

日 時 平成28年11月26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、藤原 秀臣、大西 真、高木 誠、福井 次矢、中 佳一、山田 實紘、
直江 知樹、武田 隆久、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

柏戸 正英、藤原 久義、石井 孝宜（各監事）

山本 修三（名誉会長）

大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭（各顧問）

高久 史磨、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、池上 直己、富田 博樹（各参与）

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、今川 敦史、三浦 修、細木 秀美（各支部長）

阿南 誠（日本診療情報管理士会 会長）

（新入会員）

今井 常夫（愛知県 独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院 院長）

澄川 耕二（長崎県 地方独立法人 佐世保市総合医療センター 理事長兼院長）

総勢47名の出席

堺会長の開会挨拶に続いて新入会員紹介があり、東名古屋病院（愛知県）の今井常夫院長及び佐世保市総合医療センター（長崎県）の澄川耕二理事長兼院長から挨拶の後、相澤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10月23日～平成28年11月25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その他法人・一般財団法人新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院（会員名：内山聖病院 長）

②医療法人・医療法人社団善衆会 善衆会病院（会員名：木村雅史理事長）

〔正会員の退会 1 件〕

①医療法人・医療法人潤和会 札幌ひばりが丘病院（会員名：高橋大賀理事長）

〔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・医療法人社団青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院（慰留者：毛利博静岡県支部長）

〔賛助会員の入会 1 件〕

①A会員・エプソン販売株式会社（代表者：一杉卓志ビジネス営業企画部部長）

〔賛助会員の退会 2 件〕

①特別会員A・医療法人社団寛和会 武蔵小金井クリニック総合健診センター（代表者：金光寛承理事長・院長）

②特別会員A・一般社団法人北九州市小倉医師会 小倉医師会健診センター（代表者：宇野

卓也会長)

平成28年11月25日現在 正会員 2,462会員
特別会員 185会員
賛助会員 256会員 (A会員105、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1件)

①消防庁／平成28年秋季全国火災予防運動に対する協力

(継続：委員等委嘱依頼1件)

①一般財団法人日本情報経済社会推進協会／「JIS Q15001改正原案作成委員会」委員の委嘱〔就任者…大道副会長(新任)〕

(新規：後援依頼1件)

①バリアフリー・フィルム・パートナーズ／「心のバリアフリーとりハビリテーションを広める映画制作事業」の後援

(新規：委員等委嘱依頼2件)

①公益社団法人日本医師会／医師の団体の在り方検討委員会委員への就任〔就任者…堺会長〕

②一般社団法人日本医療機器産業連合会／医療製品識別とトレーサビリティ推進協議会委員の委嘱〔就任者…大道副会長(四病協)〕

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

相澤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愛知県・公益財団法人春日井市健康管理事業団 春日井市総合保健医療センター

(更新3件)

①香川県・一般財団法人三宅医学研究所 セントラルパーククリニック

②神奈川県・神奈川県厚生農業協同組合連合会 保健福祉センターJA健康管理センターあつぎ

③兵庫県・公益財団法人 加古川総合保健センター

〔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6回医業経営・税制委員会(10月24日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・四病協として来年度税制改正に関する要望を一本化して、具体的なアクションプログラムをまとめた。診療報酬に係る消費税については非課税還付方式ないしは控除方式の実施を求める。
- ・医療機器・医療情報システムの保守契約、費用についての実態調査に関する依頼書と調査用紙の最終版が完成した。

(2) 第7回医業経営・税制委員会(11月25日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 来年発効する地域医療連携推進法人制度について、厚労省の染谷指導官から前日受けた概要説明を報告した。今月末から12月にかけてパブリックコメントの募集が行われるので、希望者は厚労省のホームページに注目してほしい。
- ・ 医療機器・医療情報システムの保守契約、費用についての実態調査は11月18日締め切りであるが、回答数が十分でないので年内は回収に努めたい。
- ・ 平成30年度税制改正要望の検討については、与党税制調査会から税制大綱の文書が出るのを待っているところである。

(3) 第2回社会保険診療報酬委員会 (11月7日)

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・ いかなる方向性で次回診療報酬改定に係る要望を作るかについて話し合った。急性期病院については、フリーターキングの形でさまざまな課題を挙げて議論した。
- ・ 日本病院会としてこれから注目されるDPCデータを活用する方法について議論した。
- ・ HIVの感染症の検査を梅毒、B型肝炎、C型肝炎と同様に疑義解釈レベルで保険請求を認めるように要望することとなった。

(4) 第4回診療報酬・病院経営検討委員会 (11月7日)

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・ 平成28年度の診療報酬改定に関する定期調査の最終報告書について話し合った。最終報告は12～1月ごろにまとめる予定である。
- ・ 中間報告のときに幾つかの項目について出ていた質問に関する追跡調査は実施しない。来年度の調査に向けて調査項目等を検討していくこととなった。

(5) 第16回医療制度委員会 (11月9日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・ 医師の偏在対策に関してこれまで当委員会で議論した4点、専門医の仕組みについての提案、医師の地理的偏在の解消、新たな専門医の仕組みに対しての問題点、財政制度分科会での改革の方向性について検討した。
- ・ 尾身JCHO理事長やNPO法人全世代の私案を検討した結果、専門医のプログラム数を制限する、学会に依存しない独立した機関において地域の専門医の必要数を把握する、総合診療に関するプログラムを病院団体が作成し、プログラムの中に地域医療に従事する期間を設ける、以上3点を実行することで医師の偏在はある程度解消されるとの意見で一致した。
- ・ 厚労省医政局から、地域医療構想に係る厚生労働科学研究への協力依頼があり、役員の病院を中心に14病院で協力することとなった。

(6) 第3回看護職場環境委員会 (11月10日)

報告は資料一読とした。

(7) 医療安全管理者養成講習会アドバンストコース (11月12日)

報告は資料一読とした。

(8) 第12回病院中堅職員育成研修「人事・労務管理コース」 (11月11・12日)

