

一般社団法人 全国公私病院連盟
令和6年度「第6回理事会」議事録 (案)

1. 日 時 令和6年8月9日(金) 14:00～16:00

2. 会 場 Z o o mを利用したオンライン会議

3. 理事総数 26名(定数:20名以上30名以内)

4. 出 席

(1) 役員(理事・監事)

(会 長) 邊見公雄

(副会長) 望月 泉、辻井正彦、浦田士郎、三角隆彦、難波義夫、中村哲也、

(常務理事) 野村幸博、新谷史明、鎌田修博、中野 実、川嶋成乃亮、佐能量雄、
佐々木敬

(理 事) 黒田啓史、木原康樹、髭 修平、松浦 弘、辻 尚志、石川悦久、
内藤嘉之、中瀬真治

以上22名出席

(監 事) 岡田俊英、遠山正博

以上2名出席

(2) 役員以外

(名誉会長) 今泉暢登志

(顧 問) 大濱紘三、村上信乃、行天良雄、瀬戸嗣郎、加藤 誠、園田孝志、
中嶋 昭、小熊 豊

(特別参与) 渡邊古志郎、原澤 茂

(参 与) 森山正之、神内 浩、竹本大雄、中村純誠、滝沢洋二、後藤孝浩、
齋藤哲哉、岩本一壽、山田晴基、西江 寿、松本安治、島根 潔

(事務局長) 小堀悦也

5. 欠 席

(1) 役員(理事・監事)

(副会長) 牧野憲一、北村 立 (常務理事) 女屋光基

(理 事) 中房祐司

以上4名欠席

(監 事) 伊藤 博

以上1名欠席

(2) 役員以外

(顧 問) 相澤孝夫、堺 常雄、山本修三、土井章弘、岡留健一郎、加藤幸男、
吉田茂夫、石原 淳、富所 隆、中島豊爾

(特別参与) 阿曾佳郎

(参 与) 辻 勝、杉木康浩、中野庄意

6. 議 事

(1) 前回理事会から本日までの活動報告

(2) 報告事項

①日病協「診療報酬実務者会議」(7月17日)

②日病協「代表者会議」(7月26日)

③望月副会長からの報告

1)「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」(7月10日)

2) 社会保障審議会「医療部会」(7月12日)

④邊見会長からの報告

⑤連盟「創立60周年記念式典」

⑥第34回「国民の健康会議」(10月2日)開催案内

⑦第35回「看護管理セミナー」(10月25日)開催案内

(3) 協議事項

①連盟・人事について

【臨時総会】役員の選任(案)・顧問の推戴(案)

1) 理事交代の依頼と顧問の推戴について

2) 副会長の互選について

3) 参与の委嘱(案)について

②全国公私病院連盟サポーターズクラブについて

③後援名義の使用許可申請について

(4) 事務連絡

①次回以降の「理事会」等日程

②前回「理事会」(6月12日)議事録案

7. 議事の概要およびその結果

(1) 開会挨拶

邊見会長から挨拶があった後、邊見会長が議長となり議事を進行した。

(邊見会長) 7月11日の本連盟「創立60周年記念式典・祝賀会」には、多くの皆様方にご参加いただき誠にありがとうございました。

おかげ様で、本連盟がどういう会であるかとか、加盟する8団体の紹介、過去の歴史、日本病院団体協議会の創設経緯、中医協委員の選出、海外への医療援助と友好・視察、セミナーや研修会などの事業についてもご理解いただくことができて非常によかったと思っています。『病院新聞』や『社会保険旬報』でも取り上げていただいておりますので、後ほどお目通しいただきたいと思います。

さて、本日は、日本公的病院精神科協会より新しく理事になられた中瀬真治先生(JA三重厚生連鈴鹿厚生病院・院長)にご出席いただいておりますのでご紹介させていただきます。

(中瀬理事) 鈴鹿厚生病院の中瀬です。何もわからないことばかりですが、何卒よろしく願いいたします。

(2) 前回理事会から本日までの活動報告 (資料No.1)

事務局より、前回理事会から本日までの活動報告があった。

(3) 報告事項

①日病協「診療報酬実務者会議」(7月17日)(資料No.2)

中野常務理事と園田顧問より、日病協「診療報酬実務者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

(中野常務理事) 資料No.2 をご覧ください。改定が終わった後なので、まだそんなに激しい動きはありません。こんな話があったとか、こんなデータが出ていますというご紹介が主になりますが、ご報告させていただきます。

4 ページ、7月3日の中医協「総会」で「医療DXの推進にかかる診療報酬上の対応」について議論しています。

5 ページ、この件については、急遽ヒアリングが行われていて、その報告がありました。詳細は後ほどご覧ください。

8 ページ上、ヒアリングの結果、「医療DX推進体制整備加算等に関する課題と論点」が挙げられて、その後の10月改定の話につながっていきます。具体的には後ほど資料が出てきますので、そこでご説明したいと思います。

