

日 時 平成26年1月9日(木) 12:30~16:20

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 (各副会長)

宮崎 瑞穂、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、福井 次矢、中 佳一、
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、上津原甲一、石井 孝宜 (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 (各顧問)

坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、桐野 高明、北田 光一、邊見 公雄、

池上 直己、齊藤 壽一、高橋 正彦 (各参与)

木村 壯介、有賀 徹、望月 泉、原 義人、大道 久、松本 純夫 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、森下 英夫、神原 啓文、松本 隆利、中川 義信、細木 秀美、
副島 秀久 (各支部長)

野口 正人 (オブザーバ)

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)

総勢55名の出席

堺会長の開会挨拶後、議事録署名人に中島豊爾常任理事、生野弘道常任理事を選出し、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2件〕

①滋賀県・独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター (会員名：井上修平院長)

②大阪府・独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター (会員名：竹田清病院長)

〔正会員の退会届出を役員慰留により撤回1件〕

①広島県・医療法人社団朋和会西広島リハビリテーション病院 (会員名：土谷晋一郎理事)

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・東京都・株式会社レオパレス21 (代表者：深山英世代表取締役社長)

平成26年1月9日現在、正会員 2,374会員

特別会員 218会員

賛助会員 251会員 (A会員105、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：後援等依頼1件)

①第10回医療機関広報フォーラム (公益社団法人日本広報協会) の後援名義使用

(新規：委員委嘱等依頼 2 件)

- ①次世代ヘルスケア産業協議会（経済産業省）に関する委員への就任依頼
- ②医療機関における携帯電話等の使用に関する作業部会（電波環境協議会）の委員の委嘱

3. 平成26年度事業計画（案）について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・「見える化の推進」では、クラウド利用によるデータ共有の検討を加えた。ウェブ会議は非常に重要なので復活させたい。
- ・「一般社団法人としての基盤整備」では、組織、業務、給与規程の見直し等を進めることにより活性化を図っていく。
- ・「病院医療の再生」では、医療人の育成、社会保障と税の一体改革、診療報酬体系のあり方、消費税原則課税への取り組みなどを考えている。
- ・「医療の質と安全の取り組み」では、医療の質・評価の推進の中にQ Iプロジェクトと治験への取り組みを新たに掲げた。また、シンガポールのJ C I（ジョイント・コミッション・インターナショナル）アジア本部と連携して、国内でいろいろな勉強会や実習等を行う予定である。
- ・「国際活動」では、新たに医療の国際化の活動を加えたが、これに関する特別委員会をつくって積極的に活動したい。
- ・今年の日本病院学会は7月3日と4日に、日本診療情報管理学会学術大会は9月11日と12日に、病院長・幹部職員セミナーは8月2日と3日に、国際モダンホスピタルショウは7月16日から18日に、日本人間ドック学会学術大会は9月4日と5日に開催の予定である。
- ・その他の事項は資料を参照願いたい、この案について次回までに意見等をいただきたい。

4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

相澤副会長よりの報告を受け、下記6施設を承認した。

(新規 3 件)

- ①大阪府・医療法人社団協仁会 小松病院健康管理センター
- ②新潟県・新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院
- ③山形県・一般社団法人鶴岡地区医師会 荘内地区健康管理センター

(更新 2 件)

- ①山形県・庄内医療生活共同組合 鶴岡協立病院
- ②東京都・社会医療法人財団仁医会 牧田総合病院人間ドック健診センター

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会の開催報告があり、了承した。

(1) 第6回病院中堅職員育成研修「人事・労務管理」コース（12月20日・21日）

報告は資料一読とした。

(2) 第9回雑誌編集委員会（12月24日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・1月号には堺会長の年頭所管と新春座談会等が掲載されている。
- ・2月号には、第63回日本病院学会の記念講演及びシンポジウム1などを掲載する予定であり、巻頭言は石井監事に依頼している。
- ・新連載予定の「日本の医学史」は原稿作成が進んでおらず、別企画の準備を検討中である。

(3) 第5回医療の安全確保推進委員会（1月8日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・医療事故の原因究明制度について骨子が固まり、その内容を医療法上に位置づけることが決定された。5月ごろの国会で、この件の検討もなされる予定である。
- ・医療事故については、発生した当該医療機関の院内事故調査委員会で原因究明を行った後、民間の第三者機関にその報告書を提出し、そこで原因の分析を行い再発防止につなげることを医療法上に位置づける。
- ・院内の医療事故調査委員会を医師会、学会、大学病院等による外部の組織が全面的に支援する体制をつくる必要があり、そのためのガイドライン作成を含めた検討を行う。厚労省のもとにガイドライン作成委員会が設けられる予定である。
- ・これに関連して、会員病院の事故対応や医療安全体制の現状把握のために日病でアンケートをとることになった。

