



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2011 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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION No.747 2011/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2011年1月1日・15日号合併号



6・7面/新春座談会Ⅰ 結成10年を過ぎた四病協 2011年の課題
8・9・10面/新春座談会Ⅱ 中医協医科委員かく語りき (前篇)

年頭のご挨拶

社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



2011年の新春を迎え謹んで新年のお慶びを申し上げます。

昨年は民主党政権のもと、10年ぶりの診療報酬全体のプラス改定が行われました。私たちの期待した改定率とは乖離ある0.19%と低い改定率ではありましたが、長年にわたる医療費削減・抑制政策により疲弊していた医療界にとっては、一息つけた面もあったと思っております。改定財源の配分が決められていた為、その内容は救急・産科・小児科・外科を中心に比較的大規模な病院に対して手厚い改定であり、中小規模の民間病院に対して、もう少し配慮されるべきだったと思います。

医療の現状を見ると、まだ医療崩壊の危機から脱却したとは言えない状況です。その状況を好転させるためには2012年の診療報酬・介護報酬同時改定において、より大幅なプラス改定が必要です。その為には信頼できるデータを基にした主張議論をしなければなりません。

昨年5月、中央社会保険医療協議会において私たち診療側委員は、次期改定に向けた検討課題に関する提案を行いました。次期改定への短期的な課題だけでなく、我が国の診療報酬体系を根本から見直すような中長期的な課題も提案しております。

その一つの項目として、基本診療料について、それに含まれるキャピタルコスト、オペレーティングコストや技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数改定を提案しております。信頼できるデータを基にして議論し、根拠に基づき、質の高い効率的な医療提供ができる点数改定を目指

したいと思っております。

また、高齢者医療制度、介護療養病床廃止の問題など急がれる課題をはじめ、医療提供体制、医療保険制度、介護保険制度などの重要な制度改革も予定されており、2011年はこれらの議論が行われる重要な年です。

私達全日本病院協会はこれらの課題に対して主体的、積極的に取り組み、国民や医療関係者が満足を得られる改革を実現しなければなりません。

全日本病院協会は昨年創立50周年を迎えました。「関係者との信頼関係に基づ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」という理念を達成するため、各委員会を中心に活動を重ね、民間病院中心の団体として着実に前進してきました。

同時に医療を提供する約2,300会員を有する団体として、客観的な現状分析を行い、医療・病院・全日病のあり方、医療提供体制等の今後の進むべき方向について議論を重ね、「病院のあり方に関する報告書」として内外に示してきました。本年3月には新たな報告書を発刊する予定です。報告書では高齢化社会が最もピークとなるとされている2025年を見越して医療・介護の将来像を示すつもりです。

本年もこれまでの活動の継続・強化を図り、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す。本年が皆様にとりまして、輝かしい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。

2011年度税制改正大綱 医療法人等の法人税引下方針が決まる

政府は12月16日の閣議で、国税と地方税を合わせた法人税の実効税率の5%引き下げを含む2011年度税制改正大綱を決定した。その結果、2011年4月1日

以後に開始する事業年度の法人税について、医療法人は現行30%から25.5%へ、特定医療法人は22%から19%へ、それぞれ税率を引き下げる方針が決まった。また、個人による社会福祉法人への寄附を税控除する制度の創設、病院等の省エネ・低炭素設備等取得に30%の

特別償却等を認めるグリーン投資減税の創設等が織り込まれた。医療に対する消費税非課税問題を検討するという方針は盛り込まれなかった。社会保険診療報酬への事業税非課税の継続等については既報(12月15日号)どおり。

2011年 年頭所感



厚生労働大臣 細川律夫

新年を迎え、謹んで年頭のお祝いを申し上げます。

年の初めに当たり、改めて皆様の日頃からの厚生労働行政への御理解と御協力に感謝申し上げますとともに、今後の厚生労働行政につきまして新年に臨む決意を述べさせていただきます。

歴史的な政権交代の実現から、一年三か月余りが経過しました。この間、副大臣、そして大臣として、厚生労働行政を指揮してまいりましたが、雇用や社会保障などを通じ、国民の皆様の生活を豊かで安心できるものとするのが、私の使命であると考えております。

さて、厚生労働行政を取り巻く状況を直視しますと、我が国は、人類史上かつてないスピードで少子高齢社会に突入しており、経済成長を維持するとともに、増大する社会保障のニーズにも応えていくことが急務となっています。

一方、現在、日本の社会保障制度のベースとなる社会経済構造そのものに、大きな変化が生じています。このため、雇用構造の変化に対応した、若者・子育て期を含めた社会保障や雇用政策の再構築、現金支給と現物サービスのバランスの改善に加え、縦割りの制度によってセーフティネットに穴があいた状態を改めなくてはなりません。

また、足下の雇用失業情勢については、持ち直しの動きがみられますが、失業率は依然高水準にあるなど厳しい状況にあります。雇用情勢の悪化懸念が依然残っていることにも注意が必要です。特に、新卒者・若年者の雇用状況には改善の兆しが見えず、また、多くの地域で厳しい雇用情勢が続くなど、デフレ終結に向けた経済の基盤は未だ脆弱です。

こうした現状認識の下、我が国がかつての輝きを取り戻し、成長し続ける日本として復活するため、政府一体となって、改革を進めてまいり所存です。

第一に、子どもと子育てを応援する社会を構築してまいります。

昨年、次代の社会を担う子どもの育ちを支

援するため、子ども手当を創設しました。平成二十三年度の子ども手当については、三才未満の子どもについて月額一万三千円を二万円に引き上げるなど、所要の法案を本年の通常国会に提出いたします。

また、幼保一体化を含めた子ども・子育て支援のための包括的・一元的な制度の構築につきましても、内閣府等と検討を進めており、法案提出を目指してまいります。

保育所待機児童の解消に向けては、「子ども・子育てビジョン」に基づく取組を全力で進めるとともに、待機児童解消に先進的に取り組む自治体を支援してまいります。

第二に、雇用対策等について、迅速・着実に取り組んでまいります。

厳しい就職環境、雇用情勢が見込まれる中、新卒者・若年者への支援を強化するとともに、円高等による下振れリスクを踏まえ、企業の雇用維持努力への支援の強化を行ってまいります。

昨年六月に閣議決定された「新成長戦略」などにに基づき、高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業の育成を推進するとともに、これらの分野における雇用創造・人材育成を図ってまいります。また、女性、高齢者、障害のある方など潜在的な能力を有する方々の労働市場への参加を促してまいります。

雇用を増やすとともに、その質やセーフティネットを確保することも、経済の歯車を回す重要な要素となります。

雇用保険を受給できない方々に対して、無料の職業訓練とその期間中の生活給付を行う緊急人材育成支援事業を実施しておりますが、これを「求職者支援制度」として恒久化する法案を次期通常国会に提出してまいります。

最低賃金につきましては、昨年六月の雇用戦略対話において、二〇二〇（平成三十二）年までの目標として、「できる限り早期に全国最低八百円を確保し、景気状況に配慮しつつ、全国平均千円を目指すこと」が合意されました。この目標の実現に向けて、今後とも、最低賃金の引上げに向けた取組を進めてまいります。

また、働く方の心身の安全と健康を守るため、職場におけるメンタルヘルス対策の充実を図り、職場でのたばこによる健康への被害を防ぐため、受動喫煙防止対策の強化に取り組んでまいります。

派遣労働者の保護及び雇用の安定のため、現在国会で継続審議中の労働者派遣法改正案につきまして、早期の成立を目指してまいります。

そして、我が国経済の基本は、安定した労使関係です。労働委員会における労使紛争処理の一層の迅速化・的確化を図ることにより、集团的労使関係の安定に取り組んでまいります。

世界に目を向けますと、本年四月に第十五回ILOアジア太平洋地域会合が京都市で開催されます。本会合は、ディーセントワーク（働きがいのある人間らしい仕事）達成のため、今後のアジア地域における活動の方向を決定する重要なものであり、議長として国際貢献できるよう努めてまいります。

第三に、社会保障改革を進めてまいります。おりしも、本年は、国民皆保険・皆年金五十周年という節目の年です。この五十年間で、我が国の平均寿命は、男性六十五歳・女性七十歳から、男性七十九歳・女性八十六歳に伸びるなど、世界最長の平均寿命と世界最高レベルの保健医療水準を達成しました。昨年十月に設置された「政府・与党社会保障改革検討本部」での議論も踏まえ、未来に向かって、心を新たに、社会保障の見直しに取り組んでまいります。

まず、国民皆保険は、国民が安心して日々の生活を営むための礎です。今後とも我が国が世界に誇るすばらしい仕組みを堅持し、持続可能な医療保険制度を構築するために、高齢者医療制度改革を含め、広く国民の納得・信頼・安心の得られる改革を目指してまいります。

