

日時 平成24年8月25日(土) 13:00~16:30

場所 日本病院会 会議室(ホスピタルプラザビル3階)

出席者 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、高橋 正彦、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大(各副会長)

宮崎 瑞穂、石井 暎禧、中井 修、武田 隆久、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、  
岡留健一郎、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、上津原甲一 (両監事)

野口 正人

奈良 昌治、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃 (各顧問)

坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、桐野 高明、北田 光一、池上 直己、権丈 善一、  
齊藤 壽一 (各参与)

前原 和平、大道 久、崎原 宏 (各委員長)

中村 博彦、柴山勝太郎、矢澤 良光、松本 隆利、成川 守彦、三浦 修、

細木 秀美、福井 洋、高野 正博 (各支部長)

永易 卓(病院経営管理者協議会会長)

阿南 誠(日本診療情報管理士会会長)

総勢46名の出席

堺常雄会長からの開会挨拶ののち、議事録署名人に塩谷泰一常任理事及び石井暎禧常任理事を選出した。新参与の北田光一氏(日本病院薬剤師会会長)の挨拶の後、梶原副会長の進行により審議に入った。

## 〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔正会員の入会2件〕

①奈良県・奈良県立三室病院(会員名:橋本俊雄院長)

②栃木県・医療法人北斗会宇都宮東病院(会員名:尾崎史朗理事長)

〔正会員の退会5件〕

①千葉県・医療法人社団鳳林会四街道さくら病院(会員名:林克英理事長)

②東京都・医療法人財団西武中央病院(会員名:岡田敬司院長)

③東京都・医療法人社団レニア会きよせの森総合病院(会員名:武谷ピニロピ理事長)

④大阪府・医療法人有恵会有澤総合病院(会員名:松本豊一郎理事長)

⑤熊本県・医療法人寺尾会寺尾病院(会員名:寺尾敏子理事長)

〔正会員の退会慰留1件〕

医療法人清悠会松谷病院(高知県) 慰留者;細木秀美 高知県支部長

〔賛助会員の入会3件〕

①A会員・東京都・株式会社エヌジェーシー(代表者:安田貞美代表取締役)

②A会員・東京都・ピー・ジェイ・エル株式会社(代表者:山田紀子代表取締役)

③A会員・東京都・株式会社日本格付研究所(代表者:内海孚代表取締役)

〔賛助会員の退会1件〕

①D会員・愛知県・はちや整形外科病院（代表者：山口雅代）

平成24年8月25日現在、正会員 2,371会員

特別会員 228会員

賛助会員 245会員（A会員104、B会員107、C会員2、D会員32）

## 2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

（継続：後援・協力等依頼6件）

①第5回MDIC（医療機器情報コミュニケーター）認定セミナー

（一般社団法人日本医療機器学会）の後援

②平成24年度（第63回）全国労働衛生週間（厚生労働省）に関する協力

③平成24年度医療関連サービス実態調査

（（財）医療関連サービス振興会）協力団体名義の使用

④平成24年度臨床検査普及月間（（社）日本衛生検査所教会）に対する協賛名義使用

⑤「第29回ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2012」

（（社）日本能率協会）の協賛名義使用

⑥「九州ホスピタルショウ2012」（一般社団法人日本経営協会）の後援

（新規：後援・協力等依頼1件）

①「福島県看護学生の集い」（一般社団法人福島県看護学校協議会）の後援

## 3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

下記1施設の認定を承認した。

（更新1件）

①宮城県・財団法人宮城県成人病予防協会 中央診療所

### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会関係の下記委員会等の開催報告があり、了承された。

（1）第24回医療制度委員会（8月8日）

報告は資料一読とした。

（2）第23回医療の安全確保推進委員会（8月8日）

報告は資料一読とした。

（3）第1回病院診療の質向上検討委員会（8月9日）

セミナー企画として病院薬剤師の問題を取り上げ、東京以外の開催地ということで大阪府私立病院協会等の後援も得て、11月18日に大阪で予定する。迫井企画官による教育講演のテーマ「地域の包括的システムと病院医療の質～2025年に向けて～」は、診療報酬改定後、厚生労働省がどう考えているかを探るにもいいことかと思うと報告があった。

（4）第1回認定個人情報保護団体審査委員会（8月10日）

以下の報告があった。

- ・以前から検討してきた情報に関する研修会は、9月6日開催の第38回日本診療情報管理学会で診療情報管理士生涯教育研修会と共催の形でやることになった。委員会についてのアンケート調査なども行いたい。
- ・個人情報に関するホームページを立ち上げた。日本病院会のホームページの「認定個人情報

