

日 時 平成28年7月23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）
末永 裕之、相澤 孝夫、岡留健一郎、梶原 優、宮崎 瑞穂、大道 道大（各副会長）
中村 博彦、藤原 秀臣、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、福井 次矢、
中 佳一、武田 隆久、生野 弘道、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英
（各常任理事）
藤原 久義、石井 孝宜（各監事）
野口 正人（オブザーバー）
山本 修三（名誉会長）
佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭（各顧問）
邊見 公雄、篠原 幸人、齊藤 延人、権丈 善一、池上 直己（各参与）
木村 壯介（委員長）
中村 博彦、望月 泉、後藤 敏和、堀江 孝至、原澤 茂、崎原 宏、片柳 憲雄、
三浦 将司、毛利 博、松本 隆利、三浦 修、中川 義信、細木 秀美、福井 洋
（各支部長）
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）
（新入会員）
渡 潤（神奈川県 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病
院 病院長）

総勢52名の出席

堺会長の開会挨拶の後に、新たに当会参与に就任した日本人間ドック学会の篠原幸人新理事長及び新入会員である座間総合病院の渡潤病院長から挨拶を受けて、大道副会長の司会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28年6月21日～平成28年7月21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国立病院機構・独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院（会員名：今井常夫院長）
- ②市町村・津幡町国民健康保険直営 河北中央病院（会員名：寺崎修一病院長）
- ③医療法人・社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院（会員名：松森良信院長）

〔正会員の退会1件〕

- ①医療法人・社会医療法人純幸会 豊中渡辺病院（会員名：渡邊太郎理事長）

平成28年7月23日現在 正会員 2,458会員

特別会員 188会員

賛助会員 253会員（A会員102、B会員117、C会員4、D会員30）

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健康保険組合連合会／『健康強調月間』の実施に伴う協力名義使用
- ②第58回全日本病院学会in熊本（社会医療法人社団高野会）／第58回全日本病院学会in熊本の後援
- ③有限会社健康と料理社／健康啓発冊子「メタボリックシンドローム予防のためのヘルシーレシピ」の推薦
- ④公益社団法人日本メディカル給食協会／第12回治療食等献立・調理技術コンテストに対する後援名義使用及び賞状交付
- ⑤一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／HOSPEXJapan2016（第45回日本医療福祉設備学会併設展示会）に対する協賛
- ⑥一般社団法人日本能率協会／『第38回フード・ケータリングショー』協賛名義の使用
- ⑦一般社団法人日本能率協会／「第33回ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2016」の協賛名義使用

(継続：委員等委嘱依頼 3 件)

- ①株式会社日本医療企画／「医療経営白書2016－2017年版」編集委員への就任〔就任者…堺会長（再任）〕
- ②厚生労働省医政局／社会保障審議会医療分科会臨時委員への就任〔就任者…堺会長（再任）〕
- ③一般社団法人医療情報システム開発センター／ISO/TC215国内対策委員会の委員推薦〔就任者…大道副会長（再任）〕

(新規：後援等依頼 2 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2回公開シンポジウム後援名義使用
- ②ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）推進協議会／ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）のシンポジウム実施に伴う後援名義使用

(新規：委員等委嘱依頼 2 件)

- ①厚生労働省健康局／「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」委員への就任〔就任者…宮崎副会長〕
- ②内閣官房健康・医療戦略室／未来インテリジェント医療分科会への参加〔就任者…堺会長〕

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

大道副会長より報告を受け、下記3施設を認定承認した。

(更新 3 件)

- ①福岡県・一般財団法人船員保険会 船員保険 福岡健康管理センター
- ②大阪府・医療法人医誠会 医誠会病院 人間ドックSOPHIA
- ③大阪府・社会医療法人きつこう会 多根クリニック

4. 平成29年度税制改正に関する要望書について

安藤常任理事より以下の報告があり、承認した。

- ・これは来年度の税制改正に関する要望の日本病院会版である。重点要望項目1項目を初めとして、国税分4項目、地方税分2項目、災害拠点としての役割と税制に関する要望1項目か

らなっている。

- ・要望の優先順位項目は、以下の3項目である。①医療機関において控除対象外消費税が発生しないように税制上の措置を講じること。②医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。③持分の定めのない社団医療法人になるための持分放棄に関して、医療法人に対するみなし贈与税課税を行わないようにすること。
 - ・消費税に関しては今回は課税化を主張せず、非課税のまま、あくまでも税制で問題を解決するような手法を次善の策として要望していく。
- 梶原副会長より以下の補足説明があった。
- ・現時点で18名の国会議員からこの要望書への推薦が来ているが、さらに推薦可能な国会議員を紹介してほしい。
 - ・自見はなこ議員は先日の参議院選挙で約20万票を得て当選したが、医療界全体で20万票しか集められなかったことは我々にまだ危機感が不足していることのあらわれとして受け取られかねない。地元で影響力のある国会議員からの推薦を得て政治的な力を発揮していく必要がある。
 - ・選挙で一番大事なものは票と資金である。集票力を強化して国会議員に圧力をかけ、我々の要望への支持を獲得することが重要である。

5. 診療情報管理士認定試験受験指定専門学校の指定について

大道副会長より診療情報管理士認定試験受験指定専門学校調査の報告があり、愛媛県松山市の河原医療大学の指定校認定について承認した。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会等の報告があり、了承した。

(1) 「感染制御講習会」第1クール(6月11・12日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・感染制御の講習会は第3クールまでである。

(2) 第1回感染症対策委員会(7月19日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・本講習会の修了者数は、平成14年から平成27年までの合計で5,437人である。
- ・講習会の立ち上げ時にはICSスタッフの養成を目的にしていたが、現在はその縛りはなくなったので、さらに魅力的なプログラムが提供できるように工夫しなければならない。
- ・厚労省から多剤耐性菌に対するアクションプランを導入してほしいとの要望があったので、それも含めて新プログラムづくりを検討している。

(3) 第1回看護職場環境委員会(6月23日)

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・今回は、日本病院学会前日に開催予定の本委員会主催ワークショップについて議論を行った。
- ・本委員会によるアンケートの結果、かなりの業務で看護助手と臨床工学技師との間で業務委譲が行われていることがわかったので、ワークショップの発表者からそれぞれの職場の状況について紹介をしてもらう。

