

日 時 2019年12月21日（土） 13：28～16：50

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）

岡留健一郎、万代 恭嗣、仙賀 裕、島 弘志、小松本 悟、大道 道大（各副会長）

牧野 憲一、中村 博彦、平川 秀紀、前原 和平、亀田 信介、窪地 淳、大島 久二、木村健二郎、中井 修、新江 良一、山田 實紘、田中 一成、武田 隆久、難波 義夫、園田 孝志（各常任理事）

菊池 英明、梶原 優、石井 孝宜（各監事）

山本 修三、堺 常雄（各名誉会長）

今泉暢登志、宮崎 瑞穂、末永 裕之（各顧問）

高久 史麿、楠岡 英雄、福井トシ子、永山 正人、山本 修一、小川 彰（代理：小山信彌）、宮原 保之（各参与）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）
（新入会員）

大串 雅俊（山形県 米沢市立病院 院長）、馬場 良和（山口県 山口県厚生農業協同組合連合会周東総合病院 院長）、伊藤 真弘（青森県 津軽保健生活協同組合 健生病院 院長）

総勢41名の出席

田中 繁道、望月 泉、武田 弘明、本田 雅人、東郷 庸史、原澤 茂、崎原 宏、岡田 俊英、野口 正人、井上 憲昭、松本 隆利、今川 敦史、谷浦 博之、三浦 修、徳田 道昭、浜口 伸正、澄川 耕二、副島 秀久（各支部長：Web視聴）

相澤会長の開会挨拶及び新入会員の挨拶の後、議事録署名人2名を指名により選任し、仙賀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

2019年11月30日～12月20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 2件〕

①市町村・富山市立富山まちなか病院（会員名：樋上義信院長）

②医療法人・医療法人弘仁会まちだ胃腸病院（会員名：町田浩久理事長）

〔賛助会員の入会 1件〕

① D会員・1名

〔賛助会員の退会 1件〕

① A会員・株式会社レオパレス21（会員名：深山英世代表取締役）

2019年12月21日現在 正会員 2,488会員

特別会員 166会員

賛助会員 258会員（A会員113、B会員117、C会員4、D会員24）

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2件）

①公益財団法人医療機器センター／「令和元年度 在宅人工呼吸器に関する講習会」の協賛名義使用

②一般社団法人日本経営協会／「自治体総合フェア2020」協賛名義使用

（継続：共催依頼1件）

①一般社団法人全国公私病院連盟／「令和2年4月改定 診療報酬点数表説明会」の共催

（継続：委員等委嘱依頼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…新江常任理事（再任）〕

（新規：後援・協賛等依頼1件）

①公益社団法人日本臨床工学技士会／「第30回日本臨床工学会」への後援名義の使用

（新規：委員等委嘱依頼1件）

①一般社団法人 Medical Excellence JAPAN／『日本医療の強み』調査内容評価委員会委員就任〔就任者…相澤会長〕

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

仙賀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富山県・一般財団法人北陸予防医学協会 とやま健診プラザ

（更新4件）

①埼玉県・医療法人 大宮シティクリニック

②福井県・社会福祉法人恩賜財団 済生会支部 福井県済生会病院

③岐阜県・学校法人朝日大学 朝日大学病院 総合健診センター

④千葉県・医療法人社団普照会 井上記念病院 健康管理センター

〔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4回医療政策委員会（12月4日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・タスクシフトのワーキンググループを委員会の下に設け、現状の医師業務のタスクシフトについて今後の問題点等を検討していただいた。法改正をしないとできない問題と現状でできる問題とに分け、少しずつやっていくのがいいのではという結論になったという。
- ・日本病院学会シンポジウムを当委員会も行うこととなり、テーマを「日病データに基づく地域医療構想のこれからの展望」とした。

