

日 時 平成27年8月22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 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)

前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、
中 佳一、楠岡 英雄、中島 豊爾、土井 章弘、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

山本 修三 (名誉会長)

奈良 昌治、佐藤 眞杉、大井 利夫 (各顧問)

坂本 すが、高久 史麿、桐野 高明、邊見 公雄、齊藤 壽一 (各参与)

有賀 徹、望月 泉、崎原 宏、松本 純夫 (各委員長)

堀江 孝至、松本 隆利、細木 秀美、福井 洋、副島 秀久 (各支部長)

永易 卓 (日本病院会 病院経営管理士会 会長)

総勢41名の出席

堺会長から挨拶があった後、議事録署名人を選出し、梶原副会長の進行により審議に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

平成27年7月24日~平成27年8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5件〕

- ①医療法人・社会医療法人北海道恵愛会札幌南一条病院 (会員名：西田憲策理事長)
- ②医療法人・社会医療法人新潟臨港保健会新潟万代病院 (会員名：山谷恵一院長)
- ③医療法人・医療法人池慶会池端病院 (会員名：池端幸彦理事長・院長)
- ④医療法人・医療法人社団誠広会岐阜中央病院 (会員名：近藤博昭院長)
- ⑤医療法人・医療法人昭征会坂野病院 (会員名：坂野昭理事長)

〔賛助会員の退会1件〕

- ①A会員・サンビル株式会社 (代表者：長澤隆也代表取締役社長)

平成27年8月22日現在 正会員 2,432会員

特別会員 196会員

賛助会員 253会員 (A会員102、B会員119、C会員3、D会員29)

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7件)

- ①一般社団法人日本衛生検査所協会／平成27年度臨床検査普及月間に対する協賛名義使用
- ②一般社団法人日本医療福祉設備協会・一般社団法人日本能率協会／HOSPEX Japan 2015 (第44回日本医療福祉設備学会 併設展示会) に対する協賛
- ③一般社団法人日本経営協会／「九州ホスピタルショウ2015」の後援
- ④一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会／「第8回日本訪問リハビリテーション協会

学術大会in東京」の後援

- ⑤名古屋国際見本市委員会／第19回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2016～の協賛名義使用
- ⑥イノベーター・オブ・ザ・イヤー組織委員会／顕彰プログラム「イノベーター・オブ・ザ・イヤー」の共催
- ⑦一般社団法人日本能率協会／「第32回ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2015」の協賛名義使用

3. 委員会の設立について

梶原副会長から報告を受けて審議し、下記委員会の設立を承認した。

- ・医師専門医事業
専門医に関する委員会（委員長：中佳一常任理事）

4. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

梶原副会長から報告を受けて審議し、下記専門学校の指定を承認した。

- ・宮崎県・宮崎情報ビジネス専門学校

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

梶原副会長から報告を受けて審議し、下記7施設を認定承認した。

（新規2件）

- ①長崎県・日本赤十字社 長崎原爆諫早病院
- ②愛知県・小牧市民病院 健診センター

（更新5件）

- ①愛媛県・社会医療法人石川記念会 HITO病院 総合健診センター
- ②北海道・医療法人溪仁会 円山クリニック
- ③東京都・武蔵野赤十字病院 健診センター
- ④岡山県・一般財団法人淳風会 健康管理センター倉敷
- ⑤三重県・独立行政法人地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター 健康管理センター

〔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9回病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（7月31日・8月1日）

報告は資料一読とした。

（2）第3回医療の安全確保推進委員会（8月5日）

岡留副会長より以下の報告があった。

- ・死因究明制度の法制化に関連した動きについて、木村委員長から、①第三者機関として日本医療安全調査機構が認定されたこと、②医療事故調査制度の手引をつくることになったが、マニュアルは第三者機関として公的な支援センターからは出せないで、日本病院会から冊子を出すことになったと報告があった。
- ・今後、医療事故調査制度について、日病と全国自治体病院協議会と全国公私病院連盟の3団体共催で説明会を全国で行うことが決まった。

（3）第2回医療制度委員会（8月5日）

中井常任理事より以下の報告があった。

- ・療養病床のあり方に関する検討会が開かれたと報告があった。今後、日病から参加している松本隆利理事を委員会に呼んで話を聞くことにした。
- ・地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会の報告は省略するが、意見は一読されたい。
- ・地域医療構想の進捗と状況についてアンケートを各都道府県に送ったが、まだ回答が少ない。データ提供に関して各県でばらつきがあり、本来は生データをオープンにする約束なので、その辺を注目していく必要がある。
- ・平成28年度の診療報酬改定で重症度、医療・看護必要度を操作し7対1を減らそうという動きがあると聞く。それに対し病院側はデータを持って意見を述べたほうが良いとして、80病院にアンケートを送った。協力願いたい。

(4) 第2回地域医療委員会 (8月5日)

今泉副会長より以下の報告があった。

- ・2年前に地域医療の「制度の壁」に関し調査したが、質問事項を追加・修正してアンケートをとり直そうということで内容が決まった。
- ・日本病院学会で行っている「オピニオン」という地域医療のディスカッションを、来年6月開催の盛岡での学会でも、コーナーをつくって協議したいとした。
- ・地域医療の中心になるのは中小病院であるとして、中小病院委員会との合同会議を10月に開く予定で日程調整中である。

(5) 第1回災害医療対策委員会 (8月7日)

有賀委員長より以下の報告があった。

- ・担当の梶原副会長から、東日本大震災の経験を生かし平時の救急医療システムを災害時にどう活用していくべきか、救急と災害の2大テーマを軸にオールジャパンで検討していきたいと話があり、今後の方向性についてフリーなディスカッションをした。
- ・都道府県医師会が動くレベルの大規模災害の局面では、組織づくりも含めて総合戦略的な観点から地域のインシデント・コマンド・システムが機能する内容の提案を日本病院会からしていきたい。今後、議論の骨子を作成し提出したい。
- ・メーリングリストをつくって意見交換を活発に行っていこうとも話した。

(6) 第1回専門医に関する委員会 (8月13日)

末永副会長より以下の報告があった。

- ・基幹病院の条件が厳しくなり結局は昔の医局制度に戻るのではないかと懸念もある。日本病院会の中で意見をまとめ、アピールもしていかななくてはいけないとして委員会を発足させた。
- ・メンバーは、国立病院機構、JCHO、自治体、日赤、済生会、厚生連から1人ずつ、地域性も考え、それと民間からの3人で構成した。
- ・委員からいろいろな意見が出た。実績評価導入は基幹病院の条件が厳しく、大学病院に集約されシェアが強まる。その中に専門医研修中の入局を認めないよう明示すべきだ。専門研修プログラムは公募をうたうが一定の医局以外は応募できなくなるよう圧力をかけている地域もある等、大学病院以外を基幹施設から排除する動きに危惧が示された。
- ・研修プログラムの多い大都市圏に医師が流れ地域偏在をさらに増してしまう。大学病院を基幹病院にすると若い研修医の自由選択がなくなり大学医局に縛られてしまう。柔軟性のある基幹病院の基準でいいのではないかと等々。早いうちに意見をまとめて公表するなりしたい。
- ・理事の病院等、会員がどのような認識かアンケートをとることにした。

(7) 第1回QI委員会 (8月13日)

末永副会長より以下の報告があった。

- ・2015年には継続282施設と新規57施設の339施設になって、数もふえてきている。
- ・今年度は精神・療養のインディケーター追加を考えているが、療養について、おむつの問題

