

日 時 平成27年4月25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、中村 利孝、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、
中 佳一、武田 隆久、楠岡 英雄、生野 弘道、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、石井 孝宜 (両監事)

野口 正人 (オブザーバ)

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 史麿、松田 朗、北田 光一、齊藤 壽一、高橋 正彦、富田 博樹
(各参与)

木村 壯介、原 義人、大道 久 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、三浦 將司、毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、成川 守彦
三浦 修、中川 義信、細木 秀美、福井 洋、副島 秀久 (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)

(新入会員)

下沖 収 (岩手県・岩手県立千厩病院 院長)

佐々木恭子 (兵庫県・西宮渡辺心臓・血管センター 理事長)

高階 憲之 (宮城県・南浜中央病院 理事長)

総勢57名の出席

堺会長からの挨拶、議事録署名人の選出、堺会長による新入会員3名の紹介及び自己紹介が行われた後、今泉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27年3月27日~平成27年4月23日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会6件〕

①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構呉医療センター (会員名: 谷山清己院長)

②都道府県・岩手県立大東病院 (会員名: 杉山照幸院長)

③共済及連合・国家公務員共済組合連合会舞鶴こども療育センター (会員名: 四方あかね
診療部長)

④医療法人・医療法人恒昭会藍野病院 (会員名: 小山郁夫理事長)

⑤医療法人・医療法人社団清仁会宇多津病院 (会員名: 猪尾昌之院長)

⑥社会福祉法人・社会福祉法人新生会みちのく療育園 (会員名: 伊東宗行施設長)

〔正会員の退会4件〕

①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター (会員名: 下田光太郎院長)

②都道府県・新潟県立六日町病院 (会員名: 吉田和清院長)

③公益法人・秋田県成人病医療センター (会員名: 寺田俊夫理事長)

④会社・日本郵政株式会社仙台通信病院（会員名：小針雅男院長）

[特別会員の退会 6 件]

①特別会員A・一般財団法人近藤記念医学財団（代表者：福田和太理事長）

②特別会員A・日本大学医学部総合健診センター（代表者：谷樹昌所長）

③特別会員A・医療法人和松会大和健診センター（代表者：原島裕理事長）

④特別会員A・医療法人藤川会藤川内科放射線科（代表者：杉田利一理事長）

⑤特別会員A・医療法人社団清仁会宇多津クリニック（代表者：倉田典之理事長）

⑥特別会員A・医療法人社団協志会宇多津浜クリニック（代表者：猪尾昌之院長）

[賛助会員の入会 3 件]

①A会員・株式会社エス・エム・エス（代表者：後藤夏樹代表取締役社長）

②B会員・公益社団法人地域医療新興協会（代表者：吉新通康理事長）

③B会員・公益社団法人福岡医療団（代表者：小西恭司代表理事）

[賛助会員の退会 3 件]

①A会員・栄泉商事株式会社（代表者：五寶晴夫代表取締役）

②D会員・柏谷祥子

③D会員・渡邊真紀子

平成27年4月25日現在 正会員 2,420会員

特別会員 196会員

賛助会員 255会員（A会員104、B会員119、C会員3、D会員29）

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 5 件)

①平成27年度医療機器安全基礎講習会（第37回ME技術講習会）（一般社団法人日本生体医工学会・公益財団法人医療機器センター）協賛名義の許可

②平成27年度「愛の血液助け合い運動」（厚生労働省）の後援

③「第44回日本医療福祉設備学会」（一般社団法人日本医療福祉設備協会）への後援

④第17回日本認知症グループホーム大会（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）の後援名義使用

⑤フードシステムソリューション（F-SYS）2015（フードシステムソリューション実行委員会）協賛名義使用

(継続：委員委嘱依頼 2 件)

①理事（一般財団法人医療関連サービス振興会）の推薦〔就任者…相澤副会長〕

②理事就任（再任）（NPO法人卒後臨床研修評価機構）のお願い〔就任者…堺会長〕

(新規：後援依頼 1 件)

①地域がん登録全国協議会第24回学術集会（特定非営利活動法人地域がん登録全国協議会）に係る後援名義使用

(新規：委員等委嘱依頼 1 件)

①理事の依頼並びに理事会（一般社団法人地域再生医福食農連携推進支援機構）への出席依頼

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

今泉副会長より報告を受け、下記8施設を認定承認した。

(新規 1 件)

①滋賀県・一般財団法人 近畿健康管理センター K K C ウェルネス栗東健診クリニック

(更新 7 件)

①北海道・独立行政法人 地域医療機能推進機構 札幌北辰病院

②東京都・医療法人財団 明理会 新宿ロイヤル診療所

③東京都・医療法人財団 明芳会 池袋ロイヤルクリニック

④青森県・公益財団法人 八戸市総合健診センター

⑤熊本県・日本赤十字社 熊本健康管理センター

⑥福岡県・社会医療法人財団 白十字会 佐世保中央病院 健康増進センター

⑦東京都・東京慈恵会医科大学附属病院 新橋健診センター

〔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その他の報告があった。

(1) 第12回雑誌編集委員会 (3月24日)

