

平成30年度第2回 都道府県医師会長協議会

～地域医療対策協議会と地域医療構想調整会議について重点的に協議～

と き 平成30年11月20日(火) 午後3時～午後5時

ところ 日本医師会館 3階 小講堂



広島県医師会会長 平松 恵一



開会挨拶をする横倉義武日本医師会長（中央）

本協議会は、全都道府県医師会長はもとより、日本医師会の全役員が出席し、医師会が直面する重要課題に対する日本医師会の見解を質すとともに、都道府県医師会長相互で最新の情報共有や活発な討論を行っている。

今回も、横倉義武日本医師会長から開会挨拶として、平成30年7月豪雨災害への対応、世界医師会長の任期を無事に終えたこと、消費税問題、医業承継時の相続税・贈与税制度や医師の働き方改革への対応などについて述べられ、協議を開始した。

特に、今回の協議議題は直面する重要課題である「地域医療対策協議会の現状と問題点」および「地域医療構想調整会議のあり方」について、重点的に活発な議論が行われた。

当会からも地域医療構想における「定量的な基準」について、病床機能報告との整合性や診療報酬との関連に関する日本医師会の見解を質したところ、中川俊男副会長から地域医療構想は病床機能報告を何ら制限するものではないこと、病床機能報告・地域医療構想と診療報酬のリンクは認められないことなど明快な答弁があった。

以下、その概要を簡単に報告する。

開会挨拶

日本医師会長 横倉 義武

平成30年7月豪雨災害について

平成30年7月豪雨で被災した医療機関などを支援するため、全国の医師会および会員各位に寄付をお願いしたところ、3億3千万円を超える支援金をお寄せいただいた。この場をお借りして、皆さま方のご芳情に深く感謝申し上げます。

寄せられた支援金は、被害の大きかった岡山、広島、愛媛の各県医師会に配賦するとともに、今後の災害支援に備えさせていただく。このほか、今年は各地で台風や地震による被害が発生したが、被災地復興のため、日本医師会としては、可能な限りの支援を継続してまいりますので、引き続き、皆さま方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

世界医師会長の任期を終えて

ご案内の通り、昨年10月に世界医師会長に就任して以降、私は医療が「世界全体の社会的共通資本」になることを理想に掲げながら、世界医師会の会務を推進してきた。とりわけ、わが国の優れた医療システムを世界に紹介するなかで、例えば、母子手帳を途上国に広める取り組みなど、世界中の人々のヘルスケアの実現に努めてきた。

去る10月、アイスランドのレイキャビクで開催された世界医師会総会をもって、私の会長としての任期は満了した。1年という任期ではあったが、人類への奉仕を理念とする世界医師会長としての大任を果たせことは、ひとえに皆さまをはじめ全国の医師会員からの理解と支援の賜であり、ここに衷心より御礼を申し上げます。

これからの1年間は、前会長という肩書きで執行部に残り、世界医師会の会務に参画していくことになる。これまでの経験を活かしながら、引き続き、世界中すべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めるとともに、グローバル・ヘルスを主軸とする日本医師会の国際活動についても、なお一層の推進を図ってまいります。

折しも、来年6月にはわが国で初となるG20が大阪で開催される。これに合わせる形で、皆さまの参加を仰ぐなか、世界医師会加盟医師会とWHO地域事務局による、H20（ヘルス・プロフェッショナル会合）を開催したいと考えている。そこでは、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進」をテーマに議論する

他、今後、高齢化が進む中で重要になってくる行政と医師会の連携の方策などについても話し合っている。その成果を、皆さまと共有するなかで、わが国の医療システムをさらなる高みへと牽引してまいりますので、引き続き、支援のほどよろしく願います。

消費税問題、医業承継時の相続税・贈与税制度について

医療に係る消費税の問題については、平成30年7月25日(水)の中医協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で検証の結果、平成26年度の5%から8%への引き上げ分の補填率について、102.07%から90.6%と下方修正がなされた。特に病院の補填率は102.36%から82.9%と大幅な下方修正が行われ、補填不足と病院種別間のばらつきが明らかになった。厚生労働省からは「今後、信頼性のあるデータで御議論をいただくことができるよう、猛省したいと考えている」とのお詫びがあったが、大変な憤りを感じている。

2019年10月に消費税率が引き上げられる予定であるが、長年の懸案であった医療に係る消費税問題の解決に向けて、現在、税制全体で詰めの協議を行っている。

あわせて、医業承継時の相続税・贈与税制度を改善することも重要だと考える。そもそも医療税制を巡る議論の要諦は、医療機関への不当な負担を減らし、地域医療を確保・継続していくなかで、国民の生命と健康を守るという一点に尽きる。

医師の働き方改革について

そしてこのことは、医師の働き方改革を巡る議論においても同じである。医師の健康への配慮が、医師によって担われる地域医療の継続性と、より安全で良質な医療を国民に提供していくことにつながるものと考えます。

そのため、まずは今取り組むべき医師の健康管理をきちんと行った上で、今後の健康管理のためにいかなる枠組みを準備していくか。勤務医の労働法制的構築も視野に入れながら、より良い制度設計につながるよう、医師自ら議論をリードしていくことが重要である。

「地域医療構想調整会議」と「地域医療対策協議会」について

そしてそうした議論を後押し、地域医療に混乱を来さぬようにするためにも、地域の医師会

が中心となって、地域住民に必要な且つ十分な医療を提供し続けるための体制の整備・強化を図っていかねばならない。

とりわけ、わが国が少子高齢化により人口減少していくなかで、地域の有り様から将来の医療需要を推測し、適切な医療提供体制の構築を目指していくのが地域医療構想である。その実現に向けて、地域の医療提供状況を把握し、必要とされる医療を過不足なく提供していく環境作りのための協議の場が「地域医療構想調整会議」である。

また、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場が「地域医療対策協議会」である。

そのため、この二つの会議がきちんと機能するかが、今後、その地域における医療の確保・推進に向けて、大変重要な意味をもつことになる。そこで本日の協議会では、「地域医療対策協議会の現状と問題点」および「地域医療構想調整会議のあり方」の二つを議題としてとりあげることとした。

後ほど担当より、日本医師会としての考えや、事前にお寄せいただいた質問への回答を行うが、そのほか、この機会にどうか忌憚のないご意見をお聞かせいただきたい。

地域の実情と医療の実態を把握し、それを政策にまで高め、広く国民に訴えていけるのは、我々医師会をおいて他にない。地域医療全般に責任をもつ日本医師会としては、皆さまからの情報、意見などをもとに、国や政府と建設的な議論を積み重ねるなかで、地域の医師会活動を支えるための取り組みを推進してまいるので、協力のほどよろしく願います。