9 ページ、その前に7月17日の「薬価専門部会」の報告をします。

10 ページ上、「令和7年度薬価改定」をどうするか議論をしています。

ご存じのように、これまでの薬価改定は2年に1度の診療報酬改定と同時に行的われてきました。国が決める薬価と、薬品の市場実勢価格が乖離している分を引き下げて、それを診療報酬本体に振り向けるようにしてきた訳ですが、ここ何回かは中間年にも薬価改定をして、つまり、毎年薬価改定があるという状況になっています。

中間年改定をした時、薬価の引き下げ分は当然、診療報酬改定をしていない訳ですので、その差額が診療報酬本体に回ってくることはありません。医療を提供する側からすると不利な形になっています。

10 ページ下、毎年薬価改定をやっていますので、令和2年(中間年)の乖離率は8.0%、令和3年7.6%、令和4年7.0%、令和5年6.0%と、どんどん乖離率が小さくなっていることがわかります。

11 ページ上、令和6年度は「診療報酬改定」と「薬価改定」があった訳ですが、令和7年度が中間年になるので、まず令和7年度の薬価改定をするのか、しないのかという議論を開始したという訳です。

「経緯」のところに「診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方については、令和6年度薬価制度改革の骨子において、令和6年度速やかに議論を開始することとしており、骨太の方針2024では『2025年度薬価改定に関しては、イノベーションの推進、安定供給確保の必要性、物価上昇など取り巻く環境の変化を踏まえ、国民皆保険の持続可能性を考慮しながら、その在り方について検討する』」

と書いてあります。中間年改定をするのか、しないのか、この段階ではまだ決まっています。

13 ページ上、7月17日の中医協「総会」では、「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養」が議題になりました。要約すると、後発品の薬が十分に出回っているけれども、患者がどうしても先発品を使いたいと言った場合には、その薬価の4分の1は患者に負担してもらうという制度です。これによって、患者に後発品を使わせるような誘導をする訳です。

13 ページ下、ただし、患者がこのお金を払わなくていい場合があります。例えば、「保険給付と選定療養の適用場面」の2つ目の➤のところに書いてありますが、「①医療上の必要性があると認められる場合」「②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など」では、引き続き保険給付の対象とします。つまり、このケースで患者が先発品の方がいいと言うなら全額保険で賄います。

14 ページ上、「医療上の必要性があると認められる場合」とは、以下①②③④の4つの場合が想定されます。

①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要性があると医師等が判断する場合。

②当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要性があると判断する場合。

③学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要性があると判断する場合。

④後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品の処方をする医療上の必要性があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

なお、こういう場合も医療上の必要ありと認められますという例が口頭で説明されました。例えば、ある薬に後発品はあるが、院内処方をやっていて、その院内処方の採用が先発品しかないという場合、わざわざ後発品を採用して出す訳にはいけないので、院内処方が先発品しかない場合は、医療上必要があるという解釈になるそうです。それから、公費負担患者でも選定療養費をとれることになっているようです。

15 ページ下、「医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し(案)」です。この会議の時にはまだ点数がはっきりしていませんでしたが、これが決まっています。診療報酬改定が今回から6月実施になりましたが、それが始まったところに10月にまた一部改定するってどういうこと…、という気はしますけれども、そうまでしても進めたいようです。

右上の「令和6年10月～」の一番上を見ていただくと、「医療DX推進体制整備加算 18点+●点」となっています。この「●点」という部分はもう決定していますので、後ほどご説明します。

16 ページ上、「マイナ保険証利用率」ですが、利用率の計算方法には「レセプ

ト件数ベース利用率」と「オンライン資格確認件数ベース利用率」の2種類があります。

基本的には、「レセプト件数ベース利用率」ですけれども、「オンライン資格確認件数ベース利用率」でもいいことになっています。おそらく病院は「オンライン資格確認件数ベース利用率」の方が高くなりますが、どちらの計算式を使ってもいいことになっています。

16 ページ下、2 つ目の○、「医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用率」について、令和6年10月から令和7年1月までの間は…」と書いてあって、その下の太字のところに「適用月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることも可能である」と書いてあります。

17 ページ上、マイナ保険証利用率が今どのくらいかという、左上が病院の4月のデータ（レセプト件数ベース）です。平均値が5.4%となっています。

17 ページ下、同じように左上が病院の6月のデータ（オンライン資格確認件数ベース）です。平均値が19.1%となっていて、4月から6月の間にマイナ保険証を使うケースが増えたのか、計算式が違うので、そのために増えたように見えるのか、何とも言えないのですけれども平均値としては増えています。

18 ページをご覧ください。これが今回の改定の結果になります。「医療DX推進体制整備加算1」が11点ですので、つまり「8点+3点」になった訳です。一番低い「医療DV推進体制整備加算3」だと今まで通りの8点になります。

この「加算1」「加算2」「加算3」の差は何でつくかという、この「加算1」を取る場合は、マイナ保険証利用率を10月からは15%、来年の1月からは30%、この利用率をクリアできれば11点がとれることになります。

「加算3」は、10月から5%、来年1月から10%の利用率をクリアできれば算定できます。このパーセントに満たなかったら、そもそも加算がとれないので0点という形になります。

