

日 時 2024年2月17日(土) 13:00~16:28

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(Web) (各副会長)

牧野 憲一(Web)、中村 博彦(Web)、土屋 誉(Web)、前原 和平、亀田 信介、三角 隆彦(Web)、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、松本 昌美(Web)、難波 義夫 (各常任理事)

梶原 優、石井 孝宜 (各監事)

堺 常雄 (名誉会長)

今泉暢登志(Web)、末永 裕之、宮崎 瑞穂(Web)、小松本 悟(Web)、宮崎 瑞穂(Web)、万代 恭嗣(Web) (各顧問)

小熊 豊(Web)、邊見 公雄、楠岡 英雄、高橋 弘枝(代理:森内 みね子)、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)、有賀 徹、太田 圭洋 (各参与)

望月 泉(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)、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)

川本 雅樹(新入会員:市立根室病院 院長)、光定 誠(新入会員:練馬光が丘病院 管理者)、狭間 研至(新入会員:思温病院 理事長・院長)、天野 逸人(新入会員:吉野病院 院長)

総勢 56名の出席

相澤会長の挨拶に続いて新入会員4名(川本雅樹院長/市立根室病院、光定誠管理者/練馬光が丘病院、狭間研至理事長・院長/思温病院、天野逸人院長/吉野病院)から挨拶、外部説明(「一般社団法人日本救急救命士会(仮称)の設立について(全国救急救命士教育施設協議会)」「経済連携協定(EPA)に基づいた2025年度に来日する外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ機関募集について(国際厚生事業団)」)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

2024年1月13日~2月17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12件]

- ①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構 熊本南病院(会員名:長倉祥一院長)
- ②市町村・小田原市立病院(会員名:川口竹男病院事業管理者)
- ③医療法人・医療法人春林会 華岡青洲記念病院(会員名:華岡慶一理事長)
- ④医療法人・医療法人 東北北海道病院(会員名:池田清豪病院長)

- ⑤医療法人・医療法人社団優慈会 佐々木病院（会員名：佐々木敏行理事長・院長）
- ⑥医療法人・医療法人 福井愛育病院（会員名：鈴木秀文院長）
- ⑦特定医療法人・特定医療法人光寿会 城陽江尻病院（会員名：江尻一成理事長）
- ⑧社会医療法人・社会医療法人母恋 天使病院（会員名：西村光弘院長）
- ⑨社会医療法人・社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院（会員名：齋藤孝次理事長）
- ⑩社会医療法人・社会医療法人真泉会 松山まどんな病院（会員名：金子久恵院長）
- ⑪社会医療法人・社会医療法人敬愛会 なかがみ西病院（会員名：石原淳院長）
- ⑫個人・尾内内科神経科病院（会員名：尾内雅美院長）

〔正会員の退会 4 件〕

- ①都道府県・千葉県精神科医療センター（会員名：深見悟郎病院長）
- ②医療法人・医療法人山北会 肴町病院（会員名：戸澤和夫理事長）
- ③医療法人・医療法人社団志貴野会 サンバリー福岡病院（会員名：青木浩一郎院長）
- ④社会医療法人・社会医療法人石州会 六日市病院（会員名：谷浦博之病院長）

〔特別会員の退会 1 件〕

- ①特別会員 A・公益財団法人兵庫県予防医学協会 健康ライフプラザ健診センター（会員名：平田結喜緒センター長）

〔賛助会員の入会 4 件〕

- ①A 会員・サンヨーリアルティ株式会社（会員名：山川洋代表取締役）
- ②A 会員・株式会社クロスビット（会員名：小久保孝咲代表取締役社長）
- ③B 会員・社会医療法人社団三思会 どうめい厚木クリニック（会員名：河野昌史院長）
- ④B 会員・医療法人山北会（会員名：戸澤和夫理事長）

〔賛助会員の退会 1 件〕

- ①B 会員・一般社団法人 Medical Excellence JAPAN（会員名：渋谷健司理事長）

2024年2月17日現在 正会員 2,550 会員
 特別会員 143 会員
 賛助会員 257 会員（A 会員119、B 会員107、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 12 件）

- ①オンデマンド医療機関広報フォーラム2024に対する後援名義使用／公益社団法人日本広報協会
- ②2024年度「循環器専門ナース研修」に対する後援名義使用／公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
- ③シンポジウム「がん登録の社会への貢献」に係る後援名義の使用／認定特定非営利活動法人日本がん登録協議会・公益社団法人日本医師会
- ④第16回日本医療マネジメント学会大阪支部学術集会後援名義使用／同学術集会会長
- ⑤『第39回全国医療法人経営セミナー』後援名義使用／一般社団法人日本医療法人協会及び同セミナー実行委員長

- ⑥第99回日本医療機器学会大会の後援／一般社団法人日本医療機器学会及び同大会大会長
 - ⑦『第25回フォーラム「医療の改善活動」全国大会in岐阜』における後援／同大会大会長
 - ⑧「第29回第1種ME技術実力検定試験および講習」の協賛／公益社団法人日本生体医工学
会
 - ⑨第58回日本作業療法学会の後援／同学会長
 - ⑩第65回全日本病院学会in京都の後援／同学会学会長・実行委員長
 - ⑪2024年度「人間ドックの日記念セミナー」の後援／公益社団法人日本人間ドック学会
 - ⑫2024年度「地域交流セミナー」の後援／公益社団法人日本人間ドック学会
- (継続：委員等就任依頼2件)
- ①健康・医療新産業協議会第4回新事業創出ワーキンググループメンバーの推薦／経済産業省〔就任者…泉副会長〕
 - ②健康・医療・介護情報利活用検討会構成員の推薦／厚生労働省政策統括官〔就任者…大道副会長〕
- (新規：協力依頼1件)
- ①医療現場におけるメンタルヘルスケアの体制およびハラスメント防止体制の調査協力をお願い／山形大学学術研究院・中澤未美子氏、名古屋大学医学部附属病院・松尾かずな氏、NPO法人参画プラネット代表理事・渋谷典子氏
- (新規：後援・協賛等依頼1件)
- ①第30回国際HPHカンファレンスへの協賛および協賛金（1口：1万円／5口以上）の協力／同カンファレンス日本組織委員会

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2施設を認定承認した。

(新規1件)

- ①No.509 千葉西総合病院 健康管理センター（千葉県）

(更新1件)

- ①No.180 立川中央病院 附属健康クリニック（東京都）

4. 2024年度事業計画（案）について

相澤会長より以下の提案があり、承認した。

- ・1. 一般社団法人としての基盤整備、2. 適正な医療の確保に向けた病院の基盤整備、3. 政策提言に関する活動、4. 医療の質と安全の推進、5. 情報提供と広報活動、6. 病院職員の人材育成、7. 国際活動、8. 医療関連団体との連携推進の8重点項目を掲げて計画を立てた。
- ・2024年度における学会等の開催予定、委員会の担当副会長及び委員長一覧、セミナー・講習会開催計画、国際活動（AHF、IHF、WHO、IFHIMA）、通信教育実施計画、日本診療情報管理学会生涯教育研修会実施計画、全国病院経営管理学会研修会・報告会実施計画、役員会等開催計画（案）について記載している。日時を確認の上、多くの先生方の参加を期待する。

5. 2024年度予算（案）について

仙賀副会長より以下の提案があり、承認した。

- ・令和6年度予算総括表（案）。経常収益合計は、前年度予算より1,860万1,000円多い10億608万8,000円、経常費用合計では、前年度予算より1,321万5,000円増額の9億9,881万3,000円となる。

