

日 時 平成27年9月26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、大道 道大 (各副会長)

中村 博彦、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、中村 利孝、万代 恭嗣、高木 誠、中嶋 昭、
福井 次矢、中 佳一、武田 隆久、楠岡 英雄、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、
安藤 文英 (各常任理事)

石井 孝宜 (監事)

野口 正人 (オブザーバ)

山本 修三 (名誉会長)

奈良 昌治、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭 (各顧問)

坂本 すが (代理:菊池令子)、邊見 公雄、池上 直己、権丈 善一、齊藤 壽一、
高橋 正彦、富田 博樹 (各参与)

福永 秀敏、崎原 宏、大道 久、松本 純夫 (各委員長)

堀江 孝至、毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、石原 晋、三浦 修、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)

(新入会員)

小山 郁夫 (大阪府・医療法人恒昭会藍野病院 理事長)

総勢50名の出席

堺会長からの挨拶、新入会員の紹介と挨拶の後、議事録署名人を選出し、大道副会長の進行により審議に入った。

〔承認事項〕

1. 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・協賛等依頼3件)

①第57回日本人間ドック学会学術大会/第57回日本人間ドック学会学術大会に伴う後援

②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/「がん罹患・死亡の都道府県較差に関するシンポジウム」開催に係る後援名義の使用

③一般社団法人日本能率協会/『第37回フード・ケータリングショー』協賛名義の使用

(継続:委員等委嘱依頼1件)

①公益社団法人日本メディカル給食協会/患者給食受託責任者資格認定委員の委嘱〔候補者…仙賀理事(新任)〕

(新規:後援依頼3件)

①一般財団法人グローバルヘルスケア財団/「第5回国際医療英語認定試験」における後援名義の使用

②全国リハビリテーション医療関連団体協議会/「リハビリテーション・サミット2015」における後援

③地域包括ケア病棟協会／『第1回地域包括ケア病棟研究大会』の後援

(新規：委員等委嘱依頼2件)

①国立研究開発法人日本医療研究開発機構／アドバイザリーボード委員の委嘱〔就任者…堺会長〕

②電波環境協議会／医療機関における電波利用推進部会委員の委嘱〔就任者…大道副会長〕

2. 地域医療構想に関する要望について

堺会長より、地域医療構想策定が進む中で会員病院の利便性を図るために都道府県が所有する基礎データの提供を受けることが必要であり、厚労省がそのデータ公開について都道府県を指導するよう求める要望書を提出したいとして、要望案の報告があった。

岡留副会長より、これが何の要望であるかを強調するために原案の差し換え変更を行いたいとして補足説明がなされた。

以上の報告を受けて、要望案を承認した。

3. 診療報酬関連の委員候補について

堺会長より、日病協の診療報酬実務者会議の猪口委員長が中医協委員に就任したことに伴い委員長を退任することになったことを受けて提案された新役員候補者の顔ぶれ及び四病協の役員の変更についての報告があり、これを承認した。

4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

大道副会長より報告を受け、下記12施設を認定承認した。

(新規3件)

①沖縄県・社会医療法人 かりゆし会 ハートライフ病院 予防医学センター

②京都府・医療法人 創健会 西村診療所

③長野県・地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立須坂病院

(更新9件)

①東京都・社会福祉法人 仁生社 江戸川病院 総合健診センターMAXLIFE

②埼玉県・医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院

③岡山県・一般財団法人 倉敷成人病センター 倉敷成人病健診センター

④東京都・医療法人社団 浩生会 スズキ病院健診センター

⑤大阪府・日本赤十字社 高槻赤十字病院

⑥愛知県・独立行政法人 地域医療機能推進機構 中京病院 健康管理センター

⑦兵庫県・一般財団法人 近畿健康管理センター KKCウエルネス神戸健診クリニック

⑧埼玉県・社会福祉法人恩賜財団 済生会支部 埼玉県済生会 川口総合病院健診センター

⑨福岡県・日本赤十字社 福岡赤十字病院

〔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その他の報告があり、了承した。

(1) 医療安全管理者養成講習会アドバンストコース(名古屋会場)(8月22日)

福永委員長より、高レベルのアドバンストコースは最初は東京、名古屋、大阪で開催していたが九州からのアクセスを考えて昨年からは福岡でも開催している。グループワークも熱心で出席者の満足度や達成感は非常に高いとの報告があった。

(2) 医療安全管理者養成講習会第2クール(9月4・5日)

報告は資料一読とした。

(3) 病院中堅職員育成研修「人事・労務管理コース」(8月28日)

報告は資料一読とした。

(4) 病院中堅職員育成研修「医療技術部門管理コース」(9月11日)

報告は資料一読とした。

(5) 第1・2回図書委員会(8月27日・9月4日)

岡留副会長より、電子ジャーナル、電子データベースを病院会として一括購入してコストを抑えるために共同購入を提案し、そのアンケートを行った。回収率は18%であったが、約3割の病院から購入希望、または既に導入済みの回答があった。病院会ではホームページでの広報等を通じて共同購入を推進していきたいとの報告があった。

(6) 第3回医療制度委員会(9月2日)

岡留副会長より、当委員会では現在さまざまな要望書等を出している。重症度、医療・看護必要度についてアンケート調査を実施したので、次回委員会でデータの分析等を行う。地域医療構想に関する各都道府県データ収集についての要望書を出すことになったとの報告があった。

(7) 第2回精神科医療委員会(9月3日)

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年診療報酬改定に向けた要望書を厚労省に提出した。一般科の要望の中に精神科の要望も随分取り込んだものになっている。
- ・第65回日本病院学会のワークショップは約80名の参加があり大変好評であった。認知症をテーマにしたことや学会開催地の地元病院から演者を選んだことが功を奏した。
- ・第66回では当委員会のワークショップを開催できそうであり、災害精神医療を軸にして詳細なテーマについては次回の委員会で決定する。
- ・日本人の死生観の問題は精神科でも避けて通れないので、各委員から意見を求めて次回までに事務局でまとめる。

