

一般社団法人 日本病院会 2023 年度 第 5 回 定期常任理事会 議事録

日 時 2023 年 12 月 16 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、土屋 誉(Web)、亀田 信介(Web)、三角 隆彦、土屋
敦(Web)、吉田 勝明、田中 一成、長谷川好規(Web)、武田 隆久(Web)、佐々木 洋、
難波 義夫（各常任理事）

酒井 義法(Web)、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)、小松本 悟、万代 恭嗣(Web）（各顧問）

高橋 弘枝（代理：木澤 晃代）(Web)、荒瀬 康司、川原 丈貴(Web)、横手 幸太郎
（代理：塩崎 英司）(Web)、小川 彰（代理：小山 信彌）、権丈 善一(Web)、渡部
洋一(Web)、有賀 徹、太田 圭洋（各参与）

望月 泉、武田 弘明(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)、三浦 修(Web)、深田 順一(Web)、栗原正紀
(Web)、東 謙二(Web）（各支部長）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

須貝 和則（日本診療情報管理士会 会長）

須田 浩太（新入会員：北海道せき損センター 院長）、横川 秀男（新入会員：佐々
総合病院 理事長）、角田 賢（新入会員：錦海リハビリテーション病院 病院長）、
町田 二郎（新入会員：くまもと南部広域病院 院長）

総勢 53 名の出席

相澤会長の挨拶に続いて新入会員 4 名（須田浩太院長／北海道せき損センター、横川秀男理
事長／佐々総合病院、角田賢病院長／錦海リハビリテーション病院、町田二郎院長／くまもと
南部広域病院）から挨拶、外部説明があり、議事録署名人 2 名を選出した後、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

2023年11月26日～12月16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11件〕

- ①市町村・社会福祉法人聖隷福祉事業団 袋井市立聖隷袋井市民病院（会員名：林泰広院長）
- ②公益法人・公益社団法人京都保健会 吉祥院病院（会員名：清洲早紀院長）
- ③医療法人・医療法人白桜会 新しらおか病院（会員名：和田純一理事長・院長）
- ④医療法人・医療法人社団厚生会 埼玉厚生病院（会員名：田平芳寛院長）
- ⑤医療法人・医療法人社団満葉会 くぼのやウィメンズホスピタル（会員名：窪谷潔理事
長・院長）

- ⑥医療法人・医療法人道悠会 松本中川病院（会員名：中川道夫理事長・院長）
- ⑦医療法人・医療法人社団一穂会 西山病院（会員名：中村秀範院長）
- ⑧医療法人・医療法人清和会 協立病院（会員名：上田美弥理事長）
- ⑨医療法人・医療法人新生会 福島病院（会員名：福島隆生理事長）
- ⑩社会医療法人・社会医療法人関愛会 大東よつば病院（会員名：立川洋一院長）
- ⑪医療法人・医療法人伸和会 延岡共立病院（会員名：赤須晃治院長）

〔賛助会員の退会 2 件〕

- ①A 会員・参天製薬株式会社（会員名：黒川明代表取締役社長）
- ②D 会員・1 名

2023年12月16日現在 正会員 2,555会員
 特別会員 144会員
 賛助会員 254会員（A 会員118、B 会員106、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、承認した。

（継続：後援・協賛等依頼 1 件）

- ①第26回日本医療マネジメント学会学術総会後援名義の使用／同学術総会 会長

（継続：委員等就任依頼 1 件）

- ①集中的技能向上水準の適用に向けた審査事業に係る統括委員会の委員就任／厚生労働省
 医政局〔就任者…岡副会長（新任）〕

（新規：後援・協賛等依頼 1 件）

- ①日本集中治療医学会創立50周年記念事業 集中治療の日 市民公開講座に対する後援名義
 使用／一般社団法人日本集中治療医学会

〔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）I H F 理事会・I H F 総会・世界病院学会（10月24日～27日）

小松本顧問より、以下の報告があった。

- ・10月24日から10月27日まで I H F 理事会と世界病院学会がポルトガルのリスボンで開催された。
- ・役員改選が行われ、会長はU A E のムナ氏、次期会長のポストにコロンビアのヘンリー氏が選出され議論がされた。
- ・世界病院学会について、I H F アワードのセッションでグリーンホスピタルアワードのスポンサーシップは足利赤十字病院が買ったものがあと 2 年であり、今回、日本からの取組はなかったが、各病院で既存の建物でもグリーンホスピタルで低炭素社会という取組をいろいろしているの、私がこの選考のチーフでいるうちにぜひ日本から出していただければと思う。設計者や病院建築の会社にとっても、このグリーンホスピタルアワードの存在はステータスになるので、ぜひ応募していただきたい。

（2）韓国ヘルスケア学会 プレナリーセッション座長担当（A H F 関連）（11月29日）

小松本顧問より、以下の報告があった。

- ・私はアジア病院連盟の会長を務めているため、韓国病院協会から全面招待を受け、ヘルス

ケア学会の1セッションで座長を受け持った。

- ・韓国でも高齢化社会で、社会保障制度、健康保険等についてどのように取り組めばいいのか日本の経験を知りたいということで、日本から3人の方に登壇いただいた。大きな特徴として、セッションは全て日本語で実施し、韓国語の同時通訳が行われた。
- ・メイン会場は満席で、同時通訳での議論も韓国の参加者から多く出たということで、大盛況であった。

(3) 第1回 病院総合医プログラム評価委員会 (11月14日)

資料は一読とした。

(4) 第2回 病院経営の質推進委員会 (11月20日)

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・11月20日に開催された。
- ・報告事項3件と協議事項があり、報告事項に関しては、トップマネジメント研修について、前回の病院学会シンポジウム4、第1回病院経営管理研修会についての報告があった。
- ・協議事項については、1つ目が来年の病院学会で、この委員会と病院経営管理士会が共催で、「働きがいのある職場への取り組みー各部門の人材確保・育成と離職対策ー」というタイトルでシンポジウムを行うことが決定した。
- ・2番目として、病院経営管理研修会に関して、会場参加とオンデマンド参加のハイブリッドで行ってきたが、オンデマンド参加の在り方を変更する。従来は個人単位の参加だったが、今度は施設単位の参加に変更する。また、施設単位の参加にすることで、参加費は会場参加は8,800円のところ、オンデマンド参加は1万7,600円と少し高めに頂く代わりに、複数の方が参加できるようにする。
- ・方向性を少し変えようということで、グループワークを財務・会計コース以外の全てのコースで実施していく。今後は全てハイブリッドで行うが、グループワークには参加できないので修了証は発行しない。なお、参加費は同額で、情報交換会も必ず行い、名刺交換等での人脈づくりをする。テキストは次回からカラーで作成する。また、同意を得た方は名簿に掲載して配付し、アンケートはグーグルフォームを使用することとした。
- ・一部のコース、人事・労務管理コースで講師の交代がある。
- ・以上が病院中堅職員育成研修である。
- ・院長・副院長のためのトップマネジメント研修だが、来年11月2日、3日に定員50名で開催する。内容については、これまでメインで行っていた医師の働き方改革と労務管理をプログラムから外して、病院の経営戦略についての講義を加えることとして、一部変更を行う。

(5) 2023年度 感染対策担当者のためのセミナー 第2クール (11月25日)

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・11月25日、理事会と同日に開催した。
- ・参加者はトータルで265名で、中身は非常に濃いものであった。

(6) 第2回 Q I 委員会 (11月30日)

