



全日病 NEWS 12/1

21世紀の医療を考える全日病 2013

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.814 2013/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

四病協提言「地域医療・介護支援病院」

200床未満 地域包括ケアを支える多機能型病院・病棟を提言

高齢者救急、認知症対応、在宅支援、連携室必置など。急性期と回復期からなる病院類型

四病院団体協議会は、高齢者の救急受入れ、在宅医療支援、医療・介護連携、ケアマネジメント支援の機能を持って地域包括ケアシステムを下支えする中小病院を「地域医療・介護支援病院」(仮称)として位置づける位置づける提言をまとめ、11月18日に公表した。

提言は、高齢者に対する医療・介護の提供が深刻な課題となる2025年に向け、医療の提供と在宅復帰を担うとともに退院後の在宅療養を支え、さらに介護を後方支援する医療機関として、急性期と回復期の機能を併せ持つ「多機能病院」を地域包括ケアシステムの医療の側の中核に位置づけ、高度急性期から在宅・介護にいたる提供体制の連鎖の環とすべく、医療法等の法的枠組みと補助金そして診療報酬による評価を行なうべきであると進言している。(6面に提言の詳細)



日医・四病協共同提言を踏まえ、医療機能を病院類型へと具現化

「医療提供体制のあり方—地域包括ケアシステム構築に向けて」と題した提言を公表した記者会見には、四病協から、全日病の西澤会長と猪口副会長、日医の堺会長と相澤副会長、そして万代中医協委員(日医常任理事)が出席した。

代表して、猪口副会長は、提言は「日医と四病協が8月にまとめた医療提供体制のあり方に関する合同提言の追加版である」と説明した。

合同提言には、「地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する」と記されている。つまり、今回の提言は、「地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制」の具体案であり、したがって合同提言の続編であると説明した。

合同提言は、病床機能報告制度で用いるべき病期にもとづく医療機能を4区分として提案。その中で、1つの病院(病棟)が1つの機能とは限らないことから、「各病院は地域の将来ニーズに応じて機能の構築を適切に判断していくべきである」とし、その参考として複数機能の組み合わせからなる異なる

病院類型を5つ例示している。

今回提言された「地域医療・介護支援病院」は、その中の「病院類型3」(地域型の急性期医療機能+回復期医療機能からなる「地域急性期型病院」)に、新たに「地域包括ケア支援」という機能を付加したものだ(6面の図を参照)。

では、「地域医療・介護支援病院」とはどのような病院か。追加提言は、病院の基本特性として「地域包括ケアを担う地域に密着した病院」をあげ、「概ね200床未満、ただし地域特性を考慮する」と記した。まさに、地域医療の前線を支える中小病院である。

その上で、①24時間体制で高齢者等の入院に対応する、②他機関との連携を図る専門の部署(一定数の連携担当専門職を配置)をもつ、③認知症に対応できる、④一定の急性期医療に対応できる職員を配置する、⑤患者・家族に医療・介護の情報を提供し、在宅医療等の相談に対応する(必要に応じてかかりつけ医を紹介)という機能を示した。

すなわち、「病床機能としては急性期病床(病棟)と回復期病床(病棟)をそれ

ぞれ持ち、病院全体として在宅療養支援・医療介護連携支援の機能を持つ」多機能型の病院である。したがって、小規模の場合は「1病棟で複合的機能を持つ『地域支援病棟』(仮称)」が許容される必要があるとしている。

これは、かつて病床機能報告制度の検討会で医政局が提案した「地域多機能」という機能区分案と事実上同じであり、1病棟の場合は、前改定で導入された「特定一般病棟入院料」にも通じるものだ。したがって、決して現実から乖離した構想ではないどころか、全国各地で機能している一般病院をカテゴライズしたものであることが分かる。

このように、病期の視点から定義された医療機能を、実際に多様な地域のニーズに対応している病院像に落とし込んで、かつ、類型化したものが「地域医療・介護支援病院」ということになる。

同時に、「地域医療・介護支援病院」あるいは「地域支援病棟」は、全日病と四病協が10数年来提唱してきた地域一般病棟の発展型であることが分かる。

これについて、今回の提言を中心的にまとめた猪口雄二副会長は、11月2日の第55回全日本病院学会で、地域一般

病棟の発展型を四病協として検討している旨を明らかにしている(4面を参照)。

その中で、発展型の検討は「地域一般病棟が地域医療と地域包括ケアの中ではたす役割と機能を再度明確にするという作業を併せ持つ」という問題意識を披露。その結果、発展型は「地域包括ケアを担う地域に密着した病棟として、24時間の高齢者対応、他医療機関との連携」をもち、「この点は地域一般病棟と同じであるが、新しく、認知症への対応と連携部署の必置を加える必要がある」と論じている。

「地域医療・介護支援病院」実現するために、「早急に議論すべき診療報酬上の論点」を提起。同時に、病棟単位の報酬評価と患者単位での報酬評価の組み合わせ例を示し、多機能型病院(病棟)の適正な評価のあり方を問題提起し、中医協における審議を求めている。

11月27日の中医協総会に、診療側の万代委員は四病協の追加提言を報告、地域包括ケアを支える地域密着の病棟として議論の俎上にのぼらせるよう求めた。鈴木委員(日医常任理事)は「日医もこの考え方と同じである」と支持する見解を表明した。

機能別病床数 実態と「必要量」の調整に医療機関の自主的対応で臨む!

医療部会 厚労省が「第3の案」不足機能が増床許可の対象。知事の介入権限強化など実効性を担保



厚生労働省は、11月22日の社保審医療部会に、医療機能報告制度と地域医療ビジョンにもとづいて医療機能別に病床をコントロールする方法として、前回提案の2案(詳細は11月15日号)を踏まえ、機能別病床数の実態と「必要量」との調整を医療機関の自主的取組みに委ねるという「新たな案」を、論点というかたちで示した。

その中で、①新設・増床の許可は病床が不足している機能を対象とする、②病床過剰な機能への転換には中止要請を行なう、③従わない場合は一定のペナルティを科すなど、各機能の病床数を必要量へと収斂させる上で実効性を担保する策を併せて提起した。

機能別に基準病床数を定めるという

強硬な方法は見送るものの、権限を強化して都道府県知事の介入余地を広げることで医療機関の自主的取組みを補完する、というのが「新たな案」の考え方だ。

この日は十分な議論にいたらず、「新たな案」は引き続き検討に付される。ただし、事務局(厚労省医政局総務課)は「遅くとも年内にまとめたい」としており、残り2回の議論で合意をめざしている。

事務局(厚労省医政局総務課)が示した「新たな案」(「新たな案」を検討する上での論点)の要旨は以下のとおり。

(1)医療機関の自主的な取組みと相互の協議で「必要量」の病床数を達成していく。医療機関に協議の場合への参加と合意事項への協力の努力義務等を設ける。

(2)協議の場合の合意を無視する医療機関が出現したり、協議の場合が機能不全になった場合は、以下のような措置をとる。

①過剰な機能の病床を新設・増床する場合は、不足している機能を担うことを条件に知事が許可し、その遵守を求める

②過剰な機能に移行する場合、転換にやむを得ない事情がない場合には、知事が転換中止を要請できるようにする(要請に従わない場合は、現行医療法上の措置に加えて、医療機関名の公表、各種補助金や福祉医療機構融資の対象からの除外、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し等のペナルティを科す)

③前出ケースで転換を強行した場合に、国による、当該病床の保険医療機関指定取り消しが可能であるかどうかの検討を行なう

④協議の場合が機能不全となった場合は、都道府県知事による遊休病床の稼働・削減あるいは機能転換等の要請ができるようにし、それに従わない場合はペナルティを科す

「新たな案」は、病床の新設・増床と転換を裁く基準病床数という大きな枠組みに、「機能別の必要量」という小回り

のきく枠組みを組み込むものだ。

部会後に、土生総務課長は「一言で言えば、(増床等の)許可制度に医療機能という基準を追加するもの」と説明したが、そういう意味からは、強力な裁量権を知事に集めて医療機関に「懲罰」を加える「新たな案」は、「案2」を装った「案1」といえるかもしれない。

ただし、これまではもっぱら行政の裁量で進められてきた医療提供体制の整備・再編に医療機関によるオートノミーの介入を認めるという今回の案は、画期的ではある。

そうした意味で、「新たな案」におけるペナルティは「医療機関の自主的取組みや相互協議」に応じない「拡張主義的」な医療機関に対する強硬手段であり、裁量を委ねられる側に不可避な責任の裏返しという一面もある。

とはいえ、「新たな案」は実効性を担保しようとするあまり、医療機関を処分する権限を都道府県知事に集中し過ぎるきらいもある。西澤委員(全日病会長)は「知事によるペナルティが前面に出すぎている」ことへの違和感を表明、慎重に検討する姿勢をみせた。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

災害時に民間病院等の支援を担うAMATに期待する

東日本大震災を受けて被災地の全日病会員病院は本部より物心両面において多大なご支援を頂いた。心より感謝申し上げます。しかし、東日本大震災から2年9ヶ月が過ぎようとしているが、被災地の医療が震災前の状態に戻るには、まだまだ時間がかかりそうである。

