



# 全日病

21世紀の医療を考える全日病

# ニュース

# 2012 1/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION No.770 2012/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2012年1月1日・15日号合併号

4面「**二体改革**」社会保障部分の素案  
6・7面「**新春座談会**」日本の医療と四病協の未来  
8面「**医療部会が「医療提供体制改革の意見」**」  
8面「**DPC制度見直しの全容が明らかに**」



# 2012

## 年頭のご挨拶

社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



2012年の新春を迎え謹んで新年のご挨拶を申し上げます。

昨年は東日本大震災という未曾有の大災害が起こりました。新年を迎え、改めて被災者の皆様方に想いを馳せるとき、被災地の一日も早い復興を願ってやみません。当協会としても引き続き復興に向けて最大限の支援を行ってまいります。

東日本大震災は、日々の生活を支えている基盤の脆弱さを否応なく私達に突きつけました。

その一方で、震災後の対応を通じて、災害時はもちろん、平常時においても医療が人々の生命や生活を守るために果たしている社会的役割の重要性が、広く再認識されたと感じております。私達医療提供者も、国民に安心・安全で質の高い医療を継続して提供していく責任を改めて心に刻みました。

今年は6年に1度のダブル改定の年にあたります。私も中医協委員として3度目の改定となります。昨年12月21日の大臣合意により、診療報酬はネットで+0.004%、診療報酬本体+1.379%(医科+1.55%)と、微増でありますプラス改定となりました。現在の日本の財政状況等を考えれば、プラス改定であったということには率直に評価したいと思います。

1月からは改定率をもとに、中医協で個別項目の議論を戦わせていくことになります。次回改定の主要な論点項目はすでに中医協に提示されており、これから具体的な点数の議論になりますが、国民・患者さんにより質の高い医療を継続して提供できる、医療機関の経営基盤の安定をめざす改定にしたいと考えております。

また、介護報酬も1.2%のプラス改定となりました。同時改定である今回は、医療・介護のシームレスな提供体制を構築できる機会でもあります。介護報酬改定の

議論についても注視していく必要があると考えております。

当協会は昨年6月に「病院のあり方に関する報告書2011年版」を発表しました。内容は、高齢社会がピークに達する2025年の医療・介護提供のあり方を検討したものです。

一方、政府においては「社会保障・税一体改革成案」が昨年6月30日に閣議報告され、この中で2025年に向けて様々な医療・介護制度改革を行うことが示されています。私達と基本的な問題認識と議論過程はそう違いはないと考えております。我々も、2025年に向けた改革には、主体的かつ積極的に取り組んでいかなければならないと考えています。

改革を進めるにあたっては迅速さが求められる一方で、十分な議論と国民、医療提供者を含めたすべてのステークホルダーの理解と納得が必要です。しかし、議論のための議論となって、改革が遅れるような事は避けなければなりません。

当協会の会員数は2,340を数えており、全国の病院数が減少している中、着実に前進しております。各支部におきましても更なる会員増強をお願い申し上げますとともに、私自身も積極的に各支部へお伺いし、中央の情勢等をお伝えしたいと考えております。

本年も「国民に安全で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に環境整備を行う」という目的を実現するために、各委員会活動を中心に各種研修事業、研究事業等も今まで以上に積極的に行い、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良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。

## 2012年度診療報酬改定率 全体で+0.004%(本体+1.38%)。介護報酬は+1.2%

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定は、診療報酬が全体で+0.004%(本体部分+1.38%)、介護報酬は+1.2%で決着した。12月21日に小宮山厚労大臣、安住財務大臣、藤村官房長官の3者会談で合意した後、民主党前原政調会長と両大臣との間で確認書を交わした。

本体報酬の1.38%引き上げ分(約5,500億円)は、①救急、産科、小児、外科等の急性期医療に投入、病院勤務医等の負担軽減・処遇改善の推進を図る、②

在宅医療の充実を図る、③がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進・導入を図るために評価の充実を図る、とされた。重点部門ごと配分枠の明記は見送られた。

ただし、診療報酬の全体改定率+0.004%について、合意確認書には「+0.00%」と表記された(8面に関連記事)。

□診療報酬(本体)改定率 +1.38%  
医科+1.55%、歯科+1.70%、調剤+0.46%  
□薬価改定等改定率 -1.38%

薬価改定率-1.26%(薬価ベース-6.00%)、材料改定率-0.12% □介護報酬改定率 +1.2%  
在宅+1.0%、施設+0.2%



▲小宮山厚労大臣、安住財務大臣、民主党前原政調会長(写真左から)は改定率の確認書を交わした。

# 2012年 年頭所感



厚生労働大臣 小宮山洋子

あけましておめでとうございます。

日頃からの厚生労働行政へのご理解とご協力を感謝申し上げますとともに、今後の厚生労働行政について新年に臨む決意を述べさせていただきます。

昨年九月、私は、厚生労働大臣を拝命しました。それから約四ヶ月が経ち、改めて厚生労働行政は、国民の生活に密着した幅広い分野を担当していることを実感しています。今年も、「国民の生活が第一」という考え方の下、スピード感を意識しながら、数多くの課題を抱える厚生労働行政の陣頭指揮にあたり、次の取組を進めていきます。

第一に、未曾有の災害となった東日本大震災に関し、被災地の復旧や、将来を見据えた復興に向け、仮設住宅の居住環境の改善、医療や介護、子育て支援、雇用の確保、東京電力福島第一原発事故への対応などを進めていきます。

まず、被災者の応急仮設住宅での生活が長期化するおそれがあるため、その生活環境の改善に取り組むとともに、住民自治による地域コミュニティの再構築などに努めます。また、仮設住宅などで生活している被災者の健康状態の悪化を防ぐため、第三次補正予算に計上した被災地健康支援臨時特例交付金を活用し、被災自治体での健康支援活動を支援するとともに、水道などの復旧・復興を支援していきます。

被災地の医療提供体制の再構築に向けて、甚大な被害を受けた被災地の医療機関の復旧・復興、医療従事者の確保などを支援するとともに、全国の災害医療体制の整備も進めていきます。また、被災地のニーズを踏まえた「地域包括ケア」の体制を整備するとともに、仮設住宅への総合的なサポート拠点の設置を推進していきます。

親を亡くすなど被災した子どもについては、心のケアを含め、児童福祉の専門家などによる相談や援助を長期間にわたって行っていきます。

震災により被災された方の雇用対策については、「日本はひとつ」しごとプロジェクトの推進に努めています。このプロジェクトにより、岩手・宮城・福島県で、四月から十月までの間に約九万一千人がハローワークを通じて就職するなどの成果が出ています。今後の復興段階では、当面のつなぎ雇用の支援に加え、被災地での本格的な安定雇用の創出のため、第三次補正予算を基に取りまとめた「日本はひとつ」しごとプロジェクト・フェーズ3に基づき、被災地の産業振興と一体となった雇用機会創出への支援や、高齢者から若者への技能伝承、女性・障害者の活用の雇用モデル創造のための事業などを推進していきます。

東京電力福島第一原発事故への対応として、食品や水道水の安全確保、原発作業員の健康管理、保育所等の除染などに万全を尽くして

いきます。

食品については、暫定規制値を超えたものが市場に流通しないよう、食品中の放射性物質の検査を着実に実施するとともに、今年四月の施行に向けて、子どもへの影響にも十分配慮した新たな規制値を設定し、更なる安全・安心を確保していきます。

