



# 全日病 NEWS 12/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.722 2009/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 「入院基本料中心に総枠の10%以上増額が必要」

### 四病協が民主党に要望書を提出。厚労省政務3役にも要望予定

四病院団体協議会は、民間病院にとって必緊の課題である2010年度診療報酬改定、事業税の特例措置および経営安定化資金融資にかかわる要望書をそれぞれまとめ、11月30日に民主党本部を訪れ、小沢一郎幹事長に提出した。

要望書の作成は11月25日の総合部会で決まった。四病協は12月3日にも厚生労働省の政務3役に面談、同要望を行なう予定だ。

10年度改定に関しては、「崩壊の危機にある病院経営を正常化させるためには入院基本料を中心として診療報酬全体の10%以上の増額が必要である」と要望。

さらに、06年度改定で導入された看護基準の変更・規制も取り上げ、「不必要な算定規制は極力行わず、地域の実情に応じた病院運営が可能となるようにすべきである」と訴えている(別掲)。

また、事業税特例措置については、政府税調の予備議論で「廃止」の方向が打ち出されたことを踏まえ、診療報酬収入に対する非課税措置および医療法人における診療報酬以外の収入に対する軽減税率適用措置存続の2点を強く求めた。

さらに、行政刷新会議による「事業仕分け」で見直しの方向が打ち出された(独)福祉医療機構についても、全日病等の要望が契機となって今年4月に導入された「経済危機対策に伴う経営安定化資金融資制度」の継続実施を要望した。

民主党に対する注文には、全日病猪口副会長ほか4団体幹部が参加した。

対応した民主党の細野豪志副幹事長は、改定への要望に関して、「長妻厚生労働大臣から診療報酬総枠を増額したいという要請がきており、現在、党内で議論している」と状況を説明、「個人的には、病院と勤務医には評価をしなければならないと考えている」という認識を示した。

事業税特例措置については、11月26日の税制調査会で10年度も継続する方向が打ち出されている(別掲記事)。細野副幹事長も、「とりあえず10年度は存続する方向で固まっている」と語り、民主党と政府税調の考えが一体であるという姿勢を表わした。



▲四病協と面談する細野豪志民主党副幹事長

#### ■四病院団体協議会要望書(民主党小沢幹事長宛、11月30日)

##### 平成22年度診療報酬改定について(要望)

医療崩壊という言葉が日本全国各地で叫ばれるようになってきている。崩壊しつつあるのは特に急性期医療、とりわけ救急医療、周産期医療、小児医療などであるが、急性期だけでなく、亜急性期、慢性期、精神科等の病院医療全般に波及している。これは医師数の絶対的な不足と過去に行われた診療報酬改定の引き下げ等により引き起こされたものである。

先般公表された中医協「第17回医療経済実態調査結果」で示されたとおり、病院経営は赤字基調が続いており、診療報酬を多少増加させても、医療崩壊を食い止めることは出来ない。

この問題を抜本的に是正するためには、OECD加盟諸国の中でも低位である国民医療費を相当引き上げる必要があり、民主党のマニフェストにあるとおり、総医療費の対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げなければならない。そのためまずは、平成22年度の診療報酬改定は大幅なプラス改定を行うことを要望する。崩壊の危機にある病院経営を正常化させるためには「入院基本料」を中心として診療報酬全体の10%以上の増額が必要である。

一方、平成18年度診療報酬改定で導入された看護基準の変更や規制は、その対策として多くの病院が配置人数の増加を行わざるを得ない状況となり、その影響で各病院における看護師の無理な引き合い、これに伴う病棟閉鎖、病院閉院等の社会問題が喚起された。診療報酬上における不必要な算定規制は極力行わず、地域実情に応じた病院運営が可能となるようにすべきである。

#### 細野副幹事長「全国的に声を上げることが大切」

11月30日に四病協と面談した民主党細野副幹事長は、鳩山政権に対する要望は「全国的な声として挙がっている方がよい。現在、民主党の各都道府県連から要望の吸い上げを行っている。病院団体の声を積極的に各地方から上げていただくことが大切ではないか」と語った。

