



全日病 ニュース

2019.7.1

No.943

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

猪口雄二会長の2期目の続投決める

第7回定時総会・第8回臨時総会

「民間病院を取り巻く環境は厳しい」

全日本病院協会は6月15日に第7回定時総会・第8回臨時総会を開いて役員改選を行い、猪口雄二会長の2期目の続投を決めた。定時総会で承認した55名の理事の中から新たな役員を選出して、臨時総会に報告した(右の写真)。猪口会長は、「非常に責任を感じる。民間病院を取り巻く環境は本当に厳しくなっている。各支部の声を吸い上げ、ディスカッションしていきたい」と述べて、会員の協力を求めた。

5名の副会長も全員が続投。常任理事(20名)は、細川吉博氏(北海道)、今村康宏氏(愛知)、池井義彦氏(宮崎)が新任となった。議長は木村佑介氏(東京)、副議長は宮城敏夫氏(沖縄)の続投が決まり、顧問・参与・名誉会員も原案通り承認された。

総会終了後は、支部長・副支部長会を開き、「地域医療構想」および「医師の働き方改革」をテーマに特別講演が行われた(3面参照)。

支部の声を踏まえ
全日病を前に進める

臨時総会で挨拶した猪口会長は、「民間病院を取り巻く環境は本当に厳しく



なっている。これは病院だけの問題でなく、日本全体が果たして今の環境を維持できるのか、国民皆保険が永続できるのか、危うい場面があるのではないかと感じている」と現状に対する厳しい認識を示した。その上で、「我々は自分の立場を明確にして発信していかなければならない」と強調し、前向きに取り組む姿勢を示した。

また、「日本は小さい国のように、地域によって本当に事情が違う。各支部の声を聞きながら、本日選ばれた会長・副会長・常任理事と一緒に議論し、良いものは取り入れながら全日病を前に進めていきたい」と2期目の抱負を述べた。

参院選への協力を要請

定時総会では、2018年度事業報告を行ったほか、2018年度決算案を承認した。

猪口会長が当面の情勢を報告し、「10月には消費税率の引き上げに伴う改定

が行われるが、来春にも通常の2年に1回の改定がある。10月には薬価改定も行われるため、来春の改定では、薬価の部分の財源がない厳しい改定となる」と見通しを示した。

猪口会長は、「こうしたなかで医療界として要望を行うのであれば、参議院選挙の得票数は大きな力になることは間違いない。一致団結しなければならない」と述べ、参院選への協力を求めた。

また厚生労働省が、地域医療構想・働き方改革・医師偏在対策の3つの施策を三位一体改革として進める考えを示していることに対し、四病協として反対の方針であることを報告した。「どれ一つをとっても大変な改革であるのに、3つをまとめて進めることはあまりにも拙速であり、一つ一つ丁寧に取り組んでほしいと主張している」と述べた。

猪口会長は、人口減少の中で働き手が減ることに対応しなければならないとし、「新しい働き方を創造していく必要がある。元気な高齢者や外国人が



働ける環境を整備していくことが大切だ。また、ICTやAI、ロボットを医療・介護のなかで活用し、新たな医療・介護を創造していく必要がある」と述べた。

来賓として、羽生田俊参議院議員、日本医師会の今村聡副会長(横倉義武会長挨拶代読)、東京都医師会の平川博之副会長(尾崎治夫会長挨拶代読)が出席し、それぞれ挨拶した。

報告事項としては、織田正道副会長が2018年度事業報告を行った。織田副会長は、事業実績説明書を踏まえ、2018年度には、①介護医療院への対応②病院総合医の育成③外国人技能実習生の受入れに係る調査・研究の事業を開始したことを報告した。

決議事項として中村康彦副会長が2018年度決算案を説明し、承認された。2018年度決算は、経常収益が6億8,482万円、経常費用が6億8,379万円で、103万円の黒字となった。

ICTの利活用を妨げない診療報酬が課題

中医協総会

オンライン診療の要件見直しも検討

中医協総会は6月12日、次期診療報酬改定に向けて「医療におけるICTの利活用」をテーマに議論を行った。厚生労働省は医療機関などの「情報共有・連携」で、柔軟な働き方や業務の効率化に資するために、ICTの利活用を妨げない対応が必要との論点を提示した。カンファレンスを行うことを要件としている診療報酬項目について、ICTを用いた場合の要件緩和の拡大などを課題とした。

現行の診療報酬項目でも、「ハイリスク妊産婦連携指導料」や「在宅患者緊急時等カンファレンス料」などで、関係者が直接対面ではなく、ICTを用いて遠隔から参加した場合を認めている。ICTの発展・普及が目覚ましい中で、診療報酬が効率的な医療の提供を妨げないことが必要となる。

同日、例示されたのは訪問看護ステーションによる退院時共同指導。現行でも医療資源が少ない地域に属する

場合は、訪問看護ステーションの担当者が、患者が入院している医療機関に赴いて共同して指導する場合に、ICTを用いて遠隔から指導しても、報酬を算定できる。しかし、通常は認められず、訪看ステーションの退院時共同指導加算を算定しない理由として、「医療機関が遠い」、「スケジュール調整できない」、「手間と報酬が見合わない」などがあり、ICTの利活用により解決が見込まれることを示唆した。

また、厚労省は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が近く改訂されることを踏まえ、普及状況の検証を行いつつ、診療報酬上の対応を検討する方針を示した。議論では診療側と支払側が、オンライン診療は対面診療の補完であるとの原則で一致。その上で、今後の要件見直しに向けた前哨戦の議論を行った。

支払側からは現行の要件が厳しすぎるとして、緩和を求める意見が相次ぎ、

「在宅時医学総合管理料など特定の診療報酬の算定が必要との要件は外すべき」との主張を行った。診療側の委員は、「利便性を強調して要件緩和するのは問題」と指摘したが、支払側は「利便性ではなく、(禁煙外来や慢性疾患の)脱落者を減らすことや、治療と就労の両立のために緩和が必要」と述べた。

その他の論点では、◇遠隔医療の個別領域の利活用を学会からの提案などを踏まえ検討◇離島・へき地など医療資源の少ない地域での利活用とそれ以外の利活用を分けて整理一が示されて、その方向で議論することを了承した。

医療技術評価は基本的に現行を踏襲

新たな医療技術の評価では、安全性・有効性が同等の既存技術の評価を準用するこれまでの評価方法を踏襲する。ただし、保険収載後に、新たな有効性・安全性が見つかれば、再評価が必要に



なる。新たな有効性・安全性を医療技術評価分科会で議論する際に、学会など中立的な立場の専門的な評価を活用することを了承した。逆に、使われなくなった医療技術は簡素化の観点からも削除を検討する。臨床の有用性が低下した医療技術も再評価を検討する。

全日病会長の猪口雄二委員は、医療技術の評価について、「ロボット手術や粒子線治療など設備が非常に高額である場合の費用をどう考えるか。病院として導入する際に、設備投資をどう回収するかが問題になる」と述べた。

厚労省は、「現行制度では、基本的な(運用の)コストはみるものの、同じ有効性・安全性であれば、既存技術に準じる点数を設定している。新たな有効性・安全性が示されれば、評価の見直しが検討課題となる」と回答した。

清話抄

医療・介護における
多職種連携の推進

現在、我が国は未曾有の高齢化が進んでおり、少子化の問題と共に、喫緊の社会問題となっている。団塊の世代が、すべて後期高齢者となる2025年を見据えて、今後の医療・介護・福祉の多職種連携が重要になってきた。茨城

県の高齢化率は、2025年には31.2%と推定され、県民の健康寿命延伸のためには、地域包括ケアシステムの推進、介護予防・重度化防止、人生100年時代への対応が必要となった。

茨城県は、1人当たりの平均医療費は他県と比べても低く、健康寿命は長く、非常に安心・安全で効率的な医療を行っているが、生活習慣病予防の観点から、更なる医療・介護系の多職種連携の推進が重要となる。茨城型地域包括ケアシステムの構築は、高齢者の

みならず、障害者、難病患者、子どもなど、地域のすべての住民を対象とし、多職種協働による支援を通して様々なサービスを提供し、在宅医療の推進を含めて、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・介護支援専門員などによる支援体制の強化を行っている。

高齢化の進展により、認知症の数もさらに増加が見込まれ、認知症の早期発見・早期診断・治療が重要であり、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護と行政の支援が必要となる。

茨城県医師会は、それらの解決のために、多職種連携の推進に向け行政とも連携を取り、茨城県地域医療連携推進協議会を結成し、連携チーム構築の支援を行いながら、在宅医療等の推進センターを立ち上げた。

私たちは、県民の健康を守るため、医療関係団体の連携協働のもとに、「健康いばらき」の推進の取り組みを、「オール茨城」で開始した。(医療法人白帆会小川南病院 理事長 茨城県医師会会長 諸岡信裕)

主張

地域医療構想と在宅医療

地域医療構想の策定が叫ばれて久しいが、私の医療圏は調整が遅い最たるところと思っている。その理由は当地では医療スタッフの確保が難しい状況にあり、現状維持が精一杯で医療関係者が疲弊していることにある。そこへ県は国が示したデータをもとに地域医療を見直しなさいと迫ってくる構図があるので、調整会議に出席している各医療機関の長にとって県が求める地域医療構想はあまりに現実からかけ離れ

