

日 時 平成27年1月15日(木) 13:00~16:20

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、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、福井 次矢、
中 佳一、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 (各常任理事)
柏戸 正英、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

奈良 昌治、山本 修三、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 史磨、松田 朗、邊見 公雄、池上 直己、権丈 善一、齊藤 壽一、
高橋 正彦、富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、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、三浦 將司、井上 憲昭、松本 隆利、今川 敦史、
成川 守彦、中川 義信、細木 秀美、福井 洋、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)

及川 忠人 (新規入会病院 一般財団法人みちのく愛隣協会東八幡平病院 院長)

総勢60名の出席

堺会長から開会挨拶があり、議事録署名人を選出した後、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

平成26年12月9日~平成27年1月7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2件〕

①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター (会員名:河部庸次郎院長)

②医療法人・社会医療法人石州会六日市病院 (会員名:谷浦博之病院長)

〔正会員の再入会1件〕

①個人・坂上田病院 (会員名:井上侃也院長)

平成27年1月15日現在 正会員 2,411会員

特別会員 204会員

賛助会員 255会員 (A会員104、B会員116、C会員3、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・協賛依頼1件)

- ①第10回長寿医療研究センター国際シンポジウム（独立行政法人国立長寿医療研究センター）の開催に係る後援名義の使用
- ②第12回アジアメディカルショー（第12回アジアメディカルショー実行委員会及び九州医療機器団体連合会）の後援
- ③第21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：委員等委嘱依頼1件）
- ④第42回日本診療情報管理学会学術大会顧問（日本診療情報管理学会）の委嘱
就任者：堺会長（再任）
（新規：委員等推薦依頼1件）
- ⑤事業推進部会部会員（公益財団法人日本医療機能評価機構）の委嘱
就任者：相澤副会長

3. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

相澤副会長から報告を受けて審議し、下記大学を承認した。

- ①京都府・学校法人 京都橘学園 京都橘大学

4. 平成27年度事業計画（案）について

堺会長より、事業計画（案）について以下の説明があり、承認した。

- ・「将来に向けた病院医療の推進」では、「医療介護総合確保推進法への取組み」として「適正な医療提供体制の見直し」がある。この中で、地域によっては活動が難しく、協議の場への参加手順がわからない、自分の病院を急性期病院からほかの機能に移行するのにどうする、どう考えて決断したらよいかわからないところがあると思う。日本病院会として相談ができる仕組みをつくっていききたい。
- ・「医療の質と安全の推進」では、QIプロジェクトは継続だが、事故調が厚労省の委員会で検討されていることを見据えた「診療行為に関連した死亡の調査の手法への取組み」を行う。
- ・高齢社会の中での「終末期医療への取組み」は非常に大きな課題になってくる。倫理委員会の議論をまとめ、認識の共有化を図っていききたい。
- ・「国際活動」では、アジア病院連盟、国際病院連盟、WHO等に加え、国際的な医療の安全と質の認証であるJCIについても検討していく。
- ・見える化の推進として、データを集めて分析しながら政策提言や、経営や診療の質の向上に資するものにしていききたい。将来的にはシンクタンク構築も考えたいが、まず2018年の病院の方向性決定に向けて事業展開を図っていききたい。
- ・委員会活動では、委員会の統合や形態変更等、めり張りをつけていききたい。
- ・意見や考えがあれば事務局に連絡いただきたい。

5. 平成26年度予算の範囲内での執行計画について

事務局長より、平成26年度内の執行計画について以下の説明があり、審議の結果、承認した。

- ・通信教育課システム改修に830万円、ホスピタルプラザビル建物ビル診断に469万円、受変電装置改修に702万円を執行したい。
- ・ビル修繕積立預金の26年度分1,000万円のうち、雨漏り対策等としてエントランス回りと便所窓の修繕に500万円余を使わせてほしい。

〔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等があり、了承した。

(1) 第3回社会保険診療報酬委員会（12月5日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・26年診療報酬改定の入院医療、外来医療について審議し、次回改定に向けての要望をまとめた。
- ・高度急性期の定義を明確にした基準の設定など、大きな方向性を出している。
- ・保険局だけでなく、病床機能報告制度についても大分進んでいるのでブラッシュアップし、細かな文言の微修正を行っていく。

(2) 第1回医療安全対策委員会（12月19日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・医療安全管理者養成講習会は好評で、来年度も続ける。
- ・2年前から医療安全管理者養成コースのアドバンストコースをやっている。東京、名古屋、大阪と、あと2月に福岡でやる。次年度も4回、場所を変えてやる予定だ。
- ・今まで受験奨励要件として3年以上としていたが、最近医療安全担当になった人たちにも聞いてもらえるよう要件を緩めることにする。

(3) 第6回ニュース編集委員会（12月19日）

報告は資料一読とした。

(4) 第8回医業経営・税制委員会（12月22日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・四病協でアンケート調査をやり、医療機関で消費税負担のばらつきが認められた。税の公平性、透明性、中立性の三原則に違反している旨を報告した。
- ・2015年度税制改正大綱が12月に出たが、消費税について税は税で解決する観点から税制改正大綱に盛り込んで欲しい文章について国会議員を訪問し、働きかけた。
- ・持ち分のある医療法人の株価額の算定法を議論した。要望として、病院を「その他の産業」でなく「医療福祉」に分類してもらいたいとした。
- ・改定に伴う控除対象外消費税の病院負担として、上乘せ率は1.36%では足りない、2%ぐらいないと赤字だという、増収減益の実態を資料で出した。
- ・国交省で自治体病院等を対象にヘルスケアリートが取り上げられおり、議論した。

