

日 時 平成24年10月27日（土） 13：00～17：00

場 所 日本病院会ホスピタルプラザビル 2階会議室

出席者 堺 常雄（会長）

今泉暢登志、高橋 正彦、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大（各副会長）

宮崎 瑞穂、木村 壯介、万代 恭嗣、福井 次矢、山田 實紘、武田 隆久、生野 弘道、

小川 嘉誉、中島 豊爾、土井 章弘、岡留健一郎、安藤 文英（各常任理事）

柏戸 正英、上津原甲一（両監事）

木村 純、中村 博彦、佐々木 崇、濱崎 允、前原 和平、吉田 象二、崎原 宏、

山口 武兼、中 佳一、岡部 正明、神原 啓文、松本 隆利、足立 幸彦、田中 一成、

松谷 之義、藤原 久義、佐々木順子、砂川 晶生、小西 裕、成川 守彦、土谷晋一郎、

三浦 修、武久 洋三、岡田 武志、細木 秀美、吉田 博、高野 正博、松本 文六、

石井 和博（各理事）

野口 正人、中嶋 昭

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭

（各顧問）

坂本 すが（代理 菊池令子）、松田 朗（両参与）

福永 秀敏、有賀 徹、大道 久（各委員長）

柴山勝太郎、福井 洋（両支部長）

永易 卓（日本病院会 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）

開会に先立ち、日本航空の前田正俊氏、三田裕子氏より、法人向け国内線出張サポートシステム「JALオンライン」の特徴について説明があった

開会にあたり堺会長より、上半期の委員会活動・各種調査等の実施状況・見える化事業等についての報告、また次回の理事会に向けて、平成25年度の事業計画についての意見、要望を募りたい、として役員に要請した。

会議定足数について定数66名中、出席者48名（過半数34名）で会議が成立している旨報告があり、今泉副会長の司会で議事に入った。

〔承認事項〕

1. 第2回、第3回並びに第4回常任理事会承認事項の追認について

常任理事会で仮承認を受けた下記の各項の説明があり、追認した。

- ・会員の入退会（正会員の入会8件、正会員の退会11件、特別会員の入会1件、賛助会員の入会4件、賛助会員の退会1件）
- ・参与の交代（新任：一般社団法人日本病院薬剤師会 北田光一会長）
- ・日本病院会義援金の使途
- ・委員会特別委員の追加（診療情報管理士教育委員会特別委員 新任：遠藤弘良 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座主任教授）
- ・関係省庁及び各団体からの依頼等（第2回常任理事会：継続7件、新規4件、第3回常任理

- 事会：継続6件、新規1件、第4回常任理事会：継続10件、新規1件)
- ・診療情報管理士認定試験受験校の指定（第2回常任理事会：指定1件）
 - ・人間ドック健診施設機能評価認定施設（第2回常任理事会：新規2件、更新1件、第3回常任理事会：更新1件）

2. 会員の入退会について

前回の常任理事会後の会員異動として、下記の届け出を承認した。

[正会員の入会2件]

- ①長野県・地方独立行政法人長野県立病院機構 長野県立須坂病院（会員名：齊藤博院長）
- ②大阪府・北大阪医療生活協同組合 照葉の里箕面病院（会員名：福山隆之院長）

[正会員の退会2件]

- ①東京都・独立行政法人国立印刷局 東京病院（会員名：上小鶴正弘院長）
- ②東京都・医療法人社団時世会 佐々総合病院（会員名：横川秀男理事長）

[特別会員の退会1件]

- ①特別会員A・大阪府・P L大阪健康管理センター（代表者：橋本清保所長）

平成24年10月27日現在、正会員 2,373会員

特別会員 227会員

賛助会員 245会員（A会員104、B会員107、C会員2、D会員32）

3. 社員の交代について

下記社員の交代の説明があり、承認した。

香川県 新任：鬼無 信（キナシ大林病院 院長）←前任：白川洋一（総合病院回生病院 院長）

4. 顧問の退任について

下記顧問の退任の説明があり、承認した。

梅村 聡 参議院議員

5. 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た結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼5件)

- ①「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」（厚生労働省）後援
- ②第24回「国民の健康会議」（一般社団法人全国公私病院連盟）の協賛
- ③第22回シンポジウム（財団法人医療関連サービス振興会）後援
- ④慢性期医療展2013（一般社団法人日本慢性期医療協会）後援
- ⑤バリアフリー2013（社会福祉法人大阪府社会福祉協議会）後援

(継続：委員委嘱・推薦等依頼1件)

- ①プライバシーマーク審査委員会（一般財団法人医療情報システム開発センター）委員の推薦（現任：大道副会長）

検討の結果、四病協から推薦することになった。

(新規：後援依頼3件)

- ①生活機能分類の活用に向けてー実用化に向けた課題と対策についてーシンポジウム（厚生労働省）の後援

- ②第47回日本作業療法学会（一般社団法人日本作業療法士協会、社団法人大阪府作業療法士会）後援
- ③フォーラム「NCDを知るー予防医療の新しいあり方」（NCDフォーラム事務局）の後援

6. 登録会員の規程について

会員の入会等について年4回の理事会ではタイムリーに対応できない状況から、常任理事会で承認後、理事会での正式承認までの間は登録会員とし、会費は月割り計算で支払う登録会員運用細則を設けるとの説明があり、承認した。

7. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

更新認定施設として、下記4施設の指定を承認した。

（新規3件）

- ①神奈川県・財団法人藤沢市保健医療財団 藤沢市保健医療センター診療所
- ②東京都・医療法人社団 こころとからだの元気プラザ
- ③東京都・財団法人厚生年金事業振興団 東京厚生年金病院

（更新1件）

- ①東京都・医療法人社団生光会 新宿追分クリニック

8. 選挙管理委員会の設置等について

下記の提案があり、検討の結果、承認した。

- ・来年5月の総会での役員、社員（代議員）の選挙のため選挙管理委員会が必要となる。その選挙管理委員として、山本修三名誉会長、村上信乃顧問、宮崎忠明顧問、松田朗参与、齊藤壽一参与を推挙したい。
- ・社員選出時の端数の扱いとして、「各都道府県毎に正会員のうちから会員50名迄は2名とし、25名又はその端数を増す毎に1名を加える」としたい。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

