



全日病 NEWS 7/1

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.758 2011/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療経済実態調査

調査票を全壊施設に誤送付。調査委託の欠陥が露呈

【中医協総会】原因究明とともにデータの信頼性も検証。委託先決定の過程も検証が必要

2011年医療経済実態調査(実調)は臨時中医協総会の承認を経て調査票の送付が始められたが、調査の実施と集計分析を請け負った企業が送付先施設の選定を誤ったことが発覚、厚労省は6月10日付で事実を公表、謝罪した。

送付先に誤りがあったことは、本来調査票が送付されることのない地域の保険薬局から、「建物が全壊したため回答できない」という連絡が調査会社に入ったことで発覚した。

作業の過程で二重三重のチェックがなされなかったことによるものとみられる。

この事態に、厚労省は、調査会社のみならず情報総研であり、かつ、発送手配が同社から別会社に再委託されていたことを明らかにする一方で、その孫受け会社の作業工程で誤送付が生じたと説明。さらに、事後処理ながら必要な対応を図ったと釈明した。

事態を受け、6月22日に開催された中医協総会は厚労省の管理監督責任を厳

しく追及するとともに、外部委員を交えた検証委員会を中医協に付設、事実関係の解明と再発防止策を検討して中医協に報告することを決めた。

今回の実調は、一度実施が決まりながら、診療側の日医委員から、東日本大震災への対応を考えその実施を見送るべきとする意見が出たため、2度にわたって慎重な審議が行なわれた。

その結果、「実調の実施は改定に直結するものではない」という認識を確認した上で、被災地の調査対象施設については、被災地の地域分け基準にもとづいて、①調査票の送付を行わない、②あらかじめ確認を行なった上で回答が可能とするところに送付する、いずれかの対応を図るとする「配慮」をもって実施することで支払・診療側ともに合意した。

調査票送付の誤りは、こうした「配慮」を無に帰するものであり、中医協とくに診療側委員は、被災医療機関の心情をおもんばかりの立場から、事態の事務

的收拾に走る厚労省を強く難じた。

総会で、外口保険局長は丁寧に陳謝、また、事務局(厚労省保険局医療課)も、委託業務の管理体制を強化するなどの改善策を提示した。

これに対して、診療側委員は実調を予定どおり進めることを確認する一方、調査等の実施にともなう外部委託の方法に問題がある可能性があると指摘。入札の実態を含め、中医協が関与・把握できない状況で調査が実施されてきたことに、「こうした単純ミスを起こすようでは、これまでの実調データの信頼性が揺らぎかねない」など、調査会社から丸投げ同然に扱われている実調の実態に不信感を露にした。

2月の実調に関する審議で外部委託の不透明さを指摘、再三、委託先決定



プロセス等の報告を求めてきた西澤委員(全日病会長)は、あらためて「入札の状況や選定基準など、過去5回さかのぼった資料を示してほしい」と迫った。

こうした懸念を受け、検証委員会は、実調データの信頼性も併せて検証することを確認した。

また、同日の総会で、森田中医協会長は、日医から提起されていた中医協委員による被災地訪問について、「今夏に訪れたい。具体的なことは事務局と検討の上提案したい」と述べ、中医協委員の被災地視察を了解した。

「全ての被災医療施設に災害復旧補助金を」

四病協等が要望。窓口負担免除の対象等緩和も

四病院団体協議会は6月27日に東日本大震災にかかわる要望書を2件、細川

厚生労働大臣等に提出した。要望書は、全日病西澤会長、日病界会長、医法協



▲四病協と全老健の要望に対応する阿蘇沼事務次官(写真右端)と大谷医政局長(その隣)

加納副会長によって、阿曾沼慎司厚生労働事務次官と大谷泰夫医政局長に手渡された。

1件は「医療保険における被災者の一部負担金等(窓口負担)の免除」に関するもの、もう1件は、2011年度第1次補正予算に盛り込まれた、被災医療施設等に対する災害復旧補助金に関するもの。

前者の要望については、当該要望を起案した福島県病院協会(前原和平会長)の要望書を添付して提出した。後者の要望書は四病協と全国老人保健施設協会の連名によるもので、全老健か

らは高木副会長が要望書提出に立ち会った。

「被災者の一部負担等(窓口負担)の免除」に関する要望内容は、①免除対象者に、実生活住所地の該当者と福島原発の避難指示等3区域にあって事業の休業・縮小を余儀なくされた事業所の従業員を含める、②窓口負担免除の申請手続として、住民票以外にも事業所および平成23年3月11日に入院していた医療機関等の証明をも認める、というもの。

被災医療施設等に対する災害復旧補助金に関しては、①公的医療機関や救急指定病院等となっている補助金対象をすべての医療機関とする、②医療施設と老健施設に対する補助金の国庫補助率を2/3に引き上げること等を求めた。

政府案が決まる。閣議決定は見送り

社会保障と税の「2010年代半ばまでに消費税10%」で決着

政府・与党社会保障改革検討本部は6月30日、消費税率の引き上げや社会保障の拡充を柱とする「社会保障と税の一体改革案」を決定した。「2015年までに消費税率を段階的に15%まで引き上げる」とされた当初案は、民主党内の反対意見に配慮した結果、「2010年代半ばまでに」と修正、幅をもたせるかたちで決着した。

一体改革については菅内閣の中にも

足並みの乱れがあり、菅首相は、予定していた閣議決定は見送り、閣議報告にとどめた。

菅首相は、この政府案をもとに与野党協議をよびかけるとしている。

与野党協議の見通しは定かではないが、政府案が決ったことで、医療界の関心は、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定で、改革案がどう反映されるかに移った。ただし、改革案にそっ

た財源確保ができるかどうかで改定率は大きく変わるため、見通しはまだまだ流動的だ。

また、医療提供体制の面では、医師の診療科間格差解消やチーム医療推進

など、法改正を伴わない措置が先行して打ち出されるものとみられ、8月末の概算要求に、どこまで改革案を反映した施策が出てくるかが注目される。

社会医療法人の特養開設は認められず

介護保険法等一部改正が成立。介護療養型廃止延期が確定

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が6月15日の参議院本会議で可決、成立した。

政府提案の法案に対して、社会医療法人に特養と養護老人ホームの設置を可能とする規定を削除する修正が衆議院で行われ、修正法案として採決された。

清話抄

「私の在宅医療」

在宅医療を始めて25年目を迎えた。当初は、地域に早く慣れ、住民に早く認知してもらう目的で始めたが、次第に、住民から、医療・介護・福祉の事だけでなく、生活状況や経済的な事まで相談されるようになり、2~3年の予定が現在にまで至り、いつしかライフワ

ークになりつつある。

病院内で山積みのカルテ処理に追われる5分診療と異なり、在宅で患者・家族とゆっくり話す時間は、患者・家族のためというより、自分自身の癒しの時間になっているのかもしれない。

昨今、医療施設はますます重装備化し、高度医療機器の発展・充実ぶりは著しい。IT化の恩恵で、従来は考えられなかったデータ・画像が診断の早期確定に大いに貢献し、今後さらに発展

し、遠隔診断・治療も日常的になることであろう。

今回の大震災を振り返ってみると、カルテも医療機器も何もない状況で、医師自身も被災しながら迅速に診療を開始できたのは、医師のリーダーシップと地域医療への責任感、医師の鼓舞に応えて頑張った看護師・職員達の努力が大きいのと思われる。しかし、震災直後より地域への医療活動が行えたのは、日頃から住民と顔のみえる関係を築い

ていたからだと思われる。

IT化はもちろん重要であるし、推進しなければならないと思う。しかし、ややもすると無縁社会におちいりやすい現代だからこそ、データ重視だけでなく、日頃から顔のみえる関係を失わないことが医療の原点のような気がする。今年も地域医療枠で研修医が来院するが、在宅医療を経験することで医療の原点を心に刻んでくれればと思う。(寛)

主張

東日本大震災の教訓の1つは、大災害時の医療体制のあり方である。広域をカバーする災害拠点病院の整備よりも、近隣を支える2次救急病院等の充実が大切ではないか。

阪神大震災の時は西宮市の自宅で震度7を経験し、今度は東京で、東日本大震災の震度5強を4分近くという長い時間経験し、さらに、その東京で歩くしか移動手段の無い帰宅難民となり、全日病の事務所で一夜を明かすという経験をした。

確かに、阪神大震災と東日本大震災の大きな違いは、桁外れの広域性と巨大津波、また現在は、原発からの放射能汚染に因る問題と思われる。一方、今回も全く変わらなかったのは公私間格差というか、私的医療機関に対する対応であった。

宮城県気仙沼で、津波により2階ま

で壊滅しながら、約1週間一切支援の無い中、200数名の入院患者を必死に守った民間病院があった。その目と鼻の先にある災害拠点病院には、震災直後からDMAT数隊と水、食料品から薬品まで有り余る程あったとのことである。

