

日 時 平成25年7月27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)  
前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、木村 壮介、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、  
中嶋 昭、福井 次矢、山田 實紘、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、安藤 文英 (各常任理事)

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、宮崎 忠昭  
(各顧問)

坂本 すが (代理:菊池 令子)、松田 朗、権丈 善一、高橋 正彦、富田 博樹  
(各参与)

崎原 宏、有賀 徹、濱田 正行、望月 泉、大道 久 (各委員長)  
堀江 孝至、藤原 秀臣、柴山勝太郎、三浦 将司、神原 啓文、松本 隆利、  
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)

小林 光樹 (栗原市立栗原中央病院 院長) (新入会員)

相良 吉昭 (社会医療法人博愛会相良病院 理事長) (新入会員)

総勢62名の出席

開会に先立ち、小山田恵元常任理事(岩手県立中央病院名誉院長、全国自治体病院協議会名誉会長)の逝去に対し黙祷した。堺常雄会長からの開会挨拶に次いで、新入会員の小林光樹氏、相良吉昭氏より挨拶があり、議事録署名人に前原和平常任理事、土井章弘常任理事を選出した。常任理事会への新出席者として、高木誠常任理事、楠岡英雄常任理事、富田博樹参与、前原和平常任理事、中嶋昭常任理事の紹介及び挨拶があり、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

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。

〔正会員の入会6件〕

- ①福岡県・社会保険仲原病院 (会員名:木村壽成院長)
- ②福岡県・社会保険二瀬病院 (会員名:八谷直樹院長)
- ③福岡県・社会保険大牟田吉野病院 (会員名:三浦史博院長)
- ④福岡県・糸島医師会病院 (会員名:富田昌良院長)
- ⑤奈良県・医療法人健和会奈良東病院 (会員名:鉄村信治理事長)
- ⑥奈良県・奈良県立医科大学附属病院 (会員名:古家仁院長)

〔正会員の退会4件〕

- ①岩手県・社団医療法人啓愛会孝仁病院 (会員名:井筒岳理事長)
- ②滋賀県・医療法人社団御上会野洲病院 (会員名:渡邊信介理事長)
- ③奈良県・医療法人南風会万葉クリニック (会員名:南尚希理事長)

- ④熊本県・あきた病院（会員名：水谷純一院長）  
〔退会の撤回1件〕
- ①岡山県・独立行政法人国立病院機構岡山医療センター（慰留者：中川義信理事）  
〔特別会員の退会1件〕
- ①特別会員A・福岡県・公益財団法人福岡労働衛生研究所（代表者：黒石雅幸代表理事長）  
〔賛助会員の入会2件〕
- ①A会員・神奈川県・東洋羽毛工業株式会社（代表者：柳場弘代表取締役）
- ②B会員・東京都・一般社団法人日本臨床衛生検査技師会（代表者：宮島喜文会長）

平成25年7月27日現在、正会員 2,373会員

特別会員 219会員

賛助会員 247会員（A会員102、B会員111、C会員2、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た結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協力等依頼7件）

- ①「医療安全推進週間」（厚生労働省）の後援
- ②第8回医療の質・安全学会学術集会（第8回医療の質・安全学会学術集会）の後援名義使用
- ③第2回「全国医療経営士実践研究大会」（一般社団法人日本医療経営実践協会）の後援
- ④「救急の日2013」（一般財団法人日本救急医療財団）後援名義使用許可申請並びに賛助金協力
- ⑤秋田県病院大会（一般社団法人秋田県病院協会）の開催後援
- ⑥第17回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2014～（名古屋国際見本市委員会）の協賛
- ⑦「欧米医療情報システム実態調査団」（一般財団法人流通システム開発センター）への後援名義使用

（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）

- ①一般財団法人医療情報システム開発センターの監事候補者の推薦

推薦候補者＝岡留副会長

（新規：後援・協賛等依頼3件）

- ①日本医療マネジメント学会大阪支部第7回学術集会（パナソニック健康保険組合松下記念病院）後援名義使用
- ②日越友好40周年記念の医療交流プログラム「慢性腎臓病の治療・技術支援並びに看護教育交流プログラム」（立教ベトナムプロジェクト実行委員会）の後援
- ③平成25年度「全国検査と健康展」（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会）の後援

## 3. 平成26年度診療報酬改定要望について

万代常任理事、中島常任理事より以下の説明があり、承認された。

- ・万代常任理事は、精神科を除いた部分を説明した。200を超える要望にランクをつけ、集約して委員会でまとめ、最重点要望事項60と、ほか重点要望項目の形にした。
- ・認知症や緩和、チーム医療に関するところも盛り込んだ。DPCは26年改定では余り大きな内容の変更はないとのことなので、重点要望に回した。
- ・8月冒頭に、相澤副会長同道で厚労省に提出する予定だ。
- ・中島常任理事は、精神科の要望を説明した。精神科にかかわる最重点要望事項として、患者が他科を受診した場合、70%減算となる特定入院料を取り上げた。ゼロにしたい。精神科は

除外とするものが非常に多い。一般病院併設、総合病院の精神科の要望は分けて出した。

- ・精神科の長期重症患者の入院料管理加算は1日300点で新設要望だ。精神科救急入院料は重症かつ急性の患者を迅速に受け入れた場合、短くかつ高くしてほしい。多職種チームの訪問管理料は以前と同じ要望だ。20歳未満患者の入る診療所も、病院同様に手当をつけてほしい。
- ・医師事務作業補助体制加算は収容施設化している精神病院を区別するもの。アルコールだけでなく薬物依存にも加算をつけ、精神科救急・合併症入院料の対象病名を増やしてほしい。

#### 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9施設の指定を承認した。

(新規3件)

- ①東京都・社会保険中央総合病院
- ②新潟県・社団法人上越医師会 上越地域総合健康管理センター
- ③長野県・組合立諏訪中央病院

(更新2件)

- ①千葉県・社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 二和ふれあいクリニック
- ②京都府・医療法人知音会 御池クリニック

#### 〔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り、了承した。

##### (1) 第1回ニュース編集委員会(6月21日)

藤原常任理事より、発刊遅れのお詫びのほか、進行状況の報告があった。

##### (2) 第1回臨床研修指導医養成講習会(6月22・23日)

末永副会長より、一部講演による座学は残しているが、前回からワークショップ方式に変えた。2日間コースでタイトだが、年2回の1回目が終わったと報告があった。

##### (3) 日本病院学会ワークショップ3(6月27日)

報告は、資料一読とした。

##### (4) 第1回病院診療の質向上検討委員会(6月27日)

##### (5) 第2回病院診療の質向上検討委員会(7月12日)

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・第1回は、日本病院学会のシンポジウムにあわせ、「良質なチーム医療の実践—多職種間の理解とコミュニケーションについての工夫—」と題しシンポジウムを行った。
- ・第2回は、末永副会長を交え、厚労省の「多職種協働によるチーム医療の推進事業」というチーム医療の普及・定着を目的とした事業に日本病院会も参加申し込みをしようと、研修や事業概要などを議論した。既に申し込みをしたが、認められれば1,000万円余もらえるので、本年10月～11月に2回ほどシンポジウム、施設の見学といった事業を展開したい。

##### (6) 病院中堅職員育成研修 第5回「財務・会計」コース(7月11・12日)

##### (7) 病院中堅職員育成研修 第4回「薬剤部門管理」コース(7月19・20日)

##### (8) 第3回中小病院委員会・日本病院学会シンポジウム2(6月28日)

##### (9) 第3回雑誌編集委員会(7月2日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

##### (10) 第1回認定個人情報保護団体審査委員会(7月19日)

崎原委員長より、以下の報告があった。

- ・平成24年度6件の苦情処理・相談につき、経過を報告し検討した。患者に対する説明が丁寧であれば避けられた例があり、当会ホームページに意見を掲載する検討をした。
- ・日本病院会のプライバシーマーク取得の報告を受けた。
- ・委員会の研修会を、来週開催の病院長幹部職員セミナーで実施する。「電子カルテ等における個人情報保護」をテーマに、弁護士である青木一男委員が講師となって行う。

