



全日病 ニュース 2013 5/1

発行所/公益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.800 2013/5/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「医療計画の中で医療提供の重点化・効率化を図る」

社会保障制度改革国民会議 国保を担う都道府県が機能分化推進の担い手—医療・介護で中間的な意見集約

4月22日に開かれた政府の社会保障制度改革国民会議は4回続いた医療・介護制度改革の集中討議を踏まえ、意見を中間集約した。

国民会議後の記者会見で、国民会議の清家会長(慶応義塾長)は、意見集約の内容を、(1)国民健保を都道府県単位に集約する方向で検討する、(2)総報酬割は、その全面導入によって生じる財源を国保に投入することを視野に、さらに検討を続ける、(3)医療提供体制の重点化・効率化は基本的に地域医療計画の中で実現を図る、(4)フリーアクセスは堅持するが、その綻び故にそれが否定されることがないように必要な改革を行なう、(5)社会保障について国民に対する教育と広報が必要である、と整理してみた。

国民会議は引き続き少子化と年金に関する議論に入るが、6月以降の最終ラウンドの議論で再び医療・介護を取り上げ、報告書に向けて合意点を積み上げる予定だ。(2面に4月19日の国民会議について掲載)

医療・介護制度改革議論の中間的まとめを行なった4月22日の国民会議には、これまでの議論で出た意見をテーマ別に整理した資料が出た(以下、引用はすべて同資料から)。

そこには、「医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とするにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的」など、医療提供体制と地域保険を一体とし、重点化・効率化の実効性を担保させるという意見が多く見られる。

その背景には、昨年の国民健保法改

正で国保財政運営の都道府県単位化が決まり、昨年4月から県による医療費負担の共同事業が一部医療費を対象に施行され、2015年4月からすべての医療費で実施されるという流れがある。この流れを、給付や業務、保健事業まで都道府県に移管していくというのが国民会議の合意だ。

移管によって都道府県が国保の担い手となる。他方で、地方分権の流れがある。それを見据え、医療政策と医療提供体制の再編を地域の事情を把握できる都道府県に委ねていくべきという意見が、国民会議で有力になりつつある。

基金を創設。医療計画と一体に分化を促す案も

政策ツールとしての地域医療計画を機能分化・連携を促す手段として推奨する権丈委員(慶大教授)は、現在医政局で検討されている、病床機能情報報告制度と地域医療ビジョン策定という手順にも注目。医療機関自らの機能選択を促す一連の流れに、基金を創設して強い誘導を加える仕組みを加えることを提案した(2面を参照)。

医療計画を重視する意見は他の委員からも出ている。その中には、「各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し、地域医療計画に盛り込むべき」あるいは「診療報酬や医療計画など全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの

医療政策の柔軟性を検討する必要がある」「保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与する」など、規制と権限の見直しを提起する声もある。

医療計画で機能分化を図る考え方に対して、遠藤委員(学習院大学教授)は、国保の移行方法によっては、財源等の問題で地域医療計画がもつ力は異なるものになると指摘、移行方法をよく検討すべきと主張する。

また、「地域医療計画の見直しは時間を要することから、まずは次期診療報酬改定で機能分化のための取り組みを実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき」と、次期改定の役割を重視する考えを示した。

診療報酬に関しては、「都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要」「地域の実情を踏まえた診療報酬が決定できるようにすべき」など、地域単価の設定を提起する声もある。

国民会議では、医療計画を重視する考えだけでなく、「フリーアクセスを守るためにも初診時に一定病床数以上の一般病床で、紹介のない外来受診に、



▲医療・介護に関する意見の中間集約を説明する国民会議の清家会長(中央)

初診時特定療養費に代えて一定の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討」「医療・介護の連携・調整の機能を法律上に位置付ける」「すべての診療所を在支診とすること等を検討。地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や患者への優遇策を検討する」など、多様な施策案が語られている。

その中には、「医療法人制度(及び社会福祉法人制度)の経営統合を促進する制度、医療法人(及び社会福祉法人)が都市再開発に参加できる制度など、規制の総合的見直しが必要」「社会福祉法人の大規模化や複数法人の連携を推進。低所得者の住まいや生活支援等にも取り組むべき」と、医療法人や社会福祉法人の見直しを提起する意見もある。

報告に「緩やかなゲートキーパー」を盛り込む可能性も

国民会議の清家会長は4月22日の記者会見で、フリーアクセスに関する同日の議論で、権丈委員が「フリーアクセスを維持することが難しいとすれば、フリーアクセスを維持するためにも緩やかなゲートキーパー機能について議論していくべきではないか」と発言したと報告。その際に、「緩やかなゲートキーパー機能については、日医の今村副会長も触れていた」ことに言及した。

その上で、「フリーアクセスは世界に冠たる制度であり、これを堅持していくということではあるが、逆に言えば、フリーアクセスを基本的に維持していくためにも、その綻びが出てくる中で、その綻び故にフリーアクセスそのものが否定されてしまうことがないように必要な改革を行なっていく必要がある」と述べた。

今村発言とは、3月27日の国民会議で、「フリーアクセスに色々な問題が生じているのは間違いない。私は、強制的なゲートキーパー、ここを通らなければ次に行けないというガッチリしたものではなく…、緩やかなゲートキーパーの機能をかかりつけ医がもって、最終的に必要な医療に繋げるという意味でのフリーアクセスが維持できていければいいのではないかと思う」と、今村日医副会長が述べたことを指す。

この発言は、「かかりつけ医」の意義を説明する中で、病診機能分化の必要を強調したものと思われる。

一方、国民会議で合意された「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は、フリーアクセスを維持するためにフリーアクセスを一定程度緩和するというも

の。現在も、一定規模の病院に紹介なしの外来患者に対する選定療養の適用が認められているが、そうしたレベルにとどまらないフリーアクセス規制策が提唱されることも考えられる。

昨年11月から現在まで10回におよぶ国民会議の議論で、医療・介護の改革について様々な意見が飛び交った。

しかし、体系だった改革論や、疾病調査やレセ等の患者情報あるいは医療施設と医師の分布データ等から医療ニーズと医療資源配置の現状把握や将来推計を行なうアプローチ、さらには、急性期から療養・在宅にいたる患者の流れを地域ごとに把握した上で入院、外来、在宅医療の配置を設計するなど、医療提供体制の土台を構築するための方法論は必ずしも聞かれない。

そうした中、国保運営の移行に着目して都道府県を主役に据え、医療計画に補助金を付加したインセンティブ・スキームをもって医療機能の分化・連携、したがって2次医療圏ベースの医療提供体制再編を試みる考えは、8月の国民会議報告書において、医療提供体制にかかわる提言の中軸となる可能性が強い。

社会保障制度改革の意見募集を始める

社会保障制度改革国民会議は4月11日、同会議の議論の参考にするために、社会保障制度改革推進法を踏まえた社会保障制度改革に対する意見の募集を開始した。意見は5月15日まで受け付ける。

800号を迎えた「全日病ニュース」

広報委員会委員長 織田正道

昭和44年に「全日病ニュース」が発刊されて以来、今号で800号を迎えました。この間「全日病ニュース」は、多方面にわたる全日病の活動状況や、その時々における国の医療政策など多岐にわたる情報を会員病院の皆様を提供してまいりました。

今後も「全日病ニュース」を継続していくと同時に、「全日病ホームページ」や「メール配信」なども活用し、より迅速に、的確な情報を提供してまいります。

創刊から今日まで、編集に携わられた多くの諸先輩に敬意と感謝を表し、800号を迎えた報告といたします。

「清話抄」は2面に掲載しました。

地域医療ビジョン「15年度に策定が可能」—厚労省、国民会議に「回答」14年以内に病床機能報告制度の運用を始める

厚労省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の4月25日の会合で、医政局の吉岡総務課長は、4月22日の社会保障制度改革国民会議で医療・介護に関する一定の意見整理が行なわれたとし、その概要を報告した。

同課長は、機能分化に関する議論で、医療機関による病床機能の報告を踏まえて都道府県が策定する地域医療ビジ

ョンについて「2018年度と言わずに前倒しで作成してはどうか」という意見があったことを紹介。

14年末をめどに報告制度の運用を始めるスケジュールを示して、「15年度中頃から各都道府県は地域医療ビジョンを策定することができる」と明言した。

また、国民会議で消費税増収分の使い道や基準病床数や保険医療機関の指定取り消しといった規制的手法導入を

めぐる意見が出ていることにも言及。「引き続き、国民会議の議論を注視していきたい」と結んだ。

吉岡課長は、4月18日の「医療事故に係る調査の仕組み等のある方に関する検討部会」で、国民会議の報告を踏まえて病床機能報告制度を含む医療法等改正法案を、秋の臨時国会に提出する考えを明らかにしている。(3面に関連記事)

主張

チーム医療の時代。看護業務も他の資格者が代行できる体制を確立すべきではないか

グループホームの火災による高齢者の死亡、住む場所がなく漂流する高齢者、認知症等々、悲惨な報道が続いている。既に超高齢社会に突入している。現在の3人で1人の高齢者を支える騎馬戦型の社会から、肩車型という、1人が1人の高齢者を支える社会の到来も予想されている。

