

日 時 2021年10月23日（土） 13：00～16：58

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(Web)、泉 並木、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(Web)、木村健二郎(Web)、門脇 孝(Web)、吉田 勝明、田中 一成、
武田 隆久(Web)、生野 弘道(Web)、松本 昌美(Web)、難波 義夫(Web)、
森田 茂樹(Web)、津留 英智、園田 孝志（各常任理事）
菊池 英明(Web)、梶原 優、石井 孝宜、角南 勝介(Web）（各監事）
堺 常雄（名誉会長）

今泉暢登志(Web)、末永 裕之(Web)、小松本 悟（各顧問）

小熊 豊(Web)、邊見 公雄、木平 健治(Web)、楠岡 英雄(Web)、

福井トシ子（代理：森内みね子）(Web)、那須 繁(Web)、

永山 正人（代理：伊藤 哲雄）(Web)、小川 彰（代理：小山 信彌）、

権丈 善一(Web)、宮原 保之(Web）（各参与）

田中 繁道(Web)、武田 弘明(Web)、本田 雅人(Web)、酒井 義法(Web)、

原澤 茂(Web)、山口 武兼(Web)、岡田 俊英(Web)、松本 隆利(Web)、

谷浦 博之(Web)、三浦 修(Web)、徳田 道昭(Web)、深田 順一(Web)、

栗原 正紀(Web)、東 謙二(Web）（各支部長）

永易 卓(Web)（病院経営管理士会 会長）

土屋 敦(Web)（理事・医業税制委員会委員長）

濱砂 カヨ(Web)（新入会員）

総勢58名の出席

相澤会長の開会挨拶に続き、新入会員の宮崎善仁会病院の濱砂理事長から挨拶。その後議事録署名人門脇孝・亀田信介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

2021年9月19日～10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3件〕

①医療法人・医療法人美衣会 衣ヶ原病院（会員名：加藤豊文副院長）

②医療法人・医療法人双葉会 西江井島病院（会員名：土井直理事長）

③医療法人・医療法人泯江堂 油山病院（会員名：三野原義光理事長）

〔以下会員より退会届出があったが、慰留により撤回2件〕

①独立行政法人・独立行政法人地域医療機能推進機構 湯布院病院（会員名：三原太院長）

②医療法人・医療法人財団明理会 東戸塚記念病院（会員名：山崎謙院長）

〔正会員の退会1件〕

①社会医療法人・社会医療法人愛仁会 しんあい病院（会員名：家永徹也院長）

[賛助会員の入会 2 件]

①B会員・毎夕新聞印刷株式会社（会員名：川島慎也代表取締役）

②D会員・1名

2021年10月23日現在 正会員 2,484会員

特別会員 151会員

賛助会員 254会員（A会員106、B会員118、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 2 件)

①名古屋国際見本市委員会／「ウェルフェア2022～福祉・医療・健康の総合展～」開催に伴う協賛名義使用

②一般財団法人医療関連サービス振興会／「第31回シンポジウム」の後援

(継続：委員等就任依頼 2 件)

①厚生労働省医政局／社会保障審議会臨時委員（医療部会）への就任〔就任者…相澤会長（再任）〕

②一般財団法人国土技術研究センター／高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計標準に関するフォローアップ会議委員の委嘱〔就任者…難波常任理事〕

(新規：後援・協賛等依頼 1 件)

①京都大学大学院医学研究科 今中雄一教授／「新しい感染症対策のありかたに関するシンポジウム」への後援

(新規：委員等委嘱依頼 3 件)

①一般社団法人日本口腔ケア学会／相談役の就任〔就任者…相澤会長〕

②厚生労働省医政局長／救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ構成員の就任〔就任者…田中常任理事〕

③株式会社三菱総合研究所／令和3年度「かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業」検討委員会委員〔就任者…宮田和信先生（相澤東病院 病院長）〕

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

下記3施設を認定承認した。

(新規 1 件)

①新潟県・岩室成人病検診センター

(更新 2 件)

①三重県・鈴鹿中央総合病院健診センターオリーブ

②東京都・平塚胃腸クリニック

[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。

仙賀副会長より、下記6件の報告があった。

(1) 第1回臨床研修指導医講習会（9月11～12日）

・昨年開催されなかったこともあり、定員50名に対し申込者432名。ワークショップ、講演

等行った。

(2) 第2回病院総合力推進委員会 (9月13日)

- ・第72回日本病院学会でのシンポジウムのテーマを「地域において人々の生活を支える病院のこれからの役割～持続可能性を担保する病院総合力を問う～」とした。
- ・日本病院会雑誌の9月号に有賀委員長が「総合診療医学と病院総合医の意義」という文を掲載された。

(3) 第1回感染症対策委員会 (10月5日)

