

日時 平成25年6月26日(水) 13:00 ~ 17:00

場所 ホテル日航新潟 4F「朱鷺」

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)
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、木村 壯介、中井 修、中 佳一、武田 隆久、小川 嘉誉、
中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一 (各常任理事)

柏戸 正英、上津原甲一 (各監事)

野口 正人

木村 純、田中 繁道、中村 博彦、望月 泉、宮下 正弘、濱崎 允、堀江 孝至、
吉田 象二、原 義人、岡部 正明、山田 哲司、神原 啓文、山本 直人、

松本 隆利、足立 幸彦、村林 紘二、藤原 久義、砂川 晶生、青山 信房、

成川 守彦、土谷晋一郎、中川 義信、厚井 文一、岡田 武志、細木 秀美、藤山 重俊、

松本 文六、石井 和博 (各理事)

山本 修三、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃 (各顧問)

高橋 正彦 (各参与)

大道 久、松本 純夫 (各委員長)

森下 英夫、(支部長)

永井 卓 (日本病院会 病院経営管理士会 会長)

西村 昭男 (名誉会員)

総勢58名の出席

開会

堺会長の開会挨拶、第63回日本病院会病院学会の岡部学会長からの挨拶の後、定数66名中、出席者46名(過半数34名)で会議が成立している旨報告があり、末永副会長の司会により審議に入った。また、会員の入退会について承認後、新役員の紹介及び自己紹介があった。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

平成25年5月21日～6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3件〕

①東京都・社会医療法人社団森山医会森山記念病院(会員名:森山貴理事長)

②広島県・医療法人仁康本郷中央病院(会員名:谷本康信院長)

③佐賀県・医療法人慈善会前田病院(会員名:前田利朗理事長・院長)

〔正会員の退会3件〕

①香川県・香川小児病院(会員名:中川義信院長)

②兵庫県・田畑胃腸病院(会員名:澤井繁明理事長)

③高知県・医療法人旭仁会森病院(会員名:森祥理事長)

〔特別会員の退会2件〕

①特別会員A・東京都・新宿三井ビルクリニック(代表者:小船井良夫理事長)

②特別会員A・東京都・吉祥寺榊原クリニック(代表者:酒井吉郎院長)

〔賛助会員の入会2件〕

- ① A 会員・東京都・株式会社日本経営（代表者：藤澤功明代表取締役社長）
- ② D 会員・岐阜県・雄山博文
〔賛助会員の退会 1 件〕
- ① B 会員・富山県・学校法人浦山学園富山情報ビジネス専門学校（代表者：永井真介校長）

平成25年6月26日現在、正会員 2,371会員
特別会員 220会員
賛助会員 245会員（A会員101、B会員110、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、依頼を承認した。

（継続：後援・協力等依頼 5 件）

- ① 第4回日本認知症グループホーム大会（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）の後援名義使用
- ② 「九州ホスピタルショウ2013」（一般社団法人日本経営協会）の後援
- ③ 「第21回日本慢性期医療学会・第3回アジア慢性期医療学会」（日本慢性期医療学会・アジア慢性期医療学会）後援
- ④ 第6回MD I C（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
- ⑤ 「健康強調月間」の実施（健康保険組合連合会）に伴う協力名義使用
（継続：委員委嘱・推薦等依頼 2 件）
- ① 「医療経営白書2013年度版」（株式会社日本医療企画）編集委員への就任
対象：堺 会長
- ② 理事（財団法人日露医学医療交流財団）重任の依頼
対象：堺 会長
（新規：委員委嘱・推薦等依頼 1 件）
- ① 「平成25年度日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業」（株式会社野村総合研究所）審査・評価委員会委員の委嘱
対象＝堺会長

3. 委員会委員長、委員について

末永副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・看護職場環境委員会、及び情報発信（見える化）に関わる委員会の中の情報統計委員会の委員について未定分があるが、委員長一任としたい。
- ・追加の委員が必要なときは委員長判断での提出としたい。
- ・災害対策特別委員会の担当は、今泉副会長から梶原副会長に変更となる。

4. プライバシーマークの取得について

大道副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・日本病院会は特別秘匿性の高い情報は扱っていないが、各会員や受講生の情報などのプライバシーを担保するため、個人情報保護法にのっとりプライバシーマーク取得を準備している。
- ・ヒアリングを続けており、めどとして平成25年度内に取得に向けてスタートしたい。1回ではなかなか通らないが、2回目には通ることと思う。

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

検討の結果、下記6施設の指定を承認した。

(新規2件)

- ①山形県・財団法人三友堂病院
- ②山口県・医療法人協愛会 阿知須共立病院

(更新4件)

- ①神奈川県・学校法人東海大学医学部附属病院
- ②岐阜県・一般社団法人ぎふ総合健診センター
- ③東京都・公益財団法人東京都予防医学協会 人間ドック
- ④愛知県・日進おりど病院 予防医学推進・研究センター

6. 平成26年度税制改正要望について

梶原副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・26年度の税制改正要望は、四病協からの統一要望、日医や四病協など医療界を代表した要望と、各団体ごとにも出す。日本病院会は重点要望1項目、ほかに国税で5項目、地方税で3項目、原子力損害に関する1項目を、四病協の要望書とは別に絞った。
- ・要望は4,955億の消費税が発生しているという数字を入れ、原則課税とした。四病協でデータを取り、中医協にも出している数字だ。また、社会保険診療報酬に対する事業税は特例措置で存続されたい、そして福島原子力損害賠償、これらを要望の優先順位3項目とした。
- ・消費税の問題ではいろいろなうわさが流れているが、それに踊らされないで、医療界は四病協も日本医師会も原則課税、ゼロ税率を高く掲げていく。
- ・会員の大きなバックアップ、政治力がないとこのような内容は通らない。協力いただきたい。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承した。

(1) 平成25年度医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース (5月18日)

末永副会長より、医療安全管理者養成講習会を終えた人等に対し、ワークショップ形式で行うアドバンストコースを今年から始めた。名古屋で8月31日、大阪で11月16日に開催する予定と報告があった。

(2) 平成25年度医療安全管理者養成講習会 第1クール (6月7・8日)

(3) 平成25年度感染制御講習会 第1クール (6月1・2日)

末永副会長より、以上2つは人気が高い講習会で200名以上の参加だったと報告があった。

(4) 第2回雑誌編集委員会 (5月28日)

(5) 第1回社会保険診療報酬委員会 (5月31日)

(6) 第2回地域医療委員会 (6月4日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(7) 第2回ホスピタルショウ委員会 (6月5日)

末永副会長より、日本病院会主催で7月17日、「急病と社会の仕組み」と題し有賀委員長が基調講演と座長の形で行う。出席いただきたいと報告があった。

(8) 第3回医業経営・税制委員会 (6月11日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・平成26年税制改正要望最終案をまとめ、本日の理事会で承認を得ることになった。

