

日 時 平成29年12月16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 相澤 孝夫（会長）

末永 裕之、万代 恭嗣、岡留健一郎、島 弘志、小松本 悟、大道 道大（各副会長）
牧野 憲一、中村 博彦、前原 和平、亀田 信介、大西 真、高木 誠、中井 修、
中嶋 昭、福井 次矢、新江 良一、武田 隆久、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、
（各常任理事）

竹中 賢治、梶原 優、石井 孝宜（各監事）

堺 常雄（名誉会長）

宮崎 瑞穂（顧問）

高久 史磨、邊見 公雄、今泉暢登志、楠岡 英雄、福井トシ子（代理：菊池令子）、
篠原 幸人、権丈 善一、富田 博樹（各参与）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

総勢35名の出席

細矢 貴亮、東郷 庸次、原澤 茂、崎原 宏、片柳 憲雄、今川 敦史、谷浦 博之、
三浦 修（各支部長：Web視聴）

相澤会長の開会挨拶に続いて議事録署名人を選出し、末永副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入（退）会について

平成29年11月25日～平成29年12月14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地方独立行政法人・神戸市民病院機構 神戸市立神戸アイセンター病院（会員名：栗本康夫院長）
- ②医療法人・医療法人清須呼吸器疾患研究会 はるひ呼吸器病院（会員名：齋藤雄二理事長）
- ③社会医療法人・宇城総合病院（会員名：江上寛病院長）

〔賛助会員の入会1件〕

- ①A会員・コンバージェンス・シーティ・ジャパン株式会社（会員名：詫摩直也代表取締役）

〔賛助会員の退会2件〕

- ①特別会員A・公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター北海道支部 札幌商工診療所（会員名：星野宙支部長）
- ②A会員・三和化学研究所（会員名：小林利彰医薬品事業部情報管理グループ長）

平成29年12月16日現在 正会員 2,481会員

特別会員 175会員

賛助会員 261会員（A会員115、B会員116、C会員4、D会員26）

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13回アジアメディカルショー実行委員会及び九州医療機器団体連合会／第13回アジアメディカルショーの後援
- ②名古屋国際見本市委員会／第21回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2018～の協賛名義使用
- ③厚生労働省／平成30年度「看護の日」及び「看護週間」の協賛
- ④第60回全日本病院学会in東京（医療法人財団寿康会）／第60回全日本病院学会in東京後援名義使用

(新規：委員等依頼依頼 1 件)

- ①経済産業省／次世代ヘルスケア産業協議会新事業創出WG委員への就任〔就任者…小松本副会長〕

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

末永副会長より報告を受け、下記 2 施設を認定承認した。

(更新 2 件)

- ①東京都・医療法人社団アルコ会 アルコクリニック
- ②京都府・医療法人知音会 御池クリニック

4. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

末永副会長より以下の提案があり、承認した。

- ・帝京平成大学における現代ライフ学部経営マネジメント学科の新設に伴い、そこに診療情報管理士養成コースを作るために認定試験受験校への指定申請が出ている。
- ・武田常任理事から指定に値するとの報告書が提示されているので、本会での承認を願う。

〔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その他の報告があり、了承した。

(1) 病院中堅職員育成研修「医療技術部門管理コース」(12月1・2日)

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・募集80名に対して、申し込み者56名、参加者56名、修了者も56名であった。
- ・2日間にわたって講義及びグループディスカッションが行われた。

(2) 病院中堅職員育成研修「財務・会計コース」(12月7・8日)

牧野常任理事より、以下の報告があった。

- ・こちらは申し込み者37名、参加者36名、修了者が35名であった。
- ・いつもと同様に、1日目は石尾肇講師、2日目は石井孝宜講師の講義が行われた。

(3) 第3回病院診療の質向上検討委員会(11月27日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・本委員会が第68回日本病院学会で行うシンポジウムのテーマを「病院に課せられた使命とパラダイムシフト」とすることに決定、演者についても確認した。
- ・本委員会の方針等をアピールするために学会以外の場でも様々な発信をしていく。第1段として日本病院会雑誌3月号に「変化するチーム医療－薬剤師編－」、続いて「病院と地域医療のあり方」のテーマで寄稿を行う。

- ・本委員会の名称変更について、病院の総合力を高めることを前面に出した「病院総合力推進委員会」とすることを提案し、会長・副会長会議で承認を得た。

(4) 第2回感染症対策委員会 (11月30日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・単回使用の医療機器を再使用することで大阪方面で問題が生じているとのマスコミ報道があったことに対して、単回使用について議論になり、厚労省の意見を聞く機会を持った。
 - ・2001年12月に厚労省医薬局長の通知として単回使用の医療用具については「再使用禁止」と記載することとした。
 - ・2017年には医薬食品局安全対策課長から添付文書の記載を遵守すべしとの通知が出ている。
 - ・薬事課は、単回使用と書かれたものについては絶対にリユースを認めないというスタンスである。
 - ・リユースの考え方について我々としてどのように意見を展開していくか議論を深めたい。
- 相澤会長は、病院会会員からも再使用について厚労省と打ち合わせしてほしいとの依頼があり、説明を求めたが薬事課としては単回使用の立場を崩さない。企業が決めたという理由だけで厚労省は単回使用としているので、そこを改善するために協力を願うと述べた。

(5) 第2回臨床研修委員会 (12月6日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・いろいろなところが臨床研修指導医講習会を行っているが、日病のものは1泊2日コースということもあり人気が高い。
- ・平成32年の臨床研修の見直しで現在は選択必修となっている科目が必修化される予定なので、それに合わせて講習会の内容を変えていく。

(6) 第1回医療安全対策委員会 (12月8日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・医療安全管理者養成講習会とアドバンストコースを行っているが、昨年から100人ほど増えて今年度は約270人の応募があった。
- ・270人ではグループワークができないので、第3クールを2回行うことにより数を半分にすることも話し合っている。