ており、聞いているのも億劫に感じる。県はそんな時だからこそしっかりと議論して地域に見合った地域医療を検討すべきと言うが、非常に厳しい環境で地域医療を死守している我々にとって、“部外者”の言葉はまったく説得力に欠けるものでしかない。

最近、国は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能のほかに、軽症急性期という新たな概念を盛り込んだ。これは入院中の患者の一部を在宅

医療で診て然るべき患者として、診療報酬以外でも在宅へ誘導しようとする姿勢を感じる。

また今年度は、「外来医療計画」の策定も求めている。「地域における医療提供体制の構築と医療機関間の連携の取り組み」と主旨を説明されれば格好良いが、診療所の診療科に規制をかけて提供する医療を管理下に置き、重複する診療報酬を削減することが主たる目的に思える。

私の医療圏は面積が広く医療機関の少ないところであり、「何でも診てくれる」医療機関が求められている。診療科規制をかけても全く意味が無いのである。むしろ総合診療科を標榜でき

る医師を招聘する手段を講じて頂きたいほどである。

医療資源が厳しい中、地域医療構想をしっかりと議論し策定することは絶対不可欠と思う。しかし医療費削減の旗印を掲げ、やみくもに国民に自己負担を強いる在宅医療への誘導政策はかえって地域医療を崩壊させる危険性を助長する場合もある。地方行政は地域医療の在るべき姿を、今こそ地域の医療を支えている医療人の意見をしっかりと聴いて進めるべきである。

医療資源、特にマンパワー不足の医療圏で病院・施設での医療・療養を第一選択とすることは時勢に逆行することになるのであろうか。(土屋繁之)

旧7対1の96.5%が改定後も同水準の急性期一般入院料1を維持

中医協・入院医療等の調査・評価分科会

2018年度診療報酬改定の調査結果

厚生労働省は6月7日の第2回中医協・入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に、2018年度診療報酬改定の入院医療に関する調査結果(速報値)を報告した。旧7対1入院基本料を届け出ている病棟の96.5%が、旧7対1に相当する急性期一般入院料1を維持しており、2018年度改定で実施した評価体系見直しによる変化は、2018年11月時点では、ほとんど生じていないことがわかった。

今回の速報値では、①急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響(その1)②地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響③療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響(その1)④医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態一の調査結果が示された。

2018年度改定で入院医療の評価体系が大きく変わり、旧7対1、旧10対1入院基本料を急性期一般入院料1~7に再編した。医療資源投入量と医療ニーズが見合う入院料が選択できるよう、入院料1は7対1だが10対1の看護配置を基本に、柔軟な点数設定を行った。点数設定の最も高い旧7対1(1,591点)への届出が集中する状況に対しては、必ずしも医療ニーズに見合った診療報酬が算定されていないとの指摘があり、患者の状態像に応じた入院料の設定が求められていた。

調査結果をみると、2018年11月時点で、旧7対1を届け出ている病棟の96.5%が急性期一般入院料1を届け出

ていた。理由をきくと、「7対1相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)」が43.0%で最も多く、次いで、「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めない」が40.8%だった。改定前に旧7対1を届け出ている329施設、1,801病棟の調査結果で、そのうち民間病院は5割強となっており、許可病床数では100~199床が最も多い。

一方、転換した病棟で最も多かったのは、急性期一般入院料2(2.6%)となっている。理由では、「『重症度、医療・看護必要度』の基準を満たすことが困難」が5割で最も高い。

急性期一般入院料などの要件である「重症度、医療・看護必要度」については、2018年度改定で項目を見直すとともに、新たに「II」を設けた。「II」はEFファイルからレセプト電算コードを自動的に抽出するため、看護職員の負担が減る。ただ、患者の状況等を把握するHファイルなど一部看護職員の手作業に頼る項目が残っている。

「II」を用いている施設は、急性期一般入院料1では約2割、急性期一般入院料4~6では1割前後だった。

「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の平均をみると、2017年8~10月の旧7対1の29.8%と比べ、2018年8~10月の「I」は35.2%、「II」は26.7%。「重症度、医療・看護必要度」の基準は2018年度改定前で25%だったが、改定後は「I」が30%、「II」が25%となった。

全日病副会長の神野正博委員は、多くの病棟が急性期一般入院料1にとど

まったことについて、「急性期入院医療全体として、患者の受療率が下がっている。ベッドの稼働率を下げて、旧7対1を維持しているのではないかと厚労省に実態把握を求めた。一方、保険者側の委員は、「入院基本料の段差をなだらかにして、動きやすくした改定だったはずなのに、期待が裏切られたと感じる」と述べた。

「重症度、医療・看護必要度」の「I」を用いる理由では、「診療実績情報データによる評価より、評価票の記入のほうが容易であり、IIに変更する必要性を感じない」が41.4%で最も多い(複数回答)との結果だった。神野委員は、「『II』の記入のほうが容易というのは、考えにくい、食わず嫌いな面があるのかもしれない。ただ、手書きの部分が残り、システムの不具合もある。改善すれば状況は変わる」と指摘した。

地ケアの旧7対1からの移行4.8%

2018年度改定では、地域包括ケア病棟入院料でも地域包括ケアを支える病院としての実績部分の機能を評価するなど、大きな見直しを行っている。

調査結果では改定前後で旧7対1から転換した病棟が4.8%で最も多い。改定前も地域包括ケア病棟であった病棟は68.3%である。地ケア病棟の利用の趣旨をきくと、「自院の急性期病棟からの転棟先」との回答が63.8%で最も多く、「在宅医療の後方支援で看取りが中心」が12.5%、「他院の急性期病棟からの転院先」が10.6%であった。

回復期リハビリテーション病棟入院



料は2018年度改定で、アウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行った。FIMによるADL評価を用いた入院料1の実績指数は「37以上」、入院料3、5の実績は「30以上」となった。2017年10月と2018年10月で実績指数の平均を比べると、入院1で41.0から48.2、入院料3で37.0から43.0、入院料5で31.2から39.8に上がった。

療養病棟入院基本料については、「2」の看護配置を「1」と同じく、20対1に統一し、医療区分2・3の患者割合を厳格化して5割とするなどの見直しが行われた。改定後の病棟の変化をみると、「2」の継続が57.0%、「1」への転換が21.0%、「経過措置1」への転換が18.0%、「一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換」が15.0%、介護医療院を含む他への転換はゼロ%となっている。

医療資源の少ない地域の医療機関の実態調査では、電子カルテの導入状況などをみた。病院の場合、電子カルテの導入率は65.9%、オーダーリングシステムの導入率は75.6%、医療情報ネットワークへの参加率は62.2%で、比較的高い傾向がみられた。一方、有床診療所の電子カルテの導入率は34.2%、オーダーリングシステムの導入率は27.4%、医療情報ネットワークへの参加率は19.2%で、病院と比べると低い。

「重症度、医療・看護必要度I」の変化は5.6ポイントで「妥当」

中医協・入院医療等の調査・評価分科会

医師の診察頻度ではデータを疑問視

中医協の第3回入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は6月19日、前回報告された入院医療の2018年度診療報酬改定調査結果の追加資料を基に、議論を行った。旧7対1入院基本料である急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度I」の該当患者割合の変化は改定前後で5.6ポイント。2018年度改定では、「重症度、医療・看護必要度I」を見直し、基準値を5ポイント上げた。委員から想定と比べ「妥当」との意見が相次いだ。

2018年度改定では、「重症度、医療・看護必要度I」について、患者の状況等を把握するB項目の「診療・療養上の指示が通じる」と「危険行動」の該当患者割合は、「口腔清潔」(1点)が54.3%で最も高く、「診療・療養上の指示が通じる」(1点)は26.8%、「危険行

動」(2点)は13.4%だった。認知症やせん妄の患者への対応を評価する新たな基準を満たす該当患者は約5割で、一定の効果があつたことが示された。

また、「重症度、医療・看護必要度I」と2018年度改定で新設した「II」の両方を回答した施設の平均は、「I」が35.4%で、「II」が31.3%と、その差は4.1ポイント(2018年8~10月)。「I」の該当患者割合は30%、「II」は25%となったので、こちら、「妥当」との意見が大勢を占めた。前回の報告では「II」は26.7%だったが、データが修正された。

急性期一般入院1の施設に今後の意向をきくと、「現状を維持」が9割を超えており、約8%は増床を検討している。他の病棟への移管を検討している

ようになった。実質的には、要件緩和であり、該当患者割合の引上げ幅で診療側と支払側で意見が対立。公益裁定で急性期一般入院料1(旧7対1)では、「25%」から「30%」に引き上げた。

今回の調査結果から、回答施設の平均の該当患者割合をみると、2017年8~10月の30.3%から2018年8~10月は35.9%になった。その差は、5.6ポイントで、引上げ幅に見合う。該当患者割合の分布でも、全体が5ポイント程度高い方にシフトしており、40%を超える施設も1割を超えている。

急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度I」のB項目の各該当患者割合は、「口腔清潔」(1点)が54.3%で最も高く、「診療・療養上の指示が通じる」(1点)は26.8%、「危険行



施設は約8%だった。

患者の状態については、医師の診察の頻度(処置・判断含む)が調査された。急性期一般入院料1では「毎日」が6割を超えて最も多いが、「週1回程度以下」も5%ほどあった。全日病副会長の神野正博委員は、データの適切性を疑問視。「主治医以外の医師の診察や、他の診察室での診察が把握されていないのではないか」と指摘するとともに、「数字が一人歩きするリスクがある。病院団体として必要があれば追加調査も検討したい」と述べた。他の委員からも、特定機能病院でも同程度の割合であることを含め、「おかしい」との意見が相次いだ。

