

2004 年度第 1 回各医師会長連絡協議会報告

と き 平成 16 年 9 月 14 日（火）17：30

ところ ホテル日航福岡 3 階 都久志の間

竹嶋会長挨拶

- ・日医での広報委員会に重点をおき、県医師会からは堤理事が委員として参加
- ・「メディペチャ」に対しては大変評価しているので今後は全 4 ブロックでお願いできればと考えている。
- ・混合診療の件については、反対の国民運動へ医師会が中心となって展開する必要があるので郡市医師会にもよろしく願いたい。

連絡協議事項

地区医師会からの提案事項

資料 1

小倉医師会 中村定敏先生より質問

1、紹介予定派遣について

紹介予定派遣とは平成 16 年 3 月施行された労働派遣法の一部改定によるもの。派遣期間終了後の直接雇用を予定して労働者派遣を行うもの。同一労働者に 6 ヶ月を越えて行うことは出来ないとなっている。中村先生の質問趣旨は東京都で派遣された医師が派遣元と結託して派遣先の病院から横領まがいのことが起こった事実もあり、県医師会としてはこの点をどう考えているかということ。

住田理事より回答

紹介予定派遣の仕組みについて説明。

2、感染性廃棄物の処理について

通常医療機関から出される廃棄物は形状、排出場所及び感染症の種類等から判断出来るが、そうでない場合であっても医師の判断によって感染のおそれがあるとされる場合は感染性廃棄物とすることとなっている。この点で理解の仕方によっては廃棄物の量が増え、医療機関の負担額が増えることになりはしないか。

住田理事より回答

廃棄物処理についてのルールを説明された。

第 101 回日本医師会臨時代議員会について

資料 2-1 と資料 2-2 に基づいて横倉副会長より説明があった。今後の事業計画としては地域の糖尿病予防活動、生活習慣予防活動に重点をおくとの説明。

介護保険法施行規則の一部改正に伴う介護認定審査会の見直しについて

資料 3

山内理事より説明があり、介護認定審査会委員の定数について現在 1 合議体 5 名となっているが、これが場合によっては 3 名でも可能となった。北九州市は市の意向として合議体数を 5 名にしたまま出席数を 4 名にしたいとの意向が出されている。広域連合では合議体数を 5 名にしたまま 3 ～ 4 名の出席で開催したい意向である。福岡県医師会としては現状の 5 名をできるだけ維持して欲しい。

施設基準について

資料 4

個人から法人に変更した場合に変更届が必要あるにもかかわらず出されておらず筑後地方のある医療機関は計算上さかのぼって 1 億円の返還を要求されたが、折衝の後、1 年分の変換となった。会員に十分広報して欲しい。

地域医療支援病院承認に関する見解について

池園理事より説明があった。資料 5 の 7 ページの一番上の点線枠部分は、法律上はないが、非常に大切なプロセスであることの説明。

医師臨床研修制度について

1、医賠責加入研修医の会員区分

資料 6-1

日医で言うところの A (C) を今後県でどうするか検討中。

2、福岡県医師臨床研修制度協議会の設置

資料 6-2

3、指導医のための教育ワークショップの実施

資料 6-3.平成 16 年度は 17 年 1 月開催予定

小児救急医療電話相談事業について

資料 7

まず、看護師が受け必要があれば医師に交代。フィーは 1 日 1 万円

定期予防接種の広域化について

資料 8-1、2、3、4、5、6

日本全国の傾向では広域化の方向に進んでいる。福岡県ではまだブロックでの広域化が進んでいない。6 月 22 日委員会を開催したが、接種料金の差が問題となってハードルを高くしている。9 月 17 日に接種料金を主な議題とした第 2 回の検討委員会を

開催する。10 月 1 日に各医師会の予防接種担当理事者会を開催し、その後市町村担当者と 10 月末を目標に調整作業を行う。ここでは賛否を問ひ否の理由を調べることにしている。

医師賠償責任保険（損害保険ジャパン）の改定について

資料 9

事故の発生が増え保険料が増額している。200 床以上の病院、37 医療機関については、損害賠償請求ベースに変更される。病院加入の保険を使うと割り増しになるため、勤務医が勤務医賠償等の個人保険に加入している場合はそれを利用するようにする。

出資額限度法人について

資料 10

子宮頸部がん検診について

資料 11

福岡県は全国より子宮がん死亡率が高い。行政が毎年検診を実施するように医師会からも働きかけて欲しい。

第1回各医師会長連絡協議会日程

※と き 平成16年9月14日(火)17:30
※と ころ ホテル日航福岡 3階 都久志の間

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 座長選出

4. 連絡協議事項

1) 地区医師会からの提案事項

<資料1>

2) 第101回日本医師会臨時代議員会について

<資料2>

3) 介護保険法施行規則の一部改正に伴う介護認定審査会の見直しについて

<資料3>

4) 施設基準について

<資料4>

5) 地域医療支援病院承認に関する見解について

<資料5>

6) 医師臨床研修制度について

<資料 6>

① 医賠償加入研修医の会員区分

② 福岡県医師臨床研修制度協議会の設置

③ 指導医のための教育ワークショップの実施

7) 小児救急医療電話相談事業について

<資料 7>

8) 定期予防接種の広域化について

<資料 8>

9) 医師賠償責任保険（損害保険ジャパン）の改定について <資料 9>

10) 出資額限度法人について

<資料 10>

11) 子宮頸部がん検診について

<資料 11>

5. 閉 会

地区医師会からの提案事項

小倉医師会 中村 定敏

1. 医療法第25条に基づく立入検査について
 - 1) 立入検査の折に「紹介予定派遣」並びに「感染性廃棄物の処理」についての説明を受けだが、このことについて県医師会で何らかの対応を考えておられるか。

平成16年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査

1. 医療従事者の確認について

(1)医師の名義借りの防止の観点から、勤務実態に加え、診療実態の確認を行う。

(職員名簿(様式(1)-2)のチェック項目の検査指示書、看護日誌、本人確認が追加項目)

(2)昨年同様

(3)平成16年3月から、医療機関への医師や看護師等の本採用を見込んだ「紹介予定派遣」の制度が解禁されたことに伴い、紹介予定派遣職員名簿が新たに追加された。(様式(1)-6)

紹介予定派遣については、採用を前提として同一の派遣労働者を6ヶ月、最大同一の業務で3年を越えて継続して派遣労働者を受けてはならない。

2. 医療に係る安全管理のための体制の確保について

昨年同様。

本年4月から、医師の臨床研修制度が始まり、協力型の臨床研修病院(昨年:従病院)についても、医療法施行規則第11条の安全管理体制の以外にも、①医療に係る安全管理を行う者(安全管理者)を配置すること②医療に係る安全管理を行う部門(安全管理部門)を設置すること③患者からの相談に適切に応じる体制を確保することが必要になったことに伴い、安全管理体制の確認を行う。

3. 院内感染防止対策について

昨年同様。

院内感染対策のための体制確保として、専任の院内感染対策を行う者を配置していること(検査対象としては特定機能病院(4大学)及び第1種感染症指定医療機関(こども病院))

4. 医療廃棄物の適正処理について

今まで、感染性の廃棄物の判断の多くを医師等に委ねていて判断基準が客観性を欠いている等の指摘がなされていたため、平成16年3月16日に感染性廃棄物の判断基準が①廃棄物の形状②排出場所③感染性の種類の観点から、客観的に判断できる基準に変更されたので、この「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」の判断基準に基づいて感染性廃棄物が適正に処理されているか確認を行う。

5. 毒薬等の適正な保管管理等の徹底について
昨年同様。

6. 毒物等の適正な保管管理等の徹底について
昨年同様。

7. 診療用放射線の安全管理対策の徹底について
新たに追加項目。

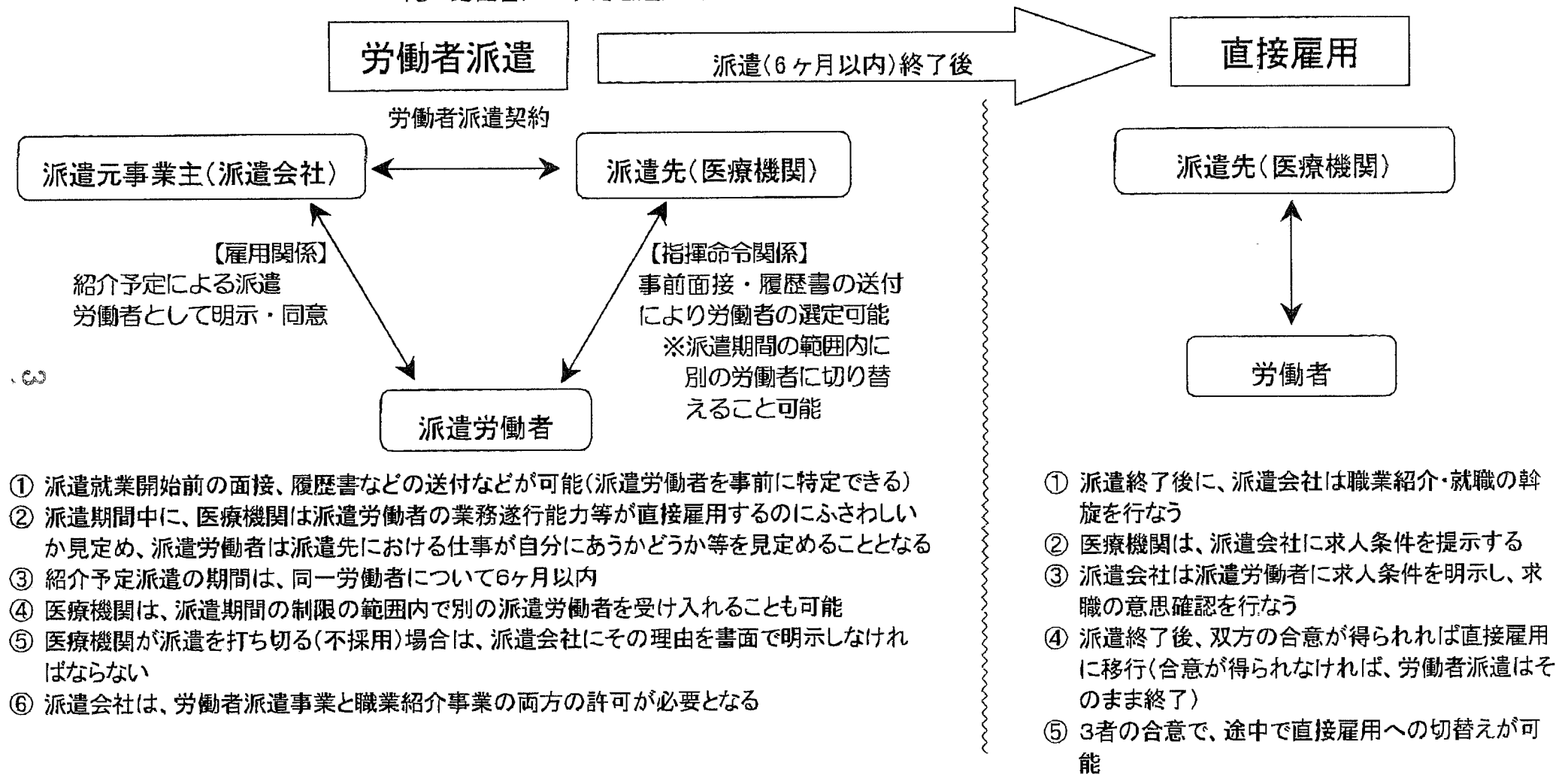
診療用高エネルギー放射線発生装置に係る過剰照射の事例発生に伴い、放射線全般の取扱いの徹底。

項目 3-4 検査の対象として診療用放射線施設を持っている病院が追加。

検査基準の業務委託で項目 4-1 検体検査の②衛生検査所に外部委託している病院の委託先の確認が追加。(検査依頼書、検査報告書等により衛生検査所に委託していることを確認する)

紹介予定派遣とは

派遣期間終了後の直接雇用を予定して、労働者派遣を行なうもの
同一労働者に6ヶ月を超えて行なうことはできない



感染性廃棄物の判断基準

感染性廃棄物の具体的な判断に当っては、1、2又は3によるものとする。

1 形状の観点

- (1) 血液、血清、血漿及び体液（精液を含む。（以下「血液等」という。）
- (2) 手術等に伴って発生する病理廃棄物（摘出又は切除された臓器、組織、郭清に伴う皮膚等）
- (3) 血液等が付着した鋭利なもの
- (4) 病原微生物に関連した試験、検査等に用いられたもの

2 排出場所の観点

感染症病床、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室（以下「感染性病床等」という。）において治療、検査等に使用された後、排出されたもの

3 感染症の種類観点

- (1) 感染症法の一類、二類、三類感染症、指定感染症及び新感染症並びに結核の治療、検査等に使用された後、排出されたもの
- (2) 感染症法の四類及び五類感染症の治療、検査等に使用された後、排出された医療機材、ディスポーザブル製品、衛生材料等（ただし、紙おむつについては、特定の感染症に係るもの等に限る。）

通常、医療関係機関等から排出される廃棄物は「形状」、「排出場所」及び「感染症の種類」の観点から感染性廃棄物の該否について判断できるが、これらいずれの観点からも判断できない場合であっても、血液等その他の付着の程度やこれらが付着した廃棄物の形状、性状の違いにより、専門知識を有する者（医師、歯科医師及び獣医師）によって感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。

なお、非感染性廃棄物であっても、鋭利なものについては感染性廃棄物と同等の取り扱いとする。

表示

感染性廃棄物を収納した容器には、感染性廃棄物である旨及び取扱う際に注意すべき事項を表示するものとする

(参照) 令第6条の5第1項第1号、規則第1条の10

非感染性廃棄物を収納した容器には、必要に応じて非感染性廃棄物であることの表示を行なうことを推奨する

【解説】

- 関係者が感染性廃棄物であることを識別できるよう、容器にはマーク等を付けるものとする。
マークは全国共通のものが望ましいため、右記のバイオハザードマークを推奨する。マークを付けない場合には、「感染性廃棄物」(感染性一般廃棄物又は感染性産業廃棄物のみが収納されている場合は、各々の名称)と明記すること。
- 廃棄物の取扱者に廃棄物の種類が判別できるようにするため、性状に応じてマークの色を分けることが望ましい。
 - 液状又は泥状のもの(血液等) 赤色
 - 固形状のもの(血液等が付着したガーゼ等) 橙色
 - 鋭利なもの(注射針等) 黄色

このような色のバイオハザードマークを用いない場合には、「液状又は泥状」、「固形状」、「鋭利なもの」のように、廃棄物の取扱者が取扱う際に注意すべき事項を表示すること。



バイオハザードマーク

非 感 染 性 廃 棄 物	
医療機関等名	
特別管理産業廃棄物 管 理 責 任 者	
排 出 年 月 日	

非感染性廃棄物ラベルの例

第 111 回日本医師会臨時代議員会 植松会長挨拶

平成 16 年 8 月 29 日（日）於日本医師会館

本日は、お忙しい中、そして台風の中、ご出席頂き厚く御礼申し上げます。

本年は、例年になく台風も多く、また集中豪雨、水害ということもあって、新潟県、福井県など、各地において洪水被害があり、お見舞いを申し上げたいと存じます。

本日もまた大型の台風が近づいているということで心配をしております。

このたびの西島先生の選挙につきましては、先生方の絶大なるご支援を頂きながら、非常に厳しい状況の中で無事に当選をさせていただきまして厚くお礼申し上げる次第です。

このことにより我々医師会の発言力もやや重みも増したかなと、そういう話も聞こえてくるわけであります。

本日の第 111 回臨時代議員会ではありますが、4 月の役員選挙により、予算並びに、事業計画の補正をしたいということで申しておりましたが、従来は 10 月に開かれる決算代議員会を前倒して、補正予算と従来の決算代議員会とを同時に開催させていただきましたことをご了承を賜りたいと思っております。

