

日時 2020年12月19日(土) 13:00~16:42
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(Web)、万代 恭嗣、仙賀 裕、島 弘志、小松本 悟、大道 道大(Web)
(各副会長)
牧野 憲一(Web)、中村 博彦(Web)、平川 秀紀(Web)、前原 和平(Web)、
亀田 信介、大島 久二(Web)、木村健二郎(Web)、中井 修、福井 次矢、
新江 良一、山田 實紘(Web)、田中 一成(Web)、武田 隆久(Web)、生野 弘道(Web)、
難波 義夫(Web)、安藤 文英(Web)、園田 孝志(Web) (各常任理事)
菊池 英明(Web)、梶原 優、石井 孝宜 (各監事)
泉 並木 (オブザーバー)
堺 常雄 (名誉会長)
宮崎 瑞穂(Web)、末永 裕之(Web) (各顧問)
小熊 豊(Web)、邊見 公雄(Web)、楠岡 英雄(Web)、
福井トシ子(代理:鎌田久美子)(Web)、相澤 孝夫(代理:那須 繁)(Web)、
永山 正人(代理:根本 清規)、横手幸太郎(Web)、権丈 善一(Web)、
宮原 保之(Web) (各参与)
田中 繁道(Web)、望月 泉(Web)、武田 弘明(Web)、酒井 義法(Web)、
原澤 茂(Web)、山口 武兼(Web)、塚田 芳久(Web)、岡田 俊英(Web)、
松本 隆利(Web)、徳田 道昭(Web)、副島 秀久(Web) (各支部長)
永易 卓(Web)(病院経営管理士会 会長)
阿南 誠(Web)(日本診療情報管理士会 会長)

総勢53名の出席

初めに17日に亡くなられた川井弘毅元副会長への黙禱を行い、相澤会長の開会挨拶の後、議事録署名人に牧野憲一、新江良一両常任理事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

2020年11月29日~12月19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医療法人・医療法人邦和会 生野病院(会員名:寺中邦和理事長)
- ②特定医療法人・特定医療法人白嶺会 仙台整形外科病院(会員名:佐藤哲朗病院長)

〔正会員の退会4件〕

- ①独立行政法人・独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター(会員名:市原透院長)
- ②医療法人・医療法人有仁会・守山友愛病院(会員名:小林由典理事長)
- ③医療法人・医療社団法人同潤会 眼下杉田病院(会員名:杉田潤太郎理事長)
- ④個人・生野病院(会員名:寺中邦和理事長)

〔賛助会員の入会3件〕

- ①A会員・三和食品株式会社（会員名：石川徹也代表取締役）
- ②A会員・オンブルー株式会社（会員名：木内正幸代表取締役）
- ③B会員・社会福祉法人美郷会（会員名：佐藤眞杉理事長）

2020年12月19日現在 正会員 2,490会員
特別会員 155会員
賛助会員 254会員（A会員105、B会員120、C会員4、D会員25）

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厚生労働省医薬・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～症例から適正使用を学ぶ～」に対する後援名義使用
- ②社会福祉法人大阪府社会福祉協議会／バリアフリー2021 後援名義使用
- ③一般社団法人日本慢性期医療協会／慢性期医療展2021 後援名義使用
- ④看護未来展実行委員会／看護未来展2021 後援名義使用
- ⑤日本地域包括ケア学会／第2回日本地域包括ケア学会の後援

（新規：共催依頼1件）

- ①大会長及び公益社団法人日本人間ドック学会／第62回日本人間ドック学会学術大会特別企画の共催

（新規：委員等委嘱依頼1件）

- ①在宅療養支援病院連絡協議会／役員の推薦〔就任者…生野常任理事〕

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

下記7施設を認定承認した。

（新規3件）

- ①福岡県・医療法人社団 水光会 宗像水光会総合病院
- ②京都府・京都第二赤十字病院
- ③神奈川県・国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

（更新4件）

- ①岩手県・公益財団法人 岩手県対がん協会 いわて健康管理センター
- ②東京都・学校法人 東海大学医学部附属八王子病院
- ③愛知県・名古屋第一赤十字病院
- ④東京都・国家公務員共済組合連合会
虎の門病院附属健康管理センター・画像診断センター