- ・今年度の委員会の課題として、安藤委員長から、今まで手薄だった医業経営のテーマをしっかりやりたいとして、外部委託業者への支払状況調査をしてみたいとのことだった。
 - ・課題はほかに、①高齢者雇用安定法に基づく医療界における定年制、給与体系、医師の二交代制、②医療スタッフが健康で安心して働くことができる環境整備、③病院の機能分化、再編統合とした。
 - ・ある疾病における人・物・金の将来像を検討する提案がされ、牧委員がひな型モデルを次回提示する。
- (9) 病院中堅職員育成研修 第5回人事・労務管理コース (5月31日・6月1日)
報告は、資料一読とした。
- (10) 第74回診療情報管理士認定証授与式 (5月26日)
武田常任理事より、これで認定者総数が2万6,980名になったと報告があった。
- (11) 診療情報管理士通信教育委員会 第1回基礎課程小委員会 (6月10日)
報告は、資料一読とした。
- (12) 診療情報管理士通信教育 平成24年度後期スクーリング (2月～5月)
武田常任理事より、全国で7会場、48日間、2万3,297名参加で行われたと報告があった。
- (13) 日本診療情報管理学会 第1回理事会 (6月6日)
大井顧問より、収支決算を決定したほか、さまざまな事柄が協議された。来年からの40回学術大会は盛岡で、41回は岡山で、また42回はI F H I M Aの国際大会と一緒に開催されると報告があった。
- (14) 日本診療情報管理学会 第1回定款規約検討委員会 (6月6日)
大井顧問より、勤務地と居住地で都道府県が異なった場合どうするか等が問題になったが、当該任期中は選任時を支部とすることに決定したと報告があった。
- (15) 日本診療情報管理学会 第1回国際疾病分類委員会 (6月11日)
大井顧問より、以下の報告があった。
- ・ I C D - 10のW e b トレーニングツールは着々と準備できている。
 - ・平成24年度厚労科研事業で、死亡診断書精度向上における診療情報管理士の介入による記載適正化の研究として報告書ができ上がった。25年度も事業が認められ、死因統計の精度向上の視点から、病院医療の質に関する退院時要約の検討という新しい研究が始まった。
 - ・W H O - F I C年次大会が中国の北京で10月12～18日行われる。高橋委員が出席する。
- (16) 日本診療情報管理学会 第2回生涯教育委員会 (6月16日)
大井顧問より、診療情報管理指導者の認定試験を行った。4名受験したが、大変優秀な成績で全員合格し、9月の学会で認定証を渡す予定と報告があった。
- (17) 災害時の診療録のあり方に関する合同委員会 災害診療記録 (案)
大井顧問より、救急医学会、集団災害医学界、診療情報管理学会の3学会及び日本医師会が関与し、災害時の診療記録をどうするかを話し合ってきた会議だが、厚労省の参加も得て報告書案がまとまった。診療記録票はチェック方式にして、救急医学会が認める救急措置が順番どおりに行われる工夫がされており、有用性が高いと思う。細部を詰めフィールドテストを行いたい。メディカルI Dは、同一人とされてしまう可能性があり全面的に決定したわけではないが、個人を特定する方法として名前を片仮名で入れ込んでいくと報告があった。
- (18) 日本診療情報管理士会 第1回理事会 (5月28日)
- (19) 病院経営管理士会 編集委員会 (5月31日現在)
永易病院経営管理士会会長より、会誌「J H A C」の平成26年度末までの内容 (18～20巻) を検討した。学術的な会誌として論文を中心に、研修会、ワークショップ、卒業論文、病院経営管理士会理事による随筆等を柱として構成する。従来から掲載の卒業論文は、改めて病

院経営管理士教育委員会より推薦のものとすることを確認したと報告があった。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第94回実務者会議（6月19日）

中井常任理事より、日病協発足時から委員を務められた石井先生が退任の挨拶をされた。中医協の報告があり、来年度の診療報酬改定について各団体から出された要望事項を次回の実務者会議で取りまとめ、代表者会議に報告することになったと報告があった。

(2) 第2回日病協のあり方検討ワーキンググループ（6月13日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・座長として参加している。日病協と四病協と綱引きの問題もあるが、検討課題として診療報酬の減点、また機関決定のあり方等が挙がっている。
- ・7月に答申を出すつもりだが、基本的には日病協は継続すべきで、診療報酬にかかわる医療制度やいろいろな問題を議論するのはいいことではないかとなりそう。
- ・ただ、日病協の名前で要望書を出すときは全会一致が原則だが、そうならない場合、緩やかな団結を基本として意見表明の仕方を考えるなどが話題になっている。

堺会長は、診療報酬を中心に日病協に11団体が集まった。診療報酬だけではもったいないとの意見もある。ただ、国立病院や大学の代表が出てきても個人の意見で機関決定はできないのではないかと。また、四病協との関係で、それ以外の団体は自分たちの意見も反映してほしい考えもあるので難しいが、そういう中でぜひ議論しまとめいってほしいと述べた。

(3) 第102回代表者会議（5月31日）

堺会長より、新たな専門委員の仕組みについて医政局から説明があった。専門医の質を高め良質な医療の提供を目的として構築された仕組みで、中立的な第三者機関を設立し専門医の認定と養成プログラムの両方の評価・認定を行うが、総合診療専門医を新たに設ける。これが策定されれば、平成27年度からの医師を対象とし、専門医の養成は29年度を目安に改正されると報告があった。

(4) 第103回代表者会議（6月24日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・中医協の報告があった。新薬創出適用外加算は続けてほしいとの意見もあり、支払側も賛成しているが、政治マターとしてどうなるかわからないとのことだ。
- ・後発医薬品が28%ぐらいで、まだ遅々として進まない。4月から7対1の看護必要度が15%になった。7対1がますます増えてくる中で厚労省は制限したい、それならどういう項目を挙げるべきかを、病院団体として提出したほうがいいとの話が出ていた。
- ・消費税が8%になったときの税制問題として、診療報酬別建ての高額投資対応は実施しないとなっているが、ではどうするか。3%上昇分に応じた1.03%をつけ加えるとの意見もあるが、これからの問題かと思う。
- ・自分が座長をしているワーキンググループについていろいろな話が出ていた。
- ・武久議長から日病協に対し、地域医療支援病院の改正について、特定機能病院の改正について、5つの病床機能について、入院医療等の調査・評価分科会での資料について、専門医のあり方に関する検討会報告書の変更案についてなど、どう思うかという問題の投げかけがあった。考えておく必要がある問題だと考える。

3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 第242回総会（5月29日）
- (2) 第243回総会（6月12日）
- (3) 第10回費用対効果評価専門部会（5月29日）
- (4) 第2回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（5月30日）
診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会 報告書
報告は、資料一読とした。
- (5) 第3回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（6月13日）
- (6) 第4回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（6月20日）

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

- (1) 第1回日医・四病協医療提供体制に関するWG（6月6日）
- (2) 第2回日医・四病協医療提供体制に関するWG（6月12日）
- (3) 医療保険診療報酬委員会（6月7日）
- (4) 第32回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（6月19日）
- (5) 第3回医業経営・税制委員会（6月20日）
- (6) 第2回総合部会（5月22日）

堺会長より、医法協の加納先生より休会中の二次救急に関する検討委員会を再開する提案がなされた。他は資料を読まれたいと報告があった。

- (7) 第3回総合部会（6月19日）

今泉副会長より、T P P 協定交渉について6月10日、企業団体、保険会社、病院団体等とT P P 政府対策本部の説明会兼意見交換会があったとのことだ。医療界からは、①混合診療をはじめ公的医療保険制度は変更すべきではない。②病院経営の営利企業参入は避けるべきだ。③各国の事情に適した制度を維持するべきで、I S D S でそれが困難とならないか。この3つを懸念しているとして意見がまとめられたようだと報告があった。