(7) 医療安全管理者養成講習会第3クール (12月1・2日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・アドバンストコースでは今、院内医療事故調査についてグループディスカッション等も含めたプログラムを組んでいるが、遺族とのコミュニケーション、オープンディスクロージャーの重要性等の課題を一緒にして、医療事故に関する判断についての講義をさらに充実させようとしている。
- ・講習会には276名の参加があった。一番多いのは看護師で47～48%であるが、医師も約26%参加している。

(8) 第16回支部長連絡協議会 (11月25日)

小松本副会長より、以下の報告があった。

- ・今後の都道府県支部のあり方について議論を行い、支部長は支部からの推薦にもとづき会長が任命することや各支部の状況に応じて当分の間は非会員の加入も認めること、支部の決算報告については、支部の状況に応じて事業年度末や年明け早々の報告ではない対応などの要望が議論された。
- ・医師事務作業補助者コース等々の開催については、支部のない県もあるので従来どおりブロック単位で行ってほしいとの意見が出た。

(9) 第4回雑誌編集委員会 (11月28日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・12月号、1月号、2月号の内容及び日本病院学会の優秀・優良演題の選定について議論した。
- ・現状では優秀・優良演題は1年後の学会で表彰されていることの改善を求める意見や、その選考過程に表彰者である学会長が一切関与していないのはおかしいという意見があり、これらについて会長・副会長会議で審議した。
- ・次回からは優秀・優良演題を学会の最終日に表彰する方式をとるべきであるとの意見が多数を占めた。

(10) 第3回診療報酬作業小委員会 (12月16日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・最初の議題である医師事務作業補助者に関する調査については、後ほど報告する。
- ・平成29年度診療報酬等に関する定期調査の中で、控除対象外消費税負担額の集計が出ているが、経営が厳しいのであまり物を購入できていないという数字になっている。
- ・平成30年度診療報酬改定に向けた取り組みとしてDPC関連で退院患者調査の見直しに対する支援の検討について中医協で出ているが、そのような新情報に関して本委員会で検討したものを早目に会員に情報発信していく。

(11) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より下記会議の報告があった。

①医師事務作業補助者コース研修会 (長野) (12月2・3日)

- ・相澤会長の相澤病院ヤマサホールで、48名の参加により開催した。

②第2回専門課程小委員会 (12月4日)

報告は資料一読とした。

③第1回DPCコース小委員会 (12月5日)

報告は資料一読とした。

④第2回基礎課程小委員会 (12月8日)

報告は資料一読とした。

⑤第1回腫瘍学分類コース小委員会 (12月8日)

報告は資料一読とした。

⑥全国一斉講師会 (12月9日)

- ・例年は別の会場を借りて開催していたが、今回は基礎課程のみの実施であるので病院会の会議室で20名の参加で開催した。

⑦平成29年度前期スクーリング (8月～11月)

報告は資料一読とした。

⑧コーディング勉強会 (11月18～26日)

報告は資料一読とした。

⑨医療統計学勉強会 (11月26日)

報告は資料一読とした。

⑩基礎課程勉強会 (11月23日)

報告は資料一読とした。

(12) 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2回編集委員会 (11月27日)

- ・本委員会では「診療情報管理」という雑誌を出しており、その内容について主に議論し

た。その中身については資料一読を願う。

②第2回国際統計分類委員会（12月12日）

- ・本委員会ではICD-11、アジア・パシフィック・ネットワーク、ICF等のテーマについて、それぞれの担当者のもとで様々な会議を開いている。
- ・日本診療情報管理学会はフィールドテストで中心的な役割を果たしており、それをいろいろな場所で発表して評価を受けている。

③第1回POS等検討委員会（12月12日）

- ・日本POS医療学会は日野原重明氏が立ち上げて39年間続いてきたが、氏の逝去とともに発展的解消となったので、その活動を継承するために今回、本委員会を設置した。
- ・POSは患者の全人的なケアを生かすシステムであり、医師法第16条の臨床研修の到達目標では医療記録はこのPOSに従って記載し管理できることと明確にうたわれている。
- ・単にPOMRで書けばよいということではなく、あくまでも患者志向で患者をよく診ることから始めなければいけない。また、これから病院から在宅へという中でICFの考え方も診療記録と同時に検討していかなくてはならない。

(13) WHO関連

横堀部長より下記会議の報告があった。

①グローバルカウンシル対面会議（12月4・5日）

- ・本カウンシル（GACHW）での議論は、保健医療関係の労働力についてこれから評価・認定していく活動に結びついていくと思われる。
- ・今回が初顔合わせであるので、メンバー各自のバックグラウンドについて紹介する時間をとった。
- ・カウンシルの活動については当面ロザリンド・フランクリン医科大学が出資して支えていくが、資金についてはこれから国際的な企業や財団から提供される見込みである。
- ・カウンシルの活動や研究について、ジャーナルを発行して幅広く紹介していく。
- ・今後の計画について、そのビジョンやミッション並びにステップやゴールなどをきちんと文章化することについて話し合った。

②第3回日本WHO国際統計分類協力センター運営会議（12月6日）

- ・日本WHO国際統計分類協力センターの運営会議があり、そこで各組織の活動計画を確認した。内容については資料一読を願う。
- ・ICFについては、2018年1月20日にWHOの担当官が来てシンポジウムが行われる。
- ・WHOで大きな人事異動があった。新しくディレクターに就任したジョン・グローブ氏が政府の招待で来日した折に本会の相澤会長と末永診療情報管理学会理事長への表敬訪問があり、これまでの当会の支援に感謝するコメント文を渡された。

(14) 医師事務作業補助者に関する調査 中間集計結果報告

島副会長より、以下の報告があった。

- ・本会の役員や支部長の施設に対して緊急にアンケートを行い、57施設から回答を得た。
- ・回答病院の属性は資料のとおりであり、医師事務作業補助者の加算を届出ている施設は56施設、していない施設は1施設であった。
- ・医師事務作業補助体制の届出ありの場合では、15対1配置のところが一番多かった。
- ・届出ありの場合では、医師・診療スタッフの働きやすさの向上につながったという回答が多い。
- ・医師事務作業補助者の業務は診断書の作成業務が一番多いが、その他、多岐にわたっている。業務拡大をさらに望むと回答したところが37.5%で、現状でよいは55.4%であった。
- ・養成カリキュラムの統一が必要であると感じている施設が75.4%あった。

