

日 時 平成28年4月23日(土) 13:00~17:00

場 所 日本病院会ホスピタルプラザビル 3階会議室

出席者 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝雄、梶原 優、大道 道大 (各副会長)
中村 博彦、前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、
中 佳一、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

石井 孝宜 (監事)

佐藤 眞杉、村上 信乃 (各顧問)

坂本 すが (代理:菊池 令子)、高久 史磨、松田 朗、楠岡 英雄、富田 博樹
(各参与)

福永 秀敏、有賀 徹、望月 泉、崎原 宏、大道 久 (各委員長)

後藤 敏和、堀江 孝至、三浦 將司、毛利 博、三浦 修、細木 秀美 (各支部長)

永易 卓 (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)

(新入会員)

一之瀬良樹 (長野県・医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院 院長)

大塚秋二郎 (栃木県・一般財団法人巨樹の会 宇都宮リハビリテーション病院 院長)

片山 薫 (千葉県・一般財団法人巨樹の会 千葉みなとりハビリテーション病院 院長)

杉田 之宏 (東京都・一般財団法人巨樹の会 赤羽リハビリテーション病院 院長)

宮田 和信 (長野県・社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 病院長)

小澤 幸弘 (神奈川県・三浦市立病院 総病院長)

齊藤 普 (北海道・社会医療法人アルデバラン 手稲いなづみ病院 理事長)

総勢47名の出席

熊本地震の犠牲者に黙祷を捧げ、堺会長の挨拶及び議事録署名人の選出並びに新入会員紹介の後、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

平成28年3月24日~平成28年4月21日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会6件〕

①都道府県・岩手県立江刺病院 (会員名:川村秀司院長)

②市町村・南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター (会員名:松本昌美院長)

③医療法人・医療法人社団東京医心会 ニューハート・ワタナベ国際病院
(会員名:大竹裕志病院長)

④医療法人・医療法人沖繩徳洲会 武蔵野徳洲会病院 (会員名:鈴木洋通院長)

⑤医療法人・医療法人穂翔会 村田病院 (会員名:村田高穂院長)

⑥医療法人・特定医療法人神戸健康共和会 東神戸病院 (会員名:藤末衛理事長)

〔正会員の退会3件〕

- ①国立病院機構・独立行政法人国立病院機構 甲府病院（会員名：長沼博文院長）
- ②市町村・吉野町国民健康保険吉野病院（会員名：國松幹和院長）
- ③公益法人・公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院（会員名：立花一幸管理者）

〔下記会員より退会届出があったが、役員の慰留により撤回1件〕

- ①兵庫県・医療法人財団神戸海星病院（慰留者：佐々木順子理事）

〔特別会員の退会2件〕

- ①特別会員A・医療法人鉄蕉会 亀田総合病院附属幕張クリニック（代表者：和田亮一院長）
- ②特別会員A・一般社団法人日本健康倶楽部沖縄支部（代表者：瀬底健支部長）

〔賛助会員の入会2件〕

- ①A会員・株式会社リクルートメディカルキャリア（代表者：長尾吉祐代表取締役）
- ②B会員・学校法人大原学園 大原保育医療福祉専門学校熊本校（代表者：三好康弘校長）

〔賛助会員の退会2件〕

- ①A会員・エーディア株式会社（代表者：横尾毅代表取締役社長）
- ②B会員・京都保健衛生専門学校（代表者：武田隆久理事長）

平成28年4月23日現在 正会員 2,454会員

特別会員 190会員

賛助会員 252会員（A会員100、B会員118、C会員4、D会員30）

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼6件）

- ①日本健康科学学会／日本健康科学学会第32回学術大会への後援
- ②厚生労働省／平成28年度「愛の血液助け合い運動」の後援
- ③一般社団法人日本医療福祉設備協会／「第45回日本医療福祉設備学会」への後援
- ④「女性＝健康」プロジェクト事務局／「女性＝健康」プロジェクト第3回シンポジウムの後援
- ⑤公益社団法人日本認知症グループホーム協会／第18回日本認知症グループホーム大会の後援名義使用
- ⑥一般社団法人日本生体医工学会・公益財団法人医療機器センター／平成28年度医療機器安全基礎講習会（第38回ME技術講習会）協賛名義の許可

（継続：委員等委嘱依頼5件）

- ①公益財団法人日本医療機能評価機構／EBM医療情報事業運営委員会委員〔就任者…中川理事〕
- ②公益財団法人医療研修推進財団／理事への就任〔就任者…堺会長〕
- ③公益財団法人日本医業経営コンサルタント協会／理事への推薦〔就任者…梶原副会長〕
- ④公益財団法人日本医業経営コンサルタント協会／資格認定審査会委員の推薦〔就任者…梶原副会長〕
- ⑤厚生労働省医政局／医療機器の流通改善に関する懇談会委員の推薦〔就任者…山口理事〕

（新規：後援依頼2件）

- ①公益社団法人臨床心臓病学教育研究会／「アジア・ハート・ハウス大阪セミナー」に対する後援名義使用
- ②日本子ども虐待防止学会第22回学術集会おおさか大会実行委員会／日本子ども虐待防止学

会第22回学術集会おおさか大会の後援名義使用

(新規：委員等委嘱依頼 5 件)