「日本医師会綱領」と 「グランドデザイン2030」について

最後になるが、今年度の「日本医師会設立71周年記念式典並びに医学大会」では、ノーベル医学・生理学賞を受賞された本庶佑先生に最高優功賞を贈るとともに、「驚異の免疫力」と題して特別講演を行っていただいた。講演では、21世紀はがんを克服する世紀になる可能性があるというお話のほか、生物学的視点から、人間を幸福にするための医療とはなにかといったお話をいただいた。

日本医師会においても、人の命に深く関わる医療がいかなる使命を果たすべきか、医療のあるべき姿とはなにかについて、改めて深い考察を加え社会に投げかけていくため、「グランドデ

ザイン2030」の作成に着手し、このほどその概要版を公表した次第である。時代は正に人生100年時代を迎えようとしている。変容する社会や環境への対応にとどまらず、医療は期に先んじて国民の幸福の実現に寄与していかなければならない。

日本医師会は常にその先頭に立って、「日本医師会綱領」に掲げた理念の下、「グランドデザイン2030」で示す明確なビジョンと具体的な取り組みにより、これからも国民医療の推進に努めてまいる。皆さまにおかれては、こうした本会の方針・取り組みに対し、今後とも深い理解と協力を賜るよう重ねてお願い申し上げて、私からの挨拶とさせていただきます。本日はよろしく願います。

協議議題への回答

(1) 地域医療対策協議会の現状と問題点について

1 地域医療構想を慎重に策定する体制のあり方 (群馬県)

地域の病院の姿が大きく変わろうとしているのに、住民は、当事者意識を持って地域医療構想に参加をしているだろうか。

技術論として「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」という4つの医療機能別に、必要な病床数を病棟単位で大まかに決めていくやり方に無理がある。

在宅医療の推進策が介護現場(市町村)主導で進展しており、在宅医療ニーズも含めた最適な地域医療の形が崩れているという一面もある。

地域医療の最大の課題は、医療資源、特に医師や看護師が少ないことであり、2025年までに必要な医師や看護師を確保し、県全域に安定供給していく仕組みが必要となる。

医療資源の偏在は、周産期医療の医師不足など、個々の二次医療圏では解決できない問題も多くある。県全体の限られた医療資源を有効に活かし、病院同士の連携で支え合う必要がある。

時間をかけてじっくり話し合い、医療に携わる人が全員納得できるところまで持っていくべき。一部の大規模な病院や公立病院だけが利益を得るような体制ではなく、大小すべての病院、行政、もちろん地域住民も含めて、ウィン・ウィンの結果へ導くことが大切である。

すでに、これまで築いてきた地域医療提供体制を壊さないように、地域医療構想を慎重に策定することが大切。

県の主導ではなく、病床再編の担い手である病院が主体的に取り組む姿勢が重要。そのため、まずは構想区域ごとに問題点を吸い上げ、その情報をもとに、地域医療構想を練っていく体制が望まれる。

日本医師会としてどのように考えているか。

2 埼玉県における地域医療対策協議会の問題点 (埼玉県)

埼玉県では医師確保対策を総合的に推進するため、平成25年に埼玉県総合医局機構を創設し、県庁内に医療人材課を新設した。医療対策協議会、地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター、女性医師支援センターなどは、医療人材課が担当する医局機構に集約された形態となっており、個々の問題については、各種委員会で議論している。地域枠、研修施設・研修医の定員などについてもここで検討してきた。

医療法改正により地域医療対策協議会の機能強化を図るため、会議を整理・統合すること、構成員を再編成することなどがあげられている。

制度改正案では、具体的な案と明確でない部分がある。当県では集約化した医師確保対策が必要との考えから現体制をとり、今後も続けていきたいと考えていたが、国の指導では構成員の再編成などがあると聞いている。

さらに指示があるのなら、早急に教えてほしい。順調に推移してきたところであり、現体制のままを進めたいと考えるが、当県の方針に問題があるか、日本医師会の考えを聞く。

3 地域対策協議会の構成について (愛知県)

愛知県は以前より県医師会主催の公益社団法人愛知県医師会医療圏医療協議会(二次医療圏の各医療圏の医師会・病院協会で構成)を年2回開催し、情報交換を愛知県の担当者の出席を得て行ってきた。

次年度以降は、県と県医師会と合同で地域医療対策協議会(地対協)を開催することとしたが、国の提示している構成員は関係団体が多いため、深い議論が困難となることが予想される。また、関係団体の代表に女性が少なく、確保に難渋しているが、日本医師会の見解はどうか。

4 地域対策協議会の現状と問題点について

(大阪府)

臨床研修医の募集定員の配分方法は、2019年度から都道府県で策定作業が始まる医師確保計画に基づき、二次医療圏を基本とした医師偏在

指標を用いて医師多数地域と少数区域を設定し、医師の派遣調整を行うこととされた。国からの権限移譲により都道府県が調整役を果たすこととなり、大阪府においても平成33年度募集から配分方法および審査基準の見直しを行うこととなる。

しかし、平成33年度以降の募集定員も定かではなく、今後、医師の地域密着に向け臨床研修制度に大幅な変更が見込まれる中、医師の派遣調整のための基準や条件をどのように付加していくのか、先行きは非常に不透明である。

医師の働き方改革や地理的条件など、地域の実情に応じて医師を確保していく必要があると考えるが、本来あるべき医療提供体制の構築に向けて、地域医療対策協議会の場において、都道府県医師会が担うべき主導的役割について、日本医師会の考えを教示してほしい。

(質問1・2・3・4をまとめて回答)

回答 釜薙敏常任理事

1 地域医療対策協議会の構成、運営について [群馬県、埼玉県、愛知県、大阪府への回答]

平成30年7月25日(水)に施行された改正医療法では、地域医療対策協議会(以下「地対協」)に関する規定も大きく見直された。主な項目は、構成員について、医学部地域枠を中心とした「キャリア形成プログラム」の適用を受ける派遣医師の派遣調整などである。これに関連し、7月25日に厚生労働省より、『医療法及び医師法の一部を改正する法律』の一部の施行について「地域医療対策協議会運営指針について」の2つの医政局長通知が出されている。

これらの通知では、都道府県行政に対し、これまで地対協とは別個の会議体であった「へき地保健医療対策に関する協議会」「専門医制度に関する都道府県協議会」「地域医療支援センター運営協議会」などを、地対協に一本化するよう要請している。その上で、例えば「既存の他の協議体の機能を、地対協のワーキンググループを設置して存続させた場合は国に報告すること」といったことを求めている。

さらに、地対協の構成員については、「地対協の実効的かつ効率的な運営を確保するために、既存の構成員の必要性を精査し、極力人数を絞るよう見直しを行うこととすることともに、都道府県に県外の大学から医師が派遣されている場合は、その大学も原則、地対協の構成員にすることになった。県外の関係する大学すべてに毎回出席を求めることは現実的でないことから、

