



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 5/1

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.754 2011/5/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

### 医療7団体 被災者健康支援連絡協議会が発足

東日本大震災の被災者支援 政府対策本部と連携。長期の医療支援を調整、復興にも提言

東日本大震災被災者の健康確保に向けた取り組みを進めるために、全日病を含む医療7団体からなる「被災者健康支援連絡協議会」が、4月22日発足した。

協議会の主たる活動目的は、①被災現地の医療ニーズに対応した医療チームの中長期的な派遣、②被災現地の健康ニーズの把握と被災者の健康確保に必要な取り組みである。

内閣府の被災者生活支援特別対策本部(松本龍本部長)は同日、「被災者健康支援連絡協議会」を総理官邸に招き、東日本大震災の被災者の健康支援に対する協力要請を行なった。

したがって、「被災者健康支援連絡協議会」は、被災者生活支援特別対策本部と緊密な連絡を保って活動に当る。

設置時点の構成団体は、日本医師会、日本歯科医師会、全日本病院協会、日本病院会、全国医学部長病院長会議、日

本薬剤師会、日本看護協会の7団体。7団体は、対策本部からの要請に応えるとともに、中長期的な医療復興支援に対しても政策提言を行なうことを視野に取って活動することで合意している。

同日の記者会見で、「被災者健康支援連絡協議会」は、協議会の目的、組織構成、今後の活動展望を明らかにした。

原中日医会長が代表に就任、6団体の会長がそれぞれ副代表となるほか、日本医師会(横倉副会長)と全国医学部長病院長会議(嘉山相談役)が事務局長を務める。これ以外に、国会議員がオブザーバーとして、厚労省が連絡事務局として参加する。

協議会は、前出目的達成のために、厚生労働省ほか各省に協力を要請するほか、被災地の災害対策本部とも緊密な連絡を保ちたいとしている。協議会の事務局は日本医師会に置くが、庶務



▲記者会見で挨拶する全日病西澤会長

は日医と厚労省(連絡事務局)が協力してあたることになる。

被災地の復興には長い時間がかかる上、慢性疾患対策や介護など健康確保の上で多様なニーズが生じるために多面的構成のチームが求められることから、協議会は、今後、全日病・日病以外の病院団体や医療専門職の団体、介護関係団体にも参加を求める考えだ。

「被災者健康支援連絡協議会」は民主党の「被災者健康対策チーム」に出席し

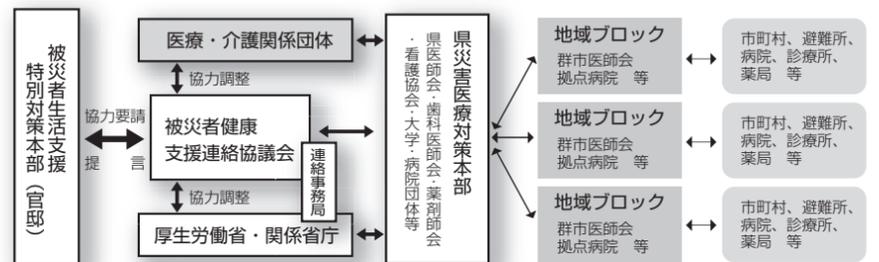
ていた医療関係者から提案され、発足にこぎつけた。

大学病院から民間病院・診療所まで、在野の医療団体が自律的に横断的組織を立ち上げたことや、行政府まかせになりがちな震災の医療支援・復興活動に、現下の救護から中長期にわたる復興青写真に向けた提言や活動調整を行なう場を確保したことは、わが国医療史初の画期的な出来事である。



▲特別対策本部の松本龍本部長は被災者健康支援連絡協議会に被災地健康支援の協力を要請した。

#### 【東日本大震災の被災者健康支援 連携イメージ】



### 四病協 震災2次被害の医療機関に特例的規制緩和を要望

四病院団体協議会は4月28日、東日本大震災にともなう間接的被害を受けた医療機関に対する医療法および診療報酬上の規制緩和を求める厚生労働大臣宛の要望書を、医政局と保険局に提出した。

東日本大震災によって建物の全半壊など甚大な被害をこうむった被災地の医療機関あるいは被災地から病床数を上回る患者を受け入れたり、医療チーム派遣によって人員基準等を満たせなくなった医療機関に対して、厚生労働省は、各種基準や算定要件の適用除外など特例を認めている。

しかし、災害救助法の適用市町村以

外でも、震災の2次的被害によって診療と経営に対する影響が出ている。余震、停電、原発事故等による不測の事態が今後も考えられ、2次的被害もたらす影響はボディブローのように医療機関の運営に表われつつある。

