



# 全日病 NEWS 9/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.808 2013/9/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 病床機能分化は知事会との協議・理解を得て実施

社会保障制度改革で「法制上の措置」 改革の項目と実施時期を明記した「プログラム法」を臨時国会で制定

安倍内閣は8月21日の閣議で、社会保障制度改革推進法に規定された「法制上の措置」の概要を決定した。社会保障制度改革国民会議報告書にも盛り込まれた制度改革について、法改正や施策の順序と実施時期等を定める「プログラム法案」要綱の骨子にあたるもの。「プログラム法案」は10月召集が見込まれる臨時国会に提出される。

### チーム医療とともに勤務環境改善の施策も法令化



▲閣議決定について発表する菅官房長官(8月21日)

閣議決定されたのは「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子について」。

医療提供体制に関しては、まず、(1)「病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な事項」として、

- ①病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設
- ②地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等)
- ③新たな財政支援の制度の創設
- ④医療法人間の合併と権利移転に関す

る制度等の見直し  
の4点があげられている。

続いて、(2)地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善に係る施策、(3)医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し、の2課題が打ち出された。

(1)~(3)については、次期医療計画が2018年度からであることを踏まえ、「必要な措置を17年度までを目途に順次講ずる」とし、法案を14年の通常国会に提出すると明記。

医療保険制度の財政基盤を安定化させる措置に関しては、

- ①財政運営を始めとする国保の運営業務を都道府県が担う(市区町村との適切な役割分担)
- ②被用者保険者における後期高齢者支援金すべての総報酬割
- ③70~74歳の一部負担金取扱い(順次2割へと引き上げ)の実施と応能負担の観点からの高額療養費(上限額)の見直し
- ④医療施設間の機能分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し等を明記した上で、それら措置を14年度

から17年度までを目途に順次講じるとし、改正法案を15年通常国会に提出すると明記した。

さらに、⑤高齢者医療制度についても見直しに向けた検討を行なうとしている。

介護保険制度に関しては、

- (1)地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しとして、①在宅医療と在宅介護の連携の強化、②高齢者の生活支援と介護予防に関する基盤整備、③認知症に係る施策の3点
  - (2)要支援者への支援の見直し
  - (3)一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
  - (4)特養における施設介護サービス費支給対象の見直し
- などをあげ、第6期介護保険事業計画が15年度から始まることを踏まえ、それら措置を15年度を目途に講じるために法案を14年通常国会に提出するとしている。

「骨子」ということで措置の内容は概括的な表現にとどまっているが、「プログラム法案」ではより踏み込んだ方向が明らかにされるとみられる。ただし、改正法案を含む個別課題の詳細は、プログラム法成立後に、関連した社会保障審議会等で検討されることになる。

「骨子」には、さらに、

- (1)2025年を展望した社会保障制度改革を総合的・集中的に推進するために必要な体制を整備する
- (2)必要な財源は消費税引き上げと社会保障給付の重点化・効率化により確保する

(3)地方自治に重要な影響を及ぼす、病床の機能分化、医師等の確保、国保の見直しに関しては地方6団体等の関係者と十分に協議を行ない、理解を得る

という方針を盛り込んだ。

「必要な体制」としては、政府内に「社会保障制度改革推進本部」を設けて改革の実施状況を点検する一方、高齢者医療制度などの中長期課題は有識者会議で検討していくことを想定している。有識者会議はプログラム法案成立後の年末にも設置する予定だ。

地方行政関係者との十分な協議に関連して、全国知事会は8月21日に閣議決定に対する意見を発表。「地方が適切に役割を果たせるよう、国は責任を持って、必要な財源確保や地方への権限付与等を行うとともに、地方と手順を踏んだ丁寧かつ十分な協議を行う必要がある」と訴えた。

閣議決定について、田村厚生労働大臣は8月21日の記者会見で、「今ある医療資源をしっかりと活用して、在宅医療を含めて地域完結型の医療提供体制をつくっていけば、超高齢社会に対応できる医療が整備される」と、社会保障制度改革の意義を説明した。

プログラム法案成立後、厚生労働省の審議会が年金や介護など分野別に議論を行ない、半年以上もかけて個別の法案を丁寧に作り上げる。ただ、改革実現の時期に幅を持たせているため、どの分野の負担増を優先するかは政治状況などに左右されそうだ。

## 「基本診療料を中心に個別項目へ上乗せ」が基本

消費税対応で「中間整理案」 8%引上げへの対応のベース案まとまる。改定財源確保で内閣に異例の注文

8月28日の中医協・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」は、2014年4月に見込まれる消費税率8%への引き上げへの対応について検討した結果、支払側と診療側が合意に達した内容を「議論の中間整理(案)」としてまとめた。

「中間整理案」は、8%となった場合の医療機関における控除対象外消費税を補填する方法について、①高額設備投資にかかわる診療報酬と別枠の補填方

法は見送る、②診療報酬による補填として、「基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とする」方針を明記。

その上で、基本診療料・調剤基本料へ上乗せする場合の「改定財源の配分の考え方」を示している。

さらに、末尾に、「適切に医療機関等の課税経費率を把握した上で消費税負担の増加分に適切に手当がなされる

よう、内閣は適切にその財源規模を決定すべきである」と、内閣に対する注文を盛り込んだ。

分科会は、支払・診療各側から出た意見を盛り込んだ修正を田中分科会長に委ねた。田中分科会長は、「中間整理」を9月初めの中医協総会に報告する。

「中間整理」が中医協総会で了承されると、2014年度診療報酬改定は本来の点数見直しと消費税に対応した点数の

上乗せからなる二重改定となる。

消費税引き上げへの対応は、中医協総会の方針を踏まえた上で具体的な対応方法についてさらに議論を重ね、年内をめどに最終報告がまとめられる予定だ。

「清話抄」は2面に掲載しました。

### □「医療機関等における消費税負担に関する分科会」議論の中間整理案(要旨)

- 消費税率の8%引上げ時には、別建ての高額投資対応は実施せず、調剤を含む診療報酬改定で対応する。
- 本体報酬については、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、「個別項目」への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とする。
- 上乗せ方法は基本的に以下のとおりとする。
- (1)医科診療報酬では、①診療所については、初・再診料及び有床診療所入院基本料に上乗せする。②病院については、診療所と初・再診料の点数を変えないようにするため、診療所に乗せた点数と同じ点数を初・再診料(外来診療料を含む)に上乗せし、余った財源を入院料等に上乗せする。
- (2)歯科診療報酬では初・再診料に上乗せする。
- (3)調剤報酬は調剤基本料に上乗せする。
- 「個別項目」の組み合わせ方は医療経済実態調査の結果等を踏まえて検討する。
- 改定財源の配分は、以下の算式で得られる数値による按分を基本とする。
- ①医科、歯科、調剤間での配分  
〈医科、歯科、調剤ごとの医療費シェア〉×〈医科、歯科、調剤ごとの課税経費率〉
- ②病院、診療所間での財源配分

- 〈病院、診療所ごとの医療費シェア〉×〈病院、診療所ごとの課税経費率〉
- ③入院料間での財源配分  
〈各入院料ごとの医療費シェア〉×〈各入院料ごとの課税経費率〉
- \*医療経済実態調査等より算出した、当該分類ごとの費用と損益差額の合計額に占める課税仕入れ(医薬品、特定保険医療材料を除く)の割合を「課税経費率」という。
- \*入院料間の財源配分を行う際は、①医療経済実態調査から当該入院料ごとの課税経費率が把握できない特定入院料は、当該入院料を算定している病院が最も多く算定している入院基本料(一般病棟7対1入院基本料など)と同じ課税経費率であるとみなす等の工夫が必要であること、②DPCを含む包括評価は医薬品、特定保険医療材料を含めた課税仕入れ割合を課税経費率として計算する必要があること、に留意が必要。
- 今回の対応については、適切に医療機関等の課税経費率を把握した上で消費税負担の増加分に適切に手当がなされるよう、内閣は適切にその財源規模を決定すべきである。



# 主張

## 日医と四病協の合同提言は病床機能の規定に重要な意義 病院における病床機能の柔軟な組み合わせが地域ニーズへの対応を可能にする

高齢化は急速に進展する。社会保障・税の一体改革は団塊の世代が後期高齢者に突入する2025年を想定したものであったし、先日公表された社会保障制度改革国民会議の報告書も、世界に類を見ない少子高齢化時代に向かって持続可能な「21世紀型(2025年)日本モデル」を提言するものであった。

医療は若者が多い時代には、労働力をいかに速やかに現場に戻すか、すなわち「治すこと」「救うこと」に注力してきた。そして、その目的の実現のために、全国で救急医療、労

災医療を充実させ、急性期病院を整備してきた。

しかし、我々は高齢化社会における医療として「癒すこと」「支えること」「看取ること」を避けるわけにはいかない。そこでは、緩和ケアや認知症など治らない病気にどう対峙するか、病気を治すと同時に生活をどう支援するか、病院ばかりではなく在宅医療をどう広げるか、医療連携ばかりではなく介護を含めて地域で面展開できるかなど、これまでの医療とは異なった価値観を受け入れる必要がある。