原委員長より、以下の報告があった。

- ・4月号は医療安全特集ということで近々発刊する。5月号、6月号は記載のとおり。
- ・日病では英文雑誌を毎年7月に発行しているが、そこに堺会長ほか4名の会員の論文を掲載する予定。

(2) 第7回ニュース編集委員会 (3月27日)

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・記者懇談会を2カ月に1回行っているので理事には話題提供のゲストになってほしい。
- ・産経新聞でのキャンペーンは予定どおり進むことになった。協力に感謝する。
- ・本紙への投稿への謝礼金規定を設けた。事務局内で人事異動があった。

(3) 第21回医療制度委員会 (4月2日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・相澤副会長から2つの会議に関する報告を受けた後、地域医療構想策定ガイドラインを決定する協議の場に今後どういう形で病院団体が加わるべきかについて議論した。
- ・厚労省から各都道府県に提出される生データを各病院団体で使用することが望ましいが、その処理やコストの面で難しい点もあるので今後さらに検討する。

(4) 第1回社会保険診療報酬委員会 (4月6日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度の診療報酬改定に係る要望項目について検討した。会員からの要望を集約し、簡素化した形で提案するための分類作業中である。
- ・厚労省から提起のあった選定療養として導入すべき事例について討議し、ヘリコバクターピロリ菌の三次除菌とセカンド・オピニオン受入れについて日病協の実務者会議へ提案することとした。

(5) 第1回臨床研修委員会 (4月6日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・今年度も3回開催する予定だが、タスクフォースの人数が少ないので増員を実施する。
- ・臨床研修に係る指導医講習会の開催指針が一部変更され、それに基づき講習を行っている。

(6) 第1回看護職場環境委員会 (4月22日)

末永副会長より、看護職場環境をよくするためにどうすべきかについて議論しており、看護業務の役割分担に関する実態調査を行って各種提言に役立てるために6月にアンケート調

査を開始したいとの報告があった。

(7) 第1回ホスピタルショー委員会（4月15日）

大道委員長より、以下の報告があった。

- ・本年は7月15、16、17日の3日間で開催される。当委員会では、日本病院会の企画展示コーナーを一般の来場者向けに見直して「目で見る新しい病院の姿」という企画展を準備中。
- ・初日の公開シンポジウムでは相澤副会長が基調講演を行う。また、シンポジストとして4人の参加を予定し、調整中である。

(8) 第1回医業経営・税制委員会（4月17日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療機関等の消費税の問題に関しては、税の問題は税で解決すべきであるという原理原則は曲げずに主張していくことでコンセンサスを得ている。
- ・有料職業紹介事業については、日精協による独自調査のデータが四病協の総合部会に提案され、それを受けて今後どうすべきかを議論し、医療法の一部改正についても討議した。
- ・税制改正要望案は、6月の常任理事会で了承を得るために5月の当委員会で原案を整える。

(9) 第1回医療の安全確保推進委員会（4月21日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・3月にアンケート調査を行い約900の病院から回答を得たが、理に合う良い数字が出ている。貴重なデータなので日病雑誌や学会誌等にも掲載したい。
- ・医療事故調査制度の法制化に関連してパブコメが終了したので、近々具体的な省令や通知が提示され、第三者機関である調査支援センターの指名が行われ10月から施行となる予定。
- ・この制度は医療を信頼する原則の上に成り立っており、病院自身が調査することを基本としているが全国規模で展開するには日本医師会、学会、病院団体等の協力が必要である。

(10) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より下記会議の報告があった。

① コーディング勉強会（平成26年4月13日～平成27年3月14日）

- ・平成26年度は130教室で2,872名の参加があった。多少マンネリ化して参加者が減っているので見直しが必要である。

② 医療統計学勉強会（平成26年4月13日～平成27年3月14日）

- ・53教室で1,475名の参加があった。医療統計学の成績が上がってきている。

③ 基礎課程勉強会（平成26年9月25日～平成27年3月14日）

- ・認定試験の基礎課程の成績が悪いため今年度から始めたコースであるが、10教室で708名の参加があり、人気のあるコースになっている。

(11) 日本診療情報管理学会関連 災害診療記録報告書について

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・東日本大震災を受けて、災害時の診療録をどのようにすべきかということで3学会合同の委員会による答申書をまとめた。約1年間かけて、関係諸団体で実際に使ってほしい。
- ・災害診療記録の記録用紙は何回も議論を重ねて非常に精緻なものができ上がった。J-SPEEDのレポート・フォームとあわせて、活用した上で意見をいただきたい。