「医師の働き方改革」と「地域医療構想」をテーマに講演

支部長・副支部長会

公立・公的病院の医療機能の重点化を検証

全日病の6月15日の第7回定時総会・第8回臨時総会後の第1回支部長・副支部長会では、役員による特別講演が行われた。猪口雄二会長が「医師の働き方改革」、織田正道副会長が「地域医療構想」をテーマに講演した。

猪口会長は、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」がまとめた報告書を中心に、働き方改革の概要を説明。近く通知される予定の「宿日直」や「研鑽」の考え方も示した。織田副会長は、厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」の「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理」に沿って、公立・公的病院の医療機能の重点化を図る地域医療構想の進捗状況などを報告した。

宿日直と研鑽の取扱い近く明確に

猪口会長は、人口減少社会で働き手



が不足する社会の中で、医師偏在対策とともに、医師の働き方改革が病院に対して大きな影響を与えるとの観点で、概要を説明した。

医師など特定の業種以外の働き方改革は4月から実施済み。医師は「応召義務等の特殊性」があり、別の対応が必要とされた。ただ、医師は医療機関との労働契約の範囲で診療を行い、その範囲を超えた診療指示の求めに応じられない場合でも、必ずしも医師法上の応召義務違反になるものではないと判断された。このため、応召義務ではなく、医療の性質と不可分の医師の特殊性が、別の取扱いを定める理由として、検討会で整理された。

その結果、医師の働き方改革では、2024年度から新たな時間外労働規制が施行される。基本は年間960時間。救急医療の提供など一定の要件を満たす病院は年間1,860時間の特例がある。ただし、この特例は2036年をめどに解消する経過措置としての位置づけ。さらに、連続勤務時間制限28時間とインターバル9時間の確保が求められ、実施できない場合の代償休暇が課される追加的健康確保措置が義務となる。

猪口会長は、特例の時間外労働時間が認められたとしても、追加的健康確保措置を履行するには、人員体制の総

合的な見直しが必要になるとした。

また、医師の働き方改革の病院への影響を左右する問題として、「宿日直」と「研鑽」を取り上げた。宿日直は現行の通知が古いので、医療現場の実態にあわせ、「現代化」する。特殊の措置を必要としない軽度・短時間の業務は、時間外労働ではなく、宿日直扱いとなる。その趣旨で近く通知が発出される。

公立・公的病院の医療機能を重点化

織田副会長は、地域医療構想WGの「議論の整理」に沿って説明。「議論の整理」で、各公立・公的病院が公立・公的病院でなければ担えない分野に医療機能を重点化しているかを確認し、そうでなければ、再編や統合、ダウンサイジングを検討する方針が明確化されていることを強調した。厚労省は、主要な手術や救急などの診療実績データを夏までに集めて分析し、調整会議で活用してもらう方針を示している。

政府の骨太方針2017に、2018年度までの2年間で各地域医療構想調整会議の集中的な議論を行うことが明記されていた。政府の後押しもあり、2019年3月末時点で、新公立病院改革プラン対象病院の95%、公的医療機関等2025プラン対象病院の98%が、2025年に向けた地域医療構想の議論で合意を得た



と報告した(病床数換算)。

しかし、内容をみると、公立病院では2018年度の17万4,423床が2025年度に17万3,620床で、わずか803床の減少、公的病院は30万2,293床が30万3,295床で、逆に1,002床の増加。織田副会長は結果に対し、地域医療構想WGで厳しい声があがったと報告するとともに、急性期から回復期への転換が、合計で1万2千床程度あることを問題視した。

織田副会長は、「合意されたとの報告の実際は、各公立・公的病院の改革プランを追認しているだけ」と指摘。これに対し、今回は診療実績データを分析し、関係者に広く提供して議論されるため、地域医療調整会議で実効性のある議論が行われるための重要な資料になるとした。その際に、公立・公的病院にどの程度の補助金や税制優遇があり、借入金を抱えているかも、民間病院との役割分担を考える上で、正確に把握すべき問題であると指摘した。

オンライン診療の指針見直し案を大筋で了承

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会

医師には研修の受講を必須化

厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」(山本隆三座長)は6月10日、指針見直し案を大筋でまとめた。オンライン診療は初診対面診療が原則との前提で、一定の要件緩和を行った。緊急避妊のオンライン診療も、基本は対面診療だが、前回の案よりも例外の対象範囲を広げる形となった。また、オンライン診療を実施する医師は、来年度以降、研修の受講が求められる。

オンライン診療の指針は、2018年3月に策定。ICTが発展・普及する中で、政府の規制改革会議などからの要望を踏まえ、定期的に見直しの議論を行うことになっている。指針の見直しは、今後の診療報酬改定の議論に影響する。同日の議論を受け、指針見直し案を修正し、パブリックコメントを経た上で、7月中に通知で示す予定だ。

今回の指針見直しでは、緊急避妊のオンライン診療の取扱いで、多くの時

間が費やされた。初診対面診療が原則のオンライン診療において、対象を限定し例外を認める方向で議論したが、その範囲について、委員間で認識の違いがあった。今回、前回の案と比べ、少し対象を広げる形でまとまった。

具体的には、当初案では、「地理的な要因のほか、性犯罪による対人恐怖がある場合に限る」としていたのを、地理的な要因のほか、「相談窓口等と連携している医師が女性の心理的な状態に鑑みて、対面診療が困難と判断した場合」とした。

ただし、緊急避妊においても初診対面診療が原則である。緊急避妊を求める女性は、今後整備する相談窓口に連絡し、相談員がリスト化された医療機関の中から、受診可能な適切な医療機関を紹介し、女性はその医療機関を受診する。上記の限定対象に該当した場合だけ、オンライン診療の対象との位置づけだ。

オンライン診療を行う医師は、産婦人科医または研修を受けた医師とする。オンライン診療により処方箋を交付された女性は、研修を受けた薬剤師による調剤を受け、薬剤師の面前で内服する。その後、産婦人科医による直接の対面診療を3週間後に行う。オンライン診療を行う医師に対しては、3週間後に対面診療が行われることの実践的なフォローアップを求める。

このような体制を緊急避妊のオンライン診療として想定するが、相談窓口を通さずに、直接オンライン診療となる事例が出てくるのは避けられない。厚労省は、安易な緊急避妊薬の入手につながらないよう、これらの体制を年内に整備したいとの考えを示している。

その他の要件緩和では、離島・へき地など医療機関が少ない地域で、常勤医師が1人であり、その医師が急病などで診療できず、代診を立てられない場合に、二次医療圏内において、他の



医療機関が初診からオンライン診療を行うことを認める。ただ、初めての患者の場合は認められない。

また、「情報通信機器を用いた遠隔からの高度な技術を有する医師による手術等」のオンライン診療の位置づけなど、医師対患者だけでなく、医師対医師、医師対患者・看護師のオンライン診療の取扱いも明確化した。

通信環境のセキュリティやプライバシーに関する文言も追加。医師のなりすまし防止のため、オンライン診療を行う医師は、身分が明らかな場合を除いて原則、HPKI(厚生労働省認可電子証明書)の使用など、顔写真付きの身分証明書と卒業年度を示すとした。

さらに、オンライン診療を行う医師には、来年度以降、研修の受講を必須とする。すでにオンライン診療を実施している医師には、2020年10月までの研修の受講を求めるとしている。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

従業員向け
団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病会員病院および
勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

病院向け団体保険制度

病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

代替可能性のある公立・公的病院の整理を進める協議で工夫

厚労省・地域医療構想WG 重点的に支援する地域を指定

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)は6月21日、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理」の追加事項として、他の医療機関との代替可能性のある公立・公的病院の整理で合意を得るための協議の進め方の工夫で、一定の事項を了解した。再編統合の対象になった公立・公的病院だけで協議を進めるのではなく、地域全体の将来像の方向性で合意を得た上で、各構想区域で地域医療構想の実現に向けた合意につなげる。

今回示された事例では、例えば、A病院、B病院、C病院が同じ地域にあり、競合している。いずれの病院も「経皮的冠動脈形成術」を実施しているが、B病院の実績は少なく、「代替可能性」

がある。その場合に、A病院とB病院、またはC病院とB病院の「経皮的冠動脈形成術」の機能の統合が検討課題となる。しかし、A病院が民間で、B病院とC病院が公立・公的病院の場合、B病院とC病院が統合の協議を関係者だけで行い、その結果、A病院の実績を大きく上回るようになれば、民間のA病院は圧迫を受ける。

全日病副会長の織田正道委員は、「地域で競合する病院が複数ある場合、公立・公的病院だけの議論が進み、再編統合が行われれば、寡占化が進み、民間が太刀打ちできなくなる可能性がある。調整会議で地域全体の医療提供体制を見据えた上で、民間を巻き込んだ議論を行うことが重要だ」と述べた。

2017～2018年度は、地域医療構想

調整会議が集中的な議論をする期間だったが、実際の再編統合や医療機能の転換、病床削減の議論はあまり進展していないことが、その後の実態把握でわかった。厚労省は、夏以降に各病院の診療実績データを集計し、公表。そのデータに基づき、都道府県に対して公立・公的医療機関の具体的対応方針の検証を要請し、要請対象の医療機関を公表するとしている。

