



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2009 NEWS 12/15

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.723 2009/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

### 引き上げを拒む支払側。中医協は「意見」を見送る

2010年度診療報酬改定 公益側の調停は不調。前回改定と異なる様相

2010年度診療報酬改定に対する支払側と診療側の考え方は、11月25日の中医協総会における各側の見解表明以降、診療報酬の大幅な増額が当然とする診療側にプラス改定を否定する支払側と、主に改定率で並行をたどった。

支払・診療両側による応酬は12月4日の総会に公益側が提示した厚生労働大臣に意見具申する内容(資料1を参照=3面)をめぐるも続けられ 公益側は12月9日の総会で個別協議による意見調整を試みた。

しかし、支払側は、意見書に「診療報酬の引き上げ」明記を求める診療側を強く拒み続けたために調停は失敗、中医協は今改定に対する意見具申を断念した。中医協意見の見送りは2000年度改定以来、10年ぶりである。(記事中に示した資料はすべて3面関連記事に掲載。5面に関連記事)

#### 支払側「更なる取組」の必要を認めるも診療報酬増額は否定!

今改定をめぐる情勢認識は両側で概ね一致した。勤務医および病院支援を主目的とした前改定が不十分であったという認識も一致。その結果、公益側が作成した10年度改定に対する意見案には「更なる取組を進めていくことが必要であること、という基本認識については、意見の一致を見た」と書き込まれた。

この、「更なる取組」について、支払側は11月25日の見解表明で「大胆かつ重点的な評価を行う一方、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するよう見直していくこと」(資料4)と述べているように、不十分であると認めた前改定における考え方から一歩も抜け出せない、矛盾した認識に陥っていた。

支払側はそれでも、「保険料引き上げに直結するような診療報酬の引上げを行う環境にはない」と自らの見解に書き込んだ認識に固執しつづけた。地域医療、救急医療さらには先進医療の再建よりも、国民の負担増とくに被保険者の保険料負担増を回避する道を選択するとしたわけである。

こうした支払側の考えに診療側は、12月9日の総会に意見を提出。「更なる取り組み」として、①診療報酬全体の増

額、②保険者に対する政策的な財政支援、③大学や自治体病院等に対する公費の医療費化という3点を意見具申に盛り込むよう提案した。

②は、診療報酬と保険者財政をリンクさせる支払側の考え方に対して、支援が求められている協会けんぽだけでなく組合健保をも視野に収めた財政支援を政府に求めるという保険者を擁護する意見である。③については、交付金や補助金など、医療提供体制の整備に診療報酬の枠外で投入されている費用も、医療費の一環として明示することによって医療再建に必要なコストとして位置づけるという発想であり、今改定の議論で支払側からも盛んに出た「提供体制のあり方も含めて議論すべき」という認識に沿った提案である。

これについても支払側は、保険者財政の逼迫を診療報酬引き上げ拒否の論拠とする一方で、「保険者に対する財政支援や公費の問題は診療報酬の範囲外である」(白川委員=健保連常務理事)などと述べ、修正に応じなかった。

膠着しかけた議論に、遠藤中医協会長(学習院大学教授)は別室を使った個別協議を提案、総会は暫時休会となった。

#### 診療側が声明「医療崩壊のさらなる進行を危惧」

2時間近くに及んだ調停で、公益側はそれぞれ2度にわたって各側を呼び込んで意見調整を試みた。その中で、公益側は、診療側が同日の総会に示した修正提案(資料2)を盛り込んだ調停案を診療側に提示した。しかし、それは、両論併記の診療側意見に追記したものであったため、診療側は結論部分に書き込むよう求め、さらなる調整を要請した。しかし、支払側はこの提案を拒んだ。

そこで、診療側は、歩み寄りとして、診療報酬引き上げへの対応を厚生労働大臣に求めるという簡潔な表現にとどめた修正案(資料3)を提示。公益側は口頭で支払側に伝えた。

だが、支払側はこれも拒否。その頑なな姿勢に公益側は調停続行は難しいと判断、診療側に「1号側は“改定率の

引き上げ”を呑まないだろう」と、調停の終了を告げた。

かくて、医療崩壊に直面する10年度改定で医療再建を宣言すべき中医協の、まさに理念表明に向けた作業をまとめるべき公益側による調停は、2時間足らずで終わった。

中医協終了後に遠藤会長は、「これは中医協が自主的にする意見具申で、改

#### 日病協が改定要望第3報

### 専従要件緩和、MSW評価、診療情報IT化加算を要望

日本病院団体協議会の小山信彌議長と猪口雄二診療報酬実務者会議委員長(全日病副会長)は2010年度診療報酬改定に対する要望書の第3報をまとめ、12月4日に厚生労働省保険局長に提出した。

た結果が、今回の政権交代となったと思う。「ないと満足できない」から「あると満足できる」ヘルスケアサービスへと価値観がシフトしたようだ。

来年度の診療報酬改定では救急、小児、産科、外科が重点課題とされている。疲弊しきった現場を再生し、専門医を育て増やすために、働きやすい環境を真っ先に整えて頂きたい。

また、質、アクセス、コストを考えると、高齢者医療は介護と同様に地域



▲中医協の改定意見書見送りを受け、診療側は記者会見を行ない声明を発表した

定答申における裁定ではない。したがって公益委員が権限発動する問題ではなく、両側の意見が一致しない限り意見書は成立しないと、調停が“事務的”に終わった点について釈明した。

中医協終了後に診療側7名全員は記者会見を行ない、「調停不成立の経過」を報道陣に説明するとともに、「医療崩壊がさらに進行することを危惧する」とした声明(資料5)を発表した。

その席で、診療側委員からは、「更

なる取組が必要”な点までは一致した。しかし、その先を取るべき対応策を示さなければ“答えのない宿題”のようなものだ」「英国をみればよい。一度崩壊したら回復に大変な時間がかかる」という声飛び交うなど、医療崩壊においても医療費の底上げに躊躇する保険者の姿勢に強い批判が噴出した。

同時に、医療再建に向けたとりまとめに消極的に映った公益側の姿勢に疑問を表わす声が相次いだ。

#### 記者会見における診療側西澤寛俊委員(全日病会長)の発言から

○前回改定の意見書は公益側がギリギリのところまでまとめてくれたため、「本体部分はさらなるマイナス改定を行う状況にはない」ということで意見の一致を見た」と書くことができた。これで、前は本体プラス改定が実現したと考える。中医協の意見書は非常に影響が大きい。もし、ここで診療報酬全体の引き上げが必要と書き込まれれば、内閣府で決める改定率にかなり良い影響を与えることができただろう。

○「診療報酬を引き上げるべき」とする我々の意見を、公益側は、単に2号側の意見として処理しようとし、それに反対する我々に対して、結論部分に書き込むことを拒否した。我々には調停をしてもらったという実感はない。

○この意見書はメッセージとしても重要だ。案にもあるように、勤務医の負担軽減などははっきり打ち出している。現場の若い先生方は非常に期待していると思う。そうであればこ

そ、改定の引き上げに関して社保審のような両論併記では意味がない。それを我々が認めてしまうと、勤務医や若い先生方は「中医協は本気で私たちのことを考えているのか」と思われる。これは非常に残念だ。したがって、今回は強い態度に出ざるを得なかった。もう1つには厚労省に対するメッセージということもある。財務省に対して頑張っていたきたい。

○調停不能になったが、(公益側には)総会で「調停不能になった」という報告だけでなく、調停に用いられた資料を出して過程を詳しく説明してほしい。

最後の場面で「席を立つ」という選択肢もあった。しかし、これだけ時間がない中で私たちが席を立てば(再会まで時間がかかり)、議論がますます遅れる。その結果4月改定がなくなることもあり、現場に迷惑がかかるということだと思ってしまう。

#### 清話抄

私の生業はヘルスケアサービスである。サービス業として経済産業省が、ヘルスケア(社会保障)として厚生労働省が関わる。国民が、ヘルスケアにまで効率化を徹底しないで、より安心安全に暮らしたい、少子高齢化から高齢多子化への基礎を築いてほしいと考え始め

密着型の展開が有効だと思う。それには、患者・家族を含めた多職種協働チームが効率の良い医療と院内・前後方連携を行えるように、高齢者医療版ホスピタリストの普及が必要と考える。

これらと並行して、専門医を必要地域に必要な数だけ置いて格差を是正するシステムが必要だと思う。10年前に留学した豪州では、州政府ではなく、州医師会が域内各科専門医の数や配置を含む多くを管理していた。

「あると満足できる」ヘルスケアサービスの実現には、社会医療法人に求められる様な社会性、事業性、革新性が必要ではないか。円高・デフレで税収不足の中、来年度診療報酬がプラス改定となり事業性が改善されれば、国民からは、サービス業や製造業との医商工連携を強化し、ヘルスケアに係わる諸問題の革新的解決と内需外需の拡大が求められるだろう。その心積もりだけでも今からしておきたい。(仲)

# 主張

## 医療、介護、障害者福祉の後退だけは避けなければならない。日本の医療を担う責任ある立場から様々な提言をしていこう

各省庁の事業の無駄を洗い出す「事業仕分け」の前半戦が11月17日に終了した。仕分けの対象となった厚生労働省分の約50事業は前半戦ですべて評価が終了。このうち医療や介護、障害者福祉にかかわるものは約20事業で国会議員と民間有識者から成るワーキンググループの評価者から連日、「廃止」「予算縮減」など、厳しい判定結果が突き付けられた。

一方で、丁寧な議論をせずに予算をカットしていくとして、事業仕分けの手法を疑問視する意見が厚労省

の政務官からも挙っている。

医療に関する事業では、来年度診療報酬改定の在り方も評価の対象になった。11月11日の仕分けでは、「診療報酬の配分(勤務医対策など)」について検討が行われ、評価者らは「収入が高い診療科の見直し」「開業医・勤務医の平準化」などの「見直し」をすべきと判定した。さらに、評価者の約半数が支持した「公務員人件費・デフレの反映」について、「今後、厚労省で考慮してほしい」と要求。後発医薬品のある先発品の

