

日 時 平成29年10月28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（各副会長）

牧野 憲一、中村 博彦、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、福井 次矢、山田 實紘、
武田 隆久、森田 眞照、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一（各常任理事）

竹中 賢治、梶原 優、石井 孝宜（各監事）

山本 修三、堺 常雄（各名誉会長）

今泉暢登志、楠岡 英雄、福井トシ子（代理：吉川久美子）、篠原 幸人、松田 朗、
権丈 善一、池上 直己、富田 博樹（各参与）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

（新入会員）

高橋 達（新潟県 新潟県厚生農業協同組合連合会 小千谷総合病院 病院長）

宮内 文久（愛媛県 独立行政法人労働者健康安全機構 愛媛労災病院 院長）

総勢35名の出席

望月 泉、細矢 貴亮、堀江 孝至、原澤 茂、崎原 宏、毛利 博、今川 敦史、
三浦 修、澄川 耕二（各支部長：Web視聴）

相澤会長の開会挨拶に続いて議事録署名人を選出し、新入会員2名からの挨拶が行われた後に、島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9月30日～平成29年10月27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日現在 正会員 2,474会員

特別会員 178会員

賛助会員 262会員（A会員114、B会員117、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、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼 1 件)

- ①一般社団法人医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム／第3回公開シンポジウム
「2025年が見える同時改定～どう理解し、どう備えるか～」後援名義使用

(継続：委員等依頼依頼 2 件)

- ①厚生労働省医政局／「医療計画の見直し等に関する検討会」構成員の委嘱〔就任者…岡留副会長（新任）〕
- ②厚生労働省保険局／「地域医療構想に関するワーキンググループ」構成員の委嘱〔就任者…岡留副会長（新任）〕

(新規：後援等依頼 1 件)

- ①一般社団法人日本臨床衛生検査技師会／「医療現場における職能向上のための臨床検査技師育成講習会（他職種業務を知る）」の後援

(新規：委員等依頼依頼 2 件)

- ①一般社団法人日本臨床衛生検査技師会／臨床検査技師教育検討委員会委員の推薦〔就任者…小松本副会長〕
- ②医療トレーサビリティ推進協議会（仮称）設立準備委員会／「医療トレーサビリティ推進協議会（仮称）設立準備委員会」委員への就任〔就任者…大道副会長〕

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

島副会長より報告を受け、下記4施設を認定承認した。

(新規 1 件)

- ①滋賀県・一般財団法人滋賀保健研究センター診療所 別館

(更新 3 件)

- ①滋静岡・東日本電信電話株式会社NTT東日本 伊豆病院健診センター
- ②岐阜県・岐阜県厚生農業協同組合連合会 東濃厚生病院 健康管理センター
- ③岡山県・医療法人社団井口会 総合病院 落合病院

〔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1回医療政策委員会（10月4日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・これは医療制度委員会と地域医療委員会が合併してできた新委員会である。
- ・医師の働き方改革に関する検討会について報告を受けて議論を行った。
- ・病院が医療を続けるために必要な最低限の条件についてきちんと主張していく。タイムスタディ調査でon-offルールを調査し、それを確立することで、労働の上限規制がかけられても一定水準の医療を提供できるのではないかと。
- ・国家戦略特区を使って強引に規制改革が進められているが、結果的に現在の国民皆保険が突き崩されることにならないように注視していく必要がある。

(2) 第1回認定個人情報保護団体審査委員会（10月12日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・改正個人情報保護法にいかに対応するかについて議論した。

- ・「病院における個人情報保護法への対応の手引」について、日病独自のガイドンスや「Q&A」の追補版をこれに加えた合本として改定版を作る方向で検討する。
- ・会員からの個人情報保護に関する相談については原則としてこの委員会で受け付け、事務局で解決できない事例については弁護士等を含めて相談し、対応する。
- ・この委員会の名称を「個人情報に関する委員会」に変更することが決まった。

(3) 改正個人情報保護法と働き方改革に関する研修会 (10月12日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・日本医業経営コンサルタント協会の認定コンサルタントから、改正個人情報保護法についての詳細な解説と重要なポイントについての指摘が行われた。
- ・厚労省労働基準局の課長補佐から、働き方改革と病院における勤務環境改善に国としてこれから取り組んでいくとの報告があった。
- ・最後に私から、現在の厚労省の働き方改革に関する検討会について一連の報告を行った。

(4) 第2回病院精神科医療委員会 (10月12日)

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・今回は精神科医療をめぐる全般的な問題について意見交換を行った。同じ精神科でも、急性期中心の病院と慢性期中心の病院とでは全く状況が異なる。
- ・平成30年度診療報酬改定に係る要望について報告があった。精神科医療はその5項目の一つに挙がっている。日精協と自治体病院協議会の意見を合わせたものが今回出されている。
- ・第67回日本病院学会シンポジウムの報告を受けた。今回は認知症をテーマに開かれ、約180名の参加があった。来年度も認知症を取り上げ、「地域医療で精神科病院を生かす」をテーマに、「一般病院と精神科病院の人材交流」を副題にして開催する。医師を初めとするスタッフの人材交流がまず必要である。

(5) 第1回感染症対策委員会 (10月13日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・単回使用医療機器の使用の在り方について当委員会はどう考えるかについて話し合った。
- ・滅菌についてはかなり精度が上がっているので、単回使用が本当に必要かどうかについてメーカー側と使用者側と厚労省で話し合ったほうがよい。
- ・平成29年7月に厚労省は「再製造単回使用医療機器に係る制度の導入に関する施行規則等の改正について」の通知を発出しているが、単回使用の医療機器であっても、同じメーカーに戻してもう一回滅菌をして安全性を確保すれば再使用することは可能との返事が3メーカーからあったようである。
- ・感染症対策担当者のためのセミナーは従来2日間コースで3クールまであったが、日程的に厳しいので参加が減少傾向にあった。その内容を吟味し、1日コースにしたところ参加者数が再び増加した。