このことを考えてみると、例え巨大災害であっても、公的な災害拠点病院には人も物資も直ぐ届く、しかし、民間病院はこうしたシステムから外れ、自己責任で患者さんの生命を守らなければならないということのようである。

今回の福島原発災害で誰しもが理

解されたと思うが、大災害にあつては、いくらお金をかけて、理論的に最強の免震構造で災害拠点病院を作っても、ダメな場合はダメである。たとえ被害を免れたとしても、ライフラインのない中で高度急性期医療を実施することは不可能であり、結局、重症患者等は、ヘリなどで、それができる被災のない所へ搬出するしかない。

大都会で今回のような大災害が生じたとしてもそれは同様で、救急車も走れない、寸断された被災道路では、いくら立派な災害拠点病院をつくっても受診することは難しい。

阪神大震災の時と同じように、被

災患者は、まずは、歩いてでも近隣の2次救急病院等に向うことが明らかである。勿論、これら病院の被災状況にもよるが、これが、現実的な初期災害医療の状況と考えられる。

大災害では、医療提供を拠点化する「点で受ける対策」よりも「面で受ける受診システムの構築」の方が効果的であり、一点集中よりも分散対応とすることが望まれる。災害時でも2、3日は頑張れる非常用の医療物資等を2次救急病院等に備えることこそが、今こそ必要と思う。このことを、是非とも今回の教訓としてほしいものである。(K)

特定看護師は包括指示の下で特定行為

特定看護師問題 「一般看護師は個別指示にもとづく」。行きつ戻りつする枠組み議論



6月28日の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」に、事務局(厚労省医政局看護課)は、一定の医行為(特定行為)について、特定看護師は「医師の包括的指示」にもとづいて実施できるが、一般看護師は「医師の具体的な指示」にもとづいて実施されなければならないとする案を示した。

特定看護師については、業務と名称の独占を排除することによって、一般看護師の一部が特定行為を手がけている現場に混乱が生じないようにするというのが前回(5月16日)までの合意内容。

その上で、要件を充たして厚生労働大臣に認証された特定看護師をどう効率的に活用するかということで、包括的指示あるいは個別具体的指示という医師の関与度合いによって両者に差異を設けるという考え方をあらためて鮮

明にしたもの。

「具体的な指示」について、事務局は、「指示を受けた者が裁量的に行う必要がないよう、できるだけ詳細な内容をもって行われるもの」と説明。救急救命士法と同法規定の省令およびその運用通知を例に、より踏み込んだ解釈を示した。

一方、「包括的指示」については「法令上直接規定されている概念ではない」としつつ、「原則として、指示内容が標準的のプロトコル、クリティカルパス等の文書で示されていること」等を、包括的指示を活用する際の留意点にあげた。

同日の会合で、「8ヶ月程度」もしくは「2年間」のカリキュラムを修了して認証される特定看護師に関して、岩澤看護課長は、「2年修了者は急性期、慢性

期とも特定行為が実施できるほどの修得を終えているものと考えている」という認識を示した。

この説明に、医療系の委員は、「何でも屋はつくりたくない話だった」「オールマイティの看護師はつくりたくない。これでは話が前に戻ってしまう」と異論を唱えた。

これに対して有賀座長(昭和大学医学部教授)は、「(特定看護師は)論理的には分野別(の養成)を考えざるを得ない。2年制と8ヶ月をどう整理するかが必要になる」と、2年制の位置づけをめぐる問題が課題として残されていることを認めた。

特定看護師の枠組みに対しては、委員の間に、依然として、業務独占と名称独占を排することへの戸惑いと違和感がある。同日も、「特定看護師という名

称は付さない方がよい」「何故名称独占としないのか」などの意見が相次いだ。結論ありきで始まった割には、議論は相変わらず行きつ戻りつしている。

WGは7、8月休会となる。有賀座長は「夏休みの間に、8ヶ月と2年間や総合的分野と個別分野の問題などを考えてほしい」と委員に宿題を課した。

そして、「今の現場が変になることは避けたい。したがって、厚労省が得意な空中戦ではなく、(地に足ついた議論をする)地上戦でいきたい」と述べた有賀座長は、「国が関与する以上、特定看護師は専門、認定看護師とは違う。しかし、現場からみてエイリアンになっても困る。真面目な看護師が安心してできる制度にしたいが、そのためには、包括的指示とは何かを含めた議論をしていきたい」と締め括った。

部会専門委員が提案「必要品目の薬価は据え置く」

6月22日の中医協総会は、2012年の薬価調査および特定保険医療材料価格調査の実施を了承した。

また、同日の薬価専門部会に、製薬企業出身の専門委員2名は、医療上必要性が高い医薬品のうち、代替品がなく市場規模が一定以下の品目は、不採算を未然に防止するために、薬価を据え置くという提案を行なった。

具体的には、現在実施されている「不

採算品に係る薬価改定の特例(不採算品再算定)」に加えて、「薬価据置き特例」の新設を提案するというもの。

前者と異なり、後者は「過去に不採算品再算定の対象となった先発品」が対象。

専門委員は、前改定で「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を提案したが、今回は長期取藏品(先発品)の価格維持を提案した。

厚労省担当官「従来の総枠を抑えようとする路線からは転換」

社会保障改革案 西澤会長「改革案には不十分な点があるが、方向性としてはよい」

厚労省医政局総務課の野村知司医療政策企画官は、6月22日の四病協総合部会で、政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」が6月2日に公表した社会保障改革案の「医療・介護等のサービス改革」について報告した。

その中で、新たな病床機能として示された地域一般病床について、「都市部では、ある程度、病院ないしは病棟単位で機能が分かれていくが、地域によっては、1つの病院で1人2役・3役と色々なニーズに対応しなければならない。そこで、こうしたニーズにミックスで対応する、各機能にまたがった病床と

して想定した」と説明した。

社会保障改革案の作成に携わった野村企画官は、医療・介護改革にともなう費用試算について、「今までは医療費を1つの塊として捉えて推定してきたが、今回は、医療費をある程度分解した上で仮定を設けて、その伸縮を試算している」と述べた。

さらに、試算の結果追加財源が必要とした点に触れ、「この案は、人を増やすために追加財源が必要である、改革をしても公費負担は多くなるということ、従来の何とか総枠を抑えようとする路線からは転換したつもりであ

る」とも述べ、今回の試算は医療費抑制下のものとは異なると強調した。

全日病西澤会長は、6月18日の第1回支部長会で、社会保障改革案における医療・介護改革の試算について解説した。

その中で、仮定というかたちで提案されている地域一般病床を「その考え方は地域一般病棟に似ている」と評価。とくに、「パターン2」に位置づけられている「軽度急性期及び重急性期・回復期リハ等」の機能を取り上げ、「(これが)地域一般病棟により近い」という認識を示した。

他方で、「地域一般病床は地方における整備を想定している」とも指摘。「仮に、地方限定で創設されたとしても、いずれ都市部にも必要ではないかと主張していくことも考えられる」と述べ、地域一般病棟を求める姿勢は堅持する考えを明らかにした。

西澤会長は、一方で、改革案には人員増の実現策が明らかでないなどの不十分さがあることを指摘しつつも、「病院のあり方報告書2011年版は社会保障国民会議のB3シナリオを評価している。今回の社会保障改革案はB3シナリオの方向性とよく似ている。色々な問題点があることは承知しつつも、方向性としてはこれでよいのではないかと述べ、その構想をあらためて支持した(4面に野村企画官、5面に西澤会長の各説明を掲載)。

認知症をめぐる介護・医療連携で議論

介護給付費分科会 地域における医療対応に不満の声も。厚労省はモデル事業の検討へ

6月16日に開かれた介護給付費分科会は「高齢者の住まい」と「認知症への対応」をテーマとして、関連団体に対するヒアリングを行なった。

認知症高齢者について、事務局(厚労省老健局老健課)は、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上と見込まれる208万人(2010年度)が25年には323万人に増加するという推計を示した。

したがって、認知症高齢者への対応は、地域包括ケアシステムを整備していく上で、独居高齢者とともに主要なテーマとなっている。

そのため、6月15日に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正法」には、①予防、診断、治療、介護方法に関する調査研究と認知症患者を支援する人材の確保・資質向上のための措置を取る義務を国と地方公共団体に課する、②介護保険事業(支援)計画で認知症被保険者に対する支援と医療との連携に関する事項を定めること等、認知症対策が盛り込まれた。

事務局は、認知症高齢者に対して、現在、市町村主体に以下の取り組みが進められていると説明。その上で、12年度介護報酬改定に向けた検討課題と

認知症サポート医が少ない

認知症対策をめぐるのは、認知症の診断基準など、要介護認定とともに実態捕捉をめぐる課題があるとの指摘が続いた。

その中で、ある委員(大学教授)は「要

して下記とおりの論点を提示した。

【認知症に対する支援体制—医療・介護・地域の連携】

(1)適切な医療の提供

・もの忘れ相談の実施
・かかりつけ医、サポート医による適切な医療や介護サービスへのつなぎ
・認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断 等