我国には医療・介護の国民皆保険制度があり、国民の生活は保障されている。だが、この世界に誇れる社会保障制度にも翳りが表れている。

消費税をアップして社会保障費に充てさせる法案は国会で大きな議論を巻き起こした。

経済の伸展の無い増税は国民の理解を得るのは困難である。今求められているのは医療・介護の効率化である。高齢社会の反面には少子化があり、今後さらに増加する超高齢社会で最も重要な事は人材の育成であり、根本的な改革が求められている。

特に不足するのは看護師である。国際的な数を充足しているとはいえ、

問題は資格取得後に医療・介護の現場を離れる看護師が数十万人存在することにある。離職の主な原因は、結婚、妊娠、出産、育児、夜勤にあるといわれている。今後、少子化が進めば、高校-大学-看護師のコースはさらに狭まることが予想される。

現在、特定看護師が話題になっている。特定の技術・知識があれば、看護師に医師の業務の一部を代行させる制度である。この理論でいけば、看護業務についても、介護士に一定

の知識・技能があればその一部を代行出来ることになる。

医療・介護のイノベーションが叫ばれ、多職種のチームで業務を分担し遂行していく体制に向っている。医療・介護全般に関する一定の基礎知識技能を持つ職種をつくり、若い人に頼らず、広く人材を求めて養成し、看護師だけが出来る業務を限定し、他の資格者でも代行出来る業務体制を急いで確立すべきである。

(H)

機能分化促進へ、医療法の活用がより重要になるとの認識が台頭

社会保障制度改革国民会議 医療・介護で集中討議。委員の主たる関心は財源と医療保険制度改革

4月19日の社会保障制度改革国民会議は、委員が改革に向けた見解を相互に表明しあうなど、医療・介護をめぐる集中討議を行なった。

見解表明において、権丈委員(慶大教授)は「病床機能の報告と地域ビジョン策定を踏まえた機能分化・連携を、補助金的手法を活用して促してはどうか」と提案した。

また、横倉日本医師会会長が参考人として出席。「かかりつけ医を中心とした“切れ目のない医療・介護”の提供体制を構築していくべき」とする意見を述べた。

通常2時間のところ、この日は3時間以上をかけて、つごう12人が医療・介護に関する改革課題を明らかにし、その後、インターネット中継を断って懇談会形式で自由討論を1時間強行した。

12人の見解表明には、国民会議委員以外に、国際医療福祉大学の高橋泰教授(全日病広報委員会特別委員)が、権丈委員の要請で参加した。

見解表明で、権丈委員は要旨以下のとおり、医療・介護の改革プランを提示した。

- ①厚労省医政局で検討されている「病床機能情報報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ」を2018年度と言わずに前倒しで実施する。
- (2) 医療、介護、看取りにいたる継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標に、各地域の医療・介護の需要ピークまでの地域医療・包括ケアビジョンを作成する。
- (3) ビジョン実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年の間隔で策定する。
- (4) それに沿った医療機能の分化・連携を促すために、消費税増収分を財源に「地域医療・包括ケア創生基金」を創設。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは、医療機能の分化・連

携を補助金的手法で誘導する。
(5) 医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法に当てていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していく。



権丈委員(写真上)は、自説の根拠となるデータとして、高橋教授が作成した、2次医療圏別の人口動態と医療・福祉資源を中長期的に予測する「2次医療圏データベース」を紹介した。

高橋教授は、「2次医療圏データベース」の予測結果を説明した上で、
①人口動態は地域で大きく異なり、医療需要のピークの時期・程度や施設・人員も地域差が大きいこと、
②まず、それぞれの地域が大都市型か、地方都市型か、過疎地域型か、さらに、他2次圏と比べて、医療需要のピーク

はいつになるのか、施設や人員レベルはどうかなど、「自分の地域の特性」を踏まえた対応を検討することが重要であること、

③また、これまでのような「短期(5年)の医療福祉整備計画」だけでなく、「20~30年先までの予測を考慮した中長期の医療福祉整備構想」を検討する必要があること、などを提起した。

医療・介護に関する国民会議のこれまでの議論は、医療保険制度の持続可能性を問う中で健全な保険財源の健全性を確保するという問題意識が先行、給付と負担の関係、後期高齢者医療や国保の運営など保険制度改革議論に偏し、提供体制をどう再編・再構築していくかという意見は断片的に述べられるに過ぎなかった。

その点、権丈委員と高橋教授の意見は、医療・介護の提供体制を論じるうえで、1つの重要な論点を提起するものとなった。

「診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき」とする権丈委員に対して、遠藤委員(学習院大学教授・社保審医療保険部会長)は自らの見解表明で、「医療機能の分化・連携を促す手法として、診療報酬と医療法の2つは相互に補完して活用されるべきである。ただし、診療報酬にはできないものがあり、それは地域偏在の是正である。医療法には医療計画があるので、それとの連動である程度偏在の是正が可能だ。これ

からは、医療法による機能分化も積極的に行なっていくべきではないか」との見解を表わした。



診療報酬による誘導に否定的な権丈委員に対して、遠藤委員(写真上)は医療法と診療報酬を補完させつつ活用していくことを提起したが、今後は、医療法がより重要となるとの認識で両者の見解は一致した。

ただし、この日の国民会議は、医療・介護提供体制よりも保険財源をめぐる議論に多くの時間が費やされ、「高齢者医療や介護への拠出金に総報酬割を導入すべき」「後期高齢者医療も国保も都道府県単位で運営すべき」といった意見に多くの支持が集まった。

会議終了後の記者会見で、「消費税の増税分は医療等にどう投入されるのか」という質問に、国民会議の遠藤会長代理は「それは今後の議論になるが、すでに、診療報酬と補助金の役割分担をどう考えるのかという、前段の議論はなされている」と説明。国民会議の報告で、消費税増税分の使途が明示される可能性を示唆した。

厚労省「規制的手法導入に関する国民会議の議論を見守る」

4月25日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で医政局吉岡総務課長が示した、地域医療ビジョン策定を前倒しする場合の日程は次のとおり(1面記事を参照)。

- 検討会で「報告事項・提供方法等の決定」 2013年内
- 都道府県のシステムの構築等 2013

- 年末~14年秋
- 国によるビジョン内容の検討・ガイドライン策定 2014年春~15年初め
- 報告制度の運用 2014年末をめぐりに開始
- 各都道府県におけるビジョン策定に向けた検討 2015年初めに開始
- 各都道府県におけるビジョン 2015年夏にかけて策定

この日の検討会で、吉岡課長は、また、「国民会議で消費税の増収分の活用について議論があった」ことを披露。「10%にあがった場合、社会保障の充実にあてられる1%分(2.7兆円程度)のうち、1.6兆円弱程度を医療・介護に投入することになっている。厚労省としては、8%に上がる14年度の段階から増収分を医療・介護に当てる考え

である」と述べつつ、診療報酬改定財源にも影響を及ぼしかねない増収分の活かし方として国民会議の議論を注視する考えを示した。

さらに、「基準病床数や保険医療機関の指定取り消しといった規制的手法導入についての議論がある」ことにも触れ、「こうした部分の議論は、これまで検討会でもなかった」と述べ、国民会議の議論に関心をもって見守る意向を表わした。

清話抄

当院は病院建替計画の真っ最中である。当法人としては決死の一大事業である。建物の老朽化、建て増しによる使い勝手の悪さ、そして東日本大震災。こうした理由から約2年前に建て替えを決意し、計画を進めてきた。

当法人は平成10年頃から病院の周囲に空き家や空ビルを利用した小規模の

ケア付き住宅を複数展開し、病院を退院しても在宅に戻れない高齢者を受け入れてきた。しかし、時代と共に施設は老朽化し、また高齢者の住まいも増えてきて、当法人の取り組みは目新しさがなくなってきていると感じている。

その中で、今回病院の建替をする場所はローカル線の駅前で商店街の一角になる。地元民の希望もあり、建物内には公民館を併設し、駐車場は市が立体駐車場を用意してくれる方向になっ

ている。

今回の建物は病院・検診センターだけでなく、老健や通所リハそして高齢者住宅、さらには地元の業者によるレストラン・売店まで入るオールインワンとなる。さらに、現病院の跡地には、介護系サービス事業所と健康運動センターと高齢者住宅の集約した建物を考えている。

法人の方向としては、今までの分散型から集約型へと転換しつつある。も

ちろん、その根本には地域包括ケアシステムがある。本来、地域包括ケアシステムは一中学校区を範囲としているが、当院としては駅前を中心とした範囲でシステムを考えている。

中小病院は、今後、地域包括ケアシステムの中核として、他のサービスを網羅しながら生き残っていかねばと考えている。街づくりを含めた当院の建替計画を、ぜひ成功させたいと考えている。(黒)

