

日 時 平成27年11月28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 孝雄、梶原 優、大道 道大（各副会長）

中村 博彦、宮崎 瑞穂、中村 利孝、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、福井 次矢、

中 佳一、楠岡 英雄、生野 弘道、中島 豊爾（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）

奈良 昌治、大井 利夫、村上 信乃（各顧問）

坂本 すが（代理：菊池日本看護協会副会長）、高久 史麿、松田 朗、池上 直己、

権丈 善一、齊藤 壽一（各参与）

福永 秀敏、有賀 徹、望月 泉、崎原 宏、松本 純夫（各委員長）

後藤 敏和（代理：大石事務長）、堀江 孝至、原澤 茂、片柳 憲雄、三浦 将司、

毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、成川 守彦、細木 秀美、福井 洋、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 51名の出席

堺会長から挨拶の後、議事録署名人を選出し、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

平成27年10月20日～平成27年11月27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12件〕

- ①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構九州がんセンター（会員名：藤也寸志院長）
- ②都道府県・岩手県立遠野病院（会員名：菅原隆院長）
- ③都道府県・岩手県立二戸病院（会員名：坂本隆院長）
- ④医療法人・医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院（会員名：一之瀬良樹院長）
- ⑤その他法人・一般社会法人巨樹の会 宇都宮リハビリテーション病院（会員名：大塚秋二郎院長）
- ⑥その他法人・一般社会法人巨樹の会 新上三川病院（会員名：大上仁志院長）
- ⑦その他法人・一般社会法人巨樹の会 千葉みなとりハビリテーション病院（会員名：片山薫院長）
- ⑧その他法人・一般社会法人巨樹の会 松戸リハビリテーション病院（会員名：岡田仁院長）
- ⑨その他法人・一般社会法人巨樹の会 蒲田リハビリテーション病院（会員名：前原正明院長）
- ⑩その他法人・一般社会法人巨樹の会 小金井リハビリテーション病院（会員名：金隆志院長）

⑪その他法人・一般社会法人巨樹の会 五反田リハビリテーション病院(会員名：山田達夫院長)

⑫その他法人・一般社会法人巨樹の会 原宿リハビリテーション病院(会員名：四津良平病院長)

[退会届出の撤回1件]

①栃木県・医療法人博済会 鈴木病院

慰留者：小松本悟 理事

平成27年11月28日現在 正会員 2,444会員

特別会員 193会員

賛助会員 252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、依頼を承認した。

(継続：後援依頼1件)

①公益社団法人全国病院理学療法協会／第65回日本理学療法学会の後援名義使用

(新規：後援依頼1件)

①看護未来展実行委員会／「看護未来展2016」の後援名義使用

## 3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

末永副会長より報告を受け、下記3施設を認定承認した。

(新規1件)

①愛知県・一般社団法人 日本予防医学協会 東海事業部 ウェルビーイング栄

(更新2件)

①東京都・医療法人社団 敬昭会 芙蓉診療所 成人病医学センター

②沖縄県・社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

### [報告事項]

#### 1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の委員会その他の報告が下記のとおりあり、了承した。

##### (1) 第2回QI委員会 精神療養病床WG(10月20日)

福井常任理事より、精神病床向けと療養病床向け指標について話し合い、来年度それぞれ組み込む項目を決めた。2月にはプロジェクトに参加の病院から指標改善の経験を話してもらうことを計画していると報告があった。

堺会長は、病院にとって質の担保、評価は重要で、それが評価され聖路加国際病院が国際病院連盟の賞も受けた。1,000病院の参加があれば発言力も増してくる。診療報酬の中でもアウトカムの評価が今後重要になり、その先鞭をつけることができる。ぜひ参加願いたいと述べた。

##### (2) 第3回専門医に関する委員会(10月29日)

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・堺会長の取りはからいで日病協の3団体(全国自治体病院協議会、日本医療法人協会、日本慢性期医療協会)が参加した。日慢協は全日病副会長なので、計4団体の参加となる。
- ・各団体の意見として、専門医制度が圏域医療や地域医療の前進に寄与することに危惧を持っており、①専門医機構の執行部の考え、②学会の考え、③地方では大学をバックにした考え

の3層で推進されているが、来年3月までにプログラムや研修施設の決定が可能か疑問だ、4月スタートの総合診療専門医以外の18領域は考える必要があると意見が出た。

- ・機構の総合診療専門医委員会の有賀委員長から12月2日に報告を受け、また討論する。

### (3) 病院中堅職員育成研修

①第8回「薬剤部門管理」コース（10月30日・31日）

②第10回「財務・会計」コース（11月12日・13日）

③第10回「人事・労務管理」コース（11月20日・21日）

報告は資料一読とした。

宮崎常任理事より、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の認定対象となる研修会と認められ、コース履修により、日病薬病院薬学認定薬剤師制度の認定試験の受験に必要な単位数の一部を取得できる。各病院はこれを利用して研修を受けていただきたいと報告があった。

他団体の資格との関連で、末永副会長は、栄養管理セミナーについても医師、他職種について日本静脈経腸栄養学会（JSPEN）認定の単位化するよう申し入れていると述べた。

### (4) 第4回医療の安全確保推進委員会（11月4日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・10月23日発行の「院内事故調査の手引き」は好評に売り出されている。
- ・日本医療安全調査機構が医療事故調査・支援センターとして指定を受けた。
- ・医療事故調査制度については来年6月に見直しが予定されている。見直しのポイントは医師法21条になると思われ、木村委員長は日病として制度に対する意見をまとめていきたい、また制度の開始前と開始後で医療機関の意識の変化があるか調査をやっていききたいとのことだ。

岡留副会長は、医療事故の最初の連絡をどこにするかで厚生労働省の意見があり、先日、日本医師会を通じ連絡網をつくる考えが日本医師会から説明された。四病協の日本病院会、日本精神科病院協会は了解で、全日本病院協会は持ち帰り検討となったが、おおむね異議はなかったと報告した。

先日、都内の病院での事故の際、東京都医師会に相談したところ、手引書に沿わなくていいと回答があったとのことだ。日病にも相談があり、医療安全調査機構に問い合わせ、手引書に沿った対応が望ましいとの回答の事例があると報告した。

堺会長は、まだ始まったばかりで問題がある。日病にも早速窓口をつくった。連携をとり、形をつくっていく必要がある。都道府県の窓口に行くと難しいことがあったら、こちらに尋ねたり、木村委員長に相談でもいい。自分のところでとめず伝えてほしいと述べた。

### (5) 第2回臨床研修委員会（11月25日）

末永副会長より、毎年3回、臨床研修指導医講習会をやっているが、教育に対して非常に熱心な先生がいるので、ぜひ講習会に参加してほしいと報告があった。

### (6) 第1回感染症対策委員会（11月6日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・講習会の内容を、感染対策及び予防や、冬季を迎え新型インフルエンザ対応の重点化など、内容を変えていく必要があると話合った。
- ・先日、新型インフルエンザ対策訓練を行ったが、もっと情報発信をしたい。新型ノロウイルスでキットにひっかからないものがあるが、情報を深め意見を出したいとした。

