

日時 平成29年8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 相澤 孝夫 (会長)

万代 恭嗣、島 弘志、小松本 悟、大道 道大 (各副会長)

牧野 憲一、中村 博彦、前原 和平、亀田 信介、高木 誠、中井 修、新江 良一、直江 知樹、森田 眞照、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

竹中 賢治、梶原 優、石井 孝宜 (各監事)

堺 常雄 (名誉会長)

宮崎 瑞穂 (顧問)

高久 史磨、今泉暢登志、楠岡 英雄、福井トシ子(代理:荒木暁子)、池上 直己、富田 博樹 (各参与)

松本 隆利 (委員長)

原澤 茂(日本病院会団体協議会 議長)

永易 卓(病院経営管理士会 会長)

(新入会員)

内山 聖(新潟県 一般財団法人新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院 病院長)

山崎 元(大阪府 医療法人東和会 第二東和会病院 院長)

大久保 憲(愛知県 医療法人幸寿会 平岩病院 院長)

池田 寿昭(東京都 学校法人東京医科大学 八王子医療センター 病院長)

総勢36名の出席

細矢 貴亮、藤原 秀臣、東郷 庸史、原澤 茂、崎原 宏、毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、三浦 修(各支部長:Web視聴)

相澤会長の開会挨拶に続いて議事録署名人を選出し、新入会員4名から挨拶が行われた後に、大道副会長の司会により議事に入った。

## 〔承認事項〕

### 1. 会員の入(退)会について

平成29年7月19日~平成29年8月25日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会7件〕

- ① 地方独立行政法人・地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター (会員名:籠本孝雄院長)
- ② 厚生連・新潟県厚生農業協同組合連合会 小千谷総合病院 (会員名:高橋達病院長)
- ③ 医療法人・医療法人研成会 諏訪湖畔病院 (会員名:井口光世理事長)
- ④ 医療法人・医療法人藤森医療財団 藤森病院 (会員名:藤森芳史理事長)
- ⑤ 医療法人・医療法人社団栄宏会 栄宏会小野病院 (会員名:土井直理事長)
- ⑥ 私立学校法人・学校法人埼玉医科大学 国際医療センター (会員名:小山勇病院長)

⑦社会福祉法人・社会福祉法人岡山博愛会 岡山博愛会病院（会員名：中尾一志院長）  
〔下記会員より退会届出があったが、役員の慰留により撤回1件〕

①社会医療法人・社会医療法人緑社会 金田病院（会員名：金田道弘理事長）（慰留者：難波義夫理事）

〔正会員の退会2件〕

①医療法人・医療法人社団愛友会 千葉愛友会記念病院（会員名：石塚朋樹院長）

②医療法人・医療法人社団栄宏会 土井病院（会員名：土井直理事長）

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・Sky株式会社（会員名：大浦淳司代表取締役）

平成29年8月26日現在 正会員 2,470会員

特別会員 179会員

賛助会員 260会員（A会員112、B会員116、C会員4、D会員28）

## 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・協賛等依頼14件）

①一般社団法人日本臨床衛生検査技師会／平成29年度全国「検査と健康展」の後援

②厚生労働省／平成29年度（第68回）全国労働衛生週間に関する協力

③一般社団法人日本能率協会／「第34回ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2017」の協賛名義使用

④一般社団法人日本医療福祉設備協会・一般社団法人日本能率協会／HOSPEX Japan 2017（第46回日本医療福祉設備学会併設展示会）に対する協賛

⑤厚生労働省／「医療安全推進週間」の後援

⑥一般社団法人秋田県病院協会／秋田県病院大会の開催後援

⑦イノベーター・オブ・ザ・イヤー組織委員会／顕彰プログラム「イノベーター・オブ・ザ・イヤー」の共催

⑧厚生労働省・生活衛生局／「疼痛緩和のための医療用麻薬適正使用推進講習会」に対する後援名義使用

⑨ヘルシー・ソサエティ賞組織委員会／第14回ヘルシー・ソサエティ賞への後援およびロゴ使用

⑩一般社団法人日本衛生検査所協会／平成29年度臨床検査普及月間に対する協賛名義使用

⑪一般社団法人全国公私病院連盟／第29回「国民の健康会議」の協賛

⑫公益社団法人全国病院理学療法協会／第67回日本理学療法学会の後援名義使用

⑬一般財団法人日本救急医療財団／「救急の日2017」後援名義使用並びに賛助金の協力

⑭公益社団法人日本医師会・特定非営利活動法人日本がん登録協議会／シンポジウム「始まった希少がん対策：がん登録で浮き彫りになるその実態」に対する後援名義使用

（継続：委員等依頼依頼2件）

①一般社団法人日本医療法人協会／特別顧問への就任〔就任者…相澤会長（新任）〕

②厚生労働省保険局／保険医療専門審査会への就任〔就任者…牧野常任理事（新任）〕

（新規：後援等依頼3件）

①特定非営利活動法人日本人間ドック健診協会／「保険者交流会」への後援

②一般社団法人日本在宅医学会／「日本在宅医学会第20回記念大会」に対する後援名義使用

③一般財団法人医療関連サービス振興会／平成29年度調査研究事業協力団体名義の使用

(新規：委員等依頼依頼 2 件)

- ① 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社／厚生労働省平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「医療提供を目的とした介護保険施設等の施設の役割を踏まえた利用者等へのサービスの在り方に関する調査研究事業」調査検討組織委員の委嘱〔就任者…松本隆利理事〕
- ② 厚生労働省医政局／医師の働き方改革に関する検討会構成員への委嘱〔就任者…岡留副会長〕

### 3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

大道副会長より報告を受け、下記 4 施設を認定承認した。

(新規 1 件)

- ① 愛知県・社会医療法人大雄会 大雄会第一病院健診センター

(更新 3 件)

- ① 兵庫県・医療法人川崎病院 健診センター
- ② 島根県・医療法人社団創健会 松江記念病院
- ③ 高知県・医療法人健会 高知検診クリニック

### 4. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

大道副会長より大原保育医療福祉専門学校熊本校（熊本県）の調査報告書の説明があり、受験校指定を承認した。

#### 〔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) 第 2 回雑誌編集委員会（7 月 25 日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・「日本病院会雑誌」8 月号、9 月号、10 月号の掲載内容案について検討した。
- ・7 月号が発行された英文雑誌「JAPAN HOSPITALS」は休刊が決まっており、今後どうするかについて話し合っている。