最も医師派遣が多い大学のみ出席を求めればよいとする救済手段もあるが、あくまで例外的な取り扱いに止まるものであった。

以上の厚生労働省通知であるが、国による管理を強調したやや高圧的な表現や、丁寧さに欠ける書きぶりがみられたため、日本医師会として現場に混乱を来すことを懸念した。そこでまず、平成30年9月26日(水)の社会保障審議会医療部会で日本医師会より、医師確保のために各都道府県に議論を尽くしてほしいので、その「道しるべ」としてこの通知を出したことが分かるように、また、決して強権的に監視するものでないことが分かるように丁寧に説明する文書を早急に出すように要求した。その場で担当課長より、「この通知によって県の組織をがんじがらめに縛るとは毛頭考えていない」との回答があり、関係者と中身について協議し、文書を発出するとの発言を引き出した。そして、平成30年11月14日付けの事務連絡(平成30年7月25日付厚生労働省医政局長通知『「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の一部施行について(通知)」及び「地域医療対策協議会運営指針について」の運用について)が出された次第である。

この事務連絡では本文の中で、7月25日付け厚生労働省医政局長名の2つの通知の内容について、一部の都道府県において地域における医師確保対策の実効性の確保の改正法の本来の趣旨とは異なる受け止めがなされ、その結果、現場に混乱が生じていることが確認されたとして、改めて地対協の運営について説明することが書かれている。

事務連絡1.「地域医療対策協議会の構成員を決定するに当たっては、地域の実情に応じた都道府県の判断により、医師確保対策を協議する上で必要な者を適切に選出すること」、2.「1に関連し、都道府県外の大学から当該都道府県内の医療機関等の医師の派遣がある場合は、当該大学も当該都道府県の医師確保対策を協議する上で必要な者であることから、地域医療対策協議会の構成員とすることを原則とした上で、地域の実情に応じた都道府県の判断により、当該大学との十分な協議を担保可能な手法によることを認めることであること」、3.「施行通知の記載は、医師確保に関する効率的な議論を行うために、地域の実情に応じた都道府県の判断により、地域医療対策協議会にワーキンググループを設置することを妨げるものではないこと」、4.「施行通知に基づき国に対する報告を求める対象は、既存の他の協議会の機能をワーキンググループ

として存続させる場合に限られ、その他の場合で地域の実情に応じた都道府県の判断により設置するワーキンググループについては、設置について国に報告することは不要であること」、5.「1から4までの他、都道府県は、地域医療対策協議会の実効的かつ効率的な運営が確保されるよう、地域の実情に応じた対応を行うこと。なお、都道府県において疑義がある場合には、適宜、厚生労働省に相談いただきたい」

以上のように現場の混乱を防ぐために事実上、過去の通知を上書きする事務連絡が発出された次第である。

以上を踏まえて、ご質問にお答えする。埼玉県医師会、愛知県医師会からは、地対協の運営や構成についてご質問いただいた。日本医師会としては、埼玉県医師会のようにこれまでの体制が順調に推移しておられる場合は、現体制をそのまま進めていただくべきと考えている。それが実情に応じた最善の医師確保策、地域医療推進策につながるものと思う。

愛知県医師会も同様に医師会主導ですでに体制が整っていることを示していただいた。愛知県医師会からの「国の提示している構成員には関係団体が多いため、深い議論が困難になることが予想される」との指摘であるが、そのとおりである。構成員を再検討するかどうかについては、地域の実情を踏まえた議論が深まるかどうかの観点からご判断いただきたい。

さらに大阪府医師会からも都道府県医師会が地対協の場において担うべき主導的役割についての質問をいただいたが、各都道府県医師会がコアメンバーとして行政と事前に調整しながら、会議の方向性を決めていくことが重要であると考える。

愛知県医師会からの「関係団体の代表に女性が少なく、確保に難渋している」との指摘であるが、自見はなご議員も去る4月19日(木)の国会質問の中で「医療職における女性比率の高さを念頭に地対協に一定数の女性がいるよう配慮が必要」と指摘し、当時の加藤勝信厚生労働大臣が「地対協は女性を含めた医師のキャリアについても議論を行う場、構成員の女性比率についても配慮するよう運営方針で示したい」と答弁されている。すでに大変なご苦勞をいただいているが、引き続きこの点に配慮いただきたくようお願いする。

群馬県医師会からの質問は、地域医療構想による医療提供体制の整備には、医師や看護職員の確保が大前提であり、必ずしも二次医療圏、

構想地域単位で整備が完結できない場合には、都道府県単位でも考えていくべきとの趣旨と捉えている。埼玉県医師会も同じ趣旨であると思う。まさに指摘のとおりであり、日本医師会として都道府県医師会が地対協を主導していくために、制度設計に関わる厚生労働省との折衝に臨んでまいらる。

地域医療構想に関わる質問については、次のテーマでも答弁するが、地域の調整会議を支援するため都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を国に提案し、実現した経緯がある。都道府県医師会がカウンターパートの都道府県行政と連携しながら、都道府県単位の調整会議、地対協の議論をリードしていただくことが重要である。

2 臨床研修について [大阪府への回答]

大阪府医師会からのご質問のうち、地対協における都道府県医師会が担うべき主導的な役割については、先ほどの回答にもあり、臨床研修の募集定員設定などにかかる都道府県への権限移譲についてお答えする。

一般の医療法・医師法改正によって、都道府県知事が医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、各都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされた。

厚生労働省医道審議会医師分科会臨床研修部会において、この改正のメリットとして、①地域医療に責任を有する都道府県が深く関与できること、②地域の実情を把握している都道府県によりきめ細かい対応が可能となること、③都道府県が目指す医療提供体制の構築が可能になることが示された。一方デメリットとして、①臨床研修の質にばらつきが出る、②有力な医療機関の意向が強く反映される、③特定の医療機関が優遇される恐れがあることなど懸念事項として示されている。

ご承知のとおり、都道府県知事が臨床研修医の定数を定めようとする時は、あらかじめ地対協の意見を聞くこととされている。地対協での協議においては構成員の合意が必要となるが、都道府県医師会が参画しているので、先ほど述べた3点のメリットが最大化されるよう、ぜひ尽力いただきたい。

医師法改正に伴う臨床研修制度の運用の詳細については、今後、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で検討される。ただ、都道府県ごとの募集定員は、これまでどおりのタイミングで厚生労働省から示されることを確

認しているため、質問の中にある2021年度の募集定員は2019年度中に示される予定である。

なお、臨床研修制度改正の内容としては、研修希望者に対する募集定員の割合を前回2020年度の臨床研修制度の見直しに向けマクロで徐々に1.1倍としていくとともに、その後2025年度には1.05倍とすることとしている。