(8) 第2回国際医療推進委員会(9月9日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・第1回で「健康・医療戦略の今後の取り組み方針2015」が紹介されたが、政府が公表したガイドラインに基づき現在、外国人を受け入れる医療機関を推奨し日本国際病院としてリスト化すること、認証組織として医療渡航支援企業を認証すること等を進めている。
- ・日本国際病院として推奨される病院の質を確保しつつその数をふやすためにどうすべきかということが今後の問題になる。
- ・日病では医療の国際展開に関する現状調査やアンケートを実施して報告書としてまとめており、貴重なデータを提供している。
- ・MEJについては知らない病院が64.6%あるので、もっと認知を図らねばならない。MEJへの要望としては、受け入れに要する関連文書の多言語化、ひな形の整備、トラブル対応事例の収集と情報発信、コーディネーターの質の担保等が寄せられている。日病としては人材育成の面で貢献できるのではないか。

堺会長より、MEJの場合はやはり日本というしっかりしたものが存在した上での国際化であるので、ぜひ会員病院への周知を図ってほしいとの発言があった。

山本名誉会長より、MEJの認知度が高くないのはこれまでアウトバウンド中心にやってきたからであり、これからはインバウンドを含めてやっていく。今年中にそのためのフォーラムを立ち上げるので、各病院にさまざまな情報が発信できるようになるとの発言があった。

(9) 第1回栄養管理委員会(9月11日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・委員会主催のセミナーへの参加者が少ないのは致命的なので、それをいかにして増やすかについて検討した。高齢社会の中で栄養の問題は重要であり、それに役立つ話がセミナーではいろいろあるので、内容をリニューアルしながらセミナーは今後も続けていく。
- ・この講習会に参加すると日本静脈経腸栄養学会（JSPEN、ジャスペン）の資格ポイントが得られるようにするとよいと提案が日病からあったので、JSPENに要請書を出したい。
- ・今後大きな問題になってくると思われる「サルコペニアと高齢者」について討議している。

(10) 第2回専門医に関する委員会（9月14日）

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・専門医機構の池田理事長並びに研修施設の委員長に出席を求めて意見交換したが評論家的な意見が多く不完全燃焼という結果に終わった。
- ・現在はプログラム整備基準に基づいてモデル研修プログラムをつくっている段階である。さまざまな問題が出現しているが、学会並びに全国的に説明会を行いつつ、専門医機構と病院双方での情報交換を行っていく。
- ・大学への集約、大都市圏の集約、地域医療の崩壊と地域偏在・診療科偏在等の問題については専門医機構としては質の担保が任務であり、適正配置等々には権限がないと明言。
- ・総合診療医については専門医機構が軸になってつくっていくが、今後の方向としてダブルライセンスを認める方向で総合診療医については専門医機構は柔軟に考えていく。

(11) 第5回医業経営・税制委員会（9月25日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・いろいろなレベルで消費税問題が議論されており、現在その情報収集に努めている。
- ・個々の診療報酬について「見える化」ということが財務省から発信されたが、医科で5,000余、歯科で千数百、合わせて7,000近い診療報酬項目それぞれの原価構成を調べるようにという要望であった。厚労省ではこれはできないと言い、医師会が引き受ける形になり、病院団体に回ってきた。
- ・クリニックや薬局、デンティストは事業規模が小さいので行っている仕事が似たりよったりであるが、病院は規模も機能も千差万別であり、抱えている問題も多様であることが「見える化」の作業でわかった。
- ・税制と診療報酬をめぐる問題に関しては四病協のレベルで意見の統一ができるようにしてほしい。

(12) 地域医療再生に関するアンケート調査について

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年2月に総務省が出した報告によれば、医師の地域偏在は解消するどころかますます拡大している。さまざまな対策がなされたにもかかわらず問題は解消していない。
- ・医療法、医師法、労働基準法、医療関連法令等がそれぞれ単独で整合性なく制定されていることが制度の壁となって地域医療の再生を妨げている。
- ・地域医療構想が策定されても、地方で医師が確保できなければ絵に描いた餅になる。
- ・地域医療の現場の実態を理解して地域医療再生のための突破口にすべく今回アンケートを実施することにしたので、当会の医師はぜひ回答してほしい。

中島常任理事より、なぜ前回の回収率が非常に悪かったかについて分析はしているかとの質問があった。

塩谷常任理事は、質問項目が多かったこと、経営上センシティブな問題もあったことなどが原因であると答えた。

(13) 診療情報管理士通信教育関連

以下について、報告は資料一読とした。

①第3回腫瘍学分類コース小委員会（9月9日）

②第3回医師事務作業補助者コース小委員会（9月9日）

③コーディング勉強会（8月21～29日）

④医療統計学勉強会（8月21日～9月12日）

(14) 日本診療情報管理学会関連

①第41回日本診療情報管理学会学術大会（9月17・18日）

土井常任理事より、「診療情報は、いのちの記録」というテーマで大会を開催したが、中国と四国を中心にした実行委員会体制がよく機能し、本部事務局のバックアップもあって所期の目的を達することができた。参加人員も2,116という盛況であったとの報告があった。

堺会長からの要請で、次の報告へ移る前に大井顧問から日本診療情報管理学会理事長の職を離れるに当たっての挨拶がなされた。

②第2回理事会および評議員会（9月16日）

大井顧問より、資料は審議事項の項目だけなので、詳しくは理事会の記録を一読願う。42回の学術大会は東京、43回は北海道、44回は新潟で行われるとの報告があった。

③平成27年度総会（9月17日）

大井顧問より、総会で診療情報管理士指導者3名を認定した。これで67名の診療情報管理士を認定することができたとの報告があった。

④第78回生涯教育研修会（9月18日）

大井顧問より、生涯教育研修会は総会2日目に行われた。資料一読を願うとの報告があった。

(15) WHO関連

大井顧問より以下について報告があり、了承した。

①JLMMSタスクフォース対面会議（9月1～4日）

・ICD-11の改訂に向けては細かい点が煮詰まってきており、最後の詰めに入っている。学術部の横堀部長は昨日はアメリカ、次はオーストラリアと海外を回って活躍しているので、その報告も一読願う。