平成22年7月に日本医師会からJMAT構想が各都道府県医師会に伝えられた。しかし、それは準備段階であり、まさか8ヶ月後に実践されるとは思ってもいなかった中で動

きだったに違いない。そして、東日本大震災発災後、JMATは見切り発車ではあったが被災地医療の支援活動として動いた。

顧みればいろいろと問題はあったが、被災地としては多大な貢献をして頂き、助けられたことの方が多かった。しかし、JMATは公的医療機関支援や避難所巡回が主たる活動の場であって、民間医療機関の支援は手薄であったことは否めない。そこで全日病は、会員病院は勿論のこと、全国中小病院にも災害時医療救護活

動の手を差し延べるべく、AMATを立ち上げたと聞いている。心強い限りである。

DMAT、JMATが急性期災害医療を担い、JMAT IIが慢性期医療をつなぎ、被災地の医療体制が整うまで支援する体制ではあるが、これも実際には公的医療機関が優先され、民間医療機関まで手が廻らない状況である。

全国的には被災者健康支援連絡協議会という組織があり、被災地の医療従事者の確保や医療支援事業を行

っているが、政権交代の時期とも相まって、また、支援事業の不可欠さが時間の経過とともに風化してきており、被災地の民間病院の多くは医療を継続することにも困窮している状態で地域医療を守っている。

今後、南海トラフ大震災（東日本大震災の10倍規模といわれている）など多くの災害が予測されているなかで、災害時に会員病院の医療体制支援のため立ち上げられたAMAT活動に大いに期待したい。

(T)

財務省 マイナス改定コールと「薬価引下分の付け替え」等の手法批判で攻勢

2014年度診療報酬改定 厚労大臣自らプラス改定を主張。ただし、増税分の投入額が依然不明

2014年度診療報酬改定の改定率に関して様々な意見がとびかっている。

中医協では、11月20日の総会で、支払側と診療側がそれぞれ医療経済実態調査結果に対する所見を表わし、11月27日には、各側が「改定に関する基本的な見解」を明らかにした。

「一般病院は国公立を除いて安定的な黒字が続いている」とみならず支払側は、「診療報酬全体ではマイナス改定とすべき」という「基本的な見解」を示した。

それに対して、「一般病院全体の損益率は若干改善したものの、-0.4%で依然として赤字で、引き続き厳しい」と判断する診療側は、①消費税率引き上げ対応分を除き全体(ネット)プラス改定、②消費税率引き上げ対応分に対する完全な補填、の2点を求めた。

一方、10月21日の財政制度審議会財政制度分科会で、財務省は「自然増に加えて、さらに診療報酬改定で医療費を上積みする状況にあるのか」と難じ、プラス改定を否定した。

財務省は、いつもの改定以上に診療報酬に対する批判を強めている。「要件を満たせば算定できる診療報酬では病床数を制限できない」「全国一律が前提の診療報酬では地域ごとの実状に応じた対応はできない」と論難。「適切な病床区分の設定」「地域医療ビジョンの策定」「診療報酬以外の財政支援手法」など、医療提供体制改革を先行させるべきとしている。

しかし、改定基本方針案に「医療法改正による対応に先駆けて機能分化等に取り組む」と書き込まれ、財務省の思惑

は外れた。それだけに、麻生副総理兼財務大臣自ら「消費税が上がったからといって、自動的に診療報酬も上がるといふ簡単な図式ではない」と発言(11月8日)するなど、攻勢を強めている。

11月15日の経済財政諮問会議では、民間議員が、「消費税率引き上げのタイミングも考えると本来は引下げのべきで、それが無理なら、少なくとも据え置くべきである」と論じた。

こうした引き下げ論に、田村厚生労働大臣は10月22日の会見で、「必要性があれば当然診療報酬は上げなければならない」との認識を表わし、11月15日には、看護師やコメディカルの所得引き上げ、地域医療の整備等を課題にあげ、「一定の考え方に沿った」改定とするために「適正な診療報酬を要求して」いく姿勢を明確にした。

そして、11月22日には民放のテレビ番組で「診療報酬を一定程度上げないといけない」と、一歩踏み込んだ。

田村大臣を勇気づけている背景には11月8日に発足した「国民医療を守る議員の会」がある。

自民党議員の半数を超える約280人が参加。設立趣意書には「適切な社会保障財源の確保」を求めると明記、発起人からは「改定の方向性にもものを言う」との声も聞かれる。

そうした中、財務省は、診療報酬改定で技術料(本体報酬)とモノ(薬価・医療材料価格)を分けるべきと主張し始めた。

これまでの薬価引き下げで捻出した財源を本体報酬に回すやり方を批判。

「(薬価引き下げは)概算要求時点の予算単価を実態調査の価格に置きかえるだけの話。合理化・効率化の話ではなく、それをもって厚労省の特定財源として運用することは適当ではない」と財政制度分科会で非難した。

さらに、改定率(改定率)ありきではなく、必要な予算を個別に積み上げていくことで財源を要求するべきとも主張。厚労省の手法を批判した。

11月15日の諮問会議後の会見で、甘利内閣府特命担当大臣は、安倍首相が「薬価を下げて、では、医療提供体制の適正化にどう使うのか」と田村大臣に質したことを披露。「総理の指摘は、恐らく、薬価が下がったら当然のごとくこちらにいただきますというのではなく、本当に必要性を精査してもらいたいという当然の疑問だ」と述べた。

その後11月19日の会見で、田村大臣は、「全体にこれぐらい必要で、だから薬価改定の分も含めて必要だということをやちゃんと説明をしていく、きめ細かな対応が必要かと思う」と語った。しかし、薬価引き下げ分を本体報酬に付け替える根拠の説明は容易ではない。

だが、説明責任が求められているのは厚労省だけではない。一体、増税分からいくら診療報酬に回るのか、政府は明言していない。

消費税は1%で年間2.7兆円の税収となる。3%で8.1兆円になるが、増税直後の14年度は5.1兆円の増収にとどまる。そのうちの3兆円弱が基礎年金の財源に充当され、1.5兆円弱が医療・介護の自然増や赤字国債解消に、2,000億

円が物価上昇への対応に、そして、残りの5,000億円が社会保障の「充実」に投入される。

だが、5,000億円のうち、医療・介護のサービス提供体制整備に回るのは1,000億円に過ぎない。これに関して、田村大臣は会見で、「14年度の(増収)財源について、厚労省としては、医療・介護サービス提供体制の改革に0.1兆円程を振り向けたいと考えている」と語った。

提供体制の改革が機能分化等を意味するのであれば、改定財源は消費税増収分以外から捻出されなければならないことになる。

今回改定で注視されるべき点は、消費税引き上げの補填分と本来の改定分が改定率の上で仕分けされるか否かである。

11月8日の医療部会で宇都宮医療課長は、「結果として最終的な改定率としてしか出てこないと思うが、実際どのようなに分けることができるか、可能か否か検討したい」と慎重な言い回しに終始した。

消費税補填分の基本診療料等への上乗せ対応について、11月14日の消費税分科会で事務局(保険局医療課)は、「改定率の中でどういう振り分けをするか、年明けの中医協で、一歩踏み込んだ議論ができる」と説明した。

改定財源と補填財源が区分して明示されるのか、それともザックリとした“突っ込み価格”で示されるのか、事務局はいまだ明言を控えている。

厚労省 亜急性期病棟の要件案を提示。「療養にも1病棟限り導入」

2014年度改定 200床未満は「1病棟限りの病室単位」及び「全病棟の亜急性期届出」を認める

11月27日の中医協総会は、事務局(厚労省保険局医療課)が提案した一般病棟7対1入院基本料、亜急性期入院医療管理料、療養病棟に関する改定項目について議論した。

7対1入院基本料には、①一般病棟用重症度・看護必要度の項目と名称の変更、②救命救急入院料を算定する7対1への重症度・看護必要度該当患者15%

要件の追加が、療養病棟については一定の在宅復帰率をもつ病棟への評価新設が、それぞれ提案された。

また、亜急性期入院医療管理料に関しては、①病棟単位を原則とする(200床未満は1病棟まで病室単位の算定を認める)、②200床未満には全病棟の亜急性期届出を認める、③2次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け

出、新規入院患者のうち看護必要度のA項目1点以上の患者が回復期リハ病棟入院料1と同程度、在宅復帰率等、6.4m²以上、データ提出などの要件を新設する、④療養病床に1病棟に限り亜急性期病棟の届出を認める、などが提案された。

7対1入院基本料については支払・診療側とも概ね肯定的な反応であった

が、亜急性期病棟の新設に関しては、①6.4m²以上は古い病院には困難、②看護配置は10対1が妥当かつ看護補助の配置も必要、③病室単位をもう少し柔軟に認めてはどうか、④療養病棟に亜急性期を認めるのはイメージがわからない、⑤200床以上にも特例を認めるべき、といった疑問や検討要請などが相次いだ。

療養病床への亜急性期病棟導入に対しては支払側からも異和感が示された。事務局は、とくに6.4m²の要件について、一定配慮の可能性を示唆した。

清話抄

スイッチ直後の医薬品や劇薬のインターネット販売が一定期間禁止され、ネットでの調剤薬局も見送られたようだ。以前の話であるが、医薬品がコンビニ店などで販売できるように薬事法が改正された際に、小泉首相は「良か

ったですね。どんどんクスリが売れて、景気が良くなるといいですね」と述べられた。

そもそも薬のインターネットでの販売や、ネット調剤薬局の設立が経済の成長に寄与するのだろうか、甚だ疑問である。ネット上の会社は利益を上げるかも知れないが、対面販売をしている薬局や調剤薬局、流通を握る事業者などは減少していくであろう。

