

日 時 平成25年1月10日(木) 12:30~16:30

場 所 日本病院会ホスピタルプラザビル 3階会議室

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)
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、石井 暎禧、木村 壯介、松本 純夫、万代 恭嗣、中井 修、
武田 隆久、岡上 武、生野 弘道、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、石井 孝宜 (各監事)

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭
(各顧問)

坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、邊見 公雄、池上 直己、権丈 善一、齊藤 壽一
(各参与)

原 義人 (委員長)

中村 博彦、松本 隆利、成川 守彦、細木 秀美、
高野 正博 (各支部長)

永易 卓(日本病院会 病院経営管理士会 会長)

阿南 誠(日本診療情報管理士会 会長)

野口 正人、中嶋 昭(両オブザーバー)

田中 眞紀(社会保険久留米第一病院 院長)

総勢48名の出席

冒頭に堺常雄会長からの開会挨拶が行われ、議事録署名人に木村壯介常任理事及び土井章弘常任理事を選出した後、新規入会病院の紹介として田中眞紀院長(社会保険久留米第一病院)が挨拶し、相澤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、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会1件〕

①徳島県・医療法人尽心会亀井病院(会員名:亀井英文理事長)

〔正会員の退会1件〕

①岡山県・医療法人菅病院(会員名:菅嘉彦院長)(慰留実施)

平成24年1月10日現在、正会員 2,370会員

特別会員 226会員

賛助会員 244会員(A会員103、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た結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼6件)

- ①産業廃棄物適正処理推進センター基金（環境大臣・産業廃棄物処理事業振興財団）への出えん（要請）
- ②第54回日本人間ドック学会学術大会（第54回日本人間ドック学会学術大会）の後援
- ③第9回ヘルシー・ソサエティ賞（ヘルシー・ソサエティ賞事務局）への後援およびロゴ使用
- ④平成25年度医療機器安全基礎講習会（第35回ME技術講習会）（一般社団法人日本生体医工学会・財団法人医療機器センター）協賛名義許可申請
- ⑤「自治体総合フェア2013」（一般社団法人日本経営協会）協賛名義使用
- ⑥第19回第1種ME技術実力検定試験および講習会（一般社団法人日本生体医工学会）の協賛

(継続：委員推薦・委嘱依頼1件)

- ①財団法人医療機器センター理事の就任（再任）
就任者：大道副会長

(新規：委員委嘱・推薦等依頼2件)

- ①日本臨床倫理学会顧問の委嘱
就任者：堺会長
- ②「ベトナム人看護師・介護福祉士人材マネジメント手引き（仮称）検討会」（社団法人国際厚生事業団）委員の委嘱
就任者：梶原副会長

3. 平成25年度事業計画（案）について

以下の説明があり、承認された。

- ・重点項目1、見える化の推進として、情報収集・分析・共有化事業の推進、「ニュース」「雑誌」「ホームページ」等の充実、会員施設への情報発信の推進、医療支援システムの構築（平時・災害時）、がクラウド利用による見える化促進、ウェブ会議の推進を行う。
- ・2、一般社団法人としての基盤整備として、理事会の活性化、会員病院増加への取り組み、事務局組織の見直し・整備、人事の活性化、シンクタンク機能の整備、収益事業への取り組みに加え、新たにプライバシーマークの取得、支部の拡大並びに活性化、都道府県病院協会等への支援を行う。
- ・3、病院医療の再生として、医療人の育成、医療提供体制の見直し、診療報酬体系のあり方の検討、消費税原則課税への取り組みを行う。
- ・4、医療の質と安全の取り組みとして、医療の質・評価の推進、医療基本法の策定に向けた取り組み、診療行為に係る死亡・事故の原因究明制度の在り方の検討、QIプロジェクト事業の強化を行う。
- ・5、国際活動として、AHF・IHFの活動、WHOへの協力・支援に加え、新たにWHO国際統計分類協力センター活動の実施、医療の国際化への取り組みを行う。
- ・ほかに、6番目として医療関連団体との連携強化、7番目として災害対策活動、8番目として国際モダンホスピタルショーを行う。
- ・学会としては、第63回日本病院学会（6月27・28日）、第39回日本診療情報管理学会学術大会（9月5・6日）、病院長・幹部職員セミナー（8月1・2日）、国際モダンホスピタルショー2013（7月17～19日）を予定している。関連学会としては、第54回日本人間ドック学会学術大会（8月29・30日）を予定している。