- ①厚生労働省保険局長／社会保障審議会臨時委員（療養病床の在り方等に関する特別部会委員）への就任〔就任者…松本理事〕
- ②厚生労働省医政局長／医療計画の見直し等に関する検討会構成員の委嘱〔就任者…相澤副会長〕
- ③「女性＝健康」プロジェクト事務局／「女性＝健康」プロジェクトに関する名誉主催者委員への就任〔就任者…堺会長〕
- ④公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会／専門分科会（医業経営指標専門分科会）委員への就任〔就任者…梶原副会長〕
- ⑤総務省／「8K技術の応用による医療のインテリジェント化に関する検討会」への参加〔就任者…堺会長〕

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

今泉副会長より報告を受け、下記 5 施設を認定承認した。

(更新 5 件)

- ①熊本県・医療法人潤心会 熊本セントラル病院
- ②兵庫県・独立行政法人地域医療機能推進機構 神戸中央病院
- ③兵庫県・独立行政法人地域医療機能推進機構 神戸中央病院附属健康管理センター
- ④鹿児島県・鹿児島県厚生農協連 健康管理センター
- ⑤千葉県・独立行政法人地域医療機能推進機構 千葉病院 健康管理センター

4. 日本病院会あり方プロジェクト報告ならびに定款改正について

末永副会長より以下の報告があり、承認した。

- ・日本病院会支部の位置づけ、助成金のあり方、役員会への出席、役員会の運営のあり方等について検討した。
- ・支部の立場を組織的に明確化することは、外部に対して権限を保持する観点からも必要。内部組織化する支部は非会員を含まず正会員のみで構成し、支部長連絡協議会は毎年、原則 4 回の理事会時に開催する。
- ・支部への助成金は会員 1 人当たり 3,000 円（現在）の引き上げを希望する。
- ・委員会の活動計画や活動実績を役員会にきちんと報告し、出席率が 3 割未満の委員は退任となる。委員会の存廃については会長副会長会議で見直す。
- ・常任理事会の開催を年 8 回から 6 回に減らし、理事会の開催を年 4 回から 6 回に増やす。
- ・これらの変更については、常任理事会、理事会での承認を経た後に総会に諮る。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会等の報告があり、了承した。

(1) 第10回病院中堅職員育成研修「経営管理コース」（3月18・19日）

報告は資料一読とした。

(2) 第1回病院経営の質推進委員会（4月7日）

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・懸案であった副院長コースをつくる件について検討した。既存の病院中堅職員研修との差別化を図るためにグループワーク等を入れて、実務的な面も重視するトップマネジメント

の新コースとしてつくりたい。

- ・第1回は本年11月19・20日の2日間の予定で、定員40名で開催する。

(3) 第1回医療の安全確保推進委員会（4月6日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・自民党の医療事故調査制度の見直し等に関するワーキングチームから医師法第21条に対する見解及び事故調査制度の見直しについてのヒアリングを受けた。医療事故調査制度と医師法第21条とは区別して検討すべきである。
- ・医療事故調査制度については、現在まだ200弱の事例収集しかできていないので見直しの議論を始めるには時期尚早ではないかとの意見、この制度は医療界中心の仕組みであり一般国民からの理解が得にくいのではないかとの意見等が出された。
- ・見直しのデッドラインは6月25日なので、それまでに本委員会をさらに一、二回、開催する予定である。

(4) 第9回医療制度委員会（4月6日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想の進捗状況、医療従事者の需給の問題についての報告・提案がなされたが、各論に入るとなかなかすっきりとは進まない状況であった。
- ・現在、厚労省医政局が非常に多くの問題を急いで検討し始めているので、それに対応するために当委員会は1回当たりの開催時間を現状の約2時間から約3時間へと延長する。
- ・療養病床の在り方について、日病としての見解を早くまとめる必要がある。
堺会長より、以下の発言があった。
- ・療養病床の在り方等について医療・介護分野を横断して総合的な検討を行う必要があるので、社会保障審議会に療養病床の在り方等に関する特別部会を新たに設置する。
- ・日本病院会には療養病床等についてきちんと検討する場がないので現在は当委員会でそれを行っているが、新たな委員会を設ける必要がある。

(5) 第1回地域医療委員会（4月11日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・昨年11月に実施した地域医療再生に関するアンケート調査の報告書を取りまとめたので、会長副会長会議に提出する。
- ・報告書には内容的に4つのポイントがある。①医師の地域偏在と格差がますます広がっている。②それに対して何らかの規制的手法をとるべきである。③日本の医療は労働基準法違反を前提にして成り立っており、勤務環境改善もこの5年間ほとんど進んでいない。④地域医療構想と国が進める地方創生との整合性がとれていない部分がある。

(6) 第1回ホスピタルショー委員会（4月19日）

大道委員長より、以下の報告があった。

- ・国際モダンホスピタルショー2016は、7月13から15日の3日間の日程で開催される。初日の公開シンポジウムのテーマは「明日は我が身か 大地震 そのとき病院は」である。
- ・日病コーナーの展示では、今回の公開シンポジウムにおける有賀委員長の基調講演を含むシンポジスト関連のパネルや当会のQI事業、戦略情報システムツールJHAstis、日病電子ジャーナルコンソーシアムについて紹介するパネル展示等を行う。