(4) 第7回医療制度委員会（1月8日）

中井常任理事より、医療基本法に関しては日本医師会の最終案を待つこととし、今年度は第6次医療法改正を見据えながら、地域医療ビジョン等に関する病院団体の意見をきちんと主張していくとの報告があった。

(5) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事欠席のため、下記報告は資料一読とした。

- ①第1回医師事務作業補助者コース小委員会（12月14日）
- ②第9期生医師事務作業補助者コース研修会（12月14日・15日）
- ③コーディング勉強会（12月8日～21日）
- ④医療統計学勉強会（12月1日～31日）

2. 日病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第110回代表者会議（12月20日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・議題1については役員会で既に説明が済んでいるので省略する。
- ・議題2、3については後ほど万代常任理事より説明する。
- ・議題4、第100回診療報酬実務者会議の報告では、中医協の進捗状況を勘案しつつ必要に応じて連絡をとりながら日病協としての意見を発信すると猪口委員長から説明があった。
- ・議題5、その他では、当会議の議長、副議長について、その選任方法、権限等について議論し、必ずしも全会員団体が議長を務められるとは限らないのではないかと意見を受けて、次回会議までに各団体の意向調査をすることが提案された。
- ・日病協が推薦する中医協委員候補者の選出方法については、次回以降の代表者会議で検討し、来年度の議長、副議長の決定前に、できるだけ全会一致で決めたいとの意向が示された。次回は1月30日開催予定。

(2) 第4回日病協のあり方検討ワーキンググループ（12月26日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・中医協委員の選出方法に関して石井、邊見、西澤の元中医協委員3氏を交えて議論し、委員は極めて専門的であるので任期を3期6年とすべきであるということで合意が得られた。
- ・委員候補は診療報酬の実務者会議で選出してはどうか等、さまざまな意見が出たので、それらを調整して次回の日病協に答申書を提出する。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第99回薬価専門部会 (12月25日)

- ・次期薬価制度改革の骨子について、基本的方向性として、できるだけ後発への置き替えを着実に進める。薬価をできるだけ切り下げるが、イノベーションに関する評価のあるものについては若干引き上げる方向で議論されている。
- ・長期収載品については、後発が出てから5年経過して以降は薬価を下げる。後発への置き換えが進んでいないものについては、先発の薬価をその置換え率に応じて下げる。
- ・新薬創出加算については恒久的な導入ではなく、引き続き試行的な継続となる。

(2) 第266回総会 (12月25日)

- ・医療機器、臨床検査については資料を参照してほしい。
- ・平成26年度改定に向けてDPC制度の算定ルール等の見直しが見直しがなされ、退院後3日以内の再入院で1回目の入院時の「最も医療資源を投入した傷病名」と再入院時のそれが一致するものは、7日以内を同一病名で一連のものとして扱うことになった。
- ・持参薬について、入院する病名に関係する薬については外来で処方してはならないという規定を設けるが、それ以外については厳しく制限はしない。
- ・DPCのコーディングテキストができるので、それを用いてできるだけ精緻化したコーディングを行ってほしい。
- ・個別事項については、資料を参照願いたい。

(3) 第15回費用対効果評価専門部会 (12月25日)

- ・報告は資料一読とした。

4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第9回総合部会 (12月18日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・今回から四病協の当番団体が日病となった。社会保障審議会医療部会については、地域医療対策協議会の参加者に三師会や日本看護協会だけでなく病院団体も追加することになった。
- ・社会保障審議会の医療保険部会への四病協からの委員参加について、日病からも厚生労働省に働きかけることになった。

(2) 第7回日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (12月18日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・医療法等改正に関する意見では、地域医療ビジョン協議の場が都道府県知事の権限強化につながるとして不安視する向きがある。
- ・日本専門医機構組織委員会に関して、情報がよく伝わってこないのもので四病協で情報共有を進めたい旨の意見があった。
- ・事故調に関して、日医から取り組みの報告があった。また、同日、日医、四病協の忘年会が行われた。

(3) 第8回医業経営・税制委員会 (12月19日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成26年度税制改正要望が政府税調の改正大綱にどれだけ盛り込まれたかの結果が出た。
- ・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について議論していく。
- ・消費税の軽減税率については、10%消費税アップ時の導入を目指す。