以上のことから、四病協は、震災によって影響を受けた医療機関は、当面の間、震災発生日前の人員基準や届出にもとづいて運営や診療報酬請求が行なえるという特例的な規制緩和の適用を厚生大臣に要望することを決めたもの。

要望書を受け取った保険局鈴木康裕医療課長は「要望の主旨を踏まえ、関係

部局と相談したい」と対応。一方、医政局岩淵豊総務課長は、「医療法にかかわる要望点は、基本的に、医政局が3月21日付で出した総務課長通知(医

総発0321第1号)で実現しているものと思われる」と答え、厚労省として対応済みという認識を示した。(4面に要望書)



▲岩淵医政局総務課長(写真中央)に要望書を手渡す猪口全日病副会長(左)と長瀬日精協副会長(右)

### 薬剤師の病棟配置が次期改定の焦点に浮上

中医協 看護職員の勤務形態、拠点病院の外来縮小も評価の俎上に

東日本大震災によって延期されていた中医協総会が4月20日に1年半ぶりに開かれ、2012年度改定に向けた課題として「病院医療従事者の負担軽減」を取り上げ、議論した。「病院医療従事者の負担軽減」という課題は2回目、前回(3月2日)は「勤務医の負担軽減」について議論している。

同日の中医協は、医師と他職種等との役割分担という視点から、(1)薬剤師の病棟勤務と医師の負担軽減、(2)看護職員の負担軽減、(3)外来医療の役割分

担と医師の負担軽減、の3点をテーマに取り上げた。

事務局(厚労省保険局医療課)は、薬剤師については病棟配置の評価と対象となる病棟・業務の考え方を、看護職員については、①負担軽減につながる勤務形態の一部見直し、②看護補助者配置評価の検証が、外来医療については、拠点病院における一般外来機能縮小の取組みの評価を、検討すべき論点としてあげた。

議論において、診療側鈴木委員(日医

常任理事)は、看護補助の業務について、「看護補助とか看護助手という呼称は差別的ではないか」という疑問を投げかけた。さらに、「現場には介護福祉士が多く配置されている。こうした業務は介護とみなすことによって、看護師が本来の看護業務に専念できるようにすべきではないか」と提起した。

西澤委員(全日病会長)も、「看護補助の業務の多くは介護である。しかし、診療報酬と介護報酬で、同じ業務でありながら職種の呼称が異なっている。

同時改定を機に、診療報酬に介護職を新たに位置づけるべきである」と迫った。

こうした意見に、坂本専門委員(日看協副会長)は、「急性期医療における看護助手は看護師の補佐であり、介護職にはもっと別の仕事がある」と反論しつつ、「名称を変えることはよい」と含みを残した。

#### 森田朗氏が中医協会長に就任

4月20日の中医協総会は、公益委員を任期満了で退任した遠藤久夫氏(学習院大学経済学部教授)の後任として、森田朗氏(東大大学院法政学政治学術研究科教授)を中医協会長に選出した。

# 2009年度特定健診実施率は40.5%

## 医療費適正化計画の中間評価 療養病床目標数は凍結。「機械的削減は行わない」

厚労省は4月8日に「全国医療費適正化計画の進捗状況に関する中間評価」を公

表した。それによると、特定健診の2009年度実施率(速報値)は40.5%と08年度か

ら1.6%上がった。特定保健指導の09年度は終了率は13.0%と08年度から5.3%

上がった。

医療費適正化計画で定めていた療養病床の目標数については、「計画に則して再編成を推進することが実態にそぐわないのではないかと懸念があることから、療養病床の目標は凍結し、機械的削減は行わない」としている。

厚労省「全国医療費適正化計画の進捗状況に関する中間評価(概要)」 4月8日

### 【医療費を取り巻く現状】

- 医療費
  - 2006年33.1兆円、2008年 34.8兆円
- 平均在院日数は減少した。
  - 2008年度32.2日、2009年度31.3日
  - \*2012年度の目標は29.8日
- 療養病床数(回復期リハ病棟を除く)は減少した。
  - 2006年10月 合計35.2万床、2009年7月 合計32.0万床
  - うち医療療養 06年10月23.4万床、09年7月22.7万床
  - 介護療養 06年10月11.8万床、09年7月 9.3万床

### 【目標・施策の進捗状況】

- (1) 国民の健康の保持の推進
- 特定健康診査実施率(2012年度の目標70%)
  - 2008年度(公表値)38.9%、2009年度(速報値)40.5%
  - ・健保組合と共済組合が相対的に高く、市町村国保、国保組合、協会けんぽ、船員保険において低いという二極構造。保険者の取組としては、がん検診との同時実施、未受診者への受診勧奨、未

