



全日病 NEWS 6/15

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.734 2010/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

西澤会長 医療再生に向け日医と共同歩調をとる

第95回定期代議員会 ただし、「それぞれの特徴を生かした中で協力し合う」

第95回定期代議員会および第84回定期総会が6月5日に東京都内で開かれ、2009年度の事業報告と決算をともに承認した。

西澤会長は、冒頭挨拶で、全日病総研の活動と「病院のあり方に関する報告書2010年度版」の作成を2010年度事業の軸に据えるとともに、2010年度版で「15年、20年先を見据えた日本の医療と医療提供のあり方」を提言する考えを示した。

また、菅内閣の誕生に言及、「安定した政治を実現してほしい。政治がしっかりしなければ、いくら提言しても医療はよくなる。日本の政治がよくなれば日本の医療はよくなる」と、安定した政治の実現を求めた。

そして、「政治の混乱の中で医療崩壊という声がかたくなっている。しかし、医療崩壊は止まっている。我々は、そのことを、政治にも国民にもきちんと訴えて、医療崩壊から立ち直っていかなければならない」と述べ、医療再生に向けて「(我々医療人は)政治にも立ち向かっていくことが重要である」という認識を披露した。

その上で、「医師会と病院団体は、同じ医療人として、同じ目的に向かっていかなければならない」と述べ、原中体制の日医と共同歩調をとる必要を認めた。ただし、「医師の職能団体である医師会、病院という組織の集まりである病院団体が、それぞれの特徴を生かした中で協力し合って日本の医療を再生していくべきである」と、自律した団体として対等な協力関係であることを強調した。(7面に09年度事業報告の前文を掲載)

日医会長が22年ぶりに来賓挨拶

第95回定期代議員会には原中勝征日本医師会長、鈴木聰男東京都医師会長が来賓として出席、挨拶した。来賓として日本医師会長が本会代議員会で挨拶したのは、1988年(昭和63年)3月27日の第49回定期代議員会で羽田春免会長以来、22年ぶりとなる。

09年度事業報告は、0.19%とわずかながら10年ぶりのプラスとなった10年度診療報酬改定を「改定内容は、救急・産科・小児科・外科が主体であり、急性期医療に多くの財源が措置されたが、実際には多岐にわたる改定がなされた。平成22年度にかけ、その内容は十分に検証する必要があると同時に、今後の診療報酬のあり方を論議しなければならない」と総括。

急性期医療に多く配分された一方で、地域医療に貢献する中小病院や医療必要度の高い患者を受け入れる慢性期病院にも一定の配慮がなされた改定内容の精緻な検証と分析の必要を示すとともに、次期改定に向けた議論に10年度から取り組む必要を提起した。

また、会員数が引き続き増加をたどつ

ていることを取り上げ、「これは、各支部や委員会の積極的活動の成果である」と指摘。主要な支部・委員会活動を列挙した上で、これらの取り組みは「『国民が納得できる質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行う』という当協会の基本的考え方を実践していることを表している」と評価、「今後も、明確なビジョンと戦略を持ち、各種事業活動を続けていく必要がある」と、今後も多岐にわたる支部・委員会活動を事業方針の基軸に据えるとともに、その充実を図っていく方向性を明らかにしている。

09年度一般会計の当期収入は約4億7,730万円、前期繰越収支差額を加えた収入合計は5億3,560万円。これに対して、当期支出は4億6,622万円となり、当期収支差額は1,110万円の黒字を計上、大幅な赤字を計上した20年度決算から1年で黒字に復した。次期繰越収支差額は6,940万円となった。

また、唐澤祥人前日医会長に代わって、原中勝征日医現会長を本会顧問として委嘱する議案が承認された。

■原中勝征日医会長の挨拶(要旨)

医師会の目的は、あくまでも国民に開かれた、国民のための医療制度を構築するというにある。民主党については前回の総選挙のマニフェスト作成に参加、毎年2,200億円抑制の廃止を決めてもらった。今回の参院選マニフェストをまとめている国民生活研究会にも呼ばれて講演した。

国民が文化的最低生活を保障されるセーフティネットを守るためにはどう動くべきか。これが今、医師に課せられている最大のテーマである。目の前のこと、現在のことを要望・主張することは絶対必要であるが、それを補う財源のことも同時に議論しなければならない。

政治家が自らの力で政治を実行する時代がきたが、医療に関して民主党にはまだその力がない。しかし、その力を育てるのは我々医師である。私は、医師会がそれを担っていかなければならないと決心しているところである。



■西澤会長の冒頭挨拶(要旨)

2009年度は民主党政権の誕生と診療報酬改定というできごとがあった。民主党政権に対する国民の期待度は大変大きく、我々も高い期待を寄せた。医療に関する民主党の公約は、診療報酬を10%上げるというものであったが、実際はプラス0.19%であった。これをどのように評価すべきか。経済財政が厳しい中で10年ぶりにプラス改定を実現したことは素直に評価したい。しかしながら、そうした情勢であったならば、最初にプラス10%と宣すということはすべきではなかったというのが偽らざるを得ない気持ちである。

改定の結果、医科本体は1.74%と4,800億円引き上げられたが、その主たる対象は救急、産科、小児科を中心とする急性期とされ、大病院には重点的な配分が行われたが、全日病会員の中心である中小病院や慢性期の病院には十分回らなかった。

内閣が決めた改定率で枠がはめられ、社保審で決められた改定基本方針で重点項目が決める中、中医協ではかなり頑張ったつもりであるが、いずれにしても、こういう結果となったことは大変申し訳なく思う。しかし、厳しい中でも色々と工夫を凝らし、頑張っている中小病院と慢性期病院にはいくらかでもプラスとなるように努めた。この点をご理解いただきたい。

改定が終わると中医協も一段落し、ややもすると議論がないままに1年が経過し、次の改定に向けた議論が始まるときは見直し項目に関するデータがないということが繰り返されてきた。5月26日の中医協で我々2号側は「今後の検討課題」というものを提案した。

提案の主旨は「10年度改定の検証とともに、次の改定に向かって新しい項目を検討すべきである」というものである。6月後半の中医協では1号側からも提案が示され、その結果を踏まえて議論が開始される。このようにして、つつがなく次期改定に向けた準備をしていきたいと思っている。

当協会は09年度にシンクタンクを創設、本日お配りした「ホスピタルフィーのあり方について」というのをまとめた。今後の活動においては、これを参考にしながら、色々取り組んでまいりたい。

10年度の事業は、このシンクタンクの活動とともに、「病院のあり方に関する報告書2010年度版」の作成を軸に進めてまいりたい。「2010年度版」では、15年あるいは20年先を見据えた日本の医療のあり方、医療提供のあり方を再び提言してまいりたい。

民主党政権については、新しく菅総理大臣が誕生したが、これによってどうなるかは今のところ不透明だ。しかし、国民の声を素直に聞いて、少しでも安定した政治を実現してほしいと考える。

我々はこれまでも、色々医療に関する提言をしてきた。しかし、政治がしっかりしなければ、いくら提言しても医療はよくなる。そういう意味からも、やはり、政治の安定、政治がしっかりすることが一番大事である。日本の政治がよくなれば日本の医療はよくなる。そういう意味から、今後は、政治にも立ち向かっていくことが重要であると考えている。

最近では政治の混乱の中で医療崩壊という声がかたくなっている。しかし、医療崩壊は止まっている。我々は、そのことを、政治にも国民にもきちんと訴えて、医療崩壊から立ち直っていかなければならない。

そういうことでは日本医師会とも協力してやっていかなければならない。医師会と病院団体は、同じ医療人として、同じ目的に向かっていかなければならない。その中で、医師の職能団体である医師会、病院という組織の集まりである病院団体が、それぞれの特徴を生かした中で協力し合って日本の医療を再生していくべきであると考えている。

清話抄

平成22年の医療保険点数の改正が終了した。回復期と療養病棟を持つ病院としては回復期I、療養Iの基準を取得できたのでなんとかプラス改訂になった。

しかし、回復期では毎日6単位以上提供することが求められているので技

師を数名補充する必要があった。療養型においては、医療区分が低い方を受け入れることが難しくなった。

この2年ごとの改訂にあわせていく多大な労力と費用に多くの経営者は疲弊している。

従来の改訂は、構造評価を点数としていた、前々回から結果を評価する点数が付くようになった。今回初めてプロセスを評価して点数がついた。医療を正しく評価する為には、構造も結果も

大事なことではあるが、プロセス評価が最も重要であると私は考えている。

構造の評価であれば、人を集めて建て替えができれば内容は問われないが、医療においては内容が重要である。一生懸命診療しても結果が悪い病院では収入が得られないとすれば、結果が良くなる人しか医療が提供されなくなる可能性が有る。

ある程度の構造とある程度の結果が出せる病院であれば、その内容である

医療提供のプロセスを評価する事が、やりがいのある医療提供体制になると思う。ただし、残念ながらどんなプロセスで医療を提供すれば良い結果が得られるのかが、全国的に標準化されていないし明らかにもされていない。

東京大学工学部のPCAPS研究会において診療内容の可視化と標準化が研究されている。診療内容が可視化されて、その結果点数の改正による疲弊から解放されることを夢見ている。(進)

主張

「経済・財政・社会保障の一体的立て直し」に期待する。阪神・淡路大震災から15年。この節目の10月に、兵庫で全日本病院学会を開催する。地域医療に貢献できる場としたい。

