

第 51 号
2019. 5
年 6 回発行

日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内
TEL(052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail:jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本隆利

目 次

- 巻頭言 1
- 進む医師の「地域偏在」
「診療科偏在」
- 消費増税はどうなる 3
- 日本病院会報告（3月） 4
- 日本病院会報告（4月） 7
- 支部理事会議事録（抄） 9

愛知県支部ニュースへのご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

巻頭言

進む医師の「地域偏在」「診療科偏在」

副支部長 末永 裕之

「立ち止まって見直す」1年が経過したところで、昨年4月から日本専門医機構は数々の問題を残したまま、新専門医制度を開始した。これまで医師の地域偏在に関しては関西広域連合(知事会)、医系市長会等で、医師不足により地域医療の崩壊の危機を抱える首長から現状に対する強い懸念が表明され、「医師の地域偏在」議論は医療者の思いとはやや異なった展開となった。ある時期から医師の地域偏在、診療科偏在問題が政治マター化してしまった印象である。

尾身茂氏が代表理事を務める「NPO 法人全世代」は2017年2月に「医師の地理的偏在の解消に向けて」を提言した。そのなかでは保険医制度の仕組みを変え、保険医登録の条件、或いは保健医療機関の責任者になるための条件として、一定期間医師不足地域で勤務することを求めている。また「医師不足地域」を定め、保険医登録を一種、二種に分け、それを利用した医師不足地域での勤務のあり方が提言されていた。

保険医登録を利用して地域偏在を是正していくという考え方は以前からあったが、「全世界」からの提言は強制力を働かせてでも医師の派遣制度、仕組みを考えていかなければならないと考える私たちには共感できるものであった。

しかしその後、厚労省の「新たな医療のあり方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」では「強制配置という印象を与えかねない」として支持されず、結局、地域医療支援病院の「管理者要件」を加

えるという中途半端な結論に留まることになった。医師の偏在是正では大学、学会、医師会、病院団体の「医師のプロフェッショナルオートノミー」に任せては決まらないため、厚労省が検討会を利用して方向性を出すという姿が見えてきたのが気になるところである。

今後の地域偏在の解消のためには研修医、専攻医を利用した偏在対策ではなく、専攻医より上の世代のローテートによる何年かの勤務で維持する(本人がそのままの勤務を希望すれば継続勤務も認める)、また、僻地であっても教える体制がある地域では研修医、専攻医も受け入れるというような、大学・県・市・病院団体等が協働体を作って医師派遣に責任を持つシステムの構築が必要ではないかと感じている。

昨年4月から開始された新専門医制度では、あくまでも良い専門医を育成するのが専門医機構の役

割であり、医師の偏在対策は行政の役割であるとされてきた。しかし偏在問題に専門医制度は関与しないとしても、新専門医制度開始後に地域偏在、診療科偏在が以前よりむしろ進んだのではないかとの声が多く聞かれた。

そこで日本病院会の専門医制度に関する委員会では日本病院会の役員病院を対象とした新専門医制度開始後の実態調査を行った。

調査結果から見ると新専門医制度開始によって約3/4の施設が地域偏在、診療科偏在は進むと感じている。そして2017年度の後期研修医数と2018年度の専攻医数の比較では後期研修医にかなりの減少が見られるが、これは基幹施設としての大学病院に専攻医が集中したためではないかと想像される。

また、専攻医、後期研修医の比較では2018年度の専攻医数の減少を反映してほとんどの診療科で減少は見られるが、内科専攻医が238人から151人へ、外科専攻医が99人から57人と36.6%、42.4%と激減しているのは由々しき問題である。内科専攻医が少なくなれば各内科サブスペシャリティー領域の志望者が減っていくことに専門医機構は危機感を持っていないかのようで、不思議である。

