

日 時 平成25年9月28日(土) 13:00~17:00

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、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)  
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、木村 壯介、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、  
福井 次矢、中 佳一、山田 實紘、武田 隆久、楠岡 英雄、生野 弘道、小川 嘉誉、  
中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英 (監事)

野口 正人

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、宮崎 忠昭 (各顧問)

坂本 すが (代理:菊池令子)、高久 史磨、松田 朗、齊藤 壽一、高橋 正彦、  
富田 博樹 (各参与)

木村 哲、望月 泉、原 義人、大道 久、松本 純夫、崎原 宏 (各委員長)

中村 博彦、柴山勝太郎、森下 英夫、三浦 將司、神原 啓文、松本 隆利、成川 守彦、  
三浦 修、中川 義信 (各支部長)

永易 卓 (日本病院会 病院経営管理士会 会長)

徳田 道昭 (さぬき市民病院 病院事業管理者兼院長)

大和田憲司 (福島労災病院 院長)

石原 晋 (公立邑智病院 院長)

総勢 57名の出席

堺常雄会長からの開会挨拶の後、議事録署名人に万代恭嗣常任理事、小川嘉誉常任理事を選出した。次いで、新規入会病院の徳田道昭氏(さぬき市民病院病院事業管理者兼院長)、大和田憲司氏(独立行政法人労働者健康福祉機構福島労災病院院長)、石原晋氏(公立邑智病院院長)の挨拶が行われ、大道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鹿児島県・社会医療法人・整形外科米盛病院(会員名:米盛公治理事長)

〔正会員の退会3件〕

①兵庫県・市立三木市民病院(会員名:高橋洋院長)

②兵庫県・小野市立小野市民病院(会員名:門脇誠三院長)

③神奈川県・ふれあい横浜ホスピタル(会員名:大屋敷万美理事長)(慰留実施)

〔賛助会員の入会2件〕

①A会員・大阪府・大日商事株式会社(代表者:安藤嘉信代表取締役)

②B会員・東京都・一般社団法人S-Q-U-E研究会(代表者:古屋光幸代表理事)

平成25年9月28日現在、正会員 2,370会員

特別会員 219会員

賛助会員 249会員（A会員103、B会員112、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5件）

①第33回医療情報学連合大会（第14回日本医療情報学会学術大会）（第33回医療情報学連合大会（第14回日本医療情報学会学術大会））の協賛

②第63回日本理学療法学会（公益社団法人全国病院理学療法協会）の後援名義使用

③平成25年秋季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力

④日本訪問リハビリテーション協会学術大会in熊本（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会）の後援

⑤第35回フード・ケータリングショー（一般社団法人日本能率協会）の協賛名義使用

（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）

①一般社団法人日本経営協会評議員の委嘱

推薦候補者＝今泉副会長

（新規：後援・協賛等依頼2件）

①『子ども虐待防止世界会議 名古屋2014』（日本子ども虐待防止学会）後援名義の使用

②「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成企画担当者講習会」（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会）の後援

なお、新規後援・協賛等依頼の「メディケアフーズ展2014（第6回）」（UBMメディア株式会社）協賛名義の使用に関しては、後日説明を求めるため、保留とした。

## 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

検討の結果、下記5施設の指定を承認した。

（新規3件）

①大阪府・社会福祉法人恩賜財団済生会 富田林病院 健診センター

②福岡県・医療法人 原三信病院 健康管理センター

③兵庫県・医療法人社団 朝日ビル中院クリニック

（更新2件）

①京都府・宇治武田病院

②愛知県・医療法人 オリエンタルクリニック

### 〔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り、了承された。

##### （1）第1回感染症対策委員会（8月21日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・鳥インフルエンザA/H7N9は、最新の情報によると、中国と台湾で135人感染し、44名が死亡している。今のところ日本に入ってきていないが、そういう危険が出てきたらどうすべきか、日本病院会として今後検討していくこととした。また、高病原性のものが侵

入してきたときの対応を、日本病院会としてできるだけ早い時期にまとめていきたい。

- ・風疹は、昨年が例年になく多かったが、今年はそれをはるかに上回るペースで増えており、現在までに1万3,700名が感染、先天性風疹症候群も13例と非常に多くなっている。ただ、ワクチン接種によりピークは過ぎ、現在は新規の発生数が少し減ってきている。今後は、風疹の接種に向けてお知らせの文章をまとめたい。
- ・感染制御講習会は例年どおり。今年度と来年度についても予定を確定した。

## (2) 第1回広報委員会（8月23日、30日）

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・日病の発展と存在感のアピール、役割について情報発信するために、ホームページを見直す必要がある。見直しの方向性としては、広報活動が発展と充実の鍵を握っているので、ホームページには日病の活動指針や実績を明確に提示し、会員病院及びその職員の要望と期待に依って行く。また、日病の役割と実績も明示する。
- ・現在の日病ホームページは、情報は多いが、検索が複雑で親しみがわきにくい。また、各種情報のスリム化や順位づけ、階層づけを行い、情報を整理・区分けしたり、スマホにも対応する必要がある。また、日病ホームページは数年来、大がかりな改変の作業をしておらず、経費も余りかけていない。
- ・今後、日病のホームページは、簡潔で親近感があり、かつ組織の特徴と活動を会員病院の各職種の要望に応じて効率的、系統的に構成されるべきである。そのためには、まずトップページが重要で、見る階層を分けてわかりやすい構成にしたい。また、自然と見たくなる画面構成にし、かつ、目指す目的に容易に到達できるような構成にしたい。さらに、組織概要、活動方針、医療情報の関連である医療行政や医療トピックスもしっかり示したい。教育・人材育成に関する情報は重要なので、トップに置いて、会員の職員が入れる形にしたい。また、関係委員会や事務担当、部門やセミナー、講習会の整理が必要である。
- ・ホームページの情報をどこから入手して誰に発信するか、明確にする必要がある。
- ・情報の更新速度も重要であるし、コンテンツごとのアクセス評価も行って行く。また、ホームページ担当者の役割・権限を明確化する。
- ・診療情報等の詳細なものは、厚労省や他の機関がすぐれているので、余り凝る必要はない。

以上の報告に対し、大道副会長は、感染対策委員会の報告にあった風疹のワクチン接種に関する情報発信も、当ホームページも利用して行っていただきたいと述べた。

## (3) 第5回雑誌編集委員会（8月27日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・9月号は、昨年11月の「病院診療の質向上を考えるセミナー」を掲載する。また、今号から、順天堂大学名誉教授の酒井シズ先生の連載「日本の医学史」がスタートする。
- ・10月号は、第63回日本病院学会の特集号の第1回目で、この後、5回ほどに分けて掲載する。また、池澤先生の連載「体の文化史」は、今回が最終回となる。

