

日時 平成26年3月15日(土) 12:30~14:00、15:00~17:00(理事社員合同協議)
場所 日本病院会 ホスピタルプラザビル 3階会議室(理事社員合同協議は2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、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、
中 佳一、山田 實紘、武田 隆久、楠岡 英雄、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 (各監事)
野口 正人、中村 利孝
中村 博彦、望月 泉、宮下 正弘、濱崎 充、堀江 孝至、細田洋一郎、山口 武兼、
岡部 正明、山田 哲司、井上 憲昭、神原 啓文、山本 直人、松本 隆利、足立 幸彦、
松谷 之義、藤原 久義、佐々木順子、砂川 晶生、青山 信房、中川 義信、細木 秀美、
竹中 賢治、藤山 重俊、松本 文六、石井 和博 (各理事)
奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、宮崎 忠昭 (各顧問)
坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、北田 光一、池上 直己、齊藤 壽一 (各参与)
木村 壮介、福永 秀敏、有賀 徹、大道 久、松本 純夫、崎原 宏 (各委員長)
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)

総勢72名の出席

開会

堺会長の開会挨拶の後、定数65名中、出席者42名(過半数33名)で会議が成立している旨報告があり、今泉副会長の司会により審議に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

平成25年11月~平成26年2月受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会20件〕

- ①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構あわら病院(会員名:津谷寛院長)
- ②国立病院機構・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)
- ③国立病院機構・独立行政法人国立病院機構東大阪南医療センター(会員名:竹田清病院長)
- ④国立病院機構・独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター(会員名:林清二院長)
- ⑤国立病院機構・独立行政法人国立病院機構広島西医療センター(会員名:奥谷卓也院長)
- ⑥国立病院機構・独立行政法人国立病院機構福山医療センター(会員名:岩垣博巳院長)
- ⑦国立病院機構・独立行政法人国立病院機構柳井医療センター(会員名:住元了院長)
- ⑧国立病院機構・独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター(会員名:上岡博院長)
- ⑨都道府県・岩手県立釜石病院(会員名:遠藤秀彦院長)
- ⑩市町村・箕面市立病院(会員名:田村信司総長)
- ⑪市町村・北播磨総合医療センター企業団北播磨総合医療センター(会員名:横野浩一病院)

長)

- ⑫ 済生会・社会福祉法人恩賜財団済生会今治第二病院 (会員名: 堀池典生院長)
- ⑬ 医療法人・医療法人社団聖秀会聖光ヶ丘病院 (会員名: 関根秀夫理事長・病院長)
- ⑭ 医療法人・医療法人沖縄徳洲会葉山ハートセンター (会員名: 上野秀樹病院長)
- ⑮ 医療法人・社会医療法人昌林会安来第一病院 (会員名: 杉原勉院長)
- ⑯ 医療法人・医療法人聖真会渭南病院 (会員名: 溝渕南海郎理事長・院長)
- ⑰ 医療法人・医療法人恒心会おぐら病院 (会員名: 小倉雅理事長)
- ⑱ 社会医療法人・社会医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院 (会員名: 剣持邦彦病院長)
- ⑲ 社会福祉法人・社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院 (会員名: 及能健一院長)
- ⑳ その他法人・一般財団法人大阪府結核予防会大阪病院 (会員名: 相良憲幸院長)

[正会員の退会 7 件]

- ① 市町村・公立豊岡病院組合公立豊岡病院出石医療センター (会員名: 西岡顯病院長)
- ② 公益法人・財団法人仁厚医学研究所児島中央病院 (会員名: 田邊秀幸院長)
- ③ 医療法人・医療法人社団ときわ会常盤平中央病院 (会員名: 田村仁)
- ④ 医療法人・医療法人彩樹豊中緑ヶ丘病院 (会員名: 本間太郎院長)
- ⑤ 医療法人・医療法人甲風会有馬温泉病院 (会員名: 中川一彦理事長)
- ⑥ 医療法人・医療法人室原会菊南病院 (会員名: 室原良治院長)
- ⑦ 医療法人・医療法人恒心会小倉記念病院 (会員名: 小倉雅理事長)

[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 (慰留者: 土谷晋一郎理事)

[賛助会員の入会 5 件]

- ① A 会員・東京都・株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン (代表者: 渡辺幸子代表取締役)
- ② A 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)
- ③ C 会員・北海道・社会福祉法人北海道社会事業協会洞爺病院 (代表者: 青木茂院長)
- ④ D 会員・兵庫県・今井恭子
- ⑤ D 会員・神奈川県・岩島潤

[賛助会員の退会 4 件]

- ① B 会員・東京都・株式会社リンクコーポレイトコミュニケーションズ (代表者: 押見史久代表取締役社長)
- ② B 会員・大阪府・株式会社メディカル経営研究センター (代表者: 井川研司代表取締役社長)
- ③ B 会員・広島県・広島市医師会臨床検査センター (代表者: 松村誠所長)
- ④ D 会員・熊本県・加藤泰行

平成26年2月21日～3月14日受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。

[正会員の入会 4 件]

- ① 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構横井病院 (会員名: 半田裕二病院長)
- ② 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構宇多野病院 (会員名: 杉山博院長)
- ③ 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院 (会員名: 陣内研二院長)
- ④ 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構和歌山病院 (会員名: 楠山良雄院長)

[正会員の退会 3 件]

- ① 都道府県・千葉県立東金病院 (会員名: 平井愛山)
- ② 市町村・天理市立病院 (会員名: 仲川昌之)

- ③医療法人・医療法人社団鴨居病院（会員名：荒井ゆかり）
〔正会員の退会届出を役員慰留により撤回1件〕
- ①兵庫県・独立行政法人国立病院機構神戸医療センター（慰留者：藤原久義理事）
〔賛助会員の入会2件〕
- ①B会員・愛知県・学校法人電波学園あいちビジネス専門学校（代表者：浅野諭校長）
- ②D会員・埼玉県・笹岡眞弓
〔賛助会員の退会5件〕
- ①A会員・東京都・持田製薬株式会社
- ②A会員・東京都・株式会社ザ・ネット・プラン（代表者：齋藤和邦代表取締役）
- ③D会員・東京都・龍澤良忠
- ④D会員・東京都・松元和敏
- ⑤D会員・島根県・杉原建

