

巻頭言

医療費についての説明責任 齊藤 壽一 3

グラフ：病院紹介 特定医療法人 大道会

森之宮病院 4

●医療の質を考えるセミナー

特別講演「日本の医療を考える ～その現状と今後の
動向～」●山本 修三 12

特別講演「平成20年度の診療報酬改定の
意図するもの・問題点」●徳田 禎久 26

●事務管理者委員会

報告「平成20年4月診療報酬改定に関する緊急
アンケート調査 中間報告書(平成20年7月)」●50

【資料】

《平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査 報告書》

- ・セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査●97
- ・生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査●100
- ・地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における連携体制等の状況調査●105
- ・紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査●108

《診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成19年度調査) 報告書》

- ・医療安全管理対策の実施状況調査●111

連載・医学史の旅 **ギリシャ④【コリントス】** ●星 和夫 115

ようこそ日病へ・新入会員の紹介

医療法人 浜松南病院(静岡県) ●渡邊 文利 119

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報7月号」巻頭言 ●石尾 肇 121

支部だより 茨城県支部報告 ●藤原 秀臣 122

一番町だより 平成20年度 第2回定期理事会 議事抄録(平成20年7月2日) ●123

お知らせ 『Japan Hospitals No.28』(July 2009) の原稿募集 ●133
本誌へのご寄稿のお願い ●134



医療費についての説明責任

医療の場で医師は患者に説明責任を負っている。手術では「なぜその手術が必要なのか」、「手術しなかった場合や他の治療法に比べてどのようなメリットやデメリットがあるのか」を予め患者や家族に説明し、手術後は「期待した結果は得られたのか」、「今後の経過はどうなるのか」といった状況の詳細について説明することが必須である。かつて医療の場では患者や家族に専門的事項を説明しても判ってはもらえない、とする「由らしむべし、知らしむべからず」という風土があった。しかし近年は、インフォームド・コンセントをとるための説明行為は医師にとって必須の基本能力となっている。

我が国の対GDP比でみた国民医療費はOECD加盟30カ国中、平成16年には22位という低医療費政策が続けられている。その結果として地域における病院医療の崩壊、医師の過重労働あるいは救急患者への対応不能といった地域住民を巻き込む事態が発生している。低医療費政策の下で、国民の生命に直結する地域医療はこれまで貯えられてきた医学水準と医療技術を言わば食いつぶす形で辛うじて維持されていると言えよう。多くの国民が医療の現状に「納得」していない今、求められているのは政治家や政党による「医療費についての納得できる説明」である。

国民皆保険制度を基本とする我が国の医療は国家予算をどの程度、医療に割り当てるかに大きく依存している。我が国は国債残高が示す巨大な

「国の借金」をかかえており、社会保障費の伸びの年間2,200億円の削減を含む財政立て直し策が進められている。そのなかで医療は国民1人ひとりの生命に直結する領域であり、それを支える財政の仕組みと国の予算全体における位置付けを判りやすく示すことは政治家や政党の国民に対する基本的な説明責任ではなかろうか。「我が国の国債残高がここまで拡大したのは何故か」、「低医療費政策は何故続けなければならないのか」あるいは「防衛費や道路工事を含む公共事業費など他の予算に比較した医療費の比率は妥当なのか」といった素朴な疑問が国民には少なくない。これらの疑問について、政治家や政党は美辞の並ぶ選挙のマニフェストで示される結論だけの主張にとどまらず、根拠を踏まえて行き届いた判り易い道筋をくり返し発信してほしいと思う。

ドイツの首相、アンゲラ・メルケル氏は社会保障充実のための消費税引き上げを訴えて選挙で勝利した。我が国の政治家や政党は、国民にとって納得できる医療制度改善への道筋を、当然発生する国民の負担も含めて判りやすくしかも理論的に説明し、その上で政権の選択を国民にゆだねる民主主義の基本を実践することを強く期待する。今、政治家と政党には国の医療費のような複雑で難しい問題について「審議会の結論」の伝達ではなく、国民が正しく理解し納得できる筋道を、自分の言葉で如何に判りやすく説明できるか、という説明能力が問われているのである。



森之宮病院

森之宮病院は、「日本有数のリハビリテーション医療」と「高度化した急性期医療」を併せ持っていることが特徴です。場所は地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター、大阪がん予防検診センター、大阪府立健康科学センターなどが集まる森ノ宮健康ゾーンのなかに位置しています。リハ医療では、日本トップレベルの180名の療法士（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）と専門性の高い医師、看護師、ソーシャルワーカーなどのチームによる質の高いリハビリテーションを提供しています。日本で初めてすべての病棟にリハビリテーション室を設置したのも特徴です。また、急性期医療は内科、外科、心臓血管センター、整形外科が担っていますが、特に心臓血管センターでは、大動脈瘤に対するステントグラフト治療を中心に施行しており、大阪府下3施設のステントグラフト実施基準管理委員会認定施設の1つに選ばれています。



移動しやすさに配慮したエントランスのアプローチ／だれにも使いやすい施設づくりが評価され、2007年度「大阪・心ふれあうまちづくり賞」大阪市長特別賞を受賞

外観





こもれび広場と総合受付

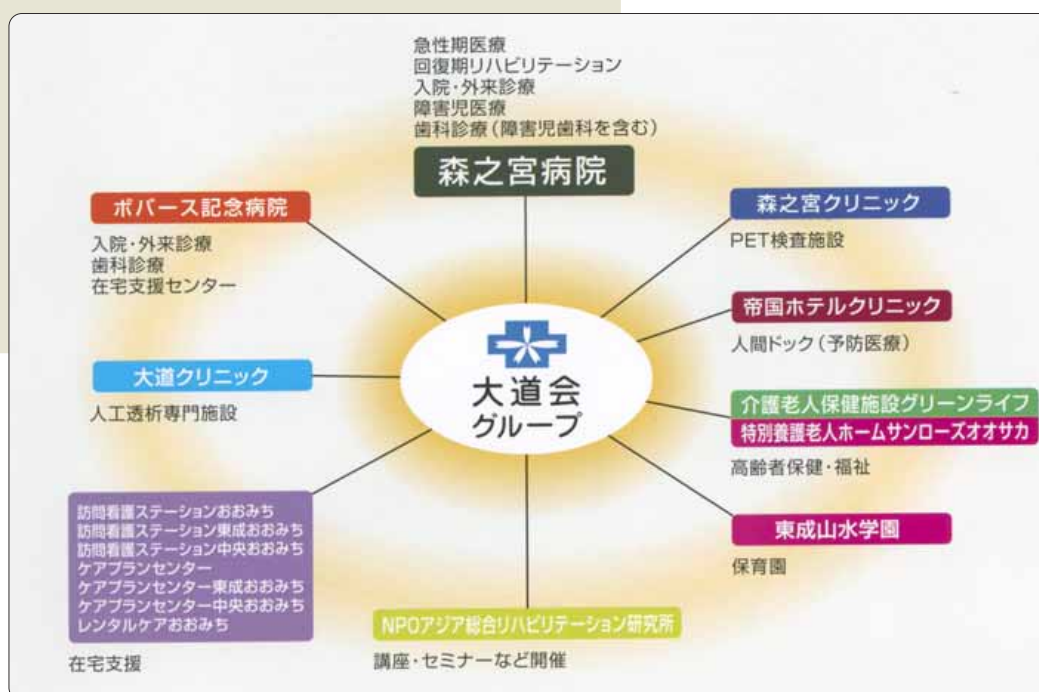


エントランスホールのウェルカムアート

1階ロビーは「こもれび広場」と名づけました。床や壁に木材を使用し、ガラスのカーテンウォールを通して自然光が豊かに降り注いできます。「大地、生命、水、空気、光」を表したウェルカムアート。照明や色彩によってホテルのような雰囲気演出し、心が軽く元気になるコミュニケーション空間をつくりました。

心安らく
ゆったりとした雰囲気の
ロビー

医療・保健・福祉・予防など、
包括的に地域の健康に貢献します。





木目調の落ち着いた雰囲気の特設室。窓からは大阪城公園が一望できます

生命力、エネルギーを与える病棟デザイン。快適な療養生活をお送りいただくために、病室は一流ホテルの客室づくりを参考にしました。洗面カウンターは、障害を持つ方にも使いやすいように、数多くのアイデアを結集した森之宮病院オリジナルです。

快適さにこだわった 病棟



個室



食堂・デイルーム



■個室洗面カウンター

車椅子利用の片麻痺の患者が姿勢を楽にできるように内側に緩やかなカーブを与え、手すり（横つなぎ）を洗面器下に設置しました。

■東西病棟



東西の病棟でテーマカラーによる色分けをし、花のモチーフに花言葉を添えました



スタッフステーション





こども病棟廊下

病室の入口は子どもたちがわかりやすいように動物をモチーフにした楽しいサインにしてあります。床にはアクセントとして動物の足跡を入れました。

楽しさを演出した
こども病棟

こども病棟 6 床室

アクセントカラーにより楽しさを演出。天井には、夜には月や星が浮かび上がるクロスを使用し、星空が楽しめます。

年齢や症状に応じた
さまざまなこどもトイレ



暖炉を模したTV置場と収納棚



プレイコーナー

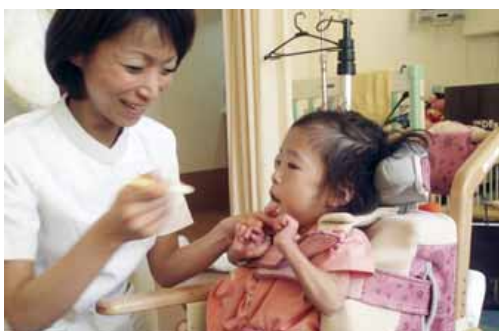




各病棟に設けた
リハビリテーション室

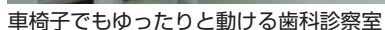


日本で初めてすべてのフロアにリハビリテーション室を設けました。入院されている方をスタッフのいる場所にお連れするという従来の考え方ではなく、医師、療法士、看護師、栄養士などさまざまなスタッフが、入院されている方のもとに集まるという新しい発想に転換しました。



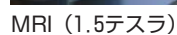
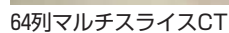


高度な障害児歯科治療



64列マルチスライスCT、MRI（1.5テスラ）、心臓血管造影装置など最新鋭の画像診断装置を設置し、他の公私医療機関との連携を積極的に進めています。

高度医療を支える最新機器



歯科では、一般的な治療だけではなく、脳性麻痺などの障害を持った子どもたちに対する歯科治療や口腔衛生管理を積極的に行っています。広々とした診察室は、バリアフリーで、車椅子のまま診察台まで進めます。

フロア案内



特定医療法人 大道会 森之宮病院

●理念

- ・地域に信頼される、高度で安全な医療を提供します。
- ・生活機能の向上に導く、質の高いリハビリテーションを提供します。

●基本方針

- ・医学的根拠に基づいた、適切な医療を提供します。
- ・医療の安全性を重視した、安全文化を定着させます。
- ・受診される方やご家族の方々の権利と希望を尊重した、説明と同意に努めます。
- ・地域の医療機関との連携を密にして、最適な医療・福祉サービスを提供します。
- ・人間性と技術にすぐれた人材育成のため、教育と研究を推進します。

病院の概要

- **名 称** 特定医療法人 大道会 森之宮病院
- **所 在 地** 〒536-0025 大阪市城東区森之宮2丁目1-88
- **電 話** TEL 06-6969-0111 FAX 06-6969-8001
- **ホームページ** <http://www.omichikai.or.jp/>
- **院 長** 大道 道大
- **開 設** 2006年4月1日
- **診 療 科 目** 内科、循環器科、呼吸器科、消化器科、神経内科、外科、心臓血管外科、整形外科、泌尿器科、小児神経科、小児整形外科、リハビリテーション科、歯科（小児歯科、口腔外科）、放射線科、麻酔科
- **病 床 数** 351床（内個室77床）
- **職員数(常勤)** 医師45名、看護師219名、理学療法士89名、作業療法士65名、言語聴覚士26名、その他171名、合計615名
- **建 物 概 要** 地上8階地下1階、塔屋1階
敷地面積 6,230.94㎡
建築面積 3,126.04㎡
延床面積 23,059.29㎡
- **関 連 施 設** ボバース記念病院、森之宮クリニック（PET施設）、帝国ホテルクリニック（人間ドック）等
- **認 定** 日本医療機能評価機構認定病院、臨床研修指定病院
- **フロア構成** （8F）管理部門 （7F）個室病棟、リハビリテーション室
（4F～6F）病棟、リハビリテーション室 （3F）こども病棟、リハビリテーション室
（2F）手術室、術後回復室、心臓血管撮影室、中央材料室、ME室、事務室、ホール、食堂、売店
（1F）受付、外来診察室、歯科診察室、内視鏡室、救急外来診察室、医療相談室、地域医療連携室、画像診断室、こもれび広場
（B1F）薬局、厨房、物流管理室、駐車場（71台）

特別講演

日本の医療を考える ～その現状と今後の動向～

社団法人日本病院会
会長

山本 修三

日本病院会の山本です。この「医療の質を考えるセミナー」のベースになっているのは、幹部医養成委員会というものです。次代の病院の医療をしっかりと担っていただく人たちの勉強会として始まったわけです。これまでに何回もやってきましたが、我々老トルはもう先がないわけですから、ぜひ皆さんで、今の医療をどう支えて再生していくか、大変大きな問題だろうと思っていますが、考えていただく機会にさせていただきたいと思います。

今回は、この札幌で行われますが、ぜひ闊達な意見の交換で、少しでも日本の病院が良くなるようにということで、頑張ってくださいありがとうございますと思います。

私に与えられたテーマは、「日本の医療を考える～その現状と今後の動向～」。何か焦点の合わないテーマで、何を言ってもいい、しかし大した話にはならないのかな、という感じもします。今医療界では、医療制度とか医療のことを話しても、つまらない話ばかりで、夢のある話が全くないということで、大変残念です。しかしそれはそれとして、今の状況をしっかりと認識したうえで、これから我々はどういうふうに取り組んでいくのかをやはり考えていかなくてはいけないと思います。

■日本病院会の活動

(スライド1) 最初に、日本病院会を簡単に説明します。日本病院会は、創立もう50周年を過ぎています。特徴は、ここに書いてあるように、会員数が約

2,700で、民間病院が3分の2、国公立病院・公的病院・大学病院を合わせて3分の1くらいです。ただベッド数割合では、民間が35万床、国公立・公的・大学を含めて35万床をカバーしているということから、役員の構成も民間と国公立で半々でやっているということです。

いろいろなことをやっておりますが、例えば人材育成事業、各種セミナー——今日のセミナーはその一環です——、それから各種調査も毎年やっております。ここのところ、国際活動として、国際病院連盟、アジア病院連盟というところで、日本を代表する病院団体として日本病院会がいろいろ話しをしていますが、そのなかで1つ、WHO-ICD改定事業があります。これは質にも、またDPCにも関係することです。今、ICDはICD-10で行っていますが、これが臨床の進歩と合わなくなってきたので、ICD-11にバージョンアップしようというのがWHOの考え方で、動き始めようとしていたのです。ところが、

日本病院会と主な事業活動

1951年創立、会員数：約2700病院(70万床)
(民間病院・国公立・公的病院・大学病院等)

- 学会運営 : 日本病院学会・日本診療録管理学会
- 人材育成事業 : 安全管理者・感染管理者・臨床研修指導医
診療情報管理士・病院経営管理者等の養成
- 各種セミナー・研究会開催
- 各種調査事業 : 病院概況調査・医療保険制度改革の影響度調査等
- 国際活動 : 国際病院連盟理事国・アジア病院連盟理事国
WHO-ICD改定事業支援
国際モダンホスピタルショウ主催
- 厚労省・その他各種団体への委員派遣
- 各種提言・要望の発信等

座長：日本病院会 病院幹部医養成委員会 委員長

有 賀 徹

スライド1

何せWHOは感染に予算をとられてお金がないということで、日本病院会で少し何とかしてくれないかという話がありました。もともと日本病院会は診療情報管理士を育ててまいりましたので、「それなら少し何とかしよう」と役員会で皆さんにお諮りしたら、「いいよ」と大変快い返事をいただいたものですから、今、WHOに年間30万ドルを寄付していて、そしてお金と人材を投入して、ICD-10からICD-11へのバージョンアップをすすめています。それでやっと動き始めまして、今は非常に活発に動いていて、2014年までにバージョンアップのための最初のバージョンが発表されると思います。そういった意味では日本病院会、大変貢献をしています。厚生省からも大変喜ばれているという状況もあります。

国際モダンホスピタルショーの主催、そのほかでも活躍をしているところです。

(スライド2) 大きな病院団体として、11の病院団体が緩やかに集まった日本病院団体協議会という会ができたのはご存じだと思います。4年前にできて、このなかでまとまることはまとまって主張していこうという集まりです。平成18(2006)年の診療報酬改定で、中医協に初めてこの団体から2人の委員を送ることで始まったわけです。スライドにある11団体が入って、診療報酬に関してはここでまとめて、ここから発信していく、となっています。しかし診療報酬の基になる医療制度とか医療提供のあり方なども関係しますので、現在は少し活動を広げて、医療全体についてやはり一致するところを相談しながらこの集まりでやっていこう、そんな動きがあります。

■病院機能不全の現状

(スライド3) これからが本題ですが、日本の医療の機能不全、私はこれは病院機能不全だと言っていますが、これはもう皆さん知っておられるとおりです。今さらこう書いてもしょうがないのですが、最近になって患者たらい回しの復活というのが起こって、これは非常に大きな問題です。それから地域格差の拡大。結果的に、こういうことによって何が起きているか。「医療の信頼の低下」と「病院経営の危機」です。この2つは非常に大変な問題だと思っています。

その根元は医療費抑制政策、と皆さんそうおっしゃるわけです。平成14(2002)年から3期にわたっ

日本病院団体協議会

国立大学付属病院長会議
独立行政法人 国立病院機構
全国公私病院連盟
(社)全国自治体病院協議会
(社)全日本病院協会
(社)日本医療法人協会
(社)日本私立医科大学協会
(社)日本精神科病院協会
(社)日本病院会
日本療養病床協会
独立行政法人 労働者健康福祉協会

スライド2

病院機能不全の現状

- 病院勤務の医師・看護師絶対数の不足
地域別・科別偏在・機能別偏在
- 赤字病院の増加(70%以上)
- 医療提供の地域格差拡大
- 患者たらい回しの復活
- 病院医療の質の向上困難

医療の信頼の低下
病院経営の危機

医療費抑制政策

	診療報酬	薬価基準	計
平成14年	△1.3	△1.4	△2.7
平成16年	△±0	△1.0	△1.0
平成18年	△1.36	△1.8	△3.16
平成20年	+0.38	△1.2	△0.82

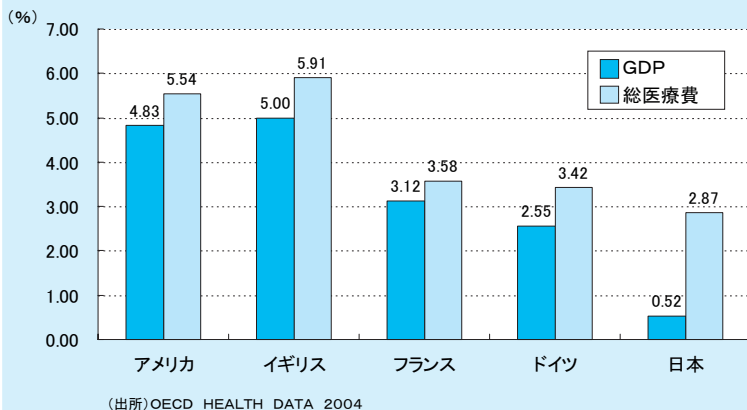
スライド3

でこれだけのマイナスがあって、平成20(2008)年は本体プラスでも、全体としてはマイナスの改定です。この検証をこれからやるわけですが、なかなか評価も難しいところです。

(スライド4) なぜこういうふうに医療費を下げなければならないのかという1つの数字がこれです。OECDのヘルスデータからとったものです。「主要先進国におけるGDPと総医療費の伸び」。これは1992年から2001年までの10年間の平均値ですが、アメリカのGDPは4.83%伸びて、総医療費は5.54%と伸びています。他の国々はここに示されているような数字です。ところが、日本を見ると、やはりひどいですね。バブルがはじけて経済が低迷した間、10年間でGDPが0.52%しか伸びていない。それに対して総医療費が2.87%伸びたから、このギャップに経済界、国はびっくりして、「医療費をどんどん伸ばしていったら大変なことになってしまう」という数字の基になっているわけです。しかしよく見れば、日本の医療費の伸びは、ほかの国に比べてずっ

主要先進国におけるGDPと総医療費の伸び (1992年～2001年の平均値)

- 主要先進国の総医療費は、GDPを上回る伸びを示している。
○ 診療報酬改定や患者負担引き上げ等の累次の改革を行ってきた我が国の医療費の伸びは、総枠管理を行っている英、独、仏よりも低く、主要先進国の中で最も低い。



と低いわけです。もともとGDP比が8%ですから、何か新しいことが入ったり、新しい薬が入ってくれば、伸びるのは当たり前の話で、この伸びをGDPの伸びと比較して伸び過ぎといわれてもちょっと困るので、それは経済が悪いから、経済のほうをしっかりとしなさいよ、という話になると思うのです。そうではありませんが、これが1つの理由になっています。

医療費の決め方

(スライド5) 医療費の決め方ですが、皆さんご存じのように、昔は医師会中心で、ここ(中医協)に力があつたのですが、今はこの中医協

スライド4

の位置は残念ながらいちばん下に位置づけられました。まず国が方向を出して、国家予算のなかでの改定率を決めるわけです。それを踏まえて、社会保障審議会で医療の提供、そして点数の考え方の基本方針が決まります。医療部会は医政局マターで、ここにはお医者さんが4、5人、あるいは5、6人入っています。しかし医療保険部会のほうは保険局マターで、残念ながらここには病院団体からの代表は1人もいません。昭和61年に始まって以来、1人もここに入っていないのです。そこで基本方針が決ま

医療費の決め方

- ・ 政府・与党の方針
医療制度改革大綱・法律改正等
国家予算 ⇒ 診療報酬改定率
- ・ 厚労省
社会保障審議会 ⇒ 基本方針
(医療部会・医療保険部会)
中央医療協議会 ⇒ 内容・点数配分
(中医協: 保険者・医療提供者・有識者)

スライド5

100床当たり収支金額、科目、年次別 (金額単位千円)

科目	平成18年6月		平成19年6月	
総費用	151,024		151,350	
1 医業費用	146,618	100%	146,904	100%
1) 給与費	75,516	51.5	76,924	52.4
2) 材料費	38,701	26.4	37,149	25.3
3) 経費	21,693	14.8	22,119	15.1
4) 減価償却ほか	10,704	7.3	10,712	7.3
2 その他の費用	4,406		4,445	
総収益	139,270		140,439	
1 医業収益	136,515	100%	137,561	100%
1) 入院収入	89,050	65.2	90,496	65.8
2) 外来収入	42,058	30.8	41,449	30.1
3) その他の収入	5,407	4.0	5,616	4.1
2 医業外収益等	2,755		2,879	
総収益－総費用	△11,754		△10,911	
医業収益－医業費用	△10,103		△9,343	
総費用/総収益×100	108.4%		107.8%	
医業費用/医業収益×100	107.4%		106.8%	
病院数	1,145		1,167	
平均病床数	282		280	

スライド6

まっているということに非常に大きな問題があつて、我々も再三再四、局長あるいは大臣に言ってきましたが、「はい、はい」と言うだけでいまだに入っていないということ、これは大きな問題です。

そして方針が決まるとそれに合わせて内容・点数配分をやる役目が中医協となつてしまったわけです。

医療費抑制の結果——医業経営は？

(スライド6) 平成18年からそういうかたちで始まったわけです。その結果として、「100床当たりの収支」の数字が書いてありますのでこれはご覧になっていただければよ

ろしいのですが、医業収益と医業費用（いずれも医業本体分）を比べると、平成18年が1,010万円の赤字、平成19年が934万円の赤字です。パーセントに直してみると、平成18年107.4%、平成19年106.8%、要するに1万円稼ぐのに平成18年は1万740円かかり、平成19年は1万680円かかったという話になります。これはなかなか大変な事態です。

（スライド7）その前年の平成17年の調査では、いろいろなことがわかりました。一般病院全体とDPC病院と出来高病院が出ています（DPC病院と出来高病院を一緒にしたのが一般病院全体）。出来高病院とDPC病院、どう違うのだろうかと見てみます。いろいろな数字が少し変わっています。例えば患者100人当たりの医師数はDPC病院のほうが多いですし、出来高（医師1人当たりの医業収益）はDPC病院のほうが少ないですね。看護師さんの数はそんなには変わらない。平均在院日数はDPC病院のほうが3日くらい短い、といったようなことがいえます。

私がちょっと気になったのは、医師1人当たり1年間でどのくらい売り上げるのか、数字を見たときに、DPC病院は平均で1億1,480万円です。出来高病院は平均で1億2,808万円です。ところが、慢性療養型の病院は、1人のお医者さんが2億2,200万円売り上げます。単科の精神科病院では1人のお医者さんが1億7,900万円売り上げる。こういうのを比べると違いがある。この意味は急性期病院の技術料が低いということなのですね。入院基本料は、計算すると大体入院費用の41.2%くらいです。あとはいろいろな薬、技術料なのですが、急性期の技術料が非常に安いためにこういう結果になっている。

今のお医者さん、やはり急性期で働く人は大変だということが、こういうものを見てもよくわかるわけです。

（スライド8）「日本の医療費、安い、安い」と言っていますが、一般の人はそうは思っていない。やはり高いと思っているのです。

これはAIUの2000年のデータ、ちょっと古いのですが、ニューヨークでアッペをやると243万円です。ロンドンで114万円。パリで47万円。私がびっくりしたのは、台北でも64万円です。日本は34万

病院の経営分析(総括一部 H17年調査より)

	一般病院全体	DPC病院	出来高病院
病院数	381	84	297
平均病床数	378.1	481.7	344.2
平均在院日数	18.0	15.3	18.7
患者100人当たり職員数	85.5	95.0	83.3
患者100人当たり医師数	10.5	14.4	9.4
患者100人当たり看護師数	45.2	48.3	44.4
患者一人一日入院単価	38,422	44,587	36,694
患者一人一日外来単価	10,267	11,497	9,933
職員一人当たりの医業収益	14,226	14,710	14,112
医師一人当たりの医業収益	125,313	114,800	128,087
療養病院	222,663	精神病院	179,584

入院費用の41.2%は入院基本料、急性期医療に関する技術料が低い、かつ必要の人数に見合っていない

スライド7

急性虫垂炎の手術

	手術費用(万円)	入院日数	自己負担
ニューヨーク	243.9	(1日)	保険・自己負担
ロスアンゼルス	193.7	(1日)	同上
ロンドン	114.2	(5日)	無し
パリ	47.7	(2日)	28,600円
フランクフルト	42.5	(7日)	10,000円
香港	152.6	(4日)	1日1,600円
日本	34.6	(7日)	10.4万円
台北	64.2	(5日)	
北京	47.8	(4日)	
バンコク	20.7	(3日)	

(AIU保険会社2000年資料より 一部改変)

日本の手術料は安い、しかも、患者負担は最も高い！

スライド8

円です。バンコクを除くといちばん低いですね。

それだけでは終わらないのは、自己負担のところを見ますと、保険に入っていれば、ほかの国々は自己負担は少ないのですね。パリは皆保険ですが、これは薬代だけの負担が2日間で2万8,600円です。フランクフルトは1万円負担すればいい。香港はアッペが高いですが、入院が1日1,600円で、これは肺切除を受けようが肝移植を受けようが、すべて同じ値段です。1日1,600円払えば、すべての医療をやってくれます。日本は3割負担になりましたから、34万円という安いお金のくせに、患者さんが10万円も納めなければいけない。こういう、患者さんから見ると「やはり、高いよ」というところがあるわけです。

（スライド9）これもあまり見せたくないような資料ですが、医師の年収ということで、これは国際

的なある機関が出した2003年の購買力平価調整後の数字を比率に直してみたものです。アメリカでは開業医の年収を1とすると勤務医の年収は1.6であるということです。カナダでは勤務医の年収は1.5になります。ドイツは開業医の年収のほうがいいですが、日本は圧倒的で、開業医の年収1に対して勤務医の年収は0.4です。これは日本で出した数字ではなく、ある大手の外国の総研みたいところが出した数字です。開業医のほうが高いといっているわけではなくて、やはりいかにも日本の病院の医療費が低すぎるという証拠の1つだと思っています。

■日本社会の高齢化と医療費

これから高齢者がますます増えて大変だといわれます。1人当たり医療費でいうと70歳以上は4.5倍くらいになりますから（スライド10）、これはとても大変だと思います。

もうひとつは終末期の医療について。この終末期

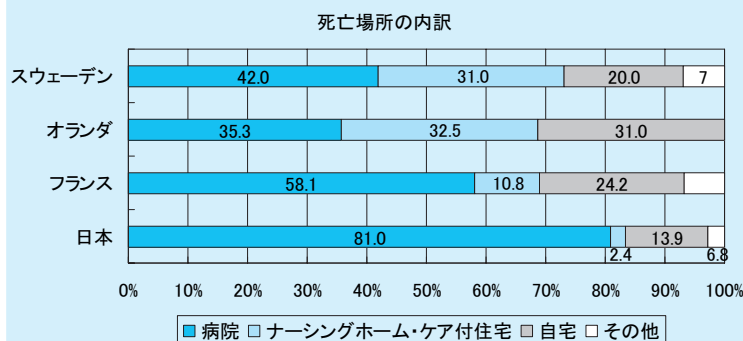
年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成14年度		
	推計額(億円)	構成割合(%)	1人当たり医療費(千円)
	国民医療費		
総数	311,240	100.0	244.2
70歳未満	192,174	61.7	172.8
70歳以上	119,066	38.3	732.5

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年度国民医療費」

スライド10

終末期における医療



(注)「ナースিংホーム・ケア付住宅の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

出典：医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

スライド11

医師の年収 購買力平価調整後、2003年

国	開業医年収	勤務医年収
アメリカ	1	1.6
カナダ	1	1.5
フランス	1	1.7
ドイツ	1	0.7
日本	1	0.4

日本の病院の医療費は低い

スライド9

の医療という言い方は、私は嫌いなのですが、これは「終末期」でなく「看取り」とか、もう少し違った言葉を使ったほうがいいと思っています。「こういうところに医療費が使われている」みたいなこといわれたらちょっと困るわけです。

（スライド11）実は日本で、病院で亡くなる人は81%。これはスウェーデン、オランダ、フランスに

比べて非常に高い。ですから、厚労省は、これを少なくともフランスのレベルの近くまでもっていきたい。ですから「在宅、在宅」と言っているわけです。末期の在宅をちゃんとしようと言ってます。

もう1つは高齢者問題です。説明があまりうまくなかったために、高齢者医療の問題が政争になって今いちばんの問題ですが、我々日病でいろいろな議論をしていると、高齢者の問題はこのスライド12の表、これ1枚だけで議論できるということになっています。1965年、75歳以上はわずかこれだけです。2008年になるとこれだけ増えてきます。これから先、2030年になるとこの増える分だけ、ここ（74歳以下）の面積は少しずつ減ってきます。さらに2055年になるとこう減ってきます。この辺で確か、75歳以上の人たちにかかる医療費と74歳以下の人たちにかかる医療費が1対1くらいになるという計算がされていますが、いずれにしても、これだけの医療費（医療費は高齢化だけで上がるわけではありません）をだれがどうやって負担しようかという、それだけの話です。国が出すといったって、税金にせよ何にせよ、みんな

国民が出している話で、国が稼いでいるわけじゃないから、結局は国民がどういう負担でこれを維持していくのかということが、いちばん大きな問題となります。

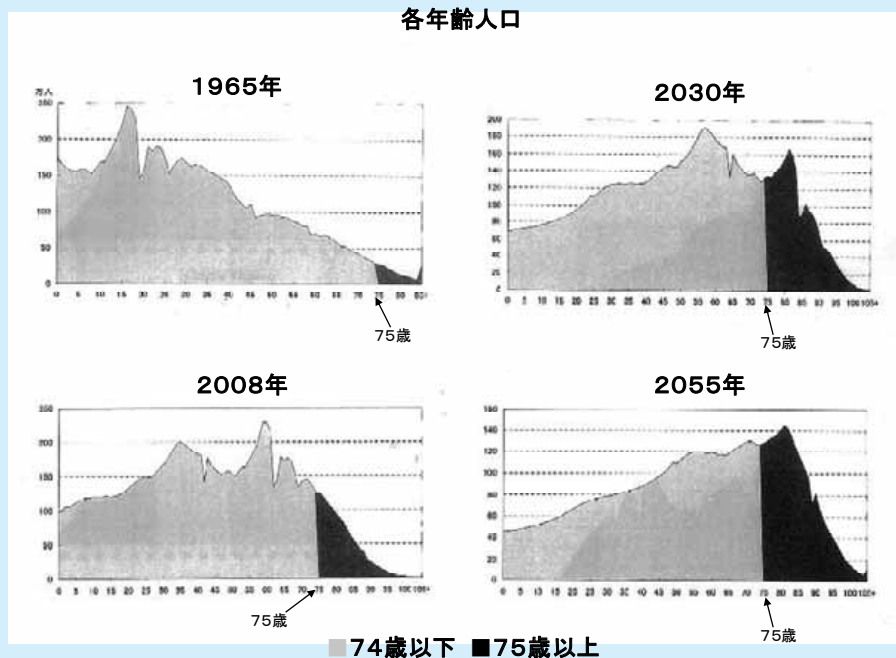
(スライド13) 医療費は、医療の進歩、経済成長、高齢化によって増大するといわれています。特に最近の医療の進歩には著しいものがあります。例えば白血病に関係した良い薬が出ました。適用も広がって、今、どん

どん使われ始めていますが、これはけっこう高いです。世界で今ものすごいシェアで使われています。また、スタチンのような薬、あるいはいわゆる遺伝関係の薬、高血圧なんかでも大変良い薬が出てきました。こういうものが一気に広がってくると、非常に医療費が高くなるのは当たり前の話です。経済成長も関連しますが、高齢化もある程度押し上げます。

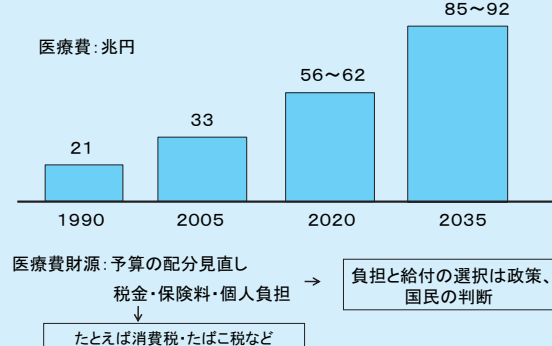
ある人が予測したこんな数字が出ています。医療費はこういうふうになっていく、だから財源をどこかで確保しなければいけない。ただこの(2020年)あたりになりますと、医療費はGDP比で大体10%に近くなる。いずれにしても医療費財源を考えるとときには、予算の配分見直しでみるのか、税金・保険料・個人負担という目でみるのか。税金については、今、消費税とたばこ税が問題になっています。

しかしお金の問題は、医療側が「ここを上げて、こうしろ」と言う話ではなくて、負担と給付の選択は政策であり、国民の判断であるということになります。そういうところで、医者が大きな声で言うのは、一般の人からまた、「お医者さんて、我々から見るととてもいいのにもっとお金が欲しいんですか」という、そういう目でみられてもいけないので、そこはちょっと考えなくてはいけないところです。

各年齢人口



スライド12

医療費は
医療の進歩、経済成長、高齢化によって
増大する

スライド13

■消費税について

ここで消費税というのが出てきましたが、どうかたちにせよ税金である以上は、国民が払っていく。社会保険料を上げようというのは、これも国民と企業が払うという話。それから個人負担はもちろん患者さんが受益者負担ということで払う。これ、すべて国民が出す話です。そういう意味では、皆さんがそのことを理解していただいて、本当に必要な医療にどのくらい負担していくのか、そういう議論を超党派でやっていただきたいと思っているわけです。そのような時に与謝野グループが「消費税を上げるぞ」と言いました。先日、与謝野グループのと

ころに呼ばれて行ってきたのですが、「我々は政治家として、消費税を上げて、それを目的税にして医療に使うのだ」と、そういうことを主張する。だけど「そう主張すると、大衆選挙で落っこちるから、そこは応援してください」という話もありましたが、そういう主張の人たちが出てきました。

(スライド14) 世界の消費税です。5%以下というのは、121の国のうちのわずか5カ国だけで、あとはみんな高いですね。

(スライド15) 問題は、医療は非課税ということになってしまっただけです。平成7年度に5%になった時に、計算では、病院と診療所とで損税が大体4,600億円出ています。これは還付されないお金です。これがもし、今の仕組みのまま、消費税が仮に10%ということになると、単純計算で9,200億円くらいの損税が発生することになります。そうすると、もう、病院、医療界がもたなくなってしまうことがあります。そういう意味では、消費税をいじる時は、そこをしっかり見直してください、と言っていくことが大事です。医療を課税にして、ゼロ税率とか低減税率にして、病院に影響がないようにしないと、今のままで消費税が上がると、それで病院は駄目になってしまいますから。しかし上げてほしいわけですね。

(スライド16) 日本病院会は、10%以上上げて、複数税率で、福祉目的税にして、ということは言うて

医療に関わる消費税は課税

- ・ 消費税は上げ(10%以上)で、**複数税率**とする
 - ・ 消費税は医療福祉目的税とする
 - ・ **生活必需品・医療は低減税率**とする
 - ・ そのためにインボイス方式を導入する
- ・ 消費税導入時診療報酬に乘せた数字(平成元年0.76%、平成9年0.77%、計1.53%)は、その後の改定で評価不能

スライド16

世界の消費税(付加価値税)の税率

	20% ≤	10% < ~ 20% >	5% < ~ 10% ≥	5% ≥	国数
アジア・中東諸国	5	9	7	3	24
ヨーロッパ諸国	19	19	1	—	39
北・中アメリカ諸国	—	8	3	1	12
南アメリカ諸国	2	7	1	—	10
アフリカ諸国	6	22	1	1	30
オセアニア諸国	—	2	4	—	6
	32	67	17	5	121

スライド14

医療界の「損税」議論と影響試算

過去の病院団体作成資料から計算

	平成5年度	平成7年度	平成?年度
	医療費24兆円 税率3%	医療費27兆円 税率5%	医療費30兆円以上 税率10%
病 院	約1,800億円	約3,300億円	約6,600億円以上
診療所	約700億円	約1,300億円	約2,600億円以上
損税・合計	約2,500億円	約4,600億円	約9,200億円以上

※平成7年度値: 医療費の1%当り「損税」増加額…920億円

※平成7年度値: 医療費1兆円当り「損税」増加額…170億円

スライド15

います。そのためにはインボイス方式を導入しないといけなくとも言っていますが、これはどうなるかわかりません。

そのときに必ず問題になるのが、消費税を上げるたびに消費税分は医療費に乘せてきている、という話です。平成元年の時は0.76%乗せて、平成9年の時は0.77%乗せてきた。ここに病院が負担する消費税はちゃんと乗っかっている、という話です。しかし平成9年以後の改定で、平成14年からは連続して下げられて、「そういうなかで消費税はどうなったのですか」ということを厚生労働省に聞くと、「いや、もうわかりません。上げた消費税分、今はどこへ行っちゃったかわかりません」というようなことなので、やはりいろいろ難しい問題をかかえているわけです。

■医師不足、偏在について

財源の問題はそのくらいにしまして、次は医師の数と質の問題です。スライド17は平成16年度の医療監視の数字で、医師充足数は全国では83.5%という

結果ですから、依然、最低の数すらクリアされていないくて、16.5%も医師が足りないということです。

これを地域別にこまかく見ますと（スライド18）、またちょっと違った格好で面白いのですが、例えばご当地、北海道は、人口10万対の医師数が216.2と出ています。人口10万対の病床数は、一般病床で962.3と出ています。緑色の数字のところは、少し高いということです。ところが病院で働いている医師数は100床当たり7.9人、非常に低いですね。これは高知の8.9人と近いのですが、高知は人口10万対の医師数が273.6人、これは北海道よりずっと多いですね。それから人口10万対の病床数も989.2で、ほぼ似たような数値です。高知では実際に病院で働いている医師は少ないという数字です。これには地域の特殊性があると思いますが、例えば神奈川ですと、人口10万対医師数は174.2人で、こっち（北海道や高知）に比べると少ないです。人口10万対の病床数も553で

すから全然少ないですね。だけど病院で働いている医者は100床当たり13.5人と比べると非常に多いということになります。こういう地域による特殊性はあるのですが、特にバランスの悪い地域をどうしていくのだろうか。これも非常に大きな問題です。

例えば高知県を見てみますと、高知市に一極集中。

医療法に規定する病院の医師、看護師の標準数の充足状況 （平成16年度医療監視結果）

○地域別充足状況

地域 職種	全 国	北海道 東 北	関 東	北 陸 甲信越	東 海	近 畿	中 国	四 国	九 州
医 師	83.5	61.6	89.7	78.2	87.4	93.4	84.6	80.2	86.8
看護師	99.1	99.4	98.0	99.2	98.3	99.5	99.6	99.2	99.8

スライド17

都道府県別医師数及び病床数

	100床当 たり医師数	人口10万 対医師数	人口10万 対病床数 （一般病床）		100床当 たり医師数	人口10万 対医師数	人口10万 対病床数 （一般病床）
北海道	7.9	216.2	962.3	長野	10.7	190.9	725.7
栃木	12.0	200.2	625.2	岐阜	11.0	171.3	613.5
埼玉	11.1	134.2	483.4	愛知	12.3	184.9	588.3
千葉	11.2	152.0	539.9	大阪	12.5	244.6	747.6
東京	17.6	278.4	671.4	和歌山	10.4	247.8	858.0
神奈川	13.5	174.2	553.0	山口	7.8	237.9	756.6
福井	11.8	212.4	843.4	高知	8.9	273.6	989.2
山梨	10.9	193.0	748.6	沖縄	9.8	204.9	708.1

※100床当たりの医師数 全国平均 10.9人
※人口10万対医師数 全国平均 211.7人

スライド18

北海道の札幌集中とよく似ています。それから高齢化のレベルが、日本の平均より10年先に進んでいます。慢性療養もいちばん多いというなかで、しかしそれだけ医療を必要とする人がいるのに、医師が高知市に集中しているために、郡部の3つのところで53カ所、医師のいない地区があります。やはりこういうことを、地域として本当にどう考えていくのか。これは国全体で考えるととっても、今の厚労省でなかなか考えられませんので、大変難しい話だろうと思っています。

（スライド19）医師の数の話ですが、2004年の日本の100床当たりの医師数が14.3人。アメリカが73.3人。フランスが44.9人。そして人口1,000人当たりの病床数は、日本が14.2ですね。フランスが7.5、約半分です。

それで日本の医師は少なくないのだという理屈と、日本はベッドが多過ぎるから、病院の医師が足りないという理屈があります。ですが、1,000人当たりの病床数14.2を仮に半分に減らしたとします。そ

医療供給体制の各国比較(2004)

国 名	人口千人当 り病床数	病床百床当 りの医師数	人口千人当 り医師数	病床百床当 りの看護職員 数	人口千人当 り看護職員数
日 本	14.2	14.3	2.0	63.2	9.0
ドイツ	8.6	39.5	3.4	112.5	9.7
フランス	7.5	44.9	3.4	100.0	7.5
イギリス	4.0	57.0	2.3	226.8	9.2
アメリカ	3.3	73.3	2.4	233.0	7.9

平成18年6月：一般病院16人/100床、大学病院26人/100床（最大75人以上/100床）
（日本病院会調査および大学資料より）

日本は厚生労働省調べ、諸外国はOECD Health Data 2002, 2004

スライド19

して病床数7.1にしたとします。そのときに減らした病院の人が全部病院で働いたとしても28人にしかない。圧倒的にフランス（44.9人）と比べて少ないのです。しかし少ないフランスがアメリカと比べると随分少ない。ですからフランス政府は今年の医療政策で、向こう5年間、医師養成の定員を倍

にしました。今までの3,600人を7,200人にしました。そういうふうにして医療を保つのだということで政策をつくったわけです。やはり日本の医師数はあまりにも少な過ぎるというのが、我々の考えです。

■地域医療計画における情報の提供の推進のこと

（スライド20）地域医療計画については徳田先生がしっかり資料に書かれていますので飛ばしますが、問題は医療の質に関係する、「医療連携における医療機能に関する情報の提供の推進」。これが今年の4月から始まりましたが、これは医療界がしっかり取り組まなくてはいけないものの1つであると感じています。

■「医療制度はWHOの総合評価で世界一」について

（スライド21）皆さんご存じのように医療制度はWHOの総合評価で世界一です。医療（制度）の効率を簡単な式にすると、分子が医療（制度）の質で分母が医療費。医療費が安くて質が良ければ、これは効率がいいという計算に成ると思うのですが、これがWHOの評価では日本が世界のトップだったわけです。それはスライドに示したこういうデータに基づくわけですが、ずっとトップを維持してきて、制度としてはいいわけです。しかし、じゃあ本当の医療の中身が世界でトップなのですかということでは非常に疑問が残ります。そこを混同しないようにしないといけないのだと思っています。

（スライド22）医療の質と医療費の関係です。経済界は「医療は無駄が多い、もっと効率をよくしろ」と、こう言います。もっと効率をよくするためには、少ない医療費で医療の質をそこそこに上げればいいのか。もともと医療費が安いところで、医療の質がどこまで上がるのですかということです。先ほどのこの式を分解すると、「医療の質＝医療費×医療の効率」。だから「効率」のために無駄はなくす。しかし「医療費」を上げないと絶対に質は良くなりません。医者も増やして点数も増やす。財源をちゃんと確保しなくては駄目。こういう話になるだろうと思います。「必要な医療費財源の確保」ということが非常に大きなことです。

これからの地域医療計画 （医療法30条の4）

医療圏の設定
基準病床数の算定
地域医療支援病院の整備目標
4 疾病及び5 事業の目標・医療連携体制
医療連携における医療機能に関する情報提供の推進
居宅における医療の確保
医療安全の確保
医師等の医療従事者の確保
その他の医療を提供する体制の確保

3つの課題 1 量的管理から質の評価へ
2 住民・患者にわかりやすい医療計画へ
3 数値目標を示して評価できる医療計画へ

スライド20

医療制度(国民皆保険制度)の評価は、 WHOの総合評価で世界一

$$\text{医療(制度)の効率} = \frac{\text{医療(制度)の質(WHO評価)}}{\text{医療費(対GDP比17位)}}$$

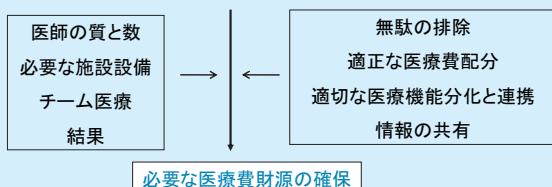
主要先進国の健康指標(WHO)

		米国	イギリス	フランス	ドイツ	日本
平均寿命	男	73.9	74.6	74.6	74.5	77.2
	女	79.4	79.7	82.2	80.5	84.0
健康寿命	男	67.5	69.7	69.3	67.4	71.9
	女	72.6	73.7	76.9	73.5	77.2
乳児死亡率		7.2	5.7	4.7	4.7	3.6

スライド21

$$\text{医療の効率} = \frac{\text{医療の質}}{\text{医療費}}$$

$$\text{医療の質} = \text{医療費} \times \text{医療の効率}$$



課題：医療の質を評価・コントロールする仕組み

スライド22

■医療の質を評価・コントロールする仕組みとは？

スライド22の下に課題として、「医療の質を評価・コントロールする仕組み」と書いてあります。これは、実は病院団体としていちばん考えている問題点なのです。残念ながら日本には、医療の質をコントロールする仕組みがない。先進諸国でこれを持っていないのは日本だけです。アメリカも、フランスも、ドイツも、イギリスも、医者グループ自身が医師の質、医療の質をコントロールするしっかりした仕組みを持っています。そこがいちばん重要であって、例えばアメリカで、あれだけ批判される医療制度、メディケア、メディケイド以外は民間保険、お金がないとかかれないといわれながら、極めてレベルの高い医療を提供しているということ。これをどのように見ればいいのかということなのですね。

最近、アメリカから帰ってきた人の話を聞いたりすると、「やはりアメリカのお医者さんもアメリカの制度はひどいと、皆さん、そう言っている」、「しかしそれで壊れないで済んでいるのは、医者が自分たちで、医師をコントロールし医療の質を守るということをしっかりとやっているからです」と、皆さんはしっかりと自信を持って言っています。それは1910年のフレックスナー(Abraham Flexner)という人のレポートに始まったのです。良い医療制度をつくるために、オーダーパラメーターは何か、いちばん基本になるのは何かというレポートです。そこでは、“良い医療制度をつくるためには良い医師を育てれば良い”と、もうそれだけで良い医療制度ができるのだということを1910年に言っていて、それが今アメリカで生きているのです。ですから、「あれだけひどいなかでもアメリカの医療は壊れないの

