

日時 平成28年1月8日(金) 13:00~16:45

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 孝雄、梶原 優、大道 道大 (各副会長)

中村 博彦、宮崎 瑞穂、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、中 佳一、

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、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

野口 正人 (オブザーバ)

山本 修三 (名誉会長)

大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭 (各顧問)

高久 史麿、北田 光一、邊見 公雄、池上 直己、権丈 善一、齊藤 壽一、

富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、有賀 徹、望月 泉、大道 久、松本 純夫 (各委員長)

後藤 敏和、堀江 孝至、原澤 茂、三浦 將司、井上 憲昭、毛利 博、松本 隆利、

細木 秀美、副島 秀久 (各支部長)

永易 卓 (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49名の出席

堺会長から挨拶の後、議事録署名人を選出し、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

平成27年12月16日~平成28年1月5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2件〕

①その他法人・一般社団法人巨樹の会 八千代リハビリテーション病院 (会員名: 鶴崎直邦代表理事)

②市町村・西知多医療厚生組合 公立西知多総合病院 (会員名: 浅野昌彦院長)

〔正会員の入会2件〕

①市町村・西知多医療厚生組合 知多市民病院 (会員名: 浅野昌彦院長)

②市町村・西知多医療厚生組合 東海市民病院 (会員名: 千木良晴ひこ院長)

〔賛助会員の入会1件〕

①D会員・泉 晃

平成28年1月8日現在 正会員 2,445会員

特別会員 193会員

賛助会員 254会員 (A会員101、B会員120、C会員3、D会員30)

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・協賛等依頼2件)

- ①一般社団法人日本生体医工学会／第22回第1種ME技術実力検定試験および講習会の協賛
- ②山上の光賞組織委員会／「山上の光賞」プログラムの共催

3. 平成28年度事業計画（案）について

堺会長より以下の説明があり、承認した。

- ・大きな項目は平成27年度と同じだが、修正・加筆したところがある。
- ・1、見える化での情報収集・分析・共有化事業の推進は今までと同じだが、（5）はクラウド利用ではなくICT利用によるデータ共有の検討としている。
- ・2、一般社団法人としての基盤整備として、近い将来2,500会員を目指す。今般、新たに共同購入の支援を設けた。日本病院会が母数をまとめて交渉したい。薬、医療機器のほか電子媒体の雑誌を共同購入し出費を抑えたい。（3）に歳出予算の見直しを入れた。
- ・3、将来に向けた病院医療の推進では、（1）医療介護総合確保推進法への取組みに、地域包括ケアシステムの推進、地域包括ケア病棟と介護との連携を加えた。（2）は、消費税原則課税に対し二本立て構想を提唱し、消費税の抜本的解決と表題を変えた。消費税仕入税額控除への取組みが入る。（3）に平成28年度診療報酬改定の検証・支援を入れた。
- ・5、医療の質と安全の推進で、（1）医療の質・評価の推進では、QIプロジェクト事業を「強化」から「普及と拡大」とした。（5）として医療事故調査制度の適正な運用、特に医療事故調査制度支援団体としての取組みを挙げた。
- ・平成28年度学会等の予定では、日病学会は6月23・24日に岩手県で開催する。診療情報管理学会は10月12～14日に東京国際フォーラムで開催するが、WHO-FICとIFHIMAの国際大会の3つをあわせて行う予定だ。病院長・幹部セミナーは8月18・19日にイイノホールで、モダンホスピタルショーは7月13～15日にビッグサイトで、第57回日本人間ドック学会学術大会は7月28・29日に松本市で開催する。
- ・委員会活動のIV、診療報酬に関わる事項では、今まで行ってきた診療報酬改定影響度調査ワーキンググループを格上げし、新たに診療報酬・病院経営検討委員会を設置した。
- ・国際活動の国際病院連盟関係では、5月に香港でガバニングカウンスルがある。
- ・通信教育では、がん登録の全病院義務化を受け、新たに腫瘍学分類コースを始めた。

4. 災害医療対策委員会 特別委員の委嘱について

堺会長より以下の説明があり、承認した。

- ・富田博樹日本赤十字社事業局長に、災害医療対策委員会の特別委員を委嘱したい。
- ・日病の救急医療、災害医療に対する委員会の中で今、災害医療を国家として統合する提言をまとめている。東日本大震災の経験を踏まえ、東京オリンピックやサミットを視野に入ればテロ対策も欠かせない。災害医療が義務化されている日本赤十字社の立場を鑑み、現在の委員を一旦退いた上、特別委員として議論に参加し意見をもらえるよう委嘱したい。

〔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その他の報告があり、了承した。

（1）第8回雑誌編集委員会（12月22日）

報告は資料一読とした。

（2）第1回医療安全対策委員会（12月24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とアドバンストコースを行っているが、受講者アンケートでは高い評価を受けている。
- ・来年度の講習会は、医療事故調査制度やトリアージなどの重要ポイントを取り入れることが了承されている。アドバンストコースのほうは、内容を変更し「院内医療事故調査の進め方ー医療事故調査制度に対応した具体的手順ー」という新しい形にしたい。大学の医療安全に所属する弁護士を招いた講習会にする。
- ・福岡は集まりが悪いため、東京、名古屋、大阪の3回を予定している。

(3) 診療情報管理士通信教育

- ①第4回医師事務作業補助者コース小委員会（12月19日）
 - ②医師事務作業補助者コース研修会（12月19日・20日）
 - ③第4回診療情報管理士教育委員会（1月7日）
 - ④コーディング勉強会（12月19日～12月20日）
 - ⑤医療統計学勉強会（12月19日～12月20日）
- ①から⑤について、報告は資料一読とした。

(4) 日本診療情報管理学会 第1回業務指針・記載指針改定小委員会（12月18日）

大道委員長より、以下の報告があった。

- ・倫理委員会報告等々の確認の後に、診療録記載指針の改定案について議論した。
- ・電子カルテ等の記載の方向性について問題意識が関係者間で高まっており、改定の議論を進め取りまとめたい。次回は3月に開催予定だ。