#### (11) 第2回社会保険診療報酬委員会（7月3日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・次期診療報酬改定に向け、中医協・日病協・四病協の検討状況として、各団体が要望事項がまとまっている。
- ・データに基づいた診療報酬改定という2号委員側からの要求に応じ、厚労省からデータが提出されているが、日本病院会は「医療機関別一日あたり入院外医療費」についてデータを出したらどうか。平成24年改定で、外来診療費の低い患者に制限を設ける方向性があると思われる。それに対し、どのようなものが病院の専門外来か、病院から一般外来で診療所に任せるのはどんな患者か、日病のデータで何らかの形にしたい。協力が必要なきはよろしく願う。

#### (12) 第1回医療制度委員会（7月3日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・医事法の権威である甲斐克則早大大学院教授をアドバイザーに迎え、医療制度委員会での医師会の医療基本法への要望を再検討し、助言をもらったので見直すことになった。
- ・病院団体全体で医療基本法への意見を取りまとめるのが、四病協でまとまらない。全日病と日病の2団体だけでもまとめられないか協議中だ。全日病案は医師会案に似るが、日病の主張でもある医療の非営利性等について意見が異なる。今後さらに検討していきたい。

#### (13) 第2回医療の安全確保推進委員会（7月4日）

木村常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省が中心となっていた、医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会が5月末、「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」を発表した。日本病院会は2月に案を出しており、日本医師会も医療事故調査制度実現に向けた具体策を公表している。そうした経過を報告し、日病としての考え方を討論した。
- ・厚労省は、今秋に医療事故に係る調査の仕組み等の整備を医療法改正の中で提案したいとし、話を急速に進めている。厚労省の取りまとめでは解剖を行っていない死亡事例も含めたものになる。日本医師会、解剖を行っている日本病院機能評価機構、医療事故を収集している日本医療安全調査機構を一つにまとめたいのだろうが難しい。ガイドライン等について、厚労省の取りまとめを中心に議論し今後進めていきたいということだ。
- ・例えば、院内の事故調が中心になって全て解決しようとするのと、中立性、透明性から外部委員が入っていくことの両方の意見を入れたところがある。医師側と患者側から離れた第三者機関も議論されていくのではないか。
- ・また、医療安全にかかわる実態調査については、アンケートを進めようという方向になった。堺会長は、木村常任理事は4月から医療安全調査機構の事務局長も務めている。また、有賀委員長は救急医学会、全国医学部長病院長会議の医療事故に関する代表でもある。日本病院会として、第三者機関についても中身のあるものをつくっていきたい。全面的に木村常任理事をバックアップしたいと述べた。

#### (14) 第4回医業経営・税制委員会（7月17日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・委員会の税制要望は来年度分の策定が終わっている。残余期間は医業経営に焦点を当てたいが、迷いがあり活動の明確なテーマについて結論は出ていない状況だ。

- ・既にあるデータを集積、加工し、日本病院会の会員施設に提供して役立てようという委員意見があったが、既に実施している当会事業の進行状況を見て考えていくとなった。
- ・また、会員病院に役立つものとして、医療に係る原価計算をやるとか、病院の今後の行く末について情報を提供するとの委員意見も、医療制度委員会マターに近づいてきてしまう。病院による業務外部委託費の状況を調査しようとの具体案もあった。
- ・委員会でやるべきテーマを提案してもらえればありがたい。

#### (15) 国際モダンホスピタルショー「公開シンポジウム」(7月17日)

座長を務めた前原常任理事より、参加人数はやや少なかったが、内容の充実したシンポジウムになり、会場からたくさん質問が出て盛況だったと報告があった。

#### (16) 福島県病院協会報告

前原常任理事より、以下の報告があった。

- ・いまだに15万人が避難生活を送っている。除染も仮の町も具体的な計画に至っておらず、復旧のとば口で立ち往生している状態だ。
- ・補償金のまとめ払いは、交渉により5月14日に病院だけまとめ払いを行う回答をもらい、支払いが進行中だ。病院は、個人等とは違い、収入を得た場合はそれが引かれての補償なので、まとめ払いという言い方をしている。放射線区域によりまとめ払いの期間が違い、一番長いところで平成27年2月までだ。
- ・土地、建物、物品の財物補償が始まった。財務省主税局から、課税の対象となるが、損失分を支払いのほうに入れるので見合いとなり実質的に課税所得は発生しないとの説明を受けた。
- ・逸失利益補償について、原発から20～30キロメートルの旧緊急時避難準備区域で6病院が診療を再開しているが、この補償期間が今年12月までだった。東電から、平成27年2月までの期限付きだが延長するとの回答を得た。
- ・看護基準や平均在院日数などの施設基準緩和措置については、今年9月30日までの期限だ。日病を通して厚生労働省が調査を行い、中医協で検討することになったようだ。福島県病院協会としては、来年3月までの延長要望を出したい。
- ・原発の損害賠償請求権の時効は、民法で3年までとなっている。現在、原子力損害賠償紛争センターに申請している人は時効がないということだが、申請はわずかであり、ほとんどの人は時効を迎えてしまう。そこで、3年の消滅時効の適用を排除する特別立法措置を早急に実現させ、20年の除斥期間にも措置を講じる要望書を提出したいと思っている。
- ・復興にかかわる状況として、5月27日に20キロメートル圏内の警戒区域の区域分割が終わった。あと2年半は帰れない人が2万5,000人いることになる。
- ・6月20日には、東京、埼玉へ福島県から避難している生活者について、PTSD発症が50%以上ということがわかった。

#### (17) 診療情報管理士通信教育 第1回専門課程小委員会(6月24日)

武田常任理事より、3年毎の診療情報管理士現況調査を今年度行くと報告があった。

#### (18) 診療情報管理士通信教育 第1回診療情報管理士教育委員会(7月5日)

武田常任理事より、平成25年度の委員会の事業計画を立て、第7回の認定試験を26年2月9日に開催することを決めたと報告があった。

#### (19) 診療情報管理士教育委員会 診療情報管理士教育事業に関する説明会(7月5日)

武田常任理事より、教育委員会の後に学校説明会を行った。指定大学21、専門学校34、準備校2の73名が出席したと報告があった。

#### (20) 診療情報管理士教育委員会 第1回分類小委員会(7月19日)

#### (21) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会(6月23日～7月13日)

#### (22) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会(5月20日～7月19日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

**(23) 診療情報管理士通信教育 第8期生医師事務作業補助者コース研修会（6月22・23日、7月20・21日）**

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・東京、大阪、福岡の3会場、1,270名で開催した。
- ・第1回DPCコース小委員会で、DPCコースの受講生がまた増えてきた。DPCの勉強会をもう少し深くしたいと、新規にアドバンスコース開設を検討していた。
- ・DPCの研究班から日病のほうに、DPC制度の啓蒙、広報の講演会企画申入れがあり、教育委員会で行う話だ。平成25年10月から28年まで、北海道、東京、大阪、福岡の4地区で開催、担当講師は無料でDPC研究班から来てもらい、参加費は日病の収入にという計画だ。堺会長は、DPCはデータが集まって解析が進められているが、活用されていない。7対1の看護必要度に代わる指標は中医協での課題だが、CCPマトリックス等で診療密度がはかれないか、その解析も進んでいる。勉強会も中だるみの感があるが、教育委員会を窓口、日病は全面的に平成28年の改定までDPC勉強会による周知をやっていききたい。DPCに関し要望があれば、研究班にフィードバックしやってもらえると思うと述べた。

**(24) 日本診療情報管理学会 第1回編集委員会（6月19日）**

大井顧問より、「診療情報管理」の発刊に向け準備している。COI申請が絶対条件になったので、学会発表を含め雑誌に関してもCOIは必ず申告いただく。ある場合には、委員会で厳正な審査をして行う。今回の第39回診療情報管理学会から条件とすると報告があった。

