHg以上、又は、c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)	
④質問票 喫煙歴あり	
※空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、空腹時血糖のみを使用。	
ステップ3	
○ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け	
(1)の場合	
①~④のリスクのうち、追加リスクが2以上の対象者は積極的支援レベル、1の対象者は動機づけ支援レベル、0の対象者は情報提供レベルとする。	
(2)の場合	
①~④のリスクのうち、追加リスクが3以上の対象者は積極的支援レベル、1又は2の対象者は動機づけ、支援レベル0の対象者は情報提供レベルとする。	
ステップ4 (その他の考慮事項)	
○前期高齢者(65~74歳)は積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。	
○降圧剤等を服薬中の者(質問票等で把握)は特定保健指導の対象としない。	

<p>■特定保健指導の概要—必要性ごとに「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分</p> <p>動機づけ支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○面接による支援(個別=20分以上・グループ=80分以上、のいずれか) ○6ヶ月後の評価(個別・グループ・電話・e-mail等、のいずれか) <p>積極的支援 *3~6ヶ月にわたり行動変化を促す。内容と時間によるポイント制を導入。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○初回面接による支援(動機づけ支援と同様) ○3ヶ月以上の継続的な支援 ○個別・グループ・電話・e-mailによる定期的な支援 ○支援A(積極的関与タイプ)と支援B(励ましタイプ)からなる。
--

5,000億円市場の予測。追加分で2,800億円とも試算

漸増たどる利用者。人間ドック施設以外も可能。病院には重要な新規分野！

○中間評価
 ○6か月後の評価(個別・グループ・電話・e-mail等)
 *支援Aは個別支援、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上。支援Bは電話B、e-mail Bで20ポイント以上。合計180ポイント以上とする。

■2008年度に特定健診の対象となる人数(単位:千人、厚労省推計)

	保険	政管健保	健保組合	船員保険	共済組合	市町村国保	国保組合	合計
40~74歳	被保険者	10,462	6,885	40	2,515	25,711	1,785	47,398
加入者数	被扶養者	4,148	3,552	28	1,062			8,790
	合計	14,610	10,437	68	3,577	25,711	1,785	56,188

●保険者代表と「健診とりまとめ機関」で集合契約

08年で約5,600万人が対象となる特定健診は、市町村は国保加入者を対象とし、被用者保険の保険者はその加入者に対して実施義務を負う。

市町村国保は直診施設等で健診を実施するほか、地区医師会等と委託契約を交わし、加入者は健診機関(診療所)で「特定健診・保健指導」を受けることになる。

被用者保険については、健保連、地方職員共済会等の「代表医療保険者」が傘下保険者による外部委託をまとめ、全日病、全衛連、人間ドック学会等の健診機関「とりまとめ団体」と契約を交わし、

被保険者は傘下の各健診機関で「特定健診・保健指導」を受ける。

被用者保険の被扶養者等は、契約健診機関のほか、地元の市町村国保でも健診や保健指導を受けられる。健診機関の側も、移動型・巡回型で地方の被扶養者に対応することが可能だ。

「代表医療保険者」と健診機関「とりまとめ団体」との集合契約方式については、健診等結果の収集や請求・支払業務等の膨大な作業を円滑にこなすために、事務等の代行機関として、支払基金や国保中央会が仲介する予定だ。

■医師、保健師、管理栄養士等を行う実践者育成研修プログラム

分野	学習内容	時間	教育方法
1. 基礎編	1) 健診・保健指導の理念 2) 保健指導対象者の選定と階層化 3) 保健指導(概論) 保健指導の基本的事項(「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の概要) 4) 保健指導(各論) 保健指導の特徴(身体活動・運動、食生活、たばこ、アルコール) 5) ポピュレーションアプローチとの連動	135分(3単位)	講義・演習 ・通信及びレポート
2. 計画・評価編	1) 健診・保健指導事業の計画策定(演習による各種データ分析を含む) 2) 健診・保健指導事業の評価(演習を含む) 3) アウトソーシングの進め方	360分(8単位)	講義・演習
3. 技術編	1) メタボリックシンドロームの概念 健診結果と身体変化・生活習慣の関連 2) 行動変容に関する理論 3) 生活習慣改善につなげるためのアセスメント・行動計画 4) 「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の内容	135分(3単位)	講義・演習
	5) 生活習慣病予防に関する保健指導 ・身体活動・運動に関する保健指導 ・食生活に関する保健指導 ・たばこ・アルコールに関する保健指導 ・歯の健康に関する保健指導	135分(3単位)	講義・演習
	6) 1)~5)を踏まえた保健指導の展開(演習)	90分(2単位)	講義・演習
	7) 保健指導の評価	45分(1単位)	講義・演習
合計		900分(20単位)	

●アウトソーシングと情報開示

「特定健診・保健指導」の特徴の1つは、保険者が外部委託する際の基準を明確にしたことだ。アウトソーシングの基準は、委託先が、受託事業の一部をさらに外部委託する場合にも適用される。保健指導については民間事業者も外部委託の対象となる。

なお、健診・保健指導機関が基準を満たしているかが確認できるために、①

国が定めた様式にもとづいて「重要事項に関する情報」を作成、②それを院内とHPに掲載、③代行機関(支払基金等)に健診・保健指導機関の番号登録を申請する際に、同時に、当該HPのURLを届け出ることが決まった。

