

日 時 平成26年2月22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、大道 道大 (各副会長)

前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、

福井 次矢、中 佳一、山田 實紘、楠岡 英雄、生野 弘道、小川 嘉誉、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、石井 孝宜 (各監事)

野口 正人 (オブザーバ)

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、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 光一、邊見 公雄、

齊藤 壽一、富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、大道 久、崎原 宏 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、藤原 秀臣、柏戸 正英、池澤 康郎、神原 啓文、松本 隆利、

三浦 修、中川 義信、細木 秀美 (各支部長)

永易 卓(日本病院会 病院経営管理士会 会長)

阿南 誠(日本診療情報管理士会 会長)

米盛 公治、鉄村 信治 (各新規入会員)

総勢56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、新規入会員の米盛公治氏(平成25年9月承認)の挨拶があった後、大道副会長の進行により審議に入った。また、承認事項の審議の間に、同じく新規入会員の鉄村信治氏(平成25年7月承認)の挨拶があった。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会14件〕

- ① 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター(会員名:林清二院長)
- ② 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構広島西医療センター(会員名:奥谷卓也院長)
- ③ 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構福山医療センター(会員名:岩垣博巳院長)
- ④ 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構柳井医療センター(会員名:住元了院長)
- ⑤ 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター(会員名:上岡博院長)
- ⑥ 都道府県・岩手県立釜石病院(会員名:遠藤秀彦院長)
- ⑦ 市町村・箕面市立病院(会員名:田村信司総長)
- ⑧ 医療法人・医療法人社団聖秀会聖光ヶ丘病院(会員名:関根秀夫理事長・病院長)
- ⑨ 医療法人・医療法人沖縄特洲会葉山ハートセンター(会員名:上野秀樹病院長)
- ⑩ 医療法人・医療法人聖真会渭南病院(会員名:溝渕南海郎理事長・院長)
- ⑪ 医療法人・医療法人恒心会おぐら病院(会員名:小倉雅理事長)

⑫社会医療法人・社会医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院（会員名：剣持邦彦病院長）

⑬社会福祉法人・社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院（会員名：及能健一院長）

⑭その他法人・一般財団法人大阪府結核予防会大阪病院（会員名：相良憲幸院長）

〔正会員の退会5件〕

①公益法人・財団法人仁厚医学研究所児島中央病院（会員名：田邊秀幸院長）

②医療法人・医療法人彩樹豊中緑ヶ丘病院（会員名：本間太郎院長）

③医療法人・医療法人甲風会有馬温泉病院（会員名：中川一彦理事長）

④医療法人・医療法人室原会菊南病院（会員名：室原良治院長）

⑤医療法人・医療法人恒心会小倉記念病院（会員名：小倉雅理事長）

〔賛助会員の入会3件〕

① C会員・北海道・社会福祉法人北海道社会事業協会 洞爺病院（代表者：青木茂院長）

② D会員・兵庫県・今井恭子

③ D会員・神奈川県・岩島潤

〔賛助会員の退会2件〕

① B会員・大阪府・株式会社メディカル経営研究センター（代表者：井川研司代表取締役社長）

② D会員・熊本県・加藤泰行

平成26年2月22日現在、正会員 2,383会員

特別会員 218会員

賛助会員 252会員（A会員105、B会員111、C会員3、D会員33）

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼9件）

② 第20回第1種ME技術実力検定試験および講習会（一般社団法人日本生体医工学会）の協賛

② 第10回ヘルシー・ソサエティ賞（ヘルシー・ソサエティ賞事務局）への後援およびロゴ使用

③ 平成26年度「看護の日」及び「看護週間」（厚生労働省）の協賛

④ 第18回日本医業経営コンサルタント学会（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）後援名義使用

⑤ 平成26年春季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力

⑥ 第62回公益社団法人日本医療社会福祉協会全国大会ならびに第34回日本医療社会福祉事業学会（公益社団法人日本医療社会福祉協会）に対する後援

⑦ 「自治体総合フェア2014」（一般社団法人日本経営協会）協賛名義使用

⑧ 「循環器専門ナース研修コース」（公益社団法人臨床心臓病学教育研究会）に対する後援名義使用

⑨ 「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会）に対する後援

（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）

① 委員会・専門部会委員（一般財団法人医療関連サービス振興会）の推薦
中井修常任理事→評価認定制度委員会等の8委員会

木村壮介委員長→倫理綱領委員会等の2委員会

(新規：後援等依頼1件)

- ①認知症シンポジウム「多職種協働による地域支援体制の構築に向けて」(千葉県)開催に係る後援

(新規：委員委嘱等依頼2件)

- ①次世代ヘルスケア産業協議会事業環境WG(経済産業省)に関する委員への就任
堺常雄会長

- ②第18回日本医業経営コンサルタント学会(公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会)
特別顧問就任
梶原優副会長

3. 平成26年度事業計画(案)について

堺会長より、以下の説明があり、承認した。

- ・事業の1、見える化の推進では、今までの「クラウド利用による見える化事業」を「クラウド利用によるデータ共有の検討」と変えた。
- ・事業の2、一般社団法人としての基盤整備のうち事務局組織の見直し・整備・活性化では、医業経営コンサルタント協会とともに業務規定などの規程集を1年かけて変えていく。
- ・事業の3、病院医療の再生では、医療人の育成に専門医制度への取組みを入れた。国際人材の養成にも取り組む。社会保障と税の一体改革は、地域医療ビジョンを策定しての地域包括ケアシステム構築に積極的に関与したい。地域の医師、看護職員等の勤務環境の改善は、日医、四病協で新たなアンケート調査を行い、それを踏まえて提言していきたい。診療報酬体系のあり方に関し、改定の検証として7対1看護基準への対応、消費税8%や診療報酬改定の影響調査を行うが、消費税10%への取組みを検討していきたい。
- ・事業の4、医療の質と安全の取組みでは、QIプロジェクトのほか、治験や国際認証のJCIへの取組みを加えている。委員会か小委員会を立ち上げたい。
- ・平成26年度の学会等は、第64回日本病院学会が7月3・4日に香川で、第40回診療情報管理学会学術大会が9月11・12日に盛岡市で、病院長・幹部職員セミナーは8月2・3日、東京都で開催予定。国際モダンホスピタルショーは7月16～18日に開催、第55回日本人間ドック学会学術大会は9月4・5日、福岡市で開催予定だ。
- ・委員会活動では、新たにMEJ関連の国際医療推進委員会の立ち上げを予定している。