### (7) 第5回医療制度委員会（11月4日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・新委員の木野委員、万代中医協委員、松本療養病床の在り方に関する検討会構成員が出席した。療養病床の在り方に関する検討会での議事の説明もあった。
- ・重症度、医療・看護必要度に関する緊急調査では、7対1病棟の病棟群単位での配置を認め

てほしいと要望を出している。シミュレーションしてみると、現状の基準で15%なら7対1がふえるが、20%にすると減る結果が出た。万代委員に伝え、病棟群単位での配置を厚労省に働きかけてほしいとお願いした。

- ・地域医療構想に関し、堺会長とともに10月21日、医政局長に、加工されたデータでなくナショナルデータベースのままを公開してほしいと要請したが、断られた。
- ・医療基本法については10月17日、患者団体3団体と日本医師会、神奈川県医師会、日本病院会からは私が出てシンポジウムを行った。参加関係者の間では前向きにいろいろ確認された。松本支部長は、以下のように述べた。
- ・療養病床の在り方については、A、B、Cの3類型を日病として提案していたが、日医と四病協で統一案ということに方向性は決まった。
- ・医療内包型で今の施設の中に介護施設を設けるような形と、外包型で有床診療所の上にサービス付き高齢者向け住宅をつくり、そこへ外の診療所から医療を提供するような2つの分け方だ。人や施設が共有でき無駄が少なく現実的であると評価できる。3類型を取り下げ、そちらへ合流となった。

#### **(8) 第1回病院診療の質向上検討委員会 (11月4日)**

有賀委員長より、次回の日本病院学会の企画を討議し、「地域を支える医療の在り方—病院医療は生活に会えるか?—」をテーマにシンポジウムをやると決まったと報告があった。

#### **(9) 第2回災害医療対策委員会 (11月13日)**

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・日本病院会から政府に対し、DMAT等のボランティアベースの組織の問題点を克服し災害医療の国家的統合を実現するため、常設の研究機構設立の提言を出すことを検討中だ。
- ・災害時の診療録の在り方に関する合同委員会で取りまとめた災害診療記録報告書が、先般の常総市の鬼怒川水害で、地域の医師、JMATが使ったことで、日医で議論があった。そのJ-SPEEDという災害カルテを今後、各地域で具体的に使う方向で議論した。

梶原副会長は、常設の研究機構の提案があった。日病から国に提言できればいいと述べた。

#### **(10) 第2回中小病院委員会 (11月5日)**

今泉副会長より、4名の新委員の紹介、来年2月に石川県で開く情報交換会の説明があったと報告があった。

#### **(11) 第3回地域医療委員会・第3回中小病院委員会合同委員会 (11月5日)**

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・中小病院向け経営支援システムの説明があった。
- ・第66回日本病院学会は「地域の医療・介護ネットワークにおける中小病院の在り方～医師の採用と教育～」のタイトルでシンポジウムを行う。地域医療委員会は「地域医療再生～なぜ国民的議論にならないのか～」をテーマにオピニオンを開くと決めた。

#### **(12) 医療安全管理者養成講習会 アドバンスコース (大阪会場) (11月14日)**

福永委員長より、インシデントレポートのトリアージを中心課題として開催し、62名の参加があった。事後アンケートで極めて高い満足度の評価を得た。来年2月、博多で開催する。参加への協力を会員にお願いしたいと報告があった。

#### **(13) 第7回医業経営・税制委員会 (11月20日)**

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・議論は消費税に集中している。日医の横倉会長が講演で消費税の取り扱いを診療所と病院の2通りに分ける方向づけを出した。公平性が欠けるとしてこちらからも働きかけた。
- ・「四病院団体協議会の医療に係る消費税に関する緊急要望」を案にした。三師会と四病院団体、要は医療界一本化の意見の形だ。病院向けに、全ての仕入税額控除を受けることができ

る方式とすると記載し、診療所向けに、診療報酬には消費税を上乗せし、超える控除対象外消費税額が生じた場合は申告で返還される制度を創設すると。病院の損税を不公平なく担保することや、診療所でも有床診療所は損税が発生するためだ。

- ・病院について、消費税8%時の3%分の診療報酬は剥がしてもいい。しかし10%時には仕入税額控除部分の5%分の税金を返してもらいたい。そこで損税をなくす。今まで多くの設備投資した病院もあまり損をしないような形で単純な記載にすることでまとまった。

万代常任理事は、医療界がこれだとまとまったことにならない印象もある。原則課税でゼロ税率は無理なので軽減税率を求めようと日医と病院団体は一致したが、それがだめだとなって2つに分ける。まとまることに対して反論できるのかと尋ねた。

梶原副会長は、次のように述べた。

- ・横倉医師会長からは安倍総理に、消費税が将来もっと上がるにしても、医療界としては10%のときに解決してもらわなきゃならない、この2通りの方法がベストだと話してある。
- ・診療所は10万軒あるが医療費総額では3割で、7割は病院だ。診療所の影響力は全体の社会保障の医療の予算ではそれほど大きくない、これがシンプルな解決方法だと。あとは財源をどうするか。
- ・自民党本部の税調にも、診療所と病院の対応を2つに分けるが解決方法としての意見は一本化していると言ってきた。
- ・5%のときまでの損税は次の診療報酬改定でぜひ取り戻してもらいたい。それで決着する。

万代常任理事は、今度は財務省との関係で、こうむってきた損税を診療報酬で埋めてくれと主張して、薬価切下げ分5,000億のうち2,200億で戻すと言われたらどうするのかと尋ねた。

梶原副会長は、薬価を下げた分は既に消費税に充てられてしまっていると述べた。

万代常任理事は、薬価切下げ分は医療の進歩等に使うが、それ以外に消費税補填分を見えるような診療報酬改定にしろという形で主張すると述べた。

梶原副会長はさらに、10%までの間にその分を解決しておけと主張してほしいと述べた。

#### (14) 第7回雑誌編集委員会 (11月24日)

崎原委員長より、以下の報告があった。

- ・11月号、12月号、1月号の編集内容について話し合った。
- ・ヘルスケアにおける新たな価値創造として、会長、副会長で新春座談会をした。
- ・65回日本病院学会の優秀演題、優良演題を来年の2月号に載せる。
- ・日本病院会雑誌に賛助会員の広告掲載は今後討議することにした。
- ・支部だよりには今、支部活動を載せているが、今後どうするかは議論する。

#### (15) 診療情報管理士通信教育

①コーディング勉強会 (10月17日～11月17日)

②医療統計学勉強会 (10月24日～11月17日)