平成25年3月15日現在、正会員 2,384会員
特別会員 218会員
賛助会員 249会員（A会員103、B会員112、C会員3、D会員31）

2. 平成26年度事業計画（案）について

堺会長より、社員総会に諮る事項として以下の説明があり、承認した。

- ・事業計画（重点項目）として、1. 見える化の推進、2. 一般社団法人としての基盤整備、3. 病院医療の再生、4. 医療の質と安全の取り組み、5. 国際活動、6. 医療関連団体との連携推進、7. 国際モダンホスピタルショーに取り組む。
- ・1の（5）クラウド利用によるデータ共有の検討は、見える化を進める中でさらに推進する。
- ・3の（1）医療人の育成の中で、専門医制度への取り組みを取り上げた。また、医療の国際化の中で国際人材の育成、養成への取り組みをやっていききたい。（2）の社会保障と税の一体改革の中では、今後行われる病床機能区分の報告制度の中で機能分化・連携について議論していききたい。また、病床機能報告制度と地域医療ビジョンに対して積極的にかかわりたい。不足している地域における医師、看護職員等の勤務環境の改善を取り上げた。
- ・3の（3）診療報酬体系で、平成26年度診療報酬改定を受けた検証、特に7対1看護基準への対応、消費税8%の影響、診療報酬改定の影響等を取り上げる。
- ・4の（1）医療の質・評価の推進の中では治験への取り組みと、ニーズが高まってくる国際認証のJCIについて取り組みたい。
- ・平成26年度学会等の開催は、7月に第64回日本病院学会、9月に第40回日本診療情報管理学会学術大会を、8月に病院長・幹部職員セミナー、7月にモダンホスピタルショーを行う。9月に第55回日本人間ドック学会学術大会が行われる。
- ・委員会活動は継続するが、中身は1年かけて検討していききたい。

2-2. 平成26年度収支予算（案）について

相澤副会長より、社員総会に諮る事項として以下の説明があり、承認した。

- ・正会員会費は、東日本大震災の被災会員のうち、全壊の3病院を除き会費徴収となった。受取寄附金の賛助会員会費は収納率97%で計算した。一般寄附金は、国際モダンホスピタルショー開催に伴う日本経営協会からの寄附金だ。事業収益のうち、研究研修会は介護報酬説明会の参加料を、通信教育は診療情報管理士及び病院経営管理士の受講料と認定料・指定料、またセミナー参加料の収益を計上した。保険代理店収入は、日本病院会が代理店となり事務を共済会へ委託する手数料収入が入る。経常収益合計は11億7,944万2,000円となる。

- ・ 経常費用の部では、総会費、各役員会費は予算編成の厳しい折、旅費交通費、賃借料を中心に節減のため厳しく査定した。事務諸費の一般諸経費も同様だ。消費税増税分、建物の保守・修繕等にかかわる分は増額を、また退職者2名分を計上している。経常費用の合計は11億3,351万6,000円となり、減価償却前当期経常増減額は4,592万6,000円となる。
- ・ 財務活動収入・支出の部では、当期収支差額はマイナス681万4,000円となり、前期繰越収支差額が724万9,855円、次期繰越収支差額は43万5,855円となる。
- ・ 平成26年予算は、4月からの消費税増税、ビルメンテナンス費用が増大し、大変厳しい。新規事業には取り組みにくい現状であることを承知願いたい。

2-3. 理事の選任について

堺会長より、社員総会に諮る事項として以下の説明があり、承認した。

- ・ 常任理事だった木村壮介国立国際医療研究センター院長が退職し、現在、理事66名中1名が欠けた状況だ。理事の選出では、理事の数は公私病院の均衡を図るとする規定がある。今般、中村利孝国立国際医療研究センター病院長から立候補の届け出があった。退任の補充として中村利孝氏の理事選任を諮りたい。
- ・ また、中村利孝氏が理事に選任されたら、常任理事としての就任も諮りたい。

2-4. 参与の承認について

堺会長より、社員総会に竹内勤慶應義塾大学病院長の参与推薦を諮りたいと説明があり、承認した。

2-5. 定款変更について

堺会長より、社員総会に諮る事項として以下の説明があり、承認した。

- ・ 第4条の事業に、不動産賃貸等に関する事業を追加したい。ホスピタルプラザビルを取得し、1階と5階部分を不動産賃貸等しているが、それが抜けていた。
- ・ 第13条、代議員について。平成24年4月に一般社団法人に移行した際、混乱を避けて代議員を残したが、社員の名称にもなれた。条文中の「代議員」を「社員」に統一し語句の整理を行いたい。「社員を選出するため、正会員による社員選挙を行う」等とする。また、選出時期も「5月に実施する」を「選挙告示で示した期日までに実施する」と変えたい。
- ・ 第23条、顧問及び参与は、現行の「社員総会の承認を経て、会長が委嘱する」を「理事会の承認を経て」と改めたい。
- ・ 第43条、委員会の設置についてタイムリーかつ柔軟な対応とするため、「会長が正会員又は正会員以外の者から選任し、委嘱する」に変更し、委員会活動の充実を図りたい。

3. 選挙規程の変更について

堺会長より、社員総会に諮る事項として以下の説明があり、承認した。

- ・ 第1条から第5条、「代議員」を「社員」に変更する。
- ・ 第4条、選挙人及び被選挙人の資格について、新たに被選挙人も入れた。「過去三年間会費を納入していない会員は選挙人名簿から除外する」を、「過去2年間」に改めたい。
- ・ 第6条の「理事並びに監事候補者は」「正会員の中から立候補により選出される」に。第2項の「理事、監事は、この法人の社員総会の承認」を「社員総会の決議により選任される」と変更したい。
- ・ 第9条、「立候補できる被選挙人は、選挙年の2月1日をもって作成する選挙人名簿に記載されている者とする」。「この名簿には、選挙期日に正会員資格を失うことが確実な者は登

載しない」。3、「この名簿には、選出される任期開始のとき、正会員となる者を含む」。

4、「過去2年間会費を納入していない会員は選挙人名簿から除外する」と変更する。

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

検討の結果、下記6施設の指定を承認した。

(更新6件)

- ①東京都・三越厚生事業団 三越総合健診センター
- ②茨城県・筑波メディカルセンター つくば総合健診センター
- ③北海道・医療法人社団慶友会 吉田病院
- ④鹿児島県・さがらパース通りクリニック 人間ドックウエルライフ
- ⑤大分県・医療法人畏敬会 府内健診センター
- ⑥広島県・中国電力株式会社 中電病院