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・開催時点で日本病院会のQ Iプロジェクトの参加施設数は367施設と過去最高になった。
- ・福井委員長を含め、いろいろなところで日本病院会のQ I活動を説明し、参加を促すような対応を行った。
- ・Q Iプロジェクト2023フィードバック説明会については、3月中に開催予定である。今まではコロナの影響を受けて合同開催だったが、今年度は単独開催とする。また、従来の説明会方式から動画化して、後でも確認できるようにする。

- ・患者満足度調査については、事前にもう一度、アンケート内容等を見直すこととする。
- ・来年の第74回日本病院学会について、ワークショップという形になったので、内容については今後検討する。
- ・Q Iについては、だんだんレベルが高くなり過ぎており、私自身もついていけない面があるため、中小病院でも参加できるレベルの話もしてほしいという希望を出している。

(7) 2023年度 医療安全管理者養成講習会 第3クール (12月1日・2日)

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・2日間かけて行い、参加者は153名であった。
- ・鮎澤先生を中心にそれぞれの専門の立場の先生からの講義があり、中身は非常に濃く、好評であった。

(8) 第3回 病院総合力推進委員会 (11月27日)

有賀参与より、以下の報告があった。

- ・11月27日に開催され、報告事項は、仙台のシンポジウムについてで、委員会としての報告を行った。これは理事会においては既に報告済みである。
- ・協議事項の1番は、第74回学会でのシンポジウムについてであるが、第1回、第2回の委員会で検討したシンポジウムに関する案が採択されたことが報告され、2日間のうちのどちらになるか分からないが、「社会の変化を見据えた病院医療の進化」というテーマでシンポジウムを行う予定で、シンポジストや座長は記載のとおりである。
- ・今後の活動について、病院総合力推進委員会が企画するシンポジウムについては三重で行うが、2025年は栗原副委員長が大会長であり長崎で開催する日本病院学会へとつなげていく内容としたい。
- ・日本病院学会雑誌への掲載ということで、12月号を会場で配付しているが、68ページに病院総合力推進委員でもある日看協の木澤常任理事の論文が載っているので御一読いただきたい。
- ・今後の活動についてももう一つは、栗原副委員長から長崎を例に、都市部の救急医療の仕組みがかなり破綻していると紹介があった。また、医師が総合診療的な視点を持って患者に対応することや、患者自身および家族への医療に対する啓蒙の必要性についても議論があった。
- ・看護についても、特定看護師等で専門・分化しているということもあるので、患者の生活に寄り添う医療の実現に向けた看護の重要性の再認識等といったことが議論され、長崎で開催する病院学会のシンポジウム等でより深く議論されるといいといったことが話し合われた。

(9) 第4回 雑誌編集委員会 (11月28日)

吉田（勝）常任理事より、以下の報告があった。

- ・出席者は7名で、12月号、1月号、2月号に関して検討を行った。12月号の巻頭言は土屋（敦）常任理事で「辰年に向けての期待」というタイトルである。1月号は相澤会長、2月号は三角常任理事に巻頭言をお願いしている。
- ・2番目に、新春座談会開催の報告があった。相澤会長、土屋（敦）常任理事ほかの皆様の参加の下、「未来に向けた地域医療の構築」という内容で、1月号掲載予定である。
- ・3番目に、メディカルジャパン大阪の掲載、第73回日本病院学会優秀・優良演題の掲載について。また、1月号にカラーグラフ病院紹介についてであるが、今までは病院から見る朝日というテーマで写真を掲載していたが、朝日の見えない病院もあったりするので、協力が得られた場合のみ掲載することなどが話し合われた。

(10) 第1回 ホスピタルショウ委員会 (12月4日)

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・国際モダンホスピタルショーは、昨年度の開催では、コロナ前ほどではないが非常に参加者が増え、活発に行われるようになってきている。
- ・次回2024年の公開シンポジウムについて、「スマートホスピタル」というテーマを軸に、スマートフォンの活用、チャットGPTやスマートベッド、生成AIといったことが挙げられており、次回詰めていくことを討議した。
- ・監修セミナーについては、今年度から日本経営協会が行うこととなり、経営協会から要請があった場合に企画を行うこととなった。
- ・ステージプレゼンテーションについての討議があり、今回は「多職種によるタスクシフト／タスクシェア～私達の取り組み～」というテーマで応募を呼びかけることが決まった。

(11) 第2回 医療政策委員会 (11月28日)

田中常任理事より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想と医師確保計画に関して厚生労働省から説明があった。
- ・地域医療構想は、令和5年9月末時点で再検証対象期間の検証済みの割合が医療機関で68%、病床単位で74%であり、病床数の変化については、2015年から2022年にかけて必要量に近づいており、目標との乖離は縮小していると報告があった。
- ・医学部の臨時定員に係る方針については、2025年度の医学部臨時定員については2019年度の9,420人を上限として2024年度の枠組みを暫定的に維持し、2026年度以降の臨時定員については各都道府県・大学の医師確保の状況を踏まえ、改めて検討するとされ、長期的なビジョンに少し欠けている印象を受けた。
- ・財政制度分科会について高橋特別委員より説明があり、今、国民医療費の対GDP割合はフランスに次ぐ世界第4位となっており、無視できない数字になっているということである。日本経済が後退していく中、財務省の危機感は非常に強く、厚生労働省の医療政策に対して納得していないのではないかと、委員会としても保険医療をどのような形で維持できるか検討する必要がある。
- ・日病データのホームページへの追加に関して石川委員から説明があり、記載の状況で、今後は手術件数の追加、小地域別人口推計、2020年度国勢調査人口に基づく診療圏人口等を追加していく予定である。
- ・第74回日本病院学会に関しては、医師の働き方改革と地域医療構想に関連した2つのシンポジウムを予定している。

(12) 第6回 医業税制委員会 (12月11日)

土屋（敦）常任理事より、以下の報告があった。

- ・10月から11月に行われた政党税制改正要望のヒアリングについて報告した。盛りだくさんで短い時間でのヒアリングであり、なかなか伝わりにくいということで、今後一考していく必要があると思われる。
- ・令和7年度の予算概算要求に関する要望の検討を始めている。前年度に提出した要望書を振り返りながら、時節、環境に合った表現に変更したり、当会では働き方改革の要望にタスクシフティング、タスクシェアリングという活動の研究に係る財政的支援の要望を検討しているが、実際問題これらがなかなか進まないのはやり方が分からないということであるので、様々なモデルを使ったりパイロットスタディの実施等に対する財政的支援を要望したいと考えている。
- ・医療法人の経営情報に対するデータベースについて、これまで職種ごとに報告ということだったものが任意となったので、要望については今後検討していくことになった。
- ・人材確保の問題や食費、療養費の問題も引き続き検討を要する。

- ・また、精神科救急医療の体制について日精協から例年出ているが、当会としても身体疾患のある精神科患者の受入れをスムーズに行うための研究への予算措置を要望し、具体的な要望につなげるようにしてはどうかという意見が出ているので、考えていきたい。
- ・例年であれば4月に四病協総合部会に上程するが、2月に診療報酬改定の答申があるので、非常に慌ただしく活動していく必要があると考えている。
- ・今年の世相を表す漢字が「税」となり、改めて委員会の重責を感じる。微力ではあるが、引き続き委員会として活動していくので、御指導をお願いしたい。

(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2回 専門課程小委員会（11月23日）

- ・協議事項として、eラーニングのWeb講義で、ICD-11に関する情報提供動画を新規に作成する。
- ・作問文については、第17回認定試験問題の確認を行っている。