医療保険と車の両輪である医療提供体制につきましては、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、医師等の人材確保、救急医療・周産期医療の体制の確保等に取り組んでまいります。

2011年 年頭所感

また、安心して医療を受けるためには有効かつ安全な医薬品・医療機器をより早く提供することも不可欠です。いわゆる「ドラッグラグ」「デバイスラグ」の解消等のほか、未承認薬・適応外薬の解消に取り組んでまいります。

次に、高齢化が一層進展する中、介護職員の処遇改善に取り組む一方で、介護保険制度を効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとすることが喫緊の課題であります。このため、高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進めるとともに、将来にわたって安定的に制度を運営できるように、介護保険制度の見直しを目指してまいります。

また、本年は、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」の制定に向けた重要な一年となります。障害のある方等の御意見を十分に伺いながら、平成二十四年の通常国会への法案提出、平成二十五年八月までの施行を目指し、検討を進めてまいります。それまでの間も、昨年成立した障害者自立支援法等に係る改正法の円滑な施行など、障害のある方が地域の中で安心して暮らせる社会づくりを進めてまいります。そして、将来にわたり安心・納得できる年金制度を構築していかねばなりません。

国民の皆様から、新たな年金制度の創設について大きな期待をいただいております。昨年六月には、総理を議長とする「新年金制度に関する検討会」において、新年金制度の基本原則を取りまとめました。所得比例年金と最低保障年金の創設を柱とする新制度の実施に向け、党派を超えて国民的な議論を行い、平成二十五年の法案提出を目指してまいります。

一方、現行年金制度の改善への取組も重要であります。無年金となる方の発生を予防し、また年金額を充実させる観点から、国民年金保険料をさかのぼって納められる期間の延長や、企業年金制度の改善などを内容とする年金確保支援法案が継続審議中であり、その早

期成立に努めてまいります。

そして、年金制度の持続可能性の確保のために、基礎年金の国庫負担割合二分の一を維持すべく、本年の通常国会において必要な法制上の措置を講じるための関連法案を提出してまいります。

年金記録問題に対しましては、「国家プロジェクト」として集中的な取組を進めているところであり、とりわけ検索システムを用いた紙台帳等とコンピュータ記録の突合せは、本年一月から全国の作業拠点が稼働いたします。日本年金機構から突合せ結果のお知らせが届いた場合には、ぜひ御確認いただきたいと考えております。

また、日本年金機構が発足して一年が経過しました。この間、「お客様へのお約束十か条」を定めるなど、サービスの向上に努めておりますが、なお一層の取組を進めるよう指導してまいります。

第四に、国民の皆様の安全と安心を確保し、健康増進や生活の質の向上を図ってまいります。

新型インフルエンザが発生して一年半が経過しましたが、多くの皆様方の御協力により健康危機に対応することができました。引き続き、警戒を怠らず、対策を続けるとともに、今回の経験を踏まえ、行動計画の見直しなど、新型インフルエンザの発生に対する備えを万全にしてまいります。

また、子どもや女性を感染症から守るため、平成二十二年度補正予算で、子宮頸がん、ヒブ、小児用肺炎球菌のワクチン接種促進事業を創設したところであり、その円滑な実施を図ってまいります。なお、過去の予防接種を原因とするB型肝炎患者の方々の和解協議については、一刻も早い解決に向け、引き続き、誠意を持って対応してまいります。

総合的・計画的にがん対策を推進していくとともに、難病の研究や医療費助成に取り組んでまいります。また、改正臓器移植法の円滑な施行に努めてまいります。

昨年十二月には、原爆症認定制度の在り方について検討会を設置し、議論を開始しました。今後、幅広い観点から総合的に検討を進

めてまいります。

生活衛生関係営業につきましては、補助金、税制、融資を通じた総合的かつ効果的な支援を行い一層の振興を図るとともに、水道の耐震化や国際展開を進めてまいります。

また、食品の安全確保のための取組を進めてまいります。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、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。

このほか、硫黄島をはじめとした戦没者の遺骨帰還事業や慰霊事業、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。本年においては、特に、平成十五年四月以降に新たに戦傷病者等の妻になった方々などに対し、特別給付金を支給できるよう取り組んでまいります。

以上、新春を迎えるに当たり、所感の一端を申し述べましたが、その他にも厚生労働行政には重要課題が山積しております。これらの課題に全力で取り組むことにより、国民の皆様の不安を払拭するとともに、将来への希望が持てるような社会を構築してまいることをお誓い申し上げ、私からの新年の祝辞とさせていただきます。

平成二十三年元旦

2011年 年頭所感



日本医師会長 原中勝征

新年明けましておめでとうございます。皆様におかれましては、健やかに新年をお迎えになられましたことと、お慶び申し上げます。

さて、新執行部が4月に発足してから9ヶ月が過ぎました。この間、皆様の温かいご支援と深いご理解のおかげで、国民医療の改善と我が国の医療制度の未来に向けての行動を始めることが出来ました。長年続いた医療費抑制政策により引き起こされた地域医療の崩壊により、医療の現場は荒廃の危機にさらされています。ご承知のように自由経済の我が国において、医療をはじめとする社会保障制度は相互扶助を基盤とした制度になっております。したがって、この荒廃した地域医療のおかれた環境の修復には公的医療保険への公的財源の投入なくしては不可能であります。

医師は、人の命を苦痛から救う聖職であります。しかしながら、市場経済を中心とした米国の医療では、保険会社によって経済的視点から医療内容が指示されることが日常的にあると言われております。

国際的にみると日本は廉価な医療費で、すべての人が望んでいる健康長寿を達成しました。インフルエンザ流行時にも最小限の死者数にとどめました。これは我が国の国民皆保険制度が大きな役割を發揮したよい例だと思えます。

厳しい時代であるからこそ、我が国の英知を結集し、我が国

にふさわしい医療制度の再構築に向かわなければなりません。そのためにも、医療費削減のために医師を悪人と決めつけるような指導・監査の制度や、病院勤務医と診療所医師を分断するような政策を改め、また、現場を熟知していない学者などによる審議会等の在り方を見直し、本当に現場からの声を聞き、共に苦労を分かち合いながら国民を守る政治に変える必要があります。

一方、私たち医師も医道倫理と学術に基づいた医療を行い、医学教育、医師不足、医師の診療科と地域の偏在、専門医の在り方、臨床研修制度、女性医師の職場復帰、基礎医学者の不足、医師の労働環境、医療事故調査、医療監査・指導の在り方、消費税や事業税、療養病床や有床診療所の在り方の問題などを克服し、国民医療を守らなければなりません。

2055年には人口が今より約4000万人減少し、65歳以上人口が労働人口とほぼ同一になると言われております。すべての医師が医師会に入会し、都道府県行政を基本とした知事と都道府県医師会が地域の実情にあった医療と介護の制度を策定し、国民が安心して生涯を送れる日本を作り上げなければならぬと考えます。

新年が明るい未来の礎の年になりますことを祈り、合わせて皆様のご多幸の年になりますことをお祈り申し上げます。

大いに議論・提言してまいりましょう



全日本病院協会 副会長 猪口雄二

医療と介護のグランドデザインを作りましょう



全日本病院協会 副会長 安藤高朗

節目の年にこそ、諸課題を跳び越える議論を



全日本病院協会 副会長 神野正博

新年明けましておめでとうございます。

昨年の10年ぶりの診療報酬増額改定では、少なからず経営状態の上向いた病院が多かったようです。そして早くも、来年は診療報酬・介護報酬同時改定を迎えます。新年から、次回改定に向けての様々な攻防が始まるでしょう。

しかし、どのような改定内容を描いても、財源が確保できなければ絵に描いた餅になってしまいます。そのためには、どうしても国民の負担増が不可欠です。国民の納得が得られ、一方では医療・介護の質を上げるような改定をしなければなりません。

残された時間の中で、大いに議論し、提言していきたいと思えます。そのためには、会員皆さんの率直なご意見を頂戴したいと思っております。

本年一年が、全日病にとっても、会員の皆様にとっても、よい年であったと思えるよう、全力で頑張りたいと思えます。本年もよろしくお願いいたします。

新年明けましておめでとうございます。

昨年は全国1,000以上の病院、有床診、診療所、介護施設等を訪問でき、多くの医療・介護スタッフと語り合うことができました。

医師不足、看護師不足、2次救急の機能不全、療養病床問題、医療連携と医療計画の4疾病・5事業への記載、医療安全、都市部における建替え問題、消費税や事業税の問題等、多くの問題点を把握できました。

そこで感じた事は、日本は地域差にあふれており、制度や基準等を全国一律にすることは難しく、医療と介護の制度は地域特性を十分配慮したものにならないと円滑に機能しないということです。しかし、医療・介護の質の評価については標準化される必要があります。

