



# 全日病 NEWS 8/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.760 2011/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 「一体改革案」が改定方針を誘導

2012年度改定の基本方針 医療部会・医療保険部会。東日本大震災への対応も重要課題に

2012年度診療報酬改定の議論が社会保障審議会で始まった。厚労省は、7月20日の医療部会と7月21日の医療保険部会にそれぞれ改定基本方針の策定を要請。保険局武田俊彦総務課長が、改定にいたる日程、前改定答申書に付帯された中医協意見など関連資料について説明した。

前改定(2010年度)の基本方針策定議論も今回と同様に7月(09年)から始まった。その際、厚労省が検討に付すべき重要資料として提示した1つが「経済財政改革の基本方針2009」。

そこには、「2010年度の診療報酬改定において、選択と集中の考えに基づき診療報酬の配分の見直しを行う」と書き込まれていたことから、改定議論は「選択と集中」の視点が色濃く投影されたところからスタートした(議論の視点は、その後、09年9月の民主党政権誕生によって大きく変わった)。

今回は、「選択と集中」を提起した「骨太の方針」のような閣議決定となった指針はない。しかし、一方で、菅内閣がまとめた「社会保障と税の一体改革(政府成案)」における「医療・介護改革案」があり、他方、東日本大震災への対応という課題がある。

改定基本方針をめぐる議論は、医療部会と医療保険部会とも、前出2つのテーマとどう向き合うかという課題意識が色濃く投影されるものとなった。

### 日医、「改定延期論」で柔軟姿勢に転じる

7月20日の医療部会で、中川委員(日医副会長)は、閣議決定に至らなかった「一体改革案」の位置づけを質しながら、そこに盛り込まれた社会保障改革案は次期改定の方針に影響を及ぼすものではないという見解を表明した。

これに対して、保険局武田総務課長は「(社会保障改革案具体化の)今後の作業展望には不明な点もある」ことを認めた上で、政府・与党社会保障改革検討本部で決った方針であることを根拠に「これを踏まえた議論を(審議会等の)各段階で行なうことが求められている」と述べ、12年度同時改定に始まる医療・介護改革案の具体策と工程等について説明した。

武田総務課長は、7月21日の医療保険部会では、「医療保険制度にかかわる部

分は、今後、この部会でご議論願いたい」と提起、医療保険部会の遠藤部会長も「医療保険に関係する案件は、今後、個別に審議するものと理解している」と応じた。

同課長は、さらに踏み込んで、「(医療・介護改革の)一番早い対応は、来年の通常国会における法改正になる」と展望した。

東日本大震災との関連では、医療部会で、西澤委員(全日病会長)が、「今回は大震災による影響を受けている地域があり、それに対する配慮が必要。また、単に点数を置き換えるのではなく、今回のような災害が生じた場合にも医療が継続して提供できる体制をどう整えていくかを議論し、それがうまく機能する診療報酬となる基本方針を打ち出



すべきと考える」という認識を示した。

また、連合の委員も、「被災病院が必要な人員を確保して機能を回復する上で診療報酬の面からの対応が考えられないか」と述べ、被災医療機関への配慮を求めた。

連合の委員は、医療保険部会でも、地域性を踏まえた診療報酬という視点から、「今回の被災地における医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけるかが重要な課題となる」という問題意識を表わした。

一方、日本医師会は東日本大震災への対応を理由に同時改定の延期を訴えていたが、医療部会で中川委員は、「診療報酬、介護報酬の同時全面改定は行なうべきではないが、不合理な診療報酬、介護報酬は早急に是正する必要がある」と発言。改定の実施を主張する意見に対しても、「全面改定は見送るべきであるが、議論はすべきであり、必要な改定はするべきと繰り返し申し上げている」と応じた。

この発言を受け、西澤委員は、「中川委員の発言から、(日医として)全面改定には反対だが、改定そのものには反対しないということが明らかとなった。したがって、改定に向けて(我々は)粛々と議論をするべきである」と述べ、

日医見解の変化を評価した。

医療部会の齊藤部会長は、「粛々と改定の準備を進めるということで、ほぼコンセンサスが得られた」と議論をまとめた。

医療保険部会で、経団連の委員が独り「今は診療報酬を引き上げる状況にはない」と主張したが、この発言を除き、基本方針審議の入り口で改定率の引き上げもしくは引き下げを論じる向きは見当たらない。多くの委員の関心は、改定率よりも、被災地への影響と医療と介護の同時改定という点に向けられている。

邊見委員(全自病会長)は医療部会で、「前改定の際に、西澤委員が、今回はダブル改定であるから、ぜひ、介護給付分科会と合同で会議を開いたらどうかと提案している」と、垣根を越えた議論を提案した。

これに対して、唐澤審議官は、「重要な指摘だと思う。持ち帰って、中医協や介護給付分科会の会長とも相談したい」と前向きな姿勢をみせた。仮に、訪問看護やリハビリ等、医療保険と介護保険にまたがる領域で両審議会が合同会議を催すことができれば、縦割り行政の中では画期的なできごととなる。

## 2012年度改定へ全10項目の要望をまとめる

日本病院団体協議会 2次救急の評価、看護基準制度の見直し等。外来診療料は廃止を求める

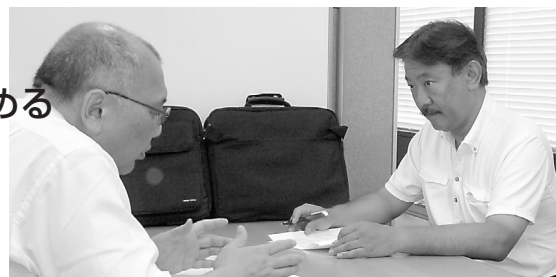
日本病院団体協議会は2012年度診療報酬改定に対する要望書を作成、7月29日、診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日病副会長)が、厚生労働省保険局鈴木康裕医療課長に提出した。

12年度改定に対する要望は、10年6月、11年2月に続く第3弾。今回は、前2回の要望事項に新たな項目を加えた

包括的な要望書とし、全10項目を取り上げている。

新たに取り上げた要望事項は、①出来高算定規則の整理(特定入院料等の出来高算定ルールの見直し)、②外来診療料(包括払いの廃止)、③手術・検査等の適正評価(外保連方式の導入)、④2次救急医療機関の評価(救急車両応需加

算の創設と救急医療管理加算の引き上げ等)、⑤夜勤平均72時間(現場の状況に応じた柔軟な対応の容認等)、⑥急性期看護補助体制加算の拡大(期間制限のない24時間配置)、⑦医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大、⑧チーム医療の評価(医療各職



▲鈴木医療課長(右)に要望する猪口委員長(左)の病棟配置の評価、⑨訪問看護・訪問リハ等の医療保険適用拡大。(改定要望書の詳細は次号)

### 日病協の2012年度診療報酬改定に対する要望事項(項目のみ)

1. 根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設
2. 病院における診療報酬算定規則の変更
  - a. 同一日の同一医療機関複数科受診
  - b. 入院患者の他医療機関への受診の取り扱い
  - c. 支払方式における出来高算定規則の整理
  - d. 外来診療料について
3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価(外保連方式準拠)

4. 2次救急医療機関に対する評価
5. 看護基準制度の変更
  - a. 夜勤平均72時間について
  - b. 急性期看護補助体制加算の拡大による24時間配置
6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大
7. チーム医療の評価(医療関係各職種の病棟配置)
8. 外来リハビリテーション管理料の創設
9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適用拡大
10. 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価

### 清話抄

いま、流行りの言葉に、「切れ目のない医療・介護連携」がある。裏を返すと、医療・介護それぞれの業界がまだまだ情報共有が出来ていない証とも言える。

急性期を担う医師から見ると、要介護となった場合の日常生活活動制限の程度や、在宅支援サービスの中身を思い

浮かべるのは難しいのかもしれない。

東日本大震災でも問題となった生活不活発病(廃用症候群)の発症予防もそうだが、急性期病院の現場ですら発見が遅きに失する場合があります。入院中のADL把握は医師の不得手な分野の一つなのであろう。

一方、機能分担としての回復期リハ病棟の登場は、医療・介護のインターフェイスの役割を過度に負わせてしまう

ことにも繋がり、急性期側にとって介護の世界は益々「隣の隣」になってしまっていることも憂慮すべき事態と言える。良かれと思ったもの(機能分化)が別な問題(連携の分断)を生んだ、一つの事例なのかもしれない。

今後、超高齢化社会で求められる医療とは、慢性疾患を抱える本人の人生、生活をいかに支援するかである。医療から介護への情報提供のみならず、患

者家族を中心とした在宅側から医療側へ情報を発信する情報システムの構築がいま早急に望まれている。

世の中が求めているものは、医療と介護の「連携」ではなく、垣根のない医療と介護の「融合」なのであろう。医療・介護双方向から患者を追っていく継ぎ目のない「生涯カルテ」構築が当たり前の世界になる日はいつになるのだろうか。(肇)



# 主張

## 政府の言葉は塵埃の様に漂っている。 今や、医療界を取り巻く種々矛盾の解決と 基本的医療の堅持を中心に、 運動を再構築する時期が来た。

6月にマラッカ海峡を泳いできました。と聞くと何時間も泳いでスマトラ島へ渡ったのかの様ですが、本当はバンコル島の砂浜でちょっと泳いだけなんです。言葉の綾ですが、意識的に使うと嘘になります。