- ・厚生労働省令で定める医療関連サービス事業者の中に医師、看護師等の斡旋業が入っていないので、含めるように厚労省に要望する。

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があり、了承した。

(1) 第38回社会保障審議会医療部会（12月19日）

相澤副会長より、医療法改正に関する意見について、審議の場に病院団体を入れることをその文案中に盛り込む等の修正を行ったとの報告があった。

(2) 医療法等改正に関する意見

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・前記の会議でこの意見をまとめて、提出した。これにより今後、具体的法令がつくられていくことになる。
- ・今回の医療法改正で特に我々に大きな影響を及ぼすものは病床機能報告制度の創設と地域医療ビジョンの策定であり、地域医療ビジョンのもとになるガイドライン作成にいかに関院団体が意見を反映できるかが重要である。
- ・地域医療ビジョンを実現するための協議の場は二次医療圏ごとにつくられるが、都道府県の病院をまとめるに当たって当会の役割は非常に大きい。
- ・病院の新規開設、既存医療機関の増床や医療機能の転換に関して、都道府県の権限が非常に強化されることになる。
- ・在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進に関しての審議の場が厚労省内につくられる。
- ・医師を確保するために地域医療支援センター及びナースセンターの設置を法律化することになったが、それらへの病院団体による関与が非常に重要である。医療機関の勤務環境改善に関しても法律に書き込まれる。
- ・新たな財政支援の仕組みの創設については、消費税の増税分は診療報酬に回さないとも受け取れる文案なので、注視していく必要がある。
- ・チーム医療の推進では、特定行為にかかわる看護師の研修制度がつくられる。また、各職種の業務範囲は今後拡大される方向である。
- ・医療法人に関する制度の見直し、医療事故に係る調査の仕組み、臨床研究の推進についても提案している。
- ・その他の改正事項では、外国人医師の臨床修練制度の見直し、歯科技工士国家試験の全国統一化について提案している。

(3) 第9回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（12月25日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・特定機能病院が持つ3つの機能、地域医療支援病院が持つ4つの機能について見直しを進めるために、今回、そのあり方に関する中間取りまとめ案を出した。
- ・特定機能病院に関しては、今後それぞれの特性に応じた承認要件を設定する。
- ・紹介率及び逆紹介率については、それぞれについて算定式を設ける。承認要件については、紹介率80%以上かつ逆紹介率60%以上とすることになった。
- ・医療技術の開発及び評価について、これまで単に論文数が年間100件以上であったものが、今後は英語論文が70件以上必要となる。
- ・良質な医療を提供する取り組みを進めるため、日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価等の第三者による評価を受けることになった。
- ・24時間体制で、要件を満たせない病院について、日本医師会からの要望で都道府県が特例を認めることができるようになった。

- ・ディオバン問題に関しても、特定機能病院の承認要件と絡めて議論がなされた。

(4) 第8回救急医療体制等のあり方に関する検討会（12月26日）

報告は資料一読とした。

(5) 第9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（12月27日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・医療法で病床機能について病棟ごとに報告することが決まったことを受けて、その具体内容について厚労省の案が提示され、議論が行われた。
- ・レセプトの活用に関して、集計時に医療機能を見るデータのみをナショナルデータベースから抽出して各病棟の機能についての統計をとる案、ナショナルデータベースではなく各医療機関においてデータを集計して厚労省に報告する案等が議論されたが、後者は各医療機関にとってコスト的負担が大き過ぎるのでレセプトに各病棟コードを入れることで対処したほうがよいとの意見が大勢を占めた。
- ・レセプトシステム変更の費用を誰が負担するかについては、次回議論することになった。

6. ライオンズクラブ国際協会からの福島県への災害追加支援について

今泉副会長より、既に4億8,000万円以上の支援を行った同国際協会から、さらに約1,000万円の支援の申し出があったので、甲状腺超音波画像診断装置1台を寄附してもらうこととなり、今月末に現地に納入の予定であるとの報告があった。

7. 第7回支部長連絡協議会

細木支部長より、以下の報告があった。

- ・今泉副会長から、当会の支部が16支部に増えたことによるメリットを各支部が感じられるようにしていきたいとの話がなされた。
- ・各支部から医療と介護の連携、地域包括ケア等さまざまな報告が行われた後、意見交換になり、地域医療が抱える問題の多様性、大都会と過疎地の違い等が話題となった。次回は今年3月に予定している。

