

日 時 平成29年11月25日（土） 13：00～17：00

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）

末永 裕之、万代 恭嗣、岡留健一郎、島 弘志、小松本 悟、大道 道大（各副会長）  
牧野 憲一、中村 博彦、亀田 信介、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、新江 良一、  
山田 實紘、直江 知樹、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英  
（各常任理事）

竹中 賢治、石井 孝宜（各監事）

田中 繁道、望月 泉、土屋 誉、細田洋一郎、窪地 淳、丸山 正董、山森 秀夫、  
松本 潤、中 佳一、岡部 正明、山田 哲司、阪本 研一、野原 隆司、田中 一成、  
松本 隆利、楠田 司、金子 隆昭、木野 昌也、佐藤 四三、佐々木順子、松本 宗明、  
土谷晋一郎、三浦 修、中川 義信、細木 秀美、平野 明喜、藤山 重俊、

石井 和博（各理事）

山本 修三、堺 常雄（名誉会長）

今泉暢登志、福井トシ子（代理：菊池 令子）、篠原 幸人、池上 直己、富田博樹  
（各参与）

堀江 孝至、永井 庸次、原澤 茂、柏戸 正英、崎原 宏、片柳 憲雄、三浦 将司、  
澄川 耕二（各支部長）

松本 純夫（倫理委員会 委員長）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

阿南 誠（日本診療情報管理士会 会長）

総勢68名の出席

相澤会長の開会挨拶、定足数66名に対して出席48名で（過半数34名）会議が成立している旨の報告があり、新たに茨城県支部長に就任した永井支部長並びに長崎県支部長に就任した澄川支部長の紹介と挨拶の後、岡留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

平成29年度第4回常任理事会（10月）承認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労働者健康安全機構・独立行政法人労働者健康安全機構 釧路労災病院（会員名：野々村 克也病院長）
- ②労働者健康安全機構・独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山労災病院（会員名：南條 輝志男病院長）
- ③医療法人・医療法人社団健育会 湘南慶育病院（会員名：松本純夫院長）

〔正会員の退会 2件〕

- ①医療法人・医療法人社団育生會 山口病院（会員名：山口明志院長）
- ②会社・株式会社日立製作所 多賀総合病院（会員名：堀田総一院長）

〔賛助会員の退会 1件〕

①D会員・1名

平成29年10月28日～平成29年11月24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 5 件]

- ①労働者健康安全機構・独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院（会員名：猪股裕紀洋院長）
- ②市町村・和泉市立病院（会員名：村上天子病院長）
- ③医療法人・医療法人高友会 笠幡病院（会員名：浪川浩明理事長）
- ④医療法人・医療法人信岡会 菊池中央病院（会員名：信岡謙太郎理事長）
- ⑤社会医療法人・社会医療法人財団 香椎丘リハビリテーション病院（会員名：佐々木靖院長）

[正会員の退会 1 件]

- ①医療法人・医療法人 高野病院（会員名：高野直樹理事長）

[賛助会員の入会 1 件]

- ①A会員・青木あすなろ建設株式会社 東京建築本店（会員名：小野寺弘幸取締役本店長）

[賛助会員の退会 4 件]

- ①特別会員A・一般財団法人健康医学協会 附属東都クリニック（会員名：大坪修代表理事）
- ②特別会員A・一般財団法人健康医学協会 附属霞が関ビル診療所（会員名：大坪修代表理事）
- ③B会員・小山株式会社（会員名：小山新造代表取締役）
- ④D会員・1名

平成29年11月25日現在 正会員 2,478会員  
特別会員 176会員  
賛助会員 261会員（A会員115、B会員116、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 5 件)

- ①一般財団法人医療関連サービス振興会／「第27回シンポジウム」の後援
- ②国立研究開発法人国立長寿医療研究センター／第13回長寿医療研究センター国際シンポジウムの開催に係る後援名義の使用
- ③社会福祉法人大阪府社会福祉協議会／バリアフリー2018後援名義使用
- ④一般財団法人日本慢性期医療協会／慢性期医療展2018後援名義使用
- ⑤看護未来展実行委員会／看護未来展2018後援名義使用

(新規：後援・協賛等依頼 1 件)

- ①一般社団法人日本健康生活推進協会／「日本健康マスター検定」事業の後援および広報支援

## 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

岡留副会長より報告を受け、下記5施設を認定承認した。

(新規 3 件)

- ①岡山県・一般財団法人操風会 岡山旭東病院

- ②兵庫県・市立伊丹病院
- ③熊本県・国保水俣市立総合医療センター 健康管理センター

(更新2件)

- ①大分県・大分県厚生農業協同組合連合会 大分県厚生連 健康管理センター
- ②宮城県・公益財団法人仙台市医療センター 仙台オープン病院健診センター

#### 4. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

岡留副会長より、診療情報管理士認定試験受験指定大学調査の報告があり、石川県白山市の金城大学社会福祉学部社会福祉学科医療情報コースの指定校認定について承認した。

#### 5. 倫理綱領の修正について

松本（純）委員長より以下の説明があり、承認した。

- ・第1項の文中、「医療が営利を」の箇所を「行為」という文言を追加して、「医療行為が営利を目的とするものではないことを銘記すべきである。」とした。
- ・第5項「我々は人の自然な死に思いをいたし、緩和医療を推進し、誰もが受容しうる終末期医療を目指す。」を「～誰もが受容しうる看取りのあり方を求める。」とした。
- ・第5項の1行目「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」とし、結語の「誰もが受容しうる終末期医療を目指す。」を「誰もが受容しうる看取りのあり方を求める。」とした。

#### 6. 公的研究費取扱規程（案）について

末永副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・この規定は、法人格を持つ団体が科研費申請をする際に必要なものである。
- ・最高管理責任者（相澤会長）の下、通報窓口や不正防止の部署、統括管理責任者（末永副会長）、コンプライアンス推進責任者等、体制を整備する。

#### 〔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その他の報告があり、了承した。

##### (1) 第2回医療政策委員会（11月1日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省の第3回医師の働き方改革に関する検討会で、時間外規制を行うとなぜ医療の質が低下するのかという質問があったことから、それに対する検討を行い、医療の質の構成要素であるストラクチャー、プロセス、アウトカムの機能不全が起これば、それが悪影響を及ぼすと説明できるのではないかとした。
- ・現状の病院勤務医の勤務環境について、日病会員向けに注意事項パンフレットを作成し、注意喚起を行う。体裁や文言を修正の上、12月の理事会に上程予定。
- ・四病協・病院医師の働き方検討委員会で調査票を作成し、医療体制の現状についてデータを収集する方針である。
- ・その他の内容については一読を願う。

##### (2) 第6回医業税制委員会（11月10日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・自民党の予算・税制等に関する政策懇談会で、万代副会長が日病独自の要望項目について説明したほか、四病協の伊藤委員長が平成30年度税制改正要望について説明した。各党からヒアリングの案内が来ており、当委員会としても可能な限り出席したい。

- ・平成31年度予算要望については、当委員会で要望を取りまとめ、四病協としての意見に取り上げてもらおうとしている。
- ・日病独自の要望として、夜間の医師当直のシフト勤務について、労働環境整備のための補助金の要望や、外国人による国保・協会けんぽの不正利用や保険料・医療費未払い等の現状に対する予算措置などが出された。要望は来年2月に取りまとめて四病協案として提出予定。
- ・医療人材確保と育成に係る費用について会員病院調査は、年度内に調査活動だけは実施したいので、来月あたりの委員会で調査項目等について固めようと思っている。

### (3) 第1回病院総合医プログラム評価委員会 (11月17日)

中理事より、以下の報告があった。

- ・11月25日現在、31都道府県の75病院から226名に応募いただいている。
- ・育成プログラム審査は、1プログラムにつき2委員が審査し、1人あたり21~22病院の審査を行う。最終的な判断は委員長一任。病院総合医については、病院の質問事項を項目ごとにまとめ、逐次ホームページ等で公開。当会としては、病院総合医は会員病院の管理者や指導医のガバナンスを尊重して進めるという立場であり、ぜひご応募いただきたい。12月18日には最終的な委員会を開催し、病院総合認定委員会を12月22日開催予定である。
- ・第68回日本病院学会では、当会としては専門医並びに病院総合医についての講演並びにシンポジウムを実施したい。新専門医制度について日本専門医機構の松原副理事長に講演いただくことや、末永副会長の基調報告、5名のシンポジストによる討論などを考えている。末永副会長より、以下の追加報告があった。
- ・1年目に75以上の病院に参加していただいた。この事業は日病の大きな事業の1つとなると思うので、これからも温かく見守っていただき、さらに参加を増やしていただきたい。
- ・会長・副会長会議でも話したが、事務方の機能も重要となってくるので増員したいところであるし、病院総合医認定委員会だけでなく病院総合医プログラム評価委員会や病院総合医評価更新委員会等も必要であり、規約等を整備した。ご協力に感謝申し上げます。