20 ページ、今回、この改定が承認されていますが、答申書に附帯意見がついています。1 つ目は、マイナ保険証の利用状況等をよく勘案して令和7年4月以降のことを検討すること。2 つ目は、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービス状況等をよく確認して、必要な対応を検討することの2 つです。

まだ検討中という話ですが、電子処方箋については、医師の証明をするHPKIカードをiPhoneで代用できるというシステムがありますが、医師会のサーバーとうまくつながっていないので、もう1年か1年半ぐらいかかるのではないかと…。単なる噂の情報でしたけれども、そんな話も出ていました。河野大臣も何かしやりきになっているので、急に進むかもしれませんが…。

21 ページ、これは参考ですけれども、「病院経営動向調査の概要」です。病院経営の動向調査は、本連盟や全日協と日病でもやっていたり、いろいろなデータがある訳ですけれども、独立行政法人福祉医療機構（WAM）の「病院経営動向調査」は結構ガチと言う話です。

何でかと言うと、これは病院にお金を貸し出す側の調査なんです。お金を出す側が、その代わりに経営情報と提出させてまとめた調査なのでガチと言う訳です。

22 ページ上、一般病院の「2023」という縦のラインと横の「医業利益率」が交差するところが「△2.0」になっています。つまり、2023年の一般病院の医業利

益率はマイナス 2%だったということです。前年度の 2022 年度は「△0.8」ですから、これよりもマイナスが 1.2%増えていました。

これは「医業利益」ですので、最終的な全体の利益としては、その下の「経常利益率」になります。2022 年度は「4.1」と黒字になっています。これは想像がつくと思いますが、コロナの補助金はまだ入っている時期です。2023 年度は、それもだんだん尽きてきて、「経常利益率」も「△0.1」になっています。中医協もこういうデータを見ているという話です。

23 ページ上、「病院の医業利益率」で、赤い折れ線グラフが、急性期の一般病院です。これを見ると、民主党政権のころに点数がいい感じだったので「利益率」が上がっていますが、その後、自民党・公明党政権に戻って、コロナじゃないところを見るともうマイナスにどっぷり沈んでいます。

下のグラフが「病院の経常利益率」です。これは補助金なども入っていますけれども、それでも令和 5 年は大きくマイナスになってしまったということです。

以上ですが、今回は目新しい内容というよりは、文面から読み切れないような、口頭でもらった情報や、参考になるとと思われるデータを提示させていただきました。園田先生に補足をお願いします。

(園田顧問) 電子処方箋の話ですけれども、これは「代表者会議」で聞いた話になりますが、読み取りの機械が、極めて近い将来、恐らくスマートフォンにマイナンバーカードを読み込ませて、QR コードで認証する方向になるのではないかという話がありました。

そうすると、今の読み取り機がまた使えなくなって、医療機関の負担になりますね。そういうところも気をつけておかないといけないのかなと…。とにかく、いろいろ政策は出してくるけれども、具体的な機械のことは全部医療機関の負担になっているのが悔しいところです。

それから、WAMの経常利益率ですけれども、23 ページを見ていただくと、「一般病院」も下がっていますが、「精神科病院」も大きく下がっています。やはり厳しいことを現しているという話が出ていました。

②日病協「代表者会議」(7 月 26 日)(資料No.3)

難波副会長と辻井副会長より、日病協「代表者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

(難波副会長) 7 月 26 日に行われた日病協「代表者会議」に出席しました。当日は太田先生と池端先生から中医協の報告がありましたが、今、中野先生と園田先生が説明された内容と全く同じ話でしたので、説明は省略したいと思います。

それから、「地域医療構想及び医師確保に関するWG」と社保審「医療部会」の報告は、後ほど望月先生からご報告していただけたと思いますので、私から報告することはもうないのですが、資料No.3 の 45 ページのメディアファクスの記事をご覧くださいと思います。

「代表者会議」で園田先生が、最近のコロナ患者の急増により、コロナ患者を算定式から除外しないと、重症度、医療・看護必要度が厳しい状況になるという

発言をされて、出席された先生方も、必要な措置をとるなら早ければ早いほどよいということになりましたので、その経緯も含めて仲井議長が記者会見で発言した内容になります。

それから、電子処方箋については、簡単になるはずが逆に複雑化してしまって、何らかの対策はできないのかと…。まだまだ問題があると思いますが、中医協はこの件を議論する場ではないので、別の諮問会議や検討委員会で議論することになるということでした。

(**邊見会長**) コロナは九州の方で流行しているようですね。今、佐賀県が一番多くて、宮崎、鹿児島でも拡大しているようです。ワクチン代が高いし、薬代も高いので受診を控えるようになって広がっているんでしょうかね。

(**園田顧問**) 佐賀県は確かに今一番多いと言われていまして、定点当たり報告は30を超えています。インフルエンザでいうと警戒・警報レベルです。行政がちゃんとした数字を出していないので、目安ですけれども…。