健診・保健指導機関に情報開示が義務づけられた。

●健診・保健指導の市場規模

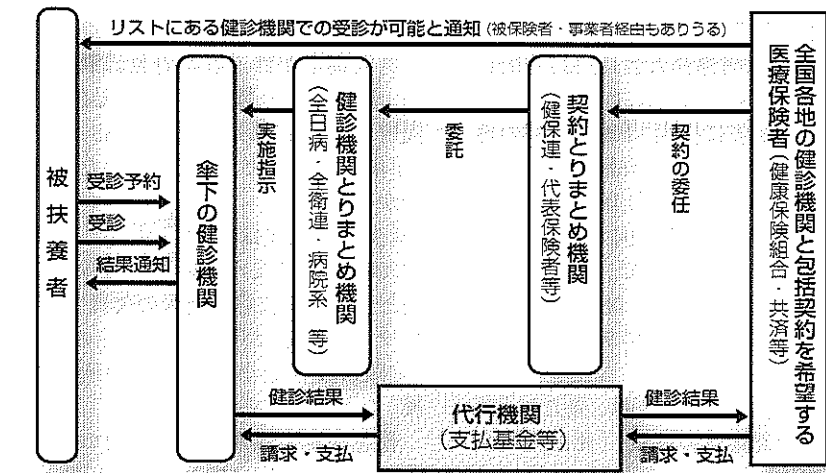
日本医師会は、特定健診の規模は直接費だけで2,000億円に達すると予測している。

日本政策投資銀行は、政府目標が実現した場合に、健診単価を5,000円~9,000円として、08年度に2,000億円~3,600億円の規模と試算した。これは、現行の各種健診に対して800~1,400億円の追加市場となる。

保健指導の市場規模について、同試算は、単価を動機付けで7,000円~1万

2,000円、積極的支援で3万から6万円と予測、08年度に700~1,400億円の新たな市場が創造されると推測している。

単価したがって契約料金は本人負担額ともども保険者によって異なる。具体的な料金設定は今後のこととなるが、受診率を上げる必要から保険者の姿勢は厳しいと思われる。しかし、長期的に利用者が増える事業であり、病院や健診機関にとっては重要な新規分野になろうとしている。



●「特定健診・保健指導」実施者の基準

「特定健診・保健指導」の実施者になるには、所定の基準をクリアしなければならない。

保健指導の実施者として、医師、保健師、管理栄養士以外に、高齢者医療確保法施行後5年間(2013年3月末まで)に限って実績のある看護師も認められた。

また、食生活と運動に関する実践的指

導については、「健康運動指導士」など、専門スタッフによる実施が認められた。

これら健診・保健指導の担当者は「一定の研修者であることが望ましい」とされ、厚労省は、研修プログラムを含む研修ガイドラインを作成した。ただし、健診機関の研修対象は保健指導の知識と技術に限定される。

■特定保健指導機関の基準

○人員に関する基準
 ・保健指導の実務を統括する者は、常勤の医師、保健師、管理栄養士であること。
 ・初回の面接、対象者の行動目標・支援計画の作成、保健指導の評価を行なう者は医師、保健師、管理栄養士および一定の保健指導実務経験がある看護師(ただし、高齢者医療確保法施行後5年間に限る)とし、一定の研修者であることが望ましい。
 ・食生活と運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、その他専門的知識・技術を有する者(健康運動指導士やTHP指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等)が実施する。
 ・禁煙指導を提供する場合には、医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。
 ・医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。
 ・保健指導を実施する者は一定の研修を修了していることが望ましい。等
 *THP指針とは「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」
 ○運営等に関する基準から
 ・例えば土日祝日・夜間に実施するなど、利用者の利便性に配慮した保健指導を行ない、その実施率を上げること。
 ・事業運営の重要事項に関する規程をホームページ上での掲載等を通じて、幅広く周知すること。等
 *健診機関の基準については「制度説明会」や「標準的な健診・保健プログラム」で確認するようすすめます。

■健診・保健指導担当者の研修ガイドライン(要旨)

医師、保健師、管理栄養士等に行なう実践者育成研修プログラムは「基礎編」「計画・評価編」「技術編」からなり、合計で900分(20単位)の講義・演習が組まれている。
 この研修において、健診機関の保健指導を担当する医師、保健師、管理栄養士、看護師は、基礎編と技術編を受講する。かつ、当該知見の進歩等から研修は5年ごとに受講することが、それぞれ望ましい。
 一方傘下事業者の研修を進める都道府県、医療保険者、健診機関とりまとめに当たる関係団体は、国立保健医療科学院が実施する指導者研修修了者の配置が必須となる。

全日病 制度に関する説明会を3会場で開催!