### (4) 第2回診療報酬検討委員会 (11月25日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・平成29年度診療報酬等に関する定期調査の取りまとめ内容を確認した。控除対象外消費税について問題提起があり、医業税制委員会にどのような訴えを続けるのか確認したい。
- ・医療事務作業補助者への対価支払いについて、来年1月か2月に会員へ調査票を送る予定だったが、まずは理事の先生方に確認を依頼してはという意見が出ており、ご協力を願う。
- ・厚労省から投げかけがあり、重症度、医療・看護必要度の緊急アンケートを実施した。これは、重症度、医療・看護必要度の計測をDPCデータで代替できないかという試行に関する負荷の調査で、入院医療等の調査・評価分科会に参考資料として提出した。

### (5) 病院経営の質推進委員会 第2回院長・副院長のためのトップマネジメント研修 (11月4・5日)

牧野常任理事より、6月の開催時には定員オーバーとなったので同内容で再度開催し、募集50名に対し申し込みは41名で全員参加した。6講義とグループワークを行い、ABCDの4段階評価で最高ランクが72.5%と大変満足度の高い研修となった、との報告があった。

### (6) 医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース・大阪 (11月11日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・大阪会場の出席者は69名であった。
- ・「標準化された医療事故調査とは」といったことや、事故調査報告書の書き方、再発防止策の立案等について話し合った。事前的評価と事後的評価を一緒にするのではなく、事前

的評価で評価して、その後事後的評価をすることで再発防止を図ることが強調されている。

#### (7) 感染対策担当者のためのセミナー 第2クール (11月18日)

報告は資料一読とした。

#### (8) 第2回災害医療対策委員会 (11月16日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・病院の災害訓練のあり方について、各病院に合った防災訓練をどのようにしたらよいかというガイドラインを作成することとなった。日病のホームページにPDFファイルの形で掲載し、ダウンロードするようにしたい。
- ・来年の日本病院学会で当委員会が担当するシンポジウムが、来年6月29日(金)にホテル日航金沢で開催することが決定した。テーマは「病院における自主防災管理の実際」で、有賀委員長を座長に4名のシンポジストが参加する。

#### (9) 診療情報管理士通信教育関連

下記会議の報告は資料一読とした。

##### ① 第9期DPCコーススクーリング (11月11・12日、11月18・19日)

##### ② コーディング勉強会 (10月21～10月28日)

##### ③ 医療統計学勉強会 (10月22～10月28日)

##### ④ 基礎課程勉強会 (10月28日)

#### (10) 日本診療情報管理学会関連

下記会議の報告があり、了承した。

##### ① 第92回診療情報管理士生涯教育研修会 (10月29日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・診療情報管理学会では、今年3月に「診療録記載指針」を「診療情報の記録指針」と改めた。それに基づき業務指針も見直しを検討している。
- ・協議しているのは、診療情報の体系的・一元的管理に関する業務と、診療情報を安全・確実に管理する業務を一元的にまとめることについて、業務範囲と業務の実施方法の2つの観点で論点をまとめることと、診療情報の点検・管理は業務の核心部分であり、何のために行うかを具体的かつ明確に表記するという。また、平易な語句を使うことと、量的点検業務を整理して、質的点検業務も確認することを検討している。
- ・個人情報についてももう少し書き込むことを検討しており、来年初ごろまでにはまとまったものを提示できるのではないかと。

##### ② 第16回業務指針・記載指針改定小委員会 (11月10日)

報告は資料一読とした。

#### (11) 日本診療情報管理士会関連

阿南会長より以下の報告があり、了承した。

##### ① 第2回理事会 (11月10日)

- ・平成30年度全国研修会は、福岡市のももちパレスをメイン会場、西南学院大学百年館をサテライト会場として開催したい。内容については、ご指導等賜ればと思う。
- ・実務者向けの統計スキルアップ勉強会については、さらに実務的な、病院で使う統計やデータ分析等に力を入れようということで、今月限定でディスカッションしている。
- ・ホームページや会員管理・財務会計管理システムの改善に向け議論している。

## 2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

#### (1) 第147回診療報酬実務者会議 (11月15日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協について報告があった。
- ・救急医療管理加算の算定要件や救急医療指数に関する厚労省の見直しのやり方によっては、2次救急告示病院にかなり大きな影響があるのではないかという懸念が示された。
- ・重症度、医療・看護必要度の事務的作業軽減へDPCデータの入力ファイルで置きかえることで、重症度、医療・看護必要度に変更されることがあるとまずいということを主張すべきであり、どちらかを手挙げ方式で決める方向になるほうがよいという意見が多かった。
- ・日病協からの要求では、現在の施設基準で常勤を求めているところにパート勤務が多くなっており、パート勤務の複数名配置でも常勤換算ができるよう要望することとなった。
- ・大病院の基準を500床以上から許可病床数400床以上に見直すのではないかという話があった。
- ・その他の内容については一読を願う。

## (2) 第157回代表者会議 (11月24日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・中医協からの報告が主であり、それに関しては島会長のお話をお聞きいただきたい。
- ・地域包括ケア病棟協議会を新会員として認めるかについて色々な意見があったが、今回に限り加入を認めることとなった。今後の規程の整備については持ち越しとなった。

## 3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第11回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会 (11月2日)

### (2) 第12回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会 (11月9日)

上記2会議を併せて、牧野常任理事より以下の報告があった。

- ・救命救急入院料等の主な施設基準について、入院料1と3、HCUについても看護必要度の基準が必要ではないかという厚労省からの投げかけだが、一方で、既にこれらの病棟でも重症度、医療・看護必要度を測定しているというデータも出ており、今後、測定だけはやろうという方向に向かっている。
- ・アウトカム評価と、実際にICUに入っている患者像を見る観点から、客観的に評価するために生理的なスコアを提出してもらえないかということで、日本集中治療学会が既に収集しているAPACHE IIスコアに類したデータを収集できないかということを出してきた。指標を用いた分析を進め、生理学的指標に基づく項目の測定を検討する方向であろう。
- ・DPCデータを用いた重症度、医療・介護必要度の分析で、HファイルをEFファイルで置きかえたらどうか、入院医療等の調査・評価分科会で行ってきた。
- ・ここで示したファイ係数は0.59だが、総会でさらに精度の高いデータが出てくる。いずれにしろ、ある程度の相関があることがわかった。
- ・現行の該当患者割合は28.8%だが、DPCデータでの該当患者割合は33.5%となっている。この段階ではDPCデータを使用したほうがより高く出ることになっていたが、実はもっと精度を上げると逆転してしまうので、今後これをどう見るかが問題になってくる。
- ・DPCデータのマスタに基づく判定 (EFファイル判定) が、一定の条件を設定した上で活用できる可能性が示唆された。一定の条件を設定するに当たり、現行の判定結果とEFファイル判定結果とが大きく乖離する項目や医療機関について、その要因として考えられる項目の定義等の更なる検討が必要では。検討の上で何らかの対応をとることになるであろう。
- ・救急医療管理加算の算定状況には都道府県格差がかなりある。基準が非常に定性的で、査定基準が都道府県でかなり異なり、是正には定量的な基準が必要。ここまでは総論賛成だが、現在算定している患者を想定される指標に当てはめると、本来重症患者に対する加算

であるのに、軽症患者でとっていることもわかってきており、今後の議論になろう。

- ・短期滞在手術のあり方については、中医協の議論を読むと、DPC病院に関しては短期滞在手術をなくす方向と考えられる。
- ・日病と全日病が7対1入院基本料の病院に対して実施した重症度、医療・看護必要度に関する緊急アンケートによれば、院内指導者研修の受講が病院や職員に負担になっているとの回答が全体の約3分の2で、1勤務当たりの評価・入力作業に約30分～60分程度かかる。
- ・EFファイルと医事データの突合を実施しているのは約6割で、大病院ほど行っており、200床未満の病院ではそれほど行われていない。また、EFファイルが利用できるようになったときに選択を検討すると答えた病院が3分の2、検討しないが3分の1で、検討しないと回答した病院の大部分が内容を見てから考えるということ。
- ・また、日本臨床看護マネジメント学会が看護必要度に関する研修会で実施した受講生アンケートによれば、看護評価度の評価のためだけに患者1人5.82分、看護記録まで含めると約21分かかっている。また、実際にDPCデータを使えるようになった場合、重症度、医療・看護必要度とDPCデータのどちらを使うかわからないという人が約半数。
- ・このように、重症度、医療・看護必要度が今、非常にホットな話題になっている。