(5) 第9回雑誌編集委員会（12月24日）

報告は資料一読とした。

(6) 第1回病院診療の質向上検討委員会（12月26日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・日本病院学会の中でシンポジウムを組んでいるが、次回も予定してもらっている。
- ・チーム医療のテーマとして「院内外における組織的医療の展開ー看護師、コメディカルスタッフへの職能移譲の必然性ー」とした。医師の行っている医療行為が職能移譲で看護師に認められてきて、チーム医療の責任者はどんな形をとることになるのか。それぞれの責任をどう考えるかを主題にシンポジウムを組む。
- ・去年も評判が高かったが、今回も多数の参加を希望している。

(7) 第5回医療の安全確保推進委員会（1月7日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・①死因究明制度の法制化について、厚労省の中で検討会と研究班の2つが動いている。検討会では、医療事故発生時の報告について判断が非常に困難な場合の相談先、また「原因分

析」や「再発防止」まで報告書に書くことが個人攻撃にならないかなど議論されている。

- ・2月末までに諮問機関の意見を聞いた上で厚労省として省令・通達をまとめ、4月に出して、新しい制度に向かって第三者機関を指名したいという予定だ。
- ・研究班は並行して、学術的な面から検討を行い最後に報告をまとめようと動いている。
- ・医療安全調査機構では、モデル事業と称して学会と組んで調査を行い、学会がその評価を行うことで動いていた。今度の新制度では、外部員を入れた院内事故調査委が主な調査を行い、そこに支援団体が入って調査を助ける。学術団体だけでなく、医師会、看護協会、薬剤師会、病院団体など職能団体の協力で成り立つところに違いがある。これを統一の考え方で行うのは問題点があり、これから解決していかなければならない。
- ・②日本病院会で行った医療安全にかかわる実態調査は、現在分析中だ。10月に2,399施設に送って、回収率37%、少し偏りはあるがほぼ全体の892医療機関から回答をもらった。
- ・医療事故として重篤な後遺症が残る4度や5度は、3年以内に約半数で経験があった。年間平均1件で、死亡事例はさらにその半分、年間0.5件を経験していることがわかった。
- ・原因究明を行い報告書を遺族に渡したのは3割だったが、新制度としては匿名化にも配慮した上でも含め80%が報告書を渡すべき、85%が患者家族に説明会を開いて対応すると答えた。
- ・不利益になる懸念から報告書を渡さなくてもいいのではとの議論もあるが、病院会の8割の医療機関で真摯な対応をしていることがわかった。来月の理事会で詳しく報告する。

(8) 第18回医療制度委員会 (1月7日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・①厚労大臣に送った「地域医療構想（ビジョン）策定に関しての要望」を都道府県知事宛ても要望しようと、44件提出し、残り東京、佐賀、秋田の3件も日程調整中だ。
- ・知事宛てに要望した際の県の反応については、意見集約の形は未調整だが、2月4日の次回に地域医療委員会委員にも来てもらって話をする事になっている。
- ・②病床機能報告の緊急調査は、厚労省で7月1日時点で届け出られた病床機能報告をまとめている。高度急性期、急性期回復期、慢性期の割合が示された。
- ・6年後にも同様な病床機能を持っているかとの質問については、日本病院会の852病院からの報告がある。ただ、対応を見るには、高度急性期をどう定義するか解釈が難しい。今後、厚労省はレセプトデータから高度急性期等を把握していくことが考えられ、今回の病床機能報告の検討はあまり意味がないとの意見もあった。
- ・③地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会では、急性期と回復期との線引きが問題になっている。相澤副会長の市中肺炎の医療資源投入量を例にとった判定が紹介され、検討会を進める方向について委員から賛同された。

(9) 第4回災害対策特別委員会 (1月9日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・①国際ライオンズクラブからの医療機器の贈呈式の報告があった。福島県にエコー、宮城県にX線透視、岩手県に訪問診療、在宅医療をやる自動車3台の贈呈式があった。全部で5億円を超える支援は今回で終了となる。堺会長から国際協会会長へ礼状を出した報告もあった。
- ・②日本病院会へは8,000万円の義援金が寄せられた。約4,200万円使用し、残り3,800万円を今度中に支援に向けようとの議論で、岩手県にはさらに自動車、宮城県には個人病院に対する医療機器、福島県にはまだ不足するエコーを送ろうとなった。
- ・③今回の義援金の使途が決定した段階で委員会を閉じることが地域医療委員会で決まった。堺会長は、災害発生からすぐ発足したこの特別委員会の活動、日本病院会に対し義援金を出してくれた方、ライオンズクラブからの多額な支援、そこでの山田常任理事の尽力に感謝する。今年度をもって災害対策特別委員会は任務を終えたことにさせていただくと述べた。

- (10) 診療情報管理士通信教育 第3回医師事務作業補助者コース小委員会 (12月13日)
- (11) 診療情報管理士通信教育 医師事務作業補助者コース研修会 (12月13日・14日)
- (12) 診療情報管理士通信教育 第4回診療情報管理士教育委員会 (1月9日)
- (13) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (12月13日～20日)
- (14) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (12月13日～20日)