②第2回 医師事務作業補助者コース小委員会（11月29日）

- ・協議事項として、2024年4月に診療報酬改定があるが、テキスト、eラーニングが対応できるのが10月になるので、その期間に募集する受講生に対し注意喚起を行うこととした。
- ・10月以降に開始するテキスト、eラーニングについて、講師の選定、内容の確認等を行っている。

(14) 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第1回 POS等検討委員会（11月14日）

- ・冒頭に、御逝去された岩崎榮先生への黙禱を行った。
- ・2023年度の委員会活動進捗報告及びこれからの活動について、POSに準拠した医療健康情報記載の普及に関する検討、あるいは標準化退院時サマリーの普及と洗練の検討、あるいは国際化患者サマリー（インターナショナルパーシェントサマリー）に沿った日本版の検討、あるいは生活機能サマリーの標準化といったことについて検討している。
- ・標準化退院時サマリーの普及については、内科学会では退院時サマリーをJ-O-S-L-E-Rに報告するのが物すごく大変だという意見があり、それに資するような退院時サマリーを作っていくことで、内科学会と話をしている。
- ・生活機能サマリーについては、ICFというものがあるが、これはICD-11の文章というところで我々としては生活機能を考えていくことになるが、宇都委員は鹿児島大学の先生であり、鹿児島モデルということで、看護師から見た患者情報から退院時サマリーを介護との連携に役立つようなことができないか検討している。
- ・新委員の招聘については、新たに1人、厚生労働省に以前おられたドクターに入っていたこと、もう一つはこの会に実務者が入っていないことから、あまりにも研究的になり過ぎないように実務者の方も入れようということで、実務者に入ってもらうことを検討することとした。

②第2回 国際統計分類委員会（11月28日）

- ・厚労省関係の報告として、社保審から、最近、サル痘が様々なところで発生しているという話があったが、「monkeypox」という表記を「mpox」とすることになったことに伴い、国内でも感染症法においてサル痘について「mpox」に変更する方針が決まった。
- ・WHO-FICで、国際分類ファミリーのほうで、WHOアカデミーでICD-11の基本モジュールを開発しているが、絵文字を多用して達成感が得られるようなこともアフリカ諸国等に向けて開発されているという話があった。

- ・アジア・パシフィックネットワークについては、日本病院会と診療情報管理学会が相談に乗る形になっているが、今後については日本病院会とも相談し、併せて考えていきたい。
- ・I F H I M A、国際診療情報管理士の大会がオーストラリアで開催された。I C D - 11関係の演題が3倍ほどになったこと、日本からの報告も随分多かったと報告された。
- ・C S A Cというのは分類・統計諮問委員会であるが、当委員会よりメンバーとして呼吸器内科の先生を1名出しており、「tuberculous calcification of lung」を同義語から外して「calcification of lung (肺の石灰化)」のchild entityとして追加する提案や、また最近、電子たばこの被害等についても言われているので、電子たばこについても急性肺障害に対する有害な物質に指定してはどうかという提言、「たばこの使用」を「有害なたばこの使用」に変更についての提言を行い、受け入れられているとの報告があった。
- ・役員改選があり、その後、理事会を開催した。

③第3回 厚労科研「I C D - 11の我が国における普及・教育に資する研究」に関する 班会議 (11月28日)

- ・「I C D - 11の我が国における普及・教育に関する研究」に関する班会議について、診療情報管理学会では、厚労科研事業の1つとしてI C D - 11レファレンスガイドの翻訳をすることとしていたが、最終版がまだ出ておらず、2023年2月版を固定版として分担して翻訳を進めており、それらを突き合わせて年度内に最終版を作成することとしている。
- ・I C D - 11については、実務者を中心に普及させるよう動いているが、ドクターに知っていただければかなりうまく進むということもあり、日本医学会の協力を求め、門田先生に面会をお願いしていたものの面会かなわずお亡くなりになられたが、日本医学会会長を引き継がれた門脇先生と面会の機会を得ることができた。門脇先生からは、I C D - 11の普及について門田先生を引き継ぐ形で積極的に動きたいと、我々が思っている以上のお答えをいただいた。
- ・診療情報管理学会でも、医学会の中で関連する話のできるところとして、日本脳神経外科学会の学術大会で発表したり、様々な学会にブース出展しているが、やはりドクターに理解していただくことも併せて、我々ができる部分についてやっていくつもりである。
- ・I C D - 11の研修会は、今年度は中級の研修会(初級を受け、これから中心になっていただく人たちに対しての研修会)であったが、グループワークということで非常に理解が早く、様々な問題が出てきたので、来年度もやっていきたいと考えている。
- ・また、初級をやっていないところでも実施すること、今年度、仙台会場での講習会をビデオ撮影し、ユーチューブで配信したところ、今までに2,300回ほど見ていただいているので、次年度は中級コースも配信しようかと考えている。
- ・そういう中で、中級研修会では、指導方法や評価方法の開発、指導者の養成、I C D - 11コードの可逆性の検証(コード化されたものから逆に引いてみて病態がきちんと把握できているかどうかの検証)ということも行っている。

④第2回 日本WHO国際統計分類協力センター協力ネットワーク拡大運営会議 (12月4日)

- ・10月16日にドイツでWHO - F I Cセンターのネットワーク年次総会が開催され、私どもからも数人出席したが、全体で約350名の参加があった。WHO - F I Cセンターについては、ブラジルが復帰して、センター数が19になった
- ・カウンシル、C S A C等の会議があるが、これらについては資料を確認いただきたい。

(15) 日本診療情報管理士会

須貝日本診療情報管理士会会長より、以下の報告があった。

①第2回 理事会 (11月21日)

- ・協議事項は1番から4番までであった。
- ・教育委員会の活動においては、学習ライブラリーという新しいコンテンツの準備が整ってきた。これは診療情報管理の業務について会員全員が業務で必要になったときに、そのパワーポイントを確認して勉強し、病院で役立ててもらおうといったものである。今回は、診療記録の量的～総論～入院診療計画書、説明同意書の概要と実際のポイントをパワーポイントで、会員ホームページで提供を展開するものであり、1月、2月にかけて実施される。
- ・令和6年度の全国研修会については、できる限り対面とするが、Web式の録画も併用していく。全国研修会は我々の最も大きな研修会であり、全国大会のようなものであるので、参加しやすい場所で多くの人に参加してもらうために、品川駅の近くの会場を考えている。

2. 日病協について

(1) 第218回 診療報酬実務者会議 (12月13日)

報告は資料一読とした。

(2) 第228回 代表者会議 (12月15日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・内容はほとんど中医協の報告であり、後ほどの中医協の報告に代えさせていただく。
- ・次期議長は一般社団法人地域包括ケア病棟協会の仲井会長に決まっているが、副議長の選出に関しては仲井先生に御一任することとなった。

3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第568回 総会 (11月29日)