要請対象の医療機関がある地域の一部については、重点的に支援する区域として設定。その地域に対して、厚労省がデータ分析や再編統合の方向性を直接助言する方針も示された。地域医療介護総合確保基金の活用とあわせ、骨太方針2019に盛り込む。ただ、委員からは、国が強権的に調整会議に地域



に介入することを懸念する意見が出た。

また、同日、日本医師会の中川俊男副会長が、公立・公的医療機関への公的資金の投入や税金の状況を報告した。それによると、◇公立病院(都道府県・市町村)への繰入金は合計年8千億程度◇公立病院は給与費率が高い傾向にあり、給与費率60%超では繰入金を含めてもほとんど赤字◇一般病床のある公立病院の約3分の1は赤字で、病床利用率70%未満ではほとんど赤字◇病床利用率が高くても赤字の病院が多い—ことなどを示した。

医師の業務移管の提案で医療団体や関係職種から意見聴取

タスク・シフティングに関するヒアリング 日医は総論的な意見を表明

厚生労働省は6月18日に、第1回目の「医師の働き方改革を推進するためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を開催した。厚労省は医師の働き方改革を実現するため、医師から他職種へのタスク・シフティングを重要施策と位置付けており、今後の本格的な議論に向け、30を超える職能団体からヒアリングを行う方針だ。

同日は、日本医師会がタスク・シフティングについて、総論的な意見を述べたほか、◇日本義肢装具士協会◇日本視能訓練協会◇日本医師事務作業補助研究会◇日本言語聴覚士協会◇日本臨床工学技士会◇日本脳神経外科学会◇日本病理学会◇日本形成外科学会—から意見をきいた。

日医の今村聡副会長は、タスク・シフティングの具体的な業務について、日医内で議論を行っているとしつつ、「現段階で表明できるものはない」と述べ、総論的な見解のみ示した。

基本的な方針として、「医師によるメディカルコントロール(医療統括)」の下で、業務を行うことを原則とした。「新たな職種の創設ではなく、既に認

められている業務の周知の徹底、並びに、それらが実践されていない場合の着実な検証を実行するべき」と述べた。

具体的には、チーム医療における病院薬剤師や医療秘書の活用をあげた。

法令改正や現行法解釈の業務改革をするのであれば、「適切なプロセスを経て行うべきである」とする一方で、「AI等のICTの活用は、医師のタスクをサポートするものとして、推進していくべき」との見解を示した。

一方、日本脳神経外科学会は、移管可能な業務として、以下をあげた。

◇血管造影・血管内治療後の圧迫止血・止血確認・圧迫解除◇気管チューブの位置の調整、呼吸器管理、中心静脈カテーテルの抜去等◇鎮静が必要な患者、アレルギーのある患者の検査立会い◇血管内治療の介助業務◇脳卒中の初期対応◇救急車での患者搬送の際の同伴◇カンファレンス・回診の記録・オーダーなど入院業務の補助—など。

その上で、タスク・シフティング全般について、「看護師から別の職種へのタスクシフト」が必要と主張した。

また、日本病理学会は、◇手術検体

等に対する病理診断における切り出し補助業務◇画像解析システムによるコンパニオン診断等に対する計数・定量判定補助◇分子病理診断におけるデータ解析◇デジタル病理画像の取り込み・機器の調整・データ管理等◇病理診断報告書のチェック—と、臨床検査技師を念頭に、認定制度などを伴う業務移管などをあげた。

日本形成外科学会は、◇創傷治療遅延症例に対する創管理業務◇各種再建手術における関連各科との調整業務◇美容医療に関するカウンセリング業務—などをあげた。特に、美容医療に関するカウンセリング業務について、詳細な説明を行った。

関係職種からは、移管可能な業務について、以下が提案された。

○日本義肢装具士協会(足部ケア、切断者への断端管理に関する指導、障害者総合支援法による補装具費支給における完成用部品の選択等の義肢装具等補助装具の使用の決定など6業務)

○日本視能訓練協会(白内障および屈折矯正手術におけるオペレーター業務、脳障害などの後遺症に対する視機能回



復訓練、訪問時の視機能検査業務および視機能評価など4業務)

○日本医師事務作業補助研究会(検査手順の説明業務、医療記録(電子カルテの記載)、登録症例等の各種統計資料の作成の3業務)。基本的には、現行制度で可能であり、診療報酬などによる普及に向けた対応を求めた。

○日本言語聴覚士協会(高次機能障害などの評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の選択・実施および検査結果の解釈、嚥下訓練などにおける食物形態等の選択、嚥下検査全般の適応の判断と実施、結果の解釈など3業務)

○日本臨床工学技士会(血液浄化に用いるカテーテル留置時の清潔補助、不要カテーテルの抜去、気管カニューレの交換、鼻咽頭エアウェイの挿入および抜去、内視鏡検査・治療時の処置具の捜査などの補助など29業務)

認知症と身体疾患を併せ持つ患者への対応で報告書

高齢者医療介護委員会 意思確認困難な患者の対応について議論が必要

「認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業報告書」がこのほど、高齢者医療介護委員会ですまされた。2018年度の老人保健健康増進等事業として実施したもの。報告書は、増え続ける認知症患者に対応するため、それぞれの医療機関が認知症患者の治療・ケアに対応する知識・技術を持つこととあわせて、意思確認が困難な患者の対応について国全体で議論する必要があると提言している。

入院医療に求められる対応

高齢化の進展に伴い、認知症を有する人の数は増加を続け、2015年に500万人を突破し、2025年には約700万人に達すると推計されている。認知症を有する人の大半は高齢者であり、認知症と身体疾患を併せ持つ患者の増加が見込まれている。

入院医療において、認知症と身体疾患を併せ持つ患者に適切な対応を行う

ためには、精神科以外の病床における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高める視点や、精神科の病床における身体合併症への対応力を高める視点のほか、精神科と精神科以外の医療機関の連携をとる視点が重要である。

調査研究事業では、一般・療養病棟(2,800施設)と精神病棟(770施設)を対象とするアンケート調査を行った。一般・療養病棟では、◇認知症を有する患者の対応状況や◇意思確認の困難な重度の認知症を有する患者の対応について調べた。また、精神病棟では、身体合併症を有する認知症患者の受入れ困難や対応について聞いた。

調査結果の主な内容を見ると、次のとおりである。

○一般・療養病棟において、対応困難となりやすい認知症のBPSDとしては、徘徊・帰宅願望が最も多く、次いで治療・処置への抵抗、職員への暴力、奇声・大声が多い。

○BPSDにより対応困難となった際に

とられる対応として、身体拘束や行動を落ち着かせるための薬剤投与が、多くの病棟で行われている。精神科への転院・転棟要請を行う病棟は少ない。○認知症により本人の意思の確認が困難な患者の場合、家族・親族の希望や家族・親族を通じて確認した過去の本人の意思が治療や延命の方針の判断材料とされることが圧倒的に多い。○精神病棟を有する病院では、手術や重度の代謝疾患への対応を困難とする病棟が多い。また、身体疾患により自院での対応が難しい患者の受入れを希望する病棟が多い。

これらの調査結果を踏まえ、報告書は以下の提言を行っている。

(1) 患者情報の的確なマネジメント

認知症患者が入院する理由は、「身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院」であることが多く、在宅からの入院が多い。認知症の患者は、日常生活の変化によって症状が悪化することがあるため患者の状況をしっかりアセスメン

トし、対応を検討することが必要である。

(2) 精神科がない場合の支援体制の充実

BPSDにより対応が困難となった場合の対応として、「薬剤の服用」「身体拘束」が上位にのぼっている。本来なら、職員が常時付き添ったり、患者の要望にこまめに対応するなど、寄り添いのケアを行うことが望ましいが、現状の人員体制では対応が難しい。地域全体で認知症患者に対応する支援体制を構築することが望まれる。

(3) 意思確認が難しい認知症患者への対応に関する国全体の議論の必要性

意思確認が困難な場合の判断基準や方針を定めていない病院が多いが、これらの方針を個別の医療機関が決定することは負担が大きく、国全体で議論することが必要である。大幅に増加する認知症患者に対応するには、医療機関間の連携を進めるとともに、それぞれの医療機関が認知症患者の治療・ケアに対応できる知識・技術を持たなければならぬ。

●特別寄稿●

国際医療福祉大学赤坂心理・医療マネジメント学部長 高橋泰

医師の地域偏在・診療科偏在は、どのような過程を経て進んだか？

筆者らのチームは、厚生労働省に対し1996～2016年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」(いわゆる三師調査)の調査結果の情報開示請求を行い、地域ごと、診療科ごとの医師数の推移を分析し、その結果を日医総研のワーキングペーパーや、社会保険旬報などで紹介してきた。今回は、これまで発表してきた内容の概要を紹介する。

医師国家試験合格者数の推移

図1は、医師国家試験合格者数の年次推移を示している。1946年の第1回医師国家試験から2018年に行われた第112回試験までに43万6,309人の合格者が輩出された。1952年(昭和27年)から1974年(昭和49年)にかけては、3,000人から4,000人のペースで、毎年医師が輩出されてきた。その後、1970年の秋田、杏林、北里、川崎医大の医学部の新設を皮切りに1979年の琉球大学まで1970年代に32大学で医学部が新設され、その結果、1970年に新設された医学部の第1期生が卒業した1976年から、1979年に新設された医学部の第1期生が卒業した1985年にかけて医師国家試験の合格者数は4,000人から8,000人に急増した。その後1985年から2015年にかけての30年間は、8,000人±500人程度で推移していた。その後2009年に医学部定員増が打ち出され、その成果が本格的に表れる2018年からは、9,000人程度の合格者が輩出されることが予想される。