(6) 医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー (10月14・15日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・これは静脈経腸栄養学会の全面的な支援を受けて行われているものであり、毎回、管理栄養士を初めとして医師、言語療法士など様々な職種からの参加が多数見られる。
- ・このセミナーに参加するとNSTを行うための土台ができるので、ぜひスタッフに出席を勧めてほしい。

(7) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より下記会議の報告があった。

①第1回医師事務作業補助者コース小委員会 (10月4日)

- ・今回は岩手県支部によって岩手で開催されたが、その開催収支における収益を支部と折

半した。今後についても、支部開催の収支は日病と支部で利益を折半することとなった。

②第2回診療情報管理士教育委員会（10月5日）

- ・29年度前期科目試験の合否判定の結果は基礎、専門とも例年並みで、合格者は834名であった。
- ・現在ウェブを使った教育の検討をしているが、学校との兼ね合いもあり、教育全体のeラーニング実施については5年後をめどに検討することになっている。

③腫瘍学分類コーススクーリング（10月20～22日）

- ・日本病院会の2階と3階で開催。参加者は252名であった。

④DPCコーススクーリング（10月21・22日）

- ・大阪大学会館で開催。参加者は114名であった。

⑤コーディング勉強会（9月30日～10月15日）

報告は資料一読とした。

⑥医療統計学勉強会（10月14日）

報告は資料一読とした。

（8）日本診療情報管理学会関連

①第15回業務指針・記載指針改定小委員会（10月16日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・引き続き、診療情報管理士業務指針（2011年版）の改定について議論した。
- ・診療情報管理士を取り巻く医療環境や業務内容が大きく変化している中で、診療情報の活用範囲の拡大、個人情報保護とセキュリティ確保、説明と同意、診療計画書の意義と運用等についてつけ加える方向で小委員会で検討し、来年の秋までには新指針を提示したい。

（9）WHO関連

横堀部長より下記会議の報告があった。

①WHO-FICジョイントタスクフォース対面会議（10月14・15日）

- ・これはICD-11改訂の中核会議であり、WHO-FIC年次会議開催を利用して約20名の参加によりメキシコで行われた。
- ・内容的には敗血症、外因、皮膚などが議論の中心であった。新疾病のルールに関して、担当の委員会から進捗状況の報告がなされた。
- ・今後、普及に向けて必要なものとして、普及パッケージを疾病分類グループ、死因分類グループ、教育普及委員会が共同で作っていく。
- ・ICD-10については今年でアップデート作業が終了したので、ICDの問題について今後は11のほうで抱えていく。
- ・3月にもう一度対面会議を行うことが決まっている。

②2017年WHO-FIC年次会議（10月16～21日）

- ・約30カ国から200名の参加により、メキシコシティで開催された。
- ・今回のテーマは「保健医療のためのデータ連結」であった。日本病院会の支援で行われていたAPN会議が、これまでのランチョンから正式なプログラムへと格上げになり、セッションが行われた。

③2017年WHO-FICアジア・パシフィック・ネットワーク会議（10月17日）

- ・8カ国から30名の参加により開催された。
- ・ICD-10のAPN簡易版がWHOの簡易死因リストと統合されて、ICD-10スタートアップリストとしてWHOから発表された。
- ・マレーシアで開かれた第9回APN会議の報告、カンボジアやラオスでの活動報告などが

行われた。

- ・開発中のICD-10簡易版のモバイルアプリについての報告が行われた。現在、タイやカンボジアなどでテストが行われている。
- ・CR地域が中心となり行っているトレーナーのためのワークショップについての報告があった。
- ・日本病院会の支援で作成したAPNの10周年記念誌を配布した。
- ・来年の会議はオーストラリアで開催される予定である。

④2017年WHO-FIC EIC会議（10月19日）

- ・WHO-FIC普及データベースに関して、23カ国がデータを更新し3カ国が新たに入力を行ったとの報告があった。
- ・ICD-11のフィールド・トライアルについての報告が約10カ国から行われた。概ね高評価であったが、使い方についての教材が欲しいとの声が多くあるので、今後検討していく。
- ・グループワークでは、普及データベースの質問表の見直しやICD-11の教材の開発について議論した。
- ・ICFのeラーニングツールが完成したので、それをウェブに上げることになった。
- ・年央会議はドイツで4月に開催される予定である。

⑤MID YEAR REPORT (MAY2017-SEPTEMBER2017)

- ・日本病院会が行っているICDへの30万ドルの支援について、担当のディレクターからその運用に関する中間報告が届いた。
- ・7月に開催されたジョイントタスクフォース会議での検討に基づいてICD改訂のために資金を使用したこと、今後約15万ドルを使って普及パッケージを作っていく予定であること等が書かれている。

(10) 病院経営管理士通信教育関連

①第38回認定証授与式（9月29日）

報告は資料一読とした。

②病院経営管理士通信教育40周年・病院経営管理士会創立20周年合同記念式典・祝賀会（9月29日）

報告は資料一読とした。

(11) 病院経営管理士会関連

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

①第1回理事会、総会（9月29日）

- ・理事会を開催し、平成28年度事業報告（案）、収支決算（案）、同監査報告並びに平成29年度事業計画（案）、収支予算（案）を取りまとめた後に新理事会を開き、新役員の選任を行った。
- ・引き続き総会を開催し、平成28年度事業報告（案）、収支決算（案）、同監査報告並びに平成29年度事業計画（案）、収支予算（案）、新役員に関する件について、承認を得た。

