



# 全日病

21世紀の医療を考える全日病

# ニュース

# 2010

# 1/1

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 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION No.724 2010/1/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

2010年1月1日・15日号合併号



6・7面 新春特別座談会/副会長3人が語る「全日病の現在と未来」  
8面 新春座談会I/OBが語る病院事務長研修  
9面 新春座談会II/卒業生が語る看護部門長研修コース  
10面 2010年度改定の改定率と基本小委における改定の議論

## 年頭のご挨拶

2010年の新春を迎え謹んで新年のお慶びを申し上げます。

昨年の12月23日、政府は2010年度診療報酬改定率を全体で0.19%引き上げることを決定しました。

ご存知のとおり、医療崩壊の歯止めがきかない情勢が続く中、8月30日に衆議院総選挙が行われ、民主党が308議席を確保し、新しい政権発足となりました。国民は民主党のマニフェストに書かれている「コンクリートではなく人間を大事にする政治」、「すべての人が生きがいと働きがいを有する国」に共感し、多少の不安と大きな期待をもって票を投じたと思っております。

私達、医療人も民主党の医療政策に書かれている「医療の安心・納得・安全に対する取り組み」、「地域医療を守る医療機関の診療報酬の増額」等の実現を大いに期待していました。

このような民意を背景に誕生した政府が、この厳しい財政状況の下、社会保障給付費抑制路線からの転換を決定し、頻回にわたる財務省との折衝を通して実現した10年ぶりの全体プラス改定になったことは、素直に評価したいと思います。

しかし、私達が望んでいた数字とのかい離は大きなものです。現在の医療状況は危機的な状態であるという現場や患者の声は届いたものの、その実態を正しく認識していただけなかった結果ではないかと非常に残念に思っております。

社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



これから中医協で具体的項目の議論に入りますが、中医協委員として、この限られた財源の中、現在の危機的状況に少しでも歯止めをかけ、国民が望む納得でき、安心・安全で良質な医療を安定的に提供することができる診療報酬の実現に向け、取り組んでいく所存です。

このように私達の取り巻く環境が厳しい状況の中、全日病は「関係者との信頼関係に基いて病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする」という理念のもと、各委員会活動を中心に各種研修事業、研究事業を行い着実に成果を上げてきました。

その一つとして昨年、全日病総研を設立しました。関係者満足(ステークホルダー・サティスファクション)の向上に資する情報収集や提供、教育研修、さらには研究開発、そして政策提言等と我々が幅広い活動を行う上でシンクタンクとしての役割を期待しております。

本年は、この全日病総研の活動を活発化させると共に、1998年より発刊しております「病院のあり方に関する報告書2010年版」を企画しております。

同時に、これまでの活動の強化・継続を図り、支部活動の強化の下、会員病院の経営支援を行っていく所存でおりますので、旧年同様、ご支援賜りたくお願い申し上げます。

本年が皆様にとりまして良き年となりますことを祈念しまして、新年のご挨拶と致します。

## 10年度改定、本体+1.55、ネット+0.19で決着!

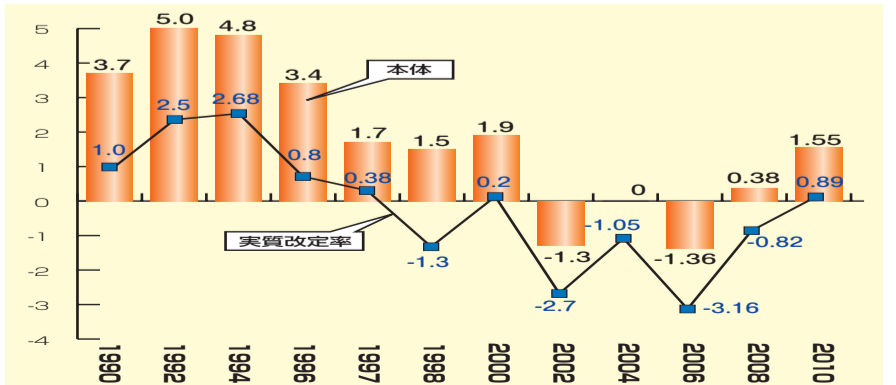
急性期に4,000億円を投入。「再診料や診療科間の配分を見直す」

2010年度診療報酬改定は12月23日、薬価・材料価格を1.36%引き下げ、本体報酬を1.55%(約5,700億円)引き上げる結果、全体で0.19%(約700億円)増額することで決着した。診療報酬全体のプラス改定は2000年度以来10年ぶり。

厚生労働省は医科については1.74%(約4,800億円)引き上げるが、入院の診

療報酬に関しては3.03%(約4,400億円)増加。そのうちの約4,000億円を急性期入院医療に投入するほか、「再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る」と、改定に臨む政府の考え方を明らかにした。(詳細は8面に掲載)

■診療報酬の改定率の推移





# 2010年 年頭所感



厚生労働大臣 長妻 昭

平成二十二年の新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。本年も何とぞよろしくお願い申し上げます。

昨年は、国民の皆様からの歴史的な審判により政権交代が実現しました。とりわけ厚生労働行政に対する国民の皆様への期待は非常に高いものがあります。

私は厚生労働省の代表という立場であると同時に、国民の皆様から厚生労働省を指導・監督するよう送りこまれた立場であると自覚しております。

私自身、謙虚に国民の皆様の声聞いて、生活者の立場に立った信用できる厚生労働省を創り上げる決意を新たに、新年に挑む決意を述べさせていただきます。

国家の礎（いしずえ）は、二つの保障です。安全保障、そして社会保障です。

憲法で言えば安全保障は九条、社会保障は二十五条に基本的規定があります。

憲法二十五条にはこうあります。「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」

国が国民の最低限の生活を保障することをうたっています。

しかし、実際には、具体的に最低限度の生活とは何か、という最低生活基準、ナショナルミニマムが各分野においてきちんと定められておりません。

さらに、実際に、最低限の生活を守る行政が実行されているのか、その検証も不十分だと考えます。

昨年末に「ナショナルミニマム研究会」を設置し、今後、ナショナルミニマムを保障する基準作りに取り組んでまいります。厚生労働省に不足している能力は大きくは三つあると感じます。

実態把握能力、制度改善能力、コミュニケーション能力です。これらの能力を向上することに全力で取り組みます。

例えば、新しい社会保障の制度や仕組みを作っても、それが本当に狙い通り機能するのか。実態を把握しなければ、制度は上滑りしてしまいます。

世界と比べて日本はどのような状況なのか。誰がどこで、なぜ困っているのかなど厚生労働行政に何が不足しているのかを正確につかむことも重要です。これが実態把握能力です。

新しい制度も一度作ったら、作りっぱなしにするのではなく、不断の改善努力を続けなければなりません。民間では当たり前のアフターサービスの考え方です。これが制度改善能力です。

厚生労働省は国民の皆様への身近な行政を担当している役所です。それだけに、誰が読ん

でも分かる通知などの確な情報発信を心がけなければなりません。これがコミュニケーション能力です。

これまでの厚生労働行政については、年金記録問題や保険料の浪費問題をはじめ、国民の信頼を失墜させる問題がありました。

天下り団体への過剰な補助金の交付や不要不急の事業など、税金の使用において正すべき課題も見受けられます。

私は、これまでの厚生労働行政の中にある問題の解決に取り組むと同時に、体質改善にも努めてまいります。

そのためには、官僚に任せきりにするのではなく、政治主導が重要です。

大臣、副大臣、大臣政務官の政務三役のチームが、改革意欲に富んだ職員と力を合わせて、様々な課題に取り組む所存です。

就任以降、天下り法人や内部留保率が著しく高い公益法人に対する補助金等の削減などにより浪費削減に取り組んでいます。

この他、調達を一括購入とするなど行政経費の節約や、独立行政法人への天下りの見直しや浪費削減に取り組んでいます。

厚生労働省の役所文化を変える第一歩としては、昨年十月から厚生労働省職員の人事評価基準を変えました。

各省庁共通に行われる改正国家公務員法に基づく人事評価制度の実施に当たって、厚生労働省独自の評価を導入しました。

特に「コスト意識・ムダ排除」や「制度改善に当たってのアフターサービスの考え方の導入」、「国民の生命・財産にかかわる事案の情報収集・公開」の視点に着目した業務目標を事務次官以下の職員に立てさせ、半期ごとに業績を評価します。

国民目線の評価と省内の評価が一致するような人事評価基準とすることを狙いとしています。

今般の新型インフルエンザにつきましては、昨年四月の発生以降、健康危機管理上の重大な問題として、重症者や死亡者の発生をできる限り減らすためのワクチン接種事業や患者の急激な増加に対応するための医療体制の整備等、政府一丸となって対策に取り組んでいるところです。

本年も、国民の皆様への安心を第一に考え、万全の対策に努めてまいります。

現在、我が国は、急速に少子化が進行し、人口減少が進んでいます。これは、経済産業や社会保障の問題にとどまらず、国や社会の存立基盤に関わる問題であります。

急速に進行する少子化への対策につつまし

ては、子ども一人ひとりの育ちを社会全体で応援し、安心して出産し子どもが育てられる社会をつくるため、子ども手当の創設に向けて速やかに検討を進め、平成二十二年度からの支給に向け最善を尽くしてまいります。

また、保育所の待機児童の解消に向けて、保育所整備に早急に取り組むとともに、平成二十二年四月から法定化される「保育ママ」の増員に努めてまいります。

さらに、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略に沿って働き方の改革による仕事と生活の調和の実現と、多様な働き方に対応した保育サービスなど子育て支援基盤の充実を「車の両輪」として少子化対策の取組を進めてまいります。

貧困の問題については、昨年、厚生労働省として初めて我が国の相対的貧困率を示したところであり、今後、その改善に取り組んでまいります。

障害のある方が当たり前地域で暮らし、地域の一員としてともに生活できる社会をつくるため、「障害者自立支援法」は廃止し、「制度の谷間」がなく、利用者の応能負担を基本とする総合的な制度をつくりまします。今後、当事者等関係者の皆様への御意見も十分に伺いながら検討を進めてまいります。

後期高齢者医療制度につきましては、昨年十一月に廃止後の新たな制度について検討するための会議を私の下に設置しました。今後、高齢者をはじめ様々な関係者の御意見を伺いながら、政権一期四年の中で、国民の皆様への納得と信頼が得られる新たな制度への移行を実現するため、具体的な制度設計の議論を進めてまいります。