医療事故調査制度とりまとめへ。次回会合に骨格案

医療事故調査の仕組み等のあり方検討部会 医療法等改正法案に盛り込み、今秋の臨時国会に提出。併行してGL案の議論

4月18日の厚労省「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、事務局(医政局総務課医療安全推進室)が整理した論点にもとづいて、とりまとめの議論に入った。

事務局の整理は、医療事故調査制度の骨格案に向けて意見を集約するために、これまでの合意点と追加的な論点をまとめたもの。

検討部会は事務局整理の内容で大筋合意したものの、①遺族が直接第三者機関に調査を申請するケース、②院内調査に参加する外部専門家、③調査費用の遺族負担など、いくつかの点で詳細を詰める必要があるということに一致。

その結果、次回会合に、こうした点の考え方を含む骨格案を事務局に示してもらい、取りまとめの議論を行なうことを確認した。骨格案がまとまれば、制度創設に要する予算が2014年度概算要求に盛り込まれる。

事務局は、追加的な論点で調査に関する詳細や実務的な問題をガイドラインにまとめる必要を提起。「制度骨格案がまとまった後はガイドライン案の検討に入る」と展望した。

同日の会合で、吉岡つづを総務課長は、医療事故調査制度の枠組みを含む医療法等改正法案は社会保障制度改革国民会議の議論結果を踏まえてまとめられるため、今国会ではなく、秋の臨時国会に提出する考えを明らかにした。

事務局が提示した論点において、診療行為に関連した予期しない死亡事例を院内調査と第三者機関の2段階構えで調査を実施して原因究明と再発防止を図る制度の骨格は、別掲のとおり整理された。

これを踏まえた議論では、主に、①調査対象に「故意」を含むか否かの取り扱い、②院内調査に対する外部支援の仕組み、③院内調査に参加する外部専門家の範囲、④遺族が直接第三者機関に調査を申請するケース、⑤調査費用の遺族負担などが論じられ、それぞれで構成員の意見は微妙に分かれた。

院内調査について「在宅における予期しない死亡例はどうするのか」との質問が出たが、事務局は、「在宅の場合も含め、具体的な問題への対応はガイドラインで細かく定めたい」と答えた。

調査対象に関して、事務局は「診療関連死である以上故意も対象に含まれるが、誰が判断するかを含めて細かな議論になるので(論点から)省いた」と説明したが、構成員からは「故意は調査対象から外すべきである」とし、その旨の明記を求める意見が出た。

これについて、飯田構成員(練馬総合病院理事長・全日病常任理事)は「何であれ予期しない死は調査する。結果

“患者の納得”等心情論を挟む議論に多くの反対意見

この日の議論では、調査をめぐる医療機関と第三者機関の関係が大きな争点となった。この点を、論点は「院内調査の結果や状況に納得が得られなかった場合など、遺族又は医療機関から調査の申請があったものについて、第三者機関が調査を行う」と整理している。

これに対して、「遺族が希望すれば、最初から第三者機関へ申請できるようにしてはどうか」と、院内調査を待たずに第三者機関が調査に着手するルートを検討すべきとの声があがった。

吉岡総務課長は、前出の論点について、「院内調査を行なうことが基本であり、それに納得できない遺族が第三者機関に申請するのが通常と考えるが、仮に、遺族が第三者機関に速やかな調査を申請した場合は、それも受け付ける」と説明した。

こうした考え方を支持する構成員は少なくないが、その一方で、「院内調査を先行させるべきである」という意見もある。これは、院内調査を一義的とするか否かの議論であり、この日は明確な結論にいたらなかった。

長い経過をたどって死亡にいたる場合は院内調査が先行していることが想定されるが、そうでない場合は、遺族が申請した第三者機関の調査と院内の調査が重なることがあり得る。調査は、中小の医療機関になるほど外部依存の割合が高くなるが、第三者機関も医師

的に故意であると判断されたら告発すればよいだけのこと。想定に入れる必要はない」と述べ、調査対象にわざわざ「故意を除く」と明記する必要を否定した。

院内調査を支援する外部専門家に関しては、医療専門職に限らず、機器などの工学系や原因分析など関連分野の専門家も対象に入れるべきという意見が示されたものの、支援体制のあり方や外部からの参加を義務づけるか否かについては議論が深まらなかった。

第三者機関の調査費用について、事務局は、申請した医療機関だけでなく遺族も負担を分かちとする考えを提起したが、これに反対する意見はとくに出なかった。第三者機関の業務範囲については十分な検討ができず、費用の問題ともども、次回での議論になる。

一方、第三者機関について、大坪医療安全推進室長は、論点としてその業務を説明する中で日本医療機能評価機構や日本医療安全調査機構の現行調査事業に言及して、「こういったところの知見を踏まえて適切な一体化が図ればよい」と発言。第三者機関として、評価機構(医療事故情報収集等事業)と調査機構の統合をイメージしていることを示唆した。

会や大学病院などに委託するかたちをとる。

両者の調査が重なったときに関与する機関が重複することはないのか、あるいは、第三者機関の調査実施によって院内調査の自粛・萎縮が生じることはないのか、医療機関の自律的対応を旨とする医学的調査のあり方として、シミュレーションを踏まえた議論が望まれるところではある。

これ以外にも、患者側の立場に立つ構成員からは、「専門性の観点から納得がいかない場合に第三者機関が乗り出すことができるという点も明確にするべきである」という見解が示された。この考え方は、原因究明を確実にしていく意義をもつものではあるが、一方で、医療事故調査を医療機関主導から第三者機関主導にしていきたいという意図をにじませるものであった。

議論で一審や二審という言葉が使われることがある。院内調査で得られた事故の原因を第三者機関の調査で検証かつ見直す仕組みが望ましいということで、事故調査制度を裁判制度に例えているわけだ。その背景には“遺族の納得”が得られる仕組みであるべきとする考え方があ

医療事故調査については、長い議論の結果、ようやく責任追及という視点から解放され、原因究明・再発防止に徹する、そのための過程を確保すると

いう考えを関係者が共有するにいたった。しかし、議論で“遺族の納得”という心情論が飛び交うという状況は、今も変わっていない。

遺族心理の重視は、事故にともなう説明と対応など遺族とのコミュニケーションや精神的支援といった機能を事故調査の枠組設計に絡ませる意見となり、議論をしばし、行きつ戻りにした。しかし、この日は、少なからぬ構成員がそうした議論に批判を加える、かつてない場面がみられた。

樋口構成員(東京大学大学院教授)は「院内調査を一審とし、二審として第三者機関とする発想が前面に出たかたちの第三者機関というのはいかなるものか。医療界の努力が理解されない結果になるのではないかと、懸念を表明した(文書発言)。

松月構成員(日看協常任理事)は「ここでは原因究明に限定した話を進めている。遺族の納得とか遺族への説明という視点は外していかないと純然たる調査の話はできない」と、苦言を呈した。

□医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点

(要旨。事務局は、文中の○の部分は概ね合意、*の部分は議論が十分詰められていない、と整理した)

- 調査は、診療行為に関連した予期しない死亡事例を対象に、原因究明と再発防止を図ることを目的として実施する。死亡事例以外は段階的に拡大していく方向で検討する。
- 医療機関は第三者機関に届け出た上で院内調査を行ない、その結果を第三者機関に報告する。
- 遺族または医療機関から申請があったものは第三者機関が調査を行なう。
- 院内調査に際して医療機関は外部の支援を求めることができる。(外部の支援を受けることが望ましいとの意見があることに留意して判断する必要がある)
- *外部支援や連絡・調整を行なう主体として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院等を支援法人・組織として予め登録する仕組みを設けてはどうか。
- *院内調査に際して、医療機関は、遺族に、調査方法を記載した書面を交付するとともに、死体の保存(遺族同意が前提)、関係書類等の保管を行なってはどうか。
- *院内調査の報告書は遺族に開示する。院内調査の費用は医療機関の負担としてはどうか。
- *院内事故調査の手順は、第三者機関への届出を含め、厚労省でガイドラインを策定してはどうか。
- 第三者機関として民間組織を設置する。
- *第三者機関は以下の内容を業務としてはどうか。
- ①院内調査結果の報告書に係る確認・分析(当該確認・分析は医療関係職種の過失を認定するために行なわれるものではない)、②遺族または医療機関からの求めに応じて行なう調査、③再発防止策の普及・啓発、④支援法人・組織や院内調査等に携わる者への研修
- *第三者機関は全国に1つとし、調査は、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院等に委託して行なってはどうか。
- *医療機関は第三者機関の調査に協力すべきものと位置づけた上で、仮に、協力が得られず調査ができない場合は、その旨を報告書に記載・公表してはどうか。
- *第三者機関による調査報告書は遺族と医療機関に交付してはどうか。
- *第三者機関による調査の費用は学会・医療関係団体からの負担金、国の補助金に加え、調査申請者(遺族や医療機関)からも一定の負担を求めてはどうか。
- 第三者機関から行政機関には報告しない。また、第三者機関から警察へは通報しない。