薬価についても、「後発品薬価を目指して」見直すべきとした。

来年度診療報酬改定に向けた議論を進めている中医協の診療報酬基本問題小委員会。13日の会合で、嘉山孝正委員(山形大医学部長)は、11日の事業仕分けの議論について「かなり乱暴だった」と批判し、西澤寛俊全日病会長も、委員のひとりとして、「わたしたちは毎週2回、3時間議論している。膨大な資料を見ながら考えてやっているのに、それを尊重していただかないと忙しい中、何のた

めに来ているのか分からない」と不満をぶつけた。今回の短絡的で感情的な事業仕分けの実態を端的に表わした言葉であろう。

全日病としては、医療や介護、障害者福祉に関する事業が後退し、その結果、国民の健康で自立と尊厳を持った生き方が脅かされる事態は避けなければならない。今後、各方面と積極的なコンタクトを図りながら、安易な妥協はせず、日本の医療を担う責任ある立場から様々な提言をするべきであると考えている。(N)

# 事業税優遇措置は10年度にあらためて存否を検討

## 2010年度税制改正 政府税調の2次査定を終える

政府の税制調査会は12月3日に2次査定を実施、2010年度税制改正に対する各省からの要望事項について概ね結論が出た。

その結果、「社会保険診療報酬に係る非課税措置(事業税)」および「医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置(事業税)」の存続可否は、いずれも2011年度以降の検討課題とされ、10年度の存続が決まった。

その一方で、持分あり社団にとって関心の高い、「医療継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設(相続税、贈与税)」の10年度からの実施は認められなかった。

また、「病院等の耐震改修促進税制の延長」と「病院等が取得した地震防災対策用資産に係る特例措置の延長・拡充

は、所得税と法人税に関しては所管省庁が要望を取り下げたが、固定資産税については現行のまま4年延長した上で廃止することで決着がついた。

「社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討」については、民主党政権の下で4年間は消費税引き上げをしないということもあり、見送られた。

厚労省は、非営利型の一般社団・財団法人が設置する老人福祉施設等の不動産取得税、固定資産税、都市計画法を非課税とする案も取り下げている。

一方、社会保険病院等に対する非課税措置は、開設者である(独)年金・健康保険福祉施設整理機構(RFO)の期限が切れる10年9月末後も、新たな受皿となる(独)地域医療機能推進機構の設立を前提として継続される。

要望項目	国 税	地 方 税
医療継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設(相続税、贈与税)	新規 D	
周産期医療の連携体制を担う医療機関が取得する分娩施設に係る特例措置の延長(不動産取得税)	既存	課税軽減率を適減化した上でA ※1
病院等の耐震改修促進税制の延長(所得税、法人税)	既存 F	
病院等が取得した地震防災対策用資産に係る特例措置の延長及び拡充(所得税、法人税、固定資産税) ①延長 ②拡充	既存 F	①A ※2 ②F
独立行政法人地域医療機能推進機構の設立に伴う社会保険病院等に必要非課税措置の創設等(所得税、法人税、登録免許税、印紙税、法人住民税、事業税、不動産取得税、固定資産税等)	新規 A(法案成立が前提)	A(法案成立が前提)
社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続(事業税)	既存	G
医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続(事業税)	既存	G
社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討(消費税)	新規 D	
障害者雇用促進法の改正に伴う障害者を雇用する事業所等に係る税制上の特例措置の拡充(所得税、法人税、法人住民税、事業税、不動産取得税、固定資産税、事業所税)	新規 A	A
高齢者向け優良賃貸住宅建設促進税制の延長及び拡充(所得税、法人税、固定資産税) ①延長 ②拡充	既存 F	①A ※3 ②F
確定拠出年金制度の見直しに伴う税制上の措置の創設等(所得税、法人税、個人住民税、法人住民税、事業税)	新規 A(法改正が前提)	A
老人福祉施設等に係る非課税措置の創設(不動産取得税、固定資産税、都市計画法)	新規	F

(記号の説明) A/認める、B/要望内容(要件等)の見直しが必要と認められる、C/要望内容の抜本的見直しが必要と認められない、D/認められない、E/要望内容や要望の前提となる制度等が未確定である、F/要望府省が要望を取り下げたもの、G/2011年度以降の検討課題とする 注) ※1「6年延長の上廃止」、※2「4年延長の上廃止」、※3「4年延長の上廃止」

# 「医師確保、救急・周産期対策補助金」は3割削減

## 「事業仕分け」で厚労省が結果を公表。審査手数料の引き下げを検討

厚生労働省は12月3日の厚生労働省政策会議に「行政刷新会議『事業仕分け』の評価結果」および「事業仕分け実態把握PT」がまとめた省内事業仕分け結果を示した。

それによると、「事業仕分け」によって評価された51事業のうち、32事業は評価結果の通り事業廃止もしくは予算要求の見送り・縮減という方向で対応するが、19事業については「対応が困難」と判断している。

32事業には、福祉医療機構における基金の国庫返納、地域支援事業における介護予防事業(210億円)の23億円縮

減、国立医療科学院が実施している研修コースの抜本的見直しなどが含まれている。

福祉医療機構については、法改正を経て、「長寿・子育て・障害者基金勘定」の基金全額(2,787億円)を国庫に返納するとともに、当該基金事業を厚労省の補助事業に戻すことになる。

19事業のうち、「診療報酬の配分(見直し)」と「後発品のある先発品などの薬価の見直し」は「中医協での検討が必要」として保留。とくに、「市販類似薬は保険外とする」案件は「患者負担増につながる」ことから「対応が困難」と

否定した。

レセプト審査の効率化に関しては、①審査手数料引き下げを検討する、②国保連と支払い基金の統合は「1年程度かけて審査支払業務のあり方を検討する」と整理、次年度以降の課題に含みを残した。

一方、「入院時の食費・居住費の見直し」については「審議会の議論等を勘案して検討(患者負担増、健保法改正が必要)」としたが、「市販類似薬は保険外とする」案件とは異なり、診療報酬と同様に対応方向の明示を保留したにとどまった。

このほか、仕分けで見送りとされた「オンラインレセ導入のための機器整備等への補助」は122億円削減の93億円を、半額とされた「医師確保、救急・周産期対策補助金」は3割削減の402億円を、それぞれ予算要求するとしている。社会保障カードの調査研究予算は、評価結果どおり、見送ることが決まった。

こうした結果、厚労省の2010年度予算要求は10月の概算要求額から480億円削減され、「事業仕分け」による削減見込み額に対する達成率は、国庫返納分を含むと86%になる。さらに、これ以外に省内事業仕分けによって186億円の削減が見込まれる。

ただし、政府は大幅な税収の落ち込みと国債発行額の削減に苦慮しており、この削減のみで10年度予算要求が通るかどうかは定かではない。

# 「食費・居住費負担導入」は政務3役が対応

## 厚労省が医療保険部会に報告、賛成意見は出す

厚生労働省は12月8日の社保審医療保険部会で、行政刷新会議「事業仕分け」で見直しという評価結果が出た入院時の食費・居住費の問題を取り上げ、「仮に見直しを行う場合には」として論点を提示、議論を求めた。

現在、療養病床に入院する65歳以上の患者(医療の必要性の高い患者を除く)を対象に負担を課している食費・居住費(生活療養標準負担額)は、介護保険施設と同様、1回あたりの食費が460円(または420円)、1日あたりの光熱水費相当額は320円(一般所得の場合)。これに対して、一般病床を含む前出以外の患者は1食260円の食材費負担ですむ。

この制度を一般病床にも導入してはどうかというのが「事業仕分け」の判断

とみられる。

医療保険部会には、「事業仕分け」で見直しとされた「市販品類似薬を保険給付外とする」というテーマも提示された。

これらに対して、一部委員から「(い

ずれも)見直しに反対する」という声があがったが、賛成する意見は示されなかった。

終了後、事務局(厚労省保険局総務課)は部会の意見状況を厚労省政務三役に報告、政務三役が今後の対応を判断すると説明した。

**全日病DPC分析事業MEDI-TARGET 特別キャンペーンのご案内**

厚労省に提出するDPCデータを使って、経営と医療の質を多様な指標で分析するサービスがDPC分析事業。ベンチマーキングで他病院との比較ができます。

【キャンペーンの内容】  
 ○2009年12月～2010年3月末までに契約される施設に限り、今年度(09年4月～10年3月)の月額利用料とデータ取込み費用は無償とし、契約一時金の20万円(50%割引)のみで参加できます。キャンペーン期間中は何時参加しても料金は変わりません。  
 ○キャンペーン期間中に契約されると、10年4月以降もキャンペーン特別価格(通常料金月額8万5,000円のところ4万3,500円)で利用できます。  
 ○DPC分析事業の説明会(12月24日、1月22日)を開催します。

詳しくは全日病ホームページでご確認ください。  
 詳細は全日病事務局DPC分析事業担当までお問い合わせください。Tel. 03-3234-5165

**2010年「新年の集い」のご案内**

2010年「新年の集い」を下記の通り開催します。

日 時 ○1月14日(木)  
 午後5時30分～7時30分

会 場 ○東京都内 ホテルオークラ東京  
 本館1階「曙の間」  
 東京都港区虎ノ門2-10-4  
 Tel. 03-3582-0111

会 費 ○1万円

(社)全日本病院協会

# プラス改定へ意見表明の機会を見送った中医協

## 2010年度診療報酬改定 「プラス改定論」はなぜ葬られたのか。疑問が残る公益側、厚労省の対応



▲改定意見書を見送った12月9日の中医協

12月4日の中医協総会における、2010年度診療報酬改定に対する意見とりまとめは、支払側の強い抵抗にあつてできず、見送られた(1面記事を参照)。

全体改定率は-0.82%となったものの本体報酬は+0.38%と辛うじてプラスで決着した08年度改定で、07年11月28日の中医協総会は「本体部分については更なるマイナス改定を行う状況にはないことは意見の一致を見た」と書き込み、厚生労働大臣に提出した(資料6)。