- ・2021年度の感染対策担当者のためのセミナー第1クールを報告。
- ・2022年度のセミナーの日程等を決定。基本的にハイブリッドの方向。

(4) 第1回医療安全対策委員会 (10月7日)

- ・医療安全管理者養成講習会第1・2クール、満足度が高かった。来年度の開催形式も決定。

(5) 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 (10月12日)

- ・委員長が中先生から中嶋先生に交代した。
- ・病院総合医の育成事業促進のため、最終的には各団体の制度統一も必要だが、日病の病院総合医については、まずはプログラム認定施設を増やしたい。

(6) 2021年度医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー (10月16～17日)

- ・中瀬委員長に交代後初の開催。126名出席。

(7) 日本病院会認定「病院総合医」育成事業育成プログラム募集

- ・11月19日まで募集期間を延長した。まだ役員の病院の3分の1程度しか認定の手挙げをしていないので、積極的にご参加いただきたい。

牧野常任理事より、下記2件の報告があった。

(8) 病院中堅職員育成研修 医事管理コース (アドバンストコース) (第21回) (9月24～25日)

- ・参加42名、講師は6名。

(9) 病院中堅職員育成研修 医療技術部門管理コース (第17回オンライン開催) (10月1～2日)

- ・参加66名、講師は10名。

島副会長より、下記2件の報告があった。

(10) 第3回診療報酬検討委員会 (9月30日)

- ・重点項目3項目、重症度、医療・看護必要度の対象患者の拡大、早期離床・リハビリテーション加算の対象病棟の拡大、入院時食事療養費の金額見直しを挙げ、その他11項目を要望項目とした。
- ・精神領域は、重点項目3項目、(仮称)アルコール関連疾患患者節酒指導料の新設、精神科リエゾンチーム加算の見直し、精神科救急入院料の経過措置期限の見直しとし、その他要望を7項目掲げた。25日に万代先生と北村先生に保険局長に提出していただく。
- ・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報告(2021年度第1四半期)をやったが、集計してみるとデータのボリュームがなく、あくまでも内部保留と考えている。

(11) 令和4年度診療報酬改定に係る要望書【第2報】について

- ・相澤会長名での前文から、重点項目、要望項目、精神領域も記載している。

(12) 第3回雑誌編集委員会 (9月28日)

大道副会長より、10月～12月の案と新春座談会のテーマを「デジタル化で医療に何が起こるか」とすると報告された。

(13) 第1回国際委員会 (10月5日)

泉副会長よりコロナで国際会議が開かれなかったため、アジア病院連盟と国際病院連盟のここ1年の活動について小松本特別委員より報告いただき、また今年度の予定について話し合ったと報告された。

(14) 第5回医業税制委員会（10月18日）

土屋委員長より、以下の報告があった。

- ・医政局地域医療計画課、支援課と意見交換を行い、要望を出した。
- ・厚労省からの依頼で日医、四病協等実施した基金拋外型医療法人への移行に関するアンケート調査の結果を提示。基金振替時に見なし配当税がかかる、基金は将来的に相続の対象になるデメリットの回答が多く、なかなか持分なしへの移行に進まないことが表れた。また最大の問題点は、出資持分を放棄するところに大きな抵抗が見受けられ、今後その動向も注視していく。
- ・令和4年度の医療に関する税制要望の中で、医師会の要望に大きな変化が見られた。消費税のこと、事業継承に関する相続税、贈与税による医療法人の出資に関わる相続税、猶予制度の創設で一定の医療法人について持分ありの新規設立を認めるなど医療法の見直しを検討するための委員会を設置してはどうかと要望し、今までの持分ありから「これを検討する」と言ったのは大きな流れ。
- ・消費税で、一定規模の法人については課税も検討しようというような意見が出た。

(15) 診療情報管理士通信教育

武田常任理事より、以下の報告があった。

①第2回診療情報管理士教育委員会（10月7日）

- ・診療情報管理士現況調査アンケートを来年実施するので準備を開始。
- ・2022年2月13日に第15回診療情報管理士認定試験を開催。
- ・医師事務作業補助者コースの第24期生、807名修了。

②第1回医師事務作業補助者コース小委員会（10月5日）

- ・資料は一読とした。

(16) 委員会委員について

相澤会長より、交代等あったため一覧表を作成したと説明があった。

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

順序を一部入れ替え、岡留副会長より以下3件の報告があった。

(8) 第3回第8次医療計画等に関する検討会（10月13日）

- ・2024年以降の第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事業から5疾病6事業に、その6事業目に新興感染症を追加することについて、新型コロナウイルス感染症への対応について9団体からヒアリングを行った。
- ・医療機関からはゾーニング等スペースの確保に関する取組、人材配置変更の状況、一般医療との両立と制限の状況、他医療機関との地域内での役割分担や調整方法の問題、院内感染対策、職員の教育体制、院内感染発生時の対応等の説明があった。会長の相澤病院からは、平時でも人材面を含めてゆとりがなく、有事に一気に厳しい状況に陥るなどと説明された。
- ・日本集中治療医学会からは、集中治療専門医や看護師、臨床工学技師が不足している現状についての説明があった。集中治療科のドクターが非常に少ない実態と、集中治療支援システムの構築、人材の問題、ICU設置基準指針の見直し、ICU病床等を含めた箱物の問題、集中治療を要する重症患者の広域搬送ガイドライン等の学会の取組が紹介された。
- ・厚生労働省として、今回の検討会で新型コロナウイルス感染症対応について医療機関から