民主党が鳩山政権で失った世論の支持回復をねらい、菅新首相のもと自分たちを幕末の志士になぞった「奇兵隊内閣」がスタートした。山積する問題の中、限られた予算と人材で、一度失った信頼という土台をどのように築き直していくのか、大いに期待するところである。

その方針の中の一つに、「経済・財政・社会保障の一体的立て直しに取り組み」とある。つまりは、新成長戦略による経済の発展と国の成長、大きな借金でまかなってきた財政体質の改善、経済の発展に欠かせない

社会保障の充実について相乗的に取り組むというものであるが、身分制にとらわれない奇兵隊を名乗る以上は、その方針を進める中で、社会的弱者への目を決して失わないよう邁進してもらいたいものである。

また、今年は阪神・淡路大震災より15年目の節目の年である。私自身も平成7年1月17日に起こった、この大震災を経験した1人であり、決して記憶から拭い去れない体験をした。世界各国で増加の一途をたどる人為災害、自然災害の報道がある毎に、現場での救急問題が他人事ではなく身

にささる思いを持つとともに、日本の、救急の問題をはじめとした医療崩壊の現状に憂慮の念を禁じえない。

そんな中、来る10月10日・11日の両日にわたり、「グローバル社会と医療」をテーマに掲げ、神戸国際会議場にて「第52回全日本病院学会 in 兵庫」が開催される。兵庫での開催は、昭和39年の第3回全日本病院管理学会(植田安雄学会長)、昭和44年の第8回全日本病院管理学会(藤田登学会長)、平成10年の第40回全日本病院学会(川北博明学会長)に続く、4回目の開催となる。

本学会が節目の年に、被災地である兵庫県神戸市にて開催されることは、多くの犠牲者への追悼の念、過去の災害から学ぶ教訓の発信等様々な意味あいを含んでおり、また、会員病院のみならず医療関係者の皆様が一同に会し、医療の質向上、経営基盤の充実や今後の日本の医療の方向性等について議論を交わすことは非常に重要な機会である。

そして、その成果を共有し、日本社会を支えている地域医療に更なる貢献ができるステップとすべく、多くの方の参加を心より願います次第である。(N)

審査の支部間格差解消に向けて体制を整備

支払基金 苦情・疑義照会に1ヵ月で回答。国保中央会、厚労省医療課とも連携

社会保険診療報酬支払基金は6月3日、審査体制の機能を強化するための新たな方策を6月1日から実施したことを明らかにした。

支払基金内に設置された「今後の審査委員会のあり方に関する検討会」が2月にまとめた報告書にそったもので、レセプト審査の支部間格差を解消し、関係者からの疑義照会と苦情に迅速に対応できる体制を整えることを目的としている。

新たな方策の概要は以下の通り。
(1) 審査に関する保険者、支部等関係者からの苦情と疑義照会に対応するための「審査に関する苦情等相談窓口」を本部審査企画部に設置する。苦情は、「専門分野別専門医グループ(WG)」に回答作成を期限付きで依頼。WGはWeb会議、電子掲示板、メール等を駆使して迅速に検討、関係者には原則として1ヵ月以内に回答する。

(2) 審査に関する疑義に迅速に対応するために、案件ごとに、審査委員または外部の専門家からなる原則3名の「専門分野別専門医グループ(ワーキンググループ)」を設置する。WGは、①審査に関

する苦情、②診療報酬点数表に関する疑義照会事例、③学会等のガイドラインと保険診療との不整合事例などについて検討、医学的見解の作成、回答および情報提供を行なう。本部は、その結果を、関係者とともに全支部に情報提供するとともに、厚労省医療課および国保中央会にも連絡する。支払基金が医学的見解を示した事項に関する医療課の正式な取り扱いが示された場合は、すみやかに支部および国保中央会に連絡する。WGの親として、特別審査委員会委員長または各支部審査委員会委員長から委嘱した4名からなるWG

運営会議を置く。
(3) 全国の審査委員会が情報を共有し、相談・協議を行える体制として全国を6つに分けた「審査委員長等ブロック別会議」を開催、ブロックごとに中核支部を定める。ブロック別会議は審査取り決め事項の差異等各審査委員会の審査基準について協議する。
(4) 支部において専門医の審査委員が不在の診療科がある場合等、他支部に審査照会して相談協議ができるよう本部審査企画部に支部との連絡調整の担当を配置、「審査委員会間の審査照会(コンサルティング)」を実施する。例えば、

a. 難病等専門医が不在の診療科、b. 1人診療科、c. 高度で専門的な領域など、他支部の専門医に依頼することが必要であると審査委員が判断したレセプトが対象となる。
(5) 効率的で質の高い審査を実現するとともに、全国の審査委員会が相互に連携を図り、整合性のとれた審査が行われるよう、審査委員会の機能を強化し、審査に関し、本部及び審査委員会間相互の連絡調整、外部関係との協議、職員の指導・助言等の業務を行う「医療顧問」を設置する。

支払基金 オンラインレセ振込額明細データの提供を開始

社会保険診療報酬支払基金は、オンライン請求のレセプトについて、診療報酬等の振込額明細データの提供を6月15日から開始する。
提供対象はオンラインで請求する医療機関と調剤薬局だが、オンライン請求事務代行者委託分は除外される。
提供データは、振込額決定情報、再

審査情報、増減点連絡書情報および返戻内訳書情報に関する11種類で、オンライン請求システムの画面にある「振込額明細」ボタンを押し、「CSV形式」または「Excel形式」を選択の上、振込額明細データをダウンロードしてもらう。ファイルレイアウトの詳細や操作マニュアルなど提供データの仕様

は、支払基金のホームページまたはオンライン請求システムの「マニュアル」からダウンロードできるようにしている。
提供開始は5月請求分(月遅れ分を含む)から。ダウンロードできる期間は請求翌月の15日から3か月間となっている。


産業構造ビジョン2010 「医療・介護・健康・子育てサービス」が戦略成長産業

経済産業相の諮問機関である産業構造審議会の産業競争力部会は6月1日、国内産業の競争力強化を目指した「産業構造ビジョン2010」をまとめた。「産業構造ビジョン」は、「医療・介護・健康・子育てサービス」を、今後の戦略的成長産業5つの1つに位置づけて

いる。
そのうち、「医療・介護・高齢者生活支援関連産業」については、「公的保険外の健康関連産業の創出」「ニーズに対応した多様なサービスの提供」「医療機関と民間事業者の連携による総合サービス」という方向性を示し、具体

的な産業イメージとして、①医薬品、医療機器、介護ロボット分野で世界市場を獲得、②医療サービスの国際展開(医療ツーリズム)をあげている。
さらに、施策を立てる視点の1つに、「柔軟で効率的な経営を可能にする(看護・介護事業者に係る開業・人員配

置・事務管理に関する基準の見直し等)」という考え方を盛り込んでいる。
「医療・介護・健康・子育てサービス」によって、2020年までに12.9兆円の市場と113.4万人の雇用を創出することを目標としている。経産省は、「産業構造ビジョン2010」の構想を政府の「新成長戦略」に盛り込む方針で、6月中の閣議決定を目指している。(3面に関連記事)



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
http://welfare-ajha.jp/

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

傷病名の統一とICD10記載の義務づけを盛り込む

規制・制度改革に関する分科会 報告案固まる。医療ビザ、臨床修練制度の緩和、特養への民間参入、診療看護師など

行政刷新会議は6月7日規制・制度改革に関する分科会を開き、ライフ・イノベーション等3つの分科会で検討してきた規制改革課題へ対処する方針を整理した報告書案を大筋で了解した。

医療分野では、①保険外併用療養

の一部に実施医療機関の届出制を導入する、②レセプト情報データベースの外部利用を認める、③傷病名コードを速やかな統一とICD10コード記載の義務づけ、④医療ビザの創設、⑤臨床修練制度の要件緩和と外国人看護師への

適用拡大、⑥診療看護師資格の新設、⑦介護職による吸引等の解禁と特定施設への対象拡大、⑧特養経営への民間参入、⑨(介護保険制度)参酌標準の撤廃、などがあげられている。

今後、分科会委員の意見を踏まえて

最終調整を行ない、6月中旬に開催する予定の行政刷新会議に報告書を提出する。行政刷新会議で報告書が承認された後は閣議決定となり、期限をつけて、各省庁に具体化に向けた取り組みを求めることになる。

■規制・制度改革に関する分科会第1次報告書案(ライフ・イノベーションWGの抜粋)

□保険外併用療養の範囲拡大(2010年度中に結論)

一定の要件を満たす医療機関については事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである。また、欧米に見られるようなコンパッションネートユース(人道的使用)などの制度も検討する必要がある。

なお、国内未承認の医薬品等や新たな医療技術等については、保険外併用療養のモニタリング結果も参考に、安全性、有効性のエビデンスが得られた段階で速やかに保険収載する仕組みを維持し、当該制度改革により新規保険収載が遅れることがないようにする。

※医薬品、医療機器のメーカーが保険収載の申請をしない場合は、申請がなくとも、患者や学会からの要請があれば保険収載する仕組み。

□レセプト等医療データの活用促進(2011年度中に結論)

レセプト情報を一元化したナショナルデータベースは開発様式をオープンにするとともに、民間研究者も含めた外部利用を可能とすべきである。傷病名コードは速やかに統一すべきであり、その際は、DPCレセプトでは記載が必須となっているICD10コードの記載を義務付けるべきである。

□医療目的で来日する外国人を受け入れる国際医療交流への取組等(2010年度に結論)

