

巻頭言

最近の医療行政 渡邊 史朗

3

グラフ
病院紹介

砂川市立病院

4

●第61回日本病院学会

シンポジウム

「中小病院は地域を守る

～超高齢化社会における中小病院の役割～

付) アンケート調査の報告「中小病院(200床未満)に関する調査報告」

●座長：土井 章弘・コメンテーター：梶原 優 12

①中小病院の経営の質向上のために

—日本病院会の中小病院経営支援(データ分析サービス) ●大道 道大 22

②地域医療ネットワークへの潮流 ●金田 道弘 42

③中小病院の地域連携はどうする ●武久 洋三 51

④超高齢化県におけるケアミックス病院としての取り組み ●橋本 浩三 65

〔第61回日本病院学会 優秀演題〕

・病床管理室の立ち上げとデータを活用した改善活動について ●山本 伊織ほか 80

・急性期病院における歯科衛生士の活動と成果 ●西川 利恵ほか 85

・止血ブース運営の経緯と効果 ●蟹江 利枝ほか 89

・KYT(危険・予知・訓練)の導入はヒューマンエラーの事故防止に
効果をもたらした ●加治 美保子ほか 93

・医師業務の多角的支援を軸とした「学術支援業務」という
新しい取り組みについて ●三枝 貢ほか 97

連載

体の文化史⑩ [類] ●池澤 康郎 103

●書評●星 和夫著『医学史の旅—トルコ』●原 義人 107

病院経営管理士通信教育「通教月報12月号」巻頭言 ●中村 洋一 108

支部だより 平成23年度 北海道ブロック支部活動報告 ●中村 博彦 112

一番町だより 平成23年度 第8回 定期常任理事会 議事抄録(平成23年11月19日) ●113

お知らせ 日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ●127

訂正のお願い ●129 本誌へのご寄稿のお願い ●130

医師事務作業補助者コース 第6期生募集案内 ●表3



最近の医療行政

昨年もめまぐるしい1年であった。政治の世界も首相の交代、金の問題、大臣の問責決議案等々政治以前の問題が次々発生し、肝心の政策論議は皆無と、いいような大変嘆かわしいことであった。せめて年末の最終国会で三次補正予算、復興庁設置法が成立し一応息をついた恰好であった。

日本病院団体協議会、日本医師会も同じ考えであるが私が所属する神奈川県民医療推進会議主催による県民集会「日本の医療を守るための総決起大会」が去る11月29日、横浜で開催された。各団体の会員や県民ら約220名が参加し、受診時定額負担、医療への株式会社参入反対の意思を確認した。

なお決議文は、野田総理、小宮山厚労大臣、県内選出の衆参国會議員（37名）、県行政として黒岩県知事、県議会の正副議長、県内の各政党や日医会長

及び都道府県医師会長の計108名に対し送付された。

そもそも患者負担率は主要先進国よりも高く国民が医療費負担を重く感じる一因となっているとともに、社会保障給付費増加の主因は、医療費ではなく年金である。

また、政府は、高額療養費を見直して負担軽減を図るための財源として、現在の窓口負担に加えて、「受診時定額負担」の導入を提案しているが、高額な医療にかかった患者負担を軽減することには賛成であるが、医療というリスクに備える財源は、公的保険のため、患者ではなく幅広く保険料に求めるべきである。

さらに、「受診時定額負担」は、当初は定額100円であっても、導入後はその水準が引き上げられることは、過去の患者一部負担金の引き上げからも明らかであり、その結果、高齢者や低所得者等の受診抑制にもつながるであろう。

最後に一番大切な診療報酬であるが、今原稿を書いている平成23年12月上旬では治療や薬の公定価格にあたる診療報酬の来年度改定をめぐる財務省は医師の人件費や技術料といった「本体部分」を1%引き下げの案を厚生労働省に示した。厚労省は引き上げを求めており、来年度予算案に反映される診療報酬の本格的な折衝が始まった。

診療報酬は本体と「薬価部分」で構成される。市場価格の下落が反映される薬価の引き下げだけで全体の下げ幅は1.3%程度になる見通し。さらに本体部分が1%下がれば、全体で2.3%の引き下げとなり、医療費が1兆円規模で減ることになる。当会から中医協に出ている万代常任理事に更に頑張ってもらいたい。

決議

このたびの東日本大震災は、未曾有の出来事であり、被災地の1日も早い復興を願うものである。このような時こそ、明日の安心を約束する持続可能な社会保障体制を守ることが必要である。

今、患者にさらなる負担を求める受診時定額負担の導入や、わが国の優れた公的医療保険制度を崩壊へと導く医療への株式会社の参入を進める動きがある。

われわれは、こうした政策に強く反対するとともに、だれもが等しく医療を受けられる国民皆保険制度を、これからも断固守り続けていく。

以上、決議する。

平成23年11月29日

神奈川県民医療推進会議

砂川市立病院

砂川市は、北海道の中央部を流れる石狩川と空知川の合流地点にあり、石狩平野に広がる農業と工業により発展した街で、札幌市と旭川市の間位置しています。

当院は、昭和15年11月に砂川町立社会病院として開設された後、昭和22年に火災のため全館を消失しましたが、それ以後復旧増築を重ね、昭和43年に砂川市立病院として全面改築、診療内容の拡充や施設・設備の更新等を図り各種の医療指定を受けながら、地域の基幹病院としての役割を果たしてきました。しかし、施設は老朽化が進み、急性期の病院としての機能を担っていくためには狭隘な状況から、新病院の建築を計画、平成20年8月に本館の建物本体工事に着手しました。そして、平成22年10月28日に新病院本館がオープン、翌平成23年10月28日には新病院南館がオープンしました。

当院は、北海道から中空知二次医療圏の中核病院として地域センター病院に指定されております。さらに地域救命救急センター、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、病院機能評価認定病院（Ver. 6.0）でもあり、「自治体病院として、急性期あるいは小児、精神、周産期、災害医療などの政策医療、住民が必要とする医療を担う」という強い信念をもって、絶対に救急車を断らない24時間救急を実施しています。砂川市自体が病院中心のまちづくりをしていることから、新病院の改築には、たくさんの方々の支援と協力がありました。そのような地域の期待に応えるべく、病院建築はもちろんのこと医療機器選定にあたっては、低価格で高品質のものを導入、総合的な分野で一次から三次まで対応できる急性期医療と政策医療を中心に、将来にわたって地域医療を担っていく覚悟で診療に臨んでいます。

また、医療連携を含めて効率的な運営を図る一方で、医師や看護師等の職員がモチベーションを高め、自らの業務に誇りと納得を持てる環境や、医療専門職としてやりたいことができる環境づくりにも励んでいます。

新病院本館外観（正面エントランス）



明るく開放的な空間



■ 1階中央ホール・総合案内

新病院では、プライバシーを尊重しながらも、機能的かつ広いスペースを確保しました。動線的にもわかりやすく、親しめる空間になっています。



■ 中待合



■ 外来ブロック受付



■ 外来診療室



■ 病院全景（航空写真）



■ 医事課総合カウンター

地域の基幹病院として24時間救急患者を受け入れ

新本館の開院にあたっては、特に救急医療の充実を図りました。救命集中治療センターや救命救急センター、手術室の整備、ICU・HCUの設置、周産期センターには小児のNICUとGCU、産科にはLDRとMFICUなど、小児科と産科が一体となった周産期医療が展開できる体制となっています。設備や医療機器ではPET-CTを導入、MRIの3テスラと1.5テスラを各1台更新し、血管造影は2台新規購入、CTは320列を導入するなど、あらゆる医療が展開できるよう整備を行いました。



■東日本大震災の発生直後から医療救護班を派遣し、救援活動に積極的に取り組みました。



■屋上ヘリポート



■ドクターヘリによる受け入れ



■周産期センター，LDR



■救命集中治療センター



■320列全身用コンピュータ断層撮影装置 (CT)



■全身用ポジトロンCT (PET-CT)



■救命救急センター

四季の自然の変化が望める病棟



■ ゆとりある4床室の病室

新本館病棟はH型をしており、1つの階に東と西2つの病棟を、病室は個室と4床室を基本に配置しています。また、外科系、内科系の専門領域を一体化したセンター方式をとり、各フロアに亜急性期病床8床を設置、急性期を脱した患者さんが自宅や施設へ戻るまでの期間にも配慮しています。病室からは北に石山や暑寒別岳、南にオアシスパークやピンネシリを望むことができ、四季の自然の変化を楽しむことができます。



■ 小児科デイルーム



■ 南館病室（個室）



■ 小児科病棟のスタッフステーション



■ ユニットシャワー付きの個室（室料差額室）



■ 7階の病棟スタッフステーション



■ デイルーム

地域に開かれた病院として

病院の理念である「良質の医療、心かよう安心と信頼の医療を提供する病院、地域に根ざし、地域に愛され、貢献する病院」を目指し、地域住民とのふれあいを深め、病院をもっと身近に感じてもらえるよう「病院祭」を企画。昨年の11月6日（日曜）に第1回を開催しました。当日は札幌医科大学医学部神経精神医学講座の齊藤利和教授の記念講演、写真パネル展示、“AEDを使ってみよう”や“わたしもナースに変身”などの体験、薬や健康などの相談、バイオリンミニ演奏会や赤ちゃんハイハイ競争などのイベント、模擬店……と多彩な催しが展開されました。今後も毎年開催することになっています。



■新病院本館開院記念式

■病院祭の催し「のぞいてみよう」の風景



■病院祭で子どもたちもいろいろな体験やイベントに参加



■中央ホールで



フロア案内

ヘリポート

	本館東側	本館西側
7F	呼吸器センター 呼吸器内科 7階東病棟	総合内科・放射線診断科 放射線治療科・耳鼻咽喉科 救急科・麻酔科 7階西病棟
6F	消化器センター 消化器内科 血液内科 6階東病棟	消化器センター 消化器内科・消化器一般外科 乳腺外科・形成外科 6階西病棟
5F	脳神経センター 脳神経外科・神経内科 眼科・皮膚科 5階東病棟	人工関節・リウマチセンター 整形外科・リウマチ科 5階西病棟
4F	腎・泌尿器センター 泌尿器科 婦人科 4階東病棟	循環器・呼吸器センター 循環器内科・心臓血管外科 呼吸器外科 4階西病棟
3F	周産期センター 小児科・NICU・GCU 3階東病棟	周産期センター 産科・MFICU・LDR 3階西病棟
	救命集中治療センター 手術室	救命救急センター ICU HCU
2F	血液透析センター・外来・リハビリ	
1F	外来・薬剤・検査・放射線	

新本館、南館、立体駐車場は渡り廊下で接続されており、立体駐車場からは、雨や雪の影響を受けることなく、病院に入ることができます。

南館	
5F	作業療法・デイケア
4F	こころの医療センター 精神科 4階南病棟
3F	こころの医療センター (ストレスケア病棟・高齢者病棟) 精神科 3階南病棟
2F	診療情報室
1F	健診センター・院内保育所

立体駐車場



■ 新病院本館夜景

■ 砂川市立病院 沿革

昭和15年11月	砂川町立社会病院として開院
昭和22年1月	火災により病院及び看護婦宿舍全焼，町役場を仮病院とする。
昭和26年6月	新病院落成，54床増床（計100床）
昭和37年6月	精神神経科第2病棟落成，51床増床（計324床）
昭和43年7月	病院改築完成，新病舎での診療開始，66床増床（計431床）
昭和55年1月	手術室増築完成
昭和57年7月	中空知地域センター病院指定
昭和58年12月	新館棟増築完成，100床増床（計566床）
昭和60年3月	内科外来・産婦人科外来・臨床検査科拡張，手術室（2室）・血管造影室増設工事完成
昭和61年11月	全国自治体病院優良病院として会長賞受賞
昭和62年5月	全国自治体病院優良病院として自治大臣賞受賞
平成1年2月	本館外壁及び内部改修，別館改修，避難タワー設置
平成9年1月	災害拠点病院指定
平成11年4月	感染症病床4床増床（計536床），第2種感染症指定医療機関指定
平成16年9月	中空知の産婦人科医療センター化
平成16年12月	地域周産期母子医療センター認定
平成17年1月	地域がん診療拠点病院指定（現地域がん診療連携拠点病院）
平成17年10月	地域医療連携協定締結（奈井江町立国民健康保険病院）
平成19年4月	一般・結核入院基本料7対1取得
平成19年9月	第46回全国自治体病院学会開催
平成19年10月	結核病床2床増床（計521床）
平成20年8月	新本館工事着手
平成21年4月	DPC対象病院指定
平成21年7月	北海道DMAT指定医療機関認定
平成22年6月	北海道認知症疾患医療センター指定
平成22年9月	病院機能評価の更新認定（Ver 6.0），新本館竣工
平成22年10月	新病院開院
平成22年11月	NPO法人卒後臨床研修評価機構認定 新本館開院記念祝賀会《開院70周年記念》（11月27日）
平成23年10月	新病院南館開院・南館開院記念式典（10月28日）
平成23年11月	第1回病院祭開催（11月6日）
平成23年12月	地域救命救急センター（専用病床18床）運営開始（12月1日）



■ 昭和15年 砂川町立社会病院開院



■ 昭和25年 火災より復旧した砂川町立社会病院



■ 昭和43年 砂川市立病院（旧本館）改築竣工



■ 新病院本館



■ 新病院南館

砂川市立病院

〔病院理念〕 良質の医療，心かよう安心と信頼の医療を提供する病院。
地域に根ざし，地域に愛され，貢献する病院。

〔基本方針〕

1. 患者さんの人権を尊重し，患者さん本位の人間性あふれる医療を展開します。
2. 事実に基づき，安全で効果的な質の高い医療を実践します。
3. 地域センター病院として快適で機能的な診療体制を保持し，高度医療，救急医療を中心に地域医療の充実を図ります。
4. 教育研修機関として人材を育成し，医学の進歩とともに発展，成長する機能を果たします。
5. 地域の保健・医療・福祉と連携し，自治体病院としての倫理・公共性を発揮して地域に貢献します。
6. 合理的で健全な経営を推進し，職員一人ひとりが働き甲斐のある環境を整備します。

〔職員のコトワザ〕 誠実・信頼・的確・発展

病院の概要

- **名 称** 砂川市立病院
- **所 在 地** 〒073-0196 北海道砂川市西4条北3丁目1番1号
- **電話・FAX** 電話 0125-54-2131 FAX 0125-54-0101
- **ホームページ** <http://www.med.sunagawa.hokkaido.jp>
- **開 設 者** 砂川市長：善岡 雅文
- **開 設 年 月 日** 昭和15年11月30日
- **管 理 者** 病院長：小熊 豊
- **標 榜 診 療 科** 内科（総合内科，呼吸器内科，消化器内科，血液内科，糖尿病・脂質代謝内科）・精神科・神経内科・循環器内科・小児科・外科（消化器一般外科，乳腺外科）・整形外科（リウマチ科）・形成外科・脳神経外科・心臓血管外科・呼吸器外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科・救急科・放射線治療科・放射線診断科・病理診断科・リハビリテーション科
- **病 床 数** 総病床数 506床（一般 408床・精神 88床・結核 6床・感染症 4床）
- **職 員 数** 医師 85名（臨床研修医15名を含む），看護師 430名，薬剤師 15名，放射線技師 24名，臨床検査技師 24名，理学療法士 5名，作業療法士 6名，言語聴覚士 1名，視能訓練士 1名，臨床工学士 9名，事務員 61名，その他 139名 計 800名（平成24年2月1日現在）
- **建 物 概 要** 本館：鉄筋コンクリート造と鉄骨造の混合構造 地上7階塔屋1階
南館：鉄骨造 地上6階
延床面積 48,929.85㎡
（本館 35,297.21㎡，南館 6,201.40㎡，渡り廊下 577.25㎡，立体駐車場 6,853.99㎡）
- **敷 地 面 積** 敷地面積 19,812.23㎡（本館 11,603.40㎡，南館・立体駐車場 8,208.83㎡）

シンポジウム

中小病院は地域を守る

～超高齢化社会における 中小病院の役割～

大道 道大 社団法人日本病院会 副会長

金田 道弘 社会医療法人緑社会 金田病院 理事長・院長

武久 洋三 医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

橋本 浩三 特定医療法人仁生会 細木病院 院長

コメンテーター 梶原 優 社団法人日本病院会 副会長

座長 土井 章弘 財団法人操風会 岡山旭東病院 院長

座長（土井） おはようございます。日本病院会の中小病院委員会では、毎年、この日本病院学会でシンポジウムを開いておりましたが、今回のシンポジウムのテーマは「中小病院は地域を守る ～超高齢化社会における中小病院の役割～」です。

お手元の資料のなかに、日本病院会の中小病院委員会が毎年行っているアンケート調査「中小病院（200床未満）に関する調査報告」があると思います。今年（平成23年）は「中小病院の超高齢社会への役割」というテーマで行った調査内容と、もう1つ、毎年同じ調査項目で行っていて今回で4回目となる「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題」という調査内容でまとめています。これから、この調査結果の一部をご紹介しますが、大変貴重なデータですので、また後ほど詳細に見ていただ

ければと思います。

もう皆さん方の共通認識ですが、現在、私どもは超高齢社会にいます。これから団塊の世代800万人が高齢期に入っていきますので、ますます高齢化率は高まります。そして、社会構造が随分変わり、1,000万世帯が単身者世帯になっていますし、孤独死という問題もあります。限界集落というような所が全国の各地にあります。また、心と心の絆が薄れてきているのではないかと思います。心と心をつなぐことこそが真のライフラインだと思いますが、そのライフラインが崩壊しつつあると言っているのではないのでしょうか。

そういうなかであって、医療・福祉のシステムをどうするかという大きな問題がありますが、この日本の医療・福祉を支えているのはまさに中小病院だ

と思います。ともすると大病院ばかりへ目がいきがちですが、それも大切ではあるものの、本当に地域の支えとなっているのは、診療所もちろんありますが、中小の病院だと思います。

宇沢弘文先生がおっしゃるように、医療や病院は社会的共通資本であり、私たちは安心・安全な社会の下支えをしていると思います。

中小病院といいますが、単科で専門特化している病院もありますし、介護や在宅医療などもやっている病院もあるなど、ひとくくりにはできませんが、今申しましたような社会的問題があることを踏まえながら、本日のシンポジストの方々にそれぞれの立場から特色あるご報告をしていただくことを期待しています。

■アンケート調査の報告

それでは、「中小病院（200床未満）に関する調査報告」を簡単にご紹介します。

（スライド1）テーマは先ほど申しましたように2つあり、「I. 中小病院の超高齢社会への役割」と、「II. 中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題」です。

調査対象は日本病院会加盟の中小病院（200床未満）、1,113施設です。回収数は263施設でした。今年は、回答数が例年よりもやや少なかったのが残念です。震災などの状況がありましたし、また、今回は記名式でやりましたので、そのことも影響していたかとも思います。

I. 中小病院の超高齢社会への役割

●経営主体、立地条件

（スライド2）経営主体は「医療法人」が65.4%ですが、「公的医療機関」——例えば日赤や済生会、自治体病院などが20%近く含まれています。

（スライド3）病院の立地条件を見ますと、比較的多いのは「人口10万人～50万人未満」

中小病院（200床未満）に関する調査報告

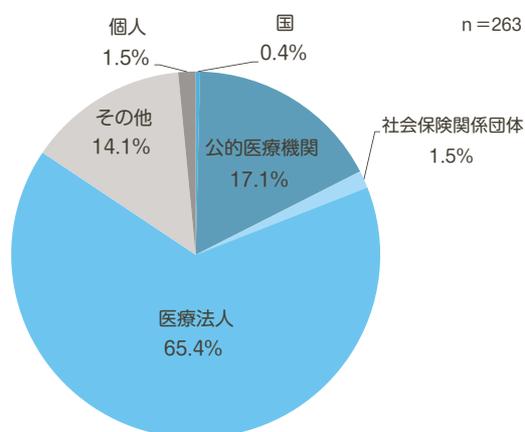
I. 中小病院の超高齢社会への役割 II. 中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題

1. 調査対象施設 1,113施設
2. 回収数 263施設
3. 調査期間
平成23年 5月6日～5月27日

社団法人 日本病院会
中小病院委員会

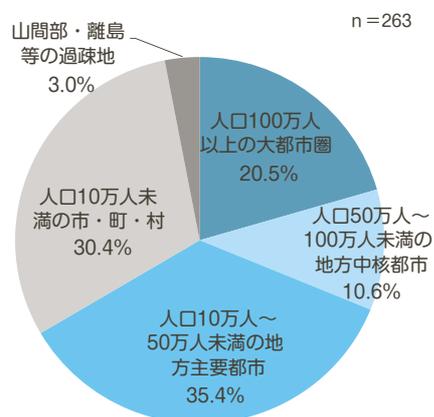
スライド 1

1. 経営主体について



スライド 2

2. 立地条件について



スライド 3

3. 現状病床数と病床種別の内訳

②病床種別の内訳

◆一般病床 239病院 平均病床数 105.7床

		病院数	平均病床数
入院基本料	一般病棟入院基本料	216	93.9
	7 : 1	55	121.0
	10 : 1	125	90.6
	13 : 1	15	62.7
	15 : 1	21	64.8
	障害者施設等入院基本料	20	54.7
	その他	1	40.0
特定入院料	ICU・CCU	13	5.1
	ハイケアユニット	3	4.0
	亜急性期	75	10.8
	小児	1	10.0
	回復期リハ	31	46.2
	緩和ケア	4	25.0
	その他	6	39.0

※病床数の記入があるもののみ集計

スライド4

のところですが、「人口10万人未満の市・町・村」から、「人口100万人以上の大都市圏」まで、大体すべてを網羅していると思います。

●現状病床数と病床種別の内訳

(スライド4) これは、現状病床数と病床種別の内訳ですが、いろいろな病院があります。入院基本料では「7 : 1」の看護をとっているところが55病院ありますが、一番多いのは「10 : 1」で、125病院です。特定入院料では「ICU・CCU」もありますが(13病院)、やはり「亜急性期」が多く、75病院となって

います。

●診療機能特性

(スライド5) 4疾病5事業で特に力を入れている疾患・事業を見てみますと、263病院のうちの41%の病院が「救急医療」をやっています。そのほか多いのは「がん医療」「脳卒中医療」「心疾患医療」「糖尿病医療」です。

(スライド6) 救急医療の取り組みでは、中小病院では三次救急は0.4%と非常に少ないですが、二次救急は71.5%と非常に多くの病院がやっています。

そして病院輪番制には73.9%の病院が参加しています。

(スライド7) 施設基準では、「地域医療支援病院」を取っているところ(4.2%)もありますし、「臨床研修病院」も17.9%と増えています。「DPC対象病院」が23.2%とかなり増えてきています。

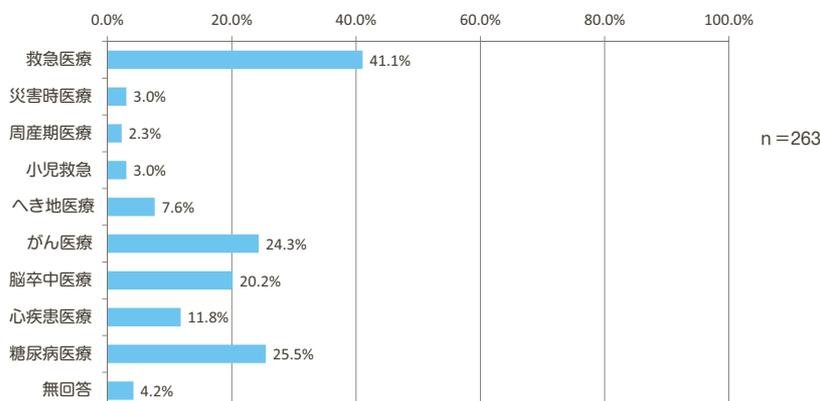
●高齢者事業について

(スライド8) 高齢者事業については、実施しているものとして多いのは、「居宅介護支援事業」(53.6

4. 診療機能特性について

①施設特性

・4疾病5事業で特に力を入れている疾患・事業について(複数回答)

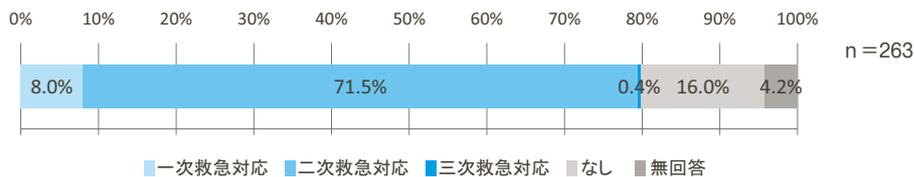


スライド5

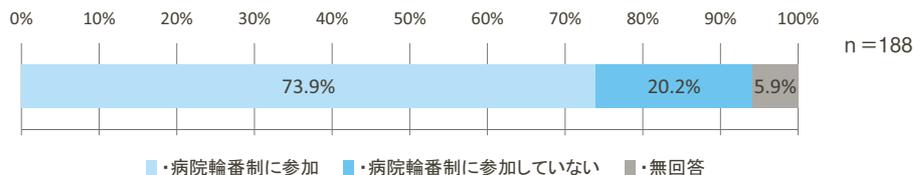
4. 診療機能特性について

①施設特性

・救急医療への取り組みについて



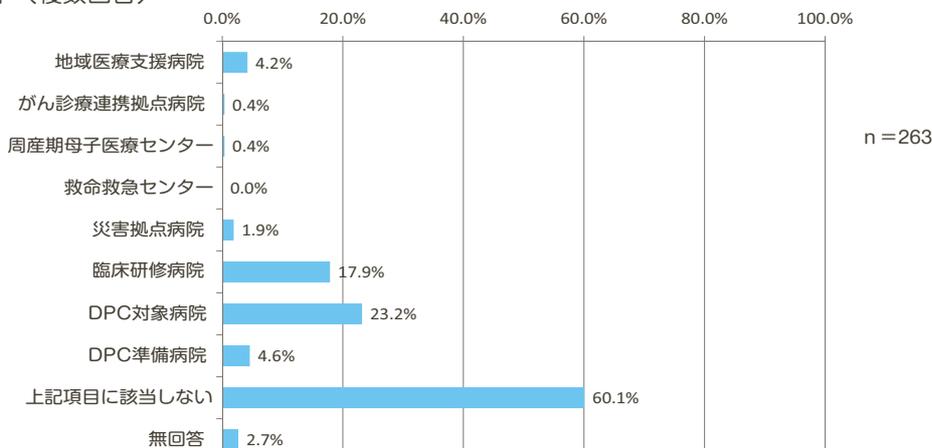
・二次救急対応



スライド 6

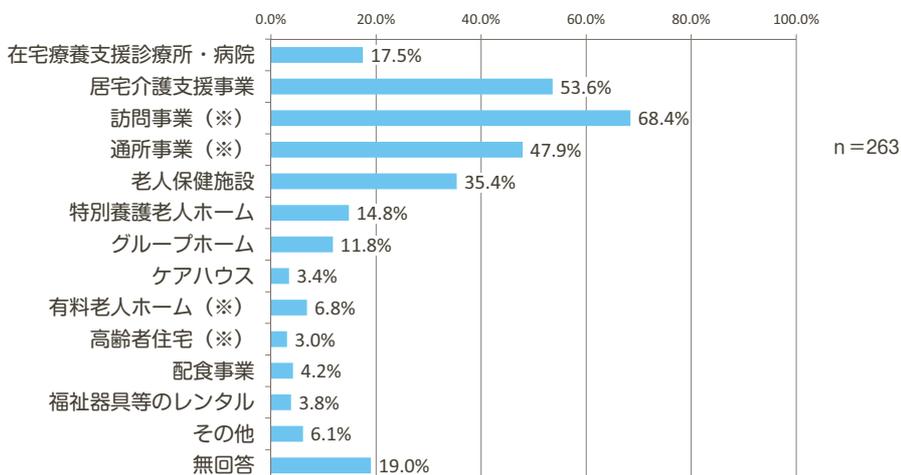
4. 診療機能特性について

②施設基準（複数回答）



スライド 7

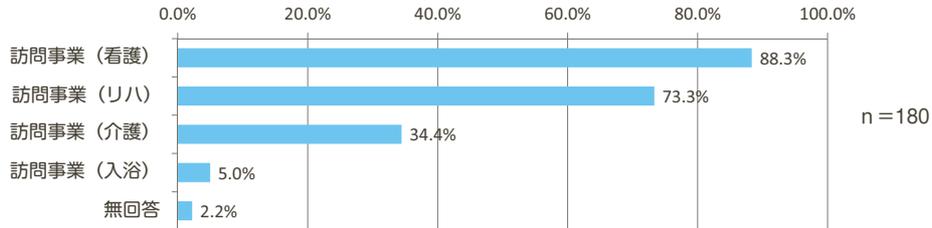
6. 貴院（法人グループ内含む）として、実施している高齢者事業について（複数回答可）



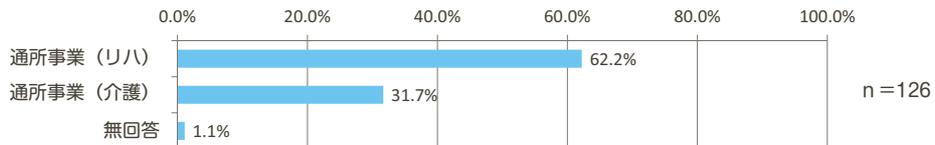
スライド 8

6. 貴院（法人グループ内含む）として、実施している高齢者事業について（複数回答可）

※訪問事業 内訳（複数回答）



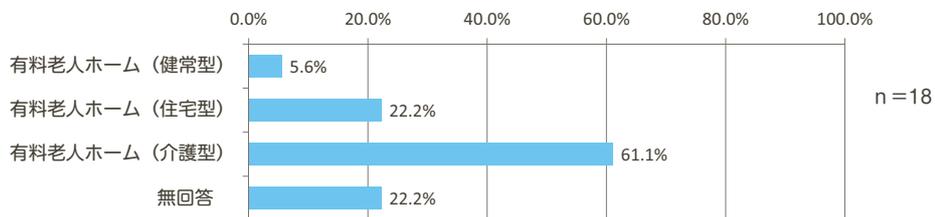
※通所事業 内訳（複数回答）



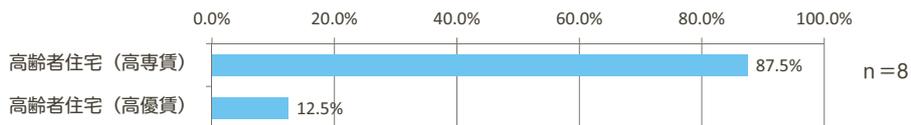
スライド9

6. 貴院（法人グループ内含む）として、実施している高齢者事業について（複数回答可）

※有料老人ホーム 内訳（複数回答）

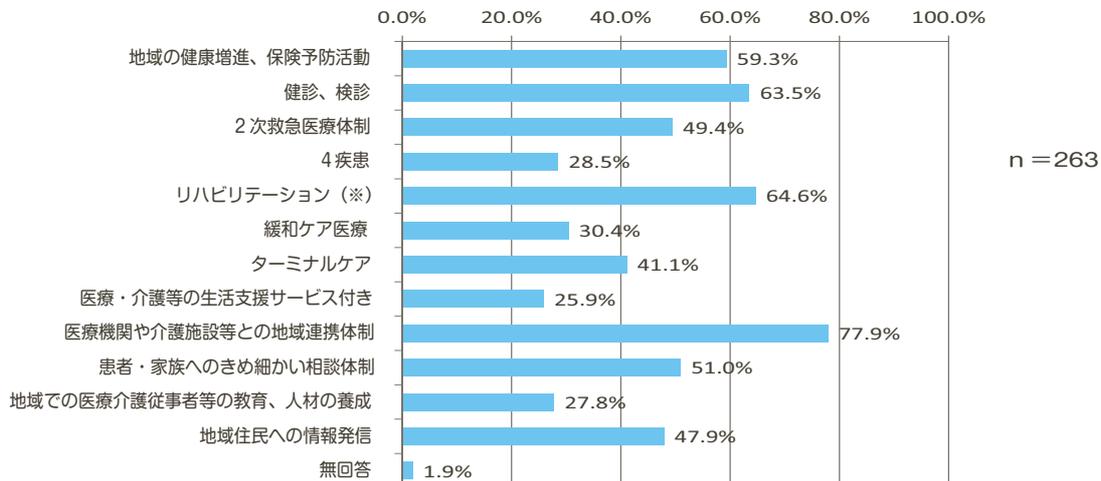


※高齢者住宅 内訳（複数回答）



スライド10

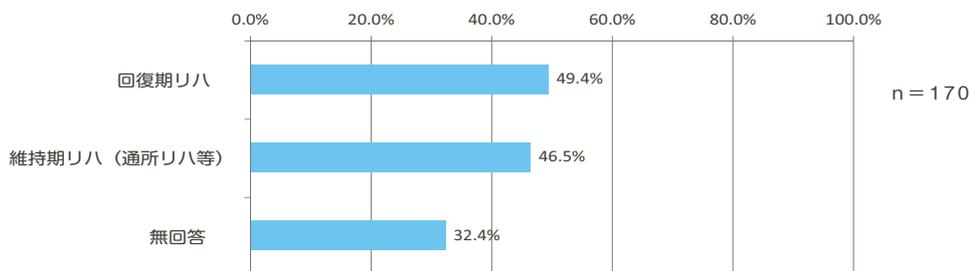
7. 地域の高齢化が進む中で、より一層中小病院の役割が求められる分野について（複数回答可）



スライド11

7. 地域の高齢化が進む中で、より一層中小病院の役割が求められる分野について（複数回答可）

※リハビリテーション 内訳（複数回答）



スライド12

%), 「訪問事業」(68.4%), 「通所事業」(47.9%), そして「老人保健施設」(35.4%) などとなっています。

(スライド9) 訪問事業の内訳を見てみます。これは180の病院からの回答ですが、「訪問看護」が88.3%, 「訪問リハ」が73.3%, 「訪問介護」が34.4%。また、通所事業では「リハ」が62.2%といった状況です。

(スライド10) 高齢者事業で「有料老人ホーム」を営んでいるところも18法人あります。そのうちの61.1%は「介護型」です。また、8法人は「高齢者住宅」を営み、うち87.5%が「高専賃」です。

●高齢化のなかでの中小病院の役割

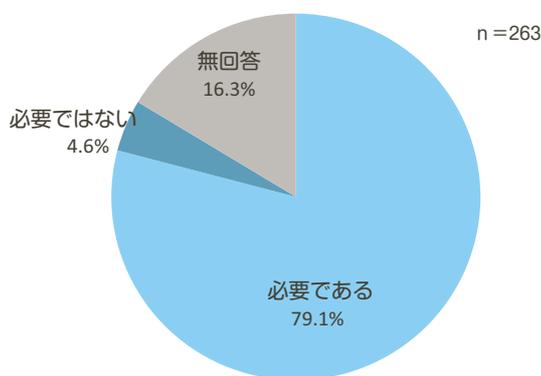
(スライド11) 地域の高齢化が進むなかで、より一層中小病院の役割が求められる分野を尋ねたところ、スライド11のグラフのような結果になりました。「健康増進・予防活動」, 「救急医療」から「リハビリテーション」, 「在宅」など、あらゆる分野に中小病院がその役割を自覚している様子がわかります。

(スライド12) リハビリテーションをやっている病院はけっこう多く、170の病院で「回復期リハ」「通所リハ等」が行われています。

(スライド13) ターミナルケアについては、近年問題になっているのは、どこまで医療サービスを提供するかということです。「事前指定書」(レットミーデサイド“let me decide”)が必要かどうかを尋ねたところ、80%近い病院が「必要である」という回答でした。ただ、どうしたらいいかわからないというのが現状ではなかろうかと思えます。

8. ターミナルケアについて

①患者自己決定を推進する上で、入院時に患者の「事前指定書」(レットミーデサイド)は必要と思いますか。



スライド13

II. 中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題

(平成20～23年度における経年比較)

次に、「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題」についての調査結果をお話しします。

以下、平成20年度から今年(平成23年)度まで4年間の調査結果の経年変化を見ていきます。

(スライド14) 4年間の対象施設数、回収数をまとめてみました。今年(平成23年)は、ちょっと回収数が少なかったのが残念でした。

●今後の経営戦略の方向性

(スライド15) 今後の経営戦略の方向性を見てみますと、徐々にではありますが「地域の総合病院化志向」は少なくなってきています。「専門医療の特

化志向」はやはり多いものの、これも少しずつ減っています。一方で、「医療と介護・高齢者住居の複合体志向」や「保健・検診と医療の複合体志向」が徐々に増えてきています。そして「急性期大病院との連携」も増えていますが、これは大病院からの、回復期リハ、老健などへの流れを支えていると考えていいのではないかと思います。

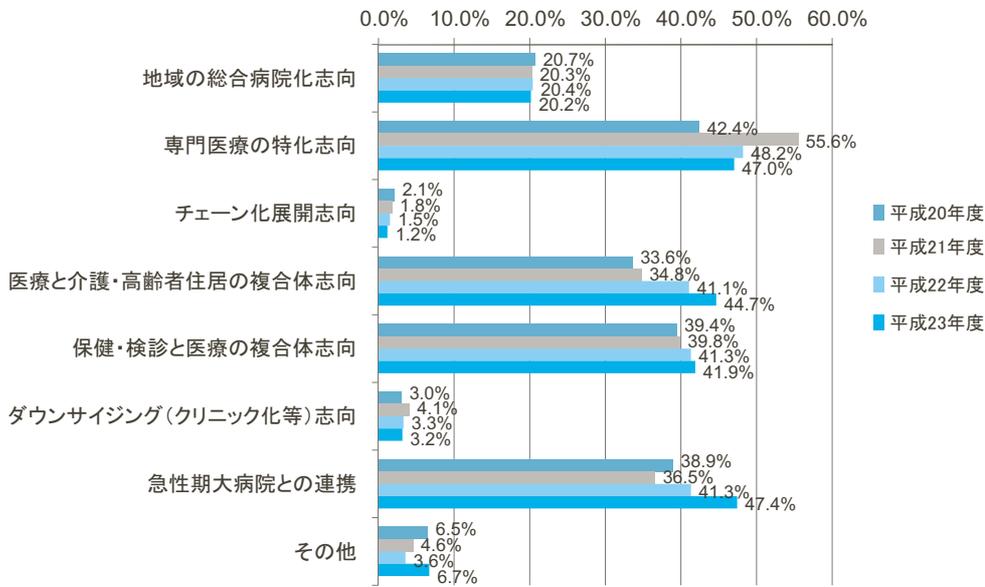
●病床構成

(スライド16) 病床構成については、この4年間あまり変わりません。「一般病床のみ」は平成23年度は52.5%でしたが、

中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題 平成20年度～23年度における経年比較				
	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
1. 調査対象施設	1,225	1,255	1,220	1,113
2. 回収数	438	402	413	263
3. 調査期間	平成20年 4月11日 ～5月9日	平成21年 4月17日 ～5月15日	平成22年 5月7日 ～5月28日	平成23年 5月6日 ～5月27日

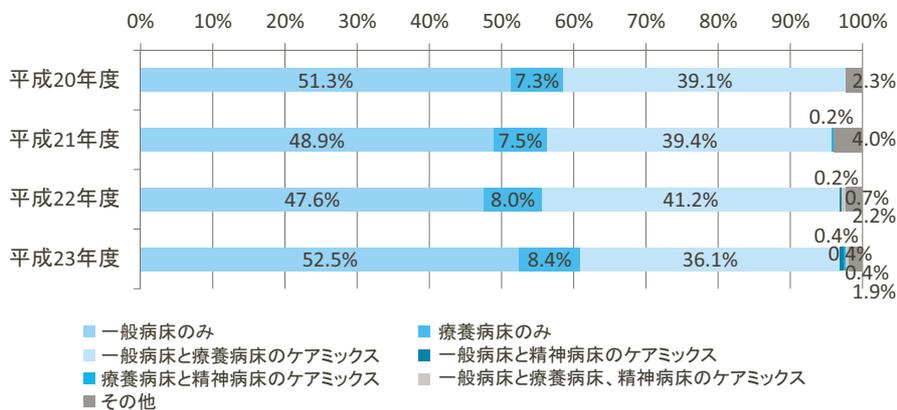
スライド14

1. 今後の経営戦略の方向性について



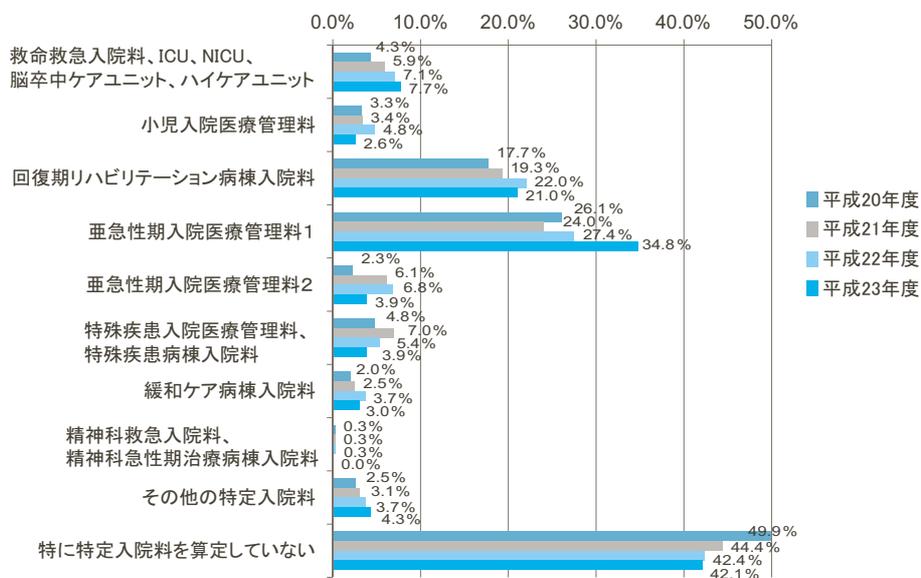
スライド15

2. 現状の病床構成について



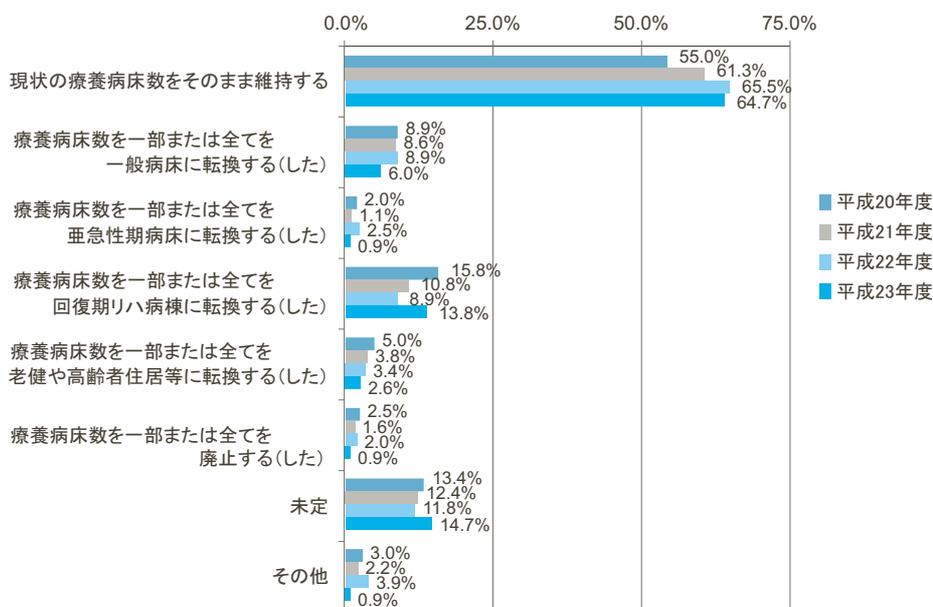
スライド16

3. 現状の特定入院料の算定について（複数回答）



スライド17

4. 療養病床の扱いについての今後の方針（H18年以降の実績を含む）



スライド18

これが平成24年度の同時改定でどういうふうになっていくか、なかなか読めないところがあります。

● 特定入院料

（スライド17）特定入院料の算定については、「回復期リハビリテーション病棟入院料」が平成23年は21.0%ですが、4年間では徐々に増えています。「亜急性期入院医療管理料」も平成23年は34.8%と増えています。

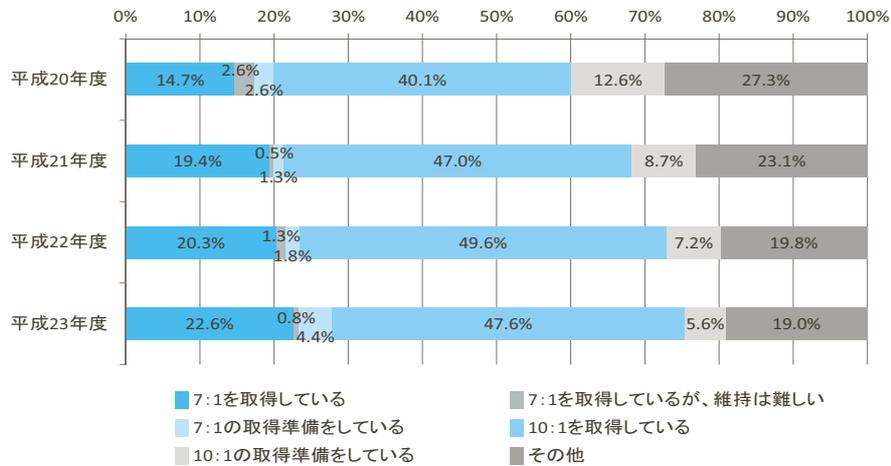
● 療養病床の扱い

（スライド18）療養病床の扱いについての方針は「現状の療養病床数をそのまま維持」という回答が平成23年は64.7%ですが、平成22年とくらべて大きな変化はありません。

● 入院基本料

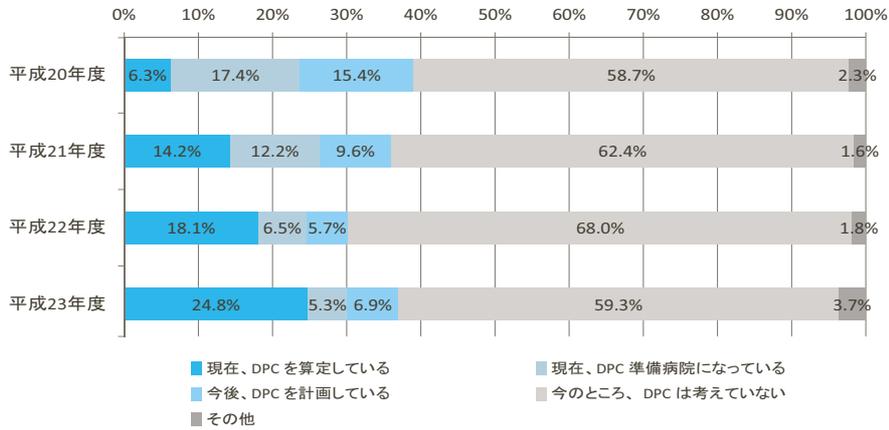
（スライド19）入院基本料については、「7：1を取得している」病院は少しずつ増えている状況です

5. 入院基本料について



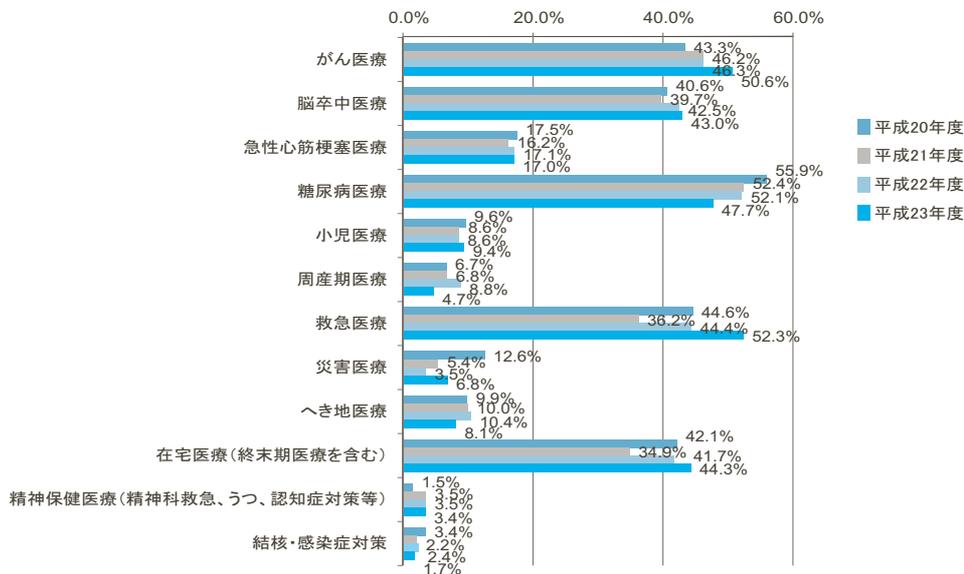
スライド19

6. DPCの算定について



スライド20

7. 今後の診療機能や連携体制の中で関心の高い疾患または事業について（複数回答）



スライド21

(平成23年は22.6%)。「10：1を取得している」(平成23年は47.6%)を合わせて少しずつ増えています。

● DPCの算定

(スライド20) DPCの算定をしている中小病院も徐々に増えてきている傾向がうかがわれます。「DPCを算定している」が平成20年度は6.3%ですが、現在は24.8%になってきています。

● 今後の診療機能や連携体制のなかで、関心の高い疾患または事業

(スライド21) 今後の診療機能や連携体制のなかで関心の高い疾患または事業については、この4年間あまり変わっていないようです。そのなかでは

「救急医療」が平成22年の44.4%から今年は52.3%と増えています。

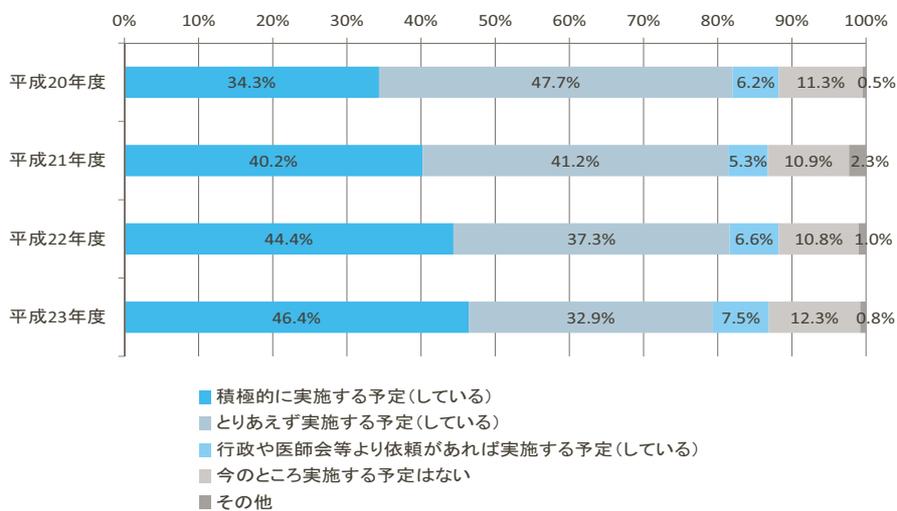
● 特定健診・特定保健指導

(スライド22) 特定健診・特定保健指導については、「積極的に実施する予定(している)」病院が、平成20年34.3%から今年は46.4%と年年増えてきています。

● 事業承継についての経営課題

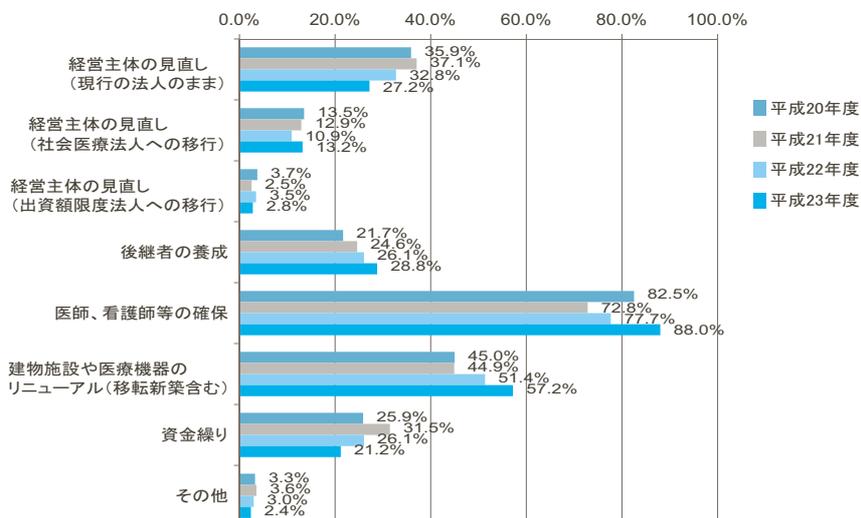
(スライド23) 事業承継についての経営課題としては、この4年間変わらずに「医師、看護師等の確保」が大きな課題であるという回答が多い状況です。以上で調査報告は終わらせていただきます。

8. 特定健診・特定保健指導について



スライド22

9. 事業承継についての経営課題(複数回答)



スライド23

座長(土井) 続いて、日本病院会副会長の大道道大先生に「中小病院の経営の質向上のために」ということで、日本病院会による中小病院への支援事業である、データ分析サービスについてご紹介いただきます。

大道先生は昭和56年に順天堂大学医学部を卒業され、大阪大学微生物病研究所、腫瘍外科講座に入局。平成2年に医療法人大道会大道病院院長に就任。その後、大阪私立病院協会や大阪府病院協会などの理事に、そして平成16年には日本病院会理事になられ、現在は同会副会長。平成22年に社会医療法人大道会森之宮病院理事長、院長に就任しておられます。では、大道先生、よろしくお願ひします。

1 中小病院の経営の質向上のために

—日本病院会の中小病院経営支援（データ分析サービス）—

大道 道大

先ほどのお話にもありましたが、地域のなかでは中小病院が重要な位置を占めていることは、論を俟たないところです。一方で、昨年（平成22年）の診

療報酬改定で救急、周産期、あるいは手術料、このあたりを中心に診療報酬が上がったのですが、巷では、急性期大病院が果実を取って、中小病院は取り損なったのではないかという話もあります。我々日本病院会は、会員構成では公私相半ばしていますし、規模の大小もさまざまですが、そのなかでも、先ほど数が出ていましたが1,000を超える中小病院が知られます。

日本病院会としても、そのように重要な位置にいる中小病院の経営を少しでも強化できる方策はないかということで、今回、中小病院経営支援事業（データ分析サービス）をスタートすることにしました。これについて少しご紹介いたします。

日本病院会の会員に提供されるデータ分析サービスの概要

① 多彩な分析

レセデータ+α

レセプト必須入力データを基本としつつ、データ付加で高度な分析も可能とする。レセプト任意入力データやレセプト外データの付加で多面的にデータを処理し、多彩な分析を出力します。

② 負担は軽減

安全で容易な仕掛け

院内に処理システムを設置し、患者個人情報の院外持出し無し。分析データは日病が遠隔抽出処理し、病院は専門スタッフ不要。分析結果はウェブで提供し、高級なPCやソフトは不要。

③ 高度で容易

多面的データ表現を容易に

病院組織、患者像、疾患像、時期変動、の4カテゴリーの段階的な出力。動的なグラフで項目毎の変量も明解。ICD-10やKコード、診療行為や部門稼働のマスターで出力を多様化。

④ 継続性ある

継続すると変化が判る

月毎の処理で分析結果を報告。継続することによって月毎や四半期毎、年度毎の変動を比較して分析することが可能。時間経過による変化を動的グラフの軌跡表示で解りやすく可視化。

⑤ GISと類型

全国の地域・病院と比較

地域の人口動態や推計患者、医療資源のデータを病院を中心とした商圏で抽出し、全国各地の地域や病院と比較。類似する地域や病院で分析データの指標導出も行う。

■日本病院会の会員に提供される中小病院経営支援（データ分析サービス）の概要

（スライド1）考えているのは、レセプトデータを主に、それらを病院の経営分析、経営向上に資するものにしようということです。ただ、もっと突っ込んだ解析をするにはレセプトデータだけでは足りないところがありますので、そこに「プラスα」を入れていただくとさらに多彩な分析ができます。それをあとでご紹介します。