そして、参議院選挙当選により、西島先生の常任理事の辞任を受けて、その補欠選挙も行わせていただきたいということであります。

本日の議題は、第 1 号議案から第 9 号議案までございますが、第 1 号議案から第 3 号議案までは補正予算に関するもの、第 4 号議案から第 9 号議案までは、従来の決算の代議員会に提出しているものであります。十分にご審議いただき、これをお認めいただければ非常に幸せでございます。

現在、医療をとりまく環境でございますが、いつも厳しいと申し上げておりますが、更に厳しい状態が続いております。財政主導、市場経済原理を医療に導入しようという基本姿勢のもとに、公的医療保険の守備範囲の見直しと、民間保険の拡大の流れ、また、混合診療、株式会社の医療への参入というような声が段々と強くなっているのであります。これはひとえに、医療を成長産業と捉えながら、医療を経済の発展、活性化の起爆剤とし、更に、雇用の促進をというような経済界の思惑、また、これが政府に反映していると思うのであります。

規制改革・民間開放推進会議と名称を変えて、これも官製市場の民間開放による民主導の経済社会の実施ということで、8 月 3 日に混合診療、公私医療保険の関連の問題について、株式会社の問題も含んでの提言がなされたところであり、今後この厳しい状況が続くのではないかと危惧しております。わたしども

が最初から申しております、国民のための皆保険制度、並びに社会保障制度の堅持ということを柱に今後も行動してまいりたいと存じます。代議員の方々にも十分にご理解いただきご支援を賜りたいと思うのであります。

また、予算関係では、来年度の自然増に対して 2200 億の縮減を求められております。これをどのような形で行うかは年末までかけて政治の場の問題であります。医師会としては削減自体が不当なものであるということを申し上げているところであります。

それに加え、最近、三位一体の改革ということで、国の補助金を地方への税源委譲ということの方針をうけて、知事会その他がそれについての見解を発表したところでありますが、これについても内容を考え、医療提供体制、あるいは皆保険・福祉など色んな面で後退をまねき、あるいは、各地域において格差が大きくなるということを懸念しております。先日、自民党の厚生労働部会において反対の決議がなされたところでありますが、日本医師会といたしましても中身を十分に検討して、国民医療、あるいは保健・福祉が後退しないような策を提言し、その実現に向けて努力していきたいと考えております。

医師会の活動をどのように政治に反映するかということは、色々な政治的方策を見ていくときに、従来から行っておりますようなロビー活動、国会議員を通じての活動というものに限界がきていると先生方もお感じになっておるとおりでございまして、今後これについての医師会の方法としては、国民と共に改革を進める。国民運動、市民運動として、皆保険制度を守り、社会保障を守るような運動をする必要があるのではないかとこのように考えております。そのためには住民と共に運動ができるような関係、我々に対する信頼を得るためにも、各医師会を通じての地域医療活動、地域保健活動というものにご努力を願いながら、住民と共に、住民の目線に立っての地域医療活動を展開していただくことが重要ではないかと考えているので、よろしくお願いしたい。

対内の問題としては、4月2日の所信表明でも申しましたとおり、第1に医療の安全というものを中心におきながら、自浄作用というものを大事にする。リピーターに対する医師会の態度、これらを国民の皆様から見えるような医師会の行動・態度を示せという声に応えるべく、委員会その他でご議論いただきながら方策を徹底して行きたいと思っております。これらのことの中心には倫理問題を含んで生涯教育の重要性について、更なる推進が求められると考えている。

日医総研については、多々ご意見をいただいておりますが、シンクタンクとしてその充実に励みたいと思っております。これはのちほど質問をいただいているので、そこで考えをお示ししたいと思います。

補正予算あるいは事業計画の変更の中で申し上げておきたいのは、3割負担と

いうことで受診抑制がおこっている。その中で特に糖尿病の受診抑制、糖尿病は将来他の疾患をおこす大きな原因である事を考えて、日本医師会としてその啓発・予防活動のために予算を割かせていただいている。

多くの問題を抱えながらの医師会運営であります。私どもの新執行部の発足以来、一生懸命やったつもりでございますけれども、色んなご批判も含めて、本日は十分にご審議をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

有り難うございました。

平成16年度 日本医師会事業計画（案）

新しい健康指標としてWHO（世界保健機関）が公表している健康寿命の国際比較で、日本は男女とも4年連続で世界一の座を揺るぎないものとしている。この一事をもってしても、わが国が世界最高の健康水準を享受していることは紛れもない事実といえる。我々は、その源泉が国民皆保険制度を基盤とした「地域に密着した医師会活動」にあると確信している。

しかしながら、国民並びに我々医療関係者を取り巻く医療状況は、年々厳しさを増している。現在進められつつある医療制度改革が、国民の健康や医療の問題よりも経済の活性化を第一に考えており、「混合診療の解禁」、「医療への株式会社参入」はその象徴である。「混合診療の解禁」は、人命を預かる医療の世界に経済的格差を持ち込み、尊い人命に格差をつける政策である。また、「医療への株式会社参入」は、株式会社の経営する医療機関は当然利益を上げなければならず、高点数、過剰診療が起こる危険性が高まり、医療費増大につながる。これらは21世紀の社会保障制度の考え方としてふさわしくなく、人命尊重の点からも断固阻止しなければならないものである。

今般の平成16年度日本医師会事業計画の見直しにおいては、我々の置かれているこうした厳しい現実に対して、よりの確に対処するために各種会内委員会及び日本医師会総合政策研究機構（日医総研）のより適切な運営を通じて平成16年度当初事業各般の後半期における一層の効率的な推進を図ろうとするものである。特に日医総研については、調査・研究テーマの適宜・適切な選定と政策への反映を確実なものとするために、執行部との密接な連携のもとに運営の透明性を高め、医師会活動の充実を図る所存である。

今こそ全ての会員の強い団結のもと、地域に密着した医師会活動を基本に国民のための施策を展開する。

○ 当面する重要課題

1. 医療政策の確立

一連の構造改革が進行する中であって、国民皆保険制度を堅持し、すべての国民が医療を必要とする時に適切に医療を提供する「国民のための社会保障」の実現に向けて全力を傾注する。特に少子高齢化の著しいわが国の現状をとらえ小児から高齢者への生涯を通じた保健・医療体系等の改革を推進する。

2. 医の倫理の高揚と医療安全対策の推進

医界の秩序と国民の医療に対する信頼を確保し、医学・医療を真に人類の幸福に寄与するものとするために、医の倫理の向上を図る。特に、わが国独自の「医師の職業倫理指針」、医師の自浄作用、診療情報の提供は、これを医師の責務として一層の定着を図りながら、患者の安全確保を最優先課題として、すべての医療関係者の協力によって医療事故を根絶するため、医療安全確保対策を推進する。

3. 生涯教育の推進

医師の生涯教育は、患者の安全を守るうえからも最重要課題となっている。本年度から新医師臨床研修制度がスタートし、多くの会員が指導医の立場で研修医の育成に関わることになるので、「指導医ワークショップ」をさらに充実するなど、新医師臨床研修制度に積極的に関わる。「日本医師会生涯教育カリキュラム」については、「医学的課題」とともに「医療的課題」の学習を強化する。また、実習を伴う短期集中型講習会（ACLS研修等）の開催、インターネットを利用した生涯教育講座の充実等、教育メディアの一層の拡充を図る。

4. 医療施設のIT化推進

すべての医師会と会員を結ぶ「医師会総合情報ネットワーク」の最終段階である全会員のネットワーク化推進を含めて、「医療施設のあるべきIT化」を検討し推進する。具体的には、会員の情報格差解消策の推進とデジタル・データ提供の拡大と充実を図る。また、医療施設に不可欠なIT化を探りつつ、日医標準レセプトソフトについても完成度を高めることにより、その普及率の向上を目指す。

5. 地域における保健・医療・福祉の推進

地域医師会との緊密な連携のもと、「かかりつけ医機能」を中心に据えた地域医療のさらなる充実を目指して、生涯保健事業を推進する。特に、SARS等感染症の動向に十分留意するほか、少子化対策、学校保健対策、糖尿病等の生活習慣病予防対策、禁煙推進活動等についても、関係機関との連携のもとに積極的に取り組む。介護保険については、これまで集積したデータによって施行5年後の制度見直しに適切に対応し、良質な介護サービスの維持・向上を図る。

6. 医療関係職種との連携及び資質の向上

医師とその他医療関係職種との円滑な連携を図り、医療関係者に係る諸問題の改善に努力する。特に看護職にあっては、社会の高齢化の進展に伴い、医療福祉分野における需要が増加している状況を重く受け止め、准看護師養成制度を堅持しつつ、新卒者の増員を図るなど看護職全体の需給バランスの確保並びに資質の向上に努め

る。また、介護支援専門員については、より働きやすい環境の整備をすすめ、介護サービスでの医療需要度がより正確に把握できるよう質的向上を図る。

7. 医業経営基盤の確立

国民の健康で文化的な生活を維持するために、医療や介護を担う病院・診療所等の医業経営の安定を図り、業務や設備施設の一層の合理化、近代化を進め、確固とした基盤を整え継続できる医業税制の改善および適正な診療報酬体系の確立に努める。

8. 広報活動の強化

国民の保健・医療・福祉に係る日本医師会の政策が、会員のみならずマスコミおよび国民一般から正しく理解されることが極めて重要であることから、日本医師会―都道府県医師会―郡市区医師会それぞれの広報活動の有機的連携に努める。同時に、マスコミ等へのメール配信機能を強化するなど、対外広報活動にも重点をおく。

9. 会員の福祉施策の拡充

医師年金については、年金資産の堅実かつ効率的な運用を図るとともに、加入者獲得については従来に増して都道府県医師会の協力を得て強力に推進する。また、医師・従業員国民年金基金との連絡協調体制の強化を図る。

10. 日医医賠責保険事業の運営

医療事故紛争の適正な処理を通して、医師と患者の信頼関係の維持に努めるとともに、会員相互の連帯感を強化し、都道府県医師会との緊密な連携の下に医療提供基盤の安定化に資する。また、「日医医賠責特約保険」の加入者の増加に努めるほか、新医師臨床研修制度に対応した事業運営に努める。

11. 日医総研の運営

旧来の行政主導、財政主導型のわが国の医療政策に対して、日本医師会が真に「国民のための医療政策」を展開するために、日医総研は日本医師会独自のシンクタンクとして、研究体制等の一層の充実を図る。

12. 治験促進センターの運営

日本医師会治験促進センターは、臨床現場からの意見を反映した質の高い治験の速やかな実施が可能となる体制を作り上げ、治験を促進することを目的に設立したものである。治験センターをわが国の医療の質と安全の確保向上に寄与するものとするため、治験ネットワークの構築、データセンターの設置、治験に関わる人材の養成等、体制の一層の整備を図る。

13. 国際活動

「高度先端医療と医の倫理」を主テーマとする世界医師会（WMA）東京総会の開催にあたり、主催国医師会としてこの総会を成功に導くよう努める。CMAA0の活動については、各国間の情報交換を活発化させ、組織強化に努める。また、アメリカ医師会等各国医師会との交流を通じて、医療界における共通の課題に対処していく。ハーバード大学公衆衛生大学院の武見国際保健プログラムは、引き続き協力関係を維持していく。JMAジャーナルは、編集方針の見直しを行い、国際的に通用する内容の充実を目指す。

○ 事業の内容

1. 医の倫理・国民医療
2. 医学教育・生涯教育
3. 社会保険・医療経済
4. 地域医療・地域保健・社会福祉
5. 日医雑誌
6. 広報活動
7. 医師会関係
 - ・ 都道府県医師会との連携
 - ・ 医師年金等会員福祉の充実
 - ・ 勤務医の加入促進
 - ・ 医師会総合情報ネットワーク構築
 - ・ 関係団体との渉外活動
8. 医学会関係
9. 国際活動
10. 医賠償保険事業

介護認定審査会委員の定数について

本年4月、介護保険法施行規則の一部改正により認定審査会合議体の委員定数が従来の5名より少ない定数、場合によっては3名でも可能となった。5名より少なく設置できる条件については介護認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合とあり、いずれにしても介護認定審査会委員関係諸団体と十分協議した上で判断することとなっている。福岡県においては概ね1合議体委員5名の内2名を医師会会員にお願いしていたが、地域医師会においては審査会委員不足の問題も提起されており、今後各保険者と医師会との間で協議が必要と思われる。

(別添)

介護認定審査会運営要綱

1 目的

本運営要綱は、介護保険法に定める介護認定審査会（以下、「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。

2 認定審査会の委員の構成

1) 委員の構成

委員は、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。その際、以下の点について留意する。

(1) 学識経験の判断について

委員の学識経験の分野等については、市町村長が個々の委員について判断する。

(2) 保険者との関係について

認定審査会における審査判定の公平性を確保するために、原則として保険者である市町村の職員以外の者を委員として委嘱することとするが、委員確保が困難な場合は、保健・医療・福祉の専門職であって認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することは差し支えない。

(3) 認定調査員との兼務について

委員は、当該保険者の認定調査員として認定調査に原則として従事することはできない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員が認定調査に従事せざるを得ない場合はこの限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定については、当該委員が所属する合議体では行わない。

2) 合議体の設置

合議体についても、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。

合議体の委員の定数については、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、少なくとも3人を下回って定めることはできない。

- ・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合
- ・委員の確保が著しく困難な場合

特定の分野の委員の確保が困難な場合にあっては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたっ

て定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。

認定審査会に設置する合議体は、一定期間中は固定した構成とすることとするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員をおいた上で、概ね三月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。なお委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではない。

3 認定審査会の会長職務の代行者の指名

認定審査会の会長は、会長に事故あるときにその職務を代行する委員をあらかじめ指名する。

4 合議体の長及びその職務の代行者の指名

市町村が別段の定めをおく場合を除いて、合議体の長は合議体を招集し、その会務を総理する。

合議体の長が所属する合議体の会議に出席できないときは、当該合議体に所属する委員であって合議体の長があらかじめ指名するものがその職務を代理する。

5 認定審査会の議決

認定審査会（合議体を置く場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健・医療・福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。

審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得るよう努める。その上で、認定審査会の議事は、会長（合議体にあつては合議体の長をいう。以下同じ。）を含む出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

6 審査及び判定

認定審査会は、審査対象者について、認定調査票のうち「基本調査」及び「特記事項」並びに「主治医意見書」に記載された主治医の意見に基づき、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成 11 年厚生省令第 58 号）」による要支援認定基準及び要介護認定基準（以下「認定基準」という。）に照らして、

- ・要介護状態、又は要介護状態となるおそれがある状態（以下「要支援状態」という。）に該当すること

- ・要介護状態である場合にはその介護の必要の程度に応じて要介護認定基準で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）

について、審査及び判定を行う。

さらに、特に必要がある場合については、

- ・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項

(別紙)

○「介護認定審査会の運営について」(平成15年老発第0324001号)新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改正前	改正後
(別添) 介護認定審査会運営要綱 1 (略) 2 認定審査会の委員の構成 1) (略) 2) 合議体の設置 合議体についても、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。 特定の分野の委員の確保が困難な場合にあつては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。 認定審査会に設置する合議体は、一定期間中は固定した構成とすることとするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員をおいた上で、概ね三月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。なお委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。	(別添) 介護認定審査会運営要綱 1 (略) 2 認定審査会の委員の構成 1) (略) 2) 合議体の設置 合議体についても、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。 <u>合議体の委員の定数については、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、少なくとも3人を下回って定めることはできない。</u> <u>・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合</u> <u>・委員の確保が著しく困難な場合</u> 特定の分野の委員の確保が困難な場合にあつては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。 認定審査会に設置する合議体は、一定期間中は固定した構成とすることとするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員をおいた上で、概ね三月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。なお委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではない。

3～6 (略)

7 認定審査会開催の手順

1)～2)

3) 認定審査会が付する意見

認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。

(1) 認定の有効期間を定める場合の留意事項

認定審査会が認定の有効期間について意見を述べる場合は、「現在の状況がどの程度継続するか」との観点から以下の考え方を基本に認定の有効期間についての検討を行う。

[認定の有効期間を短縮する場合]

- ・発症早期であって、身体上または精神上の障害の程度が6か月以内において変動しやすい状態にあると考えられる場合
- ・施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

[認定の有効期間を延長する場合]

