

日 時 平成30年2月24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)

末永 裕之、万代 恭嗣、岡留健一郎、島 弘志、小松本 悟 (各副会長)

牧野 憲一、前原 和平、亀田 信介、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、福井 次矢、
新江 良一、山田 實紘、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)

野口 正人 (オブザーバー)

宮崎 瑞穂 (顧問)

高久 史磨、今泉暢登志、福井トシ子(代理:荒木暁子)、篠原 幸人、松田 朗、
富田 博樹 (各参与)

永易 卓(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)

江上 寛(熊本県 社会医療法人黎明会 宇城総合病院 病院長)

総勢35名の出席

田中 繁道、細矢 貴亮、東郷 庸次、原澤 茂、崎原 宏、松本 隆利、今川 敦史、
谷浦 博之、三浦 修、細木 秀美 (各支部長:Web視聴)

相澤会長の開会挨拶に続いて新入会員から挨拶があり、国際厚生事業団の角田専務理事よりEPAに基づく外国人看護師候補者受入れについての説明が行われた後に、議事録署名人を選出し、小松本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30年1月12日~平成30年2月23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4件〕

①都道府県・徳島県立三好病院(会員名:住友正幸病院長)

②医療法人・医療法人沖縄徳洲会 吹田徳洲会病院(会員名:金香充範院長)

③医療法人・医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院(会員名:中川秀光院長)

④医療法人・医療法人社団豊関会 山崎病院(会員名:諸富夏子理事長)

〔正会員の退会2件〕

①独立行政法人・独立行政法人労働者健康安全機構 鹿島労災病院(会員名:山口邦雄院長)

②特定医療法人・医療法人静心会 平成病院(会員名:藤井正人理事長)

〔賛助会員の退会1件〕

①A会員・エプソン販売株式会社(会員名:河上浩之ビジネス営業企画部部長)

平成30年2月24日現在 正会員 2,484会員
特別会員 175会員
賛助会員 260会員 (A会員114、B会員116、C会員4、D会員26)

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5件)

- ①一般社団法人日本経営協会／「自治体総合フェア2018」協賛名義使用
- ②公益社団法人日本広報協会／第14回医療機関広報フォーラムに対する後援名義使用
- ③山上の光賞組織委員会／顕彰プログラム第4回「山上の光賞」の共催
- ④一般社団法人日本准看護師連絡協議会／平成30年度准看協教育研修事業の共催
- ⑤消防庁／平成30年春季全国火災予防運動に対する協力

(継続：委員等依頼1件)

- ①一般財団法人医療関連サービス振興会／委員会・専門部会委員の推薦
 1. 評価認定制度委員会、2. 医療関連サービス開発委員会、3. 在宅酸素供給装置の保守点検部会、4. 医療機器保守点検部会、5. 寝具類洗濯部会、6. 患者等給食部会、7. 院内清掃部会、8. 医療用ガス供給設備の保守点検部会〔就任者…中井常任理事(再任)〕
 9. 運営委員会、10. 倫理綱領委員会〔就任者…高木常任理事(新任)〕

(新規：委員等依頼1件)

- ①厚生労働省医政局／情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討委員会構成員の就任〔就任者…大道副会長〕

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

小松本副会長より報告を受け、下記2施設を認定承認した。

(新規2件)

- ①群馬県・SUBARU健康保険組合 太田記念病院
- ②宮城県・医療法人仁泉会 みやぎ健診プラザ

(更新8件)

- ①神奈川県・医療法人社団相和会 みなとみらいメディカルスクエア
- ②三重県・社会医療法人峰和会 鈴鹿回生病院健康管理センター
- ③愛知県・愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院
- ④長野県・組合立諏訪中央病院
- ⑤兵庫県・医療法人社団明石医療センター カーム尼崎健診プラザ
- ⑥愛知県・医療法人光生会 光生会病院総合健診センター
- ⑦宮城県・一般財団法人宮城県成人病予防協会 中央診療所
- ⑧大阪府・一般財団法人大阪府結核予防会相談診療所 大阪総合健診センター

4. 平成30年度事業計画(案)について

相澤会長より以下の提案があり、承認した。

- ・適正な医療確保に向けた病院の基盤整備のために、療養病床をどう転換していいのか、病院における精神医療のあり方をどうするのか、ICTを活用した医療の連携はどうあるべきか、医療情報の国民への啓発をいかに行うかについて検討する。また、社会保険診療報酬支払基金審査ソフトへの対応を行う。

- ・医療の質と安全の推進のために、単回使用医療機器再製造制度に向けた取組み、医療機関における安全な電波利用への取組みを進める。
- ・日本病院学会のセッションとしてアジアの病院から発表できる場が欲しいとアジア病院連盟から依頼があったので検討する。
- ・日本病院会の会員病院への円滑な情報伝達システムの構築に努める。
- ・日本専門医機構の専門医制度の評価と制度設計に取り組む。
- ・国際活動においては、外国人人材の確保と推進について検討する。
- ・平成30年度の学会等の開催予定、各種セミナー・講習会・通信教育・研修会の実施計画、AHF、IHF、WHO等の国際活動のスケジュール、委員会の行動計画と検討事項等について提示してある。
- ・この事業計画（案）は次回の理事会において承認される予定である。

5. 平成30年度予算（案）について

岡留副会長より以下の提案があり、承認した。

- ・経常収益の部では、正会員会費が増収、受講料・参加料収益は減収、JHastisについては減収をそれぞれ見込みんでおり、予算の経常収益合計は10億7,943万9,000円となる。
- ・経常費用の部では、委員会・部会費は昨年とほぼ同様、ニュース発行費は増加、雑誌発行費、インターネット運営費、日病協関連費、四病協関連費、負担金、社員総会費、常任理事会費、理事会費は昨年とほぼ同様である。研究研修会費は平成30年度は支出を予定していない。通信教育及びセミナー1では支出を抑えた。セミナー2及び統計情報関係費は昨年と同様、国際交流費は支出減、事務諸費ではシステム関連保守料が減少、ビル修繕・設備は増設工事予定のために増加しており、費用合計は10億1,866万6,000円、当期純利益は6,077万3,000円となる。
- ・投資活動収入の部では、トイレ増設工事費用800万円を修繕積立預金を取り崩し充当する。
- ・投資活動支出の部では、退職給付引当金として600万円を積み立てる。
- ・財務活動支出の部では、長期借入金返済支出で元金返済額が減少したため当期財務活動収支差額は6,574万8,000円となる。次期繰越収支差額は4,797万1,244円である。

