

日 時 平成28年8月27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、前原 和平、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、中 佳一、
山田 實紘、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）

大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭（各顧問）

高久 史麿、楠岡 英雄、今泉暢登志、坂本 すが、篠原 幸人、齊藤 壽一、池上 直己、
富田 博樹（各参与）

望月 泉、後藤 敏和（代理：大石広助）、堀江 孝至、崎原 宏、片柳 憲雄、
三浦 将司、松本 隆利、上野 雄二（代理：成川守彦）、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）

木村 壯介（第42回日本診療情報管理学会学術大会 学術大会長）
（新入会員）

松本 昌美（奈良県 南和広域医療企業団南奈良総合医療センター 院長）

村田 高穂（大阪府 医療法人穂翔会村田病院 院長）

於保 和彦（一般財団法人医療・介護・教育研究財団柳川病院 院長）

総勢50名の出席

堺会長の開会挨拶、新規入会会員紹介として南奈良総合医療センターの松本昌美院長（奈良県）及び柳川病院の於保和彦院長（福岡県）からの挨拶の後、末永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7月22日～平成28年8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6件〕

①地方独立行政法人・地方独立行政法人 明石市立市民病院（会員名：藤本莊太郎理事長）

②地方独立行政法人・地方独立行政法人 加古川中央市民病院（会員名：大西祥男理事長・
院長）

③地方独立行政法人・地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター（会員名：澄川耕二理
事長・院長）

④医療法人・医療法人三栄会 ツカザキ記念病院（会員名：小山昱甫院長）

⑤医療法人・洗心会 荒尾中央病院（会員名：松山公士院長）

⑥その他法人・一般社団法人能代市山本郡医師会 能代山本医師会病院（会員名：高橋貞二
院長）

〔正会員の退会4件〕

①地方独立行政法人・加古川東市民病院（会員名：大西祥男院長）

- ②医療法人・医療法人菊郷会 愛育病院（会員名：坂本尚理事長）
 - ③医療法人・医療法人社団 花北病院（会員名：齊藤悦郎理事長）
 - ④医療法人・医療法人社団康人会 適寿リハビリテーション病院（会員名：公文敦理事長）
〔下記会員より退会届出があったが、役員の慰留により撤回2件〕
 - ①埼玉県・医療法人顕正会 蓮田病院（慰留者：原澤茂埼玉県支部長）
 - ②大阪府・医療法人祥佑会 藤田胃腸科病院（慰留者：木野昌也理事）
- 〔特別会員の退会1件〕
- ①特別会員A・一般財団法人 滋賀保健研究センター（代表者：大道重夫理事長）
- 〔賛助会員の入会2件〕
- ①A会員・株式会社新鮮組本部（ローソン）（代表者：萩原康三代表取締役）
 - ②A会員・株式会社ファミリーマート（代表者：中山勇代表取締役）

平成28年8月27日現在 正会員 2,460会員
特別会員 187会員
賛助会員 255会員（A会員104、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厚生労働省／「医療安全推進週間」の後援
- ②厚生労働省／平成28年度（第67回）全国労働衛生週間に関する協力
- ③公益社団法人日本医師会 特定非営利活動法人地域がん登録全国協議会／シンポジウム「本当に増えているがん、減っているがん」開催に係る後援名義の使用
- ④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
- ⑤一般社団法人秋田県病院協会／秋田県病院大会の開催後援
- ⑥一般社団法人日本衛生検査所協会／平成28年度臨床検査普及月間に対する協賛名義使用
- ⑦厚生労働省医薬・生活衛生局／「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」後援名義使用

（継続：委員等委嘱依頼2件）

- ①公益社団法人日本メディカル給食協会／患者給食受託責任者資格認定委員会委員の推薦〔就任者…仙賀理事（再任）〕
- ②国土交通省住宅局／高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計標準に関する検討委員会委員の推薦〔就任者…梶原副会長（再任）〕

（新規：後援等依頼2件）

- ①一般社団法人全国デイ・ケア協会／第36回全国デイ・ケア研究大会の後援
- ②一般社団法人日本能率協会産業振興センター／欧州連合主催「EU Green Gateway to Japan」プロジェクトの協賛

（新規：委員等委嘱依頼4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」WGへの参画 ①脳卒中に係るワーキンググループ②心血管疾患に係るワーキンググループ〔就任者…①②共に宮崎副会長〕
- ②三菱UFJリサーチ&コンサルティング（株）／厚生労働省保険局医療課委託事業『かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負

担の導入の実施状況調査』調査検討委員会委員の委嘱〔就任者…島代議員〕

- ③三菱UFJリサーチ&コンサルティング（株）／厚生労働省平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業」調査検討組織委員の委嘱〔就任者…松本隆利理事〕
- ④日本医師会／医療等ID運用に向けた諸課題検討委員会委員の委嘱〔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

末永副会長より報告を受け、下記7施設を認定承認した。

(新規4件)

- ①千葉県・医療法人鉄蕉会 亀田クリニック
- ②東京都・医療法人社団卓秀会 平塚胃腸クリニック
- ③愛知県・日本赤十字社 名古屋第一赤十字病院
- ④北海道・医療法人社団札幌循環器クリニック 札幌循環器病院

(更新3件)

- ①三重県・医療法人富田浜病院 健康増進センター
- ②大分県・社会医療法人財団天心堂 健診・健康増進センター
- ③長野県・社会医療法人抱生会 丸の内病院

4. 熊本地震被災会員の会費免除および見舞金配布について

福田事務局長より以下の提案があり、承認した。

- ・熊本・大分震災の義援金として314万8,993円が集まったので、被災地の会員病院の被害の程度に応じて50万円、15万円、10万円をそれぞれ見舞金として配りたい。
- ・被災会員の会費免除については、その被害の程度に応じて10会員に3年間、11会員に1年間を行いたい。

〔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) 第3回雑誌編集委員会（7月26日）

崎原支部長より、以下の報告があった。

- ・7月号の「銷夏隨筆」に約60名から投稿が寄せられたことに感謝する。来年も企画するので協力を願う。
- ・従来二色刷りであった英文誌のカラー化が実現した。印刷部数を1,000部から800部に減らしたことにより約26万円の経費を節減できた。
- ・8月号の発送は9月にずれ込むかもしれないが、9月号からは月内配送できる見通しが立った。

