



全日病

21世紀の医療を考える全日病

2011

NEWS 2/1

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.748 2011/2/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日本病院協会

創立50周年 記念式典を開催

枝野官房長官が来賓挨拶。
厚生労働大臣、日医会長等各界から祝辞

全日本病院協会は1月13日に創立50周年記念式典を挙行了した。

式典会場(ホテルオークラ=東京)には約300人が参列。西澤寛俊会長の開会挨拶に続いて、来賓として招かれた細川律夫厚生労働大臣(代読・大谷泰夫医政局長)、原中勝征日本医師会長、堺常雄日本病院協会会長(四病院団体協議会代表)が祝辞を述べた。

式典では厚生労働大臣表彰と全日本病院協会会長表彰が行われ、医療および本会活動に貢献した会員計35名が顕彰された。

続く記念講演には田原総一朗氏が登壇。「日本の医療のこれから」と題し、ジャーナリストの立場から現在の医療制度を俯瞰、率直な問題提起を行なった。

新年の集いを兼ねた祝賀会には、会員のほか、政府、国会議員(26名=秘書出席を除く)、厚生労働省、病院団体などから計500人が参加。政府を代表して枝野幸男内閣官房長官が祝辞を述べたほか、厚生労働省(大谷泰夫医政局長)、日本病院団体協議会(山本修三元議長)および日本医療法人協会(日野頌三会長)、日本精神科病院協会(山崎學会長=代読)、各党国会議員等から祝辞が寄せられた。

式典における挨拶で、西澤会長は「歴代会長、役員そして会員病院には多くの困難とそれを乗り越えてきたご苦労があって今日のこの日を迎えた」と述べ、本会50年の歴史を織りなす諸先輩の労苦と全国で全日病の松明を灯し続けた会員病院の尽力を讃えた。(4面に続く。大臣および会長表彰の被表彰者氏名および記念講演要旨は次号に掲載)

社団法人 全日本病院協会 創立50周年記念式典



枝野幸男内閣官房長官 祝賀会の挨拶(要旨)

全日本病院協会の50周年が盛大に開催されましたことを、民主党を代表して心よりお祝いを申し上げます。とともに、日頃から国民の皆さんの命と健康のために、本当に厳しい状況の中でご尽力いただいていることに、感謝と敬意を表させていただきます。

政権を取らせていただいた私どもとして、微力ではございますが、例えば、毎年2,200億円の社会保障費の抑制方針を撤回し、また、若干ではありますが診療報酬をプラス改定させていただくなど、厳しい財政状況の中で、何とか今の日本の医療を上向いた方向に建て直させていただくべく努力をしま

ました。

厳しい経済と財政の状況の中、私ども自身、思った通りのスピードで政策を推進できていないことに忸怩たる思いをしておりますが、しかし、医療崩壊を食い止め、国民・患者の皆さんが安心できる状況を一刻も早くつくるのが、政治の大きな課題であると思っております。そういう方向に向けて、今年もしっかりと進んでまいりたいとあらためて決意をしています。



細川律夫厚生労働大臣の祝辞(要旨) ※写真は大臣祝辞を代読する大谷泰夫医政局長

全日本病院協会創立50周年記念式典の開催を心よりお喜び申し上げます。

わが国の医療は、これまで、国民皆保険制度の下で世界的に高い保健医療水準を実現し、国民の皆様を安心させてきたところです。しかし、その一方で、医師確保、勤務医等の負担軽減、救急受入体制の確保などの喫緊の課題に直面しております。

厚生労働省としましては、医師不足や地域における医師・診療科の偏在、救急医療・周産期医療に対する不安を解消し、国民に質の高い医療を安定的に提供で

きるよう、引き続き地域医療の確保に取り組んでまいりたいと考えております。

これらの取り組みを実効あるものとするためにも、地域医療を担う民間病院として日本の医療を支えてこられた全日本病院協会会員病院の皆様方の御理解・御協力が大変重要であります。一層の御協力をお願い申し上げます。



DPCに「基礎係数」導入を検討。病院群別に設定

中医協総会 最低収入が確保できるよう「一定幅」の活用も検討

1月21日の中医協総会に、DPC評価分科会から、2012年度改定にむけて同分科会が検討を進めるDPC制度見直しの方向性が示され、中医協は基本的に了承した。

その内容は、(1)包括払い方式としてのDPCは、今後、DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)と略称する。