ここでは、医師国家試験合格時の年齢が全員24歳であったと仮定して、現在の20歳代(2010年から2019年卒業までの予測数を含む)、30歳代(2000年から2009年卒業)、40歳代、50歳代、60歳代、70歳代、80歳以上の各グループの合格者数を試算したところ、20歳代83,400人、30歳代77,217人、40歳代78,965人、50歳代79,724人、60歳代48,435人、70歳代33,009人、80歳以上38,430人となった。この現在50歳代と60歳代と70歳代の医師国家試験合格者数の大きな差が、医師数の将来予測などに大きな影響を及ぼす。

この図でまず認識してほしいことは、若い医師が増加した時期はきわめて限られていたことである。図1に示すよ

うに1970年代、医学部32校が新設され、国試合格者数が70年代の4万8,435人から80年代の7万9,724人となり、80年代は70年代と比べ10年間で若い医師が3万人ほど増えた。しかし、その後国試合格者数は90年代7万8,965人、2000年代が7万7,217人とほぼ横ばいで推移しており、この間若い医師の数は、毎年同じ水準である。2009年からの医学部定員増の影響で2010年代は、2000年代より6,000人ほどの若い医師の増加が期待できる。

もうひとつ強く認識したいのは、これまで退職者がほとんどいなかった新設医大の卒業生がこれから退職を始める年齢になり、今後医師の退職者数の急増が始まることである。おおまかな言い方をすれば、これまでは毎年8,000人くらいの新人医師が生まれ、4,000人ほどがリタイアしていたので、1年当たりの医師数の「純増」は4,000人ほどだった。しかし今後10年は医学部定員増の影響で9,000人の新人医師が生まれるものの、6,500～7,000人の医師がリタイアしていくと考えられ、純増は2,000～2,500人ほどしか見込めない。従来のような年間4,000人の医師の増加を期待できなくなる。

医師の増加スピードが鈍ることに加え、働き方改革や女性医師の更なる増加などを考えると、厚労省が予測しているように医師の労働力は増えず、むしろ地域、診療科によってはこれまで以上に深刻な医師不足が生じると、筆者は予想している。

地域偏在は、なぜ起きたのか

1996～2016年の20年間で全国の医師数は24万908人から31万9,480人へと33%増えた。また、大都市医療圏41%増、地方都市医療圏30%増である一方、過疎地はわずか4%増である。

図2は、「過疎地域」勤務比率の性年齢階級別の推移であり、例えば、1996年には、20歳代の男性勤務医の8%、女性勤務医の3%が過疎地に勤務していたことを示している。この図より、(1)1996年から2016年まで女性臨床医の過疎地勤務比率は、男性医師と比べ一貫して低い(2)近年、若い男性臨床医の過疎地勤務

比率が、急激に低下していることが読み取れる。もともと過疎地での勤務比率が低い女性医師の増加と、男性若手医師の過疎地勤務比率の急速な低下が相まって、過疎地の若手医師が急減している。

深刻化する「外科医」不足

今後の医療提供体制に大きな影響を及ぼしそうな診療科を抽出し、その30歳代の医師数の推移を図3に示す。例えば、30歳代の小児科全体の医師数は1996年から2016年の20年間に25%増加しており、その増加は女性小児科医の増加によるものである。外科総数(外科、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、気管食道外科、呼吸器外科を標榜科とする医師の総数)、脳神経外科、整形外科は、男性医師が大きく減少しており、女性医師は2～3倍と大きく増加しているが、男性医師の減少を補っていない。30歳代の眼科、耳鼻科医師は全体で36%、31%の減少であるが、特に男性医師の減少が顕著である。産婦人科や放射線科は全体で増加しているが、男性医師の大幅な減少を上回る女性医師の増加の結果である。麻酔科も急増したが、男性が2%減少となった一方で、女性が247%増加し、30歳代では女性医師の数が男性医師の数を上回る状況になった。

とりわけ事態が深刻なのは「外科」だ。表1に示すように、まず総数では1996年で2万6,070人、2016年で2万4,073人。内訳を見ると男性は2万5,442人から2万1,982人と3,460人の減少、女性は628人から2,091人と1,463人の増加となっており、男性の減少分を女性の増加分がカバーし切れていない状況が読み取れる。

これに先ほど述べた医師の大都市志向が重なった結果、16年の大都市では30～40代の男性外科医と女性外科医が多く、過疎地域では50代男性外科医が多いという現象が生まれている。また16～26年では大都市は外科医の増加が期待でき、若手医師が加わることで、外科医の年齢構成も16年と大

きく変わらないと予測される。

一方、過疎地は若手外科医が増えず、外科医の大幅な減少と更なる高齢化の進行により、現在の主力である50代医師が60代になっても主力となって外科を運営せざるを得ない状況が予想できる。実際、地域によってはこの事態が既に起きている。私が訪問したある地域の総合病院では、外科医3人が常勤していたが、一番若手が55歳、あとの2人は60歳代だった。

この病院の光景は今後、全国で見られるようになると考えられる。現在の50～60代がリタイアすれば過疎地では一気に医師がいなくなるし、更にいえばリタイアせずとも、この5～10年で地域内に外科手術を行える外科医がいなくなる地域が続出することを想定しておかなければならない。

外科医の減少に早急な対応がなされない場合、「肺癌で手術を受けたいと思っても日本国内では半年待ちなので、外国で手術を受ける」という近未来図も覚悟しなければならないだろう。

診療科ごとの医師数を踏まえた地域医療論議を

今回は、地域偏在と診療科偏在に話を絞ったが、今回の調査では、全二次医療圏の医師数の現状や推移を明らかにした。例えば、北海道北部の宗谷医療圏には、小児外科、心臓血管外科、形成外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、リハビリ科、放射線科、麻酔科、救急科を標榜する常勤医師がいない。この地域のこれらの診療科の医療を必要とする患者は市立稚内病院などに週数回、他の医療圏から派遣されてくるこれらの科の医師の外来を受診し、手術などの医療が必要なときは、旭川や名寄の病院まで3時間以上かけて受診している。このような地域ごとの医師の状況に興味のある方は、「日医総研 医師数データ集」で検索を行い、二次医療圏別医師数データ集-医師の地域別・診療科別偏在と将来推計に関する地域別報告を開き、関心のある地域の医師の動向を参照されることを勧める。

図1 医師国家試験合格者数推移

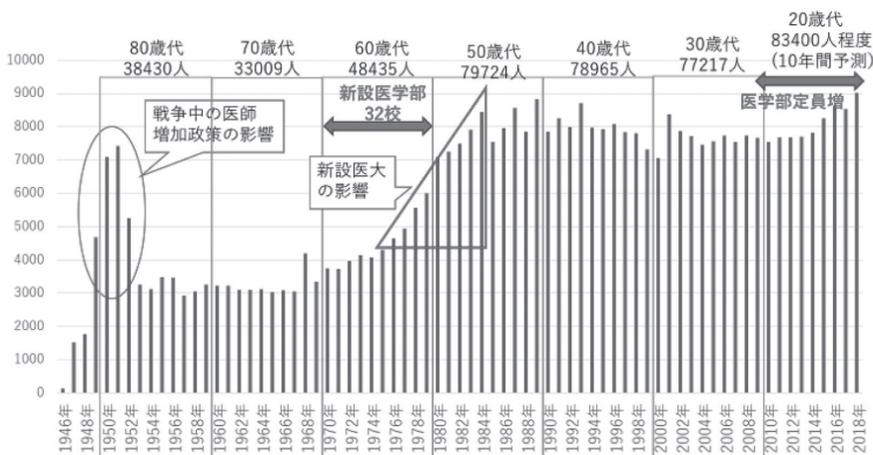


図2 「過疎地域」勤務比率の性年齢階級別推移

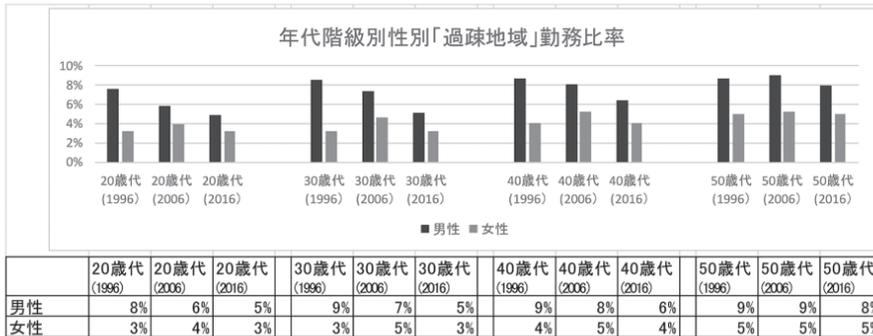


図3 30歳代医師の診療科別・性別の人数推移(特徴的な診療科を抜粋)

