

日 時 平成29年7月19日（水） 14：00～17：00

場 所 神戸ポートピアホテル 南館1階「大輪田」

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、大道 道大（各副会長）

牧野 憲一、高木 誠、福井 次矢、新江 良一、山田 實紘、森田 眞照、中島 豊爾、
塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

竹中 賢治、梶原 優（各監事）

木村 純、田中 繁道、望月 泉、土屋 誉、濱崎 允、細田洋一郎、窪地 淳、
丸山 正董、小林 繁樹、山森 秀夫、松本 潤、仙賀 裕、高野 靖悟、中 佳一、
岡部 正明、山田 哲司、井上 憲昭、阪本 研一、田中 一成、山本 直人、松本 隆利、
楠田 司、金子 隆昭、松谷 之義、佐藤 四三、佐々木順子、松本 宗明、難波 義夫、
土谷晋一郎、中川 義信、細木 秀美、平野 明喜、栗原 正紀、藤山 重俊、松本 文六、
石井 和博（各理事）

堺 常雄（名誉会長）

宮崎 瑞穂（顧問）

邊見 公雄、今泉暢登志、木平 健治、楠岡 英雄、福井トシ子（各参与）

堀江 孝至、藤原 秀臣、原澤 茂、崎原 宏、毛利 博、今川 敦史、澄川 耕二、
副島 秀久（各支部長）

佐藤 眞杉、大井 利夫、宮崎 忠昭、小川 嘉誉、土井 章弘、柏戸 正英（各名誉会
員）

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77名の出席

相澤会長の開会挨拶の後、日本病院学会の大道特別顧問から挨拶が行われた。相澤会長から定足数66名に対して出席52名で（過半数34名）会議が成立している旨の報告があり、万代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年度第2回常任理事会（6月）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2件〕

①医療法人・医療法人邦友会 小田原循環器病院（会員名：杉薫病院長）

②特定医療法人・特定医療法人仁政会 杉山病院（会員名：杉山和理事長）

〔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1件〕

①東京都・学校法人慈恵大学 東京慈恵会医科大学附属病院（慰留者：相澤孝夫会長）

〔賛助会員の入会1件〕

①B会員・学校法人大原学園 大原医療介護福祉専門学校大分校（会員名：平田浩司）

〔賛助会員の退会2件〕

①B会員・医療法人輝山会 名古屋東栄クリニック（会員名：本多英邦院長）

- ②B会員・一般財団法人日本予防医学協会附属診療所 ウェルビーイング南森町（会員名：村瀬孔一事務部長）

平成29年6月24日～平成29年7月18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1件]

- ①医療生協・盛岡医療生活協同組合 川久保病院（会員名：田村茂院長）

〔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4件〕

- ①厚生連・新潟県厚生農業協同組合連合会 けいなん総合病院（会員名：政二文明病院長）
（慰留者：片柳憲雄新潟県支部長）

- ②医療法人・医療法人健康会 くにもと病院（会員名：國本正雄理事長）（慰留者：田中繁道北海道ブロック支部長）

- ③医療法人・医療法人慈豊会 田中病院（会員名：田中廣昌理事長）（慰留者：三浦將司福井県支部長）

- ④国立病院機構・独立行政法人国立病院機構 東徳島医療センター（会員名：長瀬教夫名誉院長）（慰留者：中川義信理事）

[賛助会員の入会3件]

- ①A会員・株式会社ユニソンプートナーズ（会員名：山本統一代表取締役）

- ②A会員・ジャパンエレベーターサービスホールディングス株式会社（会員名：石田克史代表取締役）

- ③A会員・株式会社INE（会員名：伊藤圭二代表取締役）

平成29年7月19日現在 正会員 2,465会員

特別会員 185会員

賛助会員 254会員（A会員110、B会員112、C会員4、D会員28）

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4件)

- ①一般社団法人日本医療法人協会／『第32回全国医療法人経営セミナー』後援名義使用

- ②一般社団法人日本能率協会／『第39回フード・ケータリングショー』協賛名義の使用

- ③一般社団法人日本医療機器学会／第10回MDIC（医療機器情報コミュニケーター）認定セミナーの後援

- ④一般社団法人医療のTQM推進協議会／『第19回フォーラム「医療の改善活動」全国大会 in 松山』の後援

(継続：委員等依頼依頼1件)

- ①株式会社三菱総合研究所／ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会委員就任〔就任者…松本潤理事（新任）〕

