



全日病 ニュース 12/1

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.791 2012/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

病床機能報告制度の議論を開始。検討の視点を確認

病床機能情報の報告・提供のあり方検討会 厚労省は第6次医療法改正の法案要綱を年明けに提示

一般病床の医療機能実態を把握する仕組みを検討する「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」が11月16日に初会合を開いたが、医療系委員から病床機能の定義の仕方をめぐって疑問が相次ぐなど、初回から活発な議論が繰り広げられた。

構成員の西澤全日病会長は、「病床機能は医療機関が自主的に選択するもので、行政が決めるものではない」と同検討会の設置を提言した「急性期医療に関する作業グループ」の意見を引用。「これが議論のベースになる」と述べ、検討の基本的視点を確認した。

検討会で厚労省は、社保審医療部会が昨年12月にまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」を踏まえた第6次医療法改正の法案要綱を年明けに提示すること、さらに、その中には、今年6月に「急性期医療に関する作業グループ」がまとめた案を踏まえ、この検討会で詳細部分が設計される病床機能情報報告制度も盛り込まれることを明らかにした。

同検討会は、「急性期医療に関する作業グループ」がまとめた「一般病床の機能分化の推進についての整理」で「各医療機関が医療機能(病棟単位)を都道府県に報告する仕組みを設ける」と提言されたことから、制度の詳細を設計するために設けられた(検討会設置にいたる経緯は別掲)。

事務局(総務課)は1年間をめどに報告制度の詳細案をまとめたいとしている。

「報告・提供のあり方」と二重の言い方しているのは、厚労省として、当制度を現行の医療機能情報提供制度に括る方向で構想しているため。

両制度の関連性について、吉岡てつを総務課長は、「医療機能情報提供制度は住民患者の医療機関選択に資するもの。当制度は、その一面とともに都道府県による地域医療のビジョン策定に資するという面がある」と述べた上で、病院単位の情報を持つ医療機能情報提供制度に対して、病棟単位の機能情報を旨とする「報告・提供」制度は「病院と病棟両面からの情報が求められる」と説明した。

検討会に示した論点(2面に掲載)で、事務局は、医療機能の対象を「急性期、

亜急性期及び回復期」と明示。さらに、「その他報告すべき医療機能」を問う中で「地域一般、障害者・特殊疾患等」を例示し、各機能の定義と報告基準の検討を求めた。

この「地域一般」について、吉岡課長は、病棟がもつ多面的な機能を指摘する意見に答える中で、「地域によってはそうした多機能の病院、例えば、病院団体から提案されている地域一般病棟のようなものもある」と説明した。

事務局が提示した医療機能の類型(急性期、亜急性期・回復期)は、疾病がたどる病期の大きな流れにそった医療提供ステージである。この考え方に、構成員から「投入される医療資源の量からみる視点が必要。一般病床に限らず(療養病床など)入院ベッドすべてを視野においた方がよいのではないか」と疑問が示された。

これに対して、吉岡課長は「段階を追ってやっていきたい」と回答。「まずは、病期の視点で大きく分けて、各機能を明確にすることではないか。この仕組みを通して細かなデータが手に入る。それをみてあらためて考えることもできる」と展望した。

西澤会長「医療機能は医療機関が自主的に選択するもの」

医療機能の報告対象は病棟単位である。病棟概念について、事務局は「基本的には診療報酬上の看護単位だが、病床単位の機能もあるかと思う。検討課題である」と答えた。これに関連して、構成員からは「一般病床には産科の病棟もあるなど、混合化している」と、混合病棟に関しても精緻な報告を求めるべきであるという指摘も出た。

急性期医療作業Gでも再三議論されたように、急性期医療は一概に定義できるものではなく、病院がおかれたポジションによって急性期病床の姿も変わら

ざるを得ない。この点に関連して、「病床機能と患者は必ずしもマッチしない。その点は、この議論で無視するのか」という質問が出た。

事務局は、「一般病床は確かに幅が広く、中には長期療養の患者も入っている。しかし、医療法で必ずしも長期は療養病床に、それ以外は一般病床にという分け方をしているわけではない」と指摘。さらに、急性期医療作業Gの議論で確認済とした上で、「急性期病床を位置づけた上で、そこに急性期の患者しか入ってはならないとするの



はいかがかと考えている」との認識を示した。

その上で、「人員配置に濃淡をつけるなど、医療機関はあるべき患者の受け入れ体制を整えている。そうした体制と実際の患者像、その状況を具体的に把握したい」と説明。さらに、「急性期を定義して、それで線引きすることは難しいという点はおっしゃるとおり」と同意。「急性期、亜急性、回復期という決め打ちではなく、病棟の主たる患者像や求められる機能の違いをみていく中から、それぞれにどういう呼び方をつけていくかといった議論になっていくのではないかと、今後の議論を展望した。

一方、都道府県代表の構成員は「医療機関にとって将来が縛られると取られかねないよう、その点を注意してこの議論に臨みたい」と述べ、指導・管理のためではなく、現状を明らかにするための報告制度とすべきとの認識を表わした。

さらに、「(都道府県における)地域医療ビジョン策定を視野に取めた議論が必要である」とも発言。次の段階を考慮した制度設計となるよう希望した。この発言に、吉岡課長は「ジュビジョン策定の前提は現状分析である」と指摘。報告制度の基本的目的が、一

般病床における医療機能の実態把握であることをあらためて強調した。

これに関連して西澤構成員は、急性期医療作業Gの「整理」に「各医療機関が医療機能を自主的に選択し、それを都道府県に報告する仕組みを設ける」とあることを紹介、「行政が決めるのではなく、医療機関が自ら選択して報告するという制度である。このことを議論のベースにおいてほしい」と喚起するとともに、議論の視点を確認した。

「自主的選択」に関連して、健保連の高智構成員は「まずは急性期として報告しようということにならないよう望みたい」と、報告事項とその基準を厳正にするよう求めた。

この懸念に対しても、西澤構成員は、「報告する医療機関にも相応の責任が生じる。選択した機能とその情報は、患者など、何らかのかたちで評価される。そうした自覚が医療機能にも求められる」という認識を表わした。

提供している医療の機能と入院患者の実像をどう報告するか、その情報構造の設計は必ずしも簡単ではない。吉岡課長は「1つには急性期、亜急性期、回復期といった機能の判断基準が必要。その上で、具体的な報告内容を設定する。この2つをご議論いただきたい」と説明した。

□病床機能情報報告制度—検討にいたる経緯

社保審医療部会は「医療提供体制の改革に関する意見」(2011年12月)に、「一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について別途検討の場を設け、早急に検討すべきである」と提起した。

これを受けて設置された「急性期医療に関する作業グループ」で、厚労省は、一般病床のうち急性期の病棟に限って所定情報を都道府県に届出、それをもって登録(当初案は認定)するという仕組みを提案した。

この案に医療系委員が反対。8回にわたる議論の結果、「各医療機関(診療所を含む)が、その有する病床で担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能を都道府県に報告する仕組みを設ける」とし、「報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容は別途検討する」ことで合意した(12年6月「一般病床の機能分化の推進についての整理」)。

これに付随して、「整理」は、「都道府県は報告を通じて地域の医療機能の現状を把握。(18年度からの)医療計画で、当該地域にふさわしい分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する」とした。

衆議院が解散、12月16日に総選挙



なわれることになった。

解散した16日に、民主、自民、公明の3党は参議院で特例公債法と衆院選挙区の「0増5減」関連法等を成立させた。マイナンバー法案は廃案となった。

野田総理大臣は11月16日に衆議院を解散、12月16日投票で衆議院選挙が行

社会保障制度改革国民会議がスタート

社会保障制度改革推進法で設置が定められた社会保障制度改革国民会議が11月30日に初会合を開いた。

医療、年金、介護、少子化対策の4分野を中心に議論、政府はその結果を踏まえて国民会議設置期限の2013年8月21日までに必要な法的措置を講じることが義務づけられている。

委員は遠藤久夫学習院大経済学部教授(前中医協会長)など15人で、11名が大学関係者で占められた。医療人は永井良三・自治医科大学長と大島伸一国立長寿医療研究センター総長の2名にすぎない。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

中国病院界の現状にわが国病院の課題をみる 日本の医療の強みと良さを自覚、進化に努めよう

11月の23日から25日に中国・廈門国際会議センターで開催された「第6回中国医院院長年会(中国病院院長交流大会)～新契機 新思維 新路径～(The 6th Annual Conference on China Hospital CEO～New Opportunity New Concept New Pathway～)に、講演のため招待された。中国主要病院の院長など総勢2,600人の参加であった。

時期が時期だけに、日本人を見る目は医療者といえども厳しいものがあったが、気後れせず堂々と対応させていただいた。高齢化率は10%に満たず、また、経済発展著しい中国

の病院の鼻息は荒い。

特に、本来的には1次、2次、3次医療を担う機能分担を意味する級認定の中で、3級病院は規模を拡大し、デラックスな設備投資を拡大し、より多くの患者の獲得に走る。そして、その多くが人民病院(公立病院)なのである。規模は大きくなって赤字体質は改善せず、さらなる規模拡大で経営好転を狙っているのである。

それによって、日本の中小病院にあたる1級、2級病院の稼働率は低迷し、医療資源のバランスは極めて悪くなってきたという。また、療養、介護、在宅という考え方とその担い手

をめぐる議論は、まだまだ乏しいのが現状である。

そんな中、私が参加した『社会転換期の病院戦略研究』セッションでは、数々のキーワードが検討された。それらは、

- 人材・ソフトの充実一人材のレベルアップ、管理人材の育成
- グループ化・地域連携
- ブランド力の強化
- 医療関連産業への進出―特に近未来の世界経済の中心はヘルス産業というものであった。