- ・施設の診療報酬上の加算を収入として表現し、それと給与の支払いとの差を見ると全てで赤字になっている。診療報酬の加算では給与は賄えていない。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 148回診療報酬実務者会議（12月13日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の報告が膨大にあり、ほとんどはその報告で終わった。
- ・日病協がリハビリや専従常勤配置の条件の中で要望していた非常勤2人を1人分にカウントするということが通りそうである。
- ・在宅復帰の中に自院の他病棟への移転等は含まないことになりそうである。

(2) 158回代表者会議（12月15日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・ここでも主な内容は中医協の報告であった。
- ・急性期の病棟は10対1を基本にして7対1を減らす方向に向かっているので、今後のその見通しについて議論した。
- ・麻酔医は今フリーターが非常に多く各病院が支払う費用が膨大で問題となっており、今後それを中医協でどう扱っていくのかについて議論となった。
- ・地域包括ケア病棟の代表者が会議に正式に参加することとなり、今回から参加している。

3. 中医協について

島副会長より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（11月29日）

- ・DPC/PDPSにおける短期滞手術の取り扱いについては、DPCを優先する方向で話が進んでいる。
- ・DPCデータに基づく退院患者調査の見直しとして、調査項目の入力の簡素化や新機項目の追加及び既存項目の変更について検討している。
- ・短期滞手術等基本料については、一定の要件を満たすものは点数設定方式Dで設定する。

(2) 第141回薬価部会（11月29日）

- ・薬価制度の抜本改革に対する意見として、日本製薬団体連合会、米国研究製薬工業協会、欧州製薬団体連合会、日本医薬品卸売業連合会から陳述がなされた。
- ・抜本改革は、腰砕けになってしまっている。

(3) 第374回総会（11月29日）

- ・遺伝子組換え薬品レパーサに420ミリグラム・オートミニドザーが出たが、これを使うと費用対効果が一番よい。
- ・個別事項（その6：技術的事項）として、検査、移植医療、性別適合手術、安定冠動脈疾患に対するPCI、放射線治療、皮膚科治療について検討した。
- ・遺伝学的検査の対象遺伝子領域や検査手法等は疾患によって様々であり、検査に要する費用も異なるが、現在の診療報酬では一律の評価となっている。また、認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病のうち診療報酬上の遺伝学的検査の対象に含まれていないものがある。
- ・検査に要する費用が異なることを踏まえ、遺伝学的検査の診療報酬上の評価を細分化しつつ適正なものとしてはどうかという話が出ている。
- ・悪性腫瘍遺伝子検査において同一検体から複数遺伝子検査を行う場合は、重複する作業工

程を考慮した上で、算定できる件数の上限設定を行うことで値下げする。

- ・臓器移植を行った後に、抗HLA抗体によって臓器の生着率が落ちてくる。腎臓では特にこれがひどいので、こういったものを検査するようにしてはどうかとの話が出ている。
- ・組織移植については適正な値段を設定して、組織バンクでもこれを使う医療施設でも、きちんとした診療報酬上の対応ができる方向にしようとしている。
- ・性同一性障害患者に対する性別適合手術は現在は保険給付の対象外であるが、これを保険給付の対象にしてはどうかという話が出ている。
- ・安定冠動脈疾患に対するPCIの課題、放射線治療機器の効率的な利用に関する課題について指摘している。
- ・自施設に高額な放射線機器がない場合には他施設で検査をするが、その際に自施設では減算が起きているので、それをなくそうという話が出ている。
- ・皮膚の良性腫瘍に対して冷凍療法が行われる場合には、いぼ冷凍凝固法として処置で算定するところが多いが、皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術で算定しているところもある。これは処置としてしか認めない方向である。

(4) 第89回保険医療材料専門部会 (12月1日)

- ・資料にあるように、これについても様々なところが意見陳述をしている。

(5) 第375回総会 (12月1日)

- ・横断的事項 (その5) として、地域包括診療料等、薬剤の適正使用の推進、遠隔診療、情報通信技術 (ICT) を活用した連携について検討した。
- ・課題として、地域包括診療料等は、同意を得た患者に対し、あらかじめ決められた担当医が受診中の全ての医療機関とそれらの医療機関による処方内容の把握等を行うこととしている。
- ・地域包括診療料等では、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な診療を行うことを評価している。
- ・診療所において負担の大きい業務として、特に24時間対応、患者に処方されている全ての医薬品の管理、患者が受診している全ての医療機関の把握などが挙げられている。
- ・日本では抗菌薬の使用割合が他国に比べて高いが、中途半端な使い方が多く耐性菌を非常に多く作っているとして世界的に非難されている。これに対して、国民への指導を行政からもきちんとしてほしいと提言している。
- ・減薬を診療報酬上で評価することによって、多剤・重複投薬の削減や残薬解消に取り組む。
- ・情報通信機器を用いた医学管理として、外来医療・訪問診療、さらに遠隔診療等への取り組みを推進する。電話等による再診や心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算は既に認められている。
- ・在宅酸素療法を実施する患者の遠隔モニタリングを行い症状の重症化を未然に防ぐ取り組みについて、指導管理料の評価を検討する方向である。
- ・ICTを利用した死亡診断等ガイドライン内に示されている「法医学等に関する一定の教育」として、在宅での看取りにおける医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修を行う。

(6) 第189回診療報酬基本問題小委員会 (12月6日)

- ・DPCの医療機関別係数について、機能係数Ⅱの後発医薬品はⅠに統合してしまうこと、重症度係数はなくしてしまうこと等の話が出ている。
- ・医療機関群の名称は、Ⅲ群がDPC標準病院群、Ⅰ群が大学病院本院群、Ⅱ群がDPC特定病院群に変更される。
- ・救急医療係数についてはこれまでの評価手法を維持し、救急医療管理加算2に該当する患