医師や看護師のマンパワーが足りない地域では、多くの職種が一体となって、様々な態様のチーム医療を工夫し、トータルのマンパワーでカバーできる制度・政策が必要です。また、そうした制度・政策を作るには、現場の実態を反映した良質なデータが必要です。

残念ながら日本の国力は落ちており、社会に元気がありません。このままでは社会保障もダメになります。国民と医療人は覚悟を決める時期が来ています。西澤会長を中心に全日病が率先して、国民の健康と命を支える医療と介護のグランドデザインを作り、日本の将来ビジョンの礎にしていこうではありませんか。

あけましておめでとうございます。

昨年は、われわれ全日病が50周年を迎えた節目の年であるが、今年は、国民皆保険制度が昭和36年に制定されてから50周年を迎える。

日本の平均寿命の伸び、乳幼児死亡の減少や感染症の減少など国民の厚生と公衆衛生の各段の改善は、我々の先輩諸氏の努力とこの制度によるところが大きく、それが日本の医療をWHOが認める世界一の医療にまで押し上げたと確信する。しかし、ここへ来て制度疲労として医療崩壊が起こったこともいえない。この節目は、この素晴らしい制度の堅持とともに日本の医療提供体制を見つめ直す時期なのかもしれない。

さらに節目として、来年に控える診療報酬・介護報酬同時改定に向かって、いろいろ議論が飛び交う年となろう。この議論には大きく2つあると思う。一つは、介護施設における医療処置への支払い方法。もう一つは医療～介護の一元管理であろう。

特に後者は高齢化の進展に伴ってますます需要が高まることが予想され、鍵は「地域の連携」ということになるだろう。この連携にこそ、地域に安心を提供する我々病院のリーダーシップが必要だと思う。

卯の年の節目に、これらをひとつずつ跳び越える議論ができる年になればと思う。

2011年 謹賀新年

全日本病院協会 常任理事 新年のご挨拶

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

10年ぶりに、診療報酬のプラス改定がされました。しかし長年下がり続けての微増でまだまだ“医療崩壊”は食い止められていません。

今年は来年4月の医療・介護の同時改定に向けての大事な一年となります。不安のない社会保障制度の確立、安心して暮らせる社会実現に向けての邁進を皆様と共に目指し、尽力して参りたいと存じます。本年もご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

新垣 哲

謹賀新年

新政権に期待したが、見事に外れた。だからといって無関心ではいられまい。

今年は全日本病院学会が沖縄県で開催される。医政・医療福祉に沖縄より元気を発信したい。

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。創立50周年を迎え、また、公益法人移行の実現と、質向上を目指して進まなければなりません。政局が不安定ですが、他力本願ではなく、さらなる自助努力が必要です。従来以上に、活動の内容が問われると考えます。本年も会員諸兄弟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

明けましておめでとうございます

昨年の診療報酬改定は大病院に対する傾斜配分が強く、救急においても地域を守る中小救急病院がもう少し潤う支援策の実現をめざしたい。いずれにしても質が問われるところで二次救急病院の団結が必要であろう。

災害時の医療を論じる、全日病防災フォーラムも14回目となり3月に開催されます。

救急・防災いずれも地域医療の充実に向け情報を発信致します。

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

総務委員長は、最前線で戦う西澤会長をはじめ副会長、役員、各種委員会の活動を事務と一体となり後方から支えるのが仕事です。総務は裏方であり、なんでも屋。なにか不行き届きがあればそれは総務の責任です。

今後ともなにとぞご指導ご鞭撻とご一献よろしくお願ひ申し上げます。

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

昨年は普天間基地、尖閣諸島問題等で現政権与党の本質的欠陥が露呈された一年でした。日本をどんな国にしたいのかという基本方針を持たない政府の危うさは子供手当でお金をばらまくことでは覆い隠せません。

今年は医療を含めた日本の進むべき道を議論できる若い人たちが育って欲しいものです。

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

全日本病院協会は、発足50周年の記念すべき年を迎えました。我々は、この節目の年を機に、公益性を高めると共に、医療界のオピニオンリーダーとしての役割を果たさなくてはならないと思います。

広報委員会では、全日病の活動を、会員だけではなく外部にも積極的に情報発信し、会員増強さらには全日病の存在をアピールして行きたいと考えています。本年もよろしくお願い申し上げます。

加納繁照

謹賀新年

昨年は「2・3・4、8・7・6の法則」と称し、民間病院の存在意義を唱え続けました。今年は自民党・福田政権下の社会保障国民会議で作成された医療体制シナリオ案が、民主党政権下でも認められて復活し本格的な推進が検討されようとしています。公私問題も含めシナリオ内での民間病院の役割を明確に主張していきたいと思ひます。

学術委員会委員長 川島 周

明けましておめでとうございます

昨年は学会開催や研修会開催につきまして、本当に多くの先生方に温かいご支援をいただきました。改めてお礼を申し上げます。学会開催の選定につきましては、今後数年の担当支部も選定されていますが、なお一層のご指導とご支援をお願い申し上げます。

介護保険制度委員会委員長 木下 毅

あけましておめでとうございます

来年はいよいよ医療保険、介護保険の同時改定の年です。両保険が一体となって国民にとって使いよい制度になるように願っています。昨年の認知症に続き胃瘻をしている人の調査を行っています。両調査の結果から認知症、胃瘻の人の医療・介護提供体制に提言できればと考えています。

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

昨年は全日病の会員では897病院(38.82%)が認定され、認定率は昨年より上がっており、日本全体の認定率を大きく上回っています。当委員会の受審支援事業も順調にお受けいただき、昨年11月までの1年間で16病院、累計で84病院が利用されています。

機能評価認定のメリットについても委員会で検討中です。まだの病院も今年こそ支援事業を利用して認定を取得、更新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

新年おめでとうございます

今年は医療法人改革、4疾病5事業などの準備推進、税制改革など会員病院の趨勢を左右する問題がすし詰めです。また、医師臨床研修を変更されたシステムが試される年でもあります。皆様のご指導とご協力をよろしくお願い申し上げます。

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

2010年診療報酬改定により、会員の皆様の多くが一息つかれたかと存じます。少子高齢化のピークにおける医療提供を考え、近未来の「病院のあり方に関する報告書」の作成作業が進行中です。皆様のご意見も確認し完成させたいと考えておりますので、ご協力を宜しくお願ひ申し上げます。

中村定敏

医療の分野に人材を集めよう。

医療の質や安全性の向上などに、より多くの人手が必要である。超過勤務でヘトヘトになり、遂には退職していく医師や看護師が少なくない。

ワークライフバランスを計る等は不可能である。適正な医療費が付されて、人材の投入が可能となり、劣悪な労働環境を向上させねばならない。

中村康彦

新年明けましておめでとうございます

昨年は政権交代後、初の診療報酬改定が実施され、プラス改定となるのは10年ぶりのこと。政治主導の明暗のうち、明は急性期病院へ、暗は診療所へ向けられ医療界全てを潤すには至りませんでした。来年の同時改定に向け1年間、全日病の活動に邁進する所存であります。

人間ドック委員会委員長 西 昂

謹賀新年

全日本病院協会50周年おめでとうございます。人間ドック委員会も今年で28年を迎える事ができました。今後も、各種研修会の開催など引き続き有益な事業展開を行っていく所存ですので、本年も宜しくお願ひ申し上げます。

また、昨年開催いたしました「第52回全日本病院学会in兵庫」に多数の方にご参加いただき、ありがとうございました。

濱砂重仁

謹賀新年

宮崎県は昨年の口蹄疫で大きな被害を受けました。まだ回復の兆しは見えません。県知事も変わります。精神的ダメージ、経済的不安、疲労感は測り知れないものがあると思いますが、医療面でのサポートを今年もしっかりやったいこうと思います。

昨年の診療報酬改定で少しは息ができるようになりました。来年の介護との同時改定にも期待します。

濱脇純一

新年 明けましておめでとうございます

昔、日本の医学は一流、医療は三流と言われた時代があった。医学も医療も一流になったが、日本の政治は三流と思うのは私だけだろうか。

今こそ、道義の巨人 西郷南州を生んだ薩摩藩の教育システム郷中教育が望まれるところだ。

「負けるな。嘘を言うな。弱い者をいじめるな。」と教えられ、卑怯と言われることを最大の恥辱とした。今年もよろしくお願い致します。

平山登志夫

この数年明るい気持で新年の賀を述べる年は無い。医療、介護の崩壊は止まる事が無い。

期待された政権指導者の実行力、熱意、決断力、行動力も全く見えてこない。

日本は逆風の中に置かれている。しかし、風があればあるほど高く舞上がる。気持を取直し医療の質の向上に立ち向かっていきたい。

新春座談会 I / 結成10年を過ぎた四病協 2011年の課題

西澤 新年おめでとうございます。2000年7月に民病協から四病協に変わり、昨年7月に10周年を迎えました。その間、2001年から2005年までの5年間、「全日病ニュース」に四病協4会長による新春座談会を掲載させていただいています。当時とは4団体とも会長が変わりましたが、今回は5年ぶりの新春座談会ということになります。四病協健在なり、ということであらためて皆様と初春を寿ぎたいと思います。