「特定健診・保健指導」——全日病の取り組み

「特定健診・保健指導」について本会では、人間ドック委員会(西 昂委員長)を中心に態勢準備と各種事業に取り組んでいる。

「特定健診・保健指導」制度に関する説明会を開催する。(別掲)

*育成研修コース「基礎編」を兼ねる。

■健保連等との集合契約

健保連ほかの保険者代表機関との集合契約締結に向け、9月締結をめどとした、協議を進めている。

■全会員向けのアンケート調査

特定健診はどの施設でも可能であることから、人間ドック指定施設だけでなく全会員に、「保険者からの委託を受ける意思があるか」実施意向を調査した。

■その他

健診機関から保険者へ提出する健診データのエントリーシステム開発、さらには、特定保健指導の対象になった人向けの啓蒙パンフの作成・販売を予定している。

■「全日病 健診・保健指導士(仮称)」育成研修コース

特定保健指導の実施者を育成する研修会を開催する。特定保健指導の実施者は「一定の研修を受けていることが望ましい」とされているが、当研修会は、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に準拠したカリキュラム構成になっている。

基礎編、技術編、計画評価編が対象で、1泊2日研修を予定している。詳細が決まり次第本会HPに掲載される。

■「特定健診・保健指導」制度説明会

「特定健診・保健指導」——全日病が制度説明会を開催

厚労省から講師を招いて、「特定健診・保健指導」制度に関する説明会を開催。

- 第1回説明会 7月24日(火) 会場・東京ビックサイト(東京都江東区)
- 第2回説明会 8月24日(金) 会場・クラウンプラザ神戸(兵庫県神戸市)
- 第3回説明会 9月21日(金) 会場・秋田ビューホテル(秋田県秋田市)

*第3回説明会は、全日病秋田学会の会場で前日に開催されます。

*詳細は全日病HPをご覧ください。

*育成研修コースの「基礎編」を兼ねています。

*第2回説明会は会場も変更しました。

第1 療養病床の再編成及び地域ケア体制の整備に関する厚生労働省の基本的な考え方

2 療養病床の再編成

医療中心モデルから介護中心モデルへと転換を図る一環として、療養病床を入院患者の医療の必要性の観点から再編成する。

3 地域ケア体制の整備

地域ケア体制の整備に当たっては、介護保険による施設サービス・在宅サービスのほか、高齢者向けの住まいと見守りサービス、多様な住まいでの療養生活を支える在宅医療を基本的施策として位置付ける必要がある。

(1) 介護サービス

在宅サービス、施設サービスそれぞれについて、2015年(平成27年)の高齢者介護のあるべき姿(「介護+予防」モデル、「身体ケア+認知症ケア」モデル、「家族同居+独居」モデル)を念頭に置きながら、より効果的・効率的なサービス提供体制の実現を目指し、中重度者への重点的な対応を図る。

(2) 高齢者向けの住まいと見守りサービス

住み慣れた自宅や地域で高齢者が24時間安心して暮らせるようにするためには、安否確認、緊急時の対応、生活相談、配食サービスなど多様な見守りサービス(以下「見守りサービス」)が提供される必要がある。

見守りを要する者の範囲や見守りサービスの提供方法等について、地域特性に即した検討作業が必要である。同時に、住宅改修や高齢者向けの住まいへの住み替えを住宅施策と連携して支援していくことも求められる。

(3) 在宅医療

高齢者が地域で安心して療養生活を送るためには、昼夜を問わない診療・看護を地域で確保することや、在宅におけるターミナルケアを推進することなどが必要である。

第2 地域ケア体制整備構想の作成指針

地域ケア体制整備構想の作成は、都道府県単位で行うものとするが、数値目標等については、老人保健福祉圏域(以下「圏域」)を単位として作成する。

なお、圏域を細分化して整備を進めることが必要なサービスについては、より細分化した区域ごとに数値目標等を設定することも可能である。

地域ケア体制整備構想に盛り込むべき具体的事項は以下の通りだが、地域の実情に応じて独自事項を追加することもできる。

1 地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針

地域ケア体制整備構想作成の基本理念と療養病床再編成に関する基本姿勢を示す。

2 地域ケア体制整備構想策定に当たった関係計画との調和

イ 都道府県医療費適正化計画における療養病床数数値目標の達成を前提として、地域ケア体制整備構想の療養病床転換推進計画が作成される

ウ 地域ケア体制整備構想における介護サービス必要量の、①08年度までの見込みは第3期計画との整合性に配慮する、②09年度から11年度までの見込みと療養病床転換推進計画は「第4期介護保険事業(支援)計画における療養病床等の取扱に関する基本的考え方について」(編集部註:6月29日付通知=7面に概要を掲載)と整合性を保つ

3 地域ケア体制の将来像

(1) 2035年に向けた10年ごとの需要等の見直し

(2) 地域における介護サービス、見守りサービス等の望ましい将来像

(1)の試算に基づき、約30年後の各地域の施設・居住系サービス、在宅サービス、見守りサービス、住まい、在宅医療の提供体制等の望ましい将来像を描く。

4 11年度までの介護サービス等の必要量の見込み及びその確保方策

(1)11年度までの各年度の介護サービス等の必要量の見込み

次に掲げる事項に即して11年度までの各年度の介護サービス等の必要量を見込む。

ア 高齢者数及び要介護・要支援認定者数

第5期介護保険事業計画の最終年度である14年度までの高齢者数、要介護・要支援認定者数の見込みを示す、

イ 介護保険における施設・居住系サービス及び在宅サービスの必要量の見込み

第3期介護保険事業支援計画の数値を基礎とし、直近の給付実績を反映し、11年度までの各年度の施設・居住系サービスと在宅サービスの種類ごと必要量の見込みを示す。

また、医療療養病床からの転換によって生じるサービス量は各年度の施設・居住系サービスと住宅サービスの量とは別に見込むが、転換を円滑に進めるため、サービスの種別ごとの必要入所定員総数は設定しない。