08年度改定に対する中医協意見の議論で、支払側は「診療報酬を引き上げ

る環境にはない」とする見解を表明していたが、支払側にはプラス改定を首肯する委員が出現、さらに、公益委員からもプラス改定が妥当という認識が示された。

プラス改定を容認する支払側の意見は、医療部会でも、全国市長会や健保連などの委員からも示され、12月3日に策定された08年度改定基本方針には「地域に必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。誰もが地域に必要な医療を受けられるよう万全を期す必要がある」という点を「十分に認識

して対応するべきである」と書き込まれ、本体報酬をプラス改定へと導いた。

こうした議論とも連動し、経済財政諮問会議および財政審は08年度予算編成の基本方針や予算建議にマイナス改定を明記することを手控えた。その結果、自公政権の下で、8年ぶりの増額改定が実現した。

それでも08年度改定は、引き上げ幅が小さいことから医療崩壊を阻止するまでには至らなかった。それだけに、10年度改定こそ大幅増額に向けた関係者の努力が求められるところだ。それは、マニフェストに診療報酬の増額を明記した民主党に期待するという他力本願では難しく、関係者が一体となった意見表明などによる世論への訴えかけが重要となる。

その点で、10年度改定に対する中医協意見とりまとめの見送りは、プラス改定の世論を盛り上げる上で残念な結果となった。

支払側は保険料へのはね返りを恐

れ、当事者意識から抜けない底浅い問題意識を露呈。公益委員は「裁定とは異なる」という形式論で、支払・診療各側の意見陳述を“傍観”した。

改定意見の見送りが改定率の政府内交渉にマイナス要因になるのではないかと懸念する医療人が少なくない。

それにしても、公益側はなぜ調停断念の結論を急いだのか、長妻大臣や3役がプラス改定を唱える中、改定基本方針を初めとして厚労省は引き上げ論を傍観する立場に終始し、いつもの「行政主導」を封印したかのような印象が拭えないなど、疑問が残る社会保障と中医協の動きであった。

中医協改定意見に係る意見・提案を整理した。(資料番号は1面記事と連動)

### 資料1 □2010改定について中医協が大臣に具申する意見案(公益側が作成) 12月4日

#### 平成22年度診療報酬改定について(案)

##### 1. 医療経済実態調査について

○医療経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として実施された第17回医療経済実態調査によれば、病院の医療収支は平均して改善傾向が見られたものの引き続きマイナスであった。また、診療所の医療収支は平均してプラスであるが悪化傾向が見られた。

##### 2. 平成20年度診療報酬改定以降の賃金・物価の動向について

○平成20年度診療報酬改定以降の平成20年度から平成21年度までの2年間における賃金・物価の動向を見ると、人事院勧告による賃金の動向は△2.4%、消費者物価指数による物価の動向は、本年9月までの消費者物価指数の実績を用いた場合△0.5%であった。

##### 3. 薬価調査及び材料価格調査の結果について

○薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約8.4%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約7.0%であった。

##### 4. 平成22年度診療報酬改定について

○我が国の医療は極めて厳しい状況に置かれているが、国民・患者が望む安心・安全で良質な医療を受けられる環境を整えていくことは重要な課題であること、とりわけ、勤務医等の負担の軽減や、産科・小児科・救急等を積極的に評価していくことは重要であり、平成20年度診療報酬改定においても重点的な評価を行ったところであるが、次期診療報酬改定においてもこれらの分野を支える地域の医療提供体制の確保を含め、更なる取組を進めていくことが必要であること、という基本認識については、

意見の一致を見た。(編集部注;太文字は編集部による)

○しかし、このような基本終戦の下で、どのように平成22年度診療報酬改定に臨むべきであるかについては、次のような意見の相違が見られた。

まず、支払側は、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活が大変厳しい状況にあり、また、保険財政もいまだかつてない厳しい状況にあること等を踏まえれば、保険料引き上げに直結するような診療報酬の引き上げを行う環境にはなく、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するよう見直していくべきであるとの意見であった。

一方、診療側は、病院はもちろん、地域医療を支える診療所、歯科診療所、薬局の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るためには、過去のマイナス改定を回復し、入院基本料を初めとする診療報酬の大幅な引き上げによる医療費全体の底上げを行うべきであるとの意見であった。(編集部注;下線は12月9日に診療側が修正を提案した箇所として編集部が付した=資料2を参照)

○本協議会としては、厚生労働省が、平成22年度予算編成に当たって、平成22年度診療報酬改定に係る改定率の設定について、本意見の趣旨を十分に踏まえて(※)対応することを求めるものである。(編集部注;※は診療側が提案した本意見書案の最終修正箇所として編集部が付した=資料3を参照)

○また、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、幅広い医療施策が講じられることが必要であり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。

### 資料2 □公益側の意見案に対する診療側の修正提案(総会に提示) 12月9日

#### 「平成22年度診療報酬改定について(案)」に対する診療側意見

平成21年12月4日に提出された「平成22年度診療報酬改定について(案)」のうち、4.の3つめの○を以下のように変更する。(下線太文字は編集部による)

○本協議会としては、厚生労働省が平成22年度予算編成に当たって、平成22年度診療報酬改定に係る改定率の設定について、以下の点を踏まえて対応することを求めるものである。

(1)平成20年度改定においても、地域の医療体制の確保の取り組みとして、主に病院に対する支援を行う観点からの対応が取られたが、社会保障費の伸びの削減政策の下で策定された診療報酬上の対応は充分ではな

く、結果として、主に公私を問わず病院の経営状態の悪化はより深刻となっており、医療提供体制の破綻が危惧される。

(2)現下の厳しい状況に対応するためには、「更なる取り組みが必要」という基本認識の一致に基づいて、薬価引き下げ分を含む診療報酬全体の引き上げが必要である。

(3)診療報酬引き上げによる各保険者の財政悪化に対しては、政策的財政支援が必要である。

(4)特定機能病院、自治体病院等の医療に要する費用については、医療費以外の公費で賄われている部分を明確化し、医療費で賄われるようにすべきである。

### 資料3 □診療側の最終修正提案(調停で提示) 12月9日

#### 4. 平成22年度診療報酬改定について

○本協議会としては、厚生労働省が、平成22年度予算編成に当たって、平成22年度診療報酬改定に係る改定率の設定について、本意見の趣旨を十

分に踏まえて、診療報酬全体を引き上げるべく対応することを求めるものである。(編集部注;診療側による本提案は、意見案のうち、前出箇所のみを加筆修正するというもの)

### 資料4 □2010年度改定に対する支払側の意見(抜粋) 11月25日

○このような社会経済情勢や国民負担、さらにはいまだかつてない厳しい状況にある保険者財政等を踏まえれば、平成22年度診療報酬改定においては、保険料引き上げに直結するような診療報酬の引上げを行う環境にはないと言わざるを得ない。医療保険制度、ひいては国民皆保険制度を安定的に堅持していくという視点で捉えれば、さらなる患者負担や保険料負担は極めて厳しく、財源確保、負組の在り方なども含め、国民に理

解、納得が得られるような対応が求められる。○他方、病院勤務医や看護師などが置かれている状況や医療提供体制の地域間・診療科間の偏在など、医療現場の厳しい実態に鑑みると、必要度の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行う一方、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するよう見直していくことが不可欠である。(下線は編集部による)

### 資料5 □診療側声明「平成22年度診療報酬改定意見書の調停不調に関して」 12月9日

1. 基本的に診療報酬、医療費の総体の引き上げをしなければ医療崩壊は進行するので、総体を引き上げるべきである。  
2. 保険側にも、患者側にも負担をかけない方法を導入しながら診療報酬、医療費の底上げを提案した。しかしながら、我々の提案を1号側の理解が充分でなかったためか、拒否されたことは大変遺憾である。  
3. 医療の要求量が増大している現在、国際的には診療報酬、医療費を

増大させている。日本の国際基準で医療費を考慮しないと、国民の健康、福祉が脅かされると考えられるので、診療報酬、医療費の底上げを行うべきである。  
4. 今回、医療費の総額が引き上げられなければ、民主党の政治に期待をしていた多くの国民のみならず、都会だけでなく地域医療を必死に担っている医師の天職感を打ち砕き、医療崩壊がさらに進行することを危惧する。

### 資料6 □2008年度改定に対する中医協の意見(抜粋;07年11月28日)

#### 4. 平成20年度診療報酬改定について(公益側がまとめた修正結果)

○我が国が厳しい財政状況にある中で、国民が安心できる生活環境を整えるためには、地域医療の確保を含め質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と将来にわたる国民皆保険制度の堅持が不可欠であること、現下の勤務医の過酷な業務実態、とりわけ産科・小児科や救急医療等の実情等に照らして、次期診療報酬改定においては勤務医対策を重点課題として診療報酬の評価を行うべきであり、また、本体部分については更なるマイナス改定を行う状

況にはないこと、一方、後発医薬品の使用促進を着実に推進すること、という基本的認識については、意見の一致を見た。(下線は編集部による)○しかし、このような基本認識の下で、どのように平成20年度診療報酬改定に臨むべきであるか、については、次のような意見の食い違いがあった。すなわち、上述の課題について、支払側は、医療における資源配分の歪みやムダの是正による範囲内で行うべきとの意見であったのに対して、診療側は、地域医療を守るために診療報酬の大幅な引上げの実現を行うべきとの意見であった。