2 回目のヒアリングを行う。

(9) 第16回医師の働き方改革の推進に関する検討会 (10月14日)

- ・厚生労働省は前回に引き続き、高度特定技能水準（C－2水準）の対象分野の考え方や技能等に関する審査の運用について一定の方針案を提示。複数の構成員から、B水準とC－2水準の区別が難しいのではないかという意見が出たが、日本専門医機構が認める19の基本領域については、高度な技能を有する技師の育成が公益上特に必要と認められる医療の分野とする考え方が原案どおり認められた。
- ・C－2水準の技能等に関する審査の運用案が提示。適正性、透明性を担保する仕組みとして、医師が提出する技能研修計画において計画期間、習得予定の技能、指導者医療機関の状況などの記載を求めること等3項目が承認された。また、審査組織における審査の運用については、この検討会の場で必要に応じ見直しを図っていくことで合意した。
- ・構成員からは、C－2水準が2036年に廃止のB水準の抜け道にならないよう適正な運用を求める意見が複数あり、厚労省からは各医療機関に趣旨や目的を周知徹底していきたいと回答された。

(10) 第4回外来機能報告に関するワーキンググループ (10月20日)

- ・今回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「重点外来医療機関」について検討。
- ・基本的な考え方として5つの項目が示された。地域性を考慮する必要があること、国が示す基準はあくまでも参考であること。定額負担については今後中医協等にて検討が進められる。国は初診と再診の外来に占める重点外来の割合の基準値を定めたいと言っている。また、参考指標として紹介率、逆紹介率の基準値を定める案も出された。
- ・初診と再診の外来に占める重点外来の割合別全医療機関の分布を、地域医療支援病院等の状況も含めシミュレーションした。これらを参考に基準値を議論する方向だが、構成員から、制度の本来の趣旨から基準は限定的とすべきである、または基準を低くし地域で協議すべきと非常に侃々諤々の意見のやり合いとなった。
- ・重点外来医療機関と重点外来の呼称の問題は、現在、医療提供サイドと医療保険サイドの2つの問題がありかみ合っておらず、それが解消されてからの議論が必要ということになったが、一部市民団体から、国民は医療資源とは何なのか全く分からないとの発言があった。
- ・検討事項への考え方として、医療機関の意向に反して強制的に重点外来医療機関となることはない」と明記してほしいということとなった。これらを踏まえ来月以降2巡目の議論に向かうが、外来医療機能報告制度をどのように明確化するかについてはまだまだ検討が必要。

2. 日病協について

相澤会長より、以下2件の報告があった。

(1) 第192回診療報酬実務者会議 (10月20日)

- ・報告は資料一読とした。

(2) 第201回代表者会議 (9月24日)

- ・主に中医協からの報告を受け議論。診療報酬改定に係る要望書を出した。

(3) 第202回代表者会議 (10月22日)

- ・財政制度等審議会財政制度分科会で緊急支援事業補助実施医療機関の収支データ報告が出され、これに対し様々な意見が出た。
- ・医師の働き方改革はB水準とC－2水準をしっかりと分けたほうが良いという意見がある

一方、あまり明確化せずぼんやりとしておいたほうがよいのではという意見もあった。

- ・政府の新型コロナウイルス感染症対策本部からベッドを20%増やせという指令が出て、これは国立病院機構やJCOHだけではなく、都道府県から各病院に20%増やせという想定をしなければならないのではという意見が出た。