- 受診理由等の把握、機会を捉えた個別通知の実施、地域人材の活用等が有効。
- 特定保健指導終了率(2012年度の目標45%)
  - 2008年度(公表値)7.7%、2009年度(速報値)13.0%
  - ・市町村国保が相対的に高い。保険者の取組としては、電話や個別訪問による個別通知の実施、健診から初回面接までの期間の短縮、未利用者への利用勧奨等(特に電話や個別訪問)が有効。
- (2) 医療の効率的な提供の推進
- 医療機関の機能分化・連携
  - ・地域連携パスに関する診療報酬算定の届出をしている医療機関は増加。
  - 地域連携診療計画管理料
    - 2006年 78、2009年 613
  - 地域連携診療計画退院時指導料
    - 2006年 222、2009年 2,106
  - ・地域連携パスに関する運営協議会の設置、県内におけるパスの標準化、パスのモデルの公表、パスに関する研修等、地域連携パスの普及に関する取組を多くの都道府県が実施。
- 在宅医療・地域ケアの推進

- ・訪問看護ステーション数は横ばい。
  - 2006年 5,470、2009年 5,434
- ・在宅療養支援診療所数は増加。
  - 2006年 9,434、2009年 1万1,955
- 療養病床の再編成
  - ・全国医療費適正化計画で目標数を定めていたが、計画に則して再編成を推進することが実態にそぐわないのではないかと懸念があることから、療養病床に係る目標は凍結し、目標数へ向けた機械的削減は行わない。
  - ・患者の状態像等に応じて医療機関が自主的に行う病床転換を円滑に進めるための支援は、引き続き必要。
- (3) その他医療費適正化の推進に関する取組(都道府県独自の取組)
  - 適切な受診行動の促進・レセプト点検
    - ・重複受診者等に対する保健師による訪問指導、医療費通知等を保険者が実施。
    - ・レセプト点検の充実強化を図るため、レセプト点検員の資質向上の研修会、市町村国保のレセプト点検による査定率等に応じた都道府県調整交付金による支援を都道府県が実施。

- 後発医薬品の使用促進
- 4.今後の取組
  - 特定健診等実施率の向上
    - ・中間評価の内容を踏まえ、各保険者が実施率向上に有効な取り組みを推進していくことが必要。
    - ・特定健診等の実績に基づくインセンティブ制度のあり方や特定健診の項目等について、本年より検討会で議論を開始。
  - 医療の効率的な提供の更なる推進
    - ・病院・病床の役割分担を更に進めるとともに、急性期医療の機能を強化し、リハビリ・在宅医療などの充実・連携を図ることにより、継ぎ目のない医療提供体制の構築。
    - ・介護療養病床については、現在国会に提出している法案において、転換期限を6年延長。
  - 都道府県独自の取り組みの推進
    - ・医療費適正化を計画的に進めるには、都道府県が主体的な取組を行うことが重要。全国計画や他県の中間評価の内容も踏まえ、有効な取り組みの導入の検討を行う。

## 試行事業に3施設(3人)の申請。今年度は10人弱か

4月18日に開催されたチーム医療推進会議は、厚労省が2011年度に実施する「特定看護師(仮称)業務試行事業」に応募した3施設に対するヒアリングを行なった。3施設は①急性期病院(1,116床)、②慢性期病院(149床)、③介護老人保健施設(100床=診療所を併設)で、いずれも民間だ。

試行事業には当初4施設が申請したが、4月13日の看護業務検討WGで書類上の不備を指摘された1施設(国立病院機構の某がんセンター)が申請を取り下げている。

特定看護師の人数・業務等は、①においては1名(非常勤)が救急救命センターに従事、②においては1名(常勤)が病棟と外来(訪問)で老年看護に従事、③においては1名(常勤)が従事するというもの。

委員からは、実施予定の行為と業務、

書面を含む包括的指示のあり方、結果のチェック体制、実証事業を担当する担当医の数など、細かな質問が出た。それらに対する申請書類の内容や回答には、委員に納得を与えきれないものが少なく、実証事業と銘打った特定看護師による医行為の先行実施に厳しい意見が飛び交った。

しかし、看護業務検討WG座長の有賀委員(昭和大学医学部教授)は、「細かい点を1つ1つ取り上げて攻め上げれば色々問題は出よう。しかし、(3施設とも)パスなどの合意があらかじめあって取り組まれようとしている。それを、(実証事業の)募集要項に即して書き込むと、こうした記述不十分になり得る」「我々のWGではそこまで細かな話は出なかった。入口はこんなもので出口を厳しくしようというニュアンスだ。私は日常的業務はあまり心配し