当院でも今、全体の15%ぐらいのコロナ患者がいます。院内でクラスターが起こって入っているのと、院外からいろんな形で頼まれて、入院させざるを得ない患者もいます。

コロナ患者が入ってきても必要度はアップしないんですよね。下がるだけ。そういうことで、先日の「代表者会議」で発言しましたら、東京の方でも急速にコロナ患者が増えていることもあり、記者会見でご発言いただいた次第です。

実際に必要度の分母から除外してくれるのかどうかは、期待はしているのですが、けれどもわかりません。しかし、クラスターが起こった病棟で見ると、重症度、医療・看護必要度がアッという間に一桁になるんです。その辺は配慮をして欲しいと思っています。

(**望月副会長**) 今の園田先生のお話ですが、8月6日の火曜日に、日病協の副議長という立場で、仲井議長と共に厚労省保険局の林医療課長にZoomでしたが面談をして、分母から除いて欲しいというような話をしました。

しかしながら、ちょっと話が噛み合わなくて、医療課長は、コロナで必要度が下がることは理解しているようでしたけれども、この話は中医協マターじゃないという話をしていました。この問題は医政局の感染症課とかに言わないとダメだと思いました。

③望月副会長からの報告

1)「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」(7月10日)

2) 社会保障審議会「医療部会」(7月12日)

望月副会長より、望月副会長が出席する審議会等の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

(**望月副会長**) はじめに「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」についてご報告します。

6 ページ上、各都道府県の地域医療構想の担当部局宛に確認票を送付して行った、「地域医療構想調整会議における検討状況等の確認」(令和6年3月末時点)

が報告されています。

6 ページ下、「地域医療構想の推進に係る年度目標の設定状況」です。「目標設定あり」が 91% (312 区域) ですので、9 割の構想区域で目標設定をしているということになります。その右側に「設定している目標について」が書いてありますが、「合意した対応方針の策定率」「合意した対応方針の実施率」などが多くなっています。

その下に「目標を設定していない主な理由」が書いてありますが、「病床機能の転換や病床削減等は、医療機関の経営にも関することであり、個々の実情を踏まえながら進める必要があることから、目標を設定することは困難」とか、「地域の具体的な課題を設定できていないため」という理由が挙がっています。

右下の小さい円グラフに令和 5 年 9 月末時点が出ていますが、その時点では 70% (240 区域) で、それが令和 6 年 3 月末時点で 90% に増えたということです。

7 ページ上、「地域医療構想調整会議で合意した医療機関の対応方針の策定率」です。「医療機関の対応方針の策定率」が「100%である」ところが 72% (246 区域)、「100%でない」ところが 28% (95 区域) でした。令和 5 年 9 月末時点では「100%である」が 29% (100 区域) でしたので、かなり進捗しているということになります。

9 ページ上、「全医療機関の対応方針の検討状況」です。医療機関数が出ていますが、左側の円グラフが令和 5 年 3 月末時点、右側の円グラフが令和 6 年 3 月末時点です。この 1 年間で「合意・検証済の結果に基づき措置済」と「合意・検証済」の医療機関数の合計数の割合が 60% から 91% になっています。病床数の割合で見ますと 76% から 96% に増えています。

9 ページ下、「医療機関区分別の対応方針の検討状況」です。医療機関単位で見ますと、左側に「再検証」「公立」「公的」「その他」と書いてありますが、「再検証」の列を右に見ていきますと、「検証済の結果に基づき措置済」と「検証済」割合が、令和 5 年 3 月末時点で 61%、令和 6 年 3 月末時点で 93% に増加しています。「その他」でも、55% から 90% に増加していますので、検討が進んだと言いたいためのグラフになっています。

10 ページ上、これを「病床単位」で、令和 5 年 3 月末と令和 6 年 3 月末で比較すると進捗しているというグラフです。

10 ページ下、「協議・検証未開始」となっている医療機関の検討状況」です。要するに、全然開始されてないということ。未開始となっている医療機関の理由を見ますと、「新型コロナ対応の経験を踏まえ、改めて検討中」が多くて、その他の理由のなかには「医療機関に働きかけているが、通常業務に加え、対応方針策定に係る業務負担が大きいことから未策定」という理由が出ています。

13 ページ上、「外来医療の議論の状況」です。外来医療については、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は 97% (331 区域) でした。右下の円グラフをみると令和 5 年 9 月で 93% (311 区域) でしたので“+4%”ということになりました。

13 ページ下、「在宅医療の議論の状況」です。「議論を行っている」は令和 5 年 9 月末で 52% (178 区域) であったのが、令和 6 年 3 月末は 50% (169 区域) と、2% 減少している状況です。誤差の範囲かもしれませんが、在宅医療については、

地域医療構想調整会議であまり議論が進んでいない印象です。

次ページ以降は、いろいろな議論の状況が各都道府県別に並べてありますので、ご覧いただければと思います。

16 ページ上、「都道府県知事の権限行使の状況」で、①非稼働病棟への対応」です。3万5000床ぐらいあるのですけれども、一切、都道府県からの命令とか要請、勧告は出ていません。「②不足する医療機能への転換の促進の対応」も同様です。「③未報告医療機関への対応」になると、ある程度「命令」が出てきます。