マレーシアはボルネオ島で採れる原油と天然ガスの価格高騰の恩恵を受け、アジアの最貧国から一挙に有数の金持ち国になった国です。治療費はタダ同然ですが、公的保険制度はありません。

石油を売ったお金はクアランプールとバナナ島と高速道路建設にその

ほとんどが注ぎ込まれ、少しでも先進国に追いつこうという意気込みでアジア一高いツインタワーを作りました。したがって、大都市をちょっと離れると高床式の風が吹くと倒れそうな、ガラス窓の無い家屋が殆どで超近代的都市になっているクアランプールとは雲泥の差があります。アジアの貧しい国に共通する目の輝きが美しい子供が田舎にはあふれています。これが中国やカンボジアでも見られる本当の「格差」でしょう。

さて、話を我が日本国に戻すと、言葉の綾だけで政権にしがみついで

いる人や、大臣になると国民が皆、自分の家来になったと錯覚して威張り散らす人が永田町で右往左往しています。「辞めて」というと「辞めない」という、「辞める!!」という「絶対辞めない」という、これはこだまでしょうか？ AC(ACジャパン:旧公共広告機構)の画像を見過ぎたせいか、日本中の言葉が軽く浮遊する様になりました。

特に政府の言葉は塵埃の様に漂っています。集票目的の為だけのことも手当、高速道路無料化が空しく消えて行きそうです。たしか、その中に診

療報酬10%アップもあった筈ですが、どこに飛んで行ったのでしょうか。

衆愚政治の道を進んできた現政権の悪口はテレビのコメンテーターに任せるとして、今我々がすべきことは何なのでしょう。何があっても日本の医療の根幹は守るという医療人の強い意志と団結を再確認し、兵庫県の消費税訴訟もその1つですが、会員皆が喜ぶ「診療報酬アップ!」だけではなく、医療界を取り巻く種々の矛盾の解決と、基本的医療の堅持を中心に運動を再構築する時期が来たと思えます。(O)

# 枠組みづくりと細部設計の2工程で社会保障改革

「社会保障と税の一体改革」成案 成案めぐり社会保障審議会部会で議論。診療時定額負担に強い反対

「社会保障と税の一体改革」の政府成案が6月30日に成立したことを踏まえ、細川厚生労働大臣は、7月11日の「社会保障改革に関する集中検討会議(民間幹事委員との意見交換)」で、厚労省として取り組む改革課題を明示した。

「社会保障・税一体改革成案における改革項目の着実な推進について」と題した書面は、「社会保障分野の改革については、今後の与野党協議の推移を踏まえ、成案に示された工程表に沿って、着実なその遂行を図る」とし、「医療・介護」について、別掲の検討作業と日程を明らかにしている。

それは、①12年度の同時改定と連動して基盤整備のための一括的な法整備を見込むが、②医療保険・介護保険の制度改革は税制抜本改革と連動して12年度以降法改正を行なうというもの。

「一括的な法整備」とは、医療費適正化計画や特定健診制度の導入、協会けんぽの設立、後期高齢者制度の創設などを一括して成立させるために、健保法、国民健保法、老人保健法等を一括改正した06年の「健康保険法等の一部を改正する法律案」と同種の一括改正法を企図しているということである。上記法の成立で枠組みをつくり、細

部にわたる制度改革は、財源が明確になる過程で設計するという2段階の工程を経る考えだ。

「一体改革成案」は、社会保障審議会でも取り上げられ、様々な意見が示された。

7月20日の医療部会では、日医の中川委員が「成案には診療報酬にかかわる事項が多々あるが、いずれも審議会等の議論を踏まえたものではない」との認識を示すなど、「一体改革成案」に反対する姿勢を明確にした。

一方、7月21日の医療保険部会では、主に「一体改革成案」に書き込まれた診療時定額負担に反対する意見が相次いだ。患者団体の委員も、情勢背景を理解しつつ、「100円負担は大変悩ましい問題だ」と戸惑いを示した。

日医の鈴木委員は「定額部分は保険給付の対象になるのか」と質した。

これに対して、保険局の武田総務課長は、「医療にかかる費用の一定部分を保険給付外とし、残りの部分に対して定率負担とする、免責制のような考え方があるが、これは、保険の範囲を狭めるものであり、問題がある。しかし、今回の案は、提供された医療全体を保険給付とした上で、定率による一部負担と、もうひとつ、違った考え方によ

る定額の負担を控除するかたちで給付を考えられないか」ということだ」と釈明した。

この点で興味深いのは、7月11日の集中検討会議で内閣官房社会保障改革担当室の中村室長が説明した、6月2日の同会議がまとめた社会保障改革案と6月30日の「社会保障・税一体改革成案」の間で変更があった箇所である。

それによると、医療・介護改革における主な修正点は以下の2点である。

●「1. 社会保障改革の基本的な考え方」の見出しに「『中規模・高機能な社会保障』の実現を目指して」を加えた。本文にも同様の挿入が行なわれた。

●「個別分野における主な改革項目(充実/重点化・効率化)」の「II 医療・介護等」における「c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化」で、「社会保障改革案」では「高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討」であったところ、「(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。」を追記した。

後者の修正追記から憶測すると、受診時定額負担を病院の外来受診抑制にからめる可能性もあり得る。

### □「社会保障・税一体改革成案における改革項目の着実な推進について」

検討項目	医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化・機能強化、保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化
検討の場	社会保障審議会(医療部会・医療保険部会・介護保険部会・介護給付費分科会)、中央社会保険医療協議会等
スケジュール	診療報酬・介護報酬の改定に議論を適切に反映するとともに、①基盤整備のための一括的な法整備については2012年度目途に法案を提出、②医療保険・介護保険の見直しについては、税制抜本改革とともに、2012年度以降関係法案を提出

## 福島第1原発事故

# 東電 医療法人・社会福祉法人等を仮払補償金対象に追加

東京電力は、福島第1原発事故による営業損害に対する仮払補償金の支払い対象に医療法人、社会福祉法人等の公益法人追加することを決め、7月29日に公表した。

東京電力による福島原発事故に伴う仮払補償金の支払いは、避難区域等の住民(世帯)を対象に4月から始まった。その後、農林漁業者、住民(個人=精神的損害に対する追加仮払い)に続いて、6月1日から中小企業者からの申し出受付を始め、6月10日から支払いを開始した。

しかし、学校法人の申し出に、東京電力は6月22日付文書で「学校法人は仮払い補償の対象外であるため支払いに応じない」と回答。

医療法人の問い合わせに対しても、「中小企業基本法第2条および中小企業団体の組織に関する法律第3条に規定している会社等に限っているため、医療法人は対象に含まれない」と答えるなど、不可解な対応が明らかとなった。

こうした杓子定規な対応に福島県を初めとする医療機関から強い不満が噴出。民主党の梅村議員は7月12日の参議院厚生労働委員会で政府の見解を質したところ、中山義活経済産業大臣政務官は「早急に対処するよう東京電力に指示を出し、医療法人にも仮払補償金が出るようにする」と答弁している。

### 東京電力「中小企業者の方々への仮払補償金のお支払い対象追加等について」(要旨) 7月29日

1. 公益法人等への仮払いについて
  - 以下の公益法人等を、新たに、避難区域等で中小企業者が被った営業損害に対する仮払補償金の対象とする。
    - (1)新たに追加する対象
      - 避難区域等において活動の全部又は一部を営んでいた以下の法人。
        - 医療法に定める医療法人、社会福祉法に定める社会福祉法人等
    - (2)請求方法
      - 中小企業者向け「仮払補償金請求書」に記入、必要書類\*1を添付して、直接当社宛に請求する。

こうした経緯を経て、東京電力は、7月29日の記者会見で、医療法人を含む公益法人を仮払補償金の対象に追加、請求の受付を始めると説明した。

仮払補償金の対象期間は3月12日から5月末日まで。上限額も250万にとどまるが、東京電力は「6月以降の期間への補償対応も諸状況を踏まえながら進め

- \*1 法人登記簿、法律上作成が義務づけられている損益計算書あるいは収支報告書等および避難区域等において本年3月12日時点で活動していたことの証憑
  - 問い合わせ先は本社「福島原子力補償相談室(コールセンター)」。
- (3)仮払い内容
  - 本年3月12日から5月末日までの収支差額相当額\*2の2分の1(上限額は250万円)。必要書類の用意が難しい法人は、活動の実態を証明する書類\*3の提出により、1法人20万円の仮払いを実施。
  - \*2 過去の収支差額の実績をもとに算出し

ていく」としている。

福島第1原発の損害賠償の本格的話し合いは、8月上旬に決るとみられる。賠償範囲の大枠を示す政府の「原子力損害賠償中間指針」を踏まえて開始されるが、その環境整備として、国が東電に代わって損害賠償額の半分以上を仮払金として支払う原子力損害賠償仮払い法案が7月29日の参院本会議で成立した。東京電力の賠償を国が支援する原子力損害賠償支援機構法案も8月3日に成立する見込みだ。

