

日 時 平成27年10月24日（土） 13：00～17：00

場 所 ホスピタルプラザ 3階会議室

出席者 堺 常雄（会長）

今泉暢登志、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、万代 恭嗣、高木 誠、中嶋 昭、福井 次矢、中 佳一、  
武田 隆久、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

藤原 久義、石井 孝宜（各監事）

木村 純、牧野 憲一、濱崎 充、堀江 孝至、小松本 悟、丸山 正董、小林 繁樹、  
新江 良一、岡部 正明、山田 哲司、田中 一成、松本 隆利、足立 幸彦、金子 隆昭、  
森田 眞照、木野 昌也、青山 信房、土谷晋一郎、三浦 修、中川 義信、厚井 文一、  
岡田 武志、竹中 賢治、藤山 重俊、松本 文六、石井 和博（各理事）

奈良 昌治、大井 利夫、宮崎 忠昭（各顧問）

坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、邊見 公雄、池上 直己、権丈 善一、齊藤 壽一、  
高橋 正彦（各参与）

木村 壯介、崎原 宏、大道 久、松本 純夫（各委員長）

原澤 茂、三浦 將司、毛利 博、今川 敦史、福井 洋（代理：平松公三郎）、  
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）

堺会長の開会挨拶の後、定数66名中、出席者43名（過半数34名）で会議が成立している旨報告があり、今泉副会長の司会により審議に入った。

## 〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

第2回（平成27年7月）～第4回（平成27年9月）常任理事会承認分の下記の会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会12件〕

- ①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター（会員名：菊地誠志院長）
- ②都道府県・岩手県立宮古病院（会員名：村上晶彦院長）
- ③都道府県・兵庫県立尼崎総合医療センター（会員名：藤原久義院長）
- ④都道府県・高知県立あき総合病院（会員名：前田博教院長）
- ⑤済生会・社会福祉法人恩賜財団岩手県済生会 岩泉病院（会員名：柴野良博病院長）
- ⑥医療法人・社会医療法人北海道恵愛会 札幌南一条病院（会員名：西田憲策理事長）
- ⑦医療法人・社会医療法人新潟臨港保健会 新潟万代病院（会員名：山谷恵一院長）
- ⑧医療法人・医療法人池慶会 池端病院（会員名：池端幸彦理事長・院長）
- ⑨医療法人・医療法人社団誠広会 岐阜中央病院（会員名：近藤博昭院長）
- ⑩医療法人・医療法人昭征会 坂野病院（会員名：坂野昭理事長）
- ⑪医療法人・医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院（会員名：福田純子理事長）
- ⑫医療法人・医療法人社団生和会 周南リハビリテーション病院（会員名：廣田晴郎病院長）

〔正会員の退会 3 件〕

- ①都道府県・兵庫県立尼崎病院（会員名：藤原久義院長）
- ②医療法人・医療法人社団北海道恵愛会 札幌南一条病院（会員名：西田憲策理事長）
- ③医療法人・医療法人平成会 小島病院（会員名：石田任之理事長）

（役員の慰留により撤回 1 件）

- ①北海道・国立大学法人旭川医科大学病院

慰留者：中村博彦常任理事

〔賛助会員の入会 2 件〕

- ①B会員・公益社団法人国際厚生事業団（代表者：高久史磨理事長）
- ②D会員・小平紀久

〔賛助会員の退会 1 件〕

- ①A会員・サンビル株式会社（代表者：長澤隆也代表取締役社長）

平成27年9月27日～平成27年10月19日受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会 1 件〕

- ①医療法人・社会医療法人南信勤労者医療協会 諏訪共立病院（会員名：岩間智院長）

〔正会員の退会 1 件〕

- ①その他法人・一般財団法人真和会 京都大橋総合病院（会員名：小出達真理事長）

（役員の慰留により撤回 1 件）

- ①北海道・小清水赤十字病院

慰留者：今泉暢登志副会長

〔賛助会員の退会 4 件〕

- ①特別会員A・医療法人黎明会 新百合健康管理センター（代表者：高橋啓泰理事長）
- ②特別会員A・医療法人聖授会 OCAT予防医療センター（代表者：梶山高志理事長）
- ③特別会員A・医療法人聖授会 総合健診センター（代表者：梶山高志理事長）
- ④A会員・鳥居薬品株式会社（代表者：田村昭彦部長）

平成27年10月24日現在、正会員 2,432会員

特別会員 193会員

賛助会員 249会員（A会員101、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、承認した。

（継続：後援・協賛等依頼 7 件）

- ①社会福祉法人大阪府社会福祉協議会／バリアフリー2016後援名義使用
- ②一般社団法人日本慢性期医療協会／慢性期医療2016後援名義使用
- ③国立研究開発法人国立長寿医療研究センター／第11回長寿医療研究センター国際シンポジウムの開催に係る後援名義の使用
- ④消防庁／平成27年秋季全国火災予防運動に対する協力
- ⑤一般財団法人医療関連サービス振興会／「第25回シンポジウム」の後援
- ⑥一般社団法人全国公私病院連盟／第27回「国民の健康会議」の協賛
- ⑦公益社団法人日本理学療法士協会／第51回日本理学療法学会後援名義の使用

（新規：後援依頼 1 件）

- ①一般社団法人日本医療経営実践協会／「日本医療経営実践協会創立5周年記念シンポジウム」の後援

ム」の後援

(新規：委員等委嘱依頼 1 件)

- ①一般社団法人Medical Excellence JAPAN／渡航受診者受入医療機関のリスト化に向けた調査委員会委員の委嘱〔就任者…堺会長〕

### 3. 中医協委員について

堺会長より中医協委員について万代常任理事への継続委嘱があったと説明があり、就任を承認した。

### 4. 山形県支部の設立について

濱崎理事より山形県支部の設立について説明があり、承認した。

### 5. 平成29年度第67回日本病院学会について

堺会長より平成29年の第67回大会について、大道副会長の配慮で学会長を内藤嘉之社会医療法人愛仁会理事長・高槻病院院長にお願いすることになったと説明がされ、ついで大道副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・大阪と兵庫で協力して開催の予定で、特別顧問には自分のほか邊見参与に兵庫県を取りまとめていただく。
- ・場所は神戸国際会議場とその隣の神戸ポートピアホテル、日時は7月20日・21日の予定。

### 6. 委員会の設立について

堺会長より専門医に関する委員会について以下の説明があり、承認した。

- ・2年後の専門医制度開始に向け、大学病院と一般病院のやりとりが厳しいとの予測がある。急遽『専門医に関する委員会』を立ち上げ活動を始めた。委員長は中常任理事にお願いしている。
- ・日病協の中でも制度に対し危惧する声があり、日病で立ち上げたこの委員会を中心にやってもらいたいと話をしている。現場で意見や質問があれば事務局宛てに問い合わせ願いたい。

### 7. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

今泉副会長より説明があり、下記4施設の指定を承認した。

(新規 1 件)

- ①長野県・伊那中央行政組合 伊那中央病院

(更新 3 件)