#### (7) 第367回総会 (11月1日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・外来医療 (その3) について審議した。
- ・傷病分類別にみた推計外来患者数では、循環器系では高血圧系疾患が一番多く、内分泌、栄養及び代謝疾患では糖尿病が多い。
- ・生活習慣病管理料の算定回数で一番多いのは処方箋を交付する高血圧症で、処方箋を交付する糖尿病等はほぼ横ばいである。
- ・生活習慣病管理料における療養計画書の血圧にも目標欄を、ということだったが、早朝や就寝前に血圧が高くなる人もいるので、その辺をどうするかは話はなかった。
- ・運動療養は糖尿病性腎症の全ステージで効果があるが、算定対象をG3bまで広げてはどうかという話が出ている。
- ・高血圧治療ガイドラインでARBが結構な量で使用されている。高額なので使い方を考えてはどうかということだが、ガイドラインでこれだけ示されているので使用が多くても仕方ないという話になった。
- ・特に大学病院等の大型病院では、費用対効果を考えて医薬品を採用するためにフォーミュラリーに関する部門を設置するところがある。
- ・日医がJ-DREAMSと連動して、J-DOMEでデータを利活用している。
- ・生活習慣病の重症化予防のため、生活習慣病管理料の見直しや、腎不全期指導加算について対象患者の見直しをしてはどうかという話が出た。
- ・遠隔画像診断や遠隔病理診断、電話等による再診、心臓ペースメーカー指導管理料が遠隔診療で算定できるようになった。
- ・福岡市でかかりつけ医機能の強化を図る事業を行い、非常に効果が出ているとのこと。
- ・SASのCPAPを遠隔診療と結びつけて実証研究した結果、遠隔モニタリングしておけば、3カ月に1回受診でも毎月受診するのと変わらない効果があったということだ。
- ・ジェネリック医薬品が幾ら安くなっても使いたくないという患者がいるが、理由として一番多いのは、ジェネリック医薬品の効き目や副作用に不安があるから、が最多だった。また、一般名処方における後発医薬品の調剤割合は、7割に達している。先発医薬品名処方における後発医薬品の調剤割合も少しずつ増えている。
- ・2020年9月までにジェネリックの使用割合8割を目指すことを踏まえ、薬局の後発医薬品

調剤体制加算と医療機関の後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直すということが出ている。一般名処方推進の方策については必死に抵抗している。

- ・薬剤師の処方提案により処方変更に至ったり、薬局からの疑義照会後に実際に投薬量が減少した等の事例が報告された。
- ・ヘパリン類似物質（ヒルドイド軟膏）の使用実態を踏まえ、医療用保湿剤の適正利用をどう考えるかということだが、日医側の発言でこれは必要なものだという話になっていた。

#### **(8) 第46回調査実施小委員会（11月8日）**

島副会長より、第21回医療経済実態調査の報告がなされた。一般病院は前年度比で赤字の幅が広がり、平成27年度と28年度の比較でも、医療施設の経営が非常に悪化しているとの報告があった。

#### **(9) 第368回総会（11月8日）**

島副会長より、以下の報告があった。

- ・横断的事項（その4）について審議した。
- ・医師事務作業補助体制加算が勤務医の負担軽減に効果がある・どちらかといえば効果があると回答した施設は9割超で、労務軽減効果が示されたが、補助者を雇用する対価を診療報酬から得られていないという話は一切出ず、調査してみようという話になっている。
- ・加算や特定入院料で評価されてきた勤務医の負担軽減策については、医療機関の取組がさらに進むよう見直してはどうか。また、病院勤務医と看護職員の負担軽減・処遇改善に資する体制に係る手続の合理化といった論点は、反対する内容ではないと思う。
- ・女性医師の割合は増加傾向で、医学部入学者・国家試験合格者に占める女性の割合も非常に高くなってきた。また、医療施設に従事する医師のうち、50歳以上の医師の占める割合が約5割となったことや、常勤医師の配置を要件とする診療報酬項目の個々の性質の違いを踏まえ、専門性の高い特定の領域や夜間等の緊急対応の必要性が低い項目について、週一定時間の勤務を行っている複数の医師の組み合わせで常勤医師が配置されているとみなしてはどうかという話が出た。
- ・精神療養病棟の新規入院患者に占める措置入院患者の割合が低いこと等を踏まえ、精神療養病棟入院料の精神保健指定医配置要件を見なおしてはどうかという話が出た。
- ・かかりつけ薬剤師指導料の1週間当たりの勤務時間の要件について、薬剤師が育児・介護休業法に基づいて短時間勤務する場合、他の薬剤師との連携を図りつつかかりつけ薬剤師として活躍できるよう、基準を見なおしてはどうかという話が出た。
- ・集中治療室に係る診療報酬の施設基準において、医師の勤務場所は治療室内に常時勤務していることが要件となっているものが多いが、常時その場所にいないてはならないというのだけはやめてほしいという話になりそうである。
- ・画像診断におけるICT活用等、色々な医療職種の負担軽減をどう図るかという話が出た。
- ・病床数が要件に含まれる診療報酬項目の論点を見ると、大病院の定義を現在の500床以上から400床以上にしようということではないか。500床以上の病院の施設数が減少しているのは事実だが、病床数にひもづく様々な規制等の整理ができないと現場が非常に困る。
- ・紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担について、徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者について整理されている。

#### **(10) 第54回診療報酬改定結果検証部会（11月10日）**

島副会長より、以下の報告があった。

- ・回復期リハビリテーション病床におけるアウトカム評価の導入の影響、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況等を含むリハビリテーションの実施状況調査報告書の結果概要が示され、病院調査は1,600件発送して有効回答数689件、有効回答率43.1%、診療

所調査は600件発送して有効回答数256件、有効回答率42.7%であった。

- ・ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査報告書の結果概要が示され、禁煙治療をきちんと5回受けた人のほうが禁煙が継続しているとの結果がはっきり出た。
- ・公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の実施状況調査報告書の結果概要が示された。

#### (11) 第369回総会（11月10日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・在宅医療（その3）について審議した。
- ・特定施設等に併設または隣接する医療機関の状況だが、サ高住の8.5%が無床診療所に併設または隣接している。入居者が最も利用する医療機関の属性を見ると、有料老人ホームの10.6%、サ高住の15.4%が併設または隣接している。
- ・介護施設等の入居者等が算定可能な診療報酬の内容が示された。
- ・看取りに関する課題と論点が示された。人生の最終段階における医療に関する意識調査結果を見ると、患者（入所者）との話し合いを行っている従事者の割合は約7～9割だが、従事者の3～5割が、人生の最終段階に関する医療の決定プロセスに関するガイドラインを知らないと回答。ガイドラインを参考に行われる医療等の提供方針の決定プロセスについて、診療報酬上の位置づけを検討してはどうかという論点が示された。
- ・主たる診療科別の診療所の在宅医療の実施状況が示され、在宅患者の割合が一番多い診療科は内科であった。
- ・在宅における療養計画に基づき、主として在宅医療を担う医療機関の医師が、患者・家族同意のもとで、他の医療機関に当該患者への訪問診療を依頼し、当該他の医療機関がそれを実施した場合、診療報酬上の評価を設けてはどうかという論点が示された。
- ・地域医師会等の協力により、在支診以外の医療機関が他の医療機関と連携して、24時間対応を含めた在宅医療体制を構築し、訪問診療を提供している場合には、一定の評価を検討してはどうかという論点が示された。
- ・往診料の算定状況について論点が示されたが、往診と称して料金をとるような不正を排除したいということだと受け止めた。
- ・調剤薬局が無菌調剤室を他の調剤薬局に共同利用をさせた場合、それを評価してはどうかという話が出た。

#### (12) 第5回費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会（11月10日）

島副会長より、万代副会長初め試行的導入ということで一生懸命頑張っておられたが、なかなか話が進まず、今、本当に苦労しているようであるとの報告があった。

#### (13) 第370回総会（11月15日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・新医薬品一覧表が示されたが、高額な新薬がどんどん出てきており、ますます医療費が嵩むのではないか。ガイドラインを策定し、それにのっとって運用する話になっている。
- ・医療保険と介護保険の訪問看護対象者について、医療保険の利用可能な範囲が示された。
- ・訪問看護ステーションについて、24時間連絡体制加算はほとんど算定されていないので、24時間対応体制加算だけにしてはどうかという話が出た。いわゆるストマの訓練を受けたナースがたくさんいるおかげで、在宅ケアが十分できているというのは間違いない。
- ・理学療法士等による訪問看護の提供状況について、主たる実施者がリハビリ職であり、看護職が訪問看護を行う日がない利用者は、全体の23.5%というのは、看護職がいないのにリハビリ職だけ行って、「訪問リハ」をやるようなことは許さないという話である。
- ・医療的ケア児がふえており、体制をきちんと強化していこうという話が出た。

- ・精神科の訪問看護もきちんと評価する。
- ・訪問看護ステーション及び訪問看護を実施する診療所・病院がない市区町村は317カ所。
- ・訪問看護ステーションが特別地域訪問看護加算で定める地域外に所在する場合、当該地域居住の利用者を訪問しても算定不可となるので、きちんと評価しようという話になった。
- ・学校でも必要な医療を受けられるよう、医療的ケアのための看護師配置事業が実施される。
- ・規約や基準等、参考になるものを幾つか掲げたので、時間があれば確認していただきたい。

#### (14) 第187回診療報酬基本問題小委員会（11月17日）

島副会長より、13年ぶりに患者の給食、食事に関する調査を実施したが、全面委託、委託、自前含めて皆赤字でも頑張っているのが実態。何とかしなければという話は出ているが、患者の負担増となりそうで、どうしたものかとなっているとの報告があった。

