

日 時 平成29年1月13日（金） 13：00～16：00

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）

末永 裕之、相澤 孝夫、岡留健一郎、梶原 優、宮崎 瑞穂、大道 道大（各副会長）

中村 博彦、藤原 秀臣、万代 恭嗣、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、中 佳一、

武田 隆久、生野 弘道、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英

（各常任理事）

柏戸 正英、石井 孝宜（各監事）

山本 修三（名誉会長）

佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭（各顧問）

木平 健治、邊見 公雄、今泉暢登志、篠原 幸人、松田 朗、齊藤 壽一、富田 博樹

（各参与）

望月 泉、後藤 敏和、原澤 茂、三浦 將司、毛利 博、松本 隆利、細木 秀美、

福井 洋（各支部長）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

総勢43名の出席

堺会長の開会挨拶に続いて議事録署名人を選出し、大道副会長の司会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12月18日～平成29年1月12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3件〕

①市町村・世羅中央病院企業団 公立世羅中央病院（会員名：多幾山渉企業長）

②その他法人・社会医療法人美杉会 みのやま病院（会員名：佐藤眞杉理事長）

③医療法人・医療法人社団あんしん会 あんしん病院（会員名：岩崎安伸会長）

〔正会員の退会1件〕

①医療法人・医療法人社団和光会 にじのまち病院（会員名：渡辺嘉久理事長）

平成29年1月13日現在 正会員 2,465会員

特別会員 185会員

賛助会員 259会員（A会員108、B会員117、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4件）

①第51回日本作業療法学会学会長（一般財団法人日本作業療法士協会）／第51回日本作業療法学会の後援

②公益社団法人日本生体医工学会／『第23回第1種ME技術実力検定試験』講習会の協賛

③公益財団法人医療機器センター／「平成28年度在宅人工呼吸器に関する講習会」の協賛名義使用

④公益社団法人日本理学療法士協会／第52回日本理学療法学会への後援

(継続：委員等委嘱依頼2件)

①公益社団法人日本医師会／「医事法関係検討委員会」委員の推薦〔就任者…大井顧問(再任)〕

②消防庁予防課／予防行政のあり方に関する検討会委員の委嘱〔就任者…有賀委員長(再任)〕

(新規：後援依頼1件)

①一般社団法人日本臨床衛生検査技師会／「臨床検査技師のための認知症対応力向上講習会」の後援

(新規：委員等委嘱依頼1件)

①相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長：海老澤元宏先生(厚生労働省健康局)／アレルギー疾患医療提供体制の研究班における研究協力者の推薦〔就任者…秋田赤十字病院副院長：黒川博一先生〕

〔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14回支部長連絡協議会(12月17日)

望月支部長より、以下の報告があった。

- ・本年4月から施行する新定款では支部設置の条文が追加されるため経理処理についても指定フォームにより日病に報告することになる点について確認し、議論した。
- ・現行の支部会則と新しい支部設置規則との整合性等について疑問が出たので、事務局で集約して確認することとした。
- ・常任理事会へのWeb参加、医師事務作業補助者コース等について議論した。

(2) 第8回医業経営・税制委員会(12月19日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・税制改正大綱が公表された。医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置は、さらに3年延長されることとなった。また、認定医療法人については、持分なし医療法人に移行する際にみなし課税をしないこととなった。厚労省では1月から説明会を全国で開催する。
- ・当委員会で行っている医療機器・医療情報システムの保守契約、費用等に関する実態調査は3月に報告書の上程を目指している。この分野に毎年1兆6,000億～2兆円をかけていることがわかった。

大道副会長は、IT関連の拠出に関して支出の全額負担が医療機関側に義務化されると大変であるので、実態調査を早くまとめてプレス発表なりで有効利用したいと述べた。

(3) 医師事務作業補助者コース研修会(12月17・18日)

武田常任理事より、第15期の研修生は463名であったとの報告があった。

(4) 第2回医師事務作業補助者コース小委員会(12月17日)

報告は資料一読とした。

(5) 第4回診療情報管理士教育委員会(1月12日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度後期科目試験の合否判定を主に行った。
- ・医師事務作業補助者コースを日病の支部で本格的に開催するに当たり、研修会場近隣から講師を手当する際の質の担保等について議論した。