4. WHO2015年の支援事業について

堺会長より、WHO2015年の支援事業の説明があり、承認した。

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

1月16日分8件、2月13日分7件の計15施設の報告を受け、承認した。

(1月16日分：新規1件)

- ①千葉県・医療法人社団ちくま会 メディカルガーデン新浦安

(1月16日分：更新7件)

- ①東京都・社会福祉法人三井記念病院 総合健診センター
②東京都・医療法人財団慈生会 野村病院予防医学センター
③京都府・三菱自動車工業株式会社 パワートレイン製作所 三菱京都病院
④福岡県・医療法人親愛 ステーションクリニック
⑤東京都・学校法人東海大学 東海大学医学部附属八王子病院

- ⑥東京都・医療法人社団永澤滋夫記念会 永沢クリニック
- ⑦大阪府・社会医療法人大道会 帝国ホテルクリニック
(2月13日分：新規3件)
- ①栃木県・指定管理者医療法人財団青葉会 佐野市民病院
- ②福岡県・聖マリア病院 国際保健センター
- ③埼玉県・イーストメディカルクリニック
(2月13日分：更新4件)
- ①愛知県・医療法人山下病院 健診センター
- ②広島県・医療法人厚生堂 長崎病院成人病予防センター
- ③茨城県・株式会社日立製作所 日立総合病院 日立総合健診センター
- ④東京都・医療法人社団同友会 春日クリニック第二

6. 「日本病院会倶楽部」について

日本病院共済会から以下の説明があり、承認した。

- ・日本病院会と共済会とで相談し、日本病院会倶楽部という仮称で会員病院の福利厚生の実施を図る計画をした。ホテル宿泊、パック旅行、レストランやアミューズメントパーク、スポーツクラブ、エステサロン、映画鑑賞等の予約及び特別価格での提供。自動車購入時や車検時の割引、通販会社との提携による特別割引。損害保険や生命保険の団体加入による低価格利用等々で、会員の要望に応じさらにコンテンツを加えていく。
- ・日本病院会にとっては新たな収入源になり、会員病院にとっては人材募集時に差別化が図れ、また定着率の向上につながる。勤務者は、安いお金でいろいろ利用できる。
- ・事前にアンケート調査を行い、2,363病院に対し555病院、23.5%の高い回答があった。利用していない施設が464で、83.6%が利用していない。理由が「存在を知らない」「高いから」ということであるため、かなりいい結果が出るのではないかと。利用料金は1人の負担は月300円で、500円以下のかかなり大きな割引でできる。承認後は個々の病院に説明するなど活動する。

〔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等の開催報告があり、了承した。

(1) 第1回Q I委員会(12月19日)、第2回Q I委員会(2月3日)、Q Iプロジェクト2013 フィードバック説明会・シンポジウム(2月18日)

以下の報告があった。

- ・Q Iプロジェクトに226の病院が参加し、2回の委員会で話し合った結果、雪の影響もある中、2月18日に約190人が参加してフィードバック説明会、シンポジウムを行った。
- ・Q Iのデータの出し方、データに基づいた改善事例を5施設が発表し、意見の交換もした。
- ・プロジェクトには、国家公務員共済会全病院も加わる意向で、来年度は330を超える予想だ。堺会長は、診療報酬改定で診療情報管理加算が30点から100点に上がったが、同じようにQ Iプロジェクトの病院も評価するよう申し入れてあり、次期改定で取り上げたいと述べた。

(2) 第5回医療の安全確保推進委員会(1月8日)

以下の報告があった。

- ・死因究明制度について、厚労省の検討部会でたたき台がつけられ、昨年11月、社会保障審議会医療部会で決定された。自民党に持っていき、医師法21条に触れないのはおかしい、自民

党が知らずに進んでいたもので検討し直すべきと議論があったが、1月末に、2年以内に見直すというただし書きつきで認められた。

- ・2月12日に閣議決定され、5月の国会で、医療法改正の中に医療事故の死因究明制度が組み込まれることが決まった。その後、公示され、医師法21条等を含めて2年以内、平成28年6月には見直しが完了していなければいけない。
- ・ガイドライン作成は、厚労省が音頭をとって動き出している。制度は、院内の事故調が事実をまとめ、外部の専門家が検討し、さらに第三者が見るとというのが基本の考え方だが、診療所、助産所まで含めた法制化なので、経験のないところで院内事故調がまとめるのも、外部の専門家が全ての案件をやるのも大変だという問題がある。
- ・厚労省は、院内の調査委員会に外部委員も支援で参加し、そこに対して第三者機関が評価する2段階の考え方を出して話が進んでいる。ただ、外からの支援と評価とが一緒になって制度自体があやふやなことにならないか、新しい制度で患者側からの申し入れの道がないことも問題となる。何を医療事故として扱うかがガイドラインで決まっていく。
- ・会員に対し、新しい制度への対応をどう考えるかを含めたアンケートをつくっていききたい。

(3) 第7回医療制度委員会(1月8日)、第8回医療制度委員会(2月5日)

以下の報告があった。

- ・日本医師会で練っている医療基本法の文案に当方の提言の反映をしてもらっている。「医療の不確実性」という言葉をそのまま載せるのは無理という話だったが、2月の終わりに最終案ができるとのことで、来月の医療制度委員会で大井顧問に話を聞く予定だ。
- ・病床機能報告と地域医療ビジョンが動き出しているが、地域の特性等が反映されないで県単位でできるのか。ガイドラインの策定ができる前に日本病院会の意見を反映させたほうがいいのではないかと、3月5日の医療制度委員会で伏見医科歯科大教授に話を聞く。

(4) 第5回地域医療委員会(1月10日)

以下の報告があった。

- ・今年の病院学会のオピニオンは、「なぜ地域医療が再生しないのか 医師の偏在を解消する地域医療ビジョンとは」をタイトルに、5人の演者に依頼し、特に医師確保対策について議論していくことにした。
- ・地域医療ビジョンでは、知事の協力要請の明文化と地域医療支援センターの機能の明確化以外は、特に新しい医師確保対策は掲げられておらず、勤務環境の改善で労働基準法の問題等に全く言及されていない。委員会では今年1年間かけて議論して意見を取りまとめ、国へ持って行ってもらいたいと話がまとまった。中小病院委員会、医療制度委員会も含めて意見交換、議論をしたいと考えている。

(5) 病院経営管理士 前期試験・後期スクーリング(1月13~18日、1月20~25日)

