

いのち

生命輝かそう自治労衛生医療評議会

～ 公的医療機関の役割と経営戦略 ～
(2025年を見据えて)

復興6年2月28日
全国自治体病院協議会 会長
赤穂市民病院 名誉院長
邊見公雄

レジュメ

1. 私の考え
2. 日本の人口構成と財政
3. 第6次医療法改正と経済財政諮問会議の提言(KPI)
4. 最近の関連会議(私の出席分)
 1. 地域医療構想等ガイドライン検討委員会
 2. 東北医学部新設
 3. 19番目の専門医としての総合診療医
 4. 社審審医療分科会(女子医大、群大、千葉県がんセンター等)
 5. 臨床研究中核病院
5. 自治体病院の現状と公立病院改革ガイドライン(1次、2次)
6. 平成28年度診療報酬改定 Q&A
7. チーム医療の大切さ
8. ボランティア、病院学会、病院祭

赤穂城 隅櫓



私の考え 1

- * 少子高齢化の枕詞か
- * 修学旅行は病院へ(老幼共生)
- * 医療と教育は日本の2大基幹産業
- * 病院こそ地域のコミュニティーセンター(教会、寺社→メセナ、シティホール→ホスピタル)
- * 山古志村を滅ぼすな
- * 病院と学校は昼ご飯が食べられる距離に
- * 21世紀は20世紀のつけを払う世紀(地球の治療)
- * GNPからGNHへ
- * 患者のQOL、スタッフのQOL、立ち去り型サボタージュ防止(ワークライフバランス)
- * 苦悩する病院と繁栄する周辺産業
- * 三現主義(現場に出て、現物を見て、現実的に考える)＝京都学派
- * 日医は病院の強い味方か
- * 医療崩壊の五賊はだれ
- * 国民皆保険制度と憲法9条は世界文化遺産
- * EBMの時代はEBR(Evidence based Reward)
- 物から技へ、技からシステムへ(診療報酬の原則)
- 病院と学校は地域の文化レベルを反映
- 地方創生は適能適所
(造語)
- 地方創生は三権分立より
- 我が国の最大企業はトヨタ、新日鉄、重工、パナではなく行政である

私の考え 2-1

- お医者様はいらっしゃいますか……医師はどこでも医師であれ 医療者は皆同じ
薬剤師も当然
- 下り線にも乗りましょう……高取峠を越えさせない
- 貸し借りのない人生 ……取り引きしない
- エバー・チャレンジャー……少しでも多く、少しでも早く
- 死んでも満足していただける病院づくり……ディズニーとトヨタに学ぼう
- 癒しの環境
- 開かれた病院づくり……住民(患者、ボランティア等)参加
- ネガティブヒーローはもう作らない……医療安全いろはカルタ
- 「人を見る(Nomo、Ichiro)」
- 「人を動かす(金、イデオロギー、情)」
- 「院長の孤独」……支えは職員と患者様
- 医療は大学病院レベル、人間関係は診療所の様に
- チーム医療は医療の中心
- $3H + \alpha$
- 救急は医療の原点
- 救急車は断るな……中にいるのは自分の親や子と思え
- 当直者は、院長、婦長と思って仕事を

私の考え 2-2

- Everything & Something
- 1円の黒字
- 朝一番、帰宅前最後に回診を
- お見送りは出来るだけ多くで、心を込めて(グリーフケアを含めて)
- 受付、交換手は病院の顔
- 研修医へ「師長、主任こそ先生」
- 自院を知り、自院を愛そう！！
- 医療職 求人先は出来るだけ多く
- 家族(特に孫)の面会、ペットは出来るだけ緩やかに
- 患者さんの心を開け(方言、趣味、スポーツなど)
- 失意泰然得意淡然
- 会議は前泊か後泊(9時～5時では本音聞けず)
- 学会は地方学会重視 必ず一言(病名と氏名)
- 患者さんと一緒に
病気を知り、病氣と闘い、病気を治そう
- 外来患者さんにはお土産と宿題
- 笑顔は元手の要らない最大のおもてなし
- 情報とスピードは大きな武器

医療の環境変化

変化		課題と対策
人口減、都市集中、過疎化	→	二次医療圏見直し
高齢多死社会	→	在宅医療、看取り
少子化	→	周産期医療の在り方と生殖医療
専門医礼賛	→	新専門医制度と総合診療医
医師中心の医療	→	患者中心、チーム医療を軸に
医師不足・偏在	→	地域枠、新設医大
医療政策プランナー不在	→	×
社会医学の充実	→	ビッグデータ利活用、マイナンバー制度
医療事故対策	→	医療事故調制度
新しい医学の臨床応用	→	患者申出療養制度、臨床研究中核病院
疾病構造の変化	→	病床機能報告制度と地域医療構想
基礎医学の地盤沈下	→	？

赤穂城 太鼓橋

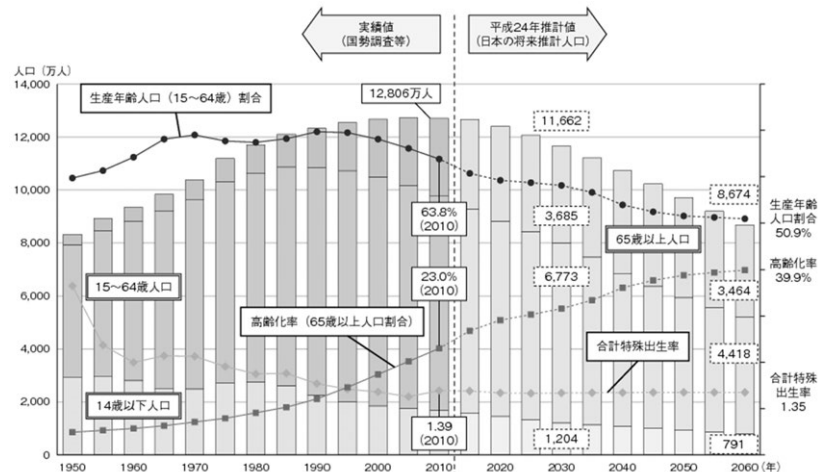


最近の医療情勢

- 社会保障と税の一体改革(プログラム法)
- マイナンバー制度開始
- 26改定
- 医療介護総合確保推進法 26年6月(一括法として16本の法律)
- 病床機能報告制度と地域医療ビジョン(地域包括ケア病棟)
- 医療保険改正(食事療養費、紹介状なし)
- 公立病院改革プラン(1次 2次)
- 総合診療専門医
- 東北医育機関新設問題(構想委員会と運営協議会)

社会保障と税の一体改革

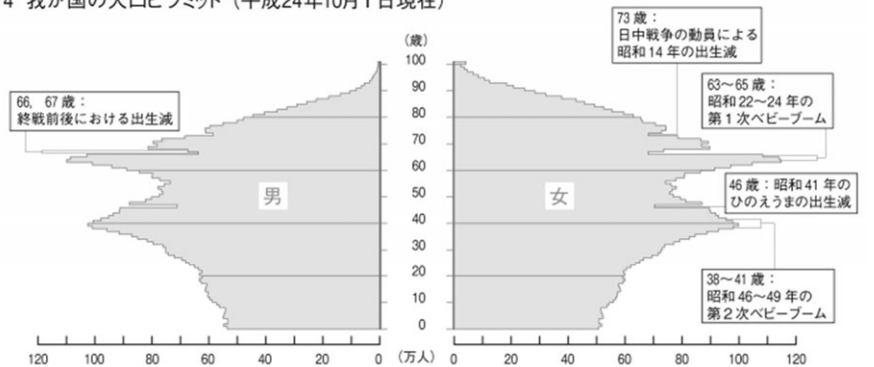
我が国の人口推移



(出典)総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)、厚生労働省「人口動態統計」

我が国の人口ピラミッド

4 我が国の人口ピラミッド(平成24年10月1日現在)

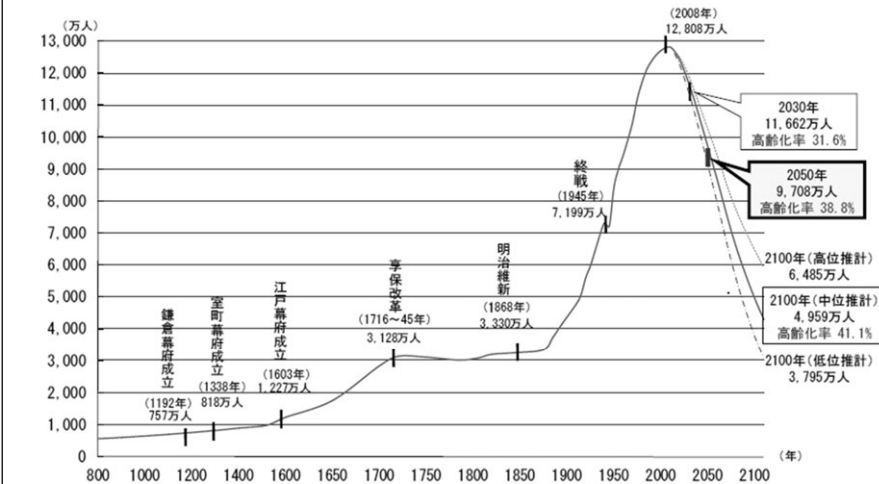


[2~4表参照]

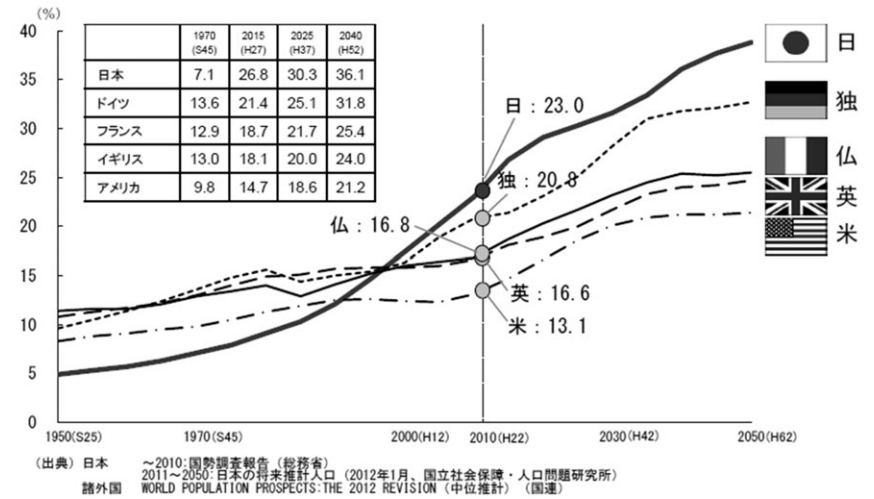
(出典)総務省統計局ホームページ

2-(1) 日本の総人口の推移と推計

○2008年の1億2808万人をピークに減少に転換。中位推計で2050年に9708万人となる見通し。

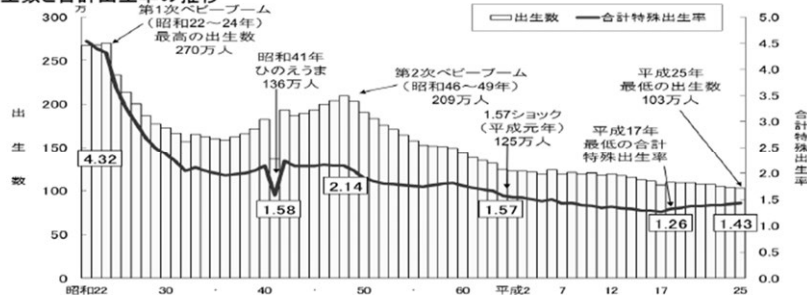


高齢化率の国際比較



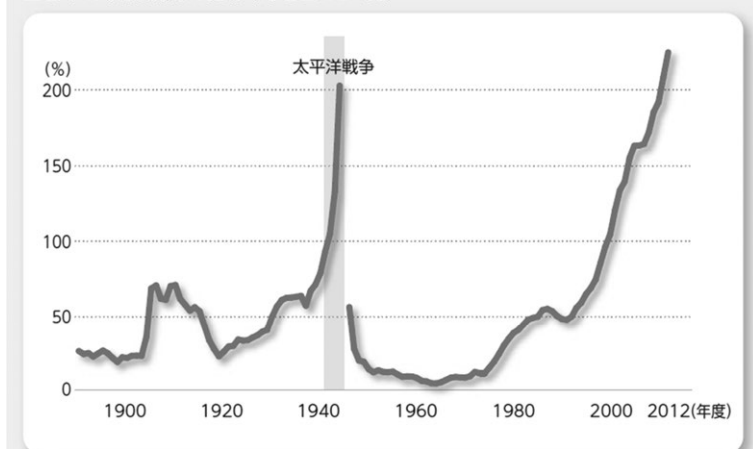
少子化

○出生数と合計出生率の推移

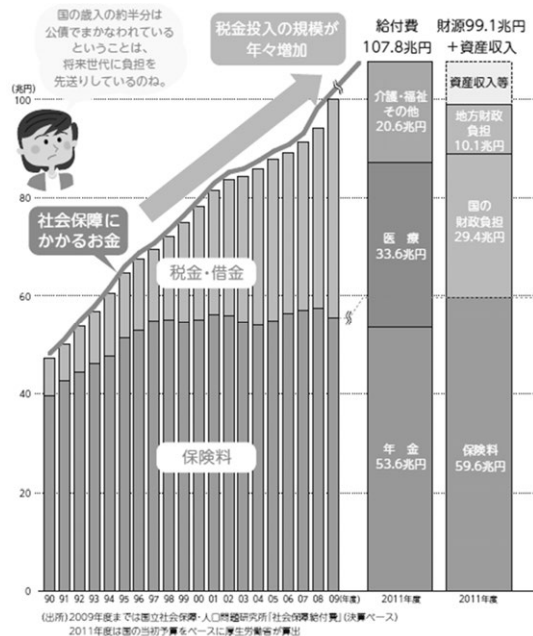


我が国の債務残高

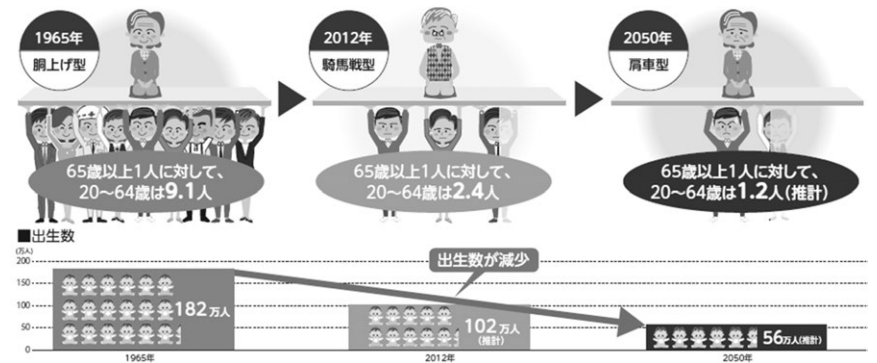
■日本の債務残高の推移(対名目GDP比)



社会保障と財政の関係



今後の社会保障



安定財源 (消費税)



マイナンバーとは?