(12) 第1回WHO国際統計分類協力センター運営会議（4月15日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日本は2011年9月からWHO-FICの協力センターとして認められて活動を開始したが、その更新のタイムリミットが6月中なので検討を行った。
- ・日本としては加入を継続するが、その基本体制は組織加入とし、関係諸団体が加入した協力センターの形式で今年度も申請していくことが決まり、その具体的な業務分担やワーク

プランを4、5月中につくり上げて6月ごろに申請することとなった。

(13) 日本診療情報管理士会関連 英語名称、短縮形の商標登録

阿南日本診療情報管理士会会長より、以下の報告があった。

- ・ IFHIMA2016の開催に向けて当会の英語名称を明確にすることになり、JHIMA (Japan Health Information Managers Association) と決定した。
- ・ ネットで検索して補聴器工業会が同じような名称を使っていることがわかったが、商標登録してこちらの立場を明確にしておいたほうがよいということになった。

(14) 病院経営管理士会関連

永易病院経営管理士会会長より下記会議の報告があった。

①第1回理事会（4月17日）

- ・ 昨年3月の理事会で新役員の候補者を選定した。実際の新役員体制は今年10月の総会で承認されるので、その間は新旧理事会で運営することとなり分掌等を検討した。
- ・ 平成26年度の事業報告案・収支決算案、平成27年度事業計画案・収支予算案について取りまとめをした。
- ・ 会則の変更に関連して、監事の機能等について検討した。これを最終的に10月の理事会で総まとめをして、その後、総会にかけて承認を得る予定である。

(15) 中小病院委員会 アンケート調査のお願い

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 第65回日本病院学会で行われるシンポジウムに向けてアンケート調査を「地域包括ケアの担い手である中小病院における医療改革のあるべき姿」というテーマで行う。

(16) 倫理委員会 「尊厳死」一人のやすらかな自然な死についての考察一

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・ 堺会長から尊厳死についての諮問を受けて、倫理委員会がこの提言をまとめた。
 - ・ ①自己の終末期医療に対する意思表示について国民全体による議論と理解が必要である。②がんの終末期においては緩和医療の推進を図る体制や教育等の整備が急務である。③医療レベルでは判断できない「人のやすらかな自然な死」について国民的コンセンサスを醸成していく必要がある。以上、3点を会長に答申した。
 - ・ 会長及び副会長会からの了承が得られたので、尊厳死についての考察として会長から記者発表してほしい。
- 中島常任理事から、これはバランスがとれた非常によい提案であるとの発言があった。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第116回診療報酬実務者会議（4月15日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・ 厚労省の選定療養として導入すべき事例の提案に沿って、日本病院団体協議会で選定療養として導入すべきものについて議論した。
- ・ 紹介状なしで大病院を受診する際の選定療養費の妥当性、ヘリコクターピロリ菌の三次除菌の問題、腫瘍マーカー検査の項目範囲拡大の問題、病院車両を用いて患者を搬送する場合の移送費の問題、ソーシャルワーカーの相談業務に対する費用を選定療養とする問題等をめぐって選定療養の在り方の見直しの提案することが決まった。

(2) 第126回代表者会議（4月24日）

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・ 中医協の報告と実務者会議の報告の後、選定療養に関する要望や問題点について議論した。

- ・新規導入の提案として、紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の除外事例について検討した。
- ・救急車等で搬送する場合に同乗する看護師や医師の人件費が病院持ち出しとなっていること、ソーシャルワーカーのカウンセリングの費用は相談者が病院にかからずに相談だけした場合には料金が取れないことなどは何とかすべきではないか。
- ・ヘリコクターピロリ菌の三次除菌は診療報酬では認められていない。また、腫瘍マーカーのPSAとCA99が認められていないので、これを認めさせる方向で働きかけたい。堺会長から、一般病棟入院基本料は病院単位か病棟単位かとの議論があったが、四病協では病棟群がよいとしており、日病協もそれがよいとしているとの補足があった。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の報告があった。

(1) 第294回総会（4月8日）

- ・外来医療（その1）については協議事項の中で報告する。

(2) 第24回費用対効果評価専門部会（4月15日）

- ・費用対効果、医薬品5品目、診療材料3品目ということで、既に実績のあるものについて再評価しているが、内容については非公開である。

(3) 第44回診療報酬改定結果検証部会（4月22日）

- ・資料は検証部会の特別調査の速報案であり、機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況のアンケート調査等であるが、大部であるので目次と興味深い部分だけ抽出してきた。詳細については資料を参照願う。
- ・夜間の看護配置やチーム医療に関する速報も大部であり、目次と一部を抜粋したが、病院調査、月平均夜勤時間の超過減算の算定状況、医師の調査、チーム医療の推進についてのデータがまとまっている。
- ・ポイントを絞ってブレイクダウンした形で出してほしいとの要望があれば受け付けるそうなので、さらに詳しくデータとして出すべきものがあれば希望を出してほしい。

