

日 時 平成25年4月20日(土) 13:00~16:50

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)

今泉暢登志、高橋 正彦、末永 裕之、梶原 優、大道 道大 (各副会長)

藤原 秀臣、石井 暎禧、松本 純夫、中井 修、山田 實紘、生野 弘道、小川 嘉誉、
中島 豊爾、塩谷 泰一、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)

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃 (各顧問)

坂本 すが (代理: 菊池令子)、高久 史麿、松田 朗、齊藤 壽一 (各参与)

福永 秀敏、吉田 孝宣、有賀 徹、原 義人、大道 久 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、森下 英夫、三浦 将司、松本 隆利、細木 秀美、

福井 洋、副島 秀久 (各支部長)

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)

鶴崎 直邦 (新入会員/一般社団法人巨樹の会 新武雄病院)

総勢45名の出席

堺常雄会長から開会挨拶があった後、議事録署名人に中井修常任理事及び安藤文英常任理事を選出し、今泉副会長の進行により審議に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会2件〕

①長野県・特定医療法人新生病院 (会員名: 宮尾陽一常任理事・病院管理者)

②高知県・医療法人厚愛会高知城東病院 (会員名: 山下英敏院長)

〔正会員の退会3件〕

①新潟県・佐渡市立相川病院 (会員名: 吉井章院長)

②福井県・医療法人コンコルディア大滝外科胃腸科病院 (会員名: 大滝達郎理事長)

③山口県・株式会社日立製作所笠戸事業所附属日立病院 (会員名: 小林洋三院長)

〔退会の撤回1件〕

①熊本県・医療法人東陽会東病院 (慰留者: 高野正博理事)

〔特別会員の退会2件〕

①特別会員A・東京都・PL東京健康管理センター (代表者: 田村政紀所長)

②特別会員A・愛知県・名古屋ステーションクリニック (代表者: 木下水信理事長)

〔賛助会員の退会2件〕

①A会員・神奈川県・株式会社ダイユーロハス (代表者: 鈴木三郎代表取締役)

②B会員・千葉県・理研メディック株式会社 (代表者: 伊藤文彦代表取締役)

平成25年4月20日現在、正会員 2,369会員

特別会員 224会員

賛助会員 242会員（A会員100、B会員109、C会員2、D会員31）

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た結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼5件）

- ①地域医療研究会全国大会in埼玉（地域医療研究会）後援名義使用
- ②「第42回日本医療福祉設備学会」（一般社団法人日本医療福祉設備協会）への後援
- ③「第29回日本医学会総会2015関西」（第29回日本医学会総会）への協力
- ④第15回フォーラム「医療の改善活動」全国大会in大阪に対する後援（医療のTQM推進協議会）に対する後援
- ⑤平成25年度運動療法機能訓練技能講習会（公益社団法人全国病院理学療法協会）の後援名義使用

（継続：委員推薦・委嘱依頼2件）

- ①一般財団法人医療関連サービス振興会の理事の推薦
- ②NPO法人卒後臨床研修評価機構の理事就任（再任）のお願い

3. 平成24年度社員総会の開催について

堺会長より、以下の予定の説明があり、承認された。

- ・月日 5月25日（土）
- ・会場 ロイヤルパークホテル（東京都中央区 最寄駅：東京メトロ半蔵門線水天宮前）
- ・時程 10時～会長・副会長会議、11時～第1回定期理事会、14時～社員総会（平成24年度の決算報告、事業報告、新社員承認）、14時50分～新・社員総会（新理事の選任、監事の選任）、15時30分～新・理事会（会長、副会長並びに会長代行・業務執行、常任理事の選定、顧問・参与の選定、委員会委員長の選任）、16時30分～新・社員総会（新役員の結果報告、顧問・参与の承認）、17時～懇親会

4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

検討の結果、下記9施設の指定を承認した。

（新規3件）

- ①島根県・出雲市立総合医療センター
- ②大阪府・一般社団法人近畿健康管理センターKKCウエルネス 新大阪健診クリニック
- ③愛知県・公益財団法人 豊田地域医療センター

（更新6件）

- ①北海道・日本赤十字社 北見赤十字病院
- ②兵庫県・一般社団法人京都工場保健会 神戸健診クリニック
- ③大阪府・一般財団法人近畿健康管理センターKKCウエルネス なんば健診クリニック
- ④宮城県・医療法人財団明理会 イムス仙台クリニック
- ⑤東京都・一般社団法人オリエンタル労働衛生協会 オリエンタル上野健診センター
- ⑥群馬県・医療法人社団慶友会 宇沢整形外科（慶友健診センター）

〔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12回雑誌編集委員会 (3月26日)

原委員長より、以下の報告があった。

- ・4月号と5月号の企画・編集を行った。4月号は、昨年8月開催の病院長・幹部職員セミナー講演2題、6月の第62回日本病院学会のシンポジウム1を掲載し、巻頭言は堺会長、5月号は、今年1月の国際モダンホスピタルショー2013での新春講演会、昨年6月の第62回日本病院学会シンポジウム3を掲載し、巻頭言は第63回日本病院学会の岡部学会長を予定している。
- ・2013年の英文誌は7月に発行予定。既に雑誌掲載されたうちの2題、①堺会長「明日からの病院医療を考える」、②Q Iプロジェクト委員会報告を英訳して掲載する。
- ・平成25年度の執筆予定者リストが載っている。協力願いたい。

(2) 第1回中小病院委員会 (4月4日)

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・今回もウェブ会議で行った。問題はあったが内容が充実してきている。
- ・中小病院に関するアンケートは情報統計室、分析室と組んで簡素化していく方針で進めている。詳細は資料を一読願いたい。
- ・今年6月の日本病院学会でのシンポジウムについて検討を行った。
- ・中小病院の来年度情報交換会は、2月に大分県で松本委員担当で行う。

(3) 第1回ホスピタルショー委員会 (4月10日)

大道委員長より、以下の報告があった。

- ・モダンホスピタルショーは今年7月17日から3日間行うが、初日に日本病院会の企画がある。会長講演後、公開シンポジウムは「急病と社会の仕組み」と題し、基調講演を有賀副委員長が行いシンポジスト5人ほどで議論する。
- ・会場に設営の日本病院会コーナーでは活動概要等々を広報する。病院で働く人々を紹介する企画は昨年好評だったが、今年もそれを拡充し、連携、緩和ケア、医療の質・安全関連をチーム医療として捉える企画を進めている。セミナーステージを使ったプレゼンは見送る。

(4) 第1回地域医療委員会 (4月10日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年1月～2月にかけて行った地域医療再生を妨げる制度の壁のアンケート集計ができた。
- ・取りまとめ方について、地域別、開設主体別、規模別等に分類して報告しようと議論した。中間取りまとめを今年2月の病院学会のセッション、オピニオンで報告する。

(5) 第1回医業経営・税制委員会 (4月17日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・税制改正要望は、安倍政権の状況、背景を鑑み要望書を作成していく。
- ・委員会は従来、税制を多く議論してきたが、原点に戻り、全体的に医業経営を俯瞰して委員会の活動方針を決めていこうとフリートーキングをしている。
- ・委員7名体制だが、若干名の入れ替えを予定している。

(6) 第1回病院中堅職員育成研修「医療技術部門管理」コース (3月29日・30日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・病院中堅職員の育成研修は、薬剤部門等に加え、要望があった医療技術部門も始めた。
- ・院長が技術部門に期待すること、各部門の経営戦略、医療安全、マネジメントの話等々、81名の参加により2日間行った。25年度もこうした活動を行っていく。

(7) コーディング勉強会 (平成24年4月7日～平成25年3月24日)

(8) 医療統計学勉強会 (平成24年4月7日～平成25年3月24日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(9) 第5回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会（3月25日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・昨年度までに災害診療記録案バージョン1ができ上がった。2月9日、そのフィールドテストとして日本赤十字医療センターで院内防災訓練を行った。職員に事前に公表せずに使ってもらい、さまざまな問題点がわかった。
- ・それを受けてバージョン1を見直し、現在、4条件で使う形の災害時診療録がほぼでき上がってきた。災害診療記録とその使用方法、注釈などを報告書にまとめ、広く公表して批評を仰ぎたい。いよいよ大詰めに来た。

