

日医報告

第140回日本医師会定例代議員会



第140回日本医師会定例代議員会が、6月25日(日)に、日本医師会館1階大講堂で開催された。

北海道ブロックからは、理事の長瀬会長、副会長の中川参与のほか、深澤・藤原・小熊・松家・今・本間・阿久津・沖・倉増・稲葉各代議員、上村・今野各予備代議員他が出席した。



定刻9時30分、議長より開会宣言が行われ、代議員定数363名に対し360名の出席により本代議員会が成立することを告げ、議事が進行された。

議事録署名人には、渡部透(新潟県)・河村康明(山口県)の両名が指名された。

議事運営委員会の紹介(北海道ブロックからは深澤代議員)と決定事項、日程等の説明の後、横倉会長より、挨拶が行われた。



続いて、新たに日本医学会の会長に就任された門田守人会長より挨拶があり、その後、中川副会長により平成28年度日本医師会事業報告があった。

次に、第1号議案・平成28年度日本医師会決算の件が上程され、今村副会長により理事者提案理由の説明の後、財務委員会の結果報告が橋本財務委員長より行われた後、賛成者の挙手多数により承認された。

その後、第2号議案・平成30年度日本医師会会費賦課徴収の件について上程され、今村副会長による理事者提案理由の説明の後、賛成者の挙手多数により承認された。

その後、代表質問が行われ、北海道ブロックからは、藤原代議員が「地域医療構想における急性期指標について」と題し質問を行った(別掲)。12時35分8件全ての質疑応答が終了した。

13時20分より、議事進行を副議長に交代し、個人質問13件が行われた。北海道ブロックからは、小熊代議員が「地域包括ケア病棟(床)の運用について」と題し、また上村予備代議員が「臨床実習研修の再編と医師養成過程の根本的な再検討ー新たな専門医制度に先立ち、日医の積極的な提言を」と題し、それぞれ質問を行った(別掲)。

最後に、横倉会長ならびに議長より挨拶が行われ閉会した。



以下、本稿では、北海道ブロックからの代表・個人質問ならびに阿久津代議員の出席記を掲載する。その他の質疑応答の詳細については、日医ニュース、日医雑誌等を参照いただきたい。

代表質問

「地域医療構想における急性期指標について」

藤原代議員：厚生省は平成29年5月10日の第4回「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、今村知明構成員、野田龍也参考人から「病床機能報告を利用した急性期指標に関する検討について」の報告を受けました。報告は厚生労働科学研究費補助金を受け、各病院が持つ急性期機能を数値化する手法の研究であります。そして急性期指標を通して自院の立ち位置を理解する事は各病院が将来の方向性を決める上で重要であると述べております。またこの指標は「急性期医療の度合い」を病院ごとの数値で示したものと位置付けております。

学者は研究を生業としております。ですから研究を否定するものではありません。しかし、厚生労働

省が補助金を出して研究をして頂いたと言う事は、単に税金を無駄使いしたと言うより、何か意図があったとしか考えられません。

賢明な都道府県がデータを鵜呑みにする事はないと思われませんが、データは必ず心無い者達に悪用されます。

この急性期指標に関しては医療関係団体が指摘しているように多くの問題点があります。そもそも、地域医療構想は2025年に向けて2次医療圏の調整会議で協議を行って行く上で、医療機関が自主的にその医療機能を検討して行くものであります。またケアミックスの急性期病院の点数が低く出る欠点があります。病院単位での数値であり、病床と病棟の違いなどの課題があります。6月のレセプトを利用し、それを12倍して1年とみて計算しているのです、年間を通してみるとかなりの変動があります。

これらの問題があるにも関わらず、急性期指標として公にされたことにより違和感があり、慎重な取り扱いが必要と思われま

す。ここで日本医師会への質問ですが、

①病院がその立ち位置を理解するのが目的であれば、公表は都道府県ではなくまず医師会（各医療機関）に先に公表すべきではないか？

②この不完全で問題が多いデータを今後どのように取り扱うべきか？

日本医師会の見解を伺いたい。

中川副会長：急性期指標は、病院の急性期機能を数字で表したものとして、5月10日の厚労省地域医療構想に関するワーキンググループにおいて、担当した研究者から報告があったものである。その研究者は、急性期指標について、各病院が地域における立ち位置を直感的に把握でき、病床機能の確認と適切な再分配に意識を向ける契機となると説明している。