報保護団体」という項目をクリックすると出てくる。見ていただきたい。

- ・厚労省が「医療機関等における個人情報の取り扱い等に関するアンケート調査」をすることの情報を得た。詳細についての情報を集めて検討していく。

#### (5) 第4回医業経営・税制委員会（8月16日）

患者未収金問題に関するアンケート調査は会員を対象として8月末目途に実施する、協力願いたいと報告があった。

#### (6) 第2回病院経営の質推進委員会（8月20日）

以下の報告があった。

- ・診療報酬改定影響度調査は、ウェブ入力がかまくいかなない面もあったが、関係者の協力を得てデータを集められた。入力していけば自分の病院の推移も画面で確認できるようになる。今回は200床未満の中小病院の回答も増えた。診療報酬の収益費はプラスだが、内容は、入院収益は伸びたが外来収益はマイナス。300床以上400未満の病院と500床以上の病院を除き減収で、入院では200床未満が減収、外来では400床以上が増収。7対1以外の入院基本料算定病院では減収となった。入院診療単価は上がっているが、延べ患者数、特に外来患者の減少から減収となっている。診療報酬改定の影響度をプラスと計算した病院は全体の78.0%に上るが、減益を見込む病院が40%を超えた。病床規模が大きいほど増収増益の傾向があり、加算の算定等も有利になっている。今後は、平均在院日数が短くなって患者数が減ったと思われる関係、DPCの医療機関別係数が厚労省発表データと違う点を検討する。117病院の動向は定期的に分析・報告を行う。
- ・病院中堅の職員研修は、年2回、1回80名程度でやっていく。検査・放射線等の技術部門の管理コースを新設する。
- ・9月14日予定の病院経営管理研修会では、診療報酬改定影響度調査の検討結果を発表する。堺会長より報告に対し、診療報酬改定影響度調査は、24日締め切りだが30日まで入力できる形で続行中だ。ウェブアンケート調査の影響もある。問題点を詰めて精緻度を上げていきたい。中小病院のデータが増え成果が上がっている。DPCについて厚労省データと齟齬があるのはぜひ検討したい。診療報酬改定年の6月では影響度がはっきりしないとの指摘もある。調査を毎年やれば、次の年はもっと明確な影響が出ると思うと補足説明があった。

#### (7) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会（8月4日～18日）

報告は資料一読とした。

#### (8) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会（7月28日～8月11日）

報告は資料一読とした。

#### (9) 日本診療情報管理学会 第2回災害時のあり方に関する合同委員会（8月1日）

報告は資料一読とした。

#### (10) 病院経営管理士通信教育 第1回病院経営管理士教育委員会（8月3日）

病院経営管理士認定のスクーリングは今年度から教材を作成し直した。ホスピタルプラザビルを会場としたいが、認定証授与式は別に考えたいとの意見もある。33回生の認定と、旧カリキュラム卒業生の資格移行申込みを検討し了承したと報告があった。

#### (11) 病院経営管理者協議会 第1回理事会（8月7日）

平成23年度の事業報告（案）、収支決算（案）、24年度の事業計画・収支予算（案）を検討し了承した。日本病院会の一般社団法人移行により、役員任期の2年への変更、「病院経営管理士会」への名称変更を審議し、9月14日研修会時開催の総会で承認の手続きをとりたいと報告があった。

堺会長より報告に対し、診療報酬影響度調査等でも大変活躍していただいた。今後の調査や結果の分析に病院経営管理士会はふさわしい部署と思う。日本病院会内にデスクを設け、

さらなる発展を期待すると補足説明があった。

## (12) 福島県病院協会定期報告

- ・ 8月の勤務医数調査で7月から15人減った。潜在的な自主退職者がいる大きな問題だ。
- ・ 民主党幹事長室、平野復興相、小宮山厚労相等に直接要望書を手渡してきたが、賠償金の課税阻止では財務省主税局が個別に相談に乗ろうというわずかな前進があった。
- ・ 日本病院会の災害対策特別委員会により、7月5日、旧緊急時避難準備区域の南相馬市にある雲雀ヶ丘病院（精神病院）、小野田病院を視察いただいた。
- ・ 7月20日に政府が不動産、家財などの原発賠償額の目安を示し、23日にこれを受け東京電力が賠償基準を公表した。5年は帰れない帰還困難区域と2年で除染し帰れるという避難指示解除準備区域で賠償額に差がついているが、福島県病院協会では差をつけるべきでないとの主張だ。2年間は今の状態がずっと続くというのが福島の状況だ。
- ・ 東京電力への要望予定は、東電からも求められ、社会共通資本の病院が復興・再生する視点から賠償を考えてもらいたいと、病院協会として4項目にまとめて出す予定だ。

## 2. 日病協について

下記会議等についての報告を了承した。

### (1) 第84回診療報酬実務者会議（8月15日）

以下の報告があった。

- ・ DPC評価分科会では、医療機関群Ⅰ・Ⅱ群は維持し、Ⅲ群のあり方はこれから検討していくと報告された。また、厚生省からⅢ群がⅡ群になっても必ずしも有利にならないとのデータが出たとのことだった。
- ・ 基本診療料に関して、中医協での議論の前に四病協から意見書を出す前提で、実際のコストをサンプリングして出そうと計画しているが、理想を求めた入院基本料も一緒に出したほうがいと議論された。

### (2) 第93回代表者会議（8月24日）

消費税に関して、高額な設備投資に対する考え方の議論があり、後ほど診療報酬での措置を説明したいと報告があった。

## 3. 中医協について

協議事項として協議の対象とすることで、以下の報告は報告事項としては割愛した。

### (1) 第1回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会（8月1日）

## 4. 四病協について

下記会議等についての報告を了承した。

### (1) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月3日）

ジョブ・カードを潜在看護師の再就職につなげることが難しいことがわかり、「看護補助者の養成コース」に使えるかを検討していくと報告があった。

### (2) 第2回医療安全対策委員会（8月17日）

院内事故調査委員会を制度に組み込むと、四病協として合意としたが、制度の目的がセイフティマネジメントかリスクマネジメントかという話が出て、まとまっていない現状だとの報告があった。