は、そこなのだ」と、こう言っています。

振り返って日本を見ますと、今非常に医療崩壊あるいは病院医療崩壊といっています。そのなかで、この医療を本当に支えられるのかということ、医療の質をしっかりとコントロールする仕組みをつくって、我々の責任としてやっていかないと、おそらく今の医療制度を支えることはできない。そんなふうに考えているところです。私は、これは非常に大きな課題だと思っています。

■医師の育成について

(スライド23) 医師の育成。いろいろいわれています。数と質の確保、それからいろいろあります。皆さん、専門家がたくさんいらっしゃるので私があえて詳しくは言いませんが、特に専門医制度は明らかに我々自身、しっかりと見直さないといけないと思います。これは将来の日本の医療制度にとって非常に重要な問題だと思っています。今のように各学会が、言い方が悪いですが経済的に潤うようなかたちの専門医制度、これでは駄目だと思います。もう少ししっかりとした整備をしてほしいと思っています。労働環境も変えなくちゃいけない。特に、若い人が病院をやめていくというなかに、例えば忙しいとかの問題がありますが、我々が若かった頃も、忙しさはものすごく大変だったと思います。しかし、それでもやってきたのは、何か先に夢があったなという気がしていたのです。今の若い先生から見ると、我々を見ながら、あの程度になるだけであまり病院に夢がない、というので結局、だんだんやめていってしまうというところ、そこをどういうふうに夢を持たせるかというのは非常に重要な問題だと思っています。

大学で、臨床研究に関するプログラムというのは、2年間のプログラムには確か入っていませんよね。私が40年ほど前にアメリカに行った時に、金曜日の夜とか土曜日に、一流のプロフェッサーが学生を対象にして、自分の研究テーマを解説して発表する講義があって、それは夜でも医学生がみんな集まって、目を輝かせて聞いていました。すごく感激して、質問もして、臨床研究あるいは医学研究の楽しさ、面白さというのを勉強するプログラムだったのですが、やはりそういうことがあるといいなと思っています。今は日本の大学でもやっているのかもしれませんが、研修医のレベルでももう少し何かプログラムを入れ

医師の育成

- 1 医師の数と質の確保
- 2 前期・後期研修医制度の充実
- 3 総合医と専門医の育成と専門医制度
- 4 病院における教育・労働環境の整備
- 5 臨床研究に関するプログラム
- 6 医学部は6年制か、メディカルスクールか

病院で働く医師に夢と希望を！

スライド23

でもいいのじゃないか、そんなふうに考えています。

もう1つは、6年制かメディカルスクールか、という教育の問題です。メディカルスクールを卒業したのじゃないかという人が、ここにも何人かいらっしゃると思いますが、私もそうなのですね。我々が医学部の時は6年制といいながら、実は最初の2年間は医学部特別コースというので、経済学部に属したり法学部に属したりして2年間勉強して、そこで医学部に入るのにあらためて医学部の入学試験を受けて、それは外部から来る人も全部一緒に受けて、医学部に入って、そして4年間で卒業でした。「それがメディカルスクールですよ」ということを、ある先生に言われて、「そうですか。じゃあ、一概に反対はできないですね」と言ったことがあります。が、良い医師をつくるのに、どちらが仕組みとして良いのか、そのことがこれからずっと議論されると思います。

要するに病院で働く医師に夢と希望を持たせよう。これをどうしたらいいかということです。

病院医療の再生の主な要件

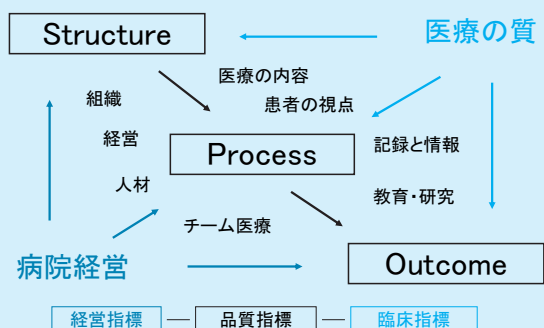
- 1 医療費財源の確保
診療報酬制度の見直し
- 2 病院で働く医師の数と質の確保と医療の効率化
医学教育、研修医・専門医制度の見直し
医師雇用のあり方等
- 3 地域医療提供体制の根本的見直し
地域医療ニーズに対応した提供体制の確保
医療機関の機能集中と分化・連携等

必須要件：医療費財源を確保(政府、国民)
医療の質をコントロールする仕組み(医療側)

課題：病院団体・日本医師会・医学会が政策を共有できるか
国民の理解が得られるか

スライド24

医療の質と病院経営



スライド25

■病院医療の再生の主な要件

(スライド24) 病院医療の再生の主な要件と書いてありますが、オーダーパラメーターは何か。先ほどの話でもオーダーパラメーターということを書きましたが、例えば診療報酬で、病院団体から7対1を要求しました。そうしたら病院全体で7対1だところと変わった途端に、引き抜き合戦とかいろいろなことが起きて大変なことになりました。こういうふうに1つの要件を与えたときに、システム全体が思わぬ方向に動いてしまうというようなのを、科学の世界では複雑系の科学というのだそうです。アメリカでは国も複雑系の科学だと言っていますが、医療も複雑系の科学であるということです。そのなかで、何を押さえてはならないのか。それをオーダーパラメーターというそうですが、1つ1つの要素を追っかけていると、結果的にそのシステムはどこか思わぬ方向に行ってしまう。しかしそういう方向に行っても、ここだけをおさえれば大丈夫ですよというのが、先ほど言った、1つは医師の質、医療の質をしっかり医療側が支えている限り、最終的に制度がどうなっても、それは最低のところは保てますということ。それからもう1つは財源です。これはやはり財源がなかったらどうしようもないですから、財源の問題というのは非常に重要です。ですから我々は、これはしっかり発言していかなければいけないと思っているわけです。

ですからこの2つがこれから、病院団体としても大きなテーマになるだろうと思っています。でも医療の質というと、医学教育、研修医・専門医制度、雇用のあり方、それから資格（免許の見直しとか専門医制度の更新制とか）、いろいろなものがどんどん入ってきます。そうしたときに、今の医療界のすべてがそれを共有して受け入れるかということとはなかなか難しいですね。こういうところをクリアしていくためには、相当努力をしなくちゃいけないだろうと思っています。

■医療の質と病院経営

(スライド25) これは機能評価でよく使われるものですが、「医療の質」と「財源、経営の問題」というのはいわば表裏一体のもので、両方なくてはならない。Structure, Process, Outcomeという流れのなかで、一方は「医療の質」という面からこれを見て、

もう片方は「病院経営」という面からこれを見ていく。基本的には、医療の質は臨床指標のようなものを考えながらしっかりやっていく。病院経営のほうは経営指標で、トータルではやはり品質管理ということでやっていかなければいけないのだらうと思います。

■医療IT化——見直すべきところは？

こうしたなかで、今IT化というのが、非常に問題になってきて、医療界はIT化が遅れていると批判的になっていますが、私は全然違うと思っています。日本の医療界のIT化は非常に曲がった進み方をして、失敗したと思います。それは医療側の責任ではなくて、メーカー側の責任です。なぜならば、メーカー側は国と一緒にあって普及させようとした。何をしたかという、医者をターゲットにして、医者がITのカスタマーという位置づけをして、医者が使いやすい良い物を、と開発してきました。しかしそこはもう大きく間違っていたわけです。

医療のIT化は患者さんのためになされなくてはいけないということが1つあります。そうすると、患者さんと医師、看護師との関係を見ると、まず病院に患者さんが来て、ヒストリーを取って、診察をして、検査をして、結論を出して、治療をする。この過程が異なる日本の病院はないと思います。日本の病院、来たらすぐ最初に薬を出しちゃうなんて病院はないわけです。その一連の流れをシステム化すればいいのにそうしないで、病院の先生がこうしろあしろと言ったものを勝手にシステム化して、カ

スタマイズしてきた。これにもういちばんお金がかかって、そのお金は病院が払ってきたわけです。このところが大きな問題で直さなくてはいけないところですよ。

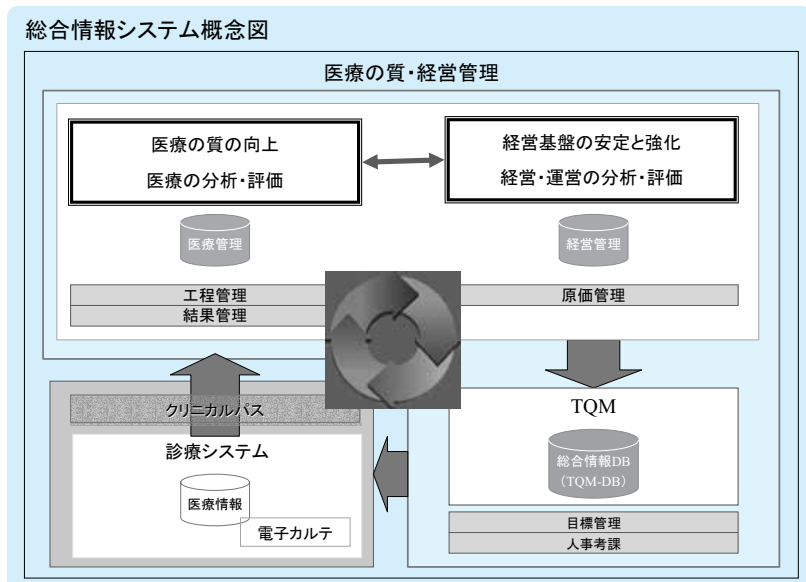
遅まきながら平成20年の改定についてのアンケートがそろそろ行くと思いますが、IT化をすでにしているところ、オーダーリングあるいは電子カルテを動かしているところでは、今度の改定でどういうところにいくくらいかかったのかという調査をやらせていただきます。これはもうちょっとさかのぼっていった、日本でIT化が始まってから、いったい病院がどのくらいお金をかけたのかも調べたいと思っています。その結果、ちっとも普及していないという現実があるわけです。

我々は厚労省に対して言いたいことは、コアの基本的なシステムを国として開発して、各病院に安く売らなさいということ。そこから先をカスタマイズするのは各病院の考え方でやればいいので、コアの基本的なところは同じことをやるわけですから、それをみんなが使えるシステムでちゃんをつくってくれないと駄目だと言っているのです。

実態として、今度の平成20年の改定でもそうですが、いわゆるハードの部分、プログラムの部分、医事の部分とあり、いくつか改定がありますが、そのなかでハードの部分がこの改定には対応できないというメーカーもあります。そういうメーカーが実際には厚労省を中心としたメーカーの会議に入っていてやっているわけです。そのなかで決めながら、その改定への対応は自分たちができないから「運

用でやってください」みたいなことを言うところもあるものですから、そういう実態をはっきりさせて、やはり今までのIT化を根本的に変えていかないといけないだろうと思っています。

一般論でいうと、電子カルテの部分で、医療の質の向上につながるデータを取って、経営の分析につながるデータを取って、それをPDCAで回すという、こういう仕組み（スライド26）をしっかりつくってほしいということです。



スライド26

■医療（社会的共通資本）の質と安全

（スライド27）最後のスライドになりますが、医療は社会的共通資本という概念を、今、日本病院会は持っています。「医療技術・医療機器等、医師等の専門性、人材」と「GDP、医療経済、自立と共助」のバランスを、そしてこれからの社会の方向とのバランスを考えてほしい。片方に重みが行って、もう一方が軽くなるようなことでは駄目なのです。そして、それは国民の総意で決めていかなければいけない。

そうすると我々は、国民に対してもっといろいろなことを発信しなければならないでしょう。最終的に我々が忘れてはいけないのは、やはり医療人としての医の倫理をベースにしっかり持って、人の命と心に対する畏敬、尊厳、これを忘れてはいけないのです。

格好の良いようなことばかり言いましたが、今こそ我々は、ある意味でしっかりとまとまって、本当にこれ以上、日本の病院医療、あるいは医療全体が壊されないように、しっかりと主張していかなければいけない、とそんなふうに考えております。どうもご清聴ありがとうございます。

■質疑応答

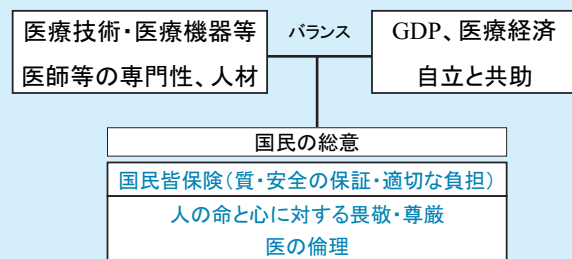
（座長）有賀 山本先生、どうもありがとうございました。せっかくの機会なので山本先生にお聞きしたいことがあります、いいですか。

山本 はい、いいです。

● 医師への倫理の教育はどのように？

（座長）有賀 先生の最後のスライドに出てきた医の倫理のところは、たぶん、根幹の部分だと思うのです。ですから、例えばインフォームドコンセントだとか、患者と医療者の協同だとか、クオリティコントロールとペイシェントセーフティは表裏一体だとか、そういう根幹の大事なことが最後の最後に出てきたのですが、先生、そういうことを医療人に訓練するというのは、やはり現場でしょうか。もちろんいずれ輝くかもしれないという石ころでないといけないとは思いますが、どの段階で、どんなふうに、今、最後にお話して出てきたものを、私たちとしては確たるところと考えなければいけないの

医療（社会的共通資本）の質と安全



スライド27

でしょうか。僕自身は、実は卒業して専門医を取って、もう20年以上経っているのですが、本当にそういうことを考えたのがどうもこの10年くらいじゃないかなという気がします。最初の10年間は、もう無我夢中で走っていただけのような気がします。でもそれでもそんなに間違ったことをやっていないような気がします。しかしひょっとしたらかなりないがしろだったのかもしれない。日本病院会としても、教育の倫理の部分は、先生、どういうふうにしていくことになるのでしょうか。今はもう、半分以上の卒業生が一般病院に出ますので、大事なことだと思います。

山本 それはすごく難しい話で、実は答えを持っていません。ただ私たち自身のことで言いますと、じゃあ今になって、過去を振り返って、その部分はどやって習ったのだろうかという、非常に単純な結論になってしまうのですが、我々の時はみんな夢中でしたよね。そして僕も大学院に入りましたから、大学院の4年間の授業料を払って医療をやっていたわけです。そういうなかで、無給だったり授業料払ったりして医療やりながら、何かあった時は、上の先生からこてんこてんに怒られるわけです。「おい、何やってたんだ」って怒られるわけです。

例えば、私は大変良い勉強をさせていただいたと思うのですが、1年目のフレッシュマンの時に、朝から手術をやって手術が終わって病室に戻ってきたら、新しい入院患者がいたのですね。その患者さんは10時に入院していた。ところが僕ら、手術終わって帰ってきたのは12時なんです。その時に、脳外科の先生が来て、「山本、いるか」って言うので、「私ですが」、「患者、10時から入ってるのに何だ、カルテもまだ書いてないじゃないか」と怒られたわけです。「はっ、9時から手術に入って今帰ってきました

た」,「冗談じゃない」とか言われてものすごく怒られた。その時に何を感じたかというと、カルテを書くということはそんなに大事なことになるのか、大切なことなんだということをそこで覚えたわけですね。そういうことを1つ1つ教わりながら、やはり金ももらわないのに何でこんなにしごかれるのだろうと思いつつ、結局教わったのは倫理だったのかなと思っています。

それで今度は逆の経験がありました。これはもう、ただ働きは駄目だよという。それは私も賛成なのですね。若い人が、若い時からお金をもらうようになった。そうしたらその先生が、「先生、いろいろ時間

外に働いたのだから、それ出してくれないの」と、そういう、いわゆる時間労働者みたいな発言を始めたのです。その時は、あれ、ちょっと待ってと思ったわけです。じゃあ、どうやって教育していったらいいのかな、と。今は当たり前なのですが、じゃあ、そういう人たちを相手にどうしたらいいかというと、我々知恵がないものですから、やはり小学校からやってももらわなくちゃ駄目かなんて考えてしまいます。そんなことをやっていますが、非常に重要な問題なので、ぜひ皆で考えたいと思っています。

(座長) 有賀 どうも、ありがとうございました。

特別講演

平成20年度の診療報酬改定の意図するもの・問題点

特定非営利活動法人 北海道病院協会 理事長
医療法人禎心会 理事長

徳田 禎久

座長（有賀） 特別講演，テーマその1として，「平成20年度の診療報酬改定の意図するもの・問題点」と題して，徳田禎久先生にご講演いただきましたと思います。徳田先生は，北海道病院協会の理事長で，医療法人禎心会の理事長でもあります。北海道では，知らない人はたぶんおられないと思いますが，恒例によりまして，少しご紹介をしたいと思います。徳田先生は昭和21年のお生まれで，昭和46年に札幌医科大学を卒業されております。その後中村記念病院，札幌医科大学等を経まして，昭和59年に医療法人禎心会を開設されており，今，そちらの理事長を務めておられます。医療法人は病院を含めて18の事業をされております。社会的には全日本病院協会常任理事，病院のあり方委員会委員長をされていますし，ここ北海道の厚生年金基金の理事や，在宅介護支援センター協議会副会長，平成19年7月から北海道病院協会理事長を務めておられます。今日は今回の診療報酬改定の意図・問題点ということで，今の（山本会長の）話でクオリティコントロールと病院の経営とは表裏一体だというお話もありましたが，そのような観点からも大事なお話を聞けるものと思います。先生，どうぞよろしくお願い申し上げます。

徳田 ご紹介いただきましたように，全日病で少し仕事をさせていただいていますので，そのなかで勉強してまいりました診療報酬のこと，それから厚労省の官僚の方々ともお話をさせていただくこと

がよくありまして，いろいろな本音を聞けるということもありましたので，そこで得た情報，それから所属をしています全日病の会長が中医協のほうに出ていますので，そこからのこまかな情報等々をいただいていますので，それらを総合して，いただきましたテーマについて，今日はこの4つの順でお話を申しあげたいと存じます。（スライド1）

1. 診療報酬改定に関連する国の方針
2. 最近の診療報酬の内容と特徴
3. 2008年診療報酬改定の概要
4. 問題点と今後の予測及び対応

スライド1

1 診療報酬改定に関する国の方針

（スライド2）まず診療報酬改定に関する国の方針は皆さま方，よくご存じかと思いますが，少し歴史的事実も含めて，ひもといてみたいと思います。

（スライド3）この20年くらい，実は，どうも厚労省の方々のお考えは，1983年の「高齢化と低経済成長のなかで医療費の膨張が社会的な活力を奪う」という吉村保険局長（当時）の発言，医療費亡国論といわれる財政的な問題との関係で見るという立場を一貫して踏襲してきたと思われます。医療費の伸びに関連して，医師を1人育てると1億円かかる。だから医師の養成を抑制するのだというお話が，実際に官僚の方々から出たということも事実のようです。流れを見ますと，診療報酬の改定と規制強化

座長：日本病院会 病院幹部医養成委員会 委員長

有賀 徹

——規制緩和でなくて強化——によって医療費の伸びが抑えられているということ、患者の負担も拡大したということです。池上先生が著書で、20年間の診療報酬改定の上昇率が平均0.46%であること、一方で消費者物価は平均1.46%とそれ以上上がっているのだと指摘されていますが、この格差、消費者物価の上昇分まで医療費が上げられていないということからも、伝統的な厚労省の医療政策は医療費を抑制するものであると推察できるわけです。

また、皆さま方も知っての通り、担当の課長がどういう思いでいるのかというのが、診療報酬改定に反映されていますし、以前に大幅にプラスされた項目は必ずその後は正（修正）されている——はしごを掛けては外す——ということが繰り返されてきています。財政中立ということで、同じような診療内容では新しい評価をするより以前評価したものを引き下げ、総体としては引き上げにはつながらない手法もとられます。

（スライド4）診療報酬改定の大前提として、小泉さんがトップに立たれてから決められた、2,200億円5年間の社会保障費の削減が継続されていることと、構造改革の話の中で8兆円の医療費抑制が行われることが問題となっているわけです。

（スライド5）まず2,200億円5年間の社会保障費削減ですが、このように今年度の診療報酬改定の財源を見ましても、財源をいろいろなところから確保しておりますが、不足するために、ついには健康保険の国庫負担削減も行われたわけです。この問題は非常に大きい話でありまして、これまでの手法では、どこからも財源の確保ができなくなったということを示しています。保険者のほうも、時限的に今回だけはということでのんだという経緯です。今回、本体として0.38%引き上げた、つまり300億円の陰にあるこういう問題が、今後も2,200億円削減との関係で繰り返されるのかもしれませんが。ご存じかと思いますが、本国会で、実はこの（政管健保の国庫負担）削減が見送られ、次年度は3,000億円になるということです。

来年は介護保険の改定があるかと思いますが、そこにも社会保障費2,200億円の抑制との大きな絡みが出てくる可能性があるということです。

（スライド6）後半のほうの8兆円の医療費抑制ですが、もともと2003年頃に基本方針が出ておりました。そして経済財政諮問会議の「骨太の方針

1. 診療報酬改定に関する国の方針

伝統的な厚労省の医療政策

「構造改革」路線＝経済財政諮問会議の意向

小泉内閣閣議決定施策の履行

スライド2

伝統的な厚労省の医療政策

1983年吉村仁（厚労省保険局長）発言

「高齢化と低経済成長にて

医療費膨張が社会活力を奪う」

⇒ 財政問題——医療費亡国論

医師1人医療費1億円＝医師養成の抑制

⇒ 診療報酬改定と規制強化による医療費の伸びの管理と患者負担拡大

（約20年間の診療報酬改定上昇率平均 0.46%

消費者物価 上昇率平均 1.46%

池上直己著「医療問題」

スライド3

診療報酬改定の大前提

2006年小泉内閣閣議決定施策の履行

年間2200億5年間社会保障費削減の継続

「構造改革」路線＝経済財政諮問会議の意向

医療費8兆円抑制政策

⇒ 医療制度改革関連法の履行

⇒ 医療費適正化計画遂行と医療計画の見直し

スライド4

2008年度診療報酬改定財源

・2008年度概算要求基準（シーリング）で2200億円を抑制	
薬価部分1.2%引き下げ	（960億円）
後発医薬品の利用促進	（220億円）
政府管掌健康保険への国庫負担削減	（1000億円）
国民健康保険組合の国庫負担削減	（40億円）
生活保護の母子加算の段階的縮小	（50億円）
医療費適正化計画	（230億円）
診療報酬本体部分0.38%引き上げ	（300億円）

スライド5

2005」に対応して構造改革が行われ、その具体策として8兆円の削減ということがあるわけです。短期的な対策と中長期的な対策とがありますが、その具現化が一昨年の医療制度改革関連の法改正になったということです。

(スライド7) この図は厚労省から出たものですから多くの方が見ていると思いますが、もう一度見直してみますと、平成18年度から平成37年度までの約20年間で、このように医療費が伸びるのだけでも、これをどう抑えるかが議論になりましたが、最初に経済財政諮問会議民間議員が出した提案が、56兆円を42兆円まで下げようというものでした。

厚労省からここまでだったら何とかしましょう(49兆円までの削減)という話のなかで出てきた提案が、短期的には患者負担増、それから療養病床の食費・居住費は自己負担とすることと診療報酬の適正化。中長期的なものとしては、今盛んにいわれて

いる生活習慣病の予防と平均在院日数の

短期的対策

- 高齢者の患者負担の見直し
- 療養病床高齢者の食費・居住費の負担引上げ
- 診療報酬の適正化

中長期的対策

- 生活習慣病の予防の徹底
- 平均在院日数の短縮

医療制度構造改革の議論

「骨太の方針2005」に対応し、
2003年「基本方針」の具体化
2025年までの医療費の伸び—8兆円削減

- ・ 短期的対策 = 直接抑制策
負担・給付の見直し
診療報酬改定
- ・ 中長期的対策 = 伸び率緩徐抑制
医療費適正化計画(5年間)
—生活習慣病対策・平均在院日数短縮

⇒ 医療制度改革関連法

スライド6

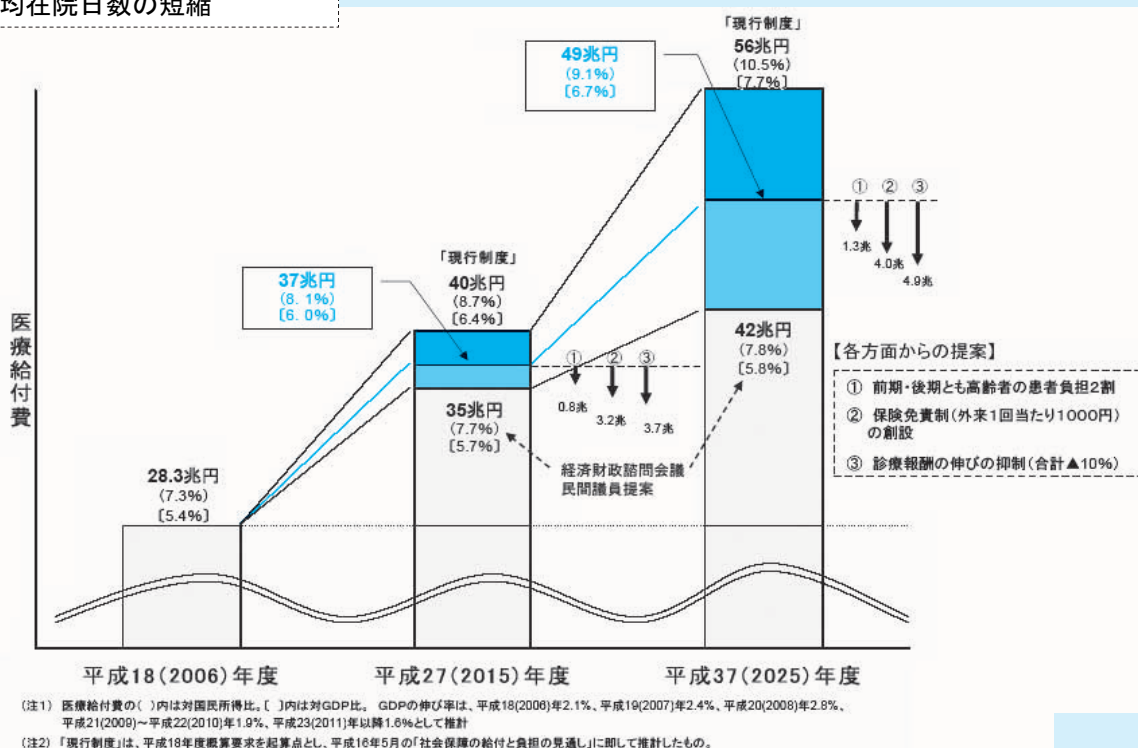
短縮です。これは2005年時点の提案でして、これに後で加わったのが、後ほど申しあげます介護療養病床の廃止です。

●医療制度改革関連法の概要

(スライド8) 医療制度改革の内容は2つありま

医療費適正化の効果

2005年10月 厚生労働省「医療制度構造改革試案」より一部改変



スライド7

す。医療法の改正、それから健康保険法の改正です。

前半は、要するに医療の提供をどうするのかという改革ですし、後半は保険制度をどうするかということです。いずれも診療報酬に微妙に絡んでいるということです。

(スライド9) 医療の提供のほうの法律に関しては、大きく6つのテーマがありました。そのうちの1つが医療計画の話です。医療計画を通して機能の分化や連携を促進しようということでした。

(スライド10) 医療計画は、どの都道府県でも策定がもう終わっているはずですが、4疾病5事業を主体に医療計画を立てなさいというものです。以前と違って計画といってもきちんと数値の目標を設定——国は目安を出しますが、都道府県が策定——しなければならない。しかも一定の期間後にその結果を確認し、検討して見直しをする。5年後には診療報酬の点数設定にまで影響するかもしれないようなことが法律の中に書かれたということです。もちろん次の基準病床数の見直しも非常に関連がありますが、何といっても、このあたりのところだと思います。

ワーキングチームは当初、この医療計画は、各地域における疾病調査を行って、その疾病調査に見合うような提供体制を組むという、原点に立ち返るということで話がまとまっておりましたが、実際に出てきたものはこういう形でした。疾病調査をすることは非常に大変であると厚労省が気づいて、それをやめる代わりに、主な疾患を設定して計画を履行しようということになったと聞いております。大事なことは疾病単位の連携というかたちを取りながら、実際には医療計画が分化の促進につながるということです。

(スライド11) 医療制度改革のうち保険制度についてはこの3点です。1の医療費適正化については、先ほども2点お話ししましたが、もう1点、2005年

医療制度改革関連法の概要

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律

第5次医療法改正
医療提供体制の改革

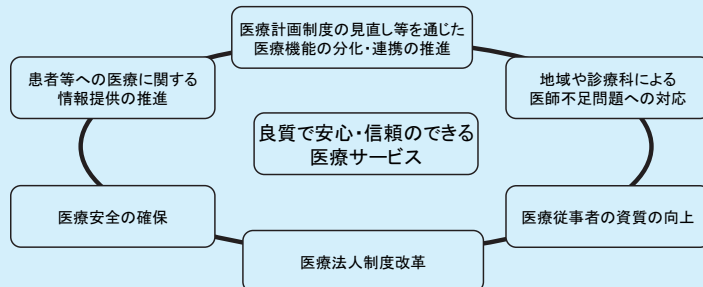
健康保険法等の一部を改正する法律

医療保険制度改革

スライド8

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」

目的：国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するもの。



スライド9

医療計画制度の見直し等を通じた 医療機能の分化・連携の推進

医療計画 2006年計画 08年実施
(第5次医療法改正)

- ・「4疾病—主要疾患(癌・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)
5事業(周産期、小児、僻地、救急、災害)
の連携体制、提供体制の確立」
- 数値目標の設定：国が目安、都道府県が制定
一定期間後(3年後)に執行を確認、検討、見直し
- ・基準病床数の見直し

疾病単位の連携
が始まる！

スライド10

の後に急に出てきたのが介護療養型の医療施設の廃止です。急に話が厚労省のほうから出てきてあっというまに決まってしまいました。中長期的な対策はスライドに示してあるとおりです。

医療費の削減について、間違いなく確固たる証拠がなければならないとする財政当局からの圧力もあり、厚労省がこのような案を出したと聞いております。

(スライド12) これは「医療適正化計画と保険者組織の見直し」について、これらをどう組み合わせるかを示したものです。これら(医療計画、介護保険事業計画、健康増進計画)は、すべて都道府県単

位に動きます。今、医療計画の話をしました。すでに動いているのが介護保険事業の支援計画と健康増進計画で、これらの整合性をはかりながら医療費適正化計画を作成することになっています。おそらくもう都道府県ごとに出来ているはずです。

一方、保険者の再編統合のお話ですが、これはまだこれから話です。国保も今の市町村単位から、とりあえず二次医療圏別にして、最終的に都道府県単位にする。政管健保は都道府県別にする。組合健保のほうも、場合によってはいろいろなかたちを組み合わせながら、最終的に都道府県単位にしたいという考えです。保険者協議会というのができて、そのなかで協議を行って、医療費適正化計画の推進を保険者自体も担わなければならないということです。そのなかで財務調整をしたり、うまくいかないときにはいろいろと(保険料の平準化など)都道府県が保険者を指導する。こういうことが方向性として出されております。

2 最近の診療報酬の内容と特徴

—2002年以降、計8%マイナス改定

—各改定の特徴

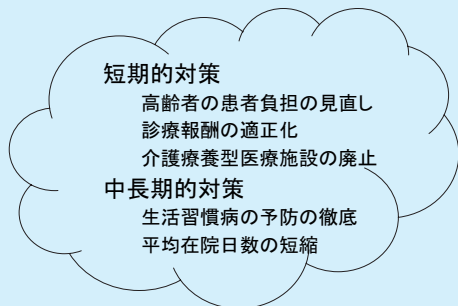
さて、本題に入りたいと思いますが、診療報酬改定がこの数年間、どんな流れであったかを少し見たいと思います。

(スライド13) 2002

年以降、総計約8%のマイナスであったわけで、この流れを見ますと、間違いなく先ほどお話しした伝統的な医療費の抑制政策の継続があると思われません。もう1つは、途中から登場した小泉政権以降の経済財政諮問会議の強い意向というのがあって、このような流れになっているということです。振り返ってみますと、マイナス、ゼロ、マイナス、マイナス、マイナス、マイナスと厳しいもの

「健康保険法等の一部を改正する法律」

1. 医療費適正化の総合的推進

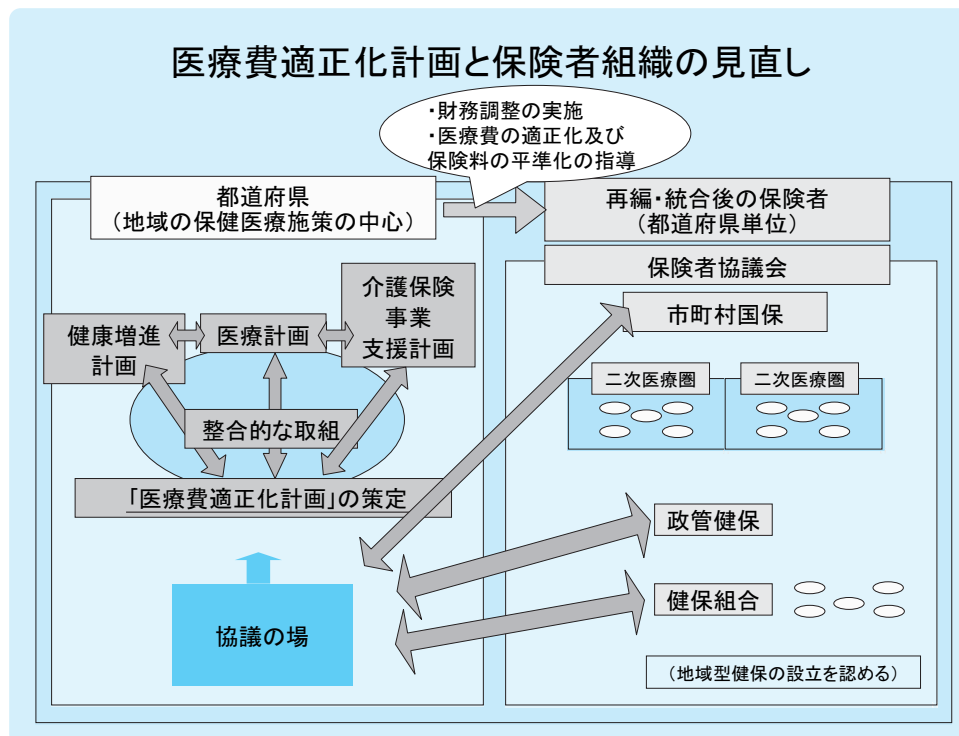


2. 新たな高齢者医療制度の創設

3. 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

スライド11

医療費適正化計画と保険者組織の見直し



スライド12

でした。

(スライド14) 1つ1つ振り返ってみますと、2002年の診療報酬改定、これは小泉政権になってから初めての改定で、非常にインパクトがあった改定です。ここに示すように項目はたくさんあるわけです。入院も外来も急性期も、それから慢性期も含めていろいろありますが、多くの施設に影響を与えた改定だったかと思います。“三方一両損”という政策で国も患者も我々も負担するものでしたが、基本診療料や入院基本料も含めた合理化が行われました。合理化というのはマイナスという意味です。一方、この年から、急性期の入院医療についてきちんと評価をしようという、大きな動きがあったと感じられる改定です。

(スライド15) 2004年の改定は、その意図がよくわかるようになった、大枠で医療技術の評価とか疾病の特性に応じた評価というかたちで、めりはりがつくようになった改定です。その前のマイナス改定が非常に厳しかったために小規模の改定でしたが、ここには安全とか質の確保のテーマがあったり、急性期、亜急性期の医療のような分化の流れについての話があったりしました。すなわち亜急性期病床の新設、あるいはハイケアユニットの新設がここで出てきたということで、急性期医療の分化に関して大きな節目になる診療報酬改定であったと思います。

(スライド16) 前回、2006年の診療報酬改定ですが、これもマイナス3.16%という非常に大きなものでしたが、この頃から中医協が公開されて、我々にもプラスマイナスの内容がよくわかるようになりました。この2006

最近の診療報酬改定

改定の方向性

据え置きないしは引き下げ

1998年	▲1.30%
2000年	0.20
02年	▲2.70
04年	▲1.00
06年	▲3.16
08年	▲0.82

— 伝統的医療費抑制政策の継続

(1980年代～)

— 経済財政諮問会議の強い意向

スライド13

2002年度診療報酬

本体部分▲1.3%(▲2.70%)

再診料、外来診療料等の通減制の導入

手術料の施設基準(とくに症例による基準)の導入

180日を超える長期入院者の入院基本料など特定療養費制度の拡大、入院基本料の引き下げ、医療安全管理体制未整備減算、褥瘡対策未実施減算

療養病棟入院基本料における看護配置基準6:1の廃止

老人性痴呆疾患療養病棟入院料の新設の制限等

人工透析における時間に応じた点数設定や食事加算の廃止

リハビリ、消炎鎮痛等の処置の通減制

老人慢性疾患外来総合診療料等の廃止

＊ ＊すべての施設に大幅な影響

<大幅な本体マイナス改定>

- ・小泉政権による三方一両損政策
- ・基本診療料、入院基本料等を含めた広範な項目の合理化
- ・質の高い急性期入院医療の評価

スライド14

2004年度診療報酬

本体部分±0%(▲1.0%)

検体検査・画像診断適正化 = 引き下げ

医療技術の評価

手術:新規技術 難易度の評価 施設基準見直し

リハビリの再評価

長期投与の評価

疾病の特性に応じた評価

DPC調整、拡大

ハイケアユニット、亜急性期病床の新設

在宅医療の評価—重症症例

小児科、精神科等重点診療科の評価

＊ ＊施設間の影響は比較的軽微

<制度改革に沿う最初の改定>

- ・前回マイナス改定への批判から小規模改定
- ・医療の安全・質の確保が一応のテーマ
- ・急性期医療・亜急性期医療の分化

スライド15

2006年度診療報酬

本体部分▲1.50%(▲3.16%)— 医療費ベース▲4500億円
(6000億削減1500億引き上げ)

6000億：病院と診療所の連携促進のために設けられた紹介料加算廃止
初再診料引き下げ

療養病床の医療度の低い症例の入院料大幅引き下げ

後発品使用促進のための領収書発行

1500億：看護師の多い病院の入院料引き上げ

疾患毎包括支払い(DPC包括)を受ける急性期病院の評価

在宅医療の評価

小児科、産科、麻酔科等重点診療科の評価

7:1(在院日数19日) 10:1(21日)から350点アップ

在宅療養支援診療所 ターミナルケア1万円

DPC病院拡大 平均6%増収(3.16%減)で+3%

しかも2年間は前年度収入が担保

＊ ＊すべての施設が一律にマイナス改定となったわけではない

・急性期病院で看護師を十分採用し医療情報を詳細に収集し厚労省に提出可能な施設の評価
・社会的入院の排除
・在宅医療への誘導—高齢者有料施設への転換

<明確な機能分化への政策的誘導>

・病床削減
・施設完結型から地域完結型医療へ
・社会的入院の排除
(施設医療から在宅医療へ)
⇒病床再編による医療費削減策

スライド16

年改定では、医療費ベースでマイナス4,500億円—プラスが1,500億円、マイナスが6,000億円、この差し引きが3.16%だったわけです。6,000億円のマイナスのなかでは紹介料加算が廃止されました。これも先に少し触れましたように、最初に方向づけのために加算を付けておいてバサッと外すという厚労省独特のやり方だと思います。初診料、再診料の引き下げもありました。インパクトが大きかったのは、療養病床の医療度の設定です。これは質の評価から大事なことだったと思いますが、実際に出されたのが、コストと全く見合わない大幅な引き下げだったわけです。まさしく医療費削減のために、ここしかなかった、ここに目を付けた、そんな感じでした。プラスの部分も大きくあったと思います。今回にもつながる小児科、産科等々の重点的な評価もありました。それから、注目すべきは看護師の7対1、DPC等をみると、すべての施設が一律にマイナス改定ではなかったということです。ここでもどちらかというと評価が急性期に集中しているという特徴があったと思われます。

ここに書いた「急性期病院で看護師を十分採用し医療情報を詳細に収集して厚労省に提出可能な施設」というのはDPC対象病院のことをいっていますが、DPCは一方で医療情報が丸裸にされる仕組みでもあります。一方、「社会的入院の排除」。私は、必ずしも社会的入院が多いとは思いませんが、医療度の低いものを介護のほうに追いやったということで

す。さらに「在宅医療への誘導」、「有料施設への転換」というように、医療費を入院から外に外にと追い出すような流れになってきたかと思います。

まさしく明確な機能分化への政策的な誘導がなされたと思います。病床は減らしなさい、地域を重視しなさい、自分のところですべてやらずに連携をしてくださいという話です。病床を再編しながら、医療費を削減するというメッセージが明確になっていると思います。

3 2008年診療報酬改定の概要

—種々の切り口から見た特徴と厚労省の意図

さて今回の診療報酬改定について、いろいろな切り口からお話したいと思います。まず、厚労省医療課長に就任されて何をしたのかということをお話を原課長の講演からお示します。

(スライド17) すぐに問題だったのは、この3点で、2006年の診療報酬改定で非常に問題となった点、これらをさすがに新しい課長は修正をしなければならなかったということです。

1つは療養病床の9つの区分です。これはいいとして、区分1が大幅減額になった点です。事前調査では、医療区分2と3合わせて50%という状況だったはずなのが、ふたを開けてみると、医療区分1が非常に減って、35%だったのでしょうか、そのくらいまで減ったということで、「自分たちでいろいろ調整をしながらこの結果となったので修正しません

当初の課題 2006年診療報酬の問題点の修復

厚生労働省保険局 原徳壽医療課長

- 療養病床の9区分評価の導入と区分1の大幅減額
事前調査と医療区分に変化（医療区分2の増加）
⇒ 修正せず
- 7：1入院基本料の設定
今回十分条件付け（医師充足と看護度）と緩和措置
- 疾患別リハビリテーション料と算定日数上限の導入
'07途中で変更（日数上限超除外、対象疾患の追加、維持期リハ再評価）

スライド17

でした」という話でした。それから7対1入院基本料の問題は、看護師の争奪合戦等々もありました関係で、「もっと十分な条件づけをしました」という話でしたし、10対1は「7対1が無理なところを評価するということにして、今回入れました」という話でした。それからリハビリについては非常に問題が多くて、侃々諤々あったのですが、これはこれまでにない改定後1年目に——こういうことはまれですが——途中で変更しています。

今まで新しい課長が、前の診療報酬改定についていろいろ考えて、しかも厳しいところを途中で変え

2008年度改定への取り組みの経過

- 診療報酬改定基礎データの検討（中医協）
- 8月シーリング
7500億円の自然増に対して2200億の削減決定
- 12月国費300億円＝改定1100億円の財源確保 決定
- 12月社会保障審議会にて基本方針決定
—緊急課題と4つの視点
- 中医協（基本問題検討委員会）にて24回の協議
—400億円の財源捻出と
1500億円の配分の議論

スライド18

るなどということにはなかったわけですが、これまで数年間にわたってマイナス改定が続いていて、実態調査によって医療機関の経営状態が非常に悪化しているということがわかったために行われた措置だと理解しています。

（スライド18）今回改定の取り組みの経緯です。まずは、前回改定の基礎データの検討が中医協でなされ、8月にシーリングがありました。7,500億円ほど増えるだろうという見通しに対して、2,200億円の削減が再確認され、具体的検討が始まりました。少しプラスの分をどうするかということで国費を

今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点）

2007年12月3日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

【緊急課題】産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

- ア 産科・小児科への重点評価
- イ 診療所・病院の役割分担等
- ウ 病院勤務医の事務負担の軽減

【4つの視点】

- 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現
 - ア 医療費の内容の情報提供
 - イ 分かりやすい診療報酬体系
 - ウ 生活を重視した医療
 - エ 保険薬局の機能強化
- 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進
 - ア 質の高い効率的な入院医療の推進
 - イ 質の評価手法の検討
 - ウ 医療ニーズに着目した評価
 - エ 在宅医療の推進
 - オ 歯科医療の充実
- 今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方の検討
 - ア がん医療の推進
 - イ 脳卒中対策
 - ウ 自殺対策・子どもの心の対策
 - エ 医療安全の推進と新しい技術等の評価
 - オ イノベーション等の評価
 - カ オンライン化・IT化の促進
- 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方の検討
 - ア 新しい技術への置換え
 - イ 後発品の使用促進等
 - ウ 市場実勢価格の反映
 - エ 医療ニーズに着目した評価
 - オ その他効率化や適正化すべき項目

スライド19

300億円くらいまでなら入れてもいいという話が決まりましたが、これが12月ぎりぎりです。そこで社会保障審議会で基本方針が検討され、これは次に触れますが、緊急課題と4つの視点が決まり、中医協に実際に下ろされた、という流れです。中医協では基本問題検討委員会も含めて24回協議を行っています。このなかでやられたことは、このプラス約400億円の財源を捻出する方法と、配分をどうするかという議論であったと聞いております。

診療報酬改定があった後、基礎データとしてどういうものを見ているか、ということだけ少しご紹介しておきます。まず薬価調査です。毎回、財源の確保は薬価でかなりの分やられてきましたので、これは必ずやる。それから医療経済実態調査、社会医療診療行為別調査が行われますが、もう1つ大事なところが、前回改定での付帯事項です。重点的に改定した部分が効を奏したか奏さなかったかを踏まえて、また継続して次の改定で考えていく、という流れです。

(スライド19)「今回改定の基本方針(緊急課題と4つの視点)」は社会保障審議会で議論されて決められたことです。緊急課題は産科・小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減ということです。4つの視点は、①患者から見て分かりやすいQOLを高めるような医療、②質の高い医療を効率的に提供、③重点的に対応していく必要があるだろう領域の評価の在り方の検討、④医療費の配分のなかで効率化の余地——効率化の余地というのは減らす余地があるだろうという意味——の4つです。

(スライド20) 今回の中医協の議論のなかで、中医協の会長(公益側委員の代表)がこんな提案をされています。国民に納得が得られる内容、医療現場でも納得が得られるような内容を、診療報酬という技術的なツールを使いながら社会の要請に応える、

2008年度改定に対する 公益委員の提案(土田武史会長)

3つの視点

1. 国民の納得
2. 医療現場の納得
3. 診療報酬という技術的なツールを使いながら社会の要請に応える

提案

1. 病院勤務医対策の為に財源シフト(診療所 → 病院)が必要
2. 病診格差(診察料)是正必要
 - ・ 病院再診料引き上げ
 - ・ 診療所再診料引き下げ
 - ・ 高齢者の外来管理加算の病診点数統一

断念⇔初診料の引き上げなし
軽微な処置の包括化 →
実質再診料2点引き下げ
外来管理加算の見直し →
実質再診料引き下げ

スライド20

というものです。こういう考えで出された公益側からの提案は、病院の勤務医対策のために、財源を診療所から病院へシフトする、それから病診格差の是正の必要がある、さらには高齢者の外来管理加算について統一化しましょう、ということでした。病診格差については財源を考えながら病院へ回そうという意図であったと思います。残念ながら診療所の再診料の引き下げはできませんでしたので、それに代わってやられたのが、軽微な処置を包括化し、外来管理加算を見直すことで、それぞれ実質的には再診料の引き下げになっているということです。

●2008年度改定の内容

(スライド21) 改定の内容ですが、ご存じのように全体としてはマイナス0.82%。診療報酬本体の改定率はプラス0.38%、医科ではプラス0.42%、薬

全体改定率マイナス0.82%

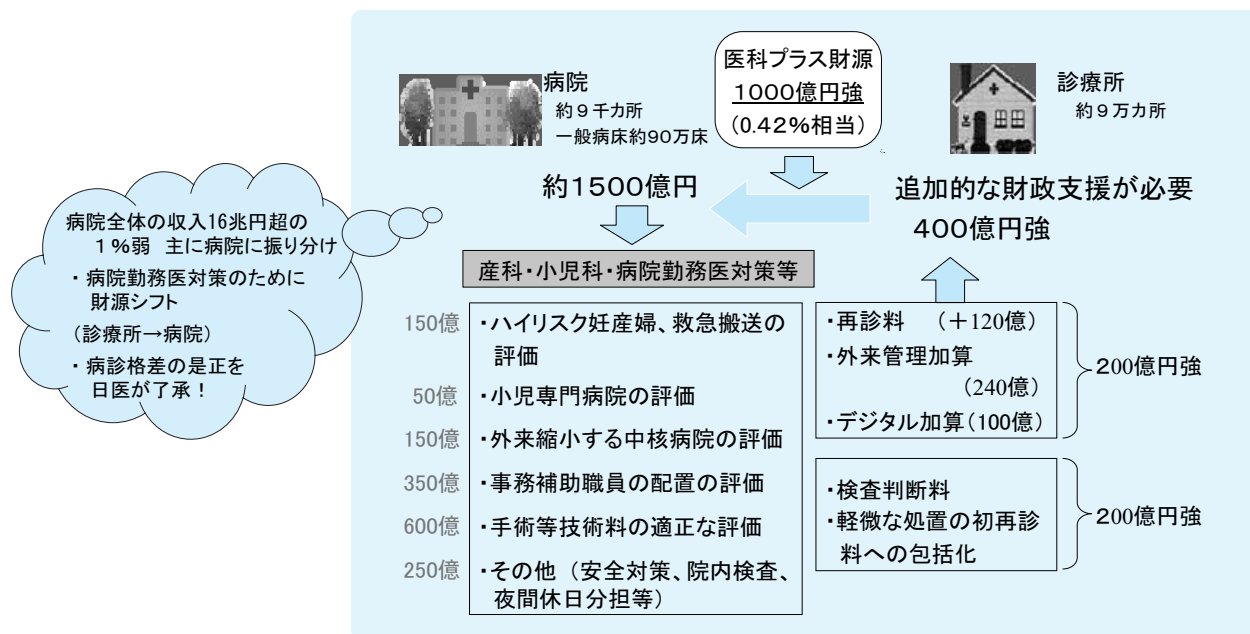
1. 診療報酬改定(本体)