さらに次回見直しに向けては、都道府県別の募集定員上限の算定方式について医師少数区域等へ配慮をする観点から、地理的条件の加算を増加させることも、今後臨床研修部会で検討されることになっている。

加えて、研修医が臨床研修修了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促し、地域枠の医師が診療義務を課せられた地域で適切に勤務できるように地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施する具体的方策も検討中である。なお、この場合も臨床研修病院ごとの選考枠については、地対協の意見を聴いた上で個別に判断することになっている。

医師確保対策において地対協の役割は極めて重要と認識しているため、都道府県医師会の意見が十分に反映されるよう協議に臨んでいただくよう重ねてお願いする。

(2) 地域医療構想調整会議のあり方について

5 (群馬県)

① 会議の委員に求められるもの

未来の地域の医療提供体制(=地域医療構想)を創造するという「志」を持つ。

構想策定には、現場の声(住民・医療機関)を拾いあげ重視する「姿勢」を持つ。

細かなことに終始せず、コンセプトを創るための具体的な「目標」をまず決める。

コンセプトに沿って各論を考える流れを創り出し、繰り返し検討する。

② 会議の推進求められるもの

より多くの現場の声を拾い出す「検討部会(ワーキンググループ)」を設置する。

汗を流して大所高所から纏めていく行動的な「戦略集団」が必要。

③ 戦略集団に求められる資質は

県全体の医療をよくしようという高い志を持つ「意思」が必要。

国の施策や県の医療実態を理解している「見識」

さまざまなステークホルダーとのコミュニ

ケーションができる「しなやかさ」
日本医師会としてどのように考えるか？

6 (埼玉県)

① 地域医療構想アドバイザーについて

埼玉県では地域医療構想アドバイザーについて、その役割が明確でないため、選出を見送っているが、今後、アドバイザーの目的に沿った人材が確保できれば採用する予定でいる。

平成30年6月28日付け、地94の文書を以て中川副会長から「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」通知いただいたが、アドバイザーの選任について、日本医師会の指針があれば示して欲しい。

② 病床配分の決定プロセスについて

埼玉県では、第7次埼玉県地域保健医療計画に基づき、埼玉県地域医療構想において病床が不足している地域(10圏域のうち7圏域)における病院等の整備計画の募集を行ったところ、公募対象病床に対し、約2倍の応募があった。今後、圏域ごとに地域医療構想調整会議で応募医療機関の出席と説明・協議(10月～11月)を経て、平成31年1月の医療審議会で決定される予定である。

しかし、各圏域において地域医療構想調整会議がどれだけ機能しているか、また、病院管理者などが必ずしも出席するとはいえない会議の場で、本当に必要な議論が尽くされ、病院間の調整ができるのか、大いに疑問がある。

一方、県行政は調整会議の議論を元に増床を決定するとしているが、圏域によっては意見集約が非常に困難な地域があるのが現状である。

このように約4ヵ月で病床配分を決定していくプロセスに疑問を感じる。地域医療を守る日本医師会としての見解を聞きたい。

③ 具体的な疾患に対する役割分担と連携について

国は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能別の病床数について方針を立てることを求めているが、地域医療構想調整会議は、本来、将来の地域の医療需要にどう対応していくかを議論する場である。この会議では、病床数の議論だけでなく、脳血管障害、急性心筋梗塞、高齢者の大腿骨頸部骨折など、具体的な疾患ごとに急性期の治療から在宅復帰までの役割分担と連携の議論も必要と考える。

については、疾患に注目した議論を行っている都道府県または都道府県医師会があれば、状況を教示してほしい。

また、疾患に着目した議論について、日本医師会の見解を聞く。

7 診療報酬などのインセンティブの今後の見通しについて (新潟県)

当県においても調整区域ごとに地域医療構想調整会議の検討が進められているが、「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定)においては、地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数などの具体的対応方針について、今年度中の策定を促進することが求められている。

しかしながら、特に民間病院においては、病床区分の見直しが将来において診療報酬などに関わる可能性もあり、経営面を考慮して決断しなければならない。そのため、診療報酬などの今後の見通しや他にインセンティブがあるようなら、その辺りも十分に示した上で協議を進める必要があると思われるが、日本医師会の見解を聞く。

8 定量化指標について (愛知県)

愛知県では地域医療構想調整会議(地域医療構想推進委員会)を年2回と、医療構想区域ごとに愛知県病院団体協議会(愛知県内5病院団体からの推薦による構成で、県内病院の約92.6%の組織率、有床診療所にも参加を促している)で会議を年2回以上開催している。

地域医療構想の本来の目的は良質な入院医療の提供を議論することであり、そのためには病院における病床機能の議論よりは、地域における病院の機能こそ議論されるべきと考える。また、病床を議論するうえで、各々事情の異なる背景を持った県内の病床を全国一律の定量化指標で議論することは困難と考える。

それぞれの県が独自に定量化を試みているが、自分たちに合った指標を示しているに過ぎず、これによって各県を比較することは意味をなさない。特定の県の定量化を全国統一の指標とすることは賛成できない。また、県独自に検討された定量化指標では全国での比較は不可能であり、行うべきではない。

9 地域医療構想の更なる具現化に向けた国への要請について (滋賀県)

滋賀県は県の中心に琵琶湖があり、その地形

的な状況下、人の移動手段において特異であり、7つの医療圏が琵琶湖の周りに北、東、西、南と細長く存在するため、医療圏の中には端から端まで40～50キロ近くになる地域もある。

人口の構成も7医療圏で各々特性があり、湖北、湖東、湖西の医療圏では高齢化、人口減少が進んでいる。しかし、湖南の医療圏では2035年まで人口は増加、小児を含めて青年層も高齢者も増加する試算となっている。

各地域の医療構想調整会議において、病床の再編成を人口動態や患者の移動、流出、流入を基に決めていくため、高齢化や人口減少が進んでいる医療圏では全体の病床数削減と慢性期病床数増加により、急性期病床数の削減が計画されている。

そのため、循環器、呼吸器、脳循環疾患の救急、周産期の対応が困難になる地域の対応が懸念されている。近隣の高度急性期病院に搬送するにしても、交通事情により、圏域内で1時間かかる患者をさらに1時間以上かけて搬送することになる。医療圏が広い地域、あるいは医療圏の合併がなされる地域では、医療機関の連携がなされても、高度急性期病院の数が少ないと患者搬送に時間がかかり救急の意味をなさない。

一方、湖西医療圏では地域医療連携推進法人制度を取り入れて、少ない医療資源の中で、地域の医療機関の機能分担と連携を効率化し、救急医療の地域完結のための医療体制の整備を図っているが、これも連携する急性期病院、回復期病院、在宅医療機関のある程度の数が必要であれば成り立たないと考えられる。