#### (15) 第371回総会（11月17日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・入院医療（その6）について審議した。
- ・現在、療養病棟入院基本料は、基本料1（療養1）が看護職員配置20対1、基本料2（療養2）が25対1だが、これを20対1に一本化しようということで話が進んでいるものの、いきなり実行すると非常に厳しいということで、20対1の中で医療区分2・3の患者の合計が8割以上とか5割以上といった区別をつけないと、完全転換の期限は決まっていないので、現場が非常に混乱するのではないかと危惧している。
- ・療養病棟においては、死亡退院の割合が約40%。
- ・療養1と療養2の違いは看護配置と医療区分2・3の患者割合の比率が違うということで、これは一本化することがうたわれている。
- ・医療区分の項目のうち1項目のみで該当となっている患者が多い項目についてどう考えるかということだが、ここは1項目では認めないということになるのかもしれない。
- ・入院時食事療養の収支等に関する実態については、入院時食事療養費の値上げという方向になると思うが、割合については全然検討されていない。

#### (16) 第372回総会（11月22日）

報告は資料一読とした。

#### (17) 第140回薬価専門部会（11月22日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価改定は2年に1回だったが、これを毎年やっていく。
- ・新薬創出加算の見直し後は、品目要件は、画期性加算・有用性加算のついた医薬品、営業利益に補正された医薬品、希少疾病用医薬品・開発公募品、新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性・有用性が認められるものに限る）、これだけにする。また企業要件は、革新的新薬創出の実績・取組、ドラッグ・ラグ解消の実績・取組、世界に先駆けた新薬の開発、こういう会社のものしか認めないイメージである。
- ・革新的新薬創出等促進制度は、区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと、少しずつ値段が落ちてはいくものの、大きくは落ちないような形にしていくようだ。
- ・イノベーションの評価については、改革の方向性として、価格全体（加算前の算定薬価）に補正加算を行う。
- ・長期収載品の薬価については、薬価改定の際、後発品への置き換え率に応じて特例的な引下げを実施する。
- ・外国平均価格調整の見直しについては、現行では参照する外国価格は米英仏独4カ国の平均価格としているが、評価の仕方も色々と考える。
- ・後発医薬品については、AG（オーソライズド・ジェネリック）は後発品と同等に一旦下が

るが、最終的にはAGも他のジェネリックと変わらない値段に下がる。

**(18) 第87回保険医療材料専門部会（11月22日）**

島副会長より、費用対効果評価に基づく価格調整の試行的導入として、医薬品7品目、医療機器6品目の計13品目を対象として評価しているとの報告があった。

**(19) 第188回診療報酬基本問題小委員会（11月24日）**

島副会長より、平成30年度診療報酬改定における医療技術の評価の進め方については、平成30年1月の医療技術評価分科会で最終的に内容を確認し、中医協総会に提出する予定との報告があった。

**(20) 第373回総会（11月24日）**

島副会長より、以下の報告があった。

- ・医療経済実態調査の結果報告に関する分析だが、健康保険組合連合会から色々な意見が出ており、診療側からは医療施設の経営状況が非常に厳しいとの話があった。
- ・重症度、医療・看護必要度の項目の見直しについて、救急搬送後の入院を救急管理加算の1に置きかえようという話が出ており、絶対だめだという話をしている。
- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表のC項目、開腹手術を3日間にしたいとのことだったが、やるならばせめて疾患別、手術別にしてほしいと申し入れた。
- ・DPCデータの活用については、試行の際にはどういう項目をどういう計算方法でやるのか事前に開示するよう申し入れた。
- ・入院医療ニーズの将来予測が示された。
- ・入院医療の評価の基本的な考え方として、患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入に関するイメージが示された。
- ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価方法の見直しについて、ベースの7対1をなくして10対1ベースにしたいという案が出ている。7対1と10対1と加算（24%）の点数の和には約200点余りの差があり、移行は大変リスクである。中間的な水準の評価を設定できれば、ソフトランディングできるのではないか。またこちらからは、薬剤師や管理栄養士とチーム医療を形成できればさらにいい医療が提供できるという話をした。
- ・救命救急入院料・脳卒中ケアユニット入院医療管理料と特定集中治療室管理料についてさまざまな課題が示された。
- ・地域包括ケアシステムについて、自宅等からの患者は状態が少し不安定な人が多いので、少し厚く評価してはどうか。また、他院からの包括ケアの入棟について少し評価を高めようという話が出た。
- ・医療機関間の連携に関する評価に係る論点では、自院の他病棟への転棟患者は評価対象に含まない取り扱いとすることが出てきた。退院先については、実際の退院調整では加算の有無で区別はないので、加算なしの退院先も評価対象に含める取り扱いとするとあるが、決定はしていない。

万代副会長より、以下の追加報告があった。

- ・自院の他病棟への転棟患者は評価対象（分子）に含まない取り扱いとすることについては、パーセントはいじらず分子から外すということで99%決まりだと思う。
- ・今、7対1で全病棟を運営できない場合、地域包括ケア病棟を設けてそこへ患者を流すというのは、在宅復帰率の計算に入らないことになる。1回地域包括ケア病棟へ行ってから、という運用をしている病院は今から準備しないと厳しい。回りハについても同様である。

**(21) 第88回保険医療材料専門部会（11月24日）**

島副会長より、以下の報告があった。

- ・最高価格が最低価格の2.5倍超の場合、当該最高価格を除外してはどうかとの話と、価格

- が3カ国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の1.8倍を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の1.8倍相当とみなすという話が出た。
- ・購入側調査の変更案として、購入側データに販売先の卸業者（営業所名）を記載してもらおうという話が出た。

#### 4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

##### (1) 自民党予算・税制等に関する政策懇談会 四病協ヒアリング（11月9日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・控除対象外消費税問題の解消については、医療界が一丸となった要望だということを強調。
- ・日病の税制改正に関しては、要望の優先順位上位三項目について説明した。立憲民主党、希望の党のヒアリングでも同様の要望をする予定。

##### (2) 第6回医業経営・税制委員会（11月16日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・自民党の予算・税制ヒアリングについては内容を参照いただきたい。
- ・消費税に関する声明については、控除対象外消費税に関する要望と、消費税率引き上げ実施を求める内容。
- ・四病協要望のあり方と各団体の予算要望についても準備を進める。

##### (3) 第8回医療保険・診療報酬委員会（11月10日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・猪口委員長から、リハビリスタッフの常勤換算の考え方の要件緩和を求める話が出た。
- ・第3回病院団体合同調査ワーキンググループの議事報告書を提出、報告した。

##### (4) 第8回総合部会（11月22日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・消費税に関する声明と、賀詞交歓会について協議した。
- ・日本専門医機構の専門医制度については、殊に総合専門医に関して非常に不明確な点があるものの、4月からスタートする。
- ・現在、専攻医が登録されているが、地域偏在は余り起こらないというのが今の予想である。東京が少し多すぎる分は、もう病院と契約して申し込んでおり、そのままでスタートする。

#### 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12回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（11月10日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・特定機能病院のガバナンスが効いていないので法律をつくろうということで始まったものの、この内容を聞いてもガバナンスが効くとは思えないが、仕方がないというところ。
- ・かかりつけ医と地域医療支援病院が両輪となって地域医療を守るという理念も含め、新しい時代に見合うように変えていってはどうかということで、今後議論することになった。

##### (2) 第14回医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（11月8日）

報告は資料一読とした。

##### (3) 第15回医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（11月22日）

報告は資料一読とした。

##### (4) 第55回社会保障審議会 医療部会（11月10日）

報告は資料一読とした。

#### (5) 第56回社会保障審議会 医療部会 (11月24日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・療養病床等における看護配置の経過措置については、25対1のままさらに6年間延長する。
- ・臨床研究中核病院の承認要件は厚労省案で決定した。
- ・医師偏在対策は12月末までに結論を得るということで、都道府県の医師確保対策の実施体制強化へ医師確保計画を作成するといっても、新たな計算式も決まらないのに医師確保対策をつくるのは反対である。厚労省からもはっきり言ってくれと申し上げたが、返事はなかった。
- ・医師養成過程を通じた地域における医師確保は、地元で卒業した人は地元に残す仕組みをつくるということで、進めていただいて何ら問題ない。
- ・地域における外来医療機能の不足・偏在への対応は、基本は自由診療制をどうするかという問題。かかりつけ医、開業医を何らかの形で制限してはとの意見があるが、具体案は出なかった。

#### (6) 第9回社会保障審議会 地域医療構想に関するワーキンググループ (11月20日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想調整会議の全国の進捗状況が報告された。非常に進捗が遅れており、私から厚労省医政局に原因を問い質したが、明確な返答はなかった。
- ・地域医療構想の進め方に関しては、12月13日の検討会で取りまとめ、年明けに医療計画の見直し等に関する検討会上げる手順になっている。