(6) 第3回QI委員会 (12月20日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・当委員会ではQIの説明会や意見交換会、各施設へのフィードバック、QIに関するシンポジウム等を行っている。
- ・QIに参加しているところでは、施設の全体的な評価としてインディケータについてかなり改善が見られている。
- ・療養病床では、糖尿病で厳しくコントロールし過ぎると問題の出る患者もいるので再検討したほうがよいという意見が出た。
- ・日病ニュースにおいて当委員会メンバーの連載企画によってアウトカム評価等も含めた情報発信をしていく。
- ・滲出性中耳炎に対して抗生物質が効果があるというエビデンスはないので、なるべく抗生物質を出さないようにするという動きがあることにも見られるように、チュージング・ワイズリーという考え方が出てきていることを承知しておくとうい。

(7) 第2回臨床研修委員会 (12月21日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・従来、ワークショップでは週間スケジュール表等の作成に模造紙を用いていたが、パソコンとプロジェクターを使う発表方式に変更し、その円滑化と効率化を図った。
- ・ワークショップのスケジュールがタイト過ぎるので2泊3日にしてはどうかという意見も出たが、利用のしやすさから1泊2日のままにすることとなった。

大道副会長は、新専門医制度に関連して今後、臨床研修指導医講習会に何か変化は出てくるのかと尋ねた。

末永副会長は、総合診療専門医に関しての議論がまだ不透明なところがあるので、それをすぐ取り入れることにはなっていないが、やはり総合診療専門医としてのマインドを持った若い医師を育ててほしいと答えた。

(8) 日本診療情報管理学会関連

末永副会長より、以下の報告があった。

①第3回生涯教育委員会 (12月9日)

報告は資料一読とした。

②第9回業務指針・記載指針改定小委員会 (12月19日)

- ・今年度中に診療記録記載指針改定案を作成して倫理委員会に諮りたい。
- ・保健医療分野におけるICT活用推進懇談会の提言、診療録記載指針を中心とした改定作業の経過・進捗等について確認した。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第136回診療報酬実務者会議 (12月21日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・原澤委員長の退任に伴い、後任として4月から池端委員長（日慢協）が就任することに決まった。
- ・実務者会議の委員長にも代表者会議の議長のように任期を設けてはどうかとの意見が出ている。
- ・重症度、医療・看護必要度の院内指導者研修では、脊椎の場合、骨の手術は脊椎固定しかC項目評価の対象にならないと説明されており、経皮的錐体形成術や一連の再手術は対象外であると説明されているが、厚労省からは疑義解釈がきちんと示されていないので、そ

の確認を求めた。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第36回費用対効果評価専門部会（12月21日）

- ・非公開での開催であったので、開催されたという事実を述べるにとどめる。

(2) 第123回薬価専門部会（12月21日）

- ・薬価制度の抜本改革に向けた基本方針が4大臣によって決定されたことを受けて、この部会を開催した。
- ・基本方針として、1、薬価は年4回の改定すること、2、薬価調査は毎年行うこと、3、革新的新薬創出のための新薬創出加算をゼロベースで抜本的に見直すことが決まったことを受けて、当部会で抜本改革に関する仕組みづくりを行うことになった。
- ・同時に、「改革とあわせた今後の取組み」という5つの取組みについての議論を行う。
- ・今回の基本方針に出ている文言とこれまでに薬価専門部会において議論されてきた内容を対照表にまとめて示したので、参照を願う。

(3) 第342回総会（12月21日）

- ・熊本地震における対象病院の被災状況に鑑み、平成29年度DPC機能評価Ⅱの改定に係る取扱いについて東日本大震災時の対応と同様に扱うことが承認された。
- ・平成30年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方に関して、今回は全般的な方針が示された。
- ・中医協における今後の検討の進め方としてスケジュールが示された。次回は同時改定であるので介護の意見を聞く場も設けて中医協で具体的な議論を進める。中医協総会において各審議内容を3回ほど議論し、来年1月から答申作成を行う。
- ・保険者からの疑義解釈で明らかに不正請求と思われるものについてなぜ監査しないのかという議論が1号側委員から出ていた。

