

日 時 平成30年1月12日（金） 13：00～16：00

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 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、中村 博彦、前原 和平、亀田 信介、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、  
新江 良一、武田 隆久、森田 眞照、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英  
（各常任理事）

竹中 賢治、梶原 優、石井 孝宜（各監事）

木村 純、田中 繁道、望月 泉、土屋 誉、濱崎 充、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、中 佳一、山田 哲司、  
田中 一成、山本 直人、松本 隆利、楠田 司、金子 隆昭、野原 隆司、松谷 之義、  
木野 昌也、佐藤 四三、佐々木順子、松本 宗明、成川 守彦、難波 義夫、細木 秀美、  
平野 明喜、藤山 重俊、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、篠原 幸人、富田 博樹（各参与）

細矢 貴亮、堀江 孝至、原澤 茂、毛利 博、澄川 耕二（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69名の出席

相澤会長の開会挨拶の後、定足数66名に対して出席44名（過半数34名）で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5回常任理事会（12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3件〕

①地方独立行政法人・地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立神戸アイセンター病院  
（会員名：栗本康夫院長）

②医療法人・医療法人清須呼吸器疾患研究会 はるひ呼吸器病院（会員名：齋藤雄二理事  
長）

③社会医療法人・宇城総合病院（会員名：江上寛病院長）

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・コンバージェンス・シーティ・ジャパン株式会社（会員名：詫摩直也代表取締役）

〔賛助会員の退会2件〕

①特別会員A・公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター北海道支部 札幌商工診療  
所（代表者：星野宙支部長）

②A会員・三和化学研究所（会員名：小林利彰医薬品事業部情報管理グループ長）

平成29年12月16日～平成30年1月11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社会福祉法人・社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会 東神奈川リハビリテーション病院（会員名：江端広樹病院長）
- ②医療法人・医療法人社団森と海 東京 東京蒲田病院（会員名：小山豊院長）

[正会員の退会1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）

平成30年1月12日現在 正会員 2,482会員

特別会員 175会員

賛助会員 261会員（A会員115、B会員116、C会員4、D会員26）

## 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公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会／第22回日本医業経営コンサルタント学会 東京大会後援名義使用
- ②株式会社日本医療企画／『最新医療経営フェイズ・スリー』創刊400号特別フォーラムの後援
- ③公益財団法人医療機器センター／「平成29年度在宅人工呼吸器に関する講習会」の協賛名義使用
- ④公益社団法人日本生体医工学会／「第24回第1種ME技術実力検定試験および講習会」の協賛

(新規：後援等依頼1件)

- ①公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会／医業経営セミナー後援名義使用のお願い

## 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1件)

- ①福岡県・医療法人社団高邦会 福岡山王病院

(更新7件)

- ①京都府・医療法人社団洛和会 洛和会東寺南病院
- ②長野県・長野県厚生農業協同組合連合会 篠ノ井総合病院
- ③神奈川県・独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院
- ④京都府・宇治武田病院
- ⑤大阪府・社会福祉法人恩賜財団済生会 富田林病院 健診センター
- ⑥東京都・一般財団法人船員保険会 品川シーズンテラス健診クリニック
- ⑦東京都・日本赤十字社 医療センター

## 4. 病院総合医育成プログラム認定承認について

末永副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・日本病院会認定の病院総合医育成プログラムについて募集したところ、全国91病院から申請があった。

- ・プログラム委員会を作って1病院につき2人のジャッジが判定に当たり、「適」「保留」「否」のいずれかの判定を行った。
- ・保留判定をした91病院に理由を提示したところ、全病院でその修正がなされたことを受けて委員会ではこれらを適格病院として認定することとしたので、承認してほしい。

## 〔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その他の報告があり、了承した。

#### (1) 第2回病院総合医プログラム評価委員会（12月18日）

中理事より、以下の報告があった。

- ・病院総合医育成プログラム審査の経過について報告が行われ、議論した。
- ・当委員会の委員に欠員が2名生じたので、多摩川病院の相川丞委員、岩手県立中央病院の村井一範委員を補充した。

#### (2) 第1回病院総合医認定委員会・第4回専門医に関する委員会合同委員会（12月22日）

中理事より、以下の報告があった。

- ・病院総合医育成に91病院から申請があった。その内訳は医療法人30病院、自治体19病院、日赤12病院であった。病院総合専修医として登録の予定人数は261名である。
- ・本年6月28日と29日に金沢市で開催する第68回日本病院会学会において専門医並びに病院総合医についての講演及びシンポジウムを行う。
- ・日本専門医機構の専門医第一次登録発表では登録採用数は7,791名、その内訳は内科2,527名、外科767名、小児科526名、整形外科516名、麻酔科457名であった。
- ・病院総合医育成事業に関連して新たに3つの委員会を設置することとなり、その設置要綱が会長・副会長会議で承認された。