報告は資料一読とした。

(6) 第2回感染症対策委員会(1月17日)

以下の報告があった。

- ・感染対策講習会の検討を行った。風疹については、情報発信として日本病院会雑誌、ホームページに、アップデートのデータをこれからも出していく。新型インフルエンザについて、ガイドラインを踏まえた手引として1つにまとめ紹介しやすいものを作成する。
- ・また、ビジネス・コンティニティ・プログラム(BCP)のひな型をつくっている。ホームページに載せており、利用されたい。
- ・特定接種の手挙げをするとデューティが生じるが、もしパンデミックになったら医療機関は皆やらざるを得なくなる。届け出れば、ある程度の確保はできる。医療機関に勤める人たちに優先的にやれるので、職員の安全のためにもよいと思う。

(7) 第3回臨床研修指導医養成講習会(2月8・9日)

講習会は年3回だが、今回は49名参加した。ワークショップ形式で行い、NPOのCOMLの講演で市民メッセージが含まれている等の特色があると報告があった。

(8) 第3回看護職場環境委員会(2月10日)

以下の報告があった。

- ・①看護師の確保対策、②働きやすい職場環境への取組みや離職防止、③夜勤者の確保の3テーマに絞ってやっている。
- ・プリセプターシップによる新人教育をやったり、1年間固定にせずインターンシップでやった等の試みが報告され、離職率が少なくなっている。山形県はナースセンターとハローワークが連携しており、再就職率が経年的に伸びているとのことだ。
- ・委員会としては、離職防止まで含めたアンケート調査を来年度やってみることにした。看護師に多様性のある働き方を認めるようになったが、夜勤者が少なくなると、配慮のため夜勤手当を増すようになってきた。それも問題だという話が出ている。

(9) 第3回ニュース編集委員会(1月17日)

紙面計画として平成26年度は22回発行で、特色ある病院事業紹介やシリーズ連載も企画したい。また、産経新聞プロジェクトの事前の議論を始めたと報告があった。

(10) 第1回産経新聞プロジェクトチーム委員会(1月20日)、第2回産経新聞プロジェクトチーム委員会(2月10日)

以下の報告があった。

- ・昨年11月に産経新聞社から提案された医療キャンペーンを会長副会長会議で検討し、大道副会長を担当副会長として、ニュース編集委員会、広報部で検討することになった。
- ・「地域包括ケアシステム実現に向けた病院の取り組み—日本病院会の挑戦—」というタイトルとし、4回の紙面で4点に絞って掲載する。①堺会長のインタビュー、②地域包括システムとは何か、③医療資源確保として人材育成に日病が取り組んでいるポイント、④ホスピタルショウ、高度先進医療を述べ、健康長寿に貢献している病院の姿を出す。
- ・平成26年4月から約1年間、1ページで、全国版及びウェブサイト「産経health」に掲載。正副会長、各委員長などへのインタビューを主体に構成し、わかりやすさ、簡明さに留意し、図表、グラフ、イラストなども多用する。日病の活動と存在意義をアピールすること、及び日本の医療の実態、病院の担う役割を知ってもらうことをポイントにする。
- ・協賛企業からは何百万という広告料をもらう。50社ほどから6社ほどに絞って選び出す。中常任理事は、地域包括は介護、福祉が多い。日本病院会は公と民が集約されており、ケアとキュアを入れることが大事ではないかと思うがどうかと述べた。藤原常任理事は、地域包括ケアシステムは平成25年度、長期的な今後の行政のキーワードになって、病院の役割がなくては成り立たない。介護、福祉との連携を含めた大きなものだ。読者に日本の医療の方向性での地域包括ケアシステムが何なのかを展開していきたいと述べた。

(11) 第8回医業経営・税制委員会(1月17日)

以下の報告があった。

- ・税制要望は四病協と機を一にしてやる前提なので、委員会はそれに向け見識、知識を高め、維持する役割を持つ。対象を、①第6次医療法改正関連、②税制改正関連、③診療報酬改定関連、④経営関連の4テーマにくくっている。
- ・①で、医療法人会計基準は四病協の委員会で原案が承認され、総合部会に上程される。②で、医療法人税制が今度の医療法改正に盛り込まれる。うまくいくのか検討している。③、消費税対応は後ほど議論する。④の未収金問題は、委員会で3年前に全国調査をやったが、同規模の調査を四病協主体でやって、来月に第1次の集計結果が出る。医師・看護師等紹介業問

題は、委員会で全国調査をやったものを踏まえ、今後、四病協レベルで発言していく。民主党の梅村元参議院議員が非常に関心を持ち、共同の調査活動等の申し出がある。

(12) 第10回雑誌編集委員会（1月28日）

日病雑誌11月号と12月号がようやく追いついてきた。1月の賀詞交歓会に間に合わせるため1月号を先づくりしたための遅れで、御容赦いただきたいと報告があった。

(13) 第4回中小病院委員会（2月8日）

以下の報告があった。

- ・ 2月8日に大分で行ったが、大雪のため堺会長、事務局長は出席できなかった。今泉副会長、梶原副会長が出席した。
- ・ 情報交換会には39施設、100名程度が集まり、熱気があった。「地域・住民に対して病院は何ができるのか？ - ITによる連携 -」として、ITシステムの事例報告があり、また病院会で今やっていることを今泉副会長に話してもらった。
- ・ 第64回日本病院学会（7月3日開催）の担当シンポジウムは、「人材が集まる魅力ある医療・介護分野にするための中小病院のあり方」というテーマで、4人のシンポジストに話してもらおう。アンケート調査結果をそのときに発表する予定だ。

(14) 第2回精神科医療委員会（2月14日）

以下の報告があった。

- ・ 診療報酬改定については、ほぼ通った個別項目が2つ、部分的に通ったのが2つでほとんど無視されたが、ベクトルは正しく、いいのではないかという意見が多かった。抗精神薬の多剤投与を見直そうという動きに対して、効果のない減算項目が載ったりした。先端的な病院には関係がないものだが、載ったことには意味がある。ベクトルは正しいが実情はどうか。今後、厳重に状況を見て、次回改定は本気で取り組もうと思う。
- ・ 香川での第64回日本病院学会のワークショップでは、「精神科リエゾンチームを活用する」として、がん・感染症センター都立駒込病院の赤穂神経科部長が座長を務める。赤穂氏を招き、発表者の構成等も含め話を聞いた。加算の点数が200点、週1回で、看護師の要件は非常に厳しく広がっていった。こういう問題を十分議論したい。
- ・ この4月1日に精神保健福祉法が変わる。精神科への入院に「保護者」は要らなくなり、家族なら誰でもよくなった。私はないと思うが、混乱が生じることが危惧はされている。
- ・ 「特定秘密保護法における適性評価制度に反対する見解」が、日本精神神経学会の理事長名で発出される。医師の守秘義務よりも特定秘密保護法が上回る事項が特定される。医療情報の提供義務が医療の根本原則の守秘義務を破壊するおそれがあることを知ってもらいたい。

