

日 時 平成29年4月22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)

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、中嶋 昭、中 佳一、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、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)
野口 正人 (オブザーバー)
山本 修三 (名誉会長)
大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭 (各顧問)
高久 史磨、楠岡 英雄、邊見 公雄、今泉暢登志、坂本 すが (代理: 菊池 令子)、
松田 朗、齊藤 壽一、齊藤 延人、権丈 善一、池上 直己、富田 博樹 (各参与)
望月 泉、後藤 敏和 (代理: 笹原 真一)、堀江 孝至、藤原 秀臣、原澤 茂、
松本 隆利、今川 敦史、上野 雄二、中川 義信、細木 秀美、(各支部長)
永易 卓 (病院経営管理士会 会長)

総勢45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、宮崎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29年3月26日~平成29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3件〕

- ①市町村・仙北市市立角館総合病院 (会員名: 西野克寛院長)
- ②医療法人・医療法人聖俊会 樋口病院 (会員名: 樋口俊寛理事長)
- ③医療法人・医療法人沖縄徳洲会 高砂西部病院 (会員名: 新保雅也院長)

〔正会員の退会4件〕

- ①都道府県・岩手県立高田病院 (会員名: 田畑潔院長)
- ②市町村・岩美町国民健康保険 岩美病院 (会員名: 渡邊賢司院長)
- ③公益財団法人・小千谷総合病院 (会員名: 横森忠紘理事長)
- ④医療法人・医療法人西井病院 (会員名: 西井憲一理事長)

〔賛助会員の入会2件〕

B会員・愛知三の丸クリニック (会員名: 松波龍幸院長)

- ②D会員・神田千穂

〔賛助会員の退会2件〕

B会員・NPO法人 医療機関支援機構 (会員名: 玉利斎理事長)

- ②D会員・木元克治

平成29年4月22日現在 正会員 2,468会員

特別会員 185会員

賛助会員 260会員 (A会員109、B会員119、C会員4、D会員28)

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厚生労働省／平成29年度「愛の献血助け合い運動」の後援
- ②公益財団法人日本認知症グループホーム協会／第19回日本認知症グループホーム大会の後援名義使用
- ③フードシステムソリューション実行委員会／フードシステムソリューション (F-SYS) 2017協賛名義使用
- ④日本健康科学学会／日本健康科学学会第33回学術大会への後援

(継続：委員等委嘱依頼3件)

- ①一般財団法人医療関連サービス振興会／理事の推薦〔就任者…高木誠常任理事(新任)〕
- ②一般財団法人医療関連サービス振興会／評議員の推薦〔就任者…中井修常任理事(再任)〕
- ③一般財団法人日本救急医療財団／理事の推薦〔就任者…前原和平常任理事(再任)〕

(新規：委員等委嘱依頼2件)

- ①厚生労働省健康局／アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会への参画〔就任者…秋田赤十字病院副院長：黒川博一先生〕
- ②三菱東京UFJリサーチ&コンサルティング株式会社／平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成29年度調査)『公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の実施状況調査』調査検討委員会〔就任者…永易卓先生〕

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

宮崎副会長より報告を受け、下記8施設を認定承認した。

(新規1件)

- ①長野県・長野県厚生農業協同組合連合会 北信総合病院

(更新7件)

- ①石川県・医療法人社団博友会 金沢西病院
- ②埼玉県・医療法人社団絃智会 籠原病院
- ③岐阜県・社団医療法人かなめ会 山内ホスピタル
- ④群馬県・利根保健生活協同組合 利根中央病院
- ⑤東京都・昭和病院企業団 公立昭和病院 予防健診センター
- ⑥岐阜県・一般社団法人 ぎふ総合健診センター
- ⑦埼玉県・社会医療法人財団石心会 さやま総合クリニック 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

日本病院会の下記委員会等の報告があり、了承した。

(1) 第11回医業経営・税制委員会(3月28日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・「医療機器・医療情報システムの保守契約、費用に関する実態調査」の報告書について修正協議を行っている。4月24日に報告書を公開する予定である。
- ・多角的な面から職員の雇用、人材の育成及び福利厚生等について会員調査の実施を検討している。

- ・日本病院会の各委員会が行ったアンケート調査で得られたデータを全体で共有し活用することについて発議した。

(2) 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。

- ・上記調査報告書を完成版として公開することを申し合わせた。
- ・新年度の活動方針について話し合った。議論の過程で、他の委員会と同様の調査が予定されているので、多少方針を変えるべきではないかとの意見が出た。
- ・平成30年度の税制改正要望について方向性を確認した。

医療機器（検査等）・医療情報システム保守契約、費用に関する実態調査－報告書（概要版）－について

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・ここで示したのは報告書の概要版であり、今回調査で回答のなかった会員病院にはこれを配信する。全体版は調査協力のあった408病院に提供する。
- ・4月24日のプレスリリースでは、この中から「緒言」及び「要約」の2ページを使用する。
- ・4月25日発行の病院会ニュースに報告書に関して投稿しているので、参照を願う。

(3) 第6回診療報酬・病院経営検討委員会（3月30日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬等に関する定期調査への回答率を上げるために、既存の設問の必要性、有効回答基準の見直しの必要性等について討論した。
- ・全日病の病院経営調査と日本病院会の調査を比較検討し、回答病院の負担軽減をする方策や調査票の設計方法等について議論し、平成30年度に向けて定期調査作業小委員会で日本病院会の考え方をまとめていくことにした。