- ・平成25年度委員会は基本的に24年度を踏襲するが、臨床研修委員会の小委員会に再検討を加えるほか、見える化事業の抜本的な見直しを行う。

平成25年度役員会開催計画について諮り、原則として第4土曜日に開催することで了承を得た。

事業計画2(9)の都道府県病院協会等への支援の内容についての質問に対し塚会長は、新しい支部の開設にかかわっていききたい。開設が不可能なら、日本病院会も一緒に活動していけるようにしたいと回答した。

4. 日本病院会福島県支部の設立について

日本病院会福島県支部が設立された旨の報告があり、了承された。

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

検討の結果、下記4施設の指定を承認した。

(新規1件)

- ①高知県・日本赤十字社 高知赤十字病院

(更新3件)

- ①岐阜県・岐阜県厚生農業協同組合連合会東濃厚生病院 健康管理センター
- ②高知県・医療法人健会 高知検診クリニック
- ③神奈川県・社団法人全国社会保険協会連合会 社会保険 相模野病院

〔報告事項〕 1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があった。

(1) 第4回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース(12月20日、21日)

(2) 第4回病院中堅職員育成研修「医事管理」コース(12月23日、24日)

(3) 第9回雑誌編集委員会(12月25日)

・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(4) 診療情報管理士通信教育関連

①第3回医師事務作業補助者コース小委員会(12月22日)

②第7期生医師事務作業補助者コース研修会(12月22日、23日)

③コーディング勉強会(12月15日～22日)

④医療統計学勉強会(12月15日～22日)

・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(5) 第4回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会(12月26日)

大方の診療録の基本的構想が決まり、あと数回で災害時の診療録の草案が出来上がる予定である旨の報告があった。

(6) 第3回WHO国際統計分類協力センター運営会議(12月21日)

日本がWHO-FICの協力センターに認定され、その具体的な会議を行った旨、また、東京女子医大の遠藤教授がアジア・パシフィックネットワーク会議の議長となり、引き続き日本病院会が事務局となる旨の報告があった。

(7) 病院中堅職員育成研修「薬剤管理」コースの実施機関登録について

日本病院会が研修会実施機関として登録された旨の報告があった。

2. 日病協について

下記会議の概要報告があった。

(1) 第97回代表者会議 (12月21日)

以下の報告があった。

- ・ 社会保険診療に対する消費税の課税のあり方について検討する場を中医協とは別に設置することについて、日病協としても全面的にバックアップしてほしいという意見が出た。
- ・ 今、調剤に係る費用が6兆5,000億円を超しており、1カ月以上の処方調剤を行うと院内に比べて4.9倍の患者負担になる。調剤のあり方がおかしいとの指摘が出た。
- ・ 民主党政権下においては高度急性期の病院の評価が上がったが、この傾向は抑制すべきではなく、その質を上げると同時に、地域医療を大事にすることも自民政権に求めているかという話があった。
- ・ 経済財政諮問会議ができて、医療費が本当に確保されるかということが一番心配になるが、次回の診療報酬改定の前に医療の大変な状況を主張し、下げてもらっては困るということを出してはどうかということも話した。
- ・ 昨日、田村厚労大臣に日病協の要望という形で、高度急性期医療機能の充実、地域医療の充実、医療機能に応じた診療報酬体系の確立、医療に係る死因究明制度等の早期確立、医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化の5項目を伝達した。

3. 中医協について

(1) 第234回総会 (12月19日)

- ・ 医療機関等の設備投資に関する調査の調査票の内容について議論した。調査に関して、できれば全部拾い上げたほうがよいとの意見と、それだと資産が多い病院は手間がかかるとの意見があり、検討の結果、300床未満の病院は金額によらず全ての機器を記載することとし、300床以上500床未満は原則として100万円以上の機器について、500床以上は原則として300万円以上の機器について、それぞれ記載することとした。
- ・ D P C 導入の影響評価に関する平成23年度調査結果の分析・評価について、医療の質、患者の選別、効率化の進展の3つの観点から検証を行った。医療の質については、D P C 参加病院はD P C 準備病院と比較して、治癒・軽快の率が上がっており、医療の質の低下はないと言える。患者の選別については、救急車の引き受けは増えこそすれ、減っているとのデータはないことから、選別は行われていないと言える。効率化については、平均在院日数がどんどん減っており、効率化は進展していると言える。
- ・ 特別調査に関する調査結果の分析・評価について、調査を行った。まず、化学療法等、本来外来で実施できる処置や手術について、再入院させることで外来での実施が抑制されていないかについては、外来の実施率はそれほど減っておらず、特に外来の実施が抑制されているというような結果ではなかった。また、小児科・心臓血管外科・放射線科・麻酔科の医師1人当たりの業務量に変化については、麻酔科は有意差を持って業務量が増えているが、その他の科の業務量は変わっていなかった。
- ・ 先進医療制度の見直しということで、これまで先進医療と高度医療に分けて審査していたものを、先進医療会議に一本化して審査することとなった。ただし、その中で、未承認や適応外の医薬品や医療機器の使用を伴う医療技術については、先進医療技術審査部会もかませることとなった。
- ・ 長期収載品の薬価のあり方については、新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、試行的な導入のまま検証していくことで一応合意している。