また、最近では専門医を早く取得して早くサブスペシャリティーを取らせる風潮が強くなっているが、私は基本領域専門医を取得してもその専門領域のスタートラインに立ったに過ぎず、十分な経験を積んでサブスペシャリティーを目指せばよく、連動研修で早く専門医をとらせるという方向性には反対である。

専攻医の給与、身分保障についても「働いている場所が給与を払うのは当然」として、十分に検証することなく見切り発車となった。アンケート結果を見ても給与の支給、身分保障に関しては様々な対応がある。しかし大学病院が基幹施設となっている場合、国で保障されている研修医の給与とは異なり大学病院で十分な給与保障がされているのか心配である。専攻医から見ればかなり不安定な待遇・身分保障で始まった制度であるのは間違いない。

医師の地域偏在、診療科偏在には専門医機構は関与しない立場を崩していないが、制度開始後前より偏在が進んでいる以上機構としても何がしかの対応は必要であろう。本来的にはプロフェッショナルオートノミーによって医療者自らが、地域偏在・診療科偏在に対処してこなければならなかったのではないかと感じている。

地域偏在の解消に向けて医師需給分科会では医師偏在指標を用いて、医師少数区域、多数区域を明らかにして、多数区域から少数区域に移動させることを考えているようである。しかし、派遣させる仕組み、システムがなければうまくいくとは思えない。

必要医師数の計算式を含め、一見尤もらしく見えるが、勤務医、開業医を合わせた医師数での検討であり、病院医師の偏在にどれほど有効に働くかは不明である。また、総合診療専門医を多く育成すれば医師の必要数も変わってくるわけで、まず各診療科の必要数を決め、それに応じた教育システムを構築するのが先決ではないかと考えている。

専門医機構は今こそ学会、大学等のエゴを廃し、第三者性を担保された機構として、プロフェッショナルオートノミーを発揮して診療科偏在等に対して代案を出していくべきである。それがかなわないような専門医機構であれば、解体して再出発しかないのではないかと。

(小牧市民病院 事業管理者)

消費増税はどうなる

理事 伊藤 伸 一

平成元年度に導入された消費税は平成9年に5%に引き上げられたのち、平成24年の参議院本会議で平成26年に8%、さらに平成27年10月に税率10%に再引き上げを行うことが可決された。8%への増税は日本経済に様々な影響を及ぼしたが、概ね予定通り推移し消費税引き上げはほぼ混乱なく実施されたと思われた。しかし、平成26年年末にGDPが2四半期連続マイナスになったことを受けて、「デフレから脱却し経済を成長させるアベノミクスの成功を確かなものにするため」翌年10月に予定していた10%への引き上げを18ヶ月延期して平成29年4月に実施することとした。さらに「再び延期することはない。景気判断条項を付することもなく確実に実施する」と宣言したが、平成28年6月に熊本震災と世界経済の不透明を理由に更なる延期を決定した。

これまでの消費税増税の歴史を振り返ったうえで現状を俯瞰してみると、米中貿易戦争の激化、中国とEUをはじめとする世界経済の減速、世界同時株安等、今年10月の引き上げに関して否定的な要因が目白押し状態である。また、安倍総理周辺からは再延期をにおわせるような発言が聞こえている。これまで医療関係者は消費税増税分が全額社会保障費に充てられることから、持続可能な医療介護制度の維持のために消費税率引き上げを強く要望してきた経緯がある。しかし事ここに至り果たして引き上げは本当に実行されるのか全く不透明になったと言わざるを得ない。もし再延期になってしまえば、社会保障制度の急速な縮小あるいは崩壊を招くきっかけになることは間違いない。もっと悪いことには子育て支援等の充実に増税分を当て込んで使い込んでしまっているために、引き上げなければ他の医療や介護の社会保障分野から財源が削られることは明白である。また、消費税引き上げに伴う消費経済原則を食い止めるための税制上の特別手当が実施されることになっているが引き上げ延期の際にどこまでバラマキ税制が抑制されるのか不明朗であり、ますます医療財源は縮小せざるを得ない可能性が残ることになる。つまり10月に消費税率引き上げが行わなければ社会保障としての医療は確実に崩壊すると推察される。