しかしご指摘のように、地域医療を混乱に陥れるものであることは、明白である。

この急性期指標の問題点は、第一に、急性期病院が満たしそうな項目が恣意的に選ばれていること、第二に、急性期の項目を点数化して積み上げ病床数で割り算しているわけであるが、分母となる病床数には療養病床も含まれていること、第三に、そのような計算式であるため民間病院に多いケアミックスの病院では実態より低い急性期スコアが計算され、あたかも急性期機能が劣っているように見えること、第四に、地域医療構想では病院の機能分化を病棟単位で進めているが、この急性期指標は病院単位であること、などである。これらは病院全体のイメージを左右するもので、いわば情報操作である。以上の問題点は、研究者の提出資料の最後に触れられているだけで、目に留まらない。

しかし、この指標がひとり歩きすれば、いたずらに混乱を生じることは明白である。日医は地域医療

構想の参考資料にもならないと考え、これ以降のワーキンググループで議論の俎上にあげることをとめている。

これまで繰り返し述べてきたように地域医療構想は不足している病床を充足する仕組みである。2025年の病床の必要量を見つづ各医療機関の自主的な取り組みや、医療機関相互の協力を通じて、病床機能が次第に収斂されていくことを目指している。そして地域医療構想調整会議では、地域の医療機関の実情について、丁寧で慎重な議論が求められている。調整会議での検討に役立つよう厚労省地域医療構想に関するワーキンググループでは、病床機能報告制度の見直しを進めている。たとえば回復期機能については、多くの構想区域で病床機能報告制度の数と病床の必要量を比較し、回復期の病床が不足しているという机上の計算結果が出ている。

しかし、回復期の患者数は医療資源投入量から計算された治療経過の通過点の患者数にしか過ぎない。現実には、急性期から引き続き同じ病棟に入院されているケースが多く、回復期の患者が締め出されているわけではない。その意味で報告制度の数が将来の病床の必要量に足りないから、新たに回復期病棟を作らなければならないという発想は慎重であるべきである。そのため、病床機能報告は、地域医療の実情をきめ細かく把握できるよう、そして調整会議で丁寧な議論ができるよう報告制度の見直しを進めている。

日医は、地域で協議し自主的に収斂するという地域医療構想の基本理念が揺るがないようしっかりと関わってきた。こうした中、今回、急性期指標がいかに一研究であるとはいえ、唐突に厚労省の検討会で公表されたことは、大いに問題がある。急性期指標は、都道府県行政に提供され、すでにホームページで公開している県もある。そもそも急性期指標は、こんな不完全な状況で公表すべきものではなかった。さらに、この急性期指標に限らず都道府県行政だけに情報を提供するの大きな問題である。都道府県行政と都道府県医師会は地域医療を守る車の両輪であり、実際5月に開催された厚労省主催の職員向けの地域医療計画についての講習会に、日医からの強い要請により、都道府県医師会職員も参加できたところである。

地域医療構想の達成には、行政と医師会との協力関係が極めて重要である。今回の急性期指標は厚労省が財政当局の圧力に押され、混乱、迷走した表れなのかもしれない。日医は地域医療計画、地域医療構想について、厚労省と二人三脚の心意気で進めてきたが、さらにしっかりと掌握し、叱咤激励しながら、地域医療をしっかりと守っていく。

藤原代議員：われわれ医療機関はまじめに都道府県に資料を提出しているのに、それをこのような

軽々しく扱われるということに大変憤慨している。日医は協議会とか審議会に参加して、厚労省をはじめとする省庁とも対峙しなければならないこともあり、そのために嫌われるということも多いと思う。しかし日医は我々の代表であり、今後も堂々と主張すべきことは主張する組織であってほしいと期待しているのです、よろしくお願ひしたい。

個人質問

「地域包括ケア病棟（床）の運用について」

小熊代議員：地域包括ケア病棟（床）では、

- ①急性期からのポストアキュート患者を受け入れ
- ②在宅・生活復帰支援を行うこと
- ③緊急時のサブアキュート患者の受け入れや
- ④短期滞在手術、レスパイトケア等の受け入れ機能が求められている。