(10)～(14)について、報告は資料一読とした。

(15) 日本診療情報管理学会 第4回がん登録部会 (12月18日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・厚労省で、平成28年1月から始まるがん登録のガイドラインをつくるために協議している。
- ・いろいろな意見が出て、院内がん登録を実際に誰がやるのでもめている現状とのことだ。
- ・がん登録病院はがんセンターで全部掌握しており問題がないが、それ以外の病院を誰がやるのか。四病協からぜひ診療情報管理士を使ってほしいと要望を出したが、前に進んでいない。

(19) 日本診療情報管理学会 第10回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会 (12月22日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日本診療情報管理学会、集団災害医学会、救急医学会の3学会と日本医師会の参画を得て、災害時の診療録のあり方に関する合同委員会で4年かかって議論し、まとまった診療録をつくることのできた。フィールドテストの準備に取りかかっている。
- ・J-SPEEDの追加コードを記入できる欄をつくった。詳細が決まったら報告する。

(20) WHO ICD改訂 第6回内科TAG対面会議 (12月16日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・ICD-11が2017年にリビジョンされるが、一番中心になる内科が最後の局面として、日本で対面会議を開いた。内科TAGのチェアを日本で獲得しており、日本でとなった。
- ・関連内科の方々に集ってもらい、ウースタン氏やヤコブ氏も参加して話し合いを行い、最大の問題であったレアの血液の問題が解決し、一気に結論ができ上がっていくことになった。
- ・これを受けICD-11のベータバージョンができて、今年の2～3月にフリーズ版ができ上がり、フィールドテストの段階に入る。日病の会員にもよろしく協力願いたい。

2. 日病協について

堺会長より、以下の報告があり、了承した。

(1) 第122回代表者会議 (12月19日)

- ・第112回診療報酬実務者会議 (12月10日) の報告があった。平成26年改定で手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準等の解釈変更があったが、会員の病院でももう一度見直しを周知徹底し、問題のないよう対応してもらいたい。
- ・平均在院日数については、実務者会議での「現行の人員体制では急性期病棟の平均在院日数のさらなる短縮は難しい」との見解を代表者会議でも受けることで意見の統一をみた。
- ・代表者会議の次期議長には楠岡現副議長を、次期副議長には日本社会医療法人協議会の代表者を選出することとなった。

3. 中医協について

万代常任理事より、以下の報告があり、了承した。

(1) 第42回診療報酬改定結果検証部会 (12月24日)

- ・同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査を先行して行った。調査の概要は資料を参照されたい。回答率は30.2%だった。

- ・訪問診療を行っている居宅・施設数については、平成26年3月と7月で改定前後の比較をしたが、それほど変化がなく大きな影響はなかったことがわかる結果だった。
- ・集合住宅に対しての調査で「病院・診療所の都合により、訪問診療をとりやめたため」減ったという回答も、その後医療機関を見つけていて、余り影響ないことがわかった。
- ・ただ、回答率が30%なので、影響の多い方の回答がされていない可能性もある。

(2) 第19回費用対効果評価専門部会 (12月24日)

- ・具体例の検討が始まる。医薬品は5品目、材料は3品目についてメーカーからデータが出た。
- ・仕組みとしては、薬価算定専門組織と同じような形で進めていくが、随行者なし、資料は机上配付のみという形で、より厳密にデータの漏出防止を担保する。

(3) 第288回総会 (12月24日)

- ・内容は余り進んでいない。再生医療を含む先進医療での迅速診査の具体的方法が提案された。
- ・在宅医療の評価に関しては今後も議論を続けていくことが確認された。

(4) 第289回総会 (1月14日)

- ・診療報酬改定結果検証部会から平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る27年度調査をするという報告があった。委員から事務局に対し、速報版でもいいので調査内容が的確に診療報酬改定に反映できるような時期のデータ提示を求めた。
- ・DPC制度からの退出届出が、慢性期を担当するという事で北里大学東病院から提出されたが、意見が出て条件付きで認めた。

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17日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・健康局疾病対策課から、難病対策に係る新たな医療費助成制度について説明があった。
- ・厚労省から「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」への委員推薦があり、四病協から2人で、日病と全日病から1名ずつ出るようになった。

(2) 第7回日医・四病協懇談会 (12月17日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想策定ガイドラインについて、日医の中川副会長から説明があり、平均在院日数の短縮には日医は可能なかぎり抵抗するという事だった。
- ・病床稼働率が70%台を想定するような話が出た。しかし、82~83%が損益分岐になるのでそれでは病院は大赤字になりおかしいということで数値を示した。

(3) 第9回医業経営・税制委員会 (12月18日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・消費税補填分に対する四病協の調査結果の概要が全部出された。マクロでは補填されているが、60%は補填不足で、400床以上では87%しか満たされていない。大規模病院であるほど補填不足で、今の1.36では担保されなかったという結果だ。
- ・税制大綱のときにそれをきちっと書かせること、消費税10%は延期されたが、それまでに税のことは税の問題で解決する訴えを四病協としてもこれ以後やっていくことが確認された。

(4) 第9回医療保険・診療報酬委員会 (1月9日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・定期医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で、急性期の定義について松田班の研究成果が出たので、それをもとに意見交換を行った。
- ・平成28年度診療報酬改定に向けて、26改定では重症度・看護必要度の重症度がかなり大きく