「②不足する医療機能への転換の促進の対応」に関しては、都道府県知事の権限行使はしづらいのかとは思いますが、①非稼働病棟への対応」は、もう少し何らかの対応をした方がいいのではないかと思います。

17 ページ上、これはよく出てくる絵ですが「2023年度病床機能報告について」です。一番右側が2025年の必要病床の「合計」で119.1万床と推計していました。真ん中のグラフが実態になりますけれども、2025年度の見込みが119.0万床となり、ほぼ病床数は一致しています。それなりに、地域医療構想、病床機能報告による調整は、病床数に関しては、まずまず進んでいるのではないかと思います。

しかし、相変わらず急性期が多くて、回復期が少ないという話になる訳ですが、そもそも病床機能報告が非常に曖昧な定義で報告していますので、これ以上これを議論しても仕方がないと厚労省も思っているようです。

こういう状況から、今、「新たな地域医療構想等に関する検討会」が立ち上がりました。そこでは、こういう数合わせの話ではなく、病院の機能を論じるとか、医療と介護の連携、かかりつけ医の機能のことなど、広い範囲で議論することが始まっています。

19 ページ上、「病床が全て稼働していない病棟の現状」です。これは、2023年度病床機能報告で、病棟単位で“休棟”と報告されている病床が3万5571床もありました。都道府県によってバラツキがありますが、許可病床数に占める割合で見ますと、最大の都道府県では約6%でした。

これを今後どうしていくか…。看護師不足で非稼働病床になっているのであれば、何とか看護師が確保できれば再開できるのでしょうけれども、やはり多くは人口減で必要量が減っている状況が多いような印象を持ちました。

20 ページ下、「再検証対象医療機関のうち、措置済、検証済の医療機関（382病院分）の病床機能・病床数」です。どのように移ったかということですが、平成29年から令和7年にかけて、全体の病床数は5.98万床から5.52万床に減少する見込みです。その機能も、明らかに急性期の病床が減って、回復期の病床が増えると…。

そもそも、この再検証の対象医療機関というのは、岩手県でもそうなんですけれども“この病院は急性期じゃないでしょう…”という病院が病床を「急性期」と届け出ていたりして、機能が正確に報告されているのかは疑問です。

25 ページ上、最後に「今後の対応方針（案）」が示されています。「地域医療構想については…、（中略）PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進を求めている」ということで、「これまでのPDCAサイクルを通じた取組等により…（中略）進捗状況に差が生じている」ということです。

最後に方に「厚生労働省においては、令和6年3月の通知により2025年に向けて国による積極的な支援を進めているところであり、引き続き、PDCAサイクルを通じて地域医療構想が推進されるよう、今後も定期的に…（中略）変化等の状況を把握・公表する」、見える化、データ分析支援、好事例の周知などを行って支援していくという話になっています。

28 ページ、「令和6年度病床機能報告」についてです。

29 ページ下、「特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い」については、右側に書いてある「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療官医療」のような病棟に入っている患者は、左側の4つの区分のうちの「高度急性期機能」ですよと…。

例えば、真ん中あたりの「地域包括ケア病棟入院料」と見てみますと、矢印が「急性期機能」と「回復期機能」に向いていて、点線の矢印で「慢性期機能」に伸びています。

31 ページ上、令和6年度診療報酬改定における「地域包括医療病棟」の話です。高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加しているので、こういう患者をここで受け入れましょうということです。しかし、地域包括医療病棟はいろいろな縛りが多いので、全国的にも転換が進んでいない状況です。

32 ページ上、「地域包括医療病棟入院料の取扱いについて（案）」です。「地域包括医療病棟入院料」の矢印が、「急性期機能」と「回復期機能」に向いています。これを病院の方で決めてくださいという話なんですけど、少し曖昧ですよ。スパッと分けられないのではないかという意見が出ていました。

33 ページ上、「構想区域の医療提供体制上の課題」です。課題があるという回答が100%です。339 構想区域の全てで課題があるという回答をしています。個別の課題としては、「救急医療体制の確保」「医師以外の医療従事者の確保」「医師の確保」、特に人材の確保ですね。この3つがベストスリーになっています。

38 ページ。「推進区域及びモデル推進区域について」です。

39 ページ下、「2025年に向けた地域医療構想の更なる推進」の赤い四角で囲ってあるところに、「国において推進区域・モデル推進区域を設定して…」ということ。また、「アウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行う」となっていて、国によって推進区域・モデル推進区域を設定する訳です。

41 ページ上、「地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）」が示されています。現行の地域医療構想の中で、夏頃までに「推進区域・モデル推進区域の設定」をして、「アウトリーチの伴走支援」というようなことで、夏～秋頃ぐらいで「中間まとめ」をして、年末に「最終まとめ」をする予定です。

41 ページ下、「推進区域について（案）」です。これは都道府県から提出してもらって、国と協議をしたということです。都道府県との調整を踏まえた7月5日時点の状況です。