このような時期に、日本医師会と四病院団体協議会は「医療提供体制のあり方～日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(本紙8月15日号1、3面参照)をまとめた。超高齢化社会に向かつての発症から在宅支援までの、切れ目のない医療の提供と生活の質を重視した地域包括ケアシステムの実現を目指したものである。

この提言で、かかりつけ医機能を厳格化して地域医療における役割を明確化し、さらに、病院の医療提供体制を規定した。特に、社会構造や人の価値観の変化に適応した医療提供体制

の構築は必要であり、病院自らの思いだけで「現行の」医療の継続は困難な場合が多いかもしれない。しかし、病院の中で病床機能を柔軟に組み合わせ、変化させて、地域のニーズに応じていく必要があるのではないかと。そういった意味で、病床機能を規定したところに、合同提言の1つの重要な意義を見出していたいただきたい。

平成26年度診療報酬改定の論議や医療法改正の論議など、病院機能や病床機能で議論が飛び交っている。その中での本提言は、そうした議論に一石を投じるに違いない。(K)

# 「機能分化は段階的に進める必要がある」

医療部会 「次期改定における一体改革関連の基本的な考え方」に明記

8月9日に開催された社会保障審議会医療部会は、「今回の診療報酬改定に向けた検討について」2回目の議論を行った。

出席した厚労省保険局の宇都宮医療課長は、「これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの」と断った上で、「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について(案)」と題した文書を提示した。

これは、同じ社保審の医療保険部会と医療部会における、一体改革に関連した診療報酬に関する議論の内容を整理したもの。宇都宮課長は「消費税や国民会議報告書など、政府部内で社会保障制度改革について検討する上で求められる資料である」と、文書の用途を説明した。

つまり、消費税を投入する社会保障制度改革について、社保審では一体改革にそった議論がきちんとなされていることを証明する報告ということになる。

ただし、一体改革関連に関連した議論は、医療部会では、同日までに、8月2日の1回しか行なわれてなく、その時も、資料説明が中心で、実質的な議論にはいたっていない。

この数少ない議論状況を、前出「基本的な考え方」は、中医協で先行して議論されてきた論点等を織り込むことによって、あたかも充実した議論が行なわれているかのようにまとめている。

その中に、「医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備するとともに、退院した患者を支える在宅医療等を充実させながら、段階的に進める必要がある」という考え方、あるいは、「現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである」という認識が明記された。

前段の「機能分化・強化と連携は段階的に進める必要がある」という考え方は、医療側にも納得できるもの。また、後段の病床機能報告制度に触れたいは、これまで医療課が示してきた診療報酬の論点ではほとんど触れられることのなかった問題意識であり、医療法改正と2014年改定の接点を示唆するものとして、注目される記述ではある。

この日の議論で、相澤委員(日病副会

長)は、「これまでの医療提供体制は生産年齢層を対象としてきた。そのニーズは確実に減っていく。急性期の中で残された機能の維持向上を図っていく慢性疾患患者のモデルを急いでつくる必要がある。これは、急性期後のベッドがいかに大切であるかということでもあり、そこには財政支援が欠かせないということでもある」と論じ、急性期とポスト急性期の病床との間に、高齢社会にみあった役割分担・連携のモデルを構築することを提唱した。

一方、西澤委員(全日病会長)は、焦点となっている7対1を取り上げ、「7対1入院基本料の下では病棟で看護配置が異なる傾斜配分が行なわれている。7対1の実像を把握するのであれば、こうした病棟の実態を踏まえて調査・検



討されなければならない。かつては看護師を増やせば高い点数が取れるというかたちで7対1が導入された。それに応じて頑張ってきたら、今度はダメという。これでは病院は長期的な経営ができない」と、葛藤する病院の立場を代弁した。

その上で、一体改革の進め方に言及。「まずは、看護配置などを含めた長期的なビジョンを打ち出す。それを踏まえた上で、次の改定ではどこまで改革するかを示していかなないと、病院は安心して経営できない」と論じ、機能分化を、長期政策の下で段階的に進める必要があると厚労省に進言した。

### 医療法改正は11月に報告書。通常国会に法案

8月9日の医療部会で、医政局の土生総務課長は、第6次医療法改正にいたる手順と日程を明らかにした。

それによると、医療法等改正一括法案は来年の通常国会に提出。それに向

け、この11月をめどに報告のとりまとめを行なうとした。

併せて、「医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度見直し」について検討会を設置するとしている。

## 日医・四病協 田村大臣に合同提言を提出

「提言の病床機能区分にもとづいた報告制度が望ましい」と進言

日本医師会と四病院団体協議会は8月19日に田村憲久厚生労働大臣と面会。日医と四病協が一体となってまとめた提言「医療提供体制のあり方」を手渡すとともに、「今後の改革では提言にそった医療・介護提供体制の構築がなされるべきである」と進言した。

田村大臣に面会したのは、横倉義武日医会長、西澤寛俊全日病会長、堺常雄日病会長、加納繁照医法協会会長代行。

日医と四病協が8月8日に発表した合同提言(8月15日号を参照)は、「社会保障と税一体改革」および社会保障制度改革国民会議が示した医療・介護提供体制の見直し案に対して、医療提供側が考える医療提供体制再構築の考え方を示している。

田村大臣は「医療・介護の再編では病床の分け方をどうするかが重要な問題となっている。これについては、こ



れからも皆さんのご意見をいただきながら考えてまいります」と語るなど、

医療提供側の意見を尊重しながら施策立案に臨んでいく姿勢を示した。

### 清話抄

「100年企業への夢」

先日、同門の先輩の病院開設100周年記念パーティに参加した。現在の院長は三代目であるが、1つの業種で100年間継続してきたことに、ただただ、敬意の念を抱くのみであった。

その沿革をみると第2次大戦をはさみ、地域住民のためにひたすら全力をつ

し住民に支えられ、そしてそれに答えるように病院を大きくしていった初代・2代目の時代、さらに、医療のみに止まらず介護部門にも進出した3代目の時代と、それぞれが約33年間の責任を持ち、承継していった様子が読みとれた。

ふりかえって自分自身の毎日を考えてみると、毎朝、入院患者の病態・在院日数・病床稼働率で1人の患者があたかも3人の患者であるが如く、急性期、亜急性期、慢性期と患者の病棟分

別に頭を悩ませ、さらには、病気が治った後の在宅や介護施設への移行に四苦八苦する毎日である。

患者のことを思い、住民のことを思いひたすら疾病を治すことに全力を尽くすことが病院の発展・拡大に自然につながった初代・二代目の時代は、良き時代だったのかもしれない。小生は2代目だが32年間院長を務めた亡父より病院を引き継ぎ21年目を迎えている。自分の責任の33年まであと12年、

奇しくも2025年に次世代へ引き継ぐことになりそうである。

当地も2025年には少子高齢社会・多死社会、そして人口減がやってくるが、その時代にも、そしてそれ以降にも、時代の変化に対応し、半歩先を歩いていけるような組織とスタッフを承継できれば、いつの日か100周年記念パーティ開催を迎えることができると信じ、病院内を毎朝、回診している日々である。(牧)



# 7対1見直しの激変を懸念。特定除外廃止に強い疑問

支払側 診療側「データとその解釈の信頼性を問う」入院分科会「中間まとめ」が議論の俎上

8月21日の中医協総会は、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」の「中間まとめ」を受け、2014年度改定における入院医療の見直し課題に関する具体的な議論を開始した。

初回ということで、診療側委員はもっぱら「中間まとめ」の記述内容の確認、質問、追加資料の要求を中心に論じた。本格的な議論は9月からとなる。

「中間まとめ」は、入院医療等調査・評価分科会が8月7日にまとめたもので、前改定の答申附帯事項で取り上げられた入院医療に関する検証・検討事項のうち12年度に調査を行なったデータを検討した結果として、(1)7対1入院基本料要件の見直しによる算定病床の削減、(2)亜急性期入院医療管理料の組み立て直しによる新たな亜急性期病床の拡大、(3)前改定で導入した「地域に配慮した評価」の継続と対象医療圏への亜急性期病床に準じた評価の導入などを提起、14年度改定の方針とした。

一体改革にそった病床の再編を進めようとする「中間まとめ」は、約32万床にも増えた7対1算定病床を大幅に削減し、一般病床の分布を一変するもので、そのまま実施されると現場への影響はきわめて深刻なものがある。

「中間まとめ」の提案に、「分科会が出した方向性は基本的には正しい。7対1の方向性も正しい」と賛同する支払側の白川委員(健保連)も、「ただし、現場が混乱することはよくない。7対1導入時とは逆の急激な変化は好ましくない。どうしたらソフトランディングできるかを考えるべきである」と、激変を