(5) 中小病院委員会アンケート調査報告

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・第65回日本病院会学会シンポジウムで骨子は発表した。医療供給体制、診療報酬、医療法人制度、規制緩和、新たな財政支援制度（基金）、ヘルスケアリート等、中小病院にかかわりの深い事項を「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」というタイトルで調査した。日病の1,197施設のうち回答数は342施設、28.6%だった。
 - ・開設者は公的20.9%、私的が79.1%。病床規模は150～199床が多いが、小さいところは答えがもらえない。種別は一般病院が50.3%、ケアミックスが39.4%。一般病院の入院基本料算定は10対1が48%、7対1は23.5%。DPCは準備も含めると30%だが、対象外が71.8%で問題かと思う。救急体制は二次救急医療を62.6%が抱えているが、返上したい病院が出ているのが実態だろう。臨床研修指定はないが、協力病院は29.1%だった。
 - ・医療供給体制について、今後の機能分化は、地域医療ビジョンを参考に自院の地域のポジショニングを再検討するが44.1%。今後最も充実を図る分野は、医療、介護、高齢者住居との地域連携体制が66.8%で、病院を核とした地域での頑張りが見える。リハビリ57.4%、在宅医療49.4%、地域の保健予防活動、健診・検診46.5%と続く。公私別で見ても同傾向だ。
 - ・医療法人制度について、事業範囲については現状維持が大勢。地域医療連携推進法人制度について、関心があり積極的に取り入れたいが12.6%、少し関心がある程度が62.6%だ。
 - ・新たな財政支援制度（基金）で今後利用を考えているのは、地域医療構想に向けた医療機関の施設や設備の整備に関する事業が50.3%、医療従事者の確保に関する事業が48.8%だ。
 - ・ヘルスケアリートについては、少し関心がある程度が51.2%だった。
 - ・全体的には、中小病院は地域のさまざまな医療ニーズに対応している実態がうかがえ、地域包括ケアシステムの中での役割の重要さが示されている。経営には地域医療構想の影響が非常に大きい。今後もっと評価してほしい領域は、人員配置だ。いいサービスをしようと人手を集めれば経営を圧迫するジレンマに陥って非常に厳しくなってくる。
- 万代常任理事は、診療報酬改定で次から10対1はデータ提出が要件化される。調査では中小

病院は10対1が多くDPC対象病院が少ない。データ提出体制が整いにくい病院について、日病として支援が要るのではないかと述べた。

堺会長は、後ほど報告するので議論してもらいたいが、日病で中小病院経営支援事業を考えている。多くの出来高病院があり、厚労省もそのデータを把握していない。日病でそこに手を入れてデータを拾い上げ、政策提言や意見提言をしていきたいと考えていると述べた。

中常任理事は、科の分類、専門特化とか中小病院でも内容は違うと思う。そのあたりのサブ分析はないのかと尋ねた。

土井常任理事は、専門病院や慢性期とさまざまあるが、そこまではできていないと答えた。

大道副会長は、日病の中で一番欠落しているのは中小の出来高病院のデータだ。それを何とか集めたい。これからいろいろ民間の出来高病院に協力願いたいと述べた。

2. 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115回薬価専門部会 (12月25日)

- ・平成28年度薬価制度改革の骨子について、診療報酬改定に関係する部分について報告する。
- ・新規後発医薬品は先発品の100分の50を乗じた額の算定になり、10ポイント下がる。
- ・長期収載品で後発への切りかえが十分でないものは特例的な引下げをすることが決まっているが、現在の20%未満を30%未満等にして薬価の切下げを強くする。
- ・従来、予想売上げの2倍かつ150億円を超えたものは切り下げられていたが、販売額が大きいもの、薬価がかなり高いものは特例的に対象とし、2段階に分けて市場拡大再算定をする。

(2) 第321回総会 (12月25日)

- ・保険医療材料制度改革の骨子も薬価とほぼ同じで、価格を抑える方向だ。新規の機能区分に係る事項で価格調整はこれまで1.5倍だったが、外国価格の相加平均の1.3倍を上回る場合には1.3倍の価格とするとなった。既存の機能区分に係る事項では、高いものを外し外国の相加平均をとって比べ、日本の診療材料が高ければそれに合わせて下げる形に決まっている。
- ・診療報酬改定に係る各号委員の意見表明があり、1号の支払い側の意見としてマイナス改定が必要という論調だが、効率的で質の高い医療提供体制の構築と医療費の適正化を図っていくというよいところどりの主張がされている。①7対1入院基本料は、重症度、医療・看護必要度について、また平均在院日数要件についても見直せ。②病棟群単位は、期限を区切った例外的な措置として明確に位置づけるべき。③DPC制度は維持せよ、アップコーディングは防止の仕組みの検討をしろ。④外来医療の機能分化では、中小病院、診療所での主治医機能の強化における受診行動・服薬数の適正化を図った上、病診連携をさらに推進すべき。⑤医師が指示した場合、薬局で分割調剤が可能となるよう見直すべき。⑥調剤報酬は、かかりつけ薬剤師が医師と連携して服薬状況を把握する業務を評価した報酬体系とすべきと。連携で残薬や重複投与をなくす仕組みはいいことかと思う。⑦リハビリでは、医療機関ごとの実績に着目した評価体系へ転換すべき。⑧維持期のリハビリは延長はしないと主張された。最後に、国民皆保険の堅持と質の向上はぜひ進めるべきという意見だった。
- ・2号側は、社会保障審議会の改定方針に基づき地域包括ケアシステム推進を先頭にうたっている。①あるべき医療提供体制コスト等の適切な反映、大病院、中小病院、診療所それぞれのレベルで果たすべき機能ができるようにしてほしい。②救急医療に対しての十分な評価と、中小病院、診療所を初めとしたかかりつけ医機能に対する手厚い評価の要望が並ぶ。③初・再診料に、同一医療機関における同一日複数科受診の評価を入れよ。④投薬では、日医は7種類以上の内服薬処方時の減算を撤廃してほしいとの従来の主張で、⑤処方日数の適正化では、90日以上等の超長期処方を行う場合、必要理由の記載を義務づけることとしている。

- ・診療報酬改定では、診療報酬本体はプラス0.49%だが、薬価の切下げが1.22%、材料価格が0.11%、さらに市場拡大再算定による薬価見直し0.19%を含めたマイナス改定で、差引きマイナス1.03%になる。さらに、高額医薬品の特例の市場拡大再算定がマイナス0.28%、新規収載の後発医薬品の価格の引下げが0.6から0.5、長期収載品の特例的引下げ、入院医療で食事提供される経腸栄養製品に係る入院時食事療養費等の適正化、湿布等の見直し、歯科材料の見直し等を全部合わせると0.41のマイナスになり、従来の計算方法のマイナスを足すとマイナス1.44%になるというのが正確な把握かと考える。
- ・社会保障費6,700億円の自然増が夏に概算要求されたが、5,000億円に圧縮するため差額の1,700億円を今述べた細かいところで捻出した上に、上の0.49%の500億円を加えた2,200億円がこの全部のマイナスから出たと捉えている。

3. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第10回医療保険・診療報酬委員会（1月7日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度が問題になった。
- ・見直しの考え方で、A項目、B項目にM項目がつけ加わった。重症度のA項目は、無菌治療室での治療で2点、救急車で来た当日と翌日までは重症者で2点加わる。M項目は各種の手術で、②に骨の観血的手術が入ったが、④のその他の全身麻酔の手術のその他をどこまで含めるか等が曖昧だ。外科系に重きが置かれた形なので、内科から強い要望が出た。
- ・医療課のシミュレーションでは該当患者割合が何%かで大幅に違う。医療課は25%を譲らない感触で、満たさない病院が43%程度ある想定になる。大きな影響が出ないように、内科系の諸措置について対応を盛り込むほか、④を膨らませる形で通知してもらうよう要望している。
- ・救急車を多く引き受けている病院は、要件が新要件に変わったとき該当患者割合が10%以上伸びるデータもある。病棟群単位も重症度をより厳格化して改定された場合、現場が混乱しそうだ。逆に重症度が緩くなれば、病棟群単位は経過措置として譲る対応も考えられる。