### (3) 第5回総合部会（8月22日）

- ・ 特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会では、要件の見直しを検討している。機能に見合った特定機能病院なら400床以上、地域医療支援病院なら200床以

下の病院にアンケート調査をする。厚労省から9月に調査の依頼が届くので協力願いたい。

- ・医療機関における消費税に関する調査は、以前に四病協で行ったが、今回改めて各団体から250病院が抽出され、アンケート調査依頼が届いている。これも記入回答を願いたい。

## 5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記会議等についての報告を了承した。

### (1) 第56回社会保障審議会医療保険部会（7月30日）

報告は資料一読とした。

### (2) 第15回被災者健康支援連絡協議会（7月30日）

本協議会は2カ月に1回開かれ、今は仮設住宅の方、子供の心のケアについて検討している。被災各県も事情が違ってきており、福島で看護師や医師をどう募集したらいいか、そういう会議が開かれている。茨城県を入れた被災4県の事例が他の広域災害で生かされていないことから、今後大災害が起きたときの検討も行わねばならない。オールジャパンで各団体が参加したのは画期的だが、事態が進んで各ステージで主役になる団体がどこかを勉強しなければならないと報告があった。

### (3) 第10回専門医の在り方に関する検討会（8月3日）

- ・18基本診療科を専門医制度の基本領域、この領域の専門医を取得した上でのサブスペシャリティ領域の二段階制の仕組みでまとまってきている。第三者機関がこの専門医制度を認定してプログラムの認定を行い、試験などは各学会と協力して行う。
- ・ただ、総合的な診療能力を持った専門医制の名称が「総合医」か「総合診療医」か、専門医養成の数や専門領域・地域ごとの分布など量的なコントロールについても言及すべきかどうか、標榜について1人1標榜としたとき総合診療科や総合医をどうするか等は議論の決着がついていない。
- ・専門医の間で異動するときの手続き、専門医を継続する場合の認定、旧制度の専門医を新たな専門医制度に組み込む場合のやり方もはっきりしていないが、一応の形ができたところで、今後は現在の専門医制度との接続を検討していくことになる。

高久参与（検討会座長）より、総合医または総合診療医が19番目の基本領域になる。中間報告は来月にでも公表されるが、検討すべき問題が多くあり、最終報告は時間がかかり2年後ぐらいかと思うと補足説明があった。

報告に対し、国が指導をして量的なコントロールを効かすのはよくないとの意見が多いが、厚労省の考えはあるのかという意見があった。

高久参与は、あくまでも第三者機関で決めることになっている。偏在の問題は厚労省が入れたらしいが、専門医の問題と偏在の問題とは基本的に別問題との意見が大勢だと答えた。

内科系の医療技術をどういう方法で診療報酬に反映させるかの検討の中で、以前に厚労省から将来は専門医制度とのカップルが必要との話があった。今回の専門医制度の在り方が診療報酬の在り方と連動する可能性はあるのかと意見があった。

高久参与は、その可能性はほとんどない。ただ、ずっと先の問題として、今の自由標榜制でなく、専門医を取得しておくことについて標榜する方向は考えられると答えた。

また、出席者からは、専門医の中に予防医学のジャンルを1つ入れてもらいたいと努力しているが、受け入れられないかと思う。日本病院会の皆様には考えておいてもらいたいという意見があった。

病院と診療所、開業医における総合というのは別個の感じだ。開業医では在宅医療や慢性

疾患の指導を含めたイメージだが、病院の場合は救急、ER室だけの問題と見られている。専門が高度になって逆にすき間ができ、若い人の一般的な外科能力が非常に落ちていると思う。総合医を専門医とすると、同じ総合医療でも違うところを整理しながら専門医制度を検討していきたいと思うと述べた。

高久参与は、基本領域は総合医の方がいいと思うとの考えを示し、総合医は予防も含め幅広く、在宅、産業医、学校医とか全部含めるべき。総合診療医というのは、病院を基本にしてアメリカのホスピタリストとかの役目をする人を言うべきだと述べた。

## 6. 第1四半期会計報告並びに監査報告について

以下の報告があった。

- ・収入の部は5億3,966万91円でほぼ予定どおり。セミナーはまだこれからの収入となる。
- ・支出の部で、共通の事務所経費はほぼ予算どおりの消化率。委員会部会活動、ニュース発行、雑誌発行、インターネット運営費、日本病院団体協議会関係費、四病院団体協議会の関係費、学会助成、助成金、社員総会、常任理事会、理事会、研究研修会、セミナー等の費用もほぼ例年どおりの消化だ。通信教育は例年より予算を絞っており、努力してもらっている。
- ・土地・建物（諸経費及び付属設備費）は建物購入費用のうち引っ越し代、建物改修工事費、購入備品代を支出しているが、予算は2億とっており、あとの費用支出を予定している。
- ・統計情報調査の特にシステム関連保守費は、中小病院の調査をする等の費用が予算外でかかっており、今後さらに新しい事業をすともっと膨らむ。国際交流は当初より予算外だが、当初考えていた支出となっている。一般管理費の合計が3億4,769万8,482円となった。
- ・土地・建物にかかった費用は、予算21億8,000万と立て、現在25億7,569万8,482円かかっている。増えたのは不動産手数料の入れ忘れで、値切ったが4,800万かかってしまった。
- ・収支計算書は一応公認会計士、監事にも見てもらっているが、一般社団法人に関する法律により、監査報告は総会に報告をするということで、四半期ごとの報告はなくなった。