重症度、医療・看護必要度や在宅復帰率、リハビリ提供体制、データ提出加算届出などの施設基準が設けられ、入院料、入院医療管理料1、2等が設定されている。

地域包括ケア病棟協会によると、地域包括ケア病棟（床）の届出は平成29年4月までで1,894病院、59,989床と推計されており、急性期からの転換が著増している。本病棟（床）は、院内、地域内の多職種協同体制を強化し、地域包括ケアシステムの活性化に多大の貢献をしている一方、各医療機関の病床利用や医療機能の構築、経営上の観点からも重要視されており、本病棟（床）の活用が地域医療体制の整備、目標とする地域医療構想の実現に大きな役割を果たすと考えられる。

医療資源の豊富な大都市、大病院を除いて日本全国で本病棟（床）が広がりを見せるなか、地方都市の中～大病院でのポストアキュート患者の受け入れ率が90%超であることに疑問を投げかける声も聞かれるが、逆に今まではこうした患者は十分な回復期治療を受けないまま急性期病院を退出させられていたのであり、病院においてくれない、すぐに退院させられるなどと批判を受ける原因でもあった。

地域包括ケア病棟（床）の役割はそれぞれの地域・医療体制の状況によって変わると思われるが、病院の経営母体が国公立、公的病院であろうと民間であろうと、病院の機能に応じた本病棟（床）の活用が今後の在宅医療の推進、地域包括ケアの推進に不可欠と思われるが、日医はどうお考えでしょうか。

石川常任理事：急性期の大病院が空床対策で地域包括ケア病床を設置する動きもある。公的医療機関が組織的に参入し、民間中小病院と競合しているケースもあると聞く。しかし日医は、病床の機能分化・連携の観点からも、急性期の大病院が経営のために地域包括ケア病棟の届出を行うのは好ましくな

いと考えている。現在、中医協で分析を要請しており、本来の趣旨に沿った運用がされているかしっかりと検証する。

地域包括ケア病棟入院料などは、経営母体自体を問うものではない。特に中小の公立病院では、民間病院もない地域で地域医療を担っている病院も少なくない。日医は民間病院にせよ、公立病院にせよ、地域に密着し、地域包括ケアシステムを支える中小病院を、地域の実情も踏まえつつ、今後もよりしっかりと評価すべきと考えている。

中医協の調査では、地域包括ケア病棟では極めて高い在宅復帰率であることが示されており、地域医療連携が進んでいることが確認できた。ただし、在宅復帰率という言葉は医療現場の実態を表していない。日医は「病床機能連携率」という表現に修正すべきと主張している。また現実問題として、連携できる医療機関・施設がない地域もある。今後の課題として、こうした地域で孤軍奮闘されている地方の中小病院への対応も必要と考えている。

小熊代議員：地域によっては、医療資源の豊富な大都会を除くと、急性期をやりながら回復期をやるし慢性期もやらなければいけないという病院もある。そのような所では回復期病棟というのはその地域の医療提供体制をどのような形で構築していくかという点から大変重要だと思う。

ちなみに私の所属する病院は、北海道の地方都市の498床で、包括ケア病棟が1つある。入院する患者はほとんど満足して退院していく。他にしかるべき回復期の病院がないからである。そのような地域もあるということをごまかしていただき、包括ケア病棟の在り方を考えていただきたい。かならずしも中小の病院でなくてはならないということではないと思うのでそのような点も考慮してほしい。

「臨床実習研修の再編と医師養成過程の根本的な再検討―新たな専門医制度に先立ち、日医の積極的な提言を」

上村予備代議員：平成24年秋の日医代議員会で、当ブロックの山下代議員が「救急医療、地域医療維持、臨床対応力増進に向けての臨床研修制度改革提言」として質問しました。

その後、医学部では教育課程を国際的認証評価に合わせるための改変として、診療参加型臨床実習から実践的な臨床研修への展開が求められ、実習時間増に伴い、基礎医学・系統講義の短縮が余儀なくされ、教育現場が疲弊しているとの声を聞きます。詰め込み教育での6年間の医学部卒業直後に外国での臨床留学を求める人は極めて稀と思われますし、学部内のみでの臨床研修では足りないからこそその2年間の初期臨床研修であったはずで。その見地であれば、国際的認証評価は初期研修を終えた後に授与