者については、医科点数表の評価体系も踏まえて指数値を2分の1に減算して計算する。指数の算出に当たっては、月ごとの救急医療管理加算の算定状況等に応じて設定する。

- ・調整係数がなくなることに伴う激変緩和に関しては、平成30年度は行うが平成31年は行わないことが決まっている。
- ・短期滞在手術ではDPCを優先して計算する。そのときに重症度、医療・看護必要度をそのまま乗せると評価が大きく下がる可能性があるため、この2つは外す形になるであろう。
- ・手術基幹コードとして今、Kコードを使っているが、いろいろ不都合な点があるのでSTEM7コードと入れ換えたい。このあたりのことも含めた様々な情報を診療報酬委員会から発信していきたい。

(7) 第376回総会 (12月6日)

- ・医薬品の価格調査（薬価本調査）速報値として平均乖離率が約9.1%と出ており、薬価を7.1%引き下げる。また、医療機器の平均乖離率は約7%であり、こちらは5%引き下げることになる。
- ・歯科医療（その2）として、周術期口腔機能管理の医科歯科連携に関する評価をきちんと行うことを検討した。
- ・入院医療（その8）として、入院医療の評価体系、救急医療（その2）、短期滞在手術等基本料、入退院支援、データ提出加算、入院患者に対する褥瘡対策について検討した。
- ・現行の病棟群単位の届出をしている医療機関においても新たな評価体系を選択できるよう、中間的な評価部分の要件設定では一定の配慮を行うとしている。
- ・平成28年度改定で導入された項目である救急搬送後の入院、認知症及びせん妄に関する項目、手術の実施について、より適切な評価となるよう見直しを提案したが、検討に際してはそれによる影響のシミュレーションが必要との意見があり、それを実施することとした。
- ・救急管理加算についてはさわらないでおき、次回改定以降に引き続き検討する。
- ・夜間帯に病棟の看護職員配置が2名の場合、例えば1名が救急外来において業務をすると、入院基本料の施設基準を満たさない場合があるが、これは日ごとの減算ということで対応してはどうかとの話が出ている。
- ・早期からの退院支援では、退院時共同指導料1は在宅療養を担う医療機関が患者が入院する医療機関に赴き共同指導した場合の評価、退院時共同指導2は入院医療機関が在宅療養を担う医療機関等と共同指導した場合の評価であり、保険医を中心として共同指導する職種を限定している。また、介護系サービスでは介護支援専門員のみとなっている。
- ・退院支援加算を算定している医療機関は、診療所や居宅介護支援事業所との連携が多い。医療機関等から退院・退所後に訪問看護ステーションを利用する場合、約9割は医療機関等から情報提供が行われている。入院中の栄養管理等について、転院先等（医療機関、介護保険施設等）に情報提供しているのは約3割である。
- ・小児の退院支援についても、小児を診療する医療機関に対応する内容に見直してはどうかとしている。
- ・DPC分科会においてDCPデータ様式の見直しについて議論された。課題としては、データ提出の義務があるところをさらに増やす方向になっている。
- ・入院患者に対する褥瘡対策において、褥瘡の評価を少し緩和する話が出ている。

(8) 第377回総会 (12月8日)

- ・横断的事項（その5：医療と介護の連携）として、看護支援専門員や老健施設との情報共有・連携、介護施設での看取り、訪問指導料の単一建物に係る取り扱い、その他について検討した。
- ・入院中の医療機関から介護支援専門員への診療情報提供について、退院後に円滑に介護サ

ービスを導入する観点から、介護支援連携指導料を算定できない場合であって、退院前一定期間内に限り、診療情報提供による評価の対象にはどうかとしている。

- ・かかりつけ医と介護老人保健施設との連携については、多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、入所中の処方薬に係る情報提供、退所後の外来受診時における処方内容のフォローアップなどに対する評価を検討してはどうかとしている。
- ・介護施設内での看取りが行われた場合には、施設ごとの体制に応じて協働した医療機関や訪問看護ステーションでも看取りに関する診療報酬を算定可能とってはどうかとしている。
- ・診療報酬の在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直され、また、介護報酬の居宅療養管理指導費についても単一建物居住者の日数に応じた評価に見直す方向で議論されたことを踏まえて、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問歯科衛生指導料についても同様に評価してはどうかとしている。
- ・診療報酬に係る事務の効率化のために、患者氏名のレセプトへの片仮名記載、郵便番号の付加を求めている。
- ・療養病棟入院基本料を一本化するとともに、医療区分2・3患者割合を診療実績に応じた評価に用いること、現行の患者割合の基準値について見直しを行うことが提案されている。
- ・医療区分2と3で1項目のみが該当する患者については、中心静脈栄養、医師及び看護師による常時監視・管理、喀痰吸引の割合が多かった。医師及び看護師による常時監視・管理のみに該当する患者に関しては医療区分3該当患者の平均値よりも安定している患者割合が多いので、これはとりあえず2に落とすことになる。
- ・かかりつけ薬剤師指導料の算定の適切な推進の観点から、かかりつけ薬剤師指導料等に関する同意書の基本的様式を明らかにする措置を検討してはどうか。また、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合に調剤見本料の特例対象から除外することとしているが、この規定について廃止を含めた要件の見直しを検討してはどうかとしている。
- ・腎代替療法に関しては、6時間以上の長時間血液透析を評価する一方で、1日に4回ぐらい患者を1台で回しているようなところの評価は下げてもどうかという話が出ている。
- ・遠隔病理診断については、保険医療機関に属していなければ基本的には保険診療の対象とはならない。
- ・小児かかりつけ診療料の施設基準では、地域の保健活動等への参加に係る要件が設けられているが参加状況にばらつきがあることなど、種々の問題への対応策が提案されている。
- ・小児科療養指導料においては、診療実態等を踏まえ医師の治療計画に基づいて療養上の指導を複数の職種が行えるとの規定に見直してはどうかとしている。
- ・小児における抗菌薬の適正使用をきちんと評価することの検討してはどうかとしている。

