

日時 平成26年8月23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 (各副会長)

前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、中村 利孝、高木 誠、万代 恭嗣、

中 佳一、生野 弘道、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

奈良 昌治、山本 修三、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)、高久 史麿、松田 朗、北田 公一、池上 直己、

権丈 善一、齊藤 壽一、高橋 正彦 (各参与)

木村 壯介、望月 泉、大道 久、崎原 宏 (各委員長)

堀江 孝至、藤原 秀臣、柏戸 正英、池澤 康郎、三浦 將司、井上 憲昭、松本 隆利、

今川 敦史、成川 守彦、三浦 修、中川 義信、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)

李 笑求(新規会員 医療法人社団鎮誠会季美の森リハビリテーション病院理事長)

総勢 55名の出席

堺会長から開会挨拶があり、議事録署名人を選出した後、新規入会の李会員の紹介があった。その後、梶原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26年6月28日~8月20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5件〕

- ①医療法人・社会医療法人恵仁会くろさわ病院(会員名:黒澤一也理事長・院長)
- ②医療法人・医療法人元山会中村病院(会員名:中川真一院長)
- ③医療法人・医療法人公世会野市中央病院(会員名:公文正光理事長・院長)
- ④社会福祉法人・社会福祉法人ハイネスライフ朝日ながの病院(会員名:竹前克朗院長)
- ⑤医療生協・長野医療生活協同組合長野中央病院(会員名:山本博昭院長)

〔正会員の退会5件〕

- ①医療法人・医療法人三良会村上新町病院(会員名:村上秀一理事長)
- ②医療法人・医療法人育生会奥村病院(会員名:奥村聡彦理事長)
- ③医療法人・医療法人良秀会藤井病院(会員名:藤井良一理事長)
- ④医療法人・医療法人福岡輝生会大牟田中央病院(会員名:溝手博義院長)
- ⑤個人・坂上田病院(会員名:井上侃也院長)

〔正会員の退会届出を慰留により撤回1件〕

- ①京都府・医療法人医修会新河端病院(慰留者:武田隆久常任理事)

〔特別会員の退会2件〕

- ①特別会員A・東健メディカルクリニック(代表者:佐藤蕃院長)

- ②特別会員A・医療法人和光会出口医院レディースクリニック（代表者：出口喜男理事長）
〔賛助会員の入会3件〕
- ①B会員・学校法人岩崎学園横浜医療情報専門学校（代表者：岩崎文裕学校長）
- ②B会員・学校法人SOLA沖縄学園（代表者：仲田雅彦理事長）
- ③B会員・一般社団法人Medical Excellence JAPAN（代表者：山本修三理事長）

平成26年8月23日現在 正会員 2,399会員
特別会員 206会員
賛助会員 252会員（A会員103、B会員114、C会員3、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、依頼を承認した。

（継続：協賛等依頼19件）

- ①第7回MDIC（医療機器情報コミュニケーター）認定セミナー（一般社団法人日本医療機器学会）の後援
 - ②第3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
 - ③第11回治療食等献立・調理技術コンテスト（公益社団法人日本メディカル給食協会）に対する後援名義使用及び賞状交付
 - ④『健康強調月間』（健康保険組合連合会）の実施に伴う協力名義使用
 - ⑤第6回日本訪問リハビリテーション協会学術大会in大阪（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会）の後援
 - ⑥「救急の日2014」（一般社団法人日本救急医療財団）後援名義使用並びに賛助金の協力
 - ⑦HOSPEX Japan 2014（第43回日本医療福祉設備学会併設展示会）（一般社団法人日本医療福祉設備協会・一般社団法人日本能率協会）に対する協賛
 - ⑧「医療安全推進週間」（厚生労働省）の後援
 - ⑨「九州ホスピタルショウ2014」（一般社団法人日本経営協会）の後援
 - ⑩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
 - ⑪平成26年度臨床検査普及月間（一般社団法人日本衛生検査所協会）に対する協賛名義使用
 - ⑫平成26年度医療ガス保安管理技術者講習会（公益財団法人医療機器センター）の協賛名義使用
 - ⑬各種調査（医療施設静態調査・患者調査・受療行動調査）（厚生労働省）の協力
 - ⑭「第31回ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2014」（一般社団法人日本能率協会）の協賛名義使用
 - ⑮平成26年度（第65回）全国労働衛生週間（厚生労働省）に関する協力
 - ⑯「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講演会」（厚生労働省）後援名義使用
 - ⑰『最新医療経営フェイズ・スリー』創刊30周年記念フォーラム（株式会社日本医療企画）の後援名義使用
 - ⑱第22回慢性期医療学会熊本大会（第22回日本慢性期医療学会）の後援
 - ⑲第18回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2015～（名古屋国際見本市委員会）の協賛名義使用
- （継続：委員委嘱・推薦等依頼3件）
- ①中央認定委員会委員（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会）の委嘱
再任：相澤副会長
 - ②各種委員会委員（公益社団法人日本医師会）の委嘱

医業税制検討委員会委員

再任：梶原副会長

病院委員会委員

再任：末永副会長

社会保険診療報酬検討委員会委員

再任：相澤副会長

③予防行政のあり方に関する検討会委員（消防庁）の委嘱

再任：有賀徹会員

（新規：後援・協力等依頼5件）

①第11回ICMアジア太平洋地域会議・助産学術集会（第11回ICMアジア太平洋地域会議・助産学術集会）の後援

②外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）平成26年度推進事業（外国人患者受入れ医療機関認証制度推進協議会）における協力

③「熱電プラザ2014」（東京ガス株式会社）後援名義使用

④顕彰プログラム「イノベーター・オブ・ザ・イヤー」（イノベーター・オブ・ザ・イヤー組織委員会）の後援

⑤「がん登録推進法に関するシンポジウム」（公益社団法人日本医師会、特定非営利活動法人地域がん登録全国協議会）開催に係る後援名義の使用

（新規：委員等就任依頼2件）

①医療介護総合確保促進会議構成員（厚生労働省）への就任

就任者：相澤副会長

②医道審議会専門委員（保健師助産師看護師分科会員）（厚生労働省）への就任

就任者：末永副会長

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

梶原副会長から報告を受けて審議し、下記施設を承認した。

（新規3件）

①大阪府・健康保険組合連合会 大阪中央病院

②神奈川県・社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院 健康管理センター

③栃木県・足利赤十字病院

（更新6件）

①埼玉県・医療法人 大宮シティクリニック

②東京都・国家公務員共済組合連合会虎の門病院附属健康管理センター・画像診断センター

③愛媛県・財団法人 愛媛県総合保健協会 附属診療所

④東京都・公益財団法人 明治安田厚生事業団明治安田新宿健診センター

⑤山梨県・医療法人 石和温泉病院 クアハウス石和

⑥東京都・北里大学 北里研究所病院

〔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64回日本病院学会 シンポジウム8（7月4日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・日本病院会の病院診療の質向上検討委員会チームが入って、多職種協働によるチーム医療のシンポジウムを開催し、多くのシンポジストと参加者があり、活発に議論した。
- ・多職種協働によるチーム医療は看護師がキーパーソンとなる形の運営となってきた。シンポジウムは病院学会の中で継続してやっていく。

(2) 第1回中小病院委員会 (7月3日)