回避する方法の模索を求めた。

一方、診療側は、「中間まとめ」が描く改革の方向を基本的に肯定した上で、各論について重要な疑義を表明。性急な結論を戒めるとともに、激変を緩和させる手立てを検討する必要性を提起した。

西澤委員(全日病会長)は、「この方向性に必ずしも反対しているわけではない」と述べた上で、「問題は、調査結果から本当にこうした結論が導かれるのかである。つまり、データとその解釈の信頼性をまず問いたい」と質した。

その上で、「中間まとめ」に12年度入院調査結果にはないDPCデータが挿入されていることや、あらかじめ決めている結論に役立つデータのみを切り取って「論証」している箇所、データの正確な解釈に必要な情報を省略して説明している箇所などをいくつも指摘し、結論を引き出す過程に恣意的なデータ引用があるのではないかと疑問を呈し、事務局に、伏せられたデータや関連したデータの提出を求めるなど、慎重に吟味する姿勢を打ち出した。

西澤委員は、例えば、平均在院日数のみで括られる短期手術群を個々にみ

診療側

なくてよいのか、短い平均在院日数をやり玉にあげる視点はパス活用の理念を逆行しないか、病態の違いで異なる看護必要度を急性期と慢性期とも同じ尺度で測ってよいのか…等々、議論すべき点は多々あると指摘し、「もう少しきめ細かな報告であるべきではないか」と、「中間まとめ」にみられる杜撰さを難じた。

西澤委員を含む診療側がとくに疑問視したのは、7対1の中でも、特定除外制度を廃止する箇所であった。

鈴木委員(日医常任理事)は、「日医と四病協は、7対1病床における特定除外患者の実態調査を実施した。現在、急ぎ集計中である。回答数の少ない分科会調査とは違う結果が出る可能性がある」と述べ、後日、中医協にその結

果を提出、検討資料に加える意向を示した。

さらに、診療側は7対1の定義にも疑問を投げかけ、「複雑な病態」の意味を問いただした。「7対1というのは看護師の配置数に過ぎない。これをもって医療機能を定義するのはいかがか」という根底的な質問も出たが、こうした疑問に明確な回答はなされなかった。

こうした質疑は、一般病床の命運を左右しかねないきわめて重要な資料となる「中間まとめ」の科学性や合理性を問うものであり、今後の本格的な議論への序章に過ぎない。

診療側は、今後も引き続き疑問点を追及するとともに、日医と四病協の特定除外患者調査など新たな資料も加えるなど、慎重な議論を求めていく考えだ。

## □「入院医療等の調査・評価分科会」中間まとめの骨子

### ◎7対1入院基本料等

#### ①平均在院日数

7対1算定医療機能の機能は「複雑な病態をもつ急性期の患者に高度な医療を提供すること」を踏まえ、要件を見直す。

・標準化された、短期間で可能な手術や検査の患者は平均在院日数の計算から外す。

・7対1と10対1の特定除外患者は前改定の13対1・15対1と同様とする。

#### ②重症度・看護必要度

・時間尿測定と血圧測定は削除、創傷処置から褥瘡を外す、呼吸ケアから痰の吸引を外す、「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」「10分間以上の指導」「10分間以上の意思決定支援」をA項目に追加、という項目の見直しを行なう。

#### ③その他

DPCデータの提出と在宅復帰率を要件とする。早期からのリハ等実施を必須とする。

### ◎亜急性期入院医療管理料等の見直し

亜急性期病床の役割・機能は、①急性期病床からの受け入れ、②在宅等からの緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つとし、これを踏まえ、亜急性期病床は、人員配置、重症度・看護必要度、2次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出、在宅復帰率等の要件を設けた上、評価を充実させる。

また、病棟単位の届出とし、病床種別にかかわらず届出を認める。さらにDPCデータの提出を求める。

### ◎地域に配慮した評価

12年改定で導入した評価は14年改定でも引き続く。当該地域における医療機能に、前出評価とは別に、今後の亜急性期に準じた評価を導入する(対象は一定病床以下とする)。



## 在宅医療・介護連携拠点を法的に制度化。介護保険事業計画に記載

社保審介護保険部会 地域ケア会議も法に位置づける。厚労省が介護保険法等改正事項を提起

8月28日の社保審介護保険部会に事務局(厚労省老健局総務課)は「地域包括ケアシステムの構築に向けて」と題した資料を提示。「医療提供体制の改革

と介護サービスの提供体制の改革を一体的・整合的に進める」上で、介護保険制度として講じるべき施策の概要を論点として提起した(別掲)。

社会保障制度改革国民会議報告書と閣議決定された「社会保障制度改革推進法に基づく法制上の措置の骨子」を踏まえ、2025年に向けた介護保険制度の課題を明らかにしたもの。

事務局は、今後、月3回のペースで審議を進め、介護保険法等改正の法案要綱の基となる報告書を年内にとりまとめ、通常国会に法案を提出したいとしている。

### □事務局が提示した「論点」および「課題の解決策」から(編集部が整理)

○地域包括ケアシステムの構築・推進に向け、さらに、中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定、在宅医療・介護連携の強化、地域ケア会議の推進、ケアマネジメントの見直し、総合的な認知症施策の推進、生活支援・介護予防の基盤整備等が必要ではないか。

○第6期(2015年度)以後の介護保険事業計画は、  
・2025年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載してはどうか。

・在宅医療連携拠点の機能や認知症への早期対応など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の方策と段階的な充実のための施策の具体的な記載を求めているかどうか。

・介護サービスを担う人材確保のための記載も充実させていくべきではないか。

○在宅医療・介護連携拠点の機能(別掲)を介護保険法の中で制度化してはどうか。その機能について介護保険事業(支援)計画に記載することにして

はどうか。

○在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援すること、複数の市町村による共同での事業を認める等の措置が必要ではないか。

○地域ケア会議を介護保険法で制度的に位置づけるべきではないか。

○介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に委譲すべきではないか。

○主任介護支援専門員に更新制と更新時研修の導入、介護支援専門員の研修カリキュラムに、認知症、リハビリ、看護、医療との連携などの課目内容を追加してはどうか。

○介護・医療関連情報の「見える化」の推進として、以下の取り組みを行なう。

①介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備

②新たな指標の開発等、情報発信する内容の質の向上

③国民・地方自治体に利用しやすい情報提供手法の構築

### ■在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

●在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。

●具体的には、地域における医療・介護の連携の推進を介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。

●その際、現行制度では包括的支援事業は事業の全てを一括委託すると規定されているが、在宅医療・介護の連携推進事業については、実施可能な事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。



# 医療専門各職 チーム医療関連要望事項の個別検討を開始

## チーム医療推進方策検討WG グレーゾーンの明確化や業務範囲拡大など多岐にわたる問題が俎上に

8月26日の厚生労働省「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」は、医療専門職の団体から出ている、チーム医療に関連した要望事項について、個別的な検討を開始した。

この日は、主に診療の補助、安全性、業務効率等の視点から要望内容を評価、要望ごとに「検討価値あり」と「なし」とに振り分けた。

関係団体から出ている要望項目は全部で33件。この日は、そのうち16件(法改正で合意済みの2件を含む)におよぶ「法改正にかかわる事項」について検討した。

日本薬剤師会の要望項目は「患者における薬物療法への関与の範囲」に関するもの。具体的には、①持参した薬剤の処方にかかわる数量調整を患者で行なうこと(計数調剤)、②疑義照会の結果、計数調剤した薬剤の投与量を変更すること(計数変更)、③患者からの求めに応じて、処方医同意の上、調剤した薬剤等の使い方などの実技指導を行なうことを、それぞれ薬剤師の業務として明確化すべきという提案である。

このうち、①と②は深夜の往診等で処方箋が薬局に届かず患者にある場合を想定しているが、そうしたケースは稀であることから「緊急避難として違法性が阻却できる。法改正する問題ではない」という意見に、薬剤師会は「そうした解釈ができるのであれば通知で明確にするのも1方法」と、解釈通知による担保を求めた。

こうしたやりとりで、事務局(厚労省医政局医事課)は、「飛行中の急病への対応というケースも含め、どう解釈できるか検討したい」と答えた。

③の実技指導に関して、薬剤師会は「ルート確保済みの場合の注射剤のセット、流量の確認・調整、外用薬の使用方法など」を例にあげた。これについて、事務局は「現行の薬剤師養成課程は患者の身体に触れる行為は前提にしている」とし、「養成課程の見直しを合わせて行なう必要」を論点にあげた。

これに対して薬剤師会は「6年制で勉

強を始めている。既卒者の問題は残るが、養成課程の見直しは必要ない。患者の身体に触れるとはいえず、診療の補助というほどのものでもない」との認識を示した。

WGの委員も、「診療の補助に入る行為ではないか」あるいは「薬剤師の本来業務だ」と判断が分かれた。事務局の見解は「ルートの確保がかかわると診療補助といえる」と慎重なものであった。

医師や看護師不在がありがちな在宅医療で、薬剤師に限らず、本来業務と診療補助との狭間にある行為が求められる場面はしばしば出現する。ただし、無原則的なニーズ追随は医療の安全を誤らせる可能性がある。

