

日 時 平成28年10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）

岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大、宮崎 瑞穂（各副会長）

藤原 秀臣、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、中 佳一、直江 知樹、武田 隆久、  
生野 弘道、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）

木村 純、牧野 憲一、田中 繁道、望月 泉、濱崎 充、小松本 悟、細田洋一郎、  
小林 繁樹、仙賀 裕、新江 良一、山田 哲司、井上 憲昭、山本 直人、松本 隆利、  
木野 昌也、佐々木順子、青山 信房、武久 洋三、中川 義信、岡田 武志、細木 秀美、  
竹中 賢治、藤山 重俊、松本 文六（各理事）

山本 修三（名誉会長）

佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃（各顧問）

楠岡 英雄、今泉暢登志、坂本 すが（代理：菊池 令子）、篠原 幸人、松田 朗、  
齊藤 壽一、権丈 善一、富田 博樹（各参与）

後藤 敏和（代理：大石 広助）、崎原 宏、三浦 将司、毛利 博、今川 敦史、  
上野 雄二、福井 洋、副島 秀久（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）

総勢66名の出席

堺会長の開会挨拶の後、会長から理事定数65名中、出席者40名（過半数33名）で会議が成立している旨報告があり、宮崎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

第2回（平成28年7月）～第4回（平成28年9月）常任理事会承認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10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）

④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・医療法人洗心会 荒尾中央病院（会員名：松山公士院長）

⑥医療法人・医療法人臼井会 田野病院（会員名：臼井隆理事長・院長）

⑦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）

⑧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）

⑨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）

⑩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 5 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）
- 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・医療社団法人康人会 適寿リハビリテーション病院（会員名：公文敦理事長）
- ⑤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）

〔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 3 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）
- ③A会員・株式会社ウォルターズ・クルワー・ヘルス・ジャパン（代表者：鈴木真琴代表取締役）

〔賛助会員の退会 1 件〕

- ①A会員・シーエス薬品株式会社（代表者：荒川隆治代表取締役社長）

あわせて、平成28年9月25日～平成28年10月21日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔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兵庫県・医療法人財団ヒューマンメディカル 尼崎新都心病院（慰留者：藤原久義監事）
- ②福岡県・医療法人相生会 福岡みらい病院（慰留者：岡留建一郎副会長）

〔特別会員の退会 1 件〕

- ①特別会員A・医療法人社団協友会 八潮中央総合病院附属みどり診療所（代表者：山田素宏  
診療所長代行）

平成28年10月22日現在 正会員 2,461会員

特別会員 186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 9 件）

- ①一般社団法人医療関連サービス振興会／「第26回シンポジウム」の後援
- ②一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会／「第10回日本訪問リハビリテーション協会学術大会in北海道」の後援
- ③第58回日本人間ドック学会学術大会／第58回日本人間ドック学会学術大会に伴う後援
- ④社会福祉法人大阪府社会福祉協議会／バリアフリー2017後援名義使用
- ⑤一般社団法人日本慢性期医療協会／慢性期医療展2017後援名義使用
- ⑥看護未来展実行委員会／「看護未来展2017」の後援名義使用
- ⑦公益社団法人全国病院理学療法協会／第66回日本理学療法学会の後援名義使用

⑧公益社団法人日本看護協会／「日本看護サミット2017」の後援

⑨国立研究開発法人国立長寿医療研究センター／第12回長寿医療研究センター国際シンポジウムの開催に係る後援名義の使用

(新規：後援依頼 1 件)

①第18回日本クリニカルパス学会学術集会／第18回日本クリニカルパス学会学術集会に対する後援名義使用

(新規：委員等依頼依頼 1 件)

①株式会社野村総合研究所／経済産業省委託事業「平成28年度医療技術・サービス拠点化促進事業」海外における日本医療拠点の構築に向けた研究会にかかる委員の委嘱〔就任者…相澤副会長〕

### 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

宮崎副会長より報告を受け、下記 6 施設を認定承認した。

(新規 5 件)

①東京都・医療法人社団青鷺会 鷺谷健診センター

②岩手県・公益財団法人岩手県予防医学協会

③石川県・独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院

④愛知県・一般財団法人愛知健康増進財団

⑤沖縄県・社会医療法人友愛会 豊見城中央病院附属健康管理センター

(更新 1 件)

①福岡県・人間ドックセンターウェルネス天神／人間ドックセンターウィメンズウェルネス天神

### 4. 選挙管理委員会について

福田事務局長より、当会の役員改選に向けて選挙管理委員会の設置及び委員への推薦者 5 名の提示があり、承認した。

### 5. 参与の承認について

堺会長より、北田光一参与の日本病院薬剤師会長からの退任に伴い当会新参与を木平健治日本病院薬剤師会新会長に委嘱するとの提案があり、承認した。

### 6. 被災会員の会費免除と見舞金について

以下の提案があり、承認した。

- ・前回理事会において熊本地震被災会員への会費免除及び見舞金の支給を承認したが、見舞金については前回までに313万8,998円について決定している。
- ・その後、追加で10万円の見舞金が届いたので、新たに被災届出のあった 5 病院の中から 1 病院に支給する。あわせて、5 病院には基準に従った会費免除を行う。平成28年度の会費免除は総額で340万7,920円である。

### 〔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 4 回雑誌編集委員会 (9 月 27 日)

崎原支部長より、以下の報告があった。

- ・10・11・12月号の編集方針と掲載内容については、スライドを参照願う。
- ・1月号の新春座談会は「持続可能な医療・介護制度を維持するために」のテーマで行う。
- ・日本病院学会、国際モダンホスピタルショー、病院長・幹部職員セミナーについては、それぞれ来年の8・9・10月号に掲載する。
- ・原則的に今後、当委員会は2カ月に1度の開催とする。