堺会長は、厚労省は7対1の病床数を削りたいのが大命題で、25%を20%に減らして今の7対1を救済しようとの考えは全くない気がするがどうかと尋ねた。

万代常任理事は、全然ない。前回の26改定のシミュレーションでは9万6,000床と出た。今1万1,000床しか減っておらず、あと8万5,000床減の想定かと思う。これを1回の改定でやるか、次の改定でさらにやるかの覚悟だと思うと答えた。

石井監事は、診療報酬改定は全体集計で差引きマイナス1.44と出てきそうだが、平成26年4月改定は消費税を入れないとマイナス1.26なので、改定率の厳しいマイナス改定になる。さらに7対1は厳格化すると。平成22年4月改定時は、急性期医療崩壊を避けて急性期に対し差引き三千数百億円を見直し配分が見えるようにしてあった。今回は0.49の総体の中でプラスに振れる部分とマイナスの部分の説明がこれからなされるのかと尋ねた。

万代常任理事は、もうこれ以上はなされないとと思う。これは日医のための表示で、プラス4.9から1.33引けば0.86で、それぐらいの改定率で防止できたならよかったと言いたいためという上の数字で、下にいろいろ隠れているが明らかにされないという見方があると答えた。

石井監事は、政府はお金のインプットとその成果を示すアウトプットの双方の見える化を目指して経済財政アクションプログラムをつくったと表明した。その80の改革検討項目のうち44は社会保障で、ほとんど医療・介護だ。その中にそれを明示しないのは国民に対して極めて説明不足だとの主張は、病院団体や医師会はされないのかと尋ねた。

万代常任理事は、医師会はしないとと思う。日医は内部では全体の改定率は相当厳しいとの資

料は持っているが、表面的には上の数字までのところだ。あとは病院団体としてどうするか、検証のところでもやるか、0.49%を皆で頑張るとるかだと思つたと答えた。

4. 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) 第6回療養病床の在り方等に関する検討会（12月25日）

松本支部長より、以下の報告があった。

- ・7月から始まったが、最終的なまとめのため1月15日に最終回を開く。
- ・これから高齢者が増える中で療養病床をどうするか。地域ごとにより差が出てきた。介護療養病床を老健へ移行する前提で動いてきたが、その期限が平成30年3月末に来る。20対1病床が原則だが、特例で25対1も認めてきた。それも平成30年3月末に廃止される。
- ・どう対処するかで、以前に日病も3類型について選べる形を提案した。日慢協も出してきた。検討が進み、日医と四病協が一本化しないとまとまらないとなった。
- ・現行の20対1が基本の医療療養病床には、医療区分Ⅱ、Ⅲを中心としたものをそのまま残す。Ⅰの病床を施設等へ持っていく。その施設を、日病案の1つ、院内老健に近い形で医療内包型と医療外付け型に類型化の概念を転換して出していく方向でまとまった。
- ・内包型は、院内の空いた病床を施設に転換していく。外付け型は、有床診療所等がサ高住を同じ建物や隣接でつくり、医療サービスの提供を診療所から行う。前回会議には、医療内包型を2つの案に分けて出した。施設の中に当直者がいるか、オンコール体制で外から駆けつけるかの違いだ。厚労省から1月15日にやや詳しいまとめ案が出るだろうが、この形からまとまっていくのではないかと認識している。

堺会長は、数的なものは全く示されなかったのかと尋ねた。

松本支部長は、数については全くなく、概念だけ示された格好だ。地域差があるので、施設基準は次に地域ごとに出てくるかとも思う。施設になれば救済されるところもあるだろうが、点数が安く今のまま移行すると経営的に厳しい。6万3,000の介護療養病床と25対1の8万床が介護療養施設に移ると、32万床の4割ぐらいの病床が消えて施設が変わってしまう。病院側が対応を図る動きも発生し、医療で残るところも出てくるとは思うが、苦しい場面が予想される。どうするか議論しておかないといけないと述べた。

相澤副会長は、案が社保審に回ってきたとき、賛成していいか反対すべきかと意見を求めた。

松本支部長は、医療区分ⅡとⅢで約8割というのを下げるとか、医療療養病床の今の基準を変えると救済される部分が多い。残り約2割は区分Ⅰだが、採算割れが結構多い。高い薬を使うが合わないとか、精神科にかかれば病院が払う等、今のⅠのところはひどいコストだ。追い出されてしまう患者がかなり出てくるのではないかと。医療で残るところ、Ⅱ、Ⅲが一緒になった基準を何とかしてもらいたいし、Ⅰは今の厳し過ぎる点数を何とかしてほしいと思うと述べた。

細木支部長は、高知県もその話が出ている。高度急性期も急性期も全部多い。慢性期は5,000床を3,000床にと、県と医師会が協議している。今の入院患者を出さなければならなくなるとどこに行ってもいいかわからない。今の割合が例えば10%上がると随分違うと述べた。

松本支部長は、日病としてぜひ意見を言ってほしい。行きどころのない人が出るのも、病院として経営が成り立たなくなるのも困る。よろしく願いたいと述べた。

相澤副会長は、承知したと答えた。

中島常任理事は、療養病床のいろいろタイプを病院の中につくっておく必要があるのか。地域での施設にして、病院は往診で診ていく仕組みをつくれればいい。療養病床にこだわり過ぎるとマイナスになると思う。また、万代常任理事の説明にあった精神科医療のところは、医療側

の意見は本当に情けない、支払い側の意見のほうがはるかに真つ当だと述べた。

松本支部長は、特養や老健の不足地域はもともとつくりにくいからできていないのではないかという議論もある。それなら空いている病床を利用して施設に転換したらいいとの考えだ。中島常任理事の言うように、本来は外につくったほうがいい。しかし、現実問題としては地域になくて待ちが出ていたり、逆に空いている地域もある。理解いただきたいと述べた。

土井常任理事は、看護師主体でやるスキルドナーシングワードは動いているのかと尋ねた。

松本支部長は、病院の中につくる議論になっていて、外では既にそういう施設があつてやれないことはない。ただ、頭になるのが特定看護師で制限を受けている。それが増えてくれば、周囲に出てくるのではないか。今回出たのは院内にも認めるかとの話だと思うと答えた。

(2) 第9回医事法関係検討委員会 (12月28日)