この会議を通して、「患者中心」「質向上」「医療安全」「職員満足」という

言葉こそあまり聞こえてこないが、そのほかの戦略的経営課題は何とわれわれと共通しているのかと驚かされてしまう。わが国の現状と問題点とも重なるところが大きい。

しかし、高齢化時代における国民皆保険制度の維持、病院の機能分化・連携、急性期後のアフターケアの充実、そして病院と在宅医療・介護との連携の仕組みなどは、わが国が優位だと思われる。この仕組みのあり方を検討し、進化させることこそ、世界に冠たるわが国医療の強みづくりであり、全日本病院協会の使命であるように思えてならない。(K)

厚労省「70歳到達時から2割負担順次適用」を提案

高額療養費に年間上限額を設ける案も。一体改革の制度見直しで部会意見分かれる

厚生労働省は11月16日に開かれた社会保障審議会医療保険部会に、「社会保障・税一体改革」にもとづいて医療保険制度改正の諸課題に対する対応案を示したが、それぞれ、出身母体の立場から部会委員の間で意見が分かれた。

事務局(厚労省保険局総務課)が提示した課題は、(1)70～74歳における患者負担特例措置への対応、(2)後期高齢者支援金にかかる総報酬割導入の是非、(3)高額療養費の見直し、(4)不正受給防止のための保険者への調査権限付与と現金給付抑制について、の4点。

「70～74歳における患者負担の特例措置」とは、後期高齢者医療制度の創設を定めた2006年の健保法等改正で70～74歳の窓口負担を1割から2割とすることが決まり、08年4月施行とされたところ、前年の参院選で大敗した当時の自公政権が高齢者の反発を恐れて1割に凍結、その後民主党政権にも引き継がれ、同年度から4年間続いていることをいう。

健保法本則は2割負担となっているため、特例措置は、各年度の補正予算に約2,000億円を計上して継続されてきた。特例措置の廃止は政府の一体改革要綱に明記され、13年度予算概算要求の組替え基準にも盛り込まれているが、

差し当たり、12年度の1次補正を組む上で今年度も継続するのか、厚労省の方針が問われている。

「高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ」(10年12月)は「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」と、既に70歳以上の者は除き、新たに70歳に到達した高齢者から2割負担を適用するというもの。

医療保険部会に示した論点で、事務局は、①施行日から対象者すべてを2割負担とする考え方もあり得るが、順次引き上げていく方法もある、②年度当初から実施するか、または、周知期間を確保した上で年度途中から実施するかと提起。特例措置の廃止を前提に、急激な方法と緩やかな方法を対置して部会に結論を求めた。

ほとんどの委員は引き上げを容認したが、混合受診抑制を懸念する医療系委員は「慎重に検討すべき」との意見を示した。また、連合の委員は「後期



高齢者医療制度の廃止論を差し置いて、この問題を単体で論じることに反対」と言明、部会の意見は分かれた。

協会けんぽに対する財政支援の一環として提起されている、被用者保険者間の後期高齢者支援金を現行の加入者数にもとづく算出から被保険者の総報酬による算出に替える総報酬割について、健保連の白川委員は、「総報酬割の導入に反対はしない。しかし、導入と引き換えに国庫補助を16.4%から13%に戻すと2,100億円が浮く。これを、ぜひ、前期高齢者(の財政調整)に使ってほしい」と政府を牽制した。

一方、商工会議所の委員は「総報酬割の導入は保険者間の負担の付け替えに過ぎない。まずは70～74歳の2割負担を実施、その上で(補正予算で浮く)2,000億円を協会けんぽの国庫補助率20%に使ってほしい」と注文した。

連合と経団連の委員も「支援金制度」への疑問を理由に総報酬割導入に否定的なスタンスを明らかにした。

こうした、支援金増加による事業者負担の拡大を嫌う大企業系に対して、日医の鈴木委員は「総報酬割の全面導入に賛成する」と言明した。

高額療養費の見直しは、所得層ごとに月単位の上限額を設けている現行高額療養費制度に、新たに全所得層に年間上限を設定し、そのうち、70歳未満の年間上限額には「年収300万円以下」

の区分を新たに設ける(70歳以上についても同様の考え方で年間上限を設定する)というもの。

これによって、月単位制の場合に生じる、「同じ年間医療費でも年間の自己負担額に差が生じる」事態が回避できるという。

これに伴う国庫の負担増は100億円という説明に、保険者の委員は「保険者ごとのシステム改修が(数100億円と)膨大なものになる」と指摘、慎重な議論を求めた。

一方、商工会議所の委員は「見直しはよいが財政中立でお願いしたい」と述べ、患者の負担軽減を患者負担増加に付け替えるべきとの認識を示した。

「保険者への調査権限付与と現金給付抑制」は、主に傷害手当金や出産手当金等の現金給付をめぐる不正受給の疑いに対して、保険者による事業主への立入調査と高額になる場合の現金給付額を切り下げるといった提案。現金給付額の引き下げは保険者の判断でできる。

賛成意見がある一方で、「調査権限はよいが、給付の引き下げはおかしい」あるいは「この制度を悪用した保険者が自在に給付額を引き下げても阻止できない恐れがある」といった反対意見も出るなど甲論乙駁が続き、医療保険部会の意見集約は簡単ではない。

□「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の論点 *1面記事を参照

1. 医療機能の具体的な内容について

- ・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能で対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。
- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどうすべきか。
- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。(例)地域一般、障害者・特殊疾患 等

2. 医療機能毎の報告事項について

- ・1を踏まえ、提供している医療の機能や特性、人的体制、構造設備などの現状を把握するとともに患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

3. 病床機能情報の提供について

- ・①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か、②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

清話抄

「不愉快な話. 2. 3」

(その1) 日頃から当院職員に対して繰り返し言っている事がある。

- ①我々の仕事は警察や消防と同じである。
- ②誰も病院の世話にならない事が真の幸福である。
- ③医療という武器で国民を守るのが我

々の仕事である。しかし最近の医療機関には金儲けに走る者が増えてきた。

(その2) 無能な首相は一刻も早く退陣して頂きたい。国家というものは、最低限の義務として国土や国民を守らなければならない。

最近には特に、国家の体を成していない。国内に対しては、震災や原発事故への対応も杜撰そのもので本当に許しがたい。

(その3) 国民の力であり言葉であるメ

ディアのレベルの低さはどうだ。“災害時の暴動や略奪がない国民の冷静さが世界から注目されている”と言う。これは国が単純に弱い国民を権力で抑えつける事しか出来ない結果である。平和ボケもいい加減にして頂きたい。(隠れて捕えるスピード違反に国の本心が分かる。なさない)

(その4) 国の舵取りを託す事が出来るのは誰なのか。自民党×、民主党×、他×・・・。

国家感を持った者はいないのか。皆、

自分の私利私欲だけを求めている様にしか見えない。「やりたい人」が必ずしも「やれる人」ではない。この事は、国に限らず我々の身近にも見られる事ではないか。会長選を繰り返し幾度も顔が変わった医療団体等々・・・。この重大な局面に際して舵を取れるのは、決して「やりたい人」ではない。国家感をもって「やれる人」でなければならない。そう考えている。(村)

(これを書いている最中に野田総理が解散と言った。遅い・・・)

寄稿 全日病2回の医療安全調査が示したもの

医療安全専門家を病院に紹介する仕組みが優先課題

院内事故調査に関するマニュアル等をまとめ、公表を予定

医療の質向上委員会特別委員
東邦大学医学部社会医学講座教授 長谷川友紀



全日病では、飯田修平常任理事を主任研究者として厚生労働科学研究「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」を2011年から2ヵ年の計画で実施している。

なお、同様の研究を佐々英達前全日病会長(故人)を主任研究者として2004

年にも実施しており、両者を比較することにより、この間の医療安全対策の進展を知ることができる。

以下では、研究の概要について説明し、今後、全日病として取り組むべき課題について私見を示す。

外部委員を臨時原因究明組織に招致した病院は、2011年調査では9.2% (11病院)、2004年調査では5.6% (5病院)と少数であった。外部委員の内訳は、法律家、当該医療分野の専門家が多くを占め、医療安全の専門家、心理カウンセラー等は少数にとどまった。

大部分の病院は医療事故報告書を作成したと回答した(2011年80.8%、2004年93.3%)ものの、外部への公表は少数であった(2011年22.7%、2004年21.7%)。

医療安全管理者を配置している病院が大幅増

同研究では特に院内事故調査に焦点をあてている。これは、院内事情を熟知した内部者による調査が、外部者による調査や警察の捜査に比較して、原因究明、再発防止策の立案を効果的に行うことが可能であり、再発防止を主目的とした医療安全対策では、院内事故調査が中心になるべきであるとの考えによる。

全日病会員を対象にしたアンケート調査では、最近3年以内に「患者が死亡、

あるいは重篤な後遺障害を残すような医療事故」(重大事故)を経験した病院は、2011年調査(2,290病院対象。回答632病院=27.6%)では123病院(19.5%)であり、2004年調査(2,108病院対象。回答506病院=24.0%)の90病院(17.8%)と比較して、ほとんど変わっていない。医療安全管理者(専従または専任)を有する病院は23.1%から84.1%に増加している。

医療安全・医療事故の専門家が不在

原因究明にあたって困ったこととしては、①院内に医療安全の専門家がいない、②当事者以外に、院内に医療事故に関連した医療分野の専門家がいない、③院外の医療安全の専門家の支援を得ることが困難、④院外の医療事故に関連した医療分野の専門家の支援を得ることが困難、⑤医療事故の解析方法がわからない、の順に多く挙げられた(図参照)。

