



# 全日病 ニュース 2012 9/1

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.785 2012/9/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 入院基本料 議論の中で72時間要件の是非も検討

診療報酬基本問題小委員会 「根幹の議論なく次期改定論点に入るのはおかしい」—議論の進め方で支払・診療が一致

基本診療料のあり方等について検討している中医協の診療報酬基本問題小委員会は8月22日、次期改定に向けて入院基本料の要件や加算を一部見直すという事務局の論点提案をしりぞけ、入院基本料の基本にかかわる検討を先行させる方針を確認した。

議論において、診療側西澤委員(全日病会長)は入院基本料に72時間要件が含まれていることに疑問を投げかけ、入院基本料の本来のあり方を検討する中で、72時間規定を要件とすることの是非を取り上げる考えを明らかにした。

### 西澤会長「72時間要件は入院基本料から外してはどうか」

同日の基本小委に、事務局(厚労省保険局医療課)は、入院基本料にかかわる議論テーマとして、算定要件に組み込まれている夜勤72時間規定の適用拡大と加算項目の整理等見直しという2つの課題を提起した。

この提案に、支払側・診療側とも「入院基本料に関する基本的な議論を先行させるべきである」と反対したため、事務局案は保留となり、次回以降、入院基本料の構成要素や評価方法などを軸に議論を進めていくことを確認した。

前回(7月18日)の議論で、支払側・診療側とも看護師配置に偏した入院基本料の現行評価を見直すべきという認識で一致、入院基本料の基本的性格を議論する方向を確認した。

しかし、事務局は7対1特別入院基本料と10対1特別入院基本料の資料を提出、それを13対1と15対1に適用する案を示して、次期改定の具体的検討へと

議論の誘導を図った。

7対1特別入院基本料と10対1特別入院基本料は「夜勤に携わる看護職員の月平均夜勤時間を72時間以内に」という要件のみが満たせない場合に、当該点数の5~4割以下になるという減算を3ヵ月間20%にとどめるという措置で、2010年度改定で導入された。

看護職員確保に苦しむ13対1と15対1の病院には一見好ましい話だが、西澤委員は「72時間要件緩和措置の適用拡大を認める議論は72時間要件の追認となりかねない」ことを理由にあげ、「まずは入院基本料のあり様という大元を議論の俎上に上らせていただきたい。その中で緩和措置の話があり得ることではないか」と論じ、事務局が描く議論の進め方に強く反対した。

その上で、「この措置は3ヵ月限りという激変緩和でしかない。それが過ぎ



れば大幅な減算になる。入院基本料という病院収入の根幹を72時間要件で減算させる仕組み自体がそもそも問題ではないか」と指摘。「この問題は入院基本料の性格等を論じる中で自ずと議論せざるを得ない」と述べ、議論の進展とともに、72時間規定を入院基本料要件とすることの是非を検討せざるを得ないという認識を示した。

次期改定の具体的課題を取り上げる前に入院基本料の大枠を論じるという考えは支払側も賛成し、次回以降、関係資料を踏まえて議論に着手することで合意した。

議論の中で、日看協の福井専門委員

### 四病協「72時間規定を入院基本料から外すべき」

中医協委員である西澤会長は8月22日の四病協総合部会で、同日行なわれた基本小委の入院基本料に関する議論について報告、入院基本料について明らかにしていく過程で夜勤を月平均72時間以内に」という規定を要件として

は入院基本料の72時間要件を擁護、また、支払側の連合を代表する委員は72時間を64時間に短縮するという考えを示した。こうした意見に、西澤委員は、「72時間要件をなくせという話ではない。入院基本料の要件にはふさわしくないという問題提起である」と説明、議論の筋道であることを論じた。

72時間要件の問題は12年度改定の議論では十分には取り上げられず、12年度改定答申の附帯意見にも盛り込まれなかった。しかし、同日の議論によって、06年度改定で通則化された72時間要件の是非が、初めて中医協で議論されることが事実上決まった。

いることの是非を議論の俎上にのぼらせる考えを明らかにした。

この報告を4団体とも了承、72時間要件を入院基本料の要件から外すべきであるという見解をあらためて確認した。

### □月平均夜勤72時間規定をめぐる議論 (要旨・基本小委)

**診療側西澤委員** 我々が求めるのは「入院基本料とは何であるか」の議論だ。もっぱら看護師数で評価されている入院基本料を見直すべきという提起が(前回)なされたように、入院基本料のあり方を論じる中で72時間をどうするかが議論されなければならない。7対1・10対1の特別入院基本料は3ヵ月の緩和措置に過ぎず、(72時間を満たさない限り)大幅減算になることには変わりはない。これを13対1・15対1にも適用するという話だが、我々は入院基本料の大元を問題にしているのだから、それを議論の俎上に上らせてほしい。その中で緩和措置の話があり得ることではないか。  
**支払側白川委員** 事務局の提案は、西澤先生がおっしゃるとおり、私も議論したい内容と違い、細かい内容に入りすぎている。大元の議論が先ではないかと考える。議論可能な資料を準備し、次回以降、あらた

めて入院基本料の議論を始めるのが現実的ではないか。  
**西澤** 事務局の提案は72時間要件を入院基本料に組み込んだままで緩和するという話だ。しかし、我々の主張はそもそも、なぜ72時間が入院基本料の要件であるのかの問題だということなので、この議論から始めていただきたい。それがなくて、13対1と15対1への緩和適用はいいと言ってしまおうと入院基本料の中で72時間を認めてしまうことになるので、そうした議論には、まだ入るわけにはいかない。  
**福井専門委員** 看護配置の観点、患者への影響という視点から、72時間は入院基本料に入れたままで要件に関する議論を行なっていただきたい。  
**西澤** 私は72時間を守らなくてもよいとは言っていない。入院基本料の中にあるのがおかしいと言っているのだから、これは労働条件の問題であ

り、72時間をクリアすることは大事なことだと思っている。しかし、それは別な形でやればよいのではないか。  
**福井** 西澤委員が言われることは理解する。看護師の配置は偏在化が進んでいるという事実はある。しかし、そうだからといって72時間を外していいかという議論にはならない。  
**西澤** 問題(の立て方)が間違っている。今は入院基本料の中に72時間があり、それによって点数が大きく下がるのはどうかという議論をしているのであり、72時間を守るか守らないかという議論は別である。私は72時間を守ることは大事であると思っている。しかし、入院基本料を満額取れない病院があるのであれば、それがどうしてなのかを検証していく必要がある。72時間の問題は療養病棟の25対1にも及んでおり、そこでも特別入院基本料になっているところが多い。そういうデータを踏まえ

つつ、72時間ができない場合にはどうしたらよいか、地域医療を守る観点も含めた議論が必要ではないか。そうした基本的な議論をした上で、もう一回(72時間の)議論をしようということである。  
**支払側森原参考人(花井委員の代理)** 連合は、将来は(72時間を)62時間にすることを求めている。(編集部注/発言は「62時間」であるが「64時間」の誤りと思われる)  
**森田委員長** より根本的な基本診療料という問題からみると、72時間は限定的な論点かと思う。新しい資料を用意した上で仕切り直してはいかか。基本的には、西澤委員から指摘があったように、72時間の是非はともかく、これを入院基本料の算定要件に入れることの是非が問題だということ、これはより大きな問題を議論しないと位置づけることができないのではないかと考える。

## Ⅲ群施設の基礎係数設定のあり方は14年改定で検討

### DPC 次期改定方針と中長期的な課題が確定

8月22日の中医協総会はDPC制度の「2014年改定対応における基礎係数と機能評価係数Ⅱの基本方針と検討課題(案)」を承認した。その骨子は以下のとおり(「基本方針と検討課題」の概要は3面に掲載)。

#### 14年度改定に向けた基本方針と課題

- (1) 基礎係数と機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格は維持する。
- (2) 現行のⅠ群とⅡ群は引き続き維持する。Ⅱ群の要件の考え方も維持する。
- (3) Ⅲ群の医療機関群設定のあり方は14年度改定の対応の中で検討するが、Ⅲ群該当施設の基礎係数設定のあり方を、機能評価係数Ⅱによる評価との組

み合わせも含めて、どのように考えるかが検討課題となる。

- (4) 機能評価係数Ⅱの6項目による評価体系は原則維持し、新規評価項目の追加は引き続き検討する。各項目の具体的な評価手法は必要に応じて見直す。

#### 調整係数置換え完了に向けた中長期的課題

- (1) DPC制度に幅広い病院が参加する中、ケースミックスの補正や病院全体

の評価を可能とするためには、一定数の症例や一定の診療分野の広がりを前提とせざるを得ない。このような観点も踏まえつつ、とくに小規模病院や単科専門病院の取り扱いを含めた、対象病院のあり方を検討する必要がある。