- (8) 第1回日医・四病協懇談会（5月22日）

堺会長より、日医・医療事故調査に関する検討委員会が「医療事故調査制度の実現に向けた具体的方策について」答申案を書いた。四病協の意見も反映する形で、全てが反映されたわけではないが、おおむね日本病院会の案に近い形でまとめることができた。日本医師会の代議員会で無事承認されたとのことだと報告があった。

- (9) 第2回日医・四病協懇談会（6月19日）

今泉副会長より、日精協の山崎会長から、精神科の特定入院料が他科と差別をされている、他の一般科は10人必要のところ7人でも点数をもらっているが、精神科だけは10人きっちり規定どおりでないとももらえないと意見があり、これは非常におかしいと四病協と日医とでまとめ、日医もこの要望が通るのを応援する話になったとの報告があった。

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を了承した。

- (1) 第6回医事法関係検討委員会（5月29日）

大井顧問より、日本医師会の医事法関係検討委員会で医療基本法制定に向けて準備している。3月20日の札幌から8月17日埼玉と日本中を回ってディスカッションを重ね、法制化に持っていこうと進めている。7月中に草案に対する文言を全部見直し、今年中には完全なものに仕上げていきたい。日本医師会としてロビー活動も行っていくと報告があった。

堺会長は、日病でも中井常任理事を中心に検討してもらっている。中井常任理事の話では、

大井顧問が副委員長であり、日医のスタンスとして日病の意見はかなり吸収しているつもりだと言われていた。よろしくお願ひしたいと述べた。

(2) 第4回救急医療体制等のあり方に関する検討会（5月29日）

報告は、資料一読とした。

(3) 第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（5月30日）

報告は資料一読としたが、相澤副会長は、次に開かれる国会に医療法の改正案を厚労省は出そうとしており、今意見をまとめにかかっていると思う。一番の問題は、医療側の足並みが揃わずまとまらない中で、下手をするとそのまま医療法改正、診療報酬の改定まで押し切られるのではないかとの危惧を抱いていると述べた。

(4) 第29回社会保障審議会医療部会（6月20日）

堺会長は、資料にある「外国医師の臨床修練制度見直し」は、山本名誉会長が理事長をされているMEJで議論が出てくるのではないかと、山本顧問に発言を求めた。

山本顧問は、今のところアウトバウンド、インバウンド、アクティビティをやっているが、各国さまざまな医師の資格をどこまで標準化できるか、日本に来たときあるいは向こうへ行ったときどうするか等はこれからの議論になると思うと述べた。

堺会長は、外国人の特に若い医師が日本に来て研修を受けるのは日本病院会の会員病院ではないか。一読してもらい、何かあればこちらから情報等を流させてもらいたいと述べた。

(5) 第19回被災者健康支援連絡協議会（6月3日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・内閣府の下でスタートして2年以上経つ。福島はまだ放射能の影響があるが、岩手、宮城等、地域医療の再生についての話し合い、それに今度、新しく南海トラフ等による災害が起きたとき、東日本大震災の反省からどうするかが話し合われている。
- ・3・11のとき、国土交通省航空局のヘリコプターから電話1本で物を落とすことを許可させたが、それが生かされ、今後、大災害時は手続きが弾力化されすぐに物資の投下ができることになった。
- ・災害診療記録の報告書が今、救急医学会、診療情報管理学会でつくられている。これがこれからの大災害時の記録の統一したものになっていく。そんなことを今議論している。

6. IHFについて GC Meeting（6月16～23日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・ノルウェーのオスロで国際病院連盟の国際学会並びに総会、理事会が行われ、福井常任理事、木村壯介常任理事とともに参加した。学会はかなり盛況だった。
- ・理事の改選があり、自分が再選された。新会長に韓国のキム先生がなられた。
- ・開催は今までは2年に1度だったが、2015年からは毎年となり、2015年がカナダ、2016年が南アフリカ、2017年が台湾となった。
- ・議論の中では包括医療が話題となった。インテグレートケアをどうするか、医療の質と安全の担保をどうするか。どこの国も財源が厳しい中で苦労している。アメリカなどは平均在院数3日だがそれでも長いという。病院が出向いて在宅オペをやるという話で、そうでもない限り医療費が回ってこないとのことだ。
- ・ただ、ヨーロッパでもドイツだけは一人勝ちの感じだった。

末永副会長は、今までの報告等で質問はないか尋ねた。

梶原副会長は、四病協の報告資料で、厚労省と福祉医療機構が毎月1回勉強会をやっているが、26年度に向かって福祉医療機構が新規要求5項目、継続要求2項目を挙げている。病院経

営の安定化資金の優遇措置を継続で求めているが、財務省はこの安定化資金が余り使われていないのでカットしてもいいと見ているようだ。会員病院は経営が安定していてもできたら借りてもらいたい。福祉医療機構の新規の貸付利率も参考資料で出ている。これから銀行の金利は上がりそうだ。この福祉医療機構のお金と抱き合わせ、協調融資で資金調達してもらったほうがいいと思う。使わないとまた仕分けの対象にされると述べた。

〔協議事項〕

1. 当面の諸課題について

(1) 厚労省による病床機能分化—亜急性期・回復期リハビリ・地域多機能の提示について

堺会長は、次のように述べ、出席者に発言を求めた。

- ・2025年に向けた医療提供体制をどうするか。ここに来て厚労省が急に動いている。病床機能の問題で当初、厚労省が出してきたのは高度急性期病院についてだったが、反対にあって超高度急性期病棟は取り下げ、かわりに一般病床の機能分化をやった。7対1を提示されたら、各病院は当然7対1をとりに行く。7対1が普通の状態となって、その上を目指す。看護師の労働環境がよくなったのではないか。
- ・7対1は各病院で傾斜配分をやっている。ICU、CCUなどは5対1とか、逆に10対1とかあるのではないか。
- ・資料に第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会の内容がある。医療機能について現状と今後の方向性を都道府県に報告する。医政局マターになり、医政局からは、医療機能の名称及び内容により、①急性期、②亜急性期（仮称）、③回復期リハビリテーション、④地域多機能（仮称）、⑤長期療養という5つのグループ分けが出てきた。これを見るとかなり細かく分けてある。地域多機能病棟、病床は初めて出てきた言葉だ。
- ・資料には、第2回の診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会、保険局マターのものがある。亜急性期病床の地域医療に果たす役割が書いてあって、亜急性期・回復期等で受ける患者は、①急性期から、②在宅・生活復帰支援、③介護施設等、長期療養から緊急時の受け入れと非常にわかりやすい。これは医療法的な大枠の考え方だ。
- ・そういう中で、日本医師会と四病協の中でも、医療提供体制について話し合いが行われている。ただ、国民会議のまとめの中に反映できるかは難しいところがある。厚労省の中でも、高度急性期病床から一般病床の機能分化の流れ、もう2年ぐらい時間が経っているとの意見も出ているようだ。
- ・日本病院会として、急性期トップの部分と長期療養の部分は余り議論はない。亜急性期・回復期リハビリ・地域多機能をどう考えるか。自分の地域や自分の病院の機能を頭の中に思い浮かべながら忌憚のない意見を言ってもらいたい。
相澤副会長は、次のように発言した。
- ・資料に、今の説明の病床機能の分化について社会保障制度改革国民会議で議論されている内容が書かれたものがある。その中を見ていきたい。
- ・この方向に沿った対応を医療界がきちんと行わないと、消費税で増えたお金も医療には回さないというニュアンスがある。計画を前倒しに平成26年度にビジョン化、27～28年に実行するという議論だ。
- ・中医協マターの診療報酬と医療法とをしっかりと連動させる。医療法改正による地域医療計画の見直しは時間がかかり間に合わないので、来年の次期診療報酬改定も機能分化を強力に推し進める方向に行くということだ。
- ・ビジョンをつくるのは都道府県で、具体的な仕組みは地方と協議し理解を得て構築をすると