「薬」という字は「草」と「楽」より成っている。「楽」には細かく切るとか刻むなどの意があるという。自然界にある植物などを煎じたり細かく砕いて、その中から役立つものを経験的に治療に用いたのが始まりだそうだ。

効は副作用と表裏一体で、副作用のない薬はない。毒が薬になり薬が毒となる。薬剤被害に苦しめられてきた方々へ思いを馳せれば、永年の経験で

薬の効果も怖さも知っている医療界が薬のネット販売に危惧の念を持つのは当然のことである。

国民の健康や生命に直結する規制は安全性の担保なく緩和されるべきではない。利便性を隠れ蓑にして、個別企業の利益拡大のために国民の健康や命を犠牲にしてはならないだろう。政策の処方権をもつ政府には、しっかりと処方箋を望みたい。(陣)

診療側 7対1 特定除外制度の適用制限を提案。短期手術の全包括に難色

厚労省 総合入院体制加算の「強化型」を提案。高度急性期病院の1つの姿か

11月13日●入院医療(3) — 特定集中治療室等急性期を担う医療機関の評価 —

【論点】
 □急性期を担う病床・病棟の評価
 ◎特定集中治療室管理料(ICU)
 ・医師の複数配置、十分な病床面積の確保、臨床工学技士の24時間配置など、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に高い評価を行なうかどうか。
 ◎新生児特定集中治療室(NICU)等の要件緩和など
 ◎小児特定集中治療室管理料(PICU)の対象医療機関拡大
 □総合的に急性期を担う医療機関の評価
 ◎総合入院体制加算
 ・救命救急医療(第3次救急)として24時間体制の救急を行ない、精神病棟等幅広い診療科の病床を有し、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法、分娩件数等に一定実績をすべてもつ医療機関をより高く評価してはどうか。
 ・これら医療機関は亜急性期入院医療管理料と療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。

【議論】
 事務局(厚労省保険局医療課)は、(高度)急性期病院の集中治療室が届け出る3つの特定入院料(NICU、PICU、MFICU)を取り上げ、要件を強化して評価を引き上げる、あるいは対象を拡大するなどの見直し案を提案した。

別途、ICUに関しては、より機能が高いユニットを一段高く評価する提案を行なった。

さらに、総合入院体制加算に関して、

11月15日●個別事項(1) がん対策等について

【論点】
 ◎がん診療
 ①来年度指定予定の「地域がん診療病院」「特定領域がん診療病院」および今年2月に指定済の「小児がん拠点病院」に対する評価を設けてはどうか。
 ②がん診療に一定経験と専門知識をもつ看護師と薬剤師がそれぞれ担う、がん患者に対する継続的指導管理の評価を新設してはどうか。
 ③外来化学療法について、皮内、皮下及び筋肉注射を除いた薬剤投与を重点的に評価するとともに加算の対象薬剤を整理・明確化する。併せて、在宅自己注射指導管理料との併算を禁止してはどうか。
 ◎在宅自己注射指導管理料
 ①在宅自己注射指導管理料を注射の頻度に応じた評価体系に改めるとともに、薬事法上15日以上の間隔をあけるとされている薬剤の注射等は対象外として

これまで要件化されず「望ましい」とされていた、①人工心肺を用いた手術(年40件以上)、②悪性腫瘍手術(400件)、③腹腔鏡下手術(100件)、④放射線治療=体外照射法(4,000件)、⑤化学療法(4,000件)、⑥分娩件数(100件)等をすべて満たした病院は高い点が算定できると提案した(実績値はいずれも現行)。

ただし、当該病院は亜急性期と慢性期病棟の届出は認められないとし、病院全体として急性期に集中させる方針を打ち出した。総合入院体制加算の届出は248施設(12年7月1日現在=特定機能病院や専門病院は算定できない)。宇都宮医療課長は「新たな要件を満たす病院は10ヵ所強である」と説明したが、「高度急性期医療」を担う病院の1つの姿を想定したものではないかとの見方もある。

総合入院体制加算の「強化型」に対して、診療側万代委員(日病)は、「わずしか取れない診療報酬をつくるよりも急性期医療の全体像を描くのが先ではないか。高度急性期だけでなく一般急性期も取れる要件であるべきではないか」と、同じく中川委員(日医)も、「改定でこういう(高度急性期の病院は亜急性期病棟をもてない)提案が先行するのはいかがか。機能分化が後追いすることにならないか」と批判。

これに対して、宇都宮課長は「一体改革で高度急性期は18万床であるが、新たな提案は10病院強に過ぎない。医政局とは整合性を保っていききたい」と答えた。

はどうか。
 ②在宅自己注射に関する指導は導入初期と一定期間経過後とで評価を分けてはどうか。
 ③在宅自己注射の導入前に入院または外来、往診、訪問で医師が行なう教育について実施状況を文書等で確認することを要件に追加してはどうか。
 ◎ニコチン依存症管理料
 ①算定対象を定める要件を見直して若年層(20代)への治療を容易にしてはどうか。
 ②別途治療で入院中の患者に算定を開始できるようにしてはどうか。

【議論】
 「小児がん拠点病院」はすでに15医療機関が指定済。「特定領域がん診療病院」は全国で20病院と見込んでいるが、「地域がん診療病院」の数には「現時点では推定の域を出ない」との説明があった。支払側と診療側からは、特



▲診療側は7対1 特定除外制度の全面廃止に反対した

段反対する意見が出なかった。
 医師以外に、がん患者に対する継続的な指導を担う看護師と薬剤師に対する評価新設の提案に関してもとくに反対意見は出なかったが、一部に「薬剤師も必要か」との声もあった。外来化学療法については概ね賛成の方向だ。
 在宅自己注射指導管理料に関する見直し案に強い反対意見は出なかったが、診

療側から、在宅自己注射に対する指導への評価を時間経過とともに引き下げもしくは廃止する案に「それは疾病によって分けるべきである」との異論が出た。
 ニコチン依存症管理料の見直し案に「喫煙治療は疾病か?」との声が複数から出たように、支払側からは消極的な反応がみられた。診療側は賛成と態度を表明した。

11月20日●入院医療(4) 一般病棟入院基本料の見直し等について

【論点】
 ◎一般病棟入院基本料の見直し
 (1)一般7対1要件見直しの経過措置を13年度末で廃止してはどうか。
 (2)13対1・15対1の特定除外制度廃止は継続してはどうか。
 (3)7対1・10対1の特定除外制度を廃止してはどうか。経過措置の期間をどうするか。
 (4)短期滞在手術の包括評価
 ・治療方法が標準化されて短期間で退院可能な手術・検査を入院5日目までに実施した患者は全員短期滞在手術基本料の対象とし、平均在院日数の対象外としてはどうか。
 ・その場合、入院5日目までに手術・検査を行なったが退院が6日目以降になった場合には、6日目以降は出来高で算定。入院5日目までに手術・検査が行なわれなかった場合は出来高で算定してはどうか。
 ・短期滞在手術基本料3の対象2手術を含む合計19の手術・検査には、それぞれ全包括(1入院包括)という新たな評価を設けてはどうか(それ以外は引き続き短期滞在手術基本料の対象とする)。
 ◎診療報酬点数表における簡素化
 ・褥瘡患者管理加算の包括化は今後も継続。栄養管理実施加算の包括化は病院においては今後も継続してはどうか(有床診は別途議論)。
 ・入院基本料等加算を低い算定率から一律に包括化・廃止することは慎重に

してはどうか。
 ◎特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合の経過措置
 経過措置は13年度末で廃止、それら病床の機能見直しを継続的に議論してはどうか。

【議論】
 一般病棟入院基本料の見直しについて診療側は(1)と(2)に賛成した。
 (3)に関して、鈴木委員(日医)は「やむなく急性期に入院している高齢者には柔軟に対応するべきである」と述べ、特定除外制度の部分見直しであれば容認することを示唆した。
 しかし、「(患者の受入先確保などで)個々に困る病院はあるだろう。しかし、それは経過措置で対応してほしい」という支払側の意見に、中川委員(日医)は「経過措置で済ませる考え方には反対だ」と不満を表明。
 「見直し案は療養包括か出来高の選択制である。出来高になっても平均在院日数の確保は可能」とする医療課長の説明に、「それでは受け入れられない」と突っぱね、「特定除外制度の全面廃止ではなく、制限するやり方にしてはどうか」と提案した。

7対1における特定除外の廃止は引き続き議論となった。
 (4)について、鈴木委員は「全包括」という点を取り上げ、「これはDRGであり、その影響ははかり知れない」と難色を示した。短期滞在手術基本料は引き続き議論となった。

11月22日●歯科医療等について

この日は歯科医療の改定事項が議論されたほか、慢性期精神入院医療と認

知症に対する医療等の13年度検証調査に関する速報結果が報告された。

11月27日●入院(5) 亜急性期病棟等について

2面に掲載。

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株) 全日病福祉センター

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

機能区分議論に対応、「地域一般病棟」の発展型を提案

「亜急性期病棟」は急性期か回復期か？ 保険局と医政局の機能区分に重大な齟齬



「地域一般病棟の過去と現在」— 猪口雄二副会長の講演要旨

地域一般病棟とは地域で医療を支える地域密着型の病棟・病院をいう。具体的には、1次医療圏もしくは生活圏で、地域の患者、在宅患者、介護施設入居者等を対象に、医療機関や介護施設等との連携を中心に、地域包括ケアを推進する病棟もしくは病院である。