②第1回病院経営管理研修会（9月29日）

- ・申込者数483名、参加数463名、役員・招待者を含めてちょうど500名の参加により行われた。
- ・講演の内容は資料のとおりである。

(12) 平成29年度診療報酬等に関する定期調査 概要報告書（案）

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に関する「中間集計結果（概要）」ができた。
- ・全体的には赤字の病院がどんどん増えている。単月調査だけを見ると本年6月分はやや改善したかのように見えるが、年度で見ると年を重ねるごとに赤字病院が増え続けているのが現状である。

永易病院経営管理士会会長は、以下のように述べた。

- ・相澤会長からも説明があったように基本的には増収であるが、実際には利益が減っているという傾向はこの数年変わっていない。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第146回診療報酬実務者会議（10月11日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・日病協代表者会議報告、続いて中医協報告が行われた。
- ・平成30年度診療報酬改定に関する要望書（第2回）では、前文で多くの病院で経営状態が悪化していることを述べ、1. 全ての入院基本料の引き上げ、2. 重症度、医療・看護必要度の抜本的見直しと病棟届け出群制度の改善、3. 地域包括ケア病棟における在宅からの受け入れ機能の評価、4. 療養病床の医療区分の見直しとDPCデータ加算提出の充実、5. 日本精神学会からの要望、6. 特定入院算定料における包括対象範囲の見直し、7. 診療報酬体系の簡素化と医療ICTの推進の7項目を要望している。今後、修正・検討を行い、11月中旬に厚労省に提出する予定である。

(2) 第156回代表者会議（10月27日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・中医協等諸会議の報告、診療報酬実務者会議の報告、日本専門医機構からの報告が行われた。
- ・日病協運営要綱（案）を検討したが、まだ修正すべき点があるとして次回に持ち越しとなった。

3. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第9回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（10月5日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・特定集中治療室管理料等に関しては、重症度、医療・看護必要度の評価項目が一般病院で変わったが、これによる影響として地域包括ケア病棟が大幅に増加し、回復期リハビリもわずかに増えている。ICUはわずかに減少し、HCUは逆に増加している。
- ・調査対象の医療機関702施設中、病院群単位の届出を行った施設は14であり、2%にとどまっている。
- ・総合入院体制加算に関しては、加算1を届け出た医療機関が37施設に増加している。加算2は103施設、加算3は188施設である。

(2) 第10回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（10月18日）

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・救急医療管理加算の区分が2つに分けられた。加算1に緊急カテーテル治療・検査等が必要なものが加えられた。算定回数では、加算1が減少して加算2が増加している。
- ・救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合を都道府県別に見ると、地

- 域によって査定の上れ方によりかなり温度差がある。要件が曖昧なことが要因と考えられる。
- ・短期滞在手術等基本料3の対象要件の候補として厚労省が挙げてきたものには従来に比べて包括範囲出来高実績点数の分布にばらつきの大きいものがある。
 - ・人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの療養病棟での利用状況は、利用しているが22%、利用していないが63%、知らないが12%であった。
 - ・慢性期の病棟におけるデータ提出に関して、より詳細な分析が可能となるよう患者の特性に応じた見直しを検討すべきとの意見を踏まえてデータ提出加算への検討が行われている。
 - ・昨年の診療報酬改定で食事療養に係る給付について見直しがあり、流動食を経管栄養法で提供する場合は額が現行より1割程度引き下げられた。
 - ・食事療養費は1日単位から1食単位の計算に変わったが、3食はとらない患者がいるので総回数は3倍には増えずに減少しており、食事療養費の総額が減っている。
 - ・給食部門の支出・収支を見ると全面委託、一部委託、完全直営ともに赤字であり、しかも赤字幅が広がっている。

(3) 第48回費用対効果評価専門部会 (10月4日)

万代副会長より、現在これについて議論が進んでいるところであり、後の報告と重なるので省略するとの発言があった。

(4) 第1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 合同部会 (10月4日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・価格調整のあり方に関して薬価と保険材料は無縁ではないということで、合同部会で議論することとなった。
- ・比較対照品目(技術)に対し費用が削減される品目については、効果が上がって安くなる品目に関してICERは算出できないため、価格調整方法を別途検討する必要があるとしているが、1号側からは反対意見が出ている。
- ・価格調整の考え方については類似薬効比較方式、類似機能区分比較方式、原価計算方式などがあるが、どこに価格調整をかけるかということでは1号側と2号側は棒グラフ全体にかけるべきであるという意見であるのに対して、業界団体は加算部分だけにかけるべきという意見である。

(5) 第362回総会 (10月4日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・個別事項(その2:がん、感染症等)について議論した。
- ・資料の全体の構成としては、最初に小児入院医療管理料の包括範囲に係る問題点が指摘され、続いて個別事項の項目が掲げられ、それに関するデータとともに課題と論点を示される形をとっている。
- ・ここ数回で報告しているほぼ全ての項目について、論点の結論部分は「どうか」という文章で終わっているため、それについてはそのように要件が盛り込まれたり見直されたりすると考えてよい。

(6) 第2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 合同部会 (10月11日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・今回の資料は製薬業界団体の意見陳述である。「総括」としてその意見が出ているので、参照してほしい。
- ・先ほど述べた費用対効果評価における価格調整の範囲についての業界意見もここでまとめられている。

