

日時 平成26年12月13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、大道 道大（各副会長）

藤原 秀臣、中村 利孝、高木 誠、万代 恭嗣、中嶋 昭、中 佳一、山田 實紘、

楠岡 英雄、小川 嘉誉、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、宮崎 忠昭

（各顧問）

坂本 すが、松田 朗、権丈 善一、齊藤 壽一、高橋 正彦、富田 博樹

（各参与）

木村 壯介、望月 泉、原 義人、松本 純夫、崎原 宏（各委員長）

中村 博彦、堀江 孝至、毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、中川 義信、

細木 秀美、福井 洋（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）

野口 正人（オブザーバー）

加藤 博孝（新規入会病院 岩手県立磐井病院 院長）

及川 忠人（新規入会病院 一般財団法人みちのく愛隣協会東八幡平病院 院長）

総勢47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2会員の紹介と挨拶があった。その後、岡留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11月22日～12月8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2件〕

① 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構浜田医療センター（会員名：石黒眞吾院長）

② 共済及連合・国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院（会員名：熊田博光院長）

〔賛助会員の入会1件〕

① A会員・リード エグジビション ジャパン株式会社（代表者：石積忠夫代表取締役）

紹介者：堺会長

平成26年12月13日現在 正会員 2,408会員

特別会員 204会員

賛助会員 255会員（A会員104、B会員116、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：後援等依頼1件）

- ①第57回全日本病院学会in北海道（第57回全日本病院学会in北海道）の後援
（継続：委員等委嘱依頼1件）
- ①高齢者や障がい者に適した火災警報装置に関する検討部会員（消防庁予防課）の委嘱
就任者：有賀委員長（再任）
（継続：寄付依頼1件）
- ①「医療政策教育・研究ユニット」2015年度（東京大学公共政策大学院）のための寄付依頼
（新規：後援等依頼2件）
- ①「メディカル ジャパン 2015 大阪」（リード エグジビション ジャパン株式会社）の後援
- ②「第2回国際HPHネットワークセミナー in Japan」（国際HPHネットワーク・全日本民主医療機関連合会）の後援および国際HPHネットワーク日本支部発足についての指導・協力依頼
（新規：共催依頼1件）
- ①顕彰プログラム「山頂の輝き賞（仮称）」（ロイ・ファウチ事務所）の共催
（新規：委員等推薦依頼1件）
- ①「医療ガス設備等安全確保に係る問題検討委員会」委員（公益財団法人医療機器センター）の推薦

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

岡留副会長から報告を受けて審議し、下記施設を承認した。

（更新4件）

- ①長野県・社会医療法人財団滋泉会 相澤健康センター
- ②大阪府・日本赤十字社 大阪赤十字病院 健診センター
- ③大阪府・宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院
- ④神奈川県・一般財団法人 神奈川県警友会 けいゆう病院

〔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等があり、了承した。

（1）第2回臨床研修指導医養成講習会（11月15日・16日）

末永副会長より、前日から泊まり込みで講義内容を検討するなど、毎回進化している会だが、無事終了したと報告があった。

（2）病院中堅職員育成研修第6回「薬剤部門管理」コース（11月28日・29日）

末永副会長より、終了したと報告があった。

（3）感染制御講習会第2クール（11月29日・30日）

末永副会長より、349人の多くの出席があり終了したと報告があった。

（4）第3回QI委員会（12月2日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・QIプロジェクトは、今まで25指標だったが、尿路カテーテル留置患者の尿路感染症発生率、ガイドラインに準拠した予防的抗菌薬投与、急性心筋梗塞患者の病院到達後90分以内の初回PCI等の5項目を増やし、30項目にする。病院の新規加入に向け再度案内する。
- ・来年2月にQIプロジェクトをテーマに日本病院会のシンポジウムを予定している。
- ・アンケート等から、慢性期病院や精神病院のインディケーターについて検討している。

（5）医療安全管理者養成講習会第3クール（12月5日・6日）

末永副会長より、小規模病院から大規模病院まで看護師をはじめ多職種にわたって参加があ

り終了したと報告があった。

(6) 第8回雑誌編集委員会 (11月25日)

原委員長より、以下の報告があった。

- ・12月号は、今年の日本病院学会の特別講演とシンポジウム2を掲載する。
- ・1月号は、堺会長、梶原副会長、中井常任理事による新春座談会「地域医療ビジョンに望む」、今年の日本病院学会のオピニオンを掲載する。
- ・2月号は、今年の日本病院学会のシンポジウム4「認知症と高次機能障害」、優秀優良演題10題を掲載する。

(7) 第2回倫理委員会 (11月28日)

松本委員長より、以下の報告があった。

- ・オブザーバーとして、公証人の立場から前田教授（甲南大学法科大学院）、町野名誉教授（上智大学生命倫理研究所）の説明を受けた。
 - ・前田教授からは、囑託人の真意と精神の健全な状態が前提なので、認知症やがんの末期の状態で作成できるかとの問題が指摘された。患者の状態が悪くなった場合等に、尊厳死宣言公正証書を作成することは可能だが、公証人を証書証人とすると1時間1万1,000円かかるとのことだ。病院で導入するには費用負担を含めて検討が必要だ。
 - ・町野名誉教授からは、2004年の道立羽幌病院事件以来、警察が介入してきた経緯と、法律上の問題点を聞いた。日本の医療は、疑わしい場合はやることがよいとされるが、外国では食べられなくなれば死ぬとしていて概念が違う。若い医師が、患者をDNR（蘇生措置拒否）として心臓マッサージをしないとき、不開始は中止と同じなので医療と法律との乖離があり、議論すべきだ。議員連盟法案は、患者の延命治療不開始希望の書面があれば医療者は免責となるとしているが不完全であり、厚労省が法案を出すべきとの意見だった。
 - ・2月末までに会長・副会長会議に結論を提出したい。次回は、がんや認知症、神経難病等の病態に合わせた延命治療の是非について説明を受け、意見をまとめていきたい。
- 堺会長は、議員立法が出そうになって心配したが、出なかった。医療現場は意外に関心がない。病院団体としては、倫理委員会で議論をしてもらい、啓発や、必要なら厚労省への提言等もやっていく必要があると思ひ、難しい問題に正面から取り組んでもらっていると述べた。

(8) 第17回医療制度委員会 (12月3日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想（ビジョン）の策定に関して、11月に要望を各都道府県の知事や実務担当者に直接手渡すことをした。その対応がどうだったか状況を把握したいとなったが、次のような意見が出たとして、委員会出席者に発言を求めた。
 - ・中常任理事は、こういうことを調べること自体、意味がないと思うと述べた。
 - ・今泉副会長は、地域医療委員会で要望を出しただけで終わってはいけないとの話になって医療制度委員会に提案したが、反応の具合を把握するやり方が難しく、中井委員長が検討しているが現実にはなかなか難しいと考えると述べた。
 - ・病床機能報告の緊急アンケート調査については、相澤副会長に発言を求めた。
 - ・相澤副会長は、厚労省の思惑は、高度急性期、急性期を出すことにかこつけて病院のデータを全部吸い上げ医療の内容を丸裸にしようということだ。報告の仕方は病院に任されており、厚労省の真意は違うところにあるのではないかと発言したと述べた。
 - ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会については、協議の場を取り仕切る各都道府県の医療審議会が追認会議になっている。審議会の下のワーキンググループ、作業部会等に病院代表を入れ討論していくことをしてはどうかとの意見が出たとして、発言を求めた。
- 梶原副会長は、千葉県のを挙げ、医療審議会の下に地域医療計画部会があって、その下に