## 7. 第38回日本診療情報管理学会学術大会の進捗状況について

以下の報告があった。

- ・9月6・7日、名古屋国際会議場で「医療の質の向上と診療情報管理」のテーマで開催する。
- ・事前参加申込みは930名。学生は288名で、昨年度好評だった学生セッションを踏襲している。
- ・シンポジウムは、「“死因”を取り巻く諸問題」「電子カルテの功罪」「大災害と診療情報」「がん登録をどのように活用するか」というテーマで開催する。
- ・特別講演には山本修三日本病院会名誉会長と岩崎榮NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事を依頼した。一番最後に市民公開講座の形で、COMLの山口理事長に「医療に望むこと：市民からのメッセージ」を行う。これは医療提供者側と患者側の対立構図をなるべく取って医療の質の向上に伴うようにしたいとの思いを込めて企画した。

## 8. 病院長・幹部職員セミナーの開催報告について

昨年と同じ場所のル・ポール麹町で8月2・3日の1日半行い、延べ294名の参加を得た。講演者・座長等としての協力に感謝すると報告があった。

梶原副会長は、参加者は200床以下の病院から約100名、200から500が100名、500床以上が100名と、病院の規模に関係ない。テーマがいいとたくさん集まるとのことだ。来年のセミナーにもこれなら聞きたいというテーマをぜひ出してもらいたいと述べた。

## 9. 委員会特別委員の追加について

日本病院会はWHOに対しICD-11改定事業につき年間30万ドルの資金援助をしており、その中で一部をアジア地域の中の普及事業に使ってもいいことになっている。念願であったWHO-FICのコラボレーティングセンターに日本が任命された。このアジア・パシフィック・ネットワーク活動は非常に重要との認識のもとに、東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座の遠藤弘良主任教授を診療情報管理士教育委員会の特別委員として招聘し、ともに活動していただくとの報告があった。

## 〔協議事項〕

### 1. 入院医療等の調査・評価について

堺会長より、中医協の資料にふれて、以下の問題提起があった。

- 中医協に今回新たに入院医療等の調査・評価分科会が設置されたが、その目的として、24年度診療報酬改定における中医協答申附帯意見において、「病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させる」とある。
- 検討事項は、①病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進、②医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価、③入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化、④診療報酬点数表における簡素化、⑤医療機関における褥瘡の発生等の各検討となっている。今日は①について、特に入院基本料、72時間問題、看護必要度の3つについて主に議論願いたい。
- 日本病院会からは安藤常任理事が委員として入っており、今後、万難を排して出席いただきたい。

安藤常任理事は、2カ年間の調査・分析・評価で月1回のペースで会議が行われる。会議開催の数日前に資料が届き、それを日本病院会と相談する必要がある。ほかの懸念は後ほど議論で出したいと述べた。

入院医療の評価については、平成11年度以前は①入院時医学管理料、②看護料、③室料・入院環境料の3つあったのが、12年度以降は入院基本料1つに合わさり、入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したものになった。看護料の加算は変わらずあり、占める割合も大きいと説明し、出席者に入院基本料に対しての意見を求めた。

今まで医学管理料は特掲診療料として、ウイルス性疾患や糖尿病等の細かい病名に沿った分類で診療報酬点数表にもそうになっている。それとは別に、平成12年から医学管理は全部入院基本料に入っている。その中身はどんなものがあるのかと尋ねた。

安藤常任理事は、自分が担当する分科会の課題は、かつては積み上げ方式だった基本料が今は包括のようになっていること自体について議論や調査するのではないと思える。今回の診療報酬改定の影響度調査が課題ではないかとして、中医協資料を以下のように説明した。

- 診療報酬基本問題小委員会の下に5つの分科会があり、そのうちの1つが新設された。前身は慢性医療に特化した分科会で、それが発展解消したものだ。
- 検討項目（1）の4項目中に、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料の見直しの影響調査がある。ほかに、慢性期入院医療の適切な評価の見直し、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置の実態、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態とある。
- スケジュールは、既に8月に厚労省は調査用紙を作成し発送する段取りだ。9月の2回目の会議でそれを決定し、10・11月で調査を行う。調査項目については8月の1回目会議で提示