## (2) 第2回QI委員会 (10月4日)

報告は資料一読とした。

## (3) 医師と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15・16日)

報告は資料一読とした。

## (4) 第15回医療制度委員会 (10月5日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一室長により、地域医療構想における医療需給の推計方法について講演が行われた。データに基づいて長期予測を立て、医療の供給の側から行動していかねばならないとの話であった。
- ・医師遍在について、5つの項目を提示して議論した。医師遍在問題と専門医制度は密接に関連しているので、病院団体が積極的にその制度設計に介入していく必要があるとの結論を得た。
- ・高橋特別委員から、日本の国民医療費とGDPを比較したグラフ等の提示があり、それをもとに意見交換をした。

## (5) ニュース編集委員会 (10月21日)

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・日本病院会ニュースは順調に発刊されている。
- ・来年7月開催予定の第67回日本病院学会の成功に向けて、2月及び4月の発行号にそれに関した特別寄稿を掲載する。
- ・懸案の広告掲載については、紙面が4ページと限られているので引き続き検討していく。
- ・広報委員会のもとにある雑誌編集委員会、ニュース編集委員会、ホームページ委員会の3委員長に参加を求めて広報委員会を開催してはどうかとの提案があった。

## (6) 診療情報管理士通信教育関連

### ① 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月6日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・第1期生の腫瘍学コースを当ビルで開催し274名の参加があったが、女子トイレが少ないのは問題であった。
- ・医師事務作業補助者コース研修会を山形、長野、高知で開催する予定である。それがうまくいけば、さらに各支部に広げていきたい。

### ② DPCコーススクーリング (9月17・18日及び9月24・25日)

報告は資料一読とした。

### ③ コーディング勉強会 (9月17～25日)

報告は資料一読とした。

### ④ 医療統計学勉強会 (9月19～25日)

報告は資料一読とした。

## (7) 日本診療情報管理学会関連

### ① 第42回診療情報管理学会学術大会 (10月12～14日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・「診療情報管理の新たな展開 個人から、社会へ、そしてGlobalな連携」というテーマ

で行われた。

- ・2,473名の参加があり、熱心な討論が展開された。

## ②第2回理事会および評議員会、総会（10月12・13日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・診療情報管理学会学術大会に先立って、これらの会議が開かれた。
- ・平成27年度の事業報告案、決算報告、監査報告、平成28年度の事業計画、収支予算書の改訂案等について審議され、承認を受けた。

## ②生涯教育研修会（10月14日）

宮崎副会長より、547名が受講したとの報告があった。

## （8）WHO関連

### ①2016年WHO-FIC年次会議、関連委員会、ICD-11改訂会議（10月8～14日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・参加国は約50カ国、WHO-FIC関係だけで189名、リビジョンカンファレンスで140名の参加があった。ICD-11の改定について特に熱心な議論が行われた。
- ・WHOとしては2018年のWHO総会にICD-11を提案することを予定しており、それに向け最終の詰めに入ったという報告があった。
- ・WHOのEIC（教育普及委員会）で現在議長を務めている日病の横堀部長とナペル両氏が再選された。

### ②IFHIMA第18回国際大会（10月11～15日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・IFHIMA国際大会は3年に一度ずつ開かれているが、日本ではこれが初めてである。「新時代の診療情報の活用と普及に向けて」というテーマで開催した。
- ・パレスホテルで行われた公式晩餐会には、WHO事務局長を初め厚生労働政務官、IFHIMA会長など大勢の著名人の参加があった。
- ・IFHIMA国際大会、第42回診療情報管理学会学術大会及びICD-11リビジョンカンファレンスの合同開会式にも多方面からの参加があり、盛大に行われた。
- ・今回の大会で死因統計サミットを初めて企画したが、大変注目を集め、終了後も詳細についての問い合わせがWHO等から来たりしている。
- ・発展途上国18カ国から現状や問題点についての報告が行われた。まとめとして、診療情報管理士の社会的地位の向上が各国の医療の発展に大きく寄与するという印象が共有された。

### ③IFHIMA役員会、ならびに関係会議（10月10～14日）

大井顧問より、IFHIMA関連会議でカナダのマーシー・マクドナルド氏が次期会長に選出されたとの報告があった。

## （9）病院経営管理士通信教育関連

### ①第37回認定証授与式（9月23日）

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・今回の認定者は51名で、男性42名、女性9名であった。優秀論文では倉敷成人病センターの久保副部長ら3名が表彰された。
- ・授与式の後、パーティーを行い交流を図った。

## （10）新たな専門医の仕組みに関するアンケート結果

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・役員病院79病院に対してアンケート調査を行い、67病院から回答を得た。前回の約63%に比べて、今回は約85%という高い回答が得られた。

堺会長は、アンケートの母数は少ないが大変貴重な意見である。日本病院会に対する意見をじっくり読んで今後の活動につなげたいと述べた。

#### (11) 自民党 予算・税制等に関する政策懇談会（10月20日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・毎年この時期に各政党から各病院団体が呼ばれて、ヒアリングが行われている。今回は17団体がそれぞれの予算あるいは税制に関する要望を行うというものであり、そこに20名以上の衆参の自民党議員が入れ代わり立ち代わり参加していた。
- ・こういう場も大切であるが、平素のロビー活動のほうがより重要ではないか。

### 2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

#### (1) 第134回診療報酬実務者会議（10月19日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・代表者会議と中医協の報告が主なものであった。中医協については後ほど報告する。
- ・原澤議長が来年、代表者会議の議長に就任するので、議長を退任したいと述べていた。
- ・その他、急性期の絞り込みや、その基準となる重症度、医療・看護必要度等についての議論も行った。

### 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50回診療報酬改定結果検証部会（9月28日）

- ・夜間の看護要員配置に関するものから後発医薬品に関するものまでの5本の調査を行うという趣旨であるが、調査目的、客体、スケジュール等の内容については後ほど参照を願う。
- ・検証部会の結果検証に係る調査については電子レセプトのデータを活用し、できるだけ現場に負担をかけない形で行う。