(新規：委員等依頼依頼1件)

- ① 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社／厚生労働省平成29年度老人保健健康増進等事業「長期療養を目的とした施設のあり方等に関する研究事業」研究会委員の委嘱〔就任者…松本隆利理事〕

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

万代副会長より報告を受け、下記8施設を認定承認した。

(新規 3 件)

- ①愛知県・知多厚生病院 健康管理支援センター
- ②千葉県・医療法人社団創進会 みつわ台病院健康管理センター
- ③大阪府・社会医療法人同仁会 耳原総合病院

(更新 5 件)

- ①千葉県・社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院健診センター
- ②神奈川県・公益社団法人地域医療新興協会 横須賀市立市民病院
- ③高知県・高知赤十字病院
- ④東京都・医療法人社団同友会 品川クリニック
- ⑤東京都・医療法人社団成山会 楠樹記念クリニック

4. 参与の交代について

万代副会長より、坂本すが日本看護協会前会長に替わり福井トシ子新会長が当会参与に就任したことについて報告があり、承認した。

5. 平成30年度税制改正に関する要望について

安藤常任理事より以下の説明があり、承認した。

- ・平成30年度税制改正に関して、国税 4 項目、地方税 2 項目、災害医療拠点としての役割と税制に関する要望 1 項目、合計 7 項目を要望している。
- ・要望の優先順位の上位 3 項目として①～③を挙げている。
- ・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病院関連不動産について、固定資産税及び都市計画税並びに不動産所得税、登録免許税の非課税措置等を整備すること。

〔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 5 回専門医に関する委員会 病院総合ワーキンググループ (7 月 5 日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・日本病院会認定の病院総合医を作るために、その理念、目的、到達目標、研修方法等について議論してきたが、ワーキンググループで現在、検討を進めている。
- ・6月に総合医育成プログラムの基準ができたので、8月にはその細則を完成させ、10月にプログラム申請を行い、来年4月から病院総合医の育成を開始したい。
- ・プログラム基準の到達目標を達成するために必要な評価項目については、以下の5項目に分けて検討している。①インテグレーションスキル、②コンサルテーションスキル、③コーディネーションスキル、④ファシリテーションスキル、⑤マネジメントスキル。
- ・これに関する記事を「日病ニュース」の次号に掲載するので参照を願う。

(2) 第 4 回医業経営・税制委員会 (7 月 14 日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・当会が出した税制要望を四病協において精査して了解したということであり、当会からの提出資料が四病協の総合部会に上程される。
- ・四病協において税制要望だけではなく予算要望も行うこととなり、それについて審議した。
- ・当委員会の今年度の活動方針としては、今年の日病学会のメインテーマである人材の育成

や確保について、主にその費用的な面を全国レベルで会員の調査をする計画をしている。

(3) 病院経営の質推進委員会 病院中堅職員育成研修「人事・労務管理コース」(6月30日・7月1日)

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・2日間にわたる研修を行い、申込者59名、実参加者58名、修了者56名という結果であった。
- ・もともと事務系の中堅職員を対象にしたコースであったにもかかわらず、今回は医師や看護師など他職種からの参加もあり、その内容が評価されてきたようである。
- ・参加者アンケートでは「大変よかった」が54%で、「よかった」を含めると100%という結果であり、満足度の高い研修となった。

(4) 診療情報管理士通信教育関連

下記会議の報告は資料一読とした。

①第16期生 医師事務作業補助者コース研修会(6月24・25日)

②第1回診療情報管理士教育委員会(7月7日)

③診療情報管理士教育事業に関する説明会(7月7日)

(5) 日本診療情報管理学会関連

末永副会長より下記会議の報告があり、了承した。

①第20回社会保障審議会統計分科会 疾病、傷害及び死因分類専門委員会(6月29日)

- ・WHOにおいてICD-11改訂に向けた組織編成として4つの委員会と5つの関連グループが新たに設立され、医学・科学諮問委員会(MSAC)の議長には日本から田嶋尚子氏が選出された。
- ・ICD-11凍結版において脳血管疾患が運動系の疾患の章に移された。血管性認知症は精神の章にまとめられた。パーキンソン病などの原疾患があるものについては、神経の章もコード化される。
- ・ICD-10対応標準マスターについて、1つの疾病に1病名表現で1病名コードを実現するために作成された病名一覧表であることの説明があった。
- ・日本でのICD-11の導入は翻訳作業や検討時期を考慮すると数年はかかると思われるが、そのフィールドテストを診療情報管理学会と日本病院会が依頼されており、8月から始めることとなっている。