## (4) 第3回病院診療の質向上検討委員会（8月28日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・9月に厚生労働省から、平成25年度の企画として、「多職種協働によるチーム医療の推進事業」を行ってほしいとの要請があった。チーム医療を長年検討してきた我々こそ、こういうものは受けなければならないが、あと半年という制限があるため、シンポジウムと施設見学を2カ所で行うこととなった。
- ・10月11日の長崎会場は、リハビリに関してかなり進んだチーム医療がなされている長崎リハビリテーションセンターにおいて、「チーム医療の実践における課題整理～急性期・回復期の現状より～」をテーマにシンポジウムを行った後、施設見学をする予定。

- ・11月29日の東京会場は、かねてからチーム医療にかなり積極的に取り組んでいる昭和大学で、「チーム医療の実践における課題整理～急性期医療を進化させる～」をテーマにシンポジウムを行い、施設見学をする予定。
- ・チーム医療なので、医者や看護師等の1職種だけでなく、少なくとも3職種以上の参加をお願いしている。

**(5) 病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（8月30日、31日）**

**(6) 病院中堅職員育成研修「経営管理」コース（9月20日、21日）**

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

**(7) 第1回病院経営管理研修会（9月20日）**

宮崎常任理事より、診療報酬改定が間近になっていろいろな情報が出てきたため、非常に関心が高く、たくさんの方に参加いただいた旨の報告があった。

**(8) 平成25年度医療安全管理者養成講習会アドバンストコース（8月31日）**

末永副会長より、多数の方に応募いただき、熱心なワークショップが開かれた旨の報告があった。11月16日には大阪で予定されている。

**(9) 平成25年度医療安全管理者養成講習会第2クール（9月6日、7日）**

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・ある講師が「指差呼称」について話をしたところ、「これは洗脳だ」だとか「軍隊か」と言った先生がいた。しかし、講師は、「明日からすぐやれと言っているわけじゃない。事故から再起する経験を伝えている。せっかく準備してこられたのだから、最後まで体験してみてはどうかということでおさめていただけないか」と、かなり冷静に対応されていた。やはり物事が起こったときには冷静に対処することの必要性を再認識した。
- ・座長の長尾先生は、京都大学のときには自身が指差呼称は病院文化にはなじまないと思って導入しなかったが、名古屋大学に移った後に京大では指差呼称を真剣に取り入れた。施設によって事故の経験が異なり、対策導入には旬があると考えている。組織も重大な危機を迎えたときに、今日の講義が必ず役に立つといったことをお話しされた。

**(10) 第3回社会保険診療報酬委員会（9月2日）**

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・次期報酬改定に向けていただいた多数の意見を、相澤先生と一緒に厚労省に行って保険局医療課長に説明した。
- ・中医協・日病協・四病協の検討状況について、入院医療等の調査・評価分科会では、現在の重症度・看護必要度を少し見直し、7対1の要件の強化をしようという方向性だが、本当に重症度・看護必要度だけでいいかということについて少し議論が進んでいる。
- ・病院の外来についても専門外来と一般外来を分けるということだが、これはなかなか難しいので、何らかの方向性を出していく必要がある。その中で、独自のデータも持つ必要があり、2号側で話し合った結果、外来の縮小の可能性について日病がデータを持つという宿題をいただいたので、それについて少し検討した。具体的には、会員の皆様に「入院外診療に関する調査への協力をお願い」という形でアンケートを行い、入院外診療に関する専門外来と一般外来をどのような形で切り分けていけるのかというデータとして、日病で何らかで持っていたいと考えている。
- ・アンケートについては、10月の第1週ぐらいに大枠ができれば、その時点で発出したい。

**(11) 第2回臨床研修委員会（9月2日）**

福井常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年度第1回目の臨床研修指導医養成講習会が終わった。1泊2日ではタイトだとの意見もあったが、タスクをされている先生方や受講者からは2泊3日より1泊2日を希望す

る意見が多く、もうしばらく1泊2日でお願いする。また、寺澤秀一先生にまた講演をお願いすることとなった。

- ・来年度の臨床研修指導医養成講習会は、都市センターホテルで3回の開催を予定している。
- ・臨床研修指定病院の基本情報の取得について、日本病院会の会員病院で行っている臨床研修の状況を把握するためのアンケートの項目を詰めたいと考えている。

#### (12) 第3回医療の安全確保推進委員会（9月11日）

木村常任理事より、以下の報告があった。

- ・死因究明制度のことが大分忙しくなったので、「医療の安全に係わる実態調査」を再開し、アンケートを会員病院に配りたいということで動き始めている。医療の安全に対する体制は、病院の規模、病院の設立の形態、当然ベッド数や職員数等によってそれぞれ異なるが、日本病院会には大病院から中小病院の病院が加入しているので、自分たちの病院の立ち位置を知ることがを目的にアンケートを作りたいと考えている。
- ・死因究明制度について、厚労省が約1年間にわたって「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」という部会を行っており、5月29日にまとめが出た。それを現在社会保障制度の国民会議等に出しており、来年の通常国会に医療法改正と一緒にこういうものを出し、第三者機関としてそういうものを成立させたいという方向になっている。
- ・第三者機関の内容に関しては、公的な民間の組織として第三者機関を置く。院内の当該医療機関が医療事故と認めたものに対して院内事故調が開かれるが、そこを主体に事故調査の仕組みを持っていきたい。院内事故調で出た結果を第三者機関に報告し、第三者機関は指導や助言を行う形になる。結果は、院内事故調から遺族及び病院に報告し、その報告書を第三者機関に出す。第三者機関は報告書を全て内容を検討し、分析し、問題があれば、それをまた院内事故調に返すという形をとっている。
- ・対象となるのは全死亡事例で、解剖も行わないような例も含めて報告を出し、それを分析して、医療事故の原因究明と再発防止を図るために行うものであり、法的な処置、すなわち責任の所在については、ここでは全くそれには関与しない。
- ・事故の原因がはっきりすることは遺族の側にもメリットがあるので、遺族側からお金をいただいてもいいのではないかという議論もあったが、そのために申請にブレーキがかかるようではいけないということで、かなりの反対があった。
- ・いろいろな問題点や議論が出たが、最終的に医療にかかわる者としてこれをまとめる必要があるという点では一致し、最終的に5月29日の厚労省の結論が出た。
- ・このデータが責任追及に使われるのではないかという懸念に対しては、今の医療安全調査機構も原因究明をきちんとやることによって裁判に至ることが少なく、両者側とも最終的には納得していただける例が多いので、事故調を半ば公的な民間機関として置いて、そこに第三者の目が必ず入るような形で原因究明制度をつくっていききたいということで、今動いているが、まだ細かいところは決まっていない。基本的には、第三者機関をつくり、公平な立場で事故の原因究明を行い、再発防止につなげようということで動いており、来年の春先には一応法制化されて、準備室がつくられ、1～2年かけて第三者機関が最終的にでき上がるという見通しだと思う。