ある。責任をかなり都道府県に担ってもらおう考えで、保険医療機関の指定取消権限を都道府県に付与するというように国民会議では議論されている。

- ・全国知事会からは、地域医療ビジョンをどうつくり、具体的にどう実現していくか協議がないまま医療法に書かれるのは心外だというクレームがついた。
- ・しかし、前回の社会保障審議会医療部会では、あたかも医療部会の意見集約のような形で国民会議に上げることを厚労省が言った。私は猛反対し認めてはいない、議論中であることだけしっかりと書いてほしいと言った。
- ・では、機能分化をどうするか。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に、厚労省案の5つの病床機能区分が出てきて、さまざまな議論が起こった。
- ・亜急性期は、急性期を経過した患者、それから在宅介護施設から急性期だが重症でない患者の病床をつくってみていく。地域多機能は、医療資源の乏しい地区の病床規模が小さい病院に限って、急性期から回復期までの機能を持って患者を診る病床をつくらうという案だ。これは医師会側は、これまでどおり一般病床として認めていけば問題ないという意見だ。
- ・亜急性期については、全日がこれまで地域一般病床と呼んでいた病床に相当し、その機能はあったほうが良いとの意見だった。私は、軽度急性期・中度急性期・高度急性期と区分するのは難しい。入院したり、ある一定の期間だけ集中的な資源投与が必要な期間を急性期と定義し、その後は違う名称をつけたらどうかと意見を述べた。医師会と四病協との協議では、亜急性期という名前は混同してわかりにくい。回復期として、ポストアキュート、回復期リハビリも全部まとめたらどうかという意見で今後検討することになっている。
- ・地域多機能については、医師会は地域病床の名で統一したらどうかとのことだ。地域病床に都会型と地方型があると指摘し、今後そちらの方向で検討していく。
- ・病床機能分化はいろいろな意見があり、まとまらない。どのような病床区分をしたらいいか病院団体として方向を見つける議論を望みたい。高齢化の中で、厚労省が言う地域多機能、日医が名づける地域病床にどんな機能を持たせたらいいのか。高度急性期病床は、私はある程度人口規模に合わせて示したらどうかと意見を述べたが、今後の議論になってくるだろう。堺会長は、相澤副会長から、①一般病床の区分、②高齢化の中で地域の病床の機能、そこで大きさに制限を設けるか、③高度急性期をどうするかという提案があった。入り口の急性期は病気、ステージと病態、両方考える必要があるかと思うが意見はどうかと述べた。

土井常任理事は、病棟単位だと今やっているケアミックスは認めていく方向か。急性期なら9日までいられるが、でなければこっちへ移ってほしいというように考えているのかと思うと述べた。

相澤副会長は、5病棟のうちの2病棟が急性期、あと3病棟が回復期というケアミックスは認めていく形だ。実は急性期の定義がうまくできていない状況の中でやっていると述べた。

土井常任理事は、亜急性期が武久先生の言うエルパックのような感じを受けたと述べた。

堺会長は、必ずしもそうではない。かなり広い範囲なものだ。いろいろなイメージを持つので混乱する気がする」と述べた。

神原理事は、非常に複雑だ。一人の患者でも大きな流れは急性期から回復期、慢性期だが、途中で戻ることもある。病棟の中も患者が混じっていて病棟単位で分けられるか。数病棟であれば難しくなってくると述べた。

相澤副会長は、急性期病床の患者が全て急性期である必要性はないという考え方だ。70%か80%は急性期で、一定数はほかの患者もいるのはしようがないと述べた。

神原理事は、そうならざるを得ない。診療報酬と病棟の名称とはミックスしてやらざるを得ないのかと思うと述べた。

堺会長は、診療報酬はD P Cでいくと患者個人でできるが、現状は病棟だし7対1などは病

院単位だ。機能に関して外形基準があって病棟が規制され、それについてくるので、その辺も抜本的に見直しを要求していくのかどうか。非常に複雑になってくると述べた。

武田常任理事は、急性と亜急性は在院日数の関係で切っているように思う。しかし、一般病棟では救急と急性期と重症が一般に入ってくる。一般の切り口をそう切ってもらって、それを超えたらポストアキュートでという考え方をしてもらおうとわかりやすいと述べた。

これに対し、ここに書いてあるのは病床機能情報の報告のあり方、今現実にどういう患者が多い病棟かを報告する分け方の案だ。先に診療報酬とどう結びつくかの話をしたら、ややこしくなる。亜急性は急性期を経過した患者でいい。それを在宅からまた入ってくるサブアキュートの患者を入れようとするから話がおかしくなってくると意見が述べられた。

相澤副会長は、厚労省の考えは見え見えで、軽度の急性期は亜急性期として扱い急性期から移したい。それによって財務省だとか国民会議に対し、こうやれば入院基本料でたくさんお金を払っている人が安いお金で診られるというところに落としたいのだと思うと述べた。

これに対し、そういう患者は急性期で入れ、7対1で診て早く治して退院したほうがよくなる、結果的に経費を少なくすると主張すべきだ。そういう患者こそ急性期が診ればいい。医療機器も余らないところで診て長引かせ重症にしてしまう医療をしたらいかんと意見が述べられた。

堺会長は、DPCなどのデータで、急性期の病院が必ずしも在院日数が短くない。急性期で診て早く治したほうがいいというが、何人治っているかというデータはない気がすると思述べた。

これに対し、そんなことはない。短期滞在は早く治して少ない医療費で済む。1週間入院させたりするより、設備のいいところへ集中して資源を入れて、早く軽症で治せばいい。そういう医療を目指しているはずだと意見が述べられた。

堺会長は、まさに厚労省もそう考えている。我々は今持っている自分の病院の機能を考え、うちは急性期なのか亜急性期かという発想になる。一人の患者にどういうステージがあるのか考えて、今までの固定概念にとらわれないほうがいい気もすると述べた。

これに対し、内容を主として急性期から経過した症例を主としている病棟が亜急性でいいのではないかとの意見が述べられた。

中常任理事は、厚労省と医療者の中でなら5分類するのはわかるが、一般国民患者にはわからない。一般的な急性期と、回復期の中にリハビリテーションを入れ、それと長期療養の3つとし、機能を2つまで表示か1つだけ表示かで国民はわかるだろう。この論議自体は、全日病がやったことの機能を公正に評価してもらいたいことから出てきているのではないか。地域多機能とか地域一般病院とか、何でも入ってしまう恐れすらあると述べた。

塩谷常任理事は、限りある医療資源をより有効に使おうと病床機能分化は出てくるのだろうが、依然として地方の小都市や中山間地の病院で地域医療再生はうまくいかない。この分化をきっちりやれば勤務医不足や医療崩壊がよくなっていくわけではない。議論の中に、地域医療の再生とどう結びつけて意味あるものにしていくかを望みたいと述べた。