国民皆保険の基盤となる国民健康保険や協会けんぽは、昨今の不況の影響により財政状況が非常に厳しくなっており、これらの保険者の財政基盤の強化を図るための法律案を通常国会に提出してまいります。

医療再生では、医師等の人材確保、救急医療・周産期医療の体制の確保など、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供できるよう、医療提供体制の整備・強化に取り組んでまいります。

介護保険制度につきましては、今年で制度創設十年を迎え、老後の安心を支える仕組みとして定着してきております。今後、一層の高齢化の進展が見込まれる中、介護を担う人材の確保と介護サービス基盤の整備が喫緊の課題であります。

このため、介護職員処遇改善交付金の積極的な活用による介護職員の処遇改善や、介護拠点の緊急整備を進めてまいります。

また、介護を必要とする高齢者が住み慣れ



# 2010年 年頭所感

た地域で自立した生活を送れるよう、医療・介護のみならず、配食・見守り・緊急時対応といった地域生活支援サービスや住まいを含めた多様なサービスを連動して提供する地域包括ケアシステムの構築を目指してまいります。

年金につきましては、まずは、公的年金制度に対する国民の信頼を回復することが何よりも急務であり、「消えた年金」問題については、「国家プロジェクト」と位置づけ、予算、人員を投入して取り組んでまいります。

民間有識者による「年金記録回復委員会」のお知恵も聞きながら速やかに記録訂正するなどの取組を進め、国民の皆様の信頼回復に向け、全力を尽くしてまいります。

日本年金機構がこの一月から発足いたしました。同機構については、民間からも千人以上の方を中途採用し、能力と実績による人事管理を行うこととし、国民のニーズに応じたきめ細やかなサービス向上に努力してまいります。

本機構が、厚生労働省と緊密に協力して、年金記録問題に着実に取り組み、国民に信頼される組織となるよう、全力で取り組んでまいります。

同時に、雇用の流動化など時代にあった、透明で分かりやすい年金制度とするため、平成二十五年に新たな年金制度の法律を成立させるべく、具体的な制度設計に向けた検討を進めてまいります。

援護行政につきましては、戦没者の遺骨収集や慰霊事業、戦傷病者、戦没者遺族等に対する支援、中国残留邦人等に対する支援策をきめ細やかに実施してまいります。

完全失業率と有効求人倍率は、ともに昨年過去最悪の水準に達し、その後も雇用失業情勢は依然として厳しい状況にあります。失業率の改善は生産の回復に遅れる傾向があることなどを考慮すると、雇用失業情勢は引き続き厳しい状況が続くことが懸念されます。

このため、政府を挙げて雇用の確保に取り組むため、鳩山総理を本部長とする緊急雇用対策本部を設置し、「緊急雇用対策」を昨年十月二十三日に策定し、十二月八日には雇用を柱の一つとする「明日の安心と成長のための緊急経済対策」がとりまとめられました。

まずは、本対策に基づき、労働者の雇用維持、新卒者の就職支援、再就職支援、生活保障など、雇用の安定・拡大に向けた対策を講じてまいります。

特に、雇用保険を受給できない方に対する第二のセーフティネットとして、職業訓練の実施と訓練期間中の生活保障を行っています

が、「求職者支援制度」として、平成二十三年度から恒久化してまいります。併せて公共職業訓練の充実を図ってまいります。

雇用保険制度につきましては、非正規労働者への適用拡大などを行い、雇用のセーフティネットを強化します。

労働者派遣制度につきましては、派遣労働者の雇用の安定や待遇の改善等を図るため、通常国会へ改正法案の提出を目指し、取り組んでまいります。

障害者雇用対策につきましては、障害者雇用率制度を柱として、さらなる障害者の雇用促進を図るため、障害者一人ひとりの特性を踏まえた雇用支援、中小企業に対する雇用促進等の取組を進めてまいります。

高齢者雇用対策につきましては、「希望者全員が六十五歳まで働ける企業」や「七十歳まで働ける企業」の実現に向けた取組等により、意欲と能力のある限り、いくつになっても働ける社会の実現に向けた環境整備に取り組んでまいります。

最低賃金につきましては、まじめに働いている人が生計を立てられるようにするため、労使関係者との調整を行いつつ、引上げに向けた取組を進めてまいります。

また、ワークライフバランスと均等待遇につきましては、有期労働契約の在り方も含め、検討を進めていくとともに、過労死や過労自殺などを防ぎ、労働災害をなくすため、企業におけるメンタルヘルス対策の推進、長時間労働の抑制等に取り組んでまいります。

以上のような施策の実施につきましては、労使の皆様との相互理解と信頼の下に行政を推進してまいります。

今後とも安定した労使関係を維持・構築していくため、様々な機会を通じて、労使の意思疎通、合意形成の促進に努めてまいります。

国民生活の安全と安心を確保するため、様々な疾病に対する対策を講じることも重要です。

まず、薬害肝炎の反省に立ち、安全対策の充実・強化など医薬品等による健康被害の再発防止のための取組を進めるとともに、昨年成立した「肝炎対策基本法」に基づき、インターフェロン治療に係る医療費助成を柱とした「新しい肝炎総合対策」のさらなる推進に向け、取り組んでまいります。

医薬品・医療機器につきましては、有効で安全な医薬品・医療機器をより早く国民の皆様に提供できるよう、承認審査の迅速化等(いわゆるドラッグラグ・デバイスラグの解消)、未承認薬・適応外薬の解消に積極的に取り組むとともに、関係省庁と連携し、研究開

発の促進、治験の活性化、先端医療開発特区を推進してまいります。

国内でワクチンを確保できる体制の構築、献血等の血液事業や医療機関における血液製剤の適正使用の推進に取り組むほか、薬物乱用対策として、取締りの強化とともに、啓発活動を推進します。

さらに、医療の担い手として薬剤師の資質向上をより一層図るとともに、昨年六月に施行された新しい医薬品販売制度をより一層周知します。

臓器移植につきましては、昨年、「臓器の移植に関する法律」の改正が行われたところであり、改正法の円滑な施行に向け、万全を期してまいります。

また、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、生活習慣病の着実な予防に取り組んでまいります。がん対策につきましては、「がん対策基本法」の基本理念にのっとり、がんの総合的・計画的な対策を推進するとともに、難病研究や難病患者の医療費助成など、引き続き取り組んでまいります。

原爆被爆者対策につきましては、昨年成立した「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」の円滑な施行に努めるとともに、原爆症認定制度の在り方について、幅広い観点から総合的に検討を進めてまいります。

このほか、生活衛生関係営業の振興を通じた衛生水準の維持向上に努めるとともに水道行政においては、全ての国民が安心できる安全な水道水の安定供給の確保に取り組んでまいります。

食品の安全につきましては、科学的知見に基づき、輸入食品の監視体制の強化やBSE対策の推進を図るとともに、問題事案発生時には、昨年設置された消費者庁等関係行政機関と連携しつつ迅速に対応するなど、国民の健康の保護を図るために全力を尽くしてまいります。

以上、厚生労働行政には、このほかにも多くの課題が山積しております。

私としては、多くの国民から信頼を失った厚生労働行政について、関係者一丸となって、業務の見直しや改善に取り組み、国民の皆様から信頼される厚生労働行政へと立て直しを進めてまいります。

国民の皆様の一層の御理解と御協力をお願い申し上げます。新年の挨拶とさせていただきます。

平成二十二年元旦



# 2010年 年頭所感

日本医師会会長 唐澤祥人



厚生労働省医政局長 阿曾沼慎司



新年明けましておめでとうございます。

長期にわたる医療費抑制政策により、医療崩壊の状況を来しています。とりわけ、病院勤務医師の負担は限界点を超えました。早急に有効な具体策を講じ、地域医療を再構築することが、国民の安心・安全確保にとって不可欠です。

わが国は、明治以来、産業・経済の振興を基礎にひたすら国力の増大に努めてきました。その結果、多くの人々は、経済発展こそが豊かな生活を約束するものと考えています。しかし、リーマンショック、ドバイショックなどの出来事は、市場原理主義によるマネーゲームの帰結といえます。

この状況を切り開くためには、われわれ医療関係者の積極的な行動が求められます。その立脚点こそ、わが国が世界に誇る、「いつでも、どこでも、だれも」が医療を享受できる国民皆保険です。「国民の生命と健康を守る」という原点に立ち返るとき、国民皆保険は一層輝きを増すことでしょう。

日本医師会は、昨年2月の「グランドデザイン2009」で、また10月の「日本医師会の提言」で医療政策を提起しています。皆様には、深いご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

本年が皆様にとりまして、一層安寧で躍進の年でありますよう衷心より祈念申し上げます。

謹んで新春の御挨拶を申し上げます。

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現するなど、国民の健康を確保するための重要な基盤となっています。

一方で、急速な高齢化の進行、医療技術の急速な進歩への対応、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しております。また、医療現場では、地域における医師の偏在や産婦人科・小児科を中心とした医師不足、救急医療・周産期医療に対する不安があります。地域で必要な医療を受けられないという不安を解消し、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供できるよう、医療提供体制を整備強化することが課題となっています。

医師確保については、医師数を増員する方向で施策を実施、来年度の医学部定員も更なる増員を行うこととしております。また、地域や診療科における医師の偏在の解消のための取組を進めているところであり、引き続き、地域医療の確保・充実に向け必要な取組に努めていきます。

救急医療・周産期医療の充実を図るとともに、救急医療や周産期医療を担う医師の勤務環境の改善等に取り組んでまいります。また、各都道府県に地域医療再生基金を設置し、地域の医師確保、救急医療の強化等の取組への支援を通じて医療提供体制の再建に取り組んでまいります。

医療の質の向上や効率化を図るためには、医療関係職種がそれぞれの専門性を高め、適切な業務分担を推進することが重要ですが、現在、「チーム医療の推進に関する検討会」で具体策の検討を進めているところです。また、昨年五月に医師臨床研修制度の見直しを行ったところですが、引き続き、基本的な診療能力を修得でき、研修医のキャリア形成につながる研修が実施されるよう努めてまいります。

看護職員の質の向上と確保に向けては、看護職員の確保、新人看護職員研修の実施体制整備、看護教育の内容に関する具体的な検討を進めてまいります。あわせて、EPA(経済連携協定)に基づく外国人看護師候補者に対する支援策の充実を図ります。