〔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。

初めに仙賀副会長から下記4件の報告があった。

（1）第2回病院総合医プログラム評価委員会（11月20日）

（2）第2回病院総合医認定委員会・第2回専門医に関する委員会合同委員会（12月4日）

- ・育成プログラムに6施設から応募。調整等入れ審査「適」とした。
- ・病院総合医の仮認定について、前提として必須の臨床研修指導医講習会が新型コロナウイルス

ルス感染症の影響で日病も他団体も全く開催されなかったため、正式な認定ができなくなった。そこで、講習会のみ未修了という専修医については今年度特例として申請を受付、仮認定し、この1年間に受講すれば認定証を発行することとした。

- ・第71回日本病院学会の開催地は沖縄。今年宇都宮で開催できなかったものとはほぼ同内容。日本医師会の羽鳥 裕常任理事、全日本病院協会の井上健一郎常任理事と末永顧問でシンポジウムをやる予定。
- ・日本専門医機構のサブスペシャリティ領域については、病院総合医も含め総合診療専門医について話が進んでいないとの報告があった。

(3) 2020年度「感染対策担当者のためのセミナー」第2クール (11月28日)

- ・国立国際医療研究センター国際感染症センター長の大曲貴夫氏がおられたのでコロナについて話していただき、好評を得た。

(4) 2020年度医療安全管理者養成講習会第3クール (12月4・5日)

- ・オンライン開催。医師の出席が64人で最も多かった。

(5) 第21回支部長連絡協議会 (11月28日)

資料は一読とした。

(6) 日本診療情報管理学会

末永顧問より、以下の報告があった。

①「わが国におけるICD-11コーディング導入に関する問題点の抽出と解決及び先進国における疾病統計に係る情報分析」に関する第4回班会議およびコーディング調査結果の検証作業 (11月29日)

- ・1年目に行ったICD-11の研修会を診療情報管理学会の会員以外にも見てもらおうと動いている。
- ・3年目になる来年度はICD-11の日本語版を使用したフィールドテストを予定しているが、今春にはできていたはずの日本語版がまだできておらず、早期の完成を厚労省に申し入れている。
- ・今年度は、研修会を受けた中で手挙げの人たちを対象に、退院時サマリーの問題を21題出し、そこからICD-10と11についてコーディングしていただいた。その回答例を科研の班の人たちにつくっていただき、それで一致率、不一致率を見たり、不一致のうち正解に含めていいもの等を検討した。その中で問題点等が出たので、それを1月中にまとめたい。

(7) 日本診療情報管理士会

①令和2年度第2回理事会 (12月10日)

資料は一読とした。

2. 日病協について

(1) 第182回診療報酬実務者会議 (12月9日)

島副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・前月の代表者会議の報告、中医協報告、2020年度診療報酬改定に関する疑義解釈、2020年度第3次補正予算等に関する要望について話をした。

(2) 第192回代表者会議 (12月18日)

相澤会長より以下の報告があり、了承した。

- ・社会保障審議会医療保険部会で、75歳以上の方の2割負担が問題になった。ここで審議するより「この方向で行く」と上から指示があり、「これでどうか」という審議の仕方、非常に不満の残る審議会であったとのこと。