- ・身体上または精神上の障害の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合

- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

(2) (略)

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではない。

3～6 (略)

7 認定審査会開催の手順

1)～2) (略)

3) 認定審査会が付する意見

認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。

(1) 認定の有効期間を定める場合の留意事項

認定審査会が認定の有効期間について意見を述べる場合は、「現在の状況がどの程度継続するか」との観点から以下の考え方を基本に認定の有効期間についての検討を行う。

[認定の有効期間を原則より短く定める場合]

- ・発症早期であって、身体上または精神上の障害の程度が6か月以内において変動しやすい状態にあると考えられる場合
- ・施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

[認定の有効期間を原則より長く定める場合]

- ・身体上または精神上の障害の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合 (重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する)
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

(2) (略)

4) 審査及び判定に当たっての留意事項

(1)～(2) (略)

(3) 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について

審査判定にあたって、必要に応じて、審査対象者及びその家族、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができる。

認定審査会は、第三者に対して原則非公開とする。

(4) 記録の保存について

審査判定に用いた記録の保存方法等については、必要に応じて各市町村ごとにその取り扱いを定める。

(5) 国への報告について

別途設置する認定支援ネットワークシステムを用いて、審査判定があった日の翌月の10日までに別途定める事項を国に報告する。

4) 審査及び判定に当たっての留意事項

(1)～(2) (略)

(3) 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について

審査判定にあたって、必要に応じて、審査対象者及びその家族、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができる。

(4) 認定審査会の公開について

認定審査会は、第三者に対して原則非公開とする。

(5) 記録の保存について

審査判定に用いた記録の保存方法等については、必要に応じて各市町村ごとにその取り扱いを定める。

(6) 国への報告について

別途設置する認定支援ネットワークシステムを用いて、審査判定があった日の翌月の10日までに別途定める事項を国に報告する。

福岡医発第884号(保)

平成16年 8月20日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹 嶋 康 弘

施設基準について

最近、個人から法人に変更した場合に有床診療所入院基本料、理学療法等の施設基準について変更届が必要であるにもかかわらず、変更届をしていない、基準を満たさなくなり施設基準の変更届或いは辞退届が必要であるにもかかわらず、変更届或いは辞退届けをしていない、有床診療所療養病床を新設或いは増床した際に保健所のみ届出して、福岡社会保険事務局に届出していない等の事例が散見しております。

このような事例が保険者等に発見された場合には、基準を満たさなくなった時点まで遡り返還を求められ、多額の返還ということにもなりかねません。承認制であったもののほとんどが平成6年に届出制となり、許認可の緩和がなされましたが、その分、自主管理が求められるようになり、違反時のペナルティーも厳しいものとなっています。

つきましては、届出している施設基準について誤りがないかのご確認を院長先生にさせていただくとともに、このようなことがないように今後ともご注意いただきますよう貴会会員へ周知・徹底方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 届出している施設基準が分からない場合には、福岡社会保険事務局保険課医療係 (TEL 092-415-3689) へご確認をお願いいたします。
- 2) 届出すべき施設基準については、別紙のとおり診療報酬点数表の解釈(平成16年4月版)の850頁～851頁、1043頁～1046頁に掲載してあります。

- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成14年厚生労働省告示第99号）第三に規定する基準に違反したことがある保険医療機関である場合。
- (3) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法（平成16年厚生労働省告示第52号）に該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日保発第117号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

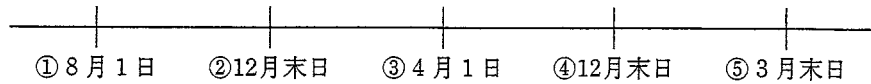
紹介患者加算1	(紹介1) 第	号
紹介患者加算2	(紹介2) 第	号
紹介患者加算3	(紹介3) 第	号
紹介患者加算4	(紹介4) 第	号
紹介患者加算5	(紹介5) 第	号
病院歯科初診料1	(病歯1) 第	号
病院歯科初診料2	(病歯2) 第	号
かかりつけ歯科医初診料	(か歯) 第	号
一般病棟入院基本料	(一般入院) 第	号
療養病棟入院基本料	(療養入院) 第	号
結核病棟入院基本料	(結核入院) 第	号
精神病棟入院基本料	(精神入院) 第	号
特定機能病院入院基本料	(特定入院) 第	号
専門病院入院基本料	(専門入院) 第	号
障害者施設等入院基本料	(障害入院) 第	号
有床診療所入院基本料	(診入院) 第	号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第	号
褥瘡患者管理加算	(褥) 第	号
入院時医学管理加算	(入時加算) 第	号
紹介外来加算	(紹介外来) 第	号
紹介外来特別加算	(紹介特別) 第	号
急性期入院加算	(急性入院) 第	号
急性期特定入院加算	(急性特定) 第	号
地域医療支援病院入院診療加算2	(地域支援) 第	号
臨床研修病院入院診療加算	(臨床研修) 第	号
診療録管理体制加算	(診療録) 第	号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第	号
新生児入院医療管理加算	(新入) 第	号
看護配置加算	(看配) 第	号
看護補助加算	(看補) 第	号
夜間勤務等看護加算	(夜勤看) 第	号
特別看護加算	(特看) 第	号
特別看護補助加算	(特看補) 第	号

療養環境加算	(療)第	号
重症者等療養環境特別加算	(重)第	号
療養病棟療養環境加算 1	(療養1)第	号
療養病棟療養環境加算 2	(療養2)第	号
療養病棟療養環境加算 3	(療養3)第	号
診療所療養病床療養環境 1	(診療養1)第	号
診療所療養病床療養環境 2	(診療養2)第	号
重症皮膚潰瘍管理加算	(重皮潰)第	号
緩和ケア診療加算	(緩診)第	号
精神科応急入院施設管理加算	(精応)第	号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学)第	号
児童・思春期精神科入院医療管理加算	(児春)第	号
救命救急入院料	(救)第	号
特定集中治療室管理料	(集)第	号
ハイケアユニット入院医療管理料	(ハイケア)第	号
新生児特定集中治療室管理料	(新)第	号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周)第	号
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	(熱)第	号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類)第	号
特殊疾患入院医療管理料	(特入)第	号
小児入院医療管理料 1	(小入1)第	号
小児入院医療管理料 2	(小入2)第	号
小児入院医療管理料 3	(小入3)第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料	(回)第	号
亜急性期入院医療管理料	(亜)第	号
特殊疾患療養病棟入院料 1	(特療1)第	号
特殊疾患療養病棟入院料 2	(特療2)第	号
緩和ケア病棟入院料	(緩)第	号
精神科救急入院料	(精救)第	号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急1)第	号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急2)第	号
精神療養病棟入院料 1	(精療1)第	号
精神療養病棟入院料 2	(精療2)第	号
老人一般病棟入院医療管理料	(老入管)第	号
老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1	(老痴治1)第	号
老人性痴呆疾患治療病棟入院料 2	(老痴治2)第	号
老人性痴呆疾患療養病棟入院料	(老痴療)第	号
診療所老人医療管理料	(診老管)第	号
短期滞在手術基本料 1	(短手1)第	号
短期滞在手術基本料 2	(短手2)第	号

7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成16年4月16日までに届出書の提出があり、同月30日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

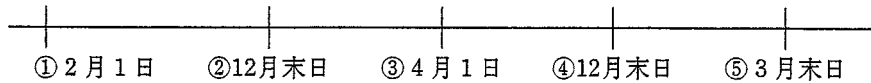
8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成14年3月厚生労働省告示第99号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
- (3) 地方社会保険事務局長又は都道府県知事に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法（平成16年厚生労働省告示第52号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日保発第117号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

小児科外来診療料	(小外) 第	号
手術前医学管理料	(手) 第	号
高度難聴指導管理料	(高) 第	号
地域連携小児夜間・休日診療料	(小夜) 第	号
開放型病院共同指導料	(開) 第	号
薬剤管理指導料	(薬) 第	号
病院歯科感染予防対策管理料	(感予) 第	号
病院歯科共同治療管理料（Ⅰ）	(歯共) 第	号
歯科治療総合医療管理料	(歯総医) 第	号
在宅時医学管理料	(在管) 第	号
在宅末期医療総合診療料	(在総) 第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第	号
寝たきり老人在宅総合診療	(在総診) 第	号

緊急時入院体制加算	(在総緊)第	号
24時間連携体制加算(Ⅰ)	(在総24Ⅰ)第	号
24時間連携体制加算(Ⅱ)	(在総24Ⅱ)第	号
24時間連携体制加算(Ⅲ)	(在総24Ⅲ)第	号
血液細胞核酸増幅同定検査	(血)第	号
検体検査管理加算(Ⅰ)	(検Ⅰ)第	号
検体検査管理加算(Ⅱ)	(検Ⅱ)第	号
テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査	(テ)第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内)第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長)第	号
補聴器適合検査	(補聴)第	号
光トポグラフィー	(光ト)第	号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(神磁)第	号
神経磁気診断	(神磁診)第	号
歯周疾患継続治療診断料	(継診断)第	号
歯科口腔継続管理治療診断料	(歯継続治)第	号
画像診断管理加算1	(画1)第	号
画像診断管理加算2	(画2)第	号
画像診断管理加算(歯科)	(画歯)第	号
遠隔画像診断	(遠画)第	号
ポジトロン断層撮影	(ポジ)第	号
特殊CT撮影及び特殊MRI撮影	(特)第	号
無菌製剤処理加算	(菌)第	号
外来化学療法加算	(外化)第	号
心疾患リハビリテーション	(心)第	号
総合リハビリテーション施設(理学療法(Ⅰ)又は作業療法(Ⅰ))	(り総)第	号
総合リハビリテーション施設(老人理学療法(Ⅰ)又は老人作業療法(Ⅰ))	(老り総)第	号
理学療法(Ⅱ)	(理Ⅱ)第	号
老人理学療法(Ⅱ)	(老理Ⅱ)第	号
理学療法(Ⅲ)	(理Ⅲ)第	号
老人理学療法(Ⅲ)	(老理Ⅲ)第	号
作業療法(Ⅱ)	(作Ⅱ)第	号
老人作業療法(Ⅱ)	(老作Ⅱ)第	号
言語聴覚療法(Ⅰ)	(言聴Ⅰ)第	号
言語聴覚療法(Ⅱ)	(言聴Ⅱ)第	号
言語聴覚療法(Ⅲ)	(言聴Ⅲ)第	号
難病患者リハビリテーション	(難)第	号
精神科作業療法	(精)第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大)第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小)第	号
精神科ナイト・ケア	(ナ)第	号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ)第	号
重度痴呆患者デイ・ケア(Ⅰ)	(痴デⅠ)第	号
重度痴呆患者デイ・ケア(Ⅱ)	(痴デⅡ)第	号
重度痴呆患者入院治療	(重痴治)第	号
医療保護入院等診療料	(医療保護)第	号
エタノールの局所注入(甲状腺)	(エタ甲)第	号
エタノールの局所注入(副甲状腺)	(エタ副甲)第	号

脳刺激装置植込術，頭蓋内電極植込術又は脳刺激装置交換術	(脳刺)第	号
脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術	(脊刺)第	号
人工内耳埋込術	(人)第	号
両室ペースメーカー移植術	(両ペ)第	号
埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	(除)第	号
補助人工心臓	(補心)第	号
植込み型補助人工心臓	(植補心)第	号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎)第	号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆)第	号
人工脾臓	(脾)第	号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中)第	号
経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）	(経高)第	号
生体部分肝移植術	(生)第	号
ペースメーカー移植術，ペースメーカー交換術（電池交換を含む。）	(ペ)第	号
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	(大)第	号
頭蓋内腫瘍摘出術等	(1ア)第	号
黄斑下手術等	(1イ)第	号
鼓室形成手術等	(1ウ)第	号
肺悪性腫瘍手術等	(1エ)第	号
経皮的カテーテル心筋焼灼術	(1オ)第	号
靱帯断裂形成手術等	(2ア)第	号
水頭症手術等	(2イ)第	号
鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	(2ウ)第	号
尿道形成手術等	(2エ)第	号
角膜移植術	(2オ)第	号
肝切除術等	(2カ)第	号
子宮附属器悪性腫瘍手術等	(2キ)第	号
上顎骨形成術等	(3ア)第	号
上顎骨悪性腫瘍手術等	(3イ)第	号
バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	(3ウ)第	号
母指化手術等	(3エ)第	号
内反足手術等	(3オ)第	号
食道切除再建術等	(3カ)第	号
同種腎移植術等	(3キ)第	号
人工関節置換術	(人関)第	号
乳児外科対象手術	(乳外)第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（電池交換を含む。）	(ペース)第	号
冠動脈及び大動脈バイパス移植術並びに体外循環を要する手術	(冠動)第	号
経皮的冠動脈形成術，経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術	(経形)第	号
麻酔管理料	(麻管)第	号
放射線治療専任加算	(放専)第	号
高エネルギー放射線療法	(高放)第	号
直線加速器による定位放射線治療	(直定)第	号
補綴物維持管理料	(補維)第	号
顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	(矯)第	号
基準調剤	(調)第	号

一人医師医療法人認可後の手続きチェックリスト(案)

関係団体	チェック	項 目	提出日
保健所 (保健福祉環境事務所)	☐	診療所開設許可申請書	/
	☐	診療所使用許可申請書	/
	☐	個人診療所廃止届	/
	☐	法人診療所開設届	/
	☐	結核予防法指定医療機関辞退届	/
	☐	結核予防法医療機関指定申請書	/
	☐	原爆被爆者一般疾病医療機関変更届	/
	☐	麻薬施用者免許証記載事項変更届	/
	☐	残余麻薬届	/
	☐	残余麻薬譲渡届	/
	☐	麻薬管理者業務(研究)廃止届	/
	☐	麻薬管理者免許申請書	/
	☐	救急診療所に関する新規申出書	/
	☐	診療用エックス線装置廃止届	/
	☐	診療用エックス線装置備付届	/
福祉事務所	☐	生活保護法指定医療機関廃止届書	/
	☐	生活保護法による医療機関指定申請書	/
福岡社会保険事務局	☐	保険医療機関指定(承認)申請書	/
	☐	保険医療機関廃止届	/
	☐	施設基準	/
	☐	入院時食事療法費	/
	☐	特定療養費	/
社会保険事務所	☐	健康保険・厚生年金保険適用事業所所在地・名称変更届	/
	☐	健康保険厚生年金保険(新規)適用事業所概況書	/
	☐	健康保険・厚生年金保険新規適用届	/
	☐	健康保険厚生年金保険被保険者資格取得届	/
	☐	健康保険被保険者適用除外承認申請書	/
福岡労働局	☐	労災指定病院等登録(変更)報告書	/
労働基準監督署	☐	労働保険名称・所在地変更届	/
	☐	労働保険関係成立届	/
	☐	労働保険概算保険料申告書	/
税務署	☐	個人事業廃業届	/
	☐	法人設立届出書	/
	☐	青色申告の承認申請書	/
	☐	たな卸資産の評価方法の届出書	/
	☐	所得税の青色申告の取りやめ届出書	/
	☐	減価償却資産の償却方法の届出書	/
	☐	給与支払事務所等の開設届出書	/
	☐	源泉所得税の納期の特例の承認に関する申請書	/
県税事務所	☐	法人設立等届出書	/
市区町村	☐	法人等の設立申告書	/
公共職業安定所	☐	雇用保険事業主事業所各種変更届	/
	☐	労働保険関係成立届	/
	☐	雇用保険適用事業所設置届	/

福岡県医師会の地域医療支援病院承認に関する見解

1. はじめに

地域医療支援病院は、第三次医療法の改正により（資料①）、1998年に制度化され、現在迄全国70病院が承認されている。設立の目的は地域医療、特にかかりつけ医支援、病診連携推進にある。その承認については、医療法上の要件があり、都道府県知事が承認、あらかじめ諮問機関である都道府県医療審議会を開催し意見を具申することとなっている（資料②）。このことは、事実上、承認に当たって医師会の意向が重視されることとなる。また、承認の対価として診療報酬上の加算があり、当該病院にとって経営上の利点も存在する（資料③）。