- ・424病院の厚労省の再検証対象病院について、石川先生から例示をいただいた。問題のある病院もない病院もあり、一概には解釈できなく、一概に整理対象ともしない。厚生労働省によると、今後「重点支援区域」として補助金を出して整理を進める地域を発表するという。詳細はまだはっきりしていないが、挙手制になるとのこと。
- (2) 病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（第18回）（12月5・6日）**
 牧野常任理事より、以下の報告があった。
- ・参加者58名。初日が石井先生、2日目が石尾先生に講演をいただき、参加者から「大変よかった」「よかった」合わせて100%と大変ご満足をいただいた。
- (3) 第2回病院総合医プログラム評価委員会（12月5日）**
 仙賀副会長より、以下の報告があった。
- ・育成プログラムに19施設から申請。数が増えないのはプログラム認定のハードルがある、大規模病院よりも総合医が多くいる中小規模病院にアプローチできないか、管理者からのトップダウンではなく現場の診療部長クラスに直接依頼できないか等の意見があった。
 - ・19施設の審査は全て「適」とし、病院総合委認定委員会に諮ることとした。
- (4) 第2回病院総合力推進委員会（12月5日）**
 仙賀副会長より、第70回日本病院学会のシンポジウムについて何を行うかを話し合い、「チームで支える臨床倫理と意思決定」をテーマに4名の演者にお話しいただくこととしたとの報告があった。
- (5) 2019年度医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース（大阪会場）（12月7日）**
 仙賀副会長より、参加者は50%が看護師。内容は専門的で、事故報告書の作成について細かく説明があったとの報告があった。
- (6) 診療情報管理士通信教育関連**
 武田常任理事より、以下の報告があった。
- ①2019年 第21期生医師事務作業補助者コース研修会（11月30日・12月1日）
 - ・支部開催として長野県の相澤病院で開催。研修者44名。
 - ②診療情報管理士教育委員会第4回専門課程小委員会（12月3日）
 - ・eラーニングを順次進めているが、専門課程においてはテキストを残していきたい意向を確認した。
 - ③診療情報管理士教育委員会第2回基礎課程小委員会（12月6日）
 - ・こちらは対面スクリーニングが残っており、次年度のスケジュールを確認した。
 - ・テキストはICD-11が導入されたのを受け、基礎課程の見直しも順次進めていく。
- (7) 日本診療情報管理学会関連**
 末永顧問より、以下の報告があった。
- ①2019年度第2回編集委員会（12月11日）
 - ・ICD-11の理解が広がらないということで、会誌「診療情報管理」に連載で書いている。2号ではICD-11のツールについて、改訂に至る歴史について、これからについてという解説文を掲載している。シリーズ化したい。
 - ・3号では講演2本の掲載と、退院時サマリーの標準的なものづくり方、書き方等についても掲載することとした。
 - ・11月29日に台湾の病歴診療管理学会が表敬訪問されたことを掲載する。
 - ②令和元年度第2回理事会（12月6日）
 - 報告は資料一読とした。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第172回診療報酬実務者会議 (12月11日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・11月～12月分の中医協総会・部会の報告が行われた。
- ・令和2年度診療報酬改定に係る要望書(緊急)を提出したことが報告された。主な内容は下記のとおり。
 - ・医師をはじめとする医療従事者の働き方改革推進支援のために、入院基本料の増額
 - ・医師事務作業補助加算の対象拡大、看護補助加算及び病棟薬剤師業務のさらなる評価
 - ・地域包括ケア病棟は、本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の憎悪への対応」「在宅療養の支援」をバランスよく機能することへの評価
 - ・急性期の重症度、医療・看護必要度については、認知症、せん妄、問題行動等への対応の評価継続

(2) 第181回代表者会議 (12月20日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・初めに中医協関連会議の報告、続いて診療報酬実務者会議の報告が行われた。
- ・医師の働き方改革と社会保障審議会医療部会において一番問題になったのは、働き方改革を進めていくと病院はかなり大変になっていくこと。また、兼業・副業の問題で、労働時間を一括管理化せよという方向に進んでいるが、それでは他院へ行くこともできなくなる。また大学在籍中ではアルバイト料で生活している現状があり、一体誰がその面倒を見るのかということがある。
- ・これは単に働き方改革だけではなく、総合的に日本の医療をどうしていくのか、医療の質を保つのかという話になるが、幾ら言っても厚労省は方向が決まらない。
- ・全世代型社会保障検討会議中間報告(案)の討議の中に「大病院への患者集中を防ぐかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」がある。内容は、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。
- ・具体的には、遅くとも2022年度初めまでに改革を実施できるよう、来年夏までに案をつくっていく。内容は、他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担について、より機能分化の実効性が上がるように負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改め、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行うという。
- ・問題は、対象病院を病床数200以上の一般病院全てに拡大することで、私は日本病院会の代表として猛反対だと言った。地域では、200床から400床程度の病院が入院医療もしつつ外来医療もきちんと守ることで、地域のかかりつけ医の先生とある程度の役割分担をしながらきちんと地域の医療を守っている。これはそういう病院にはかからずに開業医の先生に行けということを推進するもので、地域の病院は経営状態が厳しい中で外来患者がどんどん減ったら本当に大変になる。利益率の高い開業医にどんどん外来を持っていくというのは、どうやっても納得できない。