#### 6. 国際病院連盟 (IHF) 理事会、総会、アジア病院連盟 (AHF) 理事会、世界病院学会について

堺名誉会長より、以下の報告があった。

- ・国際病院連盟はなかなか会員が増えない。連盟はどうあるべきか、今後の戦略プランを議論することになったが、どの国も内向きで国際的な活動はなかなか難しいのではとの意見がある中、どうするか。連盟と深い関係のある日病のこれからの議論にかかっていると思う。
- ・私はアワード委員会の委員長と委員を退任した。
- ・IHFの新会長にはブラジルのバレスティン氏、AHFの新会長には台湾のウエン氏が就任。
- ・世界病院学会のJHA主催セッションでは、ICD-11、ICD-10の簡易版について議論した。ICD-10の普及に関する日病のこれまでの尽力が、国際的に認知された。

#### 7. 平成29年度新型インフルエンザ等対策訓練について

福田事務局長より、11月7日に実施し、内閣府から、厚労省、日本病院会、各会員病院に伝達。確認が50%近くになってきたが、まだ半分の病院は受信を確認できていない状況であり、毎年実施するのでよろしくお願ひしたいとの報告があった。

#### 8. 支部長の交代について

新支部長には会議冒頭に挨拶いただいたため、省略とした。

#### 9. 平成29年秋の叙勲について

岡留副会長より、日本病院会の会員病院からの受章者2名 (医師部門1名、看護部門1名) について報告があり、了承した。

#### 10. 国民医療を守るための総決起大会について

岡留副会長より、国民医療を守る、財政は厳しいがとにかくマイナス改定だけはやめてくれという横倉日医会長の強力なメッセージがあったとの報告があった。

## 11. 平成29年度第4回常任理事会 承認事項の報告について

報告は資料一読とした。

### 〔協議事項〕

#### 1. 一般病棟入院基本料の評価体系について

相澤会長は、急性期をやっている病院にとっては非常に大きなことなので、ぜひここで日病としての考え方をまとめたい。10対1を基本として、あとは実績に応じて階段をつけ、一番上を7対1の今の基準にするという方法がいいのかどうか意見を求めたいと述べた。

中井常任理事は、入院基本料が10対1の届出があり、12%、18%、24%で加算があるとのことだが、毎月に加算されるスタイルなのかと尋ねた。

相澤会長は、そうだと述べた。

中井常任理事は、新制度の基本部分が10対1となると、10対1で届け出て、7対1看護職員の配置をそのまま適用するパーセントの診療実績があった場合はだめということか。10対1で届け出て、これだけの診療——25%か30%かわからないが——が出た場合は7対1と同じ診療報酬がもらえるなら、皆10対1にするのではないかと尋ねた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・ 現行の7対1看護職員配置をそのまま適用とあるが基本部分是一緒なので、基本的に10対1。
- ・ 今は病棟の評価が重症度、医療・看護必要度しかなく、その制度を使わざるを得ない。今、全国平均が28ぐらいあるので、とやられるとかなり現場が混乱するので、ここだけは絶対25%を死守し、重症度、医療・看護必要度が25%以上を出せるところは今の7対1と同じ入院基本料をとる。

中井常任理事は、そうすると看護師をふやさないほうがよくなる。10対1の人数だけ集めておいて、25%以上やったほうが高点数になるのではと尋ねた。

島副会長は、10対1一般病棟の一番高いものが24%ということだ。これを30%出せているところがある。それがこちら側に来れば、今までよりはるかに高い入院基本料がとれると思うと述べた。

中井常任理事は、7対1という括りがなくなれば、退院条件等もなくなってしまうと述べた。

島副会長は、以下のように述べた。

- ・ もう一つ、平均在院日数の縛りもある。7対1は18、10対1だと21なので、3日しか違わないと言えばそうだが、非常に問題になっているのは、平均在院日数が短くなって病床利用率が落ち、全国的に空床化現象と呼ばれるような状況になってきているので、少しでも患者がいて、収入がふえ、しかも高いところでとれる。
- ・ 7対1を維持するのもやっとなところは、ワンステップ下のものがすぐそばにあるならばそちらに移行して、入院基本料は確かに減るだろうが、7対1雇用を10対1雇用にする分、人件費が削減できればその差額はさほど大きくない。当面は減らせないとこが多いだろうが、そう考えると、こういう制度があると移行はしやすいのかなという考え方だと述べた。

亀田常任理事は、以下のように尋ねた。

- ・ 7対1の看護師配置がベースにあることを前提にというのは、7対1の病床が37万床既にあるが、その看護必要度や平均在院日数をクリアできずに、7対1の看護師はいるが10対1の評価しかもらえなくなるころの救済という意味で、7対1の他のリクワイアメントがパスできなくても、いきなり10対1に落とすのではなくて、7対1というものがあればそれを段

階的に落としていくということではないか。

・7対1を10対1に減らすという考え方は多分国にはない。7対1で人員配置以外の基準をどんどんきつくしてきたが、これをクリアできず7対1でなくなってしまうが、7対1の職員は抱えているところを段階的に救済するための措置のように思うが、いかがか。

島副会長は、もちろん亀田常任理事が言う状況のところが多い。10対1にいかざるを得ないとなると、それこそかなり医療収入が減る、と述べた。

亀田常任理事は、7対1の配置がベースにあることを前提に、例えば平均在院日数が20日になればもう10対1しか入らないのが今の基準だが、7対1を配置していれば、それ以外のリクワイアメントがクリアできずとも段階的に落とす考え方の提案と思うが、と尋ねた。

島副会長は、以下のように述べた。

・基本部分是一緒なので、ベースははっきり言って10対1だが、7対1ぐらいの看護師が配置できていて、実際25%のカットオフ値をクリアできていれば、同じ入院基本料に持っていく。だが、極端な話をすれば、7対1という看護配置は消えるということ。

・入院基本料に差があり過ぎて、何とか人を集めて条件をクリアする努力をしているが、本当に7対1がそれだけ要るのかという議論があり、そういう意味での救済。

・実際、恐らく今7対1のところ、次のステップに行く施設が相当ふえると予測している。頑張っただけ十分クリアしているところは、それで全然構わないと思う。

相澤会長は、7対1を減らしたいのは間違いない。どうするかというときに、重症度、医療・看護必要度はいじらないと。例えば在宅復帰率を基準に合わないようになれば、7対1をやめざるを得ないが、10対1ではなくその間で受けとめることで、「これで堪忍してね」と言いそうな感じが何となくすると述べた。

牧野常任理事は、10対1であっても、例えば30%を超えている病棟などではかなり人員配置をしていることを厚労省は知っている。逆に、7対1でも低いところだと、傾斜配分で下げているとわかっている。つまり、10対1、7対1と決めなくても重症度が高ければそれなりに看護配置は必要だから、各病院で選んでやれということかと私は解釈するがいかがかと尋ねた。

島副会長は、厚労省は一生懸命そう言っていると述べた。

堺名誉会長は、厚労省は7対1をつくって修正せず、財務省にもものすごく減らすと言いつながらできないので何とかしようということ。根本的な問題だが、そもそも7対1は病院単位だ。前回、地域包括ケア病棟ができてケアミックスになったが、あれも結局7対1に入れる、入れない、2年たったらどうこうというのがあり、その中で新たに8対1、9対1をつくるのは7対1と同じ過ちを繰り返すのでは。7対1でいく限りは傾斜配置ができると騙されているが、傾斜配置をそのまま認めるか、あるいはケアミックスの追求か。根本的な解決にならないことにつき合わされてはなかなか厳しい。

相澤会長は、以下のように述べた。

・正式な場で話したわけではなく、私見であるが、厚労省は余り間に8対1や9対1という看護配置をつくらうとは思っておらず、10対1を基本に、あとは実績評価、該当患者割合に応じた段階的評価をするということで、7対1と10対1の間は看護基準がどうこうではなく、その看護配置はご自由に、それよりも実績が大事ということと解釈している。

・これをやられては困ると思ったのは、病棟ごとは大変なので、頼むから病棟ごとの実績評価はやめてほしい、病院全体ならその中で自由にできるので、病棟で評価せず病院でぜひやってほしいと話した。反対とは言わなかったので、多分、病院全体の評価で、その中で傾斜配置はしてください、それは病院の自由だという考え方に基づいていると思う。

堺名誉会長は、今後の医療提供体制を考えると、病院単位で色々な機能を持っている病院はなかなか難しくなる気がするが、その移行期ということになるのかと尋ねた。

島副会長は、今後医療ニーズがどんどん変わり、重症度等も大分軽減されてくるので、きちんとした看護師がいて、患者が入院・医療が必要なときに対応するというのがだんだん軽減されてくるのではないかと。先のことを考えると、やはりこういう制度がいいのでは、という話だ。今は仕方ないが、将来は多職種共同のチーム医療を実現するところを評価する制度に変えないと、いつまでも看護師がいっぱいいると高い入院基本料というのはもうやめようとは思っているが、急には変わらないので、皆さんの意見を聞こうという話だ、と述べた。