#### (3) 第7回医業税制委員会（12月22日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・当委員会の上位組織である四病協の医業経営・税制委員会における議論及び各政党による税制改正ヒアリング実施について報告を受けた。
- ・平成30年度与党税制改正大綱が出された。今回は「2019年度の税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向け総合的に検討し、結論を得る」と、その期限を明記している。
- ・平成31年度予算要望を四病協で行うことになっており、日病の要望項目については当委員会で1月に文案をまとめる。
- ・現在計画中の医療人材確保と育成に係る費用についての会員病院調査は、調査項目をどう設定するかについての検討に時間を要している。
- ・当委員会の医療機器・医療情報システム保守契約、費用に関する実態調査報告書への反応として公益財団法人医療機器センターから接触があり、意見交換を行った。

#### (4) 病院経営の質推進委員会 病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（12月22・23日）

牧野常任理事より、申込者数45名、参加者数45名、修了者43名であり、受講者の評価はおおむね良好であったとの報告があった。

#### (5) 第3回QI委員会（12月18日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・埼玉医科大学総合医療センターと埼玉医科大学国際医療センターが新たに参加したことにより、QI2017参加施設は309施設となった。
- ・厚労省が進める医療の質の評価・公表等推進事業には94施設が参加している。必須項目に

についてはデータの提出率が非常に高いが、任意項目についてはまだ少ない。

- ・参加施設を対象にしたQIプロジェクト2017フィードバック説明会を3月頃に開催することを予定している。
- ・第68回日本病院学会で当委員会が行うシンポジウムでは、今後QIをどう進めるかについて話し合いたい。

#### **(6) 第3回図書委員会 (12月22日)**

望月理事より、以下の報告があった。

- ・2018年度の日病電子ジャーナルコンソーシアムへの申込件数は228件、申し込み病院数は173施設であるが、いまひとつ伸びが足りない。
- ・来年度に向けて、①会員病院間の文献提供サービスの試行、②病院が望むような形の提案の作成を目的とするワーキンググループで検討を始めた。
- ・次期日病学会のプログラムを検討し、座長及びシンポジストの案を作った。
- ・病院機能評価の図書機能の要件について、図書機能充実・担当者配置等の項目が望まれるとの意見で一致した。

#### **(7) 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 (東京) (12月16・17日)**

- ・東京で開催し、参加者は318名であった。

##### **②コーディング勉強会 (12月16・17日)**

- ・平成29年4月から12月までで全64教室、参加者は累計1,633名であった。

##### **③医療統計学勉強会 (12月16・17日)**

- ・累計全31教室で、参加者累計は701名であった。

##### **④第3回診療情報管理士教育委員会 (1月11日)**

- ・平成29年度後期科目試験の合否判定を行った。修了者は801名であった。
- ・各小委員会で、カリキュラム改定に伴うテキスト改訂について検討している。
- ・毎年5月にグランドプリンスホテル新高輪等で行っていた診療情報管理士認定書授与式は、経費節減のために次年度以降は別会場で開催を検討する。
- ・Web教育に関してスクーリングの動画配信等が会長副会長会議で承認されたので、平成30年度からコンテンツの作成に入る。月報については4月からWeb配信を行い経費削減を図る。
- ・指定校について、国際医療福祉大学赤坂キャンパスの新規申請、麻生医療福祉専門学校福岡校の新学科申請、山陽女子短期大学の講師変更について承認した。

#### **(8) 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 (12月12日)**

- ・ICD-10の改正は本年で終了するため、本格的にICD-11に取り組んでいかねばならない。
- ・ICD-11国内検討会、がん登録部会、WHO-FIC日本協力センター運営会議、メキシコ年次会議等のWHO関連の会議報告があった。
- ・ICD、ICF、ICHI、ICD-0などに関する委員会を持っているので、各部門についての知見も得ていきたい。
- ・急性期から在宅に至るまでのICFを用いた生活機能レベルの評価をこれから行っていかねばならない。

##### **②第93回診療情報管理士生涯教育研修会 (12月17日)**

- ・研修会は年に約4回行っている。今回は熊本で開催し105名の参加があった。

### ③第17回業務指針・記載指針改定小委員会（12月22日）

- ・前回の業務指針・記載指針の策定から7～8年経過したので、見直しを検討している。
- ・新指針では①業務指針の目的と改正の必要性、②倫理規定及び記録指針との関連、③診療情報管理士の地位向上と身分の確立の3つの観点から診療情報管理士はいかにかわるべきかについて記載する。
- ・良質で安全な医療、チーム医療、守秘性の高い個人情報、インフォームド・コンセント、コード化、利活用の6つのキーワードに基づいて、その内容を整理する。
- ・厚労省の医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの中で謳われている電子保存の要件、真正性、見読性及び保存性の3点の確保の基準を再確認した。今秋には新しいものができるのではないか。