②日本WHO国際統計分類協力センターの体制について

・懸案であったWHO-FICの国際統計分類協力センター体制の問題であるが、今回更新の時期に当たりWHOから認証されたので引き続き日病も全面的に協力してほしい。

(16) 日本診療情報管理士会関連

阿南会長より以下について報告があり、了承した。

①第2回理事会（8月1日）

・平成28年度の全国研修会はIFHIMAがあるために例年より前倒しして4月に名古屋で開催する。地域の会員の協力を願う。

②平成27年度評議員会（8月1日）

・報告は、資料一読とした。

③平成27年度総会（8月2日）

・IFHIMAに対する後援の資金提供を承認した。

④平成27年度全国研修会（7月31日～8月2日）

・最も悪い時期に開催せざるを得なくなったが、502名参加を得た。内容については一読を願う。

(17) 病院経営管理士通信教育 第36回認定証授与式（9月25日）

土井常任理事より、認定証授与式には堺会長初め記載のメンバーが参加し、今回51名、こ

れまでの通算では872名が認定された。

(18) 病院経営管理士会 第1回会誌編集委員会（8月26日）

永易会長より、本年11月発行予定の「JHAC」第21巻の内容について検討を行った。巻頭言は病院経営管理士教育委員会の土井新委員長及び中新委員に依頼中であり、卒業生51名の卒業論文の中から優秀なもの約5編を掲載の予定であるとの報告があった。

(19) 平成27年度診療報酬等に関する定期調査中間報告書（案）

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・病院経営管理士会を中心にワーキンググループをつくり、事務局とともに中間報告をまとめた。従来調査の医業収益に加えて、今回は100床当たりの収益差、医業損益なども抽出した。これにより診療報酬改定が行われていない年の病院現場の実態を明らかにできる。
- ・平成25年度と26年度を比較すると赤字病院の割合が増加しており、中でも急性期の病院経営の窮状が伺われる。
- ・平成27年と26年6月の単月比較では、入院患者数はDPC病院を中心に減少もしくは横ばいであるが、外来患者数は全ての病院で増えている。単価は入院、外来とも上昇しており全体では増収となり昨年に比べて若干の改善が見られるが、全体としては赤字基調が続いている。

永易会長より、以下の詳細説明があった。

- ・調査目的、方法に関しては従来と変わらないが、調査期間を9月11日まで延長した。現時点で確認している有効回答数は778病院である。
- ・平成25年度、26年度の年度比較、平成26年6月期と平成27年6月期の単年同月比較、診療収益単価、延べ患者数の前年同月比較、診療報酬への対応ということで7対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料の報告などをまとめており、82ページの大部な資料となった。
- ・平成25年度、26年度の通年経常利益の2期比較では赤字が26年度に約6ポイント増加しており、61.6%の病院が減益となった。
- ・経常利益には多額の運営費補助金や他会計負担金が含まれており、医業経営に係る経営実態が見えにくいので、医業収益から医業費用を引いたものをあわせて比較した。医業利益ベースでは9%を超える病院で赤字が増加しており、65.8%の病院が減益であった。
- ・病床区分別、病床規模別のいずれでも赤字病院の数が上回っている。費用増が収益増を大きく上回った結果である。黒字回復した病院では費用圧縮のための経営努力が伺える。
- ・経常利益ベースでの6月の前年同月比較では、5%ほど赤字病院が少なくなったが、半分以上の病院が赤字である。医業利益の同比較では、いずれも6割を超える病院が赤字である。
- ・医業損益比較稼働100床当たりでは該当病院は468病院あるが、経常利益ベースでマイナス1,200万円からマイナス790万円ということで、458万円の増益にもかかわらずいまだに赤字になっている状況である。病床区分ごとの医業損益比較では、経常利益ベースでは昨年よりよくなったが、病床規模別で見ると全ての病床規模でいまだに赤字である。
- ・1病院当たりの診療収益前年比では入院がプラス3.4%、外来がプラス6.84%であった。1人1日当たりの診療収入（単価）の前年比では、単価増となった病院がはるかに多い状況である。
- ・延べ患者数の前年比では、全体で入院はマイナス0.04%と、わずかに減少した。急性期病院の入院の減少が特に目立つ。外来は増加している。
- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定病院は454病院中67.6%である。病床規模別で見ると、300床以上では80%を超えているが、病床規模の小さいところでは4割以下と少ない。重症度、医療・看護必要度の基準を満たす割合では、15%以上の基準を満たしてい

る病院が91.9%となっている。中央値は18.3%であった。

- ・短期滞在を除外した平均在院日数については13.4日、基準である18日以下が89.3%であった。直近6カ月の自宅等退院割合は全病院の92.8%の病院が基準値の75.0%以上を満たしている。
- ・一般病棟7対1入院基本料については、算定要件を満たしている病院は307病院中81.4%であった。
- ・一般病棟における入院基本料の中で看護職の月平均夜勤時間については、86.3%の病院で72時間以下の基準を満たしている。看護配置の基準が下がると、この基準を満たせない病院の割合がふえていく。
- ・地域包括ケア病棟入院料の算定については123病院が届け出ており、そのうち91.9%が地域包括ケア病棟入院料1もしくは入院医療管理料1を算定している。99床以下から500床に至るまでの全ての病床規模で算定の届出がなされている。
- ・地域包括ケア病棟入院料の届出要件の中で厳しいと思われるのは「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合10%以上」であり31.3%、次いで「在宅復帰率7割以上」の26.1%となっている。
- ・今後、地域包括ケア病棟入院料あるいは入院医療管理料を届けたいという病院は46病院であり、最も多いのが7対1入院基本料で60.9%であった。届出予定では地域包括ケア病棟入院料1が37%で最も多く、届出基準は未定という病院が56.5%であった。
- ・赤字病院の割合は平成25年度の39.3%から26年度には45.8%に拡大している。費用増はプラス2.6%で収益増の0.9%上回り、経常利益は稼働100床当たりで平均2,800万円を超える減益となった。年度比較の中では赤字病院の割合が拡大しており、中でも急性期医療を担う一般病院、7対1病院の赤字幅が大きく、急性期病院の病院経営の窮状が伺える。

堺会長より、データに基づいた診療報酬改定ということで最近では保険局もそれなりの単価増を担保していると思う。問題はそれぞれの病院の経営努力ではないか。診療報酬改定の影響についてはトータルに病院の経営を考える必要があるという視点から分析を加えてほしいとの発言があった。

