

日 時 平成25年12月14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、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、  
福井 次矢、中 佳一、山田 實紘、武田 隆久、生野 弘道、小川 嘉誉、土井 章弘、  
安藤 文英（各常任理事）

柏戸 正英、上津原甲一、石井 孝宜（監事）

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、宮崎 忠昭  
（各顧問）

坂本 すが（代理：菊池令子）、松田 朗、桐野 高明、齊藤 壽一、富田 博樹  
（各参与）

木村 壯介、望月 泉、原 義人、崎原 宏（各委員長）

中村 博彦、堀江 孝至、三浦 將司、神原 啓文、松本 隆利、成川 守彦、中川 義信、  
細木 秀美（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）

野口 正人  
（新入会員）

名倉 英一（掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター 企業長兼院長）

谷本 康信（医療法人仁康会本郷中央病院 院長）

古家 仁（奈良県立医科大学附属病院 病院長）

総勢54名の出席

堺会長の開会挨拶後、議事録署名人の選出を行い、次いで会長よりの紹介を受けて新入会員の名倉英一氏、谷本康信氏、古家仁氏からの挨拶があり、岡留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 2 件〕

①福井県・独立行政法人国立病院機構あわら病院（会員名：津谷寛院長）

②島根県・社会医療法人昌林会安来第一病院（会員名：杉原勉院長）

〔正会員の退会 1 件〕

①兵庫県・公立豊岡病院組合公立豊岡病院出石医療センター（会員名：西岡顕病院長）

〔賛助会員の入会 1 件〕

①A会員・東京都・株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

（代表者：渡辺幸子代表取締役）

〔賛助会員の退会 1 件〕

①B会員・広島県・広島市医師会臨床検査センター（代表者：松村誠所長）

平成25年12月14日現在、正会員 2,372会員  
特別会員 218会員  
賛助会員 250会員（A会員104、B会員112、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：後援等依頼4件）

- ①九州・沖縄地区研究会（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）の後援
- ②産業廃棄物適正処理推進センター基金（環境大臣）への出えん要請
- ③慢性期医療展2014（一般社団法人日本慢性期医療協会）後援名義使用
- ④バリアフリー2014（社会福祉法人大阪府社会福祉協議会）後援名義使用

（新規：後援等依頼1件）

- ①研修会「チーム医療による災害支援—多職種連携に向けて—」（チーム医療推進協議会）の後援

（新規：委員会委嘱等依頼1件）

- ①外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）平成25年度推進事業における推進協議会（一般財団法人日本医療教育財団）への参加依頼

（新規：協力依頼1件）

- ①「日本病院会会員における治験の取り組み状況及び意識調査」に関するアンケート調査（特定非営利活動法人先端医療推進機構）ご協力をお願い

### 〔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があり、了承した。

##### （1）医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース（11月16日）

末永副会長より、このコースを東京、名古屋に続いて大阪で開催したが人気が高く多数の応募者の中から人数を限って行っている。次年度も続けていくとの報告があった。

##### （2）医療安全管理者講習会 第3クール（12月6日・7日）

報告は資料一読とした。

##### （3）第2回看護職場環境委員会（11月21日）

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・看護師の確保対策、看護師の働きやすい職場環境への取り組みと離職防止、夜勤者の確保の3点に絞って検討した。
- ・2025年には200万人看護職員が必要であり、約71万人の潜在看護職員の掘り起こしと復帰支援強化が必至であるが、各県ナースセンターは活発に活動できていない。

##### （4）第7回医業経営・税制委員会（11月22日）

安藤常任理事より、前日の四病協の委員会でも出された消費税調整係数の導入検討の提案に基づいて議論したが、否定的な意見が多かったとの報告があった。

##### （5）第8回雑誌編集委員会（11月26日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・12月号と1月号の企画・編集を行った。12月号には今年の日本病学会の記念講演及び優秀・優良演題10題を掲載、1月号には、「医療供給体制の改革に向けて」というテーマの