##### (2) 第 1 回ニュース編集委員会（7 月 26 日）

松本委員長より、以下の報告があった。

- ・日病ニュース970号～972号の発行について報告された。
- ・973号の「主潮」は細木理事、974号では島副会長が執筆予定である。
- ・1,000号は特別号として増ページして発行する。
- ・日病ニュースの保存については、いまだにPDF化されていない650号以前の号について電子データ化を進めていきたい。
- ・編集委員として新たに松本（潤）理事が加わる。
- ・富士フイルムメディカルが6回連続で広告を掲載する。
- ・病院新聞社による編集への協力が10年目を迎えるに際して、その契約内容について見直しを行い、内容を明解化して継続することとなった。

##### (3) 中小病院委員会 第67回日本病院学会「シンポジウム 4」（7 月 20 日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・大道副会長が「J H A s t i s」について説明した後、4名の演者が講演し、それを受けて全体討論を行った。

- ・今回は300人の参加があり盛況であった。次回の委員会では今後のシンポジウムのあるべき方向性について検討したい。
- (4) 地域医療委員会 第67回日本病院学会「オピニオン」(7月20日)  
塩谷常任理事より、以下の報告があった。
- ・「こんな勤務医が欲しい!～地方の病院長のおもい～」というテーマで4人の医師が発表を行った。診療科遍在、地域遍在が解消しない状況の中で、地方の病院長たちはいかなる思いで病院業を行っているのかについて議論した。
  - ・日本の医療そのものが労働基準法違反を前提にして成り立っている。この制度の壁に穴を開けていかなければならない。働き方改革でこの問題がようやく取り上げられ始めたときに地域医療委員会が消滅してしまったことを委員長として申し訳なく思う。
- (5) 病院精神科医療委員会 第67回日本病院学会「シンポジウム10」(7月21日)  
中島常任理事より、以下の報告があった。
- ・念願であった精神科のシンポジウムである。参加者は100名を超えて120名に達した。
  - ・テーマを「身体疾患で入院する認知症患者への対応～明日は我が身か、認知症～」として開催し、盛況であった。
- (6) 看護職場環境委員会 第67回日本病院学会「シンポジウム12」(7月21日)  
報告は資料一読とした。
- (7) 災害医療対策委員会 第67回日本病院学会「シンポジウム14」(7月21日)  
報告は資料一読とした。
- (8) 第2回QI委員会(8月1日)  
報告は資料一読とした。
- (9) 第2回病院診療の質向上検討委員会(8月7日)  
報告は資料一読とした。
- (10) 第6回専門医に関する委員会 病院総合医ワーキンググループ(8月2日)  
報告は資料一読とした。
- (11) 病院経営の質推進委員会 病院中堅職員育成研修「医事管理コース」(7月28日)  
牧野常任理事より、以下の報告があった。
- ・定員80名のところ、申込者75名、参加者73名、修了者71名であった。医師1名が含まれており、あとは事務系職員である。
  - ・6名の講師による講義及びグループワークを行った。研修者の評価では「大変よい」が57%、「よい」が40%、合計すると97%であり、満足度の高い研修となった。
- (12) 病院経営の質推進委員会 病院中堅職員育成研修「経営管理コース」(8月5日)  
牧野常任理事より、以下の報告があった。
- ・定員80名のところ、申込者68名、参加者67名、修了者66名であった。事務系中心であるが、医師4名、看護師4名、臨床検査技師1名、社会福祉士1名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名といった多彩な職種からの参加があった。
  - ・研修者の評価は「大変よい」が55%、「よい」が44%、合計99%と、こちらも満足度の高い研修となった。
- (13) 診療情報管理士通信教育関連  
下記会議の報告は資料一読とした。
- ①医師事務作業補助者コース第16期生研修会(岩手会場:7月15・16日、福岡会場:7月29・30日)
  - ②第1回基礎課程小委員会(8月1日)
  - ③第1回専門課程小委員会(8月4日)

- ④コーディング勉強会（7月23日）
- ⑤医療統計学勉強会（7月23日）
- (14) 日本診療情報管理学会関連
  - 下記会議の報告は資料一読とした。
  - ①第67日本病院学会「シンポジウム3」（7月20・21日）
  - ②第14回業務指針・記載指針改定小委員会（8月4日）
- (15) 診療情報管理士会関連
  - 下記会議の報告は資料一読とした。
  - ①第1回理事会（7月22日）
  - ②平成29年度評議員会（7月22日）
  - ③平成29年度総会（7月23日）
  - ④平成29年度全国研修会（7月22・23日）
- (16) 病院経営管理士通信教育関連
  - 下記会議の報告は資料一読とした。
  - ①第39回生試験・スクーリング、第40回生スクーリング（7月10～15日、7月24日～28日）
  - ②第1回病院経営管理士教育委員会（8月9日）
- (17) 病院経営管理士会関連
  - 永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。
  - ①第67回日本病院学会「シンポジウム13」（7月21日）
    - ・「病院経営の質向上と次世代を読む新たな取り組み」をテーマとして開催し、参加者数が300名を超えた。
    - ・4名の登壇者がテーマに沿って発表を行い、フロアからも活発な意見が出されて盛会に終わった。
  - ②第1回会誌編集委員会（8月4日）
    - ・会誌「JHAC」第23巻及び第24巻の編集内容について検討した。
    - ・会誌とウェブサイトの活用について議論した。サイトには予想以上のアクセスが見られたので、平成30年度には予算化して、さらにその充実と拡大に努めたい。
- (18) 「平成30年度税制改正に関する要望」報告
  - 安藤常任理事より、以下の報告があった。
  - ・厚生労働大臣宛の日本病院会の要望書を8月21日に厚労省にて提出した。その際に榎本医政局総務課長以下3名と面談し、内容についての説明を行った。
  - ・同日、記者会見を開いて、医業税制委員会による件についての広報を行った。

## 2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第153回代表者会議（7月25日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・これまでオブザーバー参加団体であった日本リハビリテーション病院・施設協会が日本病院団体協議会を構成するメンバーとなった。
- ・地域包括ケア病棟協会から日病協への加盟の申し出があったが、当面はオブザーバー参加とした。