#### (2) 第336回総会（9月28日）

- ・DPCに係る定例報告であるが、平成28年度医科点数表改定の影響の反映ということで、一部の該当項目に内容や名称の変更が加えられた。地域がん登録に係る評価は廃止され、新型インフルエンザについては、まだ未熟なのでその評価を見送ることになった。
- ・病院情報の公表については、そのための手続が済んでいない場合には2カ月程度遅れてもよい形になった。
- ・新たに向精神薬に指定される内服薬に関しては、デパスとアモバンが薬価基準に収載されている。
- ・平成27年度に初めて医療費が40兆円を超えた。調剤で9.4%と伸びが目立っており、医療費の伸びは薬剤の伸びの影響が大きい。薬効分類では、化学療法剤が0.77%と他と比べて1桁高い伸びになっている。

#### (3) 第119回薬価専門部会（10月5日）

- ・これまででは特例として対応するとか業界からヒアリングするという進んできたが、いよいよどういう形で高額薬剤に対応するかを決める段階になった。
- ・1つ目の方法は、最適使用推進ガイドラインを作ることである。使える病院についてはこれを使える形にしておく必要があると考えて、発言もしている。
- ・2つ目は高額な薬剤への対応ということで、いかに薬価を減らすかということである。
- ・今後の具体的な論点としては、どの範囲に薬剤を限定するかということと、それをいかに算定するかということの2つを論点にする。

**(4) 第2回入院医療等の調査・評価分科会 (10月12日)**

- ・ 2号側委員の要望により、療養病棟について毎年調査することになった。
- ・ 平成28年度調査では、①重症度、医療・看護必要度等、②地域包括ケア病棟、③療養病棟、④退院支援における在宅復帰率に関して評価の見直しの影響調査等が行われる。
- ・ 調査対象となる施設数は全体で約5,000であり、ほぼ日本全体の病院をカバーする規模になる。

**(5) 第181回診療報酬基本問題小委員会 (10月19日)**

- ・ 届出病床数だけではなく病床利用率も必要だという考えから、平成27年度と28年度の2年にわたり病院調査票にその項目が入れられた。地域の自治体との連携についての質問も加えられている。
- ・ 前回の改定のときには、医師がきちんと診察して判断したにもかかわらず、それがきちんと入っていないという反省があったので、その内容を盛り込んでいる。
- ・ 療養病棟についても、医療区分別の入院患者数という形で内容が追加されている。

**(6) 第337回総会 (10月19日)**

- ・ 患者申出療養評価会議からの報告に関して、それは基本的な設計理念と異なるとして議論になった。問題となったのは患者に対する先進医療についての申出療養の実施計画書の適格要件評価であり、その緩和事項について懸念があるという指摘である。
- ・ 先進医療会議としては一部修正の上でそれを認めるという結論になっていたが、そのことにも批判が相次ぎ、次回からは適格基準をいたずらに広げることがをせず、患者起点であることがわかる仕組みの実施計画にする形で医療課長が引き取って議論は一段落した。

**(7) 第43回調査実施小委員会 (10月19日)**

- ・ 次回の医療経済実態調査に関して、その実施に向けた作業や回答率を上げる方法等について議論した。
- ・ 平成27年度の回答率は64.6%であるが、有効回答は52%と低くなる。回答に空欄が1つでもあったと無効になるので、今後それをできるだけ防ぐ工夫をする。
- ・ 回答しなかった理由は多い順に、「多忙」、「調査内容が難しい」、「アンケート調査には協力しない方針」であった。
- ・ 医療法人の事業報告書を調査に利用できないかとの提案もあったが、法人に複数の施設があった場合にそれを分けて報告することは難しい等の技術的問題もあり困難と思われる。

**4. 四病協について**

下記会議の報告があり、了承した。

**(1) 第3回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会 (9月28日)**

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・ 日病から平成28年度の診療報酬、今年度の定期調査の集計結果を福祉医療機構に報告した。どの病院も増収のために頑張っているのが、材料費、人件費などの経費が非常に増えており収益が圧縮されている。
- ・ 福祉医療機構の在り方に関して、機構による長期・固定・低利での病院への支援や医療機関の負担が軽減される政策融資制度の必要性などについて述べられた。
- ・ 病院が医療機器や電子情報関連機器の投資・保守点検に要する費用は日本は他国と比べて異常に高いので、その実態についての調査を日病の医業経営・税制委員会で新たに行う。
- ・ 熊本地震により被害を受けた医療機関に対して福祉医療機構が実施している支援について、状況報告がなされた。
- ・ 平成29年度の税制改正要望に対して、医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特別

措置の延長、地域に必要な医療を担う医療機関の事業の継続に関する税制の創設等を厚労省から財務省に働きかける。

## (2) 第6回総合部会（9月28日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・日本専門医機構には四病協から理事が2人出ており、その説明があった。
- ・サブスペシャリティ領域については、基本領域学会とサブスペシャリティ学会等で検討委員会を設置し、機構でチェックを行い、サブスペシャリティとするかどうか決定する。認定料は5年間分で1万円を徴収する。
- ・現在のプログラムでは総合診療専門医が家庭医になってしまうおそれがあるので、四病協として病院総合診療医の必要について引き続き要望していく。
- ・災害医療を国家として統合するための提言を日病から提示し、四病協で承認された。

## (3) 第6回日医・四病協懇談会（9月28日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・災害医療等については、ここでも前向きに検討することでまとまった。
- ・日本には海外で通用する英文の論文雑誌がないので、英文の「JMAジャーナル」を復活させて日本医師会として発行する。

