



全日病 NEWS 11/1

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.789 2012/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

神野副会長 弾力化プログラムと3千人要件の見直しを提起

医師臨床研修制度の評価に関するWG 日病も同様の見解を表明。日医は見直しに反対、病院団体と意見を分かち

医師臨床研修制度の2015年度改正に向けて現行制度の検証を進めている「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」の10月18日の会合に、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は制度全体の見直しに関する論点骨子案を提示、とりまとめに向けた議論を促した。

同日の議論で、全日病副会長の神野正博構成員は、基幹型臨床研修病院の指定基準で論点となっている、プログラムの弾力化と年間入院患者3,000人という10年度研修から導入された要件を取り上げ、「旧7診療科を必修に戻す」などの見直しを提起した。

日病常任理事の岡留健一郎構成員も同趣旨の意見を述べ、「これは日本病院会、病院団体としての意見である」と強調した。

これに対して、日医常任理事の小森貴構成員は「日本医師会として弾力化プログラムを以前に戻すことには反対である」と述べたほか、3,000人要件についても「3,000人未満の病院は立ち入り調査等を踏まえて指定を継続する」現行方式を肯定、病院団体と意見を異にした。

基本的な診療能力を身につけることを理念とした医師臨床研修制度は2004年度から必修となったが、大学病院等から「地域における医師不足問題を顕在化させた」などの批判を受けたことを契機として手直しが試みられ、募集定員の見直し、臨床研修病院指定基準の強化、研修プログラム基準の弾力化が図られ、10年度研修から施行された。その際、5年後をめどにあらためて制度の見直しを検討することが決まった。

したがって今回の制度見直しは15年度研修から実施される。そのため、それに向けた検証と論点整理を行なう目的で「医師臨床研修制度の評価に関するWG」が11年7月に設置され、各種の調査・研究結果や参考人からの報告を得ながら、課題の抽出が行なわれてきた。

その8回目にあたる同日のWGに、事務局は制度改正議論のポイントを整理した論点骨子案を提示、「あと2回の議論でとりまとめをお願いしたい」と議論の集約を求めた。

論点骨子案は、大きく、(1)基本理念と到達目標、(2)基幹型臨床研修病院の指定基準、(3)研修の中断および再開、(4)その他、の4点に分けて議論を整理している。

このうち、(1)については前回(9月27日)に議論されており、同日は、主に指定基準を中心に意見が交わされた。

10年度研修から施行されたプログラムの弾力化とは、それまで、内科、外科、救急(麻酔科)、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7科目が必修であったものを、内科、救急部門、地域医療の3科目のみを必修とし、選択必修5科目(外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科)のうち2科目を履修することが要件となったことをいう。

併せて各科の研修期間も弾力化され、それまで、必修7科目は少なくとも各1月以上とした上、原則として当初の12月は内科、外科、救急(麻酔科)で研修すること(内科は6月以上研修することが望ましい)が要件であったところ、見直しによって、内科6月以上、救急



部門3月以上、地域医療1月以上と、期間要件は必修3科目に限られた。

こうした手直しによって、内科や救急など基本的な研修を1年目に終え、2年目は将来選択する専門科目中心に研修を受けるプログラムが可能となった。

この見直しが研修医にどのような影響を与えたかという、プログラムの弾力化の下で初めて研修を終えた研修医を対象にした調査結果が前回のWGに示

された。それによると、外科の未履修が10%弱、小児科未履修が約20%、産婦人科になると未履修は約30%にも達していることが判明した。

こうした実態を踏まえ、神野構成員は、前回WGに引き続いてプログラム弾力化の弊害を指摘、その見直しをあらためて提起した。岡留構成員も同様の見解を表明。病院団体として足並みを揃えた主張を行なった。

指定基準に関する神野副会長の発言(要旨)

基本理念で「プライマリーケアの基本的診療能力を身につけることのできるものでなければならない」と謳っているのに、これに沿ったプログラムとすることが重要と考える。

弾力化の話であるが、これまでの7回にわたるWGでの参考人の話やデータをみると、弾力化の弊害が出ていることが分る。

とすれば、旧7診療科に関して、期間の問題は検討の余地があるだろうが、何らかの必須化というのは必

要であると考え。

3,000人要件の問題であるが、これも今までのデータや資料をみるかぎり、3,000人未満の病院が劣るというエビデンスは1つも出ていない。

もちろん、3,000人未満がすべてOKというわけにはいかないだろうが、研修医をきめ細かく指導することができるのであれば、地方の3,000人未満の病院でも、やる気がある病院は認めるということが必要ではないか。

医療事故調査検討部会「捜査機関との関係」

厚労省「最高裁判例によると診療関連死も異状死の対象」 構成員から「事故届出は第3者機関とし、その体制づくりから21条の見直しを展望」との意見

10月26日の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は医療事故調査制度と捜査機関との関係をテーマに取り上げたが、医師法21条の解釈と今後の対応をめぐる意見が交錯したため、議論の集約を見送った。

議論では、各医療機関は第3者機関に医療事故の報告(届出)を集中させ、その体制を整える中から警察への届出義務を課した医師法21条の見直しを考えるべきとする意見が相対多数を占めた。

この考え方に関連して、非医療系の構成員は事故報告から故意・重過失の分を振り分け捜査機関に届け出る役割を第3者機関に求める考えを示唆したが、これに対して、医療系の構成員からは責任追及のプロセスを包含する事故報告制度に対する批判が示された。(3面に議論の要旨を掲載)

21条の届出義務について、事務局(医政局総務課医療安全推進室)は「司法警察上の便宜のために届出義務を規定したものの。したがって、「異状」とは病理学的ではなく、法医学的のそれを意味するものと解される」とし、犯罪防止の観点から規定したという立法の趣旨を明らかにした(事務局提出「参考資料

2」を参照=別掲)。

事務局提出「参考資料2」から

医師法第二十一条

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

死体又は死産児については、殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎等の犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。

したがって、「異状」とは病理学的の異状ではなくて法医学的のそれを意味するものと解される。

2」を参照=別掲)。

「診療関連死も異状死したがって届出の対象になるのか」という質問に、医政局の田原克志医事課長は「厚労省として診療関連死について届け出るべきであると申し上げたことはない。法医学的異状を判断する際に、法医学会のガイドラインも参考にしてほしい」ということは申し上げているが、それを参考にした上で、最終的には、検案した医師に判断していただくものである」と説明した。

その一方で、田原課長は最高裁の判決(都立広尾病院事件=2004年4月13日)を引用、異状死判定の対象には診療関連死が含まれるという司法の解釈を明らかにした。つまり、最高裁は異状死の対象に診療関連死が含まれるとしているし、これが正式な21条解釈となるが、厚労省自体はそのことを明確にしてきていないという、曖昧な説明となった。

医療系の構成員は、日本法医学会の「異状死ガイドライン」(1994年5月)が示した異状死に診療関連死が含まれるという21条解釈を後押ししたとして、

国立病院等対象の「リスクマネジメントマニュアル作成指針」(2000年9月)を取り上げ、そこに「医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う」と書き込んだ厚労省の意図を質した。

これに、田原医事課長は、「これは国立病院等に指針として示したものであり、他の医療機関にこうするようと言っているわけではない」と回答した。

捜査機関との関係に関して、検討部会は主に異状死届出の是非をめぐる議論に終始したため、議論はかみ合うことなく展開した。

この状況に飯田構成員は、「組織防衛というリスクマネジメントの立場から議論されている。この場では医療安全を進めるセーフティマネジメントの視点で議論されるべきである」と指摘。その上で、21条への対応は別の場で議論するよう提案した。

他の構成員からも「21条問題は横において、第3者機関の詰めの議論を急ぐべきではないか」という声が複数あがった。

部会後、事務局は、「今後は21条問題を切り離して議論することになる」という認識を示した。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

中小民間病院の声を都道府県の政策に反映させなければならない

日本はどこに向かっているのだろうか。超高齢社会の下、医療費・介護費は増え続け、消費税増税も決まった。一方、年金は将来設計が出来ない上に、生活保護者よりも受給額が低いという有様である。現在の20代、30代の若者は、自分たちの将来に「つけ」を廻し続ける日本社会や政府に対し、嫌気を指して投げやりになるのも当然かな、という気にもなる。でも、何とかしなくてはならない。

厚労省は医療・介護の将来推計を数値化し、閣議決定に持って行った。

今後はさらなる法的整備も随時行うようである。

このような日本全体の平均的目標を見ると、いつも不思議になる。日本全体の平均値を示しても、個々の地域の事情はかなり、もしくは全く異なるではないか、と思うからである。

今求められているのは、それぞれの地域でいかに現状を把握し、将来目標を設定するか、ということであろう。生活圏もしくは一次医療圏である市町村、見直しが迫られている二次医療圏、そして都道府県（三次

