



全日病 NEWS 3/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.751 2011/3/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

M9.0 東日本に巨大地震。福島原発で放射能漏れ

医療機関に大被害、各地から医療支援。厚労省は計画停電への対応を要請

3月11日午後2時46分、三陸沖24kmで震度7.6、マグニチュード9.0とわが国観測史上最大の巨大地震が発生、その後も太平洋や長野県北部などを震源地とする余震と地震が続いている。

岩手、宮城、福島全域と関東の一部地域で電力供給が止まり、水道、通信等が途絶えたほか、各所で線路と道路が寸断された。各地で家屋倒壊が起きているが、今回の地震はとくに、最高水位5階にまで届いた津波による被害が大きく、沿岸部の市町は壊滅状態に追い込まれている。被災者は15日正午現在、死者2,500人、行方不明3,600人、安否不明2万人に達し、その数は日を追って増している。死者は1万人を超えるともみられている。

この地震によって東京電力の福島第1原子力発電所(福島県大熊町)で放射能漏れが生じ、被曝者が出た。12日の1号機に続き、14日には3号機でも水素爆発が生じた。政府は12日夕刻に、福島第1原発の半径20km、放射能漏れの可能性がある第2原発(福島県富岡町)の半径10kmの住民に避難指示を出した。14日には第1原発2号機で爆発が起きて格納器が損傷、大量の放射線物質が漏



▲東北大地震は津波が被害を大きくした(3月11日 宮城県名取市の海岸)

れ出る可能性が生じた。政府は同日、さらに、半径20~30km内の住民に屋内退避を指示した。

各県の医療機関には甚大な被害が生じている。建物崩壊や水浸、土砂堆積等によって機能不全となった病院が少なくない。災害拠点病院を中心に被災者の手当てに当たっているが、電気、水道の供給等インフラの遮断が各地で起きており、入院患者への影響だけでなく被災者に対する医療提供に支障が出

ている。救急搬送に応じる病院では医療物資の欠乏が生じている上、不眠不休で診療にあたる医師等は家族との連絡も取れない中、次々に運ばれる傷病者に追われ、疲労の極みに達している。

岩手、宮城、福島各県には全国からDMATが派遣されているほか、拠点病院には自衛隊等が投入され、ライフライン確保の支援が行われている。

東京電力は大停電を避けるために、14日を期して、1都8県で時間差の停電

を計画的に実施することを決めた。計画停電は初めての事態だ。この措置は4月いっぱい続く見通しであり、医療機関における電気や水の確保だけでなく、在宅の医療機器利用者に対する影響が懸念されている。厚労省は医療機関に対して停電への対応を求めている。

3月11日の地震発生時に、全日病の本部では医療制度・税制委員会が開かれていたが、開会10分で散会を余儀なくされた。

巨大地震の発生に、西澤執行部は、3月12日に予定されていた第4回理事会・第12回常任理事会の中止を決定。同日開催の「地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム」も中止された。

救急・防災委員会(石原哲委員長)を初め、会員病院の間には、福島、宮城等に先遣隊を派遣するなど、医療支援を送る活動が始まっている。

3月下旬の中医協や介護給付費分科会を中止するなど、影響は厚労省にも出ている。そうした中、一部負担金の支払猶予など、厚労省は、被災者に対する医療確保に万全を期す対応策を事務連絡で示している(7面を参照)。

東北大地震

全日病災害対策本部を設置。現地派遣と物的援助の両面で支援

東北地方を襲った未曾有の大地震発生を受け、西澤執行部は3月14日に全日病災害対策本部の設置を決め、本部長に西澤寛俊会長が就いた。猪口、安藤、神野各副会長と猪口(正)総務委員会委員長が副本部長を務めるほか、石原哲救急・防災委員会委員長ほか8人で委員が構成されている。

全日病は同日付で全日病災害対策本部設置を告げた西澤会長名の会員宛文

書を起こし、ホームページに掲載した。

全日病災害対策本部は、主に被災病院を対象にした、①現地救援活動等の直接支援、②後方支援(物資・義援金等の物的支援)、③被災状況等の情報収集、④支援活動に関する広報活動、各面から効果的な支援活動に取り組む方針だ。

同本部は、会員病院に、被災状況等の報告を寄せるよう訴えている。

大地震 全日病と医法協が共同で救護班を派遣！ 第1陣派遣に6会員病院の7班24人が応じる

全日病の災害対策本部(本部長・西澤寛俊会長)は3月15日、日本医療法人協会(日野頌三会長)と協議した結果、東北地方等を襲った大地震の被災地に医療救護班を起こることで一致、両協会会員に医療救護班への参加を要請する文書をつくり、同日、両協会の全会員病院に送付した。

緊急事態ということで、参加意思がある病院には同日中の申し出を求めたところ、半日という短時間にもかかわらず、全日病会員病院からは6病院7班

(計24人)の参加を得ることができ、第1陣として3月16日に東京を発つことが決った。

医療救護班は、参加病院ごとに医師1名、看護師2名、事務1名の計4名編成が原則。派遣先には宮城県の公立気仙沼総合病院を予定しており、現地では日本医師会と共同で救護にあたることになる。

全日病災害対策本部では、今回救護班の活動状況等を踏まえ、今後の対応について検討するとしている。

東北大地震

全日病 義援金募集を全会員に訴える

全日病災害対策本部は3月15日に「東北地方太平洋沖地震」の被災医療機関に対する義援金の募集を行なうことを決め、同日、口座を開設した。1口1万円とし、1口以上の義援金拠出を訴える西澤会長名の文書を全会員病院に送付した。

■義援金の振込先

口座名 社団法人全日本病院協会
東北地方太平洋沖地震義援金口
口座番号 みずほ銀行九段支店 普通通1469363

福祉医療機構 被災した医療機関等に貸付け優遇措置

厚生労働省は3月15日、「東北地方太平洋沖地震」で被災した社会福祉施設、医療機関等の早期復旧を支援するために、福祉医療機構による貸付について、

融資率、貸付利率等の優遇措置を講じることと発表した。優遇措置の要旨は以下のとおり。

■福祉医療機構 災害復旧貸付(医療)の概要 *利率は3月15日現在

●被災した病院の優遇措置	
・貸付限度額	
(建築)	7.2億円 → 14.4億円
(長期運転資金)	1,500万円 → 3,000万円
・融資率	
通常貸付時の融資率	75%または80% → 90%に引き上げ
・貸付利率(0.9%の引き下げ)	
通常の貸付利率	1.3%~2.0% → 0.4%~1.1%(1,000万円まで貸付後3年間)
・償還期間	
機械整備	5年以内(6ヶ月据置) → 5年6ヶ月以内(1年据置)
長期運転資金	3年以内(6ヶ月据置) → 3年6ヶ月以内(1年据置)
【返済猶予手続き】	
被災地の貸付先であって本災害で被害を受けた貸付先には、当面6ヶ月の返済猶予(元金)を実施する。	
<貸付の問い合わせ先>	
福祉医療機構 医療貸付事業部 Tel.03-3438-9940	

医療提供の各場面で実践されている事例を提示 チーム医療のガイドライン、とりまとめの局面へ

3月2日の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」に、事務局(厚労省医政局医事課)はチーム医療のガイドライン案を提示した。

「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」と題したGLは、急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の医療提供各ステージに加え、特定の診療領域として褥瘡対策、リハビリ、小児医療、外来化学療法、医療安

全の各場面を取り上げるとともに、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等専門職の病棟配置と組み合わせた「病棟配属型チーム医療」、さらには医科・歯科連携という面から、チーム医療の実践事例をまとめたモデル集となっている。

事務局は次回会合で報告書案をとりまとめ、チーム医療推進会議に諮りたいとしている。

「清話抄」は2面に掲載しました

主張

我々は「病院のあり方報告書2010年度版」で2025年の日本の医療と介護の考察を試みる。政府も医療・介護の将来像を示すべきである。

本会の50周年記念式典で、西澤寛俊会長は、「平成10年から現在まで5回発行してきた『病院のあり方に関する報告書』は全日病の活動の基本であった。本年発刊を予定している『病院のあり方に関する報告書2010年度版』は、2025年の日本の医療と介護のあるべき姿を考えたものだ」と述べた。

2010年度版のベースにあるのは、今後の超高齢社会や医療技術の進歩等によって日本の医療費・介護費はますます増加していくことが予想さ

れる中、医療についても、介護についても、財政の持続可能なシステムを早急に組み立てていかなければならないという問題意識である。

そのような視点から、2010年度版は、総論として医療基本法を、各論として、(1)医療圏等の医療の基礎データ、(2)医療提供体制、(3)医療従事者、(4)診療報酬、(5)医療の質、(6)医療費、(7)医療情報システム、(8)産業としての医療という区分けで、徳田禎久委員長をはじめとする10人以上