作業部会ができるはずだ。そこに病院団体を加入させるよう、もう一回ねじ込まないといけない。他の都道府県ではそうっていないのでぜひお願いしたいと述べた。

(9) 第3回看護職場環境委員会 (12月4日)

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・電子ジャーナルコンテンツについて、会員単独でなく日病で一括契約をすれば80～90%オフで行うとの提案が出版各社からあった。実際に4社のプレゼンとデモを実施し、利用頻度が高いことが予想される看護職の看護部長等も出席し、検討を行った。
- ・各病院の現状から共通課題の抽出、課題への取り組み状況のアンケート調査を予定しているが、看護業務に関する役割分担の状況変化把握のため、外来、病棟、手術室、透析室、内視鏡室の5つの部署で5年前と比べ現状がどうかを調べたい。聖隷浜松病院、小牧市民病院等から提出の資料の検討を行い、アンケート項目を決める。
- ・他は、資料を一読願いたい。

(10) 第3回社会保険診療報酬委員会 (12月5日)

万代委員長より、内容の取りまとめ中なので次回報告としたいと報告があった。

(11) 第1回国際医療推進委員会 (12月10日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・前会長である山本顧問が理事長を務めるMEJ (Medical Excellence JAPAN) について日本病院会が全面的にバックアップするとともに、今後の日本で医療の国際展開は必須として委員会を設置した。
- ・現状の把握のため、国外での医療展開、国内への外国患者受け入れ、国内在住患者の医療について調査することになった。協力願いたい。
- ・日病だけでなく、オールジャパンとして日本病院団体協議会にも声をかけることを検討していく。

山本顧問は、国際展開を続けていくには医師の協力が必要だが、個々の医師の協力には限界がある。MEJとしても医師、医療機関、医療団体に安心して協力してもらえる環境整備をするためにも現状を知ることから始めたいということだと述べた。

堺会長は、日本の医療が厳しい状況で国際展開もないだろうとの意見もある。しかし、海外では、高齢社会の中で国民皆保険制度により比較的安いコストでいい成績を上げている日本を評価し興味を持つ人は多い。内向きだけでなく外について意見を出す必要がある。20年もすれば日本に患者はいなくなる。高度な機能を海外に対して展開し世界の健康のために貢献する方策もある。日本病院会の唱える医療の質と経営の質は両輪との実践になる。MEJの活動について会員の理解、協力をお願いしたいと述べた。

中村支部長は、昔、東京都は外国人が行き倒れたときは無料でやっていたが、それはどうなったかと尋ねた。

木村委員長は、定住者でなく、その地域の旅行者に何か起きたときは行政が面倒を見るという法律は生きていると思うと述べた。

(12) 診療情報管理士通信教育 第3回診療情報管理士教育委員会 (12月6日)

(13) 診療情報管理士通信教育 全国一斉講師会 (12月6日)

(14) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (11月15日～29日)

(15) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (11月18日～23日)

(16) 診療情報管理士通信教育 基礎課程勉強会 (9月25日～11月15日)

(17) 診療情報管理士通信教育 平成26年度前期スクーリング (8月22日～11月30日)

(12)～(17)について、報告は資料一読とした。

(18) 日本診療情報管理学会 第2回編集委員会 (11月26日)

大井顧問より、学会誌「診療情報管理」3巻、4巻の編集を打ち合わせた。COI（利益相反）について診療情報管理学会として細かいことが決まったため、呼応する形で編集でも媒体や原稿の返却等についてCOIの意見を取り入れていくことが決まったと報告があった。

(19) 日本診療情報管理学会 第5回倫理委員会（12月4日）

大井顧問より、9月の診療情報管理学会理事会で決定したCOIについて、Q&Aをつくって細かいことを補足する形で議論を開始した。たくさんのQ&Aをまとめて理事会に提出し、学会で審議して、日本診療情報管理学会として公表することが決定したと報告があった。

(20) 日本診療情報管理学会 第3回生涯教育委員会（12月5日）

大井顧問より、生涯教育研修会についての企画案を検討している。第76回は近畿ブロック、兵庫県で、第77回は北海道で行われる。第78回から第81回についても協議した。関与される理事の方等はよろしく願うと報告があった。

(21) 平成26年度診療報酬等に関する定期調査

永易病院経営管理士会会長より、結果報告書について報告があった。

- ・平成25年6月、26年6月の月別の診療収益、1人1日当たりの診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益等の前年比を集計している。回答735病院、回答率は30.6%、有効回答は688病院だった。事務局の努力等もあって有効回答率が93.6%と非常に高くなった。
- ・平成26年度診療報酬改定の影響を見ると、診療収益では63.5%の病院が増収、診療単価では入院、外来とも70%を超える病院が増加した。しかし、入院延患者数、病床利用率はほぼ全ての区分で減少が見られた。医業損益では62.8%の病院が減益で、赤字病院の割合も66.3%へと拡大した。費用増が収益増を上回った結果で、中でも材料費、設備関係費の伸びが非常に大きく、消費税増税による影響も大きい。
- ・平成25年6月、26年6月について前年同月比を実施したが、診療収益（入院＋外来）は＋2.57%となった。入院が＋1.66%、外来が＋4.84%で、診療単価については入院が＋3.19%、外来が＋2.33%だった。しかし、医業損益に関しては、経常利益が平均－1,105万円から－1,422万円へと減益が拡大し、経常赤字病院の割合も58.2%から66.3%に増加した。
- ・診療収益及び診療単価の視点では、大規模病院や急性期病院に優位な改定となっている。今回こそ中小規模病院への手厚い改定が期待されたが、99床以下の小規模病院は収益、単価ともマイナスとなって厳しい状況が続いている。入院と外来を加えた収益は増収が63.5%で、入院診療収益では58.3%、外来診療収益では71.2%の病院が増収となっている。
- ・1人1日当たりの診療単価は、入院単価が増えた病院は71.7%で、外来も70.8%の病院が単価増だった。DPC対象病院と対象外病院では、単価増で大きな差は認められていない。
- ・延患者数については、病床区分、開設主体、病小規模、病院機能、入院基本料など、ほぼ全ての区分において入院延患者数の減少傾向が顕著に認められた。
- ・医業損益については、赤字病院が58.2%から66.3%へと増加し、2期比較では経常利益が前年より減益となった病院が62.8%を占めている。平成26年6月の赤字病院は、病床区分別では一般病院の71%、病床規模別では300～399床の75.3%、開設主体別では国の81.3%、入院基本料別では7対1入院基本料の70.6%が最も高い病院群となっている。
- ・費用内訳については、材料費が＋6.7%、医薬品費が＋6.2%、診療材料費が＋11.5%と特に大きい。病床規模に比例して材料費の伸びは高く、委託費や設備関係費額も大きくなり、大規模病院が高費用により厳しい経営状況にあることがわかる。
- ・今回、7対1の施設基準の要件が非常に厳しくなったが、7対1入院基本料算定病院は415病院で、全体の67.2%を占めており、300床以上では9割近くが届け出をしている。重症度、医療・看護必要度では基準値の15%以上の新要件を満たす病院は82.4%だった。今年6月の段階で7対1要件を全て満たす病院は70.1%だが、要件未達の病院は51病院、12.3%、病床