〔報告事項〕

1. 基本問題検討会 中間報告

梶原副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・会員の条件、会費の金額など、会員から適正化に向けての意見、要望があり、もう一度基本問題を検討するようにと会長から諮問があった。自分が議長となって山本名誉会長、末永、岡留各副会長、生野、安藤、土井各常任理事のメンバーで3回検討を行った。
- ・正会員資格は、病院が代表として届け出た医師に限定している。原則は医師だが、会長・副会長または理事会で承認されれば、病院の代表者は非医師でも入れるとの条件でまとめた。
- ・会費は、過去に綿密に検討した結果、公平になるように考えられた方法であり、現在の方法を踏襲すべきであると結論した。東京都支部から申し出のあった療養病院の退会については、会費が高いからではなく、やめる本当の理由を分析して対策を図ることが提起された。
- ・理事・代議員の選出については、都道府県ごとでなく、東北なら東北ブロック全体として選出し立候補してもらう方式がいいとした。また、理事会出席率が7割以下の理事については退任してもらうとした。モチベーションある人の推薦をいただきたいということだ。
- ・未納会費の会員の扱いは、定款変更案でも3年間から2年間と変更したが、その間に会費を納入していない会員は選挙人名簿から除外することを議論した。

松本(文)理事は、全国の病院は200床以下が70%近くで、地域包括システムを担うのは中小民間病院だ。民間病院は税を払い、公的病院は税を払わなくていい点もある。理事選任の公私の割合や病床区分など、もっと病院団体の意見として反映される議論をしてほしいと述べた。

堺会長は、日本病院会では地域医療委員会、中小病院委員会等の委員会活動で活発な議論をし病院会の活動に反映している。松本理事の意見は再度検討するが、日本病院会が中小病院や地域の私的病院を無視していないことは理解してほしいと述べた。

2. 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、了承した。

(1) 第6回病院診療の質向上検討委員会(2月21日)

有賀委員長より、第64回日本病院会シンポジウム(7月4日開催)の企画を議論した。具体的なことについては資料を一読されたいと報告があった。

(2) 第11回雑誌編集委員会(2月25日)

報告は資料一読とした。

(3) 第9回医業経営・税制委員会(2月25日)

安藤常任理事より、四病協の同名委員会と連動し活動している。医業界特に病院におけるさまざまな課題の論点整理を行っている。平成27年度税制要望書の取りまとめ作業に入っていくが、消費税が10%に上がるかもしれない節目なので知恵を拝借したいと報告があった。

(4) 第6回地域医療委員会 (2月28日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・地域医療ビジョンについて、社保審の医療部会の意見書と、先月国会に提出された医療関連法案の意見交換を行った。論点は2つだ。
- ・1つ目の論点は、地域医療ビジョンによって地方がますます衰退するのではないか。医療必要量が減少すれば医療機能が縮小され、田舎から人口が流出する悪循環になる。医療とまちづくりは密接に関係しているとの認識で、ビジョンのあり方を検討してもらいたい。2025年の人口ピラミッド構造は健全でないのに是認しており、国はその問題を考えてやってほしい。
- ・2つ目の論点は、地域医療ビジョン実施に最も重要なのはマンパワー確保だ。医師の適正配置ができないところとの医療格差が進展し、地方は混乱してしまう。意見書や法律案には、都道府県知事による医師派遣要請と、地域医療支援センター機能の医療法上での明文化以外に目新しいものはないが、それとて医師不足や地域偏在は解決しない。
- ・是正は、都道府県や市町村レベルでなく国がやってほしい。医師の適正計画配置に対して規制的手法をとってやってもらいたいという論点で、これからもしっかり議論していきたい。

(5) 第6回病院中堅職員育成研修「経営管理コース」 (2月28日)

(6) 感染制御講習会第3クール (3月1日・2日)

(7) 第3回ホスピタルショウ委員会 (3月3日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(8) 第9回医療制度委員会 (3月5日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・現在、厚労省で地域医療ビジョンのガイドライン策定の仕事をしている伏見清秀先生（東京医科歯科大学大学院教授）を呼んで話を聞いた。データブックを集めており6月ぐらいにそろそろ。二次医療圏ごとの過疎地や都市の代表的地域をモデルにしたガイドラインをつくる可能性が高いとのことだ。
- ・委員会としては、独自のデータで進めながら、二次医療圏にこだわらない地域医療ビジョンのガイドラインをつくっていききたい考えだ。

(9) 第6回医療の安全確保推進委員会 (3月5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関しては、法制化に向けて法案原文ができ上がり、国会にも提出された。日本病院会の意見と違って2段階のものだ。問題点と今後やるべきことを検討した。
- ・現在、ガイドラインをつくる次のステップの準備委員会が始まっている。日本病院会では医療安全にかかわって、その制度がどうなっているか、どう対策を立てたらいいかについてアンケートによる実態調査を行う考えで、具体化を進めている。

(10) 第2回病院経営管理士教育委員会 (3月5日)

報告は資料一読とした。

(11) DPC制度の現状と今後の方向性に関する講演会 (2月24日)

(12) 第2回DPCコース小委員会 (2月26日)

(13) 第6回分類小委員会 (3月2日)

(14) 分類法指導者のための勉強会 (3月2日)

以上については、報告は資料一読とした。

(15) 第7回診療情報管理士認定試験 再試験 (3月2日)

武田常任理事より、2月9日に大雪の影響で受けられなかった受験者がいて、133名について3月2日に再試験を行ったと報告があった。

(16) 第2回医師事務作業補助者コース小委員会 (3月5日)

報告は資料一読とした。

(17) 第5回診療情報管理士教育委員会 (3月7日)

武田常任理事より、第7回の診療情報管理士認定試験の合否判定について、2月9日の本試験の合格率は48.1%、3月2日の再試験が38.3%、トータル47.8%で、前年より少しよくなっている。診療情報管理士のアンケート調査報告書は一読されたいと報告があった。

(18) 日本診療情報管理学会 第3回2016年第18回 I F H I M A 国際大会開催準備委員会 (2月27日)

大井顧問より、2016年10月に東京で開催に向け、日本病院会、診療情報管理学会は全力で支援するので協力願いたいと報告があった。

(19) 日本診療情報管理学会 第3回定款規約検討委員会 (2月27日)

大井顧問より、末永委員長の努力で定款規約が検討され整備されていると報告があった。

(20) 日本診療情報管理学会 第3回編集委員会 (3月3日)

大井顧問より、年3回発行の会誌「診療情報管理」を25年度は増刊号を含め4回出す。26年からは年4回になる。ようやく学会としての機関紙が整うと報告があった。

(21) 第4回病院経営管理士会理事会 (2月21日)

永易病院経営管理士会会長より、創立20年を迎え特集号等の企画を準備中と報告があった。

(22) 産経新聞 医療キャンペーン

藤原常任理事より、1年物の企画でインタビュー主体に構成する。第1回、堺会長分はもう済ませており、第2回から各副会長、そして委員長が予定されており調整中だと報告があった。

3. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第112回代表者会議 (2月28日)

報告は資料一読とした。

4. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第273回総会 (3月12日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定の論議が一段落した。被災地特例措置を利用している医療機関については、岩手県、宮城県は減っているが、福島県はまだ厳しい。もう半年続けることになる。
- ・国際戦略特区での先進医療制度運用については、ドラッグラグ、デバイスラグをできるだけ解消する形で推進するとしている。

5. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第3回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会 (2月26日)

報告は資料一読とした。

(2) 第11回総合部会 (2月26日)

堺会長より、医療法人会計基準についての報告があり、まとまったものを日病のホームページに載せていると報告があった。

(3) 第9回日医・四病協懇談会（2月26日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・消防庁の有床診療所火災対策検討部会の報告があり、補正予算101億円についている。診療所だけでなく200床以下の中小病院でもスプリンクラー設置がない病院があるとのことで厚労省から通知があり、会員病院へメール送付した。申請が4月中旬までだが、メールを見て質問等があれば尋ねてもらいたい。
- ・3月27日の消防庁の委員会に医法協の安藤副会長が委員として出ている。意見があれば寄せてもらいたい。

(4) 第3回治療費未払問題検討委員会（3月7日）

安藤常任理事より、全国的な調査を昨年の秋にやり、集計の第1報が発表された。未収金は徐々に改善しつつあるだろうという方向性が出ていると報告があった。

(5) 第12回医療保険・診療報酬委員会（3月7日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成26年度診療報酬改定について、現状で挙げられた疑義について、万代中医協委員を通じて厚労省に確認することとした。
- ・改定のたびに行う影響度調査は、今回は6カ月の経過措置を設けられた項目が多いので、少し後からとすることにした。

6. 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10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（2月26日）

後の協議事項での検討とした。

(2) 第4回高齢者や障がい者に適した火災警報装置に関する検討部会（3月11日）

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・聴覚障害や高齢者が逃げおくれぬ警報装置について議論した。点滅光のものなどの実験をして、今後考えていきたい。
- ・どこに置かかは今後の問題だが、東京でオリンピック、パラリンピック開催もあり、国際的に通用する警報装置の整備へとつなげていきたい。

(3) 第10回医事法関係検討委員会（3月12日）

大井顧問より、2年間、日本医師会の医事法関係検討委員会で検討してきた医事法、医療基本法の全文が3月12日の委員会で決定され、3月26日に日本医師会長に答申書を提出する。4月1日の日本医師会理事会に諮られ最終決定され、直ちに議員立法に向け作業を推進していくことになる。医療の基本法、個別法的大幅に見直しが強くと期待されると報告があった。

7. 第5回～第8回常任理事会 承認事項の報告について

下記依頼事項の承認について、報告を承認した。

第6回常任理事会分（平成25年12月14日）

（継続：後援・協力等依頼4件）

- ①九州・沖縄地区研究会（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）の後援
- ②産業廃棄物適正処理推進センター基金（環境大臣）への出えん（要請）
- ③慢性期医療展2014（一般社団法人日本慢性期医療協会）後援名義使用
- ④バリアフリー2014（社会福祉法人大阪府社会福祉協議会）後援名義使用

（新規：後援等依頼1件）

- ①研修会「チーム医療による災害支援－多職種連携の推進に向けて－」（チーム医療推進協議

会)の後援

(新規:委員会委嘱等依頼1件)

- ①外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)平成25年度推進事業における推進協議会(一般財団法人日本医療教育財団)への参加依頼

(新規:協力依頼1件)

- ①「日本病院会会員における治験の取り組み状況及び意識調査」に関するアンケート調査(特定非営利活動法人先端医療推進機構)ご協力をお願い

第7回常任理事会分(平成26年1月9日)

(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

第8回常任理事会分(平成26年2月22日)

(継続:後援・協賛等依頼9件)

- ①第20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
②第10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
③平成26年度「看護の日」及び「看護週間」(厚生労働省)の協賛
④第18回日本医業経営コンサルタント学会(公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会)後援名義使用

- ⑤平成26年春季全国火災予防運動(消防庁)に対する協力
⑥第62回公益社団法人日本医療社会福祉協会全国大会ならびに第34回日本医療社会事業学会(公益社団法人日本医療社会福祉協会)に対する後援
⑦「自治体総合フェア2014」(一般社団法人日本経営協会)協賛名義使用
⑧「循環器専門ナース研修コース」(公益社団法人臨床心臓病学教育研究会)に対する後援名義使用

- ⑨「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会)に対する後援

(継続:委員委嘱・推薦等依頼1件)

- ①委員会・専門部会委員(一般財団法人医療関連サービス振興会)の推薦
中井修常任理事→評価認定制度委員会等の8委員会
木村壮介委員長→倫理綱領委員会等の2委員会

(新規:後援等依頼1件)

- ①認知症シンポジウム「多職種協働による地域支援体制の構築に向けて」(千葉県健康福祉部長)開催に係る後援

(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事業環境WG(経済産業省)に関する委員への就任
堺常雄会長
②第18回日本医業経営コンサルタント学会(公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会)特別顧問就任
梶原優副会長

大道副会長より、第7回常任理事会での新規承認事項に関して、以下の要請がなされた。

- ・電波環境協議会から「医療機関における携帯電話等の使用に関する作業部会」の委員依頼があり、自分が委員になった。総務省が携帯電話等々の携帯端末の医療機関におけるガイドラ

- インをつくろうと考えているようだ。日本病院会として早々にプレゼンを求められている。
- ・来週にも以下のアンケートをメールで配信したい。①携帯端末に対する院内規制の有無、②携帯端末での患者や職員に対するクレーム、③ガイドラインへの希望があるか。協力を願う。

8. 平成26年診療報酬改正説明会開催報告

万代常任理事より、3月11日に神戸で、3月13日に横浜で行われたが、11日の神戸会場を日本病院会が担当した。参加者数は3,081名で、堺会長の挨拶後、厚労省の一戸課長補佐から改正の説明と質疑応答があったと報告があり、了承した。