(2) 第11回病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（7月29・30日）

宮崎副会長より、例年行っている医事管理コースを今年も行い、参加者55名が修了したとの報告があった。

(3) 第1回災害医療対策委員会（8月2日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・DPAT、病院の災害訓練の在り方、病院相互の災害支援等について議論した。
- ・現在、DPAT、DMAT、JMAT、AMATなど、災害対応のさまざまなグループができているが、その災害時の連携と対応の統一性が図られていないという問題があり、改善する必要がある。

- ・四病協では日医と協力して、内閣の中央防災会議の下に国家として災害医療を統合するためのシンクタンクをつくるべきであるという提言をまとめて政府に提示する準備を進めている。

(4) 第13回医療制度委員会 (8月3日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・療養病床の在り方について、13～14万床の療養病床を今後どのように移行していくのか、現状をあまり変更せずに経済的にも成り立つような移行策にしてほしいとの意見が出た。
- ・医療基本法について、「医療の不確実性」という表現を本文に入れるのは難しいが、前文に入った。第21条から罰則規定を排除することは簡単ではない。
- ・医療制度委員会から医師需給について厚労省へ質問をしたところ、病床機能報告を用いた推計方法によっている等の回答があったが、根拠がなく納得しがたいものである。

(5) 第1回社会保険診療報酬委員会 (8月4日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度診療報酬改定の要望結果では、30%ぐらいの要望が通ったという感触を得た。似通った要望は同一項目にする方針で作業を行い、合計71項目にまとめたことも影響したかもしれない。
- ・次回の診療報酬改定は医療・介護の同時改定であることを視野に入れながら、年末から要望をまとめて来年8月には厚労省に提出したい。その前段として、日病会員からの要望を受け付けて、それをまとめていきたい。
- ・平成26年度と平成28年度の要望件数対比を見ると、平成28年度のほうが要望のパーセント数が少し高い。
- ・できるだけ要望が通るような形でまとめたい。

中島常任理事から、精神科については個別項目の集計に出てこないものが結構あったと思われるが、今回その項目を作ることが病院全体としてプラスになるとされたことを大きく評価すべきであるとの発言があった。

(6) 平成28年度病院長・幹部職員セミナー (8月18・19日)

今泉参与より、以下の報告があった。

- ・今年は残念ながら出席者が239名であった。約半数がドクターであり、薬剤師の参加は2名であった。
- ・看護師の学会と日程が重なったこともあり、その参加者もいつもより少なかった。
末永副会長から、来年は看護協会の行事と重ならないように予定を組んでいるので看護師の参加も圧倒的に多くなるであろうとの発言があった。

(7) 平成28年度医療安全管理者養成講習会アドバンストコース (8月20日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・去年までは3年間ヒヤリ・ハットからいかに重大症例を選び出すかを中心に実施してきたが、これからは院内事故調査について実施することになり、事故の背景をどう評価するかをメインにして開催した。参加者の評判もよかった。

(8) 日病電子ジャーナルコンソーシアム説明会 (8月23日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・電子ジャーナルコンソーシアムの今後へ向けた最初のステップとして、説明会を開催。112名の出席を得た。11の出版社がブース展示とともに各15分ずつの提案内容の説明を行った。
- ・共同購入については細かいところで微妙な問題がいろいろあるので、これからそれらを図書委員会で詰めていきながら、会員のメリットになるようなコンソーシアムに育てていき

たい。

堺会長から、以下の発言があった。

- ・最近の研修医を見ると情報の収集はほとんど電子媒体によっている。各病院ではまだ冊子の形で図書を購入しているところが多いが、今後の趨勢を考えると、どんどん電子媒体になるのではないか。電子ジャーナルについては、図書室だけではなく外来や病棟でも見られるようにしてほしい。
- ・日病としてこういうコンソーシアムを組むことによって費用を安価にできるので、本当はやりたいのだが体制整備ができないという中小病院においても、そのような仕組みを構築してもらえればありがたい。

(9) 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2回腫瘍学分類コース小委員会（8月2日）

- ・新たに腫瘍学分類コースを開催する。テキストの作成がおくれており、当日配付になる。
- ・申込者は募集定員250名を超えて277名になり、非常に期待されている。

②第14期生医師事務作業補助者コース研修会（7月30・31日）

報告は資料一読とした。

③平成27年度後期スクーリング（平成27年2月～7月）

報告は資料一読とした。

④コーディング勉強会（7月30日～8月19日）

報告は資料一読とした。

⑤医療統計学勉強会（7月30日～8月19日）

報告は資料一読とした。

⑥基礎課程勉強会（8月21日）

報告は資料一読とした。

⑦第1回ホームページ委員会（8月26日）

- ・長く開催していなかったこの委員会を久しぶりに開催した。
- ・ホームページのサイトの各項目には完全にアップデートできているものと数年間放置されているものがあり、サイト更新をする部署が幾つもあるため管理がきちんできていないので、更新のルールづけをもう一度見直さなければならない。
- ・ホームページにかかるコストやアクセス数管理等もしっかり行いたい。ホームページでの動画配信等についても検討してみたい。

(10) 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83回診療情報管理士生涯教育研修会（7月23日）

報告は資料一読とした。

②第5回業務指針・記載指針改定小委員会（7月28日）

- ・診療録記載の指針の改定を行う中で、各論については「入院時の記録」、「入院中の記録」、「退院時の記録」の3つの大枠で構成すること、総論については「チーム医療に関連した多職種カンファレンスの記録」、「診療の質評価的な視点に基づく記録」、「医療安全に関する記載」、「患者、家族の医療に対する考え方の確認」の4項目を追加することが話し合われている。
- ・通信教育の募集案内に「診療情報管理士とは」という項目があるが、最近の状況変化を受けて、その文章の改定について検討する。

③第1回理事会（8月1日）

- ・平成27年度の収支報告と予算案について審議し、承認した。
- ・編集委員会で優秀論文賞候補案について審議し、受賞者1名を決定したとの発表があった。
- ・生涯教育委員会から、今回の診療情報管理士指導者認定試験に7名全員が合格したとの発表があった。
- ・次年度の学術大会は「診療情報の更なる質向上に向けてー北の大地から未来へつなぐー」というテーマで、来年9月20、21日の2日間、札幌コンベンションセンターにて開催する。
- ・第44回大会は新潟市の朱鷺メッセで開催する。第45回については現在、検討中である。