- ・以下は詳細説明である。
- ・Ⅰ．経常収益の部。1．受取会費は2億7,530万円、2．受取寄附金は2,835万円、3．事業収益は6億9,085万7,000円、4．雑収益は1,158万1,000円を計上し、経常収益合計は10億608万8,000円となる。
- ・Ⅱ．経常費用の部。1．委員会・部会は2,348万4,000円、2．ニュース発行は1,777万5,000円、3．雑誌発行は4,359万7,000円、4．インターネット運営は1,948万円、5．日本病院団体協議会は112万6,000円、6．四病院団体協議会は302万3,000円、7．助成金は3,094万円、8．負担金は500万円、9．研究研修会は今年度は計上せず、10．診療情報管理士通信教育は1億2,137万5,000円、11．病院経営管理士通信教育は1,793万2,000円、12．セミナー1は5,881万8,000円、13．セミナー2は2,099万1,000円、14．統計情報調査は3,674万8,000円、15．国際交流は1,500万9,000円、16．人件費は3億8,806万6,000円、17．社員総会は573万5,000円、18．常任理事会は584万3,000円、19．理事会は2,923万円、20．事務諸費は1億1,264万1,000円、21．建物管理は4,100万円、22．予備費は100万円を計上し、経常費用合計は9億9,881万3,000円となり、減価償却前当期純利益は727万5,000円となる。
- ・Ⅲ．投資活動収入の部。収入合計は2,487万円。
- ・Ⅳ．投資活動支出の部。支出合計は8,825万円で、差引額である当期投資活動収支差額は6,338万円のマイナスとなる。
- ・Ⅴ．財務活動収入の部は計上がない。
- ・Ⅵ．財務活動支出の部。当期収支差額合計と前期繰越収支差額を合計した次期繰越収支差額は2億2,806万9,401円となる。

〔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) メディカルジャパン東京（10月11日～13日）

報告は資料一読とした。

(2) メディカルジャパン大阪（1月17日～19日）

報告は資料一読とした。

(3) 2023年度 感染対策担当者のためのセミナー第3クール（1月20日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・1月20日に開催され、参加者は265名であった。内訳は看護師が162名で、看護師の参加が多かった。
- ・資料のとおりプログラムで行われ、非常に内容が濃いと好評であった。

(4) 第2回 ホスピタルショー委員会（1月22日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・1月22日に開催され、議題として、公開シンポジウムについての討議を行った。
- ・7月10日開催のシンポジウムは、「スマートホスピタルの挑戦」というタイトルで有賀副委員長と熊田委員が座長を務め、内容は記載のとおり4つのシンポジウムを企画したが、能登半島の震災の経験を踏まえて、改めて災害に耐える今後の病院の在り方についても1つ追加する予定である。
- ・2番目に、日本病院会監修セミナーとして、「病院におけるBCPの今後の課題」（仮）について取り上げる予定である。内容については災害についてのBCP（地域との連携継続を含めて）とサイバーセキュリティについてのBCPということで企画を考え、内容についてはさらに検討していく。

- ・3番目、ステージプレゼンテーションについては、事務局からの提示について討議され、依頼状、募集要項案について承認となった。

(5) 第5回 ニュース編集委員会（1月23日）

松本（隆）支部長より、以下の報告があった。

- ・検討の内容として、令和6年能登半島地震の発生を受け、急遽1月25日号の1面に掲載を予定していた「日本診療情報管理学会学術大会案内」を、4面に差し替えを行った。
- ・今後のニュース掲載の内容については、2月10日号には日本病院学会案内を楠田学会長に寄稿いただき、2月25日号には中医協答申、3月10日号には定例記者会見・四病協記者会見を掲載、3月25日号には診療報酬改定説明会、Q I フィードバック説明会について掲載、4月10日号には社員総会を予定している。
- ・「主潮」「無影灯」については、執筆予定者を決定し、順次依頼しているので、御協力をお願いしたい。
- ・前回報告したように、名刺広告の募集をかける予定である。募集数は40枠、協賛会員については4万5,000円、掲載は8月10日号と1月10日号の年2回である。
- ・2024年度の休刊は、例年どおり5月10日号、8月25日号、12月25日号である。
- ・介護報酬改定説明会の案内について、3月8日10時から3月15日金曜日10時までオンラインで配信される。会員からは資料代も含めて7,000円、非会員については1万1,000円である。

(6) 第7回 医業税制委員会（1月29日）

土屋（敦）常任理事より、以下の報告があった。

- ・1月29日に開催したが、それに先立ち1月11日に四病協の委員会があり、それを受けての委員会であった。2月8日に2月の四病協の委員会があるので、詳しくはそちらで報告する。
- ・令和7年度予算概算要求に関する要望について、若干の文言等を検討した。
- ・当会では昨年要望する予定だった「タスク・シフティング、タスク・シェアリングの活用」の研究に係る財政的支援」を新たに追加した。
- ・病院給食の在り方に関する調査研究の部分も引き続き要望した。
- ・四病協で取りまとめたものは、税制についてはこの時期はこれで一旦休止となるが、これまで厚労省に要望しても俎上に上らなかったいろいろな問題について、タイミングや世情の変化を見ながら継続して折衝していくことを考えている。

(7) 第5回 雑誌編集委員会（1月30日）

吉田（勝）常任理事より、以下の報告があった。

- ・雑誌発行費について、事務局より、2023年度12月末までの収支実績が示され、おおむね順調に発行できている旨を確認した。
- ・今後の雑誌掲載内容（案）について、2月・3月・4月号の内容、それぞれ巻頭言を三角常任理事、土屋（誉）常任理事、4月号については相澤会長にお願いする。
- ・中小出来高病院経営管理者向け研修会（JHAstis勉強会）、全国病院経営管理学会第58回大会、社員総会（3月）特別講演の掲載を予定している。

(8) 第3回 臨床研修指導医講習会（2月10日・11日）

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・2月10日、11日の2日間にわたり、都市センターホテルで集合形式で開催し、参加人数は50名、倍率は1.64倍であった。
- ・ディレクター、チーフタスクフォース、タスクフォースは記載しているメンバーで行った。
- ・コロナ禍にはずっとウェブ開催であったが、今年度は2回目と3回目が集合形式で開催し

たが、集合形式だとグループワークでの発表や、それに対する質疑応答も非常に活発であり、ワークショップ形式の研修会は集合形式でやる意味が非常にあると感じた。

(9) 第5回 病院精神科医療委員会 (2月15日)

報告は資料一読とした。

(10) 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17回 診療情報管理士認定試験 (2月11日)

- ・全国16会場56試験室で行い、専門2,311名、基礎2,158名の受験があった。
- ・3月の教育委員会で合否判定を行う。

(11) 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。

①第45・46回生 2023年度後期スクーリング (1月16日～20日、1月22日～28日)

- ・1月16日から20日、1月22日から28日にかけて、会場とZoomのハイブリッド形式で開催した。
- ・1年次、2年次合わせて40名と45名の参加であった。
- ・2年次生に関しては、11科目13単位、1年次生については9科目12単位で行われ、内容については記載のとおりである。

(12) 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117回 診療情報管理士生涯学習研修会 (12月23日)

- ・プログラムは「免疫学基礎 (医学知識)」「COVID-19の今までとこれから」という講演があり、シンポジウムは「新型コロナウイルスによる影響について」ということで行った。
- ・問題としては、34名の申込者のうち参加者は26名であった。コロナ禍の間、対面で行えずオンデマンドで実施していたが、そのときには200名から300名の参加があったことから、オンデマンドでいつでも聞けると参加者が多いが、実際に会場まで足を運ぶことはなかなか大変だということが分かり、そういったことを今後につなげていかななくてはいけないと思っている。