変更されたが、現場レベルで重症度をどう捉えるかアンケート調査をし、それをもとに厚労省に提案していこうとなった。アンケート案が示され、そこに追加もされた。

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

会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第6回医道審議会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会 (12月17日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・41項目の行為のうち12項目について疑義が出たが、関係学会から褥瘡処理は1つにまとめるとして40項目になった。
- ・気管内挿管・抜管は医師会等の反対が極めて強く、当該2行為を特定行為に含めず、今後の見直しの際に検討を行う、ただし留意事項で、医師の直接の個別指示の中で診療の補助としては今までどおり行うことが可能という厚労省案が出てきた。今回はこれでおさめて、早目にこれを見直すよう申し入れることになった。
- ・2月の中旬までに厚労省が他の部分も文章化し、法制化への動きに移る。教育機関をどうするかなどの話は煮詰まっていない。特定行為については、麻酔科学会と諸団体がもう一回理解をしてもらおう話し合いをする機会が必要と感じる。

(2) 第6回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 (12月25日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・非常にもめている。2つ討議をした。
- ・①入院の需要をどう計算するか。急性期を定義しようとずっと討議してきた。DPCデータ分析から資源投与が止まったら回復期としていいのではと提案したが、決まっていない。高度急性期と急性期の区分は、診療密度は医療資源投与量を中心に見ることで決まっている。厚労省は軽症の急性期を亜急性期に押し込みたかったが、四病院団体が反対し議論している。回復期と慢性期との線引きも延々と議論になり、次回での討議となった。
- ・②医療機能報告制度で集めた情報をどう公表するか。厚労省がフォーマットをつくり、集めたデータを住民にわかりやすく加工するという。自分たちに都合のいい加工をするのではと反対しているが、大勢は認める方向だ。具体的なフォーマットは今後の議論になると思う。
- ・療養病床数について、一番低い長野県に合わせてはどうかと官邸から言われたようだ。医療投与量でははかれない。どこに標準を置くのかで議論している。全国平均で落ち着かせようと官邸と調整をしているようだが、たくさん病床があるところをどうするか今後問題になると思う。

(3) 日本専門医療機構社員総会 (12月27日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・11月にあった社員総会がかなりもめた。専門医機構の社員は領域の代表でなく学会の代表だと強い発言があったり、予算案が出ておらず入会金や会費が決まらなかった。
- ・年内に再度開催され、社員は学会の代表でもいいという形になっていくようだ。入会金は20万、年会費は30万と決まったが、認定料や更新料をどうするか。認定料が専門医機構に行っては成り立たない学会もある。学会側と話し合いを持つことになると思うが、機構はこのまま行くのではないかと思う。

副島支部長は、報告に対し、専門医制度で養成は県単位でやるとの議論はないのかと尋ねた。

末永副会長は、各病院が養成の認定施設にならなければならない。認定要件がかなり厳しく、多くの病院は大学が基幹病院になって連携の形をとらないといけない。すると、医局の意向が強くなり過ぎる懸念がある。何らか抵抗しなくてはと思っていると答えた。

副島支部長は、非常に大きな問題だ。各県単位は本当に成立するのかもそうだと述べた。

末永副会長は、理事会では各県単位でどうこうという話は出てきていないと述べた。

(4) 第4回医療事故調査制度の施行に係る検討会（1月14日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・新法で病院、診療所、助産所で管理者が予期しなかった事故が発生した場合は報告するというその医療事故の範囲は、「管理者が予期しなかったもの」かつ「医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産」を指す。省令（イメージ）としては、①「説明していたと認めたもの」、②「診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの」、③「当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの」以外が予期しなかったものになる。ただ、患者家族に丁寧に説明して納得してもらうことが前提になるという了解が得られた。
- ・死産の定義で自然死産をどう扱うか。参考人の産婦人科医会副会長から、対象を妊娠中又は分娩中の手術、処置、投薬及びそれに準ずる医療行為により発生した死産との提案があった。
- ・医療機関が行う医療事故調査の方法として省令は、①カルテ、画像、検査結果等の確認、②当該医療従事者のヒアリング、③その他の関係者からのヒアリング、④解剖・Aiの実施、⑤血液、尿等の検査の5項目を挙げている。議論はあったが認める方向だった。
- ・結果のセンターへの報告として省令では、①日時／場所／診療科、②医療機関名／所在地／連絡先、③医療機関の管理者、④患者情報（性別／年齢）、⑤医療事故調査の項目、手法及び結果の5項目を挙げている。
- ・両方とも、本制度の目的は医療安全であり個人の責務を追及するためのものではないと、通知（イメージ）の中に明示している。刑事訴追につながる懸念について明確に示し答えた。
- ・遺族への説明は議論があり、具体的にどうと結論が出ないので、今後の課題となっている。
- ・長年現場で医療事故に携わった阪大の中島参考人は、医療は複雑系で一般事例とは異なることに注意を喚起した。2月までに結論を出すことになろうが、日本病院会のアンケート調査をどういう形で反映するかは大きな課題だ。木村委員長にもまたよろしく願いたい。

6. 消費税に関する税制改正要望

7. 平成27年度税制改正大綱

相澤副会長より、6、7について以下の報告があった。

- ・消費税に関する税制改正要望については、四病協各会長と全国自治体病院協議会会長、東京都病院協会会長名で、鴨下一郎議員ほか衆参議員に手分けして本人まで届けた。
- ・税制改正大綱は12月30日に出たが、そこの「検討事項」に、「関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう」と、我々の要望を入れている。ただし、その下に「税制上の措置については、こうした取組みを行いつつ、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ」等と入り、「総合的に検討し、結論を得る。」となっている。行政の言葉で「検討」は検討しないことだから、ここからがバトルになるだろう。