(7) 第363回総会 (10月11日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・個別事項 (その3: 救急、小児・周産期等) に関して、救急医療の提供体制、小児・周産期医療、医療安全部門への医師配置等について議論した。
- ・救急医療体制に関しては、救急救命入院料の充実段階評価に係る加算について見直しが提案されている。
- ・医療安全管理部門への医師の関与については医師の配置が有用だということでデータが出ており、特定機能病院においては要件化されているが、配置について医療安全対策加算の評価の見直しを検討してはどうかとしている。ここは議論になるであろう。

(8) 第364回総会 (10月18日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・個別事項 (その4: 精神医療) について議論した。
- ・精神科の急性期の入院医療に関する課題と対応では、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟入院料における患者の入院時のGAFスコアを見ると、いずれも非常に低く、重症の患者が多いという現状を踏まえて評価の在り方を見直したいということである。
- ・公認心理師が国家資格になり、来年から試験が行われる。現在、臨床心理技術者等の配置を要件にしている診療報酬について、今後どうするかということが論点となる。

(9) 第365回総会 (10月25日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・個別事項 (その5: リハビリテーション) について議論した。内容は回復リハビリテーション病棟入院料と疾患別リハビリテーションである。
- ・疾患別リハの提供単位数は、平成28年度は6.2単位であった。
- ・快復期リハ入院料についてアウトカム評価を推進する観点から、リハの提供、栄養管理等の状況も踏まえて実績指数に基づく評価の在り方を考えるとしている。
- ・退院後早期にリハビリを開始すると入院時の効果が落ちないというデータが出されたので、早期に始めることに対して評価を加える方向に進むであろう。
- ・要介護被保険者の疾患別リハビリテーションの算定に係る経過期間については、当面、平成31年3月31日まで延長してはどうかとの提案である。

(10) 第49回費用対効果評価専門部会 (10月25日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・今回、具体的に決まったのは、費用対効果評価の試行的導入における総合的評価の方法の取りまとめ案である。
- ・複数の適応疾患を持つことなどにより複数のICERが得られるものについては、使用患者割合等で加重平均して総合的評価に用いる。
- ・総合的評価において考慮する倫理的・社会的要素については、加点する方向でまとまっている。
- ・費用が安くなり効果が増加する場合の取り扱いについては、先ほど述べた形で合意された。

(11) 第3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 合同部会 (10月25日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・試行的導入における価格調整の在り方について議論した。
- ・この会議における協議並びに関係業界からの意見を踏まえて、対象品目に係る価格調整方法について具体的な検討を行う。

(12) 第139回薬価専門部会 (10月27日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・基礎的医薬品の在り方についての検討では、なくてはならない重要な薬であるのに薬価が次第に下がり製造販売の継続が困難になるものについてそれを下支えする仕組みが28年度改定で導入されているが、その対象を少し広げる形となった。
- ・効能変化再算定として、主たる効能の変更がなされ、かつ類似薬がある医薬品に対して薬価の改定する仕組みがあるが、これをオプジーボのように用法用量が大幅に拡大した場合にも適用対象とする方向である。

(13) 第86回保険医療材料専門部会（10月27日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・薬価の抜本改革と同時進行的に保険医療材料価格の抜本改革の議論が進んでいる。
- ・機能区分に応じて保険材料の価格を決める際に手続が複雑化することがあるので、その簡素化を目指している。

(14) 第366回総会（10月27日）

万代副会長より、選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果として、寄せられた意見の中から6個の対応方針が採用されたとの報告があった。

(15) 第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（10月25日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・機能評価係数Ⅱが見直され、保険診療係数、地域医療係数、救急医療係数等について細かな修正が行われている。
- ・調整係数がなくなることに伴い、激変緩和措置についてある程度残さざるを得ないので、それを改定のたびに行うこととし、その基準について細かく規定した。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第7回医療保険・診療報酬委員会（10月6日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・前回以降に開催された中医協の総会、部会、委員会、小委員会、分科会等の報告が1,000ページ以上の資料に基づいて行われた。
- ・診療報酬改定について、重症度、医療・看護必要度、7対1削減、急性期等の課題についてどうするかを議論した。日病と全日病の会員病院を対象に「重症度、医療・看護必要度に関する緊急アンケート」を実施するとの報告が行われた。
- ・診療報酬改定に係る要望書について、日病協は徐々に加盟団体が増加し規模が拡大しているので、より詳細な各論に関する要望事項は四病協または各団体で取りまとめるべきとの提案がなされた。
- ・専従要件の緩和を求めてはどうかとの意見が出たが、それは総論に関する要望事項になるので日病協に提案すべきであるとの見解が示された。
- ・平成30年度診療報酬に関して、「リハビリスタッフの常勤換算の考え方」を四病協として要望していくべきとの提案があり、案文を作成することとなった。

(2) 第5回医業経営・税制委員会（10月19日）

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・担当課長補佐から厚労省の平成30年度税制改正要望と社会医療法人・特定医療法人の認定要件見直しについての報告を受け、意見交換した。
- ・社会医療法人については、認定要件の見直しを行い、全収入金額の100分の80を超えなければならない社会保険診療報酬等の事業収入の内容に介護保険法の保険給付や予防接種等

を加えることを要望している。

- ・消費税については、日本医師会と四病協の要望内容の文言が微妙に違うので調整してほしいとの指摘があった。厚労省の税制要望が高額設備投資だけを対象とするようにも読めることに対して、必ずしも高額設備投資に限る要望ではなく、抜本的な改革も必要だと認識しているとの説明が厚労省側からなされた。

(3) 准看協支援協議会 (10月23日)