堺会長は、医療の質と効率化は今後どうなるのかと質問した。万代常任理事は、質については、D P C の中では、機能評価Ⅱの判定にクオリティインディケータークリニカルインディ

ケーターの公表が恐らく入ってくると思う。外形基準的な手術の数と、それから、福井常任理事がやっておられるような本当の質のものがDPCの項目の一つとして入ってきて、それが最後だと思う。DPCの議論は、むしろコーディングの精緻化やデータの信頼性のほうが問題だと述べた。

QALYsはイギリスでやっているような方向に進むのかと質問した。万代常任理事は、イギリスのNIHは200人規模でやっており、厚労省の医療課の人数だけでは無理なので、何らかの形で平成26年度診療報酬改定に費用対効果の考え方を入れるということであれば、QALYは有力候補だと思うと回答した。

また、医療費、社会保障費が伸びる中で、将来的には厚労省はQALYsを考えていくことを心配していると述べた。それに対し、万代常任理事は、世界的に見ても費用対効果をやらないという国はなく、その点日本は後進国なので、そこは外せない。厚労省は、新規の技術について費用対効果の考えを導入するが、既存の技術として比較するものがなければ費用対効果の考えを入れないで導入すると言っている。しかし、それだけではないだろうとも思うので、様子を見ながらになると思うと述べた。

(2) 第6回費用対効果評価専門部会 (12月19日)

以下の報告があった。

- ・費用の範囲について、医療費や介護費なども含めたものを費用とし、本人の生産性損失については含めないというのが一般的だという説明だった。
- ・医師の技量、技術によって入院費を少なくしているのであれば、医師の技術の部分については十分見ていただきたいという主張をしている。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第9回総合部会 (12月19日)

(2) 第8回日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (12月19日)

以下の報告があった。

- ・推進基金に対して、従来の50万円から20万円に削減して援助することとなった。
- ・医療事故調査に関する検討委員会への四病協からの委員の派遣について日医から申し入れがあり、総合部会の段階では特に出さないということだったが、懇談会における検討の結果、四病協から1人構成員を派遣することとなった。

(3) 第8回医業経営・税制委員会 (12月20日)

以下の報告があった。

- ・1番目は、医療機関における消費税に関する調査を行った結果、控除対象外消費税等負担額合計の医業・介護収益に対する割合は2.12%で、過去のデータとほぼ同じだった。
- ・消費税非課税は違法だということで兵庫県の4つの病院が裁判を起こしたが、敗訴した。
- ・医療法人会計基準の策定について、約10年前に中断したものの復活ということで動いている。

(4) 第10回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会 (12月21日)

日本看護協会から講演があり、准看護師の問題について議論した旨の報告があった。

(5) 第5回医療制度委員会 (平成25年1月8日)

以下の報告があった。

- ・社会保障・税一体改革において医療の基本体制について調査することとなり、調査項目がまとまった。
- ・医療基本法について日本医師会のシンポジウムがあり、我々の考え方と余り変わりはない

ことを確認した。できれば四病院団体協議会でも意見を一つにして提案したい。

(6) 医療安全対策委員会（平成25年1月9日）

以下の報告があった。

- ・診療に関連して予期しない有害事象の調査のあり方について、最終案ができた。
- ・診療に関連して予期しない有害事象の要因分析と再発防止が主な趣旨で、紛争処理や補償はこれとは別枠で検討する。また、個人の責任追及の結果をもたらすものであってはならないという文言が入り、原因究明のために院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は当事者にとって不利となる使われ方はすべきではないという文章が入った。
- ・取り扱う対象は、死亡ないし重大事故となる。
- ・日本病院会の中で医療の安全確保推進委員会も粛々として進めており、23年10月の中間報告を第2次報告として、さらに具体化したものを今まとめている。