### (2) 第154回代表者会議（8月18日）

報告は資料一読とした。

### (3) 第144回診療報酬実務者会議（8月16日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・日病協代表者会議報告及び中医協報告が行われた。
- ・地域包括ケア病棟における手術について、今回の改定で出来高算定ができるようになったにもかかわらず件数が増えていないことに関して議論になった。
- ・療養病棟の調査で、医師がほとんど診ていないとのデータが出ているのは実際と合わないとして、調査方法等に問題があるのではないかとの指摘があった。
- ・診療報酬改定に関する要望書は第1弾が出ているが、第2弾については今の段階では早過ぎるので、さらに練り上げてから出すこととした。

### 3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

#### (1) 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（7月21日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・7対1、10対1の一般病棟から地域包括ケア病棟に移行する病院が増えてきている。
- ・自院内の他病棟から転棟した患者が地域包括ケア病棟の入棟患者の9割以上という医療機関が45%を占めている。
- ・自院の他病棟から入棟した患者では骨折等に加えて肺炎等の他疾患の患者が一定程度含まれているが、自宅等以外からの患者では骨折等の患者が圧倒的に多い。入院継続の主な理由は、自宅等以外からの患者ではリハビリテーションの必要性であるが、自宅等からの患者では急性期治療の必要性や状態が悪化する可能性等である。
- ・地域包括ケア病棟で提供されている医療の内容は、検体検査やX線単純撮影などが生体検査やCT・MRIに比べて多い。入院患者の約7割がリハビリテーション対象者である。
- ・地域包括ケア病棟を有する医療機関の約3割が在宅療養支援病院であり、訪問診療を行っている病院が全体の約半数あった。
- ・回復期リハビリテーション病棟の届出病床数は増加傾向にある。その患者の6割以上が75歳以上であり、脳梗塞、骨折、外傷の患者が多い。患者に対する疾患別リハビリテーションの提供単位数は1人当たり1日平均6単位強であり、近年は横ばいの状態にある。
- ・13対1、15対1の一般病棟入院基本料の届出病床数は近年横ばいであり、病床利用率は15対1では低下傾向にある。これらの病棟を有している医療機関の病床規模は、100床未満がほとんどである。
- ・13対1及び15対1の一般病棟では急性期から慢性期までのさまざまな患者を受け入れているので、地域の医療ニーズに応じた医療提供体制の確保の観点から、その評価についてどのように考えるべきか厚労省から問いかけがあった。

#### (2) 第5回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（8月4日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向にあり、その割合は療養1が増加し療養2が減少している。中医協等では療養2をなくす方向性も検討されつつある。
- ・現行の医療区分に係る評価は毎日行わねばならない大変な作業となっており、この評価の仕方を見直す必要があるのではないかとの話が出ている。
- ・年齢階級別の患者割合を見ると療養病棟では75歳以上の患者が約8割であり、他病棟に比べて多い。
- ・療養病棟入院基本料1の区分別算定回数は区分Aは増加傾向、区分Dが減少傾向にあったが、平成28年には区分Aが減少し区分Dが増加に転じている。在宅復帰機能強化加算は、療養1

では約22%が届出を行っている。救急・在宅等支援療養病床初期加算は、療養1、療養2ともに約10%の届出にとどまっている。

- ・厚労省から、障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料に関する問題、さらに有床診療所に係る問題等についての問題提起が行われた。
- ・地域包括ケアシステムの構築に当たり有床診療所には一定の役割を担うことが期待されているが、無床診療所を加えた診療所の総数が増加傾向にある中で有床診療所はどんどん減っている。

### (3) 第6回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（8月24日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・一般病棟の入院基本料に関する議論を行った。7対1と10対1の評価手法が論点である。10対1では評価は段階的に行われているが、7対1ではカットオフ値を使用している。これについて種々の意見が出ているが、特に結論が出るような議論にはなっていない。
- ・「重症度、医療・看護必要度」に関して入院患者を毎日測定して点数をつけており、看護師や職員の負担が大きいため改善はできないかとの提案がなされた。
- ・入退院支援に関して、退院支援1を算定している病院のほうが在院日数が短いので、さらに前倒して支援を行うことを厚労省が提案していることについては肯定的な意見が多かった。
- ・地域連携診療計画加算、在宅復帰率、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の問題等についても議論が交わされた。

### (4) 第44回費用対効果評価専門部会（7月26日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・平成30年度以降に本格導入することになっている「費用対効果評価の制度化に向けたこれまでの議論のまとめ（案）」について議論した。
- ・今後の進め方についての案が示された。これまで議論のあった総合的評価における支払い意思額、倫理的、社会的影響等に関する検証のあり方、価格調整のあり方については試行的導入に係る検討状況を踏まえながら別途検討することとなった。

### (5) 第136回薬価専門部会（7月26日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価制度の抜本改革に係る議論を行った。今回整理したのは、効能追加等に伴う市場拡大への対応、外国平均価格調整の在り方、薬価調査、薬価算定方式の正確性・透明性、中間年の薬価調査・薬価改定、薬価調査、薬価算定方式の正確性・透明性についての諸論点である。
- ・原価計算方式については必ずしもその計算が透明ではないという批判があるので、原価計算方式の薬価算定シミュレーションが資料で示された。これらの費用が逐一提示され、その妥当性について薬価専門組織で審議しているということである。

### (6) 第83回保険医療材料専門部会（7月26日）

万代副会長より、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等に関する意見が出され、今後この部会で、イノベーションの評価や内外価格差の是正を含めて価格自体をできるだけ抑える方向で議論したいという提案がなされた。
- ・詳細については文書を参照してほしい。

### (7) 第357回総会（7月26日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・心不全治療のためにカテーテルを心室内に挿入してポンプで血流を確保するという補助循

環装置の新しい方式が提案された。これについては適用に問題が多いということで、適正使用についての要件が示されている。

- ・入院医療（その5）の本日議論分として、認知症治療病棟の入院医療1と2のデータが提示された。
- ・認知症治療病棟1及び2のほかに介護保険関係の老人性認知症疾患療養病棟が存在しているが、その扱いを医療との関係でどうするかについても議論になる。
- ・老人性認知症疾患療養病棟においては、長期の入院患者が多く、身体合併症を有している者の割合も多い。問題となっている点については今後さらなる調査結果等を分析し、介護保険との絡みも含めて引き続き議論する。

#### **(8) 第45回費用対効果評価専門部会（8月14日）**

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・費用対効果の試行的導入の検討について、倫理的、社会的影響等に関する検証のあり方等を中心に議論した。
- ・増分費用効果比の評価基準の設定方法としては、国内の支払い意思額に関する過去の調査結果及び諸外国における評価基準を活用して設定を行うこととする。平成29年度末までに試行的導入の結果を出し、それを平成30年度の改定に盛り込まなければならないので、この部分を先に進めたいということでの提案である。