仙賀副会長は、ここまでの相澤会長の報告に対し意見を求めた。

亀田常任理事は、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるというが、選定医療は病院に入るものではないのかと尋ねた。

相澤会長は、選定療養ではなく、保険負担分を患者に負担させることで、保険の支出分を減らそうというものだと答えた。

亀田常任理事は、窓口でもらう分を病院が一時預かりし、それを出すことかと尋ねた。

相澤会長は、どういう仕組みかはわからないが、定額負担を患者にしてもらおうことで、診療報酬として出ていく分を減らそうというものだと答えた。

亀田常任理事は、保険料は外来の基本料を下げるのであれば診療所も一緒に下がるはず。それを2種類にするのはおかしいと述べた。

相澤会長は、どういう方策になるかはわからないが、診療所はそこを下げることは多分ないと述べた。

万代副会長は、200床未満は再診料、以上は外来診療料で区別されるから、やり方はわからないがそこで切り分けはできると述べた。

亀田常任理事は、今は保険とは別に取っていい部分は病院の収入になるが、今後は増えた分は収入にならないということかと尋ね、相澤会長はならないと答え、亀田常任理事は、それは合理性を欠くと述べた。

島副会長は、「増額分について」と書いてあることから、公的保険負担分を削るという意味での表現だろうと述べ、亀田常任理事は、それは明らかにおかしいと答えた。

小山氏（小川参与代理）は、これは地域医療支援病院の200床以上はOKということかと尋ね、島副会長はそちらは問題ないと答えた。

小山氏（小川参与代理）は、2つ問題があり、一つはそれ以外の病院が全部対象になること。そして、もらったお金を病院が取るのではなく保険にということだと述べた。島副会長は、それも「一般病院」で、「一般病床」ではないと補足した。

相澤会長は、最初これは、初診の患者にワンコイン負担いただき、その分初診料からその分を引き、その残った分が診療報酬とすることをずっと推し進められていたが、日本医師会はこれをやると外来にかかる患者さんの抑制につながるとして反対していた。薄く広くずっと負担してもらおうことで厳しい保険財政を何とかしようということだったが、突如「200床以上の一般病院」と表現が変わってきているので、納得がいかない。

結局、かかりつけ医と病院の役割分担と書いてあるが、これは役割分担にならないと思っていて、むしろ患者さんをどんどん開業医が診て、病院には来ないようにという施策であり、多分地域の中規模の病院はほとんど経営が成り立たなくなるのではないか。文章にて反対だということを表明していきたい旨を了承した。

3. 中医協について

島副会長より以下の報告があり、了承した。

(1) 第434回総会（11月20日）

- ・認知症対策等は、ケア加算については要件を満たす専任の常勤医師の配置が困難であるため、緩和する方向。加算2は専門性の高い看護師の配置が有効であるため、きちんと求めてはどうか。せん妄は早期の取り組みが重要。

(2) 第160回薬価専門部会（11月22日）

- ・次期薬価制度改革に向けた論点を整理した。

(3) 第435回総会（11月22日）

- ・外来医療（その2）、入院医療（その2）について議論された。
- ・生活習慣病については、重症化予防の観点から糖尿病患者の定期的な眼科検診の必要性や受診頻度等を踏まえ算定要件の見直しをしてはどうか。在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は今は妊娠中の患者限定だが、分娩後もきちんと対応するように算定し直してはどうか。

- ・ニコチン依存については、改正健康増進法が施行されると屋内禁煙が敷地内禁煙に進んでいくだろうと思われる。
- ・外来化学療法については、件数が増えてきており、本人や家族へきちんと説明することを付記する。
- ・入院医療については、療養病棟にて高カロリー輸液を行うことが非常に多く、中心静脈をやる実際の理由を付記させることになるだろう。膀胱留置カテーテルの抜去に関し、泌尿器科専門医の指導が必要となっているが、なかなか難しいため要件緩和になるのでは。
- ・データ提出加算については、見直し（案）として50床未満または保有病棟1つのみの場合、令和2年3月31日までが経過措置で、今後データ提出が求められる。200床未満50床以上の回復期リハビリテーション病棟5・6、療養病棟に関してはデータの提出を必須とあるが、これも多分経過措置になると思われる。50床未満は多分永遠に経過措置になるだろう。
- ・実際データ提出をするときに、変更の要件として最低でも半年ぐらい期間がかかり、うまく変更がかからなかったときに入院料がきちんと算定できないといったことが起こり得る。計画的に申請しなくてはならない。