数は1万9,011床となっている。

- ・新たに地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出を計画している病院、急性期入院医療を算定しなかった病院が参入したいというのが42病院あった。その中で7対1入院基本料病院が23病院、54.8%を占め最も多くなっている。
- ・医療法施行規則の改正による地域医療支援病院の施設基準要件の変更については、新紹介率・新逆紹介率を見ると、約3割の病院が新基準を満たしていない。特定機能病院では、新紹介率・新逆紹介率の基準を満たしていない病院はなかった。
- ・多くの病院が平均在院日数の短縮化、7対1入院基本料の削減、病床機能の再編等に対応すべく経営努力を重ねてきたが、今回の改定は赤字病院の拡大など病院経営に大きな打撃を与えたと言える。消費税増税分のアップにより増収となっている病院も見られるが、前年比で減益傾向だ。今回の改定では消費税の補填分も十分とは言えず、給与費をアップさせる余裕は生じていないのではないと思われる。
- ・給与費、材料費、委託費、設備関連費用の伸びが顕著で、実質マイナス改定に対応できていない。特に7対1入院基本料を主軸とする急性期病院の病院経営は非常に厳しい。急性期病院は高額な設備投資や材料費などの費用負担が他の病床機能より大きく、消費税増税対応分を入院基本料や初再診料等への上乗せする点数配分では、病院経営の面で病床機能により大きな格差が生じていると思われる。
- ・今回は前年同月の単月比較であり検証は十分ではない。次回調査では年度の収益・費用の調査を行い、改めて消費税増税の検証を行う必要がある。あわせて2014年10月に始まった病床機能報告制度と病院経営にかかわる問題についても調査を行いたい。

末永副会長は調査担当として、元気な病院もあるが赤字幅が広がったところも多い。悪いところは元気な病院の何を学ばばいいか。地域医療委員会などで、規模によるのか、開設母体によるのか、地域性によるのかといった分析をこれからしていくことになっていると説明した。

堺会長は、岡留副会長に院長としての経営努力の披露を求めた。

岡留副会長は、院長になって18年目だが、単月赤が2～3カ月続くのはおかしいと思った。DPCデータ、レセプトデータも全部駆使してチェックさせると、医療介護必要度、重症度のところをストレートに考え過ぎていた。今、在院日数は10.4日から9.2日に圧縮した。単価も上がってきているが、病床稼働率が落ちて空床が目立つ。埋めるにはどうしたらいいか。当院は患者の半分はクリニカルパスを適用していない。その3分の2はソーシャルワーカーが関与し入院から退院まで支援等をやっている。ここを1日延ばして調整してみたらどうかと考えた。1日延ばすと1,600万円ほどの増収になる。在院日数を短縮させることが病院の財政収支にプラスに働いているのか疑問を持った。毎月、前月データをチェックし、その戦術を応用しているかという状況だ。データに基づいて分析を緻密にやっていきたいと思っていると述べた。

堺会長は、近隣の病院との連携について尋ねた。

岡留副会長は、毎週火曜日は救命救急センターで66床の回診を8時からやっているが、周りの回復期リハビリ、地域包括ケアシステム病床や病棟を持つ院長や理事長が来て、一緒に回診を行っている。すると、患者を依頼するとき非常に楽だ。簡単にやりとりができてすぐ動いてくれる。地域みんなでやっていくことが大事だと感じると述べた。

堺会長は、地域包括ケアの先取りをしている大変な経営努力だ。そっくりまねはできないだろうが、似たような考えを持ってある程度経営努力をしていけばいいのではないかと述べた。

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121回代表者会議（11月28日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・関西方面の500床規模以上の病院について、交付金の実質の稼働率から見たベッド数になっていく話があるときに、地域包括ケア病棟をつくりそれが民を圧迫しているとの話が出て、いろいろ意見交換をした。
- ・DPC評価分科会で、平均在院日数について短くはなっているが限界ではないか等の意見も出ているとのことで、分科会の会長にどれぐらいを目指すべきか尋ねた。それぞれの受け皿や機能の問題もあって日にちは決まらないが、短くさせる圧力に対する理論的な構築のため日病協の医療制度委員会等で取り上げようとの話になったということだ。
- ・また、日精協の委員から、大学病院本院で精神病床を備えていない理由に分院があるからと答えているが、そんなことでいいのかという発言もあったとのことだ。

(2) 第112回診療報酬実務者会議 (12月10日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・次期診療報酬改定に対する要望は、意見を出してもらい今後取りまとめていく方向だ。
- ・平均在院日数については、アメリカ等との比較は医療提供体制が全然違うことをしっかり訴えていく必要があること、支払い側が診療費節約で日数をもっと縮めようという発言が続いているが、もう限界であることをデータに基づいて訴える必要があると議論した。
- ・26改定でできた休日・深夜の時間外加算1について、手術前日の当直が年12回まで許されるとの要件が都道府県単位で解釈が違ったが、全診療科で12回と示された。4月から12月まで診療科単位で12回と計算した病院もあるが、それはそのまま認められる。4月からについては、勤務負担軽減が実効あるよう医療課に要望することになった。

(3) 平成26年度医療安全に係る実態調査

木村委員長より、以下の中間報告があった。

- ・アンケートを10月初め～11月末に行い、会員施設2,399に送付し877、約37%回収できた。
- ・回答施設は公的病院、私的病院が半々で、会員割合からするとやや私的割合が多い。
- ・病床数割合は日病では500床以上が12%を占めているが、回答数では20%で、大病院からの回答が多く、20～100床以下ではやや少なくなっている。
- ・北海道から九州まで、同じ率で回答が来ている。
- ・DPC対応病院と、その準備も含めて7割がこの回答の中に含まれている。救急は、二次救急が7割、三次救急を含めると80%ぐらいは救急対応できる病院からの回答となる。
- ・医療安全管理者は8割が「いる」と答え、平均3人ぐらいとなっている。
- ・医療事故に関しては、最近3年間で年間0～1、2人の死亡事故、重症の後遺症が残ったものを入れると3人となっている。
- ・医療事故対応に関し院内調査の支援組織が検討されている状況だが、そういう外部支援に対しては、必要な場合に受けられる制度にしてほしいと8割ほどの病院から回答がある。
- ・院内調査を行った報告書をまとめた上遺族へ説明する機会に関しては、85%以上が説明会開催を必要としている。報告書を遺族に手渡すことに関しては、85%が手渡すべきであるとしているが、15%は説明を十分に行って報告書は手渡さなくてよいとの意見だった。
- ・今後、有効回答数等も分析して詳しい報告をし、公表や利用について相談したい。