(2)専門的なケアや介護サービスの提供

・認知症予防のための地域支援事業
・本人の状態に合わせた介護サービス(認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護) 等

(3)地域における権利擁護、見守り、家族支援

・認知症サポーター等による見守り
・生活支援サービスや地域支援事業等

【論点】

1. 認知症への対応にあたり、医療と介護と地域それぞれの役割とその間の連携について、どう考えるか。

2. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における医療提供のあり方についてどう考えるか。

介護認定の過程で認知症の生活自立度を調べているが、多くの自治体から、医師の判定(主治医意見書)はあてにならない、訪問調査員(認定調査)の方が確かだという声を聞く」と述べ、認知症

診断に携わる現場医師の資質が問われているという見解を表わした。

この批判に、医療系委員の1人は、「大変厳しいご指摘だが、認知症診断のスタンダードの普及が遅れていることは認めざるを得ない」と受け止めた。

また、別の医療系委員は、「あえて反論はしない。医師の認知症対応能力を向上させる取り組みは色々行なわれている。しかし、認知症サポート医の制度が創られたが、現実には活用されていない。その原因の1つは介護報酬で評価されていないことだ。次の改定で考慮願いたい」と、制度運営にも問題があるという認識を示した。

認知症サポート医とは、認知症地域医療支援事業(実施主体は都道府県または指定都市)の1つとして05年度から始まった養成研修事業(委託先は国立長寿医療研究センター)を修了した医師を指す。

地域において認知症対応力を向上させる連携の推進役に位置づけられている認知症サポート医は10年度までに1,677人誕生しているが、増加するニーズに追い付くにはいたっていない上、09年度の調査によると、地域の活動に取り組むサポート医は7割未満と、その能力も十分に活かされていない。

06年度からは、認知症サポート医が都道府県医師会と連携して実施する「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」がスタートしており、09年度までに全国で2万6,024人が研修を終えているが、

その数はまだまだ足りない。

委員からは、「認知症のケアは介護だけでは無理、医療と一体でないといけない。今までやってきたケアでは無理で、症状に応じた対応が求められている。今こそ医療と介護の連携が必要ではないか」など、介護の枠を超えた施策を求める声が相次いだ。

こうした意見を受け、大森分科会長(東大名誉教授)は「認知症ケアのあり方については関係者の力を総結集すべきであり、そのための態勢を早く取るべきと考えていた。この際、認知症サポート医や医療・介護の連携などの検討に踏み切ってほしい」と、認知症対策に特化した、医療と介護にまたがる検討会の設置を提起した。

認知症に関して、関係者は「どこがどう診断し、どういう人にどんなサービスを提供するかのモデルがない」と指摘する。

認知症疾患医療センター運営事業が08年度から実施されているが、09年度の実績は鑑別診断が1万2,336人、入院は4,788人(全国66ヶ所)と、200万人以上と推計される患者数に対して、医療的対応はまだ始まったばかりというのが実態だ。

大森分科会長の要請を受けた千葉認知症・虐待防止対策推進室長は、分科会後、老人保健健康増進等事業を活用した認知症ケアに関するモデル事業を含めて、何らかの対応を検討する意向を示した。

医療療養における認知症患者評価のあり方で議論

慢性期分科会 加算をめぐる、ケア実態の捕捉方法で意見が分かれる

6月17日に開かれた診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会は、認知症患者の評価のあり方について議論した。

認知症対策については、社会・援護局の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」で議論が進められ、その第2ラウンドの検討の結果、昨年12月28日に「認知症と精神科医療」に関する中間とりまとめが出され、現在、今夏に報告をまとめる予定で具体的な議論が進められている。

また、地域包括ケアの体制構築に向かう中で、認知症対策は介護保険においても重要な課題となっている。

一方、中医協においても、2012年度改定に向けた課題として、慢性期分科会に「認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証」を付託した。

そうした中、前回6月2日の分科会で、猪口委員(寿康会病院理事長・全日病副会長)は、全日病が09年度に実施した「認知症患者にかかわる労働力と費用の調査」結果を資料として提出、精神科病床以外の各病床にも認知症ケアのコスト問題があると提起し、次回改定で評価するよう求めた。

同日の分科会では、昨年9月15日現在で精神科病床に入院している454人の認知症患者に対する調査結果が報告された。

それによると、認知症以外の合併症は「特別管理(入院治療が適当な程度)を要する」が26%を占め、その主な病状は、高血圧症、脳血管疾患、廃用症候群、肺炎(誤嚥性肺炎も含む)などであった。一方、「日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する者」も61%にのぼっている。

その結果、20%の患者が過去1ヶ月間に他科受診を経験しており、そのほとんどが内科受診であった。

この調査は、認知症を主病として精神科病床に入院している患者の身体合併症の実態を示すものであるが、精神科以外の病床に入院している患者が認知症を患っている場合のケアの負担や医療的対応を調べた詳細なデータは、今のところ見当たらない。

しかし、これまで実施されてきた慢性期入院実態調査では、認知症日常生活自立度やCPS(認知機能尺度)の該当有無が調べられ、タイムスタディによって手間のかかり具合をコストとして把握する試みがなされている。

その結果、医療区分とADL区分からなる療養病棟入院基本料が導入された2006年度診療報酬改定では、5区分のうち1区分に認知機能障害加算(5点)が設けられたが、08年改定では、タイムスタディの結果に有意差が認められないとして同加算は廃止された。

同日の分科会では、この点をめぐって激しい意見の応酬が繰り返された。

医療系委員からは「認知症患者には明らかに手間がかかっている。それがタイムスタディのたびに判断が変わるといのはおかしい」とタイムスタディの手法に疑問が投げかけられた。また、タイムスタディの実施を加算等点数変更の前提の根拠とする考え方に異論を唱えた。

これに対して、学者系の委員は、認知症患者の評価に際しては認知能力と問題行動を分けてコストへの反映を検討すべきと主張した。

調査に際しても、認知症日常生活自立度判定基準の見直しやBPSD(認知症

の行動・心理症状)調査の採用、対象となる患者と医療施設の基準など検討を要する問題点が多々あるとするなど認知症評価の難しさを指摘、その上で、点数の見直しにはタイムスタディが不可欠であると論じた。

こうした意見には、医療系委員から「認知症日常生活自立度は認知能力とともに問題行動も反映されている」「療養病棟以外はタイムスタディなしに値付けされている」との反論が加えられた。

一方、猪口委員は、「認知症患者は一般病床、医療療養病床、特養、老健と多くの施設に分布している。実状を把握するためには横断調査が必要ではないか。その上で、病状に応じて精神科病床ほかの病床がどの部分をどう担うのか

医療療養病棟、医療の質は向上をたどる

6月17日の慢性期分科会に、事務局は、昨年実施した横断調査の結果データから算出した、医療療養病棟のQI結果を報告した。

QIは、「医療区分・ADL区分に係る評価票」と「患者特性調査票」とともに提出のあった患者を対象に、身体抑制、留置カテーテル、尿路感染、褥瘡の4項目に

□QI(Quality Indicator)の算出結果

QI項目	横断調査の結果(平均)	06・08年度患者特性調査に参加、かつ、今回の調査に参加した20病院のデータ(平均)		
		06年度	08年度	10年度
身体抑制	11.4%	24.7%	19.6%	12.3%
留置カテーテル	13.0%	11.0%	14.6%	13.4%
尿路感染	2.6%	8.3%	11.2%	6.0%
褥瘡	7.1%			

注1. 横断調査と06・08年度調査とは、調査方法やQIの定義に一部違いがあるため、単純比較はできない。

注2. 「身体抑制」は毎日身体抑制している患者の割合、「褥瘡」は第2度以上または2力以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者の割合。



全体像をつくるのが大切」と指摘、加算にとどまらず、提供体制全体の中で認知症対策を考えていく必要を訴えた。

こうした結果、認知症にかかわる加算の問題は、既存尺度やデータの解釈、調査手法など、根拠となるデータ確保の方法を含めた問題点の整理確認を踏まえて議論を続行することになった。

ついて集計した。

調査方法やQIの定義に違いがあるため、過去調査結果との厳密な比較はできないが、過去2回の調査にもデータを提出した20病院との比較をみると、調査項目のアウトカムは概ね改善の傾向にある。

地域一般病床

色々なニーズにミックスで対応する「地域に密着した病床」

社会保障改革案 「従来の総枠を抑える路線から転換」。高度急性期は20万強と想定

厚労省医政局総務課 野村知司医療政策企画官による社会保障改革案の説明(要旨) 6月22日 四病協総合部会 ※2面記事を参照



5月19日に集中検討会議に提示した「医療・介護に関する資料」の4頁に「将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ」(図1)がある。