# 看護補助加算の新設で合意。医療課は財源捻出に苦慮

## 一般病棟90日超患者は特殊疾患、障害者施設、後期高齢者医療と一体に議論

2010年度改定に関する議論の概要 基本小委 12月2日～12月11日

### ■12月2日

#### 2010年度改定のテーマ 入院料について

##### ●7対1入院基本料

###### 【論点】

1. 10対1病院と比べて重症度・看護必要度の高い患者を多いことを踏まえた、7対1病院の評価。
2. 7対1や10対1病院の看護要員が十分でないとの指摘をどう考えるか。

###### 【議論】

医療課長は一般病棟の約35%が7対1を届け出ていると説明。議論では、7対1病院の配置は地域格差があるという指摘から施設基準の緩和あるいは地域特性を織り込んだ施設基準の採用を求める声が、さらには、施設基準に重点を置くのではなく医療の内容を重視すべしという意見が出た。

診療側はもっぱら10対1病院の評価に力点を置いて議論を展開。とくに、看護師の偏在で7対1はとれないが、地域によっては7対1病院に準じた役割を果たしている病院が少なくない指摘、そうした病院を積極的に評価すべきという意見を述べた。7対1病院の評価は継続議論となった。

議論は論点2の「看護補助加算」新設が中心となった。

「準7対1」の看護補助加算が2010年3月で終わる中、7対1や10対1病院に看護補助加算を新設する点で支払・診療各側ともほぼ一致した。ただし、支払側からは「要件は慎重に考えるべき」という注文も出た。引き続き議論される。

7対1や10対1の病院すべてに加算をつけると1,500億円要するという説もあるが、医療課は財源の捻出に苦慮している様子。改定率によっては、7対1と10対1のいずれかに絞る、あるいは看護補助者の配置数、勤務条件、対象、研修条件などの縛りを強めることも考えられる。

##### ●13対1・15対1入院基本料等

###### 【論点】

1. 一般病棟13対1、15対1入院基本料の診療報酬、とくに、長期の入院を行っている患者の評価。
2. 精神病棟入院基本料における13対1入院基本料の妥当性。(精神病棟の13対1入院基本料新設について)

支払・診療各側とも精神病棟の13対1入院基本料新設に同意。診療側からは、総合病院の精神科が13対1を積極的に導入すると見込まれるとして、「合併症を受け入れるということを要件に織り込むべき」という意見が示された。(一般病棟の13対1、15対1について)

一般病棟の90日超高齢患者は特定患者として低額包括の入院基本料が算定されるが、12項目の除外規定に該当した患者は出来高の算定が続く。

厚労省は今春実施した13対1および15対1病棟の実態調査にもとづいて、特定患者に該当しない除外規定の患者が多いこと、除外規定の患者は医療区分に近似した分布を示しているとして、何らかの対応が必要と考えている。

診療側から「90日超長期患者を医療療養に移すという考えがあるのか」と質問された医療課長は、その考えには慎重な反応を示したが、支払側からは「ベッドの移行はともかく、支払方法の変更はできないか」という声も。

西澤委員(全日病会長)は、議論に先立って詳細な実態データの提出を求めるとともに、特殊疾患病棟等に導入さ

れた医療療養への促進および緩和措置と一体に検討することを提案。医療課長は「そうした視点を踏まえて提案したい」と応じた。あらためて議論される。

##### ●亜急性期の入院医療の評価について

###### 【論点】

1. 後方病床としての亜急性期病床の評価。
2. 亜急性期病床におけるリハビリ機能の評価。

###### 【議論】

厚労省は亜急性期病床の充実化と算定病床の増加を考えている。

西澤委員は、とくに、前改定で新設された亜急性期入院医療管理料2の要件緩和を提起。post acuteとともに、在宅や介護施設から急変患者を受け入れるsub acuteの機能を充実させるよう求めた。

その一方で、診療側からは施設基準にもとづいたハコの評価ではなく、医療提供の内容から、地域で拠点となる役割をはたしている慢性期病院の亜急性期的な機能を評価すべしという声も。これに関連して、支払側からは「名称を見直すべき」という提案も示された。引き続き、細部の議論が行われる。

##### ●入院基本料を算定する病棟における看護師等の配置について

###### 【論点】

1. 入院基本料単位の届出となっている看護師配置をどう考えるか。
  - (1) 1つの届出の中で傾斜配置ができるという運用をどう考えるか。
  - (2) 病棟単位の届出をどう考えるか。
2. 短時間夜間勤務等の夜勤従事者の取り扱いをどう考えるか。
3. 現行の届出上の緩和措置をどう考えるか。

###### 【議論】

日病協が改定要望している主テーマが取り上げられた。

病棟単位の看護基準については前向きに評価する声も出たが、「看護師確保に拍車がかかり、影響が大きいのではないか」(坂本専門委員=日看協副会長)など、否定的な意見が大勢を占めた。その一方、「病棟単位と傾斜配分を手上げて選べるようにすべき」(診療側意見委員)という希望も。

1つの看護配置の中で病棟によって傾斜配置できるという現行制度は「周知不足だ」という意見が強い。傾斜配置の周知強化という方向で臨む公算が強い。

72時間2人夜勤にかかわる諸規制について、診療側は揃って緩和見直しを求めた。「柔軟な仕組みにして現場の判断にまかせたらよい」(診療側嘉山委員)というのが主な理由。

これに、坂本専門委員は「72時間夜勤については現場も意見が分かれる」ことを認めながら、「看護師疲弊への歯止めをなくすことになる。この原則は外せない」と強く反対。夜勤16時間以下を計算式の分母に加えることにも「他の看護師への夜勤圧力が強まる」と異論を唱えた。支払側からも「慎重であるべき」「夜勤の制限は必要」という声があがった。

医療課は72時間2人夜勤の枠組みを変えることには難色を示している。しかし、看護師不足の下で多くの病院がやりくり苦しんでいることも承知し

ている。日病協が求める「72時間2人夜勤の加算化」は支払側の同意を得ることは難しいが、細部の縛りは多くは通知のレベルであり、改定後に一定の緩和措置がとられる可能性もある。

論点3の「届出上の緩和措置」については、西澤委員が「看護基準が守れないと一挙に特別入院基本料となる点を何とかすべきだ」と、特別入院基本料というペナルティの見直しを求めた。これに対する反論は特段出なかつ

### ■12月4日

#### 2010年度改定のテーマ 後期高齢者に係る診療報酬について

###### 【論点】

1. 介護・福祉サービスとの円滑な連携を推進する取組みに対する評価。
2. 他の診療報酬で評価しているものと関連の深い診療の評価。
3. 他の年齢層にも共通する課題に関する評価。
4. 後期高齢者終末期相談支援料のあり方。

###### 【議論】

##### ●後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料とは、90日超入院の除外規定に該当しない75歳以上(特定患者)が算定する減額された入院基本料をいう。療養病棟を除く各入院基本料に共通するが、一般病棟の13対1・15対1入院基本料に関しては90日超患者の実態データがある。

診療側の鈴木、安達両委員は、介護施設や在宅医療・介護等受け皿がない中で特定患者が減額される制度が存続するのは適切ではないとし、後期高齢者特定入院基本料の廃止を求めた。

後期高齢者特定入院基本料の前身は、一般病棟6月超入院の高齢者を対象とした老人長期入院医療管理料という選択式の定額制(1998年4月)。その後、04年改定で一般病棟の90日超高齢者を対象とした老人特定入院基本料となり、08年改定で現在の名称に変わった。

遠藤委員長は、廃止を求める委員に「老人長期入院医療管理料に戻すという意味なのか」と質した。安達委員は「(特定患者は)医療区分1に該当する。1(の点数を)を見直して、特定除外はなくてよい」と、当該患者を医療療養へ誘導する方向を示唆した。

一方、西澤委員は、後期高齢者とともに若人に関する90日超のデータを要求、長期入院に関する詳しいデータにもとづいた検討を提起した。

その上で、「一般病棟90日超患者の除外規定や特定疾患・障害者施設における患者規定は療養病床との整合性を意識している」と指摘。後期高齢者特定入院基本料をどうするかの議論も両者の議論と重なるとして、一体に検討することを提案。その上で、「一般病棟の90日超患者にかかわる12項目の適否を議論すべき」と提起した。

さらに、前改定で一般病棟除外規定に緩和措置とともに導入された「脳卒中後遺症と認知症患者を除外規定から除く」という措置について、西澤委員は、「この措置は特定疾患や障害者施設の対象患者規定にも導入されている」とし、当該患者の受け皿問題も「特定疾患や障害者施設の点数と関連

だが、佐藤医療課長は「傾斜配分や緩和措置は周知不足もあるのではないかと見直しに否定的な反応を示した。

「緩和措置」とは、月間平均夜勤72時間や正看70%規定が守れなかった月の翌月に届出、翌々月に新たな算定をするというタイムラグを指している。1割以内の超過・未達であれば変更後入院基本料の算定まで5ヵ月の猶予が生じることになる(5面「イメージ図」を参照)。このテーマは引き続き議論される。

づけて考えるべき」と論じた。

さらに、「(脳卒中と認知症を除外した規定の)導入から2年経過したが、その緩和措置の申請は減少をたどっており、現場に混乱は生じていない」とも指摘。「脳卒中と認知症患者の除外後は新たな当該患者の入院は生じていない」として、現行制度を踏まえて対応する方向を提起した。

この考えに支払側白川委員(健保連常務理事)も賛成した。

支払側の一部委員からは「本当に受け皿はあるのか」という質問が出たが、医療課長は「90日超となって老人特定入院基本料になったケースは非常に少ない。(脳卒中・認知症については)緩和措置がある上、ショートステイもある。医療区分1で対応できるのかという点はあるが、横断的に対応可能だ」と説明した。