(15) 診療情報管理士通信教育 第4回診療情報管理士教育委員会（1月10日）

報告は資料一読とした。

(16) 診療情報管理士通信教育 第7回診療情報管理士認定試験（2月9日）

全国16会場で行われたが、雪のため多くの受験生受験できなかったため、3月2日に再試験日を設けることにしたと報告があった。

(17) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会（1月11日～2月1日）

(18) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会（1月11日～2月1日）

(17)、(18)について、報告は資料一読とした。

(19) 日本診療情報管理学会 第3回生涯教育委員会（1月31日）

以下の報告があった。

- ・ 第70期、第71期の生涯教育の案がほぼ固まりつつある。
- ・ 診療情報管理指導者の認定試験を6月8日に行う。なるべく大勢に診療情報管理指導者になってもらいたく、事業を的確に進めていきたい。

(20) 日本診療情報管理学会 第3回国際疾病分類委員会 (2月1日)

以下の報告があった。

- ・WHO支援では、ICD-10のウェブトレーニングツールを3月完成に向け進めている。
- ・厚労科研は現在、平成25年度、26年度の事業を遂行している。
- ・ICDの改正・改訂ワーキンググループも協力をしながら着実に進めている。
- ・外保連の試案2014年版ができ上がったが、国が取り上げるかは微妙だ。国のKコードに外保連のものを持ち込みたいが、開きが大きい。診療情報管理学会も全面的に支援していく。

(21) 日本診療情報管理学会 国際疾病分類委員会 ICDの向上に関する協力委員との合同会議 (2月1日)

全国のICDの向上に関する協力委員、計21名が集まりディスカッションをした。このとき、厚労省の谷ICD室長が、ICD-10の適用とICD-11のディビジョンについて最もホットなニュースを話したと報告があった。

(22) 福島県病院協会 定期報告 (11月～2月)

以下の報告があった。

- ・先日、災害医療委員会を通して要望していた現金1,000万円が日本病院会福島県支部に振り込まれた。御礼申し上げます。
- ・福島県の現況は、災害関連死が2月21日の報道で1,656人と、直接死1,603人を上回った。宮城県が879人なので、福島県が断然多いことになる。避難生活者は1月1日現在13万9,000人で、最大16万6,000人から2万7,000人しか減っていない。県内に9万人、県外に4万9,000人いる。福島県の医師数は3,685人で、震災前に比べ195人減少し、被災3県で最も多い。病院勤務医数はおよそ2,000人で、23人減だ。
- ・復興庁が、第一原発のある双葉町、大熊町の世帯主を対象に意向調査したが、「戻らないと決めている」回答が6割を超えた。11月4日に石破幹事長が「この地域は住めない」と言うべき時期が必ず来る」と発言し、12日には安倍首相が、①除染、放射線量基準の実質緩和、②帰還しないことを決めた住民への新たな支援策、③廃炉、汚染水対策に国が直接関与していくと述べた。特に②の支援ということだ。12月27日に中間指針の第4次追補が出たが、休止の7病院も含まれる企業に関する補償には触れていない。主には、帰還しないことを決めた住民への補償だ。営業損害、就労不能損害の終期は示せていない。
- ・原発事故損害賠償請求権の時効を排除する特別立法は、申請していない損害に関しては時効が3年で来るということだったが、12月4日に法案が成立して時効がなくなり、請求権消滅時効防止のための申立ては不要となった。
- ・旧緊急時避難準備区域（原発から20～30km圏内）の6病院は、12月初旬に、平成26年1月からの補償内容に営業損害が含まれることが決定された。恐らく2月までは補償される。
- ・福島県病院協会主催で、看護師を対象として浜通り地方病院見学バスツアーを企画している。4回で41名が参加予定。去年は20名参加し4名が就職した。多くの方の就職を期待する。

(23) 第2回病院管理研修会 (2月21日)

以下の報告があった。

- ・日本病院会のセミナールームで、次期診療報酬改定の研修会が行われた。受講者は約200名でほぼ満員。70%が事務系職員、残りが医師と看護師半分ずつで、熱心に聴講していた。
- ・第一部は、今度の診療報酬改定に向けての考え方等が説明された。厚労省、日看協、DPC評価分科会委員の3人が行い、診療報酬の面からだけでなく、在宅医療を含めて自院の機能をしっかりと確認することが重要と受け取れた。
- ・第二部は、実務的な面からで、今回の改定では施設基準で細かい情報が重要であり、院内の各部署が情報を共有して診療報酬を取れる形に持っていくことが重要とのことだった。

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101回診療報酬実務者会議（1月15日）、第102回診療報酬実務者会議（2月19日）

以下の報告があった。

- ・第101回では、中医協の状況が万代常任理事から説明があり、委員から要望が出た。
- ・第102回ではその答申があり、それについて委員から、療養病床の在宅復帰に対する加算が1カ月を超えた患者を対象に在宅復帰率50%は難しいとの指摘があった。
- ・7対1の在宅復帰率、75%では、地域包括ケア病棟とか回復期とかある場合、転倒に関してどう取り扱うか。分母に入れないことになったようだ。
- ・地域包括ケア病棟で60日を超えた場合には、一番安い特別入院料になるとのことだ。
- ・鼠径ヘルニア等の短期滞在手術は、一般病棟であれば請求対象になるが、診療所はどうかと質問があった。
- ・医療看護必要度が変わった。厳しい改定で、どういう結果になるのか委員が不安を述べた。
- ・在宅診療に関しては、同一建物の在宅診療が現在までの4分の1に減らされた。厚労省の在宅療養を推進する立場から問題があるのではないかと意見があった。