以上の報告に対し、末永副会長は、最近、四病協の中で、ある団体から第三者機関の事故調そのものを否定する意見が出てきており、潰してしまおうという意図が見え隠れしているので、それは注意しておく必要があると述べた。

堺会長は、今、末永副会長がおっしゃったように、ある団体が政治家を使ってブロックにかかるという動きがあるが、その辺の情報はつかんでいるかと質問した。それに対し、木村常任理事は、裏で政治家を使ってという話は噂のようには聞かぬが、具体的に誰がどうという

ことは聞いていないと述べた。

**(13) 第3回医療制度委員会（9月11日）**

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年4月の常任理事会で了承を得た法文案について、基本法の法文としてはそぐわないとの指摘がアドバイザーの先生からあり、9項目の理念は残したまま、日本医師会の法文案に9つの理念を織り込んだものを、現在作成している。
- ・医療提供体制に関して、日医と四病協の合同提言で支持することになった。

**(14) 第5回医業経営・税制委員会（9月13日）**

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・水道光熱費に関する緊急調査を行った。
- ・治療費未払問題検討委員会について、一昨年に行った調査の結果を受け、四病協の大きな枠内で、この秋にもう一回調査を行うこととなった。四病協の報告が完了した後は、メディア発信や研修会を行うという活発な活動につながっていくものと思われる。
- ・当委員会は、今年は特に1つ命題を定めての活動を行っていない。来年度でも新たな活動を行いたいと思っているので、調査等についてアイデアがあったらいただきたい。
- ・外注業者について、厚生省令で10事業者が定められているが、この中に医師、看護師のあせん業者が入っていない。これについても厚生省令の中に組み込んでいただく活動を行い、しかるべきルールの中で活動していただくためのきっかけとしたい。
- ・持分あり社団医療法人が持分なし医療法人に移行した場合、贈与税の課税が行われるが、持分を放棄した個人、今まで株を持っていた理事、社員に対してはみなし譲渡所得課税は行わない取り扱いになるという説明を受けた。

**(15) 第1回精神科医療委員会（9月20日）**

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・来年度の香川での日本病院学会でもワークショップを行う。テーマは「精神科リエゾンチームの未来を拓く」とする。
- ・診療報酬改定の要望は、特に精神科の診療所の悪評が厚労省の中でも高く、これに対して明確なくさびを打たないと、今後の精神科の医療は面として広がっていかないと思う。
- ・精神科関連について、来年4月に強制入院の仕方が変わるので、その指針に関する検討会が、現在厚労省で月に2回ずつ行われることになっている。

**(16) 第34回病院経営管理士通信教育認定証授与式（9月27日）**

小川常任理事より、38名の方が認証を受けた旨の報告があった。

堺会長は、同じ受講者の中でネットワークができていて、すばらしい会だが、新しい施設からの参加者が少ないので、今日出席の常任理事の病院からも参加していただければありがたいと述べた。

**(17) 診療情報管理士通信教育関連**

①医療統計学勉強会（8月17日～9月21日）

②コーディング勉強会（8月20日～9月19日）

- ・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

**(18) 日本診療情報管理学会関連**

①第1回WHO国際統計分類協力センター運営会議（9月3日）

②第2回理事会と評議員会（9月4日）

③平成25年度総会（9月5日）

④第66回生涯教育研修会（9月6日）

- ・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

## (19) 病院経営管理士会関連

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

### ①第2回理事会（9月20日）

- ・総会前の旧執行部の役員と新理事候補者2名を合わせた理事会である。
- ・病院職員読本が電子化される。

### ①第3回理事会（9月20日）

- ・新しい役員での理事会で、役員分掌を明確にした。
- ・次回は平成26年2月21日に、診療報酬改定の答申後に診療報酬改定の内容についての研修会を開催する。
- ・香川県で開催される日本病院学会のワークショップのテーマを今月末までに検討し、登壇者を決定する。

### ①平成25年度総会（9月20日）

- ・新役員が承認された。退任者は4人。

## (20) 診療報酬改定の影響度調査について

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定影響度調査は、診療報酬改定があった年の6月に行っているが、1年後のほうが本来の影響度が出るのではないかとの意見があり、今年、その調査を行おうと思っている。調査項目の絞り込みを行い、11月に調査開始、12月中にデータ解析、1月ぐらいにまとめを出して、2月までには報告したい。

## 2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

### (1) 第97回診療報酬実務者会議（9月18日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・7対1の病院の絞り込みに関して、現状の重症度は看護面だけなので、医療必要度を盛り込むような新たなものを開発したいという話が出され、今後検討することとなった。
- ・日医と四病協の合同で特定除外に該当する発表があった。特定除外に反対する部分もあるが、現状の国民の理解が得られるのかどうかというのはなかなか難しい。

### (2) 代表者会議（第106回：9月6日、第107回：9月27日）

堺会長より、以下の報告があった。

（第106回）

- ・次期中医協委員候補者の検討を行った。西澤委員の任期満了に伴うものだが、本来は日病協で1名に絞って推薦するところ、各団体から5人の候補者が出て、なかなか絞り切れなかった。最終的には日精協の長瀬副会長を推薦することになった。

（第107回）

- ・中医協委員の決め方に関して明確な取り決めがなかったので、もっと検討する必要がある。5名の候補者が出ることは念頭になかったので、再度、日病協のあり方検討ワーキンググループを開き、会の運営の仕方、中医協委員の決め方について議論することとなった。
- ・万代委員には、満場一致で2期目もお願いすることとなった。

中島常任理事は、きちんとあり方検討委員会を開いて決め直すということは重要な意味があると述べた。それに対し、堺会長は、経緯として日病協は中医協委員を決めるという形で出たが、100回以上の会議を開く中で医療を取り巻く環境は大きく変わり、各団体の周りの状況も変わってきているので、タイミングとしては抜本的な見直しが必要な時期だと述べた。末永副会長は、以下のことを述べた。