〔協議事項〕

社員総会后、日本病院会ホスピタルプラザビル2階会議室において、理事社員合同協議を行った。

1. 診療報酬改定について

堺会長の司会により協議に入った。堺会長は、まず平成26年度診療報酬改定の概要について、中医協委員である万代理事に説明を求めた。

万代理事は、以下のように説明した。

- ・平成26年度診療報酬改定は、医療機関の機能を分化させ、それを強化し連携を進めること、在宅医療も充実させることが重点課題とされる。7対1、10対1の数が多く、13対1ですばまって、15対1で少し増え、そこから療養病床へまた数が増えるというのが、現在のウィングラス型だが、この姿から2025年には、高度急性期18万床、一般急性期35万床、亜急性期等26万床、長期療養28万床という弾頭型にする考え方を持っている。今回、高度急性期を少し選別すること、亜急性期等を膨らませて一つの入院の類型とする方向だ。ただ、弾頭型の病床数は例なので、むしろ機能分化に着目いただいたほうがいい。弾頭型の区分の下には外来医療、在宅医療が別があり、病床数は在宅医療も含めたものと理解したほうがいい。
- ・入院医療についての機能分化の絵では、真ん中のホスピタルが新たな地域包括ケア病棟となる。高度急性期、急性期、その間の類型、長期療養に分けて、真ん中を充実させる絵だ。具体的には、7対1要件の厳格化等で機能分化を促進し緊急対応すべき患者の流れと、できるだけ在宅に戻す流れが対になっており、平成26年改定ではこれに合わせて改定が行われた。
- ・在宅復帰の促進も、在宅復帰支援型の老健等に限るという形で矢印があるが、急性期から老健に行くにしても、在宅に行く機能を持つ老健に移す流れが全体にある。地域包括ケア、長期療養についても在宅復帰機能の高いところへ急性期から戻せという図式になっている。
- ・外来医療の機能分化も、一般外来の縮小とともに、紹介・逆紹介によって機能分化を図り、主治医機能が新たに設けられた。今回、200床以上の病院でも後方支援の機能を持つように点数が新たに設定された。
- ・7対1入院基本料の見直しは5つについて行うが、特に自宅や在宅復帰機能を持つ病棟や介護施設へ退院した割合について基準を新設しており、要件としては厳しい場合もありそうだ。
- ・特定除外制度の見直しでは、90日越えの特定患者に対して出来高算定をする場合には平均在院日数を入れてほしいとある。包括をする場合は、平均在院日数から外していいと。前回の13対1、15対1と同じ形の取り扱いとなる。7対1の見直しの中では、重症度、医療・看護必要度が見直された。血圧測定と時間尿測定が外れたのでかなり該当患者が少なくなる。
- ・ウィングラスから弾頭への変化の中で、高度急性期を2つに分け、急性期をより高度な急性期担当の医療機関と一般急性期に分けていく方向性が出されている。ICU加算については、従来より高い点数で1と2にしている。経験医師が2名以上等のかなり厳しい条件がついて、

- 急性期医療により特化した集中治療室を持つことを評価しようという方向性だ。ICUとハイケアユニットについては、傾斜配置で段階をつけて急性期医療を設定するイメージだ。
- ・短期滞在手術の見直しでは、5日までの包括期間内と、それを越えて手術した人は取扱いが違ふ。包括期間で退院は平均在院数から外す形だ。
 - ・急性期のより高度な部分の切分けが、総合入院体制加算にある。従来のものは2にし、新たに1を設け点数加算を倍にした。要件の手術実績が厳しく、現時点で満たすのは全国で11病院程度だ。都道府県単位での中核的病院の選別と努力目標としての設定かと思う。
 - ・長期療養患者の受け皿の確保では、療養病棟から患者をどんどん在宅復帰させる病棟について加算をつける。1カ月入院していた患者の在宅退院が50%以上の要件は加算を取りにくく、この加算を取ってない病棟に退院や転院させても在宅復帰率に該当する患者にならない。
 - ・亜急性期を変更させた地域包括ケア病棟入院料は病棟単位でなく病室単位でも取れる。入院医療管理料の名前になるが、1と2は要件が違い、施設基準がかかわる。合計で3,000点弱で、急性期後に患者を引き受けて在宅へ向け促進する機能と、在宅から急性憎悪の患者を引き受ける2つの機能を地域包括ケア病棟で持つようにという明確な提示だ。中の救急患者をみる加算ではとても救急医療はできないと主張したが、この点数になっている。
 - ・栄養管理体制では、管理栄養士を確保できない場合でも、地域で管理栄養士のコンサル等を受ければ少し点数をつける形になっている。
 - ・看護職員の確保が困難な医療機関への月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置として、7対1、10対1と同じように3カ月間の80%の減算で緩和する内容だ。
 - ・外来医療の機能分化・連携の推進では、主治医機能を評価した点数設定がある。指定された包括範囲で地域包括診療料が算定できる。要件として、複数の疾病を持つ患者の服薬管理、健康診査とか健康管理、介護保険に対する理解・実績を持つが、病院の場合なら二次救急または救急告示病院で、新設の地域包括ケア入院料を算定し、さらに在宅療養支援病院でなければならず、なかなか難しい。
 - ・平成24年改定での特定機能病院と地域医療支援病院の紹介率規定は、今回500床以上の全病院に導入された。
 - ・在宅医療の充実では、グループの中で1医療機関だけが頑張り、他はそれにぶら下がった形ではなく、各医療機関が緊急往診、在宅看取りの件数を満たす必要があるとするが、在支診の実績があれば評価しようとなっている。また、在宅後方支援機能を200床以上の病院にも持たせようと点数がついた。
 - ・医療機関相互や医療・介護の連携を評価し点数がついた。維持期リハビリテーションは2年間延びたが、介護で担当という方向性だ。
 - ・医療技術の進歩の促進と導入については、がん患者カウンセリング料では看護師や薬剤師の説明も回数として点数が取れる。外来化学療法の評価の見直しでは、2つの加算で薬剤の範囲を限定して算定し、それ以外は算定しない形になった。
 - ・精神科の機能分化では、精神科急性期医療の充実で医師の配置割合を濃くした場合や精神福祉士の配置等も評価する。精神疾患患者を地域移行させようとチームで対応した場合は評価する。長期の入院を避け地域に帰す方向性だ。適切な向精神薬の使用の推進では、多剤処方の制限として制限以上の投与には減額を設けた。
 - ・救急医療等の推進では、救急医療管理加算が800点ついていたが、対象患者の状態判別により適正に運用されていないとして、半減の加算2が設けられた。影響は大きいと思う。
 - ・リハビリでは、早期のリハビリを評価する方向性は前回と同じだ。疾患は限定されるが、外来においても早期リハビリに点がつく。廃用症候群と判定できない人にもついていた高い点数を下げ、疾患別のリハビリは少しずつ点数が上がった。