### (9) 平成29年度診療報酬等に関する定期調査最終報告書（案）

病院経営管理士会永易会長より、以下の報告があった。

- ・調査の配信数は2,437病院、回答数は892病院、回答率は36.6%であった。有効回答数は858病院で、前年調査時より130病院ほど増加している。
- ・診療収益は58.6%の病院で増収、診療単価については入院で53.2%、外来で63.6%の増であった。
- ・医業損益の前年同月比較では、経常利益の赤字病院の割合が5.9%減少し改善傾向が見られたが、赤字病院が依然66.3%を占めている。年度比較では、経常利益の赤字病院割合は5.9ポイント上昇して56.9%に拡大した。病院経営は増収減益傾向により赤字経営が続き、依然として厳しい状況がうかがえる。
- ・1病院当たりの診療収益は増収傾向である。1人1日当たりの診療収入も全体的にプラスの結果である。延べ患者数については、病床規模が大きくなるほど減少病院が増えている。入院はプラス、外来はマイナス傾向にある。
- ・一般病棟・特定機能病院一般病棟・専門病院における7対1入院基本料の算定割合は、799病院のうち67.5%であった。
- ・平成27年度と28年度の比較を見ると、経常利益では赤字病院が51%から56.9%に増え、減益病院は59%であった。医業利益でも同様の結果が出ている。
- ・平成28年度の稼働100床当たりの平均では収益を費用が上回り、医業利益でマイナス1億1,200万円、経常利益でマイナス1,940万円であった。1病院当たりを見ると、医業利益はマイナス4億3,008万円、経常利益はマイナス7,419万円であった。
- ・医業損益の単月比較では、改定年度の平成28年6月に経常利益が下がり、その前後の年度は少し高い結果になっている。改定年度は下がるが、翌年は病院が努力をして戻している。
- ・平成25～28年度の4期比較で259病院の平均を見ると、平成25年度には経常利益が黒字になっていたが、平成26年に赤字に転落し、その後毎年減少している。医業利益も同様の結果である。

### (10) 重症度、医療・看護必要度に関する緊急アンケート最終報告書（案）

島副会長より、以下の報告があった。

- ・現在、中医協の入院医療等調査・評価分科会で重症度、医療・看護必要度の評価票のうちA項目とC項目について診療報酬請求情報のEF統合ファイルを用いて評価する方法が検証されているので、その検討の根拠となる医療現場の意向を把握するためのアンケートを実施した。対象は1,282病院であり、回答数は483であった。
- ・院内指導者研修の受講については、「負担になっていると思う」との回答が医師・看護師ともに非常に多かった。
- ・評価票の利用については、医師は「病床コントロール」、看護師は「病床コントロール」

- や「各病棟の看護職員の配置管理」、「院内の分析ツール」、事務職員は「病床コントロール」や「院内の分析ツール」に活用しているとの回答が多かった。
- ・アセスメントとして評価票が有用であるとの回答が大多数であったが、評価項目や入力作業については検討の余地があるとの回答が多かった。
  - ・評価・入力作業にかかる時間は「30分以上60分未満」が一番多かった。看護協会が行った同様の調査では、平均で約20分となっている。
  - ・診療報酬請求情報が選択可能となった場合に「選択を検討する」との回答は、医師、看護師、事務職員のいずれも60%以上であった。

## 2. 中医協について

島副会長より下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第143回薬価専門部会（12月20日）

- ・薬価制度の抜本改革に係る骨子（案）について議論した。後ほど報告があるので、報告は割愛する。

### (2) 第6回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 合同部会（12月20日）

- ・まず対象品目を選定し、次に企業によるデータの提出を行い、その再分析の実施を第三者が行い、総合的評価（アプレイザル）を行った後に費用対効果の評価結果に基づく価格調整を実施するのが費用対効果評価の試行的導入の流れである。
- ・試行的導入の対象品目は医薬品7品目、医療機器6品目、計13品目であるが、企業側と第三者の出した価格にかなりの乖離があり、もめている。
- ・価格調整方法としては、支払い意思額に基づく考え方で価格をある程度設定する計算式を今のところ考えている。
- ・企業側と第三者で分析の結果が大きく異なる品目については、平成30年中を目途に検証を行う。費用対効果評価の制度化については、対象品目の選定、企業によるデータ提出、再分析、総合的評価、価格調整のそれぞれの具体的内容について、平成30年度中に結論を得る方向性が出されている。

### (3) 第380回総会（12月20日）

- ・薬価制度の抜本改革に係る骨子（案）、費用対効果評価の試行的導入における取組及び制度化に向けた主な課題、平成30年度診療報酬改定の改定率等について議論した。
- ・診療報酬本体に関しては0.55%、医科が0.63%、歯科が0.69%、調剤が0.19%増加という内訳になっている。
- ・薬価に関してはマイナス1.65%、材料価格に関してはマイナス0.09%となっている。
- ・いわゆる大型門前薬局に対しては、また別途、引き下げる方向での検討を行うようである。