(2)DPC/PDPSの精神科棟への適用拡大は見送る(精神科棟にかかわるデータは分析を続ける)。

(3)1入院当たり定額算定方式(DRG/PPS等)への移行は現時点では考えない。

(4)調整係数の置き換えを含む、包括評価の方法については、以下の案をたたき台として、具体的な検討を進める。

①調整係数を廃止する。ただし、調整係数が担ってきた役割をすべて機能評価係数Ⅱに置き換えることは不可能であるため、機能評価係数Ⅰ・Ⅱでは評価されない、基本的な診療機能の評価を担う「基礎係数」を設定する。

・病院を病床規模別などの機能・特性を反映させたグループに分け、それぞれの群ごとに異なる基礎係数を算出する。医療機関群設定の具体的な方法は

今後検討する。

・その際、基礎係数は、直近の診療実績(改定前2年間分の出来高実績)に基づく医療機関群毎の平均値により算出する。②制度参加を促す措置として、運営に支障が生じない程度の収入が確保できるよう、平均的報酬水準に加味する「一定幅」を設ける。

③機能評価係数ⅠとⅡを次の様に再整理する。機能評価係数Ⅰ/人員配置や医療機関全体として有する機能等の構造的因子を評価する係数として、出来高点数を元に設定する。

機能評価係数Ⅱ/診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数をインセンティブとして設定する。その内容と配分については今後検討する。

上記の考え方によると、今後、医療機関別係数は「機能評価係数Ⅰ+機能評価係数Ⅱ+医療機関群ごとの基礎係数」からなる。

基礎係数の考えは、09年11月30日のDPC分科会で、調整係数を段階的に廃止していく中で残る「機能指標では測定し切れない部分」を評価するものとして、事務局(厚生労働省保険局医療課)から提起されている。

今回の提案は、基礎係数の占める割合を拡大するとともに病院群ごとに設定するというかたちで病院カテゴリー

間の差別化を図る一方、DPC対象病院の収入の底上げができる一定幅という新たな調整枠の導入を企図するものとなった。

今後は、DPC分科会は、実際のデータを使った検証結果を踏まえながら、具体的な医療機関群のあり方など「たたき台」の深化・具体化につとめる。

日病協が外来リハ管理料新設要望を決める

標準化医療情報の評価、複数科受診算定、他科受診算定制限廃止も

日本病院団体協議会は1月28日の代表者会議で、診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)が作成した2012年度診療報酬改定に対する要望事項(4点)を採択、厚労省保険局長に提出することを決めた。

要望項目は、(1)厚労省標準規格に適合した医療情報システムを整備し、標

準化されたデータを取り扱う医療機関に対する診療報酬上の評価、(2)同一日の同一医療機関複数科受診にかかわる、全診療科における初再診料の算定、(3)包括・出来高を問わず、入院患者が他医療機関で専門治療を受ける場合の診療報酬算定制限の廃止、(4)外来リハビリテーション管理料の新設、からなる。

選挙告示

(社)全日本病院協会定款第17条および第21条の規定により、理事及び監事並びに代議員会議長及び副議長の選挙を下記のとおり行います。これに立候補しようとする者は、会員3名以上の推薦状を付して、所定様式による立候補届出書を締切日までに本会事務局へ提出して下さい。

- 1. 選挙期日 2011年3月26日(第96回定期代議員会において)
- 2. 場所 東京都千代田区飯田橋1-1-1ホテルグランドパレス3F「白樺」
- 3. 定数 理事55名、監事3名(うち監事1名は定款第17条1項により会員外から代議員会の承認を得て会長が委嘱)、代議員会議長1名、代議員会副議長2名
- 4. 立候補届出締切日 2011年2月26日

2011年1月26日
社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

新春座談会Ⅱ. 中医協医科委員かく語りき(後篇)

*前篇は1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!