報告は資料一読とした。

(9) 院長・副院長セミナー (11月19・20日)

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・ 1日目には、まず労働者健康安全機構の有賀理事長が講演を行い、グループに分かれて討論と発表、さらに当会の相澤副会長が講演、その後、情報交流会を持った。2日目には千葉大学の井上特任教授、産業医科大学の松田教授、神奈川県済生会の正木支部長が講演を行った。
- ・ 参加した40名全員に修了証を渡した。アンケートでは全員から非常によい研修であったと

の高評価を受けた。前評判も高く、今回は28名のキャンセル待ちが出た。

堺会長は、井上特任教授によれば経営費用としてメルクマールとなる数字は人件費＋材料費で75%であり、それ以下であれば経営状況はよいという。興味深い数字であり、参考にしてほしいと述べた。

(10) 感染制御講習会第2クール（11月19・20日）

報告は資料一読とした。

(11) 第3回地域医療委員会（11月15日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・会議冒頭に、今泉前副会長の退任の挨拶と宮崎新副会長の就任の挨拶が行われた。
- ・来年の学会テーマ名がまだ決まっていないが、出席者をできるだけ多く引きつけられるようなタイトルをつけたい。
- ・当委員会では7年前から医師偏在の問題を議論してきたが、ここにきてようやく医師偏在が地域医療を圧迫している現実が注目され出した。
- ・千葉県立病院や埼玉県立病院等の宿直許可の問題に見られるように、日本の医療は労働基準法違反を前提にして成り立っているため、何とかしてその制度の壁をブレイクスルーしたい。

(12) ニュース編集委員会（11月18日）

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・日病ニュースの紙面をタブロイド判に拡大する。これにより読みやすくなると同時に、1面当たりの文字数も増え、全体では2,000文字増やすことができる。
- ・過去にニュース300号、500号の発行にあわせて記念誌を出していたが、1,000号では記念誌を出版せず、増ページもしくはフルカラーの記念号の発行で対応する。
- ・第1号から630号までの日病ニュースは紙ベースで保存されているが、劣化が激しいので検索に対応できるデジタルデータ化を行うこととした。

(13) 第5回雑誌編集委員会（11月22日）

崎原支部長より、以下の報告があった。

- ・雑誌編集に関して、印刷業者を変えたことはよかったのか等の反省を行った。資料に沿って話したので、内容については一読を願う。
- ・第66回日本病院学会の優秀演題、優良演題を決定した。

(14) 診療情報管理士通信教育関連

以下の報告は資料一読とした。

①コーディング勉強会（10月15日～11月13日）

②医療統計学勉強会（10月23日～11月12日）

③基礎課程勉強会（9月11日～10月30日）

(15) 日本診療情報管理学会関連

以下の報告は資料一読とした。

①第7回業務指針・記載指針改定小委員会（10月27日）

②第85回診療情報管理士生涯教育研修会（11月12日）

(16) 病院経営管理士会関連

以下の報告は資料一読とした。

①第1回理事会（10月28日）

②平成28年度総会（10月28日）

③第1回病院経営管理研修会（10月28日）

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第144回代表者会議 (11月2日)

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・ 社会保障審議会医療保険部会で高額療養費制度の見直し、入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方の検討など患者負担が大分に増える議論がなされているので、病院団体としても注意を払う必要がある。
- ・ 日本専門医機構の理事会において、来年度から暫定プログラムを使用する6学会からヒアリングを行った。同機構は、社員からの運営費資金借入れについて、日本医師会、内科学会、外科学会から総額1億5,000万円の低利融資を受けることとなった。理事会以外の委員会においては専門医制度整備指針の見直しを優先すべきであるとの発言が出た。

(2) 第145回代表者会議 (11月25日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・ 中医協等諸会議の報告にある薬価改定については、日病協としては認められないという意見である。
- ・ 医療計画の見直し等に関する検討会から第6回、第7回会議の報告があり、続いて社保審の療養病床の在り方等に関する特別部会、日本専門医機構理事会の内容について報告があった。

(3) 第135回診療報酬実務者会議 (11月16日)

報告は資料一読とした。

3. 中医協について

万代常任理事欠席のため、以下の会議報告は資料一読とした。

(1) 第338回総会 (11月9日)

(2) 第3回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 (11月9日)

(3) 第120回薬価専門部会 (11月16日)

(4) 第339回総会 (11月16日)

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7回総合部会 (10月26日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・ 厚労省健康局健康課長より受動喫煙防止対策強化検討チームWGヒアリングについて依頼があり、医法協の馬場副会長が参加した。四病協の統一見解として建物内禁煙で精神科及び緩和ケア病棟については分煙も認めてほしいと要望したが、周囲の意見はかなり厳しい。
- ・ 患者費用負担について、医療保険の療養病床に入院する65歳以上の患者への居住費負担額引き上げについては、四病協としては容認できない。

(2) 第7回日医・四病協懇談会 (10月26日)

堺会長より、資料にある議事について意見交換を行ったとの報告があった。

(3) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (11月4日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・ 日病から平成28年度診療報酬等に関する定期調査の報告があり、診療行為別点数の画像診断料が大きく減少している理由を調べたほうがよいとの意見が出た。
- ・ 今の各病院の様子を見ていると、増収、減益というところが減収、減益に移行しているほ

ど現在の病院を取り巻く経営環境は厳しいとの意見が出た。

- ・療養病床の在り方等に関する特別部会の報告があり、現在の収入が守られれば転換を考える医療機関も多いが、直ちに個室化することは難しいので4床室あるいは2床室も認めるべきとの意見が出た。

(4) 第6回医業経営・税制委員会(11月24日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局の染谷指導官から地域医療連携推進法人について詳細な説明がなされた。
- ・税制大綱づくりに向けた動きが加速化している中で、四病協医業経営・税制委員会の伊藤委員長及び日病の梶原副会長から政治家及び行政に対する行動等について具体的な話を聞いた。
- ・12月8日に税制大綱が出るのでその内容に注目したい。