新春座談会及び今年の日本病院会のシンポジウムを掲載する予定である。

- ・診療報酬改定に向けて、万代常任理事に原稿を依頼したので4月号に掲載したい。

**(6) 病院中堅職員育成研修 医事管理コース (11月29日・30日)**

報告は資料一読とした。

**(7) 第6回医療制度委員会 (12月4日)**

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・大井顧問が日本病院会の提言に関して報告を行い、それをもとに議論が行われた。
- ・今後、日本医師会の医事法関係検討委員会で最終案をまとめ、3月に羽生田議員が国会に法案を提出する予定である。

**(8) アジア・パシフィックネットワーク会議作業会議 (12月9日)**

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・ICD-10の普及を目的としたそのアジア版をつくるために作業会議を行った。
- ・次回APN会議はマレーシアで6月に3日間行うことになった。2015年、2016年のAPN会議の予定は記載のとおりである。

**(9) 平成25年度多職種協働によるチーム医療の推進事業 (11月29日)**

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・「チーム医療と医療組織の進化」と題した有賀委員長からの講演を受けて、シンポジウムが行われた。昭和大学における横断的なチーム医療の卒前教育であるIPEの事例が特に注目を集めた。
- ・プロジェクト2014参加施設は今年度237病院に増加したが、次年度さらに約100病院を増やすため新規募集を行っているので協力を願いたい。

福井常任理事より、一般病院では、11種類のクオリティインディケータを出しているが、全病院の平均値をもとに数値改善のために活用してほしいとの発言があった。

堺会長より、全会員病院の参加でQIプロジェクトをぜひ成功させたいとの発言があった。

**(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概要報告があり、了承した。

**①第4回基礎課程小委員会 (12月6日)**

- ・報告は資料一読とした。

**②第5回専門課程小委員会 (12月6日)**

- ・報告は資料一読とした。

**③第3回診療情報管理士教育委員会 (12月7日)**

- ・平成25年度診療情報管理士第7回認定試験を平成26年2月9日に開催することを決めた。
- ・通信教育の現行の授業料等は内税になっているが、消費税増税時の対応について会として方針を示してほしい。

**④全国一斉講師会 (12月7日)**

- ・報告は資料一読とした。

**⑤第5回分類小委員会 (12月10日)**

- ・報告は資料一読とした。

**⑥コーディング勉強会 (11月9日～30日)**

- ・報告は資料一読とした。

**⑦医療統計学勉強会 (10月21日～11月30日)**

- ・報告は資料一読とした。

**(11) 日本診療情報管理学会関連**

大井顧問より下記会議の概要報告があり、了承した。

①第69回生涯教育研修会（11月23日）

・報告は資料一読とした。

②第2回定款規約検討委員会（11月28日）

・名誉会員の推戴内規、退会処分、ロゴマーク、学会ホームページ等、細かく決めているので一読いただきたい。

③第2回2016年IFHIMA国際大会開催準備委員会（11月28日）

・2016年に第18回IFHIMA国際大会を東京で開催する準備の細部の詰めに入った。主要プログラム、大会計画等を決めていく予定。また、学術会議に対して共同主催を申し入れる文書を提出しており、2月の理事会で承認される見込みである。

## 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99回実務者会議（11月20日）

中井常任理事より、次回会議で日病協からの要望事項を取りまとめることを決定したとの報告があった。

(2) 第100回実務者会議（12月11日）

中井常任理事より、医師事務補助作業申請の要件を緩和すること、急性期病棟に対して夜勤の72時間ルールを適用しないことの2つの要望を日病協として出すことを決定し中医協へ送ったとの報告があった。

(3) 第109回代表者会議（11月22日）

堺会長より、議題1は中医協の報告、議題3は日病協のあり方検討ワーキンググループであるが、中医協の議長選出方法や議長権限などのルールの明確化をするためにこれを立ち上げた。また、中医協の代理出席については可能であることが確認されたとの報告があった。

## 3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第258回総会（11月20日）

- ・入院医療について急性期に関するところを議論し、事務局から多くなり過ぎた病床数を削減するために急性期はワイングラス型から核弾頭型にするとの提案がなされた。
- ・7対1等の特定除外制度は、一定程度の経過措置を設けて廃止になる可能性が高い。
- ・短期滞在手術の包括評価の方式についての改善案を提示した。