(4) 第1回ホスピタルショウ委員会（4月19日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・今年の国際モダンホスピタルショウのテーマは「健康・医療・福祉の未来をひらく～連携と地域包括ケアの充実を目指して～」である。
- ・日病では「病気をしても働くために」というテーマで公開シンポジウムを1つ予定している。
- ・日病コーナーの展示では、公開シンポジウムの企画パネルと日本病院会の事業紹介パネルを出展することになった。

(5) 第18回医療制度委員会（4月5日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・医師に関する労働時間規制について検討した。
- ・厚生労働省による外部説明によれば、労働時間については原則は変えられないので守るよというというのが国の姿勢である。医療界への対応には厳しいものがある。
- ・医師の時間外労働については今後2年間かけて検討を行い、その後、省令あるいは法令を作るまでの5年間、都合7年間の余裕がある。
- ・現在、会員病院に対して医師の働き方に関する緊急調査を依頼して約300の回答を得ているが、600ぐらいの回答が欲しいので期間を延ばして調査を行うことを確認した。

(6) 第1回QI委員会（4月11日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・QI活動に関するアンケートの自由記載欄には今後の活動に役立つ意見がたくさん書かれているので、わかりやすい形で資料にまとめて提供することにした。
- ・QI活動への参加をやめた理由としては、データのフィードバック活用ができていないこと、

データ入力のマ manpower 不足、目的を達したこと、他団体QIにも参加していることなどが挙げられている。

- ・当委員会で実務担当者を対象にした説明会を行い、わかりやすいデータ入力の仕方について講義した。
- ・The Joint Commissionではかなりの測定指標で天井効果が見られるが、日本でのQIについてはまだ改善の余地があるので、2017年の測定指標は去年と同じものを使用する。

(7) 第7回雑誌編集委員会 (3月29日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・日本病院会雑誌は今年になってからきちんと月内発行している。
- ・4月号から6万円ほど予算をアップして紙質を向上させたので、裏写りがしなくなった。
- ・英文誌「Japan Hospitals」は年間300万円以上のコストがかかっているが、送付先がほとんど国内であること、日本病院会内部からの寄稿が得難い状況であること等を踏まえて休刊にしたい。
- ・平成28年度4月～3月号については予算の4,592万円の中でおさまっており、予算内運営ができた。

(8) 第2回専門医に関する委員会 ワーキンググループ (4月14日)

中嶋常任理事より、以下の報告があった。

- ・日本病院会認定の病院総合医を作るためのワーキンググループを編制し、東京医療センターの岡田医師を委員長に選出し、JA、JCHO、済生会、日赤、私立病院、全自病等からメンバーの推薦を得て、その協議を始めた。
- ・専門医機構の新整備指針を参考にはするが、機構にはとらわれずに病院総合診療医を育成する制度にしようとして議論を進めている。独自の内容のものにする必要がある。
- ・病院総合診療医であるので、病院のリーダー育成を視野に入れて、医療安全、感染対策、病院管理、マネジメント等の幅広い知識を身につけ、リスペクトされるべき総合医を育成することを目標とする。
- ・対象年齢は卒後6年目以降から40代ぐらいまでの幅広いものとして、研修方法はプログラム制を排除するものではないが、カリキュラム制が主体となっていくであろう。
- ・日本病院会が病院総合診療医を最終的に評価・認定して、どれだけオーソライズしていけるかが問題になってくる。6月の常任理事会までに具体的な方針をまとめるべく現在、作業を進めている。

(9) 第1回精神科医療委員会 (4月14日)

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成30年度診療報酬改定に向けた精神科医療要望事項について、事前に出された児童思春期精神科診療分の要望及び日本総合病院精神医学会の要望を踏まえて委員長から9項目の私案を提示し、検討の上、11項目の要望にまとめて提出した。
- ・治療抵抗性統合失調症治療薬クロザピンの投与を普及させるために、その算定評価を高くすることを要望した。
- ・重度依存症の入院管理料はアルコール依存症に対するものしかなかったが、薬物依存症やギャンブル依存症のほうがはるかに手がかかるので、それらに対応する評価を新設するように要望した。
- ・精神科のリエゾンチームへの加算及び精神科作業療法の実施時間の改正を要望した。
- ・外来における夜間休日救急搬送医学管理料の算定基準の拡大を要望した。
- ・地域包括ということが言われているので、精神科地域包括診療料も要望した。

(10) 第1回図書委員会 (4月21日)

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・今年度は電子ジャーナルコンソーシアムが会員病院に大分浸透してきたので、8月22日の説明会までに日病価格というものを出すように各出版社に要請している。最終的には11月中旬を締め切りとして、加盟病院が増えればその時点でプライスダウンが少しでもできるような提案を各出版社に対して行っている。
- ・多くの病院がコンソーシアムに参加すれば、スケールメリットが生かせる。