(20) 医療事故調査制度説明会実施報告

堺会長より、以下の報告があった。

- ・全日病、公私病院連盟、日病の3団体合同の説明会を9カ所で行い、台風の影響を受けた九州を除き予定どおりの人数の参加があった。
- ・医療事故調査制度に関して当会が望んで日本医療安全調査機構に指定がおりた。厚労省の指導が厳しくて大変な状況であるが、実績を積みながら実のある医療事故調査制度にしていきたい。日病でもこれに関するマニュアルを作成中で、10月中旬に出版の予定である。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第121回診療報酬実務者会議（9月9日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・今月から全国公私病院連盟の原澤常務理事が委員長に就任した。副委員長は未定である。
- ・診療報酬改定に向けた救急医療に対する要望書が四病協から提出され、説明を受けた。

(2) 第131回代表者会議（9月25日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・日病協の武久会長から専門医制度について、それは大学の医局復活ではないか等いろいろな懸念があるが、日病協の中でその検討をしてほしいとの要望があった。

- ・専門医制度に関しては日病の中で委員会をつくり議論している。日病協、四病協、全日などの団体を核にして議論していれば効果的ではないか。

3. 中医協について

(1) 第106回薬価専門部会（8月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・関係業界からの意見聴取ということで、欧州の3団体から意見が出された。
- ・経営に資するためにいろいろな切り下げをしないでほしいというのが基本的主張であり、そのために新薬創出加算制度の安定的継続を続けてほしい、新薬については十分イノベーションの評価をしてほしい、市場拡大再算定の廃止をしてほしい、隔年での薬価改定の継続をしてほしいという話を聞いた形である。

(2) 第71回保険医療材料専門部会（8月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準に関して専門組織から意見を聞いた。
- ・価格調整の比較水準については、医療材料についても外国と比べて高いものは価格を引き下げる。
- ・原価計算についてのデータが正確に提示されていないことから、その提示も求めて、より正確な価格設定をする。
- ・イノベーションの評価については、新規医療材料を用いた技術等の評価について保険医療材料専門組織として独自の提案を今後していく。

(3) 第28回費用対効果評価専門部会（8月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・費用対効果の試行的導入にかかる中間報告がまとめられたので、それについて議論した。
- ・「はじめに」で前提とこれまでの議論を説明し、「費用対効果の在り方について」では、企業等から提出されたデータに基づいて議論を行い、中立的な立場から再分析をし、出された結果について倫理的・社会的影響等に関する観点から総合的な評価を行う必要があるという総論を提示している。
- ・「一連の流れについて」では、どういう手順で費用対効果を進めていくかを記載し、「試行的導入の在り方について」として、今後の試行的導入をするに当たって考慮すべき事項をまとめた。
- ・今後は次回改定に向けて幾つかの品目を取り上げて試行的導入の実施を行う。具体的には、比較的使用規模の多い一定程度年数のたった医薬品ないし技術を幾つか取り上げて費用対効果の考え方を導入する。

(4) 第302回総会（8月26日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・最初の数項目はルーチンなので省略。専門部会からの報告についても既に述べたので省略する。
- ・「患者申出療養について その2」ということで、これまでの患者申出療養に関する流れ等を整理して示してある。

(5) 第8回入院医療等の調査・評価分科会（8月26日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・当分科会では、来年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。
- ・検討した内容は、急性期入院医療、重症度、医療・看護必要度、短期滞在手術等基本料、

総合入院体制加算、有床診の動向、地域包括ケア病棟等である。

- ・この報告書に添付された別添資料は、今までに行われた約10回の分科会で報告された図や表の集大成である。

(6) 第72回保険医療材料専門部会（9月9日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・当専門部会で保険医療機器業界の4つの団体から意見聴取を行ったが、その主張は似通っていた。
- ・基本的にはイノベーションの適切な評価を受け、それをもとに経営を安定化させて次の新しい製品の原資としたい、再生医療等製品の保険上の評価に関しては途中で患者が死亡するようリスクも含めた評価をしてほしい等である。
- ・費用対効果の導入に関する懸念については、日本と諸外国では1病院当たりの実施件数が大幅に違うので、その点も考慮に入れないと費用対効果が正確に出せないということがあ

(7) 第175回診療報酬基本問題小委員会（9月9日）

万代常任理事より、当小委員会報告については既に入院医療等の調査・評価分科会からの報告において済んでいるとの報告があった。

(8) 第303回総会（9月9日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・ルーチンの議題については省略し、最後の3つを説明する。
- ・被災地特例措置を実施しているが、現時点での利用機関は7減の21である。来年3月31日まで半年間、特例措置を延ばすことになった。
- ・2つの患者団体から意見書に基づく意見陳述が行われた。日本難病・疾病団体協議会と全国がん患者団体連合会である。
- ・最近の医療費の動向としては、平成26年度の医療費の伸びは1.9%と過去最低であり、伸びが鈍化している。ここには消費税分が乗っているため、それを引くともっと伸びは少ない。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第5回総合部会（8月26日）

堺会長より、厚労省からの外部説明が行われた。協議事項については一読願うとの報告があった。

(2) 第5回日医・四病協懇談会（8月26日）

堺会長より、4点について議論が行われた。内容については一読願うとの報告があった。

(3) 准看護師連絡協議会に関する打合会（8月28日）

報告は、資料一読とした。

(4) 第6回医療保険・診療報酬委員会（9月4日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の報告では、重症度、医療・看護必要度のA項目とB項目の見直しが話題になった。今後これについてどういった形のものが必要か、患者該当割合とともに議論していく。
- ・委員長の交代については猪口委員長に一任ということになっている。

(5) 第6回総務委員会（9月14日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・いろいろな委員会の見直しについて検討し、メディカルスクール検討委員会及び准看護師

の生涯教育のあり方に関する連絡協議会を廃止した。

- ・日本専門医機構による新専門医制度は大学病院や大規模病院向けの内容になっており、私的病院が専門研修基幹施設になれない可能性が出てきた。医療従事者が都市型の大病院に集まってしまい中小病院から人がいなくなって地域医療の混乱を増大させるのではないかな等の議論が行われた。
- ・この問題は臨床研修とも絡み合っており、これらについて日病としての考えを述べる必要があるので、中常任理事を委員長とした専門委員会をつくり検討を始めている。

(6) 平成28年度診療報酬改定に向けた救急医療に対する要望について

岡留副会長より、これは26年改定の前にも全日病から出ていたが、今のままではやっていけないので二次救急告示医療機関の夜間休日管理料、救急医療管理加算を上げてほしいという要望であり、要望書として出すことを検討しているとの報告があった。