**(25) 日本診療情報管理学会 第64回診療情報管理士生涯教育研修会（6月29日）**

報告は、資料一読とした。

**(26) 日本診療情報管理士会 第2回理事会（7月13日）**

大井顧問より、9月の診療情報管理学会の理事会に向けて内規を定めていると報告があった。阿南日本診療情報管理士会会長は、以下、札幌での全国大会開催に続く流れの話だと述べた。

**(27) 日本診療情報管理士会 評議員会（7月13日）**

報告は、資料一読とした。

**(28) 日本診療情報管理士会 全国研修会（7月13・14日）**

大井顧問より、7月13・14日に札幌で行われ、大変大勢の人が集まったと報告があった。阿南日本診療情報管理士会会長は、教育セミナーでは日本病院会の横堀課長に講演してもらった。また、厚労省の谷ICD室長にICD-11の改定動向等を話してもらったと述べた。

**(29) 日本診療情報管理士会 総会（7月14日）**

阿南日本診療情報管理士会会長は、来年は大阪で行うが、日本病院会が診療情報関係の現況調査をやるので、会員の方や周りに日病の調査への協力を強くお願いしたと述べた。

**(30) 病院経営管理士会 日本病院学会ワークショップ2（6月27日）**

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

- ・病院経営の質推進委員会と共催で、「病院経営の質向上と経営の安定化を求めて～具体的な取り組みと工夫～」をテーマに実施した。本テーマでは3回目の開催だ。
- ・参加者150名で、座長は宮崎委員長と、中山病院経営管理士会副会長が務めた。登壇発表は4名、地域医療支援病院が4つ並び、病院経営の質向上について話してもらった。
- ・地域医療支援病院では、救急医療の拡充、紹介患者の地域連携を徹底推進すること、それらを含め前方連携、後方連携を行うことが述べられた。
- ・足利赤十字病院からは、ペーシェントフローマネジメントとして、入院時から看護師をはじめ多職種がかかわって早期の退院までスムーズな流れをつくること、また、今までアウトソーシングしていた医事業務を内部化して大幅な経営改善を行ったと報告があった。

## 2. 日病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第95回診療報酬実務者会議（7月17日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定の各病院団体からの要望案を取りまとめた。その1つに施設基準の専従の規定を緩める要望について逆の意見があり、さらに検討することになった。
- ・看護必要度や、病院の各病棟毎の看護婦業務にかなり差がある。その人員配置を何とか数値化できないかと、DPCデータと、外保連の手術や処置の時間、必要人数、患者ADL状態を積分したり数値化して、ある病棟のデータを出した。感覚的にもかなり一致したので、もう少し大きく広げたいという研究報告があった。

### (2) 第3回目日病協のあり方検討ワーキンググループ（7月18日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・日病協のあり方について1、2回とやってきて、8年間でいろいろ提言できたことを評価する意見が大勢を占めてきた。3回目で答申をまとめる段になり、ある団体から「日病協は診療報酬に特化し、あとの問題は四病協で」と再度振り出しに戻すような発言も出た。
- ・結論は当たり前のことにはしかなくなって見えないように見えるが、代表者会議にはその会を代表する意見を出してもらおう。出されたことをフィードバックして、もしおかしな結論であればもう一回出してもらえばいい。ただ、診療報酬は2年に1度、全員一致で決めていく。それ以外のことについては、無理にまとめることはないが、きちんと話し合いをしていく。
- ・今回、医療事故調査のあり方とか、日病協として一つの方向性が出てきたが、その討論は非常に意味があった。各団体に考え方の違いがあることを知るのもいいという意見が出て、全員が日病協を今後存続する意義があると一致した。
- ・診療報酬は、従来どおり診療報酬実務者会議で議論し、意見を取りまとめ代表者会議に報告する。その他は、代表者会議で検討した上、必要に応じワーキンググループに諮問、そこで検討し、内容を代表者会議に報告する。最終的に代表者会議で決定することがある。
- ・機関決定のあり方及び取り扱いについては、日病協としての要望書あるいは意見を出すときには「代表者会議において全員一致した事項とする」としてある。ただし、違う意見の発表は構わないことが言外に含まれている。

### (3) 第104回代表者会議（7月26日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・消費税率8%への引上げ時の診療報酬による対応について、議論があった。非課税と言いながら薬価について入っているのではないかと、それを国民は余り知らないのではないかと。そのため10%引上げのときは原則課税を目指しているが、その流れすら不透明な状況だ。
- ・日病協のあり方WGの報告が議論された。日病協は一枚岩ではない。診療報酬改定に対する中医協委員を病院団体からも出そうと、厚労省の働きかけで最初はできた。一方で四病協、日本医師会がある。四病協は公的病院が入っているのは日病だけで、他の3団体は全く民間病院で、医療政策を決定するには偏りがある。その中でよくまとめてもらった。
- ・中医協委員をどうするかの話があった。全日病の西澤会長が今期で委員を終わる。日病推薦の万代委員は大病院で公的病院なので、流れからいくと中小の民間病院ということになる。日病としては推薦できない立場だが、全日本の病院を代表する委員になっていただきたい。推薦候補があれば、他の病院団体と話をしながらは可能だと思うので、よろしく願いたい。

## 3. 中医協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

#### (1) 第244回総会（6月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・現在の在宅療養の状況が提示された。平成24年改定で手当てした項目により在支診、在支病の届出数が増えてきている。
- ・平成24年改定の影響調査の中間報告で、24で導入された強化型だけでなく、在支診以外の診療所でも一定程度の在宅医療を提供し、その率も伸びている。
- ・緊急時の往診、看取りに対して在宅の各担当部門がどう関与しているか。強化型の在支診も多く担当しているが、それ以外の診療所も一定の率でやっている現状だ。
- ・課題と論点の一つとして、一定程度の往診や看取り件数を有する在支診、在支病の評価についてどう評価するか、意見交換があった。
- ・サービス付き高齢者向け住宅は、伸びは鈍化しているが、かなりの数が設置されている。サ高住では医療提供体制について規定がない。医療の必要な人がサ高住にいるのではないか。
- ・高齢者住宅での在宅医療をどうするか。医療と高齢者の住まいで円滑な連携をどうとっていくか。良好な連携をとったものを評価する方向性が出るのではないかと思う。

#### (2) 第11回費用対効果評価専門部会（6月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・「評価の具体例について（医療機器の場合）」、参考人から解説があった。具体例として、オーストラリアの両心室ペースメーカーの費用対効果を算出した。既に薬物療法を受けている重症心不全患者を対象とし、ペースメーカーを植えてどの程度効果があるか説明した。
- ・結果として、オーストラリアで両心室ペースメーカーをすることにより費用は上がるが、生存年がより伸びるデータから、この技術は費用対効果にすぐれるとして保険償還された。

#### (3) 第4回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（6月28日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・算定ルール等の見直しについて説明された。
- ・従来の点数設定法では、高額薬剤を使う場合、短期で退院すると足が出るため長く入院させる状況がある。この改善のため、入院第1日目に高く点数をつけ、余り長期に入院しなくてもいい改定をした。高額薬剤だけでなく、心カテや他的高額材料についても広げていく方向だが、具体的な決定に至っていない。

#### (4) 第5回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（6月26日）

#### (5) 第6回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（7月17日）

#### (6) 第7回診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会（7月17日）

以上の会議についての報告は、協議事項において行うとした。

#### (7) 第162回基本問題小委員会（7月24日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・小委員会は、専門委員1人を除いて中医協総会とほぼ同じメンバーだ。
- ・医療機関別の部門別収支に関する今後の取り扱いについて、1号側はこれ以上部門別収支をやってもしょうがない、2号側は貴重なデータで、何らかの形で部門別収支に関する調査も続けてはどうかとして平行線になった。
- ・会長が引き取り、事務局と相談し次回までにどういう方向がいいかの案を出す形になった。