ウ 見守りサービス及び見守りに配慮した住まいの量の見込み

11年度までの各年度の見守りサービスと見守りに配慮した住まい(有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅、ライフサポートアドバイザー等が配置されたシルバーハウジング、福祉施設等が併設された公的賃貸住宅、管理事業者により見守りサービスが提供される民間住宅等)について、可能な範囲で必要量の見込みを示す。

(2) (1)で試算した11年度までの介護サービス等必要量を確保するための方策

11年度までの介護サービス、高齢者向けの住まい等の必要量を確保する方策を記載する。

5 療養病床の転換の推進

(1) 療養病床を巡る現状と課題

次に掲げる事項を圏域ごとに示す。

ア 療養病床の配置状況、入院患者等の状況

イ 医療機関、介護保険施設等の配置状況及び地域特性

ウ 療養病床が果たすべき役割及び療養病床の再編成に伴う課題

(2) 療養病床転換推進計画

療養病床転換推進計画は次に掲げる事項に即して記載する。

ア 作成の趣旨

療養病床転換推進計画は、07年4月1日に現に存する療養病床について、

①介護療養病床は11年度末をもって廃止されること、②医療療養病床は、都道府県医療費適正化計画に定める12年度末の療養病床の病床数に関する数値目標(以下「本目標」)を達成することを前提に、07年度から11年度までの間における療養病床の転換過程を明らかにするためのものである。

イ 具体的内容

転換推進計画は、圏域ごとに作成する。

ウ 転換推進計画の作成に当たった留意点

(ア) 医療療養病床

①老健等への転換数が年度ごとに段階的に増加するよう設定する。

②転換時期と転換先の意向を明らかにした医療療養病床は、その意向に従って転換推進計画に盛り込む。

③医療療養から一旦介護療養に転換するものも、老健等への転換数が段階的に増加するよう設定する。

に増加するよう設定する。

(イ) 介護療養病床

①介護療養病床は、医療療養病床への転換分は本目標の達成を前提に、また、11年度末の介護療養病床廃止を前提に、老健等への転換数が段階的に増加するよう設定する。

②転換時期と転換先の意向を明らかにした介護療養病床は、その意向に従って転換推進計画に盛り込む。

(ウ) 一般病床・精神病床からの転換の取扱い

一般病床及び精神病床(介護療養型医療施設を含む)から老健等への転換分は転換推進計画に盛り込まない。

(エ) 転換推進計画作成に当たったの医療機関の意向等の把握

転換推進計画を作成するに当たっては、再度、今夏を目途に医療機関の転換意向を把握するとともに、入院患者の医療区分の状況についても調査を行うものとする。

(オ) 第4期介護保険事業支援計画との関係

第4期介護保険事業支援計画の作成に当たっては、再々度、医療機関の転換意向を把握するとともに、入院患者

の医療区分の状況についても調査を行う。その結果、必要があれば、療養病床の転換見直しについても見直しを行う。

(3) 療養病床の転換への支援措置

転換推進計画を実現するため、都道府県及び関係する市町村が講ずる具体的な支援措置を記載する。この支援措置には、患者を対象とするもの(例えば、病床の削減・廃止が生じた場合の退院・転院調整に関する方策)も含む。

なお、国の医療提供体制施設整備交付金及び地域介護・福祉空間整備等交付金並びに高齢者の医療の確保に関する法律に基づく病床転換助成事業の活用方策(特に地域介護・福祉空間整備等交付金)についても記載する。

第3 地域ケア体制整備構想作成に関するその他の留意事項

1 地域ケア体制整備構想の作成時期

都道府県は、07年度秋を目途に、地域ケア体制整備構想を作成することが必要。特別な理由がある場合にも07年内には作成する。

2 地域ケア体制整備構想の公表等

都道府県は地域ケア体制整備構想を公表する必要がある。

医療短信

BRIEF

●日医がプラス改定の実行を求める

日本医師会(唐澤祥人会長)は7月9日、2008年度予算概算要求に向けた要望事項を厚生労働省に提出、「地域医療の再生」という視点から「診療報酬プラス改定の実行」を求めた。5月18日に開催された「国民医療を守る全国大会」における決議を踏まえたもので、四病協(声明)、日病協(要望書)と、08年度改定に対する主力医療団体のプラス改定要求が出揃った。

医療提供体制に関しては、新たに「医師確保総合対策費の創設」「死因究明のための第3者機関の設置」などを掲げたが、後者に関連して、「医療事故に対する刑事司法介入の限定化を目指した法的環境整備」を要求事項に盛り込んだ。

●3県議会が医療財源を求める要望

長崎県議会は7月3日、県医師会などによる「医療提供に必要な財源確保などを求める」請願を採択、同日付で安倍首相や柳澤厚生労働大臣宛に意見書を提出した。

奈良県議会は7月2日、医療費財源の確保、患者負担増反対、医療の格差是正、高齢者入院施設の削減反対、医師・看護師の増員などからなる「国民皆保険制度の堅持を求める意見書」を採択し、政府に提出した。県医療推進協議会が要望したもの。