しかし、診療側からは、一般病棟における減額方式の廃止、存続する場合は受け皿の確保が前提となるという意見が続いた。

遠藤委員長は「診療側に意見の不一致がある」とし、議論の継続を提起した。医療課長は「次回は特定疾患病棟等と一体に議論していただく」と引き取った。

##### ●後期高齢者診療料について

主に診療所が算定する、主治医を決めて外来で慢性疾患の診療を包括評価する後期高齢者診療料については「いったん廃止してあらためて議論を行なう」ということで支払側、診療側とも基本的に一致した。

##### ●後期高齢者終末期相談支援料

昨年7月から算定が凍結されている後期高齢者終末期相談支援料については、主に意見委員と西澤委員が制度の意義を訴え、将来的な復活を求めた。鈴木委員は「全年齢層に広げるべき」とした上で、再度の議論を講じるべきと応じた。

支払側も一端廃止して再検討するという意見。ただし、「国民的議論の進み具合をみて考える」あるいは「診療報酬は終末期のGLができた上で講じるべき」と慎重だ。

##### ●後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算等

退院調整と病診連携にかかわる後期高齢者総合評価加算および後期高齢者退院調整加算など5項目は名称を変えて残す方向で合意。今後、年齢制限や対象範囲などについて検討する。

残りの項目は後日議論される。

#### 2010年度改定のテーマ 介護保険との連携について

###### 【論点】

1. 入院後早期からケアマネジャーと連携を行なう取組みに対する評価
2. 老健施設ががん患者をより積極的に

受け入れやすくする取組みに対する評価

###### 【議論】

##### ●入院後早期からのケアマネジャー

# 夜勤72時間規定の見直しに支払側は反発。焦点は通知改正か

医療課 「届出看護基準の範囲で傾斜配置が可能」「72時間等の超過には緩和期間がある」



## との連携

ケアマネジャーとの連携については、MSWを対象に加えるという意見も出たが、医師とケアマネジャーの連携をベースに議論を継続することになった。  
●老健施設におけるがん患者への注射について

老健施設におけるがん患者への対応は、現在、内服の抗腫瘍剤は医療保険でできるが、注射の抗腫瘍剤は算定できない。医療課は、近年外来化学療法患者が増加傾向にあることから、今後、老健施設への入所を必要とする外来化学療法患者が増加することが想定されるとして、注射も算定対象に加える考えでいる。

この提案は概ね合意されたが、嘉山委員は、老健施設が外来化学療法を行なう際の専門医や放射線技師の配置など継続管理していく上で質の担保を求めたため、この点を中心に引き続き議論される。

嘉山委員は自らの山形大学附属病院における、文科省の運営交付金を資金源とした当直手当や手術手当などの実践について報告。「運営交付金が大きく減らされ、こうした試みは頓挫している」と窮状を訴えた。

嘉山委員は、こうした交付金ではなく、診療報酬によって、医師の技術への評価は賄われるべきとして、技術料の導入を提起、議論に入った。

遠藤委員は、現行診療報酬の枠組み

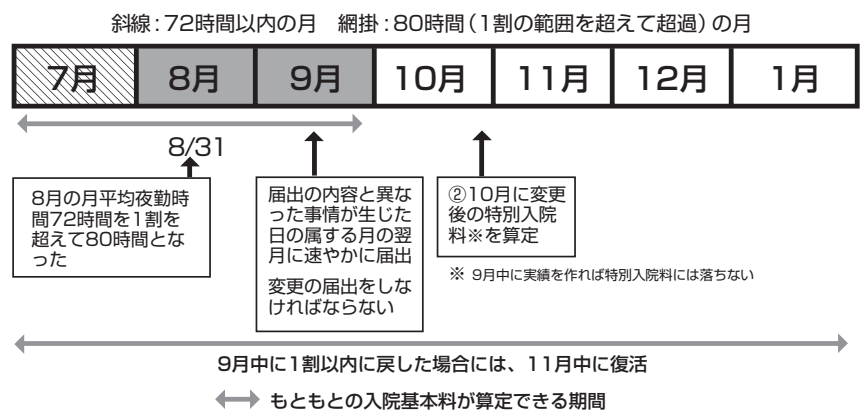
では、医師個人に診療報酬を直接支払うことはできないとし、「当該医師に手当てを支払うことを要件化した項目(の導入)をどう考えるか」と提起した。

これに対して、診療側は西澤・鈴木委員が反対を表明。ヒアリングに応じた山口外保連会長も「理想ではあるが難しい。診療報酬を増額して病院の判断に委ねた方がよい」と答えた。技術料的な要件の導入に否定的あるいは慎重な意見が大勢を占めた。

## 72時間規定にかかわる届出事務のイメージ図 (12月2日の基本小委資料から)

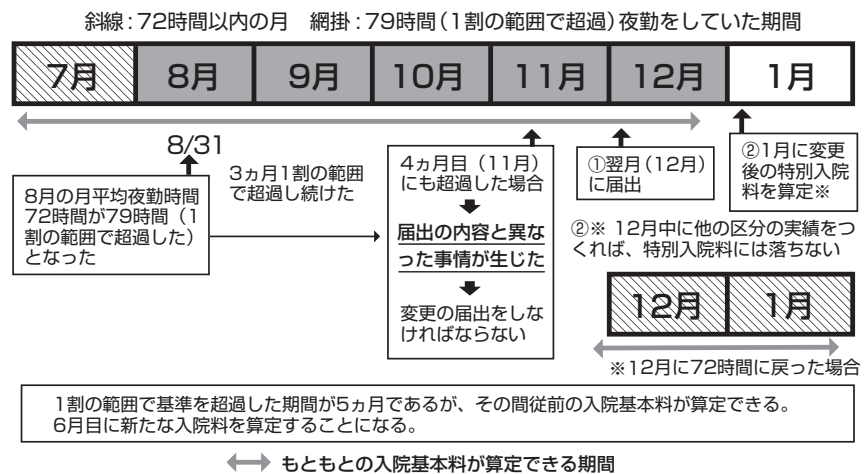
### ■届出の内容と異なった事情が生じた場合の対応 (届出事務のイメージ図)

- 届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行う。
- 変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。



### ■届出受理後の措置のイメージ図

- a. 届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行う。  
b. ただし、1割範囲内の超過の場合、その届出は3ヶ月間猶予しさらにその翌月に届け出る。
- 変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。



## 2010年度改定のテーマ 専門的入院医療について

### 【論点】

- アルコール依存症の専門的入院治療に対する評価
- 専門的入院医療機関における摂食障害にかかわる評価
- 重度行動障害で、合併症の早期発見・治療が必要な患者にかかわる評価

### 【議論】

専門的入院医療について、医療課は、特定入院料も視野に疾患特性を踏まえ

た評価を想定している。摂食障害を中心に議論が展開。意見委員は摂食障害の診療に手間がかかることを強調、高い評価を求めた。しかし、嘉山委員はエビデンスを求めるなど疑問を唱え、診療側で意見が分かれた。

論点の1と3に関して、主に診療側から高い評価を求める意見が続いたが、支払側から特段の反対意見は出なかった。

## 12月11日

## 2010年度改定のテーマ 技術料の評価

### 【論点】

- 外保連試案(修正版)を踏まえた手術料の見直しについて
- 医師に直接支払う技術料のあり方について

### 【議論】

●外保連試案(修正版)を踏まえた手術料の見直し

外保連会長と手術委員長に対するヒアリングを実施。

山口外保連会長は「手術をきちんと評価していくことが外科の問題を解決に大きく役立つ」と提起。わが国手術の成績を欧米諸国と比較したデータを示し、少ない医療費の下でトップレベルの水準を維持していると説明。しかし、救急現場と病院医療が崩壊する中、外科医志望者の減少が顕著となり、後継者の不足によって今後質の低下が懸

念されると問題点を明らかにした。

志望者減少の原因としては、とくに、「週平均70時間に及ぶ労働時間」が大きいことをあげ、これを解決するには、保険材料と技術の分離を前提に手術料の評価を底上げし、とくに手当など外科医の報酬を引き上げることが重要と訴えた。

その上で外保連の手術料算定方法を示し、この試案を現在、さらなる調査データによって修正する作業に入っており、11年春には終え、12年改定に間に合う展望であると説明。「少なくとも現状の倍にしてほしい」と訴えた。

遠藤委員長は、「ものと技術を分離したかたちで、新しい試案にもとづいて次回改定で手術料の大幅な見直しをすることになる」ことを改めて明言した。

●医師に直接支払う技術料のあり方

# 薬価等から捻出可能な財源は5,000億円

2010年度診療報酬改定 財務省は付け替えのみで決着の構え。どこまで上積みできるかが焦点

2010年度診療報酬改定の改定率決定が混迷の度を深めている。改定率は、前回は07年12月17日の政府与党会談で決着しており、今年もその前後になるとみられる。民主党のマニフェストに引き上げる方向が打ち出されているだけに、当初はプラス改定に楽観的な見方が支配的だった。しかし、財務省や保険者等が強硬に反対する論陣を張ったために、改定率が読みにくい情勢になっている。

財務省は11月の「事業仕分け」で診療報酬の配分見直しという評価結果が出る上で主導的な役割を果たした。その後、11月19日に、評価結果にもとづいた医療予算の査定方針を公表、①配分を抜本的に見直し、②先発品薬価を引き下げるとした上で、「本体部分は引き上げる環境にはなく」、増減率は最大でも0%、原則的には引き下げる方向で臨む考え方を示し、マイナス改定の“世論”を惹起した。

