

日 時 平成24年12月15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、高橋 正彦、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大（各副会長）

藤原 秀臣、木村 壯介、万代 恭嗣、中井 修、福井 次矢、武田 隆久、

生野 弘道、小川 嘉誉、塩谷 泰一、岡留健一郎、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）

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（代理：菊池令子）、松田 朗、桐野 高明、池上 直己、権丈 善一
（各参与）

前原 和平、原 義人、崎原 宏（各委員長）

中村 博彦、矢澤 良光、松本 隆利、成川 守彦、細木 秀美（各支部長）

野口 正人（オブザーバー）

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43名の出席

冒頭に堺常雄会長からの開会挨拶が行われ、議事録署名人に中井修常任理事及び生野弘道常任理事を選出した後、末永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。

〔正会員の退会3件〕

①奈良県・医療法人岡田会山の辺病院（会員名：岡田重憲理事長）

②兵庫県・医療法人財団パルモア病院（会員名：三宅潤理事長）

③北海道・小林病院（会員名：小林達男院長）

〔正会員の退会撤回1件〕

①愛知県・中日新聞社健康保険組合中日病院（慰留者：松本隆利愛知県支部長）

〔賛助会員の退会1件〕

①A会員・神奈川県・ワタキューセイモア株式会社神奈川営業所（代表者：栗山正憲所長）

平成24年12月15日現在、正会員 2,370会員

特別会員 226会員

賛助会員 244会員（A会員103、B会員107、C会員2、D会員32）

〔報告事項〕

1. 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った。

(1) 第8回雑誌編集委員会（11月27日）

- ・12月号は、第62回日本病院学会の招待講演を1題と、一般演題の中から選ばれた優秀・優良演題10題を掲載し、巻頭言は安藤文英常任理事に願います。
- ・1月号は、「新しい病院医療」をテーマとした新春座談会を掲載し、巻頭言は堺会長に願います。
- ・4月号から、新企画として、リレーインタビュー形式で支部がない県も含めて地域の状況を掲載したい。

(2) 第4回地域医療委員会（11月27日）

病院医療を妨げる制度の壁に関するアンケート調査の内容について議論した旨の報告があった。

(3) 第4回災害対策特別委員会（12月4日）

- ・ライオンズクラブ国際協会からの義援金約5億円分の支援として医療機器等を被災3県の方々にほぼ配布できた。国際協会はニーズがあればまだ支援できるので、被災3県の方々のご希望を伺いながら要望してほしいという話があった。
- ・被災3県からの状況報告があった。医療従事者の不足が依然として切実な問題としてある。
- ・日病にいただいた義援金がまだ5,000万円弱残っているので、さまざまな要望やニーズに迅速に的確に対応できるようにストックし、その都度用途を考えていくこととなった。
- ・今後、最低3カ月に1回は会議を開き、被災3県の先生方のご意見を伺いながら、今後の活動を継続していきたい。

(4) 第26回医療の安全確保推進委員会（11月29日）、日病協：第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG（12月4日）、四病協：第4回医療安全対策委員会（12月3日）

関連するこれら3会議について一括して以下の報告があった。

（第26回医療の安全確保推進委員会）

- ・外部の医療団体で進んでいることについて、四病協の神野委員長から示されたたたき台をもとに見解を確認した。日病の考え方をまとめて二次試案に持っていく。
- ・医療事故調査制度を巡る状況については、日病では、医療事故調査委員会として、院内、外部、中央という3段階で分けているが、ほかの団体も機能的にはそういう3段階に分けることで大体固まっている。まず院内で行い、その次に第三者を入れるが、医療事故の原因究明・再発防止は、医療者以外はできないので、まず外部委員会を医療側の第三者という形で行う。それを今度は中央委員会で、法曹界や有識者等の医療者以外の社会的第三者が判断し、議論の公平性・中立性を確保するという、3段階で行うことを明らかにしていく。
- ・中央委員会に全事例の報告が集中しないよう、軽症なもの等、事例により書類審査を行う。
- ・第三者機関に届ければ21条の適用から外れるという形を考えている。日本医療安全調査機構と日本医療機能評価機構の2つがこれに当たる。
- ・これらをまとめて第二次報告案を出した。「はじめに」のところで、チーム医療の中で起きる医療事故であるということや、高度・複雑化した医療の中での事故に対する対処の仕方も入れなければいけないということを記載した。また、基本となる原因究明・再発防止を趣旨とし、紛争解決は別組織に委ねること、前述の第三者の考え方を入れたこと、事故調査委員会のあり方として、全例報告をして再発防止に結びつけるということ、取り扱う医療事故の範囲はヒヤリ・ハットから死亡事例までを念頭に制度を設立する必要があると

いうこと、第三者機関は医師法21条との関係もあり、報告を受けたり、分析、収集を行うためにかなり大きな組織でないといけないこと等を盛り込んだ。

(日病協：第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG)

- ・いろいろな団体が集まっているので、論点がまだ十分に整理されていないところがある。
- ・医師法21条について、医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討会で厚労省から見解が示されたが、そうすると21条に関してはほとんどクリアしているという評価になる。ただ、その後最高裁の判例等があるので、まだ議論が続いている。

(四病協：第4回医療安全対策委員会)