(7) 第1回図書委員会（4月19日）

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・メインの議題は2017年度日病コンソーシアムであった。日病のスケールメリットを生かして、欧文誌だけではなく和文電子ジャーナルも含めて魅力ある価格で提供するために、各出版社で8月23日の提案の提出に向けて準備を進めている。

- ・6月24日の次期日病学会の2日目に、図書委員会としてワークショップを開くことが決まった。

(8) 第1回医業経営・税制委員会（4月22日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・年度初めなので、今年度の方針について協議した。医療に係る消費税非課税問題を年度内に決着させるという政府方針が出ているので、それに合わせて四病協で要望書を提出する。当委員会では、それを受けて6月までに来年度の要望書案を作成する。
- ・四病協では消費税の課税化が最善であるとしつつも、次善の策として診療報酬上積み方式を既成事実として認め、それを超える分については当該年度内の全額控除方式ないしは還付が受けられる制度の創設を要望する。
- ・当委員会の活動として、医業連携推進法人の全国レベルでの動向調査や医療・検査機器の保守点検に係る費用に関する各病院の実情についての調査を行う。医業経営の視点から今後の医療の方向性を会員施設に早めに伝えることも当委員会の重要な役割である。
- ・当委員会は四病協の医業経営・税制委員会に合わせて毎月開催を予定している。

(9) 診療情報管理士通信教育関連

以下の報告は全て資料一読とした。

①第2回DPCコース小委員会（3月18日）

②第1回専門課程小委員会（4月8日）

③コーディング勉強会

④医療統計学勉強会

⑤基礎課程勉強会

(10) 日本診療情報管理学会関連

①第18回IFHIMA国際大会プログラム委員会（4月18日）

報告は資料一読とした。

(11) WHO 関連

①WHO-FIC JLMMS会議（4月11日～14日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・WHOでICD-11改訂のために3名のコンサルタントが新たに雇用され、10月の改訂会議で発表する成果物の具体的内容を検討することになった。
- ・2018年には10名の専門家で構成されるICD分類統計諮問委員会が組織される予定であり、WHOもICD-11改訂に本気になって取り組んでいる。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第128回診療報酬実務者会議（4月20日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省保険局医療課の企画官から今回のDPC改定に関する概要説明を受けた。
- ・委員からは、改定率0.49%をどのように係数に反映させるのか、重症度係数は外れ値の多い病院ほど出来高が高くつく形になっているので過剰診療したほうが有利になるということはないのか、Ⅱ群、Ⅲ群の別はいつまで続けるのか等の質問が出された。

(2) 第138回代表者会議（4月22日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・年度変わりなので、新たな正副議長を選出してスタートした。
- ・専門医機構に関しては、ガバナンスに問題があるのではないかという意見が多かった。

- ・DPCの重症度係数についてももう少し見える化してほしいなど、さまざまな議論がなされた。

2. 中医協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第331回診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会 (3月30日)

石井監事より、以下の報告があった。

- ・昨年、医療法が改正され、今年4月にその施行規則の省令が交付されたが、プライベートセクターの医療法人病院にとって大きな影響があるものとなっている。
- ・法律として制定された新会計基準によれば、社会医療法人はほぼ全てが法定監査の対象になる。
- ・消費税率引き上げは平成29年4月を予定しており、奇数年度なので診療報酬改定との関連で変則的な対応を求められる。その対応については中医協で本年央までに決定する。医療経済実態調査の実施の要否についても中医協で決定する。
- ・医療機関等の設備投資に関する調査については、次回以降に引き続き詳細な議論を実施する。来年4月に消費税が上がらなかった場合でも、設備投資に係る問題は残るので議論が必要である。

梶原副会長より、以下の発言があった。

- ・これまでは医療団体が一枚岩でなかったが、日医を中心として医療団体が消費税に関する要望を一本化して厚労省に提出することになったので、今後は立法府の側が対応する番になる。消費税に関しては平成29年までに結果を得る方向に進むであろう。
- ・本来は原則課税であり、非課税では国民の理解を得られないので、次善の策として税制による控除なり診療報酬による還付なりで戻してもらおうという計画である。非課税還付にせよ原則課税にせよ、新しい税法をつくる必要がある。出したものを返してもらおうという意味ではゼロ税率と同じであり、どういう言葉であれ実を得られればよい。
- ・医療界に政治力がないことが一番の問題であり、政治力をつけて立法府で国会議員を動かさなければならない。

(2) 第330回総会(4月13日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・「国家戦略特区における保険外併用療養の特例」の対象医療機関として、名古屋市立大学附属病院が選定された。
- ・新医薬品に収載予定のものでは、高脂血症用の注射薬であるレパーサ皮下注が議論の対象となった。多量の需用が見込まれており、このままでは医療保険財政を圧迫するのではないかという危惧から、使用基準の緩和の影響、1筒2万2,000円の価格を認めるべきか否か等について議論した。
- ・DPC制度の対応結果では、診療報酬改定の見直しで-1.03%が包括分に反映され、医療機関別係数の見直しでは基礎係数について少し上がった。機能評価係数Ⅱの分布範囲等では、激変緩和措置を受ける病院が126施設になった。次回の改定では激変緩和措置がとれなくなるので、その対応について今後検討する。
- ・患者申出療養評価会議を開催することになった。
- ・医療経済実態調査については行わないこととし、設備投資に関する調査については分科会における検討結果の報告を待つことになった。
- ・選定療養に導入すべき事例等については、既存の選定療養の類型内における範囲の拡大や内容の明確化をするものということで3点が挙げられている。