- ・ 改定率プラス0.38%
 - 各科改定率 医 科 プラス 0.42%
 - ・ 歯科 +0.42%
 - ・ 調剤 +0.17%

2. 薬価改定等

- ・ 改定率マイナス1.2%
 - 薬価改定 マイナス 1.1%
 - 材料価格改定 マイナス 0.1%

スライド21



スライド22

価等で下げられたところがマイナス1.2%で、総体としてこんな結果で進んだということです。

(スライド22) これがお金をどこから捻出してどこへ移したという全体の概念図です。約9万の診療所、約9,000の病院があるわけですが、今回はこの診療所に絡むいろいろな部分から400億円を捻出しました。それから国のほうから出たお金があります。これを合わせて、いちばんポイントとなっている緊急の課題にお金を振り分けた、という流れです。

実際に今回動いたお金は、病院全体が使っている16兆円ほどの1%くらいだったわけです。しかし今回、注目される結果がありました。ほぼ全部が病院に振り分けられたということが第1点。それからもう1点は日医が今まで強く抵抗してきた診療所の財源を病院にシフトすることに対して了承したということ。この病診の格差の是正がなされたという歴史的な改定であったと理解できます。

(スライド23) 1,500億円プラスの内訳を見ていただきますと、大体なるほどと思うところであります。金額を見ていただくと、私がエッと思ったのは、事務補助職員の配置の評価に350億円も付いていることです。北海道ではまだ70強の病院しか取れていません。各病院が1人ずつ付けたとしても実際の額は非常に低いということはわかっていますが、この分配のなかで、手術など技術料の適正な評価が600億円しかないのに、その半分強の額がここに付けられたという意味、これは今後どうなっていくのか、注目したいと思います。この実態調査もなされると

勤務医対策1500億円の内訳

1	ハイリスク妊産婦、救急搬送の評価	150億円弱
2	小児専門病院の評価	50億円強
3	外来縮小する中核病院の評価	150億円強
4	事務補助職員の配置の評価	350億円強
5	手術などの技術料の適正な評価	600億円
6	その他(安全対策、院内検査など)	250億円強

中医協総会配布資料

スライド23

聞いておりますが……。

●2008年度改定の内容——外来、入院、在宅

(スライド24) いろいろな切り口からということで、少し個別に触れたいと思います。

外来については、病院の再診料が、200床以下は少し上がりました。外来管理加算として非常に大きい5分間ルールというのが入りましたが、いろいろな現場でのお話しや簡単な緊急調査を見ますと、やはり半分くらいの数しか取れていないということで、そこは引き下げになっている可能性があります。スライドに示すように、診療所には救急に関連した加算が付きしました。

入院のほうについては、ポイントとなった産科・小児科の各種加算があります。7対1は条件が付きまして、10対1は少し上がるという内容です。先ほど触れた事務作業補助の加算もあります。それから

亜急性期入院医療管理料も対象が広がり、リハビリの見直しもあります。一方で障害者等々、少なくとも脳卒中、認知症は除外されるということで、10月以降、かなりの施設で影響が出ると考えられます。

在宅・連携については、マイナスになることはなく、いろいろなかたちで誘導されているという見方ができるかと思えます。

●2008年度改定の内容——医療の質

（スライド25）医療の質という観点で少し見ていきますと、いくつかの重点項目が挙げられました。「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」。このなかで挙げられたのが、スライドにあるようなものでした。しかしどう見ても、効率的ではありますが質はどうかというと、回復リハの質評価の導入のみが意味のあるものだと思います。

医療の質の評価指標を構造・過程・結果という観点から考えるとすると、関連するものはいくつかあると思います。ハイリスク妊婦の加算、小児の加算、超早期救急の加算、7対1に対しては看護必要度が導入されたこと、連携パス、かかりつけ医のところでは重複投与の防止（これは後期高齢者だけですが）、先ほど触れた回復期リハへの質評価の導入というあたりです。手術料の再評価も一部行われておりますが、これだけ表題にあげるのであれば、ここに重点的に配分するかたちにならないと、「効率的な医療」のほうだけが目に入るといった内容だったのではと思います。

●2008年度改定の内容——医療計画関連

（スライド26）先ほど医療計画のお話をしました。医療計画が医療提供体制の改革のなかで大きな位置を占めるということでした。本来であれば、医療提供体制をきちんと組み立てるにあたっては、実際に疾病調査を行うべきだったのですが、それができなかった代わりに、がん・脳卒中・心筋梗塞——死亡率との関係からだと聞いています——、それと糖

2008年度改定の概要（2）

——外来・入院・在宅——

1. 外来

病院再診料（200床以下）引き上げ
外来管理加算5分ルール導入
夜間・休日等加算等（診療所）
後期高齢者医療制度 診察料（診療所）入退院加算 等

2. 入院

入院時医学管理加算、ハイリスク分娩・妊婦加算、小児加算
7対1入院料条件設定、10:1評価
医師事務作業補助体制加算
亜急性期入院医療管理料 リハビリ見直し
障害者施設等入院基本料見直し 等

3. 在宅・連携

居住系施設入居者等向け訪問診療引き下げ
連携パス拡大 等

スライド24

2008年度改定の概要（3）

——医療の質——

「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」

- ・DPCに係る制度運用の改善 ・特殊疾患、障害者病棟の見直し
- ・亜急性期病床の拡大 ・感染症対策の拡充
- ・回復リハ病床への質評価導入 ・療養病床の評価の見直し

医療の質評価指標——構造・過程・結果

- ・ハイリスク妊婦加算 ・小児加算 ・超早期救急医療の評価
- ・7:1入院基本料への看護必要度の導入
- ・連携パスの評価 ・かかりつけ医—重複投薬の防止（後期高齢者）
- ・回復期リハへの質評価導入（重症度評価、退院率）
- ・手術料の再評価

スライド25

尿病を対象にすることになりました。糖尿病がなぜ入ったかは、いろいろな方に聞きましたがよくわかりません。ただ糖尿病がいろいろな病気のベースになっていることからということ聞いたことはあります。

見ていきますと、この医療計画に沿うような、いくつかの診療報酬の改定があったことは事実です。緩和ケア診療の加算の見直しというなかで、外来での放射線治療、がんに関係する疼痛緩和が評価されていきますが、このへんは明らかにがんに関係することです。脳卒中に関しても超急性期の加算ができ、リハビリテーション料（Ⅱ）や、集団コミュニケーション療法料が新設されましたし、連携のところ（医療機能情報の公開制度、提供制度を活用した地

域連携の診療計画をつくるために管理料が出る)に脳卒中が入ったのも明らかに意識的だったと思います。糖尿病に関しても、合併症の管理料の新設がありました。それから在宅の自己注射に対しての指導料についても加算の見直しが行われました。それからカテーテル法の引き上げがありましたが、これは脳卒中・心筋梗塞で行われる血管造影の評価です。こんなことで、やはり医療計画と絡む部分での評価がみられました。

(スライド27)次に5事業のほうについては、今回は産科、小児科の絡みもありましたし、あるいは救急も重点項目にありましたので、そこは必ずしも医療計画との関係と言い切れないかもしれませんが。しかし関連するものはいろいろありました。救急はコンビニ受診を少しでも減らすためにということで、診療所に夜間・早朝等の診察料で加算を付けながら誘導していくということ。あとは妊産婦の方の救急搬送入院の加算など、ハイリスクの加算、小児の加算がありました。ただこれらの事項は探したらこういうものがあったということで、必ずしも関連性を言い切れるわけではありません。

●2008年度改定——厚労省の意図

原課長は厚労省の実務最高決定者ですが、この改定重要項目をどう見ているかという話です。スライド28は講演会とその後にお聞きした内容です。①緊急課題、②適正化・見直し等、③後期高齢者、と3点大きなテーマがあったということは申しあげたとおりです。

「最初の①緊急課題への対応は産科、小児科、それから病院勤務医の負担軽減、救急医療も、ということできちんとやりました。重点的なところとしては、がん対策、脳卒中対策もやりましたし、患者さんへの情報提供も含めた明細書の交付についても明確化しました」という話でした。「②適正化、見直し等については、外来管理加算はきちんと話をきいて

2008年度改定の概要(4)

—医療計画(4疾病:癌・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)—

1. 緩和ケア診療加算の見直し
外来放射線治療加算やがん性疼痛緩和指導料
がん性疼痛緩和指導管理料の新設
2. 超急性期脳卒中加入の新設
3. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、集団コミュニケーション療法料の新設
4. 地域連携診療計画管理料
地域連携診療計画退院時指導料に脳卒中を追加
(医療機能情報公開制度活用)
5. 糖尿病合併症管理料の新設
6. 在宅自己注射指導管理料自己測定加算の見直し
7. 動脈・静脈造影カテーテル法の引き上げ 等

スライド26

—医療計画(5事業:周産期・小児・救急・災害・僻地)—

1. 診療所診察料に夜間・早朝等加算を新設
2. 妊産婦救急搬送入院加算
精神科救急・合併症入院料
精神科救急入院料の新設
3. ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の見直し等
4. 小児入院医療管理料1の新設、小児科外来診療料等の引き上げ

スライド27

2008年度改定の概要

—厚生労働省保険局 原徳壽医療課長—

1. 緊急課題への対応・重点的に評価する主な項目

- ・緊急課題への対応：産科・小児科医療、病院勤務医の負担軽減、救急医療
- ・重点的評価：明細書の交付、癌対策
脳卒中对策

2. 適正化・見直し等を行う項目

- 外来管理加算、7：1入院基本料、後発医薬品の使用促進、DPC等

3. 後期高齢者にふさわしい医療

- ・在宅療養生活の支援(退院時の支援、訪問看護の充実、介護サービスとの連携)
- ・外来における慢性疾患の継続的な医学管理、お薬手帳の活用、終末期における情報提供

スライド28

説明をしているところだけに加算、7対1入院基本料についてはいろいろ議論があったので、看護必要度を入れた、後発医薬品の使用促進を入れDPCは少し見直した」とのことでした。講演の後に重要だとしてお話しをされていたのは、③後期高齢者のことです。今、新聞では保険のほうの話で随分話題になっていますが、実際にかかりつけ医をどうするのかという問題、在宅のほうへどう向かわせるのかという問題、終末期の問題などいろいろ議論がなされています。一時凍結になりましたが、相談支援料の話もここに絡んでいる内容です。

担当官の意図

「機能分化と連携の強化」

— 点数より評価の目的に注目せよ

1. 「医療機関の体系化」

特定機能病院の評価

高度急性期総合病院の評価

一般急性期病院の使命の確立と
療養病床の整理

2. 「連携」 地域クリティカルパスの拡大

後期高齢者医療に関連する評価

3. 「その他」 外来診療のあり方の明確化

特定機能病院の評価

高度な医療の研究・開発・教育機能
普通の地域の急性期病院とは違う

高度急性期総合病院の評価

中核病院の確立 — 高度急性期該当病院の限定化
— 一定の圏域 — 人口30万～50万人に1カ所、
大半の急性期医療に対応できる病院
— 産科・小児科・内科・整形・脳外科を含めた総合病院
— 将来は24時間ホスピタル

一般急性期病院の使命の確立と療養病床の整理

急性期以降と軽症急性病変の対応を
目的とした亜急性期病床拡大
特殊疾患・障害者病棟入院患者の限定

スライド29

(スライド29) では担当官は何を考えているのか、そこに少し触れたいと思います。担当官は、これは実際にある雑誌に書かれていたものですが、点数よりも評価の目的に注意してくださいと述べています。要するに中心は「医療機関の体系化」を考えているのだということであり、「連携」と「その他」のところを分けてお話しをされています。医療機関の体系化を非常に強調されて書かれていたところに特徴があります。

特定機能病院というのは全く違う視点でみるべき施設であるとはっきり明言されていて、高度な医療の研究、開発、教育機能を持っているので、通常の地域の急性期病院とは全く違う。ここは大事にしなければいけないということ。

それから高度急性期総合病院を評価する、とはっきり述べられていて、中核病院を確立しなければならない——人口30万～40万人に1カ所でいい、大半の急性期医療に対応できるところでなければならない、と。診療科目も示しておりますが、24時間ホスピタルを目指すというイメージでお話しをされています。

一方、一般の急性期病院をどうするのかということとは、今回、亜急性期の病床が拡大されたことでよくわかるかと思いますが、急性期以降と、軽症急性の病変を対象にしろという内容です。それから療養病床の整理については、特殊疾患と障害者病棟にいる入院患者の限定ということで、先ほども触れたように脳卒中と認知症が入らなくなるわけですが、このところは当然介護でしょうという言い方でありました。

4 問題点と今後の予測及び対応

問題点と今後の予測について少しお話しします。

●内容の分析——2008年改定の意味するもの・問題点

(スライド30) 私なりにまとめてみたいのですが、やはり意味するところというのは、機能の分担と連携の強化——急性期の病院の複線化——だと思います。

7対1の条件付けがなされ、手術料の引き上げ、救命救急の評価がなされ、DPC対象病院の選別も始まりました。それを見ると高度急性期に該当す

る病院を限定化ないしは特定化しようという意図があると思います。一方で、先ほど触れましたように亜急性期の病床が拡大され、長期の入院患者の限定がなされ、療養病床の診療報酬がまた引き下げられました。まさしく一般急性期病院の確立と療養病床の整理、介護への誘導があると思います。

もう1つは、この機能分担のなかに4疾病の話があって、がん・脳卒中・心筋梗塞については今後も診療報酬のなかでいろいろ評価されるだろうと思われます。すなわち機能を分担させる一方で、連携パスに見られるように、連携を強化することが今後より一層すすめられることになると思われます。

今後どうなるのかわかりませんが、診療の質に応じた成功報酬の導入も注目されます。リハビリテーションでの改善率、緩和ケア病棟要件の見直し等々ですが、このへんはP4P (Pay for Performance) というのでしょうか、質というものに関しての評価にひょっとするとつながるかもしれません。試しになんて話にもなっていますが……。

それからスライドにはありませんが、鼠径ヘルニアの診療報酬が1入院包括払いとなりました。これがDRGの導入につながっていくのかどうかは何とも言えませんが、少し注目していきたいところです。

後期高齢者医療のあり方も非常に大きな話で、かかりつけ医の問題と在宅医療、このあたりが大きなポイントだと思います。

まとめると、何と言っても公的な大病院の急性期は守るというはっきりしたメッセージがあります。その先はどうとも言っていませんが、そこだけはちゃんと守るよということです。それから、民間の中小病院には亜急性期に進みなさいと言っているようにみえてなりません。

(スライド31) 2008年改定の問題点ですが、まず、どこまで科学的なのかということです。以前から科学的な診療報酬の設計に関していろいろな場面で話題になっていると思いますが、実際にはまだまだで

2008年診療報酬の意味するもの

1. 機能分担と連携の強化 — 急性期複線化構想と継続医療
高度急性期該当病院の限定化・特定化
7 : 1 医師充足と看護必要度の導入 手術料引き上げ
救命救急評価 DPC対象病院の選別 等
一般急性期病院の確立と療養病床の整理・介護への誘導
亜急性期病床拡大 — 急性期以後と軽症急性病変の対応
特殊疾患・障害者病棟入院患者の限定 療養病床の引き下げ
4 疾病 (癌、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病) の評価・連携の評価
連携パスの評価拡大 (脳卒中)
2. 診療の質に応じた成功報酬の導入
リハ状態改善率、居宅復帰率の導入 緩和ケア病棟要件見直し
3. 後期高齢者医療のあり方の提示と在宅療養への誘導
かかりつけ医導入、在宅医療に関する評価

スライド30

2008年診療報酬改定の問題点

1. どこまで科学的な手法による診療報酬だったのか？
過去にリハビリ、外保連手術等データ提出は評価
評価項目と想定対象施設情報の開示なく根拠依然不透明
2. 急性期大病院に厚く、中小病院に厳しい内容で、機能分化・連携が可能か？
療養病床の厳しい削減は急性期病床の在院日数削減に影響
(療養病床削減計画目標15万床 — 都道府県計画：新潟・奈良・佐賀を除き21.3万床 — 東京は7000床多い2.8万床)
中小病院は存続するか？ — 亜急性期・慢性期病床は残るか？
3. 質の向上につながる内容なのか？
4. 後期高齢者医療におけるかかりつけ医の普及は？

スライド31

あります。リハビリ関連のデータや外保連の手術の内容についてのデータは過去にもいろいろな評価をされています。療養病床の医療区分についても池上グループが検討をして9区分とした内容から診療報酬を決めるとしたまでは良かったのだと思うのですね。しかしどう点数を付けたかということになると、実際の費用のデータは全く無視して決定されたことは大問題です。

それから、今回もいくつか評価項目があり、それについてあらかじめ検討された評価対象施設の情報があるはずなのですが、それを全部明かすということではなく、なぜそれだけの点数が付き、その予算に対応するような額がどうやって算出されたのかというのがよくわからないところが今回もありました。

問題点の2つめは、先ほども触れましたが、急性期の大病院に厚くて、中小病院には非常に厳しい内容で機能分化あるいは連携が進むのかということです。療養病床については、今、別枠で進んでいるわけですが、療養病床の削減計画、当初15万床といわれていましたが、前回の厚労白書にはこの数値目標がなくなっていて、厚労省は達成不可能とみて数値にしなかったと私は思っています。実際に都道府県で、いろいろ算出して出てきたものは（まだ3つの県が出していないと聞いていますが）21万床。東京は実に7,000床ほど増やして2万8,000床と出しました。というように、15万床はとてもじゃないが達成できないわけです。でも、これで良かったのだと私は思うのです。急性期の病院が在院日数を削減するということは、その先の後方病院が確保されなければできない相談です。後方病院として担うのは中小の病院だろうと思っておりますので、そのところをどうするのかということです。中小病院に厳しくしてなくなってしまったら急性期病院もたちいかなくなるはずです。

問題点の3つめが、本当に質の向上につながる内容になっているのかということです。最初に、少しそういう部分もありますが触れましたが、質の向上とうたっているが本当にそこに向かっていくのかどうか、山本会長の先ほどのご講演のなかにも、質の向上というのは医療費を上げるもので、医療費×効率だというお話がありました。そこが非常に大きな問題です。

4つめの問題点は、かかりつけ医のことです。まだ全体的には手を挙げた診療所は5～6%と聞いていますが、その一部に皮膚科の先生方も入ってい

る。皮膚科の先生の悪口を言いたいわけではありませんが、かかりつけ医は、生活習慣病なり慢性の疾患の普段の管理をするのだという観点からは、その先生方がかかりつけ医になれる診療報酬がやはりおかしいと私は思っています。

●診療報酬そのものの問題点

（スライド32）診療報酬そのものの問題点です。まず、2年ごとに改定がなされます。私、前の医政局長にお会いしたときに、何で2年ごとに改定しなくちゃいけないのかお聞きしましたら、実は薬価改定が2年ごとということで明文化されているので、それとの連動でやっているのだということでした。ですから我々が頑張って、5年ごとにしてほしいとお願いをすると可能となるのかもしれないということです。

2つめに、今も触れましたように、科学的な報酬の設定かということのように言うことは無理ということです。2,500もの診療行為別の設定をしなくてはならない、1万3,000品目もの薬品価格を考えなくてはならない、これを全部、鉛筆をなめながら上がり下がり計算しなければならないのは如何かということです。DPCの問題、これはもともとある問題ですが、あまりDPCに絡んだ専門の研究者も言わないところです。DPCの科目別に分類数の偏重があるのはだれが見ても明らかです。費用のデータも、実は以前からの出来高払いのなかでの報酬で決められているものです。それから、これまで毎回、診療報酬の改定のたびに、項目あるいは診療科ごとの要求がなされています。これがいいのかどうか。

3つめに、包括制が増えている一方で出来高制もまだ残っているわけです。これはどうなのだろうということです。

4つめに、入院診療だけでは病院は成り立っていないはず。どんなデータを見てもそうですが、これがきちんと運営できる点数設定が必要であると思います。

●今後の方向性に関する担当官の見解

（スライド33）今後の方向性に関して原課長は、「包括払いは嫌いだ」と言っておりました。それから医師不足の対策は、「過剰な病床数を減らせばいい」ということでしたが、財源不足に対しては、「急性期は確保する、

診療報酬そのものの問題点

1. 2年間ごとの改定根拠は？
薬価改定（2年毎の明文化）との連動
2. 科学的な報酬の設定か？
約2500種類の診療行為別設定
約13000品目の薬品価格
DPCの科目別分類数の偏重・費用データと無関係の報酬設定
項目ごと・診療科ごとの要求の是非
3. 包括制と出来高制の混在の是非は？
4. 入院診療のみで経営不可能な点数設定では？

スライド32

でも患者の利便性などはある程度制限しなければやっていけません」と言われる一方で、そうでなければもう消費税を上げて全体に回るようにしてあげなければいけないのだと話されています。もう1つ注目されているのは、脳血管障害が75歳以上で圧倒的に増えるというデータを持っておられて、それが今回のいろいろな改定の内容につながった可能性があると見ています。連携パスの評価をする一方、脳卒中、認知症をいわゆる障害者病棟等から除外して、その急増する患者は介護のほうでやってくださいという方向が出されたと言えます。

●今後の方向性に関する注目点

(スライド34) 今後の注目点ですが、先ほど来、触れている伝統的な医療費の抑制策、それから患者負担を増大する政策がどうなるのかということがあります。幸いにもこのところ、最初は読売新聞だったと聞いていますが、実際に医療費の抑制に対する批判を有力紙が行うようになりました。それから新聞等では言われていますように、そろそろ医療費抑制策は困ることになってきたという話は政府にもあります。さらには、このところ、明らかに経済財政諮問会議の力が弱まりました。一方で社会保障国民会議というものを福田首相がつくられて、そこが経済財政諮問会議に代わるような様相も見えます。そして、財源不足の話は、社会保険でやるのか消費税を上げるかしかないわけで、どうなるのかという点です。

(スライド35) この社会保障国民会議、平成20年1月29日に第1回が開かれました。このなかに3つの分科会があり、その1つにサービス保障分科会というのがあって、そこで医療・介護・福祉についての話し合いがなされています。これからの社会の変化について、このサービスをどうするのかというお話で、財源の確保と負担のあり方も考えましょうということでしたが、ちょうど昨日(6月19日)中間報告が出ました。そのなかで大きくとりあげられているのが、病院機能の効率化と地域医療ネットワーク化、診療報酬・介護報酬体系の見直しで、財源は示されませんでした。

(スライド36) この中間報告の中身に少し触れたいと思います。このなかで日本の病院の現場の実態として、公的病院よりも、個人、医療法人が運営する民間病院が多く、病床規模も小さい、病床数は諸

今後の方向性に関する担当官の見解

厚生労働省保険局 原徳壽医療課長

1. 包括払いは好まず
2. 医師不足対策は、過剰病床の削減
3. 財源不足対策
急性期医療の確保と患者の利便性の制限
消費税引き上げ
4. 高齢入院患者として脳血管障害が急増
入院医療のみでは対応不可能

スライド33

今後の方向性に関する注目点

政府の伝統的な医療費抑制・患者負担拡大政策の推移
全国紙の医療費抑制への批判
自公民政府の医療費抑制策の部分的見直し発言
経済財政諮問会議の失墜と社会保障国民会議の設置
財源不足議論：社会保険料または消費税引き上げ

スライド34

社会保障国民会議

3つの分科会1月29日第1回開催

「所得確保・保障分科会」 年金・雇用
「サービス保障分科会」 医療・介護・福祉
「持続可能な社会の構築分科会」
少子化・仕事と生活の調和

これからの社会の変化と医療・介護・福祉サービスについて
・医療・介護・福祉サービス提供の仕組み・体制と担い手の確保について
⇒ 財源の確保と負担のあり方
6月中間報告 秋最終報告

6月19日 <医療・介護>

・病院機能の効率化や地域医療のネットワーク化
・診療・介護報酬体系の見直し
・必要財源示されず ― 秋

スライド35

社会保障国民会議 中間報告 医療介護福祉分科会 2008-6-19

日本の病院現場の実態

- ▽ 公的病院よりも個人や医療法人が運営する民間病院が多く、病床規模も小さい
- ▽ 病床数が諸外国に比べて多い
- ▽ 急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担が不明確
- ▽ 医師・看護職員の配置が国際標準からみて手薄で、病院全体のスタッフ数も少ない
- ― など、サービス供給体制の不十分・非効率さを指摘
- ⇒「効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要」
- ⇒「サービス提供体制の構造改革」と「人的・物的資源の計画的整備」

スライド36

外国に比べて多い、機能分化がなされていない、医師・看護師等の配置が国際基準からみて手薄であるなど、サービス供給体制の不十分・非効率を指摘しております。そして効率化すべきものは思い切って効率化し、資源を集中すべきものには思い切った投入を行う、ということ言われています。

(スライド37)「サービス提供体制の構造改革」として、病院機能の効率化と高度化、地域における医療機能のネットワーク化、包括ケア、専門職間の機能・役割分担の見直しなどが出ています。そし

・病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化。

専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

・地域における医療機能のネットワーク化

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。
地域の病院・診療所が網の目状のネットワークを張り、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現

・地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現

人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現

在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現。

・医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現。

サービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機能のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

人的・物的資源の計画的整備

- ・ 人的資源の確保
- ・ 物的基盤の整備

・人的資源の確保

「人が人を支える」という意味における「労働集約型サービス」としてのサービスの特性を踏まえ、医療・介護分野全体および専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む。

医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発。

・物的基盤の整備

知識集約産業としての特性を踏まえた病院・施設の設定整備コストの確保。

医療・介護におけるIT化の推進（可能な限りのレセプトオンライン化前倒し、データベース化促進等）。

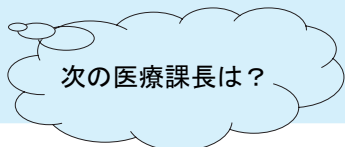
スライド37

て、人的資源を確保して物的基盤を整備するようにと。それぞれ少しこまかいことがありますのでスライドで示しておきます。少し注目していただければと思います。

●今回の診療報酬改定のなかに見る今後の方向性

(スライド38) 今回の診療報酬改定を見たときに、私はやはり、史上初の「質に応じた評価」(成功報酬)の導入がどうなるのかが気になるところです。

- ・ 史上初の「質に応じた評価」(成功報酬)導入
- ・ DPC対象病院条件の強化、施設機能係数の行方
- ・ 1入院包括払いの試行 — DRG/PPS
- ・ 他の急性期病院の出来高は？
- ・ 後期高齢者医療制度の今後
- ・ 療養病床の削減状況と報酬上の誘導 等。

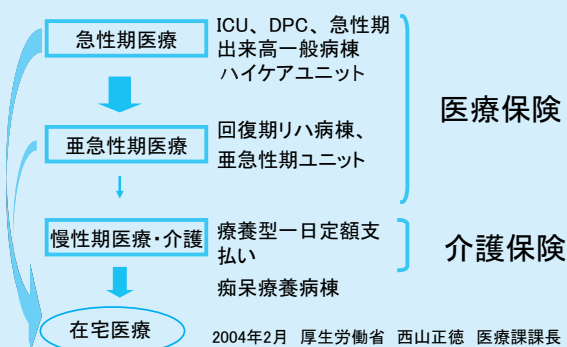


スライド38

それからDPC対象病院の条件が強化された点です。今回の診療報酬ではいわゆる施設係数が変わるわけです。これにかわる項目として何が入るのか。一部でいろいろ報道されていますが、質という点に關しての機能係数に影響が出るのかどうかということは注目すべきところです。

DRG/PPSの考え方に沿った診療報酬がたった1つですが出ました。包括化されていない急性期病院の出来高はどうなるのでしょうか。原医療課長は包括

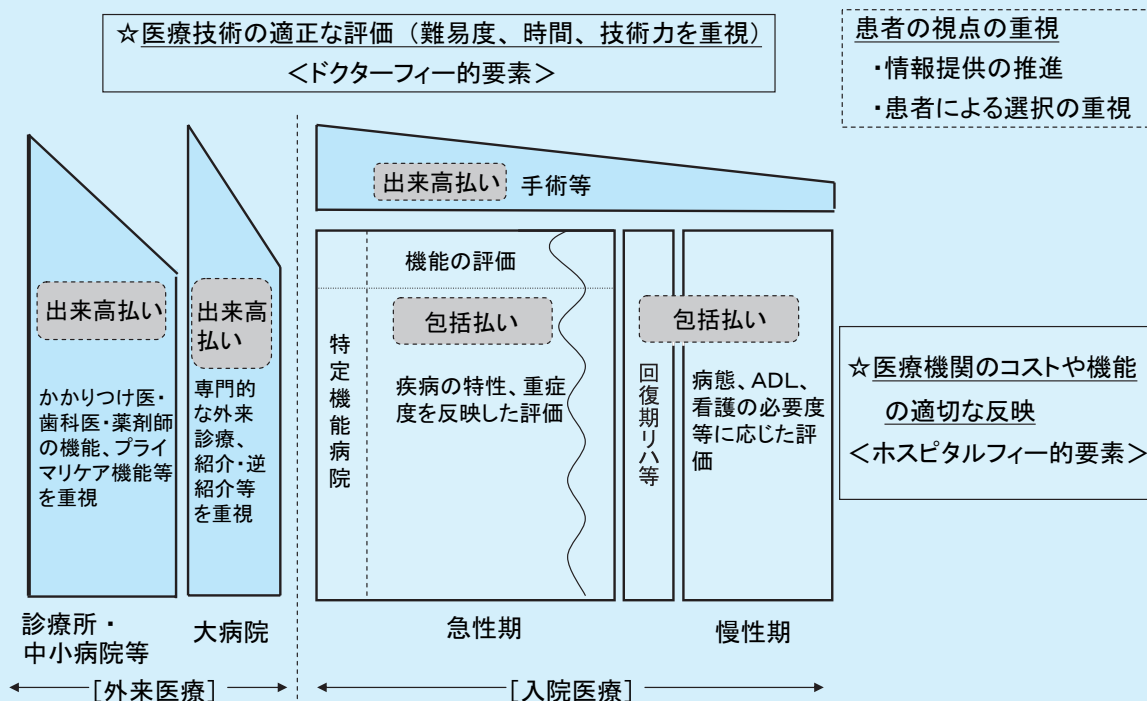
入院医療の最適化をめざして



スライド39

診療報酬体系の基本的考え方

— 厚労省平成15年3月 —



スライド40

化は嫌いだとはっきり話されましたが、全体の流れは何を見てもどの方のお話を聞いても、包括払いの一元化に向かっているように思われます。後期高齢者医療制度の今後は大変重要です。それから療養病床の削減が緩和されるとよいのですが、削減された場合、介護への転換がどうなのかも注目点です。次の課長がどなたになるのかも興味深いところです。

(スライド39) このスライドは、実は2004年にや

2008年改定付帯意見

1. 初・再診料、外来管理加算、入院基本料等の基本診療料の水準・あり方について検討
2. 後期高齢者診療報酬体系で創設された項目について実施状況の検証
3. 「緊急課題」としての病院勤務医支援について、負担軽減の検証
4. 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組む（診療報酬項目の名称も検討）
5. 診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックの検討
6. 医療保険と介護保険の継続サービスの検討
7. 特に以下の項目について調査・検証
 - (1) 明細書発行の一部義務化の実施状況
 - (2) 亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しによる医療機能の分化・連携に与えた影響
 - (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果
8. 後発医薬品の使用促進策について、検証

スライド41

2004～08年度改定取りまとめの感想

土田武史前中医協会長（早稲田大学商学部教授）
— CLINIC BAMBOO —

病診に求められる役割が大変貌

開業医の往診が減り、患者はいつしか外来から入院まで

一貫して受けられる病院の便利さを選択

国の財政などを考慮しても、効率の良い医療提供体制の

構築は不可欠 — 病診の機能分化の明確化が必要

— 財政と各地の医療提供体制の現状から

「国民皆保険」「フリーアクセス」「自由開業制」

の同時存続は困難

（反省点）・7：1看護・リハビリテーション・療養病床

（評価点）・外来管理加算の見直し

（感想）・05から政策誘導的改定 — 国は現場のことを考えよ

・日医は議論下手 — 審議会は意見具申の場ではなく
決定機関

スライド42

められた西山課長が、退任直前に北海道で講演された時のスライドです。私がお願いして使用許可をいただいたのですが、彼はこんなふうに表示されたのです。急性期、亜急性期、慢性期医療とあって、慢性期はもう全部介護だと言われました。急性期のところはまさしく今のようなお話になっています。この絵が今後厚労省担当者にそのまま引き継がれていくのかどうかというのがポイントです。

(スライド40) これも平成15年、もう5年も前に出ている図です。要するに外来は出来高、入院ではほとんどが包括ですという図が描いてありまして、実はこれが今回の社会保障国民会議に資料として出されています。診療報酬の大枠がどうなるのか、どう考えられるのかというのが1つのポイントです。

(スライド41) それから、診療報酬改定があると必ず付帯意見というのが付きます。注目して改定したところがそれぞれどうなったのか、必ずみましようということで、今回は8つの項目があげられています。このようなことがこの次の診療報酬改定の前に検討されるということなのですね。ですからその検討の結果は注目されるべきだろうと思います。

●前中医協会長の感想

(スライド42) 今回、4年にわたって3期中医協会長を務められた土田氏が辞められましたが、その際に取りまとめの感想を述べられています。

この間、病診に求められている役割が非常に変わったこと。患者は皆、病院の便利さを選択していること。一方、財源などを問題にして、効率の良い医療提供体制の構築は不可欠だと指摘されていまして、そのために病診の機能分化は大事だということ、それから、ひょっとすると日本の医療の3原則——国民皆保険、フリーアクセス、自由開業制——の同時継続は難しいかもしれないとおっしゃっています。反省点としては、7対1看護、リハビリテーション、療養病床——いずれも問題になったところです。外来管理加算は見直されたことは非常に大きい成果だったと指摘されています。全体としての感想は、實際上、2005年からの診療報酬はまさしく政策誘

導的なところがあって国は現場のことを考えていないということ、日医は議論が下手だとはっきり言われています。もう少し交渉上手になってくださいという言い方でした。

●望ましい診療報酬体系—— 全日病“病院のあり方に関する 報告書”

(スライド43) これは、私が所属する全日病で、望ましい診療報酬体系としてずっと言い続けている内容です。質と安全。医療は過小も過剰もない効率的なもの。病期別の対応。重症度、看護度、介護度。ランニングコストとキャピタルコスト。データを基にして根拠に基づいたもの。外来ではプライマリーケアと専門性。こういうようなことをずっと言い続けていますが、少しずつこちらの方向に向かっている感じは持っております。

●今後の対応(私見)

(スライド44) 最後に、今後の対応について少し述べさせていただきたいと思います。今後の対応として、皆さま方にも考えていただきたいと思うのは、診療報酬全体について我々医療提供者側から提案すべきではないかということです。財源に関していろいろな提言が必要ですが、1つは、当面効率化によって我々のなかで財源確保ができないのかということです。私は大きいのはIT化だと思います。画像検査の重複だとか、重複あるいは多剤の薬剤投与の問題、重複の検体検査の是正などは、IT化されれば随分できるはずですよ。これによって、捻出したお金を報酬で返してくださいという言い方はできる可能性があると思います。2つめに、費用のデータ調査を我々もきちんとして、それによる要求をすべきだろうと思うわけです。3つめに、外来診療の機能分化と病院の入院医療への特化、こういうことをきちんと唱える。かかりつけ医や専門医の導入、あるいは包括制または人頭払い、あるいは出来高払い、これらを併存させるのであればその仕方をきっちり我々の側から提案すべきではないのかと思っています。

病院団体が主体になった検討会をぜひ設置してい

望ましい診療報酬体系 全日病 病院のあり方に関する報告書

1. 医療の質や医療の安全を高めることに寄与する
2. 医療を担うものの努力を正当に評価する
3. 医療の過剰・過小を廃し効率的な医療提供に寄与する
4. 疾病別の特性を十分加味し、かつ、病期別対応もなされる
5. 患者の重症度、看護度、介護度を反映する
6. 診療に係る各職種の技術料と診療材料費、薬品費などを含めたランニングコストと、建物の初期投資・維持管理を評価するキャピタルコストを、各々反映する
7. 各医療行為の費用データを基にし根拠にもとづいている
8. 外来機能ではプライマリーケア、専門性の各々が評価される
9. 健康増進・予防に対する評価がされる
10. 事務処理が比較的容易である
11. 行政・医療機関などが予算を立てることが容易である
12. 新しい技術の評価が毎年行われる

スライド43

今後の対応

医療提供者側から提案すべきではないか？

財源に関する提言が必要ではないか？

当面効率化による一定の財源捻出は可能ではないか？

IT化による情報の共有化

(重複画像検査・重複／多剤薬剤投与・重複検体検査の是正)

費用データ調査による要求

外来診療の機能分化と病院の入院医療への特化

かかりつけ医・専門医の導入と包括制又は人頭払い(予防・継続管理)と出来高払い(急性病変)の並存

病院団体が主体の検討会設置

改定影響度・費用調査チームの常設
理想的な診療報酬体系の提言
— 診療所との連携を念頭に
改定時交渉役の養成

医療提供体制のあるべき論から
急性期から慢性期、介護施設まで
必要な施設が生き残れる診療報酬
体系を真剣に考えるべきではないか？

スライド44

ただきたいと思っています。改定の影響度、費用の調査チームは常設しなければいけないと思います。理想的な診療報酬体系はどうするのかということは診療所との連携も念頭にしておくべきだろうとい

うこと、日医が交渉下手だという話もありましたので、交渉役の養成も求められているのかなと思っております。

要するに医療提供体制からのあるべき論をきちんとお話しをして、病院・診療所それぞれが成り立たなければ良い医療提供体制をつくっていけないと思っています。そろそろ、各種の施設が生き残ることができる診療報酬体系をきちんと我々の側で考えるべきではないか、と思っている次第です。ご清聴ありがとうございました。

■質疑応答

●医療の現場を厚労省はどう見て、どう理解しているのだろうか？

座長（有賀） 徳田先生、どうもありがとうございます。少し会場からの質問などよろしいですか。せっかくの機会ですし、かなりハイレベルな話が並んでいたということもあります。何かご質問などはありませんか。議論をすることによって理解が深まるということもありますので、いかがでしょうか。

先生が最後にお触れになった、そもそもあるべき姿を論じて、そこからこの部分はこうだ、あの部分はこうだと導いていく考え方、高齢者医療も多分そうなのだと思いますが、私自身が急性期の病院に行ってこの手の議論を時々するのですが、地域の中核的な大きな病院が、三次救急医療であれ二・五次であれ、そういうところでそれなりの医療ができるのは、普通の二次救急病院が普通の二次救急をきちんとやっていたらいて、なおかつ三次救急医療を担うそれらの病院に患者さんが入ってこられるのは、その患者さんが一定の治療を経たその後には次のステップに行けるという流れがあるわけです。そういう地域のダイナミズム——僕自身は地域の包括的な医療という言い方を時々するのですが、厚生労働省の役人の方たちはそういう社会の成り立ち方、人々の生活、そういうきわめてベーシックな町の景色という観点からみて、一体どういう中身で物事を考えているということになるのでしょうか。

徳田 私の知る限り、多分おわかりになっていないことは事実だと思うのです。それは彼らが悪いというよりも彼らの仕事が、そういう現場に見にいて何かをという仕組みになっていないからだと思います。

います。最近はどうかわかりませんが、介護のほうの担当になりますと、確か1週間ほど、どこかの老健施設に見学ないしは泊まり込みに行くということが行われていたと聞いています。その担当になる方々はある程度そういうところで実態を見ているので、現場の業務に関するお話があってもよくわかりになるということがあると思います。しかし今の医療課の方々は、技官の方々がトップになってやられているとはいっても、状況はおわかりにならないと思います。

ただやはり、医師不足も含めまして、最近いわれている集約化等々のまとめ方の議論のなかでは、現場のほうを向いてやらなければいけないということを理解はされていると思うのです。それをどのようにやるのか、診療報酬も含めて考えることができるかということなかなか難しい……というのは、結局2,200億円減らさなければいけないという大前提からスタートするからです。

ですから先ほども触れたように、2,200億円減らせるものは何かと鉛筆をなめるわけです。いちばん簡単なのは、外来の数が全部データで出ていますから、ここで1点減らしたらそれだけは財源は確保できますよということがわかるわけです。実は、私も入っている全日病で実態調査をして——療養病床で実は2回、緊急調査をさせられました。医療区分1は何%、2は何%という調査です。同じ割合であるという結果が出ました。大変遺憾に思っているのですが、それで彼らは確信を持って、これだけカットしたらこれだけ財源が生まれるということをやったのだと思っています。そういうように、減らせる部分はどれだけで、引き上げたら影響がどうかは数字があればできるのです。

1つ1つ理想的なかたちをつくっていくのに、段階をどう踏んだらいいのかということはある程度おわかりかもしれないけれども、それを診療報酬に置き換えてやっていく作業で具体的によくわからないのだと思うのです。

今回診療報酬が下がり、それなりの影響を受けていると思います。緊急調査では半分くらいの施設が減収になっていると聞いていますが、じゃあ減収になって医療の質はどうなるのかとか、減収が患者の増減によるものか、診療報酬改定の影響なのか、そういうことを恒常的に調べるすべを全く持っていないですね。患者さんがどう動くかもよくわかって

いない、残念ですが。彼らに情報が無いからできないことも事実だと思うのです。

私が考えていることは、これは北海道病院協会でやり始めたことなのですが、きちんとした疾病調査をやろう。医療提供体制がどうなっているのか、地域にどんな先生がいらっしゃるのかも調べましょう。医師不足の問題に関連して考えると、専門医でありながら診療所の先生もいらっしゃるだろうし、となれば、例えば診療所の先生に5日間のうち2日間は、地域の中核病院に行っていただけませんか。専門のその部門を担っていただけませんか。そうすると、その2日についての収入の確保は行政も含めて考えましょうという考え方も成り立つわけです。

でも、このようなことはベースのデータがないとできないわけです。それで私は、先ほどいろいろと病院団体が頑張りましたよという話をさせていただきましたが、そういう医療提供体制のデータをきちんととって、できれば疾病のデータも持ったうえで、こういうことにしたらいかがですかということをはっきりと絵に見えるようにして、厚労省に提示をするということが求められているのではないかと思います。彼らは残念ながら、そういう情報を持っていないがために、具体的に数字に置き換えられないとできないのだということだと思っているのですが。

●勤務医の事務軽減策（事務補助職員の配置）の前に？

質問者 徳田先生、どうもありがとうございます。勤務医の支援のことが出ているわけですが、勤務医支援策、究極のところは勤務医を増やすことですよね。勤務医を増やすことに代えて、あたかも医者事務を軽減すると支援になるという、その発想で本当にいいのかなという思いがちょっとあるのです。というのは、医者の、いろいろな証明書を書く業務というのはだれかに代替できるのかどうかという基本的な問題がある。それも患者の数が多いためにパンクしているわけです。まさに質の担保が、文書類の質の担保がだれかに任せてそれで済むのかという問題もあります。そういうことが議論されないままに、技術論としてこれが出てくるのは、これで大丈夫なのだろうかと思うわけです。文書類がある意味で社会的影響力を与えることも考えると、我々はどうかとらえたらいいのか、先生はどのようにお考えですか。

徳田 残念ながら、きっと、医師養成を抑制して

きた側が、すぐ自分からごめんなさいとは言いきれなかったのだと思います。昨日か一昨日か、厚労大臣は、今回は医師を増やすのだと決めたと聞いていますから、それはそれで方向転換をしたことは良いことなのですが、今議論されていることは、医師不足に対して、結局、業務分担をどうかしようというお話になってますよね。看護職の部分もそうです。ですからこの議論はしばらくの間、続くのだと思います。そういう意図をもって今回そこに点数を付けたかどうか分かりませんが、多分そういう動きはあるのかなと思っています。ですから、ドクターが直接やらなくてはいけないこと以外の業務については何とかしようという動きはあると思います。先生がおっしゃるように、ドクターの代替がそれでできるかということについていえば、本当にそれは大きな問題だと思います。

ただ、実態を直接見たわけじゃないのですが、アメリカあたりですと、口述したものを記録し、それを医師がチェックすればいいシステムになっているようですね。そういう書くという業務、打ち込む業務も同じですが、そういうことは後でチェックをする仕組みさえあれば、それはできない相談ではないですよ。ですから診療録管理士を育てていて、その流れのなかに、もう少し業務のレベルを上げていただくことによって、そんなことができる可能性はあるのかなと、私個人は思っています。

そうやって仕事の分担をしても、実際に医療過誤などにつながらない、あるいは問題視されないのであれば、積極的に取り入れたほうがいいのかと思っているのですが、いかがですか。

質問者 ありがとうございます。

座長（有賀） ほかにございますか。どうぞ。

●病院団体がもっと主体的に動けるようになるには？

質問者 先生が最後に言われました、病院団体が主体となって、いろいろな意見を持っていくということですが、現在そういうシステムがまだないですよ。相変わらず医師会が主体で、例えば今回、外来の再診料などで、こっちを減らしてこっちを増やすということになると、えらい対立が起きました。そういったシステムをある程度構築するにはどうしたらいいか、お考えがあればお聞きしたいのですが。

徳田 四病協というのがありまして、かなり頑張っているのです。今もずっと継続してやっている

わけですが、ただどうしても、実際に基本的な本来の姿まで立ち返ってやるにはまだまだ力業が必要だと思っていますので、どうしても、表面的な議論でしかないということがあります。今日は山本会長もいらっしゃっていますし、今後、一緒にいろいろなことができるだろうと思っています。先ほど会長もお話のなかで、そういうことに触れられましたし、ぜひこれからやっていきたいと思っている次第です。

●医療機能評価を診療報酬で使わないのは？

座長（有賀） 今日のハイレベルなお話からするとちょっと枝葉末節かもしれませんが、日本医療機能評価機構というのがあって、あれは昔、ほんのちょっぴり外来の診療報酬に差がついていた時期が確かありましたよね。今はもうないんですよね。

徳田 はい、ないです。

座長（有賀） その医療機能評価機構の比較的重鎮の先生に、「どうして診療報酬が付かないのですか」と聞いたら、「まだ30%くらいの病院しか取っていないので、50%を超えないと。診療報酬というのは差別をすることができないのだよ」と言われたのですが、これってどういう意味なのですか。だって救命救急センターにそれなりのお金が付くという話は、救急車が走るたった数%の病院にお金が付いた話ですよね。半分にもいかないですよね。だから

何が差別で何が差別じゃないのかわかりませんし、もし本当にクオリティを測るといっても、アウトカムで測るという話はきわめて難しいわけです。だから少なくともプロセスとかで測ることがもしできるのであれば、それはそれで育くんでいく価値くらいはあるんじゃないかと思うのですが。

徳田 個人的にはそのとおりだと思っています。医療機能評価は任意ですから、そのあたりは少し問題があるのかもしれませんが。ですから国がこういうことを1つ義務として掲げて、それを受けなければ駄目だという方向になると、当然診療報酬との絡みですすぐできるのでしょうけれども。ただ私個人は、一方で、今の機能評価機構の評価が本当にあれでいいのかどうか、重箱の隅を突つくようなことがありましたね。何度も是正を求めていますなかなか直らない。私個人は、カルテを見れば、もうその医療機関のことはわかるのだと常に思っているのですが。やはりそのへんのところが、点数を付けていいかどうかということになると議論になるのかなということなのですが、いかがでしょう。

座長（有賀） わかりました。悪しき証拠主義の権化みたいところがないとは言えませんから。

それでは先生、時間がまいりましたので終わりにさせていただきますと思います。先生、本日は本当にどうもありがとうございました。

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目指す。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人 日本病院会

平成20年 4 月 診療報酬改定に関する 緊急アンケート調査 中間報告書

平成20年 7 月

社団法人 日本病院会

はじめに

近年の医療技術の著しい進歩と人口高齢化等に対応するために、病院はそれなりの費用と人材の投入が不可欠です。一方我が国では、1983年の厚生省高官による「医療亡国論」以来、20年余に亘って医療費と医師養成を抑制する政策が続いてきました。その結果、近年は、主に産科、小児科、救急医療で医師不足による事件がたびたび起こり、最近ではマスコミ論調も変化を来たして、「医療崩壊」が大きく取り上げられるようになっていきます。

それにもかかわらず、平成20年度の診療報酬改定でも、全体で0.82%の引き下げが行われました。病院経営には一層の努力が必要になるものと思われるます。

診療報酬改定による影響を把握することは、病院経営の上でもっとも重要な事柄の一つであることは申し上げるまでもありません。これを踏まえ、日本病院会事務管理者委員会は、5月に全会員病院を対象に改定影響度調査を緊急に行いました。可及的速やかに結果を得るために、調査は収入のみとし、支出は調べませんでした。また、厚労省の統計（メディアス）では、医療費の伸びは制度改正後に急落し、その状態のままで安定するとされていますので、改定後の調査は平成20年4月単月としています。これらの点についてご理解をいただきたいと存じます。調査結果の詳細な分析には、今しばらく時間を要しますが、概要がまとまりましたので、取り急ぎ中間発表いたします。