早速ですが、昨2010年最大のできごととは10年ぶりとなった診療報酬のプラス改定です。医科は1.74% (約4,800億円) 引き上げられた結果、入院は3.03% (4,400億円) の増額となり、そのうちの4,000億円が急性期に投入されました。

この枠内ではありますが、中医協の議論では私も含めた医科委員の主張が通り、ある程度、中小病院にも配慮がなされた点数配分ができたかと思っています。

山崎 精神科も急性期部分が上がりましたが、療養病床を含めた慢性期病床は、むしろ若干下がっています。したがってプラマイゼロというところでしょうか。

困ったのは他科受診の問題で、精神科以外の包括病棟も同じですが、入院料の7割減算はなんとかしてほしいものです。

単科病院が多い精神科は、合併症が出ると他医療機関におまかせするしかありません。高齢の長期入院患者にな

るほど合併症が増えるので、精神科にとって他科受診の減算は深刻な問題として、次の改定では、ぜひ改善してほしいものです。

西澤 この問題は四病協の診療報酬委員会も取り上げています。1月にも要望書がまとまるのではないのでしょうか。

日野 今までがマイナスばかりでしたから、私の周囲は、「今回はあまり下がらなかったな」という反応ではないでしょうか。プラス改定といっても、細かい点では、今出た他科受診など、病院にとって厳しい面が多々ありますから。

それと、診療報酬における病院のカテゴリーが沢山でき、それぞれ点数が違うようになったため、意見をまとめるのが難しくなりました。同じことをしていながら収入に差がつくのです。本来、病院というのは医療を提供した成果に対して診療報酬がつくものであるべきなのに、そのプロセスで四の五の言われ、点数が違ってくるというのはおかしいと思いますね。

堺 日本病院会が昨年6月の収支を前年6月と比較したところ、一般病床は平均6.26%の収益増で、急性期の大病院、急性期の一般病院、DPC病院の順でよかったようです。とくに外科系病院はよかった。しかし、中小病院は4分の1が赤字でした。だから、評価はなかなか難しいところです。それでも、努力してる病院は報われたかなという感じはします。ただし、届出要件をみると今回も加算関係はかなり厳しい。

山崎 精神科も急性期部分が上がりましたが、療養病床を含めた慢性期病床は、むしろ若干下がっています。したがってプラマイゼロというところでしょうか。



特にチーム医療の呼吸器ケアとかは悲惨なものです。

診療報酬と地域特性の問題

堺 6.26%増という聞こえはいいんですが、人的中心に投資がかなり増えています。それと、(調査時点で)薬剤の交渉が終わっていませんから、その影響も考えないとならない。あまり、6.26%増取と言うのも怖いかなと思っているんですよ。(笑)

西澤 質の高い医療を提供するために色々投資をする必要があり、ぎりぎりの中でも、投資をせざるを得ないですからね。診療報酬が上がっても、結局は、医療への投資というかたちで国民に還元されるということです。

堺 昨年の改定は、急性期病院中心ということで、厚生労働省に揺さぶりをかけられたという感じがしますね。最近、厚生労働省による誘導が強まっていますが、その結果、「取れない病院はあきらめなさい」と引導を渡す考えが強く出てきている気がします。「努力して頑張っているところは報われる」といながら、現実には大病院に有利な要

件が出てくるわけですから。西澤 全日病も病院経営調査を実施しましたが、やはり、前年と比べると全体的にはよくなっています。特に大型、500床以上の病院は5%ほどの増益でした。中小のところも平均して2%前後はアップしており、あらためて、プラス改定であったなと思いました。

問題は赤字病院で、政令指定都市における赤字病院の率はだいぶ低くなっていますが、東京はあまり変わらず、30%前後です。つまり、地域による差が出ています。これは、診療報酬だけの問題ではありませんが、地域特性を踏まえた診療報酬のあり方の議論が必要だと思います。

山崎 人件費や食材費は北海道と東京では全然違うようです。それで、東京都下の病院は人件費比率が70%にもなっており、残りの30%で経営するのは至難の技です。(笑)

西澤 その一方で、北海道でも地方で (下段に続く)

入院基本料と消費税には腰を据えて取り組む

他科受診、加算、医療法人、外来医師数など、見直し課題が山積

は患者数が少なく、回転をよくしても収益を上げられない、そのために、個々の人件費は低いのですが支出全体の人件費率は意外と高く、東京とは別な意味で地域差を勘案しないと困るという現実があります。

地域特性を考慮することは、国が一部の限定した地域を直接どうこうするとい

うのではなくて、都道府県単位、あるいは全国をブロックに分けて、そこにある程度任せるといったやり方もあるのかなという気がします。例えば、診療報酬全体の9割を全国一律で決め、残りの1割は地方で考えてもらうというようなやり方、あるいは、それに地方の財源を加えるというやり方もあると思います。

勤務医と自由開業制の問題

山崎 精神科では、病院勤務医とくに精神保健指定医の数が減ってきています。というのは、勤務医がクリニック志向やバーンアウトによって開業していく傾向にあるからです。精神科のクリニックは今や完全にパブル状態で、その分だけ精神科病院の勤務がタイトになり、それで余計に逃げ出すという負のスパイラルになっています。

それと、都市部を中心に医療提供が飽和状態になりつつあるという気がしますね。したがって、そろそろ、ある程度の開業制限を考えなければいけないのではないかと思います。例えば、地域の保険医の数を決めてそれ以外の開業は保険指定から外すという方法があり得ます。医療計画で適正開業医数を定め、その枠内で診療科別に保険医を指定するというようなことも考えられます。その場合に、地域やへき地の医療にどれだけ貢献したかをポイント化し、

それによって保険医指定枠の順番待ちを決める。あるいは、30ポイントなければ市街地ではできないが、市街地から少しはずれば15ポイントで開業できるというように、提供体制の仕組みを根本的に変えないといけないのではないかと思います。

西澤 自由開業制を見直すべきだという話ですが、保険指定に絡めたアイデアだけでなく、専門医に絡めるという発想もあり得ますね。私は必ずしも賛成というわけではありませんが。ただ、もう少し自分たち医師側で何か策を取れないのか、外からの強制ではなく、自ら何かできないのかという思いを持っています。

堺 初期研修制度が始まったときに、私は厚労省に、専門医制度にも手をつけなければならぬと指摘したんです。西澤先生は医者が自ら律していくべきと提起されました。厚労省もそう

言っていますが、これだけ地域や専門科別の偏在が顕著になると、結構難しいですね。

日野 僕も行政の介入には反対です。地域連携にしても、うまくいったためしがありませんね。医師の開業といっても、3大都市ではもう開業がほとんど増えません。銀行も金を貸さないし、第一、食べていけないんですよ。

大阪には8つの医療圏がありますが、例えば、北の方は高級住宅地が多いせいか文化が高いようで、給料が安くても行く医者が多いですね。私自身は南

ですが、南の方は文化が合わないというか、給料をある程度高く出さないと医者が来ないんです。だから、同じ県でも全然事情が違うといった地域間格差があります。

開業志向も同じで、看護師とは違って大阪は医師の応募が結構ありますし、山崎先生が言われるような状況は過ぎたのかなという印象です。全国各地でそうなるのはまだ先でしょうけど、医学部の定員も増えたことで、15年後ぐらいには効果が表れ始めるのではないかと思います。

自浄努力と医師会加入の問題

西澤 専門医の認定を第三者機関で行なうという動きについてはどう考えますか。

堺 やるのであれば、かなり徹底的にやっていただきたいと思いますが、各専門学会が大学中心の中、うまく機能するかどうか。本当に第三者的になれるかどうかという点もあります。ただ、期待はしています。お話を聞いた上で、日本病院会として協力やサポートをしたいとも思っています。

日野 私は多分うまく機能しないと思いますね。強い権限を持ってしまうと、また、偏った認定とかいうのが起こらないとも限らないですからね。

山崎 アメリカでは診療科ごとに指導

医数や症例数から専門医の数を導いています。そういう厳しい制度をつくってくればいいけど、いまの学会認定で学会専門医をつくるのであれば意味がないと思います。自浄作用といいますが、私は、弁護士のように日本医師会に入らなければ開業できないという網をかぶせない限り、自浄作用は期待できないと思います。医師の全員加入というのは原中日本医師会長の持論ですが、原中さんは自由開業制についても、ポイント制を含めて検討したいというように言っています。

日野 自浄努力はあるべき姿であると思いますが、現実には難しいと思います (5面上に続く)