〔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その他の報告があり、了承した。

(1) 「感染対策担当者のためのセミナー」第3クール（1月13日）

末永副会長より、1日コースに変更して実施したら参加者が増えて好評であったとの報告があった。

(2) 第3回感染症対策委員会（2月15日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・今年度も感染対策担当者のセミナーを開催する。
- ・単回使用医療機器の再製造と再使用の問題について、日病の理事を対象にしたアンケートを行うので協力を願う。
- ・当委員会からインフルエンザについての情報や風疹に関する特定感染症予防指針の変更についての情報を雑誌等で発信していきたい。

(3) 第3回臨床研修指導医講習会（2月10・11日）

末永副会長より、非常に好評な中で行われており、ファシリテーターやディレクターの変更があったが来年度もまた支障なく実施したいとの報告があった。

(4) 第1回医療の安全確保推進委員会（2月7日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・現在1カ月に30件ぐらいの医療事故報告があるが、想定した3分の1程度でしかない。今後、報告数が増えていくのではないか。
- ・院内調査に際しては、日本医師会と日本歯科医師会が研修用に作成した「研修ワークブック」も利用してほしい。
- ・本年10月で医療事故調査制度施行から3年を迎えるに当たり、病院の医療安全に関する意識の変化等を確認するために来年度中に再調査を行いたい。

(5) 第5回雑誌編集委員会（1月30日）

報告は資料一読とした。

(6) 第8回医業税制委員会（1月19日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局から、今般の認定医療法人制度施行にリンクする形で社会医療法人並びに特定医療法人の認定要件がやや緩和されたことが報告された。
- ・四病協からは、税制改正要望について今回は複数の要望事項が認められるという成果があったとの報告があった。
- ・平成31年度の税制要望についてそろそろ議論を始めるが、控除対象外消費税の問題に関して医療界での意見の集約が必要であり、日医は非課税還付方式で統一したいと主張している。これに関しては今後しっかりと議論する必要がある。
- ・予算要望については、四病協で昨年度から検討を始めており、3月に四病協として意見、要望を取りまとめ、日医とのすり合わせを経て5月に関係省庁に上程する予定である。
- ・「医療人材確保と育成に係る費用について会員病院調査」に関する調査項目とその様式について最終点検を行った。

(7) 第9回医業税制委員会（2月19日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・来年10月に予定どおり消費税率が10%に上げられることを前提として、消費税負担に関する中医協における分科会が再開される。そこでの議論の内容も注視しなければならない。
- ・今回の予算要望で日病は医療機関の労働環境整備のための支援、医療機関における障害者雇用に係る財政的補助、病院の耐震化対応のための補強工事や建替に関する財政的支援を提案する。3月の四病協の委員会で要望の取りまとめを行い、総合部会で承認を得た後、日医との協議により医療界の総意を取りまとめて、税制改正に反映させるべく関係省庁に働きかけを行う。
- ・来年度の税制改正要望については日医が主張する非課税還付方式案を病院団体として受け入れるかどうか、非常に厳しい選択を迫られることになるであろう。
- ・「医療人材確保と育成に係る費用について会員病院調査」の調査項目について最終決定した。人事に関する費用の実態を網羅的に把握し、その結果を会員にフィードバックするので協力を願う。

(8) 第3回医療政策委員会（2月7日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・第5回と第6回の医師の働き方改革に関する検討会について岡留副会長から説明がなされた。基本的にはタスクシフティングの推進やAI、ICT、IoTを活用した作業の効率化についての議論が行われた。
- ・国民皆保険でアクセスフリーという現在の日本の状況においては、地方によっては無理があるのではないかという意見が多くある。効率化を進めつつ、安全が損なわれず医療の質

が低下することのないような解決法を探していかなくてはならない。

- ・労働基準監督官には逮捕権限があるので、労働時間規制の違反は通常の監査等での違反とは異なる重大な法律違反であることを認識すべきとの意見が委員から出た。
- ・現状の労務管理をきちんとしていかなければ、これからの主張も通らない。労務管理のパンフレットを作りホームページにアップしたので、ぜひ参照を願う。

(9) 第2回ホスピタルショウ委員会（2月9日）

小松本副会長より、以下の報告があった。

- ・今回のテーマは「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～」である。
- ・公開シンポジウムは、薬の多剤服用など薬剤関連を中心に企画を立て、基調講演1名、シンポジスト4名を予定する。
- ・日病コーナーの展示では、今まで以上に集客を図りたい。各病院で文化・スポーツや芸術面で地域に根差した交流を深めている例があるので、パネルにまとめて展示する。よい例があれば、会員病院から情報提供してほしい。

(10) 第4回診療報酬検討委員会（2月24日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・日本病院会の全会員を対象にして行う医師事務作業補助者に関する調査について議論した。4月上旬をめどにアンケート調査を実施したいので、協力を願う。
- ・診療報酬検討委員会が毎年行っているような調査を平成30年度から日精協を除く三病院団体に合同で実施する準備を進めている。参加する医療施設をできるだけ多くして回答率を高めることで、その結果をエビデンスとして関係各省庁に発言できるようにしたい。

(11) 病院経営の質推進委員会 病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コース（2月16・17日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年度の後期研修を開催した。募集定員80名に対して申込者76名、参加者も76名であった。
- ・内容は前期と全く同じである。7つの講演と1つのグループワークという構成で行い、好評のうちに終わった。