- た額
  - \*3 法人登記簿、および避難区域等において本年3月12日時点で活動していたことの証憑
    - 6月以降の期間に係る補償への対応は諸状況を踏まえながら進めていく。
- 2. その他
  - 中小企業者の仮払補償金について、避難区域等における営業実態の確認方法として、避難区域等に事業所を有していない場合でも、これに準ずる営業設備を有している場合には、仮払補償金を支払う



## 2012年度改定

## 急性期、慢性期、在宅が主たるテーマか

中医協総会 介護給付費分科会と合同会議の可能性。受診時定額負担も相上に

厚生労働省は7月27日の中医協総会に、政府・与党社会保障改革検討本部が6月30日に決定した「社会保障・税一体改革成案」を報告、診療側委員を中心に活発な議論が交わされた。

「成案」に対しては、主に診療側委員から受診時定額負担に対する反対意見が示され、医療保険部会と並行して、中医協でも議論の相上りあげるべきとする声が多数を占めた。

厚労省は、「成案」を踏まえて2012年度診療報酬改定の審議を進める方針を表明、各種調査が終わる9月にも基本的な検討課題を提示する日程を明らかにした。

鈴木医療課長は、急性期医療、慢性期医療、在宅医療が主たるテーマとなるという認識を示した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、2011年医療経済実態調査の調査票誤送付に関連して診療側委員から求められていた、中医協関連調査の外部委託に関する資料を示した。前回7月13日の総会に提出したものに契約金額を加え、過去6年間の契約状況が記されている。

この数年、とくに民主党政権後、厚生労働省に関しても、細部にわたる予算の執行状況や各種事業の評価など、これまで不明だった行政執行の状況が公開されてきた。

それでも、省庁の外部委託企業との契約状況が、応札業者数、落札業者名、落札金額と詳細なかたちで公表されるのはきわめて異例といえる。

資料提供を求めた西澤委員(全日病会長)は、自ら参加する検証委員会で「外部委託の実態を具体的に明らかにしたい」と総会で明言した。

西澤委員は、また、入院基本料に関するコスト調査に向けた作業開始の展望を事務局にたずねた。

5月18日の総会に、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」から「原価計算対象が不明確なために入院基本料に関するコスト調査は困難。原価計算方法論の確立まで5年程を要する」という報告があった。

これに対して、西澤委員は「時間がかかってもコスト調査に着手すべきである。入院基本料の定義明確化など作



業を進めてほしい」と主張。森田中医協会長(東大教授)は「事務局と検討したい」と回答した。その後、2ヵ月を過ぎても回答がないことから、検討状況を質した。

屋敷保険医療企画調査室長は「検討の課題として認識している。後日、どのように進めるかを総会に提案したい」と答えた。

鈴木医療課長は、同時改定に向けて介護給付費分科会と合同会議を開くべきとする診療側の意見に関して、「医

療部会で提案をいただいた。これは、以前の中医協総会で、西澤委員からも提案いただいている。現在、介護給付費分科会の事務局である老人保健課と打ち合わせしている」と述べ、異例の合同会議に向けて調整に入っていることを明らかにした。

森田中医協会長は、岩手県(8月1日)、宮城県(2日)、福島県(3日)という日程で、中医協委員が東日本大震災被災地を訪問することが決まったことを明らかにした。

## 保険局長 「一体改革成案は閣議決定も閣議報告も同じに取り扱う」

「社会保障・税一体改革成案」をめぐる中医協総会の議論から

牛丸委員(公益) 前回総会で2号側が見解表明を行なった。2012年度改定の議論に入る前に、今後の医療のあり方について、1号・2号が自由に議論する時間がもてるとよい。

森田会長 具体的にどうするか、事務局と相談したい。

鈴木医療課長 牛丸委員のお話は重要な提案。次期改定については介護報酬との関係もあるので、検討したい。

安達委員(診療) 保険局長にうかがう。改革案がこれだけ政府の鳴り物入りでできたのに、閣議報告にとどまっている。これをどう考えるか。

外口保険局長 確かに閣議報告ではあるが、それでも、これは大変重要なものとする。政府与党においてもさらなる検討を図るとされている。細川厚生労働大臣も、その後の集中検討会議で、今後は、医療部会や医療保険部会等で具体化に務めると述べている。

安達委員 しかし、閣議報告では、内閣が変わるとこれも変わるのかとも考えられる。武田総務課長にうかがう。高額療養費の見直しと受診時定額払いの導入について、医療部会で「(定額払いとして想定されている)100円が実現すると財政中立が保たれる」と発言したと聞く。それは事実か。

武田総務課長 公費としての中立、保険財政全体の中での中立ということで申し上げた。

安達委員 高額療養費による医療費の差額は、公費もあるが、基本的には保険者したがって加入者全体が負担している。それを、負担軽減ということで高額療養費の上限をさらに引き下げる。それによる財源の追加投入として、今度は受診者に負担を求めるとするのは公平な話といえるか。きわめて不整合だ。

武田課長 その点を含めて医療保険部会で審議される。

邊見委員(診療) 閣議決定と閣議報告

では大きく違う。それでも、(検討課題として)こうして出てくるのは、決定と同じ意味合いということか。

外口局長 事務局としては、これは、(閣議決定も閣議報告も)同じように取り扱いたい。

邊見委員 これは、事実上成立したものとして対応していかないと先に進まない。

鈴木委員(診療) 受診時定額負担には問題がある。保険料の見直しに触れていない点も問題がある。

武田課長 (成案には)「皆保険制度を堅持する」と明記されている。我々厚労省としても「皆保険制度は堅持すべき」と考えている。

白川委員(支払) (成案に)言いたいことは山ほどある。中医協の範囲では2つ。まず、診療報酬の体系的見直しをするとある。日程をみると次の改定からやると。では、12年度改定は、この中のどの項目を取り上げる考えか。2つ目。入院で4,300億円、外来で1,200億円削減するという。では、保険財政全体でいくら減らすのか。それが、多分、改定のポイントとなる。また、受診時定額払いは医療保険部会で審議するというが、中医協ではやらないのか。

鈴木課長 成案の付属資料「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の「医療・介護」に、大きく2つの課題が出ている。「病院・病床機能の分化・強化と連携」と「在宅医療の充実等」である。2015年度までにめどをつけるとなると12年度改定は一里塚として、舵を切っていく必要がある。例えば「急性期医療への医療資源の集中投入」。これは2025年までにということだが、高度急性期の病院等を中心に従事者を現行より増していくという課題がある。2つ目は「亜急性期・慢性期医療の機能強化」ということ。12年度改定でも慢性期医療等の話が議題として上がってくる。さらに「在宅医療の充実」がある。

例えば、診療所等における総合的な診療、看取り等を中心とする在宅療養支援機能の強化、訪問看護が1つの課題となろう。これ以外にも出てくるだろうが、骨としては、これらが想定される。武田課長 (成案には)公費は出ているが、では、保険料の見直しはどうかについては、後日ご報告する。受診時定額払いは医療保険部会で議論していただく。

白川委員 どこで決定するかはともかく、定額払いは中医協での議論なしではいれない。2015年までに改定は2回ある。今回は、どの項目を取り上げるのか。

鈴木課長 現在、様々な調査をしており、夏の終わりまでには終わる。その後、今改定で概ね何を議論するかの日程案を示したい。

嘉山委員(診療) 定額払いはここでも議論した方がよい。重複受診や過剰な検査というが、逆説的だが、フリーアクセスの下で、それが結果的に予防・早期発見となって、日本の医療を世界トップにしている。それがなく欧米は検診に頼っているというのが実状だ。高度急性期の職員を2倍にするというが、その根拠は。事務職はどのくらい増やすのか

鈴木課長 医療従事者の数と平均在院日数をプロットすると逆カーブになって

いる。100床当たりの配置数は欧米の半分以下であり、在院日数を短縮するためには人員を増やすことが必要だ。

嘉山委員 タイムスタディをきちんとすれば必要な人員数が分かる。正確な実態調査を行なって反映させないと、いつまでも曖昧な数を掲げることになる。医師や看護師の仕事の3割は本来の業務ではない。それを事務系に移すためにいくら事務職員が必要かも分かる。

村山調査課長 試算のマンパワーの積算根拠は成案資料に出ている。

鈴木課長 タイムスタディが必要というご意見は承った。今後、検討したい。

渡辺委員(診療=歯科) 保険料や税負担を欧米並みにというのは分かる。では、患者負担率も欧米並みに下げなくてよいか。定額負担には強く反対する。関原委員(公益) 定額負担の問題は決まる前に早く中医協で議論した方がよい。

安達委員 かつて健保を3割負担としたとき、「本人負担はこれが上限である」と付帯決議された。100円はこれに抵触する。法律本文でなく付帯決議に抵触する場合でも法改正はいらないのか。

武田課長 詳細が確定していない段階で確答できないが、本体だろうが付則だろうが改正が必要であれば改正することになる。

### 一冊の本 book review

## 『日本の医療 制度と政策』

島崎謙治著 発行●東京大学出版会  
定価●5,040円(消費税込)

日本の医療は、曲がり角に差しかかっている。今必要なことは医療提供制度、医療保険制度、診療報酬の3つをバランスよく分析し、これからの日本の医療の道筋を示すことである。