- ・四病協としては、死亡事例だけでなく、重大な事故も含めて検討の対象とするという形で進んでいる。
- ・紛争や訴訟等は対象にしないとしたことに医法協が反発し、これについては一致せず、議論が続いている。日医・プロジェクト委員会から四病協の代表者選定の要請もあったが、意見が統一されていないため現時点では代表を送ることができない旨、日医に通知した。

以上の報告に対し、末永副会長は、展望としてどれぐらいでまとまったものができるかと質問した。木村常任理事は、死因究明二法が出て、警察側もまとまったこの段階で、医療側もきちんとまとめなければならぬという点では各団体一致しており、細部においては異なるものの、原因究明・再発防止のシステムをつくること、3段階でまとめていくこと、医師法21条が医療者側にとって変な形で使われないのであればいいのではないかということについては、大体一致している。なので、この機会にまとめ、次回以降にはきちんと二次報告を出したいと思っていると回答した。

岡留常任理事は医師法21条に関して、日本法医学会は最近はどういう考え方をしているのかと質問した。木村常任理事は、1994年に法医学会のガイドラインを出して以降、影響も与えたとし、時間もたつて状況も変わったが、正式には何も出ていないと回答した。

(5) 第28回医療制度委員会 (12月5日)

- ・2025年度の社保審の改革シナリオに関して、現状の急性期病院の状況を調査する方向で進めている。
- ・医療基本法について、前回の常任理事会でいただいた指摘を踏まえて修正した。具体的には、まず表題を「医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言」とした。また、主張する内容の順番を変えて少しソフトにした。それから、割り箸事件とか大野病院事件等、当事者は無罪でも名誉が傷つけられて回復しがたいので、実名報道は避けてほしいということで、新たに提言を書き加えた。

(6) 第3回病院経営の質推進委員会 (12月6日)

- ・診療報酬の影響度調査の最終報告がなされた。また、この調査は毎年行いたいとの意見が出た。
- ・病院中堅職員育成研修に、放射線部門と臨床検査部門からなる医療技術部門管理コースを新設する。

(7) 医療安全管理者養成講習会第3クール (12月7日、8日)

報告は資料一読とした。

(8) 第2回臨床研修委員会 (12月10日)

- ・9月から新しいプログラムに変更し、従来の座学中心から参加者主体のワークショップ形式に変えた。アンケートの結果、評価が非常に高かった。
- ・ホスピタルプラザの電子化システムとして、電子ボードやプロジェクターのデモがあった機器は非常にすばらしいが、慣れるのは大変だと思う。

(9) 診療情報管理士通信教育関連

①第3回診療情報管理士教育委員会(12月8日)

- ・24年度診療情報管理士の第6回の認定試験は平成25年2月10日に開催で、開催会場等も決定した。監督者説明会を1月18日に開催する。
- ・テキストの大幅改訂を行ったので、新旧対照表をつくり、ホームページに掲載する。

②全国一斉講師会(12月8日)

- ・今回はDPCコースの講師7名と医師事務作業補助者コース3名が出席し、出席者総数は74名となる。
- ・講演会や、厚生労働省からICD-11の動向について説明があり、各小委員会の報告、診療情報管理士通信教育に関する現況報告、グループディスカッションを行った。

③平成24年度前期スクーリング(8月16日～11月28日)

- ・7会場、48日間で、2万1,907名の参加を得た。

④コーディング勉強会(11月18日～12月1日)

- ・17教室、388人の参加を得た。平成24年度で総計は、154教室、2,806名となっている。
- ・6月16日から8月25日まで、41教室の開催を予定している。

⑤医療統計学勉強会(11月24日～12月1日)

- ・6教室、240人の参加を得た。平成24年度総計では、61教室、1,268名となっている。

(10) 日本診療情報管理学会関連

①第2回編集理事会(11月29日)

- ・今まで発刊された会誌を保存するためにPDFデータ化することを決議したが、会員に対する提供方法について協議した。

この報告に対し、万代常任理事は、J-STAGEも検討しているのかと質問した。大井顧問は、まだ最終決定していないが、J-STAGEが今のところ一番有力だと回答した。

②第1回IFHIMA国際大会の日本開催へ向けての誘致委員会(12月7日)

- ・平成28年に日本に誘致するため、申請書を提出した。
- ・来年5月12日にカナダのモントリオールで開かれる第17回IFHIMA大会で、プレゼンテーションを行う。

(11) 日本診療情報管理士会関連

①第3回理事会(12月4日)

- ・教育委員会の来年度の全国研修会を、札幌で7月13、14日の2日間行う。また、統計スキルアップ勉強会については講師の選定が難しく、日本病院会の通信教育委員会と調整して行うことになった。
- ・総務委員会の内規の改正を行った。
- ・渉外委員会から、チーム医療推進協議会に参画しているので、来年2月16日のシンポジウムに河村副会長がシンポジストとして出席し、「卒前教育の現状と課題」をテーマに発表を行う。
- ・事務局の担当者が2名体制になる。
- ・「診療情報管理士の実務のQ&A」の改訂版を出す。
- ・11月26日に国立病院機構のほうで、恐らく国立病院の歴史で初めての診療情報管理士対象の研修会を全国レベルで開催した。非常に盛り上がり、診療情報管理士のことも非常に宣伝できた。来年度も継続して研修を行う。