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26日)

(2) 第5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17日)

松本支部長より、上記2会議をまとめた形で以下の報告があった。

- ・25対1の医療療養病床と介護療養病床については法律的な期限が来るので、法的に存在理由がなくなり新たな類型に移行する。
- ・介護療養病床を施設して運営していく場合の形態については、介護療養病床相当及び老健施設相当以上という2つの類型案が出されている。
- ・費用の検討は介護給付費分科会で行うことになっているが、日病からも四病協からも委員が出ていない。
- ・7万床以上存在する医療療養病床25対1については、20対1に戻るのか、あるいは介護療養の施設に行くのかが問題であるが、医療なら医療保険、介護なら介護保険が適用されるので、そのあたりがこれから議論になっていく。
- ・一般急性期から新類型への移行を認めるかどうか、以前に老健に移行した約7,000床が新類型に移行できるのか等についても議論が続くのではないかと。
- ・患者側にとって本当によいことかどうか、そして施設側にとってもよいのかどうか、もう一度よく考える必要がある。
- ・大都市圏においては容積率からも8.0㎡/床という基準を満たせない施設があるとの意見もあり、検討を要する。
- ・療養病床に関する勉強会が2回開かれた。高齢化が進み高齢患者が増えてくる中で、現在の医療区分に問題はないのか、病院と介護施設と在宅における介護を統一して評価できる基準を持つ必要があるのではないかと等について議論している。
- ・介護の中で、認知症の慢性期に関してはほとんど診療報酬で評価されていないのは問題である。また、介護に関する費用負担はその重症度だけでなく、介護にかかる手間や薬剤の費用等もきちんと評価して決定する必要がある。ADLについては現在4つの項目のみでの評価であるが、介護施設の評価とあわせて、さらに精緻に行う必要がある。

安藤常任理事は、部会で提出された委員提出資料の中に穏やかならぬ言葉が並んでいるが、これはディスカッションの対象となっているのかと尋ねた。

松本支部長は、介護療養病床ではなぜいけないのか、なぜそのまま残せないのかとの意見があり議論されていると答えた。

安藤常任理事は、これは中医協の入院医療に関する分科会の前身の慢性期医療に関する検

討分科会で収集されたデータの解釈をめぐる議論であるが、10年前以上の議論に溯っているのかと尋ねた。

松本支部長は、以下のように答えた。

- ・ そうである。歴史的な経緯は小泉改革あたりまで溯るが、なぜこのように変えてきたのか、それは本当に必要なのかとの議論である。
- ・ やはり財源的な問題が実は裏に隠されていて、それがこれを動かしてくる一番の要因ではないかと考える。
- ・ 施設が変わると病院ではなくなる。今は中間的な施設はなしにして介護の施設と病院の病床だけにするとのことであるが、内容的には医療も介護も生活支援もみな混在しているので、医療がどのくらい入っているか、どのくらいのことができるかで分けるのがよい。

武田常任理事は、施設基準ではこれは老健相当の8平米となっているので相当ベッド数が減っていくが、その受け皿はどうなるのかと尋ねた。

松本支部長は、次の建てかえまでは6.4のままであることを認めることによって、生活的なことはある程度確保していくということであると答えた。

相澤副会長は、これはなかなか面倒な問題であり、もう一度最初からしっかりと考え直したほうがよいのではないかと尋ねた。

松本支部長は、そのとおりであり、基本的には法的な期限を切った部分だけではなく、慢性期の高齢者をどうするかについて議論すべきであると答えた。

池上参与は、以下のように述べた。

- ・ この問題の出発点は1973年の老人医療無料化であり、そこで老人病院ができて、老人病院が出来高で払われていたので薬漬け、検査漬けとの批判を受けて入院医療管理料ということとなったが、医療処置が必要な患者は赤字になるので医療処置の必要の少ない患者が中心になり、それでは困るとのこと慢性期包括評価で医療の必要度に応じて点数をつけることに決まった。
- ・ その間に療養病床の約半数が介護保険に移管され、介護報酬においては医療について全く費用補償がないので、医療の必要度がない介護療養病床の利用者が中心となった。もし介護療養病床として残しても医療についての費用補償が全くない状態は続くわけであり、よい選択ではない気がする。

(3) 第8回医療介護総合確保促進会議 (10月31日)

報告は資料一読とした。

(4) 第9回医療介護総合確保促進会議 (11月14日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・ 医療計画と介護保険事業支援計画は都道府県が作るが、その事業を行うための現場レベルの介護保険事業計画は市町村が作ることになっているので両者の連携をとるために、関係者による協議の場を設置することが総合確保法の改正案に書き込まれることとなった。
- ・ 圏域を決めてやっていくとの国の方針があるが、圏域をがっちり決めるのはよくない。
- ・ 病床の機能分化・連携に伴って新たに生じる在宅医療に関して、しっかり医療・介護の整合性をとる計画を作っていく。在宅でのサービス必要量は大きく増えるはずであるが、その数値が計画のどこにも書かれていないので、きちんと書き込むべきとの議論があった。
- ・ 医療・介護の計画を国民によく周知させることや、医療・介護の連携をしていくときにその両方に精通している人材を育成することが重要であるとして、計画に書き込むこととなった。
- ・ 今後、医療・介護の相互確保を進めていくに当たり、しっかりした高齢者の住宅政策が必要となるので計画に書き込む。