②第13回業務指針・記載指針改定小委員会(6月30日)

- ・業務指針が本年3月に見直されたことに伴い記載指針も見直そうという動きになり、当小委員会にて検討を進めている。
- ・グローバルな視点が今後ますます重要になってくるので、国内のDPC分類にとどまらず、WHOの中心分類であるICD、ICF、ICHI及びICD-0をも目指すべきであるとして意見が一致した。

③第1回理事会(7月5日)

- ・診療情報管理学会誌に投稿された論文の中から優秀論文を選び、優秀論文賞、奨励賞を授与する。
- ・それ以外の事項については一読を願う。

④第90回生涯教育特別研修会(7月8日)

- ・診療情報管理士指導者について、今回その合格者は7名であり総指導者数は78名となる。この人たちには診療情報管理学会を牽引してほしい。
- ・それ以外の事項については一読を願う。

(6) 平成30年度税制改正に関する要望について

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・要望書の1枚目は「平成30年度診療報酬改定に係る要望書」として、会長名で発出する。
- ・厚労省の医療課の担当者に読んでもらうべく、要望書の概要版を付している。その構成は、Ⅰ. 入院医療について、Ⅱ. 外来医療について、Ⅲ. 在宅医療について、Ⅳ. DPCについて、Ⅴ. その他について、である。医療課に説明に行く際には、これに基づいて要望する。
- ・要望の本体は、会員から出された要望について文言を統一する形で修文してまとめた。要望項目は、社会保険診療報酬委員会の各委員に回覧して同意を得た上で委員長判断で10点満点での点数づけを行った。
- ・要望書の提出は8月初旬を考えているので、意見があれば寄せてほしい。
中島常任理事より、以下の補足があった。
- ・精神科医療委員会要望項目を別途まとめた。精神科がこれまで全力を挙げて要望してきた総合病院の精神科総合入院体制の加算はほぼ達成されたので、さらに先に進みたい。
- ・今回は既に以前から長期入院患者の地域移行のために一生懸命頑張ってきた病院に点数をつけてほしいということが中心になっている。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第152回代表者会議（6月27日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想に関するワーキンググループについて、さまざまな意見が出された。地域医療構想調整会議をどう進めていくのかということが特に問題視されている。
- ・病床機能報告のところで、厚労省の資料は一般病棟入院基本料13対1と15対1は急性期ではなく回復期や慢性期であるという印象を与えるものになっているとのクレームが出た。
- ・回復期の機能のうち回復期リハビリテーション病棟は既に飽和状態になっているので、これ以上増やす必要がないという意見が強く出た。
- ・社会保障審議会に、堺前会長に替わって私が臨時委員として出席することになった。

(2) 第143回診療報酬実務者会議（7月12日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・日病協代表者会議報告及び中医協報告を受けた後、平成30年度診療報酬改定に関する要望書等について議論した。
- ・日病協の要望書は既に第1弾を出しているが、さらに第2弾を出すことで話が進んでいる。大項目として急性期、地域包括ケア、精神、慢性期の4つを柱としながら第2弾について議論を進めていく。

3. 中医協について

万代副会長より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第53回診療報酬改定結果検証部会（6月28日）

- ・平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（29年度調査）の調査票案について討議した。
- ・内容は、回復期リハビリテーション病棟関連、残薬及び多剤投与関連、ニコチン依存管理料関連、明細書の無料発行関連、後発医薬品関連の5項目についての状況調査である。

(2) 第354回総会（6月28日）

- ・議題は、1番目は医療機器及び検査の保険適用について、2番目は診療報酬改定結果検証部会からの報告についてである。内容は省略する。

(3) 第41回費用対効果評価専門部会（6月28日）

- ・費用対効果評価の制度化に向けた検討事項について、夏までに中間取りまとめを行うことから、部会の開催頻度が多くなっている。
- ・今回は対象品目と医療技術の選定のあり方、費用対効果評価の反映方法について議論した。
- ・対象の選定の考え方については、まず医薬品と医療機器に関して、次いで高額な医療機器を用いる医療技術に関して、それぞれ対象から除外する要件と対象とする要件を分けることを検討した。
- ・費用対効果の活用方法については、評価結果の活用の原則及び価格調整の方法について検討した。
- ・制度化に当たっては、当面は費用対効果の導入により生じるドラッグ・ラグ及びデバイス・ラグを生じさせない観点から、まず薬価、材料価格を設定して保険適用し、その後で費用対効果の結果を用いた価格調整をする形をとることになる。