(12) 第3回災害医療対策委員会（2月15日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・今回は病院の災害訓練のあり方について検討した。野口委員が中心になって防災訓練のためのガイドラインを作成中であり、全国消防長会からのコメントを踏まえて、現在その最終的なまとめを行っている。
- ・日本病院学会でのシンポジウムは、各病院においていかに自主防災管理体制を構築するかをテーマに、「病院における自主防災管理の実際」と題して行うことになった。

(13) 診療情報管理士通信教育関連

以下の報告は資料一読とした。

①平成29年度第11回診療情報管理士認定試験（2月11日）

②第2回腫瘍学分類コース小委員会（2月16日）

③第2回DPCコース小委員会（2月19日）

④医師事務作業補助者コース研修会（名古屋・高知）（1月27・28日）

⑤コーディング勉強会（1月13～27日）

⑥医療統計学勉強会（1月13～21日）

(14) 日本診療情報管理学会関連

末永副会長より、以下の報告があった。

①生涯教育委員会（1月11日）

- ・診療情報管理学会では、生涯教育の研修会を行っているが、指導医認定試験、認定式等と共にそれらを来年度も行うことを基本としている。

②第94回診療情報管理士生涯教育研修会（1月27日）

- ・今回は福島県で開催したが、遠方からの参加も多くあり、参加者の熱意がうかがえた。

③第3回国際統計分類委員会（2月3日）

- ・ICD-11にICFやICHI等の国際統計分類を入れ込む方向性が厚労省にあるので、そこに我々も関与する方向で様々な話し合いを行っている。

④第3回国際統計分類委員会協力者会議（2月3日）

- ・ICD-11、ICHI、ICFについての講演及びICF関連の科研費研究進捗状況に関する講演の後、グループディスカッション等を行った。

(15) WHO関連

末永副会長より下記会議の報告があった。

①ミャンマー保健システム強化プロジェクト

- ・JICAの運動の一環としてミャンマーの研修生を招待して保健システムに関するいろいろな報告会が行われた。
- ・当会からは、日本診療情報管理学会の歴史、教育方法、APN関連の事柄等について説明した。

②WHO国際分類ファミリー（WHO-FIC）に関するWHOと日本病院会（JHA）との共同事業年次報告書

- ・WHOのジョン・グローブIERディレクターからWHOに対する日本病院会の援助についての感謝を示す表敬訪問があり、礼状も届いた。
- ・WHOと日病との共同事業についての年報がまとまったので一読を願う。

(16) 病院経営管理士通信教育関連

以下の報告は資料一読とした。

①第39・40回生前期試験・後期スクーリング（1月15～20日／1月22～27日）

②第2回病院経営管理士教育委員会（2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下記会議の報告があった。

①第2回理事会（2月23日）

- ・平成29年度事業報告（案）及び収支決算（案）並びに平成30年度事業計画（案）及び収支予算（案）の取りまとめについて議論した。
- ・病院経営管理士会のウェブサイトの充実に現在、注力しており、会誌であるJHACあるいは通信教育卒業生の優秀論文をウェブ上で公開する作業を進めている。

②第2回病院経営管理研修会（2月23日）

- ・病院経営の質推進委員会との共催により行われたもので、参加は257名であった。
- ・末永副会長の開会の挨拶から始まり、3人の演者からは実務的なレベルの講演が行われ参加者に好評であった。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第149回診療報酬実務者会議（1月17日）

(2) 第150回診療報酬実務者会議（2月21日）

中井常任理事より、上記2回分を併せた報告があった。

- ・ 1月の会議は個別改定項目の発表前、2月の会議は発表後に行われた。
- ・ 7対1と10対1の問題など、再編・統合が見込まれる一般病棟入院基本料に関する意見が多く出た。
- ・ 診療報酬請求情報をEFファイルを用いて評価する方式と現行の方式との比較に関して、その自動判定ソフトがまだ出ていないので評価に困るとの意見が出た。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の中に認知症に関して加わった項目の文章がわかりにくくて曖昧である。
- ・ 地域包括ケア病棟に関しては在宅からの入院が評価されるので今回の改定はよかった。リハビリテーションについてはやや厳し目であるが、慢性期については在宅機能強化加算が増えたので喜ばしい。

(3) 第159回代表者会議（1月26日）

(4) 第160回代表者会議（2月24日）

相澤会長より、上記2回分を併せた報告があった。

- ・ 中身は実務者会議の報告と中医協の報告に終始している感があり、この協議会に意味があるのか少し疑問を感じる。
- ・ いろいろな団体が集まっているので持ち回りで本協議会の議長・副議長を務めている。次期は山本委員が議長になり、日本精神科病院協会から副議長を選ぶこととなった。

3. 中医協について

島副会長より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第144回薬価専門部会（1月17日）

- ・ 今回は、薬価算定の基準について案が提示された。

(2) 第91回保険医療材料専門部会（1月17日）

- ・ 保険医療材料制度の見直しについて案が提示された。イノベーションの評価のところいろいろと説明があるが、新たな制度を確立したいということである。

(3) 第384回総会（1月17日）

- ・ 福井分科会長から医療技術評価分科会の報告「医療技術の評価について」の説明がなされた。
- ・ 先進医療として実施されている医療技術、学会等からの提案のあった医療技術、合計717件の評価対象について医療技術評価分科会で評価を行い、今回の診療報酬改定において対応する技術を307件、今回は対応を行わない技術を510件とした。
- ・ 医療技術評価分科会では、提案のあった15件のロボット手術のうち12件に診療報酬上の点数をつけることを決めた。
- ・ 先進医療会議では、鹿児島大学病院から申請のあった糖鎖ナノテクノロジーを用いた高感度ウイルス検査法を先進医療Aとして承認した。
- ・ 平成29年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告、市場拡大再算定品目及び用法用量変化再算定品目についての資料が示された。