①と③、②と④は、それぞれニーズとしては同じ内容を示している。医療安全の専門家を常時有する病院は少なく、また、当事者以外に当該医療分野の専門家を病院内で得ることも困難である。中立性、透明性を担保した形で、医療安全、当該医療分野の専門家を、病院に紹介する仕組みが優先度の高い課題であることがうかがわれる。

外部参加の原因究明・事故報告の公表は少数

重大事故を経験した病院のうち、院内調査により原因究明を行った病院は、2011年調査では97.6% (120病院)、2004年調査では98.9% (87病院)であった。担当組織としては、医療安全の担当部

署・委員会で行った病院が約40%、臨時に設置した組織で行った病院が約60%であり、どのような組織が担当するかは、病院の体制、医療事故の様態により異なると考えられる。

医療事故経験病院にヒアリング調査

医療事故調査の方法については、先行研究で提案されているものがあるが、その実用性等については検証されておらず、未だ一定の方法として確立しているとは言い難い。幸い、医療事故を経験した病院の多くから、ヒアリング調査に協力しても良いとの回答を得ており、そのうち約20病院を対象にヒアリング調査を進めている。

医療事故についてのヒアリングは、性質上、ナイーブな問題を有するため、病院の協力を得ることが困難ではないかと危惧したものの、ヒアリングに協力いただいた病院からは、良質な医療を提供するための仕組みを構築して再発防止をしたい、自らの経験を同様な状況に遭遇した病院に役立ててほしいとの熱意が感じられた。この知見をもとに、医療事故調査の方法についてマニュアル等にまとめて公表を予定している。

医療安全は依然医療提供上の大きな課題

世界的には、1990年代後半に各国がセンセーショナルな医療事故を経験し、米国医学研究所のレポート“*To Error Is Human*”(1999年)が、医療安全は医療における重要かつ緊急の課題であることを指摘した。

日本では1999年の横浜市立大学での手術患者取り違え事故が契機となり、医療安全は大きな政策課題となった。院内報告制度の導入、医療安全の研修会実施等、多くの制度は2002年に導入された。

2004年の調査は諸施策の導入後間もない時期であり、この時期に会員を対象にした大規模な調査を実施したこと、なおかつ、2011年時点でも2004年調査票を大きな変更点なく使用できたという先見性は、データに基づき、良質な医療を提供するという全日病の理念をよく示すものである。

この間に、医療界は多くの資源を安全確保に投入してきた。医療は果たして安全になったのだろうか?

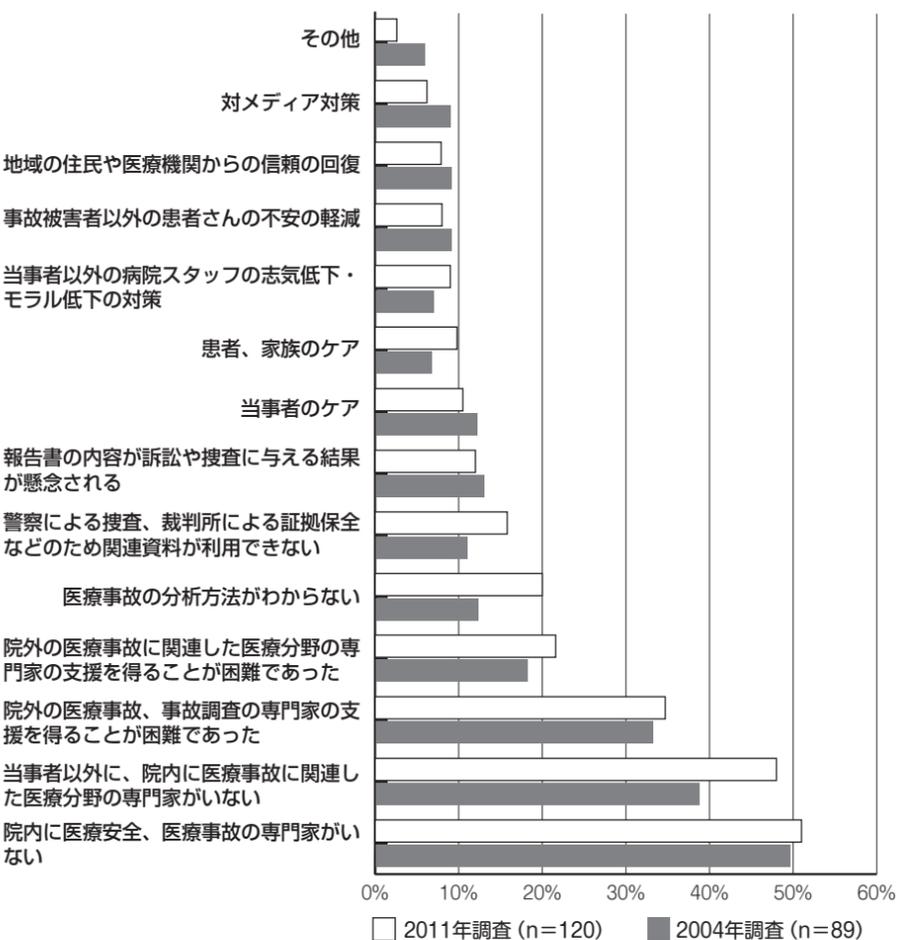
全日病会員を対象にしたこの2回の

調査では、院内の医療安全体制整備が進み、医療安全に関する知見が飛躍的に増加したにもかかわらず、重大事故を経験した病院割合は減少していない。逆に新たな様態の医療事故が出現し、依然として医療安全は医療提供上大きな課題であることがうかがえる。

医療事故の様態も、当初は、医師の指示が適切に行われない執行エラーが医療安全対策の主要な対象であったのに対して、現在では、電子カルテ運用上の問題、異なった医療機関・部署を患者が移動する際の情報伝達、チーム内でのコミュニケーション、医療安全文化、臨床指標を用いた安全の評価(Patient Safety Indicator)、コンフリクトマネジメントなど、その対象が拡大し、かつ複雑化している。

より高いレベルの課題が医療安全上の問題として認識されるにいたっている。医療安全は、今後とも医療の質向上の大きな原動力であり、医療界が社会の要請に答えているかを試される場であり続けるであろう。

図 院内事故調査において困ったこと



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

お問い合わせ (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

全日病の委員会企画 (HOSPEX) が大成功

5つのセミナーに大勢の参加者。設備機器等関係者が4割を超える

西澤会長が全日病について紹介。徳田常任理事が「病院のあり方報告書」を解説

東京ビッグサイトで開かれた「HOSPEX Japan 2012」で、11月15日と16日の2日間、全日病の5委員会はセミナーを開催、HOSPEX (病院・福祉の設備機器企業等による展示会)を訪れた企業人等に、直面する医療課題に対する全日病の見解を明らかにした。

セミナー参加者は平均約100人。プログラムによっては150席が埋まる盛況ぶり。全日病初の試みは大成功を取めた。アンケートによると、参加者の39.4%が医

療関係者、43.3%が設備機器等の企業人、17.3%がその他(研究職など)であった。西澤寛俊会長は1日目に挨拶に立ち、全日本病院協会の理念と活動実態について説明。さらにセミナーの開催目的に言及、「今までは会員主体の広報活動であったが、これからはもっと外に目を向け、広く医療界と国民にも広報してまいりたい」と述べた。以下に、5委員会によるセミナーの要旨を報告する。

「地域密着型病院」として地域一般病棟の機能を整理して示す

ポストアキュート、軽度急性期、2次救急、在宅支援、介護との連携etc.

医療保険・診療報酬委員会「地域密着型病院のあり方」

医療保険・診療報酬委員会が企画したシンポジウム「地域密着型病院のあり方」において、座長を務めた猪口雄二副会長(医療保険・診療報酬委員会委員長)は「地域密着型病院について」と題して、要旨以下のとおり講演した。

一医療・介護の展望が厳しくなる中で、どのようにして健全な医療を国民に提供していくか、提供体制のあり方が問われている。いろいろな考え方があるが、我々は、地域に「地域一般病棟」を整備していく必要を10年前から主張している。地域一般病棟とは地域に密着した病院の姿をいう。その考え方を説明させていただきたい。

まず、入院の機能からお話すると、いわゆる急性期の病棟というのがある。一般的には、大学病院、国立病院、都立病院などの基幹病院や専門病院が該当するが、もう一つ、軽度から中等度の病気、つまり高度な急性期医療ではないが入院が必要な医療というのがあって、実はそちらのほうが圧倒的に多いのだが、そういうものに対応する病棟も急性期として必要となる。

急性期病棟に続いて亜急性期と回復期の病棟がある。ここにはリハビリテーションが必要な患者とか、慢性疾患、繰り返し入院、病状不安定といった患者が入院する。そして、慢性期病棟として医療療養、障害者、特殊疾患の各病棟がある。

今お話した中で、軽度から中等度の急性期や亜急性・回復期を取り扱う、地域に根ざした病院(病棟)を、我々は地域一般病棟と考えている。

医療における地域をどう捉えるかについては色々ある。例えば、地域医療計画という地域というのは例えば人口30万とか40万の2次医療圏を単位とし、

そこに医療提供できる病院・診療所をどう配置していくかという議論になっていく。介護保険でいう地域はもっと小さい、中学校単位ぐらい、人口数万人ぐらいを地域として捉える。

我々が地域という場合には、1次医療圏、例えば市区町村単位もしくはもっと小さい生活圏というものを想定している。その中で連携を中心に地域医療を支える地域密着型の病棟もしくは小規模であれば病院がそういう存在になると考える。