堺会長は、厚労省は高度急性期はマンパワー、資源投入が必要だと傾斜配分をやっている。足して全部やると満たされるかどうかまでは難しいが、考えが根底にはあると思うと述べた。

中井常任理事は、現在の亜急性期病床の機能は、急性期に引き続いて在院日数が長期化した人を収容する。これを悪用する施設があるので廃止の方向へ行くと聞く。今回の亜急性（仮称）は、急性だが余り重要な人でないから亜急性に収容するみたいな格好になるので、医者側から言うようなことではないように思うと述べた。

梶原副会長は、2050年には医療で治すこと、救うこと患者割合が非常に狭くなっていく。絶対量として高齢者が増え、コストは亜急性期入院が安ければそこで下げようという財務省の構図に合わせて全てを揃えていっているのがよくわかる。我々病院団体がそれでよいと言って

いていいのかは問題だと述べた。

堺会長は、中井常務理事に懸念されていたことはどうかと尋ねた。

中井常任理事は、機能のところのサブアキュートは医者が選別する。同じ肺炎であなたは急性だ、あなたは亜急性だというのは論理として破綻していると述べた。

堺会長は、病態を見ていて落ち着いたと評価するのはあるわけで、そこをしっかりと決めておかないとだめだ。例えば7対1で、看護必要度でなく医療必要度をやろうと思ってもなかなか策定できないが、厚労省に恣意的に我々が使われることはないと思うと述べた。

これに対し、厚労省は、亜急性期病床や急性期がどんな機能を持つか報告をまずしてくれ、地域がその情報を集めた中で今度ビジョンを策定してやろうとの考え方だ。ただ、26年にビジョンをつくと行って、初めから計画ありきではないかという気がすると思いが述べられた。

堺会長は、危惧しているのは、これが一、二年かかっている間に国民会議の結論は8月に出、医療法はどんどん決まってしまう。議論がなされないまま、こういう分類をあるまま使ってしまうというおそれがあると述べた。

小川常任理事は、地域は多機能があってもいいが、地域というのがどこを指しているのか不明だ。その内容を我々はもっと論議しないといけないと述べた。

堺会長は、そこは非常に恣意的で厚労省はあいまいにしている。一方で、地域包括ケアが議論されている。限られた財源をどう有効に使うか、機能すれば非常にいいが、それらが連携するのかどうか。それを考えている役人はいると思うと述べた。

小川常任理事は、それに対して我々も意見を言ったらいい。ただ、考え方自身は多機能の病院は決めにくい。病棟は認めていいと思うと述べた。

堺会長は、今、小川常任理事は、名称は議論があるが、医療機能の内容を議論していけばいいのではないかとということかと確認した。

これに対し、地域多機能の病院については、小規模の2病棟まででなく、かなりの規模の病院でも患者を収容している。機能はいいと思うが、診療報酬と連動してくると病院の生き残りをかけて急性期へ逃げたりとか起こり得る話だ。分類の2病棟以下の小さい病院は地方の実情から言うと合わないように思うと思いが述べられた。

これに対し、こういう分類、病棟ごと情報の報告を一般病院だけがやるのはおかしい。精神科の病院でもやらせればいい。ほとんど長期療養で、こんなに長期療養は要らないことがすぐわかる。徹底すべきだと思いが述べられた。

宮崎常任理事は、前橋は30万ちょっとの二次医療圏だが、その病院は自分たちは急性期だと思っていて、機能分化が進まない。厚労省は診療報酬で規制し誘導している。そういう中でこれを議論してどういう意味があるのか。当院が救急車を断ることはよくあるが、すると急性期が足りないという県の考え方になる。機能分化と連携が大事だが、急性期の専門医が優秀な医師だというプライドもあり、なかなかそれができない。地域の病床をどういうふうに分けるかは、両方が連動しないといけない。どこの病院でも診療報酬の高いほうに流れ込むのは当然のことと述べた。

堺会長は、それは地域医療ビジョンの策定の中で、必要病床とか病院の機能を見ながらやっていくことになる。ただ、急性期病院のほうが診療報酬が高いのは診療報酬のつけ方がおかしい。慢性期でも、それだけの機能をして成果を上げていけば診療報酬をつける動きに変えていく必要がある。急性期病院をやめるのは勇気が要るが、考え方を考える時期と思う。すると、医療法である程度大枠を縛って、診療報酬で緻密な点数配分ができていかなければいけない。しかし、今のところはそういうところにお金がつく形になって変えようがない気もすると述べた。

藤原理事は、亜急性期について、在宅介護支援施設からの患者で症状の急遽悪化した患者に

対してと書いている。これに条件つけて、急性期回復に準じた患者としたらいい。急性期病院の名前でも、内容は違う病院が山のようにある。そういうことの整理をしたほうがいいと述べ、DPCとの兼ね合いで1群と2群、3群はなくなるのかと尋ねた。

堺会長は、DPCの1群、2群、3群とは関係なく議論をしており、それに当てはめようというつもりはないと思うと述べた。

これに対し、自分の病院も一般急性期病院だが、重症で急性期に入ってきたのは40%ぐらいだ。すると、DPCから係数を下げる形が打ち出されてくる兼ね合いがある。どんなものを急性期に入れていくか認識しないと、この問題は先に進まない。現在まで急性期と称しながら、急性期ではないものがある話だ。その辺はどうかと質問が出された。

相澤副会長は、厚労省は、急性期の病院は看護がたくさん必要だと、7対1看護の病院イコール急性期病院として診療報酬でそちらへ誘導を考えたが、うまくいかなかった。急性期から次へ移すときのベッド数のアンバランスを変えたい。診療報酬での誘導が難しいので、医療法で規定しようとの考え方が強くある。社会保障制度改革国民会議の資料に、二次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期、一般急性期、亜急性期と医療機能別に算定してある。病床数を決めれば、オーバーしたところはどこかに移らざるを得ない。また、医療機能の分化、連携を促すための基金を創設するとある。病床数のアンバランス解決に診療報酬とかでなく違う方法論を講じようという思いが厚労省の中にあって、一つの手法が医療法だと理解してもらいたいと述べた。

堺会長は、今の基金創設は役所の常套手段だ。非常に危険な考えであり、診療報酬などで手当てしてもらいたいという意見だ。先ほどの急性期でないのに急性期病院でやっているのは、DPC病院ならデータはどんどん上がって、在院日数が離れているところはどうかとなると思う。我々としてある程度やっていく必要があるのではないかと述べた。

神原理事は、推測だが、厚労省は財務省におしりたたかれ、医療財源の枯渇に対して対応しないといけない。しかし、経済効果を出そうと思えば病院単位で機能分化をやらないといけないだろう。病院に全部高額医療機器を揃えなくてもよいというようなこともある。医療界の混乱を避けてステップをとっているように推測すると述べた。

これに対し、猫も杓子も同じようなことをやろうとして混乱状態に陥っている。はっきりと機能分化し、高度急性期病院はこれとして急性期を行い、亜急性期へと厚労省が分けているのは基本的に正しいのではないか。高度急性期には資源を集中し、誰もが7対1へいかななくてもいい診療報酬体制を考えるべきだ。欧米の救急は一点集中のER型だが、日本の場合はいっぱいいろいろなところで救急やっていて集中できない。思い切って全部すっきり分けていく方向でやったほうがいいと思うと意見が述べられた。