この報告に対し、桐野参与は、国立病院機構で協力できることは可能な限り協力すると述べた。

福島県病院協会の現況報告

- ・11月14日に復興推進委員会の現地調査が南相馬市の雲雀ヶ丘病院で行われたが、委員からは、「病院の窮状については全く知らなかった。発信をしない病院団体の怠慢だ」との意見が相次いだ。
- ・11月25日に、県外流出・退職看護職員2,000人との報道が出た。看護学校の県内内定率は約6割で、震災前と余り変わっていないが、数年後には看護師が952人不足するとの試算もあり、医師不足・看護師不足が大変深刻になっている。
- ・派遣システムの実情を調査したところ、福島県立医科大学寄附講座、災害支援講座から3病院に7名、福島県ドクターバンクから4病院に4名、福島県在籍派遣システムにより1病院に看護師1名、県から2名の派遣があった。
- ・福島県に支部を設立する。県下137病院中、日病の会員は36病院しかないので、会員の拡大を図っていききたい。
- ・宮城県では二次医療圏の広域化を図り、集約化しようとしたところ、大反対が起きた。福島県医療審議会でも、二次医療圏をなくすと、その二次医療圏の要望等はできなくなるのではないかとということもあり、変えないことにした。
- ・10月1日現在で、避難児童が3万968人いる。まだ1万6,970人が県外に避難しており、お母さんである看護師等、子どもについて出ている方がかなり多いのではないかと推測する。

2. 日病協について

下記会議の概要報告があった。

(1) 第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG（12月4日）

上記1. 各委員会等の開催報告について（4）に記載のとおり。

(2) 第88回診療報酬実務者会議（12月12日）

- ・現在の一般入院基本料が看護師数のみで決定されている状況が問題であるという認識は一致しており、医師、薬剤師、栄養管理士、リハビリテーション職、MSW、PSWなどの配置も入院料に含まれていくとの意見があった。
- ・医療必要度を入院基本料に反映するためには、医療必要度の数値化ができればいいのではないかとということで、検討することとなった。

3. 中医協について

(1) 薬価専門部会（第85回：11月28日、第86回：12月5日）

（第85回）

- ・関係業界からの意見聴取についてということで、長期収載品の薬価について、日本製薬団体連合会の内藤会長が主張を行った。我が国の医療用医薬品市場は世界でも秩序ある優れた市場を形成しているとの認識に立ち、後発と先発の薬価の差についてはぜひ認めてほしいということは一致しているが、長期収載品に係る新たなルールを認めるのであれば、新薬創出加算等の本格導入や特例引き下げの廃止も一緒にあわせて、コストについても考えながら決めてほしいという主張だった。

（第86回）

- ・第85回における業界の主張を受け、「長期収載品の薬価のあり方等について」ということで中間取りまとめ（案）が提出され、一応この方向で認めた。まず、後発・先発の薬価差については容認する。また、長期収載品の薬価について、後発への置き換えが進まないものは一定程度下げてはどうかという結論になった。ただ、どの程度下げるかについては、今後の議論となる。また、「新薬創出の加算の導入についても併せて議論する」との文言

が盛り込まれました。

(2) 第35回調査実施小委員会 (12月5日)

- ・第19回の医療経済実態調査の調査項目について議論した。
- ・調査項目の見直しとして、26年4月から消費税がアップする予定なので、それについて実態を調査して、参考資料にしてはどうかとの案が出た。ただ、経理方式が税抜きと税込みに分かれており、計算のしやすいほうについては調査に協力くださいという形にしたい。
- ・6月単月のみで行っている調査を通年にするのは合意しているが、通年になると不都合なものは6月の在庫だけで通年のデータにしてはどうかとの案が出た。

(3) 第234回総会 (11月28日)

- ・「医療機器の保険適用について(平成25年)」ということで、5種類のものが提示された。この中のエクспанサーバルーンカテーテルについて、7万9,000円という原価計算がやや高いということで、医薬品も含めて、どういう原価計算になっているか今後提示していただきたいと申し上げた。
- ・医療機関等の行う高額投資に係る消費税負担の状況把握に関する調査専門チームが、43医療機関のデータをもとに、どういうものを高額の消費税として医療機器について把握するかという予備調査を行った。その結果、1億以上のもので大体総額319億ということで、トータルの設備の固定資産台帳から統合した価額の大体半分を占め、さらに5,000万から1億程度のところでかなりの部分が高額ということで捕捉されると思われる。
- ・「今後実施する本調査の調査項目を特定するための議論」ということで、高額投資の考え方について整理した。1件当たりの取得価額で線引きするという考え方だと、比較的高額というイメージには合致するが、病院の規模により高額の定義は異なると思われるので、資産取得総額が個々の施設の社会保険診療報酬の収入に占める割合という相対的な額で線引きする考え方も入れている。
- ・調査用紙については、300床未満病院の方は金額によらずすべての機器について、300床以上は原則として500万以上の機器について記載するという文言をめぐって議論が分かれ、会長一任となった。

4. 四病協について

(1) 第8回総合部会 (11月28日)