太田参与より、以下の報告があった。

- ・急性期入院料でかなり大きな提案があった点は、最後に報告する。
- ・医療技術の評価について、この資料を落とさずに残した理由は、学会等で先生方が内保連、外保連を経由して上げていくものに関して、この医療技術等評価分科会で議論され、最終的に1月に中医協に上がることになっている。今回、各学会から858件挙がっており、そのうち100件ほどは不備で落とされ、残りの700件ほどを審査するという状況であるという報告である。
- ・個別事項（その8）として、認知症をテーマに議論された。資料が膨大なので、中医協の資料の見方を説明する。各項目に関して、見出し、資料が並び、126ページに資料の内容をまとめた「課題」があり、129ページに、資料を基に中医協に議論で求めた「論点」が記載されている。
- ・論点の中で、特に病院医療に関係する部分を示すと、かかりつけ医に関しては、診療所について様々な研修受講を地域包括診療科等の加算要件にするという提案が出たが、日医側からはその要件は厳し過ぎるとの意見があり、支払い側からは要件とするべきだという意見が出た。また、認知症初期集中支援チーム等の施策へ協力していることも要件に追加するべきではないかという点についても、そこまで求めなくてもいいのではないかという議論があった。
- ・入院に関して、今回、身体的拘束の予防・最小化が介護との同時改定ということでかなり議論になった。これをどう進めていくかについては、極力努力するが、入院料のルールとして入れ込まれるといったことは避けてほしいと伝えた。
- ・ここで一番問題になったのは、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める看護補助者の配置に係る加算等について、身体的拘束を実施した場合の評価についてどの

ように考えるかということで、資料として認知症ケア加算というものがある。

- ・認知症ケア加算に関しては、身体的拘束を行った日には減算するというルールがあり、看護補助者の加算に関しても、基本的に身体的拘束をせず最小化する取組をすることが看護補助加算の要件になっているので、身体拘束を行ったら減算でいいという非常に乱暴な提案が出たが、それは認められない、逆効果になると反論した。
- ・また、認知症に関しては、せん妄の点数との整合性を取ればどうかという議論があった。
- ・実態調査については前回示したが、通常は前年の資料までしか出ないが、今年度、厚労省が足元の年度で病院が大変なことになっているという資料を提出したことに対し、支払い側の先生方が厚労省が勝手に推計を出したことに怒ったということがあったが、その推計方法に関しては131、132ページに示している。
- ・また、実態調査では、各病院の院長や医師、看護師等の年収が出るが、今回は特に財務省から開業の先生、診療所の院長がお金を持っていき過ぎだとの指摘されていることに関して、平均値と中央値は出ているが日医の長島委員から分母を出してくれということがあり、それで出てきたものが135ページの資料である。
- ・病院のほうは平均値、中央値と分布が似ているが、診療所に関しては平均で2,600万円であったが、最頻値は1,000万円から1,500万円であり、一番右側の7,500万円以上も多かった。このようなことで、診療所の先生方も大変だという資料が出てきたということである。

(2) 第569回 総会 (12月1日)

太田参与より、以下の報告があった。

- ・薬価調査の結果が出され、平均乖離率は6.0%。毎年改定をして薬価の乖離率は徐々に下がってきているが、それでも6%を出してしまったので、4%分は改定財源というか、下げるということになるが、内訳に関しては次ページ以降を確認していただきたい。
- ・特筆すべき点は、新材に関しては中間年改定はやっていないが、物価高騰等の影響もあり乖離率が下がっており、今回2.5%であった。上がり幅は2%で、各病院で新材はほとんど値引きしない形で取引されている状況が調査上では見られている。
- ・医療DXについて(その3)については、211ページに論点が示されている。
- ・1つ目は急性期充実体制加算、救命救急入院料等については、救急用のサマリーを医療DXで見られるような形にしてはどうかという話があり、反対等もあまりなく、その方向で進みそうである。
- ・サイバーセキュリティに関しては、オフラインバックアップがガイドライン上求められているがお金がかかるので何とかしてほしいと伝えた。評価されるような点数がつくとは思えないが、病院の状況は伝えている。
- ・今、400床以上の医療機関には専任の医療情報システム安全管理責任者の配置を求められており、地公法の病院でも全てサイバーセキュリティ対策でやるべきではないかということに関して、専任者を求められるので一応誰かの名前を書いてはおくものの、後でいろいろ言われることがあるということで、ちょっと無理があるのではないかと日医の先生方などは言っている。
- ・オンライン資格確認、電子処方箋に関して、進めることに反対ではないが、電子処方箋に関しては、院内処方への対応をシステムに入れる、入れないというのはまだ道半ばだという資料が出ており、これを診療報酬につけるという話にならなかったのではないかと思うが、国としては極力進めたいようである。
- ・個別事項(その9)で、小児・周産期の議論がされている。
- ・324ページに論点が提示されており、小児入院医療に関して、病院から付添い等についての調査がされるなどの対応で、小児入院医療管理料における保育士や看護補助者の配置に

関する評価についてどのように考えるかということがあり、少しお金がつく可能性はあるが、その分、付添いを依頼することが難しくなる可能性もあるという論点があった。

- ・小児高度急性期医療に関して、NICUはもともと3対1の配置基準であるが、加配して2対1と通常の特集集中治療室と同じだけの配置をしているところはかなり多いので、そのように手厚く配置しているところを少し評価したらどうかという議論があった。もしかすると少し増点するような形になるのかなと思う。
- ・また、転院したときなどに、本来取れる点数が取れなくなるといった話があるようで、退院支援加算の3の要件を実情に合わせようという論点があった。
- ・臓器移植等でNICUなどに長期入院になっている方がいるので、入院の日数制限などを見直してはどうかという点。
- ・小児に関しては、基本的に追い風が吹く改定内容が検討されている。医療的ケア児に関してサポートしようとか、特に児童精神・発達障害がなかなか受診できないことに関して、いろいろ考えていこうということになった。
- ・周産期医療に関しては、ハイリスク妊婦は22週以降でないとハイリスク加算は取れないが、それ以前でも入院している患者さんは結構いるので、それにも対応してはどうかという論点があった。
- ・325ページからリハ・栄養・口腔の個別事項で、論点は471ページである。
- ・リハビリテーションに関しては、認知症の重度、特定集中治療室の重症度、医療・看護の必要度のA項目があるような方は時間が長くかかっているので、そういうリハビリについては少し評価しようという論点で、いいことだなと思っている。
- ・2つ目に、運動器、脳血管の疾患別リハを請求しているが、その疾患別リハを行っているのがPTか、OTか、STかということがデータ上で分からないので、これが分かるようにしようという論点である。それによってどの職種が何のリハを行うとどういう効果があるのかということを今後データとして収集していきたいということだと思う。これについてはこの方向で進むということで、特に大きな異論はなかった。
- ・医療・介護・障害福祉サービスの連携に関しては、情報の連携をよりスムーズにしようという論点である。介護保険側でもいろいろ議論されているので、そういう方向に進むだろう。
- ・障害福祉サービスのリハビリ、いわゆる自立訓練の受皿については実施できるところがなかなかないということで、老健や保険医療のリハビリの部分でも行えるように拡大しようという流れがあり、その提案がされた。
- ・がんリハに関しては、特に術前の呼吸器リハをやると非常にいいらしいというデータが示され、それが評価される方向で恐らく動くだろう。
- ・473ページから長期収載品についてであるが、これの報告については後に回す。
- ・502ページからは実態調査に関して、1号側、2号側が中医協でどのように分析し、意見を出すかというのが恒例であり、502ページから支払い側、574ページから診療側は代表して日医から御意見をいただいた。

(3) 第570回 総会 (12月6日)

太田参与より、以下の報告があった。

- ・個別事項 (その11)、入院 (その6)、感染症対応について (その2) が議題であった。
- ・個別事項 (その11) 救急医療について691ページに論点があるが、下り搬送についてである。
- ・1つ目に、高齢者救急を地ケアで全部受けろというのは駄目だということで、三次などに行ったものを下り搬送というのが今回の診療報酬改定の1つのテーマとなっているが、それ