(11) WHO関連

①第2回WHO国際統計分類協力センター運営会議（7月27日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・当運営会議の構成員には、厚生労働省のもと国立保健医療科学院等の諸団体とともに日本病院会も加わっている。
- ・前回から継続審議の規約変更案では、「協力センターの長は厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長」とあることについて日本病院会から異を唱えていたが、「センター長は申請の都度、運営会議で審査し、本文書は修正するもの」とすることとなった。申し入れが通ったということである。

(12) 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40周年・病院経営管理士会創立20周年合同記念式典第1回準備委員会（7月28日）

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

- ・病院経営管理士通信教育40周年と病院経営管理士会創立20周年の合同記念式典を予定している。
- ・記念式典と祝賀会はコンパクトな形で一体として進める。研修会及び例年行われている病院経営管理士の認証式についても同日に開催する。

②第1回病院経営管理士会教育委員会（8月19日）

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・第37回生の認定証授与式を今年9月23日にアルカディア市ヶ谷で開催する。卒業予定者は51名である。
- ・卒業論文に関しては2名の卒論指導講師の採点基準が違っており苦慮しているが、評価基準を合わせる方向で検討している。
- ・テキストには未完成の科目があるが、引き続き執筆依頼を進める。テキストの執筆料については、1冊当たりの支払い金額の上限を定めることにした。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第132回診療報酬実務者会議（8月17日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・まず、先月の代表者会議報告と中医協報告が行われた。
- ・一般病棟における入院基本料の動向調査に関して、今回の診療報酬改定で7対1病棟がどのように変化したかについてデータ収集した結果によれば1万床ぐらいいか減っておらず、10対1にしたところはほとんどなかった。
- ・今回、機能評価係数Ⅱが導入されたので、救急係数が高かったところには重症度係数が乗

らなかったのではないかと考え、膨大なデータを調べたが相関は出なかった。機能評価係数の問題自体は今後きちんと論議していく。

末永副会長から、次回で機能評価係数Ⅱがなくなるので、それがまたどこに組み込まれるかについては注視していかなければいけないとの発言があった。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第334回総会（7月27日）

- ・医療機器その他については、ルーティンの報告である。
- ・費用対効果評価専門部会からの報告は、費用対効果で検討する医療機器の品目が1つ抜けていたので、それを追加してほしいということだけである。
- ・高額薬剤への対応については、この後の協議事項での議論に委ねたい。
- ・薬剤の承認から保険収載までの手順としては、その適正使用のために最適使用推進ガイドラインを盛り込んだ上で保険収載の手続をすることになる。作成されたガイドラインの保険上の取り扱いについては、中医協で協議する。
- ・ガイドラインは1度できたら終わりではなく、継続的に検討し、必要に応じて修正していく。

(1) 第335回総会（8月24日）

- ・新医薬品の薬価算定についてであるが、トルツという商品名の注射薬は現行の類似薬と比べてかなり高い価格になっている。参照価格となる外国価格の最低価格の3倍を超えるものについては外すルールで運用しているが、今回は最高価格の米国価格が3倍をわずかに下回るために高額になったもので、ルールはルールなので認めざるを得ないが、米国の価格は言い値であり流通価格とは大きく違うので、これで本当によいのかどうかも含めて中医協として今後、検討する。
- ・在宅自己注射指導管理料については、平成25年11月15日の総会で14日制限をどのように外すかというところまで議論されていたので、それを決めたい。
- ・在宅自己注射の対象薬剤に係る運用基準（案）では、ここに記載された諸条件を満たした新医薬品のうち14日未満の間隔で注射を行う薬剤については対象薬剤に追加する。
- ・被災地特例措置が9月いっぱい切れるので、現に利用している場合には厚生局に届け出の上、さらに半年間延長し継続してはどうか。熊本地震についても同様な措置が行われている。
- ・副作用の届出の症例一覧をつけてあるが、これらの薬剤では脳血管障害に関する合併症がかなり多く報告されている。その機序についてはまだよくわからない。厚労省としては十分注意して使うようにと言えば済むが、現場としてはそれでは済まないもので、血圧関係や脳血管障害について既往等も含めた指標が注意のために必要である。

(1) 第117回薬価専門部会（8月24日）

- ・高額な薬剤への対応では、薬価に係る緊急的な対応として、オプジーボのように売り上げが伸びているものをどうするか、そして適正使用のためのガイドラインの医療保険制度上の取り扱いについて検討する。
- ・検討スケジュールとしては、8月に検討内容について決めたので、9月にヒアリングを行い10月に緊急的な対応（案）を提示し、3月には制度を含めた次期改定に向けた取り組みについての中間取りまとめを行う。
- ・薬事承認を受けてから、最適使用推進ガイドライン及び経済性の観点も含めた保険適用の在り方の両方と連携させることについて考えていきたい。

4. 四病協について

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月5日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協報告では第334回総会報告が行われ、高額薬剤の薬価を下げ余った財源を医療に持ってこなければならない等の話題が出た。
- ・診療報酬改定では重症度係数が新しくできたが、はっきりしないので、もう一度持ち帰って検討中である。
- ・新たな機能評価係数Ⅱについても、継続して検討していく。

(2) 第5回総合部会（8月24日）

堺会長より、協議事項として日本専門医機構及び高額薬剤の話があったとの報告があった。

(3) 第5回日医・四病協懇談会（8月24日）

堺会長より、医療事故調査等支援団体連絡協議会については支援団体ができているが、その指揮命令系統がわからなかったり連携がうまくいかなかったので日本医師会を中心にそれを構築する話があったとの報告があった。

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

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第1回日本専門医機構社員総会（7月25日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・役員の交代があり、新理事会が選出された。新執行部では「日本専門医機構ニュース」の発行等、見える化に熱心に取り組んでいる。
- ・来年4月に始まるはずであった新制度が1年間延びたことに伴い、その間をどうするかについて理事会で決めている。
- ・2017年度の基本領域学会の対応であるが、既存プログラムで施行するのが11学会、既存プログラムと新プログラムの両方で施行するのが3学会、新プログラムで施行するのが3学会である。泌尿器科は、まだ検討中である。
- ・既存プログラムと新プログラムと両方行う中に整形外科が入っているのは問題であるとして議論になった。
- ・日本病院会はこれまで四病協として社員になっていたが、それではおかしいということで、四病協とそれぞれ別に社員になることを今、検討中である。
- ・四病協の社員に対して本機構から運営資金の借り入れ依頼及び本機構への事務局員支援依頼が来ている。前者については、応分の負担をすべきであるとして検討しているが、後者については余裕がないので辞退する。ただし、専門医機構の事務局長は非常勤では厳しいので、それ相応の人材を常勤で配備すべきとの意見を附する。