東京電力福島第一原発で緊急作業に従事する作業員の方々の線量管理、健康診断を徹底し、被ばく線量をデータベース化して、長期的な健康管理を実施していきます。

除染作業については、新たな規則を制定し、作業に従事する方々の放射線障害の防止を進めます。

第二に、社会保障と税の一体改革を進めていきます。

子育て、医療、介護、年金などの不安をなくし、国民が安心して暮らせる社会保障制度を構築することは、極めて重要な課題です。

現在の社会保障制度は、五十年前に基本的な枠組みができましたが、非正規雇用の増加、地域や家族の結びつきの希薄化、急速な少子高齢化の進行など、その後の社会経済情勢の変化に対応した社会保障の機能強化が必要です。また、現在の世代が受けている給付の多くを、将来世代へ先送りしている状態を早急に改善する必要があります。

このため、「社会保障・税一体改革素案」では、社会保障を「全世代対応型」へと転換し、総合的な子ども・子育て支援を進めることや、地域の実情に応じた質の高い医療・介護サービスを効率的に提供することなどにより、社会保障の機能を強化し、現役世代も含めた全ての人がより受益を実感できる社会保障制度を再構築することを目指しています。

また、社会保障予算の後世への国債等の借金ツケまわしをやめ、安定財源を確保するため、二〇一〇年代半ばまでに段階的に消費税率を十%まで引き上げることや、消費税収の使いみちを、現在の高齢者三経費（基礎年金、老人医療、介護）から、社会保障四経費（年金、医療、介護、子育て）に拡大することを盛り込んでいます。

今年は、社会保障改革にとって正念場の一年になります。今後、社会保障をどのように持続可能なものにするか、改革の全体像をわかりやすく国民の皆様様に説明するとともに、納得感をもって、消費税の引き上げをはじめとするご負担をいただけるよう、次の取組を全力で行っていきます。

平成二十四年度以降の恒久的な子どものための手当制度については、昨年八月の三党合意を踏まえ、中学校修了前の子どもを養育している方に対し、三歳未満の子どもと、三歳から小学校までのこどものうち第三子以降の子どもについては月額一万五千元、三歳から小学校までのこどものうち第一子・第二子と、中学生については一万円を、年少扶養控除廃止に伴う手取り額の減少に対応するため、所

得制限以上の者については月額五千円の手当を支給することなどを内容とする法案を通常国会に提出します。

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・一元的な制度である「子ども・子育て新システム」の構築についても、内閣府等と検討を進め、法案提出を目指していきます。

このほか、虐待を受けた子どもの増加などに対応するため、家庭的養護の推進など、社会的養護の質・量の拡充に努めていきます。

医療制度については、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実などを内容とする医療サービス提供体制の改革を行います。

このほか、研究開発の推進、臨床研究・治験の活性化などを通じて、日本発の革新的な医薬品・医療機器等を創出することにより、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力強化による経済成長に貢献するための「医療イノベーション」の推進に取り組んでいきます。

医療保険については、「社会保障・税一体改革素案」を踏まえ、セーフティネットとしての機能の強化を進めながら、運営を効率化し、国民の信頼に応えられる制度を構築していきます。

介護保険制度については、高齢化が一層進む中、平成二十四年度の介護報酬改定、昨年成立した改正介護保険法の円滑な施行などにより、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。また、介護人材の安定的な確保に向け、介護職員の処遇改善に努めるとともに、社会保障と税の一体改革の実現に向けた議論を進める中で、将来にわたって持続可能な制度の構築に向けた取組を進めていきます。

年金制度については、「社会保障・税一体改革素案」で、新たな年金制度の実現に取り組むとともに、その方向性に沿って、現行の年金制度の改革を行っていくことにしています。まず、新たな年金制度の創設については、現在、民主党で議論が進められています。新たな年金制度の実現のためには、与野党間で十分な協議を行い、国民の合意を得ることが必要ですが、政権公約である平成二十五年中に法案を成立させるため、厚生労働省としても、民主党の議論を踏まえて検討していく予定です。新しい年金制度にすべての人が移行するには、数十年かかりますので、現行制度の改善が必要です。

現行の年金制度の改革については、社会保障審議会年金部会等の議論を踏まえ、年金の最低保障機能の強化や高所得者の給付の見直し、特例水準の解消、短時間労働者の社会保険の適用拡大、被用者年金の一元化などについて、通常国会への法案提出を目指して検討を進めていきます。

さらに、基礎年金の国庫負担割合二分の一の確保については、年金制度を長期的・安定的に運営していくために必要不可欠であり、

# 2012年 年頭所感

その実現に取り組んでいきます。

さらに、国民年金の第三号被保険者に関する記録の不整合に対処するため、国会に提出している法案について、早期の成立を目指していきます。

このほか、年金記録問題については、紙台帳等とコンピュータ記録の突合せを進めるとともに、「ねんきんネット」の充実などにより、いつでも手軽に年金記録を確認できる取組などを進めていきます。

生活保護制度については、受給者数が現行制度の下で過去最高となっています。こうした状況の下、支援が必要な方には適切に保護を実施するとともに、受給者に対する自立・就労支援の推進や不適切な受給の防止などに取り組んでいきます。また、生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて、総合的に取り組むための生活支援戦略の策定に向け、検討を進めていきます。

障害者福祉施策については、制度の谷間のない支援や地域移行・地域生活の支援などについて検討し、通常国会への法案提出を目指します。また、平成二十二年十二月に成立した「障害者自立支援法・児童福祉法」の一部改正により、今年四月一日には相談支援の充実や障害児支援の強化などが実施するなど本格的に施行します。引き続き、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いきます。

難病対策については、患者の長期にわたる重い精神的、身体的、経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指すとともに、総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指します。

第三に、雇用対策について、迅速・着実に取り組んでいきます。

まず、現在の雇用情勢は、東日本大震災の影響もあり、一部に持ち直しの動きが見られるものの、依然として厳しい状況にあります。

今春卒業の大学新卒者の内定率は、昨年十月一日現在で五九・九%と、過去最低の前年同期を上回ったものの、未だ数多くの内定が得られていない新卒者や、既卒者が多い現状です。このため、卒業までに一人でも多くの新卒者の就職が決まるよう集中支援を実施するほか、平成二十四年度からは、ジョブサポーターの大学等への恒常的な出張相談の実施など、現役大学生を対象とした就職支援を一層強化していきます。

急激な円高などの雇用への影響も注視しながら、機動的な雇用対策に万全を期すことで、厳しい雇用情勢の改善に全力で取り組んでいきます。

一方で、日本は、少子高齢化が進み、このままでは就業者が二千二十年までの十年間で四百万人減少すると見込まれています。また、非正規労働者の低賃金・不安定雇用も大きな

問題です。

こうした状況の下、人々の就労を促進し、ディーセント・ワークの実現に取り組むことは、「分厚い中間層」を復活させ、「温もり」ある日本を取り戻すために重要です。また、日本が直面する労働力不足を跳ね返して経済を成長させ、社会保障の基盤を強化する点でも大変大きな役割を担っています。今年も、このことを念頭に、雇用対策を進めていきます。

まず、雇用保険制度については、平成二十三年度末までの暫定措置とされている「個別延長給付」等について、二十四年度以降も引き続き実施することなどを内容とする法案を通常国会へ提出することを目指していきます。

昨年、雇用保険を受給できない方へのセーフティネットである「求職者支援制度」を創設し、十月から開始しました。これを活用し、一人でも多くの方が早期に就職できるよう取り組んでいきます。

高齢者雇用については、平成二十五年度には老齢厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢六十五歳に向けての引上げが開始されるため、雇用と年金を確実に接続させ、無収入の高齢者世帯が発生しないよう、法整備を行う必要があります。このため、労働政策審議会で希望者全員の六十五歳までの雇用確保策などについて議論を進め、通常国会への法案提出を目指していきます。