日常業務で大変ご多忙な中を、回答して下さいました病院様に心からお礼申し上げます。

平成20年 7 月

社団法人日本病院会 会長 山本 修三

社団法人日本病院会 事務管理者委員会 委員長 佐合 茂樹

平成20年4月診療報酬改定に関する緊急アンケート調査 中間報告書 平成20年7月

目次

I. 調査方法の概要	51
II. 回答病院の属性	53
III. 調査結果の要約	56
IV. 調査結果	
1. 置き換え試算による比較	59
2. 患者1人1日当たり診療収入（単価）と前月比 —平成19年4月／3月，20年4月／3月—	60
3. 一病院当たり診療収入と前年比 —平成19年4月，20年4月—	67
4. 一病院当たり件数・延患者数と前年比 —平成19年4月，20年4月—	73
5. 回答病院の損益予想	79
6. 主な意見	82
V. 調査票	92

I. 調査方法の概要

〔1〕調査の目的

平成20年度診療報酬改定が病院の収入に与える影響を検証し，会員病院の医療経営に資することを目的としている

〔2〕調査の対象・方法

日本病院会に加盟する病院に診療収入について別紙調査票によるアンケート調査を平成20年4月21日から5月20日にかけて行った

（アンケート送付2,532病院，回答717病院，回答率28.3%，有効回答数258病院）

〔3〕調査対象期間と主な調査項目

平成19年3月，4月，20年3月，4月の4ヶ月の月別の診療収入と件数・延患者数を調べた

〔4〕調査の内容

1. 改定診療報酬点数による置き換え試算を行った238病院についてその結果を調査した。置き換え試算とは，改定前のある月の診療報酬の全項目を，改定後の診療報酬点数で置き換えて両者を比較し，改定の影響度をみる方法である。

2. 1人1日当たり収入（単価）と前月比較 —平成19年4月／3月，20年4月／3月—

単価は季節要因や診療実日数の影響は受けないので，改定直後の20年4月と直前の3月を比較して改定の影響度を検索した。対照として，19年4月の前月比も調査した。①から⑦までの各項目の調査により，それぞれの特性等に対する影響度や単価等を知ることが可能であり，また，自院との比較も可能である

- ①全病院
- ②病棟種類別
- ③病床規模別（一般病院）
- ④開設主体別
- ⑤機能別
- ⑥入院基本料別（一般病院）
- ⑦診療行為別

3. 診療収入と前年比較 —平成20年3月，20年4月—

前年同月比の調査により1年間の診療報酬の変化をみることができる。対照として20年3月比も調査した。

- ①全病院
- ②病棟種類別
- ③病床規模別（一般病院）
- ④開設主体別
- ⑤機能別
- ⑥入院基本料別（一般病院）

4. 件数・延患者数の前年同月比較 —平成20年3月・4月—

- ①全病院
- ②病棟種類別
- ③病床規模別（一般病院）

5. 回答病院の損益予想

6. 自由意見

全回答病院の意見を項目毎に整理し，掲載した

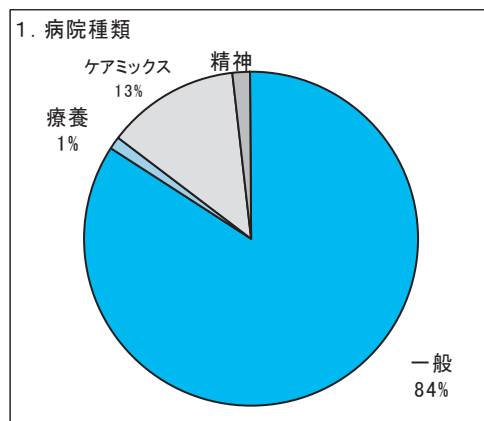
〔5〕調査票

別紙参照

Ⅱ. 回答病院の属性

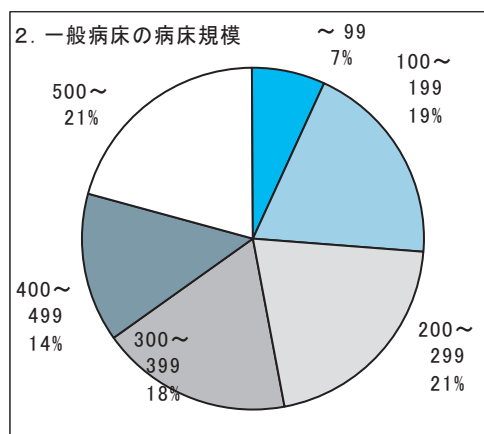
1. 病院種類

病床区分	病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
一般	217	344	360
療養	3	312	328
ケアミックス	34	180	184
精神	4	392	429
計(平均)	258	(323)	(338)



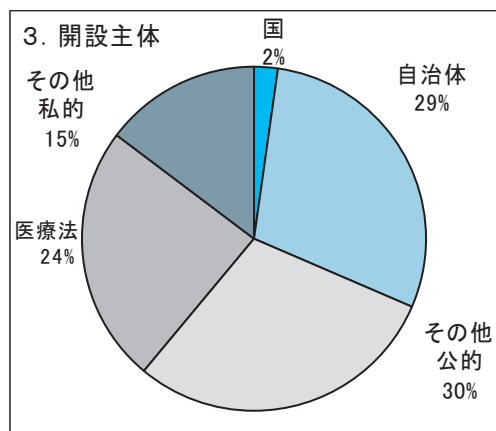
2. 一般病院の病床規模

病床数	病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
～ 99	15	72	81
100～199	42	165	172
200～299	45	245	276
300～399	39	341	348
400～499	31	445	458
500～	45	632	655
計(平均)	217	(344)	(360)



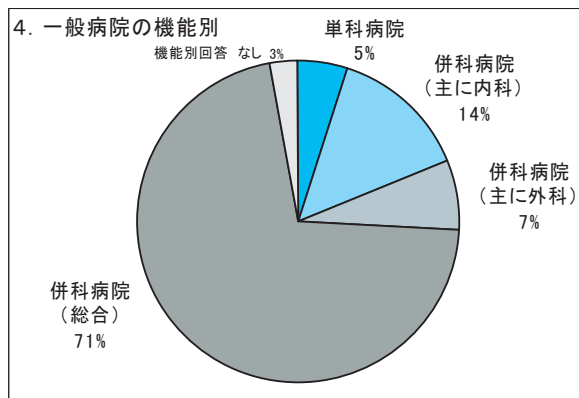
3. 開設主体

開設者	病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
国	6	533	533
自治体	75	367	390
その他公的	77	345	359
医療法人	62	240	250
その他私的	38	289	304
計(平均)	258	(323)	(338)



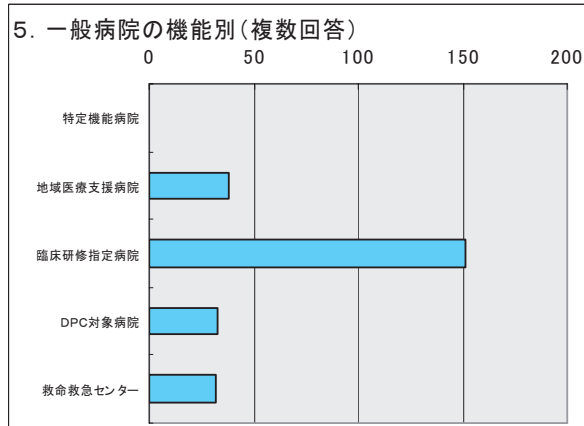
4. 一般病院の機能別

単科・併科・総合	病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
単科病院	11	213	222
併科病院 (主に内科)	30	230	247
併科病院 (主に外科)	15	166	179
併科病院 (総合)	155	392	409
機能別回答 なし	6	342	354
計(平均)	217	(344)	(360)



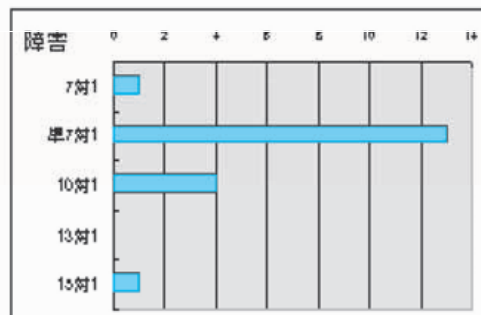
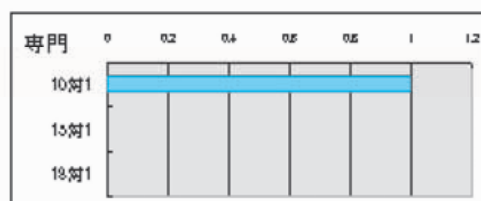
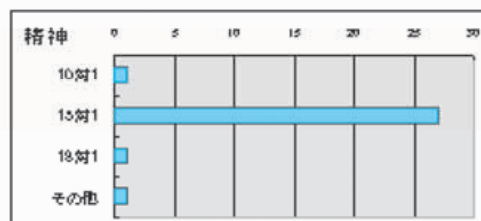
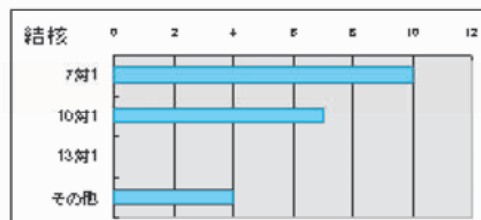
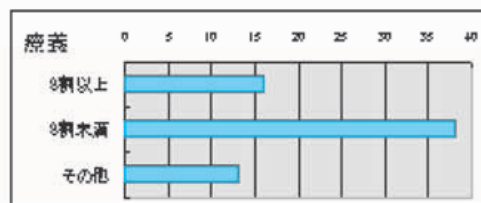
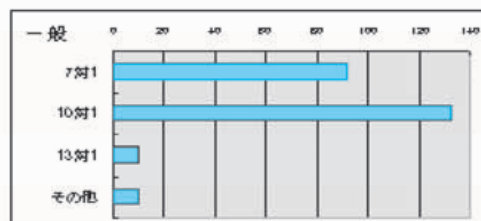
5. 一般病院の機能別 (複数回答)

機能	病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
特定機能病院	0	—	—
地域医療支援病院	38	429	458
臨床研修指定病院	151	390	405
DPC対象病院	33	444	459
救命救急センター	32	600	635



6. 入院基本料

入院基本料		病院数	平均実働病床数	平均許可病床数
一般病棟	7 対 1	92	358	374
	10 対 1	133	277	290
	13 対 1	10	118	125
	その他	10	119	122
	計(平均)	245	(295)	(308)
療養病棟	8 割以上	16	125	126
	8 割未満	38	70	71
	その他	13	76	80
	計(平均)	67	(84)	(86)
結核病棟	7 対 1	10	10	20
	10 対 1	7	9	13
	13 対 1	0	—	—
	その他	4	35	35
	計(平均)	21	(15)	(20)
精神病棟	10 対 1	1	30	36
	15 対 1	27	123	130
	18 対 1	1	200	200
	その他	1	296	296
	計(平均)	30	(129)	(135)
専門病院	10 対 1	1	557	615
	15 対 1	0	—	—
	18 対 1	0	—	—
	計(平均)	1	(557)	(615)
障害者施設等	7 対 1	1	402	402
	準 7 対 1	13	318	325
	10 対 1	4	142	151
	13 対 1	0	—	—
	15 対 1	1	42	60
	計(平均)	19	(271)	(278)



Ⅲ. 調査結果の要約

1. 置き換え試算による比較

- 置き換え試算を行った238病院の影響度の平均は▲0.50%であり、診療報酬改定の▲0.82%をほぼ正確に反映していた（P59, 60）

2. 一人一日当たり診療収入（単価）の前月比 —平成20年4月／3月—

①全病院

- 外来は平成20年4月／3月比較では、▲0.62%であった
- 入院（DPC）は、2.66%、入院（DPC以外）は1.77%といずれもプラスであった（P60）

②病棟種類別

- 外来は分析数の多い一般病院（n = 217）で▲0.57%、ケアミックス病院（n = 34）で▲1.30%であった
- 入院（DPC）は、2.66%、入院（DPC以外）は一般病院で1.89%のプラスであった（P61）

③病床規模別（一般病院）

- 外来は、100～199床群（0.16%）を除いて全ての群でマイナスであった。特に500床以上の群で▲1.49%とマイナス幅が大きい
- 入院（DPC）は、全てプラスであり、200～299床（9.01%）、500床以上（4.04%）が大きなプラス幅を示した。入院（DPC以外）は、～99床の病院群（▲0.58%）を除いて全てプラスであった（P62）

④開設主体別

- 外来は、医療法人（0.01%）を除いてすべてマイナスであった
- 入院（DPC）は、全ての開設主体でプラスであったが、自治体病院（0.46%）、その他公的病院（0.45%）でプラス幅が小さく、医療法人（4.32%）、その他私的（4.75%）でプラス幅が大きい
- 入院（DPC以外）は、全ての開設主体でプラスであり、開設主体別による大きな差はみられなかった（P63）

⑤機能別

- 外来は、併科病院（主に外科）のみでプラス（0.49%）であり、その他はマイナスであった
- 入院はDPC病院、DPC以外病院を問わず全てプラスであり、DPCでは単価病院が11.22%、DPC以外では併科病院（主に外科）が3.84%とプラスが大きかった（P64）

⑥入院基本料別（一般病院）

- 外来は7対1（▲0.21%）と10対1（▲1.09%）でマイナスであったが、13対1（0.93%）とその他（0.90%）ではプラスであった
- 入院（DPC）は全体で2.66%のプラスで、10対1病院は4.10%とプラス幅が大きかった
- 入院（DPC以外）は、全体で1.89%、全ての入院基本料においてプラスであった（P65）

⑦診療行為別

- 外来は、診察料（▲2.12%）、注射料（▲3.13%）、検査料（▲3.56%）が低く、リハビリ料（11.05%）が高い
- 入院（DPC）は、手術料（4.50%）、画像診断料（5.27%）、リハビリ料（6.44%）、診察料（4.94%）、その他（14.12%）のプラス幅が大きく、指導料（▲0.26%）はマイナスであった
- 入院（DPC以外）は、手術料（4.37%）、検査料（5.11%）、リハビリ料（11.60%）が高く、注射料（▲3.19%）、処置料（▲5.90%）でマイナスであった（P66, 67）

3. 一病院当たり診療収入の前年比 —平成19年4月／20年4月—

①全病院

- 診療収入（外来＋入院）は、2.47%のプラスで、外来1.86%、入院2.75%であった（P67）

②病棟種類別

- 精神科病院の入院（▲3.10%）を除いてすべてプラスであった（P68）

③病床規模別（一般病院）

- 外来は全てプラスで、全体で1.86%であった
- 入院は全体で2.88%のプラスだが、100床未満病院（▲1.83%）と200～299床病院（▲1.52%）でマイナスだった（P69, 70）

④開設主体別

- 全ての開設主体でプラスであり、特に国は入院（6.04%）、外来（7.76%）とプラス幅が大きい（P70, 71）

⑤機能別

- 「機能別回答なし」の外来を除いて全てプラスであった（P71, 72）

⑥入院基本料別（一般病院）

- 入院の13対1（▲16.67%）のマイナス幅が大きいですが、この群を除いて全ての群でプラスであった（P72, 73）

4. 件数・延患者数の前年比 —平成19年4月／20年4月—

4-1 件数

①全病院

- 外来は▲1.65%、入院（DPC）がプラス1.39%、入院（DPC以外）が0.76%であった。（P73）

②病棟種類別

- 外来は、一般（▲1.65%）、ケアミックス（▲2.29%）であった
- 入院（DPC）が1.39%のプラス、入院（DPC以外）では一般（0.88%）以外はマイナスであった（P74）

③病床規模別（一般病院）

- 外来は、300～399床（0.60%）を除いて全てマイナスであった
- 入院（DPC）は300床以上でプラス、299床以下でマイナス、入院（DPC以外）は400床以上でプラス、399床以下でマイナスと規模によって明確に分かれた（P75, 76）

4-2 延患者数

①全病院

- 外来が▲0.64%、入院（DPC）が▲1.32%、入院（DPC以外）が▲1.85%とすべてマイナスであった（P76）

②病棟種類別

- 外来は一般（▲0.72%）、療養（▲3.40%）とマイナスであり、ケアミックス（0.24%）、精神（3.44%）はプラスであった
- 入院（DPC）は▲1.32%であり、入院（DPC以外）では療養（3.12%）以外でマイナスであった（P77）

③病床規模別（一般病院）

- 外来は300～399床群を除いて全てマイナス。入院（DPC）、入院（DPC以外）においても全ての病床群でマイナスであった（P78, 79）

まとめ

1. 置き換え試算を行った238病院の影響度の平均は▲0.50%で、診療報酬改定の▲0.82%をほぼ正確に反映していた (P59, 60)
2. 単価について、20年4月の前月比を全病院で見ると、外来はマイナス、入院はプラスで、診療報酬が外来から入院へシフトした傾向がうかがわれた (P60)
3. 収入について、20年4月の前年比を全病院で見ると、外来、入院とも増加した：外来+入院2.47%、外来1.86%、入院2.75% (P67)
4. 件数について、20年4月の前年比を全病院で見ると、外来は1.65%減ったが、入院はDPC1.39%、DPC以外0.76%と増えた (P73)
5. 延患者数について、20年の4月前年比を全病院で見ると、入院、外来とも減少した：外来▲0.64%、入院 (DPC) ▲1.32%、入院 (DPC 以外) ▲1.85% (P76)
6. 外来について、20年4月の前年比を全病院で見ると、件数・延患者数ともに減少しているが単価が増加し、収入は増えていた (P60, 67, 73, 76)
7. 入院について、20年4月の前年比を全病院で見ると、DPC、DPC 以外を問わず、件数が微増、延患者数は減少し、平均在院日数が短縮したことがうかがえる。また、収入、単価とも増加している (P60, 67, 73, 76)
8. 外来・入院とも国立病院群の大幅な増収が目立った (P70, 71)
9. 入院件数は、大規模病院が増加し、規模による差違が明確になった (P75, 76)
10. 入院では、13対1入院基本料病院が苦戦している (P72, 73)
11. 損益予想では減収減益とするものが46%と多く、増収増益予想は17% (P79)

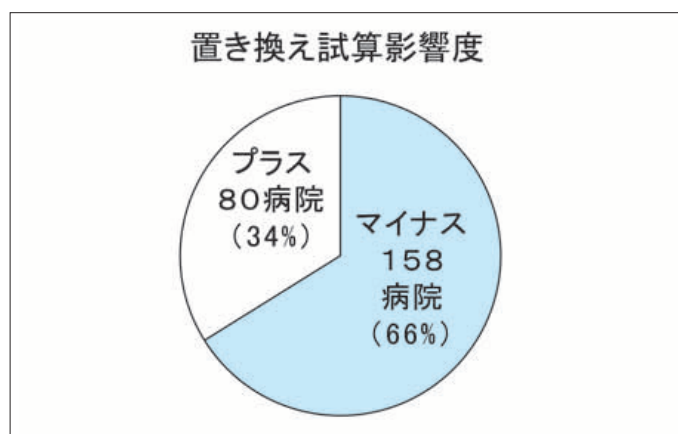
IV. 調査結果

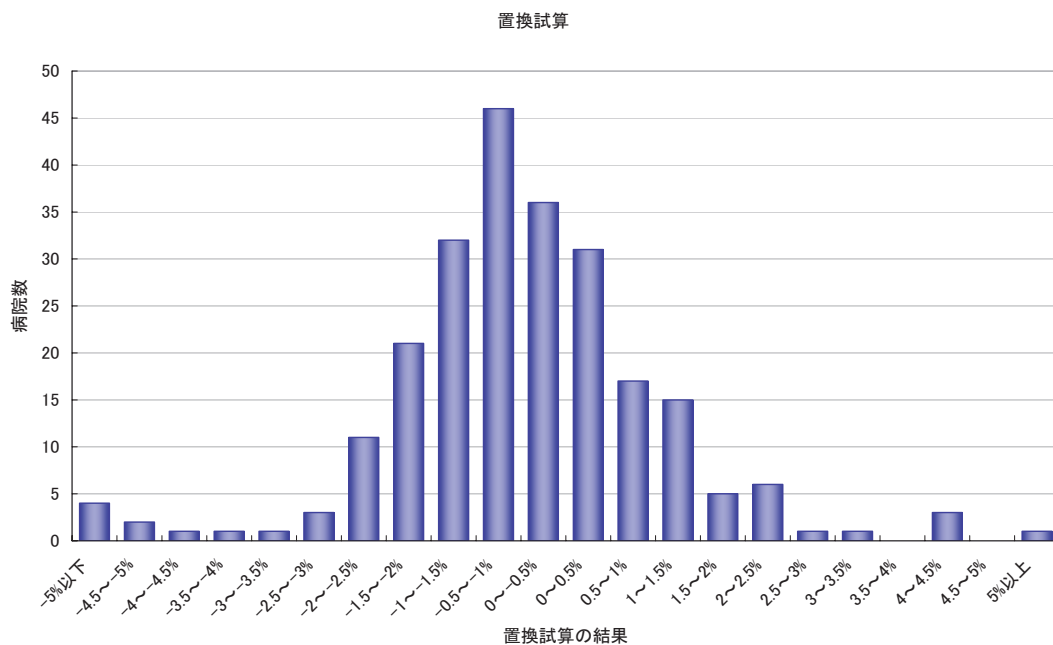
1. 置き換え試算による比較

置き換え試算は、改定前のある1ヶ月の診療報酬を改定後の点数で置き換え両者を比べることによって、改定の影響を検討する方法である。

- 置き換え試算実施の259病院のうち、有効回答238病院の影響度を見るとマイナスの影響病院は158病院（66%）、プラスの影響病院は80病院（34%）であった。
- 一般病院の病床規模別では、プラスとなったのは500床以上の病院群のみである。
- 病院全体の改定影響率の平均は、マイナス0.5%であった。

病院分類	病院数		影響度の分布													
	病床数	客 体 数	分 析 数	平均 値 (%)	～ ▲5.0	～ ▲4.0	～ ▲3.0	～ ▲2.0	～ ▲1.0	～ ▲0.0	0.0 ～	1.0 ～	2.0 ～	3.0 ～	4.0 ～	5.0 ～
一般	～ 99	58	17	▲1.05		1	1		6	7	1			1		
	100～199	112	41	▲0.17		1		2	5	14	11	6	2			
	200～299	106	35	▲0.63	1		1	1	7	13	8	3	1			
	300～399	97	36	▲0.42	1			1	12	13	5	2			1	1
	400～499	75	23	▲0.16				3	5	7	3	2	1		2	
	500～	124	25	0.03					4	8	10	2	1			
	計	572	177	▲0.37	2	2	2	7	39	62	38	15	5	1	3	1
療養		22	7	▲2.14	1			2	3		1					
ケアミックス		98	51	▲0.79	1	1		5	11	18	9	5	1			
精神		23	3	0.76						2			1			
その他		2	0	—												
合計		717	238	▲0.50	4	3	2	14	53	82	48	20	7	1	3	1
累計					4	7	9	23	76	158	206	226	233	234	237	238





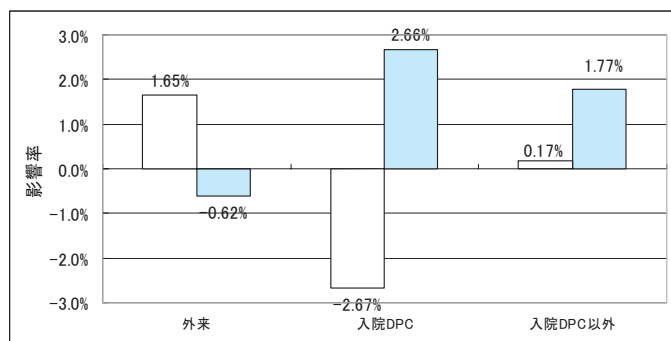
2. 患者1人1日当たり診療収入（単価）と前月比 ―平成19年4月／3月，20年4月／3月―

①全病院

（単位：円）

	病院数		19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
	客体数	分析数					19年	20年
外来	717	258	10,147	10,314	10,638	10,572	1.65%	▲0.62%
入院 DPC	717	33	51,016	49,655	51,390	52,757	▲2.67%	2.66%
入院 DPC 以外	717	225	33,776	33,832	34,505	35,116	0.17%	1.77%

【全病院の4月／3月比較（平成19年・平成20年）】

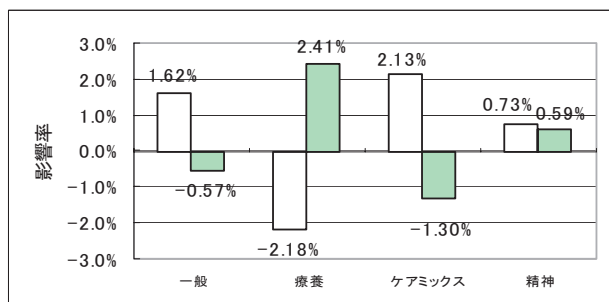


②病棟種類別

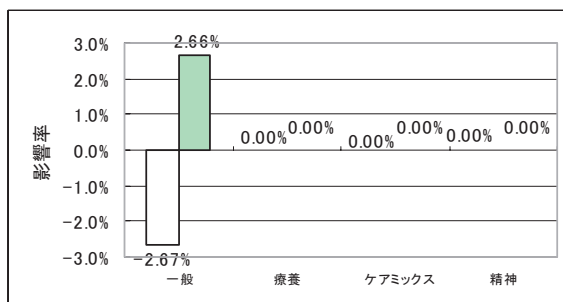
(単位：円)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
							19年	20年
外来	一般	217	10,413	10,582	10,961	10,898	1.62%	▲0.57%
	療養	3	5,099	4,988	4,738	4,852	▲2.18%	2.41%
	ケアミックス	34	8,676	8,861	8,973	8,856	2.13%	▲1.30%
	精神	4	12,032	12,120	11,687	11,756	0.73%	0.59%
入院DPC	一般	33	51,016	49,655	51,390	52,757	▲2.67%	2.66%
	療養	0	—	—	—	—	—	—
	ケアミックス	0	—	—	—	—	—	—
	精神	0	—	—	—	—	—	—
入院DPC以外	一般	184	36,090	36,197	36,896	37,593	0.30%	1.89%
	療養	3	18,213	18,564	18,827	18,521	1.93%	▲1.63%
	ケアミックス	34	24,934	24,696	25,296	25,576	▲0.95%	1.11%
	精神	4	14,152	14,152	14,581	14,746	0.00%	1.13%

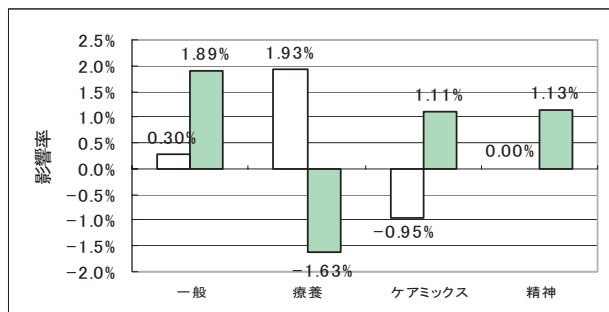
外来



入院DPC



入院DPC以外

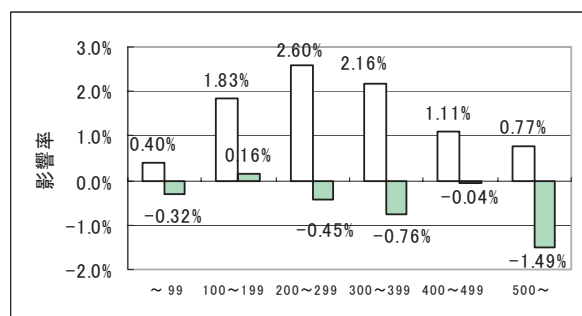


③病床規模別（一般病院）

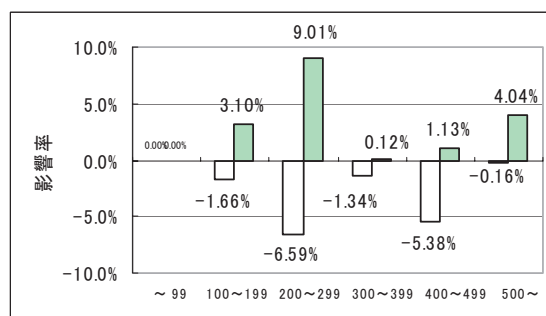
（単位：円）

		分析数	19 年 3 月	19 年 4 月	20 年 3 月	20 年 4 月	4 月/3 月比較	
							19 年	20 年
外 来	～ 99	15	8,048	8,080	8,432	8,405	0.40%	▲0.32%
	100～199	42	9,378	9,550	9,836	9,852	1.83%	0.16%
	200～299	45	10,652	10,929	11,373	11,322	2.60%	▲0.45%
	300～399	39	10,077	10,295	10,544	10,464	2.16%	▲0.76%
	400～499	31	11,033	11,156	11,603	11,598	1.11%	▲0.04%
	500～	45	11,793	11,884	12,362	12,178	0.77%	▲1.49%
	計	217	10,413	10,582	10,961	10,898	1.62%	▲0.57%
入 院 D P C	～ 99	0	—	—	—	—	—	—
	100～199	3	49,518	48,696	50,293	51,851	▲1.66%	3.10%
	200～299	3	53,813	50,265	49,981	54,483	▲6.59%	9.01%
	300～399	8	48,593	47,943	50,453	50,512	▲1.34%	0.12%
	400～499	9	53,189	50,329	51,788	52,372	▲5.38%	1.13%
	500～	10	50,608	50,525	52,533	54,654	▲0.16%	4.04%
	計	33	51,016	49,655	51,390	52,757	▲2.67%	2.66%
入 院 D P C 以 外	～ 99	15	30,675	31,078	31,150	30,968	1.31%	▲0.58%
	100～199	39	33,660	33,950	34,557	35,341	0.86%	2.27%
	200～299	42	34,142	34,474	35,205	35,864	0.97%	1.87%
	300～399	31	35,524	35,187	35,776	36,647	▲0.95%	2.43%
	400～499	22	36,804	36,612	36,882	37,734	▲0.52%	2.31%
	500～	35	43,507	43,598	44,996	45,764	0.21%	1.71%
	計	184	36,090	36,197	36,896	37,593	0.30%	1.89%

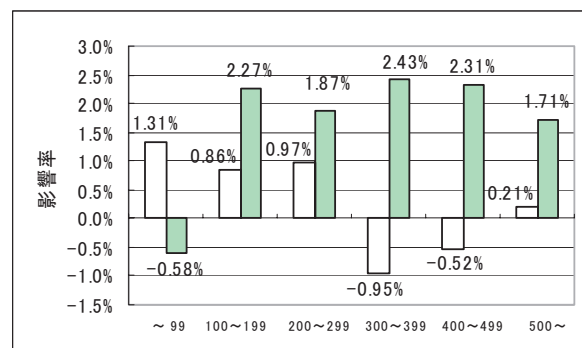
外来



入院DPC



入院DPC以外

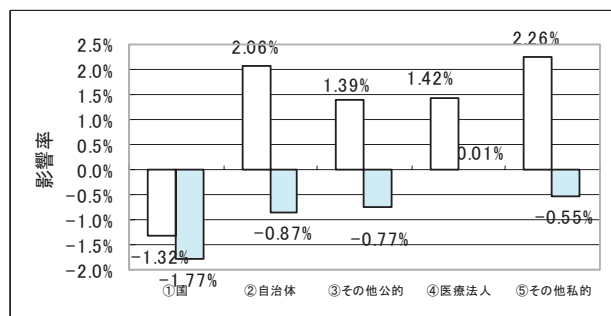


④開設主体別

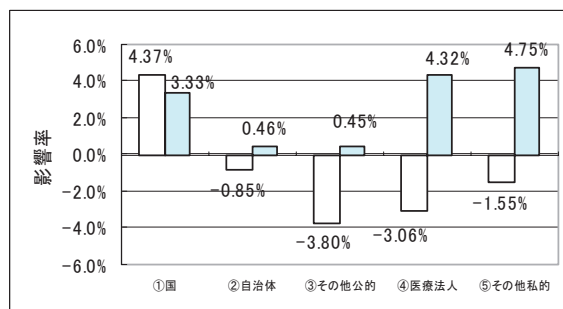
(単位：円)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
							19年	20年
外来	国	6	11,395	11,245	12,828	12,601	▲1.32%	▲1.77%
	自治体	75	9,633	9,831	10,233	10,144	2.06%	▲0.87%
	その他公的	77	11,094	11,248	11,491	11,403	1.39%	▲0.77%
	医療法人	62	9,411	9,545	9,769	9,770	1.42%	0.01%
	その他私的	38	10,250	10,482	10,780	10,721	2.26%	▲0.55%
	計	258	10,147	10,314	10,638	10,572	1.65%	▲0.62%
入院DPC	国	2	45,217	47,192	48,769	50,395	4.37%	3.33%
	自治体	1	39,916	39,575	42,192	42,387	▲0.85%	0.46%
	その他公的	14	49,105	47,241	49,288	49,511	▲3.80%	0.45%
	医療法人	12	49,779	48,258	49,751	51,900	▲3.06%	4.32%
	その他私的	4	67,087	66,049	67,273	70,466	▲1.55%	4.75%
	計	33	51,016	49,655	51,390	52,757	▲2.67%	2.66%
入院DPC以外	国	4	36,611	35,630	37,304	38,349	▲2.68%	2.80%
	自治体	74	35,668	35,687	36,596	37,325	0.05%	1.99%
	その他公的	63	35,915	36,032	36,608	37,250	0.33%	1.75%
	医療法人	50	27,290	27,306	28,070	28,353	0.06%	1.01%
	その他私的	34	34,897	35,106	35,194	35,921	0.60%	2.07%
	計	225	33,776	33,832	34,505	35,116	0.17%	1.77%

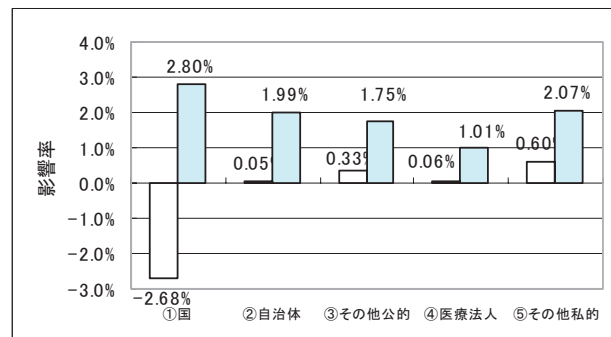
外来



入院DPC



入院DPC以外

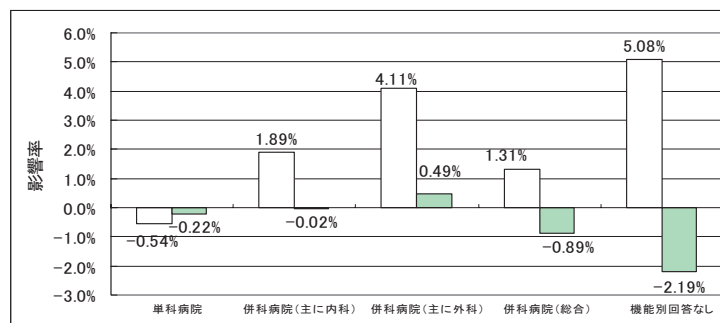


⑤機能別

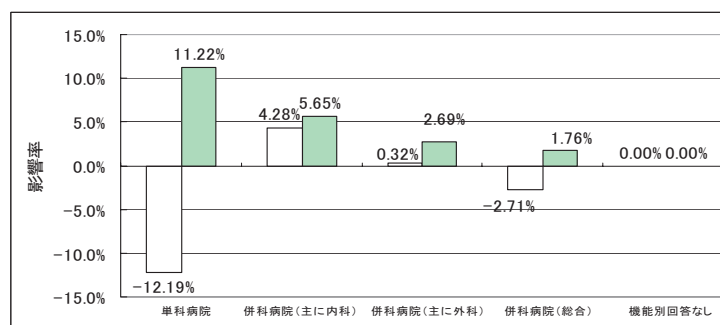
(単位：円)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
							19年	20年
外来	単科病院	17	10,212	10,157	10,676	10,653	▲0.54%	▲0.22%
	併科病院（主に内科）	48	9,273	9,448	9,746	9,744	1.89%	▲0.02%
	併科病院（主に外科）	20	11,063	11,518	11,797	11,855	4.11%	0.49%
	併科病院（総合）	164	10,358	10,494	10,820	10,724	1.31%	▲0.89%
	機能別回答なし	9	8,816	9,264	9,427	9,221	5.08%	▲2.19%
入院DPC	単科病院	2	56,656	49,749	52,039	57,876	▲12.19%	11.22%
	併科病院（主に内科）	2	57,899	60,376	57,101	60,325	4.28%	5.65%
	併科病院（主に外科）	2	55,333	55,508	57,392	58,934	0.32%	2.69%
	併科病院（総合）	27	49,768	48,421	50,474	51,360	▲2.71%	1.76%
	機能別回答なし	0	—	—	—	—	—	—
入院DPC以外	単科病院	15	30,700	31,092	32,035	32,391	1.28%	1.11%
	併科病院（主に内科）	46	25,950	26,298	26,352	26,603	1.34%	0.95%
	併科病院（主に外科）	18	32,066	32,219	32,406	33,649	0.48%	3.84%
	併科病院（総合）	137	36,998	36,926	37,799	38,498	▲0.19%	1.85%
	機能別回答なし	9	33,268	33,048	34,360	34,624	▲0.66%	0.77%

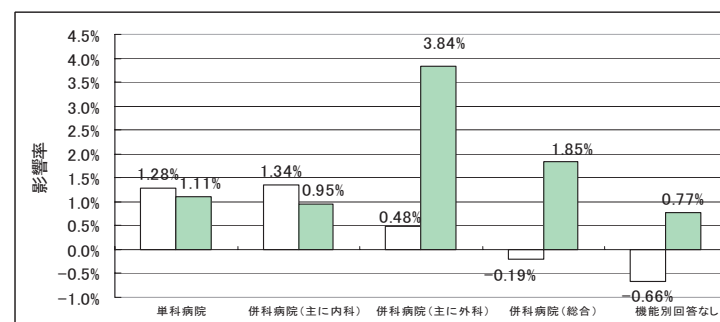
外来



入院DPC



入院DPC以外

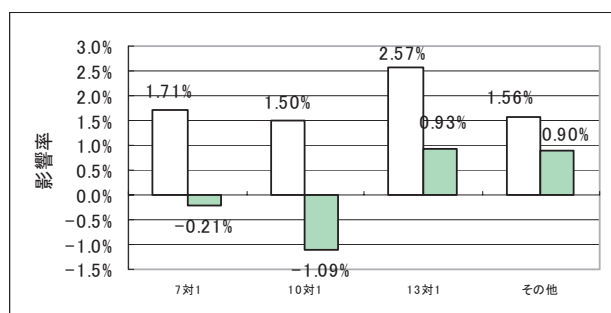


⑥入院基本料別（一般病院）

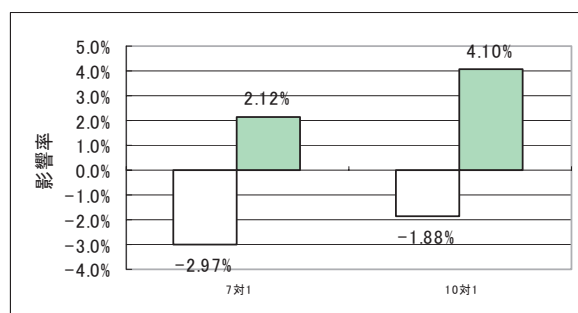
（単位：円）

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
							19年	20年
外来	7対1	88	11,104	11,294	11,651	11,626	1.71%	▲0.21%
	10対1	113	9,944	10,093	10,442	10,328	1.50%	▲1.09%
	13対1	4	11,965	12,272	14,418	14,552	2.57%	0.93%
	その他	12	9,251	9,395	9,632	9,719	1.56%	0.90%
	計	217	10,413	10,582	10,961	10,898	1.62%	▲0.57%
入院DPC	7対1	23	52,858	51,289	53,642	54,779	▲2.97%	2.12%
	10対1	10	46,778	45,898	46,211	48,106	▲1.88%	4.10%
	計	33	51,016	49,655	51,390	52,757	▲2.67%	2.66%
入院DPC以外	7対1	65	40,490	40,641	41,526	42,428	0.37%	2.17%
	10対1	103	34,628	34,734	35,301	35,934	0.31%	1.79%
	13対1	4	34,818	35,491	38,013	38,788	1.93%	2.04%
	その他	12	25,225	24,919	25,138	25,240	▲1.21%	0.41%
	計	184	36,090	36,197	36,896	37,593	0.30%	1.89%

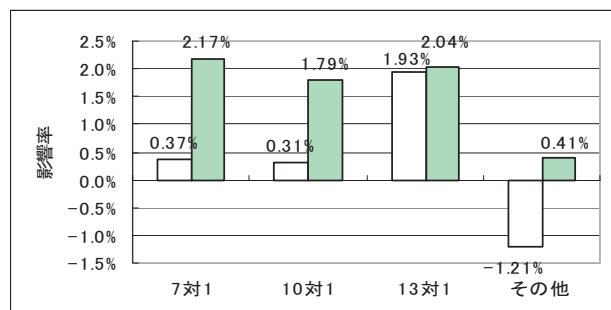
外来



入院DPC



入院DPC以外

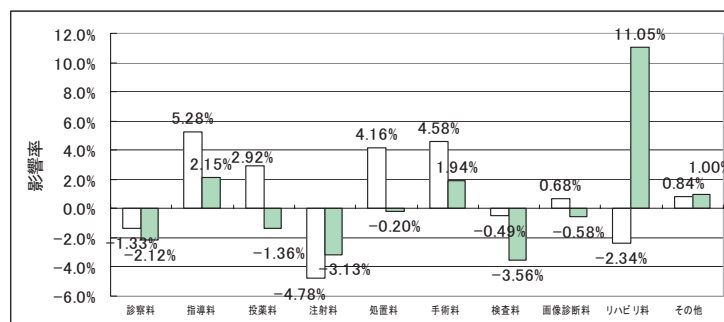


⑦診療行為別

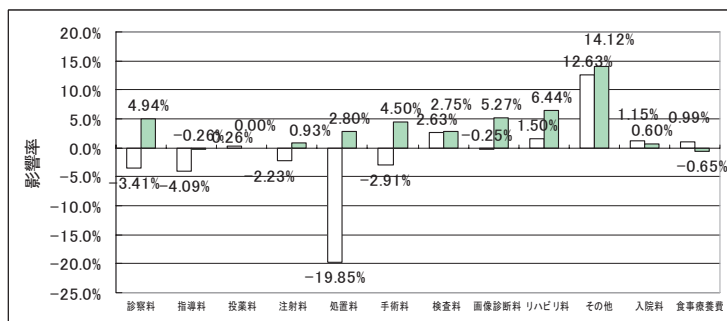
(単位：円)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	4月/3月比較	
							19年	20年
外来	診察料	258	1,124	1,109	1,085	1,062	▲1.33%	▲2.12%
	指導料	258	872	918	930	950	5.28%	2.15%
	投薬料	258	1,847	1,901	1,914	1,888	2.92%	▲1.36%
	注射料	258	858	817	957	927	▲4.78%	▲3.13%
	処置料	258	962	1,002	997	995	4.16%	▲0.20%
	手術料	258	284	297	309	315	4.58%	1.94%
	検査料	258	2,059	2,049	2,191	2,113	▲0.49%	▲3.56%
	画像診断料	258	1,470	1,480	1,545	1,536	0.68%	▲0.58%
	リハビリ料	258	171	167	172	191	▲2.34%	11.05%
	その他	258	477	481	498	503	0.84%	1.00%
	その他	258	477	481	498	503	0.84%	1.00%
入院DPC	診察料	33	88	85	81	85	▲3.41%	4.94%
	指導料	33	391	375	386	385	▲4.09%	▲0.26%
	投薬料	33	775	777	823	823	0.26%	0.00%
	注射料	33	3,233	3,161	3,111	3,140	▲2.23%	0.93%
	処置料	33	1,305	1,046	1,000	1,028	▲19.85%	2.80%
	手術料	33	11,750	11,408	12,072	12,615	▲2.91%	4.50%
	検査料	33	2,014	2,067	2,001	2,056	2.63%	2.75%
	画像診断料	33	1,218	1,215	1,139	1,199	▲0.25%	5.27%
	リハビリ料	33	932	946	979	1,042	1.50%	6.44%
	その他	33	744	838	616	703	12.63%	14.12%
	入院料	33	22,419	22,677	23,194	23,333	1.15%	0.60%
	食事療養費	33	1,624	1,640	1,685	1,674	0.99%	▲0.65%
	その他	33	744	838	616	703	12.63%	14.12%
	入院料	33	22,419	22,677	23,194	23,333	1.15%	0.60%
	食事療養費	33	1,624	1,640	1,685	1,674	0.99%	▲0.65%
入院DPC以外	診察料	225	51	51	50	51	0.00%	2.00%
	指導料	225	384	381	411	420	▲0.78%	2.19%
	投薬料	225	759	748	775	784	▲1.45%	1.16%
	注射料	225	3,050	3,061	3,164	3,063	0.36%	▲3.19%
	処置料	225	1,070	1,064	1,152	1,084	▲0.56%	▲5.90%
	手術料	225	6,541	6,579	6,730	7,024	0.58%	4.37%
	検査料	225	1,738	1,740	1,704	1,791	0.12%	5.11%
	画像診断料	225	1,147	1,142	1,107	1,125	▲0.44%	1.63%
	リハビリ料	225	847	842	940	1,049	▲0.59%	11.60%
	その他	225	564	561	562	570	▲0.53%	1.42%
	入院料	225	16,652	17,414	17,288	17,524	4.58%	1.37%
	食事療養費	225	1,673	1,667	1,672	1,670	▲0.36%	▲0.12%
	その他	225	564	561	562	570	▲0.53%	1.42%
	入院料	225	16,652	17,414	17,288	17,524	4.58%	1.37%
	食事療養費	225	1,673	1,667	1,672	1,670	▲0.36%	▲0.12%

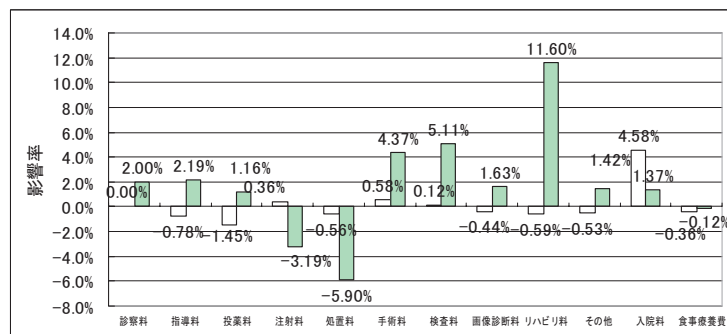
外来



入院 DPC



入院 DPC 以外

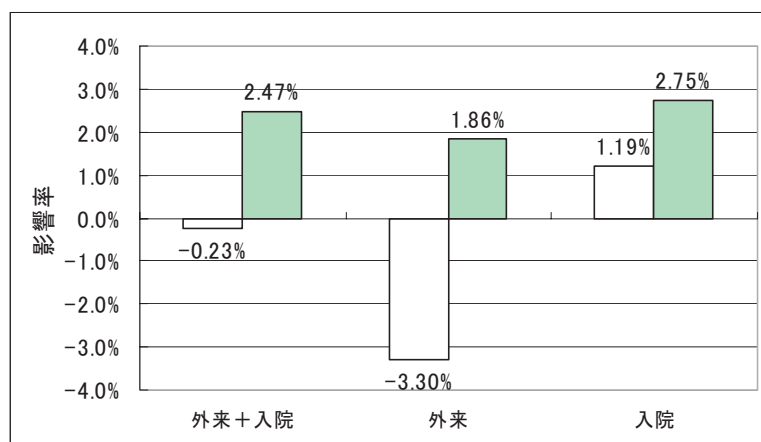


3. 一病院当たり診療収入と前年比 ―平成20年3月, 20年4月―

①全病院

(単位：千円)

	客体数	分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来＋入院	717	258	492,884	462,060	491,727	473,472	▲0.23%	2.47%
外来	717	258	156,421	144,370	151,253	147,049	▲3.30%	1.86%
入院	717	258	336,463	317,690	340,474	326,423	1.19%	2.75%