外国人患者受入れの基盤整備をすすめるべきである。当面は医療ビザを早急に検討する必要がある。外国人医師・看護師の受入れについても積極的に進めるべきである。

【医療ビザ】

医療を目的としたビザを創設すべき。その際、ビザの有効回数を弾力化するとともに、同行者(家族等)にも認めるべきである。

【外国人医師の国内診療】

臨床修練制度の要件を緩和し、医療研修目的以外にも対象を広げ、医療機関の要件も緩和・撤廃すべきである。我が国の看護師免許を持つ外国人看護師につ

いては、現行7年の滞在年限を撤廃するとともに、医師と同様に臨床修練制度を活用した受入れを段階的に緩和すべきである。

□EPAに基づく看護師、介護福祉士候補者への配慮(調整中)

□医行為の範囲の明確化(診療看護師資格の新設・2012年度中に結論)

将来的には、看護師の一類型としての「特定看護師」ではなく、医師でも看護師でもない資格として「診療看護師(仮称)」を創設することが望ましく、その実現に向けて特定看護師制度により各種検証を行うべきである。

□医行為の範囲の明確化(介護職による吸引、胃ろう処置の解禁等・2010年度中に措置)

リハビリなども含め、痰の吸引や胃ろうの処置を従来の医行為とは区別した上で、諸規制を整備すべきである。安全を担保し、介護職員が胃ろう処置全体を担うことができるようにすべきである。有料老人ホーム等の特定施設の入居者も特養とほぼ同等であり、施設等の類型によって差異を設けるべきではない。

□特別養護老人ホームへの民間参入拡大(運営主体規制の見直し・2010年度中検討開始)

特養と有料老人ホーム等の特定施設は実質的に同等の機能を果たしていることから、利用者から見て分かり易い類型に再定義すべきである。病院、老健施設等、同様に安定性・継続性が求められる施設は民間が運営しており、医療法人にすら参入を認めないのは論理的ではない。社会福祉法人並びに社会福祉事業に対する税制優遇措置の問題があるとしているが、そもそも同一サービス下で税制等の条件が異なっていることが問題。税制面の優遇措置等の在り方も検討すべきである。

□介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃(2010年度中検討・結論、結論を得次第措置)

国が一律に数値を決めることでサービス量を制限すべきではない。現在の37%という数値が施設介護と居宅介護のバランスという観点からして妥当であるという根拠はない。

「強い社会保障を実現。医療も立て直す」

菅政権が発足。長妻厚生労働大臣は再任

鳩山由紀夫首相は6月2日に辞任を表明、民主党の代表選挙で新代表に選ばれた菅直人氏は4日の衆参本会議で首相指名選挙に臨み、第94代首相に選出された。菅首相は8日、長妻厚生労働大臣ほか10大臣の再任を含む組閣を終えた。

菅首相は11日午後の衆院本会議で、就任後初の所信表明演説を行なった。

所信表明で、菅首相は、経済、財政と社会保障を一体に立て直しかつ強化することによって日本社会の「閉塞状況」を打破するとし、「強い社会保障」の実現を重要な政策目標にあげた。

その中で、「これまでは社会保障は負担面ばかりが強調され、経済成長の足を引っ張るものと見なされてきた。私は、そのような立場に立たない」と、長い間わが国政治で支配的であった社

会保障を負担の面からのみ論じ、経済成長の対立概念とみなしてきた論理を否定、その経済効果に着目した経済運営を志向する方向性を打ち出した。

そして、消費を高めるためには医療・介護や年金などの社会保障に対する不安を取り除く必要があるとともに、「社会保障には雇用創出を通じて成長をもたらす分野が数多く含まれている」とする持論を展開した。

菅首相は、「強い社会保障を実現し、少子高齢化社会を克服する日本モデルを提示するため、各制度の見直しを進める」考えを示し、「医療制度についても立て直しを進め、医療の安心の確保に努める。介護についても、安心して利用できるサービスの確立に努める」とした。

こうした戦略は、昨年12月に閣議決

定した「新成長戦略」における「ライフ・イノベーション健康大国戦略」等にそって施策化するとしている。

新成長戦略(基本方針)では、ライフ・イノベーションにかかわる2020年までの目標として、「医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人」を打ち出している。



菅首相はまた、記者会見等で、税制抜本改正の議論に着手し、総選挙後に消費税増税に踏み切る意向を示した。

民主党マニフェストに「診療報酬の引き上げ」

全日病を初めとする病院団体と日本医師会ほか6月7日に共催した「安藤たかおを応援する中央集会」で、民主党の細野豪志幹事長代理は、7月11日が投票日となる参議員選挙向けのマニフェストについて、「今マニフェスト

を作っているが、その中に、「診療報酬の引き上げ」と「介護の現場を生き返らせる」ことをしっかりと書かせていただいている」と言明した(8面記事を参照)。

民主党のマニフェストは通常国会の閉会後に公表される見通し。

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

個人情報が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



他科受診時の薬剤料等は受診医療機関が算定

中医協総会 診療側要望に医療課が迅速対応、改正通知を发出

6月2日の中医協総会で、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、出来高病棟に入院している患者が他医療機関の外来を受診したときの診療報酬算定について、薬剤・注射に関する取り扱いを見直す方針を示し、了承を得た。

4月に実施された210年度改定では入院中の患者が他医療機関の外来を受診

した場合の診療報酬算定の取り扱いが整理された。

その際、出来高病棟に入院している患者が他医療機関を受診した場合は、①入院先の医療機関は入院基本料を3割控除した点数を算定する、②当該患者の診療に要した費用は、短期滞在手術基本料2・3、医学管理等、在宅医療、

投薬、注射、リハビリテーションに係る費用を除いて他医療機関において算定できるとされ、この算定除外から外れるものとして「受診日の投薬又は注射に係る費用」ほかの項目があげられた。

つまり、他科受診による診療行為のうち、投薬と注射は受診日しか算定が認められないというルールとなったため、他科受診が多い中小病院や有床診に戸惑いが広まり、一部団体からは見直しを求める要望が医療課に出されていた。

前回5月26日の中医協で、診療側鈴木委員は、主に入院医療機関における3割減算について見直しを求める発言を行なったが、その際、「手続きのややこしさもある。現場が混乱しないよう対応を見直してほしい」と、投薬をめぐる制約についても改善を訴えた。

6月2日の中医協で、鈴木委員は、外来医療機関が受診日以外の投薬・注射の費用を算定できないなど現場に混乱が生じていることをあらためて指摘、改善を求めた。

これに対して、佐藤医療課長は、「例えば2週間分の薬が必要な患者だと、1日分は外来医療機関で取れるが残りの

13日分は取れない。入院先医療機関でよく知られている薬剤ばかりとは限らず、その場合は確保に窮することがある」と実態にそぐわないものであることを認め、薬剤・注射については受診先医療機関が算定できるよう見直す考えを明らかにした。

鈴木委員は3割減算についても見直しを求めたが、薬剤・注射以外の取り扱いについてはあらためて検討することを確認した。

厚生労働省は、6月4日付医療課長通知(保医発0604第1号)において、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の一部改正を行ない、別添1の第1章第2部<通則>の5の(3)に、「出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる」と書き加えた。

また、6月4日付事務連絡に「疑義解釈(4)」を添付、入院中の患者が他医療機関を受診する場合の費用算定に関する解釈を、別掲(囲み)のように明確にした。

改定検証で、10年度に5項目の調査を実施

6月2日の中医協総会は、診療報酬改定結果検証部会が示した、2010年度改定検証調査のうち、10年度に実施する「特別調査」の概要案を大筋で了承した。この結果、検証部会は調査項目ごとに調査検討委員会を設置し、調査票の設計に入る。

中医協の遠藤会長は、調査票の設問項目が固まる前に総会に示し、支払・

診療各側から提案や修正の意見を聞きく考えがあることを明らかにした。

「特別調査」は、①救急医療等の充実・強化のための見直しの影響、②外来管理加算の要件見直し及び地域医療貢献加算創設の影響、③歯科技工加算創設の影響、④後発医薬品の使用状況、⑤明細書発行原則義務化後の実施状況、の5項目からなる。

事務連絡「疑義解釈の送付について(その4)」6月4日付 (別添)

Q1 出来高入院料を算定する病床に入院中の患者について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療が必要となり、他医療機関を受診した際に、投薬を行った場合には、その費用はどのように取り扱うのか。

A 他医療機関において、専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用(調剤料、薬剤料、処方料又は処方せん料等)を算定できる。また、薬局において調剤した場合には、当該薬局において調剤に係る費用を算定できる。

※ 出来高入院料を算定する病床とは、DPC算定病床以外の病床であって、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料を算定する病床をいう。

Q2 入院中の患者が他医療機関を受診する場合、入院医療機関、他医療機関、薬局間での処方内容等の情報共有は、どのように行うのか。

A 他医療機関において院内処方を行う場合には、他医療機関が入院医療機関に対して処方の内容を情報提供

供する。また、他医療機関が処方せんを交付する場合には、処方せんの備考欄に、①入院中の患者である旨、②入院医療機関の名称、③出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載して交付することとし、当該処方せんに基づき調剤を行った薬局は、調剤内容について入院医療機関に情報提供する。

※ 出来高入院料を算定する患者とは、DPC算定病床に入院する患者以外の患者であって、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料を算定する患者をいう。