#### **(9) 第137回薬価専門部会（8月9日）**

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価制度の抜本的改革に係る議論として、今回は後発医薬品の在り方、長期収載品の薬価の在り方、新薬創出等加算の在り方、イノベーションの評価について論点を整理した。事務局から出された論点、それに対する各号側の委員及び専門委員の意見、関連データ等が資料に載せられている。
- ・「新薬創出等加算適用品目を有する企業における新薬開発状況等について」と題して、加茂谷専門委員から革新的新薬の創出等に向けた製薬企業の取り組みについてのプレゼンが行われた。

#### **(10) 第358回総会（8月9日）**

協議事項の中で報告することとした。

#### **(11) 第359回総会（8月23日）**

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・新しい血糖測定装置の保険適用申請について審査した。
- ・東日本大震災に伴う被災地特例措置の利用状況について報告を受けた。この特例措置については適用期限の10月以降、さらに半年間延長することで合意が得られた。
- ・熊本地震に伴う被災地特例措置の利用状況について報告を受けた。これについても東日本大震災とほぼ同様の対応である。
- ・DPC対象病院と準備病院の募集についての案が示された。

#### **(12) 第84回保険医療材料専門部会（8月23日）**

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・今回は関係業界からの意見聴取を行い、流通も含めた4団体からの意見陳述がなされた。
- ・主だった主張としては、イノベーションの評価をしてほしい、外国価格調整等の見直しについては余り厳しくしないでほしい等であった。

#### **(13) 第46回費用対効果評価専門部会（8月23日）**

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・事務局が仕切り直しをして、改めて当部会での今後の検討の進め方の案を出してきた。試



行的導入に係る検討を9月から開始し、平成30年度からの制度化に向けた検討についても記載のとおりスケジュール感で行いたいということである。

- ・新たに行う支払い意思額に関する調査の検討・実施についても、このようなスケジュール感を進めたいとしている。

#### (14) 第2回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（7月19日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・新たに千葉大学医学部附属病院の山本院長が本分科会の会長に、東北大学大学院の藤森教授が会長代理に、それぞれ就任した。
- ・本分科会におけるこれまでの検討状況が中医協診療報酬基本問題小委員会において報告され、その内容について了承された。

#### (15) 第3回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（8月4日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・まず、機能評価係数Ⅱの中の地域医療係数及び保険診療係数、さらに調整係数について議論した。
- ・地域医療係数については、EMISは実績を問わなくても評価されること、評価軸の違うものが入り交じっているものを今後整理していくこと等に関して議論が行われた。
- ・保険診療係数については、指導医療官の派遣や精神科医療について指摘されている問題点を今後修正していく方向性が出された。
- ・「指摘を踏まえた検討（案）」として、適切なDPCデータの作成について検討した。病院情報の公表については項目数を少し増やすことが決まっている。
- ・調整係数がなくなることへの対応方針として、激変緩和措置が議論されている。その幅については一定程度の推計で変動率を評価すること、診療報酬の改定年でないときには緩和措置をしないことが決まっている。
- ・DPCデータについては、希望する医療機関ではオンラインによるデータ提出が可能となる。

## 4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第4回総合部会（7月26日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・専門医の制度が来年4月からスタートすることに決まった。総合診療領域の専門研修の領域についても一斉にスタートする。
- ・情報通信機器を用いた遠隔診療については、なりすましの患者や医師の出現を防止するべく十分注意して行わないと悪用される危惧があるという意見が強く出された。
- ・地域医療構想に関するワーキンググループでは、骨太の方針で言う2年間で本当に個々の病院名を挙げて病床をどう転換していくのか具体的に書き込むことができるのか、疑問の声が上がった。

### (2) 第5回総合部会（8月23日）

報告は資料一読とした。

### (3) 第4回日医・四病協懇談会（7月26日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・日本医師会でも医師の働き方改革について現在、検討している。①勤務医の健康と安全を守ること、②地域医療支援センターと連携し、労働環境の改善を図ること、③勤務医の労働者性、応招義務の問題、診療科別の特性を考慮することを軸に検討する。
- ・医師は一般の労働者と全く同じではないので、就労環境についてはきちんと改善する姿勢

を見せつつ、医師の働き方の特殊性も訴えていく。今後、四病院団体と医師会が話し合いながら慎重に前に進めていく。

#### (4) 第5回日医・四病協懇談会（8月23日）

報告は資料一読とした。

#### (5) 第2回病院医師の働き方検討委員会（7月28日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・労働基準局総務課では過労死等防止対策推進法に基づく調査を平成26年度から実施しており、今年は医療分野についての調査をしたいので協力してほしいとの依頼があり、協力することとなった。調査対象は約4,000病院である。
- ・厚労省の医政局から四病協を含めた医師の労働状況の調査についての協力の依頼があり、応じることにした。

#### (6) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月4日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の総会、各部会、各分科会、各委員会の開催報告を受けて、議論を行った。
- ・「診療報酬に係る事務の効率化・合理化」について賛成であるが、日医が否定的であるので話し合う必要があるとの意見が出た。
- ・認知症治療病棟入院料は点数が非常に低いので、BPSDを伴う加算をしてはどうかという意見が出た。
- ・障害者施設等入院基本料を算定している病棟で身体障害者の等級が不明または非該当の患者が31%いるというデータがあるが、人工透析患者を受け入れている場合もあり、それは本来の目的ではないので整理が必要であるとの意見が出た。
- ・疑義解釈についての確認を行った。
- ・診療報酬のあるべき姿について、①診療報酬の簡素化・抜本的見直し、②政策医療・非採算医療の明確化、③入院基本料の在り方の抜本的見直しが提示された。
- ・今度の地域医療構想で高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどの機能を選んでも経営が成り立つようにしてほしいというのが皆の意見である。
- ・医療機関は電子カルテの導入やICT化で多額の出費をしているが、マスターが各社ばらばらでは大変なことになるので国で一本化すべきである。