本年も医療行政に一層の御理解、御支援を賜りますようお願い申し上げますとともに、皆様にとりまして本年が実り多き一年とならんことを祈念いたしまして、新年の挨拶とさせていただきます。

参議院議員 西島英利



新年明けましておめでとうございます。

平素、全日病の先生方に絶大なご支援をいただき、心より感謝申し上げます。

今年の国会から、私は野党という立場ではございますが、予算委員会や厚生労働委員会の審議の場で、社会保障の財源の問題、医療提供体制を含む地域医療の崩壊状態からの立て直しの問題、医療事故の死因究明制度問題等を政府に対し、しっかりと議論を挑んで参ります。

現在、私は、医療、社会保障のあるべき姿を説き、「命と生活を守る政治」、「明日あるべき日本」の実現の為に、日本全国を飛び廻ってご理解をいただく活動を続けております。一人でも多くの方々に直接お会いして私の考えをお伝えして参りたいと考えております。夏に参議院議員選挙が控え、各地でご迷惑をお掛けすることも増えるかと存じますが、今年もどうぞよろしく願い申し上げます。結びに平成22年が皆様にとりまして良き年となりますことをご祈念申し上げ新年のご挨拶とさせていただきます。

## 2010年 新年のご挨拶

今年こそ行動に移すべき



全日本病院協会 副会長 猪口雄二

新年、明けましておめでとうございます。

昨年は政治革命が起り、世の中の至るところに変化が生まれました。医療界にとっては、医療費の底上げが行われ、すばらしい改革になると考えられましたが、現実には中々厳しいものようです。今後、病院団体としてのあり方も問われることとなります。今こそ医療界、病院関係者の意を揃え、行動に移すべきだと思います。会員各位のさらなるご支援をお願いいたします。

次の代を担う人材を育成しよう



全日本病院協会 副会長 安藤高朗

新年明けましておめでとうございます。

国民が医療や介護に求めるものは何か。一つは、治せる病気は確実に早く治して欲しいこと、治せない病気に関しては満足できるケアが欲しいことではないでしょうか。そのためには、人間的にも、技術的にも、すぐれた医師を育成することです。更に云えば、安心して任せられる家庭医、いつでも断らない、安全で質の高い病院です。介護に関しては、やさしく、満足度の高い介護を提供することです。これらの前提となるものこそが、安心して利用できる医療と介護の提供制度です。「コンクリートから人へ」という理念を掲げる民主党は、こうした考えに立っているのではないかと考えます。

我々は、西澤会長の元、次世代育成事業としてヤングフォーラムを一つの事業として独立させ、次の代の全日病を支えるとともに、日本の医療と介護のリーダーシップを担う人材を育成していかなければならないと考えます。

医療崩壊を終結させる年に



全日本病院協会 副会長 神野正博

明けましておめでとうございます。

昨年は、1年を表す漢字のごとく「新」の年でした。新政権に国民もわれわれ医療職も多くの期待と夢を抱かせてもらいました。しかし、「もうすぐ」という期待が「迷」に代わり「失望」にも変わろうとしています。ここで私たちは踏みとどまり、もう一度「変化」を「確」信させなければなりません。

今年こそ、財政偏重、新自由主義的な社会保障から、西澤会長がいわれる国民の安心・安全と医療職が誇りを持てる社会保障へ揺り戻し、医療崩壊を終結させる年にしたいものです。そのために、汗を流し、躊躇うことなく主張する年にしたいと思います。



# 2010年 謹賀新年

新年のご挨拶 全日本病院協会 常任理事

## 国際交流委員会委員長 赤枝雄一

明けましておめでとうございます。

今年は診療報酬改定を控え、政治・経済・医療の動向から目が離せません。医療は国民生活の基盤の一つであり、質の高い医療を提供し続けるためには、現場の努力だけでは厳しい実態を改善することは不可能です。それゆえ、すべての病床の入院基本料アップを勝ち取ることが重要であると考えております。

更なる飛躍を皆様と共に目指し、尽力して参りたいと存じますので、本年もご指導のほどよろしくお願ひ申し上げます。

## 新垣 哲

謹賀新年

政権交代。自民党から、民主・社民・国民新党連立政権に変わった。人々は何かが変わり、変化に期待した。三ヶ月をへたが何も変わらず、混迷は増すばかりです。医療費の改善は名目だけで、実質は本体・薬価その他をあわせてパイは変わらない。要は金のないとのこと、はたしてそうだろうか。新年早々悩ましいことばかりだ。

## 医療の質向上委員会委員長 個人情報保護担当委員会委員長 飯田修平

謹賀新年

旧年中は委員会活動にご協力いただきまして有り難うございました。経済後退を受けて政権交代がありました。混迷はしばらく続く気配です。病院団体と会員病院は病院崩壊に他人事ではなく、当事者として対応しなければなりません。厳しい状況だからこそ、質向上の努力が必須です。本年も会員諸兄姉の積極的な参画をお願いします。

## 救急・防災委員会委員長 石原 哲

新年明けましておめでとう御座います。

昨年は、救急搬送に関する消防法の改正があり、各都道府県でも、MC体制の変更など慌ただしい日々が続きました。当協会会員病院の半数が救急を標榜しており、今年も私的救急病院の必要性をアピールして参ります。当委員会は、今年も引き続き救急・災害医療の充実に向け、情報を発信していく所存です。

## 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年明けましておめでとうございます。

はからずも日本政府始まって以来の政権交代という激変期に総務・財務委員長を命じられました。全日病の役割が日ごと増していく中、2期目を迎えた西澤執行部がストレス無く活動できるように組織を安定させることが役目です。なれない私ですが理事会・支部長会などでは是非とも御協力お願いいたします。

## 医療従事者委員会委員長 大橋正實

新年おめでとうございます。

2009年ほど「変革」「維新」という言葉がマスコミを賑わした年もなく、医学界では「崩壊」「衰退」という言葉が話しの枕言葉となった年でした。しかし歴史的に見ると、65年前の日本の医療は完全に「崩壊」していた訳で、未来を心配し過ぎて悲観するより、2010年をどう生かすかを足もとを見据えて活動したいものです。

## 広報委員会委員長 織田正道

新年明けましておめでとうございます。

昨年の政権交代で、医療のあり方に大きな変化が起こり始めています。これまで地域医療を支えてきた自負を持ち、全日病が医療におけるオピニオンリーダーとしての役割を目指さなくてはならないと思います。広報委員会として「全日病ニュース」やホームページを充実し、地域医療再生に関する全日病の考え方を積極的に外部にも情報発信し、全日病の存在価値を高める一助になればと考えています。

## 加納繁照

謹賀新年

日本の病院における官と民の凡その割合を数字で表現すると、「2、3、4」「8、7、6」となります。官は日本の病院数で2割、病床数で3割、救急搬送受入れ数で4割しか占めておらず、逆に民が病院数で8割、病床数で7割、救急搬送受入れ数で6割を占めているという数字です。今年も民間病院はイメージと異なり日本の医療の中心的役割を担っていることを主張していきたいと思ひます。

## 学術委員会委員長 川島 周

本当に困った時代になりました。日本経済だけでなく、世界の景気回復も停滞しています。頼みの民主党も公約違反を繰り返しています。このような苦しいときこそ人材への投資をして、来るべき次の時代に備えませんか。学術委員会と医療従事者委員会がお手伝いをさせていただきます。

## 介護保険制度委員会委員長 木下 毅

明けましておめでとうございます。

昨年は合併症のある重度認知症患者・利用者への人のかかわりや費用の調査を行いました。今年3月には報告をまとめますので、2年後の診療報酬、介護報酬同時改定に向けて、このような人々への医療や介護のかかわりや報酬のあり方について提言をしてゆきたいと思っています。よろしくお願ひいたします。

## 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

新年明けましておめでとうございます。

昨年は医療機能評価におきましてもVer5からver6へと替わり、より受審しやすくなりました。全日病の会員では817病院(35.82%)が認定されており、当委員会の受審支援事業も累計で63病院が利用されています。まだの病院も今年こそ支援事業を利用して認定を取得されることを強くお勧めいたします。

## 医療制度・税制委員会委員長 小松寛治

明けましておめでとうございます。

昨年の新政権成立によって医療とくに病院医療の立て直しの姿勢にも大きな変化が予想されます。医療制度税制委員会で論議をつくして対策の一助になりたいと考えます。また医師臨床研修指導医講習会にも合せてご協力お願ひ申し上げます。

## 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

会員の皆様、新年明けましておめでとうございます。

民主党政権になり、医療介護に関する政策の変更が期待されましたが、これまでのところは残念ながら専門家のいない烏合の衆の感が否めません。本年は「病院のあり方に関する報告書2010年版」作成を企画しております。10年先の日本の医療のあり方について、会員の皆様のお考えもいただきながら作成を進めていく予定です。会員各位の御協力を宜しくお願ひ申し上げます。

## 中村康彦

新年明けましておめでとうございます。

昨年は自民政権から民主党鳩山政権へと変わり、政府の方針として平成22年度の診療報酬改定をどのような認識・視点で行うかの基本方針の行く末が注目される所です。本年も引き続き、健全な全日病の運営はもちろんのこと、財務基盤の強化にも努めて参りたいと存じます。

## 人間ドック委員会委員長 西 昂

謹賀新年

人間ドック委員会では、特定健診・特定保健指導に関する各種研修会の開催や集合契約A契約締結等の施策を行いました。人間ドックの指定事業は、日帰り485施設、一泊27施設となりました。引き続き有益な事業展開を行っていく所存ですので、本年もよろしくお願ひ申し上げます。

また、本年は第52回全日本病院学会が兵庫県神戸市で開催されますので、皆様方のご参加を心よりお待ちしております。

## 濱砂重仁

謹賀新年

昨年秋から民主丸の船出が始まり、医療費を1.1から1.2倍に上げる発表に期待するも、年末にはかなりのトーンダウン。まさかフル・アスターンはないでしょう。命を守る医療は国家たるべく礎である確認と、救急医療の80%民間病院が担っている認識を全日病丸が帆に揚げて、病院のあり方を示す方向へ、民主丸を牽引してゆくことを願って止まない。

## 濱脇純一

新年明けましておめでとうございます。

昨年は一年中、経済不況、地域医療・救急医療の崩壊、過重労働、医療費削減、…などの見出しが氾濫し、働けども働けども楽にならず、何故か虚しい一年だった。政権交代した鳩山総理が「病院は社会の公器で、マニフェスト通り国民の健康を守るために診療報酬の最低10%アップは当然です。」と力強く決断する正夢をみたいものです。今年もよろしくお願ひいたします。