- ・医師臨床研修制度の評価について、四病協として意見を統一したいので、医療制度委員会の中で詰めることとなった。
- ・卒後臨床研修評価機構の5周年記念事業があったが、日本病院会は特別会員になっており、12月1日現在で認定138病院中、日本病院会の会員病院が119病院となっている。まだ受審されていない病院はぜひ受けてほしい。

(2) 第7回日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (11月28日)

- ・報告は資料一読とした。

(3) 第4回医療安全対策委員会 (12月3日)

上記1. 各委員会等の開催報告について(4)に記載のとおり。

(4) 第9回医療保険・診療報酬委員会 (12月7日)

- ・ジョブカード制について、有期実習型訓練について、取り組んでいる。
- ・入院基本料について検討中ということで、猪口委員長がいろいろ話した。救急救命入院料、ICUの管理料、救急医療管理料で、救急、重篤な患者の定義がばらばらだということや、72時間問題で夜勤時間というのが、16時間の定義があいまいだということなどを話し合っ

た。

(5) 第4回医療制度委員会（12月13日）

一般病床の機能分化について検討しており、社会保障・税一体改革成案における医療提供体制に関する調査の原案作成を相澤副会長に依頼している旨の報告があった。

アンケートの重複を避けるなど、まず名簿の整理から始めたいと述べた。

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

下記会議の概要報告があった。

(1) 第13回専門医の在り方に関する検討会（11月29日）

報告は資料一読とした。

(2) 第17回被災者健康支援連絡協議会（12月11日）

- ・ 来年3月に震災から2年になるが、これまでの反省と今後の対応を議論した。
- ・ アンケート調査を行ったところ、発災直後から1～2週間は、情報はない、物は運べない、ガソリンはない、都道府県の災害本部も全く機能しないということで大混乱だったが、基本的には1カ月前後ぐらいではほぼ落ちついた。
- ・ 福島の復興の問題がまだ全く解決しない。関連死も福島が突出して多いが、まだこれからも増えると思われる。政治の決断のだらしなさでここまでひどいことになり、いまだに回復しない、内閣府や国権で全部やるべきだということを、日病としては主張している。
- ・ 福島は医師と看護師の問題がどうにもならない。子供を育てている看護師はどうしても怖がって県外へ出てしまう。
- ・ 福島の問題は真剣にオールジャパンで考えなければいけないということを感じた。

(3) 第2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13日）

後掲のその他の項にて議論。

6. 診療報酬改定影響度調査について

- ・ 有効回答数は807病院であった。
- ・ DPC/PDPSの改定、延べ患者数減の要因、前回及び前々回調査の動向、平成24年度診療報酬改定に対する意見・要望事項を調査事項に追加した。
- ・ 1病院あたりの診療収益の対前年比は、入院プラス外来は+0.6%、入院は+1%、外来は-0.37%だった。
- ・ 1人1日当たりの診療収入、単価の前年比は、入院は+2.46%、外来は+2.95%だった。
- ・ 延べ患者数の前年比は、全病院で入院が-1.43%、外来が-3.5%で、これが収益の抑制要因になっている。
- ・ 平成24年6月のDPC対象病院の医療機関別係数と病床数の関係を見ると、I群とII・III群では分布が異なるが、II群とIII群では医療機関別係数にはほとんど差が見られない。
- ・ DPC対象病院の医療機関群要件で、II群、III群における実績要件については、III群の平均値は診療密度と外保連の指数を除く4項目で基準値を上回っている。また、III群における基準値の達成割合と平均値でも外保連の指数で基準値を上回っているIII群病院は16.3%にとどまっている。
- ・ 診療密度について、1日当たり包括範囲内出来高平均点数（患者数補正後）のデータをとったところ、基準値2,438.63点を上回るIII群の病院は36.9%だった。
- ・ DPC対象病院の行為別点数について、全体の入院単価と入院料の部分と比較すると、I群、II群と大きく差はない。また、投薬料や画像診断料、手術料といったIII群の点数の高い部分の群は、I群、II群も上回る結果が出ている。

- ・患者延数の増減と平均在院日数の増減によって4群に分けて分析したところ、平均在院日数と患者数の両方とも減った群が一番割合が大きく、平均在院日数は20.8日から18.6日に短縮している。単価は3.94%アップしたが、結果として収益は-2%近い減収になっており、急性期病院がまだまだ厳しい状況にあることがうかがえる。患者数増の群は、当然、収益はアップし、患者数減の群は、減収になった。
- ・前々回、前回の調査病院の動向を見ると、平成22年と24年の診療報酬改定でともに有効回答とした病院は350病院と、4割以上に上り、今回の改定の調査とほぼ同様の結果が出ている。350病院が継続的に今後も評価していけるといふ、いい結果になっている。
- ・平成24年診療報酬改定に関する意見・要望事項をまとめた。入院料については、夜間の問題や72時間の規定の問題について、意見・要望が出た。DPCについては、Ⅱ群病院やⅢ群病院も含めて、計算過程、係数の評価が非常に不明瞭であるという意見が出た。
- ・DPC/PDPSの視点でまとめると、診療密度については、厚生労働省通知と病院計算点数では大きく上下に点数の差異が生じているため、7対1病院の入院基本料を10対1に変換したり、患者数補正を行うことが必要であり、各病院に正確な数値を求めることは困難である。今後の課題としたい。
- ・今回の改定では、Ⅱ群、Ⅲ群病院の医療機関別係数等には大きな差はなく、むしろⅢ群の係数の上位群はⅡ群を上回っていたが、次回平成30年の改定までにⅡ、Ⅲ群の間の差は徐々に明確になっていくことが予想される。