#### (7) 都道府県における各種「協議の場」への病院団体からの積極的な参加について

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・都道府県には各種の「協議の場」が設置されているが、そこに病院団体が入れないケースや自治体が病院団体に通知を出さないケースが見受けられる。それは問題であるので、病院団体の代表が必ず参加できるようにしていきたい。
- ・これに関して以前、地域医療構想調整会議で各県に調査を依頼したが、回答しない県もあり実態がわからないのが現状である。
- ・厚労省との話し合いの中では、自治体が病院団体の参加を許さなければ厚労省がしっかり指導すると言質を得ているので、実態調査に協力を願う。病院団体、あるいは病院の意見を医療計画を作る都道府県の協議の場にぜひ上げてほしい。  
原澤病院団体協議会議長は、以下のように述べた。
- ・埼玉県では医師会会長を顧問格にして都道府県単位の病院団体協議会を作るという取り組みを今年の2月から行って、4団体で埼玉県病院団体協議会を作った。
- ・各団体が個別に対応してもなかなか受け入れてもらえないので、医師会会長を取り巻きながら各病院団体の核になる連合を作って交渉するほうがより効果的である。

## 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

下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第7回地域医療構想に関するワーキンググループ（7月19日）

報告は資料一読とした。

### (2) 第52回社会保障審議会医療部会（7月20日）

報告は資料一読とした。

### (3) 第1回医師の働き方改革に関する検討会（8月2日）

報告は資料一読とした。

### (4) 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会（8月3日）

報告は資料一読とした。

### (5) 第4回今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会（8月9日）

報告は資料一読とした。

### (6) 都道府県におけるアレルギー疾患の医療提供体制の整備について

報告は資料一読とした。

### (7) 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の整備について

宮崎顧問より、以下の報告があった。

- ・これに関する会議を2回開催し、脳卒中と心臓とでは多少違うので、2つのワーキンググループの中でそれぞれ相談した。
- ・過去の経緯から最初は警戒していた会議であったが、議論の中身としては非常に当たり前のものであり、地方において脳と心臓の疾患をどう診ていくか、どういう体制を作っていくか等についての議論がきちんとできた。
- ・脳血栓を血管の手術で取り除く等の高度な医療への対応を二次圏域で完結させることには無理がある。心臓においても大動脈乖離などは無理なので、二次圏域を超えた連携体制を作っていく必要がある。そのような連携を作り、多職種で診ていこうということである。
- ・特に重症あるいは軽症のケースの場合、回復期病棟などへの一連の流れに乗らなくてもよいものもある。
- ・地域によって事情が非常に違うことを厚労省はよく理解したとのことであるが、これをどう政策に生かしていくのかについての具体的な案は持っていないようである。

### (8) 第8回病院における地球温暖化対策推進協議会（8月9日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・加納議長の退任に伴い、新議長に松本吉郎日本医師会常任理事を選出した。
- ・地球温暖化対策に関する情報提供・報告ということで、各省庁から報告があった。
- ・特に私立病院関係団体では低炭素社会を実現するための取り組みを早くから行っており、厚労省の指導もあって基準年度を2006年度として2030年度までの24年間で25%を削減するという目標を示しているが、2014年度に基準年度比で既に79%を達成している。こういう努力で低炭素社会、脱炭素社会を目指していくということである。
- ・「2017年病院における低炭素社会実行計画フォローアップ調査」としてアンケートで実態を確認することが決まっているので、協力を願う。

## 6. 国際モダンホスピタルショウ2017について

小松本副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・今年7月12日～14日の3日間、「健康・医療・福祉の未来をひらく」をテーマに東京ビッグサイトで開催された。

- ・相澤会長によるオープニングセッション「病院の機能分化と連携」、公開シンポジウム「病気をしても働くために！」ということで日本病院会主催のカンファレンスが2つ行われ、ほぼ満席の会場から多くの質問が出された。アンケートでは「大変満足」と「満足」を合わせて参加者の約80%が今回のプログラムに満足していた。

## 7. 平成29年度「病院長・幹部職員セミナー」結果報告について

小松本副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・8月3日と4日の2日間、イイノホールで開催された。参加人数は従来より約100名多い358名となり、大好評であった。
- ・相澤会長の講演「日本病院会のめざすところ」に続いて、地域包括ケアシステム、専門医制度、働き方改革、2025年に向けての医療供給体制等についての講演が行われ、アンケートでは約8割の参加者が満足であると回答していた。
- ・次回の幹部セミナーにおける要望プログラムもあるので、それに沿ってさらに多くが参加できる幹部セミナーを作りたい。

## 8. 第67回日本病院学会について

大道副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・7月20と21日の2日間、神戸で開催された。演題は一般演題737題、有料参加者は2,285名で、想定よりも多くの来場があった。
- ・ごく限られた人数で1つの議題についてみんなで考えるワークショップは、非常に距離が近く、こういう方法もよいと思った。
- ・eポスターは、使ってみると意外に使い勝手がよかった。こういうものを今後も生かすとよいのではないか。
- ・事故なく無事に終わることができた。協力に感謝する。

## 9. 会員病院の早期ICT化に向けたモバイルプランの展開について

大道副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・院内で携帯電話を使うと医療機器に不具合が生じると従来は言われていたが、3G以降の携帯電話では常に最高出力を出しているわけではなく、院内の電波環境をよくすれば携帯電話からの電波出力は非常に低下するので医療機器への影響は少ない。
- ・新たな院内での通信環境整備に向けた取り組みとして、日本病院会とNTTドコモが連携して病院でのモバイルプランを提供することを計画している。
- ・まず、現在使用されているナースコールやバーコードリーダーなどをモバイルないしスマートフォンで一括して見られるようにする。近未来ではバーチャルリアリティを活用したり、音声認識のカルテ入力や一斉連絡ボタンを取り入れる。さらに未来では電子カルテ、レセプト等の全てを一体型のものにしていきたい。通信環境は超高速の5Gになっているであろう。
- ・現在、院内においてナースコールの送受信や音声録音は医療者の身を守る術でもある。些細なことをメモ代わりに録音できるようにすることが大事であり、動画が録画できればもっとよい。
- ・2018年ぐらいにはNTTドコモと一緒に検証実験を開始したいので、その方向で検討を願う。

## 10. 第43回日本診療情報管理学会学術大会について

中村常任理事より以下の報告があり、了承した。

- ・9月21日と22日の2日間、学術大会を開催するので、よろしく願う。

- ・しっかりしたプログラムができ上がり、参加演題数も400近く集まったので、盛会になりそうである。
- ・特別講演は2つ、厚労省の森国際分類情報管理室長と、国立病院機構災害医療センターの小井土部長に依頼している。
- ・北海道での開催なので、医療事故調査制度に関係した診療録など、教育講演を2つ用意した。
- ・今回の特別企画では、「日本診療情報管理学会認定団体活動報告」として各地域の研究会の活動報告を予定している。