本書は、日本の医療制度の歴史を論じ、ドイツ、米国、スウェーデンとの医療制度・政策の国際比較を行なった後、それらを踏まえ医療提供制度、医療保険制度、診療報酬の現状を幅広く論じた好著である。(泰)

日本の医療  
制度と政策

島崎謙治著

東京大学出版会



# 「我々は患者を探しに行く医療を展開した」

## 災害医療等のあり方に関する検討会 DMATがヘリコプター、救急車両、医薬品、衛星電話をもってきた

厚生労働省は、都道府県医療計画に明示が義務づけられている災害医療について、多方面から見直しを行なう「災害医療等のあり方に関する検討会」(座長・大友康裕東京医科歯科大教授)を設置、2013年度に改訂される医療計画策定指針へ反映させるべく、年内に

報告をとりまとめ、医療計画の見直し検討会に提言する。

11名の委員には石原哲白鬚橋病院長(全日病救急・防災委員長)も名を連ねている。

検討会では、主に、災害拠点病院の機能強化とDMATの充実化が議論され

るが、災害時の医療機関連携のあり方、さらには、「医療支援が長期化する中で、急性期医療から次の医療にどうつなげていくか」という点も課題の1つ(医政局指導課)となる。

7月13日の第1回会合では、全日病派遣の医療救護班が拠点とした気仙沼市

立病院(宮城県気仙沼市)に従事する横山医師が、今震災における同病院の対応について報告した。

災害拠点病院の立場からではあるが、一般の病院にも貴重な示唆を含むレポートである。以下に、その要旨を紹介する。

### 「東日本大震災における気仙沼市立病院が果たした役割と災害拠点病院としての問題点」(要旨) 気仙沼市立病院外科医 横山成邦

当院は14ある宮城県災害拠点病院の最北端に位置し、北は岩手県南部の陸前高田市、南は南三陸町まで、岩手県南部を含めた三陸沿岸の直線距離にして約70km、約10万人をカバーしている。

病床数は一般447床と感染症4床。職員数は5月1日現在で496名、そのうち医師は、定数外職員8名を含めて49名。定員60名のところ68%の充足率だ。病院は築46年、40年、27年、18年の各建物からなり、建て増しを繰り返して現在にいたっている。

災害拠点病院として、当院は集団災害マニュアルを作成、年1回ほど机上トリアージ訓練を行なってきた。最近では、2007年に病院全体としてトリアージ訓練を実施している。この訓練が今回の震災で少なからず役に立った。

3月11日14時46分頃に襲った地震は気仙沼市では震度6弱、津波が到達したのは15時30頃であった。気仙沼市の被害は7月8日現在で死者988人、不明413人。被災世帯数は9,500世帯、全世帯の37%に及ぶと推計される。

当院のマニュアルは震度5強以上で初動を開始するとしている。我々は直ちに災害対策本部とトリアージポストを設置するとともに入院患者を高層階へと誘導・搬送。トリアージタグ判定の色別(黒・赤・黄・緑)エリアの設置と人員配置、自家発電をはじめとする各機器の点検、津波を逃れて病院に避難してきた市民の高台への誘導を行なった。

当院は海岸から約2.5kmに立地しているが、津波は近くの川を遡上して市内に浸水、病院の回りも冠水した。一方、市内では、破損したタンクから海に漏出した重油に引火したため、水没した2カ所で大規模火災が発生。それを第2波、第3波の津波が拡散させ、文字どおり、火の海が街を焼き尽くした。

病院自体は高台にあったために浸水は免れたが、膝の高さまで到達した水によって救急車が当院にこられないという事態になった。それどころか、津波の遡上によって市内を走る川の橋も流されたため、消防署も救急車も動きを寸断され、消火や患者搬送ができなくなってしまった。

3月14日夕刻、一時消火しかけていた市街地の火災が再燃し、病院近くのガスタンクに延焼する危険性が生じた。そうすると当院にも火の手が迫る可能性がある。翌15日未明に緊急ミーティングを開き、入院患者を全員避難させようと話し合った。

当時の患者は独歩可能が101人、要護送が101人、要担送が166人の計368人であった。まずは、人工呼吸器装着患者4人を他病棟に移した。朝6時近くに自家発電が停止。8時に、急ぎ重症患者24人を東北大学病院へヘリ搬送した。続く患者の搬送準備に追われていた13時、幸いにも電気が復旧し通電した。まさに綱渡りの連続であった。

一方、当院の被災者トリアージは、震災時の3月11日は総数で60人ほど、12日は180人ほどであったが、3日目の13日には病院にこられる状態となったことから、一挙に440人ほどに急増している。

ところが、3日目に自家発電が停止寸前となったため外来を制限せざるを得なくなり、3日目は190人、自家発電が止まった4日目の15日は130人ほど、16日には80人ほどとなった。復旧が進んだ3月17日以降は各日100人台後半に盛り返したが、3月22日からは通常外来の開始に踏み切った。

東日本大震災は通信網と交通網が寸断され、圧倒的に情報が欠如した中で急性期医療を行なってきた。患者数の多くはトリアージタグの緑か黄であった。では、赤の被災者はどうしたのか、患者は病院までたどりつけないのではないかということで、我々は「患者を探しに行く医療」を同時に展開した。

これは後から分かったことだが、津波による死因の95%以上が水死であった。即ち、東日本大震災の特徴は、トリアージタグの黒か軽症者しかいない災害であったのだ。

一方で、我々は比較的早期に、緑の患者への対応、すなわち高齢者とか慢性疾患患者への薬剤の投与や感染症対策、在宅療養支援が必要であると認識した。

この写真(別掲)は震災初期のDMATのミーティングである。救急外来前に掲



▲気仙沼市立病院の横山医師(左端)は鉢巻姿で報告した

示板を設置して、寒空の中立ったままで行なった。当院には東京都のDMATが集結、当院所属の宮城県災害コーディネーターがこれを統括した。

掲示板に貼られているのは地図である。情報が途絶えた中、患者を搬送してきた救急救命士や自衛隊員から、どここの道路が通れるのか、どこで火災が起きているか、どこに避難所があるのかの情報を得て、その位置を地図に書き込んだのである。

今回の震災で、DMAT本来の目的である救命医療を成し得たチームはおそらくごく少数であったと思う。しかし、かれらは救急車両やヘリコプターをもってきていた。これが、広域搬送や医療スタッフや医薬品、生活物資などを在宅や避難所へ輸送する上で、抜群の機動力を発揮した。また、DMATが所持していた衛星携帯電話は大変役に立った。

震災から1週間もすると、当院の院内は比較的落ち着いてきた。それは、東北大学から応援の医師が来てくれたり、他県から、患者支援ではなく病院を支援する看護師さん達が来てくれたからである。そこで、当院は職員を積極的に避難所や在宅に投入した。

この震災で気仙沼市立病院が抱えた問題点は、①病院建物の耐震性、②備蓄物資の枯渇、③通信手段の復旧の遅れ、④ヘリポートの確保、⑤職員のレスパイト、であった。

まずは病院建物の耐震性の問題である。震災による当院被害の多くは老朽化した病院建物の損壊による。当院建物の6割が耐震強度基準設定前の建設であった。

震災で生じた損傷部の復旧や修繕だけでは再び強い地震が起きれば建物が耐えられるかどうか分からない。災害医療を支えるスタッフの安全なくして災害医療は成立しない。災害拠点病院、地域中核病院という役割を確実に果たすために、国の主導による新病院建築の速やかな推進が求められる。

続いて備蓄物資の問題であるが、そもそも、これだけ長期間にわたって病院のライフラインが寸断されるとは誰も考えなかった。電力は震災直後から自家発電に切り替わった。通常72時間稼働が限度の自家発電に頼らざるを得ない状況が5日間続いた。その間重油が十分あったわけではない。

重油の枯渇に我々はどうしたか。たまたま津波によって流れてきたタンクローリー車から重油を抜き取ることができた。また、地元の民間業者の協力

を仰いだ。かれらは即断即決で動いてくれた。さらに、県の医療整備課を通じて新潟県に供給を依頼した。かくて、なんとか乗り切ることができた。

次に食料。たまたま3月14日にNHKが当院の窮状を報道したところ、全国各地から当院宛に2,000kgの米が寄せられた。メディアの有効利用とはこういうことかとあらためて思った。

続いて通信手段の復旧の遅れである。実は宮城県災害拠点病院には2005年に災害用MCA(Multi-Channel Access)無線が配備されたが、気仙沼の医療圏は基地局が遠いという理由から配備されず、代替として衛星携帯電話が配備されたのである。これが使えなかった。なぜか、停電と同時に衛星携帯電話が初期設定に変更となったため、受信はできるが発信できないという不具合に見舞われたためであった。

幸い、DMATが所持していた衛星携帯電話が使えたが、その後、市役所にKDDIの移動基地局が設置されて市街地の一部で利用可能となったことを患者から教わったり、市役所に県庁災害対策本部とのホットラインが1基開設したため、宮城県医療災害対策本部と当院との間に1日3回の定時連絡が可能となった。そして、ようやく6日目の3月17日に携帯電話が復旧した。