③基礎課程勉強会 (8月15日～11月14日)

以上①、②、③の報告は資料一読とした。

#### (16) 日本診療情報管理学会

①第2回国際統計分類委員会 (11月6日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・ICD-11β版の日本語訳を進めているが、フィールドテストに向けて時期がおくれている等々の話し合いがあった。
- ・診療情報管理学会は社会保障審議会の統計分科会に関する問題や、ICD、ICF、ICHI、ICD-0等々の検討にも携わっている。注意していただけるといい。

②第80回生涯教育研修会 (11月14日)

報告は資料一読とした。

### (17) WHO関連

大井顧問より、以下の報告があった。

#### ①WHO-FIC年次会議、関連委員会（10月17日～23日）

- ・年次会議は、英国協力センター主催でインターオペラビリティをテーマにDARとの合同で行われた。人事異動で約20年間のICD担当者が外れることになり少し混乱もあった。
- ・来年、カンボジアで、APNでつくっているICDの簡易版のフィールドテストを行うことが決定したとの報告があった。
- ・WHOの人事異動の新体制に対しては、日本診療情報管理学会と末永日病副会長の名前で前担当者的上司に書面を手渡し、今後の見通しについて書面での回答を求めた。

#### ②HIMAA（オーストラリア診療情報管理士協会）大会（10月27日～29日）

- ・日本病院会の横堀部長が出席し、プレゼンテーション等を行った。

#### ③IFHIMA執行役員対面会議（10月29日～31日）

- ・来年行うIFHIMAの大会への要望が出され、組織委員会でも検討した。

#### ④第9回「2016年第18回IFHIMA国際大会」開催組織委員会（11月13日）

- ・来年の大会に向け準備が進められているが、WHOの人事異動により変化があった。
- ・WHO-FICのスケジュールが、前半にWHO-FICの年次大会、後半にWHOリビジョンカンファレンスが行われるように変わった。対応して、IFHIMAの国際大会も会場や日程が動いた。
- ・参加登録料も決めた。募金・広告、助成金について報告があったが厳しい状態が続いている。関係の皆さんの支援をぜひお願いしたい。

堺会長は、2016年第18回IFHIMA国際学会募金については各関係先に趣意書を送付しているが、目標額1億2,900万円に対し4,000万円の現状だ。改めて、日本病院会役員のホテルの委託企業（検査、調剤、給食、清掃、事務など）に役員を通じて寄付依頼の協力をお願いしたい。募金趣意書を送らせていただく。協力願いたいと述べた。

### (18) 病院経営管理士会

永易病院経営管理士会長より、以下の報告があった。

#### ①第2回理事会（10月23日）

- ・平成26年度の事業報告案、収支決算案、監査報告案、平成27年度の事業計画案、収支予算案が承認され、総会に諮った。11人の新役員が承認され、総会に諮った。
- ・第66回のワークショップは「病院経営の質向上と次世代を読む新たな取り組み」というテーマで行う。演者もほぼ決定した。
- ・病院経営管理士通信教育40周年、病院経営管理士会創立20周年の合同記念事業として、平成29年に記念行事を行う。プロジェクトで運営をしていくことが決定した。

#### ②第3回理事会（10月23日）

- ・総会後の理事会で、役員分掌、次回の第2回病院経営管理研修会の開催について討議し、来年2月26日開催を決定した。12月1日に郵送やホームページで公表する。

#### ③総会（10月23日）

- ・上記①の平成26年度事業報告、決算、27年度事業計画、収支予算、また新役員が承認された。

#### ④第1回病院経営管理研修会（10月23日）

- ・148名の参加があった。「これからの入院医療の方向性とDPCの今後」、「地域医療構想（ビジョン）について」、医療事故調査制度についての管理者としての対応・心得の各講演のほか、平成27年度診療報酬等に関する定期調査の中間報告について報告した。

## 2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

**(1) 第123回診療報酬実務者会議 (11月18日)**

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 前回、空席の副委員長に医法協の太田委員を推薦したが、代表者会議で差し戻された。日慢協の池端委員の2名で承認を求めることになったが、副委員長は次期中医協委員とは無関係であることが了承された。
- ・ 中医協報告での平成28年度診療報酬改定に関する要望事項について、14項目を提案したが、意見が出て8項目に絞った。

**(2) 第133回代表者会議 (11月27日)**

堺会長より、以下の報告があった。

- ・ 報酬実務者会議は、医法協の太田副会長、日慢協の池端副会長が副委員長に承認された。
- ・ 同会議の報告では、報告のあった要望書について承認された。

**3. 中医協について**

万代常任理事より、以下の報告があった。

**(1) 第109回薬価専門部会 (10月28日)**

- ・ 資料は一読されたい。

**(2) 第29回費用対効果評価専門部会 (10月28日)**

- ・ 試行的な導入について、手続論の検討が進んでいる。具体的なものはもう少し先だ。

**(3) 第309回総会 (10月28日)**

- ・ 地域包括ケア病棟について、7対1、10対1の各医療機関で今後地域包括ケア病棟を設けるかの調査結果が示された。病床数の異なる病院でいろいろな意向がある。
- ・ 地域包括ケア病棟で複数あるのがどの程度か類推するデータも出た。18医療機関が複数持っていると思われる。
- ・ 療養病棟における患者像に応じた評価について、療養病棟入院基本料2の病棟でも医療の必要性の高い患者を一定程度引き受け、医療区分2、3の割合を少し規定する方向だ。2、3の中の項目の見直しで、酸素療法、鬱状態、頻回な血糖検査については外れる方向か。
- ・ 在宅復帰強化加算の現在要件の30日以上患者を対象にしたものを30日以内に含めて要件が厳しくなるので、その分少し緩める方向だ。
- ・ 脳卒中に関する慢性期医療は資料を参照されたい。
- ・ 退院支援に関しては、慢性期に限らず急性期でも退院支援推進が前面に出されている。その中で、退院支援に専従する職員が幾つかの病棟を受け持つ方向で提案がされている。退院支援に関する加算も一定程度まとめる提案がある。

**(4) 第177回診療報酬基本問題小委員会 (11月4日)**

- ・ 後ほど、資料を参照されたい。

**(5) 第42回調査実施小委員会 (11月4日)**

- ・ 医療経済実態調査の報告があった。病院についてはかなり厳しい状況だ。

**(6) 第310回総会 (11月4日)**

- ・ 高度急性期医療で、特定集中治療室管理料について事務局の意向が示された。心電図モニター、輸液ポンプ、シリンジポンプの割合が著しく高く点数操作があるかのような例の提示があってやり玉に上がっており、評価の見直し等を図りA項目について簡素化をする意向だ。しかし、循環器系の疾患ではこれら3つは必須だ。患者のベースの状況の手持ちデータが欲しいので緊急アンケートをお願いしたい。ICUを使っているか、CCUか、併用か。循環器疾患の患者がICUを持っている病院で大体これぐらいと答えてもらえればいい。