## 平山登志夫

謹んで新年のお慶びを申し上げます

毎年恒例の世相を表す漢字に、今年は“新”が選ばれた。新内閣は刷新を望む国民の圧倒的な支持を得て政権の座についた。華やかなマニフェストを掲げて船出をしたが、未だに目的に至るプロセスや実現に対する裏付けが見えていない。崩壊した医療の再構築には百年の計が必要である。このための決意、熱意を期待する新年である。

## 中村定敏

本年が希望の年になりますように。

各地から医療崩壊の足音が聞こえてきます。ワークライフバランスには医師と看護師の業務量の軽減には、より一層の工夫と努力が必要です。先進的な病院ではいろいろな取り組みが行われて、大きな効果が得られています。私的病院では理事長・院長の裁量権が大きいので公的病院に比べて積極的な取り組みができます。

### 全日本病院政治連盟

## 安藤副会長の推薦を全会一致で決める

### 7月の参院選で民主党公認を見込む。病院団体こそって支援へ

全日本病院政治連盟(西澤寛俊委員長)は12月19日に常任委員会を開き、全日本病院協会の安藤高朗副会長(医療法人社団永生会理事長)が今年7月の参

院選で民主党公認で立候補する場合に推薦することを全会一致で決定した。

安藤副会長は昭和34年4月1日生まれの50歳で、日大医学部出身。全日病副

会長のほか、日本慢性期医療協会副会長、東京都病院協会副会長と、主要病院団体の要職に就いている。

民主党による2010年参院選立候補者



の公募に2,000名が応じている。11月末の1次選考で200名が残り、12月末の2次選考で50名にまで絞られる。

安藤副会長は1次選考を通過したため、全日病政治連盟として正式な推薦を決め、支援態勢を築く方針を表明したものの。



【新春特別座談会】西澤執行部を担う3副会長が語る—全日病の現在と未来

# 民間の医療・介護事業者組織へと拡張することも選択肢

## 医療と介護関係者の連絡協議会という広い連携も追求すべき

織田 2010年を迎え、西澤執行部を担う3副会長にお集まりいただきました。

西澤会長を補佐するとともに、積極的な発言で全日病を盛りたてるオピニオンリーダーでもある皆さんの奮闘ぶりをお聞きするとともに、今後の全日病をどう引っ張っていかれるのか、初春らしく夢のあるお話をうかがいたいと思っています。

まず、日頃はどのような役割分担をしてらっしゃるのかをお聞かせください。

猪口 私は医療保険・診療報酬、医療制度・税制、介護保険制度の3委員会を、研修関係では、医師事務作業補助者研修や後期高齢者総合評価加算の算定に

必要な医師向けの研修を担当しています。対外的には、日本病院団体協議会(日病協)の代表者会議と四病院団体協議会(四病協)の総合部会に西澤会長とともに出席しています。

安藤 私は総務・財務、広報、医療従事者の3委員会を担当しています。四病協では、総合部会に出席するとともに、「高齢者居住施設に関する医療・住宅関係者勉強会」や「厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会」に参加しています。

神野 私は医療の質向上、病院機能評価、学術、救急・防災の4委員会を担当するとともに、四病協の総合部会にも出席しています。

## 日病協の要望点は改定論点に織り込まれた

織田 猪口副会長は、日病協の診療報酬実務者会議と四病協の診療報酬委員会と両方の委員長を兼務されていますね。今回の診療報酬改定では日病協11団体の要望をまとめる上で、開設主体の異なる病院団体間の意見調整など、かなりご苦労されたとお聞きしています。



猪口 最後まで意見調整がもつれた分野があったことは否認しません。でも、大筋では各団体から協力が得られたと言えるでしょう。今改定に対しては、疲弊している病院医療を再建するために、今、もっとも必要と思われる項目をあげて、第1報から第3報にいたる要望を出しました。

その中で最大の課題が入院基本料の底上げです。次いで、7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導入や72時間2人夜勤の弾力的運用という項目があります。それとチーム医療の評価、こうした点を中心に要望をしてきました。厚労省の医療課にはよく理解していただいたと思うし、現に、要望事項の多くが、基本小委における改定議論の論点に織り込まれています。

## ヤングフォーラムを次世代育成事業に位置づける

猪口 コメディカルについては、前改定で医師事務作業補助者の評価が導入されましたが、一般病棟でしか算定できません。それをもっと取りやすく、かつ、一般病棟以外でもとれるようにすべきではないかと日病協として要望しています。勤務医の負担軽減として、医師の数を増やすよりも迅速な効果が期待できますからね。

織田 安藤副会長は会務のかたわら、全国の病院の若手経営者を集めたヤングフォーラムの活動に熱心に取り組んでいます。



安藤 1998年に兵庫県支部が担当して、神戸市で開催された全日本病院学会の準備過程において、たまたま若手経営者だけで気楽に語り合う場をもつてはないかということで開いたのが、今のヤングフォーラムです。主要なメンバーが広報委員会に集まっていたことから、その後は広報委員会が中心となっ

ただ、細部の点でどこまで改定で実現されるかは、まだ、まったく見えません。やはり、詳細は1月の中医協で明確になることでしょうか。幸い、西澤会長が中医協の委員ですから、基本小委の議論を注意深く、例えば、改定後の通知レベルの問題にもすぐ要望をかけられるように見守っていきたいと思っています。

織田 入院基本料は医師と看護師の評価だけで決まっていますが、もう少し単価の積算基準を明確にしてもらいたいものですね。それとコメディカルの評価も必要です。

猪口 看護基準については段差がつきますが、それ以外はすべて丸められていて、しかも、エビデンスがまったくありません。日病協の要望書でも、今改定後からでよいか、きちんとコストを分析し、根拠のある積算によって入院基本料を決めるべきであると申し入れています。

この作業は残念ながら病院団体の手には余ります。やはり、国の機関によって取り込まれるべきでしょう。中医協に付設された調査専門組織にコスト分科会がありますから、時間をかければできるはずですよ。

て毎年の学会で開催してきました。

勉強と情報交換が目的でしたが、結果的に、その中から有望な活動家が育っていますし、世代交代の中で各地の二世経営者に大きな刺激や勇気を与え、人脈を提供するという成果も出ています。

そこで、全日病としても、ヤングフォーラムを次世代育成プロジェクトとして位置づけ、日本の次代の病院医療を担う人を育てる事業として継続し、より積極的な取り組みにしていこうではないかと西澤会長とも話し合っているところですよ。ほかの病院団体にはない活動ですからね。

織田 ヤングフォーラムで得られたネットワークは大きな財産ですからね。

安藤 ところが、その若手が年とってきちゃっているんですよ。(笑) だから、もっと若い世代を発掘しないと。ここ数年、30歳代のメンバーが出てきてはいますが。

## 大型急性期病院として、IT通としての役割が

織田 神野副会長は、各種審議会に数多く出ていますね。

神野 昨年ですと、例の社会保障審議会のサービス保障(医療・介護・福祉)分

科会の委員を務めました。日本医師会の唐澤会長も一緒でした。11月にとりまとめた最終報告が各方面に反響を与えたようでして、何とか責任を果た

せたかなと思っています。

現在は、四病協の代表として、厚生労働省の「第7次看護職員需給見通しに関する検討会」や日本医師会の「地域医療対策委員会」の委員を務めていますが、それ以外にも病院団体代表とは別に、内閣官房IT戦略本部のIT新改革戦略評価専門調査会に付設されている医療評価委員会の委員として、医療・保健・福祉の情報化にかかわる施策に対する審査や評価を行なっています。

私は昨年4月に副会長を拝命したばかりですし、しかも、全日病の会員歴さらに理事歴も短いんです。その面では、まだ至らない点だらけかとは思いますが、ただ、地方の病院であることや急性期の病床を多く持つ比較的規模が大きい病院ということもあって、恐らく、これまでの流れとは異なる視点で考えかつ行動しろということかと、つまり、今の私から見える問題・課題に大胆に挑戦していかなければならないかなと考えているところですよ。

それと、私は多分に「ITおたく」なんです。(笑) そんなところにも、全日病に貢献できるものがあるのかなと思っています。そうした面では、電子カルテの導入とかオンラインレセへの切り替えといったインフラ整備の話は、もう終わりつつあるのだと思うんです。今や、どうしたら医師や看護師の負担が減って、今よりも仕事が楽になるのか、そのために専門職の役割分担があり、ITの活用があるということに目を向けていく、そ

## 全日病のIT化もぜひ進めたい

神野 もうひとつ、例の地域医療再生基金を使って沢山の県がIT化を試みようとしています。これを県まかせにするのではなく、国が介入して、他の県でも使えるような互換性と汎用性を確保しなければならぬと、委員会として厚労省に指摘するとともに、監視を強めようと話合っているところですよ。そうしないと、ITシステムの廃墟の山が生み出されるだけですからね。

猪口 それは重要な点ですね。日病協の要望書にも、「医療機関のIT化に適切な点数を設けるとともに診療情報の標準化、コード化を進めるべきである」と盛り込んであります。それと同時に、療養担当規則には、カルテなどの記載ルールが紙ベースで書かれていて、どうみても電子化と間尺が合わないの、その点の改正を求めています。

神野 同感です。さっきも言いましたが、医師の負担を軽減するという視点に立つと、IT化に伴って自宅にいても、それが遠隔地であっても、すべて情報

をみることによって指示が可能になるはずなんです。「点滴をもう1本射ちなさい」とか。今はそれが病院内でないとできないんですよ。

織田 IT化は、院内単体で活用されるEMR (Electronic Medical Record)という段階にとどまらず、国家プロジェクトとして推進されるEHR (Electronic Health Record)へと、総合的に考えていく必要がありますね。



神野 丁度今、例えば診療報酬の点数表に関して、そういう話が進んでいます。これを電子点数表にするといっ

ても、今の紙の点数表を単純に電子化してもだめなんです。診療報酬改定の段階でIT化に適したロジックをつくった上で点数表を完成させなければだめなんです。厚労省保険局は、「今回の改定では、電子点数表と紙の点数表を同時に発表する」とIT戦略会議で答弁しています。