(4) 第385回総会（公聴会）（1月19日）

- ・ 千葉市で公聴会が開催され、各委員の紹介と各方面からの意見発表者による意見陳述等が行われた。

(5) 第386回総会（1月24日）

- ・ 「個別改定項目について」として、500ページ近くある案が出されている。
- ・ 入院医療（その11）として、一般病棟入院基本料の再編・統合の具体的なイメージが示された。今回は重症度、医療・看護必要度の実績を評価することになったが、2020年には新

たな評価方法で医療現場のアウトカムを重視することになる。

- ・重症度、医療・看護必要度をどう考えていくかがずっと議論になっており、そのカットオフ値は25%を死守してほしいと医療側は主張しているが、支払側は30%を主張しておりかみ合わない。
- ・同様の対立がDPC導入の影響評価に係る調査の結果報告についての議論でも見られ、折り合いがつかず公益裁定となった。

(6) 第387回総会 (1月26日)

- ・今回改定では、急性期一般入院料1～6の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値については、それぞれ30、29、28、27、18、12%に設定することに落ち着いた。

(7) 第388回総会 (1月31日)

- ・4月から新たに保険適用となる医療機器が発表された。
- ・酵素サイクリング法によるカルニチンの計測が2月に保険収載の予定である。
- ・平成30年度保険医療材料に係る機能区分の見直し(案)が提示された。
- ・適応外薬の保険適用を迅速に行うという観点から、インドシアニングリーンが公知申請されて保険適用が認められた。
- ・次の診療報酬改定に向け継続して取り組みたい内容として、20項目からなる答申書附帯意見(案)が示された。

(8) 第389回総会 (2月7日)

- ・田辺会長から中医協がまとめた加藤厚生労働大臣への答申書を高木副大臣に手交した。
- ・個別改定項目において、入院医療に関しては今回ドラスティックに変わっているので、後で詳しい説明をしたい。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第11回医療保険・診療報酬委員会 (2月2日)

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・6回の中医協総会と1回の公聴会について報告を受けた。
- ・入院基本料が一般病床は7対1、急性期一般病床は10対1としてまとめられた。13対1、15対1は地域一般病棟と区分された。急性期病棟は7段階、地域一般病棟は3段階に分けられた。
- ・重症度、医療・看護必要度にはIとIIの2つの方法があるが、まだDPCのソフトも出ていない段階なのでIで行っていく。
- ・外来診療では、かかりつけ医と大病院との差をもう少し明確にする方向である。

(2) 第7回医業経営・税制委員会 (1月18日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局の担当官から今般の税制改正について説明が行われた。
- ・平成30年税制改正における中小企業の設備投資に関連して、中小企業の範囲から医療が除外されているが、その根本的原因について議論すべきある。
- ・消費税に関連して、非課税還付方式を軸にするという日本医師会案についての説明があった。日病としてこれに参画すべきか、ある程度距離を置くべきかの距離感がまだつかめていない状況である。

(3) 第8回医業経営・税制委員会 (2月15日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・消費税10%引き上げに呼応して消費税負担に関する分科会が開かれるが、そこでの議論も

踏まえて、この委員会で税制上の本質的な問題について考えていかねばならない。

- ・資料に「四病協として、医療経済実態調査結果等を活用し、理論武装可能なデータの抽出が必要であるとの意見で一致した」とあるが、かねてから日本病院会が公私病院連盟と共同で実施してきた病院運営実態分析調査が終わると聞いて危惧している。
- ・上場一般企業の公認会計士の監査報酬の実態調査についての報告がなされた。
- ・平成31年度予算要望は、四病協としての要望が病院団体としての総意となるであろう。来月に取りまとめて、4月に機関決定し、5月に厚労省へ提出する予定である。

(4) 第3回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（1月24日）

報告は資料一読とした。

(5) 第10回総合部会（1月24日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・日本専門医機構の専攻医の募集状況を見ると東京一極集中ではないかという意見に対し、専門医機構に理事として出ている森日精協副会長から、資料の専攻医登録数は基幹施設所在地でカウントしているので、そこから地方にも就職するから一極集中は心配しなくてよいとの話があったが、いかがなものか。
- ・四病協で活動をやめていた「在宅療養支援病院に関する委員会」及び「救急等災害医療提供体制に関する委員会」を再開し、「救急と災害医療提供体制に関する委員会」は「救急と防災委員会」に名称変更することとなった。
- ・来年の四病協賀詞交歓会は1月11日にパレスホテルで開催する。

(6) 第9回日医・四病協懇談会（1月24日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・日本専門医機構の松原副理事長も東京一極集中問題で同じ説明をしているので、しっかりしていないと病院団体から入った理事も専門医機構に取り込まれてしまいかねない。
- ・消費税に関する今後の対応について日医の担当副会長が書面を出して詳しく説明したが、診療報酬の上乗せという形になるのではないかと心配している。しっかりした対応が必要である。

(7) 第5回病院医師の働き方検討委員会（2月1日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局が実施したタイムスタディ調査の結果が3月中に集計され、4～5月に報告される。
- ・担当者からは、タスクシフティング可能な業務を把握し、自己研鑽とはどういう中身なのかを詳細に明らかにするデータが得られるとの説明があった。
- ・夜勤については拘束時間の約50%を「みなし労働」とする等の案があるが、厚労省担当者からは睡眠時間はどの程度確保できているのかも重要であるとの説明があった。
- ・米国ACGMEの資料などを参考にして、労働時間規制問題についても検討した。これからは宿日直の取り扱い等が中心テーマになるのではないか。

(8) 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方について検討する委員会（仮称）（2月15日）

直江常任理事より、以下の報告があった。

- ・現在の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」は病院ベースで作られているが、在宅の現場やいろいろな施設での需要が高まっていること、10年間改訂されていないこと等から、厚労省で5回の検討会を行い、最終改訂案がまとめられた。
- ・最終案に基づいて四病院団体がいかにその普及・啓発に努めていくかを話し合うべく当委員会が設けられた。