など急性期で全く考えていなかった話も盛り込んだ形で進めていきたい。

- ・施設から予防的抗菌薬の推奨薬剤について問合せがあり、整形外科手術での抗菌薬使用のガイドラインとの関係もある。編集した日本感染症学会に意見を聞いて考えていくことになった。
- ・来年度も日病学会でシンポジウムを開催したい意向で、QIを用いたらこんなによくなったといった症例提示等をして、これからのQIを考えていこうと話している。

堺会長より追加報告があり、施設は当初厚労省の補助金でやった30施設が10倍以上にふえているが、各病院団体が頑張っても500どまりだ、オールジャパンのスタンダードになるものがないかとの意見もある。もったもであり、日本病院会としても他の病院団体と連携しながら集約的な形でできないかを検討していきたいと述べた。

(8) 第4回雑誌編集委員会(8月19日)

崎原委員長より以下の報告があった。

- ・7月号までの発刊で1カ月遅れている。少しずつ直していきたい。
- ・8月号は、3月の社員総会での厚生労働大臣官房審議官の特別講演と、カラーグラフは鹿児島市立病院、支部だよりは愛知県支部を掲載した。
- ・9月号は、7月の国際モダンホスピタルショー2015のオープニングセッション、公開シンポジウムなど、カラーグラフもホスピタルショー、支部だよりは山口県支部を予定している。
- ・10月号は、医療事故調査制度シンポジウムの2つの講演と、カラーグラフは兵庫県立総合医療センター、支部だよりは和歌山県支部を予定している。
- ・平成26年度の雑誌編集予算は2,000万円オーバーした。対策として、①編集業務委託を従来の2社から1社に絞る。②著者に別冊を送ることや銷夏随筆の別冊発行をやめる。希望者には雑誌そのものを送る。③送付方法を第三種郵便からゆうメールに変更することにした。
- ・遅れの原因が編集のプロセス自体にもあることから、合理化を考えていくことにした。

(9) 福島県病院協会定期報告

前原常任理事より以下の報告があった。

- ・先日の福島県への甲状腺エコー2台寄贈など日本病院会の常日頃の支援に感謝申し上げる。
- ・福島県の現況として、避難者が11万人を切った。ピーク時の震災翌年2012年5月から3分の1減ったが、まだ11万人は避難しているということでもある。
- ・里帰り出産もだんだんふえてきたが、福島県内の産科医数は120人(2012年12月現在調べ)、人口10万人当たり6.1人で、全国で2番目に少ない。
- ・旧避難区域は3つに分かれ、一番放射線量の高い帰還困難区域は難しいが、居住制限区域、避難指示解除準備区域に関しては、徐々に帰還準備が進んでいる。南相馬市、葛尾村は8月31日から長期宿泊3カ月間可能ということで、4,000世帯1万3,000人が対象になっている。
- ・原子力損害賠償については、昨年12月に資源エネルギー庁と東京電力から、2016年2月までで営業損害の補償打ち切り案が示されたが、大きな反発があり、5月に自民党、公明党から提言が出された。平成27、28年度の2年間で集中的に自立支援施策を展開するとともに、2017年2月までの2年間の営業損害を一括支払いする。その後に関しては個別に対応したいと。
- ・6月7日、福島県原子力損害対策協議会の全体会議での説明会で、廣瀬東電社長は営業損害が続く限り賠償を続けると明言している。8月の第40回東電原発事故病院協議会でも説明会を開いてもらい、病院として既存病院の再開を期することが最も効率的、合理的であるとの方針のもとに要望を続けていきたい。
- ・国への要望については、3月に状況説明に行った後、8月の被災病院協議会に厚労副大臣が出席予定だったが国会の都合で出られず、現状報告書を提出した。
- ・日本病院会からの義援金を使い、東電原発事故被災病院協議会の会議録3を刊行した。

(10) 産経新聞記事掲載について

藤原常任理事より以下の報告があった。

- ・産経新聞と日病のプロジェクト「地域包括ケア実現に向けた病院の取り組みー日本病院会の挑戦ー」のシリーズで、最終4回目ができ上がった。第1回は「地域包括システムの構築など」、第2回は「地域特性を踏まえた医療政策 チーム医療を支える人材育成」、第3回は「医療と介護の一体提供 ICTを活用したネットワークの構築等」だった。
- ・第4回は、医療の国際化と高度先進医療、医療の質に絞っていくことにしていた。会長からの意見もあり、日本の医療の国際化について山本名誉会長に述べてもらった。福井常任理事に医療の質ということでシリーズを締めくくってもらった。
- ・シリーズの中での国際化との結びつきに対しやや違和もあり、リードのところで日本の地域医療にとってもメリットが大きい側面もあるといった修正を考えている。掲載は8月30日だ。

(11) 診療情報管理士通信教育関連

以下について、報告は資料一読とした。

①第12期生 医師事務作業補助者コース研修会（7月25日・26日）

②第2回専門課程小委員会（8月12日）

③コーディング勉強会（8月15日）

(12) 日本診療情報管理学会関連

大井顧問より以下の報告があった。

① 第1回理事会（7月27日）

- ・9月17日、18日、岡山大で今年度の日本診療情報管理学会学術大会が開催される。ぜひ岡山に参集し、活発な議論をしていただきたい。理事会は総会での決定事項を視野に審議が行われている。
- ・生涯教育委員会の中で診療情報管理士指導者の認定を行い3名が合格した。計67名になる。
- ・学会の役員等の改選期に当たる。今泉副会長が選考委員会委員長を務め、熱心な議論で次期評議員候補、次期理事・監事候補がほぼ決まった。9月の総会で新役員がスタートする。

②第3回倫理委員会（8月13日）

- ・診療情報管理士業務指針について、数回にわたって議論を進めほぼ決定した。9月に新しい診療情報管理士業務指針2015が制定される予定だ。
- ・平成19年につくった診療録記載指針の審議を並行して行って、紙カルテから電子カルテが主体になってきたことを視野に入れて作り直そうとなった。時間がかかるが進めていく。

(13) 病院経営管理士通信教育関連

①第1回病院経営管理士教育委員会（8月7日）

土井常任理事より以下の報告があった。

- ・末永副会長も参加し、次のことが決定された。
- ・スクーリング時間割と内容を少し変えた。診療部門管理の講師を土井委員長が辞め、新しい委員に担当してもらう。
- ・看護部門管理について講師の辞退があり、後任を日本看護協会と調整している。
- ・未完成のテキストが7科目あるが、引き続き講師に完成してもらい、できたところで販売することになり、本通信教育修了者に対し限定して実費で提供することとした。
- ・通信教育が40周年を迎え、病院経営管理士会が昨年20周年を迎えたこともあり、2017年9月に合同式典を開く。通信教育認定授与式と、病院経営管理士会と病院経営の質推進委員会が共催する研修会とあわせて開催することになった。準備委員会を発足した。
- ・受講生サイトを計画していたが、延期とした。

(14) 「院内事故調査の手引き～医療事故調査制度に対応した具体的手順～」第1版

堺会長より以下の報告があった。

- ・「院内事故調査の手引き」を日本病院会で発行することになった。日本病院会の中の医療の安全確保推進委員会のメンバーやなどを中心に、院内調査マネジメント研修、カリキュラム研究委員会の検討委員会と作業部会を立ち上げてまとめた。法律の解釈や制度の全体像を細かく解説するものではなく、新しい制度を受けて医療事故が発生した際に各医療機関がどう取り組んだらいいか、その業務についての手引きだ。
- ・今まで日本病院会もセミナー等で現場からのいろいろな質問等があった。未定稿だが、現場での実際に即した手引きになっている。現場の皆さんの役に立つことを願っている。