福岡県は、平成14年度の県医療計画においても、医療に関する施設の相互機能分担及び連携の中で、プライマリーケアを担うかかりつけ医の支援と普及定着を述べており、その一環として、地域医療支援病院の整備推進を図るとしている。現在までのところ、県下では、甘木朝倉、宗像、糸島の各医師会病院と独立行政法人九州医療センターの4病院がその承認を受けている。

しかしながら、制度化して5年経過した現在、当初厚生労働省が目論んだほどの手挙げがなく、さらに承認の高い障壁になっていた紹介率の緩和が逆紹介率の導入と相まって検討されていたが、本年7月、開設主体の追加、紹介率の見直しが厚生労働省より正式に通知された。この結果、今後各地で申請する病院の増加、場合によっては同じ地域で重複の立候補等、かえって地域医療に混乱を引き起こす事態さえ予想される。（資料④）

このような状況の中で、福岡県医師会は協議の結果、今後の地域医療中核を担うであろう地域医療支援病院の承認について、県民に資する地域医療体制確立のために統一した見解を示すこととした。

「地域医療支援病院」についての福岡県医師会の見解

平成16年6月

1. 地域医療支援病院の承認に当たっては、あくまで申請のあった医療機関の関係する二次医療圏も含めた郡市医師会の決定を尊重する。

(留意点)

イ) 福岡県には、自然的、社会的特性から13の二次医療圏が設定されている。地域医療支援病院はその規模的には二次医療圏に関係すると考えられる。一概に二次医療圏といっても、人口150万の大都市医療圏から、10万余の過疎医療圏まで地域特性は様々である。それに従い地域医療の在り方も異なっており当然である。例えば、大都市圏には複数の地域医療支援病院の設置が可能であろうが、地区割りにするか、専門性や特殊性を承認の基準として認めていくか、事前にある程度の方向性が必要であろう。また、過疎地域においては、ブロック単位の構想も必要であろう。

いずれにしても、地域医療支援病院の承認に当たっては、それぞれの地域医師会がその地域特性にあった地域医療支援病院の将来像を事前に検討し、ただ単に承認の要件を満たしているか否かではなく、その目標にかなった施設であるか否かをより判断の基準とすることが大切である。場合によっては承認される地域医療支援病院の診療内容の具体的なあり方についても意見を具申する必要があると思われる。

ロ) 地域医療支援病院は、当初の目的より、地域の医師会病院が多く承認を受けてきた。しかし、昨今は官公立の進出が目につくようになっており、また、承認要件の緩和より、今後はその傾向が顕著になることが予想されている。勿論、地域の官公立病院が、現にかかりつけ医支援など地域医療の中核となっているところは問題はないが、多くの赤字経営の官公立病院が承認後の経営安定、公的補助金減少の目的で地域医療支援病院に手挙げをし、結果的に地域民間病院の経営圧迫の危惧が叫ばれているのも事実である。半公的病院も含めて公的補助を受けている病院の承認の取り扱いには充分考慮すべきであろう。

ハ) 現在、地域医療支援病院として承認をうけている4病院について、当初目的のような活動基準が維持・継続されているかどうか、地域医療連携上の問題点は何かなどの検証を今後十分に行い、新規申請のあるところの活動目標を地域医師会として整備し、事前に提示することが望まれる。

2. 当該地域医療支援病院の地域医療支援委員会への地域医師会の参加と地域医療連携の問題解決

(留意点)

地域医療支援病院は、地域医療支援委員会の設置が義務付けられる。地域医療にとっては地域医療支援病院の承認もさることながら、その後の当該病院の地域医療に対する役割の検証も重要な問題である。

過去承認されている地域医療支援病院の紹介率の推移はいまのところ公表されておらず、今後問題になる逆紹介率の動き、医療機関の施設、設備の共同利用の状況なども含め、部外者も参加できる当該病院の地域医療支援委員会へ地域医師会が参加し、年度ごとの実績を把握した上で、地域医療連携の問題解決に結びつく指導を行うことが重要と思われる。

換言すれば、地域医師会機能の活性化につながり、合わせて地域住民の「安心と納得」の醸成を生み出すことにつながる実績なのかどうかの検証をふまえて、地域医療支援病院の地域的役割を具体的に定義することが必須といえる。その定義を基礎に活動実績評価が定期的に行われる体制を構築することが急務である。

3. 福岡県医師会地域医療委員会での検討

県下の地域医療支援病院に認定された施設については、その要件等が適切に履行されているか否か、地域医療支援病院の属する郡市医師会から報告を受け、毎年福岡県地域医療委員会において、前年実績について精査し検討する。

医療法

(地域医療支援病院)

第四条 国、都道府県、市町村、第四十二条第二項に規定する特別医療法人その他厚生大臣の定める者の開設する病院であつて、地域における医療の確保のために必要な支援に関する次に掲げる要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができる。

一 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。

二 救急医療を提供する能力を有すること。

三 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。

四 厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること。

五 第二十一条第一項第二号から第八号まで及び第十号から第十二号まで並びに第二十二条第一号及び第四号から第九号までに規定する施設を有すること。

六 その施設の構造設備が第二十一条第一項及び第二十二条の規定に基づく厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。

2 都道府県知事は、前項の承認をするに当たっては、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。

3 地域医療支援病院でないものは、これに地域医療支援病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならない。

(病院の法定人員及び施設の基準など)

第二十一条 病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。

一 当該病院の有する病床の種別に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師及び看護の補助その他の業務の従業者

二 各科専門の診察室

三 手術室

四 処置室

五 臨床検査施設

六 エックス線装置

七 調剤所

八 給食施設

九 診療に関する諸記録

十 診療科名中に産婦人科又は産科を有する病院にあつては、分べん室及び新生児の入浴施設

十一 療養病床を有する病院にあつては、機能訓練室

十二 その他厚生労働省令で定める施設

2 療養病床を有する診療所は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有しなければならない。

- 一 厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師及び看護の補助その他の業務の従業者
- 二 機能訓練室
- 三 その他厚生省令で定める施設

(地域医療支援病院の法定施設等)

第二十二條 地域医療支援病院は、前条第一項（第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。

- 一 集中治療室
- 二 診療に関する諸記録
- 三 病院の管理及び運営に関する諸記録
- 四 化学、細菌及び病理の検査施設
- 五 病理解剖室
- 六 研究室
- 七 講義室
- 八 図書室
- 九 その他厚生省令で定める施設

医療法施行規則

(地域医療支援病院の名称承認申請)

第六條 法第四条第1項の規定による地域医療支援病院と称することに

ついての承認を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を、病院所在地の都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 開設者の住所及び氏名（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
 - 二 名称
 - 三 所在の場所
 - 四 病床数
 - 五 法第二十二条第一号及び第四号から第八号までに掲げる施設及び第二十二条に掲げる施設の構造設備
- 2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。
- 一 他の病院又は診療所から紹介された患者（以下「紹介患者」という。）に対し医療を提供する体制が整備されていることを証する書類
 - 二 当該病院において、共同利用（病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させることをいう。以下同じ。）のための体制が整備されていることを証する書類
 - 三 救急医療を提供する能力を有することを証する書類
 - 四 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することを証する書類

- 五 診療に関する諸記録の管理方法に関する書類
- 六 病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類
- 七 診療に関する諸記録の閲覧方法に関する書類
- 八 病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類
- 九 第九条の一九第一項に規定する委員会の委員の就任承諾書及び履歴書

(地域医療支援病院の有すべき施設の数)

第六条の二 法第四条第1項に規定する厚生労働省令で定める数は二百とする。
ただし、都道府県知事が、地域における医療の確保のために必要であると認めたときは、この限りでない。

(地域医療支援病院の施設及び記録)

第二十一条の五 法第二十二条第一号から第八号までの規定による施設及び記録は、次のとおりとする。

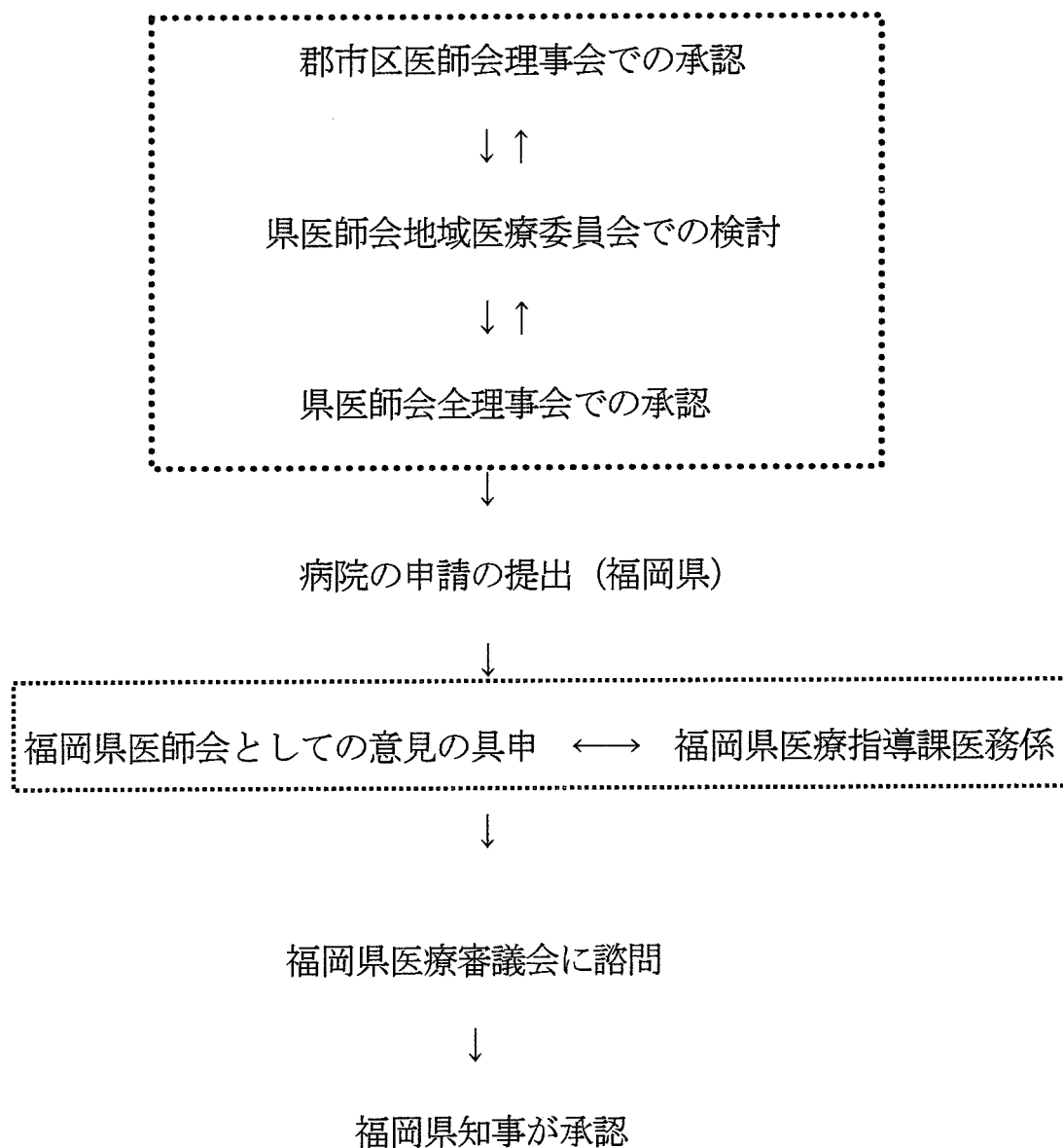
- 一 集中治療室、化学、細菌及び病理の検査施設並びに病理解剖室は、当該病院の実情に応じて適当な構造設備を有していなければならない。
- 二 診療に関する諸記録は、過去二年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状及び退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約とする。
- 三 病院の管理及び運営に関する諸記録は、共同利用の実績、救急医療の提供の実績、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績、閲覧実績並びに紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績を明らかにする帳簿とする。

(地域医療支援病院の有すべき施設)

第二十二条 法第二十二条第九号の規定による施設は、救急用又は患者輸送用自動車及び医薬品情報管理室(医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行うための室をいう。第二十二条の四において同じ。)とする。

地域医療支援病院承認決定のプロセス

(※ 承認の許認可は、福岡県知事にある)



※ 福岡県医療審議会自体は、各委員の意見を聞く場であり、最終の決定権は福岡県知事にある。

※ 承認後・・・福岡県医療指導課、要件が履行されているかの確認

診療報酬上の規定

○地域医療支援病院特有の診療報酬上の主な規定

(1) 地域医療支援病院入院診療加算 (入院初日に限り、入院基本料に加算)

- ・ 地域医療支援病院入院診療加算 1 490点
- ・ 地域医療支援病院入院診療加算 2 900点 (紹介患者加算 1 の施設基準を満たしていること)

(2) 紹介患者加算 (文書による紹介により来院した患者について、初診を行った場合に初診料に加算)

- ・ 紹介患者加算 1 400点 (地域医療支援病院又は特定機能病院であって紹介率80%以上)
- ・ 紹介患者加算 2 300点 (地域医療支援病院又は特定機能病院であって紹介率60%以上)

○地域医療支援病院の広告が可能

●患者様側からみると、患者負担3割が他の病院にかかるより高い。

【改正の概要】

(1) 開設主体の追加（告示改正関係）

平成16年厚生労働省告示第226号（厚生労働大臣の定める地域医療支援病院の開設者を定める件の一部を改正する件）が平成16年5月18日に公布され同日適用されたことにより、地域医療支援病院の開設者として、次のものを加えたこと。

ア 社会福祉法（昭和46年法律第45号）第22条に規定する社会福祉法人

イ 独立行政法人 労働者健康福祉機構

ウ 次に掲げる要件のいずれにも該当し、地域における医療の確保のために必要な支援の実施に相当の実績を有している病院を開設する者

(ア) 平成5年7月28日健医発第825号厚生省保健医療局長通知「エイズ治療の拠点病院の整備について」によるエイズ治療の拠点病院、又は平成13年8月30日健発第865号厚生労働省健康局長通知「地域がん診療拠点病院の整備について」による地域がん診療拠点病院であること。

(イ) 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の指定、又は同法第86条第1項第1号の承認を受けていること。

(2) 紹介率の見直し等（通知改正関係）

ア 承認要件である「紹介外来制を原則としている」とは、これまで、紹介率が80%を上回っていること（紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む）を求める趣旨であるとしてきたが、このほか、次のいずれかを満たしている場合にも「紹介外来制を原則としている」ものとして取り扱うこと。

(ア) 紹介率が60%を上回り、かつ、逆紹介率が30%を上回ること

(イ) 紹介率が40%を上回り、かつ、逆紹介率が60%を上回ること

※ 逆紹介率＝（逆紹介患者の数／初診患者の数）×100（注1）（注2）

（注1）逆紹介患者の数とは、地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者で、診療情報提供料を算定したものの前年度の数

（注2）紹介率の算定における「初診患者の数」の定義と同様

会員種別について

1. 日本医師会会費徴収規程(平成17年4月1日改正)、及び福岡県医師会会員種別(現行)

	種別	年 額	区 分
日本医師会	A①	130,000	病院・診療所の開設者、管理者及びそれに準ずる会員
	A②(B)	83,000	A①会員及びA②(C)以外の会員 (日本医師賠償責任保険加入の勤務医師)
	A②(C)	61,000	医師法に基づく研修医であって申請をした者
	B	28,000	A②会員(B)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
	C	6,000	A②会員(C)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
福岡県医師会 (現行)	A	94,000	開業している会員
	B	26,000	勤務している会員
			但し、九州大学医師会会員、福岡県庁医師会会員並びに久留米大学、 福岡大学、産業医科大学勤務のB会員はC会員会費とする。
	——	——	(臨床研修医)
	C	8,000	医育機関に無給で勤務している会員