これに対して、1次補正のカットや来年度概算要求の削減への対応に追われていた厚労省は守勢に立たされた。長妻大臣や政務3役は臨時国会や記者

会見などでプラス改定を唱えてきたが、10月に見直しの概算要求を出した時点で、予算額を明示しない「事項要求」とされたことが重石となっている。

12月10日に、長浜副大臣と足立、山井両政務官は、野田副大臣ほかの財務大臣政務3役と概算要求で事項要求となっている6項目について折衝。

足立政務官は、その席上で「事項要求については厚労省の中で財源を探していただきたい」と注文をつけられたと、同日の講演会で明らかにした。

これについて足立政務官は、「薬価と保険材料引き下げによる差額と後発品推進によって浮く財源はすべて医療に使ってよいかと確認、了承を得た」と述べ、「今改定は実質上マイナスにはならないと思っている」という認識を示した。

これに前後する12月9日に、厚労省は「薬価改定と医療材料価格改定により捻出される約5,000億円を全て診療報酬本体の財源として充当するとしても、これを越える規模の財源が必要であり、全体としては10年ぶりのネットプラス改定を行うことが必要である」

という方針を表明、財務省に“宣戦布告”している。

したがって、5,000億円にどこまで上積みした予算を獲得できるかで、診療報酬全体と本体報酬の引き上げ幅が決着することになる。

12月2日の中医協総会に報告された薬価調査によると平均乖離率は8.4%であった。厚労省によると09年度の薬剤費は約7.8兆円であるとみられるから、8.4%から一定幅の2%を引いた6.4%(約5,000億円)の財源捻出が可能となる。

ただし、今改定で、830億円の財源手当が必要な薬価維持特例(新薬創出・適応外薬解消等促進加算)を導入する方針が内定しているため、5,000億円は4,170億円に圧縮される。

新加算による目減り分を補填するために、厚労省は、「後発品のある先発品の薬価を追加的に2%引き下げる」措置を薬価制度改革の方針に追加した。

これは、初の後発品取替があった先発品に対する特例引き下げ(4~6%)に2%の引き下げを追加するだけでなく、すでに特例引き下げを受けた「後発品のある先発品」も通常の薬価改定

に加えて「2%の引き下げ追加」を行なうという極めて厳しい措置で、これによって約530億円の財源捻出が可能になるという。

一方、元々の特例引き下げによる財源は400億円と見込まれている。その結果、ここから不採算品の再算定などで目減りする300億円を引いても、薬価改定による財源は4,800億円(医療費ベースで約1.4%)に達することになる。

これに材料価格引下げ分や後発品のシェア増加を見込んだ薬価節減分などを加えた5,000億円強を、すべて本体報酬に投入するというのが厚労省の考えだ。

前回改定で薬価引き下げから生じた財源は約4,000億円。しかし、そのうち1,000億円しか本体報酬に回らなかったため、本体は+0.38%(医科は+0.42%)で終わった。

今回、仮に5,000億円すべてを本体報酬に付け替えることができれば、全体(ネット)は0%でも、本体は+2%近い増額となる。

だが、これでは「10年ぶりのネットプラス改定」とはならない。わずかでもネットでプラスを実現することが、医療崩壊阻止に向けた意思表示となる。

5,000億円にいくら上積みできるか、政府はまさに真価が問われている。

# 今改定導入の評価項目案が基本小委の俎上に

## DPCの新機能評価係数「複雑性指数」「カバー率」に異論も。議論すべきは多く、時間不足が懸念

12月11日の診療報酬基本問題小委員会は、2010年度改定で新たに導入する機能評価係数の評価項目案などについて議論したが、診療側委員の一部から「大病院を優先する指標」の採用に反対する声があがるなど、議論が混迷した。

基本小委は、さらに1回DPCを議論する時間を見込んでいるが、DPCの大きな見直しを前に議論すべき問題点は多い。

しかし、改定議論の積み残しも多く、評価項目の年内結論をめざす事務局(厚労省保険局医療課)は、基本小委における時間の配分に苦慮している。

DPC評価分科会は、11月30日に、10年度改定におけるDPCの見直しとして、①7項目からなる新係数を導入して現行調整係数と併用する、②「抗体検査管理加算」を包括評価から除外して出来高点数の加算等にもとづく機能評価係数に加える、③無菌製剤処理料ほか4項目を包括から外して出来高に戻すという4点を実施するとともに、DPCのその後の展望として、④調整係数は暫定調整係数と基礎係数を設けつつ段階的に廃止する(別掲概念図を参照)という内容をまとめ、12月11日の基本小委に「新たな機能評価係数の導入等に関する検討結果」を報告した。

7点に絞り込まれた新係数の評価項目のうち、「正確なデータ提出の評価」「効率化に対する評価」「複雑性指数による

評価」「診断群分類のカバー率による評価」の4項目はすでに基本小委に経過報告され、概ね同意されていた。しかし、そうした議論は6月、8月のことであり、10月に委員に任命された委員にとっては初めてDPCについて議論することになる。議論において、診療側鈴木委員(茨城県医師会理事)は、先の4項目のうちの複雑性指数とカバー率を取り上げ、「いずれも大病院に有利な指標。地域では救急を引き受けるなど中小病院も重要な役割を果たしている。大病院を優先する指標の採用は急性期病院の機能分化阻害につながりかねない」と疑問を投げかけた。

この疑問に、西岡分科会長ほかから、「ひとつの病院が7つの係数をすべて評価されるということではない。大病院、

中小病院それぞれに評価できる指数の組み合わせでなっている」などの説明がなされた。しかし、改定意見書で紛糾した総会の影響で時間切れとなり、DPCに関するその他の議論は先送りされた。

厚労省は、10年度改定で導入、現行

調整係数と一部置き換えていく評価項目を年内に決め、年明け早々、新係数を構成する各評価項目のウェイトを導く「重み付け」の検討に入る考えだ。しかし、診療報酬改定議論も積み残しを多く残しており、医療課は時間の確保に苦慮している。

### ■新たな機能評価係数の導入等に関する検討結果 (DPC評価分科会)

#### I. 新たな機能評価係数の導入に係る対応について

##### 1. 新たな機能評価係数の設定

(1) 次回の診療報酬改定において、以下の7項目を導入することが妥当と考えた。

- ①DPC病院として正確なデータを提出していることの評価、医療の質に係るデータを公開していることの評価
  - ②効率化に対する評価
  - ③複雑性指数による評価
  - ④診断群分類のカバー率による評価
  - ⑤救急医療の入院初期診療に係る評価
  - ⑥医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
  - ⑦医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
- なお、⑤-⑦については、具体的な評価の基準について、更なる検討が求められる。
- (2) 「抗体検査管理加算」について、

各診断分類点数におけ各包括評価から除外し、出来高点数の加算等に基づく機能評価係数に追加することが妥当と考えた。

##### 2. 包括対象からの除外

現在、各診断群分類の点数において包括評価されているもののうち、以下については、包括から除外することが妥当と考えた。

- ・無菌製剤処理料
- ・術中迅速病理組織標本作製
- ・HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
- ・血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

#### II. 調整係数の段階的廃止について

調整係数の廃止については、暫定調整係数及び基礎係数を設定し、対応することとしてはどうか。なお、暫定調整係数及び基礎係数の設定方法については、今後検討が求められる。

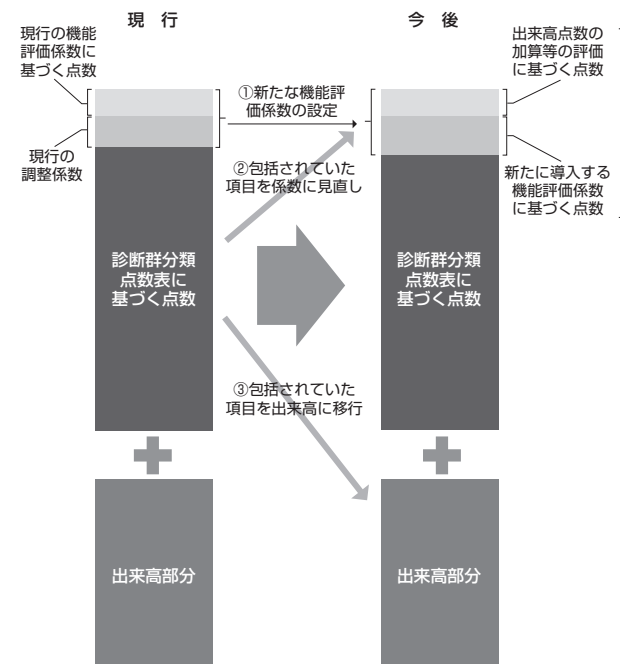
### 自主退出第1号「看護師不足で10対1が維持できない」

12月11日の基本小委に、事務局は、DPC対象病院を自主退出するという届け出があったことを報告した。届け出たのは市立病院で、「看護師不足でDPC対象病院の要件である10対1を維持で