猪口 きちんとコード化するということですか。

神野 そうです。これまでは紙の、つまり正本が完成してから電子化の作業に入っていたのです。それを「2010年度改定では同時発表を目指す」としています。ただし、最近の中医協審議をみていると、本当に間に合うのか疑問があります。(笑)

をみることによって指示が可能になるはずなんです。「点滴をもう1本射ちなさい」とか。今はそれが病院内でないとできないんですよ。

織田 IT化は、院内単体で活用されるEMR (Electronic Medical Record)という段階にとどまらず、国家プロジェクトとして推進されるEHR (Electronic Health Record)へと、総合的に考えていく必要がありますね。

猪口 そのためにもベンダーやメーカーの協力が欠かせない。経産省を引きずり込まないとね。

安藤 IT化は医療機関に限りません。全日病においても情報のペーパーレス化やテレビ会議といった資源と時間の効率化に取り組む必要がありますね。これも我々の負担を軽減させます。これは丁度織田先生が委員長である広報委員会の仕事になっちゃうかな。(笑)

織田 いえいえ、これは広報委員会の手には余ります。執行部が直々に陣頭指揮していただいて。(笑)





【新春特別座談会】西澤執行部を担う3副会長が語る—全日病の現在と未来

# シンクタンクは一步一步育てていきたい

## 「勤務医を含む若手・中堅を対象とした研修システムが開発できないか」

### 病院団体として初めて医療ツーリズムに取り組む

**神野** 実は私には今重要なテーマが課せられていまして、それは医療ツーリズムの事業なんです。元々は経産省が推進している国策事業で、わが国における医療ツーリズムの可能性を探る実証調査事業に、全日病が参加医療機関のとりまとめ役という立場から、企画主体である野村総研の呼びかけに応じてジョイントするというわけです。半年余りの準備を経てようやく動き始めるところまでできました。すでに会員病院にも参加の呼びかけをしています。

今回はパイロットスタディではありますが、医療ツーリズムを沢山手がけるようになると、雇用の創出効果が期待できるだけでなく、外貨を稼ぐという意味から日本の医療が輸出産業になることとなります。韓国など競争相手は大勢いますが、病院団体として外国人に日本医療の門戸を開くという意味からも大きな意義があるので、ひとつ頑張ってみようと思っています。

大型のアウトレット(安売店)に中国から観光客を招き入れる事業が始まったように、少子化による労働力減少を考えると、医療産業も外貨を稼ぐ必要が

あります。それと、外国人労働力の導入という面でも、医療産業が突破口を切り開く必要があると思います。

**猪口** 日本人は外国人とのコミュニケーションが不得手だけど、アジアの諸国は軒並み英語が喋れますからね。今、看護師等の国家試験も日本語でしか受けられないが、英語でも受けられるようにして、逆に日本人がもっと英語に馴染んでいく必要があるのではないかな。そうしないと、増える一方の高齢者を支える人材がいなくなる。我々も、そういう方向で対応していかないとなりません。

**安藤** それとは違うけど、医療人は国民やマスコミへの説明が不得手、十分ではないという批判が根強くあります。そこで、全日病も一種のスポークスマンを配置して、我々の見解や現場のこととか、医療の情報をこまめに説明したり発信する努力が必要かと思えます。

また、昨年10月にイタリアの私立病院協会が訪れましたが、これからは世界の病院協会とのコミュニケーションや連携を図っていききたいですね。

### 国民・マスコミとの対話に努めたい



**織田** 確かに、我々はコミュニケーションが下手かもしれませんね。現に、これだけ重要な活動をしてきているけれど、全日病の知名度が高いとは決して言えない。どうしたらよいのでしょうか。

**猪口** 医療の専門紙で全日病を知らない記者はいないでしょうが、一般紙になると知られていません。これは全日病に限りませんがね。でも、やはり、一般紙やTV取材に積極的に応じる努力は必要でしょう。それと、今後、終末期医療が国民的議論の俎上にあげられますが、例えば、最高裁でも「国民的コンセンサスになっていない」ことを判決理由にあげる時代だ。我々も専門家として、医療の重要な問題は国民世論に積極的に働きかけていく姿勢が大切ではないでしょうか。

**安藤** また、広報委員会の宿題ですね。(笑)でも、航空機事故が発生すると必ず某評論家がマスコミに登場します

が、これからは、医療の問題は常に全日病にコメントを求めてくるという関係を、マスコミとの間に作らなければなりません。

**神野** 病院のあり方委員会では、「病院のあり方報告書 2010年版」を計画しています。かつて、地域一般病棟の提唱で全日病に対する関心も高まりました。そういったインパクトのある、マスコミも注目する提言をしていきたいですね。

**織田** 国民の目線から全日病がどんどん情報発信をしていけるよう、副会長にはご尽力を期待したいものです。ところで、次代のリーダーとして、全日病の将来構想をうかがいましょう。

**猪口** 全日病の会員は中小病院が多数を占めています。また、半数以上が、療養病床を含む介護施設を併設しています。そうすると、医療にとどまらず、介護や在宅を含めた民間ベースの複合サービスを統合した組織づくりという方向性を確立していく必要があるだろうと思います。

### 公に向かいがちな行政を民に向けさせる努力が必要

**猪口** ここから先は、まったくの夢物語になるのですが、民間の医療・介護に携わる事業者の集まりとして、例え

ば、慢性期医療協会や老健施設協会といった組織があるわけですが、現在の分散した状態では、それぞれ思うように目標を達成することができない。そうした組織を一体にしていくという課題があるのではないかと。

現在のように「全日本病院協会」ということであれば、病院ごと老健施設に転換したら会員にはとどまれないのかということになりかねない。したがって、そうした点で柔軟な対応が求められるのではないかと思います。大きく変化していく情勢を見据えたとき、そうしたかたちでウイングを拡げること

によって全日病は大きくなっていくのではないかと考えています。

そこには官と民の問題もあります。やはり、日病協で議論していても、官と民との発想の違いを感じるがありますが、今後も税金や補助金など官と民による利害の違いが続くのであれば、やはり、民間ベースで、組織を横に拡げていかなければならないのではないのでしょうか。

**安藤** その点は私も同じ考えです。同時に、組織的な同化はともかくも、歯科医師、看護師、薬剤師、PT、OT、ST、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、さらにはケアマネジャー等の団体をも含む、医療と介護の関係者が一堂に会する連絡協議会といった連携も追求して然るべきではないでしょうか。

それと、いつの日か避けられない問題が病院団体の統合でしょうね。統合が実現すればパワーがまるっきり違いますから。

医療従事者に関しては、現在、医療

### 開業医と病院の違いをアピールする必要

**神野** それともうひとつは、医師会というか開業医との関係です。もとより開業医との連携は大切ですが、あくまでも病院と開業医とは立場が異なります。ここでも、我々のアイデンティティは病院であるということを強く自覚しなければならぬと思います。

先に紹介した社会保障国民会議の資料によれば、病院と開業医の医師1人当たりの医療費は、診療所が1に対して病院は1.3です。つまり、病院の方が医療費は多いのですが、病院の医師には看護師や薬剤師を初めとするコメディカルがいっぱいぶらさがっているのです。それは診療所の医師1人当たりの比ではありません。

配分の比を取り上げてパイの奪い合いをしようという考えはありません。しかし、病院医療はそれだけ大勢のスタッフで成り立っており、我々は医師の代表というよりは、病院スタッフの代表であるという立場から動かなければならないのではないのでしょうか。また、絶えずその点をアピールしていくのが我々の仕事ではないのでしょうか。

**織田** で、10何先の全日病はどのくらいの組織力を得ていると展望されますか。(笑)

**猪口** いや、今の情勢が続けば病院は淘汰されるから、間違いなく会員数は減りますよ。(笑)でも、先ほども申しあげたように、病院協会ということではなく、民間における医療と施設系介護事業者を統合した組織にしていけば、逆に組織は確実に大きくなります。もちろん、関連団体の意向はあるわけだし、全日病内部でも相当な議論が必要なわけですが、私は、そうした方向に向かわざるを得ないのではないかと思いますね。

厚労省は医政局、保険局、老健局と縦割りになっていて、整合性のない施策を平気で進めている。しかし、我々がいつまでもそうした縦割りでいることにはないと思います。我々こそ一体化を実現して、厚労省に、縦割組織を超えた総合的な施策を提言していくべきと。**安藤** 将来の全日病を予測する上で欠かせないのは、1つにはシンクタンクをどこまで育てられるかではないでしょうか。シンクタンクはなんとか成功させ

従事者委員会が積極的に研修活動を行なっていますが、できれば、勤務医を含む若手や中堅クラスを対象とした、良質な医師を育てる研修システムが開発できればとも考えます。

**神野** お2人と考えは変わりませんが、なによりも、全日病のアイデンティティは民であり病院であることで、これが、医師会とも日本病院会とも違う点です。実は、一昨年の東京学会で河北先生の「民主主義と医療」に関するお話を聞いて、民主主義というのは私をベースにした思想であって、公、つまり“公主主義”ではないんだということあらためて考えさせられました。

日本の病床数の圧倒的部分は民間ですし、2次救急も大半は民間が担っています。医療と介護をつなげているのも皆な民間病院です。したがって、民間病院というアイデンティティを絶えず明確にして、国や都道府県が公に向きがちなところを民の方に引き戻していかないと会員は全日病にとどまる理由がなくなるのではないかと考えます。

たいものです。このシンクタンクから厚労省に出向するということまで成長し、実績を残すことができれば面白いですね。猪口先生が言われる全日病の“EU構想”も、シンクタンクが重要な鍵を握っていると思いますね。

**猪口** 確かに、全日病の将来を展望する上でシンクタンクは大きな地位を占めています。まだスタートしたばかりですが、年を追うごとに研究項目を増やし、着実に成果を上げていきたいと考えています。そのためには、病院のあり方委員会を中心に、どういうデータや研究成果が必要であるかというところをきちんと議論していくことが大切です。そうした手順を踏まえながら、一步一步、シンクタンクを育てていきたいものです。実際、シンクタンクが期待どおりの機能を発揮していけば、我々は、データや研究成果にもとづいて自由に提言することができるわけですから、これは大きいです。