の委員が真剣に取り組んでいるところである。

わが国の医療にとって、今必要なことは、全日病の活動のように、医療・介護の将来ビジョンとグランドデザインを作ることである。

しかしながら、日本の医療・介護は、地域差がかなりあり、全国一律に統一することは難しく、地域性を考慮した、地域ごとの制度を作る必要があると思う。

また、政府の役割としては、グラ

ンドデザインにそった場合に国民負担はいくらになるのか、いくつかのパターンを作って示し、それを国民に選択してもらうようにすることである。さらに、その財源はどうするのか、その場合に、医療費のこの部分を削減すれば国民の生活にどのような影響が出るのかをシミュレーションで示して、国民に問うことだ。

そろそろこの国の未来を真剣に考える時期が来ている。われわれ医療人も覚悟を決める時期が来ている。(A)

西澤会長 「地域一般病棟は病院団体こそぞっての提案」

一般病床の機能区分 「地域一般病棟」が医療部会で議論俎上にあがる

3月9日の社会保障審議会医療部会で、西澤寛俊委員(全日病会長)は「地域一般病棟」について説明するとともに、一般病床の病棟類型として検討するよう求めた。

「地域一般病棟」の概念を記した文書は部会資料の1つとして配布され、少なからぬ委員から、その考え方に賛同する意見が表明された。

この日の医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)はテーマとして、一般

病床に新たな機能区分を導入することの可否を提起、西澤委員は議論の冒頭で「地域一般病棟」に関して説明した。

西澤委員は、まず、「一般病床の機能分担は病棟単位で図られるべきである」と提起した上で、急性期医療の一部を構成する一方で高度急性期の受皿となるとともに、医療療養病床、在宅医療、介護保険施設と連携して地域ネットワークの軸となる「高度急性期と医療療養や在宅等との間に位置する病床」である

と説明。

さらに、「地域一般病棟」を提唱する四病協、日病協、全日病の各提言を紹介、病院団体がこぞって実現を求め、一般病床の機能区分であることを明らかにした。

かくて、「地域一般病棟」は、医療提供体制改革の改革方向を検討する医療部会の議論俎上にあげられた。(3面で医療部会の議論要旨を紹介)

「地域一般病棟」は2001年に四病協の

高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書で初めて取り上げられているが、2月23日の四病協総合部会は、当時の考え方を踏襲しつつ医療連携の視点を踏まえて再整理した概念を採択、今後、関連した検討会や診療報酬における実現を期すことを確認している。(8面記事を参照)

「地域一般病棟」は、第6次医療法改正と12年度診療報酬改定に向けた重要な論点として浮上することが必至だ。

地域一般病棟に関する西澤会長の説明(要旨) 医療部会 3月9日

我々病院団体が、入院医療の機能分化をどう考えているか紹介したい。まずは全日本病院協会で、「病院のあり方に関する報告書2007年度版」で、病棟単位の機能分化が望ましいと提言している。

具体的には、一般病床については高度医療病棟、急性期病棟、地域一般病棟、さらに、一般と療養病床とにまたがったものとして回復期リハ病棟とに、そして、療養病床については療養病棟へと機能分化すべきという考えである。

この考え方は、社会保障国民会議のシミュレーションとほぼ同様であるが、前者で「亜急性期・回復期」とされているところに、全日病は地域一般病棟という概念を採用している点が異なっている。

では、地域一般病棟とはどういう役割を担うのか。①地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入、②急性期病棟からの亜急性期患者の受入、③地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援という機能を有する病棟と、我々は位置づけた。

すなわち、いわゆる亜急性期病床を中心に、急性期の一部と在宅支援の機能をもつ病棟である。日本の医療提供の歴史と現状を考えると、この3つは地域における中小病院の役割として集約されるものと、我々は整理した。

例えば、大型の急性期病院がある地

域で、近隣に療養病床の病院しかない場合にはなかなか連携がとれない。また、現在は、お年寄りで肺炎等の急性期疾患になると、すぐに高機能の病院に運ばれる傾向にあるが、今までは近隣の中小病院に搬送されていた。そういうことから、地域の中小病院は明らかに急性期の一部を担ってきた。

次に四病院団体協議会であるが、実は、地域一般病棟を一番最初に打ち出したのは四病協であり、2001年に提唱している。

その内容は全日病の見解とまったく同じであり、地域の基幹病院や救命救急センター等高度な急性期医療・救急医療との連携を担う一方、地域住民、在宅患者、医療療養病床、介護保険施設からは軽度～中等度の急性期患者を受け入れるというものである。

基幹病院や救命救急センターと「地域」との間に位置して、前者には高度な急性期医療・救急医療を要する患者を紹介する一方、sub acuteやpost acuteの患者を受け入れる。

他方で、「地域」からは軽症な急性期患者を受け入れ、治癒・軽快となれば、連携の下で「地域」に戻すという役割を果たすわけである。

最後に、日本病院団体協議会であるが、2008年12月にまとめた「医療・介護



▲(写真左2人目から)山崎日精協会長、辺見全自病会長、加納医法協副会長、西澤全日病会長

提供体制および診療報酬体系のあり方について」において、「入院医療は下記のように病棟単位で機能分化されることが望ましい」として、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハ病棟、慢性期病棟を提言している。

なぜ病棟単位を提唱するかというと、医療機能をみる場合に病院という単位では大きすぎる、地域によっては1つの機能に特化することは難しく、複数の機能をもたなくてはならないからである。色々な地域の事情や規模を考慮すると、病棟単位でみるのがふさわしいのではないかと

例えば、亜急性期入院医療管理料が病棟や病床単位であるように、医療提供を病棟単位でみていかないとうまく回らないのではないかと考える。そういう意味から、日病協の提言は「複数の病棟をもつ病院は、それぞれの地域における医療提供体制の整備状況等を踏まえ、様々な組み合わせを可能とする」とし、その組み合わせ例を示している。

以上、全日病、四病協、日病協がそれぞれに提言した内容をご紹介させていただいた。ぜひ、今後の議論に供していただければ幸いです。

清話抄

シンボルは陰陽勾玉巴

4年前、リスクマネジメント委員会が患者安全推進委員会に変わった時、職員のモラルが低下した。「人はエラーを起こすもの。起こした人を攻めずに起こった事実を徹底究明する。システムの不備が全ての原因だ」理屈は分か

る。経営者としてやるべきことをやっていないから事故は起きる。でも、エラーを起こした本人の屈託のない報告書は、また起こすのではないかと不安になる。実際、所属長にさえ謝らない風潮が見て取れた。そこで気付いた。これも自分が悪い。

患者安全推進は患者の傍で行われる予防処置だ。月に1度の患者安全推進委員会は、ヒヤリハット報告の事例や安全ラウンドから見た対策を考えて実

践してくれる。病院リスク管理の立場は、事故の迅速な処置や様々な関係者・マスコミへの対応、必要な資金繰り等を行う。経営者は流行りの患者安全推進だけに心を奪われてはいけない。この2つは1つなのだ。

そこで、陰陽勾玉巴をシンボルマークにした医療安全リスク管理室を2年前に設置した。陽の白は安全推進を、陰の黒はリスク管理を表す。陰陽思想では、受動的な陰と能動的な陽は、相反しつつ

も、一方がなければ他方も存在し得ない。森羅万象は、陰と陽の二気によって消長盛衰し、調和して初めて秩序が保たれる。医療安全リスク管理室は、まさしくこの陰陽を司る東洋思想なのだ。

以来、事故を起こした関係者には、事故の要因分析と対策に関わってもらうと共に、所属長同伴で院長に報告と謝罪をお願いした。これで職員のモラルが改善した。経営者として少しは良いことができた気がする。(仲)

「円滑な連携のため、地域一般病棟の機能は広く捉えるべき」

一般病床の機能区分「高度急性期とそれ以外を分ける」意見も。診療報酬や医療計画の検討も提起

3月9日の社会保障審議会医療部会は主に一般病床の機能区分の方向性について議論した。その中で、西澤委員(全日病会長)は、全日病、四病協、日病協の各提言からの引用を用いて「地域一般病棟」について説明、一般病床の機能

として位置づける時期にきていると提案した。(2面を参照)

西澤会長が用意、同部会の資料として配布された書面に記された「地域一般病棟」に関する前出3団体の引用箇所と議論の要旨を紹介する。(8面を参照)



■地域一般病棟をめぐる議論の概要

横倉委員(日医副会長) 日本医師会の病院委員会でも急性期の病棟をどうするかという議論をしてきた。そこでも、この地域一般病棟という概念が必要ではないかという話がされてきたが、わが国の医療提供体制は地域差が大きく、連携をとろうにもとれない地域がある中でどう病床区分を考えたらよいかということから、こういう提案が出てきたと理解している。そういうことで一般病床の議論をぜひしっかりとさせていただきたいと思う。

高智委員(健保連理事) 一般病床は病床数も千差万別で、中小病院から大病院まで、一般的な機能の病院から高次機能病院まで包含している。これはきわめて大雑把な区分であり、大変分かりにくい。そこで、国民患者が認識を共有できる考え方を新たに考案する必要がある。仮にであるが、一般病院に急性期病院という区分を設けてはどうか。