全日病・医法協共催 2013年度医療安全管理者養成課程講習会のご案内

本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。

- 日 時 ● 第1クール(講義) 6月7日(金) 9:30~18:20、6月8日(土) 9:00~17:30
 第2クール(講義) 7月5日(金) 9:30~17:30、7月6日(土) 9:00~17:10
 第3クール(演習) ① 7月27日(土)・28日(日)、② 8月10日(土)・11日(日)、
 ③ 10月26日(土)・27日(日)、④ 11月23日(土)・24日(日)
- * 演習受講者は第1クールと第2クールの修了者で、上記から1つの日程を選択します。
 演習の時間・内容は、いずれも1日目が10:00~18:00(RCAの演習)、2日目が9:00~17:00(FMEAの演習)の予定です。
- 会 場 ● 第1、2クール(講義)はベルサール飯田橋駅前(東京都千代田区飯田橋)、
 第3クール(演習)は全日病の会議室
- 参 加 費 ● 全日病・医法協の会員8万円 会員以外10万円
 定 員 ● 第1クール・第2クール/各250名、第3クール/各60名前後
 申込締切 ● 5月17日 (詳細は全日病HPの研修案内をご覧ください)

救急医療提供体制の現状と課題

厚労省に設けられた「救急医療体制等のあり方に関する検討会」は、救急医療の充実強化を図るために、初期救急から2次救急、3次救急、さらには小児救急、周産期・母子救急、精神科救急にまでいたる救急医療体制の全体系を見直す議論を進めている。

検討会で、構成員の加納繁照常任理事は、「2次救急機関が減少をたどっている」との現状認識を踏まえた上で、人口動態が変化する中で高度救命救急センター等の役割変化を指摘し、2次救急と3次救急との新たな役割分担と連携を提起している。「救急医療提供体制の現状と課題」について、加納常任理事に原稿をお願いした。

高齢者の増加に対応。救急を面で受ける体制整備が必要

1次、2次、3次の役割分担が不可欠。主役は民間の2次救急病院

常任理事 救急・防災委員会委員長代行 加納繁照



「2・3・4、8・7・6の法則」

世界一と讃えられる日本の医療を支えているのは民間医療機関である。私は、この事実を分かりやすく「2・3・4、8・7・6の法則」と表わしている。この法則を唱えてかなり久しいが、まだまだ理解されていないのが現実である。あらためて説明させていただくと、日本の約8,600病院のうち、民間病院は8割を占めており、公的病院は残りの2割に過ぎない。ベッド総数(約158万床)では、民間が7割、公的が3割である。そして、今回のテーマである救急医療でみると、全国の年間救急搬送受け入れ数(約517万件)のうち、民間は6

割を受け入れており、公的は4割にとどまっている。すべてにわたって民間病院が頑張っているわけだが、8割を占める病院総数、7割を占めるベッド総数の中には、精神科の病院や慢性期病院の数とベッド数も含まれている。以上より、公的が2割、3割、4割であるのに対して、民間は8割、7割、6割と圧倒的なシェアを占めており、これに9割以上の診療所が民間であることを加えれば、まさしく、日本の医療は民間医療機関で成り立っているとすら言える。

り合い状態となっており、大学の救急部でもスタッフ不足から、教授が月に数回の当直をこなさなくてはならない状況を生んでいる。せつかく救急医療が研修医の必須科目になっていても、疲弊した救急医療現場と、実体的には搬送されてくる高齢者の看取りの場になっている状況を見て、新たに救急専門医として頑張ろうという研修医は減っているのが現実

だ。まさしく悪循環である。これを直すには、高齢者救急は原則的に2次救急に担ってもらおうよう誘導をしっかりと行い、3次救急には2次救急では対応できない高次の救急に限定すべきと考える。3次救急医療機関を整理し、スタッフを集約化した上で、2次救急医療機関には診療報酬などの医療経済的な支援が必要である。

診療報酬における2次救急評価の問題点

現在の2次救急について算定される診療報酬は、1週間を限度とする1日800点(8,000円)の救急医療管理加算だけである。それに対して、3次救急では、救命病棟に算定される3日以内1日9,450点(9万4,500円)、4日～7日以内1日8,390点(8万3,900円)、8日～14日以内1日7,140点(7万1,400円)等の高額の点数がついており、高齢者を預かってでも対応できる十分な報酬となっている(表を参照)。2週間の入院で考えると、2次救急が3次救急の20分の1の報酬では同じ対応は難しいと思われる。さらに、日本の救急問題には地域差があり、人口密度の少ない地域では医療資源の集約化が必要なため、ER、1

次・2次・3次を全てで行なうなどする為に、場合によっては地域で1ヵ所に集約し、いわば点で受ける地域もある。しかし、これから最も高齢者が急増する大都市では、その救急に対応すべく、面で受ける体制、すなわち数をこなすために1次・2次・3次と役割分担を行い、多くの医療機関で救急を受け入れしていかなければならないと思う。もちろん、この1次には在宅医療も関わってくると考えられるが、やはり、主役は2次救急病院であり、それを担っている多くの民間病院が応需していかなければならない。国には、ぜひとも、早急な経済的支援を含む政策面の対応をお願いしたいものである。

高齢者救急の増加にどう対応するか

こうした実態を踏まえ、今後の日本の医療を考えるにあたって、もう1つ大きな現実を考慮しなければならない。それは人口動態の変化である。今や、日本は、団塊の世代を中心とする母集団が社会的就労期を終えて引退しつつある。そして、高齢化が進み、最後は病気となり、看取りが必要となってくる。日本の総人口に占めるこの母集団の割合が圧倒的に大きくなっていくわけであるが、この年代の医療のメインテーマは、やはり、有病率が高くなる癌の治療及びそのターミナルの問題と、脳卒中、骨折、肺炎など高齢者の急病変化に対する高齢者救急の問題だ、と考える。特に独居の高齢者増加と、医療関係者ではない、営利を求めて運営を行う株式会社等が経営するサ高住を中心に増加する老人施設は、おのずと同施設

の入居者に対する急病等急変時の対応はできないため、救急搬送依頼を増加させていくと思われる。現に5年前には5割そこそこだった全救急搬送者に対する高齢者の割合は、今や6割に達しようとしており、その増加割合は急峻な傾向が続いている。一方で、日本の人口は1990年を境に65歳以下の人口は急激に減少しており、この層への救急搬送必要量も絶対的に減少している。したがって、従来通りの65歳以下を対象とする高度救命救急センター、3次救急等の救急医療機関の必要度もおのずと減少してきている。今後は、いかにして、65歳以下とは逆に増加してゆく高齢者救急の対応を考えるかが現実的に求められてくるポイントだと考えられる。

高齢者救急を担う2次救急病院の減少

では、高齢者救急をどこが診るのかということになるが、高齢者が陥りやすい救急搬送事例の多くは脳卒中、骨折、肺炎などで、本来は2次救急病院で診ることができる疾患である。全て3次救急でこれを診るのかというと、現実にも、多くは2次救急病院で対応しているのが実態である。ただし、2次救急病院は厚生労働省が集計するデータとは違い、救急搬送を担当する消防庁を管轄する総務省が

発表する通り、現実には、この十数年来減少傾向にある。その結果、2次救急からあふれた高齢者救急搬送患者が3次救急に流れ込むという現象が起こっている。3次救急は、本来、人口100万人に1ヵ所という予定を超え、現在、その倍の施設が全国に建設されている。一方で、それを支える救急専門医の養成数が追い付かず、3次救急同士でスタッフの取

2次救急病院と3次救急病院に入院した場合の加算額の差

2次救急病院				3次救急病院			
一般病棟に14日間入院				救命病棟(入院料1)に14日間入院			
救急医療管理加算				救命救急入院料1			
7日以内	800点	7日	5,600点	3日以内	7,950点	3日	23,850点
合計			5,600点	4日以上～7日以内	7,025点	4日	28,100点
HCUに14日間入院				救命病棟(入院料2)に14日間入院			
ハイケアユニット入院医療管理料				救命救急入院料2			
14日以内	2,750点	14日	38,500点	3日以内	9,450点	3日	28,350点
合計			38,500点	4日以上～7日以内	8,390点	4日	33,560点
SCUに14日間入院				救命救急入院料1			
脳卒中ケアユニット入院医療管理料				救命救急入院料2			
14日以内	3,950点	14日	55,300点	4日以上～7日以内	8,390点	4日	33,560点
合計			55,300点	8日以上～14日以内	7,140点	7日	49,980点
ICUに14日間入院				救命救急入院料1			
特定集中治療室管理料				救命救急入院料2			
7日以内	7,450点	7日	52,150点	3日以内	9,450点	3日	28,350点
8日以上～14日以内	5,950点	7日	41,650点	4日以上～7日以内	8,390点	4日	33,560点
合計			93,800点	8日以上～14日以内	7,140点	7日	49,980点

