

# 興 振 學 醫

日本私立医科大学協会

第 83 号

## Contents

巻頭言 「新しい専門医制度について」.....	2～6
座談会 「地域医療構想と大学病院のあり方について」.....	7～25
論壇 「ダイバーシティ社会に向けて」.....	26～28
施設紹介 「順天堂大学」.....	29
「東京女子医科大学」.....	30
「藤田保健衛生大学」.....	31
「川崎医科大学」.....	32
医大協ニュース .....	33～37
協会及び関係団体の動き .....	38～45

## 帝京大学初代学長 沖永荘一と『ひたすらの道』

平成 28 年 (2016)、帝京大学は創立 50 周年を迎えた。創立者の沖永荘一は、東京大学医学部医学科を卒業し産婦人科医の臨床や研究の実績を元に、社会に寄与する教育研究機関として昭和 41 年 (1966) に帝京大学を創立した。初代学長に就任し、「実学」「国際性」「開放性」を教育指針に掲げ、医学部を含め学部を次々と開設し総合大学に発展するまで大きく貢献した。とりわけ医学部の開設は医師である沖永荘一初代学長の念願であった。

また、昭和 59 年 (1984) に、自身の生い立ちから帝京大学を創立した経緯、数々の苦境を乗り越えてきたエピソードを余すことなく綴った『ひたすらの道』を刊行した。帝京大学の建学の精神や教育論を伝え、創立の想いを引き継ぐ貴重な書である。50 周年を迎えた現在も胸像と共に帝京大学の歩みを見守り続けている。



帝京大学本部棟エントランスにある  
沖永荘一初代学長の胸像と著書『ひたすらの道』

## 巻頭言

## 「新しい専門医制度について」

一般社団法人 日本専門医機構理事長  
一般社団法人 日本私立医科大学協会参与

吉村 博邦 氏



## I. はじめに

新しい専門医制度については、来年度（平成29年度）からの開始を1年間延期し、再来年度（平成30年度）に一斉にスタートすることを目指すことが決まっている。新専門医制度は今後どうなるのか、どういう方向に向かおうとしているのか、多くの関係者が注目しているところである。

専門医制度については、以前から繰り返し議論がなされてきた。しかし、未だに明確な方向性が定まっていないのが現状である。医療を受ける側、提供する側、それをコントロールする国や地方自治体など、様々な個人や団体の利害が複雑に絡んでおり、誰が、何を目的に、どのような権限で、専門医制度を構築し統括するのか、国民のコンセンサスが十分に得られていないことが根底にある。

歴史的にみると、昭和37年に日本麻酔科学会が麻酔科指導医制を制定したことが我が国の専門医制度の始まりといわれている。当時、麻酔は専ら外科医が行っており専任の麻酔医はほとんどいなかったとのことで、「麻酔医を育てたい」というのが指導医制を立ち上げた理由とのことである。専門技量を持った医師（専門医）を育てるというコンセプトは、

専門医制度の基本であることを強く示唆するもので当時の方々に心から敬意を表したい。

さて、その後、昭和41年に、日本皮膚科学会、日本脳神経外科学会、日本医学放射線学会が相次いで専門医制度を立ち上げ、その後、主要な診療領域の学会が次々と専門医（認定医）制度を構築してきた。このように我が国では、各領域の学会が中心になって、専門医の質の向上、社会的認知の獲得、さらにはインセンティブの付加などを目指して50年近くに及ぶ活動を行ってきた。

一方、医師の養成、特に、卒後研修についてみると、是非はともかく、現在、卒後2年間の臨床研修制度（いわゆる初期研修）が必修化されている。これは、将来の専門分野に関わらず医師としての基本的診療能力の修得を目的としたものである。しかし、その後の、医師として最も重要であるべき専門医の研修については、系統的な研修の仕組み（いわゆる後期専門研修制度）がないのが実情である。実際には、各領域の学会が定めた専門医の取得を一つの目標に、各施設（大学病院などの基幹的施設）が独自に後期研修制度を設けているが、あくまで任意のものであり、後期研修を受けない者も少なくないのが実情である。

筆者は、かねてから後期専門研修の必要性を主張



しており、先進国で後期研修とそれに連動する専門医の仕組みが統一的な制度として確立していない国、また、自由標榜性の下、誰でも自由に診療科を標榜できる国は、ほとんどないと言っても過言ではない。