- ・人生の最終段階における医療については、患者、家族及び医療関係者で何度も話し合うことが重要である。
- ・療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等において医療機関での看取りの方針を決めておき、患者のリビングウィルについてあらかじめ文書で交わした場合には加算が取れることとなる。
- ・文書の様式は病院独自で決めたものでもよいということであるが、その中身について第2回の検討会で普及・啓発に向けていかにするかについて話がなされるであろう。

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6回医師の働き方改革に関する検討会（1月15日）

(2) 第7回医師の働き方改革に関する検討会（2月16日）

岡留副会長より、上記2回分を併せた報告があった。

- ・第7回検討会を中心に報告する。検討会では医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組み案と中間的な論点整理案が提示された。結論等はまだ出ておらず、今後の議論の参考とするためのものである。
- ・その内容は、応招義務、自己研鑽、宿日直に関する意見、各都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターのあり方、地域医療提供体制の確保の観点等である。
- ・日直時間のうち休憩時間等を労働時間から除外する運用をしてはどうか、行政からの医師の働き方に関する通知等は今まで多数発出されているので整理を検討すべきではないか等の意見が出された。
- ・看護師のタスクシフティングについては積極的に進めてほしいという考えが示された。

(3) 第12回医療計画の見直し等に関する検討会（1月22日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療の構想区域で既存病床数が既に将来の必要数に達している場合、医療機関の新規開設や増床等の許可を与えない権限を各都道府県知事に新たに付与することが承認された。
- ・これまで行ってきた救命救急センターのABCの3段階の充実評価にS評価を加えて、2019年度から4段階評価とすることが決定された。

(4) 第59回社会保障審議会医療部会（1月24日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・医療計画の見直し等に関する検討会でまとめられた地域医療構想調整会議の進め方、病床機能報告のあり方について最初に議論された。
- ・地域医療構想の進め方に関する議論の中心は、新たな病床を整備する場合に病床過剰地域はどうするかということ、公的病院だけではなく医療法人に関しても都道府県知事が権限を発揮できるようにすること等について議論され、特に異論のないまま提案が通過したが、今後それが法制化されたときに大きな問題が起こる可能性がある。
- ・医師の遍在を解消するために医療法及び医師法を変えて対応する方向が出されている。
- ・医師少数区域については、何をもちて医師少数区域を認定するのか、その認定方法も決まらないうちに医師少数区域をどうこうしていこうという方針には反対である。
- ・医師少数区域に勤務した医師に地域医療支援病院の院長になる資格を与えるという認定医制度を法律で作る方向で進められているが、それによって若者が医師少数区域に行くことにはならない。都道府県ごとに医師数をしっかり確保しなければ適正配置は難しい。
- ・厚労省はこのような仕事を全て都道府県に任せてしまおうとしている。厚労省の課長は「都道府県に任せた限りは全て都道府県の責任で、失敗したら都道府県がその責を負うべ

きだ」と発言したが、私は国がその責任を持つべきだと考える。

- ・救命救急センターの充実度段階の評価方式の変更については、反対もなく決まった。

(5) 第4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（1月17日）

報告は資料一読とした。

(6) 第8回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会（1月24日）

報告は資料一読とした。

(7) 第1回情報通信機器を用いた医療に関するガイドライン作成検討会（2月8日）

報告は資料一読とした。

(8) 准看護師連絡協議会（2月8日）

報告は資料一読とした。

6. メディカルジャパン2018について

岡留副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・2月21日～23日の会期で、介護&看護EXPOや病院イノベーション展等を中心にインテックス大阪を会場にして開催され、多数の入場者があった。
- ・相澤会長と横倉会長の基調講演が超満員となるなど、非常に話題性に富んだ展示会であった。多くの病院からの医師の参加に感謝する。

7. 第6回定期理事会及び社員総会、特別講演について

小松本副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・第6回定期理事会、社員総会及び特別講演が3月24日に行われる予定である。
- ・定期理事会は当ビル3階会議室で午後1時から、社員総会は2階で午後3時10分から、自見はなこ参議院議員による特別講演は2階で午後3時45分から行われる。

〔協議事項〕

1. 2年後の改定の日本病院会の方針について

相澤会長は、最初に島副会長から今回の診療報酬の改定について説明を受けた後、日本病院会の全体の方向性について議論してほしいと述べた。

島副会長より、以下の説明があった。

- ・平成30年度診療報酬改定の基本方針（概要）における「改定に当たっての基本認識」は、①人生100年時代を見据えた社会の実現、②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）、③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進である。
- ・改定の基本的視点と具体的方向性として、第1は、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進である。特にかかりつけ医の機能の評価等について今回、大きく議論された。第2は、新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実である。第3は、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進である。第4は、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上である。
- ・急性期一般入院基本料に関する論点（案）では、ドラスティックな改革を今行っているの、そこについて検討してはどうかとの話が出ている。
- ・入院患者の疾患や年齢構成の将来推計によれば、悪性腫瘍は横ばいから減少へ、肺炎、心疾患、脳血管疾患や骨折は増加から横ばいとなり、今後はより高い医療資源投入が必要な需要が減っていき中程度の医療資源投入が必要な需要が増加すると考えられる。