〔協議事項〕

1. 診療報酬改定について

冒頭で堺会長は、今回の改定は不透明でわかりにくいとして、石井監事に資料に基づく説明を求めた。

石井監事は、以下のように述べた。

- ・昨日、中医協で消費税の分科会が開かれ、初診料を12点あるいは8点、再診料を3点あるいは2点上げるという議論がなされた。
- ・通常改定分と消費税補填分は、完全に分かれた性格のものである。
- ・消費税補填分1.36%に関しては診療報酬で0.63%、薬価で0.73%、金額にすると約2,600億円と3,000億円になる。2,600億円の引き上げ分については、うち1,600億円が病院分である。
- ・支払い側からかなり異論が出たが、最終的にはやむを得ないという雰囲気になっている。
- ・病院の1,600億円分について初診料と再診料で措置する部分は全体の1割強であり、90%は入院基本料で対応することになる。入院基本料を上げるに際しては、設備投資の多寡による重みづけをすることになりそうである。

日 時 平成26年1月9日(木) 12:30~16:20
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 (各副会長)
宮崎 瑞穂、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、福井 次矢、中 佳一
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、上津原甲一、石井 孝宜 (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 (各顧問)
坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、桐野 高明、北田 光一、邊見 公雄、
池上 直己、齊藤 壽一、高橋 正彦 (各参与)
木村 壯介、有賀 徹、望月 泉、原 義人、大道 久、松本 純夫 (各委員長)
中村 博彦、堀江 孝至、森下 英夫、神原 啓文、松本 隆利、中川 義信、細木 秀美
副島 秀久 (各支部長)
野口 正人 (オブザーバ)
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)

総勢55名の出席

堺会長の開会挨拶後、議事録署名人に中島豊爾常任理事、生野弘道常任理事を選出し、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2件〕

- ①滋賀県・独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター (会員名：井上修平院長)
- ②大阪府・独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター (会員名：竹田清病院長)

〔正会員の退会届出を役員慰留により撤回1件〕

- ①広島県・医療法人社団朋和会西広島リハビリテーション病院 (会員名：土谷晋一郎理事)
- 〔賛助会員の入会1件〕
- ①A会員・東京都・株式会社レオパレス21 (代表者：深山英世代表取締役社長)

平成26年1月9日現在、正会員 2,374会員
特別会員 218会員
賛助会員 251会員 (A会員105、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：後援等依頼1件)

- ①第10回医療機関広報フォーラム (公益社団法人日本広報協会) の後援名義使用

ある。

次に堺会長は、万代常任理事にスライド資料による説明を求めた。

万代常任理事は、急性期入院医療に関して以下のように述べた。

- ・診療報酬本体の改定率は消費税部分が0.63%であり、本体には0.1%つくので約400億円になる。入院医療については急性期病床の機能の明確化を図る。
- ・急性期医療を担う医療機関のイメージとしては、高度急性期、亜急性期、回復期、それぞれの部分をできるだけ特化してスリム化するような形で、ワイングラス型から核弾頭型に変えていく。
- ・重症度、看護必要度の見直しと統一化が図られ、高度急性期適用の厳格化と新基準による評価が行われる。また、ICU加算の見直し、重症度看護必要度の評価等が導入される。
- ・7対1においては、新規準の適用で12万床程度の削減を目指しているが、平均在院日数をいかに短くできるかがポイントである。
- ・ハイケアユニットについても適用の厳格化によって、4割ぐらいは7対1に移行させるということである。ICU加算は現行の86%から25.6%になる。
- ・高度急性期病床と一般急性期病床の機能分化と強化を図る。
- ・自宅や療養型、老健などからの患者を7割5分程度にすることを旨とする。
- ・DPCデータの提出を要件化する。
- ・高度急性期においては、質の高い特定集中治療管理についてはより高く評価することにより管理料を増やす。総合入院体制がしっかり整っている施設は高く評価する。
- ・ICU加算についてはICUに精通した常勤医師の複数配置、20平米以上の病室面積の確保、24時間体制の実施などにより評価を高くする。総合入院体制加算についても、設定された要件を満たす病院については高い評点を与える。特定集中治療室加算についても同様である。
- ・総合入院体制加算の要件を全部必須要件化したときに、東京では残る病院はゼロ、全国では11ぐらいになる。

堺会長は、上記の説明に対して質問等を求めた。

齊藤参与は、急性期という言葉が多用されており、高度、一般、亜急性、急性期等の定義とその区別がわかりにくいので教えてほしいと尋ねた。

万代常任理事は、急性期については複雑で高度な病態を持つ患者という定義で語られているが、ポイントは7対1を減らしたいということであり、定義について語り出すと議論が先に進まないのではこの形になっていると答えた。