(9) 第142回薬価専門部会 (12月13日)

- ・骨子とりまとめに向けて(その2)について議論し、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づいて提示した「薬価制度の抜本改革について(案)」に関するこれまでの議論を踏まえて、一定の修正を行うことを提案した。
- ・新規作用機序医薬品等について出された現行案が、アメリカとヨーロッパの製薬企業から横槍が入った途端に要件が緩和され、現在の状態になっている。
- ・薬価算定方式の類似薬効比較方式に関しても、同様に内容が緩和された形で示されている。

(10) 第90回保険医療材料専門部会 (12月13日)

- ・平成30年度保険医療材料制度改革の骨子(案)が示され、承認された。

(11) 第378回総会 (12月13日)

- ・「平成30年度診療報酬改定の基本方針」について議論した。
- ・個別事項(その7:その他の論点)の中から、この日は医療従事者の多様な働き方、公認

心理師、明細書の無料発行、歯科の特定薬剤等の算定方法、新医薬品の処方日数制限の取り扱いについて検討した。

- ・リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている項目について、週に一定時間以上の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組合せにより常勤配置されているものとみなしてはどうかとしている。
- ・公認心理師に関しては、平成30年度に公認心理師に係る国家試験が始まることを踏まえ、平成30年度以降、診療報酬上の心理職の評価を公認心理師に統一してはどうかとしている。
- ・明細書の無料発行に関しては、領収書と明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態、そして現行レセプト様式の見直しが予定されていることを踏まえ、今後の明細書発行に係る対応についてどう考えるかとの論点を提示している。
- ・歯科診療は特定薬剤料の算定方法が医科と違っており、これを一般的な薬剤料と同じ算定方式となるよう見直してはどうかとしている。
- ・新医薬品は今は2週間処方であるが、これを28日とか30日等に延ばしたいとしている。しかし、医師会側が譲らないので現行どおりとなるであろう。

(12) 第379回総会 (12月15日)

- ・個別事項 (その7:その他の論点) の中から、この日は医療機関と薬局の情報共有・連携、外来における相談・連携について検討した。
- ・かかりつけ医とかかりつけ薬剤師が連携することにより、患者に対してよりきめ細やかな薬物療法が提供できるとしている。
- ・外来患者による相談窓口の利用割合が増えているので、外来における相談・連携の強化のために診療報酬での対応についての検討を求めている。
- ・個別事項 (その8:その他の論点) として、治療と仕事の両立支援、保険医療機関に所属しない病理医との連携による病理診断、麻酔の技術評価の在り方、スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症に対する治療について検討した。
- ・治療と仕事の両立支援では、あくまでも患者の同意のもとに患者を通じて産業医との連携を図る。これはきちんと評価したほうがよいという話になっているが、問題は50人未満の企業には産業医の配置義務がないことである。
- ・保険医療機関に所属しない病理医との連携による病理診断は制度上算定できないことになっているが、この点を改善すべきであるとの指摘がある。
- ・麻酔料では派遣医師の活用が進んでいる一方、その課題も指摘されているので、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう、麻酔科の診療に係る評価の在り方を見直してはどうかとしている。
- ・スティーヴンス・ジョンソン症候群等の眼後遺症患者が使用する治療用コンタクトレンズを用いた治療法を保険適用してはどうかとしている。

4. 四病協について

万代副会長より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 税制改正ヒアリング 立憲民主党、希望の党 (11月22日)

- ・平成30年度税制改正の要望書の提出及びその説明をまず立憲民主党、続いて希望の党に対して行った。内容としては控除対象外消費税に関する要望が主であった。
- ・立憲民主党より希望の党のほうで何とかしなければならないとの意見が強かった。

(2) 『医療・介護・障害福祉・保育』に関する野党6党共同ヒアリング (12月1日)

- ・上記の要望書提出の効果もあり、野党としても医療・福祉に関する要望を出したいということになり共同ヒアリングが行われた。

- ・報告資料に記載の資料を提出してヒアリングを終えた。詳細については資料参照を願う。

(3) 第9回医療保険・診療報酬委員会(12月1日)

- ・中医協報告について及び平成30年度診療報酬改定に向けての議論を行った。
- ・常勤要件における複数非常勤従事者の常勤換算及び専従要件の見直しに関する要望書を提出した。

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第7回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会(11月29日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・医療側委員からの意見も反映した形の省令(案)と新ガイドライン(案)が示され、この回で、ほぼ検討は一段落した。
- ・新ガイドラインでは、客観的事実であることを証明できない内容の広告を禁止している。
- ・省令案では、患者の主観または伝聞に基づく体験談の広告を禁止事項として規定している。ただし、個人による口コミなどのウェブサイトへの掲載までは禁止できない。
- ・術前・術後の写真やイラストのみを並べて説明が不十分な広告は禁止されるが、それに詳細な説明を加えたものは禁止されない。
- ・国民からの苦情は美容外科をターゲットにしたものであるが、基本的に医療全体に大きな網を被せていかなければいけないということで、これは苦渋の決断であった。
- ・厚労省の委託事業として、医業等に関するウェブサイトを監視する医療機関ネットパトロールの活動が始まっている。

(2) 第13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(11月30日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬の話は既に進んでいるのに、なぜここで診療報酬の基本方針を出さなければいけないのか疑問であり、この会の役割は何であるかということが問題になった。
- ・特定機能のガバナンスに関する改正事項が示された。病院運営に関する合議体をしっかりと作り、管理者が責任を持って病院を運営するということであるが、なぜこれを法律や省令で決めなければいけないのかわからない。しかし、それを守らないと罰せられる。

(3) 第57回社会保障審議会医療部会(12月6日)