大井顧問より、以下の報告があつた。

- ・ 昨年秋施行の医療事故調査制度のとき、医師法21条を見直そうとの附帯決議があり、その期限が2月末だった。自民党WGでは議論が進んでおり、日本医師会として意見をまとめようとなつて前回取りまとめたが、異見が出た。そこで会議に厚労省医政局の医療法担当の職員にも参加してもらつて、内容を決めた。
- ・ 取りまとめた案は「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児について、犯罪と関係のある異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と現在の医師法21条を変え、その後「ただし、医療法第6条の10に規定する医療事故の報告を行う場合には、この限りでない」と文言を入れたが、指摘は医師法の条文に法理の異なる医療法の条項を入れるのはおかしい、法文として筋違いだということだ。
- ・ 活発な議論の末、「検案」という言葉を入れ、「死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して」とし、医師法第33条の2(罰則)の中から第21条違反を削除すると決め、附帯事項を書き添えた。自民党のWGに提出し国会に出してもらおう。次回からは医療基本法に戻る。

木村委員長は、最初の部分を対象の異なる医療法で置き換えるのは確かに無理がある。医療法は医療者側に信頼を置き罰則規定もなく紳士協定の格好になっていて、置換えに議論が出てくるのだろう。医師法第21条で犯罪との関係を認めるときには届けろというのは、医療法と関係のないところでやっているのでもいいのではないか。また、犯罪と関係ある異状というのは、亡くなって24時間以内に届けなければいけないわけではない。1カ月たって異状だと認めたら、そのときになって警察に届ければよろしいということだと述べた。

(3) 第7回日本専門医機構理事会 (1月7日)

末永副会長より、以下の報告があつた。

- ・ 専門研修プログラムに一次審査と二次審査があり、一次審査は領域研修委員会がやるが、審査のポイントは、①専門性の保証、②施設群の構成と地域医療経験、③リサーチマインドの関与だ。その文言に「領域全体の専門医募集数は、過去3年間の領域全体の総専攻医数平均の120%にとどめることが全体の医療情勢の激変を防ぐことと考える」とある。今までだと専門医を別に受けなくてもいい人たちがいるが、全員が受けるとなると今までの数よりも増えることになる。そのことに関して質問や意見が出ていた。
- ・ 専門医が欠けたときの対応とか、医師が引き揚げられてプログラムに入れなかった場合には、機構として何かチャンネルがなければいけない等の話も出てきた。
- ・ 私は、専門医制度が始まると学科の数は多いほどいいとなってくるだろうが、いずれは専門医機構として患者数に合った適切な専門医数等も検討する機会が必要だと申し伝えた。
- ・ 以前、日病から、休止や中断が学会によりばらつきがあると質問を出した。今回、「専門研修の中断、延長」という資料が出て、短時間あるいは短期間の雇用については、「雇用時間の合計をもって研修期間の合計とする。その際、研修期間1年の定義は週32時間×4週×12

カ月で1,536時間とする」、あるいは「育児短時間勤務時間の場合には、1年の定義を週30時間×4週×12カ月で1,440時間とする」といった統一見解が出てきた。

- ・大学院とかの研修をしている場合に、「大学院の期間に関して研修期間として取り扱うことはできないが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院等に在籍し、臨床に従事しながら研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができる」と出た。1週間のうち半日外来をやるだけで臨床期間として認めていいのかとの意見が出て、この回答は出ていない。
- ・理事の専任規定について、規約委員会のまとめが出て了承された。理事の候補者については、設立時の社員及びそれに準ずる者から1名ずつ出ているが、準ずる者つまり四病協からは各2名、計8名となった。社員である学会からは、内科系、外科系各3名の6名。それと専門医育成に関係する団体からで、日本医療安全調査機構、医療研修推進財団という形。4番目の学識経験者からは7名以上9名以内で決まった。

5. 平成28年度予算案の概要について

福田事務局長より、以下の報告があった。

- ・厚労省の医政局、医療関係部門で、1,862億6,000万円という予算案だ。地域医療介護総合確保基金として医療分903.7億円、基金のほかに補助金で地域医療確保対策の推進で19.4億円、救急医療、周産期医療などの体制整備で190.5億円、医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化で76.4億円となる。
- ・基金の対象事業は、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業で、建物と物だ。それから、居宅等における医療の提供に関する事業、医療従事者の確保に関する事業として基金が積まれている。
- ・補助金の主な事項として、かかりつけ医の普及促進で2,100万円、専門医に関する新たな仕組みの構築に関する取組みとして1億9,000万円、特定行為の看護師の研修で4億1,000万円、医療事故調査制度の適正な運用で8億1,600万円、在宅医療・訪問看護にかかるハイレベル人材の養成で1,600万円、人生の最終段階における医療の体制整備で6,100万円だ。
- ・救急医療、周産期の補助金は従来ベースだ。
- ・診療報酬の中でIT化の要求もしていたが、IT化は基本的には補助金ということだ。医療分野のICT化の推進として、メニュー化予算の中でついている。情報基盤を整備する関係団体、医療情報連携ネットワークの構築としてICTの新規事業が盛り込まれている。
- ・後発医薬品の使用促進で1億3,400万円、医療の国際展開で6億1,300万円という予算だ。
- ・基金の関係で、地域医療介護総合確保基金の予算として平成27年度、28年度医療分で904億円ずつで、注目は平成27年度予算案の補正予算、介護分として1,561億円が積まれている。堺会長は、基金が904億円あるが、平成24年度の消化率が50%を割っている。半分予算が余ってどこかに入ってしまった。日病もどこにどの程度確保しているか把握していない。地域医療を推進するお金だ。県の中でのお金の流れはうやむやに決まってしまうので、会員病院はぜひ手を挙げてほしい。日本病院会は追跡調査したい。事務局に連絡願うと述べた。
- ・梶原副会長は、基金は単年度で国から来て県の予算とでやるが、現実に半分しか使っていないのも事実だ。地域医療構想を出して協議会をやって、自分の病院がどこを選ぶかはこれから決定していく。まだそういうものに関する補助金の申請がない。また、使わなかったお金は持ち越して、単年度にまたお金が入って全部でやっていく。実際、地域医療構想で申請が出るときには結構な基金になっているのではないか。出てくるのはこれからだと思うと述べた。
- ・相澤副会長は、ぜひ有効活用してほしいと述べた。

6. 平成28年度診療報酬改定説明会の開催について

福田事務局長より、以下の報告があった。

- ・改定説明会を今年度も開催する。公私病院連盟と日本病院会の共催で、平成28年3月15日に神戸国際展示場、3月16日にパシフィコ横浜で行う。
- ・診療報酬の点数表、早見表は日本病院共済会を通し15%引きで購入できる。ぜひ申し込まれたい。

