

海燕

うみつばめ

第 2 号

2000. 4. 10

発行人／石井 暎禧
編集長／辻田 征男
副編集長／白木 克典

石心会グループ

医療法人財団 石 心 会
医療法人社団 光 和 会
社会福祉法人 石心福祉会

〒210-0023 川崎市川崎区小川町14-19
TEL : 044-211-3095(代) FAX : 044-245-0326
<http://www.sekishinkai.or.jp>

シリーズ～これからの医療と福祉（2）

診療報酬改定と今後の医療・経営の行方

理事長 石井 暎禧

はじめに

前号において、医療供給をめぐる構造改革は医療法の改定によって集大成されると書きましたが、今回の診療報酬改定には、法改正を待たずして、もう一度利益誘導を行うことで実質上の施設類型化にもって行こうとする国の意図が窺えます。

すでに介護保険によって、長期ケアは病院でなく介護保険施設で行うことが明らかになり、『病院による長期的介護機能の抱え込み（＝社会的入院）』という医療機能の質を低下させた基本原因は除去される方向にあります。具体的には病院の平均在院日数を国際的水準（1～2週間）まで短縮すること、また、それを可能とする医療機能の向上を図ることが課題と言えますが、今回の改定で2週間までの入院料だけが大きく増額されたことは、この流れにはずみをつけ、本格化するものです。すなわち、病院にとって、（急性期）病院か、療養型介護施設（老人ホーム）か、進路選択が今まで以上にはっきりと迫られることになります。その意味で

改定の方角は、基本的に評価できるものです。

入院料の組替え（病院機能の類型化）

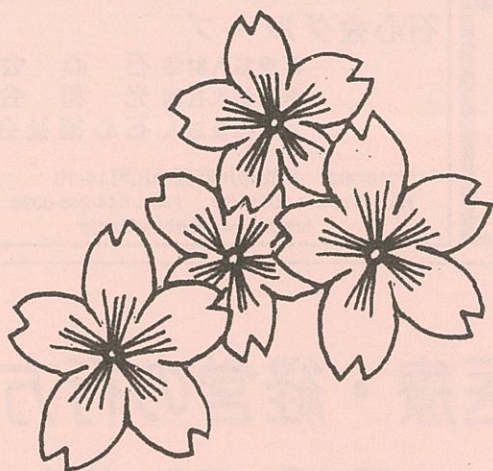
* 概観

診療報酬改定は上昇分と下降分の相殺で0.2%アップ、実質的プラスはありません。これまでの改定では、技術料は程度の差こそあれ、ある程度上昇しました。また、薬価や材料の切り下げに対しても、後の価格交渉で切り下げ分をある程度回復することができました。そのため医療構造の変化は穏やかなものでした。しかし、薬価や材料が今回のような水準まで下がると、もはや値引き交渉によって差益を同水準に確保することはできず、技術料の配分が全てとなります。今回は技術料におけるマイナス改定も多く存在します。例えば、これまでは書いた分だけ加算されるという算定体系の下にあった入院治療計画書が、今改定によって100%書かれることが前提となり、そうでない場合には減算される対象となりました。

本紙タイトル『海燕』は、M・ゴーリキーの散文詩《海燕の歌》（1901）に由来しています。その大意は以下のとおりであり、石心会のイノベーションマインドの象徴として採用しました。

……暗鬱な雲がたれこめ、雷鳴が轟く空と海。戸惑い騒ぐばかりの鷗らの群を尻目に、
海燕は激しく飛び交い、暗雲と雷鳴を切り裂いて一直線に飛翔する。

（編集部によるダイジェスト）



入院料の入院日数による通減制は一層強まり、急性期においても、2週間以内の加算が大きく、1～3ヶ月についての上昇はほとんどありません。また、今回は、3ヶ月以上の通減制が弱まり、値上げ率が大きくなっており、これまでの傾向と矛盾するようですが、これは、個々の病院に対して「急性期医療を中心にするのか、長期療養を中心にするのか」二者択一を迫っていると考えられます。一般的には今後とも2週間以内の入院料しかアップしないと覚悟せねばなりません。