土井常任理事より、非常に盛況であったが、これから中小病院のやり方や方向が議論になると報告があった。

(3) 第2回地域医療委員会・第2回中小病院委員会合同委員会 (7月9日)

(4) 第13回医療制度委員会 (7月9日)

(5) 第14回医療制度委員会 (8月6日)

(3)～(5)について、報告は後の場で行うこととした。

(6) 第36・37回生 病院経営管理士通信教育 1年次後期試験・前期スクーリング (7月14日～19日、7月22日～26日)

(7) 第1回病院経営管理士教育委員会 (8月3日)

(6)、(7)について、報告は資料一読とした。

(8) モダンホスピタルショー 公開シンポジウム (7月16日)

大道委員長より、「災害に打ち勝つ病院」のテーマで開催した。基調講演やパネル講演後、ディスカッションし、意義深く盛況だったと報告があった。

(9) 第1回倫理委員会 (7月25日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・堺会長から尊厳死について委員会の意見をまとめてほしいとの諮問を受けて開かれた。
- ・弁護士や尊厳死協会からの説明を聞いた。これから議論を進め、リビングウイルの啓発とともに、終末医療に関する法律について委員会で検討して方向づけをしたいとなった。

(10) 第4回医業経営・税制委員会 (7月28日)

報告は後の四病協の報告で行うこととした。

(11) 第4回雑誌編集委員会 (7月29日)

崎原副委員長より、以下の報告があった。

- ・その月にその月号を出すことが7月号で実現できたので、続けていきたい。
- ・日本病院会雑誌について会員が持つ意見、希望を調査することにした。

(12) 病院長・幹部職員セミナー (8月2日・3日)

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・木・金の開催希望が多いことがわかり、来年は8月6・7日の木・金に開くことにした。
- ・タイトルに関してはいろいろ意見があり、委員会で検討した上で相談することにする。

(13) 第3回医療の安全確保推進委員会 (8月6日)

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・死因究明制度が地域医療・介護総合確保推進法の中で成立し、来年10月から施行と決まった。みずからが委員会で調査することになるので、今、ガイドライン策定作業が行われている。医療事故の調査項目や支援団体の支援内容、センターとの役割分担等が話されている。
- ・法制化に当たっては、医療機関によって医療事故が恣意的に解釈されたり、地域によって調査に質の差が生じないようにとの附帯決議がついている。10月末までにガイドラインの中間取りまとめを行う予定だ。
- ・日病会員に対するアンケートができ上がってきた。各病院の医療事故に対する体制の必要なものや不足のもの、新しい行制度事故調査制度への希望等を聞くような準備が進んでいる。

(14) 病院中堅職員育成研修 第7回「人事・労務管理」コース (8月8日)

報告は資料一読とした。

(15) 第1回認定個人情報保護団体 審査委員会 (8月15日)

崎原委員長より、以下の報告があった。

- ・委員会に寄せられた苦情と相談案件を検討した。
- ・認定個人情報保護団体の今後の活動について、委員会が開業医に十分認識されていないことから、日本病院会のホームページからアドレスを会員に送り、厚労省のガイドラインを周知させたらどうかとの意見があった。開業医にアンケートを送ってPRもしていく。
- ・共通番号制度やパーソナルデータに関する検討会、個人情報保護法案など、医療に関する個人情報の動きが加速している。情報収集し、病院団体として問題を検討していこうと話した。

(16) 第2回看護職場環境委員会 (8月19日)

末永副会長より、准看護師の臨床実習病院を受けてくれる会員病院があった。また、現場でどんな問題が起こっているかアンケート調査を行う計画があると報告があった。

(17) 診療情報管理士通信教育 第10期医師事務作業補助者コース研修会 (7月26日・27日)

(18) 診療情報管理士通信教育 第3回専門課程小委員会 (7月28日)

(19) 診療情報管理士通信教育 分類法指導者のための勉強会 (7月31日)

(20) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (7月5日～27日)

(21) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (7月5日・12日)

(17)～(21)について、報告は資料一読とした。

(22) 日本診療情報管理学会 第1回国際疾病分類委員会 (6月27日)

大井顧問より、来年ICD-10の2013年版が出ることが決定したが、DPCに使うことも考えられるので注意しておいてほしいと報告があった。

(23) 日本診療情報管理学会 診療情報学編集委員会 (7月30日)

大井顧問より、2010年出版の「診療情報学」が改訂時期となり、来年9月、岡山での学会のとき改訂版が出版されると報告があった。

(24) 日本診療情報管理学会 第3回倫理委員会 (7月30日)

大井顧問より、利益相反(COI)マネジメントに関する指針案の詳細について検討を開始しており、盛岡での学会で詳しく報告できると報告があった。

(25) WHI-FIC アジア・パシフィックネットワーク作業会議 (7月11日)

大井顧問より、ICDアジア版を作ろうと準備をしていると報告があった。

(26) 日本診療情報管理学会 第2回2016年第18回IFHIMA国際大会プログラム委員会 (8月4日)

大井顧問より、東京で開く大会のプログラム委員会が開かれ、世界に向けての発信内容を決めたと報告があった。

(27) GHWC対面会議 (8月11日～13日)

大井顧問より、GHWCはICDの中に乗り込んできたアメリカ主導型のコーザーの位づけをしようとしている。アメリカの動きを注視していきたいと報告があった。

(28) 病院経営管理士会 第1回会誌編集委員会 (6月27日)

永易会長より、創立20周年記念特集号の11月発刊へ向けて準備していると報告があった。

(29) 第64回日本病院学会 ワークショップ4 (7月4日)

永易会長より、病院経営の質向上と次世代を含む新たな取り組みをテーマに開催したと報告があった。

(30) 日本診療情報管理士会 第2回定例理事会 (7月12日)

(31) 日本診療情報管理士会 平成26年度評議員会 (7月12日)

(32) 日本診療情報管理士会 平成26年度総会 (7月13日)

(33) 日本診療情報管理士会 平成26年度全国研修会（7月12・13日）

（30）～（33）について、阿南会長より以下の報告があった。

- ・役員改選の年であり、理事会、評議員会で決定し総会で了承をとった。IFHIMAにあわせて多くの女性を理事に登用した。
- ・全国研修会でも現在の医療にまつわる興味深い講演をしてもらった。

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107回診療報酬実務者会議（7月16日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協報告として、入院医療等の調査・評価分科会が始まった。平成26年改定に当たり、かなり分科会からの意見が通った。今後、分科会では報告程度で、審議は中医協総会でやる。
- ・診療報酬改定検証部会から調査結果が報告された。報告文では、医師事務作業補助者が要件化されてしまう懸念のあるような書きぶりだ。
- ・データ提出加算の機会が4回になったが、平成27年4月に要件を満たす診療報酬を算定している病棟や病院は、この11月が最後のチャンスになると注意喚起してある。
- ・日病協として、①消費税、②診療報酬改定影響の調査を行う。現在、消費税については各団体に調査票が回っているところだ。

(2) 第108回診療報酬実務者会議（8月20日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療看護必要度の基準のA項目、B項目についてはいろいろな議論がある。国際医療福祉大学の高橋氏が推進中の、DPCデータも用いた看護量の予測モデルというのを一定程度審議の中に導入し、実務者会議としても提案してはどうかとの話になった。
- ・看護必要量がわかるのなら診療報酬につなげてはどうかと、入院基本料そのものの議論になり、議論が展開された。