基本的にこの処理システムはそれぞれの院内に設置します。ですからレセプトデータの院外への持ち出しはありません。個人情報保護の観点からも、保険者以外にレセプトデータを院外に持ち出すことは若干問題がありますので、院内処理が基本です。「負担は軽減」と書いてありますが、専門スタッフは不要で、高級なPCやソフトも不要です。

高度ということについては、同じデータでもいろいろな切り口によって見方が変わることを後でお示しいたします。

スライド1

レセプト任意項目入力データ	診療付帯データ 診療日 カレンダー形式で回数記録 ※H24.3月まで省略可	患者付帯データ 性別等 10パターン分類	診療付帯データ 投薬情報	診療付帯データ 人体部位 33パターン分類	患者付帯データ 診療科 点数の高い診療科から最大3科まで
	追加分析機能 日別分析 日時総括 日時推移	年齢区分 性別区分	院外・処方 薬剤集計	疾患部位	科別分析
レセプト以外の付帯データ	患者付帯データ 連絡先 住所・郵便番号	診療付帯データ 来院歴	患者付帯データ 病棟情報 病棟情報と診療データとの連動の必要性あり	診療付帯データ 医師情報 医師情報と診療データとの連動の必要性あり	診療付帯データ 科別診療 併科受診情報
	追加分析機能 GIS解析 患者分布 集積範囲	頻度分析	病棟別収入	医師別収入	診療行為情報の診療科把握

※中小病院のレセプト電算処理を基軸とした分析データ取得を想定。機能の一部は情報システムベンダーのデータ保持方法で左右される。

レセプト必須入力以外のデータによる分析機能の追加

スライド2

継続性があるので、経年で結果を取りそろえることによって、自院が今向かっている方向性もわかり、また課題も描出されます。

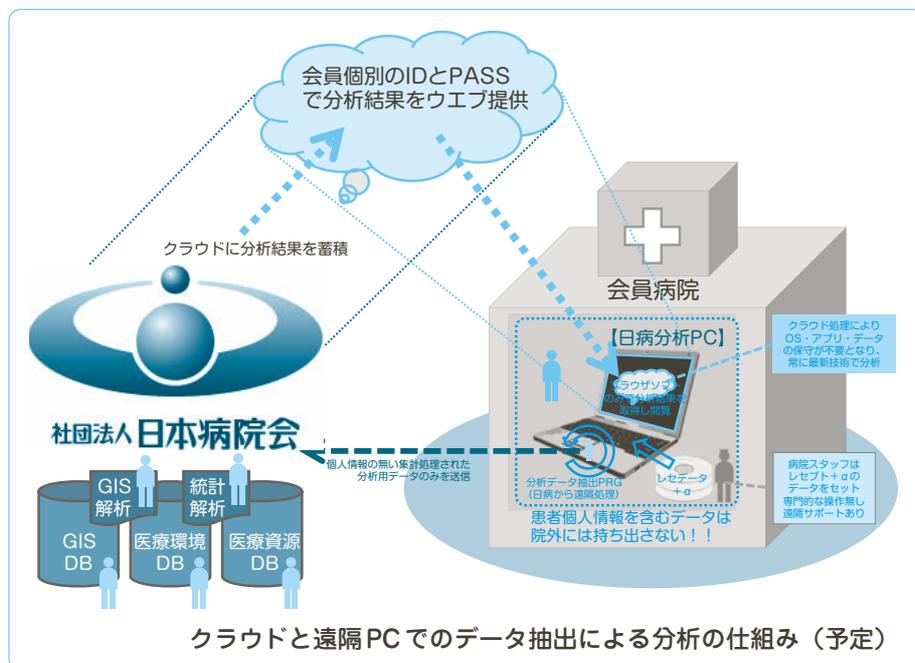
GISは、地図の上にいるような情報はめ込んで、有機的にわかりやすいようにしようというもので、これも後ほど具体例をお示しします。

(スライド2) 先ほど申しましたレセプトデータのプラスαの任意項目としては、現在このような項目を考えています。一見すると何かとても面倒のように見えるかもしれませんが、これはパターンで入力できるようにしていますので、さほど困難ではないと思います。

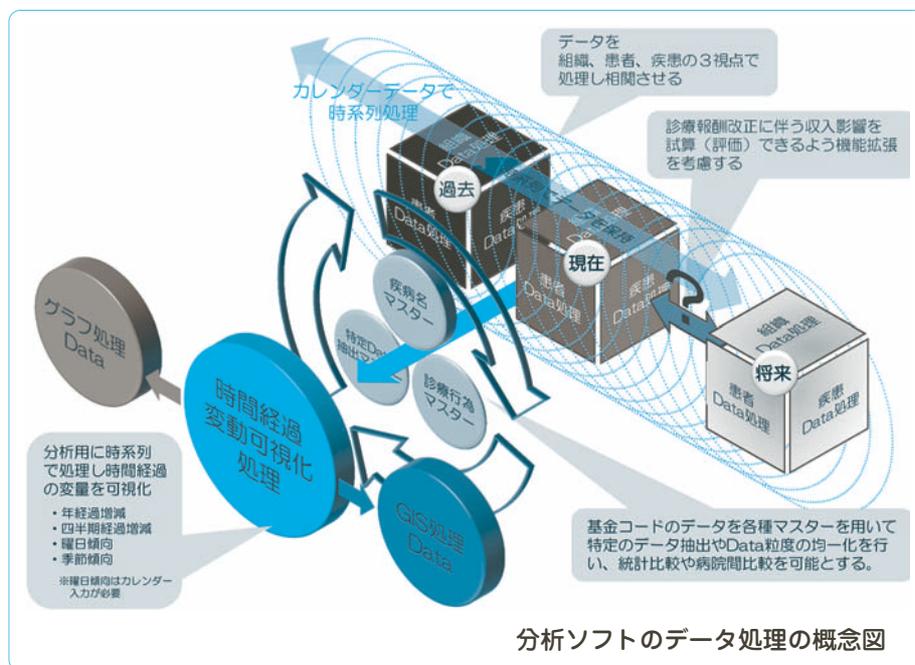
(スライド3) 概念図はこのようになります。会員病院内に「日病分析PC」というものを置いていただき、ここに月々のレセプトデータを入れていただきます。ここで使う分析ソフトはウェブ上からダウンロードし、アップデートされたものを使っていただくことになります。そして、日計や年計、あるいは経年の変化などを会員病院内で見ただけで、自院の経営に生かしていただければと思っています。

ただ、自院の分析だけではどうしても足りないところがあります。そのあたりは、日本病院会からもいろいろな病院を類型化したデータを出しますので、その類型化された病院のなかで自院に近いものとベンチマーキングしていただくことによって、より精密な分析が可能になると思います。

(スライド4) 例えば自院のデータに限っても、現



スライド3



スライド4

在のデータと過去の積み重ねたデータとを比較することができます。そして、ベースにはここに書いたような疾病名・診療行為・特定データ抽出などのマスターがありますので、ICD-10を中心に病名分析や診療行為別などを放り込んでおきますと、例えば、将来、診療報酬点数改定があるときなど、そのシミュレーションが即座に行えて、少しでも早く新しい手が打てるわけですので、これは小回りの利く中小病院にこそ必要なものではないかと思っています。

病院名 都道府県名 二次医療圏名 病院コード
 会員コード 類型区分1 類型区分2 類型区分3 類型区分4

2011年レポート
 1月 2月 3月
 4月 5月 6月
 7月 8月 9月
 10月 11月 12月
 2010年レポート
 2009年レポート

出力形式
 グラフ出力
 表出力
 マップ出力

処理項目 部門組織 患者属性 行為属性
 全 入 外 科 医 性 年 住 治 検 処

集計項目
 件数
 人数
 点数
 集計単位
 年
 月
 曜日
 時間

分析出力領域

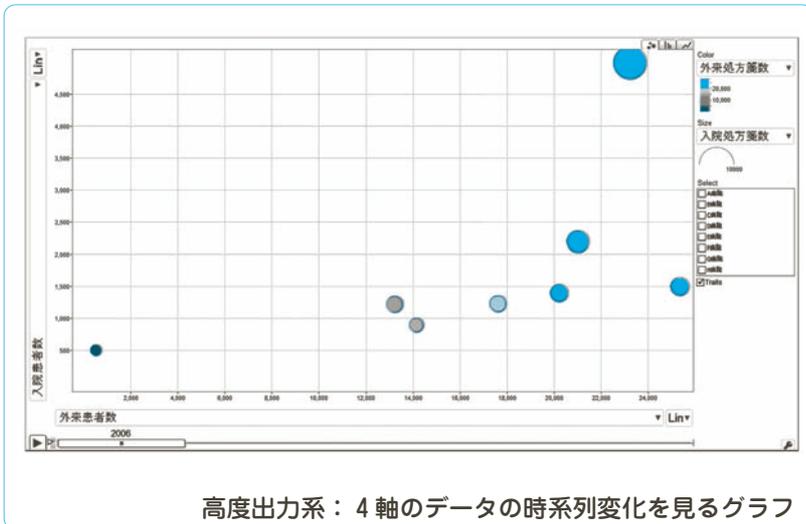
テキスト出力領域

ガイド 解説 印刷 ヘルプ

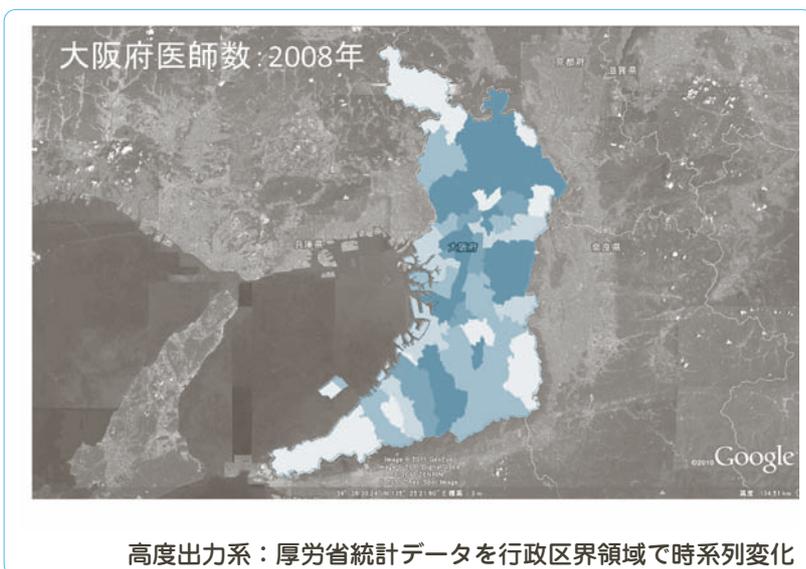
出力領域周辺の選択ボタンによって処理項目や処理方法、出力形式を選択。

クラウド上のウェブ処理画面レイアウト（検討中）

スライド5



スライド6



スライド7

スライド5に示したのは入力画面と出力画面のイメージです。ボタンをクリックするだけで入力や選択ができ、グラフなどの出力ができるようなものを現在作成中です。

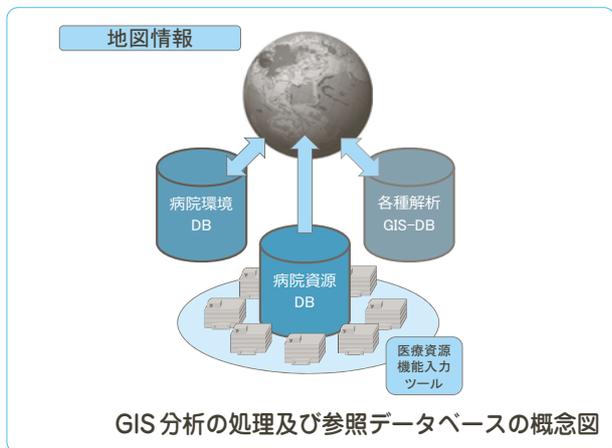
スライド6の画面のグラフは、文字が薄くて見えにくいですが、縦軸が入院患者数、横軸が外来患者数を示しています。図中の丸は1つ1つの病院で、丸の大きさが入院処方箋数を、丸の色が外来処方箋数を示しています。ですから、丸が大きいほど入院処方箋数が多く、また、実際の画面では赤色（本誌上では濃い緑色になっています）に近いほど外来処方箋数が多い病院です。

そして、これらの病院のデータの経年変化も、この画面の左下の部分に2006となっている年次の部分を動かすことによって見るすることができます。この画面のものはダミーのデータで、現実のデータではありませんが、ある病院はいったん外来数下がったところでまた盛り返してきたとか、あるいは入院が近年減ってきたとか、そのような変化がわかるというものなのです。

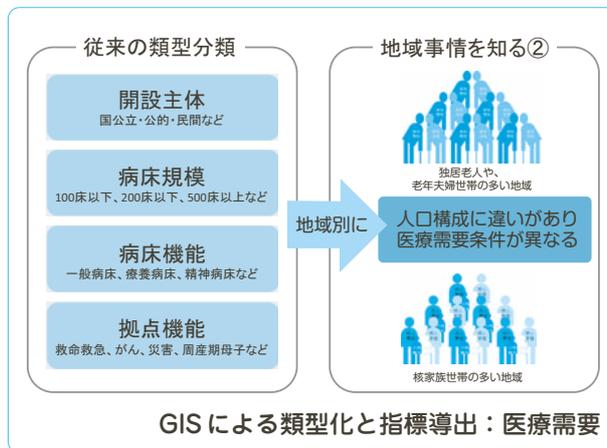
スライド7に示す大阪府のところを色で塗りつぶした衛星写真は、大阪府の医師の偏在を知ろうということで、1998年からの医師数の動きを見ることができるものです。今は2008年の画面が出ています。経年的に見るとドラマチックな動きがあるかと思ったのですが、あまり変化がなく、面白くない地図になりました。こういうこともできるわけです。これは我々（日本病院会）がベースとして持っている情報を処理したものです。

●GISによる新類型分析

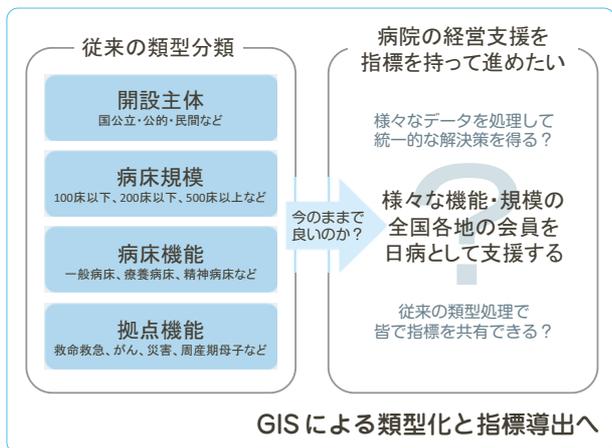
スライド8に示す図のように、各種解析GISデータベース、病院環境



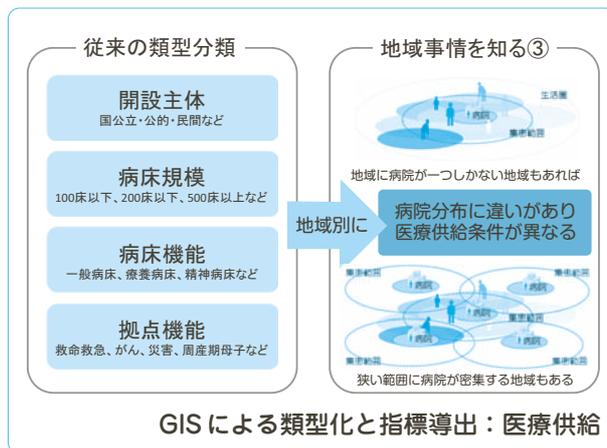
スライド 8



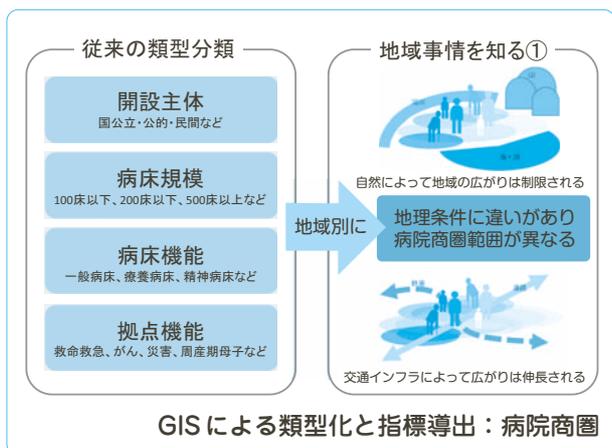
スライド11



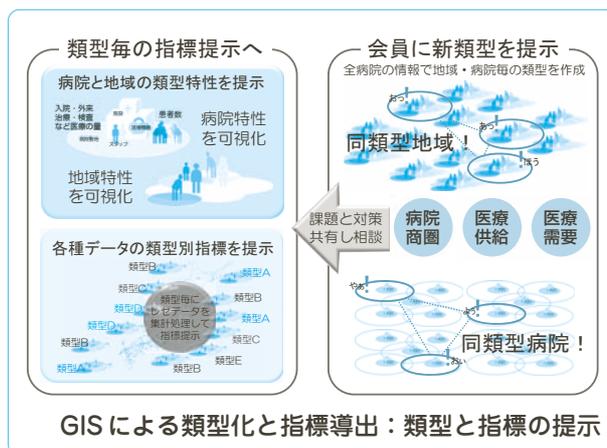
スライド 9



スライド12



スライド10

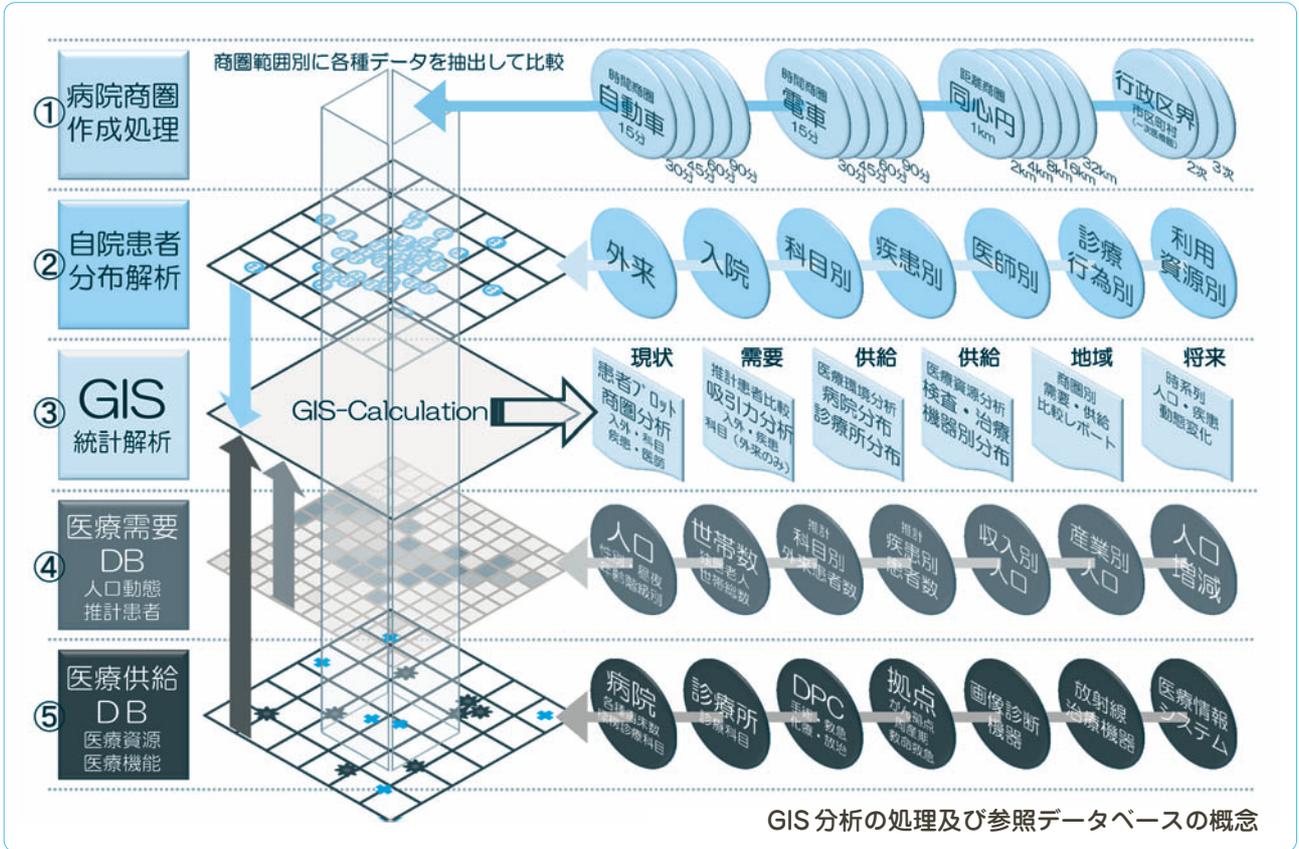


スライド13

データベース，病院資源データベースといったものを地図上に貼り込んでいくというのがGISの概念です。

（スライド9）病院の分類についてですが，従来は開設主体や病床規模や病床機能，拠点機能で分類していたわけですが，その分類が正しいかどうかというところに我々は注目しました。

（スライド10～12）実際のところ，病床規模と病床機能だけで分類しても現実には合わないところがたくさんあります。例えば海，川，山など，そうした地理的条件によって患者さんの行動は変わります。また，交通インフラによっても大きく変わります。もちろん人口構成や核家族世帯の数によっても地域の患者さんの行動は大きく変容します。さらに，1地



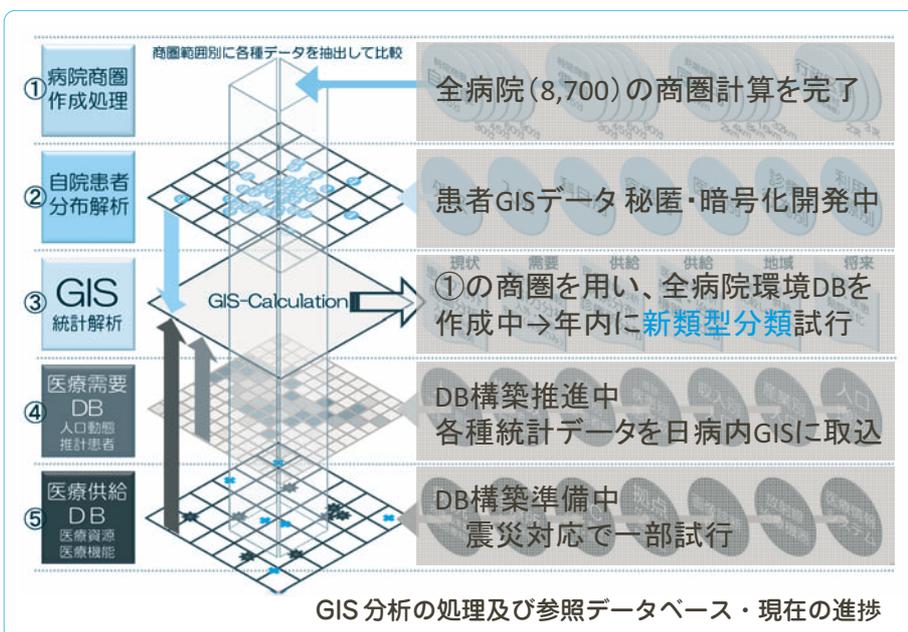
スライド14

域に1病院という独占状態の所と、狭い範囲に非常に多くの病院が密集している所とでも、当然違ってきます。ですから、今までのように病床規模や病床機能だけで病院を類型化しても、なかなか比較対象にはならないはずです。

(スライド13) そこで、いろいろな地域の病院群の

なかから、同類型の地域、同類型の病院を探し、それを類型化することによって、病院の特性あるいは地域特性を可視化し、評価したいと考えています。そういうことができるのかどうか、現在作業しているところです。

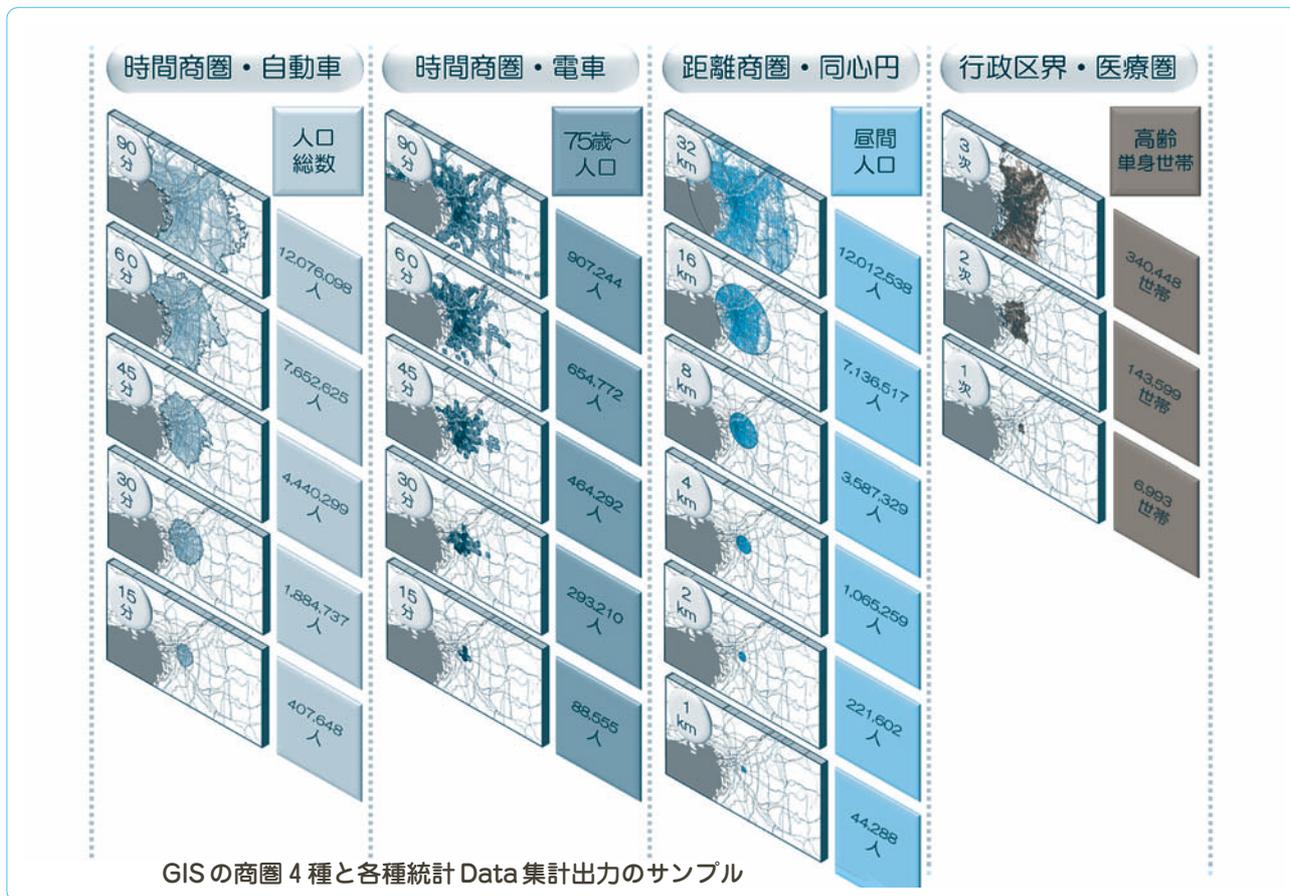
(スライド14) 具体的には、GISの地図情報のなか



スライド15

に、医療供給データベース（病院や診療所の位置のプロット、規模別のプロットなど）と、医療需要データベース（人口、世帯数、疾病数など）を貼り込んで一緒にします。そして、病院商圏（例えば自動車や電車にかかる時間や距離など）を貼り込み、そこに自院患者分布を放り込んで解析を行う。こういうイメージになります。

(スライド15) 現在のところ、①の病院商圏については全病院8,700の計算は



GISの商圏4種と各種統計Data集計出力のサンプル

スライド16

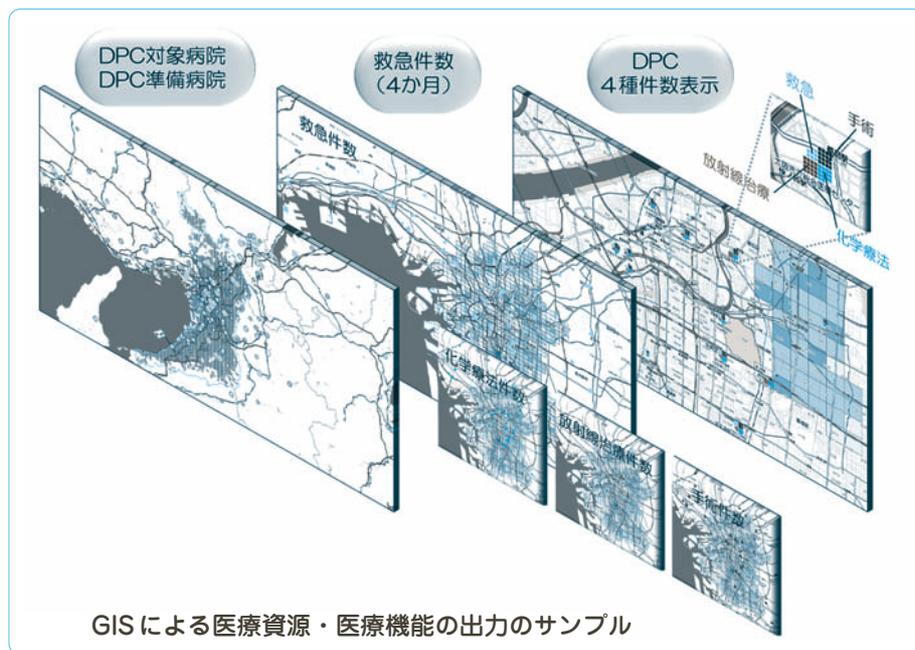
おおむね完了しています。

④の医療需要データベースに関しては、各種統計データ（人口データや疾病別のデータなど）を日病で作成中です。⑤の医療供給データベースは、今回の震災への対応もありまして、かなりの部分がもう貼り込まれています。これらが揃ってくると、先ほどお話しした新しい類型分析ができるのではないかと考えています。

■ GIS分析の出力サンプル

実際にどのような出力ができるか、簡単にご説明します。

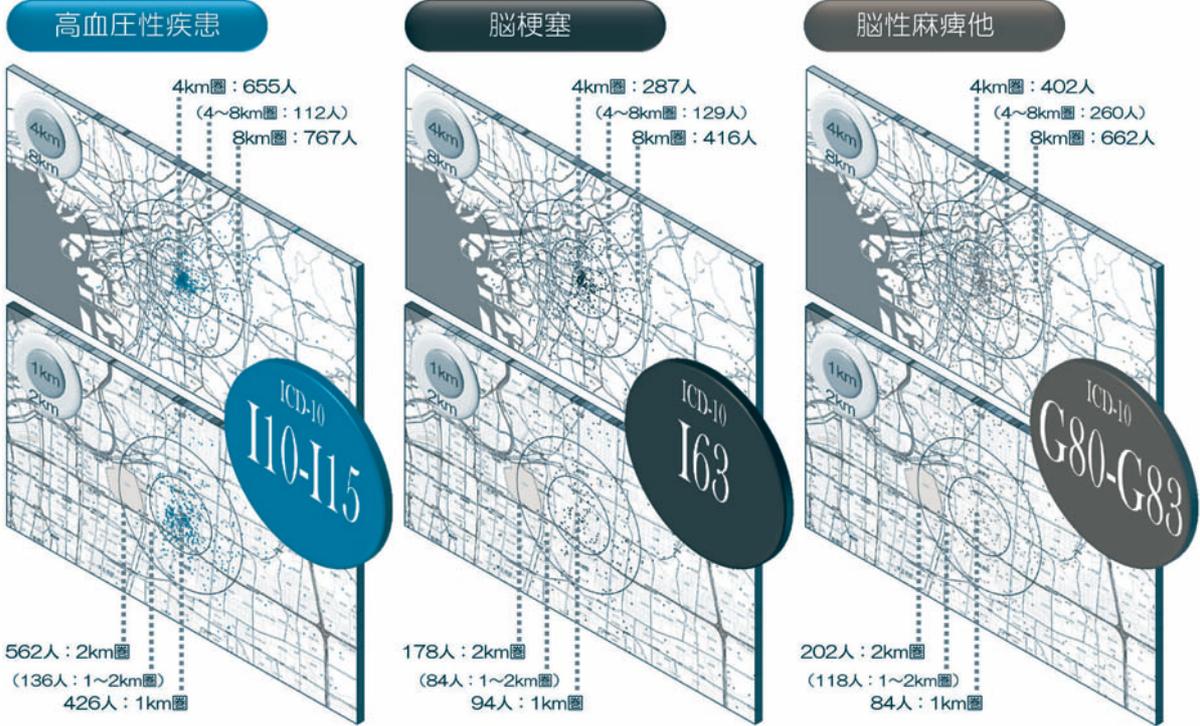
（スライド16~18）人口総数、75歳以上の高齢者人口、昼間人口、その他いろいろな情報がありますが、それらをすべて大阪府の地図上にはめ込んでい



GISによる医療資源・医療機能の出力のサンプル

スライド17

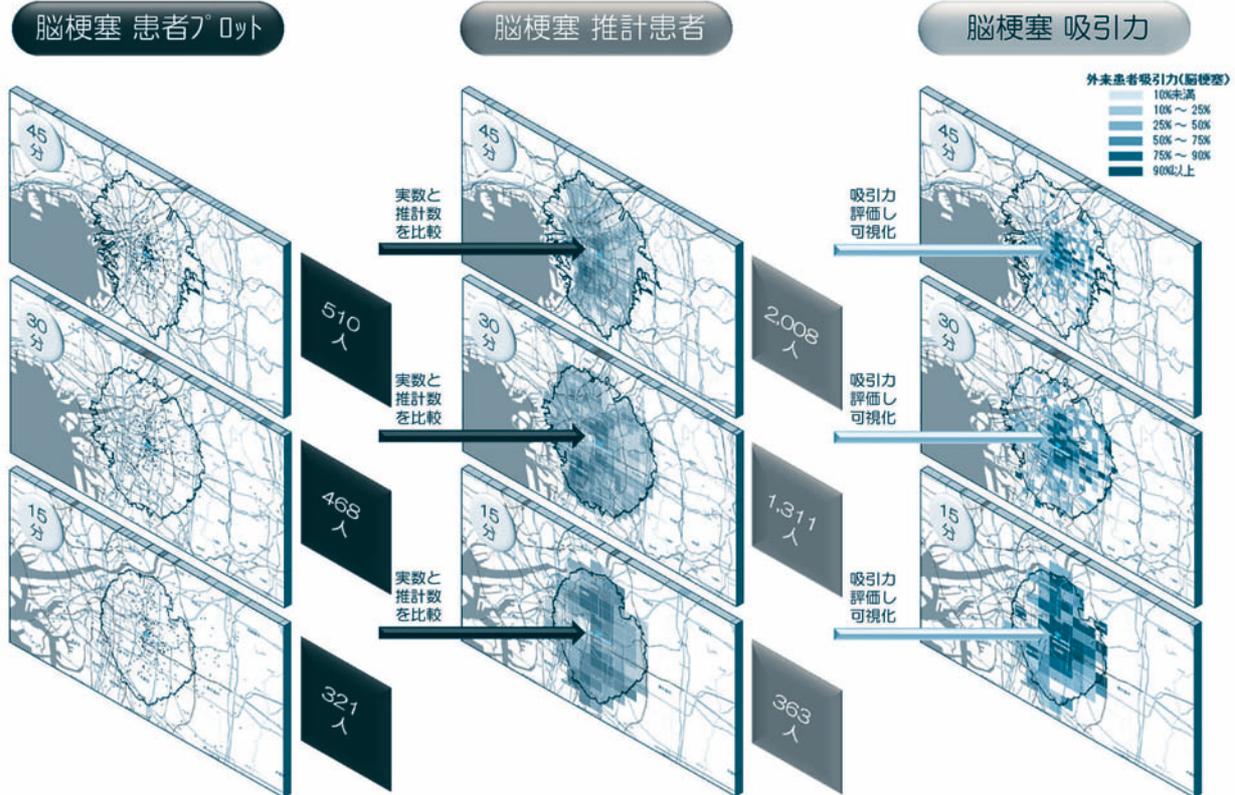
きます。そこに病院群をはめ込み、救急件数などもはめ込んでいきます。そして、疾病の発生件数——ここでは高血圧、脳梗塞、脳性麻痺の例——を入れていきます。スライド18は私どものボバース記念病



※疾患別GIS分析処理は実データから抽出して検証。(ポバース病院 2010, 4~9)

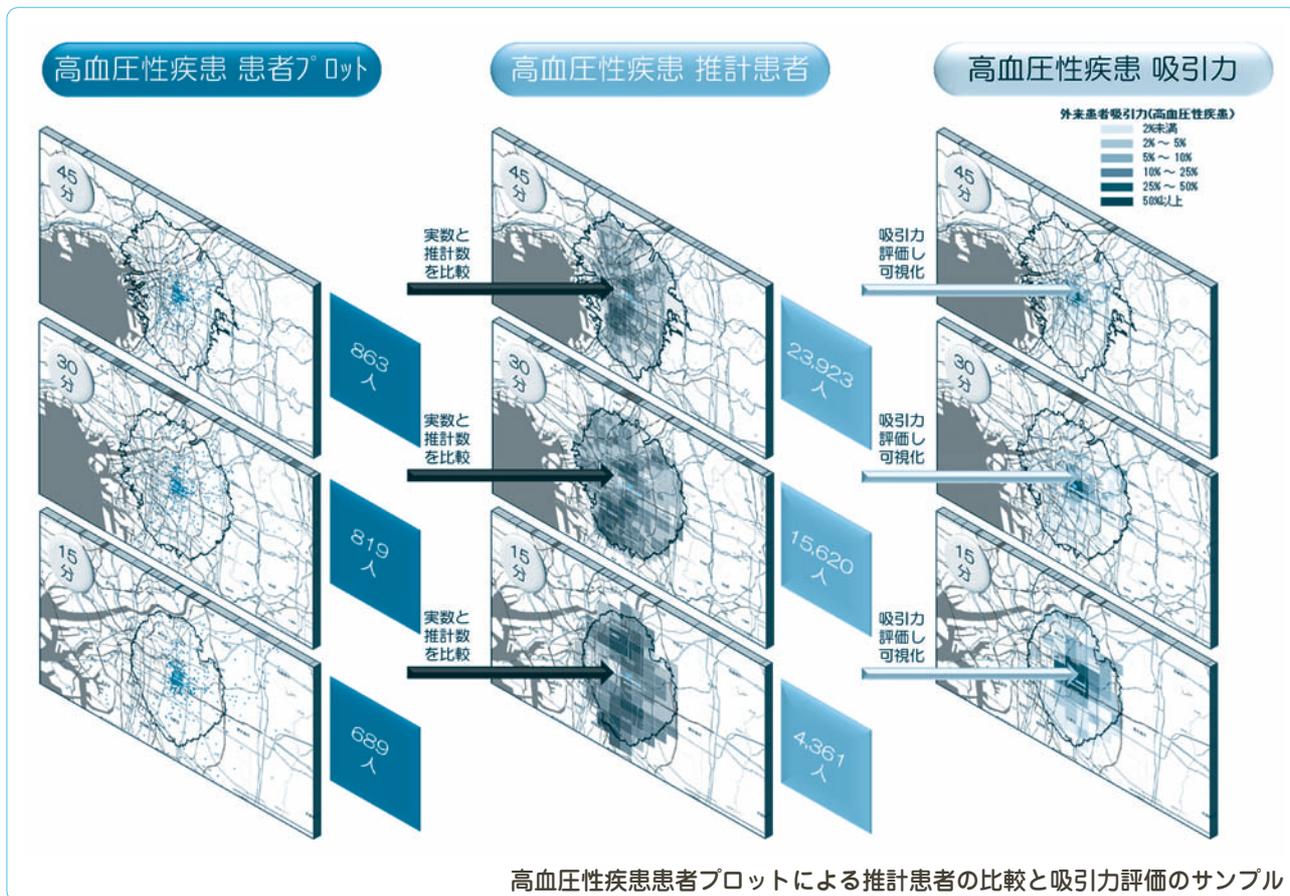
疾患別患者 (ICD-10 分類) のプロット (距離商圏: 同心円) と商圏内患者数集計のサンプル

スライド18



脳梗塞患者プロットによる推計患者の比較と吸引力評価のサンプル

スライド19



スライド20

院のデータを使ってシミュレーションしたのですが、この患者さんのデータを入れたものと、先ほどのGISとを突き合わせるとどういことができるか。

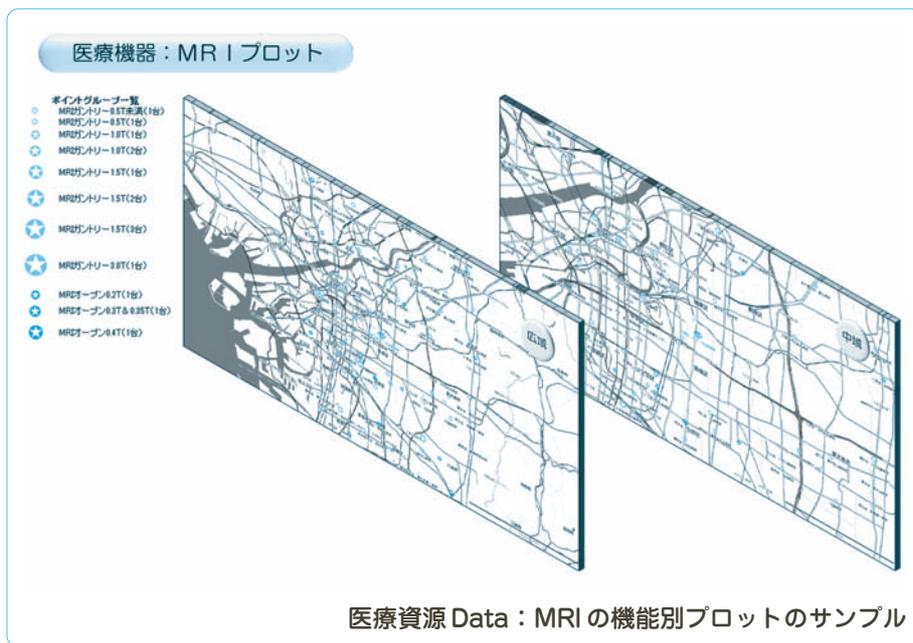
(スライド19) 例えば脳梗塞を例にとると、脳梗塞の推計患者（人口と年代別割合に疾病構造のパーセンテージを掛け合わせて出した数）に、この病院の脳梗塞による通院または入院患者のプロットを突き合わせれば、この病院の吸引力（シェア率）が出てきます。あるいは、自院の弱いエリアはどこか、非常に強いエリアはどこかということも出てきます。

こうしたことは今後の中小病院経営の有力な武器になると思います。

(スライド20) 同様に高血圧の患者さんでプロットすれば、このような結果が

出ます。

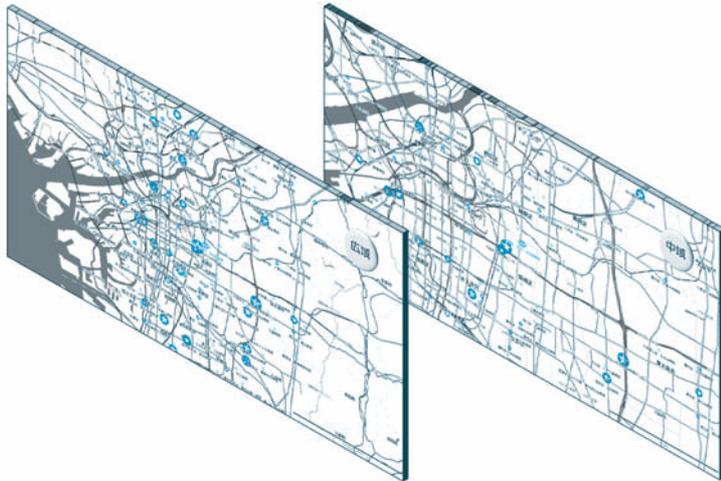
(スライド21, 22) また、地域による医療機器のインフラ整備、例えばMRIはどれくらいの磁力のものがどのように分布しているか、あるいはCTについてはどうかなども、地図上にはめ込むことによって



スライド21

医療機器：CTプロット

- 単一グループ一覧
- CTシングル(1台)
- CTシングル(2台)
- CTシングル(3台以上)
- CTマルチ(1台)
- CTマルチ(2台)
- CTマルチ(3台)
- CTマルチ(4台)
- CTマルチ(5台)
- CTマルチ(6台)
- CTマルチ(7台)
- CTマルチ(8台)
- CTマルチ(9台)
- CTマルチ(10台)
- CTマルチ(11台)
- CTマルチ(12台)
- CTマルチ(13台)
- CTマルチ(14台)
- CTマルチ(15台)
- CTマルチ(16台)
- CTマルチ(17台)
- CTマルチ(18台)
- CTマルチ(19台)
- CTマルチ(20台)
- CTマルチ(21台)
- CTマルチ(22台)
- CTマルチ(23台)
- CTマルチ(24台)
- CTマルチ(25台)
- CTマルチ(26台)
- CTマルチ(27台)
- CTマルチ(28台)
- CTマルチ(29台)
- CTマルチ(30台)
- CTマルチ(31台)
- CTマルチ(32台)
- CTマルチ(33台)
- CTマルチ(34台)
- CTマルチ(35台)
- CTマルチ(36台)
- CTマルチ(37台)
- CTマルチ(38台)
- CTマルチ(39台)
- CTマルチ(40台)
- CTマルチ(41台)
- CTマルチ(42台)
- CTマルチ(43台)
- CTマルチ(44台)
- CTマルチ(45台)
- CTマルチ(46台)
- CTマルチ(47台)
- CTマルチ(48台)
- CTマルチ(49台)
- CTマルチ(50台)
- CTマルチ(51台)
- CTマルチ(52台)
- CTマルチ(53台)
- CTマルチ(54台)
- CTマルチ(55台)
- CTマルチ(56台)
- CTマルチ(57台)
- CTマルチ(58台)
- CTマルチ(59台)
- CTマルチ(60台)
- CTマルチ(61台)
- CTマルチ(62台)
- CTマルチ(63台)
- CTマルチ(64台)
- CTマルチ(65台)
- CTマルチ(66台)
- CTマルチ(67台)
- CTマルチ(68台)
- CTマルチ(69台)
- CTマルチ(70台)
- CTマルチ(71台)
- CTマルチ(72台)
- CTマルチ(73台)
- CTマルチ(74台)
- CTマルチ(75台)
- CTマルチ(76台)
- CTマルチ(77台)
- CTマルチ(78台)
- CTマルチ(79台)
- CTマルチ(80台)
- CTマルチ(81台)
- CTマルチ(82台)
- CTマルチ(83台)
- CTマルチ(84台)
- CTマルチ(85台)
- CTマルチ(86台)
- CTマルチ(87台)
- CTマルチ(88台)
- CTマルチ(89台)
- CTマルチ(90台)
- CTマルチ(91台)
- CTマルチ(92台)
- CTマルチ(93台)
- CTマルチ(94台)
- CTマルチ(95台)
- CTマルチ(96台)
- CTマルチ(97台)
- CTマルチ(98台)
- CTマルチ(99台)
- CTマルチ(100台)



医療資源 Data：CTの機能別プロット

スライド22

て、どのような出力ができるかをお話しします。

スライド23に示すような月別の入院外来別の数、男女別の数、年齢階級別の外来の数、科別の数、こうしたものはもちろん出すことができます。

さらに、医師情報を入れていただくと、ドクター別の月別患者数が出てきます（スライド24左上）。外来の数を曜日別に出すことも簡単です（スライド24右下）。病院の外来は月・水・金曜に患者さんが集中する

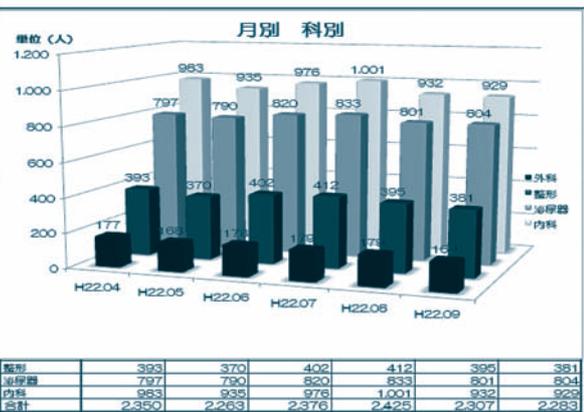
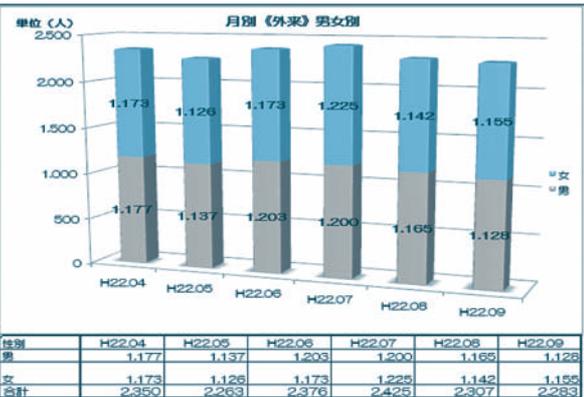
いろいろな方策がとれることになります。スライドにお示しするのは大阪市内の例です。

■レセプト分析のグラフ出力サンプル

次に、レセプトそのものを分析したグラフについて

ことが多いのですが、その場合は火・木曜を平準化することができればもっと効率的になるはず。そのためにはどの科のどの医師を動かせばいいかということも推定可能になります。

スライド24右上・左下、スライド25に示すような



患者数分析グラフのサンプル1

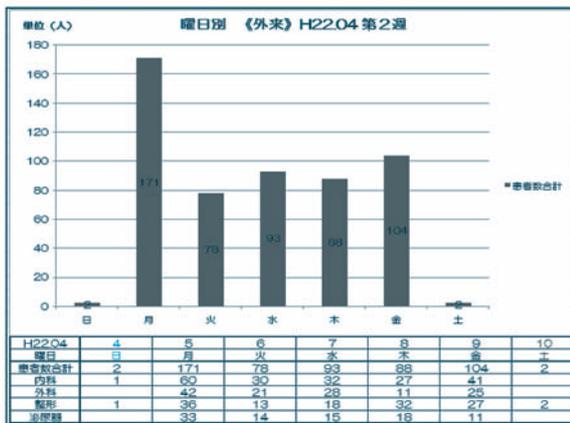
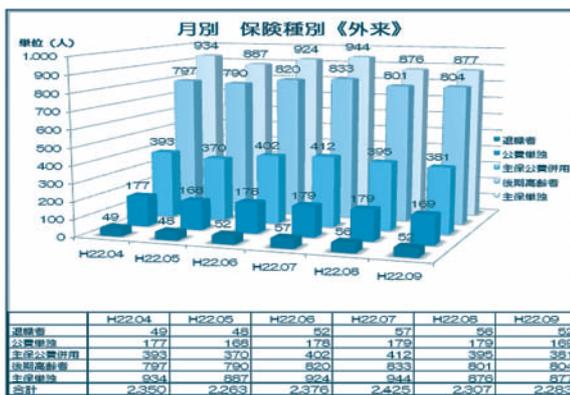
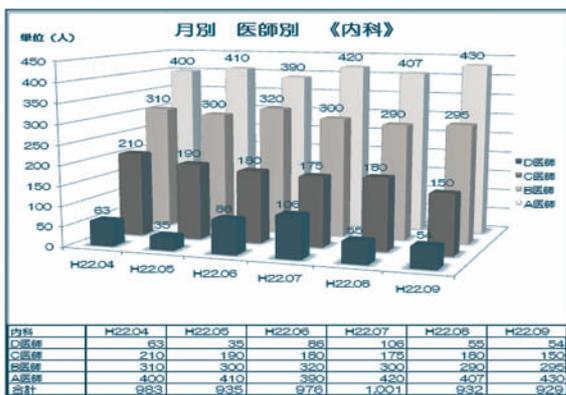
スライド23

保険種別のいろいろなグラフも簡単にできます。

また、例えば診療行為別のグラフ（スライド26左上・右上）や、同一日併科受診患者数やその科数、およびその経時変化（スライド27左上・右上）も出せます。どの曜日に併科受診、多科受診が多いかということも三次元のグラフ（スライド27右下のような）で出せばビジュアルでわかりやすくなります。

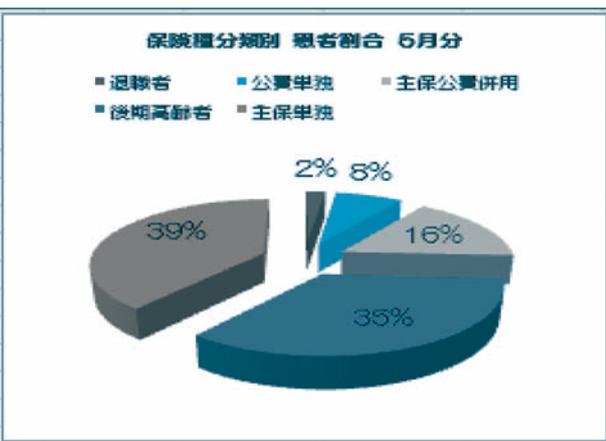
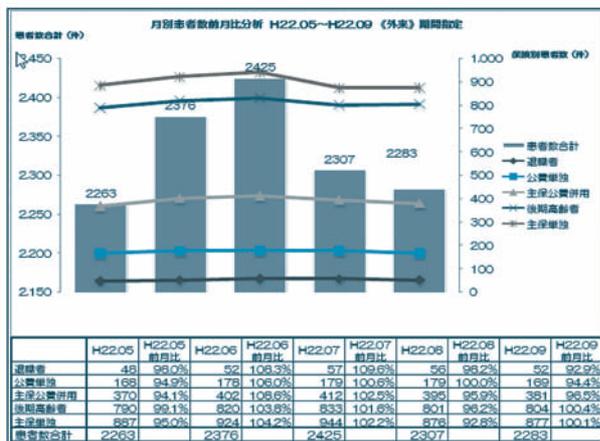
そのほかスライド28, 29に示すように、いろいろなグラフができます。こうしたグラフはエクセルなどを使って自分で入力して作るのは非常に大変ですので、その手間を省けるように、ボタン1つでグラフ化できるようにしていこうと考えています。