(4) 第436回総会（11月27日）

- ・医療経済実態調査の結果に対する見解、最適使用推進ガイドライン、先進医療会議からの報告、個別事項（その11）等が話し合われた。
- ・遺伝学的検査について、指定難病で用いないと全く診断がつかない、もしくは他の検査で診断がつかない場合に必要になる疾患については認める方向にある。
- ・吸着式血液浄化法について、日本集中治療医学会、日本救急医学会は、敗血症性ショックに対しては、標準治療としてPMX-DPHを「実施しないことを弱く推奨する」。やめられたら困るという意見もあるが、今後これはもう勧めなくなるものと思われる。
- ・保険収載後に市場が拡大した医療技術への対応で、医療機器または体外診断用医薬品においても、同一製品について適応追加等により市場が拡大する製品はあり、財政への影響が無視できないような状況であれば、医薬品と同じように価格を引き下げてはどうかという意見があった。
- ・リハビリテーションでは、資格者の配置について言語聴覚士の配置の明確な規定がされていないため、今後求めていく形になると思われる。
- ・摂食機能療法について、多職種チームによる介入を推進する観点から、現行の経口摂取回復促進加算の算定要件等を見直してはどうかという意見がある。
- ・開放型病院共同指導料について、今、地域医療支援病院とか地域包括ケア病棟等ではこういうものが求められているが、実態は共同指導はどんどん減ってきている。
- ・小児運動器疾患指導管理料は、他院からの紹介患者であること、6歳未満の時点で診療を開始していること等が算定要件だが、実際には小学校に上がって校医の先生たちが指摘しており、大体もう間に合わず算定できないので、これを変えたらどうかという意見がある。

(5) 第106回保険医療材料専門部会（11月29日）

- ・医療機器業界からの意見聴取を行った。

(6) 第437回総会（11月29日）

- ・地域包括ケア病棟の趣旨に鑑み、3つの役割を地域において適切に推進するため、それぞれの役割にかかる要件等に必要な見直しを検討してはどうか。3つの機能をどのように評価するか。
- ・特に、入棟元が自院の一般病棟の患者割合が特に高い医療機関についてどうするか。同一医療機関のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合について、DPC/PDPSの診断群分類区分における点数によって転棟のタイミングが偏っていることを踏まえ、患者の状

態に応じた医学管理を妨げないよう入院料の算定方法を見直してはどうか。

- ・地域包括ケアに係る実績要件については、満たしている項目の偏りや実績等を踏まえた見直しを行ってはどうか。
- ・回復期リハビリテーションについて、管理栄養士がいると非常に状態が改善するというデータに基づいて、今回は、回復期リハ1に関しては専従要件、2以下は努力義務となるだろう。
- ・入退院支援については、かなり進んで多くの施設が取り入れているが、総合評価加算と類似・関連する部分があるため整理が必要ではという意見があった。
- ・入退院支援加算3の専従の看護師について、働き方及び人材の効果的活用の観点から、専任の看護師の配置にかえることを可能とするとともに、質の担保のため小児の在宅移行に係る適切な研修の受講を要件としてはどうか。また、届け出に当たってはNICUの病床数を施設基準の要件に加えてはどうかという話が出ている。厚労省は6床以上としたいようだが、決定はしていない。

(7) 第438回総会 (12月4日)

- ・薬価本調査、平均乖離率が約8%。後発医薬品の数量シェア76.7%まで来ている。特定保険医療材料価格調査の速報値は平均乖離率が約5.8%。
- ・救急医療管理加算について、受け入れ体制を適切に評価し、患者の重症度の判定を明確にするべきで、評価の整理が必要。急には変えられないので、2020年ではなく22年改定で何とか変えていきたい。
- ・二次救急の評価がないため何とか算定に入れたいが、そうすると話が救急搬送受け入れ件数にすり変わってしまう。
- ・小児・周産期医療では、各都道府県ともNICUの病床の想定数を全てほぼクリアしたということで、加算1の新規の申し入れはもう受け付けないという。
- ・地域がん診療連携拠点病院は、その要件を満たさなかつたときは特例型となるが、その趣旨を踏まえ、地域がん診療病院と同様の評価をするべき。また、がんゲノム医療中核拠点病院が34施設できたが、その中身を考えると全国に11ある中核病院と同等の評価としてはどうかという話が出ている。
- ・個別栄養食事管理加算は、緩和ケア対象となった心不全が末期というものもあり、緩和ケアチームに管理栄養士が参画することを推進する観点から、緩和ケア診療加算と同様、後天性免疫不全症候群と末期心不全患者を対象疾患として加えてはどうか。
- ・rt-PAは、診療報酬上の要件としては薬剤師の常時配置、診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置を求めているが、日本脳卒中学会の改訂後の指針には記載がないことから、そこを緩和してもっと受けられるような施設を増やしたい。
- ・生活習慣病では、血糖自己測定器加算、クロザピン投与中のヘモグロビンA1cといった腓全摘後の患者に必須のものが全然評価をしていなかったため、加わることになる。クロザピンに関しては4週間に一遍ということで、月によっては2回測定することも認める。