- に対して熊本県と神奈川県からうまくいっている事例紹介があり、それを基に要件をつくり下り搬送の点数を設定してはどうかということで、6つ挙げた。
- ・ただし、MC協議会と事前に協議する、事前のリスト化等、かなり使い勝手の悪い要件になっている。我々、病院団体からも下り搬送を評価してほしいという要望を上げているが、あまり使い勝手の悪いものにしてほしくないということと、日本医師会の長島先生より、救急の応需体制は地域によって異なる。高次病院がまず受けて、その後下り搬送で振る地域もあれば、1次、2次、3次と上げていける地域もあるので、算定要件の設定がこれを助長することになると、場合によっては地域の医療、特に救急の提供体制に大きな影響を及ぼす可能性があるのでは、この算定要件の作成に当たっては慎重に考える必要があるという発言があった。
 - ・2つ目に、そういった形で早期に下り搬送した場合には当然、在宅復帰率にカウントされないで、そこは配慮してはどうかということで、これについては異論はなかった。
 - ・また、救急医療管理加算について議論された。前回の改定でも都道府県によって算定割合に非常に差があること、いわゆるJSC 0の場合の意識の問題や、NYHA I、P/F比400について指標を書かされて、それが不適切ではないかという資料が幾つか出てきているが、これに関してはそういったものの中でそれなりに重症の患者さんがいるので、いじるべきではないという意見を述べた。
 - ・また、救急管理加算2の「その他の重症な状態」に関しても、あまりに広すぎるのではないか、これは外すべきではないかというのが1号側の意見であるが、そういうところでやらないと現場ではなかなか分類に当てはめるのが難しく困ることになるので、そのままにしてほしいと発言した。
 - ・今回の改定では、重症度、医療・看護必要度に直接関係する5日間の救急医療管理加算がいじられる可能性が非常に高くなっており、5日間の日数に加えて救急医療管理加算の算定のところまでいじられると、病院の重症度、医療・看護必要度が予測がつかないほど動く可能性があるのでは、これに関しては私も診療報酬制度としてはこれだけのばらつきがあるのはいかなものかと思うが、徹底的に反対しているところである。
 - ・692ページから、高度急性期入院について、論点は771ページである。
 - ・まず、特定集中治療室であるが、S O F Aスコアに関して今回も幾つか資料が提出され、そこそこ使えるようなデータが出てきている。特定集中治療室の患者指標においては、今後、今の集中治療室の重症度、医療・看護必要度に加えてS O F Aを合わせ技で使う方向になっていくかと思う。
 - ・ただ、使い方が不明なので質問した。印象としては、今の重症度、医療・看護必要度にS O F Aを掛けて何%とか入室基準をいじる形になるのだろうと思うが、どういう使い方をするのか、それによるカットオフ値を幾つかにするのかシミュレーションを見せていただかないと、場合によると既存の特定集中治療室に大きな影響を及ぼす可能性があるのでは、全面的に反対はしないが、シミュレーションを見ないと何とも言えないというところで話が止まっている。
 - ・重症患者対応体制強化加算というものができ、非常に大変なICUしか取れないものであるが、この施設基準の1つに、特殊な治療法の1割5分という基準がある。この基準は非常に厳しく、患者が1人いなくなるだけで1割5分をクリアできなくなるということがあり現実的なものでなく、もう少し緩めてはどうかという提案をした。1号側はあまり緩めるのはけしからんと言ったが、これは緩めないとなかなか運用できないという話をした。
 - ・ハイケアユニットの施設基準の論点について、前回、特定集中治療室から心電図モニターがなくなったが、ハイケアだけはまだ残っているということではほぼ全例実施されており、

- 心電図モニターと輸液ポンプをA項目から外してはどうかというものである。
- ・そのこと自体に大きな反対はないが、前回の集中治療室では心電図モニターを外した分、A項目の求める要件を1点下げているので実害は全くなかったが、今回のハイケアユニットに関しては、この項目をなくした後、何点で重症度、医療・看護必要度を認めてくれるのかが不明である。
 - ・ほかに重みづけを考えてはどうかというのが出ている。例えば、より重症なハイケアユニットで見ている項目に関しては2点とし、そうでない項目は1点とするといったことが検討されているようであるが、そうするとカットオフの基準は変えずに、より重症の患者さんが多く入っていないとハイケアの基準を満たさない形に変えられる可能性があり、これもシミュレーションの結果を見ないと何とも言えないという話になっている。
 - ・レセプト電算処理システムコードを用いた評価の導入に関しては、あまり異論は出なかった。
 - ・3つ目の論点が一番大きな話で、医師の働き方改革と治療室における宿日直について。
 - ・宿日直を取っているICU職の先生を認める、認めないというのが中医協で議論されているが、今回に関しては認めてはどうかというところが落としどころになったと思う。これは下手をすると特定集中治療室から落ちてハイケアに行けという形になる可能性があったが、そこまで厳しいことは求めない。
 - ・ただ、宿日直による勤務の医師が治療室にいる新たな区分を設けることについてどう考えるかということだが、ICU勤務を3交代で行っているところと宿日直で行っているところの点数を分けようということであり、恐らく下がることになるのだろう。
 - ・そういうところに関しては手薄なので、特定行為研修修了看護師や遠隔ICUを導入して評価してあげたらどうかという提案で、なかなか止められないだろうとは思いますが、指標として、かなり多くの病院が宿日直を取っている。恐らくそれを言われても多くの病院が対応できなくなるので反対しているが、この動きはなかなか止まらないだろうと思う。恐らく減点される形になる。
 - ・755ページ、一般病棟、特定集中治療室、ハイケア、NICU、MFICUで宿日直を取っているところが何%ぐらいあるかという資料である。
 - ・実際に治療室内には常時いなければならないが、宿日直でも循環器の先生や、外科の先生が来たりという形で運用されている特定集中治療室は多いが、749ページの算定要件では「専任の医師が常時勤務」と記載されている。宿日直を勤務というのかということもあり、厚生局によって認めるところ、認めないところがあるということで問題化したと聞いている。この問題についてはどういう形になるのか分からないが、特定集中治療室としては認めるが、少し差をつけるというところで落ち着きそうである。
 - ・772ページ、感染症について（その2）について、第8次医療計画の策定に向けた指針の内容を踏まえということで、先生方のところにも都道府県から協定締結の話が来ていると思う。感染対策向上加算の1、2、3はもともとコロナの重点協力とひも付いていたりしたので、今回の協定締結との関係性をどうするかは診療報酬上、一定程度整理しなければいけない。
 - ・ただ、これで問題なのは、流行初期の対応をするのは500病院と言われているが、現在、感染対策向上加算1を取っているところが既に約1,200病院あるので、流行初期対応だけに絞るとすると2に落ちなければいけないところが多く出てしまうため、一応これよりも上の概念の点数を考えてほしいと伝えている。どうやって整合性を取るかは、まだ見えていない。
 - ・2つ目の論点について、来年3月まで特例で幾つかの点数がついているが、10月で大分下

がり、来年3月でなくなる。ただ、全くゼロでいいのかという話があり、恒常的に感染対策を行うのに資するような点数を何か考えたらどうかという論点をつくっていただき、我々も賛成しているが、支払い側はそれは不要だという形で終わっている。