(7) 平成28年度税制改正要望

安藤常任理事より、これは厚労大臣に対して四病院団体協議会の名前で出した要望書で、既に届けられている。最重点項目としてまず非課税問題が挙がっている。今のところ各団体が別個に要望を出しているが、最重要課題に関してはほぼ共同歩調がとれているとの報告があった。

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

下記会議その他の報告があり、了承した。

(1) 第2回ナースセンターの運営に関する中央における定期的な協議の場（8月26日）

坂本参与の代理・菊池日本看護協会副会長より、以下の報告があった。

- ・ナースセンターについて離職者の届出が10月1日から施行されるので、それに向けて病院団体とナースセンター強化に向けた定期的な協議の場を設けている。今回はナースセンターの現状と課題、届出制度の周知も兼ねたアンケート調査を議題とした。
- ・ナースセンターには求人や求職者が少ないという課題があるが、求職者に対する就職率はハローワークや有料職業紹介所とそれほど変わらない。これからの課題としては、求人数と求職者をふやす、効率性と利便性を高める、就業定着を支援することである。看護職員の離職時の代行届出ができるようになったので、病院団体にも協力を願う。
- ・届出制とナースセンターの周知を兼ねてアンケート調査を実施することとしたので、各病院団体からも協力してほしい。
- ・ナースセンターの実際の評価については、相談員をきちんとそろえなければならず、都道府県からの基金等で人件費等の財源を確保することが非常に重要なので応援を願う。大道副会長は、各都道府県のナースセンターには病院諸団体から運営委員が入っているのので、十分に利用して調整するとよいと述べた。

(2) 第11回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（8月27日）

堺会長より、今年度初の病床機能報告制度が行われたことを受けて議論を行った。未報告の医療機関に対する対応、間違いと考えられる報告への対応等の問題について「病床機能報告 報告マニュアル」を出しているとの報告があった。

(3) 平成27年度病床機能報告マニュアル

堺会長より、これは病院長よりも事務方に目を通してもらい、問題のない形で2回目の報告を行ってほしいとの要請があった。

(4) 第3回日本専門医機構理事会（9月7日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・専攻医の募集と地域偏在等についてプログラム委員会から説明があった。基本枠組みは崩

さない、大学を中心にして全てをカバーするので孤立した施設を出さない、地域のプログラムの中心に大学を置く、大学も連携施設と群を組んで市中病院も参加する、基幹病院同士の連携は内容で判断する等である。

- ・日本病院会のアンケート結果を提出してあったので、専門医機構からそれに対する回答が来たことには意味がある。
- ・このプログラムについて、日病としても意見を発信していかなくてはならない。

大道副会長より、日病として委員会をつくって、今後この機構に影響を与える余地はまだあると考えてよいかとの質問があった。

末永副会長は、影響力があるかどうかかわからないが、言わないわけにいかないし、意見は出していくべきであると答えた。

中嶋常任理事は、以下のように述べた。

- ・プログラムを作成していく中で我々から相当深く切り込んでいかないと、このまま進んでいくのではないかという懸念が大きく浮かび上がってきた。
- ・日本医師会は大学と連携した形での医者の育成の仕方をきちんとしていくのが基本方針であるが、今回の専門医制度についても大学を中心にとすることを認めて日医と組んでいるのかどうか知りたい。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・日本医師会の下に医学会がある。我々は是々非々で臨むが、近い将来、総合診療専門医とかかりつけ医の問題ではかなり意見の食い違いが出てくると思うので、その辺はしっかり発言していきたい。
- ・我々は各プログラムをしっかりと見て、それに対して意見を言っていかなければならない。中身を見ずに抽象的な議論をするのは難しいので、委員会の中でもプログラムを見て、それに対して発言していけばよい。理事長に直接申し入れはできるので、よろしく願う。病院の存亡がかかっているのです、これは非常に重要なことである。

(5) 第2回療養病床の在り方等に関する検討会（9月9日）

大道副会長より、これについては協議事項の3項で議論するとの発言があった。

6. セプター訓練の報告について

福田事務局長より、常任理事の協力により9月14日に実施した政府の情報インフラにおける情報セキュリティ対策の一環としての訓練であるが、これは毎年行われるものであり、今回は26病院が参加したとの報告があった。

〔協議事項〕

1. 次期診療報酬改定の基本方針等の検討について

堺会長は、協議事項1の検討については、社保審の医療部会で出された協議資料1を一読願う。これにのっとなって粛々と診療報酬改定の道が進んでいくと述べた。

2. 産休・育休・時短取得による病院の人件費増について

堺会長は、安倍政権は新三本の矢で子育てと言っているが医療現場では状況が厳しいということで、日赤を代表して富田参与から協議資料2について説明願うと述べた。

富田参与より、以下の説明があった。

- ・「新三本の矢」を安倍首相が新しく出した中に、子育て支援をしっかりと入れてきた。それが日経の第一面に連日出ており、力を入れて目玉にしようとしていることがわかる。少子化に対して日本の産業界の中で最も貢献しているのは病院業界であるので、そのことに対する財

政的な評価と支援を安倍政権から受けたというのが提案である。

- ・実際にいろいろと政府が取り組んでいるのに出生数は減り続けているという実態がある。また、女性の継続就業を妨げる壁として、出産退職の率が減らない現状がある。
- ・離職する理由の1つに、制度はあっても育児休業がとれないということがある。保育所が不足しているのも、女性が産後離職する大きな理由になっている。両立支援を伴う企業負担は大きいと考える企業が65%もあり、仕組みはあるがその仕組みを使わせないという雰囲気づくりをしている企業が多い。子どもを持てば持つほど離職するというのは欧米との大きな違いである。
- ・我々の病院グループには92病院があり、職員5万6,000人の中の59%が看護職員である。病床数は3万6,000なので、日本の病院中の約2%を占めており50分の1の縮図と考えられる。
- ・看護師は2025年にはさらに50万人必要であり、いかにして病院のナースを離職させないかということにはどの病院も腐心している。出産するために仕事をやめる女性は一般の業界では約60%であるが、病院の業界では10%ぐらいに抑えられている。
- ・この10年間で産休をとったナースの数は50%ふえた。同じ時期に日本では10%出生が減っている。職員たちが50%多く子どもを産んでいるというのは我々の国に対する貢献である。産休・育休や時短をとるナースの数はふえているので、その分を補うための雇用をしている。また、我々のグループでは400床以上では7、8割の病院が院内保育施設を持っているが、これに対する補助金は各自持ち出しの1割から2割程度である。
- ・我々は病院を業界と考えている。かつて民主党政権は病院業界を雇用の受け皿と言い、病院業界に雇用をふやすためにさまざまな診療報酬の誘導をしたので、確かに雇用はふえた。病院業界自身もその費用やコストを負担しながら、子どもをふやしている。そういう業界であるという面を政府に大きく訴えていくべきである。このコストに対する支援を病院業界として要求していくことが大事である。