日病協は極めて意義深く、これからも日病協を存続させていくことについては、ほとんどの病院団体は一致している。ただ、意思決定のあり方は問題があり、強行に多数決で決めるのだったら我々はもういいという団体が幾つかある。1つの団体が反対すると、それに引きずられてしまうこともあるし、また、診療報酬など、将来的に厳しい状態になれば団体間の利害関係も出て、まとまらないこともある。

最後のあり方委員会の際に、総意として決まったことについては全会一致として公表するという話になったが、それについても反対する団体があった。最終的には、全会一致で公表するというところでおさめたが、病院団体によってこんなに意見が違うということを知っただけでも、11病院団体が集まることには意義があると感じた方もいっぱいいた。

今度、中医協の委員を決めることになると、また問題がいろいろ出てくると思われる。順番にやればいいと座長は言ったが、それは違うのではないか。団体ごとに得意な分野があり、診療報酬と全く関係のない団体が代表になっては困る。しかし、最終的には議長、副議長決裁案で、精神科の副会長が今度の委員に決定した。

安藤常任理事は、長瀬副会長が選出された理由の一つに、彼は中医協の議論に長年陪席していたことがあると思う。これはいろいろな団体がそういう機会を与えていると思われるので、当会としてもそういう視点を持った方がいいと述べた。

堺会長は、病院団体から中医協に委員を出すことでしたが、そういう環境がこちら側に整っていなかったため、こういうことが起きた。これからワーキンググループで詳細に決めていくので、少しずつよくなると思う。問題なのは、厚生労働省が政策決定する段階で、行政主導になっていることである。日本医師会も30年前のような力はないので、病院団体が方向性を同じにしてまとまらなないと、日本の医療がどうなるか、非常に危惧すると述べた。

### 3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

#### (1) 第248回総会（9月4日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・被災地における特例措置について検討した。現在届けているところは、平成26年3月31日まで半年延長する。また、新たに特別な状況が出た場合には、状況を見て判断する。
- ・先進医療制度の運用の見直しを行った。特に抗がん剤について、薬事承認まで時間がかかっているところを、審議を促進してドラッグラグの解消を図っていく。具体的には、外部機関で評価するような形で審査の短縮化を図るという方向性になる。
- ・主な施設基準の届出状況について、多くの病院が届けているというデータがかなりの量で出ている。

#### (2) 第13回費用対効果評価専門部会（9月4日）

#### (3) 第58回保険医療材料専門部会（9月4日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・新規収載及び既収載品の内外価格差を縮める努力がされているが、オーストラリアの価格がアメリカの価格にかなり近似していることから、本当にそれが適切かという議論が出ている。
- ・実際の実勢価格が本当にリストプライス、業者の希望価格と一致しているかという調査を、特にアメリカのペースメーカーと心カテについて、厚労省が独自に行ったところ、リストプライスよりかなり安いという結果が出た。リストプライスでなく実勢価格を、外国価格を参照するときの価格に入れてはどうかという議論の始まりになった。

#### (4) 第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（8月28日）



万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・機能評価係数Ⅱの見直しについて、カバー率指数、救急医療指数、複雑性指数は現行の評価方法を継続するが、データ提出指数、効率性指数、地域医療指数は少し修正が入る。
- ・データ提出指数については、副傷病の記載について少し精緻化することで点数を上げる。
- ・効率性指数については、DPCにおいても後発医薬品の使用割合が高いものについて何らかの点数をつけるということで、この効率性指数が入る可能性が高い。
- ・地域医療指数は、何らかの変更が入る。今はこの指数の中に脳卒中が入っているだけだが、急性心筋梗塞に関する何らかの指標が入って、点数づけされることになると思われる。

#### (5) 第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（9月20日）

万代常任理事より、外れ値になるような病院がについて調査する旨の報告があった。

#### (6) 第249回総会（9月25日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・消費税負担に関して、高額医療機器については、今回の8%のところでは診療報酬では見ないが、それ以外のものについては診療報酬で広く乗せるという形の結論で、その乗せ方について、できるだけ損税が発生しないような形での議論が必要である。
- ・臨床検査の保険適用について、結核菌の耐性株の検出方法が非常によくになり、今まで1カ月ほどかかっていたのが1日に短縮されたが、検査に関して革新性についての点数の増加はないので、何らかの革新性を盛り込んだ点数評価にしてはどうかとの意見が出た。

#### (7) 第59回保険医療材料専門部会（9月25日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・第58回の続きのオーストラリアの導入の件で、外国価格平均を見るとときに最高価格が3倍を超える場合は、3倍を超えるものを除外するなどしてできるだけ材料の価格を抑えてはどうかとの意見が出た。
- ・イノベーションの評価ということで、迅速な保険導入に係る評価や、原価計算方式におけるイノベーションの評価について議論されている。

#### (8) 第91回薬価専門部会（9月25日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・日本製薬団体連合会、日本製薬工業協会、ジェネリック協会、PhRMA、EFPIA等、関係業界からの意見聴取を行った。
- ・新薬創出加算については現在試行的に導入されているが、これによって新薬の開発が促進されたため、ぜひ本格導入・恒久化してほしいという要望が出された。
- ・安定供給の評価について、輸液等の製品をつくらないメーカーが多くなったので、こういう危機管理の面で必要なものについては薬価の下げを少なくしてほしいとの要望が出た。
- ・後発品の統一名収載の範囲を拡大してほしいという提案が出た。

#### (9) 第163回診療報酬基本問題小委員会（9月25日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・基本診療料、中でも入院基本料について、2号側は、入院基本料についてはキャピタルコストも含めたコストということを考えないわけにいかない、1号側は、病院のそういうキャピタルコストまで診療報酬で見るとはいかないというところで、いつも平行線になるが、白川委員から、病院の運営が悪くなるような基本診療料あるいは入院基本料を設定するつもりはない、病院が潰れてもらっては困るとの提言があり、病院が潰れないような方法で、入院基本料も含めた基本診療料について、今後考えていくこととなった。

## 4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

**(1) 第1回二次救急に関する検討委員会（9月6日）**

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・来年度診療報酬改定における二次救急医療機関の要望項目として、夜間休日救急搬送医学管理料を2,000点とすること、救急医療管理加算を1日1,600点として算定期間を2週間へ延長すること、今後増える認知症患者の救急搬送の受け入れ加算の新設の3点の要望を出すこととなった。