(4) 第295回総会（4月22日）

- ・先進医療制度の運用に関連して、国家戦略特区における保険外併用療養の特例の対象機関の選定について議論した。
- ・これまでは戦略特区において保険外併用療養の特例ということで選定基準を定めて選定を行ってきたが、4月1日から臨床研究中核病院の承認要件の運用に伴い選定要件が厳しくなっており、これに申請できるかどうか問題になっている。
- ・結論としては、医療法上の臨床研究中核病院の承認要件に基づいた申請様式を活用するとともに、自治体の国家戦略特区における戦略性もあわせて評価するという方針を準用する形で対処することとした。

4. 四病協について

下記会議の報告があった。

(1) 准看護師連絡協議会に関する打ち合わせ会（4月3日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・日本准看護師連絡協議会設置について議論になった。
- ・生涯教育研修体制確立の必要性に関連して、看護師や准看護師になるための卒後教育が十分でない現状に鑑みて、生涯教育研修体制確立の必要性について議論した。

(2) 第1回医療保険・診療報酬委員会（4月3日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・3月開催の中医協において、在宅医療推進の中で外来応需体制についてのみ取り上げるべきではないという意見があり継続審議となった旨、報告を受けた。
- ・リハビリテーションのスタッフが非常勤であるとカウントされない点を常勤換算できるように改善してほしいとの要望を厚労省に提出することになった。

(3) 日本専門医機構に関する打ち合わせ会（4月7日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・四病協から代表者が集まり「新たな専門医制度への意見」として見解をまとめた。地域医療支援センターがその機能を十分発揮していない中で、新しい専門医制度が医師の地域偏在や診療科偏在の緩和に役立つことを期待している。
- ・意見書には地域の実情を把握した上で多様な施設を認めること、基幹施設の多くが大学病院となる場合でも以前の医局制度に戻すのではなく医師の偏在が解消される制度設計とすること、情報の開示と透明性の確保を図ること、機構の収支予算の明確化を図ることなどの文言を盛り込んだ。

(4) 第1回医業経営・税制委員会（4月16日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・消費税問題に関する検討会における財務省主税局の主張では、医療にかかる消費税課税についてほとんど考えていない。
- ・四病協が昨秋実施した医療機関の消費税に関する調査は財務省に高く評価されているが、平成25年の実績に基づいたものなので、また全国レベルの調査を実施しなければならない。
- ・有料職業紹介事業への対応は各病院にとって頭の痛い問題であり、なかなか難しい。
- ・医療法の一部改正に関しては、医療法人の経営の透明化やガバナンスの確保を図るためにどれだけの規模の医療法人を監査対象とするかが今後の議論の対象となる。
- ・次年度の税制改正要望について5月、6月で大筋をまとめ、7月初旬には厚労省へ提出する文書を作成する。

(5) 第9回在宅療養支援病院に関する委員会（4月17日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・来年の診療報酬改定についての我々の要望をまとめるために行った在宅療養支援病院に関するアンケートの結果に基づいて議論をした。
- ・診療報酬改定において、在宅療養支援病院に関する評価を要望する。また、在宅療養支援病院の要件の緩和、特に看取りの要件の緩和を求める。
- ・強化型の連携では在宅療養をしっかりと行うことが重要なので、支援病院を初め地域包括の中で担当医をしっかりとサポートすること。
- ・中小病院の5分の1が既に在宅療養支援病院の届出を行っている。これは中小病院委員会に非常に大きなインパクトを与えるものである。

(6) 第1回総合部会（4月22日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・協議事項の中で、長期処方の方について時間不足で議論できなかった。一般病棟入院基本料「病棟単位」については、先ほど日病協関連で報告した内容と同じである。
- ・医療事後調査制度の施行に伴う研修会は、当会ではなく四病協として行うことで決着した。

(7) 第1回日医・四病協懇談会（4月22日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想に関して、日本医師会からガイドラインの理解についての説明を受けた。
- ・入院基本料の見直しについて、四病協は病棟単位であるが病棟群ということで傾斜配置が

できるタイプを提案したところ、検討の余地ありとして、今後議論することとなった。

- ・日本医師会が必要医師数の調査をやりたいということで、近々当会の会員宛に依頼文が届くであろう。

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

下記会議その他の報告があり、了承した。

(1) 地域医療構想ガイドラインについて（3月31日公表）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・厚労省から各都道府県知事に地域医療構想策定ガイドラインが示されたので、地域医療構想調整会議の場においてしっかり検討を進めたい。
- ・高度急性期と急性期と回復期と慢性期の各病床区分ごとに医療法で基準病床が定められるのではないかと危惧している。
- ・C3の回復期と慢性期の間の医療資源投与量は175点とすることになった。
堺会長から、日本医師会が協議の場の取り仕切りを行いたいと主張しているので、日医の責任のもとで必ず病院団体を入れるようにと要請して了解を得たとの補足説明があった。