（1）第6回雑誌編集委員会（9月25日）

報告は、資料一読とした。

（2）第2回病院診療の質向上委員会（9月26日）

11月18日に大阪で行う病院診療の質向上セミナーについて最終的な詰めをし、第63回日本病院学会でのシンポジウム「良質なチーム医療の実践～多職種間の理解とコミュニケーションについての工夫～」の座長や登壇者について議論したと報告があった。

（3）第3回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（9月27日）

報告は、資料一読とした。

（4）第3回地域医療委員会（10月10日）

①第63回日本病院学会で地域医療再生を邪魔している制度の壁をタイトルにシンポジストがほぼ決定した、②宿日直の労働基準法に関する労働時間の問題等をアンケート調査し、平成9年の前回調査と比較したいと報告があった。

（5）第25回医療の安全確保推進委員会（10月15日）

以下の報告があった。

- ・四病協、全日病、医療安全調査機構等が種々会議を開いているが、日病としては医療事故を「医療行為の手違い等によることが明らかな事例」と「事故との関連が疑われるものの死因等の詳細が明らかでない事例」に分けて定義し、内容を区別しようと議論している。

(6) 第26回医療制度委員会 (10月15日)

①社会保障・税一体改革案について、需要と供給の見込み、行政が考える病院・病床機能の役割分担、高度急性期・一般急性期等々の実態を把握すべく、四病協と一緒にアンケート調査の検討を始めている。②医療基本法の日本医師会案に対し、病院としてこれだけは入れてもらいたい事項を議論し大体まとまったと報告があった。

(7) 第6回医業経営・税制委員会 (10月15日)

①日本病院会から出している税制要望書に民間病院の意向を盛り込む方向で検討している。②患者未収金問題のアンケート調査が終了した。回収率28%、670の施設から回答があり、来月報告できると報告があった。

松本(文)理事は、消費税問題についてまとめた意見はないのかと尋ね、診療報酬への消費税課税要望は会員にわかるようもっと強力にしてほしい。消費税を診療報酬に入れることは医療崩壊に拍車をかける。見解をはっきり打ち出してほしいと述べた。

安藤常任理事は、基本は全く同感で、最新の日病ニュースに一文したためたと述べた。

梶原副会長は、8%までは診療報酬の中に入れるのはもう閣議決定されてしまった。その閣議決定にも声明文は出し、一体改革の文章に対しては10%のときまでに税の体系を考えるとの一文を入れさせ、平成25年度の税制要望でも原則課税を掲げている。選挙でも、原則課税を掲げない立候補者は落とそうと活動している。将来の消費税拡大の予測に向けて税制改善を図り、医療界の政治力を高める動きを続けていると述べ、理解を求めた。

(8) 第2回医療安全対策委員会 (10月19日)

①GRMの継続学習と5年ごとの更新に合わせて、来年度以降アドバンスコースを企画している。②平成25年度の医療安全管理者養成講習会について、日程、マイナーチェンジだが講師の選定を行っていると報告があった。

(9) 診療情報管理士通信教育 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月5日)

(10) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (9月24日～10月14日)

(11) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (9月24日～10月14日)

(9) (10) (11) についての報告は、資料一読とした。

(12) 日本診療情報管理学会 第3回災害時のあり方に関する合同委員会 (10月3日)

今、患者のナンバリングをどうするか話し合っている。日本医師会からも参加があり、意見合わせをした。紙媒体として心理の記録に関するたたき台をつくらうとしており、次回、年末に行う会でそれが出るかという段階だと報告があった。

(13) 病院経営管理士通信教育 第33回認定証授与式 (9月29日)

今回は男性39、女性6、計45名に授与した。公的病院からの出席が少なく、経営戦略等を練っていく上で差が出てくるので、より多くの参加を願いたいと報告があった。

(14) 2012年WHO-FIC年次大会 (10月13日～19日)

以下の報告があった。

- ・今回はブラジルで開かれ、約30カ国、300人が集まった。ICD、ICF、ICHI分類があらゆる医療情報の基盤になっていることが認識されてきたからだと思う。
- ・ICD-10を2015年にICD-11に見直す動きが急ピッチに進んできた。今年5月14日のβ版がもっと細くなり、7桁分類になって来年あたりに出てくるのではないか。
- ・行為別分類のICFが先進国を中心に使われており、日本も本格的に取り組むことになる。

12月の診療情報管理学会のシンポジウムで取り上げるようになった。

- ・ I C H I は、オーストラリアと中国が強力にタッグを組んで進めており、世界の動きが急ピッチに進んでいる印象で、アンテナを高くしておく必要がある。活発な議論展開だった。
- ・ 昨年、日本がWHO-F I Cの協力センターに認承されたが、今年、ノルウェーとタイと韓国が加わり、イギリスが再承認され、全部で18の国がセンターに認承された。活発に事が進んでおり、情報は逐一紹介していきたい。

(15) 2012年 I M I A 年次大会 (10月23日)

報告は、資料一読とした。

福島県病院協会の現況報告

以下の報告があった。

- ・ 福島県病院協会が東電原発事故被災病院協議会の会議録をまとめた。読んでいただきたい。
- ・ 今の福島県は警戒区域20キロメートル圏内は解除されたが、20と50ミリシーベルト区域に分けられ、50ミリ以上は帰れない。20ミリ未満は除染区域となった。
- ・ 福島第一原発中辺の4町は5年間帰還しないことを決めたが、この中に5病院含まれる。20ミリ未満も除染に2年かかり、避難16万人は2年は仮設住宅や借り上げ住宅で暮らさざるを得ない。5病院は5年間再開できないことになる。
- ・ 8月31日に東京電力社長宛に要望書を提出した。個人は帰還困難区域5年間一括支払いができたが、法人等も病院として一括支払いをしてもらいたいとの目的で、社会共通資本の病院が復興・再生するための視点から検討してもらいたいという内容だ。
- ・ 9月19日に福島県議会に予算要望した。30キロ圏内13病院に対する特別地域医療再生基金150億円を活用してもらいたい。県では福島県特定地域医療機関特別資金(上限2億円)、すなわち運営資金を地域医療再生基金から出すことになり、今2病院が内定している。
- ・ 施設基準の緩和措置は、7対1の施設基準は2割まで報告しなくてもいいことの延長要望をした。9月19日に中医協で来年3月まで延長された。再延長も検討してもらえ。
- ・ 9月11日にアンケート調査が公表され、前の地域に戻りたい人は5割を割る結果だった。
- ・ 9月13日、福島県の災害関連死が被災3県の中で最も多く、今年8月までに1,067人まで増えたことがわかった。避難生活の過酷さが反映されている。
- ・ 9月21日、被災した5病院の1つが緊急時避難準備区域に移ろうとしたら、そこにあった2病院がつぶれてしまうと反対し、もめている。これからも非常に大きな問題になる。
- ・ 10月1日、緊急時避難準備区域から避難した2万7,800人は1年間たって11%、3,000人ぐらいいしか戻っていない状況だ。
- ・ 10月25日、最終公表のあった研修医のマッチングは昨年より15名増え、震災前のレベルに戻ったことで少し安堵している。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第9回診療行為に関連した死亡究明制度等に係るWG (10月5日)