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・上記の『第13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』で検討したことが、社保審医療部会に上がってきた。
- ・地域医療支援病院は、その骨格が作られたときにはかかりつけ医を支援することが主であったが、病院とかかりつけ医の逆紹介は仕組みがかなりでき上がってきたので、地域医療支援病院についてはもう少し違う規定や認定基準を作ったほうがよいのではないか。
- ・200床以下の病院も相当数が入っており、がん診療拠点病院も入っていて地域医療支援病院とは何かという認識が曖昧になっているので、時間をかけてしっかり議論することとなった。

(4) 第10回地域医療におけるワーキンググループ(12月13日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・9月末までの都市部の地域医療構想調整会議における議論の進捗状況を見ると、新改革プランを策定した公立病院は75、公的医療機関等2025プランを策定した公的医療機関は97、公立・公的病院以外で自主的に将来の方針を作成したのは1病院であった。
- ・地域医療構想の進め方に関する議論の整理(案)が提示された。来年1月にこの案が親会

議の医療計画の見直し等に関する検討会へ上程される。

(5) 平成30年度税制改正大綱

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・これは与党の税制大綱であるが、大部であるので医療に関する要点だけを報告する。
- ・社会保険診療等に係る収入金額の範囲に一定の予防接種に係る収入金額と介護保険法の規定に基づく保険給付に係る収入金額を加えることが与党の大綱に入ったので、かなり実現性が高い。
- ・資本金1億円以上の大法人の消費税の申告についてはe-Taxで行わなければならないこととなる。
- ・控除対象外消費税については今回の大綱では対応せず、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ、平成19年度税制改正に際し税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し結論を得ることになった。

(6) 第14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（12月15日）

報告は資料一読とした。

〔協議事項〕

1. 医師の需給計画の現実化について

相澤会長は、最終的な詰め段階に入っている医療従事者の需給問題に関して、福井常任理事から第16回医療従事者の需給に関する分科会の報告を受けてから討議したいと述べた。

福井常任理事より、以下の説明があった。

- ・医師偏在対策についての「第2次中間とりまとめ案」提示され、議論が行われた。
- ・とりまとめ案は、1. はじめに、2. 医師偏在対策が求められる背景、3. 今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方、4. 具体的な医師遍在対策、5. 将来に向けた課題の5項目で構成されている。
- ・具体的な医師遍在対策の（1）は都道府県における医師確保対策の実施体制の強化であり、その①は医師確保計画を各都道府県において策定することである。その中身は、都道府県内における医師の確保方針、医師遍在の度合いに応じた医師確保の目標、目標の達成に向けた医師確保計画であり、3年ごとにその見直しを行う等である。
- ・②は地域医療対策協議会の実効性確保であり、医師確保計画において定められた対策を具体的に実施するために関係者が協議、調整を行う協議機関としてこの協議会を位置づける。
- ・③は効果的な医師派遣等の実施に向けた見直しであり、地域医療支援の業務が大学の医学部や大学病院との連携のもとで行われるように地域医療対策協議会において協議し実行する。
- ・今後増加する都道府県からの修学資金貸与医師を中心とした地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定する。
- ・厚生労働省において整備を進めている医師の情報データベースを早急に構築して、地域医療支援事務に、より実効性を持たせる。
- ・派遣先の医療機関の勤務環境の改善について留意して運用し、地域医療支援センターと連携することを法律上明記する。
- ・医師遍在対策の（2）は医師養成過程を通じた地域における医師確保であり、医学部、臨床研修医、専門研修のレベルに分かれている。
- ・医学部では、地域医療対策協議会の意見を聞いた上で、知事が入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請することができる制度を設ける。十分な地元出身者枠・地域枠を確保できない都道府県では、医師が多い都道府県の大学医学部にも地域枠を設定することができるようにする。

- ・臨床研修では、地域医療対策協議会の意見を聞いた上で、都道府県が臨床研修病院の指定、募集定員の設定を行うことができるようにする。
- ・地域枠で卒業する医師の臨床研修の選考については、他の医師と分けて実施すべきである。
- ・臨床研修医の都市部への集中を避けるため、募集定員算定方式については、平成37年度に1.05倍となるように段階的に圧縮していく。
- ・専門研修では、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保される仕組みを法律で定める。医師に対する研修機会確保が十分でない場合には、国が専門医機構に対して必要な措置を要請することができる。
- ・診療科ごとの将来の医師のニーズの見通しを国全体、それから都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。
- ・医師遍在対策の（3）は地域における外来医療機能の不足・遍在等への対応である。
- ・医師遍在対策の（4）は医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進で、その①は医師個人に対する環境整備・インセンティブであり、医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備等について提言されている。
- ・②は医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等であり、医師が少ない地域での勤務を後押しするために、そのインセンティブとなる認定制度を創設する。その対象はあらゆる世代の医師とし、認定医師であることを広告可能にする。医師を派遣する医療機関にも経済的インセンティブを与え、マッチングの仕組みも作っていく。
- ・③は認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価であり、そのような認定医師でなければ医療機関の管理者にはなれないようにしてはどうかとの案である。
- ・将来に向けた課題の（1）継続的な議論の必要性に関しては、①専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定、②認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価、③無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入の3点について、両論併記となっている。
- ・将来に向けた課題の（2）は都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性であり、その政策推進能力には大きな差があるので、厚生労働省において都道府県の人材育成が進むように適切な対応を検討すべきであるとしている。
 意見参加は、以下のように述べた。
- ・誰に付度しているのか、事前説明で言われたことが全て後退、縮小している。ガバナンスの問題も管理者要件については決まっていたのに、某団体の一晩の運動でひっくり返った。
- ・地域創生のキーワードは医療と教育と一次産業である。医療がないところに人は住めない。
- ・国民皆保険を行っていても国民皆医療がない状況であり、お産ができない、手術が受けられないという地方が増えている。プロフェッショナルオートノミー等のきれいごとでは済ませられない時代になってきているのに、何十年も同じことをやっている。
- ・専門医機構の件でやはり政治は強いと実感したので、今は2週間に1回は議員会館に行っている。賛同する議員を多く集める以外にない。
 亀田常任理事は、以下のように述べた。
- ・厚労省は今回の医師の働き方について、言っていることが自己矛盾しているところがある。派遣にインセンティブをつけると書かれているが、病院が派遣業をやることは禁止されている。派遣法とのすみ分けについてはきちんと整理がついているのか。
- ・認定制度によるインセンティブのところに関連して、開業する医師はある程度ジェネラリストあることをその要件にすべきであると思う。
 福井常任理事は、そのことについて明確に厚労省としてクリアしているという話を聞いたことはないと言った。