国民一人ひとりが持つ12桁の個人番号のことです。マイナンバー制度(社会保障・税番号制度)は、複数の機関に存在する個人の情報を同一人の情報であるということの確認を行うための基盤であり、社会保障・税制度の効率性・透明性を高め、国民にとって利便性の高い公平・公正な社会を実現するための社会基盤(インフラ)です。

※法人には法人番号が通知されます。詳しくはこちら



マイナンバーキャラクター
マイナちゃん

医療等分野での利用場面(ユースケース)

①	医療保険のオンライン資格確認	受診時の被保険者資格の提示と確認を、オンラインで。
②	保険者間の健診データの連携	保険者が、加入者の健診データを効果的に活用。
③	医療機関・介護事業者等の連携	<ul style="list-style-type: none"> 病院での検査結果をかかりつけ医の診療に活用、患者を継続的に診察。 救急医療で、他医療機関での過去の診療情報を確認、適切な救急医療を提供。 医療・介護従事者が連携して地域包括ケアを実現
④	健康・医療の研究分野	NDBの活用。コホート研究、大規模な分析研究を推進。
⑤	健康医療分野のポータルサービス	<ul style="list-style-type: none"> 国民が自ら健康・医療の履歴や記録を確認できる仕組み。 予防接種等の履歴の確認やプッシュ型の案内が可能。
⑥	全国がん登録	がんの罹患、診療、転帰等の状況をできるだけ正確に把握・調査研究に活用。

第6次医療法改正

地域医療・介護 総合確保推進法を中心に

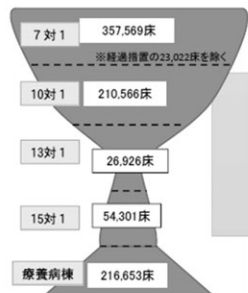
- 26年診療報酬改定(詳しく)
- 医療介護総合確保推進法(概論)
- 病床機能報告制度
- 地域医療ビジョン
- 27年介護報酬改定

平成26年度診療報酬改定

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>

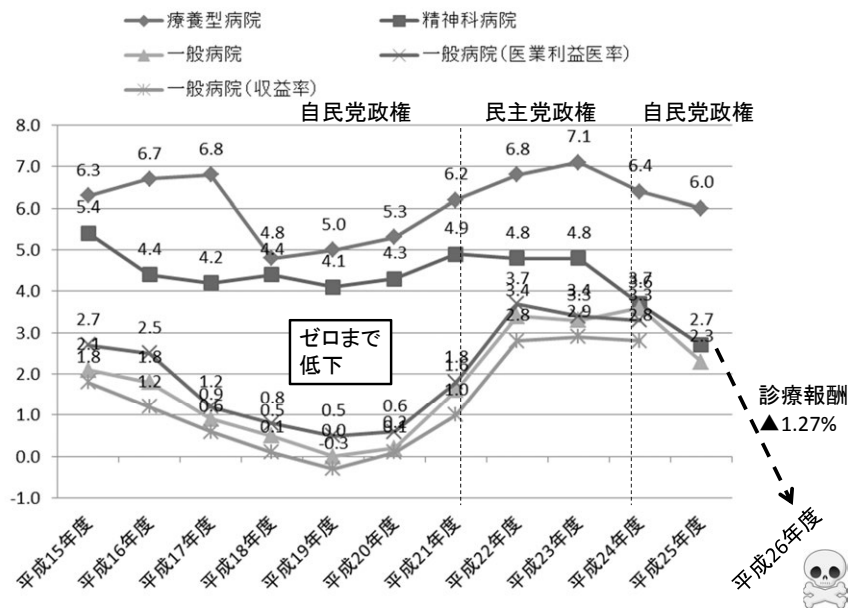


<2025年(平成37年)の姿>



- <高度急性期(一般急性期)>
 - 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - 平均在院日数の短縮
 - 長期入院患者の評価の適正化
 - 重症度・看護必要度の見直し
 - 入院早期からのリハビリの推進 等
- <回復期(至急性期入院医療管理料等)>
 - 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - 急性期病床からの受入れ、在宅生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等
- <長期療養>
 - 長期療養患者の受け皿の確保
- <その他>
 - 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
 - 有床診療所の機能に応じた評価
- <外来医療>
 - 外来の機能分化の推進
 - 主治医機能の評価 等
- <在宅医療>
 - 質の高い在宅医療の提供の推進
 - 在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

病院の経常利益率



26改定の特徴

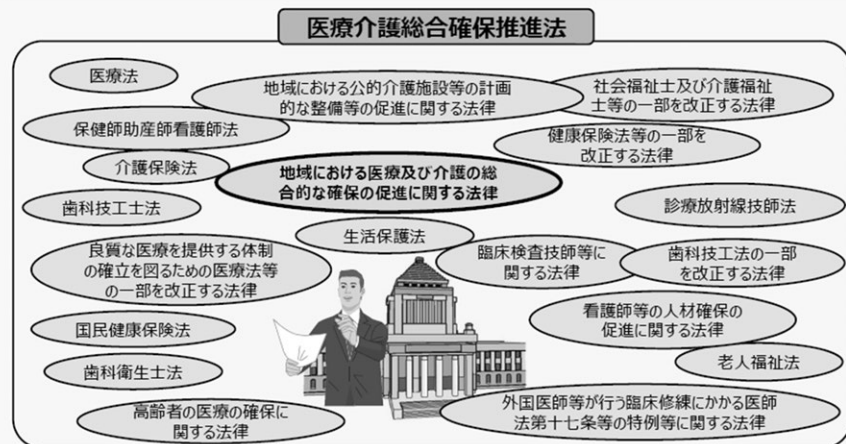
1. 37年(2025年)に向けて24改定からの継続性
2. 医政局とのコラボ(第6次医療法改正の先取り)
3. 急性期重視から回復期、慢性期を在宅へシフト(7対1病院削減)
4. ストラクチャー評価からアウトカム評価へ(在宅復帰率)
5. 可視化(データ提出加算)

医療介護総合確保推進法案

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案

医療介護総合確保推進法

2014年6月18日参議院本会議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)が可決・成立しました。
これは医療法や介護保険法など19の法案をとりまとめたもので、この内容に従って各法が改正されます。



地域医療構想策定ガイドライン

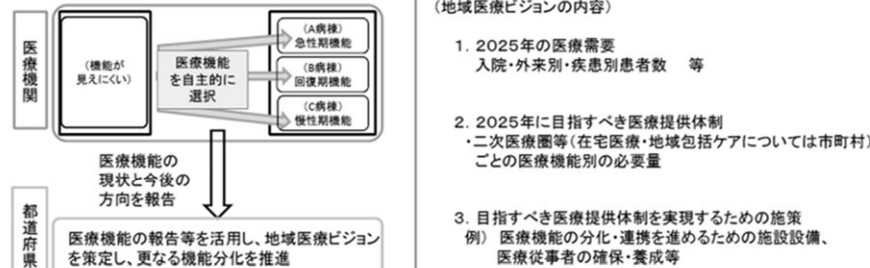
病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定

○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療ビジョンの策定(平成27年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。
国は、都道府県における地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



※ 併せて、地域医療ビジョンを実現するための措置(都道府県の役割の強化等)について検討

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。
※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

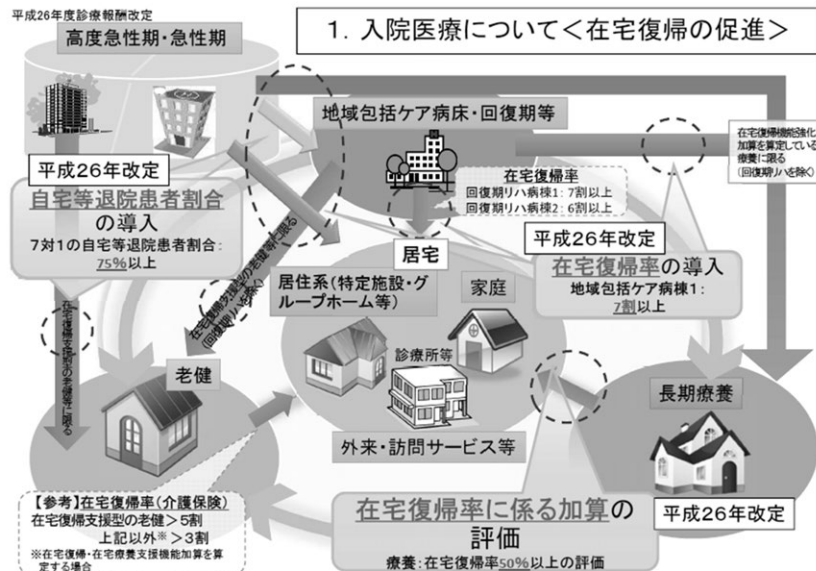
有力な選択肢

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟

1. 医療資源の少ないところでの救世主
2. 救急から看取りまで
3. 使い勝手のよい制度
4. 今後、最大最強の病棟になりそう
5. 経済財政諮問会議から、初の処遇改善のお墨付き
6. 欠点は手術料が包括

「地域包括ケア病棟」4つの機能



地域包括ケアシステムの構築

(先進例)

広島県

広島県における地域包括ケア体制構築の取組

～全生活圏域で地域包括ケアシステムを構築～

■ 地域での包括ケア体制づくりの支援

- ・ 県地域包括ケア推進センターの設立
- ・ 地域包括ケアシステム構築手法の類型化

■ 在宅医療連携体制の整備

- ・ 在宅医療推進拠点の整備
- ・ 在宅医療推進医等リーダーの育成 等

■ 市町の主体的な取組の促進

- ・ 地域包括ケアロードマップの策定支援 等

地域包括ケア体制の構築への取組①

広島県地域包括ケア推進センターの設置

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、県が実施主体となり、市町を広域的に支援するセンターを設置。

- センター長：山口 昇
- 設置年月日：平成24年6月1日
- 職員体制：医師、理学療法士、作業療法士、保健師、看護師、社会福祉士等を配置

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりを専門的に支援

多職種連携の推進
「医療と介護の連携を推進」

在宅ケアの推進
「包括ケアの要となる地域包括支援センターの機能強化」

地域リハビリテーションの推進
「在宅での「リハビリ」の方法や情報を提供」

地域包括ケアシステムの見える化
日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築手法の類型化、課題に応じた具体的な支援

地域住民に向けた情報発信
県民参加型研修会の開催 等

地域包括ケア体制の構築への取組②

在宅医療連携体制の整備

①各地域で地域包括ケア体制を医療面から支えることができる在宅医療推進の連携拠点の整備

→県内すべての市町で取組を開始

②125の日常生活圏域で医療・介護の連携の中心的な役割を担う在宅医療推進医等を育成（H26.3月現在271人）

→平成26年度は、在宅医療推進医が各地域において中核的な役割を担い、各地域の研修会等の企画・運営等に参画

③事業報告会（3月中旬を予定）を開催し、他地域の取組を相互に情報共有するとともに、各拠点の取組の活性化を図る。

地域包括ケア体制の構築への取組③



市町の主体的な取組の促進

○市町において地域包括ケアを先導して実施する取組への支援

各市町が日常生活圏域を1圏域選定し実施するなど、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けた先導的な取組に対する財政支援

○地域包括ケア実現のためのロードマップを作成する市町への支援

地域における課題や必要な施策を整理し、地域包括ケア実現のためのロードマップを策定する市町への支援

○「ケアマネマイスター広島」の認定、活動支援

ケアマネマイスターの認定、研修会等への講師派遣、相談事業、活動支援

認定実績：H24 4人、H25 3人

地域包括ケアロードマップの策定支援

～第6期介護保険事業計画の策定に向けて～

■背景・課題

- 地域包括ケアシステムの概念を市町単位で具現化にする際に、優先すべき取組や連携体制の構築手法等のイメージが描けない。
- 地域資源、サービス利用状況等について他市町との相対的な比較ができず、地域特性等の把握が困難。
- 介護保険事業計画を立案する際に必要なのは「ニーズ」であり、高齢者の生活実態に着眼し、その状態を客観的に把握する必要がある。（サービス未利用者も含めたニーズの把握）

■地域包括ケアロードマップ(H27～)

市町が策定する次期老人福祉計画・介護保険事業計画(平成27～29年度)と合わせて策定する地域包括ケアシステムの構築に向けた日常生活圏域単位の行動計画

【現状と課題、課題解決策(取組、役割分担、実施時期(目標))等を記載】

地域医療支援センター

地域医療支援センター（仮称）について

- 都道府県が、キャリア形成支援と一体となって医師不足の医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センター（仮称）の機能を医療法上位置づけ。

※ 都道府県を事業主体として平成23年度から設置し、運営費に対する補助を実施
(平成25年度予算9.6億円、30カ所 平成26年度概算要求13.5億円、42カ所)

※ 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成25年3月末時点)

地域医療支援センターの目的と体制

- ・ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取組むコントロールタワーの確立。
- ・ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取組む。
 - ・ 設置場所：都道府県庁、大学病院、都道府県立病院 等

地域医療支援センターの役割

- ・ 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

特定看護師制度

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の必要性

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水の程度)の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



注1) 手順書: 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。

注2) 特定行為: 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

> 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。

> 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修者の把握方法

研修者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修者名簿の提出を受ける(省令で規定することを想定)。

制度の施行日 平成27年10月1日

特定行為及び特定行為区分

特定行為区分	特定行為区分に含まれる行為	特定行為区分	特定行為区分に含まれる行為
呼吸器関連(気道確保に係る行為)	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整
呼吸器関連(人工呼吸療法に係る行為)	人工呼吸器モードの設定条件の変更 人工呼吸器管理下の鎮静管理 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
呼吸器関連(長期呼吸療法に係る行為)	気管カニューレの交換	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 撓骨動脈ラインの確保	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	病態に応じたインスリン投与量の調整
循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカーリード」の抜去 PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整	栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正
透析管理関連	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	栄養に係るカテーテル管理関連(中心静脈カテーテル関連)	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	栄養に係るカテーテル管理関連(PICC関連)	中心静脈カテーテルの抜去
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン抜去 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	精神・神経症状に係る薬剤投与関連	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーン抜去	精神・神経症状に係る薬剤投与関連	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与
術後疼痛管理関連	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与
創部ドレーン管理関連	創部ドレーン抜去	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	臨時薬剤(抗不安薬)の投与
創傷管理関連	褥瘡・慢性創傷における血流のない壊死組織の除去 創傷の陰圧閉鎖療法の実施	感染に係る薬剤投与関連	臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与
		皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗菌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
		ろう孔管理関連	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換

制度の施行に向けたスケジュール

平成26年12月24日

- ◆ 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会「特定行為及び特定行為研修の基準などに関する意見」取りまとめ

平成27年1月

- ◆ 行政手続法に基づくパブリックコメントの実施(1月17日(土)~2月15日(日))

平成27年2月

- ◆ 第7回 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会(省令(案)に関する諮問)
- ◆ 省令の公布