こうした経験を踏まえると、情報ツールは1つのシステムに依存するのではなく、多重化した整備が必要であると、また、常日頃からメンテナンスが必要であると考えた。

次に、ヘリポートの確保である。気仙沼市立病院は、湾岸にある「商工岸壁」か「広域防災センター」をヘリポートとして定めていた。しかし、前者は火災によって使用不可となり、後者は、他県から支援にきた消防・救急車両でふさがれ、ヘリが降りるスペースがないという状態であった。

しかたなく病院から約8km離れた山の方の原っぱにヘリポートを確保、3月11日から22日までに約80名の患者をヘリ搬送することができた。ヘリ搬送を成功させるには沢山の準備・手続・関係者の調整をクリアしなければならない。そこに、8km離れたところとの連絡や移動が加わると作業にかなりの労務負担が加わり、その分搬送が遅れる。

災害拠点病院のあり方を検討するのであれば、現行は「近隣に確保」となっているようであるが、敷地内にヘリポートを有することが最低条件ではないかと考える。

最後に、「職員のレスパイト」について

### ▲気仙沼市立病院におけるDMATのミーティング風景



▲東日本大震災の初期災害医療を担った東京都DMATには、3月12日に先行して現地におもむいた白鬚橋病院等全日病会員病院の医療班が救急車ともども参加した。



# BCPのマニュアルは阪神大震災がベース

## 災害医療等のあり方に関する検討会 「職員も被災者」。物資確保に地元企業と緊急時優先供給提携が良策

提起させていただく。

今回の震災で当院の職員は奇跡的に全員無事であった。しかし、職員の家族は11人が亡くなり、不明も15人いる。家屋についても全壊79、半壊52、一部破損81、病院にあった通勤用の車は水没・流出が140台、浸水・故障は21台という状況であった。家族や家屋をなくした職員は100人以上に達した。

発災時に勤務時間外だった職員は病院にたどりつくことができないため、残った職員で変則的シフトを組んで対応せざるを得なかった。病院職員は、家族の安否もわからないまま、3日も4日も寝食を忘れて災害医療を支え続けた。誰もが多忙な業務で不安や悲しみを紛らわしていた。

しかし、時間の経過とともに疲労の色が濃く現れるようになり、1週間もすると大爆発して、泣き叫ぶあるいは

声をかけても無反応のままといったように、ハイもしくは鬱というかたちをとりながら、心身の疲労に抗うこともできなくなっていった。もはや、使命感や忍耐だけでは職務を全うすることができない極限にまで追い込まれていたのである。

災害拠点病院である気仙沼市立病院に対して、医師は東北大学から延248人、看護師は埼玉県立病院から延40人、薬剤師は被災した院外調剤職員が17人、栄養士は市内在住の栄養士が数名応援に来てくれた。「私たちには災害救援は来ないと思っていたが、私たちに救済が来た！」とは病院職員の率直な喜びの声である。ただし、「事務職」の代替は職質上調整が難しいところがある。

災害拠点病院のあり方の見直しに際して、ぜひ、災害拠点病院への人的救援を制度として明記するべきと考える。

## 耐震構造、通信手段、自家発電機、物資の備蓄・供給等を検討

「第1回災害医療等のあり方に関する検討会」の議論から

●横山先生の「職員も被災者」という視点は非常に同感。医師・ナースを生かすも殺すも事務職次第という。この機会に、医師・看護師だけでなく事務職の大事さを訴えてほしい。

座長 災害支援において医師・看護師・薬剤師は手配が付きやすいが、事務方の代替は難しいといわれる。

●BCPについてはどうだったか。

横山医師 BCPのマニュアルは阪神大震災がベースで、津波についての記載がない。トリアージも含め初期対応は充実している。しかし、まさか救急車が病院に近づけなくなるとは思ってこなかった。

座長 確かに初期対応に重点が置かれている。今回のように、津波を含め、長期的な対応も盛り込んでいくようにしなければならない。

●埼玉県立病院から救援が来たが、拠点病院同士のネットワークによるものか。

横山医師 院長が直接要請した。県にも依頼したが反応がなかった。

座長 人的救援のテーマは今後も議論したい。

●被災地は井戸水は使えないのか。

●使えるが飲めない。塩分が混じるところもある。

横山医師 気仙沼のある井戸には砒素が混じっていた。

唐澤審議官 これは今後調査したい。

●医薬品の備蓄はいかがだったか。

横山医師 業者との提携があり、困らなかった。DMATも沢山持ってきてくれた。

座長 耐震化の工事はかなり進んでいると認識しているがどうか。

事務局 耐震化の進捗状況は2009年で拠点病院と救命救急合せて62.4%である。

●中越地震の際、小千谷総合病院は倒壊したが、同じ敷地の老人施設は免震構造で大丈夫だった。ただし、免震構造は基礎設計からやり直すので建替えが必要になる。

座長 いずれにしても耐震化の促進をはかるという方向を確認したい。

●通信手段は複数確保した方がよい。阪神淡路以降EMIS\*の inputs が普及してきた。DMAT研修等で inputs の重要性を知らしめてほしい。今回、衛星携帯、

MCA無線、自治体の防災無線等がどのくらい活用されたのか検証が必要。日赤やDMATは無線の周波数を独自にもっている。総務省で、医療チームに共通の周波数を簡易に許可してもらえると助かる。

\* (編集部注) 広域災害救急医療情報システム(全国共通の災害救急医療の情報収集・提供を行なうポータルサイト)

座長 共通の周波数は拠点病院にも必要だ。

●衛星電話でインターネットは使えるか  
●インマルサットBGANやドコモのワイドスターIIなどがある。PCに接続させてインターネットにアクセスすればよい。

座長 拠点病院は、こうした衛星電話を用意しておくべきだろう。

事務局 EMISは各県が利用登録等管理し、現在、県内の拠点病院に導入している。宮城県は一時導入していたが、被災時には取り止めていた。

座長 EMISは inputs をあらかじめ決めておくことが大事。

●複数いた方がよい。コメディカルの人も活用するとよい。

座長 中越地震のときもほとんど inputs されなかった。どういう情報を inputs するのか分からない病院もある。

inputs 内容は誰が決めるのか、各病院が inputs 体制を確立して訓練を行なう必要がある。災害対応マニュアルに入れておくべきだ。EMISは、拠点病院以外にも必要かどうかなど色々検討する問題がある。

横山医師 医師会にも必要ではないか。  
●愛知県で拠点病院から、自家発電では大型の機器、MRIなどは動かせないとの回答があった。

●平均3日もてば何とかなるのか。

●高次医療では難しい。

●石巻の赤十字病院では、自家発電は通常の5~6割しかカバーできなかった。

●電子カルテはサーバーの冷却が止まっただけで動かなくなる。ネットワークが働かない。つまり医療が出来ない。

座長 この件も検討を続けたい。

●水の確保だが、3~5トンのタンク車を各病院用意してほしいと思う。

座長 貯水槽でもよいのではないかと。

座長 食料備蓄は何日くらい必要か。

●患者だけでなく、職員のものも必要。

横山医師 病院には住民がどっと避難してくる。相当数が必要。

●病院を避難所としてはいけない。

横山医師 病院にはどうしても来る。市民にはあらかじめの教育が必要だ。

●相当量の備蓄となると投資負担が大変だ。

●水やガソリン等は、あらかじめ地元企業と緊急時優先的供給の提携をしておくのもよい方法だ。

●それだけに外部支援者は自己完結が必要になる。

座長 基幹(地域)災害拠点病院、DMAT指定医療機関、救命救急センター等が別々に指定されている。もう少し抱合してはどうか。そして、DMATをもっている病院ともっていない病院とでレベル分けしてはどうか。この辺りも検討していきたい。

●日赤病院では武蔵野市内の病院と持ち回りで一緒に訓練をしている。

座長 被災時にDMAT等の支援チームを受け入れる体制の整備を、拠点病院の要件に盛り込んでどうか。

●22万人の石巻医療圏には3,000チームが支援に来たが、被災者と支援の受入れで大変だった。日赤で大量の人員を配したから乗り切れた。こういったことのないような「割り振り」をコーディネートする機関も必要。

横山医師 ほとんどの患者は「黒」だったので、DMATは本来の活動ができなかった。

しかし、気仙沼市立病院にかけつけた東京DMATは沢山の医療チームを引き受けてコーディネートしてくれ、それに加えて病院を助けてくれた。だから、我々は在宅や避難所に出ることができた。

座長 急性期医療だけでなく、その後の医療ニーズにもどう対応するかという課題もある。

### 催し物のご案内 市民公開セミナー「医療と消費税」市民の皆さまも参加できます。入場無料です。

日 時 ●8月21日(日) 14:00~17:00 (会場13:00)  
会 場 ●日比谷公会堂(日比谷公園内。東京メトロ丸の内線・日比谷線・千代田線「霞ヶ関駅」下車)

作家海堂尊氏が講演!