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40回調査実施小委員会 (12月3日)

- ・第20回の医療経済実態調査を行う。内容は前年までと変わらないが、締め切りは7月でなく6月となる。前倒しの1カ月かけてデータクリーニング等をし、有効回答率を上げる。

- ・公立病院における会計基準が異なったため、25年と26年の比較ができない。このため、全体集計はこれまでどおりだが、公立病院の集計は比較ができるよう3つの形で分析する。
- ・そのほか、回答率のばらつき補正や、平均値だけでなく最頻値の活用も行う案が認められた。

(2) 第169回診療報酬基本問題小委員会 (12月3日)

- ・DPC評価分科会から報告があった。退院患者調査の分析で、①治癒の項目がDPC対象病院で減少し、②平均在院日数が継続的に短縮しているとの指摘に対する分析報告だ。
- ・治癒を単独で病院のアウトカム指標とするのではなく、治癒と軽快をまとめて用いるとの報告がされた。現場では治癒と軽快とはまとめて考えないと反論があり、データに基づく分析が必要として分科会に差し戻しになった。
- ・平均在院日数については、値を努力目標に質の改善に取り組んだ結果、短縮されたのではないかと報告された。短縮が質の改善なのかと強烈に反論があり、これもDPC評価分科会に差し戻しとなった。
- ・DPCの調整係数の置き換えによる激変緩和で救済を受けている病院は2%を超えない範囲だが、どんどん増えて平成30年に調整係数がなくなる改定で本当に激変になってしまうのではないかと懸念がある。これに対しアンケート調査をしようとなった。

(3) 第287回総会 (12月3日)

- ・患者申出療養の枠組みについて議論してきたが、全体像が提出され了承となった。
- ・患者申出療養として、①初めて医療を実施する場合と、②前例がある場合とに分ける。患者が申し出る病院は臨床研究中核病院主体の病院で、そこから療養の安全性・有効性を審議する会議に出し、認められたら、①は6週程度、②は2週程度で審議し実施する。まだ運用上の検討課題があるが、入り口部分については了承ということだ。
- ・混合診療の拡大につながる懸念や批判については、保険収載を目指すことを前提としているためとの医療課の公式見解があるが、具体的に申出の療養がどう扱われるかを見ながら、出口部分の混合診療を拡大しない方向で支援していくことが重要と思う。

4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第8回総合部会 (11月26日)

(2) 第6回日医・四病協懇談会 (11月26日)

堺会長より、(1)(2)について以下の報告があった。

- ・第8回総合部会での日本准看護師協会(仮称)についての協議では、日精協の会長から准看の生涯教育のあり方の話があり、現場では准看が必要であり、日本准看護師協会を立ち上げたいと申し出があった。四病協は支援していく。
- ・日本医師会・四病院団体協議会懇談会が行われたが、日本准看護師協会について日本医師会としては少し慎重な対応だった。

岡留副会長は、これに対し日看協としての意見を求めた。

坂本参与(代理:菊池)は、日看協としては看護師養成は統合してもらいたいと考えている。この話に四病協、特に日病が賛成したのは残念だ。日看協も准看護師会員4万人の研修や進学支援等をしており、団体が分かれることで准看護師について対策を強化したいと述べた。

堺会長は、日看協も日精協も両方仲間であり、日精協が現場で困っているのも事実だ。2つを足した1+1をうまく4ぐらいにできればと思っていると述べた。

高橋参与は、時代も違うので准看護師を勉強させて正看にしたらどうかと言ったら、公的病院だから呑気なことが言えると言われたことがある。准看護師を教育して正看に一本化していったほうが良いという考えだと述べた。

岡留副会長は、他団体では、高等なスキルやナレッジを持った看護師は要らない、下働きをする人が現場は必要だとはっきり言明すると述べた。

堺会長は、皆がそれぞれが100%は難しい。現場では困っているが、日看協の准看会員が進んで日精協の病院で働いてもらうのも難しい。将来的には正看がいいが、どこかで接点を設けるべき過渡期の問題があると思うと述べた。

(3) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (12月5日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・国保連合会からのリハビリ料返戻は、理由として「2～6単位が標準と考えるが高単位実施のものは症状を詳記してほしい」とのことだった。総合部会には求めに応じると回答する。
- ・次期診療報酬改定に向けた要望事項については、ストラクチャーからアウトカム評価への変更を主体として今後検討していこうとなった。

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) 第2回医療事故調査制度の施行に係る検討会 (11月26日)

(2) 第3回医療事故調査制度の施行に係る検討会 (12月11日)

堺会長より、(1)(2)について以下の報告があった。

- ・今年6月に法制化されたが、その具体的な省令と通知を検討している。
- ・死亡事故が発生したら遺族への説明があるが、これは報告制度の枠外にある。病院の管理者が医療事故と判断した場合も、センター報告の前に遺族への説明が必要ということだ。
- ・遺族へは、センターに報告するので患者の個人情報ほかの情報が行くとの説明は必要だ。
- ・事故の際の相談は誰にするのか。支援団体か第三者機関のセンターかが今後議論される。
- ・事故調立ち上げ時の遺族への説明では、「医療事故の内容に関する情報であって、当該報告時点において説明することが可能なもの」を省令とした場合、制度の概要等だけでいいとの意見や、わかる範囲で事故の内容を説明したらどうかと意見が分かれた。
- ・センターへの報告事項では、事故の内容に関する情報に関してやる必要がないとの意見と、できる範囲でやったほうがいいとの意見があって、今後調整をする。
- ・報告期間は24時間や1カ月以内の意見があったが、通知として「遅滞なく」でまとまった。
- ・全日病の西澤研究班の意見と、医療法人協会が出している意見にかなりずれがあり、今後、議論していく必要がある。現場にとっても大きい問題で、注目していただきたい。毎回、厚労省のホームページに出るので、日病から資料を送る前でも見ることができる。

木村委員長は報告に対して、法律は来年10月に実施されるので早く省令を定め、センターになる第三者機関を指名しないといけないが、医療法人協会等が従来のそれぞれの病院に任せたほうがいいのかという考え方で議論がかみ合わず進んでいない。意見を出すだけ出して最終的には厚労省が決める形になるのではないかと述べた。

(3) 第8回医療法人の事業展開等に関する検討会 (11月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・前回、非営利新型法人制度の名称について「地域連携型医療法人制度」でどうかという意見が出たようだが、異論があって名前が決まらない状態だ。
- ・社会保障制度改革国民会議の中でも提案があり、この後、正式なメンバーである大道副会長に再度入ってもらい議論が進むことを期待する。

(4) 第5回道道審議会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会 (11月26日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・特定行為41項目について検討が延々と続いている。褥瘡や腐骨の処置は、形成外科学会や皮

膚科学会からの意見を参照して修正案として通った。胸腔ドレーンと心嚢ドレーンの抜去もいろいろな学会から意見があったが、修正案で通っていく。

- ・残るのは、麻酔科学会や緩和ケア学会からかなり反対があった経口・経鼻気管挿管と抜管についてだが、含めることを要望する意見も強い。ただし、麻酔医の代わりとなってしまう麻酔時は除く提案がされた。次に進まないといけないので、日医の反対は強いが次回くらいに認めることでまとまるのを期待している。