(15) 平成27年度診療報酬等に関する定期調査について

宮崎常任理事より以下の報告があった。

- ・8月14日に締め切ったが、診療報酬に関する定期調査を行っている。
- ・今年は昨年の735病院の数まで集まっていない。8月いっぱいまで締切りを延長するお知らせを配った。まだ提出していない病院は協力をお願いしたい。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第120回診療報酬実務者会議（8月19日）

中井常任理事より以下の報告があった。

- ・中医協報告の後、療養病床の在り方に関する検討会については池端慢性期医療協会副会長から、また地域医療構想策定ガイドラインについては相澤副会長から報告があった。
- ・猪口委員長が中医協委員に就任するため辞め、全国公私病院連盟からの原澤委員長となる。70歳定年制を考え、中医協委員の候補者として診療報酬実務者会議の若返りを図るという説明があった。

(2) 第130回代表者会議（8月21日）

堺会長より以下の報告があった。

- ・平成24年の診療報酬改定でできた地域包括ケア病床の機能が見えにくいとの議論があった。急性期や7対1病床からの受け皿と、施設等で急変した高齢者患者等の救急対応があったが、13対1の地域包括ケア病棟で救急患者受入れは難しく、包括になっていて手術ができにくい。今後、地域包括ケア病棟に機能を持たせるには診療報酬的なバックアップが必要と議論した。
- ・重症度、医療・看護必要度は現在、患者割合基準が15%以上だが、厚労省のデータで20%と15%の境目に大きい山がある。7対1を減らすためには17%~20%に上げる必要があるのではないか。現状を検討し、対応に向けた努力が必要と議論した。
- ・診療報酬実務者会議は、委員長、副委員長交代を受け、メンバーの見直しも検討している。メンバー委員から将来は中医協委員にとの話がある。日病協の中で10年後を見据えた中医協委員育成のため、会議のメンバーを決めていきたい。提案や推薦があれば事務局に言ってもらいたい。

3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第3回DPC評価分科会（7月27日）

万代常任理事より以下の報告があった。

- ・特別調査（ヒアリング）については、中医協で指摘した治癒の割合の減、予期せぬ再入院の増に対する調査が、現場の話を聞かないとわかりにくいとして、ヒアリングが行われた。
- ・治癒割合が全国平均に比べ高い病院、ゼロの病院、経年的変化が大きかった病院等4病院が

- 呼ばれヒアリングをした。結果として、定義が明確でない、治癒と軽快の境目がわかりにくくマッチしていない、平均在院日数の減が治癒の減少につながっていないと意見が出された。
- ・ 予期せぬ再入院でも4病院にヒアリングがされたが、「予期せぬ」の定義が必ずしも明確でない結果で、定義をもう少し議論していこうとなった。治癒の患者割合は総合入院体制加算に係るので、それとの兼ね合いも見ながら議論していく必要がある。

(2) 第6回入院医療等の調査・評価分科会（7月29日）

(3) 第7回入院医療等の調査・評価分科会（8月5日）

(2) (3) について、安藤常任理事より以下の報告があった。

- ・ 7月29日分の議題は、短期滞在手術等基本料、総合入院体制加算、地域包括ケア病棟入院料、有床診療所入院基本料、医療資源の少ない地域、慢性期入院医療、8月5日分は急性期入院医療、その他だった。各議題についての課題と論点、それを受けたまとめ（案）が書かれ、集合したものが分科会の結論として文書が作成される。
- ・ 4月の26改定からまだ半年しかたっていないこのデータをもって手を加えることを考えるのは早計ではないかと私は述べた。ある程度の急性期疾患もここで担わせたいとして、手術、輸血等は包括外にするといったアイデアが出ている。
- ・ 地域包括ケア病棟は手術がしにくいとのことだが、短期滞在手術料の3に関する手術は別立てで出来高でできる。このことを踏まえ来期改定に持っていくのがいいと思う。
- ・ 8月5日分では、急性期入院医療について7対1基本料の病床の動きや、26改定で特定除外を外した影響、重症度や医療・看護必要度について、A項目とB項目について議論すべきデータが提示されており、例えばA項目2点かつB項目3点をA項目3点以上だけにするとかが今後、中医協の場で議論されることになる。
- ・ B項目に関する課題と論点では、一般病棟用の7項目を統一化する動きがある。認知症患者も急性期病院で担ってもらえる場合、どういふことをB項目に盛り込むかが提案されており、退院支援や入院中の他医療機関への受診についてもある。来週にはこれらを全体的にまとめ、最終取りまとめ文章は分科会で見直して了解を求められることになると思う。
- ・ 厚労省担当官の話で、12病院団体協議会による診療報酬上の要望項目を受けて調査したとのことだが、重症度、医療・看護必要度の見直し等は我々が厚労省に提案してもいいかと思う。
- ・ 今年の春にやった同様の調査のデータが10月の分科会に出てくる。今回の分と合わせて来年28改定に反映させることになる。

(4) 第11回医療機関等における消費税負担に関する分科会（8月7日）

石井監事より以下の報告があった。

- ・ 昨年12月の自民党、公明党間の税制改正大綱の中に検討事項として、個々の診療項目に含まれる仕入れ税額相当額分を「見える化」し実態の正確な把握を行い適切な結論を得るとある。その見える化議論の動きとの関連で、1年半ぶりに分科会が開かれた。
- ・ 分科会で消費税8%への引上げに伴う補てん状況の検証をせよということだが、補てん状況の把握に使用するデータが今までと違うイメージである。
- ・ 個々の医療機関等の費用のうち課税経費の消費税相当額と、収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分を把握するため、費用に関して課税経費の消費税相当額については第20回医療経済実態調査の平成26年度データを使用し、収入に関して診療報酬本体に上乗せされている消費税分についてはレセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数等のデータを使用し、幾つかの病院について現実的に収入と支出サイドの突合せ作業をして補てん状況を把握しようということだ。
- ・ ただ、分科会は税制を決めるところではない。正味は財務省審議官も参加している勉強会のような会で議論されているのではないか。一つ一つの病院の状況は見える化するが、個々と

全体との関係を明確につける作業がなければならない。

報告を受け、梶原副会長は以下のように述べた。

- ・ 8月になってやっと中医協の中に消費税に関する検討会ができた。そこで、消費税8%に上げるときの3%分についての文章を、見える化のため、病院団体、日医から政治に圧力をかけ大綱を出させてほしいと言われた。10%のとき原則課税で軽減税率にするのであれば、この3%分は剥がしやすく診療報酬の中に入れなければいけないと。
- ・ 税制大綱の文章を年末に見たときは、我々が言ったことがちゃんと入っていると喜んだ。しかし、文章は財務省が書いたのではないか。個々の診療報酬3,250項目に含まれる仕入れ税額相当額を見える化するのはとてもできない。そこに「正確な実態の把握を行う」とわざと入れている。原則課税になるから将来剥がしやすいようにと3%で入れ、今度は見える化はできない、原則課税は難しいと出させるための文章で、うまくはめられたのではないか。
- ・ とりあえず今、消費税と非常に関連の強い診療報酬項目を15項目選んで、そこから推定を図ろうと見える化はやっている。しかし、主税局は国民の納得がいくように全てを見える化と言っており、原則課税はあり得ないという見通しになってきていて、非課税の方向に持っていこうというのが政治家の思惑のように見えてくる。ただ、我々は、原則課税・軽減税率を主張しており、見える化作業は一方ではきちんとしていくことをやっている。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月7日）