- ・救急医療管理加算の算定では、加算2を1のほうに持ち上げる検討も示された。
  - ・小児医療、精神医療、歯科医療については、各資料を参照されたい。
- (7) 第110回薬価専門部会 (11月4日)**
- ・次期薬価制度改革について取り上げられた。長期収載品の価格引き下げをどうするか。後発品の使用割合が平成29年に70%に引き上げられるので、いろんな診療報酬上の項目もそれに合わせる。DPCのほうでも後発医薬品使用係数が上がって、足切りの割合が上がる。
- (8) 第74回保険医療材料専門部会 (11月6日)**
- ・報告は省略する。
- (9) 第311回総会 (11月6日)**
- ・長期処方増加に対し制限を設けようという意見に日医は強く反対して、長期処方はずるなと言っている。一定程度制限がかかる可能性がある。
  - ・新規医薬品の処方日数制限は対応医療機関は限られ、1週間に緩めようという意見がある。
  - ・高齢者の多剤処方を減少させる取組みを評価しよう。減った場合に薬局に点数がつく。
  - ・残薬について、医師が1つの処方箋で残薬調整しろとチェックを入れると、薬局が患者に対し残薬調整する形の処方箋にしようという意見が出ている。
  - ・分割調剤は、長期処方を是正しろという日医の主張が強く、どうなるかわからない。
  - ・後発医薬品の使用促進について、処方箋料は一般名処方とそれ以外の評価の差が広がるように見直す。一般名処方加算は後発医薬品の存在する全医薬品について一般処方を行うことにして、全部一般名にしろという1号側の意見があるが、とても聞けないとしてせめぎ合っている。阻止する方向でいきたい。
- (10) 第75回保険医療材料専門部会 (11月11日)**
- ・資料を参照として、報告は省略する。
- (11) 第111回薬価専門部会 (11月11日)**
- ・次期薬価改定に向けて、市場拡大再算定は現在のハードルを下げて再算定で薬価が下がるようにと。再算定のたび薬価が切り下がる基礎的医薬品には、最低価格を設けてメーカーに製造のインセンティブを与えようという議論が進んでいる。
- (12) 第312回総会 (11月11日)**
- ・在宅医療での患者の状態に応じた評価で、1カ月2回の訪問を1回にして低い点数を設けたらどうかという意見がある。
  - ・居場所による在宅医療の評価は、同一建物に複数の人がいても違う日に1人ずつ診ると高い点数が取れる。それを阻止した点数の配分をしたいという方向で、反対はない。
  - ・訪問看護については、資料を参照されたい。
- (13) 第313回総会 (11月18日)**
- ・外来医療で紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入では、定額負担を求めなくていいケースで主張しており、現行のものが幾つか変わる予想だ。
  - ・初診料・再診料を幾らにするか。診療側も支払い側も初診料2分の1を認める雰囲気だが、地域で差があり、5,000円最低料金以上の形で決着か。地域による留保条件が、医療側の強い主張で盛り込まれるかと思う。
- (14) 第178回診療報酬基本問題小委員会 (11月20日)**
- ・DPCについて中間取りまとめがされた。データ提出加算の届出が種々要件化されているが、データに重症度、医療・看護必要度を含める方向にしたいと。しかし、通常のEFファイルで統合できず、突合が必要になりコスト負担をどうするか。医療課は方向性としてはこうしたいが、バンダー等の模様眺めをしながらやっていきたいとのことだ。
- (15) 第30回費用対効果評価専門部会 (11月20日)**

- ・報告は省略する。

**(16) 第314回総会 (11月20日)**

- ・医療実態調査の結果に対し健保連の分析が出た。数回前から比較し、損益状況は全体で伸びていて、26年改定前後を挟んで少し下がっただけという主張だ。
- ・2号側は、一般診療所の損益率も16.1から15.5%に低下し、精神科病院の損益率はほとんど改善しなかったと苦しい表現でしか書けていない。

**(17) 第76回保険医療材料専門部会 (11月25日)**

- ・保険医療材料専門組織等からの意見は参照されたい。薬価と同じような議論が進んでいる。

**(18) 第315回総会 (11月25日)**

- ・入院医療について、認知症患者の入院時にいろんな取組みを実施することで悪化を防ぎ早期退院できる。病棟での取組みに評価を設けてはどうかと。点数がつくことになる。
- ・地域加算について人事院勧告が出て、都会の地域手当を区分をふやして20%に引き上げることで診療報酬上手当てされる。微々たるものだが加わる。
- ・看護職員の72時間要件、月平均夜勤時間の算出方法で基準の緩和についてせめぎ合いがあるが、事務局側が強ければ少し弾力的な運用ができるかとも考える。
- ・医療資源の少ない地域に対する評価については見直しの方向で進みそうだ。

**(19) 第6回DPC評価分科会 (10月26日)**

**(20) 第7回DPC評価分科会 (11月16日)**

- ・(19) (20) の報告は省略する。

菊池日看協副会長は、(18) の報告に対し、看護協会は72時間要件緩和は必要ないと考える。見直しの平均の形の要件だけだと、夜勤の度合いの低い人も入れて全体平均で計算すると、同じ人数でなく1人減らしても72時間要件をクリアできる。経営者はコスト削減のために人を1人減らしてできる状況が生まれるので、反対していると述べた。

#### 4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

堺会長より、(1) (2) (3) (4) について以下の報告があった。

**(1) 第7回総合部会 (10月28日)**

- ・日本医療安全調査機構の委員として、総合調査委員会に末永日病副会長、再発防止委員会に松田日精協副会長を推薦している。

**(2) 第8回総合部会 (11月25日)**

- ・医療従事者の需給に関する検討会が新たにできるが、親会議と分科会があり、親会議には四病協からは全員入る。分科会は医師部門、看護部門、リハビリ部門があって、医師部門には全日・日精協から、看護部門には医法協、リハビリ部門には日病から委員を出す。

**(3) 第7回日医・四病協懇談会 (10月28日)**

- ・病院の産業医選任の改善について通知があり、平成28年4月に省令改正、29年4月に施行で、病院長が産業医を兼務ができなくなる。注意いただきたい。

**(4) 第8回日医・四病協懇談会 (11月25日)**

- ・資料を一読されたい。

**(5) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (11月5日)**

生野常任理事より、中医協報告、社会保障審議会の医療部会について説明を受けたほか、四病協で出している診療報酬改定要望事項について、一番大事な入院基本料の病棟群単位での選択制導入1本に絞って絶対貫徹したい、いろんなところへ説明し働きかけながら進めていくとのことだ。日医・四病協の地域包括ケア病棟の提言の中医協提出を聞いたと報告があった。