ていない」とフォローに務めた。かくて、ヒアリングは、実証事業に対する杞憂を強めるものとなったが、申請施設の決定権は厚労省に帰属するため、3施設は4月内にも申請が認められ、実証事業は予定通りスタートする

## 特定健診・保健指導の見直し議論を開始

厚生労働省は4月25日に「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を開催、次期医療費適正化計画下における特定健康診査・特定保健指導のあり方に関する議論を開始した。

保険者に40歳以上加入者に対する生活習慣病を予防する健診等の実施を義務づけた特定健診・保健指導制度は、医療費適正化計画(5年計画)の一環として、同年から始まった。

2008年度を初年度とする医療費適正

ことになる。3月に特定看護師要請の条件を満たした課程を修了した院生は100人弱。そのうち、70~80人が現場に出る意欲をもっている。しかし、事務局(厚労省医政局指導課)は「申請施設が今後増えるにしても、今年度の特定看護師は10人に満たないのではないかと」低目に見積もっている。

化計画は13年度から第2期(2013~17年度)に入る。同検討会は、これまでの実績等を踏まえて特定健診・保健指導の実施方法を見直して第2期医療費適正化計画に反映させるために設置された。

今後、健康局が設置する健診・保健指導プログラム見直しの検討会と連動しつつ、特定健診・保健指導の見直し議論を進め、来春をめどに見直し案を取りまとめる方針だ。

### 東日本大震災に対応した厚労省通知・事務連絡から

■東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて・その3(都道府県・地方厚生局宛4月20日付事務連絡/厚労省保険局医療課)

今般の震災に関連する診療報酬の取扱いをQ&Aに取りまとめた。

■東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関する診療報酬等の請求の取扱いについて・4月診療等分(都道府県・地方厚生局宛4月22日付事務連絡/厚労省保険局医療課)

1. 4月診療等分(5月提出分)の診療報酬等の請求は、災害救助法適用地域(東京都の区域を除く)に所在する医科の保険医療機関で、3月12日以降に診療を行い、3月診療分(4月提出分)について概算請求を行ったものに限り、通常の手続きによる請求を行うことが困難な場合には、4月診療分も1ヵ月分を通して概算請求を行うことができる。

2. 概算請求を行う場合の取扱いについて

(1)概算による請求を選択する保険医療

機関は、やむを得ない事情がある場合を除き、5月10日までに概算請求を選択する旨、各審査支払機関に届け出ること。

(2)診療報酬等の算出方法(略)

■東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関する診療報酬等の按分方法等について・4月診療等分(都道府県・地方厚生局・保険者宛4月22日付事務連絡/厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課連名)

1. 概算請求が行われた診療報酬等に関する保険者等の支払は審査支払機関が以下に定めるところにより行う按分による。

(1)診療報酬等については、保険医療機関ごとに、平成22年11月診療分から平成23年1月診療分までの各保険者の当該保険医療機関に対する診療報酬等支払実績に基づき按分する。ただし、平成22年11月診療分から平成23年1月診療分までの間において、当該保険医療機関に対する診療報酬等支払実績が1回のみ保険者は、按分の対象から除く。

2. 被保険者等が、地震により被保険者証等を提示できないため、保険医療機関等に氏名、生年月日、住所又は事業所名等を申し立てること等により療養を受けた場合で、住所地の保険者又は事業所が属する保険者で被保険者資格を確認できず、保険者が特定できないときの当該療養に係る通常の方法による請求が行われた診療報酬等に関する各保険者の支払は、審査支払機関が以下に定めるところにより行う按分によるものとする。

(1)診療報酬等については、患者の住所地又は事業所の所在地が属する県内の災害救助法適用市町村(東京都の区域を除く)に所在する全ての保険医療機関等に対する平成22年11月診療等分から平成23年1月診療分までの各保険者の診療報酬等支払実績に基づき按分する。ただし、平成22年11月診療等分から平成23年1月診療分までの間に、当該保険医療機関等に対する診療報酬等支払実績が1回のみ保険者は按分の対象から除く。

■平成23年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に伴う療養の給付費等の書面による請求について・その2(支払基金宛4月22日付事務連絡/厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室)