(4) 第124回薬価専門部会（1月11日）

- ・薬価制度の抜本改革の検討スケジュール（案）が示された。4大臣合意に基づいて、そこに書かれた内容を平成29年中にまとめることとなる。
- ・薬価制度の抜本改革について（その1）として、効能追加等に伴う市場拡大への対応について議論した。
- ・今後の検討課題について、1. 対象医薬品の範囲をどうするか、2. 薬価引下げの方法をどうするか、3. 販売数量をどう把握するか、4. 制度の導入時期をいつにするかを議論した。
- ・対象範囲については、これまでも市場拡大・再算定の特例があるので、それが参考になる。引き下げ方法についても同様である。販売数量の把握に関しては、NDBを用いてはどうかとの提案がなされた。導入時期は、4月ないしその先である。

(5) 第45回調査実施小委員会（1月11日）

- ・第21回医療経済実体調査について議論を行い、現場に負担がかからないように、できるだけ簡素化する方向で前回の調査内容を見直した。
- ・実調と同時に毎回実施している保険者調査は、今回もほぼ同様の形で実施する。

(6) 第343回総会（1月11日）

- ・オブジーボの緊急薬価改定に係るDPCでの対応について、オブジーボに関する診断群分類は悪性黒色腫に対する低用量の使用のみが包括対象となっているが、2月1日よりこれも包括外とする方針を決定した。

- ・次回改定に向けての議論のスタートということで、今回は在宅医療（その1）として、1. 現状、2. 提供体制と患者の状況、3. 診療報酬上の評価について議論した。
- ・退院の許可が出た場合に患者が自宅療養できないと回答した人が24%いるので、これに対してどう対応するかが今後の課題になる。
- ・訪問診療対象患者の疾患・医療行為に関しては、重症だけを診ればよいというものではないので、健康相談や服薬管理等に対しても一定程度の評価をすべきである。
- ・在宅医療の課題（案）として、在宅医療の質・量だけでなく効率性をも確保しつつ、多様化する患者のニーズに応えることができる新たなサービス提供のあり方や評価のあり方についていかに考えるべきかとの問題提起があった。
- ・元気な高齢者が増えているので、それに対しても将来にわたって弾力的に対応できる制度設計が必要であり、短期的な制度設計で急速な展開をするのはよくない。
大道副会長は、在宅はこれからも診療所で診ていけばよいという方向性なのかと尋ねた。
万代常任理事は、必ずしもそうではないが、現状としては特にどうするという方向性は出ていないと答えた。

4. 四病協について

中井常任理事より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第10回医療保険・診療報酬委員会（1月6日）

- ・次期診療報酬改定に向けての内保連の考え方ということで、特定内科診療における経緯についての報告がなされた。内保連では、平成30年度の取組としてインフォームド・コンセントの診療報酬上の反映を目指している。内科的な診断等の医者の苦労を診療報酬に反映させる取組も行う。
- ・中医協報告、療養病床に関するワーキンググループの報告及び年間スケジュールの提案があった。
- ・中医協で次年度改定の議論がスタートしているので、4月策定を目標に、各病院団体が2月から改定要望を出すようにとの指示があった。

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) 療養病床の在り方等に関する特別部会「療養病床の在り方等に関する議論の整理」 (12月20日)

松本支部長より、以下の報告があった。

- ・社会保障審議会の療養病床の在り方等に関する委員会は12月7日の第7回をもって終了し、その整理案が出された。
- ・日病側からの要望で、自立に向けたより高い支援機能を備えた介護療養病床が必要であること、新たな施設類型については周辺症状のある認知症、サルコペニア、がん、疼痛管理等について適切な医療を提供できる体制が整備されなければならないこと、新たな施設類型で医療を提供する場合においては高額薬剤等を使用する治療についても配慮すること等の文言が整理案に入った。
- ・医療機能内包型については、介護療養病床相当の類型と老健施設相当の類型の2類型が認められており、現行の療養機能強化型A・Bと余り差がない形での運営ができるのではないかと。
- ・診療報酬あるいは介護報酬上、費用がどのように扱われるかについては介護給付費分科会で審議が行われるが、四病協から委員が入っていないので心配な部分もある。

- ・25対1の医療療養病床については期限を迎えるので、20対1に行くか新類型へ行くかの選択が迫られる。行きどころのない患者がたくさん出ては困るので、中医協での検討をよろしく願いたい。