以下の報告があった。

- ・ 日本医療安全調査機構は死亡例に対する解剖調査をするモデル事業が開始されたが、機構の進めていく方向を検討する企画部会で6回検討され、答申がまとめられた。
- ・ 第三者機関の設置が基本にあり、医療事故の原因究明と再発防止を目的とし、それ以外の紛争解決にはかかわらない。第三者機関に届けることによって第21条の異常死の届出義務を行ったものとするといった言い方で届け出ないで済む検討をしている。

・解剖を基本としてやっていくべきとする形で今進んでいる。

(2) 第86回診療報酬実務者会議 (10月17日)

報告は、資料一読とした。

(3) 第95回代表者会議 (10月26日)

事故調関係のワーキンググループの名称について種々議論の結果、厚労省が使っている「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」になった。「仕組み等」の「等」にすべてを含めてということだと報告があった。

3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第231回総会 (10月3日)

(2) 第161回診療報酬基本問題小委員会 (10月3日)

以下の報告があった。

- ・総会報告では、24年度診療報酬改定の結果検証として、①救急医療機関と後方病床との連携、②在宅、③訪問看護、④在宅、⑤医療安全対策や患者サポート体制に係る評価の影響調査を行う。調査票発送はほぼ終了し、来年3月を目処に結果が中医協に上がってくる。
- ・第19回医療経済実態調査は、今回は6月単月データを廃止し、消費税項目を調査、回答率引き上げを図って調査をし、小委員会の結論が中医協に上がってくる。
- ・基本問題小委では、入院基本料の算定要件についてこれまでの議論が整理された。診療側としては、平成18年改定での月平均夜勤時間72時間以下という入院基本料看護要件、看護必要度を問題にしていく形で議論を進めようとしている。事務局の提示では、看護師不足の場合の緩和措置を今後議論していこうという形だ。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第4回看護管理者意見交換会 (10月2日)

各病院団体から看護の管理にかかわる4人ずつを委員として加え、看護師勤務はどうあるべきか議論している。72時間制限が勤務を複雑にし、自由に働く時間を阻害しているのではとの意見もあり、今後議論を深めていくと報告があった。

(2) 第7回医療保険・診療報酬委員会 (10月5日)

看護師や看護助手の不足を補う手段としてジョブカードを検討しており、東京の病院で実験的にやってみよう話し合っていると報告があった。

(3) 第3回医療安全対策委員会 (10月12日)

第三者機関については免責や問題医師に対する懲罰委員会設置の意見があるが、医療事故調査委員会を病院の中に設けることは全員が一致し、第21条に関して改定も含め方法を検討していると報告があった。

(4) 第3回医療制度委員会 (10月17日)

報告は、資料一読とした。

(5) 第6回医業経営・税制委員会 (10月23日)

以下の報告があった。

- ・消費税を議論し活動しているが、どういう手法で見える化していくか課題だ。
- ・政府税調が10月上旬に動き出し、12月10日目処の税制改正大綱決定に向けヒアリングがされているようだ。今回は、財務省から厚労省に対し、医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設に関し意見が求められている。

- ・医療法人の存続に関して大問題のことであり、今後、各委員会等の議論で意見を集約する必要がある。例えば財務省からは、医療法人持ち分ありから持ち分なしに移行する際、持ち分なしに移行しやすい環境をつくるため、出資額に応じた議決権の提案が出ている。松本（文）理事は、医療機関の消費税に関する調査結果等の資料の入手方法を尋ねた。安藤常任理事は、まだ公表の段階になっていない。政府税調に合わせて大変な作業量で進めていると聞いているが、12月上旬までに出さなくてはならないと思うと答えた。

(6) 第6回総合部会（9月26日）、第7回総合部会（10月24日）

以下の報告があった。

- ・第6回では、医療法人会計基準策定のため四病協の中に小委員会を設置することになった。病院をめぐる近々の問題は入院基本料のことが話し合われた。
- ・第7回では、医師臨床研修制度の再評価について議論された。四病協として議論を深めるため、医療制度委員会の中で検討することになった。

(7) 第5回日本医師会・四病協懇談会（9月26日）、第6回日本医師会・四病協懇談会（10月24日）

報告は、資料一読とした。

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

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第16回被災者健康支援連絡協議会（10月1日）

2カ月に1回ぐらいと開催が間延びしてきている。岩手、宮城は落ち着きつつあるが、福島はまだ渦中にある。医師不足に対するサポートも息切れしてきていて、長期対応のドクター不足は今後の検討となる。福島は除染等も含め戦後処理問題のように別途考えないといけないと思う。次回の協議会では、日病がライオンズクラブと何をやったか大きくアピールしていきたいと報告があった。

(2) 第12回専門医の在り方に関する検討会（10月3日）

報告は、資料一読とした。

(3) 第14回チーム医療推進会議（10月24日）

看護師の能力を認承する仕組みのあり方について、初期研修を終えた後に看護師籍に書き込めばよいとする流れできていたが、まださまざま議論が続いており、方向性を見出すまでに至っていないと報告があった。