(5) 第6回医療計画の見直し等に関する検討会（11月9日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・基準病床の数をどうするかについて議論し、その数をなるべく減らさない方向で話がまとまり、算定式（案）を決定した。
- ・医療計画作成指針において、「第3 医療計画の内容」に「地域医療構想を含む」と書き加え、その「10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項」に「『今後高齢化に伴い増加する疾患等対策』を追加（ロコモティブシンドローム、フレイル等）」を書き加えた。
- ・5疾病に関してはさまざまな議論があり、あと1回議論して厚労省がまとめることになっている。
- ・脳卒中に関して、厚労省は標準的治療を普及をさせるために脳血管内治療ができる病院をどんどん増やしたいとしているが、もう少し集約化するほうがよいのか議論になると思われる。脳卒中後の誤嚥性肺炎予防のための歯科医療との連携について、書き込むこととなった。
- ・急性心筋梗塞については今はそれほど増えておらず、大きな問題はむしろ心不全であるので、急性心筋梗塞に限らず、他の心臓血管系の医療提供体制の構築ということに対象枠を広げる。
- ・精神疾患については、その病床数をどんどん減らす方向性があるが、指標をはるかに下回る数値しか達成できていない。それができないのは病院から社会に出て暮らすところの整備ができていないからであり、整備計画を作ってはどうかとの意見があったが、厚労省からの反応はなかった。
- ・救急医療体制の見直しについては、救急で入院して治療後にどこへ行くのかという問題について検討し、計画に入れる。
- ・災害医療に関してはロジスティックチームがまだ弱いので、しっかりそこを作っていくことが大切で、県に1つではなく、二次医療圏に1つずつ必ず作る方向で書き込まれる。災害時の精神科の患者への対応についても書き込まれる。
- ・へき地医療に関しては、へき地医療拠点病院として機能していない病院があるので拠点病院から外してはどうかとの議論があった。
- ・周産期医療に関しては、災害時に妊産婦をどうするのか、精神疾患を合併した妊婦をどうするのかについて計画を作ることとなった。
- ・小児医療に関しては、拠点となる医療機関のない二次医療圏が存在するので、そういうところへの小児地域支援病院という形で小児医療を充実させていく。
- ・厚労省はCT・MRI等の医療機器を制限をする方向で動いており、まず診療所からとりかかるようであるが、病院にも広がっていくと思われるので注意してほしい。

(6) 第7回医療計画の見直し等に関する検討会（11月24日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・医療計画の見直しをどうするかについて意見の取りまとめを行った。
- ・初めて医療計画の中に訪問看護ステーションと医療機関が連携することが書き込まれた。
- ・今回の会議で出た字句表現の直しなどについて反映した計画案が次回会議に提出され、その内容をもう一度検討して最終的に決定される予定である。

6. 医療事故報告等に関する報告について

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・これは平成27年10月から本年9月までの動向についてのまとめである。

- ・相談件数は140件ぐらいで推移しているが、一番多いのは相談・報告の手続である。次が院内事故調査に関する事、次いで医療事故報告対象の判断となっている。
- ・遺族等からの相談内容では、406件中286件が制度開始前の死亡事例や生存事例に関する相談であり、センターの対象外のものであった。
- ・制度開始後センターから遺族等の求めに応じた医療機関への伝達は7件あり、制度が活用され始めている。
- ・事故報告が、まだ少ない。あくまでもこれは事故防止に役立てるために何が起こったかを検証するための報告であり、誰が悪い云々ではないのだから、もっと届け出てほしいというのがセンターの考えではないか。
- ・3カ月以上たってから届け出るなど、医療事故報告が出るまでに時間がかかっているケースも見られる。
- ・センターに届く院内調査を見ると院外の医師やその領域における専門家が入っていない報告書があるので、公正性を保つ意味でも、そこは改善してほしい。
- ・再発防止について、こうするとよいという旨を記載した報告書も多くなってきている。

7. アジア病院連盟（AHF）理事会

堺会長より、アジア病院連盟の2018年から2019年の会長に自分が選出されたが、来年5月に日病の会長を退任するので辞退した。次の候補である台湾も来年会長が替わり、香港も役員改選を検討中なので、この件はペンディングとなったとの報告があった。

8. 待機児童問題解消のための院内保育所

堺会長より、以下の報告があった。

- ・これはJCHOの尾身理事長が中心になって取り組んでいるNPO法人全世代の「「待機児童」を減らすため「病院内保育所」を地域住民にも開放したい」という事業である。
- ・この取り組みを進めるために、まず各病院の状況を知らせてほしいということでアンケート調査を実施している。まだこれに回答していない病院は、調査に協力してほしい。

9. 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査

堺会長より、以下の報告があった。

- ・内閣府が日本一億総活躍プランを策定したが、その中心になって動いているのが厚労省であり、医師の偏在等の問題もあって特に今回は医師の勤務実態を調べようということでこの調査が行われる。
- ・全国の医師約10万人を対象に調査を行うということであり、当会の病院にも調査依頼が行く可能性は高いので、ぜひ協力を願う。
- ・これだけ大規模の調査をやったことは厚労省も余りないが、これをもとにいろいろ施策を作りたいのでぜひ日病として協力してほしいということである。

10. 受動喫煙について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・外堀、内堀が埋められつつある。例えば、医療機関はイギリスも韓国も建物内禁煙であるが、厚労省の受動喫煙対策の強化案では敷地内禁煙が求められている。
- ・医療機関における受動喫煙対策の現状についてマスコミを初めとして社会的に厳しい批判を受けているが、分煙には分煙なりの理由があると思うので中島常任理事に伺いたい。中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・資料の「DIAMOND」の記事等書かれていることは、ほぼそのとおりである。しかし、精神科の病院が生活の場になっているからという理由だけではなく、入院した当初に喫煙していた者がそれを突然やめると、いらいらなどを抑えるため通常より多目の薬を処方せねばならなくなる。たくさんの薬を使うほうがよいのか、きちんと分煙して吸わせたほうがよいのかという問題でもある。