長野県議会も7月2日、長野県医師会が提出した「国民が安心できる医療の確保を求める意見書」を採択した。

●看護師の専門資格18件が広告可能に

厚生労働省は6月18日付で、新たに広告が可能となった専門看護師の資格名を18件公表した。

「がん看護専門看護師」「小児看護専門看護師」「精神看護専門看護師」「訪問看護認定看護師」などで、いずれも認定団体は日本看護協会。

第5次医療法改正によって実現した医療広告規制緩和の一環として、2008年4月1日から、医師・歯科医師に加えて看護師、薬剤師その他の専門資格も、基準を満たすものとして厚生労働大臣に届け出た団体の認定する資格として広告できることになったもの。

●33都道府県で救急病院が減少。人員不足が主な理由

足が主な理由

共同通信が都道府県対象に調べた結果、救急病院の数は07年4月現在で、大阪府を除く46都道府県で3,838となり、3年前に比べると142減っていたことが分かった。

減少した地域は、東京、愛知、香川など33都道県に及んでいる。減少した理由としては、「救急担当医の欠員」「夜間スタッフ確保が困難」「病院の廃止」「施設の規模縮小」「無床診療所への転換」などがあげられた。

救急病院の数が最も減ったのは埼玉県で21病院、次いで東京都の16病院。

一方、京都、兵庫、沖縄など8府県では増加した。ただし、沖縄県の場合は人口10万人当たりの救急病院数は1.8ともっとも少なく、最多となった佐賀県(5.6)の3分の1以下だった。

人口10万人当たりの病院数では佐賀県の次に福井県と香川県が5.5と続く。逆に、少ないのは沖縄のほかに神奈川県、静岡などであった。

●「地域医療」で意識調査。都市と町村の格差は拡大

読売新聞社が6月半ばに実施した「地域医療」に関する面接調査(有効回答1,837人)によると、「地域の医療体制が充実していると思うか」という質問に、救急医療に関しては67%が充実していると答えた。「そうは思わない」は27%だった。

夜間・休日診療についても57%が充実していると思うと答え、「そうは思わない」(35%)を上回った。

「(自分の住む)地域の医療に満足しているか」という質問には65%が「満足している」と答え、「不満だ」とする答(32%)の2倍を超えた。

「地域で医師が不足していると感じたことがあるか」とたずねると、「ある」(31.0%)は「ない」(67.1)の半分以下にとどまった。医師が不足していると感じた診療科は産科医や小児科医が多かった。

不足を緩和・解消するには「診療報酬を引き上げるなど、他の診療科よりも待遇を良くする方がよいか」という質問には、64%が肯定した。都市部と町村部との医療格差拡大については60.6%が肯定。「どちらかといえばそう思う」と合わせると87.1%が医療格差が拡大していると回答した。

厚労省、研修医の偏在解消に向けて調整

東京・京都・大阪・福岡の枠を押さえ、地方への分散を図る

6月28日の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、臨床研修医の偏在解消に向けて調整を図る案を提示した。

具体的には、(1)研修医募集定員の総枠を調整する中で研修医の地域ごとの

分布にバランスを回復する、(2)臨床研修医が集中している都道府県の研修病院に募集定員を減らすよう要請するなど、研修医の都市への過度な集中を防ぎ、全国に行きわたるようにするというもの。

(2)については、集中している地域の

判断基準として、①2007年度の募集定員数と採用実績が当該都道府県の人口と比べて著しく多いこと、②人口10万対医師数(04年)が全国値を上回っていること、③面積100km²当たりの医師数(04年)が全国値を上回っていること

福岡県が該当するとした。

この4都府県にある医療機関に対しては研修医募集定員を漸次減らすよう要請するが、医師確保に悪影響が出ないよう段階的に取り組む。また、4都府県に関しては、研修病院の新規指定と募集定員の増員を留保する。

ただし、事務局案は、当該地域の医療機関が「対象地域周辺の医療提供体制を補完している」場合には「十分配慮しながら進める」としており、一律の措置や規制で押し切ることはしない方針だ。

支部からの報告

組織率50%達成と 武見候補支援に全力

県の諸計画策定に関与するポジションを得る

埼玉県支部 通信委員 支部長 天草大陸



埼玉県支部で現在最も力を入れていることは、県が策定作業に着手した「医療費適正化計画」「地域ケア体制整備構想」「医療計画」に支部としての要望をいかに反映させていくかである。

県では組織横断的に各計画に関連する部課長で構成する委員会を立ち上げ、一方、県医師会では私を長とする「医療制度改革懸案事項検討委員会」を設置し

た。今後、頻繁に県と県医師会で会合を重ねていくことになっている。

次に、会員数拡大に努めている。

埼玉県には民間病院が320あるが現在の支部会員数は106である。これを近々160にして組織率50%を達成することによって、さらに、県や県医師会等への影響力を強めていきたいと思っている。

最後に、参議院選挙への取り組みについて報告する。

武見敬三氏には高得票で当選していただかなければならない。もしものことがあったなら、財務省や厚労省は益々私達を軽視し「低医療費政策」を思い通りに推進するだろう。

そのようなことになれば私達に未来はない。そこで、当支部では「1許可ベッド当たり1票獲得」運動を展開中である。

この選挙が「医療費拡大路線」に転換できる契機になればと願っている。

社会保障制度の見直しを急げ!!