平成27年4月~

- ◆ 指定研修機関の申請受付開始
- ◆ 指定研修機関の指定に係る審議

平成27年10月1日

- ◆ 特定行為に係る看護師の研修制度の施行

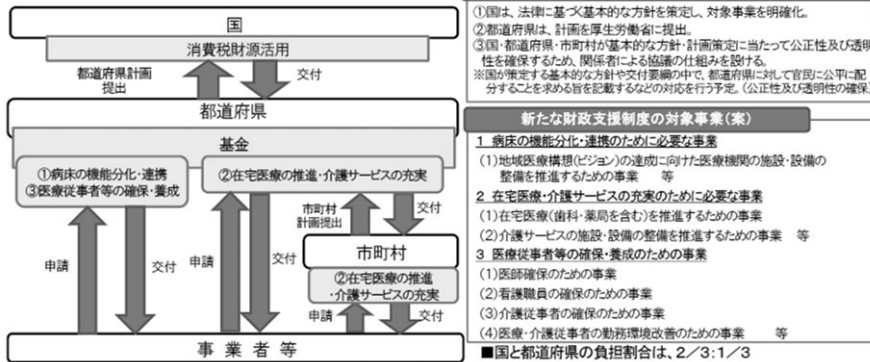
地域医療介護総合確保基金

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



**平成26年度 地域医療介護総合確保基金
内示額**

上位10都道府県

上位	都道府県	基金規模	内示額 (国費)
1	東京	77.3	51.5
2	大阪	49.5	33.0
3	兵庫	39.4	26.3
4	神奈川	38.5	25.7
5	北海道	37.3	24.9
6	埼玉	36.5	24.3
7	千葉	34.6	23.1
8	愛知	32.0	21.3
9	静岡	31.7	21.1
10	福岡	31.3	20.9

下位10都道府県

下位	都道府県	基金規模	内示額 (国費)
38	山口	9.1	6.0
39	大分	9.1	6.1
40	宮崎	8.9	5.9
41	長崎	8.7	5.8
42	青森	8.6	5.8
43	福井	8.4	5.6
44	愛媛	8.4	5.6
45	石川	8.1	5.4
46	高知	8.0	5.3
47	佐賀	8.0	5.3
	合計	903.7	602.4

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 交付決定額一覧

都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)	都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)	都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)	都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)
01北海道	37.3億円	24.9億円	13東京	77.3億円	51.5億円	25滋賀	14.2億円	9.5億円	37香川	14.9億円	9.9億円
02青森	8.6億円	5.8億円	14神奈川	38.5億円	25.7億円	26京都	24.7億円	16.5億円	38愛媛	8.4億円	5.6億円
03岩手	10.2億円	6.8億円	15新潟	18.1億円	12.1億円	27大阪	49.5億円	33.0億円	39高知	8.0億円	5.3億円
04宮城	15.1億円	10.1億円	16富山	9.5億円	6.3億円	28兵庫	39.4億円	26.3億円	40福岡	31.3億円	20.9億円
05秋田	10.7億円	7.1億円	17石川	8.1億円	5.4億円	29奈良	10.4億円	6.9億円	41佐賀	8.0億円	5.3億円
06山形	10.8億円	7.2億円	18福井	8.4億円	5.6億円	30和歌山	9.5億円	6.4億円	42長崎	8.7億円	5.8億円
07福島	15.6億円	10.4億円	19山梨	10.6億円	7.1億円	31鳥取	13.2億円	8.8億円	43熊本	18.8億円	12.5億円
08茨城	20.7億円	13.8億円	20長野	15.3億円	10.2億円	32島根	18.1億円	12.1億円	44大分	9.1億円	6.1億円
09栃木	14.5億円	9.7億円	21岐阜	20.9億円	13.9億円	33岡山	9.2億円	6.2億円	45宮崎	8.9億円	5.9億円
10群馬	17.0億円	11.3億円	22静岡	31.7億円	21.1億円	34広島	26.4億円	17.6億円	46鹿児島	9.9億円	6.6億円
11埼玉	36.5億円	24.3億円	23愛知	32.0億円	21.3億円	35山口	9.1億円	6.0億円	47沖縄	17.7億円	11.8億円
12千葉	34.6億円	23.1億円	24三重	16.5億円	11.0億円	36徳島	17.8億円	11.9億円	合計	903.7億円	602.4億円

※交付決定額：基金規模の2/3

臨床研究中核病院

医療法に基づく臨床研究中核病院の承認要件に関する検討会

目的

臨床研究中核病院として厚生労働大臣の承認を受けるための具体的な基準等の検討を目的とし、医政局長の私的諮問機関として、本検討会を開催。

(※)「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)において、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発等に必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う医療機関として、臨床研究中核病院が法律上位置づけられた。

主な検討事項

- 医療法に基づく臨床研究中核病院の承認要件について、下記の視点から検討する。
- 特定臨床研究(厚生労働省令で定める基準に従って行う臨床研究をいう。以下同じ。)に関する計画を立案し、実施する能力を有すること
 - 他の病院又は診療所と共同して特定臨床研究を行う場合にあっては、特定臨床研究の実施の主導的な役割を果たす能力を有すること
 - 他の病院又は診療所に対し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行う能力を有すること
 - 特定臨床研究に関する研修を行う能力を有すること 他

委員

- 青谷 恵利子 学校法人北里研究所 北里大学臨床研究機構 臨床試験コーディネーティング部 部長
- 和泉 啓司郎 (独) 国立国際医療センター病院 薬剤部長
- 大津 敦 (独) 国立がん研究センター 早期・探索臨床研究センター長
- 橘岡 英雄 (独) 国立病院機構大阪医療センター 院長
- 近藤 達也 (独) 医薬品医療機器総合機構 理事長
- 下瀬川 徹 東北大学病院 病院長
- 中川 俊男 公益社団法人日本医師会 副会長
- 中西 洋一 九州大学病院 ARO次世代医療センター長
- 橋本 宗明 日経ドラッグインフォメーション 編集長
- 花井 十伍 全国薬害被害者団体連絡協議会 代表世話人 大阪HIV薬害訴訟原告団代表 (敬称略)
- : 座長

開催実績・スケジュール

- 第1回(平成26年9月12日)
- ・法制化の経緯について
 - ・今後の検討の進め方について
- 第2回～第4回(平成26年10月～11月開催)
- ・承認要件に関する検討
- 第5回(平成27年1月23日開催)
- ・報告書取りまとめ
- ⇒上記取りまとめを受け、パブリックコメント(2/4～)等の所要の手続きを経て、平成27年4月に臨床研究中核病院の承認要件に関する政省令を施行予定。

臨床研究中核病院の承認要件について〔概要〕

医療法第四条の三に規定されている臨床研究中核病院の承認要件について、「能力」、「施設」、「人員」の観点から検討。

能力要件 (四条の三第一項第一号～第十号)			施設要件 (四条の三第一項第三号、六号、八号、九号)	人員要件 (四条の三第一項第七号)
実施体制	実績(別紙参照)	(参考)法律上の規定		
○不適正事案の防止等のための管理体制の整備 ・病院管理者の権限及び責任を明記した規程等の整備 ・病院管理者を補佐するための会議体の設置 ・取組状況を監査する委員会の設置	○自ら行う特定臨床研究の実施件数 ○論文数	I 特定臨床研究に関する計画を立案し実施する能力	○診療科 ・10以上	○臨床研究支援・管理部門に所属する人員数
*上記の他、申請時に過去の不適正事案の調査、再発防止策の策定等の義務づけ。	○主導する多施設共同の特定臨床研究の実施件数	II 他の医療機関と共同して特定臨床研究を行う場合に主導的な役割を果たす能力	○病床数 ・400以上	・医師・歯科医師 5人 ・薬剤師 10人 ・看護師 15人 ・臨床研究コーディネーター 12人 ・データマネージャー 3人 ・生物統計家 2人 ・薬事承認審査機関経験者 1人
○以下の体制について担当部門・責任者の設置、手順書の整備等を規定 ・臨床研究支援体制 ・データ管理体制 ・安全管理体制 ・倫理審査体制 ・利益相反管理体制 ・知的財産管理・技術移転体制 ・国民への普及・啓発及び研究対象者への相談体制	○他の医療機関が行う特定臨床研究に対する支援件数	III 他の医療機関が行う特定臨床研究の援助を行う能力	○技術能力について外部評価を受けた臨床検査室	※平成23年度に選定された5拠点の整備状況を参考に設定。
	○特定臨床研究を行う者等への研修会の開催件数	IV 特定臨床研究に関する研修を行う能力	※特定機能病院の要件を参考に設定。	※平成23年度に選定された5拠点の整備状況を参考に設定。

臨床研究中核病院

- ・ 現在までの認定
- ・ 1次
 - 東北大学附属病院、大阪大学医学部附属病院、国立がんセンター中央病院
- ・ 2次
 - 国立がんセンター東病院、保留2病院
- ・ 3次
 - 審査中 2病院

奥藤酒造(塩間屋 蔵元)



経済財政諮問会議 経済・一体改革推進委員会

平成27年12月4日発表
アクション・プログラム原案
KPI(Key Performance Indicators)(成果目標)
医療関係の主なポイント

KPI 2016～2018年度までに

1. 地域医療構想を策定
2. 医療費適正化計画を策定
3. がん検診受診率を50% 2016年度まで
- (胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%)
4. がんの年齢調整死亡率を20%減少

5. 生活保護の後発品使用割合を75% 2017年度まで

6. 新公立病院改革プランの策定率100% 2018年度まで

KPI 2020年度末までに

1. 500床以上は紹介状なし受診者を60%以下
2. かかりつけ医と連携して生活習慣病の重症化予防取組自治体を800
3. 健康寿命を1歳以上伸ばす
4. メタボ人口を2008年度比で25%減
5. 特定健診受診率を70%以上、40～74歳の検診受診率を80%以上
6. 後発品の使用割合を80%以上
7. 後発品の品質確認検査を約900品目実施
8. 200床以上の病院の単品単価取引を60%以上
9. 重複投薬・相互作用防止の取り組み件数を平均の2倍以上

KPI 2022年度末まで

1. 糖尿病有病者を1000万人に抑制
2. 収縮期血圧の平均値
- 男性134mmHg、女性129mmHg に低下

KPI その他

1. 外来医療費の適正化
2. 年齢調整後の医療費適正化
3. 在宅医療機関の増
4. 地域包括診療料、地域包括診療加算の算定増
5. 7対1病床数・患者数の削減
6. 地域差分析に基づき、介護給付費の適正化
7. 年齢調整後の「要介護認定率」と「1人当たり介護費」の地域差を縮小
8. 地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための取り組みを全都道府県で実施

御崎桜



日本版NIH(AMED) MEJ

推進法 機構法

独立行政法人日本医療研究開発機構法案

医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施・助成等の業務を行うことを目的とする独立行政法人日本医療研究開発機構を設立することとし、その名称、目的、業務の範囲等について定める。

法律案の概要

1. (独)日本医療研究開発機構の設立(第1条～第3条)

○ 医療分野の研究開発における基礎から実用化までの一貫した研究開発の推進・成果の円滑な実用化及び医療分野の研究開発のための環境の整備を総合的かつ効果的に行うため、健康・医療戦略推進本部が作成する医療分野研究開発推進計画に基づき、医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施、助成等の業務を行うことを目的とする、独立行政法人日本医療研究開発機構を設立し、その名称、目的、業務の範囲等に関する事項について定める。

2. (独)日本医療研究開発機構の業務(第10条)

① 医療分野の研究開発及びその環境の整備を行うこと

(例:委託事業として、京都大学におけるiPS細胞を使った再生医療の研究及びその研究に必要な研究機器の整備を行うなど)

② ①の業務に係る成果を普及し、及びその活用を促進すること

(例:医薬品開発における基礎的な研究の成果を製薬企業等に紹介し、実用化開発を促進するなど)

③ 医療分野の研究開発及びその環境の整備に対する助成を行うこと

(例:バイオ医薬品の製造技術の開発に対する補助、臨床研究を実施する上での体制の整備のための補助を行うなど)

④ ①～③の業務に附帯する業務を行うこと

(例:国内外における研究開発・技術開発の動向調査、研究成果の広報、研究を通じた国際協力など)

3. 健康・医療戦略推進本部の関与(第8条・第20条)

○ 理事長及び監事の任命並びに中期目標の策定等に当たって、健康・医療戦略推進本部の意見を聴くこととする。

施行期日

○ 一部の規定を除き、公布日(附則第1条)(法人の設立は平成27年4月1日を予定)

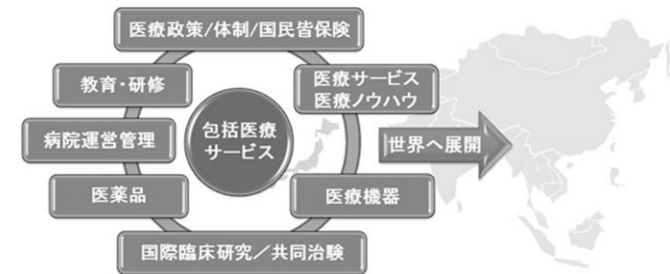
平成27年4月発足

日本版NIH

- NIH(National Institutes of Health)
- 国立衛生研究所
- AMED(Japan Agency for Medical Research and Development)
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構
- 理事長 末松 誠氏(慶應義塾大学医学部長)

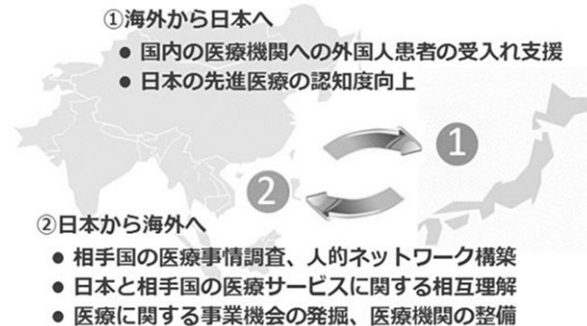
Medical Excellence JAPAN(MEJ)

- 理事長 山本修三氏
- 官民一体で、日本と相手国の医療界の人的ネットワークを構築し、相手国の医療の課題やニーズを踏まえ、日本の医療と、医療機器や医薬品、人材育成、医療・保険の制度・システムなどをトータルのパッケージで輸出し、日本式の医療を海外展開する取り組みを推進



海外⇔日本

- 医療に関する様々な事業機会を組み合わせる相手国に医療機関を整備
- 日本の先進医療を必要とする相手国の患者は、日本の医療機関への受入れを支援



先進医療会議構成員(本会議)

平成27年3月1日

氏名	役職	分野
○ 五十嵐 隆	国立成育医療研究センター総長	小児科
石川 広己	公益社団法人 日本医師会 常任理事	小児科
坂本 徹	東京医科歯科大学 名誉教授	心臓血管外科
◎ 猿田 享男	慶應義塾大学 名誉教授	内科(内分泌)
柴田 大朗	国立がん研究センター 研究支援センター 生物統計部長	生物統計
福井 次矢	聖路加国際病院 院長	総合内科
福田 敬	国立保健医療科学院 統括研究官	医療経済
藤原 康弘	国立がん研究センター 企画戦略局長	臨床評価・腫瘍 内科
宮坂 信之	東京医科歯科大学 名誉教授	リウマチ内科
山口 俊晴	がん研究会有明病院 副院長	消化器外科
山本 晴子	国立循環器病研究センター 研究開発基盤セ ンター 先進医療・治験推進部長	臨床評価・神経 内科

◎ 座長 ○ 座長代理

27年介護報酬改定

平成27年度介護報酬改定の改定率について

- 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。
- また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率とする。

A B 改定率▲2.27% 4.48-2.21=2.27 ?