**(2) 第5回医療提供体制に関するワーキンググループ（9月6日）**

報告は資料一読とした。

**(3) 第6回医療保険・診療報酬委員会（9月6日）**

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の委員が長瀬副会長になったことに伴い、管理事務局は日精協で担当したほうがいいのではないかとの提案があり、持ち帰って議論することとなった。
- ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期を病棟単位で報告することなどの話題があった。

**(4) 第5回医業経営・税制委員会（9月19日）**

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療法人会計基準について、専門家集団が別途検討中ということの報告があった。
- ・消費税負担に関する分科会の報告があった。
- ・水光熱費に関する緊急調査について、概略の結果が出た。電気使用量を抑えているにもかかわらず、電気料金が上がっているとの結果が出ており、ガス使用量・ガス料金にも同様の傾向が見えた。

大道副会長は、これは要望書を出す予定なのかと質問した。安藤常任理事は、この調査は医療法人協会が提案し、来年の診療報酬に盛り込みたいということだが、恐らく中医協の場に提言されると思うと述べた。

**(5) 第6回総合部会（9月25日）**

**(6) 第4回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（9月25日）**

以上の会議について、報告は資料一読とした。

**(7) 特定除外に該当する入院患者実態調査結果について**

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・次の診療報酬改定において、7対1、10対1の入院基本料の平均在院日数のところから特定除外という平均在院日数に入らない患者の扱いをどうするかについて、特定除外を全部外し、特定除外の患者も全て平均在院日数に組み入れようという厚生労働省の動きがあった。組み入れてもほとんど影響がないと考えたようだが、四病院団体協議会で調査したところ、回収率や特定除外患者数が厚生労働省の調査を大きく上回り、より詳しく医療現場の実態を把握できたため、記者発表を行った。以下、その結果を示す。
- ・特定除外の患者は、病棟によってかなりの差がある。また、平均在院日数は7対1で1.4日延び、10対1では4.8日延びるということで、かなりの影響がある。
- ・特定除外の患者の疾患は悪性新生物が一番多く、当該病棟でなければ治療が困難なため、どうしても退院していただくのは無理である。また、7対1においては、脳血管疾患を主傷病とする特定除外の患者の多くがリハビリテーション実施中であり、7対1で見る必要性について会見で質問が出された。また、10対1においては、厚生省の調査ではほとんどが腎不全の患者の人工透析だったが、重度の意識障害や難病の患者もいる。さらに、神経内科の病棟、循環器の病棟、呼吸器の病棟で、退院できない難病や重症の患者が多い。重症心身障害児も退院できない。

- ・こうした患者を特定除外から外すことにより、平均在院日数で7対1あるいは10対1の基準を満たせなくなれば退院させなければならないが、その場合の受け皿については、特定除外の患者の割合が多い病院では不十分と回答したところが多く、特に10対1のところでは不十分という回答が非常に多かった。7対1の中小規模の病院のほか、10対1のベッド数の多い病院でもなかなか無理だとの回答が出た。
- ・地域人口で見ると、人口規模が少ない地域の病院は特定除外を全て外すのは無理があるが、脳血管障害の後の長期のリハビリを外さずに7対1でずっと見ていくのは無理があるということで、そういう患者は平均在院日数に組み入れることを考えてもいいのではないかと。

## 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20回被災者健康支援連絡協議会（9月2日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・南海トラフ地震やさまざまな日本の大規模災害の対応について、東日本大震災の反省を踏まえ、「今後の大規模災害への対応にかかる提言」を内閣府に出す。大規模災害時の非常事態の対処法を制定し、超法規的に現場で解決する権限を与えてほしいということが入っている。
- ・中央防災会議に被災者健康支援連絡協議会の代表である日医の横倉先生が入っていないので、次回には必ず入れるようにという要請をしている。
- ・内閣府に26年度予算として1,167億円を要望している。

### (2) 第8回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（9月4日）

報告は資料一読とした。

### (3) 第7回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（9月12日）

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・「プライマリ・ケア」という言葉について、文科省系の方々がこだわっており、極めて多義的なので消すべきだと言っているが、プライマリ・ケアというのは1つの文脈の中で初めて意味を持つので、その単語だけを取り上げて意味を云々しても意味をなさないとし上げたところ、「『プライマリ・ケア』の具体的な内容については、医療界においてその解釈が統一されるよう、補足を加えることも考えられる」ということで、大分後退した。
- ・再度ワーキンググループをつくり、対立点についてはそちらで話し合うこととなった。
- ・現在、地域枠が多種多様になっている。これを全く同一条件で取り込むのは難しく、また地域枠の人のマッチングへの参加を認めないこともできないので、地域枠の方も一応マッチングに参加していただき、その上で各都道府県の裁量範囲を広げる方向に動いている。

### (4) 第32回社会保障審議会（9月13日）

### (5) 第7回救急医療体制等のあり方に関する検討会（9月18日）

報告は資料一読とした。

## 6. 第53回日本人間ドック学会学術大会開催報告

堺会長より、8月29日、30日に浜松で「トータル・ヘルスケアとしての人間ドック」をテーマに開催され、一般演題418題、参加者3,744名で大盛況だった旨の報告があった。

## 7. 第39回日本診療情報管理学会学術大会開催報告

高橋参与より、9月5日、6日につくば国際会議場で「医療連携と診療情報管理」をテーマに開催され、会長講演、特別講演が2題、教育講演、シンポジウムが4題、一般演題283

題、学生セッション29題で、総参加者数は2,004名と非常に多かった旨の報告があった。コンベンションに依頼せず、日本病院会の職員が全て対応し、参加者の評判も非常に良かった。

## 8. 福島県からの緊急外科医師応援要請

大道副会長より、呉羽総合病院で2名いた外科医が現在1名体制で非常に困っており、日本病院会から派遣していただきたい旨の応援要請が来ていることの報告があった。

### 〔協議事項〕

#### 1. 医療における最近の情勢について

最初に、堺会長から以下の説明があった。

既に、次期診療報酬改定に向けて中医協で粛々と議論が進められ、一方、医政局でも2025年に向けた医療提供体制の中で病床機能の報告制度について議論されているが、どうも両者の連携がしっくりいかない。

ただ、8月6日に発表された社会保障制度改革国民会議の報告書の中では明確に方向性が示されている。医療はかつての病院完結型から地域完結型の医療に変わらざるを得ず、あるべき医療・介護サービスの提供体制を確立する青写真が描かれたとされている。また、「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する」「日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには医療そのものが変わらなければならない」等、私が四病協ヒアリングで申し上げたところも入っている。