(2) 第95回薬価専門部会（11月20日）

- ・後発医薬品の価格については、新規後発品が上市されるとき先発との価格差を0.7から0.5程度に抑えることとする。

(3) 第260回総会（11月27日）

- ・消費税負担、入院医療に関して急性期の絞り込み、診療報酬改定問題等の課題を議論した。
- ・急性期についてはかなり絞り込まれる可能性があるため、亜急性期の病棟を川下として準備する必要があると出てくる。
- ・26年改定で導入される重症度・看護必要度は入院医療等の調査・評価分科会で出されたデータをもとに比較的よくできている。この適用により激変が予想されるため、何らかの緩和措置を設けつつ7対1を絞り込むことになる。
- ・亜急性期入院医療管理料の見直しにより200床未満の病院を対象とした亜急性期入院医療管理料を導入して病院の機能分化を促進する。

(4) 第262回総会（12月4日）

- ・早期リハビリテーションの充実と回復期リハビリテーションの見直しについて議論した。
- ・OT、PT、その他を含めて病棟配置にすることで早期のリハを推進する。外来リハにおける初期加算、早期加算を導入し、入院から外来に早期に移ったときに引き続きリハができる形を導入する。回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しに関しては、専任医師やMSWを専従にする。

#### (5) 第263回総会 (12月6日)

- ・医師事務作業補助者に関しては人件費に見合うだけの点数がついていないので点数を上げるが、規定にあるように、医事業務をさせてはならない。
- ・院内感染防止加算1についてはJANISへの登録要件が加わる。
- ・救急医療に係る課題として、救急医療管理加算の算定要件における、その他項目に準ずるような重篤な状態の患者については患者像が不明確なことから評価を見直す。
- ・ハイケアユニットとICU加算の見直しでは、現行の「A項目またはB項目」を「A項目かつB項目」に変更する。

#### (6) 第264回総会 (12月11日)

- ・平成26年度診療報酬改定について、公益側1号、2号の委員の意見をまとめて両論併記で報告した。

#### (7) 第265回総会 (12月13日)

- ・DPC評価分科会からの報告を受けて議論した。25改定では指導医療官を特定機能病院から1年間派遣すると加算、また、後発を一定程度使うと加算することになる。
- ・入院通算に関しては、これまで3日過ぎると病名が同じでも通算にならなかったが、7日以内の同一病名の場合は一連とするとの提案がなされている。

### 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7回医業経営・税制委員会 (11月21日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・三上理事長から提案された診療報酬による消費税損税分の補填の考え方は非課税を前提としたものであり、DPCで使われている調整係数の前年度分を次年度に表現し、係数分を診療報酬請求額にアップして毎月医療機関に与えてほしいとの案に関してはさらに検討が必要である。
- ・中医協の分科会で医療経済実態調査を踏まえた費用構造推計が出ており、これに基づいた消費税8%時の分配手法を検討したので、医科歯科診療所、病院等々で具体的に案分する。安藤常任理事より、三上案は医師会内部では議論されていたが、三上理事長は今、日医に所属していないので、これを病院の団体のほうでやってほしいとの発言があった。

梶原副会長より、消費税は今後10%ではおさまらないであろう。医療にかかる消費税は非常に複雑な問題である。原則課税の錦の御旗は絶対おろさないが、政治家の感覚で言うと、医療に課税とは国民に言いづらい。非課税で、かつ医療機関に負担をかけない方策をいかにとるかについて悩んでいる実情であるとの発言があった。

#### (2) 第8回総合部会 (11月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・社会保障審議会の医療保険部会には少なくとも1名の委員を出せるようにしていきたい。
- ・日本専門医機構が発足し、その理事会に日病の末永副会長を推薦することになった。
- ・中小病院の診療報酬の引き上げ及びメディカルスクール制度の早期導入について安倍総理に面会を申し込んだが会えなかったので文書で提案を提出した。

**(3) 第6回日本医師会・四病院団体協議会 懇談会 (11月27日)**

報告は資料一読とした。

梶原副会長から、消費税増税に向けての早急な対応と調整を検討して四病協から中医協に申し入れてほしいとの発言があった。

**(4) 第9回医療保険・診療報酬委員会 (12月6日)**

生野常任理事より、この1カ月間、週に2回ほど総会を開いており、多くの個別審議事項が挙げられている。ICUの件及び重症度・看護必要度の件については、まだ納得できないとの報告があった。

