

日 時 平成28年9月24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、岡留健一郎、梶原 優、宮崎 瑞穂、大道 道大 (各副会長)

藤原 秀臣、高木 誠、中嶋 昭、中 佳一、山田 實紘、武田 隆久、中島 豊爾、  
塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

山本 修三 (名誉会長)

佐藤 眞杉、大井 利夫、宮崎 忠昭 (各顧問)

高久 史麿、楠岡 英雄、今泉暢登志、坂本 すが (代理:井伊久美子)、松田 朗、  
齊藤 壽一、池上 直己、富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、有賀 徹 (各委員長)

後藤 敏和、堀江 孝至、原澤 茂、崎原 宏、三浦 将司、毛利 博、松本 隆利、  
今川 敦史、福井 洋 (各支部長)

永易 卓 (病院経営管理士会 会長)

(新入会員)

藤末 衛 (兵庫県 特定医療法人神戸健康共和会 東神戸病院 理事長)

総勢42名の出席

堺会長の開会挨拶、新入会員紹介として東神戸病院の藤末衛理事長(兵庫県)からの挨拶の後、岡留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8月25日~平成28年9月16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1件〕

①医療法人・医療法人白井会 田野病院 (会員名:白井隆理事長・院長)

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・株式会社ウォルターズ・クルワー・ヘルス・ジャパン (代表者:鈴木真琴代表取締役)

〔賛助会員の退会1件〕

①A会員・シーエス薬品株式会社 (代表者:荒川隆治代表取締役社長)

平成28年9月24日現在 正会員 2,461会員

特別会員 187会員

賛助会員 255会員 (A会員104、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名古屋国際見本市委員会/第20回国際福祉健康産業展~ウェルフェア2017~の協賛名義使

用

- ②一般財団法人日本救急医療財団／「救急の日2016」後援名義使用並びに賛助金の協力
- ③一般社団法人全国公私病院連盟／第28回「国民の健康会議」の協賛
- ④公益財団法人医療機器センター／平成28年度医療ガス保安管理技術者講習会の協賛名義使用

(継続：委員等委嘱依頼 5 件)

- ①一般社団法人日本経営協会／評議員の委嘱〔就任者…宮崎副会長（新任）〕
- ②一般社団法人日本経営協会／ホスピタルショウ委員会各委員の委嘱
  - ①ホスピタルショウ委員会委員〔就任者…宮崎副会長（新任）〕
  - ②医療情報部会委員〔就任者…相澤副会長（再任）〕
  - ③保健・医療・福祉部会委員〔就任者…大道副会長（再任）〕
- ③公益財団法人日本医療機能評価機構／評議員の推薦〔就任者…宮崎副会長（新任）〕
- ④公益社団法人日本医師会／①病院委員会委員の委嘱〔就任者…末永副会長（再任）〕
  - ②社会保険診療報酬検討委員会委員の委嘱〔就任者…島弘志委員長（新任）〕
- ⑤厚生労働省保険局／保険医療専門審査員への就任〔就任者…島弘志委員長（新任）〕

(新規：後援依頼 1 件)

- ①防災・福祉・健康産業フェア in はままつ実行委員会／「防災・福祉・健康産業フェア in はままつ」に対する後援名義使用

(新規：共催依頼 2 件)

- ①日本准看護師連絡協議会／平成28年度日本准看護師連絡協議会「第1回講演会」の共催
- ②リードエグジビジョンジャパン株式会社／第3回病院イノベーション展の共催

(新規：委員等委嘱依頼 1 件)

- ①株式会社日立コンサルティング／厚生労働省委託事業 地域医療連携用ID（仮称）等の活用に関する調査研究「医療等ID検討委員会」への参画〔就任者…大道副会長（四病協）〕

### 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

岡留副会長より報告を受け、下記6施設を認定承認した。

(新規 1 件)

- ①千葉県・総合病院国保旭中央病院

(更新 5 件)

- ①東京都・医療法人社団卓秀会 池袋藤久ビルクリニック
- ②千葉県・医療法人成春会 花輪クリニック
- ③山形県・社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院
- ④千葉県・医療法人社団協友会 柏厚生総合病院 健診センター
- ⑤台湾台北市・台安病院

### 4. 日本医学健康管理評価協議会構成団体共同宣言について

大道副会長より以下の報告があり、承認した。

- ・これは日本医師会、全国労働衛生団体連合会、全日病、日本人間ドック学会、予防医学事業中央会、日本病院会等の団体で行った合意を1つの宣言としてまとめたものである。
- ・我々は子供のときからさまざまな健診を受けているが、それらの健康情報データを標準フォーマット化して十分活用し「生涯保健事業」として体系化するため、以下の3点を宣言した。
- ・1点目は、健康情報の一元管理を目指して健診データのフォーマットの標準化を図ることで

ある。

- ・ 2点目は、各種医療団体等が取り組む国民の生涯保健活動に資するデータベース構築に協力して取り組むことである。
- ・ 3点目は、健診標準フォーマットの普及や改善・更新について協力して取り組むことである。
- ・ 健診から始まって健康情報の一元的なデータ管理が実現できれば、それは日医が主張するメディカルインフォメーションのネットワーク構築の方向性とも合致するので、とりあえず健診部門に関しての共同宣言をこのようにまとめた。

## 〔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13回支部長連絡協議会（8月27日）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・ 成川代表の退任に伴う新代表として、望月岩手県支部長が選出された。
- ・ 診療情報管理士教育委員会から提案されていた「医師事務作業補助者コース」をパイロット的に山形、長野、高知県で実施した結果を踏まえて、今後、各支部で実施を検討する。
- ・ 認知症ケア講習会は非常に人気が高いので、これをさらに広めていくために協力を各支部長に依頼する。
- ・ 各支部からの現況報告では、各支部で勉強会が既にできており、日病だけでなく他の病院団体との活動が進んでいるので、日病独自の講習会をやるときにも調整が必要であるという意見等があった。