こういうデータを出したのは、多分、日本病院会が初めてで、Ⅱ群は90病院中45病院が日病の会員なので、かなり精密なデータだと思う。また、DPC対象病院の医療機関群要件のデータを見ると、1項目だけ満たしていない病院が33病院あることがわかる。そういう意味でも、これは非常に重要なデータだと思うと述べた。

7. QIプロジェクト 第1回フィードバック説明会及び意見交換会について

- ・94施設138名が参加し、フィードバック説明会及び意見交換会を行った。
- ・単なる分析の報告だけではなくて、半年間の数値が改善している函館五稜郭病院、聖マリア病院、立正佼成会附属佼成病院に、どういふことを行って改善しているか話をさせていただき、フロアとのディスカッションを行った。

8. IHF STRATEGY WORKSHOPについて

- ・国際病院連盟のあり方について、有利な点とウイークポイントなどについて、あらかじめ10カ国の正会員にアンケートを行い、今後どうするかディスカッションを行った。
- ・会費の関係もあって、正会員が減って準会員が増えている。会員数を増やすのであれば、何らかの病院の認定を行ってはどうかと提案したが、病院の質の評価はほかの団体が行っているのだから、IHFは手を出さないほうがよいという議論になった。
- ・今後は、現在までの国際活動を継続したり、機関紙を改善したり、独自のイベントを行おうという話になった。

9. 平成25年度事業計画(案)について

- ・見える化の推進では、会員施設への情報発信の推進、クラウド利用、ウェブ会議などを新たに進めていく。
- ・一般社団法人としての基盤整備では、プライバシーマークの取得、支部の拡大並びに活性化、都道府県病院協会への支援を新たに進めていく。
- ・病院医療の再生については、医療人の育成として、資格認定者の養成と病院実務者の研修

を、医療提供体制の見直しとして病院機能情報の報告・提供の具体的な方策を、それぞれ新たに進めていく。また、診療報酬体系のあり方として次期診療報酬改定への取り組み強化を行い、新たに消費税原則課税への取り組みも進めていく。

- ・医療の質と安全の取り組みでは、Q Iプロジェクトの推進を入れている。Q Iプロジェクトが行っていることを診療報酬上で考慮するなど、インセンティブをつけるためには、参加病院が多いほどいいので、できれば全会員病院がこれに参加してほしい。
- ・国際活動では、WHO国際統計分類協力センターの活動を実施したい。また、医療の国際化にも取り組み、医学部の学生や若手の医師、看護師などを日本に招聘して研修を行いたい。日看協などと協力しながら行っていきたい。
- ・災害対策活動や、国際モダンホスピタルショウも加えた。

安藤常任理事は、病院機能評価機構のバージョン6でQ Iプロジェクトの推進が調査項目に入ったことを把握しているかと質問した。堺会長は、正確には把握していないが、医療機能評価機構すら、例えば診療報酬上で何ら評価されていないので、いろいろ意見を述べていきたいと回答した。

また、安藤常任理事は、都道府県病院協会への支援は具体的にどういふことを行うのかと質問した。堺会長は、収支を横目で見ながらいろいろ検討していくと回答した。

10. 平成25年賀詞交歓会－新年の集い－について

日程や式次第、招待者数等の報告があった。

〔協議事項〕

1. 社会保障制度改革国民会議について

堺会長は、社会保障制度を考える場合に財源は看過できない問題なので、協議の初めに権丈参与に意見を求めた。

権丈参与は、以下のことを述べた。

社会保険診療を行うための仕入れ額に消費税率がかかったのが控除対象外消費税で、これは病院・診療所が負担するような形になるが、それを診療報酬で手当している、すなわち被保険者、事業主、地方、国が基本的に分散して負担しているというのが政府側の言い分である。しかし、今まで5%消費税が上がったが、改定に対して診療報酬が1.53%上乘せされている。診療報酬で対応している以外のところの損税があるというのが我々の実感であり、こういう政策には不信感がある。

診療報酬以外の方法としては、ゼロ税率にして財務省に背負わせることが考えられるが、財務省の財政状況から考えてあり得ない。また、課税にして患者の自己負担にすることは、広く患者を敵に回すことになり、政治家は苦手である。

私は、課税をして自己負担を下げる形で、最終的には高齢者は1割、高齢者以外は2割に下げるということをずっと言っている。ただし、高齢者の自己負担は1割堅持ではなく、将来的な下げ代を残しておくために2割に1回上げておき、2から1に下げることによって課税し、自己負担を下げることを同時にやる必要があると考える。

しかし、自己負担を下げるというのは、事業主、被保険者、地方、国に負担をかけるということである。被保険者として健保連がいるが、これは鉄のトライアングルと呼ばれているぐらい強い。ここと戦わなければならないが、そのためには、病院の医業健保をつくって健保連に入り、健保連の中で地位を確立する。そして、中医協に支払い側として顔を出し、医療費上げろと言うしか手はないと考える。そのとき保険料の負担は増えるが、肉を切らせて骨を断ち、