## (4) 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。

- ・猪口委員長から、中医協のDPC評価分科会、薬価専門部会及び結果検証部会についての報告がなされた。
- ・10月中に提出を求められていたDPC病院の病院情報の公表7項目については、2カ月ほど延びても受け付けられることになった。
- ・薬価専門部会では、眠剤としてよく使われているデパスやアモバンを向精神薬に認定した。
- ・最適使用推進ガイドラインについて、高額薬剤を使用しているケースで諸要件を満たさなくなった場合に保険で薬が出せなくなると大きな問題を生じるとして、話し合っている。
- ・平成28年度診療報酬改定における疑義解釈（その7）について、その内容の確認を行った。
- ・療養病床の在り方等に関する特別部会の資料に基づき、介護療養病床6万床がなくなる問題等についてフリートーキングを行った。

## (5) 第5回医業経営・税制委員会（10月21日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成29年度税制改正要望に関連して、重点項目8項目についての意見交換を行った。
- ・税制については、例年12月末に与党税調の大綱が出るので、それに向けてロビー活動を進めるために全国の関連衆参議員の名簿をリストアップして、医療関係団体で議員へのアクセスのための一覧表を作成し行動する計画である。
- ・日病としては四病院団体協議会版の税制要綱をもとにして、統一したフォーマットの文書を使って具体的に行動する。
- ・持ち分あり医療法人の帰趨に関して公認会計士事務所が調査をした結果の報告があり、前回の平成23年と今回とでほとんど変化がないということが示された。

梶原副会長は、本年末までに自民党の税制大綱を作るわけであるが、年が明けたら解散総選挙になるかもしれないので、今が議員の協力を得るのに一番のチャンスであると述べた。

## 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3回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会（10月5日）

松本（隆）理事より、以下の報告があった。

- ・在り方委員会については社会保障審議会にかかる前に私案として新しい類型を決めて、社会保障審議会でも法制化するという方向になっている。
- ・医療療養病床の25対1と介護療養病床をどうするかについては、日病案として院内老健的な施設を提案しており、社保審の特別部会で議論が進んでいる。
- ・再延長したいという意見もあったが、新しい類型という方向で今ようやく進み出したところである。保険は、介護については介護保険でという形になる可能性が高い。
- ・人員配置については単一ではなく複数案があり、実情に合わせて多様な形を認める形になっている。
- ・施設基準については、現行案では今の病院施設を使うことになっているので、老健に近いものは難しく、今のままの状態でも認める方向であるが、新しく建て替えたときには新しい基準に移行するほうが合理的ではないかということで議論が進んでいる。
- ・施設になった場合に患者の費用負担が増えることが考えられるので、これに対しては対応が必要である。
- ・最終的な目標を年度内に決めないと平成30年に間に合わないので、あと2～3回の会議でまとめる方向に行くのではないかと。意見があれば、寄せてほしい。

武久理事は、以下のように述べた。

- ・2008年から日本の人口は減っており、高齢者とそれを支える人間のアンバランス化が進むことに伴い、大きな医療改革が起こっている。
- ・社保審は26日に具体的な案を提示し、それに対して2回ほど論議して、11月末には大筋を出し、12月7日に完了というスケジュールを考えている。
- ・介護療養型の一部に今のままで残してほしいという要望が強く、これについては1型で今の介護療養と同じ配置でいく案を出してきている。2型は老健とよく似た形として、医師は100人に1人、看護・介護が3対1、そのうち看護を7分の2程度にするということであり、全体としては3年間ほどの経過措置を考えているようである。
- ・これに反対だけしていても人口はだんだん減ってくるので、介護療養型を医者3人でやるほうが得か、医者は1人でよいから老健型にするほうが得かということ、よく考えたほうがよい。
- ・基本的には介護療養型については点数を下げ、老健型に移行したところについては利益を確保することによりそちらに誘導する方向の政策をとってくることは間違いない。7対1、10対1の大幅削減の狙いは明らかであり、中途半端な急性期病院をこれからどう立て直すかが重要である。

## （2）第8回医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（10月6日）

報告は資料一読とした。

## （3）第5回医療計画の見直し等に関する検討会（10月7日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・これからの一番の問題は高齢化と少子化であり、それによって疾病構造が大きく変わるが、厚労省は5疾病は広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病であり、5事業は医療の確保に必要な事業であるとして、5疾病・5事業を医療計画に書き込むことになった。
- ・医療の確保に関する事項の見直し、高齢化の進展による疾病構造の変化に対応した施策の実施、学術団体等の取組の医療計画への反映、健康増進計画、医療のナショナルデータベースの活用等について議論したが、健康局で既に決められたことが議題に上がってきて我々は後で追認する状況になっているだけではないかと危惧している。健康局での議論を

どこがどうコントロールするのは大事な問題である。

- ・脳卒中と心筋梗塞の医療体制の検討についても健康局では議論が遅れているようである。糖尿病の医療体制についての議論においても、きちんとしたデータに基づいた議論ができていないようである。
- ・地域医療構想に関するワーキンググループでは、我々のガバナンスが効いている。そこでは、医療計画で作られる基準病床と計算方式で出される構想区域ごとの必要病床数をいかに調整するのかについて、その関係性を整理する議論がなされている。
- ・療養病床のベッドをどうするかについては、療養病床の在り方等の検討会での結論を踏まえて見直すことになった。
- ・今後、地域によって急激な人口の増加が見込まれる場合には、基準病床数を都道府県ごとに決められる特例事項が医療法にはあるので、それを利用することに決まった。
- ・各地域における調整会議の進め方については、将来の医療提供体制を構築する方向性を共有するために、公的医療機関、国立病院機構、地域医療支援病院、特定機能病院、その他の中心的医療機関が担う医療機能をまず最初に決めて、そこで不十分なものを次に議論するという方法が厚労省から提示された。
- ・各医療機関にデータをしっかりと返して自分の病院がどんな医療を今やっているのかわかるようにしてほしいと厚労省に要望した。
- ・在宅医療の推進については在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで討議をするのであるが、病院団体から誰も委員が入っていないので我々のガバナンスが発揮できていない。地域包括ケアは本来、かかりつけ医と地域包括ケア病棟を持つ病院とが連携して担うべきであるが、それに関しては全く書かれていない。
- ・高齢者が増えて大変になるのは肺炎、心不全、大腿骨頸部骨折、脳梗塞の4つであり、これについての医療と介護の連携が一番必要であるが、それについて全く書かれていないので、しっかりと議論をしてほしいと意見を述べた。