この図のごとく、医療資源投入の濃淡に応じて機能を整理した結果、病床は、高度急性期、一般急性期、亜急性期等、長期療養という区分を想定した。

図の右側に、各機能にまたがった「地域に密着した病床での対応」というのがある。都市部では、ある程度、病院ないしは病棟単位で機能が分かれていくが、地域によっては、1つの病院で1人2役・3役と、色々なニーズに対応しなければならない。そこで、こうしたニーズにミックスで対応する「地域に密着した病床での対応」ということも想定した。

次に、集中検討会議が6月2日にまとめた社会保障改革案について説明する。その「II改革後の社会保障費用の推計」では、改革全体を通じて、2015年度に、「充実による額3.8兆円程度」「重点化・効率化による額▲1.2兆円程度」と試算。「機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)による追加所要額(公費)は約2.7兆円」と見込んだ。

医療・介護の分野では、「充実」とは人員増のための資源投入、「重点化・効率化」とは在院日数の短縮である。その結果、費用節減額よりも投入額の方が上回る結果になったため、財源獲得の検討が必要ということで「消費税率の段階的引き上げ」を提起している。

この社会保障改革案の付属文書に「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」があり、医療・介護における「充実」と「重点化・効率化」を対比させている。

例えば、病院・病床機能の分化・強化と連携および在宅医療の充実等に2015年度までに8,700億円程度要する(「充実」)が、他方、平均在院日数の減少等によって4,300億円程度の節減が見込まれる(「重点化・効率化」)としている。

経済界や財務省からは「費用の投入なしに在院日数の短縮は実現できないか」とのご意見をいただくが、そうは(うまく)いかない。

「社会保障改革案」は、基本的には社会保障国民会議の医療ニーズの分け方をベースにシミュレーションを行なっている。

シミュレーションの結果は「社会保障改革案」に付属した「医療・介護に係る長期推計」で示しているが、具体的な改革のイメージは「パターン1」と「パターン2」からなる。

高度急性期、一般急性期、亜急性期等と長期療養というように、病床機能をきっちり分化させたのが「パターン1」である(図2-1)。

国民会議の場合には、高度と一般を合わせると一般病床のニーズの7割が急性期であった。しかし、これでは急性期ニーズが多すぎるのではないかと、地域医療の実態からするともう少し「混ざる」ところがあってもおかしくないと

いうことで、「パターン2」では、一般急性期でも中度から軽度はその他の医療ニーズと併せて提供される場合もあるだろうということから、あえて軽度と名付け、若干、機能分化の線引きを変えてみた(図2-2)。

一方で、一般病床の中には長期に入院せざるを得ないという病状の方もいる。そういった方々は長期療養ということで慢性期入院医療を受けるというニーズとして捉え、「パターン1」とは線の引き方を若干変えてみた。

この改革シナリオでどのような機能強化を考えるかは、「改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)」に簡潔に示してある。

今までの医療費の試算は、30兆円という医療費を1つの塊として捉え、これがどう伸び縮みするかということで推定してきたが、今回は、医療費をある程度分解した上で仮定を設けて、その伸縮を試算している。その仮定もかなり大胆なものを設定してみた。

その結果、「パターン1」「パターン2」ごとに医療機能ごとのニーズ、つまり患者数が導かれ(「医療・介護サービスの需要と供給の見込み(1日当たり利用者数)」)、それを病床稼働率で割り戻したものが「医療・介護サービスの需要と供給の見込み(必要ベッド数)」(図3)である。

ここで、高度急性、一般急性、亜急性等とニーズに対応して病床数を推定したものが、その表の「改革シナリオ」の左欄にある「各ニーズの単純な病床換算」である。

それに対して、地域の医療提供体制整備の状況によってはこうしたニーズに横断的に対応せざるを得ないということで、仮称であり、どこかで聞いた名前に似ているというご意見もあろうが、「地域一般病床を創設」した場合の病床数の推定が右の欄である。

こうした推定の結果、人とお金がどうなるのかということを示したのが「マンパワーの必要量の見込み」と「医療・介護サービス費用の見込み」である。

費用については、現在の医療費は対GDPで8.1%程度である、現状のまま推移すると25年に10.0%となるころ、改革の結果、パターン1の場合には若干上積みされて10.1%になると推定される。いずれにしても、8.1%のものが10%前後に伸びることにはなる。

社会保障改革案が政府方針となり、閣議決定された暁には、我が省として具体的施策の検討に入り、その過程で関連審議会等のご意見をいただくことになる。その上で、法改正が必要なもの、政省令でよいもの、診療報酬や介護報酬によって措置するものなど、それぞれ必要な手続きを取っていくことになる。

【質疑応答から】

●今回の数字は厚労省が作ったのか、それとも財務省主導によるものか。

野村 基本的には内閣官房の指示にもとづいて厚労省が作成した。この案は、人を増やすために追加財源が必要である、したがって改革をしても公費負担は多くなるというもので、従来の何とか総枠を抑えようとする路線からは転換したつもりではある。

●高度急性期は特定機能病院のみを想定しているのか。

野村 高度急性期ニーズに対応する病

院、病棟、病床は特定機能病院だけとイメージしているわけではない。試算では、高度急性期のニーズは16、7万

人と見込んでおり、稼働率で割り戻すと20万強の病床となる。特定機能病院は7~8万床に過ぎない。

図1 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

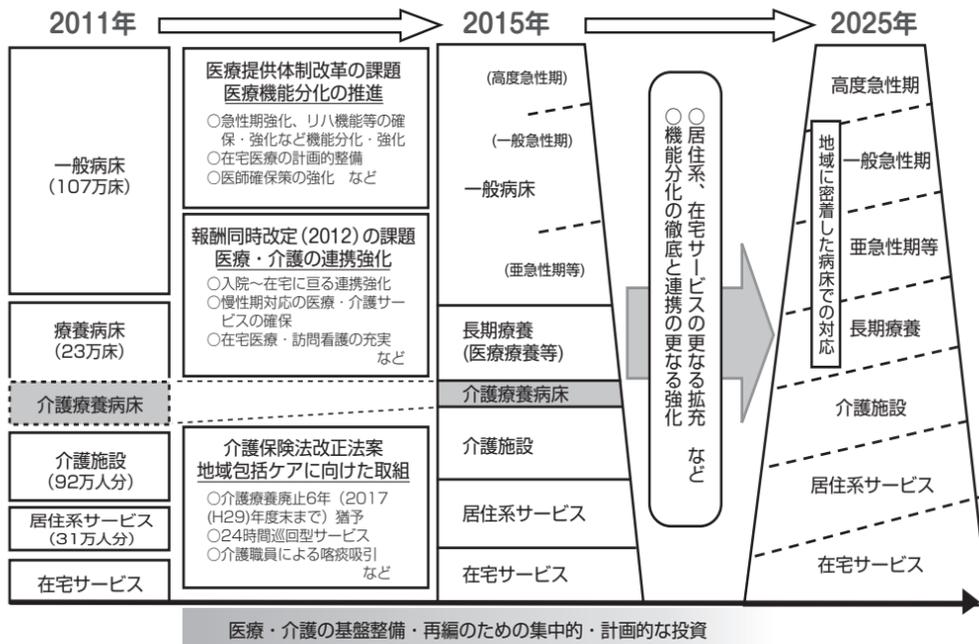


図2-1 パターン1の「具体的な改革のイメージ」*医療病床のみ

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療病床	高度急性期(約2割)	◆◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)	◆◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	一般急性期(約5割)	◆◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)	◆◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◆◆医療区分1は介護、2・3は医療	◆◆在宅医療の推進、機能強化等を助成し、平均在院日数1割程度短縮
	長期療養(慢性期)	◆◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
精神病床			

図2-2 パターン2の「具体的な改革のイメージ」*医療病床のみ

(医療・介護ニーズ)		パターン2の整理	(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病床	高度急性期(約2割)		(パターン1に同じ)
	一般急性期(約5割)	一般急性期(約3割)	◆◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	(軽度急性期(約2割))	軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(約4割)	◆◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)		◆◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様
(長期入院(約1割))		◆◆現行医療療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
長期療養(慢性期)	長期療養(慢性期)	◆◆現行医療療養にあっては、在宅医療の推進、機能強化等を助成し、平均在院日数1割程度短縮	
精神病床			(パターン1に同じ)

図3-1 パターン1の「医療・介護サービスの需要と供給の見込み(必要ベッド数)」

パターン1	平成23年度(2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 15日程度 急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75日程度 57~58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】24万床 77%程度 19-20日程度
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度		28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度		27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	

(注2)「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院者が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