この鉄のトライアングルを解体するしか、長期的にはもう方法がない。社会保険料は上げてても財政再建には使えないので、医療費に回る見込みが高くなる。

では、どうやって上げるか。協会健保は8.2%、組合健保は単純平均で7.308%、所得が高く若い人が多くて保険料が低いところは3.12%の組合保険料で、この3.12%のところは山ほどある。みんな自分の保険のところがかかった医療費を頭割りで、その保険ごとに保険料を設定しているので、この部分を上げていく余地はいくらでもある。保険料率を平均的にならして上げていくという方法しかない。そのためにも、強い鉄のトライアングルを何とかして解体していく必要がある。

もう一つ、東洋経済に前回10月に文章を書いたが、9月の自民党総裁選の結果を見て、これは危ないと思っている。

人類の歴史上、デフレを金融政策で解決したことは一度もない。インフレターゲットは世界中やっているが、デフレで物価が落ちているときにお金を中央銀行が刷って物価を上昇させたことは、歴史上ない。2000年代にどんどん増やしたお金は、結局日本で使われず、海外に流れて、サブプライムローンの資金に使われたり、向こうでバブルを起こす資金源に使われたりしている。リーマンショック以降、アメリカでお金をぼんとベン・バーナンキが出したが、それもアメリカで使われず、中国や北アフリカに流れてインフレを起こしたりしている。

そこが一番危ないのが安倍さんである。安倍グループは、97年に消費税を上げたら税収が落ちた、2000年に日銀がゼロ金利の解除をやったらまた税収が落ちた、構造改革をやったら2000年代の初めに景気が高まったと、因果関係のように言うが、それは見せかけにすぎない。97年はその直後の金融クラッシュが、2000年はその前後のアメリカのネット・バブルの崩壊が、国の日本の税収に影響を与え、景気に影響を与えたものである。また、構造改革によって景気がよくなったのではなく、アメリカのバブルと中国の景気拡大が起こって日本の税収が外需依存で増えていったものである。

この国には1,000兆円の借金があるので、金利が1%上がると10兆円の金利が増える。それは消費税では4~5%に相当するので、金利が上がったときに4~5%の消費税が増えても公共サービスは一切増えない。だから、税収の増に伴う景気が回復していくことと同時並行した金利上昇が起こらないと、ちょっと怖いと思っている。

以上の発言に対し、梶原副会長は、30兆円ぐらいの需給ギャップがあって、日本は売ってもどんどん物価が下がり、企業の収益が下がり、人件費が下がる。では、具体的にこのデフレの価格低下、需給ギャップをどうしたら埋められるかと質問した。それに対し、権丈参与は、消費をする人数が減っていて、購買力も減っている中で、その人たちに購買力を持たせるには、賃金を増やすしかない。幾つかの企業はつぶれるだろうが、日本人を雇用するのであれば、日本人が日本人としての生活水準を享受できるだけの付加価値をつくる企業にこの国の中で生きてもらうしか方法がない。低賃金、非正規という形でどんどん展開していったら、当面その企業はよくても、そういう企業が集まったらどつぼにはまる。企業ばかり内部留保を抱えて自滅するのではなく、そっち側に余っているものをこっち側に譲れ、あるいは高所得者のところからこっち側にお金を譲れということをやっていくしか方法はないと回答した。

さらに、梶原副会長は、給料を増やしても、将来の社会保障が不安で預金だけに回ってしまうのではないかと質問した。それに対し、権丈参与は、お金を蓄えていくのは将来の不安があるからなので、これを解放しなければいけない。三面等価の原則があり、生産したものと分配したものと使われたものは一国経済の中で同じなので、消費を増やさないと持続可能性はないと回答した。

2. その他

堺会長は、第2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の報告を相澤副会長に求め、相澤副会長は以下の報告をした。

この検討会で決まっていることが2つある。一つは、病院の持つ機能を都道府県に報告するというので、基本的には病棟ごとに報告する。もう一つは、報告された内容を活用し、都道府県が医療計画をどうしていくかというのをつくっていくことである。

第2回検討会では、まず医療機能の具体的な内容についてということで、急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容について議論した。特に回復期を外した一般病床をどうするのかということで、大きな議論になった。

看護配置と平均在院日数を報告してもらえば機能がわかるのではないかということで議論されたが、それは違うと思う。また、7対1、10対1、それぞれ診療報酬である程度手当てをされる平均在院日数が決まっていて、7対1の看護をすれば平均在院日数が短くなるので、これは少し議論としてはおかしい。

各医療機関がどの医療機能を選択して報告するのかについては、私たち医療側は、自分たちが今提供している医療そのものを報告することによって、自然と急性期とか亜急性期とかという機能分担が起こってくると考えているが、厚生省はあくまでも先に急性期や亜急性期ありきで報告内容を決める方向に持っていきたいと思っているようだ。また、患者や健保の団体のほうからは、今、病院から示されているデータはわかりづらいので、もっとわかりやすい形で単純化して示してほしいという意見があった。この件についての議論は、結局まとまらなかった。

