

日 時 2023年8月26日(土) 13:00～16:42

場 所 日本病院会ホスピタルプラザビル3階会議室及びWeb (Zoom)

出席者 相澤 孝夫 (会長)

泉 並木、島 弘志、仙賀 裕、岡 俊明、園田 孝志、大道 道大 (各副会長)

牧野 憲一(Web)、中村 博彦(Web)、土屋 誉、前原 和平(Web)、吉田 武史、亀田 信介、三角 隆彦、土屋 敦(Web)、吉田 勝明、田中 一成(Web)、長谷川好規(Web)、武田 隆久(Web)、佐々木 洋、松本 昌美(Web)、難波 義夫(Web)、津留 英智(Web) (各常任理事)

梶原 優、石井 孝宜 (各監事)

梶川 昌二(Web) (オブザーバー)

堺 常雄 (名誉会長)

今泉暢登志(Web)、末永 裕之(Web)、宮崎 瑞穂(Web)、岡留健一郎、万代 恭嗣 (各顧問)

小熊 豊(Web)、邊見 公雄、高橋 弘枝(代理:井本 寛子)(Web)、荒瀬 康司、川原 丈貴(Web)、小川 彰(代理:小山 信彌)、権丈 善一(Web)、池上 直己(Web)、有賀 徹 (各参与)

成田 吉明(Web)、本田 雅人(Web)、原澤 茂(Web)、和田 義明(Web)、川嶋 禎之(Web)、岡田 俊英(Web)、松本 隆利(Web)、中井 國雄(Web)、小阪 真二(Web)、徳田 道昭(Web)、深田 順一(Web)、栗原 正紀(Web)、東 謙二(Web) (各支部長)
丹野 弘晃(第49回日本診療情報管理学会学術大会 大会長)

永易 卓(病院経営管理士会 会長)

村上 直人(新入会員:静岡県立こころの医療センター 院長)、鈴木 克侍
(新入会員:藤田医科大学岡崎医療センター 病院長) (各新入会員)

総勢58名の出席

相澤会長の挨拶に続いて新入会員2名(静岡県立こころの医療センター・村上直人院長、藤田医科大学岡崎医療センター・鈴木克侍病院長)から挨拶があり、議事録署名人2名を選出した後、泉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

2023年7月23日～8月26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医療法人・医療法人社団時正会 佐々総合病院(会員名:横川秀男理事長)
- ②医療法人・医療法人心泉会 上條記念病院(会員名:上條裕朗院長)
- ③医療法人・社会医療法人寿会 富永病院(会員名:富永紳介理事長)
- ④医療法人・社会医療法人春回会 井上病院(会員名:井上健一郎理事長)

〔正会員の退会2件〕

- ①医療法人・医療法人瑞洋会 田中整形外科病院(会員名:田中康理事長・院長)

②厚生連・鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 三才山病院（会員名：黒岩靖院長）

2023年8月26日現在 正会員 2,528会員

特別会員 144会員

賛助会員 254会員（A会員117、B会員106、C会員4、D会員27）

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、承認した。

（継続：後援・協賛等依頼6件）

①秋田県病院大会の開催後援／一般社団法人秋田県病院協会

②令和5年度（第74回）全国労働衛生週間に関する協力／厚生労働省

③「医療安全推進週間」の後援／厚生労働省医政局

④第33回「国民の健康会議」の協賛／一般社団法人全国公私病院連盟

⑤「がん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／厚生労働省医薬・生活衛生局

⑥健康啓発冊子「メタボリックシンドローム予防のためのヘルシーレシピ」の推薦名義使用／有限会社健康と料理社

（継続：四病協団体協議会への依頼1件）

①「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」への参画／厚生労働省健康局〔就任者…泉副会長（再任）〕

3. 人間ドック健診施設機能評価 認定承認について

泉副会長より報告を受け、下記10施設を認定承認した。

（新規3件）

①No.600 横浜鶴ヶ峰病院（本院）（神奈川県）

②No.686 熊谷総合病院（埼玉県）

③No.681 長野健康センター（長野県）

（更新4件）

①No.192 松江記念病院 健康支援センター（島根県）

②No.218 京都予防医学センター（京都府）

③No.496 大雄会第一病院 健診センター（愛知県）

④No.500 市立伊丹病院（兵庫県）

（補充改善3件）

①No.160 カーム尼崎健診プラザ（兵庫県）

②No.652 博愛病院 ドック健診センター（鳥取県）

③No.668 ちば県民保健予防財団（千葉県）

4. 令和6年度特定保健指導集合契約料金に関する要望書（案）について

土屋（敦）常任理事より説明があり、以下を承認した。

- ・令和6年度から第4期特定健診・特定保健指導が開始されるが、これを取りまとめている両団体の集合契約Aの参加施設1,684施設のうち1,148施設で特定保健指導を実施している。
- ・第4期改訂では、特に早期保健指導が重視されているが、当日の特定保健指導には検査の支給実施や指導実施者の事前確保等で非常に負担が増えてくる。
- ・現在の諸物価高騰等も鑑み、集合契約料金について引上げの検討を願う要望書となっている。

〔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等の報告があり、了承した。

(1) 第2回 雑誌編集委員会（7月25日）

資料は一読とした。

(2) 第1回 ICT推進委員会（8月21日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・5月以降の厚労省等諸会議に、私、青木委員、三原委員、武田委員を各委員会に派遣しており、それぞれの報告が行われた。

(3) 第25回 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）（7月28・29日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・62名の参加者があり、5名の講師による講演とグループディスカッションを行った。参加者からの評価は、おおむね好評であった。
- ・今回はオンサイトで開催したが、今後の開催方法についてのアンケートでも会場参加の希望が多くなっている。