これに対し、現実的にそういう統制的な医療は日本ではできない。急性期、亜急性期で、入院の時点で亜急性期に收容するのを医師側の判断でするのは難しい。高度のものを揃えた病院、病床が急性期と亜急性期とあれば、急性期に入れて治療したいと思うだろう。医者自身があなたは亜急性期だという判断を、経済を考えてするのはつらいと意見が述べられた。

堺会長は、それは逆だと述べ、みんなが認めるようなクライテリアが決まっていれば、自動的にこの人はもう急性期を過ぎたという見方になると述べた。

これに対し、主とアキュートはいい。在宅から入院、介護施設から入院するものはサブアキュートに入れるというのは変だと意見が述べられた。

堺会長は、中常任理事の意見のように3つぐらい大枠に決めて、あとは診療報酬の手当で決めればいいので、余り医療現場で考えなければならない制度はよくないのではないかと述べた。

田中理事は、今の話は人、物、金の医療資源をどう配分するかだ。DPC病院では一定程度の方向性は見えてきた。文章で書くとあいまいな定義だが、先に急性期とか亜急性期を決める

べきでなく、医療資源をどれだけ使っているかをまず知りたい。実態をつかめば、おのずと急性期も亜急性期も慢性期も出てくる。始めと終わりの論議が逆になっている気がする」と述べた。

末永副会長は、この議論は2025年に向けて医療提供体制のあり方を考える中から始まった。病院団体としてはこれだけは守るというものを示して、そこで判断しないとイケないと思う。救命救急センターに療養型施設の80歳を超えた肺炎患者が送られてしまう。こういう事態が2025年に向かってさらにひどくなっていく。そういう中で、亜急性期でポストアキュートだけでなくサブアキュートの人たちを引き受けてくれる病院があると、意味があるしニーズも高いと思う。ただ、今回、26年中にそれを評価し、都道府県ごとにコントロールさせようとしている。報告は今ある機能だけを書けばいいとではなく、それを基に締めつけが入ってくる可能性がある。2025年の自分のところの医療提供体制も見据えた上で書き込まないといけない。実はこの問題は、地方型と都会型とは全然違う。都会型の病院を救済したいという意味合いがすごく強い。地方型のケアミックスは慢性期だけ切り離せばいいとなる。しかし、地方型で小さい病院で切り離されるような病棟はない。そこは病院団体の中でも矛盾を抱えているところだ。中常務理事の大まかな区分が単純でいいと思うが、そこに機能に応じて、例えばHCU、ICUとかあれば診療報酬のほうで点数がついている形ならもう機能分化されている。余り細分化しない方がいいのではないかと述べた。

中村理事は、講演を聞いたが、今と同じような医療をしていると対象はどんどん増えてくる。増やさないようにするには、ここの部分の人を必死で見ないように調整しようということだ。地方はもう独自にやって、人材がない場合は応援しますという話だった。我々だったら亜急性期で急性増悪した患者を亜急性期で診るのをどう考えるかだ。老健施設で本当に悪くなった人は、ほかにとる病院がない、さっきの末永副会長のような施設に行く」と述べた。

堺会長は、そのとき地域包括ケアが必要になってくる。それを支援するのは地域医療支援病院なのか、どういう病院なのか。田中理事の言われるとおりに、DPC病院はわかる。ところがこういう問題のあるのは200床以下なので、そういうところはDPCではないしデータがない。また、末永副会長の言われたように、80歳過ぎてICUに入ることは悪いわけではない。ただ、医療資源から考えて難しい状況がある。医療者、行政中心の分類だと、一般国民は何もわからずお任せになる。それは厳しい。大枠で医療法なりに規定しておいて、診療報酬で手当てするしかないのかという気はしていると述べた。

これに対し、診療報酬に連動するとなれば、単価が高いほうに向かっていく。急性期へ向かっていくと意見が述べられた。

堺会長は、それはデータでもうできなくなると思う。DPCのデータはどんどんファイルアップされていると述べた。

これに対し、実体が伴わない定義のあいまいなところで、こういう病床がこれだけこの地域で必要ですと何もない。うそだらけになってしまう。そういうデータは集めても意味がないという立場で話していると意見が述べられた。

松本理事は、病床機能情報の提供の目的は、①住民、患者の理解等に資する観点から、②住民患者の医療機関の選択等に関する視点という2つだ。この2点から考えると患者にとってみたら、急性期、亜急性期、回復、それから慢性期ということではないとわからない。将来的には厚労省の役人は、点数配分をしようとなってくる。逆に言うと、急性期、亜急性期、回復期、慢性期と3段階に分けていいのではないかと主張したほうが、将来的にも医療機関に損害がない。患者もあそこの病院に行っても救急は診てくれないとわかっている。だから、情報を加工して公表する意味ないと思うと述べた。

田中理事は、医療費を下げるのが目的で、政策研究大学院大学の島崎教授の「日本の医療一制度と政策」のとおり厚労省が来ている。診療報酬で抑えられないから、医療法と両方で

やろうと。厚生年金基金も絶対できるので、それに対して我々がどう向かうかが大事だ。これが都道府県に任されるとなると、その病院団体がリーダーシップとしてやっていくのが非常に大事ではないかと思う。地域包括ケアの在宅医療は、在宅療養支援病院が中心になっていくのではないか。和歌山県では、各医療圏に在宅医療支援の拠点病院をつくっていく方向で県と話し合いながらやっているところだと述べた。

相澤副会長は、社会保障審議会医療部会で、患者には病院ごとに急性期病院、亜急性期病院と言ったほうがわかりやすいと議論をした。厚労省は病棟単位で病床区分をしたいとのことで、それは既に決まったことだ。そのときの厚労省の役人の言い方だと、機能分化をしていく大前提がないと財務省と戦えないというのが根底にある。国民会議の議論から、30年より早くしろと、一気にどうするんだと議論が及んで、厚労省がこの案を出してきた。厚労省はこれはあくまでもたたき台として議論して決めたいとのことだと述べた。

堺会長は、前倒しについては、国民会議で四病協を代表して行ったときに地域医療計画の策定が進んでいて前倒しを求めた経緯がある。5年間、8年間待っている状況ではないと思う。厚労省にも火がついたので、これをうまくやってもらいたい、理解願いたいと述べた。

藤原常任理事は、機能分類の判断をするときに、3つの切り口が混在している。①病院とか診療機能という問題から論じている場合、②純粋な疾病とか病態分類から論じている場合、③診療報酬体系区分、医療削減区分の3つだ。もう1点、患者の視点が欠けている。単純には急性期、亜急性期、慢性期と分けて、その慢性期をどう分けるかが問題だ。それは高齢化社会を迎えたからだ。高齢者の長期急性期患者、施設の急変患者をどうするか。それを整理しておかないと問題は永遠にまとまっていけない。厚労省の地域包括ケアシステムという大きな全体図の中で区分し、整理しないといけないと述べた。