②第3回 生涯教育委員会 (1月29日)

- ・生涯教育委員会では、認定指導者の認定に関する実施要綱を一部変更したことが記載されている。
- ・認定団体として15団体あるが、全て更新許可の候補として理事会に提出する。
- ・生涯教育委員会の研修会は、2024年度4回のうち、1回は学術大会の際にモーニングセミナーとして対面で開催するが、あとの3回についてはオンデマンドも入れたほうがいいかは今後検討していきたい。

③第4回 編集委員会 (2月2日)

- ・委員の変更があった。
- ・査読した中で不採用となるものがある中で、どうしても雑誌に載せてほしいと要望されることもあるが、ある程度のレベルに達していないと掲載するわけにいかないの、査読の先生に御指導いただき、掲載できるレベルに持っていくような配慮をすることになっている。
- ・論文について、昨年の学会でブースをつくり相談コーナーを設置したところ需要があったので、今年の第50回診療情報管理学会学術大会でもそのコーナーを設置することを話し合っている。
- ・今年の学術大会が第50回となるため、埼玉で開催される第51回学術大会に合わせて50周年

記念誌を作ろうという計画が出ている。

- ・また、優秀論文賞や奨励賞も創設し、採点を委員に依頼する。

2. 日病協について

(1) 第219回 診療報酬実務者会議（1月17日）

報告は資料一読とした。

(2) 第229回 代表者会議（1月26日）

(3) 第230回 代表者会議（2月16日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・第229回、第230回の代表者会議は2回とも中医協からの報告であり、診療報酬の改定についての結果の報告であった。後ほど太田参与から詳しい報告があるので確認してほしい。
- ・次期副議長に当会の望月泉岩手県支部長が選出され、来年度は仲井議長、望月副議長という体制で日病協が運営されることになった。

3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第13回 入院・外来医療等の調査・評価分科会（1月17日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・今回のテーマは、医療機関等の職員における賃上げについてということであり、追加的な措置となる。
- ・診療所における初再診料で、賃上げに必要な点数として初診料6点、再診料2点と設定したが、135ページ左側の赤く囲った部分が賃金増率が不足する。
- ・少なくとも1.2%は確保したく、1.2%以上の賃金増率とするための追加の評価が1～8まであり、8通りの点数による評価を追加して補正すると必要な点数が確保できるというのがこの考え方で、入院医療のほうで最終的に165通りと決まっているやり方と全く同じである。
- ・歯科訪問診療の部分においても、賃上げ必要点数を検討していることが記載されている。
- ・訪問看護ステーションにおいても賃金増率が不足している施設におけるさらなる補填が行われ、18通りとなる。
- ・ここでの論点は、追加的なシミュレーションを踏まえ、診療所、訪問看護ステーションにおいて、賃金増率が1.2%に達しない医療機関の評価についてどのように考えるかと結ばれている。

泉副会長は、かなり複雑なシステムになってきている。今後いろいろな説明会が行われるので、理解して、正しく実行してほしいと述べた。

(2) 第577回 総会（1月10日）

(3) 第579回 総会（1月17日）

(4) 第581回 総会（1月26日）

(5) 第582回 総会（1月31日）

(6) 第584回 総会（2月14日）

太田参与より、以下の報告があった。

- ・エントリーした資料は、資料3-2は1月10日の総会資料、資料3-3は薬価制度、資料3-4は賃上げに関しての1月26日の資料、資料3-5が1月31日の中医協総会での公益裁定の結果、資料3-6は2月14日に答申が出たので、その短冊の資料を全部載せている。
- ・前回1月12日の理事会で説明した後、様々議論のまとめが行われ、公聴会が行われ、短冊が出て、短冊の議論が行われ、2月14日に答申、価格表が出たという状況である。今後は、中医協はほぼ2週間に1回開催されており、次は3月5日予定で、いわゆる通知、告示が

出てくるスケジュールは3月5日となる。

- ・答申の短冊は診療報酬改定の基本方針に則った形でまとめられており、項目が様々なところに飛んで分かりづらい形で並んでいるので、まず最初に賃上げに関して話した後、高度の急性期に絡むもの、急性期に絡むもの、回復期に絡むもの、慢性期に絡むものという形で説明していく。
- ・賃上げに向けた評価の新設については、今回、0.61%の財源を確保されている看護職員、その他医療関係職種に対する賃上げを行うが、外来に関しては外来・在宅ベースアップ評価料ということで、初診6点、再診2点をまず乗せ、その後に訪問診療でこういうことをやっているところは乗せるという点数が書かれている。
- ・また上記の記載に引き続き、先ほどの6点、2点だけでは足りない診療所があるので、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の8点、1点から64点、8点までの8通りの追加の定数が設定された。この2つが初再診の加算点数的な位置づけで設定されているものである。
- ・前回のおさらいとして、今回の処遇改善は、診療報酬改定の改定率の文書に令和6年度にベア2.5%、令和7年度にベア2.0%の実現ということが書かれたことにより行われている。3つの方策で賃上げを行うということで、①は、もともと病院ではこれぐらいのことをやっていたというもの。②は、今回の財源0.61%を確保したことによってできる賃上げ。③はいわゆる賃上げ税制で、この3つを組み合わせると2.5、2.0を上げてほしいということになっている。
- ・大臣折衝事項では、これから2系統に分かれるので、まず※2、0.61の部分に関してはかなり厳密な賃上げの実施とその報告を求められる。※1、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師については、一応0.28%程度の財源を確保して賃上げを行う形になっている。
- ・引き続き、2.5と2.0を上げてほしいということであるが、診療報酬は実質そのうちの2.3%を2か年分を手当てしたことになる。
- ・計算が合わない等の質問もあるが、厚労省の説明としては、2か年で2.5%、2.0%上げるので均すと約3.5%であり、そのうち2.3%は診療報酬で配り、①の医療機関の自主的な努力によって上がる部分が0.6%、賃上げ税制による部分が0.6%、足し算して3.5%分の財源が医療機関に賃上げ用に一応配られているというものである。
- ・しかしながら、①は経営の厳しいところではできるところはほとんどなく、③の賃上げ税制に関しては、設立母体によるが法人所得税を払っていないところは、そもそも財源が出ないので、実質的には足りない。
- ・診療報酬の話に戻りますが、先ほどのベースアップ評価料の話では、まず最初にどういう形で診療報酬で点をつけたかということ、初再診で2点、6点が加わる。それから訪問診療をやっている診療所では、訪問診療関係で点数をつける。病院では、それ以外にたくさんのスタッフがいますので、残った分は2.3%になるように入院基本料で乗せるという形で整理された。それが先ほど説明のあった165通りの点数を設定したもので、前回つくられた看護の処遇改善の点数の設定と同じ形式で今回も点数を設定した形になっている。
- ・入院ベースアップ評価料(1日につき)については、計算式が昨日の厚労省のセミナーで出てきているが、これで請求するという形の点数が設定されている。
- ・ここまでが0.61%の財源のつけ方である。
- ・40歳以下の医師、その他事務職員等については356ページで、これは外来の基本料(初再診料)、入院であれば入院基本料に直接0.28%分乗せたということで、入院基本料の引き上げが行われている。
- ・ただ、40歳以下の医師の分布は医療機関によって偏っており、その財源の振り分け方は、どちらかということ急性期機能の高い、特に特定機能病院等に厚く点数が上がっていること