- ・療養の給付とは直接関係ないサービスということで、タミフル、リレンザ等の予防投与など、資料に記載のものが選定療養として算定可能になる。

4. 四病協について

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第1回医療保険・診療報酬委員会（4月1日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度診療報酬改定の疑義解釈に基づいて議論した。
- ・大型チェーン薬局は改定による引き締めに対応しており、むしろ打撃を受けているのは小規模薬局ではないかとの意見が出た。
- ・DPC係数について、集計結果がマイナスの医療機関が多いということが議論になったが、基本的には日病協の診療報酬実務者会議における企画官説明で納得した。

(2) 第1回日医・四病協懇談会（4月20日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・特に議論になったのは専門医制度であった。日本医師会は制度のガバナンスに問題があるのではないかとして日医・四病協のまとまった意見を出したいということであったが、日本病院会は少しスタンスが違う。置かれたルールの中で議論するのが筋である。
- ・四病協の他の3団体は、専門医制度の開始は延期して、ガバナンスについて議論したいということであった。

(3) 第1回医業経営・税制委員会（4月21日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療法改正について施行時期や方法などの情報共有をした。農業協同組合法の改正によりJA関連病院の医療法人化あるいは社会医療法人化を是とするという一文があるので注目したい。
 - ・日本医師会の医業・税制委員会が日医会長宛てに出した答申によれば、医療界の要望の一本化が重要である。医療界とは日本医師会、病院団体、日本歯科医師会、日本薬剤師会のことである。
 - ・診療報酬に仕入れ税額相当額として2.89%が上乗せされるが、それを超えるものの扱いについては税額控除方式と現行の診療報酬における還付方式の両論が日医の原案に併記されている。
 - ・我々の要望を実現するには、財務省の抵抗を凌駕する政治力が我々に必要である。
- 梶原副会長より、医療機器のメンテナンス契約交渉をメーカーと有利に進めるために、日病でも各病院のメンテナンス契約の実情についての調査を実施したいとの発言があった。

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

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第1回医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会（3月28日）

報告は資料一読とした。

(2) 第4回医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（3月31日）

報告は資料一読とした。

(3) 第10回日本専門医機構理事会（4月4日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・厚労省から、この制度はプロフェッショナルオートノミーを基本としている、関係者間のコンセンサスをつくることが重要であり医政局が調整の労をとる、3月までに各都道府県

に協議会を設置し、そこで地域間の偏在の有無について検証・調整を行いプログラムを進める等の説明が行われた後に、外科学会、産婦人科学会、整形外科学会の取り組み状況の説明があった。

- ・一部に挙がっている実施延期の声については、延期することは余計に混乱を招くとして、このまま進めるべきという意見が理事会の中では強い。機構と社保審でも状況認識のずれがあるのではないか。
- ・この制度により医師の地域偏在や診療科偏在がより進むのではないかという心配があり、それを解消するための協議会設置なのであろうが、本当に機能し得るのか疑問がある。着地点を見出すためには、もう一工夫が必要であろう。

(4) 第4回医療事故調査制度の見直し等に関するワーキングチーム（自民党）ヒアリング（4月5日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・医師法第21条の問題では、四病協で足並みを揃えること重要である。第21条は事故調と切り離して別々に検討してほしいとの発言があった。
- ・日病としては、医療事故調査制度の透明性、信頼性を確保するためにセンターへの報告と同様に遺族側にも報告すべきと考えていると主張したが、明快な答えは得られなかった。
- ・医療事故調査制度の見直しは6月25日がデッドラインであり、自民党のワーキングチームも非常に作業を急いでいる。

(5) 第45回社会保障審議会医療部会（4月6日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・療養病床の在り方等に関する検討会から社会保障審議会に提出された報告事項はほぼ了承され、それを進めていくために社保審の中に特別部会を設置することになった。そこで審議され、決定されれば厚労省の方針となるであろう。
- ・特別部会では療養病床のあり方だけではなく、それ以外の医療・介護サービスの提供体制についても検討するので、日病としてはどうするのか結論を早く出すべきである。
- ・ガバナンスがなっていないので専門医機構は壊してしまえという意見も出たが、それはプログラムに問題があるのであり、プログラムを県ごとに検証し調整してほしいと厚労省は言っている。
- ・医療法によって法律として位置づける8つの課題を今年末までに審議することになったので、早めに議論して、日本病院会としての考えを社会保障審議会に持っていきたい。

(6) 第2回医療従事者の需給に関する検討会、第5回医師需給分科会 合同開催（4月20日）

報告は資料一読とした。

(7) 第1回医療従事者の需給に関する検討会理学療法士・作業療法士需給分科会（4月22日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・両療法士会の副会長から、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）の需給を取り巻く情報について説明を受けた。PTは年間約1万人、OTは年間約5,000人の国家資格の合格者が出ている。この人数で将来余るのか不足するのか、まずそこを見定めたい。
- ・ある論文にPT・OTはまだ不足しており充足するに十数年かかるというデータが出ているが、一方で病院から在宅へと療法士をシフトせざるを得ないという声も聞いており、そのバランスをどうとるべきか苦慮している。その件で会員病院にアンケートをとりたいので、協力を願う。
- ・今年中にこの分科会で結論を出すことになっているので、7月までに日病としての意見を