#### (4) 第48回社会保障審議会医療部会(10月20日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・これまでは医師の需給分科会が医師の需給推計の議論をしていたのであるが、医師・看護師等の働き方ビジョン検討会が厚労省の中に医政局長の諮問機関として突然作られて、その検討結果をもって医師の需給分科会の議論を始めることになった。その検討会の位置づけをはっきりさせるように求めたが、厚労省の答えは曖昧であった
- ・今、医療機関のウェブサイトでどういう表示をするかが問題になっており、ウェブサイト上に医療機関が出した情報は広告ではないということを基本にしながら、医療法を改正して、虚偽や誇大な内容があった場合にはそれを規制し罰則を科す方向で検討する。
- ・遺伝子関連検査等の品質・制度の確保については、最初は遺伝子関連の検査をどうするかを議論していたはずであるが、諸外国では医療機関が行う検体検査全てについて規則があって管理されているとして、遺伝子だけでなく医療機関が自ら実施する検体検査の全てについて品質・精度管理に係る基準を定める規定を新設するために医療法を改正するという議論が出されてきた。

#### 6. 治験統括センターの情報登録・情報更新について

堺会長より以下の報告があり、了承した。

- ・日本病院会では、ここに記載されている団体と契約して治験の協力を進めようとしているが、参加者が少ないので、その再登録あるいは情報更新をしようというものである。
- ・これまでと変わった点は治験検査委員会の位置づけだけであり、今まではIRBは先端医療推

進機構に依頼していたが、今回からは自病院のIRBを並行して開催してもよいことになった。

## 7. セプター訓練について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・内閣官房情報セキュリティセンター（NISC）を中心に、情報インフラにおける情報セキュリティ対策に係る第3次行動計画に基づいてセキュリティ対策を行っている。
- ・国際的には金融部門、鉄道部門、防衛部門などが中心になっているが、医療機関も別ではないということで日本病院会がセプターの役割を果たして訓練を行っている。
- ・医療機関のホームページがサイバー攻撃に遭っているという例もあるので、そこにも今後、対策を講ずる必要がある。

## 8. 第2回～第4回常任理事会承認事項の報告について

報告は資料一読とした。

## 9. 賀詞交歓会－新年の集い－の開催について

宮崎副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・平成29年賀詞交歓会を1月13日金曜日午後17時30分から帝国ホテルで開催する。
- ・当日、常任理事会が直前に開かれるので、移動用のバスを準備する。

### 〔協議事項〕

#### 1. 社会保障審議会医療保険部会の議論について

堺会長は、以下のように述べて権丈参与に資料に基づく説明を求めた。

- ・今回は社会保障費の削減についての議論である。骨太2015では、社会保障費の高齢化による増加分を除き、増加を前提とせず歳出改革に取り組むということで3年間で1.5兆円、1年では約5,000億円とすることになった。試算の年6,400億円からは1,400億円の圧縮になる。
  - ・債務累増の主因は社会保障における給付と負担のアンバランス構造であり、これを放置することは将来世代への負担の先送りになるとして、さまざまな議論がなされている。
  - ・消費税の10%への増税が2年半先延ばしになったことで財源について苦慮している中で、医師の地域遍在、適正配置の問題も含めて手短かに話してほしい。
- 権丈参与は、以下のように述べた。
- ・大もとを間違えると、あとは全てうまくいかない。つまり、財政金融政策の下部構造でミスをする、上部構造で幾らロビー活動をしてもうまくいかない。
  - ・社会保障と税の一体改革では、昨年10月に消費税を10%に上げ、次の増税を2018年4月に実施し、その財源で同時改定を迎え、さまざまな課題を全部実現するというのが当初の予定であったが、増税が先送りになったので、問題はこれをいかにして復活していくかということである。
  - ・研修枠は、医師にはプロフェッショナルフリーダムが認められると同時に地域のニーズに応える社会的責務があるという考えのもとで多くの先進諸国で実施されているということが重要であり、医師需給分科会では研修枠に関して、この形でまとめていくことができればという方向で大体今おさまっている。
  - ・ホームカミング・サーモン仮説によれば、サケが生まれた川に帰るように地方出身の医学生は卒業後、地元に着する確率が高い。WHOのシステムチック・レビューにも「地方出身であることが、地方での診療と最も強く関連した、唯一の要素と思われる」と書かれている。
  - ・大学医学部には現在約1,100人の地域枠があるが、その4割強しか地元枠がない。これをあ

る程度拡張して奨学金で補助する仕組みを作れば確実に定着率は高まる。総合診療医という家庭医を育てると、その人たちは地域に残るというデータも出てきている。地域に1～2年間の単位で留学させると地域に残る傾向があるということも証明されている。

- 地元を育てる、地元から学生を入れる、総合診療医を育てる、若いときにしっかりと地方で経験を積む、これらの政策を学校教育、保険医の登録、管理職登用のそれぞれのところにかに組み込むかが課題である。
- 現在は都心の進学校の生徒が地方大学の医学部を占めるような状況であり、1県1医大構想が機能しなくなっているため、地元枠等の政策技術を組み込む必要があると医師需給分科会で議論されている。
- この国は赤字国債を発行して福祉国家を作るという「給付先行型福祉国家」を選んできた。給付を先行させたので、増税分を全て社会保障に回すことはできない。この点をしっかり押さえて社会保障と税の一体改革の議論をすべきである。