もう少し例を挙げますと、自院での放射線機器の稼働状況や、撮影件数の推（→38ページへつづく）



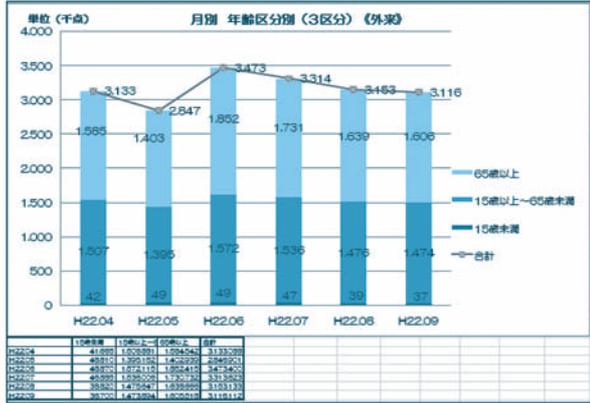
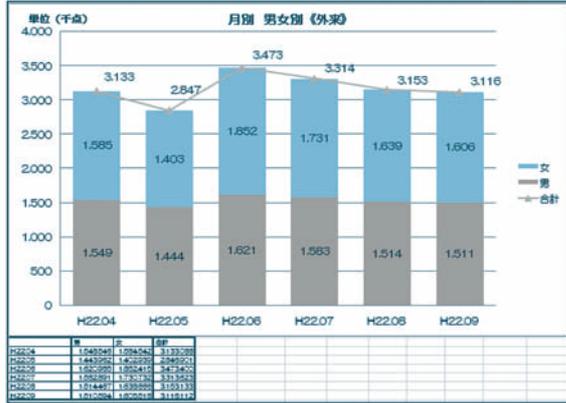
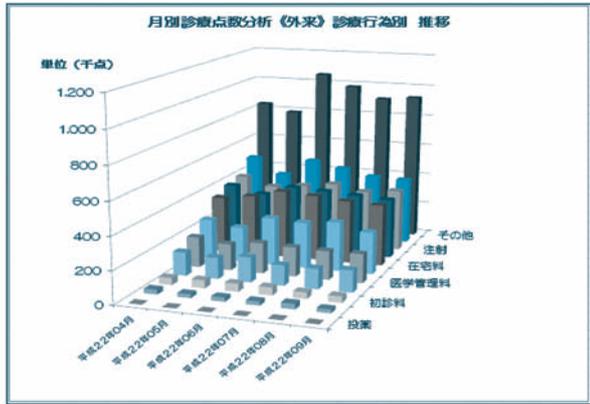
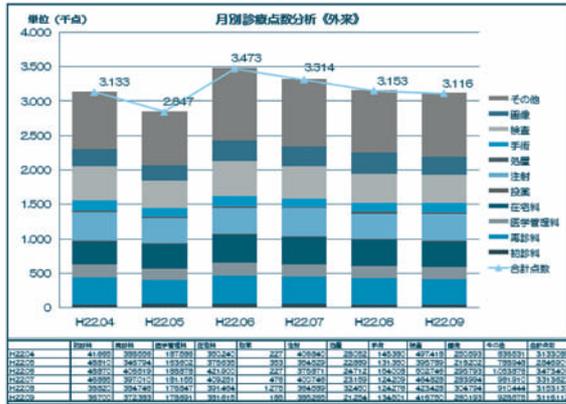
患者数分析グラフのサンプル2

スライド24



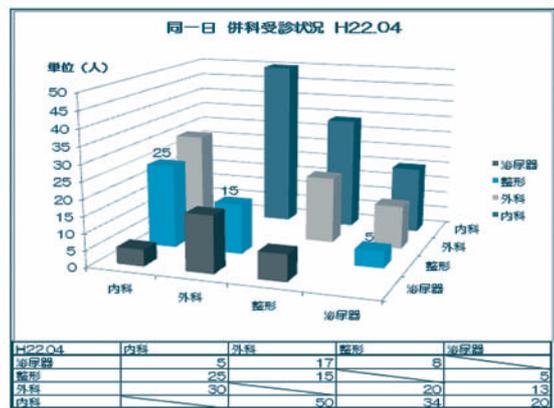
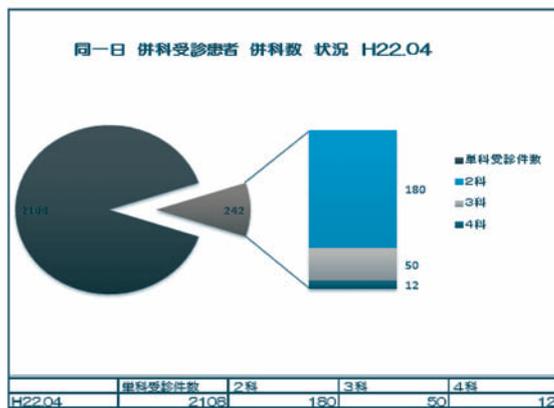
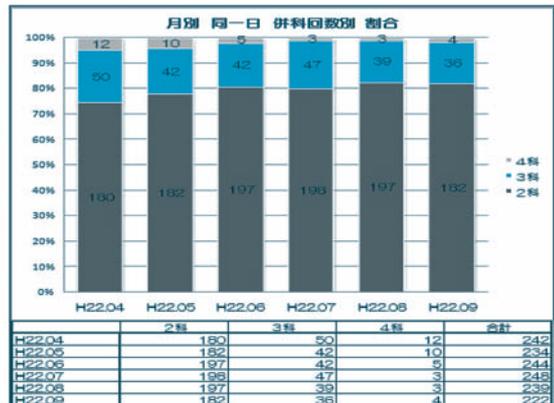
患者数分析グラフのサンプル5

スライド25



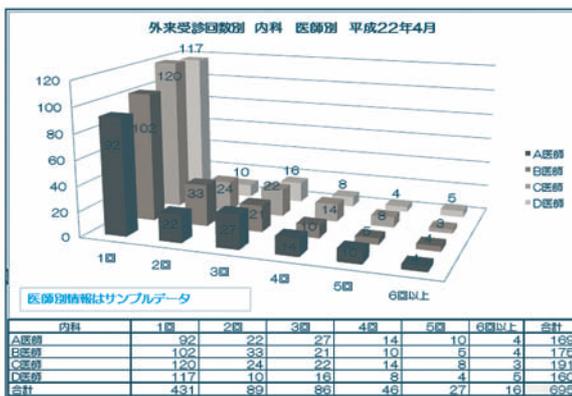
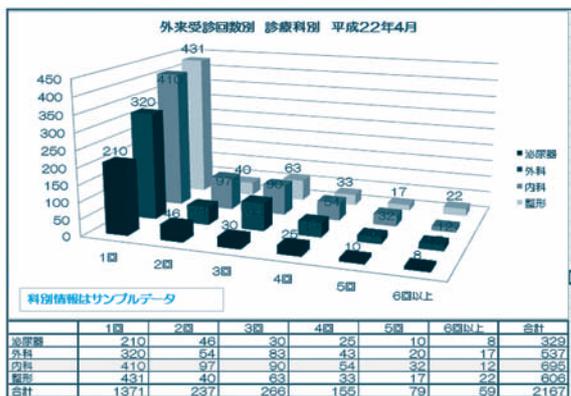
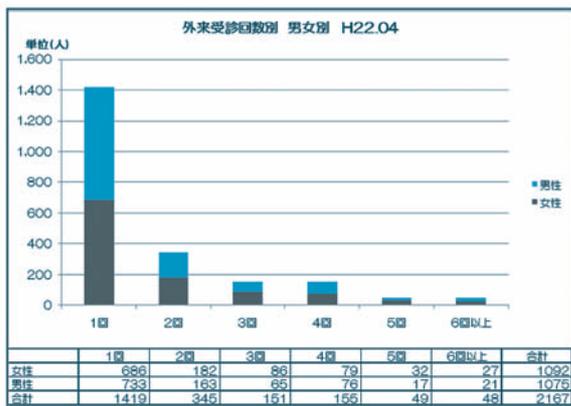
診療点数分析グラフのサンプル 1

スライド26



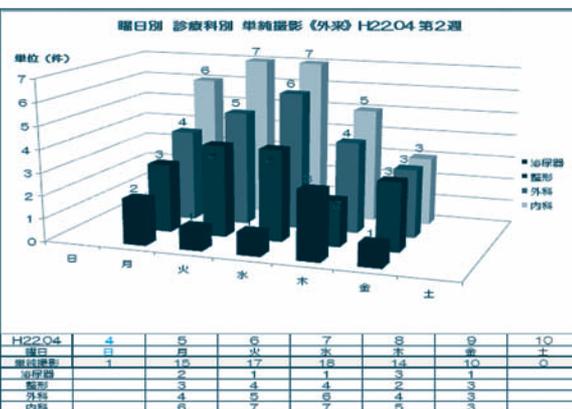
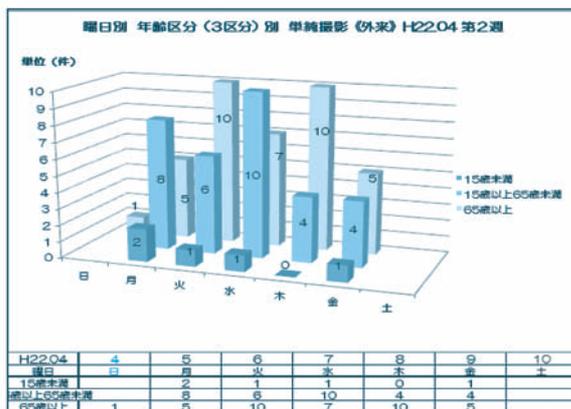
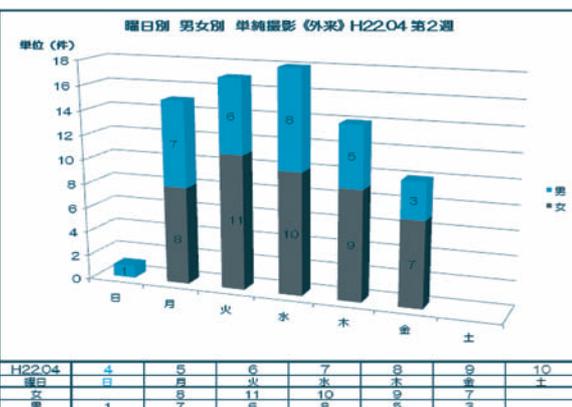
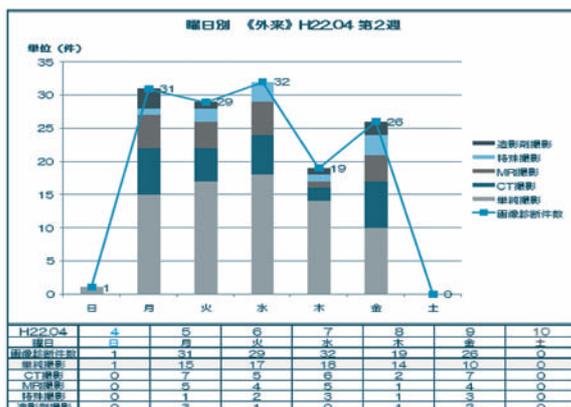
診療科受診状況分析グラフのサンプル 1

スライド27



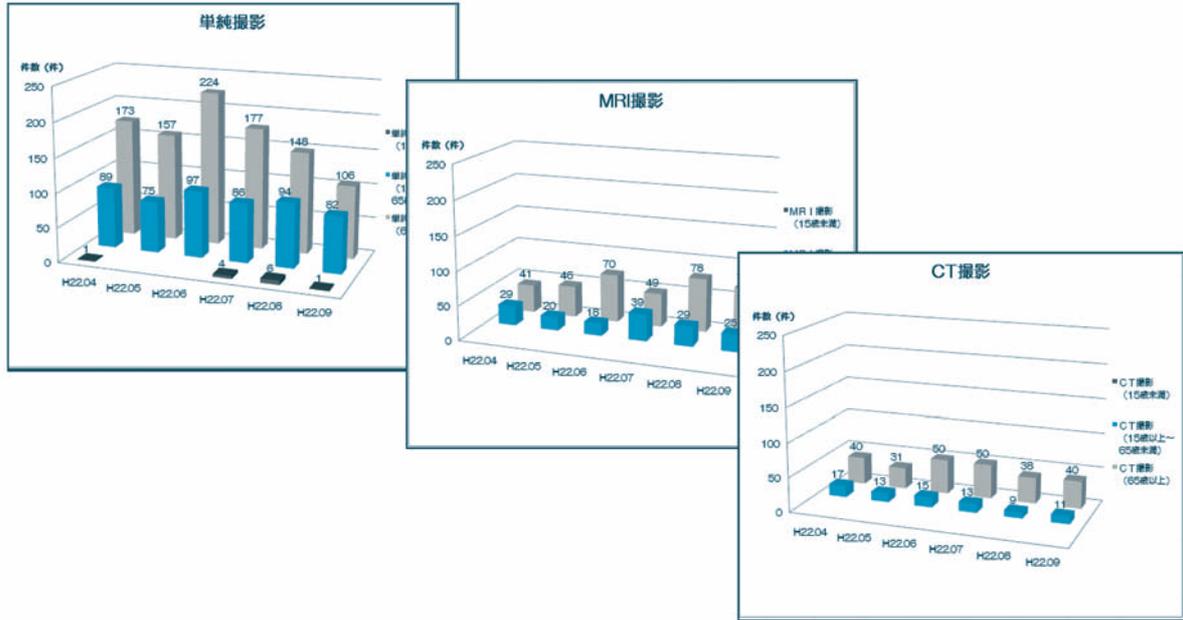
診療科受診状況分析グラフのサンプル2

スライド28



画像診断分析グラフのサンプル2

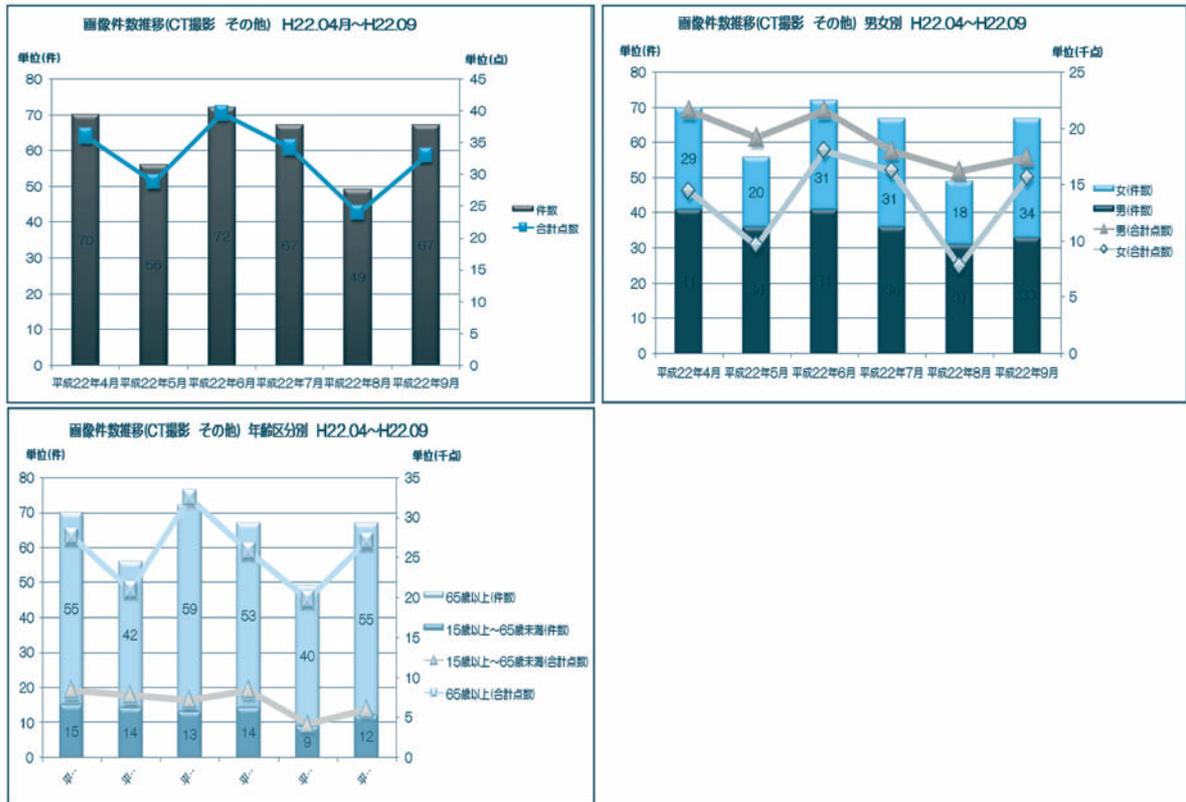
スライド29



	単純撮影 (15歳未満)	単純撮影 (65歳以上)	単純撮影 (15歳以上～ 65歳未満)	造影剤使用撮影 (15歳未満)	造影剤使用撮影 (65歳以上)	造影剤使用撮影 (15歳以上～ 65歳未満)	CT撮影 (15歳未満)	CT撮影 (15歳以上～ 65歳未満)	CT撮影 (65歳以上)	MRI撮影 (15歳未満)	MRI撮影 (15歳以上～ 65歳未満)	単純撮影 (15歳未満)	単純撮影 (15歳以上～ 65歳未満)	単純撮影 (65歳以上)
H22.04		2	3		3	3		17	40		23	41	1	92
H22.05		2	2		3	3		13	31		20	46		75
H22.06	1			3		2	15	50		18	70		4	97
H22.07	3		1			11	13	50		39	49	4		88
H22.08	3					15	9	38		29	78	5		94
H22.09	2		2			5	4	11		40	70	1		82

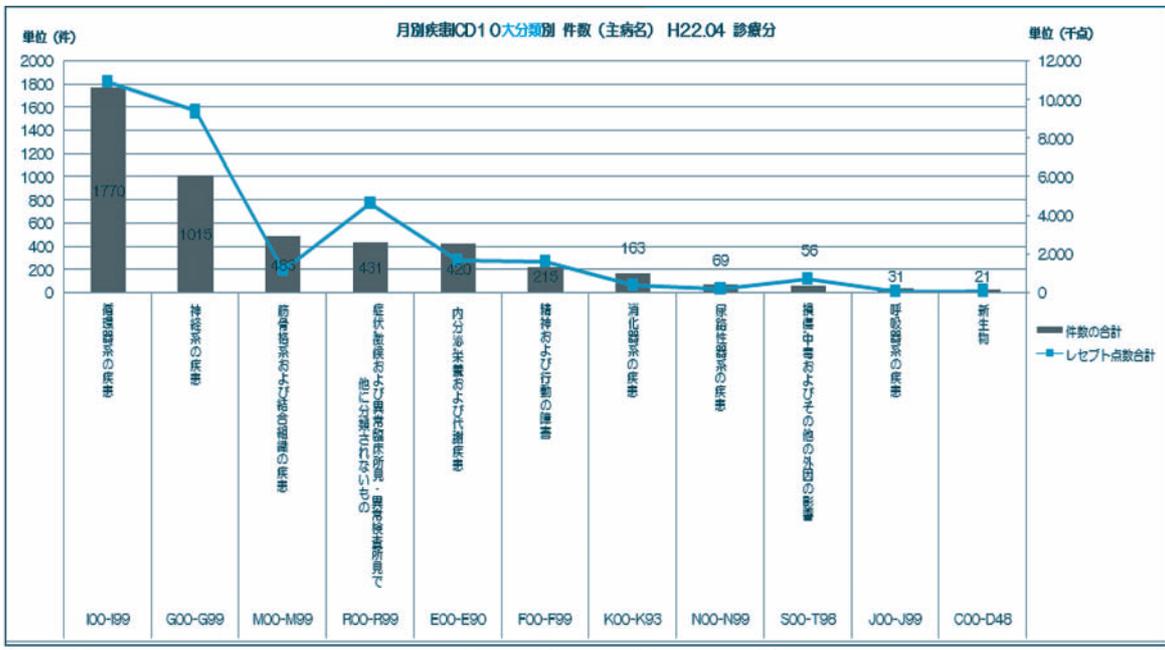
画像診断分析グラフのサンプル 4

スライド30



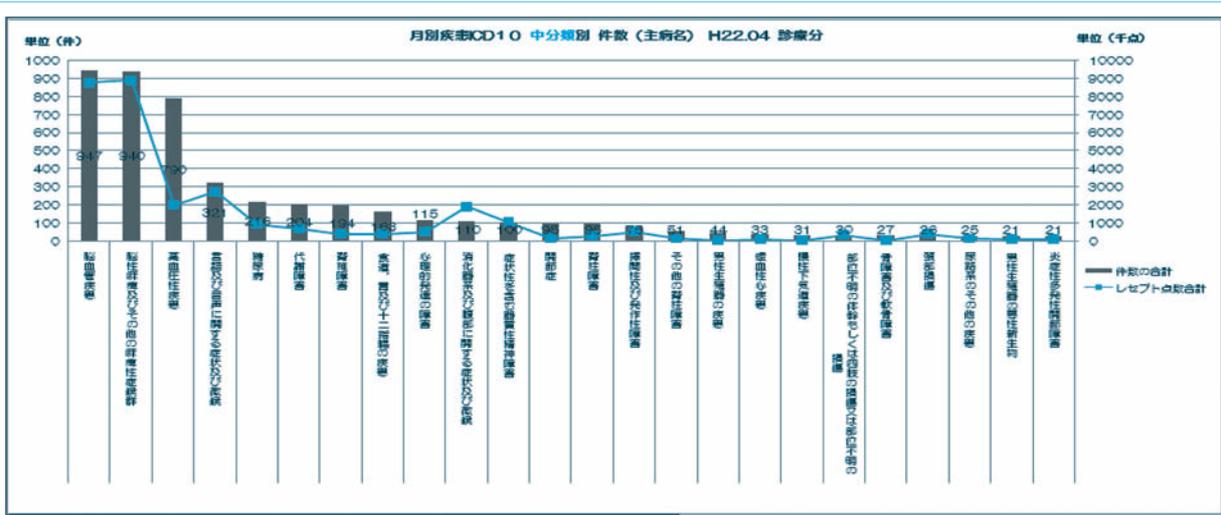
画像診断分析グラフのサンプル 5

スライド31



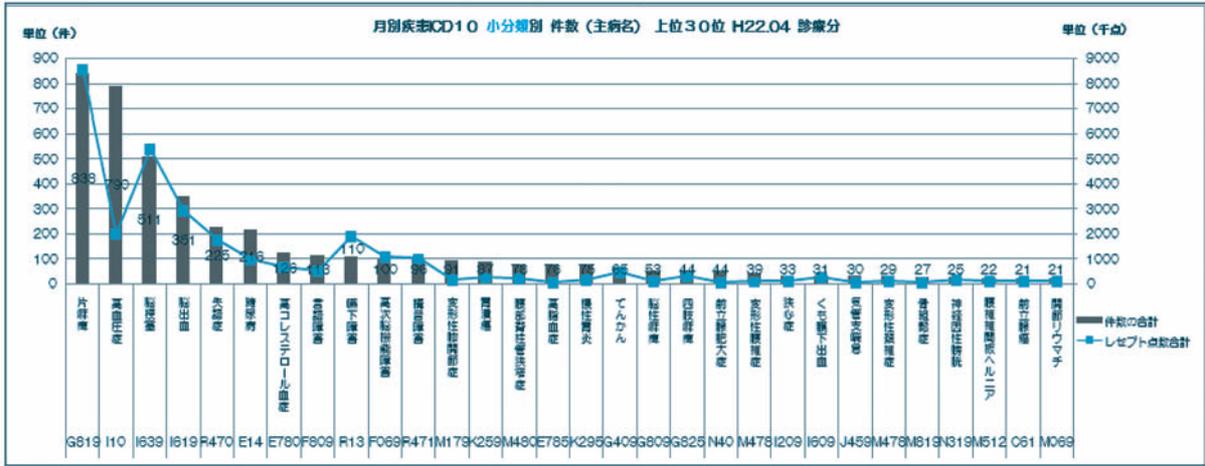
病名別分析グラフのサンプル 1

スライド32



病名別分析グラフのサンプル 2

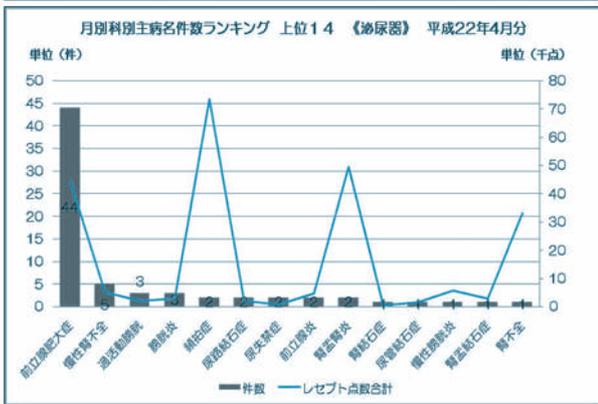
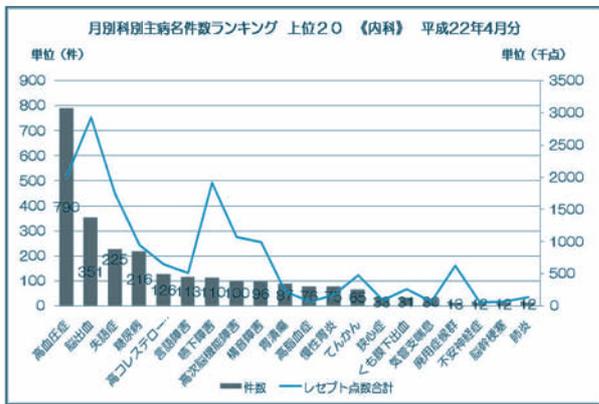
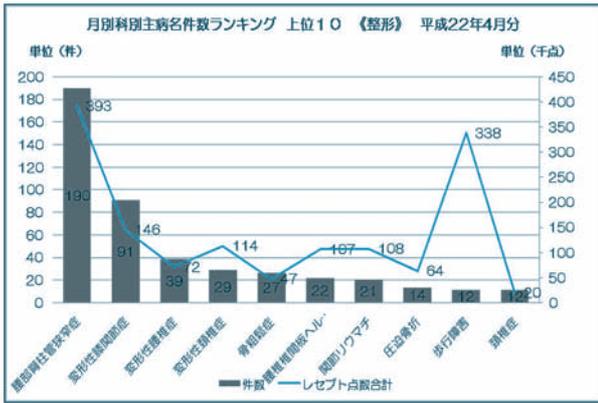
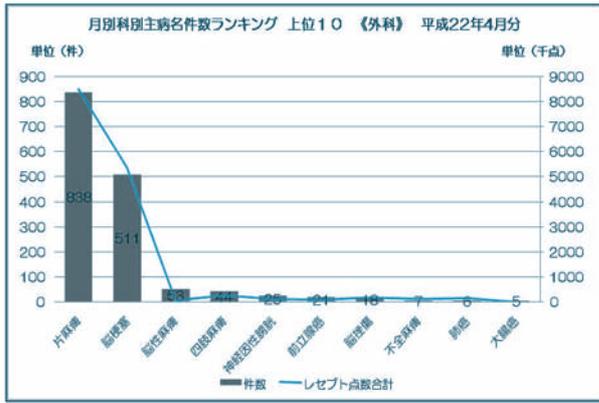
スライド33



小分類	疾患名称	件数	レセプト点数合計
G819	片頭痛	838	8524592
I10	肩関節炎	750	2002911
R339	転倒骨折	611	5314450
B519	脳出血	351	2332890
R470	喘息	225	1741459
E14	糖尿病	219	241121
E780	高コレステロール血症	129	694509
F509	高尿酸血症	113	515255
R13	膝下痛	110	1914500
F059	高血糖症	100	1073276
M471	高血圧症	81	145193
M178	急性心不全	78	214520
I259	胃潰瘍	67	226739
M480	慢性腎臓病	59	214520
E785	高脂血症	58	44459
I285	慢性腎臓病	44	162813
G499	てんかん	35	47354
G509	脳梗塞	33	12823
G526	脳神経痛	44	263729
M48	慢性腎臓病	44	44459
M476	急性心不全	39	21504
G209	尿石症	33	26320
G20	くも膜下出血	31	267431
M469	高血圧症	30	20141
M478	急性心不全	29	113531
M519	骨髄炎	27	47464
R519	神経痛	26	134200
M512	慢性腎臓病	22	107439
G51	転倒骨折	21	33292
M589	関節リウマチ	21	107439

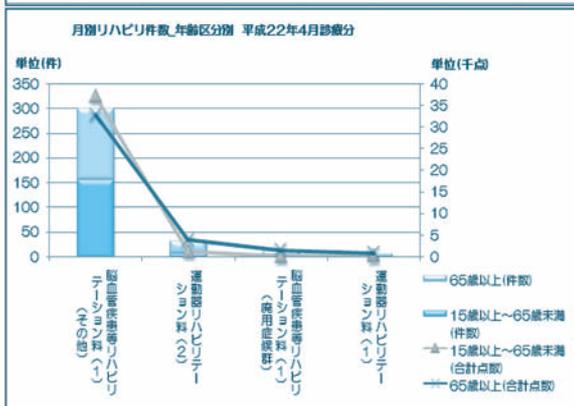
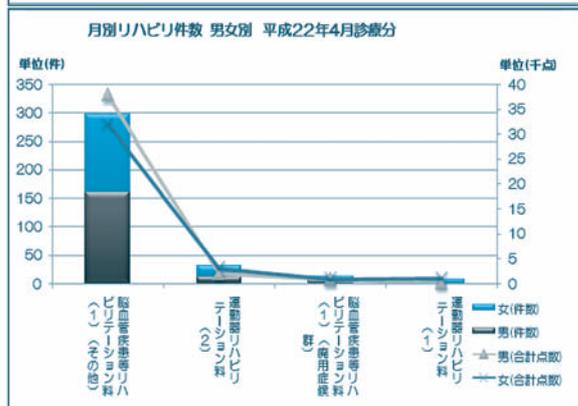
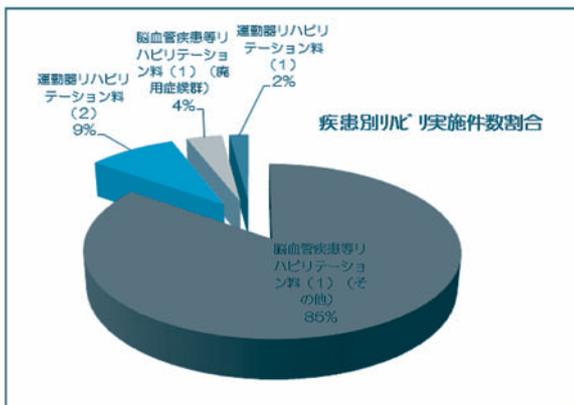
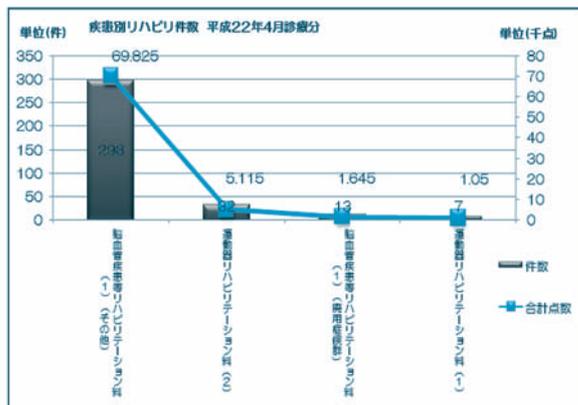
病名別分析グラフのサンプル3

スライド34



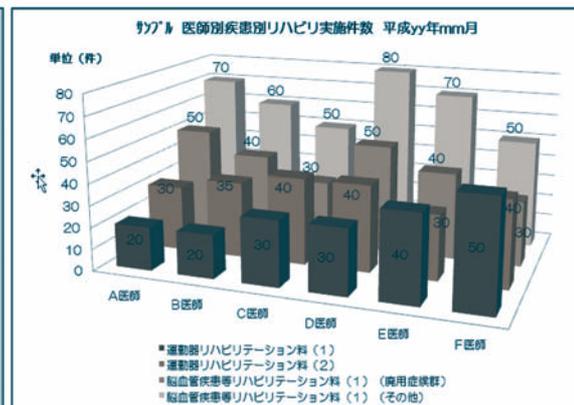
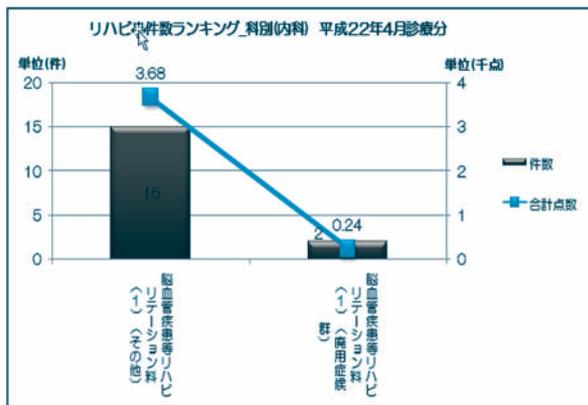
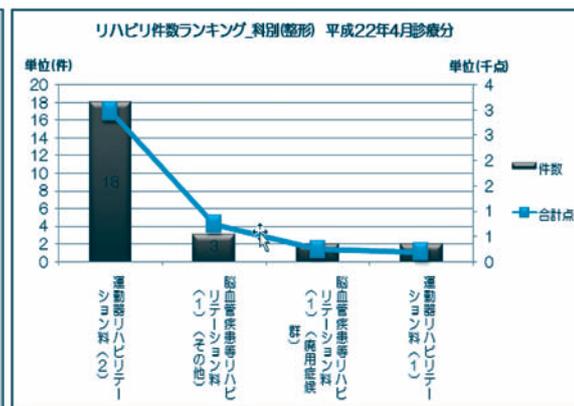
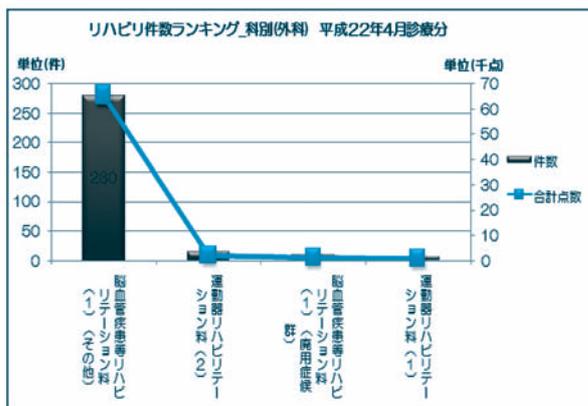
病名別分析グラフのサンプル6

スライド35



リハビリ分析グラフのサンプル 1

スライド36



リハビリ分析グラフのサンプル 2

スライド37

移（月次変化）も、スライド30, 31に示すようにわかりやすいグラフで出せます。

ICDの大分類・中分類・小分類別の件数もグラフ化できますので（スライド32～34）、自院が強い疾患や、あまり患者さんが来ない疾患というような面から見るすることができます。科別にランキングしたデータを取ることもできます（スライド35）。

リハビリテーションに関しても、例えば、どうい

う疾患に対するリハビリテーションが自院では多いか、その経時変化など、わかりやすいグラフにすることができます（スライド36, 37）。

■東日本大震災での日病GISの活用

最後に、東日本大震災で、このGISが非常に威力を発揮しましたので、その一環を少しご紹介します。

●会員病院の支援応需状況の発信

スライド38の画面は日病のホームページに出ているものですので、皆さん、ぜひ日本病院会のホームページを開いてみてください。クリックしていただくと、被災県の被災した病院の今の状況がポップアップしてきます。

左上の画面にある日本の衛星写真上のいくつかの点は支援病院です。本当にたくさんの病院が、「患者さんの受け入れをしましょう。場合によっては医師の派遣もしましょう」と支援を表明してくれました。例えばスライド39に示す関東圏と東海・関西圏の地図上に、非常に小さくてわかりにくいですが、点々で示した病院が支援に手を挙げてくださった病院です。

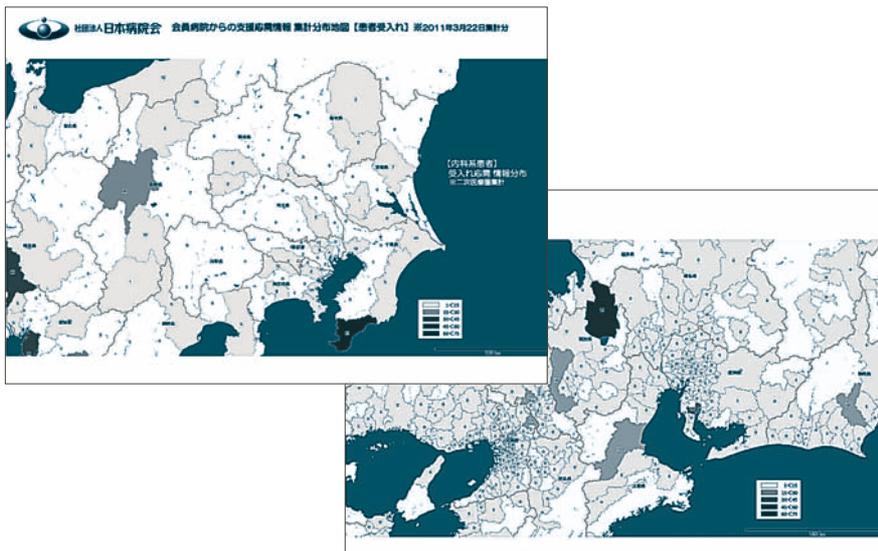
こうした支援応需情報を集計して（スライド40）、マッチングしていけばいいのですが、このマッチングに関しては、被災病院と支援病院とで直接行っていただいているのが現状です。ただ、日本病院会からこういう情報をまとめて発信することができたのは、どこにどの病院があり、それぞれがどういう機能を持ってい

■GISシステムを用いて、被災情報や支援情報をホームページ上に公開



スライド38

■患者受入情報をGISシステムで地図表示



スライド39

■会員病院の支援応需状況県別集計

日本病院会 会員病院支援応需状況 (3月30日現在情報)

皆様からお寄せいただいた情報を都道府県別に集計いたしました。情報は随時更新しております。追加情報をご提供くださいましたら下記までご連絡いたします。

※本表はあくまで概算データであり、正確な数値は各都道府県から提供されております。

メールにて : info@hosp.or.jp まで送付して下さい。
 随時返信いたします。
 FAXにて : 〒100-8302 東京都千代田区千代田1-1-1, 03-5520-2886まで送付 (FAX) して下さい。
 記入シートは (http://www.hosp.or.jp/nai_toshoku/) から取得いたします。

都道府県	人										医療(患者受入)									
	医師	看護師	薬剤師	その他	医師	看護師	薬剤師	その他	内科	外科	小児科	産科	精神科	皮膚科	泌尿科	眼科	耳鼻科	口腔科	その他	
北海道	3	3	1	4	0	0	0	0	33	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
青森県	0	0	0	0	0	0	0	0	4	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
岩手県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
宮城県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
山形県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
茨城県	0	0	1	0	0	0	0	0	5	5	3	3	0	0	0	0	0	0	0	
栃木県	0	0	0	0	0	0	0	0	21	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
群馬県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
埼玉県	0	0	0	0	0	0	0	0	16	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
千葉県	1	3	1	1	0	0	0	0	30	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
東京都	3	2	1	0	0	0	0	0	41	24	13	10	14	4	7	0	0	0	0	
神奈川県	3	2	1	1	3	4	3	1	171	154	26	18	20	17	7	0	0	0	0	
新潟県	7	10	3	1	3	4	3	1	171	154	26	18	20	17	7	0	0	0	0	
富山県	1	1	1	0	0	0	0	0	66	47	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
石川県	1	1	1	0	0	0	0	0	16	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福井県	1	2	0	1	1	1	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
岐阜県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
静岡県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
愛知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
三重県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
滋賀県	0	1	0	0	0	0	0	0	13	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
京都府	0	1	1	0	0	0	0	0	6	6	2	2	7	4	0	0	0	0	0	
大阪府	12	13	0	0	4	2	2	0	101	54	36	17	30	19	0	0	0	0	0	
兵庫県	3	14	1	1	4	2	2	0	49	35	1	0	3	24	0	0	0	0	0	
奈良県	2	14	1	1	0	0	0	0	27	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
和歌山県	0	0	0	0	0	0	0	0	10	4	3	1	1	2	0	0	0	0	0	
鳥取県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
香川県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
愛媛県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
高知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福岡県	25	31	4	1	1	1	1	0	254	139	85	28	56	30	0	0	0	0	0	
佐賀県	0	0	0	0	0	0	0	0	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
大分県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
熊本県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
鹿児島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
沖縄県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	88	108	22	48	32	25	17	14	1,596	756	132	115	140	107	0	0	0	0	0	

日本病院会の会員病院から寄せられた支援情報をホームページ上に随時公開

■会員病院の転院希望患者受入可能数県別集計

日本病院会 会員病院支援 転院希望患者受入可能数集計状況 (4月28日現在情報)

皆様からお寄せいただいた情報を都道府県別に集計いたしました。情報は随時更新しております。 回答数：475病院

都道府県	転院希望患者受入可能数																			
	内科	外科	小児科	産科	精神科	皮膚科	泌尿科	眼科	耳鼻科	その他										
北海道	43	4	16	10	6	5	56	8	5	6	13	5	6	13	2	2	0	0	0	7
青森県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岩手県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮城県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	4	0	0	0	0	0	4	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
茨城県	4	0	1	0	0	0	4	2	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
栃木県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
群馬県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
埼玉県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
千葉県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東京都	4	0	1	1	0	0	4	2	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
神奈川県	13	0	1	1	1	1	9	2	1	1	0	2	0	0	2	1	1	0	0	1
新潟県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
富山県	12	3	4	1	1	1	11	7	2	2	1	1	0	0	2	1	0	0	2	1
石川県	27	7	11	7	1	2	21	29	6	4	7	6	1	4	5	8	10	4	3	9
福井県	4	1	1	1	0	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岐阜県	84	5	15	6	12	3	64	25	4	12	15	19	5	14	6	7	9	4	17	13
静岡県	59	9	9	7	1	0	40	28	10	3	8	15	10	3	1	1	4	3	5	13
愛知県	251	28	45	26	19	7	194	129	26	26	57	51	39	14	43	20	24	19	48	0
三重県	29	3	3	7	4	1	27	5	0	0	14	12	0	1	0	1	0	1	0	2
滋賀県	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都府	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪府	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
兵庫県	4	1	1	1	0	0	5	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
奈良県	47	5	2	6	6	0	23	12	2	1	3	2	1	2	3	2	1	1	2	1
和歌山県	45	15	15	2	8	3	63	7	1	3	7	14	1	5	16	0	1	1	1	7
鳥取県	59	6	11	22	6	0	42	16	3	7	27	30	4	9	4	2	0	0	0	0
徳島県	3	0	1	0	0	0	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
香川県	224	35	47	65	29	4	181	53	14	29	67	24	13	37	7	6	5	4	31	0
愛媛県	3	1	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高知県	34	4	5	4	1	0	27	4	2	3	5	6	0	0	8	2	2	2	1	4
福岡県	75	9	11	15	4	1	45	23	5	10	4	6	20	6	49	3	3	1	1	4
佐賀県	74	4	16	11	7	4	26	19	3	4	4	4	0	3	22	1				

全病院の一番直近のデータが必要になってきます。

冒頭でこのデータ分析サービスは中小病院の経営に資するものと申しましたが、もっと大きく言えば、日本の病院の安全を補完するシステムであるとも言えると思います。

震災で多少予定が遅れてしまいましたが、1年間、いくつかの病院で試行させていただいて、来年（平成24年）から広く皆さんが使えるようなかたちで提供したいと思っておりますので、ご検討をどうぞよろしくをお願いいたします。ありがとうございました。

座長（土井） ありがとうございました。これからはこのようなデータ分析サービスが、経営上はもちろん、地域の医療・福祉のうえでも大切なものになっていくと思います。今後とも充実していくようによろしくをお願いいたします。

ご質問もお受けしたいのですが、時間もございませんので、シンポジウムに移らせていただきます。

シンポジストのトップバッターとして、社会医療法人緑社会金田病院理事長・院長、金田道弘先生に「地域医療ネットワークへの潮流」ということでお話しいたします。

金田先生は昭和54年に川崎医科大学を卒業され、岡山大学医学部第1外科に入局、岡山済生会総合病院の外科で研修。平成21年から岡山県にある金田病院の理事長・院長を務めておられます。

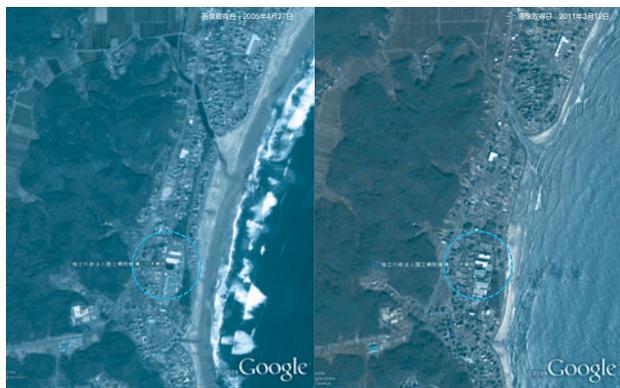
岡山県は県の人口が200万人くらいですが、金田先生の病院はその県北、人口も非常に少なく、限界集落日本ナンバーワンという所にあります。では、金田先生、よろしくをお願いいたします。



津波浸水の被災があると推計される病院（福島県全域）
東日本大震災での対応10 スライド47



津波浸水の被災があると推計される病院（浸水病院部拡大）
東日本大震災での対応11 スライド48



津波浸水推計病院（いわき病院）の航空写真（新旧比較）
東日本大震災での対応12 スライド49



津波浸水推計病院（いわき病院）の津波推計結果と被災状況
東日本大震災での対応13 スライド50

2 地域医療ネットワークへの潮流

金田 道弘

社会医療法人緑社会金田病院の金田です。「地域医療ネットワークへの潮流」ということで、理事長として病院経営にあたって25年、ここまでの思いをまとめてみましたのでお聞きいただければと思います。

■当院の概略

(スライド1) 当院は岡山県真庭市にあり、真庭保健医療圏に属しています。真庭保健医療圏の人口はわずか5万人ですが、面積は岡山県の8分の1を占めています。当院の病床数は177で、そのうちDPCが120、重急性期が10、医療療養が47です。今年(平成23年)7月1日に医療機能評価のバージョン6.0に更新審査を受審し合格をいただきました。

スライド2の地図は岡山県の5つの保健医療圏と高速道路網を示したものです。中央の少し上にある

社会医療法人 緑社会 金田病院

岡山県真庭市、真庭保健医療圏
(人口5万人、面積は岡山県の8分の1)
病床数: 177
(DPC: 120、重急性期: 10、医療療養: 47)

(公益財団法人) 日本医療機能評価機構認定病院
(バージョン6.0)
(公益社団法人) 日本人間ドック学会
人間ドック・健診施設機能評価認定病院



スライド1

丸印が我々の病院のあるところで、このように県北の高速道路の結節点に位置しています。県北というのはどこかといいますと、この地図の黒い線から上です。

医師数は、人口10万対比で全国平均の225を100%とすると、県北はマイナス28ポイント、県南はプラス28ポイントとなり、差し引き50ポイント以上の開きがあります。深刻な医師不足が一番の悩みです。

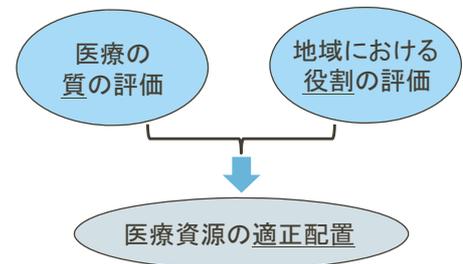
(スライド3) 「DPCが目指す医療機能分化と連携」ということで、産業医大の松田晋哉教授はこのようにおっしゃっています。「医療の質の評価と地域における役割の評価から、医療資源を評価して適正配置を行う」と。「質」と「役割」がポイントです。

岡山県の5医療圏と高速道



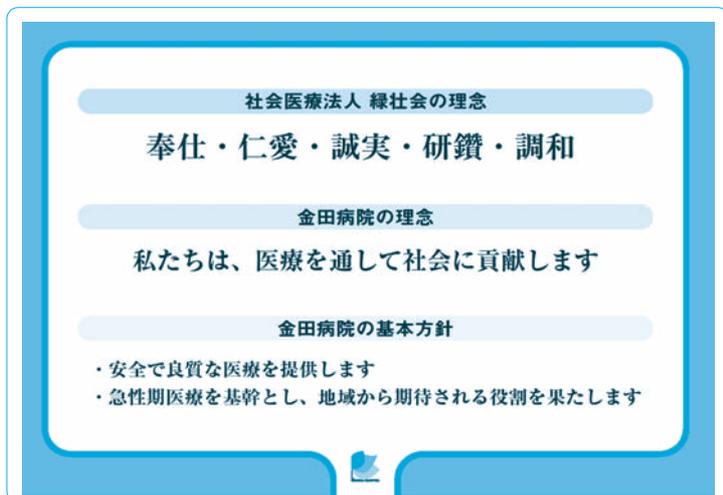
スライド2

DPCが目指す医療機能分化と連携

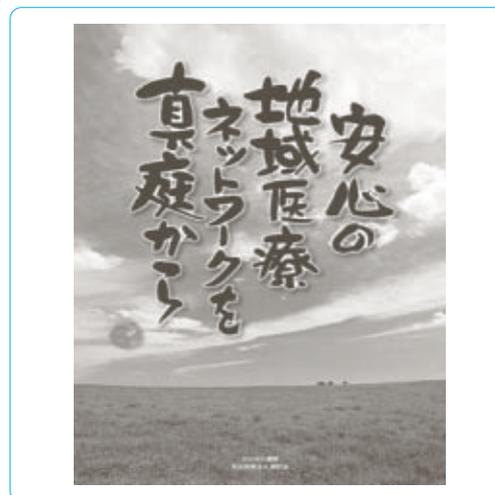


産業医科大学・松田晋哉教授の講演より

スライド3



スライド 4



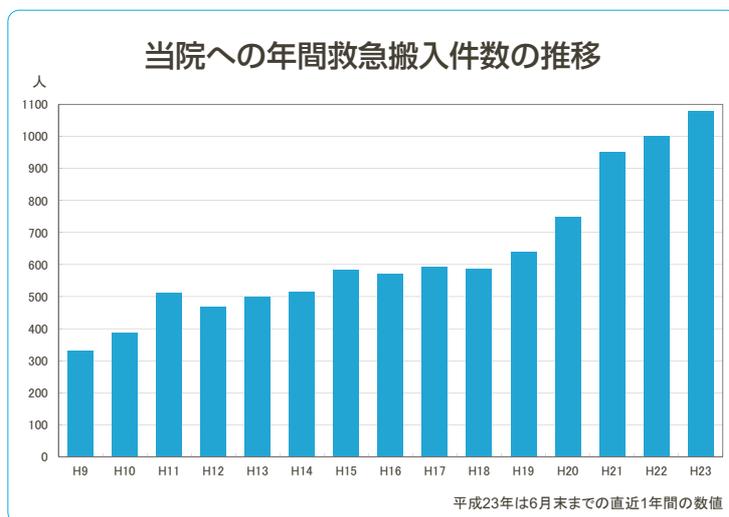
スライド 5

(スライド4) 私どもの法人の理念「奉仕・仁愛・誠実・研鑽・調和」、これは法人開設以来変わっておりません。金田病院の理念は今年、基本方針も含めて変えました。「私たちは、医療を通して社会に貢献します」としました。「医療に貢献する」のではなく、「医療を通して社会に貢献する」と、あえてこうしました。そして基本方針のなかに「安全で良質な医療を提供……」と、先ほど申しました「質」という言葉を入れ、また「……地域から期待される役割を果たします」として、明確に「質」と「役割」を表現しました。

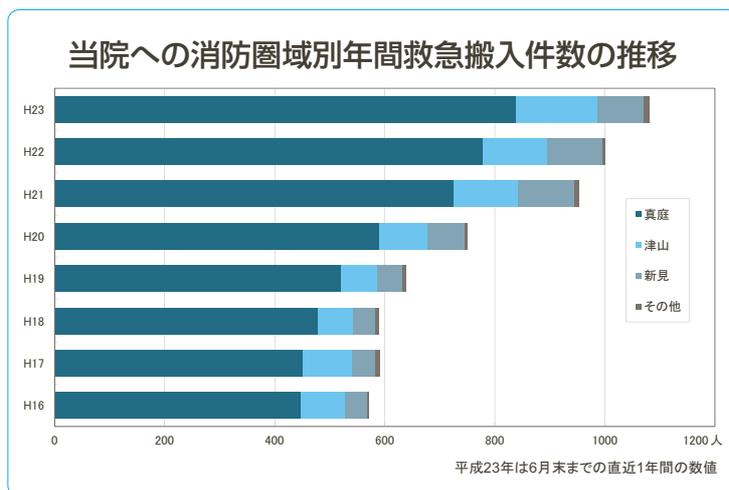
(スライド5) この「安心の地域医療ネットワークを真庭から」は、職員から公募したスローガンです。毎年、公募していて、昨年のスローガンは「社会に貢献、より良い医療を地域とともに」というものでした。

(スライド6) これは当院への年間救急搬入件数の推移です。平成9年は約300台でしたが、直近ではその4倍弱の1,100台近くになっています。しかし、医師数はまったく増えていません。

(スライド7) これは当院への消防圏域別年間救急搬入件数の推移です。左から順に、我々の病院がある真庭医療圏からの搬入件数、隣の津山市を中心とした津山医療圏からの搬入件数、新見圏域からの搬入件数です。なお新見圏域には救急告示病院が1つしかありません。当院への圏域外からの搬送は22.4%でした。



スライド 6

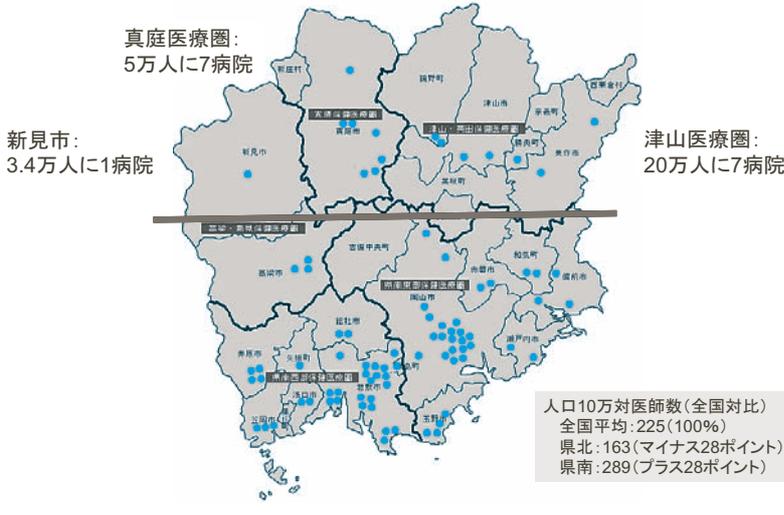


スライド 7

● 県内医療圏と救急告示病院

(スライド8) この地図は岡山県内の医療圏と救急告示病院を示しています。黒い線よりも上が県北で、真庭医療圏には人口5万人に7病院。津山医療

岡山県内の医療圏と救急告示病院



スライド 8

圏には20万人に7病院。しかし、新見市には人口3万4,000人に1病院しか救急告示病院がありません。

地図上で真庭市の下のほうに3つ病院が示されていますが、真ん中にあるのが我々の病院です。すぐ目の前の旭川を挟んで、地図上で左隣にあるのが、「川中島」といってずっと戦い続けてきたと言われる落合病院で、ほんの200mくらいしか離れていません。また、右隣、2km離れた所には河本病院があります。この3つが旧落合町の3病院といわれていた病院です。

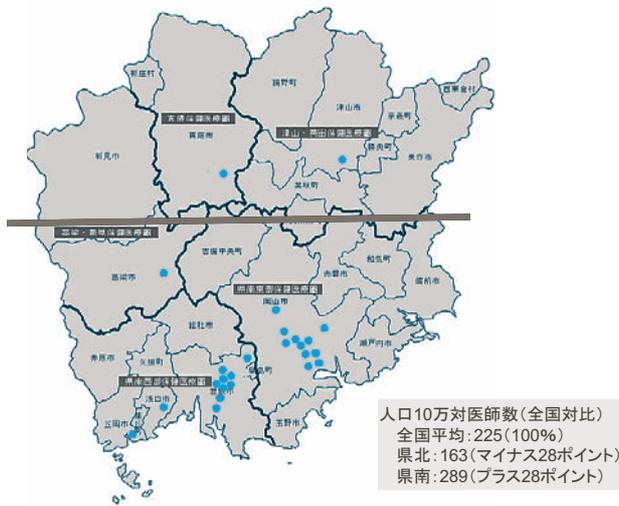
津山市は人口11万人ですが救急告示病院が2つしかありません。地図上で右側にあるのが500床規模の有名な津山中央病院、左側にあるのが津山第一病院です。この津山第一病院と河本病院の名前は、後ほど話に出てきますので、覚えておいてください。