福岡県医師臨床研修制度協議会

役 職	氏 名	役 職 名	区 分
会 長	竹 嶋 康 弘	福岡県医師会長	県医師会
委 員	長 野 政 則	九州厚生年金病院総合診療部	臨床研修病院
	酒 井 喜久雄	九州医療センター臨床教育部長（循環器科医長）	〃
	井 村 洋	飯塚病院総合診療科部長（臨床研修教育分室長）	〃
	朔 義 亮	聖マリア病院研修管理センター長	〃
	林 純	九州大学病院総合診療部教授	大学病院
	宮 原 茂	久留米大学病院臨床研修管理センター	〃
	宗 清 正 紀	福岡大学病院卒後臨床研修センター	〃
	中 島 康 秀	産業医科大学病院第2内科学教授	〃
	田 中 公 晴	北九州ブロック代表	ブロック代表
	岡 留 健一郎	福岡ブロック代表	〃
	吉 村 恭 幸	筑豊ブロック代表	〃
	津 村 直 平	筑後ブロック代表	〃
	安 井 久 喬	福岡県病院協会	病院団体代表
	原 寛	福岡県私設病院協会	〃
	富 松 愈	福岡県精神科病院協会	〃
	岡 本 浩 二	福岡県保健福祉部医監	福岡県
	佐 藤 敏 行	九州厚生局医事課長	厚生労働省九州厚生局
	横 倉 義 武	福岡県医師会副会長	県医師会
	池 田 俊 彦	〃	〃
	瀬 戸 裕 司	福岡県医師会理事	〃
	宮 崎 良 春	〃	〃

1. 教育ワークショップ概要

【趣 旨】

最近のわが国の医学教育の変化は目覚ましいものがある。新しい医学・医療の進歩と社会のニーズに対応するために、学部教育ではカリキュラムの改善、OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 基本的臨床能力試験) やクリニカルクラークシップ制が導入され、卒後教育では臨床研修が必修化されるなど、さまざまな努力が重ねられてきている。

こうした状況の中で、多くの医学部・医科大学では「家庭医実習」がカリキュラムに組み入れられ、医学生が地域の診療所で臨床実習を行う機会がふえてきている。また、2004年からの臨床研修必修化ではプライマリケア重視の方針が明確に打ち出され、地域医療研修が行われる。その結果、診療所医師による研修医の指導が求められることになる。

こうしたことから、医学生や研修医の教育に携わる会員は指導医としての教育能力を身につけることが必要である。

そのため医学生・研修医を指導する会員のためにワークショップ（指導医のための教育ワークショップ）を開催し、指導医としての教育能力を培うことを目的とする。

【課 題】

「カリキュラムプランニング」とする。教育目標の設定、教育方法の立案および評価法の策定は教育原理として重要であり、これを本ワークショップの基本課題とする。

【日 時】 平成16年 1 月10日(土)10:00～ 1 月11日(日)16:30

【場 所】 玄海ロイヤルホテル
〒811-3514 宗像市大字田野1303 TEL 0940-62-4111

【方 法】 1泊2日の合宿形式によるワークショップ

【対 象】 福岡県医師会員並びにその他都道府県医師会会員（40名）

【参加費】 30,000円（宿泊費、食事代含む）

【参加者】 医師会推薦参加者

2. 「指導医のための教育ワークショップ」参加者名簿

No.	氏 名	ふりがな	医師会名	所 属	役 職	専門診療科名
1	久 留 哲 夫	ひさどめ てつお	北九州市	小文字病院	副院長・診療部長	外科
2	白 井 伸 一	しらい しんいち	北九州市	社会保険 小倉記念病院	部長	循環器科
3	白 水 明 代	しろみず あきよ	北九州市	小倉第一病院	副院長	内科
4	坂 田 久 信	さかた ひさのぶ	北九州市	新日鐵八幡記念病院	部長	外科
5	鶴 田 宏	つるた ひろし	北九州市	新日鐵八幡記念病院	部長	腎センター
6	酒 井 賢一郎	さかい けんいちろう	北九州市	九州厚生年金病院	医長	総合診療部
7	宗 宏 伸	そう ひろのぶ	北九州市	戸畑共立病院	理事・医局長	外科
8	鳥 巢 要 道	とりす もとみち	遠賀中間	中間市立病院	院長・遠賀中間医師会副会長	外科
9	江 頭 啓 介	えがしら けいすけ	福岡市	さくら病院	院長・福岡市医師会理事	内科
10	斎 藤 純	さいとう あつし	福岡市	福岡記念病院	外科医	外科
11	長 尾 哲 彦	ながお てつひこ	福岡市	今津赤十字病院	副院長	内科・老年科
12	上 田 伸	うえだ しん	福岡市	福岡輝栄会病院	脳神経外科センター長	脳神経外科
13	安 藤 公 英	あんどう こうえい	福岡市	西福岡病院	専務理事・副院長	呼吸器外科
14	村 松 和 彦	むらまつ かずひこ	筑 紫	福岡徳洲会病院	教育研究部長・小児科部長	小児科
15	安 藤 真 一	あんどう しんいち	筑 紫	福岡県済生会二日市病院	部長	循環器科
16	山 田 賢 典	やまだ けんすけ	糸 島	糸島医師会病院	院長	内科
17	津 留 英 智	つる えいち	宗 像	宗像水光会総合病院	副院長・部長	脳神経外科
18	保 利 敬	ほり けい	宗 像	宗像医師会病院	部長	腎臓内科
19	田 中 裕 穂	たなか たかほ	田 川	社会保険田川病院	副院長	外科
20	松 島 道 人	まつしま みちひと	八女筑後	筑水会病院	院長	内科・診療内科・ 精神科・神経科
21	小 野 典 之	おの のりゆき	八女筑後	筑後市立病院	総括診療部長	内科
22	吉 田 正	よしだ ただし	八女筑後	筑後市立病院	副院長	外科
23	河 野 靖 生	こうの やすお	八女筑後	筑後市立病院	医長	麻酔科
24	鈴 木 稔	すずき みのる	甘木朝倉	甘木朝倉医師会病院	医長	外科
25	諫 山 照 刀	いさやま てると	浮 羽 郡	田主丸中央病院	副院長	整形外科
26	増 田 良 孝	ますだ よしたか	長 崎 県	増田整形外科医院	院長・佐世保市医師会理事	整形外科
27	増 田 憲 治	ますだ けんじ	長 崎 県	ますだ小児科内科医院	院長	小児科・内科・ アレルギー科
28	松 股 孝	まつまた たかし	大 分 県	中津市民病院	院長	外科
29	夏 田 康 則	なつだ やすのり	宮 崎 県	宮永病院	院長・宮崎県医師会常任理事	外科・消化器科
30	小 柳 宏 之	こやなぎ ひろゆき	鹿児島県	内之浦町立病院	院長	外科
31	黒 田 篤	くろだ あつし	鹿児島県	市比野記念病院	院長	内科
32	島 内 正 樹	しまうち まさき	鹿児島県	青雲病院	副院長	脳外科
33	田 畑 峯 雄	たばた みねお	鹿児島県	鹿児島市医師会病院	診療部長	外科
34	園 田 健	そのだ けん	鹿児島県	鹿児島市医師会病院	部長	神経内科
35	大 勝 洋 祐	おおかつ ようすけ	鹿児島県	大勝病院	院長・理事長	神経内科・ リハビリテーション科
36	青 崎 真一郎	あおざき しんいちろう	鹿児島県	済生会川内病院	副院長	内科
37	田 中 主 美	たなか かずみ	鹿児島県	済生会川内病院	部長	小児科
38	國 田 哲 子	くにた さとこ	広 島 県	済生会呉病院	医療部次長	内科
39	鈴 木 誠 祐	すずき せいゆう	愛 媛 県	住友別子病院	副院長	内科
40	八 島 暁 英	やしあ あきひで	愛 媛 県	石川病院	副院長・医長	外科
41	小 笹 宏	おざさ ひろし	滋 賀 県	大津赤十字病院	第二産婦人科部長	産婦人科
42	木 村 耕 平	きむら こうへい	兵 庫 県	木村眼科医院	院長・明石市医師会理事	眼科

3. プログラム

第1日 平成16年1月10日(土)

時刻	形式	所要時間	内 容	セッション担当
10:00			受付 プリテスト	
10:10	P	30分	開会 役員挨拶 タスクフォース挨拶 参加者自己紹介	
10:40	P L	20分	ワークショップとは	橋本
11:00	(65分)		GW1: 医師養成の問題点	桜井(勇)
	P L	10分	K J 法	
	G	30分	I 10分, G 20分	
	P	25分	発表・討論 (各グループ5分)	
12:05			昼 食	
13:00	P L	20分	カリキュラムとは	桜井(勇)
13:20	(3時間20分)		GW2: 学習目標	庄司
	P L	20分	学習目標とは	
	G	10分	ユニットの選択	
	G	120分	学習目標作成	
	P	50分	発表・討論 (各グループ10分)	
16:40	(2時間40分)		GW3: 学習方略	倉本
	P L	20分	学習方略とは	
	G	90分	学習方略作成	
18:30			夕 食	
19:30	(75分)		Night Session	司会 橋本
	P		ミニシンポジウム: 地域におけるプライマリケア教育	
20:45	P		第1日目の評価記入	
21:00			第1日 終了	

第2日 平成16年1月11日(日)

時刻	形式	所要時間	内 容	セッション担当
7:00		朝 食		
8:00	P L	10分	振り返り	櫻井(勇)
8:10			GW3:学習方略(続き)	倉本
	P	50分	発表・討論(各グループ10分)	
9:00		(3時間20分)	GW4:教育評価	小泉
	P L	30分	教育評価とは(I)	
	G	120分	教育評価作成	
11:30		昼 食		
12:30			GW4(続き)	小泉
	P	50分	発表・討論(各グループ10分)	
13:20	P L	30分	OSCEについて	庄司
13:50	P L	30分	教育評価とは(II)	橋本
14:20		(60分)	GW5:医師養成の問題点への対応	桜井(勇)
	P L	5分	二次元展開法	
	G	20分	問題解決作業	
	P	25分	発表・討論(各グループ5分)	
	P L	10分	抵抗と克服	
15:20	P	40分	総括 ポストテスト 参加者 30秒コメント	橋本
16:00	P	15分	閉会 役員挨拶 修了証授与 写真撮影	
16:15			第2日目の評価記入・提出 WS総合評価記入・提出 プロダクト提出	
16:30		終 了		

- I (Individual work) 個人作業
 G (Group work) グループ作業
 P L (Plenary lecture) 全体講義
 P (Plenary session) 全体討論



福岡県小児救急医療電話相談事業実施要領（案）

1 目的

夜間における小児患者を持つ保護者等からの電話相談事業を実施し、保護者等からの相談に対して、症状に応じた適切な助言を行うことより、保護者等の不安の軽減を図るとともに、患者の症状に応じた適切な医療が受けられるようにする。

2 実施主体

福岡県

3 実施方法

社団法人福岡県医師会に業務委託

4 対象者

小児患者を持つ保護者等

5 相談内容

小児の救急医療（病気、ケガ、薬、応急処置など）に関すること

6 事業システム

24時間小児科医が対応している県下4箇所の病院に専用電話を設置し、全国同一の短縮番号（#8000）若しくは専用電話番号により架電した相談に対し、当該病院の看護師及び小児科医が対応する。

なお、電話相談の地域別エリアは、別紙のとおり。

地 域	病 院 名	短縮番号（プッシュ番号対応）	専用電話番号
北九州地域	北九州市立八幡病院	# 8 0 0 0	0 1 2 3 - 3 4 - 5 6 7 8
福岡地域	福岡市こども病院		0 1 2 3 - 3 4 - 5 6 7 8
筑後地域	聖マリア病院		0 1 2 3 - 3 4 - 5 6 7 8
筑豊地域	麻生飯塚病院		0 1 2 3 - 3 4 - 5 6 7 8

7 事業開始日

平成16年10月中（未定）～

8 相談時間

毎夜間（19：00～23：00）

附則 この要領は、平成16年 月 日から適用する。

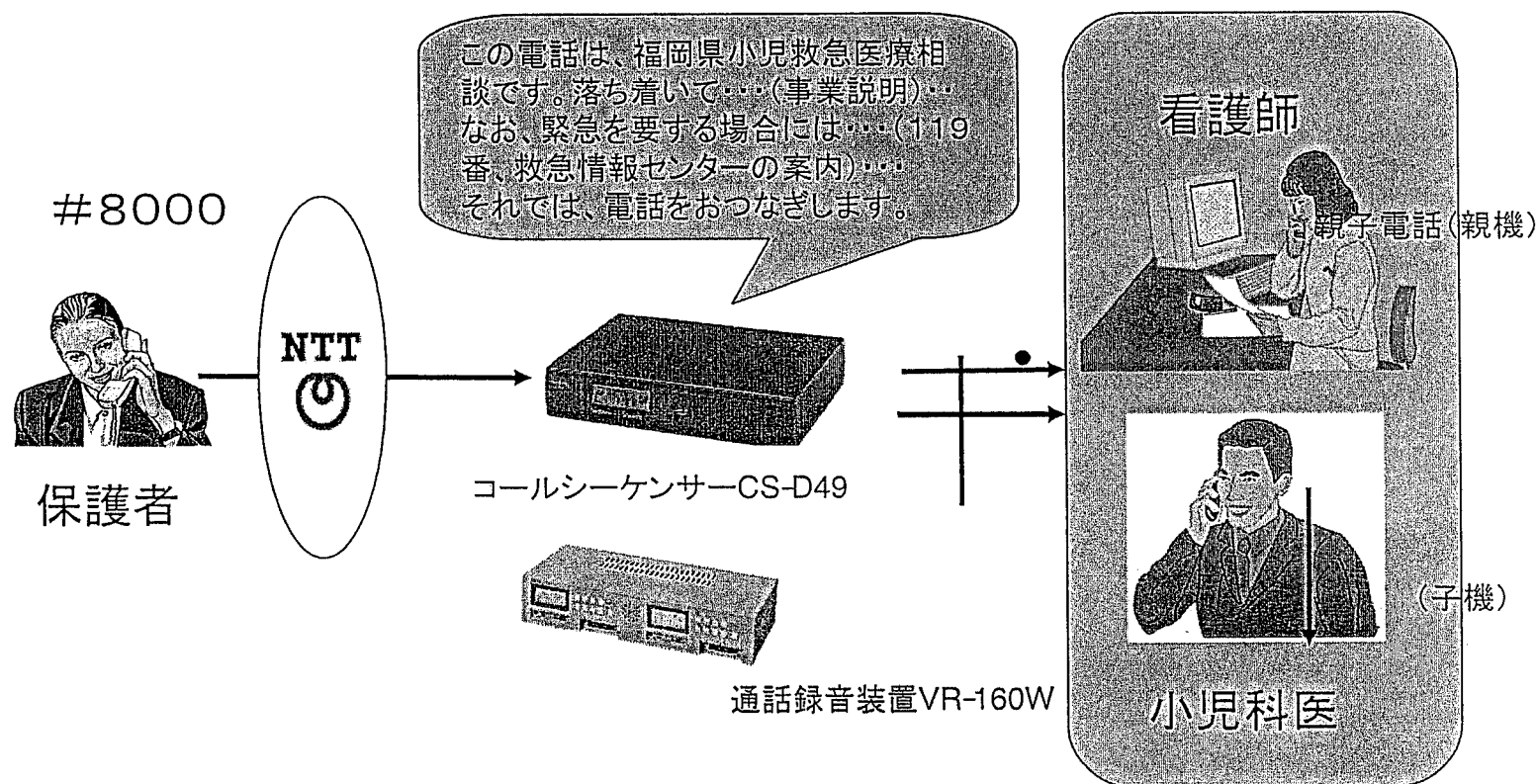
別紙

小児救急医療電話相談事業の地域別市町村

地 域	対 象 市 町 村
北九州地域	北九州市、中間市、行橋市、豊前市、芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町、苅田町、犀川町、勝山町、豊津町、椎田町、吉富町、築城町、新吉富村、大平村
福岡地域	福岡市、筑紫野市、春日市、大野城市、宗像市、太宰府市、前原市、古賀市、那珂川町、宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町、福岡町、津屋崎町、大島村、二丈町、志摩町
筑後地域	大牟田市、久留米市、柳川市、甘木市、八女市、筑後市、大川市、小郡市、杷木町、朝倉町、三輪町、夜須町、小石原村、宝珠山村、吉井町、田主丸町、浮羽町、北野町、太刀洗町、城島町、大木町、三潞町、黒木町、上陽町、立花町、広川町、矢部村、星野村、瀬高町、大和町、三橋町、山川町、高田町
筑豊地域	直方市、飯塚市、田川市、山田市、小竹町、鞍手町、宮田町、若宮町、桂川町、稲築町、碓井町、嘉穂町、筑穂町、穂波町、庄内町、潁田町、香春町、添田町、金田町、糸田町、川崎町、赤池町、方城町、大任町、赤村