私は、医療資源投入量から見る急性期病院・急性期医療という研究をしている。全国582のDPCの病院で、手術料と薬剤費と入院基本料を外し、毎日の出来高の点数を足してみると、1日目にどんとお金が使われて、2日目、3日目、4日目とずっと減ってくるが、そのカーブが急に平行線に近くなったり、急にカーブがきつくなるところがある。急性期で検査や画像の診断とか、あるいは治療を始めて様子を見た時期と、ある程度落ちついてきた時期と、ほとんど投入資源量が変わらないところとに分かれてくることのでわかるので、その病院がどういう医療を投入しているかをこういう方法で見られないかということをご提案してきた。

ただ、委員の松田先生は、いろいろな報告制度をつくるよりは、今あるレセプトのデータを利用するほうが、病院に負担をかけずにその病院の実態がわかるとおっしゃっていて、各都道府県の衛生局にプレゼンをしているという。

一般病床にはさまざまな特定入院料のベッドが含まれているが、回復期と障害者病棟と特殊疾患病棟は外せるのではないか。また、産科病棟は一般病床から外したらいいのではないかとの意見があった。

それから、地域一般病床について活発な議論が出た。すなわち、軽い急性期から回復期くらいにわたる患者を同じ病棟で見るというのを1つの病棟の種別として考えたらどうかということで、僻地や離島のみならず、都会でも中小病院などで必要ではないかということで議論したが、結論は出なかった。

また、今は一般病棟だけの報告を求めているが、慢性期病床、療養病床も報告を求めたらどうかとの意見があり、今後検討していくこととなった。

以上の報告に対し、小川常任理事は、機能分化は皆さん賛成でも、その基準についてはいろいろな意見が出てくるので、ラフなものでもいいと思う。最初からどういうものを地域一般病棟にするかというのは難しいので、ラフな基準によって分類し、その分類から外れるその他のものを、後から地域一般病棟という概念をつくってもよいのではないかと述べた。

権丈参与は、今度一体改革の中で5%消費税を上げたが、そのうち1%を少子化・子育て対策と年金と医療の3つに回していくことは決まっている。少子化・子育て対策と年金は使う先の法律はあるが、残りの医療に回すお金の使途はまだ法律で決まっていない。公的な病院でほとんど整備されているところは、供給側をニーズ側に合わせていくが、日本はそこがなかなか思う方向に動かない。医療法で暴力的に規制をかけるわけにもいかないの、そのこのところを何か考えていただきたいと述べた。

小川常任理事は、そういう意味でも、ラフな形でもいいからスタートすべきで、余り厳格にしないで動きを示すことが大事だと述べた。

安藤常任理事は、計画どおりにいかないのは、民間病院の大多数の医療法人が私有財産権を主張するからだと思う。四病協で五千数百の医療法人を対象に調査したが、6割以上が現状のままがいいと言っている。これをどうするか、答えがないと述べた。

権丈参与は、相似形に医療を拡大して国民の負担増を求めるといのは賛同を得られないので、医療の中を、供給側のほうを少し変えていかないといけない。それで青写真を出したが、まだ何も動いていないと述べた。

安藤常任理事は、レセプトデータがナショナルデータベースに匹敵するぐらいの価値があって、それは既に動いているという話を松田先生がしていたが、そうなのかと質問した。それに対し、相澤副会長は、松田先生のところは入院して何日目にどれだけ医療資源を投与しているというのが全部わかるレセプトに変わった。それで入院状況のデータを全部出していったので、それをもとに県の衛生部には医療計画をつくるように指導したと回答した。

安藤常任理事は、この事実は案外知られていないのではないかと。こうしたデータがあれば厚労省のアンケート調査の多くは必要ないと思うが、法的に出せないような制度の壁があるのかと質問した。それに対し、堺会長は、一応個人情報ということになっている。地方厚生局はいろいろなデータを持っているので、本当はそれを開示してくれればよいが、もし開示しないのであれば会員病院に同じデータを送っていただくことは考えていると述べた。

大道副会長は、今のレセプトデータには住所地まで入っているので、エリアによっては名前を消しても個人を特定できる可能性は高いが、レセプトも個人的な情報は全部病院に残したまま、出力データだけのマスとして我々にはいただくので、個人情報保護に関しては完全にクリアしているものと思うと述べた。

万代常任理事は、地域一般病床という形がいいかどうかは別だが、地域一般病床的な考え方は都会でも必要な場合がある。急性期病院の中でも一定程度、亜急性期なり慢性期なりを当面は抱えていく必要があると個人的には考えている。今後、団塊の世代である程度一定程度の医療がニーズが発生するので、2025年を過ぎて病床の過剰が起こってきたときに病院を再編するというスケジュール感だと思っている。1つの病棟で慢性期の人も急性期の人もいるので、病院自体の切り分けで報告していくほうが現実的だと思うと述べた。

岡留常任理事もこの発言に同意し、自分の病院も混在している状態で、機能別にはそういう再編をしないといけない時期が来るといのが実感だと述べた。

石井監事は、もう既に医療機能情報提供制度は全国にあって、各都道府県の県のウェブサイトには手術件数、在院日数、病床稼働数等々の情報が既に全部出ている。この情報を地域住民や患者に使いやすいように、ソート・検索機能やベンチマーク機能を持たせる方向にいくのかと質問した。それに対し、相澤副会長は、患者や住民にわかりやすく病床機能をどう知らせるかということに関しては病院団体の中で温度差があり、どこに落ちつくかは今後の議論だと回答した。