7. 中小病院経営支援事業について

大道副会長は、中小病院のデータ把握は日病の中で欠けている。今後の政策に生かすとともに、今一番経営が厳しい中小病院の出来高病院を支援したい。日病独自ではマンパワーもノウハウも不足しており、DPCデータを中心に病院データをたくさん持つグローバルヘルスコンサルティングに協力いただく。渡辺幸子社長にプレゼンをしてもらおうと述べ、紹介した。

渡辺社長（グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン）より、以下の説明があった。

- ・日病の中小病院を支援する経営レポートとして、この数カ月でどういう分析が中小病院の経営に資するか考えてきた。出来高病院はレセプトデータが疾患単位の病名がしっかりついていない。非常に限定的な部分、インセンティブが曖昧な部分でどういう分析を提供できるか。
- ・当社は、DPC病院を中心にコンサルティングの支援をしており、手術室の改善やコスト削減もやっている。DPC分析ソフト「EVE」や「病院ダッシュボード」等を扱っている。
- ・今の日病の会員病院数は2,420、病床数が64万8,568だ。そのうちノンDPCの出来高病院は、300床未満1,115病院、200床未満1,000病院弱。会員の5割弱が300床の出来高病院だ。
- ・提供レポートとして、1、経営基本分析、2、診療状況分析、3、病床機能報告分析、4、加算（チーム医療）分析は提供したい。「臨時改定シミュレーション分析」も同様だ。5、レセチェック分析と6、材料購入価格ベンチマーク分析は、もし中小病院のほうで価値があるということになれば提供を考えている。
- ・経営基本分析は、中小病院でこれを毎月定例で出しているかどうか。非常に基本的な部分だ。入院総収入、症例数、平均在院日数、1日単価、手技単価等。病院全体また診療科別のものを時系列に自動的にレポートで毎月配信する。手間を省くわけで価値があると思う。
- ・自病院の分析は自病院でできるが、ベンチマークは同じ規模の病床単位でできる。例えば50床単位で入院収益が他の病院と比べて高いのか低いのか、自病院は一体どこにいるのかわかるようにしている。入院収益をトレンドで見ているだけでなく、小さな病院の中での位置づけがベンチマークになる。例えば、この200床未満の病院の外科の1日単価のベンチマークでうちの外科は元気だと言っているけれども、一体単価としてはどうなのかが見えてくる。
- ・ベンチマークでは、自病院と他病院の外科を比べたらどうなのかも意味をなしてくる。100床未満の外科の手術症例の1日単価で、病院をまたがってベンチマークできる。
- ・診療状況はレセプトの限界があって、疾患別に見ることができない。もし出来高病院がDPCデータを出すことができたらどうか。実は現在8,500のうち3,000病院がDPCデータを出している。うち1,700がDPCの実施病院と準備病院だから、あとの1,300病院は出来高病院だ。出来高病院でもDPCを出すことができれば疾患別に分析ができるだけでなく、いろいろな分析に使うことかできる。データがあるところはぜひ出してもらいたい。
- ・診療状況についてはこういう分析もできる。療養型を持っていたららの前提だが、例えば内科で療養で9,700万円の請求があった。出来高に換算すると1億1,700万円で、出来高のほうで点数が高かった。ということは、療養の割には医療資源を使い過ぎているということだ。出来高のほうが高い診療科は医療資源をコントロールする必要があることがわかる。
- ・分析は、地域包括ケア病棟でも同じことができる。地域包括になって1日当たりの点数が定額になったが、医療資源を使い過ぎてコントロールできていなければ、結局DPCのほうによ

かったとか出来高のほうがよかったことになる。こういう分析も可能だ。

- ・病床機能報告では、報告の義務が課されたがデータは毎月出すものではない。しかし、自動化でやっておいて9月や10月に提供すれば、そのまま厚労省に報告できる。
- ・加算は、DPC病院でも出来高病院でも全く同じインセンティブだ。医療の質を上げて医業収益を上げていく部分になる。分母がいつも全患者では意味がない。加算を取れるだろう患者を分母に持ってきて、何人取れているか、算定数は幾つかをレポートで提供する。例えば廃用症候群に対する肺血栓塞栓予防管理料をベンチマークして、同じ規模の他病院に比べて低ければ、自分たちはもっと医療の質も上げていかないといけないことになる。
- ・臨時改定シミュレーションは、AとBとある。Aは2月の速報で、主要改定項目に関して変わったら、同じやり方でやっていたらどれぐらいのインパクトになるのか。Bは4月に、全体でどれぐらい増減収するのか診療科別に見ていく。
- ・レセチェックは、査定を回避したいため、医業収益マイナスを防ぎたいことのために使える。
- ・材料購入価格ベンチマークは、どの病院も共通して持つ衛生材料や点滴の材料を自院が妥当な価格で買っているのか。横軸に年間の購入量、縦軸に値引率とすると、値引率が病院によって相当違う。購入量とも比例しない。卸が「先生のところが一番安い」と言っても絶対に信じちゃだめだ。これはもう保証する。価格のブラックボックスを打ち破るということ。
- ・中小病院は自院の病床機能をきちんと見きわめることがすごく重要になってくる。4区分の高度、一般急性期、回復期、慢性期で、例えば一般病床から地域包括ケアにそぐう病態の患者がどれぐらいいるかのシミュレーションも将来提供できれば有効かと考える。

大道副会長は、プレゼン内容を全て盛り込むことは考えていないが、できる範囲からとして、今月からモニター病院に使ってもらおう。3カ月ほど試してもらい意見集約して、平成28年度の早い時期にスタートしたい。ターゲットは中小の出来高病院だが、たくさん病院に参加してもらいたい。値段はまだ決めていないが導入しやすい金額で提供したいと述べた。

〔協議事項〕

1. 新年度の日本病院会の課題について

堺会長は、以下のように述べ、土井常任理事に意見を求めた。

- ・事業計画（案）の中で取り上げたうち、医療介護総合確保推進法への取り組みでの地域医療構想の推進、診療報酬改定が行われている中での診療報酬体系のあり方、病院職員の人材育成の中での専門医制度への取り組み、医療の質と安全の推進の中でQIプロジェクト、事故調等が平成28年度に日本病院会が重点的に取り組むべき課題ではないかと思う。
- ・地域医療構想の推進は、地域による温度差があり人口動態の違い等がある。先ほどの中小病院のアンケート調査で各病院が現状の機能を守っていく姿勢を見せているが、2025年に向けて地域や病院の適正化ができるのかどうか。
- ・診療報酬については、重症度、医療・看護必要度等も、なぜ7対1の病床があったのかの議論は置いておかれて、まず7対1を減らそうと中医協で無理筋の議論が進んでいる。
- ・事故調については、まさにこれからが正念場だ。
- ・専門医制度は大学や学会の横暴という話もあるが、そうではなく情報の見える化ができていないことでそう見えるところがある。専門医機構も5月に役員改選が行われる。日本病院会としてどのようなスタンスで臨むか。地域の基幹病院は懸念もあるだろう。
- ・まず地域医療構想の推進、アンケート調査での中小病院の姿勢から議論いただきたい。