(2) 第9回データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会（12月26日）

報告は資料一読とした。

(3) データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告書（1月12日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会が約半年間に9回行われ、報告書が出された。
- ・レセプトの電子化によってビッグデータの集積が進んでいる現状を踏まえて、1. 審査業務の効率化・審査基準の統一化に関する事項、2. ビッグデータの活用に関する事項、3. 支払基金の組織・体制の在り方についての検討を行った。
- ・現在、社会保険診療報酬支払基金のほうでレセプトの一次チェックをコンピュータで行っているが、それを医療機関で前もって行える統一的な仕組みを構築する。これにより、病院側にとっても基金側にとっても経費の削減につながるので、ぜひ進めてほしい。
- ・今後、医療ビッグデータの本格的な活用を図るために、認定された機関においては専門家を配置し、システムの設計段階から慎重な検討を行う必要がある。
- ・支払基金の中にビッグデータを解析する部署を作ろうとしているようであるが、基金に専門家はいないので新しい機関を作ることになるのではないか。
- ・審査委員会のガバナンスや審査委員の利益相反の禁止等について議論した。その中で支部を廃止して基金の中央で全てを管理する話も出たが、医師会が強く反対した。
- ・9回もの検討を行ったが、報告書の結論は両論併記となっている。

(4) 医療計画の見直し等に関する検討会「医療計画の見直し等に関する意見とりまとめ」（12月26日）

報告は資料一読とした。

(5) 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）の一部改正

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・医療及び介護の総合的な確保の意義及び基本的な方針として、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく効率的に提供されるという視点から、医療・介護の両輪になる効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築がこれからの課題であり、そのために地域の創意工夫を生かせる柔軟な仕組みが重要であり、総合確保をまちづくりの一環として位置づけるという考え方が示されている。
- ・そのためには、医療・介護連携の核となる質の高い人材の育成をしていくことやICTを活用していくこと等が必要である。
- ・基本方針の改正前には書かれていなかった地域住民の役割について改正後では触れられており、計画の一体的な作成体制及び計画の作成区域の整合性の確保等が書かれている。
- ・日本全国で約5万人の認知症患者が精神病床に入院しているが、精神病床が削減されている中で、地域とともに認知症への対応についてしっかりと考えることを求めている。
- ・住宅や居住に係る施策との連携として、医療・介護だけでなく高齢者の住宅政策にも厚労省は力を入れようとしている。
- ・医療機関や介護サービス事業者等に加えて、改正後では地域住民や薬局、訪問看護を行う事業者等が書き込まれた。
- ・都道府県は市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業について、市町村だけでは実施

困難な場合に県が広域的に支援を行うことが書き加えられた。

- ・基本的な方針を見ると政府なり厚労省が考えている今後の方向についての大きな流れがわかるので、再確認してほしい。

(6) 第12回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（1月12日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・今年10県から、がん診療連携拠点病院指定の申請があった。熊本市市民病院からは地震による崩壊で診療が継続できないとして指定病院辞退の届出があり、了承した。
- ・施設名の頭に「■」マークがついているものは、空白の二次医療圏に新しくできた、がん診療病院である。
- ・医療事故によって指定が取り消された千葉県がんセンターから再申請が出たが、当審査会ではなく厚労省で決めてほしいとして保留にした。
- ・国立国際医療研究センターからの申請は、がんについては国策として、がんセンターが中心になって行っているのと同じナショナルセンターを指定するのが適当かどうか当検討会では判断できず、保留とした。
- ・既に拠点病院が存在している二次医療圏から新たに申請が出たものについては、診療実績の存在だけでなく、2つの拠点病院を指定することによってその地域のがん診療が相乗的に向上することの説明が必要であり、承認しないことにした。

6. 役員改選について

堺会長より以下の報告があり、了承した。

- ・日本病院会の現在の理事・監事は5月27日の社員総会までが任期であり、2年ごと選出される代議員の改選とあわせて同総会にて役員改選を行う。
- ・10月22日に選挙管理委員会を設置して委員5名の確定と委嘱を行い、11月28日に第1回選挙管理委員会を開催した。今後は2月1日に選挙告示、3月31日が代議員の選出報告書提出の締め切り日、4月15日が理事・監事の立候補届提出の締め切り日であり、4月中旬に第2回選挙管理委員会を開催し、5月13日に理事・監事立候補者氏名を正会員に通知する。5月27日の旧社員総会において新代議員を選任し、新社員総会で理事・監事の選任決議を行い、新理事会において会長、副会長、常任理事の選出を行う。理事及び常任理事の数は公私病院の均衡を図るものとする。