(4) 第135回薬価専門部会（6月28日）

- ・薬価制度の抜本改革について議論しているが、今回のテーマはイノベーションの評価についてである。
- ・原価計算方式で採用される医薬品の中には革新的な医薬品があるにもかかわらず、その評価が十分でないという指摘が議論の焦点となった。

(5) 第185回診療報酬基本問題小委員会（7月5日）

- ・平成30年度診療報酬改定に向けたDPC制度に係るこれまでの検討状況の中間報告及び平成27年度DPC導入の影響評価に係る調査の結果報告について審議した。
- ・基礎係数（医療機関群）、機能評価係数Ⅱ、調整係数に関して、これまでの検討の中で取りまとめた意見が報告された。
- ・各医療機関における医療機関群の決定については、Ⅱ群の要件を満たす医療機関であってもⅢ群を選択したほうが有利な場合が考えられることから、Ⅲ群を選択することも可能となった。
- ・機能評価係数Ⅱについては、導入時に設定された6つの係数に関しては一定の実績があるのでそれを基本的な評価軸とするが、導入後に追加された2つの係数に関しては再整理することとなる。
- ・調整係数に関する激変緩和措置は平成30年度に全廃されるので、調整係数をどのように置き換えるかについて今後、検討していく。

(6) 第42回費用対効果評価専門部会（7月5日）

- ・費用対効果評価の制度化に向けた検討事項について議論した。
- ・費用対効果の活用方法について（その2）の評価期間として、標準的な処理期間をどうするかについて検討した。幾つか意見が出たが、短いほうがよいという形にはならなかった。
- ・価格調整のタイミングとしては薬価制度を参照すれば3つタイミングがあるので、その中のどれにすべきかについて検討している。当方としては2年に1回が望ましく、どんなに短期でも1年に1回という意見を出している。

(7) 第355回総会（7月5日）

- ・日病協が行っていた選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集について、その集計結果が示された。今後、選定療養にそぐわない項目等をブラッシュアップした上で、もう一度議論のために提示される。
- ・オプジーボの使用上の注意の改訂が出された。副作用として硬化性胆管炎が10例報告されているので、重要な副作用として留意してほしい。

(8) 第356回総会（7月12日）

- ・部会・小委員会に属する委員の指名について、歯科用貴金属価格の随時改定について及び

横断的事項（その2）について審議した。

- ・診療報酬改定の議論のうちの横断的事項（その2）の中身は、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応についての2つである。前者については誰もが賛成であった。
- ・情報の利活用に係る課題として、これまで一定程度利用されているレセプトデータをより詳細な形で利用できるような形にしたいとの提案があった。大きな方向性としてはビッグデータの活用が挙げられた。

（9）第43回費用対効果評価専門部会（7月12日）

- ・支払い意思額について及び費用対効果評価の制度化に向けたこれまでの議論のまとめ（案）について議論した。
- ・支払い意思額とは、アンケート調査により人々に財やサービスの対価としてどれほど支払ってよいかについての意思を聞いて得られるものである。
- ・支払い意思額は、対象品目の総合的評価（アプレイザル）を行う際に活用する。
- ・支払い意思額調査は、100地点以上を無作為抽出して、3,000人以上を対象にして行う。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

（1）第1回病院医師の働き方検討委員会（6月28日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・今回が第1回の委員会である。私が委員長に選任されて、その後の議事を進行した。
- ・政府により時間外労働の上限規制が導入されることに伴い、医療現場にはいかなる規制のあり方がふさわしいかについて検討することになった。
- ・医療と労働者概念、シフト制の問題、自己研鑽と労働との仕分け等について検討を行い、厚生労働省での議論の進み具合を見ながら、四病協としてアンケート調査等も行いつつ、並行して議論を進めていきたい。