プログラム  
基調講演

海堂 尊(医師、作家)  
堤 未果(ジャーナリスト)  
今村 聡(日本医師会常任理事)

パネルディスカッション

海堂 尊(医師、作家)  
堤 未果(ジャーナリスト)  
今村 聡(日本医師会常任理事)  
田辺 功(医療ジャーナリスト)  
船本智睦(税理士)  
伊藤伸一(四病協)

主催/日本医師会  
四病院団体協議会  
後援/日本歯科医師会  
日本薬剤師会  
日本看護協会  
日本病院団体協議会  
全国老人保健施設協会  
東京都病院協会  
東京都医師会  
千葉県医師会  
神奈川県医師会  
埼玉県医師会

## 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、35年余にわたり、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、平成23年度より開始の試験です。

■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】社団法人 全日本病院協会  
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

●試験の詳しい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。

(財)日本医療教育財団

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



# 「4疾病5事業と在宅医療は同格」

## 医療計画の見直し検討会 13年度医療計画策定に向け 課長通知で在宅医療構築の指針



▲検討会に臨む神野副会長(写真中) 定に反映させる考えを明らかにした。

2013年度から5か年にわたる新医療計画の策定に向けて作成指針等見直しの検討を進めている「医療計画の見直し等に関する検討会」は、7月13日の会合で在宅医療をテーマに取りあげた。

第5次医療法改正で大きく見直された医療計画だが、計画策定の重点は、連携体制構築と住民への情報提供が義務づけられた「4疾病5事業」に置かれ、医療計画の記載事項の1つである「在宅医療の確保」はあまり顧みられなかった。

そのため、都道府県医療計画で在宅医療に関する数値目標を記載している

のは11都道府県に過ぎず、アンケートに「4疾病5事業と同様に特に重点的に取り組むべき事業(分野)」に「在宅医療(終末期医療を含む)」をあげたのも17道府県と少ない(第2回検討会の資料から)。

こうしたことから、議論において、神野正博委員(全日病副会長)は「在宅医療を“4疾病・5事業”と同等に位置づけるべきである」と主張、次期医療計画の作成指針等で重要課題として取り扱うよう求めた。

神野委員の提案は多くの委員の共感を得たため、事務局(厚労省医政局指導

課)は、年内にも在宅医療提供体制構築に関する指針を指導課長通知として発出、各都道府県の医療計画策

### □在宅医療に関する論点

- 在宅医療の指針案を作成するとした場合、
1. 在宅医療の医療圏の設定にあたっては、介護保険事業計画を踏まえて策定すべきではないか。
  2. 計画の策定にあたっては、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院などの医療機関・訪問看護ステーション・歯科診療所・薬局など多職種協働によるケア・支援体制の確保を目指すべきではないか。
  3. 在宅医療の目標及び評価はどのようにあるべきか。

### 「医療計画の見直し等に関する検討会」の議論から 7月13日

**神野委員** 医療部会で、4疾病に精神疾患を追加することが認められたが、在宅も医療計画に位置づけられているので、5事業に追加して都道府県医療計画に目標値を設定させていく必要がある。これは喫緊の課題である。厚労省の資料によると11の都道府県しか目標値を設定していない。連携体制にきちんと位置づけて全都道府県に取り組みをさせないとならない。

参考人のお話にあった、ギリギリまで在宅にあって、最期に病院や診療所で看取るという考えは大賛成。その担い手として、我々全日病では地域一般病棟を提唱している。当直医がしっかりいる民間中小病院こそ最後の砦という役割を担うものと考え。

●在宅は重要。しかし、交代制ではなくオンコールの下では訪問看護や介護スタッフの負担は大変。単なる在宅至上主義では続かない。したがって、「在宅か施設か」ではなく、「在宅も施設も」という視点で臨むべき。有床診や中小病院のベッドを活用し、できるだけ重度者の面倒をみる、レスパイトにも対応するというで在宅の負担を軽くしなければいけない。

また、看取りにも都市型と地方型が

ある。全国一律ではなく、地方の事情を踏まえないとならない。介護保険の圏域は実態に合わない。在宅で圏域を設定するのであれば、柔軟に考えるべき。

**事務局** 在宅はすでに医療法で位置づけられている。4疾病は急性期、慢性期、在宅療養と切れの目ない連携体制を書くこととされており、4疾病の中に在宅医療は入り込んでいる。5事業に在宅を追加するという点は慎重に検討する必要がある。

●しかし、全都道府県に記載するようという指導は必要ではないか。

**事務局** 補足させていただく。最近、よく「6事業目に在宅を」というお声をいただく。そこで、法律上の説明をしたい。4疾病は、医療法の第30条の4「医療計画に定める事項」の2項の四に定められている。次の五に救急医療など5つの事業が定められ、その次の六に「居宅等における医療の確保に関する事項」とある。これが在宅医療である。

つまり、医療計画で、在宅医療は4疾病5事業並びになっている。したがって、6事業目に在宅を加えるには医療法を改正しなければならないが、「六」を削除して「五」に入れるというのは、法律的には「降格処分」となる。低くする必要

もないということで、4疾病5事業並びのまま、今後も大事な事項として、別途(医療計画に)総合的に記載するというかたちにしていく方がよいのでは。

**神野委員** それは理解した。しかし、県も医療関係者ももっぱら「4疾病5事業」である。在宅を入れるのが不適切であるならば、新たに、「4疾病5事業1在宅」といった括りにしていかないと、国民に、厚労省として在宅に力を入れているというように映らない。

**事務局** 2007年7月20日付医政局長通知(「医療計画について(医療計画作成指針)」)には在宅が明記されているが、同日付の指導課長通知(「疾病又は事業ごとの医療体制について」)は在宅医療に言及していない。年末までに医療計画を見直すとして、この課長通知に在宅医療を入れるかどうか、本検討会で検討いただきたい。また、医療部会で精神疾患を入れると決まったが、それをどのように位置づけるかという点も、論点整理や中間まとめに向けてご議論願いたい。

●別格というが、それは棚上げにする口実にも聞こえる。私は6事業とするべきだと思う。あるいは「5事業+特別事業(在宅)」とでもしたらよい。

●都道府県の立場から。現行の保健医療計画の中にも在宅医療は記載されているが、医療計画については、4疾病5事業中心に組み立てたということは否めず、在宅は、その次の課題になっていたかもしれない。ただ、次期保健医療計画の中ではかなり大きな柱となる。そこで、在宅医療の推進について、看取り率の定義や数字など、具体的な指標・指針を出していただけないか。また、総合医をどう養成していくのか、高い判断力が求められる訪問看護師等医療専門職の確保と育成をどうするのかも示してほしい。それと、後方支援病院の整備もある。これらが揃って、安心して在宅医療を進められる。

**事務局** 医療計画策定にあたっては、基本方針(大臣告示)、医療計画作成指針(局長通知)、「疾病又は事業ごとの医療体制について」(課長通知)を各都道府県に示す。在宅医療の取り扱いについては、課長通知の中に入れるよりも、別途、「在宅医療の体制について」(課長通知)出すといったように、別に、大きなものとして通知を新たに出す方がよいのか、それとも、既出課長通知に入れ込む方がよいのか、ご意見をうかがいたい。●その判断は行政にお任せしたい。

## 医療保険部会 国保の支払い早期化、来年3月請求分から実施

社会保障審議会の医療保険部会が7月21日に7ヵ月半ぶりに開催され、退任した糠谷真平部会長(国民生活センター顧問)の後任として、中医協の前会長を務めた遠藤久夫氏(学習院大学教授)を部会長に選出した。

事務局(厚労省保険局総務課)は、現在、償還払いとなっているコルセットや矯正用眼鏡等治療用装具の療養費支給について、東日本大震災への対応の一環として、2012年2月29日までの間、

装具業者による受領の委任を認める特例としていることから、今後は何らかの現物支給を認めてはどうかという提案を行ない、概ね合意を得た。

震災特例と同様に受領委任とするか、出産一時金のような直接支払いまたは受け取り代理とするかなどの具体的な方法は、引き続き検討する。

事務局は、また、電子レセプトによる請求を実施している医療機関に対する診療報酬の支払い早期化について報

告。国保連経由の支払いについて、今年1月に事務連絡で明らかにした今年10月請求分からの早期化(約1週間~10日程度)が、東日本大震災の影響によって2012年3月請求分からの実施へと5ヵ月遅れることを明らかにした。

武田総務課長は「関係者には近々通知する」と説明した。

各都道府県国保連で11年5月稼働を予定していた審査支払いの決済スケジュールを全国一律にする「国保総合シ

ステム」の導入が、東日本大震災にともなう計画停電等によって導入試験が予定通り進まず、10月稼働にずれ込んだことが遅延の原因。支払いの早期化は「国保総合システム」に組み込まれていた。

国保中央会では、システムの安定的な運用には稼働から数ヵ月間を要する上、年末や年度末は支払い業務が多忙となることもあり、来年3月請求分(4月20日支払い)をもって早期支払いの実施を遅らせるというもの。

## 中医協総会 改定を前に、診療側が70分にわたる見解表明

7月13日に開かれた中医協総会で、診療側は「わが国の医療についての基本資料」と題した見解表明を行なった。

2012年度診療報酬改定議論が本格化する前に、診療側として、診療報酬にかかわる情勢と課題の認識を包括的に示したもので、医療費と財源に始まり、医療技術の水準、医師等病院従事者の状況、医療提供体制、さらには介護保険の問題点など、わが国医療の現況と課題が、医療提供者の視点から解き明かされた。