(4) 感染症対策担当者のためのセミナー 第1クール（7月29日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・プログラムについては、内容については年ごとにリニューアルしている。
- ・参加者は257名、そのうち看護師の参加は160名と多く、好評であった。

(5) 医療安全管理者養成講習会 第2クールA日程（8月5・6日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・医療安全に関する実践で、具体例について扱った。
- ・参加者は85名で、好評であった。

(6) 医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース（名古屋会場）（8月19日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・参加者64名、例年全国で開催しているが、今年は名古屋開催であった。
- ・看護師の参加が多く、中身の濃い内容であった。

(7) 第1回 病院経営管理士教育委員会（8月8日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・三角委員が新たに委員に就任した。
- ・病院経営管理士の教育カリキュラム・プログラムに、医療DXやサイバーセキュリティ、BCP等の新たな内容を増やしていくことを議論した。

(8) 第1回 QI委員会（8月3日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・神野委員が新たに委員に就任した。
- ・参加病院は徐々に増えているものの350施設前後で止まっているので、もっと参加病院を増やしたい。
- ・提示されたQIデータの数値に関して、自院と比較してもらうこと、また5月18日開催のフィードバック説明会に参加したことで、自院の立ち位置と改善点が分かったという説明があった。

(9) 第3回 ニュース編集委員会（8月2日）

松本（隆）支部長より、以下の報告があった。

- ・1100号を発行の特別企画として、大道副会長と私で対談し、1000号から1100号発行までの約5年間を振り返り、コロナ感染症や医療DX等に関するテーマを取り上げた。
- ・コロナ感染症についての日本病院会の取組を年表で作成したので、参考資料としてほしい。

(10) 第1回 救急・災害医療対策委員会（8月8日）

有賀参与より、以下の報告があった。

- ・第73回日本病院学会シンポジウムの内容について議論した。「地域における災害レジリエンスと病院の役割」というテーマで、災害拠点病院、介護施設等、日本赤十字社等のボランティアが社会全体として、また病院がその中でどういう形で災害に対する準備を進めるかを発表する。
- ・既に発行している病院等における風水害BCPガイドラインにより、地震以外の風水害についてもシンポジウムで議論したい。
- ・また、風水害BCPガイドラインをより実践的な内容へ改定することを議論した。

(11) 第1回 看護師等確保に関するワーキンググループ（8月17日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・中小病院委員会の下部組織の位置づけで開催した。
- ・退職者の増加、紹介会社・派遣の活用状況、看護補助者の不足、夜勤、処遇改善、人材育成等についての事前アンケートの結果を示してディスカッションを行い、今後この課題を中心に議論をまとめていくこととした。
- ・仙賀副会長より、今秋をめどに厚労省が看護師等確保基本方針の改定をするとの報告があり、その内容を確認して、第2回ワーキンググループを行う予定とした。
- ・この議論をするに当たり、日本看護協会が厚生労働省から指定を受けて運営している「中央ナースセンター」より日本看護協会の担当役員である森内氏をオブザーバーとして招く提案があり、日本看護協会に派遣依頼の申入れを行っている

(12) 第4回 医業税制委員会（8月21日）

土屋（敦）常任理事より、以下の報告があった。

- ・審議事項はなく、報告事項の検討を行った。
- ・令和6年度税制改正要望の1項目の控除対象外消費税問題について、病院団体として原則課税の1点を主張するか、医師会が主張している診療所・病院を分けた税制要望とするかを検討した。
- ・要望書の文言としては、「控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、診療所においては非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改められたい」とし、四病協としても医師会と同調する形で要望書を8月24日に厚労省に提出した。
- ・7月22日、日病理事会に上程し、承認された当会の税制改正要望は、8月28日に厚労省に提出する予定である。

(13) 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。

①第1回 専門課程小委員会（8月9日）

- ・主な協議内容として、委員の作業負担が大きいため、作業協力者を1名増員する方向で調整している。
- ・専門課程の教育については、シラバス、テキスト等基本的な部分に変更しないが、eラーニングのウェブ講義の更新を行うこととした。
- ・ICD-11の現状について、今後、受験生にどのように情報提供を行うか検討した。

②第1回 DPCコース小委員会（7月20日）

- ・今年度の15期生よりeラーニングに変更し、申込みと受講料入金等が全てウェブ化し、一元管理となり効率化された。また、受講期間も3か月と短縮した。
- ・DPCコースは基礎的な内容の講義であるため、さらなるスキルアップを求めるということでフォローアップ研修について協議した。
- ・来年の診療報酬改定に合わせて、教育コンテンツの改訂作業のスケジュールを検討した。

（14）病院経営管理士通信教育関連

仙賀副会長より、以下の報告があった。

①2023年度 病院経営管理士前期スクーリング（2年次7月11～15日、1年次7月18～23日）

- ・2年次生は7月11日から15日、1年次生は7月18日から23日で開催した。
- ・第44回生の病院経営管理士の認定証授与式を10月27日にアルカディア市ヶ谷で対面で行う。
- ・また、コロナの影響で一度も顔を合わせずに病院経営管理士になってしまった第42回生、第43回生、第44回生が一堂に会する機会をつくろうということで、フォローアップ特別研修会を11月24日にステーションコンファレンス東京で開催予定である。
- ・フォローアップ特別研修会では、相澤会長の特別講演の内諾を受けている。