松本（文）理事は、以下のように述べた。

- 大学の現在の教育制度は臓器別になっているので、学生たちはプライマリーのことは全くわからない。また、その指導は論文中心であり臨床ではない。将来そういう学生が教授になって学生を指導するときに医療とは何か、地域医療をどうするかということは考えずに専門教育だけを行うという問題があるが、このことも同時に解決しなければならない。
- 大学の臨床の教授が臨床力ではなく論文力で決められているところを変え、教授の立候補要件として地方や途上国での医療を3年やるというような改革をしなければ、この問題は永遠に解決がつかない。ぜひともそういう論議をすべきである。

堺会長は、いろいろなファクターの中の1つとして、出だしの医学部教育がおかしいのではないかという指摘を松本（文）理事から受けたと述べた。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- 医師を目指す者は、公正にチャンスを与えられなければならない。例えば、専門医制度で地域の診療科目ごとに定員を設けることは公正な競争につながるが、競争を地域枠で絞ってしまうと不公平になる。
- 地方の大学に行ったら地方でしか医者をやれないような制度を導入するなど、専門医制度を変更していくことも可能である。

権丈参与は、以下のように述べた。

- 医学部の入学定員には恒常枠があるが、その部分については誰も議論をしていない。いわゆる地域枠というものは、2007年ごろから臨時的に定員増を認めているところに関して地域を意識してほしいという程度でしかない。
- 地元枠を設けているのは、その中の半分にも満たない。多くは地域枠ではなく奨学金枠でやっており、その全体を地元枠にすることは誰も考えていない。

堺会長は、権丈参与が言うように地域枠はわずかにすぎないと述べた。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- 特定の試験に地方枠のような制限をつけるのは変であり、入学時には学力による競争に絞るべきである。
- ウェブの広告で最初から嘘をつくということがまかり通っているが、規制が進まない。それを放置しておいて、よくなるはずがない。別のところから根本的な解決を図らない限り日本の医療はよくなるしない。

堺会長は、自由標榜制になってくるので、なかなか難しいところがあると述べた。

松本（文）理事は、以下のように述べた。

- 今度の専門医制度では、それぞれの医療科目ごとに日本の疾病構造に見合った形の定数を定

め、一極集中を防止するために面積と人口割で保険医の定数を決め、一定期間は地域で働くことを義務化する必要がある。

- ・憲法では、公共の福祉に反しない限り職業選択の自由を保障しているが、公共の福祉とは医療者が担っている枠であるから、一定の強制力を法的に作る必要がある。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・疾病構造に見合った定数に関しては日病でも専攻医の募集でマッチングをしてはどうかと主張しているが、大学あるいは専門医の学会は初期研修でもマッチング制度が諸悪の根源だと反発しており、議論が先に進まない。

- ・中井常任理事は地域枠が公正でないとしたが、それに代わる考えはあるか。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・医師が自由に開業できて、それがうまく機能するように護送船団で守ってもらえるような制度だからだめなのである。

- ・結局、東京でも開業医がたくさんやっているので、地方へはなかなか行かない。既得権を持った人たちには制度の改革は絶対できないので、法律で行うしかない。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・今現在は自由標榜制で何科の開業医になるのもオーケーであるが、厚労省はこれを将来的には許さない方向に徐々に動いている。

- ・専門医制度が本当に確立してくると、そこで取った資格でしか標榜ができない、ドイツのように地域の各診療科ごとの開業医数を適正に決めるという方向づけでいくのであろう。

- ・人口も減るので、5年、10年先のところでは大きく変わらないといけない。人口動態の変化に合わせて国は二、三年かけて転換を進めている。

- ・たばこによる健康被害のために医療費を支払うことになっているので、たばこ税は全額、社会保障に入れるべきである。

- ・社会保障費を一千数百億円削ることよりも同額の増収を図ることを考えるべきであり、国民が納得する形で増収を上げる方法は幾らでもある。介護保険の審査会による介護認定に年間600億円をかけているが、このような無駄を省くことも重要である。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・たばこ税だけでは財源が不足するので、他の財源が必要である。消費税ではなく所得税の最高税率を上げればよいという話もあるが、所得が高額であればあるほど課税対象者の数は減っていくので、所得税で消費税と同じ増収を得るためには他の国よりも高い課税最低限を下げなければならない。

- ・GDPに占める法人税の割合は、他の国よりも日本は高い。たばこ税で来年の100億円や200億円はしのぐことができても、大もとの給付先行型福祉国家のバランスをとるところまで持ち込むためには、所得税の中・低所得者の協力を得ながら消費税も上げていかなければならない。

梶原副会長は、以前にたばこの値上げをしたときには増収が三千数百億円増え、葉たばこ農家や小売店の保障も全部やってもなお約2,000億円が残ったと述べた。

権丈参与は、たばこを今の金額から2倍ぐらいに上げることはもうできないので、たばこ税にはそんなに期待できないと述べた。

梶原副会長は、東京オリンピックに向かって禁煙をすとか、子供にたばこを吸わない習慣をつけさせるということを理由にすれば国民が納得して、国会でも承認されて増収になると述べた。

権丈参与は、梶原副会長の主張に反対はしていない。累進課税も強化したほうがよいが、実は定率減税や一括減税の庶民減税のほうが総額が圧倒的に大きいと述べた。

梶原副会長は、戦後直後はものすごい累進であったと述べた。

松本（文）理事は、以下のように述べた。

- ・資産が1億円以上ある人から1%の税を取ると20兆円の財源になる。現在、大企業の内部留保は37兆円であるが、その大企業はほとんど税金を払わなくてよい仕組みになっている。
- ・保険料率は協会健保と大きな健康保険組合等では全く違うが、同じ給料に対して同じ保険料率で徴収すれば、4兆円ぐらいはすぐ出ると聞いた。
- ・たばこ税等の個別論議に陥るのではなく、根本的なところにまで踏み込んで財源の問題を考えるべきである。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・資産を多く持っている人たちは課税から逃げる方法も知っているので、資産課税の強化によって税収を上げるのはどこの国も難しい。
- ・国際比較をすると、この国はフローとしての所得税や付加価値税等のところが低いことは確かである。
- ・かつては医師の数を増やして、バケツから水が漏れて地方に行くというシステムだったが、これからはそのシステムでやっていけるほどマンパワーに余裕がないので、制度的に最初から地方に配分していく形でやらねばならない状況になってきている。