近森委員(近森病院院長)は、「医師や看護師がいない場で患者の身体に触れることがあるのであれば、原則的な考え方ははっきりさせるべきである」と述べ、グレーゾーンはなくしていく必要を強調した。

その上で、「チームでは各職が自分の判断でやっていくことが求められる。対象はどれも診療の補助だ。これはよし、これはダメと選別していたらチーム医療は進まない」と指摘。

「チーム医療は専門性の高い職種を組み合わせて成り立つ。そのためには業務の標準化とルーティン化が不可欠で、それができているかという視点で業務分担を整理していくべきではないか」と述べ、もっぱら診療補助という視点で判断するやり方に疑問を唱えた。

③について、山口座長(虎の門病院顧問)は、「十分な訓練ができていれば認めると、前向きな方向でまとめた」と議論を引き取った。

### 病院に就労する救急救命士の位置づけめぐり議論

グレーゾーンの問題は、病院に属する救急救命士の業務をめぐっても問われた。日本救急救命士協会は「救急救命士が業務を行なう場所の制限緩和」を要望した。

現在、救急救命士による救命処置は救急車内と救急車への搬送前に限られている。しかし、「病院に雇用されている救急救命士は、(救急救命にかかわる)看護師の業務を代行させられてい

る」と同協会は指摘。「場所の制限緩和」によって、これを救急救命士の業務に位置づけてほしいと要望した。

委員からは「救急車による搬送が終われば医師や看護師に引き継ぐ。病院が救急救命士を雇用する必要はないはず」といぶかる声が出た。「救急救命士本来の趣旨から外れた要望だ。資格者が増える中、職場の拡大を狙っている」としか思えない」との批判も飛んだ。



事務局も、「現行法の下では救急救命士でありながら診療の補助をさせられていれば、(医療監視の)指導の対象となる」と明言した。

これに対して、救急救命士協会の担当者は、「保険医療機関の救急救命士が現場におもむいて救命処置を行なった場合に算定され、救急救命士による処置等の費用は所定点数に含まれる」という救急救命管理料に言及。救急救命士が救急救命センター等に就労していることが診療報酬で評価されていることを明らかにした。

その上で、「医師や看護師が不足する中で救急救命士が代用されている現実がある。これは恐いことだ」と指摘。委員からは「搬送患者を医療機関に引き渡すまでは(車外であっても)救急救命士が責任をもつということを明確にしてはどうか」との意見も出た。

事務局は「次回に整理案を出したい」と答えた。

日本診療放射線技士会は「検診車における医師立会いの見直し」を要望した。この件は、一部自治体の検診車で医師の立ち会いなくエックス線撮影が行なわれていたことが発覚。田村厚生労働大臣が3月の記者会見で「(診療放射線技師法の)違反ではないか」と指摘するなど、問題となっていたもの。

医師を確保できない自治体の中には検診車の運用を中止するところも出るなど影響が広がったため、診療放射線技師会は厚生労働省に放射線技師法改正の要望書を提出。医師の包括的な指示で実施できることを明確にすることなどを要望していた。

この日のWGで、事務局は「今年度の厚生労働科で検診車のエックス線照射のリスクを検証している」とし、その結果を待って医師立ち会いの必要性について検討する旨を報告。WGはこれを了承した。

IGRT(画像誘導放射線治療)による放射線治療の際に、肛門からカテーテルを挿入してガスを吸入する行為を診療放射線技師の業務に加えるという要望は、すでに法改正で合意されている

「下部消化管検査に関連した行為を業務範囲にする」とことと同様に扱う方針を事務局が提案、WGは了承した。

日本理学療法士協会は、「障害のある者」とされている理学療法の対象に「障害の恐れのある者」を追加すべきと要望した。これは予防の給付になる上、その解釈によっては対象が際限なく広がる。山口座長は「議論の範囲が広く、検討する時間がない。問題提起と受け止める」として、議論を控えた。

日本臨床衛生検査技師会は微生物学的検査等の検体採取として、①綿棒による鼻腔や咽頭からの粘液採取、②体表組織(皮膚)の採取、③スワブによる便の採取の3点を本来業務とするよう要望した。

委員からは、「少なくとも①は、とくに幼児の場合は非侵襲的とは言えない。これは医師の業務である」と反対も出たが、山口座長は「トレーニングをつめばうまくできるというのであれば、いずれも認める方向でいいのではないかとまとめた。

これら以外にも、(1)卒後臨床研修制度の確立(診療放射線技士会)、(2)臨床心理士の国家資格化と心理相談、心理療法、心理査定各実施という要望が出ている。そのうち、後者については、すでに議員立法の検討が進んでいることから、議論は保留となった。

前者に関連して、中村委員(兵庫県立リハビリ中央病院リハビリ療法部長)は、看護師を含む10の医療関係職種における養成教育の内容を整理した資料を提示。「各団体は認定制を導入するなどキャリアアップに努めているが、教育時間等バラバラで、標準化が必要だ。

組織率も団体間で差が大きい。未加入の資格者はどこで自らの質を担保しているか不明だ。国として研修を受ける努力義務を課すべきではないか。その先には資格の更新制も考え、その2段階で質の担保がかなうものと考えられる。チーム医療を推進し、各職の質を高めるためにも、何らかの生涯学習体制を整えていくべきと考えている」と説明した。

# 関係団体の意見募集を踏まえ指定研修の検討を再開

## 看護業務検討WG 特定行為案は現行案で合意。行為群の区分等「2階」の考え方で意見分かれる

厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」は8月26日、関係団体の意見募集を踏まえ、指定研修の検討を再開。(1)特定行為案、(2)指定研修における行為群案、(3)指定研修の概要案について議論した。

特定行為案に関しては、関係団体から寄せられた修正意見を踏まえて見直しの必要性について検討した結果、指定研修の方法を考える上で参考となる意見はあるものの、再度の見直しを余儀なくさせるほど決定的なものはないという認識でWGは一致した。

指定研修のプログラムは、「特定行為実施に必要な共通知識と技能」+「41の特定行為を病態確認内容の類似性で分けた14の行為群」の2階建てとする方向で合意している。

関係団体からの意見には、WGで基本的に合意されている行為群案を大きく見直す代案(特定行為を8つの領域に区分)が含まれており、この日のWGは、この代案を支持する委員とそれに反対する委員との間で激しい意見の応酬が交わされた。

この行為群について、事務局(厚労省医政局看護課)は、指定研修機関が、目的とする医療機能で行為群を組み合わせることによってプログラムを組むというイメージを例示。

また、指定研修機関については、①講義・演習と実習のすべてを1つの施設で実施する場合と実習を他施設(複数可)で実施する場合との2タイプからなる、②講義・演習にはeラーニング等の活用ができる、③実習は受講生の所

属施設でもできる、などの案を示した。

さらに、指定研修について、①基本理念を打ち出す、②共通部分に関しては到達目標を明確にする、などの案を明らかにした。

行為群の組み合わせ(2階部分)について、神野正博構成員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は「基礎となる1階部分がしっかりつくられれば、2階部分はある程度ニーズに応じた行為群というモジュールの組み合わせで構成するとよい。また、仕事と並行した看護師は行為群を1つ1つ選択して、時間をかけて履修していくことができるというのが望ましいかたちではないか。それを、専門・認定看護師コースのように、救急コース、創傷コースなどと規定してしまうと、医療現場



の多様なニーズに適した組み合わせがつかれなくなってしまう」と述べ、看護師のニーズに対応した各種パターンを設けることを提案した。

委員の中には、こうした「行為群に着眼した」視点に対して、「看護業務に一連の流れ」を重視した考え方で2階部分を設計すべきとする意見もあり、議論は並行をたどった。

有賀座長は「神野委員の言うとおりに、時間をかけて学ぶというプログラムがあってもいいかもしれない」と述べ、仕事と並行して学びたいと願う看護師に配慮する必要を認めた。他の委員からも、「重要なことは、多くの看護師にこうした行為を行なえる能力を身につけてもらうことだ」と同調する意見が出た。



# 中医協の議論と大筋同じ方向の対応を確認。「消費税改定」を実施

介護給付費分科会 消費税の介護報酬補填 高額投資対応は回避。基本単位と一部加算に上乗せ

8月21日に開かれた社会保障審議会の介護給付費分科会は、消費税率が8%に引き上げられる際の介護報酬における対応案について議論。対応の考え方を概ね了承するとともに、引き上げに際して消費税改定を行なうことを確認した。

消費税率引き上げへの対応について、同分科会は昨年9月の議論で「中医協における議論の動向を踏まえる」という方針を確認。高額投資の消費税負担に関する実態調査を実施する一方、分科会に付設されている介護事業経営調査委員会に検討を付託し、関係団体のヒアリングや実態調査結果の分析等を進めてきた。