#### (2) 第10回病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コース（9月2日）

宮崎副会長より、今回の修了者は83名であり、これは一時受講者の減少があったが、この研修が薬剤師会の研修として認定されたことにより増えてきたとの報告があった。

#### (3) 第3回診療報酬・病院経営検討委員会（9月9日）

宮崎副会長より、診療報酬改定の影響度調査について、いろいろとその状況について相談したとの報告があった。

岡留副会長は、そのアンケート調査について後で病院経営管理士会の永易会長から報告があると述べた。

#### (4) 第2回看護職場環境委員会（8月31日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・ 前回の日病学会でワークショップを1つ開催したところ、好評であった。
- ・ 看護職に対する育児支援等の実態調査についての中間報告が行われた。487施設中191施設から回答があり、それに対する単純集計を出したが、これをさらに精緻化し、クロス集計した上で年度内に報告をまとめたい。
- ・ 医道審の保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会が久しぶりに開催され、主に研修施設の認定及び変更についての議論を行った。
- ・ 去年の10月からこの研修が始まり、認定者は約160人になったが、まだまだ少ない。
- ・ 日本看護協会では認定看護師にこの研修を受けるように勧奨しているとの話があった。

#### (5) 平成28年度医療安全管理者養成講習会第2クール（9月2・3日）

末永副会長より、第2クールが終わったところであるが、このコースは来年度から大幅に講師も内容も変える方向で進んでいると以下の報告があった。

#### (6) 第1回栄養管理委員会（9月9日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・栄養管理のNSTセミナーを予定しており、日本静脈経腸栄養学会からのサポートもあって内容の濃いものであるが、これに対する認識がまだ薄いのか、まだ応募が少ない。医師が本セミナーを修了した場合には栄養サポートチーム加算に当たる所定の研修を修了したことになるので、ぜひ参加してほしい。
- ・医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナーはフレイルやサルコペニアなど、最新知識をいろいろ盛り込んだものになっている。

#### (7) 平成28年度第2回臨床研修指導医講習会（9月10・11日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・内容は毎回新しくリニューアルされており、人気が高く、よい講習会である。
- ・今回は約50名が参加した。

#### (8) 第3回認知症ケア講習会－認知症ケア加算2取得講座－（9月3・4日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・これは松本支部長からの発案で開催された講座であり、支部長の病院が主体となり名古屋で2回、東京で1回開催しているが大変人気のある講座である。
- ・年度内にもう一回開催し、次年度は予定を組んで定期的で開催していきたい。

岡留副会長は、今までの報告に関して特定行為に関する研修、認知症ケア、NSTに関する報告、意見、質問等はないかと尋ねた。

堺会長は、以下のように発言した。

- ・特定行為の研修に関しては余り進んでいないが、日本病院会としては、これを着実に成長させていきたい。
- ・この研修に関して座学の部分をeラーニングを使ってできないかとの問い合わせが放送大学にあり、放送大学から日病と一緒に取り組むように依頼があった。
- ・特定看護師については、初めは急性期病院で要望が高かったが、最近では在宅介護のほうでニーズが高いようである。

#### (9) 第1回専門医に関する委員会（9月5日）

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・新専門医制度の施行を1年間延期することが決定されたため、堺会長から今後の日病の方針を検討するように諮問があり本委員会を開催した。
- ・来年4月から暫定プログラムを全面使用、または既存の研修プログラムと併用ということで6基本領域の学会がそれを使用すると、学会の力が強くなるのではないかと懸念される。
- ・このような状況を踏まえて、役員を対象にアンケート調査を行うことを決定した。
- ・病院団体として総合診療医制度について意見交換を行い、アンケート調査に基づいて今後の日病の方針について話し合うことにした。

高久参与は、総合診療医についてはもう少し幅広のものを考えていたのであるが、現在中心になって進めているプライマリ・ケア連合学会では非常にストリクトで幅の狭いものを考えているので、1年かけてしっかりと練り直してほしいと述べた。

末永副会長は、総合内科と総合専門診療医とはどう違うのか、家庭医と病院総合診療医との関係、ダブルボードやサブスペシャリティの問題に関してはまだ曖昧であるので、これらについてさらに議論をしたほうがよいと述べた。

#### (10) 第14回医療制度委員会（9月7日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療の構想の策定状況は、事務局報告によれば策定済みが19都府県、案または素案の状態が14県、二次医療圏と構想区域が異なる設定をしたのが3県、将来の病床の必要量が多いのが7都府県であった。

- ・地域医療構想に関するワーキンググループでは、基準病床数と必要量とのマッチングについてA～Fの6タイプ別にパターンを分類する整理案が示された。これから地域医療構想調整会議で検討されていくことになるが、日病は算定式を変更せずに現行のまま進めるのがよいとの意見で一致している。
- ・診療提供体制については、心血管疾患に係るワーキンググループ及び脳卒中に係るワーキンググループの報告があったが、これについては既に体制が確立されているものを新たに規定することが必要なのかという疑問が日医から出されている。

#### (11) 第5回医業経営・税制委員会（9月23日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・四病協・厚生省等の動きについて、日医が主催している医療機関等の消費税問題に関する検討会からの報告を受けた。
- ・来年度税制改正要望については、いろいろなレベルの要望が出ているが、日医あるいは病院団体に一致した動きとして、消費税問題に関しては非課税還付方式を要望していくことになっている。還付と控除という言葉の使い分けには微妙な認識の違いがあるので注意しなければならない。
- ・医療機器の保守点検について思わぬ費用が出てしまうことがあるので、医療機器（検査等）の保守契約、費用に関する実態調査を当委員会で今年度中に全国規模で実施したい。この問題で、今後、日本病院会として業界団体あるいは行政に意見表明や提言を行っていききたい。
- ・IT機器に関しても大きな費用がかかっているため、これも含めて調査を実施したい。

#### (12) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より、以下の報告があった。

##### ①DPC制度の現状と今後の方向性に関する講演会（9月10日）

- ・DPCの研究班との共催であり、午前167名、午後166名の参加があった。

##### ②コーディング勉強会（8月26日～9月11日）

- ・全7教室、合計145名の参加があった。

##### ③医療統計学勉強会（8月26～28日）

- ・全4教室、合計91名の参加があった。

##### ④基礎課程勉強会（9月11日）

- ・全4教室、合計140名の参加があった。

##### ⑤腫瘍学分類コース（9月17～19日）

- ・新しいコースで、DPCコースに続いて診療情報管理士の上乗せの講習として開催した。
- ・初回ということもあり、274名の参加があった。アンケートを参考にさらにコースのスキルアップをしていきたい。