* 急性期特定病院など新類型の意義

急性期医療を目指す場合は、急性期特定病院という最も高い点数加算のついた類型が新設されました。平均在院日数、入院外来比率、紹介率、診療録管理、入院計画書などの施設要件が規定され、急性期病院の典型が示されたと言ってよいでしょう。これは、石心会2病院の目指してきた病院の姿に近く、病院で外来診療を行うことの意義が軽視されている点を除けば、改革の方向は好ましいものと言えます。

また、前号の発行時にはまだ明らかではありませんでしたが、病院のもう一つの類型として回復期リハビリテーション病棟が登場しました。在院日数が長いため、

急性期医療をモデルとする入院医療費体系には位置づけ難かった回復期リハビリテーションがはじめて独自の類型として認められたのです。この類型化によって回復期リハ病棟(発症3ヶ月以内の入院患者さんに対する6ヶ月間のリハビリテーション治療に適用)の在院日数は急性期から切り離され、平均在院日数にはカウントされないこととなりました。また、診療報酬上の有利さもあり、回復期リハビリテーション専門病院への道筋もつけられました。その意味で画期的な改訂と言えます。増床が可能であれば、われわれも回復期リハビリテーション病棟は作るべきでしょう。

長期入院の医療施設についても、類型化により機能分化が明らかになってきました。難病等の患者、あるいは透析等の処置を継続する患者(医療依存度の高い患者)など、特殊な患者への医療提供は、入院期間の足かせがなくなる一方、長期入院医療の必要性の意味が限定され、通常の長期入院は医療保険適用の療養型病院であっても、事実上は介護保険適用の療養型病床群と変わらぬ介護施設として扱われることとなります。今回の長期入院料のアップもこの「長期医療の必要性の限定」との関連で理解する必要があります。医療保険適応型の療養型病床群は、いわば将来像は示されない(消えゆく)、過渡的な存在となったのです。

* 『病院外来機能』把握の欠落

改定の欠点は、病院外来への患者集足を改善する方法として、病院における「外来患者数の制限、紹介率の向上」を上げるだけで、突っ込んだ外来機能の検討がなされていないところにあります。

その結果、患者さんの受診制限を病院に強制することになり、患者のニーズに反することとなります。これでは、患者の

医療選択を重視しようとする改定の基本性格に矛盾するし、現実的な効果も期待できません。

特に紹介率の計算においては、病院における専門医療の機能や救急医療機能が考慮に入れられていません。いまや患者さんは自分の病気を自分で知り、専門医・専門科を直接選択する時代です。他方、プライマリーの救急も開業医が担えず、大病院が担っている事実があります。求められ、必要な医療需要に応える病院にペナルティが与えられるというシステムは間違いです。患者さんのニーズに応えようという改定の目指した方向はこれによって効力を減ずるでしょう。この矛盾は小児救急問題に凝縮されています。小児科は、外来患者に比し、入院診療の少ない科であり、しかも夜間救急は病院の小児科が担っています。外来診療をやめて入院医療に特化できるのは小児専門病院だけであり、地域の救急病院では不可能です。したがって小児救急問題は、小児救急の点数を少々上げたくらいでは解決しません。程度の差こそあれ、他の科にも同様の問題があります。改革すべき点は、病院・診療所双方にあります。正しい分業と協力を構想しないかぎり、問題は解決できないでしょう。

石心会グループに対する改定の影響

試算してみると、改定の影響は、川崎幸病院・川崎幸クリニックでは若干の増収、狭山病院は入院はプラス、外来はマイナス、全体として現状維持という結果であり、透析クリニックにおいてはマイナス改定です。