(11) 診療情報管理士通信教育関連

①コーディング勉強会（3月19日～24日）

報告は資料一読とした。

②医療統計学勉強会（3月19日～24日）

報告は資料一読とした。

(12) 日本診療情報管理士会関連

①第3回理事会（3月24日）

報告は資料一読とした。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第140回診療報酬実務者会議（4月19日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・新任委員長の挨拶及び副委員長の選出を行った後、日病協代表者会議について報告を受けた。
- ・平成30年度の診療報酬改定に関して、診療報酬改定に係る要望書案の修正版を検討し、4月28日開催の代表者会議に提出する。
- ・選定療養として導入すべき事例等の提案・意見について委員長を中心に取りまとめて、上述の代表者会議に報告する。日病では、社会保険診療報酬委員会の万代委員長を中心にその取りまとめを行った。

3. 中医協について

以下の会議については資料一読とした。

(1) 第348回総会（3月29日）

(2) 第129回薬価専門部会（3月29日）

(3) 第5回DPC評価分科会（3月31日）

(4) 第349回総会（4月12日）

(5) 第130回薬価専門部会（4月12日）

(6) 第80回保険医療材料専門部会（4月12日）

(7) 第2回医療と介護の連携に関する意見交換会（4月19日）

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第1回医療保険・診療報酬委員会（4月7日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・総会を中心に費用対効果専門部会や薬価部会等、中医協の諸会議の報告が行われた。
- ・患者が「薬について相談できる顔の見える関係」を築きやすいのは、かかりつけ薬剤師・薬局よりも、むしろ院内調剤のほうではないか。

- ・1年たっても疑義解釈でいろいろな訂正がなされている。
- ・全日病を中心とした種々のアンケート調査と日病を中心としたアンケート調査を一本化して行うことを検討している。
- ・入院医療については支払い側を中心に7対1の厳格化が主張されているが、議論は提供側と平行線になっている。
- ・医療機関間の機能分化と連携についても議論されている。
- ・地域医療連携加算やDPC制度の地域医療係数については理解しにくいので見直してほしいという意見が出ている。
- ・次の診療報酬改定では医療と介護の一体化が課題になるので、これに関する双方の意見交換会を作り、そこで検討する。話題の中心になるのは看取り、訪問看護ステーション及びリハビリテーションについてである。
- ・これから多死社会になり看取りの数が増えていくので、それをどこで、いかに行うのかの問題について議論している。
- ・老人保健施設の稼働率が下がり、その中間施設としての役割が低くなり人気も落ちてきたが、来年の改定ではリハビリテーションと薬物についての見直しが検討されているので、それがうまくいけば老人保健施設が報われる。
- ・看取りをしない特養が増えており、20%以上の施設では救急病院に送り込んでいるので、配置医師の問題について見直しをする必要がある。
- ・外来に関して来年は生活習慣病がキーワードになるので、重症化を防ぎ医療費を少なくしていく方向性について議論されている。

(2) 第1回医業経営・税制委員会（4月20日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年度の税制改正についての星取表の発表が行われた。今回の成果は、持ち分あり医療法人の持ち分なしへの移行に際しての相続税、贈与税に関する大幅な緩和措置である。
- ・認定医療法人制度がスタートするとかなりの緩和措置を伴うので、多くの持ち分あり医療法人が持ち分なしに行く可能性がある。
- ・地域医療連携推進法人に関しては厚生労働省による認定が4件なされたが、4法人の思惑は全く異なるものであり、今後どうなるか注目される。
- ・平成30年度税制改正要望は非常に厳しい状況にある中で議論されており、医師会との意見調整等も難航が予測される。

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2回医療製品識別とトレーサビリティ推進協議会（4月7日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・この協議会で行おうとしていることは、基本的には厚労省が推し進めようとしている施策の一環である。
- ・医療機器にはGS1という世界標準のバーコードがついているが、そのままでは院内のシステムに組み込んだときに使いにくいので、多くの病院では院内独自のバーコードを別に付与している。
- ・GS1コードで不足するデータはMEDIS-DCに取りに行くことになるが、製品の6～7割しかカバーしておらずアップデータも少し遅いので、データを取りにくい情報基盤が日本には今、存在していない。
- ・GS1コードの最大の欠陥は、各製品が保険で償還できるかどうかの情報が抜けていること