〔協議事項〕

1. 医師の遍在について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・厚生労働省で現在検討を進めている新しい医療計画で策定する事項の中に未決着の問題が2つある。1つは医療従事者の需給問題であり、もう一つは療養病床の在り方問題である。
- ・医療従事者の需給に関する取り組みでは、厚生労働省の非公開の検討会でその中間取りまとめ案がまとめられた。それに危機感を持った日本医師会でも医師の団体の在り方検討会を立ち上げて、厚労省が最終まとめを出す前に日医としての意見を出そうとしている。
- ・協議資料1は2015年12月に日医の委員会がまとめた「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」であるが、医師の配置と養成についての提言として、1. 医師キャリア支援センターの設置、2. 出身大学がある地域での臨床研修の実施、3. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入、4. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療需給の把握、5. 医学部入学定員の削減と新たな医学部設置認可の5つの柱を示している。
- ・協議資料1-2は「医師の地理的偏在の解消に向けて」として、NPO「全世代」より具体的

な提案がなされている。

- ・実際に我々は病院勤務医の数が足りていないと感じているが、問題は医師の総数ではなく地域遍在であると日医は言っている。今日の議論では医師の総数についてではなく医師の遍在解消についての考えを聞きたい。
- ・地域分布を見ると医師の遍在は西高東低であり、西のほうは全国平均より高く東は低い。同じ西の中でも地域によって随分違うし、県庁所在地域とそうでないところ、あるいは地域の中に基幹病院があるかないかでも違ってきている。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・診療科の遍在も含めて様々な遍在があることを我々は十分認識している。専門医制度を利用して遍在が解消できるとよいと思っていたが、専門医機構としてのスタンスは立派な専門医を育てることであり遍在については行政の役割であると、機構自身が発言した。
- ・昨年10月に塩崎大臣が出したペーパーの中に、医師遍在等について12月中にいろいろ手を打つと書かれている。専門医機構がそれは行政の役割だと言え、厚労省が何らかの強制力を働かせることになり、プロフェッショナルオートノミーそのものが問われることになる。病院団体の中で遍在に対する答えを出していかなければならない。
- ・診療科の遍在は、専門医で縛るしかないであろう。地域の遍在は、保険医で縛るしかないであろう。専門医機構に任せるわけにいかないのであれば、病院団体の中で大学も含めて配置を決めて遍在を解消していく方法を考えなければならない。

堺会長は、自分は遍在に関して専門医機構が何かすることがあるのではないかと思ったのであるが、今の話を聞いて解決策になりそうな考えはあるかと中常任理事に尋ねた。

中常任理事は、以下のように答えた。

- ・地域遍在については、地域の学生がその地域の大学に入れば歩留まりが多くなるので、各地方大学における地域枠を具体的に設定することが長期的な解決策になる。
- ・標榜科については、専門医機構が各地域において19領域にどういった専門医がいるのか等の情報をアナウンスしていけば、それぞれの専攻医を選択する道が開けてくるので、それを着実にやっていくことが大事である。
- ・この問題では病院団体が軸になるべきであり、まず病院団体に具体的な話を持っていくことが一番望ましい。

堺会長は、医師キャリア支援センターの提案については18歳でキャリアを決めてしまうことについての懸念もあるが、地域枠に限定してそれを行えば問題ないのではないかとした上で、後藤支部長に山形県の状況について尋ねた。

後藤支部長は、以下のように答えた。

- ・昨年山形大学が本当の意味での地域枠を県内の高校生向けに8人分作ったので、枠外を含めると山形県から入学する学生が10人程度から20人台に増えた。
- ・山形県立中央病院は学生からの人気が高く、県内でただ1つ5年連続フルマッチしているのであるが、宮城県出身の学生が山形大学に数多く入学しており、そのような研修医が来ると東北大学に流れてしまうことが多かった。
- ・東北医師会連合会で「東北地方に医者を残すには」というシンポジウムを行ったときに県の枠よりも広い東北枠というものを東北6県の大学で作ったらよいと主張したら、弘前大学が東北枠を作ってくれた。
- ・人口割にすると医学部への進学率が一番低いのが岩手県、次いで山形県であり、地域枠ができるまでは国公立の医学部に最も進学させづらい県であった。東京の中高一環校の生徒が地方大の医学部に入り、卒業すると東京に帰っていくという構図が続いてきた。私は県知事に有力予備校を山形に持つてくるのが一番よいと言っている。