改定の方向は評価できますが、はらまれた欠点により効果は相殺され、同一の方向を目指している石心会にとっても、内実のない改定となりました。改定で軽視された

病院外来は地域の患者にとって不可欠な機能です。地域の開業医を支え、連携を深めるためにも、点数改訂の如何を問わず、地域の救急機能、専門医療の中核機能を中心として、これを維持・向上・強化して行かねばなりません。

しかし前号に述べたように、狭山病院においても、入院機能を拡大強化する増床が必要であり、そのためには、敷地の制約から外来クリニックの分離という形をとらざるをえません。そうすれば結果的に今回の点数改正の悪影響も除去できます。

手術料は全面的に見直され、有利な点数、不利な点数の差が縮まり、合理化がなされました。透析においてはダイアライザー価格は引き下げられ、その分マイナス改定となりましたが、今改定では当初危惧したほどの大幅ダウンにはならず、関係者は胸をなで下ろしているところでしょう。しかし診療報酬改定は2年ごとに行われ、透析の点数切り下げや包括化は必然の流れなので、それに耐え抜けるシステムを先んじて作るのが患者さんに対してわれわれに科せられた義務です。その意味で今からの2年間は組織変革のための時間的余裕を与えられたと考えるべきでしょう。

急性期医療中心に、質の高い医療、在院日数の短い医療を心がけてきた石心会は、医療改革の潮流には乗っています。自信を持って石心会の既定路線を進めればよいのです、しかし医療経営環境はいっそう厳しくなりますから、今後はより敏速な対応を行っていかねばなりません。



石心会の平成12年度事業計画について

本部事務局長 辻田 征男

石心会の事業年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わります。(光和会は7月1日から翌6月30日まで)石心会の寄付行為(会社の定款に当たる)には毎年3月に理事会、評議員会に於いて翌年度の事業計画および予算を決定しなければならないと定めてあります。この法人の機関決定に向け各事業所において予算案作成の作業が毎年行われるのです。

石心会の事業所は大きく分けて、①病院事業(外来クリニックを含む)、②人工透析クリニック事業、③在宅サービス事業の三つの分野にわたっています。この三つの分類に沿って事業計画のアウトラインを述べて見ましょう。

【事業計画の方向】

1. 病院事業

今次診療報酬改訂において200床以上の病院を対象にした「急性期特定病院」という診療報酬体系上の病院類型が登場しました。これは川崎幸、狹山両病院ともこれまで目指してきた病院像に合致するものであり、そのための条件整備も手の届くところにあります。最大のハードルは外来紹介率が30%以上と設定されていることですが外来を分離すれば問題なくクリアできます。

新設の点数の常として次回(2年後)以降の改訂ではもっと手厚く点数がつけられると考えられます。従って両病院とも出来るだけ速く条件を整える必要があります。しかし、普及してしまった後ではさほどメリットがなくなるのも診療報酬の常ですので、スピードが生命ということになるわけです。

この急性期特定病院に象徴される医療機能向上の一環として、病床回転を高め、平均在院日数14日をめざす必要があります。そのポイントは新規入院患者の

拡大であり、そのため、ひきつづき救急体制の強化、外来機能の向上(専門診療・総合外来等)、地域医療連携室およびディスチャージコーディネータの充実を図り、救急患者、外来新患および紹介患者の増大を図ります。

次に、良質の医師を継続的に確保するために臨床研修病院の指定を受けることです。背景としては平成15年度からの卒後臨床研修の義務化があります。従来、この指定を受けるには概ね300床以上の病院というハードルがありましたが、これは今後緩和されるという観測がもっぱらです。そうすると、狹山、川崎幸両病院とも対象病院となり、研修プログラムと指導医の体制が一番の問題となります。

第3に病院のIT投資である電子カルテシステムへの取組みです。電子カルテは院内業務の合理化という従来のコンピュータ投資とは次元を異にした、EBM、医療情報の開示のツールであり、全科予約制や待ち時間の短縮という患者サービス改善に直接つながる投資でもあります。