土井常任理事は、アンケートはそうありたいということだと思う。実際は非常に動いていて、こういうこうとしてもそうはいかない激変・消滅の時代だ。自分を変えていかないとしようがな

い。自院も全部急性期だったが、それでは1病棟200床の部屋が空いてしまう。視点を変えて包括ケアで生きていくかと、そういう流れが自然に起こっていると思う。ただ、大病院までも包括ケアを入れて中小病院と競合していくのが懸念されると述べた。

堺会長は、それは地域医療支援病院の点数がどうなるかの議論につながってくると思う。大きい病院について、相澤副会長に意見を求めた。

相澤副会長は、以下のように述べた。

- ・大病院が1病棟だけ地域包括ケアにすることで非難を受けたので、新しい病棟の病院をつくったが、採算が合わないようだ。2つ考えるべきことがあると思う。
- ・1つは、今まで日本では急性期を過ぎたところまで病院で診て家に帰れる温かい医療をやってきた。経済情勢等でそれを変えろと突きつけられている。日本的医療を継続する仕組みの議論がないまま、7対1を減らせ、高度急性期等の病床は何床という議論になっている。あるべき姿は何かを政府にでなく、地域住民に提示し一緒に考えていくべきだ。
- ・もう1つは、地域包括ケアの考え方は介護から起こってきたが、在宅をどうやっていくかだけでなく、その人たちを入院させてうまく帰す流れをつくらないと、地域の高齢者は安心して暮らせない。その議論をしないまま形だけつくって押し込めようとしている。
- ・厚労省が高度急性期、急性期、回復期と区分の提案があったことに対し、我々も理論的に意見すべきだ。それが全然なしに、国民に理解してもらえない方向に行っている。これを平成28年度はやっておかないと日本の医療が間違った方向に行ってしまうと思う。

堺会長は、では日本病院会として何ができるか、何をすべきか。中小病院の経営支援の話を突き詰めていくと日病が提言できることがあるかと、大道副会長に意見を求めた。

大道副会長は、以下のように述べた。

- ・地域医療構想は2025年に対してのことで、各病院はまだ実感がない。独立行政法人福祉医療機構（WAM）のデータで、一般急性期病院が一番落ちた年は2007年だ。WAMの取引先だから建物や土地の現物の担保を持ついい病院だが、そこですら収支がゼロになった。なぜか。
- ・1年前の2006年に小泉内閣が過去最高のマイナス3.16改定をやった。その逃げ道として示されたのが7対1看護だった。その後、7対1看護整備に取り組んで我々の収支は上がってきた。10年後の今、その7対1がいけないと言われる。理屈に合わない。今から10年後、2025年の姿は想像できないのが現実ではないか。
- ・地域包括ケアシステムは、地域医療構想の先々で介護とリンクし、あるべき姿がそこにあらわれると想定されている。現実に大阪のエリアで自院の周り半径3キロに病院が274、診療所は4,000ある。居住人口が360~70万人だから1診療所当たり900人だ。それでは経営できないのに、どうして成り立っているのか。診療所ごとに特徴があり、病院とリンクを組んだりした紐状の連携が立体的にあって組み合わせられているからだ。都心部のこの医療機関の現状こそが地域包括ケアシステムで、ここに介護が乗っかってくると完成する。
- ・ただ、これは東京とか大阪のことで、地方都市とか都市から離れた場所はまた違う考えが出てくると思う。地域包括ケアシステムも地域医療構想も、各地域に合わせてカスタマイズされたものを考えないとうまくいかないのが現状だ。
- ・我々が中小病院のデータをたくさん集めることで、そうした提言を日病ができればいい。

堺会長は、副島支部長に、連携がうまくいっているモデルだとして意見を求めた。

副島支部長は、以下のように述べた。

- ・11医療圏ある熊本県では6プラン出されていた。熊本医療圏が75万人で他が全部4万人だ。20万人以下の医療圏で流出が20%以上、流入が20%以下を解消しようといういろいろ医療圏の組合せをやっているが、抜本的な改革にならない。
- ・熊本市を分割し50万規模にすると、医師の偏在はかなり薄まる。50万は流出入均衡する最小

単位で、あとはアクセシビリティとか考えながら将来的に整理を打ち出すようにする。

・現行の二次医療圏ごとに組み合わせて大きくしても、二次医療圏の規模が既におかしい。それを前提に施策やインフラ整備をしても数年後にはまた見直さざるを得ない。50万規模に整理しないと、将来的な制度設計の整合性がつかない。提言は知事にも私案として出した。

堺会長は、中村常任理事に意見を求めた。

中村常任理事は、北海道は地方中都市の人口減がかなり厳しく、病床が多過ぎることになる。公的な大きな病院3つも2つに減らし、小さいところは隣の医療圏におんぶするしかない。市町村合併が進んでおらず、二次医療圏は行政との兼ね合いがあって変えられない。誰も手を着けられないで推移している状況だと述べた。

堺会長は、地域医療連携推進法人で3つを2つにするのも方法ではないかと尋ねた。

中村常任理事は、どこかでモデルをつくらないとだめだ。日赤、国立病院機構、労災病院と全部違う。済生会とか私立病院もある。そういうところじゃないと答えた。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・先ほどの病棟の問題は、大規模病院が地域包括ケア病棟を持つと中小病院にかなり影響がある。今は我々は積極的に向かうべきではないかもしれない。この先、生き残りのためにそうなる病院もあると思う。その地域に必要なかどうかで考えなければいけない。
- ・実は2025年問題の先の2035年問題が言われている。さらに人口減で次の世代はもっと大変になる。病院団体は超長期的な見通しも持っていなければいけないのではないかと。今人口減になっているへき地とかがモデルになる。そこに医療をどう提供していくか。病院医療だけでなく、これからの診療所のあり方も含めて考えていく必要がある。
- ・では、2025年はどうするか。社会保障費が増えてこないから、1カ所だけがよくなるのではなく皆が平等に我慢する、その中で生き延びる方法を考えていかなければいけない。

松本委員長は、話を飛躍させるがとして以下のように述べた。

- ・内閣官房のIT分科会でヒアリングすると、北海道とか離島、医師不足のところは遠隔診療をやっている。IT機器で血圧や脈拍を測ったり、お腹の触診も皮膚の診断もソフトを介してネットで対応できる。主訴から鑑別診断までできるソフトもできてきている。
- ・日本病院会の会員施設が早目に取り入れていくと診療の形態がすごく変わってくる。今、遠隔診療は再診料の79点しかとれないが、そういうものを利用して患者が自分の家で判断し、病院に行くかどうか判断できるような世の中になってくる。そういうことも考えた将来構想委員会を日本病院会にもつくて、ネットが進歩したときのクリニック、中小病院のあり方を議論すると、あるべき姿が見えてくるのではないかと。