このような観点から、新しい専門医制度の現状と課題について、延期に至った経緯を含めて私見を交えて述べて見たい。

## Ⅱ. 最近までの専門医制度を統括してきた組織

最近まで我が国の専門医制度を統括してきた組織は、(旧)日本専門医制評価認定機構(以下、旧機構という)である。平成15年に設立され、平成20年に社団法人化し、2年前に新たな専門医機構(以下、新機構という)の設立にともない解散したところである。

旧機構の役割は、(1)専門医の育成、認定は各学会が行う。(2)機構は、各学会の制度を評価・認定する。そのための整備指針を作成する。また、(3)各学会が経費を負担してきた。実際には、会費の他に、専門医1人当たり100円、学会員1人あたり50円(基本学会のみ)、総計5千万円弱の経費を負担してきた。

また、解散時点で85学会が社員となり、81の専門医が登録されていた。この専門医の区分は、【表1】の通りである。まず、①基本領域が18専門医。これは、患者が最初に受診する診療科として以前から定められていたものである。今後、時代とともに見直す必要があると思われる。次に、②サブスペシャリティ領域として29専門医、これは、当該サブスペシャリティ領域が、基本領域との間で互いに連携した専門研修プログラムを組んでいることを相互に認めあった領域で、旧機構が正式に機構認定専門医として認定したものである。③その他、区分未定として34領域の専門医があり、これには多種多様な専門医が含まれており、【表1】の区分は筆者の個人的な見解である。未だ正式には認定されていない。④その他、旧機構時代の解散直前に入会希望があった12領域(学会)があり、

表1. (旧) 機構所属の81専門医の区分

1. 基本診療領域 (18専門医) (患者が最初に受診すると思われる領域)
内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理、臨床検査
2. サブスペシャリティ領域 (29専門医) (基本領域と連携した領域)
(1) 内科系 (13領域) 消化器、循環器、呼吸器、神経、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、リウマチ
(2) 外科系 (4領域) 消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科
(3) その他 (12領域) 小児循環器、小児神経、小児血液、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、手外科、脊椎脊髄外科、頭頸部がん、放射線診断、放射線治療、集中治療
3. 区分未定 (34領域) (括弧内の区分は、筆者の個人的な見解)
(診療領域と思われるもの) 大腸肛門病、乳腺、ペインクリニック、美容外科、心療内科、心身医療、こどもの心、一般病院連携精神医学、臨床遺伝、漢方、臨床薬理、家庭医療、産業衛生、病態栄養、人間ドック、気管食道科
(技術、診断、治療、病名、症状に関するもの) 消化器内視鏡、インターベンショナルラジオロジー、脳血管内治療、心血管内インターベンション、肝胆膵高度技術、超音波、核医学、細胞診、透析、輸血細胞治療、血漿交換、温泉療法、がん薬物療法、脳卒中、てんかん、高血圧、頭痛
(その他) 脈管

表2. (旧) 機構時代に入会希望のあった領域と新機構への入会希望の領域

1. 旧機構時代に入会希望のあった12領域 (すでに新機構に入会済み)
心血管麻酔、急性血液浄化、気管支鏡、レーザー、外傷、臨床神経生理、内分泌外科、不整脈、病院総合診療、睡眠、熱傷、女性ヘルステア
2. 新機構への入会希望8領域
老年精神医学、動脈硬化、緩和医療、食道、結核病、消化管、臨床精神神経薬理、認知症

入会がペンディングとなっていた。実際にはすでに新機構に入会が認められており、新機構では計93専門医を取り扱っていることになる。さらに新機構になってから新たに8専門医の入会希望があり、いずれ合計101専門医を扱うことになる見込みである【表2】。かかる多様な専門医の乱立は、国民から見て専門医が分かり難いといわれる最大の要因の一つでもある。

さて、旧機構では、専門医の標準化を目指して整備指針を作成し、多様な専門医の区分の策定、研修施設のサイトビジットのトライアルの実施などを進めてきた。しかし、学会間の調整が必ずしも上手く行かない状況にあった。