6. 見える化事業について

以下の報告があった。

- ・見える化事業の目的は、まず会員への情報発信で、日病の多岐にわたる仕事をデジタルでアーカイブしたこと。それにより紙資料作成にかかる事業資金を少しでも圧縮した。
- ・事業は、病院分析データベース構築、IT環境の整備、各種調査アンケートのウェブ化、解析技術の確立、レセプト分析技術がある。
- ・病院の分析データベース構築は、厚生局による許認可関係の1病院当たり四百数十項目の病院データ、人口推計データを地図上にはめ込んできた作業で、東日本大震災ではこれにより各地の病院の被害の概略が把握でき、救援計画を立てることに役立った。
- ・分析データベースの構築では、取得可能な公表データや「新医療」が把握している医療機器のデータ、レセプト電算データを蓄積しようとしている。
- ・IT環境の整備として、ネットワークをつくり、委員会ではテレビ会議も複数回試行した。経費節減も可能とわかったので、今後進めていきたい。タブレット端末も視野に入れている。

そのハードウェアとネットワーク環境は、ビル移転を契機として構築した。

- ・アンケートのウェブ化では、リアルタイムに集計結果がわかり、タイムラグが出ない。プッシュすべきところもわかる。短期間で数が集まる。もっと力を入れてやっていきたい。
- ・解析技術では、AccessやExcelなど各病院で解析できるデータの提供をしたい。病院の商圏等も一目で見られるようGISを入れている。厚労省の100、200、300、500のベッド数や超急性期、一般急性期、慢性期の3区分による類型化でなく、もっと具体的な類型化もしたい。調査結果から、グラフの軸の項目を自在に変えたグラフを作成し、分析ができる。
- ・レセプト分析技術では、日病は中小病院の経営支援事業をしているが、電送化されるレセプトデータをVPN通信経由で日病に提供してもらえれば、秘匿化したまま解析をして返すことをする。来年度に事業として提供予定だ。幾つかの病院で今試行中だ。

7. 診療報酬改定影響度調査の中間報告について

以下の報告があった。

- ・多くの病院で多項目を入力してもらったことに感謝する。
- ・平成23年と24年の6月のデータを比較し診療報酬改定の影響度を調べた。回答率55%、有効回答数798だが、最終的には少し増える可能性がある。
- ・入院と外来の収益は、全体でプラスだが、入院は+0.93%、外来は-0.4%、診療単価だと入院は2.55%、外来が3.0%だ。規模別で見ると、今回も大病院に優位な傾向があった。診療収益と診療単価の分離は、入院、外来とも延べ患者数の減少が大きな要因だ。施設基準でも病床規模が大きくなるほど算定病院の割合が高い。
- ・今回の目玉の病棟薬剤実施業務は、以前から薬剤師の病棟配置を進めていた病院が取れていると推測される。精神科リエゾンチームは、ほとんどの病院で取れていない。
- ・病院経営では、増収・増益の回答は体の33.7%で、前回よりも半減し、減益も46.7%と2年前に比べ厳しく、小さい病院で厳しい状況が続いている。職員数、人件費増のため、支出が収入以上に増えている状況かと思う。
- ・今後、データ分析機能を使い、入院患者数の減少、病床稼働率と平均在院日数等の関係、またDPCの医療機関別件数が厚労省発表のものが適切か検証していく考えだ。

8. ライオンズクラブ国際協会の東日本大震災被災地援助の経過について

ライオンズクラブ国際協会からのトータル約4億9,000万円の被災地支援が実現した。山田常任理事の尽力の賜物だ。岩手、宮城、福島県に車両や医療機器などが納入された。今後も日病として継続してできることを続けていきたいと報告があった。

9. 平成25年度事業計画について

会議冒頭の堺会長あいさつを、25年度事業計画についての報告とした。

10. 第62回日本病院学会収支決算書について

第62回日本病院学会の収支報告書を柏戸、上津原両監事が監査し、承認を得たと報告があった。

11. その他

日本臨床倫理学会が立ち上がった。今まで日本倫理学会があつて中に医療部会等もあるが、医療に関する議論が進んでいない。一方、ほとんどの病院には倫理委員会がある。それを踏まえての発足だと報告があった。

このほか、成川理事は選挙管理委員会の設置等について質問し、4条（選挙人の資格）の4項に「過去三年間会費を納入していない会員は選挙人名簿から除外する。」とあるが、この過去3年間の根拠はどういうことか、会費を不払いでも選挙権があるのかと尋ねた。

堺会長は、定款の規定の流用だが、今の意見を検討し次回の理事会に出したいと答えた。

医療提供体制について

松田参与は、以下のように説明した。

- ・現在ある医療法が第1次から第5次までどう変わってきたか。医療計画、病床区分、広告規制、医療法人、その他のカテゴリーで医療法が改正されてきた。医療法はその前にできていたが、昭和60年改正のときから第1次とつけ出して今に至っている。
- ・第5次の医療法改正では大きな改革がされ、特に医療法人ではいろいろなされている。医療計画は第5次で4疾病5事業を取り上げ、今は精神を入れて5疾病になった。
- ・医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画の3計画があるが、医療費適正化計画で3計画にそれぞれ医療費を抑える枠組みが定められている。各自治体では4疾病5事業をやる病院をはっきりさせ、どうしたらその病院が医療費適正化計画に協力するかが行われている。
- ・第6次改正の時期は未定だが、病床も何らか法律で規制することができるか、広告規制の緩和では「これこれだめだが、それ以外は何でもいい」というネガティブ方式にするかが挙がってくる。いろいろなパターンの医療法人が資料では全部出しているが、税制も含め基本的に決まるとそれが第6次の中でうたわれてくるかと思う。
- ・介護、医療は在宅医療の方向へ今流れているが、介護関係の施設の類型は中医協で出された資料からのものだ。中医協で持ち出されるからには、将来の介護点数、診療報酬点数もこの類型をにらんだ動きが出てくるかと思う。

〔協議事項〕

1. 入院基本料について

堺会長は、次のように述べた。

- ・入院基本料は今、中医協の中でもいろいろ議論されているが、看護配置が重きをなしている。7対1ができるとき、各病院団体には病棟単位にしてほしいと要望があったと思うが、あまり議論がされないまま病院単位になった。今でも病棟単位がいいとの議論もあるが、病院の規模で意見も違うし、7対1をとった病院も既に多数ある。
- ・看護の夜勤72時間問題では、平均夜勤72時間以内を満たさない場合は減点の緩和措置がとられたが、3カ月間では修正でき難い問題もある。
- ・大方の意見は病棟単位がいいということかと思うが、病院単位なら傾斜配置ができるが、病棟単位では7対1病棟がどんどん増えてしまう等の意見もある。自分の病院の状況を踏まえて意見をもらいたい。