#### (6) 第6回医業経営・税制委員会(11月19日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・日病の経営・税制委員会の前日に開かれ、消費税の問題を議論し、先ほどの提言となった。四病協の会長会議、総合部会で了解を得、三師会と四病協の会合で日医が代表して出す。
- ・その前に、民主党、公明党、自民党のヒアリングがあって意見を述べた。原則課税・軽減税率が確かだと主張し、原則課税に改められたいと。しかし、国会議員や国民が納得しない。だったら非課税でどういうふうにしたらいいかと要望をつくったということだ。
- ・税制要望はまた例年どおり出しているので、一読されたい。

#### (7) 第3回厚労省・福祉医療機関・四病協合同勉強会(11月25日)

報告は省略となった。

#### (8) <要望提出>新たな専門医制度に関する要望

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・「新たな専門医制度に対する要望」を四病協のほうで3項にまとめ、提出した。
- ・1として、機構は、基幹となる施設に対し地域医療への配慮を求めること。基幹施設の相当な部分が大学医局となるために、医局の意向により専門医の派遣が決定されることになる。その際には、中小病院の切り捨てにならないような地域医療を守る配慮が望まれる。
- ・2として、連携施設の要件には地域特性に対する柔軟な配慮をすること。これは、全日のほうからの要望だったが、よい専門医の育成には指導医要件は必要であるが、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を募集できなくなる。地域医療が崩壊しないような柔軟な運用が望まれる。
- ・3として、医局から独立して運営している病院にも配慮すること。
- ・機構からは返事が来ている。後で発表する。

### 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

下記会議その他の報告があり、了承した。

#### (1) 第5回医療介護総合確保促進会議(10月28日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・平成26年度の地域医療介護総合確保基金は、消費税分904億円が医療・介護の充実にということだったが、実際は603億円の計画で執行は419億円だった。事業募集が遅かったため、継続の事業もあるとの説明だった。
- ・どこに使われているか。3分の1から半分弱は従来交付金として使われていたものの切り替えだ。医療・介護の充実として使われているわけではない。
- ・今後どうしていくか。今、医療と介護は縦割りで、横の連携がない。つなげる仕組みとして、地域に連携をする場所、コーディネーターをつくったらどうかと意見を述べ賛同を得た。
- ・今後具体的にどう進めていくかわからない状況で県に丸投げされ、交付金の置き換えに使われているという現実があることが明確になった状況だ。

#### (2) 第5回日本専門医機構理事会(11月2日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・専攻医の募集数と地域偏在についての協議では、地域医療提供体制を今以上に悪化させないため、地域にプログラムがない場合、専攻医がゼロの場合、地域での協議の問題だとかが出たが、現実に起こっていることと答えていることが一致しない。
- ・大学病院の支配は必ず来て大変になる。偏在が悪化しないよう緊急アピールを出そうと、機構から社員に出された文書もあるが、具体的には制御のしようがないところがあると思う。
- ・大都市圏の専門医数は現状以上の増員は認めがたい認識を機構は持っているとか、研修プロ

グラム配置と専攻医募集数につき大きな偏在がないことを領域研修委員会で検証を行うとか言っているが、具体的にどうするのか。我々の思いが伝わらないのが現状だ。

有賀委員長は次のように述べた。

- ・末永副会長の言う理事会でのやりとりは、専門医機構の副理事長としては欠席していて何も言えない。
- ・ただ、理想とする景色へは現実からSの字を書いてじわじわと上がっていく。現状に足を踏まえた形ではいけないといけない。しかし、そこをワープさせ、医局に全ての情報や人的資源が集約すると考える人たちがいる。一方でそんなはずはないと困っている人がいる。ワープする形での議論はあり得ない、と思う。
- ・この部分をどう乗り越えることができるか。理事長には、学術団体の軸ではなく、地域医療の軸で物事を考えることだと話をしている。ただ、医療というのは実学で、経験したことがないことは理解ができないものだ。非常に困惑を感じている。

### (3) 第8回医事法関係検討委員会 (11月11日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・ここ数回は、11月から始まった医療事故調査制度について、医師法21条についての対応を決めることが半年の期限があり、議論してきた。
- ・自民党の中のワーキンググループも医師法21条問題を練っている。中心は厚生労働部会のメンバーで、そこの2議員も加わって、医療事故調査制度のもとにおける医師法21条の規定の見直しについて議論し、答申案の骨子をまとめた。
- ・医師法21条の原文「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。ただし、医師法第6条の10に規定する」について、「医療事故の報告を行った場合には、この限りでない」と付帯事項をつける。また、医師法33条の2の罰則規定から21条を除くということだ。

### (4) 第10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 (11月18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は、当面は保険証併用となるが、保険証の中に番号がないので資格確認用の番号を付与する。医療機関から支払基金や国保中央会に問い合わせると、資格があるなしを確認する。見える番号が保険証に張られることにはなる。平成30年から使っていく。
- ・これで検討会は終わるが、また別の形でスタートすることになるかと思う。

### (5) 第42回社会保障審議会医療部会 (11月19日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・次期診療報酬改定でこれからの中医協で議論をされる全体の基本方針が決められた。
- ・「治し、支える医療」への転換には、予防や健康づくりの取組み推進を入れることになる。
- ・地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点と改定の基本的視点には、介護サービスと医療サービスの連携と協働が大事だから書き込めという意見があった。それが書き込まれるのは、そこに点数がついていくのだと思う。
- ・同じく退院支援で、患者が安心し、納得して退院して、早期に住みなれた地域で療養や生活を継続できるための取組みを推進するが付け加わる。これも点数がついていくのだろう。
- ・リハビリテーションのところで、患者の早期の機能回復を推進を評価しろと付け加えられた。アウトカムをどう設定していくかになるかと思う。
- ・残薬や多剤・重複投薬を減らす取組みを推進するには、長期を減らせを入れろという強い意見があったが、長期が必要な人はやってもいいと拒否された。
- ・「将来を見据えた課題」という項が、それまでの議論になく急に付け加えられた。自民党からの申入れとのことなので、自民党と政府の意向が強く反映されたものと読まれたい。