まとめたい。

中村常任理事より、以下の発言があった。

- ・北海道は半数近くの町村にPT・OTが一人もいないという状況にあるので、出張で出かけるようなシステムをつくりつつある。
- ・PT・OTの全体の数が増えたから地方に行くかということ、そうではなく、やはり行かないと思われる。

大道副会長より、理学療法士会から出ている人口10万人当たりの都道府県別就業者数によれば全国で一番少ないのは東京と神奈川であり、一番多いのは高知県である。北海道は高知県に比べると約半分であるが東京、神奈川の6割増し程度である。面積の広さや地域差はもちろん考慮すべきであるとの発言があった。

6. 一般社団法人日本静脈経腸栄養学会「学会の認める全国学会・地方会・研究会認定」について

末永副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・JSPEN（日本静脈経腸栄養学会）の全面的なバックアップにより栄養管理セミナーを開いている。
- ・このセミナーを受講するとドクターは栄養管理のNST資格が得られるが、コメディカルには何の加点もないので、静脈経腸栄養学会に点数化を要望し、全国学会並みの2単位が付与されることになった。

7. 第1回認知症ケア講習会開催のご案内（案）について

末永副会長より以下の説明があり、承認した。

- ・診療報酬改定で認知症ケア加算が新設されたので、その施設基準のための講習会を日病で開くことになった。
- ・この講習会は認知症ケア加算2の施設基準を満たしており、受講者には厚労省から修了証が発行される。まず名古屋で6月、次いで東京で7月、さらに名古屋で9月と、当面3回の講習会を予定している。
- ・参加費用は会員病院が1万5,000円、非会員は2万円で、2日間のコースである。

8. 第66回日本病院学会について

望月委員長より以下の説明があり、承認した。

- ・今回の学会は「医療人のあるべき姿 BUSHIDO（智・仁・勇）をもって」というテーマで開催する。
- ・内容は、今回のテーマに添った講演、鼎談、特別企画、9つのシンポジウム、5つのワークショップ等、盛りだくさんである。
- ・会場はメインの第1会場を含めて全15会場を用意、一般演題は846題を準備しており、招待講演の演者としては東日本大震災の被害を受けた陸前高田市の戸羽太市長及び柳田邦男氏を予定している。学会の前日には理事会も開催する。

〔協議事項〕

1. 医療従事者の需給について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・医学部定員は昭和48年の無医大県解消構想によって8,280人に増やされたが、昭和58年には人口10万につき150人の医師数がほぼ達成されたということで定員が削減され、平成15年以

降の数年間は7,625人の恒久定員が維持された。平成18年になると高齢化の進展、大都市圏への人口集中等が問題となり、医師の需給に関する検討会での検討を経て新医師確保総合対策が実施され、さらに新成長戦略の中で地域偏在を考慮して臨時定員が増やされ、合計すると現在9,262名になっている。

- ・医学部長・病院長会議等は既に必要な定員は充足されていると主張しているが、四病協などの病院団体では医師不足を体感している。
- ・地域医療構想の中で機能分化して適正な需給バランスをとるという流れの中でも急性期病院は減りそうになく、この構想が2025年までに実現できるかどうか予断を許さない。
- ・地域に医師が来ないと委員会で発言している塩谷常任理事から議論の口火を切ってほしい。塩谷常任理事は、以下のように述べた。
- ・5年前に比べて医師は全国で55%の病院で増えているが、田舎では28%しか増えておらず、43%で減少している。常に都会と田舎では30%以上の開きがある。3年前の数値よりこの差は開いており、格差は広がっている。
- ・日本全体では医療施設に従事する者が3,000から3,200人増えているが、医師が不足していると答えた病院が今回は10%増の80%で、その不足感は強くなっている。
- ・勤務医不足や地域偏在を解消するために総合診療医をつくることには83%が賛成している。
- ・地域枠には73%が賛成である。トータルで人数を減らしても地域枠の1,500人は確保しなければならないが、その運用ルールは各地でばらばらであり、全国統一を図るべきである。
- ・医師の計画配置には70%が賛成している。憲法第22条の職業選択の自由を楯に反対する声があるが同条には「公共の福祉に反しない限り」という前提がある。第25条の生存権もあわせて議論していくべきである。
- ・さまざまな医師確保対策や地域偏在の解消策が実施されてきたにもかかわらず格差が拡大しているのは、医師のプロフェッショナルオートノミーが機能してこなかった証左である。
- ・60%の病院で医師は夜勤明けに通常どおりの勤務をしており、20%以上の者が週80時間以上働いている。勤務環境は3年前から全く改善されていない。日本の病院医療は労働基準法違反を前提にして成り立っている。その根底にはさまざまな制度の壁がある。
- ・規制的手法の導入の要請など、病院団体が政治的な力を持って発言していくことも非常に大切である。

堺会長は、マクロでは医師は充足しているのかもしれないが、勤務環境等を考えると足りないし、地域偏在があるので地域の中小病院にとっては厳しいということであるかと尋ねた。