（2）第4回医療保険・診療報酬委員会（7月7日）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・中医協報告として、総会、入院医療等の調査・評価分科会、基本問題小委員会、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、診療報酬改定結果検証部会の報告を受けた後に議論した。
- ・入院医療等の調査・評価分科会において提示された7対1並びに10対1基本料の平均在院日数の推移については、当該基本料を算定している患者を計算に含めた日数の提示を求めるとの意見が出た。
- ・厚生労働省から入院基本料の新たな指標の検討が提示された点について、7対1入院基本料の厳格化が進むことと新たな指標が導入されることを比べれば、新たな指標の導入のほうに一定程度賛成であるとの意見が出た。
- ・診療報酬のあるべき姿について、前回の議論と各団体から事前提出のあった意見をもとに検討を行い、看護配置のみにとどまらないほかの医療従事者の評価を含めた入院基本料の設計の見直し、医療機能に合わせた経営が成り立つ診療報酬制度の設計の見直し、診療報酬体系の簡素化の3点を中心に要望書を提出することの可否も含めて検討を続けることになった。

（3）第4回医業経営・税制委員会（7月13日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成30年度の税制改正要望について委員会として決議した。今年度まで13項目あった要望

を2項目減らして11項目とした。四病協の総合部会で最終的に確定して活用していく。

- ・初の試みとして、四病協で平成30年度の予算要望を行っていききたい。
- ・国税庁から6月に特定医療法人制度に関するFAQが発出された。全国に数百あると思われる特定医療法人がその制度の理念にのっとなって経営をしているかどうか再確認を促すものである。

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第13回医道審議会 保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会（6月26日）

高木常任理事より、以下の報告があった。

- ・特定行為に係る看護師の研修制度が始まって今年で3年になるが、研修の修了者はまだ583人ととどまっており目標に遠く及ばないので、その推進のために何をすべきかについて検討した。
- ・①医療関係団体等による特定行為研修の取り組みの推進。②都道府県における計画的な取り組みの推進。③特定行為研修制度の認知度の向上の3点について主に議論した。
- ・①については、この研修制度を1施設で始めることは大変であるので、病院団体の本部機能を活用して各施設の事務手続を簡略化することができるような法律に変えてほしいという意見があった。
- ・②については、第7次医療計画に記載してもらい、各都道府県にある研修、医療機関への支援の取り組みを行うことについて話し合った。
- ・③については、いろいろなアンケートを見てもこの制度の認知度は低い。現場で働いている看護師が一定期間研修のために抜けることは非常に困難なので、もう少し柔軟に研修が受けられるような仕組みにできないかという意見が出された。
- ・診療報酬や介護報酬でのインセンティブをつけることで研修が広がるのではないかという意見もあった。

(2) 第3回アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会（6月28日）

報告は資料一読とした。

(3) 医療機関における電波利用に関する全国代表者会議（6月28日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・総務省から委託を受けた電波協議会が携帯電話等、病院内における電子機器の使用に関するガイドラインを出しているが十分に周知できていないということで、その推進のために総務省の肝煎りでこの会議が設置された。
- ・この会議は全国を11ブロックに分け、各地域代表からなる委員で構成される。各代表が中心になりブロック内の病院団体や電波管理局と連携しつつ協議会を組織して運営する仕組みになっており、今秋以降にその協議会がスタートする予定である。
- ・日本病院会では、病院の建築や改修の際には電波環境も考慮するように注意喚起する文書を会員病院に向けて発出している。
- ・電波環境の悪い場所では携帯電話の出力が自動的に高くなるので、医療機器に影響を及ぼすことがあり得る。MIRやCTが設置してある部屋やオペ室はそのような場所なので、注意を願う。
- ・秋以降、各ブロックにおいて電波管理局から病院団体にアプローチがあると思われるので、各地域の病院担当に伝えておいてほしい。

(4) 第2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29日)

宮崎顧問より、以下の報告があった。

- ・脳卒中の場合には後遺症が残りやすい。心臓病の場合には後遺症は残らないが、その後再発を繰り返す。そのような違いがあるので、脳卒中と心臓病それぞれのワーキンググループを作って急性期と慢性期と各4回ずつ検討を行った。
- ・がんとは異なり、どちらも急性期の病気であるので、地域の中である程度完結できる仕組みを作らなければならないという考えが基本にある。
- ・高度な手術が必要な場合や疾患を持つ高齢者の数の増加に備えて、地域連携や多職種連携の推進が必要となる。
- ・今回出された資料が最終的な報告書であり、多少の文言の修正はあってもこれが基本となるであろう。
- ・報告書の内容を厚労省がいかに関政策として実現していくかについてはまだ不明であり、今後注目しつつ、病院団体からも働きかけをしていく必要がある。