(3) 第117回代表者会議（7月25日）

相澤副会長より、診療報酬実務者会議で消費税の調査をすると、病院間で補填のあるなしにすごい差がある。税の公平性から調査し報告をして、おかしいということを言おうということでまとまったと報告があった。

(4) 第118回代表者会議（8月22日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・相澤副会長が報告した調査対象は、日病協全体で1,075病院、そのうち日病担当が240病院だ。調査対象に当たった病院は協力願う。
- ・一般社団法人日本社会医療法人協議会は全日病の西澤会長が会長だが、その協議会が新たに日病協に入会となった。

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4回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（7月28日）

- ・診断群分類の見直しでは、ICD-10（2013年版）を導入しようとの方向性だが、標準病名マスターの整備等がまだであり、平成28年度改定での対応は課題が多い。次々回平成30年度以降に環境整備ができれば導入することだ。
- ・CCPマトリックスに基づく評価手法を実際に進めていこうとしている。MDCは症例数が多く、一定の成果が報告されている代表的なものへの導入を、DPCのワーキンググループが検討し

ていく。

- ・医療機関群のあり方、Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群についてどうするかという方向性が出てきた。激変緩和措置のあり方として、あと2回の改定で調整係数がなくなる。激変緩和する病院が平成30年に向かって増えていって、一遍に調整係数をなくしたら大変になる。それに対して工夫が必要という考え方だ。

(2) 第280回総会 (7月30日)

- ・診療報酬の改定の結果検証に係る特別調査は、同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査を先行して調査する。具体的な調査票が提示され、発出されている。
- ・経済財政運営と改革の基本方針2014、その他のいろいろな政府の決めた計画の中で、中医協関係が資料として挙げられた。今後、資料に示された周辺の状況を含めて中医協にも議論が上がってくる内容だ。

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4回医業経営・税制委員会 (7月17日)

(2) 第5回医業経営・税制委員会 (8月8日)

(1)、(2)について、安藤常任理事より以下の報告があった。

- ・四病協でも税制委員会でも、①26年度改定における消費税の補填問題、②27年度に向けた税制要望で日医との文言のすり合わせがメインテーマだ。
- ・消費税補填分に関する調査は進行中だが、補填率に大きな差がある。この差は今回の補填の手法に問題があったのではないかと思われる。調査締め切りは9月1日で、回収率が大事だ。データは秋口に出し、政府が来年10月に予定している10%への引き上げに対し、ことしの補填の手法が適当であったか検証した結果をもって主張していく必要がある。時間的な問題もあり、このフォーマットでスタートした。
- ・来年度税制要望については、四病協は12案を提案し総合部会に諮った。消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しとあるものは、四病協としては現在の非課税を課税にしてくれという従来の主張そのままで行く結論だが、医師会との文言のすり合わせのプロセスで少しニュアンスが違っているのではないかと思う。
- ・多段階税率の導入等に関して与党税調が病院団体もヒアリングに呼んだ。これから活動が始まるということだ。
- ・薬価について卸と9月までに50%以上妥結しておかないと、未妥結減算というペナルティが課せられる。これに関する注意を四病協で出さなくてはならないと、各傘下病院に出された。

(3) 第4回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会 (7月23日)

梶山副会長より、以下の報告があった。

- ・来年度、医療福祉機構が新規に要求する事項として、地域医療及び介護の総合的な確保のための包括ケアシステム推進を支援するための優遇措置、これを新基金に対して求め、それから臨床研究中核病院を特定病院への融資の追加、スプリンクラー等の消防設備設置義務化に伴う融資条件の優遇、非営利ホールディングカンパニー型法人への融資を求めている。
- ・非営利ホールディングカンパニー型法人制度については、日医が出している統括医療法人もあり、四病協としても国提案に対し対案を作成してはどうかとの提案があった。統括医療法人は日医だけでなく厚労省とすり合わせで出したような気がする。そのところをウォッチしながら四病協としてやらなければいけないのだろうと思う。

(4) 第4回総合部会 (7月23日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・27年度税制改正要望について協議したが、伊藤委員長（医法協副会長）から、免税制度・軽減税率等の課税方式を希望するが、課税移行までの経過措置として非課税のまま税制による全額還付を受ける方式も否定しないという、要望文への付加文が示された。
- ・原則課税1本でいくのは難しい状況の中で、10%増税時にどうするかを考えておく必要があり、医師会も受け入れるような形になっている。
- ・これが四病協の税制要望となるが、意見があれば伺いたい。
梶原副会長より、以下の補足説明があった。
- ・日医と四病協は原則課税ゼロ税率を今も掲げている。ただ、10%課税になったとき、非課税還付が今の税法になく税法を変えなければならない。普通税率で医療だけを特別に扱うのはやりづらい。さらなる増税を見据えて10%の間に抜本的な解決をしなければならない。
- ・課税移行までの経過措置として非課税だが税制による財務省からの全額還付を言っているが、全て税制で解決しろという文脈からは外れていない。
中島常任理事は、付加文は要らないと思う。そこは具体的な交渉で決めることだ。四病協と医師会がこれを出したのだから、それ以上のことはしなくていいと述べた。

梶会長は付加案、意見を踏まえて四病協で議論したいと述べた。

（5）第3回日医・四病協懇談会（7月23日）

報告は資料一読とした。

（6）第4回医療保険・診療報酬委員会（8月1日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定について意見交換があり、精神科病院協会から、加算が7項目増えてよかったが基準・要件が厳しい。アンケート調査をして後日報告するとのことだ。
- ・急性期病院からの退院調整で混乱という情報は、実態は地域包括ケア病棟をかえるなりして大問題にはならなかった。7対1の急性期の退院加算75%問題は大きな問題なく経過できそうだとの話があった。
- ・包括医療の中の退院時処方箋がとれるところととれないところ、誰が払うのか等の問題については、日本病院薬剤師会から人を呼んで意見交換を行うことになった。

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

会議の概要報告があり、了承した。

（1）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24日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・12回となり、この回で一応結論を出した。
- ・医療機関が報告する医療機能については、病棟単位でその病棟の医療機能の現状と今後の方向を都道府県に報告することになった。現状は7月1日時点で、今後は6年後としたが、定かでない場合は2年後、3年後の状況も報告してもらう。
- ・高度急性期と急性期の差は、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供する病棟ということで、各病院の判断基準に基づいて報告する。
- ・医療機関の報告する項目は大きく2つで、①医療の内容に関する項目、②構造設備・人員の配置に関する項目となる。①は医療機関が作成提出するレセプトを活用して集計する。病棟区分は今のレセプトにはつけられないので、今回は病院全体で集計するが、次回の診療報酬改定からは病棟ごとに設定してつけることになる。②は医療機関で病棟単位に集計し送付する。データはナショナルデータベースとともに分析され活用されることになる。
- ・今年度は、①は7月審査分のレセプトデータ1カ月で開始する。
- ・公表のあり方として、都道府県が公開、公表するが、地域医療構想を決めていく協議の場に

情報を出し利活用を図ることを要望した。26年度のデータを踏まえ、議論を引き継いだ新たな検討会を設けて地域医療構想ガイドライン策定の検討を行うことになる。

- ・データは全国共通のサーバーに送られ、各都道府県が議論して今後の地域医療構想の策定に用いる。データをどう医療計画に反映させるのか、厚労省は都道府県の関係部署を招いて勉強会を始めている。ある数値に向けて収斂させようとしているように思う。