- ・厚労省が3回連続のプラス改定という参考資料を出してきたが、医療側は猛反発した。結局、26年は大幅なマイナス改定だったと表をつくり直すことになった。

#### (6) 第12回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(11月26日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想に関しては都道府県ごとに温度差がある。ほとんど動いていない県は厚労省が指導すべきではないかとの意見が多数を占めた。
- ・病床機能報告は定性的な基準で間違った解釈のまましている、それを改善したい。その検討の方向性で、病床機能報告に2つの役割があり、地域の医療機能を把握して地域医療構想の策定や見直しのための基礎資料とするのと、地域医療構想策定後に地域における医療機能の分化・連携のための取組み状況を把握するための役割だと説明があった。私は、急性期の患者がおおむね入っていれば急性期と報告するので、そこには回復期も慢性期の人もいて、病棟が急性期と報告されても全員が急性期ではない。ベッド数をただ足したのと違ってものを強引に合わせようとするのは問題だと述べたが、厚労省の理解を得たかは不明である。
- ・検討作業(案)の中でも、厚労省は病棟ごとに全身麻酔や悪性腫瘍の手術の件数、救急車の受入れ数を病棟の評価に使おうと言っている。そこにも猛反発して、救急や手術は病棟でなく病院全体で受け入れているものだ。病院機能として何を把握し病棟機能としてどう把握するかは明確に分けて出せと述べた。次に検討するということだ。厚労省も迷いがあって確定的な考えが煮詰まっていない感じがする。
- ・厚労省として、各医療機関における取組みをモデルケースとして把握していきたいと。医療機関における取り組みの共有をするため、どうやっているかの具体的な例を集めたいということだ。協力して、考えていく方向性を見せてあげないとうまくいかない気がする。

#### (7) 第5回療養病床の在り方等に関する検討会(11月27日)

さきに松本支部長からの話もあり、協議事項でも参加願うとして報告は省略した。

### 6. 平成27年秋の叙勲・褒章受章者について

末永副会長より、秋の叙勲・褒章受章者の報告があった。株本敬名誉院長(小清水赤十字病院)、木澤正明看護部長(のぞみの丘ホスピタル)、三好正規病院長(阿知須共立病院)、濱野由美子看護部長(富田林病院)、林靖子副院長(福井赤十字病院)の5人が会員病院から受賞された。

### 7. 賀詞交歓会―新年の集い―の開催について

末永副会長より、賀詞交歓会について案内があった。1月8日、午後5時半から7時半まで、ホテルニューオータニで行う。多数の参加を願いたい。

### 6. 第66回日本病院学会について

望月委員長より、以下の案内があった。

- ・6月の23日・24日、盛岡市のマリオス、アイーナで開催する。
- ・12月1日から一般演題募集を開始する。ホームページから奮って登録をお願いしたい。
- ・プログラムの詳細は12月の半ばにはほぼ決定できるかと思う。

#### 〔協議事項〕

#### 1. 医療提供体制のあり方について

堺会長は次のように述べ、相澤副会長に説明を求めた。

- ・医療提供体制の改革の今後の道筋は、2013年8月、権丈参与が委員の社会保障制度改革国民会議報告書で明確に示された。キーポイントは、①国民の医療・介護ニーズに適合した医療提供体制、②競争よりも協調、③病院完結型から地域全体で支える地域完結型医療へ転換、④患者の状態像に即した適切な医療・介護が適切な場所で受けられる地域包括ケアシステムの構築を進め、一層の医療・介護の連携やネットワーク化を図る。これを受けて昨年からは病床機能報告制度が始まり、地域医療構想が策定されようとしている。
- ・地域格差・温度差が随分あるが、最終的に地域医療包括ケアシステムを構築する。医政局マターだったが、医政局の人事が変わって精通した人が残っていない懸念がある。我々は丁寧な議論を踏まえ厚労省に物申し、理解を深めていく必要がある。
- ・一方、診療報酬改定では平成24年、7対1を削減しようという方向になった。地域包括ケア病床は病床機能区分でどこに入るのかわからないところがあった。日医・四病協が2013年8月に出した提言の中では、急性期と回復期の真ん中で急性期に強い形だった。
- ・地域包括ケアシステムは7対1の受け皿の機能があるが、病床機能、病棟機能、病院機能のどこに向けて構築していくのかわかりにくい状況だ。
- ・そんな状況で、2015年11月付の日本医師会・四病院団体協議会の緊急提言（案）が出てきたが、これについて相澤副会長から説明いただきたい。  
相澤副会長は、次のように説明した。
- ・一昨年8月に日本医師会と四病協で、これからの医療提供体制の在り方について合同提言を行っている。医療機能の分化と連携、地域包括ケアをどうつくっていくのかについてだ。
- ・構想策定のための病床機能ごとの推計病床数が報告されたが、それ以来混乱が広がっている。推計病床数は患者の住所地と患者が治療を受けている医療機関住所地での2つの推計があり、かなりの差がある。どちらによって推計していくかは決められていない。
- ・また、医療需要を推計するのに医療資源投与の量で切ってやるが、その地域の病気ごとの病床数を制限するという間違った方向に使われて、今の混乱がある。病床機能とは何か、どうして推計がそうなるか、病床の規制に使われないかとか共通認識がない。そこについて議論して将来構想を固めていく必要があると思う。
- ・医療・介護の再編では、回復期という概念のまとめを図った。急性期には病態として重症、中等症、軽症が含まれるとした。在宅で急に具合が悪くなったとき、入る病院に登録しておいて、その患者を円滑に受ける仕組みを地域包括ケアの中でつくっておくのはどうか。
- ・「これらは病院が持つべき機能であり、病床数を検討する際には病院機能も併せて考えることが必要である」との文章も、検討して出そうと、今出すのはやめるようにしている。
- ・計算方式が悪い、必要な再試算を求めると言っているが、どういう方式で病床数を試算するかは全く言及されていない。
- ・病院と病床機能の関係では、病院類型をきちんと分け、その中でどういう機能の病床の病棟が必要なのか。そんなに高度なことはやらない地域の急性期型病院で、日医と全日病が主張したい病院類型3をメインに、病院機能を5つの類型に示している。
- ・日医と四病協の合同提言が出た後、四病協が提言として出したのは、これも病院類型と機能の組み合わせで、中心は地域包括ケアを支援する地域医療・介護支援病院だった。
- ・これが診療報酬上で地域包括ケア病棟という形に化けてしまった。在宅の急変の患者を受けるのではなく、急性期病院のポストアキュートの患者を診る形になった。我々が当初想定していた構想と少しかけ離れた状況になっている。
- ・地域医療・介護支援病院を評価することで地域包括ケアが回っていく。それは200床未満の病院が担うべきだが、地域によっては大きな病院が担わなければいけない状況もある。その病院をどう評価するのかが議論がとまってしまう。

- ・地域医療・介護支援病院を病床機能と病院が果たす機能で位置づけたが、診療報酬上では病棟ごとの診療報酬になってしまっていて、地域包括ケア病棟の支払いをどうしようかという議論になっている。地域包括ケア病棟の手術の部分を外出しにすると、病棟が担う機能によって診療報酬が変わってくる。全日病や日医は、DPCの診断群に応じた支払いをしつつ一部に包括支払いを入れていく方法をいいとしているが、私は病棟としての評価ではなく病院としての位置づけ、地域医療支援病院とかと同じ位置づけをしたほうがいいという意見だ。
- ・日医と全日病と日病との考えが食い違っているが、重要なことは病院の機能をしっかり分類した病院の機能ごとの評価、それから診療行為の評価、病床がどういう患者を診ているかによる評価が必要ではないかと思う。
- ・こういう提言によって地域の医師が今後の方向づけができるようにしていきたい。病院機能と、個々の行為による報酬と、それから病床機能を別々に評価していく考え方でいきたいが、今混乱を来して方向も決まっていない。日病として強く発言をしていきたい。