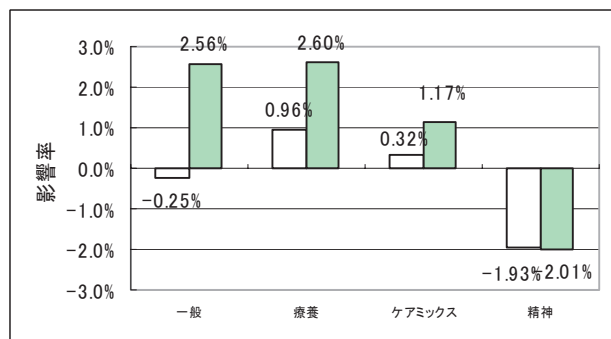


②病棟種類別

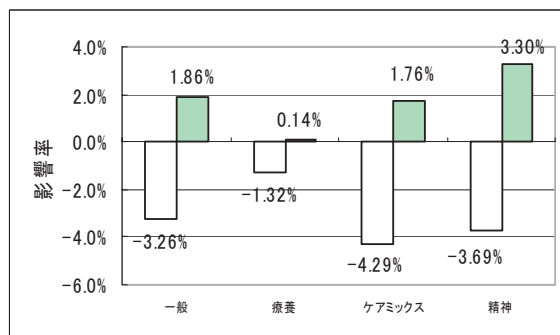
(単位：千円)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来+入院	一般	217	554,486	519,659	553,080	532,969	▲0.25%	2.56%
	療養	3	142,309	135,510	143,676	139,031	0.96%	2.60%
	ケアミックス	34	164,782	154,735	165,315	156,540	0.32%	1.17%
	精神	4	202,747	194,457	198,829	190,545	▲1.93%	▲2.01%
外来	一般	217	176,916	163,342	171,152	166,374	▲3.26%	1.86%
	療養	3	8,713	8,143	8,598	8,154	▲1.32%	0.14%
	ケアミックス	34	52,842	48,398	50,576	49,248	▲4.29%	1.76%
	精神	4	35,803	33,072	34,482	34,164	▲3.69%	3.30%
入院	一般	217	377,571	356,317	381,929	366,595	1.15%	2.88%
	療養	3	133,596	127,367	135,078	130,876	1.11%	2.76%
	ケアミックス	34	111,940	106,337	114,740	107,293	2.50%	0.90%
	精神	4	166,944	161,384	164,347	156,380	▲1.56%	▲3.10%

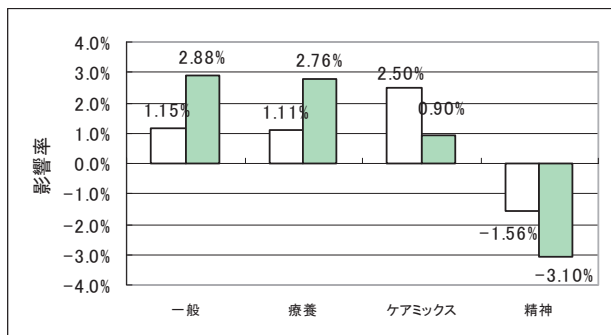
外来+入院



外来



入院

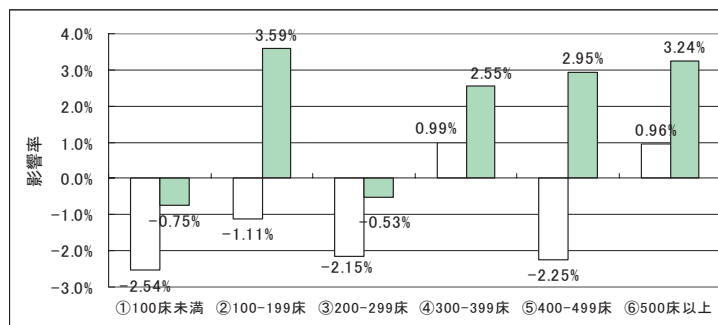


③病床規模別（一般病院）

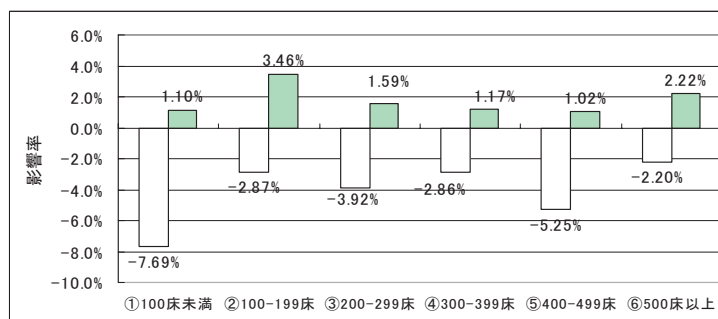
（単位：千円）

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来＋入院	～ 99	15	91,751	83,828	89,425	83,198	▲2.54%	▲0.75%
	100～199	42	234,200	218,053	231,600	225,891	▲1.11%	3.59%
	200～299	45	353,012	331,692	345,430	329,932	▲2.15%	▲0.53%
	300～399	39	485,721	458,996	490,520	470,689	0.99%	2.55%
	400～499	31	725,973	664,336	709,664	683,921	▲2.25%	2.95%
	500～	45	1,150,600	1,087,310	1,161,681	1,122,520	0.96%	3.24%
	計	217	554,486	519,659	553,080	532,969	▲0.25%	2.56%
外来	～ 99	15	34,009	30,803	31,394	31,141	▲7.69%	1.10%
	100～199	42	91,407	84,456	88,780	87,378	▲2.87%	3.46%
	200～299	45	114,795	105,434	110,295	107,111	▲3.92%	1.59%
	300～399	39	152,377	141,628	148,017	143,289	▲2.86%	1.17%
	400～499	31	237,306	216,187	224,836	218,392	▲5.25%	1.02%
	500～	45	346,144	321,470	338,541	328,616	▲2.20%	2.22%
	計	217	176,916	163,342	171,152	166,374	▲3.26%	1.86%
入院	～ 99	15	57,742	53,025	58,032	52,057	0.50%	▲1.83%
	100～199	42	142,793	133,597	142,820	138,513	0.02%	3.68%
	200～299	45	238,218	226,258	235,135	222,822	▲1.29%	▲1.52%
	300～399	39	333,344	317,368	342,503	327,400	2.75%	3.16%
	400～499	31	488,667	448,149	484,828	465,528	▲0.79%	3.88%
	500～	45	804,456	765,840	823,139	793,904	2.32%	3.66%
	計	217	377,571	356,317	381,929	366,595	1.15%	2.88%

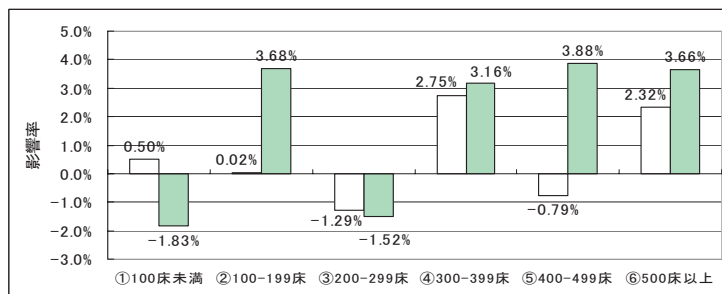
外来＋入院



外来



入院

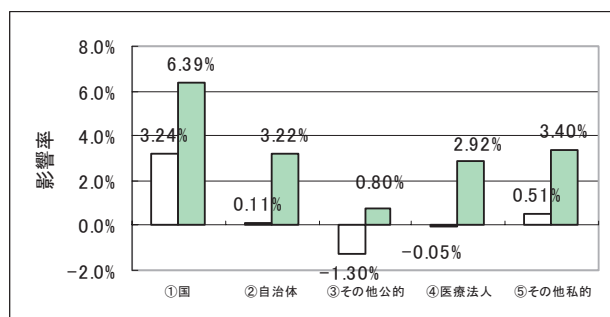


④開設主体別

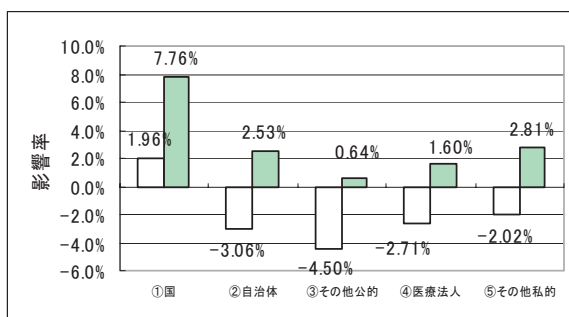
(単位：千円)

		分析 数	19 年 3 月	19 年 4 月	20 年 3 月	20 年 4 月	前年比	
							3 月	4 月
外来 + 入院	国	6	763, 763	714, 464	788, 488	760, 094	3. 24%	6. 39%
	自治体	75	559, 250	523, 049	559, 865	539, 896	0. 11%	3. 22%
	その他公的	77	577, 927	542, 945	570, 430	547, 299	▲1. 30%	0. 80%
	医療法人	62	285, 801	265, 879	285, 647	273, 635	▲0. 05%	2. 92%
	その他私的	38	484, 675	458, 018	487, 145	473, 571	0. 51%	3. 40%
	計	258	492, 884	462, 060	491, 727	473, 472	▲0. 23%	2. 47%
外来	国	6	158, 321	145, 605	161, 423	156, 904	1. 96%	7. 76%
	自治体	75	176, 285	162, 758	170, 896	166, 881	▲3. 06%	2. 53%
	その他公的	77	202, 244	186, 311	193, 140	187, 497	▲4. 50%	0. 64%
	医療法人	62	76, 532	70, 455	74, 459	71, 581	▲2. 71%	1. 60%
	その他私的	38	154, 411	143, 495	151, 296	147, 524	▲2. 02%	2. 81%
	計	258	156, 421	144, 370	151, 253	147, 049	▲3. 30%	1. 86%
入院	国	6	605, 442	568, 859	627, 065	603, 190	3. 57%	6. 04%
	自治体	75	382, 965	360, 291	388, 969	373, 015	1. 57%	3. 53%
	その他公的	77	375, 683	356, 634	377, 290	359, 802	0. 43%	0. 89%
	医療法人	62	209, 269	195, 423	211, 188	202, 055	0. 92%	3. 39%
	その他私的	38	330, 263	314, 522	335, 848	326, 047	1. 69%	3. 66%
	計	258	336, 463	317, 690	340, 474	326, 423	1. 19%	2. 75%

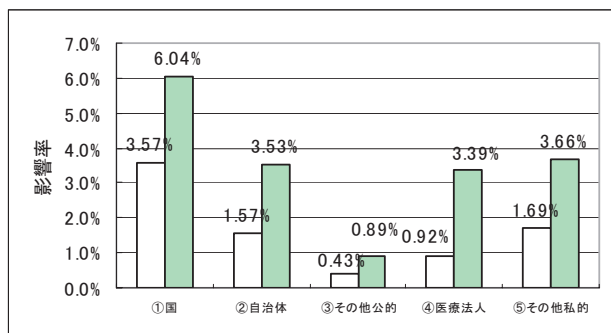
外来+入院



外来



入院

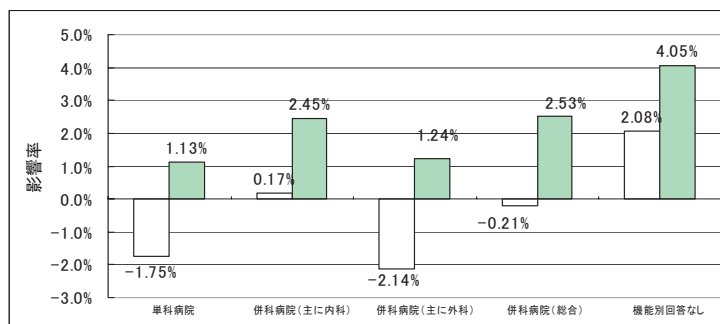


⑤機能別

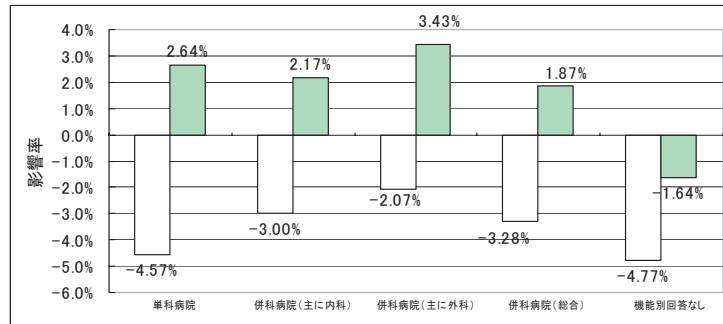
(単位：千円)

		分析数	19年3月	19年4月	20年3月	20年4月	前年比	
							3月	4月
外来+入院	単科病院	17	281,502	268,396	276,584	271,427	▲1.75%	1.13%
	併科病院（主に内科）	48	213,840	199,575	214,213	204,467	0.17%	2.45%
	併科病院（主に外科）	20	222,606	210,867	217,853	213,482	▲2.14%	1.24%
	併科病院（総合）	164	631,816	591,738	630,464	606,686	▲0.21%	2.53%
	機能別回答なし	9	449,354	422,972	458,684	440,119	2.08%	4.05%
外来	単科病院	17	74,115	68,742	70,731	70,556	▲4.57%	2.64%
	併科病院（主に内科）	48	65,214	60,721	63,257	62,039	▲3.00%	2.17%
	併科病院（主に外科）	20	74,377	69,383	72,841	71,761	▲2.07%	3.43%
	併科病院（総合）	164	201,870	185,973	195,249	189,451	▲3.28%	1.87%
	機能別回答なし	9	152,461	141,893	145,193	139,570	▲4.77%	▲1.64%
入院	単科病院	17	207,387	199,654	205,853	200,871	▲0.74%	0.61%
	併科病院（主に内科）	48	148,626	138,854	150,956	142,428	1.57%	2.57%
	併科病院（主に外科）	20	148,229	141,483	145,012	141,721	▲2.17%	0.17%
	併科病院（総合）	164	429,946	405,765	435,215	417,234	1.23%	2.83%
	機能別回答なし	9	296,893	281,079	313,491	300,550	5.59%	6.93%

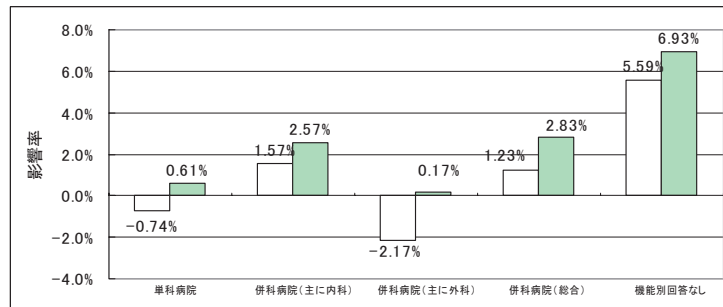
外来+入院



外来



入院

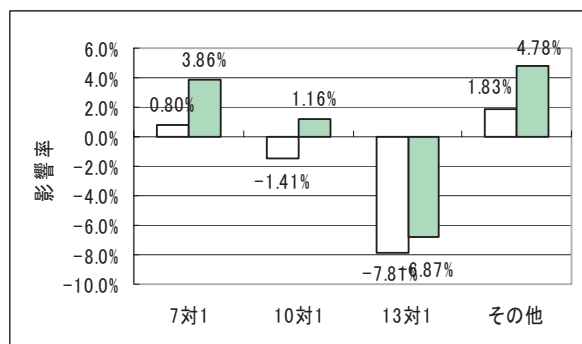


⑥入院基本料別（一般病院）

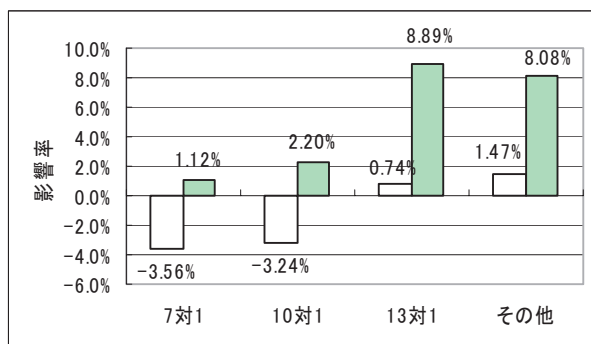
（単位：千円）

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来＋入院	7対1	88	680,030	636,878	685,492	661,461	0.80%	3.86%
	10対1	113	503,154	471,382	496,056	476,840	▲1.41%	1.16%
	13対1	4	129,381	122,639	119,276	114,218	▲7.81%	▲6.87%
	その他	12	258,911	247,007	263,644	258,820	1.83%	4.78%
	計	217	554,486	519,659	553,080	532,969	▲0.25%	2.56%
外来	7対1	88	212,567	196,406	205,009	198,600	▲3.56%	1.12%
	10対1	113	164,084	151,217	158,765	154,549	▲3.24%	2.20%
	13対1	4	50,852	47,043	51,227	51,226	0.74%	8.89%
	その他	12	78,324	73,819	79,479	79,785	1.47%	8.08%
	計	217	176,916	163,342	171,152	166,374	▲3.26%	1.86%
入院	7対1	88	467,464	440,472	480,483	462,861	2.79%	5.08%
	10対1	113	339,069	320,165	337,291	322,291	▲0.52%	0.66%
	13対1	4	78,530	75,596	68,049	62,992	▲13.35%	▲16.67%
	その他	12	180,587	173,187	184,165	179,035	1.98%	3.38%
	計	217	377,571	356,317	381,929	366,595	1.15%	2.88%

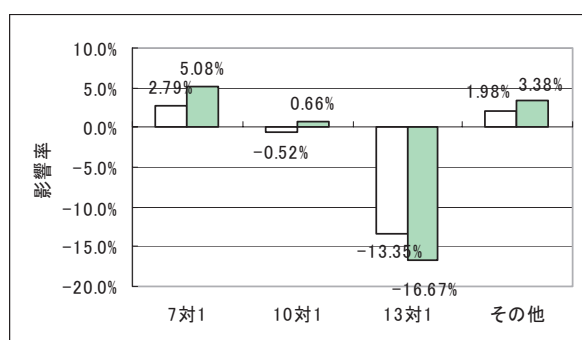
外来+入院



外来



入院



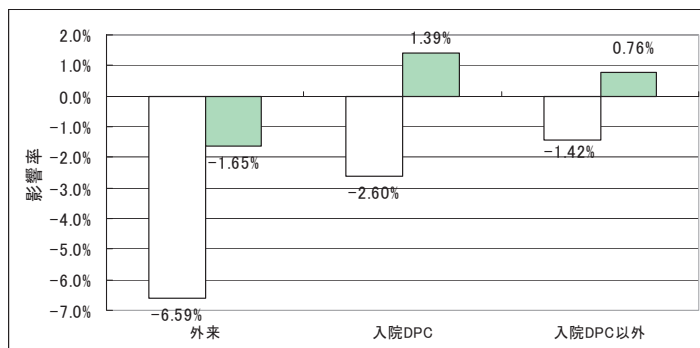
4. 一病院当たり件数・延患者数と前年比

4-1. 件数——平成20年3月・4月——一病院・1ヶ月当たり

①全病院

(単位：件)

	客体数	分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	717	258	9,274	8,612	8,663	8,470	▲6.59%	▲1.65%
入院DPC	717	33	1,001	933	975	946	▲2.60%	1.39%
入院DPC以外	717	225	841	792	829	798	▲1.42%	0.76%

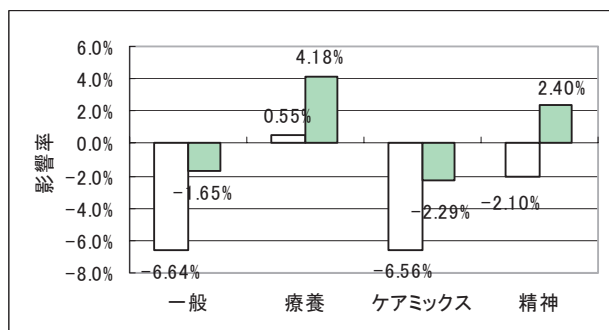


②病棟種類別

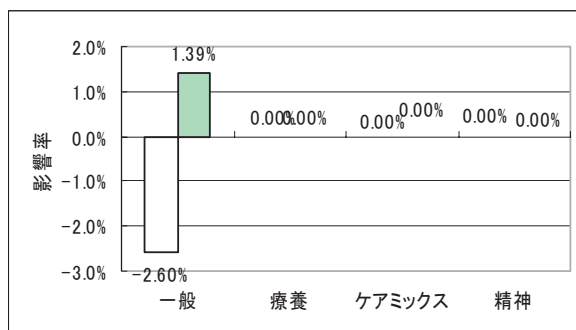
(単位：件)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	一般	217	10,346	9,608	9,659	9,449	▲6.64%	▲1.65%
	療養	3	541	526	544	548	0.55%	4.18%
	ケアミックス	34	3,535	3,271	3,303	3,196	▲6.56%	▲2.29%
	精神	4	6,429	6,010	6,294	6,154	▲2.10%	2.40%
入院DPC	一般	33	1,001	933	975	946	▲2.60%	1.39%
	療養	0	—	—	—	—	—	—
	ケアミックス	0	—	—	—	—	—	—
	精神	0	—	—	—	—	—	—
入院DPC以外	一般	184	969	911	956	919	▲1.34%	0.88%
	療養	3	186	189	188	183	1.08%	▲3.17%
	ケアミックス	34	257	246	252	243	▲1.95%	▲1.22%
	精神	4	407	408	390	393	▲4.18%	▲3.68%

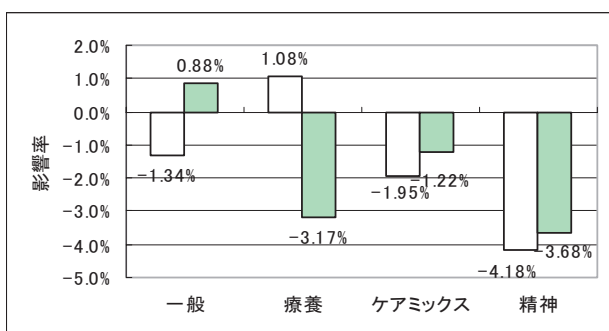
外来



入院DPC



入院DPC以外

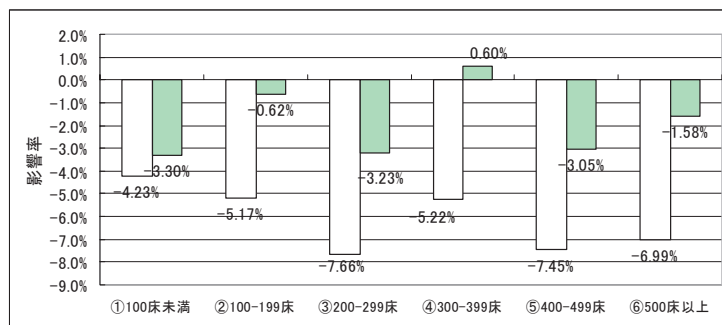


③病床規模別（一般病院）

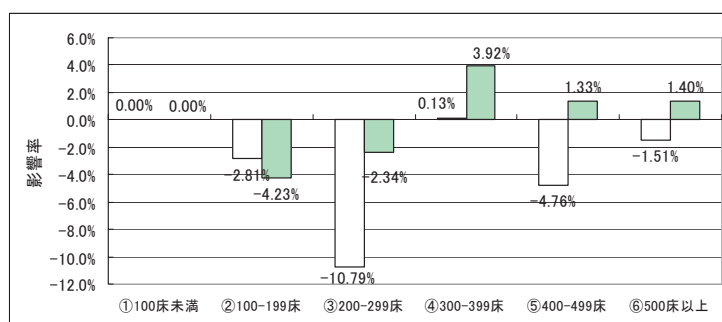
(単位：件)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	～ 99	15	2,507	2,366	2,401	2,288	▲4.23%	▲3.30%
	100～199	42	5,725	5,332	5,429	5,299	▲5.17%	▲0.62%
	200～299	45	7,216	6,622	6,663	6,408	▲7.66%	▲3.23%
	300～399	39	9,488	8,823	8,993	8,876	▲5.22%	0.60%
	400～499	31	13,726	12,781	12,704	12,391	▲7.45%	▲3.05%
	500～	45	18,818	17,496	17,502	17,219	▲6.99%	▲1.58%
	計	217	10,346	9,608	9,659	9,449	▲6.64%	▲1.65%
入院DPC	～ 99	0	—	—	—	—	—	—
	100～199	3	356	331	346	317	▲2.81%	▲4.23%
	200～299	3	630	556	562	543	▲10.79%	▲2.34%
	300～399	8	757	715	758	743	0.13%	3.92%
	400～499	9	904	826	861	837	▲4.76%	1.33%
	500～	10	1,588	1,496	1,564	1,517	▲1.51%	1.40%
	計	33	1,001	933	975	946	▲2.60%	1.39%
入院DPC以外	～ 99	15	147	138	146	139	▲0.68%	0.72%
	100～199	39	329	316	320	310	▲2.74%	▲1.90%
	200～299	42	646	599	616	594	▲4.64%	▲0.83%
	300～399	31	648	622	635	616	▲2.01%	▲0.96%
	400～499	22	1,387	1,292	1,382	1,295	▲0.36%	0.23%
	500～	35	2,442	2,298	2,434	2,353	▲0.33%	2.39%
	計	184	969	911	956	919	▲1.34%	0.88%

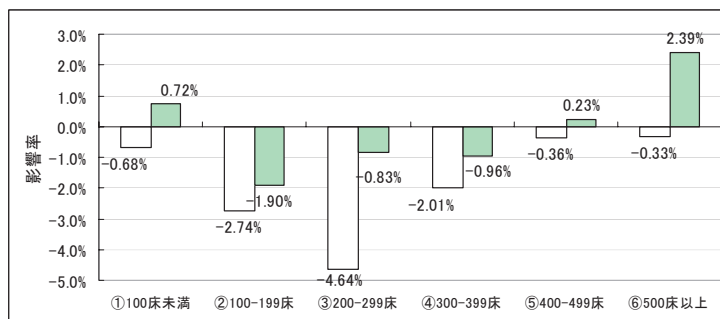
外来



入院DPC



入院 DPC 以外

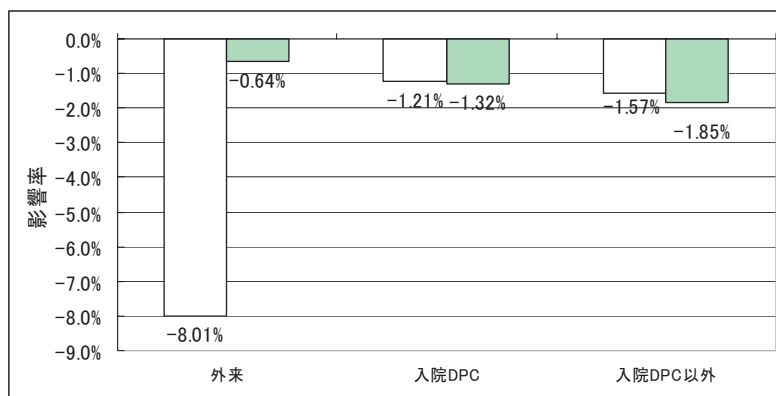


4-2 延患者数

①全病院

(単位：人)

	客体数	分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	717	258	14,707	13,373	13,529	13,288	▲8.01%	▲0.64%
入院 DPC	717	33	10,193	9,744	10,070	9,615	▲1.21%	▲1.32%
入院 DPC 以外	717	225	8,046	7,628	7,920	7,487	▲1.57%	▲1.85%

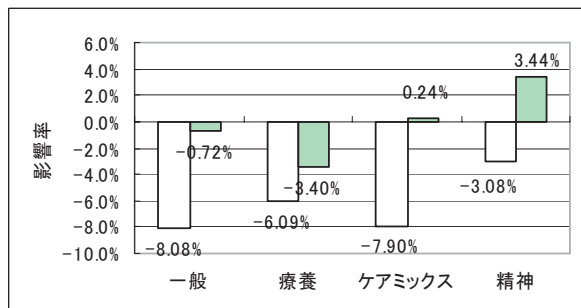


②病棟種類別

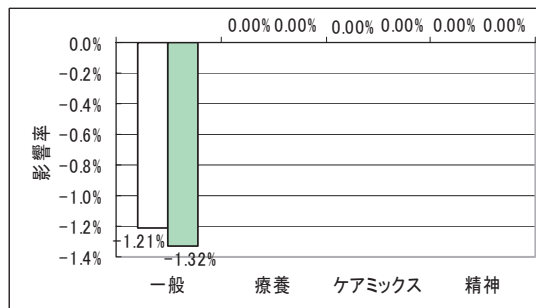
(単位：人)

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	一般	217	16,321	14,850	15,003	14,743	▲8.08%	▲0.72%
	療養	3	2,004	1,913	1,882	1,848	▲6.09%	▲3.40%
	ケアミックス	34	6,129	5,487	5,645	5,500	▲7.90%	0.24%
	精神	4	9,572	8,828	9,277	9,132	▲3.08%	3.44%
入院DPC	一般	33	10,193	9,744	10,070	9,615	▲1.21%	▲1.32%
	療養	0	—	—	—	—	—	—
	ケアミックス	0	—	—	—	—	—	—
	精神	0	—	—	—	—	—	—
入院DPC以外	一般	184	8,647	8,189	8,503	8,034	▲1.67%	▲1.89%
	療養	3	4,765	4,484	4,749	4,624	▲0.34%	3.12%
	ケアミックス	34	4,672	4,457	4,679	4,413	0.15%	▲0.99%
	精神	4	11,535	11,111	11,031	10,584	▲4.37%	▲4.74%

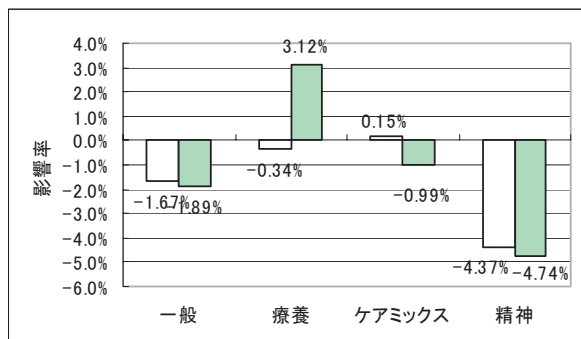
外来



入院DPC



入院DPC以外

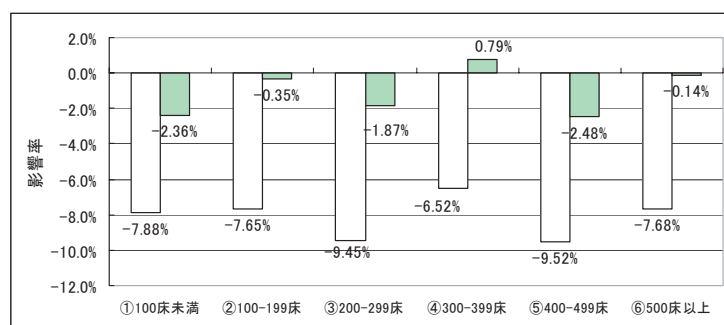


③病床規模別（一般病院）

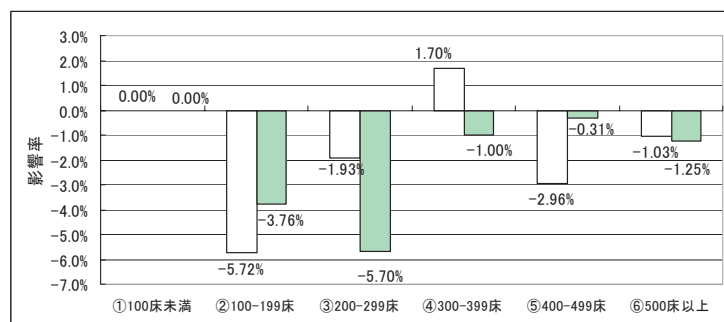
（単位：人）

		分析数	19年 3月	19年 4月	20年 3月	20年 4月	前年比	
							3月	4月
外来	～ 99	15	4,401	4,020	4,054	3,925	▲7.88%	▲2.36%
	100～199	42	9,959	9,020	9,197	8,988	▲7.65%	▲0.35%
	200～299	45	11,213	10,103	10,153	9,914	▲9.45%	▲1.87%
	300～399	39	15,393	13,963	14,389	14,073	▲6.52%	0.79%
	400～499	31	20,939	19,064	18,945	18,592	▲9.52%	▲2.48%
	500～	45	28,964	26,515	26,739	26,477	▲7.68%	▲0.14%
	計	217	16,321	14,850	15,003	14,743	▲8.08%	▲0.72%
入院DPC	～ 99	0	—	—	—	—	—	—
	100～199	3	3,900	3,537	3,677	3,404	▲5.72%	▲3.76%
	200～299	3	6,626	6,279	6,498	5,921	▲1.93%	▲5.70%
	300～399	8	7,815	7,580	7,948	7,504	1.70%	▲1.00%
	400～499	9	9,190	8,585	8,918	8,558	▲2.96%	▲0.31%
	500～	10	15,957	15,419	15,793	15,227	▲1.03%	▲1.25%
	計	33	10,193	9,744	10,070	9,615	▲1.21%	▲1.32%
入院DPC以外	～ 99	15	1,966	1,782	1,939	1,742	▲1.37%	▲2.24%
	100～199	39	4,167	3,921	4,056	3,833	▲2.66%	▲2.24%
	200～299	42	6,585	6,228	6,379	5,934	▲3.13%	▲4.72%
	300～399	31	8,513	8,109	8,448	7,924	▲0.76%	▲2.28%
	400～499	22	11,757	11,146	11,567	10,997	▲1.62%	▲1.34%
	500～	35	17,143	16,256	16,944	16,169	▲1.16%	▲0.54%
	計	184	8,647	8,189	8,503	8,034	▲1.67%	▲1.89%

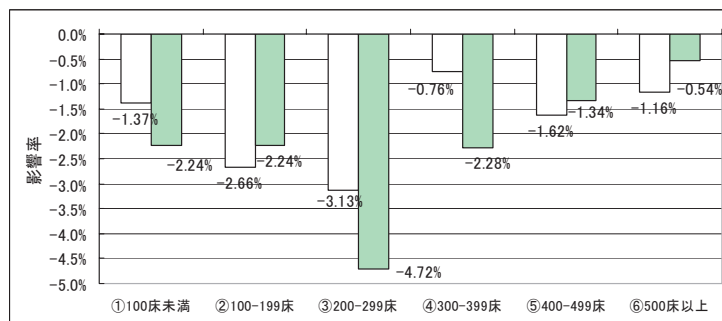
外来



入院DPC



入院 DPC 以外



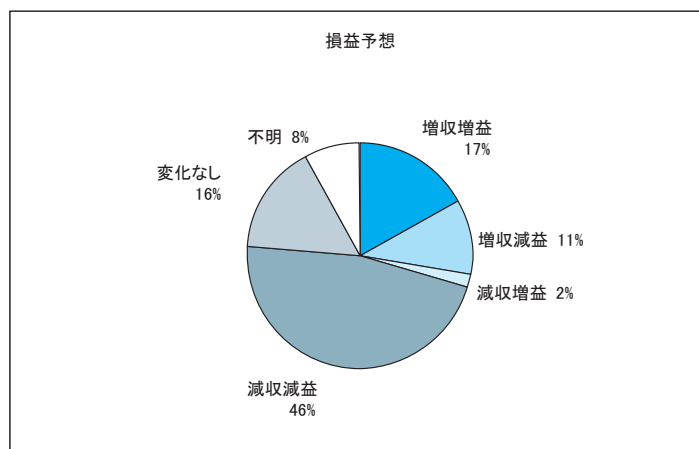
5. 全回答病院の損益予測

1) 損益予想

- 「減収減益が見込まれる」が333病院、46%
- 「増収増益」17%
- 「変化なし」16%

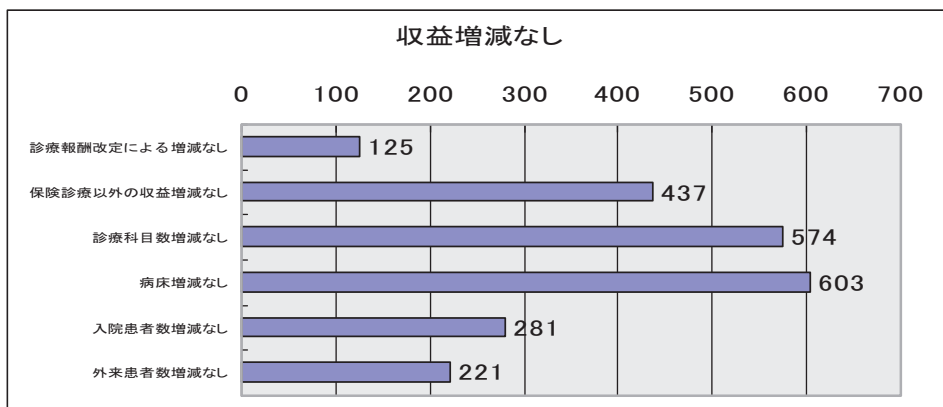
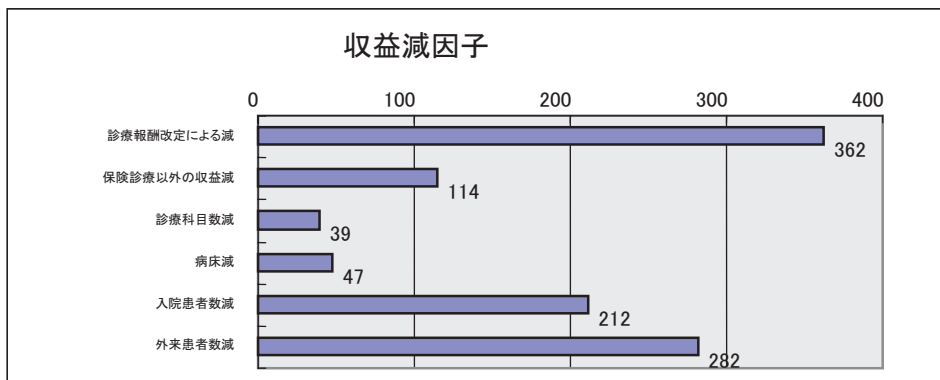
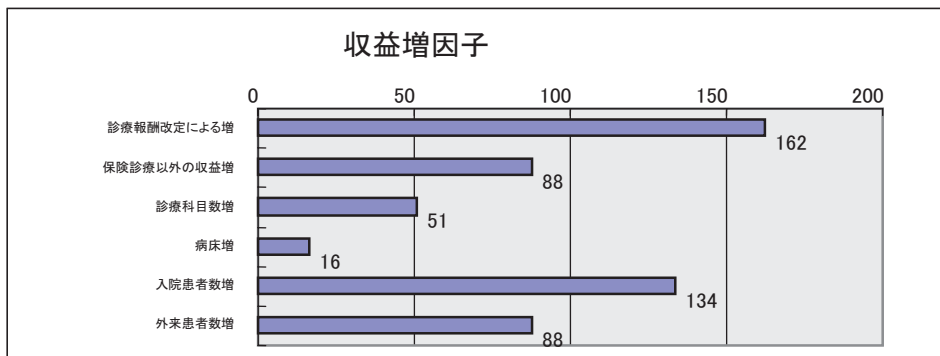
規模による相違はみられなかった

病院分類		増収増益	増収減益	減収増益	減収減益	変化なし	不明	全体
一般	～ 99	7	3	1	37	5	5	58
	100～199	20	11	3	57	13	8	112
	200～299	19	12	5	49	17	4	106
	300～399	21	13	2	43	13	5	97
	400～499	15	7	0	31	15	7	75
	500～	28	21	0	38	19	18	124
	計	110	67	11	255	82	47	572
療養		2	1	0	12	2	5	22
ケアミックス		7	8	1	58	21	3	98
精神		3	2	1	9	6	2	23
その他		0	0	0	0	2	0	2
合計		122	78	13	334	113	57	717



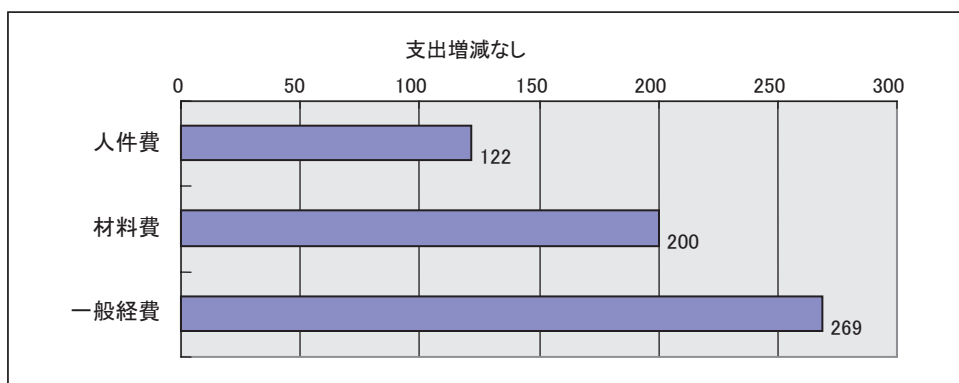
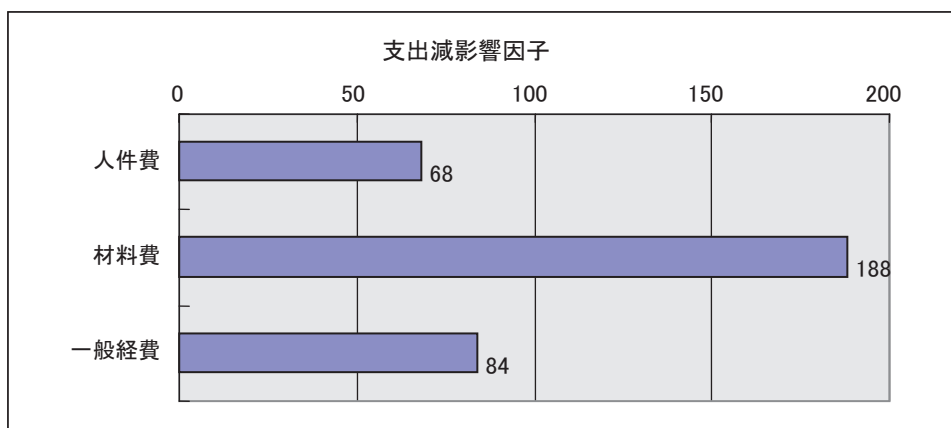
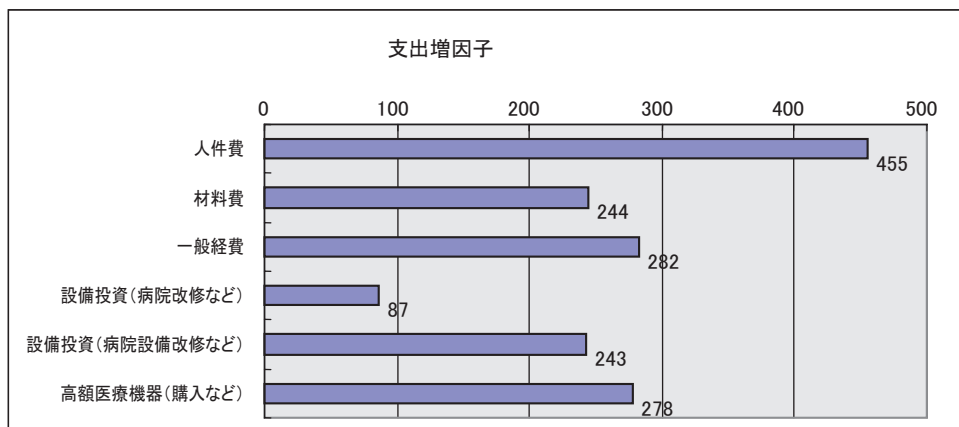
2) 収益増減に関すると考える因子

- 収益増に影響する因子：「診療報酬改定」162病院，「入院患者増」134病院
- 収益減に影響する因子：「診療報酬改定」362病院，「外来患者減」282病院
- 収益増減がないとする病院の判断根拠は「病床増減がない」603病院，「診療科目数増減なし」574病院。



3) 支出増減に關と考える因子

- 支出増に影響する因子：「人件費」455病院, 「一般経費増」282病院
- 支出減に影響する因子：「材料費減」188病院
- 収益変化がないとする病院があげた判断根拠は「一般経費」269病院



6. 主な意見 —自由記載の意見から—

(総数218件)

■入院時医学管理加算 26件

- 都会など連携機関が多い病院では条件をクリアできる可能性が高くなるが、退院後もその病院でフォローせざるを得ない地方の病院では、通院の必要がない患者の比率4割は条件が厳しい。転帰の「治癒」は、実際は、「軽快」退院後に一度外来で見ることが多い為、条件の緩和を要望する。(16件)
- 算定要件のハードルが高く算定でない、算定要件の緩和を望む。(6件)
- 地域の中核病院が必ずしも全診療科フル装備で揃っているとは限らない。精神科・小児科医療等も必須となっているが、実際に中核的な役割を担う療院が評価されるよう、算定条件の考慮が必要(2件)
- 外来を縮小する体制の評価として要件となっている退院時逆紹介率の算定式において、退院時治癒は急性期病院では想定できないものであり無意味である。
- 望ましい条件として人口心肺を用いた手術40件以上、化学療法4000件以上など超大規模公的病院でないと事実上クリアしにくい、除外すべきではないか。

■医師事務作業補助体制加算 19件

- 算定要件が厳しい。特に業務の範囲が狭く、実用でないうえ点数も低すぎる。(10件)
- 医師事務作業補助体制加算は、中規模病院にとっては点数の割にハードルが高すぎる(4件)
- 医師の負担軽減を図るとの事であるが、今回の新設の点数の多くは医師の書類記載など負担が増している。(3件)
- 25対1補助については、三次救急医療機関等の条件が設定されているが、施設基準としての病院設定は実際の医師の勤務実態の過重状況を反映していない二次救急病院であれば全て25対1までは認めるべき。
- 医師事務作業補助加算の算定対象から特定機能病院が除外されており、今後PPCの機能評価係数等への反映を強く望みたい

■後期高齢者医療 18件

- 後期高齢者に特化した診療報酬について、後期高齢者には算定できても、年齢層が異なるだけで同じ医療技術であっても評価されない場合があり、診療現場の混乱を招いている。(5件)
- 診療所で後期高齢者診療科を算定していないと加算できないが、診療所でこの施設基準を申請している所が少ない。施設基準の見直しをお願いしたい。(3件)
- 後期高齢者診療料は、半径4km以内に医療機関が存在しない場合に算定できるとあるが、そのような医療機関(病院)はほとんど存在しない。
- 後期高齢者終末期相談支援料について、入院中以外の患者については死亡時に算定とされているが、自院において死亡した患者以外の死亡を把握することが困難であり、事実上算定できないものとなっている。
- 後期高齢者終末期相談支援料(B018)は論外です、廃止の方向へ。
- 後期高齢者精神病棟等処置料について、精神病棟での後期高齢者に対する処置が適切に評価されていない。
- 後期高齢者退院時薬剤情報提供料・後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料について、認知症病棟で後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は算定ができるのに対して、退院時に後期高齢者退院時薬剤情報提供料・後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料が算定できないのはおかしい。
- 後期高齢者退院調整加算の施設基準の中に退院調整に係る業務の経験を有する看護師又は社会福祉士において、週30時間以上退院調整業務に従事していることとあるが、退院調整加算の施設基準同様に当該従

事時間に縛りのないものとしていただくことを希望する。

- 後期高齢者医療については病院で算定できるものにも混乱を生じさせた。
- 認知症、脳卒中が一般病棟90日超の除外対象とならない（後期高齢者）、強制退院が増加する。
- 後期高齢者医療では200床未満が対象となり、当院としては影響がなかった
- 後期高齢者医療の入院時一部負担金について、75歳の誕生日から発生する資格によって、従前の制度と今回改正になった制度により、一部負担金重複の不具合が発生しております。従来の老人医療のように、1日生まれは当月から、2日以降生まれは翌月からの資格であれば、今回の不具合は発生しなかったのではないか。

■ 外来管理加算 18件

- 外来管理加算を算定するに当たっては、概ね5分以上の診察時間の目安を導入し、患者からの聴取事項・診察所見や患者へのアドバイスを診療録に詳しく記載することが義務付けられたが、診療現場の実状を把握した上で算定要件の緩和を希望する。（9件）
- 5分以上という時間要件が付けられ、1時間に12名以上は算定できない。医師数に対し、患者が多数集中する診療科では多忙を極める医師の苦勞が報われない（2件）
- 時間の目安5分以上等とされ、午前中に仮に3時間診療を行っても30人が限度。患者の待ち時間が長引くだけである
- 実質、再診にかかる点数の抑制である。これを取ろうとすれば、患者の待ち時間は更に増加するだろう。医師の事務作業も増加する。
- 今回の診療報酬改定で、病院勤務医の負担軽減に係る施策が盛り込まれているが、この「5分間ルール」が明文化された事で、結局は病院の収入減と勤務医の負担増加につながっている
- 診療内容が異なる患者に対して一律に5分間は、実態に合わない。診療に対して患者がいかに納得するかが重要であり、個々の医師に委ねるべきと考える（患者の理解度はそれぞれ異なる）
- 5分間ルールが設定されたが、窓口での説明や診察時の説明等、繁雑となった
- 時間的制限はおかしい。診察は時間でなく、中身（診療内容）である。たとえ3分であろうと、患者が満足すれば良い
- 外来管理加算（5分診療）の減収が非常に大きく、経営にマイナスに影響しています（200床未満）