## プラス改定論と否定論を併記

### 医療保険部会 2010年度改定の基本方針案 重点課題に外科を追加。チーム医療評価の視点が色濃く

11月25日に開催された社会保障審議会・医療保険部会は2010年度診療報酬改定の基本方針案を基本的に了承した。

改定基本方針の議論は、医療保険部会が11月16日、医療部会は11月19日とそれぞれ2ヵ月半ぶりに再開された。

その議論再開の2回目、つごう4回の議論で医療保険部会は早々と10年度改定の基本方針案をまとめたことになる。

基本方針案は、10年度改定の総枠について、引き上げを求める意見と引き上げを否定する意見を併記するとともに、

新たな重点課題として、救急、産科、小児に加えて外科(手術)の適正評価を書き加えた。

また、病院勤務医の負担軽減策としては、「医師以外の医療職が担う役割」とともに、医師事務作業補助者や看護

補助者等「医療職以外の職員が担う役割の評価」を盛り込んでいる。

チーム医療を評価する視点は医療とともに介護にも及び、医師の業務軽減とは別の「多職種間の連携」が評価視点として取り上げられ、2012年度ダブル改定に向けた課題にあげられている。

同日の議論を反映させた修正案を部会長に委ねた基本方針案は12月3日の医療部会に諮られるが、厚生労働省は同日の合意を見込んでいる。

## 事業税の特例措置は10年度も存続

### 移行課税支払い猶予措置の10年度創設は見送りの公算

政府の税制調査会は11月26日の第13回会合で厚生労働省関係の10年度税制改正要望事項について集中審議を行なった結果、事業税(地方税)における社会保険診療報酬に対する特例の取り扱い「議論継続」とされ、結論が先送りされた。

診療報酬に対する事業税の非課税問題については、オブザーバー出席した社民党の阿部政策審議会議長が慎重な議論を求め、小川総務大臣政務官も「1

年程しっかり議論してから判断してはどうか」と提案、了承された。この結果、10年度は存続となる見通しだ。

記者会見で、小川政務官は、来年の税制改正議論では何らかの結論を出す必要があるという考えを明らかにした。

事業税のもう1つの特例である、医療法人における診療報酬以外にかかわる軽減措置も「議論継続」とされたが、いつまでに結論を出すかというめどは示されなかった。

これについて、厚労省医政局総務課は「10年度も存続と受け止めている」としている。

一方、厚労省が提案している、持分なし医療法人への移行時に課税が生じる相続税・贈与税の支払い猶予特例措置も「議論継続」とされたが、集中審議では財務大臣政務官から強い難色が示されており、10年度の創設は見送られる公算。

厚労省は、「現在の議論をみる限り、

今後実現は難しい(指導課)とみている。

医療にかかわる消費税非課税の見直しは議論の俎上にあがらなかったことから、「10年度の実現は難しい(総務課)とみられる。

税制調査会は12月の第3週ごろまでに全体会議で10年度税制改正大綱をまとめる。その間に厚労省と財務省の協議が行なわれる可能性がある。

議論継続とされた案件について、厚労省は「全面見送り、段階実施あるいは縮減実施という選択もあり、それによっては、再度、税調審議の機会が生じる可能性もある(総務課)と、厚労省政務3役の説得に期待を寄せている。

## 「オンラインレセ」が「電子レセ」に後退?!

診療報酬の請求方法を2011年度から原則電子化する政策を推進してきた厚生労働省は10月に行なったパブリックコメントに寄せられた意見を受け入れ、さらに義務化免除の対象を拡大、このほど省令改正・大臣告示制定を行なった。施行期日は11月26日となる。

具体的には、義務化対象を免れる要件からレセプト件数を外して「手書き」のみとするとともに、「診療報酬の請求

方法は電子レセプトを原則とするが、オンライン請求のほか電子媒体による請求も可能とする」と方針を修正。「オンラインによるレセプト提出」を推進する政策にもかかわらず、オフライン請求を認める立場へと原則を後退させた。

上記以外は概ね10月のパブリックコメントにかけた省令改正・大臣告示の内容と変わっていない(本紙10月15日号を参照)。

## 一般病床の「入院時食費・居住費」も別負担?

行政刷新会議の「事業仕分け」(11月11日)作業で、入院時の食費・居住費に関する現行制度を見直すという評価が下されたが、11月25日の医療保険部会に事務局(厚労省保険局総務課)は「事業仕分け」の評価結果を示すペーパーを提示、現在、療養病床に入院している65歳以上に適用されている食費・居住費の別負担(入院時生活療養費)が、65歳未満の療養病床入院患者及び一般

病床の入院患者にも適用される可能性がある」と説明した。

行政刷新会議の全体会議で決定されると、財務省は2010年度予算案に盛り込むことを厚労省に求めることになる。

保険局幹部は「これによる影響はきわめて大きい。しかし、事態はまだ流動的である」と冷静を装っているが、取りあえず、健康保険制度の改変を審議する医療保険部会に説明したもの。