- ・一般病棟入院基本料に関して、7対1の病棟を多く持っている医療施設は経営が厳しくなっているにもかかわらず10対1の一番高い加算のところでも基本料に200点の差があるので、なかなか移行しにくい。
- ・重症度、医療・看護必要度のところでは、平成28年改定で今まで15%だったカットオフ値が25%に変わっている。厚労省はこれで大きく7対1病床が減ることを期待したのであろうが、それほど大きくは減っていない。
- ・現段階で、25%から30%未満の重症度、医療・看護必要度を出しているところが255医療施設中171施設と一番多い。カットオフ値は25%であり、ここが一番多いのだからカットオフ値を30%にしないとだめだというのが支払側の意見である。
- ・これまで認知症を有する患者の医療への加算評価ができていなかったもので、今回、見直し案で認知症やせん妄のある患者に対する加算が盛り込まれる。
- ・重症度、医療・看護必要度の判定基準の変更（案）として「見直し案1」と「見直し案2」が示され、検討の結果、見直し案2でいくこととなった。
- ・医療側がカットオフ値25%を死守しようとしているのに対して支払側は34%以上を主張して譲らず、公益裁定に委ねることとなった。
- ・7対1病棟と10対1病棟には入院基本料の差があり過ぎるので、間に2つの段階を置いた。7対1病棟の入院基本料を取るための要件は、看護職員配置が7対1であることと重症度、医療・看護必要度が30%以上あることとなる。
- ・従来の評価方法は単月評価であったが、新評価ではDPCデータを用いるので3カ月の平均で評価することになる。今回も病院単位での基準値であり、看護傾斜配置は認められている。
- ・3月31日に7対1の実績で運営している施設では、7対1相当から基準値が低い方へも、一旦下げた低い基準値から高いほうへも移ることができるが、今10対1で届けているところは7対1相当の基準値を満たした実績が3カ月なければ移行できない。
- ・2020年改定では、診療実績報告は重症度、医療・看護必要度に代わる多職種協働によるチーム医療を評価する新しい評価方法を作る。
- ・7対1と10対1を同時に持てる病棟群制度を作ったが、条件が厳しく、全国的で18施設しかそれを申請していない。
- ・患者の重症度や医療必要度に応じた医療提供を行い、入院治療が望ましい状態であれば医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等の多職種協働によるチーム医療により早期の社会復帰を目指す入院基本料の新たな制度設計が必要である。
- ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）における将来のイメージとしては、医療ニーズとそれに応じた医療資源を適正に投入する体制に応じて適切な入院料を柔軟に選択できる体制にしたいとしているが、医療資源が厳しい状況であるので難しいかもしれない。
- ・地域医療構想で回復期という名称に相当するところは「急性期医療～長期療養」、慢性期に相当するところは「長期療養」となっている。
- ・続いて、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のそれぞれの再編・統合のイメージが提示されている。基本路線として、どんどん単純化しようという話を一生懸命している割には、だんだん複雑になってきており、説明するほうが説明しにくいような話になっている印象を受ける。
- ・医療区分の該当項目が「常時、監視及び管理」のみの患者を見ると、状態が安定している患者が4割以上を占め、医療区分3全体と比べて多かった。
- ・医療ニーズを縦軸、医療資源の投入量を横軸にとったグラフで、両方の値ともに低いところが長期療養を要する患者への入院医療を提供する機能、中程度のところが集中的なりハビリ

テーションの提供や自宅等への退院支援機能、両方とも高いところが急性期入院医療を提供する機能という分布になればバランスがとれていることになる。

- ・平成30年度の改定では、診療報酬本体は0.55%増であるが、薬価と材料価格はマイナス改定になっている。
- ・外来医療の今後の方向性としては、外来をなるべく専門化して入院機能の強化と分化を図ることを目指している。
- ・紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担に関して、その大病院の要件を500床から400床に引き下げることになる。
- ・かかりつけ医を名乗る医師が実態として少ないのは、かかりつけの条件が厳しかったからであり、とりわけ24時間対応が難しかったが、今後は協力しながら行えばよいという形に変わってくるのでかかりつけ医を名乗るところが増えてくるであろう。小児かかりつけについても、きちんと評価することになる。
- ・入院前からの支援の機能強化のところでは、「退院支援」という名称が「入退院支援」に変わる。今後は退院調整を最初から行うことで入退院支援に臨んでいく。現状を見ると、病床数の多いところほど退院支援に取り組んでいるところが多い。
- ・透析医療に関しては6時間以上の透析を行っているところは高く評価するが、4時間透析については診療報酬が下がることになる。近年、透析医療を要する腎症患者が増えているので、腎症の重症化を予防する医療を高く評価することにする。
- ・医師対医師、医師対患者の遠隔診療についても診療報酬上で評価していく。
- ・小児や家族に対する指導に関する評価に関しては、要件がかなり緩和されている。
- ・日本は耐性菌を大量に作り出していると世界中から非難されているので、不要な抗菌薬を投与しないことに国を挙げて取り組むこととなった。
- ・リハビリ専門職では女性の割合が多いことや、専門性の高い医療を提供していることを踏まえ、リハビリ専門職の専従・常勤配置などが要件になっている項目について、複数の非常勤従事者の組み合わせで常勤配置とみなす。医療従事者の専従要件についても、いろいろなどころで要件緩和を図る。
- ・新しく始まる国家試験で導入される「公認心理士」資格に関連して、既に臨床心理技術者として従事している者は公認心理士とみなすことになる。
- ・支払基金の業務効率化・高度化計画の工程表が示された。全国で同じマスターを使ってレセプトを出すようにし、査定すべきものはきちんと査定していく。
- ・医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュールでは、既に第7次医療計画や第7期介護保険事業計画がスタートするところまで来ている。

相澤会長は、診療報酬は簡単にしてほしいとずっと要望しているが、ますます複雑になってきており本当にこれでよいのか疑問であると述べた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・パッチワーク的にどんどん制度が上積みされて複雑怪奇になっている。なるべくわかりやすい制度にすべきである。
- ・制度として作り上げたものでも、臨床現場に即していなければならず努力も必要ではないか。相澤会長は、我々は患者にどんな治療を行ったのかをきちんと評価してほしいと以前から言ってきたが、それに関してはどうかと中井常任理事に尋ねた。

中井常任理事は、以下のように答えた。

- ・7対1がなくなり10対1になるというのですばらしいと思っていたが、結局7対1は残った。7対1と地域包括ケアと組み合わせているところは結構あると思う。その場合、地位包括ケアをやめて、すべて入院基本料2にする洗濯もありうる。