2 電話相談の流れ

- ①#8000番に電話をかけると「初期案内」メッセージが流れます。
- ②メッセージ終了後、相談窓口につながります。
- ③相談窓口で医師の支援が必要なときは、親子電話(子機)を呼び出して支援医師と電話を交代します。
- ④相談時間外には、コールシーケンサを操作すると「時間外案内」メッセージが流れます。



※通話録音装置には最大140時間分(512MBメモリーカード2枚使用)の録音が可能です。

※録音したデータはメモリーカードを介してパソコンに取り込み、添付のソフトで検索・再生することができます。



平成16年 8月12日

予 防 接 種 の 広 域 化 に つ い て

福 岡 県 医 師 会
理 事 岡 田 象二郎

1 目 的

予防接種法及び結核予防法に定められた予防接種は、市町村事業として実施されています。

対象者が予防接種を受ける場合、住所地の市町村が発行した予防接種予診票等に基づき住所地の市町村と契約した医療機関または保健センター（集団）等において実施されています。

このため、かかりつけ医による個別接種が推奨されているにもかかわらず、予防接種対象者は、例えばかかりつけ医等が住所地以外の市町村にある場合や病気治療等で住所地以外の病院等に入院されている場合には、それらの医療機関では予防接種を受けることができません。

予防接種広域化は、予防接種対象者の身体状況等を日頃から把握されているかかりつけ医による予防接種を推進し被接種者が安心して接種が受けられる体制を整備することで、予防接種機会の拡大を図るために行われるものです。

2 広域化（相互乗り入れ）の根拠となる法令 . . . (資料1)

3 全国の広域化の現状 . . . (資料2)

4 広域化の仕組み

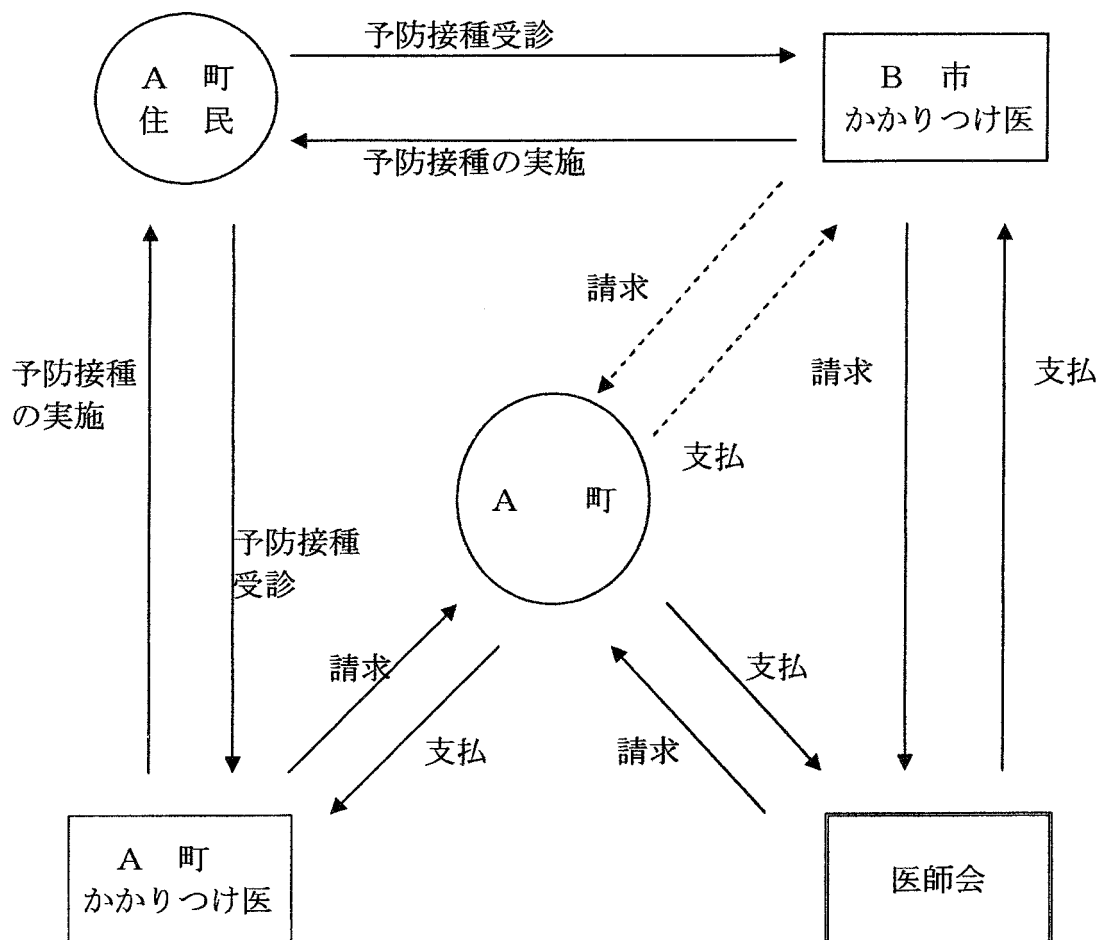
かかりつけ医での住民要望に応えるためには、市町村は、要望する医療機関と契約をすれば、住民要望に応えることができますが、住民は多様な選択肢をもっていますので、県内全ての医療機関と契約することは事務的に煩雑でした。

また、医療機関にとっては、県下96市町村との契約や請求事務の手間が発生します。

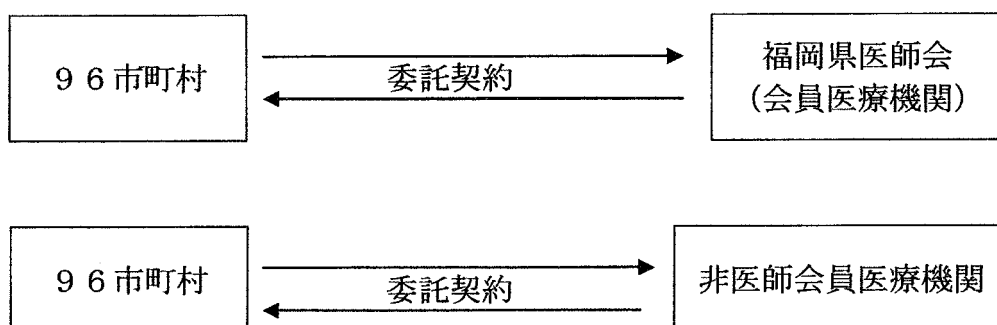
そこで、広域化実施の際の契約方法として、1つの案としては、現在すでに実施している予防接種センター事業の方法が考えられます。県が市町村長からの契約の委任を受け、福岡県医師会長と一括契約を締結します。

このことで、受託医療機関は、県下全ての市町村と契約を締結することとなりますので、県内居住の予防接種希望者に対し接種可能となります。

5 広域化予防接種の流れ フロー図（案）



6 広域化予防接種契約形態 フロー図（案）



予防接種法(平成6年10月改正)について

【はじめに】

予防接種は感染症が流行することを防ぐ(社会防衛)だけでなく、予防接種を受けた個人が感染症に罹患することを防ぐ(個人防衛)という重要な役目を担っている。これまで、予防接種は世界から天然痘(痘瘡)を根絶し、日本からポリオ(小児麻痺)を一掃するなど感染症の根絶、流行防止に大きな成果を上げてきた。

しかし、近年、生活環境の改善や衛生水準の向上、あるいは医療技術の進歩によって、重篤な感染症の発生は少なくなっている。また、稀れにはあるが、予防接種の副反応によって健康被害を被ることがあり、予防接種に関する正確な情報の提供、安全な予防接種を実施するための体制の整備、予防接種による健康被害者に対する救済措置の充実などがより強く求められるようになった。

こうした社会状況の変化を踏まえ、平成5年12月に出された公衆衛生審議会の答申に基づき、平成6年6月に予防接種法は大幅に改正されることとなり、同年10月(一部は平成7年4月1日)から新予防接種法が施行された。

【予防接種法の概要】

予防接種法は種痘、BCG等の予防接種を国が市町村長等を実施させるための法律として、昭和23年(1948年)に制定された。その後、結核の予防接種(BCG)に関する規定は結核予防法に移されたが、結核予防法における予防接種に関する規定は予防接種法に準じており、今回の予防接種法の改正と同時に結核予防法の予防接種に関する規定も改正された。

予防接種の実施主体は市町村長であり、医師は市町村長からの依頼を受けて、補助者として実際に予防接種を行うが、予防接種は国の機関委任事務として行われるので、最終的な責任は国(厚生大臣)が負うこととなっており、接種医等に故意または重大な過失がない限り、接種医を含む個々の公務員の責任が問われることはない。なお、予算的には地方交付税により賄われている。

なお、法に基づく予防接種については、定期の期間とともに、標準的な接種年齢が定められているが、この標準的な接種年齢とは、その時期に受けることが最も望ましいという意味であり、この時期を外しても定期の期間内であれば、予防接種を受けて差し支えない。ちなみに、予防接種法の対象疾病以外で、予防接種可能な疾病としては、流行性耳下腺炎

(おたふくかぜ)、A型肝炎、B型肝炎、水痘(みずぼうそう)、インフルエンザ、ワイル病、狂犬病、黄熱、肺炎球菌感染症がある。

【予防接種法改正の要点】

平成6年改正は昭和51年(1977年)以来の大改正であるが、その主たる改正点は、これまで義務接種と言われてきた接種形態を勧奨接種に改めたことにある。

従来、予防接種については、市町村に対して実施する義務、国民に対して接種を受ける義務が定められていたが、国民の義務については予防接種を受けるよう努めなければならないと改められた。既に、罰則規定については昭和51年の改正により削除されていたことから、従来も強制的な義務接種ではなく事実上の努力義務ではあったが、今回の改正により強制的な義務接種ではなく、努力義務であることが法文上も明記されることとなった。なお、市町村長の実施義務については従前どおりである。

これにより、平成6年10月以降の予防接種は、予防接種法(BCGは結核予防法)に基づき市町村長が行う勧奨接種と、医療行為の一つとして医療機関が行う任意接種の二つのみとなり、義務としての予防接種は緊急時を除き存在しなくなった。また、従来、一般臨時の接種と言われていた接種形態は無くなり、予防接種法に基づく勧奨接種は、すべて定期接種として行われる。

【公衆衛生審議会からの答申】

今回の法改正は平成5年12月になされた公衆衛生審議会の答申に基づいて行われた。この答申は平成5年3月に公衆衛生審議会に対してなされた厚生大臣からの諮問「今後の予防接種制度の在り方について」に答えるものであり、その要点は次のとおりである。

1. 今後の予防接種制度については、国民全体としての免疫水準を維持し、国全体として感染症の発生を防止するという面とともに、国民個々人の健康の保持増進を図るという面も重視するべきである。
2. 予防接種は国の行政施策として国の関与と責任の下に実施するとともに、市町村等の地方公共団体においても住民の健康の保持増進のために推進に努めるべきである。また、国は広く国民に予防接種を受ける機会を提供するべきである。
3. 今後の予防接種制度については、接種に際し予防接種を受ける個人あるいは保護者の意思を反映できる制度とする必要がある。その上で、国民は自らを感染症から守るために予防接種を受けるという認識を持ち、予防接種を受けるよう努める必要がある。そのためには、国及び地方公共団体は広報、啓発等の情報提供に努め、十分な勧奨を行う必要がある。

【改正の内容】

1. 健康被害の救済を法の目的に追加

予防接種による健康被害については、昭和 52 年の法改正より、これまでも予防接種法に基づく救済が行われてきたが、予防接種法は市町村長が行う予防接種の種類、時期、方法等の実施事務を規定する法律であるとの観点から、法律の目的には救済に関する文言は盛り込まれていなかった。しかし、予防接種による健康被害の救済は、今後とも予防接種を実施していく上で必要不可欠なものであることから、予防接種による健康被害の救済は国の責務として実施されるべきであるとの観点に立ち、「予防接種による健康被害の迅速な救済を図る」ことを法律の目的として追加することとなった。

2. 健康被害救済措置の充実

保健福祉相談員による定期的な訪問など予防接種健康被害者に対する保健福祉事業の推進を図るとともに、介護加算の創設、障害年金等の増額により、健康被害者に対する救済給付費の給付水準を大幅に改善した。

3. 対象疾病、対象者の変更

感染症の流行状況、感染時の重症度、予防接種以外の有効な予防方法の有無、効果的な治療方法の有無等の事情を個別に検討し、現在、予防接種法の対象とされている疾病のうちから、痘瘡(天然痘)、コレラ、インフルエンザ、ワイル病の4つを削除することとなった。また、三種混合ワクチンとして、予防接種が広く実施されている破傷風を予防接種法の対象疾病に追加するとともに、従来、中学女子のみであった風疹を乳幼児男女を対象とするよう改めるなど、各対象疾病の予防接種対象者も併せて見直された。

4. 被接種者の責務の緩和

予防接種については、いかに注意を払おうとも健康被害が生じるおそれがあるという特殊性を有することから、国民に義務を課して実施するのではなく、国民の理解と協力を求めて自覚を促すことによって、自ら進んで予防接種を受けようとの意思を国民各自が持つことが望ましいと考えられる。今回の改正においては、このような考え方に基づき、予防接種に関する被接種者の義務規定を、予防接種を「受けなければならない」から予防接種を「受けるよう努めなければならない」に緩和した。

5. 安全かつ有効な予防接種を実施するための措置

予防接種の効果や意義、予防接種を受けるときの注意などの正確で分かりやすい情報を国民に提供し、予防接種に関する知識の普及を図るとともに、安全な予防接種を

推進するために接種医等の予防接種従事者に対する研修を行う。さらに、予防接種による健康被害に関する情報を詳しく集め、発生状況、原因等に関する調査を実施するとともに、ワクチンの改良や安全な実施方法についての研究を充実させる。

6. 予診規定の格上げ

従来、政令として規定されていた予診、問診に関する規定を法律の規定に格上げし、その重要性を強調することとなった。また、十分な予診、問診が行えるように、なお一層、個別接種を推進するとともに、医師が少ない等の止むを得ない理由により、1カ所に人々が集まって接種を受ける、いわゆる集団接種を行う場合にも医師による問診の時間を十分にとることとした。

7. 個別接種の推進

予防接種は、被接種者に感染症に対する免疫を獲得させるだけでなく、時に発熱、発赤・腫張、発疹等の副反応を生じさせることがあるだけでなく、ごく稀に死亡、重度の精神障害等の重篤な副作用が生じることがある。これまでも、こうした予防接種によって生じる副反応または副作用の発生をできるだけ少なくするために、被接種者の健康状態を普段から把握している、かかりつけの医師のところで、個人の健康状態について良く相談した上で予防接種を行う「個別接種」を推進してきたが、今後は「個別接種」をより積極的に推進する。

【最後に】

今回の法改正により義務としての予防接種は緊急時を除き存在しなくなる。国は今後とも安全で有効な予防接種の実施と必要な情報の提供に努めるが、予防接種を受けるか否かの判断は国民各自に大きく委ねられることとなる。

近年、予防接種の効果について疑問視する声とともに、我が国における患者発生数が減少したことから予防接種の必要性そのものについても疑問視する声が生じているが、国際的な視野から見れば、WHO（世界保健機構）が世界的な規模で予防接種の普及に尽力していることから分かるように、感染症対策としての予防接種の重要性は変わらない。今後とも感染症の予防のために、医療関係者をはじめ国民各自の理解と協力を切に願う。

なお、国が予防接種の実施体制について最終的な責任を負うこと及び、予防接種によって生じた健康被害の救済について実施者である市町村と共に誠意と責任を持って対応することについては従前と何ら変わりのないことを念のため書き添える。