(2) 国際医療・福祉専門家受入れ支援協議会（4月6日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・これはインドネシア、フィリピン、ベトナムからの医療・福祉専門家受入れの協議会であり、受入れに各病院団体の協力を願う。
- ・受け入れの方法及び支援方法の改善により、国家試験の合格率は再受験者を含めて約70%にまで上昇してきている。

(3) 第1回日本専門医機構理事会（4月6日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・予算案の承認をめぐり連休明けに臨時社員総会を開催することになりそうである。
- ・当機構の社員が各領域代表から各学会代表へ変更になった。
- ・総合診療専門医の研修プログラム案を承認した。現在、ホームページに掲載されている。
- ・専門医の認定・更新部門委員会では、資料に挙げられている基準に関してさまざまなことが明らかになりつつある。
- ・専門医制度検討委員会では、制度の大枠とサブスペシャリティの問題、未承認領域連絡協議会への新規参加希望を受け入れるかどうかの問題等について話し合っている。
- ・地域偏在防止のための問題提起に基づき、専門研修プログラム設置指針に関する考え方自体を各領域及び地域にシフトして検討を促し、地域に即した解決方法を模索するために都道府県と連携して協議を進める。
- ・初めからダブルボードありきではない。厳しい認定制度や更新の問題があるので、複数とるのはかなり難しい。

(4) 平成27年度ナースセンターの運営に関する中央における定期的な協議の場（4月22日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・これは地域の看護師不足に対応するためにナースセンターを最大に活用する問題及び人材派遣会社が高い料金を看護師を病院に就職あっせんしている問題への対処を検討するために始まった協議の場である。
- ・ナースセンターの存在すら知らない病院の院長がまだ多数いるので、当会会員には各都道府県でナースセンターの普及啓発を願いたい。

(5) 第4回医事法関係検討委員会（4月22日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局総務課から話を聞いた。医療基本法の制定に厚労省は基本的に賛成であるが、仮に制定されなくても医療の基本に関する議論は非常に重要であり、これは国会マターなので議員立法にして粛々と進めてほしいとのことであったが、当委員会の基本姿勢も同じである。
- ・医療基本法の制定によって医療関係諸法の全面的な見直しが必要になる可能性がある。医療法ではインフォームド・コンセントは努力規定になっているが、当委員会が出した提案では義務規定になっている。日医の提言も参議院法制局と打ち合わせながら全体を見直すことになった。

6. 5月30日開催の会議について

堺会長より、当日は複数回の理事会と社員総会をタイトなスケジュールの中で開催するので、短時間での移動等を含めて協力願いたいとの報告があった。

7. その他

副島支部長は、日本の外来受診回数はOECD平均から比べると今でも多いが、これから減らしていくのか増やしていくのか、今後の議論の方向性について聞きたいと尋ねた。

万代常任理事は、長期処方すれば受診回数は減るが、日医が長期処方に伴う弊害に関するデータを出している。その間の釣り合いをとることをめぐり議論が進んでいくのではないかと答えた。

副島支部長は、これは医薬分業とも関連しており、薬剤師が本来管理すべき部分が結構あると述べた。

成川支部長は、医療勤務環境改善、地域医療支援センター、ナースセンターについての本部の認識はいかにと尋ねた。

堺会長は、地域医療支援センターも実際は機能しておらず、ナースセンターも望まれている機能を果たしておらず、本来の目的はまだ達成されていないと答えた。

成川支部長は、勤務環境改善の事業は各府県ともに低調であり、地域医療支援センターの十分な活動も難しい状況である。ナースセンターも実績は上がっていないので、もっと努力してほしいと述べた。

堺会長は、それらの成果を一定期間で検証して、うまくいかなければ方針の変更等を提言していきたい。ナースセンターに関して院長自身に認識が余りないところもあると述べた。

梶原副会長は、ナースセンターは日本全国で今までほとんど機能していなかった。病院団体と看護協会が協力して看護師の登録制度をつくれば、ナースセンターが活性化する。各県に看護師の研修センターをつくっていく必要があると述べた。

相澤副会長は、ナースセンターに関しては県が都道府県の看護協会に委託しているので県の取り組み姿勢によって実情はさまざまである。地域医療支援センターも状況は全く同じで、どうすべきかを県が勝手に決めているが、本来はそれは中央の医療審議会がきちんと監視すべきことであると述べた。

相澤副会長は、国際医療推進委員会から外国人患者の診療データ及び外国人の医療者の研修データの調査票が送られてきているので協力願いたい。第65回日本病院学会開催への協力もよろしく願うと述べた。