(8) 第161回薬価専門部会 (12月6日)

- ・関係業界からの意見聴取を行った。

(9) 第439回総会 (12月6日)

- ・診療報酬改定に関する基本的な見解として、1号側、2号側の意見が出されている。
- ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について、入棟元が100%自分のところから来ているような施設もあり、制限が入るものと思われる。同様に、自宅等からの受け入れが1割以上というのが現在だが、これも高められていくだろう。
- ・在宅患者訪問診療料の算定回数は引き上げ、病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の

回数はむしろ引き下げる。開放型病院共同指導料は廃止、同一敷地内の施設等で介護サービスを提供している場合は「みなし」実績とする、看取りに関しては要件とすることを求めていく。

- ・今のルールでは、同じ病棟でDPCから地域包括ケア病棟に転出した場合はそのままDPCで、違うフロアに転棟した場合は、今度は地域包括ケア病棟のほうに入院基本料が変わるが、これを転棟、転出にかかわらず同じように取り扱い、しかもDPCの入院の2まで地域包括ケア病棟に移ってもそのまま引き継ぐ形に変わる形に決定するだろう。
- ・ADL指標のFIMで、実績要件を入院料2・4・6は実績指数27を割ると減算となっているが、これを1・3・5と違う数字にし、40、35、30などとするイメージ。
- ・療養病棟入院基本料は現在、経過措置1と2があるが、2の30対1配置は現在全国で4施設あり、将来どうするかはもうそれぞれ決まっているので、来春には廃止になると思う。1のところは、そのまま2年間経過措置を続ける形になるだろう。
- ・短期滞在手術で、計算していた泊数より早く返した場合はきちんと計算しようという話になっている。
- ・入院時食事療養等に係る帳票及び病院の人員等の基準について、現状、給食で非常に大きく赤字なのが実態だが、今回は食事料を上げず、かわりに帳票類を電子保存すればそれで済むということで、話がすり変わっているが、業務は軽減することには間違いない。

(10) 第440回総会（12月11日）

- ・令和2年度の診療報酬改定の基本方針として、（1）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進、（2）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現、（3）医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進、（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上の4点を基本的視点と具体的方向性とした。
- ・ICTの利活用について、オンライン診療の対象となり得る疾患のリストと、事例として頭痛学会からの活用提案、在宅自己注射指導管理へ認められる見込みを紹介。
- ・遠隔モニタリングについて、在宅酸素療法の加算において、現在、患者情報のモニタリングを求めているが、血圧に関してはCOPDのガイドラインで特に推奨されていないので、これは外そうかという話が出ている。
- ・医科歯科連携は、病院内に歯科があれば連携は進むだろうが、市中の歯科を診療に使う場合は術前に見てもらふことへの評価として、予約をすることでお金を払うような制度になるのではないかな。
- ・医療的ケア児への対応の充実として主治医から学校医等への情報提供といったところも評価したい。
- ・かかりつけ医機能における紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担等について、現在、特定機能病院または400床以上の地域医療支援病院が条件だが、今回、一般病床200床以上の地域医療支援病院に関しても定額負担を求めることに決定した。
- ・女性の健康にかかる課題として、月経困難症、子宮内膜症等は他の疾患へ関連するリスクがあり、きちんと定期的にケアし、悪化を防がなければいけない。
- ・ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムについて、IR法の施行に伴いそういった人たちが増えると思われ、集団療法が効果があるということで、診療報酬で評価したい。
- ・ニコチン依存症管理料について、加熱式煙草も本人の健康被害は当然同じようにあり、これも加えたい。