成川支部長は、医療機能で二次医療圏も最近制定しているが、各都道府県でこの見直しは起こってきていいのか。県境の問題も含まれる話かと尋ねた。

相澤副会長は、厚労省はそこも含まれると答えたがあやふやだった。法律上は構想区域という言葉だが、二次医療圏そのままの感触はある。厚労省は全データを持っていて、隣の二次医療圏と連携・協働も考えて構想を作るよう言っている。具体的にはこれからの話だと思うが、より望ましい形の考えは持っていると思うと述べた。

副島支部長は、協議の場が設定されるのなら、支部を作らないと参加する資格が明確でなくなるか。各県で責任者でも作っておいたほうがいいのではないかと述べた。

相澤副会長は、日病の支部を増やそうという思いにはそういうところがある。原則的には、各都道府県の病院協会なりに働きかけていきたい。厚労省が何かしようとするとき、病院の団体や関係者を必ず参加させてほしいと強く要望している。うまくいかない場合は厚労省に自分の県は変だと申し出てもらっていいと述べた。

堺会長は、それは日本医師会にも働きかけて十分考慮してほしいとは言っていると述べた。

(2) 第1回医療介護総合確保促進会議(7月25日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・医療介護総合計画を作るために始まった会議だが、3回で終了する予定だ。厚労省はしっかりと方向性が決まっているようだ。9月上旬に総合確保方針の告示がされるが、基金の交付要綱も出され、都道府県の基金が内示されて、11月に交付決定がされ、12月には使えるようになっていく。
- ・「地域における医療及び介護を総合的な確保の促進に関する法律」の中で、総合確保方針が策定され、それに基づき基金の使い道が決められる。仕組みとして、地域における基本的な方針で医療法と介護保険法という別々な法律を統合し大枠を決める。医療計画、地域医療ビジョンや介護保険の事業支援計画が、総合確保方針の同じ枠の中でやられていくことになる。
- ・市町村からの事業計画を県に提出し、県がそれをまとめて都道府県事業計画を作り、それを厚労省に提出してまとめられていく。
- ・今後、総合確保方針に基づいて9月から地域医療ビジョン構想のガイドラインを作る。平成27年度に、このガイドラインと病床機能報告の制度を用い、地域医療構想、地域医療ビジョンが策定されていく。既にスタートしている医療保険事業はそのまま走らせ、29年に医療計画と介護保険計画を合体させた形で30年から始めようというスケジュールだ。

中常任理事は、基金の交付で国と都道府県の負担割合は全国的にどうなのか。神奈川県は県負担分の3分の1しか出さず、申請するなら残りを負担しろと言っていて困っていると述べた。

相澤副会長は、県単独事業とは違うので、基本的には国の消費税と地方の消費税を投入して国が3分の2、県が3分の1で来ることになっていると述べた。

堺会長は、全国を全部把握しているわけではないが、国の3分の2はつくが県の思惑で3分の1がどうなるかという神奈川県を初めて聞いたので、後で確認すると述べた。

(3) 第3回医療分野等における番号制度の活用等に関する研究会(7月24日)

(4) 医療機関における携帯電話等の使用に関する作業部会

(3)、(4)について、報告は資料一読とした。

6. 第64回日本病院学会の開催報告について

中川学会長より、以下の報告があった。

- ・ 7月3日・4日の2日間にわたり香川県高松市で開催し、会長等の講演4題、シンポジウム9セッション、ワークショップ4セッション、オピニオン1セッションを行った。
- ・ 一般演題として785題のうち講演が455題、ポスターが330題で、急遽会場を増やして対応したが、ポスター会場が狭かった。ほかにランチョンセミナー13題、機器展示15社、書籍販売3社で、参加者数が5,490名となった。皆さん方のおかげで無事に終えたことをお礼する。

7. 第40回日本診療情報管理学会学術大会の進捗状況について

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・ 9月11日・12日、「グローバルな視点で診療情報管理のさらなる発展を目指す」というテーマで盛岡市にて行う。事前参加申込者は一般770名、学生162名で計932名、演題数は一般262題、学生34題で計296題となっている。メインプログラムは、特別講演が3題、大会長講演、理事長講演があり、ランチョンセミナーも4題確保できた。多くの方々の参加をいただきたい。
- ・ 市民公開講座1題は、演者が順天堂大学の病理・腫瘍学の樋野興夫教授で、一般社団法人がん哲学外来の理事長でもある。「われ、太平洋の懸け橋とならん」～新渡戸稲造が語りかけるグローバリズムの本質～というタイトルで行われる。新渡戸稲造は盛岡の生まれだ。

〔協議事項〕

1. 権丈参与提出資料から

- ①「医療は「競争から協調へ」」（医療経営白書2014年度版巻頭言）
- ②「日本が超高齢社会を迎えるにあたって、今後の医療はどうなっていくのか」（アニムス78号）
- ③「医療提供体制の再構築」（社会保険旬報2571・2572号）
- ④「医療・介護の一体改革、2025年をめざして－医療専門職集団に求められているもの－」（平成24・25年度医療政策会議報告書第1章）
- ⑤「不磨の大典「総定員法」の弊」（週刊東洋経済2010年10月16日号）

協議事項に入る前に、権丈参与は、自身提出の資料等を用いて以下のような話をした。

- ・ 資料⑤の4年前の文章に何を書いているか。1960年ぐらいに、官僚の各省に配分していく人員がほぼ固定された。その後、産業構造の大変化が起こり、厚労省の仕事はものすごく増えてくる。すると、霞が関の中に本業がない部門が出てくる。仕事を求める動きが出てきて弊害となる。これが結構やっかいで、患者申出療養とかいろいろなものにかかわってくることは押さえておいてもらいたい。
- ・ 社会保障と税の一体改革がまとまるときまでは財務省と厚労省の仕事だったが、消費税10%が決まったところから霞が関でパワーシフトが起こった。ホールディングの話とかが産業競争力会議等の中で議論されていく。そういうとき、資料①の『医療は「競争から協調へ』』とはどういう意味合いで書いたのか。
- ・ 医療施設整備が量的飽和を迎えた時代には、強いところが我慢して協調をやらしてもらわないとなかなか難しい。一步間違えたら自由競争でノーガードの殴り合いの状況になるかもしれない。地域の中に社会的共通資本として病院、医療機関がそこにあることを安定的に保障できるシステムになってもらうために、こういう関係を考えてもらえないかと。医療は幾つかの経済特性もあるが、それはマーケットに乗せることや、産業競争力会議で行う自由競争的