全国の予防接種広域化の状況

資料 2

		1. 広域化	2 3-1料金	3-2期間	3-3種類	3-4集団	3-5依頼書	3-6契約	3-7請求	3-8予診表	3-9色	3-10購入	
北海道	15	予定無し			出来ない		必要	地区医と市	医から市	予定なし		各医	
青森県	15	予定無し			麻三風日		必要	各医と市	医から市	予定なし		各医	
岩手県	15	H. 11. 4		接種地	接種地	全(イ以外)	必要	県医と県	医から市	予定なし	—	各医(一部市)	
秋田県	15	予定(時期未定)	一部	統一	接種地	麻三二風日	必要	地区医と市	医から市	統一	—	各医	
山形県	15	予定無し		接種地	不明		事前確認	地区医と市	医から市	予定なし	—	各医	
宮城県	15	予定無し						各医と市	地区医師会	予定なし		各医	
福島県	15	予定無し											
茨城県	15	予定(時期未定)		不明	不明	麻三風日イ	不明	県医と市	医から市	不明	—	不明	
栃木県	15	予定無し	医師会		麻三風日		なし	地区医と市	医から市	統一？	—	各医	
群馬県	15	H. 15. 6		居住地	特にない	麻三二風日イ	個別の料金が設定されれば可	なし	県医と市	地区医師会	予定なし	—	各医
埼玉県	15	H. 15. 5		居住地	特にない	麻三二風日イ	個別の料金が設定されれば可	なし	県医と市	医から市	予定なし	—	各医
千葉県	15	検討中		居住地	居住地	Bポ以外	不明	なし	各医と市	医から市	予定なし		各医と市
東京都	15	検討中		接種地	接種地	麻三二風日イ		23区以外は必要	各医と市	医から市	予定なし	—	各医と市
神奈川県	15	検討中		接種地	特にない	麻三二風日			各医と市	地区医師会	予定なし	—	各医と市
山梨県	医師会	検討中		検討中	検討中	検討中	検討中		各医と市	医から市	統一		各医
新潟県	15	H. 7. 7		統一	通年	麻三二風日イ	原則可	原則なし	県医と市	県医師会	統一	—	各医
長野県	15	検討中		統一				必要	地区医と市	医から市	予定なし		各医
富山県	15	検討中		居住地	随時	麻三二風日イ	未施行	必要	地区医と市	医から市	統一予定	—	各医
石川県	15	広域？		接種地		4 全		個々に違う	4 医から市(地区医師会)	統一予定	—	各医	
福井県	15	検討中		居住地	接種地				県医と市	県医師会	統一予定		各医
静岡県	15	H. 15. 4		居住地	接種地	麻三二風日	個別の料金が設定されれば可	必要	県医と県	各市	予定なし	—	各医
愛知県	15	予定無し											
岐阜県	15	予定無し											
三重県	15	H. 8. 1		居住地	居住地	全	個別のみ	原則なし	各医と市	医から市	予定なし	—	各医
和歌山県	15	検討中		接種地				必要	各医と市	医から市	予定なし		各医、市
奈良県	15	広域		居住地	居住地	麻三二風日	可	必要	地区医と市	医から市	予定なし	—	各医
滋賀県	15	予定無し		居住地？	不明	麻三二風		必要	県医と市	医から市	予定なし	—	各医
京都府	15	検討中		接種地		全？	不可	必要	各医と市	医から市	予定なし	—	各医
大阪府	15	検討中		個々					地区医と市	各市	予定なし	+	各医
兵庫県	15	H. 14. 4		居住地	接種医療機関に一任	麻三二風日イ	検討	必要	県医と市	医から市	予定なし		各医
岡山県	15	H. 15. 4		居住地	接種地	全	個別の料金を設定	なし	県医と市	地区医師会(病院は、市)	予定なし		各医、市
広島県	15	H. 14. 4		居住地	接種地の期間	麻三二風日Bイ	個別の料金を設定すれば可	なし	県医と市	予防接種情報センター	統一の予定	+	各医
鳥取県	15	検討中		ほぼ統一	統一	麻三二風日イ	個別のみ	広域化すればなし	地区医と市	医から市	予定なし	—	各医
島根県	15	予定無し		統一	接種地	麻三風日イ	個別化してから広域化	なし	地区医と市	医から市	予定なし	—	各医
山口県	15	H. 15. 4		居住地	通年	麻三風日Bイ	全て個別接種とした	なし	県医と市	医から市	統一予定	—	各医
香川県	15	H. 15. 4		居住地	居住地	ポリオ以外	個別の料金を設定	なし	県医と市	医から市	統一の予定	—	各医
徳島県	15	検討中		検討中	検討中			必要	各医と市	医から市	統一の予定		各医、市
愛媛県	15	検討中		居住地	通年の予定	ポリオ以外	個別を併用	なし	県医と市	医から市	統一	—	各医
高知県	15	H.14.4		統一	通年	ポリオ以外	個別を併用併用(ごく一部)	なし	県医と県	国保連合会	統一	—	各医
福岡県	15	検討中		居住地	特にない	麻三二風日	一部集団で	なし	各医と市	県医師会？	予定なし		各医
佐賀県	15	検討中											
長崎県	15	検討中		居住地		麻三二風日		なし		医から市	予定なし		各医、市
熊本県	15	検討中						必要	各医と市	医から市	予定なし	+	各医
大分県	15	H. 14. 4		居住地	通年	ポリオ以外	個別の料金を設定	なし	県医と市	地区医師会	予定なし	—	各医
宮崎県	15	H. 15. 7		統一	接種地	麻三二風日+イ		なし	県医と市	県医師会	統一の予定		各医
						BCGは、一部							
鹿児島県	15	検討中		居住地	居住地	全	個別接種の方向で指導	なし	県医と市	県医師会	予定なし	—	各医
沖縄県	15	検討中		居住地		麻三二風日	個別のみ	必要	地区医(各医)と市	2、4	予定なし	—	各医、市

資料 3

予防接種広域化概要（案）

1 対象者について

- 1) かかりつけ医が住所地市町村以外にある者
- 2) 病気治療等で住所地以外の病院等に入院している者

2 対象予防接種について

- 1) DPT（三種混合）
- 2) DT（二種混合）
- 3) 麻しん
- 4) 風しん
- 5) 日本脳炎
- 6) インフルエンザ（65歳以上）

3 委託料について

相互乗り入れの接種料金は、

- ①居住地の料金とする
- ②接種地の料金とする
- ③統一料金を設定する

※ 統一料金の設定を第一案とする。

4 集団接種をしている市町村について

- 1) 個別接種方式に変更して、この制度に入って頂く。
- 2) 諸事情で集団接種を続ける場合、当該市町村内での接種は集団であるが、自市町村以外で接種を受ける時は、その市町村が統一料金の金額を接種医に支払うものとする。（集団接種・個別接種の併用制）

5 契約について

- 1) 「現行の契約」（居住地内契約）

現行の予防接種契約（当該市町村内での接種について）はそのまま存続

2) 「相互乗り入れ契約」

- ・ 広域化の部分については、各市町村長と福岡県医師会長との間で締結
- ・ 福岡県医師会長は、予防接種の広域化実施協力を承諾した医師（医療機関）の代理人として契約

3) 「相互乗り入れ委託委任書」

相互乗り入れを承諾した医師は、福岡県医師会に委託契約委任書を提出

6 依頼書について

1) 市町村からの依頼書は不要な方式とする。

直接、希望する医療機関へ予約し、接種を受ける。

2) 予診票の様式は、相互乗り入れ分のみ統一した様式のものを使用する。

3) 接種医療機関は、接種の際は必ず健康保険証と母子手帳で被接種者の住所地の確認を行う。

7 事務処理について

各市町村と医療機関の事務処理は、

- ①市町村と医療機関が直接、請求・支払を行う
- ②医療機関が所属する郡市医師会を通して行う
- ③福岡県医師会を通して行う

※ 上記②、③の場合は、市町村は、医師会事務に対して事務委託費を1件につき100円程度支払う。

予防接種委託料算定基礎表

種 別		予診費				注射料	医療機関 手数料	ワクチン 代	1人あたり 基準単価 (a) + (b) + (c) + (d)	消費税 (e)	事務 手数料 (f)	1人あたり 委託料 (a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f)	備 考
		初診料	乳幼児 加 算	乳幼児育児 栄養指導加算	小 計 (a)								
麻しん	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	2,830	7,880	394	200	8,474	
	3歳～6歳未満	2,700	720		3,420	180	150	2,830	6,580	329	200	7,109	
	6歳以上	2,700			2,700	180	150	2,830	5,860	293	200	6,353	
風しん	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	2,830	7,880	394	200	8,474	
	3歳～6歳未満	2,700	720		3,420	180	150	2,830	6,580	329	200	7,109	
	6歳以上	2,700			2,700	180	150	2,830	5,860	293	200	6,353	
日本脳炎	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	2,610	7,660	383	200	8,243	
	3歳～6歳未満	2,700	720		3,420	180	150	2,610	6,360	318	200	6,878	
	6歳以上	2,700			2,700	180	150	2,610	5,640	282	200	6,122	
三種混合	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	2,820	7,870	393	200	8,463	
	3歳～6歳未満	2,700	720		3,420	180	150	2,820	6,570	328	200	7,098	
	6歳以上	2,700			2,700	180	150	2,820	5,850	292	200	6,342	
二種混合	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	1,750	6,800	340	200	7,340	
	3歳～6歳未満	2,700	720		3,420	180	150	1,750	5,500	275	200	5,975	
	6歳以上	2,700			2,700	180	150	1,750	4,780	239	200	5,219	
ツ反	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	530	5,580	279	200	6,059	
	3歳～4歳未満	2,700	720		3,420	180	150	530	4,280	214	200	4,694	
BCG	3歳未満	2,700	720	1,300	4,720	180	150	2,823	7,873	393	200	8,466	
	3歳～4歳未満	2,700	720		3,420	180	150	2,823	6,573	328	200	7,101	
予診のみ		2,700			2,700				2,700	135	200	3,035	
ツ反陽性時		1,010			1,010				1,010	50	200	1,260	

※ この表は、平成15年1月時点の診療報酬等を参考に算定しています。

※ 医療機関手数料は、ワクチン管理料(ワクチン保管、ワクチン破損等経費)及び事務手数料を含む。

※ ワクチン代は、医師の裁量を考慮し、各ワクチンメーカーの中の最高価格とする。

医師賠償責任保険（損害保険ジャパン）の改定について

1. 病床区分の変更

- （1）医院・診療所契約が有床と無床に区分された。
- （2）病院契約の一般病床が病床数により5つに区分された。

2. 保険料の改定

- （1）保険料は一円単位で計算される。
- （2）大型保険（法人診療所契約及び病院契約）は保険料アップ

3. 求償権について

改定前では、勤務医に対する求償権は不行使であったが、改定後は、勤務医が勤務医賠償等個人責任を担保する保険に加入している勤務医に限り求償権を行使する。

4. 保険責任発生要件の変更

事故発見ベースから損害賠償請求ベースに変更。

5. 損害賠償請求期間延長担保追加条項の新設

廃業した場合など損害賠償請求を受けた時点で保険契約がない場合、損害賠償請求期間延長担保追加条項を付帯していれば、保険期間終了後5年以内に受けた賠償請求について担保される。

「医療経営の非営利性等に関する検討会」(報告書)
～「出資額限度法人」の普及・定着に向けて～

1. はじめに

- 高齢化、医療技術の進歩、国民の意識の変化や規制改革の観点を含めた各方面からの指摘など医療をめぐる現下の状況を踏まえながら、これからの医療経営の在り方について検討するため、平成13年10月に「これからの医療経営の在り方に関する検討会」が設置され、平成15年3月に最終報告書(以下「最終報告書」という。)がとりまとめられた。
- 最終報告書においては、医療法人の非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確保、変革期における医療の担い手としての活力の増進を2つの柱とし、医療法人を中心とする医療経営改革の具体的方向が示されたところである。
- この最終報告書に示された具体的方向のうち、本検討会においては、特に、社団医療法人の出資持分に起因する非営利性の問題について、公益性や経営の安定性の確保を図る観点を加味し、検討を重ねてきたところであり、対応の方策としての「出資額限度法人」の仕組みの普及・定着に向け、とりまとめを行ったものである。

2. 「出資額限度法人」の検討の必要性

- 医療法人は、制度の創設以来50余年を経て、その数は平成16年3月末で38,754に達し、そのうち出資持分のある社団医療法人が大半(出資持分のある社団医療法人数:37,977。全医療法人数の98%)を占めるに至っている。
- こうした出資持分のある社団医療法人では、その出資持分に含まれる払戻請求権が高齢化した社員(同時に出資者であるものとする。以下同じ。)や、死亡した社員の相続人により行使される例が生じるようになり、払戻額が高額に及ぶことなどにより、社員の世代交代等に際して医療法人の存続そのものが脅かされる事態も生じていることが指摘されている。
- こうした問題についての対処の方向としては、既に、最終報告書において、「将来の医療法人のあるべき姿である持分がなく公益性の高い特定医療法人又は特別医療法人への円滑な移行を促進するための1つの方策として、出資額限度法人(社員の払戻請求権を出資額にのみ制限した定款を有する社団医療法人)の制度化が必要であるとする意見があった」とされているところである。

- 医療法人制度は、昭和25年の医療法改正に当たり、「私人による病院経営の経済的困難を、医療事業の経営主体に対し、法人格取得の途を拓き、資金集積の方途を容易に講ぜしめること等により、緩和せんとするもの」であり、「その営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たることを否定されており、この点で商法上の会社と区別されること」（昭和25年厚生省発医第98号厚生事務次官通知）との趣旨で、剰余金の配当を明文で禁止するなど、非営利性を担保しながら、医療の永続性・継続性を確保することを目的とした特別の法人として設けられたものである。したがって、この趣旨に即し医療法人の大半を占める出資持分のある社団医療法人が出資持分の定めのない法人へ移行し、「非営利性」を徹底しつつ、「医療の永続性・継続性」の確保を図る方向に沿って対処することが望ましい。
- このような観点を踏まえると、社団医療法人において、直ちに出資持分の定めのない法人に組織変更できない場合であっても、出資持分の払戻しが法人の財産に及ぼす影響を限定すること、すなわち、社員の退社時における出資持分の払戻請求権や医療法人の解散時における医療法人の財産に対する分配請求権を、出資額の範囲に限定することは、
 - ① 投下資本の回収を最低限確保しつつ、法人の内部に留保された剰余金が出資額に応じて社員に払戻し（分配）されるという「事実上の配当」とも評価されかねないと最終報告書が指摘するような事態の発生を防止し、医療法人の「非営利性」の徹底に資するものであること
 - ② 社員の退社時や法人の解散時における払い戻し（分配）される額の上限があらかじめ明らかになることで、医療法人の安定的運営に寄与し、もって「医療の永続性・継続性」の確保に資するものであることから、望ましいものと考えられ、特定医療法人又は特別医療法人への円滑な移行を視野に入れた促進方策ともなり得るものである。

3. 「出資額限度法人」の内容等

- 2. の考え方に基づき、「社員の退社時における出資持分払戻請求権や解散時における残余財産分配請求権の及ぶ範囲を、払込出資額を限度とすることを定款において明らかにする社団医療法人」のことを、「出資額限度法人」と呼ぶこととする。
- その具体的意味については、同様に、2の考え方に基づき、「社員が出資者であり、出資持分を有している」場合を前提として整理すれば、それぞれ以下のとおりとすることが適当である。
 - ① 出資額

金銭出資であっても現物出資であっても、社員（出資者）が出資した時点の価額（出資申込書記載の額の等価）を基準とする。

なお、医療法人の設立後、追加して出資があった場合についても同様とし、出資時点の差異による調整は行われないものとする。

② 出資持分の及ぶ範囲

解散・脱退時における出資持分を有する者への返還額は、出資持分を有する者それぞれにつき、その出資した額を超えるものではないこととする。

この「を超えるものではない」とは、物価下落により法人の資産価額が出資申込書記載の額の合計額より減少している場合等においては、医療の永続性・継続性の確保を図るという観点から、出資時の価額を上限として、現存する法人の資産から出資割合に応じて出資持分を有する者に返還することも含まれるものであり、結果として、出資持分が解消された際の返還額が出資時の価額を下回ることも生じ得ることとなる。