●県内医療圏とDPC対象病院

(スライド9) 岡山県内にDPC対象病院は約25カ所ありますが、県北には、準備病院を含めても、津山中央病院と我々の病院しかありません。

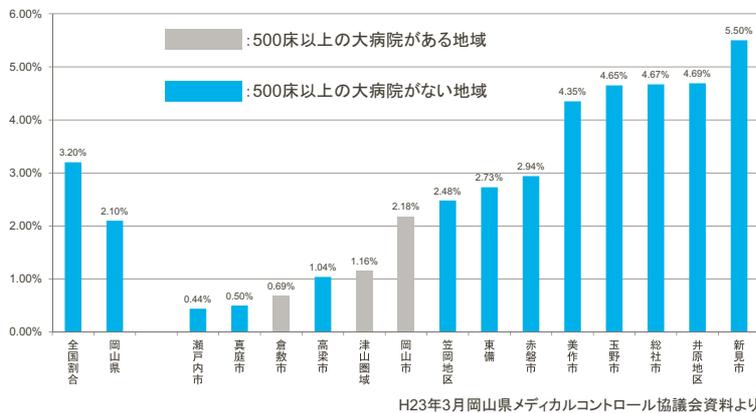
(スライド10) これは重症以上の救急搬送における照会4回以上の割合を比較したものです。つまり重症患者を3回以上断ったいわゆる“たらい回し率”で、棒グラフが低いほうが少なく、高いほうが多いということになります。500床以上の大病院がある地域は岡山市、津山圏、倉敷市です。こうして見ますと、中小病院しかない地域でもたらい回し率が非常に低い地域があるという、たらい回し率がどうしても高くなるを得ない地域があります。

岡山県内の医療圏とDPC対象病院



スライド 9

重症以上の救急搬送における照会4回以上の割合の比較 (平成21年度・岡山県内消防本部別・暫定値)



スライド10

■当院の取り組み

我々はこのような地域でどのような工夫をしているのか、それについてお話ししたいと思います。

●最近10年間の変化

(スライド11) 私どもの病院の最近10年間の変化をまとめてみました。まず、平成12年に中央棟を竣工しました。診療報酬が平成14年からどんどん下がってきましたが、その情報がありましたので、実は着工直前に5階建ての建物を3階建てに設計変更しました。こういうことは公的病院では難しいのではないかと思います。5階の基礎を造って3階建てを建て、100床が機能しています。8億円で建てました。

平成13年、病院機能評価の認定を受けました。それから創立50周年を迎えましたが、記念講演会だけで、記念式典はしませんでした。

平成14年、忘れもしないマイナス2.7%、診療報酬が下がり始めた年でしたが、皆と協議して忘年会をやめました。もし利益が出れば現金で支給しようという話になりました。

電子カルテシステムを平成15年に導入し、人間ドック・健診施設機能評価は岡山県で初認定をいただきました。平成18年には病院機能評価の更新認定を受けました。また医薬品等の仕入れ先の集約化を行いました。

スライド12の写真の中央に写っている低層の建物が5階建ての基礎を造りながら3階建てでやめたところです。将来2階分を増築しようと楽しみにしていて、昨年春そのことを設計会社に相談したら、姉歯事件以来建築基準が変わったために、増築できないという悲惨な結果になりました。これは永久にこのままです。現在、耐震化の補助をいただいて、この南側に増改築工事を行っています。

(スライド13) 続いて最近10年間のうちの後半の変化ですが、平成19年にDPC準備病院になりました。病床を199から177に減らし、それと同時に看護体制を7:1にしました。また、超急性期脳卒中加算をいただくことができました。今は脳外科医が3名います。

平成21年、DPC対象病院になりました。また、透析部門を廃止しましたが、これは劇的でした。我々の透析部門は十数人でしたが、先ほど申しました

最近10年間の当院の変化(前半)

- 平成12年: 中央棟竣工(着工直前に5階建てを3階建てに設計変更)
- 平成13年: 病院機能評価認定
創立50周年(記念講演会、記念式典なし)
- 平成14年: 病院忘年会中止(現在も)
- 平成15年: 電子カルテシステム導入
- 平成17年: 人間ドック・健診施設機能評価認定
- 平成18年: 病院機能評価更新認定
医薬品等仕入れ先の集約化

スライド11



スライド12

最近10年間の当院の変化(後半)

- 平成19年: DPC準備病院
- 平成20年: 病床数(199床⇒177床)
看護体制(10対1⇒7対1)
超急性期脳卒中加算
- 平成21年: DPC対象病院
透析部門廃止(落合病院へ全面委譲)
特定⇒社会医療法人(岡山県の病院初)
- 平成22年: 落合病院・金田病院連携推進協議会開始
- 平成23年: 耐震化増改築工事着工
病院機能評価更新認定
創立60周年(記念講演会、記念式典なし)

スライド13

“川中島”の落合病院の透析部門はなんと100人以上いたのです。医師不足と臨床工学技士の数の問題もありましたので、透析部門は全面的に落合病院に移譲しました。それから、私どもは長年特定医療法人でしたが、この年に岡山県の病院初の社会医療法人の認定をいただきました。

平成22年の春から、落合病院・金田病院連携推進協議会を開始しました。

平成23年、耐震化工事に着工し、病院機能評価の

更新認定をいただきました。そして来週の月曜日、創立60周年の記念講演会を行います。記念式典や飲食は一切しません。

ここだけの話ですが、60年間で一番私が嬉しいのは医療訴訟案件が1件もないということです。

●病床数の推移

スライド14のグラフは当院許可病床数の推移です。昭和26年に20床から始めて、昭和42年には278床となっていました。その後、昭和52年に258床、現在は177床です。増改築工事が完成する来年には172床に減らす予定で、その代わりに医療と役割の質を上げていくということです。

●医業利益率の推移

スライド15のグラフは、上部分は当院の医業利益率の推移です。下部分は診療報酬改定率の累積で、平成14年はマイナス2.7%、16年はマイナス1%、18年はマイナス3.16%、20年はマイナス0.82%で、どんどん下がっていったわけです。特に平成14年、診療報酬改定があり、当院では4.5%とわずかだった利益率が半分の2.1%になってしまい、非常に危機感を覚えました。そこで忘年会をやめたりしたわけですが、ここから体質をどんどん変えていきました。おかげで利益率5～6%をなんとか維持している状況です。

■地域の医療機関の勉強会など

●旧落合町の3病院で病院長会

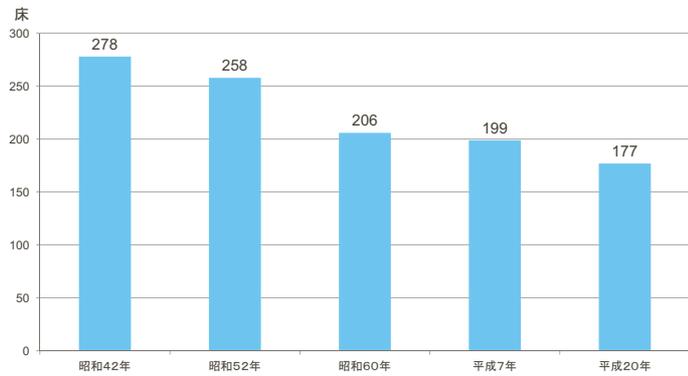
そして、もう我々の病院だけで生き抜くことは無

NPO 法人岡山医師研修支援機構 地域医療病院部会（6年間毎月、計57回開催）



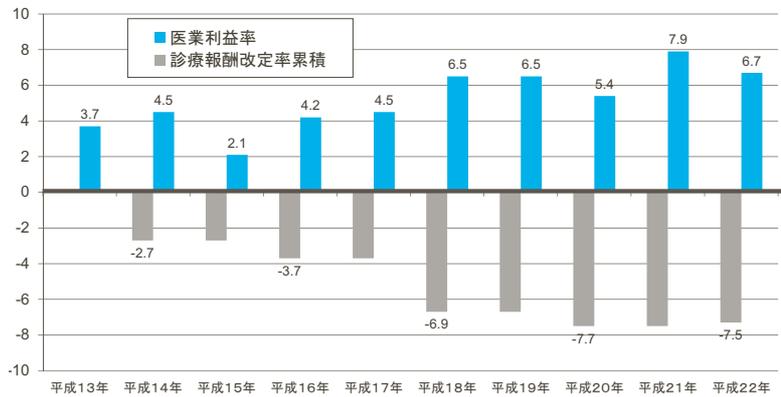
スライド16

当院許可病床数の推移



スライド14

当院の医業利益率の推移 診療報酬改定率の累積



スライド15

理だと思ひまして、周りの病院と連携しよう、顔の見える関係をつくって行って、住民にどうやったら喜んでいただけるかを考え、我々が地域に責任を持つべきだと思うようになりました。そして10年前、落合病院の前院長と河本病院の院長と私で、落合三病院長会というものをつくり、現在までに98回開催しています。

●地域医療病院部会での勉強会の開催

スライド16の写真はNPO 法人岡山医師研修支援機構の地域医療病院部会の風景です。NPO 法人岡山医師研修支援機構は、平成18年に岡山大学の関連病院162病院と同大学医学部研究科24科が加わってつくったもので、特に後期研修の医師の獲得なり研修支援をしようという組織です。そのなかの地域医療病院部会の集まりですが、今年6月からは川崎医科大学も加わっていただきました。現在メンバーリストは100名近くとなり、ほぼ毎月40名前後が岡

岡山県北民間中小病院の経営破たん

平成21年4月28日、民事再生法適用申請
岡山県津山市、津山第一病院
(211床、医療法人平野同仁会)
負債総額:59億円

平成23年5月30日、破産手続き開始決定
岡山県真庭市、河本病院
(148床、医療法人浄風会)
負債総額:12億円

岡山医療ガイドβ版、山陽新聞社より

スライド17

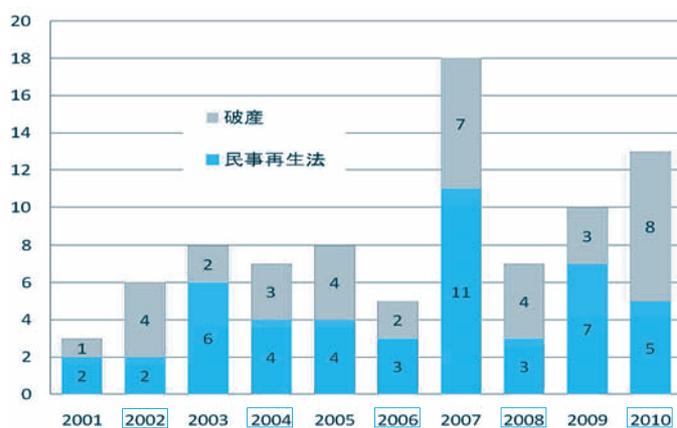
大医学部に集まり、中小病院が中心になって勉強会をしています。この日は厚労省から視察に来られていました。日本病院会の中島豊爾先生、全老健の江澤和彦先生のお姿もあります。県の部長、テレビ局の記者、岡大の教授、弁護士、岡大病院の看護部長、県の保健所長、市の保健所長などがいらっしゃいます。このようにさまざまな方が集まって勉強会を毎月行い、今までに57回開催しています。

■近隣病院の経営破綻

(スライド17)ところが、岡山県北の民間中小病院の経営破綻が起きました。平成21年4月に民事再生法適用になったのが先ほど話に出ました津山第一病院で、特別医療法人でした。負債が59億円。さらに今年5月30日に突然、我々の仲間の河本病院が破産手続き開始になりました。負債は12億円です。津山第一病院は当院から25km、河本病院は当院からわずか2kmの所にあり、どちらも仲間でした。本当にショックを受けるとともに危機感を持ちました。

スライド18のグラフは、病院の倒産態様別件数の推移です。年次を四角く囲ってあるのが診療報酬改定の年で、2002年マイナス2.7、2004年マイナス1、2006年マイナス3.16、2008年マイナス0.82でしたが、診療報酬が下がった翌年には必ず倒産が増えていきます。2006年のマイナス3.16のときはさすがにこたえ、倒産がドンと増えています。ですから診療報酬が下がれば病院は倒産するという仕組みになっているということがよくわかります。

病院の倒産態様別件数の推移



帝国データバンク「医療機関・老人福祉事業者の倒産同行調査(2001年～2010年)」より
野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー(株) 吉田 啓取締役作成

スライド18

NPO 岡山医師研修支援機構・地域医療病院部会 (毎月第一水曜日に岡山大学で開催)



スライド19

●地域の中小病院の置かれた状況

(スライド19)これは先ほどのNPO岡山医師研修支援機構の地域医療病院部会の地図で、推薦があれば入れる中小病院のネットワークがこのようにできています。緑色の丸が500床以上の大病院ですが、岡山市には大病院が林立しています。そのなかに中小病院があるという状況です。倉敷市には川崎医大、倉敷中央病院という2大病院があり、中小病院も多くあります。そして津山市にある緑色の丸は津山中央病院です。この3地域以外の所、例えば新見市、真庭市、和気町、備前市のあたり、井原市あるいは玉野市、こうした所はまるで中小病院が寄り添って



瀬戸内海の写真をもとに加工

スライド20

いるように見えます。

(スライド20) これは瀬戸内海の合成写真です。実際にはこんなに似た島がたくさんあるわけではありません。中央の大きな島は大病院。それ以外がいわゆる中小病院です。大病院の近くの中小病院は大病院との連携を深めていく必要があるでしょう。大病院からはるか離れた中小病院は(重症患者さんは当然送りますが)、ここで戦っていたら水面が上がったときには我々は水没してしまうのではないかという危機感を非常に持っています。自治体病院は公立病院の改革ガイドラインで半強制的に改革を迫られていますが、自己責任で経営しているのが医療法人ですから、医療法人には誰も何も言ってくれません。我々の力で沈まない島をつくる必要があります。写真手前に3つ並んだ島がありますが、左が落合病院、隣が金田病院、その隣が河本病院、そういう関



落合病院・金田病院連携推進協議会
平成22年4月より隔月・交互に、計8回開催

スライド21

係でした。

沈まない島を我々の力でつくっていかないと地域医療は崩壊してしまうと考えるようになりました。

●近隣2病院で連携推進協議会

昨年の春、落合病院・金田病院連携推進協議会をつくり、隔月に経営幹部8名が集まり話し合いを続けています。スライド21は集まった方々の写真です。統合までいくかどうかはわかりませんが、黒字の間に一歩踏み込んだ連携をしようということです。黒字の間にできることをしないと、赤字になって「助けてほしい」と言っても助けようがない、そのくらいに地域の中小病院経営は大変だということです。

(スライド22) そして、これは皆さん驚かれるのですが、両病院で診療日割りをつくっています。外来診療日割表の表は落合病院、裏は金田病院というように、ライバル病院同士がいっしょになって裏表の診療表をつくりました。

これは大変受けています。落合病院は常勤医師が9名、当院は13名で、非常勤医師は落合病院30数名、金田病院30数名です。これをもう一歩踏み込めたら、無駄のない効率的でより良い医療が地域に提供できて、きっと沈まなくて済むのではないかという思いもしています。

外来診療日割表

診療時間	月	火	水	木	金	土
第一内科	9:00-12:00 13:00-18:00	味 野 井口大	井口大	井口大	井口大	井口大
第二内科	9:00-12:00 13:00-18:00	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田
循環器内科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
腫瘍内科	9:00-12:00 13:00-18:00	高 橋 高 橋	高 橋 高 橋	高 橋 高 橋	高 橋 高 橋	高 橋 高 橋
肝臓内科	9:00-12:00 13:00-18:00	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田	栗 田 栗 田
小児科	9:00-12:00 13:00-18:00	中 村 小 野	中 村 小 野	中 村 小 野	中 村 小 野	中 村 小 野
外科	9:00-12:00 13:00-18:00	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎
脳神経外科	9:00-12:00 13:00-18:00	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎	尾 崎 尾 崎
産科	9:00-12:00 13:00-18:00	西 野 小 野	西 野 小 野	西 野 小 野	西 野 小 野	西 野 小 野
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤
眼科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
耳鼻咽喉科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
皮膚科	9:00-12:00 13:00-18:00	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅	三 宅 三 宅
泌尿科	9:00-12:00 13:00-18:00	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野	小 野 小 野
産婦人科	9:00-12:00 13:00-18:00	近 藤 近 藤	近 藤 近 藤			

統合ヘルスケアネットワーク (IHN)

アメリカでは、広域医療圏の中で病院・診療所等の機能の重複を避けながら機能分化を進め、地域全体として医療資源を効率的に活用しつつ医療提供体制を構築するような取り組み (IHN) が進められている

H22年度予算編成の基本的な考え方について
地域の医療機関の役割分担・機能分化の推進
H21年6月3日、財務省・財政制度等審議会

スライド23

■統合ヘルスケアネットワーク (IHN)

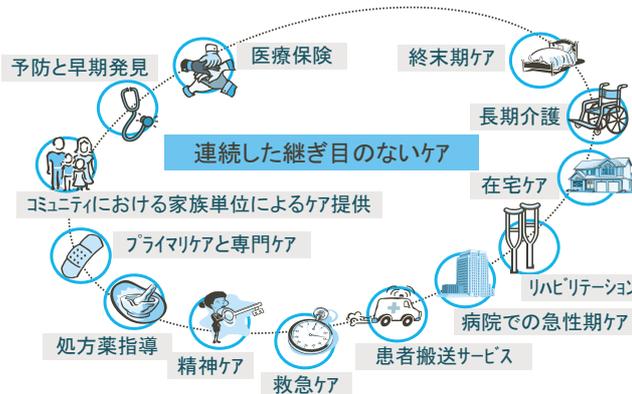
さて、統合ヘルスケアネットワーク (IHN) というものが、平成21年6月3日の財務省の財政制度等審議会で紹介されました (スライド23)。「アメリカでは、広域医療圏のなかで病院・診療所等の機能重複を避けながら機能分化を進め、地域全体として医療資源を効率的に活用しつつ医療提供体制を構築するような取り組み (IHN) が進められている」と。

確か80年代後半にはアメリカでも同規模の病院の水平統合が進んだと聞いていますが、それだけでは非効率であった。急性期病院はどうしても入院期間が短いということもあります。そこで今は、地域の医療に責任を持つようなかたちで、急性期から慢性期までの垂直統合を進める動きが進んでいるということです。

スライド24の図がそのIHNの概念図です (情報提供はキャノングローバル戦略研究所の松山幸弘研究主幹)。

連続した継ぎ目のないケアを目指すとあります。なんと医療保険が入っているのです。予防と早期発見、プライマリケアから精神ケア、救急ケア、患者搬送サービス、急性期ケア等々、そして、リハビリ、在宅ケアから終末期ケアまでぐるっと、医療保険も含めて行っているそうです。このIHNは2011年1月現在、全米で576あるそうです。公立病院IHNと非営利民間IHNとがあります。よく話題になるのはバージニア州のセントラ・ヘルスケアで、ここは去年も今年も評価が全米ナンバーワンとなっています。人口200万人、直径240kmの範囲で事業体を形成していると聞いています。

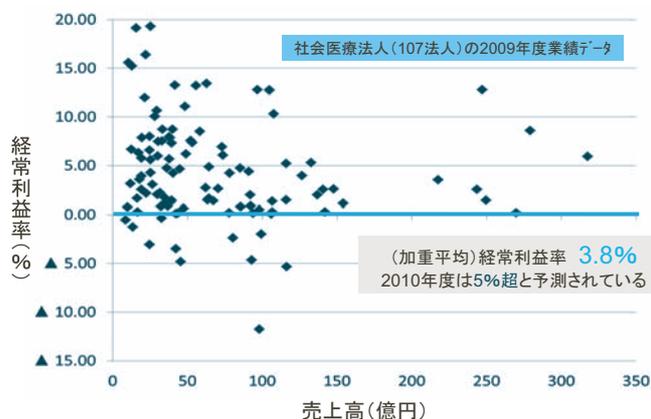
病院の倒産態様別件数の推移



(一般財団法人)キャノングローバル戦略研究所 松山幸弘研究主幹作成

スライド24

日本でもIHN化した医療事業体は収益力が高い



(一般財団法人)キャノングローバル戦略研究所 松山幸弘研究主幹作成

スライド25

スライド25は、日本でもIHN化した医療事業体は収益力が高いということで、これは日経新聞にも載りましたが、やはり松山幸弘氏の作成によるデータです。診療報酬がどんどん下がっていった時期、2009年度の社会医療法人の業績データで、太い線から上が黒字の病院、下が赤字の病院ですが、黒字の病院が9割弱で、経常利益率はこの時期でありながら3.8%ありました。これらの組織は公益性の高いことを行いながら、これだけの利益が出ています。ちなみにアメリカでは、適正な経常利益率は4%とされているそうです。なお、IHNの日本版モデルとして、松山先生は2つ挙げておられます。1つはJA長野厚生連、夏川周介先生のところ。もう1つは堺常雄日本病院会会長の聖隷グループです。

■まとめ

スライド26の図は、私の考えをまとめたものです。やはり、民間医療法人は健全な経営なくして生きてはいけません。そして、地域社会への貢献志向です。「健全な経営」と「社会貢献志向」がすべての原点であると考えています。それに「医療の質的向上」と「顧客満足度の向上」を併せ、これらのバランスのとれるところに社会貢献を継続できる可能性が出てきます。「顧客」は患者さんだけではありません。職員同士も顧客という意識でいます。

スライド27に私たちの経営理念を挙げています。このスライドが一番ポイントだと思います。まず第1に、「経営とは、組織の健康であり、責任」です。健康なくして社会に貢献はできませんので、経営こそとても大事です。

第2に、「最も大切なのはベッド数ではなく、職員」です。職員こそ大切であると考えます。

第3に、「社会と地域の、外的要因分析は不可欠」です。外的要因としては社会経済、医療の置かれた立場、あるいは近隣の病院のパフォーマンスなどがありますが、最も大きな外的要因は人口減です。

第4に、「夢は描けど、夢は追わずの基本姿勢」。

第5に、「弱味は、テコ入れでなく撤退・連携」。

第6に、「時代は、競合から連携、連合、統合へ」向かっているように思います。

第7に、「病院に責任を持つ」から「地域に責任を持つ」そういう時代が来るのではないかと考えています。

第8、「ホスピタリティー文化の醸成」は、時代が変わろうとも欠かせないものと考えています。

(スライド28)最後に、病院経営責任者としての夢は、組織が生き続け、社会に貢献し続けることができる、逞しい組織文化を創ることです。組織文化は生き続けるものです。これが私たちの夢です。

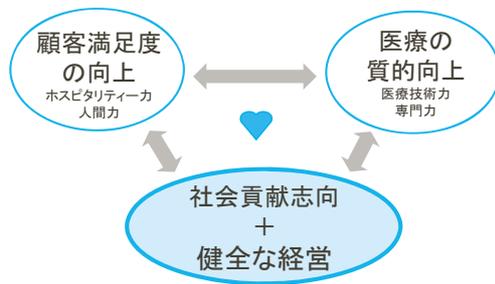
ご清聴くださり、誠にありがとうございました。

座長(土井) ありがとうございました。また後ほどよろしく願いいたします。

次に、医療法人平成博愛会博愛記念病院理事長の武久洋三先生に「中小病院の地域連携はどうする」という題でお話しいたします。

武久先生は岐阜県立医科大学を昭和41年に卒業さ

医療を通して社会に貢献するために



スライド26

私たちの経営理念

1. 経営とは、組織の健康であり、責任
2. 最も大切なのはベッド数ではなく、職員
3. 社会と地域の、外的要因分析は不可欠
4. 夢は描けど、夢を追わずの基本姿勢
5. 弱みは、テコ入れでなく撤退・連携
6. 時代は、競合から連携、連合、統合へ
7. 病院に責任を持つ⇒地域に責任を持つ
8. ホスピタリティー文化の醸成

スライド27

病院経営責任者としての夢

組織が、生き続けて
社会に貢献し続けることができる
逞しい組織文化を創ること

スライド28

れ、大阪大学医学部附属病院でインターンを修了後、徳島大学大学院研究科を修了、徳島大学第三内科を経て、現在、博愛記念病院理事長でいらっしゃいます。社会福祉法人平成記念会理事長を務めておられ、また、日本慢性期医療協会会長としてもご活躍です。それでは先生、よろしく願いいたします。

3 中小病院の地域連携は どうする

武久 洋三

あらゆる産業が二極分化の時代を迎えているということは、皆さん認識されていると思いますが、これは病院も同じです。特に中小病院では著しいと語っています。

私がいつもいるところは徳島県の210床の中病院ですが、過半数は一般病床で、あとは回復期リハビリ病床と医療療養病床があります。全国に療養病床を持っている病院は4,000近くありますから、すべての病院の半分近くは療養病床を持っているわけで、慢性期医療は特殊な分野ではなく、普遍的な分野であるということが言えると思います。またそのうちの7割以上がケアミックス病院ということです。このケアミックスの弊害や利点などは、後ほどの話に出てくると思います。

● 中小病院の二極分化

二極化するなかで、中小病院における勝ち組・負け組という構図が出ていることは確かです。最近も、中小病院の経営破綻そして経営支援の話が、企業再生機構などから私のところへも来ていますが、大変厳しい状況です。さらに来年、再来年を見ると、負け組にとっては大変厳しい状況が続くだろうと思います。しかし、この負け組と言われている病院を、我々は全医療体制として救っていかねばいけません。というようなことも含めまして、自虐的なスライドもございますが、問題点を浮き彫りにしたいと思います。

■ 中小病院の経営の基盤は不安定

スライド1に掲げる内容は、いわゆる負け組病院の典型例ですが、以前、私は医療機能評価機構の特別審査員をやっておりましたときに、こういう状況の病院は非常に多いということを見てきました。その先生に聞きますと、「うちは急性期病院だ」と言っただけなのですが、平均在院日数が特定除外患者がいなかった20年前で25日、去年は特定患者を入れて25日という状況になってくると、これで果たして急

一般病院負け組の状況

	救急車	全身麻酔	平均 在院日数
20年前	200件/月	200件/月	25日
10年前	100件/月	100件/月	25日
昨年	5件/月	2件/月	60日

スライド1

- 一般病床のみの病院から一部療養病床に移行
- 療養病床のみの病院から一部一般病床に移行

スライド2

中小病院の外来患者の減少

長期処方解禁により、

- 片や高度急性期病院の外来にシフト
- 片や近くの診療所にシフト

スライド3

性期病院と言えるかということになります。

(スライド2) 一般病床のみの病院から一部療養病床に移るケアミックス。そして、療養病床のみの病院から一般病床に移る場合。この2つの場合では、病院の立場やモチベーションというのはかなり違うようです。

(スライド3) 中小病院の外来患者の減少(いいところはいいのですが)。長期処方解禁が大きな原因となって、だんだん中小病院の外来から高度急性期病院の外来へのシフトが起きます。高度急性期病院に行っていれば、いったん緩急あれば入院させてくれるという思いもありますので。あるいは近くの診療所へのシフトも起きます。ここは電話や玄関先で「あの薬、頼む」と言えばサッと出してくれるというような利便性がありますので。中小病院のところが減ってくる傾向があります。

(スライド4) 実は、一般病床の病床面積4.3㎡、

廊下幅1.8mの多床部屋は、経過措置で許可されているにすぎず、現在の基準は6.4㎡の4人部屋となっています。

もう1つ、一般病床の入院患者で90日以上入院している患者は、特定患者となりますが、除外規定によって、いま何万人かが出来高払いで期限なく入院できる経過措置があるわけです。

(スライド5) この2つの経過措置に守られて、中小の民間病院は存続できているということもあります。しかし経過措置とは永遠に続くものではないわけですから、そういう不安定な基盤の上では安心して病院経営はできないのではないかと私は思います。

■一般病床と療養病床、急性期と慢性期の区別について

(スライド6) 平成15年8月末に、その他病床を廃止し、一般病床と療養病床に分けるという命令が来しました。ところが、ハードで見ると、食堂、談話室、機能回復室があるところは療養病床になれるが、改装ができていないところはなれない。すなわち、すべての病床の改装が済んだところは、患者さんの状態と医師・看護師の数によって、一般と療養に分けて届けることができましたが、まったく改装しなかったところは、実態は老人病院であっても、すべて一般としてしか届けることができなかったわけです。

平成10年頃 療養環境改善に対する手厚い診療報酬
⇒改修、増改築を行う病院が多くなる

平成15年8月末 その他病床の廃止
一般病床と療養病床の届出

	病床面積	廊下幅	食堂	談話室	機能訓練室
一般	4.3㎡	1.8m	x	x	x
療養	6.4㎡	2.7m	○	○	○

全ての病床の改装済 ⇒医師・看護師の数と入院患者の状態で病棟を「一般」と「療養」に分けて届出

一部しか改装できず ⇒改装できた新たな病棟 ⇒「療養」として届出
⇒改装できていない古い病棟⇒「一般」として届出

全く改装しなかった ⇒全て「一般」として届出

スライド6

一般病床 — 急性期病床
療養病床 — 慢性期病床

スライド7

一般病床の病床面積4.3㎡、廊下1.8mの多床部屋は、経過措置で許可されているにすぎない。一般病床の入院患者で90日以上入院している患者は、特定患者となるが、除外規定により約8万人が出来高払いで期限なく入院できる経過措置がある。

スライド4

2つの経過措置に守られて中小の民間病院は存続できている。

しかし、経過措置とは永遠に続くものではない。そういう不安定な基盤の上で安心して病院経営はできない。

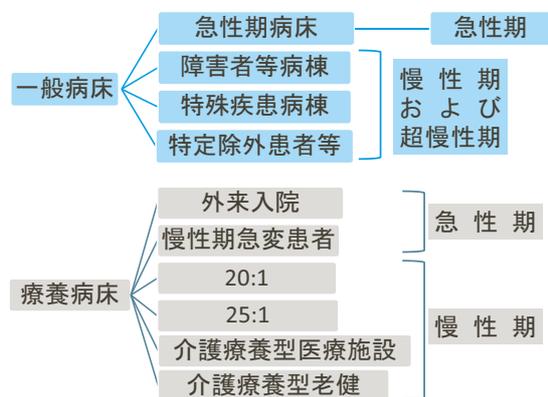
スライド5

これは明らかに政策の失敗だと私は思います。

(スライド7) その頃から一般病床は急性期病床で、療養病床は慢性期病床だということになり、厚労省自身もそういう方向ができたわけです。

(スライド8) しかし、現実問題として一般病床には、障害者等病棟、特殊疾患病棟、特定除外患者等が含まれ、また筋ジストロフィーなどは超慢性期ですから、一般病床が急性期病床だけではないことは誰でもわかっているわけです。

一方、療養病床にも、外来では療養とか一般とかはありませんから、外来に200~300人が来る療養病床病院もあるわけで、この外来入院と慢性期急変患者は急性期です。一方、20:1病棟、25:1病棟、



スライド8

急性期病床の定義

急性期とは「患者の病態が不安定な状態から、ある程度安定した状態に至るまで」とする。*

※平成19年10月22日 DPC 評価分科会資料より引用

そうではなく、

「急性期治療が終了して数日間」と規定すべきである。

スライド 9

介護療養型医療施設、介護療養型老健、これらは当然に慢性期です。ということですので、一般病床は急性期、療養病床は慢性期というのは、必ずしもあたっていません。

(スライド9)では、いったい急性期とか慢性期とは何だろうということになります。平成19年10月22日のDPC評価分科会では、急性期とは「患者の病態が不安定な状態から、ある程度安定した状態に至るまで」とする、となっていますが、非常に曖昧です。90歳の脳梗塞の患者さんが一体いつになったら安定した状態になるのか、誰も答えることができない。国のほうは急性期病院の平均在院日数をどんどん短くしていこうとしていますから、結局、「急性期治療が終了して数日間」というようになっていくのではないかと思います。

●慢性期医療の範囲

(スライド10)一方、慢性期医療の範囲です。私は3年前に日本療養病床協会の会長になりました時に、ただちに名称を日本慢性期医療協会に変えました。つまり、療養病床を持っている病院の人たちだけの

慢性期医療の範囲

- 医療療養病床
(長期急性期病床, 長期慢性期病床)
- 介護療養型医療施設
- 回復期リハビリ病棟 (亜急性期病床)
- 一般病床13:1, 15:1の特定除外患者等
- 一般病床7:1, 10:1の特定除外患者等
- 介護老人保健施設, 介護老人福祉施設に於ける医療
- 在宅及び居住系施設に於ける医療

スライド10

集まりではなく、慢性期医療の範囲を担うということを考えています。

医療療養病床のなかでも、長期急性期病床と長期慢性期病床、介護療養型医療施設、回復期リハ病棟(亜急性期病床)、13:1, 15:1, 7:1, 10:1の特定除外患者等、老健とか特養における医療、在宅や居住系施設における医療。これらも、当然ながら急性期というよりは慢性期医療だろうと考えています。

■超高齢化時代の病床

(スライド11)これは一昨年出された医療介護体制シミュレーションです。在宅療養も含めて2009年の454万人が、2025年には757万人と、約300万人も対象者が増えます。ところが病院病床は増やさない。結局、居住系や在宅で300万人のうちの230~240万人をみてくれということです。

(スライド12)2025年、あと10数年すると、現在の約1.5倍の人が亡くなるわけですから、その方たちが亡くなるまでに2回入院するとすれば、患者さん

医療介護体制シミュレーション

	2009年		2025年
病院病床	102万人	→	111万人
		+ 9万人	
介護保険施設	84万人	→	149万人
		+ 65万人	
居住系療養者	25万人	→	68万人
		+ 43万人	
在宅療養者	243万人	→	429万人
		+ 186万人	
計	454万人	→	757万人
		+ 303万人	

スライド11

2025年には日本人の死亡者は2010年の約1.5倍の160万人になる。

1人の死亡者が死亡するまでに数回疾病に罹患するとしたら、患者数は2~3倍になることは必定。

スライド12

来るべき超高齢化大量死時代を直前に病院病床は1床たりとも減らすべきではない。

スライド13

の数は3倍になります。こうなることは誰も否定できません。

(スライド13) この来るべき超高齢化大量死時代を直前にして、私は、病院病床は1床たりとも減らすべきではないと考えています。有床診療所も同様です。ですから、一般に負け組と言われている中小

病院も絶対に倒産させてはいけないという考えです。

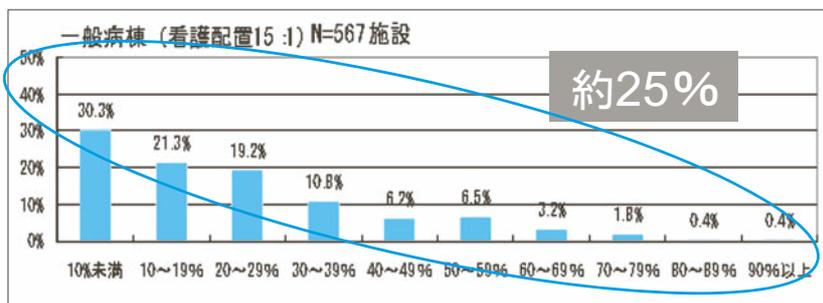
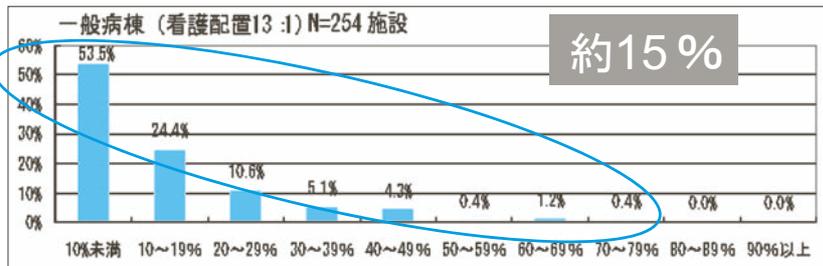
では、どうするべきか。実は、そのための処方箋を出すためには、どこが悪いか、いわゆる病因論をちゃんとしなければいけません。

■特定除外には今後、何らかの対応がありそう

(スライド14) これは平成23年4月の横断調査のもので、在院日数が90日を超えている患者さんの割合です。13:1では、在院日数90日以上が10%未満の病棟が53.5%です。これらを全体にならすと約15%。同じように、15:1では全体の約25%が在院日数90日以上となります。つまり、15:1、13:1の病棟に入院している患者さんのうち6分の1から4分の1が90日超えだということがわかります。詭弁を弄しても、事実は事実なんですね。

しかも経過措置として、退院を促進しているという前提があるわけですが、それに対してスライド15に示す特定除外があります。特定除外は12号まであり項番別に該当患者数を書き出さないといけないのですが、実は、提出していない病院が7割近くある。なぜかという甘く見ているのですね。しかしこれは療養担当規則違反ですから、もし厚労省がその気になったら、すべて返還ということになり得るわけです。こういういいかげんなことをやっているのが実は厚労省の保険課にバレてしまったということで、特定除外について

病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合



平成23年4月13日(水)平成23年度第一回慢性期入院医療の包括評価調査分科会「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」及び「レセプト調査」の分析結果 資料より

スライド14

レセプト調査の分析 特定除外項番別の患者数

特定入院基本料の除外対象患者	一般病棟13対1		一般病棟15対1	
	該当患者数	構成比%	該当患者数	構成比%
1号 難病患者等入院診療加算を算定する患者	1	0%	16	1%
2号 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	2	1%	3	0%
3号 重度の肢体不自由者、骨髄腫等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	24	9%	204	18%
4号 悪性新生物に対する治療を実施している状態	-	-	12	1%
5号 観血的動脈圧測定を実施している状態	-	-	-	-
6号 リハビリテーションを実施している状態	25	9%	48	4%
7号 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	1	0%	2	0%
8号 経口に喀痰吸引・排出を実施している状態	29	10%	71	6%
9号 人工呼吸器を使用している状態	1	0%	18	2%
10号 人工腎臓、持続経路式血液濾過又は血液交換療法を実施している状態	5	2%	60	5%
11号 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態	-	-	2	0%
12号 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	1	0%	26	2%
項番不明	188	68%	656	59%
合計	277	100%	1,118	100%
在院日数90日超え患者に占める割合	96%		94%	

平成23年4月13日(水)平成23年度第一回慢性期入院医療の包括評価調査分科会「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」及び「レセプト調査」の分析 資料より

スライド15

は何らかの対応がなされるのではないかと思います。

●一般病床か療養病床か——収益のために工夫は当然だが

(スライド16) その13:1, 15:1の病棟での医療の実施状況ですが, 時間外緊急入院患者はどのくらいあるかという、1人とか数人で、数は知っているわけです。全日病の西澤寛俊先生は、13:1, 15:1でも地域で頑張っている病院があるのだとおっしゃいますが、マジョリティはそうではないことはデータで出ています。手術件数に関して、よく頑張っているところも確かにありますが、0件のところもありますし、無回答のところもあります。全麻の手術についても、同じような結果になっています。

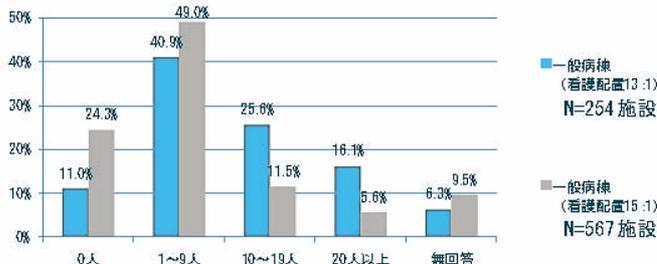
(スライド17) 療養病床より一般病床のほうがたくさん検査もしているじゃないか、ということも言えるのですが、逆にケアミックス病院がほとんどになったために、療養病床で患者さんが悪くなると一般病床へ移して、そこで検査を十分し、治療もして良くなったら帰すというパターンが非常に多い。ケアミックス病院のこういう動きと、ケアミックス病院のDPCというのは、常に厚生官僚の頭の隅にひっかかっています。しかし、我々が許されている範囲内で収益を上げようと努力するのは当然のことであって、これは当然の結果ではないかと私は思います。

(スライド18) また、患者さんについて医療区分2と3で分けていますが、やはり同じような傾向です。

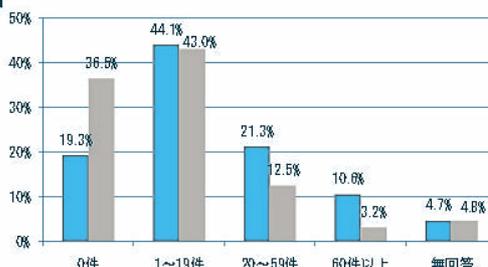
(スライド19) レセプト請求金額を調べてみると、実は患者さんの状態はよく似ているのに、レセプトの収入としては最大25万円も差がある。果たして25万円の差が適切かどうか、

直近1カ月の急性期医療の実施状況（一般病棟のみ）

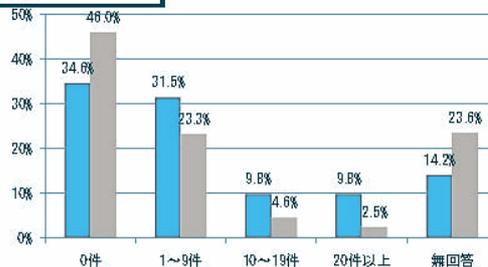
時間外緊急入院患者数



手術件数



(再掲)全身麻酔下手術件数

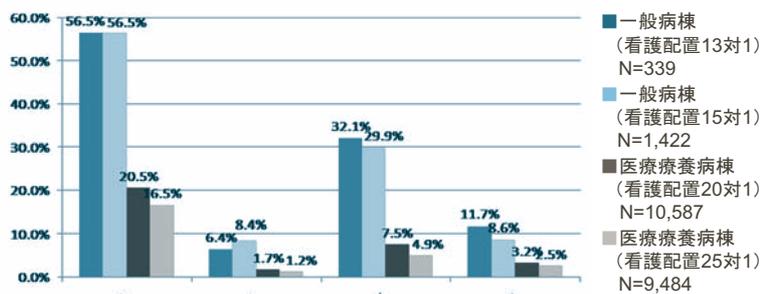


平成23年4月13日(水)平成23年度第一回慢性期入院医療の包括評価調査分科会。「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」及び「レセプト調査」の分析結果 資料より

スライド16

直近1週間の検査の実施状況

*「在院90日超え」かつ「30日後の病状の見通しが不変」の患者についての集計

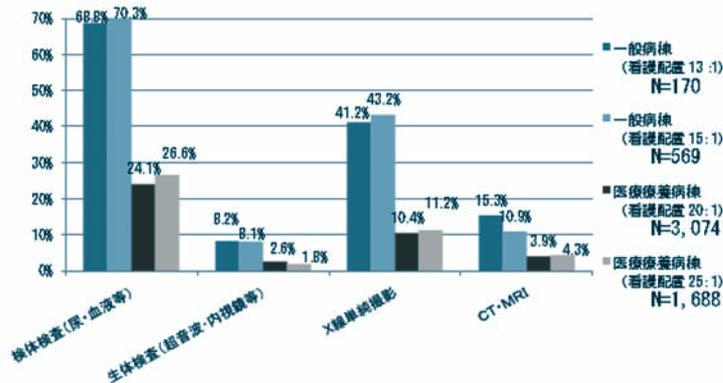


平成23年4月13日(水)平成23年度第一回慢性期入院医療の包括評価調査分科会。「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」及び「レセプト調査」の分析結果, ③追加集計資料より

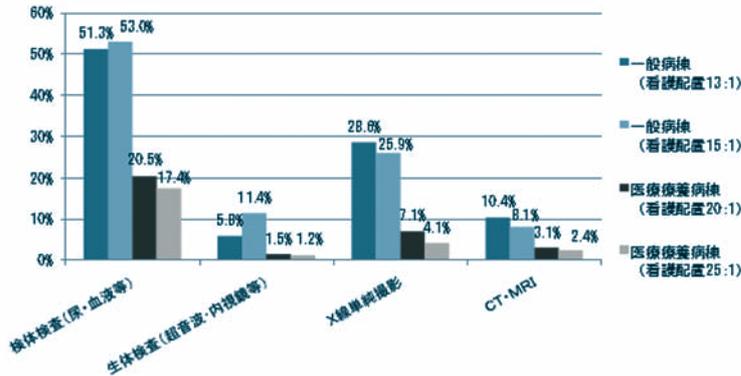
スライド17

直近1週間の検査の実施状況

(再掲) 医療区分3の患者について

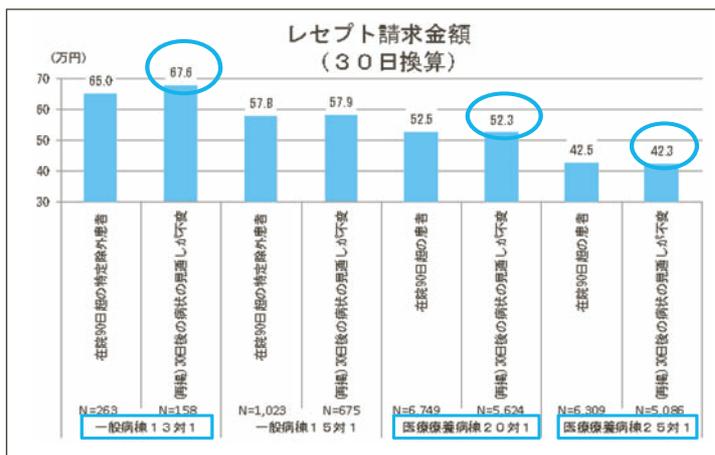


(再掲) 医療区分2の患者について



平成23年4月13日(水) 平成23年度第一回慢性期入院医療の包括評価調査分科会。「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」及び「レセプト調査」の分析結果 資料より

スライド18



2011.4.13 中協 平成23年度第1回慢性期入院評価分科会 資料より

「30日後の病状の見通しが不変」である患者のレセプト請求金額 (30日換算) の差

一般病床13:1	医療療養病床20:1	差額
676,000円	523,000円	153,000円
一般病床13:1	医療療養病床25:1	差額
676,000円	423,000円	253,000円

スライド19

そういう問題があります。

(スライド20) 15:1の一般病床100床の病院に必要なとされる看護師さんの数は最低でも34人です。そして15:1の場合、平均在院日数の要件は60日以内ですが、これはなかなかクリアできない。それならば、いっそ半分の50床を10:1にし、残り半分を25:1の療養にすれば、看護師さんは35人で済みます。10:1の平均在院日数は21日以内ですが、結局、こうした患者さんの分別をしようが我々医療機関にとっては有利だということになります。

●療養病床25:1が廃止の可能性もある

ところで昨年4月、療養病床のなかで25:1と20:1とが分けられました。保険課長としては、来年までにはどこも25:1から点数の高い20:1に変わっていくだろうと推測していた。ところが、我々も考えるわけです。一般病床と療養病床、両方ある病院では、療養病床の25:1を20:1にするには看護師さんを3人増やさなければならない。それだったら療養は25:1のままにしておいて、一般の15:1を13:1にしても、同じ3人増です(スライド21)。そうすると、療養の25:1は20:1に移行しません。

平成22年4月で、25:1が70%、20:1が30%だったといいますが、今は25:1が57~58%で、なかなか厚労省の思うようには進んでいない。そこで、療養病床の25:1を来年の3月で廃止するというとんでもない暴挙に出る可能性があるわけです。

(スライド22) 皆さんご存じのように、このような平均在院日数の縛りがあります。ここの数値を覚えておいてください。後ほど将来のデータが出てきますので。

一般病床15:1 100床の必要看護師 34人
 一般病床10:1 50床の必要看護師 25人
 療養病床25:1 50床の必要看護師 10人

スライド20

入院基本料の動き

一般病床 15:1 50床 17人 } 27人
 療養病床 25:1 50床 10人 }
 一般病床 15:1 50床 17人 } 30人
 療養病床 20:1 50床 13人 }
 一般病床 13:1 50床 20人 } 30人
 療養病床 25:1 50床 10人 }

スライド21

一般病床の看護基準 7:1, 10:1, 13:1, 15:1の病棟ではそれぞれに平均在院日数の縛りがある。

	平均在院日数	入院基本料
7:1	19日以内	1,555点
10:1	21日以内	1,300点
13:1	24日以内	1,092点
15:1	60日以内	934点

スライド22

(スライド23) 7:1の平均在院日数は19日以内ですが、例えば100床の場合、いったい1カ月に平均何人の入退院者があればこの19日がクリアできるかというと、158人になります。それ以下の平均入退院者数ではクリアできません。結局3カ月間でクリアできなければ特定入院基本料になってしまうわけで、これは大ごとです。

しかし、例えば平均120人しか入退院者がいなくても、24人の特定除外患者がいれば、平均在院日数の算定には入れなくていいので、平均120人の入退院で19日がクリアできることになります。極端なことをいえば、平均30人の入退院しかいなくても特定除外患者が8割くらい入っていれば、7:1がとれるわけです。こんな極端な例はあまりないと思いま

■ 7:1

19日なので、 $3000 \div \times < 19 \text{日} \Rightarrow 158 \text{人}$
 100床当たり1カ月平均158人の入退院が必要

(100床当たり)

1ヶ月当たりの平均入退院者数	特定除外患者数
120人	24人
110人	30人
100人	37人
50人	68人
30人	81人

スライド23

■ 10:1

21日なので、 $3000 \div \times < 21 \text{日} \Rightarrow 143$
 100床当たり1カ月平均143人の入退院が必要

(100床当たり)

1ヶ月当たりの平均入退院者数	特定除外患者数
120人	16人
110人	23人
100人	30人
50人	65人
30人	79人

スライド24

■ 13:1

24日なので、 $3000 \div \times < 24 \text{日} \Rightarrow 125 \text{人}$
 100床当たり1カ月平均125人の入退院が必要

(100床当たり)

1ヶ月当たりの平均入退院者数	特定除外患者数
110人	12人
100人	20人
90人	28人
50人	60人
30人	76人

スライド25

■ 15:1

60日なので、 $3000 \div \times < 60 \text{日} \Rightarrow 50 \text{人}$
 100床当たり1カ月平均50人の入退院が必要

(100床当たり)

1ヶ月当たりの平均入退院者数	特定除外患者数
30人	40人

スライド26

すが。

10：1の場合も同じようなことになり（スライド24）、平均143人の入退院が必要になります。13：1の場合（スライド25）は平均125人、15：1では（スライド26）平均50人の入退院が必要になります。ただし実際のところは、特定除外患者のおかげでクリアしている病院がたくさんあるという現状です。

では、特定除外患者は平均在院日数から除いてよいという優遇策がなくなったら、いったいどうなるか（スライド27）、皆さんは考えたことがおありでしょうか。これはあくまでも経過措置なので、常に考えておかないといけません。

特定除外患者は平均在院日数から除いてよいことになっているが、その優遇策がなくなったとしたら

スライド27

■「医療・介護サービスの需要と供給の見込み」について

●長期療養が28万床ということはある得ない

（スライド28）これは皆さんご存じのように、今年6月初めに出たものです。単純な改革シナリオでは、高度急性期22万床、一般急性期46万床、亜急性期・回復期は35万床。そして、長期療養は28万床になっていますが、これは当時の担当者が頼み込んだもの

で、「ここは将来も増やさないでくれという依頼があったので増やさなかった」といううわさもあります。しかし、そんなばかなことはないのであって、現在、一般病床は全部で100万床で、慢性期といわれる長期療養が28万床などということはある得ない話です。

●一般慢性期病床、長期急性期病床という概念の欠如
ここでびっくりしたのが、高度急性期15～16日、一般急性期9日という平均在院日数です。それから、亜急性期と回復期が今8万床しかないのを35万床にするということです。どうやって4倍以上にも増やすのでしょうか。

結局、15～16日のほうは、高度の医療の必要な患者の治療には、それくらいの日数が必要と考えているからだろうということで納得しました（スライド

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

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 15～16日程度 38万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 26万人/月	
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 亜急性等 7～8日程度 亜急性等 57～68日程度 長期一泊 100日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/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	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

〔注1〕医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
〔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。

スライド28

29)。しかし、一般急性期の9日にはびっくりしました。これは逆に言うと、数字の上で割り振ったと言いながら、一般急性期を9日にしたということは、厚生官僚は、一般急性期は軽い急性期患者の入院を想定しており、高度急性期からのポストアキュート患者の受け皿とは考えていないということになってしまふわけです（スライド30）。しかし現実には今は受け皿となっています。

（スライド31）このシナリオには一般慢性期病床（一般病床なのに慢性期病床になっている病床）という概念と、長期急性期病床（長期ではあるが急性期の機能を持つ病床）という概念が抜けているのではないかと思います。

●急性期病院の受け皿としての医療療養病床が必要

（スライド32）亜急性期・回復期リハ病棟は36万床ということで、30万床近くも増やそうとしていますが、10年ちょっとでそんなには増えないでしょう。

また、回復期はよくなる人が入るところです。しかし、高度急性期病院や急性期病院で治療した患者さんがみんなよくなるかというところでもない。人工呼吸器を付けたり気管切開したり、まったく動けなくなったり、意識障害になったり、そういう人が大勢出てくるわけです。にもかかわらず厚生官僚はほとんど無視して、急性期病院からいきなり在宅へ帰れるようなシエマを10年ほど前は書いていましたが、とんでもない話です。では、そうした人をどこが受けるかというところ、一般急性期でも受けられないし、回復期では当然受けられない。となると、医療療養でしか受けることができないではありません

高度急性期病院の平均在院日数を15～16日としているのは、高度の医療の必要な患者の治療にはそのくらいの日数が必要と考えているからである。

スライド29

一般急性期病床の平均在院日数9日という計画からみると、ここでは軽症の急性期患者の入院治療を想定しており、高度急性期からのPostAcute患者の受け皿とは考えられていない。

スライド30

一般慢性期病床と
長期急性期病床という
概念の欠如

スライド31

亜急性期・回復期リハ病棟は現在併せて約6万床しかない。

これを36万床へと増やす計画である。

スライド32

か。

現実問題として、昨年（平成22年）の「医療施設・

介護施設の利用者に関する横断調査」の結果が出ていますが（スライド33）、一般病棟13：1、15：1と、医療療養病棟20：1を見ても、中心静脈栄養は、20：1の療養病棟も一般病棟もあまり変わりません。人工呼吸器は医療療養がほぼ倍で、気管切開は4倍、酸素療法も1.5倍、喀痰吸引は2倍、胃瘻は3倍弱。要するに医療療養病棟20：1の患者さんは非常に重度

医療の提供状況

	一般病棟 (13:1) 亜急性期・回復期 を含む	一般病棟 (15:1)	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・ 胃ろう	13.9%	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

スライド33

であって、一般病棟13：1，15：1の患者さんよりもむしろ重いという実態がわかります。

逆に、従来型の老健はもう特養よりも軽い。医師と看護師がいる所のほうが、医師と看護師のいない所よりも軽度の人がいるわけで、これはちょっと問題になっています。

●実際にどの程度の病床数が必要か？

スライド34の左側の表は、今年6月に発表された社会保障改革に関する集中検討会議の将来の予想図の改革

シナリオの単純な病床換算の部分の一部ですが、こんなふうにはいかないでしょう。

まず高度急性期は左側の改革シナリオの表を尊重して20万床。一般急性期46万床は多分無理で、9日程度でいくなれば最大30万床でしょう。要するに、患者さんが3倍になり、病院ベッドを増やさないのであれば、病院にいられる期間は3分の1になるのですから、単純に考えてもこうなる。回復期リハは

この低成長時代の、そしてこの天災の国で在宅療養を患者本人にとって快適に長く続けようと思えば、病状増悪時に入院できる後方支援病院は必須である。

スライド35

在宅療養支援病院の5つの指針

1. 24時間の在宅療養支援体制の確保
2. 在宅療養患者を救急で受け入れ、適切な検査を行い、入院ができる体制を確保
3. 在宅療養支援診療所との地域連携が取れる
4. 十分なりハビリテーション機能をもっている
5. 在宅医療への推進を進めることができる

スライド36

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み（平成37〈2025〉年度）

各ニーズの単純な病床換算		実際の予想	
【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	20万床 15~16日程度
【一般急性期】 46万床	70%程度 109万人/月 9日程度	一般	30万床 9日程度
【亜急性期等】 35万床	90%程度 16万人/月 60日程度	回復期リハ	20万床 60日程度
		長期急性期	30万床 60日程度
		長期慢性期	20万床 120日程度
		介護施設	10万床 300日程度