西澤会長「地域一般病床は地方における整備を想定」

社会保障改革案 その機能は地域一般病棟と概ね合致。「今後、都市部整備も提唱したい」

社会保障改革案について西澤寛俊会長が語った内容(要旨) 第1回支部長会(6月18日) ※2面記事を参照

厚労省が5月19日に提示した「医療と介護に関する資料」は、「医療・介護サービス提供体制の基盤整備のための一括的な法整備」を行なうと、併せて、平成24年以降の診療報酬改定と介護報酬改定も改革の1つであると明記している。これは、法整備に至らなくとも、平成24年の改定でできるものは先行して行なうということだろう。

同資料に「将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ」(図1)がある。この図は、平成20年に出た社会保障国民会議の改革シナリオと似ている。その2025年に、「地域に密着した病床での対応」と書き込まれた。

6月2日に発表された「社会保障改革案」に「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」と「医療・介護に係る長期推計」が付されている。

その「長期推計」については、「社会保障国民会議で行われた医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、2025年頃までの医療・介護サービスの需給、費用、マンパワーについて、一定の仮定に基づく推計を行う」と説明している。

今回の改革シナリオは、機能分化と効率化という方向性にもとづきながらも、仮定の置き方を変えた、パターン1とパターン2からなっている。

パターン1(図2-1)で、一般病床は「高度急性期(約2割)」「一般急性期(約5割)」「亜急性期・回復期リハ等(約3割)」からなるとしている。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。

平均在院日数は、「高度急性期」が2割程度、「一般急性期」が33%程度、「亜急性期・回復期リハ等」が2割程度、「長期療養(慢性期)」も1割程度、短縮されるとしている。

次にパターン2(図2-2)であるが、表中の「パターン1の整理」をみると、「高度急性期(約2割)」「一般急性期(約5割)」「亜急性期・回復期リハ等(約3割)」に加え、点線で分けたかたちで「軽度急性期(約2割)」と「長期入院(約1割)」がある。つまり、一般病床の中で軽度急性期と長期入院を区分している点で、パターン1と違っている。

その結果、パターン2表中の「パターン2の整理」では、「高度急性期」はそのまま2割であるが、「一般急性期」は5割から3割に減り、逆に「亜急性期・回復期リハ等」は「軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等」となって3割から4割に増え、さらに、「長期入院(約

1割)」は長期療養(慢性期)に括られている。

すなわち、パターン1よりも改革度が強いシナリオがパターン2ということではないか。

このパターン2では、「亜急性期・回復期リハ等」の括りに「軽度急性期」が加えられている。我々が提唱している地域一般病棟は「中等度・軽度」急性期のニーズを対象としているが、「軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等」という機能は地域一般病棟にかなり近いと言える。

この「長期推計」に「医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み」が示されているが、ここで、パターン1とパターン2とも、「各ニーズの単純な病床換算」と「地域一般病床を創設」という2つの仮定に分けて推計されている。

そのパターン1(図3-1)をみると、「単純な病床換算」では、一般病床は「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」が2・5・3の割合からなっている。では、地域一般病床を創設した場合にはどうなるか。

表から、地域一般病床は「高度急性期」から「亜急性期等」までの機能を担う病床ということが分かるが、この地域一般病床に24万床が見込まれる結果、「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」はそれぞれ病床が減ることになる。

この地域一般病床は地域一般病棟をかなり意識したものと言えよう。ただし、地域一般病床は、「高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新期入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めになるものと仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者(今後2,000~3,000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定」とされている。

これは、地域一般病床は地方における整備を想定しているということの意味している。都市部には色々な機能の医療機関があるので、高度急性期、一般急性期、亜急性期等と切れるが、地方ではそうした機能分化はできない。例えば、1つの町に病院が1つしかなければ、一般急性期と亜急性期等を、あるいは高度急性期も一部担わないと、その地域は困ることになるというイメージではないか。つまり、「地域限定型」であると考えられる。

こういふと、我々が求めてきた地域一般病棟とは異なると思うかもしれない。しかし、考え方は似ている。仮に、地方限定で創設されたとしても、我々として、いずれ都市部にも必要ではないかと主張していくことも考えられる。

一方、パターン2(図3-2)の「需要と供給(必要ベッド数)の見込み」をみると、「単純な病床換算」における一般病床は「高度急性期(2割)」「一般急性期(3割)」「その他等(4割)」からなり、「長期入院」1割を「長期療養(慢性期)」に組みかえた結果、一般病床の病床数等はさらに絞られるものとなった。

ここで、「その他等」であるが、パターン1では「亜急性期・回復期リハ等」となっているのが、パターン2では「軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等」とされている。パターン2における「その他等」の41万床が、我々が提唱してきた地域一般病棟により近いと思える。

いずれにしても、今回の社会保障改革案は、地域一般病棟における地域限定型と都会型とで若干役割に違いが出るという認識で、こうした提案をしてきたのではないかと考える。

【質疑応答から】

●我々は「病院のあり方報告書」などで、10年間、地域一般病棟の実現を求めてきた。こうしたかたちで認められたことは率直に評価したい。国民会議のB3シナリオでは、地方はやっていけない。その点、今回の地域一般病棟は地方都市をイメージしており、評価したい。ただ、在院日数が「17~18日」となっているなど、思っていたものと違うものになる可能性もある。厚労省には、我々の方からも議論をしかけていかなければならない。

西澤会長 同感である。これで終わる問題ではないし、中身に問題がないわけでもない。我々としても色々議論を行わなければならない。政府の成案となった段階で、全日病として厚労省担当官と色々意見交換をしたいと思っている。

●医療従事者の増員が試算の裏付けとなっているが、医療従事者を増やしていく施策の展望が示されていない。

西澤会長 「長期推計」の資料に改革に伴う「マンパワーの必要量の見込み」が示されている。しかし、そのための具体策は打ち出されていない。これを実現するには多くのハードルがあり、喜んでばかりいられない。社会保障改革案に前後して我々は「病院のあり方報告書2011年版」を出したが、その中で、医療従事者を増やす方策を提言している。

●パターン2で、今の亜急性期から1割が「長期療養」に移ると仮定している。



これは、在院日数の長いところはそちらに移りなさいということではないか。

西澤会長 一般病床の中の「軽度急性期」を、パターン1は「一般急性期」に入れていたが、パターン2では「亜急性期・回復期等」に位置づけた。その一方、一般病床の中の「長期入院」は「長期療養」に振り替えるというかたちで、パターン2はより厳しい方向性を打ち出している。その意味からはパターン1の方が実現性に富むと言える。個人的には、パターン1の上で「軽度急性期」を「亜急性期・回復期等」に位置づけるという考え方ができるとよいのだが。

●医療提供は2次圏ごとの格差が大きい。病床数も2次圏ごとの対応が求められると思う。

西澤会長 「病院のあり方報告書」でも、現状の単線的な延長に将来推計があるのではなく、地方の過疎化や都市部への集中などを踏まえた将来推計をしていかなければならないと指摘している。そうした意味からは、(将来像も)ある程度は地域にまかせるといった柔軟性を確保しなければならないと思っている。

●「高度急性期」と「一般急性期」の境はどこか。

西澤会長 具体的には定かではないが、「高度急性期」とは、大学病院本院や研修・研究を行っている、イノベーションに取り組んでいるなど、特定機能を担っている施設が想定されるのではないか。

●特定疾患に特化した専門病院はどこに入るのか。

西澤会長 ほとんどは「一般急性期」と考えてよい。今回の改革案は、大雑把に言うと、パターン1は国民会議のシミュレーションを横滑りさせたもので、地域一般病床という仮定が加わったところが違っている。

「病院のあり方報告書2011年版」では社会保障国民会議のB3シナリオを評価している。今回の社会保障改革案はB3シナリオの方向性とよく似ている。したがって、この改革案に対しては、色々な問題点があることは承知しつつも、方向性としてはこれでよいのではないかと私自身は思っている。

図3-2 □パターン2の「医療・介護サービスの需要と供給の見込み(必要ベッド数)」
*医療病床のみ

パターン2	平成23年度(2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月; 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月; 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57-58日程度 長期二一 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 28万床 70%程度 66万人/月; 9日程度	【一般急性期】 21万床 70%程度 49万人/月; 9日程度	
軽度急性期 及び亜急性期・回復期リハ等		125万人/月	【その他等】 41万床 90%程度 58万人/月; 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)	【その他等】 30万床 90%程度 43万人/月; 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	37万床、91%程度 139日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	



▲支部長会では地域一般病床について活発な意見が交わされた

被災者健康支援から地域医療復興まで課題は山積

医療、介護、認知症と3指標からなるトリアージカードを提案

東日本大震災医療救援報告 安藤高朗副会長(全日病災害対策本部副本部長)