である。

- ・標準マスターを作るときにGS1コードに付加情報コードをつけてやりくりしているのが現状であるが、向こう1年間かけて問題点を検討し方向性を出そうとしている。

(2) 第51回社会保障審議会医療部会（4月20日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・第7次医療計画について、最後のまとめの報告が行われた。
- ・「5疾病・5事業及び在宅医療について」は、「急性心筋梗塞」という項目が「心筋梗塞等の心血管疾患」に変わった。
- ・「指標について」は我々に余り関係がなく、都道府県がどういう指標を作ってPDCAを回していくのかということである。
- ・「地域医療構想」が計画の中に書き込まれることになり、議論をどう進めていくかについてかなり議論があった。
- ・「医療・介護の連携について」は、地域医療構想や介護保険事業計画と整合がとれるように都道府県と市町村の協議の場を設置し、その中に医療者も入れていくということである。
- ・がん基本法ができ上がったために、がんの医療体制の整備やデータの集積がかなり行われている。同様のことを脳卒中や心筋梗塞についても行うということで今、話が進められている。
- ・脳卒中の医療体制については、適切な急性期治療を早急に実施する体制をどうするのか、急性期後の回復期、慢性期の対応、さらに再発、合併症予防をどうしていくのか、特に誤嚥性肺炎の予防をどうするかを中心に議論されている。
- ・心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制についても、急性期後の回復期、慢性期の対応等についてきちんと医療計画に書き込むために議論中である。
- ・糖尿病に関しては、これまでと余り変わらない。
- ・精神疾患の医療体制については、長く入院している患者を生活の場に戻していく方針についてきちんと書き込むようにとの注文が精神科医から出されている。
- ・救急医療体制は、これまでと余り変わらない方向で進めていく。
- ・災害医療においては、各医療機関にBCPの策定を義務づける方向である。
- ・へき地医療拠点病院の指定を受けているのにその機能を果たしていない病院があるので、へき地医療体制の充実を図る。
- ・小児医療体制に関しては、中核病院や医療センターがない医療圏には小児地域支援病院（独立型）を設立し、小児医療を担う計画を県が作る。
- ・在宅医療の体制においては、これまでの医療計画で十分に書き込まれていなかった在宅医療に関して今回はきちんと書き込むように県に伝える。
- ・財務省を中心にして、県の医療機関に対する指示・命令を強めていこうという方向に動いており、知事の権限を強くして、急性期と高度急性期を減らし回復期を増やすことに強制力を働かせようとしている。
- ・地域医療構想を進めるために、「地域医療構想調整会議の進め方のサイクル」で示されたスケジュールに従って検討を行う。
- ・第7次医療計画と第7期介護保険事業計画を策定するにあたり、都道府県と市町村の計画に整合性を持たせるための協議の場を設けて必要事項について議論する。
- ・「今後の医療計画の見直し等に対する検討スケジュール」として、平成33年までの予定が示されている。
- ・塩崎厚生労働大臣が経済財政諮問会議に提出した資料がこの会議で出された。そこには、現在133万床あるベッド数を119万床に減らす、病床の役割分担を促進するために手術やり

ハビリ件数や疾病ごとの患者数等のデータを提供する、具体的な事業計画を策定した都道府県には地域医療介護総合確保基金を重点的に配分する等の方針が示されている。高度急性期病床、急性期病床を減らして回復期病床を増やしていくという厚労省の考え方が強く出ており、平成30年度診療報酬改定はそのような病床の転換を促進して7対1等の病床を減らしていくものに大きく変わる可能性がある。

- ・地域医療に求められる専門医制度の在り方、卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方、医師養成の制度における地域医療への配慮を検討課題として、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会が立ち上げられる。
- ・働き方改革実現会議について報告がなされた。罰則付き時間外労働の上限規制の適用を医療に関しては5年間延長し、2年間をめどに検討することとなる。
- ・医療に関する広告規制の見直しによって、これまでは対象外であった医療機関のウェブサイトの広告についても規制の対象とすることが計画されている。
- ・日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや、看取り・ターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を備えた新たな介護保険施設を創設することを医療法で定める。その施設の名称は「介護療養院」とする。

(3) 第4回医療従事者の需給に関する検討会・第9回医師需給分科会（4月20日）

資料一読とし、それを協議事項の資料として用いることとした。

〔協議事項〕

1. 医師の需給について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・医師の需給については厚生労働省の中に「医療従事者の需給に関する検討会」と「医師需給分科会」が作られて、昨年、既に中間報告が出されている。
- ・その後、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が何回か非公開で開催され、今回その報告書が上記の2会議に出されたので、以下その中身について紹介する。
- ・この報告書の中身は需給に関する検討会がまとめた「年末までに検討すべき医師遍在対策」と大差はない。1つある大きな違いは後者にあった「管理者の要件」が抜けていることである。
- ・日本医師会では医師数はもう充足していると言っているのに対して、病院団体は現状の病院機能のままでは1.3倍ぐらいの数が必要だと主張しているのであるが、この報告書は問題は医師の数ではなく遍在にあるという立場である。
- ・報告書で挙げられたさまざまな措置の中に地域枠がある。地域枠を言うのは簡単であるが都道府県によって条件が随分違う中で議論しているところがあり、実態をどうするのかはなかなか難しい。
- ・「外来医療の最適化に向けた枠組みの構築」という項目で言う外来医療とは、診療所の診療機能のことであると思われる。
- ・ここに来て都道府県における医療行政能力の強化が進められているが、厚生労働省はその責任を都道府県に押しつけているのではないか。
- ・「地域を支えるプライマリ・ケアの構築」は非常に重要であるが、報告書の定義ではわかりにくいし、病院団体が提案している病院総合医も抜けている。
- ・「高い生産性と付加価値を生み出す」という項目は、唐突な感じがする。
- ・グループ診療の中で出てくる主治医、副主治医制は非常によいものである。病院の中でも外でも、グループ診療を進める必要がある。