(5) 第1回日本専門医機構社員総会(6月29日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・専門医制度新整備指針に大きな変更があった。①専門医取得は義務でないこと、②地域医療の従事者や女性医師に配慮したカリキュラム制を設置すること、③研修の中心は大学病院のみならず症例の豊富な地域の中核病院などでもあること、④日本専門医機構が都道府県に設けられる協議会に地域医療の過去の動向を情報提供し、協議会が意見を提出した際には研修プログラムを改善すること、以上4点を明記することを了承した。
- ・2018年4月から制度をスタートするために当初は2017年8月から専攻医を募集するということがあったが、最近の報道を見ると10月からになっているようである。
- ・都道府県の協議会に関しては、新たな会議体を作るのではなく、既存の会議体を利用して行うように厚労省が都道府県に通知したということである。
- ・総合医のプログラムがまだできておらず、総合医に関する整備指針もしっかりとしたものがないので本当に間に合うのかという疑問が出されたが、スタートに間に合わせられるようにきちんと作るという回答であった。

(6) 第11回医療計画の見直し等に関する検討会(6月30日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・厚労省の計画では、一般病棟に入院しているC3未満の患者、療養病床の医療区分1の70%の患者及び地域差解消分の患者は在宅で診ることになっている。このうちC3未満の患者は外来通院分として計算し、在宅医療の必要量としては計算しないことになっている。
- ・医療計画に書き込まれる在宅医療の必要量や整備目標に関しては、都道府県や市町村の医療、介護担当者、地域医師会などの関係者による協議の場を設置して検討するとしている。
- ・医療勤務環境改善支援センターが県ごとに作られているが、機能していないところが多いので、県や大学任せにはせずに地域の病院が積極的に連携を図っていくことが大切である。
- ・看護師が働きながら研修を受けられるようにするには、地域に研修のできる研修病院を作らなければならない。日病の会員病院には、特定行為の研修ができる病院として積極的にこれに参画してほしい。
- ・脳卒中及び心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の構築においても当会の会員病院は積極的に参画して、地域でのネットワーク作りを積極的に担ってほしい。

(7) 第4回技能実習制度への介護職種の追加に向けた準備会(7月12日)

松本(隆)理事より、以下の報告があった。

- ・技能実習制度は既に農業等いろいろな職種で行われているが、東南アジアのほとんどの国

にはまだ介護保険制度が存在しておらず、それらの国における制度作りへの支援という意味も含めて介護職種を技能実習制度に追加することになったようである。

- ・今回は技能実習の評価試験について検討した。試験については、6カ月目、1年目、24カ月目、48カ月目に実施する。実習生はほぼ3年でヘルパー級の仕事をできるようになり、最終的には介護福祉士程度の技能を習得することが期待されている。
- ・この実習制度は3年から5年に延びている。その際の条件として管理団体を設置することになっているが、その管理団体はまだできていないので、これから日精協と日病協とで検討していきたい。

6. 第68回日本病院学会について

山田（哲）理事より以下の報告があり、了承した。

- ・来年6月28日と29日に金沢市で「医療制度ルネサンスー未来を見据え、今を創新するー」をメインテーマにして日病学会を開催する。
- ・制度がいろいろ変わっており、シンポジウムの内容を何にするかまだ整理がついていないので、知恵をかりたい。多数の医師・職員の参加を願う。

7. 日本病院会 各委員会委員について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・従来から、各委員会については理事会で承認を得ている。その委員については、ここに記載のある方々によろしく願う。
- ・病院における精神医療のあり方を中心に検討するために、新たに病院精神科医療委員会を設置した。全体では26委員会、8小委・ワーキンググループで運営することになる。

8. 平成29年度第2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。

〔協議事項〕

1. 人生の最終段階における医療のあり方

相澤会長より、以下の説明があった。

- ・新専門医制度は先ほど話したような方向で進んでいるので、今後の推移を見守っていく。
- ・地域医療に関しては、厚生労働省が決めたものを一律に下ろすというのではなく地域のことは地域で話し合ってもらいたいのであるが、そのための協議会作りについて地域ごとにかなり温度差があるので、積極的にそこに参画を促すように県に働きかけるべきである。
- ・厚生労働省が「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」を出して、それに沿ってやるように通知したが、ほとんどの病院ではうまくなされていないのが現実ではないか。
- ・これから四病院団体協議会で「人生の最終段階における医療のあり方」についてどのように対応していくのがよいかを検討することになるので、日本病院会として方向性を決めるべくここで協議してほしい。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・厚労省の資料にも、患者本人の意思確認が最大のポイントであるが、それができる人とできない人がいると書かれている。聖路加国際病院では、患者のアドバンス・ケア・プランニングについてチェックリストを作り、パンフレットも大量に作成して対応しているが、患者自身から意思表示がなされるケースはごく少数である。