今泉副会長は、例年開催の病院長・幹部職員セミナーへの多数の参加を呼びかけた。

〔協議事項〕

1. 一般病棟入院基本料、「病棟単位」について

堺会長より、一般病棟入院基本料、地域医療構想と診療報酬、長期処方等について以下の説明があった。

- ・日本病院会や四病協では一般病棟入院基本料を病院単位から病棟単位へと見直すように要求しているが、厚労省は明確な態度を示していない。
- ・病棟間の傾斜配置のメリットは実際の看護職員数に合った評価となることであり、デメリットはその煩雑さや弾力的運営が図りにくいこと等である。
- ・機能報告制度で病床あるいは病棟単位の機能分化を進めようということになっているのに、なぜ診療報酬ではそれに逆行するようなことをするのか疑問である。
- ・前回の診療報酬改定で病棟単位にすると7対1が増えるという主張がなされていたが、それを裏づけるデータはどこにもない。病院単位がよいと主張していた日看協の現在のスタンスについて聞きたい。

坂本参与（日本看護協会会長）は、日看協は最初はその方針であったが、重症度や医療・看護必要度のことを考えると傾斜配置にならざるを得ないのではないかと答えた。

万代常任理事は、四病協や日病の社会保険診療報酬委員会で要望をまとめたが、そこでは「病棟ごと」という表現になっているので、それを「病棟群」に変えて早目に要望書を提出して厚労省の感触を探りたいと述べた。

土井常任理事は、7対1が入ってから職場環境は随分よくなった。それを忘れてただ下げればよい問題ではなく、看護助手や介護福祉士を増やす配慮も必要であると述べた。

堺会長は、厚労省の考えに対して日病としては7対1で勤務環境や病棟での患者待遇もよくなったと主張しているのも単純に減らそうというわけではないが、状況が許さなくなったらどうするのかについて今聞いていると述べた。

大道副会長は、完全病棟単位になったときに全病棟で7対1をキープできる病院がどれぐらいあるのか心配であると述べた。

相澤副会長は、看護師の人数の問題と重症度、医療・看護必要度の問題とがあるので、病棟単位にされてしまうと非常に困る病院が出てくると述べた。

堺会長は、この問題で日病がアンケート調査をやったら協力願えるだろうか。前出の要望書は早期につくるが、その実証を四病協・日病協で行うのは大変なので、サンプルとして日病でまず実施してはどうかと述べた。

楠岡常任理事は、看護師の配置はマスで考えられるが、患者の看護必要度は一人一人の状態判断と将来予測が必要なので管理側にとっては難しい問題である。必要度や重症度の計算をするときにICUの患者を一般病棟に移すようなことが生じている現状についても考える必要があると述べた。

堺会長は、そうではあるが看護職員を毎日変えるわけにもいかず、年度ごとに必要な看護師を計算する場合には病院の重症度、看護必要度はある程度想定しなければならないと述べた。

楠岡常任理事は、患者の場合は病気ごとの季節的な変動を初め不確定な要素が非常に多いので、全部7対1というのは實際上無理であり不合理であると述べた。

坂本参与は、結果から計算して診療報酬をもらうという方法は医療者が数値を操作することにつながり、そこに無駄なエネルギーを費やして苦しい状況の看護管理をすることにもなって患者に悪い影響を及ぼしている。予測値で配分していくという方法はとれないか。7対1が最高とは思っていないと述べた。

福井支部長は、長崎は少子・高齢化の先進区域で2040年問題が既に発生している地域でもあり、7対1の看護師数を持ちながら10対1でやっている。このような実態も踏まえて7対1問題や病棟の傾斜の問題や地域医療構想策定における区域の問題を議論してほしいと述べた。

中村支部長は、7対1の議論において在院日数も考慮する必要がある。どの病院も同じ在院日数でやるのには抵抗があるので、その辺も配慮願いたいと述べた。

堺会長は、アンケートも含めて検討させてほしいと述べた。

中常任理事は、日本人には次々と物事を精緻化して進める傾向があるが、ある程度ぼかした感じで決めていかないと医者としての裁量ができない。データをとればとるほど厚労省はそれを集約して精緻化していく。病棟ごとに分けるのもよいが、病床群である程度こちらの裁量で傾斜配置するような歯どめをつける必要があると述べた。

石井監事は、資料の中には病棟群ないしは病棟単位で7対1を変更しなければならないとあるが、その理由を教えてください。病院単位で7対1という縛りが辛いので病棟群単位にしてほしいというのであれば目先の議論である。患者の利益を中心に経営している事業体が他よりも激しい診療報酬改定の嵐の中にいる。これは大きな問題であり、きちんと整理してほしいと述べた。

堺会長は、7対1が始まった当初から我々は病棟単位を提案したが、中医協では批判を受けた。追い詰められているというのが実情である。厚労省の予想に反して7対1が増えたのは経営努力のおかげである。傾斜配置と72時間は病棟群で行えばクリアできる数字になるという試算があるが、届出の煩雑さや計算の煩雑さを伴うと述べた。

中島常任理事は、患者に必要な看護と医療を提供する病棟についてはそれに見合う費用が必要であるが、病院全体で傾斜配置して十分看護師のいないところも7対1だといって医療費を取るのをおかしい。仮に7対1を今のまま病院単位でやる場合には、そのハードルが自然に下がるのならよいが強制的に下げられるのはまずいと述べた。