(2) 調整係数の廃止を進める中、機能

評価係数Ⅱによる調整幅で個別医療機関のバラつきが吸収できない場合に、必要に応じた対応を検討する必要がある。

(3) 改定時の医療機関別係数の激変緩和措置をどのように考えるか、引き続き検討する必要がある。

**特別紙面構成** \*「清話抄」は2面に掲載しました。

**8~12面に神奈川学会の演題一覧を掲載!**

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」が9月21日、22日に横浜市みなとみらいのパシフィコ横浜で開催されます。「全日病ニュース」本号は8~12面を神奈川学会頁とし、演題の一覧を掲載するなど、学会参加者の携帯資料にしました。そのため、今号は特別の紙面割を採用、一般記事は1~7面に掲載しています。

# 主張

## 実効性ある災害対策を計画、訓練しなければならない

広島、長崎の核被爆から67年を迎える。東日本大震災、福島原発事故から1年半余たった。しかしなにも現状は変わっていない。

我が沖縄県は国内唯一原子力発電を使っていない。すなわち、核エネルギーに頼らない電力を使用している。つまり火力発電であり、その他には太陽エネルギー、風力発電などがある。過去には核エネルギーの使用も検討されたようだが、諸般の事情により立ち消えになっている。

原発はないにこしたことはない異論

がない。安全の保証がない、放射能禍は子々孫々に至るまで深刻な事態を引き起こす。しかし、原発に関しては各々意見が異なる。個人、企業、自治体、国家など立場によって考えが様々であるが、最も大事な安全最優先の欠如が見える。

さて、防災にしてもばらばらで計画が統一されていない。オフサイトセンター(緊急事態応急対策拠点施設)を強化したり、県がより前向きに対応できる危機管理体制を立ち上げるなどして、社会に不安や混乱を与え

ないよう迅速かつ実効性のある避難計画を作ることが必要である。医師は、自身はもとより、日本医師会・県医師会・地区医師会、関連病院団体と常に連携し、想定外の事故が起きることを前提に計画、訓練しなければいけないと思う。

日本人の習性であるが、とかく問題の本質に徹底的に踏み込むことが得意ではない。先送りして、うやむやにする傾向にある。国民性としては情けない。この際、子供から大人まで国民一人ひとり、防災教育を徹

底的に教えることが肝要と思われる。大災害は何時でも起こる。決して忘れた頃に起こるのではないと、肝に銘じて災害防衛に備えたい。そのことが全体に繋がる防災の基となる。

日本医師会のJMAT、全日病が今後組織していくAMATについても、今後は情報の提供に高速インターネット等を活用する等、早急に災害に対応していただきたい。備え有れば憂いなしである。

(A)

### チーム医療推進会議

## 「国指定の研修機関で修了した者を看護師籍に登録する」

### 看護師能力認証制度 厚労省が大臣認証を撤回。国の関与を弱めた修正案を提示

8月22日のチーム医療推進会議に事務局(厚労省医政局医事課)は、特定行為の実施にかかわる看護師特定能力認証制度について、国による試験を実施して厚生労働大臣が認証するという考え方を撤回し、国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という修正案を示した。

事務局は、前回(7月12日)の会議に、看護師特定能力認証制度を法制化する案として、①医行為分類と認証看護師養成のカリキュラムを法的に位置づけ、②同カリキュラムを修了した看護師に国が試験を実施し、③合格者に大臣が能力認証証を交付するとして、国が大きく関与する仕組みを提示していた。

今回示した修正案は、①医行為分類を法的に位置づけ、②国が指定した研修機関で研修を修了した者を、③看護師籍に登録した上で登録証を交付する、というもの。当初案から、カリキュラムの法制化、国による試験の実施、大臣による能力認証証の交付という過程がなくなり、国が関与する度合いは薄められた。

国の関与を補うものとして、事務局は、医師や看護師などからなる審議会の活用を提起した。すなわち、研修の内容や研修機関の指定基準などは審議

会の議論を経た上で省令等で定めるとしている。したがって、修正案によると、看護師特定能力認証制度は医師臨床研修制度と似た仕組みで設計されることになる。

特定行為の実施体制に関しては、前出の2案以外に、「法制化はせずに、ガイドライン等で分類と実施に伴う教育・研修や安全管理体制を明示、能力認証も関係団体や関係学会等が独自に行なう」とする、医療界の自律的な取り組みに委ねる案がある。

今回の修正案に明示されていない、①特定行為実施にかかわる院内体制、②特定行為の実施基準(包括的指示と個別的指示の下での実施)、③能力認証の看護師要件(実務経験5年以上)など制度運用の骨格部分は、これまでの厚労省案どおり、法律もしくは省令等で規定される。

特定行為実施にかかわる看護師特定能力認証制度は、自立的仕組み案と今回の修正案の2案で議論が進むことになるが、同日の推進会議は修正案に対するとまどいがみられた上、様々な意見が噴出し、意見集約にはいたらなかった。

修正案に対しては、「国の関与が弱くなると安全の担保に不安が出る」という声が少なからぬ構成員からあがっ



た。これに対して、田原医事課長は「国の関与が必要ということであれば、制度の枠組は残したまま、運用の面から関与の度合いを強めていくことが可能である」という認識を示した。

その一方で、引き続き自立的な研修・

認証の仕組みを求める意見も根強い。日本看護系大学協議会の委員は第3者機関による認証制度を提案するとともに、「一般看護師の全員が特定行為を実施できるように研修を受けさせることの方が大切ではないか」と訴えた。

### 医行為分類案等で意見募集を開始

厚生労働省は8月28日に、看護の特定能力認証にかかわる医行為分類案と教育内容等基準案に関する意見募集を開始するとして、意見提出方法と両案の説明会開催日程を同省ホームページで発表した。

この意見募集は行政手続法にもとづいて義務的に実施される意見公募(パブリックコメント)とは異なり、医行為分類案等をとりまとめる議論と並行して、関係団体や現場の意見を自主的に聞くというもの。

8月22日のチーム医療推進会議で、田原医事課長は「特定行為のリストは

次の看護業務検討WGで整理がつけば関係学会・団体等のヒアリングにかけたい」と発言したが、8月30日に開催された同WGでは、「整理ついた」どころか、「教育内容等基準案は議論が不十分。意見を聞くのはよいが医行為分類案のみにしてはどうか」と、意見募集そのものに注文がついた。

有賀座長が「このことは私にまかせてほしい」と引き取ったため、厚労省は告知どおり意見募集ができることになったが、検討中の検討会で実施に疑問が出る中、勇み足といわれてもおかしくない異例の意見募集開始となった。

### 清話抄

ロンドンオリンピックの興奮がまだ冷めやらない今日この頃である。開催中、夜遅くまでのテレビ観戦のため、診療中に眠気を覚えたのは私だけではないだろう。応援の甲斐あって日本は過去最高38個のメダルを獲得した。今回は団体競技での活躍が目立ったが、個人種目も含めてメダリストたちのコメント

には、「自分を支えてくれたチームに感謝する」とか、「このメンバーと一緒に闘えるから頑張れる」とか、チームの団結力に関するものが多い印象があった。

昨今、医療の世界においてもチーム医療の重要性が指摘されるようになってきている。本年度の診療報酬改定においても、病棟薬剤業務実施加算の新設、感染防止対策加算はより手厚く評価されるなど、このような動きはさらに進

められると思われる。

前者は、病棟での薬剤師の業務時間を算定要件としているが、今後、病棟専従薬剤師の配置が求められるようになるかもしれない。より充実したチーム医療のためには、薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士、医療相談員などの病棟専従配置も評価されることを期待したい。後者では、所定の研修を受けた看護師の配置が求められている。マ

ンパワーが脆弱な中小病院にとっては、長期間に渡り看護師を研修に出すことは困難であり、その算定はハードルの高いものになっている。

チーム医療においては、各々の専門職者がその専門性を十分に発揮し、互いに協力する体制を構築することが必要である。チームリーダーである医師として、オリンピックの指導者を鑑みることもまた一興である。(美)

## 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 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923  
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

# 診療側 薬価の議論に参照価格制を持ち出すことに反対

薬価専門部会 支払側は意見を控える。厚労省は今後の検討提起は困難と認識

8月22日に開かれた中医協の薬価専門部会で、坂巻弘之参考人(名城大学薬学部教授)は諸外国における長期収載品と後発医薬品の薬価等について報告。その中で、ドイツ、フランスを例に、後発品使用促進策として導入された参照価格制度の影響などに言及した。

これを受け、支払側的小林委員(全国健康保険協会理事長)は「参照価格導入の可否を検討して結論を出してはどうか」と提起、「そのためにも同制度に関するまとまった資料を提出してほしい」と事務局(厚労省保険局医療課)に要望した。

この発言に、診療側の安達委員は「現在の薬価制度で参照価格を導入するのは問題がある」と指摘、「中医協は6年前の議論で明確に否定したはずである」として、議論の俎上にあげるこ

とに強く反対した。

その結果、小林委員は「おっしゃる通りであるならば取り下げても結構」と応じた。

保険からの償還基準額を超える医薬品は超過額を自己負担とする参照価格制度は1997年に旧厚生省の手でわが国への導入が提案されたが実現せず、その後、規制改革・民間開放推進会議の第3次答申(06年12月)に盛り込まれるなど、医療費抑制議論の中でしばしば取り上げられてきた。