(処遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: ▲4.48%)

(うち、在宅 ▲1.42%、施設 ▲0.85%)

(注1) ▲2.27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。

(注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

(改定の方向)

- B ・ 中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- A ・ 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めた包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



2. 介護人材確保対策の推進

- 地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

介護職員処遇改善加算

- 介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を実施。

《新設の加算(更なる上乘せ評価)の算定要件》

- (1) キャリアパス要件
 - ① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
 - ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。
- (2) 定量的要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

サービス提供体制強化加算

- 介護福祉士の配置が一層促進されるよう、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況の評価。なお、当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まない。

<介護老人福祉施設、介護老人保健施設等> ➡ 介護福祉士6割以上: 18単位/日(新設)
 介護福祉士5割以上: 12単位/日 介護福祉士5割以上: 12単位/日

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

○ 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

サービス評価の適正化

● 「骨太の方針」も踏まえた介護福祉施設サービスを始めとする各サービスの評価の適正化については、各サービスの運営実態も勘案しつつ、1.及び2.の視点を踏まえた対応を実施。

集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

- (1) 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護)
- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。建物の定義は(2),(3)も同じ)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を10%減算。等
- (2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対して提供する場合は、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算。
- (3) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
- 事業所と同一の建物の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに創設。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

● 通所介護、通所リハビリテーション等において、送迎を実施していない(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、片道あたり47単位を減算。 18

持続可能な医療保険制度を構築するための 国民健康保険法等の一部を改正する 法律案

P.1202

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	一般所得	360円	一般所得	460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円				
低所得Ⅰ (住民税非課税で一定所得以下)	100円				

(食材費) (食材費+調理費)

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

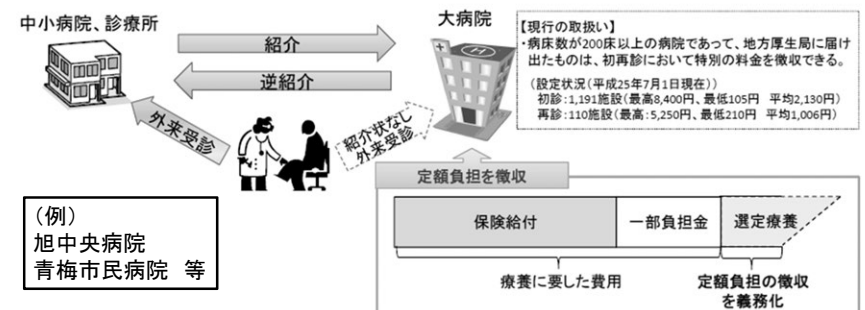
対象者数 約70万人

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

P.1203

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。
- 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。
- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
 - ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

総合診療専門医

総合診療専門医合同対策委員会

日本専門医機構に対し、地域包括医療・ケア認定制度の認定医を総合診療専門医に移行できるように合同会議を開催し、「標準的総合診療専門医研修プログラム」などの総合診療専門医制度構築に向けての研修内容などの検討を行うとともに、その趣旨を理解頂くよう活動を実施している。

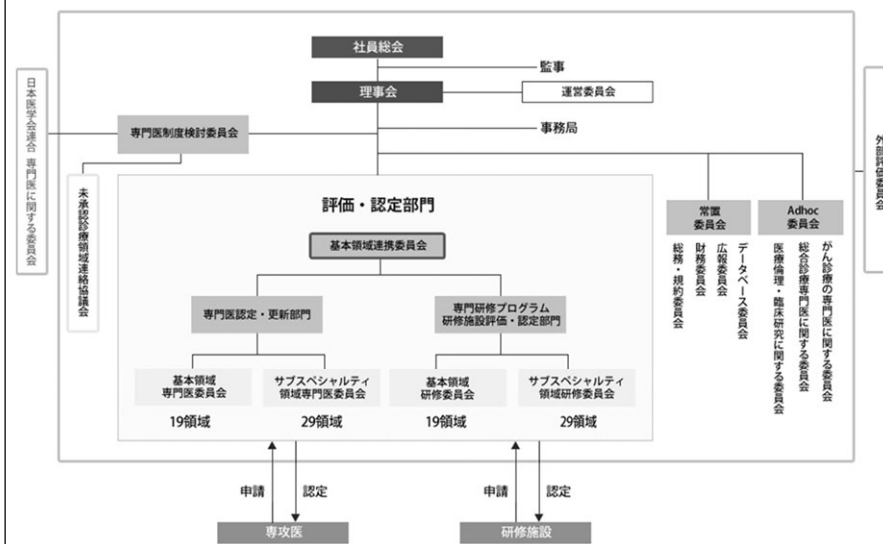
- ・平成25年12月19日
第1回総合診療専門医合同対策委員会
- ・平成26年1月14日
第1回総合診療専門医合同対策委員会作業部会

総合診療専門医に関する委員会 名簿

2014.7.31

- 委員長① 有賀 徹：昭和大学病院 病院長（副理事長）
- ② 青沼孝徳：全国国民健康保険診療施設協議会 会長、
涌谷町町民医療福祉センター センター長
- ③ 荒川哲男：全国医学部長病院長会議 会長
- ④ 葛西龍樹：福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座 主任教授
- ⑤ 小林 浩：奈良県立医科大学産婦人科 教授
- ⑥ 阪井裕一：国立成育医療研究センター 総合診療部長
- ⑦ 末永裕之：小牧市民病院 病院長、日本病院会 副会長（理事）
- ⑧ 千田彰一：香川大学 名誉教授、徳島文理大学 副学長（理事）
- ⑨ 土橋正彦：千葉県医師会 副会長、土橋医院 院長
- ⑩ 馬場秀夫：熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学 教授
- ⑪ 藤本晴枝：NPO 法人地域医療を育てる会 理事長
- ⑫ 丸山 泉：日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
- ⑬ 森下英理子：金沢大学大学院医薬保健学総合研究科病態検査学 教授
- ⑭ 山田隆司：台東区立台東病院 院長、前日本家庭医療学会 代表理事
- ⑮ 渡辺 毅：福島県立医科大学腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科
主任教授（理事）

一般社団法人日本専門医機構



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒(新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともにによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

東北地方における医学部設置 に係る構想審査会

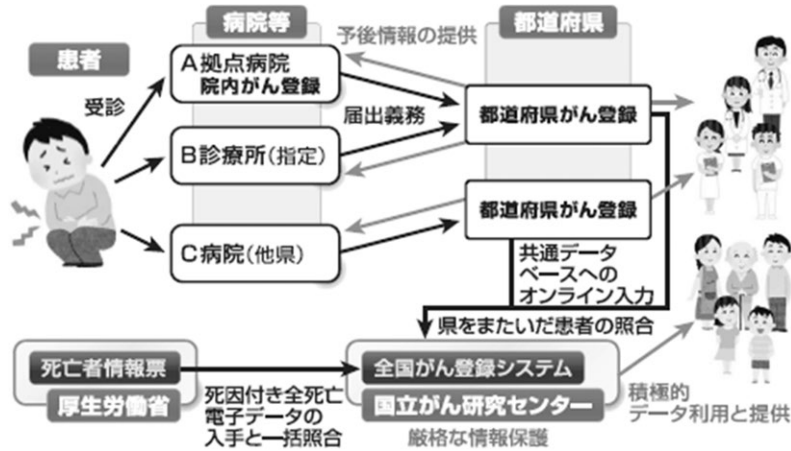
選定結果

- ・ 「東北医科薬科大学」(応募主体:学校法人東北薬科大学)の構想を選定する。
- ・ ただし、同構想は、現時点において確認できる限りにおいてはおおむね基本方針に掲げる留意点に即していると考えられるものの、より適切に対応することを明確にするため、二に掲げる条件を着実に実施することを選定に当たっての条件とする。これらの条件について適切に対応ができていると認められるまでは、設置認可を行わないこととする。
- ・ 初年度の医学部の入学定員は100人を予定

成田 医学部新設

- ・ 国家戦略特区会議の分科会
- ・ 特区「東京圏」に含まれる成田市に医学部新設
- ・ 候補は「国際医療福祉大」のみ、決定
- ・ 1学年の定員が140人
- ・ 国際的な医療拠点を目指し、
- ・ 定員のうち20人を東南アジアの政府や大学からの留学生
- ・ 200人以上を予定する教員のうち5%(10人)以上は外国人教員とする予定。

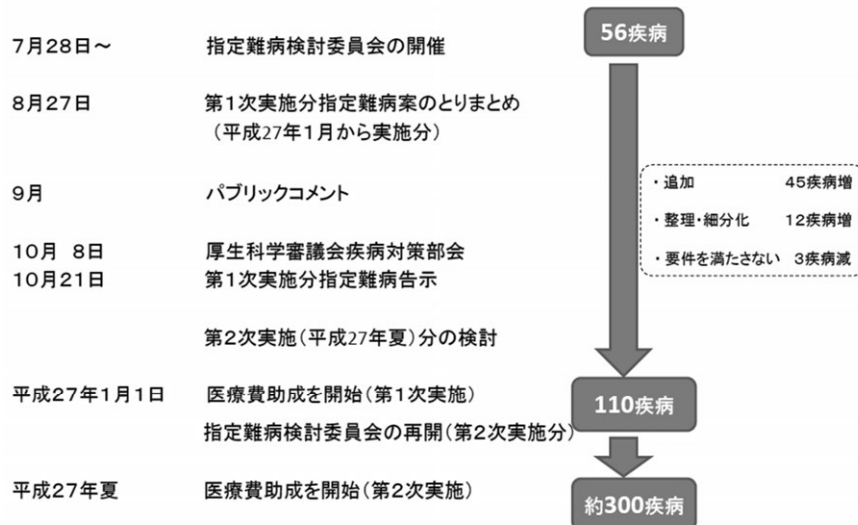
2016年1月「全国がん登録」スタート



がん登録

- 地域がん登録
 - 各都道府県が地域住民に発生した全がん種の罹患率、生存率の実態と推移を分析
- 院内がん登録
 - 医療機関が自院の病院機能を高めるために受診患者の全がん種の診療数、生存率の実態を分析
 - がん診療病院: 236 が参加
 - 登録項目: 53 (必須22)
 - 全患者数の8割を占める
- 臓器別がん登録
 - 専門学会が特定のがん患者の特定部位、種類の生存率等を治療情報を用いて、詳細に分析
 - 臨床病理学的な特徴の把握、治療方針の策定などに活用し、がん医療の質を高める

指定難病の拡充について



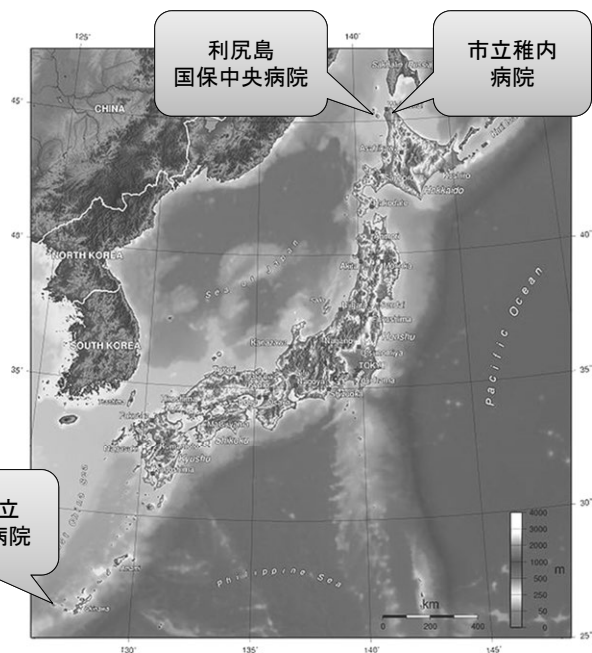
医療界 昨年の10大ニュース

1. 医療事故調査制度発足(10/1)
 2. 地域医療構想調整会議本格化
 3. 特定機能病院取り消し(T.W, G)
 4. 腹腔鏡肝切除 死亡例相次ぐ
 5. ドラッグチェーン福太郎など調剤報酬不正相次ぐ
 6. 看護師の特定行為研修開始(10/1)
 7. 新専門医制度概要内定
 8. 指定難病拡大(56疾病→306疾病)(7/1)
 9. 臨床研究中核病院選定(現在4病院)
 - 患者申出療養制度を受けて
 10. 新・新設医大2校決定(仙台、成田)
- 特別枠 ノーベル医学生理学賞 大村教授(線虫感染症の新しい治療法)
- 番外 消費税 病院経営に重荷 (各団体調査、診療報酬での補填不十分)
- 公立病院改革第2次ガイドライン、医療法改正
- 高額療養費制度見直し(1/1)
- 柔整報酬詐欺、暴力団主導
- MERS 世界で流行
- 南三陸病院竣工(被災地に灯)

華岳寺 (大石家菩提寺)



60年の歴史と当協議会



歴史の古い会員病院

- 市立札幌病院(明治2年)
- 公立豊岡病院(明治6年)
- 山形済生館病院(明治12年)
- 佐賀県医療センター(旧好生館)(明治21年)

公立豊岡病院 開設布告文

本県下ハ山陰山僻ナレバ常ニ世風ニ後レ文明
ノ氣運ヲ吸収スル能ハズ不幸疾病ニ罹ルトキハ
是ヲ保護スル衛生行届カズ非命ニ死スルモノ不
尠誠ニ愍然ノ至リニ不堪因テ此ノ度ビ於豊岡表
仮医局相立候間治療可願出事

公立豊岡病院

関西広域連合三府県共同運航
年間出動件数 1200件



設立宣言

わが国、医療機関の中核をなす都道府県立、市町村立
1,100の病院は、全病院の緊密な連携と協力のもとに、
自治体病院事業の発展と使命の完遂をはかり、もって
国民福祉の向上に寄与すべく、ここに、全国自治体病院
協議会を結成するものであります。

昭和37年4月16日

全国自治体病院協議会設立総会

定款

(目的)

第二条 本会は、自治体病院の一致協力により、自治体病院事業発展とその使命の完遂とを図り、もって国民福祉の向上に寄与することを目的とする。

(事業)

第三条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行なう。

- 1.自治体病院の運営及び管理について調査研究を行なうこと。
- 2.医療制度 社会保険制度及び関連諸制度並びに関連法規の調査研究を行なうこと。
- 3.病院関係者の教育及び指導並びに福利厚生及び表彰を行なうこと。
- 4.経営診断を行なうこと。
- 5.自治体病院学会を開催すること。
- 6.自治体病院事業について、関係機関及び団体との連絡協議を行なうこと。
- 7.病院事業に必要な資料購入に関する調査研究及び共同施策を行なうこと。
- 8.前各号に関する資料の発刊及び情報の交換を行なうこと。
- 9.その他本会の目的を達成するために必要なこと。

昭和38年12月3日許可

加盟会員数の推移

- 創立時会員数： 106病院
(全国都道府県立病院協議会設立当時) 昭和28年
- 最多会員数： 1,024施設 (平成15年3月31日現在)
- 現在： 915施設 (平成25年4月1日現在)