(10) 厚生労働科学研究費補助金事業 第1回班会議（4月6日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日病及び診療情報管理学会が平成17年から取り組んできた死亡診断書の精度向上について、平成24年度の結果報告の最終発表をした。専門的・学術的観点から評価が高かった。
- ・平成25年度は退院時サマリーの検討に着手し、それを申請したところ採用された。また、匿名化した手術例、非手術例及び転院例を15例集め問題点を探っていく。ぜひ協力願いたい。

(11) 医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・提言の内容について、指摘を受けた点を改めた。まだ反映されていない点は検討を続ける。
- ・法文の第1、「その結果の責任は両者が負わなければならない」は「責任は両者にある」に変えた。法文の第2、「被験者の供給」とあった文章は第2段落目を変えた。
- ・法文の第3、「病院勤務医師は医療の実態に即した労働時間の基準の運用がなされなければならない」は病院勤務医師に限らず医療従事者を含むため「病院勤務医師」を除いた。法文の第5、「報道は影響が多大である、いわゆる第4の権力」云々の最初の段を除いた。法文の第6、労働組合法の事例は除いた。

2. 日病協について

(1) 第92回診療報酬実務者会議（4月17日）

報告は、資料一読とした。

3. 中医協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第1回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（4月3日）

DPCのヒアリング調査を受けた病院代表として出席した中村支部長（社会医療法人医仁会中村記念病院）より、以下の報告があった。

- ・管理士で院長をやっている立場から積極的に意見を述べ、病院挙げて診療情報管理士中心にコーディングしてシステムを構築していくと主張してきた。
- ・病名マスターで全部出するのに、診療情報管理士がコーディングをしていない問題を指摘した。テンキューが4～5%になるが、TIAで原因不明とか、ウイルス性髄膜炎等でもウイルス決定できずテンキューになる。他はきちっと調べてやっていると報告しておいた。

また、阿南日本診療情報管理士会会長（国立病院機構九州医療センター）より、以下の報告があった。

- ・調査に対しては村中院長が説明した。監査体制をしっかりとやらないといけないと主張した。医療情報管理センター総勢79人のマンパワーとお金を使っていることをアピールした。
- ・従前からDPCのためにでなく外来診療録の監査もしており、診療内容のカルテの中身を診

療情報管理士が確認し、翌日、監査結果をドクターにフィードバックしている。

- ・DPCは二次監査部分で、入院から始まって退院時に一回締め、DPCの病名とその診療内容、退院後は戻ったサマリー内容と診療内容との照合等、チェックの流れの具体例を出した。
- ・出席した他の各病院長も熱弁を振るい、診療情報管理士の監査をきちんとやらないとできないという結論になり、マスコミも好意的に扱ってもらえて結果的によかった。
- ・また、別に医療課には、診療録管理体制加算についてはもういい加減にしてくれと強力に言った。今回の各病院長の強いアピールには医療課も考えるところがあるようだ。
- ・コーディングマニュアルは今0.75版だが、1.0のアップデート版ができています。これについても各病院の意見を聞き、議論をしてDPCのコーディングをきちんとやっていく話になる。堺会長は、日本病院会推薦の3病院には診療情報管理士の重要性をアピールしてもらった。コーディング精度は中医協でも議論になったが、診療情報管理士は日本病院会を中心に認定していることを知らない人が多かった。国家認証は難しいが、これを機に評価してもらい、特に診療報酬への反映を再度要望してきた。今までの長い苦労が実りつつあるかと思うと述べた。

(2) 第240回総会（4月10日）

(3) 第9回費用対効果評価専門部会（4月10日）

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第12回総合部会（3月27日）

堺会長より、資料一読とするとの報告があった。

(2) 第1回医療保険・診療報酬委員会（4月5日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・ジョブカードに加え、今回新たに「非正規雇用労働者育成支援奨励金」「若者チャレンジ訓練」の正社員雇用のための2制度が創設され、簡単なプログラムで利用しやすくなっている。
- ・入院料については、精神科の特定入院料は100%の充足が求められ、下回ると特別入院料に減額された上、同じ施設の別の一般病床分も入院基本料が減らされるドミノ倒しがある。この改善の要望があり、厚労省に働きかけようとの話になった。

中井常任理事は報告に対し、精神科は医者が不足しており、不足に対しては病床を減らせばいいので、こういう要望を出すのはもってのほかだと述べた。

(3) 第1回医療制度委員会（4月11日）

末永副会長より、「一般病床の機能区分に関する調査」について以下の報告があった。

- ・一般病床の機能分化区分に関する調査は、資料が「取扱注意」でまだ表に出せない。1,065病院からアンケート回答があった。7対1が488病院と多く、それも200～499床が多い。
- ・7対1病院で将来10対1へという希望は2%しかない。また、人員に関して障壁があるとの回答だ。現行10対1の病院で7対1へという希望は19%、75病院で、厚労省は7対1病院を10対1へと思いつけているが、四病協の会員病院はほとんど思っていないことがわかる。
- ・病院単位か病床単位かの議論は以前にこの場であり、強いて言えば病床単位だろうとの話だったが、会員病院はほとんどが病院単位を考えており、我々と必ずしも一致していない。
- ・既得権益を守りたいと7対1病院が考えている節があり、調査結果が表に出してしまうと、例えば看護基準とかを上げようという力が働くことも起き、我々の調査の意図から外れてしまう。どういう形で調査結果をまとめていくかは検討の上での発表としたい。

また、高橋副会長より、医療基本法について以下の報告があった。

- ・日病では医療基本法について四病協で一致団結した意見をまとめることを提案したが、各団

体の議論が全くまとまらない。また総合部会に持ち帰って検討することになったが、難しい。

- ・大井顧問が中心にやっていた日本医師会の案と我々の案とは一致しているところがあるので、日医の案に追補するような方法で解決したいと思う。まだしばらく時間がかかりそうだ。

(4) 第1回医業経営・税制委員会 (4月18日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成26年度税制改正要望書の取りまとめの作業に入ったが、話の中心は別のことになった。
- ・自民党で4月12日、税制調査会と社会保障制度に関する特命委員会が医療と税制に関するプロジェクトチームを立ち上げた。医療に関する税制のあり方を中心に、医療法人制度、医師の偏在是正、診療報酬制度のあり方等幅広く話し合う。12日の会合には財務省主税局長も来たことで、医療法人制度にかなり手が入る可能性があり注目しているとの話だった。
- ・株式会社参入論と結びつけられる可能性のあるプロジェクトチームかとの観測もあるが、日本医療法人協会の私的人脈から議員と親しくなったのが発足の契機とも聞いている。こういう搦め手からの政治力で話が決まるのはいかながなものかと思った。堺会長は、報告に対して以下のように述べた。
- ・医療法人制度は難しい問題だ。医保協の話題が出たが、持ち分割をどうするかとかある。厚生労働省は、なるべく公的機能を持たせる意味で社会医療法人をつくったが、4月1日現在の発表では社会医療法人は201法人で、うち133法人は日病の会員だ。日病の中で今後どうするか。
- ・7対1も当初、厚生労働省はそんなに増えないと思っていた。今回の社会医療法人も当初どの程度想定していたのか。プロジェクトチームでの議論は非常に注目すべきだ。
- ・日病も比率からいくと持ち分割はかなり多いはずだ。今後、医療提供体制の中で、公的病院は独法化し、民間法人は社会医療法人になっていって2極に集約していくのか。その辺も踏まえて、会員病院には注目していってほしい。

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

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第7回社会保障制度改革国民会議 関係者を交えての議論 (3月27日)

報告は、協議事項において行うこととした。

(2) 第5回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 (3月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・社会保障審議会医療部会から、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件の見直しの諮問があった。特に特定機能病院は当初は大学病院中心だったが、がんセンターなどナショナルセンター等が承認されている。高度な医療提供、高度な医療技術の開発及び評価、高度な医療に関する研修の3つの機能についていろいろな意見が出された。
- ・地域医療支援病院も同様で、今回は両方の病院に関しその実態、また機能を確認・検証した調査結果の説明があった。次回、基準見直し案が出される予定だ。