坂本参与（代理：菊池）は、末永副会長と一緒に努力してもらっている。ぜひ同じ方向での実現を期待したいと述べた。

（５）第４回医療法に基づく臨床研究中核病院の承認要件に関する検討会（11月27日）

楠岡常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療法で来年４月から臨床研究中核病院を置くことになっている。具体的な承認要件を決めるために検討会がスタートした。
- ・「特定臨床研究」については、治験と見直し後の倫理指針に基づいて行われる介入・研究を対象にすることなど幾つかが決まった。
- ・業績の評価で、英文論文を何件以上にするかなど議論が詰まっていなかったものもある。
- ・病院管理者を中心とした研究管理体制（ガバナンス体制）についても決まっていなかった。臨床研究中核病院は、自分の病院以外の周りの病院の臨床研究もサポートする大規模なセンターを病院の中に持つ。それを機能させる管理体制をしっかりとしないといけない。
- ・その対策として、申請する場合は自己点検をして、問題点への対応措置をとった上で申請してもらおう。申請後には、適正な研究実施体制を確保するための会議体をつくり、そこでガバナンスを効かせる。ガバナンス体制がきちんとできているかどうかを第三者委員会で検討する形で進めていく。今後は、この会議体や第三者委員会をさらに具体的に決める。
- ・会議体は会社での取締役委員会、第三者委員会は監査役という形だ。ただし、第三者委員会は全部社外監査の形で、関係者は入れない形でやっていく。
- ・問題があるところも是正すれば申請は受け付ける。どのように審査するかは厚労省で考えてもらうことになっている。
- ・中核病院に求められる臨床研究の実績等については、医師主導治験を中心とした基準値で現在一番進んでいる早期探索的臨床試験拠点として全国の５病院が決まっている。既にかなり進んでいるので、その人的資源や行政の中の50%マイル値を標準にしようとの合意ができている。ただ、医師主導治験はがんが突出しており、少しバランスを欠くところがある。その下の承認要件として、医師主導治験で基準に達しなければ、幾つかの医師主導治験に加え、それ以外の自主的な臨床研究もカウントとして認める方向だ。
- ・難病や希少疾患、あるいは小児領域、新興・再興感染症のような特定領域に関しては、もう少し別の考慮が必要ではとの議論もあった。ただ、業績について特定領域に関して考慮はするが、人的資源等の体制に関しては認めない結論になった。特定の領域については中核病院と連携しながらやっていくようにする。
- ・人的な要請等に関しては、病院以外でも同じ法人の中にそれを行う別体制があれば兼ねてもいいのではないかとの結論になった。
- ・次回は１月に行う。４月までに何とか間に合わせたい。
- ・ここでの議論と全く別に、中医協に患者申し入れ療養の臨床研究中核病院の話が入ってきているが、それはこの要件の中には入っていない。法律等で臨床研究中核病院の役割が決まったら追加しようとの話になっている。

岡留副会長は、メディアファクス（12月15日号）に「臨床研究、法規制の必要性を明記」とあるが今の説明はこのことかと尋ねた。

楠岡常任理事は、それは臨床研究中核病院とは全く別だとして、次のように述べた。

- ・メディファクスのほうはバルサルタンの問題が起きて、その検討会で臨床研究に関して法律をつくるべきとの結論が出たので、それを受けてどうするかを検討した。
- ・来年4月から適用される倫理指針は「人を対象とする医学系研究の倫理指針」と名前が変わるが、臨床試験つまり侵襲を伴う介入を行う研究に関してはモニタリングと監査をしなければいけないと指針で求めている。今回この検討会では、その研究の中で未承認薬または適用外医薬品等を使う研究に関しては法律の対象にして縛りをつける。また、最初から結果を広告に用いようとの意図がある場合も法律の対象にする。
- ・今回のバルサルタンの問題では厚労省は関係者を呼び出して問い詰めることができなかった。法律ができると、適用外または未承認薬を使った研究に関して不正事案があれば、厚労省が直接的に法律に基づいて調査を行うことができる。罰則は、指導、勧告を行い、それでも止まらなければ初めて刑事罰を加える。直罰規定ではない。
- ・ここに人材育成の話が出てきている。今回の問題は、生物統計家がたくさんいれば起こらなかったのではないかと述べている。

堺会長は、本来的にこれは法律がどうという以前の問題だと思う。患者申出療養制度についても、安全性の担保が厳しいとして日病は反対した。問題があるなら辞退する強い倫理性を持ってもらいたい。中核病院にそういう病院が選ばれると禍根を残すのではないかと述べた。

楠岡常任理事は、臨床研究中核病院の要件について、医療法に基づいた申請が来たら審査するのは社会保障審議会の医療分科会だ。今の医療分科会ではその機能が十分ではないのではないかと述べている。そこについては別途、通常の特設機能病院等と異なった審査方法を考えてほしいと述べており、厚労省が検討することになっていると述べた。

堺会長は、問題のある施設には厳重にどこか言わないとだめだ。ガバナンスがどうで倫理委員会がどうと要件がそろえばいいということではない。よろしくお願ひしたいと述べた。

(6) 第3回医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会 (11月28日)

報告は資料一読とした。

(7) 第7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 (12月3日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・医療等分野における番号制度が、どういう分野に使えるかを検討している。
- ・医療機関・介護施設等の連携として、地域包括ケアにおける連携に使えるのではないかと述べている。本人への健康医療情報の提供・活用は、保険者間の健診データの連携と対峙したものだ。コホート研究等ががん登録などを意識しているが、保険者内で使われるもので、医療保険のオンラインでの資格確認等々がある。
- ・医師会としては、医療ナンバーと保険証とを一緒にすべきではない。まして「行政機関・保険者がマイナンバーを用いることは現行の番号法の枠組みで対応を検討」として、これに対し強く反対している。
- ・前回出た中間まとめ案をさらに訂正し、これをもとに検討して、次回、最終的な中間まとめが出てくる予定だ。

(8) 第1回医事法関係検討委員会 (12月5日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・医事法関係検討委員会は、日本医師会が主宰している医療基本法選定のための委員会だ。4月立ち上げのはずが水面下工作で延びていた。日本医師会としては議員立法を目指している。参議院法制局で法案の具体的な検討に既に入っていて、やっと12月5日に第1回が開かれた。
- ・日医会長から「医療基本法（仮称）にもとづく医事法制の整備について」という強い諮問書が出た。日医として、来年6月の通常国会に法案上程の目途をつけ、委員会が制定された。

- ・フリートーキングで意見交換が行われたが、この議員立法は参議院のほうにまず出すことが決まった。法制局との打ち合わせに入っている。医療基本法は国、地方自治体、行政当局、患者団体とステークホルダーが非常にたくさんある。医療提供者側にも直接かかわるので文言一つで多大な影響を与える。そのため参議院の法制局で文言一つ一つをチェックする作業に入って遅れていたのが実態だ。そこで指摘され事項の検討を日医会長が指示している。月1ないし2回のペースで検討することになる。

