

# 報告



懇談会の様子

## 平成29年度北海道病院団体懇談会

常任理事・地域医療部長 伊藤 利道

平成29年10月15日（日）、今年度の北海道病院団体懇談会を開催した。この会は、昭和43年から平成15年まで33回開催された北海道病院団体協議会を前身としており、平成20年からは北海道病院団体懇談会として、今年度で10回目の開催となる。構成団体は当会を含め15団体（構成団体一覧を参照）で、今年度の出席者は14団体22名であった。

今回は、先に開催の病院管理研修会で講演いただいた2名の講師（神野・石井両講師）にも出席いただき、「地域枠制度」「新専門医制度」の話題を中心に意見交換を行った。主な内容を紹介する。

### 構成団体一覧

北海道医師会  
北海道公立病院連盟  
全国自治体病院協議会北海道支部  
北海道厚生農業協同組合連合会  
北海道社会事業協会  
日本赤十字社北海道支部  
済生会支部北海道済生会  
北海道民主医療機関連合会  
独立行政法人地域医療機能推進機構  
北海道精神科病院協会  
北海道病院協会  
全日本病院協会北海道支部  
日本病院会北海道ブロック支部  
国家公務員共済組合連合会  
独立行政法人国立病院機構

### 【意見交換の主な内容】

○北海道社会事業協会：特に地方では時間外および休日夜間の救急医療提供のため、医師確保に苦慮している。地域の医師偏在を解消するためには医師派遣について何らかの強制力が必要ではないか。

○藤原道医副会長：一定の強制力は必要であると思う。どこに強制力を持たせるべきか。

○北海道社会事業協会：やはり厚生労働省になるのではないか。

○藤原道医副会長：おそらく厚生労働省に強制力を持たせるとなると、相当な反発があると思う。良いアイデアは現時点ではないのだが、国が介入するこ

とにより、公平にならないことも出てくるのではないか。個人的には国（厚生労働省）が管理する事に賛成できない。

○長瀬道医会長：公平性を保つのであれば、国（行政）に強制力を持たせるしかないのではないか。医師会に強制力を持たせてはとの意見もあるが、大学の医局と違い、医師を抱えているわけではないので、医師の総意がなければ、医師派遣は難しい。

○伊藤道医常任理事：民間医局やフリーランス医師についての意見をうかがいたい。

○北海道民主医療機関連合会：アルバイト医師に対しても高額な報酬を払うところがある。加盟病院でも道外の医師に当直を依頼する場合など、交通費も含め高い報酬を払うことが少なくない。このようなことを全体的に規制することはできないのか。

○小熊道医副会長：自治体病院の立場から申し上げると、医師のプロフェッショナルオートノミーにまかせるべきではないと思う。国が一定の方針を示し、その方針に基づいてそれぞれの地域で考えなければ、良い方向に進んでいかないのではないか。また、地域ごとの医師の必要量を算出して対策を講じなければ、赤字でも高額な報酬を支払ってアルバイト等の医師を雇うなどの仕組みは解消されないと思う。

○石井講師：医師の配置に関する強制力については、国全体として共通のプラットフォームを作り、運営に関しては各地域・医師会・病院団体で行う仕組みであれば良いのではないか。

○伊藤道医常任理事：地域枠の医師は強制力をもって地域に配置できると思うが、これについてうかがいたい。

○石井講師：条例上は知事が指定する公的医療機関へ勤務することが条件の制度であるため、強制的な派遣を行う権限はない。ただし、現時点では札幌市・旭川市以外の公的医療機関を対象とし、7・8・9年目の後期地域勤務の場合は、一般病床200床以上の病院への勤務は特別な事情を除いて不可としている。

○全国自治体病院協議会北海道支部：地域枠制度については、地域勤務はまだ始まったばかりということもあり、大きな自治体病院にしか派遣されていないが、7年目からの後期地域勤務からは、中・小の病院へも医師が派遣される仕組みとしてもらいたい。

○独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）（北

海道病院)：地域枠医師については、3年目以降、指定する公的医療機関等への勤務が条件の制度であるため、当院は派遣の対象にはなっていない。初期研修医は地域枠の研修医の先生も研修している。地域医療と新専門医制度を見据えた初期、後期研修医の研修のより良いあり方について検討してほしい。現在医師の働き方について問題となっているが、診療科によってはかなりの時間外勤務がある。

○小熊道医副会長：当院(砂川市立病院)では、内科・循環器科・麻酔科・外科・放射線科などは、時間外勤務のベスト5で100時間以上である。何とかしたいと思っても代わりがない。