村上顧問は、緩和ケアに関して、最後の生活まで縛るのは問題があると述べた。

中島常任理事は、何もかも法律で規制するのは医療にとっていかなものかと述べた。

村上顧問は、鎮痛剤など必要な量はあると思うが、緩和という立場からは精神的なものも非常に大事なので、そこを医療者は言わないでよいのであろうかと述べた。

中島常任理事は、分煙したときの喫煙ルームについては、きちんとしなければならない。そこがいい加減だから、全部やめさせてしまえとなるのであると述べた。

今泉参与は、以下のように述べたと。

- ・今、精神科の病院を預かっているが、閉鎖病棟では禁止し切れずに吸わせている。開放病棟は禁煙にしたが、なかなか守られていない。
- ・日赤病院の時代に敷地内禁煙したが、療養している患者たちが近くのバス停に行って吸っていたのでバス会社から苦情が来たことがあった。

菊池（坂本参与代理）は、日看協では禁煙を厳し目に、積極的に取り組んでいる。看護師の喫煙率は一般の女性に比べて高いので、それを減らす運動をして半分に減ったが、まだ高い状態なので、学生のうちからの禁煙が必要だと考えていると述べた。

堺会長は、今出た緩和ケアの話についてはどう考えるかと尋ねた。

菊池（坂本参与代理）は、緩和ケアについては運用上そういうことが実際にあるのであろうが、原則としてはやはり禁煙で考えていると答えた。

11. 平成28年秋の叙勲・褒章受章者について

相澤副会長より、諏訪赤十字病院の小口壽夫元院長、雲雀ヶ丘病院の熊倉徹雄院長、名古屋第二赤十字病院の新井笑美子副院長兼看護部長、東北労災病院の古川優子看護部長の4名が受章したとの報告があった。

〔協議事項〕

1. 専門医について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・今日は協議事項を2つ用意したが、時間の関係で療養病床についての議論はできないであろう。
- ・今年6月に日医と四病協が出した「新たな専門医の仕組みへの懸念について」という声明が専門医の問題についての議論に決定的な一石を投じた。
- ・その中では、以下の6項目を要望している。1、患者や国民に不利益を及ぼすような急激な医療提供体制の変更をしないこと。2、特に指導医を含む医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を行うこと。3、新たな仕組みを作るに当たっては都道府県に協議会を設けて、そこで了解を得ること。4、日本専門医機構のガバナンスシステム等を抜本的に見直すこと。5、全ての医師が専門医を取得するものではなく、医師の多様な働き方に十分配慮すること。6、特に総合診療専門医、サブスペシャリティの議論は、それぞれ時間をかけてしっかりと行うこと。
- ・専門医機構の第7回理事会で、今までの整備指針が厳し過ぎるとして新たに進められている見直しについて議論があった。

- ・当日出された専門医制度整備指針の改定案では、吉村理事長が書いた序文に、専門医の質の向上を図ると同時に地域医療への影響に配慮し、少なくとも今以上に医師の偏在が加速しない仕組みを構築することとあり、厚生労働大臣や日医、四病協の意向を重く見た書き方になっている。
- ・専門医とは、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師であると定義されている。
- ・学会と機構の役割分担が明確に示された。学会は、専門医の育成のためのプログラム基準の作成、専攻医募集と教育、専門医認定、認定更新の審査、研修プログラムの審査を行う。専門医機構は助言・評価機関として各専門医制度の標準化、検証、専門医及び検証プログラムの機構としての審査と認定を行う。
- ・プロフェッショナルオートノミーに基づいた専門医の質を保証・維持できる制度として、医療の質についても明確に言及されている。
- ・原則として全ての医師はいずれかの専門領域を選択し、サブスペシャリティ学会専門医については医師個人の自由選択により取得する専門医資格と考える。
- ・研修方略についても大きな変化があり、各学会が定めた認定施設における研修実績が評価される。専攻医の採用は、基幹施設と連携施設のいずれでも可能となる。
- ・専攻医の研修プログラム習得の管理については、基幹施設で責任を持って行う。原則として基本領域学会の研修では研修施設群を形成し、ローテイト研修を行うものとする。ただし、実際の運用に当たっては柔軟に対応する。
- ・専門研修施設の認定基準も大きく変わっており、各基本領域学会は専門研修施設の認定基準を定め日本専門医機構が検証する。主な役割は学会に移るのではないか。
- ・残念ながら日病から機構に理事が出ていない。四病協、全日病、日精協から理事が出ているので、四病協の総合部会でいろいろ議論したい。
- ・現行の後期研修制度では基幹病院の78.3%が日本病院会の会員である。我々にとっては随分大きな問題であるので、これについての議論を願う。

末永副会長は、各論においてはいろいろと問題はあるが、基本理念については今まで我々が述べてきたことと大きな変化はなく、問題にすることはないと述べた。

福井常任理事は、以前の内容と違っているのかと尋ねた。

堺会長は、そんなに大きくは変わっていないと答えた。

福井常任理事は、プロフェッショナルオートノミーという言葉の理解が曖昧で、人によって、あるいは学会によっていいように使われているのではないかと述べた。

末永副会長は、プロフェッショナルオートノミーと言う以上セルフレギュレーションがきいていなければならないが、学会も病院団体も、この問題に関しては全然きいていないと述べた。齊藤（壽）参与は、以下のように述べた。

- ・専門医制度がクリアしなければならない以下の5つの問題がある。
- ・専門医機構でも、プログラム等を作るには現実には学会に頼らざるを得ない。
- ・学会にとって、プログラム作成や認定が大きな収入源になってしまっている。
- ・学会ごとに更新の認定条件などがまちまちで、更新のレベルを非常に簡単にして専門医を濫造しようとしている学会もある。
- ・地域医療で働いている専門医を見ると大変忙しく、認定のための学会出席などを余りに無理押しすると地域医療の崩壊につながる。
- ・専門医制度が抱える諸問題への学会の対応はまちまちであり、統一性がない。

武田常任理事は、プロフェッショナルオートノミーを強調するのは国が関与してほしくないということの裏返しに聞こえるが、やはりある程度、国が関与して標準化したほうが安心できると述べた。

堺会長は、国というのは機構のことかと尋ねた。

武田常任理事は、国というのは厚生労働省であると答えた。

堺会長は、理念は字面だけ見ていけばある程度納得できるが、プロフェッショナルオートノミーの捉え方が学会により異なるので行政にある程度関与してほしいということであると要約した。