- ①高知県・J A高知健診センター  
②秋田県・平鹿総合病院 健診センター  
③宮城県・公益財団法人宮城県医師会 健康センター

### 8. 事務局の諸規程変更について

福田事務局長より以下の説明と、堺会長から追加説明があり、承認した。

- ・実態に合わないところについて改正案をつくった。今まで国家公務員に準じた俸給の特別調整手当等が入っていたが、これを廃止し、基本給、役職手当、賞与等を明確にした。
- ・基本給は1等級から7等級までの中に145号俸までづくり、能力等に応じ扱っていく。役職手当は部長、課長等については幾らと一律規定にした。扶養手当、住居手当、通勤手当、超勤、休日給も改めた。賞与の支給額は変動部分に人事考課結果を盛り込む。昇給、昇格につ

いてはキャリアパスを盛り込んだ考課制度で評価していく。

- ・考課制度は、情意評価、能力評価を4段階で評価して点数化し、それに成績評価を加える。1等級から5等級までの職員に対し、上位になるほど成績評価を重視する。合計点数を各評価係数を掛けて算出し、S、A、B、C、Dの5段階で総合評価を決定する。
- ・退職手当は従来の調整手当等は基本給に盛り込み、現状と同じ支給基準にしている。堺会長は、日病が一般社団法人になり、本社ビルを取得して、事業計画の中にも事務局機能の改善を図るとしていた。業務規程、給与規程、人事考課制度を発足すると述べた。

## 9. 平成27年度の追加予算について

相澤副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・IFHIMAの大会に対して、日本病院会に1,000万円の拠出依頼があった。2年間に分けて出す予定だが、500万円ほどが当座必要になる。
- ・また、国際疾病分類ICDが変更になるが、その事業への財政支援を依頼されている。
- ・両金額を年間予算から捻出するのは難しい。こういうときのために集積してきた3,400万円のうちから2,000万円を取り崩して充当したい。

### 〔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の開催報告があり、了承した。

##### (1) 第5回雑誌編集委員会(9月29日)

報告は資料一読とした。

##### (2) 療養病床の在り方等に関する打合せ会(10月1日)

協議事項で取り上げることとした。

##### (3) 第4回医療制度委員会(10月7日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想とそれに基づく医療提供体制をどうするかについて、129病院にアンケートを送り、7対1、重症度、医療・看護必要度についての調査の取りまとめを急いでいる。
- ・10月21日、「地域医療構想に関する要望」を堺会長と中井委員長連名で厚労省医政局長に提出した。地域医療構想に必要な基礎データの開示について、各都道府県の医療福祉担当者に温度差があるのを対応してもらいたいと申入れをした。堺会長より、以下の追加報告があった。
- ・10月21日に医政局長と面会した。生データの開示は難しいが、協力できるところは協力させてくれという話だった。厚労省人事で医政局幹部がかかった。局長には頑張ってほしいということと、地域医療構想等について日ごろの懸念を伝え、要望をしてきた。
- ・特に専門医制度の在り方で厚労省のスタンスがはっきりしないことについては、ぜひ検討したいと言っていた。要望等あればまとめて医政局に申入れしたい。

##### (4) 第3回看護職場環境委員会(10月16日)

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・前回、富田参与から看護師が育休、産休のときのカバー人員について検討してほしいとの要望があり、検討した。
- ・病院団体によってカバーの仕方が随分違っていることが判明した。アンケートをとって、その結果でまたどう進むか決める方向だ。

##### (5) 第6回医業経営・税制委員会(10月16日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・同日午前中に四病協の委員会があり、それを受けた形で行われた。消費税について、日本病院会のほか、四病協、中医協、日本医師会でも検討されている。
- ・三師会、四病協、財務省担当者、厚労省担当者が集まっての非公式な意見のすり合わせの場で、財務省から、個々の診療報酬項目7,000項目について原価構成の調査するよという話になり、日医と四病協が急遽やったアンケートのデータがここで出された。
- ・診療報酬7,000項目中、今回は13項目選んでいるが、1項目ずつに原価を求めて消費税相当額を明らかにするのは極めて困難だとわかった。
- ・東京都病院協会会長から、卸やベンダーまでを課税して医療機関には控除対象外消費税が起これない仕組みが発案されているので、病院団体としてこの方向で一本化してくれないかとの提案があった。短期間での結論が求められ、協議したが結論が出なかった。ただ、控除対象外消費税ではいろいろなアイデアが出てくるが、これが税制の仕組みで起これないようにしてくれというのが医療界での最低の共通項ではないかという話にはなった。

#### (6) 第9回病院中堅職員育成研修「経営管理コース」(10月16・17日)

報告は資料一読とした。

#### (7) 第1回病院経営の質推進委員会(10月19日)

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成27年度の診療報酬等に関する定期調査の報告がされた。
- ・また、5年たってコースの受講者が減ってきたことを受けて、議論をした。平成27年度の結果を見て28年度に考える。ダイレクトに担当者へ送るなど、きめの細かい募集方法を考えよう。新しいコースとして、医療技術部門のOT、PT向けを入れていこう。医師向けに、副院長クラスを対象にしたトップマネジメントコース新設を検討しようとした。

#### (8) 感染制御講習会 第2クール(10月17・18日)

#### (9) 医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー(10月17・18日)

(8) (9) について、報告は資料一読とした。

#### (10) 診療情報管理士通信教育 第2回診療情報管理士教育委員会(10月9日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・医師事務作業補助者コースは現在、東京、大阪、福岡3地区で開催しているが、これからもどんどん養成していきたい。
- ・要望があれば各支部でも開催していきたい。支部長会で話が出ると思うが、自分の地区でやりたいというときは事務局に申し出てほしい。

#### (11) 診療情報管理士通信教育 DPCコース東京スクーリング(10月17・18日)

#### (12) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会(9月11日～10月10日)

#### (13) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会(9月25日～10月18日)

(11) (12) (13) について、報告は資料一読とした。

#### (14) 日本診療情報管理学会 第79回生涯教育研修会(10月10日)

報告は資料一読とした。

#### (15) 第87回AHIMA年次大会及び関連行事(9月25～30日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・アメリカの診療情報管理士の集まりであるAHIMAの年次大会が行われたが、来年東京で開催予定のIFHIMA大会の宣伝を兼ねて横堀部長が招待された。
- ・参加者数5,000名、出展企業数150社の中で、開会式でのスピーチ、ブース出展を行った。

#### (16) 第3回WHO国際統計協力センター運営会議(10月7日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・厚労省で行われたが、自分も参加してWHOのマンチェスター会議参加の作戦を行った。
- ・細かいことは、報告書も提出し報告する。

#### (17) WHOマリー・ポール・キーニー女史（事務局長補）との面談（10月7日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・WHOの担当官ウースタン氏の上司に当たるマリー・ポール・キーニー女史が来日したが、自分も堺会長も都合がつかず、横堀部長とともに山本名誉会長に神戸まで行ってもらった。
- ・日病で協力してきたドネーションに対し、WHOでも一生懸命努力しているし、これからも協力していきたいという返事があった。

#### (18) 地域医療委員会からのアンケート調査について

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・10月1日から地域医療再生に関するアンケート調査をやったが、回収率15%だった。会員病院2,400のうちの340~350でしかない。25%から30%、600~700病院に回答をもらいたい。
- ・二十数項目をチェックすれば済む様式だ。理事の病院は返事いただきたい。また、支部長は、県庁所在地以外の地方の市町村の会員病院にアンケート調査回答を促してほしい。