2011.6.7第10回社会保障改革に関する集中検討会議 資料より 抜粋

H23.7月 武久洋三 作成

スライド34

今8万床ですから、これは最大でも20万床でしょう。長期急性期は、現在の一般急性期からの16万床と亜急性期等からの15万床を入れて約30万床。急性期という名前になっていますが、このあたりは実は慢性期なのですね。そうなってくると、長期急性期的な機能を持ったところが一般病床から参加し、療養病床からも参加し、それらを含めて30万床くらい必要でしょう。長期慢性期とはいわゆる医療療養病床で、このように20万床程度は要るでしょう。そして介護施設は、せめて10万床程度はなければ実現性はあやふやになると思います。

■地域密着病院として何ができるのか

（スライド35）結局、この低成長時代には、在宅療養を進めなければなりません。在宅療養を余儀なくされた患者が約250万人も増えるわけですから。そうすると在宅療養を支援する病院——在宅療養後方支援病院——が必要です。つまり、私の造語ですが地域密着病院——地域の中小病院は、例えば遠くの北海道や沖縄から患者が来ることはありませんから、地域の患者が99%でしょう——として何をするかということになります。

●在宅療養支援病院の5つの指針

（スライド36）まず、①24時間の在宅療養支援体制。そして、②在宅療養患者を救急で受け入れて適切な検査をし、入院を受ける。これを言うと、二次救急

病院の先生方は「療養病床がそんなことをできるか」とおっしゃいますが、療養病床とは言っていないので、ケアミックス病院ならということです。ですが、私はこれは難しいと思っているのです。そうではなく、③在宅療養支援診療所と連携をとって、例えば患者さん10人のところが10カ所あれば100人、この100人のデータをあらかじめ登録しておいてもらって、その100人が悪くなったときに受けるのです。救急車で来た酔っ払いの診察をするわけではないのですから、それはできるでしょう。それから、④十分なりハビリ機能。以上のようなことが在宅療養支援には必要です。

(スライド37)ところが、診療所と病院では在宅医療へのスタンスが明らかに違います。“同床異夢”なのです。診療所は、あくまでも在宅で亡くなることを希望します。在宅看取り死の数で、在宅療養支援診療所の機能が計られますから。国としては、最期のときに病院へ行くよりは、最期まで診療所でいてくれるほうが医療費が間違いなく安いのです。しかし実際は、悪くなったら病院へ来て検査をし、例えば肺炎なら朝夕の抗生物質を投与するなどして3日とか1週間の短期間で帰すほうが、本人にとっては在宅療養が継続できることになるわけですから、病院側としてはそういう後方支援をする。

(スライド38)医療療養病棟の在宅復帰率はかなり高く、重症率70%以上で在宅復帰率は46%となっています。一方、回復期リハ病棟の要件は重症率20%で在宅復帰率は60%というものです。軽症の人ばかり受け入れて良くして帰すなら誰でもできます。重症の人を受け入れ良くして帰すというように変わっていくのではないかと私は思います。

■ますます厳しくなるなか、医療市場に残るといことについて

スライド39は厚労省の鈴木保険課長のスライドから借りたものですが、はっきりこう言っています。慢性期入院医療、在宅医療、訪問看護・リハ、ドラッグラグ、デバイスラグ。その他として、ものと技術(分配におけるエビデンス)、簡素化と努力に応じた評価、負担軽減と役割分担、地域特性。こういうことを次回改定でやると言っているわけです。別にこれらの報酬が上がるとは言っていない。これを検討すると言っているだけなのですが。

「同床異夢」とは 在宅療養支援診療所と 在宅療養支援病院の 在宅医療へのスタンスの違い

スライド37

医療療養病棟の在宅復帰率は、回復期リハ病棟と同じ基準で算定すると、重症率約70%以上、在宅復帰率46%となった。ちなみに回復期リハ病棟の条件は重症率20%、在宅復帰率60%である。

スライド38

平成24年の同時改定に向けて

- 慢性期入院医療
- 在宅医療、訪問看護・リハ
- ドラッグラグ、デバイスラグ
- その他：
 - ものと技術：分配におけるエビデンス
 - 簡素化と努力に応じた評価
 - 負担軽減と役割分担
 - 地域特性

2011.6月 厚生労働省保険課長 鈴木康裕氏資料より 抜粋

スライド39

ハードのリニューアルを何十年もしていないところが継続して運営できていることは、他の産業ではほとんどない！

スライド40

(スライド40)しかし、ハードのリニューアルを何十年もしていないところが継続して運営できているなどということは、他の産業ではほとんどなく、医療産業だけです。この特殊性を皆さん方は認識しておられますか。30年も40年も改装していないファミリーレストランに誰が行きますか、誰も行きません。それに、ファミリーレストランはすぐ近くに次々と開店することがありますが、病院の場合は地域医療

高齢患者が激増する中でも、患者の減っている病院がある。

暗い、臭い、汚い、狭い、マンネリ、不親切、高齢化、高額差額金、規則づくめ

スライド41

一般の特定除外患者の特徴

- 検査を多くする
- 薬を多く使う
- リハビリはあまりしない
- 抑制率が高い
- 食堂やホールが少ない
- いつも寝たきり
- 日中寝間着も替えない

スライド42

これからは

- 地域の中小病院で6～10人部屋などの多床室の多い療養環境の悪い病院では、在宅療養支援病院にはなれない。そういう一般病床は、医療市場から退場しなければならないだろう。



競争相手は他の病院ではなく、居住系の施設である。

スライド43

今後の課題

- 改築、改装
- リハビリテーションの充実
- 在宅療養支援病院になる
- 在宅支援サービスの充実
- 居住系介護サービスを行う
- 中止する医療、促進する医療を明確化する
- 職員教育（にこやかにやさしく）
- 医師の峻別

スライド44

計画があるために、すぐ横に別の病院が開院することはありません。この点では医療産業というのはきわめてめぐまれた産業です。

（スライド41）しかし、高齢患者が激増するなかでも、現実に患者が減っている病院もあります。暗い、臭い、汚い、狭い、マンネリ、不親切、職員の高齢化、高額差額金、規則づくめ。

こういう病院の一番の問題は“病識”がないことです。昔、学生るとき精神科の授業で「病識がないのが精神患者だ」と聞きましたが、ああ、なるほど。結局、自分が気がついていない——病識が欠如している——わけですから治さない。なぜ病識が欠如しているのかといえば、患者さんの総数は増えているので、こういう病院にもそれなりに患者さんが来るからです。しかし、いずれ気がついたらガタツと減っていた、ということになるわけです。

（スライド42）一般の特定除外患者さんの特徴を挙げると、検査が多い、薬が多い、あまりリハビリをしていない、抑制率が高い、食堂やホールが少ない、いつも寝たきりで、日中も寝間着でいる。

一般病床の13：1、15：1の特定除外患者さんには、2025年には現実にはこういう患者さんが多いのです。しかし、病院数は増えず、患者数は3倍になるので、本当は病院は有利なはずですよ。

（スライド43）先ほどの金田先生の病院のように、近くの病院と競合するということがなくとも、実は、競争相手は居住系の施設なのです。必要なときに医師と看護師を呼べばいい、そのほうが安くすむと考えているとすると、競争にならないでしょう。あまり役に立たないような年寄りの医師が週に1度くらい来て、聴診器もあてずに「どうですか、変わりないですか」とやるといったところでは、患者さんから「もう必要ない」と言われる可能性があります。

■地域の中小病院の役割を考える

我々としては、地域の中小病院の役割を考えていかなければなりません。

（スライド44）そこで今後の課題ですが、まず《改装・改築》。一昨日ですか、日本病院会の理事会で石井孝宜先生が「借金もない。収支バランスはちょっと黒で、減価償却を入れるとちょっと赤になる。そういう病院が1,000いくつある」とおっしゃっていました。逆に言えば、そういう病院は設備投資を

全然していない病院ということで、そんな病院は生き残れません。一般の産業でも設備投資をまったくしないところが生き残れるわけがありません。

次に《リハビリテーションの充実》がないと患者さんの病気が回復しません。そして《在宅医療支援病院になる》こと。《在宅支援サービスの充実》。《居住系介護サービスを行う》。

介護といえば、平成10年に第1回のケアマネジャの試験がありましたが、このときに私は医師会を回って、絶対受けてくださいと言いましたら、当時の県医師会長が受けにいらしたのにはびっくりしました。75歳でのその意欲に私はとても感激しました。

国の政策に叛旗を翻しても無理なんです。「医者だから、介護なんてとんでもない」と言わずに、介護も一緒にやっている中小病院はみんなうまくいっています。医療に固執した病院が、みんなとは言いませんが厳しい状況にあることは事実です。

今後の課題の続きに戻りますが、《中止する医療、促進する医療を明確化する》。例えば、皮膚科の患者がほとんどいないのに、週1回皮膚科の先生に来てもらってわずか5人の患者さんを診てもらおう。そういうことをいつまで続けるのですかということです。《職員教育（にこやかにやさしく）》。

問題は次の《医師の峻別》です。実は4月、5月、6月の間に、うちの病院では6人の医師をやめさせました。悪い医者があると病院は腐りますから、泣いて馬鹿を斬らないといけません。法律がどうのこうの言っているうちに病院が悪くなってしまうことがあります。

(スライド45) 平均在院日数の短縮への対応も課題の1つです。そのためには老健、特養、グループホーム、高専賃（高齢者専用賃貸住宅）を自らつくることです。他力本願では難しいでしょう。そして、介護保険施設、居住系施設との連携を結び、入退院を促進することです。これがないと今はなかなか難しい。本当の意味で在宅に向かうには、やはり自らがやっていかなければなりません。

(スライド46) 医療経済実態調査で、利益の出ているところは改定で下げられる。これはもう間違いのないわけです。特定除外のところは25万円も高いということが白日のもとに曝された以上、何らかの処置はされるでしょう。

(スライド47) 私はいつも言っているのは、高度急

平均在院日数短縮計画

- 老健・特養・GH・高専賃を自らつくる
- 介護保険施設・居住系施設との連携を結んで入退院を促進する。

スライド45

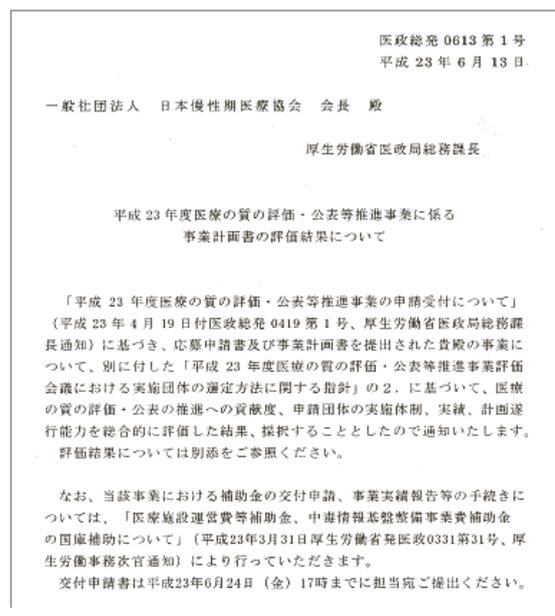
医療経済実態調査で、利益の出ているところは、

改定で下げられる運命

スライド46

高度急性期病院は、地域に安心して患者を紹介、退院させることのできる良質な慢性期病院を養成しなければならない。

スライド47



スライド48

性期病院は、自分のところの患者を退院させた後、紹介できる良質な慢性期病院を地域に養成しないといけないということです。そうしないと、高度急性期病院は患者を出すところがないわけで、出すところがなければ新しい患者も診られず、手術の数も減り、平均在院日数も長くなるということになります。

別添
平成23年度医療の質の評価・公表等推進事業に係る
事業計画書の評価結果について

申請団体名：【日本慢性期医療協会】

事業計画書の評価結果	採択
------------	----

応募申請件数	採択件数
3	2

【平成23年度医療の質の評価・公表等推進事業評価会議からのコメント】

(1) 評価できる点

- 慢性期の患者をケアする病院の役割は、今後ますます重要になると予測され、そこで行われる医療の質は、広く社会的に関心が高い。したがって適切な指標の公表が期待されているため、補足資料にあるように、詳しい評価基準が検討されているのは大変結構である。
- 高齢化に伴い、慢性期医療における臨床指標の確率と医療の質の評価は今後大変重要となると考えられるため、日本慢性期医療協会が当事業に参加する意義は大きい。
- 各項目の指標がバランスよく入っている。
- 臨床指標評価委員会のスケジュールとして、具体的な検討事項が盛り込まれていて良い。

(2) 課題・要望事項

- 公表に当たっては、患者・国民が理解しやすいように方法を検討いただきたい。
- 急性期医療との違いを踏まえて、疾病特異的な指標（糖尿病に関する指標など）を追加するよう検討いただきたい。
- 医療の質の評価・公表を推進するための組織的なビジョン等が十分に読み取れない。

- 質評価の管理・運営にあたる人材の確保が十分とはいえない。
- 臨床指標評価検討委員会に外部委員を参加させ、客観性を担保していただきたい。
- 臨床指標に関しては、慢性期医療の特徴を考慮し項目が精選されているが、一部、項目内容および調整方法が不明瞭である。
- 患者満足度については、家族にもアンケートに参加してもらうことを検討いただきたい。
- 高齢者を擁することが多いと思われるが、退院・自立に向けての取組評価ももう少し詳しく表せないか。
- 地域医療に関する指標として、他施設への転院を希望する患者がスムーズに転院できるかを知る指標の追加を検討いただきたい。
- ケアの評価は重要で、老健・特養と合わせて評価すべき指標を開発する必要がある。
- 今後、期待される効果として、患者への情報提供等という側面が不足。
- 本事業終了後の取組に関して、本事業による発展が医療機関内にとどまっている感がある。

(3) 疑問点・質問事項

- 今後他の病院にも評価事業を拡大していく予定はあるか。

スライド49

慢性期医療のClinical Indicator

- 1 領域【医療】
- 2 領域【薬剤】
- 3 領域【看護・介護】
- 4 領域【リハビリテーション】
- 5 領域【検査】
- 6 領域【栄養】
- 7 領域【医療安全・院内感染対策】
- 8 領域【終末期医療】
- 9 領域【チーム医療】
- 10 領域【地域連携】

スライド50

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない。

スライド51

●「慢性期医療の診療の質」事業計画が採択

(スライド48, 49) 医療の質について日本慢性期医療協会が出した「慢性期医療の診療の質」が、今年、厚労省医政局で採択されました。

日本医療機能評価機構は8領域でしたが、日本慢性期医療協会の「慢性期医療の診療の質」ではスライド50に示す10領域について非常にこまかく入っています。

(スライド51) 良質な慢性期医療がなければ、せっかく急性期病院がきちんとした治療をしても、あとが悪くてすべてだめ、ということを訴えて私の話とさせていただきます。ありがとうございました。

座長(土井) ありがとうございました。では最後のシンポジスト、特定医療法人仁生会細木病院院長の橋本浩三先生に「超高齢化県におけるケアミックス病院としての取り組み」ということでお話しいただきます。

橋本先生は昭和42年に岡山大学医学部を卒業され、昭和43年に同大学附属病院第三内科に入局。昭和50年から米国のウェイク・フォレスト大学医学部、ポーミングレイ医科大学の研究員をされ、平成3年に高知大学医学部第二内科講座の教授に就任。平成20年に退官され、現在、特定医療法人仁生会細木病院の院長をなさっています。細木病院のある高知県は、高齢化率が全国でもトップで、人口10万人当たりの病院数も全国一のところで、そういうなかでの病院経営などについてお話しただけだと思います。では、よろしく願いいたします。

4 超高齢化県における ケアミックス病院としての 取り組み

橋本 浩三

ご紹介いただきましたように、私は3年前までは大学に、しかも長い期間いましたので、中小病院の先生方にご参考になるようなお話ができるかどうか分かりませんが、ここ3年間、ケアミックス病院としてのあり方を勉強し、また悩み、職員と努力してきたことをお話しさせていただきます。

本日の内容

- 超高齢化社会を迎えた高知県の医療・介護事情
- 細木病院の立ち位置と役割
- 最近の取り組みと今後の課題

スライド1

(スライド2) 当院は病床数320で病床数からいいますと中小病院に入りませんが、いろいろな病床をかかえているケアミックス病院であり、それぞれの病床数はあまり多くありません。その点では中小病院的などころがあります。

(スライド1) 今日はまず、超高齢化社会を迎えた高知県の医療・介護事情と、そのなかでの当院の立ち位置と役割、そして私が着任してからここ3年間の取り組みと今後の課題についてお話しさせていただきます。

特定医療法人細木病院

本館

病床数320のケア
ミックス病院
一般病床：164床
療養病床：156床



細木病院院長
橋本浩三
(2008年4月より)



1991～2008年 高知大学内科教授
2006～2008年 高知大学医学部長
内分泌・糖尿病内科医

新館



南館

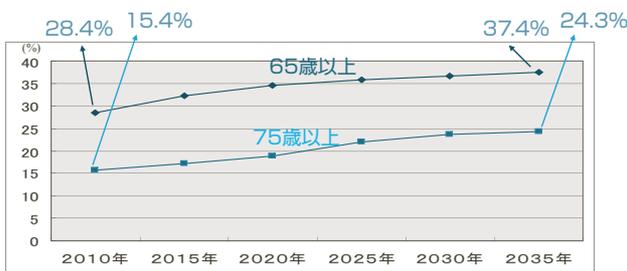


スライド2

高知県の現状



- 高知県人口77万人、高知市34万人(44%)
- 高知県は東西(190km)に長く、面積は広い(7,103km²)
- 林野面積84%を占め(全国1位)、人口密度が低い(110.2人/km²)
- 65歳以上が28.4%で高年齢率が全国3位(47都道府県中)



スライド3

超高齢化社会を迎えた 高知県の医療・介護事情

(スライド3) 高知県の現状ですが、人口は77万人で、その44%が高知市に住んでいます。高知県は東西に190kmと長く、面積は広いのですが林野面積が84%を占め、人口密度が低い県です。

65歳以上が28.4%で、高齢化率は全国3位です。そして、2035年には65歳以上が37.4%になると推定されています。後期高齢者は現在15.4%で、2035年には24.3%、4人に1人が後期高齢者という県になることが推定されています。

(スライド4) 高知県の2009年の総生産は全国44位ですが、その11%を医療・福祉分野で占めており、住民の13%は医療と福祉の仕事で生活を営んでいます。

人口10万人当たりの病院数、病床数が全国1位、医師数が全国4位、看護師数が全国1位、そして県民1

高知県の医療・福祉事情

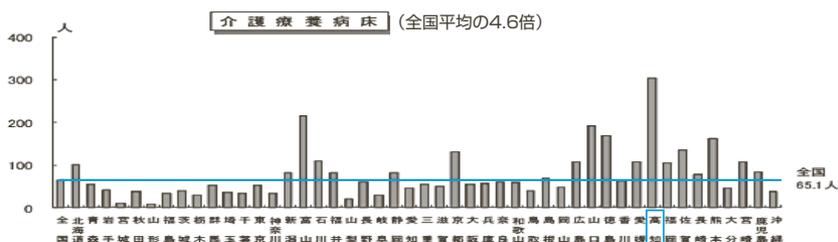
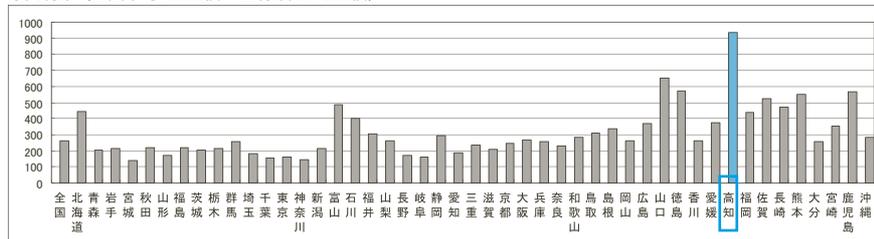
- 2009年の総生産 (GDP) :
 全国44位 (2兆3,000億円)
 医療・福祉分野のみでその11% (2,500億円) を占める。
 住民の13%は医療と福祉で生活を営んでいる。
- 病院数, 病床数が全国1位 (人口10万人あたり)
- 医師数全国4位 (人口10万人あたり268~272人)
 看護師数全国1位
- 県民1人あたり医療費全国2位

スライド4

人口10万対療養病床数

厚生労働省医療施設病院報告 (平成22年9月)

療養病床 (全国平均の3.5倍; 全病床数は2.0倍)



スライド5

人あたりの医療費が全国2位で、これだけを見ますと医療・福祉の先進県という言い方もできるかもしれませんが。

(スライド5) 病床数は全国平均の2倍で、療養病床に限ると3.5倍、介護療養病床に限ると4.6倍あります。考えようによっては老人に優しい県なのかもしれません。

(スライド6) 高知県の病院は現在139ありますが、その74%が中央医療圏にあり、他の医療圏には非常に少ないです。139病院のうち約半分が高知市にあり、高知市では人口10万人あたり22.1病院ということで、これは全国平均の3倍です。県全体では、200床以下のいわゆる中小病院が82%を占め、これは

全国平均の69%を上回っています。中小病院が頑張っている県と言えます。

(スライド7) 人口10万人あたりの医師数も、高知県は全国平均の1.26倍ですが、中央医療圏に集中しており、なかでも高知市の医師数は全国平均の1.5倍です。しかし、東の安芸医療圏や西の高幡医療圏の人口10万人あたり医師数は全国平均の0.7倍となっています。

中央医療圏には県内医師の83%がいて、他の地域では医師は減少傾向にあ

高知県の病院 (139病院)

	病床数			計
	21~200	201~400	401-	
中央医療圏	83	14	6	103 (74.1%)
高知市	53	10	5	68 (48.9%)
安芸医療圏	6	2	0	8 (5.8%)
高幡医療圏	7	1	0	8 (5.8%)
幡多医療圏	18	2	0	20 (14.4%)

高知市内に病院が偏在 高知市 (22.1病院/人口10万)
 全国平均 (7.2病院/人口10万)

200床以下の中小病院: 高知県 (82%)
 全国平均 (69%)

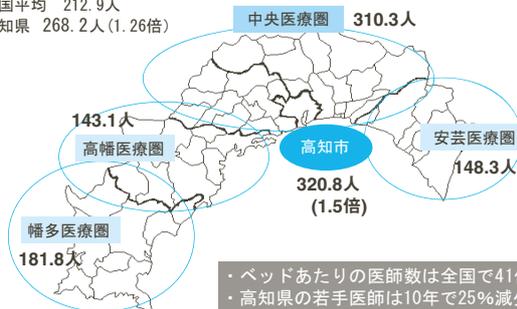
スライド6

高知県の医療事情 医療圏と医師の分布

医師の偏在

- ・ 中央医療圏に県内医師の83%
- ・ 中央医療圏以外は医師は減少傾向

人口10万人あたりの医師数
 (2008.12.31現在)
 全国平均 212.9人
 高知県 268.2人 (1.26倍)



- ・ ベッドあたりの医師数は全国で41位
- ・ 高知県の若手医師は10年で25%減少

スライド7

ります。ベッドあたりにすると医師数は多くありません。また、若手医師は減少傾向が続き、この10年間で25%減少しています。少しアンバランスなところがある県です。

(スライド8) このように高知県では、医師も病院も高知市に偏在しているため、無医地区は多く、全国ワースト3位という県でもあります。

■細木病院の立ち位置と役割

●当院の沿革

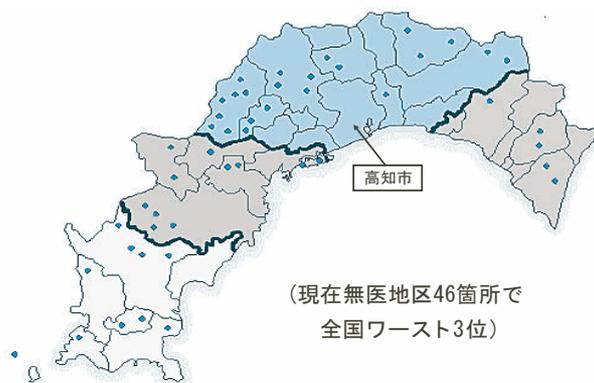
(スライド9) 当院は今年(2011年)で65周年を迎えます。1958年に医療法人になり、80年には611床に増床しました。97年に精神科を分離し、以来、現在まで320床です。2000年から昨年までに3回、日本医療評価機構により複合病院・区分3の認定を受けています。2009年には急性期病床がDPC適用病床になっています。

(スライド10) 複合化を進めてきており、1993年以来、健診センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、病児保育所、老人デイケア、グループホーム、デイサービス、緩和ケア病棟などを設置してきました。

●当院の構成および仁生会の組織

(スライド11) 現在の当院の構成は、外来部門、健診部門、320床の病棟部門、それに加えてグループホーム、通所サービス部門、居宅

高知県内の無医地区



スライド8

細木病院の沿革

- 1946年7月— 細木診療所開業
- 1955年11月— 細木病院に改組(病床数53床)
- 1958年11月— 医療法人仁生会細木病院となる
- 1980年7月— 611床に増床
- 1997年4月— 精神科を分離(細木ユニティ病院)して320床に減床
- 2000年5月— 日本医療評価機構により複合病院(種別B)認定
- 2002年3月— 特定医療法人仁生会細木病院となる
- 2005年5月— 日本医療機能評価機構により(区分3)認定
- 2009年7月— 急性期病床がDPC適用病床に認定される
- 2010年5月— 日本医療機能評価機構により(区分3)認定

スライド9

附属施設などの併設(複合化)

- 1993年5月 「健診センターほそぎ」設置
- 1994年4月 「在宅介護支援センター城西」開設
- 1994年11月 「訪問看護ステーション高知西」設置
- 1995年2月 病児保育所開設(高知県初)
- 1996年12月 「老人デイケアゆうゆう」開設
- 1999年5月 グループホームの開設(以後9ユニット設置)
- 2003年6月 デイサービスの併設(以後2カ所)
- 2003年8月 緩和ケア病棟(ポピー)増築

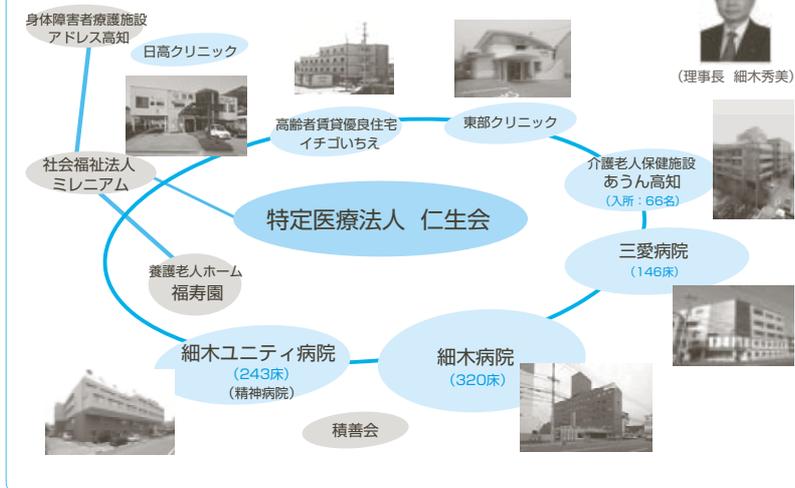
スライド10

細木病院の構成

1. 外来部門
2. 健診部門
3. 病棟部門(320床)
 - 一般病床(164床) 療養病床(156床)
4. 在宅部門
 - グループホーム(9ユニット)
 - 通所サービス部門
 - ・デイケア
 - ・デイサービス
 - 居宅訪問サービス部門
 - ・訪問看護ステーション高知西
 - ・ホームヘルパーステーション城西(訪問介護)
 - ・細木病院訪問リハビリテーション
 - ケアサポートセンターほそぎ

スライド11

特定医療法人仁生会の組織



スライド12

訪問サービス部門、ケアサポートセンターを含む在宅部門があります。

(スライド12) 特定医療法人仁生会の基幹的病院が細木病院ですが、仁生会にはあと2つ病院があり、さらに2つのクリニック、介護老人保健施設、高齢者賃貸優良住宅を運営しています。また、理事長の細木秀美が理事長を兼任している社会福祉法人が身体障害者療養施設、養護老人ホームを運営しています。これらが一体になって、高知県の中央医療圏においてヘルスケアネットワークを構成しています。このなかで、細木病院自体もケアミックスのかたちをとっています。

●当院の患者はどこから来ているか

(スライド13) 当院への入院患者は79.1%が高知市内の方ですが、近隣の市町村、さらには全県下から入院されています。

スライド14の地図は高知市を示します。右の表にありますように、当院の入院患者さんは市内西部の7つの地域からの方が72.9%を占めていて、高知市の西部を担っている病院ということが出来ます。

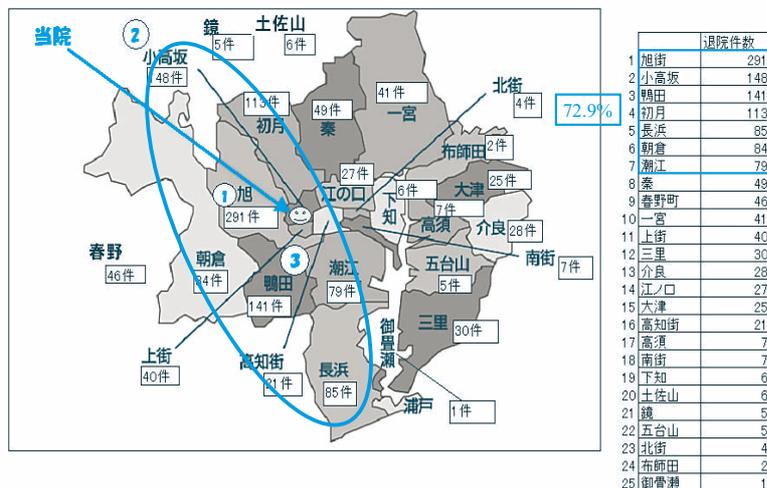
スライド15は高知市の地図に、精神科を除く中小病院を緑色のクロスでプロットしたものです。ご覧のように、高知市のメインの国道沿いに多くの中小病院があります。そして、このうちの6割くらいの病院が療養病床をかかえています。なぜこれほど多くの中小病院が共存できているかといいますと、先述したように高知県では医師と病院の偏在があり、郡部には医師が少ないので、郡部の多くの方が高知市で受療されます。お年寄りが多いので、通院がなかなか難しく、高知市にとどまって入院される方が多いというわけです。

緑色の円で囲ったところが300床



スライド13

平成21年度高知市退院患者診療圏(大街区別)



スライド14

高知市における主な病院

(○：300床以上の急性期病院、○：200床以上のケアミックス病院)
(+：54～184床の中小病院：精神病院以外)



スライド15

ケアミックス病院としての活性化 (平成20年度以降)

1. 一般病床と療養病床の有効利用
2. 急性期診療の活性化
3. 慢性期診療の質の向上
4. 療養病床、緩和ケア病床、在宅部、健康管理センターの有効活用

スライド16

以上の急性期に特化した病院，グレーの円で囲んだ病院は200床以上のケアミックス病院です。細木病院はこの位置にありますので，先ほど申しましたように周辺の地域からの患者さんが多いということが納得いただけると思います。当院はこうした地域における中核病院ということができます。

■最近の取り組みと今後の課題

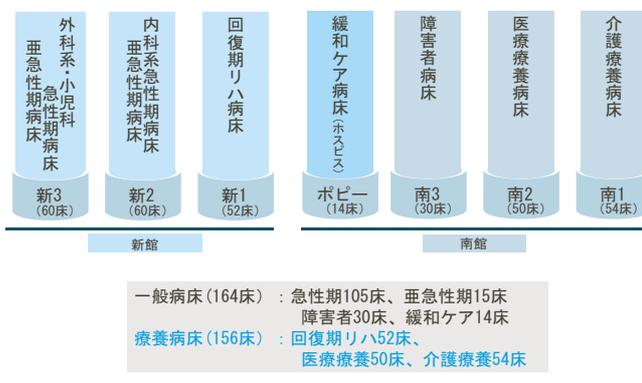
●ケアミックス病院としての活性化

(スライド16) 平成20年に着任以来，私はケアミックス病院とはどうあるべきかを勉強しながら，活性化をいかに図るべきかを考え，①一般病床と療養病床の有効利用，②急性期診療の活性化，③慢性期診療の質の向上，また，④療養病床，緩和ケア病床，在宅部，健康管理センターの有効活用を目指してきました。

①一般病床と療養病床の有効利用——病棟再編成

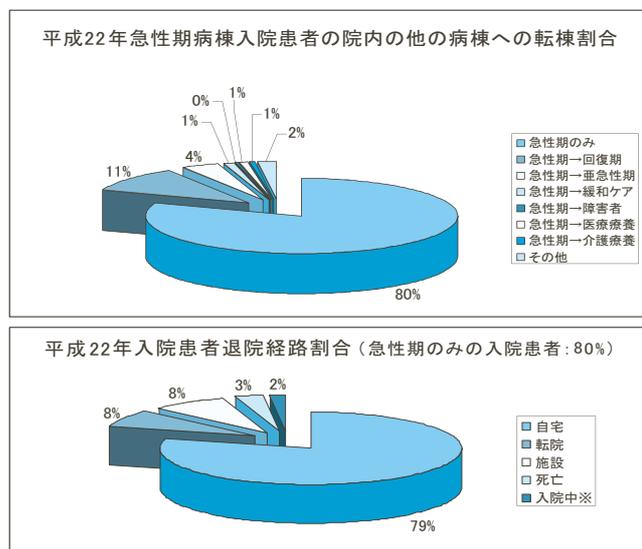
病棟再編成の結果，現在の病棟はスライド17に示す構成になっています。新館には外科系・小児科急性期病床と亜急性期病床，内科系急性期病床と亜急性期病床，回復期リハ病床，そして南館には緩和ケア病床，障害者病床，医療療養病床，介護療養病床があります。一般病床164床の内訳は，急性期105床，亜

一般病床と療養病床の有効利用——病棟再編成



スライド17

急性期病床へ入院した患者の転帰



スライド18

急性期15床，障害者30床，緩和ケア14床となり，療養型156床の内訳は，回復期リハ52床，医療療養型

50床，介護療養型54床ですので，典型的なケアミックスのかたちです。

急性期診療の活性化

- 常勤医師，コメディカルの増員
- 急性期病床をDPC対象病床に（平成21年7月）
- カルテの全面的電子化（平成22年7月）
- 診療機器の新規購入・更新

スライド19

生活習慣病による死亡が高知県は全国で2位

- ・運動不足（1日の歩数）
男性6698歩（全国7486歩）
女性5950歩（全国6631歩）
- ・アルコール摂取量が多い（酒類消費量2位）
- ・検診受診率が低い（国保特定検診受診率42位）
- ・喫煙率：男36.0% 女8.6%（H18）

- ・糖尿病患者が多い（受療率：男13位 女9位（H14））
- ・高血圧患者が多い（受療率：男17位 女23位（H14））
- ・肥満傾向が高い（BMI25%以上率：[男性]32.6%[全国]28.5%）

- ・脳卒中患者が多い（受療率：男2位 女1位（H14））
- ・急性心筋梗塞患者が多い（受療率：男6位 女9位（H14））

糖尿病死 全国2位
心疾患死 全国1位
脳卒中死 全国4位

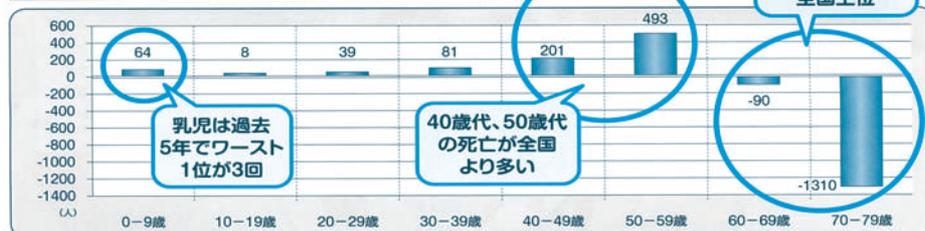
スライド20

高知県民は、女性は長生きですが男性は短命です

平均寿命 男性 77.93歳（全国44位）（全国1位は長野県 79.84歳）
女性 85.87歳（全国21位）（ // 沖縄県 86.88歳） ※H17都道府県生命表

乳児と働き盛りの死亡率が高い状態です

年齢階層別の過剰死亡の状況（1998～2007）



- 60歳未満のすべての年齢層で全国より死亡率が高くなっています。
- 特に、満1歳までの乳児の死亡率は、直近の5年間でワースト1位が3回と、悪い状態が続いています。また、働き盛りの40歳代、50歳代の死亡率が、全国より著しく悪くなっています。

65歳以上 28.4%（全国3位）
100歳以上 475人（10万人対全国3位）

スライド21

（スライド18）当院の急性期へ入院した患者さんの転帰ですが，80%はそのまま退院，11%が当院の回復期リハへ，4%が重急性期へ，あとの方はその他の病棟へなっています。また，急性期のみで退院した方の79%が自宅に帰っていますが，他の病院・他の施設へ移った方がそれぞれ8%います。

②急性期診療の活性化

（スライド19）仁生会全体のなかで急性期診療を担っているのは当院ですので，急性期診療を活性化する必要があると考えました。そのためには，常勤医師とコメディカルのある程度の増員が必要でした。そして2年前，急性期病床をDPC対象病床にしました。また，業務の合理化を考えて，昨年7月にカルテの全面的電子化を行いました。さらに，急性期に必要なある程度の診療機器の新規購入・更新を考えました。

〔高知県民の健康に関するデータから〕

（スライド20）急性期で考えなければならないのは生活習慣病死ですが，これが高知県は全国2位です。

その要因として挙げられるのは，まず，公共の交通アクセスが悪いため車で出かける

人が多く運動不足になりがちということがあります。そのため歩数が全国平均よりも少ない。また，これはよく知られていることですが高知県民はアルコール摂取量が多く，酒類消費量は全国2位です。それから検診受診率が低い。これも交通アクセスが悪いせいかもしれませんが，国保特定検診受診率は全国42位です。さらに，特に男性の喫煙率が高い。

このような理由で、糖尿病患者と高血圧患者が多く、受療率も比較的高い。また男性の肥満が多い。そのため脳卒中と急性心筋梗塞の患者さんの受療率が男女とも高い。

結果として、糖尿病死が全国2位、心疾患死が全国1位、脳卒中死が全国4位ということで、トータルで生活習慣病死が全国2位となっています。

スライド21に示した棒グラフは、1998～2007年の高知県内の年齢階層別の過剰死亡の状況ですが、乳児の死亡が多く、過去5年で全国ワースト1位が3回あります。これには産婦人科医、小児科医が少なくさらに減少傾向にあることが関係しているのかもしれませんが。また40歳代、50歳代の特に男性の死亡が多く、これには生活習慣病死が関与しています。

ただ、その年代を過ぎると死亡率は下がり、特に70歳以上の方は長生きをされています。これは先述したように、療養病床が多い——年寄りに優しい——ということが関係しているのかもしれませんが、気候のよさが関係しているのかもしれませんが。結果として、現在、高齢化率が全国3位、10万人当たりの100歳以上人口が全国3位という超高齢県になっています。

[急性期診療の向上のための取り組み]

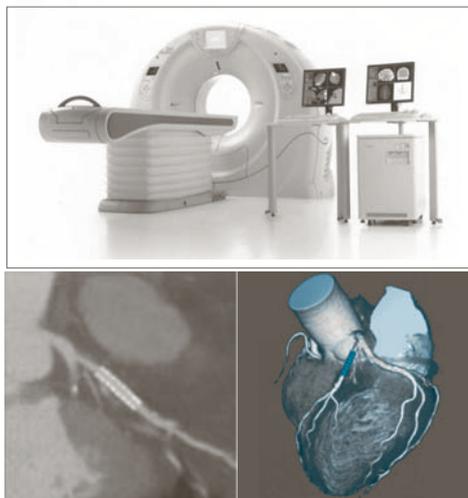
(スライド22) 以上のような状況に対応して、急性期診療を向上させるためには、本院としては、まず生活習慣病とそれに伴う心臓・脳血管障害の診療や指導の充実が必要です。このうち生活習慣病の診療、栄養指導、保健指導に関しては、私も含めてスタッフがそろっていますのである程度実施できています。ただ心・血管病診療、脳卒中診療についてはまだまだですので、現在、常勤医の増員、診療機器の充実、脳血管障害のリハビリの充実を考えているところです。

急性期診療の向上

- 1) 生活習慣病とそれに伴う心臓・脳血管障害の診療や指導の充実
 - 糖尿病、脂質異常症、高血圧診療
栄養指導、保健指導
 - 心血管病診療
常勤医の増員
診療機器の充実
 - 脳卒中診療
脳外科医の増員
脳血管障害患者のリハビリの充実
- 2) 高齢者診療の充実
 - 整形外科診療
 - 呼吸器内科診療

スライド22

320列ADCTの導入(平成21年4月)



心臓超音波診断システム Artida (心臓の壁運動の追跡が可能)



スライド23

カルテの全面的電子化(平成22年7月)



PACS
(画像診断支援システム)
(2008年4月)

電子カルテ
(2010年7月)

1. 診療情報の一括管理
2. 業務処理の効率化
3. カルテや画像保管スペースの縮小
4. 患者さんへの迅速な診療情報の提供
5. 患者さんの待ち時間の短縮
6. 医療の質と安全の向上
7. 迅速なデータ検索
8. 保険点数請求漏れの防止

スライド24

慢性期医療の質の向上

日本医療機能評価機構による区分3としての評価（平成22年）

療養病床に特有な病院機能

	回復期 リハ病棟	医療療養 病床
1. 療養病床への適切な受け入れと人権への配慮		
●療養病床への受け入れ体制が整備されている療養病床の入院患者の意思を尊重し、人権に配慮している	4	4
2. チーム医療の適切性		
●QOLの向上を目指したチーム医療が展開されている	4	4
●退院後の継続療養に向けたケアプロセスが展開されている	4	4
3. 慢性期の診断・治療とケアの適切性		
●療養病床の入院患者の医学的管理が適切に行われている	4	4
●嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている	4	4
●排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている	4	3
●認知機能が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている	4	3
●コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている	4	3
●日常生活の活性化を図り、自立できるよう支援している	4	3

スライド25

また高齢者が非常に多いので、整形外科診療、呼吸器内科診療も重要です。

（スライド23）診療機器では、320列CTを2年前に導入しました。これは四国で最初の導入でした。また、心臓の壁運動の追跡が可能な心臓超音波診断システムを入れ、循環器系診療に役立っています。

（スライド24）昨年カルテの全面的電子化も行いました。画像診断支援システム（PACS）はすでに2008年に入っていましたので、昨年の電子化でペーパーレス、フィルムレスを図っています。そして、診療情報の一括管理、業務処理の効率化、カルテや画像保管スペースの縮小、患者さんへの迅速な診療

情報の提供に役立っています。

電子カルテを導入してちょうど1年経ちましたので、患者さんの待ち時間の短縮に役立っているかどうか、また医療の質と安全の向上、迅速なデータ検索、保険点数請求漏れの防止に役立っているかどうか、これらについて今後検証する必要があると考えています。

③慢性期診療の質の向上

（スライド25）慢性期医療について私はあまり経験がなかったのですが、慢性期医療の質の向上はやはり大切だと考えています。昨年も、日本医療機能評価機構による区分3として評価を受けましたが、そのときは「療養病床に特有な病院機能」で、〈療養病床への適切な受け入れと人権の配慮〉、〈チーム医療の適切性〉、〈慢性期の診断・治療とケアの適切性〉などが評価を受けました。積極的かつ適切に行われているという4の評価を多く受けましたが、普通であるという3の評価の項目もありましたので、こうした部分の機能のよりいっそうの向上を図る必要があると考えています。

④療養病床、緩和ケア病床、在宅部、健康管理センターの有効活用

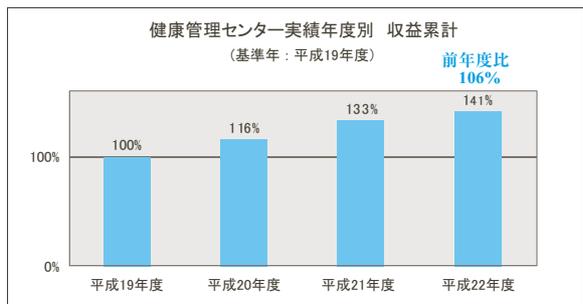
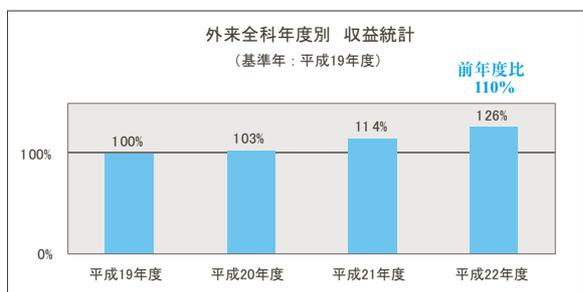
（スライド26）療養病床、緩和ケア病床、在宅部、健康管理センターを有効活用するには、市内の急性期病院、地域の中小病院、診療所や登録医、地域の企業への情報発信が必要です。そのために、地域連

療養病床、緩和ケア病床、在宅部、健康管理センターの有効活用

地域への情報発信

- 市内の急性期病院
- 地域の中小病院
- 診療所、登録医
- 地域の企業
- 地域連携室による広報活動
- ケアサポートセンターによる広報活動
- 仁生会年報
- 仁生会情報誌「じんせい」；毎月発行
- 在宅部門情報誌「いっしょに一歩」；季刊

スライド26



スライド27

携室やケアサポートセンターによる広報活動を活発にするようにしています。また、仁生会の年報、毎月発行している仁生会情報誌『じんせい』、季刊発行の在宅部門情報誌『いっしょに一步』で、情報を発信しています。

■病院活性化への取り組みの成果

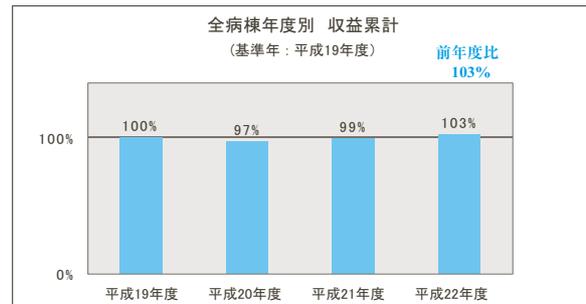
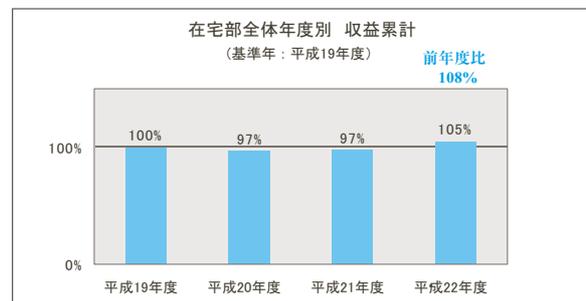
(スライド27) 以上のような取り組みで、収益は少しアップしてきました。平成19年度比で昨年は外来の収益が126%に、健康管理センターでは141%に、それぞれ収益が増加しています。

(スライド28) ただ、在宅部は横ばいで、昨年やっと同前年度比で8%アップしました。1つ問題なのは、病棟の収益がなかなかよくならないことで、昨年は前年度比で3%アップしましたが、このときは診療報酬改定で全国的には病棟収益は6~7%アップしていますから、それに比べ当院では小さな増加にとどまっています。

(スライド29) 昨年度、医業収益は前年度比で5.9%伸びましたが、医業費用も6.3%伸びていますので、医業利益は小幅にとどまっています。ただ、医業費用の伸びは人件費、設備費の伸びですので、将来への投資と考えています。

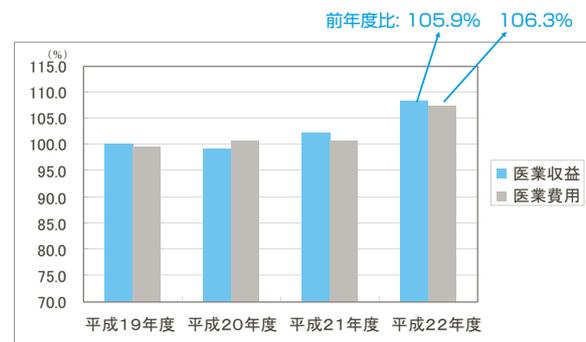
■細木病院の今後の課題

(スライド30) 今後の当院の課題ですが、今までお話ししたように、地域特性を踏まえてケアミックス



スライド28

医業収益と医業費用の推移



医業利益は小幅に留まっている。

スライド29

細木病院の今後の課題

地域特性を踏まえ、ケアミックス病院の特徴をさらに生かす(急性期診療と慢性期診療の質の向上)

急性期診療の向上

- 特定の専門領域の地域ブランドを確立
 - 生活習慣病や心血管障害への診療機能の向上(糖尿病・内分泌内科、循環器内科の充実)
 - 高齢者のための急性期診療の充実(整形外科、呼吸器内科、脳卒中診療の充実)
 - 小児科診療の充実

- 救急病院指定を受ける(救急処置室の設置)

外科、消化器診療

慢性期医療の質の向上

- リハビリテーション機能の向上や休日実施
- 介護療養病床の再編成や緩和ケア病床の増床
病床利用率の向上(ここ3年は76.6~77.5%)

スライド30

病院の特徴をさらに生かすということで、急性期診療と慢性期診療の質の向上を図る必要があると考えています。

●急性期診療の向上

急性期診療の向上では、特定の専門領域の地域ブランドを確立することを目指し、先述した生活習慣病や心・血管障害の診療機能の向上ということでは、糖尿病・内分泌内科の充実に加えて、循環器内科の充実が必要と考えています。また、高齢者が多いので、整形外科に加えて、呼吸器内科、脳卒中診療の充実が必要であると思っています。さらに、高知県には小児科の常勤医が複数いる病院が少なく、当地域には小児科診療のニーズもありますので、この充実も必要と思っています。もう1つ、当院はまだ救急病院の指定を受けていません。いろいろ悩みましたが、現在、耐震工事とともに救急処置室の設置をすすめており、本年11月からの参入を目指しています。

●慢性期医療の質の向上

慢性期医療の質の向上については、先述した点のほかに、リハビリテーション機能の向上や休日実施をすすめており、回復期リハが今年4月から休日実施に移行しています。また今後の問題として、介護

療養病床を再編成することと、緩和ケア病床を増床することを考えています。

●病床利用率の向上

経営的にはやはり病床利用率の向上が課題です。ここ3年間の病床利用率は77%程度で、ケアミックス病院としては少し低く、これは重要な課題の1つとなっています。

●救急医療への参入

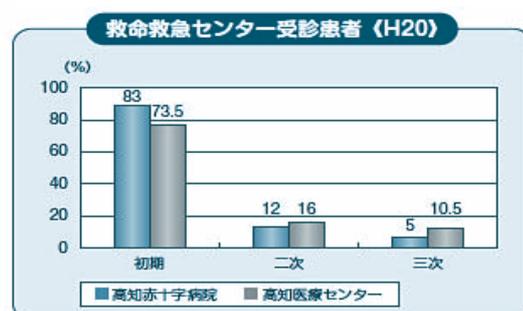
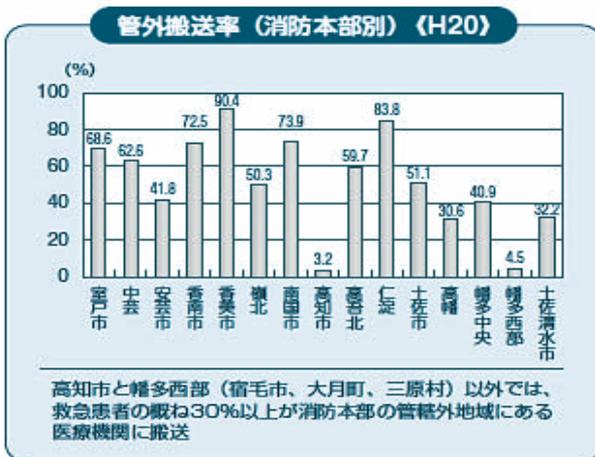
(スライド31) 救急医療についてですが、高知県には今春まで救命救急センターが2つしかありませんでした。4月から近森病院が加わって現在3病院となり、高知県の救急患者の44%がこの上位3病院に搬送されています。しかしこの救命救急センターの受診者のうちの70~80%が軽症であることなどで、勤務医の疲弊を惹き起こし、高知県の救急医療の機能低下していることが問題視されています。

(スライド32) 高知県には二次・三次救急医療施設は39施設ありますが、その74%が中央医療圏にあり、なかでも高知市・南国市に56%が集中しています。他の医療圏に救急病院が少ないために、他の医療圏から高知市への搬入が多く、またそれを受ける側の75%近くは中小病院で、少ないスタッフで頑張っているわけです。320床の当院としては、社会的

高知県の救急医療の機能低下



救急医療、高度・専門医療は高知市を中心とする中央医療圏に依存しており、さらに救急患者の44%が上位3病院に搬送されている。かつ、中央医療圏の救命救急センターの受診者の70~80%が軽症者である。高知市内の特定の医療機関への救急患者の集中が勤務医の疲弊を惹起



今年4月より近森病院が救命救急センターに指定されている

スライド31

責任と地域医療への貢献という点からも救急医療への参入を考えています。

●地域の医療・福祉施設との連携をすすめていく

（スライド33）検査、外来ではいろいろなところからの紹介を受けていますが、入院に限りますと、地域の急性期病院、及び仁生会の関連医療機関からが主で、一般の中小病院の先生からの紹介による入院はそれほど多くないという現状です。

（スライド34）したがって、病床利用率の向上のためには地域医療施設・福祉施設とのさらなる連携が必要となっています。急性期病床への受け入れにはやはり中小病院や診療所、登録医の先生方との連携が必要ですし、その他の病床への受け入れには、急性期病院や介護・福祉施設との連携が必要です。また、よく言われていることですが、がん、脳卒中、糖尿病などの地域連携ネットワークへの積極的参加も課題だと思っています。

冒頭にも申しましたように、高知市の西部領域——スライド15の左側の円で囲ったあたり——の中核病院として、この領域の中小病院、診療所の先生方との連携を良くし、共存しながら高知県、高知市の医療・介護に貢献する必要があると思っております。以上、当院のことばかり申しましたが、最近の取り組み、今後の課題についてお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

座長（土井） ありがとうございました。時間がなくなりまして、討論の時間がとれなくなってしまいました。最後に梶原優先生に、本日のシンポジストの方々のご報告を踏まえてコメントをいただきます。

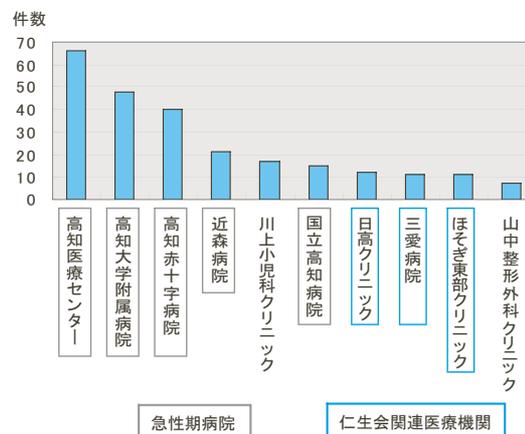


高知県における二次・三次救急医療施設 (39施設)

	病床数			計
	21~200	201~400	401~	
中央医療圏 (高知市・南国市)	21 17	3 3	5 5	29 (74.4%) 22 (56.4%)
安芸医療圏	3	1		4 (10.3%)
高幡医療圏	3			3 (7.7%)
幡多医療圏	2	1		3 (7.7%)
計	29	5	5	39 (100%)
中小病院 29/39 (74.4%)				