中井常任理事より以下の報告があった。

- ・ 中医協報告では、重症度の改定がどのようになるかディスカッションした。実際の医療に即したものにしてほしいということだ。
- ・ 四病協の二次救急に関する検討委員会から要望項目が出され、診療報酬委員会からの要望にしてほしいとのことだった。しかし、要求が過大な部分があり、検討委員会だけでやってもらったほうがいいという話になった。

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

下記会議その他の報告があり、了承した。

(1) 第6回医事法関係検討委員会（7月24日）

大井顧問より以下の報告があった。

- ・ 今年10月から医療事故調査制度が施行されるので、懸案になっている医師法第21条の規定に対し日本医師会がどういう態度で臨むか急遽決めたいとして開かれた。
- ・ いろいろ議論をして意見をまとめたが、細かい文言は担当の委員長と理事が原案をつくり、9月25日の次回委員会までに決めようとなった。
- ・ 資料「医師法第21条の見直しについて」には、日本医師会が今考えている医師法第21条の問題点やキーワードが含まれているので、参照してもらいたい。

(2) 第10回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（7月29日）

相澤副会長より以下の報告があった。

- ・ 今後の検討会の進め方として、7月、8月の2回で平成26年度の病床機能報告の問題点を洗い出し、10月の病床機能報告のときには前回より精度を上げて行う。その後、10月から来年4月までかけて精緻化し、「適切な病床機能報告制度をつくる」ことになる。
- ・ 平成28年3月に、診療報酬改定とあわせて電子レセプト様式に病棟コードが追記される。来年からの病床機能報告は病床機能報告をした途端に病棟ごとに集計されるので、その病棟に

どんな患者が入っているか全てわかってしまうことは注意してもらいたい。

- ・平成26年度の病床機能報告での問題として、未報告の医療機関、医療機能選択の間違いと報告内容の不整合、単純な報告ミス等があり、一応対応を論議することになる。
- ・医師数の報告を厚労省は望んでいたが、他の報告と内容が重複するのでその数値を用いてほしいとしていた。平成27年度は報告マニュアルが届くのでそれに沿って報告すればよい。

(3) 第8回医道審議会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会（7月30日）

末永副会長より、特定行為の研修が10月から始まるがその指定研修機関の手挙げが14件あった。いろいろな問題はあるかと思うが、14件の指定研修機関が指定されたと報告があった。

坂本参与は、看護協会も今、認定看護師にプラスで教育をしようとして動いており、来年はもっと多数をとっている。日病の会員病院は指導者として手を挙げてもらいたいと述べた。

(4) 第2回日本専門医機構理事会（8月3日）

末永副会長より以下の報告があった。

- ・専門医制度検討委員会／専門医認定・更新部門／専門研修プログラム研修施設評価認定部門委員会で協議された事項が出てきた。
- ・専門医の募集の方法、がんセンターや特殊領域のセンターの専門研修の取扱い等いろいろなことが出てきているが、研修プログラムに乗らないで臨床医としての継続はあり得るかの問題について研修を受けることを進めるとしており、専門医としての専門研修期間中に臨床研修中の経験症例を取り込めるかについては協議事項、確認事項を記載し、研修プログラムが適正に期待する方向に適用されるかの見極めも評価する仕組みが要ると述べている。
- ・専門医の呼称としては、日本専門医機構認定〇〇専門医が妥当としている。倫理等の部分の共通項目については、医師会の生涯教育プログラムを利用するが、約1時間の講習会で最大2名の講演者によるものを対象とするとして、医師会の講習会にも注文をつけている。
- ・ダブルライセンスについては、救急診療の現場を考慮すると、脳神経外科、整形外科、外科、内科等において複数専門医資格を有することも妥当と考えると述べている。
- ・総合診療専門医については、専攻医が研修施設が変わるたびに雇用者と社会保険等の書換え手続きが生じ、ローテーションを嫌がる原因になりかねない危惧から、「医療従事者の勤務環境の改善に向けた手法の確立のための調査委員会」の設置が提案されている。

有賀委員長より以下の報告があった。

- ・総合診療専門医に関しての議論としては、総合診療専門医に関するプログラムの整備基準ができて、他の診療領域と同じスピード感になってきた。
- ・整備基準そのものだけでは、各病院の基幹施設のプログラムの統括責任者が自分の施設を中心に3年間専攻医が回る具体的なプログラムを提示するのに足りない。大学病院、一般病院、診療所が中心になって総合診療専門医をつくるプログラムの雛形をつくっている。
- ・総合診療専門医には日本プライマリー・ケア連合学会のものが雛形としてあったが、その日本救急医学会の専門医を専門医機構の認定専門医として横すべりする方法にはなっていない。2017年度から専攻医になる人たちを指導する指導医をどういう形で選んでいくかが大きな仕事だ。
- ・専攻医の勤務環境については最初のころから議論がある。総合診療を一つの施設だけで完結できるとは考えにくい。比較的大きい病院の入院患者なども扱う総合診療と、地域のクリニックを舞台の総合診療を勉強しなければいけない。病院に6～8カ月いて別なところに出ていってしまうとき、身分をどうするか。問題点があることを共通認識としてやってきた。専攻医の身分保証がうまくいけば、2017年度からやれる状況になっている。

6. 平成27年度「病院長・幹部職員セミナー」結果報告について

今泉副会長より以下の報告があった。

- ・今年度のセミナーは、「変革期を迎える病院医療」をテーマに開いた。374名が参加し、医師が約半数、次が事務系、看護師となっている。
- ・アンケートをとったときに意見を書いてもらった。検討し、来年へ持っていきたい。

7. 医療事故調査制度について

福田事務局長より以下の報告があった。

- ・8月17日に厚労大臣が医療事故調査支援センターとして医療安全調査機構を指定したが、医療事故調査制度に関する説明会を日本病院会、全国自治体病院協議会、全国公私病院連盟の3団体で9回予定している。
- ・日本医療安全調査機構が300～1,000名程度、7回にわたって説明会を行う予定だ。
- 山本名誉会長（日本病院共済会会長）より以下の話があった。
- ・医療事故調査制度は、報告や院内調査でいろいろな費用が発生する。ケースにより費用発生の可能性もさまざまだ。
- ・各保険会社がこのため保険をつくった。日本病院会は損保ジャパンの保険に入っており、共済会がその保険を扱う。10月スタートに向け、8月末～9月に入会案内を各病院に差し出したい。団体割引になるので安い値段でできる。
- ・病院賠償保険とは全く別の独立した保険であり、仮にこの保険金を使った場合でも、次の年に高くなるとかは一切ない。疑問は共済会に問合せ願いたい。

8. 日本病院会 東日本大震災義援金の使途について

今泉副会長より以下の報告があった。

- ・東日本大震災時、日本病院会で集めた義援金が約3,000万円残っていた。被災3県の要望を調整し次のように使った。これで集めた義援金はゼロになった。
- ・岩手県へは、被災地の連絡用車両（約500万円）を贈呈した。
- ・福島県へは、甲状腺の超音波診断装置（約1,000万円）を贈呈した。また、福島赤十字病院へも同じ甲状腺超音波画像装置を贈呈した。チェルノブイリの事故の際、5年後頃から甲状腺腫瘍が発覚した。今後活躍することになるという。