堺会長は、我々も必要な医療と機能に見合った診療報酬にしてほしいが、完全に病棟単位にしてしまうとかなり厳しい。同じ病棟内に重症患者と軽症患者が混在する現実を認めてもらえれば病棟群の中での傾斜配置は有り得ると述べた。

相澤副会長は、看護師を配置しさえすれば費用を出すという考えが間違っている。看護師をたくさん必要としないところにまで同じ基準で配置してしまったことに問題がある。今の制度を続けていけば日本の医療は確実におかしくなるので変えていかなければならない。看護配置で点数を配るのをやめて、病名と重症度等を基準にして看護師と費用を配分するのが理論的に正しいと述べた。

中村支部長は、看護師を確保したくても十分確保できないところと看護師を自由に選べるところとでは事情が大きく違うので、その辺も配慮してほしいと述べた。

坂本参与は、数が足りないから看護師が欲しいということだけでは済まない状況が起こっている。看護必要度に基づいて質評価を行うことが重要であり、数さえあればいいということではないと述べた。

堺会長は、看護必要度、重症度などの新たな指標を病院団体がつくるべきだというのが日本医師会の考えであり、四病協や全日が中心になって模索中である。そのための議論の場を中医協なりでつくってほしいし、厚労省も逃げないでほしいと述べた。

梶原副会長は、当会会員は公的病院が多いので消費税問題でも直接被害を受けている。来年の診療報酬改定で国は7対1を減らしたいわけであるが、ハードルをずっと上げられたときに当会会員が7対1を病院ごととれるかどうかぜひ知りたいと述べた。

堺会長は、ハードルにもよるが、仮にそれを20%としたときに大丈夫だという病院は手を挙げてほしいと述べた。

梶原副会長は、在院日数を短くする案も水面下で出ているので、それをやられたときにもとれるのかという話であると述べた。

中常任理事は、それは診療報酬とも関係があると述べた。

堺会長は、診療報酬は上がらないと思うと述べた。

2. 地域医療構想と診療報酬について

堺会長は、資料では「病床再編を加速するため、診療報酬による大胆な誘導」と我々の気持ちを逆なでするようなことを言っているが、我々には提供している機能に応じた適正な診療報酬を出してほしいという思いがあるとして、地域医療構想と診療報酬の連携とバランスについての意見を相澤副会長に求めた。

相澤副会長は、どのくらいの病態の患者が何%ずついるかによって病棟を評価し、診療報酬を変えていくほうがよい。DPCを使って入院期間分類ごとの患者の割合を計算して、それを診療報酬に反映すべきではないか。前年実績から翌年を予測して予算をつける等、いろいろ診療報酬委員会で議論している。データの収集と分析が重要であると答えた。

中井常任理事は、日病としては早目に高度急性期と急性期等、報告されている4つの区分を診療報酬に反映させるように求めるほうがよい。それは病棟ごとでしかあり得ない。その場合に問題になるのは整形外科であると述べた。

堺会長は、診療報酬をドッキングさせるとそちらのインセンティブが強くなり機能が歪められるというのが日本医師会の考えであると述べた。

中井常任理事は、今は出来高ではないので、DPCでの医療資源投入量は必要なものがかなり反映されていると述べた。

万代常任理事は、ここで言われたことは本質論として正しいが、28改定では安倍首相を基点とする財務省からのプレッシャーが強いので主張しても通らない。当面の対策としては、大きな影響を受けないように病棟ごとにする。整形外科等の問題についても、財務省との交渉の中で保険局が力を発揮できるように調整しつつ取り組むことが必要であると述べた。

堺会長は、それは中医協の委員として大人の対応ではあると述べた。

3. 長期処方of在り方について

堺会長から以下の説明があった。

- 中医協総会で、残薬問題等から長期処方の在り方の議論が出てきた。日本医師会は最初から長期処方には反対である。
- 90日処方でも、今あるいろいろな状況、機能をうまく使って患者に悪い影響を与えないようにすることは可能ではないか。
- 中医協で見ると平均投薬日数は病院が約32日、診療所が約18日であり、90日という人は余りいない。
- 長期処方がだめになった場合、病院の外来の負担はどうなるのか。勤務医の負担軽減のために調剤薬局などさまざまな機能ががるが、薬剤師会的には今ある機能で歯どめをかけることができるのかどうか。

北田参与は、病院薬剤師会として深く議論したことがないので個人的見解だとして、以下のように答えた。

- 病状が安定している慢性疾患の患者に対しては長期処方は通院の負担軽減になる。現在のルールで動き始めて外来の混雑はかなり緩和され、勤務医の負担軽減にもなっている。処方医の判断に基づいて長期処方が可能になっているので、このルール自体には余り問題はない。
- 残薬と重複受診の問題は、処方が長期であってもこまめに患者の容態を見られるように主治医機能の評価の充実、かかりつけ薬局機能の強化などのサポート体制等をとることで解消できる。
- 長期投薬情報提供が十分活用されていない点は問題であるが、かかりつけ薬局の機能強化に