# 「診療報酬全体的大幅引き上げを強く求める」

中医協総会 診療側を代表して西澤会長が意見表明。支払側は「引上げを認めず」と対峙

11月18日の中医協総会で、西澤寛俊委員(全日病会長)は、診療側医科委員として、2009年医療経済実態調査に対する意見表明を行なった。

その中で、西澤委員は「病院の経営状況は逼迫していることが示されており、全ての病院が算定する入院基本料の大幅な増額が必須である」という見解を示し、10年度改定に臨む病院側の立場を鮮明に表わした。

西澤委員は、また、11月25日の中医協総会において、診療側7委員を代表して10年度改定に対する考え方を表明。「2010年度診療報酬改定に当たっては、過去のマイナス改定を回復し、病院の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強く求める」と、医療崩壊下で改定に臨む診療側の強い決意を表明した(別掲)。

これに対して、支払側は、経済情勢は保険者財政の現状を理由に「診療報酬の引上げを行う環境にはない」と反論、経営破たん危機に瀕する医療提供側に対峙する姿勢を鮮明にした。

改定率は12月18日前後に決まるとみられ、それを踏まえ、中医協は、10年度改定の方針を12月23日をめどにとりまとめる予定だ。

## ■2010年度診療報酬改定に対する診療側委員の意見(要旨)

診療報酬は4回連続でマイナス改定を強いられた。08年度改定は病院勤務医の負担軽減策等を「緊急課題」と位置づけたが、2,200億円抑制する方針が撤回されなかったために引き上げ財源はわずかとなり、診療所の財源から削った分を病院に移譲するという異例の事態となった。

しかし、この対応は緊急課題の解消には十分とは言えず、勤務医対策もごく一部の急性期大病院にのみ資源配分がなされ、地域の中核病院、地方の民間病院とその勤務医には、救済の手が差し伸べられず、病院はもちろん、地域医療を支える診療所、歯科診療所、薬局の経営もさらに厳しい状況にある。

今日の医療崩壊の主たる原因が上記のマイナス改定にあることは、衆目の一致するところである。これを改善し、医療再生を図るためには、根拠に基づいた適切な技術評価を反映した診療報酬改定が必要である。

10年度改定に当たっては過去のマイナス改定を回復し、病院の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強く求める。

## DPC分科会 7項目の新係数案をまとめる

11月30日のDPC分科会は2010年度改定から導入する新たな機能評価係数の最終案をまとめた。12月第1週の基本小委に最終判断を委ねる。

新たな機能評価係数案は7評価項目からなる(別掲)。

「データ提出指数」では、データ提出遅滞のあるなしと不明コード使用割合の40%を分岐にして異なる定数を決める。

平均在院日数が長い疾病を扱う病院を評価する「効率性指数」は、通年(10ヶ月)10症例以上の包括対象となっている分類を対象に、患者構成を補正した平均在院日数と全体の平均在院日数の比で指数を算出する。

「複雑性指数」は、「効率性指数」と同様基準の分類を対象に、全DPC対象病院の平均で補正した1入院あたりの包括点数と全体の平均1入院あたりの包

括点数の比で算出する。

様々な疾患に対応できる体制を評価する「カバー率指数」は、当該病院の10症例(10か月)以上の分類と全診断群分類との比から出すが、包括対象に限らず診断群分類のすべてが対象となる。

「救急医療指数」は救急搬送と時間外等加算を算定する入院患者とDPC対象患者の比から求める。

「地域医療指数」は、まず、医療計画の4疾病・5事業で記載されている病院が対象。続いて「救急患者の受け入れ体制」を3段階で評価する。前項のアウトカムに対してストラクチャーという違いはあるが、この項目は重複評価となる。しかし、分科会は「救急は三重四重に評価すべきである」と判断した。