報告は資料一読とした。

(4) 第7回総合部会 (10月25日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・医師養成の在り方や医師の働き方改革について様々な議論をしたが、まだ結論を出すには至っていない。
- ・四病院団体協議会で、医師の働き方改革に関して勤務環境改善調査を行うことになり、調査依頼を行っているが、これについてはまとめて報告を行うこととなった。

(5) 第7回日医・四病協懇談会 (10月25日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・医師需給分科会についての報告があり、様々な意見が出たので、これについてはまた協議をしたい。
- ・安倍首相が民間企業は非常に好調なので3%の賃上げをするようにとの指示を出しているが、収益が0.7%しかない民間病院はどうやって人件費を捻出するのだということで、診療報酬の3%値上げを強く要望することとなった。

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第2回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 (9月29日)

報告は資料一読とした。

(2) 第54回社会保障審議会医療部会 (10月5日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・議題の1つは、次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性についてである。人生100年時代を見据えた社会の実現、どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現、制度の安定性・持続可能性の確保、医療・介護現場の新たな働き方の推進を基本認識とすることで合意された。
- ・具体的な方向性としては、4つの視点が挙げられている。視点1は、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進で、これが一番な重点課題である。
- ・視点2は、新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現である。
- ・視点3は、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進である。チーム医療を進めるのはよいが、人件費に見合った加算がないと経営はますます厳しくなるのではないかと心配している。
- ・視点4は、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上で、主な論点は薬価をどうしていくかである。
- ・もう一つの議題は、介護保険法改正施行関係について（継続名称の特例要件）である。既存の医療機関の一部を転換して併設する場合には介護医療院の名称は看板に出さずともよく、院内に小さく表示しておけばよいが、医療機関が完全に介護医療院に変わった場合には名称をしっかりと掲示しなければならない。

(3) 第3回医師の働き方改革に関する検討会（10月23日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・今回は、4名の若手医師から勤務実態等についての発表が行われた。
- ・医師の時間外規制に対する考え方として、医師の自己研鑽と労働の切り分けは難しいという意見がある一方、今後はタスクシェア、タスクシフトの導入が必要になってくる、大きい診療科については集約化が必要であるとの意見もあった。
- ・病院での労務管理については、ほとんどの病院が行っていないという回答であった。
- ・時間外規制を導入するとなぜ医療の質が低下するのか、医療従事者以外にもわかるように説明してほしいとの要望があった。
- ・四病協会員の各管理者向けに、医師の勤務環境改善の取り組みについての緊急調査を行ったので、その結果を厚労省の医師の働き方改革に関する検討会で報告する予定である。
- ・厚労省から病院勤務医師の勤務実態調査についてのタイムスタディ調査への協力依頼があったので、四病協として協力することとなった。

(4) 第8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（10月26日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・厚生労働省から、病床機能報告で報告した機能と実態に齟齬が生じている病棟については、実態と異なる報告を行った理由をこれから調査するとの報告があった。
- ・産業医大の松田教授から病床機能報告の定量的な基準として入院してからの在棟期間に着目することが提案されたが、委員の中から病床機能報告と診療報酬が連動するという誤解を招きやすいという懸念の声が出た。
- ・平成29年度の病床機能報告を分析する際には、報告した機能と実態に関して明らかな疑義が生じた病棟については、その報告を求めることが了承された。
- ・全国の地域医療構想調整会議の現状について、341構想区域のうち現在までに136構想区域で計150回の会議がなされているとの報告があった。
- ・奈良県医療政策部の林部長から、奈良県では地域医療構想について独特の取り組みをしており、急性期病床を重症急性期と軽症急性期に分けて機能分化を明確化したとの報告がなされたが、今までの4つのカテゴリー区分は何だったのかという疑問の声が出た。
- ・公立病院の役割として、政策医療、不採算医療とよく言われるが、その定義について厚労省の事務局に尋ねると即答できないということであり、次回以降にその定義が示されることになった。
- ・病床機能報告も思ったほど順調には進んでいない。

6. ドコモ「会員病院向けモバイルプラン」について

報告は資料一読とした。

7. 地震予兆解析レポートについて

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・地震予兆研究センターから会員病院が地震等の自然災害の予測情報の提供を受けて、今後の防災対策に役立てようという提案である。
- ・申し込みをした病院には12月20日～1月31日までを試行期間とし、無料で毎週1回情報を配信する。正式に契約をすると月額3,000円、年間3万6,000円で毎週情報が届くことになる。