2. 人工透析クリニック事業

人工透析クリニックは川崎クリニック

および今回新設の鹿島田クリニックです。

最近の学会では最新の水処理装置を装備した「エンドトキシン・フリー透析」とその透析液を使った「オンラインHDF」を実施することで患者のQOLを大幅に改善できるという試みが大変注目を浴びています。また、そうした設備とシステムを持つ施設へ患者が集中する兆候が現れています。

鹿島田クリニックはそれらの最新の設備を装備しました。川崎クリニックにおいてもリース期間が満了になった機械を中心に、その方向で設備を更新していきます。

他方、透析の診療報酬については、採算性の悪化が予想されています。2年ごとに診療報酬改訂が行われますが、ここ数回は全てマイナス改訂であり、将来は点数の包括化がなされると言われています。これまでは、改訂によるマイナスを患者の伸びと医材の購入価格を下げることで補ってきましたが、問題は、①今後の診療報酬の切り下げスピードに対して従来型の経営努力で追いつけるかどうか？②施設が満杯になった場合どうするのか？③医材のコストダウンは限界にきているという点にあります。

通常、企業体が経営計画を立てる場合、最悪の事態を想定して、いかなる場合においても赤字企業に転落しないように熟慮します。根拠のない楽観論は禁物であるのは当然として、今後、当面診療報酬のマイナス改訂が予想される限り、損益分岐点比率(固定費/付加価値)を常に向上(比率を小さくする)させることを怠る訳には行きません。そうしなければ改訂の度に減益となり、最悪の場合は赤字に転落します。

従って透析クリニックの事業計画の方向は、①大規模化、②快適透析と省力

化の為の設備投資、③労働生産性(付加価値/人件費)向上のためのシステムの見直し、この三つをセットで実施することです。

*付加価値=収入-材料費

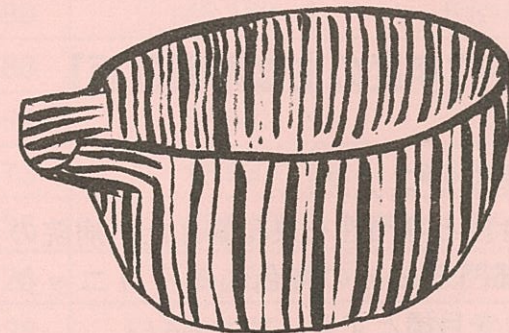
固定費=総費用-変動費(材料費)

3. 在宅サービス事業

4月1日から公的介護保険が導入されました。このことによって、従来は行政機関によって行われていたホームヘルプ事業のほとんどが民間の事業者によって担われることになり、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等と重なる業務領域での競合が避けられない事態が生まれます。また、営利企業の新規参入によっても競争は激化してきます。更に、利用者の立場に立てば、これまでのようなお役所の措置サービスから自ら選択することが可能な介護保険サービスに移行することによって、そのニーズが多様化、高度化することは当然のことと言えます。これらの変化を見極め素早く対応することが重要になります。

【利益計画】

先端の医療水準をキープし、かつ地域ニーズの変化、医療政策の変化に応じた組織対応をしていくためには多大なる物的・人的投資が必要となります。そのための資金の調達、経営の健全度=信



用度に比例して容易になることは当然のことと言えます。言わば、医療法人の存在理由あるいは使命である『高水準の医療サービスの継続的提供』（＝社会貢献）を果たして行くためには、優れた医療機関であると同時に、経営体としてもきっちりとした社会的信用を得る必要があるということです。

そしてその意味での社会的信用度を測る基本的な物差しこそが『利益』であり、それは一方で顧客からの支持、他方で経営者および従業員の能力の高さを示します。

以上のような意味合いで、石心会は、法人全体としてエクセレントカンパニー（超優良企業）を目指さなければなりません。当面の目標としては、現在の規模で毎年10億円程度の利益（損益分岐点比率89%）を出すことが必要と考えられます。本年度の予算の利益目標は5億円程度にとどまりましたが、鹿島田クリニックの初期赤字が約6千万円、電子カルテ関連のリース料が1億3千万円という新規事業負担を考慮しても、本来ならば、あと3億円程度の利益は欲しいところです。