が見て取れる。急性期一般入院料では33点上がっているが、当然その中から処遇改善も行っていただく形になる。

- ・今回、入院基本料をこういう形で上げたが、356ページの上の基本的な考え方のところを見ていただくと、支払い側は非常に難色を示しており、理屈としては、賃上げもやるが、それ以外の栄養管理体制を明確化して入院基本料の算定要件に入れる、身体的拘束の最小化の取組も入院料そのものの基準に入れるという形で入院料を算定する以上、これは必須のルールとして設定することをもって、入院料の引上げ理由という形になっている。
- ・この部分は全ての医療機関の必須事項になっているので、御確認いただきたい。
- ・身体的拘束の最小化に関して中医協でいろいろ議論があったが、7の(3)で、いわゆる診療報酬上、医科点数上でいう「身体的拘束」の定義は、「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」ということである。今、いわゆる行動監視装置や薬剤等でも当然取っているが、あくまでも医科点数表上での身体的拘束は限定等にも関わってくるところが今回の改定で設定されており、具体的には体を縛りつけるようなことに対して一定程度のペナルティーや最小化していく取組が制度設計上で求められている。
- ・職員の賃上げを実施すること等の観点からは、初再診に関して、初診料が3点、再診料は2点、外来診療料も2点上がっている。
- ・ここまでが賃上げ関係であり、続いて、急性期機能である。
- ・高度急性期の関係では、いわゆる特定集中治療室の見直しに関してである。
- ・今回、「基本的な考え方」と「具体的な内容」となっている。具体的な内容としては、S O F Aスコアを特定集中治療室管理料の算定要件に入れること、必要度Ⅱを使うこと、また、必要度の基準に関しても変更し、該当項目では輸液ポンプの削除やA得点を2点以上にすることなど幾つかある。
- ・また、下の表から分かるように、特定集中治療室の点数はそこそこ大幅に上がっている。これは医師の働き方改革の財源をここに振っていることもある。
- ・ただし、今回、特定集中治療室管理料の5と6が新設されている。特定集中治療室で勤務する医師が宿日直許可を得て実施している集中治療室は1・2・3・4は認めず、5と6で取ることになる。この点数を見て分かるように、例えば特定集中治療室3が5になると、大体8,000点、1万円弱値段が下がることになり、これはかなり厳しい設定になっている。
- ・また報告しておかなければいけないのが、今回新設された施設基準で、特定集中治療室管理料5は、宿日直許可をやっている集中治療室に関しては(2)専門看護師や認定看護師等の配置が算定条件に組み入れられている。経過措置として令和8年5月31日まで獲得したが、努力義務に近いものではあるが、今後、適切な研修が終わった看護師を配置しなければならない。
- ・特定集中治療室の床面積が、答申日に急に20平米で出てきたが、特定集中治療室管理料の3と4に関してはもともと15平米で算定されており、多くの病院から答申日の午後以降、これは対応できないので何とかしてくれと連絡があり、医事課に確認して15平米でよいという形で既に訂正が短冊として出ているので、確認いただきたい。
- ・特定集中治療室管理料5・6に関しては、いわゆる遠隔ICUモニタリングの点数として980点が設定されている。
- ・シミュレーションのほうに戻るが、今回、必要度が大幅に変わっている。S O F Aも入れられており、1月10日第177回総会資料のシミュレーションに戻ると、必要度の変更とカットオフ値の変更によりどれぐらい影響を受けるかが出ている。
- ・これは見直し案1、2が想定されていたが、今回は見直し案1になった。80%、10%とい

う厚労省の基準で見ると、見直し案1だと1.5%が必要度を満たさない形で上に書いてあり、下を見ると、上のICUの1・2が必要度Ⅱを用いた場合は1.5%落ちるところでカットオフ値を切ったということであるが、下側、現行の届出区分に基づくものと比べると、80以上のところを見ると9.4%落ちるところで今回カットオフ値が設定されていることになるので、一部の病院に関して、今回の必要度及びS O F Aの5点以上割合が10%というものに関しては、入室の患者の一定程度の見直しを行わなければいけない医療機関が出てくることを報告する。

- ・ハイケアもかなり必要度の見直しが行われた。具体的には創傷処置、呼吸ケア、点滴3本、重みづけ等いろいろされており、次のページにカットオフ値が出ている。
- ・もう一度シミュレーションに戻り、ハイケアに関して、今までの項目を2系統に分け、非常に医療処置の重たい項目が右上、それ以外の項目が右下に書いてあり、今回はこの各々のパーセントのАндをカットオフ値とする形に変更されている。
- ・ハイケアの入院医療管理料に関しては、重たいほうの比率が15%、全体の比率が80%のところからカットオフ値が引かれたことになるが、重なるところを見ると分かるが、2割のハイケアが今と同じ患者さんを入れていて満たさないというところで、今回設定された形になっている。
- ・ハイケア2に関してだが、こちらも10%から12%、満たさないところでハイケアの設定がされており、病院の運営に結構大きなインパクトを与えるものになってしまっている。
- ・続いて、急性期充実体制加算の見直しも行われている。
- ・まず、300床以下の病床数当たりのものが廃止になったこと、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加し、また小児、産科、精神は加算の点数という形で設定する。下の表では、現行と改定案で下がっているように感じられるかもしれないが、小児、周産期等の加算で2の下にイとロが入っており、これを追加で算定することで、これをいるところに関しては増点となっている。ただ、300床以下のところはこれがほとんど満たせなくなるので、全国で5病院がここから落ちていく。
- ・総合入院体制加算の見直しに関して、総合入院体制加算の1と2、どちらかという医療機能の高いほうの点数が20点ずつ引き上げられている。ただし、算定要件がかなり厳しくなっており、実際に新しい加算1が取れるところ、2が取れるところに関しては確認が必要である。
- ・総合入院体制加算のもう一つのトピックは、下部で下線が引いてある部分だが、前回、急性期充実体制加算に入ってきた敷地内薬局の制限要項が総合入院体制加算にも入っている。令和6年3月31日以前から敷地内薬局があるところはいいが、今後の新設は認めないという形で設定されており、敷地内薬局に関しては非常に厳しい診療報酬改定の結果となっている。
- ・いわゆる同一敷地内薬局の見直しについて、これまで調剤基本料や調剤員の点数をいじることで敷地内薬局を抑制しようとする動きが続いていたが、これについて、「一月当たりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合」の医療機関側の処方箋料の評価を見直すことになる。既に敷地内薬局をつくってしまった医療機関では、この4,000回と9割に対応できるのか、検討いただく必要がある。
- ・この内容については資料に記載がある通り、処方箋料を18点、29点、42点にするようになっており、現在の処方箋料よりも20点程度下がる形になるので、場合によると200円掛ける延べ外来患者数が医療機関の減収要因になる。
- ・中医協の答申があった日に日医、四病協の記者会見があったが、病院関係者、病院団体と

して、この敷地内薬局の問題をどう考えるのかという質問を何人かの記者から受けた。中医協の議論の場でも私は中医協委員として発言しているが、病院団体として敷地内薬局をどう考えるかについて一定程度議論をして見解をまとめる必要がある、そういう時期に入っていると考える。薬剤師会や日医との関係性は重んじながら、厚労省の現行の方針を是とするという考え方もあるし、規制改革で新たな動きが出てくる中で、実際に敷地内薬局をつくっている病院もかなりの数になるので、公式な見解をどうするかは今後検討する必要があると考える。