〔協議事項〕

1. 「医師偏在の度合い」の考え方、医師養成過程の見直しについて

福井常任理事より、以下の説明があった。

- ・直近の医師需給分科会の2回分の資料について説明する。まず、10月11日開催の第12回である。
 - ・厚生労働省は医療計画において、①都道府県における医師の確保方針、②医師偏在の度合いの応じた医師確保の目標、③目標の達成に向けた施策内容を記載することを法律上に位置づけ、医療計画における医師確保に関する事項を「医師確保計画」と呼ぶこと等を提案している。
 - ・都道府県にかなりの権限を委譲して地域医療対策協議会を中心に据えた医師確保対策を進めてほしいというのが厚労省の考え方であり、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるようにと求めているが、実際に医師をどう動かすのかがまだよくわからない。
 - ・都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、二次医療圏ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な医師偏在度合いを示すことが必要である。
 - ・次に、10月25日開催の第13回である。
 - ・厚労省事務局から①医学部関係、②臨床研修、③専門医の3項目に分けて説明があり、その見直しの方向性が示され、概ね了承された。
 - ・医学部関係では、地域枠で入学した者が卒業後に地域外に出ていくケースをいかに防ぐかが重要であるとの意見が出た。
 - ・他県出身者であっても研修を行った病院のある県に残る確率が約80%と非常に高いので、卒業生に自県の医療施設で研修してもらうことが重要である。
 - ・臨床研修制度については、都道府県別の募集定員上限を決めるための計算式に県の人口をベースにした計算式と各県の大学医学部の学生数をベースにした計算式の2種類があり、計算式によって結果に齟齬が生じるので、何らかの調整が必要である。
 - ・私は、新専門医制度に関して地域偏在だけでなく専門分野の偏在を解消するために、専門医研修に入るところで各分野の人数調整をしたほうがよいと主張した。かつ、地域医療の大切さを学ばせている大学と全く行っていない大学がある現状を指摘し、しっかりプライマリ・ケアを教育すべきであると主張した。
- 相澤会長は、四病院団体協議会で議論すると医師は足りないから増やせという意見と、増やさずに偏在の是正を中心にせよという意見が対立するが福井常任理事はどう考えるかと尋ねた。
- 福井常任理事は、診療科ごとの偏在を最初に解決した上でトータルの人数を考えるべきだと思うが、トータルが足りないのか充足しているのかについてはわからないと答えた。
- 相澤会長は、権丈参与に地域枠等についての意見を聞きたいと尋ねた。
- 権丈参与は、以下のように答えた。
- ・医療受給分科会での2回の議論について説明する。年末までに検討すべき医師偏在対策として14項目が挙げられており、10月11日の会議では医療計画による医師確保対策の強化と、地域医療支援センターの機能強化について議論した。
 - ・出生数が現在が100万を切っているのに医学部に約9,600人が入学しているという現状があるので、医師の総数の問題ではなく偏在の問題に焦点を当てていくべきであり、長期的には医学部の入学定員を減らす方向で考えなければならない。その目標値を設定して、都道府県段階でしっかり実現していこう。
 - ・10月11日の会議では医学部、臨床研修、都道府県から国等への対策の求めの3つの項目について議論した。
 - ・医師の偏在の問題には地域偏在と診療科偏在があるが、診療科偏在に関しては地域枠と臨床研修という2つの手段を使って対応し、診療科偏在に関しては専門医制度という手段を使って対応するという方向性が明確に出てきている。

・若いときに地域医療を経験した人たちは、その後も地域医療に積極的にかかわっていく傾向が見られる。また、総合医は地方に行く傾向がある。あわせて、効果的なのは教育である。この3点については、世界的にも観察されている。

・今後は、管理者の要件という項目について議論する予定である。

塩谷常任理事は、ビジョン検討会で規制的手法や経済的インセンティブの手法を否定する報告書が出されているが、需給検討会の中間取りまとめではどういう結論を出したのかと尋ねた。

権丈参与は、ビジョン検討会報告書は医師需給分科会の中間報告の中で作ったことになっているが、我々には誰も自覚がなく、結論は出ていない。これはこれから検討を始めればよいのではないかと答えた。

塩谷常任理事は、国はどっちを向いているのかと述べた。

権丈参与は、最後にビジョン検討会のメンバーが何人か需給分科会に送られるということがあったが、去年9月15日からストップしていたものが始まったという状況であると述べた。

塩谷常任理事は、管理者要件も考え方としては規制的手法であると述べた。

権丈参与は、9月にビジョン検討会の報告書を座長が来て説明したが、みんな静かに聞いて議論なく終わったので、それでよいのではないかと述べた。

中井常任理事は、日本では病院医療と診療所医療という2つ医療が行われており地域偏在も結構あるので、開業するに当たって管理者要件のような縛りがあったほうがよいが、必要数に関しては出ているのかと尋ねた。

権丈参与は、数は出ていると答えた。

中井常任理事は、偏在が考慮されて必要数が決まっているのかと尋ねた。

福井常任理事は、診療科の偏在については考慮されていないと答えた。

中井常任理事は、診療所についてはどうかと尋ねた。

福井常任理事は、以下のように答えた。

- ・診療科の偏在については、うまく考慮されていない。
- ・外来の患者数については一応考慮されているが、病院で入院患者を診ながら外来をやっている医師の貢献度評価など難しい問題があり、考えなければならない要素がまだたくさんある。

中井常任理事は、働き方改革により勤務医が不足するかもしれない中で診療所と病院の現在の診療報酬比率が維持されれば救急医療が破綻していくのは目に見えているので、主張すべきことは主張せねばならないと述べた。

福井常任理事は、去年と比べると医師の働き方の意識が全く違ってきたので、どれくらい医師が必要になるかについては再検討が必要であり、今回の働き方改革の要素が入ると資料のデータは違ってくるのではないかと述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・去年の医師需給分科会では、まず入学定員を決めるために医師数が将来的にどうなるのかを試算した。地域医療構想における病床数をベースにして医師数を算定するときに、労働時間によってその数に変化が生じる要素も織り込んでいる。
- ・今回は地域医療構想に基づいて地域のニーズに基づいた形で病床を算定した。トータルの医師数は地域医療病床を全部組み合わせた形で総数を考えた。次は偏在にどう焦点を当てるかという段階に入っている。

福井常任理事は、医師の全体数はこの間に1,600人ほど増やしているのだから、彼らが一人前に働けるようになった状態を想定しながらディスカッションしていると述べた。

相澤会長は、不足しているのは病院であり、開業医は不足していないのに開業医の数がどんどん増えているので、臨床経験何年未満は開業を認めない等の制限をかけるべきではないか、会議でそういう意見は出ていないのかと福井常任理事に尋ねた。