塩谷常任理事は、そうである。地域枠の活用が救いになるかもしれないと答えた。

堺会長は、厚労省が示している臨時定員増の期間は延長するべきであるということかと尋ねた。

塩谷常任理事は、そうであると答えた。

中井常任理事は、臨床研修の制度によって各地方の医局が壊れたので地域の医師が減ったので、それを何とかしようとして医師を増やしても実効性がない。教育制度の問題が根源にある。卒業した大学の近くにいないと研修できないようにするのがよいと述べた。

堺会長は、それは医局の復活ということかと尋ねた。

中井常任理事は、医局制度が復活するのはよくないが、研修枠を地方で縛ることは可能である。みんな自由にしたら地方に行くわけがないと答えた。

堺会長は、確かにそうであると述べた。

中井常任理事は、それでも誇りを持って医師の仕事をやりたいという者はたくさんいるので、彼らが地方で教育できるシステムをつくれればよいと述べた。

堺会長は、賛成であるが、それなら専門医にならないという者が出てくるのが問題である

と述べた。

中井常任理事は、初期研修からそれをやればよいと述べた。

堺会長は、東京の初期研修には定員があると述べた。

中井常任理事は、地方では縛ってはいないが東京の定員はアンバランスに多いと述べた。

堺会長は、例えば岩手の初期研修医は増えているが大都市では減っていると述べた。

中井常任理事は、それは二、三年前からであると述べた。

堺会長は、専門医制度でも定員は設けるべきであるということかと尋ねた。

中井常任理事は、定員は各地方で設けるとよいと答えた。

堺会長は、意見が一致したと述べた。

宮崎常任理事は、以下のように述べた。

- ・何らかの強制力によって規制しないと無理である。幾ら医師を増やしても、強制力を伴わない限りどんどん都会に吸収されるので、給与だけの誘導ではうまくいかない。
- ・最初のうちは大学の教育という研修医の枠、卒業した者についても何らかの定員制にして、ある程度の強制力を持たせるべきである。

村上顧問は、以下のように述べた。

- ・専門医の地域枠については専門医制度のプログラムに取り入れたところもあるが、それは大学中心になっていて、医局講座制を復活させようとするプログラムを組んでおり、下手に地域枠のことを言うとそれに利用されかねない。
- ・問題はそのプログラムが各科ばらばらで統一がとれていないことにあるので、大学中心ではなく機構が中心になって地域枠がうまく機能するように新たな方針を持って作り直してほしい。

堺会長は、トータルの数という意味で地域偏在が問題であるということかと尋ねた。

宮崎常任理事は、そうである。科の枠については、大変な科には給与を少し多くするなど経済的なことで誘導できると答えた。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・需給バランスについては、病院の勤務医のことだけでなく開業医に流れる部分のことも考えなければ、いつまでたっても病院は単なる通過点であり、充足されない。
- ・医師が本当にいない地域もあればクリニックや病院が乱立している地域もあるという別の意味での偏在についても考慮する必要がある。

堺会長は、最近のデータでは病院勤務医と開業医の増加数は大体平行しており、病院の勤務医が減って開業医は増えているということではない。それは厚労省からデータを出してもらおうと述べた。

楠岡参与は、開業医が高齢化して廃業するところも一定あるので、結果的に卒業生が増えてそうになっているのではないかと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・医師が増えていくのはよいし、何らかの規制を入れなければならないという考え方もよいが、失業問題をしっかりと考えておかなければならない。
- ・医師数を増やすに当たっては、労働基準法や診療報酬など、さまざまな条件がある。それらから生じる病院への負荷をきちんと考えた上で数は決めていかなければならない。

望月委員長は、以下のように述べた。

- ・岩手県では地域枠の学生が配置につき始めたが、彼らは地域枠で奨学金を受けており、それを義務年限で返さなければならないので地域に率先して行っている。
- ・今回の専門医制度ではプログラムが偏在しているので、地域枠で入った者が専門医をとりにくい状況になっており、専攻医が大学に集中するようになってきている。

- ・岩手県では県立病院が基幹病院なので、そういうところに所属しつつ、地域に行きながら専門医がとれるようなプログラムにすべきである。
- ・卒業した大学の近くで研修することになると、今度は大学入試で有名校に集中して、大学の偏在が強くなるのではないか。岩手県では六、七割が他県から来る学生である。
- ・地域というものを意識した専門医制度のプログラムをつくってもらわないと、せっかく研修医から育ててきた者が専門医制度でまた壊されてしまう。

土井常任理事は、以下のように述べた。

- ・日本の医療の約70%は中小病院で行っているが、そこでの医師不足は深刻であり、常勤医師が非常に少なく、多くは大学などから医師を派遣してもらっている状況である。
- ・中小病院は医師が少ないだけでなく、経費的にも非常に困難な状況にあり、初期研修などに若い医師が来るという状況にはない。
- ・中小病院は自助努力によって包括ケア病棟、他のケア病棟、高齢者専用賃貸住宅などにも取り組みつつ全体的な経営をしていかなければならない。全部の中小病院を救うのは難しい。
- ・医局制度のもとでどんどんドクターが来ているときには中小病院も回っていたが、最近では非常に苦労している。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・東名厚木病院では、公募である程度医師が確保されるようになってきたが、病院が要望する医師とのマッチングは非常に難しい。
- ・ICT化の時代には、勝つところはどんどん勝つし負けるところはどんどん負ける、中途半端なところは負けていく。この流れは医療界でも避けられない。
- ・各県から2名の学生を集めた自治医大が肯定的に全国で評価され、その影響で地域の医療がボトムアップされたことは事実であり、そういう形で全国的なレベルで各自治体が連携して地域枠を大きく育てることが大切である。
- ・医師不足とは開業医の不足なのか、病院の不足なのか、急性期病院の医師不足なのか、一般病院の医師不足なのか、何を基準に不足と言っているのかを具体的に指摘するのは日本病院会の役割であり、それに基づいてきちんと議論する必要がある。