(11) 第162回薬価専門部会（12月13日）

- ・次期薬価制度改革の骨子を議題とした。

(12) 第441回総会（12月13日）

- ・臨床検査の保険適用として、血糖測定装置「リブレ」、がんゲノムプロファイル、JAK2 遺伝子検査が認められた。
- ・がん対策で、HBOC（遺伝性乳がん卵巣がん症候群）について、遺伝子変異の所見での摘出は認められていないが、片側の乳がん手術で変異があった場合、反対側の切除や卵管・卵巣の切除を認めることとなった。
- ・これを手始めに、がんゲノム医療はどんどん出てくるだろう。ただし、国は認可した中核病院、拠点病院、連携病院にしかさせないとしている。
- ・既存の先進医療の検討結果として、歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法と、多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術を削除が適切であるとした。
- ・重症度、医療・看護必要度の記録は、患者の状況等（B項目）を患者の状態と介助の実施に分けて評価することにより、ADLを含む患者の状態がより明確化されるため、評価の手引きで「根拠となる記録」が不要となり、介助の実施の判断がよりわかりやすくなる。
- ・特定機能病院に係る評価で、高度な医療の提供など非常に厳しい要件があるのに対し、なぜか回復期リハビリテーション病棟を持つことが可能で、これは幾ら何でも特定機能病院としてはふさわしくなく、今後新たな承認は認めないと思われる。
- ・使用ガイド付きの医薬品集に関して、フォーミュラリーを大学病院で進め、そこを診療報酬で評価してはどうかと支払い側が言い、医療側は要らないと、普段と全く逆の論争になっている。ガイドラインは経営的にも非常に重要で、どこでも取り組むものだろうと思うので、あえてそこを評価する必要はないと思う。
- ・地域の実情を踏まえた対応について、現状「医療資源の少ない地域」と「へき地医療拠点病院等」に分けられているが、へき地の配慮内容である遠隔画像診断や保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準等は、医療資源の少ない地域も対象にしてはどうか。
- ・DPC/PDPSにおける再入院時の加算等について、一般的な出来高と一緒に、間が3カ月開かないと同じ病名では算定できなくなることが明確化される。
- ・未コード化傷病名は随分減ってきたので、要件をもっと厳しく、200床以上ではほとんど未コード化のものはないので、外そうかという話が出ている。

(13) 第107回保険医療材料専門部会（12月18日）

- ・令和2年度保険医療材料制度改革の骨子（案）をまとめた。

(14) 第442回総会（12月18日）

- ・ICTは対面診療を原則とするが、1年で6回通院があればよいとしているが、これでは最大半年程度間があいても要件内となることもあり、見直しが入ると思われる。
- ・へき地等で、地域の二次医療圏内にあるような情報共有がきちんとあって、たまたまいつも行っている先生が診られないときに、情報を共有している二次医療圏の他のところでも、初診でもオンラインができるよう認める。
- ・在宅においても、今、オンライン診療における薬剤処方可否が診療報酬上ははっきりしていないが、これもルール化するという医薬品医療機器等法の改正でオンライン処方が全国的にやれるような形に変わるので、整備をしておく。
- ・医療従事者の働き方を議論してきた中で、全身麻酔の一部医行為については、「特定行為研修を修了した看護師が医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる」としている。硬膜外麻酔においても同様。
- ・労働時間短縮計画の項目例で、救急の出動件数は救急車の台数で評価するため、忙しいほど評価されることになってしまう。最終的にはここはまた別個金額をつけるような話が出てきている。

- ・医療機器の効率的かつ有効・安全な利用として、ポジトロン断層撮影は、非常に高額で限られた施設しか保有していないことから、平成30年度報酬改定の「高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進」の減算率の緩和対象と同様にすべきという話が出た。
- ・ガイドラインに基づく画像検査の利用で、小児に対する頭部CTの撮影には放射線被ばくの問題があり、親が許可すれば撮るというルールをもう少し厳格化する話がある。
- ・超音波検査では、今普及しているPOCUSを評価してはどうか。
- ・義肢装具については、医師と技師の請求項目に同じようなものがあり二重取りではないかという話があり、評価体制の見直しが必要とされている。また、既製品についても支給対象となるかが曖昧であり、対象品のリスト化をしていく。
- ・国家戦略特区における離島・へき地以外での遠隔服薬指導への対応について、医薬品医療機器等法が変わることもあり、内容を少し整理する。
- ・診療報酬改定は、診療報酬が本体プラス0.55%で、そのうち消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として0.08%。薬価の引き下げが0.99%、材料価格が0.02%引き下げ。勤務医の働き方改革への対応については公費が診療報酬として126億円、地域医療介護総合確保基金として公費で143億円程度つく。