(4) 看護職場環境委員会 第66回日本病院学会「ワークショップ4」(6月23・24日)

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・これはワークショップの報告書である。

- ・資料に掲載したのは、24日のシンポジウムの実際のプログラムである。
- (5) 図書委員会 第66回日本病院学会「ワークショップ3」(6月24日)**
- 岡留副会長より、以下の報告があった。
- ・昨年、日病の電子ジャーナルコンソーシアムを立ち上げたので、今回そのワークショップを開催し、コンソーシアムのメリット等について話を聞いた。
 - ・来月には、コンソーシアムの提案内容の説明会が行われる。現在、約90病院から応募があるが、200病院の参加を目標にしているので、ぜひ会員病院からの参加を願う。
- (6) 中小病院委員会 第66回日本病院学会「ワークショップ6」(6月23日)**
- 土井常任理事より、以下の報告があった。
- ・約80名の参加で、中小病院委員会主催のシンポジウムを開催した。
 - ・大道副会長から日本病院会が実施している中小病院を主体にした経営支援事業JHAstisについての詳細な紹介が行われた。
 - ・地域医療・介護ネットワークにおける中小病院の在り方ということで、岩手県立東和病院病院長、石川県の芳珠記念病院理事長、岡山大学大学院教授から地域の現状についての報告がなされた。
 - ・全国の病院の70%を中小病院が占めており、地域の包括医療システムの中で果たす役割は非常に大きい。医師も少しずつ変わってきていると実感している。
- (7) 精神科医療委員会 第66回日本病院学会「ワークショップ1」(6月23日)**
- 中島常任理事より、以下の報告があった。
- ・熊本地震について、精神科医療のかかわり、特にDPATが初めて早期から大々的に動き出し、その動き方についての課題も非常によく見えてきたので、これを踏まえてきちんとしたものをつくり上げていきたいと私から話した。
 - ・ワークショップでは、東日本大震災の岩手県におけるこころのケア、大震災の子どものこころへの影響、原発災害避難者のこころのケア、災害時のこころのケアについての話があった。
 - ・来年も精神科医療委員会主催のワークショップの開催を希望する。
- (8) 地域医療委員会 第66回日本病院学会「オピニオン」(6月24日)**
- 塩谷常任理事より、以下の報告があった。
- ・地域医療再生がなぜ国民的議論にならないのかをテーマにして、議論を行った。
 - ・「オピニオン」では、勤務医や看護師が十分確保できない状況の中で、地域住民のニーズに応えようといろいろな工夫や努力をして医療を行っているが、そろそろ限界であるという意見が出た。
 - ・それを受けての全体討論では、地方の病院は頑張り過ぎているため住民が本当の危機感を抱かない、という話も出たが、生産的な意見は少なかった。
- (9) 第3回医療の安全確保推進委員会(7月6日)**
- 木村委員長より、以下の報告があった。
- ・医療事故調査制度の附則である医療法施行規則の改正について報告がされた。これは2年前この制度が公布されて以来、懸案になっていた事項を見直したものである。
 - ・支援団体等連絡協議会の地方組織が全国都道府県に1カ所、中央組織が1カ所設置されることになった。
 - ・医療事故調査・支援センターは中央協議会に入るので、支援団体との情報の共有や協議会と連携した研修の実施等が可能になった。センターが遺族から相談を受けた場合に、その内容を病院に伝える件数も増えた。病院内の死亡例が管理者に漏れなく報告される体制をつくることになった。これらの改定は一步前進と言える。

- ・実態調査に関しては1年後にアンケートをもう一度実施し、前回と同じ内容でどのような変化があるのかを捉えて、ことしの秋に発送する予定である。
望月支部長は、以下のように述べた。
- ・医療事故調査というネーミングは患者に誤解を招くおそれがあるので再検討してほしい。
- ・この制度では管理者が予期せぬ死亡事故と認めてから院内の調査委員会が動くのであるが、遺族が医療安全調査機構に調査を依頼した場合には、それがまた病院に戻ってくるのか。
木村委員長は、以下のように答えた。
- ・遺族からの希望や相談を受けて病院側がセンターに報告や調査依頼をする事例は存在している。遺族からセンターへの直接の相談も寄せられているが、その八、九割は制度を外れているものであり、実際に病院に伝えたケースはまだ3件ぐらいしかない。
- ・ネーミングについては、予期せぬ死亡の調査制度とするように厚労省に要望してはいるが、そのためには法律の改正が必要となる。

(10) 第12回医療制度委員会（7月6日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療計画の見直し等に関する検討会についての報告を受けた。
- ・医療従事者の需給について、病床機能の単位に何人医師が必要かが明確ではないので、詳細について厚労省に質問することにした。
- ・医療基本法については答申書が既に公開されているが、余り大きな変更はないという報告であった。

(11) 療養病床の在り方等に関する打ち合わせ会（7月7日）

松本支部長より、以下の報告があった。

- ・療養病床の在り方に関する特別部会の第1回目はフリートーキング、第2回目は3人の参考人からの事例報告が行われた。第3回目の特別部会は前回と違い30人の委員から構成されており、ガス抜きの要素が強いようである。
- ・新類型を法制化していくにはさまざまな問題があるが、平成29年末には25対1の療養病床と介護療養病床が期限を迎えるので、それまでに新類型を法制化しなければ14万床が宙に浮くことになる。
- ・日本病院会では療養病床の在り方に関する打ち合わせ会を設置してこの問題を検討してきた。新しい類型に関しては、介護療養病床を院内の老健的施設に変換する選択を医療機関ができるようにし、移行に関しては補助金等の支援を得られるようにすることを目指している。
- ・病院内の施設としてつくった場合には生活支援の部分が弱くなるが、病院の機能を生かして自立支援という特徴を出して進めていくのがよいのではないか。

