

日 時 平成28年12月17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、藤原 秀臣、大西 真、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（各常任理事）

柏戸 正英、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（各顧問）

高久 史麿、楠岡 英雄、邊見 公雄、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）

望月 泉、後藤 敏和（代理：大石 広助）、原澤 茂、崎原 宏、片柳 憲雄、
松本 隆利、今川 敦史、中川 義信、細木 秀美（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）

島 弘志（委員長）

（新入会員）

松森 良信（兵庫県 社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 院長）

藤本 莊太郎（兵庫県 地方独立行政法人 明石市立市民病院 理事長）

総勢54名の出席

堺会長の開会挨拶に続いて新入会員紹介が行われ、尼崎だいもつ病院（兵庫県）の松森良信院長及び明石市立市民病院（兵庫県）の藤本莊太郎理事長からの新入会員挨拶の後、梶原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11月27日～平成28年12月16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 2 件〕

①医療法人・医療法人社団白美会 白根大通病院（会員名：新田幸壽院長）

②その他法人・一般財団法人京都地域医療学際研究所 がくさい病院（会員名：小西哲郎病院
院長）

〔正会員の退会 1 件〕

①医療法人・医療法人啓信会 京都四条病院（会員名：中野昌彦院長）

〔下記会員より退会届出があったが、役員慰留により撤回 2 件〕

①福岡県・独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院（慰留者：岡留健一郎副会長）

②福島県・一般財団法人脳神経疾患研究所 総合南東北病院（慰留者：堀江孝至支部長）

〔賛助会員の入会 3 件〕

①A会員・株式会社同文書院（代表者：宇野文博代表取締役）

②A会員・ジャパンビバレッジホールディングス（代表者：秋本定己取締役営業本部長）

③A会員・コクヨマーケティング株式会社（代表者：西川弘高取締役社長）

平成28年12月17日現在 正会員 2,463会員

特別会員 185会員

賛助会員 259会員（A会員108、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2件）

①公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会／第21回日本医業経営コンサルタント学会
広島大会後援名義使用

②厚生労働省／平成29年度「看護の日」及び「看護週間」の協賛

（継続：委員等委嘱依頼1件）

①厚生労働省健康局がん・疾病対策課／「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」への参画〔就任者…宮崎副会長〕

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

梶原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東京都・立正佼成会附属佼成病院 健康管理室

（更新3件）

①神奈川県・社会医療法人財団石心会 アルファメディック・クリニック

②福島県・一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院 予防医学センター

③台湾台北市・輝雄診所

〔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1回中小病院委員会（12月1日）

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・今回はウェブも併用して委員会を行った。
- ・2月18日に兵庫県神戸市で「地域包括ケアの中で担う中小病院の役割」と題して中小病院の情報交換会を開催する。
- ・第67回日本病院学会で「地域包括システムにおける中小病院のあり方」をテーマにして当委員会のシンポジウムを行う。

（2）第2回精神科医療委員会（12月1日）

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・不正申請発覚によって精神保健指定医89人の指定が取り消されたことが地域精神医療に与える影響について議論した。大きな影響はまだないが、来年1～2月に業務停止処分がなされた後の影響が危惧される。
- ・第67回日本病院学会における当委員会のシンポジウムは「明日は我が身か認知症－認知症を有する入院患者への対応－」をテーマとして掲げて行う。
- ・相模原事件の再発防止について検討した。退院前、退院後から行政等の関与をより強めることになるであろう。

- ・診療報酬改定においては、精神科リエゾンチーム加算基準の見直し、精神科救急の救急の入退院の加算、地域支援及び関係機関との調整への評価、クロザピン投与への評価、回復期におけるOTの配置とその評価、10対1入院基本料の平均在院日数を40日から60日に延ばすこと等を要望する。
- ・3月5日開催の「総合病院・大学病院の精神科について考えるシンポジウム2017」への日病の名義使用承認を願う。

(3) 第1回病院診療の質向上検討委員会（12月1日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・第67回日本病院学会のメインテーマが「医療人育成ルネサンス」になったことを受けて、当委員会のシンポジウムのテーマを「病院医療のあり方・今後の展望～治療と生活を支えるなど～」に決定した。
- ・演者には日看協の坂本会長、厚労省の岩澤看護課長、当会の相澤副会長、日経メディカルの満武記者を予定している。

(4) 医療安全管理者養成講習会第3クール（12月2・3日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・最近、参加者が減少傾向にあるので、参加者アンケート結果等も踏まえつつプログラムを工夫して、てこ入れを図りたい。

(5) 第1回医療安全対策委員会（12月9日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・来年度も東京、名古屋、大阪でアドバンストコースを行う。
- ・講習会については、参加者の興味を引くようなアピールを行い、プログラムも変更していく。