この日は、同委員会が7月19日にまとめた検討結果(別掲)にもとづいて議論を行なった。

その結果、介護事業経営調査委員会の検討結果を大筋で了承。①高額投資

## 「5%分は介護報酬に上乗せ済み。だが、内容は不詳」

消費税が課税されていない介護保険事業収入における控除対象外消費税負担の問題は、介護給付費分科会では、中医協ほど熱い議論となっていない。

介護保険が創設された2000年時点の消費税は5%。医療保険(診療報酬)における対応にならえば、介護報酬の単価は5%の課税負担への補填を含めて決められたものと思われるが、事務局は5%上乗せ分の詳細をつまびらかにしない。したがって、介護給付費分科会における議論で、保険局医療課が中医協に示したような上乗せの内容やその算定根拠を示すこともしていない。

この点について、事務局は本紙の質問に、「消費税の導入と5%への引き上げは介護報酬がない時代、つまり、予算で措置されていたときの話だ。当然、消費税の補填分は織り込まれていたと

にかかわる特別な対応はしない、②引き上げ幅に応じて基本単位と一部加算の単位数を上乗せ補填する、③上乗せする具体的な単位数は「介護事業経営概況調査」の結果などをもとに年末までに決めるなど、対応の基本的枠組みで合意した。この方針は中医協における消費税対応の考えと概ね一致する。

また、事務局(厚労省老健局老人保健課)が7月19日の介護事業経営調査委員会に示した、消費税率の引き上げが来年4月に実施される場合は(対応分に限った)介護報酬の一部改定を実施するという方針を了承した。

思う」と説明する。しかし、それがどういう内容であるかは「当時の審議会の議論を追っていただくしかない」とつれない。「当時の審議会」とは、医療福祉審議会の介護給付費部会のことである。

仮に消費税が課税となると上乗せ分の返還という問題に直面する。事務局は「返還を求めることになれば、その時点で過去の経緯から上乗せの内容を把握、返還部分の根拠を明らかにすることになろう。しかし、今は3%引き上げ分への対応が課題。そうした議論をする状況ではない」と釈明する。

上乗せ分返還がテーマでないことはその通りだが、過去の上乗せについて、検証どころか経緯や詳細も視野にないとする事務局の説明は、いかにも木で鼻をくくったような対応に思える。だ

が、過去の上乗せをめぐる質問は分科会委員からも聞かれない。

中医協ほど熱い議論となっていないのは、医療機関に比べると人件費率が高く、物件費が低い上に、零細の事業所が多いなど控除対象外消費税額が相対的には少ないため、病院に比べると経営上深刻な問題として捉えられていないのではないかと、との見方がある。

また、「介護保険3施設の居住費は利用者負担であり、保険給付の対象外であるため、消費税の回収が一定程度できている」とことや「運営母体が社会福祉

法人やNPOなど事業税非課税が多い」などを、「課税問題に対する関心が低い」理由にあげる関係者もいる。

しかし、施設投資が大きく、介護報酬の枠内で医療サービスを提供している介護保険3施設にとって消費税の負担は決して小さくないはず。

中には、「消費税の負担が大きいのは介護保険3施設。その開設者に消費税対応問題を主導している病院が多いことが、結果的に介護保険事業者の声を弱めているのではないかと指摘する向きもある。

## □消費税率引き上げへの対応—介護事業経営調査委員会における議論のまとめ

### 1. 消費税率8%引上げ時の対応

・介護報酬とは別建ての高額投資への対応については、介護における高額投資の実態、対応に伴うメリット・デメリット、医療保険における議論の動向も踏まえ、実施しない。

・引上げに伴う影響分を補填するため、介護報酬への上乗せ対応を行う。上乗せの方法としては、基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算があれば、それらにも上乗せすることを検討する。

・基準費用額、特定入所者介護サービス費(居住費・食費関係)、区分支給限度基準額についても、給付実態等を勘案しながら、引き続き検討する。

### 2. 消費税率10%引上げ時の対応

・8%引上げ時の対応を踏まえ、医療保険における議論の動向も見ながら、引き続き、対応を検討する。

## 1人訪問看護ステーション特例の10月終了を答申

同日の介護給付費分科会は、東日本大震災の被災地の一部に訪問看護ステーションの1人開業を認めている特例措置を経過措置を設けた上で終了するという厚生労働大臣の諮問を了承した。

答申に際して、介護給付費分科会は、特例措置を10月12日まで延長した上で同日をもって終了するとした。ただし、経過措置の期限は決めなかった。

この日の介護給付費分科会は、また、この9月30日までの適用となっている、「要介護認定等の有効期間を12月間までの範囲内で市町村が定める期間延長可能とする」特例省令の期間を14年3月31日まで延長する方針を決めた。対象地域は、福島県の南相馬市、双葉町、浪江町、飯館村の4市町村。

# 13年度研修医採用 都市部以外の割合が最大に。大学病院割合は依然低下

医師臨床研修制度 見直し議論は最終局面。大卒については現行制度の維持という方向

臨床研修医の2013年度採用実績は7,674人で、都市部の6都府県が3,493人(45.5%)、それ以外の41道県が4,181人(54.5%)と、41道県の割合が新制度導入後最大となった。

10年度開始研修医から導入した都道府県別定員数の上限設定は、激変緩和措置がはたらいっているものの、所期の効果が出た恰好だ。

一方、大学病院の採用実績の割合は12度から1.5ポイント減の42.9%となった。全体の採用実績に占める大学病院の割合は制度開始の04年度から減少を続け、08年~10年度に増加に転じたが、11年度から再び3年連続減少をたどる

など、プログラム弾力化の効果はみられない。

8月8日の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に報告された、13年3月に臨床研修を修了した研修医を対象にしたアンケート結果(中間報告)によると、卒後3年目に大学病院に勤務する割合は49.9%で、前年より0.6ポイント減っている。

ただし、研修病院に勤務する割合も45.7%と前年から1.3ポイント減っている。診療所や臨床以外の進路などを選んだ割合が2.1ポイント増えたため、研修医の価値観の多様化がうかがえる結果となった。

この研修部会では、15年4月開始の臨床研修に反映される臨床研修制度の見直しの議論が大詰めを迎えた。

この日は見直しの論点の全体を通じた議論を行ない、基本方針の大筋をほぼ確認した。

募集定員の激変緩和措置は廃止を確認。研修プログラムは弾力化された現行制度を維持し、本格的な見直しは次の5年後に先送りする方向でとりまとめを迎えようとしている。


基幹型研修病院指定基準の3,000症例も現行どおりとし、これを下回る病院は訪問調査を踏まえて個別に対応することで概ね合意した。地域枠について

は、一般の医学生と同様にマッチングで研修先を決める方針を確認している。

臨床研修病院に第三者評価を課するという提案には反対の声が強い。桐野座長は、当面は努力目標とした上で、将来的には義務づけを検討する方向でのとりまとめを示唆している。

「臨床研修病院群」に関する議論はまだ十分深まっているとはいえない。そのほか、到達度の見直しを求める意見もある。

今回の会議は報告書のたたき台をもとにした議論になる。報告書は年内にまとめられる予定だ。



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  
〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066



# 民間病院、診療所、大学病院が東日本大震災の教訓を語る

## 2013年度夏期研修会 岩手県支部「市民公開講座」と銘打って市民に無料で公開

岩手県支部(岩淵國支部長)が担当する全日病の2013年度夏期研修会が、8月25日に岩手県奥州市(プラザイン水沢)で開催され、約120人が参加した。

「東日本大震災からの復興」をテーマに、医療施設の立場から3人の講師が、11年3月11日の被災体験を踏まえて、復興と医療災害支援のあり方について、それぞれの立場から証言と提言を行なった。

公益社団法人へ移行してから初の開催ということもあり、今回の夏期研修会は「市民公開講座」と銘打たれ、一般市民に無料で公開された。

最初に登壇した医療法人財団仁医会の鹿野亮一郎理事長は、津波に襲われた釜石のぞみ病院(154床)の1階すべてが浸水するまでの数分を収めた写真を公開。その勢いとスピードを実感させる画像で津波の恐ろしさを訴えた。

隣接した公園に避難した市民約1,000人を受け入れたため、院内は大混雑となった。電気、水道、ガスの供給が断たれたために診療をあきらめ、150人を超える入院患者の他院への移送を決意。自衛隊の緊急車両を得て、重症患者中心に128人の搬送を4月2日に終えることができた。

「もっとも大変だったのがトイレだ。仮設トイレと給水タンクが設置された3月20日までは本当に苦労した」と振り返った。

釜石のぞみ病院は2007年4月に市民病院の経営委託を受けて再出発した病院。「ようやく赤字から脱却できたところだった。MRIをやられたのが一番痛かった」と語る鹿野氏は、「診療が再開できない間も職員には給与を支払い続けた」ことに言及。必死に経営維持に努めた民間病院の苦労と意気地をのぞかせた。

「復興まで丸2年かかった。県からの援助は1千数百万円に過ぎない。公的病院とは1桁違う」と慨嘆する一方で、体験をもとに「民間病院が個々に判断しなければならぬ問題」を示して、全日病の参考とした。