労働安全衛生対策をより一層充実するため、労働安全衛生法改正法案について、早期の成立を目指していきます。

有期労働契約の在り方については、労働政策審議会で審議を踏まえ、関係法案の提出に向け、取り組んでいきます。

パートタイム労働対策については、パートタイム労働者の公正な待遇をより一層確保するための法制度の見直しを進めていきます。

日本は、これまでも良好な労使関係の下で様々な難局を乗り越え、経済の発展と国民生活の向上を実現してきました。これからも、あらゆるレベルで政労使の意思疎通、合意形成に向けた環境づくりに努め、労使の皆様との相互理解の下に雇用対策をはじめとする労働政策を推進します。その一環として、労働委員会での労使紛争処理を一層迅速化・的確化することにより、労使関係の安定に取り組んでいきます。

第四に、国民の皆様と安心を確保し、健康の増進や生活の質の向上に取り組んでいきます。

今年、「がん対策推進基本計画」の見直し、「健康日本二十一」の後継プランの策定など、がん、生活習慣病対策の節目の年です。これを機に平成二十四年度には、「がん・健康対策課(仮称)」を新設し、がん、生活習慣病対策や地域保健対策などをさらに強力に推進していきます。

新型インフルエンザ対策については、昨年九月に政府の「新型インフルエンザ対策行動

計画」が改定されたことを踏まえ、その再構築を進めていきます。また、予防接種制度の見直しに向け、対象疾病やワクチンの範囲、評価・検討組織の在り方などの議論をより一層深めていきます。

B型肝炎訴訟については、昨年十二月に公布された特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法に基づき、給付金が支払われます。今後とも迅速に和解手続が進むよう取り組みます。併せて、肝炎の研究や医療費助成など、総合的な肝炎対策を推進します。

ハンセン病に関する普及啓発、エイズの検査や相談体制の整備などを進めます。また、臓器移植の適正な実施、骨髄ドナー登録の拡大、安全なさい帯血の確保などに取り組みます。

原爆被爆者援護については、原爆症認定制度の在り方を総合的に検討します。また、広島県市が実施した原爆体験者等健康意識調査報告の科学的な検証を進めます。

生活衛生関係営業については、東日本大震災の被災営業者の支援、営業者の振興と衛生の向上、生活衛生同業組合の活性化に取り組めます。また、水道の全国的な耐震化や海外展開を進めていきます。

有効で安全な医薬品・医療機器をより早く国民の皆様に提供できるよう、承認審査の迅速化(いわゆるドラッグラグ・デバイスラグの解消)、承認審査体制の強化、国際共同治験への対応強化のほか、未承認薬・適応外薬の解消などに取り組んでいきます。また、安全対策を充実・強化するための取組についても積極的に取り組んでいきます。

献血等の血液事業や医療機関での血液製剤の適正使用の推進に取り組むほか、薬物乱用防止の啓発活動や取締り強化を推進します。

医療の担い手としての薬剤師の資質向上や、新しい一般用医薬品の販売制度の定着に、より一層取り組みます。

食品については、輸入食品の監視体制を強化していくとともに、最新の科学的知見に基づくBSE対策の再評価を進めるほか、食中毒の被害拡大防止に努めるなど、国民の皆様の食の安全・安心に対する関心の高まりを受け止めながら、様々な取組を進めていきます。

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、戦傷病者や戦没者遺族、中国残留邦人等に対する支援をきめ細かく実施します。

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います。こうした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いくことを誓い、私からの新年の祝辞といたします。

平成二十四年 元旦

# 2012年 年頭所感



日本医師会長 原中勝征

明けましておめでとうございます。  
 昨年は東日本大震災が大災害をもたらしましたが、医師会によるJMATの迅速な行動に国内外から賞賛の評価が寄せられました。その後立ち上げたJMAT IIには、全国の医師会や医療各団体からご協力をいただいております。  
 「社会保障と税の一体改革」については、政府与党の中で、その実施に向けた論議が激しく行われましたが、残念ながら、具体的な数値や道筋が国民にわかるようには説明されておられません。  
 そんな状況下、診療報酬と介護報酬の同時改定、医療における消費税問題、事業税、持分無しの医療法人への強制移行、受診時定額負担など問題が山積しておりますが、日本医師会執行部は精力的に、政府三役、党幹部や党担当委員に日本医師会の諸政策の

説明を行いました。  
 さて、新年は大震災からの復興を進めなければなりません。引き続き政府と協議を続け、会員の先生方が新しい街で安心して医療活動が出来るように、最大限の努力をする覚悟であります。  
 医師不足、医師の偏在、医学教育・研修制度のあり方、TPPの医療制度への影響、医療法改正、消費税など問題は多々あります。目的達成には地元議員に対する地域医師会の活動が重要であり、日本医師会と地域医師会が責務を分担してこそ実を結びます。  
 新年を迎えるに当たって、さらに会員相互の交流を活発にし、「医の倫理と国民のための医療」を共通の活動の基礎として行動することをお願いいたします。



全日本病院協会 副会長 猪口雄二



全日本病院協会 副会長 安藤高朗



全日本病院協会 副会長 神野正博

新年あけましておめでとうございます。  
 平成23年は、誰もが初めて経験する嵐のような1年でした。しかし、あの震災の直後より、災害対策に一致団結して臨んだ当協会の会員・職員の真摯な姿勢には、改めて敬服いたしました。  
 その後も、国内では原発事故の成り行きに一喜一憂し、タイでは洪水によるとてつもない被害が発生し、ユーロ圏を始め世界恐慌に突入しそうな状況です。  
 しかし、どのような状況にあっても医療は国民生活の基盤であり、我々はそれを担う一員であることを忘れてはならないと思います。  
 平成24年は、診療・介護報酬の同時改定です。中医協委員として活躍する西澤会長を先頭に、全日病は大いに活躍すべき時を迎えています。  
 目の前に迫る超高齢社会、国内総生産の上昇が困難な社会で、医療・介護・病院・全日病はどこに向かって進むのか。大いに語り、大胆に提言すべき年だと思います。  
 会員の皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

新年あけましておめでとうございます。  
 昨年の東日本大震災に際して、全日本病院協会は115チーム(485名)の医療救護班を被災地に派遣することができました。重要なことは、今後に備えて、各病院が防災マニュアルやBCPを整えることです。  
 本会は、昨年、「病院のあり方報告書2011年版」を作成、2025年の医療・介護提供体制にかかわる提言をしましたが、今後の高齢者社会を見据えたとき、民間病院力、地域医療力そして医療や介護・福祉も含めたコミュニティケアセンターのパワーを具備した我々の力が必ずや必要になると思います。  
 ひるがえってわが国の政治状況を見ると、社会保障を支えるための消費税率引き上げの国民的合意もありません。政治家は、負担と給付に関する選択肢を示して国民に選んでもらう時期がきていると思います。  
 資源のない国ではありますが、日本には勤勉という資源があります。この国民性を活かし、国民一人一人が自己研鑽を重ねていけば、さらなる成長を続けることが可能です。これが「富国強民」という考え方ですが、私もまた、西澤執行部の一員として、日本の医療と介護の水準を少しでも高めるために努力していきたいと思っています。

あけましておめでとうございます。  
 昨年は人知を越えた東日本大震災による津波とそれに引き続く原発事故、台風による大水害がわが国を襲いました。また、タイにおける洪水は製造業のサプライチェーンを停止させ、ギリシャの財政危機は急激な円高を招き日本経済に多大な影響を与えています。  
 そして、地域を振り返れば、「高齢化の津波」と過疎化が地域の力を削ぎ落としています。  
 日本経済にアゲインストの風が吹く中、今年診療報酬・介護報酬同時改定が行われます。制度に適応し、立ち位置を確立するために、われわれは知恵を絞らなくてはなりません。  
 国民の安心の要が医療であると誇りを持って、お互いの地域連携の絆、チーム医療としての多職種連携の絆、そして地域の産業との絆を大切に、日本の、地域の復興と活性化の中心となるべく昇っていきたくものです。昇龍のごとく。