大道副会長は、この打ち合わせ会はウェブ会議として開かれたが、その効果はどうかと尋ねた。

松本支部長は、音声が多途切れるなどのトラブルはあったが、全員が参加できたので有効であったと答えた。

(12) 第4回医業経営・税制委員会（7月21日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・日本病院会の税制改正要望書の最終版について各委員の了解を得た。
- ・日病会員を対象にした「医療機器の保守契約、費用に関する実態調査」を行うために、その内容について検討した。9月の委員会で確定版を作成して実施したいので、協力を願う。
- ・大村昭人帝京大学名誉教授から「日本の病院運営に影響する世界の動き」というタイトルで講話を受け、ディスカッションを行った。

(13) 病院中堅職員育成研修 第8回「医療技術部門管理コース」(6月17・18日)

(14) 病院中堅職員育成研修 第11回「財務・会計コース」(6月30日)

宮崎副会長より、上記2コースについて以下の報告があった。

- ・各コースの修了者はそれぞれ46名と53名であり、昨年までやや減少していたが、今年度は少し回復している。
- ・受講者からの評価は高いので、引き続き職員等の参加ができるように配慮を願う。

(15) 第2回病院経営の質推進委員会(7月8日)

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・受講者減少の対策を考え、講師の入れかえや中身の変更等の工夫を加えたので、受講者が微増した。
- ・各病院で職種として理学療法士、作業療法士等が急増しているが、療法士による医療技術部門のコース受講を促進し、将来は研修を受けると中央の認定制度のポイントが取れるようにする方向で検討を進めている。
- ・副院長セミナーを本年11月から開始するために、具体的な中身を検討した。最近、病院長のガバナンスが非常に求められるようになってきているので、このようなコースを強化していきたい。

(16) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より、以下の報告があった。

①第1回分類小委員会(6月14日)

報告は資料一読とした。

②第3回専門課程小委員会(6月17日)

報告は資料一読とした。

③第1回腫瘍学分類コース小委員会(6月17日)

報告は資料一読とした。

④医師事務作業補助者コース第14期生研修会(6月25・26日)

報告は資料一読とした。

⑤第1回診療情報管理士教育委員会(6月30日)

- ・なかなか通信教育の受講者が増えず、むしろ減っているところもあるので、基礎課程や専門課程のカリキュラムを大幅に見直した。
- ・医師事務作業補助者コースについては支部での開催を目指して、山形、長野、高知の3支部で試験的に現地開催に取り組んでいる。
- ・第10回診療情報管理士認定試験は、平成29年2月12日開催に決定した。
- ・指定大学・指定専門学校の数については、増減はない。
- ・専門課程の編入について医師、看護師、薬剤師については基礎課程を免除しているが、その対象者を「業務独占及び名称独占として規定されている医療関係国家資格を有する者」に改定した。

大道副会長は、新規商標登録する保健医療情報管理士とは何か。新しいカテゴリーをつくるのかと尋ねた。

武田常任理事は、それはヘルスインフォメーションに関するものであり、日本語で診療情報管理士と言うのが適切かどうか疑問もあるので、保健医療情報管理士という名称を申請しておくものであり、新しいカテゴリーをつくるのではないと答えた。

⑥診療情報管理士教育事業に関する説明会(指定大学・指定専門学校説明会)(6月30日)

報告は資料一読とした。

(17) 日本診療情報管理学会関連

末永副会長より、以下の報告があった。

①第4回業務指針・記載指針改定小委員会（6月17日）

- ・診療録記載指針においては記載と記録とを区別しなければならない。要するに、物に対しては記載、情報に関しては記録という認識のもとでの方向づけがある。
- ・記載する事項については、今まで診療録に記載していたものだけではなく、経過観察に対する評価的視点、有害事象に関する記載、症例検討会等の記録等についても追加することを検討している。

②第82回診療情報管理士生涯教育研修会（6月18日）

報告は資料一読とした。

③第66回日本病院学会「シンポジウム4」（6月23日）

- ・日本病院学会と日本診療情報管理学会の共催で、「これからの病院医療と診療情報管理士の役割」というテーマでシンポジウムを開催した。
- ・講師からは、この時代だからこそ正確で細やかな記載をという話、外来部門を分離したときに1つのカルテで2施設を扱うときの話、いろいろな情報を経営にいかに関与するかの話、経営戦略企画室を中心にして自院の経営戦略を立てていく話などがなされた。
- ・私は、日本病院会としては診療の質と経営の質の両方を保障することを目指しているの、そのためにそれぞれの病院に合った情報を出していけば診療情報管理士の役割もずっと重視されるであろうと発言した。

④第1回国際統計分類委員会（7月1日）

- ・ICD-11の翻訳作業が終了したので、厚労省に納品した。
- ・ICD-10のアップデート作業については、さまざまな意見について答申した。
- ・大井特別委員から「医療行為にかかわる分類の国際比較に関する研究」の報告がなされた。
- ・診療情報管理士通信教育の腫瘍学分類コースがこれから始まることに伴い、それへの協力等について話し合った。9月17日から19日に日病でそのスクーリングが開催される。

(18) WHO関連

①ICD-11MMS（死因疾病統計）タスクフォース対面会議（7月11～14日）

事務局より、以下の報告があった。

- ・ICD-11は現在、2018年のWHA世界保健総会にける部分として、ICD-10にかかわる死因疾病統計の部分の優先してつくっているが、それ以外にも各国版、専門分野版、プラマリーケア版、コーディングツール等が追加される予定である。
- ・対面会議以外にウェブ会議等を駆使して最終的なレビューを行っているが、統計検討会議の意見も踏まえつつ、10月の改訂会議に向けて最終版をつくっていく。リファレンスガイドもほぼ完成しつつある。
- ・東京会議のJTFアジェンダ等について議論した。10月の会議で紹介する方向である。

(19) 病院経営管理士通信教育関連

①病院経営管理士通信教育第38・39回生スクーリング（7月11～16日／7月18～22日）

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・ことしの特徴は、女性の参加が非常に多いことである。
- ・参加者の職種は事務長が主体で始まったのであるが、今はドクターを含めてコメディカルなど多様化している。最近、特に各種からの要望が非常に強くなっており、順調に進んでいる。