**神野** これからの日本の少子高齢化と人口減を考えると、少ない若年世代で多くの高齢者を支えるといった社会構造がしばらく続きます。その中で、こういうサービスを提供すればこれだけ医療や介護に金がかかる。サービスを落とせばこれだけ安くなり、サービスを充実させればこれだけ高くなる、といったような仕様書を国民に提示する必要があると思います。いいサービスをより安くでは、医療職、介護職が疲弊するばかりです。私は、そんな意味で、シンクタンクによる医療や介護のコスト分析に期待しています。そして、その成果を国民が議論する材料にしてもらえるよう世に問うべきと考えます。

**織田** シンクタンクといい、“EU構想”、IT化、あるいは医療ツーリズムの発想といい、それぞれに力強いお話をいただきました。3副会長が西澤会長を支え、我々が委員会活動を通して3副会長をバックアップします。

2010年度改定から2012年度ダブル改定までの2年間は本当に重要な時期です。さらにその先、5年、10年先も次の道が続くことでしょう。しかし、我々の一致団結によって、全日病が先頭に立って、わが国医療の再建をなしとげようではありませんか。



#### 【出席者】

全日本病院協会	副会長	猪口雄二
〃		安藤高朗
〃		神野正博
司会/広報委員会委員長		織田正道



新春座談会 I. OBが語る病院事務長研修

# 多彩な職種から転進。研修を契機に今はベテラン事務長

## 「レベルアップしていく仕組みがないと病院管理士は持続しない」

### 病院事務長研修とは？

2002年に始まった全日病の病院事務長研修(定員36名)は今年第9期を迎える。病院経営の基礎を1年(19日)かけて勉強する、他に例のない企画だ。

財務や人事管理など病院経営の基本知識から、経営計画の策定、医療会計制度、情報管理や質の管理、物品管理や委託費の削減方法、業務の再設計、コミュニケーションやコーチング、さらには経営改革の進め方など、幅広い分野にわたるカリキュラムが特徴。

自院状況をふまえた「経営健全化計画」は到達点を評価する尺度となる。09年度には制度会計と管理会計の分析から経営改善を検討するカリキュラムも導入した。

修了時に「認定規約」に合格した者を「病院管理士」として認定しており、その数は295名に達している。さらに、病院管理士が毎年集まる全日病学会での企画とフォローアップ研修が好評だ。



**大橋** 2002年に始まった全日病の病院事務長研修はこの1月で第8期を終えることとなります。この間295名が病院管理士の認定を受けています。そこで、OBとして3名の方をお招きし、事務長研修について語っていただきます。まずは、受講した動機と受けた感想を聞かせていただけますでしょうか。

**高橋** 私は第1回研修(2002年)に参加しました。私は理学療法士出身ですが、当時は開設直後の老人保健施設事務長という立場にいました。しかし、31、2歳ということもあって、理事長も参加を勧めたのでしょうか。

研修の成果をどれだけ活かせるのかと受講時は疑問を感じていました。しかし、1年後のフォローアップ研修に参加、同期の方の実践報告に接したことから、「自分も様々な面でチャレンジしてみよう」と考えるようになりました。今は法人事務局長という立場にありますが、このフォローアップ研修が1つのきっかけになって色々な広がりを持てたと思っています。

**松田** 私は第5回研修(2006年)に参加しました。私は2004年に入職しましたが、その前は金融機関にいたために、病院のことは何も分からない状態にありました。そこへ、理事長からお誘い

をいただいて参加することになったのです。研修では、財務分析、人事、経費の削減さらには他病院の事例と、実践に結びついた内容に接し、自院に持ち帰って活用に努めました。しかし、聴講しているときは理解したつもりでいても、日にちが経つと薄れていきます。そこで、今回、病院管理士の資格を前提としない「聴講生」という扱いで受講させていただいた次第です。2回にわたる研修は、いろいろな意味で役に立っていると思います。

をいただいて参加することになったのです。研修では、財務分析、人事、経費の削減さらには他病院の事例と、実践に結びついた内容に接し、自院に持ち帰って活用に努めました。しかし、聴講しているときは理解したつもりでいても、日にちが経つと薄れていきます。そこで、今回、病院管理士の資格を前提としない「聴講生」という扱いで受講させていただいた次第です。2回にわたる研修は、いろいろな意味で役に立っていると思います。

**柴田** 私は第7回研修(2008年)ですから、ほやほやです。広告会社を経て、ITやWebのプロデュースを手がけているうちに、理事長・理事から事務長就任のオファーを頂きました。その着任間もないときに、理事長の勧めで事務長研修に参加させて頂く事になりました。

研修では財務から人事まですべてを手がけるということを知り、非常に勉強になりました。研修後には受講生自身がひとつひとつ深める勉強をしていかなければならないのですが、何をやらなければならないかという点で私には非常に勉強になったと感じています。

**松田** 私のところはまだ私ひとりですが、来年は出そうと思っています。院内で何かやろうと思っても一人ではなかなかできません。やはり、ある程度同じ考えの人や同じ土俵の人を増やしていくことは大切だと思います。

**柴田** 次の世代はまだいませんが、私の前任者も出させていただいています。

ごく面白かったし、分かりやすい指標の作り方だったりというのを教えてもらったので、私にとってはすごく力になってますね。  
**大橋** 私の病院では、事務長研修に出られる人はなるべく出してあげています。事務長研修は当初は事務長もしくはそれに準ずる人が対象でしたが、若い人も受け入れることにしています。皆さんの病院では、受けるべくして受けた方だけでなく、その下の人、その次の人と次々に受けさせて、院内にOB仲間を作るといったことはしていませんか。  
**高橋** 私の病院からは合計4人受けています。

**松田** 私のところはまだ私ひとりですが、来年は出そうと思っています。院内で何かやろうと思っても一人ではなかなかできません。やはり、ある程度同じ考えの人や同じ土俵の人を増やしていくことは大切だと思います。

**柴田** 次の世代はまだいませんが、私の前任者も出させていただいています。

**高橋** 私は1期ということまで病院管理士という認定はいただきましたけど、それが一体どういう価値のもので、今後どのように活かしていけるのかが見えない状況で、資格をいただいたこと自体忘れていた状態でした。しかし、名刺交換すると病院管理士と書いている方もいらして、事務長仲間では認知されてきているのかなという印象は持ちました。

**大橋** 先生がおっしゃったとおり、やはり、取りっぱなしではなく、その価値を持続させたりレベルアップさせる仕組みを作って継続していかないと病院管理士という認定を維持していくのは難しいかなとは思っていました。

**松田** 私も、病院管理士の位置づけとか、世間の認知度という辺りがまだ不確かかなという気はしています。

**柴田** せっかく学んだ事ですので、1年に数回、講習会などをして、もう一度勉強したところを復習して学ぶという会を設けるといったように、フォロ

アップができるといいですね。受講者の実力がついていき、全国で活躍する事で、この資格の意義やバリューがついてくると考えます。

**高橋** 昨年10月に行なったフォローアップ研修には出ましたか？

**柴田** 参加しました。我々7期生ではない方も出られたので交流することができて、また相談の口が広がったかなと、心強く感じました。

**高橋** この提案については、東京でやるのか、毎年の全日本病院学会でやるのかということも含め、我々としても考えていこうと思っています。

**高橋** フォローアップ研修は、1回目の後しばらく出ていなかったのですが、一昨年の練馬総合病院の見学内容がよかった上に、昨年の鹿児島学会のプログラムも、とても刺激になりました。これからは毎年出ようと決めています。

**大橋** 自分以外の病院を見るというのも大事なことです。プログラムの組み方によっては、病院を見るだけじゃなく、参加者同士が問題点を話し合うといったようなことや、トピックスを講義してもらおうとか、いろんな方法があるんですよね。実際、各都道府県には、行ってみる価値のある病院が結構ありますからね。



**高橋** 私は1期ということまで病院管理士という認定はいただきましたけど、それが一体どういう価値のもので、今後どのように活かしていけるのかが見えない状況で、資格をいただいたこと自体忘れていた状態でした。しかし、名刺交換すると病院管理士と書いている方もいらして、事務長仲間では認知されてきているのかなという印象は持ちました。

**大橋** 先生がおっしゃったとおり、やはり、取りっぱなしではなく、その価値を持続させたりレベルアップさせる仕組みを作って継続していかないと病院管理士という認定を維持していくのは難しいかなとは思っていました。

**松田** 私も、病院管理士の位置づけとか、世間の認知度という辺りがまだ不確かかなという気はしています。

**柴田** せっかく学んだ事ですので、1年に数回、講習会などをして、もう一度勉強したところを復習して学ぶという会を設けるといったように、フォロ

アップができるといいですね。受講者の実力がついていき、全国で活躍する事で、この資格の意義やバリューがついてくると考えます。



【出席者】 医療法人財団天翁会 法人事務局長 高橋 賢  
医療法人社団医善会いずみ記念病院 事務長 松田 茂  
医療法人社団爽玄会碑文谷病院 事務長 柴田 鉄  
(司会) 医療従事者委員会委員長 大橋正賢

### 前身は金融機関、広告&ITそしてPT

**大橋** おふた方が異業種から事務長に就いています。高橋さんは医療畑ですが、事務ではなく理学療法士さんからの就任です。このように、事務長研修の受講者は色々な前職からなるため、カリキュラムの組み方も大変苦労するところ。また、1年勉強したら何かが身につくという事はあり得ません。その点、後で振り返ってみて、こういうことかと分かれば私は十分だと思っています。

カリキュラムでは、どれが印象に残りましたか。

**高橋** やはり、理念とかトップマネジメントとか、そういうものに基づく戦略・戦術といったところが記憶に残っています。それと業務効率化の話も印象が強かったですね。

**松田** 病院の会計あるいは病院独特の病床稼働率とか、診療報酬絡みの計算は初めてのことで、非常に勉強になりました。あと、国家資格を持った専門職の集まりですから、人事評価とか採用といった部分で色々教わるのができ、大変参考になりました。

**柴田** 病院の人事は非常に難しいと思います。ただ、授業で聞いたことはす

### 全日病学会と一体のフォローアップ研修

**大橋** 事務長研修は、ご存じのように、

修了証だけでなく、基準を満たした方

### 国が一般病院をどう考えているのかが見えない

**大橋** ところで、2010年ということですが皆さんの抱負を聞かせていただけますか。今年は診療報酬改定がありますから、それと併せてでも結構です。

**柴田** 自院は脳神経外科に特化した中小病院です。「脳卒中だったら碑文谷病院」と言われる地域密着の病院にしていきたいと日々全職員一丸となって運営をしています。2次救急と脳外科は密接な関係です。今までの改定では救急を手厚くするということがなかなかありません。やはり、安心して病院運営ができる診療報酬になればというのが本音です。