スライド32

平成22年度 入院患者紹介数（トップ10）



スライド33

病床利用率の向上

地域医療施設・福祉施設とのさらなる連携

●急性期病床への受け入れの促進

中小病院や診療所、登録医との連携

●緩和ケア病床、回復期リハ病床、療養病床への受け入れの促進

急性期病院との連携

介護・福祉施設との連携

●地域連携ネットワークへの積極的参加

がん

脳卒中

糖尿病

スライド34

5 コメンテーターから

梶原 優

中小病院委員会の梶原でございます。日本病院会の副会長を務めさせていただいております。毎年このシンポジウムに参加させていただいております。

時間がなくてディスカッションはできませんでしたが、今日のお3人、金田先生、武久先生、橋本先生の講演はそれぞれ異なるものでした。

金田先生のお話は、それこそ「川中島の決戦」をしていた病院同士が1つになって地域の住民を守り、そしてその地域医療のなかでどういうことをやっているかというもので、全国から来ている中小病院の先生方には非常に示唆に富んだお話だったと思います。大事なことは、地域の住民、地域の行政、さまざまなところに働きかけ、一緒になって、あれだけのNPOをつくり、活動しているということです。そして、それが同時に職員のモチベーションにもなっているということで、とても勉強させていただきました。

また、武久先生はもう別格でして、慢性期医療協会の会長ですし、今日は、中小病院のことというよりも、日本の医療システムそのものについて、日本の20年後30年後の医療がどうあるべきか、病院がどうあるべきか、非常に示唆に富んだお話をいただきました。

中小病院といっても、20床からあるわけですから、200床で切ったり切らなかつたりするということが自体がナンセンスだと私は思っています。ケアミックスで細木病院は320床のうち急性期が100何十床とかだそうですが、細かく機能分化しているところでは、老健その他を合わせれば400~500床規模であるところはいくらでもあるわけです。ですから、病床が多いか少ないかで判断するのは非常にナンセンスであって、その病院や法人がどういう役割を果たし、どういうモチベーションでやっているか、それが重要だということを非常に勉強させていただきました。

橋本先生の細木病院は、高知では近森病院と2つが勝ち組で、それ以外はみんなぺんぺん草が生える

だろうと言われているほどの病院ですので、その病院の戦略、今やっていることは何かなども勉強させていただくことができ、大変感謝申し上げます。

武久先生のお話では、次の中医協の改定で、特定除外のところがバツサリと、あれは療養担当規則ですから、返せなんていうことになってあつという間に何百という病院がつぶれるかもしれません。ついこの間のメディファクスを見ていましたら、3月から4月だけで病床数が2,360床減り、18病院が消えてなくなっています。かつて10,200あった病院が、今は8,540まで減っています。ここで議論している間にも中小病院が消えてなくなっている、これが現実だと思えます。

大道副会長が最初にお話ししたとおり、日本病院会の会員の半分は中小病院です。中小病院といっても、私的病院だけではありません。今、非常に問題になっているのは公的病院の中小病院をどうするかということで、それも日本病院会が取り組まねばならないことです。そういう意味では、日病は公的も私的も分かれることなく一緒に、そして、本当に日本の医療をどうするかを考える中心的な病院団体です。ぜひ会員の皆さまも地元にお帰りになりましたら、自分の地域をどうするか、どういうふうを守っていくかということ、そこが非常に重要で、お願いしたいと思っているところです。

会員の半分が中小病院である日本病院会では、大道先生のお話にありましたように、会員病院がデータを送ってくだされば、それをもとに「お宅の病院はこういう機能です」とか「よその同じような病院と比べると、こういう点が優れています」「ちょっとこの点に関しては頑張ったほうがいい」というように、中小病院の経営支援をしていかなければいけません。堺会長がおっしゃるように、情報の「見える化」をし、会員病院に対してあらゆるかたちの経営支援をしていくということです。特に日病の半分の会員さんは、公私を問わず中小病院です。今までどちらかというとおろそかにされてきた感もある、そうした地域の生活圏を支える中小病院をきっちり担保していかないと、日本の医療は崩壊するのではないかということで、堺会長が大道先生にお願いして、いろいろな情報化をするようになりました。

日本の国民の命を守るために、60数%を占める中小病院の皆さまが頑張ってくださいよう、お願いし

たいと私自身も思います。そして、先ほど3人の先生方のお話に通じるのは、人材がどれほど大事かということでした。要するにチーム医療のなかで、いかにモチベーションを高め、人を育てられるか。それによって医療の質や介護の質、さまざまなものが決まってくるということです。それは武久先生のような優秀な経営者は、ちゃんと利益を上げられるような仕掛けをなさいます。ですから、それはやはり経営責任だと思います。病院のスタッフの皆さまには、プライドを持って職員の質を育てるために頑張っていたければと思います。

今日は本当に三者三様のお話で、今までにない中小病院のシンポジウムとなりました。ディスカッションはできませんでしたが、会場の皆さまにとっても非常に実りあるものとなったのではないかと思います。以上でございます。

座長（土井） ありがとうございます。梶原先生が十分にやってくださったので、もう座長のまとめはいたしません。最後に、私ども中小病院委員会の副委員長を務めます渡邊史朗先生からご挨拶を申

しあげ、終わりしたいと思います。

渡邊 大勢の方に出席していただきまして、この伝統ある中小病院のシンポジウム、大成功裡に終わられたと思います。シンポジウムの総括は梶原副会長が上手になさいましたので、私は「もうお終いです」と言えばいいのですが、せっかくですので、少しだけお話しさせていただきます。

大分前に、ある政党の代表者が国会の委員会で「大きな病院と、それからクリニックさえあればいい」という発言をしたことがあります。大変極端な話でして、そうしますと、患者さんが大病院に行ったら、頭のてっぺんから足の先まで全部の検査をさせられるようなことになるわけですので、これは医療の効率から考えて大変無駄だということで、すぐこの話は消えました。私はこの結末のなかに中小病院の生きていく姿があるのではなかろうかと思っています。

今日の会は大変有意義でした。明日からの先生方の、あるいは医療に従事される方々の糧になる内容であったことを信じながら閉会とさせていただきます。今日はありがとうございます。

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会



日本病院会の主な事業活動

学会運営：日本病院学会，日本診療情報管理学会

委員会活動：政策提言や人材の育成，調査の分析，広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成22年度は25委員会で活動をしています。

人材育成：臨床研修指導医，医療安全管理者，感染制御講習会修了者（ICS），診療情報管理士，病院経営管理士，DPCコース修了者，医師事務作業補助者など幅広い人材を育成しています。

国際活動：国際病院連盟（IHF）理事国，アジア病院連盟（AHF）理事国，WHO支援

要望・提言：民主党，自民党，公明党，厚生労働省等へ，税制改正や診療報酬，新型インフルエンザ対策などに関し5要望・提言をしました。（平成21年度実施）

セミナー等：病院長・幹部職員セミナー（東京），病院診療の質向上を考えるセミナー（東京），感染制御講習会（東京），医療安全管理者養成講習会（東京），臨床研修指導医養成講習会（東京）

調査活動：中小病院（200床未満）に関する調査，医師の業務負担軽減に係わる調査，平成20年度病院経営分析調査，平成21年病院運営実態分析調査などを実施しました。（平成21年度実施の調査）

厚生労働省・各種団体への委員派遣：

厚生労働省の審議会・検討会，消防庁，日本医師会，日本医療機能評価機構等へ派遣をしています。

病院団体連携：日本病院団体協議会，四病院団体協議会

その他の活動：国際モダンホスピタルショウ

病床管理室の立ち上げとデータを活用した改善活動について

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院
 経営企画室係長¹⁾
 院長代行²⁾ (2011年10月1日より院長)
 看護部次長³⁾

山本 伊織¹⁾ 鳥居 裕一²⁾
 森本 俊子³⁾

【はじめに】

聖隷浜松病院（以下、当院）の2009年度病床稼働率は93.6%であった（図1）。これまで高い稼働率を維持しているが故にベッドコントロールには非常に苦労してきた。

連日、看護部を中心にベッドコントロールを行っているが、個室希望者の増加、高齢化に伴う看護必要度の上昇、季節変動による患者数の増減によりスムーズなベッド調整ができにくくなってきた。そこで、2009年度後半に入り入院患者のニーズに合わせた空床確保のために、退院日の前倒し調整やDPCの入院期間を考慮した平均在院日数の短縮化を推し進めてきた。その結果、急激な病床稼働率の低下が問題視された。この問題に対する解決の方策として、診療部と事務部が加わった病床管理室を立ち上げ、

より効率的な病床管理活動を可能とした活動について報告する。

【病床管理室の概要】

看護部を中心に行ってきたベッドコントロールを支援し、次の課題解決を目的として病床管理室を立ち上げた。

- ①一定の病床稼働率を維持継続させる
- ②病床管理における情報の一元管理（ベッド使用予定、日々の稼働状況、入退院予定）
- ③救急受け入れを断らず入院患者受け入れニーズに対応する
- ④病床利用実績、病院の方針に応じた病床再編を実施する

メンバー構成は、診療部1名、看護部1名、事務部1名にて構成し、診療部全体への協力を得るために、診療部からは院長代行に加わっていただいた。

既存のベッドコントロールの運用に加え事務部から病床稼働実績や入退院患者予定数等のデータを情報提供すると共に、夜間・翌日入院のための空床確保のために看護部と診療部との間で退院日の調整を行い組織横断的なベッドコントロールを行う体制を整えた（図2）。

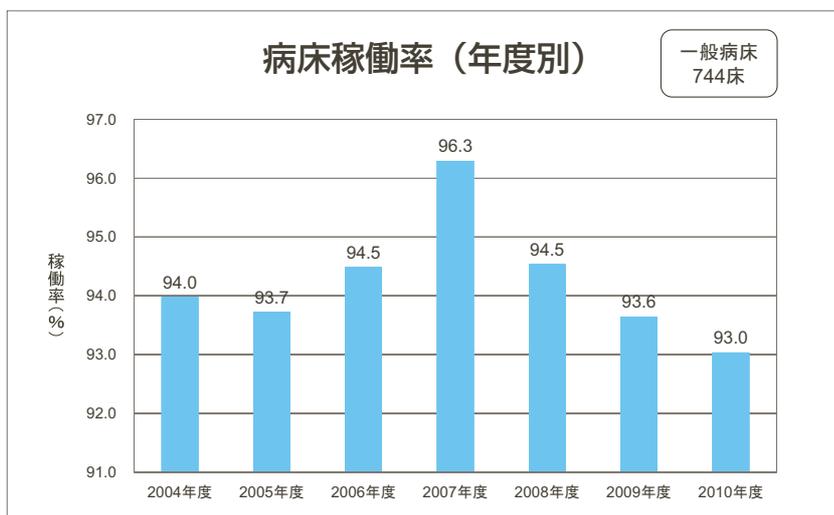


図1

【活動内容】

- I. 病床管理に必要となるデータの見える化
- II. 夜間・翌日の入院患者用ベッドを確保するための退院予定の早期化

【活動経過】

〈I. 病床管理に必要となるデータの見える化〉

ベッドコントロールにおける情報源は、各種帳票、管理情報、部署間における直接交渉、電子カルテ等があり、院内にある様々な情報を基に看護部にてベッドコントロールが行われてきた（図3）。

病床管理室立ち上げ後は、ベッドコントロールに関する様々な情報が院内にあるにも関わらず活用しきれていない点に着目し、前述した情報を可視化することに着手し看護部をバックアップした。

入退院予定患者数一覧では、病棟ごとに現時点から1週間先までの入退院予定患者数の状況を把握可能にした（図4）。これらにより、入院患

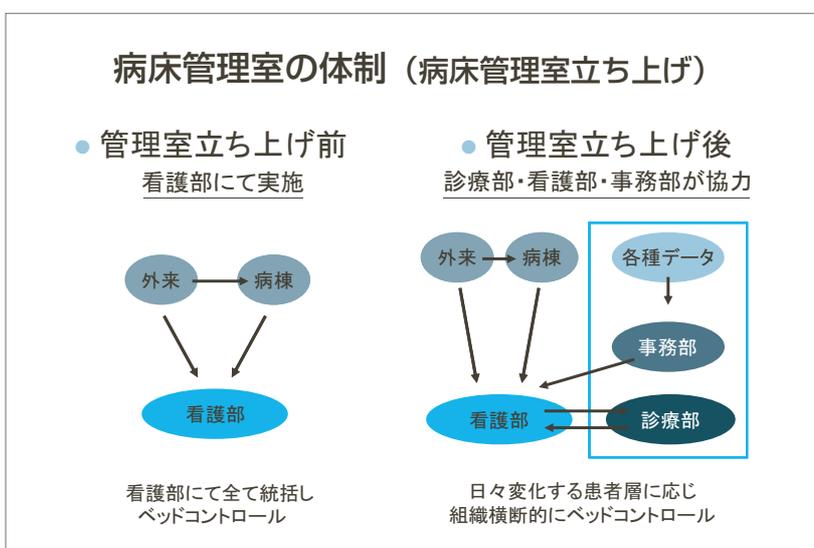


図 2

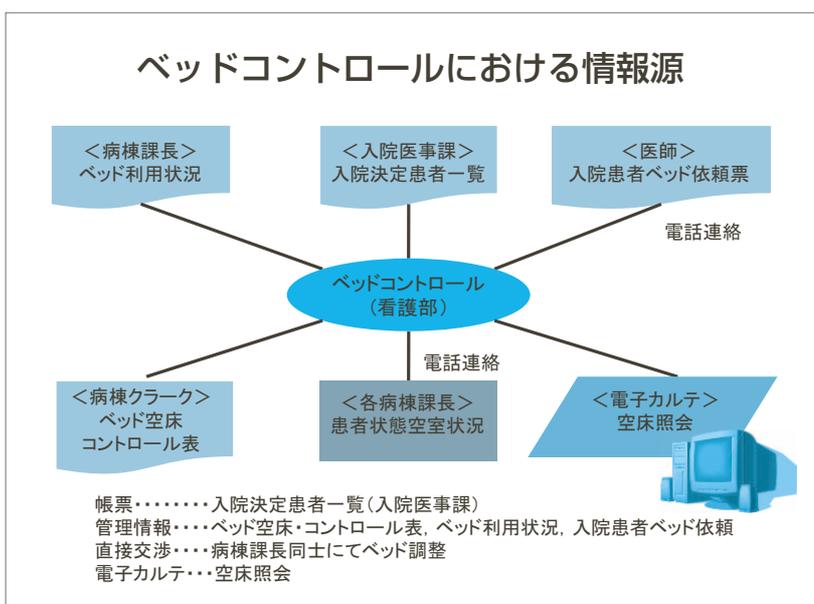


図 3

病床管理の可視化（入退院予定患者数一覧）

病棟		定数	入院中	入退院予定患者数 (2011/07/07 14:55)								
				7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水		
A3病棟	45	36	36	+4	-2	+1	-1	+3	+7		+3	
A4病棟	51	49	49		-2		-1	+2	-1	+5	+3	
A5病棟	53	51	50	-1	+1	-1	+1	-1	+3	+3	+5	+5
A6病棟	46	35	35		+1	-1		+1		+7	+1	+2
A7病棟	46	44	44			-2		-1	+1	+3	+2	-2
A8病棟	28	23	23		+1							

図 4

者数の動向がつかみやすくなり、時間外や二次救急当番日（静岡県浜松市の輪番体制）において、翌日以降の入院予定の調整がスムーズに進められるよう

になった。

病棟別の稼働状況一覧では、事務部が毎朝出力作成し病棟ごとの稼働状況が確認できるようにした

病床管理の可視化（当日の病床稼働状況一覧）

2011/4/18

8時00分

病棟	入院基本料区分	定床	在院数	稼働率	入院予定	退院予定	空床予定
A3	7対1入院基本料	45	27	60%	3	1	-16
A4	7対1入院基本料	49	44	90%	6	2	-1
A5	7対1入院基本料	52	37	71%	7	1	-9
A6	7対1入院基本料	46	41	89%	5	0	0
A7	7対1入院基本料	42	38	90%	3	0	-1
A8	7対1入院基本料	28	19	68%	2	0	-7
ICU	特定集中治療室管理料2	11	8	73%	0	0	-3

図 5

病床管理の可視化（病院全体の稼働推移日報）

2010年3月

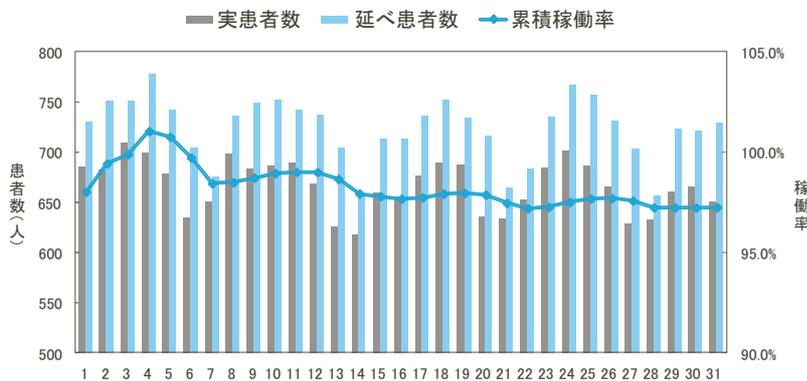


図 6

退院予定入力の実態 （調査期間：退院日：2010年5月11日～13日）

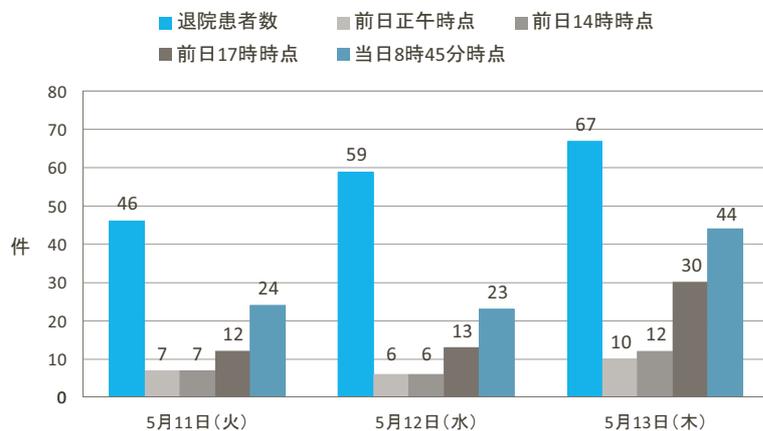


図 7

（図5）。これにより稼働率の低下している病棟の病棟課長に状況を確認するなど、稼働率低下につながる事象に対し早急な対応が可能となった。また、頻繁に稼働率の低下がみられる場合には、病院経営に大きな影響を及ぼすため、何らかの原因がないかをいち早く探るためのツールとしても活用されることとなった。

稼働推移日報では、日々の患者数と稼働率の推移を表し、患者数の動向と稼働推移の状況を日々把握できるようにした（図6）。このことにより、経営層に対して日々の稼働状況を提供できるようになり、毎月10日、20日、月末の月3回提供される経営指標を待たずして、タイムリーに稼働状況が把握できるような仕組み作りにつながった。それにより、日々の患者数と稼働率の動向が一目で確認できるようになった。このような、院内にある様々なデータの集約と必要とされるデータの洗い出しによる情報の可視化から、

- ①金、土、日曜日の空床化が目立つ
- ②病棟別に稼働率の差がある
- ③疾患・病態によって入院病棟が限定される

以上の実態が把握できた。

さらに、可視化と共に病床管理を進めるうえで問題となっている実態把握に努めるため、看護部管理室とより現場に近い病棟課長へのヒアリングを実施し、

- ①退院予定の決定が遅い

- ②小児入院患者の個室ニーズが高い
- ③呼吸器管理を必要とする患者の増加により、対応可能な病床確保が困難
といった意見をj得ることができた。

Ⅱ. 夜間・翌日の入院患者用ベッドを確保するための退院予定の早期化)

情報の可視化とヒアリングから把握できたことを基に、

- ①病床稼働予定を把握し満床による受け入れ制限を可能な限り減少させる
- ②ベッドコントロールの効率化（事前にベッド状況

を入手することにより、院内後方病床とのベッド調整や満床時の入院先病棟選定をスムーズに実施させる)

- ③退院準備、退院会計の効率化（患者、患者家族、院内関係者が退院に向けて計画的な事前準備を実施可能とする)

以上、3点の目的を挙げ退院予定早期化を試みた。退院予定早期化を行う上で実態調査を2010年5月11日～13日の3日間で実施した。結果、退院予定入力件数は平均で前日14時時点8.3件、前日17時時点18.3件、当日8時45分時点30.3件であった(図7)。

これら実態を基に、診療部全体へ、

- ①退院予定指示は退院日前日14時まで指示出しをする
- ②退院予定時間は原則10時とする(院内規定:退院時刻 午前10時)

この2点についての協力依頼を要望文書として病床管理室から院長代行名で発信した。

要望文書発信後の2010年9月7日～9日の3日間で実施した追跡調査では、早期化実施前17時時点の退院予定登録件数は平均22.7件に対し、早期化実施後は41.7件となり、退院予定登録件数が増加し、大幅に改善した(図8)。

さらに、病床稼働の可視化前に院内で問題とされていた満床に伴う救急車受け入れ制限は、早期化実施前の2010年4月時点で、制限日数は延べ33日(制限日数のカウントについては(図9)を参照)であったが、早期化実施後の2010年8月には、制限日数を延べ9日まで改善することができた。これは、可視化されたデー

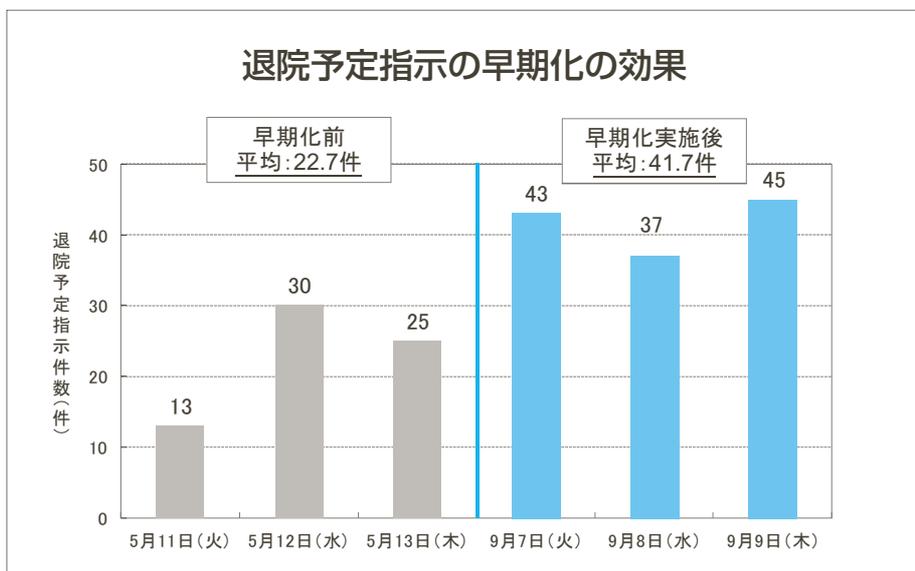


図 8

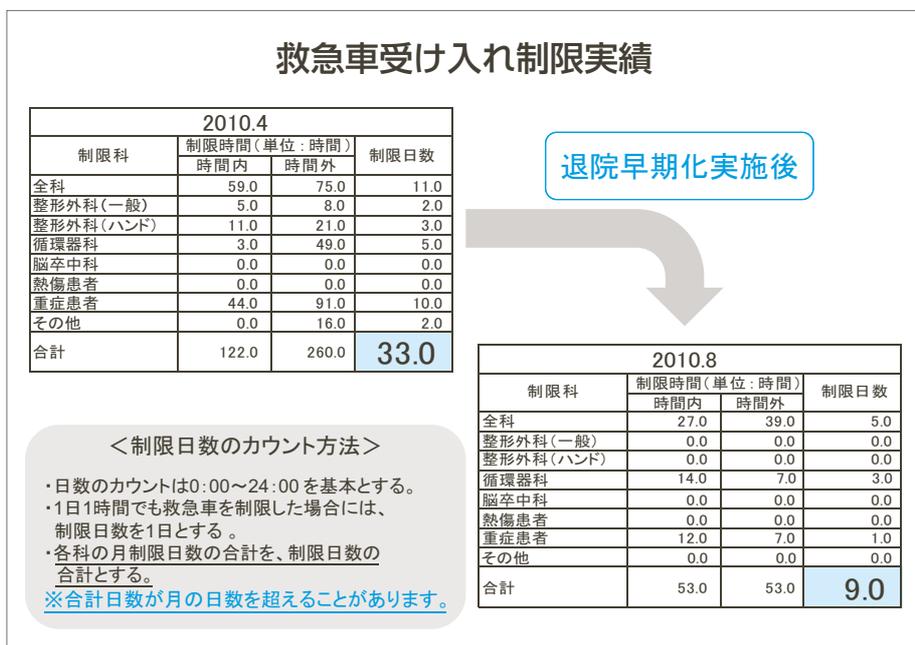


図 9

＜制限日数のカウント方法＞

- ・日数のカウントは0:00～24:00を基本とする。
- ・1日1時間でも救急車を制限した場合には、制限日数を1日とする。
- ・各科の月制限日数の合計を、制限日数の合計とする。

※合計日数が月の日数を超えることがあります。

タを基に時間内外を問わず、入院予定と退院予定の患者数の把握により今後のベッド利用状況の把握が容易となり、先を見越したベッドコントロールを可能にしたことにより改善に導くことができた。それにより2010年5月の救命救急センターの指定後も三次、二次の救急受け入れ要請に対し、柔軟な対応が可能となった。

【結果】

今まで活用できていなかった様々な情報を可視化することにより病床稼働状況の動向をいち早くキャッチし、病床稼働率低下の問題点を追求し対策を立案することができた。それにより、一時90%まで落ち込んだ病床稼働率を97%に押し上げることができた(図10)。

病床稼働率低下の問題点への対策案の一つとして、時間外や翌日の空床確保とベッドコントロールの効率化を目的に、退院予定の早期化を診療部に協力依頼した。結果、退院予定の早期化が浸透したことで、ベッドコントロールの効率化が可能となり病床稼働率を改善させることができた。さらに、翌日予定入院患者数の把握に加え、退院指示の早期化による退院予定患者数の把握ができたことで、救急受け入れについても柔軟な対応が可能となった。

【結論】

豊富な経験とネットワークを持つ看護部を中心に行われてきたベッドコントロールに加えて、今回可視化されたデータを用いることで何が問題なのかを明確にすることができ、問題への対策を早期に立案

病床管理室立ち上げの効果 (2009年度)

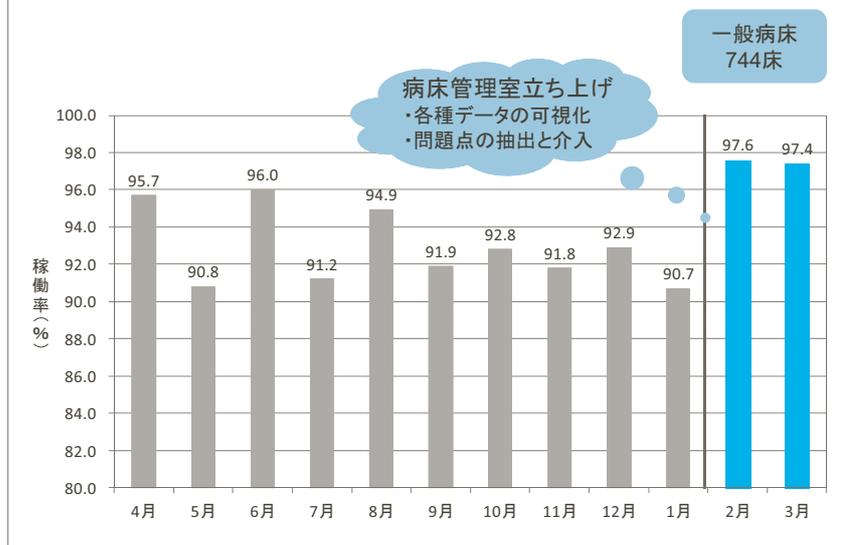


図10

し実施することが可能となった。結果、高い病床稼働率を維持することができ、病院経営に大きな影響力を与える患者数の確保に寄与することができた。これにより今回の組織横断的な病床管理室のベッドコントロールは、有用な取り組みであったと言える。しかし、ベッドコントロールは季節変動、病床利用状況、患者の重症度をはじめ様々な要因により日々変化するものである。そのため、あらゆるデータによる管理と検証を行い、課題がある場合には、その都度原因の特定と対策を検討しなければならない。今回、情報の可視化を行うことにより問題解決に至ったが、依然実績に基づく後追いで分析が主となっている。

今後は入院予定患者の予想される入院期間、診療部の学会予定、機器のメンテナンス日程等、事前情報の可視化に取り組み、患者を受け入れる側の状況や体制に関連した予想される問題点についての事前対策に力を入れていく必要があると考えている。そして、病床管理室の目標である一定の病床稼働率の維持継続を目指し活動を行っていききたい。

急性期病院における 歯科衛生士の活動と成果

東名厚木病院 摂食嚥下療法部
歯科衛生士¹⁾
看護師²⁾
言語聴覚士³⁾

西川 利恵¹⁾ 小山 珠美²⁾
黄金井 裕³⁾ 芳村 直美²⁾
勘場 江里子²⁾

I. はじめに

高齢者の肺炎の発生機序としては、脳血管障害の既往により、嚥下反射、咳反射が低下し、誤嚥のリスクが増加すること、口腔内細菌が下気道に到達しやすくなること、および宿主側の防衛機構である免疫能が、ADLの低下により減弱していることが相まって引き起こされることが指摘されている¹⁾。予備能力が低下している高齢者の場合では、とくに嚥下障害を伴うと誤嚥性肺炎のリスクが高くなり、全身状態の悪化を引き起こす要因になり得る。しかし、誤嚥性肺炎のリスク管理には口腔衛生管理が重要との認識がされつつあるものの、多くの病院は口腔ケアの充実へ向けた取り組みが遅れており、歯科衛生士と看護師の連携や協働も十分とは言い難い状態で

ある。当院では平成20年度から摂食・嚥下リハビリテーションの一環として歯科衛生士1名が入職した。それを契機に、急性期病院でのオーラルマネジメントに取り組んできたため報告する。

key words：オーラルマネジメント（口腔管理）

オーラルマネジメントとは

オーラルマネジメントとは、1) 口腔ケア(狭義)、2) ケアを実施しやすい環境整備・提供するための歯科治療、3) 口腔機能訓練、4) 患者、家族、関係者への(口腔)保健指導、の4本柱からなる。さらには、ケアの必要度・難易度・緊急性などを考慮した総合的な「判断」や、多職種との「連携」、その調整も含めたものであり、「ケア」よりも広い概念である²⁾。

オーラルマネジメントの中核を成す口腔ケアは、患者の疾患や障害、人的環境面、ADLや精神面、生活背景、口腔内の様子など、様々な視点から目標、方針、手技が決まる。急性期での口腔ケアの目標は肺炎予防と廃用症候群予防が中心となるが、急性期症状を有する患者は人工呼吸器やカニューレで管理され、病態の治療が優先される傾向にある。長期にわたる安静、非経口摂取の状態は口腔領域の廃用をきたし、開口や唾液分泌の減少に伴う口腔乾燥は口腔の自浄作用を低下させ感染リスクを高める。口腔ケアは、廃用防止のためのリハビリテーションを兼ねたアプローチであることを理解する必要がある(図1)。

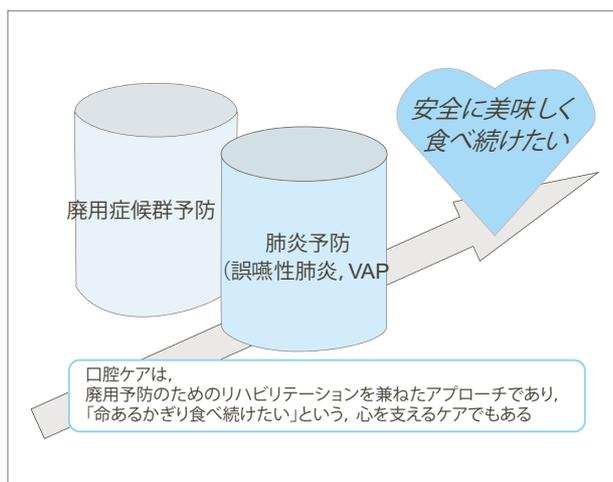


図1 急性期での口腔ケアの目標

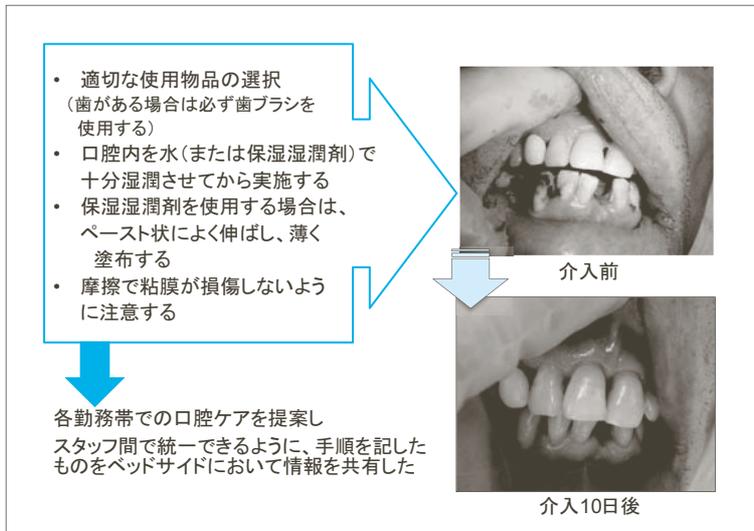


図2 介入後の口腔環境変化(口腔乾燥)

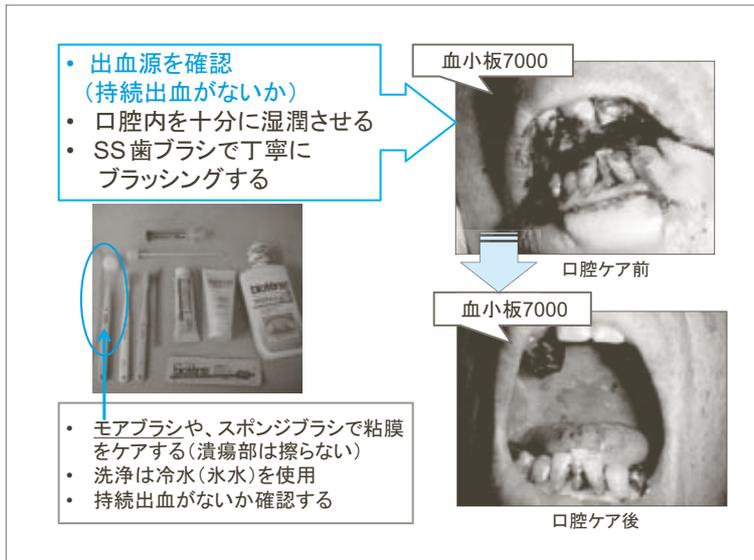


図3 口腔ケア後の口腔環境変化(出血傾向)

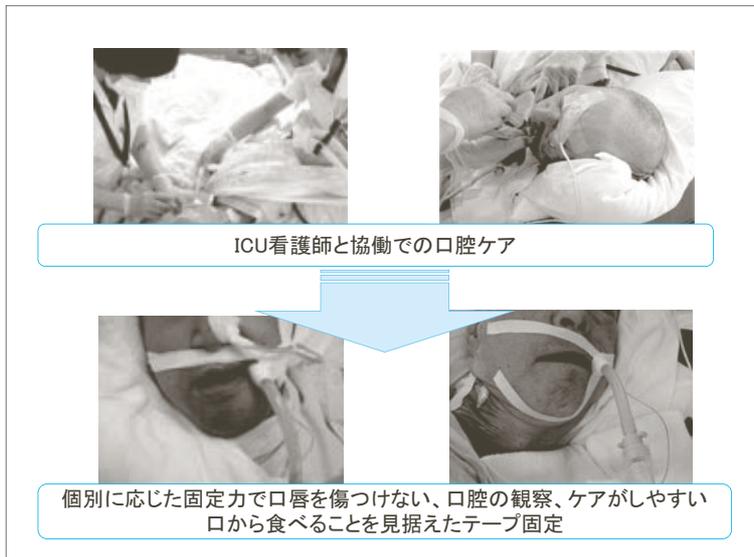


図4 人工呼吸器管理中の挿管チューブ固定法改善

II. 実践活動

歯科衛生士は、口腔挿管による人工呼吸器管理下患者、出血傾向や口腔乾燥が顕著な困難症例、重度の歯周病患者などの専門的口腔ケア(器質的・機能的)の実践および看護職へのアドバイスを中心にオーラルマネジメントによる実務を行っている。具体的には、①医療機器やカテーテル管理下といった医療依存が高い患者の専門的口腔ケア(看護師と連携)、②口腔ケアに関する勉強会・技術指導、③歯科治療(歯科医師介入)の判断と受診基準、④歯科医師往診時のアシスト、⑤家族や退院先関係者(介護担当)へのケア方法アドバイス、⑥摂食・嚥下リハビリテーションの実施、⑦NSTとの連携、⑧全身麻酔下手術の術前・術後訪問(平成23年6月～)、などである。

1. 専門的口腔ケア： 介入後の口腔環境変化

急性期症状を要する患者の多くは、挿管チューブの存在や口腔乾燥、潰瘍形成、出血による易感染状態など、口腔衛生を困難にさせる要因が多く、日々のケアには高いスキルが要求される。口腔トラブルに関する相談は歯科衛生士に直接寄せられ、その都度タイムリーな対応を心掛けた。以下は対応の具体例である。

1) 口腔乾燥(図2)

実施前に水や保湿・湿潤剤で口腔内を湿潤させたあと、粘膜損傷に留意し、歯ブラシでのブラッシングを行うことを基本としたプランを立案した。特に保湿剤の使用においては、誤った使用法により、成果を得られていない場合も多くみられた。そこで、手順や方法を記したボードをベッドサイドに置き、スタッフ間で情報の共有を図った。このように病棟と協働で口腔ケアを行い、口腔乾燥、乾燥に伴う出血が改善された。

2) 出血傾向が強い場合 (図3)

介入当時の血小板数が7,000であった症例である。口腔アセスメントの結果、口腔内に紫斑がなく出血源が確認できる、歯肉からの持続出血がない、などの理由により歯ブラシでのブラッシングを続行できると判断し、専門的口腔ケアを行った。

3) 人工呼吸器管理中の口腔ケアと挿管チューブ固定法の改善 (図4)

挿管チューブの固定の原則は安全第一であり、予定外抜去を起ささない固定法を実施しなくてはならない。しかし、テープ固定による皮膚障害のリスクもあるため双方を考慮する必要がある³⁾。さらに固定後の口腔の観察のしやすさ、審美性を考慮し固定法を決定する。不必要なバイトブロックの使用は、歯の脱臼や、粘膜、皮膚損傷といったトラブルを引き起こす要因になるため細心の注意が必要である。

2. 口腔ケアに関する勉強会や技術指導

スタッフ間の手技の統一、スキル向上を希望する声が病棟から上がり、病棟単位での口腔ケア実施研修を個別で行った。中堅スタッフの多くは、口腔ケア研修を受ける機会のないまま現在に至っており、改めて実施研修を行うことで自己流のケアを見直し、口腔ケアを再認識できたとの声が聞かれた。現在新入職者の口腔ケア研修は摂食・嚥下リハビリテーション研修に組み込まれており、講義の他、使用物品の選択やブラッシングテクニック、口腔内の洗浄テクニックを歯科衛生士とともに実施している。また、院内だけでなく外部からの研修希望者も多く受け入れており、口腔ケアのポジショニング、正しいブラッシングと洗浄テクニック、人工呼吸器管理中の挿管チューブ固定法などの技術指導を行っている。月に一度開催している摂食・嚥下勉強会では院内外を問わず参加可能であるが、口腔ケアをテーマにした会も年間プログラムに組み込まれている。

3. 歯科受診の判断、歯科往診のアシスト (図5)

患者は入院時からすでに口腔の汚染に加えて、義

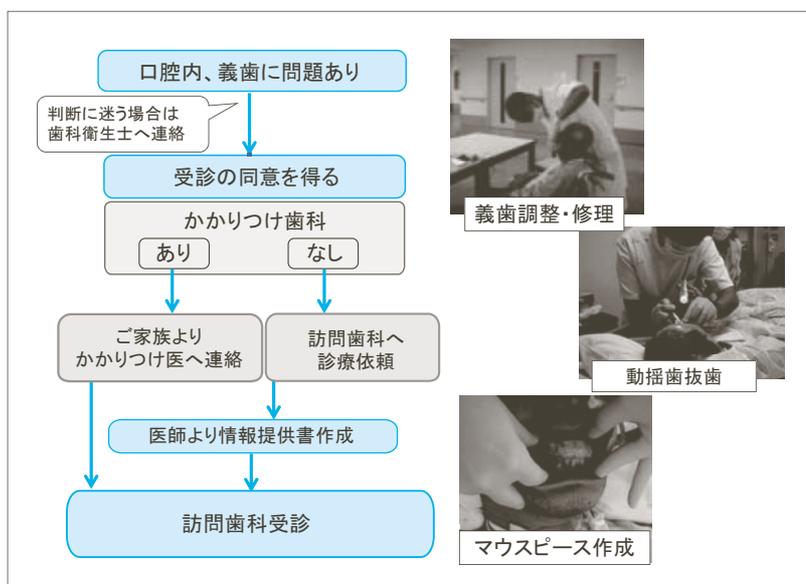


図5 歯科受診の流れ

歯不適合や破損、動揺歯、齲蝕、歯周病などの歯科治療を必要としていることが多い。当院には歯科がないため、歯科疾患の治療は往診に頼るところとなる。診療が円滑に行えるよう医科、歯科の橋渡しとなり、往診歯科医との連携を取った。往診歯科医は、義歯の修理・調整だけでなく、急性期での抜歯、咬傷対応のマウスピース作製などの困難症例にも対応している。

Ⅲ. チーム活動と早期経口摂取開始による成果 (表1, 2)

当院における摂食・嚥下チーム活動による摂食機能療法介入者の概要を表1, 2に示す。摂食・嚥下リハビリテーションの実践にはチーム医療が不可欠であり、チームメンバーがそれぞれの専門性を結集し、合併症予防に努め、セルフケア能力を高めながら安全なアプローチを行っていくことが重要である。2007年から2009年度に摂食・嚥下チームで介入した患者1,148名において経口移行者は1,012名(88.2%)で、入院中の肺炎発症者は33名(2.9%)であった。これは、全身状態がまだ不安定な時期から、早期経口摂取を見据えた介入をした結果によると考えている。特に口腔ケアの充実、唾液誤嚥を予防するポジショニング、覚醒や耐久性を高めるための刺激、早期離床などを強化したチームアプローチの結果、呼吸器合併症の発症を抑え経口摂取移行率を高めるこ

表1 当院での摂食・嚥下障害患者の概要
(H19～H21年度：1,148名)

項目	内容	全体	脳卒中	肺炎	その他
人数		1,148	481 (41.9)	308 (26.8)	359 (31.2)
性別	男	659 (57.4)	296 (61.4)	169 (54.9)	194 (54.0)
	女	489 (42.6)	185 (38.6)	139 (45.1)	165 (46.0)
年齢	平均	74.9	69.2	81.4	76.9
退院時経口移行の有無		1,012 (88.2)	442 (91.7)	255 (82.8)	315 (87.7)
入院中肺炎併発(33名)		33 (2.9)	10 (2.1)	11 (3.6)	12 (3.3)
入院から経口移行までの日数		7.3	7.1	7	8

詳しくは当院ホームページを <http://www.tomei.or.jp/hospital/>



とができた⁴⁾。

IV. まとめ

急性期では全身疾患の治療が優先され、入院患者の口腔は後回しにされる傾向にある。このような状態では高齢者の口腔は直ちに劣悪な状態になり、経口摂取の再獲得が困難になるばかりか、ADLやQOL下を招くことは明らかである。入院当日から口腔ケアを実施し、困難症例に至ることなく摂食機能療法を実施できるような環境整備が必要である。また、チーム医療のなかで歯科衛生士は、患者個々の症状に合わせてアセスメントし、病態や口腔の状態に合わせた口腔ケアの提供が求められている。困難症例に対する専門的口腔ケアを歯科衛生士が担うだけでなく、看護師との連携を図ることで、病院全

体の口腔衛生への意識や看護職のケアスキルが向上し、呼吸器感染症発症の予防に加えて早期経口摂取再獲得へ寄与すると考える。

参考文献

- 1) 植松宏監修：『わかる！ 摂食・嚥下リハビリテーションⅡ 誤嚥性肺炎の予防と対処法』, p. 10, 2005, 医歯薬出版
- 2) 財団法人8020推進財団：『入院患者に対するオーラルマネジメント』, p. 7, 2008
- 3) 道又元裕監修：『人工呼吸器ケア ベスト・プラクティス』, 2008, 照林社
- 4) 東名厚木病院 摂食・嚥下チーム：『早期経口摂取実現とQOLのための摂食・嚥下リハビリテーション』, p. 244, 245, 2010, メディカルレビュー社

止血ブース運営の経緯と効果

東京医科大学病院 中央検査部¹⁾
東京医科大学 臨床検査医学講座²⁾

蟹江 利枝¹⁾ 石賀 玲子¹⁾
菊地 勝恵¹⁾ 都司 泰一¹⁾
上道 文昭¹⁾ 福武 勝幸²⁾

【はじめに】

当院の外来患者数は1日平均約2,700人。その内、外来採血患者数は1日平均約700人である。従来採血室では採血後の止血を止血説明のみで患者さん自身にゆだねていたところ、止血不足により血液が漏れ出し採血室に戻ってくる患者さんが1日に何人もいた。汚れた衣服をスタッフが洗濯する事例が採血患者数の増加に伴い増え、効率改善を図る目的で止血綿の変更をする一方、患者さんにも止血の指導をすべきであると判断し、止血指導のための専用スペースを確保した(以下止血ブース)。止血ブースを運営してきた経緯と効果を報告する。

【止血ブース開設の経緯と準備】

2008年11月採血室ワーキンググループによる「新しい止血綿の購入」についての検討案がでる。2009

年2月止血綿選定のためのモニタリングを実施し、数種類の止血綿の中から「滅菌タブレット綿球」を選び4月に購入申請をした。2009年8月に購入決定し、止血ブースに先行して9月14日より使用開始した。

しかし医療安全推進委員会と検査部の相談の中で、止血綿の変更をするだけでなく患者さんにも止血指導をすべきであると判断し、2009年10月止血ブースの準備を開始した。

写真1は採血室前の外待合である。止血ブースは待合席の一角(後方)に用意した。採血待ち患者席は茶色、止血専用席は水色にし、椅子の色を変えてわかりやすくした。

患者さんは受付後①茶色の椅子で待ち②採血し、採血後③止血ブースへ移動してもらう。

止血ブースには椅子が20席あり(写真2)、各席にタイマー(写真3)を設置。

止血方法は採血担当者からも簡単に説明するが、



写真1 患者さんの動線

各席でもわかるように前の座席の背もたれ(写真4)に手順書(写真5)を用意した。

2009年11月16日より止血ブースの運営を開始した。



写真2



写真3



写真4

止血にご協力下さい

1. スタートを押す。

2. 3分間押さえる。

3. ストップを押す。

4. 止血バンドをはずす。


5. 止血バンドを返却カゴに入れて下さい。
止血綿は30分程してからはずして下さい
お大事に下さい。





血液が漏れ出している場合や止血に不安のある方はスタッフをお呼び下さい。

写真5

【止血ブース運営の経緯】

㊦2009年11月

各検査室より当番制で2名の担当者を配置した。

①採血者が患者さんに止血の必要性を説明し、止血綿の上から止血バンドを巻く。



②患者さんを止血ブースに案内し3分間押さえてもらう。



③止血ブース担当者が止血バンドを外す。



④止血確認をするために止血ブース担当者が止血綿を外して絆創膏を貼り終了とした。



しかし、止血綿を外すことで瘡蓋が剥がれて血液が漏れるといった事例が報告された。

㊀2009年12月

④の手順を止血ブース担当者が止血綿の上からテープを貼る方法に変更した。



㊁2010年9月

止血ブースを開設して10カ月経過し、患者さんが利用方法を理解し協力が得られていると判断し、①の手順で採血者が止血綿の上からテープを貼ることにより、④の手順を省略。

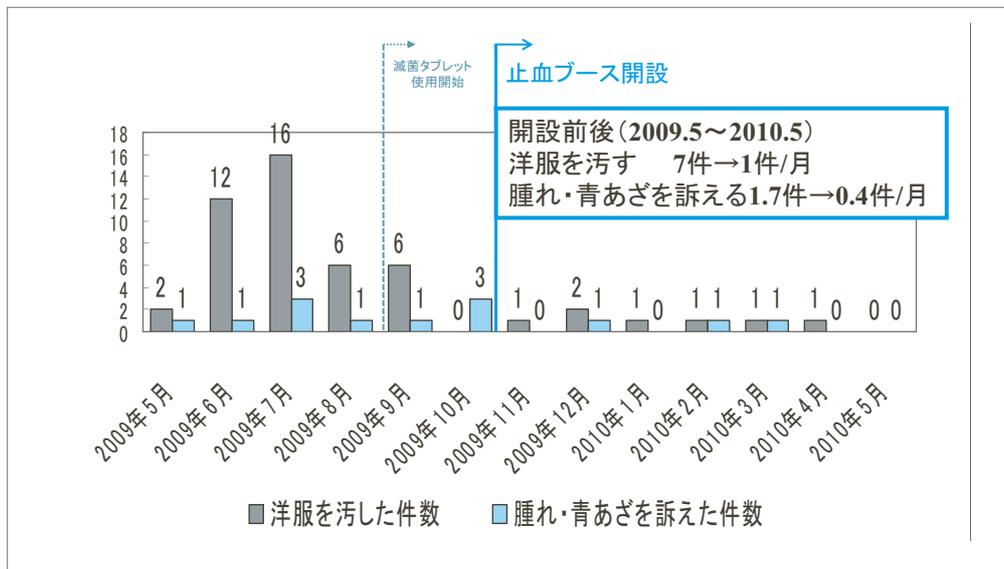


③の手順を患者さん自身で止血バンドを外し、カゴに返却してもらう方法に変更。



㊂2011年1月

患者さん自身でも止血ができる体制となり、止血ブース担当者の業務負担が減り、現在は1名の担当で運営している。



グラフ1 止血ブースの効果

【効果】

止血ブース開設前後で衣服を汚した件数が月平均7件から1件に減少し、腫れ・青あざを訴えた件数が月平均1.7件から0.4件に減少した（前後6カ月）（グラフ1 止血ブースの効果参照）。

その後2010年6月から2011年6月までの1年間で洋服を汚した件数は2件のみ、腫れ・青あざを訴えた件数は3件とかなり減少し、採血者は採血業務に専念できるようになった。

止血ブースで止血中に体調不良を訴える患者さんにすぐ対応できるようになった。止血ブース設置前は、採血後すぐに帰らせていたが、途中で具合が悪くなる患者さんもいたことに気づかされ、安全性が向上したと考える。

患者さんからも好評を得ており、次のような嬉しい声をもらった。

「止血ブースができ、利用するようになってからは、

青くならなくなりました」

「検査技師が3分間見てくれることが、大変良いことだと思います」

「荷物があるのに『押さえてください』と言われていました。バンドを取り入れてくれたことにより両手が空いて、すごく良くなりました」などである。

【まとめ】

採血担当者は採血業務に専念できるようになり、効率性が増した。

止血中体調不良を訴える患者さんにすぐ対応でき、安全性が向上した。

患者さんの止血の重要性に対する認識が高まり、協力が得られている。現在では約7割の患者さんが止血ブースを利用している。患者さんからも好評を得ており、止血をしっかりと行うことが信頼と安心感につながっていると改めて感じている。

KYT (危険・予知・訓練) の導入はヒューマンエラーの事故防止に効果をもたらした

財団法人 操風会 岡山旭東病院

医療安全管理室¹⁾
看護部²⁾

加治 美保子¹⁾ 中山伊都子²⁾
菅田 節子²⁾

1. はじめに

業務の煩雑化、ME機器の増加、入院患者の高齢化、在院日数の短縮に伴い、医療事故報告件数は年々増加傾向にあるといえます。医療事故の上位ベスト3は転倒・転落事故、チューブ関連の事故、与薬や薬剤に関連する事故の占める傾向は当院も同じです。医療事故要因の大半は、確認していなかった、思い込みや勘違い、観察不足、判断を間違えた等のヒューマンエラーによるものでした。ヒューマンエラーを減少させることが、医療事故報告件数の減少につながると考え、2007年よりKYTの導入を試みました。その4年間の活動を通して、近年医療事故報告件数の減少がみられたので報告します。

2. 目的

事故報告の分析から見た、医療事故報告件数減少効果の検証。

3. 対象・期間

2007年～2010年の4年間。

4. KYT教育の経緯

2006年に医局がKYT研修を行ったのがきっかけ

となりました。他職種からも十数名参加し、指差し呼称でヒューマンエラーが6分の1に減少できたという報告を聞き、ヒューマンエラーに関しては効果があると知り、事故につながる前に取り組むことが大切と考え導入に至りました。

まずは現場で指導する管理者や責任者が、KYTを取り入れることへの必要性和手法を理解することが重要と考えました。2007年4月にリーダー（他職種）を対象にして、中央労働災害防止協会から講師を招いて研修会を実施しました。しかし一度研修を行ったからといってすぐに職場で指導することは困難でした。そこで6月から現場で働いている全職員を対象に、8カ月かけて毎月KYT研修を行いました。研修は3時間かけて、人間特性について、リスクのメカニズムや現場に潜むリスクについて、指差し呼称の有効性等の概論的なことと、KYT基礎4R法で行うイラストを用いた演習を中心とした内容で行いました。

5. KYT導入から1年6カ月後の状況

KYT導入から1年6カ月経過した2008年12月の医療事故要因分析結果です（図1）。医療事故件数は121件で、医療事故要因は確認不足、観察不足、判断不足といったヒューマンエラーが8割以上を占めています。この結果から現場へのKY活動が定着していない、理解が得られていないと判断し、再教

育の場を設ける必要があると感じました。

6. KYT再教育の実施と部署のKY活動促進に向けての取り組み計画

看護部、リハビリテーション課ではKY活動を実践していましたが、その他の部署では定着していませんでした。KY活動に取り組んでいる部署に対しては、他部署の活動内容を知ることによって刺激を受けて欲しい。KY活動を行っていない部署へはどのようなすれば取り組むことができるのかが課題となりました。それには取り組まなければならない状況を作ることが必要と考えました。そこで2009年3月の

経営指針の発表会で、2009年度には全部署、経営指針に患者安全目標を立案してもらい、同年11月に「各部署でのKY活動への取り組みについて」院内発表会を開くことにしました。対象部署は、診療部、看護部、診療技術部、事務部にしました。そして発表会には第二回目となる一般企業（産業界）の方をお招きして、産業界での安全に対する姿勢や、安全への取り組みについて情報交換も行うことにしました。また、2008年12月の医療事故要因（図1）から、KYTについての理解不足が考えられたため、全職員を対象に1年間かけてKYT研修を実施していく計画を立て実施しました。

7. 結果

2007年にKYTを導入しましたが、2008年、2009年と医療事故報告件数は増加していきました（図2）。

KYTを導入した2007年の医療事故報告件数が728件、2008年が1,077件、2009年が1,161件と右肩あがりに増加がありました。2008年の医療事故報告件数の急激な増加の背景には、事故報告体制が変更になったことが大きいといえます。それまではフロッピーディスクに当事者が入力を行い、管理者が内容の確認や当事者とのやり取りの中で修正を行うのに日数がかかり、次の人が入力しようとしてもできない状況にありました。変更後は院内LANで各自がどこからでもタイムリーに入力することができるようになったことが、医療事故報告件数の増加につながったといえます。また2008年はKY活動実施期間と考え、KYT研修は行いませんでした。