9. 第11回支部長連絡協議会の報告について

細木支部長より以下の報告があった。

- ・7月の常任理事会後、会長、副会長も一緒に協議会を開いた。
- ・全国21支部の半数近くの出席となった。支部の内部組織化について資料を出し、資料を各自検討し意見を提出してほしいとした。
- ・各支部からの現況報告では、特に地域医療構想ビジョンの現況の報告があった。

10. 第41回日本診療情報管理学会学術大会について

土井常任理事より以下の報告があった。

- ・9月17～18日に、「診療情報は、いのちの記録」をテーマに岡山で開催する。一般演題は301題、学生が41題集まった。事前登録は1,000名を超えている。
- ・大井理事長の講演、特別講演2題、教育講演1題、シンポジウム4題を企画している。市民公開講座や、学術大会では珍しいソプラノ歌手の特別企画もある。期待願いたい。

11. セプター訓練への参加について

福田事務局長より以下の報告があった。

- ・サイバー攻撃については、日本では内閣情報セキュリティセンター（NISC）が中心になって対応しているが、医療機関も四病院団体協議会や国立病院機構が中心になって対応の訓練を行う。昨年に続いてのもので、今年は9月14日を予定している。
- ・実施手順として、NISCから電子メールで模擬情報が厚労省へ、厚労省から各病院団体に来る。病院団体は理事以上の病院に電子メールで流すので、その電子メールを受け取ったという確認をするということだ。

〔協議事項〕

1. 専門医制度について

堺会長は次のように述べ、末永副会長に説明を求めた。

- ・日本専門医機構は4月に発足したが、その以前に「専門医の在り方に関する検討会」（座長：高久参与）があり、平成23年10月～平成25年3月まで17回の検討会が開かれた。その報告書には、学会が乱立し認定基準が不統一で、専門医の能力について医師と国民間で捉え方が違い、専門医制度は国民にわかりやすい仕組みになっておらず、医師の地域偏在や診療科偏在は専門医のあり方を検討する際にも配慮が欠かせないと述べられている。
- ・この報告書を受け、新たに一般社団法人日本専門医機構が発足したが、中が見えにくい。情報が共有されず、理事会、社員総会で社員資格の議論があったり、専門学会の声が大きく、病院団体や病院の意見が反映されない懸念がある。医師の継続的な卒後臨床研修が必要で、良質な医療を提供できる医師を育てようというのが本来の目的だが、どうなのか。我々一般の現場の病院も興味を持っており、やるべき課題は大きいと認識している。
- ・日本病院会では新たに「専門医に関する委員会」をつくり意見集約を始めた。それを踏まえて他の病院団体等とも意見を集約し、専門医機構に述べてはどうかとなった。この出席者に専門医機構の関係者も多い。まずは四病院団体の代表である末永副会長から説明を願いたい。末永副会長は専門医機構について次のように説明した。
- ・社員は最初、領域の代表とのことだったが、予算案あたりから学会の発言力が強くなった。
- ・組織は、社員総会、理事会がある。有賀委員長は副理事長になっている。専門研修プログラム研修施設評価・認定部門では、各学会から出されるプログラムをかなり厳しく認定している。常設委員会として総務・規約や財務委員会、アドホックの委員会として総合診療専門医に関する委員会や、がん診療の専門医に関する委員会、医療倫理・臨床研究に関する委員会があり、ほかに未承認診療領域連絡協議会（座長：有賀委員長）等がある。
- ・これまでの経緯として、基本領域の研修施設の認定料等が社員総会で問題になって、社員は学会の代表となり、財務委員会には社員が過半数と決められた。今まで専門医制度がいい加減に認定・更新されてきたが、標準的な認定の仕方による実績評価重視となり、どんどん基準が厳しくなった。そのため基幹施設が大学病院、医局しかない形になってしまった。ただ、外科、内科は数が多いので、各部門で基幹施設として認めようという形になっている。
- ・各病院にとっては、基幹を大学にするだけでなく他との連携も必要になる。大学を基幹病院にしたならその6カ月間の給料は誰が払うのか、保険はどうするか、退職した再就職といった形になるのをどう考えるか等、市中病院でいろいろ混乱が起きていた。また、プログラムの認定の多い大都会に後期研修医が集まってしまい、それを見て初期臨床研修医も集まってしまうと不満、不安が出てきた。日病として意見を集約し表明しようとなった。
- ・第1回の委員会が開かれ、専門医制度がどれくらい認識されているか調べようと副島支部長から案が出され、短期間でアンケートをとった。その結果を報告いただきたい。

堺会長は、有賀委員長に追加補足等の発言を求めた。

有賀委員長は、専門医制度を論ずるとき、根源的な問題として臨床医学だけでなく基礎医学や社会医学を含めた、日本の今後の医学全体をどう考えるかが抜けたまま議論が走り始めている。余りに組織が脆弱でそこが議論にならないというのが今の専門医機構だ。しかし、底流に流れるそんなものも入れていかないといけないのではないかと述べた。

堺会長は、それはテーマが大きいので今日は一般的に臨床部門について議論したいとして、専門医に関する委員会副委員長の副島支部長にアンケート調査の説明を求めた。

副島支部長は、議論されずにスタートしたという根源的な問題はこれからどんどん出てくるし、今後の医療提供体制そのものに強く影響するという問題意識は持っているとした上で、日病で行った専門医制度に関する意識調査のアンケートを次のように説明した。

- ・後期研修医の研修については大半がやっているが、16.3%はやっていない。人数は1～5人が多い。また、大半が何らかの形で大学医局との関係はあるとのことだ。
- ・専門医制度の情報源は機構のホームページや学会のホームページからで、学会からが多い。
- ・新専門医制度へはそれなりの対応だが、モデルプログラム策定に全く関与していないところが多い。病院関係者は各学会に投げられたところはほとんど関与できていない状況だ。
- ・専門医研修施設については、専門研修連携施設等の可能性はあるが可能性にすぎない。
- ・制度ができて専門医のレベル向上が期待できるかは、不明、わからないが多い。新しい制度が本当に機能するのかどうかまだ不明の回答が多かった。
- ・医師の偏在の是正については、偏在の定義が明確でないが、多くはわからないとの回答で、悪化するのではないかと意見もある。
- ・病院運営に与える影響は、多くの病院がそれなりの影響度や大きな影響度があるとの認識で、人事にもお金にもかかわってるところが運営について危惧するところのようだ。
- ・自由記載欄では、地域偏在は改善されないとの意見が多い。基礎医学に行く人が少なくなるのではないかと、大都市や都市型病院に偏在するのではないかと。ただ、偏在の具体的定義がなく使われてしまって、プログラム作成等にも影響を与えているのではないかと思う。
- ・大学の医局制度とのかかわりについて多数の意見がある。大学の枠の中でしか専門医の養成ができない形が望ましいのか。旧来の大学医局制度復活を危惧する意見が多数あった。
- ・専攻医自身も自由度が減った、自由度の制限はよくないといった意見も見られる。
- ・モデルプログラムを出す段階になって、学会主導が大学主体になり、結果的に公募でありながら一般病院の参加が得られないことになっている。また、情報の開示が遅く十分でないまま、特定のグループの閉鎖的などころだけで議論が進んでいろいろな方針が既に固まってしまい、一般病院はその中で対応が全くできていない状況ではないか。
- ・まとめてみると、学会主導の専門医制度の反省に基づいてできた機構の理念に関しては多くの人が賛同している。ただ、学会に丸投げ的にプログラム作成を任せて、従来と変わらない形になり、学会や大学のラインのみで詳細が進められて、病院や医師の参加や意見反映がほとんどない状況だ。意見反映ができるような参加の仕方をすべきではないか。よりよい専門医を養成するという本来の目的のためには、みんなが入って議論していく体制をつくらないと、各論になるとますます問題が噴出してくるのではないかと予想する。