#### (13) 日本診療情報管理学会関連

##### ①第6回業務指針・記載指針改定小委員会（9月8日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・診療録記載指針を改定するために、さまざまな議論をしている。
- ・今回主に検討したのは、第4章「診療録の記載事項」を「入院時の記録」、「入院中の記録」、「退院後の記録」の3つの大枠で構成すること、「入院中の記録」について「経過記録に関する事項」、「説明と同意に関する記録」、「指示に関する記録」、「手術・麻酔に関する記録」、「多職種連携に関する記録」、「外来診療に関する記録」の小項目を設けること等である。

#### (14) WHO関連

## ①第11回2016年第18回IFHIMA国際大会開催組織委員会

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・マーガレット・チャンWHO事務局長が11日の公式晩餐会及び12日の合同開会式で挨拶することになったのは、大変名誉なことである。
- ・10月11日から15日まで開催されるIFHIMA国際大会には、海外から約200名、国内から約1,000名を予定している。45カ国からの参加である。発表演題数も151題にのぼり盛大に催される。
- ・12日にはWHOのICD-11リビジョンカンファレンス、18回IFHIMA国際大会及び第42回診療情報管理学会学術大会の合同開会式が開催される。リビジョンカンファレンスには世界100カ国以上から450名の来賓が参加予定である。
- ・IFHIMA国際大会への募金協力を関係企業に依頼しており各方面から順調に寄附が寄せられているが、調剤薬局と医薬品卸会社からは予定額が集まってこないの働きかけを願いたい。

岡留副会長は、募金に協力願うと述べた。

## (15) 日本診療情報管理士会関連

### ①第2回定例理事会（8月25日）

報告は資料一読とした。

## (16) 平成28年度診療報酬等に関する定期調査中間報告書（案）

宮崎副会長より、以下の報告があった。

- ・今年度の診療報酬改定を受けて、7月から8月にかけて行った影響度の定期調査中間報告がまとまった。回答数は現時点で682病院、有効回答は527病院であり、前回よりわずかに増えている。
- ・56.4%の病院で増収となっているが、経常利益を見ると赤字の病院が4.1%増えており全体的に厳しい状況にある。人件費と医薬品費を初めとする費用増加が原因である。  
永易定期調査作業小委員会委員長より、以下の報告があった。
- ・調査期間は平成28年7月14日から9月30日であり、主な調査項目は診療収益、一人一日当たりの診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益等の平成27年6月と平成28年6月の単月比較、さらに通年比較では平成26年度、平成27年度の医業損益等の比較である。
- ・①病院の基本情報等、②施設基準の内容等、③病院経営に及ぼす影響等について調査を行ったが、①は必須回答、②及び③は任意回答とした。
- ・病床100床当たりの平均職員数は179.9人であり、そのうち診療部門が24.9人、看護部門が102.8人と他部門より多くなっている。
- ・一病院当たりの診療収益は、入院で52.9%、外来で61.5%の病院が収入増であった。
- ・一病院当たりの診療収益は、入院では一般と精神で、外来では一般で、それぞれ増収病院の割合が高い。病床規模別で見ると、おおむね病床規模に比例して増収病院の割合が高い。
- ・一般病棟入院基本料別で見ると、7対1では53.2%、10対1では51.6%の病院で増収であった。
- ・一人一日当たりの診療収益（単価）は、入院では59.8%の病院が単価増であり、外来については69.8%の病院が単価増であった。病床区分別では一般病院が高かった。また、病床規模が大きくなればなるほど単価増の病院の割合が高かった。
- ・DPC対象病院では病床規模に比例して単価増病院の割合が高くなるが、対象外の病院では300～399床で単価減の病院の割合が高い。
- ・全病院の延患者数は、入院では54.8%、外来では66.4%の病院で減少しており、全ての病床区分で入院患者延数、外来患者延数ともに減少病院の割合が高くなっている。

- ・診療行為別点数の前年比では、外来で4.2%の伸びであり、投薬、注射等の伸び率が高い。入院では1.37%の伸びであり、DPCの包括評価部分が一番伸びている。
- ・一般病棟・特定機能病院一般病棟・専門病院における7対1入院基本料の算定割合は、488病院のうち68.6%を占めていた。病床区分別で見ると、99床以下では算定が19.2%にとどまるが、200床を超えると66.7%、500床以上では92.9%に達している。
- ・7対1入院基本料における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす割合の検証を行った結果を見ると、大規模病院より中小規模病院のほうが非常に厳しい状況にある。
- ・10対1入院基本料を算定する129病院のうち8.5%が看護必要度加算1を、46.5%が加算2、22.5%加算3を算定している。13対1を算定する9病院のうち、66.7%が一般病棟看護必要度評価加算を算定している。
- ・回答病院のうち32.4%の病院が、療養病棟入院基本料2を算定しているが、それらの病院で医療区分2または3の患者が50%以上の病院は55.9%にとどまっており、非常に厳しい状況にある。
- ・特定集中治療室管理料1－2を算定している病院では100%が、特定集中治療室管理料3－4を算定している病院では95.4%が新基準を満たしていた。
- ・ハイケアユニット入院医療管理料では、ハイケアユニット1、2のいずれでも90%以上の病院が新基準の要件を満たしていた。
- ・地域包括ケア病棟入院料では、合わせて90.8%の病院が入院医療管理料1を届け出ている。地域包括ケア病棟入院料1は、20床から500床以上に至るまで、ほぼ全ての病床区分で算定されている。地域包括ケア病棟入院料の現在の届出状況は、7対1入院基本料が62.8%、10対1が14.0%である。今後の届出予定は、地域包括ケア病棟入院料1が53.5%、地域包括ケア病棟入院医療管理料1が14.0%であった。
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料の届出基準と病床数では、回答病院のうち56.1%が入院料1、35.8%が入院料2であった。
- ・今回新たに新設された実績指数（アウトカム評価）では、71.5%の病院が実績指数を出している。
- ・特掲診療料は届出の多いものから順に、医学管理料等、在宅医療、検査、画像診断、投薬・注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置・手術・麻酔となっている。
- ・大病院の初診・再診時の定額負担では、改定前の初診の中央値が3,240円であったのに対して、改定後の中央値は5,400円であった。再診については、それぞれ685円と2,700円であった。定額徴収の実施による外来患者数への影響については、減少した病院が39.7%、変化なしの病院が46.0%であった。
- ・紹介状なしの初診時特別料金の徴収は、79.9%の病院が実施しており、中央値は2,160円である。また、選定療養における初再診時の特別料金の徴収は、実施していない病院が83.9%であり、徴収している病院の中央値は1,512円であった。
- ・医業損益の影響を見ると、診療収益、単価ともに増収であった。経常利益では赤字が56.5%から60.6%に拡大しており、医業利益ベースで見ると64.3%から67.2%に赤字が拡大している。減益している病院が56.5%であった。
- ・全病院を医業利益ベースで見ると、一病院当たり平成28年6月は4,400万円の赤字、経常利益で見ると2,591万円の赤字であった。赤字幅はいずれも拡大している。
- ・通年比較では、平成26年度は47.8%の病院が赤字であり、平成27年度は48.9%で微増という結果であった。医業利益ベースではそれぞれ62.9%と65.2%の赤字であり、赤字幅が拡大した。減益で見ると51.1%の病院が年間を通して減益であった。
- ・平成26年度には一般病院の経常利益は52%の病院で黒字、48%で赤字であったが、平成27