望月理事は、以下のように述べた。

- ・地域枠が不公平という意見があったが、地域枠は必要に迫られてできた制度である。弘前大学では120人のうち60人が地域枠であるが、東北地方の医師不足は目を覆うばかりであり、それほどまでにして医師を置かないと医師不足は何ともならない状況である。
- ・医師の遍在を解決するためには、法律で行うしかない。これから専門医制度を議論するときには、法的な縛りも含めて議論する必要がある。
- ・自由開業制の問題はさて置き、地域医療の基本法的グランドデザインを描く方向性を持っていかなければ、医師の遍在は解決できない。

堺会長は、岩手県知事がそのことを言っていたと述べた。

望月理事は、岩手県知事は6月の日本病院学会で地域医療基本法の必要性ということでその講演をしたと述べた。

副島支部長は、以下のように述べた。

- ・今、医師の遍在は人口当たりではアメリカとそれほど変わらなくなりつつある。総合医というものがないので、マルチタスクに対応できないという問題もある。病院会で独自に総合医作りを進めたほうがよいのではないか。
- ・専門性が高いところをやらなければならないので、論文を書くのは大学で、総合医を育てるのは地域や病院でと、組織的に育てるのが現実的である。

梶原副会長は、よれはよいアイデアであると述べた。

副島支部長は、病院会全体で地域性を持たせたプログラムを何種類か作って、育てたらよいのではないかと述べた。

堺会長は、大変魅力的な提案があったが中島常任理事はどう思うかと尋ねた。

中島常任理事は、大賛成である。きちんと現場で働いて本当にわかった者が育てるようになるので、これはやるしかないと答えた。

副島支部長は、これは日本病院会の事業に一番ふさわしいので、実施して事実上の標準を作ったほうがよい。地域からの評判がよければ実体化して制度化されていくのではないかと述べた。

梶原副会長は、実績を上げれば確かにそうである。今、日本国民は1,700兆円を持っていると言われているが、65歳以上のところに1,500兆円あるという。それを社会保障のために出す

知恵はないかと権丈参与に尋ねた。

権丈参与は、それは難しいので軽々には言えないと答えた。

梶原副会長は、200兆円しかない若者から保険料を取って年寄りに充てるというのには矛盾を感じている。保険料の5割近くが高齢者に持っていかれるのであると述べた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・高齢者に保険料を自己負担させる制度を作ろうとすると、メディアが騒いで特例措置が行われる。官僚は最初にできた法律に特例措置を設けて、それを取り外すために10年単位で動くという仕事がメインになっている。
- ・今でも年金の給付が減るといって野党が騒いでいるが、その減額された分は孫、曾孫の年金に回っていくという話である。
- ・高齢者が資産を多く持っているのはどの国でも仕方がないことであるが、今行おうとしている改革は手ぬるいのであり、もっと厳しくやっていかなければ将来の資産を食い潰してしまう。
- ・赤字国債は将来の人の資産を食い潰すことになるので、何とかしなければならない。

松本（文）理事は、以下のように述べた。

- ・先ほど副島支部長が提案した院内で総合医を作る話には大賛成である。
- ・私の病院は一切患者を断らないという方針で、困ったときには互いに情報提供して勉強する中で相当程度の総合医ができた。システムのことばかりが語られているが、きちんとした指導医がいるところでないとは病院総合医はできないのではないか。
- ・専門医制度の中の総合診療は、家庭医中心のプログラムのようである。病院と家庭医とは違うので、そのあたりを踏み込んだ形で議論する必要がある。
- ・中小病院では自ら総合診療医を作るしかないし、そうしなければ将来性はないので、地域に即した政策展開ができる方向で専門医制度も考えてほしい。
- ・副島支部長の提案を日本病院会として取り上げ、そのプログラムを作りまで行ったほうが建設的である。

堺会長は、総合診療医については確かに家庭医に偏っているので、専門医機構には事あるごとに意見していきたいと述べた。

篠原参与は、以下のように述べた。

- ・アメリカでも診療科の医師の偏重が起こっており、学生がレントゲン科と眼科と麻酔科と皮膚科を非常に志望する。成績が優秀な学生ほどそこに行きたがる。そういう若い学生たちの意識も考えながら議論していかなければならない。
- ・日本では各診療科に入る学生の人数に制限がないが、専門医の段階で制限してもかわいそうなので、その科に入る段階である程度の絞り込みができるようにするとよい。
- ・全ての大学に総合診療科を設置することを義務づけて、そこに入る人数を多く割り振ることも考えてよい。
- ・各大学あるいは各病院でどの科の研修をするかを制限することができれば総合診療医を作ることにもつながり、そこで育った総合診療医がどんどん地方に出ていく可能性にもつながるのではないか。

直江常任理事は、以下のように述べた。

- ・大学ではどうしても論文とか研究が非常に大きい。専門医を育てても、優秀な専門医であれば需要がいっぱいある。ニーズは、掘り起こせばどんどん出てくる。
- ・病院においては、初期研修ができる病院であれば、診療科横断的な環境で非常にコミュニケーション能力の高い研修医をたくさん作れる。彼らがERを支えてくれるので、専門医は楽になる。発展する病院とそうでない病院との差はそこにある。