- ・最後に、薬剤耐性、MRの関係である。これはA W a R e分類というものを前回改定で私も勉強したが、その辺を頑張っている医療機関を評価したらどうかという論点であった。

(4) 第571回 総会 (12月8日)

太田参与より、以下の報告があった。

- ・まず消費税の分科会から報告があった。
- ・改定のたびに実態調査が出たら消費税の5から10の補填が適切にできているかを検証することになっており、881ページで、全体の補填状況としては、医科107%、歯科105%、保険薬局91%であり、補填はほぼうまくいっている。
- ・次に、病院全体と一般病院、精神病院、特定機能病院、こども病院ということで、R3年度とR4年度で検証した結果である。これを見ると、こども病院だけが少し補填不足になっている。
- ・開設主体別等でも出ており、このデータを基に中医協総会では、消費税別で出された結論では、今回は見直しは行わなくてよいということでした。ばらつきが多くあることは先生方にも御案内のとおりであるが、中医協では適切に補填されているかどうかだけを議論することになっているとのことである。
- ・893ページから医療DX（その4）についてである。医療DXに関しては資料が多く出ている。論点は919ページにあるが、デジタル認証等の要件で、医療に関わるものに関して、一定程度掲示などをホームページに載せてはどうかといったことへの対応等が書かれているので、興味のある方は御確認いただきたい。
- ・918ページについて報告しておく、今回、診療報酬改定が4月から6月にずれることに伴って、診療報酬を含めての統計を、今まで6月にやっているとか7月に届けているものをどうするかということで、一応の案を出している。
- ・社会医療診療行為別統計に関して、毎年5月診療分で実施していたが、5月だと改定前になってしまうので、一、二か月後ろにずらすようなことで話が合った。
- ・2つ目として、7月1日付で保険医療機関等の届出を出して、それが全部集計されているが、これは8月1日時点で集計をかけることになっている。
- ・1年間の診療実績等を届け出るものに関してどうするのかという話だが、一応4月から3月のままでいくが、来年度に関しては6月から3月という形で、年間実績みたいなものを確認してはどうかという提案で、大きな問題なく通っている。
- ・920ページ、個別事項（その12）人生の最終段階における医療・ケアについて、論点は974ページである。
- ・入院における意思決定支援について、急性期一般入院料を届け出ているところにおいて適切な意思決定支援の指針の策定割合が低いということがあり、どうしようかという話であるが、私からするとDNARを取る取らないはともかく、かかりつけ医の段階でACPを取ってくれないと、全く人間関係ができていないところでACPなど急性期一般入院医療でがんがんやって取れるのかとも思うので、進めることはやぶさかでないが、あまり負担にならない形にしてほしいという感じであった。
- ・975ページからは明細書についてであるが、大した論点はなく、病院が困ることは多分ないと思われる。特にレセコンが動いている病院であれば問題はないと思う。
- ・業務の効率化に関して1017ページに論点があるが、デジタル化を進めていこうということなので、報告は省略する。

- ・1025ページから生活習慣病対策についてである。
- ・病院にとってはあまり大きな問題ではないが、今、かかりつけ医機能ということで、昨日、改定率が出たが、診療所を下げたらどうかみたいな話の中で、生活習慣病対応として特定疾患だとか、その辺が狙われている。
- ・この会議の場で支払い側から、高血圧、糖尿病、高脂血症に関しては特定疾患療養管理料は取れなくして生活習慣病管理料を取る形に持っていったらどうかという提案が出たが、それは暴論だという話をしている。このあたりがどうなるかが、今年の改定の一つの大きな問題になると思う。
- ・1121ページ、処遇改善（その2）については、これまでも看護職員処遇改善等をやっており、結論は1144ページに書いているが、来年度も処遇改善をしなければならないが、診療報酬の制度上でどう考えるかに関しては、入院・外来医療等の調査・評価分科会でまず分析を行ってから検討を進めることになった。入院分科会は1月4日に行うことが予定されており、恐らく2回ぐらいで決めて、中医協の総会に今回の処遇改善に関しての対応が上がるのが想定されている。
- ・1158ページから、食費について。今回30円上げられることになった。これは全て患者の自己負担で上げるもので、保険財源は使わない。
- ・1164ページから、診療報酬改定に関する各号からの意見が出ている。

（5）第220回 薬価専門部会（12月13日）

太田参与より、以下の報告があった。

- ・1169ページに薬価改定の骨子が記載されているので、興味のある方は確認いただきたい。
- ・今回の薬価改定に関しては、特に欧米系の製薬メーカーが強く求めているイノベーションの評価をほぼ反映したような改定になっている。それと合わせ技で、ここを厳しくするようなのがある形での制度変更だと感じている。

（6）第572回 総会（12月13日）

太田参与より、以下の報告があった。

- ・レケンビに関して、1206ページからの特例的な対応についてである。
- ・今までレケンビの薬価に関しては、通常どおりの薬価収載の値段のつけ方か、特例的な値段のつけ方をするのが議論されてきたが、通常値段のつけ方をすることとなった。
- ・また、費用対効果の価格調整について、レケンビに関しては費用対効果の価格調整範囲を上げる場合は10%、下げる場合15%下げるということを特例的に行うことになった。もともと費用対効果による価格調整は欧米の製薬メーカーは大反対であるが、日本の製薬メーカーがつくった薬で前例をつくり拡大展開していきたいということだと思う。例が挙げられているが、ICERが500万円よりも高ければ下げる、低ければ上げるということをし崩しにここでつくってしまったことになる。
- ・値段については1211ページ、レカネマブ、原価計算方式で1本、通常の使い方で年間298万円というのは報道でも言われているとおりである。
- ・資料の中で、最適使用推進ガイドライン等、幾つか留意事項が載っているので、施設要件等があるが、対応しなければいけない病院では対応をお願いしたい。
- ・また、アミロイドPETを取りにいくのも最適使用推進ガイドラインにのっとりということで、資料をつけている。
- ・1272ページ、DPCについて、今までコロナの関係で特例を使っていたが、元に戻すことになったので報告する。

（6）第573回 総会（12月15日）

太田参与より、以下の報告があった。

- ・140ページ、入院（その8）、高齢者救急が今、非常に大きな山になっている。195ページに、高齢者の救急患者等に対応する入院医療のイメージ図があるが、これまでも誤嚥性肺炎や尿路感染症等を何でも7対1で診るのはけしからんという話があり、一方で13対1の地ケアで全て診るのも無理であるという指摘があったが、今後増え続ける高齢者には、高齢者の救急の受入れだけでなくリハビリや栄養、退院の支援、早期の復帰、在宅介護との連携など全体をやっていかなければならないので、そういうものを包括的に提供できる病棟の入院料を考えてはどうかというのが、今回の爆弾的な提案であった。
- ・194ページに、急性期一般入院料1が一番左にあり、急性期一般入院料4が真ん中、一番右に地域包括ケア病棟入院料1とあり、その間が抜けているが、ここに急性期の包括入院料を今後考えていきたいという形である。算定要件がどうなるかまだ分からないが、恐らく10対1ぐらいを想定し、救急の受入れなど様々な要件がついて、そういうところで高齢者の救急をより診ていただけるようなことを考えてはどうかということである。
- ・今回の改定で急性期医療においては一番大きな論点になる。人手がかかるので、とにかくその人手をしっかりと配置できるような点数設定をしてくれるのか、全面的に否定するものではないが、算定要件や点数の設定水準を確認しないと何とも言えないということを私からは伝えている。
- ・これについては、一定程度、新たな点数をつくることになると思うが、任意にゆっくり我々が選択して使えるのか、急性期一般入院料1とか2の重症度、医療・看護必要度とか、非常に厳しく締めつけられて、上から強制的にここに行かされるような運用になるのか、改定率が出たので、ここにどれほど潤沢に財源が使えるのか分からないが、このような入院点数が今回提案されたということである。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第8回 医療保険・診療報酬委員会（12月1日）