(20) 病院経営管理士会関連

永易会長より、以下の報告があった。

① 第66回日本病院学会「ワークショップ2」（6月23日）

- ・「病院経営の資質向上と次世代を読む新たな取り組み」というテーマで開催された。
- ・大規模病院グループの病院経営に関する先進的な取り組み事例として、医療法人溪仁会から病院の社会責任を見据えた病院経営のためのマネジメントシステムについての発表、上尾中央医科グループから法人のガバナンス及び情報を先取りした人員確保等についての報告が行われた。
- ・今年4月からスタートした岩手県の2市1町からなる未来かなえネットには現在、住民5,000人強が登録されているが、そのシステムについての紹介が行われた。

② 第1回会誌編集委員会（7月8日）

- ・本年度発行予定の「JHAC」22巻及び来年度発行予定の第23巻の編集について協議した。
- ・現在構築中の会員制ウェブサイト「JHAC」の全内容を掲載すべく、広報委員会担当者と編集委員会が合同で委員会を開いて検討することを決定した。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第140回代表者会議（7月1日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・平成28年度診療報酬改定に関するアンケートについて議論した。
- ・7対1一般病棟入院基本料算定をしている全医療機関に動向調査のアンケートを行うという趣旨であるが、締め切りが今月の末なので未提出の病院は提出を願う。

(2) 第141回代表者会議（7月22日）

堺会長より、その他の議題として、本日冒頭に述べた専門医機構の理事会についての話があったとの報告があった。

(3) 第131回診療報酬実務者会議（7月13日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・代表者会議報告と中医協報告及び一般病棟における入院基本料の動向調査についての報告と説明を受けた。
- ・DPC制度について、新しく設ける重症度指数では救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外するので、救急を一生懸命やっている病院が適切に評価されなくなるのではないかという指摘があった。
- ・上記を受けて今後、係数等の見直しに病院団体として積極的にかかわることとし、具体的中身についてDPC評価分科会で議論することになった。

3. 四病協について

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第4回医療保険・診療報酬委員会（7月1日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の入院医療等の調査・評価分科会の報告を受けた。平成30年度の診療報酬改定までの2年間に今回の改定の影響について評価や調査をすべき内容は、重症度・医療看護必要度、地域包括ケア病棟で手術や麻酔を外出しにした件、療養病棟における退院支援、短期滞在出産、救急医療管理加算、7対1と10対1の併用、総合入院体制加算等である。

- ・今回の診療報酬改定に関連して既に幾つか疑義解釈が出ているので、その4と5について内容の確認を行った。
- ・療養病床の在り方について病床転換例を含めた実際の運営等について確認をしたが、参考人の意見の中では内包型が理想的だという主張が印象に残った。
- ・会議報告で前出の救急入院の出来高2日間が評価されない問題については、この委員会でも実態調査をすることになった。

(2) 「災害医療を国家として統合するための提言について」に関する打合せ会（7月1日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・この提言は日医の災害医療委員会から提起された素案を四病院団体に提案し、最終的には日医を含めて医療界が一丸になって国に提出しようとするものである。
- ・今回できた内閣府中央防災会議に日医の横倉会長がメンバーとして入ったので、日医と協調してその会議のもとにシンクタンクを設置するように提案することで一致しているが、字句等の問題が出ているので、さらに提言を整理して四病協に提出し、日医とも1つになって秋口には国に提案したい。
- ・熊本地震に際しては医療法人協会と全日病でA-MATをつくって対応に当たったが、それに対して国からの援助は何もないので、他の2団体と同様に援助が受けられる公的な団体としてこれを認めてほしい。

(3) 第2回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（7月20日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・毎月1回、厚労省と福祉医療機構と四病協で勉強会を持っている。
- ・熊本地震の災害対策として無利子の融資やさまざまな優遇措置がとられている。既に借り入れた分についての返済猶予についても、福祉機構で引き受ける話が出ている。
- ・医療貸付、持ち分なし医療法人へ移行するための経営安定化資金、病院の耐震化整備に係る金利の優遇措置、医療法人の形態変化のための基金等が存在しているが、さらに不足するときには福祉機構からの貸付も利用できる。さまざまな特別措置の内容が確認できるのでホームページを見てほしい。
- ・現在、日銀のマイナス金利政策によって財政投融资で貸し付けられる資金の金利が相当低くなっているので、今が設備投資をするチャンスである。

(4) 第3回総合部会（6月29日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・主な協議事項は、先ほど報告のあった平成29年度税制改正要望（案）であり、四病協としても承認した。
- ・新たな専門医の仕組みについて意見交換した。理事の改選では全日病の神野副会長と日精協の森常務理事が推薦された。

(5) 第4回総合部会（7月20日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・先ほど報告された医療介護総合確保推進会議の報告及び本日の協議事項で議論される医療計画の見直し等に関する検討会についての報告を受けた。
- ・日本専門医機構の新たな理事会についての報告を受けた。

(6) 第4回日医・四病協懇談会（7月20日）

堺会長より、ここでも医療計画についての議論が行われたとの報告があった。

(7) 第4回医業経営・税制委員会（7月21日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局総務課より、医療用機器の特別償却制度に関するアンケート調査への協力依

- 頼があった。アンケートは、7月下旬から8月中旬にかけてウェブサイト上で実施される。
- ・四病協として、平成29年度税制改正要望について最終文案を協議した。今後、日医とのすり合わせが必要なので多少の変更はあり得るが大体の形が整った。これには日病の要望書よりもさらに多岐にわたる要望項目が含まれている。
 - ・経産省が主導している中小企業投資促進税制に乗る形で医療機器を導入するために、それが要望の中に盛り込まれている。

4. 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

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第2回社会保障審議会療養病床の在り方に関する検討会（6月22日）

松本支部長より、3人の参考人からのヒアリングを行ったので、引き続き本検討会及び制度委員会にかけて日本病院会の中で検討していきたいとの報告があった。

(2) 第1回脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会（6月30日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・第1回目の会議なので、厚労省からこの会の設置趣旨の説明を受けた後、座長及び座長代理を選出した。
- ・脳卒中、心臓病その他の循環器病は非常に有病率や死亡率が高く医療費負担が大きいので、その負担軽減を図り適切な診療提供体制を構築するための検討を行うことが目的である。
- ・脳梗塞の治療に関してt-PAに加えて内視鏡で血栓除去を行える病院や、急性心筋梗塞に対してPCIの実施が可能な病院を増やしていくこと等の課題が挙げられている。
- ・日本の救急医療体制は一次から徐々に三次に徐々に上げていくという流れであったが、循環器病は悪性腫瘍と異なり時間を争う要素が大きいのでセンター的なところのほうがよいということや搬送の問題等も併せて考える必要がある。
- ・脳卒中と心臓病のそれぞれにワーキンググループをつくり、そこで具体的な検討を行って10月ごろに中間取りまとめをする予定なので、ぜひ意見を寄せてほしい。