中島常任理事から、病院団体も入れて社員を増やすことについては理事会できちんと議論されているかとの質問があった。

堺会長は、理事会で話題に出ており、近々に決定されるであろうと答えた。

(2) 第1回地域医療構想に関するワーキンググループ（7月29日）

報告は資料一読とした。

(3) 第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（8月3日）

報告は資料一読とした。

(4) 第3回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会（8月3日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・医療機関のホームページについては、平成23年10月から半年ほど揉んで平成24年にガイドラインを出している。
- ・平成28年には消費者委員会から「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」が出てきた。その趣旨は（1）広告の概念を拡張し、医療機関のホームページも広告に含めること。（2）虚偽の広告や比較広告、誇大広告は医療機関のホームページについても禁止することの2項目であり、我々に問われるのは医療機関のウェブサイトを広告として扱うかどうか、広告として扱わない場合にはいかにして虚偽・誇大な表示等を禁止するのかの2点である。
- ・医療関係者以外からは、ホームページであれ新聞であれ雑誌であれチラシであれ広告は広告であるので、全て法で縛れという意見が多かったが、医師会と病院団体は、地域医療の連携に必要なホームページを全て法で縛ると現在のホームページは崩壊するとして反対してきた。ホームページを広告ではないとした場合に、いかにしてそれを規制すればよいのかについて今、検討しているが、なかなか難しい問題である。
- ・具体的には、各都道府県自治体にガイドラインを明示する、ネットパトロールを行う、プロバイダーに注意喚起して当該ガイドラインに触れるバナー広告やリンクを規制する、患者や消費者の教育を相談窓口の設置や医療安全支援センターの講演等を通じて行う等の対策が考えられるが、今回の会議で新たなガイドラインの形として検討したい。

（5）第2回理学療法士・作業療法士需給分科会（8月5日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・PTでは毎年1万人の国家資格者が出ており、余ってくるPTをどうしたらよいかということが問題である。
- ・今回、PT・OTの需給推計方法（案）が出てきた。「将来のリハビリ需要」×「リハビリ需要あたりPT・OT数」＝「将来のPT・OT需要数」がその数式であるが、問題はここに何の数字をどう入れるかということである
- ・我々が病院を運営していくに当たってPT・OTをどれぐらい雇用しようかというときの決定要因はそのときの診療報酬や制度等である。そのような外的要因のほうはるかに将来のPT・OTの需要数を大きく変えるのだということを検討に入れた詳細な推計が必要である。
- ・四病院団体でPT、OT、STの需給調査を行ったが、回答が1,000病院を超えた。6割強は民間医療機関である。地域別では関東が多く、中部、近畿、東北という順になっている。地震のことを勘案して、熊本と大分にはアンケート送付を控えた。
- ・病床規模別で一番多いのは28.7%の100～200床の病院であった。従事者数はPTが約1万4,000人、作業療法士が約8,200人、言語聴覚士も3,100人を超える従事者がいる。年齢区分では圧倒的に多いのが20代であり、日本の人口のグラフを逆さまにしたようなきれいなピラミッド構造になっている。
- ・基準は満たしているが採算・運営上はまだまだ雇いたいし、雇い入れる余地があるという病院も多い。PTもOTもSTとも、2025年までに半分以上の病院が現状維持か増やしていくということである。地域によって若干の偏りはあるが、それほど大きな違いは見られなかった。
- ・現状についての問題で一番多いのは応募が少ないこと、次いで応募者の質が年々低下してきているのではないかということであった。

中島常任理事から、この調査には精神科も入れているのかとの質問があった。

大道副会長は、入れていると答えた。

中島常任理事は、一般科のリハは個別であるが、慢性期、療養病床では集団にしてもよい

のかと尋ねた。

大道副会長は、入院だけではなく外来部分のデイ・ケア等があるので、その分は集団になると答えた。

中島常任理事は、精神科の場合には全部集団になっているのはおかしい。精神科の回復期をきちんと支援するためには個別のOTが必要である。もはや集団療法をのんびり行っている時代ではないと主張しなければならないと述べた。

大道副会長は、機会があれば言っておくと答えた。

(6) 第1回心血管疾患に係るワーキンググループ（8月17日）

(7) 第1回脳卒中に係るワーキンググループ（8月18日）

宮崎副会長より、上記2会議をまとめた形で以下の報告があった。

- ・脳卒中に関しては、tPAの施行が日本ではまだ十分でない。大動脈乖離の死亡率は時間ごとに高まるので早く手術をしなければいけないが、その体制も十分でないという問題意識を厚労省は持っている。
 - ・脳卒中にしても、tPAが効かないものは血管内治療で血栓を物理的に除去することにより、かなり成績がよいということも出てきている。
 - ・心臓と脳卒中の両ワーキンググループの構成委員は医師会、あるいは看護協会等からも出ているが、大病院の理事長や大学教授など、実際に前線で診療にかかわっていない委員も多く、むしろそちらが中心になっている。
 - ・心血管に関するワーキンググループでは、それに対していろいろ意見が出た。まず、適切な病院に運ぶ。心血管症を疑わなかった場合には主に初期対応を行う施設に行き、そこから必要に応じて上の病院に送るという診療提供体制のイメージを厚労省が提出している。
 - ・脳卒中でも心血管でも、必要な患者が必要な施設に行くことをきちんと形にした上で、そこに運ぶということ、また、そういう施設を整備していくということを厚労省では考えている。
 - ・高度な病院にある程度余裕がないと、そこに患者が運ばれてきても受け入れられないので、経営上、少し余裕を持たせてベッドを空けて受け入れる体制をつくるようにする必要があるという議論が出た。厚労省も高度と緊急性ということで混乱しているようなところがある。
 - ・厚労省はしきりと「均てん化」という言葉を使っている。がんの場合には時間的余裕があるが、心臓や脳の場合はなかなかそういうわけにいかない。そういう意味で、がんより均てん化が必要かもしれないが、山間部や過疎地と同じ考えではできない。ただ、二次医療圏によって事情が全然違うことは厚労省も認識している。
 - ・脳卒中に関してはtPAをもう少し基準緩和して使いやすくすべきであるという意見もあり、今後検討していくことになっている。
 - ・地方によって全く事情が異なるので、ある程度そこに任せて制度をつくり、その実績を利用して、その中で間違っただけで搬送された患者をすぐに適切な病院に送れるネットワークをきちんとつくる。そのために画像を含めた情報の伝達や相談のできる体制づくりをするほうがよいのではないか。
 - ・こういうものに関して幾つか指標をつくっていこうということであるが、頼まれたときの応需率や不応需率等をその中に入れたほうがよいのではないかと私は述べた。この場で意見が聞ければ、次の会議で発言したい。
- 高木常任理事は、以下のように発言した。
- ・確かに今、血栓回収療法は非常に進歩しており、tPAで効果がないときにその治療ができるところへ運ぶというのが一番課題になっているが、やはり救急搬送をどうするかという