## 一般病棟長期入院の適正化を明記。受診時定額負担は消える

### 「社会保障・税一体改革」社会保障部分の素案固まる

政府は12月20日の関係5大臣会合で、「社会保障・税一体改革」の社会保障部分に関する改革素案骨子をまとめた。民主党の「社会保障と税の一体改革調査会」からの修正要望を受け入れた結果、医療・介護等については、原案

に、①一般病棟における長期入院の適正化を盛り込む、②70~74歳の患者負担は2012年度は1割負担を継続する、などの修正が加えられた。  
 原案にあった「先発医薬品の薬価を引き下げ」という個所は「イノベーション

の観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げ」と修正された。  
 「高額療養費の見直しとその財源確保策」に関しては、「まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の

財源を確保した上で、導入を目指す」とされ、受診時定額負担という案はひとまず削除された。  
 政府は2011年内にも消費税を含めた改革素案をまとめる方針だ。

#### 関係5大臣会合「社会保障・税一体改革素案(社会保障部分)」の骨子 12月20日

#### 2. 医療・介護等①

(1) 医療サービス提供体制の制度改革  
 ・急性期病床の位置づけを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進  
 ・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進

・在宅医療の拠点医療機関の役割を明確化するとともに、達成目標や医療連携体制等の医療計画への記載を明確化する等により在宅医療を充実  
 ・偏在是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、キャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進  
 ・高度な知識・判断が必要な一定行為を行う看護師の能力を認証する仕組み

の導入などをはじめとして、チーム医療を推進  
 ◇あるべき医療提供体制の実現に向けて医療法等関連法を順次改正。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討。  
**3. 医療・介護等②**  
 (2) 短時間労働者に対する被用者保険の

適用拡大  
 ・被用者保険の適用対象となる者の範囲等の具体的制度設計について、実施時期も含め引き続き検討。平成24年通常国会への法案提出に向けて引き続き検討。  
 (3) 高額療養費の見直しと給付重点化の検討  
 (5面下段へ続く)

# 2012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

昨年の未曾有の出来事から、本年は復興へのスタートの年。創意と工夫で乗り越え、安心・安全を提供する医療に皆様と共に邁進いたします。ハワイ研修は35回を数えました。皆様の交流を深めるため、企画を用意いたします。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

あけましておめでとうございます

昨年は多事多難な年でした。その中で、諸先生はじめ、多くの関係者の温かな援助で第53回全日本病院学会(沖縄県)を無事終了することができ、深く感謝申し上げます。責任を果たし、ほっとしているところです。今年は昨年よりは、きっとよい年でありますように、祈っております。

## 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。

本年を龍のごとく飛翔の年とするには、足下を固める必要があります。基盤整備です。しかし、地震だけではなく、理念、方針、制度、政策が揺れています。病院団体が、信頼でき・信頼される安定した社会構築に参画する好機です。ご協力をお願いします。

## 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

昨年は総務と災害対策本部の立場で支援を呼び掛け、多くの会員病院に御協力をいただき誠にありがとうございました。病院同士助け合い苦難に立ち向かう。それがきっと全日病の精神です。今年もよろしく願いいたします。

## 広報委員会委員長 織田正道

明けましておめでとうございます

さて、今の日本は、人口減少、超高齢社会、累積される財政赤字だけではなく、グローバル化の大浪が押し寄せ、まさに激動の時代に入りました。医療を取り巻く環境は今後さらに一段と厳しい時代を迎えることになると思います。

このアゲインストの風をフォローの風に変えて行くためには、我々自身が時代の変化、地域医療のニーズを理解し、国民を味方にしていくことが肝要です。広報委員会では、医療に関する情報を会員の皆様に迅速、的確に伝えると共に、全日病の取組みを外にも情報発信して行けるように努めて参ります。

## 医療従事者委員会委員長 大橋正實

明けましておめでとうございます

医療従事者委員会は平成24年度から事務長研修コースの1つとして上級病院管理士の資格認定を開始します。医療界の様々な危機を乗り越える為にも事務長、看護部門長のレベルアップを欠かすことは出来ません。今年も宜しくお願い申し上げます。

(4面下段から続く)

・平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて導入を目指す。

### (4) 高齢者医療制度の見直し

・平成24年通常国会へ後期高齢者医療制度廃止・見直しの法案提出を目指す。  
・70歳以上75歳未満の患者負担について平成24年度は予算措置(1割負担)を

継続。25年度以降の取扱いは25年度の予算編成過程で検討。

### (9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

・後発医薬品推進のロードマップを作成し、総合的な使用促進。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げ。  
・医薬品の患者負担の見直しは引き続

き検討。

### (10) その他効率的で高機能な医療提供の推進

予防医療、チーム医療、本人・家族の意思を尊重した適切な医療の提供の推進。

### (11) 総合合算制度

平成27年度以降の導入に向け、引き続き検討。

## 加納繁照

明けましておめでとうございます

昨年来、二次救急病院への診療報酬の評価が日本の救急医療の崩壊を防ぐ唯一の方法と訴えてまいりました。今年には更に、大災害における二次救急病院の役割重視化が単なる拠点病院化構想よりも、遥かに現実的で重要と主張して参りたいと思います。

## 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

今年はいよいよ医療・介護同時改定の年です。平成23年度も3年連続の厚労省老健局補助金事業で「終末期の対応と理想の看取りに関する調査研究」を行っています。この結果を基に国民的議論ができると良いと思っています。

## 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

今年はいよいよ医療・介護同時改定の年です。平成23年度も3年連続の厚労省老健局補助金事業で「終末期の対応と理想の看取りに関する調査研究」を行っています。この結果を基に国民的議論ができると良いと思っています。

## 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

明けましておめでとうございます

日本医療機能評価機構は、本年秋を目途に認定の仕組みを変更します。①病院の特性に応じた機能種別、②評価項目の効率化、③認定期間中の継続的な自己評価改善活動の支援等です。当委員会では時間をかけて適正な評価項目となるよう意見を取りまとめ、昨年に引き続き機構に提言します。

## 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

昨年発行した「病院のあり方に関する報告書2011年版」の内容の実現にむけて種々な取り組みをしていきたいと存じます。当面、我々の主張してきた「地域一般病棟」の創設が中小病院生き残りの鍵となると考えております。会員各位の御協力を宜しくお願い申し上げます。

## 医療制度・税制委員会委員長

## 若手経営者育成事業委員会委員長 中村康彦

新年明けましておめでとうございます

4月に6年ぶりに診療報酬・介護報酬のダブル改定が実施される予定です。政府は震災復興に必要な資金を捻出せざるを得ず、厳しい改定が予想されます。わが全日病は逆風に晒され続ける日本の医療界に、一筋の光を照らす存在でありたいと思っております。

## 人間ドック委員会委員長 西 昂

謹賀新年

人間ドック指定事業は、日帰り480施設、一泊26施設となりました。人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存です。本年も宜しくお願い申し上げます。

## 濱砂重仁

謹賀新年

前代未聞の地球規模の不況のまま、新年を迎えました。円高、デフレを脱却できず、国のあるべき姿を議論しないまま、日本丸は何処に行くのか。宮崎は口蹄疫、鳥インフルエンザ、新燃岳の噴火の影響も重なって、経済の低迷ぶりは目を覆うものがある。今年の医療・介護報酬のプラス改定は望めそうもない。今年もただ頑張るのみ。