■ 救急医療 10件

- 二次救急医療に対する評価が低すぎる。これではどこの病院もリスクを背負って人件費をかけて行わない。もう少し高い評価を。（3件）
- 救急医療は赤字部門である。多くの救急医療を受け持っている病院関係者は大いに失望したに違いない。これでは、救急医療から撤退する病院が増加する歯止めはかからないと思われる
- 救急救命入院料を算定する基準に満たない病院であっても救急医療を支えているところは多いはず。もっと評価してほしい
- 中小病院においては、救急医療に対する評価がされておらず病院の負担だけ大きい。救急患者受け入れ後、処置室、手術室などで死亡した場合に、1日入院したものと見なすとありますが、患者家族への説明が難しい為、新たな点数を新設したかどうか。
- 救急医療管理加算600点、外来死亡の場合、救急病床の有無に関わらず算定できるように。
- 救急医療で日々奮闘しているのは、何も産科や小児科、精神科部門だけではない。最も件数が多いのは外科や整形、内科や脳神経外科等である。今まさに崩壊の危機に直面しているのはこれら診療科の救急医療である
- 今回の改定で、全国9000病院のうち要件を満たす病院はわずか120病院足らずと聞く。ちなみに414床の当院では産科や精神科の常勤医はいないが、わずか39名の医師で年間約2800台の救急車、1万1000人の

救急患者を受け入れている。今回の改定ではその努力は評価されない事になる。

- 大病院に対する急性期医療の点数は上昇したが、中小病院の急性期医療に対する取り組みに対する評価がされていない

■手術 10件

- 複数手術に係る費用の特例はあるも、同一皮切による範囲での3臓器を超える合併手術、長時間施術を考慮した算定基準の見直しを要望したい。現在の複数手術の費用特例の項目に多臓器施術の場合の100分50加算程度の評価考慮願いたい。
- 胃切除等の術後の胃吻合部狭窄に対する狭窄拡張術の手技料評価がなく、現在はEF-胃・十二指腸1140点の準用点数にて算定している。K522-②食道狭窄拡張の食道ブジー法2520点程度の手技評価を願いたい。
- K932創外固定器加算10,000点の該当手術手技はK046骨折観血的手術、K058骨長調整手術のみとされている。しかし、骨盤部の骨折についても大掛かりな創外固定を行う。現在、点数評価が無くK083鋼線等による直達牽引（初日）2030点、2日目以降はJ117鋼線等による直達牽引50点にて準用算定としている。加算評価の拡大を願いたい。
- 現在、早期の直腸癌に対する内視鏡下粘膜下層剥離術の手技が無く、K721-①内視鏡的結腸早期悪性腫瘍膜切除術の準用にて算定している。手術手技は部位項目設定となっている為、結腸項目の新設を願いたい。
- 償還器材の血管造影ガイドワイヤーであるが、算定基準が血管造影時のみとなっている。しかし、内視鏡下手術、尿路系手術時に使用される症例多数。原因は当該手術時のセット内のガイドワイヤーが使用不能状況にあるためである。当該セット器材の見直し願いたい。使用不能の器材は無駄と考える。
- 臍間ステント挿入術施行時の器材、臍間ステントセットだが2006年12月31日まで臍間ステントセットに償還区分され算定可能であったが、2007年1月1日から胆管と臍間とで区分され償還除外となった。よって、現在、請求不可の状況である。実際、該当患者は発生し、臍間ステント挿入術を施行している。保険償還の見直しを願いたい。
- 手術当日に手術に関連して行う注射手技料は術前・術後にかかわらず算定不可となっているが、実際に手術時のみ発生する注射手技（G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注射）もあり、基準設定に矛盾ありと考えます。再度、算定基準の整理調整願います。
- K529食道悪性腫瘍手術のK936自動縫合器加算の3個の限定個数は、他の手術K657胃全摘術、K719-③結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）が4個まで算定可能であるのに対して不条理と考えます。
- 肝区域切除の術手技には技術的に難度を要し、施術時間も長時間を要するものも多い。しかし、手技評価は一律K695-②肝切除術（区域切除）に大きくまとめられている。手術の難易度を考慮した手技料の設定を再検討願いたい。
- 整形外科手術で肩腱板縫合術の手技料評価がなく、K037腱縫合術の準用算定としても、査定減（振替査定も無）となる。正式な手技設定を要望する。

■リハビリ 9件

- 回復期リハビリテーション病棟入院料へ在宅復帰率60%を施設基準に加えた事により、重度の患者や生活保護の患者を受け入れなくなる病院が出てくる。結果として、患者のリハビリのチャンスを奪ってしまう（3件）
- 疾患別リハについて廃用症候群の評価表の作成が必要となり、コメント作成も含めて、医師、リハスタッフ等の事務作業が増え、質の評価をいう事は理解できるが、事務増による患者さんへの訓練時間などに影響を及ぼすので考慮して頂きたい。

- リハビリテーションの廃用症候群の記載様式及び実施計画書について、レセプトオンライン請求が当然とされている中であって、レセプトに紙で添付とされているのはいかがなものか。オンライン請求に対応した方式をとるべきと考える。
- リハビリテーションの評価について、通減が無くなり、1月13単位迄認められた事については良い事であり、当然長く続ける事により回復が期待できるものと思われる。
- 回復リハビリ病床、増床の際、既存病床はリハビリ（I）を算定できるにも関わらず、増床部分については例え条件をクリアしていても当初より、リハビリ（I）を算定できない。
- 在宅復帰を推進しているにもかかわらず、リハビリテーションの点数が下げられ評価されていない。3年連続の改定も問題である今回の改定で、「～研修を受けた者」というような基準があるが、研修の内容等を具体的に早期に明示してほしい（4月1日からの算定に間に合わない為）
- リハ上限日数内で在宅等へ復帰するよう努力している病院が収入減となった

■指導料、管理料 9件

- 殆どの指導料算定に関して30分以上とあるが、看護師不足（業務多忙）及びコスト的に合わないのでは？時間的要件を15分程度に緩和して欲しい。
- 今後の点数改正においては、指導料と管理料の一本化をお願いしたい。器具などを使用すれば必ず指導は行います。例）在宅自己注射指導管理料（820点）＋在宅療養指導料（170点）計990点。例）在宅自己注射指導管理料として920点。
- 在宅療養指導料（B001-13）の人的算定要件は、保健師又は看護師になっているが、医療機器の安全及び取扱等の観点からみれば医療安全管理者及び臨床工学士並びに臨床検査技師も算定要件にしたらどうか。
- 糖尿病合併管理料（B001-20）の適切な研修の修了者の中に、日本糖尿病学会の研修が含まれていないのは何故か。厚生労働省に確認すると、看護師協会のみ修了者となっている。
- 指導管理料について、同一患者について、別の保険医療機関において同月に同じ指導管理料を算定しているか否かを把握することは困難である。
- 糖尿病合併症管理料は認定看護師でないと算定できない施設基準は厳しいのでは。
- 在宅自己注射指導管理料・針加算について、退院時に自己注射剤と針を処方すると針加算を算定できるが、その後、外来で同月に院外処方針を処方すると針加算が算定できなくなる。
- 輸血管理料について、厚生労働省（血液対策課）では、輸血前検査を推奨しているが、輸血管理科では点数が低すぎて検査料コストが高すぎて検査料コストが高くないため、点数を上げない限り輸血前検査は普及しないと考える。
- 糖尿病合併症管理料通院患者に対する算定評価となっているが、入院患者に対しても同様の指導行っており、入院時算定も要望する

■産科・小児科 8件

- 今改正で産科・小児科医療への評価として大規模病院へ特化した配分となっているが、地域の小児・産科医療の崩壊を防ぐため下支えしながら踏ん張っている勤務医1名あるいは2名程度の病院を評価すべきではないか。（3件）
- 産科に対しては手厚くするという改定だったが、産科医が3人以上必要という条件では、産科医が減少している中で厳しい。医師が1人でもハイリスクの患者の診療を行なっているので、現実とそぐわない
- 小児入院医療管理料の小児科医師20名以上は取得困難な病院が大多数であり小児に対する手厚い改定と言えるのか。
- 妊産婦緊急搬送入院加算、直近3ヶ月以内の受診歴に妊娠検診を含むとあるが、健診のみは正常な状態なので含めなくても良いのでは。
- リスクの高い患者について医学的管理が必要な場合であっても、結果として正常分娩になった場合は診療

報酬の対象とならない。このようなケースでは産婦人科医の医学的評価がされていない

- ハイリスク分娩加算について、地域的要請もあって産科医・助産師の増員を行ない、産科体制を改善したにも関わらず、病院全体では医師業務の軽減が進まないことから、施設基準を辞退する事となり、残念である

■療養病棟 7件

- 療養病棟入院基本料の医療区分1は、慢性期で評価分料金においてコストを計算し、特に医療区分1・ADL区分3（入院基本料D）は、16875円で医療区分3・ADL区分1よりコストが多くかかっている事が証明されているのに、点数が据置かれているのは納得できない。医療区分1を全て社会的入院として処理しようとしているのは許しがたい暴挙と考えます。
- 療養病棟の削減や医療区分制度により入院困難な患者が増えている。せめて医療区分②③の基礎点数の評価をし、これ以上下げない様にして頂きたい。これ以上点数が下がると健全な医療行為ができなくなる。在宅や終末期医療に関係する点数をもっと評価して欲しい。
- 医療区分での入院において患者1人当たり1平方以上の食堂は使用できない。診療報酬及び医療法上の施設基準から削除すべきである。
- ADL加算につい、医師・看護師・セラピスト等が、チーム医療として患者のADL向上に努めている事の評価がなくなった
- 療養病棟入院料に、医療区分3・2といった医療必要度が高い患者の入院料が引き下げられている。医療療養病棟の必要性が評価されていない
- 療養病床は国の医療費削減の数値目標に則り、報酬減となった。実際に医療を必要としている方の現状と数値との乖離は明らかである。改定点数のままでは、閉鎖となる病院も出てくる。入院施設のない地域も既に現れ始めている
- 療養病棟「治療・ケアの内容の評価表」について、ひと月の「褥瘡」や「ADL低下」等の患者数を換算、病態の変化の数値化により、その良し悪しを次回改定で点数化しようとしているのが窺える

■超急性期脳卒中加算 4件

- 発症後3時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り算定とありますが、他疾患で入院中に発生したような場合でもt-PAを実施した場合（3時間以内）にも発症日に算定可として頂きたい。
- 医療技術者の24H院内にいる体制については、昼PTが来ることもあるので施設基準を設けず超急性期のPTをみた場合に全て算定できるようにすべき。
- 検査技師、放射線技師、薬剤師、及び医師の24時間常時勤務が条件ですが、今回、医師はオンコールでも良いという解釈だが、薬剤師についても医師の指示のもとに調剤する訳なので、オンコールを認めてほしい（当院は、薬剤師のみオンコール体制の夜間勤務体制であった為、施設基準を満たせないと判断されました）
- 現にt-PAによる治療実績があるにも関わらず、算定要件に薬剤師が常時配置（つまり当直体制）になっていないと対象とならない。結果として、評価につながらない

■入院料 5件

- 入院基本料について地域における中小規模の病院は入院基本料の算定点数の経営に与える影響が大きく収支悪化の原因となっている。今回10対1の入院基本料が増点されたが、13対1の入院基本料についても増点を要望する。
- 入院基本料10：1のみ点数改定された事について、医師や看護師を充足したくてもできない中小病院にも、プラスとなるような改定をお願いしたい。地域医療には、大病院だけでなく中小病院も必要だと思う

- 今回の改正で10対1入院基本料の点数が引き上げられた事は評価できるが、急性期病院におけるゆとりある看護の実現、快適な療養環境の整備の為に、10対1看護配置の点数を7対1水準（1,555点程度）に引き上げてほしい
- 10対1以外の入院基本料が据え置きとなっている。光熱費、特に重油の値上がり分が全く評価されていない。
- 特定入院基本料、障害者施設等入院基本料。特殊疾患入院施設管理加算から脳卒中後遺症患者及び認知症患者を除くとされた点。地方病院では慢性期患者受け入れ先病院施設も充実していない現状で地域唯一の拠点病院として急性期・慢性期を同時に扱う必要があり、今回の改訂により脳卒中後遺症・認知症の患者が施設在宅へ誘導されてしまい。高齢化の中で在宅介護等への転換は困難。地方から医療の撤退が行ってしまいます。

■画像診断 5件

- 画像診断のデジタル化加算について、フィルムの使用枚数によって加算を算定するか、フィルム代で算定するかを医療機関側で判断出来るのは何故なのか。
- 画像診断管理加算、冠動脈CT、心臓MRIの算定要件になぜ画像診断管理加算2が算定要件に入っているのか。
- 電子画像管理加算について、フィルムの費用が算定できないとフィルム代が持ち出しになる為、デジタル加算の算定しかできない
- 他医撮影フィルム読影料について、コンピューター断層撮影への読影料については、初診料算定日ではないと算定できない為、初診日以外での読影の評価がなされていない。
- 新設項目に冠動脈CT、心臓MRIの加算設定がされているが、施設基準の通知に画像管理加算2の基準を満たすこととある。核医学診断及びコンピューター断層撮影診断の読影8割以上の基準を満たさなければ算定不可となっている。循環器科における特殊CT、MRIであることから施設基準の再検討を願いたい。

■検体検査管理料 4件

- 検体検査管理料（Ⅱ）については、なぜ外来で検査を行った場合だけ（Ⅰ）になってしまうのか。正しい評価につながっていないように感じる。
- 検体検査管理料（Ⅱ）についても、同月内に外来⇒入院となったケースで条件を満たせば外来の（Ⅰ）を削除し、入院で（Ⅱ）を請求しても良いと言うことにはならないだろうか。
- 外来迅速検体検査加算の要件について、5項目を限度として算定可（定める検査について、文書により当日情報提供）となっているが、1項目でも外注（依頼）が含まれていると（結果が当日提供できない）、算定不可になってしまうのが、医療機関側としては納得がいかない。なぜなら、算定できないのなら、別日に不可の検査だけ実施するような医療機関も出る恐れがないとも限らず、患者負担増、診療費増につながりかねない
- 厚生労働大臣が定める検査について、同日内に全ての検査を文書にて報告した場合に算定とあるが、腫瘍マーカー等、当日に結果が出ない項目がある。説明を行なった検査項目での算定とならないか。

■障害者施設・病棟 4件

- 障害者病棟の締め出しされる患者を一体どうすればよいのか問題です。
- 障害者施設入院料において、重度肢体不自由から脳血管に起因する患者が除外され、受け入れ施設が少なく、在宅には困難が多い
- 障害者病棟等から脳血管障害後遺症の患者が対象外となった事で、患者の行き場と医療機関の経営に危機感を覚える
- 障害者施設等入院基本料・特殊疾患入院施設管理加算・後期高齢者特定入院基本料の算定案件に係る重

度の肢体不自由の取り扱いについて、平成20年10月1日より「脳卒中の後遺症」及び「認知症」の患者が除外されるが、全ての方が看護配置の低い療養病棟で対応できるとは思えない。むしろ、これらの方々を受け入れる為の障害者施設の役割が存在していないと医療崩壊になりかねない。療養病棟で受け入れるといっても現行の医療区分では「1」の方々が多くなってしまう。医療区分1の患者は、いわゆる社会的入院でペナルティー的点数であるというが、決してその限りではないはずである。「脳卒中の後遺症」や「認知症」の重度肢体不自由者は医療区分3と見なすであるとか、医療区分2で合併症を引き起こした場合、その治療については出来高算定（日数制限なし）を認めるとか、根本的に現行の医療区分の内容を見直さないと最大の被害者は「患者」という事になりかねない。

■外来診療 3件

- 外来診療科への包括算定処置料について…耳鼻咽喉科での処置については点数も低い上、薬剤料のみの算定となる為、定期的（連日等）な加療が必要な患者への評価が低いと考える。
- 初再診料について…複数の科を持つ病院において、複数の科を受診した場合、外来診療料の算定が一科のみであるのは、診療所と比較して不合理である。受診する全ての科において初再診料が算定できるよう改善してほしい
- 「診療所における時間外加算」及び「病院では複数科受診者に対し、初診料・再診料が1科分しか算定できない」ことは、より安い価格で受診したい患者の消費者行動を考えれば、病院へ患者が集中してしまう事を助長するだけであり、勤務医の負担軽減や医療機関の役割分担の推進につながらない

■DPC 3件

- DPCで改定率の-0.82を全体で反映されているにも関わらず、診断群分類の入院期間及び点数の見直しで下げられている為、改定を二重に下げられている。
- 旧総合病院に入院する患者は合併症や併存症等の問題がある方が多いので、入院中の他科受診分は補填すべき
- 改定により、各DPCコードの包括点数が大きく減点された。更に、係数でも改定率を含めた係数であり、DPC対象病院においては二重のマイナスとなっており、厳しい改定である事に納得できない

■在宅療養 3件

- 在宅療法支援病院の施設基準について、国内に数件しか該当しないような要件（半径4 Km以内に診療所が存在しない）を求めるような基準を作って何かしらの実効性があるのか？
- 寝たきり老人訪問指導管理料の廃止は、政府が進めている在宅での看護・介護に逆行するものである
- 在宅患者訪問看護、20点の増については若干評価するが、仕事量に見合った点数となっていない

■診察料 2件

- 病院における診察料の算定について、専門的な診療を行う医療機関として位置づけられている病院において、併科受診が評価されない。病院における外来縮小対策としても科毎に診察料を算定することが有効と考える。
- 病院と診療所の再診料は同一とすべきであり、差額分を緊急的に病院医師の負担軽減に加算すべきである。

■退院調整 2件

- 退院調整について、保険種別（後期高齢者）、入院料の区分や限定するのはいかがか。また、急性期病院においては、転院の退院調整が多くなるが、それが評価されない。
- 退院調整加算の退院加算について、算定できる入院基本料を増加して欲しい。

■医療機器安全管理加算 2件

- 生命維持管理装置の安全管理、保守点検、及び安全使用を行なう臨床工学士を配置した評価となっているが、保守点検を行なっても使用実績がなければ診療報酬の対象とはならないので、体制の評価とは考えにくい
- 医療安全対策加算は50点と以前と変わらないが、専従の医療安全管理者の人件費にもならない。病院の安全管理が重要視されているにもかかわらず、正当な評価がされていない

■特殊疾患病棟入院料 2件

- 加算される1日5時間を超える人工呼吸器加算600点を出来高に準じて引き上げるべき。年々、重症化しており、管理には大変な労力が投入されている入院料を算定している患者に医療機器安全管理加算を算定できるようにすべき。人工呼吸器の稼働時間と台数が増える中、機器の管理、患者への安全配慮に相当な資源を投入している
- 入院患者の概ね8割以上を占める事が要件とされている「重度の肢体不自由児（者）または、脊髄損傷等の重度の障害者」から脳卒中の後遺症患者及び、認知症の患者を除外する事となったが、在宅等の転出先が確保できない。医療難民が大量に生まれるのではないかと

■糖尿病合併症管理料 2件

- 点数に比して施設基準のハードルが高すぎると思われます。
- 看護師に対する要件が不適切で、指導に関われる看護師はほとんど存在しない事になる。要件の緩和を検討し、せめて糖尿病療養指導士については認めるべきだと考える

■夜間・早朝等加算 2件

- 病院にも加点して欲しい。
- 夜間・早期加算について、患者にも説明しづらく、窓口でのトラブルのもとになる。再診料の引き上げに含んだらどうか？

■麻酔管理 2件

- 体位、その他方法により、きざみによる算定となったが複雑すぎ、麻酔医は術中の記録が大変である
- 麻酔管理料の帝王切開の加算を、全麻時にも算定できないか全身麻酔の計算が複雑になり、困っている施設基準の届出要件が厳しすぎる

■その他 17件

- 肺血栓塞栓症予防管理料
肺血栓塞栓症予防管理料について、精神病床での算定が可能となったが、身体拘束を行う可能性の高い急性期治療病棟等で算定できないのは、精神科医療の肺血栓症予防が適切に評価されていない。
- 精神科
通院精神療法の時間について……精神科診療は時間の長い短いで評価できるものではないため、時間の規定を設けるのは適切ではない。
- ニコチン依存症
入院患者へも対象を広げるべき。外来に限定する意味が不明。
- 脳卒中後遺症
平均在院日数の除外や障害者病棟の算定要件から除いた事の影響は大きく、地域医療が守れない。その状況で社会保険事務局は障害者病棟から医療療養病棟への転換について経過措置を設けた部分の履行につ

いて一旦、特定入院料を算定する病棟で実績を見ないと移行できないとの見解を出してきた。何の為の経過措置なのか分からない。これで障害者から医療療養へダイレクトには移させないという方針が出た事になるが、これでその経過措置が転換後、使えるのか不安である

- 特定入院料のHCU・SCUの医師要件

専任の常勤医師となっていて、ICUの要件より厳しい（20年度からではありませんが…）

- 処方箋

処方箋の後発医薬品への変更時における調剤薬局よりの情報提供は病院として全件把握出来ているか不安。（一方的に薬局からの情報提供を待つだけであり、漏れが発生しても病院側で審査不可能）

- 重症者等療養環境特別加算

概ね7%以内の基準の改定をして頂きたい。病院機能の分担が進み、重症者を受け入れる為の部屋が不足している（7%では低すぎるのではないか）

- 無菌治療室管理加算

無菌室だけ、なぜ滅菌水の基準があるのか。手術室でも滅菌水は使用していないので基準を見直して頂きたい

- 透析

ダイアライザーの価格ダウン、X-P：デジタル加算→15点、療養病棟（医療）の入院基本料、以上3点が当院には大きな影響がありました

- 超重症児（者）入院診療加算及び（準）について

小児科対策として6歳未満の年齢区がついたが、現場の実態を反映していない。6歳でなく20歳を要望する

- 熱傷処置1の算定条件

第1度熱傷の場合は1については算定不可となったが、創傷処置での算定もできないとあり、評価がなされていない。

- 尿路ストーマカテーテル交換法

ストーマの個数（1個、2個）にかかわらず100点となっているが、ストーマ処置においては個数により評価がある為、“片”、“両”の評価とはならないか。

- 外来化学療法加算

今回の改定で算定条件の拡大は図られたが、埋込型カテーテルによる中心静脈栄養への加算も対象とならないか。

- RSウイルス抗原精密測定検査

入院中の患者に対し算定可能であるが、外来患者への施行時についても考慮してほしい。RSウイルス抗体検査と違い、結果がすぐに把握できる為、迅速な対応が可能になる。

- 褥瘡疾患管理加算（入院中1回）20点

計画→評価と手間が掛かるが、評価の点数が低い。褥瘡発生予防による入院の長期化予防による医療費の削減可能である為、点数評価の見直しを願いたい。

- 新設項目のA238退院調整加算、A241後期高齢者退院調整加算

同一目的であると思われるがA238退院調整加算では一般と後期高齢が混在し、A241後期高齢者退院調整加算は退院支援計画書作成加算という名称ではなく混乱する。項目整理ができてないのか。

- 地域連携夜間休日診療料

小学校6年生まで対象にしてほしい

■政策について 22件

- 地域の大規模病院や産科・小児科がある病院に対して重点的に評価されているが、中小病院や診療所は厳しい改定となっている地域の二次救急医療を行なっている病院に対しての評価がなされていない

- 検体検査管理加算（Ⅲ）、画像診断管理加算（Ⅱ）をはじめ、大病院でないと、算定要件を満たすのが難しい条件となっている
- 200床未満の病院には、診察料のアップ（診療所の点数格差の是正）があり、高機能、例えば救命救急センターが算定できる救命救急入院料が評価されていますが、このような病院でなく、地域の救急医療（1次～2次）を支えている一般病院（医師）への評価がなされていない
- 新たな施設基準も設けられたが、その要件を満たす為のハードルが高く、200床未満の中小病院にとっては、実質マイナス改定でしかないように思われる。中小病院に勤務する医師の負担軽減にはつながっていない
- 小児科・産科での若干の報酬改善があったものの、より本質的な負担軽減策実施へつながるような点数化を期待する
- 改定は、人件費・諸物価（食材費等）の上昇に追いついていない
- 公的病院の不採算部門は従来通り、繰入金等で対応すべきであり、診療報酬における偏った配分はすべきではないと思われる民間急性期病院での救急医療体制をもう少し評価してほしい
- 今回の改定で新設された項目や評価（点数UP）された項目はいくつかあるが、特に民間病院にとっては算定要件が厳しいものが多い。
- 患者からみて分かりやすい診療報酬体系の実現をこの度の基本方針のひとつにあげているにも関わらず、後期高齢者に関する診療報酬体系を含め、複雑で分かりにくく、患者の理解を得ることが困難な内容になる一方である。
- 施設基準は算定項目とリンクした内容にすべきである。2200億円の削減を達成するために、療担規則にまで後発医薬品の使用を促進させる文句を入れるのは、節操が無いと言えるのではないかと
- 当院においても全体で-0.5%の結果となっている。小児科・産婦人科に手厚く点数が設定されているとはいえ、結果としてマイナスの状態、一体全体どうやって医師数の増加や給与に反映させるのか。
- 今回の診療報酬改定について、今改定において病院勤務医を初め、病院を救済することを目的とした改定であったと記憶しているが、実際その内容をみると確かに僅かではあるが、財源が病院に回ってきているが、その僅かなもののほとんどが公的病院を救済するところに使われており、（入院時医学管理加算など）地域住民を守ってきた民間病院にはまったく目を向けられていない
- 医療崩壊の危機に瀕しているのは、産科、小児科、急性期総合病院などだけでなく、各地域の急性期医療を下支えしている一般病院全体の問題である。医師不足や看護師不足、IT化の遅れや医療安全体制の更なる強化をはじめ解決すべき課題は種々あるが、突き詰めれば何れも病院が提供する医療に対する対価が低すぎることが根源にあると思われ、その改善なくして解決には至らないのではないかと。
- パイがないところをやりくりしながら、一部に重点配分されるような現在の方法では限界があるばかりか、もともと地域ごとに大きく異なる医療提供体制がより歪^{いびつ}になり医療崩壊に拍車がかかることが危惧される。これらの解決に向け、次期改定では少なくとも5%以上の病院診療報酬アップが望まれる。
- 事務体制に対する教育、医師に対する研修など具体的な例が無く、何を取っていれば良いのか非常に混乱した。
- 療養病床、在宅の受け皿が整備されていない中で退院、終末期に関する制度が先行している。
- 電子カルテを導入した病院については、診療報酬に何らかの形で反映されるようにして頂きたい
- 全体的に解釈に等が多いので困る、等にあたるものを具体的に教えてほしい
- 慢性期医療と急性期医療との点数配分の差が大きすぎる。急性期医療に極端に偏った点数配分である
- 病院と診療所を差別化した報酬制度が不可欠。でないと病院経営は頓挫する
- 新設項目等で算定したくても要件に研修受講しないと無理なものがいくつかあります
- 算定要件のハードルが非常に高く、算定が全く無理なものでも改定率の対象としているので、率に意味がない

V. 調査票

(1 - 3) 病床区分・病床数

- (1) 主な病床区分 (該当する1箇所にし点チェックして下さい。)
- ☐⁰¹ 一般 ☐⁰² 療養 ☐⁰³ ケアミックス ☐⁰⁴ 精神 ☐⁰⁵ その他
- (2) 病床区分ごとの病床数

	合計	一般	療養		精神	結核	感染
			医療療養	介護療養			
許可病床数	床	床	床	床	床	床	床
実働病床数	床	床	床	床	床	床	床

(1 - 4) 職員数 (4月1日現在、非常勤職員は常勤換算して下さい。)

職種	医師	看護職員	医療技術員	事務員	その他	合計
職員数	人	人	人	人	人	人

(1 - 5) 病院の機能

- (1) 病院機能1 (該当する1箇所にし点チェックして下さい。)
- ☐⁰¹ 単科病院 ☐⁰² 併科病院 (主に内科系) ☐⁰³ 併科病院 (主に外科系) ☐⁰⁴ 併科病院 (その他) ※
- ※: 併科病院 (その他)・・・旧総合病院に準ずる病院
- (2) 病院機能2 (該当するすべてにし点チェックして下さい。)
- ☐⁰⁵ 特定機能病院 ☐⁰⁶ 地域医療支援病院 ☐⁰⁷ 臨床研修指定病院 ☐⁰⁸ DPC対象病院
- ☐⁰⁹ 救命救急センター

II. 病院の施設基準等

(2 - 1) 入院基本料 (該当するすべてにし点チェックして下さい。)

(1) 一般病棟入院基本料	[☐ ⁰¹ 7 対 1 ☐ ⁰² 準 7 対 1 ☐ ⁰³ 10 対 1 ☐ ⁰⁴ 13 対 1 ☐ ⁰⁵ 15 対 1]
	☐ ⁰⁶ 特別]
(2) 療養病棟入院基本料	[☐ ⁰⁷ 8 割未満 ☐ ⁰⁸ 割以上 ☐ ⁰⁹ 入院 E ☐ ¹⁰ 移行 ☐ ¹¹ 特別]
(3) 結核病棟入院基本料	[☐ ¹² 準 7 対 1 ☐ ¹³ 対 1 ☐ ¹⁴ 10 対 1 ☐ ¹⁵ 13 対 1 ☐ ¹⁶ 15 対 1]
	☐ ¹⁷ 18 対 1 ☐ ¹⁸ 20 対 1 ☐ ¹⁹ 特別]
(4) 精神病棟入院基本料	[☐ ²⁰ 10 対 1 ☐ ²¹ 15 対 1 ☐ ²² 20 対 1 ☐ ²³ 特別]
(5) 特定機能病院入院基本料	
(7) 一般病棟	[☐ ²⁵ 7 対 1 ☐ ²⁶ 10 対 1]
(4) 結核病棟	[☐ ²⁷ 7 対 1 ☐ ²⁸ 10 対 1 ☐ ²⁹ 13 対 1 ☐ ³⁰ 15 対 1]
(7) 精神病棟	[☐ ³¹ 7 対 1 ☐ ³² 10 対 1 ☐ ³³ 15 対 1]
(6) 専門病院入院基本料	[☐ ³⁴ 7 対 1 ☐ ³⁵ 準 7 対 1 ☐ ³⁶ 10 対 1 ☐ ³⁷ 13 対 1]
(7) 障害者施設等入院基本料	[☐ ³⁸ 7 対 1 ☐ ³⁹ 10 対 1 ☐ ⁴⁰ 13 対 1 ☐ ⁴¹ 15 対 1]

平成 20 年 4 月 21 日
社団法人日本病院会
事務管理者委員会

平成 20 年 4 月診療報酬改定に関する緊急アンケート調査票

回答期限: 5 月 20 日 (火) 必着

送付先: (社) 日本病院会 事務管理者委員会 宛 (同封の返信用封筒を使用して下さい。)

※ ご回答いただいた数値や内容については、集計目的に使用し、個別に明らかにすることは一切ありません。また、ご記入いただきました個人情報
は以下の利用目的に限り使用いたします。本調査に関するお問い合わせ・ご相談への応答、調査報告等書類の発送、調査に関連した研修会の案内

下記の内容について、空欄に記入、または該当項目の□にし点チェックして下さい。

I. 病院の基本情報

(1 - 1) 病院名・所在地・記入担当者等 (空欄に記入、該当番号に○を付けてください。)

(1) 病院名				
(2) 所在地				
(3) 記入担当者	所 属	役 職	氏 名	
(4) 電話番号				
(5) FAX 番号				
(6) Eメール アドレス				

(7) 病 院 の 所 在 地	01 北海道	07 福島県	13 東京都	19 山形県	25 滋賀県	31 鳥取県	37 香川県	43 熊本県
	02 青森県	08 茨城県	14 神奈川県	20 長野県	26 京都府	32 愛媛県	38 愛媛県	44 大分県
	03 岩手県	09 栃木県	15 新潟県	21 岐阜県	27 大阪府	33 岡山県	39 高知県	45 宮崎県
	04 宮城県	10 群馬県	16 富山県	22 静岡県	28 兵庫県	34 広島県	40 福岡県	46 鹿児島県
	05 秋田県	11 埼玉県	17 石川県	23 愛知県	29 奈良県	35 山口県	41 佐賀県	47 沖縄県
	06 山形県	12 千葉県	18 福井県	24 三重県	30 和歌山県	36 徳島県	42 長崎県	

(1 - 2) 開設者 (該当する1箇所にし点チェックして下さい。)

01 厚生労働省 (独立行政法人 国立病院機構、旧国立病 院・療養所)	05 北海道社会事業協会	13 北海道社会事業協会	21 公益法人・社会福祉法人
02 文部科学省 (国立大学法 人)	06 指定都市	14 国民健康保険団体連合会	22 医療法人社団
03 独立行政法人労働者健康 福祉機構 (旧労働福祉事業 団)	07 市	15 全国社会保険協会連合会	23 医療法人財団
	08 町村	16 厚生年金保険協会連合会	24 特定医療法人
	09 組合	17 船員保険会	25 特別医療法人
	10 日赤	18 健康保険組合及びその連合会	26 個人
	11 済生会	19 共済組合及びその連合会	27 学校法人
	12 厚生連	20 国民健康保険組合	28 会社
			29 その他の法人

(2-2) 入院基本料等加算 (該当するすべてにレ点チェックして下さい。)

(1) ☐ ⁰¹ 入院時 医学管理加算 [㊤]	(2) ☐ ⁰² 臨床研修病院入院診療加算	(3) ☐ ⁰³ 超急性期臨床上加算 [㊤]
(4) ☐ ⁰⁴ 妊産婦緊密搬送入院加算 [㊤]	(5) ☐ ⁰⁵ 診療録管理体制加算	(6) 医師事務作業補助体制加算 [㊤]
		[☐ ⁰⁶ ¹ ☐ ⁰⁷ ² ☐ ⁰⁸ ³ ☐ ⁰⁹ ⁴]
(7) ☐ ¹⁰ 特殊疾患入院施設管理加算 [㊤]	(8) ☐ ¹¹ 新生児入院医療管理加算	(9) ☐ ¹² 療養環境加算
(10) ☐ ¹³ 重症者等療養環境特別加算	(11) 療養病棟療養環境加算	(12) ☐ ¹⁸ 重症皮膚清浄管理加算
		[☐ ¹⁴ ¹ ☐ ¹⁵ ² ☐ ¹⁶ ³ ☐ ¹⁷ ⁴]
(13) ☐ ¹⁹ 緩和ケア診療加算 [㊤]	(14) ☐ ²⁰ 精神科応急入院施設管理加算	(15) ☐ ²¹ 精神科病棟入院時医学管理加算
(16) ☐ ²² 精神科地域移行実施加算 [㊤]	(17) ☐ ²³ 精神科身体合併症管理加算 [㊤]	(18) ☐ ²⁴ 児童・思春期精神科入院医療管理加算
(19) ☐ ²⁵ がん診療連携拠点病院加算	(20) ☐ ²⁶ 栄養管理実施加算	(21) ☐ ²⁷ 医療安全対策管理加算 [㊤]
(22) ☐ ²⁸ 褥瘡患者管理加算	(23) ☐ ²⁹ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(24) ☐ ³⁰ ハイリスク妊婦管理加算 [㊤]
(25) ☐ ³¹ ハイリスク分娩管理加算 [㊤]	(26) ☐ ³² 退院調整加算 [㊤]	(27) ☐ ³³ 後期高齢者総合評価加算 [㊤]
(28) ☐ ³⁴ 後期高齢者退院調整加算 [㊤]		

(2-3) 特定入院料等 (該当するすべてにレ点チェックして下さい。)

(1) 救命救急入院料 [☐ ⁰¹ ☐ ⁰² ²]	(2) ☐ ⁰³ 特定集中治療室管理料
(3) ☐ ⁰⁴ ハイケアユニット入院医療管理料	(4) ☐ ⁰⁵ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
(5) ☐ ⁰⁶ 新生児特定集中治療室管理料	(6) ☐ ⁰⁷ 総合周産期特定集中治療室管理料
(7) ☐ ⁰⁸ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料	(8) ☐ ⁰⁹ 一類感染症患者入院医療管理料
(9) ☐ ¹⁰ 特殊疾患入院医療管理料 [㊤]	(10) 小児入院医療管理料 [☐ ¹¹ [㊤] ☐ ¹² [㊤] ☐ ¹³ [㊤] ☐ ¹⁴ [㊤]]
(11) 回復期リハビリテーション病棟入院料	(12) 亜急性期入院医療管理料 [☐ ¹⁶ ¹ ☐ ¹⁹ ² [㊤]]
	[☐ ¹⁵ 現行 ☐ ¹⁶ ¹ [㊤] ☐ ¹⁷ ² [㊤]]
(13) 特殊疾患病棟入院料 [㊤] [☐ ²⁰ ¹ ☐ ²¹ ²]	(14) ☐ ²² 緩和ケア病棟入院料
(15) ☐ ²³ 精神科救急入院料 [㊤]	(16) 精神科急性期治療病棟入院料 [☐ ²⁴ ¹ ☐ ²⁵ ²]
(17) ☐ ²⁶ 精神科救急・合併症入院料 [㊤]	(18) ☐ ²⁷ 精神療養病棟入院料
(19) 認知症病棟入院料 [☐ ²⁸ ¹ ☐ ²⁹ ²]	(20) 短期滞在手術基本料 [☐ ³⁰ ¹ ☐ ³¹ ² ☐ ³² ³ [㊤]]

(2-4) その他の基本診療料 (該当する場合にレ点チェックして下さい。)

☐ ⁰¹ 電子化加算
--

Ⅲ. 診療報酬改定の影響度

(3-1) 診療報酬シミュレーション結果について

(1) 診療報酬改定について置換え試算を行われましたか ☐ はい ☐ いいえ

(2) (1)で「はい」と回答した病院のみお答えください。

①置換え試算の実施年月：平成19年・20年 ☐ 月 診療分の置換え ☐⁰⁴ 全部 ☐⁰⁵ 一部

②影響率 (小数第2位まで)：旧点数を100%とした場合の置換え新点数の割合

	平成19年・20年 ☐ 月分
入院分の影響率	%
外来分の影響率	%
病院全体の影響率	%

(3-2) 医療収益 (平成19年3月・4月期及び平成20年3月・4月期実績比較)

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
入院診療収益	千円	千円	千円	千円
外来診療収益	千円	千円	千円	千円
その他収益	千円	千円	千円	千円
合計	千円	千円	千円	千円

(3-3) 月別診療報酬点数

(1) 入院診療分① (DPC診療分)

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
件数	件	件	件	件
延日数 (延患者数)	日	日	日	日
①包括評価部分の点数合計	点	点	点	点
②出来高部分の点数合計	点	点	点	点
③食事療養費	円	円	円	円
④調整係数				
⑤機能評価係数				
⑥医療機関別調整係数 (④+⑤)				
合計 (①×⑥+②+③÷10)	点	点	点	点

(2) 入院診療分② (DPC以外の診療分)

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
診療日数	31 日	30 日	31 日	30 日
件数	件	件	件	件
延日数 (延患者数)	日	日	日	日
①点数合計	点	点	点	点
②食事療養費 (生活療養費)	円	円	円	円
合計 (①+②÷10)	点	点	点	点

(3) 外来診療分③

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
診療日数	日	日	日	日
件数	件	件	件	件
延日数(延患者数)	日	日	日	日
点数合計	点	点	点	点

(3 - 4) 診療行為別収益(平成19年3月・4月期及び平成20年3月・4月期実績比較)

(DPC病院は出来高点数に換算しご記入下さい。)

(1) 入院点数の行為別合計

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
診察料	点	点	点	点
指導料	点	点	点	点
投薬料	点	点	点	点
注射料	点	点	点	点
処置料	点	点	点	点
手術料	点	点	点	点
検査料	点	点	点	点
画像診断料	点	点	点	点
リハビリテーション料	点	点	点	点
その他	点	点	点	点
入院料	点	点	点	点
食事療養費	点	点	点	点
合計	点	点	点	点

＜行為別の内訳＞診療報酬点数表の基本診療料および特掲診療料の項目による

診察料：初・再診料、指導料：医学管理等・在宅医療、処置料：人工透析等を含む、手術料：手術・麻酔

検査料：検査・病理診断、その他：精神科専門療法、放射線治療、入院料：入院料等

食事療養費：食事療養費、生活療養費（1点10円で点数換算）

(2) 外来点数の行為別合計

	平成19年3月	平成19年4月	平成20年3月	平成20年4月
診察料	点	点	点	点
指導料	点	点	点	点
投薬料	点	点	点	点
注射料	点	点	点	点
処置料	点	点	点	点
手術料	点	点	点	点
検査料	点	点	点	点
画像診断料	点	点	点	点
リハビリテーション料	点	点	点	点
その他	点	点	点	点
合計	点	点	点	点

IV. 病院経営に及ぼす影響

(4 - 1) 平成20年度の損益予想(該当する1箇所にし点チェックして下さい。)

☐ ⁰¹ 増収増益が見込まれる ☐ ⁰² 増収減益が見込まれる

☐ ⁰³ 減収増益が見込まれる ☐ ⁰⁴ 減収減益が見込まれる ☐ ⁰⁵ 変化なしが見込まれる

(4 - 2) (4 - 1) の理由(該当するすべてにし点チェックして下さい。)

1) 収益

(1) 診療報酬改定による影響 ☐ ⁰¹ 増収 ☐ ⁰² 減収 ☐ ⁰³ 増減なし

(2) 保険診療以外の収益 ☐ ⁰⁴ 増収 ☐ ⁰⁵ 減収 ☐ ⁰⁶ 増減なし

(3) 診療科目数 ☐ ⁰⁷ 診療科増 ☐ ⁰⁸ 診療科減 ☐ ⁰⁹ 増減なし

(4) 病床数 ☐ ¹⁰ 増床 ☐ ¹¹ 減床 ☐ ¹² 増減なし

(5) 患者数 ☐ ¹³ 入院増 ☐ ¹⁴ 入院減 ☐ ¹⁵ 入院増減なし ☐ ¹⁶ 外来増 ☐ ¹⁷ 外来減 ☐ ¹⁸ 外来増減なし

(6) その他 ☐ ¹⁹]

2) 費用

(1) 人件費 ☐ ²⁰ 増 ☐ ²¹ 減 ☐ ²² 増減なし

(内訳：☐ ²³ 医師 ☐ ²⁴ 看護職員 ☐ ²⁵ 医療技術職員 ☐ ²⁶ 事務員 ☐ ²⁷ その他)

(2) 材料費 ☐ ²⁸ 増 ☐ ²⁹ 減 ☐ ³⁰ 増減なし(内訳：☐ ³¹ 医薬品 ☐ ³² 診療材料 ☐ ³³ その他)

(3) 一般経費 ☐ ³⁴ 増 ☐ ³⁵ 減 ☐ ³⁶ 増減なし

(4) 設備投資 ☐ ³⁷ 病院の改修・移転 ☐ ³⁸ 病院設備の改修・更新 ☐ ³⁹ 高額医療機器の更新・新規購入

(5) その他 ☐ ³⁴]

Ⅴ. 診療報酬改定項目の内容について

(5-1) 入院基本料 (該当する1箇所にレ点チェックして下さい。)

1) 7対1入院基本料を算定している病院にうかがいます。

(1)看護必要度の基準を満たす割合 ☐⁰¹1割以上 ☐⁰²1割未満 ☐⁰³未計算(2)医師配置の基準 入院患者数に対する医師数の割合 ☐⁰⁴10分の1以上 ☐⁰⁵10分の1未満

(3)平成20年7月1日以降の入院基本料は次のいずれになりますか。

☐⁰⁶7対1入院基本料 ☐⁰⁷準7対1入院基本料 ☐⁰⁸10対1入院基本料、看護補助加算

2) 7対1入院基本料以外の入院基本料を算定している病院にうかがいます。(該当する1箇所にレ点チェックして下さい。)

(1)7対1入院基本料取得の意向はありますか ☐⁰⁹はい ☐¹⁰いいえ ☐¹¹わからない(2)(1)の取得用途はいつごろまでとお考えですか ☐¹²平成()年()月頃 ☐¹³未定

(5-2) 入院基本料等加算 (該当する1箇所にレ点チェックして下さい。)

1) 入院時医学管理加算

(1)算定の有無 ☐⁰¹あり ☐⁰²なし

(2)平成20年3月末まで算定していた病院のみお答え下さい。

☐⁰³継続算定している ☐⁰⁴3月末で算定でなくなった

(3)(2)で「算定でなくなった」と回答した病院について、その要因として該当するすべてにレ点チェックして下さい。

☐⁰⁵診療体制 ☐⁰⁶産科 ☐⁰⁷小児科 ☐⁰⁸内科 ☐⁰⁹整形外科 ☐¹⁰脳神経外科 ☐¹¹精神科☐¹²救急医療体制 ☐¹³外来縮小体制 ☐¹⁴勤務医負担軽減体制☐¹⁵全麻件数等☐¹⁶地域連携室 ☐¹⁷画像診断・検査体制 ☐¹⁸薬剤師配置体制

2) 超急性期脳卒中加算 (該当する1箇所にレ点チェックして下さい。)

(1)算定の有無 ☐¹⁹あり ☐²⁰なし

3) 医師事務作業補助体制加算 (該当する1箇所にレ点チェックして下さい。)

(1)算定の有無 ☐²¹あり ☐²²なし

(2)(1)で「あり」と回答した病院のみお答え下さい。

①事務職員配置 (一般病床のみ回答の対象となります)

ア 届出体制 ⁽²³⁾) 対1補助体制加算 (再掲)イ 実際の配置人数 ⁽²⁴⁾) 人ウ 対病床数の割合 ⁽²⁵⁾) 対1 (小数第1位まで計算)

②医師事務作業補助加算の業務範囲

☐²⁶電子カルテ (オードシステム) 入力補助 ☐²⁷診断書・意見書等作成 ☐²⁸処方せん作成☐²⁹診療録作成 ☐³⁰診察・検査予約 ☐³¹学会・カンファレンス等資料作成☐³²その他 ()

(5-3) 特掲診療料 (現在、届出算定しているすべてにレ点チェックして下さい。)

1) 医学管理等

☐⁰¹ウイルス疾患指導料☐⁰²高度難聴指導管理料☐⁰³喘息治療管理料 ☐⁰⁴糖尿病合併症管理料[㊞]☐⁰⁵小児科外来診療料 ☐⁰⁶地域連携小児夜間・休日診療料 (☐⁰⁶1 ☐⁰⁷2)☐⁰⁸ニコチン依存症管理料 ☐⁰⁹開放型病院共同指導料☐¹⁰地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料[㊞]☐¹¹ハイリスク妊産婦共同管理料 (I) ☐¹²薬剤管理指導料☐¹³医療機器安全管理料[㊞] (☐¹³1 ☐¹⁴2) ☐¹⁵後期高齢者診療料[㊞]

2) 在宅医療

☐¹⁶在宅療養支援病院[㊞] ☐¹⁷在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料[㊞]☐¹⁸在宅末期医療総合診療料

3) 検査

☐¹⁹血液細胞核酸増幅同定検査☐²⁰造影検査管理加算 (☐²⁰I ☐²⁰II ☐²⁰III ☐²⁰IV ☐²⁰V ☐²⁰VI ☐²⁰VII ☐²⁰VIII ☐²⁰IX ☐²⁰X ☐²⁰XI ☐²⁰XII ☐²⁰XIII ☐²⁰XIV ☐²⁰XV ☐²⁰XVI ☐²⁰XVII ☐²⁰XVIII ☐²⁰XIX ☐²⁰XX ☐²⁰XXI ☐²⁰XXII ☐²⁰XXIII ☐²⁰XXIV ☐²⁰XXV ☐²⁰XXVI ☐²⁰XXVII ☐²⁰XXVIII ☐²⁰XXIX ☐²⁰XXX ☐²⁰XXXI ☐²⁰XXXII ☐²⁰XXXIII ☐²⁰XXXIV ☐²⁰XXXV ☐²⁰XXXVI ☐²⁰XXXVII ☐²⁰XXXVIII ☐²⁰XXXIX ☐²⁰XXXX ☐²⁰XXXXI ☐²⁰XXXXII ☐²⁰XXXXIII ☐²⁰XXXXIV ☐²⁰XXXXV ☐²⁰XXXXVI ☐²⁰XXXXVII ☐²⁰XXXXVIII ☐²⁰XXXXIX ☐²⁰XXXXX ☐²⁰XXXXXI ☐²⁰XXXXXII ☐²⁰XXXXXIII ☐²⁰XXXXXIV ☐²⁰XXXXXV ☐²⁰XXXXXVI ☐²⁰XXXXXVII ☐²⁰XXXXXVIII ☐²⁰XXXXXIX ☐²⁰XXXXXX ☐²⁰XXXXXXI ☐²⁰XXXXXXII ☐²⁰XXXXXXIII ☐²⁰XXXXXXIV ☐²⁰XXXXXXV ☐²⁰XXXXXXVI ☐²⁰XXXXXXVII ☐²⁰XXXXXXVIII ☐²⁰XXXXXXIX ☐²⁰XXXXXXX ☐²⁰XXXXXXXI ☐²⁰XXXXXXXII ☐²⁰XXXXXXXIII ☐²⁰XXXXXXXIV ☐²⁰XXXXXXXV ☐²⁰XXXXXXXVI ☐²⁰XXXXXXXVII ☐²⁰XXXXXXXVIII ☐²⁰XXXXXXXIX ☐²⁰XXXXXXXX ☐²⁰XXXXXXXXI ☐²⁰XXXXXXXII ☐²⁰XXXXXXXIII ☐²⁰XXXXXXXIV ☐²⁰XXXXXXXV ☐²⁰XXXXXXXVI ☐²⁰XXXXXXXVII ☐²⁰XXXXXXXVIII ☐²⁰XXXXXXXIX ☐²⁰XXXXXXXX ☐²⁰XXXXXXI ☐²⁰XXXXXXII ☐²⁰XXXXXXIII ☐²⁰XXXXXXIV ☐²⁰XXXXXXV ☐²⁰XXXXXXVI ☐²⁰XXXXXXVII ☐²⁰XXXXXXVIII ☐²⁰XXXXXXIX ☐²⁰XXXXXX☐²¹心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算[㊞]☐²²人工膝関節☐²³光トポグラフィ及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図☐²⁴神経磁気診断 ☐²⁵神経学的検査[㊞]☐²⁶補聴器適合検査[㊞] ☐²⁷小児食物アレルギー検査