Q3 入院中の患者が他医療機関を受診した場合に、入院医療機関や他医療機関の診療報酬明細書には、摘要欄に「診療科」を記載することとされているが、どの医療機関の診療科を記載するのか。

A 入院医療機関の診療報酬明細書には他医療機関において受診した診療科を記載し、他医療機関の診療報酬明細書には入院医療機関の入院中の診療科を記載する。

医療費と介護費の適正化事業はいずれも不十分？！

厚生労働省 厚労省取り組みに批判続出。「未収金対策支援事業」は抜本的見直しか

6月10日に開催された厚生労働省の「第3回行政レビュー」は、「介護給付適正化計画」にもとづいた「介護給付等費用適正化事業」(担当・老健局介護保険計画課)を取り上げた。

介護保険計画課長および介護保険指導室長は、介護給付費適正化事業について、①認定調査状況チェック、②ケアプラン点検、③住宅改修等の点検、④医療情報との突合等請求内容の点検、⑤介護給付費通知の発送、を柱とした不適切な給付費の削減を図る事業であり、各都道府県が策定した計画を1,630ある保険者(市町村)が実施、それを国と都道府県が一体になって支援するもの、と説明した。

適正化事業は2008年度から開始され、

今年度は第1期3ヵ年の最終年にあたる。

この事業執行に要する費用は、国40%、都道府県20%、市町村20%、1号保険料20%の割合で負担され、厚労省は09年度に6.9億円を支出、10年度は7億円を計上している。

しかし、主要5事業の保険者による実施率(09年度暫定値)は93.5%(認定調査状況チェック)~55.6%(ケアプラン点検)と総じて低い(このうち「医療情報との突合等」は73.9%)。しかも、費用15.5億円に対して直接的な効果額は16.6億円(ともに08年度実績)と、すこぶる悪い費用対効果に行政レビューの各委員は憤然とした表情をみせた。

さらに、支出面から見ると、事業内容が、「地域密着型サービスの啓発パ

ンフ作成「高齢者のためのガイドブック作成」「介護保険周知の冊子作成」と印刷物に偏っていることが判明。外部有識者からなる委員8名のうち7名が担当部局の改革案を否定、「事業の廃止」「一定期間後に廃止」「地方に委譲」という判定をそれぞれ1名が選択するという厳しい評価が下された(評決結果は「改革案の見直し」)。

自主的に開始された「省内事業仕分け」は厚生労働省の事務・事業とともに所管する独立行政法人や公益法人等の事業を取り上げている。これに対して「行政レビュー」は、行政刷新会議が各府省に呼びかけて、①予算の支出先や用途等について実態把握を行ない、②事業を点検、③レビュー結果を執行

や予算に反映させ、④組織や制度の不

断の見直しにも活用するというもの。5月31日には「医療給付費の適正化」を取り上げたが、外部有識者からは、「具体的な数値、時間軸が示されていない」「取り組み対象が限定的。現在の給付範囲の適否に関する検証がないのはいかがか」といった不満の声が上がり、保険局が用意した「医療指導監査業務の実施要領を作成し、業務の標準化や統一化を図る」「指導医療官確保のために処遇改善を図る」などの改革案を、全員が「不十分」と判定した。

同日には、保険者である市町村を対象とした「医療機関未収金対策支援事業」も取り上げられたが、効果が出ていないことへの批判が噴出。出席した長浜博行厚生労働副大臣も「事業をそもそも論から考える必要がある」とし、廃止を含め抜本的に見直す意向を表明している。

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカル クラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカル クラーク (2)2級メディカル クラーク
- 受験資格 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1)1級 年3回(6月・10月・2月) (2)2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

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

全日病総研「ホスピタルフィーのあり方について」

外来診療報酬が費用を充足している割合は自治体病院の69.3%、会員病院の83.3%

全日病総研の運営会議(担当事務・徳田禎久常任理事)は、このほど、全日病総研がまとめた研究報告「ホスピタルフィーのあり方について」の冊子を全会員に配布することを決めた。

また、A4判52頁にわたる報告書のサマリーを作成、記者クラブ等に紹介案内をかけることも決めた。報告書の全文は全日病のホームページに掲載される。

以下に、「ホスピタルフィーのあり方について」のサマリーを掲載する。

全日病総研「ホスピタルフィーのあり方について」研究報告書(要旨) 6月1日号既報

1. 診療報酬についてのレビュー

(ア)医療サービスの特徵

①医療サービスにおいては通常の財のような完全競争市場は成立しない。

②提供されるサービスが多様、医療内容が標準化されていない、技術評価が困難であり、原価の算定が困難である。

③一定の原価計算に基づく公定価格の設定は、医療機関にコスト削減のインセンティブを与えることから正当化されると思われるが、これは経済学的には未だ十分に検討されていない。

(イ)診療報酬の支払い方式

①出来高、1日定額、1入院定額、人頭払いに分けられる(表1)。

②点数表では、1点単価は物価水準、医療費総額の反映であり、技術の相対評価、政策誘導は点数で表されるが、1958年以降、この役割分担は不明瞭になり、改訂作業は複雑となった。

(ウ)その他の問題

①消費税の導入・増税(1989、1997)にもない、診療報酬は1.53%値上げされ

たが、医療機関の支払う消費税は総体として損税となっている。病院では費用構造が診療所と異なること、最近のアウトソーシングの傾向から、損税の状況は程度を増していると推定される。

②社会保険診療報酬を非課税にすべきかについては、定まった見解はない。ラムゼー・ルールでは、税込確保及び効率性の観点からは、需要の価格弾力性が低い財(生活必需品など)に税をかけるべきとするが、公平性の観点からみると、課税は逆進的となる。

(エ)診療報酬の歴史

①自由診療(～1927):診療報酬は、患者から医師に対する個人的な謝礼。

②人頭払い+総額予算制(1927～):政府は1人当たり定額を道府県医師会に支払う。医師会は独自の点数表に応じて医療機関に支払う。

③出来高払い(1943～)

④出来高払いと1日定額の併用(2003～)

2. 入院治療に掛かる費用の試算

(ア)階梯式原価配賦方法を用いて入院・外来患者1人当たり原価を明らかにする。

(イ)対象は、自治体立病院193(平均病床数334床、平均在院日数18日)、全日病会員病院51(178床、18日)。

(ウ)医療提供に必要な費用は、入院患者1人当たり、自治体立病院38,868円、全日病会員病院27,154円、外来患者1人当たり自治体立病院16,216円、全日病会員病院10,642円であった。

(エ)診療報酬では、必要な費用のうち、入院患者で91.3%(自治体立病院)、118.7%(全日病会員病院)、外来患者で、69.3%(自治体立病院)、83.3%(全日病会員病院)しかまかなわれていない(表2)。

(オ)患者1人1日当たりの費用と収入の関係では、入院では、自治体立病院の36%、全日病会員病院の88%で収入>費用であった。外来では、自治体立病院の7%、全日病会員病院の16%で収入>費用であった(図2)。

3. 諸外国におけるホスピタルフィーに関する調査

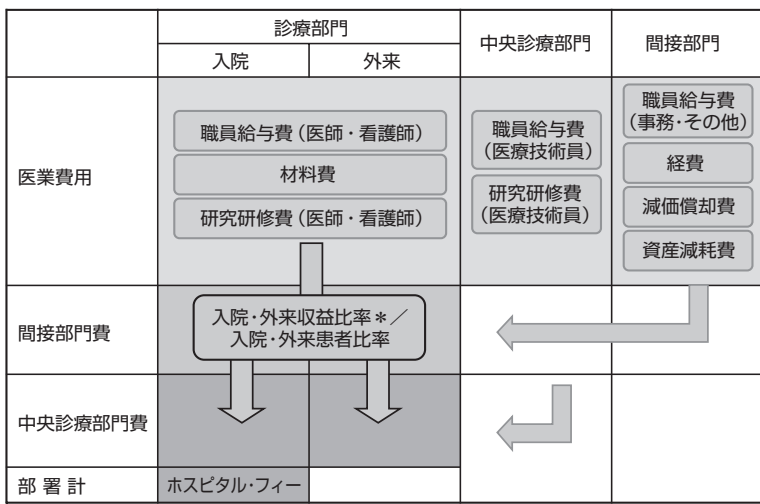
(ア)全日病データ(診療アウトカム調査、Medi-target)と米国、豪州のDPC(合併症なし、ドクターフィーは含まない)による支払金額を明らかにする。

(イ)米国、豪州と比較して我が国の平均在院日数は長い。急性期の在院日数でも多くの疾患において同様に日本で長くなっている(図3、4)。

(ウ)入院費用総額では一定の傾向は見いだせず、ほぼ同額の疾患も認められた。米国、豪州では、平均在院日数が短く、1日単価が日本よりも高いため総額がほぼ同額となったと考えられる。しかし、豪州、米国についてはドクターフィーが含まれておらず、また合併症・併存症なしの比較的安価なDRGを比較に用いたことが寄与した可能性がある。

(エ)医療費総額の比較については、亜急性期等、どの段階まで病院で治療を行うかを考慮する必要がある。

図1 階梯式原価配賦方法の仕組み



*職種別給与(医療職)、材料費、研究研修費は配賦基準として入院・外来収益比率を使用。

図2 収入額と費用額の関係(入院)