また、川上から川下までシームレスな医療提供体制が必要だと書いているが、報告制度について、中医協の1号側の白川委員は、報告制度は報告制度だから余り関係ないようなことを言っているが、我々としては報告制度は単なる報告制度ではなく、それを踏まえてどのような医療提供体制が必要かというのを考えたいと思っている。中期には報告制度を取り入れて、実効的な手法を行っていく必要があるということを示されている。

これからキーワードとなるのは「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムネットワークの構築」である。医療と介護の見直しは一体となって行わなければならないと言っており、医政局と老健局ないし保険局の綱引きがもう始まっている。

地域包括ケアシステムについては、この実現のためには地域包括支援センターの役割が大きいと言いつつ、在宅医療連携拠点病院の話も出てくる。この整合性をどうとるのかわからないまま議論が進んでいくことを危惧している。

これを受けて、厚生労働省保険局は、9月13日の社会保障審議会医療部会に出した資料で、「今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく」との認識を示している。また、「急性期病床の位置付けを明確化」「医療機関の機能分化・強化と連携を推進」「医療機関の連携、医療・介護連携」と書いており、「在宅医療を充実」も書いてあるが、なかなかその連携の実態が見えない。

医政局は病床機能の報告制度に基づいて病床機能を分化すると言っているが、保険局は次期診療報酬改定に向けて7対1を先細りにし、その受け皿として亜急性期入院医療管理料を考えていて、どうも整合性がとれない。私は、亜急性期入院管理料は別に今やらなくても、医療制度の中での病床機能の枠組みがしっかりした中でつくればいいという気がする。彼らが言うところの亜急性期も、急性期に入ってしまうのではないかという気がする。

相澤副会長は、以下の説明をした。

社会保障審議会では、医療法を改正するための議論をずっと進めてきた。病床機能について

は、厚労省は、軽い急性期の人を急性期病床で診るのではなく、回復期病床で診てほしいと思っているようである。

病床機能報告制度については、「病院・病床機能の明確化」ということで、最初は「病床機能分化」だったのが、なぜか「病院機能」が入ってきて、それが今度は「医療機能及び病床機能」という言葉にまたすげかえられている。この使い分けをどうしているのか、もう一度確認する必要があると思っている。

少なくとも病床に関しては病棟単位を基本として報告するというので、慢性期については、私たちは療養病床を慢性期として報告するというつもりだったが、ここに来て、一般病床とこれまで届け出てきたところでも慢性期の患者を扱っているところは慢性期と報告するという議論が急に出てきたが、一応4つの区分で、一般病床だけではなく、療養病床も含めて、全部が病棟ごとに報告することになった。

地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置を講ずるということで、必要な病床の適切な区分の設定と都道府県の役割の強化をして地域医療ビジョンの策定をするタイムスケジュールを厚労省が報告してきた。平成25年度の後半から26年度に仕組みをつくって運用を開始し、都道府県は地域の各医療機関が担っている医療機能の状況を把握する。それに従って地域医療ビジョンのガイドラインを厚生労働省が作り、平成27年度に地域ビジョンをつくって、それを医療計画に追記して医療計画を推し進めていくというタイムスケジュールでやるということで、医療側は、このタイトなタイムスケジュールで本当にきちんとしたものができるのかと言っているが、厚生労働省はこのタイムスケジュールを強く推している。

以上を前提に、堺会長は、報告制度が具体的に行われるとなって厚生労働省からこのようなアンケートが来た場合、アンケートに答えることが可能かどうか、あるいは非常にやりにくいか、その辺はどうかと質問した。

神原支部長は、定義がよくわからないので答えるのは非常に難しい。例えば急性期と慢性期の患者が混じっている場合、慢性期の患者さんが例えば10%とか15%以上になれば、それはどう報告するのか、あるいはある一定期間のベッドを急性期の患者がどれだけ占めていたかという数を報告するのか、報告の仕方を教えてもらわないと返答しにくいと述べた。

相澤副会長は、おおむね急性期の患者が入っている病棟を急性期とし、おおむね回復期に該当する患者が入っている病棟を回復期とした場合、おおむねは何%かというのははっきり示されていない。60%なのか80%なのか、その辺は医療機関ごとに判断をしていいと厚労省は言っていると述べた。

堺会長は、神原支部長に対し、1つの病棟で大体何%が高度急性期とか急性期とか、そういうほうが書きやすいのかと質問した。それに対し、神原支部長は、定義をはっきりする必要がある。1日をとって横断的に見るとか、期間も定義づけないと難しいし、おおむねといってもばらつきが大きくなって集計にも困るので、もう少し明確にしてから出さないと困ると思うと述べた。

土井常任理事は、高度急性期と急性期というのも、定義がないと全然わからない。回復期機能も、回復期リハビリテーション病院が行っていることと、急性期病棟で行っている回復リハはどう違うのか。もう少しはっきりした定義がないと全くわからないと述べた。

相澤副会長は、医師会と四病院団体協議会で出した意見は、ICUやPICU等の診療密度の濃い医療をやっているところは別にしたいということだが、厚労省は高度急性期を大学病院へ持っていきたいという意図があるようで、我々が提案したものは微妙に食い違う。厚労省は軽い急性期は急性期ではないという概念を持っているようで、そういう患者は回復期で見てほしいと言っている。また、急性期の定義について昨年から議論してきたが、決められなかつ

たと述べた。

中井常任理事は、提供している医療の内容が明らかとなる報告事項がわからないと、何と答えてよいかわからないと述べた。

相澤副会長は、厚労省が最初に提案したのは、病床機能ではなく、病院の持っている医療機能を報告してほしいということだったが、厚労省は「病床機能」「医療機能」「病院機能」という3つの言葉をうまく使いながら、わざとわかりにくくしているように思うので、その辺を明確にしないと、我々はこれに乗れないと思うと述べた。

土井常任理事は、実態をもっと調査しないと、「高度」とか「高度でない」とかというような分け方はなかなか難しいと思うと述べた。

中常任理事は、8月8日に厚労省に提案した四病協と日本医師会の分類にいう「急性期」は、書かれている十何項目が全部あるのが急性期なのか、それとも1つでもあれば急性期なのか、この辺、日本医師会と具体的に討論したのかと質問した。それに対し、相澤副会長は、1項目でも満たせば急性期ということで、急性期にその他機能を全部入れてしまうという考え方のもと、あえて曖昧にして選択の幅を広げていると回答した。