## 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122回診療報酬実務者会議（10月21日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・副委員長の選出について、医法協の太田委員を推薦して代表者会議へ報告することとした。
- ・日病協から診療報酬改定要望第2弾に向け、傘下の各団体からの要望事項が提出されている。次回の議論に向け、各団体からの要望を全体を見てまとめてくれとの話があった。

#### (2) 第132回代表者会議（10月23日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬実務者会議からの報告では、副委員長の選出結果が出されたが、会議の運営について疑義があり、次回、再検討することになった。
- ・専門医制度について新たな委員会は、日病に委員会があって四病協もやっており、その上に日病協まではどうかとなった。日病の委員会に希望者がオブザーバー参加することになった。

## 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) ~ (12) については、万代常任理事より以下の報告があった。

#### (1) 第107回薬価専門部会（9月30日）

- ・関係業界からの意見聴取と、外国における後発医薬品の使用促進策が議題となった。ジェネリック製薬協会や卸業界から意見が出されている。
- ・参考人から「英米独仏における後発品使用促進策について」紹介があった。

#### (2) 第304回総会（9月30日）

- ・外来医療、紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養について議題となった。定額負担を求める大病院の範囲は、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院が定額負担を責務とする方向性になっている。定額負担を求めないケースも自由討論した。
- ・定額負担を最低金額として設定することをどう考えるか。1号側は全国一律料金としたが、2号側は最低金額を設け地域に応じた上乘せをするほうが良いとした。
- ・具体金額は5,000円程度、再診は1,000円程度、減算は制度として続ける方向性だ。
- ・事務局から「患者申出療養の制度設計」、1号側から「患者から見た患者申出療養」が資料

で出ている。

### (3) 第47回診療報酬改定結果検証部会 (10月7日)

- ・訪問看護ステーションと後発医薬品に対しての検証部会からの報告があった。
- ・後発医薬品名で処方された医薬品のうち変更不可となっている割合が、昨年度の22.8%から44.8%と倍増したことで議論になった。異常事態とも正しい状態とも評価が出た。ある程度信用のあるメーカーを指定したい医師の責任ある行動だとの反論もあった。

### (4) 第305回総会 (10月7日)

- ・在宅医療が議題となった。在宅を専門とする診療所をどう扱うか。
- ・日医からは、外から外来診療をやっていることが見て取れること、医師会に入るなどで地域の診療所とやりとりしながらやっていけるならとの条件つきで医療機関を認める方向になった。次回改定から盛り込まれる。

### (5) 第73回保険医療材料専門部会 (10月14日)

- ・保険医療材料専門組織からの意見が議題となった。価格を決めるとき、内外価格差を縮める方策の具体手順の取り決めが検討された。
- ・外国価格と比較しできるだけ水準を合わせる。1倍近くにす方向で、何倍にするかは今後決まる。原価計算もきちんとした内訳を出す方向でいくということだ。

### (6) 第108回薬価専門部会 (10月14日)

- ・薬価算定組織からの薬価をできるだけ抑える提案について、内容を細かく討論した。
- ・市場拡大再算定として、予想年間販売額の2倍以上かつ年間販売額が150億円超については、予想売上げが150億円超か1,000億円超かによって考えるべきとした。年間販売額が巨額な品目は要件を変更する。数の要件に合わない場合も、年間販売額が予想を大幅に超えた場合は抑えて再算定する。
- ・前は、薬価改定財源を消費税に充当する形で、入ってこなかった。2号側は、改定財源は改定の原資とすべきという主張で議論していく。ここで財源が少し生まれる形だ。

### (7) 第306回総会 (10月14日)

- ・議題1、入院医療における機能分化の推進について。7対1の改定が行われ、現在7対1病棟が減少してきている状況だが、1号側と2号側委員とで見方が違っている。
- ・急性期届出病床数は少し増加し、平均在院患者数、病床利用率は徐々に下がっている。
- ・機能分化の推進に何が必要か。重症度を項目を多くし患者該当割合を上げる方向や、必要度に関して項目集約、せん妄や認知症の項目を盛り込む等の議論がされている。
- ・今後の届出意向について、7対1病棟、11病棟は地域包括ケア病棟が多い状況だ。
- ・当会であった病棟群で入院基本料の算定を可としろという意見は主張している。
- ・早期退院や在宅復帰支援に対する評価を整理した上で盛り込む方向ではある。
- ・議題2、医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進について。チーム医療の進捗はいろいろだが、個々の分野で評価するよう、今後順次、データが提示されてくる。
- ・短期滞手術基本料の論点として、水晶体の手術は両目と片目を分ける、人工腎臓はコストがかかっており包括から外す、新しく基本料の対象として経皮的シャント拡張、ガンマナイフ、腎結石の破碎を加えることを提案している。

### (8) 第5回DPC評価分科会 (10月14日)

- ・退院患者の見直しについて、治癒と軽快を分ける形と分けない形で報告を上げる。再入院調査では、計画的入院と計画外入院について決定した。
- ・持参薬のアンケート調査の結果では、原則は入院の契機となった傷病に関係あるもの以外はだめだが、病院や医師の意向で除外していく。
- ・機能評価係数Ⅱでは、重症患者への対応機能の観点から係数の試行的導入の検討が出された。

包括の実績とで補填するような方向性になるのか。また、病院の実績報告、クオリティインディケーター等が新係数として盛り込まれる状況だ。

#### (9) 第176回診療報酬基本問題小委員会 (10月21日)

- ・入院医療等の調査・評価分科会から取りまとめが出てきた。
- ・特定除外制度の見直しに伴う影響は余りないというデータが出た。
- ・特定集中治療室管理料については、心電図モニター、輸液ポンプ、シリンジポンプの項目に該当する患者が多い。A項目が2点以下より3点以上の患者のほうが、指示の見直しや包括範囲の出来高点数が低いと出た。要件化されてしまう可能性はあるかと思う。

#### (10) 第307回総会 (10月21日)

- ・がん、たばこ、難病、感染症の個別事項について報告があった。
- ・医師主導治験における保険外併用療養費は、これまで治験で同種同効の薬を使っても認められていなかったが、対象とすることになった。

#### (11) 第48回診療報酬改定結果検証部会 (10月23日)

- ・平成26年調査の最終報告が出た。機能強化型が増えている。強化型、非強化型にかかわらず、患者は満足していく訪問看護を受けている結果が示されている。
- ・救急医療管理加算は1と2に分かれているが、2は幅広い救急医療を現場でしており、十分な評価をしてくれとの形にしてある。

#### (12) 第308回総会 (10月23日)

- ・精神医療について、事務局から提案があり、この方向でいだろうとなった。
- ・身体合併症については、対象疾患を増やしてくれと主張している。
- ・薬物依存症について、認知行動療法を用いた集団プログラムが効果があり、治療に導入する方向になった。評価を設け、十分評価してくれと要求している。
- ・入院医療について、重症度、医療・看護必要度について見直し、急性期の密度の高い医療を必要とする状態をあぶり出せる項目を設ける。患者該当割合を今の15%から何%に引き上げるか。指標の導入は慎重に進めるべきだと発言した。
- ・B項目については、簡素化と、認知症とせん妄を拾い上げる項目にする方向だ。