(6) 第2回専門医に関する委員会（12月5日）

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・日本病院版の総合診療医を各団体とも連携して養成していくという流れのもとに、今回の委員会を開いた。
- ・日本専門医機構の整備指針が最終的に決定されたことを受けて、それに対する対応等について話を進めた。
- ・来年1月16日に各委員が総合診療専門医について具体的な案を持ち寄って検討し、意見集約を行う。

(7) 第5回診療報酬・病院経営検討委員会（12月8日）

島委員長より、以下の報告があった。

- ・今回は万代中医協委員の出席もあり、拡大委員会として開催した。
- ・平成28年度診療報酬等に関する定期調査に関する最終報告書（案）について、確認作業を行った。
- ・中間報告時に記者会見を行っており、最終報告書（案）に大きな変更はないので今回は記者会見を行わない。次回は来年度の調査に向けた見直しのための委員会を2～3月に行う。
- ・報告書についての説明は永易小委員長に任せたい。

永易定期調査作業小委員会委員長より「平成28年度診療報酬等に関する定期調査－結果報告－」について、以下の報告があった。

- ・「はじめに」及び項番1から19までは変わりはない。項番20「DPC/PDPSの改定」、項番26「3期比較 経常利益、医業利益」が追加になった。
- ・「まとめ」の後に「平成28年度診療報酬改定に関する意見、要望事項」を、別添資料として「平成28年度よりDPC対象病院となった病院についての集計」及び「控除対象

外消費税負担額の集計」を提示した。

- ・主な調査項目は、平成27年6月、平成28年6月の診療収益、1人1日当たりの診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益等の前年比、平成26年度及び平成27年度の通年の医業損益等の比較であり、解答数は767病院、有効回答は730病院であった。
- ・1病院当たりの診療収益の前年比は、入院と外来を加えた収益がプラス2.32%、入院がプラス1.81%、外来がプラス3.51%であった。
- ・病床規模別では、病床規模が大きくなればなるほど収入増病院の割合が高くなり、対前年比も上がっている。
- ・1人1日当たりの診療単価の前年比は、入院がプラス1.85%、DPC対象病院がプラス2.01%、DPC対象外病院がプラス1.19%、外来はプラス4.00%と大幅増であった。
- ・延患者数の前年比では、一部の区分を除いて入院も外来も減少傾向にある。特に外来については、その傾向が強い。
- ・一般病棟、特定機能病院、専門病院における7対1入院基本料の算定割合は、300床を超えると80%を超え、400床を超えると90%を超えるが、199床以下では34.8%、100床未満では17.8%と中小病院の算定割合が低い。
- ・7対1入院基本料の新要件を満たさない病院が66病院、14%であった。ベッド数では2万1,000床が対象になっている。
- ・療養病棟入院基本料の新しい施設基準であるが、医療区分2または3の患者の割合が50%の基準を満たしている病院は、療養病棟入院基本料2において54.4%にとどまっており、非常に厳しい状況である。
- ・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット等については、ほぼ新基準を満たしている。
- ・地域包括ケア病棟入院料は、合わせて90.9%の病院が届出をしている。
- ・回復期のアウトカム指標は今年の12月までの経過措置である。
- ・DPC/PDPSの改定では、DPC病院Ⅲ群の実績要件の割合と平均値について、実績要件を満たす病院数が最も少ない基準値以上の要件は3cであり、割合は11.5%にとどまっている。非常にハードルが高い結果である。
- ・保険外併用療養費については、初診は4月以降、最小値が5,000円、再診は最小値が2,500円、最大値が8,640円、平均が2,766円という結果であった。
- ・経常利益の状態については、中間報告時よりも若干赤字病院が増えて58.3%になっている。医業利益についても同様に65.8%に赤字病院の割合が増えた。
- ・全病院の医業収益は前年比1.7%の増、医業費用の増については2.8%であり、内訳として医薬品費を中心に材料費が最も伸びている。
- ・1病院当たりの経常利益は、平成28年6月単月でマイナス2,487万円、医業利益はマイナス4,430万円であった。年度比較で経常利益の赤字がマイナス280万円からマイナス5,077万円に、約5,000万円拡大している。
- ・経常利益は昨年比で黒字病院が53.1%から52.0%に減少し減益病院が49.2%、医業利益で見ると赤字病院割合が61.6%から63.5%に伸びており減益は50.8%であった。稼働100床当たりの経常利益はマイナス1,437万円という結果であった。
- ・平成26年から27年にかけて病院の経営は若干改善したが、平成28年度はまた赤字病院が増えている。
- ・平成28年度診療報酬改定に関する意見、要望事項を記載しているので一読を願う。
- ・現在、次年度に向けての課題を精査しているところであるので、ぜひ意見を寄せてほしい。