### (4) 第381回総会（12月22日）

- ・発汗計を新たに保険収載するが、「留意事項案」にあるように、対象となる患者に指定の方法を使って検査した場合のみ、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。
- ・リアルタイムPCR法を用いたEGFR遺伝子検査、等温核酸増幅法を用いたサイトメガロウイルスの核酸検出も保険収載される。
- ・平成30年度診療報酬改定に関する1号側及び2号側からの意見書がそれぞれ出されている。
- ・平成28年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について（概況）では、指導・監査等の実施件数、取消等の状況、返還金額などが報告されている。

### (5) 第382回総会（1月10日）

- ・外来医療（その4）病診連携・機能分化では、外来医療提供体制の基本的な考え方として、

大病院の外来では紹介患者を中心とし、専門外来の機能は確保し、一般的な外来機能は縮小する。また、かかりつけ医機能を有する医療機関の外来では、一般的な外来受診の相談に対応することを基本とし、必要に応じて大病院を紹介するとしている。

- ・初診料等の病床数に係る要件の概要では、初診料、再診料、外来診療料を上げるために、かかりつけ医機能の評価を提案している。
- ・小児のかかりつけ診療料の概要では、成人、小児にかかわらず、かかりつけ医を評価する話が論点として出ている。
- ・入院医療（その10）では、重症度、医療・看護必要度の定義・判定基準の変更（案）として見直し案1及び2を提示している。実際にどういう計算をするのかというマスタを1月中旬に医療施設に配付するとのことであり、現在はその内容を検討している段階である。
- ・薬価調査が適切に実施される環境整備の推進について議論した。現在、未妥結減算制度がスタートしているが、基本的に単品単価契約とし、不当な一律契約で大きな下げ幅を持つことは認めないとしているが、それをいきなり要件化することは難しいので、実態を把握するための調査が実施される。
- ・医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン（案）が提示され、それに関するパブリックコメントを実施することとなった。
- ・遺伝子組換えで作った医薬品ペムブロリズマブについて、厚労省から最適使用推進ガイドラインが示された。

#### （6）第383回総会（1月12日）

- ・診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）について議論した。これまでの議論を①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、②新しいニーズにも対応でき安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実、③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化の4項目に整理して、その内容をパブコメとして提示することになる。
- ・そのパブリックコメントに関する厚生労働大臣からの諮問書が中医協会長宛てに発出されている。

万代副会長は、大詰めが迫ってきており、急性期の一般入院料の患者該当割合が何%になるかは特に気になる場所であるが、29%程度を覚悟することになるのかと尋ねた。

島副会長は、日病の経営調査でも赤字病院がどんどん増えているので、なるべく低いほうがよいが、支払い側はそれを許さない状況であり、公益裁定となって29%ぐらいが落としどころになるのではないかと答えた。

万代副会長は、資料に「病床数500以上を要件としている診療報酬についての取扱いについては、原則として病床数400床以上」に変えると書いてある病床数は許可病床数のことかと尋ねた。

島副会長は、そうである。今は大病院の定義は500床であり、これを400床以上にすることが論点となっているが、それは間違いなく実施されると答えた。

万代副会長は、患者該当割合が25%から29%にアップになる件について大道副会長がシミュレーションを行っているので、コメントしてほしいと述べた。

大道副会長は、以下のように述べた。

- ・会員の各病院で看護必要度のシミュレーションをぜひ行ってほしい。
- ・森之宮病院では5病棟が7対1を現在、取得している。これで置き換えて算定を行ったところ現行よりも7%上がり、37%となった。今は救急患者の半数以上が高齢者であり、認知症の占める割合が確実に増えている。それが全てカウントされるので37%になった。
- ・現行の7対1が7対1相当になったとしても点数的には同じであるが、10対1でよいとな

ってくると、そこでナースが抜けていけば、そのあおりは残ったナースに全部来るわけで、これでは働き方改革ではなく、よい制度ではない。

### 3. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

#### (1) 第9回総合部会（12月20日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・専門職大学制度が創設されることとなった。平成30年11月に受付開始、平成31年から開校予定である。
- ・専門医機構の関連では、専門医の採用数にシーリングがかかっている問題で、その設定経緯の説明やプロセスの透明化を求めることとなった。
- ・医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会の報告が行われた。異論がたくさんある中で、厚労省は進めたいようである。

#### (2) 第8回日医・四病協懇談会（12月20日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・これまで都道府県単位で行っていた准看護師の試験をブロックごとに行う案が提示され、四病協はその方向でいくことになった。
- ・高度プロフェッショナル制度に医師を入れてはどうかという意見に対して、厚労省は臨床医にそれが適用される予定はないとしている。それをいかにしていかいぐり働き方を考えていくのが極めて大事になる。
- ・今後、医師資格証として日本医師会が発行するICカードが医師免許証の代用となる。