日医の中にも四病協としては、ある程度意見を言えることになりそうかと質問した。大分反映されてきており、何とか一体化して四病協としての意見をまとめようということでは一致していて、大体こんな形でまとまってくると思うと述べた。

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

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第4回医事法関係検討委員会（12月19日）

- ・日本医師会の藤川常任理事が、議員立法による医事法関係の成立を進める意向を強く述べていた。医療基本法を定めると、個別の医師法や医療法も見直される可能性がある。これを動かすと非常に大変なので、日本医師会はこのままでできるだけ強行突破したいという姿勢があるが、医療提供団体の意見が一致していなければ正面突破できない。
- ・医療提供体制が病院会と日医の医療でほとんど同じである。医療提供体制に介護・福祉が含まれると健康基本法に色が変わり、医療基本法は必ず消えるので、何とかして医療基本法を一本化していきたいというのが、医事法関係検討委員会の希望である。我々が一枚岩にならないと、医療基本法そのものがとんでもない方向に突っ走る可能性があるので、医療提供団体として意見の一致を得るために合同の意見調整を行うことを提案し、賛同を得ている。

(2) 国民医療を守るための総決起大会（12月21日）

決議文を一読いただきたいとの発言があった。

(3) 第14回専門医の在り方に関する検討会（12月26日）

報告は資料一読とした。

6. 役員改選について

日程の報告があった。2月1日が選挙告示、3月31日が代議員の選出報告書提出、4月13日が理事、監事立候補届け出締め切り、5月25日の総会で役員改選となる。

7. 平成25年度予算、税制改正に関する要望について

政権交代に伴い、自由民主党宛てに25年度予算、税制改正に関する要望書を提出する運びになった旨の報告があった。税制改正要望は10項目で、民主党政権時代に出したのと同じの文書となる。

8. 支部長連絡協議会（12月15日）の開催報告について

以下の報告があった。

- ・支部の活動を日病ニュースに掲載することについて編集委員会の藤原委員長から提案いただき、1月10日号からお願いすることになっている。
- ・支部アンケートの結果、回答のあった10支部のうち、行政との懇談会を実施しているのが3支部、事業年度の初めに行政からの事業の説明があるのが1支部、行政の人事異動後の挨拶回りがあるのが3支部だった。また、医師会の役員に支部あるいは病院団体の役員が就任しているのが5支部、医師会との懇談会を実施しているのが2支部だった。また、厚生局との関係で、支部あるいは病院団体が診療報酬説明会を開催しているのが1支部。個別指導の立ち会いは0支部で、立ち会いは医師会ということになっている。
- ・福島県支部が設立され、奈良県が現在、準備中である。
- ・支部が設置されていない府県の支部事務担当者には、支部長連絡協議会に出席をお願いしたい。また、支部に対する助成金もお願いしたい。
- ・全日病は厚労省関係の会議の報告が大体2週間以内に各会員に送られるので、そういうこともぜひやっていただきたい。
- ・東京だけでなく、地域でも研修会や講演会を開催してほしい等の要望があった。

〔協議事項〕

1. 新政権に望むこと等について

権丈参与から以下の説明があった。

今度5%消費税を上げるうちの1%分、2.7兆円を社会保障に回すことになっているが、そのうちの年金と少子化に関してはもう法案が通っており、議論することはない。国民会議の中のメインのトピックは、まだ残っているお金をどこに使っていくかという医療・介護である。その医療・介護を変えて、何とか医療提供体制を変えていかなければいけないというところが、みんなが考えているところである。しかし、その改革は非常に難しく、どうすればよいのか、みんな頭を悩ませている。

年金がくだらない政争の具にされ続けたために重要な議論が全然できなかったが、ようやく医療・介護に焦点が当たるようになってきたので、これをどうすればいいか、ぜひご意見をいただきたい。

また、税を頼っていても、社会保険料を上げない限り、医療費を上げることはなかなか難しいが、健保連と経団連と保険者、健保連と経団連と連合が鉄のトライアングルを組み、保険料値上げを徹底的に阻止しようとするので、この鉄のトライアングルの権力構造を壊していくことが重要だと考える。具体的には、医療関係者が健保組合をつくって健保連をのっとり、最終的には支払い側代表として医者が中医協に参加し、中医協の会長も医療会が取ればよいと考える。実現可能性はそんなに低い話ではないと思う。