地域医療構想では効率的な運営ができていない公立・公的病院の再編・統合を行い、入院病床の削減によって医療費の伸びをコントロールしようとしているが、消費税据え置きによる影響は大きく、そうなれば地域医療構想の効果と相まって公立・公的のみならず民間をも含めた病院の消滅は加速されるであろう。

一方、消費税が計画通り10月に引き上げられれば安定的な税収と医療財源の確保が保障されることになる。安倍総理が公約したプライマリーバランス(PB)の均衡にも目途がつくという意味では日本国債の信用低下やそれに伴う金利の急速な上昇は避けられる公算が強くなる。他方でPBの均衡化を目指すためには歳出の33%を占める社会保障費の削減は必達事項でありその意味では医療の財源を取り巻く環境は悪化せざるを得ない。さらに歳出の第3位で15%を占める地方交付金を削減しなければ目的達成できないことは明白である。そのためのキーワードは「民間でできることは民間に任せる」、「地方自治体に権限を委譲する」の二つである。消費税増税がなければ医療界はほぼ全滅、税率引き上げあっても公立・公的の統廃合と民間病院の控除対象外消費税の補填の不正による急性期病院の存亡の危機は避けようのない近未来図ではないだろうか。

平成30年の補填状況調査の結果を受けて、今回は8%から10%への引き上げ分だけでなく5%から10%の部分の一体として見直すこととなった。今回の診療報酬補填の算定方法はこれまで以上に精緻化されたデータの分析と病院機能の詳細な分類で決められたが、これはあくまで機能別病院群の平

均的な補てんが修正されただけで、個別の病院の状況については一切配慮されていない。同一の機能に分類された病院の中で特に診療材料を多く使い、外注委託の多い病院については消費税負担が原因で存続できなくなる可能性すらある。さらに個別の病院に対する税制上の措置として地域医療構想協議会で認められた建物、附属設備の特別償却や、高額医療機器（CT・MRI）の設置更新に係る特別償却が新設されたが、この方式では非課税の病院（公立・公的・釈迦医療法人・学校法人・財団法人・社会福祉法人等）は何ら恩恵を受けることができないうえに、消費税で益税となった病院でも税制上の恩恵を受けることができる構造になっており、全く不合理な消費税対応と言わざるを得ない。

医療機関における控除対象外消費税の解決は、やはり課税業種への転換しかないと考える。

（社会医療法人大雄会 理事長）

日本病院会報告（2018年度第6回定期理事会（2019年3月23日））

副支部長 末永裕之

◎平成31年3月23日現在会員数

正会員 2481 会員(2583+2-4)

特別会員 166 会員

公的：私的病院 36：64

公的：私的病床数 48：52

公的病院：自治体 408 国 169 日赤 89 済生会 79 厚生連 82 共済組及び連合会 42 健康保険組合及び連合会 8 北海道社会事業協会 5

200床未満 50% 200～299 15% 300～499 24% 500床以上 12%

◎報告事項

（1）病院精神科医療委員会

- ・精神科医療が地域医療構想から外されていることが問題
- ・精神科医療を急性期と慢性期に分けること
- ・それぞれを厚労省医政局と社会援護局の管轄に分け、慢性期精神疾患に関しては精神科介護医療院へ移行すべき。

（2）医療税制委員会

- ・日医・四病協：消費税引き上げ相当分の診療報酬での手当（精緻化）についての主張、控除対象外消費税では平成31年度税制改正大綱及び課税転換が困難である問題を踏まえ、解決へ向けての文言等を検討。
- ・平成32年度税制改正要望（医療における消費税の課税化）について：本問題の解決策には世論を動かすことも考えられるとの意見も。