福井常任理事は、会議でその発言は出ていないが、医師に都合よい方向でだけプロフェッショナルオートノミーを解釈するのではなく、社会や患者の立場で考えると今とは違う方針が出てきてもよいのではないかとの指摘が親部会の森田座長からあったと答えた。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・今までの国の対策はプロフェッショナルオートノミーに期待してなされてきたが、医師の偏在は全く解消しなかった。
- ・プロフェッショナルオートノミーは義務と権利が両方セットであるはずなのに、権利としてのフリーダムだけを言って義務としてのオートノミーが果たせていない。このアンバランスに対処していかなければ、医師の地域偏在の問題は解決しない。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・ドイツやフランスでは医師団体は弁護士団体のように全員加入制であり、会の方針としてプロフェッショナルオートノミーを達成している。プロフェッショナルオートノミーは日本でも欧米と同じ意味で使われているが、日本にはそれを保障するための組織が存在していない。
 - ・医療政策は公共政策であるが、これまでは政策目的を遂行するためにプロフェッショナルオートノミーはどうあるべきかということを考えなさ過ぎであった。それは言葉の用い方に誤りがあったからである。今までのことは失敗の歴史として受けとめるべき段階に入っている。
- 池上参与は、専門医になるためには指導医のもとで研修を受けなければならないが、指導医の枠は既存の分布に従って存在しているので、既存の診療科分布を変えることには難しい面があると述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・既存の伝統的方法の中で、診療領域ごとに地域の人口、症例数等に応じた枠を設定して専門医の方向性を適切に決めていくのはなかなか難しい。
- ・各地域におけるニーズを考えながら、適正配分していくための枠組みを外から考えることができないだろうかというのが今のところのおおよその方向性ではないか。

篠原参与は、以下のように述べた。

- ・出身大学や臨床研修を行う県と勤務地の決定との関連は非常に重要な指摘ではあるが、同じ県の中でも県庁所在地や大学病院のある都市と他の地域の間での偏在が存在していることについて、まだ議論になっていないのが気になる。
- ・この問題は、政府、医師会、大学、そして学会が同じ土俵に乗って話し合わないとは解決しない問題である。

相澤会長は、臨床研修医の場合には地元で研修を行えばそこに残る医師は増えるであろうが、専門科の問題を県だけで解決していくのは難しい。ある程度、国が強制的にやらなければ、いつまでたっても問題の解決は図れないであろうと述べた。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・最初の何年間か臨床研修医をコントロールできても、その後どうなるのかという問題がある。
- ・このテーマに取り組む能力が県によって随分違う。大学と県が幾ら話し合いをしても、最後のところは誰がどういう強制力を持って医師を動かせるのかというところに行き着く。

中井常任理事は、自由開業、自由標榜の制度が維持されたままで、そこをいじってもしようがない。基本的に既得権益で、しかも収益がそちらに行くような構造にしているのはやはりよくないと述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・国保を都道府県化していく話は2013年ぐらいから進めており、今は全国知事会の地域医療研究会で勉強会を開いている。
- ・それを率先して進めているのが奈良県である。来年予定されている国保の都道府県化、地域

医療構想、医療費適正化、この3点をセットにして議論しているのは47都道府県の中で奈良県しかない。奈良県の資料は、かなり重要な意味をこれから持ってくる。これを奈良県モデルにとどめずに都道府県モデルを作っていくことが大切である。

- ・全国知事会の地域医療研究会は、県内でやれることは最大限県でやるから、その他については国にやってほしいとしており、それが今、医師需給分科会に託されている。

岡留副会長は、奈良地区は4つの二次医療圏に分けられており一番南のほうは過疎地帯であるが、そこも他圏域と均てん化するためには、高度急性期をきちんと行える医療センターを1つ作り、その周りに3~4の公的病院を配置する等の意見を奈良県医療政策部の林部長は出していたと述べた。

相澤会長は、やはり医療提供体制のほうを変えて医師の散在をやめさせ上手に使うことをしっかり議論しないといけないと述べた。

福井常任理事は、そのとおりであると述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・奈良県を見ても、患者がいなくなりニーズがなくなる状況になってきている。元気のよい都心とは違い、地方ではそういう政策が今必要になってきて頑張っているところではないか。
- ・他産業であれば、価格をコントロールしており、独占の弊害も少ない。奈良県モデルでは、しっかりそこは統合して協力してもらおうというのが目標に入っている。

梶原監事は、以下のように権丈参与に尋ねた。

- ・2013年の社会保障制度改革国民会議が全てのスタートであった。国保が1つになるのも基本的に保険者の論理であり、やがて健保組合も強制合併して整理していくのではないか。
- ・スウェーデンで人口10万当たりのMRIの設置数を定め、ドイツでは地域ごとに開業する医師の定員を決めているが、厚労省も将来、保険医指定で適正配置を始めるのではないか。
- ・マイナンバーは今は給与だけであるが、銀行、株の債券、不動産登記簿にも入って個人資産が全部捕捉されて応能負担になってくる。
- ・アメリカは人口3億何千万で病院が5,300しかないのに、日本は人口1億2,300万で8,400もあるから今の半分の4,000にしてもまだ多いと財務省は言い、通信網や道路網が完備しているのだから減らしても大丈夫だという言い方をする。
- ・全体の流れがその方向に動いているのではないか。そうしなければ基本的に社会保障制度がもたないということがあるのではないか。