医療圏）の指針作成・実行力が問われるのである。

全日本病院協会は全国組織である。各支部（都道府県単位）には、それぞれの事情を熟知した支部長初め、多くの会員がおられる。現在のように、医療制度や医療提供体制の見直しが声高々に言われている状況においては、各支部の意見・考え方をどのように都道府県の医療審議会等の決定機関に反映させるかが、極めて重要となってくる。

まさに、全日病会員の中心である中小民間病院の声を各都道府県の政

策決定過程に正確に反映させることで、最終的に日本全体の医療・介護政策が形成されるのではないかと考える。その際、各地域における医療・介護のあり方が厳しく問われることも間違いはない。

このような現状を見ると、今の若者が将来にわたっても夢を持って活躍できる医療・介護の提供者であり続ける地域社会の構築に、我々全日病は大きく貢献できるのではないだろうか。そんな夢を描いて明日も頑張りたいと思っている今日この頃である。(I)

「特定行為に関する他専門職のあり方も議論すべし」

チーム医療推進会議 特定行為の枠組試案で意見相次ぐ。両WGの合同会議を求める声も

特定行為と看護師能力認証の仕組みについて検討しているチーム医療推進会議は10月24日、事務局(厚労省医政局医事課)が示した制度枠組の試案(イメージ)にかかわる論点について意見を交わした。

制度枠組の試案は、医師の包括的指示の下で特定行為を実施できる看護師について、それまでの「大臣が能力を認証する」案を「大臣が指定した研修機関で研修を修了した者を看護師籍に登録する」案へと修正した内容で、前回合合(8月22日)に示されている。

その試案について、事務局が作成した資料には、①特定行為の実施に際して新たな資格を設けるものではない、②特定行為の実施に係る研修の枠組を

導入した場合であっても、特定行為の実施自体を補助看法において禁止するものではない、と書きこまれた。

今回提示された論点は、これまでの議論から重要な検討課題を拾い出した上で、項目ごとに推進会議で示された代表的な意見を整理している。

同日の推進会議では、少なからぬ委員から看護師以外の専門職にかかわるチーム医療の議論に早期に着手すべきであるという強い要望が示された。

大田委員(全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長)は、「看護師ができる」とされる特定行為の中には各専門職が関与している行為が沢山ある。こういう専門職がかかわる医行為の問題は、例えばチーム医療推進方策検討WGで

議論すべきではないか」と求めた。

他の委員からも、「医行為分類案の是非を議論するとともに、各行為と専門職種との関係の面からも検討する余地がある。看護業務検討と推進方策検討の2つのWGが合同で議論してはどうか」という提案があった。田原医事課長は「両WGの座長と相談したい」と検討を約した。

一方、指定研修を終えた看護師と一般看護師との関係性についても疑問が相次いだ。

半田委員(日本理学療法士協会会長)は、「両者の違いが分らない。両方ともやる行為は同じで、違うのは判断の



ところに過ぎない」と論じ、「もっと一般の看護師のことを詳しく議論すべきではないか」と提起した。

山本委員(東京大学大学院法学政治学研究科教授)は、逆に、「研修を受けた看護師も、すべて包括的指示でいいのか。研修を受けた看護師のことを詳しく詰めた上で、それとのバランスで(一般看護師のことを)考えた方がいい」と、指定研修を終えた看護師のあり方を深めるべきと提案した。

医行為分類案に多くの修正意見。WGは現行案で臨む考え

看護業務検討WG チーム医療の視点から他職種の関与いかんを分類基準に採用すべきとの提案も

10月23日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」に、事務局(厚労省医政局看護課)は、看護師特定能力認証の制度設計として同WGがまとめた、医行為分類案と教育内容等基準案に関する意見募集の結果を報告した。

今回の意見募集では、(1)医行為分類案に対しては120件、(2)教育内容等基準案には97件の意見が寄せられたほか、(3)制度の枠組に対する意見も34件届くなど、広範な団体・施設から具体的な修正意見が集まった。

事務局は、このうちの(1)と(3)に関する修正意見を同日のWGに一覧で示し、とくに、「医行為分類案に対する修正意見を中心にした議論」を求めた。

医行為分類案に対する意見は、大きく、①分類案の枠組に対する見直し意見、②各行為の分類結果に対する修正提案、③各行為の定義・範囲や表記内容に対する修正提案に分かれる。

①については、分類の枠組自体に疑問を示す意見が少なからずあった。

さらには、A(絶対的医行為)、B(特

定行為)、C(一般の医行為)、D(さらに検討が必要)、E(医行為に該当しない)という分類区分に対して、「B=特定看護師による分担・連携が可能な医行為、C=看護師による分担・連携が可能な医行為、D=他職種による分担・連携が可能な医行為」と定義を変え、チーム医療の視点から他職種の関与いかんを分類基準に採用するという案も出た。

②に関しては、Bとされた行為を医師しかできないAに留めるべきとする意見がある一方、一般看護師ができる医行為の拡大を期する意見も多く、両者が修正意見の大多数を占めた。

こうした意見に対して、主に分類案作成に携わった構成員からは、「Bとされた行為をAあるいはCとするというのは、どちらも当たっている。単に見方が違っていただけではないか」といった声があがった。

「結果の重大性がかんがみるとAにとどめたい」となるが、「プロトコルや院内研修・OJTを前提にすればCであっても可能になる」と受け止めるも

の、高度な技術と判断力をもつ看護師を育成する立場からは、所定の研修を修了すれば包括的指示の下で実施可能なBに位置づける医行為が多くなるのはやむを得ないというのが、看護師特定能力制度推進派の認識である。

その中で、「試行事業では、侵襲性の高い行為は大学院で行なった以上のことはできないというので、現場で数回訓練してできるようになるケースをみた。こうした行為に関しては、現場でどう研修するかモデル的なパターンが必要ではないか」という提案も出た。

これに対しては、Bの位置づけを現場研修で補強する考えが示されたほか、「試行事業では、スーパーローテの研修医と同様に現場で訓練したり、カンファレンスで学ばせているケースがあった」として、2年コース修了者にもOJTなどによる院内研修が欠かせないという意見が続いた。

分類案に対しては多くの修正意見が出たが、こうした調整を試みながらも、細部を除くと、自らまとめた案で臨む

というのがWGの大勢だ。

構成員の間には、「特定看護師が何でもできる考えるのは危険」と冷静な見方がある反面、「この制度はスーパーマン的な看護師を少数養成する仕組みだ」ということを認めた上で、それが医療現場のニーズに応えられるかという点については慎重に捉える向きが少なくない。

その一方で、「2年コースはスーパーマン的な人を育成する。その数は精々年間100人程度かもしれない。しかし、8ヵ月コースの修了者が増えていけば、その不足を埋めることは可能だ」とする、割り切った見方もある。

制度創設を先行させる意見が少なくない中、「新人看護師に対する院内研修が義務化されている現在、特別な教育を受けた人だけの仕組みではなく、一般の看護師全体の底上げが図れる仕組みが望ましい」と、看護師全体の技量向上を訴える意見も少なくない。

そうした構成員からは、「一般の看護師ができる領域をどうやって広げていくか。そのために必要なプロセスを院内にどうつくっていくか。そうした試みを行なっている事例を拾い上げてはどうか」という提案も示された。

清話抄

「存在感のある中小病院を目指して」

当院は創立55年の地方の中小病院である。先代からパトタッチされた1990年代は経営の心配はまったくなく、胃腸科専門病院として、県内外から患者さんが潰瘍治療や胃がんの早期発見のため来院していた。

県内で初めて内視鏡を導入した施設でもあるが、その後大学病院ができ、

消化器内科の医師が多く養成されて、現在の市内は消化器内科や胃腸内科の看板だらけである。30年前に消化性潰瘍薬のH2ブロッカーが発売され、潰瘍などでの入院患者や外来が激減し、さらに、ピロリの除菌の保険適応が追い打ちをかけた。

今から20年前、現病院の3度目の建て替え計画では、胃腸内科では病院の経営や維持が不可能と考え、健診や人間ドック、産業医などの予防医学への取り組みを最優先とし、それに対応する

病院にして、医師や職員も教育をした。

介護関係の関連施設は、高齢化に伴い単価低下は明白と考え、リスクを避けるためにもまったく介入せず、連携を強化し、医療と予防医学だけで通している。また、院内での健康講話や依頼の多い出張講演も繰り返し続けている。

当院の収入の内訳は、外来診療報酬が50%、ドックなどの自由診療が15%、入院収入が35%となっている。平均在院日数は7.2日で、ベッド稼働率は50か

ら60%程度である。

職員のモチベーションを上げるために経営状態を全職員に公開し、全職員で経営する病院作りをしているつもりでいる。医師の働きやすい環境を作るために常勤内科医を6名集めた。

50床あまりの病院には経営的に非常に厳しいが、職員が各自のQOLを保って仕事に従事している姿を見ることが、地域医療への貢献が大きな満足感になっている。常に10年先の医療を考える毎日である。(白)