**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り、了承した。

**(1) 第9回医事法関係検討委員会 (11月20日)**

大井顧問より、年明け3月に医療基本法の最終案をまとめることが決まった。その後、日本医師会の理事会で承認を得られれば羽生田議員を中心に議員立法の提出に動くとの報告があった。

**(2) 第36回社会保障審議会医療部会 (11月22日)**

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・現在、答申の最後のまとめに入っており、今月19日に全てをまとめて提出する予定である。
- ・今後の医療計画の中では、急性期、回復期、慢性期あるいは高度急性期の病床数を二次医療圏ごとに量を決めていく。
- ・地域医療ビジョンで病床数が決められたときには、自主的な取り組みや協議によりベッド数をコントロールする。
- ・臨床研究中核病院を医療法に書いて厚生労働省が認定することになり、平成25年4月までに10病院が認定された。
- ・医療保険部会でまとめた診療報酬改定の基本方針案が医療部会に突然出されて十分議論できないまま方針化される傾向があるので、十分議論できるようにしてほしい。

**(3) 第10回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 (11月28日)**

桐野参与より、以下の報告があった。

- ・医師臨床研修部会報告書(案)に関して、カリキュラム等を次回に必ず見直す。必修科目の再検討も必要である。
- ・基幹型の臨床研修病院については、要件を厳しめにした上で、それを満たす病院群をつくっていくのがよいとなった。
- ・基幹型の研修病院の必要条件である年間入院患者3,000人の基準について、第三者評価等により客観的に義務づける必要がある。
- ・臨床研修の一時中断を可能にするようにプログラムの工夫が必要である。
- ・募集定員については激変緩和措置が外れたことで大きな論点になったが、これまでどおりの方法で案分することになる。研修希望者のマッチング比率向上を図る。
- ・京都府は研修医数が激減しているので、停止直前に1回だけ激変緩和を行う。調整枠を上手に利用し、各都道府県が最適の研修プログラムを作成してほしい。
- ・地域枠については、各都道府県が一定の柔軟性を持って調整できる仕組みが必要である。マッチングは、もう一度だけ旧方式で行い、27年度に行われるマッチングは新方式で行う。

**(4) 第2回医療法人の事業展開等に関する検討会 (11月28日)**

大道副会長より、医療法人が配食サービスができるようにする件について議論したが、さらに検討が必要との結論になったと報告があった。

### (5) 第3回医療法人の事業展開等に関する検討会（12月4日）

大道副会長より、非営利ホールディングカンパニー型医療法人とは何か、その解散、合併等について議論したが、継続検討になったとの報告があった。

### (6) 第3回南海トラフ巨大地震・首都直下地震等に対応した消防用設備等のあり方に関する検討部会（12月3日）

岡留副会長より、スプリンクラーに関して、バルブはきちんと始動するか、電気が切れていたらどうするか等、多くの疑問点が出されたので、消防庁に確かめるとともに、各病院の状況を確認するよう要請があったとの報告があった。

### (7) 第37回社会保障審議会医療部会（12月11日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・ 社保審の医療部会がまとめた医療法等改正に関する意見をもとに議論した。
- ・ 医療法の中に病院と診療所の定義が書いてあるが、診療所は科学的で適正な診療をしなくてもよいととれるので、改正すべきである。
- ・ 医療機能の区分は、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能の4つとする。
- ・ 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要に関する情報を活用して目指すべき病床数を医療計画の一部として決めていく。
- ・ 平成26年度中に開始される病床機能報告制度による報告を踏まえて地域医療ビジョンのガイドラインを策定し、それを受けて都道府県の地域医療ビジョンを平成27年度から28年度にかけて策定する。
- ・ 医療計画の計画期間を介護保険事業支援計画の計画期間とそろえるために、平成30年度以降は5年から6年に変更する。
- ・ 地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策実施のため、県につくる地域医療支援センターで医師確保対策を行うことを医療法で規定する。また、ナースセンターを強化して介護職員の確保対策を推進する。
- ・ 勤務環境改善マネジメントシステムをつくり、各病院の自主的な勤務環境改善の取り組みをサポートする。
- ・ 新たな財政支援の仕組みの創設、チーム医療の推進、医療事故に関する仕組み等についても議論された。