堺会長は、大学医局に依存していて、基幹病院になろうと思っても大学との関係でなかなか厳しく、自由度についてもそうだ。このところで意見はないかと問うた。

中井常任理事は、開業した途端に整形外科を名乗ってもいいという医療の実態は問題で、専門医をつくる教育が実際にできるのが大学が中心だったらその運用をきちっとすればいいと思う。アメリカなどではボードがあって人数が制限されており、整形外科になるなら他州へ行く。地域医療ビジョンで全体を見直そうというときにこの専門医制度は合っている。古い人たちは

別にして、新しい人たちの専門医をきちっと地域的に按分する教育制度をつくれれば、地域偏在も減り診療科偏在も減っていく。専門医制度と地域医療ビジョンをくっつけてやるため、病院団体が強く主張してやっていけばいいのではないかと述べた。

堺会長は、有賀委員長に対し、①専門研修を受けて専門医にならないと、例えば整形外科はもうできないようになるのか。②今、地域医療構想の中でいろいろなデータを使って需要と供給のバランスについて議論しているが、そういう発想は専門医機構の中ではどうかと尋ねた。

有賀委員長は、①について、今はそんな先の話は一切出ず、目先のことで精一杯だ。そうなるだろうと想像するがずっと先のことだと思う。②については、医師のディストリビューションとよい医師をつくることは別で、絡めるのは筋違いだという意見がある。地域医療ビジョンについての議論もそうで、専門医機構の中ではそういう議論にならないと答えた。

堺会長は、先ほどの検討会の報告書では「医師の地域偏在、診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも」検討をうたっているかと尋ねた。

有賀委員長は、それはプログラムをつくる時に上手にバラけるようにしてくれと言っているもので、手練手管の話で出ているだけだ。専門医をつくる話と医師のディストリビューションについて価値軌範の上でどうシンクロするかといった議論にはなっていないと答えた。

堺会長は、医局関連のところでも他に意見を求めた。

藤原監事は、診療科によってすごく違う。例えば循環器内科とか消化器内科では大学中心でやるのはあり得ない。循環器の臨床の中心は一般病院に移っているからだと述べた。

堺会長は藤原監事に、日本循環器学会ではどのようにやるのかと尋ねた。

藤原監事は、サブスペシャリティでありまだ基本的には決まっていないと述べた。

望月委員長は、外科はナショナルデータベースで手術数を全部登録しており、専門医制度がよくわかる。内科、外科以外の診療科は大学病院に所属する形でないといけない。整形外科は専門医8人以上の病院が基幹型になるというあり得ない条件がついている。質のいい医師をつくるプログラムをつくらうとするなら、大学が人事権を持つ入局とは全く別個にすべきだと思う。大学のプログラムを見ると入局させ人事で動かそうという発想が見え見えだと述べた。

藤原監事は、同じ思いだ。医療を大学を中心にやろうというのは古い考えだ。今、基幹病院でもいい病院はいっぱいある。19の診療科に分かれて1つの専門医しかとれないのは根本的に間違っている。救急は循環器でもすごく絡んでいる。現状を全く無視していると思うと述べた。

有賀委員長は、私もずっとそう思ってきた。機構には、専門なのだから2つとれるはずがない等の情緒的な意見の人が地域医療のことを言われてころっと変わるような組織としての脆弱さがある。専門医制度一直線みたいな感性で議論が出発してしまい、いろいろな価値観の意見を聞くことができなくなってしまっていたと述べた。

藤原監事は、医者も能力もアクティビティも全然違う。少なくとも二つ三つ選べて、それをちゃんとやったら専門医を与えてもらいたいと述べた。

有賀委員長は、今3~4年間で別途に走れみたいな話になってしまっている。日本救急医学会としては1年間やった後どこかで3年間やって、また戻ってきたら2年目からできるようなプログラムを無理やりつくって、日本専門医機構のほうと合わせる工夫をしていると述べた。

安藤常任理事は、新臨床研修医システムで失ったものを取り返すリベンジマッチだという意見も聞いた。大学中心となることに関しては、市中の有力病院も同等に参加させろという意見があり、大学は恣意的な人事やお金の問題から指弾され、大学の医師教育は良い医師をつくっていないという指摘もある。我々は、もし大学が主体でやるならそれらをクリアしてやれと条件を出すことはできる。他にもあった反省の上に立てばの条件付きで、中核として認めてやってもいいのではないかと思うと述べた。

中島常任理事は、グランドデザインを描けていないのに目先のことだけ議論している状況で、

かつて卒後初期臨床研修で失ったものをこの制度で取り返そうというところに問題がある。相当難しくてもできることを考えたほうがいいのではないか。現在の大学の教授の選び方を今のままにしておいては地域全体がだめになる。どういう人に教授になってほしいかを地域で考えないとだめだ。専門医制度もそうなのではないかなと述べた。

堺会長は、条件を付けて大学は認めてもいいという意見もあったがどうかと意見を求めた。

土井常任理事は、大学の関連病院でないと脳神経外科医は養成できなくなった。小さい科の場合は仕方がない気もする。ただ、どういうものを専門医にするかがはっきりしていない。大きな目でやらないと、各学会でばらばらにやっていると難しい。大学の人事に回る方向になっていかざるを得なくなると述べた。

堺会長は、今の土井常任理事の懸念に関して、それを専門医機構である程度スタンダードに質の高いものにしようということによいのだろうと有賀委員長に尋ねた。

有賀委員長は、各診療領域における専門医のクオリティを均てん化させようということだが、卒後臨床研修後の3年目以降のキャリアパスについてや、外科と耳鼻科と脳外科とをどう均てん化させるか。中身がどんどん先鋭化していく。今のところプログラム、カリキュラムをつくって、何年目にこれができると試験が受けられる、それを均てん化と言っているだけの話だ。根源的な問題を抱えたまま目先のことで突っ走らざるを得ない状況が専門機構にはある。社員が「これはどうか」と執行部に尋ねるとき、自分ならこう答えるという形で質疑応答していかないと、いいものをつくっていけないのではないかと述べた。

藤原監事は、内科の場合は臓器別にすぐ分かれていっているのを是正して、もっと総合医的なものをきっちり育てようという今の方向でいいのではないか。救急とかに関してはどの内科医も当然とるべきなので、2つとか自由にするとところをぜひやってもらいたいと述べた。

有賀委員長は、産婦人科医になりたい若い医者が救急も勉強したいと言ってくるが、救急をやり、それから産婦人科の免許を取って、また救急をやるという手も考えていると言うのがせいぜいだ。専門医機構で1個か2個以上OKかという話は理事会タームではやっていないが、比較的立場のある人が言及してしまうために、そうなったように受け取られてしまう。1個しかとれないとは専門医機構で組織決定はしていない。それは国民が決める問題だと居直ることもあるが、そんな視点でやっていかなくてはいけないと思うと述べた。