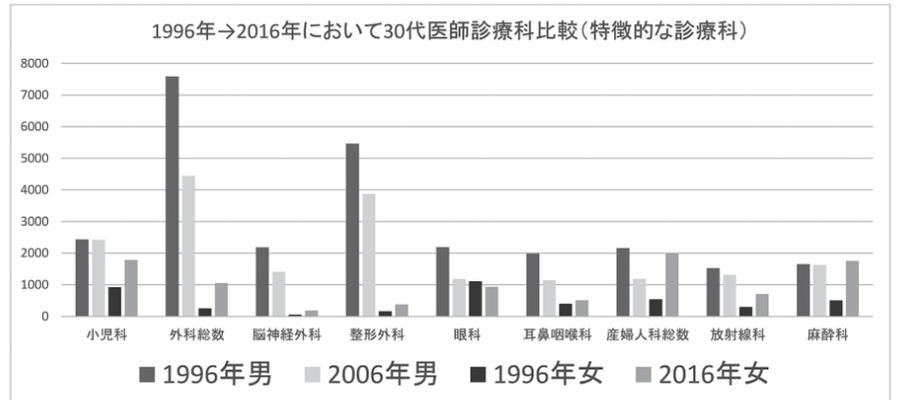


表1 外科医数の1996年→2016年の推移および2026年の予測

外科総数	全体					
	1996年		2016年		2026年	
全数	26,070	5,958	24,073	4,006	20,861	2,867
合計	20,112	5,958	20,067	4,006	20,861	2,867
20歳代	3,289	22	1,177	3	1,177	3
30歳代	7,562	281	5,413	82	5,209	37
40歳代	5,079	1,007	5,374	463	4,936	188
50歳代	2,118	1,126	4,700	908	4,428	560
60歳代	1,423	2,120	2,478	1,209	3,468	899
70歳代	511	1,205	679	751	1,344	854
80歳以上	130	197	246	590	299	325

外科総数	男						女					
	1996年		2016年		2026年		1996年		2016年		2026年	
全数	25,442	19,546	21,982	18,175	3,807	17,978	628	2,091	1,892	199	3,141	
合計	19,546	5,896	18,175	3,807	17,978	2,609	566	62	1,892	199	2,883	
20歳代	3,028	21	911	3	911	3	261	1	266	0	266	
30歳代	7,318	268	4,393	49	3,970	37	244	13	1,020	33	1,239	
40歳代	5,043	994	4,909	379	4,061	113	36	13	465	84	875	
50歳代	2,113	1,119	4,574	856	4,042	461	5	7	126	52	385	
60歳代	1,414	2,110	2,464	1,188	3,350	850	9	10	14	21	118	
70歳代	502	1,188	679	745	1,344	823	9	17	0	6	0	
80歳以上	128	196	245	587	299	323	2	1	1	3	0	

民間病院を取り巻く環境の厳しさを認識し、 変革期を乗り越えるための元気を届けたい



第61回全日本病院学会in愛知が9月28、29の両日、愛知県名古屋市で開催される。太田圭洋学会長に学会テーマに込める思いや学会の見どころ、準備状況をきいた。

民間病院を取り巻く 環境の厳しさを認識

—— 学会テーマの『矜持～今こそ示せ、医療人のプライド～』に込めた思いを聞かせてください。

最初は、『今こそ示せ、民間病院のプライド』としていましたが、刺激的すぎるということで、『医療人の…』としました。私自身の問題意識として、今進められている医療改革は中小民間病院にとって厳しいものであり、これにしっかり向き合っていかなければならないという思いがあります。

地域医療構想は大きな改革ですし、医師の働き方改革も重要なテーマです。専門医制度も大きく変わっていて、大きな変革の時期にあることは確かです。一つひとつの改革には、それぞれ理由がありますが、全体として改革の進む方向をみると、民間病院にとって厳しい改革になる可能性が高いと認識しています。

もちろん民間の医療機関も医療提供者の一員として改革に向き合う必要がありますし、地域医療を支えるために自ら変わっていかなければいけません。かなり厳しい環境の変化であることをしっかり認識する必要があるということです。

その際に大切なのは、我々民間の医療機関が地域の医療を守ってきたのだというプライドを持つことであり、状況に流されるのではなく、前向きに変革に向かい合っていくことです。

矜持を保って改革に向かい合っていかなければいけない、という思いを学会テーマに込めました。様々な課題・問題をタブーなくディスカッションしたいと思っています。

多彩な学会企画 官民の格差を徹底討論

—— 学会テーマの下で、多くのプログラムが組まれています。見どころを教えてください。

学会企画として、5つのシンポジウムを企画しています。

シンポジウム1は『地域医療構想』がテーマです。今年度は、地域医療構想調整会議で、各病院の医療機能を検証していくことになっています。神野副会長に座長をお願いし、厚生労働省で地域医療構想を担当する鈴木健彦課長(医政局地域医療計画課)、地域医療構想ワーキングチームで議論している織田副会長と伊藤先生(日本医療法人協会会長代行)に参加いただき、調整会議がどう変わっていくのか、本音でディスカッションしてもらいます。

シンポジウム2『令和時代の職場環境作り』では、働き方改革を踏まえ、人手不足の中でICTやAIを活用し、様々な取組みをしている若手の医師を中心に企画を組みました。

シンポジウム3『官民格差徹底討論!!』は、私の思いから企画したセッ

ションです。公立・公的病院の立場から、全国自治体病院協議会の小熊会長と日本病院会の末永顧問(前副会長)を招き、民間病院の立場から、日本医師会の中川副会長、日本医療法人協会の加納会長に出席いただき、さらに制度に詳しい東日本税理士法人の長代表社員に加わっていただいて議論します。民間病院側からみると、他会計繰入金の問題などがありますが、公立・公的病院にも言い分があるでしょう。地域医療構想に深く関わりますし、医師の派遣も絡んで、地域の医師偏在の解消に向けて、どうやって医師を配分するかといった課題があり、この時期にこうした議論をしておいた方がいいと考えました。どういう形でまとめられるかわかりませんが、私が座長を務めます。

シンポジウム4は『地域包括ケアとACP』がテーマで、中小民間病院をはじめ、地域包括ケアに取り組んでいる方々に集まっていただき、ディスカッションします。

シンポジウム5『病院事務職の矜持』は、病院の事務のプロに議論してもらうセッションです。

また、市民公開講座として、『人手不足もなんのその!～医療介護と外国人労働者』を学会2日目の午後に企画しています。EPA、技能実習、特定技能と制度が大きく変わる中で、病院はどう対応すべきか、外国人は安定的に日本にきてくれるのかなど、幅広い観点から、人手不足と外国人労働者の問題を議論します。

愛知県の民間病院の 元気を全国に発信

—— 学会の準備状況は、いかがですか。

今村康宏先生(済衆館病院理事長)に実行委員長をお願いし、実行委員会のメンバーと一緒に知恵を絞って、準備を進めています。今回の学会では、愛知県内の民間病院の力を集め、愛知県内の状況を含めて、民間病院の元気を全国に発信したいと考えています。全日病愛知県支部の枠を超えて、様々な組織に協力いただきながら、準備しています。

—— 愛知県の魅力をお願いします。

「なごやめし」と言っていますが、地域独特の食文化を全国に発信しようとしています。美味しいものがたくさんありますので、食わず嫌いにならないで、ぜひこの機会に名古屋の食を体験していただきたい。学会が開催される9月28・29日は、消費税が上がる直前の土日です。2%安く、名古屋の食を楽しんでいただきたいですね。食以外にも、見どころは盛りだくさんです。

—— 学会のポスターについて説明してください。

家紋が3つありますが、これは名古屋人なら誰でも知っている戦国時代の武将、郷土三英傑の家紋です。☉は織田信長、☼は豊臣秀吉、☪は徳川家康で、3人とも愛知県の出身です。信長は安土へ、秀吉は大阪へ、家康は江戸に行ってしまいましたが、混乱の時期に大きく歴史を転換する力が愛知県から生まれたわけで、全国にパワーを伝えて転換していく土地柄と言える

のではないのでしょうか。

今は、医療界にとってたいへんな変革期であり、だからこそ愛知県の民間病院のパワーを全国に伝え、それぞれの地域において変革に向き合っていただければと思っています。

学会テーマの下で、さまざまなシンポジウムや講演を用意しています。会員病院のみなさんにとって役に立つ学会にしたいと考えていますので、奮ってご参加いただきたいと思います。

—— ありがとうございました。

学会企画のシンポジウム

シンポジウム1「地域医療構想」

座長：神野正博(全日病副会長)

鈴木健彦(厚生労働省医政局地域医療計画課課長)

織田正道(社会医療法人祐愛会織田病院理事長)

伊藤伸一(社会医療法人大雄会理事長)

シンポジウム2「令和時代の職場環境作り」

座長：小林清彦(医療法人愛生館副理事長)

北島明佳(医療法人社団元気会横浜病院理事長)

石井隆平(医療法人おもと会理事)

石川賀代(社会医療法人石川記念会HITO病院理事長)

シンポジウム3「官民格差徹底討論!!」

座長：太田圭洋(名古屋記念病院理事長)

長英一郎(東日本税理士法人代表社員)

小熊豊(全国自治体病院協会会長)

中川俊男(日本医師会副会長)

末永裕之(日本病院会顧問)

加納繁照(日本医療法人協会会長)

シンポジウム4「地域包括ケアとACP」

座長：三浦久幸(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部部長)

今村康宏(済衆館病院理事長)



三浦久幸(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部部長)
五十嵐知文(社会医療法人恵和会西岡病院副院長)
千葉恵子(学校法人鉄蕉会亀田医療大学看護学部看護学科)
野田智子(江南厚生病院地域医療福祉連携室長)

シンポジウム5「病院事務職の矜持」
座長：川本一男(社会福祉法人香徳会理事)
佐合茂樹(木沢記念病院病院長補佐兼事務長)
朝見浩一(一般社団法人上尾中央医科グループ協議会経営管理本部医療事業部 病院管理室室長)
新山毅(社会医療法人清風会廿日市記念病院事務長)