- ・「医科歯科連携・歯科疾患予防の推進等」は重要であるので、日本病院会でも新執行部体制の中で検討してほしい。
- ・「フィジシャン・アシスタント（PA）の創設等」はワークシェアリングとかシフトの問題であるが、これを作りたいという思いは最初からあったのになかなかできずにいた。
- ・この報告書のような形で全般的な政策決定が行われることについて、意見を聞きたい。権丈参与は、以下のように述べた。
- ・医師需給分科会では中間報告をまとめた後、昨年末に報告書を完成させ、今年国会に提出して法律にする予定であったが、昨年10月ごろからビジョン検討会が始まり、医師需給分科会は全面ストップとなって、今年4月にビジョン検討会の報告書がまとめられたのであり、それは全く別のものである。
- ・昨年5月に中間報告をまとめたときに、こういう報告書にまとめるという内容を全員に送ったのに4日ぐらいたつと違うものになっていた。これをどこが決めるのかということの難しさがある。
- ・医師数に関しては、今1年間で9,262人の入学者がいる。これに平成29年から31年までの追加増員が予定されているから、それを進めていった上で、労働時間が現在56.6時間のところを45.7時間ぐらいままで下げてくると2033年ごろに需給が均衡するであろう。堺会長は、権丈参与が今言った中間報告案の追加変更には、ほとんどの者は気づかなかったであろうと述べた。
権丈参与は、以下のように述べた。
- ・どこの審議会や部会においても、会議の報告書を世に出すときにはそれが2週間ぐらいどこかに一旦行って書き加えられてくるという不思議なことが起こっている。
- ・医師需給分科会から出てきたビジョン検討会はどういう法的位置づけがあるのか、実は誰もよくわかっていない。
堺会長は、これが需給分科会などいろいろなところに下ろされて検討され、それがまたどこかで引っ繰り返る可能性はあるのかと尋ねた。
権丈参与は、今のままであればあり得ると答えた。
堺会長は、医師需給のことについて議論したいが、管理者要件を抜かしたというのどうということかと塩谷常任理事に尋ねた。
塩谷常任理事は、以下のように答えた。
- ・この報告書を見て、規制的手法が否定されたことに失望した。医師遍在解消の手段として、規制的手法は1つのインセンティブとなる。もう一つの経済的インセンティブについても否定されている。規制的手法と経済的なインセンティブを除いて地域の医師遍在が解消するののかというと、難しい。
- ・報告書には地域医療支援センターの機能強化等さまざまなことが挙げられているが、既に何年も前から言われ続けてきたことばかりであり、これだけ医師遍在が解消しないのは地域医療支援センターが機能していないことの証明である。中間取りまとめの管理者要件も、突然なくなった。地方で苦勞している院長たちがこれらに抱く怒りや諦めをどのようにして国はカバーしてくれるのか、ぜひ聞いてみたい。
堺会長は、規制的手法はだめだという意見はあるかと尋ねた。
望月支部長は、以下のように述べた。
- ・この報告書は10万人に対して1万5,000人の回答が得られたアンケートを根拠にしている。「地方で働く意思があるか」という項目に○をつけるのは簡単な話で、実際には地方にはなかなか行かない。
- ・これは需給分科会の結論を引っ繰り返すような強い力が何か働いたのではないか。規制する

方法ではなく自由意思で地域に行くのだという結論を出したがついている報告書に見える。
堺会長は、そうであると思うが、なかなか公の場では言えないので、今日初めて告白したと述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・そのアンケートを根拠にしたというのは、したふりをしただけである。言いたいことは最初からあったので、それを言ったにすぎない。
- ・医師の育て方等の問題についてはストップさせるぐらいに発言していくのか、それほどは言わないでいくのかについては、政治状況次第である。

堺会長は、何もしないことはないと思うと述べた。

楠岡参与は、管理者要件に関しては、内々に内閣法制局に問い合わせたらそれはできないという回答が返ってきて、それで落ちてしまったという話を聞いたと述べた。

堺会長は、非常にありそうな答えであると述べた。

楠岡参与は、保険医の要件はいけるかもしれないと聞いたと述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・それは非常に言いそうな答えである。
- ・日本医師会で医師は全員医師会に加入すべきかどうかという議論があり、そのためにはそれに入らないと保険医はとれないという制限を加えたらどうかと私は言ったが、少数意見であった。

権丈参与は、管理者の要件に関連して法制的な話は少し聞いたことがあるが、会議の中では座長が猛烈に反対していたから、それは彼らの報告書には載らない話であると思うと述べた。

堺会長は、先ほど医師数はこの前の中間取りまとめでは三十何年まではいくと言ったが、マクロで言うとそうであるが地域によっては全く足りないところがあると述べた。

権丈参与は、それは追加増員をやった上で33年ぐらいに大体均衡するというぐらいのことであり、今すぐどうのこうのという話ではないと述べた。

堺会長は、医師数を増やすかどうかは難しい問題であるが今の説明でよいかと塩谷常任理事に尋ねた。

塩谷常任理事は、以下のように答えた。

- ・それでよいのであるが、地域枠の活用が重要である。自治医科大学の卒業生の義務年限9年の医師による医師不足地域医療への貢献には絶大なものがある。
- ・地域枠の一定割合は自治医科大学と同じように共通のルールを作って国がコントロールすれば地方の勤務医不足が多少とも解決されるので、国にしっかりやってほしい。

堺会長は、地域枠をどう捉えているかと高久参与に尋ねた。

高久参与は、以下のように答えた。

- ・地域枠は県によってもものすごく違う。一番残る確率が高いのは県内の学生であり、かつ、ある程度の奨学金を出しているところであるが、そうでないところで地域枠で医師を確保することは難しい。
- ・県の実力に応じた柔軟な制度設計が必要である。地域枠を県内だけに絞ると学生の質が非常に低下する。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・他地域から奨学金で地域枠に呼んできた学生よりも、地元の入試で入った学生のほうが地元に残っている。シャケの母川回帰仮説が示唆するように、地域定着してもらうためには地元から選ぶのが率的には一番よい。
- ・今、地域枠の中で地元枠は四十数%であるが、この割合を高めるように文科省と交渉しながら育てていくべきである。