な規制改革論議という話ではないということだ。

- 資料②で大島伸一国立長寿医療研究センター理事長と対談しているが、去年の国民会議は、私は永井良三自治医科大学学長や大島先生という医療者の言葉を社会改革の言葉に置きかえるぐらいの気持ちでやろうと思っていた。二次医療圏の見直しとかも永井先生が発言されており、いずれ検討することだろう。
- その検討の場として、麻生財務大臣の提案によって8月に医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が立ち上げられた。社会保障改革推進会議という推進母体があり、それと並列に推進に関する専門調査会ができ、財務大臣主導という形だ。今後の医療政策は相当税に頼る政策だ。税でやるのは財務省に主導権が移る。保険料でやるなら厚労省に任せとておくのが基本だけれども、きつい状況の中で厚労省は対応していかなければいけない。
- 松田晋哉先生(産業医科大学医学部教授)、伏見清秀先生(東京医科歯科大学教授)の引っ張るこの推進に関する専門調査会は私も委員に入っており、医療をわかった人たちが暴力的にならない議論ができればと思っている。来年までにビジョンをつくらなければいけない。47都道府県の県庁職員にこういうふうなビジョンをまとめたらいいと示すためのルール作りをしていこうとしている。
- 私の話の中心としては、先ほどの報告5-2、第1回医療介護総合確保促進会議で示された資料の「地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み」、この図を理解いただくのがいい。先日、日医の役員勉強会での講演で副題としたのは、賽は投げられた、次はあなたたちの番ですということだ。総合確保法ができて、都道府県計画と市町村計画を作ることになっている。推進に関する専門調査会から出てくる地域医療ビジョンとの整合性を持たせながら、そこででき上がったものから都道府県計画や市町村計画が作られていく。その協議の場に医療関係者も参加する仕組みになっている。この法律の次のステップとして、その場でビジョンの方向に体制が整わない場合には、知事が出てくる。その知事が出てくるところに組み合わせると3分の1の財源が入っている。
- 去年の国民会議の報告書や資料④の中でも、まずは専門家集団に任せるというステップを絶対にやっといこうと。そして、平成30年度に医療計画も介護保険事業(支援)計画も全部出す。そこまでに何とか形を整えたいというのが、厚労省の考えだ。厚労省には技官もいて、医療がわかっている人たちと一緒に仕事を進めていくのがベストだと思う。
- ただ、国のガバナンス問題としては非常に難しいものを抱えている。財務省も手負いの獅子のようで毎年赤字国債が増えていく状況だ。年金に関しては厳しい給付抑制圧力がもう既に敷かれていて、次のステップは医療介護だと考えられている。ただ、医療介護を減らすのは無理があり暴力的な話になる。
- 推進に関する専門調査会では、一方に財政審みたいの人たちがいる中で、あるべき医療や介護という絵姿を描き、その絵姿に単価を掛けて幾らになるかの積み上げ方式での目標医療水準、目標介護水準の議論の形にどう持ち込むことができるかだ。その絵姿に都市計画、自治体の計画を足していく。そのとき医療関係者が参加し協議する場が設けられる。そこで主導権を握って方向性を示さなければいけない状況だ。まさに次は医療関係者の順番だということまで今来ているかと思う。

堺会長は、国から都道府県におろす段階で人材がいらないから育成が大切だとの話もある。医療と介護両方の活用を委員会で松田先生、伏見先生を中心に進めるという話だが、都道府県はそれを1回は聞くとするが、次のときに自分たちでいろいろなことを考えるのは難しい気がする。毎回、厚労省が教える形になるのかと尋ねた。

権丈参与は、教えるマンパワーの余力があればやってほしいと思う。昔、介護保険制度のときに技官たちが地方まで行って説明をした。仕事量が大きくなっているのに人が増やせない状

況がずっと続いていて彼らは気の毒だが、一方で成長戦略とかでは仕事がない。自治大学に来て授業をやるような形ででもレベルアップを一気に図って地域の絵柄をしっかりと描かないと、その地域の協議会の中の力関係になることを恐れる。協議の場でこれができなかったら、別のところから違うベクトルが入ってくる話になってしまう気がする」と述べた。

2. 「新たな保険外併用の仕組みの創設」について

堺会長は、今日は厚労省から3人の方を招いて話をしてもらい、それを踏まえて協議をしたいと述べた。佐々木健厚生労働省大臣官房企画官（保険局併任）は、以下のような話をした。

- ・いわゆる患者申出療養（仮称）の内容に関して、現時点で決まっていることを含めて説明する。保険外併用療養には選定療養等があるが、これに加えて患者申出療養を作る。趣旨は、困難な病気と闘う患者からの申し出を起点とし、国内未承認の医薬品等の使用、適用拡大を迅速にしていこうということだ。
- ・どのような形で進めるか。対応医療機関は、今回の患者申出療養に関しては臨床研究中核病院15カ所に限って認める。そして、難易度によって大学病院から地域の病院までの身近な医療機関と協力してやっていく。ほかの先進医療は保険医療機関であればどこでもチャレンジできるが、患者申出療養は必ず臨床研究中核病院がかかわる。エビデンスのない根拠の怪しい医療はこの臨床研究中核病院に弾いてもらう。
- ・承認までの期間として、①前例がある場合というのは、患者申出療養が既に始まっていてそこに新たに医療機関が参加申請した場合、臨床研究中核病院が追加してよいかを2週間で判断する。②前例がない場合とは、患者からの申し出を受けて臨床研究中核病院が新規に臨床研究の Protocol をつくり、6週間で国の審議会で判断をし、やれるようにしようとするものだ。現在6～7カ月かかっている期間の相当な短縮なので、事前相談等も活用する。臨床研究中核病院と緊密な連絡体制を築き、患者の申し出を受けたら、研究計画を立てる前の段階から国も関与して時間を短縮する。もし6週間で判断が難しいとなった場合には、臨床研究中核病院に対してこれを通知する。
- ・対応医療機関としては、要件を満たしているものは追加していく。臨床研究中核病院も申請時に対応医療機関のリストを添付するようにするが、2週間での追加の仕組みについても臨床研究中核病院に周知し、取り入れることを要請する。
- ・安全性・有効性の確認については、公開の場で専門家による審議を行う。ただ、迅速に行うためメール等のやりとりでの判断も含む。保険収載に向けて、治験に進むための判断ができるよう、既存の先進医療と同じ水準の実施計画書を求めていく。対象外患者から申し出がある場合には、臨床研究中核病院での検討の上、個別に国の会議で判断する。
- ・来年の通常国会での健康保険法改正に向けて、その中に入れていく予定で準備を進めている。具体的な運用等は、中医協、医療経営部会でも審議してもらおう。

梶原副会長は、いずれは診療報酬の薬価とかに入れていく前提だが、例えばアメリカのメーカーが来てこのスキームに乗って薬価を自分で決めてきたとすると、そのメーカーが申請をしない場合、いつまでも患者申出療養の中で処理されるのかと尋ねた。

佐々木企画官は、治験として実施し薬価に載せていくものと保険外併用とを整理していかないと、企業として費用や手続きの面から避ける可能性がある。薬価維持特例で患者や企業、学会から開発要請があつて医学的に必要性が高いものについては開発を促進する施策もとっている。患者申出療養で上がってきた薬については、特例の対象となるように位置づけて企業に対して保険収載の手続きを進めるよう求めていくと答えた。

中川支部長は、年齢制限で15歳からと。15歳以下は受けられないということかと尋ねた。

佐々木企画官は、臨床研究の Protocol で15歳～70歳となっている研究の場合に、75歳の人

をやりたいという相談があったら個別に審査をするという意味だ。受けられないという意味ではないと答えた。

藤原監事は、これから法律ということだが、法律をいつ頃出すのかと尋ねた。

佐々木企画官は、医療法の臨床研究中核病院の位置づけは既に法律は成立をしていて、現在、医政局で臨床研究中核病院の要件を検討する会議を立ち上げている。来年4月の施行に向け基準を設け、医療機関の申請を受け付けて承認追加をしていく手順だと答えた。