堺会長は、超高齢社会で医療ニーズが随分変わってきて、提供する医療として2種出てきた。高齢者を重視したキュアからケアへのものと、医療・医学の進歩にかかわる高度急性期とか先端医療的などところもしていかなければならないとして、質問や意見を求めた。

副島支部長は、定義は明確に決めておきたい。ポストアキュートが回復期に入るなら、サブアキュートはどこに入るのか。病態が重症でも急がなければ急性期には該当しない。ポストアキュートもサブアキュートの一つと考えれば、亜急性期という名称がふさわしく、回復期は変だ。急性期、亜急性期、慢性期の医学的なステージと、これをどういう医療提供体制で責任を持ってどこが診るかを整理して提案しておかないと、後の議論は全て混乱する。地域包括ケア病棟がスタートするときは、ポストアキュート、プラス、サブアキュートを受け皿として考えていた。亜急性期のカテゴリーの中にポストアキュートもサブアキュートも入れないといけない。重症だが急性ではない位置づけの人はいると述べた。

宮崎常任理事は、救急と急性期の概念がごっちゃになっている。救命救急センターをやっていると、救急患者を受け入れて治療した後すぐに次の病院に移れない場合はポストアキュートの病床も使わざるを得ない。病棟ごとにそれをまとめることは無理で、遊び的な病床も用意しないといけない。各病院が自分のところこそ急性期だと争っていて、急性期の看板をおろした途端に医療従事者が集まらなくなる危惧を持っていて、看板をおろせない。医学教育の辺から変えて、時間を置きながら誘導していく必要があると述べた。

堺会長は、もっともな意見だ。地域包括ケア病棟がふえなかったのは、7対1から10対1におろそうとすると職員のインセンティブが落ちる。病院の管理者としてできないこともあった。また、日医の会員病院はほとんどケアミックスで、幾つかのケアの機能を持っている。医師会の考え方では、地域の基幹病院が回復期、慢性期までやってはだめだと。病院はどうしてもケアミックスにならざるを得ない気がするが、どう考えるかと意見を求めた。

中井常任理事は、病床機能報告制度ができたとき、医療資源の投下量で3,000点とか切ったわけだが、整形外科なんかは3,000点いくものがない。急性期でないわけではないが、高度急性期ではない。高度急性期病院でもそういう科がミックスされている。病院は診療報酬上、そういう疾患に対してDPCで保障されている。看護師の基準等で入院基本料を変えてしまったところに問題がある。病院の投下量に対する評価はあってもいいと思うが、現状の7対1を何とかするため病床機能報告を利用していじるのは病院の構造をおかしくすると述べた。

中村常任理事は、地域医療構想で札幌圏は、今の病床でそんなに変わらず、各病院が自分のベッドを機能分化すれば済む話だ。しかし地方になると、在院日数はかなり厳しくなり、必要度の割合が上がってくる。公的な大病院ですら全部を急性期で維持できず、どこかを地域包括ケアにしようとする。すると、今まで患者の供給を待っていた病院が困ってしまう。公的病院

の院長たちが悩んでたと述べた。

成川支部長は、地方では公的で急性期やっていた病院で7対1とっていたところがそのまま残れないから、包括ケアにいくということになってきている。地方の民間病院の生きていく場がなくなっていくという懸念があると述べた。

堺会長は、私の言ったのは診療報酬上のものではない。患者の流れを見ると、急性期でたくさん治療や検査をやる時期と、ある程度おさまって退院を待つ時期がある。病床機能区分をやる時のDPCの点数で見ると、医療資源投入量だとなってしまうということを言った。病態に合わせ看護師の傾斜配置もしているのに、病院全体を7対1にしたのはおかしいということだ。一方で、基幹病院が全部の機能を持ったら当てにしていた病院が困るというのもそうだ。分けて考えなきゃならないと述べ、さらに意見を求めた。

中常任理事は、病院なのか、病棟なのか、病床なのか、それが混じって論議されている。超高齢化社会になってこういう問題は起こってきた。自分の病院のある市レベルで見ると、急性期病院も傾斜配置してやっているし、慢性期の病院でもケアミックスの病院でも、急性期病床はある。公正に診療報酬として評価される仕組みがないゆえに、いろんなことを言われてこられる。これに日本医師会は乗っていると思うと述べた。

堺会長は、それを診療報酬的にうまく手当てすればいいという考えかと尋ねた。

中常任理事は、一般の病院でも一定程度急性期の患者はいる。その評価をちゃんと入れれば問題ないと思うと述べた。

堺会長は、点数は病棟につけている。患者さんにつけるとというのが診療報酬で可能なのかはまた別の議論になると述べ、ほかに意見を求めた。

福井常任理事は、地域の住民のニーズに合うかどうかと関連する話だ。新しい公的病院が救命救急をうたってスタートすると、高度急性期、急性期、地域包括ケア病棟という3つの機能を持ってくる。すると、地域の医療資源の集まって集中しているところで、ケアミックスらしき病院が幾つも出てくることになり、7対1の病院が突然動き出すという問題が起こってくる。片や過疎地では、初めからケアミックスで住民を守っている。公的病院の在り方と民間病院の役割がもう少しすっきりすると、この問題はわかりやすくなるんじゃないかと述べた。

堺会長は、難しいのは公対民は将来なくなると思う。自治体は金がなくなって担保できなくなる。過疎地と密集地では違うが、自分は急性期病院だと手を挙げても、DPCとかで中身が見えてしまう。どこを基準にして我々が選択するかになると述べた。

福井常任理事は、巨大民間病院的な風潮が出てくるということかと述べた。

堺会長は、考えられるのは巨大大学病院だが議論が大き過ぎるとして、ほかに意見を求めた。大道副会長は、次のように発言した。

- ・地域医療構想に関して大阪では、厚労省が出してきた地域医療構想支援ツールだけでなく、独自にNDBの生データをとってきて、両方で策定してみた。ほぼほぼ同じだった。
- ・当初、大阪府内は2万床が病床過剰だが、2025年想定で1万床はまだ足りないとなったので、各医療機関はほっと一息ついた。
- ・その病床機能報告はプラスアルファのデータも公開しており、この地域の中その他病院のことが手にとるようにわかる。ホームページで見える。自院のポジショニングがわかる。
- ・私の病院では、救急は10年前は65歳以上とそうでない人が5対5ぐらいだったが、最近では4対6で高齢者のほうが多い。65歳以上が6割以上の入院率になる。後期高齢者は8割ぐらい入院率になるが、8割のうちの2割ぐらいは軽症だ。ところが、その方々が入院すると、病院は大変だ。環境が変わって混乱する人もいる。
- ・地域医療構想と地域包括ケアシステムのそれぞれ1つ、大きく欠落しているところがあると私は思う。地域医療構想に外来機能は全然出ていない。今後入院から外来へとシフトしてく