続いて、志津川湾を望む平地にたたずむ南三陸志津川クリニックの高橋寿院長が、「60歳を過ぎて開業した」施設は全壊流出となったが、人工透析中の患者をいち早く避難させて1人の被害も出さなかったという貴重な体験を語った。

「震度6というのは人がぶっ飛ぶほどの衝撃だ」と述懐する高橋氏は、過去の歴史から三陸は津波が多いことを知っていた。

そこですぐに避難を決断した。「返血せずに離脱回路を接続ディスプレイで覆って避難するわけだが、中には91歳の方もおり、外シャントにして患者を器械から切り離すのが大変だった。たまたま患者さんが14人と少なく、自院スタッフ9人に2人のヘルプが得られたので、なんとか津波がくる前に避難することができた」

当時の南三陸町はほとんどの人が「大きな津波なんてくるわけがない」と信じていた。高橋氏が患者を避難させた先の施設も「我々をみて、いつとき、どうしたんだと奇異な目で迎えた」という。だが、この判断は大正解であった。4階建ての南三陸志津川クリニックは一瞬にして津波に呑み込まれ、流され、消えてしまったからである。

体験を踏まえ、高橋氏は、危機意識をもつこと、そして「避難の場所・経路・手段の選定と用意、食料、水、防寒具、照明、救急機材、薬等の備蓄と通信手



段の確保」を怠らないことを教訓にあげる。その上で、「被災しても3日頑張れば何とか。例えば透析患者であってもしのげる」と述べ、希望を失わないことを強調した。

最後に登壇した岩手医科大学の小川彰理事長・学長は、津波災害の実状を動画を交えて説明しつつ、災害医療体制のあり方について語った。

「外傷中心の阪神・淡路大震災を踏まえて生まれたDMATは3日間の医療支援が目的であったため、今回は活動の場がなかった。そこで1週間の滞在をお願いし、次の支援チームにつなげてもらった。

その中、我が大学で被災地の偵察を行なったところ、支援チームがバラバラに動いていることが分かった。そこで、岩手県の災害対策本部に医療担当専従者を派遣し、医療支援のネットワークセンターを設置してもらった。全国から4,000を超える支援の申し出があったが、条件を課して、7月までに495チームに派遣をお願いした。その上で、

避難所等の活動場所ごとにチームの所在を明記した工程表をつくって全体を把握した」と、岩手で成功した県レベルで医療コーディネーターを機能させる方法を概括して説明した。

小川氏は「旧に復するのではなく、すべてを白紙にして、ゼロから医療提供体制を構築し直すべきである」と、今後の復興のあり方に言及。

広大な面積をもつ岩手県では遠隔医療が重要になるとの認識から、その診療制限緩和を含む遠隔医療の導入を中心とした「いわて過疎地・被災地地域医療の新モデル」の構築が必要であると強調。

「国は、ガソリン等のエネルギーや薬の供給で遅れ、復興庁の設置に1年もかかった。しかも、そこに一本化した権限をもたせていない。大災害には初動が決定的に大切である上、支援と復興の機関は震ヶ関ではなく、被災地にこそ設置すべきである」と訴える小川氏は、南海沖地震等が予測されるなど「今回の経験は日本全体の問題である」と結んだ。

2013年度夏期研修会で、講演プログラムに先立って、モンゴルの音楽が演奏された。披露したのはプレブジャル・オウンビレグさん。モンゴル伝統の馬頭琴を奏でながら、ホーミー(喉歌)を披露。その叙情的な調べに、参加者はしばし、想いをモンゴルへと誘われた。

# 公益法人後初の全日病学会を11月2・3日にさいたま市で開催

## 第55回全日本病院学会 in 埼玉 692の演題登録。2025年、地域一般病棟、総合診療医、AMATなど目白押しのプログラム

11月2日、3日に開かれる「第55回全日本病院学会 in 埼玉」(中村康彦学会長)の準備が順調に進んでいる。担当は埼玉県支部。「地域医療を担う我ら ～埼玉から日

本へ発信～」をテーマに、プログラムも、2025年のあるべき医療、医療機能分化と診療報酬、地域一般病棟、総合診療医、災害時の病院等支援など、今だからこそのテーマが目白押しだ。

全日病が今年度に立ち上げる大災害への医療支援チームAMATの全体像も明らかにされる。

埼玉学会の演題登録はすでに7月16日に締め切っており、ポスター掲示79題を含め、22領域に692題のエントリーがあった709題の登録があった、昨年

の第54回神奈川学会に続く演題数だ。埼玉学会は、全日病が公益社団法人に移行して初めての学会である。

交通至便なJR大宮駅、その駅前ともいえる「大宮ソニックシティ」が会場とあって、関係者は全国から大勢の参加を期待している。

### 第55回全日本病院学会 in 埼玉

**学会テーマ/地域医療を担う我ら ～埼玉から日本へ発信～**

担当 ● 全日本病院協会埼玉県支部 (中村康彦支部長)  
 学会長 ● 中村康彦 (医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 理事長)  
 実行委員長 ● 丸山泰幸 (医療法人社団幸正会 岩槻南病院 理事長)  
 期 日 ● 11月2日(土)、3日(日)  
 会 場 ● 埼玉県さいたま市大宮ソニックシティ (JR大宮駅から徒歩3分)  
 事務局 ● 埼玉県支部 (048-779-5301) E-mail/ajha55insaitama@ach.or.jp  
 埼玉学会ホームページ <http://ajha55saitama.org/>

### ■JR大宮駅へのアクセス

東北、秋田、山形、上越、長野各新幹線。在来線はJRの新宿湘南ライン、高崎・宇都宮線。東京駅からは前出いずれかの新幹線を利用するか、JRの京浜東北線を使ってもいい。羽田からくる場合は空港からモノレールを利用、終点の浜松町駅で京浜東北線に乗り換えて64分。

### ■参加費 (抄録集を含む)

	協会会員		一般および学生	
	理事長・院長	左記以外の方	一般	学生
事前登録	30,000円	10,000円	12,000円	当日のみ
当日登録	35,000円	12,000円	15,000円	3,000円

\*事前参加登録は9月10日まで。



VI / 今なぜ看護部長ではなく看護職副院長なのか? - 看護師が動けば病院が変わる -

### ■委員会企画

- 救急・防災委員会/全日病における災害支援 ～AMATを中心として～
- 医療従事者委員会/人材紹介会社の活用の実態
- 医療保険・診療報酬委員会/医療機能分化と診療報酬(仮)
- 病院機能評価委員会/新評価体系を体験して ～ライブ「ケアプロセス」
- 人間ドック委員会/職場における生活習慣病の予防と特定健診・特定保健指導
- 病院のあり方委員会/地域一般病棟
- 医療の質向上委員会/院内事故調査の指針について
- 医療制度・税制委員会/消費税の今後について ～最新情報～(仮)
- 若手経営者育成事業委員会/地域特性や病床特性に応じた病院経営
- 日本プライマリ・ケア連合学会との連携シンポジウム/地域に密着した病院での総合診療医の養成
- シンポジウム/若手経営者育成「地域包括ケアと病院経営者の役割」
- 市民公開講座

### 主なプログラム (予定)

#### ■特別講演

- I / 日本医師会長
- II / 厚生労働省
- III / 帝京大学臨床研究センター センター長 寺本民生
- IV / 公益財団法人医療科学研究所 理事長 江利川 毅
- V / 上山博康脳神経外科塾 社会医療法人禎心会脳疾患研究所 塾長・所長 上山博康

#### ■学会企画

- I / 看護職の夜勤・交代勤務編成
- II / 事務セッション「病院経営管理における戦略と戦術」  
慢性期病院、リハビリ病院、急性期病院1(中小規模病院)、急性期病院2(基幹病院)
- III / 高齢者の栄養ケア ～今そこにある危機にチーム医療で立ち向かう～
- IV / シンポジウム「2025年のあるべき医療の姿」
- V / 事務セッション 第1部「中小病院の生き残り戦略」 第2部「経営戦略と戦術」





# 「日本専門医機構(仮称)」の骨格を11月に決定。年度内に発足

## 専門医制度を担う第三者機関 四病協含む5団体で準備委。5委員会の設置と委員長を決定

新たな専門医制度を担う第三者機関として関係者の間で協議されてきた組織の概要が、ほぼ固まった。名称は「日本専門医機構」とすることで合意されている。

関係者は8月6日に第1回組織委員会を開き、主要5委員会の設置等を決めた。組織委員会に参加したのは、日本医学会、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会、日本専門医制度評価・認定機構の5団体。四病協からは堺常雄日病会長が委員に就いた。

組織委員会は前日本学術会議議長の前澤一郎氏を委員長に選出。定款委員会、役員選考委員会、総務・広報委員会、財務委員会、総合診療専門医に関する委員会の設置を決めるとともに、各委員会の下で具体的な作業に着手、11月をめどに「日本専門医機構(仮称)」の骨格を決定、今年度中の登記と正式発足をめざす方針を確認した。