最近では、昨年11月22日の行政刷新会議「提言型政策仕分け」で「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とする」参照価格制の検討が提起され、今年に入っても、厚労省の「提言型政策仕分け」(7月6日)において、「後発医薬品の使用促進など薬の有効

な使用策」の1つとして検討が促された。

こうした経緯を踏まえ、同日の部会で、安達委員は「部会の事前説明でこの資料をみて、診療側は参照価格の議論に反対することで一致した」ことを明らかにし、支払側にも、「参照価格に対する意見をまとめてほしい」と求めた。

安達委員の要請は政府の中の参照価格制度導入論に対応する必要があるという認識からなされたもので、「両側の意見をもとに(導入を否定する)中医協の見解をまとめてほしい」と提案した。

こうした診療側の発言に対して、支払側は統一意見をまとめていないことを理由に意見を控えたが、参照価格の問題を薬価専門部会など中医協のテーブルにはのせないという診療側の意見

に、とくに反論を加えることはなかった。

部会終了後の報道陣向け説明で、医療課の担当官は、薬価専門部会の構成メンバーでもある参考人による参照価格制度の説明は「後発医薬品の使用促進策に関連する情報・資料として行なわれたもの」と釈明する一方、「この日の部会議論を受け、長期収載品と後発医薬品の議論の中で、今後、事務局が参照価格制度を論点として提案することは考えにくい」という認識を表わした。

したがって、長期収載品の薬価抑制や後発医薬品の使用促進策に関連して参照価格制度の提起が事務局から行なわれる可能性はほぼなくなり、事実上、現行の薬価算定ルールの中で検討していく方向が固まった。

## 費用対効果評価の指標はQALY(質調整生存年)がベース

費用対効果評価専門部会 森田中医協会長「評価の結果が悪くても中医協の判断で保険適用できる」

幅広い医療技術の保険適用可否を判断する上で費用対効果の視点から評価する仕組みの開発を試みている中医協・費用対効果評価専門部会は、8月22日の会合で、評価手法にかかわる効果指標について検討した結果、すでに費用対効果評価を導入している国の多くが用いている「QALY(質調整生存年)」の活用を支持する意見が多く出た。

「QALYの日本版を開発し、それを普遍的な効果指標としてはどうか」との声もあがるなど、QALYをベースに議論を進めることでおおむね意見がまとまった。

指標の検討にあたって、事務局(厚労省保険局医療課)は、(1)一定の普遍性を有するとともに他技術との比較が可能な指標であること、(2)原則として単

一の指標が望ましい(補足指標の使用も可)ことを基本的な考えとして提起。

その上で、①当該医療技術がもたらす効果(健康アウトカム)を包括している、②定義が明確であるなど再現性・透明性が高くかつ定量的である、③既存技術等との比較が可能である、④臨床試験等の実績(エビデンス)に基づいた算出が可能であるという4つの条件をあげ、それらを満たす指標であることを求めた。さらに、効果指標の具体例を4つあげるとともに、費用対効果評価を導入している英独仏豪4ヶ国が活用している指標の状況を明らかにした。

こうした結果、英独仏豪4ヶ国が活用している指標の軸がQALYであることもあり、支払・診療各側からQALYを支持する意見が出たもの。

診療側からは、判断を保留したり、より詳細な説明が必要とする声もあがったが、全体としてはQALYを前提に議論を先に進める方向に同日の部会は落ち着いた。

□医療技術の費用対効果をはかる指標の具体例(事務局資料から)

(1) 生存期間に関連する指標

A. 生存年-生存年の延長を効果指標とする

B. 質調整生存年(QALY)-生存年と生活の質(QOL)の双方を考慮する

\*QOLについては1を完全な健康(上限値)、0を死亡(下限値)とする効用値を用いて、効用値×生存年数という式から、ある健康状態のQALYを求める

(2) 治癒(治療目的達成)率-疾患毎に定められた「治癒(治療目的)」の定義を達成した割合を指標とする

(3) 臨床検査値-糖尿病におけるHbA1C等当該技術の対象疾患の状態を表す指標

「基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針と今後の検討課題」(概要)

8月22日中医協総会承認

\*1面記事を参照

### 1. 基本方針

(2) 具体的な内容

【2014年度改定対応に係る基本方針】

①基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格

医療機関群別の基礎係数と各施設の実績に基づく機能評価係数Ⅱという評価体系の基本骨格は維持する。

②医療機関群の設定

○現行のⅠ群とⅡ群は引き続き維持する。Ⅲ群の医療機関群設定のあり方は14年度改定の対応の中で検討する。

○Ⅱ群の要件について、全てⅠ群の最低値(外れ値を除く)をクリアするという考え方を引き続き維持する。各要件の具体的評価手法は、現行の評価手法を基本としつつ、14年度改定の対応の中で必要な見直しを検討する。

○「高度な医療技術」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の点について予め明確化する。

・外保連手術指数との結び付けが不可

能と判断された手術は現行どおり評価の対象外とする。

・外保連手術指数の集計において、様式1に複数の記載があるものは外保連手術指数が最も高い手術の指数に基づき評価する。

③機能評価係数Ⅱの評価体系

○現行の6項目による評価の体系は原則維持することとし、新規評価項目の追加については引き続き検討することとする。

○各項目の具体的な評価手法(指数から係数への変換等)は、今後の実績や医療機関の機能分担・連携の進展状況等も踏まえながら、必要に応じて見直す。

2. 基礎係数・機能評価係数Ⅱに係る今後の検討課題

(1) 2014年度改定に向けた課題(今後の診療実績等を踏まえた必要な見直しは除く)

○Ⅲ群のあり方

医療機関群のⅢ群には非常に多様な施設が含まれている。これらⅢ群に該

当する施設の基礎係数設定のあり方を、機能評価係数Ⅱによる評価との組み合わせも含めて、どのように考えるか検討する必要がある。

(2) 2018年度目途の調整係数置換え完了に向けた中長期的な課題

○DPC/PDPS対象病院のあり方(小規模病院、専門病院などの評価のあり方を含む)

DPC制度には特定機能病院から小規模病院や単科専門病院等ケースミックスが異なる幅広い病院が参加しており、ケースミックスの補正や病院全体としての評価を可能とするためには、一定数の症例や一定の診療分野の広がりを前提とせざるを得ない。

このような観点も踏まえつつ、今後の調整係数の置換え完了に向け、特に小規模病院や特定の診療科に特化した専門病院などの取扱いも含めた、DPC/PDPS対象病院のあり方をどのように考えるか検討する必要がある。

○医療機関における診療内容等のバラ

つきと基礎係数・機能評価係数Ⅱによる調整分の推移(個別医療機関におけるバラつきに対する評価のあり方)

調整係数による個別施設単位での調整の廃止と機能評価係数Ⅱおよび基礎係数への置き換えを進める中で、個別医療機関ごとの診療内容のバラつきは、一定程度収斂していくことが期待される。これらのバラつきについては、機能評価係数Ⅱによる調整幅の中で吸収できるかを注視しつつ、必要に応じた最終的な対応を検討する必要がある。

○激変緩和措置のあり方

2012年改定では、置換えに伴う個別の医療機関別係数について、激変緩和の観点から、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整したが、2018年を目途とする最終的な完全移行の段階で、それまで猶予された変動分が累積している可能性もある。置換えの完了を見据えながら、改定時の激変緩和措置をどのように考えるか、引き続き検討する必要がある。

### 中医協総会 入院医療関連調査の実施方針を承認

8月22日の中医協総会は診療報酬調査専門組織の入院医療等の調査・評価分科会が報告した入院医療関連調査の実施方針を承認した。

調査は、2012改定答申の附帯意見にもとづき、次期14年改定の基礎資料を得るために、12年度と13年度に分けて実施される。その概要は、①7対1の新算定要件など一般病棟入院基本料見直しの影響調査、②亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟入院料見直しの影響

と両算定下の患者実態に関する調査、③慢性期医療の適切な評価に向けた調査(7対1、10対1を含む長期入院の実態、慢性期における評価すべき患者像)、④地域に配慮した評価に関する影響調査、⑤13対1、15対1における特定除外制度廃止の影響調査、などからなる。

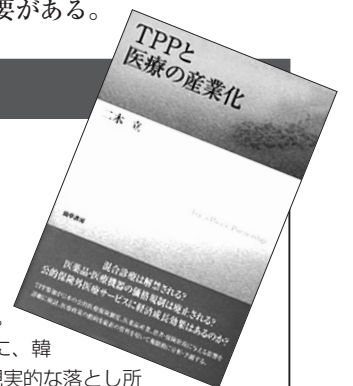
調査票案を再度中医協に諮った上で、12年度調査分は10~11月に実施、今年度末に結果を報告する予定だ。(調査項目の詳細は8月15日号にて既報)

### 一冊の本 book review

## 『TPP 医療の産業化』

二木 立 著 発行●勁草書房 定価●2,625円(税込)