され、了承を受けてアンケート調査が作成されるので、分科会は個別の案件について議論する役割ではなさそうに思う。

堺会長は、検討項目（１）の１番目では入院基本料はどうあるべきかの中身の議論を持つべきだとして、前身の分科会等の経験を持つ池上参与に意見を求めた。

池上参与は、次のように発言した。

- ・安藤委員は一有識者として選任された委員であり、日病を代表する立場ではないと思う。日病としては上部組織の中医協が発言すべき場だ。代理人の出席も認めないのはそのためだ。
- ・分科会の経緯として、療養病床に対する点数づけの課題が一区切りついたと同時に、今回の改定で療養病床だけを対象にできず、入院医療全体を包括的に扱うよう発展的に変わった。分科会で行う今回改定の影響度調査は、療養病床に限らず幅広く影響を見ることだ。
- ・入院基本料を今後どうするかは課題は、この分科会だけでなくコスト分科会、本来的には中医協そのもので取り上げるべき課題だ。発足の経緯と所管を踏まえないといけない。
- ・自分の経験でも、慢性期分科会するときコスト調査をして医療区分を決めたが、コストとは無関係に点数が設定された。クレームをつけたが、それは中医協のmatterでありこの分科会で議論することではないと一蹴された。入院基本料をターゲットとした調査をどうすべきかは、それを踏まえて検討したほうがよい。

堺会長は、コスト分科会も正面切ってやらないので、どこかでやらないといけない。また、安藤委員は日本病院会に打診があり自分が推薦した経緯だとして上、忌憚ない意見を伺うのは別の機会にすると述べた。続けて、役割を全うするために聞いてみたいことは何かと発言を求めた。

安藤常任理事は、発言を受け、次のように述べた。

- ・厚労省はこの分科会に非常に力を入れており、皆さんの所見を聞いて発言していきたい。
- ・影響度調査はシンクタンクに外注すると聞いたが、手法は全国の病院に発送し自由回答を待つだけだ。回収率は惨たんたることが予想され、今後の医療政策や点数化の資料たり得るかどうかが懸念される。厚労省の課長補佐が、調査への回答は義務を前提としており、たとえ回答率が10%であってもそれを政策に表現すると言うので驚いた。
- ・DPCはアンケート調査しなくてもいいぐらいのデータは全部行っている。それ以外の慢性期や7対1等の調査はレセプトベースではできないというが、そうなのか。病棟にいる個々の患者像もレセプトでわかると思う、どうして活用しないのか疑問に思う。
- ・調査の最終的な目的は何か。全国の病院の病床の整理だと思う。今回の切り口は、①リハビリテーションの充実では、回復期リハビリ病棟と亜急性病床の点数を同じにしている。ここらに調査の目的があるように思う。②病院機能に合わせた効率的な入院医療では、24年改定で15対1、13対1の除外規定がなくなり、以降がくんと減ると思う。一般病床7対1にも切り込むということか。回復期リハビリと点数を一緒にし、一般病床に区分される亜急性の見直しもねらいか。③慢性期入院医療の適切な評価は、特定除外制度の見直しによってある集団の患者は病床の医療から介護のほうに大きくシフトしていく。そのデータを得たいのではないか。小さな表の目くらしではなく、大局を見ていけるかどうか勝負だと思う。
- ・例えば、調査内容案で「亜急性期入院医療管理料2」、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定患者像の比較調査が新設された。点数は一緒に亜急性期病床、回復期病棟の患者がさほど違いがないことを知りたいようだ。調査はこういう患者像を細かく聞いてくるものと思う。それがレセプトに表現される以上のものということなのだろう。
- ・例えば、「特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置」とある。これらの病棟や病床が過剰であると思っているのだろう。18年の診療報酬改定時にこれら病棟等から療養病床に転換した場合の医療区分の経過措置を行ってきたが、その廃止意



見が保険者サイドから出ていると聞く。患者像を中心とした調査をやり、26年改定のときに点数、項目の削除となってくるものと思う。

・出てきたデータを分析し活用するとき大議論になるものと思う。

梶原副会長は、亜急性期病床とリハビリ病床の実態を療養型だけでなく一般病床からすべて見直すことが、安藤委員の委員会の意見だと思う。次の第6次医療法改正やさまざまところににらみきかせたエビデンスを出そうとしている。10%のデータでもデータを出せる病院はマンパワーがあるところだけで、日本の地域医療の実情を反映しているかどうか。日病は今、中小病院に関して生のデータを出そうとしている。安藤委員はそれをぜひ活用し、厚労省の10%データは蹴飛ばすぐらいで、実はこうだという形でデータを出していかないといけない。委員会の最後に中医協の総会がすべて決めるのは事実だが、そこへ出されるのが正しい方向の報告であるべきだ、と述べた。

患者像というとき、療養病床に医療区分が入る前、医療区分1の軽い患者が5割以上だったのが導入直後にすぐ3割に下がった。医療区分をとっていない病棟に調査をかけ、医療区分を気にしないで調査用紙に回答されると、療養病床と同じという結果になる。回答には十分注意が必要だと述べた、という意見に対して安藤常任理事は、今の医療区分、療養区分の患者像の点数化は科学的な事実に基づいたものなのか。今回の調査では区分をそのまま流用することになるがそれでよいかと尋ねた。

区分自体は詳細な客観的調査に基づいて得た。例えばある患者が看護師から何分のケアを受けたら、時給を掛けて人件費、材料費を患者ごとに出し、そういうタイムスタディ等に基づいて項目の選定を行った。これによって既に診療報酬が決まっている病院と、それと無関係に報酬が決まる病院とで回答するときの留意点が違うと述べた。