○国家公務員共済組合連合会(斗南病院)：北海道は札幌市一極集中で、患者も地域から離れて行く傾向に向かうのではないかと。二次医療圏、三次医療圏の設定はあるが、病院が崩壊した段階で、自治体も崩壊し、成り立たなくなる。そのため、今後は札幌市の医療機関と地域医療機関との連携など患者の流れについても考慮して議論しなくてはいけないと思う。今の若い医師たちは、症例の少ない地域で本当に専門医を取得することができるのかという不安もあると思う。

○北海道公立病院連盟(市立釧路総合病院)：次期北海道医療計画の中でも二次医療圏の見直しが話題に上がっていたが、トリプル20(人口20万人未満、患者流入率が20%未満、患者流出率が20%以上)の要件を満たすことから、二次医療圏の単位として成り立たなくなっている圏域もある。

○小熊道医副会長：将来の人口推計、疾患別のデータなど、各地域の様々なデータを基に分析して検討するしかないと思う。二次医療圏の医療需要についても、このようなデータにより可視化でき、他地域(札幌市など)への患者の流出量も一目でわかることになる。

○神野講師：地域医療構想により現在の疾病構造や人口動態、2025年の高度急性期、回復期、慢性期のそれぞれの必要病床数の各医療圏別の推計値が示されている。この地域医療構想により導き出されたデータにより、地域の医師の必要数、需要度を議論することが一番客観的な事実に基づいているのではないかと。

○済生会支部北海道済生会(済生会小樽病院)：地域医療構想については、管轄の医療機関宛に「公的医療機関等2025プラン」の報告を提出するよう、催促しているところであるが、厚生労働省の締め付けが強くなってきていると感じる。

○日本病院会北海道ブロック支部(手稲溪仁会病院)：公的医療機関等2025プランについては、民間病院の地域医療支援病院は道内に数カ所しかなく、これにより、北海道(行政)の権限が民間病院に対しても強く及び、これまでのような指導ではなく命令になるのではないかと。民間病院の立場からすると、

国や行政が直接手を下すような形は良くないと思っている。

○全国自治体病院協議会北海道支部：地域の医療の必要量と地域で担保しなければならない医療は区別して考える必要がある。札幌に行けない人もたくさんいるので、札幌に全て行けばよいというのはあまりにも乱暴すぎる。医療機関の集約化は必要であっても、地域で担保すべき医療を考えて、一定の範囲には、一定の規模の施設が必要であると思う。

○独立行政法人国立病院機構(北海道がんセンター)：医師不足解消には、退職した医師を再雇用することも考えてはどうか。がん診療拠点病院の立場から申し上げると、がん診療拠点病院を二次医療圏全てに設けることはできないと思うので、札幌市の医療機関とタイアップ(協力・提携)することも一つの方法と考えている。

○北海道病院協会：医師不足・偏在の問題は診療科によっても違うのではないかと。脳神経外科の場合、ある程度の人口規模がないと診療科として成立しないが、脳の疾患の場合、処置が遅れると手遅れになるおそれもあるため、それぞれの地域でしっかりと配置する必要がある。

○伊藤道医常任理事：北海道専門医制度連絡協議会への医師会の関与についてうかがいたい。

○長瀬道医会長：本協議会は、新医師臨床研修制度が開始された際、研修医がきちんと研修を受けられるようにするために、三育大学と行政と医師会、そして研修受入医療機関により立ち上げたものが前身となっている。その後、新専門医制度に対応するため、北海道専門医制度連絡協議会として全国で一番初めに発足した。本協議会では、整形外科の研修プログラムの問題などいくつか問題を解決してきている。また、総合診療医の研修プログラムについても、本協議会で審査した内容が日本専門医機構で変更を加えられたため、抗議を行ったところ、本協議会での審査内容が受け入れられる結果となったので、それなりの役割を果たしている。

○北海道民主医療機関連合会：新専門医制度により大病院指向の医師が多くなり、地域の中・小の病院で一人の患者を時間をかけて診る医師がきちんと評価される仕組みとなるのか、心配である。

○神野講師：3年または4年の研修の中で、基幹病院での研修は最低6ヵ月であるため、3年研修であれば、2年半は基幹病院以外の病院での研修となる。基幹病院は、関連・連携のある病院を研修先としてプログラムを組むことになるので、できるかぎり基幹病院との関係性を結んでいってもらいたい。

◇

以上のように活発な意見交換、情報共有が行われ1時間30分の会を有意義に終了した。

ご多忙のなか、ご出席いただいた各団体に厚く御礼申し上げます。