次期も最低プラス改定。色々な面から働きかける必要が

日本医療のあるべき姿をベースに、データを基に議論する姿勢で臨みたい

Ⅳ 診療報酬議論の前提

安達 ところで、最近のインタビューで、重要なことを足立前政務官が言っています。2009年の衆議院選挙のときの政策indexは「保険者統合」でしたが、昨年の参院選の政策indexは「一元的運用」になっていると。これは、私は、政策議論の後退だと思っています。

社会保障をどうするか、医療制度をどうするかという議論の中で、その財源のあり方を考えようとするときに、今の保険組合単位で財政バランスを図っている保険者負担の決め方を総報酬に切り替えるということは、日本国民を1つの組合とみなしていくということです。だから、これは、ものすごく大きな制度変更になっていくわけで、そのことが日本の医療体制のかたちを変える可能性があるし、ひいては、社会保障の仕組みに影響を与える可能性もあるのです。

その議論をせずに「一元的運用」ということで逃げるのは、ベースとなる議論、社会保障の根幹のあり方についての議論を飛ばして財源論だけで片付けることであり、私は卑怯だと思う。

西澤 確かに最初のマニフェストから比べると変わってきています。ただ、これは政権をとったことがないが故なのかなとも思います。診療報酬について言えば、マニフェストで決まるものでもなく、厚労省、財務省、政治家の駆け引きなど水面下で様々な調整をした結果ですから。その意味で、私は、非常に厳しい財政の中でプラス改定を実現したということは、例え0.19であっても、よくやったなと思っています。しかし、そうであればこそ、1桁違う数字をマニフェストに書かないでほしかった。あれは、私達医療人をすごく期待させましたから。



安達 そのなかで、民主党というのは、小泉政権以前の自由民主党の、いわゆる大きな政府志向、その中での護送船団方式とか公共工事依存に対するアンチテーゼを持った人が寄ってできた、しかも、ばらばらな母体出身の寄せ集めとしてね。

ところが小泉さんが出てきて、その旗印を全部取られたわけです。しかし、小泉さんはその下を整備することなく、旗印だけで終わった。そこで、旗印を取られた民主党は「小泉さんはやり過ぎだ」「政府も社会保障も小さ過ぎる」と言いだして、今度は中ぐらいのにしようということで政策を変換せざるを得なかった。その右往左往の間に政権を取ってしまったと思うんですね。だから、根っこの部分がまだできていないというのが、恐らく、民主党の実態なんだろうと思うんです。

嘉山 私は最近、なぜ、財務省はここまで社会保障を抑えるのかと思うんですね。こんな理不尽な、医療費を抑制

する国は世界にないですよ。

安達 財務省の財政制度等審議会には、医療崩壊の危機は多分病院なんだと。それを避けるには、診療報酬の総枠を上げなくても、開業医のところから持ってくれば足りるという考え方がありますね。



これに関連して、医療崩壊の1因として医師の不足や地域や診療科における偏在が上げられていますが、実は、病院と開業医の間の偏在も無視できないという見方もあるようです。そのため、診療所をターゲットに診療報酬面の締め付けを厳しくしていかなければならないと。日本では、ドイツみたいに地域当たりの開業医数を決めるやり方は難しいでしょうから、収益性を減らして開業志向を減らしていけば、病院に残る医師の数も増え、地域偏在もあつという間に解消するんじゃないか、そう思ってる連中がいるんじゃないのでしょうか。

西澤 あり得ますね。診療所の点数をどんどん下げていけば、開業規制をしなくても共存できなくなっていくだろうから自動的に減るだろう、と目論んでいる向きが多分あるんだろうなと思います。

鈴木 財務省というのは財政再建至上主義で、国民の幸せとか健康とかを余り考えてないような気がしますね。しかし、社会保障とくに医療は国民の生命・健康に直結するものだから、そう簡単に減らされてはたまりません。イギリスでも政権が変わった結果、ほかの予算は削減しても医療は、かなり効率化はしていますが、正義聖域だというようなことを言ってるし。

ですから、開業医と病院あるいは公立・公的病院と民間病院というように色々な形で分断させ、対立させて解決しようとする人達がいるような気がします。しかし私はそれは違うと思いますね。日本の医療はこれまで低い医療費でやってきましたが、少ない医療費で高い成果を上げてきたことは誇るべきだと思います。

嘉山 要するに財務省としては医療が破綻しても構わないんですよ。今まで金を十分投入した、だから、これからは国民にも出してほしいということなんでしょう。でなければこんなに抑えられませんよ。