(2) 第111回代表者会議（1月30日）

以下の報告があった。

- ・第4回日病協のあり方検討ワーキンググループの報告があった。中医協委員の選出は、実務者会議の互選によって推薦を受けた者を代表者会議で最終決定する。任期は、中医協が定める委員任期上限の3期6年まで継続を可能とするとのことだ。
- ・日病協の新たな議長、副議長については、現副議長の宮崎国立大学附属病院長会議代表が3月に病院長職を退任するため、次年度の議長就任を辞退することになった。議論し、医療法人協会の加納会長代行が議長に、副議長は国立病院機構から選ばれることになった。

3. 中医協について

協議事項の中での報告となり、了承した。

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10回医療保険・診療報酬委員会（1月10日）、第11回医療保険・診療報酬委員会（2月7日）、

後の中医協の説明と重複するので省略すると報告があった。

(2) 第9回医業経営・税制委員会（1月16日）、第10回医業経営・税制委員会（2月20日）

以下の報告があった。

- ・第10回では、日本医薬品卸業連合会から説明の申し出があった。薬品を買うプロセスで損税が発生しているとの誤解を解きたい。原因の1つが、薬価に消費税相当額が織り込まれていることで、さらに買価の調整幅プラス乖離率が値引率になっていると誤解されている。
- ・卸問屋が一緒になり、公取から許可を得て各医療機関へ説明していくとの話だった。

(3) 第2回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（1月22日）

報告は資料一読とした。

(4) 第10回総合部会（1月22日）、平成26年度診療報酬改定率について（2月5日提出）、第8回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（1月22日）

以下の報告があった。

- ・総合部会では、今回の診療報酬改定について四病協として意見を出すべきだと話し合い、2月5日、意見を厚生労働大臣宛てに出している。
- ・四病協の医業経営・税制委員会で、紹介業について日医総研と一緒にアンケート調査をやることになった。今は紹介が成立しなくても手付金50万円とか、報酬が35%という法外な値段を要求してくるとのことだ。状況を把握して、事実を白日のもとにさらしてほしい。

5. 「治験の取り組み状況及び意識調査」集計報告（案）

以下の報告があり、了承した。

- ・先端医療推進機構より依頼のあったアンケート調査を1月10日～31日に行い、359病院から回答があった（回収率15.1%）。
- ・過去3年間に治験を経験しているのは265病院で、かなりの数と言える。
- ・院内IRBのみを利用しているのが170施設、外部が22施設、併用が69施設。外部IRB利用を170病院に質問すると、「利用したい」「条件次第で利用したい」が47病院あった。
- ・受託経験のない94病院に質問すると、「すぐにでも治験受託をしたい」「今後、環境を整えば治験受託をしたい」が51病院あった。外部IRBに興味のある病院がかなりあるようだ。
- ・調査を踏まえて、実際、具体的に何ができるか、問題点などについて、末永副会長を中心に今後の対応を検討していきたい。

6. 3月15日開催の理事会・社員総会について

堺会長より、第4回定期理事会及び社員総会が開催される。理事会は委任状による議決権を行使できない。ぜひ過半数の出席を確保したいのでよろしく願うと報告があり、了承した。

7. 平成25年度診療報酬等に関する定期調査報告書（案）

以下の報告があり、了承した。

- ・宮崎常任理事の報告は、これまでは診療報酬改定年度に影響度を調査していたが、その間に各施設でいろいろな対応がされるので、その間も調査しようとなった。平成24年度と25年度の6月、1カ月間の診療報酬の収益、件数、延べ患者数等を調べた。全会員2,370病院にウェブ調査を依頼して、820病院から回答があり、うち711病院が有効回答となった。
- ・概要について報告すると、約6割の病院が入院・外来収益全体で増収となっており、率も1.5%程度だった。外来患者が全病院類型で減少しているが、単価が増えて、診療収益は増収だ。単価の低い患者の病院離れが進んでいるのではないかと思う。
- ・今回も小規模病院には厳しい状況が続いているようだ。前は病院規模が大きいほど経営がよかったが、今回は300～400床の中規模のところ頑張っている。中規模病院は対応が少し遅れるが、1年ぐらいの間に整備して収益増につなげているのではないか。
- ・調査は平成26年度も6月に行う予定だ。ただ、今回は激変緩和の経過措置が非常に多いので、すぐに影響度が出るかどうか分からない。半年後あるいは1年後の経過措置が終わった時点、平成27年度でも調べると正確にわかるのではないか。
- ・永易病院経営管理士会会長からの個別の報告では、前回の調査と異なる内容について掘り下げて見てみたものとして、7対1入院基本料、DPC医療機関群ごと、診療収益が増減したことによる影響、これを区分集計し前回調査と比較した。
- ・全体をまとめてみると、前回の前年比と今回の前年比を比べ、今回が前を上回っている結果だ。診療収益及び診療単価について、入院＋外来収益については57.5%の病院が増収、そのうち入院、外来ともに増収の病院は31.4%。外来の減収を入院で補った病院が22.2%だ。

前回の病床規模別でマイナス幅最大の100床未満の病院はわずかにプラスへ転換し、唯一マイナスだった入院収益も、マイナス1.23%から1.88%へとプラスに転じた。中小病院は不利な診療報酬改定が続いているが、この1年間の経営努力の跡がうかがえる。

- ・入院収益は59.2%の病院が増収となり、前回は大きく上回った。伸びが目立つのは400床以上500床未満のプラス4.19で、外来収益は200床未満の病院が引き続き減収、300床～500床未満の病院で減収から増収へ転じ、増収傾向はおおむね病床数に比例している。
- ・1人1日当たりの診療単価は、入院単価増となった病院が約60%、外来は77%という高い割合を示している。100床未満の病院の入院単価は、全回答病院では単価増だが、DPC対象病院、7対1算定病院は単価減となり、特に急性を担う中小病院の現状は非常に厳しいことが続いている。
- ・延患者数には、前年に引き続き入院は前年より微増だが、外来が前年に引き続き大幅に減少傾向が進んでいる。外来収益減となった病院群の特徴は、延患者数が全て5%を超える減少となっている。外来患者数の減少傾向に対し外来単価増、入院収益を増加させ、57%を超える病院が増収となった。病院の経営努力の成果によるものが大きい。
- ・外来患者減の要因は、多くの病院が入院を中心とした運営に切りかえ始めている結果ともうかがえ、外来縮小化の取組みをさらに把握することが今後の調査の課題になる。
- ・7対1はほぼ全体と同様の結果を示しており、全区分で増収あるいは400床以上500病院では増収の割合が最も高い。200床未満の入院+外来収益、あるいは入院収益が全回答病院の同規模病院の平均値を下回っている。急性期を担う中小病院の厳しい現状がうかがえる。
- ・DPC/PDPSについても、全体711病院中463病院がDPC対象病院であるということで、I群、II群は平均値を上回っているが、III群は平均値を若干下回っており、これはさまざまな医療機能や規模の病院が含まれている結果のあらわれと思う。