東京都を見ますと、区中央部、区南部、区西南部、南多摩や北多摩、島しょ部も入っています。ですから、東京都は全部を推進区域に入れるということのようです。各県では、一つ二つの区域になっています。

42 ページ上、「モデル推進区域について（案）」です。「推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する」ということで、ここでは推進区域の中の、さらに狭くなった、秋田（大館・鹿角、能代・山本）、山形（省内）、栃木（宇都宮）…などが設定されています。

その下の「伴走支援の内容」を見てください。「技術的支援」と「財政的支援」に分かれていまして、「技術的支援」は「都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置」とか「区域対応方針の作成支援」、「構想区域内の課題の把握」とか「分析結果を踏まえた取組に関する支援」、このような技術的支援をします。

「財政的支援」では、モデル推進区域が属する都道府県に対して、重点支援区域というのは今でもありますけれども、重点支援区域で今度はモデル推進区域を設定します。この辺の住み分けが難しいと思うのですが、そんなことをやりたいようです。

次に、**社会保障審議会「医療部会」**について報告したいと思います。議題は 3 つの報告でした。「新型インフルエンザ等対策政府行動計画及びガイドラインの改定の検討状況」「医療 D X の更なる推進について」「経済財政運営と改革の基本方針等の閣議決定について」です。

4 ページ下、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」というのは、平時の準備や感染症発生時の対策の内容を示すものとして、2013 年に策定されています。これを今回、新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえて、初めて政府行動計画を抜本的に改正しました。

「1. 平時の準備の充実」「2. 対策項目の拡充と横断的視点の設定」「3. 幅広い感染症に対応する対策の整理と柔軟かつ機動的な対策の切り替え」「4. D X の推進」「5. 実効性確保のための取組」という内容です。

5 ページ上、「各論 13 項目の概要」です。特に「⑧医療」については、「医療の提供は、健康被害を最小限に留めるために不可欠、かつ社会・経済活動への影響を最小限にとどめることにつながる」となっています。

また、「平時から、予防計画及び医療計画に基づき、都道府県と医療機関の間で医療措置協定を締結することを通じて、感染症医療を提供できる体制を整備」する。「有事には、通常医療との両立を念頭に置きつつ…」、ここに「通常医療との両立」という言葉がかなり強く入っています。そして、「変化する状況に柔軟かつ機動的に対応」すると…。

5 ページ下、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の概要③」です。横断的な 5 つの視点として、「Ⅰ. 人材育成」「Ⅱ. 国と地方公共団体との連携」「Ⅲ. D X の推進」「Ⅳ. 研究開発への支援」「Ⅴ. 国際的な連携」となっています。その後の資料は、後ほどご覧ください。

39 ページ上、2 つ目の報告「医療 D X の更なる推進について」です。

39 ページ下、「経済財政運営と改革の基本方針 2024」に大事な文章が載っていますので、下線部を中心に読んでいただければと思います。

40 ページ上、「未来型デジタル健康活躍社会の実現に向けて」。医療・介護 D X の更なる推進ということです。

40 ページ下、「医療 D X の更なる推進について（案）」については、かなり具体

的に述べられていました。「対応方針」として、アクションプランを策定することで、「一次利用」「二次利用」「実施主体」、「先進的な取組」とか「DX推進の基盤」というふうに、今後、具体的な方向性や全体像を示していくことになっています。

41 ページ、「医療DXの推進に関する工程表」（概要）です。

42 ページ上、「医療DXの推進に関する工程表（全体像）」です。ちょっとビジュアルなスライドになっています。マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速とか、医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大とか、電子処方箋の話も出てきますし、電子カルテ情報の標準化の話も出てきます。

真ん中あたりの「情報共有基盤の整備。共有等が可能な医療情報の範囲の拡大」については、このような計画でやりたいということのようです。このスライドの最初に「マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速」と書いてありますけど、なかなかまだ進んでいかないのではないかと思います。

42 ページ下、「全国医療情報プラットフォーム」の話です。

43 ページ下、「電子カルテ情報共有サービス」についてです。概要としては、「文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス」「全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6 情報）を閲覧できるサービス」「本人等が、自身の電子カルテ情報（6 情報）を閲覧・活用できるサービス」をこの仕組みで提供すると言っています。

文書情報としては、左の下にあります、いわゆる 3 文書は「①健康診断結果報告書」「②診療情報提供書」「③退院時サマリー」です。6 情報としては「①傷病名」「②薬剤アレルギー等」「③その他アレルギー等」「④感染症」「⑤検査（救急・生活習慣病）」「⑥処方（処方文書抽出のみ）」です。この 3 文書、6 情報を電子カルテ情報共有サービスの中で見れるようにしたいということです。

別の会議で、消去する期間が問題になっていました。非常に短いような印象を皆さんお持ちになったので質問が出ました。5 年間で本当に消去していいのかと…。確かに 6 情報の薬剤アレルギーとか、こういった情報は、ずっとその患者さんの情報として持っていた方がいいのではないかと思いますのですけれども、国としてはカルテの消去と同じで、5 年間でいいという話を出していました。ここは少し問題かと思いました。