自分の病院の一般病棟は7対1にしている。10対1と比べ7対1にしたほうが収入がいいから7対1にするのだ。東京あたりだと病院単位でいくが、地方は急性期とかいろいろな機能の部分があり、7対1と10対1と組み合わせたほうがと融通がきく。7対1にしたほうが有利な点数配分なので、7対1にすると日本中で随分看護師が動く。病棟単位で7対1にしても利益が上がらないなら増えない。今まで多くの急性期病院で7対1に近いぐらい看護師がいたからすぐ7対1ができたと思う。病棟単位でいいのではないかと述べた。

7対1ができたとき、大学病院等が民間病院から看護師を随分引き抜いた。新人教育できる人たちが一挙に引き抜かれた形で、離職率も高まった。そこを補充しようとする、今度は特

養等にいる看護師が応募してきて特養が薄くなる。日本全体の医療構造を壊す要素があった。あのとき病棟単位にしていたら、中小病院、地域病院の混乱は少なかったと思う。人口減の中で看護師確保は切実な問題がある。病棟単位で、各病院の将来的な人件費も含めて考えたら、看護師の数とバランスよくやっていけるのではないか。7対1に関しては病棟単位にすべきだと思うと述べた。

各病棟が同じ人数である必要はない。現にHCUやICUは5対1だし、整形外科の場合は10対1でもいい。看護の適正配置から傾斜配分はあってもいい。入院基本料の中に看護体制を入れるかどうか。7対1全体のほうが自分のところの収入はいいとかの観点でやるのか、適正配置はどうあるべきか考えるべきかで全く変わってくる。実態として、各病院は適正配置をしており、入院基本料もどんな病棟でも7対1だったら同じというのもおかしいので、当然病棟別ということになる。また、看護師の数からは、病棟別になっても7対1はそう増えない。かえって今後の需要や供給体制からは、そのほうが少し楽になるかなと思う。看護師の適正配置はどうあるべきかで言ったら、各看護師の配置は各病棟によってかなり異なるべきだと思う。そのときの看護の配置を何でどう計算するかの問題になってくると述べた。

平成18年に7対1ができたとき、6年間で「杯」形になった。病院の看護師が上へ上へと13万人ぐらい動いた形になった。4月の改定では、7対1から10対1に行けと誘導策をとっている。医政局は急性期病床群で縛ろうとしている。中医協では看護必要度が話題になっているが、一般国民に聞いたら「そんなものか？」という感じだ。初めから療養病床になったほうが看護師の数も半分でいい。それを片方の7対1のほうへ入れて、ケアミックスの病床全体で考えたらいい。療養病床の6.4平米4人部屋は4.3よりいいわけだ。一般から療養へ変わろうと思ってもハードが悪ければ変わらない。ここが隘路で首を絞めている。療養と一般を分けず、4.3でも6.4でも全部同じように慢性期だったら慢性期の点数をくれと言いたい。でないで特別入院基本料になってしまう。オール・オア・ナッシングになってはまずい。病院病床をどういう傾斜でやっていくか。実質慢性期が多いところを特定除外で逃れるのは、現実にはたくさんある。しかし、次のときには10対1、7対1も特定除外をやると言っている。そこをどう抜け出ていくかは、一般病床の7対1の問題だけではなく、トータルで病院をどう経営していくかによる。患者をどんどん出してしまえばベッドがどんどん空く。こういうとき病院をどう考えていくか。どちらが国民にとって得か。看護師の数はどんどんは増えない。慢性期医療入院基本料のようなものをつくって、そこでとればいい。今度、亜急性期病棟が90日から60日の期限になった。すると、90日という一般病床の縛りが60日になるだろう。26年には60日以上入院の人は特定除外になることをもう厚労省は予定している。ますます厳しくなるので、病院側はいろいろな病棟をつくって、それに対応していく。そのため病棟単位にしてくれというのは正しいと思う。しかし、どちらでもできるようにしてくれとの案があった。選択肢が多いほうが得かなと思う。我々の現実のすぐそこにあることと考えたほうがいいと述べた。

武久理事の病院は一般病床と慢性期病床と持っているの考えだとして、木村常任理事に東京の大病院としての考えを尋ねた。

自分の病院は7対1もやっていて、今度救急等では4対1を目指し進めている。人数が必要以上に集まると、夜間を基準にしているので、7対1も4対1も昼間の人数が余る。それをどうするか。昼間での修正が院内のあちこちで起きてきてうまくはいかないのではないかと危惧しているが、そうしないと規定の基準に満たないところだと述べた。

自分の病院は東京にあり急性期をやっていて、高齢化が進んでいく中で7対1の一般病床を維持できるかは難しい。超ブランド病院やDPC2群病院は維持できるかなと思うが、変えていかなければならないだろうと思う。2025年の医療提供体制に対し、超急性期、急性期、亜急性期の切り分けに合わせて進んでいく感じがある。そのとき、自分の病院、皆さんの病院をど

うしていくか。中医協委員としては、診療側は経営面で物を考えているだろう。支払い側は、経営が成り立たないから入院基本料の要件を変えろとかは全く考えないという論調なので、そのせめぎ合いをどうするかだ。人口、働く世代がどんどん減っていく、看護師も減る中で、今と同じに7対1を維持するのは無理だとすれば、10対1のほうに誘導していくことも理解できる。病棟単位でいろいろなタイプの入院基本料を取ればよいという話だが、病院が生き残っていく意味では、複合型の病院の形でやっていくのかと思う。2025年の医療提供体制については、厚労省は無理やりそこに合わせていくことは間違いない。病院がどこの区分に入るかは否応なしに迫られる。そのとき一遍に変化させず、病棟単位でいろいろなものが混ざっていく形のほうが日本の医療は壊れない。そしてある程度たった段階で、2025年のモデルの形にうまくはまっていけば、当局としてうまくいったと思うのではないかと思うと述べた。