（15）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。

①第2回 編集委員会（8月4日）

- ・年間4回学会誌を発行しているが、医学知識に関する論説も欲しいという要望があり、脳神経外科、小児科の専門の先生に執筆を依頼した。
- ・第49回日本診療情報管理学会学術大会が十和田市で開催される。
- ・大会中に診療情報管理士の方のための論文相談コーナーを設置することとした。両日ともに1時間程度相談に乗るということで、相談内容に対する簡単な受け答えマニュアルを作成する予定である。
- ・同時に、既刊の雑誌に「論文の書き方ABC」や「論文の書き方と留意事項」というものを載せているので、その別冊も配布することを話し合っている。
- ・「ICD-11の軌跡」というICD-11に関する教科書的な本が出来上がったので、本の紹介もしたい。

②第49回 日本診療情報管理学会学術大会

丹野大会長より、以下の報告があった。

- ・青森県で初開催でもあり、オール青森で準備を進めている。コロナ禍のため、第46回は中止、第47回、第48回は完全オンデマンド開催で、参集型の大会は4年ぶりであるので、各大会長、関係者の皆様の気持ちもつなぎながら担当したい。
- ・開催日は9月14・15日で、親学会である第73回日本病院学会の1週間前でもあり、親学会にもいい形でつなげていきたい。また、本学会は次回が第50回と節目となるので、それにつなげるミッションもあるかと考えている。
- ・テーマを「地域の医療介護情報を活用する」とし、このテーマにかなりこだわった講演、シンポジウムを企画している。
- ・現時点で現地参加とオンデマンドの参加を合わせて約1,000名の登録があるが、もう少し参加していただきたいので、お声がけをよろしくお願いしたい。

（16）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。

①2023年度 会誌編集委員会（8月7日）

- ・本年発刊予定の第29巻、来年発刊予定の第30巻について検討した。
- ・本年については、巻頭言を木野先生、新役員の挨拶、病院経営管理研修会第1回・第2回の報告、9月に開催されるシンポジウムでの3講演の報告が内容である。
- ・通信教育関係では、第44回生の卒論14題より5演題を選出し、掲載予定である。
- ・第30巻についても同様の検討で、11月開催のフォローアップ特別研修会については、次年度に掲載予定である。
- ・その他として、ホームページについて、会員サイト内情報を会員外でも一部閲覧できるようにするため、担当理事と検討を進める。

(17) 日本診療情報管理士会関連

以下の報告については、資料一読とした。

①第1回 理事会（7月22日）

②評議員会（7月22日）

③総会（7月29日）

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第214回 診療報酬実務者会議（8月16日）

報告は一読とした。

(2) 第224回 代表者会議（8月25日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・資料は第224回代表者会議の項目のみ挙げているので、中医協関連については、後の報告を確認してほしい。
- ・新型コロナウイルス感染症に関して、今はオミクロン株の亜系統であるXBBとEGが主流となっており、今後の推移を見守りたい。
- ・10月以降のコロナ対応については、後ほど協議したい。
- ・日本専門医機構から報告があり、専門医機構で承認されたサブスペシャリティでないと広告ができないのではないかと誤解があるようで、専門医機構の承認を取るための駆け込みが増えている。学会が承認し認定している専門医であって厚生労働省が認めた者であればしっかり広告できるので、ぜひ誤解のないようお願いしたいとの報告があった。

3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第5回 入院・外来医療等の調査・評価分科会（8月10日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・急性期充実体制加算を算定している病院の規模について、急性期入院料1の届出ありは大規模な施設が多いが、300床以下の病院も6施設ある。
- ・都道府県別の届出割合、急性期充実体制加算と総合入院体制加算、特定機能病院が7対1の入院料に占める割合を見ると、岩手県・山形県・鳥取県・沖縄県では一般入院料1の7割が高度急性期機能を持った病院になっている一方、鹿児島県のように十数%しかないところもあり、かなりばらつきが出ている。
- ・300床未満の急性期充実体制加算については100床当たりという基準となっており、医療規模の小さな医療圏でも加算が取れるようにする配慮であったが、300床未満で加算を取っている6病院のうち5つは東京都・神奈川県・大阪府・福岡県という大都市圏の施設で、

- 1つだけが大分県であった。二次医療圏単位で見ても特定機能病院のような高度急性期の機能を持つ病院がある中で300床未満の病院でも加算を取っているということで、当初の目的と違ってきているという話が出ている。
- ・重症度、医療・看護必要度について、7対1の平均在院日数の分布を見ると、基準値は18日だが、多くの病院はそれよりも短い。
 - ・300床以上と300床未満で見ると、300床以上では大体15日未満だが、300床未満では少し長いところがあり、そういったところでは病床利用率が高いことが示されている。
 - ・救急搬送人員の比較では、成人の救急が減り、高齢者の軽症・中等症の救急が増えていることが示されている。
 - ・高齢者で多い疾患として、肺臓炎（誤嚥性肺炎）と尿路感染症が増えてきている。
 - ・誤嚥性肺炎や尿路感染症は、急性期一般入院料1で算定する場合と、急性期一般入院料2から6や地域一般入院料で算定する場合とで医療資源の投入量にそれほど差はなかった。
 - ・必要度は、基準1から3とあるが、ほとんどが基準1のA得点2点、かつB得点3点を取れていることが示されている。救急搬送だと5日間2点となり、これに該当するために取れている。高齢者に多いこういった疾患は、救急搬送で必要度が取れることになっている。
 - ・誤嚥性肺炎に特化して示すと、86ページのグラフの一番下、救急搬送のところで青いグラフが伸びている。87ページの尿路感染も、同じく救急のところで基準がクリアできていることが示されている。
 - ・論点として、高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加する中で、特に急性期病棟における集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に対する適切な評価及び機能分化の観点から、一般病棟用の重症度、医療・必要度等についてどのように考えるかが挙げられている。
 - ・高度急性期入院医療について、今回はHCUとICUの部分が出てきている。
 - ・最近ではHCU（ハイケアユニット）が増加しており、HCUにおける必要度の該当割合は、管理料1では95%以上の治療室が多い。
 - ・HCU用の必要度は、Aが3点、Bが4点でクリアできるが、中でも心電図モニターと輸液ポンプはほぼ100%に近くクリアされており、B項目でもクリアされている。ただし、蘇生術や肺動脈圧測定等の特殊な治療法は少ないことが示されている。
 - ・ICUがあるHCUとICUがないHCUの比較では、ICUがないところでは必要度がより高くなっている。
 - ・入室後の重症化率を比較すると、人工呼吸器等の特殊な治療法を行っているところは重症化率が高いことが示されている。
 - ・人工呼吸器、透析、ECMO、血管作動薬を使用していると重症化率が高いことが書かれている。人工呼吸器とECMOは必要度の項目に入っているが、透析と血管作動薬は項目に入っていないものである。さらに、前述の4点は常時監視が必要な治療と厚労省が定義しているが、平均値にしてHCUの25.7%でこのような治療が行われている。
 - ・常時監視治療の患者割合が25%以下と75%以上の治療室で比較すると、A項目（モニタリング及び処置等）の心電図モニターや輸液ポンプでは差はないが、動脈圧測定以下の項目では高いことが示されている。
 - ・論点として、HCU入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の評価項目についてどのように考えるかが挙げられている。
 - ・ICUは、前回診療報酬改定で必要度Ⅱでの届出が可能になったが、必要度Ⅱは約5割であると示されている。必要度Ⅱをクリアしている割合では、多くが基準を満たしていた。
 - ・SOFASコアは患者の重症度を示すものであり、最大が24点、ゼロ点は最も軽症を示し、死亡率との相関がかなり高いことが示されている。