末永副会長は、そのようなとき、国民の意識が変わらないとどんな変え方をしても不満が残って病院に向けられる感じがする。医療費もこう削られたんだから、あるところは我慢しようとかどこかが言い、国民の意識を変える教育もしておかないともたなくなると述べた。

松本委員長は、IT分科会での議論で、高齢者などネットを使っていない人がアクセスしやすい入力装置はテレビだと。テレビにつないで普段使いしていけば、買い物も全部それでできる世の中になる。医療も買い物的一种だと考えればいいと述べた。

堺会長は、夢のある話だ。去年、国際病院連盟の会議で基調講演をしたのがカイザーパーマネットの理事長で、バーチャルクリニック構想を持ってやっている。ウェアラブルのIT機器をつかって心臓の検査をやったりしているので、非常に可能性があるとして述べた。

有賀委員長は、香川県でオーリーブナースといって、医者が行けない奥のほうに保健師やナースが行き、勉強した特定行為をして、それを都市部にいるドクターが受けてテレビ電話等で指示することをやっている。皆が我慢しなければという話も、こうして医療はやっていかなければいけないとわかるのも含めて、あなたが医療に参加してこうなっていくよと話をしていくこ

とで克服しなくてはいけないのではないか。じわじわと、ほらね、だからねという形でいけば、最後は松本委員長が言うところに飛んでいく感じだと述べた。

香川県の塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・香川県の市民病院分院にオリーブナースが2人いるが、全国で評価のほどは動いていない。在宅へ出かけて写真を撮り、褥瘡について対処を聞くくらいで、他も同様だ。
- ・日本病院会として、医師の地域偏在をどう解決していくかはぜひ事業計画に入れてもらいたい。11月に地域医療委員会でアンケート調査を行ったところ、52%が医師が5年前に比べ増えたと。その内訳は400床以上で増えたが、200床以下の病院では増えていない。政令指定都市や県庁所在地で増えて、郡部や町村の病院は増えていない。医師の地域偏在、診療科偏在は3年前と変わらず実態として変わっていない。これにどう対応していくか。
- ・医師の確保策では、大学医局から派遣が1位で、2位が個人的な人脈、3位が人材派遣会社に依存だ。前回の調査で人材派遣会社依存は十数%だったが50%になった。日本病院会の病院の2つに1つは人材派遣会社に頼っている。地方自治体から派遣は8%で、前回調査と変わらない。国の医師の地域偏在是正の方策が全く機能していないということだ。
- ・都会の論理で日本の医療提供体制を議論するのも必要だが、医療資源の乏しい地域の医師不足、地域偏在をどうするかを日本病院会で考え、明確にして外へ出していく。これが田舎の日病会員の心の拠り所になればいい。それをお願いしたい。

堺会長は、現実的で厳しい指摘だ。この議論には時間が足りないので話題を変える。そんな医療提供体制にはインセンティブが必要だ。変えていくには診療報酬の中でどんな手当てをすればいいのか。7対1はまさに我々の経営努力で頑張ったのに、諸悪の根源だという。道筋に乗せるためにどうすればいいかとして、万代常任理事に意見を求めた。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・あり得べき姿として7対1を厚労省医療課も実は悪いと思っではない。ただ、財政の論理が厳しく、一定の成果を示そうと優先課題になっているのは、議論していて感じる。
- ・診療報酬はオールジャパンで画一的にやらなくてはならない。一つ一つの病名に値段をつけるのは今はできない。時々のは是正で配分する仕組みを変える形しかとれない。とことんではなく、ほどほどの診療報酬で何とか運営していく時代に入ってきていると思う。
- ・地域構想とも絡むが、今までとは違う形の医療提供体制にならざるを得ない。それには特に高度急性期など、機能分化と強化で集約せざるを得ない。それを一遍にやるのはうまくいかない。病院の建替えを機に地域で集約していくような対応でやることではないか。

堺会長は、中医協で難しいとするなら、今ある仕組みの中で抜本的なことを考えていくにはどこがいいのか。社保審の医療保険部会かと尋ねた。

万代常任理事は、役割分担としてはそうだと思うと答えた。

堺会長は、機能分化と診療報酬の関係について他に意見を求めた。

中井常任理事は、医療課でシミュレーションし、7対1を減らし諸基準を変えて節約される財源がどれほどか提示してもいいのではないか。その配分をきちっとすれば、全体としては病院団体としてもやっていく。7対1からの引き際に回すとかあり得るのではと述べた。

万代常任理事は、医療課は次の診療報酬改定の点数付けまでに細かな試算をしていて、これぐらい財源が浮くと考えているのは間違いはない。しかし、財務省は7対1が減った分は返せと言っている。診療報酬全体で幾らつけるかの中で7対1だけは特別と思うと述べた。

中井常任理事は、財務省で最終決定した今度の値上げの範囲で医療をしなさいということで、それ以上口を出さないようにする。そのために中医協があるのではないかと述べた。

万代常任理事は、昔はそうだったし、前回の改定のときも1号側も2号側も言ったが、やはり財政の論理が一番になってしまう、こちらはお金を持っていないからと述べた。

藤原監事は、地方に対する医者の派遣は、兵庫県では3～4年たつと地域枠で養成された医師が大量に出てくる。岐阜大学も地域枠を1学年で二十何名とって卒業してくる。6年か8年の就業義務があるので、何年かたつと一気に医者の数だけは揃うと述べた。

堺会長は、香川県の地域枠はどうかと尋ねた。

塩谷常任理事は、香川大学も12～13人持っているが、お金を払い義務を外すのが多くなると言われている。地域枠にすれば必ず地域に根づくというのは難しいと思うと述べた。

宮崎常任理事は、以下のように述べた。

- ・この議論には総論と各論があり、ここは本当は総論、日本としてそういうことをするべきところだが、各病院にしてみればまず自分の病院がある。
- ・7対1は、厚労省が当時は知恵を使って考えた。看護師の数だけ揃えばいい形にしてしまい、各病院は経営に有利だと必死に集めた。その結果、今度は多過ぎて減らすという。そのときに診療報酬で今の患者要件をつくっておけば、こんなに増えなかったんだろう。各病院は設備や人員を揃えてしまい、今さらすぐには切り分けられない。
- ・日本病院会に限らず他の団体も、厚労省がいろいろなことを出してきて、それに対してどう対応するかでしか考えられない。総論はわかっても現実にはなかなか移せない。例えば地域に3つある病院は2つで十分だとなっても、競争していつどこかが脱落するのを待つしかない。時間をかけてなるようにやっていくしかないのではないかと考えてしまう。
- ・医師の偏在も、若い人はポイント制で専門医を取るため地方で何年働いたら何ポイントとして派遣されるのは構わないと言っている。一方で憲法上の権利等があって強制できないが、やることは可能で偏在は多少改善できるかと考える。日病でそれができるかだ。
- ・患者の意識は変わると思う。地域医療支援病院ができたころ、自院で患者を地域に出すことを随分やって猛反発を食らったり不安がられたが、今は当たり前になっている。在院日数ももっと短くとか大病院志向も変わっている。時間がたつのを待つしかないかなと思う。