中井常任理事は、中医協の亜急性期病床は社保審では回復期を想定しているのか、急性期かと尋ねた。

中常任理事は、中医協の言う4つの病床分類は曖昧でわかりにくいと指摘した。

堺会長は、名称も定義も曖昧であり議論がなかなかかみ合わない状況であると述べた。

成川支部長は、地域医療ビジョンに関して今後、日病からはどういう指導がなされるのかと尋ねた。

堺会長は、都道府県によって大きな差があるので、日病に窓口をつくって相談できるようにしたい。支部間の連絡や連携をよろしく願いたいと答えた。

## 6. 国民医療を守るための総決起大会（12月6日）

堺会長より、大会は国会議員を含む約2,000人近くの参加者を得て日比谷公会堂で開催された。資料中の決議文を一読いただきたいとの報告があった。

## 7. フィリピン義援金の感謝文

堺会長より、前回常任理事会で承認を受けた義援金1,000万円を、フィリピン大使館にてロペス特命全権大使に渡した。非常に感謝され、大統領に報告するとのことであった。義援

金はまだ募集中であるとの報告があった。

## 8. 診療報酬改定説明会の実施について

岡留副会長より、定例説明会を3月11日に神戸国際展示場の3号館で行う予定であり、広報に協力してほしいとの報告があった。

中川支部長より、第64回日本病院学会を香川県高松市で開催する予定であり、協力してほしいとの依頼があった。

### 〔協議事項〕

#### 1. 診療報酬改定について

冒頭に、堺会長から以下の説明があった。

- ・診療報酬改定について中医協の総会でまとめを出した後に改定率が決まる予定だが、まだ議論が煮詰まっていない点もある。
- ・医療法の中で病床機能分化が法制化されるのを待たず、それに先駆けて行うとのことであり、特に亜急性期病棟の問題が議論になった。
- ・財源には診療報酬と補助金があるが、補助金についてはまだ明確ではない。
- ・亜急性期という表現の中に急性期と回復期を含ませると非常に分かりにくい。
- ・一般病床の中に亜急性期病床が混在して一方が7対1で一方が10対1もしくは13対1になると、不具合が生じるのではないかと述べた。

万代常任理事は、厚労省は入院基本料を病院ごとの選択制にすると7対1の病床数がさらに増えるのではないかと危惧している。亜急性期の病床については、病棟単位にして7対1と10対1などの混在を認める方向である。ただし、現状では200床以下の病院が対象のように思えると答えた。

大道副会長は、病棟単位の7対1にしても厚労省が恐れるように7対1の病床数が増えることはないが、病棟単位で72時間を維持しようとする現状の人員では無理があるので何割かの病棟は7対1から脱落していくと述べた。

中嶋常任理事は、従来の7対1病棟というのは手厚い看護のために決めていたが疾患の重症度の基準が上がれば病院としては中間にある患者をフォローする病棟がなくなる。病棟単位の選択性を認めれば、病院の医療機能の分化を促進しつつ病床数の増加も抑えることができると述べた。

土井常任理事は、新病棟区分は中小病院を対象にしているが、平均在院日数が長期化すると大病院も回復期機能を持った病棟をつくらうとするので、患者が中小病院に流れていくかどうかは疑問であると述べた。

梶原副会長は、医療法で報告制度が実施されるので病棟ごとに機能を全部報告していく。診療報酬は医療法と医療保険法できちんと裏打ちするようになっていくと述べた。

万代常任理事は、平成24年の病院の届出数を見ても、病床数は増えていると述べた。

梶原副会長は、7対1の医療度、介護度の要件を厳しくしていると述べた。

万代常任理事は、26年改定に向けて経過措置を入れながら数回かけて要件を厳しくしていく方向性ではないかと述べた。

堺会長は、保険局は7対1の亜急性期病棟を医療法で言う4つの区分の中で、どこに位置づけているのかと尋ねた。

万代常任理事は、医政局としては回復期に位置づけているが、将来的にはこの3つの機能を有する病棟をつくりたいのは間違いない。受診者側から見ればひとまず急性期なら急性期で受