尾形委員(九大教授) 大変興味深い提起であるが、地域一般病棟を医療法で考えているのか。それとも診療報酬での対応を考えているのか。

西澤委員 地域一般病棟は提供体制上の区分と診療報酬上の評価の両面から提言している。医療部会では、診療報酬の問題は捨象した。社会保障国民会議のシミュレーションの中では、恐らく亜急性期に位置づけられるのだろう。ただし、我々は、急性期の一部として考えている。シミュレーションでは平均在院日数が60日と想定されている。しかし、地域一般病棟は、その中のどの機能を担うかによって平均在院日数は変わってくると考える。例えば、「地域における軽度～中等度の急性期医療」

を主に担うのであれば、2～3週間かと思われるが、post acuteの患者であれば1～2ヵ月ということになる。その辺りは簡単に論じられない問題である。しかし、スパッと割り切れないからこそ、うまく回っていくのではないか。そこを、「急性期医療」あるいは「亜急性期患者」というように区切ってしまおうと、地域における連携がうまくいかないのではないかと考える。

小島委員(連合) 一般病床の機能区分は基本的には社会保障国民会議が示す区分の方向で考えるべきかと。医療法で臨むか診療報酬で対応するかについては、まずは方向性を確認した上で、次の段階で詳しく検討してはどうか。

斉藤(訓)委員(日看協) 多様な一般病床について再度機能区分させる議論に賛成する。

山本委員(薬剤師協会) 機能分化は人の問題などの要因にもかかわる。人員配置を含めて、どういう病院が必要なのかの議論をしていくべき。

邊見委員 地域一般病棟については日病協でも議論された。県境の医療圏にある100床以下の病院はほとんどがこれに当たる。これに関しては、法改正を必要とするものの、医療提供体制と診療報酬の相互から考えていくことが必要。どちらか一方ではいけない。

岩淵総務課長 ここでの議論の成果は夏以降の診療報酬改定議論に反映されるほか、様々な議論に反映させていきたい。まずは機能分化の方向性とその姿について議論、次に、分化を効率的に進めるという方法があるか、法改正や様々な制度改正、診療報酬、医療計画など、その組み合わせも含め、幅広い視点からご議論願いたい。

中川委員(日医) 一般病床に地域一般病棟という区分を設けることで、どういう状況が生まれるのか。医療部会で議論され、中医協で手当てするということになると、そこで重大な方向性が決まってしまう。したがってただ単にいいというのではなく、例えば、「高度医療病棟」と「急性期病棟」がどういう扱いになるのかとかを冷静に考えないと、ただ理念と理想だけではすまない。

斉藤座長(名古屋セントラル病院) とにかく方向性が決らないことには進まない。

永井委員(東大) 病床区分を考える上で、急性期・慢性期といったステージで分けるのに対して、マンパワーなど医療密度の必要度で分けるという2つの方法がある。

座長 マンパワーなど医療密度の必要度で分けるよい方法はあるか。

永井委員 簡単ではないが、実際のどのくらい必要であるかのシミュレーションを地域ごとに行なって、必要な病床数を計算しなければならぬ。ただし、単純な積み上げではだめ。機能分担を踏まえないと。

相澤委員(日病) ICUとかSCUなど高度な医療は診療報酬の中で分けられている。こうした密度の高い病床の数や医療費は基本的には把握可能。こうした病床を除いた部分を一般病床と定義できないかと私は考えている。西澤委員が指摘するように、一般病床を細分化するとうまく運用できなくなる。したがって、高度な医療を提供する病棟を区分して、それ以外は一般病床として運用することが現実的と考える。

座長 一般病床について、後方連携の面からはどうか。

永井委員 HCUから一般病床へ誘導するメカニズムがない。その流れを作る議論が必要。

横倉委員 しかし、それを制度的に決めることがよいかどうか。

座長 急性期からの出口に関してはいかがか。

横倉委員 地域地域で、急性期と回復

期や在宅との間で協議をしながら運用するケースが増えている。

尾形委員 急性期の機能分化を論じる上で在宅との連携をどうするかが決定的だ。

西澤委員 機能分化は必要なことだが、それを厳密にやりすぎるとうまくいかなくなる。全日病は一般病床を4つの病棟区分からなると考えている。この区分は大まかとも言えるが、ある程度大まかであることが大切。問題は、連携を図りたくても、他医療機関の情報が少ないために連携先が分からないことだ。

横倉委員 特定機能病院の外來のあり方についても議論していただきたい。

斉藤(訓)委員 特定機能病院には紹介状のない外來患者が多い。私も特定機能病院の外來のあり方について議論をしてほしいと思う。

加藤委員(国立成育医療研究センター) なぜ大学病院に行くのか。それは、地元と大学病院の真ん中に立つ病院、機能を明確にした病院がないからだ。制度で患者を来させなくするのはなく、患者の目線で考えるべきだ。

西澤委員 大学病院の外來に何千人もきている。それで特定機能を果たしているのか。「国民が希望して来るのだから診る」のではおかしい。大学病院での医療が必要でない患者には、そのことを説明して、ふさわしい病院を紹介すべきだ。私は、今の大学病院は特定機能を果たしていないように思う。

座長 私も西澤委員の意見に賛成だ。

相澤委員 医療圏と必要な医療提供がミスマッチしている。高度な急性期は一般病床から切り分けられる。したがって、それ以外の一般病床をどうしていくかが議論となる。

加納委員(医法協) 救急救命センターはこれだけ必要なのか。どういう機能を果たしているのかなども検証してほしい。その上で、在宅、高齢者を含めた2次救急の役割を検討すべきだ。

座長 ニーズに応じた機能分化が必要というのが意見の大勢だ。

全日病の提言●「病院のあり方に関する報告書2007年度版」から

病床区分	病棟区分とその機能	
一般病床	高度医療病棟	先端医療など医療密度の極めて高い医療の提供
	急性期病棟	一般的な急性疾患、外科的処置を要する疾患患者の受入
	地域一般病棟	地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入 急性期病棟からの亜急性期患者の受入 地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援
療養病床	回復期リハ病棟	リハビリに特化した専門病棟
	療養病棟	医療密度の高い長期療養患者の受入

四病協の提言●「地域一般病棟の医療連携」(2011年2月)より

(8面の地域一般病棟に関する記事中の図を参照)

日病協の提言●「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」(2008年12月)より

入院医療については、下記のように病棟単位で機能分化されることが望ましい。

- ・高度機能病棟－稀な疾患の診療や先進医療(遺伝子治療、特殊な癌治療など)を診療する病棟で、対象疾患を十分調査した上で認定
- ・急性期病棟－技術が確立された手術、重症度の高い患者などに対応できる病棟
- ・地域一般病棟－軽～中等度の急性期疾患に対応するとともに、急性期病棟から引き続き入院医療やリハビリテーションを要する患者を受け入れる病棟
- ・回復期リハビリテーション病棟－リハビリテーションに特化した病棟
- ・慢性期病棟－主として急性期病棟や地域一般病棟等からの、医療必要度の高い長期入院患者に対応する病棟

複数の病棟を持つ病院は、それぞれの地域における医療提供体制の整備状況等を踏まえ、様々な組み合わせを可能とする。

- (例) 高度機能病棟+急性期病棟
急性期病棟+地域一般病棟
地域一般病棟+回復期リハ病棟+慢性期病棟

◎病院・病床機能を巡る現状と課題

☆機能未分化

同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、医療提供体制における機能分担が不明確。

☆従事者の少なさ

☆スタッフの負荷増大

☆後方機能不足

急性期治療を経過した患者に対する社会・家庭復帰支援や地域生活支援において、

- ・急性期治療を経過した重症患者の受け皿となる病棟

- ・在宅療養を支える機能

などが不足している。

【論点】

○患者の病期、ニーズに応じた医療資源の投入、診断・治療技術の進展への対応、提供体制上の役割の明確化等の観点から、一般病床について、果たす役割、有する体制等に応じて機能分化をすべきではないか。また、機能分化をより効率的に進めるためにどのような方法が考えられるか。

○その際、従来は慢性期医療に着目した病床機能の明確化が行われてきたが、医療資源の集中投入がより必要な重症患者等への急性期医療の機能強化、急性期医療から引き継ぐ病床の確保の必要性などを踏まえた在り方を考えてはどうか。

厚労省が医師交代勤務の診療報酬評価を提起

中医協 当直明け勤務の回避も。診療報酬の効果に疑問の声も

3月2日に開催された中医協総会は、2011年度診療報酬改定に向けた検討課題として「病院医療従事者の負担軽減」を取り上げ、1回目の議論を行なった。

事務局(厚労省保険局医療課)は、病院勤務医における当直業務に対する負担感が大きいとして、「病院勤務医の当直明け勤務免除や交替制勤務への評価」を論点に提起、当直明け勤務の回避とともに交代制といった対応がとられている病院に対する加算評価の是非を議論の俎上にのぼらせた。