コムソン問題に思う

副会長 手束昭胤



介護大手のコムソンが引き起こした数々の基準違反と不正請求は、多くの国民を驚かせ、かつ、あきれさせたことだろう。私は、この問題の背景には、公的保険である介護事業と営利企業のミスマッチがあると考える。

全産業分野の規制改革によって市場原理に基づく競争が実現し、それによって質が高まるという幻想に捕らわれ、介護の世界にも営利企業を入れたのが間違いであった。事業の担い手は社会福祉法人や配当を禁じられた医療法人で、せいぜいNPO法人の参入までにとどめるべきであると個人的には考えていた。

そこには、株式会社による病院開設の話と同様、同根の問題が横たわっている。

株式会社は当然、株主のために収入を得なければならない。その為には、あらゆる手段方法で収益を上げる努力を惜しまないことであろう。

しかし、今の医療や介護の世界は社会保障費抑制策が10年ほど続いているため、何とか業務を続けていくのが精一杯という状態にある。たとえ、収益があがっても、職員や施設の質向上などの費用、利周者のための再生産費に回すのが妥当と思っている。

コムソンのように、医療や介護のために投入された、公費を含めた資源が

社会保障以外の分野に流出するのは納得できない。

この様な「不正手段による指定申請」や不正請求というケースは、医療の世界であれば直ちに保険医指定の取り消し、報酬の返還、施設の閉鎖となるケースであろう。

コムソンにも直ちに厳しいペナルティが課せられるべきであり、事業所の指定を打ち切る措置をとっても、主として都会地であるため、他の介護事業が過当競争のようにあるので、既存の事業所に利用者を配分すれば問題ないと考える。

こうした極端なケースだけでなく、赤字部門からの撤退というかたちで「淘汰」も進むことであろう。しかし、参入希望する営利企業は引きもきらず、他の営利企業にまかせても、生き残りを賭して早晚同じことが起こる可能性が多いと考える。

今回の問題は介護保険制度の根本にかかわる問題であり、介護への株式会社の参入規制の検討が急がれる。

一方、この問題を含め、社会保障費の総枠規制をはずし、医療介護、福祉技術の進歩や、高齢者の急増で社会保障費の増大は、自然増を含め、当然であろう。

「消えた年金問題」を含め、臆急に社会保障全体の建て直しをしなければならないと考える。

厚生労働省老健局計画課長「第4期介護保険事業(支援)計画における療養病床等の取扱いに関する基本的考え方について」6月29日 ※1面・6面に関連記事

1. 基本的な考え方

●療養病床から介護保険施設等への転換が必要となる分については、すべて介護保険で受け入れるようにしていくことが必要。

●これを可能とするため、第4期計画においては、2009年4月以降に医療療養病床から転換する介護保険施設等については、それ以外の介護保険施設等とは別に、一体的にサービス量を見込む。

2. 医療療養病床転換分の見込み方

●医療療養病床から転換する介護保険施設等のサービス量の総量は、第4期中に介護保険施設等への転換が必要となる数値を標準として、年度ごとに段階的に介護保険施設等へ転換されるよう見込む。

●この医療療養病床転換分のサービス量は、08年春頃を目途に実施する「転換意向調査」の調査結果等により医療機関の転換意向等を勘案した上で見込むことが必要。

3. 療養病床等から転換する場合の介護保険施設等の指定等について

●医療療養病床から転換する介護保険施設等のサービスについては、それ以外の介護保険施設等とは別のサービス類型として取り扱うこととし、年度ご

とのサービス量は見込むが、年度ごと、施設(サービス)種別ごとの必要入所(利用)定員総数は設定しない。

●その結果、医療療養病床から転換する介護保険施設等のサービスについては、必要入所(利用)定員総数の超過を理由とする指定等の拒否の仕組みは適用されない。

●介護療養型医療施設からの転換分は、当該転換分を含めて、介護保険施設等の年度ごと、施設(サービス)種別ごとの必要入所(利用)定員総数を定める。介護療養型医療施設からの転換分は、同じ介護保険財源の中での種別変更であり、当該転換により、通常介護給付費は削減されることになることから、必要入所(利用)定員総数の超過を理由とする指定等の拒否は行わないものとする。

●一般病床及び精神病床(認知症疾患療養病棟を除く)が介護保険施設等に転換する場合は、一般病床及び精神病床が療養病床再編成による今回の医療費適正化計画における転換の対象とされていないことから、年度ごと、施設(サービス)種別ごとの非転換分必要入所(利用)定員総数を基準として、指定等の可否を判断する。

介護給付費適正化計画で基本指針。都道府県が策定

厚生労働省は「介護給付費適正化計画基本指針」を定め、6月29日の介護給付費適正化担当者会議で策定側の都道府県に説明するとともに、同日付の老健局総務課長名通知で各都道府県に送付した。

都道府県と保険者が一体となって進める介護給付費適正化計画は、2008年度以降に保険者が実施する適正化事業は10年度までの3カ年を強化期間と位置づけ、①要介護認定、②ケアマネジメント、③事業者のサービス提供体制と介護報酬請求の各適正化を対象とし