- ・数年前からは医師、ナース、それからメディカルソーシャルワーカーによるACPチームを立ち上げて、人生の最終章での医療について患者がいつでも相談できる態勢をとっている。
- ・日本全国の病院から集めたデータを基に共通のクオリティインディケータ（QI）を作成してターミナルフェイズの医療にあり方の問題への対応に役立つ構想があり、厚労省から補助金を受けて日本病院会でその取り組みをスタートさせている。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・福井常任理事が今述べたような対応を患者に対して積極的に行っている病院がどれぐらいあるのか知りたいので、手を挙げてほしい。
- ・厚労省が患者本人の意思確認のガイドラインを作ったが、一般の病院ではほとんど実行されていない。

万代副会長は、以下のように述べた。

- ・終末期という名前は人生の最終段階を意味するので、患者にあなたは最終段階にあるという宣告を誰がするのかに関して自分自身でも非常に悩んでいる。
- ・余命告知をするか否かについていろいろと問題になっているが、正直に伝えた後に患者が家族に「あの医師から死刑宣告された」と話したという例もある。明確な答えはないと思うので、相当の幅を持たせて言うように自分は心がけている。

松本（文）理事は、以下のように述べた。

- ・天心堂へつぎ病院では、事前に患者に延命治療について内容を詳しく説明して延命処置をこれ以上なくてよいという場合には同意書をとることをしているが、54%の患者から延命処置をしないでよいという答えが返ってきた。
- ・しっかりと治療を行っている医師と、すぐに他病院を紹介するタイプの医師とでは違いが生じる。後者は延命治療をさせない方向に誘導する危険性があるのではないかと。医師の側の意識を統一して対応していく必要がある。

副島支部長は、済生会熊本病院でも約20年前から周辺の連携医療機関とともに事前指定書の作成を行っており、最近では行政からのサポートもあるので、それなりに理解は進んできていると述べた。

福井常任理事は、我々の事前指示書は本当に終末期を迎えた患者を想定したものではなく、まだ症状が安定している段階に前もって5～6個のチェック項目について聞いておくものなので、緊急時の場合には違ったアプローチが必要になると述べた。

難波理事は、以下のように述べた。

- ・岡山県では県の病院協会と医師会が交互に主催して「人生の最終段階における選択と心の洗濯」という公開シンポジウムを毎年行っており、医療・介護従事者や一般住民が多数参加している。
- ・金光病院でも年に1回、地域住民を対象にした講演会を開催しているが、医療に関する問題意識を共有できる場として大変喜ばれている。
- ・地域で医療者と住民が問題意識を共有することが大切であり、我々はそのような場を作り出し、広めていく必要がある。

望月理事は、以下のように述べた。

- ・岩手県立中央病院では、かかりつけ患者や入院患者の意思確認の問題には対応できているが、今一番問題になっているのは救急現場における対応である。
- ・老人ホームなど地域の諸施設からその利用者が救急搬送されてくるケースが非常に多くなってきたので、3年前から市の医師会を巻き込んで諸施設の担当者と会議を持ち、蘇生を含めた救急対応に関する入所者の事前チェックリストを作成している。急性期病院では、地域を巻き込んで情報を共有することが重要である。

中島常任理事は、聖路加国際病院が作成した患者の意思確認の20項目のリストはすぐに手に入るのかと尋ねた。

福井常任理事は、小冊子と電子カルテの中にはそれが入っているが、ホームページには掲載していないと答えた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・聖路加国際病院の小冊子を全会員に送ってほしい。
- ・岡山県精神科医療センターのような精神科の病院では、本人の意思確認ができるような患者はほとんどいない。
- ・国民的な広がりを作っていくためには終末期だけを見ていたのではだめである。65歳の年金支給開始時には必ず終末期医療についての意思表示をし、それを5年ごとに更新することを法律で義務づけ、その情報をネット上に載せておき、救急搬送時にはいつでもそれを参照できるようにすることが必要である。
- ・そのような法律を作る運動を広げたいので、相澤会長にはぜひ先頭に立ってほしい。