安藤常任理事は、夜勤に関連する看護師の勤務環境の72時間ルールについての議論が余りなされていないようであるが、今回は省かれているのかと尋ねた。

万代常任理事は、月平均夜勤時間を満たせない場合には、7対1と10対1は特別入院基本料が3カ月間80%まで減額したところまでとどまるが、13対1と15対1にはその緩和措置はなく60%になるということが盛り込まれる予定であるが、反対も多いと答えた。

堺会長は、救急病院が精神科医療や入院医療を行うことについても変わりようがないことであるのかと尋ねた。

万代常任理事は、それは要件化されるので、目標にしてほしいということになると答えた。

堺会長は中島常任理事に、大病院や高機能病院で精神科病棟がなくなりつつある状況について尋ねた。

中島常任理事は、精神科医そのものが足りないのでは、総合病院で確保するのは難しいという背景がある。精神科の単科病院には関係のない話である。精神科医療も一般医療並みに病床機能の報告制度をつくりきちんと管理すべきであるが、そうになっておらず落胆していると答えた。

小川常任理事は、ICUの要件を厳しくするのではなく2段階に分けるという意味かと尋ね

た。

万代常任理事は、現行の特定集中管理料については1と2とあるが、それを3と4にして、新たにICU加算1と2をその上に乗せることになるかと答えた。

小川常任理事は、7対1の在院日数はさらに縮小されるのかと尋ねた。

万代常任理事は、現在と同じであると答えた。

小川常任理事は、短期滞在手術は19疾患のみであるのかと尋ねた。

万代常任理事は、そうであると答えた。

小川常任理事は、現在、短期滞在の2では成人のヘルニアの手術は19疾患の中に入っていないが、それはそのまま日数として数えるということかよいかと尋ねた。

万代常任理事は、内部資料に15歳未満で分けるか検討中と書いてあるので、大人ヘルニアも包括化される可能性は高いと答えた。

小川常任理事は、基本的には包括にして構わないと述べた。

土井常任理事は、高度急性期と急性期との分け方がよくわからないが、ICU絡みでそうしているのかと尋ねた。

万代常任理事は、いろいろな切り口があるが、とりあえず今の基準を使って要件を厳しくし、各地域にさまざまな機能を持つ中核的病院をつくりたいのであろう。そこへ向けて当面、要件を厳しくしていくということであると答えた。

堺会長は、今回病床稼働率の議論がないが、それはもう検討しないということかと尋ねた。

万代常任理事は、それは病床機能の報告のほうで、使っていない病床を引き剥がす方向で徐々に行っていくのであろうと答えた。

堺会長は坂本参与に、72時間というのは非常に微妙であるとして、日看協の考えを尋ねた。

坂本参与は、もう少し労働環境基盤を整備しないと、夜勤をすぐとるという話にはならないと答えた。

堺会長は、医師についても勤務環境の整備は難しいので、72時間もなかなか厳しいと述べた。

坂本参与は、診療報酬以外に県に基金を出すということで、県が全て采配するのではないかという危惧もあるが、一方で、それを病院の状況を改善するために確保できないかと注目していると述べた。

堺会長は、あの基金は900億円ほどつくと言いながらも、中身がまだ不透明である。しかし自分たちも注目していると述べた。

安藤常任理事は、控除対象外消費税の病院負担が解消されると信じていた。しかし、計算してみるとむしろ増える結果になり大変な問題であるが議論に出てこないとして、コメントを求めた。

堺会長は、負担分は補填されておらず、あれは数の上のまやかしであると述べた。

梶原副会長は、確かに補填されていないので、診療報酬が変わった段階でもう一度、四病協なり日病で調査しなければだめである。消費税10%導入時にはそれを早く出し、税のことは税で解決しないと大変なことになると述べた。

神原支部長は、厳密に計算すると今までの比率では合わないということがあるので非常に不安であり、再度調査してほしいと述べた。

堺会長は、引き続き万代常任理事にスライド資料による説明を求めた。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・今後、亜急性期という名前は使わない方向である。亜急性期の入院医療管理料が導入されたのは2004年の診療報酬改定によってであるが、亜急性期を急性期治療回復後の簡易リハに使っている実態に合わせて、その入院医療管理料を改めて設定することになる。
- ・二次救急病院の指定に関して、救急患者の受け入れ要件を満たす場合には点数を若干高くす