## 濱脇純一

新年明けましておめでとうございます

昨年は想像を絶する国難の年で藤原正彦氏が暑い夏、熱い科学、寒い寒い政治と表現されました。毎年、酷い一年に別れを告げて、今年こそいい年であって欲しいと国民は年末年始に願いを込めて祈る。今年には医療・介護の診療報酬改定の年、国民の健康あつての経済復興である。国民の健康と経済復興は車の両輪で登龍の如く治めて欲しいものです。

苛政は虎より猛し(礼記)。今年もよろしくお願い致します。

## 平山登志夫

謹賀新年

昨年3月の東北地方の災害の記憶は未だに残っている。顧みれば我が国は第二次世界大戦の敗北から立ち直り繁栄を取り戻した経験がある。これを支えたのは国民の復興への熱意と努力があったからである。今回の災害も国民の団結によって乗り切る事を期待している。

## 丸山 泉

新春のお慶びを申し上げます。新米理事として、協会の全体像がやっと分かって参りました。足手まといにならないようにして、精一杯、会員の皆様の役に立つ仕事をやっていく所存です。震災被害を受けられた方々の、なお続くご苦勞を考え、新年を迎えています。

## 2011年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(岡山会場)開催のご案内

本研修の参加者には当協会より「受講認定証」を発行いたします。

日時 ● 2012年2月23日(木) 10:00~16:30  
会場 ● 岡山市 岡山コンベンションセンター(301会議室)  
対象者 ● 病院の個人情報保護管理責任者、担当者、地域連携担当者  
定員 ● 80名  
参加費 ● 全日病会員1万2,000円  
会 員 外1万6,000円(書籍・資料代を含む)

申込締切 2012年2月3日(定員に達し次第締切)

お問合せ 全日本病院協会事務局(担当 醍醐・祝)  
Tel.03-3234-5165

\*詳しくは全日病HP掲載の案内パンフをご覧ください。

## 7. 医療イノベーション

・以下の取組を推進。

- ①臨床研究中核病院(仮称)等の創設。
- ②医薬品医療機器総合機構の体制強化や審査等の迅速化・高度化等の促進。
- ③保険償還価格の設定におけるイノベーションの評価等のさらなる検討。

◇予算、診療報酬改定等に加え、医療法、薬事法等の改正についても検討。

新春企画 四会長座談会 初夢を語る—日本の医療と四病院団体協議会の未来

西澤 2012年を迎えました。今年もどうぞよろしく願いいたします。昨年は東日本大震災があり、その復興に頑張ってきた1年でした。他方で大きな制度改革が提起されるなど、医療界にとって重大な年でした。復興と改革、この両方の問題に、今年は回答を迫られる年になろうとしています。

堺 東日本大震災は、とにかく、情報の入手で苦労しました。電話はだめ、携帯もつながらない。いかに我々は危うい生活を送っているかということを感じました。そういう中で、DMATやJMATの活動はすばらしいものがありました。

医療支援で浮き彫りになったのは医師の不足です。特に中期から長期になってくると、被災地というより、医療過疎地に対する医師の支援がメインになったような気がしました。そうみてくると、国をあげた危機管理システム、医療支援システムを構築する必要性をあらためて感じます。平時における医師不足に対する支援、そして有事には、災害地に対する支援をしていく仕組みが必要ではないかと思ひます。

日野 今回感じたのは、有事に対応する体制が全く整っていないという日本の現状です。指揮命令系統の確立など、有事の体制を平時に構築しておくべきだと思ひました。一番困ったのは情報の途絶です。通信衛星を介した通信機器を各病院に1つ、国費で配備する必要がありますと思ひます。

もう一つは、有事にはすべての法律を一時解除するぐらいの英断がほしいということです。インフルエンザのときの定員超過を認めるというような、有事に対応した行為はすべて容認するといった体制づくりの案を、今年度中にはつくってほしいと思ひました。

西澤 東日本大震災では、本当に、全日病の会員を含め、日本の病院は頑張ったと思ひます。医法協と全日病を初め、各病院団体から沢山の医療救護班が派遣されました。経営的に大変な中、これだけ多くの病院が派遣したということに、医療人の魂を感じました。ただ、医療人は頑張ったのですけれども、やはり、政府とか東京電力の対応には非常に腹立たしい思ひがあります。



ならないというので、可能な会員病院に振り分けて受け入れてもらいました。しかし、今も戻れていない患者がいます。医師は避難するわ、看護師も辞めるわで、人員基準が満たせないために、入院が再開できない病院もあります。

その中で、沖縄県の会員病院が、1月に相双地区に診療所を開くといっていますので、協会として全面支援を決めました。

今回の震災で精神科にも災害拠点病院が必要だと痛感させられました。精神科疾患は一般病院では受け入れてく

れないですから、精神科の災害拠点病院を最低県に1つはつくらないと、今回のような大規模災害には対応できないのではないのでしょうか。

もう1つ感じたのは、こうした震災時に病院協会の本部機能をどう保持するかです。これは新年早々、検討を開始しようと考えています。

堺 東日本大震災のことで、ひとつ、つけ加えたいのは、福島県の病院協会がすごく頑張っていることです。特に、原子力被害の補償問題や医療従事者の離散対策などで…

経営が大変な中、沢山の病院が派遣。医療人の魂を感じた

西澤 その一方で、非常時に医療提供を継続することがいかに国民に安心を与えるかが、今回、あらためて分かりました。やはり、平時からそういう体制を整備していくことが大切であると感じました。

被災地に行くと、そもそもそこは医療過疎地だったという事実であらためて気づかされたわけですが、この災害を抜きにしても、日本の医療提供体制はまだまだ十分ではありません。これから、その整備も、病院団体が一緒に

取り組んでいきたいと思ひています。

山崎 日精協は、日医から要請があったのでJMATとして派遣しました。もともと、震災当初は司令塔がなかったものですから、かなり混乱しました。その点では、いかに迅速にヘッドクォーターを設置し、情報収集と指令を一本化するかという、大きな課題が残りましたね。

海岸線の病院は壊滅的で、本当に深刻でした。原発事故に見舞われた福島県では、20km圏の病院は避難しなければ

「急性期病床群」という考え方はしっくりこない

西澤 昨年6月に「社会保障と税の一体改革」の成案が出ました。そのうちの医療と介護については、2008年の社会保障国民会議の試算を踏まえて2025年の提供体制を描出し、そこに向かって医療資源投入と医療費節減を試算し、必要な財源を消費税率の引き上げに求めるという内容です。

堺 2025年という長期を見据えて社会保障のあるべき姿を議論することはいいことだと思います。ただ、日本はも

う後がありません。がけっ縁です。そういう中で、心配なのは縦割り行政の弊害です。例えば、医療提供体制にしても、私は、やはり診療報酬と一体に考えてほしいのですが、残念ながら、提供体制は医政局、診療報酬は保険局というように別々になっていますね。

日野 「一体改革成案」は経済の切り口で考えられているので、我々には、どうもなじみにくいものがあります。(下段に続く)

東日本大震災

国をあげた危機管理・医療支援システムの構築が欠かせない

平時の医療提供体制もまだ不十分。平時における医師不足等への支援も必要

般病床の機能分化の中で一般急性期の平均在院日数を9日としています。一般病床で9日というのはできるわけがありません。また、社保審の医療部会に

「急性期病床群」という案が示されましたが、あれも私たちにはしっくりこない考え方です。

らに、それを実現するためにはこれだけのお金がかかることを明らかにしたということで、その検討過程はよいのではないかと思ひています。

社会保障費と消費税はいたちごっこ？

日野 それから、「成案」は社会保障国民会議の案と金額が一緒です。もし、そういうお金の分配しかできないのであれば、国民に、お金はこまでしかないからこれだけの医療しかできないということを言う必要があります。国民の望む医療をするにはこれぐらい上げさせてもらっていいですかという話は、政治家にはできません。ですから、我々が正直に言うべき時がきたのかなと思ひます。