新春座談会 I / 結成10年を過ぎた四病協 2011年の課題

(写真右から；敬称略)

日本精神科病院協会 会長 山崎 學
 全日本病院協会 会長 西澤寛俊
 日本病院会 会長 堺 常雄
 日本医療法人協会 会長 日野頌三

(4面下段から続く)

す。医師会に全員が入るということも不可能でしょう。

堺 しかし、職能団体としての性格が今と変わっていく可能性があるかもしれません。

西澤 医師会に全員加入して自立・自浄努力をするには今の医師会のままで無理で、もっと変わらなければならないということでしょうね。私達は医師会が変わるために協力する用意はあるのですが。

堺 オートノミーについては、日本はスタンダードがつくりにくいという現状があります。例えば、手術方式にしても、まだあるんじゃないかと思うんですが、大学医局によって〇〇大方式と決められてしまう。第一、大学は自動的に特定機能病院になれるという問題もあります。聖域はつくらないほうがいい、すべてみんな平等ということ

医療法人をめぐる課題

西澤 医療法人改革によって社会医療法人が創設されましたが、多数を占め

てできればいいと思うんです。その辺もどこかで検討できればと思います。

西澤 社保審の医療部会で検討課題に特定機能病院と地域医療支援病院のあり方が取り上げられています。恐らく、先生がおっしゃったような意見がどんどん出てくると思います。

堺 ところで臨床研修制度ですが、現場で見ている、あれは意義があったと思っていました。それが5年目の見直しで、大学寄りの、しかも、昔の医局を復活するようなことになったのは残念でした。しかし、見直しの後も研修医は大学を敬遠してるんですね。(笑)

西澤 私も意外でした。あの見直しは大学に有利なもので、どうみても、大学を選択する研修医が増えていくだろうと思ったのに、昨年のマッチングで大学を選択した比率が下がっています。これをどうみるか、大学関係者も冷静に判断するべきじゃないかと思いますが。

山崎 これは西澤先生が詳しいのですが、抗がん剤等の承認が早くなりそうですね。

西澤 そうですね。今、中医協でドラッグラグやデバイスラグを解消するための議論が進んでいます。これはいいことだと思います。ただ、安全性については、承認までの期間が短くなってもしっかり確保されなければならない。その担保がしっかりなされるのであれば非常にいいことだと思います。

る持ち分ありの法人から持ち分なしへの移行が、移行時課税がネックとなっ

てなかなか進みませんね。

山崎 経過措置型から基金拠出型に移った医療法人は1つもないので、厚労省は焦っているようです。経過措置型を基金拠出型に変えるときに、みなし譲渡課税が発生しない形で基金拠出型に行けるようになれば問題はないんです。

西澤 基金拠出型に移行する上での問題点については、我々病院団体としても対案を示し、厚労省を介して国税庁の理解を得なければなりませんね。

山崎 社会医療法人の認定要件も再考が必要です。救急の数が指定条件になっていますが、あれはおかしい。例えば精神科だったら、措置入院や応急入院、また犯罪を起こした精神障害者の通院指定医療機関、あるいは365日24時間外来対応といった本来は公立がすべき政策医療をしている法人が社会医療法人になればいいと思います。

一般病院にしても、365日24時間救急を受け入れて地域に貢献しているといったスケールで判断すべきだと思いますし、救急のような変動係数ではなく、機能で指定すべきだと思います。

病院界2011年の課題

西澤 2011年の課題についてうかがいます。まず、次期改定の課題として入院患者の他医療機関受診、地域特性の問題があります。

堺 加算がとりにくいという問題もあります。

日野 社会医療法人の認定が取り消された場合にさかのぼって課税されるという点も、何とかしないとイケませんね。

西澤 医療法人制度はすべての病院団体にとって大事な問題であり、四病協の重要な課題だと思います。その点、日野先生の日本医療法人協会が一番きちんと対応できると思うので、ぜひ、リードしていただければと思います。私達も協力しますので一緒にやってみましょう。

日野 ありがとうございます。

西澤 それと、昨年末の医療部に病院外来の医師数40対1の問題が提起されました。日医と共同で見直しを提起したのですが。

山崎 念願のテーマをやっと出すことができました。それとともに、非常勤医師の当直時間の常勤換算計算を見直した昨年6月の立入検査要綱改正も大きな話だと思います。

西澤 余り表に出なかったけど、あれは大きい変化ですね。

山崎 一定の条件を満たせば、今度は倍で計算してくれるのだから、これは大きいですね。さらに、外来患者40人に1人という外来医師数算定が撤廃されれば、医療現場、特に民間病院にとっては大変な朗報です。

西澤 今は1号側からも加算を減らそうという意見が出ているほどです。もっとも、1号側の考えは、加算項目の点数はもういらなだろうということですが。我々が主張しているのは、色々(下段に続く)

日病協と異なる四病協の役割。各々に期待

民病協から四病協へ、我々は結束してきた。団結こそ力だ

な加算点数を入院料の中にプラスして入れると、そういうかたちで簡素化していった加算項目を少なくするという事です。もちろん、取れない加算算定要件を見直すという点もあります。

堺 入院基本料のコストについては厚労省からデータが出てきませんが…。

西澤 入院基本料については中医協でコストの内訳を明らかにし、調査も行ない、それに基づいた議論を、時間をかけてでもしようと考えています。

山崎 少なくとも、病院建物とハードウェアの償却部分が診療報酬に反映されていないとおかしいですね。

堺 あと、消費税の問題もありますね。

山崎 10%だか15%だかに上がったら、今の利益は全部吹っ飛んじゃう。

西澤 これについては日医と連名で「原則課税とすべし」という要望書を出しましたが、これも重要なできごとですね、今まで別々の行動でしたから。この問題もじっくり取り組む必要があります。

山崎 ところで医療経済実態調査ですが、もう少し長期間の調査でやってくれないとだめだと思うんです。

西澤 実調については、年間のデータ、

しかも、改定をまたいだ2年間を集めるということを調査実施小委で求めています。私は、4~5年内には、電子データにもとづいた全数調査が可能になるのではないかと考えています。

堺 例えば、診療報酬改定の影響度調査にしても出せない病院があるわけですが、厚労省が回収するデータにしても精々30%ぐらい

のもので、それで日本の医療政策を決めるというのは恐ろしいことです。一方で、レセプト電算化によって、我々のデータはどんどん吸い上げられています。

やはり、全日病さんのシンクタンクとまでいかなくても、我々もデータを出す、同時に、データの公開と信憑性を追求するという姿勢でいかないと対応できないと思いますね。

西澤 賛成です。現場の実態をより分かっている我々が、しっかりとしたデータを出して議論をさせていかないとだめですね。

山崎 日本精神科病院協会は、外来医師数の問題をできれば3月までに解決したいと思っています。遅くとも来年

度の医療監視には間に合うように撤廃させたいと考えています。また、いまままで、精神疾患が医療計画に書いてないのはおかしいと思っていました。そこで昨年末に、精神疾患を入れて5疾病・5事業にしてほしいという要望をしました。うつ病と認知症はこれから国民病として大きな問題になってきます。地域医療計画に位置づけ、地域連携ネットワークを構築していくことが大事だと思っています。

堺 日本病院会としては、できれば2次医療圏の見直しをやってもらいたいと思っています。あれがすべての基礎ですからね。病床数の規制だって現実とは全然そぐわないですから。あとは、厚生労働省内の横の連携をやってほしいですね。

西澤 いずれも別々にするのではなく、4団体がまとまって取り組めればと思います。

山崎 民病協から始まって四病協という流れの中で、我々は、会長さらには副会長を含めたレベルでまとまってきたから力が強いのです。やはり、団結というのは非常に大事だと思いますね。

日野 四病協の認知度は随分高まってきたと思います。今の方向で、認知度をますます高めていければいいのではないかと思います。

堺 日病は公的病院が多く、歴史的にもその影響が強かったですね。しかし、

私個人は、病院は公も民もなくなる時期が来るという気がしています。そういう日病が置かれている事情もご理解いただいて、仲よくおつき合いいただければありがたいと思っています。

西澤 四病協は、もはや一つの歴史を獲得していると思います。性格といい、規模といい、色々な面で4団体には近似性があり、数的にも意思統一しやすいといえます。

日本病院団体協議会は中医協委員を推薦したり、最近では診療報酬に関連してかなり積極的な活動を行なうなど、なくてはならない存在ですが、その役割には違うものがあり、それぞれに特徴を持った動きができるのかなと期待しています。案件によって日病協で取り組んだ方がいい、あるいは四病協がいいというものがあるので、そこをうまくやっていければと考えています。

山崎 以前は会長会議というのを臨機応変に開催していましたよ。

西澤 そういえば、会長の先生方が代わってからは1回もやってませんね。

堺 ですから、本日、復活していただいたのは非常にありがたいと思います。(笑)

西澤 これは新春座談会ですが。(笑)では、また春頃にも集まりましょうか。今度は録音のないところで。(笑) あらためて、本年もよろしくお祈りします。全員 よろしくお祈りします。

議論すべきテーマに対して時間が足りない!