(3) 第19回チーム医療推進会議 (3月29日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・特定看護師については、新たに特定行為に係る看護師の研修制度となって今回まとめが出された。会議を重ねてきたが、ようやく方向性が見えてきた。今後は多職種の具体的な業務範囲の見直し、研修の枠組み、実施方法等は審議会で審議されると話がまとまっている。

6. 支部長の交代について

下記事項の報告があり、了承した。

【新潟県】 新) 森下英夫 (長岡赤十字病院)

前) 矢澤良光 (県立新発田病院)

【熊本県】 新) 副島秀久 (済生会熊本病院)

前) 高野正博 (医療法人社団高野会 高野病院)

新潟県支部の森下新支部長より挨拶があった。

また、さきに支部創設の報告のあった福島県支部の第1代、堀江孝至支部長 (太田西ノ内病院) より挨拶があった。

7. その他

齊藤参与を共同研究班長とする社団法人全国社会保険協会連合会刊行の著書「病院における総合医の育成」報告書の紹介があり、齊藤参与は以下のように内容を説明した。

- ・厚労省の専門医制度のあり方検討会においても、18領域に加え19番目の専門医として総合医認定の方向が示されている。平成26年4月から社会保険病院、厚生年金病院、船保病院と全国61病院が独立行政法人地域医療機能推進機構となるが、その仕事に総合医の育成が掲げられている。この本は総合医をどう育成するかを病院長へのアンケートを中心に取りまとめた。
- ・総合医という言葉にどのようなイメージがあるか。「臓器にとらわれず幅広く内科領域の診療ができる医師」が7割程度であり、それらを深くすることは困難だと認識もある。
- ・総合医と専門医との関係、総合医であっても領域別専門医を持っていることが妥当か。約6割が賛成、どちらかといえば賛成も3割程度あり、合わせて90%になる。ただ、総合医だけでやっていくのは医師のモチベーションを維持しにくいとの意見もある。
- ・病院の機能として総合医の活動は重要か。重要が6割、どちらかといえば重要が4割と、ほとんど全ての病院が総合医の存在を重要と捉えている。
- ・総合医はどんな局面を担当するか。初診患者の振り分け、他の医療機関との連携、研修医の指導等が主な仕事で、300床未満病院では在宅医療の実践、300床以上だと全病院カンファレンスでの役割と、病院規模によって若干差があるが全体をつなぐ役割が見える。
- ・総合医の育成を担うときに何をめざすか。自病院の機能を強化するため8割、独立行政法人の役割として日本医療を支えるため増やしたいも約7割いる。
- ・総合医の育成はあなたの病院でできるか。可能、何とか可能が合わせて約半分、かなり困難が4割程度あり、困難であるを合わせ約半分で、難しい仕事だと痛感されている。
- ・難しさの原因は何か。指導医師が得にくい85%、総合医の志望者が少ないが4割ぐらい。理由は、大学体制が臓器別であり、大学から派遣を受けている病院では総合医になって戻っても居所がない。また、総合医の資格にキャリアパスが付随してこないこともある。
- ・アンケートは卒後10年未満の医師たちにも聞いていて、あなたの病院に総合診療部があるか。存在しないという答えが若手医師の70%ぐらいで、院内にないところがほとんどだ。
- ・総合診療部がある病院に重要な働きをしているか尋ねた結果は、しているが6割、それほどでない、どちらとも言えないが40%だ。院内での位置づけが鮮明に見えにくいところがある。
- ・既に領域別の専門医を持っている医師へのアンケートで、総合医の能力が身についているか。総合医の初期研修も行っているが、4%ぐらいの人しか身につけていると感じていない。必要性を感じるは6割で、専門性を深める上でも総合医の能力を必要と考える医師が多数いる。
- ・若手医師に、あなたの病院で総合医の育成は必要か。必要であるが6割いる。ただ、同じく若手医師に、あなた自身が総合医の育成に当たるかと尋ねると、当たると積極的なのは2割程度、当たらないが7割で、指導者が得にくい姿と重なる。
- ・全部をまとめると、専門医の多いところは総合医の役割が限定的になってくる。総合医はニッチ、隙間産業のような立場に置かれかねず、キャリアパスや積極的なモチベーションを下げている。総合医とは、向き合った患者に医師として能力を全て傾注し尽くす診療姿勢が基

本だとの共通認識を持つ。育成には、個別科をローテーションする方式では育ちにくく、院内に総合診療部を置きまとめた期間研修しないといけない。モチベーションを上げるには、総合医が独立人格として病院や地域医療の中で位置を占める体制をつくることが重要だ。

報告に対して、出席者から質問や意見が出された。安藤常任理事は、総合医を目指す人が少ないデータがあったが、私の地元の積極的に研修医を育てている病院では、総合医のコースを目指す人がとても多い。将来、開業を目指しているからではないか。開業医の条件になるのではと日本医師会が反対したと思うが、情報があったら教えてもらいたいと求めた。

齊藤参与は、本書でもアンケートの自由記載で、総合医のままでいたい、開業を目指すからと何人も書いてきた。病院によって総合医のすぐれた指導者が1人いるかどうかで集まり方が変わってくる。安藤常任理事の言われた病院は、熱心な総合医の指導者がいるのだと思う。魅力的なコースがあることを発信する工夫も必要だろう。ただ、多くの病院に「できるか」と聞くと、「指導者がいないからできない」とたじろいでいる実態だと答えた。

岡留常任理事は、モチベーションが一番引っかかってくる。そのため、専門医制度の中にキャリアパスとしてステータスを与えてやるのが、日本の勤務医にとっては特に大事だ。私の病院も総合診療部をつくって全国から来る。いい指導医の問題もあるが、19番目の本当の専門医をつくるのが喫緊の課題ではないかと思うと述べて、高久参与に意見を求めた。

高久参与は、以下のように述べた。

- ・専門医のあり方に関する検討会は2年で13回ほど会合を重ね、最終報告が出るころだ。一つの成果に、19番目の基本領域は「総合医」という意見のほうが多かったが、日本医師会からかかりつけ医が総合医の役を果たしていると反対があり、最終的に「総合診療医」となった。ただ、将来的には総合医になってしまう可能性もあるかと思う。
- ・もう一つの成果は、今までは専門医は各学会が認定してばらばらだった。これを、各学会から出てきたのを第三者機関が認定し、それが専門医になる形になった。
- ・初期研修を含め基本的に5年間の研修を終えた者が基本領域の専門医となる。その基本領域を取った上でサブスペシャリティの専門医になる。ただ、サブスペシャリティの専門医をどの程度学会に任せるかはまた第三者機関で議論することになった。
- ・総合診療医のカリキュラムは各学会の人が集まってつくることになり、大変な作業だ。将来は5年間の専門医資格を取らないと看板を出せないという、米国のような体制に日本も持っていかなければならない。厚労省が絡めたがっていた診療科偏在と地域偏在の問題も、将来は5年後しか開業できないとなれば、ある程度解決の方向に向かうのではないか。総合医のトレーニングは、診療所とか中小病院のほうが本当はいい。そういうところでトレーニングするプログラムをつくると、地域の偏在もある程度解決の方向に向かうかもしれないとなった。
- ・総合医がこれでまた家庭医のような形でなくなってしまうと困る。総合診療医ということで19番目の基本領域ができ、将来はその総合診療医をよく思った人が開業したり診療所に勤めるのが一番望ましい姿だと考えている。ただ、これは未解決の問題がたくさんある。

堺会長は、本書を受けて、今後、全社連としてどんな考えで事業展開をするかと尋ねた。

齊藤参与は、やはり指導者が少ないので、指導者育成のコースに取り組む。地域医療機能推進機構が、既に指導者研修コースを組み立て、そこにプライマリーケア学会や、うまくいっている総合診療部を持っている病院から指導医に来てもらうことを進めている。1～2年のうちにいいプロダクトが出てくると考えると答えた。

松本常任理事は、私どもの東京医療センターでも、外来だけ診させていてもなかなかモチベーションが上がらない。入院機能、ベッドを持たせると非常にやり甲斐を出してくる印象だ。センターでは1986年から総合診療内科を持っており、780床のベッドのうち100床以上は総合診療内科の入院ベッドだ。複数の疾患を持った高齢者が非常に多く、ゲートキーパーのような形