(15) 第443回総会（12月20日）

- ・入院医療で、A項目に関して抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤の内服薬を入院で使用する割合が高く、ただ抗がん剤に関しては、入院して内服させる必要もあるだろうということで残すが、免疫抑制剤については外すものとする。
- ・重症度、医療・看護必要度Ⅱの対象の手術のうち、ほとんどが9割以上を手術にて行うが、一部9割未満のものもあり、こういったものは外されるのではないか。
- ・入院で実施する割合が90%以上あり、一定の手技を伴うものとして呼吸心拍監視やカルジオスコープなどが評価対象となっているが、それ以外にも経皮的針生検法やEUS-FNAなどもあり、これらもつけ足してはどうか。
- ・A項目、B項目、C項目についていろいろなシミュレーションをやっており、判定はまだ先にはなるが、恐らく現行のものからはだいぶ中身が変わり、増加するのではないか。
- ・医薬品医療機器等法の一部が改正が公布され、1年以内に施行される。これまで特区だけであったオンライン服薬指導が全国でできることになるので、対応するための整理が必要。
- ・医療機関間の情報共有について、例えば専門性治療の必要から他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）の算定が可能だが、紹介元からの求めで紹介先が情報提供を行うケースがあり、これは評価対象になっていないため、これも含めたい。
- ・妊婦加算については、患者の状態について関係機関が情報を共有することを評価する形をとることで、「妊婦加算」という表現自体はなくなると思われる。

4. 四病協について

下記会議その他の報告があり、了承した。

(1) 第25回病院医師の働き方検討委員会（12月5日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・医政局の加藤室長を招き、厚労省の医師の働き方改革を推進するための検討会、医師需給分科会、それから働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会についての資料をもとに議論した。
- ・タスクシフティングについては四病協で要望書を提出することになった。対象職種は薬剤師、看護師、臨床工学技士、医師事務作業補助者とし、臨床工学技士以外は現行法下で実施可能な業務のタスクシフトを進めるよう要望することとした。臨床工学技士は全身麻酔

装置に伴う麻酔作動薬あるいは循環作動薬、輸液といった法改正が必要な行為を要望項目として検討している。

(2) 第9回医療保険・診療報酬委員会 (12月6日)

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・重症度、医療・看護必要度Ⅱ計算ソフト検証について、Ⅱに移行する病院がかなり限られているのは、自分たちで出したⅡの正しさが不安だという背景がある。厚労省は世の中のソフトを正しいかどうか検証し、お墨付きを与えられないかと考えている。病院団体がそういったことをやり、国がそれに一部協力するという流れで、国からお金をもらうためにまず日本病院会が請け負い、そして他団体が協力して進めていくこととなった。
- ・2019年度病院経営定期調査は、直近に発表された医療経済実態調査よりも経営状況が悪いという結果となった。そこで、これを早目に公表したほうがいだろうと予定を1週間前倒しし、12月11日記者会見を行い、その後の診療報酬の議論に結びつけた。

(3) 第2回在宅療養支援病院に関する委員会 (12月9日)

資料は一読とした。

(4) 第9回総合部会 (12月18日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・日本専門医機構の臨時社員総会の報告があり、専門医機構が整備指針の形を改め、基本領域とサブスペシャリティの領域を完全に分けて記載したことについて、各学会の代表社員の先生から猛烈な意見が出た。
- ・厚生労働省からの指示によってシーリングし、専門医の数も制限していくことに各先生方が反発し、専門医機構のやるべきところはどこまで、学会のやるべきことはどこまでかをもっとしっかり書いてほしいということと、専門医機構に学会のやることに余り口を出してほしくないというのが主な意見で、整備指針についてはもう一度理事会で練り直し、改めて臨時社員総会を開く事態となった。
- ・サブスペシャリティをどうしていくのが提案された。これまでの28領域をもう一度見直すということだが、多分、医道審議会からまた意見が出てくるので、それを見て決まるだろう。
- ・専門医機構に関し、日本病院会は四病院団体協議会として社員になっている。四病院団体協議会は、事務局が持ち回りで一つの団体という形ではないので、四病院団体一つ一つを社員にしてほしいという申入書を提出した。ただし、専門医機構では四病院団体協議会がそのまま社員として残っていくことにしてほしいようだ。
- ・病院給食について、やはり厚生労働省としては、診療報酬で病院給食について少しプラスにすることはなかなかできないということで、条件だけを緩和することで勘弁してほしい、赤字だということは重々わかるけれどもというようなことであった。

(5) 第9回日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (12月18日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・令和2年の診療報酬の改定で、改定率がプラスになったのは医師会が頑張ったからだという論調があり、我々とすれば0.08%が救急医療に乗せられたのはよいということの話になった。
- ・地域医療構想調整会議の議論の活性化について、424病院の発表はあくまで地域医療構想調整会議を活発化するためだと言うが、ではどうやったら活発化、具体的な議論が進むのかは全くアイデアがない状況であった。