2011年版の「病院のあり方報告書」は、病棟単位の機能分化を「高度医療」「急性期」「亜急性期・回復期」「慢性期」の4つに分類した。

「高度の医療を行なう病棟」とはまれな疾患などに対応したもので、今話題になっている高度急性期というのは、多分、もう少し広い概念ではないかと思う。「急性期医療の病棟」に、我々は「軽度から中等度」というのを入れた。それは、高齢者を中心に、必ずしも高度な医療にふさわしくない疾病があり得るだろうからである。

「亜急性期・回復期」は、リハビリ、慢性疾患の増悪期、繰り返し入院など、どちらかというポストアキュートである。亜急性期というのは定義が難しいところがあり、よくポストアキュートとサブアキュートを合わせた概念が使われることがあるが、ポストアキュートは分かるものの、サブアキュートというのは我々ですらうまく概念化できない。そこで、回復期と言った方が分かりやすいかとも考える。とりあえず、亜急性期はポストアキュートに限らせていただく。

「慢性期」は現在の医療療養病床はもちろん、一般病床にある障害者とか特殊疾患も慢性期ではないかと考える。

地域一般病棟について、我々は今のところ、一般病床であり、基本的には急性期の入院医療を行なう必要があると考えている。ただし、中小病院が高度な医療を続けるのは難しい。したがって、その範囲は軽度から中等度とうたっている。そのかわり24時間で対応する。また、亜急性期入院機能も提供する。

次に救急も担う必要がある。特養や老健あるいは在宅で悪くなった高齢者等が搬送されてきた場合には、すぐに3次救急に行かず、まず我々のほうで一回診ましようということである。それから在宅療養を支援する。

基準看護は急性期の部分もあるので10対1。そしてリハビリ施設を有する。

回復期・亜急性期めぐり、中医協と医療部会で重大な議論

さて、この8月に「入院医療等の調査・評価分科会」は、中医協総会に亜急性期入院医療管理料の見直しを提案した。そこでは、亜急性期病床の役割は、①急性

あとはMSWの配置が必要であろうと考えている。

一体改革では2025年の改革シナリオが示されたが、そのパターン1で、病床の機能は「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期・回復期等」「長期療養(慢性期)」とされている。そこには「地域一般病床」という病床も位置づけられ、あたかも地域一般病棟のようにみえたが、実は、医療過疎地における多機能病院のことであり、前改定で、特定一般病棟入院基本料などのかたちで導入が始まった。

この改革シナリオは一昨年(2012年)の6月に出了たのだが、この10月に社会保障審議会の医療部会で決まった病床機能情報報告制度で用いられる機能区分とまったく同じで、あたかも、ここが到達点だったかのように見えるほどである。

さて、全日病では、地域に密着した病院がどんな医療をしているのかを調査し、その結果を今年3月に発表した(編集部注/本紙3月15日号掲載)。対象は200床以下の一般病床をもつ病院で、87病院から回答を得た。回答施設の一般病床は平均86床と、比較的小規模な民間病院である。

DPCかつ一般病床だけが11病院、それからDPCプラス回復期や療養等が17病院、非DPCで一般病床のみが14、非DPCでケアミックス型が45病院。在宅療養支援病院は29病院であった。

回答施設の全体像は、平均在院日数が19.6日、このうちDPCかつ一般病床だけは13.7日と総じて短く、看護基準は7対1と10対1が80%を占め、救急車を受け入れるなど緊急入院に対応している。主に外傷、内視鏡の手術、脳血管等の急性疾患を受け入れており、他一般病床からの受け入れが多く、リハビリもしている。在宅復帰率が高く、訪問看護指示や退院調整等の医療連携を行なっている。そして、地域によって提供している医療に大きな差はないというものであった。

こうした姿こそ、全日病が提唱してきた地域一般病棟をほぼあらわしているのではないかと結果であった。もっとも、今回得られたデータの因子分析では、これら病院が提供している機能の半分しか説明できなかった。今後は全国規模で調査し、詳しいデータを蓄積していきたいと考えている。

急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つとされている。

この最初と最後はいいのだが、問題

は2つ目で、これは亜急性期の仕事なのかということ色々議論になっている。

その報告では、亜急性期病床の要件として、1つに重症度・看護必要度を導入するという案が示されている。しかし、重症度・看護必要度というのはICUでつくられた、本当に重症な人のスコアであって、一般病床としてこれはどうなのかなという気がしている。

他の要件として、2次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届け出、在宅復帰率などが提案されている。在宅病というのは分かるが、都道府県によって指定の仕方が全然違っている2次救急病院というのは果たしてどうか。

さらに、今は病室単位でやっている亜急性期入院医療管理料を病棟に広げたいとしている。病棟に広げるから在宅等の患者の緊急時の受け入れも一緒にやるのだという話である。これが、今まさに、保険局が所管する中医協で議論されようとしている。

その一方、医政局は医療部会に医療法等の改正案を提示。その中で、医療機関が医療機能を報告するという制度などが議論されている。

この制度に関しては、今年5月に、亜急性期入院医療管理料と同内容の「亜急性期(仮称)」が区分案の1つとして示された。そこには、2025年改革シナリオで示された「地域一般病床」と同種と思われる「地域多機能」というのもあった。ところが、次の7月の会合で「地域多機

地域一般病棟の機能深化と名称変更を検討している

それで、実は、地域一般病棟の名称を変えた方がいいかと思っている。というのは、既に医療部会(10月11日)には、現行の一般病床と療養病床の区分と基準病床は手をつけないというものの、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれに基準病床数を設けるという話まで出ており、このままいくと、一般病床が事実上区分けされることになりかねないからである。

もっとも、そうなると、急性増悪の在宅患者ははたして急性期病床に入るのか回復期病床に入るのかという問題がますます重大な意味をもってくるわけであるが…。

この名称の問題は、地域一般病棟が地域医療と地域包括ケアの中ではたす役割と機能を再度明確にするという作業を併せ持つわけであるが、四病協とともに日医の先生方とも協議を重ねており、近々、まとまった内容を公表する予定である(編集部注/11月18日に公表。1面・6面を参照)。

地域包括ケアを担う地域に密着した

能」が消え、「亜急性期(仮称)」は「(名称を)検討中」とされてしまった。

これに対して、日本医師会は、病床機能報告制度で用いる病期にもとづく区分ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という案を提案した。この考え方は、その後、日医と四病院団体協議会との協議で深化され、8月に共同提言として発表されている。

そこでは、急性期病床は、①急性期の医療を提供する、②病態として重度・中等度・軽症がある、③各病院の機能に応じた急性期医療を提供する、④多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域のニーズに応じてそれぞれが必要、⑤在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する、⑥2次救急を担う、⑦地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携、介護との連携、患者支援等の機能も有する、とされている。

ところが、医政局は、9月13日の医療部会に、日医・四病協が示した区分案そのものを出してきた。その結果、これでいくということになったのである。そうすると、保険局が提案している亜急性期の病棟は、医療部会で合意した急性期に当るのか、それとも回復期に当るのかという点をはっきりしていないという問題がある。この点は、中医協できちんと詰めていく必要があるだろうと思っている。

病棟、それから24時間の高齢者対応、他医療機関との連携、この点は地域一般病棟と同じである。新しく加える必要があるのは認知症への対応である。これができるか、地域包括ケアの中で高齢者を受け入れることができないからだ。

それから、連携を図る部署を必須とすることを考えており、この点も地域一般病棟と違ってくる。地域一般病棟ではMSWの配置を必要としていたが、やはり、患者や利用者に連携する部署の存在を分かるようにしなければいけないということだ。当然に、患者と家族の医療・介護に関する相談に対応するということであり、地域一般病棟の考え方よりも一歩進んだものを出したいと思っている。

医療法も診療報酬も議論は大詰めにきており、我々も言うべきことを言っておかないとならない。地域医療を支えている中小民間病院の将来をどぞす事態だけは避けなければならないと思っている。以上、地域一般病棟の過去と現在をお話しさせていただいた。



あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会 お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

第55回全日本病院学会 in 埼玉 日本プライマリ・ケア連合学会との連携シンポジウム「地域に密着した病院での総合診療医の養成」(11月2日)から

地域密着の病院は総合診療部門と総合診療医養成機能を確保すべき

総合診療医の活動には臓器別・領域別専門医の連携と病院全体の支援が不可欠

日本プライマリ・ケア連合学会との連携シンポジウムは同学会の丸山泉理事長(全日病常任理事)が委員長を務める全日病のプライマリ・ケア検討委員会が取り組む在宅医療の推進と認知症対策の活動の一環として実現。テーマに「地域に密着した病院での総合診療医の養成」と取り上げた。

丸山委員長とともに座長を務めた西澤会長は、プライマリ・ケア検討委員会がまとめ、全日病として機関決定した「プライマリ・ケア宣言2013」について解説、全国の地域医療を支える会員病院に、在宅医療、介護との連携、認知症への取り組みを強めるよう訴え、かつ支援していくという全日病の方針を明らかにした。