3. 中医協について

下記会議その他の報告があり、了承した。

牧野常任理事より、以下2件の報告があった。

(1) 第8回入院医療等の調査・評価分科会（10月1日）

(2) 第9回入院医療等の調査・評価分科会（10月21日）

- ・第9回で分科会が終了、取りまとめをした。
- ・重症度、医療・看護必要度は400床以上の医療機関で義務になったこともあり、急性期一般入院料1は7割とかなり増えてきた。必要度Ⅰの該当割合は「令和元年と2年では大きな差はなく、2年と3年では3年のほうが高い傾向」とあるが、2つの「令和2年」は別物で、調査期間が違い会計後と改定前になるため、元年と2年で大きな差がなかったものが、今度1月から3月で比較すると改定後のほうが高い傾向になる。必要度Ⅱはやはり改定後のほうが高い。
- ・入院料4は今回の改定で少し基準が下がり取りやすくなった。改定前の届出区分では4が最も多かったが5とか6、7から4にアップしてきた医療機関が結構あった。
- ・今回議論の中心になったのが、A項目の中の心電図モニターの管理。退院日とか退院日前日に心電図モニターを装着している方が一定程度存在するのはおかしいと意見があった。急性期における評価指標として適切かという観点から今回示されたということだが、他の項目の該当割合との掛け合わせの結果とか、本項目を除外した場合の影響も見ながら検討すべきとの指摘があり、また医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間だけかかっていいことではないと指摘があった。
- ・点滴同時3本以上の管理では、使用薬剤数は4種類が最も多かった一方、同時3本以上という要件でありながら2種類以下という患者が存在し、指標としての適切性に問題があるのではないかと。実は必要度Ⅱでは中心静脈が入っていれば点滴同時3本の要件を満たすため、今後、中医協で議論になるのではないかと。
- ・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、救命救急とかICU、HCUなどのユニット系がいずれもないのが23%、また救命救急、ICUのいずれもないのは49%という。急性期一般入院料1の届出医療機関においてコロナを実際に診た医療施設では、ICUとか救命救急、ハイケアユニットといった治療室を届け出ている機関の割合が高く、新型コロナウイルス治療において大変有用だった。
- ・特定集中治療室管理料、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別に見ると、救命救急入院料1・3と2・4では、基準別の該当割合が大きく異なっていた。ICUとか救命救急の2と4では80%以上が該当するが、救命救急の1と3では20%と低かった。HCUの必要度で見ると42%と56%で、要は必要度の基準自体が救命救急入院料1と3にはちょっと合っていない。ICUの特定集中治療室管理料はA項目4点、B項目3点が要件だが、A項目が4点以上の患者の中でB項目2点以下の患者は1.7%しかいなかった。A項目を満たせばほとんどの割合でB項目を満たしているということであり、B項目があまり役に立っていない。
- ・現在、ICUは2週間しか算定できないが、それ以上に長く治療にかかっているものがある。ICU等においてECMOや血液浄化等特殊な治療が行われた患者及び臓器移植が行

われた患者のICU等滞在日数を分析したところ、算定上限日数を超過して滞在している患者が一定割合存在したという。

- ・人工呼吸器を装着する患者に自立したケアを行える看護師が少なく、今後のコロナ禍において重症患者をケアできる専門性の高い看護師の確保が必要。
- ・短期滞在手術では、短期滞在手術料基本料2はほとんど利用されておらず実態に合わないのではとされている。実際これに該当する患者の場合、これは1泊2日よりもっと長い入院期間が必要なものが大部分。基本料3は結構利用されていて、もっと該当する術式があるのでは。3について医療の質の担保を前提としつつ、平均在院日数を踏まえた評価や対象手術の見直しが必要ではと指摘があった。拡大、増やしていく方向で書かれている。
- ・回りハの病棟について、他院からDPC対象病棟に転院してきた群と自院に直接入院してきた群とを比べると、転院群の転棟までの日数が極端に短く、回復期病棟転棟前に一時的にDPC病棟を利用している実態があることはDPC制度になじまない。DPC病棟にワンクッション置いて回りハに入れる使い方はおかしいのではないか。それに関しては診断群分類の医療資源投入量の実態を踏まえ、直接入った患者とよそから移ってきた患者では診断群によってはコード分けも必要ではないか。
- ・DPCの地域医療指数の中に体制評価指数というのがあり、そこに今度、新興感染症、コロナを組み込むことを検討しているという。評価項目において「感染症」を組み込むとすれば、「新型インフルエンザ対策」は「感染症」の評価項目において位置づけられるのが適当。
- ・体制評価指数の中にへき地医療に関する部分があるが、へき地医療拠点病院であればよかったが、今度ではそれだけでは駄目で、年間12回未満の医療機関が35%存在することを踏まえ「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、推進に向けて議論するという。
- ・地ケア病棟ではどちらかというとポストアキュートにばかり力を入れ、サブアキュートの患者はあまり診ないところがやり玉に上がってくるので、地ケア病棟に求められる3つの役割について、機能の差を踏まえた評価について検討を行うべきということで、3つの機能をしっかり行っていないところの評価を今後、中医協で議論すると思われる。
- ・回りハ病棟では現在、心大血管疾患リハビリテーションが適用外だが、最近この必要性が年々増えてきており、これも回りハに加えてはどうかと議論された。
- ・療養病棟は今回は主に中心静脈栄養が取り上げられた。中心静脈栄養に関しては、嚥下機能評価とか嚥下リハを実施すると離脱する割合が高いというデータが出て、これを評価する視点の検討が必要ではと指摘があった。
- ・救急医療管理加算が注目を浴びているが、1と2に分かれたその評価基準が都道府県でかなり異なり、揃える必要があるのではないか。どういう方向に持っていくかなかなかまとまらず、例えば心臓マッサージをした患者でもJCSがゼロと出たり、どうも実態が合わない。それは救急という時々刻々変化する患者の様態を入院時一点で評価していることが問題で、これに関する医療行為や使われる薬剤も含め、整理が必要。
- ・ICUの中の早期離床・リハビリテーション加算は現在ICUだけが認められ、HCUや救命救急は認められていないが、それらでこれを既に行っている治療室が一定割合存在し、ICUにおける早期栄養介入管理加算も全く同じで、集中治療室管理加算だけで、救命救急、HCU等でも行っているところがあり、今後拡大が議論されていくと思われる。