そして、介護保険でよく地域包括ケアということが言われるが、その体制の中にも医療提供者として地域密着型の病院を位置づけようというのが、地域一般病棟の構想である。

地域一般病棟にとって医療連携はどういう形をとるか。病院である以上、当然、急性期も頑張っていく。例えば救急医療では、中小病院で重い急性期の疾患を診るのはなかなか難しい。しかし、軽度から中等度に限っていえば24時間体制で対応しようと。そして、必要であれば、もう少し広い2次医療圏の基幹病院と連携して紹介していくことができる。

今救急を担う施設が減りつつあるために、特定の病院に救急車が集中し、非常に疲弊している。したがって、中小病院も地域で主に2次救急を必要に応じて受けていく必要がある。ただし、医療は高度化しているので、手に余るような場合は地域の救急救命センター等に転送していくことになる。

一方、高次の救急施設、つまり救急救命センターなどが受けたはよいが、それほど高度な入院機能は必要ない、ただし入院は必要という場合に、逆に地元の中小病院に回してそこが受け持つという制度が活用されつつある。

亜急性期の医療連携というのは、例えば、大病院で手術を行ない、あとはリハビリが必要な患者を受け入れる、もしくは大病院で初期治療をしたが、まだまだ在宅復帰できないという、例えば抗がん剤使用とかの患者の入院を引き受けるという、主に急性期以降ということが考えられる。

それから在宅療養であるが、在宅療養が重要になるということで診療報酬に在宅療養支援診療所の評価ができた。これに加えて、最近では在宅療養を支援する病院の評価も生まれたが、この4月の診療報酬改定でより手厚く評価されるなど、在宅を積極的に診るような仕組みに変わってきている。

かくて、軽度から中等度の急性期を担う、亜急性期、いわゆるポストアキュートも担う、さらに救急も連携の中でできる限りのことを担う、さらには在宅も診るといったマルチな機能をもつ病院が地域医療で重要な役割を果たすようになっていく。これが、我々の言う地域一般病棟である。

言い換えると、地域一般病棟とは、地域の2次医療圏における基幹病院や救命センター等と連携し、地域の住民や在宅療養の患者、さらには医療療養病床や介護保険施設等々から入院が必要になった患者を受けていく地域密着の病院ということになる。

地域一般病棟を整備していくとどうなるか。地域一般病棟が補うことによって、急性期医療と救急医療は確実に充実していくことだろう。

それから、高齢者が増えていく中で全人的な医療を考えていかなければいけない。別な言い方をすると尊厳ある医療、尊厳を持った医療となるが、こ



いうことも行なっていくべきと考える。そして在宅医療を支援し、さらには、介護でいう地域包括ケア、これに医療をつなげる役割も果たしていくことができる。そうする中で医療費が効率的に配分され、同時に医師不足も解消されていこうと、我々は展望している。

現在、この地域密着型の病棟もしくは病院というのは、地域でどんな医療を、したがってどんな機能を果たしているかということで、調査を行なった。全国の87病院を対象にした、病床数、病床種別、平均在院日数、緊急入院率、入院経路、退院経路、紹介率、レセプトにもとづく傷病名や医療行為などのデータを集計分析している。この結果から、地域に密着した病院はどんな病

気(患者)を診ているかが分る。実は、東京や大阪のような大都市圏と地方都市、それから過疎化が進む郡部とで、医療を提供できる環境条件が全く異なっている。

国は、そうした地域格差を無視した平均値をはじき出して、こういう方向で機能分化と連携を進めなさいというのが、それぞれの地域で事情は全然違うはずである。

そういうようなことも、実は、今回の調査でいくらか示すことができるのではないかと考えている。

東京都災害医療計画を全面改訂。災害拠点連携病院を設ける

都医師会と全日病の考え方が反映。計画に全ての医療施設を位置づける



救急・防災委員会「東日本大震災の経験を踏まえた東京都災害医療計画の概要と病院のBCP作成のポイント」

猪口正孝常任理事(救急・防災委員会委員)は、全日病災害対策本部副本部長として、昨年の東日本大震災に対する医療支援活動を支えた。また、東京都医師会防災担当理事と東京都災害医療コーディネーターを務め、東京都の災害医療計画策定に関与した。そうした経験を踏まえ、要旨以下の通り講演した。

一阪神・淡路大震災の反省から、国は災害拠点病院を中心に災害医療を考えるようになった。小中学校を避難所併設型の医療救護所とし、そこでトリアージを行ない、中等症、特に重症は災害拠点病院に搬送、あるいは非被災地域に広域搬送するというシステムであ

る。

医療救護所と災害拠点病院に属さない医療機関は、すべからく後方医療施設とされた。災害医療計画上はそこも活用するとされていたが、実際は訓練計画にも入ることなく、ほとんどの病院が災害医療体制から外された。

そうしたシステムの下で医療救護所はどうであったのか。私が訪れたひとつは気仙沼の避難所に併設された医療救護所だが、3週間たっても点滴台ひとつない。薬の保管棚もなく、机の上に積み置きされていた。しかも、発生直後の急性期に患者がほとんど来ない。何もやることのない医療救護班は、自らの救急車で避難所を回って患者を集

めるということをした。

たまたま避難した先生が医療救護所を担ってくれたという話はあるが、医療救護所めがけて医者が集まったというのは余り聞かない。それぐらいひどい大震災だったと言えるのだが、では、ひどい災害で医者が集まるのかという問題が浮かび上がった。

災害拠点病院の石巻日赤は3日目のピークに救急患者が1,250名きた。患者数は1週間目ぐらいまで異常に高かったという。これは本当に大変なことで、石巻日赤は病院の門外に多人数の処方を書く係をおいて、必死な思いで薬を出したと聞いている。

では、2極化された医療救護所と災害

拠点病院以外の医療機関はどう動いたか。仙台市の県庁から250メートルに58床の病院がある。ここは食料もなく、窮乏する一方なので、すぐそばの県庁に物資を求めたが、県庁は「計画外の病院だから薬も水も食料も供給できない」とつれない返事であった。全日病が支援物資を届けてなんとかあったが、後方病院とされた「その他の病院」は行政から無視されるという実態がそこにあった。

石巻の高台にある病院(172床)は津波も倒壊等の被害も免れることができた。しかし、周囲は津波に襲われたため孤立してしまった。そこに患者が集中(5面下段へ続く)

全日病の委員会企画 (HOSPEX) が大成功

病院のあり方委員会「地域包括ケアのためのICTによる医療介護連携を探る」

病院のあり方委員会企画の冒頭、座長の徳田禎久委員長は、1998年以來6版にわたる「病院のあり方に関する報告書」に

ついて紹介した。さらに、2011年版で論じた2025年提供体制の展望を解説、人口構成と疾病構造の変化、財政ひっ迫の下

で、医療提供はより質の向上と効率化の追求が求められると指摘。それを支えるのは標準化と情報共有であり、ICT(情

報通信技術)が鍵となること、そして、それらを踏まえた医療機関等の垂直連携と水平連携が求められると提起した。

神野副会長「ICTが地域包括ケアを支える」 自院の垂直統合(医療・介護・福祉の複合体)と地域のICTプロジェクトを紹介

□「地域包括ケアのためのICTによる医療介護連携を探る」

神野正博全日病副会長(社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長)は、予防・急性期から特養・在宅介護にいたる「けいじゅヘルスケアシステム」のIT化を通してグループ内の円滑な連携を実現した。

その経験とノウハウを踏まえ、地域包括ケアを真に築くためには、在宅医療連携拠点の下に、医療施設間の連携と介護事業者間の連携を整備した上で医療と介護の連携を構築しなければならず、したがって、地域包括ケアの鍵は情報連携であると提起した。

こうした認識に立って、神野副会長は自院グループを「医療・介護・福祉の複合体」とした垂直統合プランについて紹介。「これを実現する鍵はICTである」と、「グループの全施設に設置された800台のコンピューターが1つのラインでつながっている」広域インターネット専用線網の実態をつまびらかにした。

オンラインの下で、老健施設から特養さらには病院へと移動する高齢患者も、グループ内であれば1つのIDで患者情報が管理されているという。

神野副会長は、現在、医療機関を情報でつなぐ「シームレスな地域医療連携」の構築(実証事業)が省庁を超えて進んでいると指摘。石川県でも、地域医療再生基金を活用して、全医療機関を情報ネットワークでつなぐ地域医療連携システムのプロジェクトが来年度からスタートすることを明らかにした。

他方で、「電子版お薬手帳」や「血圧・血糖値記録」など、患者個人の情報を中心にした情報連携「どこでもMY病院」の実証事業も進んでいる。

今後は、この両方の組み合わせが必



要になってくるとした上で、PHR(パーソナルヘルスレコード)を用いることによって、医療の範囲を超えて介護・福祉までつなぐことができるとも指摘した。

さらに、スマートフォンを利用した脳神経画像転送システムが能登半島北部を対象に今年3月から稼働を開始、この9月までに月10件の利用実績を生んでいることも紹介した。

こうした大規模なプロジェクトだけでなく、例えば、介護現場における申し送り事項を写真画像にしてスマホ等のiPodタッチ端末で送る無線LANのデータ通信システムも披露。

神野副会長は、ICTが様々な現場で人員不足を補い、連携を先に進め、もって質の向上と効率化に寄与している事実と可能性を説いた。

高橋理事長「生涯カルテと介護のネットワークが今後の目標」 ID-Linkで医療情報システムを構築。生活支援一体型情報サービスにも着手

□「シームレスな医療・介護連携の実現に向けてー医療・介護連携ネットワークの現状と、新たな生活支援システムの構築」

函館市に一般、回復期リハ、介護療養からなる病院を運営する高橋肇全日病理事(社会医療法人高橋病院理事長)は、連携を支える鍵となる情報共有に刮目、インターネットと電子カルテを結びつけた医療情報システムに早くから取り組んできた。