堺会長は、平成11年ごろから産前・産後休暇取得者数が右肩上がりにふえているが、特にこれには理由があるのかと尋ねた。

富田参与は、この10年間に看護職の職員数は30%ふえた。そのまま同じ率だと産休は30%増になるだけだが、それ以上に産休がとりやすい環境づくりをしたということである。産休をとった後の補充を入れて産休をとりやすくしたことや、保育園の補助の影響もあると答えた。

堺会長は、21年ぐらいから人件費率、特に看護師の人件費率はどのぐらいふえたのかと尋ねた。

富田参与は、人件費率は組織全体としては2.5から3%ずつ毎年上がっていると答えた。

堺会長は、済生会でも同じような状況であるのかと尋ねた。

岡留副会長は、大体10%前後、産休・育休合わせて動いているのではないかという感じはすると答えた。

堺会長は、今の説明は病院が頑張っただけで少子化に歯どめをかけており病院は業界として頑張っているということであったとして、参加者の意見を求めた。

堀江支部長は、3交代制を2交代にするとか、看護師の勤務体系の変化がこの間に起こってはいないか。私どもでは今2交代制を進めているが、初め少し抵抗があったが実際行ってみると、このほうが勤務がしやすいという声広がってきた。出産数についての効果という点で何か変化というのはないだろうか尋ねた。

富田参与は、2交代制のほうに今どんどんシフトしているが、出産との関係はわからない。看護師たちからアンケートをとると2交代制のほうが評判がよいと答えた。

楠岡常任理事は、国立病院機構も大体同じような傾向である。看護師の数がふえたのは、国立病院機構は少し別の要因もあるが、10対1から7対1に変えれば3割近く看護師はふえるし、

そこに入ってくる者は若い看護師であり結果的に産休・育休がふえる1つの要因にはなっている。また、看護師の場合は育休を1年から長い場合は3年とる者もいるので、それによってもかなり違う。もともと看護師のために手厚くしていたのが、結果的に女性医師を確保・定着させるためにも非常に大事な要素になっていると述べた。

堺会長は、どこでも同じような傾向で、7対1が出るようになってから若手がふえ、看護師の数もふえ、出産の数がふえて育休・産休がふえた。事実としてそういう状況にあるが、富田参与から示されたデータのほかにこういうデータが欲しいというものがあれば発言してほしいと述べた。

安藤常任理事は、全国の合計特殊出生率であるが、各業界団体、セクターごとにこういう数字は出せるのだろうか。看護師、特に日赤の看護師は過去、独身率が高かったのではないか。その後、結婚率が高くなって出産がふえた。それが出生率にどれだけ貢献しているのかというのはデータとしているのではないかと尋ねた。

富田参与は、よそとの比較はわからない。他の団体も含めて同じようなデータをとってみて初めてわかるだろう。看護学会や看護協会はデータを持っているかもしれないと答えた。

堺会長は、菊池日本看護協会副会長にデータはあるかと尋ねた。

菊池日本看護協会副会長は、合計特殊出生率を出したものはないが、看護職が何人ぐらい子どもを持っているかは時々調べている。平均2人ぐらい産んでいるということで、一般よりは多く子どもを産んでいるという印象はあると答えた。

石原支部長は、以下のように述べた。

- ・安倍首相が発表した新三本の矢の中で、社会保障の充実が3本目に入っており、2番目の子育てもそうだが、従来の三本の矢あるいは6月に出た骨太の方針からは大きく方向転換が見られる。しかし方向転換を裏づける財源については何も触れられていない。協議事項としてこれを挙げたのも我々に財源負担が振りかかってくるのではないかとという危惧があったからだろうと思うが、このあたりの見通しはいかがか。

堺会長は、権丈参与に意見を求めた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・三本の矢が今までと全然様相が違うものが突然出てきたが、来年7月の参議院選挙をにらんでのものであろう。財源に関しては無利子国債という話が新聞に出ていた。
- ・労働市場で需給がひっ迫してきて、賃金で対応するか福利厚生で対応していくかということになるが、福利厚生という形で対応して成果を出していくことは病院界全体としてできるのではないか。

堺会長は、財源論が出ない中で、財源として社会保障関連費用を削減する、伸びを抑えると言っているぐらいであるから確固たる財源はないと思われるが、その中で我々はいかにすべきかということ、賃金で見るのか福利厚生で見るのかということとは非常にまともな意見である。それを踏まえて、今後、日本病院会がどういう政策提言をしていくかについて意見はあるかと尋ねた。

岡留副会長は、日赤のデータを今日見せてもらったが、済生会もデータを集める必要があるし、アンケートできちんと団体、あるいは1つのマスとしての評価、収集、分析しておかなければならないと述べた。

土井常任理事は、看護師の話があったが、看護師だけがそうなっているのではなく、恐らく事務職も同じように休みをとったりしていると思う。そういう全体的な統計調査を行ってみると、もっと明確に出てくるだろう。病院全体に同じ傾向があつて、かなり貢献しているのではないかと述べた。

堺会長は、看護ということで特定して出てきたのだが、病院の職員の中で6割以上が看護職

員だろう。看護だけではなく全職員に対していろいろな調査をすることも可能だと思う。看護のことなら日本看護協会とアンケート調査ができないかなという意見もあったが、その辺はいかがかと尋ねた。