組織委員会は委員長の人選を進め、その結果を8月23日に発表した(別掲)。

各委員会は、今後、4~5人程度の委員を決める。組織委員会の要請に、四病協は8月21日の総合部会で、財務委員会への委員派遣を決めた。

□日本専門医機構(仮称)の委員会

総務・広報委員長	池田康夫 (日本専門医制評価・認定機構理事長)
役員選考委員長	跡見 裕 (杏林大学学長)
定款委員長	門田守人 (がん研究会有明病院病院長)
財務委員長	小森 貴 (日本医師会常任理事)
総合診療専門医に関する委員長	吉村博邦 (北里大学名誉教授、全国医学部長・病院長会議顧問)

## 全日病 「多職種協働によるチーム医療の推進事業実施団体」に選ばれる

全日病は、このほど、厚生労働省の「2013年度多職種協働によるチーム医療の推進事業実施団体」に選定された。

同事業は、チーム医療の普及・定着につながる研修、事例発表会、見学実習等の実施企画を募り、選定先に委託費を交付するというもの。

病院を対象とした2011年度のチーム医療実証事業、同じく12年度のチーム医療普及推進事業の各成果を踏まえ、13年度は、病院団体もしくは医療従事

者の職能団体を対象に普及推進の取り組みを委託するという事で予算が組

まれた。

公募団体から選ばれたのは、全日病、

日本歯科医師会、日本病院会、日本理学療法士協会の4団体。

全日病は医療の質向上委員会(飯田修平委員長)が主体となって研修活動を実施する予定だ。

## 四病協 病院の水道光熱費を調査。値上げ抑止要望の基礎資料に

四病院団体協議会は、会員病院を対象に「水道光熱費に関する調査」の実施を決め、8月上旬に調査票の送付を終えた。医業経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会長)が担当する。

病院の光熱費は、東日本大震災以後、燃料費の高騰などによる料金の値上げにより、節電努力にもかかわらず増加傾向にあるが、円安も加わり、さらなる値上げが懸念されている。

医業経営・税制委員会は、この調査結果から水道光熱コストの増加が病院収支に与えている影響を把握。その結果を要望書にまとめて、政府に水道光熱費値上げの抑止を求めている。

## 消費者保護から医療機関債GLを改正。事業報告書記載も義務化

厚労省医政局は8月9日付で医療機関債にかかわる2件の通知を発出した。

1件は医政局長名による「医療機関債の発行における消費者保護について」(医政発0809第4号)。医療機関債を発行する際の消費者保護に関するルールを定めたため、「『医療機関債』発行等

のガイドラインについて」(2004年医政発第1025003号医政局長通知)に盛り込むとともに、その他の改正を行なったというもの。

この改正で、医療法人がこのガイドラインを遵守しないときは、「都道府県知事から当該医療法人に医療機関債

発行停止などの改善命令が行われる場合があること」を明記した。

もう1件は、指導課長名による「医療機関債を発行又は購入した場合の事業報告書等への記載について」(医政指発0809第3号)。前出GLの改正を踏まえ、医療法人が医療機関債を発行・購

入した場合の事業報告書等への記載について定めるものとし、「医療法人における事業報告書等の様式について」(07年医政発第0330003号指導課長通知)に、その旨の改正を加えたことを明らかにしている。

### 2013年度 第4回常任理事会の抄録 7月20日

- 【主な協議事項】
- 「プライマリ・ケア宣言2013」 「全日本病院協会 プライマリ・ケア宣言2013(案)」が諮られ、承認された。
  - 2014年度予算概算要求への要望 「2014年度予算概算要求要望(案)」が承認された。
  - 2014年度税制改正要望 「2014年度税制改正要望(案)」が承認された。
  - 2013年度の委員会体制 執行部は、プライマリ・ケア検討プロジェクトを常設委員会に昇格し、計20委員会とする2013年度の委員会体制案を提示した。委員長人事・委員名簿を含め8月の第2回理事会に諮られる。
  - 雇用における紹介会社に関するアンケートの実施 会員病院を対象にした、紹介会社斡旋による医療従事者の雇用実態調査の実施が決まった。
  - 入会者の承認(敬称略・順不同)

- 以下の入会が承認された。
- 北海道 幸栄病院 理事長 鈴木一弘  
 埼玉県 埼玉野村病院 院長 安達実樹  
 神奈川県 関東労災病院 院長 佐藤 謙  
 愛知県 守山いつき病院 理事長 佐藤正樹  
 兵庫県 北須磨病院 理事長 前田 章  
 福岡県 健和会京町病院 院長 三宅 昌  
 熊本県 御幸病院 院長 吉田 健
- ほかに12人が退会した結果、在籍会員は2,432人となった。
- 準会員として以下の入会が承認された。
- 広島県 老人保健施設べにまんさくの里 施設長 丸山つね子  
 東京都 うえの井クリニック 理事長 山村彰義
- 賛助会員として以下の入会が承認された。(株)トライアックス(東京都・代表者 宗像 章)
- 【主な報告事項】
- 「TQM(総合的質経営)の医療への適用」の開催 標記研修会を9月14、15、16の3日間、

- 愛媛県松山市で開催する旨の報告があった。
- 「病院職員のための認知症研修会」の開催 標記研修会を9月11、12の両日に本部で開催する旨の報告があった。
  - 第56回全日本病院学会の開催 第56回全日本病院学会を、福岡県支部の担当で2014年9月20、21に福岡市で開催する旨の報告があった。テーマは「病院医療をプライマリ・ケアの現場から考える～地域の未来を診療所と共に～」。
  - 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7日付で以下の25会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。
    - 一般病院
      - 北海道 愛心メモリアル病院 更新
      - 北海道 川西内科胃腸科病院 新規
      - 福島県 太田西ノ内病院 更新
      - 埼玉県 メディカルトピア草加病院 新規
      - 東京都 練馬総合病院 更新
      - 東京都 東海大学八王子病院 更新
      - 東京都 大久保病院 新規
      - 神奈川県 湘南泉病院 更新

- 石川県 恵寿総合病院 更新
  - 愛知県 総合大雄会病院 更新
  - 愛知県 木村病院 更新
  - 大阪府 井上病院 更新
  - 福岡県 聖マリア病院 更新
  - 福岡県 西福岡病院 更新
  - 精神科病院
    - 北海道 旭川圭泉会病院 更新
  - 療養病院
    - 群馬県 駒井病院 更新
    - 静岡県 岡本石井病院 新規
    - 福岡県 新栄会病院 更新
    - 沖縄県 沖縄セントラル病院 更新
  - 複合病院
    - 福島県 あづま脳神経外科病院 更新
    - 茨城県 志村大宮病院 更新
    - 大阪府 榎本病院 新規
    - 広島県 ナカムラ病院 更新
    - 福岡県 那珂川病院 更新
    - 熊本県 城南病院 新規
- 6月7日現在の認定病院は合計2,387病院。そのうち、本会会員は971病院と、会員病院の39.9%、全認定病院の40.7%を占めている。

## 医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

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

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

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

## 医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

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

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

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

## 医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク

【主催】公益社団法人 全日本病院協会  
一般財団法人 日本医療教育財団

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

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

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

●試験の詳細な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。



支部訪問／第5回 徳島県支部  
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

徳島県支部の会員数は64人。県内民間病院の2/3が参加する拠点支部である。田蒔正治支部長は、療養病床しかもケアミックス型の中小病院が多い県内民間病院の将来を見据えつつ、徳島県支部の現況と今後を語った。(支部訪問は不定期に掲載します)

# 県内民間病院の2/3が会員。各病院が2025年モデルに悩む

## 「地域一般病棟が急性期を担う中小病院の行き方」—支部としてその広がりを探る

徳島県の総人口は、2010年の約79万人から25年には70万人を切る水準にまで減少が予測されている。65歳以上の割合は10年に27% (全国平均23%) に上昇、全国8位という高水準である。

この中で、徳島県の病院数は10万人あたり14.6で全国3位、病院病床数も同1,926.8床で全国5位(11年)と多い。しかし、一般病床6,719床、療養病床4,257床(10年)という構成は、全国集計と比べて特異であることが分かる。

人口10万床当たりの一般病棟は861.4床と全国平均の703.7床を大きく上回っているが、それ以上に、療養病棟は545.8床(11年)と全国平均の258.3床を

大きく上回り、全国4位である。

徳島県の医療提供体制のもう1つの特徴は、民間医療機関が圧倒的なシェアを占めている上に、100床未満が病院の57% (全国平均は37%) と、中小病院の割合がきわめて高い点である。これに加え、医療資源の多くが徳島市を含む「東部1」に集中しているという偏在も同県の特徴である。

こうした現状を踏まえ、13年度からの医療計画で徳島県は6つあった2次医療圏を隣接圏域ごとに統合して3つに減らし、従来の圏域は「1.5次」医療圏に位置づけるとの見直しを行なっている。