亀田常任理事は、厚労省内での整理はついているのかと尋ねた。

権丈参与は、以下のように答えた。

- ・医政局側から診療報酬の話をするのはタブーという状況であるので、派遣した医療機関に対して診療報酬でのインセンティブについて、まだ具体的な調整の話はないと思う。
- ・認定のところに診療所も入れるべきであるという意見は少なくなっており、地域医療支援病院の中の一部という状況に今はおさまっているのではないかと。
- ・強制や規制という言葉に敏感に反応する人たちがいるが、今年のビジョン検討会で地方に行きたいとアンケートで回答した若手の医師の意見にきちんと対応すべきという意見が出たことを奇貨として、インセンティブという言葉を組み込んで議論している段階である。

新江常任理事は、以下のように述べた。

- ・横浜市立大学でも十数年前から地域枠を導入している。卒業後、これを横浜市立大学が医局員のように扱ってきたのはおかしいのではないかとということで、県の医療福祉部長がセンター一長になって地域支援のセンターで預かることとなり、いろいろ話し合いを今持っている。
- ・10年が経過して縛りが取れる形となった医師たちの取り扱いや、研修が終わった時点で専門医のようなことが絡んできたり、県外に出て研修したいという者が出ていることの扱い等の問題に取り組んでいる。
- ・神奈川県は医師不足なので、全国の研修医に募集をかける試みを積極的に行っている。国の方針が少しでもよい方向に行ってくれればと思う。

相澤会長は、県が費用を出したり、特別に入学させた者は、大学の医局や病院に所属するのではなく地域医療センターの所属になるのかと尋ねた。

新江常任理事は、そうである。今では県当局と大学が、よいところで歩み寄る状態になっていると答えた。

相澤会長は、意見がまとまりにくいところが両論併記になっているのであろうが、その他、何か意見はあるかと尋ねた。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・我々病院団体としては病院の中での総合診療専門医を考えるのであるが、かかりつけ医についてはどこにも言及がないので、それを出してほしい。
- ・開業の要件に関しては、保険医での縛りはある程度できそうな気がする。
- ・専門医研修の中で、将来的には総合診療専門医とかかりつけ医の整合性をどうとるかという議論は必ず出てくる。その辺は後々までネックになるであろう。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・地域医療構想の入院版ができ上がってくる。それに対して医師をきちんと配置できるかどうかの部分ができていないが、私は医師需給分科会がやっているものを地域医療構想の人的配置版と呼んでいる。もう一つ足りないものは外来診療版である。
- ・外来診療に関して診療所の規制まで視野に入れて議論することは難しい状況であるから、その地域にはどの程度の医療ニーズがあり、それに対してどの程度のマンパワーが必要かについての情報は国からしっかり出していったよいのではないかと。
- ・医師の偏在問題を解決するのはそんなに難しい話ではない。世界的ないろいろな事象分析に基づくと、地元の人たちがしっかり地元に残ってくれるという強い証拠がある。私は鮭の母川回帰仮説という言葉が流行らせきたが、地域枠を地元枠に限るとするのは、今後はそういう証拠に基づいた方針になっていく。総合診療医を育てると地域医療をしっかりやってくれるという証拠もある。地域医療プログラムに参加した人たちが後々、地域医療を担当してくれるといった証拠もある。
- ・この3つの変数を教育に、あるいは保険医の認定に、そして管理者の要件にどう組み込むか

という、3行3列のマトリックスの中で考えていくことが必要である。

- ・保険医の認定というところはいろいろ難しい問題があるようで、早々になくなった。もう一つの管理者の要件というところで、地域医療プログラムにいかに参加していくかということが今後、組み込まれていくわけである。
- ・両論併記のところ、認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価というものがあるが、反対意見として、医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みの導入そのものが医師本人にとっても患者にとっても不利益であるという意見があったが、目の前に患者がいたらどうしても真剣にやってしまうのが医療者であってほしいということで、この反対意見は削除される予定である。

福井常任理事は、以下のように述べた。

- ・自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す云々という文章が入るのは非常に残念なことで、結局たどっていくと最後は医学教育の話に行き着く。総合診療医を養成することが物すごく難しいのである。
- ・私自身、17年間、総合診療部の教授をやってきたが、総合診療部のローテーションに来る学生が他の診療科、臓器別の専門の診療科を回ったときに、レベルの低い総合診療なんかするなということを平気で言うことに驚かされる。
- ・我々が調べたデータによれば、医学部に入った学生の50%が将来は赤ひげのようになりたいとか、ジェネラリストになりたいと答えるが、卒業するときにはそれは2~3%に減っている。現在診療している医師の多くにとって、それが心の底からやりたい仕事になっていないこと自体が大きな問題である。
- ・次回の会議では、プライマリーケアに関する医学教育の充実という言葉を入れてくれることに一応なっているが、なかなか難しいであろう。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・プライマリーケアという言葉はまだ出ておらず、地域医療どまりなのではないか。私もその言葉を入れてほしいので発言させてほしい。
- ・医師需給分科会が再開されるときに4人ぐらい新しいビジョン検討会から移ってきている。なかなか医政局としては調整するのが難しい状況にあるのではないか。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・少しずつ流れは変わっているような感じがする。特に初期臨床研修が始まって、地域の中核病院では総合診療に興味を持って教育を受ける若手の医師が増えている。
- ・とにかく言い続けて、大学自体が変わってきてほしい。大学では総合診療や地域医療は無理ではないかと思っていたが、大学自身が随分変わりつつあるような気がするので、日本の将来に希望を持ちたい。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・ここで書かれている医師の認定制度については皆、賛成ということなので、その認定医師にいかにも働いてもらうかが一番大事なことであるが、大学がそこに余り顔を出すとまた医局でぐるぐる回るのでないかということに危惧している。県の所属という形で、そこから派遣していくほうが少ないところに派遣できるのではないか。
- ・認定医が将来有することのできる基準について、今の状況では認定医であれば診療所を開設することができるが、それ以外の者は開設できないということを使うのは非常に難しい。