(8) 第3回図書委員会(12月9日)

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・経費節約のために取り組んでいる電子ジャーナルコンソーシアムの2017年度参加申し込み結果が出たが、提供商品についてエルゼビア社の「今日の臨床サポート」以外は不成立となった。申し込み時点で価格が確定していないことが参加病院数拡大への障害となっている。
- ・次期日病学会では、コンソーシアムPRの一環として日病ブースで出版社代理店の参加を募りたい。
- ・来年2月の病院イノベーション展でパネル展示を行い、コンソーシアム等の委員会活動を紹介する。
- ・病院における図書の重要性等をアピールする目的で福岡委員に日病ニュースへの寄稿を依頼した。
- ・図書館司書の育成を目的とした講習会開催を希望する意見が出された。

(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医師事務作業補助者コース研修会（12月3・4日）

- ・初の支部開催として長野県で開催し、研修者は59名であった。

②第3回診療情報管理士教育委員会（12月10日）

- ・長野県で開催した医師事務作業補助者コースを年度内にあと2カ所で開催予定である。今後、開催要件について検討していく。

③全国一斉講師会（12月10日）

- ・全国から講師69名が参加した。講演として「第18回IFHIMA国際大会開催報告」が大井委員長により行われた～。

④平成28年度スクーリング（8月～11月）

報告は資料一読とした。

⑤コーディング勉強会（11月19日～12月3日）

報告は資料一読とした。

⑥医療統計学勉強会（10月23日～11月12日）

報告は資料一読とした。

(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2回国際統計分類委員会（11月25日）

- ・産総研ロボットイノベーション研究センター大川研究員の講演が行われた。ICF（国際生活機能分類）は国際分類ファミリーの中心的なものであり、それを理解することによって保健、医療、介護、福祉などへの活用の意義、診療情報管理士が、人が生きること、とりわけ活動及び参加の観点から見るのが可能になるので、今後その視点が必要だとしている。
- ・外保連手術委員会コーディングワーキンググループの進捗状況報告、IFHIMA第18回国際大会についての発言等もあった。

②第86回生涯教育研修会（11月26日）

報告は資料一読とした。

③第8回業務指針・記載指針改定小委員会（11月21日）

- ・ICTを利用した「次世代型保健医療システム」の構築に向けて意見交換を行った。
- ・ビッグデータを使って国民一人一人が健やかに暮らし、活躍し続けることが可能な社会の創出をめざしているが、一方で国民の中にはデータを一元管理されることへの危惧も存在している。

④第2回編集委員会（11月29日）

- ・12月発刊の「診療情報管理」第28巻3号及び4月発刊の28巻4号に掲載する中身について検討した。

(11) WHO関連

末永副会長より、以下の報告があった。

① APNラオスへのICD普及のための対面会議（12月1日）

- ・カンボジアやベトナム等でICDの簡易版をつくり普及させているが、ラオスにおいてもそれを広げていこうという話になった。
- ・ラオスでは人口動態統計と保健医療システムも含めてICDの導入を検討しており、ワークショップの開催等で診療情報管理学会が援助していく。

② 3回WHO国際統計分類協力センター運営会議（12月14日）

- ・WHO-FIC2016年東京国際大会の報告の中で、マーガレット・チャン事務局長から、今回のICD-11改訂会議は加盟国へのそのお披露目という位置づけもありβ版を紹介する小冊子が配付されたとの報告があった。
- ・教育普及委員会に日病の横堀部長、情報科学用語委員会に東北大学の中谷教授、死因分類グループに厚労省の中山氏が再選された。
- ・ICD-11の改訂の動向について、2018年にWHAの承認を経るまでの流れが確認された。その第一次翻訳においては日本診療情報管理学会が活躍した。
- ・精神神経学会からの要望で、精神分野に関して日本でフィールドテストを行うため第一次翻訳の見直しを依頼している。

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回代表者会議（12月16日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・療養病床の新たな施設類型の報酬等の議論は最終的に社会保障審議会の介護給付費分科会で決まるので、そこに病院団体委員を入れるよう要望することとなったが、なかなか厳しい状況である。
- ・厚労省が全国約10万人の医師を対象に勤務実態調査実施を決めたことについて、現場の医師が書きにくい内容のアンケート調査になるのではないかという意見があった。
- ・中医協で薬価改定及び診療報酬改定を毎年行おうという意見が出ているが、日病協はそれに反対であると記者会見で発表した。

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340回総会（11月30日）

- ・中医協における当面の中心的話題は薬価の抜本的改革及び薬価の毎年改定であり、担当の厚労省保険局医療課が相当振り回されている。
- ・総会についてはルーチンの会議内容なので一読を願う。