(6) 第7回医業経営・税制委員会 (12月19日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・消費税率10%引き上げに伴う補填状況パイロット調査では、急性期医療に限れば補填率100%という状況であった。
- ・各政党からのヒアリングでは、どこも医療は課税化という主張であった。
- ・令和2年度税制改正について、医療関係は記載が非常に少なく、特に消費税問題については一切記載がなく、この点について引き続き要望を上げていく必要がある。
- ・認定医療法人制度について、期限が来年9月30日までのところを3年間延長する。要望が入らないのではないかとこのところが一応入ったものの、「医療法の一部を改正する法律の改正を前提に」と書かれていて、今までと同じような形になるかどうかはわからない。
- ・保険法の改正に関する優遇措置は、介護保険関係の登録免許税や印紙税の非課税措置、地方税の固定資産税・都市計画税、事業所税などでこれまでの継続または同様の特例措置となる。
- ・検討事項の中に「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、税負担の公平性を図る観点や地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」とあり、悪化する可能性もあり得るので注視が必要。

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5回医師の働き方改革の推進に関する検討会（12月2日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・複数の医療機関に勤務、いわゆるアルバイトとかネーベンについて、こういった医師に対する追加的健康確保措置については、面接指導結果が医療機関間で共有され、就業上の措置が適切に図れるのであれば、主たる勤務先が面接指導をすることになる。
- ・働く人の自己申告で当該医療機関が把握した場合は労働時間を通算することが義務となるだろう。ただ、一般労働者の副業、兼業と医師とでは実態が異なることや、地域医療提供体制確保の観点から、一律のルール化には極めて慎重な配慮が必要だと主張している。ただし、一般則については労働政策審議会が握っているので、彼らの議論の動向が注目される。
- ・B水準、C水準を決定する上で評価機能組織が必要となるが、国は厚生労働大臣が評価機能を指定し、中央事務局と全国幾つかの地方事務局を置くという考えを示した。評価者は中立性を担保し、各地方事務局の雇用または委託とする。中央事務局には法人の業務執行監査のための第三者委員会を設け、さらに医療機関の時短取組と地域医療提供体制との関係を分析するため、地域医療構想アドバイザーの意見を聴取しなければならないという。
- ・評価機能・評価結果通知書は、全体の評価をS～Cの5段階で行うという。結果の公表については、424病院の評価と同様に極めて慎重にやっていただきたいとし、医政局としては厚労省のホームページとかアクセスしやすいような情報入手経路はとらず、各都道府県でないとわからないような方向に持っていきたいとしている。

岡留副会長は、大学病院の兼業、副業はこれから慎重にならざるを得ないのでとして、山本参与に発言を求めた。

山本参与は、一番の問題点は現状がどうかという把握と、これが実行された場合にどうなるかというシミュレーションがわかっていないため、地域の先生も我々出す側の大学も非常に不安感が強い。混乱を避けるため、意見は第二の1万人調査とその後行われるシミュレーションの結果を見てから判断したほうが良いと述べた。

(2) 第3回医療トレーサビリティ推進協議会（12月3日）

大道副会長より、バーコードを主として使って医薬品、診療機材、場合によっては手術用

の機械等々のトレーサビリティを確立したいとの報告があった。

(3) 第71回社会保障審議会医療部会(12月9日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定の基本方針について、支払い側は医師の働き方改革に関して診療報酬で面倒を見るのはお門違いとずっと強く言っていて、相変わらず、超高齢化社会が目前に迫り、制度の持続可能性の確保が喫緊の課題と言われているのに、何で働き方改革だけが重点項目になって、そこに診療報酬をつけるのかと言っていた。
- ・眼の水晶体に係る被ばく限度等の見直しについて、等価線量の限度を引き下げる改正案が示されたが、急にその形はとれないので、令和2年3月下旬に省令を告示、3年4月から施行し、2年ぐらいの経過措置を設ける。

(4) 国民医療を守るための総決起大会(12月6日)

遠山事務局長より、以下の報告があった。

- ・主催の国民医療推進協議会は、日本医師会が各医療関係者団体等に呼びかけ平成16年10月に発足したもので、現在41団体で構成。
- ・決議(案)が日本医療法人協会の加納会長により読み上げられて採択、最後に日本医師会の中川副会長の頑張ろうコールで終了。国会議員が恐らく50名以上は出入りをして紹介されていた。

6. 令和2年度診療報酬改定説明会の開催について

島副会長より、3月17日に神戸で行うが、今回は福岡にパブリックビューイング会場を設ける。また前日の16日には横浜で行うとの説明があった。

〔協議事項〕

1. 日病モバイルについて

業者から説明を受け、議論を行った。

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。