8. 役員改選について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・現在の理事、監事は5月30日予定の社員総会までが任期で、社員である代議員についても2年ごとの選出だ。5月30日の社員総会で、平成29年までの2年任期の役員改選を実施する。
- ・代議員は25人の中から1人の割合と定められており、都道府県別に会員数に応じた定数を選挙告示で示す。3月31日までに各都道府県で選出し、事務局へ報告願う。
- ・理事、監事は4月18日までに立候補届を提出いただく。選挙告示の案内のとおり、事務局に所定用紙を請求願う。理事の定年は原則として78歳とされているので、お知らせする。

9. 介護報酬改定説明会の実施について

相澤副会長より、介護報酬がマイナス改定になったことを受け、3月6日、ホスピタルプラザで介護報酬改定説明会を行う。従来5,000円取っていたが3,000円でやりたい。多数の方々の参加をよろしくお願ひすると報告があった。

10. 新型インフルエンザ等対策訓練について

事務局長より、以下の報告があった。

- ・内閣官房から、本年度も新型インフルエンザの訓練を行うとの連絡が来た。当病院会の感染対策委員会で決定している事項があり、1月23日に行うことになる。
- ・病院会事務局から、内閣府・厚労省より来た事項を捉え、会員施設2,400へ緊急事態宣告という情報伝達を行い、伝達が行ったかの確認も行う。それにあわせて本会BCPに対する事務局職員への教育訓練を行う。
- ・具体的な内容については今後詰めて、またお知らせする。

〔協議事項〕

1. 地域医療構想について

相澤副会長より、以下の説明があった。

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会では意見がかみ合わない。入院患者の病期と、その患者の入院している病棟機能が高度急性期か急性期かを混同して議論しているためだ。急性期をいつまでと決めてそこで全員退院させようという考え方で意見を述べる人がいるが、それは間違いだ。
- ・その病棟にどの病期の患者が入院しているかによって病棟の機能を決めることになる。DPCデータを基に、ある病気の患者たちについて毎日の医療資源投与資源量をプロットしまとめていくと、投与量が増えず安定する状況になるときが出る。そこで線引きし、これよりも上は高度急性期、次の安定した時期までは急性期、それ以下は回復期あるいは慢性期となっていくという考え方だ。
- ・これによって、あるDPCコードの高度急性期、急性期、回復期の入院日数が出せて、そこから必要病床数が出る。地域や病院のどういう病期のベッド数がどれぐらい必要かがわかる。病棟を急性期で使っていることが多いとわかれば、急性期の病棟であると判断ができる。
- ・厚労省は、急性期から回復期に移るのをDPCコードに関係なく一定の点数で切ろうとしているが、病気により落ち着く状況は違うのでDPCコードごとに見るべきだ。
- ・今、病床機能報告制度に基づいて地域医療構想をつくることで動いているが、厚労省は医療計画の一部として同じ審議の仕方でも地域医療構想をつくると言っている。これは病院団体と都道府県がしっかり話し合っただけで策定しなければならないものなのに、その協議の場に行く前に病床をこうすると決められてしまうと、それに沿ってどう按分するかだけになってしまう。その前に病床の考え方等を話し合いたいということで提案しているものだ。

堺会長は、医療資源の投入量という切り口で病期の区分けはできるが、厚労省はDPCコード別の特性を無視しているという考え方だ。前回、内科では投入量だけでは測れないという議論もあったとして、齊藤参与に意見を求めた。

齊藤参与は、医療資源の投入量でやるのは一つの現実的な方策で比較的近道になるかと考えると述べた。

中井常任理事は、現在のDPCデータはコードによって影響を受け、何日以降もう医療資源を

投入しないようになる。本来の医療資源の投与量が疾患に対してどのくらいかはDPCだけではだめで、出来高のものも含めて検討したほうがいいかとも思う。説明のデータは入院料やリハビリは省いたものかと尋ねた。

相澤副会長は、松田氏のグループが科研費の研究の中で全国のDPCデータを分析した結果こうなっているもので、入院料とかは入っていないと答えた。

中井常任理事は、診療報酬は7対1看護だと入院料が付加されるわけでそこが問題になる。一般病棟で診療報酬を問題にしてやればいいのか。急性期病棟じゃないから入院料は安いというように使われるとしたらおかしい。高度急性期とか急性期とは医療資源が明らかに違う。区分けをして差をつける必要はないのではないかと述べた。

堺会長は、これは医政局マターで、病床機能を測る物差しとしてDPCデータを使うということだ。7対1とか診療報酬のものを入れてしまうと、機能とは別のものになってしまう気がする」と述べた。

中井常任理事は、何のために病床機能を測るのか。医療資源を投与している地域のベッド数を算出するのに利用するためか。病床機能が各県で明らかになるが、それだけに使うことになるとすると、一般病床数はトータルどのくらいだ、でいいのではないかと述べた。

相澤副会長は、医政局の考え方が最初に病床機能の報告を求めたころと変わってきている。高度急性期を病床よりは病院とみなして大学病院や地域基幹病院のベッドを全部高度急性期としてきたが、データを分析してそうでないことがわかってきた。私見だが、厚労省は途中から急性期か高度急性期かはどうでもよく、それを一つの旗頭にデータを全部集積することが主眼になって、それを基に地域の医療必要量を見ていくスタンスに変わったのではないかと述べた。診療報酬の問題も、それを病棟単位と病院単位とどちらでやっていくのかで矛盾が出てきて、これをやった結果として大きく変わらざるを得なくなる感じがすると述べた。