道南地域医療連携協議会(道南MedIka)は、ID-Linkを利用した道南圏の地域医療連携ネットワークである。ID-Linkは、地域の医療施設をインターネットVPNでつなげることによって各施設が保有している診療情報を公開・参照できるネットワークシステム(開発:SEC社)で、現在21都道府県1,212施設が参加しており、その後も順

調に全国に広まっている。また、全国のユーザーを対象にした「ID-Link研究会」が年1回各地で開催されている。

道南で最初に回復期リハ病棟を始めた高橋病院は、急性期病院・診療所のみならず、介護施設、在宅サービス事業所等との情報共有ツールとして、ID-Linkを稼働当初より活用していた。「つながるケア、つなげるリハ」を重視する高橋理事長は、地域連携を情報連携として捉え、各施設の持つ医療・介護情報をつなげる必要を感じていたからである。

それを実現したのが2007年に導入したID-Linkである。患者の投薬歴、検査データ、画像データ、文書記録、温

度板などを公開・閲覧できるシステムだが、「情報共有によってこそシームレスな連携が実現する」と述べる高橋氏は、法人全体の目標を「生涯カルテの構築」に定めている。

「真の役割分担・機能分化とは、地域全体で質・安全等を共有できるということにほかならない」と考える高橋理事長にとって、地域連携ネットワークは医療と介護の間を埋める情報共有でなければならない。

道南MedIkaに参加している87施設の中には、高橋病院グループを始め、老健施設、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションだけでなく、グループホームや小規模多機能ホーム、さらには有料老人ホームもある。

医療・介護情報の連携ツールとも言えるID-Linkだが、電子カルテ・オーダーリング情報を基としているため情報共有には自ずと限界がある。そこで、利用者・家族を中心としたソフトを昨年より稼働させた。自宅や介護施設、病院など利用者の居場所から入力されたバイタルや活動表、ADLなどの生活支援情報を「見守りセンター」に集め、異変が



みられた場合は、主治医、看護師、ケアマネージャーなどの関係職種に連絡する「地域見守りサービス(どこでもMy Life)」である。

その目的は、「本人(家族)、医療・介護等の見守りに携わる多職種間で、スマートフォン・タブレット・デジタルペン等IT機器を用いて、在宅高齢者のADL情報の共有を行い、生活不活発病を迅速に発見し適切なケア・リハビリの導入へ結びつける。」もので、双方向の医療・介護・生活支援一体型情報サービスである。現在、看取りや生活支援、介護予防など生活不活発病予防、生きがい創出ツールも稼働中で、地域のNPO法人と協働したお買い物支援サービスも実施中である。

「地域医療連携ネットワークにもとづくEHR(電子健康記録)をベースにPHR(個人健康記録)がやりとりされる生活自立支援システムの構築が可能となった」と高橋理事長は説明する。

そして、「連携効果を地域単位でベンチマーキングすることも可能となる。連携によって本当に総医療費が減少したか、質やADLの向上等が図られたかなど、連携に関わる「質の指標」策定が今後の課題となる。現在、地域包括ケアシステム、どこでもMy病院、ICFを基本とした全く新しい医療・介護・利用者参加統合ソフトを構築中である」と、今後の展開を明らかにした。



(4面下段から続く)

し、10日目には468人が来た。ここも県庁に援助をお願いしたが返事はなく、食料は周辺住民が船で届けてくれた。本当はこういう病院を活用しなければならなかった。そうすれば、石巻日赤の孤軍奮闘ぶりも軽減させられたのではないか。

東京直下型では、死者1万人弱、負傷者15万人弱、最悪、重症だけで2万人弱と想定されている。2万の重症患者を70の災害拠点病院で診れるのか。そこで東京は新しい災害医療体制を組むことになった。東京都の災害医療計画には都医師会の提言が反映されているが、これは全日病の主張でもある。我々はまずフェーズを踏まえた医療救護活動を提言した。最初は局所局所の点から始まるが、情報がつながり始めると線となり、やがて面となっていく。したがって、局面局面に応じたことをきちんと明確にする計画を作るべきであると。

2つ目は総力戦である。災害は医療需要を一気に膨らませ、逆に医療資源は一遍に小さくなる。それを拠点病院だけで臨むのは、どう考えてもおかしい。そこで、総力戦で臨もうと我々は提言した。

ということで、新しい災害医療計画(災害医療体制のあり方について)が9月に策定された。東京都災害医療協議会のサイトに出ている。そこには、BCP策定のガイドラインもあるので、ぜひ見ていただきたい。

1番目に「フェーズ区分の明確化」とある。発災後48時間を境にした2区分のフェーズを6区分に細分化した。ここには、災害の各段階でこういうニーズが生まれてくるので、各施設はこう対処してほしいということがまとめてある。各医療機関はBCPを立てるに当たって参考にしていきたい。

2つ目が「行政区域に応じた体制の整備」である。今までの計画は都と区市町村の2本立であったが、新たに2次保

健医療圏ごとの計画そして災害対策本部を加えた。

3番目が「医療機関・医療救護所の役割分担」。70ある災害拠点病院の下に災害拠点連携病院をつくる。東京には2次救急病院が256あるが、災害拠点病院を除く186を災害拠点連携病院とした。それ以外のすべての病院も災害医療支援病院に位置づけるなど、医療救護所を含む機能区分を明確にした。

その上で、今までの、患者は医療救護所に集まるという想定を病院に集まるという想定に変えた。急性期に、すべての病院はトリアージによって患者を他の機能の施設へと振り分ける患者の流れを整理した。

4番目が「情報連絡体制」で、東京都、2次保健医療圏、区市町村のそれぞれに災害医療コーディネーターを置いて、コーディネーター間の情報連絡体制を構築する。東京都の災害対策本部は行政側に助言する専門職として3人置いている。その1人が私である。2次圏ご

と、区市町村ごとの災害対策本部にも置くことになっている。

5番目が「医療支援・受援体制」。陸路に関しては、高速道路が行き着く2次圏ごとに全国からくるDMATの受援体制を整えるとしている。

6番目が「搬送体制」。交通機関が麻痺しているときに救急隊の出動は当てにならない。では、どうしたらいいか。病院なり、地域なりに搬送手段を考えておくということになる。

7番目は「医薬品・医療資器材の確保」だが、東京都は結構画期的なことを考えた。3日で流通を回復させる。したがって、各医療機関は3日分の備蓄を確保してくれと。各市区町村にストックセンターを設け、まず医療救護所に配るから、病院は自分たちで3日分を持ってくれという話だ。

こういう災害医療計画を東京都は立てた。今後、我々病院もこの災害医療計画に合わせて、BCPや災害対策マニュアルを作っていかなければならない。

「必修診療科ごとに指導医必置」の提案で合意

医師臨床研修制度の評価WG 募集定員数設定に症例数の指標を加味すべきか、論点への採用で一致

2015年度施行の見直しに向けて医師臨床研修制度の課題抽出作業を進めている厚労省の「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」は11月14日、「研修医募集定員数の設定」を中心に、事務局（医政局医事課医師臨床研修推進室）が提示した論点骨子案を検討した。

この日で論点骨子案の4つの大項目うち3つの検討を終え、次回会合で論点骨子案がまとまる見通しがたった。堀田座長（国立がん研究センター理事長）は「一致しない論点は両論併記とする」と宣した。

事務局は、論点骨子案を年明けの医道審議会医師臨床研修部会に報告、医師臨床研修制度見直しの本格的議論を開始したいとしている。

議論に先立ち、済生会熊本病院の副島秀久院長から、「研修医の定員と1人あたり症例数」に関する分析報告を受けた。

副島氏は、すべての研修病院について研修医の数と救急車搬送数、緊急入院数、手術件数、入院患者数を算出かつ比較した結果、病院規模に応じた定員数設定に一定の根拠があることを明らかにした。

その一方で、定員数が少なくても1人あたり症例数が多い病院、逆に、定員数が多くても1人あたり症例数が少ない病院があると問題を提起。重要なことは研修医あたりの症例数であると指摘した。

さらに、定員数の少ない地方の中小病院でも充実した研修指導を行なう能力を有する病院が多いと述べ、「こうした病院に研修医が配置されれば医師偏

在の是正も可能である」という認識を披露した。

引き続き議論では、基幹型臨床研修病院の指定基準として「適切な指導体制（研修医5人に指導医1人以上の配置）」のあり方が取り上げられた。

構成員である全日病の神野副会長（社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長）は、「指導医講習会を受講した指導医がいないまま研修医を集めている研修病院があると聞く。指導医は講習会受講が必須とされているが、講習会を修了した指導医の有無を募集要項に明記させるべきではないか」と提起した。

指導医に関しては「原則として各診療科に1人の配置を求めべき」との声もあがった。その結果、「必修の診療科は最低1人必置」とすることで概ね一致した。

「大学病院を病院群形成の要件とする」考えは否定

続いて、研修医の募集定員数をどう考えるかという論点が議論された。

まず、神野構成員は「救急搬送数、手術件数、外来患者数など、研修医あたり症例数の指標を定員数設定に加味してはどうか」と提案、論点に採用する

ことで合意された。

続いて、現在、各都道府県の募集定員に地域枠が含まれている点を取り上げられ、大きな時間が割かれた。とくに、マッチングと地域枠の関係をどうするかが焦点となった。

政治的配慮から導入された地域枠は旧くからあり、文科省の調べでは04年度の医師臨床研修制度開始以前の1997年からその導入が確認されている。文科省による「地域を指定した入学者選抜の募集人員」は11年度に67大学（1,292人）に達しているが、厚労省が定義する「地域枠入学定員」は12年度で437人ととどまる。