8. ライオンズクラブ国際協会からの福島県への災害追加支援について

以下の報告があり、了承した。

- ・山田常任理事がライオンズクラブ国際協会と交渉し、東北被災3県に対して医療支援が実現し、総計4億9,700万円の多額の援助をもらった。日本病院会では災害対策特別委員会が窓口となり整備計画等を実施してきた。
- ・福島県は、福島第一原発による事故の影響として県内の子供たちを対象とした甲状腺検査をしたい意向があった。今回そのため、ライオンズクラブ国際協会からさらに1,000万円の追加支援があり、2月13日、福島県庁で甲状腺超音波画像診断装置の贈呈式が行われた。

9. 内保連からの診療報酬評価に関する提案について

以下の報告があり、了承した。

- ・外保連では試案という形で、毎年適切な手術の点数などを提案してきた。内保連ではそうした活動ができないでいたが、平成26年度改定を目指して試案をまとめようとなった。
- ・非常に重篤な疾患で診療報酬に診療内容が反映されていない疾患を加盟121学会から挙げ、委員会で厳選して28疾病を選び出した。各領域の専門医755名にアンケートをとってその評価を求め、診療上の負荷と患者への貢献の2つの視点でランキングをまとめた。
- ・平成26年度の改定に向けDPCのII群病院の要件にこの28疾患の診療実態を反映させようという試みだ。月間の症例数や100床当たりの症例数、症例割合をII群病院の要件に入れてもらおうというのが差し当たって内保連としての目標となる。
- ・例えば、I群病院の下限をカットオフポイントとして見ると、内保連の試案ではII群病院でも30%は外れ、III群病院でも17%は拾い上げられてくる。

〔協議事項〕

1. 診療報酬改定について

堺会長は、診療報酬は既に短冊が出ているが、万代常任理事より説明いただきたいと述べた。万代常任理事は、中医協報告として次のように説明した。

- 平成26年度診療報酬改定の基本方針として、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等を重点として診療報酬の改定を行う。今後もこれが進められると考える。
- 入院医療の病床の機能分化について。高度・急性期をより急性期らしくすることと、病床の機能分化を促進するという。ここに地域包括ケア病棟の評価として、亜急性から名前が変わった機能を持った病棟が入る形になる。それから、長期療養を担当する病棟がある。
- 入院医療について（在宅復帰の促進）では、長期療養の患者も一定程度、在宅復帰率を目指すものについて評価する。高度急性期も在宅復帰率75%以上という形で、在宅復帰支援型の老健等に限り行ったときに評価されることになる。
- 外来医療の機能分化・連携の推進については、主治医機能の評価が新たに設けられ、患者がアクセスしやすい中小病院、診療所の2つに地域包括ケアの外来部門機能として主治医機能を持たせる方向性だ。
- 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見で、個々の改定点数のほかに、附帯意見も答申に盛り込まれている。初再診料、時間外対応加算等について引き続き検討することというのは、日医側の強い要望で先頭になった。また、今回の改定にかかわる状況の調査、検証をして次へつなげることが書かれている。
- そのうち「在宅自己注射使指導管理料の在り方」については「検証」とはしていない。回数で点数が段階づけされているが、次の28年改定で違う基準への検討、変更がありそうだ。
- 夜勤の月平均時間72時間要件を満たさない場合について、今回、13対1、15対1で緩和されたが、引き続き検討することになっている。
- 重点課題の1、入院医療については、高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化というので、現行の「重症度」「看護必要度」を「医療必要度」「看護必要度」と名前を改め、血圧測定とか時間尿測定を削除する。それによって、3割弱の病院が7対1の基準を満たせないことになる。必要度の割合や平均在院日数については今回は変更していないが、9月30日までは経過措置で現状を引き続き維持し、1割程度の変動期間が3カ月間許されることになる。
- 在宅復帰率の対象となる機関は、自宅のほか、地域包括ケアで入院料を算定している病棟や、50%以上の在宅復帰率を達成している療養病棟、限定された老健への転院が対象となる。結構厳しいのではないかと考える。
- 高度急性期を担う病床により合致した病院は高い点数をつける。ICU加算を新しくし、50%程度のかかなり高い点数をつける。施設基準として、専門医2名以上、臨床工学技士が24時間病院内にいて、かなりの広さも必要になる。厳しくした基準で算定できる病棟は4分の1から半分程度になる。新ICUの基準を満たせない医療機関は、ハイケアユニットの1に行くか、満たせなければ7対1にまで落ちることになるという図式だ。
- 長期療養の受け皿の確保として、慢性維持の透析は長期療養で引き受けてくれという流れだ。包括化されている注射等は、加算として1,000円差し上げる形になる。
- 在宅復帰機能強化加算は、7対1からの在宅復帰率の対象となる病棟で、これを算定している病棟でないと復帰率の計算の中に入れられない。実際には、その算定要件の在宅に退院した患者50%というのは厳しく、加算を取れないという話を聞いた。
- 亜急性期から名が変わって地域包括ケア病棟入院料となったが、入院医療管理料は、200床

以下の1病棟については病室単位とする。うち1は、在宅復帰率7割と病室面積が6.4平米の2要件を満たすこと。満たしていないと2となり500点なので、かなり点数は下がる。看護配置は13対1だが、専従の理学療法士を置く必要がある。届け出は3カ月に1度変更できる。一定程度重症の患者さんを入れることが要件となる。