（3）医療の安全確保推進委員会

- ・平成30年度医療安全に係る実態調査：回答数 589 病院 開設主体、病床規模、地域などは偏りなし。
- ・医療関係者以外の一般の方々へ本制度が浸透するにはまだ時間を要する印象。
- ・3年前との状況変化について分析し報告する。

（4）病院経営の質推進委員会 関連する研修会の説明

①病院中堅職員育成研修

・医事管理コース 初級編：医療保険制度と保険請求の基礎 中級・リーダー編：医事業務管理と問題解決

・人事・労務、経営、財務、会計、薬剤、医療技術コース

②2019年度院長・副院長のためのトップマネジメント研修

③2019年度病院経営管理研修会

(5) 医療安全対策委員会

・医療安全管理者養成研修会、アドバンストコース

・医師の参加者が増加。特に「事実説明・患者の立場から」「院内研修と安全文化の醸成」「医療安全の具体的な取組」は好評。

(6) QI 委員会

・QI プロジェクト：2019には継続参加 341 施設と新規参加 9 施設で 350 施設

・多施設共通指標等の検討に向け、多団体から成る「医療の質向上のための協議会」が立ち上がった。

・予防的抗菌剤投与中止率はガイドラインを確認し、対象数が多い術式かつエビデンスレベルが高いものに限定する。

・一般病床における身体抑制率は小児を除いたほうが良い 等。

(7) 病院総合力推進委員会

・委員の1人がローマ法王庁生命アカデミーに参加している。アカデミーでは「安楽死、中絶、遺伝子治療、医学研究、環境問題、ロボット/AI 倫理、Global Bioethics」などが研究され、学会が開催されている。医療におけるパターナリズムの重用性を取り上げられた。

・欧州ではパターナリズムには慈愛に満ちた母性的な意味合いが含まれており、いわゆる父権主義とは異なる。欧州はその母性を包含したパターナリズムに基づく「善きに計らう」医療を展開してきた。米国の個人の自己決定権を尊重する Bioethics とは違う倫理観がある。欧州には限られた(医療)資源の公正な配分という考え方があり、契約に基づいた消費サービスとして医療をとらえているアメリカとの違いがある。

・医療現場では患者や患者家族に選択を任せるのではなく、医療者が判断すべき時があるのではないか。プロフェッショナルとしての「自律(Autonomy)」が重要なキーワードになる

(8) 病院総合医認定委員会

・育成事業が2年目に入り、育成プログラム認定施設が新たに43施設認証され、合計113施設へ。114名の病院総合専修医の年代別割合は50歳代が34.2%、40歳代31.6%で、セカンドキャリアとしての病院総合医の傾向としてはますます。

(9) 日本診療情報管理学会理事会

・倫理委員会：「性的多様性患者の診療記録の扱いについての方針案」保健医療機関において、性的多様性の性別に関する診療記録(診療録及び諸記録)に対応する場合は、医学的・生物学的観点から診断・治療を適切に実施する必要がある、原則として戸籍上の性別を用いることとする。ただし、患者の価値観、及び個人の権利を尊重する観点から、当該患者から特に申し出のある場合は、その性別、及び通称名を、特記事項として付記することとする。

(10) 個人情報に関する委員会

・病院における個人情報保護法への対応の手続き Q&A(事例集) H.31.3 発刊

(11) 日医・四病協懇談会

①地域医療支援病院の制度的な見直しについて：

・日医より H.9 にかかりつけ医への支援を通じて地域医療の確保を図る、救急医療の提供、医療機器の共同利用などの目的で創設されたが、在宅療養支援病院として届出している病院は 586 病院中 96 病院に留まる。

・地域医療構想では支援病院は公的医療機関等 2025 プランを作成することになっているが、合意が 25%にとどまっている。日病会長は発足当時から人口構成も医療事情も大きく変化していることから、立ち止まって考えることが必要と。他に異議を認める発言も。日医は支援病院の無い県で新たに指定をして増やすことは止めたいと。