事務局は、資料の中で、「長時間連続勤務への対応策例(イメージ)」として、①主治制、②グループ担当医制を採用している病院事例を紹介した。

支払・診療各側とも、勤務医当直に関する詳しい実態把握を先行すべきということで一致したが、支払側からは、新たな制度導入に賛成する声があがる一方で、「長時間勤務の根本原因は医師が少ないことにある。これを診療報酬で解消しようとするのは限界がある。

(論点にある)こうした対策でどうにかなるとは思えない(白川委員=健保連)と、診療報酬による事態改善に疑問を投げかける見解も示された。

診療側の嘉山委員も「勤務医のシフトは地方と都会でも異なる。診療報酬でできるものもあるが、細かな対応までは難しい」と診療報酬による対応の限界を指摘。その上で、「交代制を(一斉に)導入するべきとは思いますが、それによって国民の医療機関へのアクセスは大きく低下する。国民に覚悟を求める必要がある」と、それによる影響の大きさに懸念を示した。

西澤委員(全日病会長)は、藤沢市民病院で小児科と救急救命科で交代制が実施されている事例を取り上げ、「この2科でなぜ実現できたのか、他の診療科はどうなっているのか知りたい」と詳しい状況報告を求める一方、「この問題に対する有効な施策は診療報酬の面だけや、(医療提供体制を担当する)医政局の施策だけで決められるも



のでもない。国民の声を反映させることも含め、別な機関で議論するべきではないか」と、小手先ではなく、本腰を入れた対応策の検討が必要であるという見解を示した。

□病院医療従事者の負担軽減について(その1) 論点

●長時間連続勤務への対応策について

- ・長時間連続勤務への対応策に係る先行研究や対策を導入している医療機関の例はあるが、広く長時間連続勤務への対応策やその導入状況、具体的な形態等について調査を行うことにより、我が国の現状を把握することが必要ではないか。
- ・最も負担が重い医師が考える業務は当直業務であり、さらに産婦人科や救急、外科等では勤務時間が長時間かつ不規則になる傾向があるが、当直明け勤務免除や交替制勤務への評価についてどのように考えるか。

チーム医療加算と看護補助者加算の影響も調査

10年度改定結果検証 — 11年度調査分の要綱が決まる

3月2日の中医協総会は2010年度診療報酬改定の結果を検証する特別調査(11年度調査) 6件の実施を決めた。7月から8月にかけて実施される。病院勤務

医の負担軽減の状況調査では、チーム医療に関する加算新設と看護補助者加

算新設の影響も調査対象に含まれた。また、リハビリテーションに関しては、亜急性期病棟における回復期リハの提供状況、維持期リハの提供状況、通所リハ(介護保険)の提供状況が調査される。調査項目は別掲のとおり。

□2010年度改定検証の特別調査(11年度調査)

- (1) 病院勤務医の負担の軽減の状況調査
- ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響調査
 - ・チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査
- ◎主な調査項目
- ・勤務医の負担軽減及び処遇の改善を要件とする項目の算定状況
 - ・施設及び病棟における勤務職員(医師、看護師等)の勤務状況
 - ・勤務医の負担軽減のための施設としての取組内容やその達成状況
 - ・チーム医療の実施状況やその効果、導入する上での問題点(実施しているチーム医療の内容、チーム医療に参加する勤務職員の人数・内訳、チーム医療を実施したことによる勤務時間等の変化、チーム医療を実施している上での問題点等)
 - ・勤務医の勤務に関する負担に対する意識
 - ・看護補助者導入による看護職員の勤務状況 等
- (2) 精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査
- (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査
- (4) 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査

- ◎主な調査項目
- ・各種リハビリテーション料の算定状況(入院・入院外)
 - ・各種リハビリテーション料を算定している保険医療機関におけるリハの提供体制
 - ・亜急性期病棟における回復期リハビリテーションの提供状況
 - ・生活期(維持期)リハビリテーションの提供状況
 - ・介護保険による通所リハビリテーションの提供状況
 - ・リハビリテーションを提供している施設ごとの入退院時の患者の状況
- (5) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- ◎主な調査項目
- ・在宅医療の実施状況
 - ・在宅医療を実施する上での各医療機関間の連携状況
 - ・夜間や緊急時の対応状況
 - ・在宅医療を受けている患者の介護サービスの利用状況
 - ・在宅医療を実施している医療機関と居宅介護支援事業所等との連携状況
 - ・保険医療機関や患者の在宅医療に関する意識 等
- (6) 後発医薬品の使用状況調査

2011年医療経済実態調査の実施要綱が決まる

3月2日の中医協総会は2011年医療経済実態調査の実施要綱を了承した。従来との主な相違点は、①調査対象を6月単月とともに直近の2事業年度とする、②病院の抽出率を1/5 から1/3 に、一般診療所は1/25から1/20にそれ

ぞれ増やす、③集計において、国家公務員地域手当級地区分、介護保険制度地域区分、生活保護制度級地区分にかかる級地区分を採用して地域別損益を把握する、④診療所に関しては、調査項目の一部について青色申告による代

替回答を認める、などである。今回から直近2事業年度を対象に調査が行なわれることになったが、医療経済実態調査は改定ごとに実施されるため、同調査は毎年実施されることになった。

2次医療圏見直しの意見が相次ぐ

医療計画の見直し検討会 医療計画に患者調査、DPCやレセプトデータ等活用の可能性

2月28日に開かれた「医療計画の見直しに関する検討会」は、山口、千葉、青森3県の医政担当者から各県医療計画の実状について報告を受けた。

そのうち、青森県の担当官は、医療計画作成の基礎データに「施設基準届出」を採用する必要があるとして、データベース化を考えていることを明らかにした。

同担当官は医療圏の設定にも疑問を表明。さらに、「一度病床を削減すると復活ができない結果、病床過剰地域の病床は削減されずに遊休資産化するだ

けである」と基準病床数の実効性に疑問を示すとともに、「基準病床数だけでなく、基準無床診数や基準医師数の算定が必要」と提起した。

一方、厚労省研究班としてDPCの分析研究を手がける伏見清秀委員(東京医科歯科大学大学院教授)は、「患者調査等の官庁公表統計、DPC調査結果、電子レセプト記録等の既存データとDPCの診断群分類をクロスさせることによって、地域における医療提供状況の実態を定量的に把握、かつ、指標を導くことが可能となる」と指摘。その

分析手法の一端を紹介した上で、「これらのデータを用いて医療計画の策定・評価を行なっていくべき」と主張した。

伏見委員は、前出研究の結果、医療資源の必要量として、①急性期病床の必要数は約46万床(現在の一般病床の半分)と推計される、②ICU病床は全国的に過少状態にある、③回復期リハ病棟の必要数は最大で約11万床(現在5.6万床)と推計された、ことを明らかにした。

さらに、「疾病に対する専門性や緊

急性等を考慮した医療圏の設定が必要」と提言、現行2次医療圏の見直しを求めた。

医政局指導課の医師確保等地域医療対策室の猿田室長は「今後の医療計画は、従来指標とともに、DPC調査、患者調査、レセプトデータ等を用いて作成していくことになるだろう」と述べ、伏見委員の提言に賛意を示した。

神野委員(全日病副会長)の代理で出席した安藤全日病副会長は、「医療保険だけでなく介護保険のデータも活用する」ことを求めた。

DPCデータを用いた医療の質評価—全日病取り組みの現状

DPC分析、アウトカム評価、「医療の質の評価・公表」の3事業を統合

DPC分析事業の継続的改善を実施。参加病院(22年度)は400を超える

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

□医療における質の評価

医療の質を向上させる代表的な手法としては、法律や診療報酬体系による施設・設備・職員配置等の体制・構造評価、パス法や診療ガイドラインなどのプロセス評価、および臨床指標を用いたアウトカム評価がある。

医療には個別性と多様性があり、また、最終結果以外に適切な指標が少ないことから、これまではアウトカム評価よりもプロセス評価が行われてきた。

アウトカムに影響を与える要因をプロセスで同定し、質を確保する努力が実践されてきたが、指標設定、データ収集、評価には大きな負担を要するため、一部の団体や病院において、一部の分野あるいは疾患に限定して実施されていた。

しかし、最近では、IT技術を活用してデータを集積・分析し、比較検討することが可能になった。

□アウトカム評価事業

日米の代表的なアウトカム評価事業としては、全日病で実施する診療アウトカム評価事業とPress Ganey社のIQIP(International Quality Indicator Project)がある。

全日病の会員病院は両者に参加し、評価モデル、臨床指標、データ構造などについて比較検討している(厚生科研究費研究「医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究」H18-医療-一般-007)。