## 11. セプター訓練への参加について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・病院へのサイバー攻撃に対処する訓練を毎年行っている。NISC（内閣官房内閣サイバーセキュリティセンター）が中心になり、内閣官房から厚労省へ、厚労省から日本病院会へと情報を発信し、日本病院会がセプター（情報共有・分析機能）の役割をしてそれを会員病院に流している。
- ・8月8日に実施した訓練では66理事にこの情報を流し、当日中に約56%の病院から受信したとの返信が来たが、22病院においては返信がなかった。病院内で専門の担当を決めておき、その日のうちにこの種の情報は内部で共有することが重要であるので、よろしく願う。

## 12. 医療機関におけるセキュリティ対策実施状況等に係る調査について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・厚労省、内閣府を中心に病院のセキュリティに対する調査を予定しているので、ぜひ調査票に回答願う。  
新江常任理事は、以下のように述べた。
- ・地域医療構想のところで、原澤病院団体協議会議長の話に関連して話をしたい。
- ・約9,000万人の人口を有する神奈川県では二次医療圏が8つに分かれており、それぞれの市町村で首長、保健の責任者、医療局の責任者、県会議員、市町村会議員、みんなを巻き込んで動いている。
- ・地域医療構想は最初に病床機能の報告から始まっているから、医師会長を巻き込んで云々ということであったが、やはり病院が常にリーダーシップをとらなければならない。
- ・横浜は人口300万人の二次医療圏を持っているのに病院協会から協議の場に出ているのはたった4人であるので、私は50人ぐらい出せと言っている。

### 〔協議事項〕

#### 1. 平成30年度診療報酬改定について

万代副会長より、以下の説明があった。

- ・中医協では今年中に合計3ラウンドの論議をする。現在、第1ラウンドが終わったところであり、示されたこれまでのデータに対してどう考え、どういう方向性をとるかについて検討した。第2ラウンドから具体的項目に沿って話を進め、第3ラウンドで改定の基本方針を出して答申作成へ向けての議論を行い、12月末には改定率が決まるというスケジュールである。
- ・中医協総会で「平成30年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について（案）」が示された。改定項目の中で中心的な議論になるのは、医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進である。
- ・「診療報酬改定に向けた議論（第1ラウンド）の概要」という形で、看取り、訪問看護、リハビリテーション、関係者・関係機関間の連携・調整の4項目についての議論が報告された。

- ・入院医療について見ると、厚労省の視点を反映して、病床機能報告制度や地域医療構想に関する説明を織り交ぜながら、都道府県別に見たデータが頻繁に出されている。
- ・看護師や職員の配置は、いずれの届出区分でも加配されている。
- ・7対1とその他の病棟では主たる取り扱いの疾患が異なっている。ここで言う循環器疾患には脳卒中も入っている。
- ・7対1と10対1の入院基本料については、両者変わらない部分が多くあり、変わっているのは看護配置の基準だけであるという意図のデータが示されている。
- ・地域包括ケア病棟については、現在では救急・在宅等支援病床初期加算がかなり自由に算定できるので、算定の程度はそれほど多くないというデータが示されている。
- ・7対1と10対1を混ぜた入院基本料のところの重症度の問題についての議論や、それに関連して病棟群制度、地域包括ケア病棟をどう考えていくかという議論が進み、改定項目に盛り込まれていくであろう。

相澤会長は、7対1を維持するために公的な病院が地域包括ケア病棟を作って患者を移動させていることはけしからんという意見が医師会を中心にかなり強くあると述べた。

万代副会長は、資料的にもそのようなデータが提示されており、今述べられたような批判を裏に秘めていると認識していると述べた。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・病棟単位で10対1を併設できるような仕組みを作っておけば、そのような批判は防げた。
- ・急性期医療が全て7対1の看護が必要で、それを18日間で処理させるとするには無理がある。無理のある制度を作ったからこうなった。
- ・地域包括ケア病棟では投入する医療資源によって入院基本料が変わっているが、現在の地域包括ケアの丸めというものはでたらめであり、このような制度は変である。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・日病としては7対1を病院全体で実施することに非常に抵抗感があったので、それを何とか崩そうとして病棟群を作ったが、その後に地域包括ケア病棟の考えが出てきた。地域包括ケア病棟が機能すれば病棟群という考えは要らない。
- ・厚労省は今でも病院全体で7対1という考えは捨てておらず、自家撞着的な矛盾がある。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・厚労省も病棟群についてはまだ議論していくべきだと言っているので、7対1を守るために地域包括ケア病棟を一部併設している今の形が本当に批判に耐えられないのであれば、病棟群も全部あわせた形でやることも含めた上で、どういう議論にするかということである。
- ・議論の方向性として、地域包括ケアは中小病院に任せて大病院については病棟群との兼ね合いにするのか、全部まぜこぜにするのか、そのあたりを日病としても整理する必要がある。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・前回改定時には病院全体を1つの入院基本料にしたほうが自由度がきくということであったが、今回、重症度、医療・看護必要度が強く入ったので、それでは7対1が維持できないとして1病棟だけ変えることが起こってきた。
- ・あのときには、地域包括か、10対1か、13対1に移るのかといった選択は全くなかった。

万代副会長は、経過措置を受け入れれば、10対1という選択肢しかないのが現状であると述べた。

相澤会長は、これは重要な問題であり、病棟群制度を主張するのかどうか、急性期を扱っているベッド数の多い病院では地域包括ケア病棟を今後認めない方向に行くべきかどうかも含めて、ある程度の方角はあったほうがよいとして意見を求めた。

原澤病院団体協議会議長は、前回改定でようやく病棟群が認められたが、厚労省から手かせ

足かせをつけられたので、次の改定で、そのつけられたものを剥がすことを病院団体として要求すべきではないかと述べた。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・現在の重症度、医療・看護必要度判定は現場、特に看護師に丸投げであり現場が大変であると言われているが、そのとおりである。
- ・病棟群という制度を直接入れないで10対1でまずフラットに設定し、それに対してDPCや診療報酬の項目を絡めて、結果的に病棟群と同様なシステムにする提案を厚労省が行う可能性がある。