私が被災地に向かったのは東日本大震災が発生した3日後の14日で、全日病と日本医療法人協会の合同による4

病院から救急車も含めて救護班が派遣された。福島県と宮城県に分かれて向かおうということになり、自院のチームは福島に向かうことになった。

宿舎の保健所で寝ていると、真夜中に起こされ、いきなり、防護服を着てほしいと言われた。14日は福島原発の爆発や火災など大変な事態になっていた。不安から下請会社の人達が保健所を訪れたため、放射能測定と除染で大わらわになったのである。

翌日、地元の医師会から、放射能のために退去を要請された。そのため、我がチームは気仙沼に向かった。

ところが、気仙沼も惨憺たる状況であった。沿岸部は壊滅状態で、スライドの如く、こんな大きな船が陸地に乗り上げ、そこかしこにマグロがころがっている状態であった。

すでに、気仙沼の市民病院にはDMAT、JMAT、さらには国境なき医師団が来ていた。

これは雪降る中の医療救護所の写真である。寒い中、現地の子供さんが、我々救急車に向かって「皆さん頑張ってください」と応援してくれ、涙するスタッフもいた。あれだけの災害にもめげず、地元の人是非常に気丈であった。

続いて石巻市に向かったが、町全体が流されていた。この写真が石巻の総

合病院で、廃院になってしまった。次の写真の病院では医師が3人全員亡くなられた。

これは某老健施設であるが、48人が亡くなっている。建物が丸ごと水に埋まってしまったからだが、窓を閉めていたため海水は入ってこなかった。だが、施設の上を船が通るといふ状況に見舞われ、その船がぶつかって窓が破れて浸水となり、悲惨な結果となった。

こういった介護施設では再開ができず、移転もままならないということで介護難民が起きてきている。

気仙沼の市立病院に被災者のデータを教えていただいた。地震発生24時間以内は圧倒的に溺死が多く、生存者でも、津波肺炎といって、重油を含んだ海水を飲み込んだために肺炎が治りにくいという状況であったという。そのほか重症症例として、骨盤骨折、重傷頭部外傷、頸椎損傷が顕著であった。

地震や津波の直接被害による患者の多くは、救出まで野外で過ごした低体温症であった。また、車中睡眠による肺血栓塞栓症も報告されている。しかし、生存者は圧倒的に軽症患者が多かった。

24時間以降では、感冒、感染性腸炎、下痢やストレス関連疾患等の症例が多い。全体として負傷者が極端に少なく、

急性期医療のニーズは高くない。津波災害の特徴である。

避難所では、どこも慢性疾患を抱える高齢者の対応に追われた。避難生活の長期化に伴い、感染症、肺塞栓症、精神疾患が増大、認知症の悪化などが懸念されている。

ところで、医療救護活動の中で、日医が使っているトリアージカードに介護必要度や認知症の度合いを入れるよう提案して採用された。実際に今普及していると思う。医療、介護、認知症の指標から最適な病院、介護施設を紹介するフローチャートを全日病が作ったわけである。

さて、復興の問題がある。例えば、気仙沼市医師会では、自治体を作る復興計画以外に地域医療の復興計画を自力でつくっているという。

次に、医療機関を再生させる建築費の問題がある。その資金援助をどうするか。看護学校も倒壊している。看護学校や看護学生に援助しないと地域医療が崩壊してしまうという声もあった。あるいは、地域医療再生基金が使いにくい、もっと柔軟に地方に一括して任せてほしいという要望があった。

復興の中で報酬格差の問題が出現している。公的施設の職員にはきちんと

給料が出るのに、民間施設の職員達は事実上ボランティアになっており、そこに公私格差が出ているからである。

そういう中、民主党に被災者健康支援チームが結成され、これを母体に被災者健康支援連絡協議会が生まれた。現時点で16の団体が参加、厚労省、総務省、内閣府、文科省から協力を得ている。

協議会では、情報の共有、被災者の継続的健康管理、復興に向けた諸問題の解決、派遣医療チームに対する費用の保全、原発被害医療機関への補償などについて論じている。

被災地からは、診療所開設や医療機関に向けた資金援助と手続を急いでほしい、避難所や在宅の衛生環境を早くしてほしい、原子力発電所の事故に対する補償と生活支援、この4つが要望として寄せられている。

先日、文科省の原子力損害の補償に関する委員会に全日病が呼ばれ、四病協の協力を得て行なった福島県の病院アンケート結果を踏まえた要望意見を申し上げた。

政府に全日病が要望したことは、1つは、避難所、医療機関、介護施設、在宅と、被災地の医療・介護ニーズについて県が収集した情報を国で一元化した上で逐次提供していただきたい、2つ目は、各医療団体が派遣した医療救護班の費用補填をお願いしたい、3点目が、夏の計画停電あるいは電力の利用制限等によって診療業務への支障が起らないような施策をお願いしたい、以上の3点を申し入れさせていただいている。



最大の課題が情報途絶への対応

支援物資希望の把握、物資の備蓄など、災害対策として反省がある

東日本大震災に対する全日病の対応 猪口正孝常任理事(全日病災害対策本部副本部長)



2010年度事業報告書に付属した「別冊 東日本大震災関連」にもとづいて、東日本大震災に対する全日病の医療支援の取り組みについて報告する。

3月11日に震災が発生、12日に医療救護班派遣先の調査・調整ということで、石原救急・防災委員長の班が被災地に向かった。13日に、東北6県と茨城、長野、新潟の9県について被災状況緊急調査を実施。14日に全日病災害対策本部を設置、15日に義援金口座を開設するとともに、会員病院に、医療救護班の派遣と義援金の協力を要請した。

16日に5班5台の救急車からなる第1次医療救護班を派遣したが、派遣実績は6月4日現在で107班452名に達している。

一方、17日には福島県いわき市の会員病院から患者搬送の依頼を受け、翌18日に栃木県の会員病院に受け入れていただいた。また、18日は、被災した前出9県以外の会員病院を対象に被災地域患者の受け入れ調査を実施した。

会員病院への個別対応であるが、4月に入って物資援助の要望があった。また、どうしても連絡がとれない病院もあった。そのため、私が行って、被災状況を調べるとともに物資をお届けした。

西澤会長も、4月9日に岩手県支部と宮城県、13日には宮城県支部、21日には福島県支部を訪問している。

このほか、本部としては、民主党の被災者健康対策チームの会議に出て、いろいろ提言するなど、民主党や厚労省への要望を含めた対外活動を行なっている。

スライド写真をもとに報告する。

9県の被災調査の結果、罹災した会員病院は128(63%)で、地図上にかく分布している。未回答の16施設は4月に訪問するまで状況がわからなかった。通信が機能しなかったというのが東日本大震災の特徴の1つであった。

別冊に医療救護班の報告がのっている。派遣先は気仙沼市が中心であるが、そのほかには、相馬市の相馬中央病院、福島県の新地町などに出た。医療救護班だけでなく、福島県のひらた中央病院には看護師を派遣している。

東京都のチームは気仙沼を中心に動いた。そのため、気仙沼では中心的な働きを担うようになり、会議でも中心となるなど、統括的な動きをしていたのが全日病の隊であった。避難所における活動は、当初は、それこそ隅に仕切りを置いて診るといふ状況であった。

医療救護班は、今回、全日病の名前でいったチームと会員病院ながらJMATとして行ったチームとがあるが、全日

病のチームはどこに行っても大体現地の中心となり、こうした会議を担った。

物資の支援で訪問した病院からは、どうやって生き残ったかという貴重な話をうかがえた。これは仙台市にある病院であるが、被災3週間目でも、まだガスが回復していない。直後の3日間は、真っ暗な中、蠟燭で暮らしていたという。

石巻の会員病院は、被災は免れたものの、周りが水浸しで陸路が使えなくなった。電気もガスも不通となり、3日目に食料も尽き、患者も職員も1日1食で何とか持ちこたえた。物資が来たのは1週間くらいたってからであった。

これは岩手県内陸の病院であるが、こちらは透析をやっていた関係で重油があったため、1週間自力で生き延びた。すぐそばの公立病院は電気はすぐ通ったが、ここは1週間電気が復旧しなかったという。

これは釜石の病院。電気が途絶え、情報も途絶えたという。車で5分、10分の沿岸部は悲惨な状況にあったが、情報の途絶によって、この病院は一体何が起きているかが全くわからなかった。今後の課題ではあるが、情報をどうやって手に入れるかというのは非常に大きな問題であった。

スライドとしては以上であるが、災害対策本部については幾つかの反省が

ある。

以下は私見であるが、まず本部の立ち上げが遅かった。情報を統一して処理するまでに、さらに時間がかかった。会員病院と通信ができなくなったが、やはり、全日病として何らかの通信手段を検討しておく必要がある。

会員病院の支援に対しては、被災状況調査が素早く行なわれたが、もっと、支援物資の希望など、細かい調査がなされてもよかったと思っている。

また、物資を支援したくても東京では物が集まらなかった。例えば経腸栄養剤も手に入らない。医療材料だけではない、ガスボンベといった物も手に入らなかった。やはり、備蓄を考えなくてはいけないのかもしれない。