ことと情報の共有とが一番の問題であり、このメンバーに消防や救急関係の人たちが入って実際にそれができるのかどうかは非常に難しいところではないか。

- ・東京都でも救急搬送時に一番課題になったのは救急隊員の教育と救急隊の搬送であったので、実際に地域の中で搬送のネットワークがつかれるかどうかは鍵である。

宮崎副会長は、両ワーキングの親会の際には救急関係者がいなくて、それが問題になった。ワーキンググループには両方とも東京の消防庁から参加している。救急という問題に関しては、高度で非常に難しい治療をするような医師よりは、救急の医師と我々のほうが話がスムーズにいくと述べた。

高木常任理事は、確かに救急隊は救急専門医の意見でないとなかなか聞いてくれず、脳卒中や疾患の専門医とはなかなか話が通じないところがあると述べた。

宮崎副会長は、情報共有の話は余り出ていない。現状のものを利用していくほうがよいと思うが、画像システムなどは大きい病院に先に入る。むしろ中小病院からiPad等の機器を使って大病院に相談できるような体制ができるのがよいと述べた。

中村常任理事は、以下のように述べた。

- ・北海道では数年前から心臓と脳卒中で毎年冬と夏に搬送がどうなっているのかを全部調査している。特に北海道は地域によって全然違うので、同じ医療圏でも地方によっていろいろなことを変えなければいけない。
- ・脳血管内治療については、病院にいても夜は外から呼ぶのであるから、派遣チームでもよいようなシステムをつくったほうがよい。

宮崎副会長は、以下のように述べた。

- ・極端な例では、開業医がまずtPAを打って、そのまますぐ大きい病院に送り、そこで開通しているかどうかを見て、していなかったら手術するということでもよいのではないかという意見も出ているので、その辺は共有できている。
- ・このワーキンググループは全部で二、三回行い、結論を10月までに出して地域医療構想の策定ガイドラインにそれを載せようとして急いでいる。急性期の議論は今回で終わり、次は回復期とかりハのほうだということであり、その辺の問題は注意して見ていく必要がある。堺会長と相談しながら適切に考えていきたい。

6. 第42回日本診療情報管理学会学術大会について

木村日本診療情報管理学会長より、以下の報告があった。

- ・今回の学会はIFHIMA国際大会との合同大会であるとともにWHO-FICネットワーク年次会議との同時開催でもあり、東京国際フォーラムで海外から400名以上、国内から2,000名の参加により大々的に行われる。
- ・会議参加料は通常の国際会議と比べて非常に低く国内会議と同程度に設定されているので、運営費補填のために1,000万円を目標とした寄附を依頼せざるを得ず、協力を願う。
- ・国内にいながら国際会議で世界の情報が見られるまたとないチャンスであり、会員病院から多数の診療情報管理士の参加を願いたい。

報告事項の後に、新規入会会員紹介の続きとして村田病院の村田高穂院長（大阪府）からの挨拶を受けた。

〔協議事項〕

1. 高額薬剤について

堺会長より、以下の発言があった。

- ・2016年の薬価制度改革で特例拡大、再算定の導入、費用対効果評価の試行的開始が導入されて大枠は決まっていたが、4月4日の財政審財政制度分科会で日赤医療センターからオブジーボが国を減ぼしかねない等のセンセーショナルな指摘があり問題となった。
- ・この問題は中医協マターになって議論されているが、政府側と日医や日病などの当事者間に思惑の違いがある。
- ・消費税のアップが延期になり社会保障関連財源もカットされる状況の中で、既に次期同時改定はマイナス改定にするという環境づくりがなされているようである。
- ・議論がなされている中医協の動きについて、万代常任理事から説明を願う。
万代常任理事より、以下の説明があった。
- ・議論の中心の場は今のところ薬価専門部会であるが、そのバックグラウンドとしての総会での議論を説明する。
- ・オブジーボに代表される原価計算方式で計算した薬が適用拡大によって市場規模が非常に大きくなるのが認識されている中で、薬価制度改革が問題になっている。
- ・薬価制度自体をどのように改革するかについての論点としては、1点目として効能追加等による大幅な市場規模拡大への対応をどうするのか、2点目として市場規模の大きな薬剤への対応をどうするのかを挙げられる。
- ・費用対効果の専門部会では、効果の高いものについては費用は一定程度認めるが、効果が十分でないものについては費用を減額するという総論になっており、各論はこれから詰める。
- ・既に売り上げ幅が非常に大きくなっている薬剤への対応をしなければならないので、28改定に間に合わなかったオブジーボについては特例的な対応を、その他の高額薬剤についても、それぞれの特性に応じた対応方針を検討して最適使用推進のための取り扱いを協議する。
- ・当初、開発費を回収するために原価計算方式で大きな営業利益率が設定されていた品目の市場規模が拡大したときに、中途での薬価の見直しもあり得るのではないかとの意見が出された。
- ・具体的な議論の進め方として、①薬価制度改革に向けて抜本的な見直しをしていく、②年内をめどにオブジーボ等にどのように対応するかを決める、③その議論は中医協の薬価専門部会で行うことが決まった。
- ・スケジュールとしては、8月に緊急的な対応を講ずる薬剤の対象範囲を決め、9月半ばに業界のヒアリングを行い、その後に薬価の緊急的な算定の仕方を検討することになる。
- ・市場拡大再算定とは、年間の予想販売額より多く売れた品目については最大25%の切り下げを行い、大型医薬品については再算定の特例として、1,000億円と1,500億円以上の売り上げが起きたときには最大50%の引き下げをするという方法である。
- ・用法用量変化再算定とは、主たる効能・効果に係る用法・用量に変更があった医薬品については薬価を改定するという方法である。
- ・効能変化再算定とは、主たる効能・効果の変更がなされた医薬品について、その類似品の価格にできるだけ近づける形で薬価を下げる方法である。
- ・さまざまな再算定の方法とその適用の仕方について今後、議論していく。最適使用推進の取扱いについては、経済性の観点も含めた保険適用の在り方の検討と同時に、最適使用推進ガイドラインも使う形で進めていく。
- ・少ない対象患者数を前提に原価計算方式で算定した薬価について、適用拡大した後に原価率をそのまま当てはめることには問題があるという論調では1号側も2号側も一致している。
- ・オブジーボの薬価を改定する際には、これからも毎年薬価を改定するという方向に議論が流れないように、あくまでも特例的に行いたいというのが厚労省の意見であるが、1号側からは毎回改定も視野に入れるべきであるという意見も出ていた。