チーム医療に関しては、さらに、指数等の詳細を検討する。

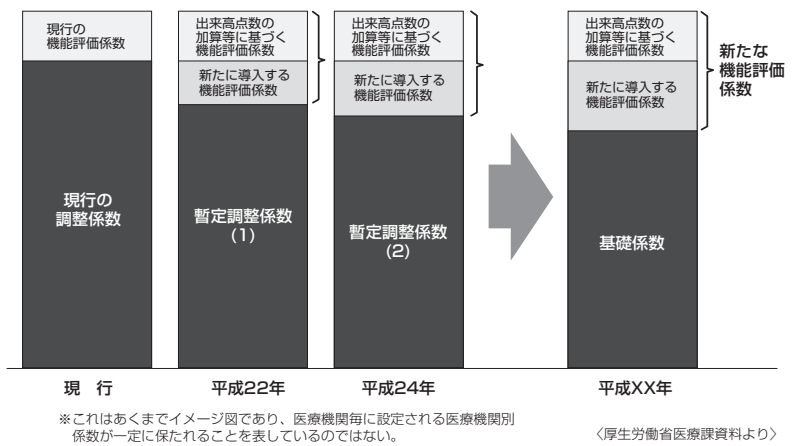
## 新係数に「基礎係数」。「評価できない要素に配慮」

11月30日のDPC分科会に、医療課は、調整係数を段階的に廃止するイメージプランを提示。10年度を含む最低3回の改定で切り替えを終えるとともに、

最終段階で、現行調整係数に似た役割をはたす「基礎係数」を設ける構想を明らかにした(別掲)。

医療機関別係数は、現在、入院基本

## ■調整係数段階的廃止のイメージ図



料等加算などの届出項目を係数化した評価係数と調整係数からなる。調整係数は前年度収入保障とともに「一定の機能評価項目からなる」(医療課)。新たな機能評価係数は、評価係数と調整係数の中の機能評価項目の合算で構成され、前年度収入保障としての調整係数は全廃されると考えられてきた。

しかし、医療課は、「指数で表わす機能だけで病院のすべてを評価できるものではない」と指摘。最終的に、データに反映されない要素が少なくないことを勘案して、新係数の一定割合に「基礎係数」を配するという構想を打ち

出したもの。

DPCの将来的な普及を考え、中小病院、専門病院、ケアミックス型など民間病院とともに自治体病院への影響に配慮した結果とみられる。

担当官は「今後、DPCに参入する病院にも門戸を開くもの」と説明した。

ただし、新係数全体に占める割合や、全病院一律とするかあるいは異なる数値とするか、異なる数値の場合は何を指標とするかなど、具体的な検討は「すべてこれからの問題。提起したばかりであり、今後、基本小委で検討していただく」としている。

## ■新たに導入する機能評価係数案(11月30日 DPC分科会)

評価項目の名称	指数等新係数の設定方法
データ提出指数	①データ(様式1の必須項目)提出の遅滞 ②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に応じた定数で評価
「効率性指数」または「相対平均在院日数指数」	指数=全DPC対象病院の平均在院日数/当該医療機関の患者構成が全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある包括評価対象の診断群分類のみを計算対象とする。
「複雑性指数」または「患者構成指数」	指数=当該医療機関の各診断群分類の1入院あたり包括点数が全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均1入院あたり包括点数/全病院の平均1入院あたり包括点数 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
「カバー率指数」または「総合性指数」	指数=当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数/全診断群分類数 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。すべての診断群分類のみを計算対象とする。専門病院への対応は「特段の配慮を行わない」
「救急医療指数」	指数=救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数/DPC対象患者数

「地域医療指数」	(1)医療計画(4疾病・5事業)において、地域で一定の役割を担っていることを評価	(評価のイメージ) 都道府県が策定する医療計画において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数による評価(「がん」については重点的に評価)
	(2)救急患者の受け入れ体制の評価	救急医療の提供実績・体制に応じて段階的に評価(評価のイメージ) ①救急患者数(又は割合)が○以上、医師・看護師が救急部門に専従配置、薬剤師・臨床検査技師・放射線技師が専任で配置 ②救急患者数(又は割合)が△以上、医師・看護師が専任で配置、薬剤師・臨床検査技師・放射線技師がオンコール ③救急患者数(又は割合)が□以上(職員要件はなし) ※①~③に「精神科救急」を追加する。「救急患者」とは、救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数
	(3)周産期患者の受け入れ状況による評価	(3)(4)について、特別調査でこれらの体制にかかるデータは集めていないので、今後、関係者と相談の上検討する。
	(4)小児救急患者の受け入れ状況による評価	
「救急医療指数」	病棟におけるメディカルスタッフの配置を評価。具体的方法は今後更に検討。	

# 急性期リハに人員配置基準を導入か

### 入院時医学管理加算は要件緩和、配点に地域差を加味?

2010年度改定に関する議論の概要 基本小委 11月13日~11月27日(3面に続く)