報告は資料一読とした。

(2) 第40回 病院医師の働き方検討委員会（12月11日）

岡副会長より、以下の報告があった。

- ・外部説明として、厚生労働省より進捗報告があった。
- ・評価センターについて、B、B-1あるいはC水準等のために必要な受審状況として現状で480医療機関の申込みがあった。
- ・C-2水準に関しては、現在承認されている分野が小児科、外科、産婦人科で、最近新たに脳外科からの申請があった。
- ・面接指導実施医師の養成に関して、eラーニング修了者は7,117名。
- ・また最近、情報発信されているが、ウェブサイトで、医師の働き方改革の制度解説動画、漫画などのコンテンツが公開されているということである。
- ・宿日直許可に関して、最近マスコミ等で非常にネガティブな報道があり、当初はA水準のために宿日直許可をなるべく取るようにということであったが、最近は少し変わってきて、無理に宿日直許可を取るより、勤務条件に合わせて問題がなければ取るようになってきている。地方によっては労基署もかなり簡単に宿日直許可を出すので、無理に許可を取ってやるより、まずはB水準を取れるような評価センターを受審することも考えてほしいという話があった。
- ・最後に、働き方改革で全国医学部長病院長会議と連携を図るため、AJMCと四病協との懇談会を3月7日に開催することを企画しており、四病協の各団体から1名の出席依頼が

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 2023年度 病院経営定期調査（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）記者会見（11月28日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・厚生労働省日比谷クラブで3団体の調査結果に基づいて、相澤会長と私、病院団体合同調査ワーキンググループ委員の永易委員の3名で記者会見を行った。
- ・2023年度の3団体合同の病院経営定期調査によると、前年同月比較、年度比較ともに、病院の増収減益傾向が依然続いている。
- ・また、医療経済実態調査（実調）と比べて、回答数はほぼ同数であり、病院全体における実調の損益差額と本調査の医業利益の比較では、本調査の赤字比率が高い結果であった。
- ・本調査では、5年連続で医業利益が赤字の病院が6割を超えるなど赤字基調が続く、病院経営は非常に厳しい状況にある。
- ・財政制度等審議会では診療報酬本体をマイナスとすることが適当とされたが、診療報酬を引き下げれば、病院経営がさらに悪化することが予測される。
- ・医療は社会保障の根幹をなすものであり、国民の生命と健康を守るため、安定的な病院経営ができるよう財源確保等について、くれぐれも御配慮いただきたい旨をお願いした。
- ・次のページから結果を示しており、1300ページから2023年度病院経営定期調査の概要、1302ページから結果報告に使用した実際の分析結果を示している。ホームページ等にも掲載しているので、御確認いただきたい。

(2) 第104回 社会保障審議会医療部会（11月29日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・議題は3つあった。
- ・1つ目は、遠隔医療の更なる活用についてということで、内閣府の規制改革推進会議から、オンライン診療をもう少し拡大することについての検討が社保審の医療部会に依頼があった。
- ・ただ、規制改革委員会からは、オンライン診療で製剤を処方した後に副作用が出た場合の対応が全く検討されていないとか、タクシー代が3,000円かかるよりオンライン診療が便利だというような、非常に懸念を持たれるような意見が多く出てきているので、具体的に安全性を検討してからやるべきだと述べ、ワーキンググループできちんと検討することになっている。
- ・2つ目は、令和6年度診療報酬改定の基本方針について、具体的に論点が定まってきており、4点について固まった。
- ・1点目は、現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革の推進で、これは重点事項になっている。2点目、ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化・連携の推進。3点目、安全・安心で質の高い医療の推進。4点目、効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上。この4点についてそれぞれ意見を述べた。とにかく人件費、賃金が非常に上がっていること、また、ほかの産業の賃金が高騰しており医療分野の人材確保が難しいということを指摘した。
- ・3つ目は、令和5年度補正予算案について報告があった。特に入院時の食費について報告されたが、地域医療介護総合確保基金によるものであり、都道府県により少し状況が異なる。病院団体の先生方は、きちんと都道府県から病院に届いているかどうか、ぜひ確認し

ていただきたい。

(3) 第105回 社会保障審議会医療部会（12月8日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・令和6年度診療報酬改定の基本方針についてということであり、改定に当たっての基本方針について、これまで様々議論したことがまとめられたが、4つの中でも「人材確保・働き方改革等の推進」が非常に大きな問題であり、ここは重点的に議論しなければいけないということである。
- ・特に医療従事者の処遇改善をしないと、タスク・シェアリング・タスク・シフティングの推進が進まず、看護師をはじめ看護補助者、病院薬剤師などの処遇改善をしなければならないこと、看護師の賃金が夜勤や不規則勤務を考えると、責任の重さに比して賃金が決して高いとは言えないことを考慮してほしいと強く言われている。
- ・最近是他産業の賃金が上がっているため、医療従事者の確保が困難であることが、多くの委員からも発言があり、賃金確保のためは診療報酬できちんと対応すべきだというまとめの意見が出されている。
- ・また、大学病院をはじめ、若手の医師が保険医療機関から流出しているということがあり、この点についても非常に大きな問題であり、診療報酬でできる範囲での対応をすることが必要だということで、これが基本方針の取りまとめとなっている。
- ・実際に診療報酬の改定率が決まると、次は分配の話になるが、基本方針までの段階はこのように決まったということである。

(4) 第2回 「健康医療情報が拓く未来会議」（12月5日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・報告資料5-4は日病の事務局がまとめた議事録である。
- ・議題としては、4つのワーキンググループから発表があり、中でも3つ目の発表が印象的であった。
- ・内容は、東大の法科の米村先生の研究発表で、次世代医療基盤法というものがあるが、仮名加工された情報を認定事業者に出していいことになっているが、なかなか進んでいない。もう少し利便性よく医療情報を使えるようにするには、どのようにすればいいのかということだが、日本では、全ての医行為に伴う情報に関して患者さんの同意を得なければ使用することができないという入口の規制が非常に厳しく煩雑である。一方で、出口規制はほぼないに等しく、時に問題になるということで、入口規制ではなく出口規制をきちんとすることで、情報を使えるような法制度の設計が必要ではないかという話で、非常に納得できるものであった。
- ・ゲノムの報告については、発表のとおりでよいと思う。

(5) 第1回 標準型電子カルテ検討ワーキンググループ（12月14日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・標準型電子カルテ開発に向けた知見収集の場の中で、利用者目線の知見収集、技術者目線の知見収集のワーキンググループがあり、私が参加したのは利用者目線の知見の収集のワーキンググループである。
- ・医療DX推進本部で今年6月に、電子カルテ情報の標準化等に絡めて、標準型電子カルテは2023年度中に必要な要件定義に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手云々と書いてある。
- ・10ページ下段に、②標準型電子カルテの工程表がついており、2023年度は調査・研究を行い、2024年度にα版の開発に着手、2025年度にα版の提供開始、2026年度に本格実施という進め方である。