そうした活動において、全日病は、今後も日本プライマリ・ケア連合学会と連携していく方針であると、西澤会長は言明した。

一方、座長の丸山委員長は、総合診療医登場の背景と課題に、人口構成の変化と人口の偏在、医療資源の偏在と格差、高齢化にともなう多疾患と認知症の増大、看取りの場の確保、医療の高度化とニーズの増大、患者(国民)の所得格差と世代間格差など多様な要因があると指摘。シンポジストの話を聞く上での視点として提起した。

最初に登壇した厚労省の國光文乃医師臨床研修専門官は、新たな専門医制度において誕生した総合診療医を「大きなエポックメークだ」と述べた上で、「初期研修医だけでなく既存領域の専門医も総合診療医になれる」と喚起した。

門医も総合診療医になれる」と喚起した。

國光氏は、同時に、「新たな専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実績を総合的に勘案して設定される」ことも「1つのエポックである」と強調した。

北海道家庭医療学センターの草場鉄周理事長は、日本プライマリ・ケア連合学会の立場から、同学会がいち早く取り組んできた家庭医療専門医認定の仕組みを紹介した。

その養成プログラムは3年間で組まれている。ベースとなるのは診療所、小病院、病院総合診療部門での研修で、各6ヵ月以上合わせて18ヵ月以上を設定。さらに、内科(6ヵ月)、小児科(3ヵ月)、救急科(3ヵ月)の研修を各領域専門医の下で連携のあり方を含めて学び、残りの6ヵ月はそれ以外の診療領域等を自由に選択できるというもの。

研修施設には、プライマリ・ケア機能を十分果たしていることを要件とし、common diseaseに関する外来・訪問・入院の各体験とともに「地域を診る」視点を養うことを求めているという。

草場氏は、日本プライマリ・ケア連合学会は家庭医療専門医養成プログラムのver.2を2014年度から運用することを明らかにし、「総合診療医制度を視野に入れつつ、我々の専門医の質を高めていきたい。プライマリ・ケア・システムの構築による日本の医療全体の質の向上を果たす。これが我々の目的である」と結んだ。

総合診療医の守備範囲地域拠点型病院にまでおよび

続いて登壇した筑波大学地域医療教育学の前野哲博教授は、病院における総合診療医の役割を取り上げ、総合診療部門の整備と総合診療医養成機能を強化する必要性を提起した。

前野氏は、総合診療医と臓器・領域別専門医の理想的な連携を示した上で、「両者の連携領域は、地域に基盤をおく病診連携の領域全体に及ぶ」と指摘した。

すなわち、「総合診療医は、日常的な医療から入院管理が必要な患者まで、しかも、高度な処置・手術を必要とする患者を専門医に送るところまでをカバーしなければならない」、つまり、「総合診療医の守備範囲は診療所に限らず地域拠点型病院にまでおよび」と論じた。

その上で、「総合診療医とは、病院も、診療所も、在宅も、ERもできるという幅の広さがアイデンティティである」とし、病院の総合診療医に期待される代表的業務として、初診外来、ER、専門医が不在の各科診療、総合診療部

門、教育部門等をあげた。

こうした総合診療医の養成は「社会のニーズであり」と述べる前野氏は、「総合診療医は地域の病院が自ら育てないと難しい」と結んだ。

カイゼン活動で知られる飯塚病院は、1,000床を越える大型急性期病院でありながら、総合診療科をもち、早くから総合医の育成に努めてきた。

同院総合診療科の井村洋部長は、総合医に対する周囲の認識がおぼつかない段階から、(1)初期研修の段階から育てる、(2)総合内科を経て専門科(サブスペシャリティ)に進むことを推奨するという方針で育成を行ってきたことを明らかにした上で、育成のシステム、プログラム、経験と教訓をつまびらかに述べた。その視点は内科総合医であった。

医療過疎地の能登半島で、地域包括ケアに対応した医療、介護、福祉の事業グループを運営する神野正博恵寿総合病院理事長(全日病副会長)は、併設



診療所を介して家庭医療を実践してきた経験を踏まえ、「情報を含む、地域におけるネットワークの中心となるのは総合診療医・家庭医であるという見解を示した。

神野副会長は、今こそ、総合診療医の制度設計とアイデンティティ確立の大きなチャンスであるとした上で、「経済(効率性)と社会の問題として注目されているが、我々は、それを医療の問題として取り組まないとならない」と注意を喚起。

そうした議論の中で見逃してはならない注目すべき議論として、(1)日医・四病協合同提案のかりつけ医定義にある「休日や夜間の対応」という機能、(2)厚労省が中医協に提案している主治医の24時間対応等の機能、をあげた。

総合診療医のビジョンとパラダイムシフトについて、神野副会長は、①プライマリ・ケアの専門医である、②地

方では臓器・領域別専門医を補完する立場である、③病院におけるゲートキーパー(総合外来、2次救急、ER)、④医学教育の専門家、⑤コラボレーションのコーディネーター、⑥ヘルスケアの担い手、⑦アドボケート(寄り添う医療)の担い手と多様な機能をあげ、「万能医ではないが、沢山の役割が期待されている」という認識を披露。

その上で、①臓器・領域別専門医と病院全体のバックアップ、②領域別専門医との連携を支えるプロトコル、③きちんと評価する報酬体系の3点を、総合診療医が定着する条件にあげた。

神野副会長は、来年度に、総合診療、家庭医療(診療所)、緩和ケア、産婦人、女性診療、救急(ER)の各科専門医が集まり、相互の業務をシェアするという新しい組織を立ち上げる話が進行していることを紹介し、結語とした。

総合診療医と内科専門医の棲み分けが1つの課題

シンポジストによるディスカッションに先立ち、丸山座長は、総合診療医として「内科」と「内科プラスアルファ」の2つのイメージを取り上げ、その差異をたずねた。

飯塚病院の井村氏は、「大病院では総合内科的な能力を養う必要がある。場合によっては敗血症ショックにまで踏み込んで治療しなければならないし、ときには、循環器や透析の医師と対等に話ができればならない。これが地域にゆけば、在宅医療とか、学校保健や敬老会を支援するといったスキルが求められるのではないかと述べ、病院のポジションによって求められる役割が異なるという見解を示した。

これに対して、筑波大学の前野氏は、「内科医が総合診療医の役割を果たせ

ないとは思わない。ただ、問題は、それ(総合診療医としての活動)が医師個人のスキルにとどまるのか、それとも、総合診療能力の発揮が可能な体制にまでおよんでいるのかということが重要ではないか」という見解を表明。

現在、総合診療医に求められているのは、多様な課題を抱える地域医療における役割の発揮であり、それを担保する仕組みづくりであるとの認識を披露した。

丸山座長は、自ら発した質問を「ここには、今後、総合診療医と内科専門医をどう棲み分けていくかという重大なヒントがある」と説明、このシンポジウムを用意した問題意識の一端を明らかにした。

2013年秋の叙勲 全日病の3会員が受章

2013年秋の叙勲受章者が11月3日に発表された。本会より3人の会員が受章、その功績が称えられた(敬称略)。

【瑞宝双光章】

清水 紘 一般財団法人仁風会嵯峨野病院(理事長)
神谷保男 医療法人保仁会泉ヶ丘病院(理事長)
橋本 章 医療法人社団啓祐会神埼病院(理事長)

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 6,500円
■試験日 年12回(毎月)

■試験科目
<実技Ⅰ> 患者接遇
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 7,000円
■試験日 年3回(7月・11月・3月)

■試験科目
<実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
<学 科> 医事業務管理知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク

【主催】公益社団法人 全日本病院協会
一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 8,000円

■試験日 年6回(奇数月)
■試験科目
<学 科> 医師事務作業補助基礎知識
<実 技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

医療ニーズに24時間対応、地域の医療・介護のケアマネジメントを支援

地域医療・介護支援病院 要件案とともに医療法上の扱いと診療報酬上の論点も提起

「医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～」四病院団体協議会追加提言（概要） 11月18日 *1面記事を参照

はじめに— 国民が安心できる地域包括ケアの構築 —

急性増悪も含めた高齢者の急性期医療は従来型の急性期医療と異なり、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した治療目標を設定して対処することが必要となる。

これを実現するためには、かかりつ

け医機能の充実とともに、在宅療養高齢者の受け皿としての入院機能を有する病院・病棟の創設と入院医療・在宅医療・介護の多職種チームが連携して機能を有する円滑な入退院システムの構築を早急に実現する必要がある。

1. 基本方針

日本医師会と四病院団体協議会は、先般、医療提供体制のあり方に関する合同提言を公表し、その中で「地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包

括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する」と述べた。このため、以下の追加提言を行う。

2. 地域包括ケアシステムの基本的な考え方

多疾患と愁訴（老年症候群）を抱えた要支援・要介護の高齢者を対象とする医療需要が急激に増加しており、従来型の急性期医療体制では解決を図れなくなっている。このため、前述の合同提言では「かかりつけ医」の養成と充実に努めることを表明したが、かかりつけ医と病院病床の機能分化だけでは十分ではない。「かかりつけ医」と連携して患者を円滑に受け入れる入院医療が機能することが在宅医療に極め

て重要である。また、急性期治療後でも合併症や障害などにより直ちに退院することが困難な患者も増えているが、在宅医療までの入院病床が明確でなく、やむなく急性期病床に入院している実態もある。転退院支援機能や介護との連携機能が強化された病院が身近な地域に存在することがかつてなく重要になっている。以上を踏まえ、前述合同提言の骨子を基に、以下の基本的考え方を提唱する。