島副会長より、以下8件の報告があった。

(3) 保険医療材料専門部会（第113回）（9月22日）

- ・次期保険医療材料制度改革に向けた主な課題としては、令和2年度保険医療材料制度改革

の骨子に記載されている事項、イノベーションの適切な評価、外国価格調整、再算定等。今後、保険医療材料専門部会で関係業界や保険医療材料専門組織からの意見聴取も行いつつ、検討項目を整理し議論を深める。

- ・イノベーションの評価等の使用実績を踏まえた再評価に係る申請（チャレンジ申請）について、使用実績を踏まえた評価が必要な製品に対する対応の中で、使用してからでないとその成績が出てこないものに対して再度評価を受けられるのがチャレンジ申請だが、申請に当たり企業が提出すべき収載後のデータ収集及びその評価計画に係る事項については、専門家の意見も伺いながら申請様式を定型化し、審議の効率化を図りたい。申請の対象拡大ということで、技術料に一体として包括して評価される医療機器があるが、保険医療材料だけではなく技術的なものも含め評価する方法を検討してはどうか。
- ・先駆的医療機器・特定用途医療機器への対応について、「先駆け審査指定制度」という言葉が耳慣れていると思うが、改正後の薬機法で「先駆け審査」と呼んでいたものが「先駆的医薬品等」という言い方になった。また「特定用途医薬品等」として小児の疾病において当該医薬品の小児用法用量が設定されていないものや薬剤耐性菌等による感染症等が特定用途という定義になっている。
- ・保険医療材料制度においても様々なイノベーションの評価を行っているが、多様な項目で評価されており、現行制度との関係を整理しつつ、「先駆的医療機器」及び「特定用途医療機器」の評価について検討するという。

(4) 第489回総会（9月22日）

- ・回復機能を中心とした地域包括ケア病棟に機能転換するためDPCから脱退するという病院の申請が認められた。地域の医療の情勢に応じ自分たちも変わっていかなくてはならないので、こういう病院も増えていくのではないかと。

(5) 第490回総会（10月13日）

- ・再生医療等製品の医療保険上の取扱い、最適使用推進ガイドライン、医療機器及び臨床検査の保険適用、先進医療会議からの報告、患者申出療養評価会議からの報告、在宅（その2）、歯科用貴金属価格の随時改定等を話し合った。
- ・在宅（その他）在宅療養について、在宅医療の現状等について、人生の最期を迎えるときに生活したい場所は自宅が28%とあるが、実際は自宅で亡くなる方は十数%ぐらいで、病院で亡くなる方が多い。
- ・継続診療加算について、在支診以外の診療所がかかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携によって24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合に評価するものだが、24時間というのが一つのネックになっており、継続診療加算を算定していない理由の一番が「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」である。在支診等の届出数は在支診が全体の数は横ばいでありあまり増えていない。在支病はどんどん伸びている。
- ・在宅ターミナルケア加算は、在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定できるものだが、実際に在宅を受け持った途端に患者が亡くなるとこの加算は取れないという話になるが、実態どれくらいあるのかよく分からないので、そこをきちんと出してほしいと話している。
- ・歯科用貴金属価格は、来年1月分は変動がなく価格は変えないことになった。

(6) 費用対効果評価専門部会（第57回）（10月15日）

- ・令和4年度費用対効果評価に関する検討について、制度の見直しに係る主な論点としてこれまでの制度運用の実績及び評価、分析プロセス及び価格調整方法の在り方、分析体制の在り方等を話した。
- ・価格調整の対象範囲については、薬価・材料価格制度を補完する視点からの検討を踏まえ、

類似薬効比較方式は有用性系加算部分を価格調整範囲とすることが決まっている。原価計算方式に関しては、①開示度低く加算のある品目に関しては、営業利益、加算部分が価格調整対象。②開示度低く加算のない品目は、営業利益を評価。③開示度高く加算のある品目は、加算部分を調整対象とする。④開示度高く加算のない場合は対象外、との考え方で価格調整し、価格全体を調整するわけではない。