以上の発言に対し、自民党政権になって厚生労働省がかなり緊張している。民主党政権のときは粘り強く説得、説明すればよかったが、自民党は一筋縄ではいかずに困っているので、我々病院団体もいろいろなことを考えて言う必要がある。まずは自民党政権に対する考えや要望等があれば言うてほしいということで、率直な発言を求めた。

厚労省が機能分化と連携ということを言い出しているが、国はそれを進める手段がない。これをどう実現するかということが実際上の医療改革の軸なので、そこを我々、現場のほうからどういうふうに発言していくかが問われる。その意味で、おのおのの機能をどのようにやれば最も効率的に最も高度な内容ができるかというのは、我々が現場から発信していく必要があると述べた。

一般病床の機能分化の報告制度についての議論の中で、厚労省は、病棟ごとに機能分化をして病棟間で協力するという姿を思い描いているが、具体的なことはまだ余り明確になっていない。病院団体は、厚労省が急性期や亜急性期の機能を初めに決めて、それに合わせるやり方には反対しており、病院側の自主的な努力で病棟ごとの分化をしていきたいと言うが、具体的にどうやって一歩を踏み出せばいいのかが問題であると述べた。

また、議論が尽くされないまま、税と社会保障の一体改革の25年の成案の中に地域一般病床が入ってしまったが、厚生省は、医療過疎地域の中小病院に限定して、急性期から在宅の療養の支援まで含めた病棟を考えているようだ。しかし、私は、地域か都会かに関係なく、地元密着の中小病院はそういう機能を持っていると思う。一方で、保険者側は、とにかく国主導でどんどん進めるべきと言っており、厚労省もその間でも困っているように見える。そこで、日本病院会が思い描く姿を示しながら助け船を出し、そちらの方向へ誘導すればよいのではないかと述べた。

今回のアンケート調査から地域特性のようなものは考えているのか、相澤副会長に質問した。相澤副会長は、病院会のデータベースには、病院のある地域の人口密度のようなものが含まれており、地域特性が出てくれば、二次医療圏だとか圏という単位ではなく、人口密集と医療機関が密集している地帯、あるいは両方とも少ない地域、中間の地域等、何か将来に向かっての方向性を見ることができる資料がつかれるのではないかと思う。それを厚労省にぶつけるのも一つの手だと回答した。

基本的に病院はベッド数や、急性期・慢性期、あるいは精神病院とか感染症病院といった区分で類型化されているが、現実とはかなり齟齬があるので、周囲の環境や地域の人口、年齢別や男女別の構成比、世帯別の収入等、病院の周囲の環境やポジショニングも全部含めて類型化したい。2018年の地域医療計画には、きちんとしたデータを日病が各自治体にお示しし、提案できるくらいのものにはブラッシュアップしたい。ただ、病院のスペックからは患者の動向がわからないので、中小病院に関して患者のレセプト情報を分析し、患者の受診動向をその中に入れていきたいと述べた。

中小病院はいろいろなことを抱え込んでおり、特に地方のほうでやっている病院は急性期から慢性期まで全部抱えている。それを全部助けるというのは難しいので、それぞれの地域で特色を出しながら、ある意味競争しなくてはならない。それぞれ役割分担を変え、今ある医療資源を少しずつ変えながら、今の時代に向けていくべきだと述べた。

自民党政権になって、またお札を刷ると言っているが、将来どうなっていくのか。医療費どころではないのではないかと述べた。

日本病院会は護送船団方式はやめている。競争力のない、質の悪い病院がマーケットから消えていくのは当たり前である。供給が需要を生むというDNAがいまだに厚労省にあり、病院を減らす傾向はこれからもずっと続くと思う。また、今後、高齢化がピークアウトし、地域によっては人口がどんどん減り、都市の2割の土地に国民の8割が住むことになる。その中で、自民党が財政諮問会議をやっているが、国の予算はないから病院も自助自立で経営せよ、規制緩和をするから医療機関は自分たちで競争力を持って生き抜くというメッセージだと思う。地域の中でのマーケットを見越してどう生き抜くかという経営感覚が病院の経営者に求められると述べた。

TPPには入ってほしくないと思うが、日本の医療は、国内ではよくても海外に向けた発信力が弱い。台湾のITなんかすごく進んでおり、今や日本だけがアジアで優れているという感覚ではなくなっている。経営者はもっと外に目を向け、TPPが来ても大丈夫という気持ちでやっていく必要があると述べた。