- ・子供への抗菌薬の使用については、最初から要らないと言っていた場合と、説得してやめさせた場合とを診療報酬上どう区別するのか疑問である。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・無駄な抗菌薬投与により耐性菌を作るとをやめるキャンペーンを行うことが目的なので、薬が要ると言った人を説得してやめさせても診療報酬は取らない医師が多いのではないか。
 - ・外来相談窓口では相談件数が非常に多いので評価するという話であるが、窓口での相談内容は医療に関することだけではないので、診療報酬上の評価についての結論はまだ出ていない。
- 亀田常任理事は、重症度、医療・看護必要度が今回の大きな目玉であるが、特定機能病院が通らないから別にすることだとすると、このインディケータそのものが意味を持っていないと言わざるを得ないが、そこはどうなるのかと尋ねた。

島副会長は、その評価方法が変わっても特定機能病院の場合はほとんどが大学病院なので現行でも30%は超える高度な医療を提供しているところが多くて影響がないが、ぎりぎり25%をクリアしている病院は10対1に落ちていくことになるかもしれないと答えた。

亀田常任理事は、本当に高度急性期医療を評価することになっていけば特定機能病院がパスしないわけがないのに、実際にはパスしないところがたくさん出ている。これはやはりインディケータを見直すべきではないかと述べた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・次の改定では、行っている医療の内容が正しく評価されるような入院料に持っていきたいと委員はみんな考えている。
- ・当会の病院では総合入院体制加算を取っているところが多いが、それは急性期の治療を評価しているものであり、地域包括ケア病床や療養病床があるところは対象外となる。介護老人保健施設が同一施設内にあるところも総合入院体制加算が取れなくなる。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・今回の改定は明らかに地域医療構想を意識している。その中でベッド数の多い病院はどうしていくのかが、はっきりしない。
- ・今回このように評価を段階的にするのは、病院全体を評価するのではなく病棟ごとの評価をしようという意図があるのではないか。

島副会長は、病棟群制度などは考えておらず、基本的にこれは病院単位の中で看護傾斜配置は従来どおりやってほしいという話であると述べた。

相澤会長は、これからの診療報酬制度、あるいは病床機能報告も含めて、病棟群の評価にするのか、病棟の評価にするのか、病院の評価にするのか、将来の方向性について考えておいたほうがよいと述べた。

牧野常任理事は、以下のように述べた。

- ・中医協の入院評価分科会で地域包括ケア病棟を議論していたが、そのときの議論に比べると、まだ少し甘いという印象を持つ。
- ・地域包括ケアの入院料2は従来とほとんど変わっていない。その上に200床以上の病院に特有利な条件をつけた。これは安易に大病院が地域包括ケア病棟を持ち、そこに患者をどんどん移すことを抑制するためかと思っていたが、実はそうになっていない。
- ・院内の移動に関して、在宅復帰率の部分が全体的に甘くなっている。一般の7対1から他の病棟にシフトさせることを意図的に誘導しているのかという気もする。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・私は、それは逆に考えている。
- ・今、200床以下の病院が地域包括にどんどん移っているが、余り急に進むと問題があるので、10対1を作っているいろいろな段階をつけ、そちらへ誘導している。地域包括からもう一回そ

らに戻って、急性期病院としてそこは成り立たせてほしいというところに行くのではないか。牧野常任理事は、その点に関しては同感である。無理に7対1に張りついているのではなく、1つ下げる方向に行ってはどうかという大きなメッセージであろうと述べた。

相澤会長は、その場合には病院全体でするより病棟単位でしたほうが痛みが少ないというメッセージが見え隠れすると述べた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・7対1のところは今とほとんど変わらず、30点しか差のない入院医療2なら夜勤看護体制も3人でよいので、そちらに移ってほしいということではないか。
- ・入院医療2は8対1、入院医療3は9対1ぐらいの看護配置がないとなかなかこの実績は出しにくいであろう。本当にそちらのほうがメリットがあるとなれば動いていくと思うが、どれぐらい移るのかと聞かれても全くわからない。

牧野常任理事は、入院医療2と3のところではEFファイルしか使ってはいけないう言っているが、実はこちらを使ったほうが看護師の業務量が減って絶対によいのであるから、そこで業務量を減らして看護師も減らして移行してほしいという流れだと思いと述べた。

島副会長は、なるべく看護師に負担をかけずに本来の看護業務をしてもらうほうが患者のためになるからDPCデータを使わせるのかと聞いていたが、牧野常任理事の言うような考えかもしれないと今、納得したと述べた。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・今回の診療報酬改定では、7対1を3分の1に減らすためにどういう手法をとったらよいかということで、あらゆる細かいテクニックを使ってきた。2年後の改定では、さらにそれを進化させると言っている。
- ・財務省に言わせれば、アメリカでは3億何千万の国民に対して病院数は約5,000なのに日本では1億2,300万の国民に8,200も病院があり多過ぎるということで、合併させて病院数を減らそうという話になる。
- ・厚労省は、アウトカムに着目した評価の推進を目指している。DPCが入ったこと自体がその始まりであり、長い目で見るとDRG/PPSのような方向に流れていくことを念頭に置いて病院を経営し、地域の将来を決めなければならない。日病には、そういうことをしっかり考えてほしい。
- ・二次医療圏について、もう一度全部ゼロから見直さない限り、地域医療構想はできない。国は問題を全部、地方自治体に投げつけている。日病や政治連盟は、それに対してしっかり対応してほしい。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・医療計画を含めて、地域医療構想も日本の医療を崩壊させることになるから、医療政策委員会で日病の意見をまとめて厚労省なり内閣府にぶつけたいので、協力を願う。
- ・重症度、医療・看護必要度は、看護師がつけるのをやめてDPCデータから拾ってくるということであるが、それについて何か意見はあるか。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・それを導入すれば、医療自体が変質する。もっとシンプルに、どういう疾患を診ているかというところが重要であり、それで評価するようにすればよい。
- ・地域包括ケア病棟にはどんな患者が入っても構わない。中間1というのも、なかなか魅力的である。
- ・地域包括ケアも行ったり来たりできるから、選択肢が多くなって病院にとってはよかったのではないか。