4) 画像診断

☐²⁸画像診断管理加算[㊞] (☐²⁸1 ☐²⁸2) ☐²⁹遠隔画像診断☐³⁰ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影☐³¹C T撮影及びM R I撮影☐³²冠動脈C T撮影加算[㊞]☐³³心臓M R I撮影加算[㊞]

5) 投薬・注射

☐³⁴外来化学療法加算 (☐³⁴1 ☐³⁴2 ☐³⁴3 ☐³⁴4 ☐³⁴5 ☐³⁴6 ☐³⁴7 ☐³⁴8 ☐³⁴9 ☐³⁴10 ☐³⁴11 ☐³⁴12 ☐³⁴13 ☐³⁴14 ☐³⁴15 ☐³⁴16 ☐³⁴17 ☐³⁴18 ☐³⁴19 ☐³⁴20 ☐³⁴21 ☐³⁴22 ☐³⁴23 ☐³⁴24 ☐³⁴25 ☐³⁴26 ☐³⁴27 ☐³⁴28 ☐³⁴29 ☐³⁴30 ☐³⁴31 ☐³⁴32 ☐³⁴33 ☐³⁴34 ☐³⁴35 ☐³⁴36 ☐³⁴37 ☐³⁴38 ☐³⁴39 ☐³⁴40 ☐³⁴41 ☐³⁴42 ☐³⁴43 ☐³⁴44 ☐³⁴45 ☐³⁴46 ☐³⁴47 ☐³⁴48 ☐³⁴49 ☐³⁴50 ☐³⁴51 ☐³⁴52 ☐³⁴53 ☐³⁴54 ☐³⁴55 ☐³⁴56 ☐³⁴57 ☐³⁴58 ☐³⁴59 ☐³⁴60 ☐³⁴61 ☐³⁴62 ☐³⁴63 ☐³⁴64 ☐³⁴65 ☐³⁴66 ☐³⁴67 ☐³⁴68 ☐³⁴69 ☐³⁴70 ☐³⁴71 ☐³⁴72 ☐³⁴73 ☐³⁴74 ☐³⁴75 ☐³⁴76 ☐³⁴77 ☐³⁴78 ☐³⁴79 ☐³⁴80 ☐³⁴81 ☐³⁴82 ☐³⁴83 ☐³⁴84 ☐³⁴85 ☐³⁴86 ☐³⁴87 ☐³⁴88 ☐³⁴89 ☐³⁴90 ☐³⁴91 ☐³⁴92 ☐³⁴93 ☐³⁴94 ☐³⁴95 ☐³⁴96 ☐³⁴97 ☐³⁴98 ☐³⁴99 ☐³⁴100 ☐³⁴101 ☐³⁴102 ☐³⁴103 ☐³⁴104 ☐³⁴105 ☐³⁴106 ☐³⁴107 ☐³⁴108 ☐³⁴109 ☐³⁴110 ☐³⁴111 ☐³⁴112 ☐³⁴113 ☐³⁴114 ☐³⁴115 ☐³⁴116 ☐³⁴117 ☐³⁴118 ☐³⁴119 ☐³⁴120 ☐³⁴121 ☐³⁴122 ☐³⁴123 ☐³⁴124 ☐³⁴125 ☐³⁴126 ☐³⁴127 ☐³⁴128 ☐³⁴129 ☐³⁴130 ☐³⁴131 ☐³⁴132 ☐³⁴133 ☐³⁴134 ☐³⁴135 ☐³⁴136 ☐³⁴137 ☐³⁴138 ☐³⁴139 ☐³⁴140 ☐³⁴141 ☐³⁴142 ☐³⁴143 ☐³⁴144 ☐³⁴145 ☐³⁴146 ☐³⁴147 ☐³⁴148 ☐³⁴149 ☐³⁴150 ☐³⁴151 ☐³⁴152 ☐³⁴153 ☐³⁴154 ☐³⁴155 ☐³⁴156 ☐³⁴157 ☐³⁴158 ☐³⁴159 ☐³⁴160 ☐³⁴161 ☐³⁴162 ☐³⁴163 ☐³⁴164 ☐³⁴165 ☐³⁴166 ☐³⁴167 ☐³⁴168 ☐³⁴169 ☐³⁴170 ☐³⁴171 ☐³⁴172 ☐³⁴173 ☐³⁴174 ☐³⁴175 ☐³⁴176 ☐³⁴177 ☐³⁴178 ☐³⁴179 ☐³⁴180 ☐³⁴181 ☐³⁴182 ☐³⁴183 ☐³⁴184 ☐³⁴185 ☐³⁴186 ☐³⁴187 ☐³⁴188 ☐³⁴189 ☐³⁴190 ☐³⁴191 ☐³⁴192 ☐³⁴193 ☐³⁴194 ☐³⁴195 ☐³⁴196 ☐³⁴197 ☐³⁴198 ☐³⁴199 ☐³⁴200 ☐³⁴201 ☐³⁴202 ☐³⁴203 ☐³⁴204 ☐³⁴205 ☐³⁴206 ☐³⁴207 ☐³⁴208 ☐³⁴209 ☐³⁴210 ☐³⁴211 ☐³⁴212 ☐³⁴213 ☐³⁴214 ☐³⁴215 ☐³⁴216 ☐³⁴217 ☐³⁴218 ☐³⁴219 ☐³⁴220 ☐³⁴221 ☐³⁴222 ☐³⁴223 ☐³⁴224 ☐³⁴225 ☐³⁴226 ☐³⁴227 ☐³⁴228 ☐³⁴229 ☐³⁴230 ☐³⁴231 ☐³⁴232 ☐³⁴233 ☐³⁴234 ☐³⁴235 ☐³⁴236 ☐³⁴237 ☐³⁴238 ☐³⁴239 ☐³⁴240 ☐³⁴241 ☐³⁴242 ☐³⁴243 ☐³⁴244 ☐³⁴245 ☐³⁴246 ☐³⁴247 ☐³⁴248 ☐³⁴249 ☐³⁴250 ☐³⁴251 ☐³⁴252 ☐³⁴253 ☐³⁴254 ☐³⁴255 ☐³⁴256 ☐³⁴257 ☐³⁴258 ☐³⁴259 ☐³⁴260 ☐³⁴261 ☐³⁴262 ☐³⁴263 ☐³⁴264 ☐³⁴265 ☐³⁴266 ☐³⁴267 ☐³⁴268 ☐³⁴269 ☐³⁴270 ☐³⁴271 ☐³⁴272 ☐³⁴273 ☐³⁴274 ☐³⁴275 ☐³⁴276 ☐³⁴277 ☐³⁴278 ☐³⁴279 ☐³⁴280 ☐³⁴281 ☐³⁴282 ☐³⁴283 ☐³⁴284 ☐³⁴285 ☐³⁴286 ☐³⁴287 ☐³⁴288 ☐³⁴289 ☐³⁴290 ☐³⁴291 ☐³⁴292 ☐³⁴293 ☐³⁴294 ☐³⁴295 ☐³⁴296 ☐³⁴297 ☐³⁴298 ☐³⁴299 ☐³⁴300 ☐³⁴301 ☐³⁴302 ☐³⁴303 ☐³⁴304 ☐³⁴305 ☐³⁴306 ☐³⁴307 ☐³⁴308 ☐³⁴309 ☐³⁴310 ☐³⁴311 ☐³⁴312 ☐³⁴313 ☐³⁴314 ☐³⁴315 ☐³⁴316 ☐³⁴317 ☐³⁴318 ☐³⁴319 ☐³⁴320 ☐³⁴321 ☐³⁴322 ☐³⁴323 ☐³⁴324 ☐³⁴325 ☐³⁴326 ☐³⁴327 ☐³⁴328 ☐³⁴329 ☐³⁴330 ☐³⁴331 ☐³⁴332 ☐³⁴333 ☐³⁴334 ☐³⁴335 ☐³⁴336 ☐³⁴337 ☐³⁴338 ☐³⁴339 ☐³⁴340 ☐³⁴341 ☐³⁴342 ☐³⁴343 ☐³⁴344 ☐³⁴345 ☐³⁴346 ☐³⁴347 ☐³⁴348 ☐³⁴349 ☐³⁴350 ☐³⁴351 ☐³⁴352 ☐³⁴353 ☐³⁴354 ☐³⁴355 ☐³⁴356 ☐³⁴357 ☐³⁴358 ☐³⁴359 ☐³⁴360 ☐³⁴361 ☐³⁴362 ☐³⁴363 ☐³⁴364 ☐³⁴365 ☐³⁴366 ☐³⁴367 ☐³⁴368 ☐³⁴369 ☐³⁴370 ☐³⁴371 ☐³⁴372 ☐³⁴373 ☐³⁴374 ☐³⁴375 ☐³⁴376 ☐³⁴377 ☐³⁴378 ☐³⁴379 ☐³⁴380 ☐³⁴381 ☐³⁴382 ☐³⁴383 ☐³⁴384 ☐³⁴385 ☐³⁴386 ☐³⁴387 ☐³⁴388 ☐³⁴389 ☐³⁴390 ☐³⁴391 ☐³⁴392 ☐³⁴393 ☐³⁴394 ☐³⁴395 ☐³⁴396 ☐³⁴397 ☐³⁴398 ☐³⁴399 ☐³⁴400 ☐³⁴401 ☐³⁴402 ☐³⁴403 ☐³⁴404 ☐³⁴405 ☐³⁴

VI. 平成20年度診療報酬改定に関するご意見、要望事項を箇条書きでご記入ください。

(記入例)	ハイリスク分娩加算について … リスクの高い患者について医学的管理が必要な場合であっても、結果として正常分娩になった場合は診療報酬の対象とならない。
	このようなケースでは産婦人科医の医学的評価がされていない。
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

以上 ご協力ありがとうございました。

7) 精神科療法

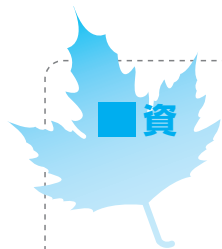
- ☐⁵⁵ 精神科作業療法
- ☐⁵⁶ 精神科 ショート・ケア (☐⁵⁶ 大規模 ☐⁵⁷ 小規模)
- ☐⁵⁸ 精神科デイ・ケア (☐⁵⁸ 大規模 ☐⁵⁹ 小規模)
- ☐⁶⁰ 精神科ナイト・ケア
- ☐⁶¹ 精神科デイ・ナイト・ケア
- ☐⁶² 重度認知症患者デイ・ケア料
- ☐⁶³ 医療保護入院等診療料

8) 処置・手術・麻酔

- ☐ エタノールの局所注入 (☐⁶⁴ 甲状腺 ☐⁶⁵ 副甲状腺)
- ☐⁶⁶ 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出 (切除) 術 (後方切除術に限る。)
- ☐⁶⁷ 内視鏡下椎間板摘出 (切除) 術 (前方摘出術に限る。)、内視鏡下脊椎固定術 (胸椎又は腰椎前方固定)
- ☐⁶⁸ 頭蓋骨形成手術 (骨移動を伴うものに限る。)
- ☐⁶⁹ 脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む。)
- ☐⁷⁰ 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
- ☐⁷¹ 人工内耳埋込術
- ☐⁷² 上顎骨形成術 (骨移動に伴う場合に限る。)、下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)
- ☐⁷³ 同種死体肺移植術
- ☐⁷⁴ 生体部分肺移植術
- ☐⁷⁵ 経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮経管アテレクトミートメーカによるもの)
- ☐⁷⁶ 経皮的中隔心筋灼術
- ☐⁷⁷ ベースメーカ・移植術及び心室ペースメーカ交換術
- ☐⁷⁸ 両心室ペースメーカ・移植術及び両心室ペースメーカ交換術
- ☐⁷⁹ 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術
- ☐⁸⁰ 両室ペースメーカ・移植術及び埋込型除細動器移植術及び両室ペースメーカ・移植術
- ☐⁸¹ 大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)
- ☐⁸² 補助人工心臓
- ☐⁸³ 埋込型補助人工心臓
- ☐⁸⁴ 同種心臓移植術
- ☐⁸⁵ 同種心臓移植術
- ☐⁸⁶ 体外衝撃波胆石破砕術
- ☐⁸⁷ 生体部分肝移植術
- ☐⁸⁸ 同種死体肝移植術 (肝臓)
- ☐⁸⁹ 同種死体脾臓移植術、同種死体脾臓移植術
- ☐⁹⁰ 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- ☐⁹¹ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
- ☐⁹² 腹腔鏡下小切開部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎 (尿管) 悪性腫瘍手術
- ☐⁹³ 同種死体腎移植術
- ☐⁹⁴ 生体腎移植術
- ☐⁹⁵ 焦点式高エネルギー超音波療法
- ☐⁹⁶ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
- ☐⁹⁷ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

9) 放射線治療・その他

- ☐⁹⁸ 輸血管理料 (☐⁹⁸ I ☐⁹⁸ II)
- ☐⁹⁹ 麻酔管理料
- ☐¹⁰⁰ 放射線治療・その他
- ☐¹⁰¹ 放射線治療専任加算
- ☐¹⁰² 外来放射線治療加算
- ☐¹⁰³ 高エネルギー放射線治療
- ☐¹⁰⁴ 強度変調放射線治療 (IMRT)
- ☐¹⁰⁵ 直線加速器による定位放射線治療
- ☐¹⁰⁶ テレパノロジーによる術中迅速病理組織標本作製



平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査 セカンドオピニオン外来実施医療機関の 利用状況調査 報告書

1. 目的

平成18年4月の診療報酬改定において、セカンドオピニオン（主治医以外の医師による助言）を目的とした診療情報の提供に係る評価として「診療情報提供料（Ⅱ）」が新設されたことを受け、医療機関におけるセカンドオピニオン外来の実施体制、セカンドオピニオン外来の利用状況の変化等を把握することを目的とした。

2. 調査対象

全国の病院のうち200床以上の施設から無作為に抽出した1,000施設を対象とした。

3. 調査方法

自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成19年7月とし、平成19年7月2日現在及びそれ以前の状況を調査対象とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表1 調査項目

区 分	内 容
回答病院概要	・ 開設者 ・ 標準診療科目 ・ 平均入院患者数、平均外来患者数、紹介率 ・ 看護基準 ・ 病院属性（DPC 対象・準備、地域医療支援、高度先進医療、臨床研修指定）

区 分	内 容
セカンドオピニオン外来の受付態勢等	・セカンドオピニオン外来の実施状況・受付態勢 ・セカンドオピニオン外来の診療科目 ・セカンドオピニオン外来の担当者 ・セカンドオピニオン外来の診療（相談）を行っている時間帯 ・セカンドオピニオン外来の料金 ・セカンドオピニオン外来における1回あたり所要診療（相談）時間 ・セカンドオピニオン外来の広報
セカンドオピニオン外来の実施状況	・セカンドオピニオン外来の件数推移（平成17, 18, 19の各第2四半期） ・紹介元が診療情報提供料（Ⅱ）を算定しているかの把握方法 ・セカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳（平成19の第2四半期） ・紹介元医療機関による提供情報の十分性 ・セカンドオピニオン外来件数のうち転院件数（平成19の第2四半期） ・セカンドオピニオン外来を利用した患者等の満足度
自由意見	・セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等

5. 結果

（1）回収の状況

全国の病院のうち200床以上の施設から無作為に抽出した1,000施設を調査対象とし、有効回収数は510件、回収率は51.0%であった。

図表2 回収の状況

施 設	有効回収数	回収率
調査対象病院	510	51.0%

6. まとめ

- 回答のあった病院の各属性において最も多かったのは、開設者は「医療法人・個人・その他」（42.8%）、1日当たりの平均入院患者数は「200人以上300人未満」（34.1%）、同外来患者数は「300人未満」（33.3%）、紹介率は「30%以上40%未満」（19.3%）、看護基準は「10：1以上」（43.8%）であった（図表3～7）。
- 回答のあった病院のうち、臨床研修指定病院（単独型・管理型）は40.2%、同（協力型）は32.9%、DPC準備病院は33.5%、同対象病院は16.8%、地域医療支援病院は8.3%、高度先進医療実施病院は5.7%であった（図表8）。
- 回答のあった病院のうち、セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院は34.1%であった。過半数は「セカンドオピニオン外来はとくに受け付けておらず、そのような受診希望があれば通常の『紹介状持参の初診』として扱っている」病院（62.5%）であった（図表9）。
- セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院の各属性において最も多かったのは、開設

者は「公的医療機関」(29.5%)、病床規模は「300床以上500床未満」(39.9%)、看護基準は「10:1以上」(46.2%)であった。また、そのような病院のうち、臨床研修指定病院(単独型・管理型)は51.4%、同(協力型)は21.4%、DPC準備病院は35.3%、同対象病院は30.6%、地域医療支援病院は11.6%、高度先進医療実施病院は13.9%であった(図表10~16)。

- 回答のあった病院のうち「セカンドオピニオン外来の専門窓口を設けて受け付けている」病院は4.9%で、同外来の開設時期は平成18年以降が60.0%であった(図表9, 図表17)。
- セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の受付態勢において、診療科目は「標榜診療科目の一部」(56.6%)、受付人員体制は「専任担当者と兼任担当者がいる」(75.7%)、診療(相談)時間は「通常の外来診療時間の外で予約のうえ行っている」(44.5%)、基本料金は「30分10000円~10500円」(25.4%)、料金に含まれる診療行為は「持参画像(資料)による診断」(78.0%)、1回あたり平均診療(相談)時間は「60分以上」(24.9%)、広報は「ウェブサイトでの掲示を行っている」(75.7%)が、それぞれ最も多かった(図表18~26)。
- セカンドオピニオン外来の総件数、および1件以上あった病院の割合は、平成17年から18年にかけてほぼ倍増し、19年も引き続き増加していた(各第2四半期の比較)。

一方、1病院あたりの平均件数(1件以上あった病院における)は減少傾向にあった(図表27)。

- セカンドオピニオン外来のうち診療情報提供料(Ⅱ)を算定していたケースが1件以上あった病院の割合は、平成18年(第2四半期)は6.3%、平成19年(同)は12.2%であった(図表28)。その算定の把握状況は、「算定の有無を把握できることはない」が46.2%、「紹介状等の書類に記載があった場合」が19.7%、「紹介元医療機関の問い合わせた場合」が13.9%であった(図表28~29)。
- セカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳(平成19年第2四半期)は、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」(250件)が最も多く、次いで「胃の悪性新生物」(163件)、「乳房の悪性新生物」(158件)であった(図表30)。
- セカンドオピニオン外来の紹介元医療機関が提供する情報は、「ほとんどの場合で十分である」が40.6%、「多くの場合で十分であるが不十分な場合もある」とした病院が49.2%であった。診療情報提供料(Ⅱ)を算定している場合に限ってみても、ほぼ同じ割合であった(図表31)。
- セカンドオピニオン外来を利用した患者(あるいはその家族等)の満足度に関する病院側の自己認識は、「ほとんどの場合で満足していただいていると思われる」が38.7%、「どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる」が23.7%であった(図表32)。

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査 生活習慣病管理料算定保険医療機関における 患者状況調査 報告書

1. 目的

生活習慣病の治療・指導のための診療報酬の1つとして平成14年度より、「生活習慣病指導管理料」が導入された。しかし、この「生活習慣病指導管理料」は、「指導管理等」、「検査」、「投薬」、および「注射」の費用はすべて所定点数に含まれるため、検査がなくても他の診療報酬を活用するよりも患者負担が高くなる。また3ヶ月に1回「生活習慣の総合的な指導および治療に関する計画書」を作成しなければならない等の条件が課されているため、生活習慣病の治療に適用できる他の診療報酬と比較すると算定が進まない状況にあった。

平成18年度の診療報酬改定では、こうした状況を踏まえ、より多くの医療機関で活用されるべく、「生活習慣病指導管理料」は「生活習慣病管理料」に改編され、点数も引き下げられた。また、それと同時に患者に手渡す療養計画書の様式もより具体的な内容を記載するように変更された。

本調査においては、改編された生活習慣病指導料がどの程度活用されるようになったのかという算定状況の変化と、変更された療養計画書の記載内容等の変更について、医療機関側・患者側がどのようにとらえているかについて把握することを目的として実施した。

2. 調査対象

■施設調査

全国の200床未満の病院、および内科、循環器科を標榜している一般診療所の中から無作為抽出した1,500施設を対象とした。

【生活習慣病管理料の算定要件】

許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

■患者調査

上記の施設調査対象施設において、平成19年7月に生活習慣病管理料の算定を受けた患者を対象とした。

なお、調査票は1施設あたり、患者調査票を20件ずつ配布した。

3. 調査方法

■施設調査

自記式調査票の郵送配布・回収とした。また、調査時期は平成19年7月とした。

■患者調査

施設調査の対象施設に対し、患者調査のための調査票を同封し、生活習慣病管理料算定患者に対して、自記式調査票を施設より配布することを依頼した。回収は事務局宛に直接郵送で行う形とした。また、調査時期は平成19年7月とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

■施設調査

図表1 施設調査の調査項目

施設属性項目	開設主体，病診区分，42条施設併設の有無，有資格の職員体制
生活習慣病管理料の算定状況	・算定の有無，算定件数 ・算定開始／終了時期 ・算定開始理由／算定終了理由／未算定理由 ・今後の算定状況
療養計画書について	・療養計画書の作成時間 ・療養計画書の記載内容の詳細度，記載すべき項目の充足度，目標設定の有効性，コメディカルへの説明のしやすさ，患者への説明のしやすさ，記入の手間
生活習慣病の治療・指導状況	・生活習慣病患者数 ・生活習慣病の1ヶ月あたり平均診療回数，1回あたり平均診療時間 ・生活習慣改善のための目標設定の有無 ・生活習慣病治療・指導の担当者 ・生活習慣病治療・指導における自己負担の有無 ・生活習慣病治療・指導における患者満足度

■患者調査

図表2 患者調査の調査項目

患者属性項目	年齢，性別，居住地，受診医療機関区分，主疾患，服薬の有無
生活習慣病の治療・指導状況	・服薬の有無 ・治療開始時期 ・生活習慣病治療・指導の内容と担当者 ・生活習慣のための目標設定の有無，実行の有無，目標設定の効果，目標の達成状況

生活習慣病の治療・指導状況	・身体状況の改善度合い ・治療・指導への満足度
療養計画書について	・療養計画書の受領の有無，受領回数 ・療養計画書に対する医師の説明時間 ・療養計画書への署名の有無 ・療養計画書に記載された指導内容と実行の有無 ・療養計画書の分かりやすさ

5. 結果概要

(1) 回収状況

施設調査においては，調査票を発送した医療機関全体の有効回収数は640，回収率は42.7%であった。そのうち，全国の200床未満の病院における有効回収数は71，回収率は33.0%であり，内科，循環器科を掲げる一般診療所の有効回収数は550，回収率は42.8%であった。

患者調査においては，上記の対象医療機関で，平成19年7月に生活習慣病管理料の算定を受けた患者の有効回答数は615であった。

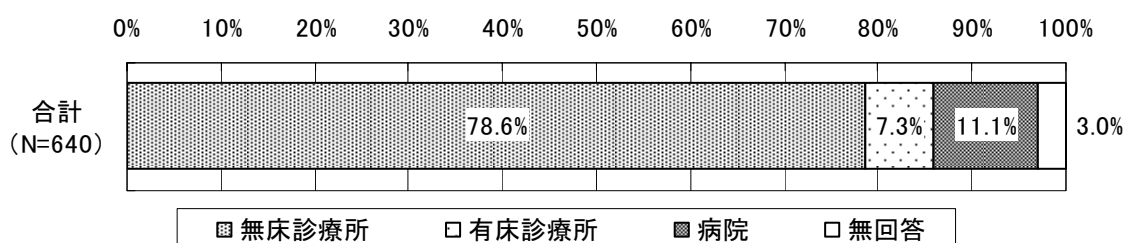
図表3 回収状況

調査票		有効回収数	回収率
施設調査票		640	42.7%
	病院	71	33.0%
	一般診療所	550	42.8%
患者調査票		615	

※施設調査票については施設属性が無回答であるものもあるため，病院と一般診療所の有効回答数の合計と施設調査票の合計は一致しない。

なお，施設調査について回答のあった医療機関の施設種類については，「無床診療所」が最も多く（78.6%），次いで「病院」（11.1%），「有床診療所」（7.3%）であった。

図表4 施設区分

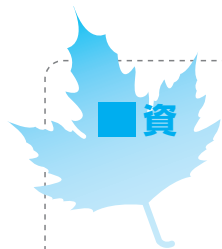


6. まとめ

- 回答医療機関のうち、現在生活習慣病管理料を算定している医療機関の割合は11.3%、以前は算定していたが、現在は算定していない医療機関が7.7%であった（図表5）。
- 生活主管病管理料を算定している医療機関のうち、病院においては、生活習慣病管理料の算定患者数は減少傾向にあるものの、一般診療所においては増加傾向にあった（図表6）。
- 生活習慣病管理料算定医療機関における1ヵ月あたりの平均診療回数は1.7回であり、1回あたりの診療時間は平均13.4分であった（図表10、12）。
- 生活習慣病管理料算定医療機関では、生活習慣病治療にあたり、患者の目標設定を行っている医療機関が58.3%、患者によって違うが行っている医療機関が37.5%になっていた（図表14）。
- 生活習慣病に関する指導の実施者は運動、食生活、休養、喫煙、服薬、その他のすべての項目において、医師が中心となっていた（図表16）。
- 生活習慣病管理料の算定に必要な療養計画書の作成に要する時間は、初回用で平均19.3分、継続用で11.3分となっていた（図表20）。
- 療養計画書の内容については、「詳細すぎるが概ね良い」が40.0%、次いで「詳細すぎて自由度がない」が36.0%、あわせて76.0%が療養計画書の内容を詳細すぎると感じる傾向にあった（図表21）。
- 療養計画書の記載項目の充足度について、「概ね十分」が56.0%、次いで「十分」が36.0%で、9割以上の医療機関が療養計画書の記載項目充足度について十分であると感じる傾向にあった（図表22）。
- 療養計画書の目標設定の有効性については、「変わらない」が56.0%、次いで「有効である」が40.0%で、全体として、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた（図表23）。
- 療養計画書の様式の変更により、コメディカル等への患者の状況の説明がしやすくなったかについては、「変わらない」が62.0%、続いて「説明しやすくなった」が26.0%で、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた（図表24）。
- 患者への説明のしやすさについては、「変わらない」が58.0%、次いで「説明しやすくなった」が24.0%となり、肯定的意見の方が若干多かったが、療養計画書の記入の手間については、「変わらない」が52.0%、「記入しづらくなった」が38.0%となっており、否定的意見が若干多かった（図表25、26）。
- 生活習慣病管理料未算定の理由としては、療養計画書の記載内容が増えたことを挙げる医療機関が57.1%と最も多くなっていた。また、これまで一度も生活習慣病管理料の算定を行ったことのない医療機関は、その理由として点数の設定が高く患者の負担増につながるからという理由として選択する医療機関が53.4%と半数以上に上っていた（図表27、28）。
- 医療機関がとらえる生活習慣病治療に対する患者の満足度としては、7割の医療機関が概ね満足していると感じていた（図表29）。
- 今後の生活習慣病管理料の算定意向としては、現在算定している医療機関では72.2%が今後も算定する予定としているが、現在算定していない医療機関では54.2%と半数以上が算定しない予定、42.2%が今後は未定であるとしていた（図表31）。
- 生活習慣病管理料の算定を受けている患者の属性としては70歳以上が大半を占めており、疾患としては高血圧症が半数以上を占めていた（図表34、37）。
- 生活習慣病の治療に関する指導内容としては、運動、食事、服薬については9割以上が医師による指導があったが、喫煙については69.7%、休養については61.4%となっていた。また、医師もしくは、医師以外（看護師・管理栄養士・運動スタッフ等）の指導があったかについては、全ての指導内容において医師単独による指導が最も多かった。ただし、運動、食事については2割近くが医師とコメディカルの両者による指導となっていた（図表40、41）。
- 生活習慣改善のための目標設定については、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれの疾患についても7割から8割の患者が目標を設定しており、設定した目標について疾患別にみても6割から8割の患者がある

程度実行しているもしくはほとんど実行していると回答していた。さらに、設定した目標の達成度についてはいずれの疾患についても半数以上がある程度目標を達成できていた（図表42, 43, 44）。

- 療養計画書に記載されている内容とその実行状況については、運動に関する内容と食生活に関する内容で「記載あり」が、9割以上と大部分を占め、「実行あり」も6割を超えていた。服薬に関する内容では、「記載あり」が8割以上を占め、「実行あり」の割合も74.0%となっており、服薬に関する記載内容がある人のうちの9割弱（全体で74.0%）が指導内容を実行していた。休養に関する内容では、「記載あり」が6割以上であるものの、「実行あり」は38.6%、喫煙に関する内容では、「記載あり」が過半数を割り、「実行あり」も22.7%となっており、指導内容として記載があるものの、休養と喫煙については実行できている人の割合が他の指導項目と比べ半分近くと低くなっていた（図表45）。
- 療養計画書への患者自身の署名の有無については、3つの疾患とも「署名した」が65%前後を占めていたが、署名したことがなかったり、わからないと回答している人が4分の1程度に上っていた（図表46）。
- 療養計画書についての医師等からの説明については、いずれの疾患についても、「5～10分」が最も多くなっていた（図表47）。
- 療養計画の分かりやすさについては、いずれの疾患についても7割以上で概ね分かりやすいという評価は得ていた（図表48）。
- 生活習慣病の治療・管理による身体状況の改善の度合いについては、いずれの疾患とも8割前後の患者が身体状況は改善したと評価していた（図表49）。
- 生活習慣病への治療・指導に対する満足度については、いずれの疾患についても8割以上の患者が概ね満足していた（図表51）。



平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査 地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制等の状況調査 報告書

1. 目的

地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料算定医療機関における地域連携クリティカルパス導入による平均在院日数の変化を把握するとともに、医療機関間の連携状況、連携上の課題や、大腿骨頸部骨折以外に作成している地域連携クリティカルパスの対象疾患等を把握することを目的とした。

2. 調査対象

平成18年7月1日現在で地域連携診療計画管理料を算定している78施設、及び地域連携診療計画退院時指導料を算定している222施設の全てを対象とした。なお、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の算定対象疾患は「大腿骨頸部骨折」である。

3. 調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成19年7月とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表1 調査項目

区 分	内 容
施設属性項目	開設主体，病床数，病院種別，DPC への対応状況
調査項目	・施設基準の届出時期 ・地域連携クリティカルパスで設定した入院期間 ・退院基準の作成状況

調査項目

- ・地域連携診療計画管理料，地域連携診療計画退院時指導料の算定状況
- ・大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数の変化
- ・地域連携クリティカルパスの統一制定書式の有無
- ・地域連携クリティカルパスの運用開始時期
- ・地域連携クリティカルパスの対象疾患
- ・連携している医療機関数，会合の開催状況，連携上の課題
- ・診療情報の共有化のための IT システムの導入状況
- ・今後の方針等

5. 結果

(1) 回収の状況

地域連携診療計画管理料を算定している医療機関（以下「計画管理病院」という）の有効回収数が51，回収率は65.4%であった。また，地域連携診療計画退院時指導料を算定している医療機関（以下「連携医療機関」という）の有効回収数が110，回収率は49.5%であった。

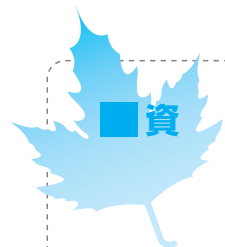
図表 2 回収の状況

施設	有効回収数	回収率
計画管理病院	51	65.4%
連携医療機関	110	49.5%

6. まとめ

- 計画管理病院の施設属性は，計画管理病院の49.0%は公的医療機関で，平均病床数は467.2床であった。また，94.1%がDPC対象病院，もしくはDPC準備病院であった（図表3～5）。
- 連携医療機関の施設属性は，連携医療機関の94.5%は医療法人もしくは個人等が開設主体となっており，有床診療所が25.5%であった。また，病院の平均病床数は151.2床であった。療養病床を6割以上有している施設が52.4%を超えていた（図表6～9）。
- 計画管理病院では，大腿骨頸部骨折による入院患者が平成17年度に比べて平成18年度で増加した施設は43.1%であった。また，平成18年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち37.5%の患者について地域連携診療計画管理料を算定していた（図表12～13）。
- 連携医療機関では，大腿骨頸部骨折による入院患者が平成17年度に比べて平成18年度で増加した施設は39.1%であった。また，平成18年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち22.3%の患者について地域連携診療計画退院時指導料を算定していた（図表14～15）。
- 計画管理病院における地域連携クリティカルパス上の入院期間の設定状況については，連携先の医療機関での在院日数も含めた「総入院期間」を設定している施設は49.0%で，総入院期間の平均は71.4日であった。また，41.2%の計画管理病院が自院の入院期間のみ設定しており，その入院期間の平均は18.3日であった（図表16～18）。

- 退院基準の作成状況については、計画管理病院の82.4%が退院基準が「ある」と回答しているのに対して、連携医療機関では退院基準が「ない」と回答した施設が41.8%であった（図表21）。
- 計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数は平成17年度が38.2日、平成18年度が33.0日であった。また、54.9%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は6.6日であった（図表22～23）。
- 連携医療機関では、連携医療機関における大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数は平成17年度が64.1日、平成18年度が62.7日であった。28.2%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は10.7日であった（図表26～27）。
- 地域連携クリティカルパスの対象疾患については、「骨折」以外で地域連携クリティカルパスの対象疾患となっているものは、「脳血管疾患」「糖尿病」などの回答が多くみられた（図表32～33）。
- 地域連携クリティカルパスに係る書式の有無については、計画管理病院では、医療者用パス、患者用パスともにほとんど全ての施設で統一制定書式を作成されていた（図表34～35）。なお、連携医療機関では、退院時の患者用説明資料を作成している施設は35.5%であった（図表37）。
- 計画管理病院と連携医療機関の会合の開催状況については、計画管理病院では平均的な会合の開催回数は年間4.1回、また、連携医療機関では年間3.5回であった。なお、計画管理病院1施設当たりの連携医療機関数は、病院が7.4施設、診療所が3.9施設であった（図表38～40）。
- 地域連携クリティカルパスの運用上の課題については、転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性について、計画管理病院の74.5%がその必要性が「ある」との回答であった（図表41）。
- 連携医療機関への地域連携クリティカルパスによる情報提供のあり方の改善の必要性については、計画管理病院の76.5%、連携医療機関の59.1%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表42）。
- 連携医療機関からの地域連携クリティカルパスのフィードバックのあり方の改善の必要性については、計画管理病院の78.4%、連携医療機関の50.0%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表43）。



平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査 紹介率要件の廃止に伴う 保険医療機関への影響調査 報告書

1. 目的

平成18年度診療報酬改定において、紹介率を要件とする各種加算が廃止されたことによる、保険医療機関への影響を検証するため、改定前後における紹介率等の変化を把握するとともに、外来患者数等の変化等の状況についても把握することを目的とした。

2. 調査対象

全国の無作為抽出した200床以上の病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を含む）の全1,000施設を対象とした。

3. 調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成19年7月とし、改定前後のデータとして平成17年度及び平成18年度の状況を調査対象とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表1 調査項目

区 分	内 容
施設属性項目	・ 開設者 ・ 標榜診療科目 ・ 許可病床数、病床利用率、平均在院日数 ・ 地域医療支援病院、特定機能病院の承認状況 ・ 各種加算の算定状況（H17）

区 分	内 容
調 査 項 目	紹介率要件の廃止に伴う影響（H17・H18の比較） ・ 紹介患者数、救急用自動車によって搬入された患者数の変化 ・ 紹介率の変化 ・ 紹介元医療機関の施設数の変化 ・ 紹介患者に係る体制など今後の意向 ・ 各種加算項目の算定件数の変化 ・ 年間在院患者延数，年間外来患者延数の変化 ・ 逆紹介率の変化 ・ 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化 自由意見 ・ 紹介率要件の廃止に関する意見

5. 結果

（1）回収の状況

全国の無作為抽出した200床以上の病院，特定機能病院及び地域医療支援病院の全1000施設を調査対象とし，有効回収数が542，回収率は54.2%であった。

図表 2 回収の状況

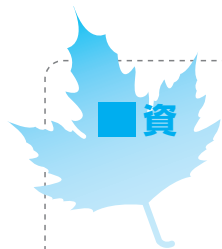
施 設	有効回収数	回 収 率
調査対象病院	542	54.2%

6. まとめ

- 調査対象病院の許可病床数は，「300床未満」が31.4%，「300～400床未満」が23.2%であり，病床利用率は「80～90%未満」が44.6%と最も多く，次いで「70～80%未満」が20.7%であった。また，平均在院日数は「14～21日未満」が60.7%と最も多かった（図表3～5）。
- 調査対象病院のうち，地域医療支援病院の承認を受けていたのは19.4%，特定機能病院の承認を受けていたのは13.5%であった（図表6～7）。
- 平成17年度各種加算の算定状況は，「紹介患者加算1～6」が91.0%，「紹介外来加算」は51.3%，「急性期入院加算」は28.6%，「紹介外来特別加算」は20.7%であった（図表8）。
- 平成18年度の紹介患者数は，「2,000～4,000人未満」が40.6%，「2,000人未満」が25.5%であった。また，紹介率は「20～40%未満」が28.6%，「40～60%未満」が22.0%であり，逆紹介率は「20～40%未満」が32.5%，「20%未満」が29.2%であった。（図表9，図表11，図表14）。
- 平成18年度の救急用自動車によって搬入された患者数は，「1,000人未満」が36.0%，年間在院患者延数は「60,000～80,000人未満」が18.6%，年間外来患者延数は「200,000人以上」が38.2%であり，それぞれ最も多かった。また，入院診療収益と外来診療収益の比率（※入院診療収益と外来診療収益の比率＝外来診療収益／入院診療収益）は，「20～40%未満」が37.8%，「20%未満」が27.1%であった。（図表10，図

表12, 図表13, 図表15)。

- 平成17年度から平成18年度における紹介患者数の増減は「増加」が62.7%,「減少」が29.7%であった。また, 紹介率の増減は「増加」が48.5%,「減少」が40.0%であり, 逆紹介率の増減は「増加」が52.2%,「減少」が34.1%であった(図表16, 図表24, 図表36)。
- 紹介患者数の階層別変化では, 多くの階層で平成18年度に紹介患者数が減少した病院より増加した病院が多かった。特に, 平成17年度に「9000～10000人未満」であった病院は65.4%が「10000人以上」に移行していた(図表17)。
- 紹介率の階層別変化では, 紹介率「80%未満」までの病院では紹介率が減少したところより増加したところが多かった。特に, 平成17年度に紹介率「40～50%未満」の病院は, 22.9%が「50～60%未満」に移行していた(図表25)。
- 逆紹介率の階層別変化をみると, 多くの階層で逆紹介率が減少した病院より増加した病院が多く, 特に, 平成17年度に逆紹介率「50～60%未満」であった病院は, 42.8%が「60～70%未満・70～80%未満」に移行していた(図表37)。
- 平成17年度と平成18年度における救急用自動車によって搬入された患者数の増減は「増加」が43.7%,「減少」が46.7%であった。また, 年間在院患者延数の増減は「増加」が26.6%,「減少」が72.5%であり, 年間外来患者延数の増減は「増加」が35.4%,「減少」が63.7%であった(図表20, 図表28, 図表32)。
- 平成17年度と平成18年度における入院診療収益と外来診療収益の比率の増減は「増加」が50.4%,「減少」が38.9%であった(図表40)。
- 平成17年度と平成18年度の紹介患者の受入れや他院への患者紹介を担当されている専従者人数については,「変化無し」が61.1%と多く, 次いで「増加」が31.2%であった(図表44)。
- 平成17年度と平成18年度の紹介患者, 他院へ紹介する患者の数についての意向は, 紹介患者の数は「増やしていく」が69.6%と多く,「これまでどおりを維持する」が27.9%, また, 他院へ紹介する患者の数は「増やしていく」が65.9%と多く,「これまでどおりを維持する」が31.4%であった。(図表47)



診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成19年度調査) 医療安全管理対策の実施状況調査 報告書

1. 目的

平成18年4月の診療報酬改定では、「医療安全対策加算（入院初日50点）」が新設され、医療安全管理部門に専従の医療安全管理者を配置し、医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施している医療機関に対して、診療報酬上の評価が与えられることとなった。

本調査は、「医療安全対策加算」について、医療機関における医療安全管理対策の実施状況や医療安全管理者の専従配置による効果等を把握することによって、診療報酬改定の結果を検証することを目的とする。

2. 調査対象

本調査は、平成18年7月1日現在「医療安全対策加算」の届出を行っている、すべての保険医療機関1,073施設を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、自記式調査票を対象医療機関に郵送配布し、施設の管理者と医療安全管理者との相談の上、回答していただいた。回答調査票は、本調査事務局宛の返信用封筒（切手不要）の使用により、郵送回収を行った。

調査実施時期は、平成19年7月～8月とした。

4. 調査項目

本調査では、次の項目についてアンケート調査を実施した。

区 分	主な調査項目
施設属性	・施設の種類，開設主体，病床数，平均在院日数，職員数，入院基本料区分等
医療安全対策に関する内容	○加算，配置の状況 ・医療安全対策加算の届出状況，医療安全管理者の専従配置時期 ・当該加算の算定回数 ・医療安全管理者（専従）と院内感染管理者（専従）の人数 ・医療安全管理者（専従）に係る給与・賞与 ・医療安全管理を行う部門の配置人数等 ○医療安全管理に関する取組みの内容 ・院内研修の実績（加算届出前・届出後） ・医療安全対策に関するカンファレンスの開催状況（届出前・現在） ・感染サーベイランスの実施状況 ・事故防止対策の件数と具体的内容等 ○専従配置の効果・課題等 ・事故件数，インシデント件数，MRSA 分離患者数，多剤耐性緑膿菌分離患者数，患者・家族等からの苦情件数 ・医療安全管理者の専従配置の効果 ・医療安全体制を推進する上での課題等

5. 調査結果

（1）回収の状況

平成18年7月1日現在で、「医療安全対策加算」の届出を行っている1,073施設のうち，640施設から有効回答が得られた。有効回答率は59.6%であった。

図表1 回収の状況

発送数	1,073施設
有効回答数	640施設
有効回答率	59.6%

6. まとめ

本調査より明らかになった点は，以下のとおりである。

- 「医療安全対策加算」を届け出ている医療機関のうち96.6%が「病院」であった（図表2）。また，200床以上の病院がおよそ8割を占めた（図表4）。
- 専従の医療安全管理者を配置した時期としては，単年度でみれば「平成18年度」が41.3%で最も多かった。

一方で、半数を超える施設では、「医療安全対策加算」が新設された平成18年4月より前（平成17年度以前）に専従の医療安全管理者を配置していた（図表20）。

- 専従の医療安全管理者の人数は、「1人」という施設が89.1%であった（図表21）。また、その職種についてみると、「看護師のみ」という施設が85.8%と高かった（図表23）。
- 加算届出前後それぞれ1年間における、医療安全のための院内研修は、開催回数（平均8.1回→9.7回へ）、延べ参加者数（831.0人→1,004.3人）のいずれにおいても、加算届出後に平均値の増加がみられた（図表30、図表31）。
- 医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファレンスの開催頻度は、加算届出前は「月1回程度」（40.0%）が最も多かったが、加算届出後は「週1回程度」（76.3%）が最も多くなり、全体的に開催頻度が高くなった（図表32）。
- 医療安全管理者の専従配置後に取り組んだ事故防止対策としては、「処方・与薬」（85.7%）、「転倒・転落」（79.4%）、「医療機器の使用・管理」（78.8%）、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」（68.4%）、「オーダー・指示出し・情報伝達過程」（66.0%）等に取り組んでいる施設の割合が高かった（図表33）。
- 平成18年1月から3月までの3か月間と、平成19年1月から3月までの3か月間における「事故件数」及び「インシデント件数」を比較すると、事故件数（平成18年：45.8件→平成19年：48.6件）、インシデント件数（286.3件→314.1件）、ともに増加した（図表36）。
- 同様に、「MRSAの分離患者数」（平成18年：50.2人→平成19年：47.2人）、「MRSAの分離患者数（うち自院発生）」（36.7人→33.1人）、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数」（1.2人→1.0人）、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数（うち自院発生）」（0.9人→0.7人）についてみると、いずれも平成19年は減少した（図表36）。
- 医療安全管理者（専従）配置の効果として「大いにあてはまる」の回答が多かった項目は、「医療安全に関する情報の一元的集約」（50.3%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（43.3%）であった。また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせた回答割合合計でみると、「医療安全に関する情報の一元的集約」（合計は91.9%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（同87.7%）、「医療事故の原因分析の実施」（同85.0%）、「スムーズな各部門間の連携・調整（事故発生時）」（同82.3%）、「インシデント・事故報告に対する職員全体の意識・向上」（同82.3%）等であった（図表44）。

医学史の旅—ギリシャ④

星 和 夫

慈生会ベトレヘムの園病院
院長



コリントス *Corinth*



★イストモス (Isthmos)

アテネから80 km, 高速道路を走ること約1時間半でアッティカ地方の西端 Isthmos に着きます。ここはペロポネーソス半島への渡り口です。

地図を一目見ればお分かりのように、ここはサロニコス湾とコリント (コリンシアコス) 湾を隔てる狭い地帯で、長さ6,436 m しかありませんので、イストモス Isthmos (地峡) と呼ばれています。英語でも the Isthmus of Suez (スエズ地峡), thyroid isthmus (甲状腺峡部), isthmus faucium (口峡), isthmus tubae uterinae (卵管峡部), isthmus uteri (子宮峡部) などと使われていますね。



図1: コリントス運河

★コリントス運河 (Corinth Canal) (図1)

この地峡地帯に有名なコリントス運河があります。ローマの皇帝ネロは、紀元67年、6,000人の奴隷を動員して開削を行い、3.3kmあまりを掘りましたが、翌年ネロは自殺し、工事は中断されました。1869年にスエズ運河が開通すると、ギリシャ運河工事再開の機運が高まり、1893年に完成したのです。

この運河は全長6,343 m, 幅は水面部で24.6 m あり、両側に高く切り立った崖がせまる細い水路を船が通過します。この運河の開通で、従来のペロポネソス半島を大きく迂回するルートに比べて航路が400 km あまり短縮されました。ローマとアテネ、ヨーロッパとアジアが近回りで交通できるため、交通の要衝として、また貿易港として、紀元前5世紀

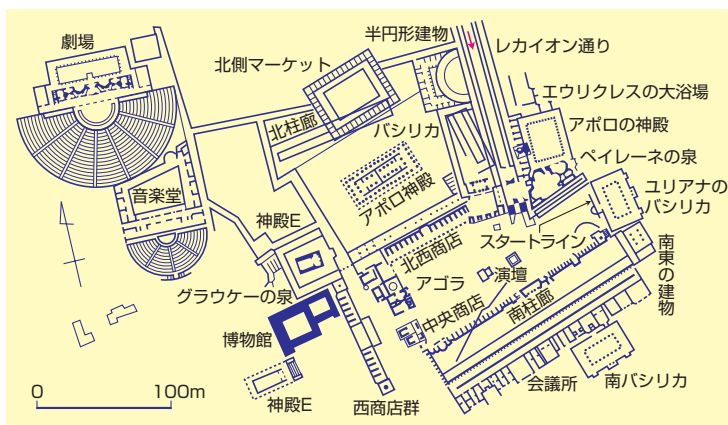


図2: コリントスの遺跡



図3：商店街



図4：アゴラ

頃には繁栄を極め、人口2万5,000人を数えるローマの3大商業都市の1つだったそうです。しかし3世紀頃から衰え始め、地震などもあって、6世紀には完全に遺跡となってしまいました。現在は、人口1万5,000人くらいの静かな田舎町です。

古代 Kōrinthos の遺跡は、コリントスからさらに西に7 km ほど入った所にあります。

★アゴラ

レカイオン通りから前門をくぐると、そこは大きな広場を中心に周囲に建物の遺跡が並んでおり、いわゆる agora（市場）です。

このアゴラは、東側が法廷や集会所、南側は商店街（図3）、西側は神殿、北側はストアと商店街で、要するに庶民の生活の場でしたが、面白いことは、このアゴラは競技場も兼ねていて、一番東端に長さ18mのスタートラインが今なお残っています（図4）。

★ギリシャ時代の庶民生活

当時のギリシャ人は、夜明けとともに起き、ブドウ



図5：アゴラのトイレ

ウ酒に浸したパンの朝食を摂ったあと仕事に出かけ、大体10時頃までに

1日の仕事の半分くらいを済ませます。

午前10時から12時頃までが「市場の時間」で、ショッピングを済ませたあとも、ここで友人たちと人生論や政治論を戦わせて過ごしました。その場所は、理髪店、薬屋、医者、もろもろの商店、あるいは公衆トイレでご用を足しながら、などであったそうです。