権丈参与は、以下のことを述べた。

- ・ 1 回目の国民会議が立ち上げられたときは、中国の景気がよく、アメリカのバブルがあったが、あと少しで基礎的財政収支がとれるというところでリーマンショックが起こって外需が死んでしまい、税収が落ちた。それでも私は社会保障全体を5%ぐらい上げていきたいと思っている。国家財政で医療を支えるのは苦しいので、経産省は規制緩和によって、財務省は自己負担増によって解決を図ろうとしているが、我々としては、供給側の提供体制のほうで少し協力してもらえば、何とか皆保険を維持しながら医療を保っていき考えている。
- ・ あるべき医療として2025年の姿を描いたが、相似形に医療費を増やしていくのではなく、供給を変えて、選択と集中で効率化を図りながら、急性期医療にマンパワーを充実させていけば、医療はよくなると思う。
- ・ 例えば500兆円のGDPで2倍の借金を抱えているということは、借金は1,000兆円である。そこで金利が1%高くなると、10兆円の金利が増えることになり、これを賄うのに必要な消費税は4%分以上になる。だから、税収が増えないような形で無意味に金利を上げるということは避けてもらいたいと思っている。
- ・ 財源としては、保険料を上げていく余地はまだある。今、消費税の国税分は社会保障目的税だが、高齢者3経費の消費税部分との差額が10兆円になってしまい、これがちょうど消費税4%分ぐらいを食ってしまう。したがって、今度5%上げたら、4%はその10兆円を埋めるのに使い、残り1%分を医療・介護・少子化に回す形になる。

四病協として、地域一般病床というのはあり得る話だと思っている。これからの医学の進歩の中で、医療の急性期はどんどん短く高度になり、大学や大きな病院が中心になる。そうすると、地域の中で、普通のコモディティーズの急性期をやりながら、高度の急性期の治療が終わった患者の管理を受け入れて、地域に密着して一般病床としてやっていくというニュアンスの、地域一般病床というものがあるのもいいのではないかと思うと述べた。

急性期病院は疾患特異性なのか病気特異性なのか、四病協で結論が出ず、その両者を混ぜた形で何となく認められるものがあるのではないかという理論だったと述べた。

石井常任理事は、以下のことを述べた。

- ・ 類型の問題は、一番急性期のところから分けていく必要がある。本当に救急で命にかかわるところで、24時間365日、いつでも運ばれてきた人を助けられるシステムと人的な配置を明確にし、そこから分けていかないと、類型化はできない。
- ・ 川崎では、しわ寄せ的に、もうそういう状況が生まれている。川崎の民間病院の雄と言われた病院が、今、急性期病院で7対1で、病床稼働率50%である。医療機能とか疾患特性とかあるが、ごちゃごちゃになって、ある程度現実的にどうやらなければいけないかという問題だと思う。
- ・ 医者の教育モデルも含め、どこにどういう医者をつくればこれからの医療を効率よく担えるか、考えていく必要がある。救急なら救急救命士が必要で、手術の数が増えてくれば麻酔医の問題も起こってくる。重症化が進めば今までの病棟編成ではだめで、ICUやHCUの比率が大きくなっていく。ベッド数に限りがあるのであれば、地域連携や病病連携も必要になる。そのように、おのおの機能を最も効率よく、レベル高く行うための仕組みを、おのおの考えていかないと成り立たない。これは田舎か都市かに関係なく、もっと広域としてそういう問題が起こるのではないかと感じる。

堺会長は、一般病床対急性期病床群対慢性期病床群というのは構図としてあるか、質問した。例えば医療生協の病院で200床ぐらいのところは、基本的に回復リハビリを軸にしながら、急性期、亜急性期というのが一番手というミックスになってしまい、急性期病院と連携しないと成り立たないと述べた。

岡留常任理事は、病院の機能は、自然とその病院の属性どおりに動いていくと考えていて、

病院の機能を明確に出せば機能分化がより一層促進されると思う。人口動態統計を見れば将来の医療の方向性がわかってくるのではないかと述べた。

地域特性があるので、地域に合ったやり方を模索していく必要がある。全て急性期にこだわり過ぎると、生き残れないところがいっぱい出てくるのではないか。これからは急性期もそれなりの投資がされていないと、患者が集まらなくなってくる。その地域で何を望まれているかとことん突き詰め、その地域にどうしてもなくてはならない病院を目指す覚悟を持つことが必要な時期になっていると述べた。