飯田構成員「リスクマネジメントとセイフティマネジメントは分けて考えよう」

厚労省「診療関連死の届出義務を明示したのは国立病院のみ。それ以外は医師が判断」

「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の主な議論 10月26日 *1面記事を参照

有賀構成員 厚労省として、診療関連死も届け出るべきという見解にいたった考え方を説明してほしい。

田原医事課長 厚労省が診療関連死について届け出るべきであるということを示し上げたことはない。この法律についても、ここ(編集部注/参考資料2=1面に掲載)に書いてある解釈を示しているが、診療関連死が何を示すのかというのは色々あるが、それを届け出なければならぬと明示的に申し上げてはいないのではないかと。関連して、「法医学的異状を判断する際に、法医学会のガイドラインも参考にしたい」と申し上げているが、それを参考にした上で、最終的には、検案した医師に異状であるかどうか判断していただくものである。

有賀 「診療関連死について届け出るべき」と言ったことはないというが、国立病院の病院には「届け出なさい」と言っているのではないかと。それを一般の病院が真似をしたのではないかと。

医事課長 国立病院には「リスクマネジメントマニュアル作成指針」というものを示した。そこには、「医療過誤によって死亡又は障害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は速やかに所轄警察署に届出を行う」とある。これはあくまでも国立病院等に、参考となる指針として示したものであり、他の医療機関に「こういうようにしなさい」と言っているわけではない。

有賀 とすると、国立病院以外はそれと異なるマニュアルでもよいということか。

医事課長 それは、検案した医師が第一義的には判断するものと考えている。

中澤 外表をみて異状が判断できなければ届け出なくてもよいということか。

医事課長 判断できないということであれば届出の必要はないということになる。

飯田構成員 医師法21条は、立法の主旨と解釈がかなり変わってきている。本日の資料(編集部注/参考資料2=1面に掲載)はきわめて重要で、そこに立法の趣旨がきちんと書いてある。今まで、これが厳密に解釈されてこなかったのが問題であり、今日、それが、この場で明らかになったということが極めて重要である。

里見構成員 私は、例えば国立病院であるにしろ、厚労省は一步踏み込んだことをやったのではないかと感じた。つまり、診療に関することも警察に届け出るべきという示唆を与えたということなので、これが全国に大きな影響を与えた。その辺りは現在も変わっていないのか。

医事課長 「作成指針」は国立病院に示したものであり、国立病院に、医師法21条もあるが、そういった事態が発生した場合は警察署に届け出する、相談するというを示したものであり、他の医療関係者がこれに拘束される理由はないというように思う。

里見 それは非常に不思議な考え方である。厚労省がそういう明確な意見を提示したのであれば、かなり大きな影響があると私は考える。今でもそうなのではないか。

医事課長 「作成指針」は医師法21条についてのみ解釈を示したわけではなく、標準的な医療事故防止の手順を示したものの。その中の一部に今申し上げたことが書いてあるに過ぎない。そこだけを取り上げて云々するというのはど

うか。全体をみていただくことが重要。山本座長 最高裁は医師法21条の解釈を示しているのではないかと。最高裁が示したとすれば、基本的には、それが日本国における医師法21条の解釈になる。

医事課長 医師法21条に関する最高裁の解釈は平成16年(編集部注/都立広尾病院事件)に出ており、検案について、「医師法21条による死体の検案とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査すること」としている。また、「当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解釈するのが相当であり、これと同種の原判断(高裁の判断)は正当として是認できる」ということが示されている。医療関連死であっても異状がある場合は警察に届け出なければならぬということである。

有賀 どういう理由で厚労省は「作成指針」に医師法21条を入れたのか。我々は元々そういうような意識はなく、法医学会のGLが出たときに純粋に違和感を覚えていた。しかし、厚労省が(GLの)後押しをしたと思っている。

医事課長 届出について入れた理由は説明できないが、「作成指針」をつくった趣旨は、医療事故の発生防止対策、医療事故発生時の対応方法について国立病院等がマニュアルを作成する際の指針を示すということで、各施設で医療事故防止体制を確立してほしいと、それが安全かつ適切な医療の提供に資するという趣旨で作られたと理解している。

有賀 警察に届け出るといふ事は、直接的には医療安全と関係ない。直接的に、我々がやらなくてはならない医療安全とは、病院の中で事故についてきちんと分析し、その結果を踏まえて次のステップに進んでいくことである。そのときに、警察に届け出たとして、それで何が安全に結びつくのだろうか。

医事課長 このマニュアルは、病院長が警察にどのように相談していくのか、指針自体は法律ではないので、法律つまり医師法21条にもとづいて届出をしなければいけないかどうかということを含めて警察に相談するということが書かれてあるのではないかと。

有賀 しかし、法律家は診療関連死は21条に含まれる、それが、最高裁の判例によって日本のルールになっているとしている。

医事課長 「作成指針」は国立病院等が自主的にこうしたらよいのではないかと示したものであり、医師法21条の話とはまさに別々の問題であると考えている。平成16年に最高裁で「自分が診察していた患者かどうかは関係なく検案して異状を認めた場合には警察に届け出ることが必要である」と示された。そのことも念頭にご議論願いたい。

飯田 議論がかみ合わない理由は用語にある。我々が医療安全を考えると、リスクマネジメントは考えていない。セイフティマネジメントである。厚労省の別の検討会でもそうしたことを発言し、(検討目的を)医療安全したがってセイフティマネジメントということに統一していただいたはずだ。広い意味ではセイフティマネジメントを行なうことがリスクマネジメントの一部にはなるが、組織防衛としてのリスクマネジメントとセイフティマネジメントとは異なる。今さ



▲挨拶する糸川正晃政務官

れている話だが、(現行21条の下では)罪に問われるので、病院長がリスクマネジメントとして警察に届け出るといふことはあり得る。しかし、それはセイフティマネジメントとは全然関係ないことである。セイフティマネジメントもリスクマネジメントもともに大切であるが、議論する上では分けて考えないとならない。ここはセイフティマネジメントについて考える場である。リスクを縮減することはセイフティにつながるもので、そういう意味でリスクについて議論することはよいが、組織防衛といった話は大切であるものの、別のテーブルで議論しないと、相互にすれ違っただけで議論がかみ合わない。

里見 これまでの21条解釈は解釈として、皆さんの大半は、医療関連死や医療事故は刑事訴訟となじまないから、警察に届け出る必要はないという解釈を前提としていいと考えているように思う。それでも、何らかの処置をしない限り医療過誤は起こる。それに対してどういう仕組みを創っていくのか、次の議論に進んでいった方が生産的ではないか。

加藤構成員 診療関連死の中には悪質なケースもある。医療には故意や過失が多い。診療関連死がすべて刑事と無縁の概念とはいえない。私は診療関連死の中には犯罪的なものも含まれると考える。しかし、第三者機関ができれば診療関連死はそこに届け出ることができる。広く網羅的に得られる。ただし、その後問題があるというケースも一切刑事問題にしないとしたらどうということになるか、皆さんの意見を聞かせてほしい。

宮澤構成員 診療関連死には、当然、過失、重過失、故意のすべてが含まれる。それを警察にもっていくのがよいのか、それとも、それ以外のところにもっていく判断してもらう方がよいのかという問題だと思う。21条をどう解釈すべきかということよりは、これからどうしていくかを考えるべきである。事故報告を第三者機関に振り分けていく方向性が正しいのではないかと。そちらの議論に移っていくべきではないか。

加藤 診療関連死が発生したときに第三者機関に届け出るルールを作っていく必要がある。この第三者機関を早く創ることが大切であると強調しておきたい。そういう届出先としての第三者機関がないところで、色々な問題が生じている。第三者機関ができた場合は、医師法21条に該当するケースも含めて、そこに届け出る。ただし、届出を受け付けた第三者機関が速やかに振り分けができることが前提である。こうすることによって医師法21条の届出義務を果たしたとみなすことが、整理のつけ方として可能ではないか。

豊田構成員 加藤構成員と同じ意見。第三者機関に届け出る仕組みをしっかりつくらないと、21条の問題を解決す

ることができない。第三者機関を創る議論に入ってほしい。

中澤 犯罪に関してまで論じるのはおかしい。議論から外してほしい。それ(故意を振るいにかけること)を警察がやるか、第三者機関がやるか、私には同じことだ。

有賀 (加藤構成員の意見は)そこまで論理的にことが運ぶか疑問だ。中澤構成員の言いたいことは分る。名大病院事件も、病院がしっかり調査に取り組む中で警察が見守ってくれた結果、送検されずに終わった。我々医療人はそれを望んでいる。まずそれをすべきで、第三者機関の話はその次だ。最高裁が判例を変えない限り、第三者に届け出ても、21条の警察の考え方は変わらない。医療界の自律した取り組みを刑事司法がどう見守ってくれるかが大切だ。