併せて「日本の医療を、社会保障をどうするのか」を論じなければならない

(10面から続く)

Ⅱ 中医協との格闘

安達 中医協委員になって感じたことは、議論すべきテーマに対して、圧倒的に時間が足りないということです。今回は政権交代があったので、本格的な審議を始めてから2010年度改定まで実質3ヵ月足らずでしたから、ある意味仕方ないかもしれませんが、しかし、本当に突っ込んだ議論をしようと思うと、今の中医協では時間が足りないと思いますね。



単に診療報酬をめぐる議論ではないかと思うかもしれませんが、その基本は、やはり日本の医療をどうするかということだし、さらには、日本の社会保障をどうするかという問題があります。そこら辺までの議論をする時間がないということで、今の中医協には、ある種の限界を感じています。

嘉山 私は、国民の目線で中医協に臨むというスタンスで中医協委員に臨みました。国民の目線で診療報酬を決めるとすれば、やはり、そこに原理原則がなければ国民は納得できないだろうと。でも、いざ中医協に入ってみると、その原理原則が何もないんです。

安達先生がおっしゃったように、日本の医療をどうするのか、日本の社会保障をどうするのかという考えがこの国にはないので、ああいう継ぎはぎだらけの議論しかできないんじゃないかという感じがしました。



それでも、日本の医療のあるべき姿とかの視点に立った意見を続けたことで、遠藤中医協会長からはたしなめられもしたし、色々と反発も受けましたが、2号側からは賛同意見を得るなど、中医協で、徐々に本格的な議論ができるようになりました。私も、中医協は変わりつつあるという手応えを感じています。

鈴木 初の中医協の前日に皆で集まったときに、改定議論の中で分断策には乗らないようにしようと言われ、約束もしましたが、それが、最後まで貫か

れたのは非常によかったと思っています。



結果的には本当に中身の濃い議論が続いたと思っています。私自身は、海外の医療を色々見てきた経験から、日本の医療制度は非常によくできているということを実感していました。

したがって、日本のいいところを大事にしながら、これからの時代に対応するにはどうしたらよいかを考えながら、中医協に臨んでいました。

邊見 政権交代直後の民主党幹事長は中医協不要論を唱えてましたね。「利害関係者が決めるのは良くない。国税を投入するのだから国会で決めるべきだ」と。私は、これは実際的でないと考えていました。

専門家すら難しい診療報酬を国会で審議したら、結局は、官僚の言いなりになるしかないですから。それで、政府・厚労省から意見を求められたときに、4年間の経験と自分はこれでお役御免と思い、なるべく日本の医療の役に立つ診療報酬改定の方法にして欲しいと言いました。



その骨子は、①医療現場の意見が上がりやすくすること(特に地方の視点が重要)、②救急、外科手術、入院医療、チーム医療、高度先進医療に力(資金)を入れるべきである、③大学病院が大変。独法化、運営交付金減少、研修医離れ、DPCの導入等で研究や教育の余裕がない(大学病院から最低、専門委員でもいいから1名は中医協に入れて欲しい)、というものでした。

その意味で、嘉山先生の登場は本当にタイムリーだったと思います。もっとも、まさに、歯に衣を着せぬ言いよう、初めは少しビクリしましたが…。

西澤 中医協の不祥事が契機となり、改定の基本方針は社保障審議会の医療部会と医療保険部会で決め、改定率は内閣で決めるようになりました。そして、その改定率と基本方針の範囲でし

か議論できない雰囲気があって、私達もそういうものかと思ってやってきました。

しかし、先生方が中医協に入ってきて様子が変わりましたね。特に嘉山先生からは、「日本の医療がどうあるべきかを考えないと、診療報酬ひとつ十分な議論はできない」という意見が繰り返し出た。「それは中医協の問題ではない」と指摘されたこともありましたが、先生方はそれをはね返してどんどん発言しました。

それを見ていて、初めは私も「中医協はそういう議論をする場ではない」と思ったりもしていたのですが、そのうち「いや違うな」と。日本の医療をどうするのか、国民に質の高い医療を提供するために診療報酬はどうあるべきか、そういう基本的な議論から始めるのが当たり前ではないか、と思うようになりました。



そういうことで、私も途中からそういう発言をするようになったのですが、本当に、先生方が入ったことで中医協は変わったと思っています。

安達 中医協委員に就任した当初、特にマスコミの皆さんからは、「開業医は1人だけになりましたね」とさかんに言われました。だけど、そこは、鈴木先生がおっしゃったように、分断策には乗らないと。というも、私自身は確かに開業医なんですけど、だからといって、開業医の取り分を増やせという議論ははなからする気がなかったんです。

中医協委員としての責任を感じたというのはそういうことで、日本の医療体制はどうあるべきなのか、さらに、その先には日本の社会保障をどう扱うかというテーマがある。その議論をちゃんとやりたいと思って引き受けたわけですから、開業医の取り分だけを守ってくれという発想は意識の中にまったくなかったことは事実です。本当は、これは、全日病さんの機関紙でなく、開業医向けの新聞に書いてほしい話なんです。(笑)

西澤 分かる人は、先生方が入って本当に中医協は変わったと見ています。それぞれに日本の医療を何とかしたいと思っているということが…。開業医に金をくれ、あるいは病院に金をくれというだけじゃないんだという姿勢で議論している、その点は理解してもらえたんじゃないかと思っています。そういうことで、民主党ある

いは当時の長妻大臣や足立政務官が意図した、中医協を変えるという意図は、まさしく、実現したんじゃないかと思えますね。

邊見 前改定の最大の成果は、何と言っても、10年ぶりに上がったということです。今までは改定の度に下がっていったので、中医協委員は何をしているんだと白い目で見られる感じもありましたが、今回は、時には「ありがとう」と喜んでいただける人にも会いますので、少しだけ嬉しいですね。

もう1つの特徴は、私は外科医なのですが、外科の手術点数が久しぶりに上がったことです。外保連試算第7版をたたき台に約1,500億円のアップとなりました。難易度の高い、難易度D、Eのものに限られてますが、今回は、ぜひ、難易度の低い一般的な手術、地方の病院や中小の病院、あるいは診療所で行っているような手術の点数も上げて欲しいですね。

もうひとつ言えば、手術における技術と材料も分離して頂きたいものです。その方向は総会でも認められています。

それと、前改定は密度の濃い議論ができたと思いますが、時間が短かったために、すべての項目はやったものの、アリの的なところがあり、最終的な点数配分は事務局が作ったものを追認させられたという点では、大きく変えることはできませんでした。

安達 プラス0.19%のことですけどね、後発品のある既収載品の追加引き下げ600億円分を改定原資に入れなかったということで、その分を引いて、つまり国の負担はその分減りますから、実質はプラス0.03%に過ぎないと言われる方がいる。*1 私はそれは間違いだろうと思うんですよ。つまり、本体のプラス5,700億円という原資は確かに医療現場に来てるんです。そういう意味ではやはりプラス0.19%の改定だったんです。

では、600億分はどこが負担したのかということ、基本的には製薬業界です。新薬創出・適応外薬解消等促進加算との関連で、そこをプラスだと見て600億円の引き下げに応じたわけですから、政府は600億円の国庫負担分を払わなくてよくなった分支出が減ったということが言えるんですけど、改定原資が5,700億円あったことは事実であり、そういう意味ではプラス0.19%なのです。

医療機関が影響を受けるとすれば、その600億円引き下げ分のR幅ということです。購入のときのね。それが公称の2%ならばおよそ12億円。そのぐらいの影響は薬価差のR幅で受けるかもしれないですが、5,700億円が本体報酬に上乗せされ、0.19%プラスであったということは事実なのです。

*1 安達委員の指摘する「後発品のある既収載品の追加引き下げ」とは、2010年度薬価制度改革の方針に盛り込まれた「後発品のある先発品の薬価を追加的に2%引き下げる」措置のこと。初の後発品収載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」を行なうというもので、これによって、新たに約600億円(対医療費0.16%)の財源捻出が可能になったとされる。この措置は2006年度改定でも講じられており、そのときは影響分を薬価改定率の中に含めて算出されたが、10年度改定では本体報酬の財源に資する薬価改定率から外された。

プラス改定をめぐって政策取引。果たしてそれでよいのか?

大病院優先の改定シナリオ。再診料決着に中小病院の原資確保が影響?