年度には黒字が48.9、赤字が51.1に逆転した。病床規模別で見ると100～299床を除いて赤字病院の割合が拡大している。

- ・通年で全病院の100床当たりを医業利益ベースで見ると9,600万円の赤字、経常利益で見ると2,900万円の赤字であり、600万円～1,000万円ほど赤字が拡大している。一病院当たりの損益を医業利益ベースで見ると3万2,800万円の赤字で、減益幅は2,100万円であった。経常利益で見ると9,900万円の赤字で、減益幅は4,038万円であった。
- ・平成27年6月と平成28年6月期について、一病院当たりの診療収益は1.82%増で、内訳は入院が1.23%増、外来が3.16%増であった。診療単価については、入院が1.65%増、外来が3.80%増であった。医業損益に関する回答485病院について、稼働100床当たりで経常利益の赤字が671万円から765万円に拡大している。通年でも、稼働100床当たりで赤字が1,723万円から2,907万円に拡大している。
- ・重症度、医療・看護必要度については、7対1入院基本料で12.4%の病院が新基準を満たしていない。200床未満の経過措置では18.2%が要件を満たしておらず、中小規模病院に不利な結果になっている。今回の改定は大規模病院に有利なものであったというが、医業損益の視点から見ると、それらの病院では給与費、材料費、特に薬品費がかさんで赤字病院の割合が増加しており、急性期を担う病院の経営が厳しい状況にあることがわかった。
- ・今回の中間報告について意見を求め、12月には最終報告を取りまとめる予定である。

石井監事は、今回は薬価、材料が診療報酬で大幅なマイナス改定となっており、資料を見ると病院の注射や投薬に関しては翌月分末で対応したときにマイナスという形で対前年比が出ているが、今の説明によれば損益計算書ベースでは逆に薬品材料が大幅に増えていることになっているので、この問題の整合性について説明してほしいと尋ねた。

永易小委員会委員長は、DPC対象病院では今回、包括料に吸収された項目も多いので、その辺の不一致がどうしても生じてくると答えた。

石井監事は、記載されている投薬・注射はDPC包括対象外のものになると思うが、包括した部分では材料費の仕入れが大幅に増えたのだとすると、説明されている診療報酬の改定率、薬価の改定率ということで実態と全く整合しないのではないかと尋ねた。

永易小委員会委員長は、非常に解釈に苦しむところであるが、6月段階では薬価はまだ交渉中であり、旧薬価で計算している可能性もある。9月以降を見ないと正しい薬価データは得られないであろうと答えた。

石井監事は、6月には会員価格未確定の薬価の仕入れがあり、秋以降にそれが確定されれば数的に大きな変化をもたらす。今日の資料は大変参考になるが、人件費と材料費が増えたので赤字が増えたという整理で本当によいのか、現実の病院経営の財務を見ている人間としては実感と合わないというのが本音であると述べた。

中常任理事は、これは大変膨大な資料であり、毎年回答している病院の経年的な変化についての値が出ているので、継続すればさらに精緻なことが言えるのではないかと述べた。

岡留副会長は、最終報告書で3年間継続してデータを提供している病院の評価を行いたいと述べた。

福井支部長は、会員中に非常にアンケートが多過ぎるので事務量が増えて困るという声があるが、いかがかと尋ねた。

永易小委員会委員長は、負荷を極力減らすべく調査票を3つに分けて①だけでも答えてほしいと依頼しているが回答数は少ない。できるだけ項目は増やさないように努力しているが、結果としては膨大な量になっているのが実態であると答えた。

堺会長は、ファクス一枚で答えられるようにしても、データの出ないところは出ないであろう。特に中小病院などではマンパワーが足りないと感じるので、病院会や外部の業者が

援助できないかを考えている。厚生労働省のアンケートにしても、データが出るころはほとんど決まっているので、調査結果が全部を反映しているかというのは微妙なところであり課題が残ると述べた。

大道副会長は、体力のない病院にとって、このアンケートに答えるのは大変である。経常利益ベースで昨年と比べてどうなのかということが病院にとって一番大事なところであり、景気がよい、悪いの判断を勘で答えても、それがマスになれば正しい方向性が出てくると統計学的に言われているので、そのようなアンケートのやり方もあるのではないかと述べた。

岡留副会長は、アンケートについては、これから善後策を考えていきたいと述べた。

#### (17) 新たな専門医の仕組みに関するアンケートについて

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・さまざまな追加と変更を加えている。
- ・Fの「後期研修医の研修」の追加、Hの「研修プログラム提出数」、さらに「現時点での状況」として、新専門医制度開始時期の延期について、その理由について、臨床研修修了者全員が基本領域の専門医を目指すという原則について、研修プログラムと研修施設認定について、新たな専門医の仕組みで地域偏在・診療科偏在の軽減は可能かどうか、専門医研修のグランドデザインについて、マッチングの導入について、専攻医の給与について、専攻医の身分・処遇について、望ましい新専門医制度の開始時期について、専門医制度の整備指針について、基本問題検討委員会の設置について、総合診療専門医の3年間の研修期間について、総合診療専門医の養成数は全専門医数に対してどの程度にするかについて、いわゆる「6つのコアコンピテンシー」について、基本19領域でのダブルボードについて、3科のダブルボードについて、サブスペシャリティの研修について、専門医制度と標榜科の関連について、専門医の差別化についてなどを設けた。最後の欄では現在の考えている問題点と日本病院会の役割について自由に記載してもらおうという構成である。