「企業の付加価値は消費者の
その企業に対する評価の産物である」
P.F. ドラッカー

【平成12年度の主な事業計画】

川崎幸クリニック

総合性と専門性を兼ね備えた、病院の外来部門としての特色あるクリニックづくりを目標とする。

1. 総合外来の確立
2. 外来診療における専門外来の確立
3. 地域医療連携室の設置、開業医への逆紹介を実施する。
4. 待ち時間の短縮、接遇の改善
5. 採算のとれる施設にするため付加価値労働生産性を高める。

川崎幸病院

地域に於いて患者さんに選ばれる、信頼感あふれる病院(地域中核病院)作りを目標にする。

1. 急性期特定病院を目指す。
 - ①いつでも救急患者を受け入れる病院にする。(救急部の一層の充実、HCUの稼働、後方ベッドの確保)
 - ②早期診断、早期治療。漫然入院をなくす。(平均在院日数14日以内目標、クリティカルパスによる治療の実施)
 - ③カルテのICDコーディングの実施
2. 腎臓内科の充実、強化
 - ①入院透析患者の治療を充実させる。(入院依頼は全て受ける。急変に備え夜間on call体制をとる。)
 - ②腎臓内科医によるシャント手術を実施(特殊なものを除き100%院内化)
3. 医療事故を未然に防止するためのシステム作り
4. 外部評価の導入(日本医療評価機構による病院機能評価Bの受審)
5. 接遇の改善
6. 医療機関の地域的連携を深める。
7. 臨床研修指定病院を目指す。(各科指導医の充実をはかる)
8. 病棟電子カルテシステムの導入と改良

狭山病院

地域一番病院としての総合力の拡充を目標とする。

1. 急性期特定病院をめざす。

- ①外来部門(救急を除く)の外部移設(紹介率30%以上をクリア)
- ②早期診断、早期治療。漫然入院をなくす。(クリティカルパスによる治療の実施)
- ③カルテのICDコーディングの実施
2. 120床増床の申請(急性期50床、回復期リハビリテーション病棟50床、その他20床)
3. 臨床研修指定病院の申請準備(臨床研修プログラムの作成、各科指導医の充実)
4. 外来部門移転準備→外来クリニック開設準備(専門外来の充実、検査機能の強化、通院透析部門の拡大→同時透析70床へ)
5. 電子カルテの導入(外来電子カルテ、オーダーリングシステムの稼働、病棟電子カルテの準備)
6. 医療機関の地域的連携を深める。

川崎クリニック

安全快適な人工透析の治療環境作りを

目標とする。

1. 快適な透析の実現の為に水処理装置(RO)の入れ替え
2. 省力化投資と付加価値労働生産性の向上

在宅サービス関連事業所

〔訪問看護ステーション/在宅介護支援センター/ヘルパーステーション(新設)、居宅介護支援事業所(新設)〕

公的介護保険下で利用者のニーズの変化に対応したサービスを提供する。

営利企業等の新規参入事業者に対し競争力のあるサービスを提供する。

鹿島田クリニック(新設)

安全快適な最先端の透析施設としての知名度を高め、早期に施設がフル回転するよう患者増を図る。

開設日 平成12年4月3日

当初川崎クリニックからの移行患者数 17名

外部施設からの転院患者数 8名

平成12年3月23日現在

平成12年度(第28期)収支予算 (単位:千円)

事業所	収入	費用	利益
川崎幸病院	4,271,112	4,197,656	73,456
川崎幸クリニック	1,278,464	1,260,894	17,570
狭山病院	6,574,657	6,321,220	253,437
川崎クリニック	1,416,651	1,185,021	231,630
鹿島田クリニック	199,362	258,084	▲58,722
さいわい訪問看護ステーション	153,980	148,165	5,815
さいわいヘルパーステーション	37,188	36,011	1,177
いきいき訪問看護ステーション	57,591	57,540	51
新川崎在宅介護支援センター	14,473	18,035	▲3,562
新川崎居宅介護支援事業所	24,236	22,610	1,716
石心会在宅介護支援センター	29,124	45,989	▲16,865
石心会 (総計)	14,056,928	13,551,225	505,703