土井常任理事は、中小病院の委員会でアンケートをとった。後期高齢者が退院全患者の50%以上だ。だから本当に待てない。その状況の中で医療区分は考えていかなければいけない。それと、病院長とか理事長の意見では事前指定書があったほうがいいというのが8割方だった。その患者が倒れて意識がない。そのときに誰が決めるか。その前に自分がそうになったらそこまでやってくれなくていいよというのを、あらかじめ本人及び家族が指定しておくということ。今のままでいくと、全て救急車で急性期病院へ入ってしまったら本当にパンクしてしまうのではないかと述べた。

これに対し、中小病院は今そういう状態だ。かつて機能を病床単位とか病棟単位とかと四病協でも散々やった。病棟単位と言ったのは日本病院会だ。前倒しで、待てないと言ったのも日本病院会で、日病が言ったとおりに厚労省は動いていることを皆さんで共通の認識として持たないといけない。大事なことは、過去に厚労省が政策として医療法と診療報酬でいろいろなことをやってきたが、日本病院会はいつもそれ以上の上を行って対策をやってきた。彼らより賢く、今度も対策をしっかりやるのが戦略的に大事なことだ。また、国が考えているのは地域密着型の在宅療養支援病院だ。在宅療養支援病院が主に包括と両方の中で地域密着型の中で、高齢者が急変したり施設でおかしくなったときにそこに入れる考え方でいる。それはDPC1、2に入れるよりコストも安く済む形だ。全体のコスト計算したら、在宅療養支援病院をきちっと配置していく。中小病院は在宅療養支援病院の機能をしっかり質を高めてやるのは、これからの200床以下の病院の生き残る戦略だと意見が述べられた。

木村常任理事は、それぞれの病棟が報告するのは今までと違って問題だと思う。私どもの病院は新宿区で、3医科大学、4基幹病院、隣区にJRの総合病院がある場所であって、770床、救急を年間1万2,000台受けている救急病院だ。行政からこういうのをやりなさいとデューティが非常に多いが、それに対してできなくなっていく。一方で在宅医や開業医院が受け取るよという連携が非常に大きくなってきている状況だ。この患者をどこでとるか、医者や患者自

身で、どういうふうに分けようともそういうふうになっていく。客観的にこういうパターンができてあり、それに見合った診療報酬体系とかもできてくるといいと思う。救急医療加算で受け取る側にも加算がつくようになったのは非常に大きい。地域全体で役割分担をうまくやっていくのは、自然にそうならざるを得ない状況になってきているのではないかと述べた。

これに対し、国にお金が非常にないことは間違いない。厚労省は低コストで長寿命を実現でき医療体制を維持してほしい。広島市立市民病院の院長先生が7月から給料が10%減る、看護師も減るから君の病院に行くかもしれないよと言っていた。東日本大震災の復興財源として国家公務員、地方公務員の給与削減の結果だ。それだけお金がないなら厚労省に圧力がかかり医療費を抑えなさいといけなくなる。早くこちらで対応を出さないと危ないのは間違いない。今、医療法に基づいて5事業、地域医療の計画を各都道府県が策定しているが、広島県の福祉保健部長などと話していると、お金がない中で医療体制をどうするか、厚生局とか県が残したい病院だけ残るような体制をつくっていきそうな気がしている。療養病床の話で、特定除外は外したいという気持ちがあり、特定除外の患者は療養病床に来なさいという話だ。療養病床の一番上の20対1に患者を移していても、結局看護師は13対1並みに配置している。限界は医師数で、一般病床100床に6名、療養病床は100床に3人ですので、あの医者数ではちょっとしんどいというのが事実だと発言があった。

これに対し、給与削減とかの影響自身は来年3月で終わるので、その後また戻るのではないかと思う。こういうふうに分けるということについては、その方向で大きな問題はないと思うので、細かなことはあっても、分けてやることは賛成だと意見が述べられた。

望月理事は、岩手県の医療資源の乏しい地域で、この機能分化は非常にやってほしいし、やらなければいけない。資料の医療機能別の個別報告事項はたたき台だと、いい病院ベスト何とか単なる数字の羅列になる。医療の質も入れた調査をしなければならない。それがあって、機能分化する区分に行くのではないか。都道府県に調査を丸投げするとは思いますが、我々病院団体としては、単なる件数だけ出すような格好でなく、内容を問うような調査項目があると思う。医療の質を問うならアウトカムを出さなければいけないので、調査項目は非常に複雑になる。その辺のところも考えた意見を出していったほうがいいと思うと述べた。

堺会長は、資料を見て意見があるようなら事務局に提出してもらいたいと述べた。

山本理事は、一時期混乱した地域医療が病病連携、病診連携の中でネットワークができ、住民とも共同する中で落ち着きをとってきた中で、また訳のわからない言葉がたくさん出てきた感じだ。私は急性期、回復期、回復期の中でリハビリ、あるいは療養という3つぐらいがいいのではないかと思う。それでないと、住民の方にはわからない。そこをしっかりと議論していかないといけない。また、社会保障審議会の前倒しで急いで行かなければいけないのはわかるが、この医療法改正による地域医療計画を策定しているところで、診療報酬の特性を生かした機能分化のための取り組みを実施し、しかる後に地域医療計画と連動させていく、このあたりも慎重に取り組んでいければと思うと述べた。

相澤副会長は、社会保障審議会医療部会では、手術の件数を報告しろとなっているが、私は反対している。後押ししていただきたいので、皆さんの考えを聞きたい。病床の機能はDPCでもわかるし、出来高でもレセプトを見ればわかるので、それは厚労省の仕事ではないか。そのデータを病院のほうに返してもらえばいいのではないかと思う。こういうことを報告しても意味はないと思うがどうかと尋ねた。

堺会長は、この意見を出席者に諮ったが、反応がなかった。ということで、日本病院側としては必要ないということかと述べた。

これに対し、緩和ケアの話が全くないが、どこにあるのかという質問が出た。

相澤副会長は、緩和ケアについては全く話が出てきていないと答えた。

これに対し、回復期ではないし、慢性期でもない。それをどこへ入れるかは、これからの医療を考えたらどこにも載っていないのはおかしい。診療報酬の話は、報告制度が終わってからの話だと思う。病棟をちゃんと分ける、そうすると初めてどういう病棟が採算が合わないかが出る。経営の状況は大体ベッド数でやる。中小病院一まとめに経営状態がどうのこうのは全く無意味だ。慢性期も急性期も専門病院もある。実態を見るためにも、機能分化してそれぞれの病院の機能に応じてどういう経営状況かを見て、それから診療報酬の問題がここから出てくるものだと思うと意見が述べられた。

堺会長は、来年度の診療報酬改定には間に合わない。保険局と医政局の連携で意見交換を始めていると思う。その方向性を踏まえて出てくるので、直接の影響は次時期だと思うと述べた。

木村常任理事は、報告事項については、手術件数等もちろんDPCその他ですぐ出てくると思うが、もっと高度な情報は、例えば外科系は外科全部の学会レベルでその手術件数、結果、全部登録しないとイケないようになっている。学会も含めて一緒にやれると、もっと内容の高いものも自然に入ってくるようになってくると述べた。

これに対し、病棟単位での報告はおかしい。ほとんどの病院が病棟なんか無関係にあいている部屋を全部使っている。根本的におかしいので、ぜひ反対してほしいという意見が出た。

相澤副会長は、大半、そういう患者が入っていればいいので、別にそこに違う患者が入っていけないことではない。あいているところにそういう患者を入れられないわけではない。また、病棟単位で報告することは決まってしまったので、ひっくり返すのは難しいと述べた。