旧機構による専門医制度の問題点をまとめて見ると、①各学会が独自に専門医を運用しており、専門医の質にばらつきがある、②学会が自ら専門医を育て、自ら育成し、チェック組織(旧機構)の財政も学会が全て負担しており、透明性が低い、③多種多様な専門医が乱立し、患者から見て分かりにくい、等が挙げられる。

### Ⅲ. 専門医の在り方に関する検討会の設置

様々な問題点が指摘されるなか、厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」(以下、「在り方検討会」という)が設置され、平成25年5月に最終報告書が公表された。厚生労働省の当初の目的は、現在社会問題ともなっている医師の地域偏在、診療科の偏在の是正にあったことは検討会設立の目的にも明記されている。専門医制度の本来の目的は、医師の質の担保・質の向上であり、目的によって制度設計が大きく異なることは現在なお課題の一つである。

さて、在り方検討会の最終報告書による改革の要点は以下のとおりである。(1)学会から離れた第三者機関を設立する。(2)専門医の仕組みを2段階制とし、基本領域専門医を取得した後にサブスペシャリティ領域専門医を取得する。(3)総合診療専門医を創設し基本領域に加える(基本19領域とする)。(4)今後は全ての医師がいずれかの基本領域の専門医資格を取得することを基本とする、など。

この第4項目は、極めて重要な意味をもっている。すなわち、基本領域の専門研修は、いわゆる後期専門医研修に相当するものと考えられることから、換

言すれば、今後は全ての医師がいずれかの領域の後期専門研修を選択することを基本とすることであり、わが国において、初めて後期研修についての系統的な研修の仕組みが形作られたことを意味するものとして、大いに評価したい。さらに、私見であるが、後期研修の証として、なるべく多くの医師に基本領域専門医資格を付与すると考えても良いのではないかと考える。

この他、在り方検討会の提言の要点として、以下のものが挙げられる。

(5)専門医の定義は「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」。(6)第三者機関で認定した専門医を広告可能とする。(7)関連する学会と密接に連携。(8)プロフェッショナル・オートノミーを基盤。(9)研修施設は、大学病院や地域の中核病院などの基幹施設と地域の協力病院等が病院群を構成。(10)研修プログラムは3年程度。(11)地域医療について、今以上に医師が偏在しない。(12)総合診療専門医については、関連学会、医師会等が協力して基準を作成。他領域からの移行、他領域への移行プログラムを用意する、等々が挙げられる。

### Ⅳ. 一般社団法人日本専門医機構(新機構)の設立

在り方検討会の提言を受けて平成26年5月、第三者機関としての新機構が設立され活動が開始された。

まず、旧機構で検討された整備指針が、ほぼそのまま新機構の「専門医制度整備指針(第一版)」として制定された。

整備指針の要点の第一は、研修カリキュラム制から研修プログラム制への転換である。従来の「研修カリキュラム制」とは、カリキュラムに示された到達目標を達成した時点で専門医試験を受験可とするもので、何年かかっても良かった。一方、新たに取り入れられた「研修プログラム制」とは、カリキュラムに定められた内容を年次毎に定められた一定のプログラムに則って履修するもので、3~4年間で専門医を育成するプログラムである。基本領域の研修に関する限り、後期専門研修と同義語と考えられることから、基本的には望ましいあり方と言える。

第二の要点は、研修施設群の形成である。従来は、単独施設での研修も可能であり、また、連携施設でも専攻医の採用が可能であった。新プログラムでは、

基幹施設と連携施設が病院群を形成し、専攻医は基幹施設のプログラムに所属して研修を行い、一定期間（最低1年程度）は連携施設で研修を行うというものである。専門研修では相応のレベルの研修が不可欠であることから、基幹施設と連携施設による施設群の形成と1年程度の連携施設での研修の必修化は、地域医療への配慮の観点からも理にかなった方策ではないかと考える。ただ、プログラム制も施設群制も、リジッドな運用を避けフレキシブルに行うことが肝要である。

さて、この「整備指針」に基づいて、19基本領域学会では、それぞれ領域別の「専門研修プログラム整備基準」と、領域別の「モデルプログラム」の作成が行われ、平成25年末にほぼ完了した。その後、機構では、各領域学会を通して全国の研修施設宛てに「研修プログラム」の募集を開始し、全国の基幹施設から本年3月末までに多数の応募があり、領域毎の1次審査を通過したプログラムは、19領域で合計2,906プログラム(募集定員は約1万9千人)であった【表3】。残念ながら、その後の二次審査は機構の混乱によりストップしたままとなっている。