電子情報による請求又は光ディスク等を用いた請求が行えない保険医療機関及び保険薬局の療養給付費等の請求については、平成23年3月30日付当室事務連絡により改めて周知させていたが、先月発生した東日本大震災により、災害救助法が適用された市町村の区域(東京都の区域を除く)に震災日に所在する保険医療機関等から、通信回線の障害又はレセコンの故障等により、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令附則第4条第5項第5号に該当する旨を支払基金各支部及び都道府県国保連に届け出た保険医療機関等は、同条第7項の規定にかかわらず、平成23年8月の診療報酬請求時までの間、猶予届の届出を免除することとした。

# 全日病・医法協の医療救護班派遣84班335人

東日本大震災 第3次派遣を決定。会員病院に参加を呼びかける

東日本大震災の被災地に対する全日病会員病院等による医療支援は、4月後半に入っても力強く進められている。全日病と医法協共同の医療救護班派遣は、4月29日現在で84班335人に達した。

派遣した病院数は実数で45病院を超えている上、福岡県や北海道からの参加も増えるなど、裾野はますます広がっている。これ以外にも、県医師会等の要請に応え、多数の会員病院がJMATの一員として被災地に向っている。

医療チームの構成も、当初の医師、看護師、事務という組み合わせから、時間経過にともなうステージの変化を反映し、薬剤師や作業療法士、理学療法士の参加が増えている。

全日病災害対策本部(本部長・西澤会長)は、このほど、第3次医療救護班の派遣を決め、会員病院に参加を呼びかけた。

第3次医療救護班は宮城県気仙沼市におもむき、気仙沼市総合体育館を拠点に、つごう2班が原則3泊4日で交代しながら、巡回診療もしくは避難住民の医療的フォロー等を担う。

第2次派遣組が4月末に引き上げた後

を引き継ぎ、5月頭から5月末までの1ヵ月間、気仙沼市とその周辺の医療支援にあたる。全日病災害対策本部は延20班の派遣を見込んでいる。

医療救護班の持ち場は巡回もしくは避難所の診療だけとは限らない。今や少なくない医療機関が自力で診療を再開しつつあるが、それに至る前の3月には被災医療機関の診療を手伝ったり、患者の搬送や移送の付き添い、物資の搬入など、予定にない要請に応じた。

4月中旬には、福島県相馬市へ避難していた住民が福島市飯坂温泉の避難所に移動することが決まり、第2次医療救護班の医師達が飯坂温泉へ向かう約300名に付き添っている。

震災直後には、あらゆる通信が絶たれる中、被災県当局や消防署、警察、自衛隊に地元の大学病院、災害拠点病院、医師会、各地から来たDMATやJMAT、国境なき医師団のような独自活動の医療チーム等が情報共有もできずに右往左往し、行き当たりばつりの対応で混乱を極めた。

しかし、その後、被災各県は医療コ

ーディネーターを配置して情報窓口を一本化するとともに、厚労省、日本医師会、病院団体等との連絡パイプを確保、現地では、あらゆる医療救護班が一堂に会した情報提供と打ち合わせの会議を開く体制をとるなど、災害医療の取り組みが形を取り始めた。

今でも、被災地によってはコーディネーターが機能しないために、空回りさせられる救護班もあるという。それでも、派遣された医療チームはめげることなく、介護や福祉グループの支援者

## 沖縄学会で東日本大震災の検証企画

この10月29日、30日に沖縄県支部の担当により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)で、東日本大震災をテーマとした企画を立てることが、4月16日に開かれた2011年度第1回常任理事会で決まった。

川島周学術委員会委員長は3時間ほ

とともに、被災地の健康確保と疾病対応に全力を傾けている。

被災から1ヵ月半、11万人を超す避難所における集団感染の発生は避けられている。しかし、心のケア、栄養不足、慢性疾患対策等、被災地が抱える健康課題は尽きない。

どのシンポジウムを構想、「3月に予定して中止となった、救急・防災委員会主催の防災フォーラムを参考にしたい」と述べた。

企画の具体的内容は、今後、学術委員会と沖縄学会実行委員会によって協議される。



▲各地から集まった医療救護班は情報共有を災害医療の第一歩とした

## 慢性期分科会 一般病棟13対1・15対1の急性期対応が明らかに

4月13日に開かれた診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は、事務局(厚労省保険局医療課)が示したデータをめぐって議論が白熱化した。

データは、厚労省が昨年夏に実施した横断調査(医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査)の結果を、レセプト調査結果を加えて再集計したもの。中医協からの付託によるもので、今後、分科会の考察を付して中医協に報告される。

データの主たる部分は一般病棟13対1・15対1の在院90日を超えた患者に関するもので、主要な項目で医療療養病棟の入院患者と比較、状態像などの実態が表わされている(別掲)。