2009年4月に院内医療安全の1年間の取り組みを発表しましたが、8月までは医療事故件数に変化は見られませんでした。9月に入り事故報告件数が急激に減少しました。12月に100件近く増加しましたが、それ

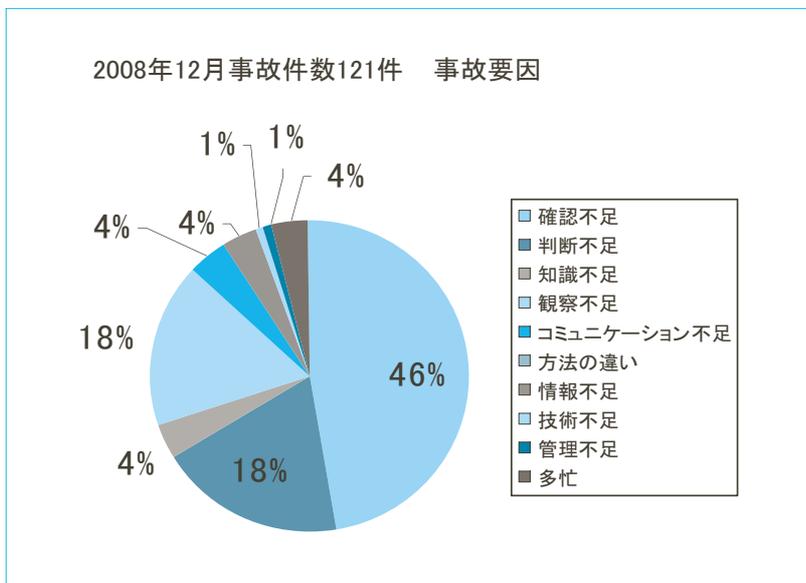


図1 2008年12月の医療事故要因分析

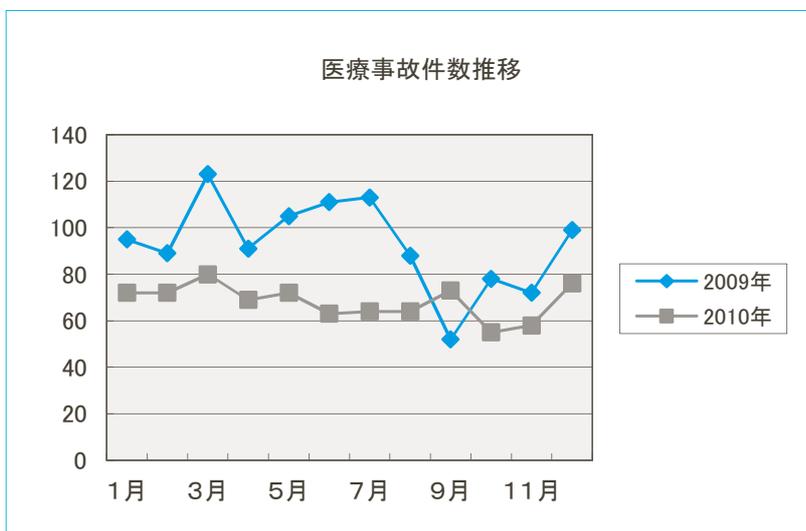


図2 2009年～2010年 医療事故件数推移

以後も医療事故件数は月に約70件程度の報告で、減少傾向で推移しています（図2）。

結果として2009年から2010年にかけて医療事故報告件数は213件減（19%）の948件となりました（図3）。

図4は医療事故内容を種類別にしたもので、ドレーン等チューブ類の管理、与薬・処方による医療事故件数の減少が確認できます。

8. 医療事故防止対策への取り組み

減少がみられた項目の中の、ドレーン等チューブ類の事故防止対策についての取り組みを紹介します。まず24時間持続点滴を行うことが必要か否かについて医師と相談します。24時間の持続点滴が必要でない場合は、点滴を行う時間帯の検討（看護師が見守ることができる時間帯）、その間だけの上肢の抑制、

家族が来院される時間帯などを考慮して行うようにしました。持続点滴が必要な場合は、自己抜去のリスクが高い患者に対しては、上肢の固定ホルダーやミトンを使用しました。認知症や高次脳機能障害があっても点滴ルートが視野に入らないように、衣服の中に隠す、背部にルートを回すなどの工夫を行いました。

経管栄養はなるべく看護師が見守り可能な時間帯に行いました。自己抜去のリスクの高い患者には、ワンショット注入や、どうしてもやむを得ない場合は、身体抑制基準に沿って上肢の抑制を行いました。

バルンカテーテル留置の患者には、バルンカテーテル膀胱留置カテーテル適応アセスメントシートの評価を行い、毎日抜去に向けて評価することを基本に取り組みました。いずれも行うべきことをきちんと確実に実行しました。また確認のポイントは指差し呼称で行い、事故が起きたらインシデントKYTで、事故要因の究明と、実施していた対策の見直しを行いました。

9. 考察

再教育を行ったことで、KYTの手法の理解が深まり、実践力の向上へとつながりました。人間の記憶は変容、忘却する特性を持っています。KYTの継続教育は薄れそうになっていく知識や認識を呼びさまし、曖昧であった部分を明確にする上で非常に効果的であったといえます。研修後のアンケートでは、日々の業務で行っているが、自分の捉え方が間違っている部分に気づけた、今一度身を引き締める良い機会となった。久しぶりにKYTの研修を受け、改めてKYTの必要性を再認識できた。現場で活かしていきたい等の意見が聞かれました。

KYT研修を受けたことで曖昧な部分が明確になり理解が深まったことで、行動に移すことができた。そして今まで取り組めていなかった部門がKY活動に取り組むことが刺激

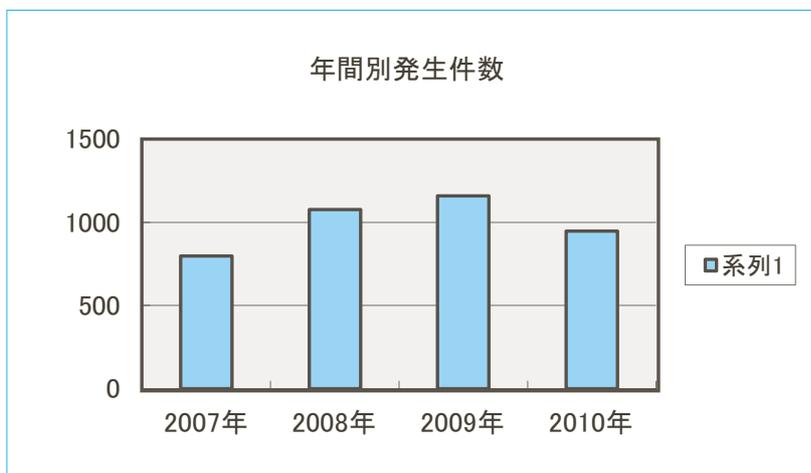


図3 2007年～2010年 年間別医療事故発生件数

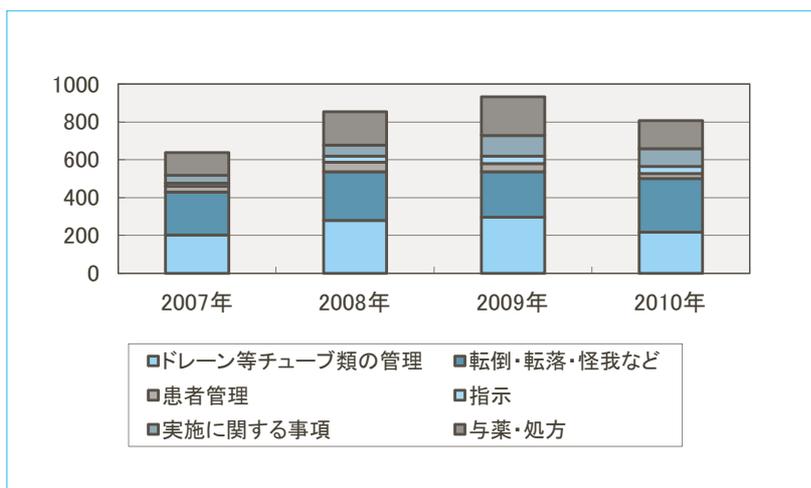


図4 年間種類別 発生件数

となり、部門の志気が上がり安全活動の実践へとつながりました。

また毎日のミーティング、毎日のトレーニングの積み重ねがリスク感性を高めると言われているように、看護部が行っている毎朝就業前に「危険のポイントから本日の行動目標、指差し呼称」を唱和することでリスクへの認識が高まったといえます。そしてKY活動を実践につなげていくことで、今回の医療事故報告の減少につながったといえます。

10. おわりに

医療安全管理で重要なことは、自分たちが実践した活動がすぐに結果に結びつかなくても、決してあきらめずに継続して行うことが大切だと思います。そして特定の部署で発生しても解決するのは院内全

体で対策を検討する。医療安全もチーム医療の継続が質保証に寄与すると考えます。また継続的に教育が行われる環境づくりも重要です。それらが現場の医療安全管理の意識の向上につながると考えています。

参考文献

- 1) 中央労働災害防止協会：『ゼロ災運動推進者ハンドブック』, p. 44-46, 2005
- 2) 中央労働災害防止協会：『(ゼロ災実践シリーズ) 危険予知訓練』, 2006
- 3) 河野龍太郎『医療におけるヒューマンエラー なぜ間違えるどう防ぐ』, 2004, 医学書院

医師業務の多角的支援を軸とした「学術支援業務」という新しい取り組みについて

KKR高松病院 薬剤科¹⁾・内科²⁾

三枝 貢¹⁾ 浅田 智哉¹⁾
眞鍋 伸次¹⁾ 森 由弘²⁾
厚井 文一²⁾

【はじめに】

近年、チーム医療の推進が求められ、薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益であり、今後さらなる業務範囲の拡大を検討することが望まれている。一方、当院で起こった医師不足は医師の過重労働を招き、十分な医療サービスを行うことがままならなかった。そこで我々は、これらの状況にある外来診療部門に着目し、医療サービスの確保と薬剤師の職域拡大を目指し、平成19年4月1日より、従来は医師が行っていた業務を薬剤師が多角的に支援する業務に取り組んでいる。この業務を当院では「学術支援業務」と呼んでいる。

学術支援業務は、医師の事務的な業務を代行するのではなく、外来診察に特化して、薬剤師の職能を生かした業務を医師の代わりに行うことで外来診察時間を短縮し、外来診察を効率的に行うためのものである。

【当院の概要と学術支援業務】

当院は、許可病床数179床、標準科目は内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科をはじめとした19科で、NST、呼吸ケアサポートチームなどのチーム医療が盛んな病院である。

学術支援業務をわかりやすく説明すると、医師の

診療を支援する業務である。薬剤師による学術支援業務は、外来診察室に薬剤師が常駐し、薬剤師でも可能な、もしくは薬剤師が行うことにより質が向上すると思われる業務を医師に代わって行う業務であり、外来診療の場で薬剤師が行うことのできる医師との「スキルミックス」の一種、と我々は定義している。

この業務は平成19年4月に循環器内科、呼吸器科、アレルギー科の3診察室で開始し、その後、糖尿病内科、内科2診察室、外科においても開始し、現在では7診察室で薬剤師が学術支援業務を行っている。

【当院の薬剤師の配置】

当院の薬剤師の配置部署は、薬局のほかに、学術支援室、臨床研究室、治験管理室に配置されている（図1）。人数は非常勤を含め14名である。それ以外に、臨床検査技師1名・事務員3名がこの4部署に配置されている。限られた人数で全ての部署の業務を行うため、薬剤師は複数の部署を兼務している。業務内容は図1に示す通りである。また、図1の下に示す資格を有する薬剤師は、その資格を生かした業務も行っている。

学術支援業務の概要と薬剤師の連携体制を図2に示す。学術支援業務を行う薬剤師は、薬局や臨床研究部などと連携をとりながら業務を行っている。

図1 薬剤師の配置部署

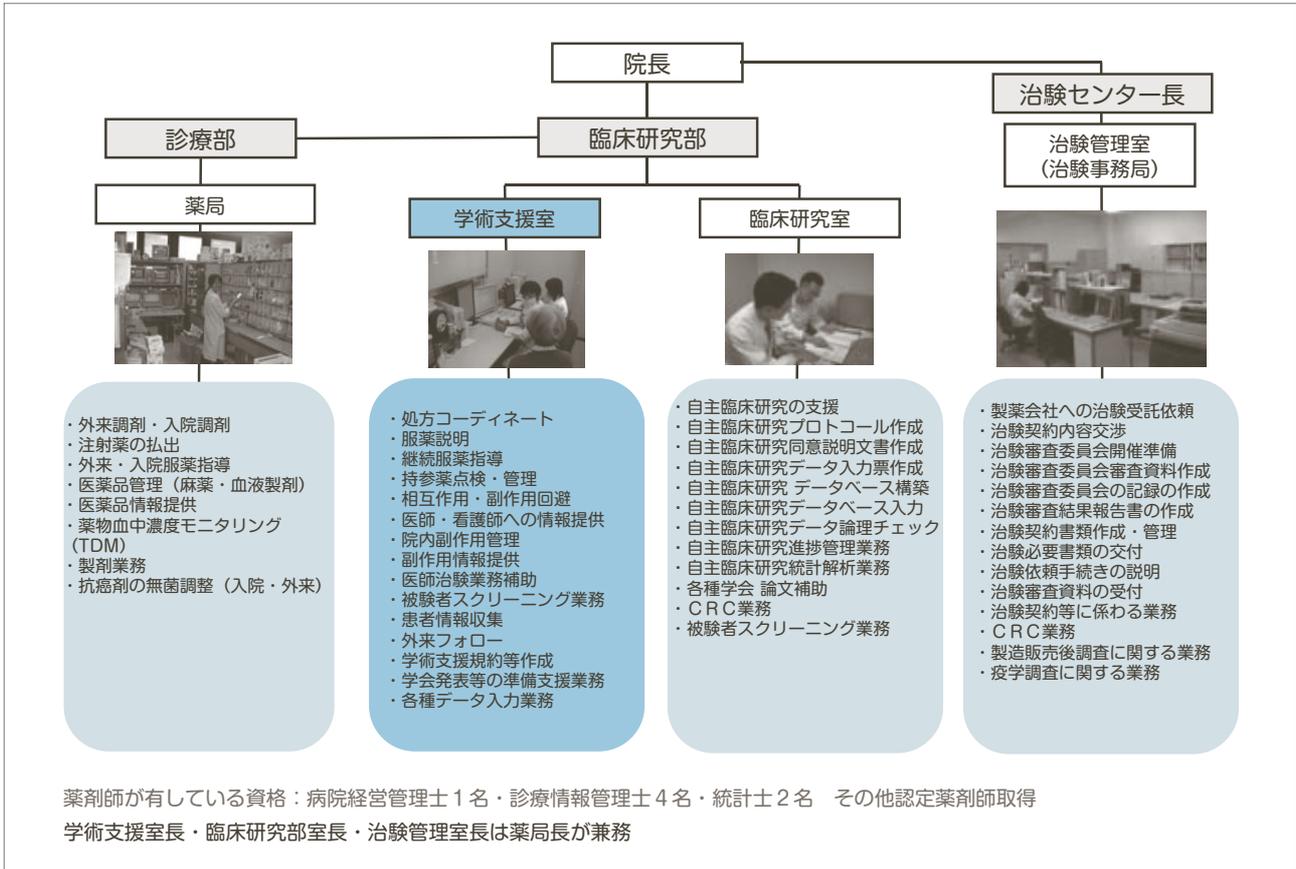
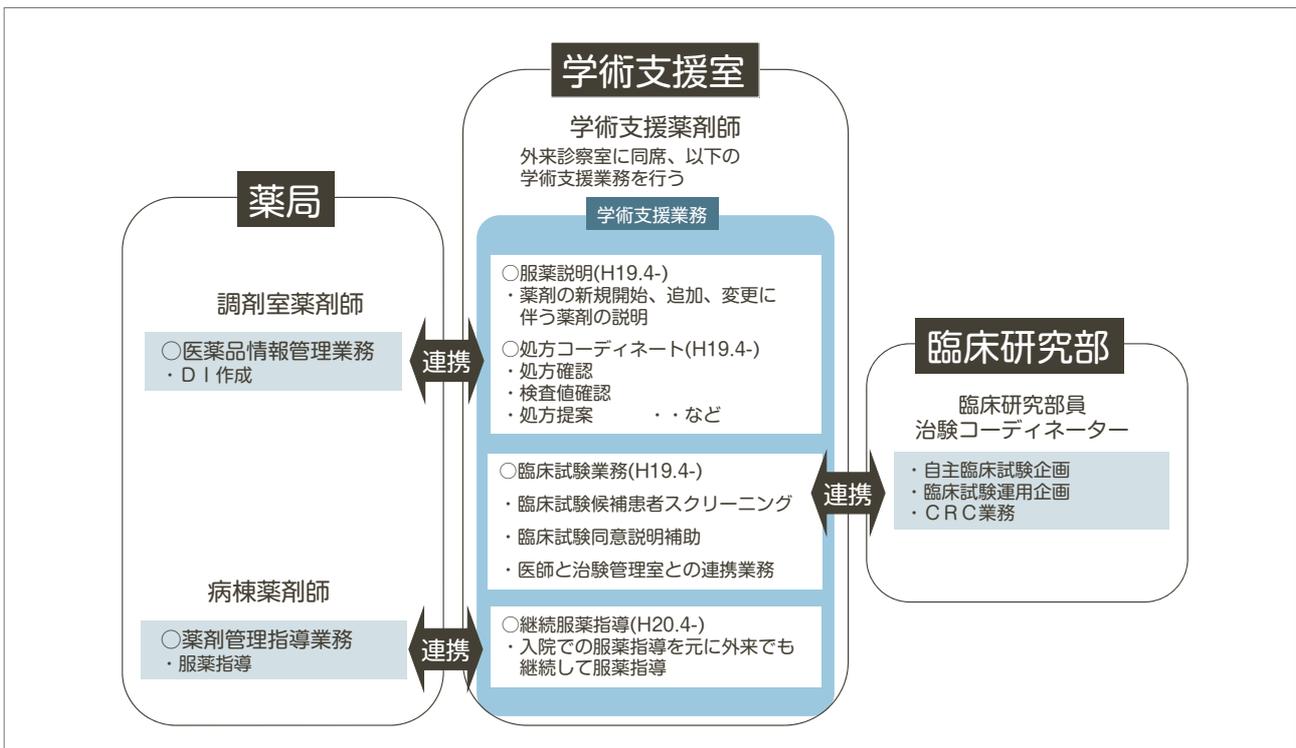


図2 学術支援業務の概要と薬剤師の連携体制



【学術支援業務の柱となる4つの業務】

学術支援業務は、外来診察室に薬剤師が同席し、診察室で患者と医師との会話を聞きながら、電子カルテの処方オーダー発行、検査オーダー発行、予約オーダー発行等を医師に代わって行っている。それに加え、処方コーディネート業務、服薬説明業務、継続服薬指導業務、医師臨床試験・治験補助業務という、学術支援業務の柱となる4つの業務を行っている（図3）。

1. 処方コーディネート業務

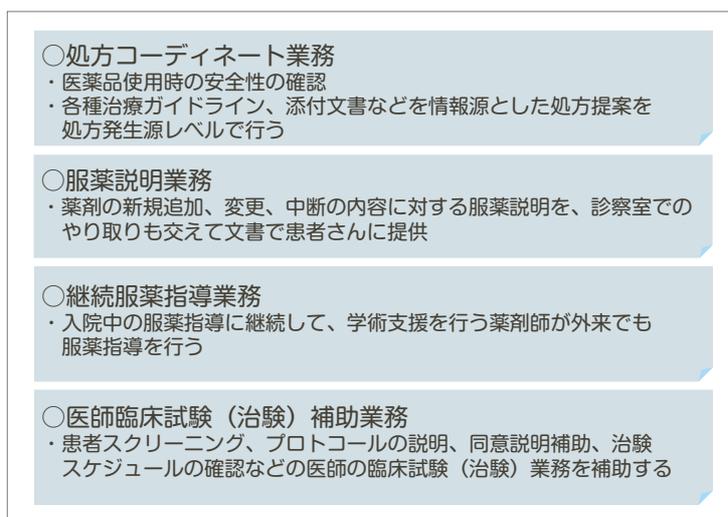
医薬品使用時の安全性の確認として、基本的な薬剤処方チェックや処方提案などを行うことを処方コーディネート業務としている。業務内容として重複投与、相互作用の確認に加え、検査実施漏れチェック、患者情報を基本とした、病名禁忌等の処方チェックを行う。また、各種治療ガイドライン、添付文書などを情報源とした処方提案も処方コーディネート業務に含まれる。従来の外来調剤では、そのときの患者情報を即時に取得することは困難であったため処方の解釈は推測の範囲で行うことが多く、現在その処方が最適か否かの判断には限界があった。しかし、薬剤師が外来診察室に同席することで、診察室で患者情報を取得し、処方の安全性の確認、最適の処方提案を行うことが可能となった。これにより添付文書やガイドライン等の情報をより早い段階で活かすことができるようになった。また、医師は可能な限りの業務を薬剤師に任せ、診察に注力することができるようになった。

実際の事例として、ワーファリン服用中の患者への服薬説明中に納豆を食べていることを聴取したため、PT-INR低値によるワーファリン増量、との医師の指示に対し中止を提案することで出血リスクを回避した、というプレアボイド的な介入を行った症例もあった。

2. 服薬説明業務

薬剤の新規追加、変更、中断の内容に対する服薬説明を、診察室でのやり取りも交えて文書で患者に提供する業務を服薬説明業務としている。この業務で行う服薬説明は、診察室のやり取りを踏まえなが

図3 学術支援業務の柱となる4つの業務



ら文書で提供する能動的な情報提供なので、正しく薬を飲んでもらうという観点での患者参加型のリスクマネジメントとして効果的であると考えます。短い診療時間で、医師が患者に薬の説明を十分に行うことは困難である。また、口頭での説明は、患者は案外理解していないことが多いため、診察時のやり取りを踏まえた上での服薬説明を口頭と文書にて提供することで、より充実した外来服薬指導が行えるとともに、患者満足にもつながると考える。

3. 継続服薬指導業務

入院患者を服薬指導した際、ハイリスク薬を入院で服用し始めた、服薬アドヒアランスが入院中悪かった、吸入デバイスやインスリン注射器が正しく使用できているか、など、外来でも継続的に服薬指導が必要な場合に、病棟薬剤師と学術支援薬剤師が連携して服薬指導を行っており、この業務を継続服薬指導業務としている。入院患者に対する服薬指導の情報は、電子カルテを通じて学術支援薬剤師に伝えられ、その情報を基に外来でも服薬指導を行うことが可能となる。

4. 医師臨床試験・治験補助業務

患者スクリーニング、プロトコルの説明、同意説明補助、治験スケジュールの確認などの治験業務を補助する業務を医師臨床試験・治験補助業務としている。スクリーニングは診察室で患者1人1人に

対し医師との協働で行うので、CRC 1 人で行うより効率が良くなる。条件が合致すれば、学術支援薬剤師が医師の傍らで同意説明の補助を行う。同意説明補助に関しても、診察室でのやり取りの延長線上で行うことができるため、自然な形で患者と話ができるようになる。このように、薬剤師が外来診察室

に同席することで、被験者リクルートを円滑に実施することができる。

当院では、上記の治験補助業務に加え、薬剤師の診療情報管理士 3 名が薬剤の知識と診療情報管理の知識を活用し、治験の検査費用請求業務を行っている。また、臨床研究のプロトコール作成や臨床研究の費用面の分析を行う業務も行っている。

図 4 患者アンケートの結果

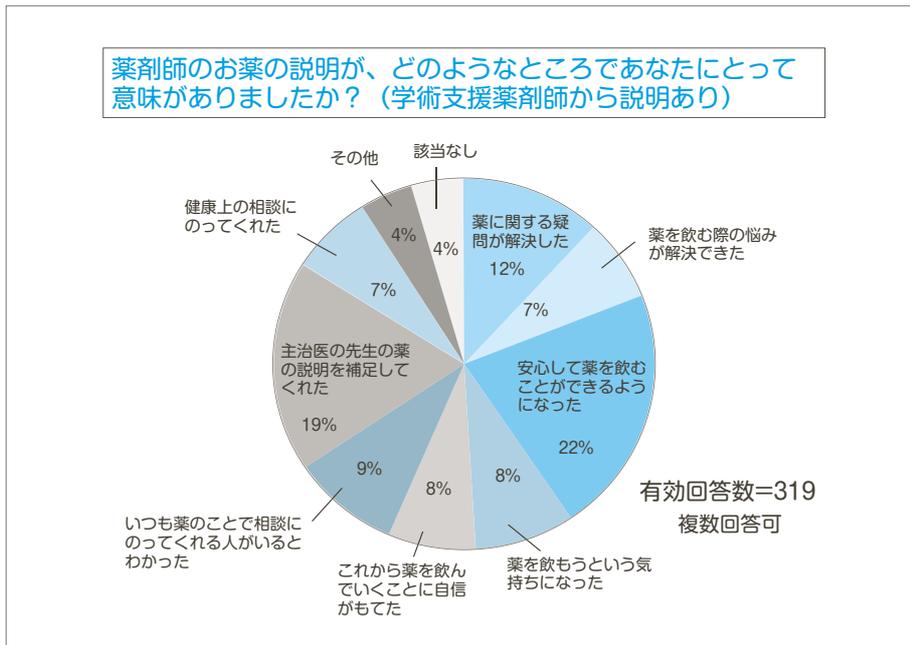
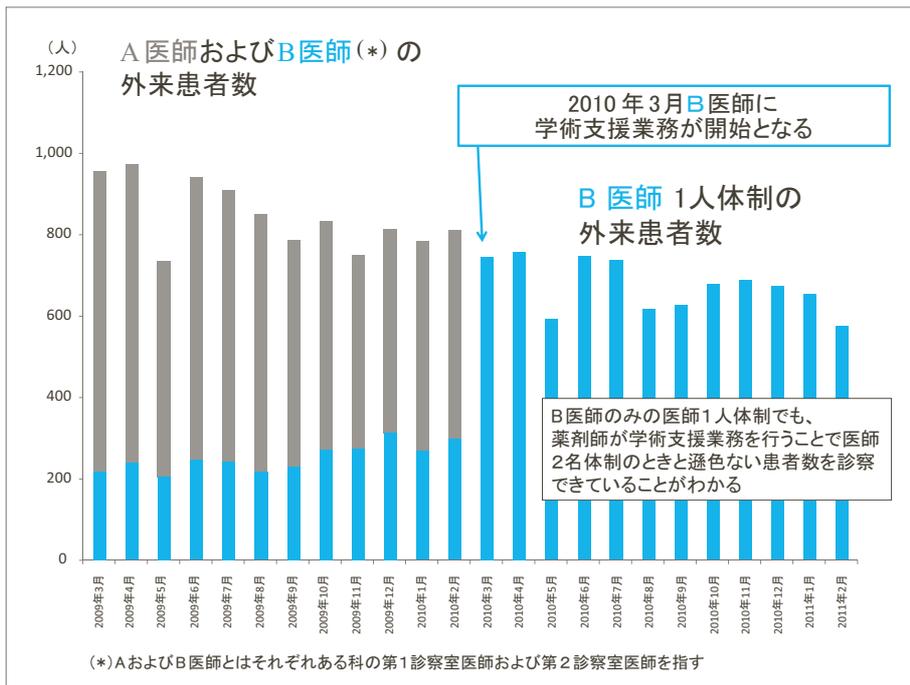


図 5 ある科における外来患者数の医師別比較



【結 果】

平成19年4月1日より行ってきた学術支援業務について、患者アンケート調査による満足度、外来診察時間、診療実績など、様々な角度から一定の業務評価を行った結果を示す。

1. 患者アンケート調査

学術支援業務を行った患者に対しアンケートを実施したところ、図 4 に示すような結果となった。「薬剤師のお薬の説明が、どのようなところであなたにとって意味がありましたか？」といった質問に対し、最も多かった意見は「安心して薬を飲むことができるようになった」という意見であった。これにより、学術支援業務が患者満足に対して貢献できていると考える。

2. ある科での学術支援業務の効果の調査

〈外来患者数〉

ある科での外来患者数を医師別に示したグラフを図 5 に示す。この科では、2 名いた医師が2010年2月に 1 名退職のため 1 名体制と

なったが、B医師のみでも、薬剤師が学術支援業務を行うことで医師2名体制のときと遜色ない患者数を診察できていることがわかる。

〈外来診察時間〉

B医師の外来診察時間を月別に示したグラフを図6に示す。「診察時間25%タイル」「診察時間50%タイル」「診察時間75%タイル」とは、診察時間の短い患者より数えて、それぞれ患者数の25%、50%、75%が占める診察時間を表す。つまり、割合が大きいくほど比較的長い診察時間の患者が含まれることとなる。グラフより、B医師に学術支援業務を行うことで、75%の患者が占める診察時間が短縮していると考えられたため、学術支援業務を開始した前後で比較することとした。

B医師の外来診察時間を、学術支援業務を開始した前後で比較したグラフを図7に示す。Mann-WhitneyのU検定を用いて比較したところ、B医師

図7 B医師 75%の患者が占める外来診察時間 (学術支援業務前後の比較)

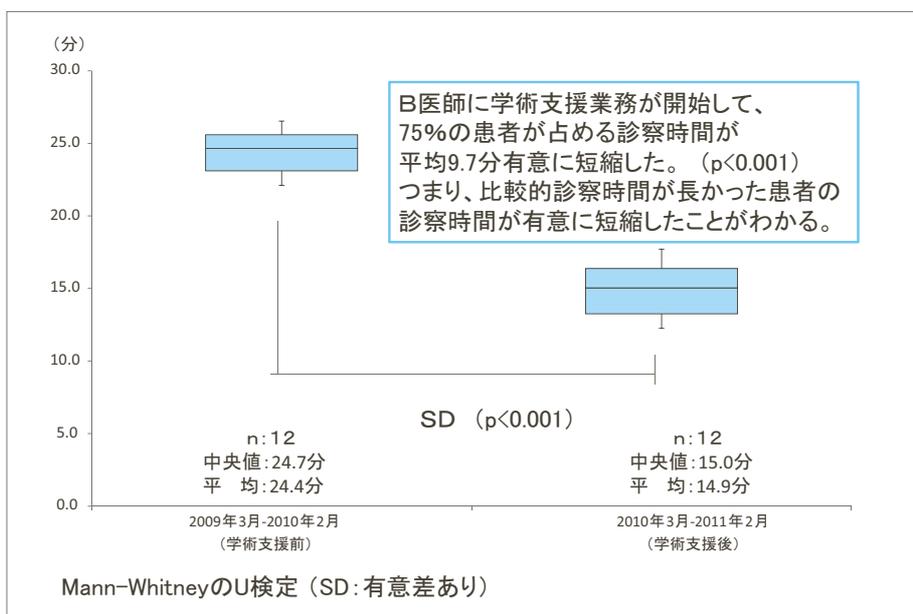
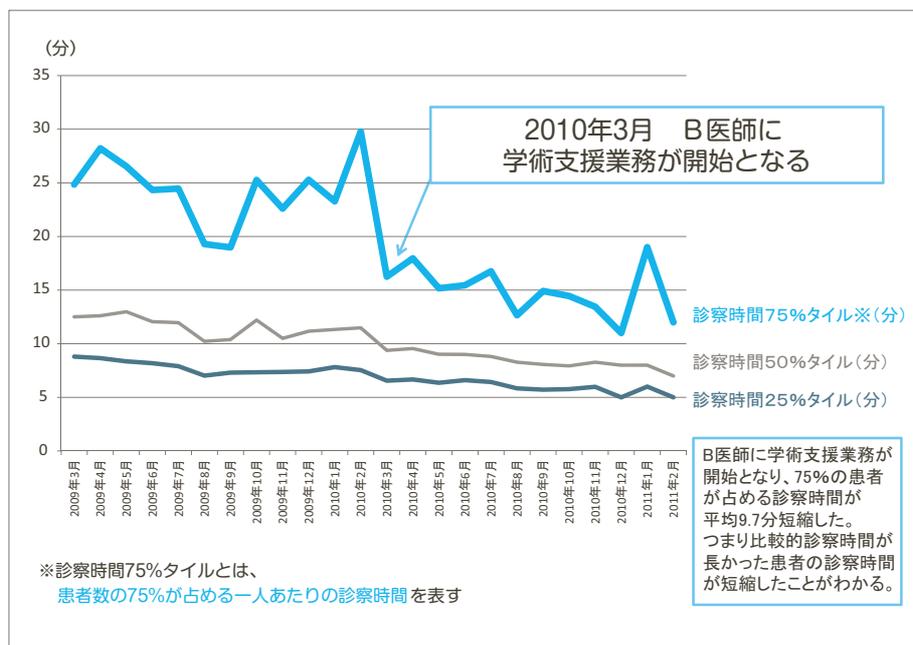


図6 B医師 外来診察時間月別推移



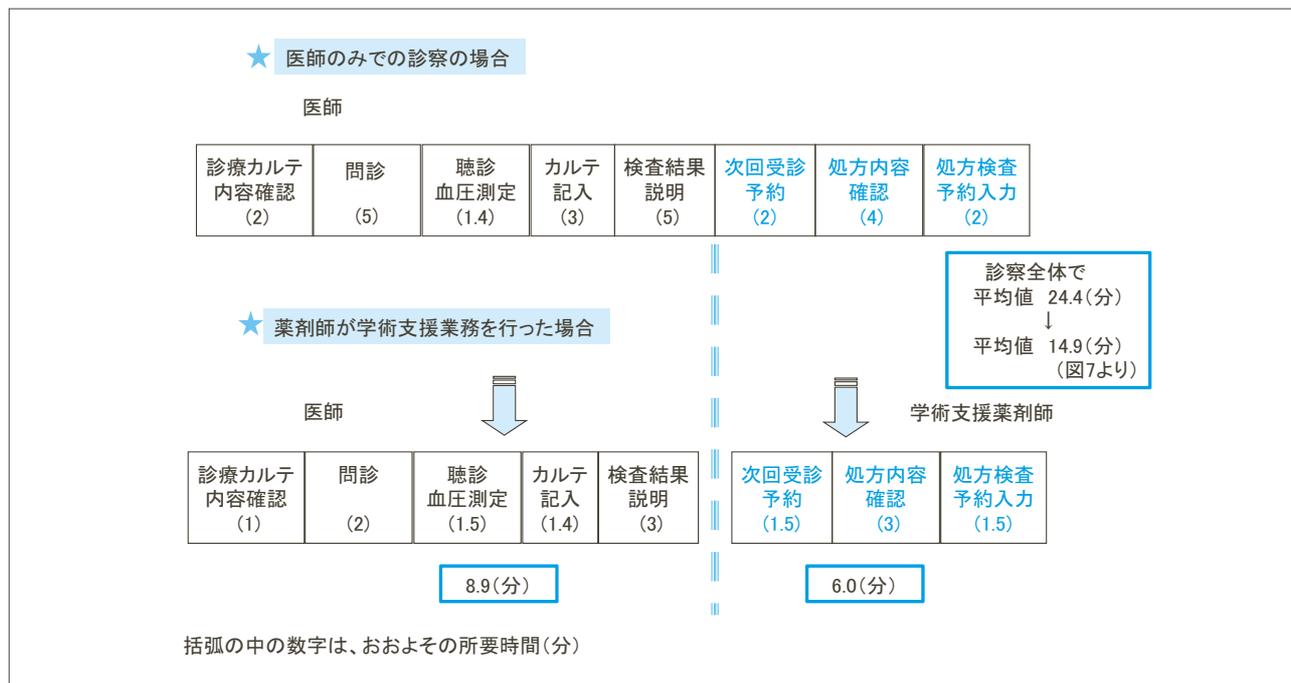
に学術支援業務を開始して、75%の患者が占める診察時間が平均9.7分有意に短縮した ($p < 0.001$)。つまり、比較的診察時間が長かった患者の診察時間が有意に短縮したことがわかる。

図8は、B医師に薬剤師が学術支援業務を行う前後での外来診療時間の内訳を示す。図8より、薬剤師が行う業務は医師の業務と分業し、並行して行うため、外来診察時間の短縮の一因となったのではないかと考える。

〈診療実績〉

学術支援業務を行う前後の診療の効率性および診療の効率性に対する薬剤師の貢献割合を表したグラフを図9に示す。効率性は、診療実績額を患者数、診察時間75%タイルで除した値で表している。B医師に学術支援業務を行って、1人の患者の単位時間あたりの診療実績額が増加し、診療の効率性が上がったことがわかる。また、グラフの緑色の部分は薬剤師が学術支援

図8 学術支援業務を行う前後での外来診療時間の内訳
(診察室における学術支援薬剤師の配置業務)



業務を行うことで増加した部分であるため、この部分が薬剤師の貢献割合である、といえる。

【考 察】

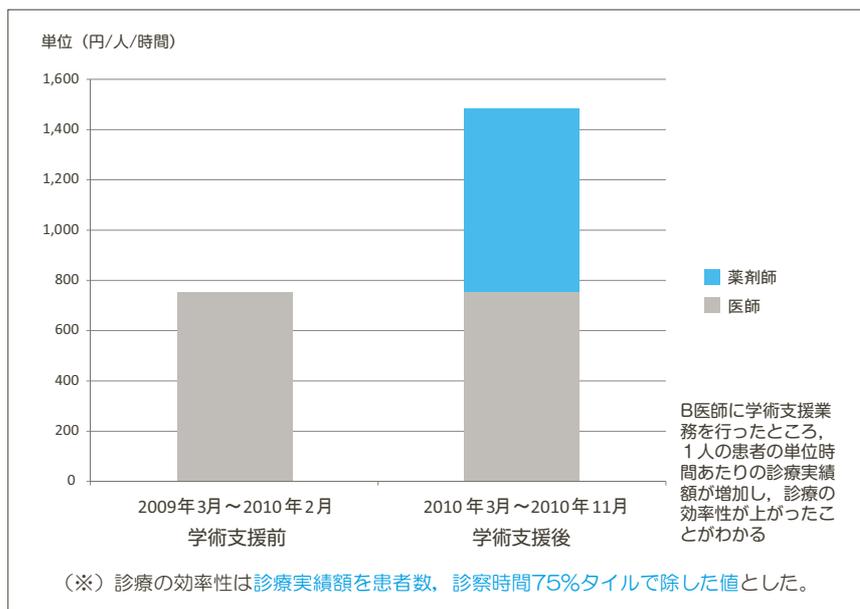
今回の取り組みにより、薬剤師の職域拡大とともに、業務の質の向上と医師の負担軽減ができたと考える。

処方コーディネートにおける処方提案により、治療効果の改善、プレアボイド的な介入となる症例が見られ、服薬説明や継続服薬指導については、患者個々に合わせた臨機応変な説明が可能となった。また、治験CRC業務により治験業務を円滑に運用し、病院の経営にも貢献できると考える。

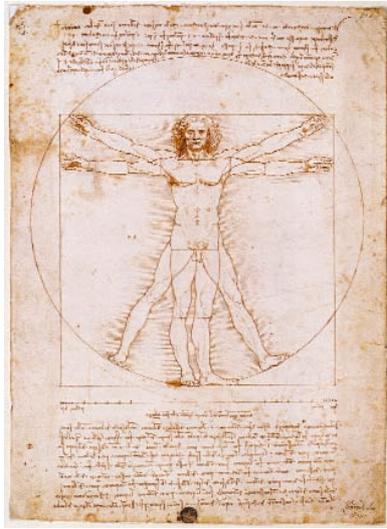
患者に対するアンケート調査では、服薬に対する安心感が得られたとの意見が多くあり、患者満足に対しても貢献できていると考える。

薬剤師が学術支援業務を行う前後での診療の効率

図9 学術支援業務を行う前後の診療の効率性^(※)
および診療の効率性に対する薬剤師の貢献割合



性の比較から、学術支援業務により、外来診察時間や診療実績の面からも診療の効率性が上がるということが示され、このことから病院の経営に貢献できると考える。



体の文化史—⑩

頬

池澤 康郎

中野総合病院 理事長

◎顔の大部分を占める 皮膚のふくらみ

頬ほおは口唇と同じように口腔前庭の外側壁となっている軟部組織です。構造も口唇とほぼ同様で、外側が皮膚、内側が粘膜となっており、間に筋肉がはさまれています。したがって、頬骨弓きょうこつきゅう（頬骨ほおほね）の部分は内側が粘膜になっていないため、頬とは言えません。同様の理由で、上顎骨じょうがくこつや下顎骨の一部を直接覆っている皮膚の部分も頬ではありません。つまり、頬とは「歯ブラシが届く範囲であり、息を含んでふくらませた時の口唇を除くふくらみ」ということとなります。

頬は顔の大部分を占めるため、ときに顔を代表することがあります。たとえば、名は異なっても実体は同じという時は「頬つらは面」と言われます。また、頬は唇の後方にあることから、口、あるいは口元と混同して意識されてもきました。ラテン語の *bucca* は英語の *cheek*（頬）と *mouth*（口）の両方の意味がありますし、これにつながるドイツ語の *Backe* も両意を持っています。しかし、同様に頬を意味するラテン語の *gena* や *mala* はその意味を持って現代語には残りませんでした。医学用語にも残っていません。

それに対してスペイン語では *mejilla*（頬）と *boca*（口）が分かれ、フランス語では *joue* と *bouche* が分

かれ、イタリア語では *guancia* と *bocca* が分かれました。現代医学では通俗的な *Backe* よりも *Wange* を用いることが多くなっています。*Cheek* には「厚かましさ」という意味があり、ラテン語の *os*（口）にも同じ意味があります。したがって、*Quo ore dicis?* は *How have you the cheek to say?*（どんな面でそんなことが言えるんだ）となります。ルーマニア語の *obraz* には頬と顔の両方の意味があります。

ラテン語 *bucca* の語根 *bu* は「呼吸する」「息を吹く」という意味で、*bubo* はふくらみです。*Bucca* は、冒頭で述べた「息を含んでふくらませた」という頬の定義どおりの意味を持つ言葉と言えます。

“柔らかく盛り上がる曲面”が頬の本領であり、そこに頬の美が求められます。



ボッティチェッリ「ヴィーナス誕生」（ウフィツティ美術館所蔵）の一部、西風

◎頬の美しさは移ろいやすく 若さのみに結びついている

わが愛する者よ、
わたしはあなたをパロの車の雌馬になぞらえる。
あなたのほおは美しく飾られ、
あなたの首は宝石をつらねた首飾りで美しい。

(第1章9～10)

あなたの唇は紅の糸のようで、
その口は愛らしい。
あなたのほおは顔おおいのうしろにあって、
ざくろの片われのようだ。

(第4章3)

そのほおは、かんばしい花の床のように、
かおりを放ち、
そのくちびるは、ゆりの花のようで、
没薬の液をしたたらす。

(第5章13)

これらは旧約聖書の「雅歌」にある句です。この
ような古い歌の中にも、^{あか}紅みを帯びて丸くふくらん

だ頬の美しさが^{うた}謳われています。

頬の美しさは若い女性に限ったことではありません。詩人、金子光晴（1895－1975）は初期の詩集『^{むし}こがね蟲』の「^{こがねむし}金龜」で、少女を思慕して^{おうのう}懊悩する少年の赤い頬の美しさを謳っています。

少年の^{ほむら}焰の頬は^{ゆすらうめ}櫻桃の如く麗かであった。

少年の^{はじらひ}呼吸は^{べにがい}紅貝の如く^{かがよ}耀ひ^{さわ}噪いだ。

頬の豊かな顔は小児にはかわいらしさを、女性には官能的な美しさを与えます。しかし、眉や鼻の美しさが年を重ねても保たれるのに対して、頬の美しさは移ろいやすく、若さのみに結びついているのも事実です。イギリスの作家・詩人トーマス・ハーディ（1840－1928）は『わが子故に』の中で、19歳で結婚して14年を経たソフィのことを次のように描写しています。

こうしてソフィは町の生活をつづけ、その美しい髪を編み上げるのに暇をつぶしていたが、かつてはりんごのように色づいていた頬も今では色あせ、ごくかすかな紅色をとどめるにすぎなかった。

もつ やく 没 薬

インドから南アラビア、東アフリカ、マダガスカルなどに分布している、フウロソウ目カンラン科コンミフォラ属（ミルラノキ属）の樹木から分泌される樹脂で、ミルラあるいはミルとも呼ばれています。

この樹皮に傷をつけて分泌された樹液は空気に触れると赤褐色の固まりになります。古くからこれを香として炊いたり、エジプトではミイラの防腐処理にも使われていました。イエス・キリストを埋葬する際にも没薬を含む香料が使われたと記されています。



モツヤク樹とその樹脂である没薬

こうらん か 紅 藍 花

キク科ベニバナ属の一年草または越年草のベ

ニバナのことで、^{すえつむはな}末摘花とも言います。原産地はエジプトで、日本には4～5世紀ころ、シルクロードを^{こうか}通って伝えられたと言われてい

ます。ベニバナは^{こうか}紅花とも言い、血流を促す作用が薬として利用されたり、種子からしぼった油は紅花油（サフラール油）として食用にも使われています。花を発酵・乾燥させたものは紅色の染料、食品や化粧品の着色料として用いられます。平安時代から江戸時代にかけては千葉県、埼玉県、山形県などで盛んに栽培されましたが、現在は山形県など限られた地域でわずかに栽培されている程度です。



紅花と乾燥した紅花



福島県原山1号墳出土の貴人埴輪



「源氏物語絵巻」(徳川美術館所蔵)の一部

◎芸術作品や仏像に見る頬の美

美術作品の中には豊かな頬、愛くるしい頬、官能的な頬など、頬の美しさを表現したものが多数あります。古くは、古代インドのヤクシ像、古代ギリシア彫刻の少女像や女神像、ルネッサンス時代の画家が描く聖家族、小児、女性などにふっくらした頬が描かれています。

仏像の多くも小児のような頬を持っており、慈愛の教えの象徴としてとらえられているようです。

わが国でも、^{はにわ}埴輪、王朝物語絵巻に登場する王族や貴族、伎楽面、能面の^{まんび}万媚、いろいろな時代の人形などにも果実のようなふっくらした頬が残されています。また、江戸時代の浮世絵にはさまざまな美人が描かれていますが、特に鈴木春信は美しい頬の女性を描くことに優れていると言われています。

◎頬を美しく装う

顔に占める頬の面積の広さを考えれば、頬を美しく装うのは、顔を美しく見せるための重要なポイントであることがわかります。その目標はいかに白く見せるかで、古くから今日までさまざまな^{おしろい}白粉が登場し、水銀や鉛などといった健康を損なう成分を多量に含んだものも長い間使われてきました。古代中国や日本の平安時代には、貴婦人たちは表情もわからなくなるほどに白粉を厚く塗りました。

白く塗った頬の上にはさらに頬紅が塗られます。



鈴木春信「中納言朝忠(文読み)」の一部

頬紅の原料には、半金属のアンチモン（カルタゴの紅）や植物の^{こうらんか}紅藍花などが用いられました。また、西洋と違い中国と日本では、これらの紅を頬だけでなく、上眼瞼まで塗ることが流行した時代がありました。

頬紅と並んで、つけ^{ぼくろ}黒子も頬を装う重要なポイントです。中国・唐の時代に女性は花子と呼ばれた花のような模様の点を頬に描きました。えくぼのできるあたりを中心に、緑や朱色の点を左右対称につけることもあったそうです。

西洋でも、ローマ時代につけ黒子が流行しましたし、ルイ王朝やエリザベス王朝時代にも男女とも黒子を好んでつけました。17～18世紀には大流行し、黒子をつける位置によって意味づけをする「ほくろ言葉」まであったそうです。形は星、三日月、ハートなどさまざまで、左右非対称につけられたようです。

◎頬の筋肉が表す感情の1つ 笑いの基本形態は嘲笑

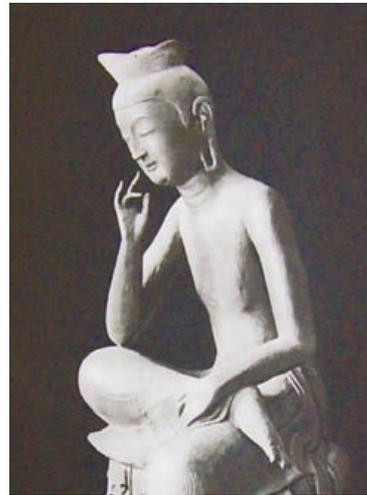
頬の筋肉が表す感情にはいろいろありますが、ここでは笑い顔と泣き顔について見てみましょう。

ヒトだけが笑うのではなく、イヌやサルも笑うと言われています。動物行動学者アイベスフェルトの「人間のほほ笑みは威嚇の表情から攻撃性が失われたもの」(Vol. 58, 8月号 p. 104) との説から見れば、チンパンジーやゴリラにも笑いに似た表情が読み取れるでしょう。

呵呵大笑から皮肉な笑い、微笑に至るまで、ヒトの笑いは生得的な感情表現としての筋活動です。何を笑いの対象とするかに時代と文化の違いがあるとしても、笑うヒトの性格により笑いに差があるとしても、その笑いがヒトのどのような感情を表現しているかは共通しています。

また、ヒトが泣くときにもいろいろな感情がありますし、泣く表情も多様ですが、ある型の泣き顔が表す感情はやはり共通しています。笑い顔と泣き顔とは非常に似かよっていて、その違いは泣くときには笑うときに使う顔面筋のほかに、特に鼻根筋や皺眉筋(苦悩の表情として主役を担う筋群)が目立つことだけです。

笑いの基本形態は嘲笑であり、その源は残忍な楽しみです。笑いの表情運動は歯をむき出す動作——その意味は威嚇——と同一であり、チンパンジーなどは他のグループと接する際にこの動作をします。つまり攻撃的行為であり、自分が優勢に立つ場合には、やがて余裕をもって他の顔面筋は弛緩したままの笑いに発展し、劣勢に立つ場合には全顔面筋が恐怖に引きつって泣き顔になります。ヒトの笑顔はこ



広隆寺の弥勒菩薩半跏思惟像

のようにして確立しました。したがって、笑いにはほとんど常に笑う人の優越感が伴っています。

ヒトはいったん確立した笑いのしぐさを、他のユーモラスなものにまで用いることに成功しました。ですから、笑い一般の性格は一概に言えませんが、笑いの起源はアメノウズメの舞を笑ったときの優者の嘲りを伴ったものにあります。

これに対して、微笑、ほほ笑みは別の系統をたっています。それは威嚇の行為の減弱、裏を返せば親愛の情の発生の表現に源を持っています。むき出そうとした歯は閉ざされた口唇内にあって見えなままであり、攻撃的感情に親愛感情が勝ってこれを抑制した表情です。アルカイック・スマイルとして話題にされるギリシャの少女の微笑、仏像の微笑、その他、モナリザの微笑に至るまで、すべてに共通する基本的情緒です。

アメノウズメ

みやびのかみ おおみやのめのみこと
宮比神、大宮能売 命という別名もある芸能の神で、日本最古の踊り子、芸人・俳優の祖とも言われています。

あまてらすおおみかみ あまのいわと
天照大神が天岩戸に隠れて世界が闇になった際に、アメノウズメがエロチックでこっけいな踊りを踊って八百万の神々を笑わせ、その様子を見るために天照が岩戸を少し開けたとき、天手力雄神が天照を引きずり出し、世界に光が戻ったとされています。

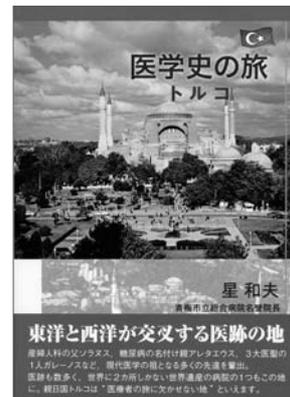
BOOK【書評】

星 和 夫 著

『医学史の旅—トルコ』

(日本病院会出版/1890円)

(評者) 原 義 人 (青梅市立総合病院 院長)



本書は、2009年の『医学史の旅—イタリア・マルタ』、翌2010年の『医学史の旅—ギリシャ・エーゲ海の島々』に続くシリーズ第3弾である。これらは『日本病院会雑誌』に連載され、大変好評であったため、単行本にまとめられたものである。

日常の臨床や研究に忙しい医師にとって、医学史には興味があってもあらためて勉強することは至難の業である。しかし、この星先生の『医学史の旅』シリーズは、解説は簡潔で読み易い。各地の貴重な美しい写真がふんだんに織り込まれており、気負わずに医学史の旅に誘ってくれる。さらに、言葉の由来についても随所に解説があり、知識を深められるとともに、古代のローマの世界に引き込まれていく。大変楽しい本である。是非、一読されることをお勧めする。

星先生は1984年に東京医科歯科大学第1外科助教授から青梅市立総合病院院長として赴任され、それまで大赤字であった病院を見事に立て直し、2007年に退職するまでに病院を619床の大病院に発展させた。先生は、医療制度や医業経営の専門家でもあり、医学史や医学用語に関しても非常に造詣が深く、大変厳しい面もお持ちであったが、私はあらゆる所で勉強させていただいた。

先生は忙しい仕事のかたわら、ゴールデンウィーク等を利用してよく外国に出かけられ、医学史上の重要地点や建造物等を見学されていた。簡単には中を見学

できない場所については前もって手紙を出され、見学の許可を取っておられた。その際は、向こうも大切なお客様として、施設を丁寧に案内してくれることが多かったと聞いている。

日頃の勉強による知識とこれらの外国旅行による検証から、このようなすばらしい『医学史の旅』シリーズができあがったものである。

私のようなごく普通の観光客である者にとっては、本書の最初の挨拶にある「医者は医者らしい旅をしたいものです。」の一文にはぐさっと来るものがある。

現在EUの経済危機がギリシャの財政破綻から来ていると報道されている。本書に載せられている多くの遺跡はギリシャ・ローマ時代のものであり、「盛者必衰の理」を感じずにはいられない。一方では、塩野七生さんの『ローマ人の物語』の売れゆきから、ローマ時代をもっとよく知り、そこから自分達の今後に対する示唆を得たいと思う人々が多くいることも示されている。「温故知新」である。やはり歴史を正しく評価し、将来の参考にしていくという働きは大切である。医学史も同様である。

星先生の『医学史の旅』は、この分野の古典になっていくであろう。今後も更なる医学史の旅を重ね、私達に医学史の魅力をとどけてくださることを確信し、ささやかな書評とさせていただきます。

—ご寄稿のお願い— 「書評」の原稿をお寄せください。本のジャンルは問いません。約1,200字くらいにまとめ、以下の住所、またはアドレスに原稿と本の表紙の画像をお送りください。

〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 木耀社 (『日本病院会雑誌』編集代行) 植松文子 宛
または次のアドレスへ uematsu@mokuyosha.jp



情報化時代の統計

茨城県立医療大学 教授
「統計概論」講師

中村 洋一

●国勢調査

先日、2010年に行われた国勢調査の人口等基本集計結果の確定値が公表された。それによると、日本の人口は128,057,352人で、2005年に行われた前回調査から289,358人（0.2%）増えたものの、日本在住3カ月以上の外国人を除く日本人の人口は125,358,854人で、日本人と外国人を区別して集計を開始した1970年以来初めて減少したことがわかった。一方、国連人口基金UNFPAは2011年10月31日に世界の人口は70億人になる、と発表した。日本の国勢調査は5年ごとの悉皆調査（全数調査）であり、その調査結果は事実としての値である。一方、国連人口基金が発表した値は推計値である。世界人口の推計は困難であり、いろいろな推計値が発表されているが、どのような方法で推計したかがわからなければ、その値の本来の意味は不明である。国立社会保障・人口問題研究所では『コホート要因法を基礎にして』日本の将来推計人口を発表している。2010年の国勢調査では、従来の国勢調査員による調査票の配布・回収（留め置き法）に加え、郵送による提出や、東京都をモデル地域としたインターネットによる提出も可能とされ、情報化時代の新しい調査方法として注目される。