#### (8) 第245回総会（7月24日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査で、平成25年度分が5つ残っている。うち、後発医薬品に関しては24も25もやるので、二重カウントになる。

- ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査もあり、勤務医の負担の軽減策がとられているデータがないと、22年改定、24年改定で勤務医の負担軽減策について評価がなかったので、見直される可能性が出る。
- ・病院への調査、部長クラスの責任医師への調査、一般スタッフの医師への調査ほか、看護師、薬剤師、診療所調査が7月末から8月にかけて発送され、調査される。

#### 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2回日医・四病協懇談会（6月19日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・報告事項では、医療提供体制のあり方でWGが進んでいるが、医療機能の厳格な区分がすっきりしないのは各団体、日医もわかっており、今後すり合わせを行っていく話となった。
- ・協議事項では、TPPを中心にこれからすり合わせをやっていこうと。一番問題なのは医師免許のクロスライセンス問題だとして、話題の中心になった。
- ・社保審の医療部会での病床機能情報の報告、提供のあり方も、どういう病床類型でいくか論争があり、統一した見解は当分見られないと思われる。
- ・入院基本料の特定除外制度がこれから、特に全日本病院協会や医療法人協会ではかなり問題視されてきそう。
- ・全体的な印象として、相変わらず日医と病院団体のスタンスに溝がある印象を受けた。

##### (2) 第3回日医・四病協 医療提供体制に関するWG（7月3日）

報告は、協議事項において行うとした。

##### (3) 第4回医療保険・診療報酬委員会（7月5日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・さきの中医協報告、特に在宅医療で説明のあったことを聞き、議論した。
- ・また、入院基本料の施設基準のおかしいところを正してはどうか、精神科の病院の公平性、平等性をうたった等の要望事項を厚労省に持っていくと決まった。

##### (4) 第4回総合部会（7月17日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定をめぐり、厚労省保険局医療課の宇都宮課長と一戸課長補佐が来て意見交換を行った。画期的なことではある。
- ・課長から、現在の医療提供体制でニーズに合った医療が提供できているのか。地域包括ケアシステムを目指す改正、改定を念頭に進めていく。財源をどうするかという話があった。
- ・課長補佐から、頭でっかちになっている7対1をどうするかが課題だと。病院単位で7対1をとっていても、病棟は傾斜配置になっているので実際はそんなに大きくならないのではないかと私から質問したが、コメントはなかった。課長からは、病院単位から病棟単位にするとかえって7対1が増えるのではないかという話もあった。この根拠はわからない。
- ・意見交換の中で、現在の医療提供体制でニーズに合ったようにとは言うが、それは時間がかかり今回の診療報酬改定に間に合わない。診療報酬で先にやっつけてしまおうという、今までと全く似た感じで状況は厳しい印象だ。
- ・TPPに関して四病協が意見を提出する提案が出された。他の団体はおとなしい反応だった。
- ・専門医制度に関する「第三者機関」組織委員会については、四病協を代表して委員として私が出ることになった。

##### (5) 第4回医業経営・税制委員会（7月25日）

## 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り、了承した。

### (1) 第5回救急医療体制等のあり方に関する検討会（6月26日）

### (2) 第6回救急医療体制等のあり方に関する検討会（7月17日）

報告は、資料一読とした。

### (3) 第3回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会（6月27日）

### (4) 第4回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会（7月18日）

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・6月27日まで各団体からのヒアリングがずっと行われ、委員の議論はほとんどされていない。都市部の京都は、激変緩和措置がなくなると激減すると言い、地方の青森県は、地域医療枠を上手に使うべくうまく回り始めたと言っていた。自治体病院協議会として愛知の陶生病院からは、愛知方式という全科をスーパーローテートしていた観点から、7科必修へ戻したほうがいいと。東京医科歯科大学は、大学といってもたすき掛けで全てやっていて地方の病院に行っていると言っていた。
- ・日本医師会は、柔軟なプログラムに変えたことは賛成だが、必修化する中に産科でなく精神科を入れろと言っている。これは微妙なところがあって苦労している。
- ・7月18日開催時、事務局はほとんど全部入れ代わった。研究医養成が主な論点だった。大学は昔と違ってどんどん変化している、そのことを念頭に置いて議論してもらわないと困るというが、私はきちんと変化し、変化し切ってから要求なら要求すべきだと思う。

### (5) 第1回予防行政のあり方に関する検討会（7月9日）

報告は、資料一読とした。

### (6) 第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（6月28日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・検討会で要求されているのは、①医療法をいじらない形で、特定機能病院については三位一体で、高度医療の提供、高度医療技術の開発及び評価、高度医療に関する研修の3つの機能、②地域医療支援病院については4つの機能、紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用実施、救急医療提供、地域の医療従事者に対する研修実施を見直してくれということだ。
- ・特定機能病院については、「総合型」と「特定領域」が出てきた。特定領域というのは一般病院でなく、例えばがんとか脳卒中、心臓病に特化した病院について検討しようということで、議論が行われた。経過措置として、今回見直しをして外れそうな病院があっても、いきなり切らないで経過措置の中で改善を求めると。更新期間としても5年間を認めた。
- ・地域医療支援病院については、紹介率、逆紹介率で計算方式が変わった。旧基準で紹介率の分子に救急患者が入っていたがそれを外した。
- ・救急医療に関しては、救急搬送患者の受入れの要件1、医療圏を考えた要件、要件2の受入れ数1,000件以上について、いろいろな地域から意見が出た。満たない病院がある。
- ・地域医療支援病院については医療提供体制全体の中で位置づけから再検討すべきとの意見があったが、折しも医政局が新たな一般病床の機能分化をする中で医療提供体制を議論している。一方で、地域医療支援病院の要件見直しがあるのは厳しい状況だ。
- ・地域医療支援病院は、民間病院の中では7,000～8,000万から1～2億円の経済効果があり、それを全くなくすのは厳しいと聞いていた。それで経済効果からどうだと聞いたら、我々が議論しているのは医療法の中の地域医療支援病院で、お金のほうは診療報酬マターだから関知しないということをやっていた。
- ・来週、第8回があるので、現場の意見を伝えたい。拙速な見直しとなるので難しい感じはしている。意見があれば、検討会に反映していきたいので言っていたきたい。

## (7) 第7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（7月11日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・前回、厚労省が4区分を出してきたが、委員会の猛反対に遭い、取り下げて今回案を出してきた。医療機能の名称として、急性期、【検討中】、回復期リハビリテーション、長期療養だ。名称を【検討中】の医療機能の内容は、「主として、比較的軽度の急性期の患者及び急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供しつつ、幅広い患者に対応する機能」だ。
- ・日医が厚労省に対する案を出してきた。病床区分として、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分でいこうと。どちらがいか議論になったが、まとまらない状況だった。
- ・厚労省が病床機能の報告とともに報告したい事項を挙げてきた。この内容は、既に病院の機能を各都道府県が集めて一般住民にわかりやすいよう公表しているものだ、なぜ再度報告しなければいけないのかと私は猛反対した。曲げないつもりだ。

## 6. アジア・パシフィックネットワーク会議及び関係会議（7月18・19日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・この会議は、WHO-F I Cの中のリージョナルミーティングとして、現在、アジア・パシフィックだけにでき上がっており、今回タイで行われた。日病の横堀課長と、教育委員会特別委員の遠藤女子医大教授2人が出席した。9カ国から37名集まった。今回、タイがWHO-F I Cの協力センターになったお祝いを兼ねてとのことで、タイ国挙げての歓迎だった。
- ・今後の活動及び戦略ワークプランのディスカッションで、インプリメンテーションを円滑に行っていくため、今、ICDを採用していない国に普及を図るにはICD簡易アジア版を作成するのがいいという案が出て、全面的に承認された。また、WHO-F I C E I Cの教育モジュールを土台として、共通の教育モジュール開発も決まった。
- ・次回2014年はマレーシア、2015年に日本開催が決まった。