- ・ I C U入室日の S O F Aスコアではゼロ点がそれなりの割合である。これは、術後の患者を最初から I C Uに入れていることとも関係している。
- ・ S O F Aスコアと重症度の関係では、S O F Aスコアが高いと必要度も高いが、重症度、医療・看護必要度に該当しなくても S O F Aスコアが高い患者もいることが示されている。
- ・ 退院時転帰との相関が必要度と S O F Aスコアの両方で出ているが、どちらも相関はあるものの、S O F Aスコアのほうがより転帰との相関がある。
- ・ 治療室ごとでは、必要度を満たしている治療室が大部分であるが、S O F Aスコアを治療室ごとに見ると、S O F Aスコア 5 点以上が 50 % 以上のところもあれば、5 % 以下というところもあり、かなりばらつきが見られる。
- ・ 論点として、特定集中治療室に入室している患者の重症度、医療・看護必要度及び入室時の S O F Aスコアの活用等、特定集中治療室の患者の指標についてどのように考えるかと書かれている。
- ・ 地域包括ケア病棟の入棟経路について、5.7 % が緊急入院後に地域包括ケア病棟に直接入院した割合であり、13.8 % が緊急入院後に一般病棟等を経由して入院した割合、34.4 % が外来受診の当日に入院した割合である。緊急で地域包括ケア病棟に入院する患者の傷病名としては、誤嚥性肺炎と尿路感染症が多い。
- ・ 地域包括ケア病棟の入棟患者の要介護度については、直接入棟する患者では要介護度が高い。
- ・ 在院日数については、入棟経路による大きな差はない。
- ・ 医療必要性について、緊急入院・緊急搬送後入院した患者では医療の必要性が高く、医療的に常時不安定、ときどき不安定の割合が高い。また、医師による診察の割合も高く、看護の提供頻度も高い。
- ・ 現在、地域包括ケア病棟での緊急入院に対して特別な評価はないが、医療資源の投入量という観点で見ると、緊急入院後は算定患者全てと比較しても高く、さらに救急搬送後はもっと高くなっており、緊急入院では医療資源の投入量が多いことが示されている。
- ・ 救急搬送後直接入棟患者を多く受け入れている 15 % 以上の施設は 129 施設に対し、5 % 未満の施設もあり、医療資源投入量で比較すると、救急搬送後直接入棟割合が高いところは医療資源投入量が当然多く、5 % 未満の施設は少ないことが示されている。
- ・ 短期滞在手術を地域包括ケア病棟で行うことについての問題、特に短期滞在手術 3 についてである。
- ・ D P C 病院でない場合は、短期滞在手術の入院料 3 を取ることになる。短期滞在手術としては、水晶体（白内障）の手術、大腸ポリープが多く行われている。
- ・ 短期滞在手術を全く行っていない病院がある一方、50 % 以上を短期滞在手術で占めている施設もある。短期滞在手術を多く行っている病院では、自宅からの入棟が多く、自宅への退棟が多い、また在院日数が短いことが示されており、これらは地域包括ケア病棟の評価基準に相当する部分であるため、標準基準をクリアしやすくなると言える。
- ・ 論点として、救急搬送後の問題と短期滞在手術をどう考えるかである。
- ・ 慢性期入院料について、療養病棟入院基本料には 1 と 2 があり、医療区分の 1、2、3 でそれぞれ医療資源の投入量が違うことが示され、グラフで見ても、医療区分 3 のほうが医療資源投入量が多いことが分かる。
- ・ 医療区分 1、2、3 で医療資源投入量の内容が異なり、1 は処方が多い、2 は処置が多い、3 は注射が多い。
- ・ また、医療区分ごとに疾患と処置で医療資源の投入量が異なることが示されている。
- ・ 中心静脈栄養に関して、前回の診療報酬改定で、家族への説明、感染症対策、定期的な確