・医師がいない都道府県で幾ら頑張ってもどうしようもないので、都道府県間での調整をしなければならない。

・アンケート調査で地域に行くと答えた者が何割いるから彼らと呼ばばよいという自発論が作り上げられているが、地域をどこと限定してはおらず、県庁所在地と勘違いして回答した者もたくさんいるので、疑問の声を上げていく必要がある。

堺会長は、地域によっては全然いないところがあると述べた。

権丈参与は、医師数はトータルがほぼ決まっているので、それを都道府県間で調整する施策がないことにはどうしようもないと述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

・地域枠を今のまま各都道府県ごとにばらばらにやらせているのではだめである。

・地域枠に関して報告書に「都道府県ごとの医療ニーズを踏まえて養成すべき診療科ごとの専門医の概数を定め」とあるが、厚労省ではその実態をなかなか把握できないと言う。需給データをしっかり把握して実施しないことには、漠然と数を割り当てるだけでは難しい。

大道副会長は、以下のように述べた。

・我々は2年に1回、医籍登録をしているが、診療情報を関連させる登録のあり方が現在、検討されている。レセプトにそれを記入するようになるのは目前であると述べた。

・自分は専門医だと幾ら言い張っても、過去1年間に手術もせず症例も診ていない医師は診療報酬が下がるという時代になるのではないか。2020年をめどにそういう方向に持っていきたいという話はある。

末永副会長は、以下のように述べた。

・専門医制度においても、専門医の数を決めなくてはならない。地域のレセプトデータと突き合わせれば必要な専門医数が決まってくる。それができないでいるのは専門医制度を牛耳っている学会の力によるものである。

・専門医の数も含めて、医師の適切な数を定めるために何らかの規制が必要ではないか。

中村常任理事は、以下のように述べた。

・大学では内科も外科も臓器別になって、ますます細分化している。脳外科の専門医を例にとっても、内視鏡手術の専門家とか血管治療の専門家とか専門家の中で細分化しているので、専門医と十把一絡げに言われても困る。

・医師も数だけたくさんいてもしょうがない。病気が見つかったときには患者を転送すればよいのであるから、人口数万人しかないような二次医療圏に専門医は要らない。地方遍在を解消するためには総合診療医がたくさん必要である。

堺会長は、地域ごとに照準を合わせた専門医の需要と供給のバランスというのは、例えば脳外科学会としては把握できるのかと齊藤（延）参与に尋ねた。

齊藤（延）参与は、以下のように述べた。

・プログラムで動いているので、どのプログラムに何が入っているということは把握できている。

・個別のプログラムに何人が入ってよいとか、そこまで専門医の数をコントロールするには至っていない。

・都会のほうを少し減らして地方に回す力が働くのかと思っていたが、むしろ地域のほうがそれを嫌うような印象がある。そのレベルで専門医の数を分けることにコンセンサスが得られる段階にまでは育っていない。

堺会長は、しかし将来的には可能であるということかと述べた。

中常任理事は、以下のように述べた。

・診療科の遍在は問題であるが、総合診療専門医の委員会で今、問題になっているのはむしろ

医師自体の遍在である。その解消のために期待されるのは総合診療医である。

- ・過疎地に医師を派遣することと優秀な専門医を育てることという二律背反の間を堂々巡りしており、なかなか前に進めないのが現状である。
 - ・総合診療委員会における焦眉の課題は、へき地に派遣できる医師をどう養成するかということであり、家庭医とか病院総合専門医は全然問題になっていないのが実態である。
- 池上参与は、以下のように述べた。

- ・医師だけに照準を置いて、器である病院の整備についてこの議論で何も触れないのは問題である。
- ・医師は自分の専門性を発揮できる設備がある病院があればそこに自発的に行くので、それぞれの診療科として拠点となる病院を整備していくことが必要である。
- ・今後の患者の高齢化を考えると3次機能以外は総合診療医がむしろメインであり、どの病院にもくまなく総合診療医を配置することが課題である。個人を強制することよりも、その話をしたほうが生産的である。

堺会長は、地域の2.5～2次病院には人材がいらないのかもしれないが、3次とか本当に高度の拠点病院には医師は集まっているのではないかと述べた。

池上参与は、まず3次から計画的に行い、順に下げていき2.5次、2次と進める。総合診療に特化した医師であれば今の専門医の更新制度を満たすことができないので、その方面からも結果的にはそうなるのではないかと述べた。

堺会長は、機能分化をもう少し明確にして実情に合った形にしていかなければいけないということも言っているのかと尋ねた。

池上参与は、直ちに全ての機能について行うのは難しいので、3次から順に対応する方法がよいのではないかと述べた。

堺会長は、塩谷常任理事に意見を求めた。

塩谷常任理事は、「選択と集中」と「公平と分散」の問題は折り合いがつかないであろう。20年前に1,000を超えていた全国の自治体病院の数が統廃合で今は800に減少した。これ以上、選択と集中で減らしていったらいいのかどうか疑問であると答えた。

宮崎副会長は、以下のように述べた。

- ・この問題は結局は都会と地方の格差の問題であり、そこから生じる生活の利便性や子弟の教育に関する問題や指導体制の問題が大きい。それを医師の偏在だけに絞って対応するのは難しい。
- ・人口が少ないところなのに専門医がいても仕方がないので、患者を搬送するシステムを工夫し、地方にはある程度総合医を置いて初期のある程度のところまでは対処できる体制を構築し、専門医の問題とは分けて考える必要がある。