堺会長は、患者意識が変わって、病院の意識も変わってくる。変わるように仕向けていくことだ。10年が1年でも短くなれば努力する価値はあると思うと述べ、他に発言を求めた。

齊藤参与は、日本病院会の課題について以下のように述べた。

- ・10年間、いろいろな立場で日本の病院医療を見てきて3つほど大きなイベントがあった。1つ目は急性期病院へのDPCの導入だ。急性期とは何か随分議論もしたが、疾病のエピソードの周辺の適切な完結というコンセプトでDPCが始まった。地域の受け皿、退院後の医療の提供体制等と照らして、それが本来の役割を果たしているのか。
- ・2つ目は7対1の問題で、導入後、看護師の激しい争奪戦が始まり予想外の展開になった戸惑いを厚労省の担当官が吐露していた。日本の病院医療を助ける形で成長してきたのか。
- ・3つ目は、中医協への病院代表の出席が10年続いている。中医協への病院代表の出席の評価と、今後の役割あるいは提言、どういうアウトカムをもたらしているのか。これらを日本病院会で評価し提言して欲しい。この10年の病院医療をめぐる動きを統括する立場に立つ日本病院会の重要な仕事になるのではないかなと思う。

邊見参与は、以下のように述べた。

- ・医師の偏在で自治体病院が8%とは悔しい思いだ。地方圏では将来、医師が余るという意見も多くあるが、専門医制度ができてポイント制だったら地方に行くという若い医師は多い。
- ・県立中央病院や政令指定都市の市民病院の大きな自治体病院は地方の自治体病院を救うべき義務、ミッションがあると、今度の第2次公立病院改革プランに入れてもらっている。公立病院が民間病院と同じことをして繰入金をもらうのはもっての外というのが私の考えだ。
- ・兵庫県は日赤との合併や、民間病院による市民病院の吸収合併みたいな形もあり、循環器のない大きな病院が若者に人気のない単科の循環器病センターと一緒にするようなことも起こ

っている。2025年に合わせて何かするより、ゆっくりやっていったらおさまる形だ。

- ・「全世代」というNPOが立ち上がって、負の遺産を若い人たちに残さないようにと。地域医療をどうして守るか。前の地域医療対策室長が、大都市の大病院から地方病院に送ったら、送ったところに診療報酬の点数をつけたらどうかと。今の地域医療支援病院はほとんど支援しておらず、むしろ地域医療を食い物にしている。これではだめだと思う。

藤原監事は、兵庫県の自院では、うたい文句はマグネットホスピタルになろうと地方に人も出している。邊見参与の言うことに賛成で、内科系の基幹病院はそうしないとだめだと思う。そういう方針でやっていくのでよろしく願うと述べた。

中常任理事は、現在、地域包括医療ケア、圏域医療の形で全国レベルからリージョナルな形で投げ返しが行われている。病院団体に公私も規模もいろいろあるのは日本病院会だけだ。日本の医療に対しどんな考えを持っているのか、代議員以上、理事で県名も公私も明らかにして出して集約し、大会としての方針を具体的に出していくのが大事だと述べた。

土井常任理事は、岡山では、岡山大学学長の森田ビジョンがあって文科省から外れて単独の病院でやり、日赤、済生会、労災、国立医療センター、市民病院と岡山大学で1つのグループをつくってやると。うまくいけば大きな動きになって全国に広がっていくのではないか。そのとき私どもがどうすればいいか。特色を持って、ほかは知らないでは済まない覚悟でやっていくつもりだ。水面下のことで何か知っていたらと、中島常任理事に発言を求めた。

中島常任理事は、岡山の5つの総合病院は面従腹背で参加していたが梯子を外されてしまって、もう行くしかないみたいになっている。腹がどこまで括れているのか。それとつながる話だが、日病はシンクタンクの機能を整備しようとしている。整備に当たって、常任理事、理事、評議員の意見も聞く委員会構成をきちっとつくって、10年後、20年後のビジョンを出す。ビジョンがなかったら当面の診療報酬改定も対応できない。もっと大きな世界で経済も診療報酬も動いているから、そこを押さえた上での議論をやりたいと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・中医協だが、今は内閣府が大統領府で各省庁は全部出先機関。厚労省はまさにそうだ。改定率は内閣府が決めている、社保審の医療部会と保険部会でめり張りまでつけてから中医協に下ろされている。それなら中医協は内閣府に持っていけと私は前から主張している。

・2025年問題と言うが、その前に2018年に医療法と介護保険の同時改定と報酬の改定がある。そのときに社会保障制度改革の中にマイナンバーと保険者の整理と全部入ってきて、地域医療構想と地域包括の形は粗々でもできてしまう。そこから2025年までは、1960年代にできた社会保障制度はもたないので、後世にツケを残さないため新しい社会保障制度をつくらうとしていくことだ。その先に2035年がある。どこかで区切っていくといけない。

・東京オリンピックのとき、車が全部水素や電気になる。運転手も要らなくなる。交通機関のパラダイムシフトが起きる。医療でもITで全く新しい世界が来る可能性がある。患者が自分でチャートで調べていけば、何の病気かわかって、どこに行けばいいとわかって、病院、専門医が要るのか怪しくなる。医療の組織、感覚そのものにイノベーションが起きる。

・日本病院会には公、民入って大小入っている。医療における将来構想委員会というものをつくって、その中に作業部会をつくって、IT関係や、病院経営がこれからどう軟着陸していけばいいか、どういう機能を持っていくのか、将来技術革新が起きた中でどうやるかを水面下で研究しておかないと、後で会員から何をやっていたんだとなるのではないか。

・国会議員たちと会っていると、診療報酬で病院の経営はもう担保しないよと。TPPの絡みもあって、これからは公的混合医療にどうしてもなる。国が認める枠を広げるから、診療報酬外で収益を上げる工夫をして、自分たちの知恵で病院経営を担保する努力をしてくれと。かつて制限をしていたが、今は差額ベッドも有料老人ホームやサ高住をやってもオーケーとなった。

そこで収益を上げ全体適正でやってくれというのがもう既に起きている。

・米国の金融、保険会社が日本に来て現物給付の保険を売りたい。製薬会社もそうだ。それがTPPの本当のねらいで、そこを見込んだ上で、日本病院会はそういうことも含めた将来構想で病院が公も民も一緒に生き残れるかを今からやっておく必要があると。政治連盟の委員長をやってそれを非常に感じている。

堺会長は、具体的に日病としてやっていくべき提言は正副で煮詰めて提示したいと述べた。

以上で閉会となった。