現行制度の下、地域枠の研修医募集は原則的にマッチングを介して行なわれているが、「医学部定員を増やすことに利用されたり、奨学金のありなしで異なるなど」（事務局）各大学で多様な形がとられており、「卒業後の進路がどうなっているかなど」実態は必ずしも定かではない。

構成員の意見は「一般枠とは分け、都道府県の定員調整の対象外とする」というのが多数を占めた。神野構成員も「マッチングは研修病院が自律的に募集する仕組みであり、行政が主導する地域枠は外すべきである」と主張、「都道府県が医師偏在等に対処する地域医療支援センターが地域枠から派生する問題に対応すべきだ」と提案した。

これに対して、事務局は「都道府県の定員に上乗せするのであれば、地域枠の定義は厳密にする必要がある」と、地域枠の管理厳格化を前提にWGとほぼ同様の認識を示した。

その一方で、「地域枠を別枠とすると一般枠の医学部生や研修医との間に乖離が生じる」と、別扱いを懸念する声もあがった。堀田座長は両論併記で臨む考えを明らかにした。

研修医の処遇に関しては、「年収1,000万近い待遇というのは労働力と研修を

履き違えている結果だ。300万円が妥当ではないか」など、ごく一部の高額報酬事例に対する批判が目立った。中には「過大な報酬の研修病院には指導を行ない、それでも従わない場合に指定を外してはどうか」という極端な意見も出た。

神野構成員は「高水準の報酬には当日直を含む過酷な業務が含まれている可能性もある。外れ値ともいえるべき極端なケースに対しては、第三者評価の一環として調査をかける仕組みを設けてはどうか」と提案。国や都道府県がいたずらに介入する問題ではないという認識を表わした。

事務局は「年間720万円を超える病院は補助金を10%カットしている」と現状を説明したが、見直しの方向性について合意するにはいたらなかった。

「臨床研修病院群の形成」に関しては、主に、「大学病院を群形成の要件とする」ことの可否および「2次医療圏枠内での群形成が望ましい」という現行考えの是非をめぐって意見が交わされたが、概ね現行どおりとする方向で意見が一致した。

「第三者評価」については、現在、指定基準で「第三者評価を受けて結果を公表することを目指すこと」とされている。

これに関して、神野構成員は「実績面で外れ値を示す研修病院には具体的なチェックが必要である。それを含め、臨床研修病院は何らかの第三者評価を受審してもらうべきと考える」との見解を表明したが、時間的不足もあり、意見の一致をみるにはいたらなかった。

連載／在宅医療の現状と在宅療養支援病院のあり方 その5 地方都市からの報告

病院の在宅医療連携は、地域との協力確保がカギ

「急性期病院と地域のつなぎ役」と位置づけ、診療所と機能強化型を取得

医療法人裕紫会 中谷病院院長 辻 雅裕



自院の概要と位置づけ

当院は昭和52年に医療法人に改組した195床のケアミックス病院で、一般（10：1）、回復期リハ、障害者（13：1）、介護療養の各病棟を備えている。

関連施設には老健、透析クリニック、訪問看護ステーション、デイケア、有料老人ホームなどを持ち、グループ内には特養・ケアハウス・グループホームなど、ほぼすべての介護系サービスを揃えている。

当院は和歌山市東部に位置しており、担当圏域では最大規模の医療・介護・福祉複合体である。また、圏域での高齢化率は約25%であり、一人暮らしや老

老の世帯は約9,000世帯にのぼる。

私が院長を拝命したとき、今後の病院の立ち位置として、図に示す『地域の駆け込み寺・急性期病院と地域のつなぎ役』の病院となり、地域の高齢者を支える役割しかないと考えた。そのため一般病棟を10：1とし、回復期リハ病棟を設置し、『元気で自宅に帰ってもらう機能』を強化した。

また、長野県のくろさわ病院（黒澤一也理事長）を見学させてもらい、病院から歩いて5分以内に『濃厚な医療が必要で在宅での生活が難しい人』のための高齢者住宅を3棟開設した。

在宅療養支援病院として

当院の在支病申請は、当直医以外の医師確保の問題から平成23年7月となった。現在、約50名の在宅時医学総合管理料（在医総管）算定患者、約30名

の特定施設入居者在医総管算定患者を抱える。ほとんどが当院への通院患者か提携施設患者であり、クリニック通院患者は少ない。

機能強化型の取得

以前から連携のあったクリニックとともに強化型を取得した。強化型となった後も、算定患者数はそれほど変化していない。

在医総管の高点数については賛否あると思われるが、患者さんからは、医

療介護の自己負担に上限もあるためか、苦情は来ていない。看取りについては、まだ『最後は病院で』という家族も多く、また、施設内での看取りに抵抗がある施設もあり、それほど件数は増えていない。

地域包括ケアシステムについて

今回当院は、厚労省の平成24年度モデル事業である在宅医療連携拠点事業の事業所に選んでいただいた。法人グループ内や提携施設内の多職種協働・連携は比較的うまくいっていると思われるが、圏域内のクリニックとの連携はそれほど強くはなかった。

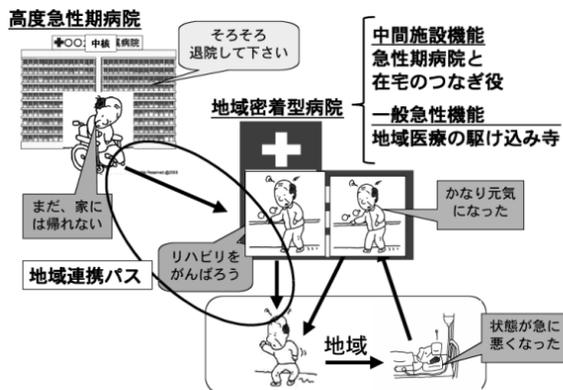
今回クリニックを回らせていただいて感じたのは、『拠点』という言葉への過剰反応だった。あるクリニックでは、「うちはすでにK病院と連携しているが、拠点事業なら中谷病院と連携しないといけないのか？」や「拠点なら、何でもやってくれるんですね？」という意見もあった。

拠点と言っても、当院がすべての権限を持っているわけではなく、統括出来る立場でもない。あくまで、『医療介護よろず相談所』であり『地域在宅医療支援センター』という立場だと思う。10月に開催された『都道府県リーダー研修』でも、在宅医療連携拠点のポイントは『医師会・市町村を巻き込んだ活動が重要』ということだった。

私の個人的な考えだが、在宅医療に消極的なクリニックの医師を啓発し、組織化するのは医

師会・市町村に一任し、在宅拠点は市町村の委託を受けた『よろず相談所』として、クリニックや介護事業所からの『緩やかな連携』への相談・支援に徹するほうがいいのではないだろうか。

医師会病院などの公的な病院は両方の機能を果たせるかもしれないが、当院のような私的病院ではクリニックや事業所の組織化は難しい。また、『よろず相談所』は、医療介護の両方に明るくあるべきなので、何らかの介護サービスを行なっている在宅療養支援病院・支援診療所が望ましい。もちろん、地方都市部と過疎地では連携の『強度』も自ずと違うので、拠点の在り方も変わってくると思われる。



出典／社会保険旬報2011年4月1日号高橋泰先生の本原稿より

「日帰り」利用者は約57万人。女性割合が過去最高に

2011年度人間ドック調査の結果 施設間バラつき大の「要検査・要治療」フォローアップ率に課題

全日病の人間ドック委員会(西昂委員長)は「2011年度人間ドックに関する調査」(12年5月実施)をまとめた。同調査は今回で7回目を迎える。

調査対象は全日病の日帰り人間ドック実施指定480施設(12年5月現在)における11年度の人間ドック実施状況。有効回答施設数は333(69.4%)であった。

11年度の日帰り人間ドック利用者は56万8,470人(男性33万7,787人、女性23万683人)。

女性利用者の割合は漸増をたどっており、今回は過去最高の40.58%となった。利用者を月別にみると、男女とも6月～12月が多く、4月が少ない。

「日帰り」以外の利用者は、「1泊」3万3,338人、「2泊以上」746人、「生活習慣病健診(政府管掌の生活習慣病健診、それに準ずる企業健診等)」67万1,416人、「その他の健診(一般検診、定期検診等)」110万9,594人であった。

構造面をみると、人間ドックの平均職員数は、医師6.70人(常勤4.16人、非常勤2.54人)、臨床検査技師(常勤4.50人、非常勤0.62人)、診療放射線技師(常勤4.27人、非常勤0.34人)、看護職員4.98人(常勤3.49人、非常勤1.49人)

など(表1)。

全職種は32.15名で、専任29.1%、兼任50.5%、非常勤20.4%という内訳。医師数の内訳は専任(0.92名)が13.7%、兼任(3.24名)が48.4%、非常勤が37.9%と、兼任の医師がほぼ半数を占める。「専任医師が1名以上常勤」の施設は68.77%であった。

14.7%の施設が検体を自施設内で検査、85.3%が一部外注委託している。

「日帰り」の実施可能数は1日平均で12.23人、1週平均は66.94人。「1泊」の場合は1日平均1.81人、1週7.05人。日帰り可能人数を「5人まで」と回答した施設は47.45%、「6人～20人」とした施設は35.14%と両方で8割を超えている。一方、1泊の場合は「5人まで」と回答した施設だけで91.89%に達している。