臨床研修指定病院取得のすすめ

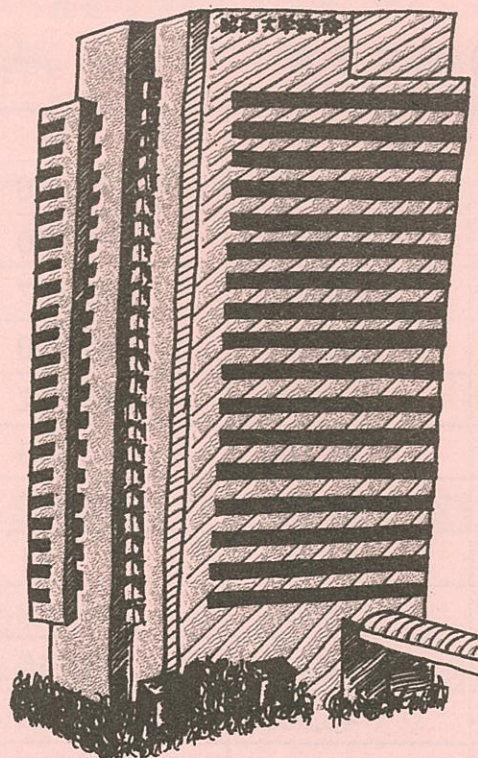
本部事務局 栗田 義和

1. 臨床研修病院とは

医学部を卒業し、医師免許を取得した医師が直後に臨床研修を行うことができる特定の施設のことを言います。平成11年、この指定を受けている病院は、大学病院を含め391施設あります。

2. 卒後臨床研修制度とは

昭和43年に、医師法に規定されていたインターン制度(医学部卒業後1年以上の実地修練を行うことが、医師国家試験の受験資格とされていた)が、実地修練施設の指導体制が不備なことを理由に廃止後、「医師は、免許を受けた後も2年以上、大学の医学部もしくは、大学附属の研究所施設である病院又は、厚生大臣の指定する病院



昭和大学病院入院棟

(臨床研修病院)において、臨床研修を行うように努めるものとする」ことが、医師法第16条に規定され、現在に至っています。

3. 卒後臨床研修制度の現状

毎年8,000人の新人医師が誕生しています。そのうちの80%は、研修を受けていますが、生活費稼ぎ(大学の研修医のほとんどが、無給若しくは数万円の給与)のため当直医などのアルバイトをするケースが多く、研修に専念出来る状況ではありません。更に約20%の新人医師は、臨床研修を行わず、診療現場で患者に接しています。

4. 卒後臨床研修制度の必要性

21世紀を目前に控え、少子高齢化の進行、疾病構造の変化、国民の生活水準の向上と意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、国民に良質な医療を安定的に提供するためには、それを担う医師の資質の向上が重要な要素の一つとなって来ています。特に、医学・医療技術が飛躍的に進歩し、専門的な知識及び技術が必要とされ、臨床医の専門分化が進む今日、卒業直後の医師としての基盤形成の時期に、将来の専門性を問わず、患者を全人的に診ることができる基本的臨床能力を身につける重要性が指摘されています。

このような状況を踏まえ、厚生省は、医師免許を取得したばかりの新人医師に患者を直接治療しながら学ぶ、卒後臨床研修を2年間義務づけることを決め、平成15年度からの実施に向け法的な整備を行って

おります。この研修が実施出来る施設は、大学病院あるいは、臨床研修病院であり、これらの施設の教育責任者が、卒後臨床研修終了を厚生大臣に報告し、厚生大臣が医籍簿に研修の終了を記載することになります。この制度開始後は、卒後臨床研修を修了していない医師は、病医院の開設者や責任者になれません。また、各学会においても、その認定医・専門医の受験資格要件としての検討が開始されています。