#### (3) 第10回医療保険・診療報酬委員会（1月5日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の報告の後で、7対1の話が特に議論となった。
- ・救急医療管理加算については都道府県によって査定の要件もばらばらの状況であり、それを重症度、医療・看護必要度の評価項目に導入するのは時期尚早であるとの意見が出た。
- ・ケアマネジャーの質の担保が問題になっている中で、入院中に行うケアマネジャーへの情報提供への評価拡大は慎重にしたほうがよいのではないかと懸念されている。
- ・急性期病棟からの受け入れに当たり療養病棟側は加算の届出を大きなセールスポイントとしているが、見直し案が通れば加算の届出を取り下げる病院が増えて、療養型病床群からの在宅復帰率がまた落ちるのではないかと懸念されている。

### 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

下記会議の報告があり、了承した。

#### (1) 第5回医療従事者の需給に関する検討会・第17回医師需給分科会（12月18日）

相澤会長は、この会議の内容に関しては次に述べる社会保障審議会医療部会の資料に出ているので参照してほしいと述べた。

#### (2) 第58回社会保障審議会 医療部会（12月22日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・医師遍在対策に関して、現行の人口10万人単位で見ると医師の遍在状況が正しく把握できないので新たに客観的データを整備するとしているが、いかに整備するかは示されていない。
- ・これからは都道府県が責任を持って医師確保計画を作ることになる。都道府県の職員を教育して、その力をつけるようにする。



- ・県ごとに地域医療対策協議会があるが、それが全く機能していないので、その役割を明確にして、しっかり機能するようにする。
- ・都道府県が地域医療支援事務を行っているので、これを強化して効果的な医師派遣ができるようにする。その事務は大学医学部や大学病院と連携し、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施する。
- ・今後は臨床研修についても、都道府県の大学を卒業した者はその地域の病院としかマッチングさせないことを検討していることに関して、疑問の声がかなり出た。
- ・募集定員が多いところや集中しているところの定員を減らし、少ないところを増やし、現在の1.03倍の差を1.01倍にまで縮める。
- ・これまで医師不足対応は入院医療に関して行ってきたが、外来については状況がわからないので、外来医療にどれぐらい医師が必要なのかを今後、計算していく。
- ・医師が少ない地域で勤務する医師が専門的な研鑽を受けたりキャリアアップができるような仕組みを作る。医師が少ない地域での勤務にインセンティブを与える国の認定制度を創設する。
- ・結局ずっと無駄な議論をしており、実効性のないものになるのではないかと。基本的なところをしっかりと議論したいが、12月までに結論を出せという内閣府からの指示があるので強引にまとめた感は否めない。

### (3) 第5回医師の働き方改革に関する検討会（12月22日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・勤務環境改善策として、タスクシフティングやタスクシェアリングの推進、AIやICTやIoTを活用した効率化、救急や産科などの病院の機能、医師の遍在やへき地医療等、適切な地域医療提供体制の確保との関係等について検討した。
- ・厚生労働省から、我が国の医療提供体制は民間主体であるので医師を強制的に配置することは難しく、診療科の遍在についても強制的な適正化はできない現状である。実効性のある対策については医師需給分科会で検討中であるとの報告がなされた。
- ・医師の労働時間削減に効果が期待できるものとして、他業種等への業務移管の検討が提案されている。
- ・委員から、タスクシフトに関しては医師全体の業務を軽減することが可能であるか、その人数が確保できるのかということも含めて検討しなければならないとの意見が出た。
- ・これまでの中間取りまとめ案が次回の検討会で提示される予定である。

## 5. 平成30年度診療報酬改定説明会の開催について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・本年度も全国公私病院連盟と共催で診療報酬改定説明会を開催する。
- ・日本病院会が中心になって行う説明会は神戸で3月13日、3,800名の参加を予定している。
- ・全国公私病院連盟が中心になって行う説明会は東京で3月12日、3,000名の参加を予定している。

## 6. 平成30年度介護報酬改定説明会の開催について

福田事務局長より、日本病院会の当ビルで2月27日に説明会を開催し、180名程度の参加を見込んでいたとの報告があり、了承した。

## 7. 職員人事異動について

福田事務局長より以下の報告があり、了承した。

- ・ 1月1日付分として、係員クラスの異動を企画課で行った。
- ・ 2月1日付分として、新規に政策課長として診療報酬担当者を採用した。もう一人は新たに病院総合医のために採用した。介護報酬については人事異動で来た2名と合わせて3名で対応する。