最低30%ぐらいまで上げないと解決しません。

しかし、消費税が30%になると当然に消費は減退します。つまり、税収は少なくなるわけ。現在、消費税1%は2兆円の税収に相当していますが、将来は1.5兆円、最悪1兆円にまで下がることでしょうか。そうなると、今度は40%ぐらいにしないと財源が確保できないということになる。これでは、いたちごっこでしょう。

少し考えれば分かることなのに、こういう議論を誰もしない。社会保障費は、現在107兆円ぐらいに達しています。国家予算は90兆円ですよ。どうみても、もつはずないんだよ。ではどうしたらよいか。年金改革に見るように、給付率を下げる、保険料を上げる、年齢制限をつける、この3つしか方法はないんです。どれをとっても国民には嫌な話なんです。これを、もうしないとだめです。

西澤 私は、「一体改革成案」は、少子高齢化の下で、2025年にどれぐらいの医療資源が必要か、そのためにはこれだけのベッドが必要で、医師数もこれだけ必要だという推計を示した。さ

社会保障と税の一体改革は国民が考えるべき問題

西澤 ただ、その結果については色々な評価があると思ひます。また、これが鉄板とは思ひていません。ですから、これからは我々も参加して、この方向性がよいと思ひたら、そこにいかに近づけるかという作業をやっていくべきかと思ひます。その過程で、方向性が変わっていく可能性がありますし、よりよい方向が見えてくるはずですよ。

今は、こういう方向に決まったら何が何でもこれに向かってという風潮があって、私から見ると少し急ぎ過ぎかなという面があります。医療部会などを見ても、どこの議論もないままに「急性期病床群」が出てきた。そのあたりは我々専門家を活かしてもらえれば、その中で色々な意見を出していけるのではないかと思ひます。

山崎 医療部会でいえば、医療計画に精神疾患が加えられて5疾患・5事業になることが決まりましたが、あれは、私が一昨年12月の医療部会で提案したことがきっかけです。

精神疾患は今や国民病です。うつ病とそれに関連した自殺、高齢化にともなう認知症などは、国民生活で大きな比重を占めています。したがって、提案がとったのは率直にうれしいですね。ただ、外来医師配置数の見直し

通らなかったのは残念だった。堺 それにしても、「一体改革成案」は全体として財政的な発想ですよ。急性期病床群にしても病態に着目したという。でも、これはおかしな話で、重症度が何だというけど、結局は高額の医療費でしょう。医療費を基準にして、高いのは重症だろうという発想ではなかなか厳しいですね。

西澤 確かに、その辺は我々現場と若干違いがあります。しかし、お互いに議論する中で埋めていければ将来の姿も変わるはずですよ。国民や患者にとっていい方向、我々提供側にもいい方向を模索していく必要があると思ひます。

もう一つ大事なものは、社会保障と税の一体改革というのは、我々がどうこうする前に国民が考えるべき問題なんです。国民が安心できる医療体制のためにはこれだけの人手や財源がかかる。そうした将来の姿を理想と考えるのであれば必要な負担をしなければならぬし、負担ができないのであれば将来の姿をそこで変える。やはり、これを決めるのは国民だと思ひます。だから、むしろ我々の方からも、国民に、一緒に議論を呼びかけていくべきかと思ひます。

(7面上に続く)

## 新春企画 四会長座談会 初夢を語る—日本の医療と四病院団体協議会の未来



〈写真左より〉

日本精神科病院協会  
山崎 學会長日本病院会  
堺 常雄会長全日本病院協会  
西澤寛俊会長日本医療法人協会  
日野頌三会長

## 12年度改定、前回配分の薄い分野をいかに厚くするかが重要

西澤 診療報酬改定のことですが、前回改定はプラス0.19と微々たるものですが、それでも病院は一息ついた感じがあります。医療崩壊が止まったかどうかはわかりませんが、いい方向に向かいかけている。それだけに、私は、少しでもいいからプラス改定が必要だと思っているのですが。

日野 この前のプラス改定がどうしてあれだけきいたかという、実質は0.19よりもプラスになっていると思うのです。つまり、改定直後の初年度は下がりますが、2年目は必要な対策を打ちますから、対前年度で上がりますね、そこにプラスが来たものですから随分楽になったというのが、恐らく実感だろうと思うんです。

大震災の影響を考えると、診療報酬のアップはいい難いものがある。しかし、せめてプラスマイナスゼロ、できれば少しでもプラスというのが正直な気持ちですね。

堺 0.19のプラスというのは大きかったですね。全ての病院に平等にいったわけではありませんが、過去ずうっと

マイナスだったものがようやくプラスになって、何とか一息ついたところでしょう。

残念なのは、今回の医療経済実態調査で病院の収支はよかったではないかといった評価が出てきて、であれば今回はマイナスあるいはプラスマイナスゼロでもいいという議論になったことです、これは非常に恣意的ですね。前回のプラス改定で、今まで建築できなかった建物や人員補充ができた病院があるわけです。そういうことを考えると、少しでもネットでプラスになってほしいものです。

西澤 今回の改定は、少しでもいいからプラス改定を願っていますが、その中で、いかに現場がやりやすい配分にしていくかができればと思います。前回は、民主党の方針もあって、救急・小児・産科中心ということで主に大病院にいきました。

そこで、今回は、前回余り日の目が当たらなかったところを、少しでも、いかに厚くしてもらうかが重要になります。そのためには、救急から始まっ

て急性期、亜急性期、慢性期それから在宅という流れの中で、どれもがうまくいかない医療提供体制は機能しないということを知ってもらいたいものです。私にとって中医協委員として最後の改定ですので、全力で対応したいと思っています。

山崎 今年の改定には、日精協も23項目の要望を出しています。中でも、最大の要望は精神科入院基本料の引き上げです。何しろ、他科に比べると1/3ぐらいの水準ですから。細かな要望は多々ありますが、我々の要望を1つ言えば、これにつきます。

## 保険料格差に疑問。保険者再編で効率化が望める

日野 ところで大企業は保険料が安いんですよね。しかも、支払った分の払い戻しがあります。だから一元化して国民健保も同じにする。そういうことができれば、もっと医療財政は楽になります。医療費の財源に消費税を期待することはできないということを、我々は知るべきだと思います。

堺 日医総研のデータによると、例えば健保組合が協会けんぽと同じになるだけで1.4兆円ぐらいの財源が生じることです。だから、消費税、消費税というけど、保険料も考えていかないと。まして、窓口で100円取るなんていうことは無理ではないかという気がしますね。

西澤 保険者が全部で数千もあるというのは異常です。私たちも保険者の再編を主張すべきですが、なによりも保険者で差があるというのはおかしい。ところが、我々は保険者を選べない。これはある意味で不公平だと思います。ですから、やはり保険者の再編という中で、今言ったようなことをすべきではないかと思っています。

診療報酬上の無駄をなくせという主張がありますが、保険者にも無駄があるというか、保険者を再編することによってかなり効率化する面もあると思います。そういうことは、我々の方も

声を出していく必要があるのではないのでしょうか。

山崎 公的医療保険はすでに限界にきていると思います。今の構造を続ける限り、抜本的な改革案はあり得ません。「社会保障・税一体改革」などは、平均在院日数を縮めて病床数を減らす、つまり、患者を地域に出せば医療費は減ると考えている。しかし、こうしたロジックは費用対効果の面で間違っています。それは、在宅よりも入院の方が安くつくからです。