邊見参与は、病院の意見は今まではほとんど医療計画に反映されず、それでいろいろな問題が起きてきている。医政局は、今までは地域住民が欲するもの、医療提供者側がやりたいというウオントだけだったのを、ニーズに置き換えようとして病床機能報告制度をつくったのではないかと述べた。ウオントのままでは日本の医療財政はもたない。本当は病棟よりも病床だ。地域差も病院差もある状況を考えずに制度をつくることはできない。スタンダードをちゃんとつくらないといけない。また、入院基本料やリハビリなど人手を最も食うものが無視され、投下資本として影響の大きい薬を入れたらそれだけで基本料が上がって急性期に数えられてしまう。その辺をちゃんとしないと制度がうまくいかないと危惧していると述べた。

藤原常任理事は、説明資料を見ると高度急性期とか急性期に分けるのではなくて、中井常任理事の説明のように、これに準じて各疾患ごとの診療報酬を変えたらいいのではないかと述べた。病棟全体を高度急性期にするとかしないとかはナンセンスになると述べた。

堺会長は、今までそういう経済的インセンティブでいろいろやってきたが、全く成功してなくて今の状況にあると述べた。

藤原常任理事は、中には医療資源がかからない患者もいるのだから、この病棟は高度急性期ではなくて急性期であるとかいうのはナンセンスだ。説明資料に準じてコードごとにもう一度診療報酬を決めたらそれでいいと思うと述べた。

相澤副会長は、意見に対して次のように述べた。

- ・診療報酬と結びつけるかどうかは別問題だ。データの結果、高度急性期の人をまとめて1つの病棟にして高い点数を目指してやるかどうかは病院の戦略だ。この疾患のこの時期だからお金がこうかかるのでそれに対して払い、そこを7対1か10対1か5対1にするかは病院の判断になる。すると今の診療報酬を根幹から変えなければいけないが、それは無理で、現実問題としてワンクッション置くものを何かつくらなければいけないのではないかと述べた。

- ・そういう診療報酬の話とは別に、地区に必要な病床数がどれくらいかを見ることは非常に重要だ。今まではそれなしに勝手にやってきた。国全体の財政が厳しくなっていく中で、医療人もデータをもとに考えてみる必要がある。
- ・急性期病棟をどうするかという委員会で2年間くらい議論したが、結論が出ない。どういうことで区切るかについて意見が一致しないので、私はDPCデータを分析した結果を出した。高い注射薬を使うとすごい点数になるので、それらはカットしたりしてやったものだ。
- ・急性期を大づかみするという話でなく、本当はきめ細かに分析をしないとイケない。全国からデータを集めた上でもう一回分析しきちんと線引きして決めていくことが必要だ。

堺会長は、2年ほど前、中医協で厚労省は4つのマトリックスを使って急性期の定義を出してきた。今回、それにわかりやすい切り口ということでDPCの資源投入量を持ってきたのだと思う。厚労省に現実にはPDCAサイクルを回してもらうためには、その切り口にこういう肉付けをしたらどうかという議論を積み重ねていくしかないと思うと述べた。

中井常任理事は、平成25年に必要な医療資源を有効に使うために、高度急性期何万床、急性期何万床というのがまずあった。レセプトから不要な病院はないことも出るだろう。高度急性期、急性期を何だかんだとふるい分ける必要はないんじゃないかと述べた。

堺会長は、高度急性期と急性期は確かにそうかもしれないが、急性期と慢性期は差別がなかったら難しい。問題は質の担保をどうするかだ。診療報酬とは別に、病院の機能、病床の機能としてどういうことを担保しなきゃならないかの議論は必要だと述べた。

中井常任理事は、病院が設備とか人は投与しており、投与量に差がある。投与しても高度急性期の患者がいなければ採算が合わず潰れる。そこがこれまで病院の存在してきたパターンだ。それを変えたのは厚労省で、7対1とか無駄な入院料でおかしくなった。それを直したいので今回のような工夫をしているんだろが余計変になっていると述べた。

堺会長は、7対1をとればそうだろうが、扱う患者の病態はどんどん変わってくるし、医療を取り巻く環境は厳しい。旧態の考え方で病院が投資して潰れないのはもう続かないと思う。患者がいらないのならその土地に高度急性期の病院は要らないかもしれない。自分が資源投入していくのは何のためか、自己満足なのかどうかと述べ、言い過ぎたとも述べた。

梶原副会長は、もう15年度から都道府県では地域医療ビジョン作成準備に入り、厚労省は病床をある程度決めてガイドラインとして都道府県職員に指導する。あとは都道府県ごとにデータを集めて医療圏ごとにどうなっているかをやるので、急性期や高度急性期の比率である程度枠組みを決めないとならない。医療費適正化計画で2025年に向かって全体として5,000億円下げる目標がある中にどうやって病棟のルールをつくるかが今議論になっている。その方向の中でいかに質を上げて日本病院会の病院が生き残るか模索しているので、日病に入らなかつたら潰れるぐらいの勢いでいかなきゃいけないと述べた。

小川常任理事は、今の診療報酬制度そのものが薬を使ったらすごく高くなる。重症度・看護必要度もそうだ。高度急性期の資源投与量は一つのマーカーだが、それだけでいいかを議論しないとイケない。このままでいけば本当に資源投与量だけ、点数だけでやられてしまう可能性があると思うと述べた。