そういう具合に反省点はいろいろあり、今後、全日病として災害にどう対応していくべきかをしっかり考えていきたいと思っている。



医師の診療科偏在解消で検討会、年度末に論点整理

介護療養病床の転換について6年間の対応策を決定

厚生労働省は本省各局の2011年度組織目標(期限・2012年3月)をこのほど公表した。

それによると、医療提供体制について「医療法改正を視野に入れた検討を進める」一方、医師の診療科偏在是正に

向けた医師育成のあり方に関する検討会を設置、今年度末までに論点整理を行なう。

また、介護療養病床の円滑な転換を支援するための6年間の対応策を決定する、としている。

厚生労働省各局の2011年度組織目標(抜粋)

□医政局

【医療提供体制】

・医師確保対策の推進や医療提供体制の見直しに向け、社会保障審議会医療部会での意見の集約を着実に進め、法制化を視野に入れた検討を進める。

【被災地における医療の確保と復興支援】

・東日本大震災の被災地に医療を確保するとともに、今後、復興支援に向けた新しい医療提供体制の在り方を検討する。

【地域医療対策】

・次期医療計画の作成に向け、検討会において関係者から意見聴取(議論)を行い、今年度中に次期医療計画の策定指針を策定、都道府県に提示する。

・医師の地域偏在を是正するため、都道府県が設置する地域医療支援センターの設置を促進するとともに、円滑な運営のための助言を行う。

・医師の診療科偏在是正に関しては、偏在の是正につながる医師育成のあり方に関する検討を行うため有識者による検討会を開催し、3月までに一定の論点整理を行う。

【チーム医療の推進】

・特定看護師(仮称)制度の導入に向け、「看護業務実態調査」の結果、「養成調査試行事業」及び「業務試行事業」の実施状況を踏まえながら、法制化も含めた検討を進める。

・「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」に盛り込まれた取組について、「チーム医療実証事業」により、安全性や効果に関する実証的なデータを収集する。

□老健局

【介護保険制度の見直し】

・地域包括ケアシステムの実現に向けた取組を進めるため、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」の適切な施行に万全を期す。

・社会保障と税の一体改革にあたり、介護保険制度のあるべき姿とその必要な財源を示す。(11年6月まで)

【介護報酬改定等】

・医療と介護の連携・役割分担を実現する介護報酬改定を行う。

・12年度の同時改定において「地域包括ケアシステム」を実現するために対応する。

・介護職員処遇改善交付金について、継続するか介護報酬で対応するか、年末までに決定し、必要な措置を講じる。

【第5期の介護保険事業計画に向けた取組】

・日常生活圏域単位のニーズ調査を実施し、それを踏まえたサービス提供量の確定。

【介護基盤整備】

・介護基盤の緊急整備について、09年度～11年度の3年間で16万床の整備目標を達成するために、各自治体に施設整備の推進を働きかける。

・国交省と連携して、医療・介護の連携により安心して生活できる高齢者向け住宅を法定化するため、今通常国会に提出されている高齢者住まい法等改正案の成立に向けて努力し、成立後はその適切な施行に万全を期す。

・介護療養病床から老健施設等への円滑な転換を支援するための今後6年間の具体的な対応策を決定する。

□保険局

【高齢者医療制度の見直し】

・後期高齢者医療制度に代わる新たな制度について、「高齢者医療制度改革会議」の最終とりまとめを踏まえ、関連法案の提出に向けて関係各方面との調整を進める。

【高額療養費制度の見直し】

・高額療養費の外来診療での現物給付化の円滑な導入に取り組むとともに、各保険者等に与える財政影響等にも配慮しつつ、自己負担限度額の在り方の見直しを検討する。

【診療報酬・介護報酬の同時改定】

・診療報酬・介護報酬の同時改定について、改定の基本となる方針を策定した上で、社会保障審議会や中医協等において議論を進め、その結果を改定内容に反映させる。

【特定健診・特定保健指導の見直し】

・特定健診・保健指導の実施方法、健診項目と保健指導の内容、特定健診・保健指導への取組の評価方法等について、検討会の議論を進め、上半期中に大まかな方向性を提示する。

2011年度第3回常任理事会の抄録 6月18日

【協議事項】

●健診事業にかかわるクリニック等の賛助会員入会規程の整理

健診事業参加を目的としたクリニック等の賛助会員入会に、①同一法人に病院をもたない単独クリニック等であること、②同一法人に病院をもつ附属クリニック等は親病院が一般会員であること、という要件を設けることが決った。

●若手経営者育成事業委員会の設置

本会会員病院の若手経営者を対象に、次世代における本会の中心的人材として育成を図ることを目的とした「若手経営者育成事業委員会」を設置することが承認された。

●医療と消費税に関する市民公開セミナーの開催

医療の消費税が非課税であることの不正さを市民に理解してもらうことを目的としたセミナーを東京で開催するために四病協・日医に提案することが決まった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の4人の入会が承認された。
福島県 なこそ病院 理事長 永井博典
大阪府 阪本病院 理事長 藪本秀雄
高知県 中ノ橋病院 理事長 宇都宮博史
福岡県 杉岡記念病院 理事長 岡山昌弘
別途退会が2人あった結果、在籍会員数は2,338人となった。

【報告事項】

●2011年度病院経営調査の実施

2011年度病院経営調査の調査票を対象会員病院に送付した旨の報告があった。

●2011年度個人情報保護に関する調査の実施

2011年度の個人情報保護に関するアンケート調査を実施する旨の報告があった。

●2011年度老人保健事業推進費等補助金の内示

2011年度老人保健事業推進費等補助金事業に本会の調査研究案が採択されたとの報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

5月6日付で以下の11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
 - 埼玉県 三愛病院 更新
 - 静岡県 富士宮市立病院 更新
 - 兵庫県 ツカザキ病院 新規
- ◎複合病院
 - 東京都 信愛病院 更新
 - 東京都 等潤病院 新規
 - 和歌山県 桜ヶ丘病院 更新
 - 徳島県 三加茂田中病院 更新
 - 徳島県 保岡クリニック論田病院 更新
 - 長崎県 千住病院 更新
 - 熊本県 鶴田病院 更新

医師確保に関する調査を実施

臨床研修の面から医師不足の実態を探る

医療制度・税制委員会(中村康彦委員長)は、医師臨床研修制度の面から医師不足の実態を探るために「医師の確保に関する調査」の実施を決め、このほど、調査票を当該会員病院に送付した。

同様の調査は2006年にも行なわれ、医局派遣医師引き上げの有無、医師数の充足度、日直・当直医師の確保状況など、医師臨床研修制度にかかわる医師不足の実態を調べている。

今回調査の目的は、①医師確保の状

況について前回調査と比較する、②2010年度に実施された制度改正(研修プログラムの弾力化、大学病院の医師派遣・養成機能の強化等)の影響を捕捉することにある。

現在、全日病会員のうちの513病院が管理型もしくは協力型の研修病院に指定されている。調査票は現行研修病院だけでなく、指定を受けていない病院を含む923病院に送られ、7月4日の締め切りで回答を受け付けている。

5月15日号記事の訂正

本紙5月15日号の2面に掲載した「地域主権改革推進一括法」に関する記事の中に、「第2次法案」はこれから審議入りとなるため、今国会での成立は微妙だが、その中には、①要件を満たした社会医療法人開設病院を地域医療支援病院の対象とする、②地域医療支援病院と特定機能病院については、都道府県条例で定める施設を「その施設の構造設備」に加えることができる……(以下略)」という箇所がありますが、下線の一文は誤りにつき削除します。お詫びの上、訂正します。

鹿児島県 博悠会温泉病院 更新
5月6日現在の認定病院は合計2,512病院。そのうち、本会会員は886病院と会員病院の37.9%、全認定病院の35.2%を占めている。



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

看護師の勤務環境改善に厚生・労働一体に取り組む!?

厚労省が報告と通知。異例の“檄”。実効性よりも反響を重視!?