筆者は、TPP参加が日本医療・国民皆保険制度の崩壊につながるの主張に疑問を呈しつつ、TPPの参加には反対の立場をとる。わが国における医療産業化論を歴史的・理論的に分析するとともに、韓米・豪米FTAを検証することで、日本がTPPに参加した場合の現実的な落とし所を探っていく。TPP参加を契機として混合診療全面解禁論が再燃するとみられる中、本書は医療関係者にとって必読の書と言えよう。(A)



座談会 「医療計画の見直しと地域医療の今後」

# 2013年からの医療計画見直しは5疾病5事業と在宅医療が柱

## 2018年からの医療計画には病床機能報告制度にもとづくビジョンが反映

神野 都道府県医療計画は2006年の医療法改正で抜本的な見直しが行なわれ、地域における医療連携体制を記載するということが4疾病5事業が打ち出され、2008年度に施行されました。それから4年が経過し、2013年から17年までの計画策定を前に、4疾病5事業に精神疾患

を追加する、在宅医療の位置づけを充実する、2次医療圏の設定を見直すなどの手直しが行なわれました。次期医療計画を地域医療を支える一般病院の目線から検討し、民間病院の今後の行き方を考えるということで、厚生労働省の井上指導課長をお招きしました。

### 5疾病5事業と在宅医療は同格の位置づけ

神野 5疾病5事業になぜ在宅が入っていないのかとよく聞かれますが。

井上 今回の医療計画策定指針は、5疾病5事業プラス在宅医療というように、5疾病5事業と在宅医療を同格に位置づけています。ただ、医療法には、まだそこまで書かれていません。5疾病5事業は「目標や連携体制を医療計画に記載する」とあるのですが、在宅医療は「その確保に関することを記載する」とあるだけで、目標や連携体制まで記載するとは書いてないんです。次の医療法改正で5疾病5事業並みにする方向で検討しています。

神野 2008年度から医療計画に連携を組む医療機関の名前が記載されました。これは一方で、そこに名前が載る載らないということが病院の死活問題につながる可能性もあります。

井上 その辺は、基本的には、各医療機関が地域でどのような機能を果たすのか、地域の他医療機関とどう連携をしていくのかを明確にするとともに、医療計画を策定するプロセスに積極的に参加し、地域の医療のあり方についての意見を自ら発信することが望ましいのではないかと考えます。医療機能を明確にし、連携のあり方を明確にすれば、おのずと医療計画に位置づけられるということにつながり、それがひいては住民から選ばれる医療機関になっていくということにつながっていくのではないかと思います。

丸山 在宅医療ですが、地域包括ケアというのはかなりいい仕組みであると思いますが、そこには基本的な問題もあります。医療に対する国民のニーズにはモラルハザードともいえるべき面が避けられず、余りにも要求が高くなり過ぎてきています。介護は参酌標準で守られていますが、医療はそれができづらい。在宅の仕組みを設計していく背景に、その辺をどうするかということがあるような気がします。こうした面からも、病院、診療所、行政が今まで以上に協働体制をとらないとうまくいかないと思います。

### 医療と介護の連携を進める在宅医療連携拠点

神野 今回、医療計画の指針に医療計画に在宅医療連携拠点を記載すると書かれましたが、この具体的姿が分かりにくいという声があります。

丸山 在宅医療の前提は連携です。病院と診療所、そして24時間の訪問看護・介護で、この連携がいかにかうまくいくかです。ただ、私には、そこに福祉系が介在してどこまでできるのかという疑問が拭えません。

井上 地域包括ケアの中心的な役割を担うものに地域包括支援センターがありますが、介護系の方が中心になっているケースが多い。ケアマネジャーも約7割が福祉系です。地域包括支援センターには介護と医療をつなぐ役割も期待されていますが、福祉系のケアマネには、医師、看護師や医療機関への

もう一つは、介護度の低い人でも、結構、他疾患の合併をもっている。とくに、がんを含めた慢性疾患ですね。その中で、はたして、地域包括ケアの担い手が医療でなくていいのか、病院や医師を中心とする医療職をもっと活かすべきではないのかと案じます。多疾患に、はたして福祉系で対応できるのかという根本的な疑問です。

黒澤 私は全日病で在宅療養支援病院(在支病)の調査などに携わっていますが、その中で、今回の改定で届出数はかなり増えましたが、実際にやっているところと余りやっていないところがあるんです。200床以下が要件の在支病は、中小病院の今後を考えると非常に重要な評価です。そういう意味からも、今回の医療計画でこれまでになく重視されているだけに、我々もしっかりと在宅医療に取り組んでいかなければならないと思います。在宅医療が位置づけられたといっても、目標値とかは、まだそれほど厳しいものではありません。しかし、今後は、実態の乏しいところは淘汰されていくことも覚悟しなければなりません。

丸山 もっとも、まだ、包括的な医療をやる診療所が育っていない。やがて、包括的な医療を担う人たちが育っていく時期がくるし、それと同時に、病院の役割やスタンスも変わってくると思いますが、今の段階で言うならば、病院の方にコンプリヘンシブな医療をやる力がある。しかも、病院には当直員がいるが、診療所にはいません。やはり、独りでは限界があると思います。

井上 ただ、できるだけ身近なところで、もともとかかりつけ医で診ていた、外来で通っていた患者がもう通えなくなったときに、そのお医者さんが継続的に訪問するというのが一番望ましいのではないのでしょうか。しかし、すべてをそれでやれといっても現実にはそうはいきません。そこで例えば、ひとり開業医が訪問診療をしているが、急変時は病院で引き受けるといった連携体制が必要になると思います。

アプローチにハードルを感じてしまうということがあって、医療ニーズがある人に医療系のサービスが十分提供されていないという問題があります。そこを突破することを一つの目的として、厚生労働省は在宅医療連携拠点事業というモデル事業を、昨年、10カ所で行っています。

在宅医療連携拠点を担うのは、モデル事業では、在支病、在支診、訪問看護ステーション、医師会、市町村などです。それらが拠点になって、そこに、ケアマネ資格を持った看護師やMSWといった職種を置いて、医療と介護の連携を進めています。

地域包括支援センターは地域ケア会議を開くことになっていますが、実際

は、余り十分に開かれていないと聞いています。地域ケア会議で想定しているのは、例えば、医療ニーズがある処遇困難事例をどうするかで、こうしたケースには医師や看護師などの医療職が入っていく必要があるのに、これまではそういう会議を開くことがなかなかできなかったのです。しかし、同じ地域の地域包括支援センターと日頃から連携していくことによって地域ケア会議に医療職が参加できるようにしていく。こうしたことも在宅医療連携拠点の役割です。

具体的な事業としては、地域の多職種連携の課題が何なのか、また、その課題を解決するためにはどうしたらいいかを検討してもらおう。また、在宅医療従事者の負担軽減ということで、例えば、ひとり開業医で24時間の対応が難しい場合にコーディネートをしてあげる。あるいは、効率的な医療提供のための多職種連携、地域住民への普及・啓発、在宅医療に関する人材育成などです。このように、地域包括ケアに医療の側からアプローチしていく、そうしたものも含めて両方を組み合わせるということなんです。

丸山 基盤整備が一番求められているのはITです。情報の共有化ではないでしょうか。

黒澤 在宅医療連携拠点は、さらに増やしていく方針ですか。

井上 在宅医療連携拠点の数はモデル事業の成果を踏まえて考えることになりましたが、今は、平均的な規模の市町村に1カ所という展開を考えています。

黒澤 ただ、市町村に1カ所あっても、地区ごとで患者さんの動向が結構異なっているため、情報の効率的な交換・共有があまりできていないという印象ですね。これはこれで必要だとは思いますが、もうちょっとコアな、さらに小さいものもあっていいかな。それと、効率的にやるにはやっぱりIT化が必要かと思っています。

井上 IT化は相当取り組んでいるのですけど、統一された規格があるわけではないので、それぞれまちまちなことをやられているのが実情です。これは検証課題かとも考えています。何がし

### 計画策定へ、必要に応じ圏域連携会議を設置

神野 5疾病5事業と在宅医療の中で、疾患ごと、事業ごとに各病院の役割や機能を明示するということがありますが、それを各都道府県で誰がどう決めるのか、どういう調査をするかということ、は、厚労省として指針があるのでしょうか。

井上 医療計画については、指針上は、医療審議会とか地域医療対策協議会とかいった県における審議の場で、医療関係者や学識経験者、自治体の代表、住民の代表などが参加して議論していただいた上で、策定することになります。ただ、そこに至るプロセスとしては、まず、5疾病5事業と在宅医療のそれぞれに作業部会を設けて、分野ごとの関係者が集まって、あり方を検討する。さらに、圏域ごとに圏域連携会議といったようなものを必要に応じて設けると指針に書いてあります。これは、できるだけ設けることが望ましいと思っています。

圏域連携会議では、連携に参加する医療機関や医療関係者が、お互いにそれぞれが担う機能とか、こういう連携



出席者(写真左から) 全日本病院協会 広報委員会委員 黒澤一也 厚生労働省医政局 指導課長 井上誠一

かがガイドライン的なものがないかと。

黒澤 地域地域で色々なやり方があると思います。そういうのが公開されるといいですね。

丸山 しかし、疾病の関与がものすごく高い集団です。そこをエクスキューズした連携がはたして成立するのかが疑問ですね。やはり、連携のリーダーを24時間のクリニックや病院に求め、それを要件にした上でITも整えてもらうというようにしないと、円滑には進まないのではないのでしょうか。