権丈参与は、この中でPDCAサイクルというのは一つのキーワードであるが、その意味で、認定医制度の導入は別次元の話である。別次元の世界が入ってPDCAサイクルで回していくところまで組み込むことができれば、それが白鳥になるのかアヒルのままでいるのかはチェックから変更までの期間をどうしっかりと押さえておくかにかかってくる。異次元の世界に行くことは

行くのではないかと期待していると述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・PDCAサイクルがやはりキーワードになると思うが、これをチェックするのは一体誰なのかがどこにも書かれていない。結局は厚労省と県のお役人になってしまうのではないか。
- ・その流れで医師はみんな公務員化され、警察国家になっていく道を着々と進んでいるという気がしてならない。

末永副会長は、認定医師に反対するわけではないが、今の若い人たちは、それを取ることで何かよいことがあるのかと感ずるところが多いと思うが、いかがかと尋ねた。

亀田常任理事は、診療所と言うから抵抗があるので、保険医療機関の開設者または管理者と言えば全部含まれるから、将来のことを考えればこれは取っておいたほうがよいとなる。そういうところまで踏み込まないと本物にはならないのではないかと答えた。

中村常任理事は、以下のように述べた。

- ・そういうことは行政がきちんと考えなければいけないことであるのに医師が責任を押しつけられている。
- ・二次医療圏や市町村の区分をきちんと整理して、人口に見合うように医療機関を集約してやれば専門医は集まる。
- ・今の2年の研修の後にすぐ地方に行って1人で患者を診ると言われても辛い。総合内科医的な医師がたくさん増えないと問題は解決しないのではないか。
- ・夕張のまちは財政は破綻したが医療がうまくいっているというのは、例えば患者は車で都会に行くのである。そのような患者の輸送を行政が無料化するほうが医師を呼んだり診療所を作ったりするよりずっと安上がりという気がする。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・フランスやドイツのように医師会に医者が全員が参加していると、医療関係者がプロフェッショナルオートノミーによって患者側のニーズに見合った医療提供体制の構築を自ら行うことができるが、日本の医療関係者はそのような力を持っていない。
- ・力がないところで何かを進めるためには保険者や行政がかかわることになるが、それをやろうとすると、政府が介入するとは何事だという批判が出てくる。
- ・PDCAサイクルを通じて都道府県が実施した医師遍在対策の効果を検証し、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく必要があるが、都道府県にその能力をつけさせるために都道府県を国民健康保険の保険者にするという仕掛けが今、同時並行で動いている。

石井監事は、以下のように述べた。

- ・この資料によれば、医療機関の管理者には財務・労務管理のみならず地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められており、それを認定された結果、一定の医療機関の管理者になれるわけであるが、そこには経済的インセンティブも伴わなければならないのではないか。
- ・医師は労働者であるという論がある一方、ここで言う一定の医療機関の管理者は労働者ではないので医師の中に労働者とそうでない者の区分が明確に出てくることになるが、そのような管理者である医師をいかに評価するについての整理は一切しないで話が進んでいるので、気がつくとはしごを外されるのではないかと危惧する。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・今すべきことの第1番は大学を卒業した人にその県に残ってもらうことであり、その結果、医師が増えてくれば、あとはどうにでもなるのではないか。それをやらずにその先の細かいものをどんどん作っていくことには問題がある。
- ・まず県に医師をストックすることをしてみてはどうか。それを行ってうまくいかなかったら

次に行けばよい。余りがちがちに制度を作るべきではない。法で決めなければ本当にうまくいかないのか、その前にもっとなすべきことがあるのではないか。

新江常任理事は、以下のように述べた。

- ・横浜市立大学で医師たちが卒業生を医局員のように扱っていたときに、我々は県の保健医療局に毎週少なくとも2回は出向いて地域医療センターで彼らを預かってもらえるように交渉を行い、やっと県が動いたというのが現実である。
- ・行政を動かす場合には国ではなく、まず一生懸命に県を口説いて頑張らないと、今の神奈川県のような状態にはなれない。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・国の施策が既に走っている中で、なるべくよいものを作るために日本病院会にできるのは地域レベル、都道府県レベルのことである。
- ・神奈川県と同じように、新潟県でも行政と大学と病院団体と地域が一緒になって様々な取組をしている。
- ・新潟は医師の数が全国で下から6番目ぐらいであるにもかかわらず、うまくやっている。例えば魚沼地区にモデル地域を作り、新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院が設置されたが、そういう形で地元でできることがある。
- ・国の施策は施策として実施していく中で、我々は地域で地道な活動をしていけば、五年十年先には明るい光が見えてくるのではないか。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・これから医師になろうと思っている中学生、高校生らがこれをどう受けとめるかというところも見っておかないと、磐石と言われていた医局制度が一夜にして崩壊したのと同じことが起こりかねない。
- ・こんなに縛られるのならお断りだと誰も医学部に入ってくないとか、専門医等は諦めて自由開業に移ってしまうという崩壊的なことが危惧される。

権丈参与は、以下のように述べた。

- ・全国知事会に地域医療研究会というものがあり、そこに厚生労働省が出席してそのことを説明しているが、東京都や京都府は反発し、他のところはよいのではないかと言っている。
- ・都道府県の中でできることはある面で限られているので、何らかの形で国のほうで考えてほしいという要望がある。
- ・今、医学部は非常に人気が高いので、これが人気がなくなるところまで本当に行くかどうかはわからない。

相澤会長は、どうまとめるか難しいが、様々な意見が出たということだけは言いたいと述べた。

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。