西澤 日本の医療はすごくうまくいっているし、その意味で国民は恵まれている。しかし、国民に、そのことが理解されているかどうかという点がありますね。

鈴木 大体の国民は、物心つくとも国民皆保険制度の中に入っているから。

西澤 外国からみると、こんなシステムをどうして創れたのというぐらい素晴らしいんだけど、国民はそれを感じ



〈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理事長 (順不同・敬称略)

ていないかもしれない。

嘉山 フリーアクセスの有難味がなくなっちゃってるんですよ。

安達 そう。ちょっとお金を出せば医療にかかる。電気、水道、ガスと一緒に、栓をひねれば、スイッチを入れればそこにあるんです。今の医療提供体制の中で、そこまでのサービスが果たして要るのかという反省は必要なんだろうな。

嘉山 多分、財務省は要らないと考えているでしょうね。

安達 だけど、そう言われるだけの側面はあるかもしれない。アメリカには低所得者を対象としたメディケイドがありますが、それ以外は自分の民間保険でやっています。日本の皆保険制度はひよっとしたらメディケイドかもしれない。

嘉山 財務省がそう考えてもおかしくない。でなければ、ここまで厳しく抑制しないですよ。何であれだけ、しつ

こく抑制してきてるかという、医療・介護、年金、福祉等と社会保障の範囲が拡大するばかりで、国民の側に甘えの構造が定着している、このままでは衆愚政治になりかねない、だから、せめて健康ぐらひは自分で負担しなさいと。だから、あれだけ医療崩壊が言われても、彼らは淡々としているんですよ。



鈴木 恐らく、多くの国民がもう少し負担してもいいんじゃないかと思ってる。しかし、選挙を恐れて政治家がそれを認めないで渋々対応せざるを得ない。まあ、そういう感じでしょうかね。

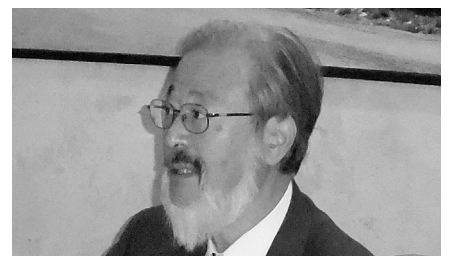
コスト分析は日本の医療の現実を明らかにする

V 次期改定の課題

西澤 ところで、次回改定に向けて私たちは動き出しています。昨年2月答申の時に付帯の16項目のそれぞれに対して、2号側として、このように議論すべきと提言をしました。その第1が再診料や入院基本料等の基本診療料について、そのあり方について検討を行なう。具体的に検討すべき主項目としては、技術とモノの評価の分離、基本診療料に含まれているキャピタルコストや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設定です。これは第一歩に過ぎません。

すべての面で、信頼できるデータと根拠に基づく議論をきちんと行ない、そして、納得のいく点数をつけていきたい。日本の医療はこうあるべきだ、開業医はこうあるべきだ、病院はこうあるべきだという議論を踏まえながら、そうしたデータを基にした議論をしようという姿勢で臨んでいると思います。そういう方向は変わらないと思うんですが、次回改定に向けた思いを聞かせてください。

邊見 次回改定には、日本病院団体協議会が主張しているように、施設基準や算定要件で制限のある加算ではなく、入院基本料を引き上げるといった課題があります。そうしないと中小の病院や地方の病院は各種加算が取れず、絵に描いたモチになってしまいます。



この入院基本料に関しては、根拠に基づく診療報酬体系を構築するために医療費のコスト分析が欠かせません。

それと、複数科同日受診の評価もぜひ実現したい。各科に同じ技術料を認めてほしいと思います。我々地方の病院が一番困っているのは、へき地、離島、山村に準ずるような地域にある病院に、医師や看護師が集まらないということです。しかし、色々な努力をは

基本診療料のあり方を検討。 だが、これは第一歩に過ぎない

今後の診療報酬体系に大変重要なことを提起している。それがコスト分析だ

らって、都会と同じレベルの医療をやっているところがたくさんあるのです。そういうところに、ぜひ、何かの配慮をしてほしいものです。前回改定で、私は「ローカルルール」といいましたが、何らかの形で地方自治体が診療報酬をアップすることができるような方法、あるいは、国、自治体からの補助金とか何かしないと、病院がない地域が増える一方になります。