岡留副会長は、アンケートへの協力を願うと述べた。

## 2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

### (1) 第142回代表者会議（9月2日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・中医協報告の中で、高額薬剤への対応についての報告がなされた。
- ・実務者会議の報告では、一般病棟における入院料の動向調査に関して話が合った。
- ・その他として、新たな専門医機構の体制について説明があった。

### (2) 第143回代表者会議（9月23日）

堺会長より、ここで話題になった7対1動向調査については、この後に説明があるとの報告があった。

### (3) 第133回診療報酬実務者会議（9月21日）

原澤支部長より、以下の報告があった。

- ・7月いっぱいかけて、事務局を通して13の病院団体に7対1の動向調査を行った。
- ・現在7対1による入院基本料を算定している病院は全国に約1,530あるが、そのうち894、約60%の病院から回答を得た。病床数では約77%に当たる27万床となり、確度の高いデータとなった。
- ・894病院中193病院から何らかの方向転換を考えているという回答があった。そのうち111病院が地域包括ケア病棟へ移行すると回答している。経過措置が切れる9月から変更を

施する病院が圧倒的に多く68病院、来年3月までにというのが36病院である。

- ・変更先を選んだ理由では、重症度、医療・看護必要度の基準が満たせなくなったからが56病院で一番多い。
- ・重症度、医療・看護必要度への対応基準を最初からクリアしているところが300病院、何らかの対応をしたと回答したのは554病院であった。
- ・21%の数の病院が28年度改定で何らかの方向転換をする予定であるという大きな流れが明らかになった、インパクトのあるデータである。7対1の病院が医療を担保しているし、救急医療等を含めた質のよい急性期医療を提供している。
- ・許可病床と稼働病床とは違うので、次期動向調査のときにはそのあたりをさらに精緻化して調査する必要がある。

### 3. 中医協について

以下の報告は資料一読とした。

#### (1) 第2回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（9月12日）

#### (2) 第118回薬価専門部会（9月14日）

堺会長は、「病院情報の公表」についてという文書で10月1日から公表すべき集計項目が出ているが、難しいものもあるであろう。とりあえず実施した上で、意見が寄せられれば日病として厚生労働省と打ち合わせたいと述べた。

### 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6回医療保険・診療報酬委員会（9月2日）

報告は資料一読とした。

#### (2) 「災害医療を国家として統合するための提言」に関する打合わせ会（9月9日）

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・この提言案を9月28日に行われる四病協会長会議及び総合部会へ提出し、了承が得られた後に日本医師会懇談会へ提出する。
- ・具体的には、災害医療は国家的事業として国家が自律的主体として果たすべき責任の下に展開すべきであり、災害医療に関する知見を集積し、その学術的根拠を背景として災害医療の国家的統合を実現するために常設の研究機構の設立を提言するものである。
- ・そのような常設の研究機構、シンクタンクを内閣府中央防災会議の下に創設することが重要であると考え、本件を上記のタイムスケジュールに沿って先に進めていくこととなった。梶原副会長は、以下のように述べた。
- ・阪神淡路、東日本等の自然災害の発生を受けて内閣府に中央防災会議が設立され、その中に医療界から初めて日本医師会の横倉会長がメンバーとして入った。それまでは防災会議に医療関連のことはほとんどなかったのである。
- ・医療の中には自然災害だけではなく、テロ災害やIT関係の災害などさまざまなものがあり得るので、それらを全部含めて扱う研究機関が必要であるということの日病の災害医療対策委員会から提案して、医療界を一本にして内閣府に提言するためにこれをまとめた。
- ・来年度の予算の関係もあるので、10月半ばぐらいまでに実行しなければならず、四病協と日医とでスピード感を持ってまとめていきたい。

### 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

下記会議等の報告があり、了承した。

(1) 第2回地域医療構想に関するワーキンググループ（8月31日）

報告は資料一読とした。

(2) 第3回地域医療構想に関するワーキンググループ（9月23日）

報告は資料一読とした。

(3) 第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（9月2日）

報告は資料一読とした。

(4) 第4回医療計画の見直し等に関する検討会（9月9日）

報告は資料一読とした。

(5) 第47回社会保障審議会医療部会（9月14日）

報告は資料一読とした。

(6) 第4回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会（9月7日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・前回理事会で案内した「とりまとめ（案）」は、最終的なものが近日中に仕上がり、ホームページに掲載される予定である。
- ・内容は前回理事会時とほとんど変わりなく、ホームページを適切に運営するためのガイドライン的なものである。参照を願う。

(7) 第5回大学附属病院等のガバナンスに関する検討会（9月14日）

楠岡参与より、以下の報告があった。

- ・この回が最終の検討会であり、いろいろな意見が出された。
- ・東京女子医科大学病院及び群馬大学病院における医療安全に関する重大事案の発生を契機にして厚労省に特定機能病院の医療安全体制を見直すためのタスクフォースが作られた。その調査の結果を受けて医療法施行規則が改正されたことにより、特定機能病院の医療安全対策に変更が加えられた。
- ・特定機能病院では院長の実質的な権限が大きくないところもあり、そこを改善しなければ院長に法的責任を負わせても実態は変わらないのではないか。
- ・病院としての適切な意思決定を行うための体制を作るために、管理者の職務権限の明確化を図り、病院内の多職種のコアメンバーにより重要事項を審議する合議体として病院運営に関する会議を位置づけるべきである。
- ・病院長の選び方に関しては、管理者として最もふさわしい者が選ばれるように選考プロセスの透明化をし改善を図る。そのために学長の下に病院長の指名組織を作り、病院長の要件を明確に示して、候補をその委員会で審査する。
- ・最終的な「とりまとめ（案）」の文言に関しては、座長が調整することとなった。

## 6. 第42回日本診療情報管理学会学術大会について

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・この大会は10月12日から14日までIFHIMAの国際会議と合同で開催されるので、参加者は国際会議にも自由に行き来ができる形となっている。
- ・シンポジウムとしては「先進的な医療情報活用への取り組み」、「診療情報をめぐる法的問題」、「診療記録の新たな質的監査の試みー死亡時チェックシートの検討ー」の3つを予定している。
- ・「世界各地の診療情報管理の現状」と題して、海外の4人の演者からアフリカ地域、大西洋地域、東南アジア地域等についての講演が行われる。
- ・一般演題では学生セッションを含めて現在、約340題が登録されている。
- ・海外からは200名以上、国内からは約2,000名の参加者が見込まれている。当会会員病院では