- ・薬価の改定では、今年はコロナなのに改定するのかという意見があったが、これも上からほぼ指令に近いものがこれに決まったから承認してくれと、乖離率5.0%を超える品目に関して改定するという。これを計算式に当てはめると4,300億円くらいの財源がここでできるということだったが、厚労省から説明に来て、このお金を診療報酬に充てる方向で動いているということだったが、そこでの診療報酬に充てたお金を見ると1,000億円にも届かいていない。
- ・厚労省が日病協に説明に来た第3次補正予算を活用しての新たな支援としては、重症患者の受入れ病床確保の支援、地域の医療提供体制を守るための感染防止等があった。
- ・新型コロナからの回復患者の転院を円滑にするため、転院を支援するお金をつけたという。回復後の患者を受け入れる医療機関について、入院料を1日当たり2類感染症患者の入院加算250点を算定できることにしたが、3倍に引き上げ750点になるという。ただ、感染症から回復した患者を個室に受け入れるとすると、750点より個室料のほうがはるかに高いのであまりこれは使われないのではという意見もあった。また、2類感染症患者入院診療加算では取れない回復期病床や地域包括ケア病床等があるので、これについてきちんとした対応をしてほしいといった意見があった。
- ・小児科等への支援では、外来における小児診療、6歳未満の乳幼児に関し、医科、歯科、調剤において初再に関係なく同じ点数をつけるという。
- ・診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援で、院内等で感染拡大を防ぐための取組を行っている都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関に対し100万円を出すという。医療機関・薬局等の感染拡大防止の支援でも、感染拡大を防ぐための取組を行っている場合に、補助基準額に基づいてお金を支給する。
- ・新型コロナウイルス感染症の院内感染によりクラスターが発生した医療機関等への財政的な支援に関し、クラスター発生時の空床や休止病床について、一般の医療機関であっても新型コロナ緊急包括支援交付金を活用し重点医療機関の空床確保の補助対象とすることが可能。クラスターが発生した病院に関しては感染した患者さんへの対応あるいはそのために病院の病床を空けたことに対しお金を払うというが、不確かなところがあり、重点医療機関は病棟に対して確保料が出るので、一つ一つの個室を空けた場合はどうなるのかと問い合わせたが、確かな答えが返ってきていない。

仙賀副会長は、自院の中で急性期から回復期とか、内部で移動する場合もオーケーと言っていないかかと尋ねた。

相澤会長は、また検討するという事だった。我々がもう少し強く言っていってもいいかもしれないと答えた。

(3) 2021年(中間年)度薬価改定および2020年度第3次補正予算に関する要望について

島副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・第3次補正予算等に先立ち、以下のとおり要望を出した。
- ・中間年改定は医療施設に非常にダメージを与えるのでできればやってほしくないが、もしやるならばなるべく診療報酬の引上げ等に使用していただきたい。
- ・新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れる病院への支援をもっとつくってほしい、救急医療に関する入院体制加算はあるが、これは一般病床で診るところだけなのでそれ以外のところにもきちんと対応してほしいとリクエストしているが、これら何ら反映されていない。
- ・感染症患者を受け入れる後方病院に対する手当てをきちんとやってほしいということで、先ほど会長の説明のように、2類感染症患者入院のところには250点を3倍の750点という

ことで、入院基本料に加え毎日これが入ってくる形になった。

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469回総会（12月14日）

- ・新型コロナウイルス感染症への対応とその影響等を踏まえた診療報酬上の取扱いについて、小児診療等に対するさらなる対応について、6歳未満の患児の対応には非常に手間暇かかるので少し手厚く対応するように、6歳未満の乳幼児への外来診療等に対してプラス100点、歯科においてはプラス55点、調剤についてはプラス12点と決まった。
- ・コロナ患者は今入院して10日経てばPCR検査をせずに、もう軽快したということで退院となっているが、その後を引き受ける医療施設が少ないため3倍にしたというが、これぐらいではなかなか変わらないのではないかと。これに関し、回復期主体のところとか地域包括ケア、あるいは精神科でも、こういった患者を引き受ければ2類感染症患者入院診療加算750点が毎日つくことになった。

(2) 第470回総会（12月18日）

- ・薬価改定の骨子（案）で、最終的に薬価専門部会で2号側としては納得できないので、総会にこれを持っていく形になった。今回のコロナウイルスの影響を勘案して、結局平均乖離率が8%で、その0.5倍から0.75倍の中間の0.625倍、乖離率5%以上のものを対象とする。さらに、普通は新薬価は調整幅2.0と大体決まっているが、それに新型コロナの影響を加味した100分の2.8という数字で算出するというので、大体そこから1,000億円近くは医療のほうに回ると思うが、それを先ほどの改定の中身と併せ、セットでこれを承認した。
- ・全てが本来の中医協の在り方の、大臣の諮問に対する会議の後の答申というスタンスではなく、このように決めたから承認してくれ、追認しろというような話で、1号側も2号側、それから公益のところも「ちょっとおかし過ぎる」という話は出ていたが、とにかく時間がないということもあり、そういう形で話が終わった。
- ・今回、新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応の中で、初・再診等については医科・歯科1回当たり5点、入院については入院料によらず1日当たり10点、調剤については1回当たり4点、訪問看護については1回当たり50円、こういったものをつけるということが決まっている。