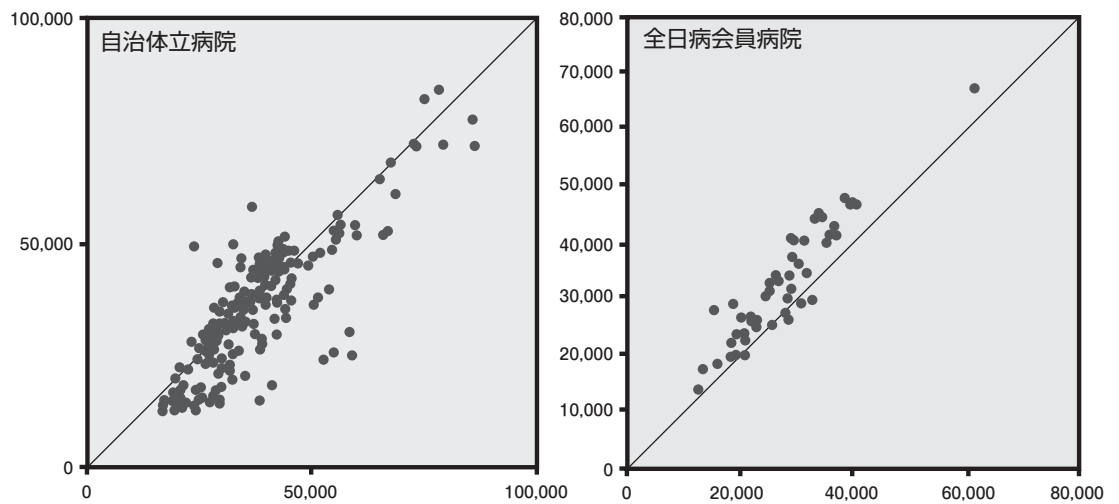


表1 診療報酬支払方式とその特徴

Table with 5 columns: Payment Unit, Incentive, Financial Risk, Management Cost, Standardization. Rows include Outpatient Fee, Daily Fee, Inpatient Fee, Per Capita Fee.

表2 患者1人当たりの費用および収入

Table with 4 columns: Hospital Type, Income, Cost, Income/Cost Ratio. Rows include Inpatient and Outpatient.

図3 平均入院費用の比較

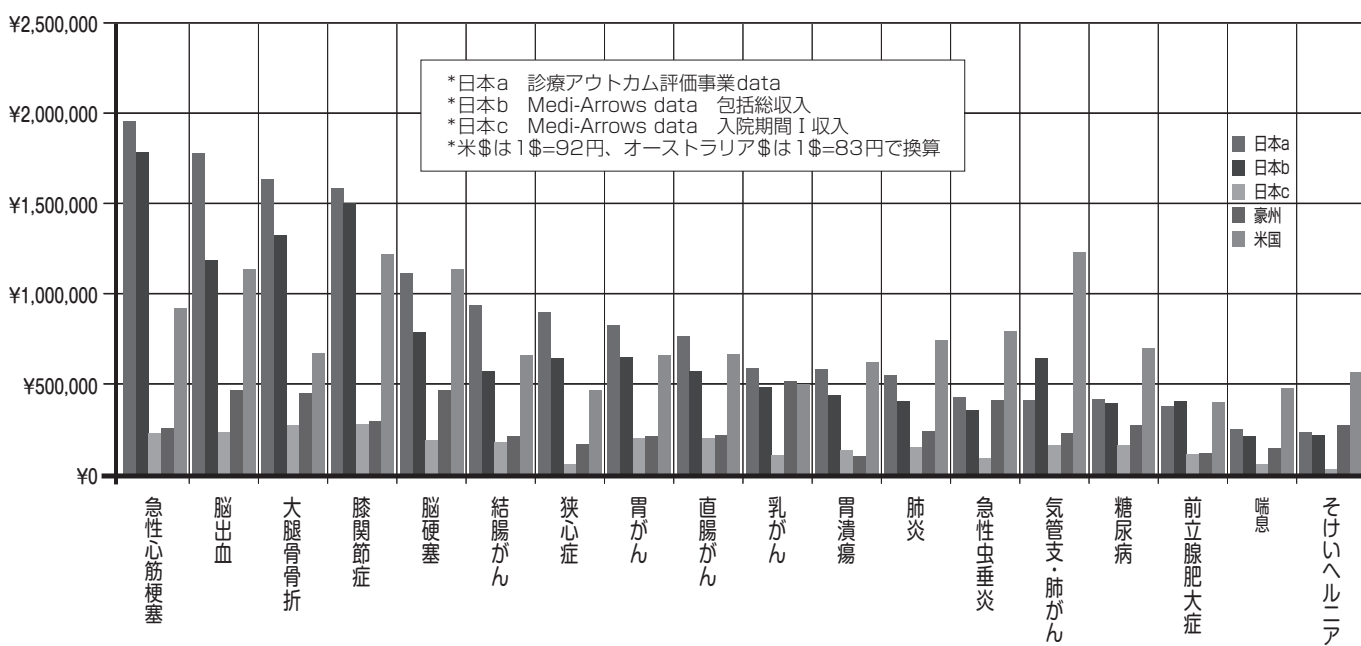
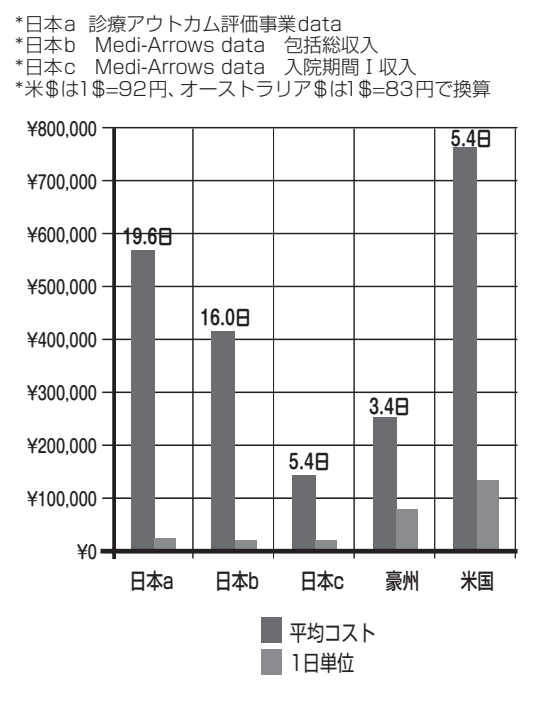


図4 肺炎の比較



4疾病の連携体制は目標値と圏域設定が課題

医療計画で11年度中に指針の見直し、今年度にも検討会設置か

6月5日に開催された第95回定期代議員会・第84回定期総会後に、厚生労働省医政局指導課の新村和哉課長が講演、民主党政権下の政策課題および第6次

医療法改正に向けた諸課題検討の現状について明らかにした。

新村課長は、講演後の本紙質問に、「医療計画の見直し、医療法上の改正

を伴う見直しになるかどうか分からないが、指針の見直しは2011年度に行なう必要がある。そのためには今年度中に議論を始めることが望まれるが、基

本的には検討会の設置が必要となる」と語った。



新 厚生労働省

厚生労働省医政局指導課 新村和哉課長「医療提供体制について」(要旨) 6月5日

医療提供体制の方向性については、政権交代から9ヵ月たった今、まだ煮詰めている段階である。そこで、個別の政策課題について現状がどうかをお話する。

医学部定員については昨年693人増やし8,486人となったが、政権交代後にさらに増やすことが決まり、2010年度は360人増の8,846人となった。今後の医学部定員をどこまで増やすかについては、まだ議論が続いており、結論が出ていない。

現在、都道府県を通じて必要医師数の実態調査を実施している。その結果の概要は夏過ぎには報告したい。これによって、勤務医不足の実態が、地域別、診療科別に明らかになるので、地域医療再生計画を含む地域ごとの対応が可能となる。

今回の調査結果にもとづいて日本全体の医師数はどのくらい必要であるかが見えてくる。したがって、今後、どのくらいのスパンと規模で医師養成数を増やしていく必要があるのか、医師養成の計画と展望が、文科省を含めて秋以降に検討されるだろう。

人口当たり医師数の分布をみると西高東低になっているが、これは病床数の分布と比例している。外来患者当たりの分布も概ね同様であるが、入院患者当たりでみると中国、四国、九州が少ない。つまり、地域格差は単純な対策で解消するというものでもない。

診療科別の分布では、06年～08年にかけて、もっとも深刻であった産婦人科と外科の医師数が増勢に転じている。

診療科別の問題については引き続き

専門医制度に関する議論が求められるが、それに関連した「総合医」について、3月にとりまとめられた「へき地保健医療対策検討会報告書」には「へき地においてその地域の特性を理解し、初期救急、二次救急のトリアージ、病気の予防、慢性疾患の管理、リハビリテーション、看取り等を総合的に行う医師」と、へき地医療の観点からみた総合医の医師像が書き込まれた。

なお、民主党が今年の総選挙に掲げた政策集に「医療従事者等確保支援センター(仮称)」という構想がある。恐らく、県単位で医師中心に求人・求職の斡旋と情報提供を行なう機関と思われる。場合によっては、具体的な検討の俎上にのぼる可能性がある。

医療連携については、08年から10年にかけて、各都道府県は、4疾病に関する圏域ごとの連携体制を明示した医療計画を策定してきたが、まだ、具体的に掘り下げたものにはなっていない。それをどう具体化していくかが今後の課題になっている。

発症早期の連携として適切な医療機関への搬送が重要となるが、消防法が昨年改正され、脳卒中であればt-PA(脳栓溶解療法)を実施している医療機関に、心筋梗塞であれば心カテができるところへ迅速に搬送するといったように、搬送と受け入れのルールづくりが進められている。