中島常任理事は、厚労省から理事会にオブザーバー参加することも厳しい目で見られており、プロフェッショナルオートノミーという言葉が現実には厚労省の指示を受けないという意味で今回は使われていると述べた。

堺会長は、福井常任理事に厚労省の関与について意見を求めた。

福井常任理事は、専門医制度を立ち上げるに当たって最低限、入り口のところで各専門医ごとの人数を調整する必要があるので、国が関与してでも調整にぜひ取り組んでほしいと述べた。

堺会長は、問題はいかにして厚労省を説得するかであると述べた。

福井常任理事は、人数調整することで突然人数が変わるわけではなく時間がかかるので、今から始めないと偏在の問題が先送りになってしまうと述べた。

末永副会長は、専門医制度は大病院と専門医で構成されるプログラムであり、地方の中小病院に医者がいなくなると地域医療崩壊が起こる懸念があるので、厚労省が関与してそれをコントロールしてほしいと述べた。

堺会長は、それは逆の発想で攻めていくということであると述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・専門医の数と偏在の問題は、専門医機構の第7回の理事会では全く考慮されていない。機構が学会に調整を指示するのではなく、学会が行うことを機構が追認する感じである。
- ・専門医機構の指針においては医師の偏在について議論する必要はないと明確に言い切っている。専門医の偏在、専門医の数をコントロールするところがどこにもないので、これではうまくいかない。

福井常任理事は、専門医機構なり、それができなければ厚生労働省が何かの形でかかわらざるを得ないと述べた。

堺会長は、日病としても今回こういう場ができたというのは千載一遇のチャンスであると述べた。

齊藤（壽）参与は、理念の策定についても運用についても、現実問題としてバックグラウンドが重くのしかかっていることを考えないと空回りして結局は行き詰まると述べた。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・整備指針の見直しには我々が地域医療の崩壊に対していろいろ述べてきたことが盛り込まれてはいるが、質の担保はどうするかについては全く抜けている。見直しの議論は、極めて学会寄りで進んでいる。
- ・人数調整をするときには抵抗する学会が絶対に出てきて、まとまらなくなる。そういうときにこそ機構が力を発揮しなければならないが、最近の動きは少しまずいと感じている。

福井常任理事は、各分野で自分たちだけのニーズを考えて数を出すのではなく、全ての学会が顔を合わせて国民にとっての全体最適化を考える場を持たない限り進展はないと述べた。

堺会長は、そういう話し合いをやっているとは思いますが、かなり部分的であると述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・専門医の領域のところを見ると、総合専門医もしくはこれに対応する専門については、専門医の定義や位置づけに鑑み、いずれかの専門医を取得することを基本とすることとなっている。これは、そうならなければならない。
- ・サブスペシャリティ学会専門医では、将来その定員にある程度縛りを設けていくという話に

なっているのか。そうであれば、基本領域の学会は全部で話し合っ、その認定や更新のルールなどをきちんと定める必要がある。

堺会長は、将来的に専門医資格を取るインセンティブを与えたほうがよいかどうかという議論になるであろうが、今のところインセンティブは標榜と自分の研鑽意欲ぐらいしかないと述べた。

梶原副会長は、当然、専門医資格は将来診療報酬に関係してくるのではないかと尋ねた。

堺会長は、今のところはそれはないと答えた。

福井常任理事は、今のところ診療報酬に結びつける考えは厚労省にはないが、標榜できるようにする可能性は非常に高いので、専門性を持っているということで患者へのアピールはできるのではないかと述べた。

梶原副会長は、今でも病院のホームページに同様の情報が出ているので、患者はそれを見て病院を選んでいる。そこにさらに追加しても集患に役立つかどうか疑問であり、むしろ外保連で今検討されている手術の点数の利用のような方向に行くのではないかと述べた。

相澤副会長は、基本領域の設定の仕方にそもそも齟齬がある。内科や外科の領域は非常に広く、脳外科や産婦人科は狭い。呼吸器内科とか循環器内科といえは疾患がこれくらいいるので医師の数はこうすると決められるが、そのあたりの凹凸をそのままにしておいて議論してもうまくいかないと述べた。

中島常任理事は、サブスペシャリティという言葉が頻繁に出てくるが、それは何を意味しているのかわけがわかりにくくなっていると述べた。

福井常任理事は、相澤副会長が言ったことは、それぞれのサブスペシャリティの人数を下におろして、例えば内科としてはトータル何人という計算をしなければならないということであろうと述べた。

相澤副会長は、自分はそう思うと述べた。

齊藤（壽）参与は、以下のように述べた。

- ・インセンティブに関連して、学位は要らないが専門医はぜひとも欲しいとの強い希望が病院に入ろうとする若い医師たちにあるので、それをどう具現するかということが大事である。
- ・こういう大きな制度改革をするときには、2～3年後ではなく6年後からこうなるというような長いスパンで考える必要がある。

堺会長は、定員に関してはサブスペシャリティをある程度決めてから行ったほうがよいのかと尋ねた。

宮崎副会長は、以下のように述べた。

- ・現在の内科はいろいろなサブスペシャリティに分かれてきており、どんどん診たくない人を排除して患者を選んでいくので、それをさせないために総合診療医とのすり合わせが必要になってくる。
- ・脳外科や産婦人科は既にかなり特化しているが、基本領域に位置づけられている総合診療医はどう考えればよいのか。

堺会長は、整備指針でもサブスペシャリティと総合診療専門医についてまだ決まった考えはないようであり、総合診療専門医と専門内科医がどう違うのかわかりにくいと述べた。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・総合診療医に関する委員会で総合内科と総合診療専門医がどう違うのかを議論したが、以前の総合診療医の委員会とは違う雰囲気になってきた。最終的に、PC学会の意見をトップダウンで認めるのではなく、病院総合診療医という考え方も入れてよいのではないかとというまとめ方をした。
- ・内科の専門医は総合内科であり、もう一つは総合診療専門医で、またわかりにくくなってし