飯田 加藤構成員は「医療には故意過失が多い」と言うが、それは各業種に共通した問題である。それをもって「振り分けるために広く網羅的に報告をとる」と言われるのは遺憾だ。(報告を得るのは犯罪をあばくためではなく原因究明のためであるという点を)明確にさせていただきたい。最高裁判決のことであるが、私は、あの判決は医療者の人権侵害の虞れがあると考えている。判決は、(届出によって)「(医師に)一定の不利益を負う可能性があっても、それは、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容される」と記されている。だから憲法38条違反ではない、診療契約することはこれを認めたことになるとしているが、我々はこれを認めた覚えはない。ここまで書かれると医師として行き場がなくなる。これがまかり通ったら、若い人は医療界に入ってこないし、医療従事者はいなくなる。患者には人権があるが、我々医療人にも人権があることをあらためて申し上げたい。

豊田 今日の話を聞くと、これでは困るとかの話が多く、このままではとてもまとまらないように思う。医療界の皆さんは、こういう仕組みがいいのではないかと(まとまった)案を出してほしい。

山口(育)構成員 捜査機関の話になったら、とたんに責任追及の議論になった。もう一度、この会議の目的に立ち戻ってほしいか。

飯田 今日の議論は「捜査機関との関係」がテーマなので、こういう話になった。すでに、全日病は院内調査と院外調査からなる設計案を示している。他の病院団体も提案している。その内容は概ね一致している。今日は、それらを踏まえ、「捜査機関との関係」に絞った話をしていくわけであり、(医療界として)食い違っているわけではない。有賀 現行法の下では異状死は警察に届け出るとされていることを(本日)理解した。ではどうしようということになるが、そのときに(故意・過失に)罰を加えようという話加わるとどういう議論になるということだ。

宮澤 医療事故ということで警察の捜査が入ると証拠書類を持っていかれるため、きちんと調査しようにもできなくなる。その辺りの環境をどうするかということはこれからの議論ではないか。そういう議論のためには、医師法21条との関係を整理しておく必要があるという観点からみていくべきではないか。

報告 新型インフルエンザ等対策有識者会議について

病病・病診連携によるインフルエンザ診療体制構築が課題

BCP作成が必要。緊急事態宣言下の体制は行政・医師会等との事前協議が重要

新型インフルエンザ等対策有識者会議委員、医療・公衆衛生に関する分科会構成員
全日本病院協会理事(ひたちなか総合病院長) 永井庸次



▲有識者会議に臨む永井理事

はじめに

5月11日に新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布された。特措法によって、1年以内に行動計画、ガイドライン等が策定され、来年2~3月頃のパブリックコメントを経て、5月施行となる予定である。これらの検討のために新

型インフルエンザ等対策有識者会議が設けられ、病院団体の代表として、全日病から私が委員に参加することになった。出席した感想は、重大な課題を検討できる全日病総研のさらなる活用が必要ではないかということである。

新型インフルエンザについて

インフルエンザはパンデミックを起こすことが知られているが、我が国でもその高い病原性の故に、トリ型インフルエンザH5N1のパンデミックを想定した新型インフルエンザ対策が国を中心に構築されていた。

そのため、高病原性のトリ型を想定した行動計画、ガイドラインに沿った水際作戦などの対策が2009年には作動したが、トリ型と異なり高病原性では

なかったことから想定以上に国内の流行が迅速に拡大したものの、医療体制もそれなりに充分構築でき、トリ型パンデミックの予行演習にはなった。

しかし、その経験から基本的な枠組みや行動計画、ガイドラインの見直し、医療提供体制が破綻した場合の対応策の必要性など課題も明らかになり、今回の特措法が成立した。

有識者会議と分科会等の役割

内閣府によって開催される親会議(有識者会議)、社会機能に関するものと医療・公衆衛生に関する分科会の他、総理の求めに応じて基本的対処方針作成の基本的考え方等を取りまとめる基本的対処方針等諮問委員会が設置され、新型インフルエンザの国内発生時、内閣から対処基本方針が発せられ所定の行動計画、ガイドラインに則り対策がとられる。医療提供体制を含めて社会に重大な影響を与える事態が予想される場合には新型インフルエンザ等緊急事態宣言が出される。

この緊急事態発生時に特措法に基づく諸々の措置が行われ、その時の社会機能維持や医療提供体制維持に必要な対策を事前に関係委員の間で協議・整理するのが2つの分科会である。私は

親会議とともに医療・公衆衛生に関する分科会の委員でもあるが、特措法施行後に緊急事態宣言前後の各分科会と親会議、諮問委員会の関係が不明確であることが第1回目の親会議の最大の論点であった。

本来なら特措法や政令の施行後に行動計画とガイドラインが出るが、都道府県の行動計画に間に合わせるべく、施行前に事前検討するために有識者会議がある。この特措法における政令、行動計画、ガイドラインの位置付けが不明確なことも会議の論点の定まらない理由であり、会議に出席していても検討事項に政令の縛りがあるのか、行動計画、行動計画を受けたガイドラインを検討しているのか非常に難解である。

新型インフルエンザの定義

インフルエンザには季節性と新型があり、特措法の新型インフルエンザ等の定義も分科会で一致していない。感染症法と特措法双方に新型インフルエンザ等の用語があり、特措法のもとの感染症法にある新型インフルエンザ等感染症(新型、再興型)および新感染症との関連性が不明確であった。

N5H1を筆頭とした全国的かつ急速なまん延のおそれがあるインフルエンザ等の中で、さらに国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、また、国民生活及び国民経済の安定を著しく阻害する可能性の高いものを特措法では新型インフルエンザ等感染症と定義し、新感染症にはSARSなどの感染症も含まれるが、高病原性であって

も致死率が高く広汎に流行しないラッサ熱、マールブルク熱などは特措法には入らないことが分科会の中で明らかになった。

親会議、分科会での議論の1つに感染予防対策がある。新型インフルエンザは通常飛沫感染、接触感染であり、その予防も両者の対策で済むが、SARSなどでは空気感染対策の想定も必要で、水際作戦や国内流行期の診療に大きな影響がでる。国内の感染症病床には限りがあり、そこが満床になれば一般病床に入院患者を入れる必要が生じる。その際、果たして特措法関連で診療提供の要請・指示が来た場合の対応をどのように対応するのか、大きな課題である。

緊急事態宣言を含めた臨床対応

新型インフルエンザの流行は、国内での初の患者発生による国内発生早期から患者の接触歴の追えなくなった国内感染期、患者の発生が低い水準にとどまる小康期に分かれるが、国内発生早期が意外と早く急速に国内感染期(感染拡大→まん延→患者の減少)に突入する場合も想定され、早い段階から病院の対応が必要となる。

当初病原性等が不明の場合は、概ね人口10万人に1箇所程度の帰国者外来・濃厚接触者外来が開設され、2009年の時の発熱外来と異なり整理しやすい。しかし、当初の感染症病床(感染症指定医療機関等)などが満杯になり患者が増加する場合は一般的な外来や一般病床での診療が開始され、それでも

対応できないような緊急事態では、内閣からの緊急事態宣言の発令により、特措法により都道府県首長の命令で臨時施設が提供され、応じなくとも罰則はないが、そこでの医療行為を行う要請・指示が医療提供者に出てくる。発生時のプレパンデミックワクチン接種の医療従事者への優先接種は今回の法律で保証される。

緊急事態の宣言・解除の要件や措置を実施すべき期間・区域も親会議、分科会で議論されているが、地域での発生状況も地域の医療情勢も様々である。二次医療圏を単位に保健所を中心に地域医師会、薬剤師会、中核病院を含む医療機関、薬局、市区町村、消防等が医療提供体制の整備が必要で、BCP

という診療継続計画の作成が要請される。早晩すべての医療機関での診療を余儀なくされることから、日頃からの感染予防対策、使用可能な病床の把握、自宅での療養体制の確保も必要となる。

高病原性の場合に想定通りの体制がとれないのではないかとという疑問を呈する委員もいる。また、臨時施設につ

いても、既存の医療施設での治療に優るものはないわけで、急ごしらえの施設を活用してもリスクは高まり、過誤が生じた場合の責任問題など法律でカバーできるとは思われるが、やはり問題である。医療行為への補償制度も要請・指示された診療では補償されるが、予防接種などの業務では補償されない。

BCPについて

各委員とも緊急事態に至るまでに診療提供維持を可能にする体制の構築が重要であることは一致している。新型インフルエンザ等の流行前に、病院がどのように診療継続計画を立てているかが重要である。患者はまん延し、職員・職員家族も罹患し、保育園・学校なども休園・休校になる。少ない職員で多数の患者をどのように診療するのか、事前に計画・訓練しておく必要がある。