療養病床におけるADLの意味と急性期の病院における重症度の看護の持つ意味が違うので、病態像を急性期と慢性期と同じ尺度で測るのは難しい。看護度の7対1に関しても同じだ。患者の病態像を測る調査には注意して対応しないといけないと意見があった。

堺会長は、

池上参与は、前身の分科会では急性期から回復期の病院の意見が聞けなかったことがあったとして、調査の項目の検討は委員会ではなされたのかという質問に対して、何回もやったが、看護必要度が何を求めているかがよくわからない。A、B異質のものがどう一つの看護必要度に合わさったのかは今後議論すべき課題だと思うと答えた。

看護必要度は何を評価しているかはどこでも正式な議論はされていないので議論が必要だとして、看護協会に意見を求めた。

坂本参与（代理：菊池）は、看護必要度は厚生労働省が研究のもとに導入されているもので、その研究に看護職が関与している。Aは医行為、医療処置的なこと、Bは患者の動けない状態を見ている見方だ。急性期ではAの評価が甘いとか、認知症の患者ではBも足りないとの部内意見もある。今度の分科会の中で調査されると考えていると述べた。

中医協で入院基本料の討議をすることを保険者側が認めたという話がある。地域差に関してキャピタルコストを盛り込みたいとして、四病協で調査をするという。入院基本料に地域差が出るとか大事な問題だと感じていたがどうかという意見があった。

入院医療等の調査・評価分科会のねらいは一般病床から急性期と療養型を分けたとき、療養型に移れず一般病床として残っている病院ではないか。そこが除外規定で経済的に潤っているところが出てきた。アンケートは、行き場がない社会的入院を受け入れていた部分をどうさわるかの調査でもあると思う。病院も減らず、介護保険施設も減らず中で行き場がないことを調査の中で把握できるのか。その部分を中医協に報告するのかどうかと尋ねた。

池上参与は、従来の経緯だと調査後だと手遅れだと思う。調査を分科会で決めた段階で中医

協にそれを出し、分科会で調査を決めたが中医協としてよいかの承認を求めれば、より議論ができる。それも対応案だ。報告の形式ではもう分析の枠組みが決まってしまうと答えた。

梶原副会長は、述べた。

安藤委員の分科会長にそれを言ってもらわなければいけないという発言に対して安藤常任理事は、分科会長は認識していると思うと述べた。

堺会長は、それはなかなか認識できなかった。分科会が議論して総会に上げ、そこで決めるという形にしたのをこの分科会でも踏襲してもらおうとありがたい。でないと、どこで議論したかわからないのに十分な議論を経たとして決まるおそれがあると述べ、安藤常務理事にさらに確認したいこと等の発言を求めた。

安藤常任理事は、分科会の検討する範囲は基本料だけでなく病床の在り方とかすごく広い。大きな流れをぜひ教えていただきたいと述べた。

分科会は今まで慢性期だったのに一般病床も入った。7対1や10対1の議論でなく、13対1や15対1で一般病床の名だが、慢性期よりもひどい行き場のない病床が必要枠として残っている、それを出すねらいなのではないか。日病の会員にはそのねらいのアンケートを出す病院はない。医療法人協会とか四病協で実態を調べてもらったかどうかという意見があった。

安藤常任理事は、病院団体から回答に協力依頼する手法で、日病で確認しようかと思っている。一般病床については相澤副会長が担当している医療法の議論には結びつくのかと尋ねた。

日本は医療法と診療報酬の両方を使い分けながら、じわじわ締めつけていく方法論だ。社会保障審議会の医療部会でも、10対1のところの患者像が急性期病院にふさわしいかどうかで切ろうとしており、それをやるために医療法か診療報酬で変えていくかだ。一般病床なら13対1で切り、15対1以下は一般病床から外れさせようとしているように見える。そこの患者像がないと間違った方向に行く。また、北海道と東京は患者像が違う。この調査はそれらをどの辺まで絞っていけるか、次の診療報酬改定をそちらに持っていくための調査だと思う。どんな調査をしたら間違った方向に行かないかが重要だという発言があった。

安藤常任理事は、先ほど経過措置の廃止意見があると言ったが、そこはどう考えるべきか。東京都なら廊下幅も広げられないので、延長を考えたほうがいいのか迷うところだと述べた。

ハードの問題とソフト、人間の配置問題はうまく一致しない。廊下幅も、ナーシングホームとしてそちらから規制していったものだ。広い方がいいが、医療から言えば狭くたってやれぬこともない。患者の病態像は別個のものとして、特に急性期の問題は考えねばならない。今のような施設基準や何々基準、病態像を取り入れろという病院団体の言っている要素を含めて、総合的に診療報酬体系を変えていくことを考えるべきでないと述べた。

安藤常任理事は、資料の「医療提供しているが、医療資源の少ない地域」は、二次医療圏と関係ないそうだ。どんな基準でこういうのが出てきたのか知りたいと述べた。

梶原副会長は、ハードでなくマンパワーのソフト面が足りない問題だが、都市部では逆に施設の基準、ハードが問題なので難しいと述べた。

具体的にどういう経緯で決めたか、誰もわからない。厚労省はもっと削りたかったがいろいろな意見の中でこれだけつけたという言い方だと述べた。また、福井支部長に長崎の実情を踏まえた意見を求めた。