相澤会長は、厚労省はどうも7対1もやめたいようで、急性期病院基本料が今の10対1の基準の基本料で、その上は、もう重症度、医療・看護必要度という今の患者の評価に応じ、病院はどう看護師を配置しても自由という考えであるようだ。そのほうが、患者の状況に応じて自由に行き来できる。どちらかというところと少しづつ下がる可能性があるが、最低基準は10対1のところを急性期ではしっかり守るということでよいか、と尋ねた。

牧野常任理事は、おっしゃるとおりと述べた。

相澤会長は、問題は、それをよしとしていいのか、それとも、もっと違うことを要求しろということか、と述べた。

堺名誉会長は、10対1というのは急性期医療なのかと述べた。

相澤会長は、DPCの点数は10対1が基本で、そことの差額を補てんする形になっている。あくまでも計算は10対1が基本で、そこからどれくらい上なのかと。だからDPCに近い考え方を入れたのではないかと述べていると述べた。

中井常任理事は、私は非常に賛成だが、問題は、医療・看護必要度が現状の評価であるかどうか。今後そこをどんどんいじられると、意のままに入院基本料を左右され得る。病院側からすると粗診になる可能性もあるが、減らすところはきっとある。全体の医療を考えるとなかなかリスクが高いが、当面我々は賛成でいいのでは、と述べた。

亀田常任理事は、やはり重症度、医療・看護必要度がキーワードになるが、果たしてこれが今のままでいいのか。色々な問題があり、このまま導入すると、現実とはかなり急性期の評価が違ってくる。今の重症度、医療・看護必要度の係数、はかり方はかなり乱暴で、今、言われたような制度には到底耐えられない。もっと精緻化して客観性を持たせなければと述べた。

牧野常任理事は、以下のように述べた。

- ・今の重症度、医療・看護必要度は病棟内での医療の評価で、病棟以外で行っているものは評価されないため、必ずしも患者に行われた医療、重症度を的確に評価しているわけではない。Eファイル、Fファイル、実際に行われた医療で評価することが最低条件になると思う。
- ・やはり患者像を見ることが一番で、そのためにはどういった医療行為を行ったのかをきちんと評価し、それに合わせて重症度を判定するというふうに変えることが絶対必要と述べた。

相澤会長は、現在の重症度、医療・看護必要度の項目、内容では急性期はあらわしていないという意見の先生は、と尋ねた。

(挙手)

相澤会長は、ほとんどの先生がそう思うということなので、ここをきちんとすることがまず大きな攻防になると思うが、亀田常任理事の意見のように、きちんと決めてから移行すべきで、今回は反対だとするか否かだと述べた。

亀田常任理事は、もう一つは、ICUにしても何にしても、一般病床も実際には薬剤師や色々なコメディカルが配置されている病院がたくさんあると思うが、そこまで評価するのであれば、評価の仕方を実際のコンセプトから変えないと無理ではないかと述べた。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・資料516ページに戻ると、要するに、新たに幾つか設ける枠をどうするかと、この枠の定義

をどうするかという2つの問題がある。

- ・ 枠の定義については、今の重症度、医療・看護必要度が患者の急性期の病状をあらわしているか検討すべきだ。ひとまず7対1ベースにして、それでは厳しいだろうからということで救済的に10対1に向かって下げていく考え方、こういう制度設計、枠を受け入れるのか。
- ・ もう一つ、条件付けについては、前提条件としては509ページにあるように、2025年と一番2055年とでは疾病構造が全然違う。サブアキュートのものがよりふえるので、それに合わせて病棟の機能を変えられるように、今から制度設計しよう。それが、枠を幾つかつくるということで、そのときにどういう条件にするかは、そのときの疾病構造によると思う。
- ・ 511ページは、病院全体で考える。病棟群を病院の中で勝手にやってくれというイメージ。A病棟は7対1、B病棟は何対1かわからないが、病院全体として、例えば患者該当割合23%とか18%という形でやってくれと。3カ月ごとに変えるような制度設計にはしないと思うが、例えば、1年間うちは18%でいくということにすれば18%で、その後実績を積んで上へ行くか下へ行くかは、その地域の状況や病院の状況によって変わる制度設計かと思う。
- ・ 513ページは、医療ニーズが低い患者に多くの医療資源を投入するのはやめてくれ、粗診粗療もやめてくれと言っており、総論的なこと。具体的なファイ係数が、502ページ。なぜファイ係数が0.67に上がったか。503ページで点滴ライン同時3本以上の管理や専門的な治療・処置は外す、504ページの抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用も外す。505ページの全身麻酔・脊椎麻酔の取り扱いもブラッシュアップして、結果として、506ページのDPCデータでの該当患者割合が、枝葉を切って本当に相関のあるものを取り上げると23.3%になるという提案。医療課はここを突き詰めて、現行の該当患者割合の是非は別として、DPCデータを使ってより急性期の病状をどんどん取り入れるのが1つの方向性だとは思う。
- ・ 次はどう主張するか。もう一回516ページに戻って、私自身の考えとしては、枠としてはこういうものが当然で、疾病構造が変わっていったときに柔軟に対応するには、急性期の患者の病状に合わせて自院の人員配置も含めた機能を変化させていくため、ある程度段階的なものがあって、そこに合わせられるような弾力的運用ができるものが必要。
- ・ ただ、現在は該当患者の病状が現行の重症度では完全にははかり切れないので、スタンスとしては、日医と同じくひとまずはいじらずに現行の項目でやって、EFファイルで患者該当割合を算出するという選択性はどちらでもいいことにして、少なくとも基準はいじらない。そして、本当にそういう重症度がブラッシュアップされたときに、1つずつの基準を急性期の病状に合わせて変えるという主張がいいのでは、と述べた。

原澤支部長は、万代副会長の意見にほぼ賛成だが、その次のページで、現行死守と言いながら、重症度、医療・看護必要度の項目の見直しをもう既に出している。特に、A項目の救急搬送後入院（2日間）を見直すということだと、今、救急入院医療管理加算1、2そのものが危うい状況で、救急搬送を入院させて2日間、A項目で単独で2点とれるので、こういうところも既に織り込み済みで重症度、医療・看護必要度の見直しもされているという現状は、現行をそのまま容認して25%云々というところまではいっていないと思うがどうか、と尋ねた。

島副会長は、A項目の救急搬送後入院（2日間）については、原澤支部長の発言どおりの現状であり、医療側は皆断固反対と伝えている、と述べた。

万代副会長は、ここは「検討してはどうか」なので、「検討しましょう」ということ。A項目の救急搬送後入院（2日間）については、猪口全日病会長も、すぐに救急管理加算に変更することは非現実的だと発言した。日医も同意見であったと述べた。

牧野常任理事は、集計しづらいかもかもしれないが、DPCデータの中には救急搬送はあるのに、なぜか使おうとしない。様式1として各医療機関が報告するわけだから、それを利用してくれと主張していいと思うと述べた。

中井常任理事は、基本的に日病としては皆が望んでいたようになってきていると思うが、原則を言えば、入院基本料はホスピタルフィーであり、施設や人員等に対して支払われるもので、重症度の部分は本来は診療報酬で手当てされるべきもの。それをごちゃ混ぜにして評価しているので、やはり原則的ではないと思うと述べた。

相澤会長は、主張としては今、医療課が考えているようなこと理解し、現在の医療・看護必要度はしっかりと見直さねばならず、2年間かけてしっかりと検討するというのでよいか、島副会長と相談し、しっかりと目を光らせたいと述べた。

## 2. 医師の働き方の問題点の整理と方針

相澤会長は、医師の働き方改革についても、やはり日病としてある程度の方向を示す必要性がある。岡留副会長から検討会などの状況報告をいただき、その後、議論をしたいと述べた。