- ・論点としては、価格調整に当たり、効果が同等で費用が増加する場合は、最も小さな価格調整係数を用いることとする。価格調整に当たり分析期間を超過した場合には、事前に企業に対し遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、これも最も小さな価格調整係数を用いることとする。患者割合について、原則として公表可能なものを用いることとした上で、公表することが困難な場合には、その理由に係る説明を求める。
- ・実際には、費用対効果評価の対象となるものは一旦保険での償還価格が決められた上で、それが妥当なものかを検討するようになっており、この償還価格は費用対効果評価専門組織で決めるが評価の内容が変わるので、薬価算定組織との情報共有が必要だろう。

(7) 保険医療材料専門部会 (第114回) (10月15日)

- ・令和4年度保険医療材料制度の見直しについて、内外価格差の是正等について、その他保険収載の迅速化について、変更計画確認制度に係る保険適用希望の取扱いについて話した。
- ・医療保険財政及び患者の負担の軽減の観点から、比較水準の引下げや外国平均価格の算出方法の見直しを検討してはどうかということで、外国の製品との比較の精度を高めていきたい。
- ・保険適用時期について、今まで区分A3/B2という医療機器の中身、これは保材専の専門組織で話し合われた後に、1か月のブランクがあって保険適用することになっており、体外診断用医薬品に関しては審議の翌月には保険適用になっているのと同じように、翌月には保険適用してはどうかということで、これは担当する厚労省の人材がきちんと充当できるようになったので、そういう方向に持っていく。
- ・変更計画確認手続制度について、将来的に、一旦申請したものについて、いろいろ機能が改善されたので承認の内容を変更したいといったときに、あらかじめ書類をきちんと提出しておくことでそういったことを早く認められる、迅速化が図れる。

(8) 薬価専門部会 (第181回) (10月20日)

- ・次期薬価改定について(その1)としてイノベーションの評価、国民皆保険の持続性・適正化、安定供給の確保、その他(ルールの見直し等)等を話し合った。
- ・国民医療費、薬剤費等の推移は、年々国民医療費は上がってくる中、推定乖離率は今8%ぐらいで推移しているという。
- ・製薬メーカーのランキングをやっており、7項目の企業指標でランキングすると、今、全く0ポイントのところは8社あり、果たしてこういう分類でいいのか。

(9) 第491回総会 (10月20日)

- ・外来医療の現状等について、かかりつけ医機能に係る評価について、医療機関間の連携に係る評価について、生活習慣病に係る評価について、耳鼻咽喉科診療の評価についてを話した。
- ・かかりつけ医について、制度化は一生懸命支払い側が求めているが、これに関しては医政局マターだとして話が進んでいる。
- ・診療情報提供料(I)は、保険医療機関から保険医療機関へ患者を紹介するときに250点が取れるようになっている。診療情報提供料(II)はセカンドオピニオンを求めるときで、倍の500点になっている。今回の改定で、診療情報提供料の出し先を随分広げたことで、受け取る側のメリットも、きちんとした情報を共有できるということで成果は上がってい

るというのがある。

- ・一方、今回の改定で診療情報提供料（Ⅲ）150点をつくった。地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者を診た医療機関から返事を出せば、Ⅲが出せる。逆に、届け出ている医療機関が患者を紹介された場合は、そこから返事を書けば取れる。産科については紹介しても紹介されても取れる。こういう縛りがあるので、算定がなかなか増えないということで、きちんと患者を診る、情報共有のためにⅢの要件を緩和していくことになると思われる。

(10) 第492回総会（10月22日）

- ・個別事項（その2）、調剤（その2）について話した。
- ・がん・疾病対策で、1. がん対策に係る評価について、外来化学療法、栄養食事指導、がんゲノム、放射線内用療法。2. 難病対策、3. アレルギー疾患対策に係る評価、こういったことを話した。
- ・外来化学療法の評価について、今、流れとしては入院化学療法から外来化学療法へということで、副作用の発現等に係る医師による一連の治療管理・指示が重要。また在宅に向けて、ホットライン等帰宅後も速やかに対応できる体制が構築されていないと安心・安全な外来化学療法は行えないので、きちんとした体制を組めれば評価を高くしてほしいと話をした。栄養食事指導も同様に、外来化学療法をやる患者には管理栄養士の内容が大きいので、そこもきちんと対応しているところに対しては評価がさらに高まるだろう。
- ・がんゲノム医療の提供体制は、患者に説明し、検体を検査会社に送付、シーケンスを実施して、そこからのレポートがエキスパートパネルという専門集団に戻ってきて、その結果を得て、今度は主治医が患者に説明する。検査会社のレポートはC-CATと呼ばれるコンピュータで全部管理され、どんどん内容が蓄積されていく。このときに問題になるのは、こういう検査まではやったけれども、不幸にして患者が亡くなりエキスパートパネルが開かれない結果、説明時の4万8,000点が取れないケースがあり、これをどうするかという話が出ていた。
- ・密封小線源治療は、特別に部屋を造る必要はあるが、治療後一定期間のクールダウンは不要。R I内用療法ではクールダウンが必要だが、にもかかわらず値段が一緒、評価が一緒であり、これは変わってくるものと思われる。
- ・アレルギー疾患対策について、疾患生活管理指導表というものを保育所や幼稚園、学校等でこれを見て子供たちに対応しているが、これは親が受け取って学校に持っていくもので、主治医が書いたものは自費、保険適用ではなく、これを保険適用にすることになると思う。
- ・調剤（その2）、現行対物業務から対人業務へと転換を進めているが、あくまでも対物業務がきちんと行われた形で対人業務という方向でないと駄目だと話し合われている。