大井顧問は、医療基本法を検討している身から見ると、今日の議論の大半はそこにかかわる問題だ。日本医師会の先生から、何で医療法が全てを縛っていくような方向へ進んでいくのか、キメラとか大魔神のごとき法律で、そういう法律を許してクリニカルインディペンデンスを医師が失っているという意見が医政局の課長に対してあったぐらいだ。医療法は個別法で、個別法の中では大きな分類から何から分けていく。例えば医療法等と書いてあっても、医療法等改正法案の参考資料として地域の実情に応じた医師等の確保対策というのは、これは医療法ではない。地域保健法であり医師法の問題だ。在宅医療とか連携の推進も地域保健法の問題だ。しかし、医療法で全部縛り込んで、しかも診療報酬で縛る。施設基準とか診療報酬とドッキングして、大魔神のような力を医療法がつけた。だから、改定のたびに1条の項目が増えていく。日本医師会が医療基本法を制定しようという運動を起こしたことが、医政局のおしりに火をつけてしまったのかとも感じている。個別法というのは過剰な分化や細かいことの策定にまで入り込まないほうがいいのか。機能分化は必要だが、せいぜい3つぐらいとか、あるいは医療法で決めるのはここまでで、例えば長期療養は別だと分けるとか、そういう大がかりな医療の基本的な形態が決まる前にここまで力をつけさせるのは非常に危険だと感じた。自責の念を込めて、これは本気で医療基本法について考えていかないとイケないと思った。そのためには過剰な機能分化は危険だということをぜひ発言させてもらおうと思ったと述べた。

堺会長は、大体、意見は出尽くしたと思う。これを踏まえて、相澤副会長にはいろいろな場で発言してもらいたいと述べた。

(2) 地域医療支援病院の要件見直しについて

堺会長は出席者に地域医療支援病院をとっているか挙手を求め、多いことを確認した。要件の見直しについての意見を求めた。

望月理事は、日本医師会による地域医療支援病院の紹介率、逆紹介率はかなり高い。また元に戻らせて縛ろうとしている。救急を外して純然たる紹介率、逆紹介率の案を出してきたが、ぜひ反対してほしい。紹介率80%と言われると、地域には医師会立の病院しか医療資源がないから患者を受けなければいけない。案には反対してほしいと述べた。

塩谷常任理事は、高松で200床に足りない病院だが、紹介率、逆紹介率、救急搬送、そのほかのものが全部入っている。200床を超えていないから認可しないのは、どんな理由、経緯でそうなったのか。国家公務員共済組合で、ある意味公的病院と言われながら実態は民間病院という特殊な位置づけだ。公的・民間は別にして、病床数で地域医療支援病院の認可が決まるのは理不尽ではないか。明確な議論をしてもらいたいと述べた。

土井常任理事は、当病院は162床だが地域支援病院をとっている。全国で見ると200床以下でもとっている。県によって違う。県の審議会で決めているのではないかと述べた。

塩谷常任理事は、県が審議会にかかる事務段階でだめだという。全国で、200床以下で支援病院になっているのは医師会病院で8割ぐらい、8～9病院で、あと民間の病院がわずかにある。県ごとに認識の違いがあることもおかしい。今後、機能分担の病院の性格づけを都道府県に投げても、都道府県の能力によって全く違った結果になる可能性が高い。病院会として都道府県にいろいろな許認可を渡さないと明確に言ってほしいと述べた。

高橋参与は、紹介率で決めるのはおかしい。逆紹介率もやってもらいたいと述べた。

これに対し、救急件数が除外されると民間病院は支援病院から消えてしまうと意見が出た。

これに対し、地域医療支援病院について紹介率を問題にすると地方の病院はとれないところが出てくる。紹介率を外そうとの話も医療部会で出たが結局残ってしまった。地域の医療をやっている病院を地域医療支援病院とするなら紹介率だけでやるのはおかしいことを主張してほしいと意見が述べられた。

堺会長は、地域を支援するのでなく地域の医療施設を支援するために紹介率が必要だという論理なので、なかなか厳しい。地域医療支援病院が今後必要かどうかの議論になってくる。難しいのは、地域医療支援病院によって経営的なプラスがあることだ。地域医療支援病院は機能が終わったと医師会なども言っているが、どう考えるかと尋ねた。

土井常任理事は、支援病院をとったことで逆紹介も増え、勉強会など地域でのコミュニケーションがよくなった。地域での役割のほか経済的なインセンティブもあると述べた。

堺会長は、何年かかけ別の手当の形で見直していく意見もあるがどうか。将来的にはゼロになるかと尋ねた。

土井常任理事は、時代とともに変えていけばいいのでいいのではないかと。対応していくのが経営だと思うと述べた。

堺会長は、ほかの地域医療支援病院の方もいいのか。地域医療支援病院がどんどん厳しくなり、もうなしにしようとなると、6,000万とか入っていたのがなくなるかと重ねて尋ねた。

土井常任理事は、経済的な話も大事だが、地域医療施設を支援するのでは医師派遣をきちっとやるとか等々を評価しながら医療の質を高めていく。地域に対しそういう支援病院は必要だ。係数をなくしても、名前を残す以上インセンティブは必要だと述べた。

堺会長は、医師派遣についてはこの要件には入っていないと述べた。

土井常任理事は、本当は医師派遣も評価の対象になるべきだと述べた。

宮崎常任理事は、職に対する意識が非常に大きい。開業の医院との機能分化がある。前橋地域は公的4病院が全部地域医療支援病院になり、合同の委員会を一緒にやっている。今後の方針としてはいいことなので、これに報酬はつけてほしいと述べた。

梶原副会長は、地域医療支援病院のいきさつは、最初、医師会病院を救済するためにできたものだ。二次医療圏に1つずつつくる話になってきて、地域医療支援病院をとったらいろいろ加算がついて地域の中で経営が健全化するとうわさが立ち、逆紹介率とかやりながらとってきたものだ。2025年に共同で連携し機能分化していかないと地域医療が賄えないことがわかった。その中核が地域医療支援病院だ。病院によっては3,000万～1億円プラスになっているところがある。社会資源の原資がなく数も増えてきて、点数はやめたらという話がだんだん出てくる。

厚労省は何でも目標を達したら加算なしになる。地域医療支援病院も機能は残してお金はつかない、その対策を今から見ておいたほうがいと述べた。

神原理事は、静岡地区は診療所と病院の連携が進んでいる。当病院は紹介率は常に80%超で一見さんのな外来患者が抑えられている。地域によって紹介率は低いのに逆紹介ばかり高いところもある。地域によって状況が違うので一律にやるのは問題があると述べた。

藤原常任理事は、当病院は900床の地域中核病院だが地域支援病院はとっていない。結果としてとれたらばいいとしてはきているが、経営の要素には入れていないと述べた。

田中理事は、機能分化のツール、誘導する方法としてはよいやり方だ。当病院もとっている。インセンティブも経営にとって重要だが、それなりにコストも使っていることは理解してもらわないとならない。これを何で医師会が反対するのか理解に苦しむと述べた。

堺会長は、日本病院会の会員が、確かに収入も増えるのもあるが、地域を支える意識、機能分化のインセンティブが高くなることを認識させられたと述べた。

以上で閉会となった。