## ■11月15日

### 2010年度改定 医療機関連携について

#### 【論点】

1. 医療機関同士が大腿骨頸部骨折や脳卒中の診療計画を共有し、連携を図る取組みについて、退院後のリハを担う医療機関や介護サービスも含めた診

療計画に基づいた連携を行った場合の評価。

2. 急性期医療機関を中心に、患者がスムーズに適切な療養に移行する取組みに対する診療報酬上の評価。

3. 診療情報提供料の、医療機関同士が情報を共有することにより継続的な医療を確保する観点からの整理。

#### 【議論】

医療課は地域連携診療計画管理料および地域連携診療計画退院時指導料の算定対象医療機関を拡大する方向を提

示。ただし、対象疾患の拡大は想定していない。

診療側西澤委員(全日病会長)は「地域連携パスはシームレスな医療提供体制を円滑に構築するためにある。そのためには後方の医療機関をきちんと評価しなければならない」と指摘、算定対象



# 手術料は底上げ。地域連携パスは対象拡大の方向

## 障害者施設等脳卒中患者の長期療養病床へ転院時経過措置は延長

2010年度改定に関する議論の概要 基本小委 11月13日～11月27日 (2面から続く)

を亜急性期、在宅、介護施設にも拡げよう提起。さらに、MSW配置の評価を提案した。連携対象には診療所と歯科もあがった。「複数の診療科が関与する連携の評価」を求める意見も。

鈴木委員(茨城県医師会理事)は、パスの要件に「1週間以内に診療計画を作成」とあることを取り上げ、その期間を最長2週間まで拡大するよう求めた。要件見直しを求める意見に、支払調

の白川委員(健保連常務理事)は「方向としてはできるだけシンプルな体系であるべきだ」と難色を示した。

他方で、西澤委員は、「連携する上で情報の共有が大切。IT化を含めた情報共有を進める診療報酬にすべきである」とも提起した。

医療課は急性期病院における退院調整部門の評価新設を考えている。

重症患者の受け入れ率など、前改定で試行的に導入された医療の質の評価については、今改定でも継続することで概ね合意した。評価にかかわる要件

の詳細は今後詰めることになるが、診療側には、現状で精一杯という意見が強い。回復期リハ病棟に関してはその他の議論にまで踏み込まず。

### 2010年度改定 医療安全に関する体制について

#### 【論点】

1. 専門知識を有する医療関係職種による院内感染のより手厚い管理に対する評価。
2. 専従の医薬品安全管理責任者を配置した医薬品安全性情報の一元的管理と必要な措置を速やかに講じる体制の

評価。

#### 【議論】

医療課は「専従の医薬品安全管理責任者」を提起。診療側からは、現行の医療安全対策加算を含め、専従要件を止めて専任とし、広く普及させるべきという意見が相次いだ。

### 11月20日

### 2010年度改定 後発医薬品の使用促進のための環境整備について

#### 【論点(抜粋)】

3. 情報を収集・評価して後発医薬品の採用を決定する院内体制とともに後発医薬品の備蓄品目数又は割合が一定以上の場合に対する診療報酬上の評価。
4. 医師が患者に後発医薬品について説明、使用の意向をたずねる取り組みを促す方策。

#### 【議論】

医療課は、医師が患者に後発医薬品使用の意向を聞く措置をとることを提案。「点数による対応ではない」としていることから、療担規則への記載が考えられる。また、「出来高算定の入院患者への後発品使用」を促す体制を評価する点数を新設する。

### 2010年度改定 療養病棟について

#### 【論点】

1. 急性期、在宅及び介護施設の後方病床としての療養病棟機能に対する評価。
2. 軽症・中等症の救急患者を受け入れている療養病棟に対する評価。
3. 医療サービスの質的向上に取り組む療養病棟に対する評価。

#### 【議論】

医療課は、「点数で評価するかどうかは別として」、区分評価表をレセプトに添付する考えを表明。診療側から反対

意見は出なかった。

救急患者の受け入れに対しては、西澤委員が「本来の療養病床とは役割が違う。亜急性期病床の機能と合わせて議論すべき」と疑問を示すなど、慎重な見方が多数を占めた。

医療課は、現行の医療区分3が一律の点となっている点について、今後、データ収集が進めば、改めてADLごとに分割することがあり得るとの認識を表明した。

### 2010年度改定 有床診療所について

#### 【論点】 省略

#### 【議論】

「有床診療所入院基本料2」の「入院期間が31日以上」の点数(280点)に対して、「安すぎる」などの意見が支払・診療側の双方から出た。

西澤委員は「280点は低い」とする一方で病診間の人員配置の差を指摘。「同じ計算でいくと、(人件費がかかる)病院の入院基本料の方がもっと低いかもしれない。その点は整合性を確保してほしい」と注文した。