で各専門診療科に依頼してその患者をトータルで診る文化が定着している。教育プログラムは3年と5年の2通りあり、1年目はトレーニングを受け、2年目は国立病院機構や日赤等の医師不足の地域に自分の実力を試すために出ていく。また帰ってきて専門診療科に配属され、自分に欠落している部分を勉強する。それで足りないときは、旧療養所に本人の希望に応じて振り分け、3年、5年が終わる。3割ぐらいは開業してしまうが、私どもの病院の一番のメリットは退院調整で、地域の訪問看護とか在宅医療ステーションにうまく連絡がついて、患者の終末期の面倒を見られるよう機能している。毎年、1学年5人の定員にそれ以上の応募があつて、総合診療は5年プログラムで、25名以上のレジデントがいる状態が続いていると述べた。

齊藤参与は、専門医の間の隙間を埋めるニッチ作業だけではモチベーションが上がらず、総合医が1つのベッド群をカバーしながら複数の疾病を持った患者を診る、診断がつけにくい患者のケアをするといった体制を病院の中に持つことが総合医や総合診療部のモチベーションを上げる上で大事だと考える。アンケートで取り上げた問題点を松常任理事のところでは非常に見事に解決している。総合医が責任を持ってかなりの数の患者群をケアし続ける体制は非常に重要で、その指揮者はやはり病院長のポリシーが非常に重要だとの意見が出ている。そういう点で、ぜひよろしくお願ひしたいと述べた。

〔協議事項〕

1. 社会保障制度国民会議について

堺会長は、国民会議の話を中心に進めていくが、それに限らず広く、厚労省提示の2025年に向けた医療提供体制、病院団体として今後の日本医療をどうしていくか、意見を聞きたいとして、第7回社会保障制度改革国民会議（関係者を交えての議論、3月27日）に提出された資料「医療提供体制に関する四病院団体協議会の考え方」に基づき以下の報告をした。

- ・会議では、「病院の勤務医は充足しているのか？」から説明した。例えば日本医師会などは、東北地方で医師は充足しているという。しかし、70歳未満の勤務医数は16万2,000人で週の平均勤務時間は63.3時間だ。厚労省の示す適正な週40時間勤務で計算すると、必要数は25.6万人で現状の1.6倍、週48時間でも1.3倍必要だ。現状のままでは明らかに不足だが1.6倍増は非現実的ではないか。これには現状の労働環境の改善が必要だ。
- ・この理由に、日本では大多数の病院が急性期病院として救急を行い、夜間の日当直等の問題がある。一般病床の機能分化で急性期病院とポスト・アキュート病床とをうまく棲み分け、競争から協調へと医療提供体制の再構築が必要だ。
- ・病院の立場から医療提供体制整備を考えると、入院医療はその前後にある予防、在宅介護を含めたトータルヘルスケアの中で考える必要がある。病診連携の中にかかりつけ医や家庭医の役割が重要で、患者の流れをうまくつくる必要がある。入院後は地域包括ケアが重要で、病院の地域連携室を活用したい。
- ・一般病床の機能分化には、患者のニーズや病態に注目して、急性期病床ポスト・アキュート病床への機能分化と連携、協調が必要だ。急性期病床の緊急度・重症度は看護必要度でなく医療必要度で測る。そこで初期の診断、治療を行い、安定したらポスト・アキュートへ移す。ここにお金を投入することを早く決めていかないといけない。
- ・医療法と診療報酬は両輪として機能してほしい。診療報酬改定による経済誘導だけでは難しく、行き過ぎの例として7対1看護がある。適切な評価が必要だが、施設基準や看護配置などストラクチャー・プロセスに重心を置かれがちだが、アウトカム評価は難しく、日本病院会のQ Iプロジェクトなどの取り組みが診療報酬で報われてほしい。
- ・また、全国一律でなく地域実情に合致した体制整備が必要だ。東京の医療と近隣の横浜、川

崎、埼玉では状況が違う。そのために見える化の推進、データの整備・開示が必要だが、マクロデータだけでなく地域の医療需給を示すマイクロデータが不可欠だ。厚労省、地方厚生局、都道府県、健保連等に提出しているデータが開示されず利用できない。国民会議で決めて、我々の提出した患者のデータが還元されるべく、そこに必要な金を投入してもらいたい。

- ・精神病床の適正化については資料を参照してほしい。あえて言及はしなかった。
- ・医師の偏在、特に診療科・地域偏在は実際に存在する。問題は将来予測を含めた実態の把握ができていないことで、把握した上で効率的配置を決める必要がある。地域医療計画に都道府県など行政が持ったままのデータに分析を加え有効活用してもらいたい。例えば地域での疾患群や専門医分布など、医療の需要と供給データを有効利用することだ。
- ・また、利用者→診療所→病院→行政の望ましい患者の流れをつくる必要がある。かかりつけ医・家庭医制から最初に行っていきたいが、問題提起として診療所の自由開業制の見直しや保健医療機関指定における地域配置計画の整備も必要ではないか。病院では二次医療圏の見直しや機能分化、公的病院の機能の明確化が必要ではないか。行政は搬送システムをどう整備するか、かかりつけ医制には住民啓発と広報が必要だ。
- ・病診・病病連携の充実が重要で、ICTの活用、情報の共有や、過疎地域では遠隔医療連携が必要だ。そして重要なのは専門医制度の確立だと会議で説明した。
- ・以上の説明に対し、それをわかっていながら何もアクションを起こしていないと強い叱責の意見があった。また、専門医制度や診療科・地域偏在、自由標榜制について病院団体としてどう考えるのかと質問があった。専門医や診療に上限を設定したらいいのではないかと。これは医師会にかなりの抵抗があるが、病院団体から少し問題提起をした形だ。
- ・資料の中では、OECDの平均値とでなく、カナダと日本の規模の似た病院2つずつの比較をしている。平均在院日数はカナダのほうが短く、年間病床患者数は圧倒的に多い。医師数、看護師数、病床もカナダが圧倒的に多い。急性期病床と慢性期病床の連携、機能分化ができているからだと思う。日本の病院は在院日数が長いが再入院率は少ない。カナダでは急性期病院でワッと診て出してまた戻ってくる。患者の目線でどちらが良いかわからないが、そこでの応答では日本の場合はなかなか機能分化できないことを言った。
- ・先ほどの四病協のデータ調査に関して、厚労省が7対1の病床を減らそうといろいろ考えてもなかなか減らないと思う。また、日医と四病協の懇談会の中では、日医は「医師は充足している、今のまま変化しなくていい」との基本的な考え方だ。我々が思っているマンパワー確保をどうするかから議論を始めたい。

堺会長は、以上のように述べた上で、7対1の捉え方を経営努力と考えているのではないかと大道副会長に議論のきっかけを求めた。

7対1がこれだけ増えてきたとき、日本の一般診療では7対1を標準でベースとして要求しているのかと思う。とすると、病院が皆7対1をとろうと努力しナースを集めてそうなったのはいいことではないか。医療の質がそれだけ上がったわけで、あえてスリム化する必要はない。そこに例えば6対1なり5対1なりでき、財政的なものがつくなら、またそれを目指して努力する病院は出る。それは病院のそれぞれの事情によるのだから、今の7対1を無理に減らすのはどうかと思うと述べた。

安藤常任理事は、7対1を取る前に看護師の労働環境改善が先にあったことを忘れた議論のように思う。7対1導入やDPCで病院数をコントロールしようという底意があらわれているが、看護師の配置については労働環境の改善のほうが厳しい。7対1を減らすのはどうだろうか。5対1という議論が今度出てきても同じことを繰り返すのではないかと述べた。

堺会長は、日病の常任理事会での7対1を病棟単位にするか病院単位にするかの議論では半々ぐらいだったが、両方選べない条件でなら病棟単位が多かった。医法協などは、病棟単位