自分が入院した立場になって考えるのが一番早い。7対1の病院だが病棟は10対1の配置しかない、しかし7対1の入院基本料を取られる。おかしい。だから、病棟単位以外にない。そのことは前の改定するときにも意見が出たが無視された。今回は、何が何でもこれで突撃してくださいと述べた。

いろいろな選択肢があってもいいと思う。高度先進とか救急をやっているところは、病棟が7対1では実態に即していない、5対1や4対1が出てくる。全部7対1よりは病棟単位にすればいいと思うと述べた。

前言は、経営の面から言うのでなしに、患者の状態、病棟の状態によって当然変わるべきだと言ったので誤解ないように。こちらをやったほうが有利だ不利だといった話で中医協に出すべきではない。自分の病院ではICUとHCUを持ち別個に7対1をキープしている。多くの病院は実態は7対1で、ICUはつくっているが実際保険上はICUにはなっていない。10対1もしくは13対1でやってできる。今後、本当に高度急性期病棟や急性期病棟を7対1以上の病棟と考えるなら、もっと人数が要る。7対1の病院であろうと、片一方で10対1や13対1でやらざるを得なくなる。そこまで看護師はいないから。こうやったら得だというような計算はできないと述べた。

診療側としてある程度経営のことも考えなくてはならないが、経営だけでいろいろなことを考えろと言われても聞けない話だとなるので、どういう理論武装をしていくかという意味では、やはり筋論でいくとは思っていると述べた。

公的病院改革ガイドライン以来、世の中は病床削減、病院淘汰、地域崩壊が始まっている。長崎では急性期の公立病院に看護師が集まってしまい、7対1をやっている民間病院が大変苦勞している。急性期病院からの患者を受け取る側へ多くの急性期民間病院、中小病院は移ろうとしているが、廊下幅とか許可病床の削減の問題で病院がさらに小さくなっていく。廊下幅など療養病棟の制限が来たり、締めつけが進んで、次々に病院淘汰に入りつつあるようだ。長崎は離県率1位か2位だが、診療科、規模、地域、機能の問題とかいろいろな問題を組み込んだ上で、7対1をどう維持していくか。7対1だけについて言えば、必ず病棟単位でないといけない。また、万代常任理事に中医協委員としてお願いしたいのは、現在、受け取る側として、無理やりベッドを削減しながら急性期病棟を療養病床につくっている病院があった。それが今年10月から廊下幅の制限が新たにきて、40~50床の病院だったら年間1,300~1,400万円ぐらいの減収になる。こういったことを、大規模病院や公的病院の先生は本当に知っているのか。廊下幅を広げるのにどれくらい工事費がかかるか。その間、患者には退院してもらわなければならない。地域崩壊につながる。そのことを伝えてもらいたいと述べた。

7対1が始まって、看護師を何十人一気に派遣にする派遣業が跋扈してきていると聞く。それぐらい7対1をとるためのニーズがある。それが医療の必要度に応じたものなのか。どこの病院でも、5対1とか手厚い看護が必要なところがある。それを全体の中で7対1をとりさえ

すれば看護師も楽になるし収入も上がるとやっているところはかなりあるのではないか。その病院で医療度、手のかかる人をどれだけ扱っているかきちんと見て、医療者側からもこれはまずいと言わなければいけない。また、特に地方の病院で、ケアミックスで10対1、13対1でもやらざるを得ないところもある。そこが全体で7対1という認められない事態もある。病態に応じた医療の必要度があって、医療度がかかっているところが報われるのは当然なら、これは病棟単位でないとまずい。武久理事は両方あっていいのではないかと言うが、今度は7対1をとるところが増えてしまって、それは中医協でも認めがたいとなるのではないか。医療度に応じた看護配置だけでなく、看護度だけが問題になっているのがおかしい。医療度に対しきちんとした診療報酬がつくようにならないといけない。入院基本料の問題に戻るが、そこまで含めて考えないとまずいし、今がチャンスかもしれないと述べた。

7対1が病院単位であるというのと、平均在院日数という縛りがあるって、在院日数を短くするために軽症とか眼科とか特殊なところに力を入れて改定しバランスをとることもやらざるを得ない状況がある。DPCの病院なら在院日数が長ければ効率悪いわけだ。病棟単位に戻して必要などところに必要な人を配置し、平均在院日数はなしにする形の考え方に変えていったほうがいいと述べた。

病棟単位にするとケアミックスという病棟も出てくる。すると、大病院、特に日病の会員病院が有利で、そういうところが全部患者を回してしまって地域の中小病院は大変だと言う意見を聞いたことがある。大病院で7対1の患者をやり、終わったのは10対1とか自分の病院の中でぐるぐる回してしまう。今までだったら地域の中小病院が診ていた患者も全部大病院が吸収するのではと危惧してのことだろうが、どうかと発言を求めた。

それはわからないが、医療度と看護度だけではなくて、医療度、看護度というところの基準を一つ考えなければいけない。看護度の中に認知症は評価として全く入っていない。手がかかる認知症の対応は看護師でなければできないことはない。医療度と看護度をもっときちっと基準をつくれれば、7対1以上、医療度、看護度がその程度だったら7対1はあげないと、そういう基準でないとやっていけないと思う。また、大病院と中小の病院で考えると、胃ろうをつくって地域の中小病院へ回すという形もある。結局は地域の病院が困る。大病院は責任をとらない、放出するところがあるようだと言った。

療養病床の医療区分が医療度だ。慢性期病床は重い人がたくさんいないとだめで、療養一般病床は軽い人がたくさんいてもいいという理屈だ。厚労省は100万床ある一般病床の半分は慢性期だと思っている。地域一般病床と言って、慢性期が9割で急性期が1割のものを全部急性期で診ろと言っても無理な話だ。診療側だけでなく相手があり、税収がどんどん減ってきて難しいし、急性期病床群を簡単に諦めるものではない。7対1は今のままだったら増えるが、病態別、病状によって縛りをつけて重い人が半分いないとだめとなったら、7対1をとれる病院は少ない。東京で4月から長期急性期病床をやり始めたが、4月から救急病院からの紹介に救急連携の加算がついた。関西では緊急連携ネットワークでかなり出てきているが、関東では全然来ない。1カ月以上たたないと、高度急性期病院でも患者が出てこない。そういう患者を受ける病院が余りにも少ないため、高度急性期病院が回復期や亜急性期的な患者も仕方なく診ているうちにそれが当たり前になってきた状態だ。それは多分改善されていく。平成18年に7対1にしたときに条件を入れなかったから、どんな患者が入っていてもいい。国としては、一般病床イコール急性期のレッテルはまず外して、中途半端なところをどちらかに振り分けようという作業をするはずだ。それに対して地域に良質な医療を提供する我々として、自分の病院が潰さず、地域住民にたくさん負担させても長続きしないから、各論で話をしていく。7対1だけど急性期病院ではないと思ったら、ポストアキュートで地域の高度急性期病院の1週間以内の患者をどんどん受け入れるようにする。1週間もいなくていいような人をどんどん回してし