### 11月27日

### 2010年度改定 病院勤務医負担軽減策について

#### 【論点】

1. 医療機関が勤務医負担軽減策を作成・周知し、適切な方策を取れるような診療報酬上の工夫。
2. 時間外や複数機会の病状説明要求について患者や家族に協力をお願いする方策。
3. 自己都合による軽症患者の時間外受診について、患者に協力をお願いする方策。

#### 【議論】

医療課は、勤務医負担軽減策を織り込んだ入院時医学管理加算等の算定病院を拡げる方策を提起した。これについて、要件緩和を求める方向で支払・診療とも一致。さらに、診療側からは、全国一律の要件ではなく、地域事情に応じたものとすべきという意見が強く

示された。

医療課長は「入院時医学管理加算については産科、小児科、全身麻酔、精神科24時間対応といった要件がきついという声が多い」と引き継いだ。鈴木委員も、入院時医学管理加算の要件が「総合病院」と重なることに疑問を表明した。

遠藤委員長は「見直しの視点に地域格差を織り込むべきか」と提起。地域格差を配点に反映する方向を示唆するとともに、算定病院が各地域に適正分布することが好ましいとして2次圏単位を地域概念と想定、検討に資するデータの提示を医療課に求めた。

選定療養や別途徴収につながる論点2と3に関しては支払側と診療側で意見が分かれた。

### 2010年度改定 患者の視点の重視(明細書の発行など)について

#### 【論点(抜粋)】

2. 診療報酬上の措置について 明細書発行やIT化を推進するための診療報酬上の評価。

#### 【議論】

医療課はIT化を促すための診療報酬上の対応を検討している。電子化加算

は、オンライン請求が義務付けられている医療機関は算定対象外である上、10年度までの「時限措置」となっている。そのため、電子化加算の存続も視野に今後、対応策が検討されるものとみられる。

### 2010年度改定 入院中患者に対する他からの診療指導について

#### 【論点】

入院中患者に対する他科からの対診の評価。

#### 【議論】

医療課は対診の算定が増えていると

指摘、見直しを提起した。西澤委員は「単科病院では専門科医師による介入が必要。制度としては残すべきである」と反対した。

### 2010年度改定 障害者施設等の機能分化の促進のための移行措置

#### 【論点】

障害者施設等の機能に合致しない入院患者が長期療養の病床に転院することを目的に前改定時に設けた経過措置の取り扱い。

#### 【議論】

医療課長は経過措置が10年3月末で期限を迎えるとして検討を提起。「我々としては措置の継続を想定している」と提起。西澤委員は詳細データの提出を先行させるよう求めた。

### 2010年度改定 入院医療における多職種共同の取り組みについて

#### 【論点】

多職種が関わるチームによるカンファレンスや回診等の診療報酬上の評価。

#### 【議論】

医療課はチーム医療として栄養サポートや人工呼吸器ケアを例示。チーム医療の重要性については支払い・診療各側の認識が一致したものの、定義の明確化や内容の検証を求める意見も出るなど、議論は深まらなかった。

邊見委員(公私病院連盟副会長)は、「病院には30近い職種がある」として、1つ1つのチーム医療を評価することは困難であるという見方を示した。

これを受け、西澤委員は「入院医療のほとんどの分野でチーム医療が実現している。それを全体として評価するためには入院基本料を引き上げることが必要だ」という認識を示した。

### 11月18日

### 2010年度改定 医療技術の評価について

医療技術評価分科会の吉田会長が10年度改定で保険収載される技術の評価審査経過を報告。診療側嘉山委員(山形大学医学部長)は、米国で医師の技術を相対的に評価するために活用されているRVRVSを例に、ドクターフィーの導入を訴えた。

吉田会長はわが国における手術料評価の試みである外保連試案を紹介し、試案の基となる各学会の値付けはばらつきが大きいと指摘。その際、「医療課長は今改定で手術料を全体に引き上げると言っている」ことを明らかにした。

これに対して、遠藤委員長は手術ごとコストの補正ができれば外保連試案を配点に活用できるとの所見を示し、試案の精緻化を吉田会長に求めた。

吉田会長から「(技術と材料等の分離や評価指標など) 統一的基準の下で技術料評価の整理を外保連に依頼する」との回答を得たため、遠藤委員長は「将来的に外保連試案を基に手術料の相対評価を試みる」と提案、了承された。