ただし、医療計画で、例えば脳卒中をみても、個々の指標について数値目標まで明らかにしている都道府県はきわめて少ない。

t-PA使用率を都道府県別に調べる

と、4%弱から18%と4倍ほどの開きが見られる。多ければよいというものでもないが、そこには早めの受診という患者側の意識とともに、適切な医療機関へ迅速に搬送する体制や医療機関における整備が足りないという問題がある。これに関しては、先日、データの提供を含めて、使用率の少ない県については対策を検討するよう依頼した。

脳卒中に関する、兵庫県の急性期病院別機能の一表をみると、t-PAについて「24時間可(当直)」「24時間可(オンコール)」「診療時間内のみ可」の別に、また、「脳卒中の外科的治療の2時間以内の開始が可能」については「24時間可(オンコール含む)」「診療時間内可」の別に、あるいは「脳卒中患者のリハの実施」について、さらには「検査機器の対応状況」では「MRI、DWI(拡散強調画像)」と「血管連続撮影(脳血管)デジタル」ごとにそれぞれ「24時間可(当直)」「24時間可(オンコール)」「診療時間内のみ可」の別に、県内の病院の機能が示されている。

同じく回復期の一表には、「回復期リハの実施」「脳血管疾患等リハビリテーション料(I)」「回復期リハ病棟」「脳血管疾患リハスタッフの常勤人員(OT・PT・ST別)」ごとに各病院の機能が示されている。このように、新たな医療計画の下で情報提供は進んできた。

08年度に策定された新たな医療計画は13年度に見直される。そろそろ国レベルでも見直しの検討を始めなければならないと考えている。

新たな医療計画では4疾病5事業の連携体制が明示されたが、脳卒中でも、

ステージに応じてあるいは急性期と回復期に応じて圏域が考えられなければならないし、がんの場合だと、臓器によって違いはあるが、一刻を争うということよりも、少し遠くでも優れた外科医を求めたいという面もあり、広域圏でみるという考え方もある。

いずれにしても地域の状況によって考える必要があるのかもしれない。

その一方、脳卒中や心筋梗塞は、距離というよりも時間でみていく必要がある。搬送手段の確保や医療機関の整備も含めて考えていく必要がある。

2000年以降、特養と老健施設は、高齢者人口の伸びと比較しても遜色なくらい増えている。しかし、それでも足りないという声が多い。これについては老健局でも実態調査をしているので、夏過ぎには一定の結論が出るのではないかと。

先ほど、病床数は西高東低と申し上げたが、実は一般病床はそれほどではなく、療養病床が高知、山口など、比較的西に多く分布している。この高知県は、都市部から少し離れると極端に中山間地となる。そのために介護が必要となると高知市内の療養病床に入らざるをえないのもやむを得ないのかなと思う。

91万床ある一般病床には、回復期リハ、亜急性期、障害者施設等、特殊疾患といった機能分化をとげているものも少なくないが、未分化の病棟がなお70万床もある。この中ではDPCをとる施設が増えているが、この未分化の一般病棟をどうするかという議論が残っている。

過払い消費税還付を求める行政訴訟を企図

消費税の非課税 民間病院が原告。兵庫県民間病院協会が訴訟支援を決める

社会保険診療等による収入に対する消費税が非課税の結果、医療機関に多額の損税(転嫁されない消費税)負担が生じている問題で、兵庫県民間病院協会(吉田耕造会長)は、過払い消費税の還付を国に求める訴訟を起こすことを決めた。

6月5日に開催された全日病の第45回定期代議員会で、鄭正秀代議員(兵庫県支部)および吉田静雄監事が明らかにした。

それによると、兵庫県民間病院協会は

5月6日に開いた通常総会で、消費税損税で行政訴訟を起こす活動を盛り込んだ2010年度事業計画を承認したというもの。

消費税非課税によって生じる損害の返還を国に求める訴訟は、その逸失利益を確定する必要があることから、具体的には複数の会員病院が原告となった集団訴訟を起こし、兵庫県民間病院協会が裁判費用等の支援体制を組むかたちをとる。

現在、3～4の会員病院が原告として訴訟に参加する意向を表明しており、

同病院協会は原告として名乗り上げる病院の広がりなどを踏まえ、訴訟の時期を見定めたいとしている。そのため、7月2日に予定されている近畿病院団体連合会にも諮るなど、支援体制の輪の拡大に努める方針だ。近畿病院団体連合会は、関西地区2府4県の県病院協会と私立病院協会の正副会長からなる会議で、年2回開催されている。

社会保険診療に対する消費税非課税の問題は、四病院団体協議会が毎年の税制改正要望で取り上げて政府に要望

している。これに対して、「消費税導入時と引き上げ時に診療報酬に織り込まれている」という公式見解を繰り返してきた厚労省は、2008年度の税制改正要望で初めて「社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討」を盛り込んだ。しかし、財務省は「消費税引き上げの情勢にない」ことを理由に要望を却下してきている。

民主党政権の下で消費税引き上げを含む税制改正の議論が始まろうとしているが、兵庫県民間病院協会傘下の民間病院が裁判に訴えた場合、消費税導入時の経緯や診療報酬における補填の実態とともに医療機関の経営に与えてきた影響が法廷でつまびらかにされることになり、政府に与える影響が注目される。

2010年度第1回常任理事会の詳細 4月17日

【主な協議事項】

●2009年度事業報告・決算報告案

2009年度事業報告・決算報告案がともに承認された。

●理事会・常任理事会の運営の見直し

理事会・常任理事会における議論の時間を確保するために、会議で使用する資料は事前に本会Webサイトを介して事前に目を通してもらい、報告にかかる時間の短縮を図ることが決まった。5月の会議から実施される。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の13名の入会が承認された。
北海道 手稲いなづみ病院 理事長 齋藤 晋
茨城県 石岡第一病院 院長 吉野 淨
東京都 聖路加国際病院 理事長 日野原重明
愛知県 一宮西病院 理事長 上林弘和

兵庫県 市立伊丹病院 管理者 中田精三
高知県 安部病院理事長 安倍朋季
福岡県 額田病院 院長 本由直久
福岡県 福岡市民病院 院長 竹中賢治
福岡県 福岡市立こども病院・感染症センター 理事長 福重淳一郎
熊本県 済生会熊本病院 院長 副島秀久
鹿児島県 やまびこ医療福祉センター 理事長 本重博史
鹿児島県 隼人温泉病院 理事長 岩城政秋
鹿児島県 川内市医師会立市民病院 院長 石部良平
別途退会が5名あった結果、在籍会員数は2,297名となった。
以下の賛助会員の入会が承認された。
スリーエムヘルスケア株式会社(東京都、代表取締役社長・ジェシー・ジー・シン)

株式会社エーアイエス(東京都、代表取締役社長・志賀 哲)

賛助会員は91社となった。

【主な報告事項】

●国際メディカルツーリズム調査事業の報告書

経産省「2009年度サービス産業生産性向上支援調査事業」の一環である「国際メディカルツーリズム調査事業」において、

2010年度第1回理事会・第2回常任理事会の詳細 5月15日

●理事会・常任理事会の運営の見直しについて
理事会・常任理事会の運営を効率化するため、会議運営のあり方について議論した結果、第1回常任理事会で決まった会議資料の事前閲覧を実施することが承認された。
理事会と常任理事会による議決項目の違いについては、「当面は現行通りで臨み、定

本会が担当した「国際医療サービス推進コンソーシアム」について本会がまとめた報告が完成、経産省に提出したとの報告があった。

●「2010年度ステップアップ研修」の開催

病院事務長研修コースおよび看護部門長研修コースの卒業生を対象とした「2010年度ステップアップ研修」を10月に開催するとの報告があった。

款の全面改正が生じる、公益法人制度改革の際に、あらためて整理、精緻化する」執行部方針が承認された。

●「全日本病院協会雑誌」について

学術委員会は、全日病学会の記録誌となっている「全日本病院協会雑誌」を廃止する(7面に続く)

第95回定期代議員会

「介護療養型廃止の凍結」「認知症の病床と診療報酬新設」を提言へ

第95回定期代議員会における質疑応答(要旨) 6月5日

金代議員(秋田県支部) 事業報告では、四病協による事業税の要望先は民主党になっているが、税制改正要望の宛先が自民党と公明党だ。民主党には出さなかったのか。消費税増税議論に入る前に、民主党には、医療の消費税非課税の問題を理解させるべきではないか。

西澤会長 税制改正要望は自公政権下のものだ。事業税の要望は民主党政権になってから出した。来年度の税制改正要望は民主党に出すことになる。

鄭代議員(兵庫県支部) 兵庫県民間病院協会の調べでは、1病院あたり3,000万円の消費税損税が生じている。10%が上がると6,000万円になる。非課税となっている産業では価格に転嫁できているが、医療ではそれができない。これは憲法の平等原則に反する。兵庫県民

間病院協会は訴訟を起こすことにした。全日病は、どう対応していくのか。

吉田監事 消費税については、毎年、病院団体から非課税を求める要望を出しているが、厚労省は「診療報酬に上乘せられている」という立場を崩していない。しかし、この間のマイナス改定で消費税の上乗せ分は消失しており、民間病院には死活問題になっている。1病院3,000万円、大病院では1億円以上の損税だ。消費税の引き上げ時に、また、診療報酬に上乘せられてはたまらない。私は兵庫県民間病院協会の副会長を務めている。病院協会として機関決定し、訴訟の準備を始めている。近畿病院団体連合会に支援を要請する。全日病にも応援をお願いしたい。