まうと、東京の高度急性期病院といえども空床が出てくる。この現状は、多分2025年までには是正されていくと思うと述べた。

看護必要度がおかしいからおかしいことが起こっているのではないか。それをそのまま置いておいて、そんな病院が7対1をとっているのはおかしいという議論は説得力がないと思うと述べ、日看協の意見を求めた。

看護職員が病院の中で病棟ごとに必要に応じて傾斜配置すべきだということと、すぐに病棟ごとの制度にするのはまた別の話だ。病院全体で7対1でも、それをとった中で融通をきかせて傾斜配置はできる。平成18年に病院ごととしたのは、急性期の病院に7対1をとってもらうために必要だったのではないかと考える。将来の考え方としては、重症度や看護の必要度に応じて看護職員は配置されるべきで、予想以上に7対1をとる病院が増えている中で、そういう方向で見直すことは必要だと考える。「看護必要度」の中には医療の必要度にかかなり近いA指標、「重症度・看護必要度」もある。単純な「看護必要度」とはなっていない。医療の状況がいろいろ変わる中で指標のとり方を変えようと研究がされており、今後、実態に近いものに精錬されていくのではと考える。また、病院の機能分化が進む中で、1つの病院が急性期も慢性期もとらなければいけない地域もある。そういうところは病棟ごとの承認も必要になるかと考えると述べた。

田舎では病院ごとに急性期、慢性期と分けていけない。1つの病院の中で見ていかねばならない。今まで話は大都会中心でやっている感じだ。和歌山は過疎地だが、特に紀南地方では病院ごとは無理だ。病棟ごとの考えをお願いしたいと思うと述べた。

新潟など地方では病院の役割がかなりばらばらだ。急性期から慢性期まで診ている病院も、急性期だけに特化している病院もあり、規模も全部違う。基本的には病棟ごとの7対1がいいと思うが、1つの病院の中に7対1の病棟と10対1の病棟があるという形になると、かなり病棟を患者が動くことになるのではないかと懸念する。また、看護師は傾斜配置されていると思うが、実際に収入に響いてくると看護師の意識として配置される場所への違和感が出てくるかと思うと述べた。

先ほど堺会長の言った民間病院が困る話は実際起こり得る。公的病院が急性期をやると、その近くの民間病院の生きていく立場がなくなる可能性はあり、それを危惧して経営的な心配を言ったと思うと述べた。

平成の初めごろ、新看護体系になる前は基準看護で、当時の特3類は病棟単位だったので、歴史的に病棟単位で問題ないと思う。ただ、ICUが2対1でNICUが3対1で、飛んで7対1なので、5対1が出てくる議論が怖いと述べた。

看護協会への質問として、病棟単位にしてもらって「ここは4対1の病棟」「ここは7対1の病棟」、そして看護必要度でいったら入院基本料はこうだというのが看護協会の正論ではないかと思っていた。全部が7対1をとって傾斜配分はどうぞというのでは、患者の立場に立ったら10対1の患者が「なぜ7対1の患者の分まで払うんだ」という話になる。看護協会はどういう見解なのかと尋ねた。

厳密には違う配置で受ける看護の量は違う。同じ7対1の配置の病棟にいる患者の看護量がどのくらい違うか。平均的には10対1より7対1のほうが多いと思うが、患者個人個人ではかわりの度合いはかなり差がある。そこのデメリットはあるが、全体とすることで7対1をとる病院がかなり制限されるはずだったのに、今広がっているので、言われていることはあるかと思うと答えた。

看護協会が4対1のそういうものも必要だと言っているのなら、それを病棟単位でやって、4対1は4対1の患者それだけの看護と医療を受けて医療費を払う。10対1の人は10対1分を払う。それが本来、患者の受ける立場からすれば医療費は平等だ。7対1の入院費の人たちが

4対1に傾斜配分している人の分を払っていることになる」と国民がわかっただら、ブーイングが出るのではないかと述べた。

それは今に始まった話ではなく、基準看護のときから配置でそうになっている。それはおっしゃるとおりだと思うと述べた。

病院ごとでいいと思う。自分のところも過疎地だが、救命救急センターをやっており、救命センターをとったときから病病連携をやっている。慢性期、回復期の二十数病院と連携し、急性期の患者しかやっていない。病院で7対1をとればいいと思っている。極論だが、実際やっているので話したと述べた。

それは高橋副会長のところの病棟が全部均一だからできる。そこに差があるから問題にしていると述べた。

看護協会の方はお気の毒だが、金持ちの議論だ。精神科34万床のうち20万床は医療を提供していない。提供しているふりをしているようなところに入院基本料を与える必要がない。そのことをよくわかってもらいたいと述べた。

施設をさわるとお金が要る。療養病床に行くにはお金が要る。自分のところも療養病床に移るときに5床潰した。これはコストにつながっていくとして、その判断をした。5年10年前から施設は決められていたので、これを移動する場合は血を流さないといけないことは了解していくべきかと思うと述べた。

病棟単位ではなくて病院単位がいいという人に挙手を求めた。また、両方あっていいと思う人に挙手を求めた。次に、病院単位でなくて病棟単位がいいという人に挙手を求め、それぞれ賛意者が挙手した。