る。日帰り手術も含めて、どうしてこれを記載しないか疑問だ。

- ・地域包括ケアシステムの中では、終末期の話だ。すごろくの上がりやを病院にするか、在宅にするのか、施設にするのか。それを決めるのは患者さん本人であってほしいし、そのときにハッピーな上ガリを提示できれば、地域包括ケアシステムも国民にとってもう少し身近なものになるのではないか。

堺会長は、患者あるいは病院の視点でいくと、問題は高齢者で、施設で急変した場合、どこへ行くかなかなかわからない。大概近隣のどこか病院へ救急隊は連れていく。問題は、全く情報がないことだ。そういう状況で提案しているのは、地域の施設、医療機関の病院の中で情報を共有しようということだ。救急隊からどこの何々が来るといったら、それを見て情報がわかると、かなりタイムリーで効率的で適切な診療ができるのではないか。こういう機能のある病院は地域で必要かと思う。ただ、地域の置かれた状況で、どれだけ病院の数があるかとかによって違ってくると思う。こういう機能というのは地域の中で持っている必要があると思う。こんな機能は無意味となるのか、機能は地域にあっていいのか。このことについて意見を求めたいと述べ、大道副会長に尋ねた。

大道副会長は、こういう機能は中小病院全てが持つべきだと思うと述べた。

堺会長は、大道副会長の意見に同感か、反対かはどうかとして、副島支部長に尋ねた。

副島支部長は、地域包括ケアがサブアキュート、あるいは施設からの高齢者の看取りとかも含めてやるべきだ。100万人の収容が160万になって、それが高度急性期のところに来ると、もうそれだけでパンクしてしまう。適切な医療資源の配分とは思えないと述べた。

堺会長は、高度急性期病院というこういう機能は中小病院に任せることになる、例えば500床の病院というのは将来的には適正化されてくるだろうと尋ねた。

副島支部長は、急性期病院はシュリンクして急性期医療はダウンサイジングとなる。ただ、都市部とそれから中都市、小都市は分けて考えないとならない。ミックスしたほうが効率がいいところと、ミックスしないほうが効率がいいところは分けて考えたほうが良いと述べた。

堺会長は、地域特性があるということかと尋ねた。

副島支部長は、そうだ。厚労省側が大まかに3つぐらいのモデルを出したほうがわかりやすいんじゃないかと思うと述べた。

堺会長は、中井常任理事に意見を求めた。

中井常任理事は、自院も地域包括ケア病棟を持っている。7対1を維持するためだ。7対1と10対1とか混合も構わなければ、地域包括ケアとならなくてもいいのかなと思うと述べた。

堺会長は、ほかに意見を求めた。

末永副会長は、地域特性が確実にある。自分の病院は急激に伸びてきて、その間、市内の民間病院が診療所になってしまっていて1つしかない。すると、その病院が一応急性期とうたっているが、夜間とかほとんどみんな来てしまう。そういう中で、地域包括ケアを考えなきゃいけない。施設から高齢者で来る人もみな診ざるを得ない。すると、誤嚥性の肺炎とかで徹底的にやらなくてはいけない人もいるが、翌日まで診てうちではなくてもいいという人もいる。市外のいろんな病院ともっと連携をとってやっていくべきと言っている。地域によって違いがあるが、どんなところにも連携をさらに進めていくことが基本になると思う。また、地域包括ケアでは、中小の病院が全て機能を持ってないのも多いところと考えていかなくてはいけない。できるところとうまく連携を持っていくということぐらいしか今はないかと思うと述べた。

堺会長は、大病院が中小病院を圧迫していて、自分のところが困ったら頼むというところを乗り越えるためのいい手段があるかとして、成川支部長に意見を求めた。

成川支部長は、いい知恵はない。地域特性があるので、そういうモデルを出してほしいと思うと述べた。

堺会長は万代常任理事に、感想でもまとめでもいいとして意見を求めた。

万代常任理事は、次のように発言した。

- ・10月28日、日医の鈴木委員の発表した提言では、機能分化を進めねばならないとみずから宣言していて、例として、許可病床200床未満と許可病床200床以上の病院の2つに分けている。
- ・200床未満のほうは、他の急性期対応病床を持たず、地域包括ケア病棟入院料のみを届けた場合に算定できる。算定は、急性期に対応したいろんな診療行為をやった場合には、DPCに応じた出来高でも、そこの部分を面倒見ろということだ。200床以上については、そうした算定できない上、病棟は1病棟に限るとしてはどうかと。
- ・これをどう解釈するか。短期的な考え方と長期的な考え方がある。長期的には、基本的には、来るべき高齢化社会でサブアキュートの病態をどこが診るか。多くは200床未満のところが診る。急性期については出来高部分を含めて診るべきだろうと思うが、7対1を減らせという圧力が強い中で、類型化して、仮に平成28年改定でこれが入った場合には非常に混乱するのではないかと思う。
- ・長期的にはこういった理想形は考えられるが、2025年までに徐々に日本の医療提供体制を変えていくということなら、200床以上の病院でも、一定程度の急性期の患者さんに対応した診療報酬体系がとれて、なおかつ1病棟に限らないです。地域に応じた形で徐々に変化していくほうが、混乱しないかと思う。
- ・私自身の考えでは、これは理想形だが、この日医・四病協提言がこのまま出してしまうと相当危険で、もう認めたということになってしまう。すると、日病のようにいろんな病院がいるところではかなり混乱が生じると認識している。

堺会長は、私も全く同じ考えだ。常々、医政局と保険局がこういう制度と診療報酬は連携してくれと言っているが、これは時期尚早で、今度の診療報酬改定でこれを急ぐのは難しい。地域包括ケア病院の病床も理解が全く違う。日病としては、いろいろ意見を言って、中医協の中で、これに向けた準備をやろうというのをどこかで言うのがいいのかと思うと述べた。

万代常任理事は追加発言を求め、日医としては四病協のほうがかみしやすいと思っているだろう。本来であれば診療報酬の病院側の代表意見は日病協だ。なかなかまとまらないと思うが、もしまとまるなら非常に強い力になる。日医・日病協共同提言という形で、いろんな人の意見を集約して共通項を提言していく方向に行ったほうがいいと思うと述べた。

堺会長は、もっともだが、一応形としては日病協と四病協のすみ分けで、日病協は診療報酬で四病協は医療政策ということになる。これはちょうど中間だ。万代常任理事の意見はよくわかったと述べた。

以上で閉会となった。