まった。

堺会長は、日病は総合診療専門医の問題を時間をかけてやっていく。その前にアメリカで言うホスピタリストが何とかできないかと思うが、この辺の議論は難しいと述べ、福井常任理事のスペシャリティは何かと尋ねた。

福井常任理事は、以下のように答えた。

- ・自分は総合診療をやってきた。
- ・プライマリ・ケア医には4種類ある。1つ目は、へき地の医師、2つ目は都市部で開業する医師、3つ目は病院の外来を主として行うジェネラリスト、4つ目がいわゆるホスピタリストである。
- ・プライマリ・ケア医になるルートが総合診療医と内科の2つあるのであるが、最初の2年ぐらいは共通のトレーニングを受けて、その後に専門トレーニングを受ける2階建てにしない限り無理がある。

大西常任理事は、以下のように述べた。

- ・国立国際医療研究センター病院は人気のある病院であり、毎年応募者は多いが、来年度の研修医の試験で内科への応募者が50人激減した。大学主導でいろいろなプログラムが作られていくので、大学にいないと専門医資格を取れないのではないかと考えて大学病院に行ってしまう。
- ・産婦人科医や外科医などの専門医の確保が厳しくなっている現状があり、このままでは大変な状況になるのではないかと懸念している。
- ・今の総合診療のプログラムは情けないプログラムなので、もっと強化したプログラムを作りながら、同時に専門家をきちんと育てていかなければ日本から高度な医療を担う人材がいなくなってしまう。

堺会長は、確かに大都市だけではなく地方でも大学に戻る傾向が強くなっている。問題は研修施設であるが、今回の整備指針ではその枠をどんどん広げようとしているが、広げても研修医が行かないと考えているのかと大西常任理事に尋ねた。

大西常任理事は、若い者に聞いたら、多くは母校に戻ると言っていたと答えた。

梶原副会長は、初期研修が終わって1～2年目に入るころに、どの大学もホームカミングデーということでクラス会を開き、そこで大学の研修プログラム広報をしている。診療科の偏在が物すごく強いので関連病院へ人を出せず、大学自身が危機感を持ち熱心にキャンペーンを行っていると述べた。

大西常任理事は、診療科の特化した病院では、サブスペの人材を確保できるのかという危機感を本当に抱いていると述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・今は連携施設を拡大することで何とか地域崩壊に対する答えにしようとしているが、専攻医を管理する機能は基幹型施設にだけ存在している。そこが一番のポイントである。
- ・管理の具体的な内容を一応書いてはいるが、実態は各大学による管理が従前に戻るということではないのか。日病が機構の中に理事として入らなければならない。
- ・総合診療専門医の研修にはプログラム制ではなくカリキュラム制を採用し、福井常任理事が言うプライマリ・ケア医が働く4つの場所のうち後の2つでは日病を中心とした病院団体にきちんとその養成に責任を持つことが必要である。

梶原副会長は、日本病院会を中心に来年度から病院総合診療医を養成することが理事会で決まっただけである。そのためのプログラムを作り、先に選考して、最終的には専門医機構にカリキュラムとしてはドッキングしていくことになるかと述べた。

福井常任理事は、2階建てにして、共通の部分は短期間で、2階のところでは病院総合診療

医のプログラムと家庭医、あるいはへき地に行くプログラムというように、きちんと分けざるを得ないと述べた。

末永副会長は、これを2階建てにするとすると総合診療専門医の在り方そのものを変えていかねばならないので理事会で話題にする必要があるが、理事が日病から出ていないと述べた。

堺会長は、総合診療専門医に関してはまだプライマリ・ケア学会の方針で決まったわけではないので、日病は病院での総合診療専門医が必要だということを早く決めてアピールする必要があると述べた。

直江常任理事は、以下のように述べた。

- ・今回の指針で一番評価できるのはプログラム制だけでなくカリキュラム制が併用できるということであり、これをうまく運用することによって医療の質の担保と偏在の問題を改善する余地がある。
- ・偏在の問題では総量の問題が大事ではあるが、それは日本全体での議論であり、地域の中でも実際には非常にムラがあり、困っているのは個々の病院である。
- ・専門医機構のプログラムやカリキュラムに対して我々が評価し、病院団体として意見を言い、求められる内科像や外科像等を提示していくほうが現実的である。

堺会長は、福井常任理事にカリキュラム制とプログラム制の問題について尋ねた。

福井常任理事は、もう少し内容がわからないと何とも言えないが、全体的にはフレキシビリティが高くなって、よいのではないかと答えた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・フレキシビリティが多少上がったように見えるが、カリキュラム制は主にサブスペシャリティ領域について適用されるのであり、学会について原則はプログラム制であるから、これではだめである。
- ・全員が専門医になることが原則であったはずであるが、第7回の理事会ではそれを原則ではなく、望ましいという言い方に変えることになり、反対意見も出なかった。
- ・物事が理事会で一つ一つきちんと議論されて決定されていないのに、理事長、副理事長だけで記者会見をして発表してしまう。新しい理事会のガバナンスも、なっていない。

宮崎副会長は、日病が考えている総合診療専門医というものは学会にはないので、そういう組織をきちんと認めさせる仕組みを技術的に工夫しなければならないし、17年ごろから初期研修医に説明するとなると、具体的にどんどん進めなければ間に合わないのではないかと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・病院団体が総合診療専門医を作ると話したら、どこで資格を認証してくれるのかと若いドクターたちから聞かれた。当然、日病でそれを認証するものは作らなければならない。
- ・ドイツ人は何もかも全部決めてから一気にスタートするが、まあまあでスタートし、そのうちこれはまずいと変化させながらある程度まとめていくのが日本人であり、スタートする前からあらゆる可能性を考えて議論していても前には進まない。