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33回病院医師の働き方検討委員会（12月3日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・自民党の政務調査会に医療委員会というのがあり、医師の働き方及びタスクシフト・タスクシェアのあり方に関するプロジェクトチームができています。ここのヒアリングに四病協から代表を出してくれということで、日本医療法人協会の馬場副会長を推薦した。
- ・医政局との情報共有について、国は特定行為研修を進めようとしているがなかなか看護師が増えないということで、全国的にコロナで多忙な中またこういう事業を加えるのはどうかという意見もあったが、特定行為研修をやってよかったという好事例を共有したいと調査に入っている。オンライン診療については、ほとんどがコンサルテーションであれば利用できるが診察の代用にはならない、ただ、深夜または訪問看護などオンラインで医師に聞く場面では有効ではないかといった意見があった。

- ・医師需給分科会で、従来の地域枠について、今後は全体として、臨時枠を含む医学部の定員は減員する、2036年あたりで需給のバランスが取れていく。令和5年度以降、各都道府県の医学部定員の恒久枠の中に地域枠を確保することになるだろう。

(2) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (12月4日)

資料は一読とした。

(3) 令和2年度第8回総合部会 (12月16日)

(4) 日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (12月16日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・消費税率10%引上げに伴う診療報酬による補填状況の調査で、補填がたくさんされている病院とされていない病院は病床数にもあまり関係なくばらつきがあり、5割以上で補填不足が生じている。補填率は59%から191%とばらつきがあり、従来から言われるよう、診療報酬に上乘せする方式は限界があり、課税という方向がよいのではないかと。
- ・救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会の報告で、今、救急車の出場件数も搬送人数も減っているが、搬送先をどこにするかという照会が4回以上、それから搬送開始まで30分以上かかったケースが昨年より大幅に増加し、搬送に少し手こずっている現状。
- ・2020年4月から9月の産業別就業者数の推移は、建設業、製造業、小売業、飲食業、それから生活、娯楽というところの就業者が大きく減少している。それに対し情報通信や不動産、物品賃貸業に並び医療・福祉も働く方が増えている。
- ・審査支払機能の在り方に関する検討会で、審査支払機関間の不合理な差異を解消し、ゆくゆくはAIで人手をかけずにやっつけようとして動いている。
- ・薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会の報告で、薬学部は改正後6年制と4年制とになり、その教育のコア・カリキュラムをつくりCBT、OSCEでしっかり確認した上で実務実習を行っているというが、これを採用していない薬学部も30%ぐらいあり、薬学教育をどうするかが今後問題になる。要するに薬剤師の不足で、この実務実習の方々にある程度臨床に出てもらえるのか、あるいは卒業してから出してもらえるのか。臨床、教育、研究を、病院より薬局に主体を置いているのではないかと。
- ・医師の働き方及びタスクシェア・タスクシフトの在り方に関するプロジェクトチームからの報告で、今でも十分にできるものも多いが、法律を改正しなければいけないものもある。これを整理しつつ、タスクシフト・シェアを進め医師の働き方改革につなげるという。
- ・2024年から医師の時間外労働の上限規制が適用になる。それまでに様々な形でタスクシフト・シェアを進めていく。病院が医師の勤務時間をどう減らすかにタスクシフト・シェアを使っていくことを計画として盛り込まなくてはならないが、そのときに評価機能がこれを評価して、医師の働き方改革、時間をどう変えていくかを医師勤務環境改善支援センターに報告して、うまくいっていなければ助言を、好事例であれば活用してそれを広めていく、それに対して厚生労働省が支援していくというスキームでやっていくという。

(5) 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査 (第3四半期)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・今回、特定感染症指定医療機関が全国に4施設あり、このうち3施設には調査票を出しているのをこれに加えたのと、それから結核指定医療機関でコロナ対応をしている医療施設、診療・検査医療機関(都道府県指定)、いわゆる発熱外来を加えている。
- ・さらに冬季賞与を支給できたかどうかと、オンライン診療をされているか、緊急包括支援事業が滞りなく行われているかなどを確認したい。