部会活動

1. 精神科特別部会
2. 事務長部会
3. 看護部会
4. 薬剤部長部会
5. 臨床検査部会
6. 放射線部会
7. 栄養部会
8. リハビリテーション部会
- (9) 臨床工学部会 設立準備会

地方会議

【平成25年度開催日程】

ブロック	開催日	会場
北海道	8月9日(金)・10日(土)	札幌市「ロイトン札幌」
東北	8月29日(木)	宮城県「江陽グランドホテル」
関東	5月15日(水)	埼玉県「ラフレさいたま」
北陸・信越	7月18日(木)・19日(金)	石川県「ANAクラウンプラザホテル金沢」
近畿・東海	5月30日(木)	奈良県「ホテル日航奈良」
中国・四国	8月22日(木)・23日(金)	山口県「萩市民館」
九州	7月12日(金)	大分県「大分オアシスタワーホテル」

《共通議題》 ・医師確保と地域医療再生
・チーム医療の現況と展望

全国自治体病院協議会雑誌

Journal of Japan Municipal Hospital Association



雑誌の主な掲載内容

全職員
必読

- 窓 medicine
- 会長通信
- 当院の取り組み
- 特集(改革プラン、診療報酬改定など)
- 部会コーナー

- 全国学会案内
- 全自病協会議
- 政府等の主な出来事
- 編集者の手帖

1	シナプス	精神科特別部会
2	事務長より一言	事務長部会
3	人明り	看護部会
4	ファルマ	薬剤部長部会
5	ラボラトリーズ	臨床検査部会
6	スキャッターリング	放射線部会
7	栄養	栄養部会
8	チームリハビリ	リハビリテーション部会

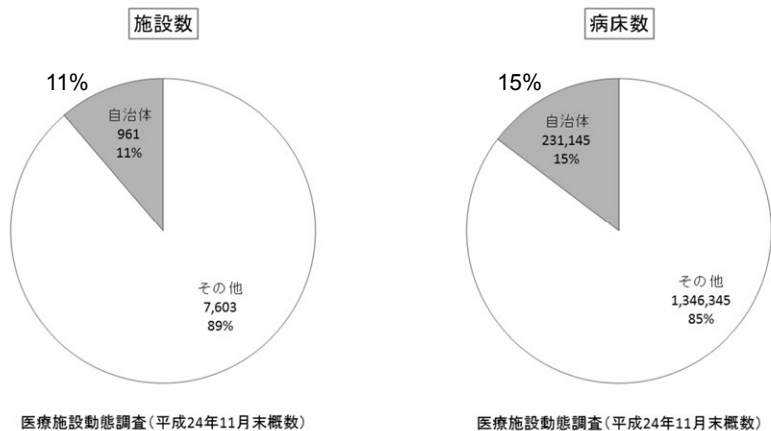
昭和37年6月発刊 → 現在52巻6月まで 累計540号

赤穂城 太鼓橋



自治体病院の役割

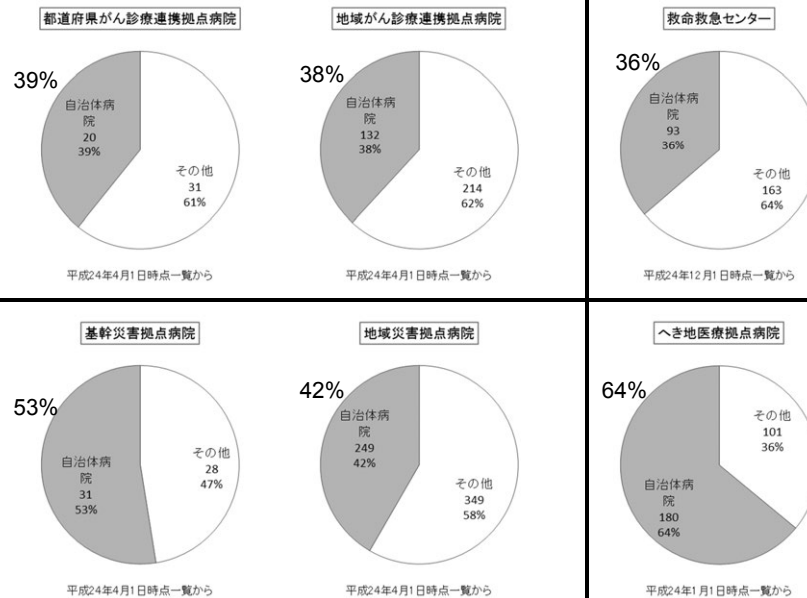
全体に占める割合



医療施設動態調査(平成24年11月末概数)

医療施設動態調査(平成24年11月末概数)

拠点病院に占める割合



平成24年4月1日時点一覧から

平成24年4月1日時点一覧から

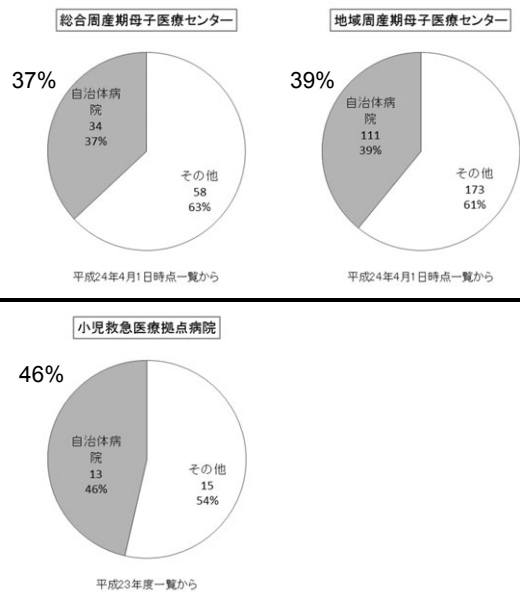
平成24年12月1日時点一覧から

平成24年4月1日時点一覧から

平成24年4月1日時点一覧から

平成24年1月1日時点一覧から

拠点病院に占める割合

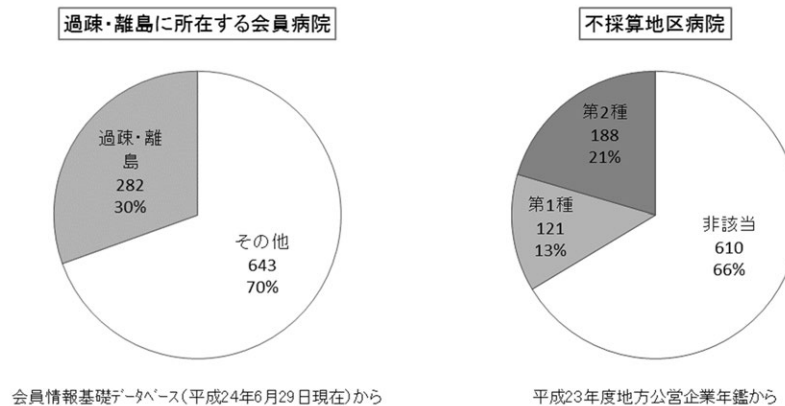


平成24年4月1日時点一覧から

平成24年4月1日時点一覧から

平成23年度一覧から

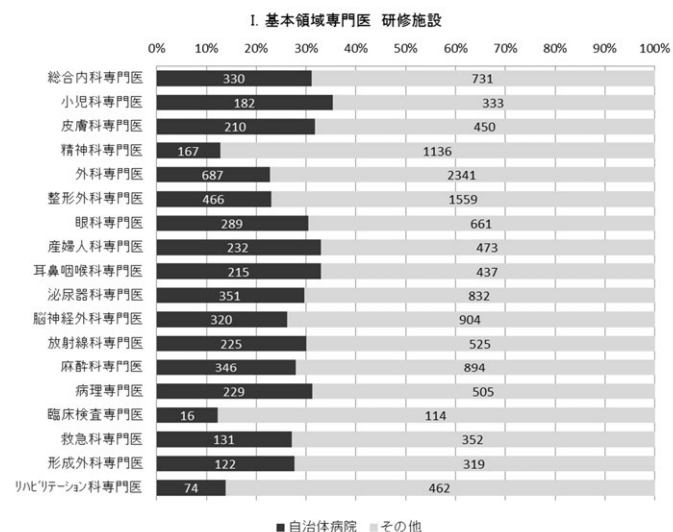
過疎・離島 不採算地区に立地する割合



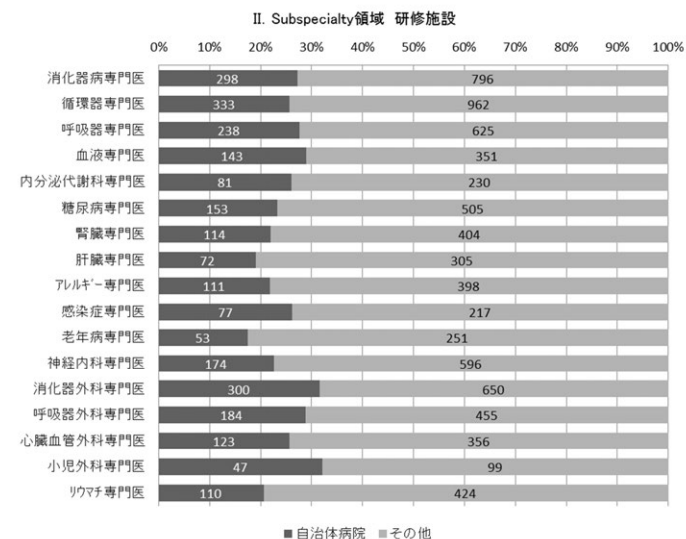
会員情報基礎データベース(平成24年6月29日現在)から

平成23年度地方公営企業年鑑から

専門医研修施設に占める割合(基本領域)



専門医研修施設に占める割合(Subspecialty領域)



指導医の養成

- 平成22年時点で、講習会は1309回
–うち92回は当協議会
- 修了者数は延べ43,701人
–うち3,877人は当協議会

全体の約10%の担っています。

(出典)平成25年2月8日 医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ資料

研修医の受入れ

- 平成25年度の研修医採用人数は、7,908人
–うち1,607人が会員病院
- 大学病院が約42%、
- 自治体病院は約20%を担っています。

(出典)厚生労働省「平成25年度の臨床研修医の採用実績の概要」

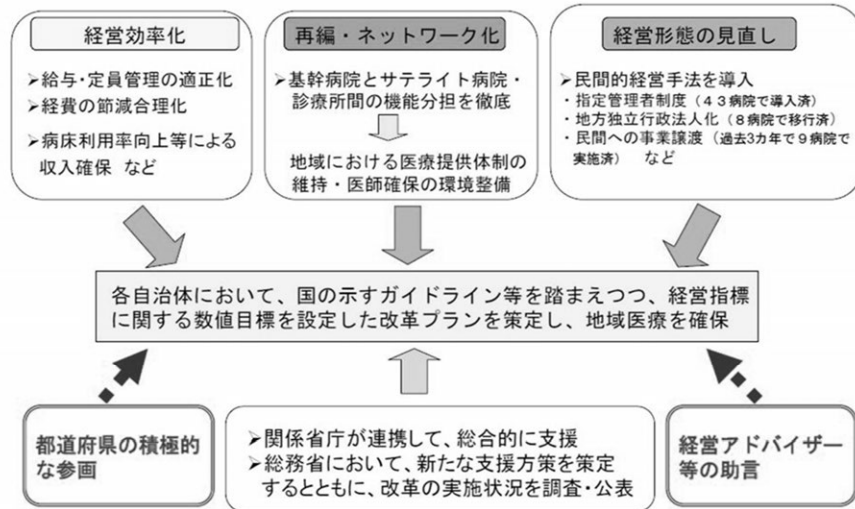
大石内蔵助像 御崎公園



公立病院改革ガイドライン

第1期

三つの視点に立って、公立病院改革を推進



第2次公立病院改革プランへの対応

視点 1(経営改善)の結果

○平成25年度に経営3指標の目標値を設定した病院の達成状況

(単位:数、%)

経常収支比率	210/452(46.5%)
職員給与比率(対医業収益)	171/437(39.1%)
病床利用率	64/442(14.5%)

○第2期改革プラン

3つの視点+地域医療ビジョン

地域や病院の規模毎のプランにペナルティーよりサポートを

視点2 役割分担、統廃合、ダウンサイジング等

役割分担、統合

- 役割分担
 - 県立日本海総合(急性期)・市立酒田(慢性期)
 - 市立舞鶴市民病院(急性期、一般から療養病床のみに縮小)
- 最近の統合病院
 - 別表に記載

最近の統合病院(宮城県～富山県)

都道府県	再編前	年度	再編後
宮城県	石巻市立病院(206床) 石巻市立雄勝病院(40床)	H28	(仮)新病院(180床) 石巻市雄勝診療所(無床)
秋田県	厚生連北秋中央病院(199床) 米内沢総合病院(252床) 阿仁病院(60床)	H22	北秋田市民病院(320床) 米内沢総合病院(60床) 阿仁診療所(無床)
山形県	山形県立日本海総合病院(528床) 酒田市酒田病院(400床)	H23	日本海総合病院(646床) 酒田医療センター(114床)
福島県	県立喜多方病院(50床) 県立会津総合病院(309床)	H25	会津医療センター(226床)
群馬県	渋川市立渋川総合病院(154床) 国立病院機構西群馬病院(380床)	H28	(仮)統合新病院(450床)
新潟県	県立小出病院(383床) 県立六日町病院(199床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(199床) 魚沼市立堀之内病院(84床)	H27	魚沼基幹病院(454床) 魚沼市立小出病院(134床) 南魚沼市民病院(140床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院(40床) 魚沼市立堀之内病院(50床)
富山県	高志リハビリテーション病院(150床) 高志学園(76床) 高志通園センター(無床)	H27	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター(202床)

最近の統合病院(石川県～高知県)

都道府県	再編前	年度	再編後
石川県	加賀市民病院(226床) 山中温泉医療センター(199床)	H28	(仮)統合新病院(300床)
静岡県	掛川市立総合病院(450床) 市立袋井市民病院(400床)	H25	中東遠総合医療センター(500床)
長野県	岡谷病院(264床) 健康保険岡谷塩嶺病院(53床)	H27	岡谷市民病院(295床)
兵庫県	県立尼崎病院(500床) 県立塚口病院(400床)	H27	県立尼崎総合医療センター(730床)
	加古川市民病院(411床) 神鋼加古川病院(198床)	H23	加古川西市民病院(405床) 加古川東市民病院(198床)
	三木市民病院(323床) 小野市民病院(220床)	H25	北播磨総合医療センター(450床)
	県立柏原病院(303床) 柏原赤十字病院(163床)	H30	統合新病院(320床)
和歌山県	国保直営串本病院(106床) 国保古座川病院(60床)	H23	くしもと町立病院(130床)
高知県	県立安芸病院(258床) 県立芸陽病院(153床)	H26	県立あき総合病院(270床)