る。病室単位では機能分化が困難であるという設定から、亜急性期病床については基本的に病棟単位となる。

- ・療養病棟にもかなり急性期の患者がいるという主張があるので、そういう病院でも亜急性期の病棟を持てるようにする。
- ・地域包括ケアを担う病棟の評価を行い、看護師、看護補助の配置、在宅等から救急患者の受け入れ等についての加算を行う。
- ・亜急性期は医療管理料を1と2に分けて、2については面積を要件から外す形にする。現在、在宅等からの急性転科の患者を診ることに対する評価を加えるように働きかけている。理学療法士2名常駐の要件は厳し過ぎるので交渉中であるが、非常に難しいところである。
- ・現時点の資料では要件も点数も出ていないので全体像が見えない。
- ・慢性期に関しては、急性期との連携強化が課題であり、超重症児などをもう少し長くケアすることへの評価、透析患者の検査、投薬費用を療養病棟入院基本料の包括範囲からの除外、在宅復帰率を達成した療養病棟の評価等がポイントである。
- ・特定除外を廃止することにより筋ジスや重度意識障害の患者の行き先がなくなると困るので、それを受け入れる療養病棟については評価を高める点数設計を行う。
- ・亜急性期を組みかえる場合、具体的にどうなるのかわからず、皆不安を感じている。財源が十分あれば適切に評価してもらえのさだろうが、なかなか厳しいところである。

堺会長は、以上の説明に対して質問等を求めた。

安藤常任理事は、2年後の診療報酬改定はさらに厳しいという話であり、それが完成した暁には雇用環境や労働環境が悪化するのではないかと、悪化させない担保はあるのかと尋ねた。

万代常任理事は、固定化した72時間を絶対クリアしなければだめだということであれば労働環境の面から見ると厳しい。もう少し弾力的に運用したほうがよいが、その議論は中医協では出ていないと答えた。

堺会長は、亜急性期病棟の議論から見て7対1が病院単位というのはどういうことであろうかと尋ねた。

万代常任理事は、基本的には、中小病院で無理して7対1を行っているところについては亜急性期に移行してほしいということが主眼であろう。それで少し医療費が安くなる可能性は高いと思うと答えた。

梶原副会長は、看護協会では16時間ではなく12時間を夜勤として考える。ICUは海外でも12時間2交代制である。それは働く環境によって全然違うので、夜勤の72時間には疑問を感じており、そこを緩和してほしい。今度ナースセンターにつく国の予算は少な過ぎる。ナースセンターが派遣の業務でしっかり稼ぐことは規制上、無理なのかと述べた。

坂本参与は、看護協会は3交代がいいとか2交代がいいとかは言っていないので、12時間は可能である。在院日数を短くし、重症度を強くして7対1でやれという話はおかしい。資金的な保障なしにそれを推し進めると労働環境の悪化につながるのではないかと。ナースセンターは法律によれば無料紹介所であるが、無料ではよい知恵が出てこないのと、民間の知恵を借りるような形で活性化しないと無理であると述べた。

堺会長は、去年の初めはずっと7対1でいるという意見が多かったが、前回の常任理事会では半数以上が亜急性期病棟へ移ることも考慮しているということであったとして、宮崎常任理事に意見を求めた。

宮崎常任理事は、まだ先が見えない。思いつきで7対1に対する方針が出されて混乱が生じたように思える。きちんとした方向を示してもらいたい。今のままで重症の患者だけ集めてしまつて7対1でやり切れるのか、労働強化につながるだけではないのかと述べた。

土井常任理事は、7対1ができて職場環境がよくなった。日本では病院で働く人の数が非常

に少ない。その中で今、7対1が悪者になっているが、職場環境をよくするために看護師を集めるところもたくさんあるはずであると述べた。

堺会長は、日本病院会も7対1はそれなりの評価をするし、7対1をとりにいった病院の経営努力は評価しているが、こういう議論をするのは難しいと述べ、万代常任理事に亜急性期病棟のための財源は400億円なのかと尋ねた。

万代常任理事は、診療報酬改定での本体部分が0.1%であり、400億円で医療全体を設計することになるが、もし4,000億円あればあちこち削らなくても済むという意味で言ったと述べた。

中常任理事は、来年10月に消費税が10%になるので、今回の結果を十分評価して、それに対処しなければならない。当会の組織を挙げて会員へのアンケート調査等を行う等によって具体的対応方針を出していかなければ、前回の繰り返しになると述べた。

堺会長は、診療報酬改定の影響度調査を次年度に実施し、しっかりと議論したいと述べた。

安藤常任理事は、初年度に7対1から脱落する24万床の行き先が10対1だとすると、今のままの点数では72時間ルールをクリアできなくなるおそれがあると述べた。

万代常任理事は、7対1から10対1に行くのか、思い切って亜急性期にするのかについては各病院に委ねられており、日本の医療体制全体の観点からどうするのかという議論にはならない。医政局では、7対1も10対1も基本的には急性期と捉えていると述べた。