て、10年度にはすべての保険者で適正化の取組率100%達成を目標に掲げた。

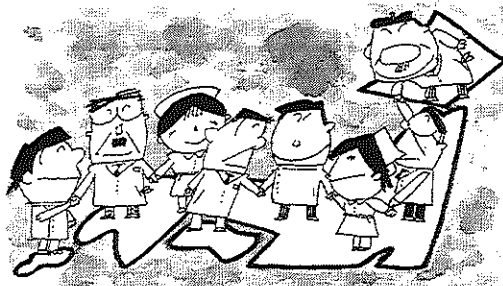
厚労省は04年度から介護給付費適正推進運動に取り組んでおり、ほとんどの保険者(市町村)で取り組まれている。

担当者会議で御園慎一郎審判官は、「介護給付費の利用者通知や医療保険との突き合わせは5割を切るなど、保険者によってバラつきがある。事業者の指定権者である都道府県にも関与してもらい、足並みを揃えて取り組んでもらうのが適正化計画のねらいだ」と、その意義を説明した。

基金加入で『ゆとり』をプラス

全国に広がる『病院基金』に、ぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実感が得られます。

- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

54%が受託を希望。その86.2%が健診・指導共に実施

「特定健診・保健指導」実施意向会員調査 32%が「検討中」。情報不足、詳細未定から方針打ち出せない病院が多数

全日病会員病院(調査回答病院)の53.9%が「特定健診・保健指導」を手がける意向だ。人間ドック委員会(西 昂委員長)が実施した意向調査で判明した。

「特定健診・保健指導」を実施するとした病院の86.2%が「両方行なう」と回答。「健診のみ」としたのは13.4%だった。(4・5面に「特定健診・保健指導」の特集を掲載)

調査は6月に実施され、791病院から回答を得た(回答率36%)。十分に情報が行き届いていないことや単価設定の見直し難などから、判断にいたっていない会員病院が少なくないことをうかがわせる回答率となった。

2008年4月の開始に向け、医療機関としても方針を明確にする時期を迎えつつあるが、調査では、なお、32.1%が「検討中」とした。

一方、13.4%が「行なわない」と答えた。単科病院やリハビリ病院等、現在、健診を行っていない病院が、その多くを

占めている。

「特定健診・保健指導」を実施すると答えた病院の99.5%は健診を手がけるとしているが、「保健指導のみ行なう」という回答も2病院あった。

健診の巡回率は17.3%が「可能」と回答した。これは、健診を実施すると回答した病院の32.3%にあたる。

本会が準備を進めている健保連等との集合契約に対しては41.8%と、いずれかを実施すると回答した病院の77.7%が「参加する」意向を示した。ただし、「特定健診・保健指導」実施意向と同様に、

詳細が未定なことから、「不明」もしくは未回答の病院が全体の55.0%もある。

健診費用に対する意見では、現在の企業健診や老人健診と同じレベルが妥当とするものから、検査のみなので5,000円程度が妥当とする病院まで、様々な数字の回答が寄せられた。

健診項目としては、詳細検査項目となっている心電図、眼底検査、貧血検査を中心に、CT、腹部エコー、胃透視、胸部X線、胃カメラ等が可能とする病院が多かった。

保健指導の単価に関しても、「動機付け支援」、「積極的支援」ともにばらつきのある回答となった。

「特定健診・保健指導」を実施すると答えた病院の86.6%が保健指導を手がける意向を示したが、その外部委託に

ついては、検討中もしくは不明とする病院がほとんど。具体的な判断は単価が明確になってから行なうというのが会員病院の状況のようだ。

■特定健診・保健指導への取り組み予定

	件数	比率
行わない	106	13.4%
健診のみ行なう	57	7.2%
指導のみ行なう	2	0.3%
両方行なう	367	46.4%
検討中	254	32.1%
空欄	5	0.6%
合計	791	100.0%

■健保連との集合契約への参加意向

	件数	比率
参加する	331	41.8%
参加しない	25	3.2%
不明	296	37.4%
空欄	139	17.6%
合計	791	100.0%

2007年度 第1回理事会・第2回常任理事会の詳細 5月19日

■主な協議事項

●顧問・参与の委嘱

2007年4月から2年を任期とする本会顧問・参与の委嘱名簿が承認された。

名誉会長は秀嶋宏元会長および佐々木達前会長の2名、顧問は今回新たに委嘱される川野四郎前常任理事を含む28名、参与9名から構成される。

●人間ドック事業への診療所等参加にかかわる改正

「単独クリニック」(同一法人内に病院を持たない診療所、クリニック、健診センター等)による、本会人間ドック実施施設の指定希望に対応する目的で、賛助会員も指定対象とした上で賛助会員への入会登録を受け付けるという措置を図るために、会員とともに賛助会員も人間ドック実施施設の指定対象とする旨内規を改正する案が承認された。

「賛助会員(単独クリニック)」の年会費は5万円と決まった。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

- (1) 日帰り人間ドック
 - 大阪府 日野クリニック
 - 奈良県 東朋香芝病院
 - (2) 泊人間ドック
 - 徳島県 沖の洲病院併設健診センター
- 日帰り人間ドック実施指定は473施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

会員および賛助会員の入会が以下のとおり承認された。

(1) 会員

- 青森県 厚生病院理事長 高野 敦
- 埼玉県 新座病院理事長 中村隆俊
- 埼玉県 戸田中央産院院長 木村萬司
- 奈良県 秩父第一病院理事長 井上敏克
- 神奈川県 大船中央病院理事長 山科展宏
- 京都府 京都民医連中央病院院長 吉中文志