ダウンサイジング等

- ダウンサイジング
 - 夕張市立病院→診療所と老健
 - 豊後大野市民病院(旧公立おがた総合病院)
 - 豊後大野市民病院附属三重診療所(旧県立三重病院)
- 指定管理
 - 銚子市立病院、氷見市民病院、榛原総合病院、奈良市民病院、浦安市川市民病院
- 廃止と民営化
 - 松原市民病院、武雄市民病院

視点3 経営形態の見直し

自治体立病院		平成27年10月1日現在
		病院数
地方公営企業	全部適用	365
	一部適用	463
	計	828
	うち指定管理者	72
地方独立行政法人	非公務員型	72
	公務員型	9
	計	81

計	907
---	-----

平成21年4月以降(公立病院改革プラン実施)に経営形態を移行した病院	平成27年10月1日現在
	病院数
診療所	39
民間移譲	22
統合	28
廃止	7

※ 出典：(社)全国自治体病院協議会調べ
 ※ 地方公営企業法一部適用の病院数については、平成25年度地方公営企業年鑑の病院数(建設中等を除く)から、協議会が調べたそれ以降の経営形態移行の状況を反映させたものである。

新公立病院改革ガイドライン

第2次

新たな公立病院改革ガイドラインの方向性について

1 新ガイドラインの策定期間

厚生労働省において、現在、地域医療構想のガイドラインの検討を行っており、これと連携しつつ、今年度末までに策定

2 新ガイドラインの方向性

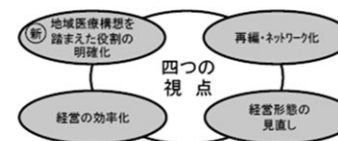
現ガイドラインの内容を継承しつつ、平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法(以下「推進法」という。)に規定されている地域医療構想の実現に向けた取組と連携する事項等を盛り込むこととし、以下の方向で検討

① 地方公共団体に対する新公立病院改革プラン策定の要請

- i) 策定期間 平成27年度又は平成28年度(地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定)
※ プラン策定後、推進法に基づく協議の場の合意事項と齟齬が生じた場合は、速やかにプランを修正

- ii) プランの期間 策定年度～平成32年度を標準

- iii) プランの内容 現ガイドラインに示している三つの視点に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた『四つの視点』に沿った内容とする



【地域医療構想を踏まえた役割の明確化】
 都市と地方等、立地条件や求められる医療機能の違いを踏まえつつ、以下の点を明確化
 ・ 地域医療構想で示す将来の医療需要・医療機能ごとの病床数の必要量と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像
 ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割(在宅医療等) 等

【経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し】
 ・ 黒字化を目指して、経常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
 ・ 病院間で機能の重複・統合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む)
 ・ 地方独立行政法人化等の経営形態の見直しを引き続き推進 等

② 都道府県の役割の強化

都道府県は、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療提供体制の確保について、これまで以上の責任を有することから、地域医療構想の実現に向けた取組と連携しつつ、再編・ネットワーク化等に積極的に関与

公立病院改革の基本的な考え方

- 公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとの目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなる。
- したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

新改革プラン 策定時期・対象期間

策定時期

できる限り早期に策定、平成27年度又は平成28年度中

対象期間

策定年度あるいはその次年度から平成32年度までの期間を対象(標準)

公立病院に期待される主な機能

- ① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

など

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割
- ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割
- ③ 一般会計負担の考え方
- ④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定
 1. 医療機能・医療品質に係るもの
 2. その他
- ⑤ 住民の理解

救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数など

患者満足度、健康・医療相談件数など

2. 経営の効率化

- ① 経営指標に係る数値目標の設定
 1. 収支改善に係るもの
 2. 経費削減に係るもの
 3. 収入確保に係るもの
 4. 経営の安定性に係るもの
- ② 経常収支比率に係る目標設定の考え方
- ③ 目標達成に向けた具体的な取組
 1. 医師等の人材の確保・育成
 2. 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化
 3. 民間病院との比較
 4. 施設・設備整備費の抑制等
 5. 病床利用率が特に低水準である病院における取組
- ④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

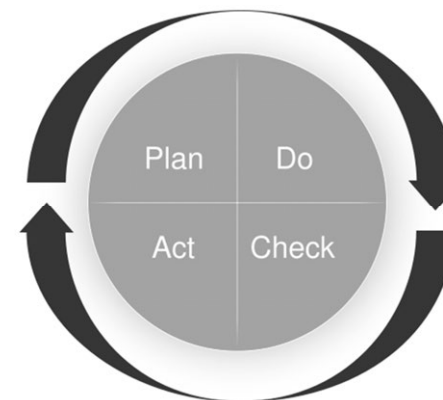
3. 再編・ネットワーク化

- ① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記
- ② 取組病院の更なる拡大
 1. 施設の新設・建替等を行う予定の公立病院
 2. 病床利用率が特に低水準(過去3年間連続して70%未満)
 3. 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討することが必要である公立病院
- ③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項
 1. 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進
 2. 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備
 3. 病院機能の再編成(公的病院、民間病院等との再編を含む)

4. 経営形態の見直し

- ① 経営形態の見直しに係る計画の明記
- ② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項
 1. 地方公営企業法の全部適用
 2. 地方独立行政法人化(非公務員型)
 3. 指定管理者制度の導入
 4. 民間譲渡
 5. 事業形態の見直し

新改革プラン 実施状況の点検・評価・公表



公立病院改革に対する財政措置等

1. 新改革プランの策定に要する経費
2. 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費
3. 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費
4. 許可病床削減時の普通交付税算定の特例

普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更することに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、

地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる(平成28年度から実施)。

既存の地方財政措置の見直し

1. 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し
2. 病床数に応じた地方交付税算定の見直し

算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。

3. 公立病院に関する地方財政措置の重点化
 1. 病院施設の整備費に係る措置
 2. 不採算地区病院に対する措置
 3. 公立病院に対する特別交付税措置の重点化
4. 公的病院等に対する措置

病院前バス停



診療報酬改定

平成28年(2016)

平成28年度診療報酬 改定率

改定率 ▲1.31%

国費 ▲1,495億

- 診療報酬本体 +0.49% (+498億)
- 薬価等
 - ▲1.22% (▲1,247億)
 - 市場拡大再算定 ▲0.19% (▲200億)
 - 市場拡大再算定の特例 ▲0.28% (▲282億)
- 材料価格 ▲0.11% (▲115億)
- 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項 (▲107億)
(医薬品価格の適正化を除く)

7対1の見直し

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(2日間)	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況

重症者の定義

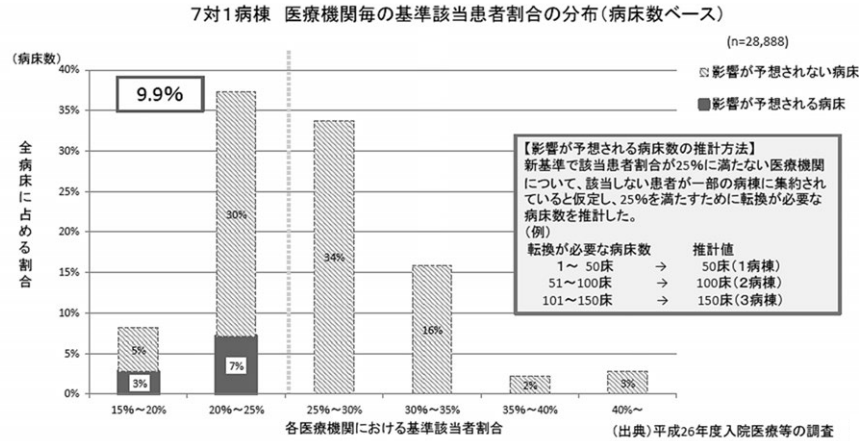
A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者
又は
A得点が3点以上の患者
又は
C得点が1点以上の患者

C項目(手術等の医学的状況)

- 開頭の手術(7日間)
- 開胸の手術(7日間)
- 開腹の手術(5日間)
- 骨の観血的手術(5日間)
- 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
- 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(16から20を除く)(2日間)
- 救命等に係る内科的治療(2日間)

重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。



7対1の新要件

重症度、医療・看護必要度	15%以上	→	25%以上 病棟群をしない 200床未満 〔23%以上〕
在宅復帰率	75%以上	→	80%以上
平均在院日数	18日以内		

病棟群

- 平成28年3月31日時点で7対1を直近3月以上届け出ていること。
- 病棟数が4以上の場合、一つの入院基本料の病棟数は複数。
- 届出は1回限り。
- 平成29年4月1日以降は、7対1病床数を「60%以下」に。
- 原則、7対1と10対1間の転棟はできない。

	×	○
7対1	7対1	7対1
7対1	7対1	7対1
7対1	10対1	10対1
10対1	10対1	10対1

7対1 緊急アンケート結果と動向

病院数	現行	結果	全病棟数	うち25%超の病棟数	全病棟数に対する割合
14	18.16%	24.60%	9	5	50%

ほとんどの病院

7対1堅持の方向

- ・ シミュレーション期間は任意
- ・ 値は平均値

A病院

23%対象
経過措置期間中
に熟考

B病院

ICUと地域包括ケア病棟の調整で
維持できればよいが、ダメなら病
棟群を選択せざるを得ない。

2年前の「7対1」算定会員

平成26年度 施設基準等の届出及び病床機能報告の状況調査結果(回収率70%)から

一般病棟入院基本料別の届出病院数

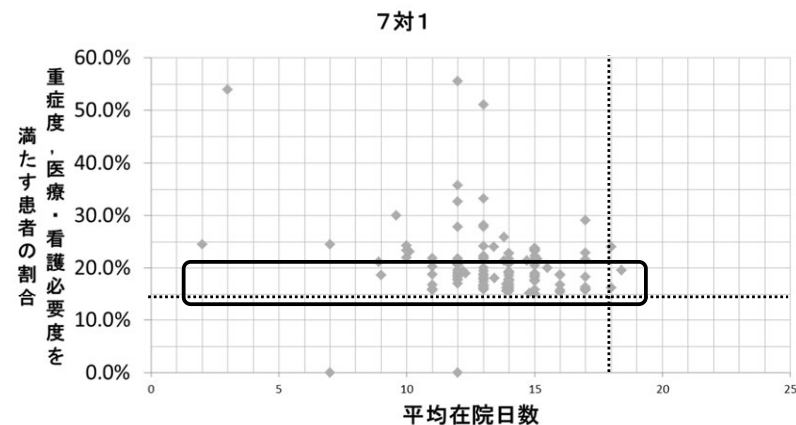
		平成26年10月1日(経過措置終了後)					総計
		7対1	10対1	13対1	15対1	特別	
平成25年7月1日	7対1	238	22				260
	10対1	12	176				188
	13対1		5	20	4		29
	15対1			2	43		46
	特別					5	5
	総計	250	204	22	47	5	528

※1 平成25年7月1日現在の「7対1」には当時の経過措置を含む。

※2 特定機能病院入院基本料(一般病棟)と専門病院入院基本料を含む。

(出典)「平成26年度 施設基準等の届出及び病床機能報告の状況調査結果」(2015年2月12日全国自治体病院協議会)

旧基準では、15～20%に多数



(出典)「平成26年度 施設基準等の届出及び病床機能報告の状況調査結果」(2015年2月12日全国自治体病院協議会)

紹介状なしの大病院受診時の 定額負担の導入

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務。 ・ 特定機能病院 ・ <u>一般病床500床以上の地域医療支援病院</u>	特定機能 5 / 84 地域支援 55 / 187 対象会員
定額負担は、徴収額の最低金額として設定。	初診 5,000円 再診 2,500円
現行同様に、緊急その他やむを得ない事情等、定額負担求めなくて良い場合を定める。	除外規定

【経過措置】自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

除外規定

【緊急その他やむを得ない事情がある場合】

救急、公費負担医療、無料低額診療事業、HIV感染者

【その他、定額負担を求めなくて良い場合】

1. 自施設の他の診療科を受診中の患者
2. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
3. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
4. 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
5. 外来受診後そのまま入院となった患者
6. 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
7. 治験協力者である患者
8. 災害により被害を受けた患者
9. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
10. その他、直接受診する必要性を特に認めた患者

総合入院体制加算の施設基準緩和

化学療法の要件緩和	[実績要件] 才) 4000件/年以上 → 1,000件/年以上
加算2の新設	総合入院体制加算1 240点 総合入院体制加算2 180点(新) 【要件】認知症・精神疾患等 の受入れ体制 総合入院体制加算3 120点

救急医療管理加算

加算1の増点	800点 ↗ 900点
対象の追加	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
加算2の減点	400点 ↘ 300点

医療資源の少ない地域への配慮

・医療資源が少ないことが患者の流出の原因にもなり得ることから、対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施した。仮に以下の条件で二次医療圏を選定した場合には、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれについても、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。対象となる二次医療圏数は30から41に増加するが、対象となる二次医療圏の面積・人口の合計は現行とほぼ同じであった。

現行	シミュレーション
①自己完結した医療を提供 患者流出率20%未満	問わない
②医療従事者の確保が困難な地域 人口密度300人/km ² 未満	人口当たり医師数が下位1/3かつ 人口当たり看護師数が下位1/2
③医療機関が少ない地域 病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

※現行、シミュレーションとも、離島の二次医療圏についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

(出典)中央社会保険医療協議会総会(第315回)資料「総-2」

医療資源の少ない地域への配慮

平成24年改定

平成28年改定

(現行) 30 医療圏	引き続き要件を満たす二次医療圏数	12医療圏 (うち離島 11)	⇒ 41 医療圏
	新たに要件を満たす二次医療圏数	29医療圏	
	要件を満たさなくなる二次医療圏数	18医療圏	

全国自治体病院協議会 正会員894病院のうち

80 病院	引き続き	17病院 (離島)	⇒ 97 病院
	新規	80病院	
	今回から非該当	63病院	

入院中の他医療機関受診 (減算規定の緩和)

出来高入院料	30%	→	10%
特定入院料等 (包括診療行為※算定)	70%	→	40%
特定入院料等 (包括診療行為※未算定)	30%	→	10%

※ 包括診療行為 特掲診療料(医学管理～病理診断)

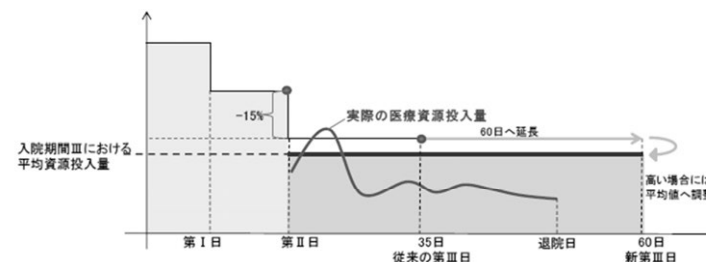
医師事務作業補助体制加算

- 加算1(8割以上を病棟又は外来)の増点。
補助体制加算1の増点
15対1 870点
20対1 658点 10点UP
- 療養病棟・精神病棟も「50対1、75対1、100対1」を認める。
25対1 530点
30対1 445点
40対1 355点
- 特定機能病院は「加算1」のみ認める。
50対1 275点 5点UP
75対1 195点
100対1 148点