- ・医療技術の評価及び再評価で、関係学会等からの提案は余り導入、反映されない結果だった。
- ・外科的手術の評価では、外保連試案に基づく見直しがあった。特に帝王切開術が下がったことがある。また、人件費、手術時間についてかなり厳格化された。施設基準の届出が必要な手術も規定された。
- ・胃瘻造設術の点をかなり下げた。ただ、嚥下機能が回復したら点数を戻す。経口摂取回復率を35%以上満たした場合は減算しない。胃瘻をつくってそのままにはするなという方向性だ。
- ・DPC制度は、機能調整係数が機能評価係数になるが、調整係数によって激変はしないようにしている。
- ・DPCの機能評価係数Ⅱの見直しでは、保険診療指数はデータ提出指数から名前が変わり、特定機能病院では指導医療官を出向させてアウトカムも算定する。指導官を出していればポイントが違う。救急医療指数では、救急医療管理加算を取っているものは評価対象とする。地域医療指数は、急性心筋梗塞の24時間診療体制等がポイントとしてついた。後発薬品指数は新設で、後発品使用は数量ベースで評価を行う。ゼロから60%の使用割合により、機能評価係数Ⅱが異なる。算定ルールも見直し、同一病名で再入院した際の「一連」が3日から7日になる、2回目の入院で病名のMDC2桁が同じ場合には同一と見なされるなどとなる。
- ・診療録管理体制加算の見直しで、現行は30点が入院初日についているのを2つに分け、高いほうの加算1は100点になる。その施設基準の要件でサマリーの14日以内作成が9割以上は厳しいが、あとはそれほど難しくない。
- ・医療従事者の負担を軽減する取組みでは、従来の加算のほか、手術と先天異常の処置については休日・時間外・深夜の加算を倍にした。施設基準は、当直した次の日に手術を組まないことや、病院の規模により3種ある。また、内視鏡検査に係る時間外加算の創設も倍にした。
- ・急性期では、看護師の負担を軽減する補助体制加算が高くなっている。医師の負担軽減では、医師事務作業補助者が80%以上を病棟または外来で行っているときは高い加算をつけていい。外来に補助者の机を置くなど工夫が必要だ。
- ・診療報酬等における適正化・合理化では、9月までの妥結率が50%以下の保険薬局や医療機関は、次の年の初診料その他を大幅に減額する形になる。
- ・厚労省として、施設基準の届出については4月14日必着で願いたいとのことだ。

堺会長は、万代常任理事の説明後、出席者に発言を求めた。

中村理事は、ICUの基準が「かつ」になった。大きな急性期の病院でも厳しいところが結構多い。7対1の看護師も厳密にやると厳しくなるのではないかと述べた。

万代常任理事は、7対1は新基準で25%程度、ICUも半分程度満たせなくなるのではないかと議論はした。事務局としては、本来のICU加算で算定すべき重症患者は8割程度入れるように修正したので、満たせないならハイケアユニットの高いほうの点数で取ってくれ、患者像が満たせない場合はICUからハイケアユニットに、ハイケアユニット条件が算定できないなら7対1になってくれという図式で設計したということだ。

中村理事は、がんと循環器の心臓は優遇されている。7対1も脳卒中は持続だ。するとヘパリンとアガトルバンガしかないのではないか。脳卒中は救急医療管理加算で入るものがほとんどないが、実際は救急で入るし慎重に診なきゃいけない。厳しいと思うと述べた。

宮崎常任理事は、7対1に在宅復帰率が入ったが厳しい。受け皿として在宅の強化型の老健に送らないとだめだが、自分の地域に施設がない。自院の中に回復病棟をつくっても転棟でだめだ。サ高住等を含め、訪問看護の強化や介護保険のヘルパー利用で在宅をできる環境をつくるのが先ではないか。下流の詰まったところを取り除く視点が足りないと思ふと述べた。

高木常任理事は、脳卒中については中村理事と同意見だ。意識障害とかがはっきりないとだめということだが、脳卒中は軽くても緊急で入院させるのが学会の常識なので、厳しい。IC

Uや7対1の看護必要度も同様だ。救命救急も重症を固めてしまうと一般病棟の必要度が下がってしまう。患者の流れを今以上に速く流さないと算定は難しいと思うと述べた。

野口社員は、ICU関連で施設基準の④の専任の医師の数は1名か2名か、常時いないといけないのかと尋ねた。

万代常任理事は、24時間いる条件で専任の医師は2人という意味だと答えた。

野口社員は、A&BのA項目が削除されAかつBとなった。次の改定に向け、B項目は慢性期病院や特養施設にいる患者と変わらない項目が並んでいるので、A項目に急性期または高度急性期の患者がどんな状態なのか項目を入れることを検討してほしいと述べた。

松本理事は、在宅の話で、DPCは75%だが、地域包括ケアに流すとすると地域包括ケアも70%在宅で、送れる先もまた50%以上の在宅だ。地域でほとんど整っていないので、実行は大変難しい。地域包括ケアの病床もかなりリハ士を確保しなければならず、難しい地域が多い。猶予しないと整わないのではないか。また、地域包括ケアの病床をDPCから変換した場合、75%を満たすのは難しい。考慮いただきたいと述べた。

万代常任理事は、地域包括ケア病棟入院料でも7対1病棟を変換するのに経過措置を1年とか長くしてくれと強く要望したが、聞いてくれなかった。財務省に頭を押さえつけられ、医療課として医療のウイングラス像を上から押しつぶさざるを得なかったのかと思うと述べた。

松本常任理事は、高度急性期という11病院しかとれないものを入れておいて、7対1からダウングレードの話があった。高度急性期にいかうと思えば、アップグレードで看護師は4対1とか追加になる。その議論は今回余りやらなかった気がすると思ふと述べた。

万代常任理事は、どういった病像でどういう医療資源を投下するかの高度急性期の本質論は全然していない。一つの目標として設定し、検証調査によってオールジャパンでの算定化を見ながらやっていくのかと思う。ハイケアユニットの基準を見ると、7対1の上に5対1を想定しているのではないか。平成23年度の社会保障制度改革の行程表には診療報酬の点数を平均5万点から10万点、医師・看護師の数も倍にと書いてある。診療報酬でいつこの改定でするかはわからないが、順番にそういう方向性で変えていくのかと思うと述べた。

後藤社員は、特定集中治療室管理料で、ローテーションをする医者に2人経験者を入れている。2人以上は普通の市中病院では置けない。こういう解釈で悪いのかと尋ねた。

万代常任理事は、中医協の議論の流れからは、常時2人だ。米国のICUのように、患者の数の割にスタッフがいっぱいいるICUの運用イメージではないかと述べた。

塩谷常任理事は、診療報酬制度の経済誘導によって医療需給のミスマッチが起きた。それをまた経済誘導で是正しようとしている。地方の医療が今回の診療報酬改定でよくなるのかわからない。診療報酬の経済誘導で是正していいのかどうか根本的に考えるべきだと述べた。

万代常任理事は、そのとおりだ。今回の改定は、表面的な形で急性期医療を機能分化させると見え、うまくいかない感じを持つ。7対1をどう減らすかに主眼にあると思うと述べた。

堺会長は、塩谷常任理事の意見はもっともだが、現在の中医協の役割はそこまでできない。内閣が改定率を決めるのが本来で、その前に社会保障審議会医療保険部会、医療部会で議論して方向性を示してほしいが、なかなかそういかない。四病協で医療部会には委員が入っているが、医療保険部会に一般病院から誰も入っていない。それを保険局の総務課長に申し入れたが、検討したいという返答だった。中医協マターと社会保障審議会マターを攻めていく必要はないかと思うが、頑張っていきたいと述べた。