なお、次期2012年度改定では、在宅医療や認知症対応が大きなテーマになります。そこで、在宅で亡くなりたく、あるいは看取りたいという患者さん本人やご家族のために外国で実施されている在宅入院制度を日本に導入してはどうでしょうか。

安達 何はともあれ、ある程度の枠を確保しなければならぬ。だからプラス改定の実現を色々な方面から働きかけていかないとだめなんだろうと思います。それがまず1つです。

これから先の診療報酬体系にとって大変重要なことを、今、私達はやるんじゃないかと思えますね。それがコスト分析です。実は諸外国における値付けの仕方を厚労省が出し、あれは不十分でしたが、日医総研からも中間報告が出ます。

そこで気がついたのは、日本ではコスト分析を提供側が求めています。米英独仏では、すべて支払い側がコスト分析をしているんです。それは、提供側の技術料請求に対して、コスト計算によって単価をはき出して引き下げを要求するという事です。

では、なぜ日本だけ診療側がコスト計算をしようと言っているのか。それは、それほど技術料の評価が低いから、あるいは、総まとめで包括点数になっているために見えないからです。これを、とにかく、国民の皆さんに、日本の医療の現実として明らかにするという意味でも、大変な意味があると思っています。

あと、同時改定ということで医療と介護の問題があります。介護保険というのは、在宅等で療養する方たちに医療を提供するだけでは不十分で、その辺縁の、色々付随したものが必要であり、それを提供するものが介護保険の基本理念だと思う。

しかし、介護保険が始まったときに、地方自治体がやっていた独居老人とかへの純粹の生活支援もその中に入れてしまったんです。それが総介護費を膨らませている。これはものすごくおかしい構図で、本当は純粹の生活支援や生活支援は保険概念から切り離して、補助金とかの行政措置に戻す必要があるんじゃないのかと、大枠で、私はそんな感じもっています。

鈴木 財源確保に関しては消費税とかが言われていますが、他方で、保険料の企業負担分が欧州とかと比べて低いという数字もあるなど、料率も含めた保険料の問題も検討課題ではないでしょうか。いずれにしても、国民負担率をもうちょっと上げないと中福祉中負担も厳しいのかなと思います。やはり、国民の選択だと思いますね。小さな政府で切り詰めていくのか、負担を増やして給付を拡大するのか、本当はそういうのが政権選択の1つのポイントになればいいのかなと思えますね。



前改定が急性期の大病院中心だったので、今回は、慢性期入院医療とか在宅とかと言われています。介護保険との同時改定でもあるし、その辺をどう充実させていくのかが、当然、重要テーマになるでしょうね。私は、医療保険も介護保険も非常によくできてると、低コストで充実していると思えます。したがって、それを生かしながら、既存資源も活用して超高齢社会を乗り切るようにすべきだと。そのためには中小病院や診療所をもっと活用していく必要があります。

在宅を充実する上では在宅療養支援診療所・病棟の充実が欠かせませんが、同時に在宅総合保健ケアセンターみたいなものを創設するなど医療と介護の緊密な連携を図ることで、日本型在宅支援のスタイルが確立されていけばいいのではと思っています。

コスト分析については、理想的にはそういう方向に向かうべきなんですよ。ただ、医療費を大幅に上げられる状況は今後ともないので、どうしても、交渉で配分を決めていくやり方が続く

と思うんですね。したがって、コスト分析にもとづいた値付けというのは、少しずつ取り入れていくことが必要なのかなと思います。

さらなる情報、データ、発言を発信しようではないか

嘉山 中医協の議論も、一方で、この日本という国家が、どこまで国民の要求をのめるのかということ議論する時期にきているように思えますね。例えば、終末期では最後まで医療が提供され、そのために、すごいお金がかかっています。それは、医師等が法律で守られてないからです。そういうことを続けるべきなのか、止めるべきなのか。そういうことを議論していかないと、国民のディマンドはどこまでも増え続けます。

結局、国民の医療に対するディマンドをどこまで認めるのかということで医療費が決まってくるんですね。ですから、そこを中医協で議論をしていかなければ、国民は永遠に満足感を持ちません。ここにはカルチャーの問題もあるのですが、やはり、例えば日本医師会なりが、医療はこうあるべきだとか、医療の範囲はここまでだとか言うべきなんです。結局、国民1人1人が、医療をどこまでコンビニエントに使えるのか、どこで線を引くかで医療費の額は決まってくるんですね。