②地域医療構想に係る最近の動向

・日医から地域医療構想実現に向けた取り組みの一つとして手術等における官民医療機関の競合のデータを説明し、施設固有の役割が見受けられない公的医療機関の地理的条件を示した事例資料を基に重要な問題と指摘。

(地域医療支援病院：医療法人 63、公的医療機関 271、国立 99、計 433)

③医師の働き方改革

・2024 年度より適用される地域医療確保暫定特例水準(B 水準)と一定の期間集中的に技術向上のための診療が必要な場合の水準(C 水準)の時間外労働上限水準 1860 時間とされたことについて説明。

・B 水準は 2035 年度末までに、A 水準にすることとなっており、C 水準も可能な限り労働時間を短縮することを目標としている。日医構成員は労働時間短縮の取組は早すぎると良くない影響も予想され、エビデンスの無い議論なのでスタート時点では余裕を持たせた上限時間としたと。

(12) 四病協 病院医師の働き方検討委員会

・暫定特例要件の年間救急車受入台数 1,000 台以上は病床規模によって異なる。

・最終案では年間救急車受入台数 1,000 台以上または年間での夜間・休日・時間外入院件数 500 件以上へと変更。また都道府県知事が必要と認める医療機関という包括条項もある(厚労省)。

・今後労基署が最初に医療機関へ指導を行うというよりは、医療行政が最初に指導することを予定している。

・タスクシフティングについては、各職種の細かな業務内容を示すのではなく、今後議論を行うべき方向性を示すことが重要。

◎社員総会 (平成 31 年 3 月 23 日)

・2019 年度事業計画案、収支予算案、定款変更に関する件の承認

・特別講演 「超高齢社会への対応 — 社会保障制度改革の視点 —

演者 経済産業省 政策統括調整官 江崎 禎英 氏

(小牧市民病院 事業管理者)

日本病院会報告（2019年度第1回理事会（2019年4月20日））

副支部長 末永裕之

◎報告事項

(1) 病院総合医評価・更新委員会

- ・1年で修了する専門医の申請に対し、「病院総合医認定申請書」、「チェックリスト」、「各スキルに関するレポート」、更に「臨床研修指導医講習会修了証の写し」、「修了証明書」を検定委員会で確認。1年目申請者218名中45名、他は2年研修となり、妥当と思われる。
- ・8月29日、30日の病院長・幹部職員セミナーで「病院総合医に関するシンポジウム」を開催

(2) 医療政策委員会

①病院経営戦略立案に向けた外部環境分析情報の整備と提供について

- ・石川ベンジャミン先生の教室と日病で共同研究を開始する。患者推計のデータ、道路データ、DPC調査データ等を活用

②医師需給分科会第4次中間とりまとめについて

- ・医師偏在指標を算出した上で335医療圏の医師偏在の値を比較して、医師上位1/3、下位1/3を医師多数区域、医師少数区域とし、下位1/3を脱する目標医師数を達成するための施策を策定する。医療介護総合確保基金を医師少数地域に重点的に配分する。
- ・外来医師偏在指標については、多数区域を設定することで新規の開業を抑制することが狙い。開業規制は内閣法制局より憲法の営業の自由に反するとの指摘も。

③地域医療構想について

- ・地域医療構想WGでは構想区域の具体的な対応方針に関する合意内容が、真に地域医療構想の実現に沿ったものであるのか、公的公立医療機関の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているのかの分析を行うことになった。限りある医療資源のためには、選択と集中を行う必要があるが、その対局には公平と分散がある。公立病院にとって公平と分散は重要なことで疎かにできない。この問題の答えはどう出していくべきと国は考えているのか、に対し厚労省は胃がんのように手術件数によって死亡率に若干の開きがあるなどのエビデンスもある。リスクマネジメントの観点から、手術実績が低い医療機関が当該手術を実施することが地域住民の公平と分散に資することになるのかとの意見も。