- ・重点課題の2、外来医療の機能分化では、地域包括診療料が算定される対象が200床未満の病院となる。算定要件が結構厳しく、指定の病気のうち2つ以上持っていること、担当医を決めた上、療養上の指導や服薬を一括管理をすること、24時間対応のほか、救急病院であること、新たな地域包括ケアの入院料を算定していること、在支病であることとある。点数が高いが、かなり取りにくい。2年で余り取れないなら、要件の緩和を主張したい。
- ・重点課題の3、在宅医療では、機能強化型の在支診、在支病についての要件として看取りが倍の件数になるなど実績が必要となる。200床以上500床未満の病院について在宅からの急患の病床になってくるということで、点数がつけられている。
- ・在宅医療の適正化ということで、同一建物に複数行った場合は4分の1の減額となった。
- ・その他、がん患者の指導管理料は、これまでがん患者カウンセリング料とだけしていたものが、医師と看護師あるいは薬剤師が協力することで複数回に算定できるよう設けられた。
- ・精神疾患では、精神科の救急治療病棟について医師の配置加算がつく。要件は、精神保健指定医ではなくて、専任の常勤の精神科医でいいとなった。多職種チームによって在宅医療に関する地域移行を推進した場合に評価し点数がつく。
- ・認知症対策では、早期に認知症に対応するとして、期間を短くした上で点数を高くした。
- ・救急医療管理加算では、加算2が新しく設けられ、算定要件が見直され、患者の状態によって今までの半額となるので、病院によって大幅な減収になると思われる。
- ・リハビリテーションでは、急性期で積極的にリハビリテーションをやることを評価して点数がつくが、疾患別リハは算定できない。入院から引き続き外来に移行しても、一定程度の疾病はリハで取れるようになった。廃用症候群として高額の点数の算定は大幅に減額された。疾患別リハは、少しずつ点数を上げた。回復期リハの休日加算は要件を必須化し包括された。
- ・胃瘻は、回復の見込みがあることを加味した上で改定された。
- ・DPCは、平成30年に向け調整係数がなくなり、今回は50%の置き換えになるが、減額変動が大きくなる形を保険診療指数、後発医薬品指数等の係数が設定される。新設の後発医薬品指数は、後発医薬品の使用について全病院群でその病院の使用割合がどの程度かによって指数が決まる形だ。入院通算が3日から7日に延びるなど算定ルールも見直しされる。
- ・診療録管理体制加算1（入院初日）は100点になり少し上がる。
- ・医療従事者の負担を軽減する取組みで、現行の休日・時間外・深夜加算は、点数1,000点のものについては倍にし、従来の加算については加算2とする。その施設基準では、予定手術前の当直（緊急呼び出し当番を含む）の免除を年12回実施していること。ほかに交代勤務制、時間外・休日・深夜の手当の支給、チーム制のいずれかを実施している等がある。医師事務作業補助について補助体制加算1が新しく加わった。
- ・消費税8%への引上げに伴う対応としては、診療報酬に乗せた形で控除対象外消費税を見ることになった。

堺会長は、万代常任理事の説明に対し、出席者に発言を求めた。

村上顧問は、紹介率40%か逆紹介率が30%ない500床以上の病院は3カ月以上の投薬は6割にすると決められてしまったが、地方の小都市の病院への配慮が全くされていない。紹介状のない患者は断ることも考えねばならないが、この辺は問題にならなかったのかと尋ねた。

万代常任理事は、そのように主張した。地域にそういう状況の病院があることは厚労省も十分承知していると思う。地域の中核病院は専門外来、一般外来は診療所というやり方を全国

に広げようと導入したのだと思う。そこはまた強く申し入れたいと述べた。

土井常任理事は、地域包括ケア病棟入院料は200床以下の病院が対象になるのかと尋ねた。

万代常任理事は、病床数は限らない。限ってあるのは入院医療管理料のほうだ。管理料の算定は、200床未満の病院が1病棟に限って病室単位だ。「病棟入院料」と言えないので「地域包括ケア入院医療管理料」の名で取ってくれという意味だと答えた。

土井常任理事は、今までは回復期リハビリテーション等に患者が流れていたが、今度は大病院でこういうものができる中、中小病院がかなり圧迫される気がするかどうかと尋ねた。

万代常任理事は、回復期リハを取っていたところがこちらをやるのなら圧迫にならないと思う。7対1をとにかく減らそうとしているが、走らせてみないとわからない部分がある。頑張っても7対1に残るところ、10対1に移るところも出ると思うと述べた。また、7対1の在宅復帰率の対象となる病院も、7対1の病棟から老健に行ったとき復帰の割合に含まれるのか、特定の関係のある施設だからだめとなるのかどうか。細かいところは要望をもらえれば、まだ影響もあると思う。意見をいただければ出したいと述べた。

大道副会長は、地域包括ケア病棟に7対1から行ったらもう戻れないという話は本当か。療養病棟から地域包括ケア病棟へ行って、そこから7対1へ行くのはまずいのではないか。一旦そちらに入ったらだめだということはないのかと尋ねた。

万代常任理事は、すぐには7対1に算定できないとどこかに書いてあったが、後ほど調べて答えたいと述べた。

相澤副会長は、短期滞在手術基本料は7対1でも10対1でも同じ点数になるとすると、この患者を看護必要度、医療度、重症度に入れてカウントしたらおかしな話になるのではないか。これに関して何か見解は出ているか。ぜひ外すようお願いしたいと述べた。

万代常任理事は、今のところそこは出ていないと思う。外さないとおかしいと述べた。

中常任理事は、地域包括というのは、病棟によっては5対1や7対1ぎりぎりのところがある。とても移るのは難しいが、今後7対1以上に考えるところはあるのかと尋ねた。

万代常任理事は、将来的に2025年に向けては人員を倍とか3倍に、点数も8万点から10万点の高度急性期を作る工程表がある。一定程度そちらの方向に向かうところについては、5対1等を作る可能性はあると思うと述べた。

相澤副会長は、新しくHCUで看護配置5対1ができた。重症度をこれまでのHCUより下げて、大変な人を診るならそちらへ行ってくれというサインのように感じると述べた。

堺会長は、7対1や72時間について日看協からの意見を求めた。

菊池令子氏（坂本参与・代理）は、今回の改定で訪問看護など評価された部分はあるが、実際に医療・看護必要度の縛りが結構きつくなっている。それぞれのところの在宅復帰の条件も加わっており、かなり業務密度が濃くなっていく。勤務条件の負担軽減は、夜勤の補助者の部分しかついていない。今後どうなっていくのか心配していると述べた。

堺会長は、中島常任理事に対し、総合入院体制加算の1でかなり厳しくなって精神科病棟がある。現状の病院で精神科病棟を作るのは、マンパワーもかなり厳しいのではないかと尋ねた。

中島常任理事は、非常に少ない。表面的には精神科を評価したように見えるが、実際はそういう病院は増えないのではないかと述べた。

塩谷常任理事は、医療従事者の負担を軽減する取組みの評価で、施設基準に、時間外・休日・深夜の医師の手当を支給していることとなっている。労働基準法から言えば当たり前だが、厚労省は支給していない病院がたくさんあるという認識なのか。また、チーム制で、緊急呼出し当番をルール化するようにある。病院がオンコール体制を敷いた時間は労働時間と見なし時間外勤務手当を払うことになる。同じ厚労省の中で矛盾することになるのではないかと述べた。