認についての要件が追加されたが、今回の診療報酬改定の前後で、中心静脈栄養の実施状況に大きな変化は見られなかった。

- ・中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%であった。
- ・嚥下機能の回復に必要な体制の有無について、体制のない施設が32%、今後も体制を取る予定がない施設は88.7%であり、体制の有無によって中心静脈栄養を終了、または中止した患者の割合は違っていた。
- ・中心静脈栄養の実施が長期にわたると、カテーテル感染が増えることが示された。
- ・療養病棟では、中心静脈栄養や胃ろう等による栄養管理の実施によって身体拘束も行われることが示された。
- ・論点として、患者特性や医療提供内容に応じた評価を実施していく上で医療区分による評価についてどのように考えるかが挙げられた。

(2) 第120回 保険医療材料専門部会 (7月26日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・保険償還価格の基準等に関する意見ということで、小澤委員長から経緯が述べられた。
- ・薬事承認における二段階承認の考え方に基づく第一段階承認を取得したプログラム医療機器について、S a MDと呼ばれるプログラム機器に関しては2段階で評価するという一方で、特に評価する際にはかなり高額な医療費を使わざるを得ないということで、保険外併用療養制度を活用してはどうかという意見が出ており、この方向になるだろうということをお聞きしたい。

3) 第205回 薬価専門部会 (7月26日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・令和6年度薬価改定についてを議題とした。
- ・新薬に係る検討事項として、イノベーションの評価としては、収載時における評価（イノベーション等評価）ということで画期性・有用性に係る評価や、希少疾病用医薬品、小児用医薬品など市場性に係る評価があり、改定時の評価としては新薬送出等加算制度の考え方、品目要件、企業要件や薬価改定時の加算があり、またドラッグ・ラグ/ロスの解消や日本への早期導入に関する評価がある。
- ・国民皆保険の持続性としては、市場拡大再算定、効能変化再算定、用法用量変化再算定ということで再算定の考え方や類似品の取扱いなどがある。
- ・まとめとして、現状と論点が挙げられている。
- ・論点としては、新薬のイノベーションを評価し、革新的医薬品の開発を促進するとともに、国民皆保険の持続性を確保する観点についてどう考えるかについて、2つの投げかけがされた。1つ目は、薬価改定時における現状の補正加算の範囲及び算定方法と、その評価に用いるデータと評価方法に関してイノベーション評価の観点からどう考えるか。2つ目は市場拡大再算定、効能変化再算定、用法用量変化再算定について、再算定が公的保険制度における薬剤費の適切な配分メカニズムとして機能していることを踏まえ、新薬のイノベーション推進や企業の予見性確保の観点から収載時の予測からの市場規模の拡大状況を含めた再算定対象品の考え方、類似品の取扱い、補正加算の範囲等を含めた再算定の在り方についてどう考えるかとあるが、これはなかなか難しい問題である。

(4) 第550回 総会 (7月26日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・部会、小委員会に属する委員の指名等について、感染症について（その1）、調剤について（その1）を議題とした。
- ・専門委員には、日本看護協会常任理事の木澤晃代氏が認定され、今後は前任者の所属し

ていた部会、小委員会について対応する。

- ・感染症について（その１）については、新型コロナウイルス感染症の状況等を踏まえ、資料が提出された。
- ・また、薬剤耐性に関してA W a R e 分類が紹介された。これはWHOが2017年に必須医薬品リストを基に、抗菌薬をAccess、Watch、Reserveに分けて、Accessは第一選択及び第二選択薬の抗菌薬、Watchは医療において重要であり、かつその使用により耐性菌が選択されるリスクが比較的高いため第一選択及び第二選択薬としての使用を制限すべき抗菌薬、Reserveは最後の手段、奥の手として取っておく抗菌薬と位置づけるというものである。
- ・日本においては全抗菌薬使用量におけるAccessに分類される抗菌薬の割合は増加傾向にあるものの、他国と比較すると依然として低いというのが現状である。
- ・論点として、１つ目に、新興感染症発生・蔓延時の医療体制を機動的に構築する観点として、第８次医療計画に基づき各医療機関と都道府県が対策について契約を結ばなくてはならないという話になっていること。２つ目に、新興感染症以外の感染症に対する医療について、人員確保や個人防護等、恒常的な感染症対応をどうするか論点については、前回改定の感染対策控除加算の整備を再構築するという話になるだろう。３つ目の薬剤耐性対策について、我が国における現状を踏まえ適正な抗菌薬の使用を推進する評価については、世界各国に比べてファーストチョイス、セカンドチョイスの薬の適正使用が少ないことを医療機関が自覚する必要があるだろうとまとめている。
- ・調剤について（その１）については、薬局・薬剤師を取り巻く状況ということで、薬局数は年々増えており、令和３年度は約6.2万施設、また同一法人で20店舗以上を持つ割合も増えている。
- ・薬剤師数の推移では、全体的には右肩上がりが増えており、令和２年12月31日現在の届出薬剤師数は32.1万人、そのうち薬局薬剤師数は18.9万人、医療施設薬剤師は6.2万人で、薬局薬剤師が医療施設薬剤師より約３倍多い現状である。
- ・処方箋発行数も年々増加している。
- ・薬剤師の累積年収については、薬局の常勤、病院の常勤ともに同じような水準であったが、年代別平均年収で見ると、初任給では薬局勤務薬剤師より病院勤務薬剤師のほうが低いが、50代では病院勤務薬剤師のほうが高い水準となっているが、この理由は、病院勤務の50代であればかなりの役職に就いているからであると考えられる。