### V. 機構への反発と新執行部（第二期）の誕生

新しい制度の具体的なプログラム内容が明らかになるにつれ、特に地方の中小病院を中心に、大学中心の制度で医局復活につながる、地方の中小病院には専攻医が来なくなる、地域医療が崩壊するなどの意見が上がるようになった。その後、平成28年2月18日開催の第44回社会保障審議会医療部会において、「新たな仕組みは都会の大病院中心の制度で地域医療が崩壊する恐れがあり、来年4月からの実施は延期すべき」との意見が出され、機構のガバナンスも問題視された。さらに、平成28年6月7日に機構設立時の社員である日本医師会と四病院団体

協議会から、「一度立ち止まって検討の場を設け地域医療への影響の有無を精査すること、機構のガバナンス、組織の在り方を抜本的に見直すべき」との要望書が広く社会に向けて発信され、これを受けた厚生労働大臣の談話が発表されるなど、機構の理事会が混乱したことはご承知の通りである。

かかる状況の中、第一期理事会の任期満了に伴い、社員が中心となって作成された新たな役員選任規定に則って、平成28年6月27日に新理事が選任され、同年7月4日に新理事会が開催され、新理事長、副理事長が理事の互選で選出された。ちなみに、新理事会の構成は、設立時社員（日本医師会、日本医学会連合、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会）から各2名、内科系学会社員および外科系学会社員から各3名、日本医療安全機構および医療研修推進財団から各1名、その他学識経験者として、地方自治体から兵庫県知事、経済学者、患者代表、一般市民など幅広い領域から9名が選出され、ほぼオールジャパンの体制になったものと考えている。

### VI. 新理事会の基本方針

#### (1) 機構のガバナンスの確立

前理事会は意思決定のプロセスが不透明であったとの指摘を受け、新理事会では、理事会で議論を尽くすこと、また、情報が全く伝わらなかったとの指摘を受け、広報活動の強化、定例記者会見の開催、迅速な情報の公開に努めること、社員との関係も必ずしもスムーズでなかったことから、社員との情報共有を十分にはかることとした。

#### (2) 機構の基本姿勢について

①機構と学会の関係については、機構と学会が連携して専門医制度を構築すること。すなわち、従来はともすれば機構が全てを決定し、学会はそれに従うといった上意下達の関係であったが、そうでない

表3. 新たな専門医研修プログラム（一次審査に合格した数）

基本 19 領域合計 2,906 プログラム、募集定員約 1 万 9 千人 (平成 28 年 6 月末現在)
内科 523、小児科 159、皮膚科 100、精神科 149、外科 188、整形外科 104、 産婦人科 122、眼科 103、耳鼻咽喉科 88、泌尿器科 95、脳神経外科 94、 放射線科 96、麻酔科 163、病理 115、臨床検査 72、救急科 190、形成外科 73、 リハビリテーション 74、総合診療 398



ことを明確にする。②機構と学会の役割分担を明確化し、学会は、学術的な観点から、責任をもって研修プログラムを作成すること。③機構の役割は、(ア)専門医制度を学術的な観点から標準化を図ること。領域学会に対し、チェック機能、調整機能を発揮し領域学会をサポートする。(イ)専門医を日本専門医機構認定の資格としてオーソライズする。(ウ)専門医に関するデータベースを各領域と共同で作成する。(エ)専門医制度を通して国民に良質な医療を提供するための諸施策を検討する。④地域医療確保対策について、各領域学会と連携して対応する。⑤整備指針を見直し柔軟な対応策を講じる、等を定めた。

## Ⅶ. 新理事会の活動

### (1) 新プログラム開始の延期について

新理事会のメンバーを中心に公衆衛生の専門家尾身茂氏を交えて、新プログラムの地域医療への影響について19基本診療科からヒアリングを施行。その結果、①募集定員が従来の実績の約2～3倍、②従来の認定施設数と今回の認定施設数が、増えている領域(特別認定施設の設定など)と減っている領域(指導医基準が厳しくなったためなど)がある。③後期研修医の受け入れ実績があって、今回連携施設になれなかった施設がある。④キャリアパスやダブルボードについての議論が全くない、等々が判明した。また、尾身茂氏より、将来の人口動態、疾病構造、交通アクセス等を考慮した大まかな医師養成数を示すべきことが提案された。