#### (13) 第9回入院医療等の調査・評価分科会 (10月1日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成27年春に調査された分のデータが紹介され、特定除外制度の見直し、ICU等の見直しが出てきた。特定除外制度は26年改定で見直され、影響について厚労省は検討したが、余り大きな影響はなかったとの論点が出されている。
- ・特定集中治療管理料について、現行のICUの運用が全国調査され運用上問題になるものが出てきた。患者重症度のA項目、心電図モニター、輸液ポンプ、シリンジポンプの3点を一緒に定型的にやっている病院が非常に多い。他のA項目2項目を申請したICUよりも3項目のほうが患者の重症度が低く、この矛盾の修正が28年改定でされるのではないか。
- ・その他、7対1病棟の動向、地域包括ケア病棟の動向、ハイケアユニット入院医療管理料の状況、有床診療所の状況、主に慢性病床での入院医療における褥瘡の状況等が議論された。

#### (14) 第10回入院医療等の調査・評価分科会 (10月15日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・昨年秋の調査と今年の春の調査を総括した文章が出された。入院医療に関する分科会から総会への提言となっている。来年度の診療報酬改定、主に入院医療のところに表現される。議論の対象となった膨大なデータが全部ここに提示されている。
- ・調査は40.7%回収できたということで、厚労省は代表性があるデータと言っている。

#### (15) 医療機関等における消費税負担に関する分科会 (10月15日)



石井監事より、以下の報告があった。

- ・ 去年4月の診療報酬改定時に消費税が5%から8%に上がり、診療報酬改定はマイナス1.26の本来の改定と、プラス1.36という消費税対応改定が同時実施された。マイナス1.26については診療報酬改定結果検証部会で検証している。消費税対応のプラス1.36に関しては当分科会で行う。8%への引き上げに伴う補てん状況の把握を行っていく。
- ・ 社会保険診療に関する消費税の取扱いについて説明がされた。個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を把握する作業を一部サンプルベースで行ったが、全く意味がないものだったと医師会と病院団体が報告しているとの報告があった。
- ・ 仕入れサイドにおける負担税額を控除する非課税、仕入れ控除方式の考え方もあり得るという議論が行われているようだが、公でのテーマとしては出てきていない。
- ・ 軽減税率が突如として採用される意思決定が行われ、消費税は政治的なマターになっている。分科会としていろいろやっていくのだが、忸怩たる思いもある。
- ・ 平成元年の消費税導入時、国民医療費は20兆円ほどだったが、現時点では40兆円で介護保険の10兆円を合わせると50兆円、2.5倍だ。税率3%から10%に3.3倍、掛け算すると8.25倍。社会に対する影響度は平成元年に比べ8.25倍になっている。我が国のGDPは変わっていないので、このボリュームの変化は政治の世界で大きな議論要素となると思う。

#### 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回日本専門医療機構に関する打合せ会（9月30日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・ 日本病院会の中に『専門医に関する委員会』を立ち上げたが、四病協でも並行的に話し合いをやっている。
- ・ あまりまとまった形ではないが、四病協としての要望を専門医機構に提出している。①基幹施設に対し地域医療への配慮を求めるが、その際に特に中小病院の切り捨てにならないよう地域医療を守る配慮を望む。②施設要件には地域特性に対する柔軟な配慮を求める。地域によっては指導医の常勤要件等を厳しくすると専攻医募集ができず、地域医療が崩壊しかねないことも入れている。③医局と関係なく独立して運営している病院に対しても配慮を望む。

##### (2) 第6回総合部会（9月30日）

##### (3) 第6回日医・四病協懇談会（9月30日）

(2) (3) について、報告は資料一読とした。

##### (4) 第7回医療保険・診療報酬委員会（10月2日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 次の中医協開催時、地域包括ケア病棟について200床以下の病院が対象になるのではとの意見がある。その場合、7対1病院は行き所がなくなってしまうため、大規模病院が地域包括ケア病棟に行きづらい形にするのなら、病棟群単位を認めてほしいとの議論になった。
- ・ 社会保障審議会医療部会についての報告は、後の協議資料にある。

##### (5) 第5回医業経営・税制委員会（10月16日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 中医協の医療機関等における消費税負担に関する分科会の報告があった。消費税について不可能と思える見える化を要求され、やらざるを得なかったが無意味との報告だった。
- ・ 消費税問題には重層的に会が持たれており、一番上の税制を含んだ検討会には課税を前提に財務省の担当官も来ている。中医協の消費税問題分科会は診療報酬の中で解決しようとの方向性があるが、議論の中で税で解決してくれという意見が出されている。

- ・出席者は、働きかけを議員等に行う際、医療関係者共通の要望書等を持っていくことが大事との認識で同意している。個々に動き出すと大混乱に陥るだろう。
- ・国立大学附属病院長会議で、損税が出ているので特別の基金が欲しいとの話が出た。非常に危険だが認識されているかどうか。厚労省傘下の国立病院でも同じだが意見を聞きたい。

## 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7回医事法関係検討委員会（9月25日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・本来は医療基本法制定に向けて準備する委員会だが、医療事故調査制度の施行にあたり医師法21条に対し日本医師会として意見をまとめる問題を振られ、議論している。
- ・本来は21条への対応は10月までに決めなければならなかったが、自民党が来春まで引き延ばした。11月までには意見をまとめるつもりだ。その線に沿って自民党のPTが結論を出し、医療事故調査制度委員会の附帯決議になるという予想だ。

### (2) 第8回医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会（9月30日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・マイナンバーカードを医療機関で使えるようにしたいのが国の考えで、3年間で8,700万枚の個人番号カードを見込んでいる。本人確認して手渡していくので非現実的だ。
- ・病院代表として出席しているので、保険証、診察券、マイナンバー通知カードでもOKの三重四重のシステムを組むことはできない。よく考えてほしいと声を大にして言っている。

### (3) 第9回医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会（10月21日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・ネットワーク上で符号発行をする、認証サービス機関をつくって公的認証をすとか話だけは膨らんでいるが、素人の集まりでは理解できない。それより実際に医療等でナンバーを活用するユースケースの話をしたいと申し入れている。年内で決着をつけ、医療等に何らかの形で使う方向づけがされようとしている。
- ・資料にはないが、昨年、総務省から病院内における携帯電話のガイドラインが出た。1年しかたっていないが、総務省からまたやると話がある。テレメーターのバンドが狭く、不通が現場では意外とあること等がわかってきた。この際、全部検証しようと思う。

### (4) 第4回日本専門医機構理事会（10月5日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・事業資金の借入れについて、収益事業はまだ全然やっていないが、予算では借入れ金額が1億から1億5,000万円必要とある。社員に求めるか銀行に求めるかで議論があった。理事会で議論した結果、準公的機関である日本政策投資銀行から無担保で借りることになった。
- ・総合診療専門医に関する委員会に、四病協の神野全日病副会長が入ることになった。

### (5) 第12回国民医療推進協議会総会（10月7日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・日医中心に40の団体が参加して毎年やっている。「国民医療を守るための国民運動」として12月9日、日比谷公会堂で国民医療推進協議会の決起大会をやる予定だ。
- ・国民に必要なかつ十分な医療・介護を提供するための適切な財源の確保、国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決、この2つを決議して活動していこうと決まった。