西澤会長 兵庫県民間病院協会の決定

は大変勇気ある行動だ。全日病としてどう対応するか検討したい。

消費税損税の問題は自民党の政治家も、我々の説明によってよく理解しており、「引き上げ時には課税とする」という感触を得ていた。ただし、まだ、民主党と、この話はできていない。

この問題は四病協でも、日医でも議論されている。日医は、かつて「ゼロ税率」という主張だったが、今日は、我々の意見に同調して「原則課税」という方向になっている。我々も真剣に取り組んでいることはご理解いただきたい。

金澤代議員(熊本県支部) 熊本県では、政権交代によって介護療養型の廃止問題がフリーズされるという展望もあり、行政機関における(転換促進等の)対応

がストップしている。医療費適正化計画の下で介護療養型は廃止に追いやられた。全日病の認知症に関する調査で、認知症患者は明らかに費用がかかるといことが判明したが、これを踏まえて、廃止の見直しを求めるという方向に、担当委員会は動けなかったのか。あるいは要望はしているのか。全日病の2010年度の活動展望をききたい。

木下常任理事 09年度は要望書を出していない。今月、介護保険制度委員会と医療保険・診療報酬委員会の合同会議を開催する。その中で、①介護療養型廃止の凍結、②次期改定で、認知症患者の病床とそれを評価する診療報酬項目を新設すべきである、という提言案をまとめる方針である。

全日本病院協会「2009年度事業報告」(前文) 第95回定期代議員会・第84回定期総会承認(6月5日)

平成21年度は、衆議院議員選挙の結果、本格的政権交代がなされた。新たな政権与党となった民主党は、公約に則り多くの改革を行おうとしている。しかしながら、日本の経済は疲弊しており、改革には多くの時間を要するようである。

医療面では、政権交代の直後から中央社会保険医療協議会委員の交代が行われた。病院代表である全日本病院協会会長の西澤委員、全国自治体病院協議会会長の邊見委員は再任されたが、他の医師代表委員はすべて入れ替わった。その結果は、0.19%という小規模ではあるが、10年ぶりの診療報酬増の改定となった。

改定内容は、救急・産科・小児科・外科が主体であり、急性期医療に多くの財源が措置されたが、実際には多岐にわたる改定がなされた。平成22年度にかけ、その内容は十分に検証する必要があると同時に、今後の診療報酬のあり方を論議しなければ

ならない。

さて今年度の事業内容であるが、会員数は近年の病院閉鎖が相次ぐ中にもかかわらず、17病院増加して2,289病院となった。これは、各支部や委員会の積極的活動の成果である。各委員会の活動は、極めて多岐にわたっており、その代表的活動をここに記す。

病院のあり方委員会は「死因究明制度の検討」、シンクタンクを通じて「ホスピタルフィーのあり方」、「病院における各職種の業務のあり方と役割分担」を纏めた。医療制度・税制委員会は「医師臨床研修指導医に対する講習会」の実施、「医療関連税制に対する要望書」の作成などを、医療保険・診療報酬委員会は「診療報酬改定に関する要望書」作成、「病院経営調査」の実施などを行った。

医療の質向上委員会は「病院情報システム」に関する検討、「I Q I P (International Quality Indicator Project :

国際質指標評価事業)」への参加、「DPC分析事業」、「イタリア私立病院協会との意見交換」「医療安全管理者養成課程講習会」などを行った。

また、介護保険制度委員会は、老人保健健康増進等事業の研究費により「認知症高齢者への医療・ケア体制に関する調査研究事業」を、医療従事者委員会は「事務長研修」「看護部門長研修」などを行った。病院機能評価委員会は「機能評価受審支援相談事業」「同 支援セミナー」などを、救急・防災委員会は「新型インフルエンザへの対応」に関する調査、「災害調査」「全日病総合防災訓練」など、国際交流委員会は「ハワイ研修旅行」を行った。人間ドック委員会は、「人間ドック実施指定施設」の指定、「特定健診・特定保健指導」に関する研修会、集合契約などを、その他、医療事務技能審査、医師事務作業補助技能審査など、委員会活動は枚挙の暇もない。

第51回全日本病院学会は、鹿児島県支部を中心に延べ3,600名を超える参加者の下、盛大に開催された。学術委員会はその他、夏期研修会、ブロック研修会などを企画した。一方、全日病は「認定個人情報保護団体」であり、委員会活動は、「会員からの相談事業」のほか、「会員病院の研修」「担当責任者育成研修」などを行った。

また、四病院団体協議会、日本病院団体協議会においても、各種委員会を通じて幅広く発言を行っている。巻末にあるように、当協会から発信された提言書等は数多く、多種・多様に渡っている。

これは、「国民が納得できる質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行う」という当協会の基本的考え方を実践していることを表している。

今後も、明確なビジョンと戦略を持ち、各種事業活動を続けていく必要がある。

(6面から続く)

るという方針を見直し、主要プログラムに絞り込んで掲載・発行するという方針を決、「昨年の鹿児島大会に遡って発行したい」と提案、承認を得た。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック

東京都 信愛病院

大阪府 大阪医科大学健康科学クリニック

日帰り人間ドック実施指定は480施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の10名の入会が承認された。

北海道 名寄市立総合病院 院長 佐古和廣

栃木県 下都賀総合病院 院長 村野俊一

栃木県 石橋総合病院 院長 山口圭一

埼玉県 安東病院 理事長 安東克征

千葉県 東葛病院 理事長 本間 章

千葉県 平和台病院 理事長 土井紀弘

東京都 綾瀬循環器病院 院長 丁 毅文

大阪府 金剛病院 理事長 赤松幹一郎

兵庫県 春日病院 院長 春日秀樹

和歌山県 済生会有田病院 院長 伊藤秀一

別途退会が2名あった結果、在籍会員数は2,305名となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。

井上クリニック(東京都、医療法人社団三奉会)

株式会社学研メディカル秀潤社(東京都、代表取締役社長・須摩春樹)

大日商事(大阪府、代表取締役社長・安藤行信)

賛助会員は94社となった。

【主な報告事項】

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.5.0:順不同)

2009年11月6日付で以下の8会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 清田病院 更新

北海道 札幌南青洲病院 更新

愛知県 成田記念病院 更新

岐阜県 木沢記念病院 更新

兵庫県 西宮協立脳神経外科病院 更新

福岡県 新行橋病院 更新

◎療養病院

愛知県 木戸病院 新規

◎複合病院

福岡県 神代病院 更新

12月4日付で以下の17会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 江別病院 更新

北海道 大塚眼科病院 更新

埼玉県 狭山病院 更新

埼玉県 池袋病院 更新

東京都 久我山病院 更新

東京都 葛西循環器脳神経外科病院 更新

千葉県 千葉徳洲会病院 更新

千葉県 亀田総合病院 新規

神奈川県 大和徳洲会病院 更新

兵庫県 尼崎医療生協病院 更新

高知県 JA高知病院 更新

◎精神科病院

栃木県 宇都宮病院 更新

◎療養病院

北海道 花川病院 更新

東京都 回心堂第二病院 新規

◎複合病院

兵庫県 大久保病院 更新

高知県 久病院 更新

沖縄県 与那原中央病院 更新

2010年1月15日付で以下の24会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 王子総合病院 更新

茨城県 筑波学園病院 更新

千葉県 鎌ヶ谷総合病院 新規

神奈川県 戸塚共立第2病院 更新

京都府 宇治徳洲会病院 更新

京都府 洛和会丸太町病院 更新

大阪府 小阪産病院 更新

大阪府 岸和田徳洲会病院 更新

香川県 善通寺前田病院 更新

愛媛県 道後温泉病院 更新

愛媛県 宇和島徳洲会病院 新規

福岡県 杉循環器内科病院 更新

宮崎県 千代田病院 更新

◎精神科病院

大阪府 美喜和会オレンジホスピタル 新規

◎療養病院

千葉県 新八千代病院 更新

東京都 竹川病院 更新

◎複合病院

山形県 庄内余目病院 更新

茨城県 宮本病院 新規

埼玉県 関東脳神経外科病院 更新

滋賀県 草津総合病院 新規

山口県 昭和病院 更新

香川県 松井病院 新規

福岡県 北九州古賀病院 更新

2月5日付で以下の10会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 東栄病院 更新

北海道 五輪内科病院 新規

福岡県 健和会大手町病院 更新

大分県 大分東部病院 新規

◎精神科病院

大阪府 さわ病院 更新

鹿児島県 ウエルフェア九州病院 更新

◎療養病院

青森県 増田病院 新規

兵庫県 広畑センチュリー一病院 更新

◎複合病院

岐阜県 関中央病院 更新

鳥取県 中島病院 更新

3月5日付で以下の15会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 函館五稜郭病院 更新

静岡県 岡村記念病院 新規

愛媛県 瀬戸内海病院 更新

福岡県 嶋田病院 更新

佐賀県 副島整形外科病院 更新

◎精神科病院

北海道 札幌太田病院 更新

福岡県 雁の巣病院 更新

大分県 衛藤病院 更新

◎療養病院

佐賀県 啓心会病院 更新

鹿児島県 なかむら内科病院 新規

◎複合病院

北海道 札幌南第一病院 更新

北海道 東苗穂病院 更新

大阪府 白山病院 更新

奈良県 秋津瀧池病院 更新

熊本県 天草慈恵病院 更新

上記の結果、3月現在の認定病院は合計2,567病院となった。そのうち、本会会員は817病院と会員病院の35.82%、全認定病院の31.83%を占めている。

安藤たかお氏「同時改定で10%引き上げを目指す」

参院選「安藤たかお応援集会」 1,800名の支援者。情勢好転を反映、熱気に包まれた会場

全日病を初めとする6病院団体、日医・都医、老健施設協会の9政治団体は共同して、6月7日に東京都内で、第22回参議院選挙の比例代表区に民主党公認で出馬を予定している安藤たかお氏(医療法人社団永生会理事長、全日病副会長)を支援する中央集会を開催、会場は1,800名の医療関係者と市民でうまった。