この結果を受け、新プログラムの拙速なスタートは様々な問題を含んでいるものと判断し、新理事会として、来年度(平成29年度)の新プログラムの開始を1年間延期し、再来年度(平成30年4月)に一斉スタートを目指すことを決定した。

### (2) 地域医療を崩壊させないための方策

①大都市圏の募集定員を過去の採用実績の1.1～1.2倍以下に抑える。②大都市圏の専攻医を地方に一定期間ローテイトさせる。③明らかな偏在が生じた場合は、年次毎に都市部の募集定員を調整する。④整備基準を弾力化し、連携施設でも専攻医の採用が可能となるなどの柔軟な対策を講じる。⑤都道府県の地域医療協議会との連携を密に行う、等々様々なオ

プションがある。今後、基本領域学会と連携してワーキンググループを設置し、平成30年度に研修の開始が可能となるよう早急に検討する。

### (3) 機構の事業の見直し

#### ①専門医認定・更新事業および研修プログラム評価認定事業について

従来、機構内で一次審査、二次審査を行っていたが、一次審査は機構の指針に従って各領域学会に委ねることとし、機構は二次審査のみを行う。

#### ②サイトビジットについて

従来、全施設を5年に1回行う予定であったが、今後は、各領域学会をサイトビジットすることとし、施設のサイトビジットは限定的に行うこととした。

#### ③整備指針について

根幹は維持するものの、運用を弾力的に行えるよう思い切った変更を行う。

ダブルボードの取得、地域で活躍する医師の更新に過度の負担のないこと等についても柔軟に対応する。

#### ④総合診療専門医について

当面、機構内の総合診療専門医に関する委員会での制度設計を行う。

家庭医療に偏っているとの意見を踏まえ、病院総合診療に関わる医師、自治医大卒業生や地域枠出身者が取得・更新できる柔軟な制度を考慮する。

他領域からの参入、他領域への参入が可能となるキャリアパス等を考慮する、などを定めたところである。

## Ⅷ. おわりに

新しい専門医制度の現状と課題について、これまでの経緯を含めて最近の現状について概説した。機構では、現在、新たな仕組みの再来年度の正式スタートを目指して一丸となって活動中である。この開始がさら延期されることになれば、もはやプロフェッショナル・オートノミーに委ねることは出来ないとの判断が下され、別の道へと進む危険性がある。関係各位のご協力により、何としても軌道に乗せたいと願っている。最初から100%のものを作るのは至難の業である。70%からでもスタートして、徐々に前進させたいと考えており、関係各位のご理解、ご協力を切にお願いしたい。

## 座談会

# 地域医療構想と大学病院のあり方について

日時：平成 28 年 8 月 30 日（火）10 時～11 時 25 分

場所：東京ガーデンパレス会議室

**佐々木 健氏**

厚生労働省医政局地域医療計画課長

**佐々木 昌弘氏**

文部科学省高等教育局医学教育課企画官

**塩川 芳昭氏**

杏林大学医学部付属病院副院長、脳神経外科学教授

**猪口 貞樹氏**

東海大学伊勢原校舎・付属病院本部副本部長、救命救急医学教授

**小山 信彌氏**

東邦大学医学部特任教授

(司会) **明石 勝也氏**

聖マリアンナ医科大学理事長

(広報委員会) **炭山 嘉伸氏**

東邦大学理事長、協会広報委員会委員長

(広報委員会) **小栗 典明氏**

日本私立医科大学協会事務局長



## 【はじめに】

炭山 今日、台風10号の影響により足元の悪い中をご出席いただきましてありがとうございます。

「医学振興」第83号の座談会をこれから開催させていただきますと思います。

前回の「医学振興」の座談会は「平成28年度診療報酬の改定について」ということでしたが、そのときにも示されたことは、現在の医療のあり方として、機能分化そして連携であるということで、大学病院の位置づけも高度急性期を担う。その高度急性期のもとに診断・治療しますと、ご紹介いただいた紹介医療機関に逆紹介をしてお返しをしていく。そのことが強調された診療報酬改定であったということが結論でありました。