堺会長は、選定療養制度と明確に違うという指摘で安心はしたと述べた。

中島常任理事は、臨床研究中核病院は岡山は岡山大学病院になっているが、精神科については基準もきちんとつくってもらえるのかと尋ねた。

佐々木企画官は、精神科に関して現在は臨床研究中核病院のうち大学病院が幾つか入っていて、そこを経由してとなると思う。国保の臨床研究中核病院は、ICH、GCPという国際標準の臨床研究ができることが一番大事な基準で、そのための人員や体制を持っているかどうかだ。精神科単科か総合病院かは基準にならないのではないかと思うと述べた。

崎原委員長は、安全性で、事故の起きたときは臨床研究中核病院が責任を持つことになるのか。また、患者が負担するコストについて伺いたいと述べた。

佐々木企画官は、正式には決定していないが、先進医療の現状の仕組みでは、先進医療を申請する医療機関は事故が起こったとき補償する保険があり、その加入を条件にしている。患者申出療養に関しても被害救済の仕組みを用意しないといけないと考えている。患者負担も通常は、保険以外は患者負担となる。薬が申出療養に使われるなら薬代は患者さん持ちで、プラスそれ以外の入院費等々の自己負担分もかかることになると思うと答えた。

中常任理事は、患者申出医療制度は、いわゆる保険外併用制度の評価療養と具体的にどこが違うのか。国内承認済みの医薬品の適用外使用は既に評価療養の中に入っている。すると、具体的に未承認薬の使用、審査の期間の短縮が目標なのか。安全性が変更されたのを保険指導もするという基本的な立場から、これを導入することがどんなものに関係しているのかと尋ねた。

佐々木企画官は、通常先進医療との違いは、患者からの相談等を起点とすることと、スピードが相当違う。今6～7カ月かかっているのは、実施計画、臨床のプロトコルが相当修正が必要なものが上がってくるのが一番の原因だ。臨床研究中核病院は国指定の施設で、事前にある程度の相談があればきちんとしたものを素早く作ってもらえる。患者申出療養では、臨床研究中核病院が関係していないとできないところが違う。また、保険に入れていくなれば既存の先進医療等も変わらないが、新しい技術を保険にどんどん入れていくのは医療保険財政との関係から問題で、現在中医協の費用対効果評価の部会で既存の技術と比較しコストが見合うかも含め議論していこうとしている。そうしたものを組み合わせながら適正な値段を決めていくことになると思うと述べた。

末永副会長は、重大な副作用が起こったりしたとき、先進医療的な保険をかけて、そちらから出るのか、その費用は患者が負担するのかと尋ねた。

佐々木企画官は、手技のミスとかでなく研究の薬が原因であれば、患者にも同意を得てやったわけで、必要な入院費用は賠償という意味の外の保険でみていくことになる。いずれにせよ患者負担にはならない形で対応されていると理解しており、患者申出療養も既存の先進医療の仕組みを参考にしながらつくっていくと思うと述べた。

山本顧問は、この仕組みの中でPMDAはどういう役割を果たすのかと尋ねた。

佐々木企画官は、既存の先進医療の例で言うと、PMDAの薬事戦略相談等を受けることを勧めている。患者申出療養もPMDAには接触してもらわないといけない。事前というよりは、どこかの段階で今やっているものが薬事承認につながるかを相談する仕組みにしようと思っていると述べた。

堀江支部長は、国内未承認医薬品の審査の資料は膨大だ。許可を出すのに、海外でのデータがあるのが前提か、あるいはなくても承認に動くのかと尋ねた。

佐々木企画官は、国内未承認の場合、基本は海外で承認または標準的ガイドラインで既に記載の薬が念頭にある。そうでないと6週間で可否を決めるのは難しい。海外のデータは申請書類に添付してもらい、国の審議会の専門家がチェックすることになると答えた。

堺会長は、6カ月、7カ月とよく出てくるが、最近の先進医療ではそんなにかからないという話も聞くがどうなのかと尋ねた。

佐々木企画官は、申請を受け付けてから6～7カ月というのは、事務局の段階で申請手続きが間違いで資料が足りないのは突き返している。先進医療会議の委員に見てもらっては3～4カ月で進んでいるのが実態だと答えた。

堺会長は、新しい治療分野の情報量から考えて患者の申し出なんてありようがない。医療機関誘導の患者申出療養になるのではないかと思うがどうかと尋ねた。

佐々木企画官は、そういう指摘もある。患者が申し出をした証拠は出してもらおうとは思っている。起点が患者であるという制度の大原則を確認できるようにはしたいと述べた。

権丈参与は、この問題は国のガバナンス問題として理解するのがいい。国の成長戦略として岩盤規制という看板に指定されて、実害のない制度がつけられていった状況だと述べた。

中島常任理事は、薬以外の治療法については該当するかと尋ねた。

佐々木企画官は、医療機器は入っている。ただ、今後、医薬品、医療機器の概念に該当しないもの、例えば再生医療等製品でも海外で承認されていれば制度の対象に入ると述べた。

3. 「新地域医療ビジョン、医療計画の今後」について

佐々木昌弘厚生労働省医政局医師確保等地域医療対策室長は、以下のような話をした。

- ・社会保障と税の一体改革という考え方は3年前から始まっており、昨年12月にその段取りを決める社会保障改革プログラム法が成立した。現在、医療・介護サービス提供体制の一体的な確保を行うため見直し等が進められ、今後3年間の地域医療ビジョン策定に向けてスケジュールが進められている。
- ・地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の中では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能の4区分は書き込まれず厚生労働省令で定めている。一般病床、療養病床数がこの4区分に応じてどれくらい必要になるのか、退院後の受け皿をどうするかなど、地域医療ビジョンにどこまで中身を込めるか、今年度いっぱい議論をして決める。
- ・医療行政は政府全体の施策とやりとりしながら決めていく。2025年、10年先のマーケットリサーチをやって、医療機関の経営判断に資するように協議の場を作ろうということで、病床機能報告制度と協議の場が設けられる。ただ、個々の医療機関の経営を経済行為として図るのは当然ながら、一方でその地域の全体最適を図るためのコストについては新たな基金を設け、消費税の増収分を充てる仕組みとした。今年から来年にかけて、新たな基金や地域医療ビジョンについて47都道府県単位での議論が進んでいく。次は、344の二次医療圏という単位の協議の場で基金の使い道が協議されることになる。
- ・地域医療ビジョンと、医療計画は法律上どういう関係にあるのか。地域医療ビジョンは医療計画の一部だが、5～6年先の病床規制を行う医療計画に対し、病床機能報告制度や専門調査会でのデータ等も踏まえて計画の確かさを高め、将来推計もより精緻にしようというのが地域医療ビジョンの本質だ。5疾病5事業、在宅とも法律で直接書かれるようになり、今後の議論によって動かす自由度がある。
- ・この流れに対して、どういう価値観で今後臨んでいくのか。2030年から2040年までは人口は減っても患者数そのものは増える。ただ、その先は患者数のマーケットが縮小していく二次

医療圏になる。病床規制は規制でなく有限資源の適正配分だということと同じく、地域医療ビジョンや基金の使い道についても、マーケットに合わせてサプライ側も縮小しないといけない。医業経営者が自分たちの経営を考えて使い方を考えてもらえれば、役立つ地域医療ビジョン、医療計画になる。そのことは必ず日本の医療提供体制がよくなって、国民がふさわしい医療を受けられる、有限資源の適正配分がなされるとの考え方で進めていこうとしている。