これから高齢化はさらに進むので、しばらくは患者がどんどん増える。したがって、高齢者の医療をどうするかという問題がある。北海道などでも、僻地と言われるが、もう人口が減ってきているので、立派な市立病院があっても、あと20年もしたら要らなくなる。むしろ人口の動態からすると大都市のほうが問題で、75歳を超える人が一気に増えたときに東京はきちんと対応できるのだろうかと思うと述べた。

アメリカの病院は小型化が進んでおり、2010年には1病院平均164床で、100床以上の病院は8.7%しかない。また、コミュニティ病院のうちの自治体の管掌している病院の減少率は8.2%、残りのコミュニティ病院の減少率は0.0%となっている。医療というのは極めて地域密着性の高い産業で、そういうものを無視して単純に医療機能分化などはなかなか言いにくいと思うと述べた。

日本の医療は労働基準法違反を前提にして成り立っている。確かに類型や機能分化の問題も大事だが、医療を提供するのは人であり、医療従事者の適正な労務管理を行って働く医師を保護することを考える必要がある。例えば、病院が指示してオンコール体制をとっている場合、労働時間とみなして割増賃金を払わなければいけないが、そういうのが全くできていない。医療基本法に医療法や医師法や労働基準法を一本化するという議論も盛り込まれていない。そんな状況で類型や機能分担の議論をしても砂上の楼閣だと述べた。

誰かにしわ寄せが来るが、その分本当に診療報酬で払うのも難しい。しかし、それに目を閉じていてはだめなので、両面作戦でやる必要がある。また、中小病院が自分たちの機能に見合った医療を行い、地域の中での役割分担として認知され、誇りを持つような環境ができればいいと思うと述べた。

日本はお金がない中、それでも頑張っていて医療のほうにお金を回そうとしているので、それは条件つき給付にならざるを得ない。その条件は、急性期病院の平均在院日数を減らすことと、外来をやめることである。2025年に急性期病院の平均在院日数8日というのが出たが、8日か9日のところで投与している医療資源がすっと減るので、どうもその辺で何か切れるのではないかという気がする。私たちの病院も502床の急性期病院だと思ってやってきたが、いろいろ調べると、ベッド数は350くらいで足りる。そこで、一部を切り取って地域密着型病院に移すことにした。恐らくそこはそれほど人がいないので、急性期のほうに人を集中できて、効率的ないい医療ができるのではないかと思う。国もそういうことを目指しているのではないかと述べた。

2008年7月に中間報告で、医療の問題点として、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、病床の機能分担が不明確で医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師、看護師数が国際標準より少なくなっていて、過剰労働が常態化し、医療事故のリスクを高めている。さらに、診療科目や地域間で医師が偏在しているため、地域ごとに医療機関の果たすべき機能を明確にした上での連携が必要だということが出た。平均在院日数というのは、病床当たりのマンパワーと逆相関しているので、平均在院日数を下げる場合は、マンパワーを増やして行って、診療報酬だけで誘導するのは無理がある。財務省としては、自己負担が増えようが何しようが、高齢者に対する特別な診療報酬をもう一回復活させたい。経産省のほうは、自分の業務

が増えればいいので、とにかく規制緩和や民営化を考えている。厚労省は、手段は持っていないが、何とか供給側をこういう形に変えたい、誰か協力してほしいと思っている状況だと述べた。

日本の医療費は対GDP比で低い、他国に比べて低い部分の差額はどこに消えているのかと質問した。権丈参与は、その相当部分はマンパワーの回転数でカバーしている状況になっていると回答した。

また、対GDP比にいかない部分のお金を誰が使っているのか、質問した。権丈参与は、日本は国民負担率が低いので、国民負担率の割には日本の医療はGDPの比率が高い。ただ、超高齢社会を迎えて莫大な債務を抱えてしまった今の日本は、高負担で中程度の福祉ぐらいしかできない形になっている。金利が上がったときに、増税をしても給付が増えない、給付カットが行われるという怖い状況があるので、そこだけは避けたいと回答した。

欧米に比べると在院日数が長い、カナダやアメリカでは救急室があり、何でも患者を診る。病院で診なくていい救急患者は、日本でいう地域医療支援センターのようなところへ送る。日本でそういうことをやって国民が納得するかは非常に疑問があり、余りにも国民皆保険のもとで保護されているので、我々が何か言うと医療者のエゴだと言われかねないので、なかなか難しいという気もすると述べた。