相澤会長は、選択肢が多くなっていく分にはよかったと述べた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・自分たちの経営スタンスとしてどこがよいか選べる部分ができただけはよかったのではないか。
- ・今回の改定では、いろいろな要件の緩和が現場に即した形で少し考えられているので、そこは評価できる。

牧野常任理事は、以下のように述べた。

- ・今の重症度、医療・看護必要度の前身は看護必要度であり、看護協会ですタートしたものを持ち込んでいるので、患者が重症かどうか、急性期にふさわしいかどうかとは違う視点から始まっている。
- ・厚労省が今後とりたい方向性は、本当の意味での重症患者、急性期患者を抽出するための基準にそれを置き換えていくことであると思う。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・看護師たちが今、ベッドサイドで本来の看護をする時間がなく、記録等の様々な看護業務に追われて物すごく大変だと言っている。
- ・本来それは看護師がやらなければだめな業務なのか、他でかわれるものではないかということの洗い出しを全部すべきだと思う。看護協会ではその見直しをやっているであろうか。

福井参与（代理：荒木）は、業務の整理は今やっていないが、看護師は仕事を増やしてしまう傾向もあるので、看護師がやらなければならないことを明確にしていく必要はあると述べた。

梶原監事は、看護協会がしっかり旗を振らないとだめではないかと述べた。

末永副会長は、日本病院会の看護環境を考える委員会でアンケート調査をやっており、看護師の看護業務についての調査結果も出ているし、報告もしていると述べた。

梶原監事は、出しているも、どこかで形にならなくては仕方がないと述べた。

末永副会長は、学会での発表もしていると述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・今後マーケットが増えるのは75歳以上の老人である。もともと生活支援が必要な患者が入ってきた場合でも、入院したらそれが全部看護師の業務になるというのには違和感がある。今後、急激に増えてくる75歳以上の患者にどう対応すべきか、真剣に議論する必要がある。
- ・看護師の手間がかかってしまうので、それは看護師の仕事なのか、それとも違う者の仕事でもよいのかについてきちんと議論して入院医療の評価をしていくことが大事である。
- ・アウトカム評価は重要であるが、今後、全ての病院がDPCデータを出さなければいけないということは、それでアウトカムをきちんとはかれるということなのか。そうであればアウトカムでやればよい。厚労省が本当にアウトカム中心に物事を考えているのかどうか少し疑問に思っている。
- ・我々病院団体としては何を評価対象にしてほしいか、ある程度方向性を決めていったほうがよい。

亀田常任理事は、以下のように述べた。

- ・DRG/PPSにするのは難しいので、やるとしたらDPCの面積を一定化しながら左にシフトさせていくことでアウトカム評価に近づけるやり方しかない。
- ・総合入院体制加算は結構、点数としては大きい。そこをどんどん大きくしていくと、病床を減らして急性期病診床をとるのか、それとも地域包括に行くのかという話になる。

石井監事は、以下のように尋ねた。

- ・日病には中小病院の会員がたくさんいるが、10対1はどうなるのであろうか。今回の改定で10対1には何の変化もないのか。
- ・DPCデータ提出に関しては完全に義務化されるが、100ベッドぐらいの中小病院には非DPCの

病院が結構あるので、今回、結果的に一番衝撃を受けるのはDPCをとっていない10対1の中小病院かもしれない。この問題は日病としては議論しないのか。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・今回の制度では10対1のところはどちらでも評価可能になっているので、そういったところに認知症の患者は結構たくさんいると思うので、そちらの評価でやれば自分の立ち位置は確保できるのではないだろうか。
- ・次の改定を目指してのイメージには5つしかないが、これはあくまでもイメージであり、5つに絞るという話が出ているわけではない。歴然と違うものでアウトカムを評価したいということである。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・病床数で区切るのが本当によいのかどうかは別問題として、明らかに200床以下の病院は地域包括に移ってほしいというサインが出ている。10対1のまま頑張るのか、それとも地域包括で13対1にしてコストを減らして頑張るのか、あなた方は地域包括ケアの最前線の病院であるというメッセージを厚労省は出しているような気がする。
- ・中医協から、これからは重症な患者はだんだん減って軽症の急性期の患者が増えてくるといふグラフが出ている。その軽症のところをどこで診ていくのかが大事であり、多分それは10対1ではないのではないのか。

末永副会長は、相澤会長の考えには一理あるが、地域によっては200床といっても急性期をやらなくてはならない病院もある。地域包括への移行を勧められないところについてはどうするのかということも考えていかなければならないと述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・地域包括ケアが急性期病棟をやってはいけないとは、どこにも書かれていない。例えば3病棟あったら1病棟を10対1の急性期に、あとを地域包括にして、必要な看護師数を減らして、その看護師を外に出して訪問看護をやる、これからの地域はそうしていかないとたないのではないのか。
- ・診療報酬改定によって、これからのありようを厚労省は少し見せたという感じがする。地域の事情、自分の病院の状況を踏まえて、どちらに行ったらよいのかを考える時期ではないか。ぜひ頑張っていこう。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・差を30点にしたことは、7対1を外すための大きな餌である。200床の病院で言うと1月6万円で、ひと月180万円、年間でも2000万円ぐらいの差にしかならない。問題は、7対1でないと看護師が嫌だということがまだ都会にはあったりする。7対1という言葉を外せばよかった。
- ・今回の申請をする場合にも入院基本料1として行うわけで、これはすごくよいアイデアであり、相当利用されるのではないかと思う。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・今回は病院にとって将来の方向性が見え、選択肢が多くなり、将来を決めていくのにそれほど格差なくできることになったのではないのか。
- ・そのような評価をした上で、では病院はどうしていくのか、今後真剣に、地域の事情を考慮しつつ行っていくことが大事であるので、また協力を願う。

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。