診療情報管理士に参加を呼びかけてほしい。

## 〔協議事項〕

### 1. 医師の偏在について

堺会長より、以下の説明があった。

- ・ 医師需給分科会で中間取りまとめができたので、10月から都道府県における医師確保対策・医師養成課程を通じた医師偏在対策について議論し、11月中旬ごろから対策の骨子を作り始めて、12月上旬に取りまとめる予定である。
- ・ 年末までに検討すべき医師偏在対策として10項目を挙げている。例えば、(4) 医療計画による医師確保対策の強化、(8) 管理者の要件などは、かなり気になるところである。
- ・ 医師の偏在対策のポイントの中では、医学部定員の暫定増等により増員が図られ平成28年度には過去最高の9,262人となったとし、暗に、既に充足しているのではないかと述べている。
- ・ 将来の医師需給計画推計に関しては、地域医療計画の中の推計と同じような形で地域ごとに行いマクロレベルで全国を試算した結果、このままいけば2033年ごろには均衡するので医学部定員はこのままにして経過観察し、地域偏在の是正を目標にすべきであるとしている。
- ・ 医学部長・病院長会議では医師偏在の根源は初期研修にあるとしているが、初期研修臨床研修で地域別の定員枠を設けている都府県を見ると都市部の研修医の数は減っており、かつ最近は大学の医局に入局する者も増えているので、データを見る限りその主張は成り立たない。
- ・ 中間取りまとめでは、専攻医研修の募集定員については各診療領域ごとに地域の人口、症例数等に応じた枠を設定することとしているが、同感である。初期臨床研修と同じく専門医研修でもマッチングを導入して地域別、診療科別の定員を設けるべきである。
- ・ ここでは、勤務医数についてどう考えるか、偏在対策に関して初期臨床研修・卒後臨床研修及び専門医の問題をどう考えるか、厚労省が中間取りまとめで示した医学部定員枠に手を加えず地域偏在に集中して議論して対策を練るという案についてどう考えるかに関して意見を聞きたい。

安藤常任理事は、厚労省がグラフで示した今後の医師の需給不足の根拠及び全体の推計の前提は何か、きちんとしたその変数はあるのかと尋ねた。

堺会長は、自分も詳細はわからないがネットで見ればわかる。とりあえず今出されているのはこれであると答えた。

塩谷常任理事は、以下のように述べた。

- ・ 現在の勤務医不足の本質は何かと地域医療委員会のアンケートで問いかけたときに、73%が数ではなく偏在であると回答した。5年前に比べて地域偏在が進展したというデータもある。
- ・ 何を問題として偏在を議論すべきかという調査で1番多く支持を集めたのは、急性期、慢性期、回復期の病床の機能分担をきちんと行う等の医療提供体制の問題である。
- ・ 2番目は、医療法、医師法、労働基準法、保険法等の医療関連諸法律を含む医療制度の問題である。
- ・ 3番目は、医師の資質や本来表裏一体であるべきプロフェッショナルフリーダムとオートノミーがそれぞれ自らを利するよう語られてきたこと等、医療供給側の問題である。背景には大学医局の講座制の崩壊があるのではないか。
- ・ 4番目は、医療は限りある医療資源だということや医療は100%ではないという認識の不足等、医療を受ける住民・患者側の問題である。
- ・ なぜ地域偏在が生じてしまったのかという調査への回答のトップは都会や県庁所在地に大きな病院が集中していること、2番目は新医師臨床研修制度ができたことであった。
- ・ これらの回答をヒントにして、地域偏在を解消するために総合的な解決を見出すべく議論を

行うべきである。

堺会長は、まさにそのとおりであると述べた。

齊藤参与は、以下のように述べた。

- ・やはり医師の偏在が日本の医療を歪めているので、医師の総数をいじるのではなく、その適正な配置を考えるべきである。
- ・卒業生を全部、大学医局に吸収して適正な配置を任せるとするのは、いびつな方策である。現在の2年間の初期研修は旧態依然たる医局を経験した者から見るとうらやましい制度であり、医師の基礎を育てる上で重要なものであるので堅持すべきである。
- ・専門医制度を強化しようとするときに、それが学会主導、医局主導型で行われると専門医が大都市に集中して医師偏在をさらに悪化させるので、できるだけ地域医療密着型にしていくべきである。

木村委員長は、以下のように述べた。

- ・基本的にはそのとおりであるが、専修医の視点に立って物事を考える部分がまだ少ないのではないか。地域の病院に行くこと自体の魅力を増やすなど、地域の側にもやらなければならないことがたくさんある。
- ・日病で取り組んでいる電子ジャーナル・コンソーシアムのようなものを地域の行政機関や大学が構築して必要な文献にネットからアクセスできる環境を整備したり、地域の病院においても新しい技術がすぐに使えるように大学等が協力すれば若い医師にとって大きなインセンティブになる。
- ・もう一つ大きいのは立派な指導者の存在である。指導者の強制的な配分やその地域枠をきちんとする等、実力のある医師が地域に出ていくことを促進するシステムを考える必要がある。

後藤支部長は、以下のように述べた。

- ・例えば、山形県の地域枠は33人と書いてあるが、山形県の高校生が山形大学に入れる地域枠は8人分しかない。残りは他地方からの入学者であり、卒業後は地元に戻っていくのが実情である。この状態は初期研修2年間が終わった後には1年間地域で勤務する等の法制化をするぐらいにしなければ変わらないのではないか。指導医も一緒に派遣すべきである。
- ・これはもともと当時の医師会長の発想であったが、徴兵制ならぬ徴医制につながるということで医師会で反対されたものである。
- ・東北大学などに入るために地方の開業医の子弟を中高一貫校に入れることが今、よく起こっている。それによって、金持ちの子供はよい大学に戻ってこられるわけである。
- ・山形大学に地域枠8人ができたのは去年であり、それまでは山形県内の高校生は12人しか入っておらず、宮城県の子供が20人入っている。彼らは2年か3年、最高で5年までいて地元に戻ってしまう。