したがって、我々は今後何を議論するかといったら、今はこれだけ医療費がかかっていると、こんなことで、どこまで国民のお金でやっつけられるのかということを国民的に議論するべきだろうと思います。結論は出ないかもしれませんが、一度ディスカッションはしておくべきですよ。

西澤 私も、中医協の審議に臨む上で、単に点数だけではなく、日本の医療をどう考えるのか、国民がどう考えているのかということも取り上げていく必要があると思います。今言われた、質の高い医療を受ける上で国民も負担が避けられないという議論を回避すべきではないという意見には同感です。それを聞いて、1つの場面を思い出しました。

それは、2010年度改定の基本方針を決める一昨年の社保審医療部会のことです。診療報酬に対する要望が沢山出る一方、保険者側からは、「診療報酬を上げるような金はない。しかし、金をかけなくてもできるいいことをやれ」といった無茶な話が出たりして、議論は暗礁に乗り上げていたとき、コムの辻本代表が「国民・患者は、その限界と痛みを引き受けつつ、その負担をどう共有していくかという覚悟が必要になる」と発言しました。

つまり、お金だけではない、国民も色々な意味の負担を覚悟する必要があると言いつつ切ったんですね。市民団体の代表として、相当の覚悟があって発言したのだらうと思って、今も印象に残っています。

嘉山 兵庫県柏原(かいばら)で、市民が小児科の先生を守ろうという運動を起こしましたね。そういった、国民が医療側と一緒に医療を育てていくという精神が今の日本の国からは失われてしまったな。これは我々ではできない。日本医師会がやるべきだと思いますね。

西澤 というわけで議論は尽きません。しかし、中医協委員として、細部で意見が異なる点はあるものの、日本の医療に対する現状認識と、あるべき医療のためにどういう方向に向かって議論を進めていくべきかという点では見解を共有できていると思います。

本日の番外の「討論」を、今後の中医協の審議に生かすとともに、2012年同時改定と、その後の診療報酬体系構築、ひいては、これまでの日本医療の到達点をさらに質の高い医療へ押し上げていくための情報発信、データ確保、そして発言を志向していこうではありませんか。本日は貴重なご意見を有難うございました。(座談会は2010年12月14日に行なわれました)

医療短信 BRIEF

■中医協総会(1月21日)

昨年11月16日の事業仕分けで、医師確保、救急・周産期対策の補助金等について、「診療報酬改定で対応可能な事業の廃止」と判定されたが、中医協は、その考えに反対する意見書を採択、細川厚労大臣と運輸行政刷新担当大臣に提出した。

意見書は「診療報酬と補助金はそれぞれ異なる特徴・役割を担うものであり、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではない」と、事業仕分けの判定を批判している。

未承認医療機器等の治験活性化と早期承認の促進について、事務局(厚労省保険局医療課)は、「高度な臨床研究が実施可能な医療機関群を指定し、未承認医療機器等を使った医療技術は、申請前の実績から先進医療の対象とす

る」改革案を提案した。

次期改定に向けた検討項目として、事務局は、「医療と介護」にかかわるテーマとして在宅療養支援病院(診療所)と訪問看護を提示した。

「在宅療養支援病院に期待される役割とはなにか」という論点に関連して、診療側西澤委員(全日病会長)は、在宅療養支援診療所を支援する役割を診療報酬上の評価対象とすべきであると提案した。

■調査実施小委(1月21日)

2011年の医療経済実態調査について検討。医療機関等については、①6月単月と今年3月末までを会計年度とする直近2ヵ年を対象とする、②調査対象の抽出率は、病院は1/5から1/3に、診療所は1/25から1/20にそれぞれ増やす、③集計において、国家公務員級地区分、介護保険制度における地域区分、生活保護制度級地区分の3区分ご

とに試行的に集計、地域別損益の把握を試みる、ことなどで合意した。

■コスト調査分科会(1月21日)

1月21日の診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会は、中医協から検討要請があった、入院基本料に含まれる費用や実際に発生する病院運営コストの分析把握が可能であるかというテーマを検討した結果、公認会計士等専門家によるWGを設置して検討を依頼、3月までに報告を求めると合意した。