井上 この事業では、地域の在宅医療や在宅介護にかかわる医療資源のマップを網羅的につくってもらっています。そうすると、自分のところと連携するのにふさわしい相手を見つけるための情報を提供するという機能が担えると思います。

丸山 方向性は正しいと思います。問題は戦略というか、基準じゃないでしょうか。

井上 私どもとしては、まずは成功事例を集めたいと思っています。しかも、都市部と山間部では違うし、その中心となる組織が病院の場合もあれば、医師会や訪問看護ステーションという場合もあつたりと、色々な形態ごとにモデルとなる事例を集めたいなど。

をしたいかを明らかにするといった、地域の機能分担と連携のあり方を関係者で話し合っていたりすることを想定しています。具体的にはそれぞれの県で違うでしょうが、できるだけ、関係者が地域の医療のあり方を議論する場を医療圏レベルで設けた上で、それを吸い上げて県レベルの計画にしていけることが望ましいやり方だと思います。

神野 問題はイコールフットリングが確保されているかです。同じ機能であれば公と民は同じ扱いにするべきと考えますが、それができているかが非常に気になります。

丸山 我々としては、経営所有主体の差が淘汰の主たる要因とならないようにしてほしい。つまり、同じ土俵でフェアにやらせてほしいということです。

神野 機能を見て、例えばがんはあなたの病院ですというのなら分ります。それを、がんをあの病院にしたいから、では、そこに補助金をつぎ込もうという考え方をされると本末転倒です。つまり、医療計画をつくったからここに (5面に続く)

# 医療計画に名前を載せるためには中小民間病院の努力も重要

病院も分化・連携に務め、医療計画の中で自院の位置づけと機能をアピールすべき



全日本病院協会 副会長 神野正博  
全日本病院協会 常任理事 丸山 泉

(4面から続く)

補助金を入れるんだというように、この仕組みを悪用してほしくないというのが我々の偽らざる本音です。

**井上** 医療計画に位置づける際に、同じレベルの機能をもつ医療機関について、公か民かで一方を優遇することは考えていません。確かに、機能が果たせるかを評価するときにガバナンスも関係する。しかし、かえって民だからやれる場合もあるかもしれない。それから、社会医療法人という、今まで公がやってきたことを民に担ってもらうという考え方の制度もできている。そこは総合的にみて、その機能を担ってもらう上でどこが一番ふさわしいかということだと思えます。最初から開設

主体がありきではないと思います。

**黒澤** 私のところはへき地医療で社会医療法人の認定を得ましたが、長野県でいうと、へき地医療イコール公ということではなかなか認めてもらえません。小さい病院ですけども、だからこそ公に負けないようにと頑張っへき地医療に取り組んできたのですが、社会医療法人を取る上で医療計画に乗せてもらわないと認められなということ、かなり働きかけました。でも、へき地医療として自院を医療計画に記載してもらった過程で、そういう差というのを非常に感じましたね。

**神野** 社会医療法人の認可は医療計画に記載されていないとだめなんです。地域医療再生基金とかの補助金も医療計画に乗っている病院が対象ですからね。

**黒澤** そうした分野は昔から公的な病院がやっていたので、実績をよほど積まないと難しいんです。それで、イコールフットイングというのが我々にとって大きな希望でもありますし、逆にそれだから民間でも頑張ろうということになる。名前が載ることで、やはり、我々もしっかりやらなければいけないというように…。

**神野** 私たちも、頑張りどころとしては、県にアピールしなければならない。機能を、公との違いをね。全日病の会員病院も、ただ黙って「補助金がない」と怒るのではなく、まずは県に積極的にアピールしてほしいものです。その上で、イコールフットイングを主張しなければね。(笑)

## 2次圏設定の見直しは医療需給に大きな影響

**神野** ところで2次医療圏の設定は人口20万を基準とすることになりましたが、私のところは2つの医療圏を合わせて人口20万ということですから、まさに関係しそうです。(笑)

**黒澤** 長野県にもそういうところが幾つかあります。

**神野** 医療圏の統合は、最終的には県の判断ということですね。

**井上** そうです。医療計画制度ができて20年以上がたちましたが、最初に決めた2次医療圏がそのままというところが半分以上です。中には実態と合わなくなっているものがある。しかし、一度決めたものを見直すのはなかなか難しい。したがって、これをきっかけとして、見直しを検討の俎上に載せてくださいということで基準を示したわけです。

ただ、統合すると面積が大きくなり過ぎるなど色々な事情があるでしょうから、最終的な判断は県です。検討した上で見直しをしない場合には、こういう理由で見直しはしないということをお知らせいたします。人口が少ないところでは入院患者が流出しているという実態があるので、それでも医療圏を維持する場合には医療の需給状況をどう変えていくのか、足りない医療機能をどうやって整備していくのかなど、必要な施策を医療計画に盛り込んでいただきたいというのが我々の考え方です。

**丸山** 福岡県にも、例えば急性期はうまくいっていますが、慢性期や亜急性期については患者がいったん外に出て、また戻ってくるという地域があります。そうすると、そこに亜急性期や慢性期を整備すればいいという話にな

りますよね。こういうプラスする部分はあってもいいかと思いますが、その逆というのは非常に怖い話でもあるわけで、そこはやはり慎重にやってほしいものです。医療計画で医療の需給状況をどう変えていくかが問われたときに、恣意的な力がどの辺まで働くかというリスクですね。プラスするだけでなく、削るという作業が必要になってくることもあるのではないのでしょうか。

**神野** 県民にすれば、近くにいい病院がいっぱいあればいいに決まっています。救急にしても、医療圏と一緒にさかれて、隣の医療圏まで救急車を走らせるのは嫌だというのが住民感情ですよ。しかし、そこに救急病院をつくれれば大変なお金がかかる。その辺をどう納得させるかという話でもあります。これは医療側に振られても困るわけで、本当は、国としても国民を教育というか啓蒙する話なんだけど…。

**丸山** それを私はモラルハザードといっているんです。その辺は、そろそろ、国と医療側がしっかりと手を組んでやっついていかないとならないのではないのでしょうか。例えば、救急医療の30分圏というのは本当にそれでよいのだろうかとか。見映えはいい計画ですが、一方で、その前提にはコストの問題があるわけです。我々もコストは下げたいと思っていますし、そういう流れの中にあるわけですから。やはり、厚労省と我々がもっと話しあっていく必要があるかなという気はします。このまま今の地域医療計画が走ってしまうと、我々のアライアンスを破壊しかねないという心配があります。

## 総合医も5疾病5事業を担っている

**神野** 例えば、地域の病院には家庭医や総合医とでもいうべき方がいます。ところが、5疾病の話をする、どうも脳卒中の専門医とかの話になる。本当は総合医が一人でその地域の住民をある程度診れるのに…。そうすると、地域医療計画の上でも、そこには専門医ではない医師しかいないと、この病院は専門医のいない病院であるというふうにされてしまいかねない。

**丸山** 日本の医師は30万人いると言われていますが、標榜医は40万人もいるんです。つまり、日本は、専門医は多いけど専門科は未分化であると言ってもいいんです。そういう意味では、総合医、ジェネラルというものを前面に出してもいい時期にきているのではないのでしょうか。

**神野** 私もジェネラリスト派でしてね。やはり、医療計画で5疾病5事業の担い手はすべて専門医であるとする考え方は変えていただかないと。

**丸山** そうしないと国民は迷いますよ。脳外科医は脳外科の専門医と思ってしまうから。しかも、日本の専門医制度には非常に矛盾があるわけですから。

**神野** ジェネラリストがどこまでやるかの問題はありますが、例えば、脳梗塞のt-PAで何分以内っていうのも、それは別に、脳外科や神経内科の専門医で

なくとも、ジェネラリストの範囲でできるガイドラインさえしっかりしていればいいわけですよ。だけど、それがしにくい雰囲気があるんですね。

**丸山** ガイドラインを守れば本当はできるんです。ところが、ガイドラインを専門医に守らせている。ガイドラインというは専門医以外の人のためのものなのという考え方はどうでしょうか、一方、真の専門医はある程度フレキシブルに医療ができる。

**神野** その辺が、医師確保の対策とか、今まさに話題になっている専門医のあり方、さらには医療計画とも関係してくる。

**井上** 検討会で総合医をきちんと専門医に位置づけるという方向が打ち出されています。それが定着してくれば、当然、5疾病5事業の担い手という話も変わってくると思います。

**神野** そこがはっきりしたら、5疾病5事業の担い手は専門医だけではないということをご理解いただきたいものですね。

**丸山** 今は一体改革で示されたシミュレーションに向かって動き出していますが、そこには専門医制の動向が反映されていない。しかし、医師の側も変わってきているので、そろそろ、今までとは違う視点を取り入れられてもいいのではないかという気がします。