(6) 2020年度第3次補正予算および2021年(中間年)度薬価改定に関する要望書

島副会長より、以下の報告があった。

- ・先ほどの日病協に先立って、四病協で同じように田村厚労大臣に提出。
- ・内容は①重点医療機関・協力医療機関の病床確保支援事業等の継続及び強化と早期の交付、②新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる後方病院への新たな評価及び支援、③新型コロナウイルス感染症患者の入院治療を行う病院の適正な評価、④新型コロナウイルス感染症を疑う患者の入院に関する更なる評価、⑤医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援の更なる評価、⑥院内感染（クラスター）となった病院に対するさらなる支援、⑦2021年（中間年）度薬価改定及びその財源の有効な活用を陳情した。

（7）令和3年度税制改正大綱について

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・今回のコロナ禍に関し、業界団体、一般企業からの要望をかなり盛り込んだものとなって、このコロナ禍の税制と医療機関とのつながりでの記載はほぼない状況。
- ・消費税問題で、病院が払っている控除対象外消費税の負担に関する記載はない。これは日本医師会が作成した税制要望に記載がないということを受けている。病院団体としては第1項目に記載している。
- ・医療費控除の特例ということでセルフメディケーション関連が出ている。私たちの委員会は、薬だけではなく検診全般に関して同様の控除の拡充をするように求めている。
- ・登録免許税という項目が国税で新設。医療機関同士の再編・統合、それに伴い取得せざるを得ない土地あるいは建物に対する課税の軽減措置について記載されている。
- ・高額医療機器等に対する特別償却制度は2年ごとに存続、廃止について議論になるが、今般も一応存続する。
- ・検討事項として、事業税における社会保険診療報酬に係る非課税、医療機関は年間900億ぐらいこの恩恵を受けているが、これについては今後も検討するという。

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

岡留副会長より、以下3件の報告があった。

（1）第24回医療計画の見直し等に関する検討会（12月3日）

- ・厚生労働省は、外来機能の明確化・連携、そしてかかりつけ医の強化等に関する報告書を提示。「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）は、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、③特定の領域に特化した機能を有する外来、紹介患者に対する外来の3つにカテゴライズしている。呼称については患者に非常に影響があるので慎重に検討してもらいたいという意見が出ていた。
- ・入院の病床機能報告は今までやってきたが、各医療機関から都道府県に医療資源を重点的に活用する外来、これに関する医療機能の報告を行うことになる。このデータを基に都道府県の外来医療計画において「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の明確化・連携を位置づけ、地域医療構想調整会議を含めた地域における協議の場において協議を行い、手挙げ方式で「医療資源を重点的に活用する外来」を決定したいと。無床診療所の外来機能報告は任意となる。
- ・社保審の医療保険部会でも議論されていた紹介状なしの外来受診の定額負担徴収の義務拡大の議論との関係をどう考えるかといった質問が出た。厚労省としては、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関のうち、一定のものは定額負担対象と考えたいといった回答をしていた。

（2）第25回医療計画の見直し等に関する検討会（12月14日）

（3）第30回地域医療構想に関するワーキンググループ（12月9日）

- ・2024年からの第8次医療計画から、新興感染症等の感染拡大時における医療を5疾病5事

業の中の5疾病の6事業目に位置づけるということで一致した。

- ・平時からの対応は、感染拡大時に対応可能な医療機関・病床等の確保は、病床のダウンサイズに伴う空きスペース等の確保に必要な施設・設備を用いたらどうか、感染拡大時を想定した専門人材の確保も必要。医療機関における感染防護具等の備蓄、院内感染対策の徹底、医療機関内でのクラスターが発生した際の対応方針の共有、医療機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備が必要。感染拡大時の取組に必要な観点としては、医療機関の連携・役割分担の基本的考え方や、患者受入れ医療機関やクラスターが発生した医療機関等への医師・看護師など応援職員の派遣、地域における外来体制の基本的考え方をしっかり取り組まなくてはならない。
- ・医療計画の推進体制としての圏域の設定は、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- ・地域医療構想と感染拡大時の取組の関係としては、地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていないことから、地域医療構想については、その基本的な枠組みを維持しつつ、引き続き着実に取組を進めていく必要があるとしている。これは一部の委員から、このコロナ禍で地域医療構想をタイムスケジュールどおり行えるかどうかという議論が出たことに対する対応。
- ・地域医療構想の実現に向けた今後の取組は、各医療機関・地域医療構想調整会議における議論で具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化すべき。国においては、議論の活性化に資するデータや知見等を提供したいという。
- ・具体的対応方針の再検証に関連して、地域医療構想で宿題になった100万人以上の構想区域に係る類似かつ近接の分析、民間医療機関の特性に応じた議論の活性化に向けた分析など、幾つか残された課題を今後議論を進めていく必要があるとしている。