### (6) 第3回療養病床の在り方等に関する検討会（10月9日）

### (7) 第4回療養病床の在り方等に関する検討会（10月23日）

## (8) 第41回社会保障審議会医療部会(10月22日)

(6)～(8)については、協議事項での議題とした。

### 6. 第65回日本病院学会の報告について

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・6月18日・19日、軽井沢プリンスホテルで開催した。皆様の協力により盛況だった。
- ・延べ参加者が4,900人で、狭い会場、宿泊場所で迷惑をおかけしたことをお詫びする。

### 7. 国際病院連盟(IHF)シカゴ世界会議の報告について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・10月4日～8日、シカゴで会議があった。
- ・第38回国際病院連盟・シカゴコンGRESのオープニングで、新たにつくられた国際病院連盟賞の表彰式が行われた。優秀大賞と、3つの優秀賞カテゴリーのうち、大賞を聖路加国際病院(福井次矢病院長)、優秀賞を八千代病院(松本隆利理事長)が受賞した。「日本病院会ニュース」を参照いただきたい。
- ・来年は南アフリカで行われる。この賞を募集するのでぜひ出していただきたい。

### 8. 日本静脈経腸栄養学会への要望について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・平成22年度より診療報酬改定で栄養サポートチーム加算がとられたが、それに向けて日本病院会は医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナーを行っている。
- ・セミナーを受けても、ドクターは算定要件になるが、他の職種はできない。日本静脈経腸栄養学会のお墨付きがあればいいので、認定要件に係る要望書を出した。

### 9. 第2回～第4回常任理事会承認事項の報告について

報告は資料一読とした。

### 10. 日本病院会ニュース紙面の刷新について

藤原常任理事より、長年懸案だったが、次号から文字のフォントを上げて読みやすくする。この機会にタイトル文字も変える。ただ、文字数は変わらないと報告があった。

## 〔協議事項〕

### 1. 療養病床の在り方について

堺会長は次のように述べて、説明を求めた。

- ・協議事項の①療養病床の在り方について、②新たな医療提供体制構築に向けた提言については実は一緒に、医療・介護一体改革の中で議論されてきた。権丈参与の国民会議の中では病院完結から地域完結へ、医療だけでなく介護と一緒にやるべきとの話だった。
- ・今まで日本の医療、病院には暗黙のヒエラルキーとして、「大学病院」対「一般病院」、「急性期病院」対「慢性期病院」、「大病院」対「中小病院」というのがあった。自分の病院の機能を云々する前に、診療報酬改定に見られる経済的インセンティブが非常に大きく、どこの病院も7対1をとったが、今度は多過ぎるということになった。必ずしも効率のいい医療を提供していない。
- ・そういう中、病床報告制度、地域医療構想の中で、流れとしては急性期、回復期、慢性期の

一般病床の先に療養病床があり、その在り方が今議論されている。

- 患者の病態で見ると、一般病院に2週間入院するとしたら、急性期で医療資源で一番お金のかかるのは最初の5～7日だ。残りの入院期間は医師や看護師はかわりが薄くなるが、患者は手厚い看護や手当てを受ける必要がある。そういう中で2025年に向けた必要病床数の想定が出て、マスコミで20万床過剰だと議論になった。
- 病院サイドでは現状から順次収束が大きな課題になる。そこは経済だけでなく、他のインセンティブを見つけなければだめで、新たな価値創造が必要だ。療養病床を今後どうするか。
- メディファクスでは、全日病や医師会では今あるものを存続してほしいとの意見が40%以上あったという。一般7,474病院で89.7万床のうち療養病床は45.4%の3,873病院にある。日病の中でも療養病床を持っている病院は随分ある。これをどうするか。
- 今までは、介護型療養病床はやめるとか議論があってできなかった。ここに来てまた議論が盛り上がっている。療養病床の在り方を議論し、それを受けて、包括する意味で医療提供体制構築に向けた提言を話してもらいたい。療養病床の在り方等に関する検討会委員である松本（隆）理事に、検討会での議論や日病の考えを説明いただきたい。  
堺会長の発言を受け、松本（隆）理事は次のように説明した。
- 厚労省の療養病床の在り方に関する検討会で、高齢化が進む中で将来破綻を来さない在り方についての検討を行う。介護療養病床は平成29年度末で廃止と決まっていて、療養病床の25対1が平成30年末までしか延長しない。新しい類型も含めて今後を検討している。医療区分のⅠ～Ⅲのうち、慢性期機能及び在宅医療等の将来推計が出ていて、その中のⅠの70%は在宅とか別物を検討するとなっている。
- 検討会は今まで4回行われ、療養病床の存在が必要との意見が大半で、Ⅱ、Ⅲは残すがⅠは検討が必要となった。またⅠの区分け、Ⅱ、Ⅲの条件も検討が必要との意見があった。介護療養病床について今実際に行われている機能の検討がされたが、医療療養病床との差がさほどなく、両方かぶっている部分が結構ある。
- 具体的な類型については、介護療養病床6万3,000床が廃止になって空いてくるので、日慢協からスキルド・ナーシング・ワード（SNW）の提案があった。特定看護師が施設長になって、病床ではなく施設として運営する。生活に介護が少し加わり医療が少ない形だ。全日病から介護療養病床を25対1の看護基準で残す提案や、日医からは今のままの形で悪くないとの意見もあった。
- 日本病院会では7人のワーキンググループを選び、メンバーの病院がケアミックスのみである偏りに対し愛知県の病院協会、医療法人協会にヒアリング、アンケートをして、議論して案をまとめ、まず5つの問題と解決策として取り上げた。
- ①高齢化の進展の中、多病で医療・介護ニーズを併せ持ち自立できない高齢者が増えるので、対応した受け皿が必要である。②人口構成、入院受療率に地域差があるので、柔軟性をもって地域医療の最適化を図る。③在宅医療・介護福祉施設の資源不足だが、療養病床がオーバーし空いている地域も実際にはある。将来を考え、入れない人たちがないようにしていく。④財政、財源の制約の問題があり、効率化と負担能力に応じた自己負担も必要になる。⑤これを診ていくスタッフの数、その教育の問題が非常に大きい。
- 実際の介護施設や住宅で支援が難しいケースを挙げてみた。退院後自立が難しいのは、寝たきりで要医療、栄養障害、サルコペニア、誤嚥性肺炎、重度認知症、がん末期、経済的理由で行き場がないなど。退院後支援が得られにくいのは、自立困難な独居老人や老老介護世帯で家族支援等がない、認認介護、ネグレクト、本人からの介護拒否など。また、今回対象の療養病床には、身体障害者病床も含めて考慮する必要がある。
- これらを勘案し4つの類型の転換イメージを出した。現行の医療区分Ⅱ、Ⅲは区分は見直す

としても、医療療養病床へ入っていく。同時に、介護保険で今扱っている介護療養病床も医療療養病床へ一部行く。Iもある程度入るが、多くに対しては以下の3つの分類を考える。長期の方の入る設定としてA、介護中心長期療養型病床。そしてBは中間移行型施設。Aは病院病床だが、空いた病床は介護保険の介護施設的なもの、院内老健のような格好で病院がやる。そしてC、医師の関与のない、日慢協提案の院内SNW。生活を重視した利用者向けのものだ。こういう区分けをすれば、患者から見て行き所のない人はかなり減るのではないか。外の施設を使えば高価だが、B、Cは単価も下がると見込まれる。院内SNWは場所貸しのような感じで、病院とかなり離れたものになる。