なお、現在の臨床研修病院の施設基準や研修プログラムについても、今後、大幅な見直しが図られる予定です。

5. 卒後臨床研修制度の研修内容とは

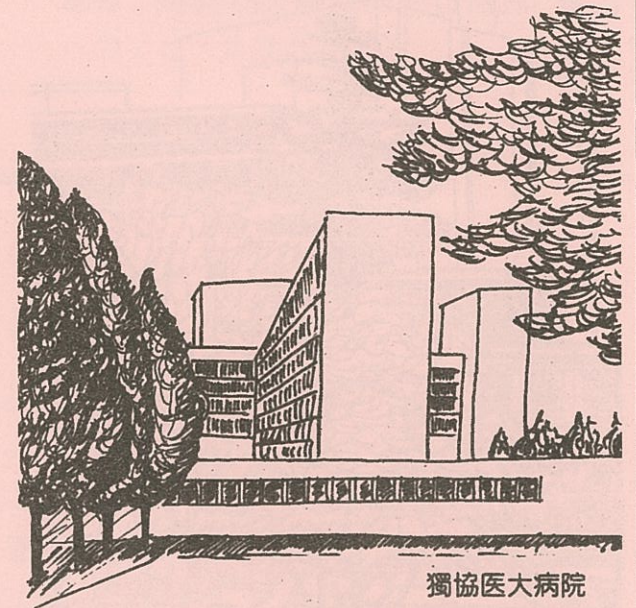
インフォームドコンセントや医薬品の適正使用など科学的根拠に基づく医療提供の観点から、2年間の系統立てた臨床研修プログラム(臨床研修病院で実施される研修プログラムで、その研修内容と方法は、厚生省によって細かく指示されている)にそって、内科系、外科系での基礎研修と救急医療として産婦人科・小児科・麻酔科・脳外科の研修を行うか、あるいは、内科系、外科系合わせて15の基本診療科の研修と救急医療の研修を行うことが義務づけられています。

また、研修医が研修に専念できるように、給与・社会保険の加入などの身分保障制度についても厚生省が定め、研修医のアルバイトは全面的に禁止されます。

6. 卒後臨床研修制度の実施上の問題点と大学対応

* 研修施設の不足

この制度には、十分な研修を行うため、「研修医1名当たり実働10床程度の病床確保」という条件がついています。これが1病院当たりの研修医の募集人数を決める基準となります。例えば、1,000床の大学病院



獨協医大病院

であっても、2学年合わせて100名の研修医しか募集できません。1年間に約8,000名の新人医師が誕生していますので、研修医を全て収容するためには、単純計算で160,000病床が必要となって来ます。

現在、わが国には124ヶ所の大学病院およびその分院があります。そのすべてが1,000床と想定すれば、124,000床となりますが、この中には病床数の少ない分院も含まれており、実病床数は、約90,000床前後と考えられます。つまり大学病院で研修が可能な枠は約9,000名ということです。また、その他の病院の合計で約120,000床となりますが、一般病院の場合、臨床を中心としているため、研修医の受入状況は、病床数の平均2%前後となっています。

従って、両方を合わせても約12,000名に過ぎず、今後、6,000名近い新人医師の受け入れ施設を設置する必要があります。このような状況から、卒後臨床研修制度の実施に当たって、各大学は、臨床研修病院の指定を受けている病院との連携を強化し、医局員を確保することを考えています。



東京女子医大病院

* 財源の不足

現在のところ、予算措置に関する具体的な数字はあがっていませんが、財源の振り分けについては、大筋、以下のとおり決まっています。第1に、研修医に対する身分保障（給与その他）や指導医の給与など人件費部分については、医療保険（特定承認保険医療機関としての診療報酬）。第2に図書費購入・研究費や制度運営に係わる諸費用など物件費部分については、国の補助金。