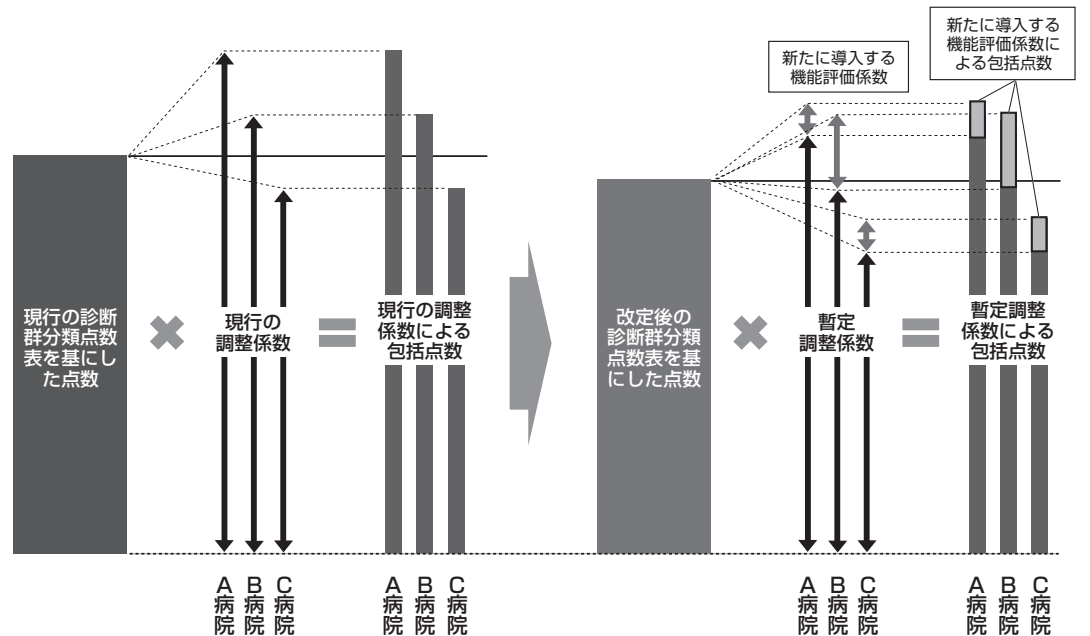
きなくなる可能性がある」ことが退出を決めた理由。

DPC対象病院の自主退出は6月に退出ルールを決めて以来、初めての事例となる。

### ■DPCの新たな点数構成の概念図 (厚労省資料から)



### ■新たに導入する機能評価係数の概念図



# 診療情報開示を申請できるのは本人と法定代理人、委任代理人

## 厚労省GLは「開示に理由を要求することは不適切」としている

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から他の参考になるような対応事例を場面別に整理し、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えることにした。

今回は患者家族による診療録の開示請求に対する病院側規定のあり方を取り上げた。(個人情報保護担当委員会特別委員 長谷川友紀)

### 個人情報保護にかかわる対応事例 その9

#### Q 家族内のトラブルから生じた診療録の開示請求にどう対応すべきか。

##### ●事例

患者の3女から、入院する前の診療所と長女を訴えるかどうか判断するための材料として、診療録の写しが欲しいと開示請求があった。

##### ●病院の対応

当院の運用規定では、「開示を求め得る者」を、(1)本人、(2)現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者に限定している。

したがって、本事例の場合は該当しないと判断したため、不開示とした。

#### A 個人情報保護担当委員会の見解

個人情報保護法では、診療情報の開示を申請できるのは原則として本人です。このほか、①未成年者又は成年被後見人の法定代理人、②開示等の求めをすることにつき本人が委任した代理人が行うことができますが、この場合にも無制限に開示を行ってよいわけではなく、本人に説明を行った後に開示を行うべきとしています。

今回の事例でも、患者が意思表示できるのであれば、開示するかしないかは患者の意向を聞かなければなりません。患者が意思表示できないのであれば、長女も3女も同じ権利を有します。この場合には、開示の理由を問わず、

原則として開示に応じることが求められます。貴院の開示規定を再検討した方がよいでしょう。

なお、厚生労働省ガイドラインでは、「患者・利用者等の自由な求めを阻害しないため、開示等を求める理由を要求することは不適切である」としています。

よく、病院が定める(診療情報)開示申請書に理由を尋ねるものがありますが、理由のいかんに関わらず開示に応じるべきで、理由を尋ねることはむしろ不適切です。理由が原因で開示に応じることが出来ないなどと誤解されないためにも、もし理由を尋ねているのであれば、書式の見直しが必要です。

# 引き上げ、否定（配分見直し）、両者折衷の3論を併記

2010年度改定の基本方針 “寄木細工” の方針。重点と視点は概ね前回は踏襲

社会保障審議会の医療部会と医療保険部会が審議していた2010年度診療報酬改定に関する基本方針が12月8日にまとめられ、同日の医療保険部会に報告された。

11月25日の医療保険部会が了承した方針原案は、診療報酬引き上げを否定する意見に重きを置いた両論併記であった。12月3日の医療部会では、この原案に強い異論が続出、部会長は診療報酬引き上げの方向で、場合によっては両部会別々の方針で臨む姿勢で、最後の修文にあたる考えを表明した。

しかし、結果は、両部会一致という建前を踏襲した基本方針となった。その結果、改定率に関しては、引き上げを求める意見、引き上げを否定して配分の見直しを求める意見、さらに、引き上げと配分見直しを同時に求めるという3論併記を採用。まさに“寄木細工”の方針となった。(2面に医療部会の記事を掲載)

「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」と「病院勤務医の負担軽減」を重点課題とし、「充実」「納得・安心・安全」「質と効率」「効率化余地」の4点キーワードとする視点は、06年、08年改定の

延長上にあるもはや定型句に過ぎず、政権交代を契機に医療貧困日本から脱却するという意欲を感じさせない役人型作文の典型といえる。

その中で、チーム医療の評価、急性

期後の受け皿となる後方病床の機能強化、認知症医療の推進、「医療と介護の機能分化と連携」における「介護関係者をも含めた多職種間の連携」などが、評価課題として新たにあげられた。

チーム医療と後方病床というテーマは急性期医療の課題解決を意識したものであり、とくに前者には「看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価」が含まれている。

「介護関係者をも含めた多職種間の連携」は次回12年度のダブル改定につながる課題でもある。その一方で、新たな調整係数導入を控えているDPCに対する言及はない。

医療費適正化計画、新医療計画との

整合性や後期高齢者医療制度への対応が求められた08年度改定とは異なり、今回は制度改革からはフリーな改定でありながら、医療再建に向けた特段の問題意識も効果が期待される施策も盛り込まれない、前回までの改定と同様、理念なき改定基本方針となった。

前文に「前回改定も、医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている」(文意を引用)と書き込み、危機意識を表明した点に、唯一医療崩壊が著しく露呈した2年の経過がうかがえる基本方針となった。

## 「平成22年度診療報酬改定の基本方針」(要旨)

12月8日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

### ●基本認識・重点課題等

医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で前回の改定が行われたが、我が国の医療は依然として危機的な状況に置かれている。これは前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったため考えられることから、今回は医療費の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。

一方、国民生活や保険財政が厳しい状況にある中で医療費を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で医療費配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、医療費の底上げと配分見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

平成22年度診療報酬改定は、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」及び「病院勤務医の負担軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)」を重点課題として取り組む。その際、地域特性への配慮や補助金など他施策との役割分担を進めていくべきである。

### ●重点課題

### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

地域連携による救急患者受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

### (2) 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

入院医療の充実を図る観点から、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価などを検討するとともに、医療クラーク配置の促進など医師の業務を減少させる取組に対する評価などを検討するべきである。また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みの評価について検討するべきである。

### ●4つの視点

### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価を検討するべきである。手術以外の医療技術の適正評価についても検討する。新しい医療技術や医薬品等はイノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### (2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどについて検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価を検討するべきである。

### (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等の推進、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。その際、医療職種はもちろん、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価も検討するべきである。

### (4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進や市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価などを検討するべきである。相対的に治療効果が低くなった技術は、新しい技術への置き換えが着実に進むよう適正な評価の在り方を検討するべきである。

### ●後期高齢者医療の診療報酬について

75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系は、後期高齢者医療制度の見直しに先行して廃止するが、この診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討する。

## 全日病・医法協共催「2009年度臨床研修指導医講習会」の報告

# 「教育に目を向けることこそ生き残りに不可欠」が主催者のメッセージ

2回開催で計88名62病院が受講。臨床研修の準備病院も参加

臨床研修指導医講習会チーフ・タスクフォース  
佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

今回で3年目となる臨床研修指導医講習会を昨年と同様、2回開催した。受講者数は、北海道から沖縄まで全国に及び、1回目46名(男性44名、女性2名)、2回目42名(男性41名、女性1名)であった。

本講習会は病院の管理者を参加者として想定しているの、理事長・院長クラスが少なくなく、他の講習会よりはやや年齢層が高い傾向にあった。しかし、医長・部長クラスの先生も多く、参加者の年齢は35歳くらいから60代前半、経験年数は10年から35年と幅広かった。

現在の非常に厳しい医療情勢の中でこそ、教育に目を向けていくことが病院の生き残りに不可欠であるというメッセージを、講習会を通じて伝えようと考え、本講習会のゴールを、「全日病・医法協に所属する病院の管理者が、自院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導体制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける」と定めた。

本講習会の特徴であるワークショップにおける「一般目標」と「個別目標」は別表に示したとおりである。

グループ作業については、「病院運営における臨床研修の位置づけ」「カリキュラム作成」「研修医指導を行う上での院内体制の立ち上げ」の3つとし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「研修病院事例紹介」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「コーチング」「特別講演」を入れ、有機的に結びつくように工夫した。

「医師臨床研修制度の概要」は厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長の田原克志先生にお願いをした。直接、医師臨床研修推進室長から講演してもらい、かつ、質疑応答に十分な時間を割くということは、他の講習会ではあまりない貴重な経験と思われた。



医学部卒前教育の紹介は、PBL、医療面接、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとして欲しかったので取り入れた。

特別講演は松村理司先生(洛和会音羽病院院長)に、「日本の臨床研修に欠けるもの」という題で講演をして頂いた。本会員病院の参加者が、大学病院を中心に気付く、それを補う工夫をぜひ地

域で展開して頂きたい、と思って企画した。

約3分の1の参加者は前泊して2泊3日、残り3分の2は、朝早く家を出て1泊2日、いずれにしてもハードな週末であったに違いない。

しかし、2日目の最後まで、参加者は非常に積極的で、熱のこもったグループワークが展開された。目的・目標を特化させた本講習会の意義は大変大きく、会員病院のニーズにも合っていると考えられた。

### ■ワークショップの目標

#### GIO(一般目標)

全日本病院協会・日本医療法人協会に所属する病院の管理者が、自病院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導体制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける。