## 7. 第64回日本病院学会（6月27・28日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・「限りある資源の中での病院機能の維持・質向上の方略」という、大変考えたテーマで行われた。参加者数は1,700名で、一般演題569題、ランチョンセミナーも13題あった。
- ・活発な議論があり、会員同士の交流も活発だった。学会長を務められた岡部院長、立川綜合病院ほかの皆さんに大変感謝したい。

### 〔協議事項〕

#### 1. 今後の医療・介護改革と消費税について

石井監事は、以下のように説明した。

- ・中医協のコスト分科会で、コスト調査を始めて約10年たち、これからの10年も同じことをやるのがテーマとなっている。考え直す必要があるという議論で、中医協本体でまだ結論は出ていないが、風前の灯火の状況かと思う。
- ・同じく、中医協の消費税負担に関する分科会では、医療機関の設備投資に関する調査を行ったが、回収率が極めて悪く、統計情報として有意性が存在せず議論の対象にならないと一蹴された。回収は世界レベルの事務所がやったが、残念な結果になった。
- ・そうしたとき消費税が8%に上がるが、診療報酬とは別立てで高額投資対応するかしらないかについては、8%の段階ではしないとの意見が主だった。では、どう対応するのか。①基本診療料・調剤基本料等の中で処理、②個別項目として設定、③1点単価の中に織り込む3案

があるが、メリット、デメリットがあってもまだ結論が出ていない状況だ。消費税を上げるかどうか検証を行うことを総理大臣が指示したり、どうなるのか非常に流動的だ。

- ・「アベノミクスの医療・介護改革」の運営イメージを資料にまとめたが、TPPによって大きな波が来ると予想されている、その波のもとが6月14日に閣議決定された骨太の方針と成長戦略と規制改革にかかわる計画で、これに合わせて健康医療戦略がつけられている。
- ・骨太の方針の中の医療改革について、ICTビッグバンをやる、医療と介護で提供体制の再構築をする、一体改革の推進をする、こういう大きな柱を立ててあり、それにかかわる具体的な重点化の方針、連動して国民会議の最終的な意見が出てくるようだ。
- ・骨太の方針の中の医療法人に関する制度改革議論が出て、それを受けた形で今年、医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究が始まっている。医療法人の規模の拡大をどんどんしていこうと考えたとき、どういうイメージがいいか厚労省レベルで考えてみようという話だ。医療法人の規模を拡大し再編した場合、地域の中でどのくらいの事業規模になるのが適切かという話に直接的にはなっていく。
- ・成長戦略では、医療と介護分野をどのように成長市場に変えるかがテーマであると。具体的には日本版のNIHをつくる。これは次期通常国会に法案を提出する閣議決定をされている。「混合診療の拡大、解禁」という言葉を全て捨象し、「保険診療と保険外の安全な」という言い方で「保険外併用療養」という言葉をつくり、この秋からやる話だ。
- ・成長戦略における個々のテーマにはたくさんの項目が記載されている。この中で医療の国際展開と書いてあり、このかわりの中で、6月20日の社保審医療部会で「社会医療法人は海外現地法人に出資をすることは現時点においても問題ない」という資料が提出された。
- ・これとのかかわりの中で、医療法人の会計基準なども近々制定される可能性がある。現地法人を持つということは、医療法人が連結といったイメージの中に入っていき可能性もある。同資料には、総理大臣自らが「医療法人の理事長は医師である必要はない」と明言しているので、第6次医療法改正ではその議論も出ると思われる。
- ・成長戦略の医療・介護サービスの高度化という書き込みには、医療法人ではなく社会福祉法人の経営の透明性を高め、法人規模拡大の推進をしていくといったことが記載されている。いろいろな形の変化があると思われる。
- ・規制改革実施計画の中の保育分野に、やはり社会福祉法人の経営に関するコメントがあり、健康医療分野では医療におけるICT化の推進についての書き込みがある状況だ。
- ・関係大臣申し合わせで決まった健康医療戦略の中の項目立てを見ると、「サービス事業を取り込んだ新しいヘルスケア社会システム（公的保険外の民間サービスの存在を考慮した地域保健等）の確立」という記載がある。郵政とアフラック提携がその具体例か。10年ほど前、日病が恐れたのは、民間保険者が台頭して医療機関を選別していくと、選別されなかったところはようになっていくのか。そういう話が当事者問題としてあるという議論をした記憶がある。それが蘇るような話だが、議論の前提としての整理をさせていただいた。権丈参与は、以下のように説明した。
- ・起草案はもう私の手を離れた。私が書いた文章に合わせて、法制上の措置や閣議決定していくための法律を、向こうで今、一生懸命考えている段階だ。
- ・ただ、成長戦略といった言葉は余り信用する必要はない。何をすれば成長が起こるのかはわからないから、普通は使わない。シュンペーターは、成長はイノベーション、つまり今までと非連続的な技術革新が起こったときに起こると。だが、どうすればイノベーションが起こるとは一言も言っていない。彼の頭の中には当時、進化論があったと思う。
- ・成長戦略というので、経済界の言い分が通りやすくなったただけだが、個別に計算して「こういうことが起こって市場が拡大する」とか言っても、国民経済全体から見れば微々たるもの

だ。これを成長戦略と呼んで盛り上がろうという一派は信用しなくていい。日医に頼まれた文章でも医療政策会議でもそのことを書いている。成長戦略は基本的にない。

- ただ、「規制緩和」という言葉は使わせてもらっている。規制緩和を、町にある空き家をもっと利用しやすく、福祉施設とかに利用しやすいようにしてくれと使っているだけだ。
- 国民会議の中では、委員が混合診療拡大の意見を述べたが、保険外併用療養制度について知らないままの発言だった。医療関係者から集中砲火を浴び、国民会議では混合診療の議論は終わったことになっている。
- 国民会議に2月19日、経団連や同友会等が来て報告した。報告後、出席者が皆で質問したら、国や社会保障、医療とか全く考えていないまま、もう払えませんかと言っているだけだとわかった。
- 先日も日医で話してきたが、アベノミクスのもとでどうなるかとか恐がることはない。絶えず正論を言って戦っていくしかない。しかも相手は無知だ、結構勝てると話をした。日医とか日病とか医療関係のところに経済界のビデオを送り、こんなみっともないことだけはやっちゃいかんと言ってきた。私がやったことはそれぐらいだ。
- 3月27日の国民会議では、医療関係者の方々に出席いただいて、医療政策の流れを変える重要な発言を幾つかしていただいた。私の起草案は、そうした医療関係者の方々のされた立派な発言をメインに書き上げているようなものだ。
- 安倍内閣の経済政策・運営イメージの構図では、日本経済再生本部、経済財政諮問会議のほうに矢印があるが、政策フィールドの細部は圧倒的に社会保障制度改革国民会議の委員が持っている。諮問会議や再生本部は素人の集まりだ。ぜひともこれから先も正論を言うていくことだ。一部が利益になることを「成長戦略」と言っているだけで、そこにマクロで考えた経済成長論はないに等しい。
- こうした動きの中、8月1日に私は日病関係で講演をし、3日に厚生連関係で講演する。2日に文章が公になるので、1日は余り中身の話をしてはいけないかと思う。
- 法的障害がなくなる道を開く法整備はしていこうと昔から言ってきた。大きな流れとして、高齢者を急性期病院にずっと入れたまま適合しない医療をやっていくシステムではいけない。医者が医者の仕事でないことに時間をとられたり、数カ月に1回やって来る高齢者が大病院を人間ドックのように利用する仕方はコントロールしていかなければいけない。必要なときに必要な医療を受けられるフリーアクセスを守るため、どうしなければいけないか。例えば「緩やかなゲートキーパー機能」をどう具体的にやっていくか提案し、同じ費用でも質の高いサービスを提供し満足度を高められるような、需要と供給がマッチングする形の効率性の追求は躊躇なくやっていこうというのが全体的な提案だ。
- 地域包括ケアも供給側に意識改革してもらい、川上の病院と川下の在宅まで全部意識した形で、顔の見える形でつながりを持って全体の医療の質を高めていこうとメッセージを書いている。ICTを使い医療費抑制とか、予防を普及させ医療需要を抑えるとか、2025年に何兆円だとか、脅しで医療費を抑制しないとイケないニュアンスの文章にもなっていない。