データから、一般病棟の13対1・15対1では基本的に急性期の対応がとられていることが判明した。

とくに、15対1においては、急性期対応をとる医療機関の割合が13対1を上回

っている項目(時間外20人以上、手術60件以上、毎日24時間救急対応)が多く、15対1における急性期対応の有無が2極化していることがうかがえる。

一方、「90日超患者の割合が50%以上」を占める医療機関の地域分布でみると、13対1と15対1とも国家公務員級地区分の「6給地」「その他」が圧倒的に多く、とくに、13対1における「90日超患者の割合が50%以上」は前出2地区にのみしか存していない。

以上から、横断調査の再集計結果は、長期入院患者を引き受けている急性期病院が比較的医療過疎の地域に多く分布していること、そして、地域の医療事情から、長期入院患者を擁する一方で救急医療にも対応しているという構図が浮かび上がるものとなった。

分科会は引き続き今回報告された集計結果の精査と分析を試み、中医協へ提出する報告のとりまとめを行なう。

### □横断調査の再集計結果から

・全患者の医療区分分布は、一般病棟は、13対1と15対1とも医療区分1・2・3で概ね等分されているが、医療療養は20対1では1が12.9%、2が54.4%、3が32.7%と医療区分2・3の比率が高いのに対して、25対1は36.8%、42.9%、20.3%と2・3の比率は一般病棟と近似している。

・入院患者のうち、在院90日超が占め

る割合は13対1が14.1%、15対1が24.0%と、概ね、一般病棟の2割前後を占めている。90日超患者に占める特定除外患者の割合は13対1が96%、15対1が94%であった。

・13対1の69.2%が、15対1の54.7%が救急告示病院であり、13対1の62.2%、15対1の45.9%が「ほぼ毎日24時間救急対応が可能」としている。

### ○慢性期分科会委員・猪口副会長の話

横断調査の再集計は、主に、一般病棟13対1・15対1の90日超患者の実態を明らかにする目的で行なわれた。

入院患者のうち、在院90日超が占める割合は13対1が14.1%、15対1が24.0%であった。一般病棟13対1・15対1は90日超に特化しているとの指摘があるが、実際は、90日超の患者は2割前後に過ぎない。

90日超患者の割合を10%ごとに切って各ランクの病棟比率は一般病棟と医療療養とで2層構造を示すと思われたが、一般病棟は「10%未満」から「70~79%」にかけて順次下がり、逆に、医療療養は「10%未満」から「90%以上」にかけて順次上がる、対照的なカーブを示した。

一般病棟での救急対応であるが、13対1の7割、15対1の5割強が救急告示病院であり、13対1の62.2%、15対1の45.9%が「毎日24時間救急対応が可能」としているほか、救急車や時間外救急入院患者も受け入れているし、手術もしている。かくて、一般病棟13対1・15対1では急性期医療が行なわれているということが判明した。

直近1ヵ月の救急車受入件数は13対1の49.6%、15対1の57.3%が「1~19件」であるが、13対1についてみると、「20~39件」が18.5%、「40~59件」が8.7%、「60件以上」が9.4%であった。同じく時間外緊急入院患者数は、13対1の40.9%、15対1の49.0%が「1~9人」であるが、13対1をみると、「10~19人」が25.6%、「20人以上」が16.1%。

手術件数は、13対1の44.1%、15対1の43.0%が「1~19件」であるが、13対1では「20~59件」が21.3%、「60件以上」が10.6%であった。

・直近一週間の検体検査(尿・血液等)、生体検査(超音波・内視鏡等)、X線単

純撮影、CT・MRIの実施状況は、13対1(15対1)が66.3%(61.3%)、16.3%(16.3%)、48.4%(41.6%)、22.6%(17.0%)であるのに対して、医療療養病棟20対1(25対1)は23.4%(19.1%)、2.2%(1.5%)、9.6%(7.5%)、4.1%(3.5%)であった。

・両病棟で現在治療中疾患の構成に決定的な違いはないが、医療療養病棟に対して一般病棟は骨折(大腿骨、脊髄等)、悪性新生物(がん)、慢性腎機能障害・腎不全、肺炎(誤嚥性肺炎を含む)が多く、脳血管疾患、認知症、パーキンソン病関連疾患、うつ・躁うつ、麻痺・廃用症候群が少ないという特徴がある。

## 復興向けの1次補正 国庫補助率の引上等医療施設の復旧に70億円

菅内閣は4月22日、総額4兆153億円にのぼる、東日本大震災の被災地復旧を中心とする第1次補正予算案を閣議決定した。国債の発行によらずに財源を捻出していることから、与野党の圧