(8面から続く)

Ⅲ 10年度改定の評価

嘉山 私は最初から大体6,000億円前後だと主張してきたんですよ。5年間で2,200億円づつ抑制されてきたのが1兆2,000億円もある。それを1年で取り返すのは無理ですから、5,000~6,000億円ぐらいはどうだろうってね。だから、60点まではいかないが59点はつけたいと思いますね。

民主党でも当時の財務副大臣はマイナス3%と言ってたんです。それを、長妻さん、足立さん、仙石さん(現官房長官)、鈴木さん(現文部科学副大臣)といったところが頑張ってくれたのです。というのは、その4人は中医協議論の中身をもって財務省と闘ったと思うからです。額は0.19%なんですけど、これはプラスになったということが大きな意義を持っているんです。

マイナスでいい、社会保障費は無駄だから削るんだという考えがなくなったわけですから。そういう意味では大きな転換だったと思いますよ。ただし59点。(笑)

鈴木 0.19%では少ないという方もいらっしゃるんですね。でもその前は4回連続で、ネットでマイナス改定ですから。2006年なんかはマイナス3.16%です。

あれは本当にひどかった。特に中小病院はギリギリでしたから、あのまま続いたら本当に倒産が続出していたと思います。

安達 先ほど、嘉山先生は重要なことをおっしゃった。民主党内でも、財務省関係は野田さん中心にマイナス改定の方針だったんです。これを0.19にもってくるときに、水面下の交渉でものすごく大きな裏技が使われた。

それは、こうです。2009年11月中旬の社保審医療保険部会に、厚労省が突然1つの提案をしています。それは高齢者医療に対する支援金や納付金についてで、従来は各被用者保険が加入者数に応じて負担していたのを、新たに、各被用者保険の総報酬で按分するという提案なんです。

これは明らかに、厚労省が財務省に言われたものです。公約どおりにプラス改定にするのであれば抱き合わせでこれを提案しろ、と。

なぜそれが出てきたかという、総報酬にすると協会けんぽの負担が減るからなんです。協会けんぽの負担がふえると困るのは政府です。旧政管健保の法律では、協会けんぽの保険料率が総報酬の10%を超えた場合は単年度の赤は政府が全額負担するようになっていたんです。

もう10%ぎりぎりに来ているので、次は必ず超える。そのときに政府予算の支出が必要になる。それを総報酬にすれば健保組合がより多く負担するた

め、協会けんぽの払い分は減るという理屈です。これと抱き合わせでやっと実現した0.19だと思っわけです。

その後どうなったかという、後期高齢者医療制度の支援金は3分の1だけ総報酬でやることになりました。実は、その法律もコソコソ変えられて、単年度の赤を政府が全額保障する率を12%にしたんです。そこまでして政府の負担を減らすことで、やっと実現した0.19なんだと思っわけです。

だけど、総報酬にしていこうということは実はものすごく重要で、日本の医療体制あるいは社会保障制度の根幹にかかわる問題だと思うんです。総報酬に反対ということではないんですよ。しかし、そうした議論を飛ばして単純な制度改正に置き換えるということに、私は異論があるんです。

邊見 前回改定の中医協議論の特徴は、2号側に、自分たちの立場を代表するのではなく、日本の医療を良くしようという立場からの発言が多かったことです。

安達 委員は診療所の先生ですが、診療所以外の病院のこと、あるいは、日本の医療全体のためのご意見を述べられました。また、保険者側に立ったご意見も述べられました。保険者の負担をあまり多くしてはいけないと、そのような意見を言われた2号側の委員は、私は初めてです。

いろんな意味で、1号側の方が出身母体の機関決定を重視しがちであり、我々はフリーに、自分の思ったことを議論し、主張したように思います。そういう意味では、今回の中医協は画期的な中医協だったと思いますね。政権交代以上に画期的だったのではないのでしょうか。

西澤 急性期入院に4,000億円、それ以外の入院に400億円、外来に400億円ということでしたが、その配分の仕方と改定の中身に対する評価についてはどう考えますか。

安達 今回の改定でもっとも評価したいのは外科手術の点数です。日本の診療報酬体系がモノと技術を一体に評価してきた中で、初めて、技術を技術として認めた。この意義は大変大きいと思います。

この改定のあり方を全体に広げていくことが大切ではないでしょうか。そのために我々はエビデンスを出していく、あるいは厚労省にエビデンスを求めていくということが、あるべき診療報酬体系を創っていく上で一番重要な道筋で、やっと、その第一歩が今回できたのかなと思います。

嘉山 私は、今回のプライオリティーを大学病院に設定しました。大学病院は私立も国立も半数以上が赤字です。

私立病院は授業料値上げができますが、国立は簡単に上げるわけにはいきません。仮に上げても、その分、付属病院の運営費交付金が減らされるだけです。

もちろん、開業の先生方がぎりぎりということ、中小の病院が危ないということも分かっています。しかし、今回は大学にプライオリティーを与えるということで、足立さんと私の意見が一致しました。それで、6のうち3、2、1と。3が特定機能病院、2が大病院、1が小病院、そして、開業医は減らさないという考えで今回、私は臨んだんですね。

だけど、次の改定からは、医療を経営する法人はワンセットですから、勤務医から開業医まで全部ワンセットで考えたいと思っています。医師のキャリアパスとしてみると、大学も病院勤務医も開業医も全部同じなんです。医師は、一連の環の中にあるわけですし、どこかがつぶれても、例えば開業の先生方がつぶれてもだめだし、病院がつぶれてもだめなんです。

西澤 私は、4,000、400、400という枠がつけられたのはショックでした。そういう配分は我々中医協に任せていただきたい、そこら辺は我々医師の委員が一体となってきちんと考えますよと言いたかったですね。今回はぜひそういうふうにしたいと思っています。

手術料については、これをきっかけに、技術料の評価を主張していければと思っています。技術料といわれるものを明確にして、それらをきちんと評価させていくことが、次期改定の私達の責務かなと。

それと、嘉山先生がおっしゃったように、診療報酬がいくら上がっても交付金が減らされたら同じことなんです。だから、交付金は交付金としてもらうのは当たり前だと思います。その辺りは私たちも一緒になってやりたいと思います。財源は色々な形で沢山あったほうがいいですから。

安達 独法化する以前から、国の予算で毎年国立大学病院は運営交付金を減らされてきたじゃないですか。その計算の前提が、前年度の診療報酬総額でしょ。で、だんだんだんだん減らす。100%は絶対に来ないんです。途中でガタッと10%ほど減らされましたよね。だから、大学病院が赤字になるのは当たり前という構造の中でやらされてきたんです。

鈴木 枠を設定して、急性期医療を優遇するとか、大病院を優遇するということが強調され、その通りになるシナリオがつけられた改定でしたね。で、外来は400億円プラスということになったのですが、しかし、診療所の再診料が押し切られたことに象徴されるように、やはり、診療所を下げた病院を

上げるということを意図的に演出した改定になったのかなと。

改定後のデータを見ても、500床以上の大病院が非常に収益が上がっているわけで、改定をする側としては目的が達成されたということでしょうか。

医療崩壊、特に病院崩壊ということが言われているので、一つの意味はあったとは思いますが、しかし、診療所の再診料まで下げる必要はなかったんじゃないかな。

安達 私は、再診料の議論には大きな不満があります。11月の頃に審議の一番最後でちゃんと議題にされましたが、ここでは病診の格差が主なテーマでした。それについては従来から長い議論があったわけですが、私は、1号側の言われる、患者から見て差があることは云々という意見に賛成したわけではなく、前回の改定も今回の方針も基本的には基幹病院から大病院からということになっている病院救済の方法論について、これでは中小病院に改定原資が回らないという思いがあって、その統一に反対しなかったというのが実状です。

ただし、プラス改定の下で診療所を引き下げる理由はなく、あくまで、統一するなら現行の71点での統一なら可という意見でした。最終的には時間切れのような形で財源論的に69点になったということですが、これについては結果論として作戦負けのように感じています。

嘉山 鈴木先生は再診料の引き下げにご不満のようですが、国民の目から見たら、やっぱり、あれはやらざるを得なかったんじゃないかと思っますよ。

鈴木 最後に地域医療貢献加算が新設されました。これを取れば引き下げにはならないんです。

嘉山 そうですよ。1点増えるんです。**安達** いや、でもね、この中で開業医は私ですからね。(笑)

地域医療貢献加算の算定率は、今のところ、開業医の20数%しかないんです。実は、私はこのことに、開業医のあり方として非常に強い危機感を感じています。

西澤 診療所に関しては若干申し訳ない結果となりましたが、しかし、安達先生がおっしゃるように、ちゃんと役割を果たせば変わらないんだというメッセージが出せた。そのメッセージを診療所の先生に受けてほしいということではないでしょうか。

安達 もっとも、あれで申しわけないのが精神科なんです。地域医療貢献加算を受けたら本当に開業医の精神科医は死にますよ。

(座談会は2010年12月14日に行なわれました。後篇は2月1日号に掲載します)

新春座談会Ⅱ. 中医協医科委員かく語りき (前篇) *後篇は2月1日号に掲載

中医協改革が始まった。医療と社会保障のあり方議論を踏まえて診療報酬を再設計!