(9) 第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（12月12日）

報告は協議事項の中で行うこととした。

〔協議事項〕

1. 専門医療制度について

堺会長は次のように述べ、末永副会長の説明を求めた。

- ・11年前、初期臨床研修制度が始まった。当時、厚労省は同時に指摘された専門医教育については関与を予定しなかったが、医師の専門科別偏在、地域偏在が出てきて議員からの圧力もあり、平成23年、専門医のあり方に関する検討会をつくった。
 - ・1年半かけて議論が行われ報告書が25年4月に出されたが、現在の専門医制度が国民にとってわかりにくく、専門医の質の向上や医師診療の連携を進めるため中立的な第三者機関のもと専門医制度を見直すとして、日本専門医機構ができた。
 - ・しかし、先日行われた最初の社員総会では検討会での議論はさしおかれ、大学を中心とした学会が猛烈に働きかけて困り込む動きを示しており、非常に危惧される状況だ。
 - ・今日は日本専門医機構理事に就いている末永副会長から説明をしてもらおうが、バックボーンとして日病の皆さんの忌憚ない意見を伺いたい。
- 末永副会長は、次のように説明した。
- ・平成26年4月の役員会で、理事はほぼ各学会からの代表者、大学教授や病院代表という顔ぶれだ。理事長だけは医師の偏在是正等に資する専門医制度にしたいと発言していた。
 - ・財源はプログラムをつくるため厚労省から6,000万円ほど出るが、機構を維持していくためには認定・更新料等だけでは不足で、参加団体から会費や入会金を徴収する問題がある。
 - ・専門医の領域として、基本分野19に加えサブスペシャリティ領域29が設定されているが、とても足りない。新たな入会者のチェックをどうするか。
 - ・組織は、社員総会の下に理事会、さらに評価認定機構が設けられる。米国では評価と認定は別の機構がやっているが、日本ではこれを一緒にやらざるを得ない形で進んでいる。
 - ・委員会も設けられるが、総合診療専門医に関する委員会は、初期対応、全人的な医療として他の専門医との連携、地域ニーズへの対応を旨として総合診療医をつくる目標を持つ。
 - ・外部評価委員会には患者や国民の視点で医療団体とは違う人たちを入れる。
 - ・専門医制度検討委員会は、医学界連合や専門医に関する委員会とリンクし、その下で未承認領域連絡協議会等が営まれる形だ。
 - ・基本領域+サブスペシャリティとしたとき、総合診療専門医からだ消化器等へ行くルートがない。他の領域から総合診療専門医になる道があってもいいとの話も冒頭から出ていた。
 - ・更新は実績評価を主に、どこの学会でも共通なものを勉強しておく機会が必要として、科による難易がない形の専門医制度にしようとの話になった。
 - ・平成26年7月に専門医制度整備指針が出された。専門医とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義され、決して特別なドクターをつくらうということではない。専門医全てが持つべきコア・コンピテン

シーを明確にすることによって医師としての基盤の質向上と標準化を図り、加えて各診療領域において備えるべき専門的診療能力を明確に示すことによって専門性が保証されるという基本理念や要件、カリキュラム等が載っている。

- そのうち専門研修プログラムでは、大きい病院群を組むとか大学と連携を持たないと専門研修連携施設としての認定が受けられなくなるような要素があり、医局の権限が強くなり過ぎることに危惧の念を抱く。弊害に注意しておかなくてはならない。
- 2017年から専攻医が始まり、2020年には新しい専門医ができる。2016年までに各領域で標準的なプログラムをつくらないといけないため、既にいろいろ委員会が開かれて、フォーマットやタイムテーブルが決まったりしている。
- 総合診療専門医のプログラムとしては、基本診療12カ月（内科6カ月、小児科6カ月、救急3カ月以上）、あとの6カ月は他の関連診療科で計18カ月、そして18カ月は地域（200床以下の中小病院や診療所（群））に出て研修を積む。プライマリ・ケア学会のプログラムをベースに、他のものも入れて新しいものをつくっていく形になっている。
- 11月17日に第1回社員総会が開かれたが、領域代表社員から理事会主導で進んでいる機構のあり方に厳しい意見が出された。領域代表でなく社員を学会の代表とすべきであることや、認定・更新作業は学会が行うのに認定・更新料が全て機構に行ってしまうことなどだ。学会が機構に対して影響力を持ちたいとの意向が働いているが、この財務の問題と社員資格の問題を片づけないと次に進みにくい状況だ。

堺会長は、出席者の病院で後期研修をやっている病院に挙手を求めた。次に学会の基幹病院、次に基幹病院の連携病院、また日病として応分負担をよしとする考えに挙手を求めた。次に新たな専門医制度の中で基幹病院が大学病院に限定されてしまうと困る場合を尋ねたが、中村常任理事に整形外科にそういう動きがあるか尋ねた。

中村常任理事は、診療科によって各病院の中で基幹病院として機能できるところとそうでないところがモザイクになっている。整形外科は手術数であるとかを学会として決めた上、基幹科として機能できるかどうかを決めていこうとしていると答えた。

堺会長は、眼科は大学じゃないとだめなのかと尋ねた。

楠岡常任理事は、違うと答えた。

小川常任理事は、自院は特殊で眼科の専門病院だ。総合病院という形での眼科でなければだめだという形式があると述べた。

藤原監事は、総合病院で眼科専門医7人以上という決まりではないのかと述べた。

小川常任理事は、自院のような単科病院の場合は専門医が7人以上いてもだめだと述べた。

楠岡常任理事は、脳外科は一定の基準があればなれるが推薦が要る。大阪地域は派遣元の大学病院が他の病院は一切推薦せず、結果的に大学しか基幹病院になっていない。他の地域では大学が他の病院も推薦して基幹病院ができていると聞いていると述べた。

藤原監事は、小児科は小児科医が何人以上として学会が基幹病院を指定し、その基幹病院が軸になってある地域の全部の病院がその関連病院にならないと専門医がとれないと述べた。

中村支部長は、脳外科は自院と他院と組んで数が一定数あればとれる。症例を他院に貸す形でグループにして幾つかの病院を基幹病院にしていると答えた。

堺会長は、日本専門医機構では、専門医の認定・更新とプログラムの申請認定とをやるので、学会が決めるわけではないという前提だ。これに対し学会、大学が自分たちの主張をしてくる気がするがどうかとして、意見を求めた。

齊藤参与は、専門医機構で一番問題になるのは学会との関係だ。評価と認定を学会から独立してできる力を機構が持てば一番いい。実際は各領域の専門性を学会に依存しているので、すり合わせが非常に難しい。解決しないと機構は失速しかねない。更新料、認定料は学会の膨大

な収益の元なので、それを機構に移譲するための工夫が重要だと述べた。

堺会長は、内科ではそれを承知で参加したのではないかと尋ねた。

齊藤参与は、日本医学会や厚労省が認定した組織なので参画しないわけにいかないが、どんな資格でどこまで協力すればいいのかわからず、気持ちも足も学会の中にありながら眺めているのがほとんどの姿勢だろう。その辺の見通しを機構がどう立てていくかだと答えた。