特措法の施行後、都道府県などの行動計画もそれに合わせて整備されるが、

1病院だけではなく、各施設の役割分担が重要である。病院団体と医師会との日頃の連携がものを言い、従来からの行政と医師会との話し合いに積極的に病院団体が入ることが肝要である。また、緊急事態宣言後に不要不急の外出自粛要請や学校、興業場等の使用制限等の要請もどの段階で実施するのか、また、病院は制限されないが、学校は制限施設となるなど、施設制限の対象範囲や具体的措置も検討中である。

プレパンデミックインフルエンザワクチン

2009年の流行時のインフルエンザワクチンの供給問題は記憶に新しい。現在、国内のプレパンデミックワクチンは4株3千万人分原液備蓄されているが、1株54万人ずつ迅速に使用できるよう製剤化することを分科会で了承した。発生初期における集団接種である特定接種の対象業種・職種、優先順位等の登録基準は社会機能に関する分科会が、特定接種にかかる具体的な登録手続き・接種体制は医療の公衆衛生分科会が検

討中である。医療提供する医療従事者は登録事業者になるが、医療従事者のどの範囲までを接種対象者にするか決める必要があり、事務職まで含めるかどうか等要検討である。また、事前に医師会との連携のもとに、医師、看護師等の確保、接種場所の確保や特定接種を受ける事業所との協定を考慮しておく必要がある。未発生期におけるプレパンデミックワクチン事前投与の可否も検討中である。

パンデミックインフルエンザワクチン

医療関係者へのパンデミックワクチンの接種主体は国であり、緊急事態宣言前から実施されることが推定され、健康被害救済は国が行うことになる。また、医療機関は都道府県、市町村と共に接種者の登録や接種に協力する必要がある。実質的には市町村が行う住民へのパンデミック予防接種への協力であるが、緊急事態宣言下では特措法による接種が可能で、未宣言状況下では新しい予防接種法に基づく新臨時接種が可能になる。

パンデミックワクチンの優先接種に関する議論も重要であり、感染暴露の

危険性が高い医療提供者の優先度が高いことは委員内でも一致しているが、社会機能維持に必要な人員と一般住民とどちらの優先度が高いかは議論が分かれている。住民の接種順位も基本的対処方針等諮問委員会の意見を聞いて決定することで良いか現在検討中である。小児のパンデミックワクチンは現在のもは低年齢小児では高率の発熱が認められるなど問題も多く、別技術のワクチンを開発中であるが、実施すべきかどうか分科会でリスクとベネフィットの観点から検討中である。

抗インフルエンザウイルス薬

抗インフルエンザウイルス薬は国民の45%相当量のタミフル、リレンザが備蓄され、特措法では予防投与にも使用可能になる。医療従事者の予防投与は国内発生早期から小康期前までであることは従来と変わらないが、患者の

同居者、同居者を除く濃厚接触者は国内発生期から感染拡大期までであったものが、国内発生早期までに限定して良いかどうか、さらに使用薬剤は国、都道府県の備蓄薬で良いかどうか分科会で検討中である。

今後の展望

新型インフルエンザ等対策特別措置法は既に公布されているので、その施行までに、政令、行動計画、ガイドライン、それらに伴う都道府県の行動計画にどのように医療関係者の要望を組み込むことができるかが重要である。

一方、全日病会員施設としては、緊急事態宣言の発令後の臨時医療施設における医療提供体制について、行政、医師会等との事前協議が特に重要である。また、緊急事態に至る前にも、事前にBCPを作成しておく必要があり、このBCP作成時に自施設における詳細な検討と共に、地域の行政、医師会を含めた病病連携、病診連携によるインフルエ

ンザ診療体制の構築も課題である。特に、国内発生早期から国内感染期における病院としての対応、感染症病床などが満杯になり一般病床などで患者を診療する必要が出てきた場合、まさに作成したBCPのシナリオ通りに診療継続が出来るかどうか、患者の病院間移動、患者の自宅療養、臨時施設への応援要請・指示への対応、住民への集団予防接種の応援要請・指示への対応など、今後解決しておく必要がある。最後に、インフルエンザ対策の中で一番大事な対策は日頃の飛沫・接触感染予防対策の励行であり、会員各施設には是非日常的に実施していただきたい。

連載／在宅医療の現状と在宅療養支援病院のあり方 その4 都市近郊からの報告

地域ネットワークが不可欠。地域包括ケアが在宅医療を支える

医師会の在支診支援体制に参加し、面として地域の在宅医療を支えていきたい



医療法人社団東山会 調布東山病院 理事長 小川聡子

自院の概要

当院は昭和57年に83床の地域一般病院として開院、昭和62年から訪問看護・往診を開始している。平成23年12月に新病院に移転し、ドック検診センター、リハビリテーション室、外来透析室(60床)を

併設する、83床の急性期地域一般病院(平均在院日数14日)となった。そして、平成22年4月の診療報酬改定で要件が緩和されたことにともない、在宅療養支援病院として届出をするにいたった。

自院の位置づけと医療機能

当院は東京・多摩東部に位置する調布市にある。高齢者人口比率19%と、日本の平均よりは緩やかに高齢化が進んでいるものの、都市部の問題である高齢者人口の増加に対応していかなければならない地域でもある。当院においても、現在、入院患者の7割を70歳

以上が占めている。

2次医療圏には3次救急や高度専門医療を担う基幹病院が5病院ある。したがって、当院の役割は、軽度から中等度の救急を担い、入院時よりできる限り患者の機能を落とさずに、地域完結型医療を視野に退院支援を行うことである。

在宅療養支援病院としての実績と問題点

自院の在宅医療は当院かかりつけの患者を対象としており、現在約50名ほどを診ている。

地域のすべての医療機関・福祉施設からの入院依頼は、当院の受け入れベッドが空いている限り分け隔てなく受け入れるという方針を実践している。急性期病院ではあるが、要請があればレスパイト入院も受け入れる。

1例として、紹介いただいた入院患者が小康状態で退院された後、診療所

在宅医と当院の入院主治医の両方に情報が入りながら、在宅医が看取りをされた。患者・家族・関係者が2人の主治医の存在を感じながら、安心して在宅看取りが実現できた成功例と思っている。

課題としては、病院での在宅医療がすぐに入院できてしまうことにより、当院関係者において真の在宅医療を遂行する基本方針が統一されないことがあげられる。

機能強化型の届出と今後の展望

今回平成24年の改定でいわゆる機能強化型が創設された。当院は、すべて

当院の常勤医師で施設基準を満たすため、ただちに届け出ることとし、算定を開始した。

実績は年間緊急往診が20件前後、看取り実績は10～12件(うち癌のケースが10件前後)である。

地域の診療所から連携体制の依頼が数件あったが、地域の医療機関に対して必要時には当院機能を利用させていただくことを目標としていることから、お断りした。

今後の展望としては、在宅療養支援

診療所をサポートできる体制を整えるために、当院が中心となるのではなく、医師会全体として対応する中で、当院もその1メンバーとして積極的に参加し、面として地域の在宅医療を支えるシステムの構築を目指すことである。

平成22年度に調布市医師会は東京都の「在宅医療連携調整窓口」設置モデル事業に参加したが、その活動は現在も続いており、地域の意思として体制構築が進むことを目指したい。

地域包括ケアに向けた課題

地域包括ケアシステムを整備する上での課題は、介護側資源の充実、関係者のスキルアップ、医療提供者側の十分な情報提供(患者受け入れマッピング・介護職に配慮した情報提供など)、両者のコミュニケーション強化のための環境整備、モデル事業に見られるような地域でのコントローラー機能を充実させること、などであると考えている。

現状では診療所医師にかかる負荷が

大きすぎて、在宅療養支援診療所に名乗りを上げるインセンティブは働きにくく、国が期待するような在宅医が増えていくことは難しいと思われる。

地域包括ケアシステムによって医療機関以外の多職種24時間対応やスキルの強化が可能となり、医療機関のみへの負担が軽減されると、在宅医療に参加する医療機関は増えていくのではと考える。

在宅医療と地域ネットワーク

都心部の核家族化している家族構成では、在宅医療を推進するためには、地域包括ケアシステム、住民・地域の意識向上、地域ネットワークの醸成が不可欠と考える。広義の在宅医療とい

う意味で、高齢者を受け入れる「終の棲家」を充実させることで、在宅医療の有効性が発揮できるようにならないかと考える。

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A ～実際の事例から学ぶ～ 第16回

個人情報保護担当委員会

患者会開催の案内状発送に伴う住所データ等の取扱い

今回は、会員病院から寄せられた質問をもとに事例を作成しました。

【事例】

ある患者会に当院の会議室をお貸しする予定にしている。当該患者会への入会の有無にかかわらず、この疾患で当院を受診している患者さんに、当院に登録されている住所データを利用し案