(2) 第44回調査実施小委員会（11月30日）

- ・損益は施設単位で算出できるが資産・負債及び税金等は施設単位での算出が難しい、税理士・公認会計士等の団体からアドバイスを求めているがどうか等の前回出た主な意見を踏まえて、法人全体の病床数を分母として個別の施設の病床数を案分した形で各収益費用を算出する等の提案がなされている。

- ・コールセンターを設置するので、調査票に関して案分で迷った場合には積極的に利用してほしいとの対応案が出された。
- ・回答率を上げるために、診療側の関係団体への協力を要請する、公的な調査であることをわかりやすくする工夫する、項目数を減らして調査項目を簡素化する等の対応を図って実態調査を行う。

(3) 第121回薬価専門委員会（11月30日）

- ・中医協では夏前から、薬価制度の抜本改革については当然対応すべきであるとしてきた。
- ・11月25日の経済財政諮問会議では、薬価制度の抜本的改革に向けて年内に基本方針をまとめるようにとの総理からの指示があった。官房長官から、薬価の毎年改定と新薬創出加算の強化が重要との発言もなされた。
- ・本当に薬価の改定を毎年することになると、その改定がもろに基礎係数にかかってくるので現場も含めて大変なことになる。そのことを経済財政諮問会議はわかっているのではないか。どれだけ厚労省が押し戻せるのかに注目している。
- ・高額薬剤のみを毎年改定する形にして、その場合にはDPCの出来高算定の枝番に一致するものだけにするのが現場にとっては最も望ましい。
- ・経済財政諮問会議の民間議員が出した「薬科制度の抜本改革等に向けて」の中で詳細にわたってその改革の内容が提示されているので、必要があれば参照を願う。

(4) 第35回費用対効果評価専門部会（11月30日）

- ・費用対効果の試行的導入に係る各品目の分析方法（概要）について、今後の進め方を議論した。
- ・「分析方法（主な概要）＜医薬品＞」の表中の対照薬品は比較的直近のものとなるように、年度に応じた形で示されている。細部については参照を願う。

(5) 第122回薬価専門部会（12月9日）

- ・薬価制度の抜本改革に関して、関係業界からの意見聴取を行った。
- ・製薬業団体は、イノベーションの推進については十分考えてほしいとし、薬価制度の抜本改革に向けた議論には前向きに参画し協力するが、毎年の薬価改定には断固反対との意見が表明された。
- ・卸売業団体は、毎年の薬価改定では不都合が生じるという理論的な背景を述べた上で、結論としては製薬団体と同じく毎年改定には断固反対としていた。

(6) 第341回総会（12月14日）

- ・事務局がまとめた資料「平成30年度の診療報酬改定に向けた現状と課題について」を基に議論した。
- ・現状と課題の中の社会保障に係る財政状況において、財政の影響で診療報酬改定が厳しいとあらかじめ防波堤を張るような文言が出ているので全員で反対し、財政とは別の問題であると主張した。
- ・平成30年度の診療報酬改定の検討に向けた考え方（案）で示された基本認識によれば、次回の同時改定が2025年に向けて相当に重要であることは間違いない。
- ・具体的には、療養病床・施設系サービスにおける医療、居宅等における医療及び維持期のリハビリテーションが今後の議題となる。
- ・最適使用推進ガイドライン（案）は、問題になったオプジーボについての非小細胞肺癌に関するガイドラインである。全国あまねく、オプジーボを的確に使う施設で使えるガイドラインにはなっていると認識している。

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8回総合部会 (11月30日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査について厚労省から説明があった。
- ・協議事項では専門医機構についての議論があり、整備指針改定案に対する四病協案を12月9日の専門医機構の理事会に出すことが話し合われた。
- ・受動喫煙防止対策強化検討チームワーキンググループでは、四病協は「原則敷地内禁煙とし医療ニーズにも配慮を求める」としていたが、三師会はこぞって反対であった。
- ・災害医療を国家として統合するための提言についても議論があった。

(2) 第9回総合部会 (12月14日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・専門医機構について協議したが、整備指針の中身がまだ十分ではないのではないかと議論があり、社員総会に間に合う形で再度、意見書を提出した。

(3) 第8回日医・四病協懇談会 (11月30日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査について、日本医師会の横倉会長から医師の需給問題で医師が不足しているとする統計とされるのではないかとの懸念が示されたが、我々もそれを懸念しており注意深く見守る必要がある。

(4) 第9回日医・四病協懇談会 (12月14日)

報告は資料一読とした。

(5) 第9回医療保険・診療報酬委員会 (12月2日)