このような状況を踏まえ、地域医療構想調整会議においては、高齢化・高齢者の増加のみに主眼を置くのではなく、人口動態や急性期患者の流入・流出を含めた医療・介護全体をみて、すべての住民のための現実的な医療体制作りをする事こそ必要な協議であると思われる。

よって、日本医師会を通じて、国から行政に対し、地域医療構想の更なる具現化について要請いただきたいと考えるが、日本医師会の見解は如何か聞かせてほしい。

10 地域医療構想調整会議のあり方について

(大阪府)

大阪府においては、診療実態分析により、「急性期」として報告された病棟の実像を明らかにする「大阪アプローチ」を用いて病床機能報告の定量的分析を行っている。しかし、これはあくまでも実態分析のための手段であって、過剰

とされる病床削減に向けた取り組みではない。

地域医療構想の実現のためには、地域包括ケアシステムを中心に、住民が住み慣れた地域で質の高い医療を受けられるよう、病床数のみに目を奪われることなく、高齢者の増加による救急搬送の機会の増加なども踏まえ、地域の住民が必要とする医療資源を確保することが基本である。

しかし、国は、医療需要の推計のための要素の一つとして平均在院日数も取り入れ、今後発出予定の「実施要領」において、急性期医療の項目を示すとしている。さらに、各都道府県における地域医療構想調整会議における議論の活性化が目的であるとして、地域の実情に応じた定量的基準の導入を推し進めている。

日本医師会にこれまで、病床機能報告はあくまでも各医療機関がそれぞれの自主的な判断で取り組むべきものであって、定量的な基準に重きを置くべきであり、病床が過剰か不足かの判断は地域医療構想調整会議にその権限があると指摘されてきたが、国の示す方向性とは異なっている。今一度、日本医師会としての見解を求めたい。

11 地域医療構想調整会議に関する確認事項について

(兵庫県)

兵庫県では、地域医療構想を検討するにあたり、単純なベッド数の削減や機械的割り振りとならないように、あくまでも地域医療の実情とニーズに即したものとすることを原則として、県行政との協力関係のもと調整会議などの設置、協議を進めてきた。

また、より中長期的で全県的な課題を自由に意見交換する場として、県医師会内部に任意団体としてのシンクタンクを設置し、行政各部門の担当者や関係団体代表・有識者等で構成し、独自のアンケートも実施して、県下の状況分析と課題を探ってきた。

国のいう「協議会」としては、公式な「地域医療構想懇話会」として開催予定である。

この間、広域な兵庫県においては、各圏域での協議は順調とは言えず、今般の厚生労働省地域医療課長通知(平成30年8月16日)を踏まえた地域の実情に応じた定量的な基準を導入するため、平成29年度病床機能報告や状況変化などを踏まえ、他府県(大阪府、埼玉県)の先行事例も参考にした調査と分析を実施することとしている。

さらに、その分析結果を踏まえた議論を活性

化するために「公的病院2025プラン」と同様の内容を民間病院も含めて全病院へ調査を実施し、必要に応じて「2025プラン」も毎年見直ししていく予定としている。

これらは単純な2025年の将来必要病床数との比較検討ではなく、あくまでも一つの指標として、その地域に応じた医療機能を議論することが、今後とも重要である。そのような、地域に即した取り組みを超えた、診療報酬制度等上からの政策誘導は厳に戒めるべきである。

そこで、現時点での問題点として、本会として確認しておきたい点を以下列挙する。

- ① 国が、上記通知で平成30年度中に全ての都道府県で「定量的基準」の導入を求めていること自体が一律的とも言えるが、日本医師会としてどのように捉えているか。
- ② 議論が進まない地域に対して、上記の定量的基準やアドバイザーなどの提起が地域の実情から、むしろ乖離したものとなっている事例はないか。
- ③ 最終的に協議が整わない場合に想定されている県知事の裁量権が、公的病院をこえて民間医療機関の自主的な取り組みまで左右されるとの危惧はないか。
- ④ 介護医療院への転換など、市町「介護保険」側との協議・調整の場が基金での費用負担含め設定されないまま進められており、現場の困惑を招いている点への対応は。
- ⑤ 限られた各調整会議の場では、大きな公的病院中心の議論になりがちで、中小の民間病院からの意見が反映されにくい構造的な問題をどう克服していくのか。

12 定量的な基準について (広島県)

現在、広島県においても、県単位の地域医療構想調整会議において「定量的な基準」を策定すべく協議を開始したところである。定量的な基準の検討にあたっては、地域医療構想上では回復期とされる医療機関の中から急性期機能を有する医療機関(いわゆるサブアキュート、仮称：準急性期)を抽出し、「高度急性期」「急性期」「準急性期」「回復期」「慢性期」の5区分としようというものである。

このように、準急性期という区分を設けるのは、一つには実際に地域で果たしている機能を正當に評価しようということであり、もう一つは「回復期」と報告した場合に、将来的に診療報酬の点数の上限が設けられ、病院経営に支障が生ずるのではないかという懸念が払拭できな

いためである。

そこで質問であるが、

- ① 厚生労働省から各都道府県へ地域の実情に合わせた定量的な基準の導入を行うように通知がなされているが、そもそも定性的な基準である病床機能報告制度との整合やその意義についてはいかがお考えか改めてお聞かせいただきたい。
- ② また、病床機能報告制度には各都道府県が導入した基準をある程度反映できる余地があるのかご教示いただきたい。もし、病床機能報告制度に定量的な基準をある程度反映できる場合は、診療報酬上の縛りが発生するかどうかという懸念があるが、そういった点についてはいかがか。

13 地域医療構想の疑問点について (徳島県)

- ① 地域医療構想の各圏域において、公立・公的医療機関より2025年に担うべき医療機関の役割、医療機能ごとの病床数について協議が開始されているが、これらの医療機関には、慢性期病床と届けている機能に、筋ジストロフィーなどの難病や重度心身障害児の療育などを全領域の患者を対象にしている病棟もある。この場合の病床のカウントは別枠として考えてよいか。
- ② 医療圏を圏域として地域医療構想を策定しているが、協議では市町村での医療機能・病床の話になってしまう。特に、公立病院は町長らの公約なども関係している。これについて、何か良い解決策はあるか。
- ③ 2025年に示されたのは、必要病床数であり、医療機関が報告しているのは病棟機能であり、この乖離をどう解決していけばよいか。

14 県医師会と調整会議について (長崎県)

① 調整会議参加者への呼びかけ

県医師会は調整会議やワーキンググループなどへのオブザーバーとして参加し、発言は最小限にしているが、民間病院の参加が少ないが目立っている。参加への呼びかけを県医師会が行うべきか。

② 調整会議の庶務について

調整会議の庶務は保健所が担当している事例が多く、長崎県内でも保健所が担当しているが、行政の責任者(市の部局など)の関与が薄い。また、人事異動で担当者が頻回に変わり、実態が把握されていないことが多々ある。県を中心とした事務局機能と行政の責任を