見解には、診療側全委員とともに、専門委員である坂本すが氏(6月に退任。現日本看護協会会長)と北村善明氏(日本放射線技師会理事)も名を連ねた。

見解表明は1時間10分にも及ぶもの

で、報告などの定型的審議に追われがちな中医協としては異例の長時間にわたる演説となった。

今回の試みは、6年に1度の介護報酬との同時改定に向け、支払側さらには公益側各委員とも認識を共有したいという期待を込めたものであった。

診療側の見解に、支払側の白川委員(健保連副会長)は、「国民のための医療をいかによくするかという基本的な考えは1号側も同様である」と、まずは、エールを送った。

その上で、見解には「我々を納得させるものもあれば、データの見方が違うのではと異論をもつものもある。中には中医協の範疇からはみ出たものもあるが、中医協マターについては、こ

の場でじっくりと議論していきたい」と受け止めた。

同日の中医協総会は、10年度改定検証調査の11年実施分として、①病院勤務医の負担軽減に関する状況調査、②在宅医療の実施状況および医療・介護の連携状況調査の各調査票が了承され、実施の運びとなった。

## 第2次補正予算案 被災医療施設等の二重債務負担緩和に40億円

厚生労働省は、東日本大震災で被災した医療施設等が再建のために福祉医療機構から新たな借り入れを起こす場合に二重債務で苦しむ事態を緩和する措置をとるために、2011年度第2次補正予算案に40億円を計上した。

具体的には、①旧債務の条件変更(償還期間の延長、金利の見直し等)に積極的に応じる、②災害復旧のための新規

10年度改定検証調査の11年実施分としては、すでに、6月22日の総会で、③後発医薬品の使用状況調査、④回復期リハ、がん患者リハ等リハビリテーション見直しの影響調査の各調査票が了承されており、これで、前改定の答申書に付帯された意見書で提起された検証調査は全項目が実施に移された。

貸付条件のさらなる緩和(償還期間・据置期間の延長、無担保貸付額の拡充等)を図る、というもの。

また、生活衛生関係の事業者に対しては、政府全体の中小企業向け対策(中小企業庁)においても二重債務問題への対応が図られるとしている。

第2次補正予算案は7月25日の参議院本会議で可決、成立した。



# マンパワー確保が最大の問題。療養病床の届出も多い

## 四病協 在宅療養支援病院にアンケート。あるべき姿を検討

四病院団体協議会が在宅療養支援病院を対象に実施したアンケート調査の結果がまとまった。

アンケートは、届出病院の意見を踏まえて在宅療養支援病院に関する提言・要望課題を探るために、「在宅療養支援病院に関する委員会」(委員長・梶原優日

病副会長)が実施した。

アンケートの結果から、在宅医療の基盤整備に向けて在宅療養支援病院の普及促進を図る上で、施設基準等要件をどう改善させるべきか、同委員会では、在宅療養支援病院のあるべき姿について検討を進めている。

件数はばらつき多い(平均86件)。

- ・往診実施率は61.4%。5回未満が60.0%と実績はまだ少ない。緊急時・夜間は病院に直接搬送のケースがあるのではないかと推測される。
- ・緊急訪問看護加算算定率は8.8%。訪問看護ステーションと連携を取って

いるケースが多いのではないかと推測される。

- ・ほとんどの病院で初期救急機能を有している。
- ・地域連携パスは脳卒中が56.1%、大腿骨頸部骨折が49.1%。
- ・医療計画の4疾病は各疾患とも4割前後が参加、5事業は救急医療が多い。
- ・在宅療養支援病院を維持継続する上の問題点としては「マンパワーの確保」が最大だが、「訪問看護との連携」や「病床確保」も問題とする病院がある。

### 在宅療養支援病院に対するアンケート調査結果の概要

- ・調査対象 四病協参加の在宅療養支援病院365施設(2010年11月8日現在)
- ・調査時期 11年3月7日~22日
- ・回答数 57(回答率15.6%)

#### 【集計結果】

- 在宅療養支援病院の体制について
- ・6割近くの病院が訪問看護ステーションを有するほか、在宅患者を支える介護系事業所(訪問介護、通所リハ等)の割合も高いなど、在宅患者を支えるサービスが充実している。
- ・届出病床は一般病床の割合が高いが、療養病床を有する病院も比較的多い。
- ・24時間の窓口担当者は看護師が多い。往診担当医(訪問診療担当医)は2名、緊急往診担当医は1名が多く、在宅

医療を担う医師確保の難しさがうかがえる。

- ・緊急入院時の病床確保は1~2床が多く、空床確保の難しさがうかがえる。
- ・訪問診療の実施率は87.7%、月平均

#### □在宅療養支援病院の体制(病院数)

24時間窓口担当者	医師単独	医師兼任	看護師	MSW	事務	
	5	13	49	1	6	
往診担当医師数	1名	2名	3名	4名	5名以上	
	10	20	8	9	10	
緊急往診担当医師数	1名	2名	3名	4名以上	無記入	
	45	8	2	0	2	
訪問看護体制	病院看護師	訪問看護師	両方	無記入		
	20	23	3	11		
情報共有媒体	文書	電子媒体	両方	無記入		
	54	2	0	1		
緊急入院時病床	1床	2床	3床	4床	5床以上	無記入・無し
	15	19	4	2	10	7

#### □連携体制

設問内容	している/回答した率
(1)ある程度の初期救急機能を有している。	84.2%
救急告示の有無	63.2%
(2)専門医とのオンコールがある程度とれる。	71.9%
(3)在宅療養支援診療所と後方病床の連携をしている。	38.6%
定期的に情報交換をしている。	28.1%
後方病床契約を締結している。	17.5%
(4)在宅療養支援診療所の24時間輪番体制に参加していますか。	12.3%
(5)在宅療養支援診療所の医師が利用できる開放病床を有していますか。	12.3%

#### □維持継続の問題点

設問内容	問題点と回答した割合
(1)24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	64.9%
(2)24時間往診が可能な体制の確保	87.7%
(3)24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	33.3%
(4)緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	36.8%
(5)患者への情報提供方法	8.8%
(6)患者に関する診療録管理を行う体制の整備	15.8%
(7)他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	19.3%

# 厚生年金、社会保険の病院存続へ地域医療機能推進機構

## RFOから病院を承継、病院運営にあたる

(独)年金・健康保険福祉施設整理機構法の一部改正が6月17日の参院本会議で可決、成立した。これによって、今後3年以内に、(独)年金・健康保険福祉施設整理機構は(独)独立行政法人地域医療機能推進機構に改組される。

RFOは、現在、傘下の厚生年金病院、社会保険病院等を譲渡・売却・廃止することを目的に、2012年9月までの期限付きで存続が認められている。期限まで

に譲渡・売却が行なわれない場合、したがって、RFO廃止後の傘下61病院の存続が危ぶまれていた。

今回の法改正は、厚生年金病院、社会保険病院等を地域の中核病院として存続させるために、RFOを改組した地域医療機能推進機構を新たな独立行政法人として発足させ、前出病院を承継するとともにその運営にあたらせるというもの。傘下には船員保険病院の3

施設も加わる。

地域医療機能推進機構は病院の新設はしない。また、原則として、国の交付金は措置されない。

傘下病院については、地域に必要な医療機能が確保される場合に限り、病院を譲渡することができることされたが、病院を譲渡する際は地元の知事、市町村長からの意見聴取が義務づけられた。

民主党政権の下で、今回の改正法案とはほぼ同趣旨の地域医療機能推進機構法案が提出されているが未成立に終わったが、今回は、議員立法によって、民主、自民、公明等の賛成多数で可決された。

これに伴い、厚生労働大臣は6月8日付で通知を発出、社会保険病院と厚生年金病院を譲渡する場合の取扱いを定めた厚生労働大臣通知を改正、新たに「所在地方公共団体が譲受けを希望する場合の取扱い」を挿入したことを年金・健康保険福祉施設整理機構に伝えた。

### 2011年度第4回常任理事会の抄録 7月16日

#### 【主な協議事項】

- 東日本大震災被災地域会員の被害額調査  
東日本大震災の被災地域会員を対象に被害額の調査を実施することが承認された。
- 東日本大震災被災病院に対する医師の派遣  
要請があった気仙沼市立本吉病院への医師派遣について、会員病院に協力を要請する文書の発行が承認された。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)  
以下の3人の入会が承認された。  
福島県 池田温泉病院 理事長 池田史仁  
大阪府 今里胃腸病院 理事長 栗田加織  
大阪府 石切生喜病院 理事長 藤井弘一  
別途退会が4人あった結果、在籍会員数は2,337人となった。  
以下の賛助会員の入会が承認された。  
ねりま西クリニック(東京都・大城堅一院長)  
この結果、賛助会員数は合計96となった。
- 人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下の1施設が承認された。

日帰り人間ドック  
山口県 光中央病院

この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計474施設となった。

#### 【主な報告事項】

- 第53回全日本病院学会の特別企画プログラム  
第53回全日本病院学会で催される特別企画「東日本大震災について(仮)」のプログラムが報告された。
- 新たな病院機能評価の枠組みについて  
日本医療機能評価機構が進められている病院機能評価評価項目(ver.6)の改訂として、現時点で明らかとなったver.7の枠組みについて報告があった。
- 「総合評価加算に係る研修」の開催  
「総合評価加算に係る研修」を、8月13