けて、それから亜急性期に流していくほうがやりやすいと思うが、聞き入れられないと答えた。

梶原副会長は、亜急性期病床は急性期病床の中から1割ぐらひは亜急性期病床をつくってもよいというところからスタートしたが、それがいつの間にか回復期の話と混同して捉えられるようになってきたと述べた。

万代常任理事は、診療報酬上の規定は2004年以来変わっていないが、亜急性期の管理料を医療側が回復リハの少し高い点数として使っていた。診療報酬上は亜急性期を病棟の機能とし今後も続けていくということである。医政局としては、高齢者が増加する中で効率化した形で医療提供体制をつくることで医療費を抑制する方針であると述べた。

堺会長は、日本病院会が春の理事会で7対1問題に関して病院単位、病棟単位、選択制のいずれにすべきかについて議論したときには病院単位への支持が多数であったが、もう一度挙手により意見を確認したいとの提案があり、挙手を求めた。その結果、病院単位への挙手はゼロであり、病棟単位と選択方式は票が割れた。

中井常任理事は、自分が7対1で苦労したのは在院日数がうまく減らせなかったことである。病棟単位で在院日数の縛り選択できれば、その辺の状況が緩和できると述べた。

堺会長は、ほとんどの病院は傾斜配置で何とかやりくりしていると述べた。

中井常任理事は、在院日数は現在、傾斜配置ではない。病棟単位にすれば、在院日数を自由にできるので、7対1をやりやすくなるのは間違いないと述べた。

堺会長は、それが病院にとってやりやすければ限りなくケアミックスが増えていくだろう。1,000床ある大学病院が全ての病床が高度急性期というのはあり得ないので、大病院のほうが大変ではないかとして桐野参与の意見を求めた。

桐野参与は、国立病院機構でいうと急性期型の中に重症心身障害児(者)病棟を入れるなど非常にミクスチャーであり、ルーチンの医療をやりながら超慢性期の医療もやっている。多様性を全然認めない急性期は急性期オンリー、慢性期は慢性期オンリーというのは非常に困ると答えた。

堺会長は、中川支部長の病院の病棟についても尋ねた。

中川支部長は、基本的には急性期であるが重心もある。重心は重心で7対1を、一般は一般で7対1をとっている。一般と重心が一緒になるとうまく回らなくなるリスクはあると答えた。

堺会長は土井常任理事に、亜急性期病棟で救急患者を扱う場合には診療報酬にそれなりの手当てをしてほしいかと尋ねた。

土井常任理事は、当然今までのような回復期の診療報酬ではだめだと答えた。

堺会長は中常任理事に、そういう形なら地域医療・介護支援病院をつくらずに急性期、回復期で処理は可能であるかと尋ねた。

中常任理事は、厚労省は十分データを持っているので状況を見ながら方針を出してくる。我々はまな板の鯉であると答えた。

堺会長は万代常任理事に、中医協の委員として一番苦慮していることについて尋ねた。

万代常任理事は、厚労省は7対1を減らす方向だが、そのときに現場が壊れないように経過措置や緩和措置に十分配慮するように主張していくと答えた。

相澤副会長は、自分たちは厚労省に対して日本の医療の質を保とうとするのなら7対1イコール急性期という考えをやめるようにと主張している。病棟ごとにどんな医療をやっているか、その機能を見てほしい。そこには純粹の急性期から回復期の方まで混在している。機械的な基準でそれを全部縛ろうとするのはおかしいと主張し続けたいと述べた。

小川常任理事は、一番の課題は高度急性期の問題である。そこにかかる患者が多いので減らすという考え方が変である。特定機能病院が高度急性期なのか、HCUやICUが高度急性期なのかさえ議論にならないのはおかしいと述べた。

堺会長は、全くそのとおりだが、今回の診療報酬改定では7対1の大きいところを減らして財源をつくる議論が一番の目玉であったと述べた。

小川常任理事は、HCUやICUを減らすと、それがまた7対1にいくだろうと述べた。

万代常任理事は、高度急性期を超高度急性期のような形で切り分ける方向性は出ている。総合入院体制加算を今度の基準で算定する病院は今のところ全国で10から20ぐらいしかないと述べた。