過程編では、「日帰り」の平均所要時間は「2～3時間」42.65%、「3～4時間」31.53%と、約74%が2～4時間の範囲以内で実施。平均待ち時間は「1時間未満」が60.97%、「1～1.5時間未満」が30.63%と、90%以上が1.5時間未満であった。

95.20%の施設が「利用者への結果説明と生活指導を行なっている」と、88.29%が「要精検者・要治療者にフォロー

アップを行なっている」と、それぞれ回答した。

「利用者への要精密検査率」は24.76%、「そのうちフォローアップがなされた実績」は20.74%、「利用者への要治療率」は10.34%、「そのうちフォローアップがなされた実績」は18.67%。フォローアップ率の平均値が低い、回答は

0%～100%の間に分散、施設間のバラつきが大きい(表2、3)。

オプション検査(複数回答)は腫瘍マーカー検査が1位となったほか、60%以上ががん関連検査で占められた。また、消化器系の透視検査を内視鏡検査へ変更するなどの傾向がうかがえるものとなった。

表1 ■職種別勤務形態別の平均人数

| 職種(健診業務担当) | 常勤 | | 非常勤 | 計 |
|------------------|------|------|------|------|
| | 専任 | 兼任 | | |
| 医師 | 0.92 | 3.24 | 2.54 | 6.70 |
| 臨床検査技師 | 1.08 | 3.42 | 0.62 | 5.12 |
| 衛生検査技師 | 0.02 | 0.20 | 0.00 | 0.22 |
| 診療放射線技師(レントゲン技師) | 0.56 | 3.71 | 0.34 | 4.61 |
| 保健師 | 0.81 | 0.13 | 0.10 | 1.04 |
| 看護師 | 1.18 | 1.53 | 1.03 | 3.74 |
| 准看護師 | 0.33 | 0.45 | 0.46 | 1.24 |
| 管理栄養士 | 0.14 | 0.99 | 0.07 | 1.20 |
| 栄養士 | 0.05 | 0.12 | 0.01 | 0.18 |
| その他 | 0.12 | 0.21 | 0.06 | 0.39 |

表2 ■要精密検査率のフォローアップ

| フォローアップ率 | 割合 |
|----------|--------|
| 0% | 46.54% |
| ～20% | 15.92% |
| ～40% | 15.62% |
| ～60% | 11.11% |
| 61%～ | 10.81% |

表3 ■要治療率のフォローアップ

| フォローアップ率 | 割合 |
|----------|--------|
| 0% | 54.96% |
| ～20% | 13.81% |
| ～40% | 12.01% |
| ～60% | 7.51% |
| 61%～ | 11.71% |

一般病床の平均在院日数17.9日、初めて18日を切る

2011年医療施設調査・病院報告の結果 小児科と産婦人科・産科を標榜する病院は調査実施後の最低数を記録

厚生労働省は11月20日に「2011年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の結果」を発表した。医療施設の開設・廃止動向をベースに施設数(病床別・開設者別)と病床数の推移を調べる動態調査は毎月調査されているが、全医療施設の詳細実態を把握する静態調査は3年に一度しか実施されない。

したがって、医療施設に関する静態・動態両調査の結果から、病院の外形的状況を大づかみすることができる(調査結果はいずれも2011年10月1日現在)。

それによると、全国の病院数は8,605施設(158万3,073床)と前年から65施設(1万2,811床)減少した。病院数は1992年(1万9,966施設)をピークに19年連続減少をたどっている。

病院病床のうち医療法人は85万1,918床(53.8%)、個人は34,957床(2.2%)を占めている。

一方、一般病院は7,528施設(前年比-59施設)、そのうち「療養病床を有する病院」は3,920施設(病院総数の45.6%)と前年に比べ44施設減少、施設数減少の3/4を占めた。病院の療養病床数は3万1,677床と前年から2,819床減っている。

施設数を開設者別でみると、医療法人は5,712(構成比66.4%)と7施設、個人は373(4.3%)と36施設減少。両者で1年間に減った施設数の2/3を占めた。

これに対して、公的医療機関(国と社会保険病院を除く)は前年から20減って1,258施設になった。

病床規模別の施設数は、20～49床が

992(構成比11.5%)と15施設、50～99床が2,190(同25.5%)と35施設減り、施設数減少の3/4を100未満が占めている。

小児科を標榜する一般病院は2,745施設と前年から63施設、産婦人科または産科を標榜する一般病院は1,395施設と37施設それぞれ減少。小児科の標榜は1997年の3,768施設から1,000施設以上、産婦人科・産科の標榜も1993年の計2,339施設から900以上減るなど、いずれも調査実施後の最低数を記録した。

2011年9月中に在宅医療(医療保険)を実施した病院は5,138施設(病院総数の60.7%)、2,457施設(同29.0%)が介護保険による在宅サービスを実施した。

救急医療体制がある病院は4,427施設(52.3%)、内訳は、初期救急医療体制

が811施設(9.6%)、「入院を要する救急医療体制」が3,377施設(39.9%)、「救命救急センター」が239施設(2.8%)となっている。

深夜を含む夜間救急対応の可否をみると、「ほぼ毎日可能」という病院が、内科について2,934施設(34.7%)、外科で2,182施設(25.8%)、小児科で841施設(9.9%)、産科で829施設(9.8%)ある。

11年9月中に「分娩(正常分娩を含む)」を実施した一般病院は1,051施設(分娩を実施した施設の44.2%)であった。

「院内保育を実施している」は3,259施設(病院総数の38.5%)。そのうち「夜間保育あり」は1,688施設(院内保育実施病院の51.8%)、「病児保育あり」は557施設(同17.1%)となっている。

病院報告(2011年)によると、病院の平均在院日数は、一般病床が17.9日と前年に比べ0.3日短縮され、初めて18日を下回った。療養病床も175.1日と1.3日短くなった。

2012年度第8回常任理事会の抄録 11月17日

【主な協議事項】

●2013年度特定健診・特定保健指導の集合契約案

本会が会員施設の代表団体となって締結している特定健診・特定保健指導の2013年度集合契約について、保険者と協議する単価案が示され、承認された。

●「療養病床転換調査」の実施

全会員病院を対象に実施する「療養病床の介護療養型老健施設、既存老健施設への転換に関する調査」の実施案が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。
兵庫県 神戸海星病院 理事長 立石博臣
和歌山県 有田南病院 理事長 南 良暢
在籍会員数は2,392人となった。
以下の賛助会員入会が承認された。
株式会社医学書院
(東京都、代表取締役・金原 優)
賛助会員は109人となった。

【主な報告事項】

●災害時医療支援活動における指定病院の候補案

「災害時医療支援活動における指定病院候補(案)」が報告された。各支部に意見を聞いた上で最終決定される。

●「2012年度医療安全週間企画 医療安全対策講習会」の開催

医療安全対策講習会を12月12日に東京都内で開催する旨の報告があった。

●医療の質評価事業参加病院に対する全日病の認定証

本会のDPC分析事業と診療アウトカム評価事業、厚労省「医療の質の評価・公表等推進事業」の各事業に参加している会員病院に交付する認定証が完成した旨の報告があった。

●2011年度人間ドックに関する調査報告書

「2011年度人間ドックに関する調査報告書」が完成した旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

10月5日付で以下の20会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院
北海道 くにもと病院 更新
埼玉県 朝霞中央総合病院 更新
千葉県 千葉中央メディカルセンター 更新
東京都 東京共済病院 更新
東京都 立正校成会附属佼成病院 更新
三重県 いなべ総合病院 更新



大阪府 北摂総合病院 更新

岡山県 光生病院 更新

広島県 中国中央病院 更新

◎療養病院

静岡県 湖山リハビリテーション病院 更新

兵庫県 平成病院 更新

◎複合病院

埼玉県 春日部厚生病院 更新

埼玉県 皆野病院 更新

東京都 桜町病院 更新

滋賀県 甲南病院 更新

兵庫県 中林病院 更新

岡山県 倉敷記念病院 更新

岡山県 佐藤病院 更新

徳島県 博愛記念病院 更新

福岡県 友田病院 新規

◎リハビリテーション機能

東京都 永生病院 新規

10月5日現在の認定病院は合計2,416病院。そのうち本会会員は942病院と、会員病院の39.4%、全認定病院の39.0%を占めている。

2012年秋の叙勲 全日病の5会員が受章

11月3日付で2012年秋の叙勲が発令され、全日本病院協会の会員から以下の方々が受章した(敬称略)。

□旭日小綬章

(保健衛生功労)

成川守彦 和歌山県有田市 医療法人千徳会桜ヶ丘病院 理事長

□旭日双光章

(保健衛生功労)

菊野光郎 鹿児島県南九州市 医療法人菊野会菊野病院 理事長・院長

(スポーツ振興功労)

濱脇純一 広島県広島市 医療法人社団おると会浜脇整形外科病院 理事長

□瑞宝双光章

(保健衛生功労)

池田 誠 静岡県駿東郡長泉町 池田病院 院長

中林永一 宮崎県西都市 医療法人恵喜会西都病院 理事長・院長

「他職種と重なる特定行為は必ずしも看護師がするものではない」

チーム医療推進のための看護業務検討WG チーム医療の視点から職能団体の異議・疑問が相次ぐ。厚労省が柔軟な解釈



11月20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」は、看護師が実施する特定行為と重なる診療補助を業務とする専門職の職能団体を招聘、WGがまとめた医行為分類案に対する意見聴取を行なった。