(3) 栄養管理委員会

- ・平成30年度の「医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」は99.1%が満足という結果で極めて好評を博している。
- ・10月10日(土)11日(日)に開催予定のセミナーではキャッチコピーを「世界の新たな潮流 GLIM Criteria 誕生」とした。

(4) 日本病院会2020年度診療報酬改定要望書【概要版】

- ・今回改正で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等、療養病棟入院基本料（救急医療に関する評価を含む）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の促進に資する評価の在り方について引き続き検討していただきたい。

(5) 2020年度診療報酬改定に係る要望書 精神医療 要望項目

①全体としての要望

- ・常勤医師の定義を医療法に準ずることを要望する。
- ・入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬を要望する。

②外来の要望

- ・依存症受診に対する診療報酬の新設
- ・臨床心理・神経心理検査算定要件の見直し
- ・クロザピンの評価の見直し

③入院の要望

- ・算定対象病棟に見直し
- ・高額薬剤（持続性抗精神病薬）算定条件の見直し
- ・精神科救急入院料・精神科救急期治療病棟入院料」算定要件見直し
- ・精神科リエゾンチーム加算の施設基準の見直し

(6) 単回使用医療機器に関する意見交換会 日病、再製造業者、厚労省との会議

【要望内容】

ア.再製造単回使用医療機器の普及・促進についてエンドユーザーを含む関係者による検討の場を設置すること。普及促進には低価格とすること。

イ.シングルユースにした理由、リユース品として製品化できない理由を明らかにすること。

ウ.再使用を禁止することだけでなく、ディスプレイ製品だけでなく、洗浄しやすい仕組みを考案し、「セミディスプレイ」、一部を除いて何度も利用できる「リポーザブル」、「SUD」と同等の機能を有するリユースブル」などの開発を促進すること

(意見)

・イに関しては前向きだが、再製造以外は認めない方向性は崩さない。が、業者側も医療費が高騰してきている中で、いかに医療の質、安全性を担保していけるかを考えていかなければならないという認識はある。

(7) 四病院団体協議会

日本専門医機構について

- ・連動研修にすると6年で専門医が取得できるが、国民目線から見てそれが良いかどうか。
- ・サブスペシャルティの数は極力絞るべきであるが、マイナーな領域を認めているので難しい状況にある。
- ・四病協の提言では現在の専門医研修は専門委になる資格を得たものであり、時間をかけ十分に研鑽を積んで本当のスペシャリストとして認めていくべきとしている。
- ・医療法改正で専門医機構への国の関与が認められてしまった以上、自立した組織とはいえなくなってしまうのではないか。

(8) 日医・四病協懇談会

地域医療構想に係る最近の動きについて

- ・民間急性期病院の近隣に公立・公的病院があり、民間より圧倒的に症例が多い場合、民間病院は無理して維持せず、公立・公的病院に集約しましょうと言う考えに進んでいくことを懸念している。

- ・民間より公立・公的が優位だから機能を担わせないという議論は全くなく、心配ないのではないか。
- ・厚労省の方針は見えてきているので、公立病院を管轄する総務省もスタンスを明確にすべきである。
- ・公立病院には年間 5,000 億円以上の法定外繰入金が入入されていて、総務省は公立病院を守りたいというスタンスであるが、岩手県のように民間病院が少ない県もあり、税金投入は毎年 200 億円と多いが、民間と競合していないので慎重な議論が必要である。
- ・議論の整理（たたき台）資料の記述で「補助金の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある」と踏み込んでいることは評価できる。
- ・都道府県によって公的病院の位置づけは異なる。自県では公立病院が少ないので公的病院に多額に投入している。区別しないで一体で考えた方がよい。
- ・構想区域はほとんど医療計画の二次医療圏単位である。人口 200 万人の二次医療圏がある一方、人口 30 万人、数万人と言う地域もある。見直しをすべきと発言すべきではないか。