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・万代常任理事や猪口全日病副会長などの中医協委員から中医協報告を受けた。
- ・医療介護総合確保促進会議では、既存の住宅では足りないので、これから居宅についての概念を広めて審議していかなければならないとしていた。
- ・全日病の病院経営調査は、5月単体で約1,000病院のデータをもとに発表している。全体を見ると収支は0.2ポイント上がっていたが、病院の45%は赤字であり、日病のデータと全く同じ状況である。注目すべきは、平均稼働率が81.5%から81.1%に0.4ポイント下がったことである。経営状態は非常に厳しい状況にあるという結論を内外に発表した。

(6) 第7回医業経営・税制委員会 (12月15日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・平成29年度税制改正大綱に対する医療関係の成果について厚労省から説明があった。平成28年度大綱の「消費税率が10%に引き上げられることが予定される中」という文言が、平成29年度大綱では「10%に引き上げられるまで」に変わった等の変更がある。
- ・事業税は今までどおりの取り扱いであり、何ら変わっていない。
- ・医療機関に係る事業税の特例措置は存続することとなった。
- ・医業継続に係る相続税、贈与税の納税猶予等の特例措置における認定医療法人を相続税法第66条4項の適用から除外することは画期的であり、持ち分あり医療法人から持ち分なし医療法人への移行が促進されるであろう。
- ・認定医療法人制度の適用期限は、さらに3年延びて6年となった。
- ・高額医療機器の特別償却制度については、今までと同じである。

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4回JUMP病院・薬局医療トレーサビリティWG (11月25日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・現在、医薬品はメーカーから卸に行き、卸から医療機関に回るという形であるが、メーカーからの薬の流れをトレースすることが重要である。
- ・医薬品のバーコードはMEDIS-DCによって標準マスター管理が行われているが、そのデータをより完全なものにしてトレーサビリティを向上させるべきである。そのためには病院の電子カルテ等を外部とインターネットでつなぐ必要があり、また、医薬品に付されるバーコードを確実に利用するための工夫も必要である。

(2) 第8回医療機関における電波利用推進部会 (12月8日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・電波環境協議会 (EMCC) で今、病院における電波環境が問題になっている
- ・病院では、気象レーダーを初め様々な外来からの電波で医療機器が影響を受けることがある。
- ・電波環境協議会でパネルディスカッションが開催され、パネラーの一人として参加した。
- ・各病院内の臨床工学士、電子システム課や情報課、医療安全の委員会等が協力して病院の電波環境にもっと関心を持てば不測の事故を防ぐことができる。

(3) 第6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 (11月30日)

松本支部長より、以下の報告があった。

- ・この特別部会は、医療療養病床の25対1と介護療養病床が平成29年末で法的な期限を迎えるので、新しい類型に移ってほしいということで開かれたものである。
- ・医療と介護と生活支援の3つの要素が同時にあることが特徴であり、医療度の低いものをどうしていくかが中心になっている。まず在り方検討会が開かれて、新類型の提案があった。対象になっているのは13万7,000床である。
- ・設立根拠については、医療療養病床については医療法、介護療養病床については介護保険法であることを前提に検討が進み、幾つかの新類型が提案されている。
- ・基本的には医療療養病床の25対1と介護療養病床から介護施設への移行を最優先し、新設についてはその後という方向性であり、3年たった時点でもう一度見直すのであろう。
- ・一般病床からの移行と新設については、3年もしくは6年たった時点で議論される。
- ・最も肝心の、そこにどういう機能を持たせるかについて余り議論されなかったことが不満である。

(4) 第7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 (12月7日)

松本支部長より、以下の報告があった。

- ・病院が関与するのであるから、新しい類型の性格にリハビリ等の自立に向けた支援機能が高い施設という位置づけを与えてほしい、また、急変あるいは終末期であっても医療の手を貸したほうがよいものについては、より高い医療機能として提供できる位置づけをしてほしいと意見した。
- ・総論的、あるいは概念的な話が多かったので、具体的に現場で何が困るかという点を資料に書いた。これは重要性のある施設であり、医療がきちんと入っていることを見てほしい。
- ・より高度な医療機能の提供としては、認知症への対応や栄養障害の予防が大事である。
- ・今回の改定で医療は20対1のほうへかなりシフトして中間的施設がなくなり介護は介護となると、どちらにも入れない者が出てきて困るという問題がある。
- ・医療区分自体は10年間ほとんど変わっていないので、ぜひ議論して、コストと合うように変えていく必要がある。
- ・この委員会では費用について議論しないことになっているので、四病協からぜひ介護費用