## 一般病床の機能分化は次回見直し時の課題

**神野** 医療計画は今まで病床規制とリンクしてきました。今度の一体改革も、2025年に向けて高度急性期や一般急性期、すなわち一般病院のベッドを減らしていくという方向性が出ている。これは、これからも医療計画は病床削減を担う役割を果たすということですか。

**井上** 一体改革のプランで示されている病床機能分化のイメージ図でみると、一般病床と療養病床を合わせた全体の病床数はほとんど横ばいなんです。必ずしも大きく減らすというふうにはなっていない。もちろん、その中身は変わっていますが、問題はそれをどう進めていくかということで、今、方向性が出てきているのは、一般病床の医療機能を報告する制度をつくるということです。どういう機能を担うのかを各病院から報告してもらって、それで地域の実態を把握して、それを踏まえて、あるべきビジョンを地域で検討し、それを医療計画に反映させていくというものです。

**神野** それは今回策定する計画の次の医療計画ですよ。

**井上** そうです。5年後、2018年からの医療計画には、そういう報告制度で把握した実態を踏まえたものを考えていくことになります。ただ、まだ抽象的な議論にとどまっていて、具体的な中身はさらに議論していかなくてはいい状態ではあります。

**神野** もし、一体改革のプランどおりにするとしたら、一般病床の削減は兵糧攻めつまり診療報酬と医療計画の両方でやるということでしょうか。

**井上** 医療計画でどうこうするといっても、まだ方向性が見えてきていない、さらに詰めていかなくてはいい話です。ただ、一般論として、医療提供

体制を変えていく政策的ツールとしては、診療報酬、医療計画、補助金をどう組み合わせるかということかと思えます。

**神野** いずれにしても、今回の医療計画は病床再編には関係ない…。

**井上** そうですね。今回の医療計画見直しは一般病床の機能分化を進めていくところまでを視野には収めたものではないということは言えます。

**丸山** お願いしたいことは、まずは現状を肯定してほしいということです。肯定した上で、どうソフトランディングしていくかではないのでしょうか。それは我々の責任でもありますが、この引っ張り方を間違えると、とんでもないことになりかねません。

**黒澤** 私は、中小の民間病院が医療計画に名前を載せるためには、我々も努力しなければいけないと思います。そして、PDCAサイクルを回して、それがよかったのか悪かったのかを、国と都道府県と医療側とで検証していかねばならないと思います。もう一つ、医療計画がうまくいくためには国民にも啓蒙していかなければいけません。我々が幾らこうやりますと言っても、国民が違う方向に行ってしまうのはうまくいかない。やはり同じ方向に行ってもらわないと、うまくいきません。こうしたことを国が主導し、我々も一緒になってやっついていかなければいけないと思います。

**神野** 我々病院の側も機能分化と連携に努めながら、医療計画の中で色々なアピールをして、地域特性にそった提供体制の整備に協力していきたいと思っています。ぜひ、民間病院の置かれた状況をご理解いただいて、国民・患者の利益になる地域医療に向けてご尽力をいただけるようお願いいたします。

# 2010年耐震調査 371病院に震度6強で倒壊可能性の建物

## 全建物耐震性なしが279病院。耐震性不明が875病院も

厚生労働省は8月24日に2010年10月1日現在の病院耐震改修状況調査結果を公表した。

それによると、全建物が耐震化されている病院は4,846 (56.7%)で、前年(56.2%)からの増加は9病院 (0.5ポイント)にとどまった。

一部建物が耐震性がある病院は2,541

(29.8%)、すべての建物が耐震性がない病院は279 (3.3%)、耐震性不明の病院は875 (10.2%)であった。

全建物の耐震化ができていない2,820病院 (耐震性不明を除く)の中には、震度6強で倒壊・崩壊の危険性が高いとされるIs値0.3未満の建物がある病院が371 (13.2%)ある。

その一方で、「すべての建物が耐震性がある」と回答した病院以外(3,695病院)のうち、500病院が「12年度までに全建物が耐震化される予定がある」と回答した。

災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率は66.2%と、前年(62.4%)から3.6ポイント増加した。両医療機関につい

ては09～11年度の補正予算等で医療施設耐震化臨時特例交付金が手当てされており、厚労省は、この措置によって耐震化率は8割強に達すると見通している。

民間病院に対する新築・耐震補強に対する補助は、前出臨時特例交付金の09～10年度予算で2次救急に措置されたほか、病院輪番群とIs値0.3未満病院に対する医療施設耐震整備事業が毎年度の医療提供体制施設整備交付金に組み込まれている。

### 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14回 個人情報保護担当委員会

## 入院患者への取り次ぎをめぐるトラブル

### 【事例】

入院時に患者から見舞客や電話の取り次ぎはして欲しいとの申し出を受けていたが、途中から電話や見舞客の取り次ぎはしてほしくないとの申し出があった。

しかし、申し出を受けていたにもかかわらず、その患者に見舞客があったときに、窓口は患者に取り次いでしまった。

患者の希望変更が各担当に伝わっていなかったことから苦情となった。

### 【委員会の判断】

ほとんどの病院では、入院時に面会は可能か、可能でない場合は特定する人は誰かなど患者本人に申請してもらっています。

突然、窓口に来て面会を求めた場合、病院は、患者の申出から判断して対応する必要があります。患者の意思を確認できない場合や、患者の親族であるとわかった場合でも窓口が直接回答することはしないで、ご家族に問い合

せてほしいと伝えるなどの対応が求められます。また、患者の申出で面会不許可の方であった場合は、患者の意思であることを丁寧に伝えることが求められます。

今回の事例のように、入院生活の途中で患者から「面会を受け入れたくない」「電話の取り次ぎはしないでほしい」との申し出があった場合、病院としてはすぐにこの申し出を受け止めなければなりません。

申し出を受けた担当者は、その時点で、取り次ぎ不可について各職員がわかるような方法を取ることが必要です。

例えば、取り次ぎ不可の確認がいつでも各職員ができるような状況にしておくことが良いでしょう。患者の希望確認簿などを作っている病院もあります。窓口や面会などに対応する人は、それを見ることで患者の最新の希望を確認できます。

本事例は、院内の情報共有ができないことでの苦情となっています。ほんの些細なことですが、病院がきちんと対応することが患者の信頼につながるものと思われます。(坂本憲枝特別委員)

### 2012年度第4回常任理事会の抄録 7月21日

#### 【主な協議事項】

#### ●2013年度税制改正要望書(案)

医療制度・税制委員会がまとめた「2013年度税制改正要望書案」が承認された。

#### ●全日病災害時医療支援活動規則の改正(案)

救急・防災委員会がまとめた「全日本病院協会災害時医療支援活動規則改正案」が承認された。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

- 北海道 東北北海道病院 理事長 石崎仁英
- 青森県 青森厚生病院 院長 成田弘達
- 山形県 至誠堂総合病院 院長 高橋敬治
- 神奈川県 横須賀市立市民病院 院長 久保章
- 静岡県 静岡市立静岡病院 院長 島本光臣
- 静岡県 榛原総合病院 院長 茂庭将彦
- 兵庫県 伊川谷病院 理事長 前田 章
- 高知県 高知病院 理事長 野並誠二
- 長崎県 宮崎病院 理事長 宮崎久彌
- 熊本県 人吉リハビリテーション病院 理事長 山田貴子

ほかに9人が退会した結果、在籍会員数は2,358人となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。

株式会社エラン(長野県、代表取締役・櫻井英治)

株式会社アイエーエム(東京都、代表取締役社長・細川正博)

賛助会員数は107となった。

#### 【主な報告事項】

#### ●「2012年度医療の質の評価・公表等推進事業」について

厚労省「2012年度医療の質の評価・公表

等推進事業」に本会が選定されたとの報告があった。

#### ●公益法人移行申請進捗状況について

本会の公益社団法人認定申請に関する進捗状況が報告された。

#### ●九州北部豪雨の被害調査結果

7月中旬に九州北部を襲った豪雨について会員病院の被害調査結果が報告され、被害が大きな2会員病院に「災害対応規則」にもとづく見舞金が支給される旨の説明があった。

#### ●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)

6月15日付で以下の6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 埼玉県 関越病院 更新
- ◎精神科病院 大阪府 国分病院 更新 福岡県 乙金病院 更新
- ◎療養病院 北海道 札幌西円山病院 更新 熊本県 悠紀会病院 新規
- ◎複合病院 北海道 愛全病院 更新

6月15日現在の認定病院は合計2,435病院。そのうち、本会会員は926病院と、会員病院の39.3%、全認定病院の38.0%を占めている。

ほかに1人が退会した結果、在籍会員数は2,363人となった。

### 2012年度第2回理事会・第5回常任理事会の抄録 8月11日

#### 【主な協議事項】

#### ●臨床指標評価委員会の設置

厚労省の「2012年度医療の質の評価・公表等推進事業」に本会が選定されたことを受け、同事業の実施要件となっている「臨床指標評価委員会」の設置が承認された。

#### ●2012年度会費の免除

東日本大震災で被災したために2011年度年会費が免除された会員のうち、今年度も同措置を希望する会員に引き続き2012年度年会費を免除する案が承認された。

#### ●公益法人移行にかかわる基金拠出契約

本会の公益社団法人への移行にともない、一部支部が設立する一般社団法人に本会が基金を拠出する契約書案が示され、承認を得た。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