- ・総合医が病院で育ってくると、数年間はしっかりいてくれるが、その後のキャリアパスがはっきりしていないという問題がある。
- ・研修医がいる病院から全くいない病院に研修医を派遣しようとする、大学がそこから引いてしまうこともある。病院で育てた後にキャリアパスと人事異動をどうするのか、大学とどう折り合いをつけるのかに一番苦勞している。育てることには大賛成であるが、その後のことも考えなければならない。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・現在、各地域の行政機関が持っている研修センターはほとんど機能していないので、もったいない。日本医師会がそれとは別に新たなセンターを作ろうと言っていたが、その後どうなったのかわからない。
- ・キャリアパスを考えた場合、確かにしっかりしたものがないと若手は不安になるので、考える必要がある。日本病院会だけでは難しいが、仕組みが悪いと言っているかもしれないので、我々も取り組まなければならない。
- ・第3期医療費適正化計画に関連して医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会というものがあるが、病床機能の分化や連携推進を行えば0.8兆円から1.1兆円規模の効果があると言っている。財源は欲しいわけであるが、そういう意味で我々も汗を流す必要がある。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・あの専門調査会には2つの流れがあって、国民会議系統の流れと諮問会議系統の流れが同時に組み込まれている。私は、経産省のもとには置くなと言っただけを内閣官房のほうに置いてもらっているが、この諮問会議系統のほうから医療費適正化という形で出てきている。
- ・諮問会議の流れがあるのであそこで医療費を抑制するとか言わざるを得ないが、誰も余り信用していない。

堺会長は、突如出てきたことなので少し驚いていたが、今の話を聞いてよかったと述べた。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・何らかの規制を加えないと遍在は解決しないということに関して、7割近くの医師がそれを受け入れるというアンケート結果も出ている。しかし、実際にそれを構築していくには10年はかかるであろう。特効薬はないので、地域枠のような形をとらざるを得ないというところはある。

堺会長は、地域医療連携推進法人で今議論されている構想区域は狭い領域であるが、あれがもう少し大きくなれば人、モノ、金、情報の連携がうまくいくのではないかと思うが、その辺はどうかと権丈参与に尋ねた。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・あれを上手に利用できれば、マンパワーの適正配置やいろいろな異動の中で協力しながらやっていくことができると思うので、ぜひ利用してほしい。
- ・まだへき地の島とか、そういうところであるが、おかしかったら制度は変えればよいので、改善点を示してやっていただければよい。

堺会長は、あくまでも構想区域の中だけということかと尋ねた。

権丈参与は、原則そのような感じであり、二次医療圏の中でという話になってくると答えた。

堺会長は、名前は違う形で、もう少し広域化はできないのかと尋ねた。

権丈参与は、細部のところまではわからないので、もう少し考えさせてほしいと答えた。

堺会長は、済生会グループ等ではどう考えるかと岡留副会長に尋ねた。

岡留副会長は、岡山方式の打診があったときには地域医療構想の中で動くのに非常によいシステムだと思ったのであるが、済生会は1法人1定款で動いているので本部の意向を無視でき

ず、本部に拒否されたので、それからは一切進んでいないと答えた。

堺会長は、日赤はいかがかと尋ねた。

富田参与は、以下のように述べた。

- ・原則として、互いが話し合えて互いに協力できる場ということで連携法人が動くのであれば、私たちは原則賛成である。
- ・しかし、あの法人の規則を厳密に解釈すると、経営決定権まで法人理事会が持つてしまうのに経営責任はとらないので、そのような組織は難しいという話をしている。
- ・経営決定権を持たずに協力する、協議する、よいことは一緒にやるというのであれば大賛成である。

堺会長は、国立病院機構は優秀な病院が多いので、それには関係ないかと尋ねた。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・岡山医療センターに声がかかっており、対応状況としては富田参与が言ったことと全く同じである。
- ・文部科学省が岡山大学から大学病院を独立させた別法人にしてもよいという方向を出しているので、国立病院機構も岡山医療センターだけ別にしろと言われる可能性もあり、そうなったときの対応についてはまだ決めかねている。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・私はもう大学附属病院はやめたほうがよいと思っていた。一般の市中病院と同じにしてしまえばよいと思う。
- ・しかし、臨床、研究、教育の3つがあるので確かに難しい。どんな立派な人でも3役というのは厳しいのではないか。

楠岡参与は、大学の場合、研究と教育もあるので、大学病院だけでなく医学研究科と大学病院のセットで切り離さないと意味がない。そうすると、今まで単科医科大を総合大学に組み入れてきたのと逆のことをやらなければいけない話になるので、どう解決してよいかわかりにくいところがあると述べた。

堺会長は、それに関しては四病協がメディカルスクール構想を出したときに、臨床と研究、教育を分けた大学院大学を両方作ればよいという意見もあったが、なかなか話が進まなかったと述べた。

土井常任理事は、以下のように述べた。

- ・今の地域包括ケアシステムでは、中小病院の役割が非常に大きい。その中で、病院総合医が非常に大切になってくる。そういう医師が中小病院に上手に回ってくるかどうか、なかなか難しい。総合医を養成する場所がまだはっきりしていないし、流れを見ていると大学中心になっているのではないか。
- ・アイデアとしてはよいのであるが、そこに本当に集まっていくようなシステムがないと難しい。しかし、非常によい考えであるので、そのあたりを日病で少し考えてほしい。

梶原副会長は、ここは理事会なのであるが、先ほど日本病院会で病院総合診療医を育ててはどうかという話があり、みんな賛成と言っていると述べた。

土井常任理事は、絶対賛成であるが、どのようにするか少し見えないといけなると述べた。

梶原副会長は、全員賛成なのかどうか、それによって堺会長が方針を決めなければならないと述べた。

堺会長は、賛成者の挙手を求めた。

(圧倒的多数の挙手により承認)

堺会長は、最近自分は地域包括ケア病院というものを提唱している。それは大病院ではなく中小病院が地域包括ケア病棟・病床の機能を持ち、連携して、人、モノ、金、情報を一緒にや

ろうというものであるが、なかなかうまく進捗していない。しかし、また懲りずに提唱していきたいと述べた。

## 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。