- 平均在院日数が急性期1は18日から16日に変更したが、これは大きな影響を及ぼすものではないと思う。
- 医療・看護必要度の見直しが行われたが、非常に厳しい数字で公益裁定が1月31日に出てきた。
- 急性期一般入院料1に関してはほぼ必要度Ⅱであり、割合1が2割、割合2が27%というところで今回、公益裁定になった。これはやはり非常に厳しい数字だと言わざるを得ず、最初にこの公益裁定の数字を見た段階では唖然とした。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシュミレーションについてだが、今回、必要度A項目の見直し、C項目の見直しが行われている。最終的には、見直し案4が公益裁定で設定された形になっているが、まずこれだけA項目を含めての基準の見直しが行われ、次のページで、A・3点以上、C・1点以上の割合と、A・2点以上、C・1点以上の割合を両方満たすことが急性期一般入院料1では今後求められることになるが、その基準を様々シミュレーションした。
- 急性期一般入院料1における判定基準の見直しに事づくると、もともとカットオフ値は右上の15%、18%、24%、28%でシミュレーションされていたが、このDと比べると①の割合は2%厳しくなり、②の割合は1%甘くなったところで、今回の公益裁定が行われている。
- シミュレーションの結果としては、見直し案4で、横軸20%、縦軸27%のところを見ると、10.9%の病院が満たさなくなるところで設定されているが、青線の下を見ると、現行で既に4.5%しか満たしていないということなので、実質的に約16%の病院が、今回、必要度Ⅰの基準を満たさなくなるところでカットオフ値を切られたことになる。
- 今回は全て必要度Ⅱなので、工夫の余地はほとんどない中で、実際にこれぐらいの病院が入院料1を満たさなくなると想定され、かなり厳しい状況である。
- その内訳については、これもシミュレーションで出ていたが、今回、見直し案4になっているが、上は必要度Ⅱの届出医療機関1,149病院、下はそもそも必要度Ⅰ急性期一般入院料1を取っていた医療機関223病院で、ここはパーセント値が書かれているが、例えば上のほうで今回必要度Ⅰは20%、必要度Ⅱは27%で切られたとすると、必要度Ⅱを届け出ている医療機関は約10%が落ちるところで線を引かれたことになり、下の必要度Ⅰで届け出たところは中小の病院が多いが、ここだと見直し案4、一番下の該当患者割合①、該当患者割合②が20%、27%になるのは真ん中に近い。30%タイル値ぐらいのところはシミュレーション上出ているので、必要度Ⅰで急性期一般入院料1を届け出ている病院が3割落ちるところでカットオフが設定されていることになり、やはり中小の病院に非常に厳しいといえる。
- 実をいうと、これだけでは終わらず、先ほどの必要度で急性期2・3・4・5の必要度のパーセントも出ているが、そのシミュレーション結果も182ページにある。急性期2だとまさにカットオフ値の数字だが、17%落ちるところで線が引かれている。急性期4は187ページで、15%で必要度Ⅱを設定されているが、これだと約15.9%落ちるところで設定されている。急性期5は192ページ、8%落ちるところで設定されており、やはり中小の病

院にはかなり厳しいことになっている。

- 同じく、D P Cでも結構大きな影響を急性期の病院、特に中小の病院は受けることになる。
- とにかくここで先生方に知っておいていただきたいのは、今回のD P Cの見直しの2.(1)のデータ数である。一月のデータ数が90以上である病院はほぼ、今後はD P Cの対象病院として徐々に位置づけていく。すぐにではないが、基本的には90データを出せていない病院はD P C制度から退出する方向に舵を切られている。
- 今回、病院の基礎係数を設定する段階で、データ数90以下の病院を分けて基礎係数が設定されているということで、シミュレーション上、90データ以下の病院の基礎係数はかなり下がることが出ており、激変緩和措置が基礎係数2%でかかるが、データ数90以下の病院はほぼ2%下がるまで基礎係数が下がることになるだろう。
- データ数90というと、一月に90人分のデータをE Fファイル等ではさなければならず、イメージとしては急性期の病棟が2病棟ないと無理である。1病棟ではかなり厳しいラインであり、中小の病院で急性期病棟が2病棟とか3病棟のケアミックスの病院だと、必要度が厳しくなったので、そのうちの1病棟を地域包括医療病棟に変えることを今後検討することもあろうが、例えば2病棟でD P Cに入っていた病院が1病棟を地域包括医療病棟に変えると90を切ることになり、D P Cからの退出を検討しなければならず、これは連立方程式的になるということで、それも含めて厳しい状況になっている。
- 急性期の地域包括医療病棟の入院料は、点数としては3,050点と出てきて想定どおりであるが、医事課としては結構頑張った数字だと私は認識している。その後に加算点数が出てきて、看護体制や看護補助などいろいろ出てくるが、全部上手に取っていくとそこだけで恐らく4万円ぐらいになり、リハビリが包括から外れているので、1,000点以上処置、手術など、いわゆるD P Cで包括から外れるものは出来高算定ができる形になっているので、急性期一般入院料1が厳しくなったことに対する受皿となり得る、非常に重要な病棟入院料が10年ぶりに新設されたことになる。
- 施設基準に関しては、まず一般病棟の病棟単位で10対1だと書いてある。看護職員が7割以上、(4)でP T、O T、S Tの常勤2名の配置、専従ではなく常勤での配置である。栄養士1名の専任等もあるが、ここで私自身が問題だと思うのが、必要度がかかってくることである。別表を見ると、これもまた複雑なかけ方をしているが、まず1割5分、1割6分と書いてあるが、いわゆる急性期一般入院料必要度の1割5分(急性期一般入院料4の基準)をクリアしなければ、この入院料は取れないということが書かれている。
- もともと誤嚥性肺炎や尿路感染といったA項目を厳しくして必要度に引っかからなくするという改定が行われた中で15%の必要度を満たしていくのは内科系だけではかなり厳しい数字なので、何とか緩くしてほしいと非常に強く要望していたが、かなわなかった。平均在院日数21日、在宅復帰率8割、他病棟からの転棟5%、救急車で来るか、または下り搬送を足して1割5分、15%というのが算定要件になってくる。特定機能病院、急性期充実体制加算、専門病院入院料では取れないということが書いてある。
- これをしっかりと確認いただき、もし検討しなければいけない医療機関は、積極的に様々なシミュレーションを行っていただきたい。
- 今回のもう一つの急性期の山場は、急性期からとにかくリハビリを実施するという話である。A D L維持向上等体制加算が廃止になり、リハ・栄養・口腔連携体制加算120点ができた。入院から14日間、算定要件は下に見てあるが、とにかく入ってすぐ様々評価して、祝日も含めてリハを実施するということである。
- 昨日も日病協でいろいろと質問が出たが、私が知る限り、疾患別リハはこれとほぼ併算定できると聞いているので、とにかく新たに入院した患者をしっかりと評価して、祝日も含