中島常任理事は、小川常任理事の意見に賛成だ。医政局の管轄病院はまだいいが、精神科の病院は社会援護局管轄で全部除外されている。2025年問題を考えると、医療構想に精神科医療が入れる部分をつくるのが大切だ。精神科を除外して全体的な医療が構築できるはずがない。次の改定のときに入れられるようにぜひつくってほしいと述べた。

池上参与は、議論を混乱させないため、病棟の種類は診療報酬とは一切関係なく、あくまでも資源配分計画の目安であることを明確にしないとイケない。患者の割合から入院料が決まる事態になれば、各病院とも高度急性期や急性期患者の構成比を高めようとする。診療報酬で考

えている保険局の構想と医政局の医療計画の構想とは接点がないことが前提の議論だ。実際、病床の種類と関係なく診療報酬で規定している地域包括ケア病棟は、高度急性期以外どの病床種類からも申請できるものだ。また、DPC分類は厳正に規定していて、病院の持っている資源などは全く無関係になっている。その前提は必ずしも妥当ではないと思うが、これが診療報酬と結びつくとまたおかしいことになる。地域医療構想は原則的に二次医療圏で考えるとすれば、医療圏ごとに非常にいびつな構成比になる。そのことから診療報酬と結びつかない前提に持っていく必要があると述べた。

堺会長は、資源投与量だけじゃない切り口で考えがあればと、出席者に発言を求めた。

中常任理事は、医療の質を量的に提案するのが大事なのではないか。高齢社会前の状況と比べれば、医療関係者の職種はものすごく増え高度医療がなされている。超高齢社会においてマンパワーを具体的な質の担保として計量化が提案できるのは日本病院会だと思う。そこを提案し、実態を把握した上でいろいろ切っていくことが必要だ。厚労省が高度急性期も急性期も回復期も資料集めに都合のいいので出ただけで、それだけで開店されたら非常におかしいことになってしまうと述べた。

堺会長は、マンパワーのことでは、中医協の中でDPCのⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群分けるとき医師数を入れようと投げかけをしたが、医療界が拒否しており難しい。我々も変えていく必要があると思うと述べた。

齊藤参与は、医療の資源量は出来高の反映にすぎず、医療従事者の負担とかがほとんど反映されない構造になっている。ただ、今のⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群の分類には難度の高い手術をどの程度やっているか等がデータとして示されており、切り口として入れられるのではないか。複雑性指数とか、単なる資源量だけでなくDPCのデータ分析の結果発生した指数を利用できる。内保連でもグリーンブックで付加の高い疾病の診療を数値として出してきている。地域医療の病院構造を考える上ではこれらを活用していくことが大事だと述べた。

楠岡常任理事は、急性期病床の8割近くがDPCに入っている。ガイドラインなりに縛られた合理性の裏づけのある診療行為がなされ、各病院が最適化の努力をしてきた結果が出ているので、データは信頼度が高い。しかし、医療資源は最終的にお金でしか絶対的に比較できるものがない。高い薬を使えば跳ね上がるので、薬剤の価格でなく数量で見るとかの重みづけを考えないといけない。また、チーム医療に関するいろいろな加算は全部入院基本料の中に入ってしまうので見えにくい、それを引っ張り出してもらえば評価できてくる。松田班に分析を提案していくと、そういうデータが出てくるのではないかと述べた。

堺会長は、介護必要度が議論になったが、厚労省になかなかいい案が来ない。代替案を日病協で考えてもらっているが、いい切り口がないのが現実だ。次年度から楠岡常任理事が座長になるので、日病協でしっかり議論願いたいと述べた。

相澤副会長は、別の切り口としては、入院期間1、2があるが、入院期間1をコードにして入院期間2までを急性期にしたらどうかとの私案を持っていた。ただ、計算するとベッド数が減ってしまうので提案しにくかった。DPCの積み重ねたデータを利用するには金額でいくよりよっぽどいいと思うと述べた。

堺会長は、それもベースに金額があるので難しいのかもしれないと述べた。

中井常任理事は、高度急性期を病院として評価されてしまうおそれを、みんな持っているのではないか。2025年は高度急性期病院というのが厚労省のデザインで、それが混乱をつくっている。ICUとかHCUとかいう部分しか高度急性じゃないはずだから、5~6万床だとそう主張すればいいのではないか。本来の病床機能を反映していない格付けが行われてはみんなが困る。医療者の定義と全く違うところで何万床とか言っているのは、今のうち是正しないと大混乱になると述べた。

堺会長は、そこは日病として周知徹底してまたアンケート調査をやりたいと思うと述べた。

中村支部長は、3月までに松田班から高度急性期について、入院料以外は3,000点以上という具体的な数字が出てくるという。二次医療圏で高度急性期が何床、急性期が何床で、あとはどの病院をどうするかは地域で考えろということだと、我々のほうも高度急性期、急性期の分類を誤解してしまう。また、会長が言う稼働率7割は低過ぎるところがある。北海道の私立病院の稼働率はほとんど7割だ。災害などのときのためにベッド数は多少余裕があったほうがいいのではないかと述べた。

堺会長は、私が言ったのは7割じゃ経営的に満足にできないということだ。病床稼働率の損益分岐点が82~83%なので、80%以下だと普通にやっていたら合わないと言った。