にするとその後で5対1とか先を目指すので反対だということだが、と述べた。

小川常任理事は、今も病棟単位でと思っている。重症患者がいればそれだけの看護師は要るので、必要な病棟に配置するのは各病院の事情になる。私の病院もHCU、ICUを持って救急患者を入れ、手術数は非常に多いが病棟単位とした。勤務医が非常に忙しいなら外来をやめたらいい。総合医を入れ外来を多くとる話と矛盾するし経営とは別だが、専門外来だけを受けるとすれば大学等は随分患者が減る。看護師をどう養成するかももっと熱心にならなければいけない。准看でなしに正看護師をもっと養成するのに今の大学システムだけでいいのか。7対1はそれだけ必要だったのだ。ただ、7対1で質がよくなったか検証できていないと述べた。

石井常務理事は、大道副会長と反対に私は厚労省と同じ考え方を持つ。これから高齢者が増えて医療需要は大きくなる。その中で医師、看護師の数を増やす困難にどう対応するか。個々の問題としては7対1が都合がいいのはあるが、これからの日本全体の医療ではそうは言っていられない。医療必要度が低い病院も7対1をとっているが、重症度が多いところに看護師をシフトしないと日本全体の医療として成り立たない。現実には看護師も医師もいない状況は現状と比べて悪くなるのは確実だ。病院の機能を分化し効率化していく以外にないだろう。その人数でどうやれるか現場として回答していかなければいけないと述べた。

森下支部長（新潟県）は、私の長岡赤十字病院では、7対1加算の始まりのときから看護師が多くいてOKだったが、それ以後救急病棟加算が厳しくとれないことになってきて、7対1からどんどん下のほうへシフトしてきている状況だ。また、700人看護師がいるが約80人が出産と育児休暇で出ておらず、非常に厳しい。厚労省の狙うように病床を減らしていかないと看護師も充足できなくなっており、実際もう足りないのが現状だと述べた。

中井常任理事は、カナダとの比較ではそこに投入された資源の量が違う。日本でも急性期病院に対する保険診療を増やさなければこういうことはできない。外来部門、診療所部門の無駄な部分を削り取って病院のほうへ回す、つまり日本医師会から日本病院会が奪う、それしか道はない。日本の医療の根源的な欠陥は日本医師会にあり、すぐ開業し普通にやっつけられるのはおかしい。そういうやり方を明らかにしていけない限りは改善しないのではないかと述べた。

堺会長は、診療所の診療報酬は病院に比べ多くないのではないかと石井常務理事に尋ねた。

石井常任理事は、諸外国と比べ日本は診療所の診療報酬が多い。病院のほうが大きいのが、外来と入院に分けての資源配分だと外来の資源配分が相当諸外国と違うと答えた。

堺会長は、今度、中医協の中でもそれをてこ入れしようという流れがありそうだと述べた。

梶原副会長は、日本の医療費は外来医療費と入院医療費が5対5だが、諸外国では入院が7、外来が3で、病院は外来をやって7の分を稼いでいる。政治連盟の委員長をやっているが、日医応援の組織候補は全員落ちている。医師会の診療所は豊かで政治に興味がなく集票能力もない。病院は大変だろうけど、診療所は豊かだからぼっさり削ってもいいと水面下で言われている。病院の勤務医が中堅幹部になったとき開業するほどお金を持っていないが、開業を手伝うビジネスがあって開業する。病院は養成しても疲弊し、偏在も直らない。この医療の縮図を根本的に変えていかなければならない。また、看護師と患者の比を看護基準で決めてやっているのは日本だけだ。労働基準法があるのに医療法で基準を決めて診療報酬で縛るのが非常にわかりづらい。医療も一つの産業と考え労働基準法に則ってやればいい。病院独自で患者を診るため1対1が必要ならそうやればいい。看護基準は海外から見たら奇妙な感じだと述べた。

細木支部長は、高知県には2,000人しか医者がいないが、対人口当たりでは多い。しかし、ほとんどが60歳前後以上で、40歳以下の救急で患者を診る医者はこの2年間で30%ダウンし、もう救急はできないかと言われている。医者はある程度の年齢になれば地域医療に特化し、若いときは急性期の病院にいてもらいたい。救急病院に風邪ひきが救急車で行くようなことを規

制し、若い医者が疲弊しないよう真っ先に考えないといけないと述べた。

梶原副会長は、医師の偏在は、かつて1県1大学医学部をつくり、日本全国に医師を平均的に配置しようとしていた。ところが、例えば島根大学は卒業すると8～9割が臨床研修で県外に出てしまい、偏在は直らない。私見として、四国と中国地方を1つにしてそこから8年間は出られないとかいう形にしないとだめなのではないか。皆さんの意見を聞きたいと述べた。

高久参与は、各県で地域枠はやっている。地元から20～30人として、そのかわり9年間ぐらいは県内にとどまってくれと。トータル数では1,000人を超えていて、今の話を一つの方法として捉えている事実はあると述べた。

梶原副会長は、地域枠にも歪みが出てきて、地域枠でとった学生の学力が不十分で地元で医者として残っても問題だという話を裏では聞く。どう解決するのかと述べた。

高久参与は、確かに指摘の問題も出ている。必ずしも自分の県でなくてもいいが、ただ卒業して残ってくればいいという方策をとっている県もあると述べた。

堺会長は、7対1の話に戻ると、石井常任理事の意見は、個々の病院の努力でなく日本全体が立ち行かなくなるのではないかと話だ。日病として、個々の病院の経営努力に任せるのか、日本全国としてある程度の方向性を出したほうがいいのかだが、どう考えるかと発言を求めた。

小川常任理事は、病棟別というのは全部7対1にするという意味ではなく、機能分化でどうなるか早くはっきりさせ、その上で足りるのか議論すべきだ。高齢者で手間のかかる患者に対し介護士や他職種がどこまで入るか早く考えていかないといけない。また、国民会議で出てきた平均在院日数16日、一般病床が9日の根拠等は病院側からもっと議論されてもいいのに、ほとんど何も出てこない。なぜあんな数字が出てきたのかと述べた。

堺会長は、その数字については以前に相澤副会長が説明したが、データでDPCの流れを見ると、大体それに合ったところで段階的に減ってくる。厚労省がそのデータを本当に把握しているかはわからないが、データとしては辻褄が合うようにも見えるので難しいと述べた。また7対1の問題に戻ると、7対1でどうぞとになってどうやってインセンティブを与えるか。厚労省が診療報酬何かでどんどん規制をかけてくるおそれがあると述べた。

小川常任理事は、当然7対1ということと、今ある看護必要度とかプラス何か加わってくると思う。我々も医療必要度を入れろと言っている。しかし、医療必要度を入れたら、診療報酬を取れなければみんな7対1をやめるだろうと述べた。

末永副会長は、7対1の話は本来的には急性期病床をどう考えていくかという問題からで、国から言われる前に病院団体から意見を出していこうとしてアンケート調査とか始まったはずだ。その中で、7対1病院が将来もそのままいくと回答があった。その答えは既得権を守りたいだけで、将来的な展望までいっていないのではないかと。7対1イコール急性期病床かどうかなのに、全然手術をやっていないが7対1はとっていて、でも変えようという意思是示さない。そこに病院団体自体の問題があるとも感じる。7対1については、人が集まらなくなったらベッドを少なくする形で維持する発想になるが、急性期ありきで進んでいるのがおかしい。最後のところまで引き受けるところがあって医療が完結することを、病院団体傘下の人たちにもわかしてもらわないといけないと述べた。

堺会長は、病院団体がこう決めたからこうしましょうというわけにはいかない。方向性として、とにかく個々の病院の経営努力に任せようとなるのか、現状では日本の医療が立ち行かなくなるという認識を持つのかだと思うが、どう考えるかと重ねて尋ねた。

小川常任理事は、経営努力も地域の中での経営努力で、自分のところがこれでいいと言っても地域医療計画等の中にあるわけだから、もっとデータを国が出してほしいと述べた。

堺会長は、国民会議は8月で終わる。わけがわからない状況で物事が決まって、病院団体は何をやっているのかとなると困る。しかし今回、ヒアリングに出て病院団体は何をやったとい

うと難しい。国が経済主導型で、厚労省が何も言えないまま財務省が進めてしまう危険性がある。厚労省も現場のデータを上げてくれと言っていて早急に出そうと思った矢先に、既得権はぜひ守りたいという回答が出てきた。ジレンマがあると述べた。