されるのが妥当と考えます。

我が国の医学部は高卒後すぐに入学するのが一般的であり、教養教育や他学部を経てから医学部に進む欧米諸国の医師養成課程との間に大きな相違があります。複雑高度化する現代の医学・医療の習得を旧来の6年の教育体系内で無理に圧縮することは医学・医療を統合的に理解する機会や期間を失わせているように思います。そのことが医学・医療の理解度を浅くして総合医的要素を育てる機会を失わせ、また、学部内実習よりも高度とはいえ、類似の臨床研修が初期のみならず後期あるいは「新たな専門医」として組み込まれるのであれば、屋上屋を重ねることになります。

そこで、我が国の医師養成制度全般について、日医が大学・学会・専門医機構と連携し、根本から考え直し整理して文科省・厚労省・国に提言する考えはないでしょうか。

例として

- ①医学部教育内での基礎・系統講義時間の復活と実習時間の再編
- ②初期臨床研修期間中での地域医療体験の場としての地方研修義務付け
- ③初期研修修了時の国際的認証評価証授与
(学部教育の初期研修を加えた研修要件の充足による)

代議員会出席記

「第140回日本医師会定例代議員会」に出席して

代議員 阿久津 光 之

冒頭、横倉義武会長の日本医師会の行動方針を宣言した後に、この春、日本医学会の新会長に就任された門田守人会長からご挨拶があり「日本医師会と日本医学会は車の両輪であり、協力関係を築き、来年からスタートする新専門医制度をはじめ、様々な医療に関する取り組みを進め日本の医学・医療を牽引して行きたい」と述べられ医師会とは協調体制の中で運営して行きたいとお話がありました。

その後、従来どおりの進行で平成28年度日本医師会事業報告が行われ、次に第1号議案として平成28年度日本医師会決算と平成30年度日本医師会会費賦課徴収に関して上程され可決されております。

午前中には、全国8ブロックからの代表質問があり、北海道医師会からは藤原副会長が質問され、午後からは13の個人質問が行われ、北海道からは上記のように小熊副会長と旭川市医師会の上村予備代議員が質問に立っております。

少子高齢化社会の進展に伴い医療提供体制の変化や来年度スタートする新専門医制度や医師の偏在問題と働き方改革など医療のシステムが大きく変わろうとしている時代を反映して、様々な問題解決が日

④根本的な研修過程再検討後の「新たな専門医制度」構築と選択

釜范常任理事：4月に、厚労省医政局に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が設置され、事務局として文科省も参加し、今後まさに卒前・卒後の医師養成の在り方の検討が進められる予定である。

日医としても、医学部卒業時、臨床研修修了時に、目指すべき医師像を具体的に示し、そのための診療参加型臨床実習の充実、臨床研修制度の在り方について、実効性のある提言を取りまとめ、厚労省検討会にしっかりと提案していく。

また、臨床研修における地域医療研修での地方研修の義務付けについては、厚労省医政局長通知において、地域医療研修は、へき地・離島診療所、中小病院・診療所などを適宜選択して行うこととされている。しかし、地域間で差があるのが実態だと推察する。

同通知には、地域医療研修を行う医療機関については、各都道府県の地域医療対策協議会などの意向を踏まえ、地域の実情に応じて選定することとされているので、同協議会がしっかりと機能を発揮することによって、対応を図るのが現実的だと考えている。

本医師会に対しても要求されており、その影響を受けて質問に対しての答弁の時間も長くなる傾向が強くなっているとの印象を受けました。

質問の内容に関して、全国的に医師会として抱える問題意識は共通している印象を持ちましたが、質問内容を分類しますと以下の通りとなっております。()の中の数字は質問の数を示します。

- ①地域医療構想問題・地域包括ケアシステム問題 (3)
- ②医師養成問題と新専門医制度問題 (2)
- ③医師需要・偏在問題と働き方改革の問題 (3)
- ④医師の倫理問題 (2)
- ⑤高齢者医療 (3)
- ⑥かかりつけ医問題 (2)
- ⑦医療政策問題 (3)
- ⑧組織強化問題 (2)
- ⑨その他 (1)

そのような中で北海道医師会から3名の代議員の質問があり、地域医療構想問題・地域包括ケア病棟の重要性の問題・医師養成における地域医療研修の問題をそれぞれ鋭い問題意識の高い内容の質問であったとの感想を持ちました。