万代常任理事は、以下のことを述べた。

中医協委員の立場から保険局医療課の考えを言うと、病床機能を細かくするのは少し待って、むしろ診療報酬のほうを先行させようということである。亜急性期入院医療管理料が2004年に導入されたが、平成24年の改定で、運動器と脳血管のリハの点数を下げられて、回リハの病棟と点数を合わされ、1と2に分かれている。もともと亜急性期入院医療管理料は、在宅介護からの比較的医療資源をかけなくて済む急性増悪の人はここで診るということで2004年から導入されたが、実際にこれがどのように使われているか調査したところ、脳血管と運動器の回復期リハに使われており、亜急性期入院医療管理料を算定している患者が自院の急性期の病棟から移っていく人が8割ぐらいいるということで、順番に流すような亜急性期の使い方をしてきた。しかし、もともとは亜急性期は本来の機能をやるよう診療報酬上で言っているもので、平成26年の改定ではこれを強く推し進める方向であり、また、病室単位ではなく病棟単位を考えているので、病棟単位で申請しているところはまた別の診療報酬点数をつける方向である。

7対1をとにかく減らさなくてはいけないが、受け皿を先につくる必要がある。その受け皿として、ポストアキュートと医療資源の少ない急変患者を亜急性期入院医療管理料を病棟単位でつけて、評価する。社会保障と税の一体改革なので、厚労省としては、一体で改革する姿勢を見せなければならず、7対1を減らす姿勢を見せる必要がある。そのためには、私としては、7対1の要件をきつくし、それをクリアできない病院は、ポストアキュートと急性増悪を引き受ける機能を持つような亜急性期病棟をつくるように誘導にするのではないかと考えている。

13対1、15対1については地域性を考慮する必要があり、中医協でも、医療資源の少ない地域で30医療圏程度は病棟単位で入院基本料を変えていいという要件を評価した。地域に応じた特性がはっきりできるように、入院基本料についても病院単位ではなく、病院によっては病棟単位も選べるようなことを考慮した提案をしてほしいと、事務局に言っている。

どうしても7対1を減らさないとならなければ受け皿をつくるし、一生懸命やっていたら別に7対1でなくてもきちんと運営ができるというような診療報酬をきちんとつけていただくという方向性で改定が行われれば、皆さんも対応しやすいと思う。

堺会長は、今までは亜急性期入院医療管理料は、この2つの機能を含めて、それを回復期と認めるということなのかと質問した。それに対し、万代常任理事は、診療報酬上は急性転化の人は亜急性期で診るような機能を持ってくださいという方向で改定すると述べた。

相澤副会長は、我々は在宅の急性増悪は回復期の病院で診ていいのではないかと主張したが、日医と四病協から、それでは田舎の中小病院はやっていけない、そういう人たちは急性期に入

れるべきだということで、強い反対意見が出たと述べた。

万代常任理事は、患者から見ると、救急車だって多分急性期病院に連れていくだろうし、その次に流れるところを考えればいいと思う。急性期は急性期の病院に入ったほうがわかりやすい。医療資源の投入量の少ない急性期の患者は回復期で診たほうが医療費がそれほど膨らまないで済むと述べた。

中常任理事は、普通に患者から見たら急性期だが、厚労省は急性期と回復期という形で考え、その中でいろいろ分けて亜急性期問題を解決するように考えていると思うと述べた。

土井常任理事は、超高齢化社会において、肺炎や脳卒中の患者が全部、今の三次救急に行ったら、救急はパンクしてしまうので、ある程度シェアが必要である。アメリカのLTACのような大体1カ月ぐらいの急性期が必要になるのではないかと思う。また、大学病院は高度急性期でよいが、平均在院日数が非常に長くなっており、整合性がないと思うと述べた。

富田参与は、在宅をやっているような高齢者に対してどこまで医療資源を投入するのかという議論から始まっていて、それは公には議論できないことなのではないかと個人的には思うと述べた。

相澤副会長は、そういう理由で「病床機能」と「医療機能」と「病院機能」を上手に使い分けているのではないかと思う。病床機能として急性期と届け出ていても、そこでやっている医療によって診療報酬で返ってくるので、そこは医療機能だということであまり使い分けをしたほうが、曖昧の中でうまく落ち着くし、それで余り問題がないと思うと述べた。

小川常任理事は、報告制度の分類と診療報酬の分類と一緒にしようとしても、その前に高度急性期もまだ何も決まっていない。一旦報告上の分類として、入れてほしいものをまずまとめないと、全部まとめた議論をやるのは難しいと思うと述べた。

堺会長は、回復期（亜急性期）で急性増悪を診るとなると、報告制度とそごが出る。機能の報告制度はあのような形で、診療報酬をがっちり決められるとなかなか難しいので、その辺うまい知恵を出していただけるとありがたいと述べた。

中井常任理事は、報告制度では、厚労省の考えている亜急性期の在宅の急性悪化などの患者を、急性期と亜急性のどちらに入れたほうが病院はもうかるのかということで決まる。もし病棟機能で分かれていると、亜急性期を相当高くしないと、現実にはポストアキュートで使われてしまうと述べた。

万代常任理事は、人的や設備的な医療機器のような医療資源は高度急性期のところで使い、在宅からの急性転化の比較的手のかからない人にはそこまでしないというような考え方だと思うが、川下のほうの診療報酬点数を十分つけるなど、一定のインセンティブをつけないと、そちらに移らないと思うと述べた。

塩谷常任理事は、救命救急センターを持っている病院を運営していたときに一番困ったのは、特に冬場などに急性増悪の人が多く来られて、ICUが全部埋まってしまい、本当に重症の人が診られないことだった。高度急性期に急性増悪が入らなければ、急性期で診ても亜急性期で診ても、私はいいと思う。明確に区別しなくても、オプションで任せれば地域の事情を反映してくれるのではないかと述べた。

堺会長は、日医、四病協で急性期をあれだけ広くしたというのはまさにそういうことだと述べた。

中村支部長は、今まで亜急性病床は制限していたが、それを広げるということなのかと質問した。梶原副会長は、そういうことだと回答した。

また、中村支部長は、急性増悪は高齢者の重症な肺炎のようなものを想像するが、現実には施設などでの転倒、転落、骨折、挫傷がある。そういう患者は脳卒中や心筋梗塞になるので、そういう患者を亜急性期というのは無理だと述べた。

相澤副会長は、例えば急性期の患者が病床全部に入っている必要はなく、病床全体に占める急性期の患者の割合によって、回復期や亜急性期として届けることもできる。地域の事情によって、病院で自由にそこを選択してほしいということで、急性期のところを曖昧にしてあり、また「おおむね」ということで曖昧にして、このような病床機能報告のスタイルをつくったということで理解いただきたいと述べた。