集会で、安藤たかお氏は、医療と介護のすべての団体が一致団結して医療崩壊阻止に立ち向かうべき時期にきていると提起。2012年度の同時改定では「診療報酬と介護報酬の10%以上引き上げ」を目指すと宣言した。



6病院団体、日医・都医、老健協の9政治団体が共催 民主党から石井副代表、細野幹事長代理、蓮舫新大臣等15名の国会議員

「安藤たかおを応援する中央集会」には、民主党から石井一副代表兼参院総合選对本部長代理、細野豪志幹事長代理、海江田万里財務金融委員長など15名の国会議員が参加。菅政権で初入閣した蓮舫行政刷新担当大臣もかけつけた。

主催者を代表して、日本医療法人連盟の日野頌三委員長は、「現在の政界には病院医療の実態に精通した人がいない。その点、安藤先生は、急性期から慢性期、在宅、介護と手広く医療と介護を実践されており、まさにうってつけである」と推薦の弁を述べた。

日本医師連盟の原中勝征委員長は、「医療費や収入減に関して、私たちはきちんと意見を訴えていかなければならない。そのときに、安藤先生は、私たちと一緒に国民に発信していただける」と、安藤たかお氏に対する強い期待と信頼を表明した。

東京都病院協会の河北博文会長は、「菅内閣の登場は安藤さんにとってもよ

いことだ」と、新内閣の誕生が大いに有利に働くという情勢認識を示した。

安藤たかお氏と25年以上にわたる早朝勉強会を続けている河北会長は、「安藤さんには、学び、考え、行動する政治家になっていただきたい」とメールを送り、「そのためにも、安藤さんを国会に送ろうではないか」と締めくくった。

主催者側の推薦の弁を受け、民主党の石井一副代表は「2,000名の中から、民主党は、人格、医療における業績そして支援体制等を検討、自信をもって安藤先生の公認を決めさせていただいた」と政治家・安藤たかお氏の資質を高く評価するとともに、「医療費が年々1兆円増大する今日、政治と医療界を結ぶ本当の代表が必要である。どうか、医療界の代表選手である安藤たかお先生を勝利させていただきたい」と、応援の弁を述べた。

行政刷新担当大臣が内定した、東京選挙区から出馬予定の蓮舫氏は、「現

場を最も分かっている人を国政の場に送ることができれば、民主党政権の下では必ず政策につながるということをぜひご理解いただきたい。安藤さんには、医療界の先頭を走っていただく政治家として、同じ参議院で蓮舫とともに仕事をさせていただきたい」と熱弁をふるった。

さらに、各界からの要望を一手に受けて枝野幹事長や復活した政策調査会につなげる立場となった細野豪志幹事長代理は、「国民の生活を守る、中でも

医療と介護の分野をしっかりと前に進めていくという民主党のスタンスは微動だにしていない。(参院選の)マニフェストには、「診療報酬の引き上げ」と「介護の現場を生き返らせる」と書かせていただいた」と、「強い社会保障」をめざす菅政権の方針を明らかにした。

そして、「もう一度民主党を信じていただいて、皆さんのお力で安藤先生を国会に送っていただけないでしょうか」と会場を埋め尽くした1,800名の支援者に檄をとばした。

「安藤候補は劣勢」「支援の輪を幾重に広げよう」と檄も

集会では、安藤たかお候補に対する力強い応援メッセージの一方、当落をめぐるせめぎ合いの厳しさに目を向けた冷静な発言も飛び交った。

日野日本医療法人連盟委員長は、「医療界は、(選挙に関しては)まさに眠れる獅子の状態にある」と選挙に慣れない病院界の現実を比喻。「各病院の職員、患者さん、出入りしている業者さんの連携と支援を得ることができれば、比例区でトップ当選も夢ではない」と逆説的な表現で票田の大きさが当選に直結しないことの怖さを指摘した。

そして、「本日ご参加の皆さんには大勢の方に声をかけていただいて、また、その人達がさらに声をかけるというように幾重もの支援の輪を広げることによって、安藤先生を勝利に導いていただきたい」と会場をうめた病院関係者に積極的な応援活動呼びかけた。

一方、石井民主党副代表は、「今回、全国区に45名の候補を擁立した。民主党の比例区名簿で安藤先生は2番目に名前が来る。願わくば1番か2番で当選を決めていただきたい」と訴えながら、1枚目に選挙区候補者の名前を、2枚目に比例代表区の名前を書く投票方法とともに、「民主党」ではなく、候補者個人の名前を記した票の数で最終的な当落が決まるという非拘束名簿式比例代表選挙の難しさに言及した。

さらに、日本病院会政治連盟の梶原優委員長は、「安藤候補は大きく出遅れており、明らかに劣勢である」と、情勢が極めて厳しいことを指摘。民主党45名の比例代表候補の半数近くは落選する可能性があり、有権者による党の選択だけでなく、候補者の選択にも勝たなければならない仕組みになっていると、参加者を喚起した。



ヘルパーやケアマネの協会と、様々な団体がすべて一致団結して、いわば「チーム社会保障Japan」とでもいふべき政策グループを作り、日本の医療と介護、患者さん、さらには我々医療職のために頑張っていく必要がある。今や、すべての政党とも一致団結して医療崩壊阻止に立ち向かう時期がきたのではないかと。(拍手)

私は、現場に携わる一人として、多くのことを発信していきたいと思って

いる。病院協会、医師会、その他団体から得るデータを政策に反映させていきたいと考えている。

日本の医療と介護をよくするために、沢山の意見を私に寄せていただきたい。私は、その意見を1つもこぼさず、よりよい制度づくりに生かしていきたい。皆さん、一緒になって日本の医療と介護のため、患者さんのため、さらには我々自身のために闘っていきましょう。(声援と拍手)

「診療報酬引き上げをマニフェストに明記した」

■細野豪志民主党幹事長代理の応援演説(要旨)



国民の安心・安全を守ろうと一所懸命に頑張っている安藤先生を、参議院になんとしても送り込まなければならない、なんとしても結果を出さなければならない。(声援と拍手)

鳩山政権は、医療については、診療報酬を引き上げるといって第一歩を踏み出した。しかし、その後の政権運営で色々ご心配をおかけしたことについては、皆さんにお詫びをしたい。

しかし、鳩山総理の大きな判断で菅政権が誕生した。

国民の生活を守る、中でも、医療と介護の分野をしっかりと前に進めていくという民主党のスタンスは微動だにしていない。

今マニフェストを作っているが、その中でも、「診療報酬の引き上げ」「介護の現場を生き返らせる」ということをしっかりと書かせていただいている。(声援と拍手)

もう一度民主党を信じていただいて、皆さんのお力で安藤先生を国会に送っていただけないだろうか。(拍手)

皆さんの力を結集し、国民の代表として、安藤先生を国政の場に送り出していただきたい。

全医療団体で「チーム社会保障Japan」を作りたい！

■民主党公認予定候補(比例代表区)安藤たかお氏の挨拶(要旨)



この40日間に30の都道府県を周ったが、どこの地域も医師と看護師、都市部ではヘルパーが不足して大変な状況にある。そこで3つの提言をさせていただきたい。

1つは医療と介護の崩壊を防ぐこと。2つ目は、医療と介護の質を上げていく仕組みづくりを早急に進めること。3つ目は、診療所、病院、介護施設の経営をよくするということである。経営がよくなれば労働条件がよくなり、やる気のある若い人が入ってくる。そうすれば雇用の拡大につながっていく。

私の政策を具体的にお話したい。まず、2次救急の崩壊は即地域医療の崩壊につながる。したがって、2次救急医療を評価していくことが非常に重要である。また、その後の亜急性あるいは療養病床もきちんと強化していく必要がある。とくに介護保険の療養病床については、重度認知症で合併症があ

る患者さんの病棟にふさわしいのではないかと考えている。かかりつけ医としての診療所の機能も非常に重要になっている。さらに、介護施設ではたらくヘルパーの労働条件を向上させる必要もある。

前政権で介護職員の処遇改善交付金を実現したが、介護保険のヘルパーには出ないという矛盾がある。これは、やはり、介護報酬で担保することによって平等に処遇改善を図る仕組みにしていく必要がある。

2012年度の同時改定では、診療報酬と介護報酬を10%以上引き上げることなくして、日本の医療と介護に未来はない。(拍手) 病院であれば入院基本料、診療所であれば診療基本料を大幅に引き上げ、加算に頼ることなく地域医療の底上げができるようなきちんとした政策をつくりあげていくべきではないか。(拍手)

その財源としては、消費税と保険料を見直していくことが大事ではないだろうか。(ガンバレの声と拍手)

私は、数多くの団体から推薦をいただいたが、病院団体、医師会、老健施設の協会、看護協会、PTやOTの協会、