在宅に移行しても、介護ヘルパーなどのサービスが追加的に発生するから、入院よりも倍ぐらいかかる。つまり、費用対効果から考えると入院させる方が安くつくのです。どうも、この辺りを財務省は勘違いしているのではないのでしょうか。

ただ、そうやっていくときに、私は終末期医療をきちんとしないとだめだと思うな。現在は、80とか90歳になっても心臓にステントを入れたり、胃瘻をつくったり、IVHをやっている。しかし、外国では胃瘻をつくらないじゃないですか。日本も昔は、自力で食べられなくなったら徐々に死を迎える準備に入っていったのが在宅で亡くなるパターンだったのです。それが、食べ

(下段に続く)

## 四病協

## 将来の夢は「シンクタンクの機関の設置」?!

## 昨年の会長座談会から四病協の合同新年会が実現。次はどんな共同活動が生まれる?

られなくなると救急車で病院に運ぶようになっていった。これをやっていたら財源はキリがないですよ。

この点に関しては国民の認識の問題もある。医療保険というのはミニマムなサービスを保障するものです。医療費の水準から見ると精々がビジネスホテルの料金でしかない。それなのに、あたかも帝国ホテルのサービスを要求し

ている。もし、帝国ホテル並みのサービスを受けたいのであれば、差額は負担してもらわなければ保険財源はもつはずがない。

このまま進むと、公的保険がカバーするのはジェネリックや一定範囲の疾病に限られるといったように、民間保険と公的保険が混在したアメリカ型の制度にしないと財源的にもたなくなる。

が、どこか大きいビルを買って、その中にまず色々な病院団体に入っていたとくというのはどうかしら(笑)。

日野 まさにグローバリゼーションというやつですね(笑)。

西澤 日野先生ではないですが、確かに、四病協の方がまとまりやすいですね。日病協の方が団体の数は多いけれど、逆に少ない分だけまとまりやすいということも言えます。四病協が一体となって何かをやっていく中で、日病協も変わっていくのかなと思いますが。

つまり、ゆっくりと、一つ一つやっっていけば、あるいは、将来的な病院団体の統合はあり得ると思うのです。慌ててやって、途中で挫折するよりは、一歩ずつやっていくのが手かなと。その一歩が今年の新年の集いではないでしょうか。

日野 共同の賀詞交歓はいいですね。

堺 それと、全日病はシンクタンクをお持ちですけども、色々診療報酬関係などで意見する場合には、やはりそのような組織があると助かります。しかし、病院団体個々にあってもしょうがないので、本当はそういう形で情

報の共有ができればいいですね。

日野 要りますね。

西澤 いっそ、全日病総研を四病協総研にしてしまえばいいかもしれない(笑)。各団体が出資して法人格を取得するという形をとればいいですよ。

日野 四病協総研ができれば面白いですね。

西澤 いいですね、まさに「初夢を語る」という感じです(笑)。そういえば、去年の「初夢を語る」から一緒の新年会が生まれました。こうして会長4人が集まって忌憚のない話しの中から、思いがけなくいいものが生まれてきているという気がします。去年の4会長座談会を見ましたら、「新年だけではなく、また、春に集まりましょう」とありました。実はこここのところ、4人の会長が集まる機会が増えています。もっと時間をとって、このように具体的な話までしていければと思いますね。

堺 そうなんです。本当はもう垣根はないはずなんです(笑)。

西澤 この先は、ぜひまた、別の機会にでもお話ししましょうか(笑)。(座談会は12月7日に行なわれました)

## 日病協よりも四病協の方がまとまりやすい?

西澤 今年は四病協合同の「賀詞交歓会・新年の集い」をすることになりましたね。四病協としての活動がさらに充実していくことになると思います。

日野 私はいつも、四病院団体協議会(四病協)と日本病院団体協議会(日病協)をどう整理したらいいのかなと思うんです。日病協は中医協の委員を選出し、診療報酬改定の要望を出すことに限られていて、ほかの話題はなかなかまとまりにくい。四病協の方がまとまっていて、税制改正や未収金など色々要望書や報告書を出してきた。だから、世間的には日病協の方が認知度は高いのですが、活動の実態は四病協の方が広く、かつ、深いと思っています。

山崎 日病協は元は厚労省の意向でできた団体でね。私に言わせると、病院団体の分割統治をやられてしまった感じだね(笑)。11団体の集まりだけど、それぞれ性格も大分違うから、あの団

体でまとまって何かできるするという感じはしないな。第一、日病協の会議も報告会って感じだね。本来は戦略を話し合う場であるべきだと思うんですけど。

堺 我々日本病院会は公的・私的があり、大中小もあり、急性期も慢性期もあるということ、日病自体が日病協のような感じなんです。だから、四病協の中でも同じ意見を出せないこともあって、非常に申しわけなく思っているのですけれども。

しかし、問題は、患者から見てどうかということだと思います。特定機能病院であろうが、民間病院であろうが、患者には余り関係ないと思うんです。ましてや、そんなに沢山病院団体があって、一体何を議論しているのだろうという思いはあると思います。

ただ、これまでの流れがあって、ひとつになるのも難しいということであれば、私は、これは夢みたいな話です

## 四病院団体協議会賀詞交歓会—新年の集い—開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4団体は2012年の賀詞交歓会(新年の集い)を下記要領で開催いたします。

日時 ● 2012年1月12日(木) 午後5時30分~午後7時30分  
会場 ● 東京都内・ホテルオークラ東京 本館1F「平安の間」  
会費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問い合わせ先 四病協賀詞交歓会運営事務局(日本病院会総務課内) Tel. 03-3265-0077

# 基礎係数と機能評価係数の評価方法が固まる

中医協総会 DPC制度見直しの全容が明らかに。年明けに評価配分の尺度で議論

診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、2012年度診療報酬改定におけるDPC制度の見直しを検討してきた結果を12月21日の中医協総会に報告、大筋で了承された。報告は、DPC評価方法において調整係数を廃止する道筋に

ついて、前回10年度改定時の提案を踏まえ、今改定で機能評価係数Ⅱと基礎係数に置き換える分の考え方を示した。具体的には機能評価係数Ⅱの評価方法を深化させ、とくに、地域医療との関係では、各病院が果たしている役割

をより反映するために入院患者のシェアを使った定量評価を導入するなど、体制評価だけでは把握できない医療機能の評価を試みるものとなっている。また、基礎係数に関しては、実績値をベースにDPC病院を3つに分けると

ともに、機能評価係数Ⅱを構成する4係数を各群の枠内で算出、多様な機能からなるDPC病院群を階層的に切り分けて評価する方法を採用した。1月の総会で調整係数から置き換える割合など具体的配分の議論を進める。

## DPC評価分科会「2012年改定に向けたDPC制度の対応について(検討結果)」(抜粋)

12月21日

### 1. 基礎係数設定のための医療機関群の具体化

●「大学病院本院」「(仮)高診療密度病院群」「その他急性期病院群」の別に基礎係数を設定する。「高診療密度病院群」の要件として、一定以上の「診療密度」「医師研修の実施」「高度な医療技術の実施」「重症患者に対する診療の実施」を設ける。

●各要件の基準値は大学病院本院群の最低値や5%タイル値等により設定する。

### 2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化

#### □機能評価係数Ⅰ

●診療報酬項目の「地域加算」「離島加算」は機能評価係数Ⅰとして評価する。

#### □機能評価係数Ⅱ

●機能評価係数Ⅱ係数のうち、データ提出係数と効率性係数はDPCの全医療機関を対象とする。

●残りの複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数は医療機関群毎に、各医療機関群の特性に対応し

た評価手法を用いて算出する。

●データ提出指数は現行のコーディング評価のさらなる精緻化を行なう。さらに、コーディング以外のデータについて、今後、質的評価対象範囲の拡充を図る(2013年度からの実施を目指す)。