15年先の課題として、今のままの傾向なら、医療費は高齢化だけでも増えていく。その中で重点配分する先は、病床数は増やさないかわりに高度急性期病院において条件つきに給付を増やしていく。その具体的な方法がDPCの係数である。極端な言い方をすれば、DPCの係数で勝ち組か負け組かが決まるので、係数をいかに高めるか、しのぎを削ることになる。現状では特にⅠ、Ⅱ、Ⅲ群の差はないが、差をつけるための予定調和的な係数を今後つけていくということなので、それを日病としてどうお考えなのかと質問した。万代常任理事は、日本病院会として何か発信するとすれば、ある疾患に対して、これくらいの平均在院日数でこれくらいの医療資源を投下してこうして治していけば、それが一番効率的な治し方であるということを示すのが理想だが、一筋縄ではいかない。ここは割り切って、日本全国の医者が考えた平均値が比較的妥当な医療資源の供給の仕方であると考え、その平均値として知恵を絞った結果がDPCの点数配分だと考えてもいいと思うと回答した。

また、池上参与は、DPCは最も資源を要する1つのグループに対してのみ支払い、それ以外は全部病院の持ち出しという考え方なので、複数の疾患を持っている虚弱高齢者は病院の持ち出しになるという基本的な構造がある。虚弱高齢者の急性増悪を地域一般病棟で扱うのか、療養病棟で扱うのかをせめぎ合いになると述べた。

DPC係数に固執し過ぎると、本当に患者が望む医療をどこかでブロックする危険があると述べた。

療養病棟も地域一般病棟も要らない。そんなものはなくなったらいいという考えだ。人を少しでも楽にさせるというのが医療なので、ちょっと楽になればそれでもう十分だ。あと少々変なほうへいっても構わないと思っていると述べた。

都会では中小病院も診療所も、自然に患者のニーズに合わせて機能分化していくので、大病院がどの地域でどういう機能、役割を果たすかをまず決めるほうが大事だと思う。中小病院は、診療所を応援し、地域でやっていく道があるが、大病院は地域医療支援病院なので、もっと広い範囲で役割を果たさないといけない。ベッド数が多いのが大病院なのではない。大病院がもうちょっと役割分担をはっきりする必要がある。高度と一般急性期は分けてもいいが、大学病院や特定機能病院は高度の機能の役割をもっと行うべきだと述べた。

情報の見える化が大事で、無機質なデータを集めていくことは可能だが、現場の声や地域の実情をどのようにとられるかが大事だと思う。人口問題や社会情勢は刻々と変わっているので、

医療情報のデータについてもスピード感を持って提示する必要がある。日病が医療界のオピニオンリーダーとしているためにも、ホットな議論をニュースとしてうまくまとめていきたいと思うので、お任せ願いたいと述べた。

高知は全国平均の倍の病院数、倍のベッド数があるが、少子高齢化が著しい。従業員が500人以上いる大きな会社も、高知県には11しかなく、その11の中に2つも病院が入っているというとても奇異な地域である。ナーシングホームも65%ぐらいが高知市にあるという偏在ぶりでも、とても苦悩している。今日は本当に勉強になったと述べた。

私の病院があるところは、人口は少し増えているが、高齢化率も急速に進行している。しかし、その先は減っていく。また、トヨタショックのときに患者がどんと減った。地域の住民も産業が変われば、どんと変わってしまうので、先読みはどうしても必要である。我々のところはケアミックスだが、ケアミックスの中で比重を変え、慢性期を増やしたり、必要なものに重点を配分していくという変わり身のいいような運用をせざるを得ない。そういう病院も地域ではあると考えていると述べた。

病気は重くなると費用が桁違いにかかる。この会でも、非常にレベルの高い専門の団体の皆さんがいるので、もっと予防や早期発見、早期治療ということを考えれば日本の医療費も大分軽減されるのではないか。そんなことも加味する団体になっていただくと非常にいいと思うと述べた。

自治体病院は6割以上が中小病院で、ほとんどの病院が30年や50年先にあるかどうか分からない状況である。ほとんどが地域一般病床で、どちらかに特化したら市民が怒る。病院団体というのはどうしても大きい病院が中心になっているので、特に地方の中小病院の意見を上げていただきたいと述べた。

金さえ出さなければ事は済むという財務省と、民営化すればいいという経産省の間で、今回はなかなか勝算がなく、皆さんに援護射撃をしていただくと非常に助かると述べた。

以上で閉会となった。