- ・医療と介護のパーセンテージとしては、医療療養病床は医療割合が高いが、A、B、Cといくにつれ介護割合が高くなる。そのうち看取りは、医療療養病床では疼痛管理や酸素吸入とか医療が必要な部分があるが、A、B、Cといくにつれ医師の関与部分が少ない。院内SNWには医師がおらず診断書が書けない。介護負担の軽減では、医療療養病床で行われるレスパイトは施設ではショートステイという名前になる。病院の医療機器を使つての検査が可能になるが、将来別の料金設定をすればいい。教育・指導は医療に近いほど指導内容が濃くなる。看護職員、介護職員の配置基準も、医療と看護の割合に伴うものになる。
- ・医療区分Iの見直しで留意事項を出した。看護介入度の高いものとして次のようなものがある。持続末梢点滴・皮下注射（1週間まではIIだが、超えるとI）、インスリン注射・頻回な血糖管理、高度栄養障害のサルコペニア、内服管理が必要な精神疾患、認知症でBPSD（問題行動のあるもの）、肺炎リスクが高くて誤嚥を繰り返す例、腎臓のようなもの。次に、高額薬剤を使用するもの。サムスカ、アミノレバン、ニュープロパッチ、メモリー、リュープリン等がある。それから、改善が見込めるリハビリあるいは栄養指導など。これらはIだけでなく、II、IIIにもあり、基準の見直しを考えてもらいたいということだ。
- ・付随して検討すべき項目も出した。レスパイトについてはさまざまなケースがあり、料金設定で受けるところが少ないので、何か方法を考える必要がある。病院外での看取りの体制、低収入者の介護付き住宅も考えておかななくてはいけない問題だ。  
堺会長は、検討会ではどんな反応があったか尋ねた。  
松本（隆）理事は、直接評価はされなかったが質問が出たとして、次のように答えた。
- ・要するに、介護中心長期療養型病床は今ある介護療養病床とどう違うかと。基本的には同一だが、入院でしかやれない人が入れる病床を考えてもらいたくて入れた。中間移行型は、自立を目指すという明解な部分で診療報酬上も認められないかとした。反対はなかったので反応は悪くないのではないか。
- ・他から提案されたのは、この中のどれか1つに近いものばかりだが、日病としての提案は選べる形だ。病床としても医療に入れられないものを設定するなら介護療養だし、空いた病床を使う意味では介護施設を病院の中に設けることにもなる。
- ・あとどんな問題が起こるか。SNWは院外にどんどんできてくる問題について検討が必要だし、介護についても今とあまり変わらないという議論も出てくるとは感じる。  
堺会長は、出席者に対し自病院が療養病床を持つ病院か挙手を求めた上、意見を求めた。  
武田常任理事は、低所得者の行き場がなく病院にいるほうが安いという受け皿で利用されているところも多々ある。その切り口をもっと考えてもらわないといけないと述べた。  
安藤常任理事は松本（隆）理事に、重症心身障害者の施設は医師がついていて費用がすごくかかると聞く。医療の提供の状況を知っていたら伺いたいと尋ねた。  
松本（隆）理事は、詳細は知らないがとして次のように答えた。
- ・愛知県身障者コロニーでは、人工呼吸器をつけている患者が施設から押し出しになり、自宅で母親が人工呼吸器を管理していた。24時間体制で医療の機器業者がいつでも行く条件で購

入しやっていた。入所者が平均50歳で新たな人は入れない。療養的なところで見ざるを得ない。そういう人が入れる仕組みをつくらないとはみ出す。

- ・そういう、お金があってインテリジェンスがあってやれる母親が子供の面倒を見ているというものは知っている。最近、愛知県で施設が1カ所できたようで少し進むかと思うが、それでも足りないのではないか。お金がかかるので誰も手を挙げない。

中川理事は次のように述べた。

- ・国立病院機構で全国の4割ぐらい重症心身障害の病床を持っている。ほとんど医療が必要な患者で、3割ぐらいが気管切開あるいは人工呼吸器をつけている。本人も高齢化しているが、両親が80歳を超えている。かなり在宅でもいる。両親が病気になったときに行くところがない。
- ・もう一つ、NICUから人工呼吸器をつけて子供が出られず、重心はそういう受け皿にもなっている。機構病院の重心は3歳未満の重度の子供と、60歳を超えた重度な高齢者の2つに分かれる。医者も新生児や小児と、成人病も出る高齢者を診られる2種が要る。
- ・診療費もかなり高く、平均で1日3,000点いく。人は看護師と介助員がほぼ1対1に近い形で配置されるところが多くなってはきている。

武田常任理事は、障害者病棟はまだ何万床か残っていると思うが、今そこに重症の長期の人が入っている。診療報酬の見直しで障害者病棟をどうするか問題になってくるが、そこで長期が見られなくなると厳しい。ただ、障害者病床は3割は一般を診ており、慢性期区分で病棟申請していて救急もやっている混乱するような病棟で、扱いが難しいと述べた。

堺会長は大道副会長に、療養病床に関して気づいた点や意見はないか尋ねた。

大道副会長は、自分の病院は障害者病棟でCPの子を診ている。CPの子も最年長が50歳になっているが社会に出て行くところがない。重症ではないが、調子が悪くなったときにどこへ行っても断られるので、外来で別のブースを使ってやっている。だから、別の病棟を成人CPの人に対してつくらなければならないと思うが、医療区分が全くなく持ち出しになる。そういう隙間はいっぱいあり、そこをどう考えるか大事かと思うと述べた。

堺会長は、日病全体の合意でなくても、ワーキンググループをつくって議論した結果を松本（隆）理事にまとめいただいたものだとして、ほかに意見を求めた。

武田常任理事は、障害者病床が今、一般病棟扱いになっている。そこも含んで考えてもらわないと、療養だけでは話の決着がつかないのではないかと。障害者病棟にも長期が入院しているところをぜひ考えに入れてもらいたいと述べた。

松本（隆）理事は、検討会の趣旨からは外れるが、低所得者も含めここだけで解決できない問題で、対応する診療報酬がつかないと進まないこともあり、付帯的なことも意見を出せるので出したいと述べた。

堺会長は、厚労省は現場の人の意見を聞きたいということだった。松本（隆）理事はまさにそういう形で選ばれたので、現場でこういう苦労があるので考えてほしいというのは声を大にして言ってもらいたいと述べ、日看協の坂本参与に意見を求めた。

坂本参与は、簡単に療養型は減らしましょうという話ではない。介護的に強いところ、医療が強いところは残っていかざるを得ないと思う。医療依存度が高い人たちに対してはパターンを変えて残していくべきではないかと思うと述べた。