堺会長は、大学に入るのは偏差値の高い子供と経済的余裕のある子供でなければだめなのではないかという指摘であり、貴重な意見であると述べた。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・現在の定数は差し当たり維持すればよいが、早目に減少に転じるべきである。コントロールしやすくなるので、厚労省は医師数が増えていくことを非常に望んでいる。その危険を考慮しつつ、地域偏在を解消していくことが求められている。
- ・初期臨床研修が全て悪の根源だという言い方がよくされるが、医師になろうとする者の資質をスクリーニングするところは卒後の臨床研修の時期しかない。
- ・専攻医になってもマッチングをすべきであり、そのためには各専門医の定数を決めておかなければならない。
- ・将来的に総合診療医を増やしていくということが国民に対する唯一のメッセージであるので、

しっかりと総合診療医を育てるべきである。

- ・総数か地域偏在かという問題については、桐野私案をたたき台にしてきちんと議論するべきである。
- ・女性医師であってもきちっとやっていけるように制度設計しなければならない。

中常任理事は、大学を卒業した後のことをどうこう言うのではなく、今論議していることを大学に入るときにある程度はっきりとさせて道を決めるべきであると述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・医師の数は将来的にはいろいろと考えなければならないが、当座はいじらないで医師の偏在問題に注力する。また、制度の壁をどうして克服していくかについては明確に日医として要求していくという意見が出された。
- ・専攻医の立場は非常に重要なので、極端に言えば入り口で方向性を決めてしまえという意見もあった。

宮崎副会長は、以下のように述べた。

- ・国民一般が東京都に一極集中し、都道府県においても道府県庁所在地に集中しているときに、医師だけは偏在しないよう配置するという点には疑問を持つ。
- ・今は医局には昔のようにどこに行けと医師に指示できる強制力はないので、県なら県の基幹病院同士でいつ、どれだけ、どこへのき地に行くということを決めたり、症例数が稼げるようにコントロールをしたりしている。
- ・供給のことばかりではなく、個々の医師の立場も考えて、配置される場所が納得できる形で決まるような方策も考えてほしい。

堺会長は、地域偏在も診療科偏在も確かに問題であるが、自民党の国会議員による医師偏在是正に関する研究会の中で医局の復活が一番早道だという議論が一部に出たことを日本病院会としてどう受け止めるかと尋ねた。

中島常任理事は、以下のように答えた。

- ・医局が力を持っていたときにうまくいっていない地域も科もたくさんあったことを棚に上げて医局復活を言うのは疑問を感じる。
- ・そこまで言うのであれば、教授の選び方まで遡り、文科省も入れてきちんと合意しなければこの問題の議論は成り立たない。

木村委員長は、以下のように述べた。

- ・医局復活というのは、若い医師の地域への派遣を管理させるという意味ではよいが、地域のいろいろな病院が医局にお願いしに行くという上下の関係がまた復活することは絶対によくはない。
- ・初期臨床研修医は全国から集まってきており、そこから新たなチームを作ることがいかにすばらしいかということ、そういう時代であるということを考えなければいけない。
- ・医局に権限を持たせるということではなく、やはり地域の側に引っ張る力がないといけない。

齊藤参与は、患者満足度は今の若い医師に対しては改善してきている。他流試合が若い医者を育てる上で何より大事であり、いろいろな価値観をいろいろな地域から出てきた若い医者たちが切磋琢磨して磨き上げながら育っていくという発想が大切であるのに、それを壊して医局制度に戻そうというのは逆行としか言いようがないと述べた。

楠岡参与は、かつての我々の世代のときには医局とけんかしたら勤め先を見つけるのは難しかったが、現在は医局に対して若手の医師は売り手市場になっているので、昔のイメージをそのまま持ってきて同じようなコントロールはきかないのではないかと述べた。

梶原副会長は、現在は幾らでもリクルートのための会社があるから、きちんと生活はできるか研究はできるかと教授が医局員に気を遣いながらやっているのが今の医局の形であり、昔と

は全然違うと述べた。

安藤常任理事は、今は大学は専門医制度でそれを復活しようとしており、きちんと戦略を考えていると述べた。

堀江支部長は、以下のように述べた。

- それぞれの時代に、それぞれの問題がある。大学で現役の頃、私達の教室の有給者は教授以下、20名程度で、その他に大学院生や無給助手の医局員が約100名前後いた。そして大学関連病院や、私立の病院を合わせて30を超える病院に長期出張として医師派遣をしていた。
- 臨床研修制度のスタートに向けた国の議論に参加したが、制度のスタートに伴って新しい臨床研修医は有給になる、一方で各教室で臨床や研究に取り組んできた無給医局員の扱いをどうするか、が大きな問題となった。最低賃金法なども議論の対象に、様々な工夫をし、大学側と折衝して多少の有給者の増加を試みた。しかし、以前のように多くの病院への医師派遣継続は困難、あるいは不可能となり、結果的に大きな負の影響を及ぼすこととなった。
- 大学を退き、私立の病院に所属しているが、種々の大学からの医師派遣協力を受けることの難しさに直面し続けている。

山田常任理事は、以下のように述べた。

- 自分は今アフリカやキューバなどを回っているが、日本の状況を見ていると、研修医制度にしても何にしても医者哲学が完全に忘れられており、最先端医療だけを狙い、機械ばかりに頼っている。それがよい医療だと教えられている若い医師に今、警鐘を鳴らさなくてはならない。
- キューバの医療は有名であるが、最先端医療機器などほとんどなく、聴診器1個、体温計1個で患者をずっと診ている状態であっても新生児の生存率は日本よりずっとよい。日本では医療の原点が忘れられている。
- キューバでは我々が子供のときに見ていた医療が今でも続いており、しかもドクターを南米のいろいろな国に派遣して喜ばれている。
- 最先端医療機器偏重、最先端医療偏重の風潮を反省し、哲学的、精神的なところから考え直していかなければ全然話にならない。