**高橋** 私共は高齢者の病院として在宅医療、訪問診療、介護にも力を入れています。今、一般病院の利益率は1%か2%ということで、単体ではやっていけないと言われていています。国として、一般病院を今後どうしようとしているのかが見えないのが非常に残念です。

また、介護保険では処遇改善交付金が支給されましたけれども、療養病院の介護職員は対象外です。病院とか介護施設という括りではなく、介護職員すべ

てに目を向けてもらいたいと思います。法人の抱負としては、やはり、地域の高齢者が安心して暮らせる、「天本さんがあってよかった」と言ってもらえるような、生活を支える医療機関でありたいと思っています。

**松田** 私共は区の要請もあって今のところに移転し、地域に密着した病院ということでやっております。実は、新型インフルエンザ対策の訓練を一昨年から準備していたところ、昨年4月に始まった流行にも順調に対応できました。また、BCP(Business Continuity Plan=医療継続計画)を策定し、5月にH5N1の訓練を実施しました。

やはり、地域医療を守るためには国にも少しは配慮していただきたいと思っています。

**大橋** どの病院も本当に努力し、経営と地域医療の両立に努めています。それだけ病院事務長にかかる負荷も大きいものがありますが、事務長研修の卒業生には大いに実力を発揮して、院長や病院職員を支えていただきたいと思います。



## 新春座談会Ⅱ. 卒業生が語る看護部門長研修コース

## 関心が看護部門から経営全般へ。財務諸表理解が成果

資格化の構想に「受講仲間を増やす方が大切」という意見も

## 看護部門長研修とは？

全日病の医療従事者委員会が主催する、看護部門長を対象にした研修コース（定員40名）。2005年に始まり、昨年の第5回研修までに201名が修了証を手に入れている。

看護部門長は、組織のトップマネジメントの一員として管理、運営に参画し、医療の質向上と医療収益の拡大に貢献していくことが求められていることから、とくに、①危機感・意識改革、②コスト意識の醸成、③革新・実践力の強化を目的として、2泊3日を2回、合計6日間40時間を超えるカリキュラムを組んでいる。

2009度は、社会や病院から看護部門長が求められているもの（組織的問題意識の向上）、医療の質向上活動、病院経営の基礎となる医療会計制度や、財務諸表の見方などを強化するなど、毎年のように研修内容の改善に努めている。

受講者の評判は高く、毎年、定員を超える申込みを受けるため、受付を断ることが多い。

**大橋** 2005年から始まった全日病の看護部門長研修コースは、昨年で第5回を迎えています。この間201名が修了証を手に入れています。本日は第1期、3期、4期の修了者にお集まりいただき、看護部門長研修について語っていただきます。

まずは、受けられた動機やその印象等をうかがいます。



**廣田** 精神科病棟の部長をしています。私は看護部長に勧められ、第1期に参加しました。研修では、看護部門長という立場から病院経営にどう貢献していくかという視点をあらためて確認させられ、まずは、看護部門において経営をしっかりとやらねばならないということを自覚させられたことが一番の成果でした。研修を受けてからは、やはり私も経営者の一員であり、一緒に働く職員とも、単に楽しい仲間だけではいけないと感じました。

その結果、上から言われた指示であっても、それをすぐ下におろすのではなく、なぜそれが必要なのか、どのようにしてみんなに協力してもらえるのかを自分の頭で考え、具体的なかたち

にして職場におろし、看護部長と一緒に目標を持って頑張っていくという姿勢を保ってこれたのではないかと思います。

**松山** 看護部長をしています。218床の急性期病院として、年間6,000台の救急車を受け入れています。この研修は事務長から勧められて第3期を受けました。急性期医療は大変厳しい状況に置かれ、赤字を余儀なくされています。看護部長として、医療の質を落とさずに黒字化するにはどうしたらよいかということで、看護部門の考えを上にあげるとともに、下にも理解させていかなければなりません。この、伝える内容を可視化し、上の人や下の人にわかてもらえるようにすることが私のテーマでしたが、研修によって、経営的な問題を数字に置き換える計算等に取り組むことができ、非常に勉強になりました。



**佐々木** 急性期病院整形外科の看護師長をしています。私は第4期を受けたのですが、動機は、看護師教育とか財務について勉強してきたものの、やはり、稼働率のことなど経営全般の知識が足りないと感じたからです。

めには私達看護が頑張らなくなってしまう。その結果が数字で毎月毎月出てくると皆楽しくなるんです。

**佐々木** 私は財務というのは分からないことだらけでした。研修で、それを教えていただいたため、数字の重要性が分かるようになりました。

当院もDPCに入っているのですが、現場には毎週DPCの一覧表が患者ごとに出てきます。それを職員に見てもらって、自分のチームの患者さんに関する在院日数と点数との関係を理解し、退院に向けた看護の取り組みの重要性を理解してもらっています。

それと、師長、主任とマネージメントの勉強会をやっていますが、それぞれが持ち回りで講師を務めます。先日も私

の番で夜勤時間数と外泊など稼働率の問題を取り上げました。そうやって苦手な財務を少しでもみんなで共有し、理解し、病院の経済に看護部もかかわっているという認識を持っていきたいと考えています。

例えば、毎日、時間を決めて皆が集まることでベッドコントロールがうまく進むと病床の稼働も上がります。午前中に退院して午後には受け入れるという体制をとることもできて、微増ですが、ボーナスアップにもつながりました。ただ、財務のことばかりでなく、やはり、周辺業務を整理して薬剤課にも協力を仰ぐなど看護師の働きやすい環境作りをしていきたいとも考えています。

## WLB、24時間託児所、復帰支援で離職を減らす



**大橋** 研修では財務諸表が一番苦勞したところでしたが、皆さん分かったみたいですね。（笑）

実際、コスト意識はきわめて大切で、皆さんに持ってほしいと思います。ところで看護師の離職率はどうですか。

**廣田** 永生病院は一頃、離職率が高かったですね、でも中途入職も多いんです。当院は高齢者の多いケアミックスですから、ライフスタイルに合わせて子育てをしながらという看護師を受け入れやすいし、病院も託児所を設置してくれました。それで戦力になる人が入ってくれました。加えて先輩ナースの助けもあり、アットホームな雰囲気でも離職率を抑えることができました。

ただ、今はすぐに戦力になってもらうという考えはやめています。まず、師長と主任が当番制で中途入職者達の研修を1年間やってサポートすることにしていきます。即戦力ということよりも、病院全体の研修を経てから現場に入って、そこにプリセプターが付いてという風に教育方針も変わってきています。

**松山** 私たちのところは7対1を取っているのですが看護師不足が切実です。そこで潜在看護師の復帰支援に力を入れ、年に3回研修を組んでいます。急性期と知って参加されるので即戦力にはなりませんね。

皆さん子育て中の方がほとんどですから、託児所は24時間必要です。子供が

熱を出したとって休むのも受け入れなければなりません。すると、口コミで別の方を連れてきますから日中が潤ってきます。こうやって退職率を抑えることができました。

**大橋** 5期生にアンケートをとったところ、認定証を出してほしいという声が出ました。事務長研修には「病院管理士」という資格があり、認定証を発行し、年1回フォローアップの機会を設けて資格を維持していています。皆さんのご意見はどうですか。

**松山** 看護協会の「認定看護管理者サードコース」と比較してどうかという問題があるのではないのでしょうか。試験をして認定証を出しても、この認定証がどのくらいの重みを持つかは私は疑問ですね。

**大橋** 看護師という資格の上にさらに「管理」という資格をつけて、どれだけ意味があるのかなという疑問はありますね。

**廣田** 逆にもっと大勢の方に受けてもらって、病院に共有できる仲間が増える方がよいのでは。落とす試験ではなく、大勢の仲間を増やしたほうがよいように思います。

**松山** このコースを受けると「認定看護管理者」の受験資格要件の1つとして認められている、リンクしてますよという考え方はどうでしょうか。

**大橋** 参考にさせていただきます。これからも、看護部門長研修の卒業生として、病院経営の一角を担う活躍ぶりを期待しています。



▲看護部門長研修風景（第5期研修から）

## 経営的な数値を読んで改善できるようになった

**大橋** 看護部門長研修は、一般に、看護協会等がやっているものとは違うプログラムを組んでいます。たかだか2泊3日が2回で、どれだけの成果が得られたかというところが難しいところがありますが、どのような形で職場で生かすことができましたかお話しいただけますか。

**廣田** 自院はBSC（バランス・スコア・カード）を取り入れていますので各部門が数値化されています。理事長を交え、事務局、医局、先生、師長が参加する診療報酬の会議に、毎月集計される回転率や稼働率といった経営的な数字が示されます。したがって、数値を改善するにはどうしたらよいか、自分の立場での目標が見えるようになりました。

**大橋** 研修であらためてBSCやコーチング等について教わったわけですね。

**廣田** コーチングやチームにおけるコミ

ュニケーションの取り方については、「協力ゲーム」みたいなものを通して体で実感できた点が印象深かったですね。これは教育に使えるなと思いました。



**松山** 私の病院もBSCを取り入れていました。ただ、研修で初めて財務諸表に触れ、財務諸表を介した数値に表わされる結果を出すことの面白さに開眼させられました。

**大橋** 菊名病院では目標値も数値化されるんですか？

**松山** されます。DPCをやっているのですが、疾病ごとの在院日数表をみてなるべく短くもっていかうとか。複雑性・効率性の指標による評価では、疾患の複雑な患者さんを早く退院させると高評価になりますが、早く退院させるた



【出席者】 医療法人社団永生会永生病院 看護師長 廣田友子  
医療法人五星会菊名記念病院 看護部長 松山昌子  
財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 看護師長 佐々木里美  
(司会) 医療従事者委員会委員長 大橋正實



# 両大臣間で決まらず官房長官が財務相を説得

## 2010年度診療報酬改定 急性期以外の引き上げはわずか400億円。外来も400億円の増額

長妻厚生労働大臣は12月23日、藤井財務大臣との閣僚折衝で2010年度診療報酬の改定率について合意に達し、終了後の記者会見で、「ネットで0.19%、本体部分で1.55%引き上げる。薬価・材料価格全体では1.36%引き下げる」と発表した。診療報酬全体の改定率がプラスとなったのは+0.2%上がった2000年改定以来である。