持った関わりが求められる。

15 地域医療構想アドバイザーについて

(熊本県)

地域医療構想アドバイザーについては厚生労働省から各都道府県にその選任の要件が示され、すでに選任されている県も多い。本県において、選任要件も含め県当局と話し合いを行っているところであるが、国が示した要件によりその人材が絞り込まれる中で、アドバイザーのデータ分析能力の優劣や各地域でのアドバイスなど時間上の拘束など負担も多く、選任する人数などの設定や公平性の担保などについて苦慮している。

日本医師会ならびに厚生労働省では委嘱形態(費用も含む)のイメージではどういった想定があるか、教示願いたい。

(質問5~15をまとめて回答)

回答 中川俊男副会長

1 地域医療構想調整会議の運営について

(1) 地域医療構想調整会議の組織体について

[群馬県、長崎県への回答]

群馬県医師会からは、調整会議の組織、メンバーに求められる資質をご教授いただいた。未来を創造する高い志を持って、行動的かつしなやかに進めていく必要があるというのはご指摘のとおりである。

日本医師会も地域医療構想調整会議の組織について、議長を地元の医師会長が担うこと、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置すること、地域医療構想アドバイザーを選任する場合には当該都道府県に活動拠点を置く人物から選ぶことを指導し、実現させてきた。このうち、都道府県単位の地域医療構想調整会議については、ぜひ、都道府県医師会に事務局機能を担っていただくようお願いする。そのため、日本医師会は厚生労働省に対して都道府県行政が都道府県医師会を物心両面でしっかり支援するよう求めている。

事務局機能の強化については、長崎県医師会から要望をいただいている。現在、日本医師会からの要請により厚生労働省に対し、都道府県行政職員向けの研修には都道府県医師会職員も参加できるようにしている。都道府県と医師会が情報と意思を共有し、都道府県医師会がむしろ行政を引っ張っていけるよう、日本医師会として必要な環境づくりに努める。

(2) 地域医療構想アドバイザーについて

[埼玉県、兵庫県、熊本県への回答]

日本医師会は厚生労働省に対し、次の4点を地域医療構想アドバイザーの選定方法や要件として、事務連絡に書き込ませた。

① 都道府県行政が都道府県医師会と協議しながら、地域に密着した有識者を推薦すること、②アドバイザーが都道府県医師会の関係者と連携がとれること、③都道府県医師会の役職員もアドバイザーになれること、④営利企業は対象外とすることである。

キーワードは「地域密着」であり、日本医師会は本年7月20日の厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」(以降「WG」)において、「地域医療構想を正しく理解し、足場がその地域にあること。現場感覚を持ってアドバイスをするのが、地域医療構想アドバイザーである」と主張してきた。なお、アドバイザーは都道府県医師会と行政が必要ないと判断した場合には、アドバイザーを選任する必要がないことを厚生労働省にも確認している。

現在、アドバイザーには都道府県医師会の役職員、医師会と密接に連携している大学の先生などが就任している。

平成30年6月22日付け厚生労働省の「地域医療構想アドバイザー」に関する事務連絡において、アドバイザーの選定要件として、「都道府県医師会等の関係者と連携が取れること」「推薦を受ける都道府県医師会の区域に活動拠点があること」としている。10月26日時点のアドバイザーの一覧では、都道府県医師会長のほか、都道府県医師会の役員に就任していただいている。

なお、アドバイザーの活動経費には、地域医療介護総合確保基金を活用することができる。地域医療介護総合確保基金の事業区分1の柱の「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」から充当する。

(3) 地域医療構想調整会議の議論の活性化について

[兵庫県、長崎県、埼玉県への回答]

兵庫県医師会からは、「中小民間病院の意見は反映されにくい」という意見が、長崎県医師会からは、「民間病院からの参加が少ない」という意見をいただいた。埼玉県医師会からは、「病院管理者が必ずしも出席するとは言いえない会議で、病院間の調整ができるのか」という指摘をいただいている。

中小民間病院が地域医療構想調整会議に関与

しにくいという問題と、出席すべき医療機関がなかなか出席しないという双方の問題がある。医療法では、都道府県知事が認めた場合には、病床の転換、増床を予定している医療機関は、調整会議に出席するよう努めなければならない。努力義務ではあるが、各医師会におかれては、調整会議の議長として、強く出席を要請していただきたい。

他方で、民間医療機関は病床機能の大きな転換がない限り、議論の俎上には上がらないし、調整会議への関心も薄いケースもあるかと思う。しかし、地域の公立・公的医療機関の病床の縮小や一部の民間医療機関の大きな機能転換は、そのほかの医療機関にも大きな影響がある。調整会議の議論の進捗を幅広く民間中小医療機関に広報する仕組みを作ること、何らかの形で民間中小医療機関が調整会議に対して意見を述べる機会を確保することなどを厚生労働省の地域医療構想のWGで提言してまいりたい。

調整会議の議論の内容について、埼玉県医師会から疾患に着目した議論も必要ではないかとの指摘をいただいた。厚生労働省の医療計画の見直しなどに関する検討会の資料では、調整会議で「がん医療」の議論を行っているには20都道府県ある。「脳卒中」は23都道府県ある。以下、「心血管疾患」「糖尿病」「精神医療」「救急医療」「災害医療」などについても資料で示されている。

兵庫県医師会から介護保険サイドとの調整の必要性について指摘があった。指摘のとおりであり、介護保険を担う市町村行政を含めて、どのように議論を進めれば良いか、早急に厚生労働省のWGで検討し、ガイドラインをお示ししたい。同時に、地域医療介護総合確保基金が活用できるように要請する。

(4) 都道府県知事の裁量・権限について

[兵庫県、徳島県への回答]

兵庫県医師会からは、将来にわたって知事の権限が公立や公的を超えて、民間医療機関にも及ぶのではないかという懸念であった。公立・公的医療機関などについては、平成30年2月7日付けの厚生労働省地域医療計画課長通知で、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率などを踏まえ、調整会議において、公立病院や公的医療機関でなければ担えない分野へ重点化されていることを確認することになった。また、平成30年7月20日(金)の厚生労働省WGでは、日本医師会から、「競合する民間医療機関がない地域では、

公立・公的医療機関などがそのまま対応する、民間医療機関と競合する地域では公立・公的医療機関などしか担えない機能に特化する」よう確認をさせた。

徳島県医師会から、公立・公的医療機関が届け出ている「慢性期病床」のうち、全県域を対象とした難病や重度心身障害者の病棟がある場合、別枠として良いかに質問があった。当該病棟が公立、公的医療機関等しか担えないということであれば、「新改革プラン2025」のプランとして確定し、その病棟を含めて地域医療構想を進めていくことになる。