(3) 第7回医療介護総合確保促進会議（7月4日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・平成30年から第7次医療計画と第7期の介護保険事業支援計画がスタートするが、医療計画は県主導で二次医療圏ごとにつくられており、介護保険事業計画は市町村から積み重ねてつくられているので全く整合性と関連性がない。その整合性をどう図っていくのかは大きな問題である。
- ・医療と介護の総合確保を一番必要としているのは地域包括ケアシステムであるが、そこにおける高齢者のこれからの問題は住む場所であり、住まいなくして医療介護の総合確保はできない。
- ・地域包括ケアシステムの具体化に向けた医療介護連携の促進の論点ということで、厚労省から3つの課題が挙げられている。1つ目は、「入院時、退院時に備えた切れ目のない医療・介護提供に関する視点」であるが、ここでは主として在宅医療をどうするかということを中心に話がされている。2つ目の「居宅等における看取りを含めた切れ目のない医療・介護提供に関する視点」で課題になっているのは人生の終末期の問題である。3つ目は、「多職種連携に関する視点」である。国としては一律にケアマネージャーを中心にして地域包括をつくっていくというスタンスであるらしい。
- ・医療・介護の連携を進めていく上で消費税の一部を利用した地域医療介護総合確保基金を利用しているが、そこでは県がつくる計画の評価をどうするのかということが非常に問題

になっている。アウトカムをしっかりと評価できなければ無駄遣いになるのではないか。

(4) 第3回医療計画の見直し等に関する検討会（7月15日）

協議事項の中で説明することとした。

5. 第66回日本病院学会について

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・「医療人のあるべき姿BUSHIDO（智・仁・勇）をもって」をテーマに掲げて、地域を支える医療、地域が育む医療ということで、盛岡市で会場を4カ所に分けて開催した。
- ・開催内容は、学会長講演、日本病院会会長講演、日本医師会会長講演、特別講演、特別企画2題、鼎談、講演7題、招待講演2題、シンポジウム9題、オピニオン、ワークショップ5題、一般演題846題、ランチョンセミナー19題、企画展示32社、書籍販売8社であり、実参加者数は2,622名であった。
- ・関連会議・行事としては、前日に理事会、学会長招宴、当日は開会式、医療人の集いが行われ、医療人の集には600名を超える参加があり、恒例のわんこそば大会等で盛り上がった。

6. 「国際モダンホスピタルショー2016」について

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・会期中の3日間で8万人を超える参加者があった。日病関係では堺会長の「まったなしの医療・介護提供体制改革」と題する講演が行われ、盛況であった。
- ・日病主催の公開シンポジウム「明日はわが身か大地震——そのとき病院は…」では、労働者健康安全機構の有賀理事長が基調講演を行い、その後4名のシンポジストによる発表が行われた。
- ・認知症ケア加算2が急性期病院等でも取れるようになったが、そのためにはある種の教育を受けておく必要があり、愛知県の松本支部長の提案により日本病院会での講習会を6月と8月に名古屋と東京で開催したが、募集人数をはるかに上回る応募がありニーズが高いことがわかったので、計画的にこの講習会を持つことを考えている。次回の支部長連絡協議会のテーマとして議論いただきたい。
- ・9月には名古屋でまたこの講習会を開催するので、希望があったら応募してほしい。

7. その他

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・「社会保険旬報」に連載が開始された池上参与の「医師と病院の成り立ちと課題」第1回のコピーを配付したので、一読を願う。
- ・第7次医療法改正に伴い医療法人のガバナンスが強化されることになり法人の理事長や理事の責任が明確化されるが、より大きなリスクを背負うことになるので、訴訟や損害賠償に備える保険が損保ジャパンによって開発された。これを日病の共済会から説明する。
日本病院共済会営業部（岡本）より、以下の説明があった。
- ・第7次医療法改正に伴う日本病院会医療法人役員賠償責任保険の新設について説明する。
- ・今回の法改正によって医療法人の役員のガバナンスが法律上きちんと明確化された。これにより、役員個人の賠償リスクが発生する。
- ・この保険に加入できるのは法人であり、当該法人の全役員が被保険者として補償の対象になる。9月1日から改正法が施行されるので補償開始を9月1日からとし、8月上旬に募集パンフレットを送付する。
- ・この団体制度の特色は大幅な割り引きと簡便な加入手続にあり、極めて格安な保険料で提供

されている。

- ・日本病院会ならではの保険であり、簡便な手続で加入ができ保険料は自動車保険並みなので、ぜひ加入を願う。

〔協議事項〕

1. 地域医療構想と医療計画

堺会長より、以下の説明があった。

- ・最初は地域医療構想についてである。日医総研がまとめた7月15日現在の地域医療構想の策定状況を参照願う。
- ・神奈川県、愛知県、香川県では、二次医療圏と構想区域が異なる。
- ・地域医療構想の策定では、まず必要病床数を推計し、地域で不足している病床機能がある場合には、それを充足することができるように増床や機能転換を促していく。各都道府県のホームページの記載を見ると、それは病床削減のためではないということが明確に書かれているものは3割にすぎない。
- ・施策の方向性については、青森県、岐阜県などを除き、ほとんどの構想区域で抽象的な記述にとどまっている。
- ・相澤副会長に、長野県の状況についての説明を求めたい。

相澤副会長は、骨子案が既に示されているが、その必要病床数は一定の仮定のもとでの推計で、将来あるべき医療提供体制を検討するための目安であり、住民ニーズを踏まえて適切な医療提供体制、病床数としていくことが望まれると述べた。