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

あんしんとゆとりで仕事に専念

新型インフル対策法を4月13日に施行。行動計画でパブコメ

医療実施の要請対象専門職種と指定公共機関が定まる

政府は4月12日の閣議で、新型インフルエンザ等対策特別措置法を13日から施行することを決定、同日付で政令を公布した。中国で鳥インフルエンザ(H7N9型)が発生したことを受け、5月に予定していた施行を早めたもの。

政府は、また、新型インフル等対策特別措置法施行令(政令第122号)を制定、12日付で公布・施行した。内閣官房は4月12日付施行令施行を通知した。

同施行令において、特措法にもとづく指定行政機関、指定地方行政機関、指定公共機関、緊急事態の要件、使用制限等の要請の対象施設、医療等実施要請に伴う実費弁償の基準、医療等の実施の要請の対象となる医療関係者などが定められた。

医療等の実施の要請の対象となる医療関係者は、医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療検査技師、臨床工学技士、救急救命士、歯科衛生士とされた。

使用制限等の要請対象施設の1つとして「介護老人保健施設その他これらに類する通所又は短期間の入所により利用される福祉サービス又は保健医療サービスを提供する施設」があげられた。

同施行令にもとづく82の指定公共機関が4月12日付で公示され、13日付で施行された。医療関係では、3師会、日

看協とともに全日病、医法協、日病の3病院団体が指定された。

政府は、さらに、4月16日の新型インフルエンザ等対策有識者会議に、医療提供や予防接種・特定接種等感染防止策の方針を盛り込んだ政府行動計画案を提示、了承を得た。

これを踏まえ、内閣官房(新型インフルエンザ等対策)は「新型インフルエンザ等対策政府行動計画案」を4月18日付でパブコメにかけた。5月17日まで意見を受けつけ、その後、政府として最終決定する。

各都道府県と市町村は政府行動計画に沿って、より具体的な行動計画を作ることになる。

政府行動計画の対象となる感染症(新型インフルエンザ等)は、①感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(新型インフルエンザ)、②感染症法第6条第9項に規定する新感染症でその感染力の強さから新型インフルエンザと同様に社会的影響が大きなもの、となる。

感染症法第6条第7項における「新型インフルエンザ」は「新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザ」であるため、鳥インフルエンザ(鳥から人に感染したもの)は特措法の対象に

発生段階ごとの対策の概要(「新型インフルエンザ等対策 政府行動計画案」の概要から)

	海外発生期	国内発生早期	国内感染期	小康期
対策の考え方	・国内発生をできる限り遅らせる ・国内発生に備えての体制整備等	・流行のピークを遅らせるための感染拡大防止策を実施 ・感染拡大に備えた体制整備等	・感染拡大防止策から被害軽減に変更 ・必要なライフライン等の事業活動を継続等	・第二波に備えた第一波の評価 ・医療体制、社会経済活動の回復等
実施体制	国、地方公共団体、指定公共機関等を挙げての体制強化 ・対策本部の設置(政府・都道府県) ※疑いの段階で必要に応じ、閣僚会議を開催 ・基本的対処方針の決定等		・国内感染の拡大に伴う基本的対処方針の変更等	・基本的対処方針の変更 ・対策の見直し等
サーベイランス・情報収集	発生段階に応じたサーベイランスの実施 ・国際的な連携による情報収集 ・国内発生に備えたサーベイランス体制の強化等		・入院患者、死亡者の発生動向を調査、重症化の状況を把握 ・集団発生時の把握(患者の増加に伴い全数把握は中止)等	・各国の対応に係る情報収集 ・引き続き学校等における集団発生状況の把握等
予防・まん延防止	・水際対策の開始 ・ワクチンの確保 ・特定接種の準備・開始等	・住民に対する予防接種の開始 ・住民等に対する手洗い、咳エチケット等の勧奨 ★外出自粛要請 ★施設の使用制限等	・住民等に対する手洗い、咳エチケット等の勧奨 ・住民に対する予防接種の継続 ★外出自粛要請 ※ ★施設の使用制限 ※等 ※患者数増加に伴い医療体制の負担が過大となる特別な場合等	・第2波に備えた住民に対する予防接種の継続等
医療	・国内発生に備えた医療体制整備 ・「帰国者接触者外来」の設置等	・専用外来における医療提供の継続 ・必要に応じた全医療機関における診療の開始 ・診断・治療に資する情報等の医療機関への提供 ・抗インフルエンザウイルス薬の適正な流通指導等	・医療従事者に対する従事要請及び補償 ・ファックスによる処方せん送付 ・備蓄している抗インフルエンザ薬の使用 ★臨時の医療施設の設置等	・抗インフルエンザウイルス薬の備蓄等

はならない。そのため、政府行動計画は、国内外で鳥インフルエンザが人

で発生した場合の対応を、巻末に参考として付している。

基礎係数Ⅲ群のあり方で議論。見直し否定論が大勢

DPC評価分科会 少なからぬ委員がⅡ群・Ⅲ群の区別に疑問。Ⅲ群の結論は秋

4月24日のDPC評価分科会は2014年度診療報酬改定に向けたDPC制度の見直しテーマの1つとして「医療機関群Ⅲ群のあり方」を取り上げた。

この日は結論を出さない自由討議となったが、基礎係数設定におけるⅢ群のあり方は妥当と評価する声が多数を占めた。一部の委員は「Ⅲ群を再分化するなど、すべてを同じ係数とする現在の設定を見直すべきではないか」と主張したが、分科会の大勢は現行Ⅲ群を維持すべしという方向であった。

調整係数の廃止に伴い、機能評価係数Ⅱでは評価しきれない部分を「基本的な診療機能に対する評価」とし、診療実績等の同質性から3つの群に分けてゲタを履かせる基礎係数は前改定から導入され、大学病院本院を医療機関群Ⅰ群とし、それに準じる一定の機能を有する病院をⅡ群として対象数を限定、それ以外の多くのDPC対象病院をすべてⅢ群とした。

そのため、Ⅲ群には病床規模や診療

特性などの面で非常に多様な施設が含まれたため、高次機能を有する専門病院やⅡ群に近似した診療実績をもつ病院などの取り扱いをめぐって、改定直後から見直しを求める意見が出ていた。

Ⅲ群の見直しを主張する美原委員(公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院院長・全日病理事)は、「Ⅲ群は、大きな総合病院、高機能病院、それほど機能が低い病院と色々な病院が混在している。中には、大学病院に準じる機能の病院があるかもしれない」として、新たな基準でⅢ群の病院を再分化することを提案した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、Ⅲ群の病院を、専門病院の類型(がん専門、専門、それ以外)と病床規模(200床未満、500床未満、500床以上)とに分け、それぞれを1日あたり包括範囲出来高実績点数で分布させた資料を提示したが、全体としてばらつきはそう大きくなく、カテゴリー間に新たな区



分を設けるほど大きな違いは生じなかった。

このデータに、美原委員は「専門病院のタイプの取り方が適切ではない。例えば、複雑性や効率性などのアウトカムで比べるべきではないか」と疑問を示したが、他の委員からは「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ群という名称を考え直してはどうか」「Ⅲ群でも、機能評価係数ⅡによってはⅢ群より高い医療機関別係数になるところがある」など、次元の異なる意見が相次いだ。

一方で、「外科のスーパードクターがいるとⅡ群になる。かなり外科に引張られるのは事実だ」「連続性があるⅡ群とⅢ群を分けることにそもそも違和感がある」「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ群間の配分

は適切とはいえない」「高度な手術の実施がⅠ群に準じるといったようにⅡ群の要件を少し整理してはどうか」など、Ⅲ群を見直すにはいたらないものの、現行の基礎係数に一定の疑問をもつ委員が少なからずいることは事実だ。

しかし、Ⅰ群とⅡ群については現行で次期改定に臨むことが決まっている。その中で、金田委員(社会医療法人緑社会理事長)は、Ⅱ群の基準に「医師派遣の実績」を加えることをあえて提案したが、「医師不足の状況下ではなじまない」と反対される一幕もあった。

Ⅲ群の見直し問題は今後も議論を継続、分科会の判断は今年の秋に打ち出されることになる。

有能な人材確保に貢献します

全国の病院厚生年金基金に、ぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、省コストで充実した年金を支給し、優秀な人材の募集・確保に貢献します。



- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 優秀な人材の募集、確保・定着に寄与。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 将来の不安解消による労働意欲の向上。
- 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 | |

厚労省が新専門医制度の報告書を公表

専門医の在り方に関する検討会報告書 表現修正めぐり関係者間の調整に1月半かかる

厚生労働省は4月22日に「専門医の在り方に関する検討会報告書」を公表した。報告書は3月7日の検討会で概ね

合意に達していたが、表現修正の意見が多く示されたために関係者間の調整に時間がかかり、1月半後の公表とな

った。
3月7日の検討会に示された案と大筋変わっていないが、細部に関しては言

い回しの変更や補足的表現の追加などが行なわれている。以下に、報告書の概要を掲載する。

「専門医の在り方に関する検討会報告書」(4月22日公表)の概要

3. 専門医の質の一層の向上について

(1) 基本的な考え方

○学会主導の専門医制度は受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。

(2) 専門医の位置づけについて

○新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミーを基盤に設計されるべきである。

○広告可能な医師の専門性に関する資格名等は新たな専門医の仕組み構築に併せて見直す必要がある。今後、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とすべきである。