■地域包括ケアシステム実現のための医療提供体制構築の基本的考え方

1. 医療・介護が必要な人に、その人がどのような場においても、その人にふさわしい適切な支援を行うことができるよう、地域医師会等と連携し国民とともに取り組む。
2. ケアマネジャーや地域包括支援センターなど、介護では医療・介護が必要な人を支援する仕組みが制度化されているが、医療ではこうした機能は必須となっていない。今後、医療提供体制全体として、患者を支える機能と役割を担う。
3. このため、地域包括ケアシステムに必要な在宅医療支援や医療・介護連携などの新たな病院機能を明らかにし、地域の実情に応じ、地域医療機関が積極的に担う。この医療機関が「かかりつけ医」と連携し、医療ニーズに24時間対応するとともに、介護、福祉等と連携して、地域の医療・介護のケアマネジメントを支援する。

このようなビジョンと改革の実行には、医療提供者の自主的取り組みに加え、制度的、財源的支援が不可欠であり、中長期的なビジョンと医療法等制度的枠組みの整備、それに沿った医療機関の自主的な改革努力と公的支援、必要な体制構築に取り組む医療機関の

経営努力を公平に支える適切な診療報酬体系の実現とそのための財源措置が必要である。特に診療報酬議論においては、「あるべき姿」をまず議論し、それにふさわしい報酬体系を議論する、という進め方を強く求めたい。

3. 病床機能と病院機能の整理

現在、病床機能の報告を求める仕組みの議論が進められている。これは、病院病床が果たしている医療機能について、病期に沿って大きな分類を示し、医療機関に報告を義務づけるものである。一方で、2025年頃までに最も体制構築が迫られているのが地域包括ケアシステムであり、医療においては在宅医療の推進・医療介護連携の推進である。

これら課題に対応するには、「かかりつけ医」の普及と新たな病院機能が必要不可欠であるが、これは急性期型の医療機能を分化するだけでは対応できない。治療目的以外の職種、体制、機能を病院に付加していくことが求められるためである。病床機能の報告の分類と求められる病院機能の関係を以下に示す。

表／病床機能と病院が果たす機能の整理

| (病床の機能) * 報告制度で議論されてきたもの | (病院の種類) | (医療機能に付加して病院が持つべき機能) | (診療報酬のイメージ) |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 高度急性期 | (3次救急病院等) | (例／臨床研修機能) | 診断群に応じた支払い (DPC、機能評価) |
| 急性期 | (急性期病院等) | (例／2次救急) | 診断群に応じた支払い等 (DPC等) |
| | 地域医療・介護支援病院 | 高齢者の救急受入れ、在宅医療支援、医療・介護連携、ケアマネジメント支援 | 診断群に応じた支払い等 (DPC等) + 機能強化 包括支払い |
| 回復期 | (回復期リハ病院等) | | 包括支払い (+リハ評価等) |
| 慢性期 | (療養病床の病院等) | | 包括支払い (重症度評価等) |

4. 地域医療・介護支援病院（仮称）

「地域医療・介護支援病院」(仮称)は、「かかりつけ医」とともに患者に身近で地域に密着した医療機関としてその機能を果たしていく、以下の機能・要件を

備えた病院である。
□「地域医療・介護支援病院」とは(機能)
急性期病床からの転院を受け入れて在宅復帰を支援するとともに、在宅患

者・施設入所者等の急変を24時間体制で受け入れ、在宅療養を支援する。また、地域の医療・介護連携においてネットワーク構築、情報共有、多職種連携支援など、責任ある役割を果たす。

□「地域医療・介護支援病院」の要件

- 1 地域包括ケアを担う地域に密着した病院(概ね200床未満、ただし地域特性を考慮する)。
- 1 24時間体制で高齢者等の入院に対応する。
- 1 地域医療連携室、医療介護連携室、

等、他機関との連携を図るための専門の部署を持ち、それを機能させることができる一定数の連携担当専門職を配置する。

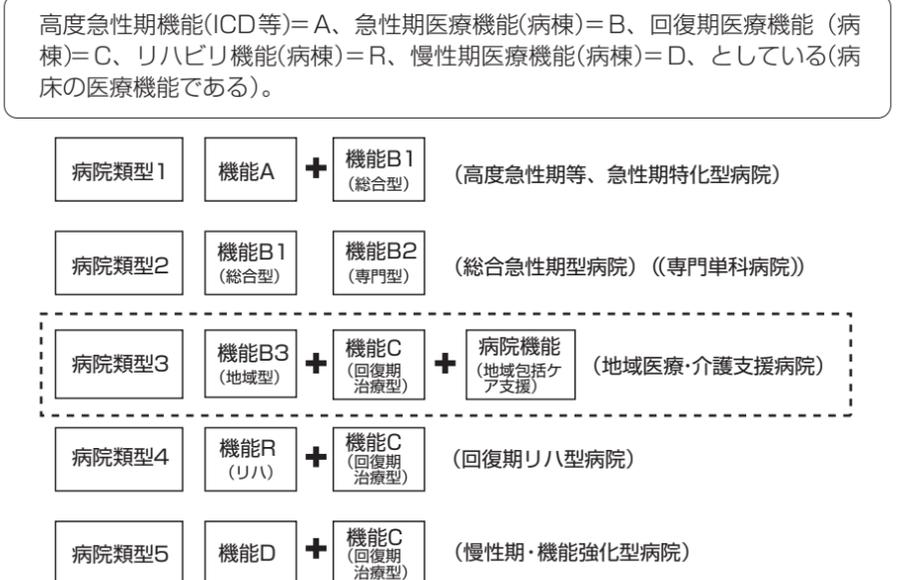
- 1 認知症に対応できる。
- 1 一定の急性期医療に対応できる職員配置を行う。
- 1 患者や家族に医療・介護に関する適切かつわかりやすい情報を提供し、在宅医療等の相談に対応する。必要に応じて地域のかかりつけ医を紹介する。

5. 「地域医療・介護支援病院」の医療法・診療報酬上の扱い

「報告制度」の議論では4つの病床機能が取り上げられているが、この4分類は患者の病期による分類である。国民に分かりやすく、病院にも追求しやすい「病院類型」を併せて議論し、その支援策を講じていくことが、地域包

括ケアシステムとそのための医療提供体制の構築には必要不可欠である。病院類型と地域医療・介護支援病院の位置づけとしては以下のような整理が考えられる。ここでは主な例を示すが、これに限定されるわけではない。

図／機能分化と病院類型例



(補論)

●病院と病床の関係

上記のように、地域医療・介護支援病院は、病床機能としては急性期病床(病棟)と回復期病床(病棟)をそれぞれ持ち、病院全体として在宅療養支援・医療介護連携支援の機能を持つものである。

一方で、これらの機能は高齢者の身近な地域に拠点として置かれ、患者や他の連携機関と顔の見える関係を持つていなければならない。このため、地域医療・介護支援病院は多機能であることが求められ、現実的には1病棟で複合的機能を持つ「地域支援病棟」(仮称)を認めることが必要不可欠となる。

病床報告制度で病棟単位で急性期か回復期の報告が求められる場合、急性期病棟、回復期病棟いずれであっても、必要な機能を持つことにより、「地域支援病棟」(仮称)と位置付けることができるとすべきである。

一方、患者は通常病院の機能で受診選択することから、「地域支援病棟」(仮称)を持つ病院を「地域医療・介護支援病院」として表示できるとすべき

である。診療報酬上は、以上のような特色を踏まえた評価が必要不可欠であり、その望ましい評価について、早急に掘り下げた議論が行われることが必要であることを強調しておきたい。

●早急に議論すべき診療報酬上の論点

在宅療養患者などの急性増悪は先の合同提言でも急性期の病床機能で対応すべきものと位置づけており、急性期患者の診療にふさわしい報酬体系でなければならない。

- ・病院全体の機能の適切な評価のあり方(必要な人員配置とそのコストを反映した機能評価の点数設定)
- ・地域密着型の病院で1病棟に急性期と回復期の患者が混在する場合の評価の方法

※病棟単位の報酬評価と患者単位での報酬評価の組み合わせ。(例/DPC対象期間はDPC算定(+加算)、DPC対象期間外については重症度評価を加えた新たな包括算定等、コストと患者特性等を適正に評価した体系について早急に検討)

6. おわりに

我が国医療の発展を支え、歴史的経緯を経て形成された地域の民間中小病院という貴重な既存資源を、未曾有の超高齢社会を乗り切るために活用すべきである。

この既存資源を活用・強化すれば、高齢の救急患者が一律に3次救急や高度急性期病院に搬送されることなく、地域で情報共有や医療連携が確保され、最も地域の高齢者等に適した体制

を持つ医療機関で受け入れることが可能となる。

今回の我々の提案は、このような地域の受け入れ体制を強化することにより、患者や国民から見てもわかりやすく、病院従事者の過重な負担も避けることができる提案である。

我々自身も、自らの提案を実現すべく、自ら積極的に改革に取り組んでいく覚悟である。

報告/全日病の災害時医療支援活動—AMAT(災害時医療支援活動班)について

各支部にAMAT活動の拠点病院。会員病院にAMAT編成を要請

東日本大震災での活動を踏まえ、災害医療支援活動体制の見直しを図る

救急・防災委員会委員長 加納繁照

東日本大震災は、これまでに経験したことのない広域かつ巨大な複合連鎖災害であり、まさに未曾有の連鎖災害であった。それでも、この震災では、



▲10月25日のHOSPEX公開セミナーでAMATに関する講演の座長を務める加納委員長(手前)。講師は救急・防災委員会AMAT研修WGの布施明氏(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