分科会に委員を出してほしい。

- ・このような計画をつくっても、中小病院が多いので、きめ細かく支援するプログラムがなければなかなか移行できない。

梶原副会長は、療養病床は2年後には全てが同時改定で法律も変わり、さらに3年後にはまた変わるので、日病もしっかりこの問題を考えておかなければならないと述べた。

松本支部長は、障害者がそこに入ってくると思われるので障害者のことも考える必要がある。また、精神科のことも考えていく必要があると述べた。

(5) 第8回医療計画の見直し等に関する検討会（12月7日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・本検討会はこれで終了となり、意見の取りまとめをすることとなった。
- ・医療提供体制の中に新たにロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎及び大腿骨頸部骨折が入った。それらについては疾病予防と介護予防を中心に、医療、介護が連携した総合的対策をとる。
- ・新たに医療機関と関係機関との連携体制が入った。薬局や訪問看護ステーション等は関係機関になるので、それらとの連携体制が大事だということである。
- ・訪問看護ステーションの役割が新たに入ったが、これは在宅への移行という厚労省の強い意志のあらわれではないか。また、高額な医療器械の配置状況に加えてその稼働状況も確認し、制限を加えていこうとしている。
- ・放射線治療室はこれまで既存病床としてカウントしてこなかったが、今後カウントすることとなった。
- ・地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方として、初めてここに議論を進めていく病院の機能の分担をどう進めていくか医療計画に入った。
- ・放射線治療機器等の高額な医療機器について、医療資源の有効活用の観点から、新たに導入する場合には調整会議で協議を行った上で共有するとしており、国が高額機器の数と配置をコントロールする意図が強く出ている。
- ・5疾病・5事業をどうするかについても細かく書かれている。5事業の救急医療でメディカルコントロールのあり方をもう少しきちんと定義したほうがよいという意見があったが、厚生労働省はそこをしっかりと書き込んでない。
- ・あちこちに出口問題が書かれているが、患者の流れをどうしていくのかを診療報酬で点数化していくのではないか。
- ・事業継続計画（BCP）の策定を災害拠点病院だけではなく地域の一般病院においても引き続き推進するとしている。
- ・へき地保健医療計画は中止して医療計画に一本化することとなった。周産期医療についても医療計画で一本化していく方向である。
- ・小児医療では、地域の実情に応じた体制整備のために小児地域支援病院をつくるのが小児科学会の要望で入った。
- ・医療サービスと介護サービスを地域の状況に応じてしっかり行うために、都道府県や市町村関係者による協議の場をつくることとなった。
- ・サービス付き高齢者向け住宅等の整備等に関する計画や療養病床の動向等について書かれているが、介護療養病床を減らしていくので住宅をつくらなければならないわけである。
- ・十分な審議がなされないまま打ち切りになり、これが医療計画ということで今度出てくる。その後は社会保障審議会医療部会でまた審議をすることになるであろう。

堺会長は、今度はアレルギーについても医療計画の中に入れてほしいということで日病や四病協に委員を出すように要請があったので適任者を推薦したいと述べた。

(6) 第49回社会保障審議会医療部会(12月8日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・大学附属病院等のガバナンス改革について概要が取りまとめられ、医療審議会に報告が上がってきた。その内容は、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有する特定機能病院においては高度な医療安全管理体制の確保が必要、管理者が医療機関の管理運営権限を有する、特定機能病院の開設者は管理者が医療安全管理等を適切に行うことを担保するための体制確保に責任を有する等である。
- ・新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会がつくられ、医師・看護師の需要の計算はそこで行うので医療計画には書き込まれないことになった。
- ・上記検討会はクローズドの会議であるのでオープン化するようにとの意見が出たが、返答はない。

梶原副会長は、医療・介護総合確保推進法ができたので医療計画に介護などが入ってくると思われるので注目したいと述べた。

〔協議事項〕

1. 病院総合診療医について

堺会長は、以下のように述べた。

- ・前回役員会で病院総合診療医の育成を病院会で積極的に行うべきであるとの提起があり、専門医に関する委員会で議論した。
- ・専門医制度の整備指針策定に関して横倉日本医師会会長名で出された7項目の要望書が専門機構で検討される中、日医及び四病協から再度の要望書提出があり、日病の社員総会で議論し、おおむね了解した。

末永副会長は、社員総会において専門医制度新整備指針が了承された経緯に関して中常任理事に説明を求めた。

中常任理事より、以下の説明があった。

- ・整備指針について既に6つの委員会が活動しているが、その詳細を決めるために細則委員会を発足させて来年1月いっぱいまで成案を得ることになっている。そこに四病協からの委員を入れるように要請した。
- ・四病協傘下の会員の意見を集約して、会議の場で確実に反映させる作業をすることが一番大切である。
- ・専門医機構が研修プログラムを承認するに際して予め地域医療協議会と事前協議するとされているが、その機能はどういうことなのか、いかに担保されるのかについてきちんと意見を言う必要がある。
- ・基幹施設以外での研修が3カ月未満とならないように努める必要がある。四病協は6カ月という形で修正提案を出している。
- ・専攻医は一度に2つの基本領域を申請することはできず、複数の基本施設に応募することもできない。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・日医からの提言は我々がこれまで主張してきたことをほぼ汲んだものになっているが、個々の項目に関しては多少の違いが存在する。
- ・専攻医は採用された施設で給与等を受け取ると書かれているが、大学等が払うという確証はあるのか疑問であり、身分保障がはっきりしないと専攻医たちは不安である。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・指針については委員会がつくられるので、そこで意見を言っていく必要がある。本日の資料