堺会長は、経済性の観点も含めた保険適用の在り方の検討と最適使用推進ガイドラインの2つの観点から見るのは薬事承認の後であるかと尋ねた。

万代常任理事は、そうであると答えた。

堺会長は、薬事承認に関しては誰もタッチしないことになるのかと尋ねた。

万代常任理事は、承認自体はタッチしないでおいてオプジーボの議論が先になるだろうと答えた。

堺会長は、緊急対策を行ってから後に中長期的なことを行うということかと尋ねた。

万代常任理事は、オプジーボについても最適使用推進ガイドラインが出る可能性はあると答えた。

堺会長は、期中改定という言葉を使っても使わなくても中身は似たようなものになると述べた。

梶原副会長は、最初は悪性黒色腫に効くということで承認を取り、その症例数が少ないので高額な薬価をつけても医療費に大きな影響はないと考えたが、他の症状にも使えることがわかり使用患者数が激増したときに薬価を下げることはないのかと尋ねた。

万代常任理事は、今までその仕組みはなかったからそれは変えていこうとしているが、それでは間に合わないから特例でどうするかということであると答えた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・まず高い薬価をつけ、次に拡大申請して売上が伸びたら大幅な収益を上げられるので企業としては当然利益の追求であり、これは繰り返されるし、国民の健康保険財源が脅かされるので、それに対処できるルールをつくるべきである。
- ・日医は、期中に薬価を変えたときにその財源が診療報酬に回らないと主張するが、薬価の原資は診療報酬にはほとんど入れないと国が方針を出している。他に財源を求める工夫をすべきである。

中島常任理事は、承認審査や保険収載の手続は、管轄の厚労省が方策すべきだと述べた。

万代常任理事は、そこをきちんと連携をとってやるべきだと中医協で言っており、事務局もやっていると言うが、どういう関係で薬価を決めていくかという案はまだ厚労省として出していない。その前に中医協で仕組みを見直すことができれば随分違うと述べた。

楠岡参与は、こういう状況は今後何回も繰り返されるので、拡大したところで再評価するシステムを入れてルール化せざるを得ないと強く主張していく必要があると述べた。

藤原監事は、適用拡大は今までに他の薬でもたくさんあったはずだがオプジーボのような問題は起こっていなかったのかと尋ねた。

万代常任理事は、金額が全然違う。200億円程度の幅しか増加していなかったと答えた。

楠岡参与は、今までの薬はどこかでうまく引っかかっていたのが今回はすり抜けるという異常な状況が起こり、しかも金額が大きいということが同時に起こったと述べた。

藤原監事は、何がすり抜けるのかと尋ねた。

楠岡参与は、2年ごとの薬価改定の対象になる期間よりも後、去年の9月以降に新発売されたので、今年4月の再評価のときにはそこは触れないという別のルールでそこが抜けてしまった。もし9月以前に拡大されていれば、当然4月時点で評価されていたと答えた。

堺会長は、拡大時には再評価すべきだという議論は中医協の中では出ているのかと万代常任理事に尋ねた。

万代常任理事は、市場拡大再算定の特例を適用するかどうかが出ているが、売り上げは薬価調査しないのでわからない。そこをメーカーの言うとおりにするのか、違う調査をするのかということになるであろうと答えた。

梶原副会長は、オプジーボは特例で期中でも行うが、そういう薬がたくさん出てくるので、

これからは2年に1回の改定ではなく、拡大評価した段階で市場をすぐに推定して、それに対する割合を下げるというルールづくりをしたほうがよいと述べた。

万代常任理事、以下のように述べた。

- ・そこは1号側も一致していると思う。むしろ議論は薬価改定の財源を診療報酬本体に回すのかどうか、そこをどう主張するのかということである。
- ・今度の厚労省の試算では予算は6,400億円の自然増であり、どこかにまた財源を求めなければならないが、改定がないし消費税も上がらなかったので財源がない。病院団体としても日医と歩調を合わせて、改定分を医療費の本体に回せばきちんと還元できるという議論を立てるべきではないか。

齊藤参与は、厚労省でもかなり前から薬剤の費用対効果の検討がなされているが、その効果というのはどういう視点で評価されるべきなのか、厚労省での議論の数字を教えてほしいと万代常任理事に尋ねた。

万代常任理事は、以下のように答えた。

- ・効果の判定については、代表的な例がクオリである。がんで言えば、1年間延命効果を得るのを1クオリとすれば、1クオリ延ばすために幾らかかるのかということによって費用対効果の「効果」の判定をする。
- ・1クオリ上げるのに幾らなら許せるのかという国民的な一定の合意も必要である。そのような議論の状況にある。

高久参与は、アメリカでは既に腎盂がんに適用を認めているので、小野薬品は腎盂がんとホジキンで今、申請していると思う。オブジーボの問題は早急に対応する必要があると述べた。