医科は+1.74%と約4,800億円の増額となるが、そのほとんど4,000億円を急性期入院医療に投入、「勤務医の負担軽減と医療崩壊の阻止に活かしたい」(長妻大臣)としている。

渋る財務省を相手に勝ち取ったプラス改定ではあるが、長い医療費抑制で疲弊している病院界には、「マニフェストとはだいぶ違う。これでは地域医療の再建は難しい」という声が高い。

財源難を理由にプラス改定を渋る財務省を相手にギリギリ増額を勝ち取った



▲改定率を発表する長妻大臣

た恰好だが、厚労省自身はネット+0.36%を要求していただけに落胆を隠していない。それでも、折衝後の長妻大臣は報道陣に、「内部の配分をぎりぎりまで見直していくことでなんとか当初見込んでいた施策が打てると思う」と語った。

12月21日の1回目の大臣間折衝では本体部分を引き上げることのみで合意することが精一杯であったが、続く2回目の折衝は、23日の午前に平野官房長官が首相官邸に両大臣を招いて行な

われ、官房長官が0.19%のプラス改定を提示した。

長妻大臣は即了承したが、藤井財務大臣が強く抵抗したため話し合いは難航。平野官房長官がなんとか説得、午後再度財務省で協議した結果、診療報酬配分に関する方針で合意にいたり、夕方の発表となったもの。

薬価・材料価格と引き下げによって生じる財源は約5,000億円。これに約700億円を上乗せしてネット0.19%と辛うじてプラス改定が実現した。その内、産科、小児科、救急、外科を中心に急性期入院に約4,000億円が投入される。

入院医療には、入院基本料の引き上げ、看護補助加算、チーム医療の評価等課題が多く、中医協でどういう配分が実現す

■2010年度診療報酬の改定率 \*数字は医療費ベース

全体の改定率	+0.19%	約 700億円
本体	+1.55%	約5,700億円
医科	+1.74%	約4,800億円
入院	+3.03%	約4,400億円
外来	+0.31%	約 400億円
※急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分する。また、再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る。		
歯科	+2.09%	約 600億円
調剤	+0.52%	約 300億円
薬価・材料	-1.36%	約5,000億円
薬価改定	-1.23%	(薬価ベース -5.75%)
※別途、後発品による置き換え効果の精算を行う。		
材料価格改定	-0.13%	

るか注目される。約400億円の増額となる外来について、財務省は診療科ごと配分の思い切った見直しと診療所再診料の引き下げを求めている。

一方、厚労省は、薬価からの財源付け替えを増やすために、後発品の使用促進に大きな期待を寄せている。

## DPC調整係数 今改定で25%を置き換える。4改定で廃止?

### 2010年度改定の議論 90日超減額・除外規定は若人も対象。12年度改定へ医療区分導入を検討

基本小委は、2010年度診療報酬改定をめぐる09年内の議論を12月18日で終えた。

DPCの新係数導入に関しては、①厚労省が提案する6項目の評価項目を前提としたシミュレーション結果を踏まえて、調整係数を新係数へ置き換えるプロセスを検討すること、②4改定を経て新係数に切り替える点は改定後に再び検討すること、を確認した。

一般病棟における90日超患者の減額・包括化は、①現在の75歳以上対象という年齢制限をなくした上で12項目の除外規定を継続すること、②改定後に、介護施設を含む長期患者全般の調査結果を踏まえ、医療区分導入の可否を検討することで合意した。

また、算定要件に地域特性を反映させる方向で、可能な案を検討することも合意された。

る割合は全病院総点数の25%とする、④以後、改定ごとにλの数値を変えながら置き換え部分の割合を高め、16年度改定で、各病院は「基礎係数(仮称)+新機能係数」にもとづいた包括点数を算定する(別途図版2点を参照)。

この提案に、診療側は「病床規模や病院類型ごとにどうの変化が出るのか試算がみたい」と要求、事務局は1ヶ月かけて試算するとした。

シミュレーションでは、置き換え率を25%とし、新係数を事務局案の①~

④と⑤⑥とに分けた上で、点数の最大値・最小値や病院類型ごとの比較を試みる。したがって、新係数へ移行する具体的な方法の決着は1月末となる見込み。

議論では、「現在の調整係数の一定割合が残る」基礎係数を一律とするか、病院ごとに設けるかという問題が提起され、今改定後に議論されるべき課題とされた。

新係数の項目は①~④の採用で概ね合意しているが、今後、DPC分科会で具体化される「救急医療(入院初期)」と「地域医療への貢献」について、さらに、「チーム医療」については出来高における入院基本料への加算の可能性を含め、それぞれなお議論が続けられる。

■12月16日

2010年度改定のテーマ DPCについて

●新たな機能評価係数の導入に関する対応案

1. 導入する具体的な機能評価係数案

①正確なデータ提出の評価、②効率化の評価、③複雑性指数の評価、④診断群分類カバー率の評価、⑤救急入院初期の評価、⑥地域医療貢献の評価、⑦チーム医療の評価

※⑤⑥は具体化作業に着手しつつ導入の可否を検討。⑦は診療報酬全体議論と整合を図りながら引き続き検討する。※改定率等の決定を踏まえて各項目の重み付けを検討する。

2. 新機能評価係数を含む医療機関別係数の設定方法

(1)DPC対象病院全体として、現行調整係数の25%相当を新係数に置き換える。(2)上記と合わせて各病院の暫定調整係数を次のように設定する。

①各病院の調整係数に一律の定数(λ)を乗じて今改定の暫定調整係数とする。②λは、今改定の包括点数と新係数で置き換えられる総点数等から算出される。(3)上記を踏まえ、最終的な医療機関別

係数を次のように算出する。医療機関別係数=暫定調整係数+新係数+現行の機能評価係数

3. その他の算定ルール等の見直し(略)

4. 調整係数の廃止に向けた対応について

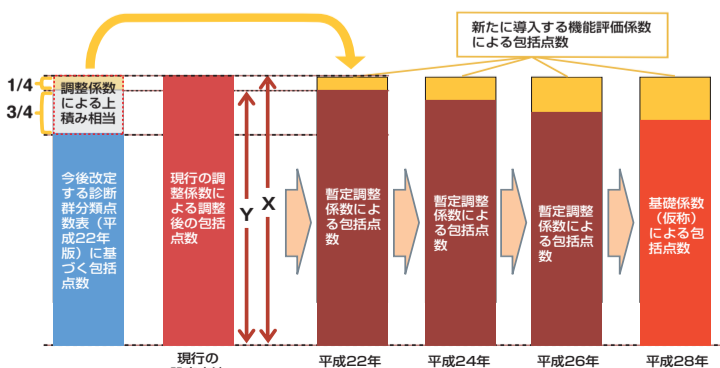
(1)現行調整係数は4回の改定を経て廃止する。(2)12年度改定を目標に医療機関別係数のあり方について整理。

【議論】

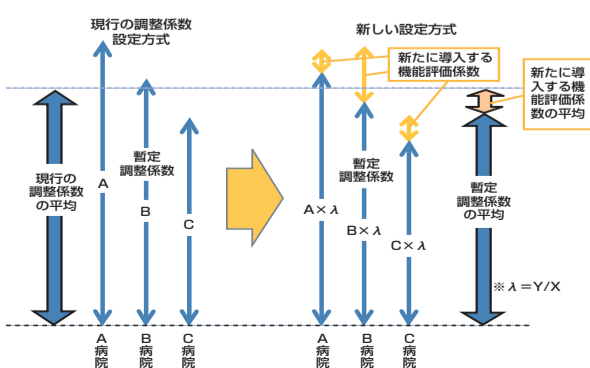
事務局(厚労省保険局医療課)は、4回の改定を経て調整係数を廃止するとし、10年度改定では調整係数の25%を置き換えるという案を提示した。

そのプロセスは、①各DPC対象病院の現行調整係数に定数(λ)をかけたものを「暫定調整係数」とする。②λは10年改定現在の全病院による包括総点数(X)に対する暫定調整係数にもとづく包括総点数(Y)の割合(Y/X)であり、全病院一律の定数として現行調整係数を新係数に置き換える「圧縮係数」である、③今改定で新機能評価係数に置き換え

■新たな機能評価係数の導入及び調整係数の段階的廃止の概念図(案)(全DPC対象病院の総点数の変化)



■平成22年改定における暫定調整係数の概念図(案)(個別病院ごとの変化)



2010年度改定のテーマ 初・再診料について②

病院と診療所の再診料を同額とすることで両側とも合意。診療側は病院を引き上げることで対応すべしと主張。支払側はこの点を明確にしていない。支払側は外来管理加算の成り行きもみて判断するとみられる。

診療科で初再診料を別にすることには両側とも反対した。医療課は処置や検査等の包括によって診療科間の調整をとるという考えに言及。この点はさらに検討が続けられる。

■12月18日

2010年度改定のテーマ 長期入院患者に係る診療報酬について

事務局は一般病棟90日超患者に対する減額・包括を若人にも適用し、12項目の除外規定を医療区分2・3に置き換えた上で、該当する患者は引き続き出来高払いとする案を提案。15対1病棟に限り、90日超患者全員に医療区分を適用する考え方も示した。

西澤委員(全日病会長)は一般病棟への医療区分の導入に反対、現行除外規

同一日複数科受診における再診料算定について、診療側はなんらかの点数をつけるよう求めた。支払側は「原則論として理解できる」としたが、慎重な姿勢だ。

外来管理加算は5分間規定を撤廃することで両側とも合意。だが、5分間に代わる「担保」については意見集約にいたらず。支払側からは「不透明」を理由に将来的な廃止を求める意見も。ただし、今改定での廃止は否定した。

定の継続を求めるとともに、今後、一般病棟90日超、特定疾患病棟、障害者施設等さらには療養病床や介護施設を含めた患者を調査し、それに基づき12年改定に向けた議論をすべきと提案した。

その結果、今改定については、①90日超にかかわる減算包括化の年齢制限を廃止する、②12項目の除外規定を継続する、ことで合意した。

2010年度改定のテーマ 地域の特性を考慮した診療報酬点数

事務局は地域加算の大幅な見直しに否定的。「地域事情を考慮した要件の緩和」には両側とも賛同したが、支払側からは「要件緩和は診療科で絞るという考えもある」という意見も。

要件緩和について、遠藤委員長は「本質的な部分は改定後に検討するが、今改定で対応可能な方法を検討したい」と宣言した。