- めて頑張ってリハビリをやり、急性期の医療機関はとにかくADLを維持させて、当該病院に戻れるようにするということが、急性期の一つの山場の点数だと思う。
- ・初期診療後の救急患者の搬送の点数であるが、これも結構高めの設定がされ、当日に外来から直に下り搬送した場合は1万8,000円、入院1日目1万2,000円、8,000円、6,000円という形になっている。一定程度の救急搬送台数の実績が必要だと施設基準にあるが、これに関しては3月5日の通知、告示待ちである。また、搬送の時に、看護師、救急救命士または医師が乗っているという要件になっている。これも今回の改定の一つの山場だと思う。
 - ・救急医療管理加算について、中医協で様々議論されたが、一応、その他の重症な状態は残していただけたのが救急医療管理加算2である。ただし、その他の重症な状態が5割を超える医療機関に関しては、ほぼ半分の点数に削られる形で救急医療管理加算の見直しが行われていることを報告する。
 - ・感染対策向上加算が見直されている。第8次医療計画や予防計画でいろいろ出ているもので、感染対策向上加算1と2に関しては第1種協定締結医療機関が要件になっている。結構誤解されているが、流行初期の1週間で30床というような厳しいものではなく、とにかく3か月後から6か月後ぐらいまでにコロナのときのような新興感染症病床を確保するというのが第1種の協定締結なので、そこが感染症対策向上加算1と2の算定要件に入っているということで整理されている。
 - ・回復期である。
 - ・地域包括ケアに関しては、今回、ベースの点数は29点上がっているというのが、短冊の現行と改定案を見ると分かるが、40日のところでカットオフされ、40日を超えたところから大体150点下がっている。また実績として、訪問看護等の実績も医療だけでなく介護も含めての件数に切り替わっているので、この部分も確認いただきたい。
 - ・地域包括ケア病棟に関しては、今回、短期滞在手術等基本料を実績から省く形になったので、地域包括ケア病棟入院料については、そこだけ確認いただきたい。
 - ・回りハに関しては、具体的な内容のところに書いてあるが、一番大きいのは、8. 体制強化加算1及び2を廃止するというところです。次のページに点数が出ているが、回りハも40歳以下の医師の処遇改善等も含めて100点上がっているが、体制強化加算がなくなっているので、実質的には減点である。
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料の関係で一番大きいものが、運動器の6単位制限がかかっている。これも中医協でかなり反論したが、止められなかった。算定要件をしっかりと確認いただきたい。
 - ・療養病棟入院基本料については、非常に精緻化された。今まで医療区分1～3とADL区分1～3だけであったものが、疾患と処置の医療区分を別々に分ける形になり、27通り＋スモン3分類の30分類に変更になっている。以降のページに30通りの点数が載っている。各療養の病院は、看護師が疾患が何、処置が何と毎日書き込んでいくことが請求上、必要となる。
 - ・中心静脈栄養については、いわゆる広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、幾つかの疾患名が羅列されているが、「等」がついていない状態以外は、基本的に30日までしか医療区分3にはならないというものが設定されており、中心静脈栄養は医療区分2相当に引き下げられることになる。また、表の上の文章の4. では、中心静脈栄養を終了後、何日まで許されるかというのは黒塗りになっていたが、7日間に限り前の区分ということになった。
 - ・療養に関して、経腸栄養加算が議題に挙がっているが、経腸栄養を始めたときから300点つくが、これも7日間、入院中1回限りということである。ここも黒塗りでもう少し長い

かと思っていたが、答申日に出たものはそうではなかった。

- ・細かいことではあるが、いわゆる医療区分1、ADL区分1に関しては2単位までのリハで制限され、それ以上は包括にすることが書かれている。そういうことを意図的にやっている医療機関があるということで目をつけられての適正化である。
- ・障害者施設等入院基本料に関して、「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止することになった。また、いわゆる障害者病棟に入っている透析患者は長期入院の受皿に一定程度なっていたが、ここに関して今回、基本的に医療療養と同じ点数になるということで、非常に読みづらい文章だが、関係する先生方はしっかり読んでいただきたい。
- ・あとは、生活習慣病管理料の関係、特定疾患が高血圧、糖尿病、高脂血症が削除された等、診療所が大きな影響を受ける部分や、在宅もメガ在宅と呼ばれるようなところが適正化されたといったことがあるが、ここでは割愛する。
- ・この短冊には入っていないが、同日に出た医科点数料の新旧の修正案に手術料の変更が点数として2月14日の資料に載っている。外保連が頑張ったのだと思うが、結構な手術は一応点数が上がっているので、どちらかという医療機能の高い病院などは手術料でもかなり増収になる可能性があるので、一度試算していただきたい。
- ・短冊の説明は以上である。
- ・全体としては、冒頭の相澤会長の発言にもあったが、かなり経営が厳しい中に置かれている医療機関に対して、この診療報酬の改定内容は、全体として厳しい。特に中小病院には、処遇改善も行わなければならない中かなり厳しめの内容となっている。特に必要度の公益裁定が出た際には、実は直前まで2号委員側は皆で退室するかという話まで出ていたが、前日に日医の松本会長から退室という大人げないことはするなという話があり、粛々と公益裁定の結果を受け入れたが、中医協の中では、決定した公益委員も責任を行うという長島委員の発言もあった。
- ・これによってどれぐらい地域や病院の医療提供体制が変化するのか、場合によっては破綻する病院も出てくることを懸念する内容となってしまったことをお詫びしたい。泉副会長は、いろいろ質問もあるだろうが、じっくり読み込んで勉強し、自分の施設でどう対応するか決めていただくことになる。これから説明会が多く開催されるので、そこでいろいろ検討していただきたいと述べた。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第6回 医業経営・税制委員会（1月11日）

土屋（敦）常任理事より、以下の報告があった。

- ・医政局から税制改正大綱に記載された事項の説明があった。目新しいものはなく、それぞれ延長、継続、またはっきりしなかった部分の明文化等であった。
- ・1番目、地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の延長。不動産の取得税が2年間延長となった。2番目、社会医療法人が行う救急医療等に「新興感染症発生・蔓延時における医療の確保に必要な事業」が追加、また改正感染症法の流行初期医療確保措置に係る収入の非課税措置の明文化、国家資格の職権による登録免許税の措置、厚生連の差額ベッドの法人税要件の見直しがある。
- ・いつも四病協の要望が膨大になるので、焦点を絞ってアピールできるような要望に変えていこうという話があった。

(2) 第7回 医業経営・税制委員会（2月8日）

土屋（敦）常任理事より、以下の報告があった。

- ・令和7年度予算要望であるが、要望事項が多いので、なるべくシンプルでコンパクトで重点項目を絞るといふことで議論された。文言を変更する部分は、時勢に合ったものにするという点と、焦点を絞り、まずは主要要望を真っ先に述べ、山積する諸問題については、その他といふか後書きの形で加えてはどうかという提案があった。今後、委員会を重ねながら詰めていく。
- ・前々回から全日病の委員として参議院議員の星委員が加わっているが、税制要望、予算要望、政策要望とそれぞれあるが、大事なものはそれぞれの要望の中で重なってもスタイルや文言を変えたりして要望していくべきではないかという御意見をいただいた。
- ・ただ、一時補助金は予算要望で扱うが、その後に診療報酬になると中医協マター、政策マターとなるので、そこをどううまく要望としてバトンタッチしていくか、放置して問題がなおざりになり既成事実化してしまうものに対してどうアプローチするかといった問題は、やはり総合部会でもんでもらったほうがいいのかという意見もあった。
- ・いずれにしろ、いろいろな要望を状況に応じて駆使しながら、委員会で進めていきたい。

(3) 第41回 病院医師の働き方検討委員会（1月17日）

岡副会長より、以下の報告があった。

- ・2月に予定されている四病協、日医、AJMC（全国医学部長病院長会議）の合同で働き方改革に関する懇談会に向けて、働き方改革の進捗状況についてアンケートを取ることにし、その調査項目を検討した。
- ・宿日直許可の取得状況、地域医療に与える影響がどの程度なのか等、質問項目を決め、1月29日から2月9日に調査を実施、既に調査は終了した。この結果を2月28日の四病協総合部会、日医・四病協とAJMC懇談会でデータを示し、討議する予定である。
- ・アンケートには、四病協5,425施設のうち1,306施設、24%の病院から回答があった。協力していただいた病院に感謝する。
- ・詳しい内容については、理事会で発表する機会があれば報告したい。