(4) 第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会（12月14日）

- ・これまでの議論を整理した中間取りまとめ案が提示され、大筋で了承された。全4章で構成され、第1章の医事法制・医療政策における措置を要する事項が年明けの通常国会の医療関連法案として提出される。
- ・B水準・連携B水準については、対象医療機関の指定の有効期間は3年とする。複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限については全ての労働時間を通算した上限は年1,860時間となるが、各医療機関での労働時間を通算しない場合の時間外・休日労働は、36協定において定めることのできる時間として年960時間となるという。また、医師を派遣する医療機関については地域医療提供体制への影響に配慮することが重要で、派遣を受けている医療機関の地域の役割等に十分留意すべきで、通算時間がオーバーしたからと兼業先から総引揚げにならないよう十分考えてほしいとした。
- ・C-2水準、いわゆる特定高度技能水準は高度な技能を有する医師が必要で、当該技能の習得及びその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要な分野とすることが基本的な考え方で、来年度中に当該技能の特定が開始。個別審査は再来年の2022年度中に開始され、C水準の指定期間はB水準と同様に3年となる。
- ・B水準の対象医療機関は、まずは自分の主たる病院における時間外・休日労働が960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組み、連携B水準へ移行、最終的にはA水準を目指すことも考えられるとの考え方が明示された。
- ・今後の検討事項としては、C-2水準の分野の特定、審査方法は厚生労働省が指定する審査組織ができるというが、審査基準等の具体的な内容、あるいは2035年度末の終了目標年限に向けた医師の勤務実態調査の時期や手法、大学病院における働き方改革の特有な課題、

そういったものが今後検討の要があるとされている。

- ・ 医師個人・管理者の意識改革、行動変容、特にトップマネジメントの重要性について、今までも36協定に全く興味を示さないトップが十数%いるという事実がある。我関せずの立場は今後はもう許されない、この辺をきちんと徹底していくために、またこの検討会の下にワーキンググループをつくることになった。

相澤会長は、外来機能報告制度を病床機能報告と同様にするという事は、病床機能は病院が自由に、自分の考え方で高度急性期、急性期、回復期と決めていいと最初は言っていたのに、レセプトから全部情報を吸い上げ、この病棟は急性期ではない、高度急性期ではないと今、決めてきており、外来も同じようにするのではないかと。レセプトで情報を集めて「この病院は紹介外来を中心にすべきだ、だから紹介状のない人からは定額負担を取れ」という方向に行くのではないかと。それを医療機能報告制度、医療ネットにしっかりと載せ、この病院はもう紹介外来の病院だと決めていく方向に動いていきそうである。今、政府が言う200床以上の病院の定額負担制度もこれでガチガチに決められていて、そういう病院が定額負担でやらざるを得ないとなると、地域にその病院しかない場合、あるいは200床以上でもかかりつけ医機能を発揮している病院の外来をどうするのかとは全く違う方向に動いていくのではないかと。このまますんなりと通していいのかと述べた。

岡留副会長は、何のためにこういう制度を設けるのかがそもそも分からない。8割ぐらいの病院はもう紹介、逆紹介きちんとある程度そういう制度の中に収まってきていると思うので、わざわざこういうことをする必要はないと今少し抵抗はしているが、もしこれを強行に進めようというときには、また会長と次の戦略を考えたいと答えた。

相澤会長は、心配しているのは、レセプトでその病院がCTやMRIをどれくらい使っているのか、どんな検査をしているのか分かる。それを見て「おまえのところは要らないじゃないか」といったことを今後やっていくのではないかと。なるべく減らそうという方向で来ており、医療がすごく自由度のない、生きづらい世界になってしまう気がするかと述べた。