## 8. 平成29年度第5回常任理事会承認事項の報告について

万代副会長より、これは前回の理事会承認分であるので資料参照を願うとの報告があり、了承した。

### 〔協議事項〕

#### 1. 専門医機構への提言

末永副会長より、以下の説明があった。

- ・ 専攻医一次登録領域別採用数を見ると、東京一極集中になっているのではないかという批判がある。臨床検査への応募は全体で4人しかないので、基本的な領域として成り立つのかという疑問の声もある。
- ・ 外科の応募人数のワースト県である群馬県、山梨県、高知県では1人しか応募していない。内科についても16人以下のところは10県以上ある。このようなことが新しい専門医制度が始まって最初の応募数として出てきてしまった。
- ・ これが続けば地域の医療は崩壊し、大学病院も成り立たなくなる。それに対して日本病院会も危機感を持ち、何か申し入れをしていく必要があるのではないか。いろいろ考えてほしい。相澤会長は、医師の偏在是正どころか、ますます偏在を助長する制度になっているのが現実であるが、具体的にどう申し入れるかについて意見はあるかと述べた。

中井常任理事は、昨年、の医局への入局のデータや病院での後期研修のデータはあるのかと尋ねた。

末永副会長は、以下のように答えた。

- ・ 採用数の資料は仙台厚生病院の遠藤臨床検査センター長がまとめたものである。麻酔科、眼科、精神科は増えているが、内科は全体では減っている。内科については、総合診療専門医のほうに行っているから数から言えばほとんど差はないと専門医機構の理事会は説明しているが、このデータが示しているものは、やはり東京一極集中である。
- ・ それぞれの医局に何人入局したかについては、調査しないと出てこない。

中井常任理事は、総人数が8,000人弱なので専門性別に分けてさらに都道府県別に分けるとどうしてもゼロのところが出てしまうと述べた。

末永副会長は、シーリングをかけた県が5つあるが、東京でシーリングがかかり自分が行きたい科から溢れても他県の内科を選ぶことはせずに、東京で違う科を選ぶことになるかと述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・ 早急に全国の専門医の数を決めなければならない。もともと定員にだぶつきがあったのではないか。
- ・ 学会として自分の科に来る専攻医が何人とは決めていないし、県でも何人と決まっていないので、来年も同じような結果になるのではないか。今からしっかりしておかなければ、また大変なことが起こる。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・ 都道府県にはそれぞれの事情があるので医療政策を自前で決める形になってきたが、都道府県単位で決められることと、そうではないことがあり、違う仕組みがないと偏在は是正されない。

・医療者側からこうするという仕組みを提示せねばならない時期になったのではないか。

高木常任理事は、確かに東京は多いが、このデータは基幹施設への応募状況であり、大学に登録している者もかなり多いのではないか。その場合、近県の関連病院に出て研修する者が多いので、あの数が全て東京でずっと研修するわけではないと述べた。

末永副会長は、以下のように述べた。

・それはそうであるが、それがあから地域遍在が是正されると専門医機構は強弁している。

・道府県で数字がゼロというところが出ている問題はどうか。

相澤会長は、専攻医のプログラムでは余り遠い県に行くのはだめとなっており、東京から九州や四国や北海道には行かないので、本当に由々しき問題が発生するのではないかと述べた。

岡留副会長は、アメリカでは政治とは無縁の第三者機構であるACGMEが、このエリアにはこの疾患が年間このぐらい発症しているという疾患数のデータから必要な専門医数を確実に割り当てて公平なディストリビューションを行っているという話を聞くが、本当に国民のために最適な医療をするためにはこのような軸になる何かが必要ではないかと述べた。

末永副会長は、以下のように述べた。

・ACGMEのようなものがすぐにできるとは思わないが、そのような機能を持たせることは必要である。

・私は専門医機構にいたころに、それぞれの地域における疾患数と専門医の必要数についての調査をしてはどうかと主張していた。必要数というものは本当はあるはずである。

中井常任理事は、この表の合計を見ると定員を切っている県が20県ぐらいあり、どこか他へ行くよりは東京にいたいという傾向を示していると思えるので、医師免許はこの県にしか与えない、あなたの医師免許はこの県だけであるというようにして医師の数を決めるほうが専門医の数を決めるより有効であると述べた。

相澤会長は、医師の偏在対策の会議でも社会保障審議会でも、まず県ごとに医師は何人と決めたほうがよいのではないかと、そうしない限り医師の偏在は止まらないと私は主張したが、誰も興味を示さなかったと述べた。

今泉参与は、以下のように述べた。

・昔、私が唐津市の日赤にいたときに、症例や患者数等のデータを東京のコンサルティング会社に依頼して調査したことがある。保険証からそのような調査ができるようである。

・あるエリアを決めて、そこで何人医師が必要だという数字は出てくると思うので、そういうことも具体的に考えるべきではないか。

万代副会長は、以下のように述べた。

・JCHOがへき地での医療に医師を当たらせるのに大変苦勞していることから考えても、やはり絵に描いた餅になるのではないかと。

・今回のことで絶対この制度はうまくいかないことが証明された。もともと卒後3年から5年ぐらいで専門医と称するのはおこがましいし、専門医という名前をつけてしまうからこういう偏在が起きる。