池上参与は、県庁所在地の1つの拠点病院に全機能を集中させるのではなく、こちらは脳外科の拠点病院、あちらは循環器の拠点病院という具合に、2次の機能は全部持たせた上で3次の拠点を分散することが課題であると述べた。

藤原監事は、以下のように述べた。

- ・医師の数は十分に増えるのだから問題ない。総合診療医をいかに増やすかが課題である。地域枠にしても臓器別の専門医等については日本は多過ぎるので、それを制限して総合医を育てていくべきである。
- ・尼崎総合医療センターでは総合診療の医師は二十数名おり、大変希望者が多い。
- ・兵庫県に関しては、医師の需給関係は5年ほどしたら劇的に変わる。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・医師遍在の問題は世界的に研究されており、対策としては、まず地元枠を作り地元から医師

になってもらうことが大切であるということがWHOの指針にも書かれている。

- ・日本では1973年に1県1医大構想を実施したが、都心の進学校から学生が集まることになり、彼らが地域枠で奨学金を受けて入学しても、卒業後には返済して去っていくという状況になってしまった。
- ・やはり地元枠が一番重要である。それと並んで、総合医が地方に根づくことも経験的に知られている。若いときに地域で研修をして経験を積むということも重要である。
- ・以上3点が遍在問題を解決する手段として技術的に確定しているので、それを進めていければよい。

高久参与は、以下のように述べた。

- ・自治医大の場合には、ほとんどの卒業生が地元に残っている。地域から学生をとり、地域に戻るのが一番よい。
- ・厚労省の専門医に関する委員会の議論に参加していたときには、高齢者の増加に伴い地域包括ケアで中心になるのは総合診療であろうと考えていたが、専門医機構の動きを見ると一番おこなっているのが総合診療医の養成であり、プログラムができていない。
- ・医師会ではかかりつけ医の養成プログラムを言っており、プライマリ・ケア連合学会では家庭医、日病では病院総合医である。それらをまとめて専門医機構で進めてほしいのに、一番重要なこの点が一番おこなっている。
- ・将来の日本を考えると総合診療医は10万人ぐらい必要なのではないか。それが全然進んでいないことに危機感を持っている。

藤原監事は、以下のように述べた。

- ・地域枠でとっている学生には、受験の名門校の子はほとんどいない。そこの地元出身者から大体とっており、義務年限も明記されている。
- ・地域枠を残し、総合医をきちんと育てるということであるから、それほど問題ないのではないか。

堺会長は、かかりつけ医があり、家庭医があり、病院診療総合医があり、同床異夢であるところにその難しさがあるが、総合的に患者を診られる医師が欲しいということで頑張ってもらいたいと述べた。

梶原副会長は、以下のように述べた。

- ・毎年9,300人の医学部の学生が出てくる。権丈参与は2033年には医師数はピークアウトすると言うが、私は2030年には溢れると思う。
- ・日本は自由開業制で自由標榜制であるが、保険医指定で医師を適正配置しようと思えばできるのであり、それを実施すれば今のように45~46歳で開業医になることはできなくなり、病院に残るので医師は余ってくる。
- ・2030年には医師が余るので、「病院ごと医師もくっつけて輸出する。アジア健康構想がそれだ」と言っている政治家もいる。
- ・AI化やAT化の影響も考えると、社会保障制度のシステムは激変する。人もシステムも、あらゆるものがパッケージで変革される中に病院はいるということを考えなければならない。
- ・都会で暮らしたい若者たちに規制によって地方へ行けというのは無理であり、むしろ子育ても終わり定年を迎える団塊の世代が地元に戻ったり、へき地に行って活躍すべきである。
- ・医師偏在対策を規制によって行うよりも、年寄りがみんな地方に行って故郷で地域医療に貢献しようというキャンペーンをやるほうがよいのではないか。

相澤副会長は、以下のように述べた。

- ・今度変更された専門医制度は、あのように緩くしてはいけない。専門医なのだからずっと厳しくして、制限をすべきである。それ以外の医師が地方に行けばよい。

- ・私もこれまで専門医資格を持っていたが、自分は専門医ではないと思ってやめることにした。こういう医師が地方へ行って働くのには大賛成である。
- ・総合診療はすばらしい医療であるのに、それが専門医療に比べて低く見られるような文化は変えていかなければならない。

権丈参与は、今行われている働き方改革で労働時間が56.6時間から45.7時間ぐらいまで減ったと考えてピークアウトは2033年であると先ほど言ったが、労働時間の減り方が中間の51.1時間ぐらいであったら2024年度には均衡すると述べた。

藤原監事は、以下のように述べた。

- ・医師の数については問題ない。
- ・地域卒の学生は偏差値が比較的低いと言われているが、医師には余り高い偏差値は要らない。地域卒をきちんと残して、地域卒の学生をどのように育てるかが一番のキーポイントになる。
- ・循環器にしる外科系にしる専門医が多過ぎるので、総合医でカバーできるように、総合医の育成をきちんとしてほしい。