（５）第63回 費用対効果評価専門部会（８月２日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・医薬品業界の代表３名と医療機器業界の代表３名から意見の陳述があった。
- ・令和６年度費用対効果評価制度の見直しに向けて、費用対効果評価制度については中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年４月から運用を開始した。
- ・市場規模が大きい、または著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とし、希少疾患や小児のみに用いられる品目は対象外である。評価結果は、保険償還の可否の判断には用いず、一旦保険収載した上で価格調整に用いる（薬価制度の補完）とされ、今後体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度の在り方や活用方法について検討するということが、これまでの経緯と今後の考え方である。
- ・価格調整の対象範囲として、費用対効果に関して、①開示度が低く加算がある品目に関しては加算部分と営業利益の部分の価格調整の対象とする、②開示度が低く加算のない品目に関しては営業利益のみ、③開示度が高く加算がある品目に関しては加算部分のみ、④開示度が高く加算のない品目は評価の対象外となっているのが現在のルールであり、既にかんりの品目評価が行われ、費用対効果が悪いものについては値段が下げられている。

- ・一方で、ドミナントと呼ばれる費用対効果が非常によいものがあるが、現実には1円も価格は上がっていない。価格引上げのためには細かい条件があるため、ドミナント評価されたものでも企業側がつけた値段をさらに上げるといことをされていないのが現状である。
- ・C2H（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター）・公的分析班とのコミュニケーションについて、課題としては、分析前協議の内容と時間が限られていること、公的分析の報告書定時から専門組織3までの期間が短く十分な内容の確認ができないこと、公的分析班との質疑応答が書面のみのため、公的分析班の考えを企業が適切に理解しにくいこと、また企業分析の真意を公的分析班に理解していただくことが困難なことが挙げられている。
- ・医療機器に関して2品目、費用対効果評価が行われているものの、いずれも費用対効果が悪いということで価格を引き下げられている経緯があるので、今のようにきちんと評価していただくこと、評価については腹を割って話し合いたい。

（6）第206回 薬価専門部会（8月2日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・後発品・長期収載品に関して、国民皆保険の持続性ということで、長期収載品の薬価改定（Z2、G1／G2）、安定供給の確保として最低薬価の維持、基礎的医薬品の薬価維持、不採算品再算定、その他として後発品の価格帯集約がテーマとなった。
- ・薬価改定に向けたスケジュールとして、12月頃から骨子取りまとめに向けた議論が行われる予定である。
- ・後発医薬品等の価格帯については、最高価格の50%以上の後発品、最高価格30%以上50%を下回る後発品、最高価格の30%を下回る後発品の3価格帯に分類されているが、薬価改定の関係で現実には5価格帯のような状況になっている。
- ・論点として、薬価の適正化と医薬品の安定供給確保の観点について、後発品の収載時薬価及び収載後の価格帯集約の在り方についてどのように考えるかという論点がある。
- ・また、製薬産業として長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬性を持つ産業構造に転換する方針とし、G1／G2をつくり先発メーカーはそこから抜けることが基本としているが、なかなか抜けられない現状がある。
- ・後発品の安定供給のために、価格の下支え制度や安定供給が確保できる企業の考え方を含め、後発品等の薬価の在り方についてどう考えるかという点では、産業構造的な問題で突然供給が止まったり量の制限があったり等で臨床の現場ではかなり不安視されている状態が続いているので、必要なものがきちんと供給される体制に持っていきたいということは分かるが、その状況の解消についてはまだ見込みは立っていない。

（7）第551回 総会（8月2日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・医薬品の新規薬価収載について、個別事項について（その1）、医療DXについて（その2）についてを議題とした。
- ・シュンレンカ錠、シュンレンカ皮下注が8月9日に収載された。多剤耐性エイズの薬だが、単独使用ではなく、今までにあるエイズ治療薬と併用して使用することが条件の薬剤となっている。
- ・個別事項（その1）は、小児・周産期がテーマであった。
- ・医療的ケア児と呼ばれる子供たちが、現在、在宅で約2万人いる。
- ・ハイリスク妊産婦が非常に増加しており、ハイリスクな妊産婦、新生児に理解ある体制の充実が必要となっていること、また社会的ハイリスク妊産婦も増加し、これらの妊産婦に対する体制強化が必要となっているのではないかと。

- ・妊産婦に対するメンタルヘルスケアの重要性ということで、妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、当該施設に精神科を有さない場合は、連携して対応できる協力医療施設を定めることが必要ではないか。また、流産・死産を経験した女性への支援についても、地域や医療機関で共有することで適切な支援を提供できるようにするべきではないか。
- ・医療DXについて（その２）として、医療DXの推進に関する工程表について、診療報酬改定の実施時期の後ろ倒しについてがテーマであった。
- ・工程表については、医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕が示された。
- ・診療報酬改定実施時期の後ろ倒しについて、中医協において議論を進めてきたが、国の動き等の予定として、2月上旬に中医協答申、3月上旬に関係告示、3月下旬に電子点数表の提示、4月1日施行、5月10日初回請求となっている。
- ・共通算定モジュールは、①共通算定マスタ標準化、②計算ロジック標準化、③データの標準化、④提供基盤（クラウドを原則とする）の4つから構成される。
- ・令和6年度は共通算定マスタの提供と電子点数表の改善に加えて施行時期の後ろ倒しをし、令和7年度に共通算定モジュールの試行運用（モデル事業）を行い、令和8年度にクラウド型の共通算定モジュールを提供し、令和10年度に共通算定モジュールの提供を拡大し、全医療施設で運用という案が示されているが、とても難しいだろう。また、このときに共通算定モジュールは、基本的に国が提供するので、現在は各医療施設で算定ロジックの部分や基本的なマスタの部分ベンダーに作ってもらっているが、その費用が要らなくなるという目論見である。
- ・全国に配付する共通算定モジュールをその予定で運用するために2か月後ろ倒しの期間が必要ではないかということで、そこは認められたが、4月1日の薬価改定についてはそのままの実施とし、薬価以外の部分、保険医療材料等は6月1日施行となった。