・専門医と呼ぶからいけないのであり、前期研修と後期研修にして、前期研修は現在のマッチングを行い、後期研修では都道府県単位でシーリングをさらに厳しくするとすっきりする。

・専門医制度は診療科の偏在是正に使うほうがよい。地域偏在の是正に関しては鮭の母川回帰説で言うように、最初の後期研修をどこで行うかが重要である。

・制度設計からもう一度やり直すのは難しいであろうが、上述の基本認識に立って考え直さなければ来年も同じことが起きる。

相澤会長は、今年から始まった専門医制度を早速壊して新たなものを作るという過激だが甚だ妥当な考え方であると思うが、いかがかと尋ねた。

中井常任理事は、本質的なところはそれを壊しても変わらないので、根本的に問題を解決するには医師免許を国だけではなく県単位で出すことが必要である。国家試験を通った後にダブルで免許がないと何もできないようにしてしまえば、うまくいくと述べた。

亀田常任理事は、以下のように述べた。

- ・専門医は基本領域であろうとサブスペシャリティであろうと、症例をたくさんこなして経験を積んでいるかどうかでキャリア評価をすべきである。東京では大学に残っていても外科医はオペができないが、医師の足りないところに行けば症例は多く経験を積み上げられる。
- ・キャリア評価をきちんと実施すれば、早く専門医になるために医師の少ないところへ行くことになる。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・診療科偏在、地域偏在を解決するために医師の需給分科会でいろいろな対策が出されているが、それによって解決ができるとは思えない。働き方改革でいろいろ言われていることも、できるわけがない。
- ・その解決のためには、1つは医師を増やすこと、もう一つは強制力を働かせることが必要である。この5年間、日病の地域医療委員会でそれをずっと言い続けてきた。そこに踏み込まなければ、この異様な分布は絶対に変わらない。
- ・偏在対策にいかに関与するのかを専門医機構に問いかけなければならない。そこにプロフェッショナルオートノミーにおける責任と義務がある。

岡留副会長は、私は働き方改革検討会に出ているが、彼らは国家権力の介入を一番嫌っており、強制という言葉は絶対に使わないので、そのあたりの考え方が変わらない限り進展はないのではないかと述べた。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・教員や警察官や消防隊員に対しては、へき地で勤務させる仕組みができているのに、なぜ医師に対してそのような仕組みができないのか理解できない。
- ・邊見参与がいつも「国の基本は医療と教育だ」と言っているが、教育はきちんとできており、へき地でも教員不足はなく、子供たちはしっかり教育を受けているのに、例えば香川県に新しくできた小豆島中央病院はいまだに勤務医不足で、外科医は1人しかおらず我々の病院からカバーに行っている現実がある。専門医機構もそのあたりに責任を持たなければならない。

岡留副会長は、医師の場合は教育や消防等の行政職にかかわる者の義務とは少し違うと捉えているのではないかと述べた。

塩谷常任理事は、それは同じに捉えてもらわなければ困ると述べた。

岡留副会長は、自由標榜制、自由開業制の中でこういうことがある限りは、そこへの縛りは絶対にできないであろうと述べた。

塩谷常任委員は、以下のように述べた。

- ・しかし地方は切実である。地方であっても力を持っている病院ならそれでいけるが、それは10のうちの一つか二つで、あとは力がなくて明日の診療、明日の当直医をどうしようかと悩んでいる。
- ・それは集約化すればよいということで小豆島では集約したが、やはり勤務医不足は解消できていない。だから、2年でよいから無理やり小豆島へ行ってくれと言わなければならない。

岡留副会長は、6年前の日病のシンポジウムで、邊見参与から医学部は入りと出をきちんと決めたらどうかと言われたが、入学するときに全国の疾患数から任地を割り振って行き先を決めることが一番できやすそうな気がすると述べた。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・初期研修が始まったときに、一番重要なのは後期研修、専門医研修なのでそれをしてほしい

と私が言うと、役所側から「それはプロフェッショナルオートノミーだからあなた方が決めてほしい」と言われたので今までそうしてきたが、専門医機構を作ってもうまくいかないのが現実である。

- ・我々が一大決心をして、「お国に任せます、自由にしてほしい」と言うかどうかである。それを言い出すと反対する団体と厳しい議論になるので、その辺を踏まえて今が決断の時期と判断するかどうかの検討をしなければならない。

今泉参与は、以下のように述べた。

- ・外科を例にとってみても、消化器外科、胸部外科、心臓血管外科等、専門という言葉のもとに分野が分かれ過ぎており、各エリアで専門医が何人必要であるとなるとドクターが足りなくなる。その辺をどう整理するかで随分進め方が違ってくるのではないか。
- ・地域に人が住む限り教育と治安と医療と仕事は絶対必要であるが、医師にはどこに行くかを強制できない。しかもその専門性が非常に細かく分かれているので、各エリアの診療を平均化するということが難題である。