市民公開講座
「人手不足もなんのその!～医療介護と外国人労働者～」
座長：川原弘久(医療法人偕行会理事長)
山本登(五星会菊名記念病院理事長)
山本左近(さわらび会統括本部長兼副理事長)
安藤高夫(衆議院議員)
城良治(偕行会在宅医療事業部長)

「第61回 全日本病院学会 in 愛知」の開催概要

開催日◎2019年9月28日(土)・29日(日)

学会長◎太田圭洋(社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院理事長)

実行委員長◎今村康宏(医療法人済衆館 済衆館病院理事長)

会場◎名古屋国際会議場(名古屋市熱田区熱田西町1番1号)

事前参加登録◎2019年4月8日(月)～8月23日(金)

参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	—
当日登録	38,000円	13,000円	16,000円	2,000円

懇親会◎2018年9月28日(土) 18:30～
名古屋観光ホテル 3F「那古の間」

参加費	
事前登録	2,160円
当日登録	3,000円

*事前参加登録は、オンライン登録にて受付しています。

<https://reg.c-linkage.co.jp/ajha61entry/>

*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申込みください。

<https://amarys-jtb.jp/ajha61/>

病院経営定期調査への協力お願い

2018年度より開始しました、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の三団体合同の「病院経営定期調査」を、今年度も実施いたします。

調査票は7月1日(月)に、ご登録のメールアドレスに送付いたします。なお、昨年度の調査にご協力いただいた病院の調査票には、病院情報等のデータが予め入力されており、回答に係る負担の軽減を図っております。

また、調査にご協力いただいた病院には、調査結果の概要等をまとめたフィードバックをお送りいたします。

【フィードバックのサンプルは以下のURLを参照】

URL : <https://sites.google.com/a/jha-analysys.jp/teikichosa2019/>

来春の診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会等の協議の場において、安定的な病院運営が維持できるような報酬設定を求めていくためには、医療機関の現状を訴えることのできる資料を提示する必要があります。

厳しい医療機関の現状を訴える、根拠となるデータには説得力が求められます。議論に資する資料のためにも一件でも多い回答が必要です。

趣旨をご理解の上、何卒調査にご協力賜りますようお願い申し上げます。

一冊の本 book review

医療AI入門

著者●山下康行
発行●金原出版株式会社
定価●2,800円+税

今年4月から働き方改革がはじまった。負担軽減のために、将来的にはAIの導入にも大きな期待がかけられている。AI技術を用いた医療機器については、他の医療機器と同様、医薬品医療機器法に基づいて安全性・有効性の確保が行われることになる。継続的な性能の変化といったAIの特性をどのように評価していくかなど、課題も多い。

今後のAI技術を用いた医療機器の導入ということを考えると、医療関係者の中にAIに対する理解度が低く、万能であると信じている人が一定数いることは大きな懸念材料である。そこで、最低限のリテラシーをもつためにお勧めしたいのが本書である。数式がほとんどなく、図で直感的に理解できるので、統計学が苦手な方にも理解がしやすいだろう。正しく理解し、AI技術を用いた医療機器の普及の可能性と限界についても考えてみて欲しい。



共生と予防を「車の両輪」として打ち出す

関係閣僚会議 認知症施策推進大綱を決定

政府は6月18日に認知症施策推進関係閣僚会議を開催し、「認知症施策推進大綱」を決定した。

大綱は、2015年1月から推進してきた新オレンジプランをバージョンアップしたもの。従来、認知症の人が尊厳をもって認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会とともに生きる「共生」の施策を中心に

推進してきたが、大綱では新たに「予防」を柱に据え、共生と予防を「車の両輪」として施策に取り組む方針を打ち出した。

「予防」については、『認知症にならない』という意味ではなく、『認知症になるのを遅らせる』『認知症になっても進行を緩やかにする』という意味」と説明した。

予防に関するエビデンスを収集・普及するとともに、高齢者の「通いの場」における活動の推進など、認知症への「備え」の取り組みに重点を置く考えを強調し、「結果として、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す」と明記した。他方で、認知症の発症や進行の仕組みの解明、予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める

とした。
会議に出席した安倍晋三首相は、各大臣に対して、取りまとめた施策を速やかに実行に移し、「生涯現役社会の実現」に向けて全力を尽くすように指示した。

また、自民党と公明党は6月20日、「認知症基本法案」を国会に提出した。認知症の予防の推進と、認知症の人が尊厳を保持し尊重される社会の実現を目指し、認知症施策を総合的・計画的に推進することが狙い。今国会では成立しなかったが、自公は今後、野党にも協議を呼びかけ、成立を目指す。

全日本病院協会役員名簿 (任期2019年6月15日～2021年6月定時総会終結時まで) ○印は各職における新選出を表す

会長 猪口雄二 (医)寿康会病院理事長	熊本県 山田一隆 (医)大腸肛門センター高野病院理事長・院長	〃 宮地千尋 (医)宮地病院理事長
副会長 安藤高夫 (医)永生病院理事長	宮崎県○池井義彦 (医)池井病院理事長・院長	岡山県 佐能量雄 (医)光生病院理事長・院長
神野正博 (医)恵寿総合病院理事長	鹿児島県 鉦之原大助(医)市比野記念病院理事長	徳島県 林 秀樹 (医)ホウエツ病院理事長・院長
織田正道 (医)織田病院理事長	沖縄県 新垣 哲 (医)西武門病院理事長・院長	愛媛県 貞本和彦 (医)貞本病院理事長・院長
美原 盤 (公財)美原記念病院院長	【理事29名】	高知県 野並誠二 (医)高知病院理事長・院長
中村康彦 (医)上尾中央総合病院理事長	北海道 中村博彦 (医)中村記念病院理事長・院長	福岡県○津田 徹 (医)霧ヶ丘つだ病院理事長・院長
【常任理事20名】	〃 ○松木高雪 (医)製鉄記念室蘭病院理事長	〃 ○中尾一久 (医)高良台リハビリテーション病院理事長
北海道 高橋 肇 (医)高橋病院理事長・院長	青森県 村上秀一 (医)村上新町病院理事長・院長	熊本県 上村晋一 (医)阿蘇立野病院理事長・院長
〃 徳田禎久 (医)札幌禎心会病院理事長・院長	宮城県 中嶋康之 (医)中嶋病院理事長	大分県 畑 洋一 (医)畑病院理事長・院長
〃 ○細川吉博 (医)開西病院理事長・院長	福島県 星 北斗 (公財)星総合病院理事長	宮崎県○飯田正幸 (医)飯田病院理事長・院長
福島県 土屋繁之 (医)土屋病院理事長	茨城県 諸岡信裕 (医)小川南病院理事長・院長	鹿児島県 牧角寛郎 (医)サザン・リージョン病院理事長・院長
茨城県 永井庸次 (株)ひたちなか総合病院名誉院長	栃木県 藤井 卓 (医)藤井脳神経外科病院理事長	【監事 4名】
東京都 猪口正孝 (医)平成立石病院理事長	埼玉県 中村 毅 (医)戸田中央総合病院理事長	東京都 池上直己 聖路加国際大学特任教授
〃 木村 厚 (医)木村病院理事長・院長	千葉県 平山登志夫(医)平山病院理事長・院長	北海道 大橋正實 (医)耳鼻咽喉科麻生病院理事長
神奈川県 山本 登 (医)菊名記念病院理事長	東京都 飯田修平 (公財)練馬総合病院理事長・院長	広島県○濱脇純一 浜脇整形外科病院会長
愛知県○今村康宏 (医)済衆館病院	〃 ○小川聡子 (医)調布東山病院理事長	東京都 和田一夫 監査法人MMPGエーマック公認会計士
大阪府 加納繁照 (医)加納総合病院理事長・院長	神奈川県 須田雅人 (医)赤枝病院院長	【総会議長・副議長】
兵庫県 西 昂 (医)西病院理事長	岐阜県 松波英寿 (医)松波総合病院理事長	議長 東京都 木村佑介 (医)東京ちどり病院名誉院長
広島県 大田泰正 (医)脳神経センター大田記念病院理事長	静岡県 池田 誠 (医)池田病院院長	副議長 沖縄県 宮城敏夫 (医)浦添総合病院理事長
山口県 木下 毅 (医)光風園病院理事長	三重県 齋藤洋一 南勢病院院長	
徳島県 田蔭正治 (医)たまき青空病院理事長	京都府○清水鴻一郎(医)京都リハビリテーション病院理事長	
福岡県 津留英智 (医)宗像水光会総合病院理事長	大阪府○馬場武彦 (医)馬場記念病院理事長・院長	
長崎県 井上健一郎(医)井上病院理事長	兵庫県 古城資久 (医)赤穂中央病院理事長	