- ・上段の①は電子カルテ情報の標準化の工程表であり、マスターの統一等を含めたもので着々と進んでおり、現在はアレルギー物質のコード化、来年は救急蘇生に関する情報の標準化等を進める。
- ・医療DXのメリットとして、13ページで子供から青年期のメリットを掲載しており、14ページでは成人期から高齢期について書かれてある。一つ一つは少し弱い、国民に響くようにどう周知できるかというところである。
- ・15ページでは、医療・介護従事者、保険者・ベンダー等の関係者には、このようなメリットがあると列挙されている。
- ・16ページの導入の背景では、200床未満と一般診療所では電子カルテの導入は50%未満にとどまっているが、3年に1回の調査であり、直近令和5年のデータが出ていないため、令和5年のデータについて尋ねたところ、回答はなかった。コロナで調査していないのかもしれないが、令和5年のアンケートがあれば、一般診療所の49.9%が60%近くになっている可能性もあり、しっかり調べてほしいという要望を出した。
- ・20ページは、標準型電子カルテについて、検討技術作業班の第1回のやり取りにおいて、1年間でα版をつくるのは非常にタイトなので、作業班としては外来機能のみを先に提供するようにしたい。また1年間で開発することを考えると、α版の対象は外来のみの無床診療所としたいということである。当初は200床以下の中小病院と診療所となっていたが、この段階で病院は外れており、一般診療所から段階的にスタートするのが望ましいということになっている。
- ・22ページに標準型電子カルテについてのポンチ絵があり、真ん中に扇の要のように存在しているので、これが電子カルテの肝だと思われるかもしれないが、上の文章で下線が引いてある必要最小限の基本機能を開発しようということである。
- ・必要最小限の基本機能というのは、診療科目によらない基本的な医療行為が網羅できればよいとなっているので、アナムネーゼ聴取、問診、視診、聴診、打診、血圧、体温、身長・体重といったデータ、一般・特定健診と同等の一般の採血あたりを指すと思われ、これは電子カルテとは言えず、また電子カルテと言われると困るが、このあたりからスタートするということである。
- ・ただ、結果的に国がやる方針としては正しいと思われる。ミニマムから始めて、なるべく広く、どこでも使えるように広げて、様々なオプションをつけて機能を強化していくというやり方のほうが、最初からオールマイティーなものをつくるより成功の可能性が高いと思う。国も非常に過酷な道を進むなという気がするが、協力できるところはなるべくしてしていきたいと思う。

仙賀副会長は、以下のように尋ねた。

- ・新しい標準型電子カルテができるまでの期間は、自院の電子カルテの更新等は控えたほうがいいのか、それともまだ先だからやりなさいということになるのか。
- ・これができたとして、まず診療所から200床未満の病院等に広がる過程で、二本立ての電子カルテが自院に入ってくる時期が必ず来るが、どう対処すればいいのか。

大道副会長は、以下のように答えた。

- ・1つ目について、ちゃんとしたものになっていくにはまだまだ試行錯誤があり、相当先にならないと病院が安心して導入することはできないと思うので、更新は更新でちゃんとしたほうが良いと思う。
- ・2つ目の問題は、始まってすぐは基本的なことしかできないということで、透析の診療所を例にとると、基本的なところはこの電子カルテに入力するが、透析情報は全然入らないため別系統のシステムを自分で構築するか、もしくは今までのように紙でやるかの二本立

てになるので、すごく煩雑である。また、その情報を合わせてレセプトに出力しなければならず、そのあたりは一時期は大混乱になると思う。二本立てどころか、三本立て、四本立てになる可能性もあると思う。

(6) 自由民主党議員連盟「医療と地域の明日を考える会」第9回勉強会(12月6日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療体制を守るために、入院基本料は病院にとって入院収入の非常に重要な部分になるので、引き上げをしていただきたいと申し上げた。
- ・また、日本重症患者ジェット機搬送ネットワークの現状について説明した。
- ・議連として、「今日、国民に対し病院医療を安定的に提供するため、現行制度では入院という組織的な医療提供体制を総合的に評価する観点から」入院環境料、看護料、入院時医学管理料が一体的に評価されているものであること、それが15年の間、消費税増税時を除き、ほぼ据え置かれていること。このために職員の確保、教育・処遇改善、施設設備機器の維持更新等の財源がなくなっていること。さらに働き方改革への対応としてのワークシェア等のための財源もなく、電力・ガス等光熱費の高騰においても全く財源がない中で、やはり入院基本料の引上げが重要であるということを伝え、嘆願書が約5,000病院から上がっており、政府はこういう病院の声をしっかり聞いていただきたいという要望書を決議した。
- ・今、自民党政権が揺れており、なかなかこういう要望書をいただく時間が取れない中ではあるが、自民党の中で参加した先生方から強く言うてくださることで本体部分の値上げにもなっているかと思う。
- ・このようなことができたのも先生方の御支援、御尽力のおかげであり、この場を借りて御礼申し上げる。

(7) 第4回 医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会(12月1日)

報告は資料一読とした。

6. 令和6年度診療報酬改定説明会の開催について

島副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・2年に1回、診療報酬改定の度に説明会を行っているが、今回も日本病院会と全国公私病院連盟の共同開催で令和6年度診療報酬改定説明会を行う予定とした。
- ・ライブ配信に関しては、3月14日、13時から16時を予定しており、その後、オンデマンドで配信する。
- ・参加費は、会員病院は1名につき1万1,000円、非会員病院は1名につき2万2,000円であるが、受講していただく方には今回も白本を提供することを考えている。

7. 2024年度 役員会等開催計画(案)について

相澤会長より以下の報告があり、了承した。

- ・日本病院会の2024年度の役員会等の開催計画について、原則として第4土曜日としているが、様々な会との関係で第4土曜日に取れていないところがあるので、開催日について御確認いただきたい。
- ・この理事会での議論は非常に重要であり、会議の配信もしているので、ぜひ多くの理事の先生方に参加していただき、活発な御議論をお願いしたい。

8. 日本病院会・全国病院経営管理学会 共同事業について

報告は資料一読とした。

中村常任理事より、以下の発言があった。

- ・ 924ページ、死因統計であるが、結構ブラックボックスな部分があり、肺炎が3位だったときに肺炎球菌ワクチンの宣伝に利用され、私は診療情報管理学会等でおかしいのではないかと発言し、それで下がったことがある。

- ・ 診療情報管理の世界では、「老衰」というのは全く病気がない人にしかつけてはいけないと教育・指導されているが、クリニックの先生方でそういうことをあまり御存じない方が、自宅や施設で亡くなったりすると「老衰」とつけ始めて、この老衰が急激に増えて、現在3位となっている。

- ・ 確かに老衰といえば老衰であるが、今、地域の第8次医療計画をつくっており、新しい資料だと老衰が死因の第3位になっているが、少し古い資料を見ると肺炎が3位になっているということで、そうはいつでも90歳、100歳の人はもう老衰でもいいのではないかといったこともある。しかし、死因統計がこうなっているという現状は御理解いただきたい。

〔協議事項〕

1. 「かかりつけ医機能」について（11月理事会での協議の継続）

先月に引き続き、「かかりつけ医機能」について議論した。経緯を振り返りつつ、令和7年に施行される情報提供制度に入るとされる「かかりつけ医機能」をどう定義するか、定義を緩やかな概念とするか、具体的な項目を出すのか、内容によって中小病院が困るような結果とならないよう議論を継続することとなった。

以上で閉会となった。