村中社員は、ICUの件で常に2名ずつ24時間いるとなると、ローテーションでは十二、三人いないと回らないが、そういうことかと尋ねた。

万代常任理事は、確認して返答すると答えた。

村中社員は、病院精神科のあり方で、病棟区分が精神科病棟と一般病棟と完全に区分されて

いる。精神科の患者の胃がんの手術する場合、精神科と外科の医師2人体制で主治医をし、精神科の中で病棟内でコントロールしてもらいながら手術に持っていかないと運用できない。一般病床の中に精神科が来るのは看護師の負担が非常に大きい。その場合、精神科管理料450点では間に合わない。そういう患者の社会ニーズが増えてくる中で、完全に分かれた形でやると議論の受け口がない。合併精神病は引き合わないのでやめようという話がよく聞こえてくる。スポットを当てて議論していただきたいと述べた。

堺会長は、精神科要件は突然出てきて、余り議論はされなかった。これからは議論していく必要があると思うとして、中島常任理事に発言を求めた。

中島常任理事は、今回、精神科が入ることで高い身体科の点数算定ができる総合入院体制加算1ができた。この点数を見て、新たに精神科の病棟をつくるどころも出てきているほどだ。精神科の管轄は医政局でなく援護局のほうにある。常に話が別になってしまう。今回の病床機能分化と連携も、精神科を中に入れないと一体化の方向が出てこないと思うと述べた。

野島社員は、四病協が中心になり亜急性期から地域包括ケア病棟の形になって点数は高くなったが非常に使いにくい。60日の期間を90日にすればやりやすいが、在宅復帰率の点から望めない。これを目指したものだとして四病協は評価するのかと尋ねた。

堺会長は、四病協としては評価していない。ただ、7対1の受け皿としてあんな形になるのか。在宅からの急変の患者をどこで引き取るのか。加算では厳しいし、看護配置もどうなるかわからないとして、万代常任理事に発言を求めた。

万代常任理事は、要件がリハのスタッフの常駐とか在宅復帰率とかも厳しい。四病協は救急部分は出来高にすべきだと提言したが、相反した150点14日は点数的には足りないのではないか。少なくとも救急医療管理加算で点を高くすべきではないか。疾患別リハも別立てにできる提言だった。四病協の提言と理念的には違うと述べた。

堺会長は、実態を見て意見は言っていきたいと述べた。

松本理事は、地方の病院は一生懸命7対1をとってやっけていく中で経営的によくなったところがある。しかし今回、二次救急を担っている病院は救急が一举に800点から400点に下がることになる。大きな影響が地方の中小病院に出てくるので気がかりだと述べた。

堺会長は、大阪、近畿での置きかえの試みについて大道副会長に発言を求めた。

大道副会長は、以下のように説明した。

- ・大阪府の私立病院協会には医事研究会、事務長会、看護部会、青年部会の4部会がある。その事務長会で、昨年10月と今回の診療報酬を置きかえて比較してみた。34病院についてグロスだが、入院は0.57%アップ、外来は0.11%アップ、トータルは0.44%アップだった。
- ・診療報酬改定の影響について28病院からのアンケート回答で、平成26年度の経営見通しは悪くなるが18病院だった。また、増収減益が13、減収減益が11で、24が減益との答えだ。7対1病棟への今後の対応については、半数以上は7対1を保持したい意向だった。
- ・救急医療管理加算の見直しの影響では、18.7%の減だった。項目の「コ」の「準ずる」としたものが否認されれば減収ということになる。
- ・今後の取組みへの回答では、一番多いのは病棟の再編成だ。ICUやHCUや7対1病棟等の病棟編成をする。社会福祉士、リハ療法士も含めて増員して対応しようとか、専従化をしようとか。地域包括ケア病棟に移れなさそうなので介リハに行こうという答えもあった。

堺会長は出席者に、次に該当する病院はとして挙手を求めた。①現在7対1の病院、②現在7対1でない病院、③7対1から病棟を変えようと考えている病院について。③は7病院だった。日本病院会では診療報酬改定影響度調査を今回も行い、その答えをもって中医協なりしかるべきところで議論していききたいと述べた。

土井常任理事は、中小病院にとっては大変な決断で、ICU一つでも非常に厳しく、迷って

いる。最終的に9月まででいいので、それまで様子を見ながらだがやはり救急でやっていこうと思っている。救急をやっている中小病院は悩ましい問題がいっぱいあると述べた。

中村理事は、今回の影響も緩和措置もあり半年はわからず考慮しないとイケないと述べた。

2. 医療提供体制について

堺会長は、議題について相澤副会長に説明を求めた。

相澤副会長は、以下のように説明した。

- ・「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」を今、国会で議論している。社会保障審議会医療部会で議論してきたことだが、中に介護保険法や地域介護施設整備促進法に関するものが入っている。国は、地域の医療及び介護の総合確保方針をつくり、それに即して計画をつくっていく考えでいるからだ。
- ・7月に協議会を設置し総合確保方針提示というスケジュールだが、4月から都道府県対し26年度に何をやりたいか聞取りが始まる。医療と介護を総合的にどうやっていくか計画区域をつくれと。二次医療圏でも生活医療圏でも県が決めるものでいいということだ。
- ・ただ、医療計画では地域医療ビジョンをどの地域でつくるかの構想区域を都道府県ごとにつくる。必ずしも二次医療圏にこだわらず、どういう範囲で医療提供体制をつくるかは県が決め、900億円の基金をどう交付するか協議する場を都道府県ごとにつくるとのことだ。協議の場には病院団体も入れてもらった。
- ・「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度」は、その県の基金をどう使っていくかということだ。病床機能の分化・連携や医療従事者等の確保・養成については、病院などの事業者から都道府県に申請する。在宅医療の推進・介護サービスの充実は、市町村が主体になり事業者からの申請を受けつけて県に上げていく形になる。県は申請を厚労省に上げる。内容を精査し、計画を認めた場合には、国→県→事業者と金を渡す構造だ。
- ・また、病床機能の報告制度は、病棟が持っている機能、高度急性期か急性期か回復期か慢性期か等を病棟ごとに報告する制度で、7月から始まる。病院が自分で判断して届け出ることになる。ただ、病棟の医療内容はDPCの病院はできるが出来高の病院が集められないので、次回の診療報酬改定で始まる。今回7月の報告は、人員配置や所有機械、手術内容などの報告だが、その内容については議論中だ。これをもとに地域ビジョンの方向性を26年度中に決めていくことになるが、まだ先はわからない状況だ。