今、大学病院に求められることは、もちろん高度急性期医療かもしれませんが、それも果たして大学病院として全部が全部実行できるか否か。今日お集まりの方々とはみな首都圏の方々ですけれども、全国にある私立医科大学協会に所属する各大学病院がどうなのかということも、今日の中でお話しいただきたいと思ひますし、さらに大学病院のもう2つ大きな機能としては、人材育成という教育機関、卒前・卒後教育の教育機関であるということと、研究をしなくてはいけない機関でもあるということを含め、これから座談会をやっていたらと思ひます。

この座談会におきましては、明石先生が人選もなされ、今日の司会をお務めいただくことになっております。それでは、明石先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

明石 事前の打ち合わせもなしに、「地域医療構想と大学病院のあり方について」ということで座談会を企画いたしました。と申しますのは、平成26年6月に医療介護総合確保推進法が制定され、更に昨年の医療法の改正にも地域医療構想の考え方が組み込まれて、今年度から全国各地で、地域医療構想調整会議が開催されつつあります。各地域ごとに2025年に必要とされる医療需要に合わせた病床機能と病床数の調整の会議が進められていると思ひます。

今日は、これに係わっておられる、あるいは造詣の深い大学病院の代表として杏林大学の塩川先生、

東海大学の猪口先生、診療報酬に関してわが協会の最も造詣の深い東邦大学の小山先生にもご臨席をいただきました。また、この地域医療構想のとりまとめに係わりまして大変重責を果たされておられる厚生労働省医政局地域医療計画課長の佐々木健先生、それから、厚生労働省でこれらの制度改革を担当し、現在は文部科学省へ出向されている高等教育局医学教育課企画官の佐々木昌弘先生です。我々私立医科大学を所管する文部科学省のお立場から見た大学病院、それから地域医療構想における大学病院のあり方、病床のあり方と言った方が良いかもしれませんが、この辺は、今まで世の中で議論になっていないテーマではないかと思ひますので、私ども今、疑問がたくさん湧いてきておるところでございますので、いろいろご教示願ひながらお話し合いができればと思ひます。

私の方から申し上げますと、私ども大学病院所在地である川崎市は政令指定都市でございます。市内に二次医療圏が北部・南部2つありまして、川崎市の地域医療調整会議の大学代表ということで委員を務めております。全国おそらく同じように非常に淡々と地域医療構想調整会議が進んでおり、パブリックコメントの募集もほとんどの地域で終わり、この秋にはとりまとめという形で地域医療構想が計画として各地域でまとめられるという段階まで来ております。この地域医療構想に参加しておられる先生は、大学病院の持つ機能が2025年に予測される人口推計あるいは患者さんの受療動向といったものだけで地域の市中病院と同じように調整を受けるということに、少し疑問を抱いておられるのではないかと思ひます。我々大学病院の持つ機能が市中病院と同じ感覚で調整をされて果たして大丈夫なのだろうかという声が上がっているように思ひます。

まずは、地域医療構想の概要と申しますか、位置づけでございます。行く行くはこれが地域の中期医療計画でありますとか様々なところに法律として反映されるのであろうと思ひますので、大学病院のあり方も含めて地域医療構想の概要を少しお話をいただけるとありがたいと思ひます。

両佐々木先生でございますので、どうお呼びしたら良いか難しいのですが、佐々木課長と佐々木企画官でよろしいでしょうか。それでは、佐々木課長から、まずお話しいただけるとありがたいと



思います。

## 【地域医療構想について】

佐々木（健）「地域医療構想」は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能、そして在宅医療等の中で、各医療機関がどういう役割を担っていただくかということ、構想区域ごとに話し合いをしていただくこととなっております。2025年に4機能ごとにどの程度の病床が必要かということをお示ししておりますので、それを参考にさせていただきながら地域で話し合いをしていただくということでございます。その意味で、今、お話が出ております通り、大学附属病院を念頭に置いているか置いていないかということ、特段置いていないということになると思います。