また、平成22年度厚生労働省の「医療の質の評価・公表等推進事業」を実施中であり、27会員病院が参加している。

□病院協会におけるアウトカム評価事業の経緯

アウトカム分析事業の予備的調査として、全日病は、「医療行為別の費用在院期間調査」を平成10年10月から1年間試行、平成12年8月から1年間、第2期調査を実施している。

その後、平成14年に東京都病院協会が開始したアウトカム評価事業を全国展開するために、平成16年から全日病が運営主体となり実施している。

このアウトカム評価においては、主要24疾患の入院患者の個票データと、病院全般の統計指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制のデータを収集し、統計データをホームページで公表することによって、医療に関する国民の理解を向上させることに役立っている。

□国際的なアウトカム評価事業(IQIP)

全日病は、平成18年からIQIP(International Quality Indicator Project)に参加している。IQIPの運営は、昨年、米国メリーランド病院協会からPress Ganey社に移行したが、世界18カ国の約400病院・病院グループが参加している。現在、全日病からは8会員病院が参加

している。

IQIPでは、参加国調整者会議で各国の状況を明らかにするとともに、臨床指標の検証をしている。それを踏まえ、全日病は、システムの改善、データの信頼性確保を図るため、参加会員病院の担当者を対象にした研修を実施している。

分析結果は四半期毎にウェブサイトを通じて報告される。IQIPが提供するツールとしては、時系列的グラフ、管理図、四半期毎の報告書、参加病院全体との比較、ピアグループレポート(退院患者数、臨床研修病院等、同類の特徴を持つ病院間の比較)がある。

□DPCデータ分析事業(MEDI-TARGET)

DPC対象病院は1,400病院45万床に達し、今や、急性期病院の標準的支払い方法となった。全日病はDPCデータを用いたベンチマークの仕組みを開発、その実用性、有効性を検証するために、平成19年から、会員病院を対象にDPCデータ分析事業を開始した。

参加病院はMEDI-TARGET(ニッセイ情報テクノロジー社のMEDI-ARROWSを基に、全日病向けに機能強化したDPC分析ソフト)を用いてwebベース(ASP: Application Service Provider)でのDPCデータ分析が可能のほか、他院とのベンチマークもできる。

ベンチマークの対象病院には、本事業参加病院のほかに、MEDI-ARROWSを利用し、ベンチマークへの提供に同意した病院も含まれ、その数は計400病院を超えている(平成22年度)。

MEDI-TARGETは、MEDI-ARROWSと同じ機能に加えて全日病独自の付加機能を有している上、ASPであるため、サーバーは不要で安価であり、SE等の専門職種を必要としない。

□DPC分析事業/診療アウトカム評価事業の統合と「医療の質の評価・公表等推進事業」

全日病は、DPC分析事業と診療アウトカム評価事業の参加病院担当者のデータ作成の負荷軽減を目的に、システムの改良を続けてきた。また、平成21年からは、全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)と診療アウトカム評価事業を統合一元化した。

これによって、データ作成の省力化のみならず、データ分析の有用性を向上させることができた。

本事業は、結果や成果を診療及び医療経営の改善・質向上に用いることが目的であり、ランキングが目的ではないので、個別病院の名称やデータを公開していない。IQIP事業でも、個別の病院のデータは公開していない。

しかし、国内外で個別病院のデータの公開を求める動向があり、全日病としても個別病院のデータ公表を検討していたところ、平成22年に厚労省による「医療の質の評価・公表等推進事業」

の募集があり、これを公表試行の契機にするために応募し、受託した。

かくて、参加病院の個別の名称やデータを抽出する仕組みと、患者満足度(図表)、推奨度調査(図表)を新たに追加した次第である(全日病HP「診療アウトカム 医療の質の評価・公表等推進事業」にて公表)。

□DPCデータ分析事業(MEDI-TARGET)の改良

全日病は、参加病院の要望や委員会の検討を踏まえ、MEDI-TARGETの継続的改善を実施している。

大きな改善点として、①外来・入院・外来を一貫してパスとして一覧し分析を可能とした、②自由分析をExcelのピボット分析と同様に操作性、迅速性を向上した、③PDF化、Excelグラフ化をワンクリックで可能とする、④定型

分析パターンの追加、⑤グループを作って、グループ間の病院名を開示した比較、⑥アップロード時間の短縮(「データ処理改善プラン」=別掲)等々があげられる。

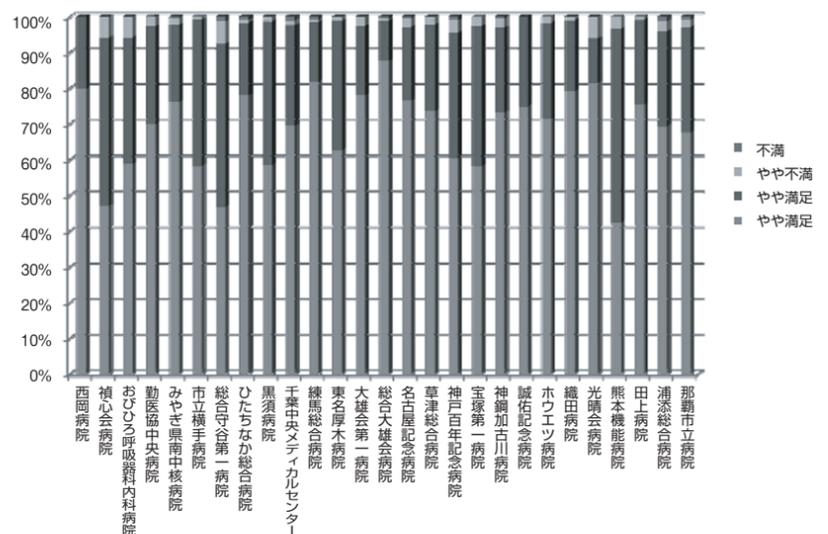
また、ベンチマークの精度をさらに上げるべく、新規病院に対する「過去データの無償入力サービス」(別掲)を実施するなど、参加病院の拡大に務めている。

□今後の展開

オンライン請求の全医療機関への外来も含めた拡張、段階的な質評価・公表の義務化が必至である。受け身ではなく、積極的に準備しなければ対応が困難である。これらを展望した本事業の活用が、診療と経営の質向上に資すると考える。

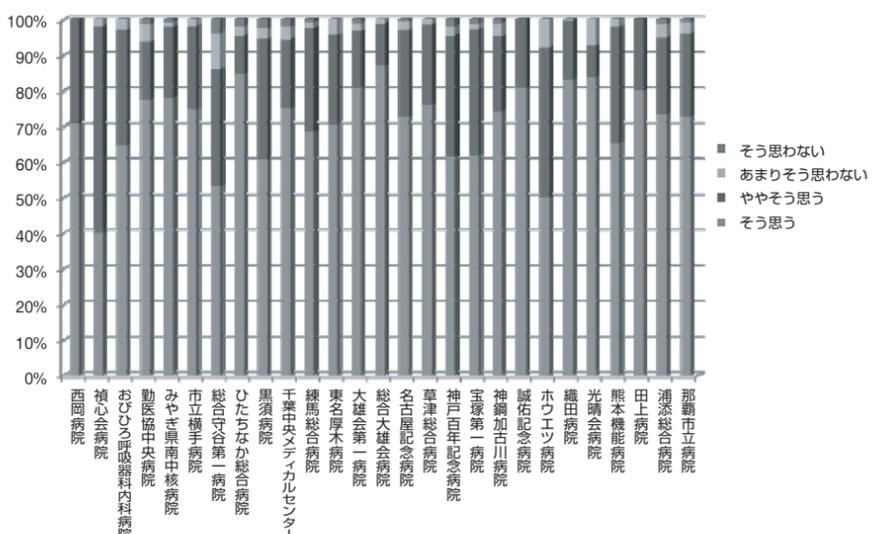
■医療の質の評価・公表等推進事業(第1期調査の結果=平成22年9月・10月のどちらか1ヵ月間)

1. 患者満足度(質問=「今回の入院は全体的に満足のものでしたか」)



※期間中の退院患者に対して病院の満足度を4段階評価で調査を実施。原則4段階評価の回答としたが、5段階評価で調査を実施した施設については、「普通」を、4段階評価で実施した病院の「やや満足」「やや不満」の各割合結果をもとに振り分けを行なっている。

2. 病院推奨度(質問=「万一、家族や友人が病気になる時、当院を薦めたいと思いますか」)



※期間中の退院患者に対して病院の推奨度を4段階評価で調査を実施。原則4段階評価の回答としたが、5段階評価で調査を実施した施設については、「どちらともいえない」を、4段階評価で実施した病院の「ややそう思う」「あまりそう思わない」の各割合結果をもとに振り分けしています。