菊池日本看護協会副会長は、以下のように答えた。

- ・アンケート調査は看護協会も非常に興味を持っている。入院基本料が今1人1,800時間で計算されており、交代する人を見込んだ計算になっていないので、そこを少し上げてほしいと厚労省に言っているが、なかなか実現していない。女性の活躍とか子育て支援を国が言うのであれば、補助金や税制優遇で何とかならないかと考えたりもしている。
- ・実際の看護管理上の工夫として、ママさんナースが既に6、7割という愛知の病院の事例があり、どちらかといえば小さな子を抱えたママさんナースが主流の病院がある。そこであれば定着してもらえし、職業紹介所からお金を出して人を雇うよりはコスト的にも安くつく。これから若い人がどんどん少なくなる中で、人材は取り合いになるので、働き続けてもらうための実際の工夫も必要であると協会の中では考えている。

堺会長は、日本病院会には看護環境改善のための委員会があるが、そこが中心になって日看協と協力しながら、看護だけではなく他職種も含めた実態のアンケート調査を早急にやりたいが、それを踏まえて、どういう形で提言あるいは要望をしていくかについて尋ねた。

中常任理事は、短日勤務とか有給は特に問題であるが、午前中2時間休みとか1時間とか、いわゆる時間給制度というのがある。これを突然申し込まれても、急性期の場合、民間では対応がなかなか難しい場合がある。老人保健施設とか、そういうところでは特に問題ないのであるが、皆さんのところはいかがかと述べた。

富田参与は、看護師も含めて出産による離職率が低いことに加えて、この業界では毎年子どもをこの世の生み出している数が10年前よりふえている。日本の中では、こんな産業界はほかにない。それを強く主張して、日本の産業界で最も少子化対策に貢献した産業界であるという位置づけをしてもらい、それから財政援助を言えばよいと述べた。

堺会長は、提案いただいたように、いろいろ検討する項目があるので、委員会の中で優先順位をつけながら、将来的にどこまで行くかも含めて検討してほしいと述べた。

3. 療養病床の在り方について

堺会長は、以下のように述べた。

- ・日本病院会は大病院、急性期病院中心ではないと言われるが、約37%の病院が療養病床を備えている。しかし療養病床について正面から議論したことはない。
- ・厚生労働省が具体的に検討したのはせいぜい回復期までであり、その下の病床というのは曖昧模糊としている。療養病床の検討会には老健局、保険局、医政局が入っているが、厚労省には明確なビジョンがない。
- ・松本支部長が日病を代表してその検討会に入っているので、まずその概略について説明してほしい。

松本支部長より、以下の説明があった。

- ・療養病床の在り方に関する検討会において、高齢者がどんどん増える状況の中で慢性期、高齢者、障害者を含めて未来をどうデザインするかについて検討していく。
- ・平成29年末に介護療養病床が廃止になるので、来春までに法律をつくらないと約6万3,000床残っている患者の行きどころがなくなってしまう。
- ・医療療養病床には20対1と25対1があるが、後者は暫定的に設けられているものなので、平成30年3月31日までにこれにも対策を打たねばならない。
- ・地域医療構想ガイドラインの将来推計では療養病床の中の医療区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのうち一番軽

いものの70%は在宅と一緒にしてしまうような図表が出ていた。

- ・受療率が地域ごとにかなり較差があるので、その較差を縮小するために2つパターンが示されているが、財政的な理由で縮小しようとしているのが見てとれる。
- ・入院患者の治療の状況を見ると、医療療養病床では喀痰吸引の比率が非常に高く、インシュリンの注射の比率も高く、重度の意識障害患者が介護療養病床よりも多い。
- ・療養病床数や、それを担う医師や看護師数についても地域差はかなりある。訪問看護ステーションの介護職員数についても同じような傾向がある。
- ・外国との比較では、日本は病院のベッド数は他国と比べて圧倒的に多いが、病院ではない施設系のところは非常に少ない。
- ・療養病床を縮小して、空いたところを住居として提供して「サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）」のようなものを病院が運営するという意見も出ている。
- ・在り方委員会の16人の委員のうち医師委員6人の意見が一致しているのは、6万3,000床をそのままなくすことはできないということであり、日医は現状に近い形を望んでいるようにも受けとれる。
- ・新しい枠組みをつくるとしたら、それは医療保険でやるのか介護保険でやるのか、あるいは住居系だけでも介護保険を使うのかということを考えていく必要がある。
- ・介護療養病床を老健施設に移行させようとして国はかなり動いたが、結果的にはうまくいかなかった。そういう中で、これからどうしていくか検討してほしい。
- ・看取りは分けて考える必要があり、ナチュラルコースは在宅へという制度もオーケーになったようであるが、がんや肝硬変の末期など、激しい痛みを伴うような場合についてはどうすべきか、あるいはレスパイトというものを療養でどう取り扱うかについても検討を願う。
- ・Skilled Nursing Wardの提案が出ている。看護配置、介護配置が40対1、30対1であり、療養に比べてコストが安く上がる。問題は、誰が責任者になるかということであるが、医師ではないようなので日医は反対するのではないか。

堺会長は、課題が多くて大変な検討会であるが、要するに平成30年までに介護療養病床をどうするか、地域較差をどうするか、受け皿的なものとして現在ある病床を利用したナーシングホーム的なものという日慢協の提案をどう評価するかということであるのかと尋ねた。

松本支部長は、喫緊の課題は、そうである。もう一つは、サ高住のように住居に限りなく近い感じの施設の提供というものがあると答えた。

堺会長は、細木支部長に意見を求めた。

細木支部長は、以下のように述べた。

- ・高知県では、2025年までに約5,500人が医療療養、介護療養から出なければならなくなるので、そのような患者をどのようにケアしていくかが今、一番問題になっている。
- ・去年から地域包括ケア病棟が始まったが、急性期または高度急性期の一部がそちらに移っていくのではないか。そういう病棟をつくるのも1つの手である。
- ・認知症と思われる患者の中にもきちんとした精神科の薬を投与すると非常によくなる患者もいるので、そこに精神科がある程度関与することも大事ではないか。
- ・慢性期の療養型の患者の50%以上は自分の意思を示すことができないので、誰かがそれに代わり意思決定する必要があるが、それをどうすればよいのかは大きな問題である。
- ・老人保健施設の入所者が医師の治療を受ける場合、その治療費は全て老健の負担になり、医療コストが多くかかる老人を老健は受けとらないという問題が生じている。
- ・特別養護老人ホームでリハビリを必須化してQOLの向上や維持を目指すということが大切であり、看取りだけでやっているとおかしいことになるのではないか。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・大きな流れとして、医療費に占める国庫負担を減らしていこうという圧力が当然ある。
- ・いかにして医療費を抑制するだけが目的ではない形にいかにか持ち込むかということで、専門調査会が出した報告書の中には療養病床を地域の考えで行いながら「在宅等」をしっかりと充実するという文章がついている。サ高住を含めていろいろなものを在宅等という形で充実させていくことがセットにならないと、在宅は無理である。
- ・ナーシングホームなどを充実させていくことなしに療養病床の削減という方向に持っていかれるのは不本意である。