倒的多数の賛成で成立する見通しだ。第1次補正における厚生労働省予算は総額1兆8,407億円。このすべてが東日本大震災に係る復旧支援に充てられる。その内訳は次のとおり。

### 2011年度厚労省第1次補正予算案の概要 1兆8,407億円

□医療・介護・障害福祉の利用料負担・保険料軽減措置 1,142億円

●医療保険制度の保険料減免等の特別措置 864億円

●介護保険制度の保険料減免等の特別措置 275億円

□仮設診療所等の整備 14億円

□被災した高齢者、障害者、児童への生

活支援等 98億円

避難所等で生活する高齢者・障害者等に対する専門職種(介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士等)による相談・生活支援等を行う費用を補助

□医療施設等の災害復旧 906億円

●医療施設等の災害復旧等 70億円

被災した医療施設等の復旧に係る施設整備に対する国庫補助率を引き上げ(公的医療機関については1/2→2/3)、所要の国庫補助を行う(上記に加え、岩手県、宮城県、福島県については

「地域医療再生基金」の交付額上限120億円を確保。

●保健衛生施設等の災害復旧 13億円

被災した保健衛生施設等(保健所、精神科病院など)の復旧に係る施設整備に対する国庫補助率の引き上げと所要の国庫補助

●社会福祉施設等の災害復旧 815億円  
被災した介護施設等の復旧に係る施設整備に対する国庫補助率の引き上げと所要の国庫補助 ほか

□事業者への融資 121億円

●福祉医療機構による医療施設・社会福祉施設等に対する融資 100億円 ほか

# 2011年版の概要まとまる。2025年の提供体制を展望

## 「病院のあり方報告書」 6月の代議員会に正式報告。現実的展望にあるべき理想像を対置

病院のあり方委員会(委員長・徳田禎久常任理事)は「病院のあり方に関する報告書2011年版」の概要版をまとめ、徳田委員長が4月16日の2011年度第1回常任理事会に報告した。

病院のあり方委員会は2010年度の事業目標に「病院のあり方に関する報告書2010年版」の発行をあげ、その完成を目指してきたが、内容の精度を上げる必要から完成が遅れていた。しかし、このほど、次期代議員会に報告するめどがついたことから、そのタイトルを「病院のあり方に関する報告書2011年

版」と改題した上、先行するかたちで「2011年版」の概要をA4版14頁にまとめ、常任理事会に提示したものを。

「病院のあり方報告書2011年版」は、西澤執行部の「医療・介護提供体制の長期的展望を明らかにしてほしい」という要請に応え、2025年の医療・介護提供のあり方を展望かつ提言するものとなっている。

概要版は、総論で、2025年を展望する因子を「人口構成」「疾病構造」「社会保障費と人材」の3点に整理。その上で、2025年に向けた現実的な対応とも

いうべき予測の大枠を「現実的シナリオ」として明示する一方、あるべき医療・介護提供の姿を提言すべく、①医療圏、②医療・介護提供体制、③医療従事者、④医療・介護費、⑤診療・介護報酬、⑥医療の質、⑦医療情報システム、⑧産業としての医療と、8つのキーワードから2025年のあるべき提供体制を描出した「理想的シナリオ」を叙述、提言としている。

報告した徳田常任理事は、「2011年版」の特徴として、①医療圏のモデル的構想、②医師偏在解消に関する具体



▲「概要版」について報告する徳田常任理事

的な提案、③看護師不足問題に対する見解、④臨床指標に関する踏み込んだ提案、⑤産業としての医療の考察、などをあげた。

「病院のあり方報告書2011年版」の完成版は6月4日の定期代議員会に報告された後、全会員に配布される。

# 回答病院の82%がチーム医療を実践

## チーム医療の実態を調査。「実証事業」に旺盛な参加意欲

徳田禎久常任理事は、会員病院におけるチーム医療導入の実態を探る緊急調査を3月に実施、その結果を4月16日の2011年度第1回常任理事会に報告した。

チーム医療に関するガイドライン案の検討を進める「チーム医療推進方策検討WG」の委員である徳田常任理事は、2011年度に厚労省が実施を予定している「チーム医療実証事業」が取り上げられた3月2日の会合で、実証事業に先立ってチーム医療の実態補足を行なう必要を提起。厚労省の意向を踏まえ、全日病自ら当該調査を行なって医療現場における実状をWGに報告する作業を引き受けた。