堺会長は、専門医の数は脳外科でもアメリカに比べると人口当たりでは随分多いと述べた。

藤原監事は、心臓血管外科の専門医はアメリカの3～4倍であるが医師1人当たりの手術件数は10分の1ぐらいしかないと述べた。

梶原副会長は、権丈参与に以下のように尋ねた。

- ・財務省の者に医師がこれから増えるので、現在の病院勤務医の給与が担保できる程度に診療報酬を上げるのかと聞いたら、上げられるわけがないとの答えであった。将来の年収が激減することになるので、由々しきことである。
 - ・今は偏差値の高い者が皆、医学部に行くので、なぜ医学部に行くのか聞くと、定年はないし所得がよいからという答えが返ってくるが、医師の収入が担保されるという感覚はあるか。
- 権丈参与は、総枠をかけられているので、それはきついであろうと答えた。

藤原監事は、きつくなるというより、他の職業と比較したら今はものすごく優遇されているので、こんなことが長く続くはずがない。他の職業の水準から見たら、研修医でもすごくよいと述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・若い医師の給料について我々があれこれ言うのは難しいことであり、軽々しくは言えないので注意が必要である。
- ・グループ診療についての具体的な問題であるが、ここにいる常任理事の病院の中でグループ主治医制のようなことを行っている病院はあるか。1人主治医ではなかなか厳しいので、グループ診療について皆はどう考えるのか。

藤原監事は、以下のように述べた。

- ・尼崎総合病院の場合には、必ず3人が主治医になっている。1人主治医などということはありません。
- ・24時間体制で当直している診療科が当院にはいっぱいあるので、その場合は当直しているところが全部行っている。

堺会長は、診療所がグループ診療を行ってほしいという意見についてはどう思うかと尋ねた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・グループ診療でよいが、精神保健指定医の剥奪問題があったある大学では主治医が5人か6人いたが、これはとんでもない。特に精神科で1人の患者に主治医が6人など、あり得ない。
- ・まず主治医と副主治医とか、せめてそういうところから始めたほうがよい。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・主治医といっても何人もというのではなく、2人か3人で、患者から誰と相談すればよいか

が見えないと、私は誰に相談したらよいのかという話になる。

- ・救命救急センターなどでは誰かがメインになって付きっきりでやるわけにはいかないの、チーム医療でその都度その場にいる者が家族と対応するという形も1つの形としてあり得る。
- ・看取りのときに当直医が対応したら、なぜ主治医が来ないと深夜に怒り出す家族がいて、後々トラブルの原因になった例もあり、病院側が一方的に主張してもなかなか受け入れられないので、患者や家族、世の中に対しての教育や働きかけが必要である。

堺会長は、現場でありそうな話であると述べた。

土井常任理事は、以下のように述べた。

- ・昭和50年代～60年代は、グループで主治医をすることが多かったが、世の中にインフォームドコンセントなどが入ってきて、誰が主治医かということになった。
- ・今でもグループ診療をやっている病院を知っているが、よいところと悪いところがある。ドクターの労働条件ということになると、グループのほうがよい。問題は、それを社会が認めるかどうかである。

松本支部長は、以下のように述べた。

- ・グループには1つの診療科のグループという意味もあるが、八千代病院のようなケアミックス病院は、主治医はそのままであるが、状況に応じて臨機応変に病棟医が代わりをするやり方をとっている。
- ・当院では高齢者が多く、複合疾患を持つ患者も多くて主治医が全部カバーできないこともあるので、単純にグループということではないやり方をしている。
- ・開業医で一番うまくいっているのは、最期の看取りだけはグループで交代で10人ぐらいでやっているところである。

堺会長は、PAについての意見を日看協の菊池副会長に尋ねた。

菊池副会長は、以下のように述べた。

- ・日看協としてはナース・プラクティショナーを育成したいと考えており、PAという形には賛成ではない。
- ・ビジョン検討会の報告書ではPAの創設等となっており、その脚注にしかナース・プラクティショナーは入っていないが、引き続きナース・プラクティショナーのような人材を育成していきたい。

堺会長は、麻酔看護師とか看護麻酔師についても賛成ではないということかと尋ねた。

菊池副会長は、麻酔看護師については内部的に議論したことはあるが今まで立場を表明したことはないと答えた。

堺会長は、このあたりで終わりにしたいとして、大道副会長、相澤副会長及び山本名誉会長の順に最後の発言を求めた。

大道副会長は、特にないと述べた。

相澤副会長は、これまでどおりにやっていけばよいということではもうないという共通認識の中で、最初に一步踏み出すべきことは何かについて真剣に議論して、日本病院会の姿勢として打ち出していきたいと述べた。

山本名誉会長は、以下のように述べた。

- ・今日の議論は病院の視点からの議論であったが、本来、医療は患者を治すためのものであるの、患者から見たらどうかという視点が議論の中にもう少し必要である。
- ・総合診療は非常に大事であるが、地域の患者も都会の患者も、病気になればよいレベルの治療を受けて早く治してほしいという考えは同じである。それは地方に総合診療医がいればよいということだけで済む話ではない。
- ・地域の医師不足が今日のテーマであったが、日本の中小都市から今、医療資源は揃っている

のに人口が減ってしまい患者がいないので患者を外国から連れてくる方法はないかという問い合わせが幾つも来ている。そういう相談にも乗っているが、本当の意味で日本の患者にどうしてやったらよいかを考えていくのがよいと思う。

2. 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。