●全国学力調査

2007年、「全国的な義務教育の機会均等とその水準の維持向上の観点から、各地域における児童生徒の学力・学習状況を把握・分析することにより、教育及び教育施策の成果と課題を検証し、そ

の改善に役立てる」ことを目的に、全国学力・学習状況調査が始まった。しかし、悉皆調査として開始された調査は、2009年に行われた事業仕分けにより、「平成19年度から21年度までの悉皆調査の結果、全国及び各地域等の信頼性の高いデータが蓄積され、教育に関する検証改善サイクルの構築も着実に進んでいることから、22年度調査においては、これまでの調査と一定の継続性を保ちながら、調査方式を悉皆調査から抽出調査及び希望利用方式に切り替えている」となった。このため、調査結果も悉皆調査では事実の値であったものが、抽出調査では推定値となり、95%信頼区間で示されるようになった。そのため、新聞報道によると調査結果の扱いに学校現場では戸惑いもみられたようである。たとえば、ある県で公表された中学校国語Aの平均正答率は、95%信頼区間で71.8-73.0であり、全国値が75.0-75.2であった。したがって、推測統計を理解していれば、信頼区間が重なっていないので、有意水準（第1種の過誤）5%で統計的には全国値と差がある、ということがいえる。また、数学Aは64.0-65.7であり、全国値が64.4-64.8なので、全国値と差があるとはいえないことがわかる。国勢調査のような悉皆調査では記述統計的な知識でよいが、抽出調査では推測統計の知識が必要である。

●新統計法

2007年に統計法が全面的に改正された。1947年に施行された旧統計法は、「統計の真实性を確保し、統計調査の重複を除き、統計の体系を整備

し、及び統計制度の改善発達を図ることを目的とする」とされていた。一方、新統計法では、「国民経済の健全な発展及び国民生活の向上に寄与することを目的とする」とされている。このように、旧統計法では統計自身の位置づけを明確にするものであったが、新統計法では「社会の情報基盤としての統計」を念頭に、国民経済や国民生活のための位置づけを明確にしたものである。各国政府が統計を作成する際に遵守すべき国際的な基準として、1994年に国際連合統計委員会は「公的統計の基本原則 Fundamental Principles of Official Statistics」を採択し、新統計法もこれに則っている。

●病院の統計

病院の中でも多種多様な統計資料が作成されている。その多くは、医事課が担当しているであろう。また、診療情報管理部門やその他の部門でもいろいろな統計資料を作成している。病院の統計は業務記録から集計される定型的なものが多く、基本的には全数調査に該当し、推測統計の必要性はあまりないと思われるが、将来推計のためにも一定の統計スキルが望まれる。統計資料は永続性が必要であり、また正確性と信頼性の確保も重要である。そのために、病院統計の目的と責任を明文化してはどうだろうか。「公的統計」は、中央政府や地方政府の施策立案、施策評価などのために必要不可欠なものであり、「基本原則」が策定されている。病院の統計も同様であろう。以前（2002年9月）、この巻頭言に『IT時代の病院情報管理』

というタイトルで、「病院にもCIO（最高情報責任者：Chief Information Officer）が必要ではないか」という提言をした。その当時の担当科目は「医療情報管理」であり、情報システムを念頭に置いていた。それから9年経ったいま、「統計概論」の担当講師として、病院の情報を組織化した統計資料を一元的に統括するためにも、病院にCIOが必要ではないかと、改めて思う。





平成23年度 北海道ブロック支部活動報告

支部長 中村 博彦

■「北海道ブロック支部」の会員動向

平成23年度北海道ブロック支部の活動報告をさせていただきます。現在の会員数は公的46、私的55の計101病院です。北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学の3大学が会員であることが一番の自慢です。旭川医科大学は今回退会の申し出がありましたが、松野丈夫病院長にお願いして何とか慰留に成功いたしました。公的病院はそれぞれ母体の病院団体がありどの所属団体も強固な組織なので、「日本病院会」に敢えて入会している必要がないと思われるようです。それ故に経費削減の折には事務方から年会費が無駄として退会の話題が必ず上ります。

■北海道病院協会の活動

北海道は北海道病院協会（旧私的病院協会）が最大の病院団体で、道医師会館に事務局を構えています。前支部長の西村昭男先生が病院団体の統一を訴えましたので、現在は地方の市立病院などの公的病院も積極的に参加するようになり、道と渡り合える唯一の病院団体となっています。北海道の地域医療を考えますと、病院団体云々を言っている場合ではなく危機的状況になっています。医師不足に悩む僻地の病院へ医師を派遣する「緊急医師派遣事業」は、高橋知事が旗振り役で道が予算を付けて道医師会の管轄下で北海道病院協会が運営をしています。私どもの病院も、毎月十数回医師不足の地方の病院に医師を派遣するなど協力しています。

■「北海道ブロック支部」の活動

「北海道ブロック支部」の活動は、北海道病院協会が病院をまとめているのでどうしても縮小せざるを得ないのですが、他の病院協会と連名で講演会を行ったり、道や厚生局からは病院団体の1つとして会議に招集されたりしています。最近では、何を目的にしているか分からない「看護師等の『雇用の質』の向上のための企画委員会」にも北海道医師会、北海道病院協会とともに呼び出されました。

北海道ブロック支部独自の活動としては役員会・年次総会時の講演会があり、平成23年度は6月10日に愛媛大学教授の石原謙先生による「すぐに役立つ病院長と勤務医のための医療経済の基礎」の講演を行いました。石原先生の迫力に満員の聴衆が圧倒され、医療保険のからくりなど病院職員にとっても有益な内容でした。

西村先生の支部長時代は支部長だよりが定期的にブロック支部会員に届いていましたが、私に替わってから何回か発行しましたが、大変になり滞ってしまいました。その一番の理由は、常務理事会での資料が当日資料を含めると大量になり、コピーして送付することが不可能になったからです。取捨選択すれば良いといっても、各種委員会の議論も今後につながるものとその場限りのものがあり、急に別の話が出てきてあの委員会の議論は何だったのかということも多くなかなか予測が付きません。そのため、常務理事会資料の目次を会員に送付し、会員から請求のあった資料のみその会員に送付するシステムに変更しました。これで毎月定期的に支部だよりを発行できると思います。

■提案及び要望

日本病院会支部長会でも常任理事会の資料や議事録を早くIT化して、一般会員がホームページから閲覧できるようなシステムを早く構築すべきとの意見が私を含めて複数の支部長から提案されました。中小の民間病院が日本病院会から離れるのを危惧していますので、日本病院会事務局のIT化は火急の懸案事項と考えます。

なお、北海道ブロック支部長として平成24年4月から秦温信先生の後を受けて北海道診療情報管理学会会長になります。日本診療情報管理学会の生涯教育研修会に地方から何度も参加することは困難ですので、地域での研修活動も生涯教育研修の単位として認定していただけないかと学会に要望しています。何卒御配慮の程を宜しくお願い申し上げます。

平成23年度 第8回 定期常任理事会 議事抄録

日 時 平成23年11月19日（土） 午後1時～午後5時
場 所 社団法人日本病院会 5階会議室
出席者 (会長) 堺 (副会長) 今泉, 高橋, 末永, 相澤, 梶原, 大道(道)
 (常任理事) 藤原(秀), 宮崎(瑞), 石井(暎), 木村, 松本(純), 万代, 中井, 渡邊,
 武田(隆久), 生野, 中島(豊), 塩谷, 岡留
 (監事) 宮川, 石井(孝) (代議員会議長) 野口
 (顧問) 奈良, 山本, 池澤, 佐藤, 大井, 村上(信), 宮崎(忠)
 (参与) 坂本, 高久, 松田, 堀内, 権丈, 齊藤
 (委員長) 前原, 吉田, 有賀, 原, 大道(久), 崎原
 (支部長) 中村(博), 松本(隆), 三浦(修), 小川(裕), 細木, 福井(洋), 高野
 永易 卓 (日本病院会 病院経営管理者協議会 会長)
 荒木 攻 (荒木脳神経外科病院 理事長) (新会員) 総勢51名の出席

高橋副会長の議事進行により会議に入った。

開会にあたり、堺会長から開会挨拶を述べ、会議定足数について、定数26名中、出席者20名、委任状6通、計26名（過半数14名）で会議が成立している旨報告後、議事録署名人に万代恭嗣、渡邊史朗両常任理事を選任した。

次いで、11月10日に逝去された鴨下重彦前参与に対し黙祷した。

新会員の荒木攻医療法人光臨会荒木脳神経外科病院理事長から入会の挨拶があった。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会 1件〕

①〔千葉県〕東京女子医科大学附属八千代医療センター（会員名：寺井勝院長）

〔正会員の退会 3件〕

①〔広島県〕独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター（会員名：相模浩二院長）

②〔東京都〕財団法人博慈会 博慈会記念総合病院（会員名：三瓶広幸理事長）

③〔東京都〕医療法人社団秀輝会 目蒲病院（会員名：石橋秀雄理事長）

〔賛助会員の退会 1件〕

①特別会員・恵比寿ガーデンプレイスクリニック（代表者：安村隆二院長）

（平成23年10月22日現在）

・正会員 2,387会員 ・特別会員 235会員

・賛助会員 241会員（A会員99, B会員109, C会員1, D会員32）

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼 2件）

①慢性期医療展2012（日本慢性期医療協会）の後援

②第33回フード・ケータリングショー（社日本能率協会）の協賛



(継続：委員推薦等依頼 1 件)

- ①評議員 (財医療関連サービス振興会) の推薦
中井常任理事を推薦

(新規：後援・協賛等依頼 1 件)

- ①中国・四国地区研究会 (社)日本医業経営コンサル
タント協会) の後援

(新規：委員等推薦依頼 1 件)

- ①ヘルスケア産業プラットフォーム推進委員会 (経
済産業省) 委員の推薦
堺会長を推薦

3. 平成23年度第 2 四半期会計報告及び監査報告 について

相澤副会長より決算書に基づいて第 2 四半期の収
支報告があった。収入は 1 億 2,986 万 6,033 円、収納
率は 64% で、支出の部については、委員会活動、雑
誌発行等、ほぼ予想どおりの消化率となっていて、
合計が 2 億 5,752 万 3,076 円となり、ほぼ順調に推移
している。

次いで、宮川監事より予算の執行状況が適正であ
る旨の監査報告があり、報告を承認した。

4. 災害対策特別委員会のオブザーバーの委嘱に ついて

堺会長より、災害対策特別委員会のオブザーバー
として以下の 3 名の委嘱について説明があり、承認
した。

- ①岩手県・岩手県立中央病院 佐々木崇院長
- ②宮城県・石巻赤十字病院 飯沼一宇院長
- ③福島県・白河厚生総合病院 前原和平院長

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定 について

更新認定施設として、下記 4 施設の指定を承認し
た。

(4 件)

- ①〔千葉県〕日本赤十字社 成田赤十字病院
- ②〔福岡県〕社会医療法人財団 池友会新行橋病院
- ③〔福島県〕財団法人太田総合病院附属 太田熱海病
院 予防医学センター

- ④〔大阪府〕財団法人結核予防会 大阪支部相談診療
所 大阪総合健診センター

6. 日本病院会倫理綱領の見直しについて

松本常任理事より、倫理綱領文案の見直し経過・
解説文の説明があり、承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

- (1) 第 7 回雑誌編集委員会 (10 月 27 日)

原委員長より、10 月・11 月合併号では、東日本
大震災関連の特集、第 61 回日本病院学会での講演、
病院長・幹部職員セミナーでの講演等が掲載され
るとの報告があった。

12 月号は国際モダンホスピタルショウ 2011 (7
月 13~15 日開催) での公開シンポジウム内容、
2010 年人間ドック全国集計成績を掲載する。

- (2) 第 4 回、5 回災害対策特別委員会 (11 月 2 日、
14 日)

塩谷常任理事より、国際ライオンズクラブ及び
日本ライオンズクラブから日本病院会に対して、
被災地支援のため億単位の義援金の申し出があり、
使途に関して議論を行った。

従来の被災地支援の物資・人については、11 月
現在、被災地 10 病院から支援要請、会員 30 病院か
ら支援申し出があり、うち 10 病院の支援物資を送
った。人的支援は、被災者健康支援連絡協議会に
登録しマッチングを行っていく。

- (3) 第 15 回医療制度委員会・第 3 回地域医療委員
会合同委員会 (11 月 2 日)

塩谷常任理事より、地域医療委員会では、地域
医療再生を妨げる制度の壁についての意見参照の
ため、医療制度委員会と合同委員会を開催した、
として報告があった。

医療制度委員会の小長井アドバイザーから、医



師の計画配置が憲法22条の職業選択の自由によって進まないのはしっかりと取り組みをしてこなかったのではないかと、また、週40時間以上の労働を禁ずる労働基準法と医療法の医師応招義務の問題も、覚悟を決めて取り組めば風穴があくのではないかとこの厳しい意見をもらった。

石井常任理事(医療制度委員会委員長)は、法律解釈にはこれまで病院団体の発言がないことの影響もあると指摘を受け、今後は会員に対してアンケート調査を実施して意見を集めていきたい、と述べた。

(4) 第14回医療の安全確保推進委員会(11月2日)

木村常任理事より、診療行為に関わる死亡・事故の原因究明制度の在り方についての中間報告を厚労省に提出したとの報告があった。その際、民事、刑事のどちらを意識しているかと問いがあり、医学的な原因究明と再発防止を目的としたピュアな制度を作る必要があると回答。また、具体化に当たって肉付けを検討する必要があると話した。

医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会の座長である、東北大学病院の里見進病院長と話をする機会があり、今後はさらに検討を進めて、四病協、日病協等と提言の共通点や相違点をまとめていくことも視野に話を進めていく。

(5) 第2回病院中堅職員育成研修「人事・労務管理」コース(11月11・12日)

宮崎常任理事より、修了者77名、累計143名で順調に推移していると報告があった。

(6) 第3回精神科医療委員会(11月18日)

中島常任理事より、来年6月21日に開催される日本病院学会でのワークショップについて、テーマを「医療従事者のメンタルヘルスを支援する」とする旨の報告があった。

平成24年度診療報酬改定について、万代中医協委員から説明を受け、協議した。精神科病院が内科医を置いた場合の評価、13:1病床の適切な評価、クロザリルの点数追加等の要望を厚労省に提出することで了解を得た。

(7) 診療情報管理士教育委員会第4回専門課程小

委員会(10月24日)

武田常任理事より、23年度後期と今後の教育方向を協議し、教科書ほか全体的な見直しの中で、診療情報管理士業務指針や文書保存の取り扱いも今後検討していくと報告があった。

医療統計学勉強会は、認定試験対策として初心者向けにして、講義資料も統一する。

診療情報管理士通信教育全国一斉講師会(12月10日開催)は、例年どおり行う。

23年度後期の科目試験と認定試験の作問を行った。

(8) 診療情報管理士通信教育

① コーディング勉強会(10月20日~11月14日)

武田常任理事より、今回の期間は14教室、272人の参加で開催されたが、この結果、23年度は4月~11月14日で125教室、2,633名の参加となると報告があった。

② 医療統計学勉強会(10月20日~11月14日)

武田常任理事より、今年7月からスタートしたが、今回の期間は3教室で90人の参加で、7月~11月14日の累計は18教室、959名の参加となると報告があった。

(9) 日本診療情報管理学会第2回国際疾病分類委員会(11月15日)

大井顧問より、日本側がICD-10アップデートの意見出しをした、2011 WHO-FIC ネットワーク会議の報告があった。

各担当分掌について、厚生労働科学研究は今年度事業としてテキスト作成と研修会を行うこと、2012年についても申請を行う決議がされた。ICD改訂の検討を申請することも話し合ったが確定ではない、として、近々申請書を出して活動する予定でいる。

(10) 2011 WHO-FIC ネットワーク会議(10月29日~11月4日)

大井顧問より、南アフリカのケープタウンで行われ、31カ国、208名が集まり盛会だったとして、以下の報告があった。

ICDの分類改訂委員会で、日本からの提案である6項目(うち4項目は診療情報管理学会提出)



のうち4件がほぼ承認され、大きな成果を上げた。

本会議ではICD-11改訂が着々と進んでいることが報告されたが、米国等から費用や移行時間に関する点が問題視され、WHOからICD2015、2016、2017とアップデートしていこうと提案がされ、ほぼ了承された。

日本と南アフリカがWHO-FICの協力センターとして認証された。

(11) 福島県病院協会定期報告

前原委員長より、以下の報告があった。

東日本大震災から8カ月間、30キロ圏内の13病院の収入はほぼゼロ状態だ。9月に医療法人への本補償が決定し、11月14日に東京電力から賠償金支払いが始まった。30キロ圏外の病院は、10月に東京電力から「風評被害のサービス業」に含むと返事があり、ようやく賠償請求が始まった。

本会の災害対策特別委員会(11月2日)において、次の3点について要望した。①賠償金の非課税。②中間指針の継続的見直し。最終指針まで段階的に改変されるべきものが動いていない。東京電力は不十分な内容の中間指針にのっとって賠償金の支払いを進めている。③東京電力内に医療対策専門チームの設置。病院経営を理解できる人を配置して、被災病院側と協議してほしい。この3点を第7回被災者健康支援連絡協議会(11月7日)への要望事項とした。

県への要望として、地域医療再生基金が被災3県には無条件で120億円おりるので、そこから被災病院の運営資金、補助金を出してほしいと要望し、額は未定だが了承を得ている。

医師確保については、来年度の初期臨床研修医マッチング最終発表があったが、福島県のマッチ率は41.8%で全国最低だった。今年4月の78人に対して17人で、22%の減。原発に近いいわき、県北、県中が減だが県南と会津は増で、放射線被曝の影響かと思われる。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第84回代表者会議(10月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

日本医療安全調査機構から原義人中央事務局長を招き、機構の事業について説明を受けた。機構の理事として堺会長が推薦されたが、日病協としての立場で参加する。また、日病協に対して500万円の支援依頼があったが、協議の上、次回決定する方向である。

中医協の報告として、邊見委員の退任が報告された。(万代常任理事が後任に就任)

第74回診療報酬実務者会議の報告として、入院医療における薬剤師の役割の重要性は増し、24年度診療報酬改定で薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算新設を求める要望を検討した。

(2) 第75回診療報酬実務者会議(11月16日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

中医協報告として、DPC評価分科会で医療機関群に分けて基礎係数を決定するが、医師密度が要件となるなど疑問点があり、11月25日の代表者会議でさらに協議することとした。

在宅医療の充実に向け、地域医療と介護の連携拠点(ハブ)の一定圏域ごとの設置を求めたいが、ハブ機能を行政以外の民間が担うことを狙い、今後の議論を注視していく。

屋内全面禁煙を一層進めようとの動きがあるが、屋内でも全面禁煙が妥当か慎重を期してもらいたいとの意見が出た。

石井常任理事から、次の発言があった。

DPC分科会は最近、議論が変な方向に行って枝葉が本筋を歪めている印象があり、DPC本来の医療係数の議論を望むべく問題提起したが、きちんと対応されなかった。

一番問題になるのは病院係数で、医療技術の評価が十分でないのを係数で補おうという過渡的なものだ。医療密度の要件が医師の獲得競争を引き起こしかねないとか、公費で評価すべき研修を診療報酬でみて患者に医師の研修費用を持たせる、というのはおかしい。

在宅医療も、現実的にどこがケアマネジメントできていて、どこができていないか、という点から本質的な議論をしてほしい旨の意見を述べた。

- (3) 第2回医療・介護 WT (ワーキング・チーム)
(11月4日)
資料一読とした。

3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 総会 (第202回:10月26日, 第203回:11月2日,
第204回:11月9日, 第205回:11月11日, 第206
回:11月16日, 第207回:11月18日)

始めに万代常任理事より中医協委員就任の挨拶があった。日本の病院の代表, 日本病院会の常任理事の2つを基本的な立場として発言していきたい。今後ともご協力をお願いしたい, と述べた後, 下記のとおり報告があった。

〈第202回〉

放射線治療は治療医も少なく, 患者の急増で検査待ちができてしまう。毎回の診察が必要なのか, 関与を抑えるべきという意見が出ている。

緩和ケアで麻薬の処方, 従来の2週間を1カ月程度にしてはどうか, という問題提起がされている。

糖尿病性腎症の患者の急増に対し, チーム医療による関与での対応が提案されている。

〈第203回〉

精神科医療に係る診療報酬上の主な課題として, ①認知症対策, ②身体合併症を有する精神疾患患者等の救急医療, ③精神療養病床等をどうするかが挙げられ, 長期入院の患者を地域に移行するための方策が提示されたのに対し, 診療報酬上の手当てをしていく方向性が出された。これらの課題について精神科医療委員会で説明し, 意見を聞いた。

医療経済実態調査は, これまで6月単月のデータと比較していたが, 2号側の提案で通年のデータも示された。1号側も, 通年データが妥当としているが, 東日本大震災もあり経済状況が良くない中で, 診療報酬だけ上げるのはどうかとの意見だ。中医協では, 1号側と2号側の意見をまとめ, 次回もしくは次々回に見解を出したいとのことだ。

大手薬局を中心に, 患者が薬局でお金を払うと

ポイントが付加され, 大衆医薬品が買える等のシステムが問題とされている。厚労省は来年4月から禁止の方向でいくとのことだ。

〈第204回〉

在宅医療の在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の算定が少ない問題点があり, これに対応して目指すべきイメージが示された。

後発医薬品の伸びが頭打ちで, 使用を促進したいとのことだ。後発医薬品処方の診療報酬評価を望む声がある一方で, 2号側は品質の保証が必要との意見だ。日本の処方せん様式では, 後発は認めないとの医師の署名が1剤でもあると他の全てにかかってしまう。今後, 処方区切りごとに後発品の可否を示す処方せんも考えられるとのことだ。

〈第205回〉

訪問看護の利用をどう充実させるか。在宅歯科で口腔ケアをきちんとすると患者のQOLが改善して医療費もかからない。在宅医療で薬の潜在的飲み忘れ等の年間薬剤費が約500億円ある。そこを在宅の薬剤師が掘り起こすことで400億円程度の戻しがあるとのこと, その評価等の問題が提起された。

〈第206回〉

資料一読とした。

〈第207回〉

DPC 評価分科会の報告で, 今後2~3回の改定でこれまでの調整係数をなくしていく方針だが, その代わりに基礎係数を導入したらどうかと議論になっている。

基礎係数は一律に1本にはできないとして, 大学病院本院群, それ以外の高診療密度病院群, その他の急性期病院群の3群に分けるアイデアが出された。3つの具体的な要件が約2カ月にわたって検討され, その過程で医師密度について各方面から異論があった。

変更した要件は, ①医師密度は要件から外す。単なる濃厚診療との区別のため, 実績要件の中に協力医師数による補正, 診療機能としての医師数などを入れる。②診療密度はそのまま。③医師の研修で, 研修医の数を医師密度として採用しない。



そして高診療密度病院群を規定する。各要件を「or」で結んだものを「and」で結んではどうかという中間報告だ。

以上の説明に対して、石井常任理事から次の発言があった。問題は「or」が「and」になっているところである。初期研修医を何人にとっていかで全部決めるということだ。医師が同じ数いた場合は低いところを評価する、大学病院以外は全部外す案であり、ほかのことは全部目くらしにすぎない。

- (2) 薬価専門部会（第71回：10月26日，第72回：11月2日，第73回：11月16日）

万代常任理事より，以下の報告があった。

〈第71回〉

資料一読とした。

〈第72回〉

市場拡大再算定について，一定の線より売上げが増えた分は薬価を最大25%下げるルールがあるが，再算定の場合はグループで薬を判定するため安い薬まで25%減額されるので，そこを拾えないか，という点が取り上げられた。2号側から考え方に異議が出され，保留となった。

〈第73回〉

配慮が必要な医薬品について，全体として基準を緩くするのではなく，例外的に除外することで決着を見た。品目については薬価算定組織で行う。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 第22回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（10月26日）

梶原副会長より，以下の報告があった。

福祉医療機構の24年度予算要求内容が説明され，土地取得資金見直しや温暖化対策，自家発電，社会法人移行時の経費の融資等での新規要望や介護基盤整備費の継続要望がされた。

機構が行政刷新会議でまた仕分けの対象になって，日本政策金融公庫との統合や株式会社化が検討されている。機構が今までどおり活動できるよう支援願うという要望があり，四病協・日慢協・

東京都病院協会の連盟で統合・株式会社化反対の書を出した。

- (2) 第7回総合部会（10月26日）

堺会長より，以下の報告があった。

賀詞交換会を来年1月12日，四病協合同での開催準備を詰めている。

計画停電に伴う損害状況調査結果報告があった。日精協から訴訟提起の提案があり，検討事項となった。

- (3) 第7回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（10月26日）

堺会長より，以下の報告があった。

外来で患者に100円負担をかけようという受診時定額負担には反対ということで，日病も入った国民医療推進協議会の名で反対の署名運動をしている。

TPP に対しては，病院団体として保険医療を守り混合診療には反対とのスタンスだが，流れを見ながら明確に反対する等の態度を示す場合もあると考えている。

- (4) 第8回医療保険・診療報酬委員会（11月4日）

万代常任理事より，医療従事者は合格通知をもって4月から国家資格職として認定との要望書を厚労大臣に提出することが承認され，総合部会へ提案することとなったと報告があった。

- (5) 第6回医業経営・税制委員会（拡大会）（11月10日）

梶原副会長より，以下の報告があった。

消費税の見直しに関して各党税制調査会に要請を出すため協議した。自民党，公明党は既に行っている。5%でも約3,000億円の消費税分持ち出しがあり，医業経営が成り立たない。

事業税も，非課税の経過措置が総務省の圧力で危ないところに来ており，各支部長や常任理事に直接地元の国会議員等に早急な働きかけをお願いしている。

医療法人のあり方について，TPPの問題からも株式会社の参入を阻止し，利潤を追求しない社会医療法人に移行させる環境を整える必要が議論された。



5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第9回チーム医療推進会議（11月18日）

堺会長より、チーム医療も社会保障と税の一体改革の中に入れ込もうとの流れが出てきたと報告があり、放射線業務の範囲拡大、チーム医療推進のための看護業務検討WGについて、有賀委員長（WG座長）の説明を求めた。

有賀委員長より、以下の説明があった。

チーム医療推進方策の全体について、診療放射線技師の診療補助行為を認めていこう、特定看護師は厚労大臣の認証の形に持っていきたいと議論し、骨子を挙げた。

特定行為の位置づけをし、実施は厚労大臣から認証を受けた看護師が包括的行為としてできるようにする。認証のない人は医師の指示を受けてやればよい、認証が他の看護師を排除するものでなく、一連のプロセスとして判断しながら進められるようにするものだ。

いろいろな意見が出て、歯科医師会など他の医療職種からもっと議論をしたいということもある。骨子は骨組みだけであり、議論は継続になると思う。

岡留常任理事は、看護師が医師のコントロールのもとに動くのに、どのような理由で誰が反対しているのか。ニューヨークメディカルセンターのERでは、ほとんど看護師がトリアージし、重症例だけをドクターが診ている例もある、それを見せればよいと述べた。

有賀委員長は、確かに百聞は一見にしかずだが、医療現場で医師が大変だから助けてくれという話では必ずしもない。看護学の延長線上でチーム医療を考えることで、診療放射線技師や薬剤師もという議論もある。反対には、医師の機能を担わせる教育が足りない、国民・患者に対する説明責任が果たされない、職能を分けたくないとの意見もあるようだと言った。

岡留常任理事は、アメリカの手術場ではPLと

PAがほとんどで、麻酔もやっている。日本の麻酔学会にアメリカの現場を見せたらいいと述べ、日本看護協会の見解を求めた。

坂本参与は、看護界も組織が多くあり、いろいろな議論がある。結果として、ドクターを待っている時間や説明する時間を外したらより効率的になるはずである、と述べた。

(2) 社会保障審議会医療部会（第22回：10月27日、第23回：11月17日）

相澤副会長より、10月27日の部会について、以下の報告があった。

平成25年に医療計画が変わるが、各都道府県が居宅等の医療を入れた医療計画をつくって出した、として了承された。在宅医療・介護推進プロジェクトとして予算127億円、在宅事務医療を担う人材の育成と、実施拠点となる基盤の整備をする。

多職種協働による在宅チーム医療を担うリーダーを都道府県につくり、育てていくため3.2億円投入する。地域に在宅医療連携拠点をつくりケアマネジャーを中心にやっていくのに31億円つける。厚労省内で全部話ができて上がっているようだ。

これまで都道府県で地域医療支援センターをつくり医師不足に対応する事業は、24年度は10億9,000万円で行っていく。反対意見も出たが、幾県かの成功例が挙がっていた。

次いで、横山事務局長より、11月17日の部会について報告があった。

医療提供体制のあり方、次期診療報酬改定の基本方針の検討だった。

病床区分の見直しは、精神から感染、結核、療養病床、一般病床の形だが、一般病床等の機能の分化・明確化や人的資源の集約化が必要との議論があった。

一般病床の中に、急性期病床群（仮称）を位置づけたイメージも示されたが、継続審議となった。

特定機能病院制度の見直しは、外来の機能が国立大学病院等がすごく多く、承認条件や業務報告の内容等の検討会を設置し、内容の見直しを図るということだ。

地域支援病院も現行の承認要件や業務報告の内



容等から見直しの検討会を設置する。

24年度診療報酬改定の基本方針（案）が議論され、基本認識、重点課題、改定の視点4点を字句修正して、次回の部会で決めていくということだ。

- (3) 第7回ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針の見直しに関する専門委員会、第7回ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理指針に関する専門委員会、第18回個人遺伝情報保護小委員会（10月31日）

資料一読とした。

- (4) 医療計画の見直し等に関する検討会（第7回：10月31日、第8回：11月16日）

末永副会長より、以下の報告があった。

平成25年の地域医療計画の見直しに対し、方向性として在宅に持っていきたいようだが終末期医療をどこに求めるか。都道府県で大きく差のある在宅療養支援病院・診療所をどうシステム化するか。歯科や薬剤師も関与させチーム医療でフォローするということのようなのだが、在宅支援なら診療時や有床診も考えないといけない問題もある。

二次医療圏は圏域を超えた利用もあって大まかでもいいが、地域包括ケア等を考えると、介護・福祉圏は二次医療圏と違い、市町単位で考えるしかないのではないか。

11月16日には、5疾病5事業の話で、精神科が5疾病に入る。精神科の患者をいかに地域で見ると。今まで精神科を診ていない人たちの教育を考えずに相談支援事業所など形だけつくっていく形のようなのだ。

疾病・事業ごとの医療体制機構における指針の見直しが出てきたが、アウトカム評価が全然されていないため、情報収集の指標を再整理して病期ごとの指標等をいろいろつくって現状把握しようという案が出てきた。

災害医療等のあり方に関する検討会は下部の委員会として形だけつくったようで話の内容がなく、何が重要かという議論はなかった。

福井支部長は、全国で10施設やっている在宅医療のモデル事業に、全く在宅支援病院ではない一般病院の自分のところが入って、現在やっている。

今の報告と関連性がある事業の一環として今後とも持続せよということなのか、教えてほしいと尋ねた。

梶原副会長は、今回予算が増えたのはモデル事業所を増やす話と聞いている。在宅療養支援病院300余の中で、実際活発にやっているのは40余病院しかない。モデル事業の裾野を広げ、在宅療養・介護のデータをとろうとしているのだと思う。高齢化で限界集落のような所ができ、それに対して在宅療養支援病院とは違って急性期から療養型を網羅してやらざるを得ない、その実態を知るためこの事業は続くと思うと答えた。

- (5) 第8回医療情報の提供のあり方等に関する検討会（11月4日）

大道副会長より、以下の報告があった。

検討会では論点整理の1つにホームページがある。美容外科絡みの問題で、宣伝文句等を見て受診すると、実態は宣伝とは違う等の苦情が多く来ていて、厚労省に対処が持ち込まれた。

対応策として、厚労省は4案出している。①ホームページを医療法上の広告と見なして規制する。②個別に3要件（誘因性、特定性、認知性）を当てはめる。③引き続き広告と見なさない代わりに、厚労省でガイドラインをつくって規制、あるいは関係団体で自主的な取り組みをする。④広告と見なさず不正競争防止法や商法絡みで取り締まる、以上の4案で、継続審議となっている。

- (6) 第10回被災者健康支援連絡協議会（11月7日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

被災3県、岩手、宮城、福島と内閣府をつないでテレビ会議を行った。3県共通で、国が町づくりの方針を早く示してほしい、町の再生があって初めて医療の再生ができると要望があった。平野復興相は、自治体に医療と教育機関を優先して取り組んでほしい、と指示している、とのことだ。

研修医の今年度のマッチングの結果が出てきた。6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）よりその他の県へという偏在が少しとれたが、福島では被曝量の多い地域で極端に減った報告があった。



政府の復興会議の中に医療系が必要として、原中日本医師会会長が入ることになった。

日病からの意見として、①原発による損害賠償に関して、前原委員長報告の要望書を協議会に出し、平野大臣にも伝えた。特に東電の中間指針に関する継続的な見直しの必要、マニュアル化して機械的にやる非を強く訴えた。②災害時のID化を提案した。診療情報管理学会のシンポジウムで出た生年月日、性別、姓名の有用性を踏まえた。③福祉医療機関の災害現場での活動を踏まえ、復興の間は機構を仕分けせず残してほしいとお願いした。

(7) 第17回保健医療情報標準化会議（11月14日）

大道副会長より、会議は、「番号制度導入に向けた省内検討体制の整備に伴う検討会事務局の変更について」というように、厚労省内の組織変更をして、社会保障・税番号大綱、国民背番号制を導入したいというのが目的のようだ。具体の議論には入っていないが、年度内にあと4回ほど会議をして詰めたという意向だと報告があった。

(8) ヘルスケア産業プラットフォーム推進委員会スタートアップ会合（11月15日）

堺会長より、今後、プラットフォームの構成を推進委員会とタスクフォースでやる。中小企業と医療機関が合同して製品を開発し、新たなサービス・事業を行い、新興国・海外への支援を行っていく、との報告があった。

(9) 第8回医事法関係検討委員会（11月16日）

大井顧問より、日本医師会で医療基本法の原案を練ってきたが、ほとんど骨子ができ上がり2月で打ち上げとなる。日弁連や患者の権利法をつくる会議が既に出しているが、日本医師会では従来から説明してきたスタンスを踏まえて、まとめていくと報告があった。

6. 国際活動（IHF）について

IHF 理事会（11月8～10日、ドバイ・アラブ首長国連邦）

堺会長より、以下の報告があった。

国際病院連盟の理事会、総会が行われた。IHFの

事務局がフランスからジュネーブに移った。今回でアメリカのトム・ドーラン氏に会長が替わった。

総会で、3期6年の任期で3分の1ずつ替わっていく理事の交代があり、5名替わった。

IHFの平行セッションの中で、日本病院会が担当しているICD-11の改訂について行い、WHOのウースタン氏から「デジタル時代における医療情報記録：ICD-11を活用した病院での有意義な情報管理」をテーマに発表があった。

7. 平成23年度秋の叙勲・褒章の受章について

堺会長より、平成23年度秋の叙勲・褒章について、日本病院会として推薦した土井章弘常任理事（岡山旭東病院院長）も受章されると報告があった。

8. 薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算要望について

堀内参与より、以下の報告があった。

日病協の中で薬剤師の役割について議論・評価してもらい、日本病院薬剤師会（日病薬）と連盟の要望書を出してもらい感謝している。今回の診療報酬の中で大きな力になると思う。

「日病薬による解釈と具体例」という冊子資料は、チーム医療の推進に関する検討会報告書に基づいて「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」という医政局長通知が出され、日病薬なりの解釈でつくったものだ。

日病薬は薬剤師の病棟配置に関する評価を最重点要望項目として今回の診療報酬で具体化したいとの考えだ。医政局長通知の9項目は薬剤師が常に病棟にいないと実現できないもので、アンケートにも表れている。薬剤管理指導料がまだついていないところを何とかしたい、と述べた。

9. 各政党への要望について

11月15日：公明党 平成24年度予算及び税制改正等の要望

11月17日：自民党 「予算・税制等に関する政策懇談会」への税制改正要望

梶原副会長より、次年度の予算と税制改正の要望



の聞き取りをするということで、公明党、自民党に伺い説明をしてきた、との報告があった。

10. 平成23年度支部長連絡協議会準備会について

今泉副会長より、日本病院会支部と本部との間で、より活発にコミュニケーションをとる目的で、支部長連絡協議会の準備会を開いた。地域によって医療環境が違い、各状況の情報発信、本部での収集、各支部での共有を今後やっていきたい。第1回の会議を1月11日に開くことになり、世話役は支部第1号である和歌山県の成川支部長にお願いしたと報告があった。

〔協議事項〕

1. 平成24年度診療報酬改定について

堺会長は、今回は医療報酬体制と診療報酬体系をにらみながらどうするかという話がある。最初にDPCについて齊藤参与から説明してもらいたいと述べ、齊藤参与からは以下のような説明があった。

DPCの制度はかなりでき上がっており、24年度改定は余り大きな改変はしないでもらいたい。いじるほど袋小路に入り込み、小手先で好ましくない形に迷い込んでいきそうに見える。

そもそもDPCの導入前は出来高制で、入院日数も長く病院収入が増える形で濃厚診療が行われていた。その反省から1日ごとの包括化点数をつけるDPCが導入された。この制度をうまく機能させるため、診療内容を厳密に吟味し、必要なものだけを患者に提供することを基本にやることになった。在院日数も短くなり、ジェネリック薬品の普及も含めて適切に機能した。出来高制の弊害を踏まえたDPC導入の目的はほぼ達成している。

問題は、導入のときに激変緩和措置で医療機関別調整係数を設け、前年度の診療報酬を保証した。導入後それをやめるときに出てきたのが、基礎係数だ。病院群の3群の分け方や、医師密度、研修医の数等

の指標が基礎係数を埋めるため出てきているが、出来高時代の弊害に戻りかねない。

研修医の数など、今まで保険料負担で研修にお金を投入したことがないものまでが指標として議論され、無理やり基礎係数を構成しようとしている。時間をかけ、DPC制度の将来はどうあるべきなのかよく考えるべきではないかと思う。

堺会長は、DPC自体は、特定機能病院が最初に出てきて、それを担保するための出来高部分と大学や大病院の類型化がうまくいったことが大きい。それに対し別の切り口を提案するためのデータを我々はまだ持っていない。研修医について、米国のメディケア、メディケードの形ではできない。補助金も削られていく中で、今回この診療報酬のタイミングになったと述べた。

相澤副会長は、調整係数はDPCを導入しやすくするためにつけた臨時のものとして始まった。しかし、厚労省は調整係数を1にする考えはなく、あくまで医療機関を分類するという。調整係数を毎年少しずつ減らしていき、代わりに医療機関係数をつくっていくのが道理であり、代わりにあやふやな基礎係数では、将来に禍根を残すものだと述べた。

万代常任理事は、中医協総会では、効率化・標準化進展のイメージを示し、調整係数がある線におさめるのが本筋だと発言した。ただ、総会では基礎係数を各病院群に分ける前提が既定路線になっている。基礎係数をずっと縮めてしまっ、機能評価係数Ⅱを幅広く項目をもっと多くし、病院が自分の地域に合った機能に対して手当てできるような形の評価にするのがいいのではないかと述べた。

堺会長は、1号側の意見もあり、将来的にDPCを成熟させるためにどちらがいいか考える必要があると述べ、発言を促した。

中井常任理事は、日本医療機能評価機構が様々な提言をして病院は改革をしたが、それに対して何の評価もない。現状は、投資をして十分な体制をつくっているところが、していないところと基本係数や同じ保険点数というのも変だと思うと述べた。

齊藤参与は、基礎係数をもしやるとしても、パーセンテージを低くして影響が大きくなるないように



するのが現実的と思う。22年度改正で機能評価係数Ⅱが入って、複雑性指数、データ提出率、地域医療への貢献度等リーズナブルな項目がかなり出てきた。それを拡充する格好で対応できないか。DPC導入当時、病院に投資して整備したところは患者増で選別が行われ、適切なインセンティブが働くというのが、当時認知された議論だと私は理解していると述べた。

堺会長は、そもそもDPCの目的は質のいい医療を効率的にということだ。ストラクチャー、プロセス、アウトカムで、基礎係数をつくるならアウトカムがわかる形にしてほしいと思っていたが、今、厚労省のデータには全くない。日本病院会も持っていないが、現在データを蓄積しつつある、と述べた。

石井常任理事は、中医協でこれが認められたという解釈は違うと思う。まだ議論をしている段階で、最終的に決まったわけではない。医療区分は、税と社会保障の中でやる3区分が出ているが、具体的な案になるのは、これからの診療報酬の問題だ。3区分は決まっているから形式的にそれに合わせる発想はおかしい。これらを通じて実際の3区分は一体何なのかと問うことだ。3区分も在院日数問題から言うとおかしい。一番高機能なのがなぜ長いのか。今までの診療報酬から、複雑性指数の形で、入っている患者がどんな疾患が多いかで反映されるものだ。それを抜きにしては昔流の単なるならしただけの在院日数だ。日本の医療のためにならないと主張すれば、1号側も公益側も話を聞くとと思う、と述べた。

堺会長は、具体的な診療報酬改定の議題について、一方で医療提供体制を見ながら一方で診療報酬の体系化ということで、急性期病床群を入れて診療報酬をドッキングさせ、一方でDPCの改革を見ている。うまくつなげようとの意図があるのかどうかとして、万代常任理事に問題提起を求めた。

万代常任理事は、以下のように発言した。

改定率のことでは、厚労省からは、今後は厳しめの議論をさせてもらおうと言われた。90日超の入院とかの問題だ。入院中の高診療の場合でも減額される、それと同根だと強く言ったところ、30日超の入院についてその前後を少し減額すると言う。そういう議論が改定率について今後徐々に出てくると思う。

DPCの先ほどの議論も、ある特定の病院だけを拾いたいのだと見える。社会保障国民会議のB3シナリオは一体改革のところにも出ており、それに合わせたいのだと思う。医療提供体制のことで、一般病床の中から急性期病床を切り分け、その病床区分を変えるとかいったことが社会保障審議会が出てきている。

DPC病院の基礎係数である病院を拾い上げるのも、高度急性期病院を設定し、その後順番に決めていけば、あとは自然と淘汰される形で急性期病院、亜急性期病院と決まっていく感じだ。議論としてはそこを踏まえて診療報酬を考えていくことになると思う。

堺会長は、高機能病院、超急性期病院について、厚労省は単に診療報酬の高い病院をピックアップしている。たまたまそれをやったかどうか確認する必要があるが、どうかと尋ねた。

万代常任理事は、中医協のDPCでグループを3つに分けるのも、縦軸は1日の出来高の点数で、こちらは病床数だ。大きな病院ほど売上げ、出来高が高い。私は総会で、病床数の多い病院の濃厚診療を追求する形で基礎係数が出てくるのはおかしい、DPCの本質は効率的な医療を評価することだと言った。点数をかけたことでアウトカムがどうなったか、というデータを出すのが当局の仕事だと発言した。それで病床数が多く出来高が高く治りがいいか、少し治りが悪くても安いほうがいいかは患者の選択にするべきと思うと述べた。

石井常任理事は、次のように発言した。

私は今の意見とは少し違い、濃厚診療はもはや否定されたら、こちらがはっきり言うべきだ。濃厚診療、過剰診療かどうかは薬と検査だ。薬と検査はDPCで完全に丸められ、今はあり得ない。こちらが濃厚診療だと反論をするのは間違いで、そう言っただけではいけない。高いのは、手術等が必要な患者にやったことなので、出来高のときの議論を持ち込むべきでない。

同じ疾患で、医者も同じで、実際それだけの時間がかかる人がいるところは、看護師を雇わなければやれない。7:1で問題が起こった病院は、患者が来なくなって稼働率が低くなりそれで7:1を取れ



たこともある。

DPCの効果は進んでいるから、余り変ないじり方をしないことだ。3区分も人為的に分離すればおかしなことになる。急性期病院、地域一般病床という形や、回復期リハや何か次々にやるようになった。リハビリが前のときに大分手直しされ一気に進んだ。自然体で、患者の選択に基づいて行われていくほうがスムーズだ。

堺会長は、出来高イコール濃厚ではないというのは、DPCの出来高部分の算定を詳しく見てからもう一回議論する必要があると思う。意図的に分けるべきではないというが、自然に流れていると時間がかかるし、インセンティブが働きにくいと思うと述べた。

石井常任理事は、インセンティブを働かせれば自然に流れていくので、インセンティブがあるような形にしていけばいい。今までインセンティブが働かなかったのは、手術したり救急をやったりすると経営的にマイナスになる診療報酬体系があったから、マイナスのインセンティブが働いた。それがここ数年間の診療報酬の流れから、特に外保連の努力で大きく改善された。我々が委員のときも、厚労省からのマイナスの回答は沈黙し、その代わり、影響が大きい場合はプラス評価することを要求するようやってきた。彼らの方法を中医協の席上で批判すると、1号側や3号側がこちらに賛成してくる。そうすると会長あたりがお蔵入りにしてくれる構造がある。厚労省に合わせて考えるのは間違いだと思うと述べた。

坂本参与は、看護師は看護必要度を取っている。生活度と医学的な処置をしたものと全国一律で、大体DPCの病院もすべて取っているが、何とかならないかと尋ねた。

石井常任理事は、7:1に関しては大体15%の重症率というのがあり、10:1にまで拡大するかどうか。10:1に拡大すれば、もはや急性期病院としてやっていかないといけない形になる。7:1の15%をもっと上に上げるという説もある。我々の病院で大体30%を超えており、もっと上げられても困らないが、15%前後の病院も相当ありマイナス

になるので、どの程度実態に応じてやっていくかだ。

稼働率50%で7:1を取っている病院もあり、そこは15%も危ない。その辺の要件はそれなりに合理性があり、合理的なところについては、ある程度やってもらいとせざるを得ない。その代わり、要求すべきは要求する態度で臨めば、日病の発言は1号も2号も評価してくれている。自信を持って発言してもらえばいいと思うと述べた。

堺会長は、看護必要度はわかりやすいが難しい。厚労省も看護必要度を使って7:1と10:1の比較をしているが、看護必要度は患者のアウトカムではなくて、プロセスでしかない。それが使われているのか。7:1と10:1の看護必要度を調べてみると、ほとんど差がない。厚労省は「違う傾向がある」という表現を使っているがおかしい。看護必要度に代わるアウトカムが見られる形になるといいと思うと述べた。

末永副会長は、基礎係数の問題が3群に分けられたとき、大学病院並みの40病院について係数のインセンティブでかなりプラスになる印象があるが、その分、一般の急性期の病院が下がる。それが大きくならないように、機能係数Ⅱなどを上げていく形をとると思う。そんなことなら、基礎係数はもともと1にするはずだったので、機能係数Ⅱをもっと多く変えていく形で、3群分けした意味がほとんどない形に主張していったほうがいいのではないかと述べた。

万代常任理事は、厚労省は大学病院、高度診療機能病院を何とかしたいということだ。大学病院とそれ以外の2つに分けて、大学病院本院は特別にしてもいいから、それ以外の病院について中で機能を分けていくか検討してくれと言った。前提条件、群分けすることはもう覆せないと基本的に思っているので、その中でいかに各病院が機能を評価できるような形にしてもらえるか申し入れ、今後、DPC評価分科会で検討することになっていると述べた。

山本顧問は、出来高からDPCに移行したとき、国立病院と社会保険10病院でDRGを試行してみたが、結果が余りにもひどかった。DRGはアメリカが病院の経営の効率と質を上げて両方ともクリアす



るためにつくったものだ。いきなりDRGにはできないので、日本式のDPCを考えた。ここまで来たが、結局DPCもいろいろな問題を抱えている現状だ。日本の支払方式は国民皆保険でしっかりしているから、むしろDRGを目指すべきではないか、それがストラクチャー、プロセス、アウトカムにも、病院の経営にもつながっていくと述べた。

堺会長は、末永副会長の2群に分ける考えは個人的には反対だ。わざわざ基礎係数をつけて大学を厚くする意味合いは全くない。既に大学はいろいろと優遇措置を受けているので、それに上乘せしてやることはない。その辺はなかなか難しいので、議論も慎重にお願いできればと思う、と述べた。

相澤副会長は、社会保障審議会で外来のあり方が非常に問題にされていて、大学病院を中心とした1,000床を超える病院がたくさん外来患者を診ているのは問題だという議論がある。外来のあり方に関してきちんと方向性を持っていないと、厚労省ペースで行く気がするので、今後の議論の中で余り変にならないようにしていったほうがいいと述べた。

万代常任理事は、外来については、個人的な考えで、大病院は軽い人は診るべきではない。特殊な処置等の技術料が発生するものは病院の外来機能として残すべきだが、それ以外は診療所のほうに手厚くする方向でやるべきだと、取材などには答えていると述べた。

塩谷常任理事は、勤務医不足に難渋している地方の病院では、総合医の育成が大きな課題になってきている。診療報酬上では専門性に対してはしっかりと評価されてきたが、総合診療に対する評価がない。そのような病院に対する配慮も診療報酬改定で考えてほしい、と述べた。

岡留常任理事は、指導医養成セミナーも、7年以上のドクターを病院の費用負担でたくさん出していくが、指導医を養成するのは、医療の質の向上にも非常にコントリビュートするが、指導医がどのくらいの基準以上いたら加算できるという話は全然出ないか、と尋ねた。

堺会長は、指導医の費用として補助金が出ているところに、プラスアルファはなかなか難しいと思う

と述べた。

岡留常任理事は、例えば7年目以上のドクターが全員指導医の養成所に行ったらすごい病院になる。それを厚労省のほうで理解していない。文科省の仕事ぐらいに思っている。日本のシステムは、ドイツ型の縦割りだ。その辺を嚴重に言ってほしいと述べた。

福井支部長は、次のように述べた。

中小都市で話をする場合は、縦系列と横系列があり、横の機能分化でやっていこうとしたら、例えば国立病院機構とか独立行政法人の市町村、日赤とかの縦系列が話し合いなしに方向性を決め、病院を新しく高度化し肥大化していく。本来の基準病床、必要病床数をはるかに超えて縦系列で作ってしまい、民間病院はじっと見ているという状況が続いて追いまくられている。

本当に命が危険なのは2割ぐらいかもしれないが、一次医療のウォークインがほとんど認められていない。社会医療法人以外はほとんど救急搬送数だけだ。救急搬送数は本当に市街地に限られており、しかも救急搬送数以下の者しか入院していない現状だ。実際の勤務医の疲労は、2割しかない入院、8割の自宅に帰れる患者に由来している。中小病院は救急医療の範疇に入れてもらえないで財政的に非常に困っており、何でもすぐ救急搬送することで疲弊し、人がやめていくことになる。小さな都市だけではできかねるので、どこかで縦系列の話し合いができないかと思っている状況だと述べた。

堺会長は、日病には国立病院機構、日赤、厚生連、済生会、幾つかそういう病院があるので、またいろいろ議論したいと思う。万代常任理事も大変な仕事だが、日病として、特に精神系も含めあらゆる意味でバックアップさせてもらえればと思うとして、権丈参与に話を求めた。

権丈参与は、次のような話をした。

この数年間何が起きているか。民主党が自公政権がやっていた社会保障・税の一体改革を医療、年金、障害者福祉から全否定して、政権交代をし、その後どうにもならず、結局もとに戻ってきたというだけの話だ。



官僚を叩いて脱官僚，政治主導にすれば16.8兆円が出るというキャンペーンが張られて政権交代が行われ，浮いたお金で新しい政策をやると言っていたが，マニフェストを断念する理由として震災を挙げたが，これは全く関係ない。施策ができなくなったのは財源が初めからなかっただけだ。

ポイントは，東南アジアの労働者と競争できる賃金に下げよう制度設計をしていくように，企業側が自分たちの利潤を上げるよう制度設計していく。非正規を使いやすい形にしていく。安い賃金で雇うことができるのは，東南アジアと同じ生活水準しか実現できない社会に日本になることだ。生活水準を享受したいのなら，日本人にちゃんとした給料を払

う企業に残ってもらわなければいけない。賃金を安くして雇用を確保しているからいいという企業がいるなら，日本人の生活水準はどんどん下がっていく。

GDPというのは，企業の利潤と雇用者所得つまり労働者の賃金を2つ足し合わせてGDPだ。経営者は雇用者所得を小さくして利潤を極大化させる政策提言を1990年代，2000年代の初めにやってきた。だからGDPが伸びず小さくなっていくことが起こる。国民所得には利潤と雇用者所得の両方が入っていることを理解いただきたい。

以上で閉会となった。

(日本病院会事務局 総務課)

(第1号様式)

社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

病院名

会員名 病院長又は医師
である開設者等 役職名

印

申込取扱者氏名	印
職名	
電話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住所 〒
 会員名 会社・団体
 又は個人名



社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。
 (該当する種類に丸印を付して下さい)

会社・団体 又は個人名	
代表者名	(役職)
業種	
住所 電話番号	〒
担当 者 所属部課名 氏名	
会費納入方法	1. 郵便振替 2. 銀行振込
紹介者	

訂正のお願い

以下のとおり誤りがありましたので、訂正をお願いいたします。併せておわび申し上げます。

①2011年12月号（Vol. 58 No. 12）p. 19のスライド21の右端の写真を削除します。

国立病院機構 いわき病院の例

2005.04.27

2011.03.12



②同じく p. 19 の左段，下から 8 行目

誤「……。右の 2 つは 2011 年」

正「……。右の写真は 2011 年」

③同じく下から 5 行目からの 4 行

誤「の写真は津波の状況を示していますから，かなりの部分が津波にさらされて，病院は壊滅状態だろうということが，この 3 月 12 日のデータでわかります。我々がこれを実際に手にしたのはもうちょっとあと」

正「の写真は津波の状況を示しています。我々がこれを実際に手にしたのはもうちょっとあと」

なお，国立病院機構いわき病院は写真上方（北側）の部分が津波に襲われ，駐車場の車はすべて流されてしまい，一部の建物も床上浸水しました。ただし，下方（南側）の建物は浸水を免れており，患者さんも全員そちらへ避難されていたので，人的被害はありませんでした。

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝礼：掲載誌及び別刷り30部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』編集代行：植松 文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 (有)木耀社
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002
(e-mail: uematsu@mokuyosha.jp)

日本病院会雑誌

第59巻第2号 2012年2月1日発行（毎月1日発行）

頒価 1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話：03-3265-0077（代） FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 堺 常雄

編集人 原 義人

編集協力 (株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12-6 電話：03-3496-6751(代)）

(有)木耀社（東京都新宿区大京町31）

印刷・製本 日本平版印刷(株)（東京都文京区小石川4-3-6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。

受講生募集！

TEL 03-5215-6647

医師事務作業補助者コース 第6期生

平成21年開講、実績ある実務担当者を委員・講師として編成、的確な教科書と充実したカリキュラムで効率良く学ぶことができます。

医師事務作業補助者とは、医師不足の問題が頻繁に取り上げられる急性期医療の中で、病院勤務医の過剰な労働環境の改善、また、医療専門職が本来業務に専念する意味において、医師業務を補助する職種として配置されました。医師の指示に基づき診療に携わる専門的な教育を受けた事務職として、社会的な期待も益々大きくなっています。

- 受講資格 病院管理者が認めた者（病院管理者とは、原則、院長または理事長とする）
- 申込期間 3～4月末（申込締切4月27日（金）必着）
- 研修期間 6カ月
- 受講料 3万円（教材費、研修参加費含む）
- 履修方法 研修14時間、院内研修レポート18時間を履修
（研修会は6月23日（土）・24日（日）に東京、大阪で開催予定）
- 申込方法 所定の申込用紙・承諾書に必要事項を記入し、郵送にて申込
詳細は専用ホームページをご確認ください
<http://www.jha-e.com/ishijimu/>
日本病院会 通信教育課 医師事務作業補助者コース 係宛
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3
お問合せ：TEL03-5215-6647 FAX03-5215-6648

研修内容

1. 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
2. 個人情報の保護に関する事項
3. 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
4. 診療録などの記載・管理及び代筆、代行入力
5. 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）