岡留副会長は、資料に基づき以下のように述べた。

- ・まず協議資料1-1、前回の厚労省の医師の働き方改革に関する検討会の報告をする。今まで4回開催され、四病協の検討会も4回開催されたので、対比しながらプレゼンしたい。
- ・このデータは、先生方の協力を得て四病院協議会の速報データとしても使っており、一昨日の臨床外科学会総会の働き方に関するシンポジウムで話をした。
- ・まず、11月10日の検討会の要約だが、四病協からは、医師の勤務環境改善策の取組状況についての緊急調査報告を行った。
- ・10月17日から11月6日までに四病協各会員、5,118施設へ発送し、回収数639施設、回収率は12.5%。調査内容は、基本属性、勤務環境改善策の取り組み状況、36協定の締結状況、勤務時間短縮の取り組みほか色々、効率的な医療提供に向けた取り組みがあれば書いてほしいとのことだった。そして、勤務環境改善策の効果について実際どう思うかということ。
- ・36協定未締結の施設が95件、36協定は締結しているが特別条項未締結の施設が217件。
- ・病院の労務管理については、衛生管理者を設置していない施設あるいは衛生委員会を設置していない施設が4.4%。ほとんどの施設が衛生委員会を持っているが、過去1年間、衛生委員会で長時間労働について議題としたことがあるかということ、69%でないということだった。要するに、勤務医の労務管理については議題に上がっていないということであろう。
- ・短時間勤務の医師を雇用している施設があるかという質問に対しては、32.6%が雇用しているということ。
- ・タスクシフティングについては、特定看護師のいる施設は8.5%にとどまっている。それから、医師事務作業補助者が勤務している施設では、診断書の代筆等を原則または一部実施している割合は90%程度と、非常に高い割合であった。
- ・勤務環境改善策の効果については、経営上のメリットがない、あるいは改善効果が少ないと見込まれると考える施設が多数であった。四病協の調査は以上である。
- ・検討会当日は四病協のほか、日医、AJMC、全自病協からもヒアリングし、それぞれ現場の実態を踏まえた議論の必要性を訴えて終わった。四病協としては、宿直の規定について、既存の規定ではなく医療現場の実態を踏まえ、新たな病院の宿日直の規定が必要と主張した。
- ・次に協議資料1-6、「医師の働き方改革について ー四病院団体協議会の立場からー」について説明する。
- ・キーワードは、医師の労働者性がどうかということ。後で述べるが、労働法制の学識経験者、東大法学部教授等に一蹴された。2番目、自己研鑽について、それから応招義務、宿直、タスクシフティング等について述べた。
- ・四病協については今まで検討会を4回行った。四病協の主な意見は、要するに、時間の制限が少なく一定の仕事をこなすことを求められている医師などは裁量労働といえるのではないかと。既存の裁量労働に当てはまらなくても、何らかの医師の別枠の裁量労働制を検討すべき

ではないかと考えていた。厚労省では非常に厳しい意見が出たが、医師全体に裁量労働制を当てはめることが難しくても、臨床現場でかなりの専門性と、ある程度の裁量を発揮できる例外的な制度があってもいいのでは、ということが出ていた。

- 労働者性について調べると、労働基準法第9条に、賃金を支払っている以上は労働者であると。医師であっても労働基準法の労働者だと、一蹴された。
- 自己研鑽に関する全体的な論調としては、四病協では研鑽は非常に大事なことである、一人前の医師になるために必要であり、仕事か否かの線引きが非常に難しい。厚労省では、労働と自己研鑽はモザイク状に存在し割り切れない。単純労働部分は是正するとしても、自己研鑽の時間を規制するのは、将来の医療の発展の停滞を招くのではないか。この辺の意見は医療界側から述べたことで、連合の労働局長なども大体頷いていた。
- 自己研鑽についての色々な通知を見ると、使用者の指揮命令下に置かれていると評価されない時間なら、労働時間には該当しない。医師にとって自己研鑽は常に必要と同時に、業務との区別が困難である。長時間労働改善のためには医師にしかできないもの、タスクシフトまたはタスクシェアできるものを検討すべき。即ち医師の労働のOn-Offルールの策定が必要ということになり、四病協と厚労省のサポートを得て、On-Offルールについての本格的調査を12月あるいは年明けから始めようと考えている。
- 応招義務については、医師法に出てくるのが昭和23年で、これがずっと生きている。社会情勢の変遷、それから働き方、テクノロジー、色々と変わっているが、全く変わっていない。時代に合った適用の仕方についても論点に挙げてほしいと述べた。何よりも大事なのは応招義務が国民に定着して、誰でも、いつでも医療保険で、皆保険制度の非常にマイナスの部分というか、いつでも病院に行けば主治医が出てくるという考え方を変えていく。即ち国民の理解、啓発が非常に大事ではないかという意見があった。
- 一番肝心の宿直だが、宿直制度が医療法第16条でうたわれたのは昭和23年。今の一般的な医療機関での宿日直の実態と、現在の労働基準法の宿日直基準が余りにもかけ離れている。救急対応などを行っている医療機関の実態に即した宿日直の仕組みが必要だという意見が出ていた。四病協でも同様の意見で、実態は当直であるにもかかわらず、宿直として対応しているのが現実ではないか。実態を把握するのは重要であって、現在の宿日直の許可基準は非現実的であろうという意見。四病協の緊急調査だが、労働基準法の宿日直勤務に当たるものとして対応しているところが約半数。19.2%は宿日直の許可申請を行っていない。
- 勤務環境改善策では、原則、複数主治医制をとっているのは13.6%。原則、完全主治医制だが、一部の診療科で複数主治医制をとっているのが27.9%。まだまだ主治医制度に対する国民の願望が強い。
- タスクシフティングについて。特定看護師は8.5%。日看協は非常に強くこれを推進していきたいと言うが、現場ではなかなかふえない。医師事務作業補助者が勤務している施設30.5%。病棟配置の事務作業補助者は30%で、外来配置の医師事務作業補助者が54%という数字である。厚労省の検討会では、タスクシフティング、タスクシェアリングは本当に重要であると、皆前向きな意見だった。ただ、看護師や医療クラークをふやすとしても、今の診療報酬の中で財源を捻出するのは非常に厳しい。厚労省で医療介護総合確保基金等の活用も入れながら検討してほしいという意見もあった。
- 緊急調査報告で、勤務環境改善策には経営的メリットがない、改善効果が少ないという病院がまだ多い。勤務環境を改善し、医師事務作業補助者を入れたりチーム医療制度をとったり、色々システムをつくってもメリットがないということで、認識がまだまだ深まっていない。
- 4年前に日本外科学会が13の外科系関連学会と一緒にとった、労働時間をどう見るかというアンケート調査だが、週平均78.5時間で、いかに外科は労働時間が多いか、過酷かというデ

ータである。このシンポジウムのタイトルが「外科医になる人がなぜ少なくなっているか」だった。データも、これを示しているのではないか。

- ・外科医の職員が支援を希望するものとしては、経済的なインセンティブとか、訴訟リスク対応、もう少しタスクシフティングを強力にやってくれと、大きく3つの山がある。
- ・医師の労働は自己研鑽と労働がモザイク状に混在し、切り分け困難だ。タスクシフティングはさらに広げるべきだが、行政サイドの支援や何らかのサポートがないと、人をふやすだけでは病院がたちいかない。また、時間外労働規制を医師の診療科遍在、病院機能の違い等を考慮せず適用すれば地域医療に大きな影響が生じるため、慎重に行う必要がある。宿日直勤務については、救急対応などを行っている医療機関の宿日直の実態を踏まえ、実態に即した仕組みを考える必要がある。経営上のメリットがない、労働時間削減の改善効果が少ないという認識の施設が結構あるので、勤務改善策の好事例を積極的に広報する必要がある。
- ・今後、12月から1月にかけて行う勤務実態のアンケート調査のデータを厚労省の検討会にかけ、厚労省は中間まとめを行い、医師需給分科会に上げられる。ここで本格的に最終的な議論、再来年3月までかけて検討され、報告書の取りまとめをする。
- ・一番最初に言ったキーワード、自己研鑽、応招義務、宿直、このあたりがいつも問題になるが、これという妙案がないので、先生方の意見をぜひお聞かせ願えれば、次の検討会にその意見を反映させたいと思うので、よろしく願いしたい。

相澤会長は、病院にとって一番大きな問題は、宿直をどうするか。宿直は労働時間だから全部労働時間に入れろとなると、病院はみんなお手上げになる、と述べた。

望月理事は、以下のように述べた。

- ・宿直の問題は平成14年に労基から、管理当直は宿直、電話番程度で、当直業務は交代制にしようという通知が出ているが、病院には特に立ち入り等もなく、何となく黙認で来た。今回、当院にも労基が入ったが、多くの病院に労基が入ってきていると思う。
- ・当直問題は、交代制勤務は理想だとは思いますが、現時点でそれを想定した医師の需給予測は出しておらず、今の医師の数ではとても足りない。当院でも1.3倍にふやせば何とかやれるというのは出ている。準夜帯は勤務として深夜帯は当直業務、つまり準夜帯を17時15分から8時間勤務とすると、当直の次の日は8時間休める。要するに、シフト制は一夜2勤務制になり、当直に入る日勤帯を休ませて、準夜・深夜は働いて次の日また休みとなるので、今は色々工夫して、当院は準夜帯は4時間だけ勤務として、それ以外は当直にして患者を診ればその分のお金は全部支払って、次の日は半日休みとか。8時間勤務として次の1日休ませる病院もあるが、そういう案をこちらから出すべきでは。
- ・交代制勤務にしろと言われても、救命救急センターは可能だろうが、普通の病院はなかなか難しい。ある時間帯は4時間なり8時間なり勤務をして、翌日その分は完全に休みとする方法を認めさせることが一つの提案なのかと思っていた。

相澤会長は、平成14年の通知がおかしいということか、通知は変えないとおかしい、そして、その代案として、望月理事が言ったようなことを考えたかどうかと尋ねた。

望月理事は、現状に即した宿直体制とし、通知は変えるべき、準夜帯は勤務となるから、準夜帯の8時間は勤務として、要するに日勤、準夜と勤務すると述べた。

相澤会長は、その分だけ休みを与えるということかと尋ねた。

望月理事は、そうである。次の日を1日休ませることにする。当直明けの人が手術をするのはよくないと私は思っている、と述べた。

岡留副会長は、準夜帯と深夜の関連を言うと、結局は交代制になっていくのではと尋ねた。

望月理事は、交代制だと1人が準夜・深夜と2勤務して前後を休みという格好になるが、その折衷案のようになる。1人の医師が今日日勤で、準夜を続けて、8時間、8時間で16時間労働する。8時間勤務していれば、次の日は8時間休みで、丸々1日休めるということと述べた。