災害拠点病院に、当初よりDMATを含む多くの人材や物資が提供されたが、一方で、被災した民間病院に対する支援は十分に行き届かなかったのも事実である。

そこで、民間病院相互の連携を更に強固にするべく、当協会は災害医療支援活動体制の見直しを図り、その一つとして、従来の医療チームの名称変更を行い、公益社団法人全日本病院協会災害時医療支援活動班=All Japan Hospital Association Medical Assistance Team、略してAMATと定めた。

協会の各支部には「災害時医療支援活動指定病院(指定病院)」を指定し、さらに、指定病院の中から、災害時医療支援活動を中核的に行う「災害時医療支援活動幹事指定病院」及び当該病院を支援する「災害時医療支援活動副幹事指定病院」を設けた。

指定病院は、災害発生時の情報を被災地から全日病本部に送ると共に、AMAT活動拠点の確保を担うことになる。

AMATの派遣は概ね48～72時間以内を基本とし、長期間に及ぶ場合は2次隊・3次隊を追加派遣する。

活動内容は、東日本大震災でDMATとJMATの間に生じた空白を埋めるべ

く、急性期から亜急性期に集中的に投入し、会員を含む主に民間の被災病院や避難所の支援と共に、ヘリ以外の方法による広域搬送も手掛けることを想定している。

次にAMAT研修について説明する。本研修は、日本医科大学付属病院高度救命救急センターの布施明先生をはじめ、日本救急医学会の著名な先生方に協力を頂き、DMAT研修に劣らない素晴らしいプログラムを作成して頂いた。

研修内容は2日間にわたり、「AMAT災害概論」「トリアージ」「情報通信」「関係機関連携」「災害要援護者」「病院支援、巡回診療」「筆記・実技試験」「派遣シミュレーション」等々であり、最後に筆記・実技試験を行う予定である。

次に、AMAT隊員の登録、認証、更

新等であるが、「AMAT隊員養成研修」を修了または同等の学識・技能を有するものをAMAT隊員として登録・認証する。

登録者の資格更新は5年ごとに行われる。また、資格の更新要件については救急・防災委員会が定める事としている。このAMAT研修を受講された隊員には自院での啓蒙活動に日々注力頂きたいと思っている。



▲AMATの推奨ユニフォーム(ベストとヘルメット=写真)はAMAT研修で支給される

2月に第1回AMAT隊員養成研修を開催

さて、当協会は、来年2月8・9日に第1回のAMAT隊員を養成する研修を企画している。DMATやJMATと連携し、DMATに準ずる医療チームの養成を目指すものであり、病院関係、医療関係の皆様には、ぜひ本研修にご参

加を頂ければ幸甚である。

災害時に1人でも多くの方を救えるよう、全日本病院協会は今後もAMATを発展させていく所存である。引き続き、ご支援の程宜しく願いする次第である。

全日本病院協会 災害時医療支援活動規則 (2013年11月1日修正/抜粋要旨)

●災害時医療支援活動を行う病院の指定等(第2条)

・都道府県支部に1つ以上の災害時医療支援活動を行う会員病院(災害時医療支援活動指定病院=指定病院)を置く。

・指定病院は医療支援活動の実績がある会員病院及び支部より推薦のあった会員病院とし、救急・防災委員会が選定し、常任理事会が指定する。

・支部には災害時医療支援活動を中核的に行う病院(災害時医療支援活動幹事指定病院=幹事指定病院)及び当該病院を支援する病院(災害時医療支援活動副幹事指定病院=副幹事指定病院)を置く。幹事指定病院及び副幹事指定病院は支部が指定する。

・指定病院がAMATを管理・調整し、当該施設内に災害時におけるAMATの活動拠点として使用する場所を確保する。

・AMAT(All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)とは、災害時医療支援活動班のことを指す。AMATを有する会員病院はAMAT病院とする。

●AMAT運用体制の確保(第3条)

・救急・防災委員会は、支部、関係自治体、日本赤十字社支部、消防、警察、各種医療団体等と連携し、AMATの運用に関する事項を協議する。

・救急・防災委員会は、通常時にAMAT隊員の登録作業、登録証の更新作業、AMAT隊員養成研修及び技能維持研修の実施、並びにAMAT体制の維持及び発展等に関わる事務を取り扱う。

・前項のAMAT体制維持等のため、救急・防災委員会の下にAMAT研修ワーキンググループを設置する。

●指定病院に対する情報収集及び医療支援の指示(第4条)

・救急・防災委員会委員長は、災害救助法の適用が予想される自然災害が発生した場合は、当該支部の指定病院に被災地内会員病院の情報収集及び医療支援を行うよう指示する。

●委員長の派遣の上申等(第5条)

・被災地内の会員病院等に被害が発生していることが予想される場合、委員

長は会長にAMAT派遣の上申を行う。会長は上申内容を検討の上、AMATの派遣を承認する。

●AMATの登録と編成(第6条)

・AMATは別に定める研修を修了した者及び同等経験を有する者を隊員として登録する。AMATの編成は、原則として、医師1名・看護師1名・業務調整員1名を最低単位とする。業務調整員は薬剤師、事務職員、メディカルスタッフを含む。

●被災地への移手段(第7条)

・AMATの被災地への移手段は、原則として、AMATの登録車両とする。

全日本病院協会 AMAT活動要領(抜粋要旨)

●基本方針(第2条)

・AMATは、災害の急性期、亜急性期に災害医療活動を行うことが出来る研修・訓練を受け、災害時要援護者にも配慮した医療救護活動を行うものとする。

●活動期間(第3条)

・AMAT1隊の活動期間は、移動時間を除き、概ね48から72時間以内を基本とする。

・AMATの活動が長期間に及ぶ場合は2次隊、3次隊等の追加派遣で対応する。

●AMAT隊員の登録・認証・更新(第4条)

・「AMAT隊員養成研修」を修了した者又はそれと同等の学識・技能を有するものをAMAT隊員として登録・認証する。

・AMAT登録者の資格更新は5年ごとに行われる。

●AMAT病院の役割(第6条)

・AMAT病院は、通常時にはAMATの派遣準備、研修・訓練に努め、災害時には被災地からのAMAT派遣要請に応じてAMATを派遣する。

●AMAT資器材の指定及び確保等(第8条)

・AMATの資器材は、AMAT研修修了者に配布するAMAT仕様のヘルメット、ベストを基本とし、必要に応じて、

●AMATの活動範囲等(第8条)

・AMATは災害救助法第2条が適用される、①被災医療施設、②被災現場、③搬送基地、④医療救護所、⑤避難所、⑥その他、において医療支援を行う。

・AMATの医療支援は、①トリアージ、②傷病者に対する医療処置、③被災医療施設の支援、④搬送支援、⑤その他、とする。

●費用支給(第10条)

・この会は、派遣要請に基づくAMATの被災地活動に係る費用を、別に定める支給基準により、災害時医療支援活動支援金として支給する。

AMATの推奨ユニフォームを活用する。

・AMAT病院及び指定病院は、救急防災委員会が定める資器材等を整備するよう努める。

●AMAT研修・訓練の実施(第9条)

・AMATに参加する医師、看護師等に対する教育研修を推進するため、AMAT隊員養成研修及びAMAT隊員技能維持研修等を実施する。

●相互応援等(第10条)

・この要領はAMATの基本的な事項を定めるものであり、各支部等の自発的活動や相互の応援等を妨げるものではない。また、災害時に、AMAT隊員外の医療従事者等がAMATに合流し、医療支援活動を行うことを妨げない。

●AMATの派遣要請(第11条)

・被災地の会員病院等は、次の各号に掲げるいずれかの一に該当する基準に基づき、AMATの派遣を全日病に要請できる。 略

・幹事指定病院は、AMATの受入・派遣を調整する部署の設置を早期に行うよう努める。

●AMATの待機要請(第12条) 略

●被災地の幹事指定病院の業務(第13条)

・被災地の幹事指定病院は次の各号に掲げる業務を行う。 略

ア 被災地で活動するAMAT及び会員病院等への連絡調整

イ 被災地の会員病院等の被災情報の収集

ウ 傷病者の搬送手段及び受入病床の連絡調整

エ 全日病、都道府県災害対策本部(派遣調整本部)、都道府県災害医療本部等との連絡調整

オ 地方公共団体、消防、警察、自衛隊等の関係機関との連絡調整

カ AMATの撤収及び追加派遣の判断

キ その他必要な事務

●被災地外の幹事指定病院の業務(第14条) 略

・被災地外の幹事指定病院は、次の各号に掲げる業務を行うものとする。

ア AMAT派遣調整の補助

イ 被災地の会員病院等の被災情報の収集

ウ 被災地で活動するAMAT及び被災地の幹事指定病院との連絡調整

エ 全日病、地方公共団体、消防、警察、自衛隊等の関係機関との連絡調整

オ その他必要な事務

●AMAT活動拠点本部の設置(第15条) 略

・幹事指定病院は、必要に応じてAMATの活動拠点となる本部を設置するものとする。

●AMAT活動拠点本部の業務(第16条) 略

・AMAT活動拠点本部は、次の各号に掲げる業務を行うものとする。

ア 被災地に参集したAMATの指揮及び連絡調整

イ 被災地におけるAMAT活動方針の策定

ウ その他、第13条に準ずるものとする。

●活動場所等(第17条)