2010年度参加病院の皆様へ DPC分析事業「データ処理改善プラン」のご案内

DPC分析事業では、昨年10月より、データアップロードからデータ取込までを参加病院自らが行う方式に変更、データ提出からデータ閲覧までの期間を短縮しました。

今回、さらにシステムの増強を図り、データ処理時間とメンテナンスによるシステム停止期間の大幅短縮を図ります。

●データ処理時間が短縮されます

設置サーバ台数の倍増によって、4月10日より、月次データ処理にかかる平均待ち時間の50%短縮が実現します。

●システム停止期間が短縮されます

4月7~8日のデータ処理システム停止(24時間)より、毎月の停止期間を2営業日に短縮します。

参加ご検討中の病院の皆様へ DPC分析事業「過去データ無償キャンペーン」のご案内

本年6月末までにDPC分析事業への参加契約をいただいた施設に限り、通常1ヵ月分あたり4万円の過去データの取り込み作業を無償でお受けいたします。

*キャンペーンの対象となる過去データの期間は本年4月以降に限定させていただきます。本年3月以前のデータを取り込む場合には、別途1ヵ月分4万円の費用がかかります。詳細は別途全日本病院協会事務局(DPC分析事業担当)にお問い合わせください。

全日本病院協会事務局 DPC分析事業担当
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366
E-mail dpc@ajha.or.jp

寄稿 ● 「2次医療圏データベース」を活用した病院経営

医療・介護の将来需要予測が2次圏単位で可能

地域応需の病院経営に重要なデータを提供

国際医療福祉大学大学院教授 高橋泰

後期高齢者が激増し、若年者が激減するこれからの日本社会

最近筆者は、“今後15年で後期高齢者が1.5倍に増え、支える側の0～64歳の人口が15%減少する”という人口構成の変化に対して、“日本の医療や介護の提供体制はどのように変わっていくべきか”という研究を行っている。

半年くらい前、知り合いの病院経営者から、「高橋先生、私の病院のある2次医療圏はとて大変なんですよ。人口は減少するのに75歳以上の高齢者は増えるんです」と言われた。

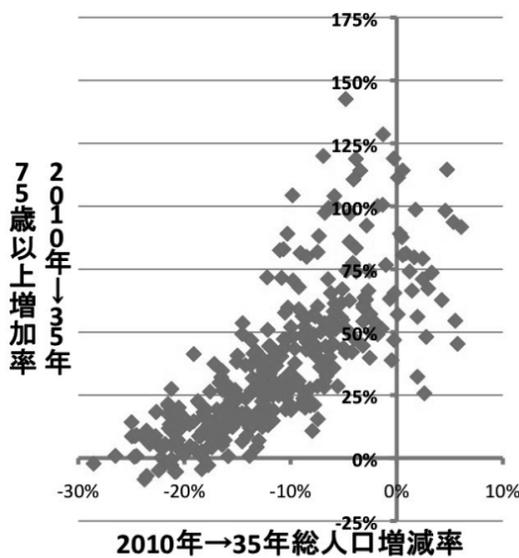
ちょうどその時、パソコンの中に図1に示すグラフを持っていたので、その経営者にパソコンを開いて、次のように説明した。

一このグラフ(図1)のX軸は2010年から35年にかけての総人口増減率を、Y軸は2010年から2035年にかけての75歳以上人口の増減を示します。全国の多くの2次医療圏がX軸方向の0%より左側に位置しています。これは、多くの2次医療圏は今後25年間で総人口が減少することを意味します。また、多くの2次医療圏がY軸方向で0%より上に位置しており、今後25年間で、日本の大半の

2次医療圏で75歳以上人口が増加することを意味します。このグラフより、日本の大半の2次医療圏は、先生の2次医療圏と同じく人口が減少して、75歳以上の人口は増加します。

知人の病院経営者は、この説明に納得しつつも、「これからの日本、本当に大変なんですね」と言われた。このとき筆者は、日本中の病院経営者が、この経営者と同じような人口構成の変化に対する認識を持つことがとても大切だと思った。この経験が、これから説明する「2次医療圏データベース」を開発した大きなきっかけの一つである。

図1◇2次医療圏の今後25年間の総人口と75歳以上人口の推移



医療圏ごとのサマリーを作成する「作万理さん」というデータの見える化ツールが搭載されている。

「2次医療圏データベース」は4月1日

にバージョンアップを予定しており、種々の情報の追加、サマリー機能の強化などを予定している。

2次医療圏データベースの経営への応用

2次医療圏データベースはエクセル上に種々のデータを示しているの、活用メリットには大きなものがある。まず、図1のようなグラフを簡単に作成することができる。また、図3に示すように、2次医療圏データベース上のデータを組み合わせることで新たな指標を作成することも容易に行うことができるため、2次医療圏間の比較を容易に行える。

例えば、図3では、日本で最も医療過疎の進んだ地域である南会津(福島)と、今後最も急速に後期高齢者が増える地域である春日部(埼玉)とを、エクセルの演算機能を用いて比較している。

図3の上の2次医療圏データベースに示された「2008年の一般病床数」を1,000倍し、さらに「2010年(総人口)」で割ることにより、図3下の「2010年総人口1,000人当り一般病床数」を簡単に計算できる。

南会津地域の、2010年の「75歳以上1,000人当りの老健+特養のベッド数」

は63床であり、春日部地域は43床である。今後新たな施設が造られないと仮定し、現在のベッド数を2030年の75歳以上人口で割ったものが「2030年75歳以上1,000人当りの老健+特養のベッド数」である。

南会津地域は75歳以上人口が減少するので63床から64床に増加する。一方、春日部地域は激増するので、75歳以上1,000人当りのベッドが43床から18床に激減する。

今後、南会津では、新規の老健や特養を作る必要性は低いであろう。一方、春日部地域は激増する高齢者に対応し、現存する施設のベッドを超える施設を新設する、在宅支援を強化するなどが求められる。

日本国内には、75歳以上の高齢者が減少する地域もあれば、激増する地域があり、それぞれの対応方法は大きく異なる。

図3◇「2次医療圏データベース」で将来の需要予測を行う方法

2次医療圏	2008年 一般病床数	2010年 老健+特養 ベッド数	2010年 (総人口)	2035年 (総人口)	2010年(75歳 以上人口)	2035年(75歳 以上人口)
南会津(福島)	150	420	30,740	20,205	6,703	6,589
春日部(埼玉)	6,277	3,580	1,154,128	1,011,130	82,978	197,904

2次医療圏	2010年 総人口 1000人当り 一般病床数	2035年 総人口 1000人当り 一般病床数	2010年75歳 以上1000人 当り老健+特 養ベッド数	2030年75歳 以上1000人 当り老健+特 養ベッド数
南会津(福島)	4.9	7.4	63	64
春日部(埼玉)	5.4	6.2	43	18

エクセル上のデータなので、項目を組み合わせることで新たな指標を容易に計算することができる

2次医療圏データベースとは

「2次医療圏データベース」は、筆者と石川雅俊(国際医療福祉大学大学院博士課程)と株式会社ウェルネスの3者が共同で開発した、「全国病院一覧」と「2次医療圏基礎データ」からなる、マイクロソフト・エクセル上のデータベースである。

2次医療圏データベースは2011年1月10日よりWeb上で無償公開しているので、実際に使っていただければ幸いです(<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>)。全日病のホームページにもリンクを張ってあるので、そこからアクセスすることができます。

(1)「全国病院一覧」には、全国8,775病院の住所、病院の機能情報(DPC、救命

急センター等)、機能別の病床数などの情報が搭載されている。また、エクセルの機能を利用すれば、DPC病院や500床以上の病院の選択、病床数順による並び替えなど、病院に関する種々の解析が可能になる。

(2)「2次医療圏基礎データ」の内容を図2に示す。その医療圏内にDPC病院や大学病院などが何個あるか、人口、人口密度、面積、医師数や、その医療圏の年齢階級別の年齢推計などの情報が示されている。

また、このデータベースには、2次医療圏ごとに色を指定して日本地図上に示す「巧見くん」というツールと、2次

全日病学会で「2次医療圏比較フォーラム」を企画

筆者が外部委員として所属する全日病の広報委員会では、今秋10月に沖縄県で開催される全日病学会において、南会津(福島)のような過疎地、春日部(埼玉)のような後期高齢者が激増する地域など、特徴的な2次医療圏で病院を経営されている経営者を招き、それ