堺会長は、厚労省でもそうするつもりだとは思いますが、早急に対応しなければならない。その中で日病として、薬価財源の問題についての主張をすべきではないかと尋ねた。

梶原副会長は、以下のように答えた。

- ・日医と一緒に主張するのは当たり前であり、絶対に譲れないぐらいの主張をしたほうがよい。ただし、今回も下げた分を100%診療報酬に入れると我々は主張するが、彼らとしてはそこまでは入れないであろう。
- ・トータルは確かにマイナス改定になるのだが、一生懸命頑張っている医療機関が経営できなくなると困るので、加算減算の手法を医療の中でも用いるという意図が見える。アウトカムがよくて頑張っているところは多少増収になるが、そうでないところは下がる形に方向づけされている。
- ・しかし、我々の主張は絶対に100%戻せというものであり、これは看護協会も一体となって実現することが大事である。

土井常任理事は、以下のように述べた。

- ・日本ではオブジーボは使えるわけであるが、もっと貧しい国ではこういう薬が出て使えない。薬価はメーカーの言うとおりにしているのか。
- ・世界のことを考えると、薬価はもう少しグローバルな考えで決めないといけないのではないか。

万代常任理事は、日本発の薬が出たときに、ある程度の価格を保障して開発意欲を高めた上で最終的に国民の福祉に資するという考え方も入っていると思うので、そういった意味で外国価格を参照して一定程度の価格を保障するという考えられなくはないと述べた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・実はこの問題からタックスペイヤーの視点、国民の視点が欠けている。今後いろいろなことで皆保険制度が影響を受けるということを国民に教育し、啓発していくという視点が大事である。

- ・もしiPS細胞が臨床適用されると、網膜の治療においては1億円ぐらいかかると聞いたが、こういうことが保険適用の是非を議論する場合にまた問題となってくるので、今からさまざまなことを想定して議論しておくべきである。

堺会長は、実際は行ってこなかったこともあるが、我々もどういう形でそれにアピールするか、国民視点は非常に重要であると述べた。

岡留副会長は、薬価がどうして決まっているかという話に関連して、こういう話がある。アメリカの人工血管メーカーはたった10センチのゴアテックスなどで30万円ぐらい取るわけであり、日本のテクノロジーがあればすぐにできるのではないかと疑問を持ったが、当時の日本とアメリカとの間でプラザ合意で縛られているという話があったと述べた。

望月支部長は、以下のように述べた。

- ・そもそも希少がんということで患者数と開発費を含めた形で薬価が決まったはずであり、非小細胞肺癌に適用を拡大した時点で薬価を切り下げないと、どう考えても破綻する。
- ・オブジーボを保険で認める以上、効かなくても医師が継続して使っていくという姿勢は正さなければならない。

堺会長は、ガイドラインについて日経新聞に「概要案では、医師・医療機関・患者それぞれに基準を設けるとした」と書かれているが、そういう議論は出ていたのかと万代常任理事に尋ねた。

万代常任理事は、具体的にこの内容は出ていないが、ガイドラインを今つくっているようであると答えた。

堺会長は、それは近藤理事長の独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）かと尋ねた。

万代常任理事は、PMDAと学会も入っているであろうが、メンバーは非公開とのことだと答えた。

楠岡参与は、オブジーボのように効くか効かないかよくわからないが、一方で全てのがんに効く可能性もあるという薬品に関して、その使用に関するガイドラインの存在は極めて重要であり、保険財政だけの問題ではなく、ある意味、医師を守るものでもあると述べた。

池上参与は、以下のように述べた。

- ・今までは再算定を2年置きに求めていたが、これからは適用拡大に伴って市場拡大が起きる時点で行ってほしいというバランス的に難しいことを求めている。
- ・それを求めながら1年置きに改定は認めないというのは筋として難しく、適用拡大が起きるたびに薬価を改定するということは実質的には期中改定と同じなので、もしこれを認めるなら他の薬について常時改定することに歯どめがきかなくなる。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・そこはトレードオフの関係になるので、特例として慎重にまずこれだけを行って、その上で将来に向けての制度的な問題についての議論を進めるという方向性のようなものである。
- ・あらかたの内容は薬価専門部会で決まってしまうのであろうが、決まったと後ではなかなか覆しにくい。

池上参与は、以下のように述べた。

- ・その場合にはどういふときが特例なのか、特例の要件を決めないといけない。
- ・医療経済評価というのは既存の薬と比べて新薬の経済効果はどの程度あるのか、その効果が高い分だけ薬価を高くするのかどうかという話であり、基本的に薬価の決め方の話になってくる。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・日医も病院団体も、薬価を下げた分が2年に1回の診療報酬改定の財源にならないので毎年の薬価改定は嫌だと言っているが、毎年の薬価改定を原則とした上で、診療報酬改定がない

年には下げる薬価分を医療費全体の財源の中で考え、改定があるときには100%診療報酬に入れるというルールづくりをしたほうがよい。

- ・外保連のKコードのつくり方に倣って、薬についてもその経済効果や医療費削減効果を推計してみてもどうか。

万代常任理事は、前半部分については確かにそういう議論があると思う。国家財政もあるので全部戻せというのは欲張り過ぎだし、半分は戻してほしいという主張はしてもよいと述べた。

梶原副会長は、毎年、薬価改定を行って、診療報酬改定のある年には全部戻してもらおうと述べた。

万代常任理事は、あとは毎年改定されたら売り上げが少なくなると製薬業界が言っているのをこちらがどう押し切るかであると述べた。

堺会長は、古い制度設計のままでは時代にそぐわないところがあるので、緊急避難的に今何をするかを我々は主張した上で、抜本的にどうするかをぜひ考えていきたいと述べた。

2. その他

堺会長は、日病では総合診療専門医についてしっかりした議論をしてこなかった。私も、総合診療専門医というのは診療所の総合診療専門医と病院の総合診療専門医と2種類あるのではないかと言っているが、その辺を少し話してほしいと中常任理事に求めた。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・新執行部メンバーと話したときに、総合診療医についてはプライマリーケア連合学会の家庭医のバージョン2を軸にやるように求めたかのごとく受けとられたが、それは真意ではない。
- ・総合診療医については、他の18領域と同じように3年間で家庭医や病院総合診療医までとる案と、家庭医及び病院総合診療医についてはサブスペシャリティでとる案と2つの考えがある。その場合に、具体的に期間をどうするかを考えている。
- ・具体的には、例えば家庭医についてはプライマリーケア連合学会が考えている案、病院総合の上に1年か2年でとるという案、それも全部合わせて3年間の最後の1年ぐらいで家庭医及び病院総合診療医のコースを考える案、病院団体はどれを考えているかとの質問を逆に振られたわけである。