安藤常任理事は、医療費の総枠の話で、OECD諸外国と日本の医療費の対GDP比で他国のほうが高いという。医療制度が日本と諸外国、特にアメリカとは違う。日本は公的な国民皆保険で巨大なヘルスオーガニゼーションで動いているが、諸外国では民間保険を現物支給で導入しているから大きいという解釈は成り立たないかと権丈参与に尋ねた。

権丈参与は、次のように答えた。

- 医療費が低いというのは公的医療費で議論しているが、医療費のGDP比は日本は大きくない。アメリカの公的医療費は人口の25~26%ぐらいしかないのにGDP比で日本より大きい。民間の上のほう市場から外れ価格設定が自由になっていくと、医療の中身そのものがすご

く全体が高くなってしまふ。

- ・昔は財務省も、上のほうを外して混合診療等を展開していったら医療費は抑制できると思っていた。しかし、上のほうを外していったら下のほうの医療の質まで、中身から価格まで変えていく。だから、全部をコントロールしておいたほうが得策だと学んできた。
- ・GDPに占める公的医療費の割合が高い国ほどGDPに占める公的医療費が低くなる。それは、中医協みたいところで消費者が独占体として供給側と価格設定しているからだ。これを個別に対応していったらかなうわけがない。供給側の製薬業界が高い値段をつけてくる。中医協みたいに平等に議論する範囲が広いほどその国の医療費は小さくなっていく。
- ・GDPに占める公的医療費はOECD諸国で中くらいにあり、日本の世界一の高齢化水準を考慮すると決して高い水準ではない。これは将来的にも、決して高くない形でやっていかなければいけない。ただ、今より上がって財政的には苦しい。
- ・今までの国民会議や社会保障の議論は、増税機運を盛り上げるためのものだった。今回の国民会議は、増税し上がった分の幾分かを医療、介護がもらう、これを何に使うかという議論だ。だから、法律とセットで結びついていくぐらいの範囲で議論していつている。それが意識できていないメンバーもいるけれども。
- ・上がった分のお金を何に使うか。上げた分が何もわからないまま、いつの間にか溶け込んで終わってしまつてはいけない。国民が、消費税を上げたらこんなことが起こる、増税して財源があればこんないいことがあるという成果を出さなければいけない。それを大義名分として、政治家、官僚と渡り合っている。その最大の武器が医療関係者の発言だ。3月27日、4月19日、そしてその間の発言をベースに私は起草案を書き上げていく形だ。

石井監事は、安倍内閣の経済財政政策・運営イメージ図は、「社会保障審議会：医療介護系部会」「中央社会保険医療協議会」の存在が極めて大きい。厚労省は今までの普遍的な医療改革、介護の方向性を今回確保していくのか。また、医療と介護を一体的に考えるとき、効率性、淘汰の議論になる。淘汰がないと効率化は行われぬのか。また、そういった再編をかけていくとき、今までの利益誘導の診療報酬や介護報酬を活用せず、ピンポイントの補助金で目に見える効果があるよう消費税を使うべきではないか。こういう理解でよいかと権丈参与に尋ねた。権丈参与は、次のように答えた。

- ・厚労省は一枚岩ではない。長く進めてきた医療改革、介護改革の方向性は大きな間違いはないが、今、担当している部署のメンバーは違うことを考えている。今までのメンバーは重要な医療政策のポジションにいない状況だ。
- ・私は、過当競争の中でみんなが苦しむぐらいなら協調してやっていったほうがいいのかという表現をしている。その中に「淘汰」という表現が当てはまるかどうか分からない。ただ、今のままではいけないから、みんなで話し合つて役割分担をしてやっていく。そう行くことがいいのかと思うなら、規制等で障害になっているところは外し「道を開く」ようにしていこうという話だ。同時に、中央からの指示は無理だから、権限は地方に移譲し、そこで議論してやっていく。医療政策を政府でも市場でもなく、客観的データによる政策指針で制御していくシステムをこの国でつくつていかなければいけない内容になってくると思う。
- ・厚労省行政は、今まで医療界が抵抗してきたので恐がつて、慮つた忖度政治をする。診療報酬でも右に左に動かして、結局はしごを外すようなことをやってきた。行政を信用できないという流れが余りにも強くなつている。そこの回復をしっかりとやってくれという行政側に対するクレーム、戒めも相当書いている。

安藤常任理事は、アベノミクス絡みの成長戦略の話で、医療法人の集合、M&Aをやりやすくする話があった。例えば10の病院が1つの医療法人を形成し、ここは慢性期を、こちらは急性期をやれという大きなドメインの中での機能分化を意図しているのかと石井監事に尋ねた。

石井監事は、「淘汰」について権丈参与と異なる認識をしており、開設したいレベルでの中小の淘汰は淘汰ではないのだという感じを持った。昔、公共事業の発注が盛んだったとき、何万人もの建設会社社長がいた。しかし、必要なのは建築工事をする現実的なスタッフで社長は何百人で十分だ、それこそ非効率だと知人の事業家が発言した。そのとき、当事者スタンスで見るとそれは淘汰となる。しかし、大きな政策的な見地で見ると、それ自身はもともとあつてはならない話で淘汰ではないと感じたと述べた。

土井常任理事は、骨太の方針が出て世の中が動いていくなら、経営者はそこで生き残ることを考えていかなければいけない。方針はどれだけの意味があるのかと権丈参与に尋ねた。

権丈参与は、かつて骨太の方針でいろいろな花火が上げられた。小泉首相の時代に毎年のようにそうになっていたが、結局あの路線は長い目では消えてしまった。そういうものだ。ただ、これは単年度の予算編成にかかわってくるところだけは調整済みの上書している。そこは動く可能性があるが、あとの飾りの部分は時間をかけてでも潰していく余地があると思うと述べた。

## 2. 入院医療等の諸問題

堺会長は、特定除外や短期入院をどうするかを議論したい。7対1の頭でっかちをなくそうと、在院日数を短くすることを厚労省は盛んに言っている。これに対し日本病院会がどう考えるか、どういうスタンスで話をしていくかは重要だとして、安藤常任理事に入院医療等の調査・評価分科会（第5回：6月26日、第6回：7月17日）について報告・説明を求めた。

安藤常任理事は、以下の報告・説明をした。

- ・診療報酬調査専門組織は中医協の下部組織になる。入院医療等の調査・評価分科会は昨年度からスタートしているが、前身は池上参与が座長の慢性入院医療に関する調査分科会だ。
- ・昨年度、大規模な調査を行ったが回収率が非常に悪かった。しかし、議論は進んでいる。調査後、集積を厚労省がやり、そのデータをもとに6回会議があつて、7月31日の第7回目で中間取りまとめの素案が出る。7対1看護体制が過剰で需要と提供体制との間にミスマッチがあるとの前提での議論だ。
- ・第5回の議論の褥瘡に関しては、来年の診療報酬改定には直接用いられない。前身の分科会で保険者側、支払者側から実情を知りたいと要望があつて対象になったが、褥瘡は自宅で発生していることがわかったので、支払者側から特別な言及はなかった。
- ・第6回は、①一般病棟入院基本料の見直し、②亜急性期入院医療管理料の見直しがテーマとなった。7対1病床あるいは杯型の病床提供体制の是正と、その受け皿として現在ある亜急性期入院管理料を取っている病床を増やしたいとの文脈だ。
- ・7対1入院基本料算定病棟の現状については、昨年度の調査を踏まえている。7対1看護体制の病院は、厚労省が思い描いたような多様な機能は発揮していないことがわかった。厚労省のほうで現在の7対1病棟は機能分化が不十分と言っているが、それは調査の結果から、実情の新たな解釈のもとに7対1を定義づける文脈で言われている。反論するときは、そのことを意識してやっていかなければいけない。
- ・医療機関の中に、平均在院日数が18日未満だが比較的長くて、手術件数の少ない中小病院が存在する。また、7対1には、病床規模が小規模な医療機関で、短期間で退院可能な手術や検査など特定の医療行為を多く実施し、平均在院日数の短縮を図っている病院がたくさん存在している。介護施設からの患者受け入れが非常に多い病院もある。そういう事実をもとに7対1の再定義をやりたいということだ。