相澤会長は、前もってきちんと自分で意思表示をしておくこと、自分の人生のリスク管理として事前の指示書を作っておくことが一番大切であり、その教育や周知のための取り組みが重要であると述べた。

山田（實）常任理事は、以下のように述べた。

- ・よほどきちんとしたガイドラインを作っておかないと、生体の移植などに携わる場合を初めとして訴訟問題等のトラブルに巻き込まれる危険性がある。
- ・ただガイドラインがあればよいということでもない。今の日本の医療界は医師が訴訟を受けて負けるという状況にあり、医師が言うことであるから間違いないと一般の人から言われるところまで医師自身が自己のレベルを向上させないと、問題はやはり生じる。
- ・プロフェッショナルフリーダムという言葉をやたらと安易に考えず、それは人の尊厳や死にまでもかかわっているのだということをしっかりと自覚して、医師のレベルを向上させなければならない。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・ガイドラインに沿っていたとしても訴訟になる場合があるので、しっかり法律に基づいていることが大切である。そのための法律を作る必要がある。
- ・この問題は全てが医療者に押しつけられているが、政府を含めて社会全体の責任であるということは今こそ主張しなければならない。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・がんの場合には終末期が正確にわからない場合がたくさんあるので、医師の印象による判断のみで患者に余命宣告をしてはいけないのではないかと。
- ・尊厳死は法律になじまないと思う。国会議員もそう言っている。
- ・老健や特養がたくさんあり、全国で約7万人近くがいわゆる「恍惚の人」状態で生かされている。欧米からは日本は高齢者を虐待していると思われているが、実はその理由の7～8割は患者が受けている年金にあり、家族がそれに頼って生きているという現実がある。
- ・この国では何でもお上任せ、医師任せで、何かあればすぐに国や医師を訴えるのであるが、国民の意識を回復させて、今はこういう時代なのだということをしっかりと認識させなければならない。

中理事は、以下のように述べた。

- ・この問題が四病協で議論されるということであるが、国民が超高齢社会の中でいかに健康長寿を目指すかについても一緒に議論してほしい。
- ・健康長寿に係る問題に具体的に切り込めるのは、医療団体であり医師である。そういう問題

について明らかにせず終末期の問題だけに傾斜していくことには非常に危険な面がある。

- ・超高齢社会の中では、75歳以上の後期高齢者になると全員がリビングウィルを出すという国民運動を医師団体の助言のもとに進めていくことが必要ではないか。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・この問題は非常に難しい。まず、事前指定書について周知させることの難しさがある。日本では「死についての教育」がほとんど行われていない上に、若い世代は自分の家で肉親の死を見ることがないからである。
- ・事前指示書を一般に浸透させることが難しいのであれば、次善の策としては自分の病院で目の前の患者に何ができるかということを考え、それに対してチームで取り組む方法がある。
- ・急性期病院の聖隷浜松病院が緩和ケア病棟を作ろうとしたときには病院の中にはかなりの反対の声があったが、医師、看護師、ソーシャルワーカーで緩和ケアチームを作り、時間をかけて患者に対応すると大概の患者は話を聞いてくれて、家族も聞いてくれるようになった。
- ・どんどん時代は変わり、そういう時期に来ているので日本病院会は前向きに考えてほしい。まず、聖路加病院の事前指示書を全病院に病院会を通して配布してほしい。そして、日病として死の教育にかかわることについて検討してほしい。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・この問題ではすぐに結論を出すよりも、まずやるべきことをやってみてから考えていくことが大切である。
- ・患者から事前指示書をもらうのは非常に大変で、すぐにはなかなか書いてもらえないが、これに全員で取り組んでみなければ全く前に進めないので、協力を願う。
- ・「死についての教育」は非常に大事であるが、入院患者を診ている病院会こそ率先してそれに取り組むべきだと思うので、これに関しても協力を願う。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・北欧、オランダ、オーストラリアでは食べられなくなった患者には点滴をしないということが日本のマスコミでも紹介されており、患者とその家族の考え方が随分変わってきている。
- ・7年前に聖路加国際病院で胃瘻造設手術をした患者は63名であったが、それが昨年度には23名に減っているのは、人々の考え方の変化を反映しているのであろう。

相澤会長は、何かを決めてから行動するのではなく行動しながら考えるということは非常に大事であると思うので、ぜひまた協力を願うと述べた。

2. その他

特に発言はなかった

以上で閉会となった。