昨年末に厚生労働省に設置された「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」は6月17日に報告書を取りまとめ、「看護師等は厳しい勤務環境に置かれている者も多い」として、その環境改善に向けて、「厚生部局と労働部局が共通認識を持ちながら勤務環境の改善等に向けて可能なものから取り組む」方針を打ち出した。

報告書は、看護師は夜勤を含む交代制など、厳しい勤務環境に置かれているという認識から、厚生部局と労働部局が共通認識を持って看護師等の勤務環境の改善等に向けて可能なものから取り組むこと、行政として、関係団体との密接な連携の下、医療界の主体的取り組みの幅広い展開や効果的な促進等の取組を実施していく、としている。

そのため、2011年度には、①医療機関における労働時間等の改善の推進を図る(「複数を主にして月8回以内の夜勤体制」を基本としつつ、十分な勤務間隔の確保を含め、より負担の少ない交代制に向けた取り組みを着実に進める)、

②行政としては法違反に対する監督指導ではなく、研修会やコンサルティングを通じた支援を行なう、③チーム医療等医療機関における看護業務の効率化を期する、などのほか、キャリア形成と資質向上の取り組み、就業の促進など、医療機関および行政の課題をあげ、関係者に看護師の勤務環境改善を呼びかけている。

診療報酬の関係では、「看護師等を含めた病院医療従事者の負担軽減策に関して、平成22年度診療報酬改定の結果を検証しつつ、次期診療報酬改定に向けて検討を行う」とした。

厚労省は、前出報告書を踏まえ、同日付で、医政、保険に加え、労働基準、職業安定、雇用均等・児童家庭の5局長連名による通知を发出、各都道府県知事と労働局長に、行政機関として必要な取り組みを進めるよう依頼する一方で、医療関係団体にも、医療機関等への周知徹底を図るとともに自主的な対応をとるよう呼びかけるなどの協力を要請した。

監督指導を一齐に実施したことがあった。しかし、それは、労働行政による単独介入であった。

今回は、昨年11月30日に出された厚生労働大臣指示を受けて、省内に、医政局、保険局、労働基準局、職業安定局の各局長と関係課長をメンバーとしたチームを設置、労働環境改善に向けた取り組みを大々的に打ち出す、まさに、省をあげたプロジェクトとなった。

あまたある医療従事者の中で看護師のみを取り上げ、わずか2回の、しかも非公開による会議で方針が固められたというのは、公平、公正、透明性を旨とする行政機関として余りに暴走であり、実効性よりもショック療法を期待するかのごとくのスタンドプレーであるとの訝りを免れない。

省内プロジェクトチームの設置に対しては、四病院団体協議会は日本医師会と連名で、12月24日に設置に反対する旨の申し入れを行なっている。

しかし、労働基準局のリーダーシップの下、病院団体に対するヒアリングもなく予想どおりの結論が導かれたことは、逆に、医療現場が抱える看護師確保にかかわる深刻な葛藤を直視していないという見方もできる。

病院団体は表向き冷静に受け止めているが、今回の動きに、各団体とも不快感を隠さないでいるのが実状だ。

ただし、「あれこれ書いてあるが、強い姿勢で臨むとは一言も書いてない」(某局長)のも事実。

したがって、シンボリックな意味合いがあるが、許認可権を有する都道府県知事宛にも通知が出されていることもあり、各地の労基監督署や労働局がどう介入するか、予断は許せない。

6月18日の常任理事会で、この問題を報告した西澤会長は、事態の推移を注意深く見守るとともに「全日病としてあらためて対応したい」と述べ、必要な対応を図る意向を表わした。

四病協の抗議を無視。看護問題へ不見識な動き

厚生部局と労働部局が一体となって、医療機関に対して労働環境の改善を求めるのは異例のこと。

2002年から04年にかけて、各地の労働基準監督署が、医師宿日直の適正化を求めて病院に対する集団指導と個別

日看協「夜勤・交代制勤務のガイドラインをつくる」

「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」報告書に対して、日本看護協会は6月21日に、「夜勤・交代制勤務の改善目標を示すためのガイドラインづくり」に取り組むと

ともに、診療報酬改定において、産休・育休や育児短時間勤務などの法定休暇が確実に取得できるような仕組みを求めていく」などの見解を表明した。

全日病

医療救護班の派遣を6月末で打ち切る

全日病災害対策本部(本部長・西澤寛俊会長)は、医療救護班の気仙沼市への派遣を6月末で打ち切ることを決めた。

震災発生3ヵ月半を経過、被災地における医療機関の診療機能も概ね回復し、通常の診療が可能となったため、復興支援の力点を、被災者健康支援連絡協議会における取り組みや政府与党と厚労省等に対する提言・要望活動、

原発損害補償への取り組み、さらには、医療計画見直しや第5期介護保険事業活動の策定など省庁審議会等における審議に注力する局面に至ったと判断、医療救援という直接的支援から長期に継続されるべき復興支援へと支点を移すべきとの考えから、救護班の引き揚げを決めたもの。

□全日病派遣の医療救護班 *は派遣先

第1次派遣	3月14日～4月3日	* 公立気仙沼総合病院
	3月24日～3月31日	* 宮城県宮城郡松島町
第2次派遣	3月31日～4月30日	* 気仙沼市役所保健福祉部健康増進課・すこやか
	4月1日～4月19日	* 相馬中央病院、相馬市保健センター(相馬市役所)
	4月18日～4月20日	* 福島市飯坂温泉
第3次派遣	4月30日～5月31日	* 気仙沼市役所保健福祉部健康増進課・すこやか
第4次派遣	6月1日～6月30日	* 気仙沼市役所保健福祉部健康増進課・すこやか
通し派遣(看護師)	3月21日～6月17日	* 福島県ひらた中央病院
通し派遣	4月15日～5月30日	* 福島県新地町
派遣延数	127班計482人(医師169人、看護師167人、その他医療関連職146人)	

義援金は総額約4,800万円、配賦を開始

全日病に寄せられた東日本大震災の被災医療機関等に対する支援は、義援金は総額約4,800万円、物資は、①パソコン(一部は電子カルテ搭載機)300台、②プリンター100台、③衣料6万点となった。このうち、①②はヒューレット・パッカド社から、③はH&M社から、ピープルズ・ホープ・ジャパンを通じて寄贈された。

全日病災害対策本部は、被災した会員病院に対する義援金の配賦方針について、(1)対象は東北全県と茨城県、新潟県、長野県の9県にある会員病院(219病院)とする、(2)全壊病院に対しては1病院300万円、半壊は200万円、一

部損壊は30万円とする(岩手、宮城、福島の3県はインフラの破壊が大きいことから「被害なし」の19病院も「一部損壊」とみなす)ことを決めた。

その結果、全壊は該当なし、半壊3病院、一部損壊124であることが判明、前出各金額の配賦手続きを開始した。総額は4,320万円となった。

パソコンについては30台を医療救護班と気仙沼医療救護班本部への支援に供し、270台を、プリンターともども被災会員病院に寄贈した。衣類についても被災した会員病院に7月初旬に送付する予定で準備を進めている。

PHJが全日病に義援金、パソコン等を寄贈

東日本大震災に対する全日病の医療救護活動に対しては、会員のみならず、国際医療支援団体として活躍する認定NPO法人ピープルズ・ホープ・ジャパン(PHJ)からも義援金とパソコン等の支援物資が寄せられた。

PHJが緊急支援として集めた募金は1,500万円に達し、パソコン300台、プリンター100台、衣料6万点と併せて全日

病に寄付・寄贈され、各地の医療救護活動と被災会員病院等の復興支援に供された。

6月4日に開催された第97回定期代議員会・第86回定期総会で、義援金と支援物資の贈呈式が行なわれ、PHJの甲谷勝人理事長から全日病西澤会長に目録が手渡された(写真)。

甲谷理事長は「今回の支援にはアジアの人々や外資系企業からの篤志も含まれています。今回は第1回ということで贈呈させていただきます」と挨拶、今後も継続的支援に取り組む意向を表明した。

1997年に発足したPHJは医療関係者を中心に多くの会員を擁し、主にアジア途上国に対する医療支援を続けている。

医師事務作業補助者研修に129名 充実する研修活動

医師事務作業補助者研修が6月8日、9日に東京都内で開催され、129名が受講した(写真)。「医師事務作業補助体制加算」の研修要件を満たす同研修は、昨年度まで集合研修に3日間かけていたが、受講者の負担を考慮し、今年度からは2日間に短縮した。

6月24日、25日には「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース」が本部で催された。このほか、10回目を迎えた「病院事務長研修コース」が5月に都内で開講し、6月11日、12日に第2単位を終えている。



研修活動を重視する全日病は、6月だけで4つの講習会等を催している。6月10日、11日には、「医療安全対策加算」の研修要件を満たす「医療安全管理者養成課程講習会」の第1クール(講義)が東京都内で開講、203名が受講した。



2011年度特定保健指導実施者育成コース 開催のご案内(基礎編・技術編)

日	時●	8月5日(金) 13:00~18:15(予定)
		8月6日(土) 9:30~15:30(予定)
会場●	全日本病院協会6F大会議室	
プログラム●	基礎編135分・技術編405分	
受講料●	基礎編・技術編 会員病院1名 35,000円 非会員病院1名 45,000円 基礎編のみ(事務職)会員病院1名 5,000円 非会員病院1名 10,000円	
定員●	60名 *うち基礎編のみの方は15名の募集となります。(先着順)	
申込締切日●	7月21日(木)	
「受講要件」と「受講料」について、詳しくは全日病ホームページ掲載のご案内をご覧ください		
お問合せ	全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165	