堺会長は、7対1が多くなったのは、病院の経営者からすると診療報酬をもらう経営努力の結果だ。もともとどんな意味合いで7対1をつくったか提示されない中で、厚労省の方針どおりに進めてよいのか。医療提供体制の改革、見直しも理念が示し切れていない中、7対1を見

直そうとしている。日病としてはしっかり議論をして意見を出す時期だと思っとして、医療提供体制や一般病床の機能区分の議論に参加している相澤副会長に意見を求めた。

相澤副会長は、次のように述べた。

- ・今、日本は大激変している。少子・高齢化、人口減少、認知症が増え、世帯の変化があり、働く人間がどんどん減っている。そういう中で医療提供体制が旧態依然であること自体がおかしい。団体の中で、今そこそこうまくいっているから変える必要性がないとの意見があるが、座して死を待つようなものだからその人たちと戦おうと思っている。
- ・これまで毎年、診療報酬によって混乱が起こらないよう手当てをしてきた。今日生じている問題は、手段である診療報酬を駆使して医療提供のあり方を場当たりに変化させようとしたこと、手段を目的化したことで、これは厚生労働省の責任だ。日本の医療をどうしようという理念を持ってビジョンをつくってこなかったからだ。
- ・医療の一番の問題は、昭和60年につくった地域の医療をどうするかだが、ここには医療提供体制の機能分化と連携をきちんとして地域の医療を守っていかなければいけないと書いてある。その後ずっといろいろなことはやるが中途半端なまま終わってきた。それは地域に丸投げするからだ。地域医療を変える強い力を持ってくることをせずに地域に丸投げし、責任は都道府県にあると厚労省は言うことでやってきた。
- ・また、地域に任せてしまったため、誰がリーダーシップをとるかがわからない。そこでは医療機能の分化なんてあり得ない。今回、地域を変えていこうというなら、具体的な手段を持たなければいけない。
- ・もう一つ、昭和60年の問題は、そこで二次医療圏を決め、この中でやれとされた。60年と今とでは激変している。二次医療圏を変えなければだめだと言ったら、流入患者と流出患者で計算して変えたいところは変えてくださいとされ、ほとんどそのままずっとやっている。
- ・医療提供体制を「こうしたい」というのを医療界から議論をして出すべきだ。これをやらなかったら日本は大変なことになると考える。

堺会長は、そうだと思う。我々は行政に対して受け身だったが、現場を知っているのは我々だ。行政官は頑張ってくれるが、現場がわからないので難しい形が出てくる。そういう意味で、日本病院会はまとまり、医師会などと話し合いをし、すり合わせをしながら、提供をやっていく必要があるのではないかと述べ、安藤常任理事に意見を求めた。

安藤常任理事は、今まで出ていた委員会は、個人的な立場で発言してきた。機関決定も受け、方向性もあるようなよすがが得られればと思うので、よろしく願いたいと述べた。

大道副会長は、二次医療圏の地域医療計画の策定は現実的に齟齬がたくさんあるが、それを換えられない行政もある。先ほどの7対1など典型的な話だ。2006年、7対1を掲げられ、民間病院は必死に取ってきた。それが急性期ではないからどうのこうのというのは本当におかしな話で、病院団体としては声を大にして「それは違う」と言わなければいけない。日本病院会としても機関決定できる項目だと思うと述べた。

神原支部長は、国は何かというと地方に投げるが、県は投げられてから考え出す。すると、各地域は自分たちの利害を主張し、県レベルでは決めらなくなる。やはり国が大方針を決めてから地域に投げると決まる。その辺を繰り返さないよう願いたいと述べた。

村上顧問は、「メディファクス」で委員会記事を見たが、7対1は高度急性期に限るべきだという流れで、4泊5日までのものは病院団体は反対しなかったと出ていた。審議会の中で高度急性期に限るのはコンセンサスを得たように感じていたが、現状はどうなのかと尋ねた。

安藤常任理事は、必ずしもコンセンサスは得られていない。分科会では、決めるのは総合部会で分科会は結論を定めて持つていくのではないとし、各委員は少し安心しているのではないか。4泊5日に関しては、個人的によくわからなかったので意見は言わなかった。厚労省が今

回の調査で出した中に、睡眠時無呼吸の検査1泊2日とか、治療のポリペクとかに7対1は要らないのではないかと個人的には思っていると述べた。

村上顧問は、4泊5日を病院団体の委員が認めてしまうと、4泊5日を7対1の平均在院日数から外すと厚労省が決めてきてしまうのではないかと。病院団体の委員は抵抗してほしかったと思って、そのことを質問していると述べた。

小川常任理事は、短期滞在手術のことで話をしたい。例えば短期滞在手術の2は、ヘルニアの手術だと1泊だけで帰れる。実際は手続きが大変なことと、三、四日入院させたほうが利益が上がると延ばしている。本当は1日でできるものをあえて3日も4日も入院させていることに対し問題が起こったのではないかと、万代常任理事に尋ねた。

万代常任理事は、短期滞在入院料を算定しないのは、手続きが面倒なことなどから。だから、いろいろ体制を整えなければだめだと述べた。

小川常任理事は、厚労省ばかり批判するが、我々もやらなければいけないことをやっていないところもある。4泊5日とかいうのは短期滞在手術で、7対1の問題とは別だと言いたかった。我々の意見を「こうあるべきだ」と出すのがいいとののは当然だ。60年のとき中間報告で長期入院とか言われたが、我々のほうから出さなかった。意見をもっと出すべきだと思う。7対1問題は、看護師や医師の労働条件が非常に悪い。余計な人数の看護師を雇うほど赤字になった。7対1という入院料がついたから、ある意味では病院は助かった。だから、7対1が急性期とかいうのではなく、あくまで労働条件や、本当の医療をやるためにもっと看護師が必要だと、看護協会だけでなく我々ももっと言っている。それを厚労省が認めてくれたと私は解釈している。まだまだ看護師が要するという条件を出していったらいいと思うと述べた。

安藤常任理事は、議論のプロセスを再確認したい。急性期医療、高度あるいは複雑である医療の定義はあるのか。それも不明確なまま7対1はそれに準じてしかるべく取らなくてはいかんという議論がおかしい。根本が定まらずに周辺のものを、その定まらないものに向けて議論するというようなことだ。このままでは堂々巡りだと述べた。

相澤副会長は、7対1というのをつくってしまって、厚労省はしまったと思っている。急性期とか高度とか医療に手がかかっているとか今は関係ない、減らしたいだけだ。医療法を含めビジョンをつくってやるには今年に間に合わない、すると診療報酬で何とかしようとする。目をつけたのが7対1というだけだ。どこで線を引くか。看護必要度か、平均在院日数か、特定除外か、それとも短期で線を引くのか。どれぐらい減らしたら幾ら金が出てくるかしか考えていないのが今の厚労省の実態だ。そんなのおかしいと声を上げて言いたいが、今年に間に合わないで、どこで線を引くかだけだと思うと述べた。