(5) 第22回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（12月4日）

田中常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 医療機関の機能別の新型コロナ患者受入れ実績の有無について、急性期病棟を有する医療機関のうち30%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち31%、三次救急医療施設86%、ICU等を有する医療機関の75%が新型コロナ患者の受入れ実績あり。救急車の受入れ台数が多く救急の活動度が高いほど新型コロナ患者受入れ可能医療機関の割合が増加する。
- ・ 一番大きな問題点は、救命救急センターでは毎年、充実段階評価が行われていて、この評価が新型コロナウイルス感染症でいろいろ難しいのではないかとということがあがるが、この評価は補助額だとか診療報酬点数の施設基準に用いられる非常に重要な評価でもあり、厚労省としては、新型コロナ患者受入れでどの程度の影響があるか、どんな項目評価に影響しているかこれから精査を進めたいという。
- ・ 仮に影響を受ける項目があった場合、令和2年の評価は当該評価項目を除外して評価する。新型コロナ患者受入れの影響を受けた評価項目については、それぞれの項目を評価点を除いた点数を満点として、また是正を要する項目は当該項目を除外してはどうかという方針で行くことになっているが、かなり多くから地域差が非常に大きいので昨年度の評価をそのまま使ってほしいという意見が出た。
- ・ 内閣府から病院船の活用の問題点を討議するようになるとテーマが出たが、自衛隊中央病院の病床稼働率が低いのが問題だということで、有事に備えて稼働率を下げていたことが是正されたといったことがあったので、そういうことを考えるのであれば病院船よりも自衛隊中央病院等に本来の機能を持たせたほうがいいのではないかと意見を言っておいた。

(6) 第1回介護分野における特定技能協議会運営委員会 (12月9日)

小松本副会長より、以下の報告があった。

- ・日本において専門技能を有する外国人受入れの仕組みをもう少し進めようということで、昨年4月に施行されて1年半が経過したので、適正な受入れが行われているか、入った後、保護に対して有用な情報を共有できているかが委員会の今後の課題。
- ・現在、特定技能1号在留外国人が8,769人おり、そのうち343人が介護領域で、さらに今後増やす仕組みづくりが必要ではないか。そして特定技能外国人の許可状況は在留資格認定証明書交付が7,109件、在留資格変更許可が7,133件で1万4,000件。在留外国人が今9,000人なので、その差5,000人ぐらいが新型コロナの影響で日本に入国できない状況になっている。国別ではベトナムが5,341人で全体の61%、次が中国で826人、9.4%。
- ・介護分野の外国人の受入れについては、現在EPAで入ってくる者、在留資格を持って入ってくる者、技能実習、特定技能の4つがある。特定技能評価試験の合格率については、国別で差があったもののここ2年で70%前後まで上がってきているので、今後さらに上げれば有用の介護分野の外国人を受け入れることができるのではないかと。
- ・私からの質問は、コロナ禍の中で職を失って送り出し機関へ借りたお金を返せない実習生が出てきて、いろいろなところで犯罪を犯していることについて何らかの施策が必要ではないかということで、それについてはプロモーターの実態を調べて、送り先の大使館及び政府でその選別を正しく行うことと、受入れの日本側については、コロナ禍の中では在留資格の種類を問わず、同一業種の中での移行が難しいようであれば異分野への移行も認めるようにしている。帰国が叶わない者については在留資格の延長をし、場合によっては就労を認めるよう救済を立てていくということで出入国在留管理庁が働きかけをしている。松本支部長は、4つの資格があり非常にややこしいので、皆さん申し込まれる施設からどこに言ったらいいいのかが分かりにくい。それから、様々なトラブルが起きたときにどのように解消すればいいか、相談窓口があるかどうか等について質問した。受入れ窓口はガイドブックを既に発行していることと、公益社団法人国際厚生事業団に窓口がある。日本語、英語以外の言語にも対応できるようにしているとのこと。

(6) 第7回医師の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 (12月11日)

仙賀副会長は、済生会川口総合病院の根岸副院長のコメントに「日本病院会の中で効果的な取組を紹介し合うことも、今後のタスク・シフト/シェア推進に有効と考えます」とあるが、この会とこのタスク・シフト/シェアとのつながりについて尋ねた。