堺会長は、塩谷常任理事の話だと、診療報酬上、亜急性期は医療法でいうところの急性期でも回復期でも構わないということなのかと質問した。それに対し、塩谷常任理事は、そのとおりで、曖昧にして初めて地域の事情を吸収できると述べた。

神原支部長は、病院が上手に選択してくれるとよいが、結果的にどうなるかわからない。また、病院が選択により方向づけたとしても、患者は何にもわからないので、患者を上手に誘導しないと実効が上がらない可能性がある。何かよい方法でコントロールしないと、病院や患者の動向がどうなるか不安だと述べた。

松本支部長は、私どものところで試みで12床を亜急性にしてみたところ、確かに患者はほとんどわからなかった。ただ、患者は勝手に行くわけではなくて、大概是診療所の先生を経由して行くので、患者だけでなく、むしろ診療所の先生に対してもはっきり説明していただけるのならよいという意見がかなりあった。全体が曖昧でも、今のままでも全然困らないし、ちょっと困った人をどうするとか、あるいはポストアキュートについても、亜急性をうたっている病院があるとありがたいという意見もあるので、存在意義はそれなりにあるし、少なくとも診療報酬上はあったほうがよいと思うと述べた。

崎原委員長は、我々がここで議論を聞いていても難しいので、この場にいらっしやらない病院の方に報告制をしても、出されたデータがどこまで信頼性があるかは厳しいと思う。今、入院患者は病棟に科別に入ってくるが、そういうことも影響を受けて混乱が始まることを危惧する。診療報酬の中のICU、HCU、CCU、亜急性といったものを厳格に運営するほうが早いと思うと述べた。

末永副会長は、病床機能の分類は、2025年に向けた体制として届出制にして何がしかのコントロールをするという思いがあるのだが、7対1の問題もごっちゃになってしまい、複雑になっている。我々医療提供者側としては、2025年以降に高齢社会がさらに進むことを見据え、今と違う医療提供体制を考えるために、このような分類を自らの選択でまず出して、それぞれの地域におけるシステムを考えていかなければならないが、そういうことを認識していない病院も多いので、病院団体としてある程度サジェスションを与えていくことも必要だと述べた。

藤原常任理事は、病床機能を曖昧しておくことは、最終的には急性期、亜急性期、回復期でくくってしまいたいのかもしれないが、我々病院側としては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのは堅持しておきたい。そのような方向で、厚労省に曖昧さはよくないということ表現しておいてもよいかと質問した。それに対し、相澤副会長は、そういう曖昧さを全く否定してしまうと恐らく先に進めないで、少し曖昧さを残すことをあえて許容している。ただ、余りはっきりとうまく使い分けてごまかしていると書かれると困ると述べた。

成川支部長は、届け出る場合に、手術件数や医療機器なども一緒に届けることが要件として出てくるのではないかと述べた。それに対し、相澤副会長は、恐らく厚労省はそれを狙っていると思う。各都道府県の医療機能のホームページを開くと、どこもそのような情報が載っている。医療機能の報告制度と病床機能をあわせると、その病院が何をやっているかがほとんど見えてしまう気がするが、それが次への変革につながっていくと思うと述べた。

武田常任理事は、最近では都道府県や市町村がかなりリードして情報提供体制を整えていて、地域医療計画も都道府県単位で決めるということになっているので、素直に情報提供したらよいのではないかと。明らかに障害者病棟や療養病床、回復期リハがそこに入るのはわかるし、あ



とは急性機能と高度急性の定義をはっきりしてもらおうと我々もやりやすいと述べた。

中島常任理事は、精神科の病床についてもきちんと報告させるということの主張をお願いしたい。精神科についても、高度急性期、急性期、回復期、慢性期でよいと思う。また、司法病棟は司法精神医療の病棟と全く別個なので、これは別にしたらいいと思うと述べた。

木村常任理事は、2025年の高齢化社会を考えると、誰もが段階的によくなって退院するわけではなく、患者あるいは国民の医療に対する期待というのは、この中では考えていない。どこでも同じ医療を求め、医療事故も、どこで起きた事故でも同じような責任を求める。このように分けるからには、病院機能、医療機能のグレードによって、医療に対して負う責任は変えていく必要があると述べた。

生野常任理事は、在宅で施設で急性増悪は、一般病床で診る、急性期病床で診る、二次救急で診る。これは回復期、亜急性期の議論の中でも、厚労省はきちんと条件を出しているが、二次救急病院をしようとした医者や看護師を考えると、急性期病院でないといけない。2025年のベッド数は減らないが、7対1は減り、10対1の、15対1になる。たちまち回復期になると、7対1は10対1、13対1でひょっとしたらいける。すると、看護師は余るので、これを在宅へ持っていこうという趣旨だと思われるが、我々はそういうわけにいかない。ただ、毎年改定のたびにどんどん下へ持っていかなければならないと述べていると述べた。

山本顧問は、基本に戻ると、医療は患者のためにあるので、患者のための仕組みをつくる必要がある。医療サイド、特に病院サイドがこうすべきだと明確に言う必要があるし、それが言えないのなら厚労省の言いなりになるしかない。日病として、こういう機能はこうあるべきだと議論すれば、1つの方向が出ると思う。また、基本的に医療を提供する場は地域完結型なので、医療ニーズや医療資源の配分などは地域が考えることが基本であり、全体の中で議論する場合は、患者のためにどういう形をつくるかという議論でまとめるべきだと述べた。

堺会長は、医療法の中の病床機能区分について日医、四病協が考えていたのは、そういう議論である。また、地域による差がある中で、今後、都道府県の役割がかなり大きくなるが、その中で病院団体や病院が声を大にして意見を言う必要があり、日病もいろいろ提言していきたいと述べた。

神原支部長は、地域の医療を考える上で疾病のハードデータがしっかりとれないのは大きな問題なので、病院団体がそういうデータを集めることは検討していただきたいと述べた。それに対し、堺会長は、我々病院側は毎年地方厚生局に出しているデータがあるが、そういうビッグデータに関しては、日病としてもなるべく多くのデータを集めて医療政策提言などにも利用していきたいと述べた。

相澤副会長は、国は今後、在宅医療介護連携を推進しようとしているが、在宅医療は医療ではなく介護だという考え方は本当にいいのかなと思う。また、これからの在宅医療を在宅医療連携拠点と地域医師会で担っていくことで本当にいいのかどうか、先生方の意見を一度伺いたいと述べた。

以上で閉会となった。