原澤病院団体協議会議長は、以下のように述べた。

- ・病院を比較してみると、患者に対して同じことをしていても、その重症度、医療・看護必要度のつけ方にはかなり差がある。
- ・ビッグデータと言われるDPCデータを活用して病院の医療・看護必要度や重症度を数値化すれば、看護師も毎日点数をつける必要がなくなり過重労働を軽減させる重要なポイントになるので、ぜひその方向に持って行ってほしい。

万代副会長は、先ほど職員を加配しているデータがあると言ったが、病棟配置は病院の医療提供体制に応じて自由にどうぞという方向にする可能性はあると述べた。

池上参与は、以下のように述べた。

- ・地域医療構想はあまり意味がないと思うが、地域医療構想における病床群の急性期と回復期の届けを病棟群制度を認めると7対1の急性期、それ以外は回復期として届けることにすれば病棟群制度を認めるように持っていくことが可能ではないか。
- ・病棟群はあくまでも病棟単位であって、病院単位ではない。

亀田常任理事は、以下のように述べた。

- ・私どもには基幹病院としての亀田総合病院と150床のリージョナルホスピタルがあり、両方も7対1である。小さいほうの病院には心臓外科も脳外科もないが、救急がメインであり、平均在院日数は16日で、重症度は32～33%である。他方、総合病院では心臓外科手術を年間1万1,000件も実施しているのに重症度は25～26%である。
- ・どちらの看護師が大変かといえば総合病院のほうが遙かに大変であるが、今の計算方法では総合病院のほうが低く出るのが現実である。
- ・既に急性期は病棟単位で切り離されてしまっており、心臓の手術をしてICUに2～3日いて、一般病棟に来たときには重症度をカウントできないというのは全く変である。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・そのとおりである。先ほど病院による点数のつけ方の差について原澤病院団体協議会議長から指摘があったが、7対1を守るために経営上そうせざるを得ないところがある。
- ・整形外科の手術は重症度、医療・看護必要度にひっかかりにくいのであるが、医療課もそれを考慮して前回の改定では入れてくれたので、今後もこうした議論はしていく必要がある。

亀田常任理事は、手術を1万例以上行っているが平均在院日数が12日で25%にしかならず、片や平均在院日数が16～17日で32%であるというのはおかしいので評価の仕方そのものを見直さなければならないと述べた。

万代副会長は、具体的な評価軸は診療行為をベースにしなければならず、今の診療報酬点数の項目が適当であるかどうかは別として、それを一つの要素として取り入れることはアイデアとして悪くないと述べた。

亀田常任理事は、重症度などを正確に評価することはかなり難しいので、国際的に見れば圧倒的に長い日本の平均在院日数をステップダウンさせていくほうが現実的であると述べた。

牧野常任理事は、以下のように述べた。

- ・旭川赤十字病院にはユニット系が十数%あり、重症患者がそこでクリアされてしまうので一般病棟に移ったときには非常に軽い状態になっている。あるとき重症度が25%を切ったので慌てることがあり、工夫して今は30%まで持っていつているが、それだけいろいろ手を加えることができる制度でもある。
- ・病院として急性期ということと病棟として急性期患者を扱うこととは、少し違う。ユニット系をたくさん持っている病院では、一般病棟へ移ったときにはもう重症でない可能性がある。やはり病棟として評価をすべきであり、病院として全体で見ると誤差が出てしまう。そう考えると、病棟群ということも考慮されてよい。  
相澤会長は、以下のように述べた。
- ・病院全体としての評価と病棟ごとの評価がリーズナブルでない形になっているのは大問題であり、それを診療報酬でどう評価するのかが大きな切り口になる気がする。病院全体の評価をどうするのかということと、病棟ごとの評価をどうするのかということの2つがある。
- ・DPCの3群分類においては病院全体を見て差をつけているのに、なぜ重症度、医療・看護必要度だけがおかしなことになっているのか理解できない。
- ・30年度改定では抜本的な改革は少し先送りすべきかどうかも含めて考えなければならない。  
万代副会長は、以下のように述べた。
- ・相澤会長が言うとおりに、診療報酬上は病院全体の考え方、地域医療構想と病床機能報告制度については病棟単位での考え方という2面の切り口がある。
- ・将来的にこうするから立ち止まってもう一回考えようとの議論はできるが、今のまま全く変えないという立場では1号側を納得させられない。  
池上参与は、7対1はもともと看護職の労働負荷を軽減するために導入されたのであるが、軽減されたかどうかは検証されていないので、まずそこから行うべきではないかと述べた。  
梶原監事は、以下のように述べた。
- ・看護師の実際の業務の約35%は看護事務である。7対1は看護師の定数だけで行っているが、その事務量等を考慮した見直しが必要である。
- ・7対1を作ったときには、厚労省は7対1にこんなに多く移行するとは思っていなかった。結局、今は7対1をどれだけ減らすかがテーマになっている。
- ・今は立ち止まってもよいが、真剣に評価のあり方の根本から見直すことを日病からも提案することが大切である。  
相澤会長は、7対1は初めは看護師の配置だったにもかかわらず、いつの間にか7対1イコール急性期病院というレッテルが張られて、それを取るのが難しくなっている。この問題を根本的に考え直さなければ、どんどんおかしなことになっていきそうであると述べた。  
大道副会長は、以下のように述べた。
- ・7対1が出てきたのは2006年、小泉政権のときであり、過去最大の下げ幅という大号令のもとマイナス3.16%が施行され、7対1が相見積りで出てきて、民間の経営者がそれにすぎった。
- ・中央の大病院がそのときに看護師をどんどん獲得していく中で、民間病院では離職中のナースに募集活動を行い雇用を確保しようとした。7対1を実現してみると、看護労働の質が上がり、本来のベッドサイドの時間が増えて患者も喜んだ。
- ・7対1病棟といっても実際の配置は7対1より多く、10対1に移行したとしてもほぼ7対1に等しいという実情がある。元に戻ることは医療の質を下げることであるから、戻れないのである。国が7対1から他の病棟区分にしろと我々に言うときに医療の質を落とせとなぜ言わないのか、それがわからない。
- ・民間病院としては7対1をキープしつつ、地域包括ケアでも何でもよいので7対1が有効に