堺会長は、そのようなデータは出ているはずであると述べた。

万代常任理事は、以下のように述べた。

- ・医師不足と言いながら、東京の病院は地方都市の病院ほど苦労していないことは間違いない。
- ・地方で医師が足りないとよく聞くが、医師の計画配置だけで問題が解消するのか疑問である。地方では人口が減って患者の発生率も減るので、人口の流出入についても計画配置をしないと医師にとっては魅力がない。
- ・地方都市については一定程度の集約が必要であり、一定の人口を確保した上で、その人口に対してどの程度の医師が必要かを考えるべきである。
- ・東京も2040年から人口は減ってくるので、医師の増加についてはよく考えないと危ない。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・実際の医師の動きについての基本になるデータがないと、マクロで分析してもなかなかわからない。
- ・医師に関しては厚労省に医籍登録番号という個人IDがあり、2年ごとに把握できるので、それを利用した分析を考えてほしい。

堺会長は、それは早速行いたいと答えた後に、地域枠の影響で自治医大に来る学生が減ったり偏差値が低くなったという事実はあるのかと高久参与に尋ねた。

高久参与は、地域枠と自治医大の両方に合格した者の中で、自治医大のほうが条件が厳しいので自治医大を辞退して地域枠に行く学生が増えたと聞いていると答えた。

堺会長は、他の数値を変えないで地域枠の臨時定員増は可能か、恒久定員増に地域枠を少し含めることは可能であるかと尋ねた。

塩谷常任理事 恒久定員増の部分に地域枠をしっかりと入れてほしいと答えた。

細木支部長は、以下のように述べた。

- ・僻地に半年も派遣されていると大抵は飽きるし、勉強もできない。そこにずっといることはとても難しい。
- ・県の医療センターなどに医師をプールしておき、そこから1年交代等で派遣すれば、戻ってからまた勉強ができる。子供の教育など、生活環境のことも考えてやる必要がある。

堺会長は、日赤の状況について富田参与に尋ねた。

富田参与は、日赤も同じく地方の中小病院では医師が足りなくて大変困っている。しかし、これからどの地域でも病院に必要な定員は減り医療需要も大幅に減るはずであり、医療需要をコントロールすれば医師の数が決まってくると答えた。

藤原常任理事は、以下のように述べた。

- ・問題は医師の地域偏在と地域医療の崩壊であり、それが延々と続いている。
- ・地域偏在には都市集中型の社会の存在が影響しており、そのような時代変化が背景にある。
- ・総合医や専門医の育成に地域医療は欠かせない。その問題をしっかりと見据えつつ医師を育てていく中で、大学が果たすべき役割は極めて大きい。
- ・医師を増やせば医療費がかさむという議論が行政から出ている風潮は情けない。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・アンケート調査によれば医師の確保の約90%は大学医局からの派遣に頼っているが、大学が考える地域医療と病院がこうありたいと考える地域医療は異なる。重要なのは地域医療支援センターの果たす役割である。
- ・適正な地域医療を考えた医師の派遣ができるのは県が設置している地域医療支援センターであり、それが合理的に機能するような制度をつくるのが大切である。

相澤副会長は、以下のように述べた。

- ・急性期医療はダウンサイジングの時代に入っているので、このまま医師をつくり続ければ医師が余ってくるであろう。
- ・問題は地域偏在をどうしていくかであるが、患者はフリーアクセスでどこにでも行けるので、それに合わせた医療提供体制をつくることを考える必要があり、医師の需要問題だけを議論してもしょうがない。
- ・長野県では地域医療支援センターは全く機能しておらず、公立病院と公的病院には地域枠の医師を出しているが医療法人には一人も出していない。社会や人口構造の変化に即して医療提供体制を変えなければならないという地域の医療事情がわかっていないからである。
- ・今回の医師の需要推計数はそれなりに妥当性があり、社会変化にも対応したものである。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・ここ四、五年で1診療所当たりの外来患者数は約25%減少、診療報酬も下がって開業医の収入が勤務医とさほど変わらなくなったので、開業ブームは去りつつある。
- ・以前には1万200あった病院数が7,200程度にまで減るので、2025年から新しい社会保障制度に変わるころには医師は予測を超えて大幅に余るであろう。
- ・地域枠に関しては、日病がリードして1,500名の全国統一基準をつくる必要がある。