- ・我々は数字だけ、机上の空論で地域医療ビジョンを作ることではない。医業経営者の皆さんも、自分たちの地域が取り過ぎもないし足りなくて困ることもない適正な有限資源の配置として、344の二次医療圏、47の都道府県、そして日本全国1つのものとして目配りいただきたい。そういうお付き合いの仕方を今後3年間していきたい。

堺会長は、協議は後でしたいとして、今の話への質問を求めた。

塩谷常任理事は、地域医療ビジョンの光と影を考えると、医療ニーズの少ない田舎がマッチングをやると、医療の質や提供量も減ってきて、田舎の住民は暮らしに不安を抱いてますます人口が都会へ流入していき、地域医療ビジョンの実行が地域の衰退に拍車をかける。単にマッチングだけでやっていいのかどうかと尋ねた。

佐々木室長は、次のように答えた。

- ・3つのキーワードがある。①は、人口と供給は単純比例でなく動線を加味したものにしなければならないとの問題意識は持っている。
- ・国民には、保険料の自己負担を払っても医療にかかれるものが自分たちの二次医療圏にあることを理解してもらわなければならない。②はその見せ方、わかってもらえる情報の出し方を考えて、人口が少なくてもカバーできているという中身を盛り込まなければならない。
- ・国民への安心の与え方が大事で、安心とそれを支える医療提供体制が購買行動の基本にもなる。③で、医療機関同士でサポートし合う体制をつくって、それが患者の受療行動につながるようなことをしていこうと思う。
- ・田舎だからどんどん医療機関もまた縮小というのはなじまない論理だ。3点をそろえていけるような地域医療ビジョンに仕上げたい。

塩谷常任理事は、それはナショナルミニマムを担保しそれを地域医療ビジョンに組み込むように、都道府県にガイドラインとして指示をしていくということかと尋ねた。

佐々木室長は、官邸と厚労省でキャッチボールしながらやっていく。地域医療ビジョンへの書き込みは年度中はまだ議論できるし、施行されても病床機能報告制度で精緻なデータが得られれば書きかえてしかるべきだ。リユール、リセットできるようにしておきたいと答えた。

塩谷常任理事は、立派な地域医療ビジョンでも医師が確保できなければ絵に描いた餅になる。成立した法には新たな対策が盛り込まれていない。この5年10年、田舎には医師が来なかった。それを地域医療ビジョンに依存できるのか。規制的手法の医師確保対策を切り離してやると、地域医療ビジョンが光として良質な医療の提供体制ができるように思えないかどうかと尋ねた。

佐々木室長は、今年の春の医学部入学者は10年前に比べ1,445人増えており、お金で縛っている人が500人いる。今後、相当なボリューム感の数の中から配置していく。均衡をどう調整していくか、どういう仕組みを導入するか、議論を深められる時間もあると思うと答えた。

万代常任理事は、地域医療ビジョンで需要を予測しながら病床機能の適正化も図るという中で、DPCデータが急性期だけでなく今後は慢性期も出てくる。直近のリアルタイムのデータを開示してもらおう方向性はどうかと尋ねた。

佐々木室長は、私どもはDPCじゃなくてNDPであり、市町村単位では出ないと答えた。

万代常任理事は、そのデータは当局で出してもらわないと正確な議論がしにくいと述べた。さらに、医療関係者は一定の部類で働いているから、患者数のマーケットは小さくなくても医療機関で抱えている人たちは簡単に少なくならない。その人たちはどう配置していくのか。そ

こらまで財政的な支援がないと、運営をしていく経営者は不安だ。20年30年のところではそういったことも考えてもらう必要があると思うと述べた。

佐々木室長は、雇用のそこの指摘は非常に重要だ。免許職種についてどういう労働を法制化でやるのかも、場合によっては議論に踏み込む腹づもりはあると述べた。

4. 「医療介護連携」について

吉田学厚生労働省医療介護連携担当審議官は、以下のように話をした。

- ・厚労省では、この夏、医療介護連携政策課が保険局にできた。仕事は、①診療報酬と介護報酬両方の基本方針を作り、中医協あるいは介護給付費分科会で議論してもらうことで、報酬政策全体について仕切る形だ。②は基金。今度の消費税の基金は、26年度は医療だが27年度以降は介護にまで使い道が広がる。その予算の執行を仕切る。都道府県の相談窓口は医政局や老健局だが、省全体として配分が仕事になる。報酬政策と基金という投資的経費、あるいは人作り、情報、インフラ作り、その両方をやるのが医療介護連携政策課になる。
- ・さらに、従来保険局の中の総務課が医療費適正化の関係の仕事をしていたが、これを適正化室という形でこの連携政策課の中に入れた。情報を使いながら地域における今後の適正な供給とそれに伴うファイナンスを考えていくプロジェクトの省としての窓口をする。
- ・もう一つ、高度化室が連携施策政策課の下に入った。医療分野におけるICT化のインフラ作りと、それを使ったナショナルデータベースの仕事を行う。医療、ファイナンス回りに関しての電子化、高度化を担当する。
- ・報酬政策と基金と適正化を中心とする全体の医療給付の見方、最終的には介護給付費も含めて、それと電子化、高度化という部分をこの医療介護連携政策課にまとめたことになる。
- ・また、厚労省の医政局と老健局の審議官体制を強め、新しく3人赴任したが、自分も含め3局併任で、3局の出入り自由という形にして、少しでも情報を共有しようという取り組みを始めた。関係者一同、さらに役所内外でのコミュニケーションをとって働きたい。
- ・ここ数年の社会保障、とりわけ医療改革の動きの方向として、生活支援や医療介護の分野では、①地域におけるサービス展開、②個別サービスの質・マネジメント、③持続可能性強化（財政・ヒューマンパワー）、④提供主体改革という、並行的に進行している連立方程式を同時に解いていかなければならない。さらに、行政も含めて人々の意識改革、人作りも急ぐ。こういう大きな枠組みの中で個別の政策を考えていかないといけないと思う。
- ・医療・介護提供体制の見直しに当たっては、スケジュール感を持ってやることとして、政策レベルあるいは制度レベルでは縦割り、ばらばらにあったものを整序する方向で取りかかっている。全体の絵柄を頭に置いて皆さん方とも進めさせてもらおうということだ。
- ・縦割り行政に横串を刺す役目としてやっていくが、医療分野は制度変更リスクが非常に高い分野だ。なるべくそのリスクを減らしながら、一緒にやれることをやる。それによる手戻しとかぶれを少なくすることも医療・介護連携の言葉の中に込められていると思う。
- ・連携とか地域包括ケアはいろいろなところで語られているが、一方でよくわからない。私の理解は、町をどうしなきゃいけないから医療・介護は多少オーバースペックでもここで頑張ろうとかも含めて議論するというのが、今のフェーズになってきたのかと思う。地域において連携とか包括ケアとは何か、それを我々、政策を担当させてもらう人間が要望や批判を受けとめてきちんと対応させてもらう。全国でやるべきこともあるし、それぞれの地域でやっていくこともある。いろいろな形で議論されているものを整理しながら、連携とか地域包括ケアという言葉で思考停止することなく、一つ一つ課題と取り組んでいきたいと思う。

村上顧問は、今回、連携、機能分担ということだが、保険局が医療審議会の医療保険部会で特定機能病院の初診料、再診料の自費負担という方針を出して、反対が出なかったと聞いた。