○第三者機関以外の学会等が認定する資格名(厚労省告示に規定する学会認定専門医を含む)の広告の取扱いは引き続き検討する必要がある。その際、専門医と学会認定資格との間に、名称等何らかの区別を設けることが必要である。

○新たな仕組みのもとで専門医を標榜科と関連させることも将来的には考えるべきである。

○将来的に、新しい専門医の仕組みの関係制度等への位置づけを検討することが望ましい。

(3) 専門医に関する情報の在り方について

○専門医に関する情報は、医師が他領域や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるようなネットワークで活用できるようにすべきである。

○専門医と専攻医(専門医研修中の医師)に関するデータベースの構築が必要。データベースの構築に対する国の支援が必要である。

(4) 専門医の認定機関について

○専門医の認定は第三者機関が学会との密接な連携のもとで行うべきであり、そのような第三者機関を速やかに設立すべきであり、そのための準備組織を設ける必要がある。

○第三者機関は以下のとおり運営すべきである。

・専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担う。その際の専門医の認定・更新基準やプログラム・研修施設の基準作成も第三者機関で行う。個別のプログラムは基準を踏まえて各研修施設が作成する。

・各領域の到達目標、経験症例数、指導体制等について共通の指針を作成し、これに沿って各領域専門医の認定・更新基準やプログラム・研修施設の基準を作成する。

・運営に国民の代表が参画できる仕組みとし、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせる体制とする。

・専門医のデータ把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、専門医の認定・更新基準等について継続的な見直しを行う。

(5) 専門医の領域について

○基本的な診療領域を専門医制度の基本領域とし、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する2段階制の仕組みを基本とすべきである。

○専門医の定義や位置づけに鑑み、医

師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。

○専門医の領域は、名称も含め、国民に分かりやすいものとする必要がある。○専門医の認定は、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。

○基本領域の専門医の1つとして、総合的な診療能力を有する医師を加えるべきである。

○サブスペシャリティ領域は、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。

○例外的取扱いとして、特殊な技能や診療領域等に関するより専門分化した領域をサブスペシャリティ領域として設定する場合は、第三者機関でその基準を明確にした上で、検討する必要がある。

(6) 専門医の養成・認定・更新について

○専門医の認定は経験症例数等の活動実績を基本的な要件とすることが必要である。このため、専門医養成プログラムの基準は、必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが重要である。

○専門医資格の更新も、専門医としての活動実績を基本的な要件とすべきである。

○原則として複数の認定・更新を念頭に置いた制度設計は行わないが、自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば許容することが考えられる。ただし、これが安易なものとならないよう、各領域の活動実績を要件とする認定・更新基準が必要である。

○認定・更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等にも問題意識を持つ医師を育てる視点が重要であり、日医生涯教育制度などを活用することも考えられる。また、各領域の専門性に加えて、卒後臨床研修の到達目標である基本診療能力を維持し、向上させるという視点も必要である。

○例えば、養成期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである。また、出産・育児・介護等と専門医の取得・更新が両立できるようにするとともに、プログラム・研修施設の基準等もキャリア形成に配慮することが望ましい。

○新たな専門医の養成は平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間は、例えば3年間を基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

(7) 学会認定専門医の移行措置について

○既存の学会認定専門医から新たな第三者機関認定専門医への移行については、第三者機関が適切な移行基準を作成することが必要である。

○移行は、各学会認定専門医の更新のタイミング等に合わせて、移行基準を満たす者から順次移行することが適当。その際、各学会が更新基準を見直して第三者機関の移行基準の水準とすることが期待される。

○移行を開始する時期については、今後、第三者機関で速やかに検討する必要がある。

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

○総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等に、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。

(2) 総合診療専門医の位置づけについて

○総合診療医の専門医としての名称は「総合診療専門医」とすることが適当。

○専門医の一つとして総合診療専門医を基本領域に加えるべきである。

○総合診療専門医には「地域を診る医師」の視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

(3) 総合診療専門医の養成について

○臨床研修直後の医師が進むコースに加えて、他の領域からの移行や、総合診療専門医から他領域専門医への移行を可能とするプログラムも別に用意する必要がある。移行に際してどのような追加研修を受ける必要があるか等については引き続き議論する必要がある。

○総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準は第三者機関で作成すべきである。

○養成プログラムの基本的枠組みとして、診療所、中小病院、中核病院における内科、小児科、救急等を組み合わせ、外来、入院、救急、在宅等を研修することが考えられる。

○総合診療専門医の養成には、地域で中核となって指導ができる医師を養成することも重要。また、大学病院や大病院のみならず、地域の中小病院や診療所も含めて総合診療専門医の養成に取り組むべきであり、医師会等の協力が必要である。

○総合診療専門医を養成するためには卒前教育で総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築、地域の診療所、病院、介護福祉施設等の協力を得て実習するとともに、頻度の高い疾病や全人的医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要。

○地域の病院では領域別専門医でも総合的な診療が求められており、総合診療専門医と基本診療能力のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要。

○総合診療専門医は現段階で養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関で、今後、検討する必要がある。

5. 専門医の養成と地域医療との関係について

(1) 医療提供体制における専門医について

○医師の専門性の分布や地域の分布についてグランドデザインを作ることが重要。

○総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要。

○新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮すべきである。

○新たな専門医の仕組みにおいて、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や専門医養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要。研修施設については、都道府県と連携しつつ、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成することが適当。

○研修施設がプログラムを作成するにあたっては、国、都道府県、大学、地域医師会等と十分に連携を図ることが期待されるとともに、初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中には一定期間の地域医療の研修を取り入れることが必要。また、地域医療を希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。

(2) 専門医の養成数について

○専門医の養成数は、患者数や疾病頻度、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、地域の実情を総合的に勘案する必要がある。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

○平成27年度の研修医からの適用を念頭においた臨床研修制度の見直しにあたっては、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要である。

○新たな専門医の仕組みは、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。

おわりに

○新たな専門医の仕組みを通じて医療提供体制が改善されることを期待したい。

○専門医の在り方については、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

一冊の本 book review

『彗星衝突による 縄文 超々巨大津波』

岩淵國人 著 発行●文芸社 定価●1,300円(税別)

本書は全日病岩手県支部長の手になる。縄文時代の紀元前2001年に、東北は三陸海岸付近に彗星が衝突、超々巨大な津波を起こしていた。肝沢から奥州市にかけての扇状地もリアス式海岸も衝突と津波の結果である。様々な証拠から仮説の実証を試みる筆者には、医師としての覚めたりアリズムと、人として絶やさぬ情熱とが並存している。ロマンと夢が溢れる稀有な書ではある。(K)



平成24年度個人情報保護に関するアンケート調査結果の報告/個人情報保護担当委員会

調査に毎年回答する病院ほど個人情報保護への対応が進展

会員病院の個人情報保護法への取り組み・改善は進みつつあるー調査結果が示唆

【はじめに】

当協会は認定個人情報保護団体としての活動の一環として、個人情報保護法が施行された平成(H)17年度より毎年会員施設での同法への取り組みについてアンケートを実施している。

H24年度も各施設担当者のご協力により994施設(42.1%)から回答が得られた。うち137施設からは7年連続で回答をいただいている。H24年度調査結果の報告(全文)は全日病HPに掲載されている(http://www.ajha.or.jp/about_us/nintei/index.html)。

ここでは、(1)H24年度にアンケートに回答した全回答施設(以下「H24年全体群」とする)と「H23年全体群」の比較結果、(2)「H24年全体群」と7年連続で回答した施設(以下「連続群」とする)の比較結果、について報告する。

【結果】

回答施設の設立主体と病床数は、「H24年全体群」「H23年全体群」「連続群」の間に有意な違いはなく、設立主体の約85%が医療法人であり、回答施設の約70%が200床未満であった(表1)。

「H24年全体群」と「H23年全体群」の回答のうち、有意差がみられた項目を表2に示す。「H23年全体群」の方が、「個人情報保護方針」が整備されている施設の割合が高かった。

その他の項目については、「H24年全体群」の方が整備されている施設の割合が有意に高かった。

「H24年全体群」と「連続群」の回答

表1. 回答施設の設立主体と病床数

	H24全体群 (n=994)		H23全体群 (n=1203)		連続群 (n=137)	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
設立主体						
個人	25	2.5	37	3.1	2	1.5
医療法人(特別・特定含む)	837	84.2	1017	84.5	116	84.7
公益法人	57	5.7	64	5.3	11	8.0
公立病院	8	0.8	11	0.9	2	1.5
公的病院	19	1.9	15	1.2	1	0.7
会社	7	0.7	6	0.5	1	0.7
その他	41	4.1	52	4.3	4	2.9
病床数						
500床以上	35	3.5	43	3.6	9	6.6
200~499床	251	25.3	289	24.0	30	21.9
100~199床	363	36.5	445	37.0	54	39.4
99床以下	338	34.0	422	35.1	44	32.1