堺会長は、長野県では具体的にそういう形で既に動いているかと尋ねた。

相澤副会長は、長野県では各医療圏ごとに流入、流出がかなりあるので、その実数ではなく患者の住所地ベースで計算した推計値を使ってほしいということがあるが、あくまでも目安であり、その数値が初めからあるべきではないという考えのもとで進めていると答えた。

堺会長は、生野常任理事に大阪府の状況について尋ねた。

生野常任理事は、以下のように答えた。

- ・大阪では大阪府、病院団体、医師会の3者が早くから地域医療構想の策定に向けて取り組んでおり、その策定はほぼ完了した。
- ・全国では調査で病床が過剰と出た県がほとんどであるが、6府県だけは不足と出ている。大阪府では1万床の不足である。
- ・病床の種別では急性期が多く回復期が不足しており、8医療圏でも全く同じ状態にある。
- ・8医療圏で調整会議が開始されたので、病院団体としては、そこに各医療圏から民間病院を2病院ずつ、公立病院を1病院ずつ参加させる。地域医療構想をきちんと担える民間病院がこれから地域包括ケアシステムの中で中心になって動かなければ、この構想は前に進まない。
- ・人口構成では、東京圏と名古屋では人口が増加しているが、大阪府では減少しており、高齢者が増えて超高齢化が最も早く進んでいることに危機感を持ちつつ、この構想を進めるために努力している。

堺会長は、安藤常任理事に福岡県の状況について尋ねた。

安藤常任理事は、以下のように答えた。

- ・行政と医師会との関係は非常に良好であり、調整会議もスケジュールどおりに進行している。
- ・福岡県には13の医療圏が存在するが、各医療圏独自の課題もあり、医療圏を超えた利害関係の不一致が明らかになってきた。例えば、県全体では人口が減少しているのに福岡市では人口が増えており、ベッド数が不足するので周辺の医療圏からそれを求めようとしている。
- ・最終的な受け皿としての在宅医療を担うかかりつけ医のキャパシティについて医師会レベル

で数字を出しているが、出てきた数字が予測される数字より上乘せされており、全て上げ底になっている。

- ・福岡県の実情は、おくられているのか順調に進んでいるのか判断が難しい。堺会長は、福岡県には大学が幾つあるのかと尋ねた。安藤常任理事は、4大学あると答えた。堺会長は、大学あるいは医師会と病院団体は良好な関係かと尋ねた。安藤常任理事は、行政と医師会の関係がよいということであると答えた。堺会長は、医師会と病院の関係はどうかと尋ねた。安藤常任理事は、特に対立することはないが、医師会は民間病院寄りなので、公的病院で急性期の病床数のオーバーフローの問題が出てくると、今後どうなるのか心配であると答えた。堺会長は、以下のように述べた。
- ・都道府県市立の公立病院などでは議会や首長の思惑があり、何でうちの病院が急性期をやめなければならないのかという声がかかなりあると聞く。
- ・地域医療構想は25年まで穏やかに進めると言っているが、実際には医療計画と地域医療構想を合体させる時期が迫っており、そんな悠長なことは言っていられない。頑張ってほしい。
- ・次は、医療計画に話を移したい。最初に、相澤副会長から発言を願う。相澤副会長は、以下のように説明した。
- ・現在、医療計画の見直し等に関する検討会で議論をしているが、医療計画は平成28年末までに一定の方向性を県に示すことになっている。
- ・地域医療構想をいかにして医療計画に盛り込むのかを議論するため、この検討会の下に地域医療構想に関するワーキンググループがつけられる。
- ・医療計画では基準病床を定めているが、その始まりは、昭和の終わりごろに病床の急増が起こり、それに規制をかけるために病床数を決めたことにある。
- ・基準病床数は、以前は一般病床も療養病床も、その他病床に一括されていたが、現在はそれらを分けて計算することになっている。二次医療圏ごとに算定するのであるが、県ごとにもそれを決めており、二次医療圏の基準病床数の合計がその県の数字を超えることができないという規定がある。
- ・基準病床数の算定に係るさまざまな係数が設定されているが、性別・年齢階級別一般病床退院率や平均在院日数は、北海道、東北、関東、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州の各地方ブロックごとの平均値を使用している。
- ・一般・療養病床の利用率は年々減ってきている。
- ・流出超過加算の算定には流出入の数値をそのまま使うのではなく、流出と流入の差を計算して流出が超過している分の3分の1のものをプラスする計算式になっているが、多くの二次医療圏において基準病床数と同程度の病床数の整備が既に行われているので、これをどうするのかこれから議論になってくる。
- ・さらなる整備が必要となる一定の病床については特例によって病床過剰地域であっても病床数を増やすことができるので、許可病床数は基準病床数よりもかなり多い現状になっている。上述のワーキンググループでこの関係をどうすべきかについて議論する。
- ・厚労省にはCTとMRIの配置数を制限したいという意図があり、それを医療計画の中に書き込んだものが「医療機器の配置及び安全管理の状況等について」である。安全管理はとってつけたようなもので、要はいかに制限するかであり、ベッド数の多いところには高額な機器、ベッド数の少ないところには安い機器を導入すべきということをお願いしたいのではないかと。
- ・CTやMRIその他の高額医療機器の配置を人口比当たり幾つにすべきと書き込むかどうかについて議論しているが、CTは今や救急でルーチンで使う機器であり制限するのはおかしいと医

療側の委員から一斉に反対の声が挙がっている。

- ・医師数の多い県と足りない県とのギャップは少しも埋まっておらず、これを改善するために医療計画では医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定することになっている。都道府県ごとの診療科の偏在も大きいので、これをどう改善していくのかという課題もある。
- ・平均在院日数が短いところでは医師数が多く、長いところでは医師数が少ない。
- ・医師偏在対策として地域医療支援センターの機能強化が示されているが、センターは大学や県庁の中に置かれていて一般病院の関係者が余り関与していない現状の中で、センターにいかなる機能を持たせ、いかなる仕組みで運営していくのかということも大きな議題である。
- ・医療計画における医師確保等にかかる論点ということで、目標値の考え方や具体的対策についての議論を今後進めていくことになる。