邊見参与は、私の最初の発言は地域医療ビジョンの前に地域ビジョンがなかったらだめだということだ。896の消滅危惧自治体がある中で、医療だけを取り上げては仕方がない。自治体病院はほとんど896の中にあるわけだ。また、これから最大最強の病棟になるだろう地域包括ケア病棟はどこへ入れるのかと尋ねたら、厚労省は病床機能報告制度を精査してから決めるといって答えていない。急性期でもロングタームはこれからどんどん増えてくる。難しい分類を無理やりしているところに問題がある。また、阪神・淡路大震災の経験者としては、病床には遊びが必要だ。病床稼働でふだん遊んでいるようなところが活躍する。そのことを厚労省に言うが全く聞かないと述べた。

堺会長は、聞かないのは厚労省ではなくて財務省だと言った、この議論を切り上げた。

2. 消費税について

堺会長は、消費税問題については、政治家は医療界は方針が一本でないと言ったと言いが、難しい状況も出てきている。原則課税という中で、いろいろなオプションの議論は全くしてこなかった。例えば、軽減税率と非課税還付はどう違うかなど梶原副会長から説明してもらおうと述べ、説明を求めた。

梶原副会長は、以下のように説明した。

- ・四病協は原則課税で軽減税率をずっと主張し、税のことは税でと言っている。税法の中に非課税還付という法律はなく、医療を原則課税にするという法律もない。税法で解決してくれとの要望の中には、我々の要求の原則課税・軽減税率があり、もう一つは非課税還付がある。そういうことも踏まえて大綱の文書には「等々」が入っている。
- ・社会保険診療については消費税は非課税扱いになっている。消費税導入時、診療報酬改定で処理してきた。医療機関等にとって増加分が実質的な負担にならないような対応をしたものというのが、消費税負担分の損税ということだ。
- ・税制改正の24年8月の3党実務者合意で、8%引上げ時に、高額投資に係る消費税の負担について診療報酬等の医療保険制度に手当てすることが検討されたが、実際は中医協で3%の増加分は診療報酬の中で基本診療料に上乗せした。10%時には原則課税にすることを前提で、見えるようにしようとしたが、10%は延期になった。
- ・10%への引上げ時にどうなるのか。我々は原則課税、軽減税率を主張していて、公明党は軽減税率を言っている。あの中には医療は一切入っていない。公明党からは、医療は社会保障制度の中の全体で、これは自民党と連帯して扱うので別の問題だと聞いている。それが実態だ。
- ・国会議員に聞くと、海外は課税扱いしていないので、原則課税は言いづらいとのことだ。水面下の流れとしては、消費税を還付する非課税還付の税法をつくって基金をつくるのではないか。政府は、病院建替えとか設備投資、委託事業などにかかわる消費税が扱いを基金で還付すればいいというような感覚でいるのではないか。

- ・すると、地域医療ビジョンとか地域包括ケアシステムができたとき、この還付基金を使って地域医療の設備投資の調整をするのではないか。CTやMRIなど医療設備の投資したのに関して、診療報酬の中で回収しようと思えば医療費は上がる。そういうこともトータルで考えて、消費税の還付財源を使ってコントロールするのではないか。
- ・還付の財源はどこなのか聞くと、保険者から今の後期高齢者と同じように半分はもらう、あと半分は消費税を入れるのではなく、薬価を下げて薬価財源をそこに投入するという。今まで薬価財源は診療報酬に入れていたが、財務省はもう出たくないという話だ。
- ・こういう中で、我々はあと1年何カ月の間に消費税をどう戦ったらいいか協議したい。堺会長は、出席者に質問や意見を求めた。

梶原副会長は、私立医科大学、自治体病院、第3セクター病院、医師会病院とかは明らかに損税になっている。これを還付金とかの形でやるにしても、こういう構造自体は変わらないのではないか。公的病院の場合、固定資産税も何も払っていないから、これをもろに受けるので、自分たちの病院の経営が傾く。この間の速報値であったように、日病の68%は赤字で、増収で減益になっている。減益の原因はまさに消費税8%への引上げ分だと思う。そこら辺を真剣に考えて意見をもらいたいと述べた。

さらに梶原副会長は、ほかの話題提供として、ヘルスケアリートとか非営利ホールディングカンパニーとかが国土交通省から出たりしているが、これは自治体病院や旧厚生年金・社会保険病院の独立行政法人が狙いだ。自治体の首長は、リートに全部売り飛ばして代金を自分のところの財政に入れるとか、経営が悪ければそこが経営に入ってくるという時代を考えている。こういうことも、消費税がボディブローのように病院の経営を自治体病院としても悪化させるので、人ごとでなく、えらいことになるということ認識してほしいと述べた。

中島常任理事は、リートが明らかに自治体病院を狙っているのは前から思っていた。消費税についても、自治体病院は非常に大きな損失を受けており、自治体病院の存立基盤そのものが足元を掘り崩されている。国民の感覚を考えたとき、政治家が言うように非課税の方向でいいのかという問題がある。消費税が上がれば医療費が上がる。そのときに消費税分幾らと国民がわからないといけない。医療はただではなく、日本人の死生観も変わっていかないとけない時代が来ているのに、今は全然遅れていると述べた。

堺会長は、1年半、消費税が先送りになったが、その1年半は一日一日短くなっていく。具体的な数値も軽減税率何%でどういう影響で、国民負担はどうかと出していって議論していきたいと述べた。

以上で閉会となった。