内状を郵送することを検討している。個人情報保護の取り扱いをどのように判断すればよいか。

【委員会の判断】

患者会は、当該疾患への理解を深め、日常生活上の注意点についての情報交換を促進するなどの効果が期待されます。病院がその活動を支援することもしばしばあります。

本事例では、患者会の案内を、受診患者に、病院が保管する住所データを用いて送付することの是非が問題です。

個人情報保護指針に「患者への医療サービス向上」を利用目的として規定する病院がありますが、例えそのような場合にも、これを根拠に送付することには慎重を期すべきとの判断です(人によっては余計なお世話と考えることも

あります)。

あらかじめ、患者会などの活動について案内を送付することの同意が得られていない場合には、院内掲示に留めるべきです。

また、同意が得られた場合においても、ご本人以外(家族を含め)に当該案内がわたってしまう可能性(危険性)があるので、シール方式のハガキを用いる、あるいはハガキではなく封書を用いるなどの配慮が必要です。(長谷川友紀特別委員)

医療計画

精神疾患の医療連携体制構築で指針示す

厚生労働省は10月9日付で医政局指導課長ほか2課長連名の通知を发出、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(指導課長通知)の改正内容を各

都道府県に示した。

精神疾患に関しては、2013年度からの医療計画見直しにおいて医療計画で明示する医療連携体制の1つに加えら

れたが、5疾病および在宅医療にかかわる指針を示した3月30日付指導課長通知で、「精神疾患にかかわる指針は後日示す」とされていた。

今回の通知は、新たな医療計画の作成指針にそって精神疾患に関する指針の改正内容を明らかにしたもので、新たに、認知症に関する医療提供体制の

目標と連携体制にかかわる事項を書き込んだ。その中で、認知症を含む現状把握のための指標例を明らかにした。

また、精神科医療機関だけでなく、救急医療機関や一般病院に対しても、在宅医療を含め、身体合併症やうつ病に対する診療および精神科等との連携機能の確保を提起している。

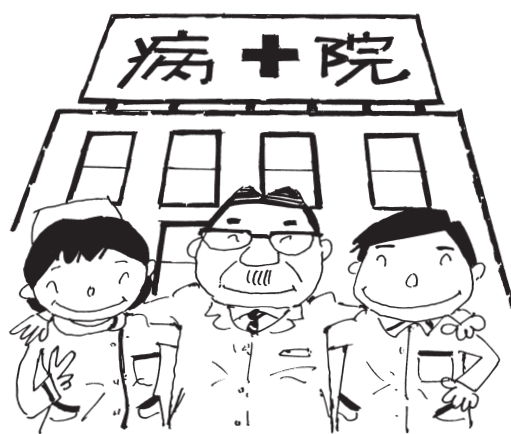
病院と従業員の絆を深めます

安心・安全・堅実な運用の病院基金にぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、事業主と従業員、双方にメリットがある企業年金制度です。都道府県内の病医院が協力して運営し、省コストで充実した企業年金を支給。職場への信頼と将来の不安解消をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



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

入院基本料の定義と費用把握の考えかたを整理

日病協・診療報酬実務者会議 入院基本料等の要件と一般病棟看護基準が検討課題に

10月17日に開かれた日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は入院基本料のあり方に関する日病協の考え方について合意した。

その内容は、入院基本料として評価されるべき病院運営の基本コストの範囲と、その調査把握の考え方からなる。実務者会議の見解は10月26日の代表者会議に報告され、了承を得た。

入院基本料については中医協の診療報酬基本問題小委員会がそのあり方に関する検討に着手しており、その中で、中長期的視点にたった評価対象と評価方法のあり方をめぐる論点が提起され、コスト調査の実施が課題にあげられている。

そうした点で、今回日病協がまとめた見解は重要な論点提起となり得る可能性がある。その一方で、次期改定を

1年半後に控える中、基本小委では、入院基本料の算定要件等をめぐる課題も提起されつつある。

こうしたことを踏まえ、10月17日の診療報酬実務者会議は、また、次回改定に向けた要望書の基礎資料とするために、入院基本料と特定入院料に関する算定要件の問題点を整理、課題を抽出する作業を開始することを確認した。

とくに特定入院料は要件の違いが大きいなど、病棟間で基準がまちまちであるとの指摘が各団体から提起されており、実務者会議は、実態の洗い出しを進めるとして、各団体に問題点の報告を求めた。

これに加えて、10月26日の代表者会議は、一般病棟における看護基準のあり方についても検討作業に入るよう実務者会議に要請した。

実務者会議は、両課題の検討を通して、入院基本料の病棟単位算定という論点も取り上げるものとみられる。

一般病床機能分化実態調査の内容で大筋合意

四病協・医療制度委員会 入院基本料の要件案模索の関係で補助看護の実態捕捉の企画

四病協の医療制度委員会は10月17日の会合で、「社会保障・税一体改革」の医療改革シナリオを検証・評価するために行なう一般病床機能分化に関する実態調査の内容を検討した。

調査方法としては、DPCを含む各病院が厚労省に提出しているデータの活用を前提とし、非DPC病院には別途質問票によってデータを求めるという案が示され、基本的に了承された。

調査設計の原案作成を委ねられた日

病の相澤常任理事は、「DPC病院以外の病院からは症例を一定数報告してもらい、1日毎の資源投与量のバラツキや症例ごとの割合などを分析することで、地域で担っている機能を押し量ることができるのではないか」と述べた。

さらに、データにもとづいて、「全国一律の施設基準で分化するのではなく、地域で担っている役割に応じて機能分化すべきであることを明らかにしたい」と、調査に対する期待を述べた。

同日は入院基本料の要件である看護配置と看護必要度についても意見交換。その中で、全日病の神野副会長は、看護配置に代わる入院基本料の算定要件を検討すべきと提起した。

神野副会長は、日病協のデータから、7対1・10対1病棟における総看護提供時間に占める「療養上の世話」提供時間の割合が8割近くに達していると指摘、「看護師の数と看護の必要性は別のものである」という見解を表明した。

この問題提起を受け、委員会は、前出調査に看護補助者の業務実態を捕捉する設問を設けることで合意。さらに、自院が提供していると考えている機能、将来的に考えている病院についてもたずねる項目を加えることを確認した。

医療制度委員会は、次回会合で急性期医療の定義について議論する予定だ。また、10月24日に開かれた四病協の総合部会では、厚労省の「医師臨床研修制度の評価に関するWG」で議論が進んでいる2015年度研修から改正が見込まれている現行医師臨床研修制度の検証・見直しを医療制度委員会に付託することを決めた。

「準夜勤は夜勤とせず、夜勤回数に入れない」

日看協が夜勤定義を修正。看護管理者の間で評価の声

10月2日の看護管理者意見交換会は、「夜勤・交代制勤務の勤務編成基準案」のアンケート再実施見送りを決めた。

四病協の看護管理者意見交換会は、日看協が昨年12月に公表した「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン(案)」の「夜勤・交代制勤務の勤務編成の基準(案)」への対応を協議するために、四病協傘下会員病院の看護部門責任者を集めて2月に設置された。

「基準案」は、夜勤について「3交代制勤務では月8回以内を基本とし、それ以外の交代制勤務では労働時間等にに応じた回数とする」と月平均夜勤を64時間とする考え方を打ち出し、看護現場からは「基準案の実行は難しい」と疑問視する声が出ていた。

そこで、「基準案」に対する看護現場の声を聞くために緊急アンケートを行なったところ、92%が「現行人員で基準案の実施は不可能」と答えた。

看護管理者意見交換会は、その後、より詳細な調査を行なう方向で検討を重ねてきたが、10月2日の会合で「基準案の実施が難しいことは明らかであり、これ以上調査をする意味はないのではないか」という意見が多数を占めたことから、再調査を見送ったもの。

同日の会合では、また、日看協が今年3月に公表した基準案(2012年3月版)

で一定の修正が行なわれたことが取り上げられ、「この修正が実現されれば基準案の実施も可能になる」という声があがった。

12月の「基準案」は夜勤を「準夜勤、中勤などを含む」と定義していたが、意見募集を経た3月版で、夜勤の定義は「夕刻から開始し22時前に終了する準夜勤、中勤などは『夜勤』とはみな

消費税負担に関する分科会

診療側 消費税課税のあり方に検討の場設置で「意見と要望」を提出

分科会長「主旨に賛成する。厚労大臣と中医協会長に内容を報告する」

10月31日の中医協・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」に、診療側委員は「社会保険医療に対する消費税の課税のあり方に関する検討の場設置に関する意見と要望」を提出した。

「意見と要望」で、診療側は、消費税増税法で「医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討する」とされたことを指摘、検討の場を中医協と別に設置することを求めた。

現在、前出分科会では、8%への引き上げに伴う医療機関の対応問題の議論が行なわれているが、その第1回会合(6月20日)で、厚労省保険局の屋敷保険医療企画調査室長(当時)は、「税制に