末永副会長は、プログラムで1人が1つしか選べないところで、同時に幾つかは選べないことになってしまった。総合診療専門医をとって、それから内科のサブスペシャリティをとろうと思うと、また内科をとり、それからサブスペシャリティをとる形になってしまう。もともとはすごく努力は必要だけど2つとり得る話だったのが、最近はプログラムは1つしか選択できないからまず1つという話になってしまっている。議論はないまま「委員会でこうなった」というような形で報告されているのが現状だと述べた。

有賀委員長は、「総合診療専門医に関する委員会」の委員長をやっていて、実は今のことは違うとは言っていないが、そうだとも言っていない。総合診療専門医だと内科には最低6カ月行き、小児科にも救急にも行くことになっている。3年間やった人たちは、これだけ勉強したんだからこれでいいんじゃないかと言うに決まっている。循環器内科を余計たくさんやりながら内科を1年間やっていたら、循環器内科の専門医をとるときにその部分を使うという話は現実的であってもいいのではないかと思っている。ただ、これを今言うと専門医一直線の人たちと議論がかみ合わなくなるのが嫌なのだと述べた。

藤原監事は、現状でいけば救急になる人がすごく少なくなる。首を締めていないかと述べた。

有賀委員長は、日本救急医学会が自分で首を締めているのではなく、この仕組みに乗ろうとしたときに首が締まるのを心配しながらやっていると述べた。

桐野参与は次のように述べた。

- ・私も理事だが、有賀委員長は副理事長で末永副会長も理事だ。2017年からの制度実施のロードマップが最初に決められているが、理事会で延ばすと決めてもいいのではないか。そこが大きな縛りになっていていろいろなことがどんどん進んでいくのが実情だ。
- ・大学側の先生は、卒後3～5年目の医師の獲得・争奪戦に勝利するのは誰かに関心を持ち、初期臨床研修制度導入時のルサンチマンを果たすのは今だという気持ちが非常に強い。
- ・専門医研修は19分野あり、ワンセットで持てるのは大学しかない。大学との関係でやっていかざるを得ないが、問題は、プログラムを決めてその下に連携病院を決めるという意味で、専攻医をとるとプログラムへの帰属を今まで以上に強く求められる。プログラム方式がワンブロックで、始めたなら終わりまでそのプログラムでやるやり方だからだ。
- ・連携施設が基幹施設に対する帰属を非常に強く求められ、各病院のフリーダムがかなり制限される制度になっている。
- ・社員に学会が入ってマジョリティを占める状況になった。理事選考の権限があるのは社員総会だから、影響力絶大で、そこに病院の声がどう入れられるかが問題だろう。

堺会長は出席者に対し、①専門領域は1つだけでないとだめ、②1つでなく関連しているところはそれ以上でいいのどちらか挙手を求め、出席者は応じた。②が多かったが①もいた。

楠岡常任理事は、3年間は1つのプログラムで、それが終わった後に次また別をとりに行くのは構わない。同時に2つのプログラムに乗かって3年のところを5年でやってしまうのは難しい問題が出てくるかもしれないと思うと述べた。

藤原監事は楠岡常任理事に対し、ここで言っているのは内科の医師が耳鼻科をやるとかではなく、救急とか病理をやるとかいったことを認めてやるかということだと述べた。

楠岡常任理事は、1回済んでいるところは認めるかどうかは各領域がどう判断するかだ。総合診療医で内科のところはもう十分できているなら、次に内科をとるときには済みとしてカウントする方向でいけると思うと述べた。

藤原監事は、それを特に総合診療科の場合は明記してもらわないといけない。能力の問題もある。実質的にどうしたかが重要で、最初からブロックするのはやめるべきだと述べた。

楠岡常任理事は、プログラムでどの領域でとったかきっちりできて、互換性があるとなれば、本来3年のところが短く進むという運用の仕方はあると思うが、とりあえず1つの時点では1つのプログラムに従事するところをはっきりさせておかないと、渡り歩く形でどれもできていないことになりかねないと述べた。

安藤常任理事は、医療安全についての議論のとき、当時の山本修三会長が、新しい制度は小さく生んで大きく育てようと言われた。時間的な問題とか、均てん化とかいう身近な課題解決のためにまずこの制度を発足させ、将来の課題はきちんと記載しておくことでいいのではないか。その1つは、1つだけの専門領域でも医師の生活を保障する制度でないといけない。それと、定員の問題だ。あるプログラムを専攻して数年後に試験がある。試験に通らない、専門医のライセンスがとれない人をどう救うか等があると述べた。

副島支部長は、各論に入るとプログラムをどうするかの問題が出てくる。多様性を確保して、お仕着せでなく自分たちのキャリアパスを自分でつくれるような形にしないといけない。登録された実績を持っていればいろいろなプログラムで使える柔軟性も持たせるべきだ。地域も縛り、プログラムも縛りはよくないと述べた。

中常任理事は、新初期研修制度を10年間大学が勉強し、今回の専門医制度に対応していると思う。我々の意見をどう反映するか。いろいろないい意見、要望を具体的に反映できる担保がないのか。機構の社員名簿で医学会連合というのは、それ以下の全てを束ねる学会連合として出てきている。日本病院会などは2,500の病院があって社員になれる資格はないのか。社員として一定の基準を求めるところが入るのであれば、今日議論されているようなことが実際の

場でもっと議論できる。理事は社員で選ばれるので、年数がたつと我々が心配している事態も起こりかねない。社員名簿と社員の資格が内容が違わないかと述べた。

堺会長は、社員が領域から学会になるときに議論があつて今のような結果になった。社員総会で、また理事長等とも意見交換させてもらおうと述べた。

中井常任理事は、現状はプログラムがでたらめな後期研修が多過ぎる。3年でちゃんとした整形外科医ができるよう医者として我々が責務を持っている。大学が担おうが基幹病院が担おうが、プログラムを我々はきちっとつくるべきだ。そのプログラムを決める部分に学会が関与していなければいいと思う。整形外科のプログラムを認証するのに日本整形外科学会がやったらだめだ。理事会なり病院団体等が管理して決めていく。そこにNBDデータとか定員もつける。そうしていけばいい方向に行くと思うと述べた。

齊藤参与は次のように述べた。

- ・数年前に内科系学会のグループで専門医の調査をしたが、専門医になりにくい領域もあれば簡単になれてしまうところもあった。更新時に試験をやる所も学会に登録さえすればいいところもある。学会によって難易度がまちまちで社会的な認知が得にくいと指摘された。
- ・今度の専門医機構も大事なのは学会からどのぐらい距離を置けるかだ。専門医の認定や更新は学会の非常に大きな経済的基盤だった。いろいろ問題があつたので、そのまま諸悪の根源を引きずり込むことになりかねない。学会から離れて専門医機構でプログラムを自分たちの力でつくっていくことをぜひ期待したい。
- ・総合診療医については全社連で、現実に専門医制度をとる若手の意見を調査したことがある。総合診療医だけで生涯暮らすのは極めて困難という意見だった。総合診療医ではキャリアパスが見えてこないの、結局はもっとスペシャリティの高いところに入らざるを得ない。生涯にわたるモチベーションは維持できないという意見が強く出された。