2019年度 第3回常任理事会の抄録 6月8日

<p>【主な協議事項】</p> <p>●入退会の状況(敬称略・順不同)</p> <p>正会員として以下の入会を承認した。</p> <p>愛知県 医療法人財団愛泉会 愛知国際病院 理事長 井手 宏</p> <p>鳥取県 医療法人社団 尾崎病院 理事長 尾崎 舞</p> <p>岡山県 医療法人社団清和会 笠岡第一病院 院長 橋詰博行</p> <p>岡山県 医療法人 平病院 理事長 平 資正</p> <p>岡山県 岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院 院長 高橋 淳</p> <p>広島県 医療法人紫苑会 藤井病院 院長 宮阪 英</p>	<p>他に退会が1会員あり、正会員は合計2,545会員となった。</p> <p>準会員として以下の入会を承認した。</p> <p>東京都 三田国際ビルクリニック 院長 菱川慶一 準会員は合計91会員となった。</p> <p>●北海道支部次期支部長を承認した。</p> <p>【主な報告事項】</p> <p>●審議会等の報告</p> <p>「中央社会保険医療協議会総会、薬価専門部会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「新型インフルエンザ等対策有識者会議」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。</p> <p>●2019年度病院経営定期調査が報告された。</p>	<p>●病院機能評価の審査結果について</p> <p>□主たる機能～順不同</p> <p>【3rd G : Ver.1.1】</p> <p>○一般病院1</p> <p>埼玉県 TMGあさか医療センター 更新</p> <p>【3rd G : Ver.2.0】</p> <p>千葉県 平和台病院 更新</p> <p>神奈川県 葉山ハートセンター 更新</p> <p>愛知県 大雄会第一病院 更新</p> <p>徳島県 沖の洲病院 更新</p> <p>高知県 竹下病院 更新</p> <p>長崎県 長崎腎病院 更新</p> <p>○一般病院2</p> <p>鹿児島県 種子島医療センター 新規</p> <p>茨城県 茨城県立中央病院 更新</p> <p>茨城県 龍ヶ崎済生会病院 更新</p>	<p>群馬県 黒沢病院 更新</p> <p>長野県 相澤病院 更新</p> <p>大阪府 東住吉森本病院 更新</p> <p>愛媛県 済生会今治病院 更新</p> <p>沖縄県 浦添総合病院 更新</p> <p>○リハビリテーション病院</p> <p>静岡県 NTT東日本伊豆病院 更新</p> <p>○慢性期病院</p> <p>東京都 みなみ野病院 新規</p> <p>北海道 森病院 更新</p> <p>○精神科病院</p> <p>宮崎県 都城新生病院 新規</p> <p>5月10日現在の認定病院は合計2,181病院。そのうち、本会会員は879病院と、認定病院の40.3%を占める。</p> <p>●討議事項として、「在宅医療関係の動向」をテーマに意見交換を行った。</p>
---	---	---	--

医療提供体制の三位一体の改革に慎重な対応求める

四病協・総合部会 看護補助者の位置づけも今後検討

四病院団体協議会は6月19日、総合部会を開き、終了後に日本病院会の相澤孝夫会長が会見を行った。厚生労働省が、地域医療構想・医師偏在対策・医師の働き方改革を三位一体で進める方針を示していることに対し、現状で行われているそれぞれの課題への取組みに混乱が生じないよう、慎重な対応を求めた。

相澤会長は、三つが相互に関連しているのは事実と指摘。ただ、各地の地域医療構想調整会議が、公立・公的病院の機能の重点化など地域医療構想の実現に向けた議論を進めている状況で、医師偏在対策や医師の働き方改革の要素が加わると、「それまで進めてきた

ことにブレーキがかかる」との懸念を示す意見が出ているとした。

二次医療圏単位の調整会議が3つを統合的に議論するのは、「『反対』というよりも『無理』」との判断がある。また、5月16日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の「議論の整理」では、医師偏在対策や医師の働き方改革と、地域医療構想が整合的であるかを改めて確認することや、公立・公的病院の持続可能性の観点での役割の見直しに言及しており、WGの委員から反発が出て、議論が続いている。

医師の働き方改革関連では、看護補助者の確保策が議論になった。病院で介護の仕事が増える一方で、看護補助

者は減少傾向にあり、確保に困難を抱える病院が増えている。現状で職種としての位置付けが不明確であることから、今後の看護補助者のあり方や評価について検討していく意向を示した。

看護補助者については、6月3日の医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会の議題になっている。看護補助者の確保が困難な理由として、「募集しても応募がない」との回答が多いことなどが示された。給与が低いことが一因と考えられる。医療機関で働く介護職に対しては、2018年度診療報酬改定において看護補助加算で一定の手当てが行われたが、介護報酬による処遇改善加算に相当する評価がない

ことに対する不満もある。

専門医制度に対しては、日本病院会として厚労省や関係団体に要望書を提出したことを報告した。専門医制度では、専攻医募集の際に設定する都道府県の上限人数やサブスペシャリティの認定で、厚労省の医道審議会や学会の決定を迫る状況に陥っている。四病協でも、専門医制度に対して意見を表明すべきとの声が高まっていた。

日病の要望書は、昨年8月に全日病の神野正博副会長(専門医制度のあり方検討委員会)が中心になってまとめた四病協の「社会はいかなる専門医を必要としているのか」を踏まえ、4項目を並べた。4項目は、①第三者性の担保②組織構成の強化③専門医の位置付け④地域偏在、診療科偏在への取組み。組織強化では、病院団体代表1名を加えて、副理事長職を3名にすることを求めている。

オンサイトリサーチセンターの第三者利用を了承

厚労省・レセプト情報等検討会 第5回オープンデータの内容を協議

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」(山本隆一座長)は6月21日、オンサイトリサーチセンターの第三者利用を京都大学と厚労省で10月から始めることを了承したほか、来年度に公表される第5回オープンデータの作成に向けて協議した。

オンサイトリサーチセンターは、厚労省が管理するレセプト情報・特定健診等情報と通信回線で結ばれた端末を利用できる厚労省指定の施設で、厳格な情報セキュリティの確保が求められている。昨年2月から厚労省のオンサイトで第三者利用の試行を行ってきた

が、10月を目途に厚労省と京都大学で第三者利用(一般利用)を開始することを決めた。利用に当たっては、当面の間、◇第三者提供の個票抽出の利用経験を有する者、◇SQLの知識を持ちcsvファイルをEXCEL等に加工できる者などの要件を求める。なお、利用期間は、探索的研究は3か月、それ以外の場合は6か月とし、原則として延長申請は受け付けないこととした。利用申出の審査は、9月の有識者会議から順次行い、10月から第三者利用が始まる見込みだ。

NDBオープンデータは、NDBデー

タを広く活用するため、汎用性が高い基礎的な集計表に整理して公表しているもので、厚労省のホームページで閲覧できる。これまでに第3回分まで公表されていて、第4回分が今年度に公表される。この日は、来年度に公表予定の第5回オープンデータについて協議した。

第5回は、2018年度のレセプト情報および2017年度の特定健診情報を集計対象とする。6月末までに集積要望を受け付け、それを踏まえて集計表を作成することとなっている。この日は、これまでに寄せられた集計要望につい



て対応を協議した。

このほか、NDBデータの第三者提供の現状について厚労省から報告を受けた。NDBデータは、有識者会議の承諾を得た研究に対し、2011年度からデータ提供が行われている。報告によると、今年3月末までに239研究に対してデータ提供が承諾された。また、研究成果については、2016年度までに105件、2017年度は33件、2018年度は48件の成果物の報告があった。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医師事務作業補助者研修 東京会場 (200名) 福岡会場 (100名)	2019年8月1日(木)、2日(金) 【東京会場、全日病会議室】 2019年10月28日(月)、29日(火) 【福岡会場、リファレンス駅東ビル貸会議室】	32,400円(税込) 【東京会場】 33,000円(税込) 【福岡会場】 テキスト代、昼食代含む	「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的に、2008年度に新設。当研修は、診療報酬の同加算を算定するための研修要件を満たしている。研修終了後レポートを提出した人には、研修証明となる「修了証」を授与する。
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2019年9月1日(日) 【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込) (昼食代含む)	医療事故調査制度が施行され、医療事故調査・支援センターに報告事例が集積されている。しかし、報告事例数が少ないなどの実態があり、その要因として報告事例の判断の誤りが指摘されている。当研修では、同制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、学習する。
災害時のBCP研修(大阪会場) (60名)	2019年9月6日(金) 【大阪東京海上日動ビル2F 大会議室】	20,000円(21,600円)(税込)	災害時に自院の事業の継続、復旧を速やかに遂行するために作成する計画がBCP(事業継続計画)。BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の課題について「気づき」を習得する。災害拠点病院以外の病院が対象。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2019年9月13日(金)、14日(土) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込) (テキスト代、昼食代含む)	昨年12月に出版した「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」をテキストとして、相互評価の実務を学習する。現時点では、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、近い将来、体制構築と運用の実態が問われることは必至で、当講習会はそれを先取りした内容となっている。
機能評価受審支援セミナー (名古屋会場) 診療・看護合同領域 (60名) 事務管理領域 (60名)	2019年9月27日(金) 【ウインクあいち】	8,640円(12,960円)(税込)	日本医療機能評価機構と共催。「診療・看護合同領域」では、ケアプロセス調査の形式に則り、問題点や今後の課題について意見交換・情報共有する。「事務管理領域」では、評価項目など受審のポイントを解説するとともに、問題点への対応について意見交換する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース (90名)	2019年10月3日(木) 【全日病会議室】	23,100円(税込)	個人情報保護に関する理解不足に対応するため、初級編として「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」を実施。アドバンスコースでは弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてより深い議論を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
ハワイ研修旅行 (成田発着60名、関空発着20名、福岡発着20名)	2019年10月28日(月)～11月2日(土)	成田発着239,600円 関空発着251,000円 福岡発着253,600円	米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の交流をさらに深める企画を用意。ホノルルのハイアット・リージェンシー・ワイキキビーチ・リゾートアンドスパの利用を予定する。