正午にはこのアゴラは片付けられて事務所に変わり、人々は帰宅して昼食を摂ります。午後は短時間に残りの仕事を片付け、その後はもっぱら体育館でさまざまなスポーツに汗を流し、そして夕方入浴後は哲学談議などで夜を過ごす、といった具合で、労働とスポーツ、精神の陶冶などが理想的に配分された、非常に文化的な生活だったようです。

★ローマ時代のトイレ（図5）

東のレカイオン通りから入ると、入口のすぐ左側に、ローマ時代の公衆トイレの跡があります。4世紀に作られたもので、丸くくり抜かれた大理石の便座の下は絶えず水が流れ、水洗式になっています。

仕切りも扉もなく、みんな並んで座って用を足しながらおしゃべりをする、当時の人々の社交や議論の場であったようです。

★コリントスの娼婦とサンダル

古代ギリシャでは、売春は主として神殿の巫女が行っていたため、あまり賤業とはみられず、ヘタイラと称された遊女たちも、芸に秀で、教養豊かな女性も多かったとのこと。とくにこのコリントス





の神殿には、常時1,000人以上もの遊女がいたそうです。

この港町は商業、貿易で繁栄する一方、風俗の乱れた町としても知られ、娼婦の多い町としても有名だったようです。娼婦たちは長衣に革のサンダルを履き、そのサンダルの裏に字を彫って、砂地を1歩歩くごとに“Follow me!”という文字が残るようにしながらこのアゴラを行き来して、男どもを誘いました。

ついでですが、sandalという言葉自身、ギリシャ語のsándalion（木靴）からできた英語です。さらにそのもとはアジアの言葉だともいわれていますが……。

★アゴラの演壇（図6）

アゴラの南側一帯には160mにわたって33軒の商店街がありました。興味深いのはその中央にある演壇（Bema）です。アゴラ全体を見渡せる高さがあり、ローマ時代には群衆を前にして、政治家や軍人たちがここで盛んに演説したとのことですが、その1人にSt. Paul（聖パウロ）がいます。

彼はユダヤ教徒でしたが、キリストに帰依して熱心な教徒になり、3回にわたって地中海沿岸を伝道旅行し、ローマ帝国にキリスト教を普及させました。その功績により、彼はキリストの最高の使徒とされています。

パウロは第三次伝道旅行のさい、最初アテネで活動しましたが、民衆に受け入れられず、心身ともに疲れて、このコリントスにやってきました。もはや人間の知恵や雄弁に基づかず、ただ神の力を頼りに、改めて宣教を開始したのです。そして、1年半以上



図6：演壇



図7：ギリシャ建築の柱頭

にわたるコリントス滞在中に、多くの人々を信仰に導きました。その時パウロが、毎日のように演説したのがこの演壇だったのです。

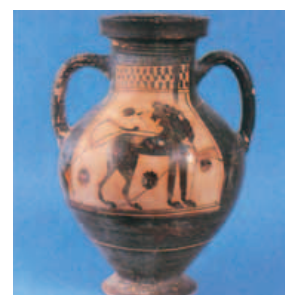


図8：アンフォラ（入場券亭真から）

彼はのちに、この町の信者たちに2通の手紙を書き送っています。それが「コリント人への福音書」です。そしてこのパウロの伝道旅行につき従っていたのが、医者 of St. Loukás（聖ルカ）だったのです。

★コリント様式とアンブル

アゴラの西側に小さな博物館があります。ここの庭には、コリントス式、ドーリス式、イオーニア式など、典型的なギリシャ建築様式の柱頭が展示されており、あちこちのギリシャ・ローマ建築を見物するうえで非常に勉強になりますが、ここコリントスで作られたコリント様式は、ご承知のとおり、アカンサス（葉あざみ）の飾りですね（図7）。

さてこの博物館で特に有名なのは「コリントス壺」です。これは、この辺の土地からセラミックの材料が採れたためですが、壺、陶器類がここから各地に輸出されました。殊に、ケース14のアンフォラ（図8）、15のオイノコエー（酒徳利）はコリントス最盛期の壺といわれています。

さてこの amphora ですが、もとはギリシャ語の amphoreús で、amphi- は“両側に”，phorós は phōs-phóros（光を運ぶもの＝リン）のように“運ぶ”ですから、結局“両取っ手付きの壺”ということにな



ります。

我々は注射液の入った小さなガラスの容器をアンブル ampul と呼んでいますが、あれはギリシャ語の amphoreús からできた英語なのです。

また解剖学名では、ampulla tubae uterinae（卵管膨大部）などのように膨らんだ部分を アンブラ ampulla（膨大部）と名付けていますが、これは“ampulla（壺）のように膨らんだ部分”という意味のラテン語なのです。

★奉献された臓器レリーフ（図9）

ここで見落とせないのは、沢山の臓器のレリーフです。当時の人々は、病気の平癒を願って、あるいは治癒すると神に感謝して、自分の病気だった部分を石像に彫り、それを神殿に捧げる習慣がありました。これは古代の人々の病気を知るうえで重要な手がかりになります。有名なのは、先月アテネの国立考古学博物館のところでご紹介した「下腿静脈瘤のレリーフ」ですが、この博物館には頭、膀胱、手足、子宮などいろいろな部分が展示されていますのでお見逃しなく。

★グラウケーの泉（図10）

この博物館から西の出口へ向かう途中の右側に「グラウケーの泉」があります。ここには悲しい物語がありますが、その主人公 Glaukē は海の神ネーレウスの娘で、海の青い色にちなんで付けられた名前です。我々のほうでも、glaucoma グラウコーマ といえは“緑内障”ですね。



図10：グラウケーの泉



図9：奉献された臓器レリーフ

こぼれ話

コリントスでもっとも有名だった娼婦はシチリア出身の ^{ライス}Lais という女性です。2世紀に ^{パウサニアス}Pausanias という人が書いた古代ギリシャの旅行案内書のコリントスのくだりに、もうすでに彼女のことが載っており、“ポリス（市域）の手前に糸杉のもり茂る聖なる杜があり、そこにはライスの墓があって、その墓の天辺飾りの牝獅子の像は、前足で1頭の牡ヒツジを捕まえている”と書かれてありますので、相当華やかな生涯を送った女性だったようです。

ある時、当時有名な哲学者 Diogenes が彼女を好きになり、何度か自分の家へ来るよう誘いましたが、なかなか承知しません。彼があまりしつこいので、ある夜、彼女は自分の侍女を彼の家に遣り、ベッドを共にさせました。

翌朝アゴラで2人が会った時の会話。

彼 「昨夜はとても良かったよ」

彼女 「貴方は私と違うことに気付かなかったの？」

彼 「一旦灯火を消せば、女はみんな同じさ」

ギリシャでは、今でもこれが言い伝えられているそうです。（これはお話で、私は女性崇拜尊敬論者ですので、お許しを！）

医療法人 浜松南病院

静岡県浜松市南区白羽町26番地 TEL 053-443-2111(代)

院長 わたなべ 渡邊 文利

地域の中核病院として、消化器病・生活習慣病の診療からリハビリまで

■設立趣旨、方針

当院は、静岡県浜松市の南部地域における中核病院として地域医療を担い、消化器病と生活習慣病の診療やがん検診にも重点を置き、地域住民の方々の健康管理に貢献すべく、平成18年4月に一般病床50床、療養病床80床を有し開設いたしました。

行政機関、医師会や他の医療・福祉機関等との連携のもと、良質な医療・介護サービスを提供し、信頼を得られるよう、最善の努力をすることが第一の責務であると考えております。

■診療体制・特徴

外来診療については、消化器疾患やがんの早期発見と治療に積極的に取り組み、生活習慣病に対してはきめこまかい生活・栄養指導を中心とした治療を実践しております。

特に消化器疾患に関しては、IBD センターを設置し16列マルチスライス CT によるバーチャル大腸内視鏡やダブルバルーン小腸内視鏡、さらにカプセル内視鏡などの最先端の医療機器を備え充実したスタッフのもと、高度で専門的な診断・治療を行っています。

入院診療については、一般病床と療養病床の両方を有し、急性期から慢性期疾患までの治療から療養まで安全性の高い医療、安心感のある介護を実践しております。

また、通所リハビリテーションをはじめとしたリハビリテーション機能を強化し、高齢者の在宅



介護、介護予防にも努めております。

地域に密着した中核病院として、「医療」・「看護」・「介護」を包括的に提供することができる医療施設になっております。

●病院案内

住 所 : 静岡県浜松市南区白羽町26番地

T E L : 053-443-2111 (代)

0120-834-373

F A X : 053-443-2116

標榜科目: 消化器科, 内科, 外科, 肛門外科
整形外科, リハビリテーション科
呼吸器科, 泌尿器科, 脳神経内科

URL : <http://www.hamamatsu-minami.com/>



待ったなしの療養病床の転換

石尾公認会計士事務所 所長
「医療税務論」講師

石 尾 肇

ここ数か月、世論をにぎわしている後期高齢者医療制度であるが、少子高齢化の急速な進展や団塊の世代の高齢者ゾーンへの移行など、十年単位で見た場合の給付と負担の関係を考えれば、やみくもに制度自体を反対する理由はなく、むしろ制度の設計の仕方や周知徹底の欠如が問題といえよう。持続的な国民皆保険制度であるためには、高齢者側にも相当の負担は当然に求めるべきである。もちろんその際には、所得等の状況に応じた負担の在り方について十分な議論が行われなければならないことは言うまでもない。最終的には消費税等の間接税によって大枠において制度の維持を図らなければならないことは暗黙の前提といえるが、その前に国民が納得する負担の在り方について十分な時間をとった議論が必要と思う。この後期高齢者医療制度のみならず、高齢者に関連する社会保障制度については様々な論点で改革が進められている。その中でも、医療機関にとっての最大の関心事は、療養病床の削減問題であろう。

第5次医療法改正に伴って打ち出された療養病床に対する再編成の考え方は、今後ますます進展すると考えられる医療財政のひっ迫を受けて、いわゆる社会的入院といわれている患者群の医療保険から介護保険への移行を目指したものといえるが、この再編成における削減目標の定め方も、後期高齢者医療制度の場合と同じく十分な検証、議論が行われないまま施策が先行している感が否めない。確かに、医療区分1に属する患者群のように必ずしも入院医療が必要ではない存在は否定できないが、それらの患者群がすべて医療保険の対象となる療養病床にとって必要のない患者であるかといえ、そうではないといえよう。現在の療養病床は医療型と介護型に分

かれており、今回の再編では介護型はすべて転換対象、医療型も回復期リハビリテーション病床を除いて15万床に削減するとされている。もともと医療と介護では観点が異なり、療養病床の類型において2つの制度が混在しているところに大きな問題点があるといえる。医療側から見れば、入院医療の必要度は医療区分によって判断されるが、介護型の場合には、必ずしもその観点ではなく、要介護度によって支払報酬が決定されるため、医療必要度とは異なる収益構造をもつことになる。したがって、この混在する療養病床を再編するには、介護型においても医療必要度の高低によって行う必要があるといえるが、この点についての検討は必ずしも十分とは言えないのではないかと考える。

すでに再編計画は進行しており、医療機関にとっては待ったなしの状態にあるといえるが、再編によってどの方向へ進むかについては、慎重に検討しなければならない。それぞれの病院が持つ病床等の状況によって転換後の収益構造のシミュレーション結果は大きく異なることになり、単純な点数比較で判断することは危険である。検討にあたっては、今後その医療機関が進むべき方向性と、転換後の医療提供体制の具体化、患者、利用者確保の体制、属する都道府県の療養病床等の状況等いろいろな角度からの総合的な検討が必要といえる。転換の形態によっては、医師、看護師、介護職員等の必要数の減少や増加の検討が不可欠となるが、増加の場合の確保体制のみならず、減少する場合の人員の有効活用と収益増加策についても同時に検討しなければ転換計画が失敗に終わる可能性も否定できない。いずれにしても、危機感をもって早急に具体的な検討を行うべき時期に来ていることは十分に認識すべきと考える。



日本病院会 茨城県支部報告

支部長 藤原 秀臣

平成19年度後半から平成20年度前半までの日本病院会茨城県支部の活動を報告いたします。

● 日本病院会茨城県支部総会

平成19年度総会およびシンポジウムを去る平成19年9月14日（金）に開催いたしました。今回は日本病院会本部から池澤康郎先生、石井暎禧先生をお招きいたし、病院医療と医療改革についてのシンポジウムを企画いたしました。シンポジウムのテーマは「病院医療の現状と医療改革への展望」といたしました。シンポジウムの司会は、日本病院会茨城支部長の藤原が担当し、演者には、池澤康郎先生（日本病院会副会長）、石井暎禧先生（日本病院会常任理事）、小松満先生（茨城県医師会副会長）、高橋正彦先生（西南医療センター院長）、岡裕爾先生（日製日立総合病院院長）をお招きいたしました。発表および討議内容の概要を以下に示します。

- 1) 病院の医師・看護師確保に関する活動・提言
医師、看護師の定着政策、数と質の確保、地域偏在、科偏在の解消
- 2) 病院、診療所の機能分化と患者中心のシームレスな医療提供体制の構築
地域医療を支える中小病院の役割
かかりつけ医、在宅支援診療所
- 3) 医療機関の情報提供推進
地域住民、医療機関同士の情報提供と共有
- 4) 医療事故処理制度と無過失保障制度
医師が安心して働ける制度、国民、患者の構築
- 5) 健康保険制度と診療報酬
国民皆保険の適切な維持を推進
高齢者に対する適切な医療、地域の状況

を踏まえた制度

6) 医療費財源の確保

医療の進歩と高齢者の増加による国民医療費の増加

医療費確保のため公費投入の拡大

7) その他

中医協活動

診療報酬改定の攻防

池澤先生からは、医療費財源、医療情報等について、石井先生からは医療制度、中医協の実情などを詳細にお話しいただき大変有意義なシンポジウムとなりました。

● 日本病院会茨城県支部役員会

茨城県支部定例役員会が、平成20年5月20日（火）、水戸市において開催されました。議題は、①平成20年度支部総会について、②日本病院会本部報告、③日本病院会新役員名簿、④その他、でした。議題②では、日本病院会の平成20年度事業計画が提示され、医療事故死亡の原因究明・再発防止等の試案（第三次試案）についても資料を基に活発な討議がおこなわれました。そのなかで第三次試案に対する山本会長の見解についても役員の了解が得られました。③では新役員名簿が配布され、④その他では、医療広告規制緩和についての資料に基づく討議があり、最後に高橋先生から、「医療安全全国共同行動の提案」に関する資料と説明がなされ、支部役員の病院の積極的参加が必要であることが強調されました。

（土浦協同病院 院長）



平成20年度 第2回 定期理事会 議事抄録

日 時 平成20年7月2日(水) 午後2時～5時
場 所 山形市・ホテルメトロポリタン山形 3階「出羽」の間
出席者 (会長) 山本 (副会長) 池澤, 佐藤, 堺, 大井, 村上, 宮崎(忠)
 (常任理事) 林, 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 木村(壮), 齊藤, 末永, 松本(隆)
 大道(道), 小川, 中島, 土井, 安藤, 宮崎(久), 須古
 (理事) 西村, 佐々木, 宮下, 濱崎, 有我, 高橋, 藤原(秀), 中井, 崎原, 関口, 中,
 渡部, 相澤, 山田(實), 神原, 足立, 藤原(卓), 成川, 土谷, 今泉, 岡留, 高野,
 松本, 石井(和)
 (監事) 柏戸 (代議員会副議長) 野口 (顧問) 奈良
 (参与) 鴨下, 邊見
 (委員会委員長) 有賀, 佐合 (支部長) 柴山, 三浦, 福田, 福井
 (新入会員) 新澤(4月26日入会・公立置賜総合病院院長) 総勢58名が出席

出席者59名(定数66名, 出席49名, 委任状10名,
 計59名で過半数を超え会議は成立)

山本会長から開会挨拶を述べた後, 会議定足数の
 報告後, 議事録署名人に中井修(東京都), 藤原卓夫
 (兵庫) 両理事を選任した。議案審議前に, 濱崎允・
 第58回日本病院学会長から学会開催に際して役員各
 位へ謝辞, 4月26日に入会された新澤陽英・公立置
 賜総合病院院長から施設紹介が述べられ議案審議に
 入った。

議事進行は, 堺常雄副会長が担当した。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

堺副会長から, 正会員の入会4施設, 正会員退会
 9施設, 賛助会員の入会4施設, 賛助会員の退会2
 施設についての届け出について紹介があり, 届け出
 を承認した。また, 正会員の退会に対する慰留が結
 果2件について報告があった。

(正会員の入会4施設)

- ①(北海道) 医療法人 禎心会病院 (会員名: 徳田禎久)
- ②(愛知県) 特定医療法人 杏嶺会 いまいせ心療センター (会員名: 上林弘和)
- ③(大阪府) 特定医療法人 栄公会 佐野記念病院 (会員名: 中村薫)
- ④(広島県) 医療法人財団・辰川会 山陽病院 (会員名: 辰川自光)

(正会員の退会9施設)

- ①(北海道) 医療法人 愛全会 愛全病院
- ②(秋田県) 医療法人 久盛会 秋田緑ヶ丘病院
- ③(群馬県) 医療法人 大盛会 内田病院
- ④(栃木県) 栃木県厚生連塩谷総合病院
- ⑤(東京都) 医療法人 愛育会 協和病院
- ⑥(東京都) 医療法人社団 松井病院
- ⑦(神奈川県) 医療法人社団 片山整形外科病院
- ⑧(京都府) 医療法人 竜王会 小澤病院
- ⑨(長崎県) 医療法人 弘池会 口之津病院

(正会員の退会慰留2施設)

- ①(埼玉県) 東松山市立市民病院
- ②(熊本県) 杉村病院



(賛助会員の入会 4 施設)

- ① B 会員：(東京都) 日本工学院八王子専門学校
- ② B 会員：(東京都) 日本工学院専門学校
- ③ B 会員：(愛知県) 愛知きわみ看護短期大学
- ④ B 会員：(京都府) 京都創成大学

(賛助会員の退会 2 施設)

- ① B 会員：(東京都) 学校法人西田学園
- ② D 会員：(神奈川県) 山内忠雄

7 月 2 日現在、正会員 2,662 会員、賛助会員 234 会員 (A 会員 94 会員、B 会員 101 会員、D 会員 39 会員)、特別会員 245 会員。

2. 各団体からの依頼について

堺副会長から、下記依頼事項について逐一説明後、依頼を協議した結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等)

- ①平成20年度在宅人工呼吸器に関する講習会 (医療機器センター) 協賛名義使用依頼。
- ②平成20年度ペースメーカー関連業務取得セミナー (日本臨床工学技士会：第Ⅰ期、第Ⅱ期) の後援名義使用依頼。
- ③医療ガス保安管理技術者講習会 (医療機器センター) 協賛名義使用依頼。

(継続：理事、委員)

- ①理事 (公衆衛生振興会) の就任 (宮崎副会長) 依頼。
- ②日本医師会・病院委員会の委員 (村上副会長) 就任依頼。
- ③日本医師会・医事法関係検討委員会の委員 (大井) 副会長就任依頼。

(新規：協賛)

- ① GSI ヘルスケア東京国際会議 (流通開発センター) 後援名義使用。

(新規：委員)

- ①医療の質・安全学会 医療安全全国共同行動企画委員会委員 (医療の質・安全学会) の推薦依頼 大井副会長を推薦。
- ②患者給食受託責任者資格認定委員 (日本メディカル給食協会) の推薦依頼崎原宏理事を推薦。

3. 人間ドック健診施設機能評価の認定について

宮下理事から、新規認定施設 4 施設の紹介があり、協議の結果、指定を承認した。

- ①京都府・医療法人 坂崎診療所
- ②岡山県・総合病院岡山赤十字病院
- ③岡山県・財団法人淳風会 健康管理センター
- ④京都府・宇治武田病院

4. 診療情報管理士認定試験受験大学等の申請について

大井副会長から、認定試験受験指定専門学校として下記 2 校から申請があり、教育委員会で実査をした結果、適正であった旨の報告を受けた。本会としての承認を願いたい旨の提案があり、協議の結果、指定を承認した。

- ①群馬県・中央情報経理専門学校
- ②愛知県・名古屋医専

5. (財)医療経済研究・社会保険福祉協会・医療経済研究機構の賛助会員入会について

山本会長から、会員サービスの一環として、医療経済研究機構の賛助会員として入会したい。法人会員としては、1 口 50 万円となるが、機関紙「医療経済研究」、行政資料、医療経済実態調査、各種研究報告等の提供を受けることができ、本会ホームページへの掲載を図り、会員からの資料提供の要望があった場合に対応することができるメリットがある旨の提案があった。協議の結果、賛助会員の入会を承認した。

〔協議事項〕

1. 当面の諸問題について

- (1) 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱(案)について

山本会長から、このたび厚労省が公表した医療安全調査委員会設置法案 (仮称) 大綱 (案) については、



本年4月に「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」(第三次案)を出し、パブコメを実施し、それを取りまとめ現在に至っている経緯にある。厚生省では、その三次試案をベースに、設置法案を作成した場合として、「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱(案)」を作成したと述べた。その内容から、重要事項として、医療事故等に関する届け出の範囲、「医師法21条の改正」、委員会の独立性、委員会の構成、警察への通知、警察による捜査との関係、病院等におけるシステムエラーに対する行政処分、医療事故調査の実施の体制、引き続き検討が必要な事項として、委員会を所管する府省について等について骨子、問題点を取り上げた。さらに、内容を広く国民に周知、理解をもらう必要から、日本医師会と医学会と日本病院団体協議会の3者がシンポジウムの開催を協議し、7月28日(月)に日本医学会が主催、関係団体が後援することで開催する方向で進んでいる。等を述べ、細部の解説を大井副会長に依頼した。

大井副会長から、厚生労働省の担当課長から大綱案のポイントと第三次案の関連についての説明を受けたこと、自民党案が修正を求めて、第三次案が作成されたこと、前回の常任理事会でも述べたように、本当の医療上の不幸な診療事故死をその死因を医学的に解明して、それに基づいて次の防止策なりをいろいろ考えていくとか、医学的に解明することには大賛成である。理由としては、平成6年の法医学会の提案に基づいて、医師法21条に基づいていきなり官権の手でもって死因の究明にはかられて、そのために医学会は何も手を出すことができず、カルテから何からみんな持って行かれていくような状態があったわけだが、それをようやくこの大綱の中では医学的に取り戻そうという動きになったことでは賛成であると述べた。さらに、大綱案での注意すべき点として、「罰則」の事項が新たに明記されたことの問題視、承諾に基づく解剖(承諾解剖)があまり明記されていない等について説明があり、出席役員との意見交換を実施した。

この件に関する主な意見としては、

(中井理事) この刑法の警察による捜査との関係についての業務上過失致死罪の適用というところでは

けれども、刑法でいう業務上過失致死罪というのは予見可能性とその回避義務ということで、例えば1%でも予見可能性と回避義務が損なわれていれば有罪が成立する旨の意見。

(土井常任理事) 今、病理が非常に少ない現状から、解剖が日本の医療できちんとできるかが懸念される。

(山本会長) 日病協での検討の際にも同様の意見が提出された。仮に実施するとしたら、具体的にきちんと動くような仕組みにしなければ意味がないだろうということであった。1つは解剖の問題であり、法医は数が少なく無理であり、病理を含めてやりたいと厚生労働省では考えている。当然のことで、予算的な問題についても意見提出した。

(宮下理事) 秋田県下の死亡解剖の現状報告。

(有賀委員長) 7月28日に開催される公開シンポジウムの発表内容について。

(2) DPCについて

山本会長から、6月25日の日医・四病協懇談会において日本医師会が6月11日に定例記者会見で使用した「DPCについての日本医師会の見解その1」が提出された。内容は、「DPCに関する問題点の整理」として、医療内容の変質と患者の負担、モラルハザードの拡大、医療費の総枠管理、DPC推進派の論理、結論(今後の目指すべき方向性)という5項目が見解として出され、日本医師会の見解は、基本的には日本医師会としては包括と出来高というものを比べたときに、包括医療は絶対反対であるという立場であり、それをベースにして、「DPCはモラルハザードの起こりやすい仕組みであり、反対するという内容である。これ以上の拡大は望まず、DPCは特定機能病院だけに限定すべきである」ということである。DPCについては、病院団体としてどういうスタンスで実施するかが非常に重要な問題となる。特に、日本病院会会員は概算で1,000病院くらい実施している現状にある。病院団体からいうと基本的にはやはり医療の質とか管理とか、そういう意味で必要な手段であると考えており、そのことをしっかりと医師会に話し説得しなくてはいけないと思われる旨が述べられた。続いて、齊藤常任理事から、日本医師会がまとめられた問題というのを拝見すると、この文面で見るとかなりもっともなところがある。それ



はどんな制度でも必ず光の面と影の面があり、日本医師会はDPCの影の面を大変に重視している。例えば、モラルハザードで、ある医療機関では肺炎をすべて敗血症という名前でコード化しているとか、リセットして長くなりそうな患者を一度退院させ、また入院させるということに対して厚労省もかなり調査、ヒアリングをやっているようだ。このような細かい点でのマイナスはいくつもがあるが、DPCというのはやはり包括医療で、包括的に診療報酬を受けるとすることで保険の査定が入らないで医師の裁量によって必要なものについては積極的に使おうというような自由度があって、医療の質を損なうという性質のものでは全くないと思う。患者満足度、看護師から見たDPCの患者の受ける医療について多々調査が実施されているが、マイナスであるという中身はほとんど見受けられず、やはり医師が良心に基づいて吟味と厳選をしながら進める医療というものをつくっていくうえでは大変適切な方法であると思うと述べた。これに関し、山本会長から、現在、統計情報委員会でDPCに関するアンケートを実施しているが、いつごろ結果が出るだろうか旨の質疑があり、齊藤常任理事から、調査を実施したばかりであり、できるだけ早く結果を出したいが、おそらく8月中になると考える。調査は医師会が疑問視している医療の質を損なうかという点についても分析できると考えると回答があった。

続いて、西村理事から、DPCの包括払いの件については、日本医師会でその当時の会長が最初に結論を出している。どこから始まったかという点と日本医師会が発案したことに起因していると考ええる。これは、特定機能病院、大学付属病院だから別な枠組みにしたいということが日本医師会の発想であり、2003年にこの特定機能病院がDPCという方式で包括払いに入ったわけである。しかしながら2004年に一般病院も含めて拡大したということ、そのときに従来の日本医師会の発想とは違う、踏み込んだということで大反対ということになった経緯が紹介された。

最後に、山本会長から、DPC問題については、アンケート調査結果を踏まえ役員各位の意見を拝聴し、慎重に対処いたしたいと述べ、この議題を議了した。

〔報告事項〕

1. 各委員会関係について

- (1) 臨床研修指導医養成講習会（6月6日～8日・報告者：岡留理事）

①日病会議室において参加者49名での開催報告を了承した。

- (2) 感染制御講習会・第1クール（6月7日～8日・報告者：佐藤副会長）

①ニッショーホール（東京都）で452名の参加を集めての開催報告を了承した。

- (3) 診療情報管理士教育委員会・基礎課程小委員会（第1回・6月6日・報告者：大井副会長）

①平成20年度スケジュールについて

平成20年8月1日、9月4日、9月26日の開催を了承。

②教育内容について

73期生用の実施要領、教科書、リポート問題集の検討を実施、修正は行わないこととした。

- (4) 診療情報管理士教育委員会・専門課程小委員会（第3回・6月9日・報告者：大井副会長）

①平成20年度前期試験の実施について

前期試験の基本方針として、郵送試験を9月15日～29日、会場試験を9月14日とした。

②科目別講師会について

「スクーリング講義の標準化」についての検討を実施。

- (5) 診療情報管理士教育委員会・専門課程小委員会科目別講師会の報告（6月20日・報告者：大井副会長）

①実施要綱、教科書改訂案、リポート問題集及びリポート提出用問題についての検討を実施。

- (6) 診療情報管理課程通信教育・診療情報管理士教育委員会（第1回・6月27日・報告者：大井副会長）

①20年度の診療情報管理課程通信教育年間行事予定、各委員会、スクーリング等の開催日程を確



認した。第2回「診療情報管理士」認定試験は、平成21年2月15日(日)に全国16地区で開催することとした。

②66期生以前の受講生対応

受講期間が今年度で終了することから、平成21年2月の会場試験をもって最終とすることを確認。

③指定大学・指定専門学校について

新規申請を希望する大学・専門学校3校、再申請の大学1校、視察報告の大学2校の現状報告及び指定大学15校、指定専門学校39校の年度報告書の検討を実施。

(7) 診療情報管理士教育委員会・診療情報管理士教育事業に関する説明会(6月27日・報告者:大井副会長)

①指定大学、指定専門学校、視察、申請準備校に対し、平成19年度診療情報

管理課程通信教育の報告として、入講状況、大学・専門学校指定状況、WHO-FIC等を説明。

②各委員会からの報告等

基礎課程小委員会、専門課程小委員会、分類小委員会の概要報告を実施。

(8) 診療情報管理課程通信教育・コーディング勉強会(報告者:大井副会長)

①平成20年5月28日～6月24日に開催し、11会場386名の参加。

②平成20年6月25日～8月30日の開催予定として、25会場を予定。

(9) 厚生労働省・社会保障審議会統計分科会・疾病、傷害及び死因分類専門委員会(6月19日・報告者:大井副会長)

①WHO-FICネットワーク会議の報告について
4月10日～16日にスイス・ジュネーブのWHO本部で開催した会議報告。

②分類改正改訂委員会(URC)議決(案)について

今年第1回目のICDアップデート意見提出204項目に各種学会(10学会)から意見提出があり、WHOプラットフォームへの投稿に向け担当学会、事務局とで検討を図ることとした。

(10) 日本診療録管理学会・編集委員会(第2回・

6月20日・報告者:大井副会長)

①会誌「診療録管理」第20巻1号の発刊について
総説「消化器解剖学とICD-10分類(名越澄子)」,解説「IFHRO大会に参加して(阿南誠)」,教育講演「これからの診療情報管理士(大井利夫)」等の概要紹介。

②ロゴマーク選考の件

応募のあった25件について編集委員会で検討した結果、最優秀作品はなく、推薦作品として2件を理事会に諮ることとした。

(11) 日本診療録管理学会・生涯教育委員会(第2回・6月22日・報告者:大井副会長)

①第4回「診療情報管理士指導者」認定について
8名を認定し、6月26日の理事会、8月21日の総会にて認定証の授与とした。

②研修会について

第38回・39回の研修会の内容を了承し、講師への依頼を実施。

(12) 日本診療録管理学会・理事会(第1回・6月26日・報告者:大井副会長)

①平成19年度事業報告(案)について

原案どおり承認。

②平成19年度収支決算報告(案)同監査報告について

原案どおり承認した。

③平成20年度事業計画(案)について

原案どおり承認。

④平成20年度収支予算(案)について

原案どおり承認。

⑤委員会について

編集委員会、生涯教育委員会、倫理委員会の現状報告を了承。

⑥名誉会員の推挙について

秋山洋、奈良昌治両先生を承認。

⑦日本診療録管理学会の名称について

「日本診療情報管理学会」への改称を承認。等

(13) 日本診療録管理学会・診療情報管理士生涯教育研修会(報告者:大井副会長)

①第34回・6月7日(土)、第35回・6月14日(土)、第36回・6月21日(土)の開催報告を了承。

(14) 医療経済・税制委員会(第3回・6月10日・



報告者：関口理事)

①平成21年度税制改正に関する要望について

日病の委員会として取りまとめた要望(案)が5月31日の理事会で承認された。また、四病協では「病院用建物等の耐用年数の短縮」についての要望、医療機器の耐用年数の実態調査について検討している現状報告を了承。

②社会保障の財源問題について

早急な医療財源の確保を検討するため、経済学者を含めての検討を予定している旨の報告。

③消費税について

現状、対応等についての意見交換を実施。等

(15) 統計情報委員会(第2回・6月10日・報告者：齊藤常任理事)

①DPCについてのアンケート調査について

原案を検討。

(16) 救急医療委員会(第2回・6月10日・報告者：高橋理事)

①救急医療アンケート調査について

集計内容の検討。

②日病雑誌に掲載する内容について

各委員への執筆依頼を了承。

③平成20年度のアンケート調査について

平成19年度の調査を基に20年度の調査内容を検討。

④第59回日本病院学会に向けての検討

熊本開催でのシンポジウム内容を検討。

(17) 第3回人間ドック施設認定小委員会／人間ドック健診施設機能評価委員会合同会議(6月12日・報告者：宮下理事)

①人間ドック健診施設機能評価について

坂崎診療所(京都)ほか3施設、計4施設の認定及び1施設の保留。

②ver1.0審査期限通知後の状況について

全41施設中30施設からの回答状況説明。

③サーベイヤー再任の意思確認について

3年以上経過しているサーベイヤー(140名)への再任意思確認を実施することとした。

④評価基準 ver2.0解説集(案)について

内容の一部修正、検討を図ることとした。

(18) 事務管理者研修会報告(6月13日・報告者：

佐合委員長)

①東京・笹川記念会館の国際会議場で事務管理者委員会と病院経営管理者協議会の合同で開催し、262名の参加。

(19) 病院経営管理者協議会理事会(6月13日・報告者：佐合委員長)

①6月13日開催の総会への提出議案(新理事の選出、19年度事業報告、収支決算、20年度事業計画、収支予算)を了承。

②編集委員会の委員、顧問について

編集委員長には、中井理事が選出されたほか委員(案)を了承、顧問には、秋山、林両氏を了承。

(20) 平成20年度病院経営管理者協議会総会(6月13日・報告者：佐合委員長)

①新理事の選出について

会長、副会長、理事、監事の役員選出結果を了承。

②平成19年度事業報告、収支決算、平成20年度事業計画、収支予算について原案を了承。

(21) 事務管理者委員会(第3回・6月17日・第4回・6月21日・第5回・6月24日・報告者：佐合委員長)

①診療報酬改定緊急アンケート集計について

回答721件のデータ数値の見直し作業を実施。

②データの見直し作業を実施し、6月24日の委員会に提出することとした。

③数値の見直しを行い、最終報告書取りまとめ作業を実施。

④6月13日に開催した研修会は、262名の参加。

(22) インターネット委員会(第1回・6月13日・報告予定者不在のため資料一読)

内容：

①第58回日本病院学会で委員会が主催するシンポジウム「医療機能情報提供制度」、(基調演者は、大井副会長)の運営要領を検討。

②日病のロゴマークについて

現在、10点ほどの応募、締め切りは7月末等。

(23) 医療の質を考えるセミナー(6月20日～21日・札幌市・報告者：有賀委員長)

①西村理事の支援により、札幌医科大学記念ホー



ル、中村記念病院を会場とし133名の参加があった。初日は、山本会長による特別講演「日本の医療を考える～その現状と今後の動向～」，特別講演テーマ。「平成20年度の診療報酬改定の意図するもの・問題点」(北海道病院協会徳田理事長，有賀委員長)，特別講演テーマ「DPC データの活用と病院医療マネジメント」(北海道大学 藤森特任准教授，病院幹部医養成委員会 貴田岡委員)，シンポジウム「DPC データの活用の実際」(九州医療センター医療情報管理室 阿南誠ほか3名)，2日目は、テーマ「地方都市における救急医療の現状と対策」(厚生労働省 佐藤敏信医政局指導課長)，シンポジウム「北海道の地方都市における救急医療の現状と対策」(名寄市立総合病院 佐古和廣病院長ほか3名)，中村記念病院の施設見学を実施した概要報告を了承。

- (24) 病院幹部医養成委員会 (第1回・6月18日・報告者：有賀委員長)

①第1回セミナーの対応。

②第2回セミナーについて

20年10月31日(金)に神奈川県・済生会横浜市東部病院を会場として開催。

- (25) 病院経営管理者教育委員会 (第2回・6月26日・資料一読で了承)

内容：

①新カリキュラムのシラバス(案)の修正作業を実施。講師(案)については、現行の講師に願う、また、新設科目の講師(案)の意見交換を実施。

- (26) 病院経営管理通信教育・後期試験の開催報告 (6月27日・資料一読で了承)

内容：

①2年次生(29回生)の試験を実施。

- (27) 雑誌編集委員会 (第3回・6月26日・報告者：宮崎副会長)

①日病雑誌7月号，8月号の企画・編集について

7月号には特別講演「医療における税制について」(日本医師会・今村聡常任理事)，「患者さん中心のがん医療実現に向けて」(癌研究会有明病院・山口俊晴消化器センター長)を予定。8月号は、医療の質を考えるセミナーで山本会長

が講演した「日本の医療を考える～その現状と今後の問題点～」，「平成20年度の診療報酬改定の意図するもの・問題点」(医療法人禎心会・徳田禎久理事長)，「自治体病院の40年」(全国自治体病院協議会・小山田恵前会長)を予定。また，銷夏随筆を掲載予定しているが，原稿が不足気味であり，役員各位への協力依頼を願った。

- (28) 医療安全管理者養成講習会(第1クール)(6月13日～14日・開催場所：東京秋葉原・225名参加・報告者：宮崎常任理事)

第1日目：

「我が国の医療安全施策の動向」(厚労省医政局総務課医療安全推進室・久米翠主査)，「世界の医療安全」(大阪大学医学部附属病院・中島和江教授)，「医療安全の基礎知識」(九州大学院医学研究院・鮎沢純子准教授)，「医療安全の組織作りと運営(そのⅠ)～病院組織概論～」(日本病院会・大井副会長)，(そのⅡ)(滋賀県医科大学医学部附属病院・坂口美佐専任リスクマネージャー)，「安全文化の醸成」(東京医療保健大学・坂本すが教授・学科長)

第2日目：

医療サイドと患者サイドのパートナーシップ(東京海上日動メディカルサービス株・山内桂子主席研究員)，「医療の質と安全管理」(東邦大学医学部・長谷川友紀教授)，「医療安全教育・研修のあり方」(横浜市立大学医学部附属病院医学部・橋本廸生教授)，「事故発生時の対応」(自治医科大学附属病院医療安全対策部・長谷川剛教授)，「事故発生時対応の事例」(国立病院機構南九州病院・福永秀敏病院長)，「これからの医療安全の動向」(日本医科大学医療管理学教室・長谷川敏彦主任教授)

のプログラム内容で開催した旨の報告。

2. 四病協関係の諸会議について

- (1) 医療保険・診療報酬委員会(第3回・6月6日・報告者：佐藤副会長)

①中医協報告について

5月21日，6月4日の開催報告。

②本委員会の今後の取り組みについて



日病の「診療報酬改定に関する緊急アンケート調査」, 全日病の「病院経営調査票」を用いて日病協の実務者会議への要望・提言を行うことを確認。

- (2) 厚労省・福祉機構・四病協勉強会 (第1回・6月25日・報告者: 佐藤副会長)

①医療制度改革について

厚労省から, 社会医療法人については, 現在, 約20法人が今年度中の認定を目指している。医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する「特定の病床等の特例について」の一部改正については, 医療計画で定める基準病床数を超過している場合でも, 正常分娩を扱う病床を例外的に増床できる旨の通知を各都道府県に通知している。経過措置型医療法人が基金拠出型医療法人に移行する場合の税制は, 国税庁より, 今月中に解釈通知が出される予定となっている。

「安心と希望の医療確保ビジョン」では, 医療従事者等の数と役割, 地域で支える医療の推進, 医療従事者と患者・家族の協働の推進についての現状説明を受け, 出席者との質疑応答を実施した旨の報告。

- (3) 社会保障の財源問題を考える勉強会 (拡大勉強会) (第2回・6月11日・報告者: 村上副会長)

①権文善一慶應義塾大学商学部教授から「社会保障財源を考える」と題し講演を拝聴し, 出席者との意見交換を実施。

- (4) 医業経営・税制委員会 (第3回・6月19日・報告者: 関口理事)

①平成21年度税制改正要望について

消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し, 医療機関に対する事業税の特例措置の存続・拡充等6項目の要望(案)を検討した結果, 文言の修正を図り次回も継続検討とした。

②日医の消費税の実態調査に関する協力要請について

調査内容に四病協として「固定資産購入に係る繰延消費税額等」を追加項目とする意見を日医に伝えることとした。

- (5) 総合部会 (第3回・6月25日・報告者: 山本

会長)

①財団法人医療情報システム開発センターからの理事再任依頼について

日病・大井副会長の再任 (平成20年7月1日~22年6月30日) を承認。

②「医療安全調査委員会設置法案 (仮称) 大綱案 (平成20年6月, 厚労省)」について

協議事項での対応とし, 割愛した。

③消費税の実態調査に関する日医からの協力要請について

協力要請のあった事項については四病協として協力することとした。また, 四病協の医業経営・税制委員会から要望提出された「固定資産購入に係る繰延消費税」を補足調査することとした。

④日医の各種委員会への委員派遣について

地域医療委員会 (全日病: 徳田禎久常任理事), 医師の団結を目指す委員会 (仮称) (日病: 佐藤眞杉副会長, 日精協: 長瀬輝誼常務理事) の推薦を了承。

- (6) 日本医師会・四病協懇談会 (6月25日・報告者: 山本会長)

①DPCについて

日医は, 特定機能病院だけに限定すべきという考え方を示し, DPCに関する問題点の整理として, 医療内容の変質と患者の負担, モラルハザードの拡大, 医療費の総枠管理等5項目を挙げた旨の概要説明があったが, 本件については, 後ほどの協議事項での対応とした。

②療養病床再編問題について

医療側として再編問題に対しどのように考えるか意見交換を実施等。

3. 日病協諸会議について

- (1) 診療報酬実務者会議 (第35回・6月18日・報告者: 齊藤常任理事)

①実務者会議の委員交代

全国自治体病院協議会の宮川委員から原委員に交代。

②諸会議報告

代表者会議 (5/23), 中医協 (6/4, 6/13)



の概要報告。

③当面の諸問題

当面取り組む事項として、5項目を挙げ、医療提供体制として、入院医療のあり方、外来医療のあり方。診療報酬として、診療報酬の基本的構造、施設基準・人員基準、DPC診療報酬のあり方とし各委員に担当願った。

(2) 代表者会議（第46回・6月27日・報告者：山本会長）

①医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案について及び診療関連死の死因究明制度に係る公開討論会（案）について

本2議題については、協議事項での対応として割愛した。

②社会保障費2,200億円の削減の撤廃（声明）の提出報告について

国会議員等への提出報告を了承。

③医療安全全国共同行動（日本版100Kキャンペーン）について

大井副会長（検討委員会世話役）から、日病協の傘下の会員への参加を呼びかけ、3,000病院の参加を目標としている。今後は関西、九州等での説明会を予定。

④DPCに関する日本医師会の見解について

現状報告を了承。

4. 中医協について

邊見参与から、下記の開催報告が実施された。

①6月4日（水）の総会では、DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応、保険医が投与することができる注射薬及び在宅自己注射指導管理料の対象薬剤の追加（案）が示された。また、平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目として、病院勤務医の負担軽減の実態調査、外来管理加算の義務付けの見直しの影響調査等3項目。平成21年度調査としては、明細書発行の一部義務化の実施状況調査等4項目を挙げた。基本問題小委員会では、基本診療料（初診料・再診料）等の考え方として、現行の診療報酬上の評価の概要（初診料270点、再診料：診療所71点、病院60点、外来管理加算52点、外来診療料70点）を挙

げ、初診料、再診等の中に含まれると考えられる視診、触診、問診等の基本的な診察方法について議論がされた。6月25日の総会では、終末期相談支援料金等の凍結について諮問があり、総会では了承した。

5. 日本人間ドック学会の役員就任依頼について

山本会長から、日本人間ドック学会では、9月10日の理事会・評議員会で役員改選（案）が検討される。このたび、日病役員関係の再任（案）が届いた旨の報告を了承。

6. ホスピタルショウ2008「ランチョンセミナー」の開催について

池澤副会長から、7月17日（木）に開催するセミナーの参加呼びかけが役員各位に行われた。

7. 平成20年度 病院長・幹部職員セミナーの開催について

大井副会長から、8月7日（木）～8日（金）に東京・アルカディア市ヶ谷で「医療崩壊から再生へ～その道のりを探る～」と題し開催する。役員各位のご参加を願いたい旨の紹介があった。

8. 医療貸付に係る病院融資の基本ガイドラインについて

山本会長から、独立行政法人福祉医療機構では、国の医療政策に伴い、病院への融資について新たに基本方針（ガイドライン）を設定し、平成21年度4月より実施されることになった旨の概要説明があった。

9. 医療情報システム開発センター理事会の開催報告について

大井副会長から、6月20日（金）の開催報告として、平成19年度事業報告（案）、収支決算書（案）が原案どおり承認された。また、平成20年度医療情報システムの普及促進等補助事業の受け入れが承認された旨の報告があった。



10. 代議員の所属施設の変更について

堺副会長から、平成20年4月1日付けで今岡真義^{いまおかまさよし}代議員の所属が下記のとおり変更となった旨の報告があった。

(旧：大阪府立成人病センター総長)

(新：NTT 西日本大阪病院院長)

11. 第34回日本診療録管理学会学術大会の進捗状況について

有賀委員長（第34回日本診療録管理学会学術大会長）から、8月21日(木)～22日(金)に東京都品川区・昭和大学上條講堂において「医療における社会状況と診療録」と題し開催する。基調講演は、「社会状況と診療録」（日本経済新聞社・渡辺俊介論説委員）、学術大会長講演「診療録の意義と医療倫理」、教育講演2題、特別企画1題、シンポジウム2題（診療録と医療者の教育、DPCと診療録管理）を予定している。役員各位のご参加、ご協力を願いたい

旨が述べられた。

12. 宇沢弘文参与の執筆「社会的共通資本としての医療」について

藤原編集委員長から、日本病院会ニュースに対し本会参与の宇沢弘文先生から「社会的共通資本としての医療」について18編執筆のご協力をいただいた。このたび、内容を冊子として取りまとめ5,000部作成した。本日、宇沢参与はご欠席であるが、ニュース編集委員会としての謝辞が述べられた。この件に関し、山本会長から、貴重な内容であることから、冊子にさせていただいたわけであり、会員施設を始め、厚労省、内閣府への配布も予定している旨の報告があった。

すべての議案審議を終了し、定刻に会議を終了した。

(日本病院会事務局総務課)

「Japan Hospitals No.28」(July 2009)の原稿募集!

1. 募集内容 本誌は日本の医療や病院の実情を海外に紹介、PR するもので、看護の実態とか医療制度の問題なども含み、関連する論文や研究報告など他誌に発表されていないものとする。
(国内既発表のものの翻訳で国外未発表のものは可)
2. 読者対象 国際病院連盟(IHF)のA会員(各国を代表する病院協会または政府機関)及びアジア病院連盟(AHF)の会員(同)ほか関係先。国内では大学医学部附属図書館等。
3. 原稿様式 ① A4用紙に英文でワープロ使用、メディア媒体での提出を原則とする。
プリントアウト原稿と日本語の要約も添付する。
② 図、表、写真(モノクロのみ)は鮮明な原画を添付する。
③ 執筆者の顔写真1葉も添付。
4. 採択等 ① 受理した原稿の採否は下記委員会で決定する。
② 初校のみ著者校正あり。
③ 謝礼は別刷50部をもって代える。
(別途、希望される場合は投稿時に申し込む。有料にて増刷する)
5. 原稿締切 2009年3月31日

〈原稿提出・問合せ先〉 〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3
日本病院会 雑誌編集委員会
Tel 03-3265-0077 Fax 03-3230-2898 E-mail: tomioka@hospital.or.jp

Japan Hospital Association is soliciting manuscripts for the next issue of Japan Hospitals (No.28, July 2009)

1. Contents of Invitation
This journal will introduce the accomplishments of Japanese healthcare and hospitals to the rest of the world, and do public relations for them. It will include the actual situation of nursing care, problems of the healthcare system, etc., and other subjects that are not published in other journals, such as related papers and research reports. (Articles which have been published in Japan, but have not been published in translation in other countries are also acceptable.)
2. Target Readers
People related to the subject, including A members of the International Hospital Federation (IHF) (hospital associations or government agents which represent various countries) and members of the Asian Hospital Federation (AHF) (the same). In Japan, libraries of university hospitals, etc.
3. Format of Manuscripts
(1) In principle, recording media for word processing in English on A4 paper.
Also attach hard copies of manuscripts and Japanese summaries.
(2) Attach original figures, tables, photographs (black and white only).
(3) Also attach one facial photograph of the author.
4. Acceptance, etc.
(1) Received manuscripts will be accepted or rejected by the committee mentioned below.
(2) First proof only corrected by author.
(3) Fifty copies in lieu of remuneration.
(If they are desired, request them at the time the manuscript is submitted. Extra charge for reprints.)
5. Deadline for manuscripts
March 31, 2009
* Limited to physicians associated with Japan Hospital Association

To submit manuscripts and make inquiries:

Journal Editors Committee, Japan Hospital Association
13-3 Ichiban-cho, Chiyoda-ku, Tokyo 102-8414
Tel 03-3265-0077 Fax 03-3230-2898 E-mail: tomioka@hospital.or.jp

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝礼：掲載誌及び別刷り30部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 (有)木耀社
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002
(e-mail: uematsu@m.email.ne.jp)

日本病院会雑誌

第55巻第9号 2008年9月1日発行（毎月1日発行）

頒価 1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話：03-3265-0077（代） FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 星 和夫

編集協力 (株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12-6 電話：03-3496-6751（代））

印刷・製本 日本平版印刷（株）（東京都文京区小石川4-3-6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。