しかし、国家財政や医療保険財政も逼迫していることから、卒後研修制度の実施までに財源の捻出方法や費用分担について、かなりの議論が行われることが予測されます。

7. 石心会のめざす医療と 臨床研修病院の指定

石心会が目指している、地域の中核病院としての医療や高度な救急医療を実施

するためには、絶え間ない組織の活性化、大学からの最新医療技術の導入、そして医師の安定確保が必要不可欠といえます。また、より高度な治療が必要な患者の発生に備えるには、大学との円滑な連携も欠かせません。

また、今まで石心会は、医療における実力を追求し、いわゆる“無印良品”のように外見にはこだわらない方向で進んできました。しかし、実力が備わるに伴い、関連大学や自治体、医師会など関係機関から「単純な実力本位に止まらず、市民病院的立場を担いうるだけの高度な医療機能・診療体制」を整えて欲しいとの要望が相次ぐようになっていきます。

以上のような環境の変化から考え、石心会は、その歴史の中で一つの転換点にさしかかっていると言えます。つまり、そろそろ独自路線を進むだけでなく自治体や大学とのより強い連携を考え、自らの医療機能をワンランクアップさせるべき時期がやってきているのではないかと思います。臨床研修指定病院となることによって石心会の両病院（川崎幸、狭山）は次項のようなメリットを受けることが可能です。

8. 臨床研修病院の指定を 受けることのメリット

- * 石心会の理念にあった医師の育成が出来る。
- * 毎年、新人医師の安定獲得ができる。
- * 新人医師が毎年入職することにより、指導する医師側も刺激を受け、組織の活性化、病院全体としての医療レベルの向上へとむすびつく。
- * 学位の獲得・国内留学として、大学へ医師を派遣入局させることにより、大学と対等の関係を築くことができ、大学からより良い医師の供給が安定的に受けられる。

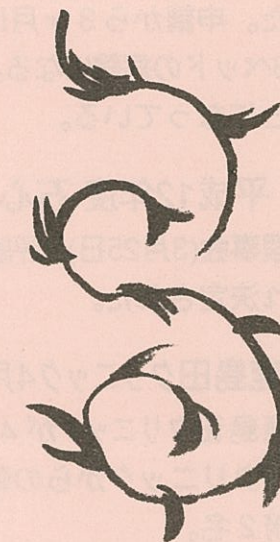
* 大学へ医師を派遣することにより、大学でしかできない高度医療・最先端医療技術をより早く取得し、患者に提供できるようになる。

* 臨床研修病院の指定は、要件が厳しいが、急性期病院としての「格」を示す意味があり、周囲の医療機関や自治体、患者へのアピール度が高まる。

★トピックス①

～ 特養オリーブ、入所はじまる

3月1日、開所と同時に特別養護老人ホーム《オリーブ》の4つの事業（特養／デイサービス／ショートステイ／在宅介護支援センター）のうち、特養およびデイサービス事業が開始された。特養事業では、定床50床に対する入所予定者がほぼ決定し、5月中には全員入所の予定。見学の方々からの評判も上々で、入所申し込みが殺到しており、既に50人近くの入所待ちが発生している。デイサービスは、登録者が12名となり、毎日5～6名の方が来所。4月に入り、ショートステイおよび在宅介護支援センターの業務も開始された。



★トピックス②

～ 狭山病院 軌道にのった 外来全科予約制

3月1日、狭山病院外来診療の全科予約制が開始された。当初、心配していたほどのパニックやクレームは起きず、目的どおり、待ち時間は平均で30～60分ほど短縮でき、従来、混みあう時間帯にはつきものだった臨時のパイプ椅子設置も行わずに済んでいる。駐車場の混雑も解消された。患者さんからは「長く待たないでよくなり、本当に楽になった」など、好意的な声が多く寄せられている。3月最終週からは受付業務のより円滑な運用を図るため、ブロック受付（中央、内科系、外科系、西棟診療科）が開始された。