特定内科診療 25疾患

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 重症脳卒中(JCS30 以上) | 14. 重症急性膵炎 |
| 2. 髄膜炎・脳炎 | 15. 糖尿病性ケトアシドーシス |
| 3. 重症筋無力症クリーゼ | 16. 甲状腺クリーゼ |
| 4. てんかん重積状態 | 17. 副腎クリーゼ |
| 5. 気管支喘息重症発作 | 18. 難治性ネフローゼ症候群 |
| 6. 間質性肺炎 | 19. 急速進行性糸球体腎炎 |
| 7. COPD急性増悪 | 20. 急性白血病 |
| 8. 急性呼吸窮乏症候群、ARDS | 21. 悪性リンパ腫 |
| 9. 急性心筋梗塞 | 22. 再生不良性貧血 |
| 10. 急性心不全 | 23. 頸椎頸髄損傷 |
| 11. 解離性大動脈瘤 | 24. 薬物中毒 |
| 12. 肺塞栓症 | 25. 敗血症性ショック |
| 13. 劇症肝炎 | |

算定ルールの見直し



(新点数設定方式による影響)

- 影響を受ける症例は、包括請求の診断群分類に該当する入院症例のうち約10.9%である。

- DPCと出来高が混在しないよう、1入院で統一。
- 月をまたいで請求方法が変更になった場合、医療機関の取下げ依頼に基づくレセプト返戻による再請求を行うこと。

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

若年層にも実施できるよう、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和

ニコチン依存症管理料			70%相当の点数
初回	230点	→	161点
2回目から4回目まで	184点	→	130点?
5回目	180点	→	126点

診療情報の電子的提供

検査・画像情報提供加算

- イ 退院患者に提供した場合 200点
- ロ 入院患者以外の患者に提供した場合 30点

電子的診療情報評価料 30点

[施設基準]

1. 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
2. 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

1. 入院医療の機能分化・連携の推進等
重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、地域包括ケア病棟、療養病棟、夜間の看護要員配置、短期滞在手術、総合入院体制加算、救急医療管理加算、退院支援、在宅復帰率、医療従事者の負担軽減、チーム医療の推進等
2. DPC調整係数の置き換え、医療機関群、機能評価係数Ⅱ
3. かかりつけ医・かかりつけ歯科医
4. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担
5. 在宅専門の医療機関
6. 回復期リハ病棟におけるアウトカム評価、維持期リハの介護保険への移行、廃用症候群リハビリ
7. 精神医療の地域移行・地域生活支援の推進、適切な向精神薬の使用
8. 湿布薬の処方、残薬、重複・多剤投薬
9. 費用対効果の試行的導入
10. かりつけ薬剤師・薬局
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養
14. 在宅自己注射指導管理料
15. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、市場拡大再算定の特例の在り方
16. 公費負担医療の明細書の無料発行
17. 結果検証にNDB等の各種データの活用
18. ICTを活用した医療情報

日病協

日本病院団体協議会

参加団体と中医協委員

参加団体

1. 国立大学附属病院長会議
2. 独立行政法人国立病院機構
3. 一般社団法人公私病院連盟
4. **公益社団法人全国自治体病院協議会**
5. 公益社団法人全日本病院協会
6. 一般社団法人日本医療法人協会
7. 一般社団法人日本社会医療法人協議会
8. 一般社団法人日本私立医科大学協会
9. 公益社団法人日本精神科病院協会
10. 一般社団法人日本病院会
11. 一般社団法人日本慢性期医療協会
12. 独立行政法人労働者健康福祉機構

代表者会議

- 楠岡議長

実務者会議

- 原澤委員長

中医協委員（診療側）

1. 松本 純一
2. 中川 俊男
3. 松原 謙二
4. **万代 恭嗣**
5. **猪口 雄二**
6. 遠藤 秀樹
7. 安部 好弘

平成28年改定への要望（日病協）

私見

1	入院基本料の病棟群単位での選択性導入	□
2	看護職の夜勤72時間ルールの見直し	△
3	重症度、医療・看護必要度の見直し	△
4	医療を推進するためのコスト分析およびその反映	×
5	地域包括ケア病棟入院料から急性期対応（手術、麻酔、輸血、高度な処置等）の外出し	◎
6	入院中の他医療機関受診時における制度の見直し	○
7	医師事務作業補助体制加算の見直し	○
8	維持期リハビリテーションの継続	○
9	処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の要件緩和	×
10	調剤薬局の役割の明確化、院内調剤と院外調剤の不均衡是正	△
11	救急医療の評価の見直し	○
12	同一日複数科受診の評価	×
13	チーム医療における多職種連携の評価	×

5勝 4敗 4引き分け

全自病協

全国自治体病院協議会



提言

出来高

- エビデンスに基づく積算の上、コストに見合う点数設定。
- 消費税負担は、診療報酬以外で対応。
- 全国で数施設しか取得できない施設基準を設定しない。
- 中小病院に対して算定要件の緩和、関係項目を引上げ。

DPC

- 基礎係数に外科系のみならず、内科系の技術の評価も。
- 地域医療係数は他より配分を重く。
- 敗血症、DICは副傷病として評価を充実。
- 心不全のみを治療した場合のコーディングルール。
- 医療資源投入量が大きく異なる診断群に年齢分岐。

会員からの提出992項目

診療報酬対策委員会	氏名	施設名 施設役職
委員長	木村 泰三	富士宮市立病院 名誉院長
委員長代行	原 義人	青梅市立総合病院 院長
	瀬戸 嗣郎	静岡県立こども病院 院長
	小林 進	千葉県立佐原病院 院長
	森田 真照	市立ひらかた病院 院長
	野田 八嗣	富山県立中央病院 院長
	今井 康陽	市立池田病院 院長
	市川 邦男	公立七日市病院 名誉院長
	小野 剛	市立大森病院 院長
	川副 泰成	神奈川県立精神医療センター 院長
	横山 和正	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 院長
	森下 一	公立昭和病院 事務局長
	竹下 礼子	東京都立大塚病院 看護部長
	室井 延之	赤穂市民病院 薬剤部長
	齋藤 勝彦	富山市立富山市民病院 中央研究検査部主任部長兼病理診断科部長
	佐々木康夫	岩手県立中央病院 副院長
	本荘谷利子	東京都立多摩総合医療センター 栄養科長
	菊池 雄一	岩手県立胆沢病院 CEセンター 主任臨床工学技士

DPC小委員会	氏名	施設名 施設役職
委員長	砂川 晶生	大和高田市立病院 院長
委員長代行	平林 高之	砂川市立病院 院長
	浜野 公明	千葉県がんセンター 診療部長
	佐々木美幸	箕面市立病院 診療情報管理室長
	長谷川篤美	小牧市民病院 診療情報管理士

平成28年改定への重点要望事項

私見

出来高	1. 初再診料における同一日複数科受診	×
	2. 一般病棟入院基本料の選択制による病棟毎算定	△
	3. 総合入院体制加算1の施設基準緩和(化学療法)	○
	4. 救急医療管理加算1の増点	○
	5. 小児の入院管理料の算定年齢の変更	○
	6. 地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料の算定要件見直し	?
	7. 医療資源の少ない地域の拡大	□
		3勝 1敗 2引き分け 1?
D	1. 地域医療指数(8p→12P評価、他より配分を重く)	×
P	2. 「その他病棟」へ転棟した場合も評価	?
C	3. 肺炎等の呼吸器系の精緻化	○
	4. 心不全のコーディングルール	?
	5. 川崎病に年齢分岐の新設	?
	6. 胃瘻のコーディングルール	?
	7. 敗血症、播種性血管内凝固を副傷病で評価	?
	8. データ提出(様式1調査項目)の負担軽減	?
	9. 病理組織標本作製をDPC包括算定から除外	×

高取峠 早駕籠像



よい病院作り(具体的に)

- ◆安全で安心
(医療レベルとアメニティー)
- ◆やりがいのある職場
(研修と教育およびキャリアアップ)
- ◆開放性
(ボランティア、オンブズマン、見学・実習等)
- ◆優良経営
(事業拡大、再投資、コスト意識)
- ◆周辺組織との連携
(病病、病診、病薬、病学 等)
- ◆姉妹病院
(公立豊岡、県立淡路、三次病院)
- ◆止まらない病院 Challenging Hospital

チーム医療の大切さ

- 保健・医療・介護・福祉連携 (地域チーム医療)
- 病院内チーム医療
 - ①全職員参加チーム医療
 - ②医療職のチーム医療
- 産官学連携チーム医療
- 患者参加のチーム医療 (患者会、老人会、夫人会)
- リスクマネジメントの中心として

バリアフリー

組織
職種
立場

)の垣根を越えて

自由な心で一つの目標に向かって
全人的医療を

チーム医療の柱

- E. B. M.
- クリニカルパス
- ガイドライン(疾病別、病期ごと)
- I. C.
- リスクマネジメント
- チームリーダーと責任
- チームカンファレンスとチーム回診

チーム医療の推進

- クリニカルパス
- ガイドライン(疾病別、病期ごと)
- セカンドオピニオン
(休診時代診の充実 他)

病院の士農工商

- 士 医師
 - 農 看護師
 - 工 医療技術員(コメディカル)
 - 商 事務職 及び 管理職
 - 他 医療外技術員(調理師、ボイラー等)
- 五族同和(倭、漢、満、蒙、朝鮮)

全員参加のチーム医療

よいパスをゴールまで継げよう！！

ゴール : customer satisfaction

受付 → 診療 → 検査 → 入院 → 手術 → 退院
C.S.こそすべて

早く、速く、正しく、効率的で、柔らかく

自分の役割を拡げよう

垣根を越えて、おせっかいをやこう

患者情報

検査情報

苦情・注文・希望

「ベットサイドでは全員院長」

当院における医療チーム

院内感染制御チーム(I. C. T)

医師 2 研修医 1 看護師 12 薬剤師 2 検査技師 2 事務職 1

栄養サポートチーム(N. S. T)

医師 7 歯科医師 1 研修医 1 看護師 14 薬剤師 4 栄養士 2 検査技師 2
言語聴覚士 1 臨床工学技師 1 事務職 1

褥瘡対策チーム

医師 2 研修医 1 看護師 12 薬剤師 2 栄養士 1

摂食嚥下チーム

医師 2 研修医 1 看護師 8 薬剤師 1 栄養士 2 言語聴覚士 2

PEGチーム

医師 4 看護師 8 薬剤師 1 栄養士 1 言語聴覚士 2

緩和ケアチーム

医師 3 研修医 1 看護師 9 薬剤師 2 栄養士 1 MSW 1

糖尿病療養チーム

医師 4 看護師 19 薬剤師 3 栄養士 2 検査技師 2 理学療法士 2

当院における医療チーム

災害時(DMAT) 2チーム

医師 1 看護師 1 薬剤師 1 事務職 1 運転手 1

NST 栄養回診



ICT ラウンド



地域でのチーム医療

病診連携
病病連携
病薬連携
薬薬連携

地域医療連携室
医師会、薬剤師会、歯科医師会
保健所

MSW
保健師

オープンベットからオープンクリニックへ

患者様参加のチーム医療

- 各種疾患講座
(糖尿病、心臓、乳腺、妊婦・育児)
- ボランティア研修(介護、在宅医療)
- 病院祭
- 院内委員会

ボランティアは約160人＋犬10頭＋ハト4羽
(患者支援、院内美化、趣味、患者案内)

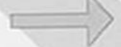
糖尿病教室



「医」とは

医

(昔)



矢

(今)



矢

(先)

チーム医療

医 から 矢 へ

ある病室のベッドネーム

R 776 外科 Dr 實光 整形 Dr 阿河
Dr 村上 内科 Dr 高原典

Phr 樋本 邊見 公雄 様 Ns 吉田
入院 2002年〇月〇日 Ns 前川

P. T. 鎌谷 N. T. 小林



大石邸 長屋門



広報と経営の工夫

3. 広報の大切さ

- 院内報
 - 病院のガバナンス
 - 院内アイデンティティー
 - どんな人がどんなことを 家族や町内会へも
 - 今後の方針と課題
- 院外報
 - 患者さんへ
 - 医療機関へ
 - 行政などへ(学校、保健所、消防)
- 年報(医療機関・関連大学、図書館、国立図書館など)
- 官報の利用
- 受付・電話交換



赤穂市民病院 地域医療室
れんけい通信 No.154
〒672-7821
赤穂市民病院ホームページ <http://www.ako-cityhospital.jp>

Y09-022
兵庫県赤穂市中央1200
TEL:0791-43-3222(代表)
0791-43-8450(直通)
FAX:0791-43-8455(直通)

読者の病、真摯におかれましては、誠にご厚情のこととお喜び申しあげます。早急は当院の医療連携について、随時のご意見を精進。早くお返事申し上げます。今後ともご厚情・ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

新着情報掲示板
地域医療室よりお願い

患者さまにご紹介いただく際には、事前予約をお願いします！
診療科によりましては、外来診療を制限している場合があります。
また患者さまの待ち時間を少なくするために是非ご利用ください。よう
お願いいたします。


泌尿器科外来よりお願い

2月10日(水)・2月17日(水)
※ 異状 尿の外来は、予約患者さんのみ 応じていただきます。
ご理解の程よろしくお願い申し上げます。

外来診療予定表の「変更」はありません。

想 読者 『いい医療を 効果的に 地域住民とともに』
として 転送し、転送した地域医療の文化、市民生活の向上に貢献したいと願っています。
【おれい】 当院の医療従事者2名に、3名に転送されることにより実現します。

診療情報
AKO CITY HOSPITAL
赤穂市民病院



五神市民病院

内科	1	泌尿器科	21
外科	2	平塚・産科産科	22
消化器科	3	人工透析科 透析部	23
呼吸器科	4		
皮膚科	5	泌尿器科の外来	24
心臓血管科	6	産科科 分娩センター	25
小児科	7	眼科 眼科 眼科	26
耳鼻咽喉科	8	泌尿器科 泌尿科	27
皮膚科	9		
皮膚科	10	泌尿器科の外来	28
皮膚科	11	泌尿器科の外来	29
皮膚科	12	泌尿器科の外来	30
皮膚科	13	泌尿器科の外来	31
皮膚科	14	泌尿器科の外来	32
皮膚科	15	泌尿器科の外来	33
皮膚科	16	泌尿器科の外来	34
皮膚科	17	泌尿器科の外来	35
皮膚科	18	泌尿器科の外来	36
皮膚科	19	泌尿器科の外来	37
皮膚科	20	泌尿器科の外来	38
皮膚科	21	泌尿器科の外来	39
皮膚科	22	泌尿器科の外来	40

ISSN 1345-6261

赤穂市民病院誌
第15号

2014年3月
赤穂市民病院
AKO CITY HOSPITAL

全国自治体病院協議会雑誌
Journal of Japan Municipal Hospital Association

全国自治体病院協議会雑誌
2015 3

総合医と専門医は1人の医師のなかで
両立すべきではないか
田中 浩一 東京 高松

都市部と地域をつなぐ、新たな看護師確保の戦略
高松市立五神病院
定年までいきいきと働き続けられる職場をめざして
赤穂市民病院看護部 高松市立五神病院

平成27年度研修事業計画
第53回全国自治体病院学会(宮崎)
分科会推薦優秀課題

地域密着

雑誌の主な掲載内容

全職員
必読

- 窓 medicine
- 会長通信
- 当院の取り組み
- 特集(改革プラン、診療報酬改定など)
- 部会コーナー

1	シナプス	精神科特別部会
2	事務長より一言	事務長部会
3	人明り	看護部会
4	ファルマ	薬剤部長部会
5	ラボラトリーズ	臨床検査部会
6	スカッターリング	放射線部会
7	栄養	栄養部会
8	チームリハビリ	リハビリテーション部会
9	クリニカルエンジニア	臨床工学部会