私が今日お伺いしてお話をしようと思っておりましたのは、大学附属病院の機能を地域できちんと理解していただくことが重要ということです。今までは、特別に地域に説明しなくても、大学附属病院として運営できたかもしれませんが、今後は、地域の関係する中核病院や中小病院、地区医師会や病院会などから見て、なるほど大学附属病院というのはこういう役割を担ってくれているのだなということを理解してもらうことが必要になると思います。その中でこういう病床が大学附属病院には必要なのだということ、地域の理解を得ながら確保していくということです。従来とは違った発想で、地域医療の中での大学附属病院の立ち位置を考えていくべきではないかなと思っております。

明石 協会の方で簡単に調査をしたところ、ほとんどの大学は、特に本院は特定機能病院の指定を受けていて、医師も教職員もすべて高度急性期病院こそが大学病院であるという認識にあると思うのです。地域医療構想調整会議が進んでいくと、協会の調査でもほとんどの大学病院が高度急性期病床が過剰であると。おそらく相当数、高度急性期の役割を変えねばならないという数字が上がってきておるわけでございます。この辺のところを、国立大学病院も含めて文部科学省のお立場でご覧になられていて、どういうお考えをお持ちなのかということが大変気になるところでございます。佐々木企画官よりお願いいたします。



佐々木 健氏

厚生労働省医政局地域医療計画課長

佐々木（昌） 大学病院にとって、今回の地域医療構想は2つの意味でチャンスだと思っています。

1つは、先ほど佐々木課長から、大学病院でもイコールフットイングだという話がありました。その意味するところは、患者さんの治療経過を考えたときに、最初に受診した診療所や病院から、この病態だったら大学病院で診てもらわなければいかんだろうとなって地域の先生から患者紹介を受け、また大学病院での治療が一通り済み、大学病院の役割からすると他の医療機関で診てもらった方が良いという患者さんを、より身近な市中病院に転院する、又は退院して近医受診とすることになります。つまり、大学病院は一連の治療の中で独立して存在しているわけではありません。この前提で大きなチャンスと表現したのは、明石先生のお話にあったように、大学病院は事実上すべて特定機能病院ですから、診療的にまた研究的に必要な症例を、より多く確保するという意味では、「大学は別ですよ」というよりは、市中に広くいる患者の中で、大学病院で診るべき症例が紹介されやすい点で、今回の制度改正は望ましい施策になっていると思います。しかも、教育の視点でも、大学病院の敷居がより下がることにつながるわけですから、卒前・卒後どちらの教育の場としても、地域医療構想によって他の病院や診療所

との垣根が下がるという意味では、大きなチャンスだと思います。以上を整理すると、地域の中でのポジショニングがより明確になり、患者の診療や臨床研究、医療人材の教育の点で今まで以上にチャンスが到来したということになります。

2つ目の意味のチャンスは、経営的な話になります。地域医療構想の高度急性期・急性期・回復期・慢性期の必要病床数の最大の意味は、患者さんが将来どれくらいの診療報酬の分布になるかです。その患者数を病床稼働率で割り戻して病床数で表記をしているだけです。あくまでも患者さんがどれくらいいるのかを予測するという点で大きな意味があります。この需要予測値をもとに病院側は、今度は経営としてどれくらいお金つまり費用をかけるかシミュレーションできます。自分の診療地域ではどの病気の患者さんが増えるのか、逆に減るのかを見極めていくという意味で、大きなチャンスだと思います。

ところで、大学病院にとっては、高度急性期の必要病床数つまり患者数推計値が多いか少ないかというのかが関心事だと思いますし、医療を行う側として、提供機能又は提供可能能力としての高度急性期を、病床機能報告制度においてどのように選択すべきか悩むと思います。比較論から判断すれば、大学病院は特定機能病院ですから、相対的に高度急性期と考えるのが自然です。ただ、病院全体としてはそうであっても、程度論として個別の病棟を考えたときに、もう一步踏み込んだ判断を迫られるのが病床機能報告制度の悩ましいところ。そこで割り切ってデータをもとに経営面から考えると、大変な病棟であっても、思ったより日当点が高くない患者さんが少なからず入院している病棟が存在すると思います。この現実に対して、どの程度のお金のかけ方を、また人材の置き方を判断しなければならない場面が経営の場ではあります。そこで3,000点や600点といったところで線を引いたときに、この地域全体では計算上将来どれくらい見込まれるのか、自分たちのヒューマンリソースやお金のかけ方は持続可能なのかを考えるのに意味があると思っています。以上を整理すると、今までは自院の、かつ実績のデータだけで経営判断していたものが、地域全体の将来予測データを把握できるという点で、今まで以上にチャンスが到来したということになります。