堺会長は中村常任理事に、つい最近まで大学にいて学会の考えはどうかと尋ねた。

中村常任理事は、整形外科学会は日本専門医機構が各領域をまとめて自分でやるのは大変で、学会に依頼や協力する関係ができる見通しを持つ。1泊2日で受験する1,000人に試験と面接を行うのではなく、もっと簡単なものでやるならどうぞやってくれ、学会はしっかりしたものを出すという構えだと答えた。

楠岡常任理事は、専門医機構は各学会に具体的な認定基準や評価等は委託せざるを得ない。問題は、今後、学会員でなくても認定をとれるかどうかだ。会費収入がどうなるかが大きな問題ではないか、特に内科学会はそこが大きいと聞いていると述べた。

堺会長は、松本委員長に外科の場合を尋ねた。

松本委員長は、外科では既に後期の研修プログラムをつくりつつある。診療の実績はデータベースからがすぐ出てくるが、内科はまだないのが問題だ。今までの内科学会の認定医から新機構の専門医になるとき、移行の試験があり専門外の出題もあるわけだと答えた。

藤原監事は、日本循環器学会の専門医も内科学会と同じ問題がある。会員であることが専門医の最初の条件だ。ただ、それはある程度必要ではないか。会費収入もそうだ。専門医をつくるのに蓄積してきたノウハウを機構ができたからとやれることではない。全部やってもらって何かすることになるのではないかと述べた。

齊藤参与は、糖尿病学会等では、更新の条件は学会指定の講演会に出ることで、学会と密着している。更新であれ認定であれ専門医機構として追認する仕組みを工夫し共存するのが現実的だ。機構は助言しつつ各学会のあり方を調整する役割になるのではないかと述べた。

堀江支部長は、かつて認定医制度のときの動きは内科学会が先を進む形で各領域の専門医制度等を検討していった。学会の中の専門医のあり方は学会間で温度差があった。外部の医療にかかわる人たちの意見を聞く場を設けるべきとの声もあった。それがその後どうなったか事情を知らないが、専門医認定でも医師以外の視点も必要ではないかと述べた。

中常任理事は、このままだと専門医機構と従来の学会と専門医が二本立てになるのではないか。機構は質や内容が各学界バラバラの専門医をきちっとしようとして発足しているが、各学界が現在出しているプログラムは従来の延長であり、卒業生が5年プラスアルファで機構の専門医になる担保はない。学会の専門医としては追認される。各県や市が専門医は何名必要だとやっているとき、専門医機構のほうは頓挫する可能性があるとして述べた。

松本委員長は、再来年の研修医からこの制度で走り出す。学会で1段階目の試験を受けて、その後にサブスペシャリティの専門医になっていく移行のプログラムが資料であるとわかりやすい。内科学会では示されたと思う。外科のような診療実績データベースを整備するための予算立てをしたとも聞いたと述べた。

藤原監事は、専攻医の後期研修は、臓器別や疾患別学会のものとは別で二階建てになっている。循環器の専門医は内科の認定をとることになっているが、ほとんどやらず循環器ばかりやって循環器の専門医になってしまうことがある。内科学会もそこをしっかりとやろうとしていて、今後は二階建てがきちんとなっていくと思うと述べた。

中村支部長は、脳外科は専門医機構と関係なくきちっとやっており、脳学会主導で仕切ることになるだろう。標準化すると専門医になる条件が非常に厳しくなる。すると、都会の大病院や症例数の多い、専門医受験に有利な病院にしか若い人が行けなくなってしまう。地域の病院

は総合診療科の医者が行けばいいとなるが、総合診療科の専門医もハードルは厳しくなるので、地方の病院に行く医者は誰もいなくなってしまうのではないかと述べた。

万代常任理事は、専門医の指針に「領域別の専門医数と地域の分布状況を正確に把握して」医師の役割分担を進めるとある。厚労省は医師の定数配置をやりたいので、それに使われてしまうのではないか。基本領域19の数は定数配置にして、それ以外はハードルを少し落として総合診療医になって、へき地でもどこでも行きなさいと。それで地域偏在も解消するという図式に見える。上からの強制による定数配置にならないようにしてもらいたい、専門医機構の理事会等ではどういう現状かと尋ねた。

末永副会長は、専門医機構の理事長にはナショナルデータベースとかで各地域に必要な専門医数が決まるとの気持ちはあるが、学会の代表からはそんな話は出てこない。総合診療専門医をどれぐらいつくるかの話が総合診療専門医委員会に出たこともあって、学会の専門医数が決まってから残ったところが総合診療専門医になるのではないかと意見を言ったことがあったが、反対意見もあった。数の問題は微妙で皆が余り口に出さないと答えた。

堺会長は、機構と学会が協調する形を応援できればいい。協議の場に似ていると述べた。

末永副会長は、今まで医療安全のところで日本医師会などから個人のプロフェッショナルオートノミーの観点が強い発言が続いていた。ここで求められているのは、個人のというより専門医機構そのものがプロフェッショナルオートノミーを果たさないといけないということではないか、それはよしとしていると述べた。

2. 地域医療構想について

相澤副会長より、次のような報告があった。

- ・第4回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で、地域医療構想を策定するプロセスや協議の場をどうするかが議論された。ただ、議論の中で勘違いが感じられたので、病床機能報告制度から最終的に目標を達成するまでのプロセスの厚労省案を整理してみた。
- ・病床機能報告制度は病棟ごとの報告だ。病棟に入っている患者は全て急性期とか全て回復期である必要はなく、70~80%はその患者が入っている形で報告する。
- ・報告と同時に厚労省はレセプトのデータを全部吸い上げる。一人一人の患者に対する診療内容は全て厚労省に行くことになる。
- ・その上で、今度は地域医療構想を策定する。報告した急性期か高度急性期か回復期かの機能をもとに議論するのではなく、厚労省が吸い上げたレセプトデータをもとに論議する。
- ・地域医療構想はこれまで厚労省がやってきた都道府県ごとの医療計画の一部分だ。これまでの医療計画をつくるのと同じプロセスでこれをつくろうとしている。都道府県がつくっている医療審議会のもとにワーキンググループや専門部会を設けて検討する。その下の二次医療圏ごとに連携会議をつくって検討することになっている。
- ・そのときには診療または調剤に関する学識経験者団体の「意見を聴取する」と書いてある。病院団体がそこで主体的に参加して議論するとはどこにも書いていない。意見を聞けばいいよというので、これはおかしいと言って反対している。
- ・医療構想は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能区分ごと構想区域ごとにベッド数を決める。決めたら、それに沿ってどう調整するかが協議の場となる。
- ・協議の場は、そうして決まった地域医療構想を実現するための地域医療構想調整会議として持たれる。地域医療構想を調整するだけだ。構想区域ごとに設置し、この場では医師会とか病院団体とかが書かれている。集まって協議をし、決められた病床機能区分に従ってどう分配するかがここで決まる。
- ・協議の場で検討すべきことのうち、地域医療介護総合確保基金904億円をどう使うか、人材