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。

相澤会長より、以下2件の報告があった。

(1) 第6回総合部会（9月22日）

- ・診療報酬における医療機関等の感染症対策に係る評価、小児外来診療等に係る評価及び介護報酬における基本報酬への上乗せ評価の継続について、厚生労働大臣宛に要望書を出した。
- ・外来機能報告等に関するワーキンググループでは、厚労省から地域における協議の場の考え方や進め方等が示され、重点医療機関外来に手挙げしたらその医療機関に何かメリットがあるのか、診療報酬で何かがつくのか議論の中心になったが、現段階では明らかにな

っていないという。また、協議の場でデータを示され、データでは重点医療機関に該当するが手を挙げない場合は重点医療機関に変わるように進めていくといった記載があり、これは問題ではないかと議論された。

- ・令和4年度の専攻医の募集について、シーリングの考え方は原則令和3年度と同じ形で進め、変えないことが決められたとのこと。

(2) 日本医師会・四病院団体協議会懇談会（9月22日）

- ・医師の働き方改革について、当直・日直の回数が当直は週1回、日直は月1回と決められているのがかなり問題になっている。

(3) 一般財団法人日本准看護師推進センター2021年（令和3年）度第2回理事会（10月1日）

仙賀副会長より、令和3年度から全都道府県が推進センターに試験も含め委託することになり、運営が非常にスムーズになったと報告された。

(4) 第5回医業経営・税制委員会（10月14日）

土屋委員長より、以下のとおり報告された。

- ・令和4年度税制改正要望について医政局各課から説明され、意見交換した。基金拠出型医療法人への移行に係るアンケート調査の結果をどのように施策に反映していくか注視したい。
- ・中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会より報告。コロナ禍で受診者が激減し、消費税補填分は大きく減収する一方で、医療機関の固定費部分、特に外注（委託費）の支出は減少していないので、今後注視をしていく。
- ・税制要望では、社会保険診療に係る消費税について「一定の医療機関において従前どおり非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、消費税負担の大きな医療機関においては軽減税率による課税取引に改めることを含め、見直しを検討する」と、あくまで四病協としての要望だが、日医が「課税」という言葉で表現を出したことが画期的で、大きな意味がある。
- ・事業承継に関する相続税・贈与税より医療法人の出資に係る相続税及び贈与税の納税猶予制度の創設の問題でも、「一定の医療法人について、持分あり医療法人の新規設立を認めるなど、医療法の見直しを検討するための検討会を厚生労働省に設置することが必要」と記載され、この点も非常に画期的。
- ・日医の中にもいろいろな立場があることも考慮し、四病協と日医の委員会の同調等々はいろいろな問題もあるので時間をかけて慎重に検討していく。

(5) 第7回医療保険・診療報酬委員会（10月1日）

資料は一読とした。

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

大道副会長より、以下4件の報告があった。

(1) 第2回オンライン資格確認の基盤を活用した電子処方箋検討会議（9月30日）

- ・電子処方箋を出す際の資格確認をどうするか。医師会はHPKIカードを使いましょうと言うのが広がっておらず、それに代わる、補完する仕組みを考えたい。
- ・電子化なら医薬品コードはどうなるのか。例えばレセ電コードとYJコードは実は全く別物で、一般名のコードもある。また用法、用量もきちんとしないとイケない。そのほか医療材料、衛生材料もどうするか。今のところ全く手つかず。
- ・運用開始が2023年（令和5年）となっており、これは当然ちょっと遅れると思われる。

(2) 第17回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会（10月7

日)

- ・オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しというで行われているが、構成員中病院代表は私1人だけである。実際、対応している医療機関の数が20%を切るくらいで頭打ちの状況にある。

(3) オンライン資格確認等検討会議（第8回）（10月13日）

- ・今週20日から本格運用が開始されているが、現場の混乱等は今のところあまり聞いていない。
- ・リーダーの申込みは現在は60%ぐらいと思われる。当院も去年から設置、今年2月、3月ぐらいから本格的に動き始めたが、なかなかマイナンバーカードを持ってくる患者が少ない。