(4) 第3回 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（1月24日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・令和6年度予算案の概要の説明があり、WAM（福祉医療機構）の新規拡充の貸付事業としてGX（グリーントランスフォーメーション）の実現に資する整備事業、精神科病院の整備事業に係る融資条件の優遇措置、福祉貸付事業における融資限度額の計算方法の見直し、産後ケア事業に係る融資制度の創設といったことが説明された。
- ・加えて、能登半島地震に係る対応について、被災地域の医療・福祉基盤の復興支援のため、3年間にわたる無利子貸付制度の創設、建物倒壊により再建を要することによる二重債務問題対策のための償還期間の延長、災害復旧資金特例措置を行うといった説明があった。
- ・また、令和4年度病院の経営状況については、一般病院の経営指標について病床利用率は低下するも入院・外来単価の上昇により1床当たり医業収益は増加している。しかしながら、物価高騰等の影響により医療材料費率、経費率が大幅に上昇したことから、医業利益率はマイナス1.1%であったという説明があった。

(5) 第10回 総合部会（1月24日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・外部説明で厚労省から、電子カルテ情報標準規格準拠対応事業に関する医療機関への補助についての通知を出したので確認してほしいこと、これから開始する電子カルテ情報・文書をFHIRに基づいた形式に変換して、電子的に送受信するために必要な改修についてするという話があった。

(6) 第11回 医療保険・診療報酬委員会（2月2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3回 電子処方箋等検討ワーキンググループ（1月11日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・議題が3つあった。
- ・群馬大学病院で医療DXをどのように推進したかというプレゼンテーションがあった。レジメを確認していただきたいが、一つ印象的だったのが、医療DXとは「時間創出」であると。デスクをいれることで手間や人手がかかるというのは本末転倒なので、これは非常に大事な、押さえておくべき点だと改めて感じた。
- ・院内処方の対象薬剤の考え方の検討について、1～7番と、入院患者への医薬品使用、手術・麻酔部門から歯科領域までを7つに分けて、この中のどれを電子処方箋に乗せる仕様にするのかを検討する。
- ・院内処方の対象薬剤の考え方の検討について、赤で囲った案②、左に太字で書いている、薬物治療を目的として使用する薬剤（手術・検査等に使用するものは除く）を登録必須とするという案が現在有力である。
- ・もう一つは、院内処方情報の登録のタイミングについて、特に入院患者に関して、2番で、処方→調剤→投薬というフェーズがあるが、処方しても気分が悪くて服薬できなかつたり、病状が変わって薬が中断するなどはいくらでもあり、処方イコール服薬にならない状況があることを踏まえてどうするかという問題点がある。
- ・院内処方の登録タイミングについて、案①②が出ている。①はその都度入力、②は退院時あるいはある一定期間で一括入力という考え方であるが、なかなか難しい問題をはらんでいるので、継続的に検討することになった。

(2) 第2回 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会（1月29日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・学会認定専門医の広告に関する基本的な方向性については、赤枠で囲った部分で、国民あるいは患者への分かりやすさを確保する観点からできるだけ統一的な考え方で行うということで、新たな判断基準を決めると。何が新しいかという、現在、日本専門医機構以外の学会等が認定する専門医、いわゆる学会認定専門医は、基本的に広告を見ているので、ここをどうしようかということである。
- ・他の専門医と重複する専門性がある場合の取扱いについて、赤枠の対応策で、これも国民から見ても分かりやすいという観点から、基本領域（19領域）と同一の専門性がある学会認定専門医については、基本的に広告を認めないという案が出ている。
- ・現在は経過措置により、当面の間、学会認定の専門医（59学会56専門医）が広告可能となっているが、この扱いについて、現在の学会認定専門医に係る経過措置の扱いとして、基本領域19領域に対応する学会認定専門医（16学会16専門医）であり、ここにある専門医に関しては現状、広告は可能であるが、これをやめる方向にしようということである。
- ・ネットパトロール事業について。ネットパトロールとは、不適切な広告がまだたくさん残っているいるので、受託事業者に委託しパトロール事業を行うものである。この中で問題があったものに関して、自治体代表・団体代表・厚労省で構成される医療広告協議会で審議して対応しているのが現状である。
- ・平成29年度からの通報数は、通報受付件数は1,612サイトから始まり、ばらつきはあるが、大体1万サイト前後で推移している。

- ・例えば1,537施設の通報があり、798サイトを審査し、最終的に改善状況の欄で「改善」となったのが598サイト、84.6%が何らかの改善をしたということである。
- ・ただ、このページで問題になるのが、能動監視の部分である。能動監視の審査は63サイトだが、1年間で63サイトを能動的にネットパトロールしたということだが、もっとしっかりやってほしいと要望しておいた。
- ・問題になっている医療機関の分野としては、ほとんどが美容と歯科で、一般の病院が問題になることはほとんどない。
- ・美容、歯科において、どのようなキーワードが問題になるかということ、例えば美容では美容注射、顔の整形、発毛、リフトアップ等、歯科では審美、インプラント等であり、そういった違反割合が多かった。

(3) 第15回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会（1月15日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・2つの議題があり、1番目はがん診療提供体制について議論した。
- ・各都道府県におけるがん診療連携拠点病院数は、おおよそ人口比に沿っているようである。
- ・がん診療連携拠点病院の整備事業の見直し期間が6年間であり、がん対策基本方針の6年間と一致させることについて検討があり、1296ページにあるとおり調整を行い、6年ごとに見直しして両者を一致させることが決定した。
- ・2番目に、がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件についてだが、ゲノムのエキスパートが増えているということであった。
- ・ゲノムのエキスパートミーティングの件数や抗がん剤も増えており、これにより拠点病院にかなり負担がかかっているのが改定したほうがいいのではないかと検討された。
- ・連携病院である程度のことをクリアしていれば、連携病院でエキスパートミーティングを開催できるようにすることを討議された。
- ・要件については、資料に記載されているが、専門知識を有する常勤の病理医がいること、エキスパートパネルミーティングを年間50例以上実施していること、遺伝カウンセリングを年間20件実施、ゲノムエキスパートミーティングを実施し、治療に到達した患者が年間3例以上あることをクリアすれば、連携病院であっても自施設でエキスパートパネルを開催してよいということで要件が緩和された。これは実施している病院にとってはかなり大きなメリットになるのではないかと。
- ・この内容について、近日中に通知を出すことになっている。

(4) 第106回 社会保障審議会医療部会（2月9日）

泉副会長より、以下の報告があった。

- ・議題は4つあった。
- ・1番目は、改正感染症法に基づく医療措置協定について報告があった。
- ・各都道府県で説明があったので、聞いている方も多いと思うが、「医療措置協定の内容」として1～5に分けて、それぞれどういふことを行政側が依頼するかが出ており、これを受入れ側や病院が受けることになる。
- ・内容により、発熱外来やワクチン、後方支援など役割分担ができていないかと思ったが、①病床確保、⑤人材派遣については重複が結構あるのではないかとということで、こういうことが1つの病院に重ならないように注意していただきたいと要望した。特に医療資源の乏しい地域では、こういうことを同じ病院に要請されても、重症者を受けている上に派遣はできないということが起こり得るので、これはぜひ考慮してほしいと要望した。
- ・次の議題は、遠隔医療のさらなる活用についてである。