・被災地で活動するAMATは、原則、被災地の幹事指定病院に参集し、幹事指定病院の調整の下、被災地における活動を行う。

・病院支援を担当するAMATは、当該病院における活動中は、病院長の指揮下に入る。

・被災により病院の機能維持が困難な場合は、病院長と協議の上、患者の避難、搬送の支援を行うものとする。

2013年度臨床研修指導医講習会の報告

「Myミニカリキュラム作成」で自院研修のSBO、方略、評価を作成

北澤医事課長が専門医制度と臨床研修見直しについて詳しく解説

2013年度臨床研修指導医講習会 チーフタスクフォース 佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

全日病・医法協の「臨床研修指導医講習会」は2007年度から開始し、今年9回目を迎えた(2008~2009年度は年2回開催)。

2013年度の講習は、昨年の講習会後に今までの参加者全員にアンケート調査を行い、その結果を参考に、準備を進めた。



▲2013年度の指導医講習会

らタスクフォースを募り、新たに2名をタスクフォースに迎えて運営を行った。

本講習会は会員病院の医師および管理者に、今まで以上に教育に目を向けてもらうことをコンセプトにしている。

「より良い研修病院になるために一問題点を挙げる」「カリキュラム作成」「より良い研修病院になるために一問題点の解決策を考える」の3つのワークショップを柱とし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」

「医師臨床研修制度の概要」は、このテーマに関して最も詳しい厚生労働省医政局医事課長の北澤潤先生にお願いをした。

専門医制度のことも含め、さまざまな情報を提供して頂いた。50分の講演以外に、質疑応答に25分と多大な時間をかけて、非常に丁寧に参加者の疑問に回答して頂いた。

カリキュラム作成に関しては、初めての試みとして、目標、方略、評価作成まで作業が一通り終わってから、「Myミニカリキュラム作成」と題して、明日から自分の職場で使える、SBO、方略、評価を作成してもらった。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとしてもらう目的で本年も取り入れた。

また、医学部卒前・卒後の地域医療実習および地域医療研修に、会員病院

が参画していく上での情報提供を行った。本年は、それに、研修医のうつ状態についても説明を行った。

特別講演は、「研修医が研修病院に求めること」と題し、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師より、講演してもらった。

参加者は皆、非常に熱心な討論を行い、問題点は非常に深く掘り下げられ、対応策も、表面的ではなく、実際に参加者のヒントになる十分練られたプロダクトであった。

全日病・医法協の「臨床研修指導医講習会」は来年10回目を迎える。本講習会のコンセプトの見直しを含め検討し、より良い講習会にしていくつもりである。来年も11月に開催予定であるので、是非周りの人への参加を勧めて欲しい。

節電・節水等に努める病院。しかし、水道光熱費は上昇の一途

改定を前に、水道光熱費の高騰が大きな経営負担となっている実態を訴えたい

広報委員会副委員長 小森直之

東日本大震災以降、原発事故や設備被害に伴う電力供給低下における電力危機が訪れた。国民全体が節電を努力しているが、我々医療機関もその例外ではない。

それによると、平成23年度の電気使用量は1病院あたり3.13%減少している。であるにもかかわらず電気料金は平均3.44%、1病院あたり188万9,172円増加している。

支払額の増加はガスでも同様である。ガスの使用量は約0.47%減少したものの、ガス料金は1病院あたり14.3%、333万289円の増加となった。

この値上がりは翌年も続き、平成24年度になっても光熱費の値上がりは止まることがなかった。平成22年度と比べて1.54%の節電が行われたが、電気料金は1病院あたり18.82%、1,005万4,321円も増加していた。

ガスにおいても同様である。ガスの使用量は0.07%減少したが、料金は24.64%、金額にして572万7,515円も増加している。

全ての医療機関(特に入院施設ほど)は国によって定められた広い面積を有している。その広い空間の快適な環境を維持するための光熱費が、病院経営に大きな負担となってきていることが推察される。

各電力会社・ガス会社は今年度9月以降の値上げを行っており、それによって、病院の負担がさらに大きくなっていることが懸念される。

現代の病院が患者に提供すべきことは「治療」に限らない。患者により良い環境・良いサービスを提供することも要望されているものの一つである。

この要望に応じていくためには、病院にも、一般企業と同様に治療費以外のある程度の「利益」が必要となってくる。病院にとって上げるべき利益とはどの程度であるのであろうか。

今、国は、病院が安定経営を図るためにある診療報酬を引き下げようとしている。しかし、「国家戦略として医療を育成する」という方針を取るのであれば、国内の医療機関にこそ目を向け、例えば、水道光熱費の高騰がどれだけ医療機関に多大な影響を与えているか考慮するべきであろう。そのことを強く訴えていきたい。

四病院団体協議会賀詞交歓会—新年の集い—開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4団体は2014年の新年の集い(賀詞交歓会)を下記要領で開催します。

日時 ● 2014年1月9日(木) 午後5時30分~午後7時30分(受付開始 午後4時30分)
会場 ● 東京都内・ホテルオークラ東京 本館1F「平安の間」
会費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問い合わせ先 一般社団法人日本病院会 総務課
Tel. 03-3265-0077 Fax. 03-3230-2898



四病協賀詞交歓会のひとコマ(2012年)

2013年度 第7回常任理事会の抄録 10月19日

【主な協議事項】

●2014年度事業計画・予算編成作業日程(案)
2014年度事業計画・予算各案編成の日程案が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)
[正会員]

北海道 愛生会病院 理事長 三井慎也
広島県 脳神経センター大田記念病院 理事長 大田泰正
高知県 三愛病院 理事長 細木秀美
福岡県 桜十字福岡病院 理事長 今村博孝
会員数は2,452人となった。

[賛助会員]
一般社団法人S-QUE研究会(東京都・古屋光幸代表理事)
賛助会員は110社となった。

【主な報告事項】

●2013年度病院経営調査の結果
2013年5月を対象とした会員病院経営調査の結果が報告された。

●講習会の開催
以下3つの講習会の開催が報告された。
「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(愛知会場)」12月5日 名古屋市内
「医療安全推進週間企画医療安全対策講習会」11月29日 全日病本部
「医療安全管理者継続講習(演習)会」11月

21日・22日 全日病本部

●病院機能評価の審査結果

9月6日付で以下の会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□Ver.6.0(順不同)

◎一般病院

沖縄県 南部徳洲会病院 更新

◎複合病院

福岡県 牟田病院 更新

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎一般病院1

東京都 武蔵村山病院 更新

三重県 富田浜病院 更新

宮崎県 黒木病院 更新

◎一般病院2

埼玉県 行田総合病院 更新

兵庫県 神戸アドベンチスト病院 更新

◎リハビリテーション病院

大阪府 鶴見緑地病院 更新

◎慢性期病院

北海道 定山渓病院 更新

埼玉県 平成の森・川島病院 更新

□副機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎リハビリテーション病院

東京都 武蔵村山病院 更新

本会会員の認定は9月6日で973病院。会員病院の39.7%、全認定病院の41.2%を占める。

2013年度 第8回常任理事会の抄録 11月1日

【主な協議事項】

●AMATに関連した事項

本会が組織する災害時医療支援活動班(AMAT)に関して、災害時医療支援活動規則修正案、AMAT活動要領案、AMAT隊員養成研修の開催案の3件が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

[正会員]
北海道 十勝リハビリテーションセンター 院長 武田直樹

新潟県 田宮病院 理事長 田宮 崇
会員数は2,454人となった。

【主な報告事項】

●新型インフルエンザ特定接種の登録について
新型インフルエンザ等特別措置法における特定接種の登録に関する報告があった。

●「第56回全日本病院学会 in 福岡」の趣意書
2014年9月20日・21日に福岡県支部の担当で福岡市で開催される「第56回全日本病院学会 in 福岡」(陣内重三会長)の趣意書が完成、報告された。

●病院機能評価の審査結果

10月4日付で以下の会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎一般病院1

北海道 禎心会病院 更新

// えにわ病院 更新

東京都 滝野川病院 新規

兵庫県 東神戸病院 更新

広島県 梶川病院 更新

愛媛県 吉野病院 更新

福岡県 小倉第一病院 更新

佐賀県 織田病院 更新

宮崎県 柳田病院 更新

◎一般病院2

福島県 大原総合病院 更新

群馬県 黒沢病院 更新

埼玉県 戸田中央総合病院 更新

東京都 南多摩病院 更新

神奈川県 戸塚共立第一病院 更新

// 昭和大学横浜市北部病院 更新

大阪府 松原徳洲会病院 更新

福岡県 福岡記念病院 更新

熊本県 済生会熊本病院 更新

鹿児島県 川内市医師会立市民病院 更新

◎慢性期病院

大阪府 八尾はあとふる病院 更新

◎精神科病院

北海道 島松病院 更新

本会会員の認定は10月4日現在で974病院。会員病院の39.7%、全認定病院の41.3%を占める。