を読んで疑問点等があれば教えてほしい。

- ・今は四病協が社員になっているが、四病協の4団体それぞれを社員にしてほしいとの要望があり、日病も社員になって資金を拠出する気がある。しかし、他団体の反対でペンディングになっている。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・現在の制度では我々が一番必要としている病院総合診療医は育たないということが理事会でも一致した意見となり、病院団体でそれを育成する話の中で総合診療専門医に関する委員会ができた。
- ・病院で足りないのは臓器別ではなく全人的にケアできる病院総合診療医であるが、今のままでは診療所の総合診療専門医や家庭医はできても、一番必要とされている病院総合診療医は育たない。
- ・桐野国立病院機構理事長は、内科専門医と総合診療専門医の関係、家庭医と総合診療医との関係、サブスペシャリティとダブルボードとの関係を明らかにする必要性、プライマリー・ケア連合学会主体の提案をトップダウンで決めるのではなく特に内科との関係を明瞭化することの必要性について意見をまとめている。
- ・総合診療専門医というアイデンティティの確立が必要であり、総合診療医でなければできないことは何かについて考えなければならない。総合診療専門医制度では総合的診療を行う1階部分の上に家庭医学専門医及び病院総合診療医コースを置き、そのサブスペシャリティを自分のアイデンティティとできる仕組みが妥当である。
- ・内科専門医と総合専門医がその領域の類似性からプログラムの一部を共有化し、相互移行を可能にできるようなフレキシブルな仕組みを作る必要がある。
- ・総合診療医を幅広く捉えて家庭医と病院総合診療医をそのサブスペシャリティと考える選択肢と、現行の家庭的なプライマリー・ケア専門医の養成を総合診療専門医のプログラムの中心に置き病院総合診療医はそのサブスペシャリティとする2つの選択肢がある。
- ・かかりつけ医についても総合診療専門医と競合的に考えるのではなく、専門医として長年活躍して現在は専門領域中心の総合的診療を行っている医師を一定の基準で総合診療専門医として認定することが考えられる。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・総合診療専門医についてはプライマリー・ケア連合学会や国診協の考え方を反映した形でまず作り、その上に家庭医療専門医や病院総合専門医を置く2段階路線で専門医協執行部としては意思統一しているので、我々もその上に立ち議論しなければならない。
- ・総合診療専門医の3年間の位置づけをしっかりとっておかないと、そこへ向かう流れのインパクトが弱くなりアトラクティブではなくなる。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・JCHO版病院総合医だけでなく、日赤、済生会、厚生連でも一部に病院総合診療医を作る動きがあり、標準化についての話が出てきた。
- ・総合診療専門医を未承認領域のサブスペシャリティ領域にまず入れて、そこから展開を図るという動きも今後、必要になってくるのではないかと。

齊藤参与は、以下のように述べた。

- ・5年ほど前に社会保険病院グループ50病院で行ったアンケートでは、対象者のほぼ全員が総合診療医の能力はぜひ欲しいと言っている一方で、生涯にわたって総合診療医であり続けるモチベーションは維持できそうもないという意見が圧倒的に多かった。
- ・専門性を深めながら同時に総合診療能力はぜひともしっかり身につけたいというニーズはあるので、その2つをうまくかみ合わせて制度を構築することが重要である。

末永副会長は、確かに今それぞれの病院で総合診療医をやっている者たちは専門性を持った上で総合診療領域をやっているから、それはよく理解できると述べた。

堺会長は、病院の中で臓器別の専門医になっているが、もう少し視野を広げたいという人をいかに吸収するかということを考えて、病院総合医ということ言えばよいと述べた。

末永副会長は、そのとおりであると述べた。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・総合診療には理想的な能力というものがあるが、それを発揮できるかどうかは一緒に働いている施設の中にどれぐらい専門性を持った者がいるか、どれぐらい幅広い能力を発揮することを要求されるかによって決まる。
- ・最大限に幅広い能力を身につけておき、それから先は働く場所での周りとの関係で決まってくるものであり、あまり個別の話をしていると統一のとれない議論になっていく。

末永副会長は、確かに地域によって病院の果たしている役割は違うので総合診療専門医にもそれぞれのやり方があるであろうと述べた。

福井常任理事は、日本医師会の言うかかりつけ医は患者の紹介や相談に乗る対応のところがかかりつけ医と呼んでいるイメージがあるが、総合診療専門医はもっと診療の内容そのものを幅広くするということなのであり、内容は異なると述べた。