日・14日の2日間、東京都内で開催する旨の報告があった。

#### ●医療安全管理者継続講習会の開催

「医療安全管理者継続講習会」を、11月26日・27日の2日間、本会会議室で開催する旨の報告があった。

#### ●個人情報管理・担当責任者養成研修会の開催

「個人情報管理・担当責任者養成研修会」を、東京都内(8月24日)と福岡市内(9月1日)の2会場で開催する旨の報告があった。

#### ●「特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)」の開催

「特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)」を、8月5・6日に、本会会議室で開催する旨の報告があった。

#### ●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

- 6月3日付で以下の16会員病院に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。
- ◎一般病院  
埼玉県 岡病院 更新

- 東京都 東京厚生年金病院 更新
- 東京都 江東病院 更新
- 神奈川県 横浜南共済病院 更新
- 神奈川県 昭和大学藤が丘病院 新規
- 京都府 武田病院 更新
- 大阪府 関西電力病院 更新
- ◎精神科病院  
北海道 さっぽろ香雪病院 更新
- ◎療養病院  
埼玉県 大宮共立病院 更新
- ◎複合病院  
山形県 篠田総合病院 更新
- 埼玉県 蓮田病院 更新
- 石川県 金沢西病院 更新
- 兵庫県 名谷病院 更新
- 岡山県 総合病院落合病院 更新
- 広島県 野村病院 更新
- 長崎県 柴田長庚堂病院 更新
- 6月3日現在の認定病院は合計2,500病院。そのうち、本会会員は893病院と、会員病院の38.2%、全認定病院の35.7%を占めている。

## 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 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) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588



# 特別企画「東日本大震災」のプログラム骨子固まる

第53回全日病学会(沖縄県) 沖縄学会の演題登録510題。全日病学会史上最高を記録

10月29日、30日に沖縄県宜野湾市で開催される第53回全日本病院学会(新垣哲学会長)の演題登録数が510題に達し、昨年の兵庫学会の463題を超え、全日本病院学会史上の最高数を記録した。沖縄学会で催される特別企画「東日本

大震災について(仮)」のプログラム骨子が固まった。特別企画は、3月に起きた東日本大震災について、災害医療および長期にわたる医療支援など「あらゆる角度から検証して今後に備える」(新垣学会長)ことを

を目的に、学会実行委員会と救急・防災委員会の手で特別企画がまとめられた。プログラムは、(1)基調講演、(2)シンポジウム、(3)沖縄県からの報告、(4)被災地からの報告、(5)医療支援活動に関する講演・報告、(6)特別発言2テーマ

(原発事故等)という構成からなり、全6.5時間に及ぶ内容になっている。事前の参加登録は9月9日が締め切り。実行委員会(山内英樹委員長)は、直前の混乱を避けるために「早めに参加登録を終えていただきたい」と希望している。

## 第53回全日本病院学会 特別企画 テーマ「東日本大震災について(仮)」

【第1部】10月29日(土) 14:00~17:30

### □基調講演

NPO法人防災情報機構会長・元NHK解説委員 伊藤和明  
沖縄県からの報告Ⅰ 講師 (未定)  
沖縄県からの報告Ⅱ 講師 (未定)  
シンポジウム

### シンポジスト／

NPO法人防災情報機構会長 伊藤和明  
全日病副会長 安藤高朗  
全日病常任理事・徳島県医師会長 川島 周  
全日病常任理事・救急防災委員会委員 猪口正孝  
質疑応答



【第2部】10月30日(日) 9:00~12:00

### □被災地よりの報告

講演Ⅰ 宮城県災害医療コーディネーター・気仙沼市立病院脳神経外科科長 成田徳雄  
質疑応答

### □医療支援活動についての報告

#### 講演Ⅱ

全日病副会長 安藤高朗

#### 報告Ⅲ

医療法人社団桐光会調布病院 院長 大桃文知

#### 報告Ⅳ

医療法人八女発心会姫野病院 医師 永田高志

#### 報告Ⅴ

社団医療法人社団三思会東名厚木中央病院 医師 山下 巖

#### 報告Ⅵ

講師／全日病常任理事・救急防災委員会委員 猪口正孝



### □特別発言

#### 特別発言Ⅰ

東京臨海病院長・日本医科大学名誉教授 山本保博

#### 特別発言Ⅱ

日本医科大学高度救命救急センター 布施 明  
テーマ「原発事故について(仮)」

## 第53回全日本病院学会(沖縄県)

テーマ 「誇れる医療人の集い」～沖縄より元気を発信～

担当 沖縄県支部

期日 10月29日(土)・30日(日)

学会長 沖縄支部長・医療法人新西会西武門病院理事長 新垣哲

会場 沖縄県宜野湾市沖繩コンベンションセンター、カルチャーリゾートフェストーン

参加費 理事長・院長 3万円(事前)、3万5,000円(当日)

上記以外の方 1万円(事前)、1万2,000円(当日)

懇親会参加費 3,000円(事前)、4,000円(当日)

\*事前参加登録のお支払いはクレジットカード決済、または、コンビニ支払い、銀行振り込みをお願いします。

事前参加登録 9月9日締め切り

第53回全日本病院学会 運営事務局

Tel.098-868-2468(平日10~17時)、Fax.098-868-2833

E-mail; info@ajha53okinawa.org

## 沖縄学会の主なプログラム(企画骨子)

□特別講演 厚生労働省(医政局)

□特別講演 原中勝征日本医師会長

□講演 厚生労働省保険局鈴木康裕医療課長

□特別企画 東日本大震災について(仮・別掲)

□支部企画 沖縄県浦添市における地域医療連携一病診行連携、ウチナーイナグ物語

□委員会企画 病院のあり方委員会 未来(2025年)の医療提供体制(仮)

医療の質向上委員会 質評価(仮)

広報委員会 医療圏によって、こんなに違う～あなたの医療圏の将来は?～(仮)

医療制度・税制委員会 医師不足の現状と対策

人間ドック委員会 人間ドックにおける糖尿病と生活指導について

病院機能評価委員会 継続的質の評価について

□その他 ランチョンセミナー、日本医業経営コンサルタント協会シンポジウム、日本メディカル給食協会シンポジウム 等

## 会員病院が気仙沼市立本吉病院へ医師を派遣 8月1日～9月3日。5病院が派遣に応じる

地震と津波で大きな被害を受けた宮城県気仙沼市立本吉病院からの医師派遣依頼に対応すべく、全日病は会員病院に協力をよびかけていたが、このほど5病院が派遣に応じたため、8月1日～9月3日の34日間、同病院の外来を維持する見通しがついた。

医師派遣の依頼は、日医、大学医学部長病院長会議、日病等で構成される「被災者健康支援連絡協議会」を介して行なわれた。前述の期間に派遣可能とする病院団体がなかったため、西澤執行部は全日病の会員病院に声をかけ、協力を要請した。

現在、医師の配置に余裕があるとする病院はほとんどない。それでも、全

日病が拠点としていた気仙沼市の惨状と復興への強い取り組みが医療救護班を介して会員病院に伝わっていたこともあり、5病院が協力を申し出た。

その結果、8月1日～9月3日の間を、6期に分けて、常時医師1名を派遣する体制が確保されたもの。

気仙沼市立本吉病院は気仙沼市の本吉町に唯一存在する医療機関で、一般病床38床を有している。もっぱら内科主体に市民の医療ニーズに答えていたが、被災直後に常勤医2人が体調等の理由から辞表を出して医師不在となったため、この間は、大学病院の派遣医や医療救護班によって診療が維持されてきた。気仙沼市にとどまる医療救護班が6

月末で解散した後も、本吉地区には同病院を頼っている外来患者が少なくな

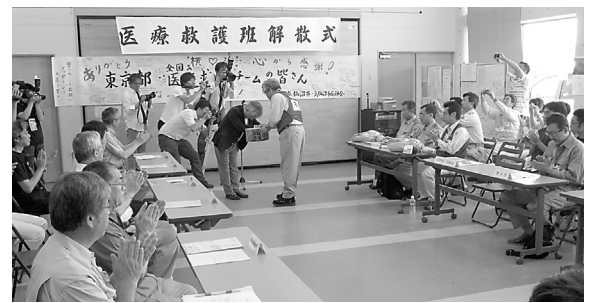
いことから、全国の病院等に応援を訴えていた。

## 気仙沼市で医療救護班の解散式

宮城県気仙沼市に派遣されていた医療救護班の解散式が、6月30日に、市庁舎内の保健福祉部健康増進課(すこやか)で行なわれた。

式には、派遣元の団体から東京都、東京都医師会、横浜市、全日病(猪口正孝災害対策本部副本部長)ほか参加した。

気仙沼市からは、同市幹部、気仙沼医師会、気仙沼市立病院等が出席、同市を代表して、菅原茂気仙沼市長が3ヵ月半にわたる医療救護活動に対する謝辞を述べた。



派遣団体からは、復興に立ち上がる気仙沼市に対する期待と励ましをこめた挨拶が行なわれたが、その中で、医療救護班の活動に協力を惜しまなかった同市と医療機関に対する感謝が述べられた。

あんしんとゆとりで仕事に専念

## 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための  
充実の補償ラインナップ

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

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12  
Tel.03-3222-5327