堺会長は、一方で保険局マターの診療報酬、一方で医政局マターの医療法が時間的ずれがあって混乱を招いていると述べ、相澤副会長からの基金と報告制度の説明を受けての議論を出席者に求めた。

武田常任理事は、基金の話は京都府では9億円来るとの話で、府は私立病院協会に使い道の提案を求めてきた。地域医療ビジョンは平成27(2015)年に策定するという話で、地域医療計画は2018年でリンクしないので、安心して出してくださいと言っていたと述べた。

中島常任理事は、法律の内容は指針を大臣が政令で変えられるということだ。法律案を変えなくてもいいわけで、これは危ないと述べた。

相澤副会長は、省令で決めるので本当に危ないと思うと述べた。

井上理事は、地域医療ビジョンの策定は県単位になる。県境にありまたいでいる地域は多いが、郡部の小さな一部となって考慮されない。配慮への働きかけをしてもらいたいと述べた。

堺会長は、厚労省は生活圏でもいいという話をして逃げている。そこをどうするかは都道府県レベルの判断になる気がするがどうかと尋ねた。

相澤副会長は、社会保障審議会医療部会でその主張をしてきているが、単位は都道府県だと言いつつ議論が進まない。ただ、医政局のほうでは、流出、流入の患者は県域ごとに見て

いる。流出患者が医療を受けていない状況に基づいて、その地域にどんな医療計画をつくっていくか考えてくれとは言っていると述べた。

青山理事は、病床の届けを一遍やると、あとは県単位で決められ元に戻れないような状態になる。これは議論はされているのか、もう戻さない形に決定されているのかと尋ねた。

万代常任理事は、答申後に保険局医療課長が、今回は病院にとってかなりの変化で「ハレーションが起きる」として、そこに何事か対応するような物言いはしていたがわからない。課長補佐が改定である程度の方針を決めると現場の人は努力するとも言っていたと述べた。

相澤副会長は、病床機能報告に関しては28年以降に、県や構想区域で高度急性期は何床、急性期は何床、回復期は何床とベッド数を決め、それに向かって収斂させていくことが医療計画に記載される。そうすると、余っている病床数には移れない。一般病床がオーバーしたところに一般病床がつかれないのと同じ構造を病床ごとにつくろうとしていると述べた。

松本理事は、904億円の基金は補助金とどう違うのか。地域医療再生基金は以前に500億円ぐらい出たが、その差しかえなのか。今回の904億円には看護学校の補助金などの移し替え部分があって、ごまかしだとのうわさもあるがどうなのかと尋ねた。

相澤副会長は、基金は病床機能分化・連携、在宅医療推進・介護サービス充実の事業にだけ使うと思っていたが、医療従事者等の確保・養成の事業が突如出てきた。医師確保のため県の地域医療センター、介護職員確保のため県のナースセンターに向けて金が使われ、病床の機能分化に回ってこない危惧がある。また、900億円は今年だけでなく何年か続けていくようだ。地域医療再生基金はこれで打切りだが、県により使いようがすごく違って差がある。透明性と公正性を担保してほしいとの申入れは厚労省に強くしていると述べた。

堺会長は、904億円と言いながら消費税分500億円やその他いろんなところからつけてすごく多いようにやっている。ただ、消費税がある間は500億円が毎年つくという説明だと述べた。

佐々木理事は、亜急性期が9月になくなる。現状、7対1の急性期と亜急性が何ベッドかある。包括ケアにある程度逃がそうとベッド数調節を考えているが、包括ケアに一旦入ったら戻れない。亜急性から一気に移さないとだめか。なくすならどこに戻るのかと尋ねた。

万代常任理事は、亜急性期の代わりに地域包括ケアだから、200床未満の病院は地域包括ケア入院管理料も病室ごとに取れる。亜急性期でなければ地域包括ケアにするか、あと全部7対1にするかということになる。亜急性から7対1に戻ってもいいわけだと答えた。

松本理事は、3月初めに東海北陸厚生局への問合せの例があったが、亜急性なら7対1の基準で過去半年の実績があれば認めてもいいような話はもらったと述べた。

塩谷常任理事は、地域医療ビジョンはその地域の医療と介護を総合的に確保するためのものだが、ビジョンを策定し実行したら確保どころか地域がなくなってしまう可能性がある。地域医療ビジョンの最重要課題は医師確保で、何らかの規制的手法を新たに考えなければ絵に描いた餅に終わる。国はそこをどう考えているのかと尋ねた。

相澤副会長は、二次医療圏でなく構想区域という言葉を出してきたが、地域の区切りをどうするかを考えてほしいとは言っていた。医師の確保についてはいい答えは持っていないようだ。ただ、各県の地域医療センターを活性化して医師確保をやってほしい、センターは基金を使って病院団体でつくっても構わないとも言っていたと述べた。

青山理事は、各都道府県知事の権限がすごく強くなる。補助金カットや金融機関の援助停止措置とかの文言が見えるが、十分に検討された結果として発表されたのかと尋ねた。

相澤副会長は、私はずっと反対していたが通ってしまった。都道府県に権限を持たせてやることを知事会が賛成してしまったと答えた。

中常任理事は、基金の額が少ないが、救急体制にはその日どこがあいていて応受できるかの体制がある。今回の目玉は病床機能の連携・強化だから、急性期、回復期、療養病床が県や二

次医療圏、市町村レベルでもその日どころがあいているか、日本病院会または四病協での提案として、限られた資源を有効に使うモデル事業としてやってもらおうと助かる。急性期病院は患者の入院時に退院も考える状況にある。どの性格の病院もそういうことをやっていかなければならないので、そこらの蓄積には意味があると考えたと述べた。

堺会長は、日本病院会より四病協ぐらいの規模のほうがいいと思うので検討すると述べた。

安藤常任理事は、自分の地域に公的病院の出店があるが、空床のある病院もある。今回、地域包括ケア病棟をつくろうとの議論がある。いわゆるケアミックスだ。民間への影響が強く公的病院にはやってもらいたくないと思うので、議論してもらえないかと述べた。

中島常任理事は、別の話になるが、地域の医療ビジョンを精神科を除外してつくのは決定的な間違いだ。相澤副会長には精神科のない医療はあり得ないと何度でも言ってほしいと述べた。

堺会長は、資料の「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度」にある「地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み」の中に、「国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載する」とある。県での協議の場といってもうやむやになるのではないかと言ったら、厚労省でこれをつけてくれた。首長の考えで随分左右されるとは思いますが、都道府県のその協議の場に病院団体として入ってその中でしっかり意見を言っていかないと、全く我々の思うことと違うことができってくる危険性がある。そのことを皆さんにお願いしたいと述べた。

以上で閉会となった。