(4) 医療分野の情報セキュリティに関するアンケート調査結果報告

- ・全体の総評として、専門的なSEとか部門とかがなく、外部リソースへ丸投げしている病院が多い。これは他の業界と比較しても非常に高い。診療報酬上の優遇もなく、セキュリティへの投資が困難な状況。
- ・なぜか診療系ネットワーク、いわゆる電子カルテは外部ネットワークと接続していないスタンドアローンなので安全という神話があるが、これは疑ってかかる必要がある。バックアップをしている病院も少ないのはちょっと驚きであった。

(5) 第81回社会保障審議会医療部会（10月4日）

相澤会長より、以下のとおり報告された。

- ・令和4年度診療報酬改定の基本方針をどうするか議論した。
- ・国家戦略特区における最先端医療に係る病床特例の全国展開で、先進的な医療をやっている病院が届け出れば病床過剰地域であっても病床を増やせるが、現実と病床増が不一致のところがあり、増やすなら期間を限ったり、先端医療もすぐに陳腐化するので最先端とは何かをしっかりと見直せなどの意見が出て、また厚労省のほうでまとめていく。

(6) 第15回医療介護総合確保促進会議（10月11日）

仙賀副会長より、以下のとおり報告された。

- ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度の基金の交付状況で、医療関係の4つについて使い方が県によって非常にばらつきがあり、地域医療構想にたくさん使う県もあれば医療従事者の確保・養成にたくさん使う県もある。公ばかり使って民には少ないのではとよく言われるが、令和2年度に関しては民がトータルで60%使った。4事業を公民で分けると勤務医の労働時間短縮だけ公がたくさん使っていると私が質問したが、これは大きな病院が多かったからと厚労省は回答している。
- ・介護従事者の確保に関する事業で、現場の構成員から介護従事者の確保は喫緊の課題で、さらに力を入れてほしいという意見が出て、厚労省は令和3年度は上積みしたと説明していた。
- ・総合確保方針の改正についての適切な医療を提供するための総合確保方針の見直しで、令和2年度限りの措置とされた病床機能再編支援事業が、消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金の中に位置づけられ、全額を国が負担する事業として令和3年度以降も実施されることになった。
- ・医療・介護の総合確保に向けた取組で、オンライン資格でカードリーダーの申込みは6割あるが、準備が完了しているのは7%に過ぎず、働きかけを強めたいと言っていた。
- ・総合確保方針の次期改定に向けた進め方で、医療と介護の連携のシステムが乱立しており、私から、「標準化」と「システムの統一化」という言葉も入れてほしいと述べた。厚労省は、オンライン資格確認の機能拡大の先にパーソナルヘルスレコードのコンセプトにも立

ち検討を進めたいと答えた。

(7) 第1回救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループ (10月13日)

田中常任理事より、以下のとおり報告された。

- ・第8次医療計画等に関する検討会の下での4つのワーキンググループの一つ。他検討会で特に新興感染症等のグループがかなり影響してくると思われる。
- ・検討事項では、救急医療に関しては特に救命救急センターの充実段階評価を引き続きコロナの影響下で変更を加えていくほか、新興感染症等と救急医療提供体制との関係、本来は受入れベッドの問題だと思うが、救急の第5波の問題を取り上げたいようだ。
- ・災害医療は浸水対策、災害拠点病院以外の病院、新興感染症を取り上げられるという。
- ・気になるのは、「本検討会において新興感染症等対応の議論と一般医療等の議論との間で整合性を図る観点から検討（例えば、新興感染症等対応と一般医療とのバランスなど）」と書いてあり、見方によっては一般病床と救急のベッドのバランスを変えることも想像できなくもなく、ここは注意したい。

(11) 第1回医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 (9月17日)

(12) 第1回医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 (9月24日)

(13) 高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計標準に関するフォローアップ会議 (第1回) (10月1日)

資料は一読とした。

6. 事業日程等の変更について

1月7日に予定していた四病院団体協議会の新年賀詞交歓会は中止。その日に開催する第5回理事会は予定どおり行う。

7. 人事異動について

齊藤事務局長から2名の採用が報告された。

8. 11月20日創立70周年記念事業 (オンライン式典) について

現在の状況下のため、規模縮小でオンライン開催とする。13時から15時15分まで理事会の後、15時半から17時。

〔協議事項〕

1. 外来機能の明確化、連携の推進や、かかりつけ機能の強化について

初めに、相澤会長より5月28日の医政局長から各都道府県宛の通知で、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布されたとして説明があった後、外来機能報告制度やかかりつけ医機能の基準を国ががちがちに縛るのではなく、あまり縛りのない制度にしたほうがいいのではないかと、議論をおこなった。

以上で議論は終了し、政治連盟からの報告の後閉会となった。