万代常任理事は、例えば深夜時間については割増しを当然払っており、それプラス、患者が来て診療したとき、緊急呼出し等の体制を敷いているときには、さらに手当を払ってくれという意味だ。大きな病院で、チーム制で緊急呼出しのオンコール当番をしている実績があればそれでもいいという要件だ。これをしろということではないと述べた。

塩谷常任理事は、手当を支給しているのが条件なのは、支給していない状況が全国の病院で見られると厚労省が認定しているのではないか。労働基準法では必ず払いなさいとなっている。地域医療委員会としてずっと言ってきた制度の矛盾をちゃんと解決しないまま、その場その場で御都合主義でやる一つの表現形みたいにしてしまう。そこは言ってもらいたいと述べた。

万代常任理事 よくわかった。元労働省と厚生省と意見の調整ができないみたいなどころはあると述べた。

松本支部長は、地域包括ケア病床を作るのに実績はどのぐらい要るのか。7対1や亜急性からの移行、あるいは全く新設で増床で作れる実績期間はどうかと尋ねた。

万代常任理事は、半年だと思うと答えた。また、先ほどの大道副会長の質問は、短冊では明確な書き方はしていない。施設基準として、今現在10対1、13対1、15対1の入院基本料を届けている病院で、地域包括ケア病棟入院料を届けている病院では7対1はだめとは書いてある。どのような考えか聞いておくと述べた。

末永副会長は、自院で実際に加算になるものは極めて少ない。ジェネリックの機能評価係数2とか、緩和ケアでの手当とか幾つかで、これと外来とかの微々たるもので1.236を満たすのはとてもとてもできない。今度、6月ぐらいい対前年度比較をやるが、それでは消費税は全然出てこない。どんどん社会保障費を減額する印象があるので、そういうデータをきちんと提出して、こんなに傷ついてしまったと訴えていく必要があると述べた。

中村支部長は、ICUもだが、20平米とかいうことで最後はハードで来る。HCUも作りたがハードを変えなければいけない。20平米では患者さんをワッと出さなければいけないことになる。ハードで来られるとつらいと述べた。

小川常任理事は、7対1を減らそうということで重症度、看護必要度、医療必要度が加わったのに、呼吸と血圧測定が項目が減った。今回はAとBとで15%だが、これは本当の意味で医療必要度を見ているのか。また、例えばこれが20%等になったらもっと7対1が減ると思う。そういう動きはどの辺までいっているのかと尋ねた。

万代常任理事は、今回の重症度、必要度については、A項目もB項目も変えるという議論だった。血圧測定については、最初のデータでは余り注目されていなかったが、途中から血圧測定を外すという議論が突然出てきた。さらに、新しい重症度、医療・看護必要度については最後のほうで出てきて、議論というような議論は余りしていないと述べた。

小川常任理事は、そういう議論をせずに勝手に10%、15%と、これだけやったら数がこれだけ減るといった論議はおかしい。根拠を持ってやってほしいと述べた。

万代常任理事は、医療課を代弁するなら、ワイングラスと弾頭の形はもう24年改定の時から示しており、かつ、18万床にすると書いてある。方向性としてはもう既に言っているというのが課長の主張だと述べた。

末永副会長は、18万床にするのは厚労省の絶対的な思いがある。すると、必要度とか何かもどのようにもできると思うが、病院団体のほうが重症度とは何かについて提言できていなかったのもある。今回の変更だけでなく、さらにそれ以上に減らす力が加わってくると思うので、どれだけ人手がかかっているか病院団体のほうから提言していくことがないと、それこそ20%の必要度とかの形になってしまう。反省材料として我々も考えなくてはいけないと述べた。

万代常任理事は、今回、余り反論できない形で基準が設定され、かつ、療養とか長期の、慢性期と比較した項目でそちらに多い項目を外せばこうなるという形で示され、それは急性期の

項目だと言えなくなってしまった。今回の医務課は賢いと思った。ただ、総会の場合では、ある程度急性期の病状を切り分けることができるデータを示し得たことは知っていたので、看護必要度だけが急性期の病状を表すものでなく、こういった方法もあるとは言った。医療課からは、看護必要度だけでなく違うものを考えてくれというなら、何かいいアイデアがあるのかと言われてしまった。病院団体として、こういうものが急性期の病状をあらわすから、そちらでやればみんな納得いく急性期の診療報酬をもらえる形になると提言していく必要があると思うと述べた。

小川常任理事は、急性期は、やはり医者への負担度だって実際はある。せつかく医療必要度という言葉を入れて、逆に抜いてしまっているのは理解できないと述べた。

中島常任理事は、精神病床の機能分化のところで、精神科急性期医師配置加算で16対1の世界がやっとできた。ベクトルはいい。施設基準の中に、新規入院患者の6割以上が入院日から起算して3カ月以内に退院とある。こんな数字はない、9割以上にしないとだめだ。時間外・休日・深夜の入院件数が年8件以上と。こんなものは救急でも何でもなし。桁が2つ違う。時間外・休日20件以上もそうだ。普通のちゃんと救急をやっている病院の実態だ。

堺会長は、今回の診療報酬改定で厚労省はとにかく大命題があって、どういう条件でどれだけ減らせるかがメインだと思う。今回は間に合わなかったが、やはり病院団体としてどういう提言ができるかは非常に大きな課題だ。また日病あるいは四病協の中で議論し、適正なものを提言できないかと思うと述べた。

邊見参与は、やはりマイナス1.26が全てだと思う。減算ばかりで嫌になる。地方の視点がない。地方では機能分化したくてもできない。自分のところで全部の病棟を作っていく以外、紹介できない。地域の医療圏に開業医がない。逆紹介も何もできない。医療度というのはチーム医療の全員の数だと思う。医師の数を全く無視して医療度などと言っている国はない。しかし、ある団体が非常に反対するので医師の数は言えない。このようなことで診療報酬を決めていっても、いつもだめだろうと思う。最後はもう、総会で全部やって、最後の個々の点数は事務が全部決めて、割合も決めて短冊も決める。最後の算定要件、施設基準になったら、これはもう完全に財務ベースで決めてしまう。エビデンスベースの診療報酬ではなく、エコノミーベースの診療報酬だと述べた。

以上で閉会となった。