注) すべての項目間に有意差はみられなかった。

のうち、有意差が見られた設問の結果を表3に示す。全ての項目において、「連続群」の方が「H24年全体群」よりも、整備されている施設の割合が有意に高かった。

【まとめ】

「個人情報保護方針」を除き、「H24年全体群」は「H23年全体群」よりも、「連続群」は「H24年全体群」よりも、個人情報保護法に対する整備が進んでいる施設の割合が高かった。

会員病院では「連続群」を中心に年々、個人情報保護法への理解が進み、同法への取り組み改善が図られていることが示唆された。

本調査の継続実施は、同法への取り組み状況の客観的評価に役立つと考えられる。また、集積されたデータと自院との比較を行うことができるので、取

表2. 「H24年全体群」と「H23年全体群」の比較結果

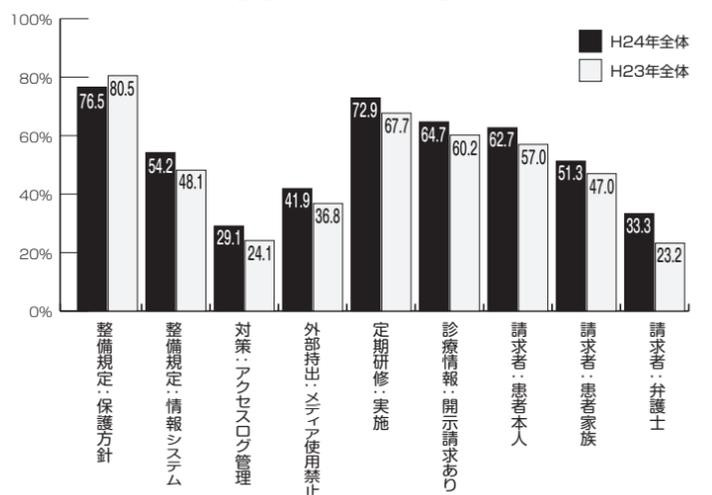
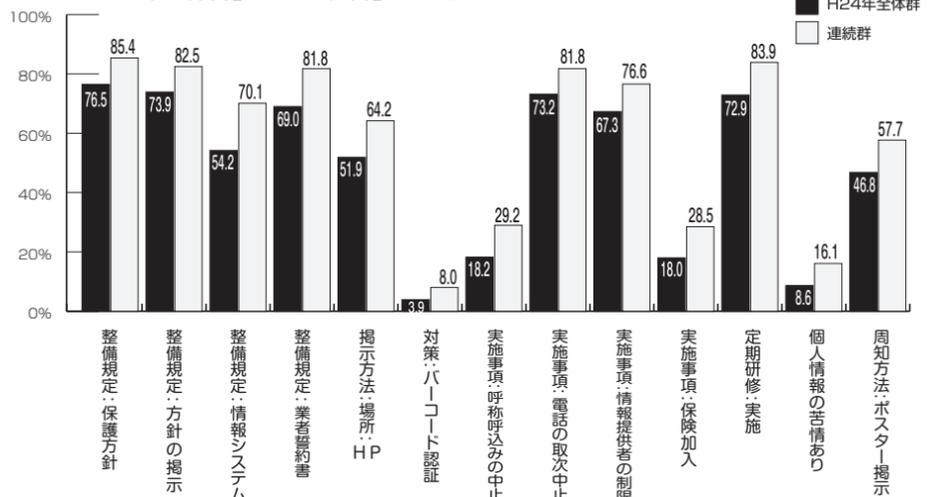


表3. 「H24年全体群」と「連続群」の比較



組み改善等の目標設定をする上でも有用と考えられる。今後も当委員会では相談事業やアン

ケート・研修会実施、事例の紹介等の活動を行うので、是非各施設で活用していただきたい。

2012年度第4回理事会・第12回常任理事会の抄録 3月9日

【主な協議事項】

- 2013年度事業計画案・予算案
2013年度事業計画と予算の各案が承認された。
- 本会事務所の移転
賃貸借物件を含め本会事務所の移転が承認された。
- 会議のペーパーレス化について
新たな事務所において本会諸会議のペーパーレス化を図るという方針が承認された。
- 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
東京都 浜松町ハマサイトクリニック
日帰り人間ドック実施指定は合計485施設となった。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の入会が承認された。
東京都 中野共立病院 理事長 山田 智
東京都 河北リハビリテーション病院 理事長 河北博文

兵庫県 伊丹今井病院 副院長 原田憲正
鳥取県 博愛病院 理事長 村上一平
ほかに3名が退会した結果、在籍会員数は2,421人となった。

【主な報告事項】

- 支部長・副支部長名簿等の本部提出
各支部が作成した支部規約と支部業務を委託する場合の覚書、および2013年度の支部長・副支部長名簿のそれぞれ本部提出を要請する文書を各支部宛に送付する旨の報告があった。
- 災害時医療支援活動方針等について
本会の災害時医療支援活動方針等につい



て途中報告が行なわれた。

- 第37回ハワイ研修旅行
第37回ハワイ研修旅行(9月)実施プランの報告があった。
- 埼玉学会の演題・参加募集の要項
「第55回全日本病院学会 in 埼玉」(11月)の演題・参加各募集要項について報告があった。
- 会員登録情報の更新について
本会会員登録情報の更新を要請する文書に発送について報告があった。
- 退会会員の再入会に関する規定について
本会を一度退会した会員が再入会する場合の取扱い基準を定めた旨の報告があった。
- 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)

2月1日付で以下の12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 吉田病院 更新
北海道 北彩都病院 更新
東京都 安田病院 更新
東京都 NTT東日本関東病院 更新
山梨県 笛吹中央病院 更新
長野県 松本市立病院 更新
長崎県 泉川病院 更新
鹿児島県 阿久根市民病院 更新
沖縄県 小禄病院 新規
- ◎精神科病院
福岡県 中村病院 更新
- ◎療養病院
富山県 池田リハビリテーション病院 更新
- ◎複合病院
群馬県 くすの木病院 更新
- ◎付加機能(リハビリテーション)
愛知県 八千代病院 新規

2月1日現在の認定病院は合計2,406病院。そのうち本会会員は957病院と、会員病院の39.5%、全認定病院の39.8%を占めている。

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

支部訪問／第3回 埼玉県支部
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

埼玉県支部は会員数112を誇る全日病拠点支部の1つである。支部長に就任したばかりの中村康彦氏に、埼玉県の医療概況と支部の状況をうかがった。
(支部訪問は不定期に連載します。今回は2012年12月15日号に掲載しました)

世代交代を迎える支部会員。「一般社団全日病埼玉」を設立

県行政への働きかけや地域医療への取り組みが今後の課題

埼玉県支部は、4月15日の支部総会で新たな支部長に中村康彦氏(医療法人社団愛友会上尾中央総合病院理事長)を選出、2002年度から11年務めた天草大陸氏(医療法人敬愛会リハビリテーション天草病院理事長)から支部運営の責任を受け継いだ。

中村支部長は現在49歳。全日病の常任理事として総務・財務委員会副委員長や医療制度・税制委員会委員長の要職もこなしながら、埼玉県支部の若きリーダーともなった。

埼玉県は「私的病院王国」として知られる。2011年の医療施設調査によると、県内の病院数は346。そのうち公的は32に過ぎず、残りの314が私的と、その割合は90%を超える。しかも、私的の88%(275)が医療法人で、その県内病院に占める割合は80%にもなる。病院開設者における医療法人の割合は全国平均で66%であるから、いかに、埼玉県の医療が私的病院、中でも医療法人で成り立っているかが分かる。

その例にもれず、112ある埼玉県支部会員のうち公的病院は1つに過ぎない。したがって、県内私的病院に占める会員病院の割合は33.4%になる。

その支部会員をさらに増やしたいと、中村支部長は意欲的だ。

「県内病院の過半数が全日病に加入すれば、県にもっと色々な申し入れができるようになる。今後、少なくとも、あと50病院は増やしたい」

埼玉県には県病院協会がない。埼玉県精神科病院協会はあるが、日本病院会も日本医療法人協会も支部をもっていない。したがって、一般病院としては、全日病埼玉県支部が唯一の病院団体である。

他方、県の医療審議会をみると、委員18人のうちの医療提供者は10人、そのうち県医師会が5人を推薦している。しかし、5人のうち病院代表は1人に過ぎず、しかも、公的病院である(別途、医師会枠とは別に日精協から委員が1人出ている)。このように、県内病院の90%を占めるにもかかわらず、医療審議会に私的病院を代表する委員はいない。

県医師会の病院部会はずっと全日病の会員である。天草前支部長は県医師会の副会長を務めていたこともあった。しかし、現在にいたるも、医療審議会など県の審議機関に病院団体の代表は入っていない。