当時は3月末にもガイドライン案のとりまとめ、したがってWGの休止が見込まれたことから、調査は、全日病事務局にアドレスを登録している会員

病院を対象にメールで行なわれた。短期日にもかかわらず、78病院から回答が寄せられた。

その結果、回答病院の82%がチーム医療を実施していることが判明した。そのほぼ半数(46%)が「1~5年前から」実践しているが、「6~10年前から」が33%、「11~15年前から」が6%、「16~20年前から」が6%と、早い時期から取り組んでいる病院も少なくない。

一方、チーム医療を実施していないと答えた病院に、今後の方針をたずねたところ、チーム医療を「実施する予定あり」と「実施する予定なし」とが50%ずつ、という結果になった。

厚労省は、「チーム医療ガイドライン」にもとづいて、実際の医療現場でチーム医療を推進、それによる安全性や効果等の実証データを提供してもらう「チーム医療実証事業」を2011年度

に実施する。対象は40病院で1病院の委託経費は400万円である。

同調査で、この実証事業に対する関心をたずねたところ、チーム医療を実施していると答えた63病院のうち、実証事業に参加意欲を示したのは45病院(71.4%)にもなった。

チーム医療に関する調査結果は、回答病院から寄せられたチーム医療の事例を整理・紹介するとともに、診療報酬算定項目となっているチーム医療の実施が圧倒的であることから当該項目の届出病院数などの関連データを付した報告書にまとめられている。

徳田常任理事は、調査結果を次回「チーム医療推進方策検討WG」に報告するとともに、地域医療を担う中小民間病院も参加できる実証事業の実施を求める意向だ。

### DPC分析についてのご案内

#### MEDI-TARGETに新機能! 5月25日利用開始。

(別途費用はかかりません。参加病院全てご利用いただけます)

#### 新機能その1●マーケティング分析

自院内のベッドシェアを分析します。ベッドの稼働日数に対して、診療科、DPC(疾患)ごとの占有率をバブルチャートで表示します。

#### 新機能その2●地域シェア分析

「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告概要をベースに、特定のDPCごとに、自院と近隣病院とのシェアを分析します。

DPCデータを使って自院の機能と質を点検しませんか。DPC分析は安価で手間のかからないアウトカム分析です。ただ今申し込み受付中

DPC分析の問い合わせは全日本病院協会事務局まで Tel.03-3234-5165

# 受入被災者の日数制限の適用除外などを要望

四病協「東日本大震災の被災に伴う医療機関の運営に関する要望」(要旨) \*1面を参照

平成23年3月11日に発生した東日本大震災により、四病院団体協議会の会員病院も多くが被災した。一方、大震災発生直後の交通網麻痺や計画停電など、多くの二次的災害も発生した。未だに放射能漏れ事故の事態が終息せず、更には震度6弱、6強の余震が相次ぎ、全く予断を許さない状況にある。これまでに厚生労働省より出された通知等により、主に被災地の医療機関への配慮がなされている。

しかし、被災地の医療機関以外において、建物が医療継続可能な状態であっても、医薬品や診療材料等の不足、大

震災後の交通網麻痺等による医師、看護師を始めとした医療従事者の不足、計画停電による診療不能や診療時間の変更等により、手術、救急医療等、通常の診療業務に多大な影響を受けている医療機関が続出している。

今後、更なる被災者、被災地への医療的救護が必要であることは明らかであり、この大災害を乗り越えるためには大幅な規制緩和により、医療機関の機能を最大限引き出す必要があることから、次項に記した医療法、診療報酬制度における規制緩和を強く要望する。

震災により運営上の影響を生じた医療機関にあっては、当面の間、以下について3月11日以前の員数・届出基準によって医療機関の運営・診療報酬の請求を行って差し支えない取扱いとすること。

1. 医療法上の必要医師・看護職員数
2. 診療報酬上の入院基本料等における施設基準を努力義務とする。
  - (1) 夜勤帯にかかる看護職員配置についての以下の項目
    - ・月平均夜勤時間数72時間以下
    - ・看護師比率70%以上

- ・夜勤における看護師要件(看護師1名以上等)
  - (2) 各入院基本料に定められている平均在院日数
  - (3) 急性期看護補助体制加算1および同加算2における看護必要度要件
3. 被災者を受け入れた病棟・病床における当該患者の日数制限は行わない。
- (1) 特定入院料における日数制限回復期リハビリテーション病棟、亜急性期入院医療管理料算定病床
  - (2) 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者) および180日を超える入院に関する基準 以上

# 病院基金があってよかった

## 優秀な人材確保のチャンス!! ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、都道府県内の病医院が協力して運営しているため、省コストで充実した企業年金を支給できる制度です。事業主と従業員、双方にメリットがあり、職場への信頼と将来の安心をお手伝いいたします。

### 基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		