さない。したがって、その回数は『夜勤回数』には加えない」と修正した。

夜勤看護師の確保に苦しむ看護現場では、夕食前後から就寝にいたる準夜勤帯の業務がとくに繁忙で、シフトの編成に苦労している。

したがって、入院基本料の要件である夜勤72時間に関しては、診療報酬上「午後10時から翌日の午前5時までの時

かわる議論もしていただきたい」と説明した。

しかし、その後の分科会は、控除対象外消費税の診療報酬等による補填対応に関する議論に終始している。こうしたことから、診療側は、消費税の医療課税のあり方を正式に検討する場の設置を提起、分科会としての意見表明を求めたもの。

この要望に対して、支払側の白川委員は「我々も、非課税といいながら診療報酬で手当てして処理するという考え方には大きな疑問をもっており、その点で、診療側の先生方と一致している。今のお話(「意見と要望」)には共鳴するものがある」としつつも、「この分科会

間を含めた連続する16時間が夜勤時間帯」とされている夜勤定義も論点となってくる。

看護管理者意見交換会では「基準案」の修正を評価する意見が多く、今後は、夜勤等のシフト編成や労働負担軽減に関する現場のアイデアや事例を、日看協の「病院看護管理者懇談会」で提言していく方向で臨んでいくことで一致した。

「夜勤・交代制勤務の勤務編成の基準(案)」について、日看協は11月に正式決定することを明らかにしている。

は(控除対象外消費税の)負担のあり方を議論する場であり、そこで今の提起をすることはいかがかと、慎重な姿勢を示した。

これを受け、田中滋分科会長(慶大大学院教授)は、「誰しもが(消費税の医療課税の)あり方をきちんと議論すべきであると思っており、要望の内容には賛成する。ただし、この分科会がそういう意見を対外表明する機能を有しているかは疑問である」と述べた上で、「私として、その主旨を、厚生労働大臣と中医協会長に報告することにした」と提案。診療側は、公益側と支払側の主旨賛同を評価、田中分科会長の提案を受け入れた。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク 【主催】社団法人 全日本病院協会 財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細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

控除対象外消費税の負担割合は2.12%。四病協が調査

四病院団体協議会が行なった医療機関の消費税負担実態調査(速報値)によると、病院が負担している控除対象外消費税等負担は社会保険診療報酬収入に対して2.12%に達していることが判明した。

調査は医業経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会長)が、四病

協を構成する4団体の会員(無作為抽出)を対象に8月から9月にかけて実施したもので、速報値を10月24日の総合部会に報告した。

それによると、社会保険診療等収入に占める控除対象外消費税等負担額の割合は2.12%であった。

日本医師会が実施した調査によると

同割合は2.2%であった。日本私立医科大学協会の調査では2.47%という結果が導かれている。

今回の調査はこうした先行調査と近似した結果を示していることから、同日の総合部会は「精緻なデータを得ることができた」と評価。今後、開設主体別・病床規模別等のクロス集計に努



▲10月24日の四病協総合部会めるなど、詳細な分析を進めることを確認した。

介護支援専門員のあり方検討会 ケアマネ見直しで「中間まとめ」、意見募集を実施

厚生労働省の「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」は10月10日、事務局(老健局振興課)が提示した「主な課題と対応の方向性(案)」を了承、併せて、それをもって意見募集を行なうことで合意した。

「主な課題と対応の方向性(案)」は、

社保審の介護給付費分科会等で提起された介護支援専門員のあり方見直しに関する、これまで6回にわたる議論を整理したもの。10月11日から10月31日までの間、介護現場とくに介護支援専門員と関係団体の声を募った。

パブリックコメントは、参考資料として「主な課題と対応の方向性(案)」

を付すとともに、①「自立支援」とそれに向けたケアマネジメントのあり方、②介護支援専門員の支援のための地域ケア会議の役割強化、③地域包括支援センターにおける介護予防支援業務、④主任介護支援専門員の役割、⑤居宅介護支援事業所の指定を市町村とすること、⑥ケアマネジメントにおける医療との連携、⑦実務研修受講試験、研修カリキュラム等介護支援専門員の専門性向上、⑧介護保険施設における介

護支援専門員のあり方の8テーマに関して、自由記述方式で意見を述べてもらう方式で行なわれた。

「課題」としては、サービス担当者会議における多職種協働、施設におけるケアマネジャーの役割、利用者や課題に応じたアセスメント、医療との連携があげられている。また、「対応の方向性」の中で、地域ケア会議を介護保険法上で明確に位置づけることが提起されている。

2012年度第6回常任理事会の抄録 9月20日

- 【主な協議事項】**
- 全日病事務局移転検討プロジェクトチーム(仮称)の設置
全日病事務局の移転を検討する「移転検討プロジェクトチーム(仮称)」の設置と委員選任が承認された。
 - 京都府地方南部大雨の被害調査結果にもとづく見舞金の支給
京都府地方南部大雨による会員病院の被害調査にもとづき、1会員病院(京都府支部)に、見舞金を支給することが承認された。併せて、救急・防災委員会で、病院附属施設を対象とする見舞金支給の詳細規定を検討することが了承された。
 - 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の入会が承認された。
- 群馬県 黒沢病院 理事長 黒澤 功
 - 東京都 東邦大学医療センター大橋病院 院長 杉 薫
 - 東京都 公立昭和病院 院長 上西紀夫
 - 神奈川県 黒河内病院 理事長 黒河内三郎
 - 神奈川県 金沢病院 理事長 高山篤也
 - 神奈川県 新戸塚病院 院長 林 重光
 - 神奈川県 江田記念病院 院長 見上光平
 - 新潟県 豊浦病院 院長 櫻川信男
 - 長野県 金澤病院 理事長 金澤政之
 - 滋賀県 湖東記念病院 理事長 相馬俊臣
 - 大阪府 交野病院 院長 畑埜武彦
 - 大阪府 大阪暁明館病院 院長 坂 宗久
 - 兵庫県 八木病院 理事長 八木康公
 - 兵庫県 近畿中央病院 院長 白倉良太
 - 奈良県 総合病院高の原中央病院 理事長 齊藤守重
 - 岡山県 南岡山医療センター 院長 宗田 良
 - 岡山県 日本原病院 理事長 森 崇文
 - 岡山県 竜操整形外科病院 理事長 角南義文
 - 広島県 梶川病院 院長 末丸直子
 - 愛媛県 済生会西条病院 院長 岡田眞一
 - 福岡県 北九州八幡東病院 院長 白幡 聰
 - 福岡県 千鳥橋病院 院長 鮫島博人
 - 福岡県 福西会病院 理事長 白日高歩

- 長崎県 上戸町病院 院長 三島一幸
- 熊本県 南部中央病院 理事長 坂本憲史
2人が退会した結果、在籍会員数は2,386人となった。
- 人間ドック実施指定施設の承認
人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。
- 日帰り人間ドック
沖縄県 那覇市立病院
静岡県 榛原総合病院
日帰り人間ドック実施指定は計483施設となった。
- 【主な報告事項】**
- 「[行為]の分類に関するアンケート」の実施
病院のあり方委員会が、全会員を対象に、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」がまとめた[行為]分類案に関するアンケート調査を実施した旨の報告があった。調査結果をもとに全日病としての見解をまとめ、厚労省に意見を提出する方針。
- 会員増強対策の実施について
7月31日付で全支部に会員増強への協力依頼文書を送付、その後、8月の支部長会で協力要請を行なうなど、会員増強の取り組みに関する経過報告があった。
- 病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)
8月3日付で以下の4会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。
- 一般病院
東京都 平成立石病院 更新
兵庫県 順心病院 更新
大分県 大分三愛メディカルセンター 更新
- 複合病院
鹿児島県 菊野病院 更新
8月3日現在の認定病院は合計2,428病院。そのうち、本会会員は931病院と、会員病院の39.4%、全認定病院の38.3%を占めている。

2012年度第7回常任理事会の抄録 10月20日

- 【主な協議事項】**
- 2013年度事業計画・予算編成作業日程案
2013年度事業計画案作成および予算案編成の作業日程が承認された。各委員会は11月内にとりまとめ、総務・財務委員会を経た上で、1月10日の第3回理事会・第10回常任理事会に諮る。
 - 13年4月を期して公益社団法人となることが見込まれることから、執行部は、全支部および次期全日本病院学会(担当支部)の事業計画・予算各案も盛り込む方針を明らかにした。
 - アウトカム事業参加病院に対する認定証の発行について
DPC分析事業(MEDI-TARGET)、IQIP、「2012年度医療の質の評価・公表等推進事業」(厚労省)の各事業に参加している会員病院に全日病として認定証を交付することが決まった。医療の質向上委員会が認定証の具体案を検討、再度、常任理事会に諮る。
 - 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の入会が承認された。
 - 宮城県 仙塩利府病院 院長 鈴木寛寿
 - 栃木県 佐藤病院 理事長 佐藤俊介
 - 静岡県 すすかけセントラル病院 理事長 竹下 力
 - 福岡県 高良台リハビリテーション病院 理事長 中尾一久
 - 鹿児島県 総合病院鹿児島生協病院 院長 長谷康二
 - 1人が退会した結果、在籍会員数は2,390人となった。
 - 以下の賛助会員入会が承認された。
 - インターシステムズジャパン株式会社(東京都、代表取締役社長・植松裕史)