堀江支部長（福島県）は、私の病院も7対1、DPCやっている中で、在院日数短縮に向けての取り組みを進めてきているが、状況が果たして今後改善に向かえるのかどうか。地域における連携で在院が長くなる患者の受け皿の体制をどうするかは、特に郡山地区では厳しい。患者全体の増を見ていると、将来、看護必要度20%以上とか在院日数9日といったデータに対応できる取り組みや議論が本当に内部でできるか疑問だ。また、高齢者率が高くなり、60歳を超える患者の救急搬送がどんどん増えている。かつ、誰かが診ている患者なのに検死に送付される数が急増している。その送付先の救急病院の負荷は大きい。開業医間の連携がなく、死亡診断書を書いてもらえない死亡例が増えている実態も非常に深刻だと述べた。

山本顧問は、7対1が基準になっていくかもしれないという話の一方で、そういう基準を決めているところは世界にないという話も出た。スウェーデンでの視察の例で、病棟を管理する看護師が5人ぐらいいるが、あとは病状に応じて配置するので人数は決まっておらず、医療度と看護度を常に考慮してやっているという返事だった。また、アメリカが幾つかの大きな病院で患者の満足度調査をやった。看護師の数が多いほうが満足度が高い結果が出たが、臨床の成績も看護師が多いほうがよかったという論文が出された。要は患者の視点に立ったときにどうなのか。たまたま私は病気で、3交替制をとって7対1をやっている大学病院に2週間ほど入ったが、最初の1週間は毎日、昼間来る看護師で同じ人は一人もいなかった。ぜひ患者の立場も含めて7対1の議論をしてほしいと述べた。

福井支部長（長崎県）は、長崎での話だが、公的病院の給与が民間病院より高いため看護師採用の偏在が起こったり、地域の中の長崎市だけ医師が飛び抜けて多く、その中心から10分ほど離れるともう医療過疎地になるとか、大学病院を除く病院での41歳未満の勤務医が8年で42%から30%へ下がるなど医師偏在も顕著だ。高齢者で維持している。7対1は本当に患者視点で行われたのか疑問で、41歳以下の医師、総合医をどう育成したらいいのか。専門医も第三者機関という話が盛んに出ているが、本当に専門医の実力が向上するのか、地域のために役立つようになるのか、基本的なことを考えていかないと大失敗をするのではないかと述べた。

中島常任理事は、精神科は15対1の看護がベースで、13対1以上になったら平均在院日数の縛りが入ってくる。退院促進をしてもお金がつかなくなる。精神科について特殊性をできるだけ主張しない方針だったが、平均在院日数については疾患特異性を考えていかないといけないと思う。また、看護師プラス、コメディカルを含めて何対1の治療をしていることをきちんと出し、平均在院日数も適切に設定することをやらないと変わらないのではないか。一方で、医師数もきちんと規定しないといけない。7対1の部分では、病棟ごとに必要な看護をきちんと提供することをベースに置きながら考えないといけない。7対1がベースとなって構わないが、必要ないところはもっと減らさないとだめだ。最終的には高齢者が増えるから医療も増える、看護も必要になるという考えは間違っているのではないか。65歳になるときに死に方についてきちんとマイナンバー登録して、トータルな設計の中で医療を考えていってほしいと述べた。

松本支部長（愛知県）は、最近私の近く病院は皆7対1になった。その結果、看護師の定着率がよくなった。休みがとれ、ワーク・ライフ・バランスがうまくいき、研修会や会議に参加でき、チーム医療に関して効果が出た。やっていないところと差がますます拍車をかけている。看護学校が減った地域は看護師が集まらず、最終的にドクターまで減る傾向がある。病院や市が持っている看護学校が減っていき、一方で大学化して採りにくくなっている病院と採りやすくなっている病院の差が出てきた。7対1の問題は、看護師から見ると違う面が出てきて、病院全体の運営にかなり大きく影響している。地域の運営では、看護師の養成とか質の向

上、医療安全等あらゆる面で7対1が必要と結論づけざるを得ない現状だと述べた。

堺会長は、松本支部長の地域はすばらしい地域なのだろう。病院と医師会はうまくいっているのか、急性期病院と慢性期病院の連携はどうかと。

松本支部長（愛知県）は、医師会挙げて運動し市に予算をつけてもらって、准看廃止と同時に地域で1つつくってもらった。そうしないと病院間の取り合いになり、業者が入ってきてどんどんつり上がっていく。地域で看護師を養成し確保することと、看護助手をうまく使うよう発想を変えたほうがいい。日本全国でなく地域だけ勝手にはいけないと思うが、そう考える。私の地域では、いつも医師会と病院間、特に急性期の5病院長は3カ月に1回必ず会って話し、事務長会、看護部長会もやっている。医師会と、同じ市の中の病院と毎月話し合っており、個人的には市長とも話をするようにしている。また、私どもはケアミックスで、市内には慢性期病院がないが、地域の慢性期病院とも在宅医療を含めて話し合う機会を持ち、ネットワークを何重にも持って、顔を合わせてざっくばらんに話をするしかないという考えで動いている。療養型は別だが、ケースミックスをやって全体で7対1をとっている。愛知県の医療圏の中では学校での養成が一番少ないほうだった。准看は廃止だが高看をつくったと述べた。

中村支部長（北海道）は、我々の病院でも7対1で看護師に余裕ができる。また3交代ではなく、2交代にして休みもとれるようにした。看護師の労働条件という意味では7対1はすごくいい。看護学校の問題は、学校をやること自体ではなく、一番の問題は実習病院だ。小児科は何とかなるが、産科の実習が非常に厳しい。それがネックで皆苦労していると述べた。

堺会長は、急性期からポスト・アキュートにうまくいくか、あるいは病院の中でケアミックスみたいな形で患者の流れはどうなのか、うまく回っていないところはないのかと尋ねた。

中村支部長（北海道）は、高齢者で療養型の呼吸器つきの患者がたくさんいるとか、そういうところが変わった。そういう意味では、どんどん出すのはいいが、療養型の病院が重症化しているという問題があると思うと述べた。

堺会長は、地域によって随分違いがある。地域によって急性期病院が多くて、患者がなかなか回らなくて在院日数がどんどん長くなるころはどうしたらいいのか意見を聞いた。

小川常任理事は、そうしないと生き残れない、結果的にはそうだと述べ、堺会長が先ほどのアンケートに答えた大方の病院はそうは考えていないと述べたことに対し、それを考えなさいと日病会が言わなければしょうがない、みんなを救うわけにはいかないと述べた。

安藤常任理事は、業界団体としてどういう考えかということ突きつけられると思う。何年前に、建築業界の長が日本には建築業が多過ぎると明確に言って感銘を受けたことを思い出す。看護師、医師の配置は多いほど良いに決まっている。日本の病院はどの程度が適切かはっきりさせるためには、病院のクライテリアを出すのも一つの手ではないかと思うと述べた。

堺会長は、それに関して一般病院の機能分化で話が出て、厚労省はストラクチャープロセスで締めようとの考えだが、我々は自分の病院はどこに位置するか手を挙げ、それで経過を見ながら取捨選択されるのではないかと言った。もうちょっと強く言うべきだろうかと言った。

安藤常任理事は、中医協の分科会で言ったことだが、既に1億2,000万人の国民の中でこの病気はどのくらい出ているとつかまえているはずだ。帰納法で、そこから医師、病院、看護師がどのくらいの数要るかはわかっているだろう。それを地域でいろいろ事情があるから地域別に出せと厚労省に言ったら、出せるはずだ。それを出したら収束していくと思うと述べた。

梶原副会長は、来年、診療報酬改定だが、今までは薬価を下げて診療報酬を補填するのをずっと繰り返してきたが、今回の自民党政権は薬価を下げての補填は限界だとの判断だ。それで何がやりたいか。7対1看護が現在30何万ベッドになっているが、これを本来の18万ベッドまで戻して、その差の分は10対1しか払わないとやればその財源が浮く。財務省はそれを次の診療報酬改定の財源として狙っているらしい。この秋ぐらいから中医協の中でも、7対1に関