福井支部長は、次のように述べた。

- ・長崎県は二次医療圏の8ブロックある中の4ブロックだけ出ている。医療資源に恵まれた二次医療圏だが、200床以上の急性期病床へアクセスできるエリアはごく限られている実態だ。
- ・一番大きな問題は、最終的な医療の「集約化」と「再配分」という言葉が使われており、「適正配置」だと思うが、この問題がいつも置いていかれている。
- ・一般病床の急性期の強くないところは療養病床化、亜急性期病床、リハビリへ移っていけば

よろしいとよく言われる。長崎で実際、亜急性期病床や療養病床へ転換する場合のデメリットはほとんどわかっていない。ハード、ソフト、補修費用、そして最大の問題は人だ。若い専門医は絶対にそこへ来ない。ドクターが高齢化していくのを待っているだけだ。長崎の病院は、1人の医師がいるかいないか、出ていくか新たに來るかで生死が決まる。

- ・そういう状況の中で患者像の調査をすれば、患者減となる。次にはもう老人減のところが出て現している。そういった中で、今の議論は地域でかなりの差があることを踏まえてほしい。また、その受け皿をどう考えているのか。介護保険を増やしていくとかも全部ユニット型で考えられているが、田舎ではユニット型でやっていけない。一般から療養へ移すといってもデメリットが認識できていない。在宅もそれを受け持ちできるはずがない。
- ・圏域のエリアは距離なのか時間なのか人口なのか決まっていないうまま、分化をしろと言っている。分担・連携できる病院がない五、六万の地域の病院はどうしていったらいいのか。民間病院はそうした状況下にある。

成川支部長は、これは二次医療圏で入院医療は完結している地域で資源が足りないところが出て現している。和歌山でも田辺は完結しているが、新宮は完結していない。流出があり、入っていない。今後、緩和対象にはならないというので紀南ではブーイングが出て現していると述べた。

細木支部長は、高知県は対人口当たり病院も多い、ベッドも多い。「医療提供しているが、医療資源が少ない地域」を高知県は全く感じていない。ここに出て現している幡多地区を誰が指摘したのか、全く県と意見が違うと述べた。

出席者からは、一番大きい問題は、今そういうところに入っている人をどうするかだ。そこを議論していかないと、一般病床を減らそうにも減らせない。本当にどうするか、それを提言してみたらどうか。病院をつぶして路頭に迷わせてどうなるのかが問題だという発言があった。

安藤常任理事は、医療提供体制の議論になると、物事を上の方から決めていく。しかも基準が非常に厳しい。下の方から決めていくやり方もあると思う。下を充実させて上を整理する。上を病床目標もあって決めていこうとするから矛盾を後につけ回しとなる。ほかに決め方がないのかどうかと問うた。

堺会長は、次のような問いかけをして、意見を聞いた。

- ・論理的には地域からということだが、厚労省は地域のデータを持っていないし、入り口からやったほうがやりやすいので、長年ずっとやってきている。また、医療提供体制を決めるのに一方で医療法があって医政局で、一方では保険局が診療報酬でやる。診療報酬に何かつけられると頑張るところがあり、行政としてはお金でお尻を叩くのがやりやすい。そういう構図変えていく必要がある。
  - ・今回の急性期病床群に端を発した一般病床の機能分化はよかったと思うが中途半端になってしまっている。皆さんは中医協とか委員会に出たら、その両方を考えて、本当にそれでいいのかと疑問を發していただきたい。
  - ・最後に、資料の「一般病棟入院基本料」は、7対1の場合、72時間問題がクリアできれば入院基本料は1,555点で、クリアできなくなった途端に575点、37%に落ちる。その激変緩和措置も3カ月のみ。こういう厳しい設定の入院基本料問題を議論する場合、7対1の看護体制、72時間と、基本料の中に看護の評価しか入っていない中でこういうことが起こるがどうか。
- 梶原副会長は、次のように述べた。
- ・「基本的な入院医療の評価の変遷」を見ると平成11年までは入院環境料というホテルコスト、看護料、入院時医学管理料の3つに分かれていて、これが入院基本料1つにまとめられた。入院基本料が決まった後は、看護師の配置基準だけで全部決まった。それで7対1が守れないと、575点、3分の1まで落とされる。看護師の基準が足りないだけで、本来のホテルコ

スト分も医学管理料分も懲罰的に落とすことだ。中医協でこの入院基本料を全部コスト評価分科会でやるようなことを言っている。それも出ないようだったら、いっそのこと昔に戻して、コスト分けてもらってもいいのではないか。そこの矛盾はしっかり突く必要がある。

- ・72時間は、ナースだけでなく、女性の夜勤は労働基準法の問題だ。診療報酬に絡ませないで労働基準法でやるべきことだ。それを72時間診療で絡ますこと自体が意図的だ。医療費を削減させよう、供給が需要を生むので供給力をいかに減らさせるかという作為が見られる。
- ・今の社会的入院に関しても、旧厚生省の不作為だ。高齢者に対するナーシングホームを用意しておかずそれを病院に押しつけていった。病床数が増えたら今度は分化だといって供給を絞っていき、地域は全部混乱している。厚生省の不作為をなぜ我々が後始末しているのか。これは政治マターで言わなければいけない。