堺会長は、まだ全貌がわかっていないので釈然としないが、情報収集に努めようとして述べた。

末永副会長は、政府はマスコミを取り込んで、医者は儲かっているとか国民の負担が増えてい中で医療費が上がるというキャンペーンを行ったことが今回の決着につながった。消費税10%の際にもそれを踏襲される可能性がある。当会が原則課税と主張したことが国民に全然浸透していない。病院団体としてもマスコミに対する働きかけが必要であると述べた。

堺会長は、今回の診療報酬改定は一種のアリバイづくりである。はっきり物申す必要があるが、マスコミの論調は今回はプラス改定だからよかったというものであると述べた。

堺会長は、引き続き万代常任理事にスライド資料による説明を求めた。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・外来医療について、診療所だけでなく中小病院にも主治医機能を持たせる。また、紹介率、逆紹介率の低い大学病院の初再診料の減算措置を許可病床数500床以上の全ての病院にまで拡大する。紹介率の低い病院で長期投与した場合の処方料は減額する。
- ・主治医機能の要件は、脂質異常症を総合的に診る、複数の病院にかかっている患者の服薬管理を一元的に行う、健診についての情報提供や相談機能を提供する、介護保険についての意見の作成等を行う、それらについて患者に説明を行う等であり、これらの要件を満たしている病院には月1回、包括で1,000点の点数をつける。
- ・在宅医療に関しては、強化型であっても個々の診療所などが要件を満たすような形で導入されることになる。
- ・在宅医療の推進ということで、在宅から救急を受け入れれば在支病の点数がつくが、それを200床以上の病院にも広げて、在支病でなくても緊急受け入れが必要な病院については点数を付加する。
- ・救急医療管理加算のプラスでは、算定対象患者の見直しの影響が大きい。
- ・夜間休日救急搬送医学管理料は、身体合併症を持つ精神疾患の患者を救急で診た場合に高く評価するものである。
- ・救急管理加算については、加算できる要件としての「準ずる状態」とは何か問題になり、不適切事例なども発見されてDPC評価分科会で大きな論議となった。現在それを外す方向で検討がなされているが、中小病院への影響が大きいので慎重に取り扱うべきである。

堺会長は、「準ずる状態」は重要な問題であるとして、意見参加の意見を求めた。

邊見参与は、これを廃止すると大きな打撃になるので、その必要性についてその会合で強く訴えて、ある程度の理解は得られたと述べた。

堺会長は、この問題に関して、二次救急を行う病院の見解を万代常任理事に尋ねた。

万代常任理事は、それをなくしてしまうのではなく200点にしたらどうであるかと提案した。それで150億円になるが、結構大きな額であると述べた。

堺会長は、今回の一番大きい攻防はここであると述べた。

万代常任理事は、それに加えて、亜急性と在宅の部分をごくまで充実させてもらえるかが重要であると述べた。

小川常任理事は、「準ずる状態」の問題に関しては県によってかなり解釈が異なると述べた。

有賀委員長は、ほかに代替策があるかもしれないが、それを廃止すると危険だという感じもする。ある程度の柔軟性を持たせる形にしておかなければならないと述べた。

小川常任理事は、自分の病院には約6,000件の救急搬送があり、複雑なものや不明のものは全部運んでくるので、「準ずる状態」に入れてしまうケースが多いと述べた。

松本支部長は、支払基金によっては「準ずる状態」について何もコメントがないとほとんど全部切ってしまうので、切られている病院が多い。そこに分類する理由を具体的に書かないと基金側としても困るし、救急をやる者としても困ると述べた。

堺会長は、引き続き万代常任理事にスライド資料による説明を求めた。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・充実が求められる分野を適切に評価し、上げ下げを行う。早期のリハビリテーションについては前回よりさらに充実させ、急性期病棟のリハ専門職を配置したときには加算する。運動器のリハについては算定範囲を拡大する。
- ・簡易リハの病棟入院料の見直し、休日加算、廃用症候群に対するリハビリテーションの適用等が行われる。
- ・維持期のリハについては医療と介護とを分けて、維持期のほうは介護で行う方向性を出している。
- ・患者から見てわかりやすい視点を要件化する。また、400床未満の病院へも明細書の無料発行を義務づける。
- ・医師事務作業補助体制加算を少しアップする。時間外、休日、深夜における内視鏡検査や手術についても評価を上げる。
- ・後発医薬品の使用促進のために、その使用割合が増えれば一定の計算式に基づき評価点をつける。
- ・精神科については、アウトリーチの努力や身体合併症を持つ精神科疾患の救急患者の引き受け等について評価を高くする方向である。