- ・2年の初期研修が終わると、次の5年間に1年間は僻地勤務をさせるべきである。これはもともと医師会が考えたことであるが、医師会自らが潰してしまった。法制化して法律で規定しないとこの問題は解決しない。

堺会長は、医師偏在の問題について全国自治体病院協議会会長の邊見参与の考えを尋ねた。邊見参与は、以下のように述べた。

- ・国民やメディアや病院団体関係者は医師が足りないと思っているのに、日本医師会は都会の開業医が余ってきたので医師を減らそうとしており、初めから考え方が違う。
- ・NPO「全世代」は、医師の遍在をなくして全国津々浦々保険のあるところには医療があるようにすること、待機児童をなくすこと、いろいろな意味でセカンドチャレンジができる国にすること、この3本柱によって、よい日本を若い世代に残そうとしている。
- ・医療に関しては県立大学を1つずつ作るのが一番よいが、レベルが下がるので、臨床研究中核病院と同じような中核大学も10ぐらいは残す必要がある。
- ・やはり緩やかな強制力は必要であり、その結果として医師が地方に行けば、医師を目指す者はボランティアマインドが豊かであると思われるので、地域に残る者もたくさん出てきてうまくいくのではないか。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・医師の遍在の解消策を整理すると、1. 制度を作って強制する、2. インセンティブを与える、3. 強制とインセンティブの組み合わせの3つがあり、そのうちのどれをとっていくかである。
- ・遍在が起きた理由は、プロフェッショナルオートノミーが機能していなかったことにある。
- ・強制に関しては、医師個人に対する強制と医師が余っている大病院に対する強制の2つがある。
- ・医師個人に対する強制を行う場合には、医師のミッションを思い起こさせる作業が不可欠である。大病院に関しては、都会の大病院や県庁所在地の中央病院には地方から見ればまだ医師が余っており、地域医療支援病院や特定機能病院に出せる医者はいるはずである。
- ・インセンティブとして働くのは、金とポストと医師特有の資格であるが、強制プラスインセンティブの組み合わせが一番効果的であり、それが成功しているのが自治医科大の例である。
- ・現在、全国の大学の入学定員のうち約20%が地域枠であるが、その運用は各県でばらばらなので、日本全体の地域遍在の問題を考える場合には国が一定の運用ルールを作るべきである。
- ・地域遍在・医師解消策に関する地域医療委員会の昨年のアンケート調査によれば、地域遍在解消策の第1位は日病が提言している総合診療医の育成、第2位が地域枠の活用であった。
- ・NPO「全世代」の提言に関するMedPeerサイト上での調査では賛成が24%、反対が45%であった。
- ・何をもって医師の地域遍在を定義するのかを明確に数値化しなければならない。
- ・地域遍在を解消する責任はどこにあるのか、国なのか都道府県なのか市町村なのか病院なのか、その所在をきちんと提示して国に考えさせることが大事である。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・全世代の提言にMedPeerで反対意見が多かったことは知らなかった。
- ・塩谷常任理事が今述べた3つの方法について意見を求めたい。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・概ね賛成であるが、こういうことは国に考えてもらうと言った途端に全て破綻する。国としては医師を御しやすいになるので、医師数が増えても構わないのである。
- ・医師会の医師たちは現場をわかっているが、学会を構成する大学教授たちは現場の臨床がわかっていない。その医師会が学会と手を組んでキャリア支援センター構想を打ち出している。