ぞれの地域での病院経営の話をうかがう予定である。

各病院は、今後、ますます地域に応じた病院経営が求められるが、そのヒントを提供できるようなフォーラムを行いたいと考えている。

図2◇2次医療圏基礎データの内容

2次医療圏	色指定	都道府県	中町村数	DPC標準 病院	大学病院	救急救命セ ンター	地域医療支 援機関	がん診療 連携拠点	母体医療 センター	総合入院 施設	人口	人口密度	医師数	面積	2010年 (総人口)	2015年 (総人口)	2020年 (総人口)	2025年 (総人口)	2030年 (総人口)	2035年 (総人口)	2010年(65 歳以上人口)	2015年(65 歳以上人口)	2020年(65 歳以上人口)	2025年(65 歳以上人口)	2030年(65 歳以上人口)	2035年(65 歳以上人口)	2010年(75 歳以上人口)	2015年(75 歳以上人口)	2020年(75 歳以上人口)	2025年(75 歳以上人口)	2030年(75 歳以上人口)	2035年(75 歳以上人口)
南会津		福島県	1	0	0	0	0	0	0	0	404	151.2	588.7	2,670	403,764	383,791	361,192	337,002	312,070	286,853	109,396	121,437	126,398	123,372	118,322	113,157	54,780	60,268	64,539	72,362	74,545	70,540
南会津		埼玉県	1	0	0	0	0	0	0	0	27	19.2	27.2	1,423	27,327	25,074	22,776	20,500	18,333	16,286	8,775	9,165	9,228	8,751	8,115	7,413	4,717	5,076	5,157	5,389	5,409	5,037

医療事務技能審査試験

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

- 合格者に付与する称号 (1) 1級メディカル クラーク (2) 2級メディカル クラーク
- 受験資格 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円 (1級・2級とも同一)

- 試験日 (1) 1級 年3回(6月・10月・2月) (2) 2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【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。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <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。

在宅療養支援病院の実態調査を実施

四病協 算定要件への意見もたずねる。4月に結果をまとめる

四病院団体協議会の「在宅療養支援病院に関する委員会」は2月28日の会合で在宅療養支援病院実態調査の調査設計を終え、調査票は3月7日に発送された。

調査対象は在宅療養支援病院を届け出た365病院。そのうち、全日病会員は152病院、日病会員は101病院、医法協会員は59病院であり、重複を除くと四病協

傘下の病院は212と58%を占めている。調査内容は、①診療報酬の算定項目と件数、②連携体制、③参画している地域連携バス、④医療計画の4疾病5事

業への参画状況、⑤在宅療養支援病院を維持・継続する上で苦勞している点、⑥在宅療養支援病院の施設基準に対する要件緩和の希望点、⑦在宅療養支援病院として取り組んでいきたい課題、などからなっている。

調査回収の締め切りは3月22日。同委員会は4月いっぱい集計をまとめ、今後の活動に活かしたいとしている。

2010年度第11回常任理事会の抄録 2月19日

【主な協議事項】

●公益法人制度改革への対応

本会の公益社団への移行作業に関する状況報告として、本部と支部の関係を整理する上の問題点と解決の方向性が提示され、常任理事会は上記報告を了承した。

●理事会資料の取り扱い

理事会資料の全日病Web利用が定着したことを受け、今までとられていた事後のCD送付を中止することが決まった。これに関連して、資料の会議配布廃止を求める意見が出たため、委員数の少ない委員会でペーパレスを試行した上で再提案する方針が了承された。

●手術・治療情報データベースへの対応

外科系の専門医制度が推進する症例データベース(NCD)事業に対して、「作業内容が煩雑であり人手を要する」として対応策を求める提案があり、何らかの対応を検討することで了承された。

●消費税訴訟に対する支援寄付の募集

兵庫県民間病院協会より、同協会による「消費税訴訟」に対する支援寄付を本会会員に訴えたいとする要請があり、要請に応じることを承認した。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の4名の入会が承認された。
福島県 芦ノ牧温泉病院 理事長 竹田 秀

東京都 中野江古田病院 理事長 加藤興一
東京都 立川病院 院長 篠原幸人
愛知県 日進おりど病院 理事長 大島慶久
別途退会が4名あった結果、在籍会員数は2,314名となった。

以下の賛助会員入会が承認された。
メディカルクリニック八千代(千葉県、代表者・医療法人社団心和会理事長 荒井宗房)
草花クリニック(東京都、代表者・医療法人社団豊信会理事長 下村 智)
上板橋病院健康管理センター(東京都、代表者・医療法人社団慈誠会理事長 大畑隆司)
ラクトクリニック(京都府、代表者・医療法人財団厚生会理事長 武田隆司)
上記の結果、賛助会員数は93会員となった。

【主な報告事項】

●医療事務技能審査の資格認定制度の改訂

西澤会長は、(財)日本教育財団と本会とが実施している医療事務技能審査について、①1級医療事務技能審査試験(医科)を、医事業務管理全般のマネジメントを対象とした「医事業務管理技能認定試験」とし、試験内容をあらためる、②2級医療事務技能審査試験(医科・歯科)を「医療事務技能審査試験」とする、などの変更が行なわれた旨を報告した。

●医療安全管理者養成課程講習会の開催

本会と医法協の共催による2011年度医療安全管理者養成課程講習会の開催日程が報告された。

●病院機能評価の審査結果(表記なきものはVer.6.0)

1月7日付で以下の7会員病院に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。

- ◎一般病院
栃木県 とちの木病院 更新
東京都 神尾記念病院 更新
石川県 公立松任石川中央病院 更新

徳島県 三野田中病院 更新

- ◎精神科病院
福岡県 本間病院 更新
- ◎療養病院
千葉県 総泉病院 更新
- ◎複合病院
佐賀県 江口病院 更新

上記の結果、1月7日現在の認定病院は合計2,535病院となった。そのうち、本会会員は867病院と会員病院の37.47%、全認定病院の34.2%を占めている。

2011年度 第10回病院事務長研修コース(病院管理士認定)の開催案内

- 開講期間 2011年5月～12年1月 全8単位(各単位2～3日間)
- 受講料金 全8単位 480,000円(宿泊代・一部の食事代含む)
- 受講定員 40名
- 研修会場及び宿泊施設
第1、6単位 東京都内 チサンホテル浜松町
第2～5、7、8単位 東京都内 ホテルヴィラフォンテーヌ汐留
- プログラム
第1単位(2日間) これからの病院経営と事務長の役割
第2単位(2日間) 病院における制度会計と財務管理
第3単位(3日間) -1 院内コミュニケーション強化に向けたコーチング
-2 これからの人事労務管理の基本と実践
第4単位(2日間) 院内業務再設計に基づく要員適正化
第5単位(3日間) 事務・管理部門における病院管理機能
第6単位(3日間) 経費・委託費を中心にした費用削減
第7単位(2日間) 病院経営診断と経営改革計画策定演習
第8単位(2日間) 総合演習『総合テスト及び各院経営改革計画発表会』
詳しくは全日病HP掲載のパンフをご覧ください。

申込締切/4月14日※定員に達し次第受付を終了します。
お問合先/全日本病院協会 医療従事者委員会
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

5月まで窓口負担の支払いを猶予

厚労省が被災者への対応で事務連絡

東北地方等大震災に対応した厚労省事務連絡 *1面記事を参照

■東北地方太平洋沖地震による被災者の公費負担医療の取り扱いについて(3月11日付/健康局総務課等)

地震による被災状況等にかんがみ、医療機関において公費負担医療を受けるために必要な手続きをとることができない場合であっても、当面、①各制度の対象者である旨の申し出、②氏名・生年月日・住所等を確認することにより受診できるものとし、緊急の場合は、指定以外の医療機関でも受診できる取り扱いとする。

■地震被災者に係る被保険者証等の提示について(3月11日付/保険局医療課)

被災に伴ない、被保険者証等を紛失あるいは不携帯のまま避難している場合等が考えられることから、氏名、生年月日、事業所名または住所を申し立てることにより受診できる取り扱いとする。

■東電による輪番停電に係る在宅医療機

器使用患者の対応について(3月13日付/医政局経済課)

日本医療機器産業連合会等には、人工呼吸器・酸素濃縮装置、在宅透析機器、吸引機器等の在宅医療機器を使用している患者について、医療機関と十分に連携し、その使用に支障が生じないよう最大限の対応をお願いします。メーカーが遺漏なく輪番停電に対応できるよう、傘下のメーカーに対し、輪番停電の実施について注意喚起の周知徹底をお願いします。

■東京電力による輪番停電に係る医療機関の対応について(3月13日付/医政局指導課)

輪番停電に医療機関が遺漏なく対応できるよう、管内の医療機関に、大至急、輪番停電の実施について注意喚起を行うとともに、①自家発電装置を有する医療機関に装置の点検や燃料の確

保を行うこと、②人工吸入器・酸素濃縮器、在宅透析機器、吸引器等の在宅医療機器を使用している患者については、医療機関とメーカーで協議し、停電期間中、代替機器を配布、貸し出しなどの対応を行うこと、③どうしても在宅医療機器を使用することが必要な場合には、医療機関への一時受入れ等で対応することを指導するなど、特段の協力をお願いします。必要に応じ、自家発電装置の燃料確保等について必要な支援を行っていただくようお願いする。状況によっては患者の搬送を行うことも検討、そのような措置を講ずる場合には当該宛報告願う。

■東北地方及び長野県北部の地震被災者に係る一部負担金等の取扱い(3月15日付/保険局医療課)

一部負担金、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の標準負担額及び訪問看護療養費に係る自己負担額の支払いについて、当該地に居住する、①住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした、②主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったと、いずれかを申し立てた者は、当面、5月までの診療分、調剤分、訪問看護分の一