44 ページ上、「運用開始までのロードマップ」です。この通りには進まないのだけれども、一応こういう予定という話です。

47 ページ上、「病院・診療所の電子カルテ情報の標準化スケジュール（想定）」です。今、国が進めている標準型電子カルテは、無床診療所とか中小病院のクラウド型です。現在入っている電子カルテを標準化するという意味ではないということでした。

47 ページ下、「400 床以上の病院における電子カルテシステムのリプレースタイミング」です。リプレースのタイミングがこのようなスケジュールで示されていて、この時に膨大な費用がかかるようでは困るという話はいつもしています。今のところはそのまま進めてリプレースするのではないかと…。「電子カルテ情報共有サービス部分について前倒しを促すことが課題」となっていますので…。

49 ページ上、「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」で、論点

が整理されています。

51 ページからの「医療DXの実施主体」、55 ページからの「経済財政運営と改革の基本方針 2024」については、後ほどお目通しくださいという資料でしたので、特に議論はしていません。私からの報告は以上です。

④ 邊見会長からの報告

邊見会長より提出資料の説明があった。主な説明の内容は以下のとおり。

(邊見会長) 1 ページ、『週刊社会保障』に投稿した記事になります。今の日本は、薬とか車とか特に命にかかわるものが、いいかげんに造られるようになってしまったと…。我々医療界には「ヒポクラテス精神」や「ナイチンゲールの誓い」がありますが、経団連を中心とした経済界は、懇親会で酒ばかり飲んでいてはダメということを書きました。

2 ページ、日本病院会の「銷夏隨筆」です。京都が外国人にのっとられてしまって住みにくくなってしまうという愚痴です。京都人はお高くとまっていて、とっつきにくいというような昔の話とは次元が違ってきています。

3 ページ、『病院新聞』の8月特集号に、国立大学の授業料を値上げするとか、運営交付金を減らしたこと、最後は学術会議にまで手を突っ込んだと…。そうしているから、コロナ対策やデジタル化が進まなかった、ファイザー社の言い値でお金を出して買った薬を捨ててしまったと…。結局、けちったツケを払わされている訳ですね。山中伸弥先生や本庶佑先生も嘆いていましたので、代弁してそういうことを書かせていただきました。

⑤ 連盟「創立 60 周年記念式典」(資料No.4)

事務局より、7月11日に開かれた本連盟「創立 60 周年記念式典」についての報告があった。

(邊見会長) 1～4 ページは『公私病連ニュース』(8月号)、5 ページからは『病院新聞』で、松本先生の講演会の模様や、副会長の先生方のメッセージも載せていただいています。『週刊社会保障』『社会保険旬報』『メディファクス』でも取り上げていただきましたのでご紹介させていただきます。

⑥ 第 34 回「国民の健康会議」(10 月 2 日) 開催案内 (資料No.5)

事務局より、第 34 回「国民の健康会議」の開催案内について説明があり、参加者の募集について協力の依頼があった。

(邊見会長) 10 月 2 日の「国民の健康会議」にご出演いただく山口育子さんの『賢い患者』という本が岩波新書から出ています。9 月号の「公私病連ニュース」の「今月の 1 冊」でもご紹介しますが、非常にいい本ですのでお読みください。

⑦第 35 回「看護管理セミナー」(10 月 25 日)開催案内(資料No.6)

事務局より、第 35 回「看護管理セミナー」の開催案内について説明があり、病院職員の出席方について協力の依頼があった。

(**邊見会長**) 「看護管理セミナー」を開催します。

1 人目の講師は、兵庫県看護協・会長の丸山美津子さんに「次世代の看護管理者育成」をテーマにお話を伺います。

2 人目は、大阪大学医学部附属病院の副院長・看護部長の岩崎朋之さんに「看護職の資質向上に向けた看護管理者の役割」をテーマにお話を伺います。

3 人目は、望月先生のご紹介で、八幡平市立病院の社会福祉士の武内晶さんに「人口 2 万人の医療介護連携の取組」をテーマにお話を伺います。

4 人目は、横浜市立市民病院の副院長兼看護部長の土屋恵美子さんに「新型コロナウイルス感染症対応の経験が今どう生かされているか」をテーマにお話を伺います。

座長は浦田先生と私で務めさせていただきます。できるだけ多くの方々にご参加をいただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(4) 協議事項

①連盟・人事について(資料No.7)

【臨時総会】役員を選任(案)・顧問の推戴(案)

- 1) 理事交代の依頼と顧問の推戴について
- 2) 副会長の互選について
- 3) 参与の委嘱(案)について

【臨時総会】

- 1) 理事交代の依頼と顧問の推戴について

第 1 号議案 役員を選任(案)について

「理事会」を一時中断し、「臨時総会」開催して「理事」の交代について審議した。邊見議長より、岡山県病院協会より依頼のあった「理事」の交代について提案説明があり、異議なく了承された。