堺会長は、実際に都道府県のホームページで見ようとすると、層が深く、莫大な労力が必要となる。電子カルテの情報と我々が都道府県に上げているデータは使っていないとだめだと

述べた。

石井監事は、情報提供制度の中で検索で一度に出てくるようになれば、患者の側からは市場選別が起きる。そういう制度に対して、病院団体は当然オーケーというスタンスをとるのだろうか」と述べた。

万代常任理事は、今の情報公開をしている病院について機能評価係数2をつけようという議論があり、例えば具体的にはがんの症例数をホームページで公表していることについて点数をつけるという方向にいくと思うと述べた。

堺会長は、石井先生が言うように、そのデータがあることはあるので、当然あるのだったら出してもいいという感じは個人的にはすると述べた。

相澤副会長は、情報は都道府県のホームページに載っているが、住民にしっかりと公開してわかりやすくすることに関しては、競争が起きて大変な状況になると、他の病院団体は反対していると述べた。

万代常任理事は、方向性としては透明性を高めるほうに向かわざるを得ないが、リスク調整も何もないので、例えば公表する基準を設けるとか、ただ数だけではなくそのプロセスの評価がどうなっているといったこともあわせて公表していくべきだと述べた。

大井顧問は、医療情報提供制度をつくる委員で厚労省に出たとき、所管は国に上げられず、都道府県知事になった。したがって、検索機能も全部都道府県の責任だが、都道府県の温度差がある。また、都道府県の医療機関と話し合っていてやっていくことになっている。年1回の更新を義務づけているので、時の流れの中で活用されていくと思うが、今は残念ながら動いていないと述べた。

権丈参与は、経営統合とか何かいろいろ知恵を出さないと難しいと述べた。

中村支部長は、北海道は、札幌市と地域の中核の都市とそれ以外とで状況が異なる。全部東京の基準ではいけないので、1つの病院がある程度地域の事情に合わせて、幾つか組み合わせで持っても、それはしようがない。北海道のような人口の少ないところで、療養だけとか亜急性性だけというのはできないので、そういうことも配慮していただきたいと述べた。

相澤副会長は、厚生省は、病院単位ではなく病棟単位だと言っており、そういう頭だと思っていると述べた。

塩谷常任理事は、田舎の小さい県立病院や市立病院からすると、これは別世界の話でピンと来ない。国にはそういう地域性をしっかり考えていただきたい。また、徳島市での経験で言えば、機能分化などしなくても住民はわかっている。現実と机上の議論のギャップがあるので、そのギャップを埋める作業をしていただきたいと述べた。

大道副会長は、都道府県はほとんどの病院の情報を既に知っているが、消費者は、成功率などといったもっと役に立つ情報を出せと言う。また、患者満足度調査を開示しろとも言われるが、患者さんの言うことを何でも聞いて患者の満足度が高い病院というのは、逆に怖い。あるいは、女性専門外来についても、その内容は病院によって全く異なり、同じ基準とは言えない。その辺を整理しないと消費者は面食らうと述べた。

石井監事は、36兆円の医療費のうち6兆円は薬局調剤だが、これに関する議論はほとんど行われぬ。大きなチェーンの平均売上高は2億数千万、一番大きな薬局チェーンは1,500億円以上にも上り、500ベッドの急性期病院の前の調剤薬局が1件だったら、売上高は10億を超える。安くて便利にならず、高くて不便になっている、ここが一番大きな問題だと述べた。これに対し、堺会長は、私が院長のときに一番失敗したのは、院外処方したのが非常に間違っただと述べて、権丈参与は、医薬分業という言葉のすきを突かれてしまったので、その言葉そのものの意味をもう一回問わなければいけないと述べた。

また、堺会長は、国民会議の遠藤会長代理が「医療保険部会と医療部会の上部組織として、国民会議が何らかの長期的な方向性を考えてほしい」と主張していることに対して意見を求めた。

万代常任理事は、そういう方向性もあるが、中医協法を改正しないと難しいと述べた。

梶原副会長は、今は中医協の機能が落ちているので、中医協を内閣府の中に入れてもらうよう国民会議から提言してもらってはどうかと述べた。

権丈参与は、内閣府と経済企画庁は解体しなければいけないという意識を持っている。また、成長が重要だ、成長戦略をやるべきだと言う人たちがいるが、その方策はよくわからない。満たされていないところにお金を回していくとか、飽和していない医療や介護にお金を回していくようなことしか、今のところ手はないのではないかと述べた。

梶原副会長は、病院の情報をどんどん出すのもよいが、日本病院会はやはりQ I だと思う。Q I の項目を増やして、Q I をきちんと行っているところは診療報酬の中に入れて、日本病院会が認証を出す。そうすれば日病の会員も増えるし、かつ成長路線になると述べた。

福井常任理事は、数値で例えば診療報酬を連動させるのはほとんど無理なので、Q I などをつくらせて、P D C A サイクルを病院で回しながら診療の質を高めていることの評価を是非していただきたいと思うと述べた。

岡留常任理事もこれに賛成し、今、病院機能評価を更新する病院がどんどん減っている。旧態依然たる形式主義で何もメリットがない。それよりもQ I のパラメータをもっと充実させるほうが病院機能のアップにはメリットがあると思うと述べた。

以上で閉会となった。