両方あった選択肢がないとしたら、今、選択肢がたくさんあるほうがいいというところで手を挙げた人はどちらを選ぶかと尋ねた。

両方あっていいという人で、もしだめだったら病棟単位がいいという人に挙手を求めた。ほとんどが挙手した。逆に、病院単位がいいという人に挙手を求め、3人が挙手した。

2. 医師臨床研修制度の再評価について

堺会長は、日本医師会も大学も医政局長も今のでいいということを行っているとして、委員会出席の岡留常任理事に発言を求めた。

岡留常任理事は、以下のように述べた。

- ・臨床研修委員会委員長をしており、全国済生会病院長会の政策医療委員会で、研修医の定数がどういう根拠で大学あるいは各病院に振り分けられているのか調べさせた。①施設ごとの救急車搬送数、救急入院数、手術数、入院総数、これを各病院ごとにプロットした図と、②研修医1人当たりがどの程度分担しているかのファクター、③特定機能病院、これは大学となるが、大学と一般病院との対比の3点から比較した。
- ・施設の規模数に応じて症例数、救急搬送数とか入院数は多い。手術件数や一月当たりの入院件数も増えている。ただ、これを研修医1人当たりで解析すると逆相関の状態になる。研修医の受入れ人数の多いところは、研修医1人当たりの救急車の搬送数が非常に少ない。一月当たりの緊急入院数、手術件数、入院件数も全くの逆相関となる。研修医の人数が多いところほど実際の修練にはなっていないのではないかと。現在の大学病院が一律80名とか100名とか出すのはどういう根拠か、臨床研修になっていないのではないかと全国済生会病院長会で結論を出した。
- ・こういうデータを、11月の医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループに参考資料として病院団体として出していいかどうか。その協議をお願いしたい。
- ・もう一つの資料では、現在まで7回、医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ

が開かれている。この位置づけは、医道審議会の臨床研修部会の下部のワーキンググループで、ここでどんな意見が出たかをまとめて、1月に最終の論点案を整理して医道審議会に上げることになっている。10月、11月、12月、3回の論点整理をもって、どういう各論があったかだけを整理して出すことになっている。

- ・基本理念や到達目標は全く異論はなかったが、「基幹型臨床研修病院の指定基準について」で日本医師会と論争になった。日本医師会が平成21年に採用した弾力化プログラムで、初期臨床研修制度の見直しがいいと言う。科研費事業に関する研究の結果からは、新しい弾力化プログラムは全く臨床研修になっていない結論になっている。しかし、それをもっても日医は今のがいいという。
- ・必要症例数が問題になった。3,000名という根拠は何か。厚労省は根拠を示してこなかった。全く納得がいかない。しかも、中小病院でも立派な指導医がいるところは非常にいい指導、研修をやっている。数ではないのではないか。逆に、1人当たりこの病院だったら症例数としてどのぐらいいくと逆算して点数を決めることが大事ではないか。
- ・第1回の論点整理は、「必要な症例」までで、あと2回で後半をディスカッションし、今年じゅうに意見を乗せて医道審議会臨床研修部会へ上げる手はずになっている。

堺会長は、全国済生会病院長会に出した資料を日本病院会として使っていいかについて意見を求めた。

出席者からは、ぜひ出してくれ、こういうデータが必要だと述べた。

弾力化プログラムの件は、日精協のでも、4疾病5事業から5疾病5事業になったにもかかわらず精神科が選択になったのは非常に残念だと言っていた。これに関してはどうかと述べ、今のままの弾力化プログラムでいいと考える人の挙手を求めた。次いで、弾力化よりも元に戻したほうがいいのかという考えの人に挙手を求め、賛意者が挙手した。弾力化がいいというのが少数意見になったが、理由について発言を求めた。

自分のところの研修医はそんなに多くないが、モチベーションという意味では今のほうが生き生きやっている印象があると述べた。

医道審議会の臨床研修部会の委員をしているが、この3,000人は行ったときからもうあった数で、おかしい。3,000人以上のところにも実地審査、視察に入らなければいけないと思う。また、最初のデータを出すことで大学人が青ざめる状況をつくらないといけない。医道審議会の臨床研修部会は、ほぼ半数以上が大学関係者だ。こんな偏った審議会はない。そこを押さなければいけないので、ぜひ最初にデータを出す。前回よくしたと称しているが、これはきちんと本来の形に返すのが正しいと明確に述べてもらおうと、本会議で非常にやりやすくなるのでよろしく願いたいと述べた。

基本理念のところでは、人間性の涵養とプライマリ・ケアの技術の習得が掲げられているが、現実的に今の大学の教育は専門家ばかりつくる形しかとっていない。今、臨床教授を命じられて、やって来る学生に意見を聞いてみると、問診がどこまでとれるかといったら10分と言う。ところが、実際に自分の病院でやらせると、主訴、現病歴、既往歴、生活歴、家族歴も含めて1時間半はゆうにかかる。だから、大学にはお金のある患者さんと時間的な余裕のある患者さんしか行かない。そういう患者の中で本当に臨床教育ができるのか。臨床推論さえできない。3,000名とは、大学の臨床教育がきちんとしていたら大学から逃げ出さなかった。教室の下請けの研究ばかりさせているからそういう結果になったと思う。学生に何で医学部に来たのかというと、臨床医になりたいためだとはほぼ100%そう言う。だから、大学から何で大都市等に集中していったのかの問題も含めて考えないといけない。大分大学は3分の1しか九州出身はいない。あとは外から来ている。卒業したら郷里に帰る問題もある。そういうのも含めシステムそのものを再検討してもらいたいと述べた。

学生が海外の研修プログラムの評価の参考資料を持っていたが、コミュニケーション学をとっているのはアメリカとイギリスで、日本の卒前教育にコミュニケーションの「コ」の字も出てこない。日本の医学教育は肝心なところが抜けている。コミュニケーション学が非常に大事だということがわかってきた。そういったところもワーキンググループでは言っているつもりだと述べた。

日本医師会もいろいろと問題のある提案を出している。大学の医師派遣機能を復活したいと。地域偏在解消のためとかいろいろ言っているとして意見を求めた。

医局制度の復活という話が出たが、臨床研修制度の中で、後期研修の問題が今ある。後期研修で何が問題か。余り魅力がなくなっているが、大学のほうで専門医制度をとらなくてはいけない。それには医局に入らなければとらせないよという制度が大学指向になっていく感じだ。あの辺を何とかしないといけないと述べた。

そこは、病院代表で福井常任理事が出ている専門医の在り方に関する検討会を厚労省は持っており、そこなどでどんどん発信していかないといけないと述べた。

以上で閉会となった。