コスト分析が可能となる前提条件など、検討結果を中医協に報告、分析調査実施の可否を判断してもらうことになる。

■慢性期分科会(1月27日)

1月27日の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は、中医協から検討要請があった調査検証作業の方法について検討。一般病

床長期入院患者の実態に関する詳細分析については、厚労省が昨年夏に実施した横断調査の生データを再集計・分析した結果を次回3月の会合で報告し、追加検討を加えて7月までに報告としてまとめることを確認した。

療養病棟入院基本料の点数を9区分とした2010年度改定の検証については、点数とコストの乖離実態を捕捉するために、横断調査で回収したレセプトデータと新たに集める収支データを使って解析を試みることで合意した。タイムスタディは見送る方向だ。

標本数を増やすために収支データは決算書を用い、横断調査にレセプトデータを提出した施設に協力を求める。ただし、7月までに報告をまとめる必要があることから時間的に3月決算の施設は間に合わないため、12月までを事業年度とする施設に直近2ヵ年の決算書提出を要請する方針だ。

全日病創立50周年記念式典

500人が参加。半世紀の歴史を寿ぐ



▲式典で祝辞を述べる原中勝征日本医師会会長



▲祝辞を述べる日野頌三日本医療法人協会会長



▲四病協を代表して祝辞を述べる堺常雄日本病院会会長



▲祝辞を述べる河崎建人日本精神科病院協会副会長



▲日病協を代表して祝辞を述べる山本修三日病名誉会長



▲式典で挨拶する西澤寛俊会長

西澤寛俊会長 記念式典の挨拶(要旨)

この50年を振り返りますと、歴代の会長、役員の方々そして会員病院の方々には多くの困難とそれを乗り越えてきたご苦労があって、今日のこの日を迎えた、非常に感慨深く思っております。

同時に、本日お集まりの皆さま、多くの関係者の皆さまのご支援の賜物と深く感謝しております。

全日本病院協会は昭和35年に、小澤凱夫先生を初代会長として、大阪市で創設されております。その後、会長は、菊地眞一郎先生、木下二亮先生、田蔭孝正先生、秀嶋宏先生、佐々英達先生と続きまして、私が7代目でございます。

この創設と時期を同じくして、昭和36年には国民皆保険制度が発足しています。まさに、全日本病院協会は、戦後復興の中で国民の生活・健康を守る社会保障制度の柱として誕生した、世界に誇れる国民皆保険制度の担い手として、また、地域医療の担い手として、会員病院ともども歩んできたと考えております。

この間、日本は世界一の長寿国となり、医療のパフォーマンスとしても世界一と言われるまでになりました。しかしながら国民の意識も徐々に変わり、医療もそれに伴う変化を強いられてまいりました。言い方を変え、日本の医療が量的整備から質的变化へと移ってきた時代であったと考えております。

私は平成5年、秀嶋会長の下で全日本病院協会の役員になりましたが、まさしく、量から質への変化の真つただ中の時期に役員になったと思っています。

その後、秀嶋会長、佐々会長の下で、まさに、医療の質の向上に対する取り組みをさせていただきまして、これが全日本病院協会の活動の柱であったと思っています。

この間、平成10年から現在まで「病院のあり方に関する報告書」を5回発行してまいりましたが、これが、私達の活動の基本であったと思っています。

本年発刊を予定している2010年度版の報告書は2025年を見据えた提言となるもので、まさに、これからの全日本病院協会の活動の基本になるものと考えております。

全日本病院協会は「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」ことを理念としております。

今後、私達は、全日本病院協会のこの理念を達成するために今後も活動してまいりたいと考えております。皆さま方には今まで通りの暖かいご支援、また、ときには厳しい叱咤激励をお願いいたします。



▲祝賀会では全日病50年の歴史をまとめたVTRが上映された



▲会場には全日病50年の歩みを表わした写真が展示された

7代会長の下 2,300会員の全国組織に発展

1960年(昭和35年)4月に全日本病院協会は大阪市内に事務所を構え、初代小澤凱夫会長の下、1962年9月に社団法人の認可を得た。

その後、本部を東京に移転、第2代菊地眞一郎、第3代木下二亮、第4代田蔭孝正、第5代秀嶋宏、第6代佐々英達と続く各代会長の優れた指導および会員の努力と一致団結によって民間病院主体のわが国最大規模の病院団体に成長、第7代西澤寛俊会長の下で過去最大の約2,300会員を擁するにいたった。