福井支部長は次のように述べた。

- ・先ほど基礎医学の問題が出たが、私は非常に心配している。学生や研修医にアンケートをとると専門医志向が90%だ。若手医師育成をそちらへ仕向けてきたからだ。物事を掘り下げて一回しっかり考えていこうという、本来の医師の思考過程が抜けてきているのではないか。若手の医師で、ウィキペディアみたいなものでインターネットで表面を見て物事をやっているような人も見える。基礎と臨床と社会の3つの医学の1つが消えていく可能性がある。
- ・よく「地域医療」という言葉が出てくるが、言葉の視点が全く違っている。行政の考える地域医療と、医療機関が考える地域医療、住民が考える地域医療とは全く視点が異なる。こんがらがったままディスカッションがされている。この地域から格差とは何か、偏在とは何かにつながってくる。患者の視点から見た地域がなくなっている。
- ・それが総合診療科であつたり、あるいは基礎医学が放置されて病理学が19の下の方に入ってくる。地域とは何かとか、医学の視点はどこにあるのかを基本的に考えてディスカッションし、これからの医師の育成をお願いしたいという思いでいっぱいだ。

堺会長は、齊藤参与から厳しい意見をもらったが、現状でプログラムはどのような形で決められようとしているのかと尋ねた。

末永副会長は、プログラムは機構の中でその委員会が決めている。各学会から出されているものいろいろ注文をつけられ、それが変わっているところはある。プログラムをつくる場が悪いというのではなく、でき上がったプログラムが極めて厳しく、大学ぐらしかやれなくなってしまうと、大学側はそれをうまく利用している部分がある。学会の意に沿ったというのではないと思うと述べた。

楠岡常任理事は次のように述べた。

- ・プログラムに関して、自分の病院も基幹になってネットワークをつくることも考えて検討し

たが、プログラムに入ってきた後期研修医にそれだけの症例とか技術を経験させなければいけないし、他の病院にもその期間必ず派遣しなければいけない。すごい責任を持つので、そこは基幹になろうとしている病院がどこまで意識しているのか。単に自分のところで長く抱えられるからという理由なら、すぐ破綻してしまうのではないか。

- ・ 1人の指導医に1学年1人となっている。関係している大学はその1年生を全部大学に集めると言ったので、それだけの数の指導医はいないのではと言って「しまった」と思った。指導医を引き上げられることを危惧したからだ。そういう指導医の数等も含めると、全体をどううまく動かしていくかになる。従来のような単純な人事の問題ではなく、研修責任者は大変な業務を負うので、それを真面目に考えてもらわないといけない。
- ・ プログラムの内容でいくと定員が決まってしまうことになる。大阪だとみんな埋まっているが、他だと欠員のあるところがあるということで、人の移動が出てくる可能性もある。

安藤常任理事は、医師の属性で大切な生活者としての視点、人間性や学術面での貢献、そして今回は専門医ということを考えてくると、学術団体を自称している医師会は何を保証することになるのか。この専門医認定制度での登録は、専門医であること、技量、キャリア、人間性も保証する。この組織にほとんどの医師は加入する。すると、これこそが真の学術団体ということになる。ひょっとしたらどこかで横やりが入るかもしれないと述べた。

堺会長は、質問に答えることは難しいが頭の中に入れさせてもらおうと述べた。

梶原副会長は次のように尋ねた。

- ・ 基本領域からサブ領域まで既存の学会がこれだけある。この学会は毎年決算をやっていると思うが、今回専門医機構ができたときにお金の問題では、誰がどれだけ出してどうするというところで運営段階から途方に暮れることになった。専門医機構では各学会でどれだけの認定料を取っているか等、決算状況は把握しているのか。学会トータルの年間の総収入と経費はつかんでいるのか
- ・ 既存の学会が今まで全部やってきて、今度、新しい機構として専門医機構ができた。すると、既存の学会は既得権が失われるのではないかと、お金を抛出するところ等で揉めているという話も聞くがどうなのか。

堺会長は、自分は知らないとして、有賀委員長に答えを求めた。

有賀委員長は、お金については大変な苦勞の1つだと認識しているが、日本専門医機構自体の中でのお金の流れも頭の中で整理されていないので、今の質問に直には答えられない。ただ、専門医機構は各学会から上手に上前をいただく、その部分をきちっとできるかがポイントだと思っていたと答えた。

梶原副会長は、潤沢にある学会と、ない学会とあり全部同じく出せとやられたら大騒ぎになると思う。日本医学会連合では全部の学会を押さえていないのかと、高久参与に尋ねた。

高久参与は次のように述べた。

- ・ 日本医学会連合とは、日本医学会を法人化したとき、各学会に基本的な料金と会員1人当たり50円ということで出してもらった経緯だ。基礎や社会分野からは高いと言われた。
- ・ 専門医機構は、各学会がどれだけお金を持っているかは把握していないと思う。
- ・ 厚労省の委員会するとき、日本の専門医は非常にばらばらで患者にも不親切だから統一を目指そう、そして基本領域として総合診療医を置くということが主で、医師と専門の地方偏在をこの制度で解決するというのは厚労省がどうしても言うので入ったという経緯がある。
- ・ 機構の理事になっている方をお願いしたいのは、最初は1つを選ばざるを得ないが、しかし複数の専門医をとれるように考えてもらいたい。若い人のモチベーションにも関係することだ。総合診療医の人も、地域包括ケアで重要な役目を果たすにしても、本人のモチベーションとしてはやはりもう一つスペシャリティを持ちたくなるのは当たり前だから、将来的には

複数の専門医を、余り負担をかけないでとれるように考えてもらいたい。

- ・設立時の社員になってこれを提案したが、医学会のほうには全然情報が入ってこない。ただ文句だけは入ってくる。これはみんな専門医機構に聞いてくれと言っている。
- ・質を高めるために余りストリクトにすると動かなくなるので、柔軟性を持ってもらいたい。そうでないと中小病院で非常に困る。後継医師がいなくなるという声も入ってきている。基幹病院に所属するにしても、実際の研修は連携病院でも十分にできる、そういう柔軟なプログラムをぜひつくってもらいたい。そのことを日本病院会の先生方にもお願いしたい。

堺会長は、プログラムのことでは楠岡常任理事から、大学病院がやる以上責任があることを認識してもらいたいという発言があったがとして、副島支部長に発言を求めた。

副島支部長は、自分のところではモデルプログラムさえ成立しない。大学のプログラムしか出ないので選択のしようがないが、選択では厳しく排除をどんどんしている。私は入り口は緩やかにして、質を上げるために実績は厳しく問わないといけませんが、多様性の確保をしてみんなが選択できる形が重要だと思う。最初から玄関を絞り込んでしまって誰も参入させないのがいい専門医制度になるのか、そこは非常に重要なことだと思うと述べた。

堺会長は、最後に末永副会長に発言を求めた。

末永副会長は次のように述べた。

- ・四病協から2カ月ほど前に、理事長宛てに新たな専門医制度への意見が出されている。①研修施設群は地域の実情を把握した上で多様な施設を認めること、②情報の開示と透明性の確保、③収支予算の明確化を言っていて、当時から同じような認識は持っていた。
- ・上前をはねる等の話があったが、実際には専門医機構が認定する料金を取るということだ。金額は決まっていないが、各学会が認定するものだから、それに対して経費とかを支払うことになっている。
- ・資格については、多くの理事とかも、サブスペシャリティだけでなく総合診療専門医が他の領域の資格をとということも理解がある感じは受けているが、具体的な話はまだない。

堺会長は、専門医について議論したのは初めてだが、いろいろな意見をいただいた。高久参与からは、理事、社員をやっている我々に課題をもらった。真摯に受けとめてやる必要がある。引き続き、中常任理事が委員長の専門委員会で議論してもらおうので、意見を寄せいただきたいと述べた。

以上で閉会となった。