回る手段として次の病棟を考えるのが常道であり、中医協で発表されたことは本当である。石井監事は、以下のように述べた。

- ・経営というのは基本的に売り上げとコストの差し引きであるが、病院経費のほとんどは人的経費と設備投資であり固定費的な要素が高いので、売り上げである診療報酬が短期的に激変すると病院経営は対応できず、公的病院も民間病院も疲弊する。
- ・今では全自治体病院の64%が赤字になっており、国家公務員共済組合連合会も赤字転落、日赤も。この形の激変を来年もう一度やられると、病院はほとんど引導を渡されることになる。
- ・来年は大きな変化をせずに、もう少し時間をかけて検討しなければ、400ベッド以上の花形の急性期病院群がほぼ壊滅するかもしれない。基本的な議論をもう一回し直すのが一番よいと思う。
- ・介護療養病床や老人保健施設に関する法律の改正が今年実施され、完全に在宅復帰型に戻すことになったので、今のところあまり経営がぶれていないその種の医療法人に来年は激震が走ることになる。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・本来、重症度、医療・看護必要度の出発点は看護必要度であり、それに合わせて医療を提供すべきである。
- ・病棟群という言葉を使うかどうかは別として、医療と入院医療の組み合わせがきちんとできる制度設計をするから30年度改定では何もすると言わなければ、うまくいかないと思う。
- ・そのときに経営が成り立つかどうかという別次元の問題も出てくるので、制度を変えて経営が維持できなくなることをないように、診療報酬の在り方も含めて抜本的に設計をし直さなければならない。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・本当に厳しい状況であるので、急性期の問題は少し先送りしてほしいというのが皆の思いではないか。
- ・厚労省では療養病床の医療区分1以下及び一般病院のC3以下の患者は外に出すと言っているので、そのインパクトのほうが強くなるので、そこに関係している病院に余りしわ寄せが行かないように、ぜひ歯どめをしてほしい。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・医師の働き方改革に何らかの方向づけが出て、できるものから行えという話になるとしたら、30年度改定でそのことも予想して対応策を入れてもらわないと、とんでもないことが起こる。
- ・赤字要因のほとんどは人件費であり、働き方改革で結果的に人件費を増やさざるを得なくなることが目に見えているので、それをある程度織り込んでおいてもらわないと、今何とか経営できている病院も壊滅的な影響を受ける。
- ・どんどん拡大する赤字を診療報酬の中でどう吸収するのか、31年度にその緊急改定といったことがない限り、働き方改革を守ろうと思っていても守れないという別の問題も出てくるので、その点も考慮して中医協で検討してほしい。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・働き方改革は2年後に施行され、さらに5年の猶予があるのでトータルで7年間あり、2年後に急に激変が来ることはない。
- ・大変な時期であるが、ぜひ日病の執行部には頑張ってもらいたい。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・国は在宅で介護をやれと言うが、東京圏では独居老人と老々世帯が非常に多く、在宅に帰せるレベルでない患者がたくさんいる。国は在宅の受け皿として家族介護を考えているようであるが、そんなものはとっくになくなっている。そこをきちんと考えてもらわないと困る。

- ・日本老年学会で75歳からが高齢者であるという話になり、国が1億総活躍社会と言い出しているのは75歳まで働くことを前提にしている。厚労省が出している統計では65歳以上の高齢者が三千何百万人となっているが、言っていることが内閣が進めていることが全然違う。

島副会長は、資料に出てきた療養病床の入り口・出口というところを見ると4割は死亡であるので、在宅に全てを誘導するのではなく、そういう場所も上手に利用したいという考えはあるようであると述べた。

相澤会長は、一般病棟入院基本料の問題以外で、これだけは話しておきたいということはないかと尋ねた。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・入院医療という意味では、回復期リハビリテーション病棟入院料と療養病棟の入院基本料についての議論もある。
- ・回復期リハはリハ機能に特化した疾患別病棟としてあるべきで、地域包括ケア病棟との移動があまりないのはいかがなものかという厚労省側の発言もあるので、回リハについても何らかの変更が加えられるのであろう。回リハは充足状態になっているので、早期からリハビリを集中的に行って、できるだけ長期滞在しない方向性が出されるのではないかと。
- ・療養病棟入院基本料について25対1がなくなることに對して経過措置を何年にするかという議論があり、介護療養病棟については6年間の経過措置があるので、それに合わせるという方向なのではないかと。
- ・これらは1回の改定ではできないので、数次にわたって改定するのが本筋である。

相澤会長は、医療区分1を見直してはどうかという意見があるが、これは将来的に見直していくという方向でよいのかと尋ねた。

松本委員長は、以下のように述べた。

- ・介護療養病床と25対1の療養病床は来年末で終わりになるが、その後はどうするかという問題がある。
- ・状態はよいけれども医療が必要で医療費のコストがかさんでいる患者も多い。定期的検査にも費用がかかる。入院患者も80代が主流なので高価な薬が必要になっている。そういう患者をどうするかということが1つある。
- ・もう一つは、このような人々の看取りをどうするかという問題がある。介護医療院にそのような機能を持たせてはどうかと思うが、介護医療院も難しい問題を抱えている。
- ・外れ値になるような医療が必要な患者が医療区分1の中に入っているため、このままでいくと行きどころのない患者がかなり出てくる。我々としてはそのような人を作らないような制度設計にしていく必要がある。
- ・高齢化が進行すると、医療と介護と生活の場をあわせ持つところが必ず必要になってくる。

相澤会長は、厚労省の役人の話を聞いていると既存の施設を生活のための施設にして医療は外から行く形を考えているような雰囲気があるが、そうなったときに経営が成り立たなくなると困るので、きちんとした対策が必要であると述べた。

松本委員長は、医療も介護もピークアウトしているところもあれば、医療がピークアウトして、次に介護のピークアウトが来るまでの間をどうするかというところもあり、地域によって違いがあるので、その状況に合わせた対応をしないと問題が大きくなると述べた。

万代副会長は、前回の改定でも随分アウトカムの評価が入ったので、それに対して、より早期のリハを開始してアウトカムも入れるという方向性でよいかと尋ねた。

松本委員長は、維持期のリハも大きな問題であるが、これを介護に全部入れてしまってもよいのかと尋ねた。

万代副会長は、維持期のリハを作らない方向で急性期からリハをやれという意見もあれば、維持期でも一定程度リハが必要だという意見もあり、1号側は維持期は介護だと言っているが、一部医療でそれが残る可能性はゼロではないと答えた。

相澤会長は、問題山積であり、まだ議論したいが時間になった。活発な意見に感謝する。執行部も暗くならず一生懸命頑張るので支援を願うと述べた。

## 2. その他

その他の事項での発言はなかった。

以上で閉会となった。