ここでの問題は、民間医療機関が担える機能でありながら、公立、公的が民間医療機関より先にその機能の病床を押さえてしまわないかという点である。公立、公的のプランが調整会議に提出されているが、さしたる議論のないまま了承されている実態もあると聞いている。そこで、公立・公的のプランを民間医療機関にも周知し、民間医療機関からも意見を述べるができる場が必要だと考えている。例えば、この機能は自分のところで担う計画がある場合の意見である。民間医療機関にはプラン策定の義務はないが、こうした意見を述べる際には当該機能を担える実績を示していただく必要があるかと思う。

現在、日医総研では構想区域ごとの公立、公的と民間との競合状況を分析中である。公立、公的医療機関などがしっかり取れんしていけば民間医療機関への影響はないという見通しをもっているが、いかなる場合にも都道府県知事の民間医療機関への介入は絶対に阻止してまい

る。公立、公的のうち、公立病院について徳島県医師会から首長の公約との関係があるとの指摘をいただいた。調整会議における市町村行政との議論に役立つよう、地域医療構想で公立にしかならない機能に特化することになっていることなど、公立病院についての検討手順を分かりやすく示したものを日本医師会から提供したいと思う。調整会議などに有効に活用していただきたいと考えている。

[埼玉県への回答]

埼玉県医師会からは、病床の公募が行われており、医療審議会での決定までに、非常に短い期間しかないとの指摘をいただいた。調整会議は地域医療構想ガイドラインで定例開催と臨時開催の2つがあることが示されている。定例会議

では将来像やデータを共有し、課題の抽出を行う。総合確保基金を毎年予算措置する関係から年間スケジュールが決まっているが、地域医療構想自体はその年に完結するものではなく、年間スケジュールを毎年繰り返すことで自主的な収れんを目指すものである。個別の医療機関が病床機能の大きな転換や増床を計画している際には、コアメンバーで臨時の会議を開催する。

埼玉県の場合、応募医療機関とコアメンバーで議論を詰めていくことになると思う。医療法の規程では調整会議の議論が調わなかった時には、議論の場が都道府県医療審議会に移る。短時間の議論で都道府県医療審議会に送るよりは、時間をかけてでも調整会議での議論を尽くすことが筋であると考えている。調整会議で結論が出ない場合には、議論が尽くされたことにはならないし、また多数決も合意とはいえない。県行政が調整会議の議論を打ち切ることがないよう、日本医師会からも厚生労働省に強く申し入れをしたいと思っている。

2 定量的基準について

[愛知県、大阪府、兵庫県、広島県への回答]

10月29日(月)の日経新聞の記事について厚生労働省医政局から提供されたが、この記事では、定量的な基準を満たさない病院は急性期などの報告ができなくなると報道された。その記事の概要は、「国は2025年を目標に、急性期の病院ベッドを減らし、回復期病床を手厚くする『地域医療構想』を進めている。しかし、病院側にとっては手厚い医療の体制を敷く急性期病床は支払われる診療報酬が高いなどのため名乗りがかる傾向にある」「厚生省は、病床数あたりの手術の実施数など、定量的な基準を導入して病床の機能を正確に把握することを都道府県に求めた。基準を満たしていない病院は急性期と報告できないようになる」と報道されている。

これに対する厚生労働省医政局の見解は、「記事は『病床機能報告における基準』と『地域の実情に応じた基準』の混同が見られ、誤りである。『病床の機能を正確に把握することを都道府県に求めた。基準を満たしていない病院は急性期と報告できないようになる』は、病棟全体の手術件数を把握し、急性期医療を全く提供していない病棟について、病床機能報告で高度急性期機能又は急性期機能と報告できないことを指したものと考えられ、調整会議の活性化のための方策として都道府県宛てに依頼した『地域の実情に応じた基準』に関するものではない」と

している。すなわち、記事は内容を混同しており、全くの誤報である。

急性期医療を全く提供していない場合は、病床機能報告の報告内容について調整会議で確認の上、報告を修正していただくことがあるが、急性期を全く提供していない病院はここにあるすべてを行っていない場合である。こうした「外れ値」は除外しようということである。さらに、「外れ値」であっても地域医療構想調整会議においてその妥当性を確認することになっている。

記事を見た厚生労働省医政局から都道府県に発出されたメールにおいて、「都道府県において地域の実情に応じた定量的な基準を作成するようお願いしておりますが、これは地域医療構想調整会議の議論を活性化するための方策の一つとして、回復期機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上での目安として活用していただくものであり、病床機能報告の報告基準ではありません」と明記されている。

[広島県への回答]

広島県医師会から、病床機能報告に各都道府県が導入した基準を反映できるのかとの質問をいただいた。「定量的な基準」は先ほど申したあくまで調整会議の議論の活性化のためのツールの一つであり、自主的な報告を阻害するものではない。繰り返すが、都道府県に作成が依頼されている定量的な基準は、地域の実情を踏まえた切り口の見える化と調整会議の議論の活性化に役立つデータが見えてくるのではないかという考えに基づくものである。全国一律の切り口では見えないものも、地域独自の切り口で見ると地域でどんな医療が提供されているか把握できるかも知れない。その物差しであり、病床機能報告を制限するものではない。

[愛知県、大阪府への回答]

愛知県医師会の指摘のように全国の比較は不可能であり、どこかの県の基準を全国展開することも不適切である。また、大阪府医師会の指摘のとおり病床機能報告は「あくまで各医療機関がそれぞれ自主的な判断」で行うものであり、今後もその方針は変わらない。

3 地域医療構想と病床機能報告の関係について

地域医療構想の病床数の必要量は一定の仮定の下に将来の医療需要を推計した参考値で、医

療機関が自主的に報告する病床機能報告とは性質が全く異なる。しかしながら、いまだに両者を単純比較しているケースもみられる。これに関連して平成29年9月29日付けで厚生労働省医政局地域医療計画課が事務連絡を出した。そこでは「病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解される状況が生じている」ので留意するようにと述べている。繰り返しになるが、病床の必要量と病床機能報告は異なる性質のものであり、単純比較できず、将来的にも両者は一致するものではない。

[滋賀県への回答]

滋賀県医師会からは、地理的な事情があり、さまざまな要素を勘案し現実的な医療提供体制づくりをすべきであるとの指摘をいただいた。まさに指摘のとおりである。地域医療構想の具現化は第一に地域の実情、すなわちそこに生活するすべての住民にとって何がいいのか追求する中から生み出されていくと思う。高度急性期のあり方もまさに地域の実情を反映しているものと思う。ただし、病床の必要量の意味合いであるが、これは将来の患者需要、医療需要、患者数を示している。高度急性期や急性期の必要量が少ないというのは将来の患者が少ないと意味している。従って需要の増加・減少を見ながら不足している機能には対応する、減少していくものには次第に取れんしていくという構成になると思う。