◎協議事項

*新専門医制度について

新専門医制度に関して役員アンケート結果を発表してきたが、専門医機構、厚労省等へ提言を出す件

・提言

1. 第三者性を担保するため、組織、財務体制の強化に取り組まれること
公益財団を目指すこと
2. 日本専門医機構の組織構成の強化に取り組まれること
副理事長を 3 名体制として病院団体代表 1 名を入れること
3. 地域偏在、診療科偏在の是正の提言、提案をされること
4. 「専門医」の位置づけ、呼称の明確化に取り組まれること

(小牧市民病院 事業管理者)

第 1 回 日本病院会愛知県支部定例理事会議事録（抄）

日時：2019年5月7日（火） 15：00～16：10

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、伊藤伸一、渡邊有三、直江知樹、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀、宮田完志、河野 弘、木村 衛、加藤岳人、両角國男

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

- ・理事 15 名のうち 13 名の出席があり、理事総数の過半数を超えていることから理事会は成立している。

(支部長あいさつ)

- ・令和元年度最初の理事会です。令和になっても病院経営の厳しさは変わりませんが、一歩でも前へ進めればと思います。本日は日本病院会の定款一部改正を受けて、支部規約の一部改正を行う件、7月の総会までで現在の役員の任期が満了となりますので新役員の選任について協議をお願いします

す。

(協議事項)

(1) 会員の入会・退会について

- ・入会については、岡崎市立愛知病院（岡崎市）、総合病院南生協病院（南区）を、退会については新川病院（清須市）、愛知県がんセンター愛知病院、東栄病院を全会一致で承認されました。
- ・現在の支部会員は117会員となります。

(2) 2019年度愛知県支部定例総会について

- ・2019年7月2日（火）にANAクラウンホテルグランコート名古屋で開催します。当日の役割については支部長に一任する。

(3) 支部規約、規約細則等の改正について

- ・日本病院会定款一部改正については、支部の取扱いを内部支部と外部支部とした。内部支部とした支部は、①支部長の任命を会長が行う、②支部の事業計画、予算は前年の12月末までに本部へ提出、③決算については年度終了後の4月10日までに本部へ提出することとなる。これらの承認は本部が行う。外部支部については従前のおりとなるが、支部名称を変更する必要がある。「日本病院会愛知県支部」を「愛知県日本病院会支部」とする。現在、23支部があり、内部支部8支部、外部支部15支部となります。

・支部規約の改正については、支部が外部支部となったことから定款に準ずる規定を無くして、新たに支部規約に盛り込んだ。①支部の名称を「愛知県日本病院会」とした。②支部総会は7月開催と明記した。③理事、監事の名称を本部と混同しないため支部理事、支部監事とした。④理事会の開催回数は年6回とした。

・支部規約施行細則の改正については、支部のみの会員について規定を設けたこと、また、参与については①支部長経験者、②支部役員を3期以上務めた者、③学識経験者とした。

・支部内規の改正については、退任役員への記念品額の上限を5期とした。

・附則として、令和元年7月2日から施行し、平成31年4月1日から適用することとした。

・上記4件を7月の総会に諮ることを全会一致で承認しました。

(4) 支部役員を選任について

- ・理事については、松本隆利、末永裕之、山本直人、伊藤伸一、渡邊有三、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀、河野 弘、木村 衛、加藤岳人、両角國男、長谷川好規、佐藤公治、中澤 信の15名、監事については、小林武彦、細井延行の2名を7月の総会に諮ることを全会一致で承認しました。

支部定例総会及び特別講演の開催について

1. 日時：2019年7月2日（火） （総会）午後4時～
2. 会場：ANAクラウンプラザホテルグランコート名古屋 28階 クリスタルルーム
名古屋市中区金山町1-1-1 （電話：052-683-4111（代表））
3. 特別講演（午後5時～）
演題：地域医療をめぐる最近の動き ～「2025年」と「2040年」、そして「2036年」～
講師：厚生労働省医政局長 吉田 学 氏