また、議論を通じて、手術に使用する縫合糸の評価が課題に浮上した。

### 2010年度改定 リハビリテーションについて

#### ●疾患別リハについて

#### 【論点】

1. 発症後早期のリハに対する評価と急性期の運動器リハが患者の必要度に応じて十分な体制の下で提供されるための評価。
2. 廃用症候群の患者に対する、ニーズに応じたりハを提供するための措置。
3. 心大血管リハを普及させるための体制の評価。
4. 09年度介護報酬改定を踏まえた維持期リハの評価。

#### 【議論】

医療課は早期リハ加算の強化、急性期の運動器リハについてはリハスタッフの配置基準新設と必要度に応じた単位数の増加を提起。また、脳血管疾患等リハにおける廃用症候群への算定強化、心大血管リハについては施設基準の緩和を想定している。

議論の中で、加算評価と配置基準の緩和など、土日のリハ実施を可能とさせる評価を考える必要が提起され、支払い・診療各側ともほぼ一致した。

維持期リハについても今改定で継続を認めることで概ね一致した。鈴木委員は、12年度のダブル改定後も、介護保険の対象から外れた障害者のために継続されるべきと主張した。

鈴木委員は、また、疾患別リハが導入された06年度改定で廃止された総合リハ施設基準の復活を提起した。重症化を予防するリハの評価を求める意見も出た。

#### ●回復期リハ病棟について

#### 【論点】

1. 質評価の継続可否。
2. 患者の回復に必要なリハが十分に提供される体制を担保する診療報酬上の評価。

#### 【議論】



# 全国から延3,600人。全日病学会として提言を発表

## 第51回全日病学会 鹿児島大会 プログラム、動員、運営すべてで成功。鹿児島県支部の底力を発揮

第51回全日本病院学会鹿児島大会(上村俊朗学会長)が11月21日、22日に鹿児島市で開催された。全国から延3,600人が集まり、延87会場で繰り広げられたプログラムを介して、医療崩壊阻止と地域医療の再生について論じ、情報を発信した。

第51回全日病学会を担当した鹿児島県支部(上村俊朗支部長)は、長く続く医療費抑制策に呻吟する地域病院の声を結集した提言をまとめ、閉会式で「安心安全な地域医療の維持に資する恒久的安定財源の確保を」と訴えた(別掲)。

鹿児島県支部が初めて担当した第51回全日病学会は、銚之原大助実行委員長以下薩摩藩に似たエネルギーな構成と篤姫を思わせる細やかな心配りの運営によって大盛況に終わり、第52回学会を担当する兵庫県支部(西昂支部長)へ学会旗を引き継いだ。



メインテーマに「地域医療維新」、サブテーマに「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」を掲げた鹿児島学会は、演題登録が334題、参加者実数が2,000名と、いずれも学会史上最高を記録する、かつてない盛り上がりを見せた。開会式には伊藤祐一郎鹿児島県知事も列席、祝辞を述べた。

シンポジウム「医療崩壊」では、医療費抑制に抵抗してきた尾辻秀久参議院議員が、厚生労働大臣時代に小泉内閣の経済財政諮問会議とわたりあった体験を披露、「2,200億円を5年間続け総額1兆1,000億円を抑制した。その70%が診療報酬抑制によるものである」と明らかにした。

シンポジウム「医療崩壊」には、小泉政権時代に主計官を努め、2,200億円抑制を実践してきた財務省の向井治紀理財局長も登壇。「当該年度にそれだけ抑えた実績を踏まえて翌年度分の抑制額が課される。したがって、実際は2,200億円以上抑制するというのが当初の考えであった」と、2,200億円抑制の構想をあらためて明らかにした。

こうして、社会保障費が国家財政の



プライマリーバランスを達成するターゲットとされ、さらには医療が草刈場とされた結果、今日の地域医療荒廃が生じたわけだが、病院経営の危機を民間病院は座視しているわけにはいかない。

シンポジウム「医療従事者不足」で発表した全日病猪口副会長は、地域医療を支える民間病院の1つの行き方として、地域一般病棟を今日の情勢に適合させた「地域連携病院」という類型を提起、私案として披露した。

また、チーム医療の進化による医療の質向上と効率化を追求するとともに病院勤務医の負担軽減を促す視点から、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)は「病院における各職種の業務範囲のあり方と役割分担について」という委員会企画を開催、会員病院を対象に実施した調査結果を発表した。

病院職員が等しく参加することが特色の全日病学会はコメディカルスタッフが主役の一般演題が売り。334題にのぼった演題はどれも若い職員でにぎわった。中でも「リハビリ」「病院管理・事務管理」「安全確保」「感染防止」等のブームは大勢の病院スタッフで埋まった。