小川常任理事は、機能分化、分担から考えると全ての病院が全科を持たなければならないという考え方自身おかしいので、総合入院制度加算を我々はとれないと述べた。

万代常任理事は、がんの手術や放射線治療の数を急性期の判断に必要な要件だと言われれば反対しにくい。点数が高いので皆、目指しているが、精神科がないのでとれない病院も多い。精神病棟は収益性がよくないが、それにもかかわらずその体制を整えているところを超高度の急性期医療を提供する病院として認定することは顕著な改正点であると述べた。

堺会長は、厚生労働省が最初に提起したのは高度急性期、超急性期病床・病院をどうするべきかという議論だったが、やがて何が急性期かという議論になり、病棟・病床の機能分化の議論になってきた。高度急性期はどういう病院でということとはなかなか見えず難しい議論がある中で診療報酬改定が粛々と進んでおり、7対1を削って受け皿をつくことになっていると述べ、急性期病院において現時点でそのうちの幾つかを亜急性期病棟に持っていくのか、全部急性期でいくのかについて、参加者に挙手による回答を求めた。結果は、前者がやや多かった。

万代常任理事は、薬価専門部会で診療報酬の個々の要望について今、取りまとめている。日病協の実務者会議の報告で出ている亜急性期の看護師の夜勤要件、医師事務作業補助者の取り扱い等の指摘事項を日医の基本案に盛り込みたいので意見を寄せてほしいと述べた。

## 2. その他

堺会長は、第6次医療法改正における地域医療ビジョンをどうするかについて意見を求めたいとして、岡山県では県とのやりとりは密にできているのかと尋ねた。

土井常任理事は、パイプはあると答えた。

堺会長は成川支部長に、県とのやりとりについてのアドバイスを求めた。

成川支部長は、まずは病院団体が1つにまとまってほしいと答えた。

土井常任理事は、岡山県では岡山県病院協会に大学を含めてほとんど100%の病院が加入している。互いに話し合える状況にあり、県議会議員とのつながりもあり、県の医療をどうするかについてともに検討する努力をしてくれていると述べた。

堺会長は中村支部長に、北海道の状況について尋ねた。

中村支部長は、北海道の病院協会に国立系は入っていないが、自治体病院が入っているので僻地の医療支援などへの協力をしており、よい関係ができている。道に医療法に関する協議の場をつくる提案をしても抵抗はないと答えた。

堺会長は、その他の県の状況について尋ねた。

成川支部長は、支部長会議の話から考えて支部ができているところは皆しっかりやっていると答えた。

神原支部長は、静岡県とのパイプは非常に強いが、医師会と大学と病院協会の3者間の調整がやや難しいところもある。情報交換や調整をできる場はあると述べた。

松本支部長は、愛知県では県と医師会がもともと強いところから病院団体が入ってきた。組織率が一番高いのは愛知県病院協会である。日病支部はまだ組織率が低いので統一した行動がとりにくい。県の医療行政のトップは国に右へ倣えの状態であり、これを崩していくのは難しい。強力に団結していく必要があると述べた。

前原常任理事は、福島県では震災後の対応に関してはいろいろやってきたが、医療行政に関しては余り県と交渉したことがない。病院協会より医師会のほうが強いと述べた。

堀江支部長は、福島県内では地域によってかなり差がある。会津、中通り、浜通りで医療の提供のあり方も違う。郡山の地区に存在するのは自足的な大型の財団病院ばかりであり、相互の連携は余りない。今年から日本病院会の支部会として組織化され36病院が参加しているが、地域状況の違いが大きな問題であると述べた。

藤原支部長は、茨城県の日本病院会支部は歴史が古く大きな病院がずっと活動しており、その支部も含めて県内の220床以上の病院は全て病院協会に統合されている。これから茨城県医師会と協力して我々の政策の採用を県に働きかけていきたいと述べた。