岡留副会長は、これはあくまでも働き方改革の下の分科会なので、タスクシフト、タスクシェアだけにフォーカスを当ててここで検討するという格好で、根岸副院長には四病協を代表して行ってもらっていると答えた。

6. 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）重症度、医療・看護必要度Ⅱの計算アルゴリズムの検証により、保健医療施策の立案に資するための研究について

島副会長から以下の説明があった。

- ・厚労科研で行っている重症度、医療・看護必要度Ⅱの計算アルゴリズムの検証の中間報告。平成30年度の診療報酬改定において重症度、医療・看護必要度のⅡができたが、それを計算するソフトが現在Ⅱで算出した数値がきちんとした数字になっているかを検証する目的。
- ・4～7月と7～9月のデータとで検証したが、7月分の患者数を見ると中央値との乖離、ばらつきが非常に目立ち、非常に不安になったが、原因とその対応として、普段使用していな

いベンダーを用いたことによる評価対象患者に係る条件の不一致があつて、ベンダー間で評価対象病棟内で異なる入院基本料を算定している患者の取扱いを統一しよう、産科患者やコロナ患者など本来この計算の対象外となるところ、そういう病院のデータを統一し、ベンダーにもこのような認識を持ってもらうといったことで対応していただいた。

- ・7～9月分では全部一致しなくてはならない数字がかなり中央値に近づいてはいるものの、まだ少しずれがある。次の重症度、医療・看護必要度Ⅱのところも、一番右側の最大差、これは特定機能病院で0.6%で、あとは0.4%ぐらいとニアリーイコールの数値を出せるようになってきた。
- ・重症度、医療・看護必要度の差を見ると、検証結果は入院患者延数に若干のばらつきが認められるが、これは対象患者数をHファイルから読み込むか、EFファイルの急性期一般入院基本料を算定する患者から読み込むかで当然差が出るが、本来は延べ患者数、基準該当患者数は完全に一致しなければならない数字で、各種計算ソフトの改善が望まれる。各ベンダーにおける重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合は、29の調査病院、7～9月の3か月全データにおいてその最大差は0.6%で、一定の範囲内に収束していた。
- ・まとめとしては、協力医療機関とベンダーに相当頑張っていたいただいて、ニアリーイコールのところに着いた。しかしながら、詳細に検討するとベンダー間でそれぞれの該当患者数に差があり、より細かな要因については今後検証をする必要があるが、一定の範囲内に収束していた。

7. 新型コロナウイルス感染症対策に関する声明について

相澤会長より、声明を出した後の12月14日に会見を開いた。その時点では個々人の努力で感染制御しようとしてきたが、うまくいっていないのが現状だと。だからどうしても移動制限と人的接触の抑制を行って、感染拡大を防止することが一番重要だとお話した。声明にも書いたように、これは社会的な制限、つまり政策で制限をかけるしかない状況であり、一刻も早くやってほしいというお願いでこの声明を出したと説明があった。

8. 茨城県支部長の交代について

11月30日に永井康次支部長が退任、新しく総合病院土浦協同病院の酒井義法先生が就任した。ウェブを通じ就任挨拶を行った。

〔協議事項〕

協議事項の前に、200床以上の病院の外来患者への定額負担について、改めて議論をおこない、病院はあくまでも窓口であり患者の負担増加分は国が徴収するものであると国民に納得してもらうことが必要等の意見を交わした。

1. 新型コロナウイルス感染症に係る医療機関への緊急包括支援交付金入金状況について

緊急包括支援金の入金状況について各県の状況が報告され、入金状況に遅れがある場合は各都道府県と交渉する必要があるとなった。

2. 年末年始の医療提供体制について

年末年始の医療提供体制について、都道府県ごとに感染症の状況が異なるため、特別な体制をとるのか地域ごとの状況報告があり、懸念点について議論をおこなった。

3. その他

日本看護協会より、新型コロナウイルス感染症対応のための都道府県外看護職員の応援派遣

および、「就業継続が可能な看護職の働き方の提案」について意見募集を実施しているとして協力依頼があった。

以上で閉会となった。