- ・キャリア支援センターを作ることによって大学側の医師配置権限が非常に強化されてしまうが、権限の強化はあくまで地域枠に限定すべきである。
望月支部長は、以下のように述べた。
- ・岩手県の子供が医学部に一番進まないのは、大学が私大であり学費の負担が重いからである。
- ・現在の地域枠は15名で、奨学金は県が1人当たり6年間で4,500万円を出しており、学生には入学時から自治医科大方式のマインド教育をしている。
- ・塩谷常任理事の意見には、おおむね賛成である。
- ・地域枠は地方によって制度がばらばらであるが、それを国が管理することには無理があるので、やはり都道府県がきちんとルールを作って地域枠を管理し、医師を僻地に送るだけではなく、よい医者を作って定着させるためのプログラムをきちんと作る必要がある。
- ・地域医療支援病院の要件に医師の派遣を絶対に入れるように、病院団体として強く働きかけてほしい。
堺会長は、以下のように述べた。
- ・地域医療支援病院は2年ほど前に機能が終わっているのも、廃止したほうがよい。地域医療支援病院に医師派遣の要件を課すのは非常によいことである。
- ・高久参与によれば、地域枠の問題が出てから自治医科大では偏差値の高い学生が減っているとのことである。
齊藤参与は、以下のように述べた。
- ・自治医科大ができたときには医事評論家等から絶対にうまくいかないと言われたが、入ってきた学生たちは非常に純粋であり、真摯に医師としての任務を感じており、成績も優秀であった。経済的な支援の存在も大きなインセンティブであった。
- ・卒後の在り方について、大学と厚労省と当時の自治省が常に綿密に連携して県ごとの格差のないように調整・工夫してきたので、卒業生は一途に地域医療に専念できた。
- ・地域医療枠が公的病院の地域枠という形になってきたのは非常に望ましいことであり、文科省と総務省と厚労省の3者がしっかりとこの問題に向き合い、この制度を作っていくことが必要である。
堺会長は、総務省や文科省については余り考えていなかったのも非常に参考になると述べた。
後藤支部長は、以下のように述べた。
- ・今年の東北地方のマッチングの結果を見ると、岩手県でも山形県でも県立中央病院はフルマッチしたが、その人気は落ちている。
- ・マッチングに来た学生に聞くと、病院が基幹型のプログラムを持っているか持っていないかで最初から行き先を決めている。
- ・今年の一人勝ちが宮城県であった。宮城県の大きな病院は大学に逆らって基幹型の専門プログラムをたくさん作ったのである。山形県立中央病院では病理と救急のプログラムを出したが、諸事情により外科のプログラムは作れなかった。
- ・一番ひどかったのは福島県である。福島県の大病院では、ほとんど基幹型プログラムを作っていない。
邊見参与は、以下のように述べた。
- ・かつて第一次医療崩壊が産科・小児科・外科系救急で起こった。専門医機構は1年間立ち止まって考えることになったが、そうしなければ第二次医療崩壊が内科で起こったであろう。
- ・よい専門医を作ることでしか専門医機構は興味がないということであるならば、大変なことになる。
- ・赤穂市の私の病院のような地方病院では医師の確保が極めて困難である。これは大変難しい問題であり、机上の理論では解決できない。

中島常任理事は、医師の遍在には数的な偏在や地域的な遍在等いろいろあるが、専門医の遍在については対策が何も打ち出されていない。それを考えなければ本当の遍在対策にはならないと述べた。

堺会長は、現在は地域別の遍在と専門医の遍在とがあると述べた。

相澤副会長は、以下のように述べた。

- ・地域枠で卒業した医師がそのまま地域にいてくれればよいが、しばらくすると開業のためにいなくなることが多い。開業する場合には保険医登録を課すべきであると思うが、その議論がどこにも出てこないのは変である。
- ・病院には病床規制があるのに開業医に規制がないのはなぜか、どこかで議論しなければならない。

堺会長は、そのとおりである。今回、日医がこの委員会を作ったのは、そこに立ち入る覚悟ができているのかもしれないと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・相澤副会長の意見に大賛成であるが、地方の開業医が高齢化して引退しているので医師はたくさん必要であるとの反論が出るであろう。
- ・専門医と関連して医師配置も考えなければならない。地域枠の医師がみんな専門医になってしまつては国民が困る。今一番重要なのは総合医の問題であり、それは日医との関係でも重要になってくる。

堺会長は、臓器別専門医と総合医とは確かに全く違ふと述べた。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・医師遍在解消策のアンケート調査では、総合診療医の育成が必要とするものが一番多くあり、83%であった。
- ・それに対して、ネットの上では、田舎に専門医がいなくてもよいのか、総合診療医に何ができるのか等の意見も見られる。

堺会長は、日病で病院総合医を作ろうとしているが、専門医機構を見ていると総合診療専門医の育成には少し時間がかかりそうなので、現有の資源を有効活用する必要がある。今年度中にある程度の方針は出せるであろうと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・ドイツでは開業医を全地方に適正配置しており、スウェーデンでは人口当たりの医療機器の投資や人員配置を調整しているが、数年前からそれらを参考にしながら厚労省・財務省・内閣府の財政諮問会議等は社会保障制度改革の中で保険医の指定により適正配置をきちんと行う方向に向かっている。
- ・東北は東北、中四国は中四国で、道州制のような形に保険者の整理や病院の全体の流れも収斂させていき、その効率化を進めようとしている。
- ・若い医師たちには大学に対する母校愛や地域愛等よりも、短期間に資格を取ることに関心があり、キャリアを積むための最短コースを選んでいる。
- ・総務省は将来1,018の自治体が消失すると言っているが、消失すると言われている自治体のどこに日病の会員病院があるのかを調べたことはあるのか。地域をきちんと保つということは雇用と教育と医療を保つということである。医療のことだけではなく、地域の実体経済を含んだマクロな視点で問題を把握する必要がある。