の確保と診療確保等はここの会議で決めていく。

- ・第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（12月12日）では2つ、医療需要の推計方法と、医療提供体制を実現するための施策をどうするかが議論された。
- ・レセプトを吸い上げると、入院してから毎日の出来高ベースでの医療資源投与量がわかる。一定程度経過すると医療資源投与量が平行になり増えなくなる。これは毎日同じことをやっているからで、急性期ではないのではないかとされ、納得せざるを得なかった。
- ・ただ、私はどんな資源を投与しているか内容を見て考慮してもらいたいと言った。
- ・このデータは患者の住所地と施設の住所地が載っている。すると、その住所地で急性期の入院発生率や平均在院日数がわかる。急性期病床として必要な病床数がわかり、これまでよりずっと少ないベッドで済む結果になる。
- ・ただ、急性期のベッドは急性期患者が7～8割なので、計算し直す作業が必要になる。また、回復期や慢性期はどうするのか、在宅医療はどう推定したらいいかはわからない。慢性期の病床から在宅へ行くのは何が基準なのかは全くなく、曖昧なうちに終わった。
- ・医療提供体制を実現するための施策をどうするかでは、在宅医療を充実するとはされているが、バックアップをする在宅療養支援病院や包括ケア病棟のことが触れられていない。在宅医療をやろうというならバックアップ病院がなかったらやれない。私は、その整備を施策にしてそこに予算をつけてくれということと言った。
- ・また、地域医療構想の実現に向け医療計画など、地域の住民はほとんど知らない。ホームページ等で公表はしていても誰も知らないのはおかしいではないか。医療改革をしていくためには、住民を巻きこむよう行政が知ってもらう努力をすべきだと言った。
- ・12月までに議論が終わり、まとめが1月の終わりか2月くらいになる。

堺会長は、DPCデータやレセプトデータは現在のデータなので、それに将来推計を掛け合わせたりしたデータをもとに厚労省は病床数を考えている。5年後、10年後に自分の病院はどうするか。長野県はもう高齢化がある程度フラットに来ていたり、地域の特性がある。それを見据え、自院の施策をも踏まえて考えると、各病院に課せられた課題はかなり大きい。今の説明に質問や意見があればとして発言を求めた。

小川常任理事は、報告で説明された投入資源量は診療報酬で計算できるものを足したわけだが、我々の医療には観察したり診察したり医療人としてのいろいろな注意が必要で、そういう技術料は日本の診療報酬制度では非常に低くて反映するところがない。かかりつけ医、プライマリ・ケアの場合、イギリス等では人頭制になっていて、ある技術料がそこに入っている。日本の全く薬を出さない総合診療医は絶対成り立たない。こういうシステムにするにはもう一度技術料を考えないと判定しにくいと述べた。

堺会長は、厚労省的にデータ化できない医師の技師料というのは、我々が提示しなければならない。白血病等考えられるものがあれば、これはその限りでないと言っていけないとだめで、厚労省が出すことは考えられない。我々の課題かもしれないと述べた。

富田参与は、①構想区域の設定は具体的にどうなりそうか。二次医療圏という言葉が今までは出ているが、それを超えた意味で「構想区域の設定」と出ているのかと思う。②必要病床数はどうなるのか。今までは高度急性期、急性期がパーセンテージで述べられていたが、今の説明でレセプトから必要病床数が算定されてくるのかと尋ねた。

相澤副会長は、①構想区域について、厚労省は「二次医療圏を基本とするが、その地域ごとにどの範囲でやるかは柔軟に考えてほしい」と言っている。私は厚労省に、市町村別に患者がどこに移動しているかわかるからその範囲で考えたかどうかと言っている。都道府県はマンパワーがそんなになく二次医療圏は余り変えないと思うが、文言はそうなる可能性がある。②必要病床数については、データから目安のベッド数として計算した数値が出てくるのではないか。

絶対値ではないと我々も主張はしているのだが、と答えた。

梶原副会長は、昔から中小病院委員会はケアミックスをやりながら中小病院がどうやって生きていくかをやっていた。規制緩和の中で、複合事業体として地域の中にさまざまな事業を展開してやっていく。ケアミックスという形で中小病院は地域で貢献してきた。しかし、地域によっては高齢者もピークアウトして人口が減っているだけになってきて、大阪や東京の都会が津波のように後期高齢者が増えて大変になる。ニューケアミックスの時代が来た。400床の病院で、200床でどういう機能をやり、あと200床は地域包括をやるのか。自ら今から手を打って考えておかないと大変なことになる。医療提供体制が激変すること、地域で人口が減ってもうピークアウトしているとか、さまざまなことを考えながらいかなければいけない。流れはわかっているので、戦略を考え地域で貢献して生き残るのを日本病院会の求心力にしていこうと思っていると述べた。

堺会長は、ケアミックスに関して日本医師会は反対している。基幹病院が地域包括ケア病床をつくるのはいかかと言うが、地域によっていろいろ問題もある。自分の病院の置かれた立場や地域の状況を考え、一般病床の中でいくのか、療養までいくのか、在宅までいくのか幅広く選択肢を広げていかないと厳しいかと感じると述べた。

相澤副会長は、この議論をすると「病院はみんな潰れる」と言う。しかし、急性期はそこで終わるが、在宅に持っていくまで時間がかかるなら、急性期でない病棟で診ればいい。そういう発想の転換が必要だ。病院は急性期と地域包括ケアの病院という時代ではない。急性期が終わった後も、地域へ帰れるようにするにはさまざまな社会資源の活用が必要になる。それは患者を退院させろというのではなく、自分の病院の違う病棟機能で診ることに今後変わってくると思う。そのことを頭に入れつつどうやっていくのか考えていくことが今後必要になると思うと述べた。

大道副会長は、病床機能報告制度の流れで、国が各都道府県に対し、持っているデータから加工して渡し、それをもとに自治体が地域医療構想案の作成をする。地域医療構想調整会議という協議の場で何ができるのかという以前に、そういう話に我々はトラウマがある。今まで二次医療圏ごとの地域医療計画を策定するに当たって、国から流入人口、流出人口等々を加味した調整係数が各都道府県に示された。大阪でその調整係数で計算してみると、二次医療圏ごとに病床の過不足がその都度出る。ある年は病床が不足するので、自治体の首長の責務として病床を募る。5年後にもう一度医療計画を立ててみると、そこは過剰地域になっている。おかしい話だ。大阪の医療なのになぜ中央の標準値を持ってくるのか不満だった。今度の病床機能報告制度による地域医療ビジョンに関しては、国で加工して持ってきたものに対して我々がどう対応したらいいか、何かいいアイデアはないかと尋ねた。

相澤副会長は、厚労省には加工したデータでは困る、生のデータを渡してほしいと言っている。それを私たちが検討することにしないといけない。生データを病院会にももらい、それを病院会が加工して地域の先生方に配ることができればもっといい。そのようなことができる体制にぜひしたいと思っていると答えた。

堺会長は、残念ながら現状ではなかなかできない。今考えているのは、厚労科研費が認められれば、研究に資するためだったらデータを使わせてくれる。それを模索する形でやりたいと思う。事あるごとに厚労省にはデータを開示してくれと言っているが、保険局は保険局のデータ、医政局は医政局のデータで汲々としている。そういうことも視野に入れて次年度、日本病院会はやっていききたいと述べた。

以上で閉会となった。