- 北海道 KKR札幌医療センター 斗南病院 院長 加藤紘之
- 東京都 明理会中央総合病院 理事長 中村 哲也
- 大阪府 富永病院 専務理事 富永良子
- 大阪府 高村病院 理事長 高村昌樹
- 福岡県 御所病院 院長 石津 要
- 鹿児島県 納病院 理事長 納 邦雄

ほかに1人が退会した結果、在籍会員数は2,363人となった。

#### 【主な報告事項】



第2回理事会・第5回常任理事会

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

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

四病協・医療制度委員会

# 医療提供体制の議論を開始。急性期医療調査を実施

四病院団体協議会(四病協)の医療制度委員会(委員長・日病高橋副会長)は8月29日の会合で今後の活動方針を話し合った結果、一体改革に示されている2025年の医療・介護提供体制案に対応するために、医療提供体制に関する提言を目指すことを確認。併せて、急性期医療の実態調査を行なう方針を決めた。

同委員会は、ほかにも医療基本法案

の作成や身体合併症をもつ精神患者の問題という課題を抱えているが、医療提供体制の議論を優先させる方針だ。

意見交換では、「高度急性期や一般急性期の定義が曖昧なまま病床の機能分化が進められようとしている」など、一体改革に対する強い疑問が示された。

しかし、「急性期病床群をめぐる議論で厚労省に急性期医療の実態が捕捉

されていないことが判明した」が、その一方で、同様のデータは在野にもないことから、「病院団体の手で急性期医療の実態を把握し、同時に急性期の定義を明確にし、提言していく必要がある」ということで意見が一致、実態調査の実施を決めたもの。

各団体が調査方針案をもちより、今後2回の委員会調査設計案を固め、総合部会に諮った上で年内には実施する方向だ。

病床の医療機能に関しては、全日病も、地域で中小病院が提供している医療機能の実態調査を進めている。四病協の調査が実施されると、急性期から亜急性期にいたる一般病床の機能が浮き彫りとなる可能性が高い。



## 徳島県支部担当で2012年度夏期研修会

全日病の2012年度夏期研修会が、徳島県支部(田時正治支部長)の担当で8月12日に徳島市内で開催され、100人が受講した。招聘した講師は仁木博文衆議院議員(民主党)と河田恵昭関西大学社会安全学部長。

先に登壇した仁木議員は「これからの日本の医療～医療における安全性と効率性」と題して講演。日本の製造業が編み出したかんばん方式を導入して安全性と効率性を確立させたシアトルの子ども病院を例に、トップダウン方式からチーム医療へと変化するの意義と効果を、経営面に着目して語った。

続いて、河田恵昭関西大学教授は「次の南海地震で被害を“想定外”としないために」というテーマで講演。阪神淡路大震災と東日本大震災の教訓を踏まえ、近い将来広域に発生する可能性が高い巨大災害に対応した施策のあり方を中心に、災害から逃れる術を説いた。



## 看護師候補者受入施設の意識調査

# 受入側の切実な声。回答結果とともに自由意見を詳しく紹介

厚生労働省はEPAにもとづく看護師候補者を受け入れている施設を対象に行なった意識調査結果の最終報告を8月10日に公表した。

調査は、2008年度から10年度に受け入れた全163施設の研修責任者を対象に昨年9月に実施され、125施設(76.7%)から回答を得た。昨年12月に速報としてまとめた結果のうち、看護師国家試験にかかわる意見が試験実施の改善策資料に供されている。

今回の最終報告には自由回答欄に記述された意見が詳しく紹介され、費用面だけでなく業務面の負担が大きい看護師候補者を擁する施設の切実な声がよくわかるものとなっている。

候補者に求める就労・研修開始時点の日本語能力については、48.0%とほぼ

半数の施設が「日常的な場面に加え、より幅広い場面で使われる日本語をある程度理解できる日本語能力試験N2レベルが必要」とした。

最高ランクのN1を求める施設が25.6%ある一方で、20.8%が「日常的な場面で使われる日本語がある程度理解できるN3でも可」と回答する、対照的な結果となった。

自由回答欄には、合格者を出した施設による「N3に届かないレベルでも十分合格は可能」という意見もみられた。

候補者に課している実務経験期間(フィリピンは3年以上、インドネシアは2年以上)は2/3の施設が現在課している年数を肯定する一方、「延長すべき」という意見も28.0%あった。

「延長すべき」という意見の理由とし

ては「看護師試験に合格して登録すれば直ちに就労できるので相当の実務経験が必要」というのが6割近くに達した。自由回答には「基礎教育がまちまちであり、知識に偏りがみられる」との指摘もみられた。

就労・研修開始前の看護導入研修については84.8%が「現状程度でよい。まずは日本語研修の強化を図るべき」と回答した。

自由記述には数多くの意見が紹介されているが、実務経験の年数や来日前の日本語能力取得など「来日前のハードルを上げてはどうか」といった声が多くあるほか、「時間・金・人材(指導体制)などで国が責任を負うべきである」と、国の支援を求める意見も少なくない。

## 2011年度医療費

# 過去最高の37.8兆円。施設当たり入院医療費も過去最大

厚生労働省が8月24日に発表した医療費動向調査の結果によると、2011年度の医療費は9年連続の増加を示し、前年度比約1.1兆円(3.1%)増の37.8兆円と、過去最高を記録した。

受診延日数(延患者数に相当)は前年度比-0.1%(入院-0.6%、入院外-

0.3%)であるのに対して、1日当たりの医療費が3.2%(入院2.7%、入院外+調剤4.3%)と大きく、医療費を押し上げた。

分野別の医療費は入院が15.2兆円(全体の40%)、入院外+調剤が19.8兆円(53%)、歯科が2.7兆円(7%)。それ

ぞれの伸び率は入院2.1%、入院外+調剤4.0%、歯科2.6%で、調剤を含む入院外の顕著な伸びが医療費の増加に大きく寄与している。

制度別の伸び率は70歳未満が1.8%、70歳以上が4.4%、そのうち75歳以上は4.6%。ただし、1人当たりの伸び率は

70歳未満が2.6%であるのに対して、70歳以上は1.6%、75歳以上は1.6%と逆転する。

1病院当たりの医療費は23億4,040万円(入院17億2,543万円)。内訳は大学151億6,309万円(107億1,678万円)、公的46億6,558万円(33億3,319万円)、法人15億5,450万円(11億8,395万円)、個人7億1,564万円(5億1,475万円)で、それぞれ過去最大を記録した。

# 2012年に300万人を超え、65歳以上の約1割に

## 認知症高齢者 前回推計を大きく上回る増加

厚生労働省は8月24日、2010年9月末の認知症高齢者を280万人(65歳以上人口の9.5%)とする推計値を発表した。

同省の推計によると、認知症の高齢者は、12年に305万人(9.9%)、15年に345万人(10.2%)、20年に410万人

(11.3%)、25年に470万人(同12.8%)に増加する。

認知症高齢者数について同省は、前回、02年のデータを基に149万人と推計。その後の推移も10年に208万人、15年に250万人、20年に289万人、25年

に323万人と予測した。しかし、今回の推計によって、10年間で2倍を超えるだけでなく、以降も、前回推計を大きく上回るペースで増加することが判明した。

280万人の生活場所は、140万人(50%)

が自宅や高齢者向け住宅、41万人(15%)が特養、38万人(14%)が医療機関、36万人(13%)が老健施設で、14万人(5%)がグループホーム、10万人(3%)が特定施設であった。

厚労省は前回推計にもとづいて対策を進めてきたが、予想を上回る認知症高齢者の増加に対応するため、来年度から5ヵ年計画で本人と家族に対する支援体制を整備していくとしている。

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

骨格筋疾患 年有・無

骨格筋疾患 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

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報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

# 第54回全日本病院学会 in 神奈川 「地域医療の最前線」～みなとみらいから未来へ～

【開催日】9月21日(金)、22日(土) 【会場】パシフィコ横浜 〒220-0012 横浜市西区みなとみらい1-1-1 TEL 045-221-2155(総合案内) HP <http://www.pacifico.co.jp/> 主催：社団法人 全日本病院協会・神奈川県支部