福井支部長は、以下のように述べた。

- ・私の病院では介護保険法が始まった平成12年から介護医療施設をつくっているが、病棟と呼ぶことは禁止されていた。それがいつの間にか療養病床の中の医療型と介護型という言葉に変えられている。
- ・医療区分Ⅰの70%を外に出すというのは療養病棟1、2の両方をあわせてという意味なのか、あるいは介護医療施設も含めて医療区分Ⅰなのか、そこが曖昧にされている。これを明確にしておかないと議論が混乱するので、整理した上で議論してほしい。

堺会長は、福井支部長の質問への答えを松本支部長に求めた。

松本支部長は、以下のように答えた。

- ・厚労省としては、6万3,000床もあるのだから新しい枠組みをつくることなしには対処できないと考えているのではないか。
- ・そういう人たちを医療で診るのか介護保険で診るのかという保険の枠組みの問題があるが、混在して処理することはできないので、どちらかでやるということである。
- ・医療の割合の少ない者については介護保険の枠組みでやりたいというニュアンスが受けとれるが、我々としてどうしたらいいかという自分たちの考えを出していく必要がある。

福井支部長は、現在は法的に言うと介護医療施設とその病棟のところに記載しなければならないということを、もう一度よく考えてほしいと述べた。

松本支部長は、多分その整理をせよということであると述べた。

福井支部長は、そこに意図が見えている。こういう意図でいくということを出すために混乱させているのではないか。介護医療型の病床というのは介護医療施設であり、本当は介護保険施設であると述べた。

松本支部長は、そのとおりであると述べた。

福井支部長は、施設そのものであるのに、いつの間にか療養病床の介護型という言葉に変えられていると述べた。

堺会長は、厚労省としてはそれほど違わないという論法で、在宅等ということで新しいものをまさに提案してほしいと言っていると述べた。

福井支部長は、厚労省は新たなものをつくってほしいと言っていると述べた。

堺会長は、それは明確であるから、その線に沿っていかないと現状のいろいろな区分をどうするか、整合性のとれないところをどうするかという議論は難しいと述べた。

福井支部長は、制度を考えるのはよいが、実際に現状を見て話をしているかどうかということとはよく見きわめておかなければならないと述べた。

堺会長は、現場の苦労はわかる。検討会の中で議論を進める中で、大枠はナーシングホーム的なものにするのか、サ高住なのか、全く新しいものなのかという問題であると述べた。

松本支部長は、日慢協の提案では新しい施設は医師の手から離れるわけであり、サ高住的な住居にしてしまうとそれは病院ではなく、病院がサ高住を運営しているようなものである。家賃は月30万を超えるようであり、現在の療養型の患者側から見てどうなのかという議論が必要になると述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・この問題についての議論のときに、患者や家族の視点がいつも抜けている。行政が居宅等といったときには、医療を提供する施設でなければどこでも全部入っている。
- ・サ高住は高いので、将来はもう少し安い新しいモデルを提言していくことがどうしても必要で、行政的にここまでは居宅等と言えるということ定義し直さないと、今の定義のままではうまくいかない。
- ・精神科の療養病床というものがあるが、これは将来、大問題になるのではないか。

堺会長は、日慢協の提案に対して、やはり医師が関与しないのは難しいということであるかと松本支部長に尋ねた。

松本支部長は、医療の関与部分が小さくて済む者もいるので、そういうタイプをつくるかということであるが、住居的には将来的には縮小になるので、それでやっていけるであろうと答えた。

堺会長は、看護師が特定看護師であれば必ず医師の指示が必要であるが、どこかと連携をとるのかと尋ねた。

松本支部長は、病院の中につくるから医師は必ず施設内にいると言われるのであるが、日慢協の意見では全く外してしまうことになるかと答えた。

堺会長は、厚生労働省が丁寧にデータを出してきているのは、データで誘導しているのか、していないのかと尋ねた。

松本支部長は、厚労省は誘導していると思うと答えた。

堺会長は、日慢協の考え方をどう捉えているかについて尋ねた。

細木支部長は、高知県の介護療養は物すごく多い。要介護1、2、3、4、5について、それぞれどれぐらい入っているのかを問い合わせているが、1、2、3についてはSNWになればとてもよいのではないかと述べた。

堺会長は、医師の関与が全然ないことについてはどうかと尋ねた。

細木支部長は、利用者がどこかに出るのではなく、今入っているところをそういうふうに変えろと言っているとしか考えられない。変わるためには日慢協の話が乗りやすいのではないかと述べた。

松本支部長は、ナーシングホームを認めてしまうと、院内だけではなく今度は院外につくるという話が次に出てくるので、よく考える必要があると述べた。

堺会長は、外国のデータを出してきたのは、外国がやっているのに日本は何でできないのかという投げかけではないかと述べた。

松本支部長は、だから医師が関与して、医療施設の範疇に入れておいたほうがよい。将来的にナーシングホームを認めることになれば、それはそのときに外せばいいと述べた。

堺会長は、日本病院会としてこうあるべきだということはきょうは出ないと述べた。

福井支部長は、現在の病院の中にある介護医療施設は介護保険であるが、入院の決定権はケアマネにあつて医師にはない。既に、そういう施設になっていると述べた。

松本支部長は、介護療養医療施設には手術室やいろいろな条件がついているが、そういうものが外れると述べた。

堺会長は、そういう重装備をするのは厳しいような気はする。これは継続審議になるが、日本病院会は療養病床をないがしろにしているのではなく、実際わからないことが多い。当会の会員中37%が療養病床を持っているので、会員からの意見を集約して松本支部長と連携をとっていきたいと述べた。

4. その他

その他の発言はなかった。

以上で閉会となった。