堺会長は、医師会もかかりつけ医についてはだいぶ考え方が変わってきていると思うと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・アメリカでは年間の専門医の定員がみんな決まっている。日本もいずれそうなるのではないか。
- ・今の高校生の偏差値上位は皆、医学部志望であり、定年がないことと年収が1,700~2,000万円ぐらいあるからと言って希望してくるが、将来は医師の数が増えて年収700~800万円という時代が来るであろう。
- ・かかりつけ医や家庭医もいずれは自由開業ではなくなり、全部、地域の中でこの科は何人と保険指定医で全部国から縛られるので、それを踏まえた上で総合診療医も捉えていかなければならない。
- ・病院のホスピタリストはとても重要であり、そのクオリティも重要である。かかりつけ医や家庭医の教育を日医では頑張っているが、それと病院総合医とは全く違うものである。

末永副会長は、総合診療医に我々が望むことは決して浅く広くということではなく、そこそこに深くなければ困ると述べた。

宮崎副会長は、以下のように述べた。

・現在、専門医偏重であり医者がほかの科は見たがらない。そのことのアнтиテーゼとして病院総合診療医が出てきた。

- ・総合診療医には患者を全人的に診ていくマインドや考え方が一番大事である。
- ・もし病院として総合診療医をつくるとすれば、その者にきちんとした称号を与える制度にしなければ単なる便利屋に終わってしまい総合診療医としてのモチベーションが長く続かない。

末永副会長は、総合診療医をつくる以上、それがそれなりにリスペクトされるような何かがないといけないと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

・病院の次長クラスはみんな病院総合診療医であり専門医の上において給料も高いという形にしたら、がらっと変わる。

・家庭医やかかりつけ医とは違うということを教育カリキュラムに組まなければだめであると述べた。

末永副会長は、まだ発言のない参加者に発言を求めた。

高久参与は、以下のように述べた。

- ・かかりつけというのはドクターと患者の関係であり、かかりつけ医が総合診療医の看板を出したほうがよい。
- ・日本の医療を考えるとゲートキーパーの総合診療医がたくさんいなければならないので、地域の総合診療医とか病院の総合診療医というものは区別しなくてもよい。自分の専門を持ちたい者はサブスペシャルでやればよいのではないか。
- ・日本の医療のベースとして総合診療医が働き、その上に専門医がいる体制が一番よいと思っていたが、実際にはなかなかうまくいかないのが、専門医機構の吉村理事長先生に総合診療医はどうあるべきかという提案を依頼した。

齊藤参与は、若い研修医たちの間では、自分の専門分野だけでなく総合診療能力を幅広く身につけたいというニーズは極めて高いと述べた。

前原常任理事は、以下のように述べた。

- ・白河厚生総合病院の総合診療センターではプライマリー・ケア連合学会の総合診療専門医に近い2つのコースをつくった。後期研修を受ける8人のうち6人が病院総合医コースであり、家庭医療医コースをとったのは2人だけである。
- ・総合診療専門医をつくらうとすると、これから指導医が非常に足りなくなってくるのではないか。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・指導医については、特認指導医コースを受ければよい形にはなっているが、その辺もまだはっきり決まっていないというのが事実であるだろう。
- ・プライマリー・ケア連合学会には自分たちの専門医がまだ200人ぐらいしかいないのだから、総合診療専門医をそんなにたくさんは育てられない。

中島常任理事は、現在の初期臨床研修の2年間で総合医のベースをつくる期間として、3年目から専攻医のカリキュラム性において必要な研修をずっとしていき、一定の単位を取得したときに受験資格を得て総合診療専門医が取れるという形が現実的ではないかと述べた。

末永副会長は、自分も院長をやっていた頃に研修医が来ると総合診療専門医マインド、救命救急医マインドを持って育ててほしいと言っていたと述べた。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・病院に入院する患者は現在ほとんど高齢者なので、手術等の対象になる病気は1つでも背後にその他の疾患を抱えていたりして、若い医師が周辺状況に気をつけないと術後に合併症が出たりすることになる。
- ・新臨床研修になって以降はプライマリー・ケアがある程度全員できるようになったが、そういうものをトレーニングする指導的な立場として総合診療専門医が存在する形とか、今までの専門医制度と総合医の立ち位置と違うことを前提に考えないと議論が難しいのではないか。

末永副会長は、今日は意見を聞くことが目的であったので結論じみたことは出さないと、最後に堺会長の発言を求めた。

堺会長は、今日出た意見はぜひ委員会に反映させるとともに、日本病院会内部だけでなく全日や日赤など他の病院団体にも声がけをしてほしいと述べた。

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。