宮崎副会長は、いずれにしても機構がそれを認めないといけないと述べた。

堺会長は、これから本当にもめるのは、いわゆるかかりつけ医と総合診療専門医であり、プライマリ・ケア学会の家庭医なるものを日医が認めるかどうかは非常に疑問である。我々としてはプライマリ・ケア学会中心の総合診療専門医の考え方は批判していく必要があると述べた。

宮崎副会長は、学会と言えば日本病院学会もあると述べた。

梶原副会長は、名称は病院総合診療医であるから、学会とは関係なく病院団体が認証すればよい。現場の病院が養成していくのであると述べた。

堺会長は、4つのカテゴリーというのは、へき地の医師、都会の家庭医、病院外来の医師、ホスピタリストであるかと福井常任理事に尋ねた。

福井常任理事は、そうである。ホスピタリストの役割には病院全体のスタッフのケアも入ってくると答えた。

堺会長は、済生会熊本病院の副島院長はそういうことを考えて行動を起こそうとしているらしいと述べた。

福井常任理事は、聖路加国際病院の一般内科グループも整形外科の患者の術前、術後のケアを引き受けていると述べた。

堺会長は、管理するのは基幹施設で、どこがとってもよいとなると、中小や地方病院には研修医が行かなくなるのではないかという大きな懸念があると述べた。

梶原副会長は、臨機応変に対応できる中小病院よりも大病院のほうがむしろ大変なのではないかと述べた。

堺会長は、岐阜は地域医療構想策定で頑張っているが、県全体としても何か考えているかと山田常任理事に尋ねた。

山田常任理事は、我々が見ていると岐阜は全く何もでき上がっていないというのが現実であると答えた。

相澤副会長は、病院の総合医をしっかり作れば今議論しているような専門医の数はもっと少なくてもよい。それを議論しないと、いつまでたっても変な方向が直らないと述べた。

堺会長は、そのとおりであるが、問題は既にプライマリ・ケア学会がイニシアチブをとってしまっており、そういう総合診療専門学会が存在しないことであると述べた。

福井常任理事は、病院総合診療学会が残っているが、まだサブスペの中に入っていない未承認領域の専門領域ということで手を挙げている。

梶原副会長は、そこを強化すればよいと述べた。

福井常任理事は、プライマリ・ケア連合学会が作られたときに、病院総合診療を行うということで病院と大学の総合診療部の医師の一部が残って別個にできたのが病院総合診療学会であると述べた。

岡留副会長は、文面に施設を広げるといことがよく出てくるが、専門医は質をきちんと担保することが一番重要であり、施設の件でそれが曖昧になっていくのではないかと福井常任理事に尋ねた。

福井常任理事は、質のところはどれぐらいかわるかがわからないと答えた。

梶原副会長は、質には一応触れていると述べた。

堺会長は、具体的な方策が全く出てこないの仕方なく入れておいたという感じはするが、日病としては数は重要であるが質も同じように重要であることを強調する必要があるということよりよいかと尋ねた。

中島常任理事は、質のことを今言うと連携施設が専攻医をとれなくなるので、今この議論に入り込まず、全医学部卒業生の3割から4割を総合診療医にすべきであると述べた。

福井常任理事は、イギリスのように2,000人に1人のジェネラリストが必要だということで計算すると、6万人でちょうど2割になると述べた。

堺会長は、ジェネラリストは日本語に訳すと家庭医になると述べた。

福井常任理事は、家庭医プラス病院総合医が必要ということになるので、大体2～3割であろうと述べた。

堺会長は、今の提案は、日病はまず明確に病院総合診療医について方針を立てるべきであるということかと中島常任理事に尋ねた。

中島常任理事は、日病は病院総合診療医を育てる側であると答えた。

堺会長は、専門医機構のほうは理事会と社員総会で粛々とやってほしいということかと尋ねた。

中島常任理事は、ほかにそのルートがないのはおかしいと述べた。

堺会長は、四病協として理事が2人入っていると述べた。

中島常任理事は、その2人は機構をいかに維持するか、よくするかとの観点からしか発言できないので迷路にはまり込む。そこが問題であると述べた。

堺会長は、「専門医制度整備指針に関する声明」は中島常任理事が中心になって書いたものかと尋ねた。

中島常任理事は、以前から言っていたことをまとめただけなので、読めば非常にわかりやすいと思うと答えた。

堺会長は、日病としては全方位的に、専門医制度も考え、総合診療専門医もしっかり整備していかなければならないと述べた。

中村常任理事は、病院総合診療学会に関係を持ち、5,000万円ぐらい資金投入して学会を大きくしようと述べた。

相澤副会長は、強引に押し倒してやらなければだめであると述べた。

中島常任理事は、脳外科の学会を見ていると今後学会がかなり強くなると思うが、地域の脳外科病院としてそこはどう考えるかと中村常任理事に尋ねた。

中村常任理事は、脳外科は本来、学会が強い組織である。機構を作る前に総合診療内科のほうをはっきりさせておけばよかったのであり、専門医の問題のあおりを受けて脳外科全体としては迷惑していると答えた。

藤原常任理事は、以下のように述べた。

- ・専門医制度から国民や患者の視点がどんどん欠けていっているのは問題である。
- ・サブスペシャリティについては学会主導で審査をかけて専門医機構は二次審査だけするように後退している。
- ・一人前になるまでに医者が疲れ切って精力が失せてしまうような無駄な診療専門医のプログラムやカリキュラムを組んでも意味はない。みんなが元気が出る効率的なものを構築すべきである。

堺会長は、日医の横倉会長は家庭医と総合診療専門医の違いを聞かれて専門医は学問的なことで家庭医は臨床現場のことだと言ったが、今回の指針にはそういうことは全く書かれておらず質の担保がやや後退したのは残念である。臨床研究もできる研究の目線を持った専門医を望みたいと述べた。

2. 療養病床について

今回はこの事項を議論する時間はなかった。

3. 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。