●効率性指数、複雑性指数、カバー率指数は現行の評価方法を継続する。

●救急医療指数については報酬となる評価値を直接算出する係数の取扱いを廃止し、指数として設定する。救急医療の体制に係る評価は地域医療指数の体制評価指数で行なう。

●地域医療指数については、地域における各病院患者のシェアによる定量的評価を導入する。定量的評価は「15歳未満」と「15歳以上」に分け、評価に占めるシェアはそれぞれ1/4、したがって定量的評価のシェアは1/2とする。

●地域医療指数における地域医療計画等の体制評価について、以下の見直しを行なう。

①がんは、現行「がん地域連携」「地域がん登録」に「がん診療連携拠点病院」を追加、「がん地域連携」「地域がん登録」に実績評価の要素を加味する

②脳卒中は、現行の「脳卒中地域連携」に「24時間t-PA体制」を加える

③災害医療については、現行の「災害時における医療」の評価対象に「災害拠点病院」を追加、別項目として、新たに「EMIS(広域災害・救急医療情報システム)」を加える

④救急医療については現行どおりの体制評価を継続するが、新たに実績評価の要素を加味する

これらの体制評価はポイント制で行なう。評価対象は全10項目(10ポイント)であるが、7ポイントを上限とする。地域医療指数に占める体制評価指数のシェアは1/2である。

●へき地医療、周産期医療については現行どおりの評価方法を継続する

### 4. 退院患者調査の見直し

(1)12年度退院患者調査に係る具体的な対応事項

②新たに対応を検討すべき事項(外来診療に関する調査)

外来化学療法や救急医療については、外来と入院を一体的に分析する必要がある。今後、当該施設に外来に係るEFファイルの提出を求めることにする。「その他急性期病院群」は任意とするが、上記のデータを提出する場合のデータ提出係数の上乘せを検討する。

(2)今後引き続き検討すべき事項

①医療の質的な評価・分析の試行的実施について引き続き検討する。

(3)出来高病院に対するDPCデータ提出の枠組みの創設(中医協総会への提言)

DPC以外の一般病床の診療内容が把握・分析できていない。DPCに参加しないという前提でも、DPCデータに相当する診療データを提出する医療機関には何らかのインセンティブを付与する枠組み創設を検討すべきではないか。

## 医療部会が「医療提供体制改革の意見」をまとめる

第6次医療法改正 急性期病床群の医療法書き込み是非は年明けに結論か

12月22日の社会保障審議会医療部会は第6次医療法改正に向けた議論を集約、「医療提供体制の改革に関する意見」をとりまとめた。

意見は、「病床区分のあり方」に関する部分が「急性期病床群」の法制化を前提とした記述となっていた原案から「法制化を含め(取り組む)」と、より慎重な表現に修正された。

### 急性期病床群の検討始まる。認定外病院への影響を案じる声も

「急性期病床群」について検討する「急性期医療に関する作業グループ」が12月22日に初会合を開いた。メンバーは、医療部会から、全日病西澤会長など医療系5人を含む9人が選出された。

「一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るため

特定看護師にかかわる部分は、原案にあった「一定以上の能力を公的に認証する仕組みは重要」部分から「公的に」という表現を削除することで合意した。

とりまとめを終え、事務局(厚労省医政局総務課)は「本日とりまとめた意見を踏まえ改革に取り組んでいく」と、医療法改正の作業に入ることを宣した(「意見」の概要は12月15日号に掲載)。

の具体的方策について検討を行う」ことが作業グループの目的。

事務局(厚労省医政局総務課)は一般病床における機能分化の現状等に関する資料を提示する中で、「これまでの急性期医療と亜急性期医療の考え方」として医療界における代表的な見解を6

件紹介した。そのうち、中医協傘下のDPC評価分科会による急性期定義以外は、すべて、全日病が単独あるいは四病協とともにまとめた報告・提言に明記された見解であった。

事務局は、急性期病床群について、都道府県による「認定」は「一定の要件を満たしているかを確認すること」に過ぎないとした上で、医療法に位置づける効果として、①病院機能の見える化が図られる、②都道府県が認定する場合には医療計画でより実態に即した急性期医療の整備が可能と提起した。

また、認定の要件案として、体制等に関する要件に人員配置基準、構造設備基準、平均在院日数の3点を、実施に関する要件に入院経路、処置内容、疾病・病態をあげ、体制要件の3点はい

ずれも必須であるが、実施要件は3つのうちのいずれかを満たすことが必要という考え方を提案した。

さらに、急性期病床群と病院の関係性について、(1)専門病院や高密度医療を提供する総合病院は病院全体が急性期病床群となりえる、(2)高密度な医療を提供する一方で亜急性期医療にも対応可能な病院は高密度な医療を提供する病棟単位で急性期病床群となりえる、というイメージを示した。

後者のケースとして、「密度の高い医療から低い医療まで幅広く提供」する病院が、急性期病床群と亜急性期の病床に再編成されるというモデルを提示した。

初会合の作業グループは資料の不足と不明を残す論点の追求に終始したが、委員からは、「いたずらに急性期の看板を掲げることで、急性期病床群以外の病院における急性期医療の実施が狭められることにならないか」などの疑問が相次いだ。

## 2012年度診療報酬改定、全体で16億円の増額

重点3項目あるも、本体報酬増額5.500億円には枠をはめず

2012年度の診療報酬改定は0.004%と、辛うじて前回に続くプラスとなった(1面記事を参照)。小宮山厚生労働大臣は「髪の毛1本ほどのプラス」と評した(12月22日の会見)。

改定が決まった12月21日午後、小宮山厚生労働大臣は安住財務大臣と20日に続く2回目の折衝に臨んだが、診療報酬全体どころか本体部分の引き下げを求める財務大臣と全体改定率の引き上げを主張する両大臣の話し合いは平行線をたどった。

大臣折衝は21日夕刻に3回目が行なわれたが、両者は譲らなかった。しかし、3回目が終わってほどなく、藤村官房長官が加わった3者会談が行なわれ、その場で大枠の改定率で合意。直後の、財務・厚労両大臣に前原民主党調会長による3者会談で大枠の内訳

について話し合わせ、その結果を記した確認書が交わされた。

かくて、全体で0.004%、診療報酬本体で1.38%(約5,500億円)の引き上げが決まった。0.004%について確認書は控えめに「+0.00%」と表わした。この点について、小宮山大臣は「財務省は“プラス0.00”ということ現状維持といたいということであった。しかし、正確に“プラス0.004”まで言うということを私から申し上げた」と説明した。

今回は官邸裁定にはいたらなかったが、野田首相は、藤村長官に事実上の調停役をまかせていたと関係者はみている。一方、前原政調会長は、診療報酬改定という重要な施策には与党が関与すべしということ、見届け人として確認書に署名したものを。

全体改定率の0.004%は薬価・材料価



▲改定率で合意に達した3者会談後、報道陣に囲まれる小宮山大臣

格の引き下げが-1.375%と診療報酬本体+1.379%の差であるが、40兆円近いと見込まれる2012年度医療費からみると16億円の増額でしかない。

政府は薬価改定の一環としてすべての長期収載品を0.9%(薬剤費ベース250億円)追加的に引き下げることを決めた。財務省が12月21日に明らかにした。改定財源とは別枠となる250億円のうち16億円が診療報酬につけられたこ

とになる。前回の1.55%を下回るものの本体報酬が5,500億円増額となったことは大きい。医療従事者の負担軽減・処遇改善、在宅医療、がん・認知症等の重点評価という重点項目はあるものの、前回のよう使い道に枠がきめられていないため、中医協も自在な審議が可能だ。しかし、診療報酬全体については不明朗さも残る改定となった。