## 一般演題プログラム

### 第1日目・9月21日(金)

会場	テーマ 日 時	座 長	プログラム番号	参加者氏名	病 院	演 題 名
第2会場	1-02-01~04 【看護1】 10:40~11:20	鈴木 恵美子 横浜メディカルグループ	1-02-01	古田 良恵	特定医療法人つくばセントラル病院	気管切開離脱・経口摂取に向けて
			1-02-02	青木 コカ	医療法人社団エダ会 石狩病院	経管栄養から経口摂取へ向けたST不在の看護アプローチ
	1-02-05~10 【看護2】 13:00~14:00	堀内 仁美 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うらまち病院	1-02-05	山下 亜樹	ハートフル川崎病院	転倒防止対策とその効果について ～転倒リスクの改善を目指して～
			1-02-06	美濃島 毅	社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	排泄に関連した転倒転落予防
	1-02-11~16 【看護3】 14:00~15:00	小松 大芽 特定医療法人 青嵐会 本荘第一病院	1-02-11	嶋 隆平	東戸塚記念病院	手術室災害時対応マニュアルの作成 ～マニュアル作成によるスタッフの役割の明確化～
			1-02-12	池宮城良幸	医療法人 和の会 与那原中央病院	手術室災害マニュアル作成の取り組み
1-02-17~22 【看護4】 15:00~16:00	伊藤 佳子 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うらまち病院	1-02-17	森 みゆき	函館脳神経外科病院	膀胱留置カテーテル抜去フローチャートの改善	
		1-02-18	山口千佳子	戸田中央産院	乳房に関する記録の一体化	
1-02-23~28 【看護5】 16:00~17:00	小田 和美 社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	1-02-23	頼末 真理	大阪府済生会吹田病院	残業時間短縮に向けた業務改善	
		1-02-24	中村由加利	TMG 茂原中央病院	ケアに対するスタッフの意識調査	
1-02-29~33 【看護6】 17:00~17:50	吉澤 弘 医療法人弘徳会 愛光病院	1-02-29	高桑 礼子	医療法人 ハートフル川崎病院	慢性療養型閉鎖病棟で「朝の集い」を導入して	
		1-02-30	木田 中	医療法人社団 ハートフル川崎病院	統一された私物管理に向けて	
第3会場	1-03-01~05 【その他1】 10:40~11:30	小島 進 医療法人赤枝会 赤枝病院	1-03-01	大久保寿孝	公益財団法人 筑波メディカルセンター	購買管理課における診療材料SPD業務改善への取り組み
			1-03-02	中澤 達也	公益財団法人 筑波メディカルセンター	薬品SPD業務改善の取り組みについて
	1-03-06~12 【リハ1】 13:00~14:10	田中 勇 社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	1-03-06	榎田 芳徳	山口県済生会下関総合病院	機体遠位端骨折に対する鏡視下整復術と早期運動療法の意義
			1-03-07	深井 健司	特定医療法人玄真堂 川島整形外科病院	当院における人工膝関節全置換術後の退院までの傾向に関する調査
	1-03-13~19 【リハ2】 14:10~15:20	永山 定男 医療法人新都市医療研究会 君津会 南大和病院	1-03-13	金城 克弥	医療法人 球陽会 海邦病院	ロコモーショントレーニングによる短期介入効果の検証
			1-03-14	遠藤 貴之	平山病院	当科におけるCRPSに対する治療
1-03-20~25 【リハ3】 15:30~16:20	岡本 賢太郎 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うらまち病院	1-03-20	露木 輝幸	社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	当院における脳血管疾患患者の退院転帰先についての調査	
		1-03-21	大島あゆみ	板橋中央総合病院	生活背景を重視し早期自宅退院をした症例	
1-03-26~32 【リハ4】 16:40~17:50	荏原 正幸 医療法人すこやか 高田中央病院	1-03-26	竹俣 直子	鶴川サナトリウム病院	認知症専門病院における精神科作業療法の役割について	
		1-03-27	安田 杏奈	鶴川サナトリウム病院	生活機能回復訓練を用いた認知症患者へのアプローチの成果	
第4会場	1-04-01~05 【看護7】 10:40~11:30	高村 文子 医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院	1-04-01	朝倉 公子	医療法人東陽会 整形外科前原病院	外来における継続看護の導入と業務改善への体制づくり
			1-04-02	藤田 和江	TMG医療法人 柏堤会 興沢病院	内服自己管理薬を導入した服薬支援
	1-04-06~11 【看護8】 15:00~16:00	高橋 由美子 医療法人五星会 菊名記念病院	1-04-06	岩城 智美	上尾中央腎クリニック	テブカぶれしやすい患者のピュア(リアHD)モイストジェル(保湿剤)の効果
			1-04-07	田上 尚基	医療法人川島会 川島病院	腰痛透視における注：排泄量測定廃止の試み
	1-04-12~16 【看護9】 16:00~16:50	菊地 雅文 医療法人財団柏堤会 戸塚共立第1病院	1-04-12	畑 ゆかり	伊藤病院	高齢者との関わりを通して高齢者の外来看護について考える
			1-04-13	河内 幸恵	北海道労働者医療協会中央病院	生物学的製剤による高熱治療を受ける関節リウマチ患者へのかわり
1-04-17~21 【看護10】 17:00~17:50	岩淵 泰子 医療法人財団柏堤会 戸塚共立第1病院	1-04-17	古口 尚美	横浜相原病院	横浜相原病院復職支援プログラムの取組み	
		1-04-18	渡辺 尚美	金沢文庫病院	潜在看護師復職支援への挑戦	
第5会場	1-05-01~05 【その他2】 10:40~11:30	荏原 千登里 医療法人すこやか 高田中央病院	1-05-01	山本 誠	一般社団法人 TMG本部	グループ病院におけるPACS導入の有効性について
			1-05-02	玉置 隆人	医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院	電子カルテ端末の修理費用削減の取り組み
	1-05-06~11 【放射線1】 13:00~14:00	吉川 渉 社会医療法人社団三思会	1-05-06	三宅 聡	社会医療法人社団 正志会 南町田病院	Dropboxによる遠隔画像転送への応用
			1-05-07	城戸 昭彦	医療法人 すこやか 高田中央病院	データセンターと自院サーバーで二重化された災害に強い画像参照システムを導入して
	1-05-12~19 【放射線2】 14:00~15:20	和田 吉弘 医療法人五星会 菊名記念病院	1-05-12	三井 利夫	TMG 田園調布中央病院	定部一般撮影におけるPACS画像出力濃度・コントラストの視覚的標準化の検討
			1-05-13	茂木 雅和	東大宮総合病院	上肢静脈に残る造影剤アーチファクトの低減に向けて
1-05-20~25 【チーム医療1】 15:20~16:20	岩木 和子 医療法人社団柏信会 青木病院	1-05-20	高瀬 由佳	社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	緩和ケアチームの活動と今後の課題	
		1-05-21	高橋 理智	TMG 田園調布中央病院	急性期一般病棟における緩和医療の実践へ	
1-05-26~31 【チーム医療2】 16:20~17:20	石垣 達也 財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院	1-05-26	河野美ゆみ	社会医療法人社団三思会 介護老人保健施設さつきの里あつぎ	「看取りケア指針」周知への取り組み	
		1-05-27	仲村 雄子	社会医療法人 敬愛会 中野病院	当院における退院支援専任看護師の役割機能	
1-05-32~35 【救急1】 17:20~18:00	工藤 行夫 学校法人昭和大学 横浜市北部病院	1-05-32	米村 将生	TMG 医療法人 柏堤会 戸塚共立第1病院	救急受入件数UPのための取り組み	
		1-05-33	鶴岡 薫	社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	ICUにおける安全な看護提供を目指した取り組み	
1-06-01~05 【検査1】 10:40~11:30	榎内 直美 社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	1-06-01	田中 朝子	宗像水光会総合病院	当院の輸血用血液製剤管理の運用と取り組み	
		1-06-02	栗原 真吾	公益財団法人東京医療保健協会 練馬総合病院	～血液製剤廃棄量を削減する為に～	
1-06-06~11 【検査2】 13:00~14:00	小原 和史 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うらまち病院	1-06-06	本坂 一	TMG 医療法人 柏堤会 戸塚共立第2病院	当院における輸血用血液製剤 赤血球濃厚液廃棄削減への試み	
		1-06-07	宗本 宗明	医療法人球陽会 海邦病院	腹部超音波検査でみられる膵腫大上昇の意義	



Table with 6 columns: 会場 (Venue), テーマ日時 (Theme/Date/Time), 座長 (Chairman), プログラム番号 (Program Number), 参加者氏名 (Participant Name), 病院 (Hospital), and 演題名 (Topic Name). It contains detailed event information for multiple dates and venues.

Table with 6 columns: 会場, テーマ 日 時, 座 長, プログラム番号, 参加者氏名 病院, 演 題 名. Contains 12 sessions (第11会場 to 第12会場) with detailed program information.

第2日目・9月22日(土)

Table with 6 columns: 会場, テーマ 日 時, 座 長, プログラム番号, 参加者氏名 病院, 演 題 名. Contains 10 sessions (第2会場 to 第4会場) with detailed program information.

Table with 6 columns: 会場 (Venue), テーマ 日時 (Theme Date/Time), 座長 (Chairman), プログラム番号 (Program Number), 参加者氏名 (Participant Name), 病院 (Hospital), 演題名 (Topic Name). The table lists various medical symposiums and seminars across multiple venues (4th to 9th floors) with detailed information on dates, times, speakers, and topics.

Table with columns: 会場, テーマ日時, 座長, プログラム番号, 参加者氏名, 病院, 演題名. The table lists various medical events across multiple sessions (e.g., 第9会場, 第10会場, 第11会場, 第12会場, 第13会場) with specific dates, times, and topics related to medical care, safety, and research.