堺会長は、日本医師会は余り基準病床数と必要量との乖離の問題では、日医・四病協懇談会では日本医師会は余り基準病床数に変更を加えないほうがよいという判断であったがと前置きして、参加者にこのままにして様子を見るべきか、必要量に合わせて変更すべきかについて挙手による意思表示を求めた。結果は、後者がやや多かった。続いて、堺会長は万代常任理事に東京都の状況について尋ねた。

万代常任理事は、以下のように答えた。

- ・東京都では病床整備区域と病床機能区域とが分けられており、東京都医師会と東京都との折衷案に従って地域医療構想が進んでいる。
- ・東京都の公共交通機関は非常に発達しているので、基準病床については弾力的に考える必要がある。当面は静観しつつ、実際の患者の動向を見ながら考えていけばよい。

堺会長は、細木支部長に高知県の状況について尋ねた。

細木支部長は、以下のように答えた。

- ・高知県では、高度急性期が約600床、普通急性期が約2,000床、慢性期が約4,300床、基準病床数をオーバーしている。
- ・あと1年半ほどで慢性期療養型病床は病床でなくなる状況下で、高知県では回復期リハビリテーション病棟が約1,800床不足しており、そこに急性期からなだれ込んでくるという問題がある。
- ・療養型で一番問題になるのは、高額な医療を内づけされると入院できない患者が出ることである。老健でも、同じ問題に直面している。

堺会長は、基準病床数を算定する計画の期間が5年から6年に変更になったことについて、それを途中で見直すべきか、そのままでよいかについての意思表示を挙手で求めたが、結果はそのままでもよいが多数であった。また、平均在院日数の算定を今までどおり全国一律で行うべきか、ブロックごとで行うべきかについて挙手で意見を求めたところ、ブロックごとが多数であった。続いて、医療機器の配置の規制をめぐる論点について安藤常任理事の意見を求めた。

安藤常任理事は、グラフを見ると愛知県と神奈川県では人口一定数当たりのCT台数が少ないが、これは検査の頻度が高くて収益性がよいと考えてよいのであろうかと疑問を呈した。

堺会長は、ここでは患者数をざっくりと言っており、疾病構造やどういう患者を対象にしているかはわからないので判断が難しいと述べ、中井常任理事の意見を求めた。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・これらの機器はアメリカなどではすごく少なく、撮る機会も少なくて費用も高い。日本のように誰もが高機能の医療を受けられる環境ができていて、それがうまく回るなら、それに変更を加える必要はない。
- ・先ほどから地域差の解消について議論しているが、そもそも診療報酬には地域差がない。そ

ここに手をつけないでこの問題を解決することは難しい。

大道副会長は、以下のように述べた。

- ・確かにこういう話の根底には、全て医療費適正化の問題がある。
- ・日本の医療はCTやMRIがたくさん設置されていることもあって、かなりの質は担保できているはずであるが、それを示すデータがないので、結局このような数の論理で押し切られてしまう気がする。

後藤支部長は、山形県ではCT、MRIの使用は1カ月待ちぐらいであり稼働状況は100%であるが、読影できる医師が不足しているという問題があり、器械数と人口と患者だけ考えていても医療の質は担保できないと述べた。

石井監事は、以下のように述べた。

- ・都道府県別の医療費は皆同じで1点単価は10円であるが、高齢者の医療の確保に関する法律の第14条に診療報酬特例という条文が既に存在しているので、その実施を検討すべきだという話が出ており、安倍政権が進めている経済財政一体改革の検討項目の1つにはっきり書かれている。
- ・官邸サイドの資料を見ると、この法律の名前がいろいろなところに出てくる。既に最終兵器が法律として存在しているところに、医療計画、地域医療構想、病床機能報告、療養病床などが全部議論されているのだということは、理解してほしい。
- ・都道府県別の医療費の差を半減させるのが最大目的だと言っているのですが、そのような流れをきちんと認識した上で方向性の議論をしないと、気がついたら罫にはまるようなことが起きるのではないかと。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・大変貴重な情報を教えてもらった。既に外堀と内堀が埋められつつある気がする。
- ・画像診断機器の数と質に相関があるかどうかを示すデータは出しようがないが、待ち時間は諸外国に比べて圧倒的に日本は短い。それに対して必要のない検査をやっているのではないかとされる危険性もあるので、なかなか難しい議論になってくるであろう。
- ・次は、医師確保の問題であるが、これについて意見を求めたい。

相澤副会長は、医療計画における医師確保等にかかる論点（案）についての議論を先行してほしいと述べた。

堺会長は、目標値を定める範囲について、都道府県別と二次医療圏別のどちらがよいと思うか、挙手で意見の確認をした。結果は都道府県別が多数であった。続いて、目標値を定める領域について、診療科別とした場合に、診療科別に目標値をつけたほうがよいか、全体で行うほうがよいかについて挙手で意見を求めた。結果は半々であった。

生野常任理事は、以下のように述べた。

- ・県単位であろうが医療圏単位であろうが、行政や調整会議が目標値をつくっても何の意味もない。
- ・目標値をつくるのは簡単であるが、それをどのようにして確保するのか手段が決まってない段階で賛成はできない。ベッド数を決めると、それに応じた医師数が必要になるわけで、医師が確保できなければベッドは増やせない。
- ・極めてドラスティックなことをしない限り、そのような改革はできない。医局制度があったころは、奉公に行こうと言って地方へみんな行ったが、あの奉公が絶対に必要である。

堺会長は、ベッドがあるからそこに医師を配置するというのではなく、これからは地域医療構想の中で患者ニーズの推計に基づいて必要な医師数やその確保について議論を進めていけばよいと述べた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・それを誰がコントロールするかという大事な観点が抜けている。行政に依存することを是としているが、高度の専門性を有する職業人組織である医師のグループにそれを任せてほしい。
- ・現状では、きちんとそれを実行できる組織が存在しないが、本当の意味のプロフェッショナルオートノミーを求める観点からこれを進めていけば若手の医師などを説得できるのではないかと。