別途10名の退会があり、在籍会員数は2,186名となった。

(2) 賛助会員

アーバンベンディックスネットワーク(本社・東京都、代表取締役・太田 猛) NPO法人MIS設立準備委員会(本社・東京都、代表者・西山恭明) 賛助会員の在籍数は82社(団体)となった。

■主な報告事項

●平成19年度夏期研修会

07年度の夏期研修会が、8月26日に兵庫支部の主催で神戸市内で開かれる。

●第50回全日本病院学会

2008年の第50回全日本病院学会が東京都支部の主催で開催されることが決まった。学会長には河北博文元理事(東京都病院協会会長)が、実行委員長には猪口正孝理事がそれぞれ就任する。

●病院情報システムプロジェクトおよびアウトカム評価事業関連

「病院情報システムの基本要件検討プロジェクト」の成果をまとめた「医療機関における情報処理の手引き」が4月に刊行された。

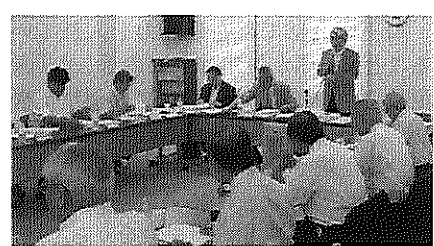
●個人情報保護に関する会員病院調査

個人情報保護に関する2007年度調査が承認された。(7月1日号既報)

●入会者の承認(敬称略・順不同)

会員および賛助会員の入会が以下のとおり承認された。

- 北海道 砂川市立病院院長 小熊 豊
 - 北海道 森病院理事長 森 敬
 - 群馬県 くすの木病院院長 鷲田雄二
 - 埼玉県 狭山神経内科病院院長 齋藤光典
 - 埼玉県 武蔵嵐山病院理事長 菅野龍彦
 - 埼玉県 前田病院理事長 東美栄
 - 千葉県 千葉・柏たなか病院院長 谷山新次
 - 千葉県 新松戸中央総合病院理事長 中村哲也
 - 千葉県 小田病院理事長 小田常人
 - 千葉県 鈴木神経科病院理事長 鈴木 隆
 - 神奈川県 湘南厚木病院理事長 徳田 哲
 - 鳥取県 元町病院理事長 藤瀬秀親
- 別途2名の退会があり、在籍会員は2,197名となった。
- 人間ドック実施施設指定の承認(順不同)
以下のとおり日帰り人間ドック実施施設指定の申請が承認された。
- 奈良県 ヤマト健診クリニック
 - 兵庫県 大久保病院



日帰り人間ドック実施施設指定数は475施設となった。

■主な報告事項

●「特定健診・特定保健指導」制度説明会の開催

「特定健診・特定保健指導」制度に関する説明会が、7月24日(東京都内)、8月24日(神戸市)、9月21日(秋田市)、3回開催される。

●個人情報管理・担当責任者養成研修会

2007年度の「個人情報管理・担当責任者養成研修会」を、7月29日と31日の2回、東京都内で開催する。定員は各回60名、参加費は1万5,000円。(7月1日号既報)

医療と法律研究協会主催シンポジウム 「医療と法律の共生を目指して」

主催 NPO法人・医療と法律研究協会

日 時 ● 9月1日(土) 13:00~18:00

会 場 ● 日本大学会館(本部)
東京都千代田区九段南4-8-24(市ヶ谷駅より徒歩2分)

参加費 ● 会員1,000円 非会員3,000円

プログラム ● 演 題Ⅰ「医療安全と医療の質—背景と最近の動向について」
医療と法律研究協会理事 長谷川友紀

演 題Ⅱ「医療事故と刑事法について」
医療と法律研究協会副理事長 平沼高明

対 談 「異状死の届出について」
榊原記念病院最高顧問 細田瑠一
日本医師会常任理事 今村定臣
日本病院会副会長 大井利夫
全日本病院協会常任理事 飯田修平
法務省、警察庁、厚生労働省

お問い合わせ 医療と法律研究協会事務局(児玉・松尾) Tel.03-3242-6131

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する、全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク」の称号が付与されます。

■合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク

■受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。 ■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

■試験会場 全都道府県の指定会場で実施します。 ■試験日(平成19年度)

■試験科目と実施方法

(1) 1級医療事務技能審査試験

- 実技Ⅰ 接遇、院内コミュニケーション
 - 筆記(記述式) 50分
- 学 科 医療事務専門知識
 - 筆記(択一式) 60分
- 実技Ⅱ 診療報酬請求事務
 - 明細書点検 70分

(2) 2級医療事務技能審査試験

- 実技Ⅰ 患者接遇
 - 筆記(記述式) 50分
- 学 科 医療事務一般知識
 - 筆記(択一式) 60分
- 実技Ⅱ 診療報酬請求事務
 - 明細書点検 70分

19年	7月28日(土)	2級
	8月25日(土)	2級
	9月22日(土)	2級
	10月27日(土)	1級・2級
20年	11月24日(土)	2級
	12月15日(土)	2級
	1月26日(土)	2級
	2月23日(土)	1級・2級
	3月22日(土)	2級

●試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-2-10-1923
☎03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料
- | | |
|-----|-----------------------|
| 一 般 | 78,000円 |
| 賛助員 | 75,000円(入学金3,000円が免除) |
- ※分納(2回)もできます。