▲田蒔正治徳島県支部長

田蒔支部長は全日病総研が支部活性化に役立つと言う。

「例えば、各支部が会員からのアンケートで得た、病院が直面する問題点とかにQ&A形式などで回答をいただくとか、あるいは、そうした問題で講師を派遣していただくとか、そうした支援活動にも取り組んでもらえたらと思うんですけどね」

会員病院が、今、もっとも神経をとがらせているのが、一体改革の下で進められようとしている機能分化・再編

である。

「2025年のモデルがありますが、最終的に自院がどこに類型化していくかという点で、会員は皆さん悩んでいます。私自身は、全日病が提唱してきた地域一般病棟を広げていくというのが一番大事なことだと考えています。それと、もう1つのキーワードが在宅療養支援体制です。徳島県には在宅療養支援病院が8つありますが、これを広げていく上で一番のネックが在医総管で、点数が高過ぎるので患者から取れないという先生が多いんです。それでも、機能強化型ができましたので、私の地域でも、徳島西医師会と隣接の名西郡医師会と一緒に取り組んでいます。地域の病院、とくに地域一般病棟も在宅医療を1つの柱にしていけないといけない、まさに、民間病院にとって一番大事な仕事の1つだと思っています」

### 県の医療審議会に支部理事を派遣

徳島県支部の会員数は64。県内には病院が114(2011年)あるので、その組織率は56%と過半数を超える。

自治体病院、国立病院、その他公的病院を除く病院数は95であるから、私的病院に占める割合は67.4%にも達する。県内民間病院の2/3が全日病に結集していることになる。

田蒔正治支部長は全日病第4代会長(1987～91)を務めた田蒔孝正氏のご子息。09年に全日病理事に就任した翌年の10年4月に手束昭胤氏(元全日病副会長)から引き継いだ。

「父親が全日病会長だったこともあり、全日病の基盤は強かったですね。父親の後を継いで支部長になった鈴江襄治先生はその後県医師会長に就かれたし、私が支部長になると前後して、今度は、常任理事の川島周先生が県医師会長に就任されています。県医師会とも強い絆ができています」

強い基盤は、徳島県医療審議会への委員派遣にも発揮されている。

「県の医療審議会には、現在、会員である女性医師が全日病支部理事の肩書きで参加しています。これまでは徳島県支部長が出ていましたが、数年前から、いわゆる女性委員という枠での推薦に協力してきました」

全日病の支部は全47都道府県にあるが、支部役員という肩書きで県の医療審議会に出ているケースは他にない。

「地域医療に責任を持つべき医療審議会において、民間病院の多く占める徳島県においても全日病の意見として、今後も発信していきたいものです。このため、次回改選においても引き続き、支部長など全日病県支部から委員が選ばれるよう取り組んでいきたいと考えています」

「地域の実情に応じた質の高い効率的な医療・介護の提供、関係機関との連携の推進や諸課題等について、民間病院の立場から医療審議会の場できちんと意見を示していくためにもね…」

田蒔支部長はこう抱負を語った。

### 地域一般病棟に対する会員病院の関心は高い

地域一般病棟に対する田蒔支部長の熱弁は続く。

「地域一般病棟に対する関心は非常に高いものがあります。実際、昨年実施した全日病の地域一般病棟に関する調査で徳島県の回収率はかなり高かったです。四国3県とも高い回収率でした。皆さん、それだけ高い関心を持っていただいていると感じました。」

厚労省の考え方は、過疎地とか田舎で中核病院がないところに限って地域一般病棟的なものを位置づけるというのですが、やはり、ちょっと実態とは違うと思うんですね。地域一般病棟的なものは、どこにでも、ごく普通に要る機能だと思っています。

一方で、療養病棟も一般病床の代わりができるという考えもあるようですが、やはり、一般病床と療養病床では医師の数が3倍違うし、看護師も療養病床は20対1と25対1です。しかも、介護と看護合わせてですから、かなりの差がある。それで責任を持って地域の中で一般急性期を担っていかれるかと、

大いに危惧しているんです」

「徳島県には回復期リハの病棟がかなりあります。ほとんどが療養病床です。しかし、徳島県では人口の絶対数が少ないせいか、回復期リハにふさわしい、本来のストローク後の患者がそんなに発生しないんです。そのために、例えば、ある期間安静にしていたために四肢の麻痺とか筋力が落ちてきた高齢者を回復期リハに回すために、かなり無理して廃用症候群という病名をつけるというケースが大変目立つのです。私は国保審査会の役員もやっていますが、私の審査会でもそれがしばしば問題になっています。こうした患者は、本当は、回復期リハ病棟よりも、亜急性期病棟でみればいいのではないかと考えています」

「今後の医療提供体制のあり方と病床区分について、特に亜急性期の位置づけが色々と討議されていますが、もし呼び方が変わっても。全日病の主張している『地域一般病棟の概念』は主張していきたいと思っています」

### 課題は支部研修会への参加会員の拡大

徳島県で民間病院が果たす役割はきわめて大きなものがある。

「徳島県は療養病床が多いことで知られていますが、特徴はそれだけではありません。まず、2次医療圏として東部・南部・西部の3つがありますが、東部の医療圏に医師や医療施設の70%が集中しているという偏在があります。病院が固まっている東部は自治体病院を中心とした急性期系が多いのですが、他の地区は急性期が弱くて、慢性期系が多く、しかも、そちらは主に民間病院で、救急をやっている病院も障害者病棟や回復期リハ病棟を併設するなどケアミックスが多い。急性期や2次救急をやっている元気な病院が少なく、公立病院がそれを担っているというのが実態なのです」

徳島県では日病や医法協の活動はほとんどみられないが、日本慢性期医療協会が活発な活動を行なっている。

「日慢協さんには70数施設が入っています。全日病の会員と大体ダブっていますが、有床診も多く、中には無床診も入っています。実は私も日慢協の役員として、経営改善委員会の委員長に

ついています。その委員会で毎年調査を実施していますが、そのデータを見ても、療養単独あるいはケアミックスと様々ですが、病棟数が1つか2つという100床未満が非常に多いことが分かります」

療養病床が多いだけでなく、大型急性期を除く病院のほとんどが民間で支えられている徳島県で、全日病の役割はきわめて大きいものがある。

「民間病院の中でシェアが大きい全日病は非常に大きな責任を負っていると思っています。それだけに会員増強にも努めたいと思っています。昨年度は支部役員会を6回、総会を2回、支部独自の研修会を1回開きました。それと、8月には全日病の夏期研修会を担当させてもらいました。今年度も、6月までに役員会、支部総会、講演会を開催しています。こうした役員会と総会の重要な会議資料は支部の会員に送付しています。ただ、参加する会員が固定しがちで、遠方からは来てもらえないことが多い点が課題ですね。今後は研修会への参加を増やしていきたいものです」



▲徳島県支部は毎年数回の研修会を開催している (2011年3月7日の研修会風景)

### 南海トラフ巨大地震へ災害医療体制の強化も課題

田蒔支部長は、13年度の支部活動も地域一般病棟が重要なキーになるという。

「やはり、各先生方に地域一般病棟の構想を知っていただきたいと思っています。小規模な病院が多いのですが、それでも地域の中で2次救急とか急性期として果たすべき役割があります。それは、とくに徳島県では重要なものがあり、民間病院でできる急性期をもう少ししっかり自覚していかなければならない。その点、まさに、サブアキユートを含めた地域一般病棟という概念は大変重要ではないでしょうか。それと、在宅療養支援病院も各地域で頑張っていていただきたいと思います」

同時に、南海トラフの巨大地震に備える災害医療体制も、支部の課題にあげられる。

「東日本大震災の時には徳島県の医療

救護班として、当院も含めた支部会員病院も宮城県石巻地区で医療支援活動に参加しました。南海トラフ巨大地震の可能性は30年以内に60%と言われています。内閣府の検討会(第1次報告)によると、徳島県では13万3,600棟が全壊、津波を含む死者は3万3,300人と推定されています。この大震災に備えて徳島県、県医師会等と一緒に、近隣県を含む災害医療ネットワークの構築に尽力したいと考えています」

さらに、近い将来をこう語った。

「去年、夏期研修会を担当させていただいたときに、全日病学会も近々どうかというお話があったのですが、支部事務局が入っている県医師会館の建て替え工事やその他の事情もあって辞退させてもらいました。また機会があれば、ぜひ開催させていただきたいと思っています」

### 支部長・副支部長会議に支部活性化を期待

そんな田蒔支部長が本部に期待しているものがある。

「今年度から支部長・副支部長会議が始まりました。それが、支部を活性化させる1つの機会になるのではないかと思います。つまり、地域に生じてい

る色々な問題点を本部に拾い上げてもらい、それに必要な、例えば講師の派遣を含めた解決策とか、あるいは全日病総研からの回答を示してもらおうとか、そういう形で運営してもらえると、支部としては大変助かります」