#### SBOs(行動目標)

医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説明する。  
医師臨床研修制度の概要を述べる。  
病院経営における臨床研修の位置づけを述べる。  
厚生労働省の到達目標に関して、SBOs・方略・評価を追加作成する。  
他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築する。  
研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける。  
研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する。  
研修病院となるための院内体制の立ち上げに関して、必要な対策を具体的に述べる。

# 72時間2人夜勤を加算に変えるよう求める

## 日病協改定要望(第3報) 入院基本料引上と看護補助加算に加え、専従要件の緩和と診療情報IT化加算も

日本病院団体協議会は12月4日、2010年度診療報酬改定に対する要望書第3報を厚労省保険局長に提出した。

急性期、慢性期、精神科、リハビリテーションと入院医療全般に関する要望項目を並べた第2報に対して、改定議論の最終局面に入った今回は、①入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額、②7対1、10対1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設、③看護基準(夜勤平均72時間・2人夜勤)の運用変更、④効率的な人材

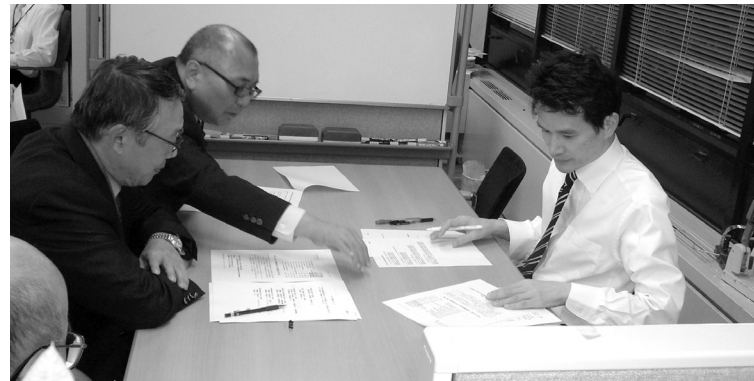
活用、⑤診療情報のIT化における正当な点数設定と、要望事項を絞り込んだ。

「72時間・2人夜勤」については入院基本料の本則に位置づけることをやめ、加算にするよう求めている。また、新たに「看護師比率70%」について取り上げ、15対1を除く入院基本料に「看護師比率40%~70%」の基準を設けるよう提案した。

「効率的な人材活用」としては、医療安全管理加算ほか6項目について当該職員の専従要件を専任に緩和するよ

う、さらに、社会福祉士や精神保健福祉士などのMSW配置を評価するよう求めた。

さらに、診療情報のIT化に関しては1日100点の加算とともに診療録等記載にかかわる療養担当規則の改定を提起している。



▲佐藤医療課長(右)に要望する全日病猪口雄二副会長(中)

日本病院団体協議会「平成22年度診療報酬改定に係る要望書(第3報)」 12月4日

### 1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額

病院医療の再生に向け、根拠に基づく算定方式の創設と入院基本料の増額を要望する。

○平成22年度改定においては、医療経済実態調査、各病院団体の経営調査等の結果を反映し、10%を超える入院基本料の増額を要望する。

○医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハ職員、MSW、PSW等の多専門職によるチーム医療を評価し、入院基本料に加算することを要望する。

○短中期的課題として、根拠に基づく入院基本料の算定方式の創設が必須である。このためには、診療報酬調査専門組織医療機関のコスト調査分科会等、専門的な議論が可能な組織での立案、検証が行われるべきである。

### 2-1. 7:1、10:1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設

現在、7:1、10:1入院基本料では、看護補助加算が算定できない。しかし、病棟看護業務における総看護提供時間に占める、療養上の世話に関する提供時間は、おおよそ8割弱である。これらをすべて看護職員の業務とすることは負担が大きすぎる。

現実には、多くの病棟で看護補助者を配置している。入院基本料の区分に係らず、看護補助加算の算定を可能とすることを要望する。

### 2-2. 看護基準の運用変更(夜勤平均72時間、2人夜勤について)

医療の安全と質を向上させるとともに、慢性的に不足している看護職員にとって働きやすい職場を創造するために、以下を要望する。

○病棟における患者の状態によっては、医療安全のために3名以上の夜勤看護師が必要となる。さらに、小規模な病棟では月平均夜勤72時間の基準を満たすことは不可能である。看護基準において、72時間2人夜勤体制は加算に変更し、2人夜勤体制は看護師不足等の現実を考慮し、その一部に看護補助職の適応を認めるなど、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。

○日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とすることを要望する。

○夜勤専従者の労働時間は、最大160時間/4週とすることを要望する。40時間/週労働は日本における全産業の労働時間の基本であり、診療報酬の算定要件において労働条件を規定すべきではない。

○昨今の看護師不足の中、看護師比率を70%に統一することは現実にそぐわない。7:1、10:1、13:1における看護師比率40%~70%の基準の創設を要望する。

### 3. 効率的な人材活用

現行の診療報酬点数の規定には、効率的な人材活用を否定する項目が多数存在する。これらの規定を変更することで、病院人件費の高騰を少しでも和らげることができ、効率的な運営に結び付くと考えられる。

○有資格者や優秀な職員の幅広い活躍の場を創造するとともに、効率的な病院運営を可能とするため、下記の専従要件の廃止を要望する。

- ・医療安全管理加算における研修を修了した医療有資格者
- ・退院調整加算、後期高齢者退院調整加算における社会福祉士
- ・回復期リハビリテーション病棟における理学・作業療法士
- ・各リハビリテーション施設基準における理学・作業療法士、言語聴覚士
- ・認知症病棟入院料における作業療法士
- ・精神科ショート・ケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアにおける専従者

○医師事務作業補助体制加算の適用拡大

入院医療全般にわたり医師事務作業は増加している。その補助体制加算の点数を引き上げるとともに、病床区分にかかわらず全ての病院に対する加算に適用拡大することを要望する。

○医療ソーシャルワーカー(社会福祉士、

精神保健福祉士、等)は、病院運営において極めて重要な役割を担っている。しかし、その評価はほとんどなされていない。作業に応じた報酬設定を要望する。

### 4. 診療情報のIT化における正当な点数設定

現在、病院医療は診療情報のIT化が求められている。診療データの活用により医療の質が向上することは明らかであり、IT化が推進されることに対しては大いに賛同する。しかし、そのためには多くの費用が必要であることも事実である。また、IT化に必要な診療データのコードの標準化は進んでいない。

平成18年度に厚生労働省保険局から公表された「医療のIT化に係るコスト報告書」によれば、ITシステム導入保守費用は年間1床あたり平均62万円必要となっている。この費用を1床1日当たり換算すると約1,700円である。

上記より、以下について要望する。  
○オーダリング、電子カルテ、オンラインレセプトが整備された場合、入院診療報酬において入院1日につき100点加算することを要望する。

○診療情報のIT化を推進するため、国の主導により診療データのコード標準化を行うことを要望する。また、IT化に則った療養担当規則の早急な改定を要望する。

## 2009年度 第8回常任理事会の詳細 11月20日

### 【協議事項】

#### ●全日本病院学会の名称変更について

学術委員会の提案により、「第〇回全日本病院学会△△大会」とされてきた全日本病院学会の呼称を、2010年度の第52回を期して「第〇回全日本病院学会 in △△」に変更することが承認された。

全日本病院学会は全日本病院協会が主催、支部が運営を担当することから、△△には当該支部の名前(都道府県名)が入る。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の8名の入会が承認された。

- |      |          |     |       |
|------|----------|-----|-------|
| 北海道  | シオン山鼻北病院 | 理事長 | 小笠原篤夫 |
| 青森県  | さくら病院    | 理事長 | 青木直人  |
| 東京都  | 江東病院     | 院長  | 海老原 功 |
| 東京都  | 坂本病院     | 理事長 | 坂本光隆  |
| 大阪府  | 寝屋川ひかり病院 | 理事長 | 切東喜久夫 |
| 福岡県  | 香椎原病院    | 院長  | 寺田憲司  |
| 鹿児島県 | 青雲会病院    | 理事長 | 川井田 浩 |
| 鹿児島県 | 霧島記念病院   | 理事長 | 坂元健一  |
- 別途退会が2名あった結果、在籍会員数は2,281名となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。

株式会社PET NET JAPAN(星一徳代表取締役、本社・東京都)  
賛助会員は85社となった。

### 【主な報告事項】

#### ●特定保健指導研修について

2010年の特定保健指導研修はすべて東京開催(本部会場)とし、希望者が多いときのみ追加開催を検討すると報告された。

#### ●「病院のあり方報告書」について

病院のあり方委員会として「病院のあり方報告書」の2010年度版を作成する方針であると報告された。

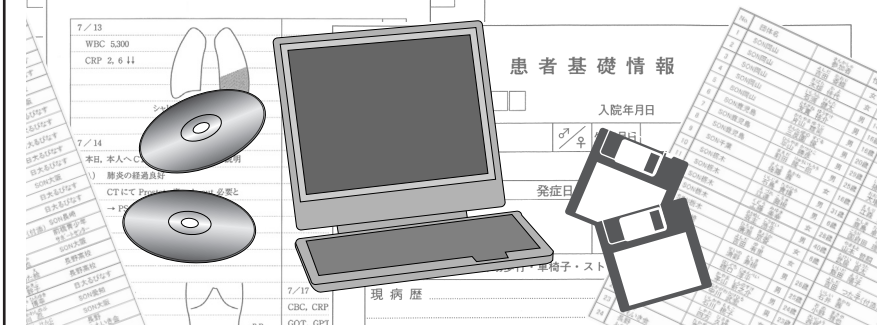


#### ●病院管理士資格のフォローアップシステムについて

医療従事者委員会は、病院事務長研修を修了した要件を充たした者に付与される病院管理士のランクアップを可能とさせるフォローアップの仕組みを1年かけて検討するという報告があった。

## 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