三浦支部長は、福井県では急性期を持つのはほとんどが公的病院であり、連携はうまくいっている。医療の方針に関しては、県と余り齟齬なくやっていると述べた。

末永副会長は、愛知県の状況補足として、県医師会と県は頻りに会合を持っているが、県側に医療に詳しい者がいない。四、五年前から有識者会議でさまざまな問題を話し合っており、そこが中心になりつつ動き出しそうな予感がしていると述べた。

生野常任理事は、大阪府では知事が5つの市民病院を統廃合して2つを民間に売却してしまったが、大阪府から医療審議会に公と私と両方の委員を出しており発言権は強いので、堂々と意見周知できている。二次医療圏の地域では医師会の力が強い。来年は、我々の発言力強化を目指して会員が地区医師会の役員になっていく方針であると述べた。

中川支部長は、香川県では今回初めて病院会ができて少しまとまりができたところである。県との関係は、もともととてもよかった。今後は地域医療ビジョンや政策を立てるときに発言権を得ることを目指したいと述べた。

細木支部長は、高知県では医師会が全部やっている。病院協会も存在せず、全て診療所が主体で回っていると述べた。

柏戸支部長は、千葉県ではようやく支部ができたが全日病の支部などもあり、もう一度組織の整備が必要である。これから力がついてくれば県の医師会に対等な立場で対応できるのではないかと述べた。

池澤顧問は、東京都はまとまりがなく、203病院が日本病院会の会員であるが、大学病院、国立病院、都立病院、それぞれが独立した団体をつくり連携し合っているのも全体を見渡すのは難しい。東京に700からある病院の中の203では非常にそれは困難であると述べた。

堺会長は桐野参与に、国立病院機構の地域医療ビジョンに関する意見を求めた。

桐野参与は、143の病院があるが、200床に満たない小さな病院もあり極めて多様性が高い。国立の場合は県との関係が微妙で、県によっては国立病院は公的病院ではないとして区別するところもある。一般病院と協調してよくやっている県もあれば国立病院機構が排除される県もあるので、一概には言えない。県の力が今後強くなってくればいろいろな問題が起こるかもしれないが、県が医療について詳しいかどうかは疑問で、病院経営は県が一番上手くないと述べた。

堺会長は日赤の意見を求めた。

富田参与は、日赤は国立病院機構と同様である。全国展開しており、その92の病院の大きさはさまざまであるので、これから県の行政が主体になって病院再編成をすることになったときに本当に全員が納得する線でまとめられるかを一番心配していると述べた。

堺会長は、済生会の意見を求めた。

岡留副会長は、済生会の立場から言うと日赤と全く同じである。積極的に協力してくれる県と全く我関せずという県と、県によって非常にばらばらであると述べた。

堺会長は、社会保険病院の意見を求めた。

万代常任理事は、社会保険病院は一部の病院を除き中規模の病院が多いので、地域で中核と

なれる病院は指で数えられるぐらいで、それ以外は亜急性期を取り入れる方向性にある。地域差については、日赤も済生会も同様な場所に散らばっており、そこで行政といかにうまくつき合い物を言っていくかが課題であると述べた。

成川支部長は、地域差がかなりあるために、これを全体的にレベルアップするためには病院団体が一つになり全国各都道府県に組織を持つ必要があるので、協力をお願いすると述べた。

安藤常任理事は、福岡県は全国に先駆けて4つの県立病院を全部、民間委譲した。病院団体支部は四分五裂しており、分断統治の典型例となっている。県の方針も医師会と県との協議で全て決められており、自分達には力がない。県には病院団体を大事にしてもらいたいと述べた。

堺会長は、病院団体の全国統一組織化は日本病院会にとっても非常に大きな課題であり、当会も鋭意努力したい。権限が都道府県に移譲されるに当たり、県と連携して県側の人材育成にも取り組んでいく必要があると述べた。

成川支部長は、和歌山県では県の職員は二、三年で変わっているが、医務官は長くいるので、自分はいつも県庁に出かけてレクチャー行い彼らを味方にするように努めているが、そのような努力も必要であると述べた。

堺会長は、この後に支部長会が開かれるので、そのあたりノウハウもぜひ交換していただきたいと述べて会を締めくくった。

以上で閉会となった。