よってかなり解消できるので病院薬剤師会としてもサポートしていく。患者に対する啓発活動も行わなければならない。

- ・新薬だけでなく、医薬品は初めて使う患者にとっては安全なものではないので、最初から長期処方というのには慎重であるべきだが、長期処方のメリットはかなりある。

相澤副会長は、残薬があるから長期投与が悪いという理由で処方日数を短くすることが主張されているが、再来が増えれば開業医の収入が増えるという全く別の論理が働いているので、我々としては残薬が出ないように管理する義務はもともと薬局にあるということを主張すべきであると述べた。

齊藤参与は、今の外来診療が30年ぐらい前と比べて非常にやりやすくなったのは、多くの薬が長期投与できるようになったからである。新薬の場合には2週間で来てもらうことも重要であるが、それ以外は現場の臨床を重んじて処方日数を判断すればよいと述べた。

北田参与は、このデータは現在のやり方で出てきている残薬のものであるが、今の制度になる前はどうかのデータがないので、過去と比べて増えたかどうかはわからないと述べた。

万代常任理事は、長期投与してはいけない薬、新薬、その他の薬と仕分けして管理し、薬局の役目もきちんとさせてゆけばよい。政府が進めてきた医薬分業をチーム医療の観点からしっかり行うことによって患者のコンプライアンスがよくなり、日本の医療費が安くなることにもつながると主張をしていくべきであると述べた。

中島常任理事は、長期処方の問題と残薬の問題は全く別の問題であり、2週間処方にしてしまえというのは日医の考えである。それには金銭的なことが関与していることをはっきり暴露したほうがよいと述べた。

宮崎常任理事は、残薬はほとんど処方期間とは関係がなく、患者がそれをドクターに言えるかどうかの問題である。医師と患者との権威格差の問題のほうがはるかに大きいと述べた。

中島常任理事は、患者が飲まなかった薬を持ってきたらその分は返金して処方も抹消するなら意味があると述べた。

万代常任理事は、これはマイナンバーの議論とも関係してくる。医療マイナンバーは入れたほうがよいと述べた。

大道副会長は、医療マイナンバーは今年、来年のスパンではないにせよ、もう少し先にはできる。現状でできるのは「おくすり手帳」をきちんと適用することだが、それができていないのは問題である。残薬問題は最近始まったことではなく三、四十年前からあったことであると述べた。

堺会長は、万代常任理事には思う存分活躍してほしい。先ほど平成28年度診療報酬改定がどうのこうのという話があったが、厚労省の課長はある程度そういう道筋を考えているのかと尋ねた。

万代常任理事は、彼らは一度どこかへ出てもやがて本流に戻ってきたいので実績をつくらなければならない。だから相当なプレッシャーで7対1を減らす方向で考えていることは間違いない。その方策として平均在院日数と看護必要度の基準を厳しくすれば簡単にシミュレーションできる。その際に、それがあつて程度ファジーでこちらが対応できるような形でなければ日本の医療は壊れてしまうと答えた。

相澤副会長は、今度7対1になった病院それをやめた病院の診療データを比較する必要性がある。真面目に努力している病院、そうでない病院の診療内容の実態がはっきり見えてくるような調査が必要であると述べた。

万代常任理事は、入院医療の評価分科会の調査結果が出たときにそれを外すような議論になってはいけないと述べた。

相澤副会長は、7対1を新たにとつた病院がほとんど心電図のモニターの項目でとつていた

らそれはおかしい。医療の内容を見る方法論はないだろうかと尋ねた。

万代常任理事は、そのデータが中医協に出る前に我々の主張を伝えておかなければいけないと答えた。

成川支部長は、地域医療構想策定に関して日医が主体性をとるという話が出ているが、県医師会の理事のレベルでの理解も余り進んでいない。本当にそれを医師会がとるのがいいのかと尋ねた。

堺会長は、彼らは当事者ではないので、全部仕切ってもらうということではない。日医が理事を2人出すのであればその中の1人は必ず病院の理事とすること等の調整が必要である。医師会を排除するのではなく、医師会と一緒にやるということであると答えた。

4. その他

堺会長は、一般病棟入院基本料を病院単位にすべきか病棟単位にすべきかのシミュレーションは難しいので、それも含めてアンケート調査を実施したいと述べた。

中島常任理事は、そのときには精神科のことも念頭に置いてほしい。精神科には7対1はもともなく、10対1まではとれるが、40日以内の平均在院日数は単科の病院では無理なので、疾患特異性をきちんと考えた診療報酬体系をつくってほしいと述べた。

以上で閉会となった。