地域にそんな病院がないという患者は初診料を全部自己負担しなければならない。そんな状況は幾らでもあるので、決め方が大変問題だ。特定機能病院だけとして今回は500床以上に限ってはいるが、地域住民、国民の問題であり配慮をお願いしたいと述べた。

吉田審議官は、懸念は受けとめるとして次のように述べた。

- ・ 事実関係として、今、医療保険部会では、来年に医療保険、特に国民健康保険等の制度改正をする、プログラム法というカリキュラムで予定されているメニューの中に入っている項目の議論を始めてもらっていて、まだ決まったわけではない。
- ・ その考え方の背景は、水平的・垂直的なフリーアクセスを考えたとき、ゲートキープをしてがちがちに患者の行動を縛るのではなく、医療全体の機能分化や医療資源をきちんと有効に使ってもらいたい。特に大きな病院の外来機能は、地域の他の医療機関との間の役割分担としてどう位置づけるのか。その一つの政策的な帰結として、患者の行動を考えれば、負担の違いを設ける仕組みができないかというのが発想の出発点だ。具体的なその細部についてはこれからの議論だと思う。
- ・ ただ、メディア報道で特段の異論がなかったというような書き方がされていたのは、今の提案理由においては強い反対意見はなかったということではないかと思う。制度設計の細部に詰めていく際には、いろいろな意見をもらいながら整理していくと思う。

相澤副会長は、これまでは診療報酬、我々が得る収入をどうしていくかという問題と、医療提供体制を含めたサービスのあり方が、いつも歪んだ形で厚労省の政策として来たような気がする。今回、紹介のあった部署をつくり一緒に検討してもらえるとということだが、今度は過ぎると規制をかけていく心配がある。そこはどうやっていくのか。それから、地域医療構想を協議の場を作って進めていくというのが、ややもすると誰も責任をとらず何も決まらないことになる可能性が強い。決まらなかったら都道府県知事のエリアが入る。その場合、非常に困る人が入ることもあるのではないかと尋ねた。

吉田審議官は、次のように答えた。

- ・ 診療報酬とこれまでのサービス提供医療体系の間がずれていたのではないかと批判や議論はいろいろある。そういう議論が出ることになったことを踏まえて、ひと皮むけなければいけない段階だ。抽象的な役割分担と同時に、具体的に患者の流れを作るのにどういうやり方をすればいいのか。地域において関係者の間でコンセンサスが得られた状況が生まれたとき、それを実現するのに報酬という仕組みでいくのか、基金なり別の仕組みでいくのか。その政策手段の精査はこれから一生懸命考えたい。その問題意識はある。
- ・ 規制色が強くなるかどうか、政策手段のアプローチの中でどれが一番いいのかということも一つだと思う。いろいろな条件について伺いたいと思う。
- ・ 地域で物を決める仕組みを入れた以上は、ある程度責任を担って地域で真剣に議論をしてもらう形にならざるを得ない。それを基本としながら、どうやって全国ベースで範例をかけるのかは真剣に考えたい。
- ・ 決定プロセスを密室にしないとか、バランスをとって特定の人の意見だけを聞いて決めないという仕組みは入れたい。その構造を超えたところでどういうふうに意思決定をされるか。リスクも含めて、地域のことを地域で決めていく、それをみんなが真剣になるためにどうしたらいいかというチャレンジのプロジェクトに我々は取り組み始めてしまったということだと思う。それを超える方法は、決定に参画して納得度が上がるのが一つの王道だと思うが、そこは一緒に考えていかなければいけないし、また提案いただければと思う。
- ・ 個人的な経験から言うと、介護保険は当時まだ市町村で大変なプロジェクトだった。ただ、幾つかの市町村では、首長が、従来の福祉担当者に限らず企画とか財政とかの人間をその分野に投入して、ある程度長い時間をかけて担当してもらい、何人かはカリスマ職員と言われ

るぐらいまでプロを育てた歴史的事実がある。自治体もその気になってもらえればパートナーとして信頼できると思っている。

- ・ただ、市町村の首長にとって介護保険は切実だが、医療や介護も含めた生活支援サービスというのは、市町村と都道府県とで重層的に物事が決まる仕組みにしたとき、感覚が違う。それも含め、これから地域における地方制度と全国制度の間の協働を考えなければいけない。地域のプロバイダーや住民が、そういう構図の中で、地域は市町か都道府県か二次医療圏かわからないが、その地域での意思決定が合理的にできるにはどう行動するかだ。その行動を通じてまた霞が関のほうに、今の仕組みを変えてもらわないと進めないという提案があれば、それはそうして私どもは対応していく。非常にチャレンジングなプロジェクトであることは認めた上で進むしかないと思う。

相澤副会長は、次のように述べた。

- ・医療・介護の同時改定の平成30年（2018年）という今後のスケジュールの図で、例えば国民健康保険が都道府県に保険者を整理するとか、マイナンバーが入るとか、これと並行して2018年までに行われることがたくさんある。社会保障制度改革を変える中で、これにプラスした絵柄をつけたものを厚労省で作ってもらえないか。
- ・産業の高度経済成長期にできた社会保障制度はもう崩壊している。2018年までに全部の骨格を作って2025年にはスタートさせると同時に、2020年には財政の国際的なプライマリーバランスに公約もある。そういう全部の縛りの中にこれは入ってくる。そこの全体の絵柄が描けたらと思う。我々医療提供者にとっては、各々の医療圏で自分たちの経営がどういうポジションでやっていくか、準備をする、人を育てるのに絵柄が非常に役に立つ。
- ・同時に、IT関係とか道州制まで含めた将来の日本国の絵柄が描けると、地域医療を守っている人間にとっては参考になる。これはその中の一部だろうと思うがどうだろうか。

吉田審議官は、全く問題意識は共有する。資料の作り方などはこれから役所が物事を作るときの参考にさせてもらおうと答えた。

塩谷常任理事は、地域医療委員会で活動している者の考えとしては、医療の崩壊は町の崩壊、医療の再生は町の再生で、医療が町作りにしっかりと関与していかなければいけないという考え方だ。今、審議官が町作りを言われたので非常に心強い。しかし、医療再生を妨げる制度の壁がある。例えば当直に関して医療法と労働基準法では、同じ厚労省の中でも矛盾している。日本の医療は労働基準法違反を前提にして成り立っている面が非常に強い。制度の矛盾に関して厚労省はどう考えているのかと尋ねた。

吉田審議官は、病院にもいた個人の実感としては、制度としての論理的整合性もさることながら、第一線の現場の方々に歪みや無理をお願いし、心意気や努力によって日本の医療をこれまで頑張ってきてもらった実態がある。リアリティを持って制度も考えなければいけないが、これまでの積み重ねにそれぞれの論理があって簡単には変えられるものではない。一つ一つやれるところから取り組んでいくという見解になると述べた。

中島常任理事は、今示していただいているスケジュールは、アベノミクスがほぼうまくいくだろうという前提にとってある。これがうまくいかない場合は書けないと思うが、考えておかなければいけない。それが官僚の仕事だと述べた。

相澤副会長は、これは民主党以前の麻生政権からずっと来て一貫性がある。ここで日本が試されているわけで、もうぶれることはない。それは我々も信じていくしかないと述べた。

以上で閉会となった。