して医療度、看護度、平均在院日数、救急等さまざまな係数を設け、保険局のほうに強制的にここまで削れという話になる。7対1に関して、どこでどうするのかエビデンスを持ってきちっとやっておかないと、財務省がキャップをかけたならそれで終わりだ。真剣にこの年度変わりから考えておかないといけないのではないかと述べた。

堺会長は、確かに健保連は薬価を回すのはまかりならんともう言い出している。そうすると財源はどこから出てくるのか、厳しい状況だ。その中で、2025年に向かって病院団体としてこういう方向に行くべきだと皆さんの総意で言えるかどうかだと述べた。

小川常任理事は、7対1をそのまま維持してくれという意見と、今の7対1の看護必要度だけではだめだとの意見が出ている。片一方で我々が要求し医療必要度とかが出てきたら、7対1を下げざるを得ないと我々が言っているみたいになる。条件としてこれだけは守ってほしい、必要度にしてほしいとある程度匂わせておく必要があるかもしれないと述べた。

堺会長は、確かに看護必要度は見直さなければならぬとして、医療必要度的なことは今検討されており、中医協の中でまた出てくると思うと述べた。

石井常任理事は、今の問題は日病協の実務者会議で一番議論している。医療必要度を我々の側からどう具体的に言っていくか。具体的なやり方としては、急性期に関してデータが一番はっきり出ているのはDPCの病院で、ほとんどそういったことで大体のことは予測はつくということと、DPC以外でも同じような形のデータが出てくる。7対1ぐらいの数は、10対1までが限度であっても皆持って、それでなければやれなかった。現状でも、重症化してきたらICUやHCUの数を増やしていかないと7対1もきついことになる。当時、看護協会が既にもう5対1の問題を言ってきたけれど、それは待ってくれ、ICUとかHCUのそれなりの条件をやっていって看護度についてももう一回見直してくれと言った。その同じ繰り返しに今、看護協会もなって、看護度の内容はあのままでもいいのかという議論も協会内部である。大きな流れとして、必要なところに必要なものという方向でいこうと思う。それが変な方向で区分けできないよう、なるべく早く我々の中の調査と分析をやっていく必要があると述べた。

堺会長は、10対1、7対1、5対1と病院の中でいろいろあるとすると、傾斜配置のまま運用できる病院単位のほうが良いとなるかと尋ねた。

石井常任理事は、その点はまだ議論があって方向が出ていない。両方の意見がある。病棟単位ができるサイズの病院は病棟単位、それができないところは反対だという現状だと述べた。

堺会長は、看護協会からの意見を求めた。

坂本参与（代理：菊池）は、看護協会は前のとき7対1を推したが、効果が出ている事例をたくさん聞いている。ただ、35万床近くとるとは思っていなかったもので、患者の状態に合わせた配置が必要だと考えており、どういう基準を持ってきてそういうふうにするか。いろいろなところで今考えてもらって、その流れで協会は賛成という考え方にしている。病院内の傾斜配置、患者の状態に合わせて配置するのは管理上はもう当然のことだ。全体のマンパワーは、2025年に200万人と推計され、このままだと200万までいかない。年間の数を増やすためには定着、やめないようにすることが大事だ。少子化時代に6万人定員を増やすのは限界で、維持するしかない。定着の環境ができれば、潜在の看護師60万人も戻ってきやすいと思うと述べた。

梶原副会長は、潜在看護師50万人というのは年齢か何かで切って言っている数かと尋ねた。

坂本参与（代理：菊池）は、厚労省では65歳までで推計している。この推計はかなり昔なので、今もう一回推計しているらしいが、増えているのではないかとされていると述べた。

堺会長は、日本病院会としてある程度方向性を出すのが、7対1、病棟単位か病院単位か。日本病院会はこの前、病棟単位ということで決めたが、四病協の中でいろいろ議論がある中でせめぎ合いをやりたい。急性期病院と称する病院をどうするかは、現状でこのままだって厳しい。中医協の中の動きでも、規制が出てくるのではないかと予測を言う必要があるかと思う。

地域偏在に関しては、都道府県、大学に地域枠みたいな講座をつくり、初期臨床研修に対する医師育成に関する日本医師会の考え方の中でも、そういう地域センターを大学を中心につくるとあったが、それが機能していたかは全く報告がない。日本病院会あるいは四病協は、質の高い臨床医を育てるためにメディカルスクールがいろいろという話で、その後2～3年立ち消えになっている。実は個人的にはメディカルスクールは捨てたものではないと考えている。2035年になったら医師は充足してくるかもしれないが、それまで例えば勤務医が今の状況で過酷な労働条件で耐えることができるのか。それがあればどうするか。やはり医師は現状では不足と考えるか。それとも、今つくろうと思って養成しても10年はかかる。10年間、今いる現役に頑張ってもらおうというのかとして、研修担当の岡留常任理事に意見を求めた。

岡留常任理事は、クオリティの問題だろうと思う。アメリカ時代、メディカルスクールを出ている連中はモチベーションが非常に高い。なぜか。医者に対する使命感、自分が医者であるという尊厳があるからだ。そういったドクターを育てていかないと、相も変わらず同じような状態が続くだろう。それと、卒前、初期臨床研修制度、後期研修制度、専門医制度、これが一連のもので継続性がないと、ただ制度だけに終わっていく感じがする。だから、私はいつも会長に早くメディカルスクール構想を立ち上げようと言っていると述べた。

堺会長は、逆に発破をかけられた。ただ、メディカルスクールで一番ネックになっているのは、今、社会人大学の入学制度の評価が厳しい。それから法科大学院の評価が厳しい状況の中でメディカルスクールも同じ議論になると厳しいが、どう思うかと尋ねた。

岡留常任理事は、一番の元凶は日医だと思う。「昔の医専をつくるのか」という全くレベルの違う論点での論議になっていくと述べた。

堺会長は、戦後はメディカルスクール、4年制でなく2年制の医学進学課程があった。社会人大学院の卒業生と比較されるとつらいところがある。堀江支部長は大学にいた経験があり、臨床研修制度でも大学人とは思えない頑張りをしてもらったと思うがとして、意見を求めた。

堀江支部長（福島県）は、4年制の普通の大学を出てから4年間の専門医教育の背景にあるのは、医師としての人間性の未熟さをどう解決するかが一つある。アメリカのメディカルスクールの場合、インドに行って低医療の状況の中で2年間経験してきた人がメディカルスクールにアプライしたら、面接の内容だけで大学は通した。この経験は将来、この人の医師としての活躍の場で貴重ではないかという判断があったという話を読んだ。日本で医学進学課程を2年経験したが、医学部に入る上での条件的な教育としてどうだったのかという思いがする。医学進学課程として4年やるのなら、どこの大学、どの学部でもいいからの4年間の学習では意味がなく、しっかりしたカリキュラムをつくって医学部に入ることだ。今の6年制教育で医学の専門的なものがどんどん下の学年に入り込んできている状態からすると、人間性教育的な部分の強化では意味があるのではないかと述べていると述べた。

堺会長は、それに関してリベラルアーツが重要だと話をしたら、高名な先生が日本にはそんなところはないし無理だという議論だった。私は、それだったらそういう教育機関なり大学をつくってやったほうがいいと言ったが、水かけ論になってしまうとして、他に意見を求めた。

小川常任理事は、今、研修制度で揉めている段階だが、卒前教育と卒後教育をきちっとすれば随分変わってくるはずだ。そこらを言わずに、メディカルスクールをつくると、それがいいか悪いか比較できない。今の研修制度の辺をもっと真剣に考えるべきだ。その中で、先ほどの総合医もどのようにつくるかを考えていける。まだ片づかないうちに次の新しいものをつくっていいのかという気がする。また、過去に阪大などは他の学部を卒業して医学部に来て、今もそういう制度がある。ところが、臨床医には向かないのに、社会人になれないから医学部に来るといった傾向があるように感じたと述べた。