- 賛助会員は108人となった。
- 人間ドック実施指定施設の承認
人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。
- 日帰り人間ドック
兵庫県 伊川谷病院
日帰り人間ドック実施指定は合計484施設となった。
- 【主な報告事項】**
- 「全日病ニュース」に関するアンケートの再実施
広報委員会より、全会員を対象に「全日病ニュース」に関するアンケートを再度実施する旨の報告があった。
- 病院による在宅医療のあり方について
「公的病院の間で在宅医療に取り組む動きが目立つ」との指摘があり、全日病として、病院とくに中小民間病院による在宅医療のあり方を考えるべきではないかとの問題提起があった。さらに、大病院による初期救急への参入、公的病院のプライマリーケアへの進出が顕著との指摘が続き、「医療提供と開設主体、病棟種別との関係を整理する必要がある」という声が上がった。
- 西澤会長は、「地域一般病棟の構想深化と併せて検討するという方向で臨みたい」とし、病院のあり方委員会で取り上げるよう要請した。
- 病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)
9月7日付で以下の3会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。
- 一般病院
北海道 日鋼記念病院 更新
神奈川県 たちばな台病院 更新
- 療養病院
山形県 川西湖山病院 更新
9月7日現在の認定病院は合計2,425病院。そのうち、本会会員は930病院と、会員病院の39.4%、全認定病院の38.4%を占めている。



▲第6回常任理事会(9月20日)

高血圧 年 有・無

糖尿病 年 有・無

高脂血症 年 有・無

神経痛 年 有・無

脳卒中 年 有・無

循環器疾患 年 有・無

呼吸器疾患 年 有・無

消化器疾患 年 有・無

泌尿器疾患 年 有・無

婦人科疾患 年 有・無

骨格疾患 年 有・無

骨格障害 年 有・無

内分泌疾患 年 有・無

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

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

「地域密着型病院」「病院BCP作成」等5題で公開シンポ&セミナー

HOSPEX Japan 2012 11月15日・16日にHOSPEXで全日病が無料開催。東京ビッグサイトが会場

全日病の5委員会が企画する公開シンポ&セミナーが、11月15日と16日の2日間、「HOSPEX Japan 2012」が開かれる東京ビッグサイト(東京・有明)の東展示棟で開催され、来場者に無料で公開される。

シンポ&セミナーのテーマは、①人口減少下の医療・福祉、②ICTによる医療介護連携(以上2題は11月15日)、③病院のBCP作成、④メタボリックシンドローム対策、⑤地域密着型病院(以上3題は11月16日)の5つだ。

日本医療法人協会との共催によるもので、同協会は11月14日に、同じ会場で消費税をテーマとするシンポジウムを開催する。日本医療福祉設備協会と日本能率協会が共催する「HOSPEX Japan」は、病

院と福祉の設備機器企業等が参加する日本最大規模の展示会。毎年開催されており、2011年度は3日間で4万3,000人が来場、その3割を病院・診療所の関係者が占めている。

☆「HOSPEX Japan 2012」—全日病公開シンポ&セミナーの概要

広報委員会企画

「人口減少社会が進み医療・福祉はどう変わるか」

今後25年間で我が国の0-64歳人口は26%減り、75歳以上人口は59%増える。

この人口推移は、国全体で見れば急性期病床の需要が減り、75歳以上が主に使う地域一般型の病床の需要

が伸びることを意味する。一方、地域により急性期医療の提供能力と地域密着型医療を提供する能力はまちまちである。今回の講演では、全国349医療圏

ごとの医療福祉提供状況と人口将来推計から、各医療圏が将来に向けてどのような準備を行うべきかの概要を紹介する。

人間ドック委員会企画

「分かりやすい!効果が出る!メタボリックシンドローム対策の食事と運動」

厚生労働省の平成16年国民健康・栄養調査によると、メタボリック対策が必要な人は、40歳から74歳の男性2人に1人、女性の5人に1人がメ

タボリックシンドロームが強く疑われるかその予備群と考えられ、日本の同年齢における有病者数は約1300

万人、予備群者数は約1400万人、併せて約2400万人と推定されています。今回「世の中に予防医療や健康増進の大切さをお伝えしたい」との理

念で、健康増進のための講演活動を各地で展開している佐々木先生を講師としてお招きし、メタボリックシンドローム対策と生活習慣病の予防についてご講演をいただきます。

病院のあり方委員会企画

医療保険・診療報酬委員会企画

「地域包括ケアのためのICTによる医療介護連携を探る」

「地域密着型病院のあり方」

救急・防災委員会企画

「東日本大震災の経験を踏まえて、全国各地で災害医療計画の見直しが図られている。」

自治体の計画の変更は、病院の災害対策計画や事業継続計画(BCP)の変更も余儀なくさせ、新規に準備の

ため購入しストックしなければならない物品を出現させる。この度、東京都が災害医療計画の

大幅な改定を行ったが、この災害医療計画を提示し、全日病の防災に対する考え方を示し、病院のBCP策定

の手順と必要な物品についての情報提供を行うこととした。

☆「HOSPEX Japan 2012」—公開シンポ&セミナーのプログラム

11月15日(木) 主催/全日本病院協会	
11:00~12:30	○広報委員会企画 「人口減少社会が進み医療・福祉はどう変わるか」 国際医療福祉大学大学院教授 高橋 泰
12:50~16:30	○病院のあり方委員会企画 「地域包括ケアのためのICTによる医療介護連携を探る」 【座長】全日病常任理事・病院のあり方委員会委員長 徳田禎久 全日病副会長 神野正博 全日病理事 高橋 肇
11月16日(金) 主催/全日本病院協会	
11:00~12:30	○救急・防災委員会企画 「東日本大震災の経験を踏まえた東京都災害医療計画の概要と病院のBCP作成のポイント」 全日病常任理事 猪口正孝
13:30~14:30	○人間ドック委員会 「分かりやすい!効果が出る!メタボリックシンドローム対策の食事と運動」 【座長】全日病常任理事、人間ドック委員会委員長 西 昂 管理栄養士・健康運動指導士、(株)創健ビーマップ代表取締役 佐々木由樹
15:00~16:30	○医療保険・診療報酬委員会企画 「地域密着型病院のあり方」 【座長】全日病副会長、医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二 全日病常任理事 濱砂重仁 全日病代議員会議長 木村佑介 全日病理事 銚之原大助



全日病の保健指導士 初の資格更新で書類審査方式と受講方式を併用

全日本病院協会が認定している保健指導士を対象にした「保健指導士更新研修会」を12月16日に東京都内(ベルサール九段)で開催することが決まった。定員は276名。申込期限は11月30日だが、定員になり次第締め切る。

保健指導士とは、全日病が毎年開催している「特定保健指導実施者研修コース(基礎編・技術編)」および「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース」を修了した医師、保健師、管理栄養士、看護師等を指し、前者には「AJHAヘルスケアマネージャー」の、後者には「AJHAヘルスケアマネージャー・食生活改善担当者」の認定証と認定カード(写真貼付)を、それぞれ申請にもとづいて発行している。

「保健指導士更新研修会」は、2009年度までに前出研修会を修了して認定を得た専門職の有効期限が来年3月31日に切れることから、その資格更新のために実施される。

資格更新について、人間ドック委員会(西委員長)がアンケートを実施したところ、活動実績を問う書類審査に対して講習会受講方式を望む声が多くなかったことから、その開催を決めたもの。

別途、書類審査を希望する保健指導士に対しては10月末に案内書類が送付され、所定「実務経験証明書」の提出が要請されている(更新料5,000円)。有効期限を迎える保健指導士はどちらの方法も選ぶことができる。

人間ドック委員会は、また、2012年度の「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース」を来年1月19日・20日、2月2日・3日の計4日間(30時間)、同「特定保健指導実施者育成コース」を1月26日・27日に、いずれも全日病本部大会議室で開催するほか、2月9日には「特定保健指導アドバンス研修」を福岡市で開催することを決めた。

「2012年度個人情報管理・担当責任者養成研修会」のご案内

「2012年度個人情報管理・担当責任者養成研修会」を開催します。

<p>■ベーシックコース(富山会場)</p> <p>日 時 ● 11月16日(金) 10:00~16:30</p> <p>会 場 ● 富山県教育文化会館</p> <p>定 員 ● 60名</p>	<p>■ベーシックコース(京都会場)</p> <p>日 時 ● 11月29日(木) 10:00~16:30</p> <p>会 場 ● メルパルク京都(予定)</p> <p>定 員 ● 60名</p>
---	---

問合せ/全日病事務局 Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

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)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 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