- また、定款の定めにより設立した出資額限度法人が解散した場合における当該出資額限度法人の残余財産の帰属については、出資持分を有する者に払込出資額を限度として分配するとともに、払込出資額を超える残余財産については、社員総会の議決により処分することが適当である。この場合において、払込出資額を超える残余財産の帰属先については、都道府県知事の認可を得て、国若しくは地方公共団体又は租税特別措置法に基づく特定医療法人若しくは医療法に基づく特別医療法人と限定することが、医療法人の「非営利性」の徹底の観点からは適当である。

4. 「出資額限度法人」の普及に向けて関係者に期待される役割

（1）医療法人における取組

- 医療法人（これを新規に設立しようとする関係者を含む。）は、本来、医療法の規定を始めとする医療法人制度の趣旨・目的を十分理解した上で、法令の範囲内で法人自治の考え方に立ってその具体的在り方を決定することが期待されることは、言うまでもない。
- 医療法人自らが、新規設立の際に定款の規定により、また、既設のものについての定款変更により、「出資額限度法人」とすることは、法人自治に委ねられた範囲における関係者任意の選択によるものであるが、「出資額限度法人」の積極的意義についての理解の深まりに応じ、社団医療法人のうち「出資額限度法人」となるものが増加していくことが期待される。

(2) 医療法人の監督に係る行政における取組

- 厚生労働省においては、現在も、医療法人についてモデル定款を示しているところであるが、現行の社団医療法人のモデル定款では、出資額に「応じて」、脱退時の出資持分の払戻しや、解散時の残余財産の分配が行われ得る規定ぶりとなっている。
- このため、医療法人が関係者の十分な協議と合意の上、新規設立や定款変更により、「出資額限度法人」となることを選択する際、その円滑な対応に資するため、上記3の内容等を盛り込んだ「出資額限度法人のモデル定款（仮称）」を新たに作成し、周知を図るべきである。
- 他方、現行の社団医療法人のモデル定款については、廃止を含めてその取扱いを検討すべきである。当面、上記の「出資額限度法人のモデル定款（仮称）」と併存させる場合には、昭和61年改正時にその他の注記部分とともに整理・削除された「解散時の残余財産の分配を出資持分に『応じて』行う旨の規定ぶりとするか否かはあくまで『任意』のものである」旨の記述を設けることが、最低限必要である。
- 加えて、委員から指摘のあったように、監督官庁における定款の認可等の運用が、モデル定款からの逸脱を一切認めないといった硬直的なものになっている例があるとすれば、適当ではなく、新設の「出資額限度法人のモデル定款（仮称）」についての運用面も含め、今後、その適正が期されるべきである。
- なお、出資持分のある社団医療法人から出資持分のない社団医療法人への移行の方向が公益にかなうとの考え方に沿って制定された医療法施行規則第30条の36の規定の趣旨に照らせば、
 - ① 社団医療法人で出資持分の定めのあるものは、定款を変更して「出資額限度法人」に移行できること。また、「出資額限度法人」は、定款を変更して、社団医療法人で出資持分の定めのないものに移行できること。
 - ② 社団医療法人で出資持分の定めのないものは、当然、「出資額限度法人」に移行できないこと。一方で、「出資額限度法人」は、社団医療法人で出資持分の定めのあるもの（脱退及び解散時の出資持分の払戻請求権の及ぶ範囲に制限を設けないもの、あるいは従前よりその及ぶ範囲が拡大するものをいう。）への移行（後戻り）ができないこと。とすべきであり、関係者はその理解に立って定款上自ら明らかにするとともに、「出資額限度法人」に関する定款の変更認可等に係る監督官庁の事務も、この考え方に沿って行われる必要があるものと考えられる。さらに、この旨を法令で位置付けることについては、現行税制上の取扱いに及ぼす影響面も含めて、検討が必要である。

(3) 病院関係団体を始めとする関係団体における取組

- 病院関係団体等においては、実際に「出資額限度法人」に移行した後の退社時等に払戻額が制限されることとなる出資者を始めとして、関係者の理解・合意を得るために必要な手続や留意点、さらには、「出資額限度法人」への移行を機に、法人の役員構成（同族役員の制限）など医療法人の構造面及び提供する医療の内容面の両面に渡り、公益性を高めた例などの好事例を収集・整理し、広く関係者に提供することが期待される。加えて、病院や医療法人を会員とする団体を中心に、「出資額限度法人」への移行を検討しようとする関係者からの具体的な相談に応じるなどの活動が展開されることは、「出資額限度法人」の普及に有効かつ必要と考えられる。

5. 「出資額限度法人」の課税上の取扱い

- 医療法人については、現在、公的な運営を確保するための一定の要件を満たす法人類型として、租税特別措置法に基づき、法人税の軽減税率が適用されている「特定医療法人制度」のほか、医療法に基づき、経営安定化の観点から、その収益を医療経営に充てることを目的とした収益業務を実施できる「特別医療法人制度」がある。これらの法人類型については、移行に伴い、医療法人について法人税、贈与税が、また、社員について所得税（みなし譲渡所得課税）が非課税の取扱いとなっている。
- これまで既に、新規設立や設立後の定款変更により「出資額限度法人」は設立されており、こうした事例をめぐり、定款変更の有効性や出資持分に係る払戻額の妥当性について、医療法人と社員の間で争われた民事訴訟の事例も次第に集積されてきた。
- その具体例として、出資持分のある社団医療法人から「出資額限度法人」へ定款を変更し、変更後の定款に基づいて、出資額を「限度として」なされた死亡退社した社員の相続人への出資持分の払戻しの有効性は、平成12年10月5日の東京地裁八王子支部判決が認めていたところ、この事件について、最高裁は、平成15年6月27日、「上告を受理しない」との判断を示し、結果的に、東京地裁八王子支部の判決が確定するに至った。
- このような動きも背景に、「出資額限度法人」をめぐる現行の課税関係について、その明確化を図るべきとの気運が高まってきたことから、本検討会の検討と並行し、

事務局において関係機関の見解を確認したところ、現行の医療法等関係法令の規定及び税法を前提に、おおむね別紙のとおり整理され得るとの見解が得られた。

- こうした取扱いを前提とすれば、かねて種々論じられてきた「出資額限度法人」への移行に伴う医療法人側、社員側双方に対する課税面の取扱いが整理されることで、これまで指摘されてきた移行に伴う不安が相当程度解消され、円滑な移行に寄与するものと考えられる。厚生労働省においては、関係者に対する周知に努めることが適当である。

6. 今後の課題

- 当検討会では、「出資額限度法人」について、
 - ① 「出資額限度法人」を出資持分のある社団医療法人の一類型として、関係者が選択する際の骨格を整理すること、
 - ② 既存の特定医療法人・特別医療法人とは異なり出資持分を解消するに至っていないという点を踏まえつつ、円滑な移行方策として税制上の課税関係を明確にすることを念頭に検討してきた。
- 本報告を受け、特に上記4の取組を関係者が着実に行うことにより、医療法の医療法人制度の趣旨が再認識されるとともに、「出資額限度法人」が普及・定着していくことが期待される。今後、「出資額限度法人」の普及・定着が現実のものとなった時点では、最終報告書が指摘した社団医療法人の「事実上の配当」とも評価されかねない事態に対処し、「非営利性」を徹底するという段階を超え、より積極的に「公益性」を実現していくことが、関係者にとって共通の課題として認識されることとなる。
- その際、今回の「出資額限度法人」を巡る議論を通じて改めて整理が必要とされた、既存の公的な運営を確保している特定医療法人及び特別医療法人と医療法人全般との関係、さらにはこの公益的な運営を確保している2つの法人類型の相互関係を如何に考えるかといった論点を含め、特定医療法人について平成15年3月に、特別医療法人について平成15年11月に、それぞれ実施した要件緩和の効果も見極めつつ、さらに検討が深められることを期待するものである。



日医発第169号（地Ⅲ33）

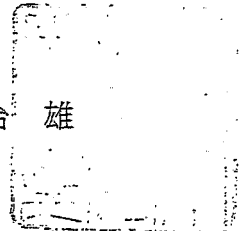
平成16年5月20日

都道府県医師会

会長 殿

日本医師会

会長 植松 治 雄



厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正について、及び子宮がん検診、乳がん検診のパンフレットの送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

厚生労働省「がん検診に関する検討会中間報告」につきましては、平成16年4月14日付（地Ⅲ3）にてお送り申し上げました。

今般、「がん検診に関する検討会中間報告」を踏まえ、子宮がん検診及び乳がん検診に関して、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部が改正されました。本件について、厚生労働省老健局老人保健課長名で各都道府県等の老人保健主管部（局）長宛に通知がなされ、本会に対しても協力依頼がありました。

なお、本指針新旧対照表の2頁にがん検診の実施回数が記載されておりますが、乳がん検診、子宮がん検診については、同一人の受診が2年に一度ということであり、受診率の向上を図るためにも、行政は毎年検診を実施するものでありますので、よろしくお願い申し上げます。

また、厚生労働省で作成しましたパンフレット「あなたを守りたい子宮がん検診」と「あなたも乳がん検診適齢期」を参考までに同封申し上げます。



(2) 肺がん予防健康教育を行う場合にあっては、肺がん検診の実施会場において同時に実施する等、他の事業との連携や対象者の利便に配慮すること。

(3) 乳がん予防健康教育を行う場合にあっては、わが国での40歳代の女性に罹患率が高い状況を踏まえ、働く女性に対する健康教育を実施する産業保健とも緊密な連携を有した実施体制をとる等、その効率的・効果的な実施に配慮すること。

(4) 大腸がん予防健康教育を行う場合にあっては、大腸がん予防の上で食生活改善等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担う点を踏まえ、大腸がん検診と緊密な連携を有した実施体制をとる等、その効率的・効果的な実施に配慮すること。

第3 がん検診

1 総論

(1) がん検診の種類
がん検診の種類は、次の診査及び当該診査に基づく指導とする。

- ア 胃がん検診
- イ 子宮がん検診
- ウ 肺がん検診
- エ 乳がん検診
- オ 大腸がん検診
- カ 総合がん検診

(2) 対象者

- ア 胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び大腸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。
- イ 子宮がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する20歳以上の者を対象とする。

ウ 総合がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳及び50歳の者を対象とする。

(3) 実施回数

がん検診は、原則として同一人について年1回行うものとする。ただし、乳がん検診及び子宮がん検診については、原則として同一人について2年に1回行うものとする。なお、総合がん検診を行った者については、胃がん検診、子宮がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び大腸がん検診は行うことを要しないものとする。

(1) 肺がん予防健康教育又は乳がん予防健康教育を行う場合にあっては、それぞれ肺がん検診又は乳がん検診の実施会場において同時に実施する等他の事業との連携や対象者の利便に配慮すること。

(2) 大腸がん予防健康教育を行う場合にあっては、大腸がん予防の上で食生活改善等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担う点を踏まえ、大腸がん検診と緊密な連携を有した実施体制をとる等、その効率的・効果的な実施に配慮すること。

第3 がん検診

1 総論

(1) がん検診の種類
がん検診の種類は、次の診査及び当該診査に基づく指導とする。

- ア 胃がん検診
- イ 子宮がん検診
- ウ 肺がん検診
- エ 乳がん検診
- オ 大腸がん検診
- カ 総合がん検診

(2) 対象者

- ア 胃がん検診、肺がん検診及び大腸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。
- イ 子宮がん検診及び乳がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する30歳以上の者を対象とする。

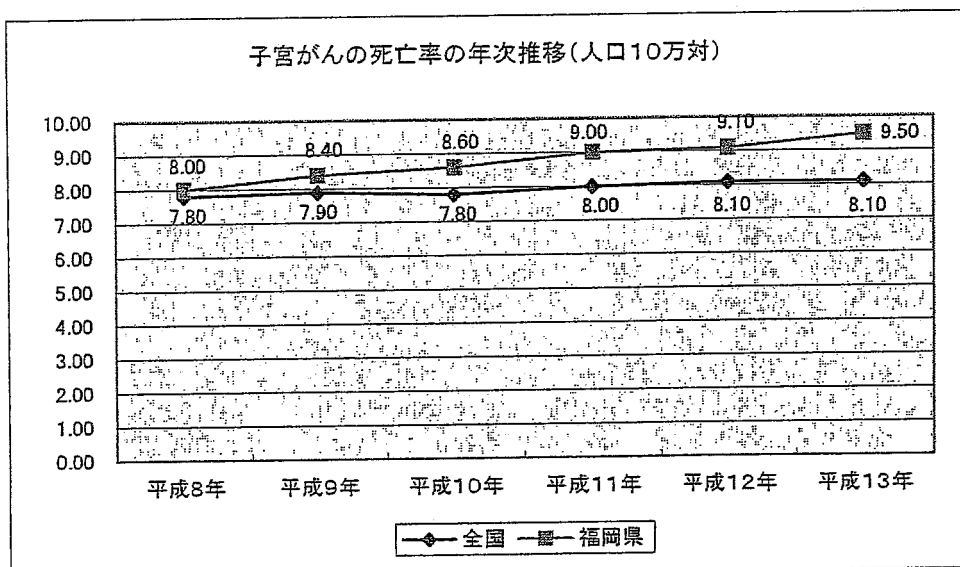
ウ 総合がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳及び50歳の者を対象とする。

(3) 実施回数

がん検診は、原則として同一人について年1回行うものとする。ただし、乳がん検診（乳房エックス線検査を行う者に限る）については、原則として同一人について2年に1回行うものとする。なお、総合がん検診を行った者については、胃がん検診、子宮がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び大腸がん検診は行うことを要しないものとする。

(5)子宮がんの死亡率の年次推移(人口10万対)

死亡数(死因別死亡率)						
年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年
全国	4,963 (7.80)	5,008 (7.90)	5,006 (7.80)	5,142 (8.00)	5,202 (8.10)	5,200 (8.10)
福岡県	207 (8.00)	216 (8.40)	223 (8.60)	235 (9.00)	238 (9.10)	250 (9.50)



第1回各医師会長連絡協議会座席表

平成16年9月14日(火)17:30 ホテル日航福岡
〔都久志の間〕

参 事	専 務 理 事	副 会 長	副 会 長	会 長	議 長	副 議 長	顧 問
宇津 典彦	兵働 邦彦	池田 俊彦	横倉 義武	竹嶋 康弘	辻 政義	松田 孝一	関原 敬次郎
甘木朝倉	八女筑後	大牟田	久留米	飯塚	田川	直方鞍手	福岡県庁
和田治彦	横田泰司	西村直	丸田宏幸	谷口英之輔	長末大典	川波壽	財津裕一

理事 福岡道雄	南区 小林研次	常任理事 住田豊治
理事 大木實	城南区 那須康典	常任理事 吉田徹
理事 瀬戸裕司	早良区 原口信一	常任理事 高須矯
常任監事 寺澤正壽	西区 高森邦明	常任理事 山岡春夫
監事 蓮澤浩明	勤務医会 津田泰夫	常任理事 植田清一郎
監事 宇野卓也		常任理事 山内孝
		浮羽郡 戸次鎮史
		柳川山門 川崎洋
		大川三瀨 一ノ瀬穂積
		小郡三井 丸山泉

北九州市 上野陽右	門司区 辻敏	理事 片瀬高
遠賀中間 堤成基	小倉 中村定敏	理事 伊東清四郎
京都 三原昭三	八幡 今井義治	理事 宮崎良春
豊前築上 前田浩	戸畑区 下河邊智久	理事 岡田象二郎
福岡市 樋口正士	若松区 村上吉博	理事 秋田章二
筑紫 松村順	東区 家守光雄	理事 佐藤雅典
糸島 桑野毅	博多区 山本一清	理事 堤康博
粕屋 陣内重三	中央区 船越裕登	理事 池園洋
宗像 鴨川隆彦		
九州大学 高橋成輔		