中島常任理事は、精神科がいつも別枠で除外されているが、それは減りそうであるかと尋ねた。

万代常任理事は、500床以上の病院で紹介率が低いところは外来診療料を減額するという点について、精神病院は除外するという印象であると答えた。

中島常任理事は、ぎりぎりまで「精神科は除く」という文言は書かないでほしいと述べた後に、児童相談所との連携をしっかりと行っている診療所についての点数評価について尋ねた。

万代常任理事は、それは少し点数評価が上がるであろうと答えた。

神原支部長は、心臓リハをPTとナースが行うことになっているが、PTは専門家ではないので検査技師等が関与したほうがよい。それについて学会から提案する予定であると述べた。

万代常任理事は、どういう方向性にするかについてはリハビリ療法士からの言い分もあるが、循環器のことがわからないPTが足手まといだと言われているのは確かであると述べた。

小川常任理事は、900億円の基金について尋ねた。

万代常任理事は、消費税から約600億円、一般財源から300億円、合わせて900億円であるが、それをどう配分するかは中医協マターではないと答えた。

小川常任理事は、それはどこで決めるのかと尋ねた。

堺会長は、それは医政局と都道府県の予算マターであり、診療報酬とは別であると答えた。

小川常任理事は、診療報酬よりそちらのほうが大きい。地域包括ケアなどは基金を使ってやるべきところがずっと多いので、基金の使い方は非常に重要であると述べた。

堺会長は、基金の使い方については医政局の原局長に直質問してほしいが、不透明であり900億円丸々使えるのかどうかもわからないと述べた。

小川常任理事は、自分たちはごまかされているような感じがすると述べた。

森下支部長は、地域連携拠点病院の紹介率が60%から65%になるとかなり厳しくなり、この5%をいかにクリアするかについて困っているの、それに関して教えてほしいと尋ねた。

堺会長は、当初から問題があったところであり、ぎりぎりクリアできるのはアンケート調査によると約84%である。経過措置の中で頑張してほしいということであるが、地域の診療所の支援という縛りがある地域医療支援病院にとってはなかなか厳しいと述べた。

森下支部長は、診療科等によって状況が違っており、アップするのは非常に難しいと述べた。

堺会長は、機会があったら会員病院からそのような意見があったことを伝えると述べた。

中島常任理事は、病院団体が点数改正に気をとられている間に、特定秘密保護法が国会を通過した。これは精神科には非常に関係がある。国の形や医師の置かれている立場が変わろうとしていることを念頭に置くべきであり、点数改正等にも病院団体全体の体制を立て直してしっかり立ち向かっていこうと述べた。

堺会長は、自分は全くそれを気にしていなかったので反省すると述べた。

中島常任理事は、精神神経学会が反対の声明を出したのはごく最近である。全てが遅れているが、言うべきことはきちんと行っていく必要があると述べた。

堺会長は、さまざまな課題があり、特に診療報酬の点数改定に関しては亜急性期病棟の点数、救急医療管理加算等が議論された。消費税についても日病としてきっちり取り組む必要があるとの指摘があった。日本病院会としてもいろいろな形でアピールしていく必要があると述べた。

2. その他

堺会長は、新しい年に向けて日本病院会に対する意見、要望等について発言してほしいと述べた。

邊見参与は、薬価差の6,000億円には民主党政権も手をつけなかった。なぜ今回、20年間慣例になっていたものを取り上げてしまったのかと尋ねた。

万代常任理事は、中医協では薬価を切り下げて何百億、何千億円出すということばかり行っていたが、途中から薬価切り下げは効率化部分であるということが突然出てきて中医協も驚いたというのが本音であると述べた。

堺会長は、当会も日本医師会もそれはおかしいと言ってきたが、簡単に決まってしまった。このことを消費税対応についての前例にしたくはない。それが前例になると非常に危険であり、当会は機会あるごとに発言していく必要があると述べた。

楠岡常任理事は、今回の保険の中で、うがい薬の問題は中医協を経ずにいきなり決まったが、これについてはどう考えていくべきかと尋ねた。

万代常任理事は、大臣が「うん」と言ってしまったのではないか。医療課長が謝罪の記者会見を行ったと報道されたように、厚労省はそれが入ると思っておらず、財務省が無理やり入れてしまった。中医協でも、これをどのように取り扱うかについては、さらに議論するのでは

ないかと述べた。

以上で閉会となった。