新任	重井文博殿	(岡山県病院協会・会長 社会医療法人創和会しげい病院・理事長)
----	-------	--------------------------------------

退任	難波義夫殿	(岡山県病院協会・顧問 医療法人社団同仁会金光病院 理事長・院長)
----	-------	--

第 2 号議案 顧問の推戴(案)について

邊見議長より、難波義夫殿の本連盟「副会長」退任に伴い、同氏を本連盟「顧問」に推戴する提案説明があり、異議なく了承された。

(**邊見会長**) 難波先生が岡山県病院協会の会長を退任されまして、重井文博先生が同会の会長になりました。それに伴い、まず重井先生には、本連盟の「理事」にご就任いただきたいと思います。

また、難波先生を本連盟の「顧問」に推戴させていただきたいと思います。難波先生には、大変長い間ご支援ご指導いただき誠にありがとうございました。一言、お願いいたします。

(**難波副会長**) 岡山県病院協会の会長になって 10 年になりますので、これを期に退くことに致しました。邊見会長をはじめ、前会長の今泉先生にも非常に親しくしていただきまして、この 10 年間でいろいろな先生方との交流ができたことが私にとっての財産です。

また、顧問にさせていただきましたので、今後もしできる限りこの会にも出て勉強させていただきたいと思いますし、来月の移動理事会でまたすぐお会いする訳ですけれども、ひとまず長い間、どうもありがとうございました。

(**邊見会長**) 長い間どうもありがとうございました。今後とも引き続きよろしくお願いいたします。

【理事会】

2) 副会長の互選について

引き続いて「理事会」を再開し、「副会長」の互選、「参与」の委嘱について審議した。邊見会長より、重井文博殿を本連盟の「副会長」に互選する提案があり、異議なく了承された。

(**邊見会長**) 理事に選任されました重井文博先生には、本連盟の「副会長」にご就任していただきたいと思います。何卒よろしくお願い申し上げます。

【理事会】

3) 参与の委嘱（案）について

邊見会より、全国厚生農業協同組合連合会から「参与」の交代について依頼があった旨の説明があり了承された。

新任参与 歸山好尚殿（全国厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長）

退任参与 中村純誠殿（全国厚生農業協同組合連合会 元代表理事理事長）

(**邊見会長**) このたび、全国厚生農業協同組合連合会の中村純誠氏のご退任にされ、歸山好尚氏が同会の代表理事理事長になりました。つきましては、歸山氏を本連盟の「参与」としてお迎えしたいと思います。歸山さんは本日お見えとお聞きしていますので、一言お願いします。

(**歸山参与**) 歸山でございます。中村純誠が退任をいたしましたので、かわりに私が新任の参与として参加させていただきたいと思います。中村同様よろしくお願いいたします。

②全国公私病院連盟サポーターズクラブについて（資料No.8）

事務局より、5 社から全国公私病院連盟サポーターズクラブへの入会希望があった旨の報告があり、協議の結果、以下の 5 社の入会を了承するとした。

- | | |
|---------------|----------------------|
| ①株式会社エヌジェーシー | ②株式会社 Medical AI LAB |
| ③アルファエネシア株式会社 | ④コマニー株式会社 |
| ⑤富士電機株式会社 | （以上 5 社、順不同） |

（**邊見会長**） 60 周年記念式典の時に入会募集のチラシを配りまして正式にサポーターズクラブの募集を開始しました。医療を取り巻く産業の方たちと協調しながら、また、財政的にも連盟に少し支援をいただいて、セミナーなどを後援していただくことができたと思っています。早速、5 社に応募いただきましたが、まだお願いしているところも数社あります。諸先生方のご推薦の会社がありましたら、どうぞご提案いただけたらと思います。

③後援名義の使用許可申請について（資料No.9）

事務局より、日本ヘルスダイバーシティ学会から「第 8 回日本ヘルスダイバーシティ学会」の名義後援の申請があった旨の説明があり、了承することとした。

（5）事務連絡

①次回以降の「理事会」等日程（資料No.10）

事務局より説明があった。

（**邊見会長**） 来月の「理事会」は、愛知県名古屋市で開催します。浦田先生のところにお世話になりますので、よろしくお願いいたします。

（**浦田副会長**） 浦田でございます。大変な猛暑になっていきますけれども、9 月上旬だとまだまだ名古屋は暑い時期です。翌日の行事の方がどうなるか心配していきますけれども、天候に恵まれて、皆様方に充実した楽しい 2 日間を過ごしていただければと思っています。ぜひ多くの方に名古屋にお越しいただきたいと思っています。

（**邊見会長**） よろしくお願ひいたします。皆さん方もそろってご参加のほどよろしくお願ひいたします。

②前回「理事会」（8 月 9 日）議事録案（資料No.11）

事務局より、前回「理事会」の議事録案がまとまった旨の報告があった。

8. 閉 会（午後 4 時）

以上、理事会の議事録として記録し、これに相違ないことを証するため、会長および出席監事が記名押印する。

以上

令和6年8月9日

会 長 邊 見 公 雄

監 事 岡 田 俊 英

監 事 遠 山 正 博