安藤常任理事は、厚労省がこういう案を出して、私たちは常に受け身だ。中医協に分科会とかいっばいつくっていても、時間かけた議論ができないのはどうしたらいいのかと述べた。

厚生労働省が近年「エビデンスに基づいた」と言いながら、そのエビデンスがでたらめな場合が多い。先ほどのアンケート調査の10%でも残りの90%がどうだという。そこで日病は、中小病院ははじめデータをとるようにしている。種々の委員会でそういうデータを提示し、厚労省のデータはおかしいと言っていかなければいけない、という意見があった。

安藤常任理事は、分科会での私の基本的なスタンスは、調査に関しては既存の項目、既存のデータとの比較、これはやむを得ないが、そのデータが出たときにその解釈、活用についてはいろいろと申し述べる。基本的な入院基本料も含めた問題を言っていくし、解釈の仕方等に問題で意見を言うようにやっていきたいと思うが、それでよいかと意見を求めた。

堺会長は、それで結構だと述べた。

調査する項目がわかったら、例えば日本病院会なり四病協で同じ項目で全部調査を独自にしていいことかという質問に対して安藤常任理事は、項目は来週ぐらいにオープンになるかと思う。委員のところにもそれが送られてくるそうで、次の会議に備えよと言われていたと答えた。

例えば厚労省はそれをシンクタンクに出しても10%ぐらいしか戻ってこない。同じ項目で、四病協で出して4,50%戻ってくれば独自に分析し、病院管理士会にも評価してもらい、独自のデータを出して安藤委員が持って行ってぶつけることは大事だと述べた。

安藤常任理事は、日病ではカルテ情報を集約して、これでかなりカバーしていると思っているが、何で使わないのかと尋ねた。

日病が出す資料は、一般病床の13対1、15対1等の病院がほとんどない。今回のねらいは、一般病床でも慢性期の医療型とかのデータを欲しいのだと思う。今出ているレセプトデータは参考にならない。四病協で至急調査やってもらったほうがいいと思うと発言があった。

堺会長は、この議論はここまでとすると述べ、次の協議事項に移った。

## 2. その他

堺会長は、消費税が今回どうなるか。本来的には5%から8%になるわけだが、厚労省は既に5%分は補てんしてあり、我々のところの負担は3%だ、高額な設備投資に関しては補てんすると言っている。8%そのままは上乘せされないといろいろデータを出してきて、わかりにくいのが、このことは承知しておいて議論のときに活用してもらいたいと述べた。

1.53は既に入っているがどこか溶けて消えてしまっている。建前上は入っているので、厚労省は8%なら3%上げると言う。設備投資した分の高さで下がった分で3%を表したグラフの線がある。会員に高額な投資に関して特段の配慮をするという情報が流れている。しかしそれ

は8%でなく、3%しか戻らないと訂正しておいてほしい。その3%分を補てんするので、診療報酬のどこに入るかわからないが、それが下がるという話だ。いいのか悪いのか、そこは議論しておいてもらわなければいけないという意見があった。

人件費等の消費税がかからない仕入れは委託部門はかかるわけで、これはそのまま同じだ。ここの部分についての配慮は全くない。高額な設備投資も例えば建物に対して控除額が多くなると、この1年半ぐらいいいだが、その後はどうなのか。この間に高いものを買おう、建物を建てようとなることもある。この先、10%の消費税の話もあるわけで、見通しが立たないだけに対応が難しい。

1年数カ月は8%だが、その後10%になる。10%になるとき、内閣府の税調で課税にしようと課税マターになったら、建物を建てたりしたのは税金を払えば戻ってくる。すると、10%のとき10%戻ってくるのと、3%のときに診療報酬の中でやるのとどっちがいいのか。設備投資の感覚が経営者として非常に迷う。さらに、住宅投資を落とさないため、不動産取得税等の減の話も出ている。ほかの一般税の中で消費税がどう取り扱えるかも絡んでくるので、よく注意して見ていかないといけないと述べた。

他の病院団体では高額な設備投資に対してはありがたいという人もいる。これはぜひやってほしいという意見があれば、日病の中にもそういう人がいることは言うて発言があった。

これは筋が悪いと思うが、だからこの3%分を補てんすると言っているとき、要らないよという立場でいいのかと思う部分もある。

3%診療報酬入れて、かつての5%は科目も消えて何もわからなくなっている。8%までは診療報酬でやることを内閣府で決定しているので、今度入れる3%は溶け込ませず点数にさせることが絶対だ。高額な設備投資も3%しか戻らない。高額の線切りは1,000万ぐらいの線ではないか。その辺含んで今後検討してもらえればと思うという意見があった。

権丈参与は、消費税でなく年金の話だが、今日書いている文章は、年金で政権交代が起こって今のような状況になったが、最後のほうに「政治団体」という言葉を書いている。まだ政党になっていないのがまた同じように年金で政権を取ろうとしている。今、相当壊れているが、次行くともう取り返しがつかないことになる。年金が世の中に迷惑をかけているが、その免疫をしっかりとつけてもらいたいと思うと述べた。

以上で閉会となった。