堺会長は、大変すばらしい貴重な話であると述べた。

藤原常任理事は、以下のように述べた。

- 医局復活を軽々しくノスタルジックに語ってはならない。かつての医局は、よい面、悪い面があったが、よい面が多かった。教授が医局員の教育や人間形成を非常に重視しており、経済的なことまできちんと考えたり、人の適性を見た上で地域医療を考えながら医局を運営していたが、今さらそこに戻ることはできないであろう。
- 大学一極集中に戻るという構想は全く間違っている。大学との連携によって地域の幾つの中核病院が医師派遣の役割を担うべきである。
- 直接地域の病院に大学から派遣するわけではないので、中核病院に人を集めておき、そこから出向させる。出向は、研究歴を途絶えさせないために大切である。大学との連携の下で地域の中核病院が大学と同じ医師派遣の力を持つことがこれからの医師の地域偏在を解消する具体的方法ではないかと考えて今、実践しつつある。

末永副会長は、以下のように述べた。

- 岩手県では、岩手県立中央病院が中心となって普段から医師を派遣していたために3.11のときにもいろいろと機能したと聞いている。地域でどこかがそのような派遣機能を果たせるシステムを作らなくてはいけない。
- 今、厚労省が言っている地域医療支援センターが十分機能していない現状を見ると、そのようなところに医師の派遣を行うためには派遣された人を行きっ放しにさせずローテートさせ

るシステムをきちんと法制化して保障しないとイケない。

- ・1県1大学だったりすると、医局がまた昔の医局に戻ってしまうという問題があるかもしれない。そこに歯どめをかけて、地域医療支援センターに権限を持たせられるようにしていかなければならない。そのためにはシステムを法的制度として作らなければ難しいのではないか。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・地域医療支援センターだけでなく、大学の中に研修センター的なものを作って両方でやろうと日医、医学部長・病院長会議では提案している。地域医療支援センターが機能していないのに資金を随分費やしているのは事実であり、その辺も含めて考える必要がある。
- ・今までの議論をまとめると、医師の数については今は触らないで偏在を考える。そのためにはどこかの中核病院が派遣機能を持つ病院になって連携をとってほしいということであるが、そのときに大学との関係はどうなるであろうか。

末永副会長は、1つの巨大病院といってもたかが知れているので、大学に理解してもらわないと難しいことであり、自治体そのものが積極的に自分の地域の医療を守るという意識を持って大学に対して発言できるように自己変革しなければならないと述べた。

堺会長は、そのための話し合いの場は分科会あり、医師分科会に日病からは出ていないのであるが四病協から委員が出ているので、胸襟を開いて大学との合意を目指していくべきであると思うが、その辺はどうかと尋ねた。

楠岡参与は、以下のように答えた。

- ・医師の供給は現在のシステムをそのまま維持していくにしても、専門分化が進めば進むほど需要に応えるのが難しくなるので、チーム医療で業務分担を進めながら、多職種に加わってもらうことで医師の需要を抑えてバランスをとる必要がある。
- ・医師が多ければ多いほどよいには違いないが、社会保障費用に上限がある中で、いかに業務分担を進めてチーム医療を進めるかということとを並行して考えなければならない。

堺会長は、大学とのやりとりをどうするかについては全く有効な考えを持っていなかったもので目からうろこのようなところがあるが、そういうことを積極的にやっていくことは可能であろうかと尋ねた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・今は大学が中心の話になっているが、適正配置する制度がないならば制度を作らなければならないので、それを誰に委ねるかという問題である。
- ・法制化などによる国家的なレベルの強制力も必要ではないかと思うが、それを1段落として県レベル、大学レベル、あるいは大きな病院レベルでもある程度強制力を働かせることができるのではないか。
- ・医者個人の資質や医学とは何かという哲学問題も究極的には重要であるが、それを待っていると非常に時間がかかるので、強制力がないと絶対に無理だろうと思う。

堺会長は、地域医療構想を契機に協議の場が最近できて、医療提供体制についてはそこで協議をしている。専門医に関しても協議の場を作る話が出ており、最終的には地域が頑張るしかないので、その協議の場を使って大学、病院、診療所が連携をとるべきであると述べた。

楠岡参与は、地域の協議で大学がある程度医師の配分を担当する場合でも、医局の縦割りで人員配置を決めるのではなく協議によってパッケージで医師を派遣しなければならない。単に人数分の医師を入れて、あとは医局任せでは意味がないのではないかと述べた。

堺会長は、我々病院団体がしっかりと意見を言うしかない。初期研修を通じて地域の病院もかなり力がついてきたので、そういう中で大学と一緒にうまく地域医療を中心に考えることができるかどうかである。そうでなければ、今言われている地域医療構想は絵に描いた餅になる

と述べた。

安藤常任理事は、資料の「地域枠」の導入状況（大学別一覧）に旧帝大が入っていない。これは全ての医科大学を一緒くたに考えてはいけないという姿勢だと思うので、やはりそれぞれの役割は多少違うということも意識しなくてはならないと述べた。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・不正行為の問題にしても旧帝大は積極的に意見を言わないが、彼らが言うのと逆にますます大学間の格差が出るのではないかとということもあり、マクロで大学と一言でいうのも難しい。
- ・大学と医学部長・病院長会議でどういう話をするかという課題はまだ残るわけであるが、そのような道を開いたほうがよいのか、そんなことをせずに我々で頑張るほうがよいのか、いかがか。

木村委員長は、以下のように述べた。

- ・アカデミアとして研究や新しい診療を行うことの役割と責任は大学にある。
- ・地域医療を担う点では、地域の大きな基幹病院から人を派遣することは非常によいと思うが、そこで働く医者の方で考えると、基礎的な研究や実験を同時に行っていかなければいけない。それを保障するために大学には連携をとる義務があるのではないか。
- ・地域の臨床に携わるだけでなく、研究をしながらリサーチマインドを持った医師を育てるということも含めて全体を考えないといけない。

堺会長は、以下のように述べた。

- ・例えば聖隷浜松病院は浜松医大に地域医療の講座を持っており、その社会人制度を利用して病院で研修をしながら大学院に入り、博士号を取りたい者はそれを目指している。
- ・大学の役割について、大学と一括りにしてもなかなか難しい。偏在で医師が不足している地域の大学では地域医療も考えてもらわないと困るし、研究もしてもらわなければならないので、結論は出ないが可能性があるのかどうか、総合診療の話も絡めて模索はしてみたい。
- ・1回で結論が出せることではないが、今日は大枠として定員枠はそのままにしてということで、地域枠、地域偏在、診療科偏在の問題をいかにするか、地域の中で大学との連携を模索できるのかどうかについて協議を行った。

## 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。