安藤常任理事は、既に総合診療の398プログラムが一次審査を終わったということであるが、これは何を根拠としたものか教えてほしいと尋ねた。

末永副会長は、以下のように答えた。

- ・まだ今は総合診療専門医はないが、そのもとになるものとしてプライマリーケア連合学会では新理事を中心として家庭医をつくっている。一方で、全国自治体病院協議会では特に国診協が中心となって地域医療の専門家という形で認定制度を持ってきた。大学を中心とした病院総合診療医とプライマリーケア連合学会の医師の意見は必ずしも一致しているわけではない。そういう複雑な中で総合診療医という話が出てきた。
- ・地域のチーム医療の中で総合診療を行っていくという国診協の心の部分は、かなり総合診療専門医の委員会の意見の総論部分に盛り込まれている。各論についてはワーキングチームをつくって、そこでいろいろなことが進んでいった。
- ・ほとんどの専門医のプログラムが厳しくなり過ぎており、なかなか総合診療専門医をとれないということがあったりして国診協関係者の中にはかなりの抵抗感があるが、プライマリーケア連合学会としてはこれだけ頑張ってきてきたのだという思いがある。
- ・総合診療医というのは総合内科とも違うので、本当にプライマリーケアという形で総合内科的なことでよいのかというところも背景としてある。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・もう一つの問題に日本医師会のかかりつけ医制度があるが、どの場でも正面切って、かかりつけ医と総合診療専門医の関係について議論はしていないようであるが、どこかで必ずぶつかってくるであろう。
- ・ここで何か決をとってまとめることでもないので、それぞれの意見や各病院でどうしたいということを言ってほしい。

藤原監事は、今のディスカッションを聞いていて大変参考になった。ER型の救命救急を行っている場合、総合診療とドッキングさせるとよいのではないか。私の病院には診療科が28あって細分化されているが、そのドクターもすごく喜んでいと述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・聖隷浜松病院でも救急対応は救急と総診が一緒にやっている。救急と総診はどこが違うかという、救急は集中治療も行っている。
- ・総合診療と言いながら随分考え方が、認識が違うのではないか。その点について意見を聞きたい。

高久参与は、以下のように述べた。

- ・厚生労働省の委員会で「総合診療は19番目の基本領域」と提案したが、そのときには総合医という名称にすべきか総合診療医とすべきかという2つの意見があり、小委員会で最終的に総合診療医になった。
- ・現在問題になっているプライマリーケア連合学会の家庭医は非常にストリクトで、専門医の数も数百人と少ない。それでは国民や我々が考える総合診療とはイメージが全く違うので、専門医機構の理事長に、理事長自身が委員長になって総合診療医のプログラムをなるべく多くの意見を聞いてつくってほしいと要望した。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・総合診療に関しては目標、理念、考え方がばらばらであり、先ほど質問したプログラムが何を根拠にしているのかまだ疑問が解けない。

梶原副会長は、日本医師会は専門医とは別に、独自の地域医療構想、地域包括の中でしっかりと全国にかかりつけ医を育てるということで研修等の取り組みを始めていると述べた。

堺会長は、日医の会長が今回再選されたが、かかりつけ医はメインの事業の1つであるのかと尋ねた。

安藤常任理事は、かかりつけ医のカテゴリーは大体わかるが、外科で開業しても、婦人科で開業しても、皮膚科で開業してもかかりつけ医であり、その整理がされていないのはまずいと答えた。

梶原副会長は、各科の講習は集中的に何回も行っているもので、ずっと勉強していけばそれなりに対応はできるのではないかと述べた。

安藤常任理事は、その前提は、かかりつけ医と総合診療医が別物であるということで了解した。総合診療医は全国に数百人ぐらいのレベルでストリクトに定員を定めて、あとはかかりつけ医がカバーするということであろうから、かかりつけ医を総合診療にしてはどうかと述べた。

末永副会長は、そういう思惑はあるかもしれないと述べた。

安藤常任理事は、医師会の考え方がそのまま生きていくとすると、何かの専門医資格を持ちながらのかかりつけ医ということになるが、それは総合診療の本来の趣旨と大きく違うと述べた。

堺会長は、なかなか難しいが、我々が何のために医者をしているのかといえば目の前の患者をどうするかということであり、その辺の問題もあると述べた。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・ 専門医について、専門医コースの初期研修を終わった者は全て専門医を選択するが、これについて四病協や日本病院会としてどう判断するかが非常に問われる。
 - ・ 専門医機構としては専門医を目指してもらいたいが、全ての者が専門医をとるわけではない。今までは専門医を目指して落ちこぼれた者を何年かかけてサルベージする考えであったが、例えばある専門医コースを3年間で修了したらその専門医コースを修了したという修了証を与えるという考えもあるので、ニアリーイコールではないことが出てくる可能性はある。
- 梶原副会長は、専門医のコースを見ると薬理とか解剖学等の基礎がないが、これは非常に問題である。医師になるからといって全員が専門医になる必要はない。アメリカでは全部、定員制になっていると述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・ 今、社会医学系は頑張っている専門医の中にとっているが、そういう議論も日病では全然してこなかった。委員会があるので、これからはそういう議論も出てくるはずである。
- ・ 末永副会長が総合診療専門の検討会の委員に就任したので、会員の要望なり考えを伝えて日病の意見を広く反映できるように協力を願う。
- ・ 最後に、齊藤参与に締めてほしい。

齊藤参与は、以下のように述べた。

- ・ 数年前に全社連傘下の50病院の研修医を対象に、総合診療医についてアンケートを行ったが、総合診療医になりたいけれども全てを広く深くきわめることは神業であり到底自分にはできないという意見が圧倒的に多かった。
- ・ 総合医としてジェネラルで広い技術を持つことは大事であるが、それだけでは一生モチベーションを保持することはできないので、誰にも負けない専門性を持ちたいという意見も多かった。その2つをうまくすり合わせていくことが今後の総合医像に求められている。
- ・ 専門医の技術を持ちつつも、幅広く診ることができる能力をみんなが持ちたいと思う。そのようなニーズに応えられるシステムをつくるのがアメリカや英国に何十万人もいるGPやファミリードクターのような総合医の制度を我が国にも確立する道である。

以上で閉会となった。

一般社団法人 日本病院会 平成28年度 第3回 定期常任理事会

議事録署名人 _____ 印

議事録署名人 _____ 印