安藤常任理事は、これはかなり急いでいて、総会に上程すべく8月上旬を目途に中間取りまとめ案、最終案をつくらと言っている。これでいくことになると思うと述べた。

相澤副会長は、どこで線を引くとどれぐらいの病院が落ちるか、何百億円出てくるのか、厚労省はもうデータを持っている。理念とか医療をどうしようかはほとんどない。安藤常任理事にはそこでどうするか判断し、やるべきところは言ってもらいたいと述べた。

末永副会長は、次のように述べた。

- ・人口が減って看護師になる人も減ってという中で7対1が維持できるかどうかまで含めて考えると、いい悪いは別にして、厚労省としては何かで規制してくる。理不尽なことについてはきちんと反対していかなくてはいけないが、7対1で議論が盛り上がり過ぎると、10対1を維持するのにも苦勞している病院の意見が全く出なくなる。それを懸念する。
- ・どんな委員会で二次医療圏の話をするかが問題になる。地域医療計画の見直しにかかわる委員会で二次医療圏の話をしたら、他の部会でやっているとはぐらかされてしまった。そこで、私の愛知県はほとんどが過剰地域だったが、5年間たってほとんどが不足地域になっていた。

これは一体どういう見通しを立てているんだと言った。すると、人口が高齢化でと前からわかっていることを言う。決め方はいい加減だ。

- ・国から地方への話も、都道府県の保健福祉部とかはほとんど考える力を持っていない。地域医療計画のときも一字一句そのまま都道府県でおろしてしまう。しかもこだわりがあって融通がきかない。だから、国から地方へと言ったときも、地方の医療政策のあり方に我々が十分注意して意見を言わないと、どういってしまうかわからない部分がある。
- ・医療界から意見を出すべきだと思う。ただ、各病院団体も依って立つところの違いがいっぱいある。病院団体として一致させるところを見つけることも問題だと思う。

権丈参与は、次のように述べた。

- ・厚労省の医政局、そして保険局もビジョンを持っていない。来年度あるいは12月ぐらいからどう動くかそれ1点で動いている。医療提供体制の改革をいろいろな形で私たちがやってく中で、各省庁が待ってくれているところもある。それを反対方向にボールを蹴ったりという状況だ。ビジョンを持ってやってくれという発言は私は大いに応援したい。
- ・今回考えていく柱として、競争から協調の世界に入っていく助け合いの中でやっていこうよという表現をしている。もう一つは、地域医療計画というものにある程度意味を持たせていこう。そのとき、権限の話以前に、計画を立てることができるマンパワーをつくらなければいけない。計画策定能力を持つマンパワーの養成が実は一番のかぎになる。
- ・中央に、介護と医療のデータを解析する組織をつくって、そこに官民の人材を集め、その人たちが都道府県の職員、地域の介護計画を立てる人たちをはじめ、日本中を回って自治大学のほうで合宿研修をやるようなことをやらしてもらわなければいけない。
- ・地域医療計画はだらしない県もあるが、長野県等は意味があるものだ。かつて能力がある人間が1回つくったからだ。マンパワー、能力次第で生きる余地がまだある。この4~5年をかけて日本中の医療政策、介護政策を立てることができるマンパワーを集中的に養成していく。データによって議論していける人材をつくるのが最大のかぎになっていく。
- ・データを解析し可視化して医療政策を議論していくところがポイントになっていく。ビジョンを医政局等は何も持ってない。一番の戦いの相手は医政局と保険局だった状況だ。

福井支部長は、医療は地域の環境における地域ニーズによって決まる。これを中心に考えると、今の県も市も医療政策をやっているところがない。地域医療の「地域」はどこか突き詰めなければ住民要望にこたえ切れない。地域医療の細かい是正は市町村単位なので、市長に意見を言って、地域医療検討会という市長の諮問機関をつくってもらった。ここから市の行政に反映していこうと、機構改革をやって地域医療室という政策を考える分野を保健所から切り離してやっている。今まで既得権益があり、県からおりてくると保健所ないしは市、県の医師会に入ってそこでやっていた。医療政策をやっている行政マンがいない。これを養成するのに、毎週木曜日3時から5時まで行政マンに4名の病院長で1年間教育した。医療政策に長けた官僚が出てきて、それが部長になったが、これが孤立する状況だ。大変難しいが、医療政策をつくる行政マンをつくることから始めていると述べた。

堺会長は、頑張っている話をもらってありがたい。地域には医療審議会があつて医師会が牛耳っているが、我々病院団体も声を大にする必要があると思うと述べた。

安藤常任理事は、言い訳だが、医療はどうあるべきかという話を私は最初、自分の分科会でやろうとしたが、とめられた。やらせてくれないがどうしようかと述べた。

堺会長は、それは日本病院会でやることにしようと述べ、他に意見を求めた。

宮崎常任理事は、市や県に当事者能力はなく、権益だけで動く。群馬県の場合、10医療圏あつて多過ぎ、5でいいのではないかと県の病院協会でやったが、二次医療圏に地域支援病院、がんの拠点病院が1つと決められている、5には減らせないと、政治の力が絡んできて諦めた。

国でガイドラインを示すと、そのガイドラインに沿って県は表面上で動いていく。人材は、各県には病院長、いろいろ考えている人がいると思うので、そういう人を使った本当の意味の審議会、話し合いの場が持てればいい。しかし、医師会が絡んだ形の審議会になっているのが実際だと述べた。

相良新会員は、地方や現場の声を厚労省に伝えて制度を変えることを、私はがん拠点病院制度でやった。鹿児島県の現状として、拠点病院が乳がんを20%しか手術していないが、乳がんに関しては拠点病院の言いなりにならないといけない。これを県に何度言っても厚労省が決めたことと相手にされなかった。厚労省に何度か陳情し、鹿児島県のデータを提出した。今度の8月の改定で単独型の拠点病院が制度化される。乳がんのような例で単独型の拠点病院を認めるということだ。幸い私どもは厚労省に話をつなげてもらえる方がいた。現場の声を日本病院会として伝えてもらえば制度は変わるのではないかと思うと述べた。

堺会長は、日本病院会は現場の声を厚労省なりに伝えたい。ぜひ言ってもらいたいと述べた。

安藤常任理事は、来週にほとんど決まる前提で話す。7対1をどうかする手法で特定除外を外す、看護必要度を扱うといろいろな手だてをやっているが、来年度の診療報酬改定でやった場合、平均在院日数要件には手をつけないという文章があった。しかし、本会議でそれは削除された。これは厚労省が最後に切ってくるカードではないかと思う。手だてを否定すると、それなら平均在院日数18日を15日にすると。このほうが困ると思うと述べた。

藤原常任理事は、ニュース編集委員長の立場から言うが、この協議事項はニュースとして会員や世の中に伝えなくてはならない。相澤副会長が言われた医療界の声を上げるという結論は、正副会長会議である程度のことは決めてこの場に臨み、執行部の1人として発言された。その意見に私も含め皆さんもそのとおりに思っている。編集部の方は危惧し、決まっていないから載せないでくれと言う。このことがないと進展していかない、私は載せたいと思う。この会は機関決定ができない組織だが、医療界をリードすることが必要だ。相澤副会長の発言は要約し新聞に載せていきたい。7対1についても日病としてはこうだと、協議の後に執行部でまとめてもらわなければならないと私は思うと述べた。

堺会長は、決をとってそれをどうのこうのということではない。相澤副会長の意見に対し真っ向から反対とかはなかったので、そういう流れで書いてもらうのは問題ないと述べた。

土井常任理事は、厚労省にしても理念がなくて来る。「義を明らかにして利を計らず」という言葉のように、理念がきちんとしていなくてはいけない。どういう考え方でやっているんだということを私どもに知らせてくれれば非常にやりやすいと思うと述べた。

堺会長は、今日、皆さんの意見を聞き大変心強く思った。日病単独では難しいので、四病協になるのかどうか難しい状況の中だが、医師会とある程度の意見調整を行いたい。そして適切な時期に厚生労働省なりに提案していきたいと思うと述べた。

以上で閉会となった。