- ・この日は、医師が常駐していないところ、こういったところを診療所として認めて遠隔医療をするかということで、特に公民館や居宅を診療所と認める場合について討議された。
- ・様々意見があり、チェックリストが1359ページ、Q & Aが1367ページにあるが、公民館や居宅からオンライン診療することについて十分議論し、特に薬で副作用が出た場合や、病態が変わり重症度が変わってしまった時にどうするかが非常に問題になり、こういった時の対応策を十分に取った上でオンライン診療ができる場所を少し広げたらどうかという意見が出た。
- ・3つ目の議論は、令和6年度の予算案、税制改正については先ほど報告があったとおり。
- ・私から日本病院会として、医師の働き方改革と相まって医師の人材流出が顕著になっており、特に自由診療に流れる医師が非常に増加している。先ほどの感染症が蔓延した場合などに人材が不足すると非常に困るということで、やはり人材育成確保に向けて処遇改善もぜひ考慮してほしいと要望を述べた。
- ・その他については医療・介護・保育分野における職業紹介事業についての議論がされている。もう少しきちんと規制していかないと、経営が厳しい病院の保険診療の収益がこういった業者に流れるのはいかがなものかということで、きちんとモニターして対策をとることについて議論されている。
- ・この中で、ナースセンターのことが今回あまり書かれていなかったが、ナースセンターをきちんと活用して、あまり業者任せにならないように、経営が厳しい中、また診療報酬からこういった業者に流れていくものをコントロールしなければならないのではないかとということが討議されている。

(5) 第20回 医療介護総合確保促進会議（1月17日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・オンライン併用で開催した。
- ・議題1で、地域医療介護総合確保基金の執行状況、令和4年度交付状況及び令和5年度の内示状況について報告された。
- ・この中で基金の医療分に関しては2014年度から2021年度までの予算総額が7,954億円、国費で3分の2、都道府県が3分の1を負担する。交付総額は7,020億円、執行総額は5,167億円、そのうち国は3,461億円を出している。各基金の執行状況は、様々な事業があるが、その事業に関して一番使われているのが医療分の区分Ⅳ、医療従事者の確保に関する事業で95.4%だった。介護に関しては、2015年から2021年度の予算総額は6,930億円で、区分Ⅴ、介護従事者の確保に関する事業に85.6%使われていた。
- ・未執行額には都道府県が計画的に確保している後年度の施設整備等に要する費用も含まれている。要するに、過年度も使える形になったので、そういう数字が出た。
- ・私は、泉副会長の発言にもあったように、人材確保に関する事業（医療分のⅣとⅥ、介護分野のⅤ）について、各都道府県など申請したところが人材派遣会社といろいろな事業計画をして、結局人材派遣会社に手数料としてこの基金が流れている場合もあるのではないかと質問した。これに対して厚労省は、現時点ではそのようなことをしている事業はなく、人材派遣会社へ「直接」支払いを行う事業は認めていないと言っているが、派遣会社が悪いというわけではないが、きちんとした形でこの基金が使われてほしいと思う。
- ・2番目、令和5年度の地方からの提案等に関する対応について。やはり単年度では無理なので、過年度においても前年度の計画を変更しなくてもいいように予算が使える形になり、2024年度以降は事務の負担が軽減される見通しである。

(6) 第34回 医道審議会 保健師助産師看護師分科会（2月2日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・看護師特定行為・研修部会はオンライン併用で開催した。
- ・まず、特定行為の研修を受けるための指定研修機関の認定の話が非公開で行われた。新規申請が39機関、区分変更申請が83機関からあり、全て認められた。
- ・公開の部分では、茨城県の真壁医師会副会長の阿部田参考人と、セコム豊中訪問看護ステーション統括マネジャーの水取参考人より、特定行為研修を終えた看護師の活躍について話を伺った。
- ・その中で、特定行為研修を終えた看護師がまだ少ないので、ぜひ増やしてほしいという話があったが、今、病院勤務の看護師が86.2%、訪問看護ステーションが5.7%であるが、特定行為研修を終えて病院にいる看護師が定年退職等をして、日本看護協会のプラチナナースに移行した段階で在宅に向かう看護師が増えるだろうから慌てなくていいのではないかという話をさせてもらった。
- ・また、特定行為研修を終えたが、実際に自分が受けた特定行為をしていないという看護師がかなりいるので、もったいないので、もっと有効に特定行為で看護師に働いていただきたいという話があった。

(7) 2023年度 中央におけるナースセンター事業運営協議会（2月2日）

仙賀副会長より、以下の報告があった。

- ・各都道府県のナースセンターはいろいろな数字や都道府県がどういう状況かなど、そういうところはよくやっておられる。ただ、それぞれの都道府県のナースセンター、地元のナースセンターはその地域の医療機関や病院とうまくコミュニケーションを取り、その中で地域でどのように看護師が足りないのか、具体的な話をほかの団体とももったしたほうがいいのではないかという話をさせていただいた。
- 日本看護協会森内常任理事（高橋参与代理）より、以下の説明があった。
- ・仙賀副会長から発言があったように、他団体と連携しながら看護の人材確保に取り組むことが重要だという意見をいただいた。
- ・協議会の内容は報告書にあるとおりだが、都道府県ナースセンターは各県に1つずつあり、それぞれ都道府県ナースセンター協議会を開催している。その中で団体や行政と連携しながら様々な協議をしているが、このたびの10月の人確法の指針改定も踏まえてナースセンターの役割発揮がさらに期待されており、今後、さらに行政、関係団体と協働しながら、看護職の人材確保、看護職の働きやすい職場環境づくり等について一緒に取り組んでいきたいと考えている。
- ・中央ナースセンターでは、地域・領域別偏在の是正に向けた取組の推進をしてきた。地域の事情はそれぞれ違っており、地域の事情に応じた看護職の確保や課題について取り組んでいる。今後、さらにナースセンターを可視化しながら、ナースセンターの機能充実を図りたい。

6. 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。

7. 日本病院学会における産業医セッションについて

岡副会長より、以下の報告があった。

- ・今年7月の日本病院学会で、昨年度も行った産業医セッションを今年度も開催予定である。スライドにもあるように2つ予定しており、1つは働き方改革、もう一つは職場のメンタルヘルスということで、それぞれシンポジストは資料のとおりである。

- ・産業医の単位が取れ、資格更新もできるので、参加を希望する方、また近隣の病院にもお伝えいただき、多数の参加を期待している。

泉副会長より、今年三重県津市で、7月4～5日で開催される。2単位ずつ取れるので、ぜひ産業医セッションに参加いただきたいと述べた。

〔協議事項〕

1. 「かかりつけ医機能」について（1月理事会での協議の継続）

「かかりつけ医機能」について、これまで協議をしてきた内容を踏まえ、厚生労働省へ提出する提言案を提示した。医療機関の報告内容の他、「かかりつけ医機能」を有する医療機関の「通称」案として「地域包括医療機関」、「地域密着型医療機関」「初期医療重点対応医療機関」等を提示。概ね異議なく了承があり、出された意見を踏まえて内容を整理し厚労省へ提案することとなった。

2. その他

相澤会長より、診療報酬の改定については非常に大変だと思うので、分からないことがあれば相互に連携し合ったり、理事会でも話していただくなどして、全ての医療機関が少しでも前に向かって進んでいけるようなきっかけになればと思うので、よろしくお願ひしたいと発言があった。

以上で閉会となった。