堺会長は、ここで出た意見を参考にしながら日病としての考えをまとめたいと述べた。

2. 災害対策について

梶原副会長より、以下の説明があった。

- ・熊本地震への対応等のために、第22回被災者健康支援連絡協議会が招集された。
- ・日病では直ちに熊本地震災害対策本部を設置して、全国ネットワークを組む形で支援に当たっている。
- ・阪神・淡路大震災のときには村山政権、東日本大震災のときには菅政権で、政治が安定していないときにそれが発生したが、安倍政権は反応が早く、官僚もよく動いて対応している。
- ・物品に関してはそれを分配するところが混乱しているだけで、集まりは非常によい。
- ・東日本大震災のときに全日病の中小病院には全く支援がなかったので、独自に全日病でAMATをつくり各会員病院間で足りないものを送ったりしているが、今回はこのAMATを支援に派遣している。
- ・全日病の会員40病院ぐらいが相当被害を受けており、日病も済生会病院などが被害を受けているが、医療機能は割としっかりしている。
- ・当会会員に対する義援金等については、落ち着いてから調査して検討したい。
富田参与は、以下のように述べた。
- ・高機能病院の熊本市民病院が崩壊の危機にあり、機能停止しているので大きな混乱のもとになっている。
- ・病院の職員たちも半分ぐらいが被災者になっており、避難中の車や避難所から通っていながら勤務しているので、外部から精神面を含めたサポートを行うことが必要である。
梶原副会長は、熊本の済生会も日赤も医療スタッフは疲労困憊しており、そういうところへの支援を全国で考えなければならないと述べた。
岡留副会長は、以下のように述べた。
- ・熊本地区の地域医療構想は他地域の10年先を行っており、各機能がきちんと定められていたがゆえに、それが寸断されると完全に機能しなくなった。
- ・現在の状況では物資の支援は十分になっているが、人的な支援が不足しており、事務方を含めた応援体制の構築が必要ではないか。
堺会長は、以下のように述べた。
- ・3.11のときに情報がなかなか入らなかったこともあり、情報網をつくろうと考えたが、それができていなかった。
- ・今回も基幹病院や大規模病院からは比較的情報が入ってきたが、中小病院からは全然入ってこなかった。
- ・今回の状況を踏まえて日本病院会として情報が自然に蓄積されるような方法を考えていきたいが、そのためには司令塔が必要であり、各団体間の連携、指揮命令の系統を確立したい。
土井常任理事は、熊本には病院協会はないのかと尋ねた。
梶原副会長は、県の病院協会はあると答えた。
土井常任理事は、そこと連携をとるのがよいと述べた。
岡留副会長は、岡山県病院協会の組織構成率は95%であるが、熊本では50%に満たないので、全日病系統の施設病院協会とバッティングするという背景があると述べた。
望月委員長は、3.11のときに岩手県では全ての県立病院に横のネットワークがあったので患者はスムーズに移動できたが熊本の状況はどうであるのかと尋ねた。
梶原副会長は、熊本市民病院や震源地にあった病院からの患者の退居や転院は非常にうまくいったと答えた。
望月委員長は、3.11のときに岩手県では災害医療コーディネーターがいなかったが、その後、各地で災害医療コーディネーターを養成して医師会とやりとりしながら指示を出せる形をとっていると述べた。
梶原副会長は、熊本県にも今は災害医療コーディネーターが存在しており、全県的にきちんと

と配置していると述べた。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・熊本市市民病院の移動は、日赤、済生会、国立熊本医療センターのそれぞれにDMATが入り、DMAT担当者同士で連絡をとり合っている。
- ・政令指定都市である熊本市と県とが全然連携がとれておらず、県の指令と市の指令が別々なので混乱する状況が生じている。

今泉副会長は、最初の地震で益城町の2つの精神科専門病院が、その後の本震でさらに県内6病院の精神科が使えなくなり、福岡県と宮崎県の病院に移送したと聞いたと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・精神科は大体いつも忘れられる。身体科のほうはまずDMATが入って二、三日でJMATにつながるルートができているが、精神科のほうにはそれがなく、いろいろな団体がボランティア的に入っていくので混乱した。
- ・DPATの東京本部から直ちに派遣を行ったが、まだDPATのシステムづくりをしている途中だったのでいろいろな齟齬が起きている。東京本部の事務局員が現地入りしてから齟齬が解消されてきた。

前原常任理事は、以下のように述べた。

- ・福島県病院協会の組織率は95%であるが、そこで作ったメーリングリストが非常に役立ち、3.11の震災直後から全ての会員病院に連絡ができた。
- ・福島のときと異なり、今回のように大きな地震が繰り返し発生すると避難生活の長期化が懸念される。
- ・病院職員も疲弊しているので、DMATだけではなく亜急性期の援助が非常に大事になる。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・DPATのシステムをつくっていく過程でこういう震災が何度も起こり、そのたびにどんどん対応が早くなり、北から南まですぐに動けるようになってきた。
- ・災害は毎回違う。今回は余震が激しいので、今までの震災よりも頻回にチームを変えていかないとうまくいかないことがわかった。

望月委員長は、以下のように述べた。

- ・3.11のときには、DMATは繰り返し来る形での避難所支援が必要だということがかなり認識された。今回も、迅速に熊本県知事から各県の知事宛に支援の要請が出された。今回は九州だけではなく、35県から支援が入っている。
- ・DMATにとどまらず、次の亜急性期の医療支援チームの必要性についての認識が定着してきている。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・九州のみならず全国各地からの支援に感謝する。
- ・本日出された意見を参考にして、必ずどこかで起こるであろう3度目の大災害に備えて日病として準備していきたい。

3. その他

その他の事項での発言はなかった。

以上で閉会となった。