岡留副会長は、トータル1週間40時間で頭打ちさせるということかと尋ねた。

望月理事は、そうである。要するに、次の日の日勤8時間分を準夜帯に働いているという形になる。そうすると勤務時間は40時間にはなると述べた。

岡留副会長は、地方の病院はできるか。人の問題だと尋ねた。

望月理事は、当院は地方なので4時間だけの勤務とし、次の日を半日だけ休ませると述べた。

窪池理事は、一部内科系で望月理事が言ったような勤務形態をとっているが、休みをつくっても医師は働いてしまう。結局は超過勤務を全部払っており、何が楽になったということではなく、見かけだけ。需要は変わらないので、医師をふやさない限り解決しない問題だと述べた。

島副会長は、私のところは婦人科としてやっているが、日勤した後に準夜帯は時間外で労働する。深夜帯は勤務になって、明け方になると全員帰る。そのかわり、この科だけは主治医制ではなく複数担当制にしており、責任が少し分散するが、そういう形で結構続いている。他科はというと、人がたくさんいる診療科は助け合う精神があるとやれるが、全部の科では全然やれていないのが実態である、と述べた。

相澤会長は、何か違うことを考えねばということだが、これぞというアイデアは。

岡留副会長は、医政局の内々のディスカッションで、当直を完全に労働時間に振りかえるのは病院として無理だろうと、例えば12時間の中で六、七時間ぐらいいみ見なし睡眠時間をつくり、その他を労働時間として時給で払うという意見も出ているそうだ。一晩に十何万円払うのは今の病院では経済的に無理だろうと、そういう意見も少し出ているようだ、と述べた。

牧野常任理事は、以下のように述べた。

- ・少し論点がずれるが、院内のICUやHCUといった施設要件を取るための当直勤務者も結構いて、全部一般の救急患者を診る当直と同様に交代勤務とされると、非常に困る。
- ・同じ当直でも、業務によってある程度切り分けを考えなくてはいけない。もう一つ、要件緩和も訴えたい。ある程度兼務ができれば人は減らせる。今、救命救急の病棟とICUと、それぞれに置かなくてはいけない。HCUも持っていればそれも置かなければいけない。

岡留副会長は、専従要件の見直しは、恐らく医療分科会で上がってくると述べた。

牧野常任理事は、やはり専従要件の緩和は訴えるべきだと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・法律家は法律のことしか知らず、医療の実態はわからずに彼らは労働法ということで考えている。健康な労働者を再生産できる労働環境を整え、きちんと賃金を支払うという考え方だ。今すぐ同じことをやろうとしたら、医療は崩壊する。医師の自己犠牲で成り立っている現状があり、新たな医師の裁量労働制を提案するしか方法はない。
- ・宿直と当直については、これは技術的な問題なのでどうにでも解決できると思うが、ただ健康の問題と賃金の問題をぴったり1つにしているのが労働法で、我々は、そこはぴったり1つにはせず、少し離れているので、手当の問題と働き方の問題をきっちり連関させたままで議論を続けたら、混乱すると思う。だから裁量労働制しかないのではないか。

岡留副会長は、以下のように述べた。

- ・具体的なアプローチとして考えているのは、四病協を含めて、日病を中心に、医師労働の実

態の生データを出そうということで、6病院で先行調査を実施した結果がもうすぐまとまり、これが次回、12月に上がるので、その後に四病協全体の本調査を行なう。

- ・中島常任理事の意見には私は全く賛成で、法律家は医療界のことを少しも知らない。「最高裁判例はこうなっている」「高裁の判例ではこうだ」という論旨。

中島常任理事は、法律を変えれば最高裁判例も廃棄になるから、何の関係もないと述べた。岡留副会長は、今逐次努力していると述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・やはり考え方を出すべきではないか。通知は何とかしてくれということと言わないと、これはもう全くおかしい話なのでぜひお願いしたい。
- ・応招義務は昭和23年につくられたものだが、聞く話によると、個人医師と病院、地域の役割分担の中で病院がどうしていくのかということだと思う。なかなか難しいところもあるので一概には決められないが、応招義務というのはどうなのか。

直江常任理事は、以下のように述べた。

- ・宿日直の話だが、準夜帯は勤務、深夜帯が宿直ということで、当院は一晩当たり研修医を含め9人、10人と当直しているが、例えば外科直として、外科の先生が当直という形でやっている。ただ、準夜帯は救急が頻繁に入るので、これは勤務でもいいのかもしれないが、深夜帯は一般的にはがくっと患者が減り、外科が呼ばれる頻度はさらに減る。
- ・これが違法だということだが、宿日直をしていて、例えば外科の医師が手術に入り、そこから勤務にして併用するというやり方は世の中ではだめだということで、これは勤務にしなさいと指導があって、そういうニュースもたくさん流れるが、これは頻度の問題だと思う。
- ・例えば1時間ごとに呼ばれるのは明らかに勤務だと思う。外科の医師に関しては大きな手術もあるが、管理当直に任せて電話で済んだということで、外科の医師が呼ばれないときもある。そういうボーダーラインの、当直なのか勤務なのかは日によって違うというときに、ぜひそういう併用療法を認めてほしいと日病で言うのは筋違いだろうか。本音はそうだと思うが、いかがか。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・自分の病院でも調べたが、例えば外科や産科は、忙しいときは一晩中手術をしているが、全く手術がないときはずっと寝当直ということがあり、全部一緒にするのはおかしい。勤務実態の調査を含めて言ったほうがいい。今、一番問題なのは救急を引き受けている医師である。
- ・そこに応招義務というのがあり、来たら必ず診なければならぬというのがあるが、患者が何人も来る。次から次へと患者が来て、宿直と言いながらほとんど勤務になってしまっている、これをどうするかというのが、応招義務と裏腹の関係になってしまっている。

望月理事は、応招義務に関しては、宿直と勤務をうまく組み合わせ、医師個人ではなく病院として対応できるようにすれば余り心配はないのではないかと述べた。

末永副会長は、実はオンコールも時間外労働になるので、その辺も詰めておかなければという思いがあるのだが、望月理事のところはどうしているかと尋ねた。

望月理事は、奈良県の事例は自分たちの診療科でオンコールを決めていたので、それは労働にはならないとの結論になったが、自分たちの診療科で当番を決めて病院からオンコールをしろと命令すると、これは労働になるらしいと述べた。

末永副会長は、自分の科での責任なんてなかなか言えないのではと述べた。

望月理事は、言えない。そこは非常に今曖昧だと思うと述べた。

相澤会長は、少なくとも勤務には入れてくれるなど言ったほうが良いと述べた。

窪池理事は、救急の話が出ているので、前から色々な会議体で話しているが、これはどこでも出てきている話で、一次救急にどう対応していくのか。かなり負担になっていることも確か

だと思うので、そういったものから整理する必要があるのではないかと述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・本当に気軽に、タクシー代わりに救急車で来る。最近が高齢者の軽症患者がすごくふえている。日病としても、病院がきちんと機能するためには、いつでも、どこでも、誰でも病院に行けば何とかかなるというのは少し違うということを書いていかないとだめなような気がする。
- ・私の病院など見ていると、患者だけではなく老人施設等も非常に問題で、すぐに送ってくるので、やはりこのところは日病としても意見をまとめて、そういう救急患者を減らすことをしたほうがいいと思うが、どうか。余り無駄な使い方はやめてくれと。
- ・ただ、そうは言っても来た場合にどうするかということと、勤務時間に入れられたら本当に大変なので、医師だけの特例は絶対につくらない、普通の労働者とは少し違うということは強く主張して、普通の労働時間のカウントと違うものを医師には入れるということで、どうか。これはもう皆で一致してやらないとだめだ。

望月理事は、自己研鑽と労働時間がモザイク状になっているというのは、まさにそうだ。医師の労働は上限付が通常の上限ではないということを中心に大きく主張してはどうか。労働と自己研鑽を切り分ける作業はできるだろうか、と尋ねた。

岡留副会長は、これは非常に難しい命題だ。実態調査が出てくると思うが、本当に切り分けができないとなると別のアプローチを考えねばならない。その1つが、高度プロフェッショナル制度に似たような、医師の裁量制を認めた特別条項みたいなもので高プロ制度を導入できないかと、検討を始めている。具体的にアクションを起こさないと全然埒があかないと述べた。

相澤会長は、この問題はまだまだ解決が見つからないが、やはり医師は違うんだ、労働者だけでも特別なんだということで、特別条項をつくっていただいて、これまで出ている通知は取り消してもらおうということを中心に強く訴えていかなければと思うが、よろしいか、と尋ねた。

(拍手)

以上で閉会となった。