梶原監事は、国土交通省でも交通局などはみんな道州制的な形をとっているが、やはり東北6県、中・四国、九州、北海道をそれぞれ全体的に見て、地域への人の配置や調整をきちんと担保するという考え方を提案してもよいのではないか。都道府県で見ている限り、あらゆるところで格差が永遠に出てくるので、道州制的な形にしたほうがよいと述べた。

邊見参与は、以下のように述べた。

- ・小泉内閣のときに第1次医療崩壊が起こったが、このままいくと第2次医療崩壊が起こるであろう。医療界がメディアと政治に対して影響力を持たない限り、この問題は解決しない。
- ・入学のところか卒業のところか、国家試験のところか保険医のところか専門医のところか、どこかでプロフェッショナルフリーダムを放棄しなければいけない。日本の医師は、わがまま過ぎる。世界中、こんな国はどこにもない。外国では州政府や学会等がきちんとオートノミーを利かせているが、日本には何もない。厚労省は文科省や学会が恐ろしい。あれでうまくいくとは思えない。
- ・私が20年前に、国家試験の上位半分には好きなことを好きところでやらせ、下位半分には困っている小児科、救急、産科をやらせるとすっきりすると言うと身内からたくさん批判を受けた。何かをなそうとすると抵抗が多いが、どこかで歯どめをかけなければいけない。
- ・この国には国民皆保険はあっても、国民皆医療がない。それが一番の問題であるが、ここで幾ら言っても無駄である。私はもう知事会、市町村会とメディアにしか期待していない。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・行政にやらせると行政に引っ張られ、学会に任せると学会の意のままにされるので、専門医に関する第三者機構を作り、そこできちんと物事を決めるようにしてはどうか。
- ・専門医機構に任せていると日本の医療は危機を迎えるのではないかと思うので、第三者機構を立ち上げることを今、相談しつつあるが、その前に、専門医制度を来年も続けてよいものかどうかについて聞きたい。

細矢支部長は、専門医制度が始まったから偏在が起きたわけではないので、偏在の話と専門医制度の話とは別個にしなければならないと述べた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・私は医療基本法の第1条で医師のあり方、その社会的な位置づけについて書かなければならないとかねてから主張している。医師は全国に30万人いるが、ばらばらであり病院団体も四分五裂しているので、まず医師を1つの綱領のもとにまとめる必要がある。
- ・新しい医師会が必要である。それは、その中で自治と自律が担保され、悪い医師が排除され、社会的な責務を果たしていける民間の団体である。これしかないのではないか。医師がばら

ばらであるから、医療安全の議論も、医療の税制の議論も、専門医制度の議論もまとまらない。

- ・新しい医師会は強制設立、強制加入の団体にすべきである。医療基本法について検討を再開する中で、この議論をきちんと行ってほしい。

堺名誉会長は、専門医機構は一応、形として第三者機関であるが、相澤会長が言うように今の専門医機構が第三者機関的な機能を果たしていないということになれば、そういう議論でいくほうがよいのではないかと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・安藤常任理事の意見に諸手を挙げて賛成である。
- ・強制という言葉が出てくると行政は一切そこから手を引くが、それは既存団体に対する忖度からである。それを打ち破るためには新しい医師会を立ち上げるしかない。病院の団体がばらばらであるということは情けない。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・日本の国の医療をどうするのかという根本的なところをきちんと固めないはずい。
- ・今それを変えるための一歩をとにかく踏み出さなければ大変なことになるので、ぜひまた、いろいろ検討させてほしい。

中理事は、以下のように述べた。

- ・専門医機構の上部構造について出ている意見に私は5割以上賛成であるが、一番のポイントは下部構造であり、資金をどうするかである。
- ・専門医機構の事業は資金的な面で日本医師会に依存しているので、よいことをただ主張するだけでは日本医師会や学会のような利害関係者の影響力に及ばない。
- ・専門医機構の組織を支える下部構造を我々がいかに担保するかについての議論をしなければならない。

相澤会長は、このまま放っておいてはいけないので、何らかの行動を起こさなければならないと述べた。

堀江支部長は、以下のように述べた。

- ・専門医認定制機構の時代から振り返ってみると、各診療科領域における専門医の育成、そのカリキュラムの作り方等については必要な方向性をとってきたが、我が国の人口動態についての配慮が全くなく、制度を作り専門医の数を作ることだけを検討してきた。
- ・今後、我が国で人口減少と少子化が進み高齢者人口が増えていく中で、今までの専門医制度と同じような専門医育成のあり方でよいのかどうかについて検討する必要がある。

相澤会長は、大変なことではあるが、誰かが行動を起こさなければ変わらない。こういう方向でやっていきたいという意見をまた伝えるので、ぜひ議論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。