厚労政務官「中医協の議論の仕方を変えてほしい」

交代劇から1年余。戸惑いもあったが、本当にいいチームになった!

西澤 早いもので、民主党政権下における中医協委員交代劇から1年2ヵ月が過ぎました。ほとんど準備のない中で2010年度診療報酬改定を乗り切り、現在は、次年度改定に向けて、様々な検討課題に取り組んでいるところですが、私ども2号側のチームワークも、当初に比べると相当に深まった感があります。

そこで、2011年新春ということで医科委員の先生方をお迎えし、その誕生から10年度改定までを振り返るとともに、12年度同時改定に向かう意気込みを示すことによって、医療崩壊に立ち向かう中医協委員の決意表明とさせていただきます。ここに座談会を組ませていただきました。

実は、現在の医科委員5人全員が揃った座談会は初めての事です。いわば、中医協番外編ともいべき座談会から、全国の病院に、力強いメッセージを発信していただければ幸いです。

それでは、中医協委員任命の前後から振り返っていただきましょうか。

I 交代劇

安達 中医協委員を総入れ替えするという事で中医協が約1年半中断され、再開されたのは2009年の10月30日でした。ところが、私が中医協委員の就任依頼を受けたのは8日前です。短い間に色々な思いが交錯しましたね。私は開業医ですから、中医協のたびに外来ができなくなるということでも悩みました。

しかし、最終的に引き受けようと思ったのは、それまで私は、日医や府医師会の会議で言いたい放題言ってきましたし、外に向かっても声を上げてきたものですから、言ってきたことの責任はとらなければいけないという思いからなんです。

嘉山 私の場合は、最初は中医協委員を推薦してほしいという依頼があって、何人かの名前を挙げさせていただく立場でした。ところが、正式発表の1ヵ月ほど前でしょうか、足立政務官から「万一決まったら受けてくれるか」という話がありました。しかし、その後、その話を忘れてたんです。ところがある日、手術をしている最中に厚労省から電話が入り、「先生に決まりました」と。(笑)

実は、その年の2月の全国医学部長・病院長会議で、全国80医科大学で計1兆円の借金を負っていることが判明したんです。国立大学は独立行政法人ですから、このままで行ったら完全にキャッシュフローが行き詰るわけです。運営費交付金が減っている上、診療報酬にしても、特に高難易度手術のE1・E2が余りにも低いなど、赤字ま

みれなんです。

これでは日本の医学教育が崩壊してしまうと。それで、まずは、現状を知ってもらわないと困るということを考えていたところだったものですから、仕事量が多くなるのは分かっていましたが、受ける決心をしたわけです。

その後、足立政務官からは、「中医協の議論の仕方を変えてほしい」とか「今までのやり方を踏襲する必要はない。どんどん好きにしゃべっていい」と言われ、それなら、自分で考えていることを中医協にストレートにぶつけようという決意を新たにしました。

鈴木 私は、ある調査の下調べでドイツに行っていました。それで、10月下旬に帰国したところ、いきなり中医協委員の話が飛び込んできたんです。東と西から、そして都会と地方から1人ずつ、地域医療に携わっている医師を選ぶという方針があって、当時私は茨城県医師会の理事でしたが、県医師会長の原中(現日本医師会長)が民主党の勝利に大きな役割を果たしたということで、一番過疎地で高齢者主体の小さな病院をやっていた私に白羽の矢が立ったということなのでしょう。

これは断れない、まあ受けるしかないだろうと思いましたが。非常に医療資源の乏しい、公的病院も民間病院も診療所もみんな協力しないと地域医療が成り立たないような地域ですから、そういうところの声を届けることができたら意義があるのかな、ということで引き受けさせていただきました。

病院職員の代表として中医協に参加してきた

邊見 私が中医協委員に就いたのは2005年9月です。その前年に起きた中医協の不祥事が引き金となって「中医

協の在り方に関する有識者会議」が設置され、審議を公開して透明性を高めることや、それまで5名の医科委員は

(写真左から順に)
安達秀樹 京都府医師会副会長
西澤寛俊 全日本病院協会会長
邊見公雄 全国公私病院連盟副会長
鈴木邦彦 日本医師会常任理事
嘉山孝正 国立がん研究センター一理事長
(順不同・敬称略)



すべて医師会推薦であったものを2名は病院代表とするといった改革案がまとまりました。

これに沿って、当時発足したばかりの日本病院団体協議会で日本病院会の石井先生と公私病院連盟の私が推挙され、任命されたのです。首相官邸では、小泉首相に「改革派の新委員です」と紹介されました。

その頃は、中医協の前日に開かれる事前レクチャは日本医師会で行なわれていました。最初に担当委員会の割り当てが行なわれ、一番重要な診療報酬基本問題小委員会には病院代表の1人を入れて欲しいと求めましたが、今まで通り、医科委員の3人は日医が独占すると言われました。

今は総会が一番重要な場ですが、当時は、少人数の基本小委でほとんどが決まり、総会はシャンシャンでした。医療課にも善処を求めたのですが、「2号側内部の問題です」と冷淡な対応でした。これでは病院団体は納得しないと思い、「事前レクは日医と一緒に受けたい」と申し入れたところ、ようやく基本小委に1名の参加が認められました。その後、2年後の任期切れで石井先生は西澤先生と交代され、私は再任となりました。

初めての中医協では、「私は医師ではありますが、医師だけの代表ではありません。30種類くらいの職種が働く病院の代表として参加させて頂きました。医療安全に大事な役割を果たしている臨床工学士、あるいは地域連携の

キーパーソンであるソーシャルワーカーやMSW等の意見も代表いたします」と挨拶しました。病院は多くの人達のチーム医療によって成り立っています。事務職も含む、そういう方々全員の代表として、私は中医協に参加してきたつもりです。

西澤 私も邊見先生と同様、民主党政権の前、2007年9月から中医協委員をやっていました。中医協委員は、普通は、1期2年の任期が切れても3期までできます。したがって、2009年9月に1期の任期が終わっても再任されるだろうと思っていました。それが、「民主党は中医協委員を全部代えようとしている」という噂が流れ、決定まで時間がかかったこともあって、一時は「中医協委員もこれまでか」という思いでした。最終的には足立政務官から連絡が来て、「また頼みます」ということになったのですが、蓋が開いたら、日本医師会3人の代わりに先生方3人が入ってきたわけです。

それまでは、良くも悪くも日医がリードして、我々は病院団体の立場から意見を言うという形でやってきたので、正直、この後中医協をどのようにやっていったらいいのかが戸惑いましたね。私と邊見先生は、以前から中医協委員をやっていたという意味で責任を感じていましたから。

しかし、結果的には、本当にいいチームになったなというのが今の私の感想です。

(8面に続く)

厚労省が省内横断で看護師の労働条件改善を検討!?

四病協・日医が厚生労働大臣等に反対を申し入れる

四病院団体協議会と日本医師会は12月24日、厚労省による「看護師等の『雇用の質』の向上に関するプロジェクトチーム(PT)」の省内設置に抗議、看護師

に限定した雇用の質検討を止めるよう厚生労働大臣に求めた。申し入れは、厚生労働事務次官および労働基準局、職業安定局、医政局、保険局各局長にも行なった。

PTは、主に、看護師・保健師・助産師の勤務時間短縮を含む労働条件改善策を検討する目的で細川大臣が設置を指示、前出4局長のほか、看護課長、医療課長等も参加して発足した。

2010年度内には検討結果をまとめ、必要な措置等を局長通知で関係機関に

周知させるとともに、中医協に診療報酬上の対応を求めるというもの。12月21日に第1回会合が開かれた。

12月22日の四病協・日医懇談会でこ

の問題が取り上げられ、①多職種からチーム医療が成り立つ中、看護師に限って労働環境改善を論じるのは正しくない、②診療報酬は中医協で議論されるべき問題であり省内方針に縛られるものではないなどPTに強い疑問が出され、連名で設置に反対する旨の申し入れを行なうことが決まったもの。



▲四病協・日医は金子基局長(右端)に申し入れた

全日本病院協会「創立50周年記念行事」のご案内

全日病は2010年4月に創立50周年を迎えました。ついで、次のとおり記念行事を執り行いたく、ご案内いたします。

- | | | |
|------------------------|---------|--------------|
| 日時 ● 1月13日(木) | 記念式典 | 午後4時~午後5時 |
| 午後4時~午後8時 | 記念講演 | 午後5時~午後5時45分 |
| 会場 ● ホテルオークラ本館1階「平安の間」 | ジャーナリスト | 田原総一郎 |
| 会費 ● 1万円 | 記念祝賀会 | 午後6時~午後8時 |