部負担金等の支払を5月末日まで猶予することができる。

◎医療機関における確認等

(1)①②の申し立てをした者については、その内容を診療録備考欄に記録しておくこと。

(2)本事務連絡に基づき猶予した場合は、患者負担分を含めて10割を審査支払機関等へ請求すること。請求の具体的な手続きは追って連絡する。

■人工呼吸器を利用する在宅医療患者の緊急相談窓口の設置について(3月15日付/医政局政策医療課等)

計画停電に対しては、次のような対応を追加実施する。

[概要]

当該患者の主治医や訪問看護ステーション等を支援するため、計画停電が予定される地域にある国立病院機構病院、労災病院及び社会保険病院等に、在宅療養支援診療所等の主治医や訪問看護ステーションからの緊急相談を受ける窓口を設け、医療機器メーカーの担当・照会窓口情報を含め、必要な医療対応方針に関する相談に応ずる他、状況に応じて緊急一時入院の受け入れも実施する(3月15日正午から開始)。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

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

●従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

「地域一般病棟」の概念を再度明確化

四病協 医療提供体制の議論深化に向け、病院団体の共通認識に

四病院団体協議会は2月23日の総合部会で「地域一般病棟」について、医療連携の視点を踏まえて再整理し、その概念を了承した。

「地域一般病棟」は2001年9月に四病協の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日病を中心にまとめられた概念である。

「地域一般病棟」の概念は、全日病における入院医療提供体制をめぐる討議の中から生まれたもので、02年9月の常任理事会で承認された「病院のあり方に関する報告書(2002年版)」に盛り込まれた。

その後、02年10月には、四病協総合部会が承認した診療報酬改定要望でも取り上げられ、01年の委員会見解を四病協の公式見解として採用するにいたった。

「地域一般病棟」は、2000年4月に介護保険制度が始まる一方、急性期入院医療に対してはDPC制度の導入検討が本格化(03年4月開始)し、一般病院では一般病床と療養病床の区分選択(03年10月に確定)が進む中、地域医療を担うべき一般病床のあり方を模索した結果明らかにされた、新たな病棟(病院)の方向性を示すものであった。

「地域一般病棟」の概念の基礎となる重急性期医療の視点は04年診療報酬改定で重急性期入院医療管理料として結実。その後も、DPCの普及と在宅医療充実化という流れの中で重急性期・回復期の位置づけは重要度を増している。

四病協は、DPC病院以外の一般病床の選択肢という面だけでなく、慢性期入院や在宅医療との関係の面からも地域一般病棟の役割と機能の深化に務める方針だが、そうした議論に向けて、病院団体における現時点の共通認識として、今回、あらためて「地域一般病棟」の定義を整理、公式見解として了承した。

「地域一般病棟」の概念は、四病協のみならず、日本病院団体協議会においても、08年12月の提言「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」において、あるべき病棟単位の1つとして取り上げられており、病院団体共通の認識となっている。

「地域一般病棟」は、3月9日の社保審医療部会でも、一般病床の機能区分をめぐる議論において、複数の委員から類型の1つとすべきとして提起されている(2面・4面記事を参照)。

地域一般病棟について

猪口雄二 四病協医療保険・診療報酬委員会委員長(全日病副会長)

2001年当時の「地域一般病棟」の概念の中で、急性期医療を担う病院は急性専門病棟と地域一般病棟に機能分化することが望ましいとされ、下記のように分類された。

- 急性専門病棟：医療ニーズの高い急性期医療に特化した施設
- 地域一般病棟：リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を持つ施設

その後、全日病は「地域一般病棟」の概念形成と診療報酬上の評価を要望し、平成16年改定において「重急性期入院医療管理料」が新設された。

この概念を提唱してから10年になる。その間、医療・介護を取り巻く状況は大きく変貌している。

診療報酬はマイナス改定が続き、医師・看護師不足の状況は悪化の一途であり、多くの中小病院が診療所化した。一方、地域の基幹型急性期病院は、患者の集中と医師・看護師不足で疲弊しており、正に「医療崩壊」を起こしつつある。

このような状況を打破する方法の

ひとつが「地域一般病棟」の再認識と考える。一般病床・療養病床の名称が変わるならば、この名称も変えるべきかもしれないが、要は、地域(主として1次医療圏・生活圏)の医療を支える地域密着型病院である。

基本的には10年前と同様の概念であるが、今回は、近年その重要性が強調されている「医療連携」を機軸に、その内容をまとめ直した。その概要は、

- 急性期医療における連携
- 重急性期(急性期後)の連携
- 救急医療における連携
- 在宅療養支援

日本には、かつて診療所であった医療機関が病院へと拡大し、地域医療を支えてきた歴史がある。この存在価値を高め、多くの地域で中小病院が中心になって、連携を機軸とした地域医療を実践することが重要である。

その結果、基幹病院の急性期医療もより充実し、地域の住民も介護施設等の入居者も安心して生活できる、地域包括ケアが実現できるのではないだろうか。

「地域一般病棟について」四病院団体協議会総合部会了承 2月23日

□地域一般病棟とは

地域(一次医療圏・生活圏)において、連携を中心として地域医療を支える地域密着型の病棟(病院)であり、地域包括ケアを推進する。

*中小病院の場合、全体で「地域一般病棟」となるが、病棟機能が多種存在し、一部がこの機能を持つ病棟である場合「地域一般病棟」となる。

その機能は、
・急性期入院(軽度～中等度)に24時間体制で対応する

- ・重急性期の入院機能連携を行う
- ・救急医療における連携機能を持つ
- ・在宅療養を支援する

□地域一般病棟の医療連携

急性期における医療連携
一次医療圏、生活圏における住民、在宅療養中の患者、介護保険施設入居者などの急性期医療(軽症～中等症)に、24時間体制で対応し、必要に応じて地域(2次医療圏)の基幹病院に紹介転送する。

- ・重急性期の医療連携
リハビリテーション、病状不安定、抗癌剤使用など、急性期以降の引き続き入院を担う。
- ・救急における医療連携
救急指定、救急対応として

主として二次救急を担うが、必要に応じて救命救急センター等に転送する。

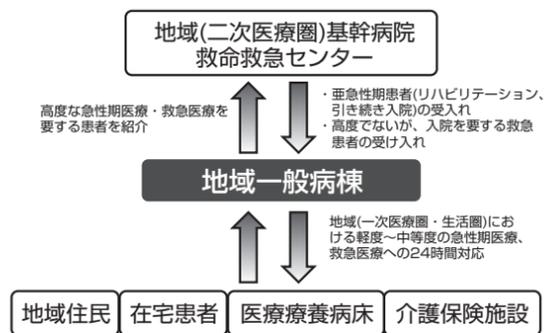
また、これらの高次機能救急施設で、高度な入院機能の必要ないものの入院が必要と判断された場合、転送受け入れを行う。

・在宅療養支援
在宅療養支援病院として、また在宅療養支援診療所と連携して、在宅療養を支援する。

□診療報酬上の区分

- ・診療報酬上、一般病床に区分される
- ・急性期医療と重急性期入院医療管理料が併存する
- ・看護基準は10:1以上である
- ・リハビリテーション施設を有する
- ・医療ソーシャルワーカーが配置されている

■地域一般病棟の医療連携



EPA看護師候補者の滞在期限を1年延長 閣議決定。08・09年度に入国、一定条件に該当した場合

政府の「人の移動に関する検討グループ」はこのほど、EPA(経済連携協定)に基づいてインドネシアとフィリピンから来日している看護師候補者および介護福祉士候補者のうち、2008年度または09年度に入国かつ一定条件に該当した場合に、滞在期間を1年延長する特例措置を決め、3月11日に閣議決定した。

「人の移動に関する検討グループ」は、「包括的経済連携に関する基本方針」(10年11月9日閣議決定)にもとづいて国家戦略担当大臣の下に設置された、EPA等における人的移動にかかわる包括協定を担当する組織で、内閣府や外務省、厚生労働省などの副大臣で構成されている。

それぞれ3回までしか国家試験への受験が認められず、この間に国家試験に合格できなければ帰国させられる仕組

みとなっているEPAにおける滞在期限に対する不満は、日本だけでなく両国に強まっている。

そのため、政府としてその見直しを検討した結果、短時間で改善を図る必要があることから枠組みは変えずに、協定外の措置として追加的に1年間の滞在期間延長を認めることにしたものの。

滞在延長を認める条件は、インドネシアからの第1陣看護師候補者(08年度入国)については、①協定に基づく受入機関との雇用契約にもとづいて就労・研修が行なわれること、②10年度国家試験の得点が一定の水準以上であること、など。

08年度または09年度に入国した、フィリピン人を含む、看護師・介護福祉士のその他候補者に関しては、基本的に前述条件を踏まえ、具体的には改めて適用条件を検討するとしている。

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