全日病の歴史は、公的病院の整備が先行したわが国医療提供体制を補った、地域医療を担う民間病院の増加と表裏一体であっただけでなく、1961年4月に実現した国民皆保険制度を基盤にした戦後日本医療制度の発展充実と軌を一にするものであった。

その間、全日本病院管理学会(現在の全日本病院学会)を開催、各種共済制度を整備、人間ドック、海外研修旅行、機関紙誌と現在に続く諸事業を手がけた。一方で、日本民間病院連絡協議会の結成(1993年)、



▲鈴木寛文部科学副大臣



▲大臣表彰を受ける濱砂重仁常任理事

「中小病院のあり方に関する報告」(2000年)と4版にわたる病院のあり方報告書、四病院団体連絡協議会の結成(2000年)など、医療界に大きな影響を与える事跡をなした。さらには、旺盛な委員会活動と質量豊富な研修活動を継続的に追求、医療の質向上に資する病院団体活動の先例を切り開いた。

式典挨拶で西澤会長は、「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」と本会の理念を披露、「全日本病院協会は、この理念を達成するために今後も活動してまいります」と宣言した。(1面記事を参照)

医療法人の合併・再編に関する規制を緩和

規制・制度改革に関する分科会 医療・介護等の規制改革項目を了承。3月に閣議決定

政府の行政刷新会議は1月26日に規制・制度改革に関する分科会を開催、傘下3つのワーキンググループがまとめた規制・制度改革検討項目(全250項目)の報告を了承。ライフイノベーションWGは医療・福祉・保育分野について38項目をあげた。

その中に、「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」が盛り込まれ、①持分あり医療法人の再生事例に営利法人役員職員の役員参画や譲受法人への剰余金配当等を認める、②医療法人による他医療法人への融資・与信を認める、③医療法人合併認可にともなう都道府県医療審議会の意見聴取を撤廃するなど、医療法人の合併・再編ルールを明確化することが取り上げられており、いずれも「2011年度内に措置」とされている。

ライフイノベーションWGがまとめた検討項目には広告全面解禁やメディカルスクール新設など好ましい改革案もあるが、医療法人にかかわる規制改革は医療への株式参入につながる可能

性が否定できないことから、病院団体には戸惑いが広がっている。

行政刷新会議は2月から規制・制度改革検討項目に関する政務協議を開始、3月上旬の「規制仕分け」を経て下旬に政務協議による最終調整を終え、行政刷新会議の報告とりまとめを経て閣議決定にもちこむ予定だ。

□規制・制度改革に関する分科会・WG報告から(1月26日)

- ・地域主権の医療への転換(地域医療計画の策定にともなう基準病床算定式の提示及び国との協議義務を廃止する)
- ・病床規制の見直し(病床過剰地域における許可にかかわる厚労大臣同意を不要とする等)
- ・医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し
- ・医師不足解消のための教育規制改革(医学部やメディカルスクール新設も含め、中長期的な医師養成計画を策定する)
- ・救急救命士の職域拡大(医療機関内でも業務が行えるように規定を見直す)
- ・医療行為の無過失補償制度の導入
- ・医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し(次期で日数制限撤廃を検討する)
- ・医療広告の原則自由化

医療法人の規制改革は「株式参入につながる」 四病協が政府与党等に撤回の働きかけを決める

四病協・総合部会は1月26日、行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」に付設されているライフイノベーションWGがまとめた改革検討項目案に盛り込まれた医療法人の規制改革案に反対することを決め、政府与党等に働きかける行動チームを設置した。

規制改革案に対して、各病院団体からは、経営危機に陥った医療法人の再生・合併を口実に医療経営への株式会社参入につながりかねないと強い懸念が示され、「閣議決定に持ち込まれるのは必至。あとは政治力によって改革案を撤回してもらえない」という認識

で一致した。その結果、医療法人にかかわる規制改革案に対抗する理論を構築するチームと政府与党等に陳情説得活動を行なうチームを直ちに結成、それぞれに4団体から1~2人の幹部が参加することを確認した。

医療法人に関する規制改革案に対しては、1月26日の記者会見で、日本医師会も四病協と連携して対応する方針を中川副会長が表明している。