松本（隆）理事は、予定ではあと2回検討会がある。1月中に何とかしないと次の法改正に間に合わない。意見を寄せてもらいたい。次は11月27日だと述べた。

堺会長は、ぜひ実りのある議論をしてもらいたいと述べた。

## 2. 新たな医療提供体制構築に向けた提言について

堺会長は、今の議論が及ぶ医療提供体制、地域包括ケアも含めて議論の口火を切ってもらいたいとして、相澤副会長に発言を求めた。

相澤副会長は次のように述べた。

- 社会保障審議会の医療部会の報告では、診療報酬改定の基本認識が挙がっているが、高齢者が増えてくるのでどうしていくのか基本方針を決めたい、しかし財源は厳しいと言っている。その上で、改定の重点課題として挙げられているのが、医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点で、その具体的な例として、医療機能に応じた入院医療の評価が最初に挙げられている。これが高度急性期から療養病床まで全部含めた話になるということだ。一方、病床機能報告制度で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分をして、療養病床をどう整理していこうかというのが今の厚労省の方向性ではないか。
- 基本的な考え方について私の捉え方を資料にしている。病床数の2025年の数値を推計するためには今どうかかわからないとできないが、厚労省は示していない。探したところ、日本全体では集計していないが、都道府県では長野県と東京都が出ていた。東京都の高度急性期の病床は相当減らさないと数が合わないような、推計ではすごく少ない数になっている。長野県の病床機能報告制度で報告してもらった2013年の現状と、2025年の推計結果を示す。これだけの差がある方向性だということを認識しないと次の議論が始まらない。
- 高度急性期、急性期、回復期の線引きを今回、点数で切った。高度急性期と判定された患者が50%以上いないと届けられない。急性期も同じで、50%以上いないといけない。自分の病院でやってみると、50%以上急性期というのはかなり厳しい。3分の1は回復期と報告しなければいけない状況であることを皆さんに理解いただきたい。
- 高齢化ではどういうことが問題になっているのか。厚労省が患者調査で集めているものによれば、高齢になるほど平均在院日数が長くなっていく。75歳以上になると家には帰れず転院か施設に入るしかない。この患者をどうしていくのか。
- 年齢ごとの退院患者数と平均在院日数を見ると、高齢になるほど退院までの日数は長くなっている。脳血管障害を見ると、20~60歳は57.3日だが75歳以上は126.7日だ。疾患そのもので帰れないわけではなく、さまざまな要因だと思う。
- 中医協に出た調査の中で退院困難に関してのものを見ると、病気が理由ではない、社会的な要因や家族とか地域にそういう仕組みがないから帰れない。これを何とかしない限り、急性期だけ、あるいは療養病床だけ減らしてもうまくいかないのではないか。これを社会的なインフラとして整えていくことは急にはできない。時間をかけてきちんとやっていったほうがいいと提案したが、賛成もなく反応もなかった。しかし、私はその方向が正しいと思う。
- 日医と四病協で共同して療養病床の在り方を提言できないかとやっているが、思いが違うので困難を感じる。入院して医療を受けなければいけないのかどうか、各患者の判断をきちんとする中で今後どうやっていくかを考えるべきではないか。
- また、病床機能報告制度で回復期と報告したら点数が下げられるというのは誤解で、厚労省がそれと診療報酬とは別物だと言っている。
- 重症度、医療・看護必要度や割合を変えたとき7対1がどれだけ減るのかの試算を今やっていて、その結果でどれくらい減らすかやろうとしている。そのような機能を持った病床で治療しなければいけない人がきちんと治療を受けられる仕組みをつくっていくことを考えているという話だが、実際的にどうやっていくのかは難しい。
- 社会保障審議会に東京都で在宅医療を熱心にやっている医師が来て、療養病床にいるような患者はみんな在宅で診られると言って、データを出していった。そういうのは非常に特殊な地域、特殊なやり方だと思う。慌ててやっていったらとんでもないことになる。
- 収入が少なく生活が難しい人の行く場所を何とかしなければいけないと。それなら、療養病

床であり医療の必要がない人を診ているところをそちらに転換し、施設基準はもうつくり、今のままでそういう人が住めるようにする在り方、方法がいいのではないかと思う。

堺会長は、回復期になっても点数はそんな低くしないと言うが、逆に頑張っているところが報われる点数にしてほしいと思う。また、日病は病棟群別にすればと言い、厚労省はすると10対1から7対1に増えると懸念するが、現実的に7対1の要件が厳しくなるのでそれはないと思うとして、万代常任理事に考えを尋ねた。

万代常任理事は次のように述べた。

- ・病棟群をつくったらそれを未来永劫続けるのかとも言われた。前回改定でも7対1に来られない仕組みがあった。そういったものをつくれれば政策的に7対1を減らす方向に向かえると思うが、失敗は許されないという思いがあるのだろう。
- ・厚労省は重症度見直しをどうしても入れるだろう。そのとき患者割合をどうするかは、今シミュレーションしていて、データが出ている現状の重症度、必要度で15%からの各ステップでどの程度満たす病院がどれくらいか、17%や20%で引いたらどうかとやって、そこに合わせる形で新しく入れる重症度、必要度を設定していくのかと思う。ただ、ある程度の項目を入れるのは病院団体も主張してきていて、大っぴらには反対できないところだ。
- ・患者該当割合をどうするか。厳しくしようと思えば幾らでもできるが、それでは現場が壊れて経営が立ち行かなくなってしまうところもある。だから、重症度については少しずつ項目を入れて段階的にやっていくことかなと思う。
- ・ただ、医療課としては5割ぐらいのところを目指しているのかと思う。すると、10対1から7対1にはなかなか行きにくい。全体として減るのは間違いないだろう。

齊藤参与は次のように述べた。

- ・今の社会保障審議会の報告の中で具体的方向性に盛り込むべき事項の筆頭に、医療機能に応じた入院医療の評価、医療機能の分化とか患者の状態に応じた評価がある。これは確かに7対1とか10対1とか看護必要度を反映してやられているが、診断等に要する医師の負荷、能力等が入院医療についてほとんど反映されていない。
- ・患者は現在、病態に応じて区分され点数もつけられているが、これはもとをただせば薬と検査の物の値段の集積から算定された点数だ。考えを切り換えて、医師や看護師の各の病態に応じた負担が診療報酬に反映される発想が、次回改定あたりに導入されることを期待する。これは日本の入院医療を健全なものに育てる上で非常に重要な視点だと考える。

中島常任理事は次のように述べた。

- ・精神科も精神科療養病床が多い。中にはほとんど処方も変わっていない人たちが多数いる。院内のSNWのようなものをまずつくり、それを院外に出していくコースを考えないといけない。院内での転換に患者、家族は反対するが、SNWは精神科に適用するのにいいと思う。
- ・貧しい人たちや重症心身障害者の医療に莫大な医療費がかかっているのをどう考えるのか抜きにして、現状を小手先で何とかしていただくだけでは追いつかなくなると思う。一分一秒でも長生きさせると教え込まれた流れの尻尾を私たちはまだ引きずっているのではないか。
- ・全ての理屈がアベノミクスが成功する仮定の上に成り立っている。失敗したときにどうなるのかは考えていない。診療報酬改定の要望も、成功する前提で要求を出している。今後、私たちはどこから切り捨てていくのかを考えなければいけなくなってしまう。災害医療のときトリアージするのと同じことを迫られる日が必ず来る。遠くない気がする。

邊見参与は、どうしても東京、大都市に集中してしまっているのが一番の問題で、地域医療構想の前に地域構想がなければいけないという考えだ。初めから考え方が違う気がしているので、あの会ではあまり発言しないようにしていると述べた。