[新潟県、広島県への回答]

その上で新潟県医師会、広島県医師会から診療報酬との関係について質問をいただいた。日本医師会は病床機能報告と診療報酬をリンクさせることは絶対にさせない。そのことを平成30年度の「病床機能報告マニュアル」に載せている。その部分では、「病床機能報告は医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、地域における分化・連携を進めることを目的として行われるものであり、病床機能報告においていずれの医療機能を選択しても診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではありません」としている。日本医師会は、病床機能報告および地域医療構想と診療報酬をリンクさせないことを一段と気合いを入れて徹底していく。

16 東京の専攻医5%削減シーリングについて (東京都)

一般社団法人日本専門医機構(以下機構)は、平成31年度における専攻医採用数を、東京都において、前年採用数の5%削減というシーリングを発表した。これは、東京都における医療体制の確保に大きな支障を来すと予想される。全国の10分の1以上の人口が暮らす東京では、人口10万人対の医師数が全国平均を下回る、いわば医師の過疎地域が、全13二次医療圏中に7地域ある。それらの地域への医師配置等が立ち行かなくなる可能性や、また周辺県からの患者流入に対応している都市中心部の基幹病院にとっても、人員不足のため十分な対応が取れなくなる恐れもある。

東京への専攻医の一極集中が問題視されているが、当会角田副会長が委員となっている東京都の専門医に関する協議会で示された実態調査結果では、東京で専攻医を教育し、神奈川県以外の他道府県へ早い時期から派遣している実態や、また経験豊かな医長・科長クラスの年次の医師を多数他の地域へ派遣している事実が明らかである。

【アンケート概要】

- ① 都内の各専門研修機関プログラム責任者に対し、平成30年度の専攻医採用実績とその採用者のプログラム上の、神奈川県を除く他道府県への派遣期間(3年間)について調査。対象463施設中458施設から回答(解答率98.9%)
- ② 都内医療機関に対し、平成30年度の他医療機関へのすべての医師派遣(予定を含む)について調査。対象497施設、回答278施設。

【アンケート結果】

- ① 専攻医採用実績1,835人中、院内から採用は699人(38.1%)、院外(都内)から採用488人(26.6%)、院外(都外)から採用642人(35.0%)と3分の1強は都外から採用している。しかし、一方、プログラム上の他道府県への派遣状況では、派遣期間は一人あたり平均1年目2.5ヵ月、2年目4.3ヵ月、3年目4.9ヵ月であり、その期間で重み付けした採用者に対する割合で見ると、1年目21.2%、2年目36.2%、3年目40.6%である。これだけの専攻医を神奈川以外の他道府県へ派遣している。
- ② 全年代の医師としては、神奈川以外の道府県に対して、全派遣中37.9%の割合で派

遣し、またその被派遣者の医師歴は平均で12.7年(中央値9.3年)である。十分な経験と技術を有すると推測される年代の医師が多数派遣されている。

東京は、専攻医を一極集中させて都内だけ医療環境を保っているのではなく、専門医としての教育・経験を積ませながら東京以外の地域へも送り出しており、また、他方、経験・技能も十分な医師も多数他の道府県へ派遣している現状を表している。

2018年8月27日の機構理事長寺本民生先生のコメントの中にも、「地域偏在については、特に東京への偏在を助長する恐れがあることから、他県などへのローテートの状況調査も踏まえながら、調査を行います」とある。

まさに、本調査の結果は、新たな専門医制度における東京都の役割を表していると考えられる。是非、東京の5%削減のシーリングについて機構に再考いただくよう、日本医師会の理解・協力をお願いする。

回 答 釜 范 敏 常 任 理 事

東京都医師会からの指摘は、平成31年度の専門研修の専攻医採用に際して、東京都は今年度採用数の5%の削減をめどに調整するという日本専門医機構のシーリング方針に対し、再考を促すという趣旨だと理解している。

ご承知のとおり、平成29年度開始予定であった新たな仕組みによる専門医研修は、医師の地域偏在の助長などに対する懸念から1年間延期し、本年4月ようやく開始された。

これまでの議論の中で、都市部への専攻医集中を回避するため、平成30年度の専攻医採用においては、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5道府県に対しシーリングがかけられた。すなわち、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療の5領域を除く14の基本診療領域において、過去5年の採用実績の平均を超えないようにするというものである。

その結果、全国の専攻医採用数は8,410人に対し、5道府県の採用数は3,870人で全国の46.0%となっており、都府県ごとの14領域の合計採用数がシーリング内に収まっている。

東京都についてみると、平成28年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると医籍登録3~5年の医療機関に従事する医師数が全国7,237人に対し、東京都は1,162人で16.1%となっている。

これに対し、東京都の平成30年度の専攻医採用数は8,410人中1,824人で21.7%に相当する。

このような状況に対して、本年3月に開催された厚生労働省の「今後の医師養成のあり方と地域医療に関する検討会」などで、東京都への集中を懸念する声が相次いだ。もちろん、医師の地域偏在などは専門医研修のみで解消されるものではなく、そのために医療法・医師法改正においても、医学部入学、臨床研修、専門研修という医師養成課程を通じた対策が打たれたことはご承知のとおりである。

専門医の質の向上、認定の標準化が新たな専門医の仕組みに関連すれば、日本専門医機構の重要な役割であることは論を待たない。同時に、医師の偏在という地域医療体制が直面する課題について、その助長を可能な限り回避することも求められていると認識している。

このような背景から、日本専門医機構としても、来年度の専攻医採用にあたり、冒頭申し上げたシーリングを各14領域学会に要請せざるを得なかったものと考えている。

東京都医師会の指摘や提供いただいたデータにあるように、近隣地域からの流出入患者数の影響、各領域プログラムの他県へのローテートによる貢献など、さまざまな要素を勘案したきめ細かな対策が今後必要になると考える。

日本専門医機構においては、データベースで各専攻医のローテート状況を着実に把握すべくシステム改修に着手していると聞いている。加えて、継続的にシーリング検討委員会を開催し、今後のあり方を議論するとしている。さらに、今後厚生労働省から具体的に示される人口の流出入、年齢構造などを加味した医師偏在指標に基づき、二次医療圏単位で医師少数区域の設定が行われる予定である。

シーリングの議論においては、今後とも毎年同様の対応を実施することに拘泥せず、都市部へのシーリングが現実には他の地域にどのような影響が及ぼすのか、データに基づき検証することが必要である。その上で、専門医の仕組みが、地域医療を担う医師の偏在を、さらに助長することがないように対策を見いだすことが肝要である。

日本医師会としても、日本専門医機構の運営に引き続き協力し、地域医療への影響を極力回避するよう努めてまいり所存であるので、理解と協力をお願いする。