（８）第207回 薬価専門部会（８月23日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価算定の基準に関する意見ということで、イノベーション評価、薬価算定の妥当性・透明性の向上、状況の変化に応じた薬価の適正化、その他ということで意見が出た。

（９）第552回 総会（８月23日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価専門部会に引き続き開催され、市場拡大再算定品目の内容について紹介があった。
- ・ヘムライブラ皮下注、リムパーザ錠、ゼジューラカプセル・ゼジューラ錠といった予想販売額が350億円を超える既収載品の価格を見直すというルールに基づき、価格が引き下げられた。
- ・再生医療等製品の保険適用でルクスターナ注が登場したが、これは両アレル性PRE65遺伝子変異性網膜ジストロフィーに対する注射薬であるので、薬剤として算定することにした。価格算定は0.5ミリリットル1瓶（希釈液2本付）で4,960万226円であり、両目に使用すると約1億円となる。ただし、収載希望者による市場規模予測では令和6年度で5人、5億円という試算となっている。対象患者が増えるとなると医療財政を左右することになるだろう。
- ・医療機器として、シスメックス株式会社が販売した治療薬が有効かどうかを検査するためのPrismGuide IRDパネルシステムについて、今回、保険適用とした。
- ・難治性の慢性咳嗽治療薬のリフヌア錠は、費用対効果があまりよくないため、価格調整が行われ、価格が引き下げられた。
- ・費用対効果が悪く、価格が引き下げられたものの紹介として、費用対効果評価対象品（評

価中)、費用対効果評価終了品目のリストが提示された。費用対効果評価の対象製品については、きちんとした評価をするということとなっている。

- ・レットヴィモカプセルについて、市場規模予測は156億円で、H1の分類である。(A)RET融合遺伝子陽性の非小細胞肺癌に関しては費用対効果が割とよく、(B)RET融合遺伝子陽性の根治切除不能な成人甲状腺癌患者に関しての評価は今後の検討となる。
- ・DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応については、次の改定まで、毎回外出しの対応とする。資料378、379ページ掲載の10品目、380ページ掲載の類似薬効比較で評価したものを外出しにするものである。
- ・今回も、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤として、ペダセタコプラン、エムパペリ皮下注という発作性夜間ヘモグロビン尿症の薬を、在宅で使用できる薬として追加する。
- ・歯科用貴金属価格の改定について、年4回に分けて評価することと決定しているが、金属価格上昇により、歯科鑄造用金銀パラジウム合金の価格が若干上がるようになった。

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。

- ・最近、医療法人以外の一般社団法人立の医療機関が増えてきている。非営利で公共性の高いと認められてきた医療法人立とは異なり、このような法人の医療機関が増えてくると、医療の根幹が揺るぎかねないおそれがあるとして、実態調査をしつつ、厚労省と協議を進める必要について、今後議論することにする。
- ・入院中の食事療養費が十分な金額でないということで、四病協として入院中の食事療養に関する要望書を提出したと報告があった。
- ・日本専門医機構のサブスペシャリティについて、腫瘍の治療領域の「がん薬物療法専門医」を「腫瘍内科専門医」に変更する提案があったが、外科系の医師から猛反対があり、継続審査となった。サブスペシャリティについては、今後も様々な問題が起こってくるのではないかと考えられる。

(2) 第2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。

- ・新型コロナウイルス感染症について、空床確保等の特例の期限が今年9月30日までであり、その後については病院団体として十分検討し、意見を伝えていくことになった。
- ・紹介受診重点医療機関について、都道府県によって協議の進め方にかなり差があるので、厚生労働省に意見を伝えることとした。

(3) 第5回 総合部会(8月23日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・改正医療法に基づく災害支援ナースについて、これまで看護協会がボランティアでやっていたが、これを法制化することになった。また、派遣費用については派遣する都道府県が払うことになっているが、現在の金額と約3倍の差があることから国にきちんと対応してほしいという意見が出ており、これについては厚生労働省で整理し直して、四病協団体協議会に話が来ることになっている。
- ・かかりつけ医機能について、厚生労働省で、国民・患者に対する医療情報の提供等に関する検討会を立ち上げ、かかりつけ医機能に関する検討をすることになっている。
- ・厚生労働省老健局が令和6年度介護報酬改定に関するヒアリングを実施する。四病院団体として統一した要望書を提出しつつ、各病院団体からも1人ずつ説明に行くことにしたの

で、日本病院会として説明に行く方を選出する。

- ・厚生労働省医政局総務課の委託事業「病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業」で病院薬剤師の確保について検討しており、病院間・地域間での薬剤師の偏在を数値化して見直そうとしているが、調剤薬局と病院の間でも偏在があるのではないかとすることで、これについても数値的な検討を行うことを厚生労働省に要望した。

(4) 第3回 日医・四病協懇談会（8月23日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・令和5年10月以降における新型コロナウイルス感染症について、令和6年度医療に関する税制要望について、2024（令和6）年度予算要求要望についてを議題とした。

(5) 第5回 医療保険・診療報酬委員会（8月4日）

報告は資料一読とした。

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第4回 健康・医療新産業協議会（7月25日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・健康・医療新産業協議会の構成員は様々な団体から選出され、また各省庁からオブザーバーが出席していた。
- ・「新しい健康社会の実現」に向けて、健康寿命を2040年に75歳とする、公的保険外のヘルスケア・介護に係る国内市場を2050年に77兆円とし、世界の医療機器市場のうち日本企業の獲得市場を2050年に13兆円とすることを目標としている。
- ・ヘルスケア・介護に係る国内市場を2050年に77兆円にするということで、我が国のマーケットの将来予測として、健康づくり58.1兆円、介護18.9兆円という数字が示された。
- ・未来の健康づくりに向けたアクションプラン2023の項目が挙がっており、医療DXのPHRが主要な話題になっていたが、PHRが国民と医療機関が使うというより、企業が事業のためにいかに使っていくかが話題の主体になっているように感じた。
- ・また、医療相談についても、遠隔で、医療者でない人を相談員として認定し、相談事業を行うとしているが、相談員が恣意的に患者を振り分けることが可能になるのではないかと懸念をしている。