権丈参与は、以下のように答えた。

- ・都道府県で医療行政を担当する人材をしっかりと育てていこうと、全国知事会の地域医療研究会で奈良県を筆頭に努力している。
- ・組合健保というものはおかしいので、これは都道府県単位に持ち込む形にして、地域医療構想の中でその提供体制を考えなければならない。
- ・医療提供体制に従属して医師のマンパワーの話になるので、そこをセットにした形で議論できる主役が必要になって、今は都道府県にいろいろな形で権限を与える形になってきている。結構よいスピードで来ているのではないか。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・そういうことを進めていくときに、重要な社会資源である中小病院が生き残れるような青写真も示さなければならない。
 - ・都道府県知事には非常に強い姿勢で発信する知事もあれば、そうでない者もいる。そこを調整すべき国の立場も選挙次第で変わり得る。権丈参与の言うように全てを決めるのが選挙だとすれば、今後我々には医療問題について地域住民への理解を図る努力が必要ではないか。
- 権丈参与は、以下のように述べた。

- ・地域包括ケアを行うかかりつけ医は、診療所の医師だけではなく、民間、中小病院の医師がかかりつけ医になる形で地域包括ケアをリードしていくのが日本がとるべき方向性である。
- ・ニーズに関するデータによる制御機構を作る必要がある。ニーズがあっても提供体制がなければ需要は生まれないし、ニーズがなくても需要が生まれるのが医療である。ニーズに応じて需要が生まれるように改革することが医療の改革になっていく。今、収集・分析したデータによって国や県が物が言える状況を作り出すことに取りかかっているところではないか。

石井監事は、以下のように尋ねた。

- ・全国に10万を超えて存在する医科診療所が欧米の先進国に比べて数的に多いのか少ないのかについてのデータを一度も見たことがないが、他国と比較するとどうなのか。
- ・全国に医師が32万人いて、そのうち10万人が開業医になっているという状況があるが、それは多過ぎるという議論が出ないのはなぜか。

池上参与は、以下のように答えた。

- ・日本の診療所は1人開業が原則であるが、こうした国は非常に少ない。1人で開業していれば診療所の数は多くなるので診療所の数は余り意味がない。例えばイギリスでは2人以上がほとんどである。
- ・専門医の更新制度要件というのが出てくると、少なくとも外科、内科という診療所はなくなるが、またしても日本的妥協がなされるのではないかという気がする。

石井監事は、国が違くと形が違うので比較ができないということであれば、病床100床当たりの臨床医師数を対比したり、病床100床当たりの臨床看護職員数を対比しての議論もナンセンスということになると述べた。

池上参与は、そのとおりである。何を病床と呼ぶかという定義が問題であり、その議論抜きに100床当たりの職員が非常に少ないからだめだという話にはならない。人員配置にふさわしい医療を行っているから平均在院日数も長くなるのは当たり前であると述べた。

相澤会長は、大体の方向性が見えてきたという感じがすると述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・2013年8月8日に日医と四病院団体から共同提言を出しており、かかりつけ医は24時間対応すると書かれているが、あれは単身ではできないと宣言しているようなものである。
- ・今のような診療所の在り方はよくないというメッセージを上から出しているのに地方に行くと誰も知らないという状況をどう埋めるかというのが今、大きな課題になっている。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・国のほうでは医師の専門職団体がイニシアチブをとって問題を解決することはできないと理解しているようであり、とりあえずはデータは出すが、それでうまく医師の配置が行われなければ国が法律を作って動かすという方向に行かざるを得ないと思う。
- ・医師の専門職の団体として、国がやる前に自分たちの考えで動けることはないのか。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・日本医師会の組織率は今63%であるが、日医に全員が加入して医療審議会を日医に持つてくるぐらいの動きがあれば、何もかも国が決めなくても、我々が自主的に、国民の命や健康を守るためにどうあるべきかということと言えるわけである。
- ・医師は医師会に全員入らなければだめである。そうしないと何もかも国にやられてしまう。医療審議会でも厚労省が全て決めている。日医がきちんとしていれば、勤務医が労働者だなどという話にはならなかったはずである。

相澤会長は、中島常任理事に精神科からの意見を求めた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・精神科は、他科と違い病床数が圧倒的に多過ぎる。ところが単価が非常に安いので、抱えら

れるだけ抱えておき1床当たり幾らで売りたいというのが今の日精協の方向性である。これに対して、きちんとした主張をしようとしても、今は言うルートが絶たれている。

- ・難治性の統合失調症患者の治療に有効だとされているクロザピンが日本ではほとんど処方されていないのは問題である。
- ・国民に対する啓発活動をしっかり行わなければならない。少しでもよいと言われている病院にかかりたいという意思が国民の中で強過ぎるが、産まれたからには必ず死ぬのであるから、死の方について考える癖をつけないと、今の議論だけではうまくいかない。そこを日本病院会で一生懸命議論しているのが現況である。

相澤会長は、精神病床にも一般病床と同じように地域医療計画や県医療計画を作って病床を減らしていくというのはどうかと尋ねた。

中島常任理事は、そのとおりであり、精神科についての医療計画や精神科にも使える地域包括医療をきちんと策定するように岡山県当局に直言した。どこかで議論をしなければいけないと答えた。

相澤会長は、今一番大きな曲がり角であり、国民のためにきちんとしたものを作っていくこと、将来にツケを残さないことが大事であるのでよろしく願うと述べた。

末永副会長は、今月10日から病院総合医のプログラムを受け付けており、既に10病院から提出された。あと5つの病院はこれから出すということであるが、もっとたくさんの病院総合医を育てることを想定しているので協力を願うと述べた。

2. その他

その他の事項での発言はなかった。

以上で閉会となった。