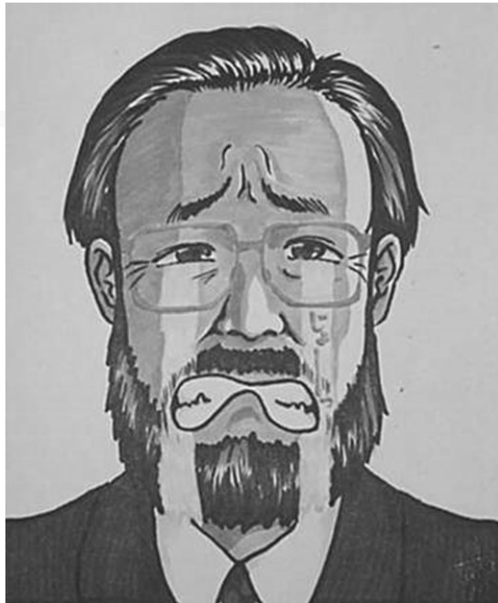
- 全国学会案内
- 全自病協会議
- 政府等の主な出来事
- 編集者の手帖

昭和37年6月発刊 → 現在54巻3月まで 累計561号

病院前バス停



医局の扉の
裏側



医局の扉の
裏側



医局の扉の
裏側



赤穂海浜公園



ボランティアの皆さん

患者介助
院内外美化
趣味
看護補助

登録 180人 + 鳩2羽、犬12頭+α
オプション 300人以上
その他定期 100人











癒やし犬往診中

動物を抱いたりなでたりすることで、ストレスや緊張を和らげてもらおうと、赤穂市中央の市民病院に毎月、ドクター・ドッグが「往診」している。18日には8匹が訪れ、入院患者らとふれあいを深めた。この試みが始まって1年4カ月。この日を待ち望む人も多く、開病生活を送る患者らにやすらぎを与えている。

入院患者ストレス解消

赤穂市には、文芸春秋が「癒やし犬」をテーマにした小説が出版された。この小説は、赤穂市中央の市民病院に毎月、ドクター・ドッグが「往診」している。18日には8匹が訪れ、入院患者らとふれあいを深めた。この試みが始まって1年4カ月。この日を待ち望む人も多く、開病生活を送る患者らにやすらぎを与えている。

赤穂市民病院

赤穂市には、文芸春秋が「癒やし犬」をテーマにした小説が出版された。この小説は、赤穂市中央の市民病院に毎月、ドクター・ドッグが「往診」している。18日には8匹が訪れ、入院患者らとふれあいを深めた。この試みが始まって1年4カ月。この日を待ち望む人も多く、開病生活を送る患者らにやすらぎを与えている。

朝日新聞 2004年10月14日



ボランティアの皆さん



医療安全

医療安全いろはカルタの作成

1. 動機

- 全員参加(手作り)
- スキンシップ
- 娯楽性と教訓性、適時性
- ネガティブヒーローはもう作らない
- 他業種に対する焦り

医療安全いろはカルタの作成

2. 過程

- 読み札作り
- 絵札作り
- 印刷
- 赤字防止
- 公務員法





企画 赤穂市民病院
製作 医療安全対策委員会

医療安全対策 いろいろかるた



いりようミス
いっけん いっしゅん
一件一瞬
におくえん
二億円
読人 医師



ろうかには
ものを置かずに
転倒防止
てんとうぼうし
読人 事務職



ハツとした
経験けいけん生せいかせば
事故じこは無なし

読人 事務職



かんがえよう
自分じぶんの手てにある
命いのちの重おもみ

読人 看護婦



わからずに
するな さわるな
動うごかすな

読人 看護婦



なまえ呼よび
確認かくにん 復唱ふくしょう
フルネーム

読人 医師



てんき (転記) 誤記
ちい 小さなミスが
いのちと 命取り

読人 臨床検査技師



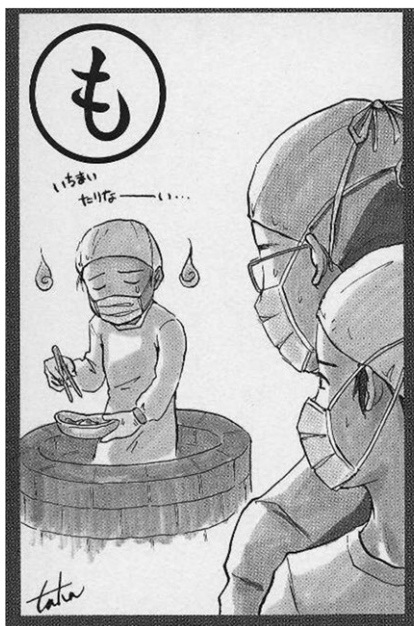
やめましょう
らん 乱筆
びつ 口頭
かん 間接の指示
せつ 指示

読人 医師



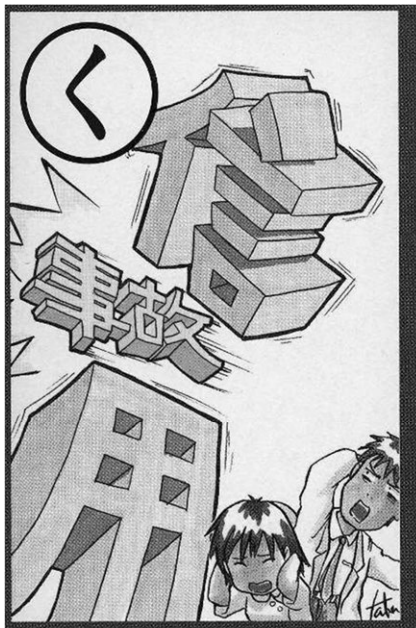
ほう (報) ほう・連・相
れん 相
まも これを守って
かん 患者を守る
じや 患者

読人 事務職



もう一度
いち 手術室
ど 手術室

読人 事務職



くろうして
信用積み上げ
事故でファイ

読人 事務職



むずかしい
読めぬカルテよ
さようなら

読人 医師

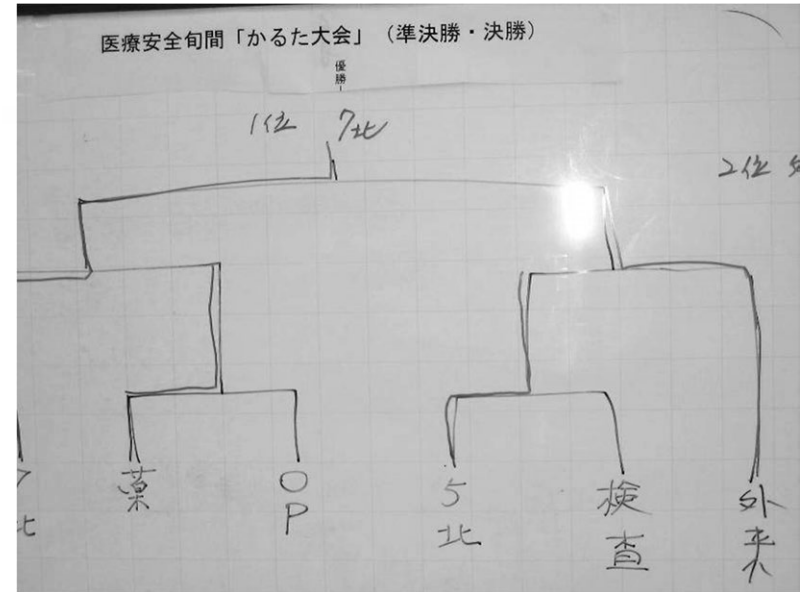


めで確認
耳で確認
手で確認

読人 事務職



医療安全旬間 『かるた大会』



表彰式



医療安全いろはカルタ(添付文書)

- 適応
 - 医療事故経験病院の安全対策向上
 - 新人職員の研修教材
 - 医療安全推進
- 用法
 - 各部署でご使用ください(全員参加が望ましい)
 - カルタ大会等をご企画下さい
 - 老若男女を問わずご使用いただけます
- 用量
 - 月に1回程度、1回約3ゲームぐらい、年に数回
- 禁忌
 - セクハラにならぬよう、手に水虫のある方、手を負傷されている方
- 組成・性状
 - 45組 90枚(表紙を含む) 板紙
 - 読み札は院内募集 絵札はICU勤務25歳独身男性看護師(当時)の手作り

医療安全いろはカルタ(添付文書)

- 効能・効果
 - 医療安全への自覚の醸成
 - スキンシップ
- 保存方法
 - 日の当たる明るい場所で保存して下さい。湿気のある場所は避けてください
 - 子供の手の届くところにいつもおいてください
- 使用上の注意
 - 使用に際しては慎重に投与して下さい
 - 火気のそばでのご使用はご遠慮ください。
 - 中毒症状(眠っていても夢にカルタが出る)が出たら即中止
 - アルコールと同時に使用しないでください
- 副作用
 - 時に参加者の中からカップルが誕生することがあります
 - 稀にお手付きの多い人が配置転換になります

製造元 赤穂市民病院 医療安全対策委員会

赤穂歴史博物館



赤穂市民病院祭へ
ようこそ

第4回

赤穂市民病院祭

つなごう
人の輪
いのちの輪

入場無料

式典 (10:00~)
救急車・消防車見学コーナー
体験コーナー (救急科主治医ほか)
血液検査・血圧・肺結核測定コーナー
スタンプラリー
飲食コーナー
バザー
アトラクション
コンサート
集り
クイズ・クイズ
ほか

演者
矢野・兵動 (よしもと興業)
14:10以降

6/25 (土)
午前10時~午後3時
赤穂市民病院

赤穂市民病院 医療安全対策委員会
TEL: 0779) 1431-5222

午後の部 / 病院祭
10:00~12:30
赤穂市民病院

11:50~15:00
オープニングパレモニー
講演 | 15:30~16:30
赤穂存在大学 2期2
井部 俊子 先生
「看護職としての心と
したいと思っていること」

講演 | 16:30~17:30
井部 誠二 先生
「チームプレーと個人の力」

午後の部 / 特別講演
15:00~17:30
八潮ホール大ホール
入場無料

赤穂市民病院祭

3・14 (日)

問い合わせ先: 赤穂市民病院事務局 TEL: 0779) 1431-5222



姉妹病院の大切さ

豊岡病院と姉妹病院に



第6回赤穂市民病院祭 平成19年6月23日

市立三次中央病院と姉妹病院に



県立淡路医療センターと姉妹病院に



三次どんちゃん



もちつき



吹奏楽演奏



技師むすめ クワイアチャイムコンサート





はしご車体験



AED



アロマテラピー



ヤキソバ



がん相談支援センター



健康相談コーナー



うどん屋さん



絵手紙

バザー
(ほほえみ会と一緒に)



赤ちゃん写真展



いやし（医矢子）の広場





研修医のジュース屋さん



えんにち
(ヨーヨー、綿菓子)



漫才(吉本興業)



天津(てんしん)

つばさ・きよし



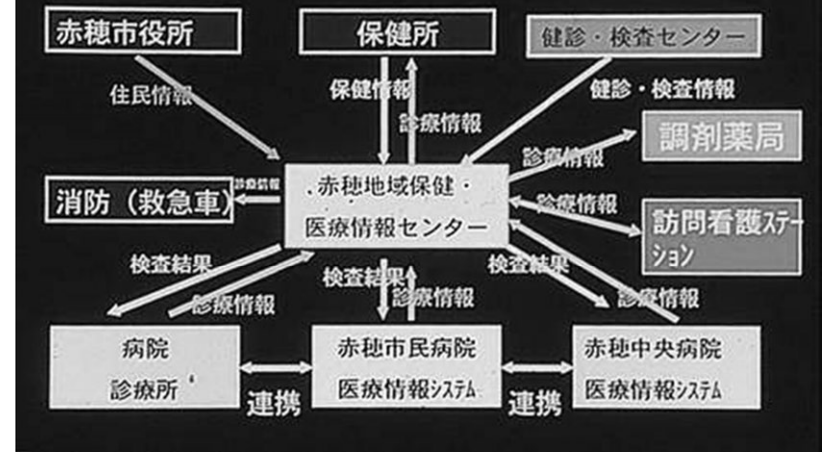
藤井 隆Dr.

病診連携

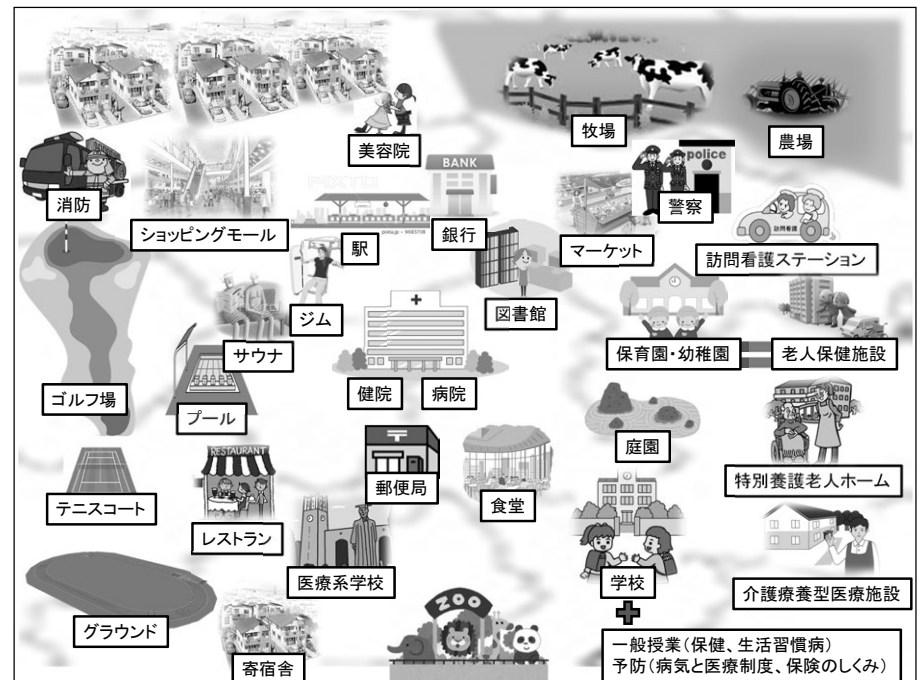
開放型病床



赤穂地域保健・医療情報ネットワーク



地域医療室



4つの船

1. 院長、または事務長のリーダーシップ
2. 開設者とのパートナーシップ
3. 職員のプロフェッショナルシップ
4. 地域住民とのフレンドリーシップ



「よい医療を効率的に地域住民と共に！」

Exciting medicine & dramatic hospital



赤穂市民病院 邊見公雄



ご静聴ありがとうございました

スライドならびに会場系の皆様にも
感謝申し上げます