堺会長は、相澤副会長が長いスパンで考えなければだめだと言ったが、厚労省は短期目標を



つくっていかないと結論を出せない形なので難しい。我々が5年後、10年後というスケジュールで目標を設定できればいいのだが、それもまた大変なことだ。相澤副会長には病院の機動力を発揮して考え、また提案いただければありがたいと述べた。

武田常任理事は相澤副会長に対し、方針は在宅を推進していく方向にあって、療養も175点以下は在宅と言われている。今回、新3本の矢で介護離職ゼロみたいな話が出ているが、それとこれとの兼ね合いはどんな感じになると思うかと尋ねた。

相澤副会長は、考えていることは両親の介護が必要になって離職する人を減らそうということだ。では、両親の介護が必要になったときにそれをどこで見るのかの議論をきちんとしなければいけない。在宅で急に見るのは難しいので、一時的に施設に入って、また在宅に戻っていく仕組みをつくらなければいけない。そのとき必要なのが地域包括ケア病棟ではないかと思うが、厚労省とのすり合わせがうまくいっていない。地域の包括ケアを本当に支える病院について、病院の機能も含めてどんなものかの議論を一度やったほうがいいと思う。介護離職者ゼロと言うんだったら、地域を支える仕組みをつくっておいてからの話だ。受け皿がないまま上を絞ったらひどいことが起こるのではと心配していると述べた。

堺会長は、地域包括ケア病床が難しいのは病床機能区分のどこに入るかだ。診療報酬的には13対1で回復期だが、担うべき機能は長期からの受け皿と、在宅、施設での急変患者、在宅復帰だが、うまくいかない。急性期、回復期、慢性期の別にやるのかもしれないのに、そういう議論ができていく状況だとして、出席者に自院で地域包括ケア病床を持っているところについて挙手を求めた。そして、そこは診療報酬的に経済としてどうかと尋ねた。

安藤常任理事は、私のところは7対1を持っていたが非常に点数が低くて、今度の地域包括ケア病棟ととんとんだ。だから移行してうまくいった。7万、5万とっているところは大変で、簡単にはいかないのが実情だと述べた。

堺会長は、急変患者は少ないというが、あの点数では難しい。見合った点数をつけてくれと言うと、厚労省はかなり低い点数を提示してくる。相澤副会長に対し、このことは日医、四病協の中でどういう議論になっているかと尋ねた。

相澤副会長は、日本医師会と全日病は300床以上の病院が地域包括ケア病棟をつくるのはけしからん、そういう病棟の点数は下げろと言う。これまでは急性期病院から紹介されていた患者が減っている感じで、けしからんと。私は、病棟だけが機能を持つわけではない、在宅から困った患者が入れてくれと言ったとき入院させるのは病院の機能だ。そういう病院の機能を持ってそういう病棟をつくるんだったらいいのではないかと述べているが、意見がかみ合わないと述べた。

堺会長は、都合のいいときマクロの話が出てきて、都合のいいときミクロが出てきて難しい。地域包括ケアも地域によって随分差がある気はしているが、まとめるのは大変だ。200床あるいは300床以上の病院が包括ケア病棟を持つのはおかしいという議論は、大病院が中小病院の患者を囲い込むということだ。対立構図的な議論は難しいが、それぞれ会員病院を背負って議論しているとして、武田常任理事に意見を求めた。

武田常任理事は、恐らくそれは在宅復帰率のカウントによるものだ。急性期が地域包括ケアに送れば在宅に行ったカウントになるので、一般病床に移さずに地域包括とか回復期に優先して流していくので、一般病院には回ってきにくくなっている。それは事実あると思う。その在宅復帰率の考え方も考えないと、地域包括ケアですら在宅復帰率が入っており、長期の人の一旦の受け皿も難しい。そこらの整理をしてもらいたいと述べた。

牧野理事は、地域包括ケア病棟を全国一律で議論することに違和感を感じる。回復期、療養型の後方ベッドがしっかりある地域では大病院が持つ必要はないが、ない地域もたくさんあり、地域包括ケア病棟をつくることで院内でうまくバランスがとれる。地域の構成を考えながらの

運用が必要だ。大病院が持つてはいけないというのは反対だと述べた。

副島支部長は、熊本地域の都市部でインフラがあるところでミックスをやるのはマネジメント的に難しい。地域のインフラがあまりないところはミックスせざるを得ない。一律に大きな病院はやっちゃいけないではない。現行の地域のインフラを考えベストチョイスを探さざるを得ない。都市部と地域で分けて議論したほうがすっきりすると述べた。

万代常任理事は次のように述べた。

- ・来週の中医協の議題が地域包括ケア病棟と慢性期入院医療と退院支援だが、論点は地域包括ケアが高額な処置、薬剤を外へ出すことをどう考えるかだ。慢性期の障害者病棟でも議論がある。前回の改定で混乱があったので、医療課は障害者病棟についてある程度対処をする。そのかわり、例えば脳卒中の人が出来高で入っているのは適正化するだろう。
- ・地域包括ケア病棟を外出しにすることについて方向性が決まれば、その次にどういう点数になるかということだろう。
- ・発言としては、せっかく地域包括ケア病棟が育ってきており、点数を変えないでなおかつ外出しにする議論にせざるを得ない。向こうは財政均衡でくるので、こっちを上げたらこっちを下げることになる。そこを皆さんはどう考えるか意見を聞きたい。
- ・どこの病床数が地域包括ケアを担当するかは、今の課長も原則中小病院だとは言っている。すぐにやると大変なことになるので段階的にしてくれとは言っている。

堺会長は、先ほど挙手した地域包括ケア病床を持っている病院では、今の外出し論はどうか、意見は早速中医協で反映されそうだと尋ねた。

青山理事は次のように述べた。

- ・地域包括ケア病棟は亜急性期からの転換だ。亜急性は厚労省が急性期から慢性期に移行する間としてつくり、回復期や地域包括ケア病床に移行させてなくした。地域包括ケア病床も将来はなくなるのではないか。地方は地域包括ケア病床はすごく大切だ。急性期から患者を2週間で移動させる先がないので、ここでかなり治療をかける。
- ・包括点数だが若干高いので医療資源を投入できるし、地域の中間施設等々からも入院させられる。この辺をどう考えていくかが大切だ。療養病床も、どういう医療がこの人に必要か考えて、医療が必要なければ介護に回していくという、根底にこの問題が流れている。
- ・地域包括ケア病床がどこに位置するかを議論いただきたい。届出のときに非常に困る。

堺会長は、地域包括ケア病床の素性がわからない中で診療報酬が出てきた。高齢者が増えている間はこの地域包括ケア病棟や機能はますます必要になるのではないかと述べた。

安藤常任理事は、地域包括ケア病棟の手術等を外づけし出来高にする話は、2つの病院像が考えられると思う。一方は7対1も持ち急性期もやって一部地域包括ケア病棟を持っている、もう一方は地域包括ケア病棟が代表病棟とかそれしかない。この2つで考えざるを得ない。前者は外づけを増やそうがあまり関係ないが、地域包括ケア病棟が前面に出てくる病院は別で分けなくてはいけないと述べた。

堺会長は、確かに地域包括ケア病床の医療のニーズは2つある。患者数が圧倒的に多いのは下への流れの患者なのでそれをどうするかだと思う。時間になったが、きょうの議論を踏まえ、松本（隆）理事、万代常任理事には委員として発言してってもらいたいと述べた。

以上で閉会となった。