ヒアリングに呼ばれたのは、日本救急救命士協会を初めとする9つの職能団体。意見募集に修正意見を提出した日本歯科医師会と日本医師会も出席した。

意見聴取で、理学療法士協会は、「NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)開始、中止、モード設定」など5項目の特定行為を取り上げ、安全と効果を考えたときに「本行為が特定看護師のみの業務となるのは理学療法を展開するうえで大きな支障となる可能性がある」と懸念を表明。「医師の指示の下、看護師・理学療法士等がプロトコルに基づき実施する」とするよう分類案の修正を求めるとともに、チーム医療として理学療法士の関与を法令上認めるよう訴えた。

作業療法士協会は、多くがC(一般の看護師ができる行為)またはE(医行為ではない)に位置づけられたリハビリの各行為とも他職種との分担・連携が明確にされていないとし、「引き続きチーム医療として検討してほしい」と要望した。

診療放射線技師会はB(特定行為)と

された「嚥下造影検査の実施時期の判断」等の3行為について、「X線検査は被曝を伴うものであり、線量や防護の最適化は研修等で対応できるレベルではない」ことからAに分類されるべきであると指摘。ただし、「判断」を「提案」と置き換えるのであれば看護師の業務として妥当ではないかと提案。その場合も、チーム医療の立場から、「放射線技師に相談の上、医師に提案することが望ましい」とした。

臨床衛生検査技師会は、特定行為に分類された「腹部超音波検査の部位・実施時期の判断」など9項目をCに位置づけるべきと提案。その理由として、「これらは診療補助行為を定めている保助看法の一部を例えば臨床衛生検査技師に開放し、その臨床業務に位置づけてきたもの。したがって、あえて(特定の)看護師が担うとする問題でもない」という認識を披露した。

臨床工学技士会は、特定行為とされた一時的ペースメーカーの「操作・管理」や「抜去」を「医行為一覧から削除すべきである」と提案。その理由の1つに、「臨床工学技士法は医療機器の高度化・多様化に対して医師や看護師による対応が十分ではないことから法制化され、医学と工学を兼ね備えた臨床工学技士が誕生した。看護師の特定行為とすることは質と安全の観点からも問題である

ので、削除が妥当である」と述べた。

医行為分類案に対する各団体の修正提案は、基本的には医療安全性と業務上の効果を考えてなされているが、他方で、自らの資格で行なっている診療補助行為が分類案で「医師の指示の下に看護師が実施する」と定義されるこ

とに、「当該業務の専門職と協同して行なう」と定めることによって、チーム医療を普及し、その質を高める法令上の担保を求める立場から行なわれてもいる。そこには、各専門職の自負とプライドが喪失されかねない事態への危機感がうかがわれた。

他職種が行なう診療補助は医師指示を看護師が「伝達」?!

同日のWGに、事務局(厚労省医政局看護課)は「看護師以外の医療関係職種が関係する行為にかかる整理」と題したペーパーを示し、今後の議論の視点となる考え方を論点として明示。

「看護師以外の医療関係職種の業務のうち“診療の補助”に含まれる行為は、法律上看護師が実施することができるが、各行為については実際の医療現場の状況や場面によって、看護師以外の医療関係職種が行ない、必ずしも看護師が行なうことにはならないのではないか」という考え方を示した。

さらに、医師の指示から看護師による診療補助行為にいたる一連の行為を整理した文書を提示、そこに「医師又は歯科医師の指示の下、看護師が患者の病態の確認を行い、看護師以外の医療関係職種が診療の補助を行う場合も想定される」との注釈を示し、特定行為に位置づけられた中の各専門職が行なう診療補助行為は決して看護師の独占業務ではないという見解をあらためて明確にした。

後者の文書で、事務局は、医師の指示から診療補助行為にいたる一連の流れを、①包括的指示が行われる場合、②具体的指示が行われる場合、③看護師が病態の確認のみを行なって看護師以外の医療関係職種が診療の補助を行う場合の3つにパターン化してチャートで示した。

このうち③のパターンは、当該患者の病態が医師指示の基となるプロトコルが示す病態の範囲にあるか否かの確認を行なった看護師が、「確認内容を医師又は歯科医師に報告又は他の医療関係職種に伝達」する過程を経て、「他の医療関係職種が診療の補助を実施」と説明されている。

この表現をめぐって、同日のWGでは、「伝達」とあるがあたかも看護師による“指示”とも読める」「これでは看護師が他の医療関係職種より優位に立っていると誤解されないか」などの疑問が相次ぎ、有賀座長(昭和大学医学部教授)も「書き方がどうもよくない」と認める一幕があった。

他職種と重なる診療補助行為に関して、事務局は「医師又は歯科医師の指示の下、看護師以外の医療関係職種が診療の補助を行う場合も想定される」と釈明したが、前回のWGでも事務局は、「状況によっては、医師は指定研修を受けた看護師に特定行為を行うよう指示せず、自ら当該行為を実施する場合もある」という解釈を打ち出している。

今回の看護師以外の専門職による行為をめぐり解釈にしても、前回の医師にかかわる解釈にしても、医療現場では常識といえるもの。そうした現場の声がようやく特定行為実施の制度設計を進める検討の場に届いたということが言えそうだ。

厚労省「特定行為」の定義など枠組の修正案を提示

チーム医療推進会議 特定行為を行なう一般看護師に院内研修の受講を提起

看護師による特定行為の制度設計を検討しているチーム医療推進会議は11月21日、事務局(厚労省医政局医事課)が示した「特定行為及び看護師の能力認証に係る試案(イメージ)」に関する「論点整理案」について検討した。

「論点整理案」は8月の会議に示した試案に修正を加え、かつ、現時点で浮上した新たな検討課題を取り上げ、論点として提起している。

意見募集の結果等を踏まえたもので、その骨子は、①医行為分類案で整理された特定行為には看護師以外の専門職種が行なう診療補助行為と重なる項目が多々あることから、特定行為が看護師の業務独占ととられかねない表現を排除する、②概念が相対的な包括的指示と関連づけて定義してきた特定行為実施の条件を、プロトコルによる患者の特定や看護師による患者の病態確認

など手順を明確にした客観的な定義に変える、というもの。

また、③具体的指示の下で特定行為を行なう一般看護師についても「院内研修の受講を推奨する」と、事実上要件を課す案を提案した。

事務局は、さらに、11月20日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」で疑問が相次いだ、医師の指示から診療補助行為にいたる一連の行為

を、①包括的指示の流れ、②具体的指示の流れ、③看護師以外が行なう流れの3パターンでチャート化した資料を提示した(11月20日のWGは別掲記事を参照)。

このチャートに、主に在宅医療を担う構成員からは、「一般的に現場に医師がいない在宅医療は、パターンとしては具体的指示を出す流れだが、看護師の裁量で急変に対応することが求められるため、実際には包括的指示で対応せざるを得ない」とその特殊性を訴え、院内について当てはまるチャートに異論を唱えた。

総選挙に向けて各党が公約を発表

12月16日投票に向け、各党は衆議院選挙に向けた公約を発表した。主な政

党の社会保障とくに医療関係の政策は次のとおり(1面記事を参照)。

衆議院選挙 主要政党の医療政策公約から(要旨)

○民主党

- ・後期高齢者医療制度を廃止する
- ・地域の医師不足、看護師不足対策に引き続き取り組み、質の高い入院医療が受けられるなど、適切な医療提供体制の整備を進める
- ・持続可能な介護保険制度を確立し、報酬改定などにより、介護労働者の賃金をさらに引き上げ、介護労働者の確保に努める

○自民党

- ・医師の科目別、地域別偏在を是正するとともに、必要な医学部定員の確保
- ・総合診療医の育成とかかりつけ医の導入

- ・地域の医療の必要性の調査などに基づく、診療科目ごとの診療所数や病床数及び高度医療機器等の適正配置、医療機関の連携体制の充実
- ・患者意思(リビングウィル)の尊重と看取りの充実

控除対象外消費税 1病院あたり1億82万円(2.2%)

四病協の消費税負担実態調査 資産関係の消費税は0.35%、その他は1.77%

四病院団体協議会が行なった医療機関の消費税負担実態調査の詳細が概ねまとまった(11月1日号既報)。

調査は四病協を構成する4団体の会員病院から無作為に抽出した1,000病院を

○公明党

- ・救急医療の基盤強化を盛り込んだ「救急医療基本法」の制定を急ぐ
- ・医師等をより多く養成する体制の充実を図り、研修体制の見直しや医師派遣システムの強化などにより、医師不足地域の解消に取り組む。産科・小児科・麻酔科など医師が不足している問題を解消するため、診療報酬の充実等を行なう

○みんなの党

- ・医師数をOECD平均に増やす。医学部・メディカルスクールの新設を解禁する

- ・混合診療を解禁、ドラッグラグやデバイスラグを解消する

- ・療養病床、特養、老健施設、在宅ケア、高齢者住宅等の役割を再検討する

○日本維新の会

- ・社会保険としての受益と負担を均衡させる

- ・農業・医療・福祉・保育の成長産業化

○日本未来の党

- ・国民皆保険を堅持し、医療保険制度の一元化を目指す

- ・後期高齢者医療制度は廃止する

まっている。

これにかかる控除対象外消費税額は1病院あたり1億82万円(収益比2.2%)で、その内訳は「資産に係る控除対象外消費税等負担額」が1,666万円(同0.35%)、その他の控除対象外消費税等負担額が8,415万円(同1.77%)という割合であった。

対象に実施され、270病院から有効回答を得た(有効回答率27.0%)。

1病院あたりの医業・介護収益47億4,518万円に対して同費用は47億2,954万円、利益は1,563万円と0.33%にとど