堺会長は、消滅可能性都市といわれている自治体のどこにどの病院があるかのチェックは早速行いたいと述べた。

宮崎副会長は、ある程度法的な規制が必要という意見には頷けるところがあるが、強制を余り強くせずにインセンティブを重視して医師が自主的に選択するような方法をとってほしいと

述べた。

堺会長は、強制とインセンティブの組み合わせの話が塩谷常任理事から出たが、全くそのとおりであると述べた。

中井常任理事は、以下のように述べた。

- ・地域遍在の具体的な表現がはっきりしていない。専門医の数を制限することは絶対必要であるが、その後に専門医の数はどれだけ必要か、総合診療医がどれだけ必要かを示さなければ、強制するにしてもインセンティブを与えるにしてもうまくいかない。
- ・強制ではなく競争にすればよい。開業すれば今よりよくなると思うから皆が開業するわけである。開業ができなくなる診療報酬にすればよい。

堺会長は、指摘はそのとおりであるが、厚労省のデータはいつもマクロのデータなのでわけがわからなくなる。それには注意する必要があると述べた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・極めて医療政策的なディスカッションを我々はしているわけであるが、非常に多くデータを持っている厚労省から原案が出てきてしかるべきである。
- ・大前提として今、医者は足りているのかどうかということがある。必要数をまずしっかり確定するほうが先決問題である。
- ・日医や厚労省には地域遍在や診療遍在を解決すればそれで済むとの大前提があるが、我々はそう思っていない。まず足りていないという前提のもと、プラス α の中でパイの適正配置をするというディスカッションの大きな流れが必要ではないか。

大道副会長は、医師が少ないところには少ないなりに理由があり、それを解消する施策にもいろいろ種類があるので、それを一括りにして医師だけ配置すれば地方自治が完結するという問題ではないと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・既に若い医師は地域枠逃れとして、マッチングに参加せずに好きなおとところへ行ってしまふことがある。
- ・日本の国は少子化が続けば必ず潰れるので、少子化対策がきちんと組み込まれているかどうかを考えることが必要である。

堺会長は、中常任理事に議論の最後のまとめを求めた。

中常任理事は、以下のように述べた。

- ・これから総合診療医を目指す人たちがプライドと将来への見通しを持ってそこに入っていくためには何が一番ポイントであるのかを検討することが重要である。
- ・我々は病院にこのような総合診療医がいればよいということは言えるが、総合診療医になることによって将来保障されるものについて日病が大枠の方針を示せなければそこに人を引きつけることは難しいので、何か示唆があれば教えてほしい。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・地域包括ケア病床ができたときには、看護師は今さら10対1や13対1には行きたくないと言い、臓器別の専門医にもインセンティブが働きにくい状況があった。昨年度の診療報酬改定で地域包括ケア病床の点数が少しよくなったが、まだ不十分である。
- ・インセンティブは全国一律には規定できないので、病院長として自分の病院ではどういうインセンティブを与えることができるかについて考える必要がある。日病がやろうとしている病院総合医にしても同様であるので、それも含めて日病の病院総合医の検討の場で議論してほしい。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・今は医療が余りにも専門化し、分化し過ぎてしまったために患者の全身管理ができにくくな

っているが、病院にホスピタリストがいればそれが可能になる。

- ・ 四病協で養成して資格を与えたホスピタリストを配置している病院では診療報酬加算をつけてよいとか、別料金を患者から取ってよい等の方法を国に講じさせれば収入が伸びる。

2. その他

大道副会長より以下の報告があった。

- ・ 来月15～17日にインテックス大阪で、メディカルジャパンの総称で「日本医療総合展」が開催され、機器展示や講演等が行われる。
- ・ 同じくメディカルジャパンとして同期間、同会場で「病院イノベーション展」が開催され、マッチングの相談等も受けられる。

以上で閉会となった。