こうした意気軒昂ぶりにもかかわらず、民間病院を取り囲む情勢は予断を許さない。多忙な中駆けつけた厚労省保険局の佐藤敏信医療課長は、2010年度診療報酬改定を迎える現下の情勢を詳しく語るとともに、政権与党となった民主党の改定をめぐる発言が後退している事実を紹介。いたづらな期待を戒めるかのように、診療報酬改定に課せられた課題を淡々と語った。



### ■第51回全日本病院学会の提言

#### 地域医療維新—崩壊から新生へ 薩摩からの提言

わが国の地域医療は、政府の度重なる医療費抑制策と医師不足等により崩壊への一途を辿り、格差社会と相俟って今や危機的状況に陥っている。すべての国民が安心して等しく医療を受けられる社会保障制度の構築・充実をめざし、われわれは第51回全日本病院学会鹿児島大会の総意として次の提言を行う。

国民の健康に良質で安心安全な地域医療の維持に資する恒久的安定財源の確保を強く提言する。

- 一、国民皆保険制度の堅持
- 一、医療・介護政策決定プロセスの公正性と透明性確立
- 一、医師不足問題の解消
- 一、医療・介護従事者の充実
- 一、医療・介護の質の向上
- 一、医療・介護難民の救済
- 一、医療費増額に対する恒久的安定財源確保

2009年11月22日

第51回全日本病院学会 鹿児島大会



▲厚労省の佐藤敏信医療課長

### 第51回全日病学会鹿児島大会から

#### ●公私格差

「公私格差については言いたいことがいっぱいある」と、西澤寛俊会長は、課税の不公平を取り上げた。「同じ医療をしているのであれば同一の負担と扱いでなければならない。事業税にしても固定資産税にしても、民間には課税して、なぜ公には課税されないのか。民間と違う医療をしているというのであれば、その証拠を示してほしい。救急が赤字だと言うのであれば、民間の救急も非課税の扱いがなされてしかるべきだ。ともに病院としてequal footingであるべきではないか」(シンポジウムⅠ. 医療崩壊)

#### ●私案「地域連携病院」

「地域連携病院」は現在も全日病や病院団体が提言している地域一般病棟と同様、主に亜急性期医療を担う病院類型であるが、猪口雄二副会長は「post acuteではなくsub acuteの機能を担うものとして考えている。機能分化にもとづく地域連携がより重視される今日の情勢に適合した類型である」と説明する。

その主たる機能は、入院医療や救急における「ジェネラル」な医療を柱とし、急性期病院や救命救急センター、ERとの連携を確保し、高度な医療を必要とする患者の紹介と手術後患者などの逆紹介をベースとする点にある。

地域完結型の病院として、MSWの配置を重視するとともに地域連携バスの届出や医療計画における公表を要件とみなすことができる。(シンポジウムⅡ. 医療従事者不足)

#### ●病院におけるワークライフバランスの事例

短時間正職員制度など病院におけるワークライフバランスの実態について、会員病院の調査結果から事例を報告してもらい意見交換。パネリストの1人、鳴門山上病院の賀勢泰子管理部長は「育児休業取得率向上に取り組んだ。職員のWLBを考慮した様々な取り組みを行なった結果、育児休業取得率は、2006年75%、2007年82%、2008年には100%を達成。一方、看護師の離職率は2004年の10.3%が2008年には5.4%と半減した。育児休業後の“復帰しやすい環境づくり”にも取り組みました」と報告した。(医療従事者委員会企画「職員に選ばれる病院づくり—WLB(ワークライフバランス)」)

#### ●特定保健指導の実績

市民の森病院総合健診センターの飯弘幸子保健師が「88名に6ヶ月の指導を行なった結果」を報告。「目標達成が23%、改善が62%、体重・腹回りの増加が13%、脱落が10%という結果だったが、トータルで体重2.21g、2.3cm、BMI 0.8の改善がみられた。初回面談では生活改善の意欲を見せていても途中脱落する方がいる一方、初回面談ではやっと関心期に入ったと思われる受診者が途中からさらにやる気を出し、目標をクリアした後もさらに改善を目指して行く姿を見ると、支援の奥深さと楽しさを感じる。さらに工夫をこらしていきたい」と語った。(人間ドック委員会企画第2部「特定保健指導のあり方について」)



▲シンポジウム「医療従事者不足」



▲シンポジウム「医療崩壊」



▲上村俊朗学会長(左)と西澤全日病会長