堺会長は、国民会議で横倉会長が医師不足に対して、地域の大学に地域医療再興講座をつく

りそこでやるべきだと言っている。大学の立場として何か考えはあるかと有賀委員長に尋ねた。

有賀委員長は、昭和大も地域枠を設け始めて4年たったが、学力の差がすごくあったりする。地域から何人と言っていると、学力が下の子も入ってくる。また、地域に戻れというルールは紳士協定みたいなところがあって、ドクターをその地域に配置する話はうまくいっていないのではないかと。医師をつくる話は、国公立病院だと相当公がお金を出す。昭和大学も私立大学としては高い順位でもらっている。学生には、半分ぐらいは国の金が入っているんだからそういうつもりで医者をやれと言っている。学校の先生は、ある程度働き場所を公が決める。半分は国の金でつくられていると考えると、医者もそういったことをまじめに考えなければいけないのではないかと意見を述べ、横倉会長は何を言ったのかと尋ねた。

堺会長は、横倉会長は、もともと医師会の中で医師不足に対してどうするかというのがあるが、地域医療何とかセンターみたいなものをつくってと言っていたと述べた。

有賀委員長は、1県1大学の大学を出た人たちはまずはその県に登録せよ、そこからいろいろなことを考えようという話だ。登録したらそこらにい続けることがベースとなっているような気がする。相当程度公の金を使って医者になったからという縛りは、相当程度あってもいいのではないかと述べた。

中島常任理事は、横倉会長は日本医師会の立場について、卒後臨床研修は基本的に1年は変わっていない。そこが問題だ。委員会、部会も、日医が大学側についたら採決すれば大学が勝つ。文科省が半分、厚労省関係が半分という構成になっていて、1人は座長で抜けているから、日医が向こうについたら絶対負ける中で、さや当てをやっている現状だ。前回の改定のとときに、途中まで専門家が議論していたのに急に政治マターになって変な格好で決まってしまう、それを明らかにせよと言っているが出てこない。やはり以前の7科必修の形にきちんと戻し、メディカルスクールをつくるのであればメディカルスクールを出た人は精神科の研修要らないと言っただけでもいいのではないかと述べた。

岡留常任理事は、その政治マターに引っくり返ったときのことは、去年あたりの臨床研修の評価に関するワーキンググループで私も言った。厚労省は全く答えてくれなかった。おかしいと思うが、あの辺になると私たちの領域外だと述べた。

堺会長は、専門医制度の中で質の高い専門医をつくるのは大命題だろうが、厚労省が今回力を入れてきたのは、そこには医師の地域偏在、専門家偏在があると思う。それについての議論は今どのような感じかと高久参与に尋ねた。

高久参与は、以下のように答えた。

- ・厚労省は委員会のお金を財務省から引っ張るとき、これを議論すれば地域偏在、診療科偏在も解決すると言ったらしい。委員が反発して、専門医制度の議論をするので地域偏在のことをここで議論するのはおかしいと言っていた。
- ・ただ、将来、総合医ができた場合、トレーニングは現場でしなければならない。大学病院では無理なので、診療所や小さな病院で総合医の勉強をする。そこで地域で働くことに興味を持ち、そこに定着する医師が増えてくる可能性があると、それぐらいしか言えない。
- ・診療科偏在は、将来的に自由標榜制は無理になってくるのではないかと思う。そのとき、専門医の資格を持っていないと標榜できなくなると、そのトレーニングする場所も数も限られるから、診療科の偏在も少しは解決する方向に行くのではないかと思う。
- ・卒前・卒後の教育の問題は、今、世界的に教育を改革するということがこれからの医学教育について話題になっている。日本では、アメリカでトレーニングを受けるとUCFMGの試験を受けなければならないが、今の臨床実習の時間だと受けられなくなるのもっと増やさなければならない。ただ、臨床実習を増やすと今度は国家試験に落ちてしまうのではないかと。大学によっては、6年間全く臨床実習をやらなくて国家試験の勉強をするところもある。今

の国家試験の内容も問題になっていて、学生の臨床実習と卒後2年間の臨床実習が途中で中断されるみたいになっている問題もある。

- ・卒後の臨床研修2年間、内科と救急と地域医療は必修にして、あとは選択肢として外科等を入れる考えもある。7診療科を回るとなると、全く興味がない者が行っても教えるほうもつまらない。3つ必修にしてあとは選択肢にしたのは必ずしも悪くなかったのではないか。
- ・厚労省はプライマリーケアの医師を育てるためという理由で7種にしたが、専門家の下で7つ回ってもプライマリーケアの医者は育たない。むしろ地域に出ていったほうがよほどプライマリーケアの役に立つ。またどう変わるかわからないが、私たちが7種から3種に変えたときにそういう意見があったのは事実だ。

有賀委員長は、今の7つから3つという話では、最終的な目標についての部分は余りいじられていなかった。卒後臨床研修評価機構の第三者的な評価という観点でいろいろな病院を見ていますと、よい卒後研修をやっているところは結構ルールを変えずにやっているところが多い印象だ。臨床研修医も大学を選ぶ人たちは少し違うのかもしれないが、一般的な地域の市民病院などに出ていく人たちは、3つプラスアルファで回っているところをたくさんの方が希望しているのが実態ではないかと述べた。

高久参与は、私もそうだと思う。自由度を広げただけなので、研修も自分で選べる。そういう意味では、前のままでも構わないと思うと述べた。

有賀委員長は、専門医制評価認定機構の組織の理事もさせられているので、その中の議論を少し紹介する。厚労省の委員会の中での議論を見ると、専門医制について議論をするので医師のディストリビューションとは関係ないだろうという話は、私の所属する救急医学会などでは、結局よいプログラムをつくってよい救急医を育てようという話でプログラムをつくる時、それなりの地域を回るプロセスを経ないといけないうだろう。人の薄い地域も回ることだってある。救急医学会などは、医師のディストリビューションに関連してこの手の話が展開しても余りみんな嫌がらない。専門医を取るほうに関しては、プログラムをつくるなら相当程度あちこち回らないと取れないのではないかと。そうしたことは他の学会でもあるかなと想像するので、実利的に結果的にどうだとなると、それほど違和感のある話ではないと思うと述べた。

堀江支部長（福島県）は、臨床研修の制度については堺会長と一緒にカリキュラムの責任者を担った。あのことで重要なのは、A項目、B項目、C項目で必ず経験することとか、あるいはというランクづけをした。この項目は必ず経験しなければいけないとやっていくと、やはりかつてスタート時点で決められていた研修科目を経験しないとクリアできない。大学を離れて西ノ内病院に行って研修の現場を見たとき、研修のやり方がすごいと思った。ところが、なぜか全国の医学部長・病院長会議で了解したのに、そこから改革案が出たことは驚きだった。研修する科目が減った。研修された内容が本当に正確なのかまでチェックすると、今の減少した研修科目でいいのかと疑問を感じる。キーとなる科目が変更される方向は決まったことなのだろうが、各項目、特に必修項目が研修されているか、その実質的内容について厳密に評価するようにしないと、研修制度をあそこでスタートさせた意味合いも薄れる懸念があると述べた。

上津原監事は、今日、臨床研修研究会あり、今の話で後からのものが「弾力プログラム」、その前のものが「維持プログラム」という名前があるが、研修終了者にアンケートをとったところ、弾力プログラムの時よりも前の維持プログラムの時のほうが研修の修了科目が多かったということが出た。また、弾力プログラムは大学にある程度人をやるためにしたんだということだったが、実際の統計では大学が少なくなっている。すると、これは弊害になっているのではないかと。次の改定の時にはこれを基盤にして提供しようというのが今日の午前中のシンポジウムの内容になっていたと述べた。

高久参与は、研修制度を構築するための議論は非常に内容に濃いものだったと思う。あそこ

でA項目を設定した意味は非常に重要だ。それが研修制度を確立した目的でもあった。そこが薄れてしまっただけでは、批判を受けることにつながりかねない。制度の変わった点についてはちょっと懸念をしていたと述べた。

上津原監事は、このプログラムでシンポジウムに前に厚労省でかかわってきた人がいて、昔の理念を守ろう、一旦そこに戻そうという話が今日のシンポジウムでは大勢だったと述べた。

中島常任理事は、A項目の到達目標についての見直しをしようという話がもう既に出ている。ただ、急激に変えることはできないから、それを十分討議するためのワーキンググループをつくろうと。そのとき、日病から委員が出るかどうかポイントになると思う。そういうものができるのなら必ず日病から出させてくださいとぜひ言っていただきたいと述べた。

以上で閉会となった。