堺会長は、確かにプロフェッショナルオートノミーは誰かにくれというものではなく、我々が具体的に示していくものであるが、長年の歴史の中で、我々病院団体でも日本医師会でもそのようなことでやったことがないと述べた。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・プロフェッショナルオートノミーの中で人の配置まで含めて実行できればそれが一番であるが、現実問題として何らかの強制力によって縛らないと地域格差の解消はできない。残念ながらオートノミーは全然きいていなかった。
- ・病院団体にしても医師会や学会にしても、プロフェッショナルオートノミーという以上は組織にセルフレギュレーションがかかっていなければならない。互いに少しずつ譲り合って問題に対する適切な指針を見出していけなければ、上からの締めつけがまかり通ることになる。
- ・都道府県に任せるといえることは、都道府県の大学に任せることになってくる。そうすると地域医療を守ると言いながら全然違う方向に行く可能性もあるので、何がしかの規制をかけなければどうしようもなくなる。それを望まないのであれば、互いに譲り合って進んでいけるようなシステムをみずからつくっていく必要がある。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・さまざまな医師確保対策がなされてきたにもかかわらず、地域格差は広がった。それはプロフェッショナルオートノミーが機能していないことの証明である。今さらオートノミーと言っても意味はなく、国がある程度ガバナンスを働かせて取り組むべき時期に来ている。
- ・医療従事者の需給検討委員会の（案）では規制的手法をも含めて検討することに言及していたが、（案）が取れると「実効的な対策」に変わった。その理由は何かについて言及しなければならない。
- ・報告書には13の地域偏在の解消策が書かれているが、何ら真新しいものはない。それをそのまま国が県に投げかけても、できるわけがない。
- ・医療を論ずる場合に厚労省は今、コストで論じているが、国は選択と集中でいくのか、それとも公平と分散でいくのか、そのあたりを明確に定めてから議論する必要がある。

堺会長は、検討会の資料には「保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討」と書かれている。これは医師会も言っているので書いてあると述べた。

梶原副会長は、「年末までに検討する医師偏在対策」に赤字で記載してあることは全て実行されるということを踏まえておく必要があると述べた。

望月支部長は、以下のように述べた。

- ・岩手県では極めて医師不足であり、我々の病院は毎日医師を7名から8名派遣して地域の医療を担っている。
- ・6月の病院学会で岩手県知事が、医学部生に2年間の初期研修が終わったら3年目は必ず地域に行くことを求める（仮称）地域医療基本法の制定が必要であると述べていた。もはやプロフェッショナルオートノミーでは何ともならない。
- ・現在、東京には医局にも属さないフリーランスの医師がかなりたまっている。それへの対応も必要であるが、何らかの規制的手法を入れていくしかないのではないかと。

木村委員長は、以下のように述べた。

- ・単純に規制だけではだめで、地域の小さな病院にいても都会の病院と同じように電子ジャー

ナルを見られるとか、週に1回は大学に行って基礎的な研究ができるとか、地域の医療機関の魅力を上げていくということがプロフェッショナルオートノミーではないか。

- ・昔あちこち地方に行ったときには立派な指導者がいたし、今でも現実にはたくさんいると思う。魅力のある病院や治療内容などたくさん得るものがあるはずで、むしろ地方を活性化させることをやらなければ基本的な解決にはならない。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・一番問われているのは、「年末までに検討すべき医師偏在対策」に書かれていることに病院団体総体としてどういう返事をできるのかということである。
- ・黒字で書かれていることは厚労省が行うが、赤字で書かれていることについて我々はどう考えるのか、それに対して病院団体が一致して返事を出せるか、それこそ先ほどから言われているプロフェッショナルオートノミーの問題である。

藤原常任理事は、以下のように述べた。

- ・茨城県の医師数は全国で下から2番目と低い、南のほうでは全国平均よりはるかに高い医師数を持っている。北のほうは大変なので、二次医療圏の中で考えながら調整していかなければいけない。

- ・「医療計画における医師確保等にかかる論点（案）」については、これをやはり1つのとりかかりとしてポイントを据えながら、それに合わせて取り組んでいくことは必要である。

池上参与は、以下のように述べた。

- ・大都市圏では生活圏が入り乱れており医療圏が設定できないにもかかわらず、一律に各都道府県に医療圏をつくったことが混乱のもとになっている。医療圏が設定できる鳥取県などにおいては医療圏単位で考えてもよいが、大都市圏では考えるべきではない。
- ・構想区域の必要病床数については高度医療とか急性期とか言わずに、高医療費病床、中医療費病床、低医療費病床と言ったほうがわかりやすい。
- ・MRIやCTについては日本は設置台数が多いが、人口当たりの撮影件数は決して多くない。しかし既にあるものを減らして現在の水準を落とすことはできない。
- ・診療報酬を都道府県別にすることは理論的には可能であるが、薬価ではそれはできない。医科の本体部分でしかそれはできないので、やるとしたら医師の報酬を下げる以外にない。医師が多くいて、多く活動しているところで医師の報酬を下げるのが狙いである。
- ・数は力というのは極めて日本的発想であり、アメリカでは数を制限して一般の医師に手術、手技を行わせない仕組みをつくるのが収入を上げる一番大きな方法であり、例えば心臓外科系の医師は一般医師の二、三倍の年収になっている。米国ではプロフェッショナルフリーダムは収入確保の道と考えられている。
- ・総合診療医は専門医制度がきちんとできてからつくるべきであるのに、日本では専門医の制度ができていない段階で総合診療医を同時につくろうとしているから非常に前途多難である。
- ・指定都市における医師の報酬と町村立病院における医師の報酬を比べると、町村立のほうが2割ほど高いが、その埋め合わせとして看護師の年収は町村立のほうが低い。
- ・単に医療費が高いという理由だけで調整すると医師の収入が低くなり、稼働率を上げてそれを挽回しようとして医療費は変わらない可能性があることを提示する必要がある。

中島常任理事は、池上参与の話の全てに納得したと述べた。

山本名誉会長は、厚労省が二次医療圏という医療圏を設定して、人口や医師の数や患者の数で物事を進めようとしているが、もう少し自由度を上げてうまくやれる視点を入れるべきであり、その枠の中だけで考える必要は全然ないと述べた。

堺会長は、全国医学部長病院長会議と日医の提言には、専門医や医師は卒業大学の存在する地域で働くべきだという考えがあるが、そのあたりを日病としてはどう考えるかという問題が

あると述べた。

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。