(2) 第2回 「診療報酬改定DX」タスクフォース（8月2日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・このタスクフォースの目的は2つあり、①共通算定モジュールを作成し導入する、②診療報酬改定を後ろ倒して平準化することである。
- ・医療DX推進に関する工程表では、今年度から共通算定モジュールの設計・開発を行い、令和7（2025）年からα版の提供開始という段取りになっている。
- ・厚生労働省の推進チームが医療DX令和ビジョン2030を設置し、2つあるタスクフォースの1つが、この診療報酬改定DXタスクフォースという位置づけであり、4つのテーマとして、診療報酬改定施行次期の後ろ倒し、共通モジュールの作成、共通算定マスタとコードの整備等がある。
- ・診療報酬改定DXの取組による財政効果検証ということで、コストと財政効果という点では、現状の2年に1回の診療報酬改定に係るコストが8,700億円だが、このモジュールの導入によって1,400億円削減が期待されると示された。
- ・5月の検討会では、ベースとなるN値が6区分（小病院、中病院、大病院、有床診療所、無床診療所、薬局）ごとに3であり、それでは統計学的に無意味ではないかと指摘し再計

算となった。今回はN値を3～5として出てきた数字だが、統計的にN値3～5というのがどう有意なのかの説明を求めている。回答によっては、この数値を撤去してほしいと伝えている。

- ・共通算定モジュールの開発についてはプロポーザルで公募しており、R F I（資料提供招請）参加事業者は29事業者となっている。

（３）第２回 医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会（８月２日）

報告は資料一読とした。

（４）第101回 社会保障審議会医療部会（８月25日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・次回診療報酬改定に向けて、大枠を決め、診療報酬の詳細改定をするためのキックオフミーティングであった。
- ・基本方針について遠藤部会長から、保守改定は社会保障審議会医療部会と医療保険部会で基本方針を決め、その上で改定していくということで、忌憚ない意見を述べてほしいと発言があった。
- ・今回、骨太の方針にのっということで骨太の方針について記載されており、医療D Xについても細かい記載があるが、私から、医療D X、医療、介護を含めて社会インフラであり、国はきちんと責任を持って整備してほしい、各医療機関に負担をかけたり診療報酬を使うことができるだけないようにしてほしいと要望した。
- ・現在、水光熱費、診療材料、賃金等の上昇により様々なコストが上がっている中で、これらに十分対応できるような診療報酬改定を要望したいということと、特に入院基本料をしっかり確保してほしいと要望した。
- ・医師の働き方改革について、タスク・シフトが重要であると書かれているが、現在、病院薬剤師と看護補助者の確保が非常に困難である。原資がないとできないことなので、今回の診療報酬改定の中できちんと原資が確保できるようにしてほしいと要望した。

6. 第73回 日本病院学会 日本医師会認定産業医制度産業医研修会のご案内

岡留顧問より以下の報告があり、了承した。

- ・9月21日、22日に開催され、シンポジウムとして、医師の働き方改革、職場のメンタルヘルスの2つを準備している。この2つの研修会は日本医師会認定産業医の研修会として日本医師会より承認されており、認定産業医の資格更新を希望されるドクターにも参加していただけるものである。働き方改革のシンポジウムでは、厚生労働省医政局医事課の藤川室長補佐、千正康裕元企画官に御講演いただく。
- ・定員にはまだ余裕があるので、関係者の方々への周知をお願いしたい。なお、資格更新のために参加を希望される役員は、本部事務局への連絡で申込みは不要となる。

泉副会長は、認定産業医の単位となるということで、周知をお願いしたいと述べた。

7. 医師の働き方改革推進セミナー開催のご案内

岡副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・会員向けの無料セミナーであり、講師に厚生労働省労働基準局の坪井企画官などを招き、宿日直許可の最新の状況などを御説明いただく予定である。
- ・1次申込期限は9月25日であるが、施設内で動画や資料の共有が可能なので、院内の研修等でもぜひ利用してほしい。多くの方の参加を希望すると述べた。

8. 日本病院会・全国病院経営管理学会 共同事業について

資料は一読とした。

9. 日本病院学会について

土屋（誉）常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 9月21日、22日に開催する。
- ・ 今回初めて日本医師会の制度のセッションを設けた。参加すると講習の単位に認められるので、職員の方へ周知をお願いしたい。
- ・ 初日の夜には4年ぶりの医療人の集いを開催する。学会の事前参加がもう少しで1,000名に届きそうだが、その倍ぐらい来ていただきたいと考えている。
- ・ 学会翌日の23日には震災遺構ツアーを企画しており、津波で大きな被害を受けた大川小学校を訪問し、語り部から当時のお話を伺う。また、津波で全壊した雄勝病院跡地もコースに入る予定である。昼食後は松島のツアーも予定しているので、時間がある方はぜひ参加を検討していただきたい。

仙賀副会長より、震災遺構ツアーは費用対効果は3倍あると思うので、時間に余裕のある方はぜひ参加してほしいと述べた。

〔協議事項〕

1. 10月以降の新型コロナウイルス感染症の対応について

10月以降、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴い、医療提供体制及び公費支援が見直されることにともない、現在の感染状況について議論した。検査費用の負担やゾーニング等について意見を取りまとめて、厚労省へ出していくとした。

以上で閉会となった。