こうした現状に、中村支部長は「それもあり、我々としては会員を増強し、行政への発言権を確保したい」と、強い意欲をみせている。

られて1つのルールになる、といったパターンですね」

しかし、こうした取り組みがシステム化されているわけではない。

「支部として、連携パス作りの協議会や勉強会を設けるという意識的な取り組みにまではなっていません。本来であれば、そうしたものをきちんと組織化していかなければならない。全日病が公益法人となり、我々埼玉県支部も独立法人となったことですから、事業計画のスパンの中で、そうした地域連携に意識的に取り組むということもこれからの課題になりますね」と中村支部長。

全日病の公益社団法人移行に先立って、埼玉県支部は、昨年中に、支部組織を一般社団として登記した。「一般社団全日病埼玉」である。

「法人登記した理由は、独自活動の歴史、会員規模、そして支部会費を徴収していることなどから、資産関係をクリアにする必要があったためです」と、拠点支部ならではの事情を明かす。その1つの区切りとして、支部の執行部も若返りをはたした。

執行部だけではなく。埼玉県支部は、20%前後と、高齢化率が低い県ならではの若さが売りのだ。

「会員は、親の代から2代目、3代目へと入れ替わる時期にきています。50歳



▲支部総会後の懇談会で挨拶する中村支部長

代が2代目として一番上の世代であり、下の世代には、ようやく大学病院から戻り、院長である父親の下で副院長を任された30歳代半ばの2~3代目が増えている。わが支部はそんな感じですよ」

中村支部長は、世代交代が病院病床の機能分化と連携を促すとみている。

「色々な環境変化から病院も機能分化しつつあります。跡を継いだ若い世代には、昔からの機能に拘泥することなく、専門特化や、あるいは、近くに循環器科や脳外科をもつ急性期病院があった場合には回復期へのシフトを図るなど、地域がやっていないところを埋めていく感覚がある。結構ドラスチックに進路を決めていく世代です。しかも、トップ同士が顔を知っていて仲が良いので、そこから新たな病棟連携がスタートする。皆さん、民間同士、その辺の情報や患者の流れを分かっている。ですから埼玉は機能分化しやすいですよ」と、今後の動きを予測する。

少ない医師と低医療費で増加する県民を支える民間病院

埼玉県は3月に第6次の地域保健医療計画(2013~17年度)を策定、そこに、10万人当たり医師数の「全国最下位を脱出する」と書き込んだ。全国平均156.1人に対して108.8人という医師数だけでなく、10万人当たりの病院数(全国平均6.7)も4.8と全国の下から5番目だ(いずれも2011年医療施設調査)。

中村支部長は「埼玉大学には医学部がない。防衛医大は別として、県内には医科大が1つしかないですからね。しかも、勤務医が埼玉を越えて東京に吸い寄せられてしまう。東京在住の先生が埼玉に通うケースも少なくないのですが、夜間等の呼び出しに対応できないといった問題も出ています。東京のベッドタウンである埼玉県は、病院や医師の充足より先に、人口が増えてしまったのです」と分析する。

一方、埼玉県1人当たりの医療費は23.1万円と全国平均の27.3万円を大きく下回り、下から2番目という低さである。

「少ない医師数と低い医療費で増加をたどる県民をみている。これを下支えているのが民間病院ではないですか」と水を向ける。

すると、中村支部長は、「そうなん

です。埼玉県は民間病院同士の連携が強く、とても仲が良いのです。ですから、支部活動にも、本当によく協力してくれます。限られた病院が苦勞するのではなく、先輩病院も積極的に協力してくれます。ですから支部運営がとてもやりやすいですね」と、支部の団結力を自慢する。

「さらに、医療機能の連携においてもそうです。例えば、脳卒中の地域連携パスにしても、院内で作成していくうちに、自然と、まったく違う地域の病院同士によって作り上げられることもあります。民間病院同士なので話がしやすいのです。消費税の話にしても、「そうだ、そうだ。じゃあ何かやろう」と話早い。そういう良さが、埼玉にはあります」

地域連携パスを策定する動きのコアに、全日病の会員がいることが多いという。

「支部の中の間人関係から始まるケースが多い。例えば、「川越で脳卒中の地域連携パスを作りたい」という声があがる。と、支部の中の脳外科の院長達に声がかかり、賛同した院長達は、自院の専門医に依頼する。そして、でき上がったものが県医師会や県に吸い上げ

11月に第55回全日本病院学会を開催

埼玉県支部は、この11月2日・3日に、さいたま市で「第55回全日本病院学会 in 埼玉」を開催する(開催要項は別掲)。支部の団結力が試される大きなイベントである。

「埼玉学会の準備も支部会員のスムーズな協力を得て順調に進んでいます」

この学会に、中村支部長は1つの意味づけをもって臨もうとしている。それは、埼玉県医師会と全日病埼玉県支部との連携をより強固にする場にしたという想いである。

「いくら県医師会病院部会のメンバーに全日病の会員が多いといっても、病院部会の会合は年に数回どまりで、その活動性は決して高くない。これからは積極的に県医師会病院部会との連携をとり、足並みをそろえる必要がある」地域医療を支えていく上で県医師会

と全日病支部の連携が不可欠、というのが中村支部長の認識だ。

これまで、在宅や介護等の勉強会や、地域一般病棟など時宜を得たテーマで講演会を開くことはあったが、地域連携に対する意識的なアプローチや、県との協議、県への申し入れや要望等の活動といった、地域の医療・介護提供体制にかかわる地道な活動は必ずしも十分ではなかった。

しかし、2025年に向けて、いやおうなく医療・介護の改革に向き合わざるを得ない。会員が若返る中、そうした支部活動のダイナミズムをどう創っていくか、中村支部長は、埼玉県支部の当面の活動戦略に頭をめぐらせる。支部活動のダイナミズムこそ、50人の会員増強を可能にし、その道筋の先に、県への影響力獲得があると信じている。

■「第55回全日本病院学会 in 埼玉」の開催要項

学 会 長	● 中村康彦(埼玉県支部長(医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 理事長))
学会テーマ	● 「地域医療を担う我ら ~埼玉から日本へ発信~」
開 催 日	● 11月2日(土)、3日(日)
会 場	● 埼玉県さいたま市 大宮ソニックシティ (JR大宮駅西口下車・徒歩3分)
参加要項	● 演題登録期間 4月1日(月)~7月1日(月) 正午 参加登録期間 7月1日(月)~9月10日(火)

全日病 病院管理士資格に更新制を導入

医療従事者委員会(大橋正實委員長)は、病院事務長研修コースを修了して評価試験に合格した受講者を病院管理士に認定する制度に、資格更新を導入することを決めた。2013年度から実施する。資格認定期間は5年である。

その間に、①全日本病院学会もしくは病院事務長研修のフォローアップ研修に2回以上参加する、②全日本病院学会もしくは病院事務長研修のフォローアップ研修で演題発表または共同発表を1回以上行なう、という条件のいずれかに該当すれば認定証が再発行される。

更新制の導入にともない、医療従事者委員会は、原則として現在の病院管

理士に全員、所定の確認書の提出を得て、認定証を再発行する。

病院事務長研修コースは2013年度で12年目を迎える。1年の間につごう19日間(全8単位)受ける病院事務長研修コースには厳格な受講要件がある上、研修の最後に課す総合テストと自院経営計画の発表が特徴。毎年申し込みは定員を大きく上回る人気講座だ。

病院管理士も427名に達している。OB間でメーリングリストや勉強会が組まれるなど熱心な交流が続き、事務職幹部として仕事の幅を広げ、理事長・院長から大きな信頼を得るなど、会員病院からの期待がますます高まっている。

全日病主催 2013年度「第12回病院事務長研修コース」開催のご案内

全日病「病院管理士」の認定研修として、優れた事務職リーダーを多く輩出しています。

受講期間 ● 2013年6月~2014年1月(全8単位)
*各単位2~3日間(宿泊研修。1日目13時~、最終日15時まで)
*基本講座と病院経営改革計画策定実習からなり、予習復習が多く課せられます。

受講要件 ● ①現在所属している施設で職歴1年以上の病院事務長またはこれに準じる職歴2年以上の経験を有する方で、理事長・院長が適格と認めた方(各施設1名限)
②研修会で自院の経営健全化計画を作成するため、自院の経営指標や財務諸表および経営情報を研修会で開示することが可能で、かつ、理事長・院長に経営戦略を提言できる方

受講料金 ● 全日病の会員施設職員 1ヵ年(全8単位)40万円
会員外施設の職員 1ヵ年(全8単位)50万円
*教材・昼食代を含む。宿泊は受講者で手配していただきます。

受講定員 ● 48名

研修会場 ● 全日本病院協会 猿楽町ビル会議室(仮称=6月中旬に移転予定)
東京都千代田区 (JR・都営三田線各水道橋下車徒歩4分)

申込期限 ● 6月5日(定員に達し次第締め切ります)

病院管理士認定について
研修修了後の評価試験に合格かつ7単位以上出席した方を病院管理士として認定します(第7単位・第8単位は必修)。

研修内容や申込書等詳しくは全日病HP掲載の案内でご確認ください。