明石 確認でございますが、教育の敷居が大学病院は下がるというのは、言い換えると、高度急性期から急性期あるいは回復期といった病床選択をすることによって、もう少しコモディティに近い疾患群も大学病院に入ってくるからというニュアンスですか。

佐々木(昌) 患者さんの病態が混在するというよりは、病院間の人的な敷居が下がることにより、むしろ大学病院で診療すべき患者さんが紹介されやすくなるので、今まで以上に高度だったり難しい症例が増えると思います。よって、大学病院の機能が変わるべきという意味ではないです。

明石 という両省を代表される方のご意見でございますが、実際に地域医療構想に参画をされている塩川先生からご意見ございますか。

塩川 杏林大学の塩川と申します。東京都の地域医療構想策定部会委員を1年間務めまして、2つ3つ申し上げたいことがあります。1つは、病床の4区分が、毎年行われる病床機能報告と医療需要推計の両者でほぼ同じ言葉を使っているのですが、実は全然違うものなんです。今、佐々木企画官がおっしゃられたように、地域医療構想の医療需要推計では、1日当たり3,000点以上が高度急性期、3,000～600点が急性期、600～175点が回復期で、以下は慢性期ないし療養とされています。ところが病床機能報告で用いられているのは、曖昧な定義なんですけれど、高度急性期は、急性期の患者に対し状態の早期安定化に向けて密度の高い医療ができる。急性期はそれに準じる。回復期はリハビリ。そういう返答をしています。東京都の場合ですと、高度急性期が現状31,000床ぐらいあるのが、1日当たり3,000点以上の患者さんの数をいろいろな割り戻しとか病床稼働率で計算すると、半分ぐらいに見かけ上はなるのです。ところが、ある疾患で最初の3日間はICUで3,000点以上、次の1週間はハイケアユニットで600～3,000点、最後の1週間ぐらいは一般病棟の点数となっても、管理上は、その患者さんは最初の3日間だけ高度急性期病棟で、あとは他の病棟というわけではないのです。地域医療構想の会議でそのことは何度も発言いたしまして、それは皆さん感じられているところです。しかしながら、病床機能報告での報告は、現状多くの方々の認識と思われませんが、自分の大学病院は当然高度急性期機

能であるとか、うちは回復期をやろうとか、その言葉と、1日当たりの点数で算出された医療需要推計上の病床が、高度急性期・急性期・回復期とはほぼ同じ名前なので混乱しているのです。

佐々木企画官がおっしゃられたように、1日3,000点以上の医療はこれぐらいの量があるというのは、データとして大事なことだと思います。しかし、2,999点になったらまた違うのかといえば、そういうことはありません。連続的に治療されている患者さんを診るとすると、地域医療構想のガイドラインで算出された病床数は原理的に過小評価されており、少し無理がある。これは高度急性期だけではなくて、同じように回復期も175点～600点と定義されています。そうすると区中央部は大学病院が4つありますが、この計算方法でいくと、区中央部には、今の10倍ぐらいの回復期病棟が必要だという試算になるのです。ただ、それは1日当たりの点数で決められたからのお話で、高度急性期で収容された患者さんがある期間治療していて、1日当たりのコストが下がった状況の方がそれだけの数があるというわけであり、決して都心に回復期のリハビリ病床が今の10倍必要だというわけではないということを会議の当事者が理解するのに数カ月かかった。そのところが、同じ用語で病床の区分がされているものですから混乱をきたしているのです。着地点としては、病床を全体の枠組の中ではいろいろな施策で減らす方向にあるのだと思うのですけれども、特に高度急性期を担っている病院には、比率でいくと当然1日当たりの点数が少ない患者さんが大勢いるし、今後もいるわけです。ですから、明石先生がおっしゃられたような、大学病院の敷居を下げるのかというと、私は、そういうことではないと思うのです。

地域医療構想はガイドラインで決まって全国で走り出しており、東京都も次の段階に行くところであり、現場で解決を任せられている地域医療構想調整会議でどれぐらいうまく解決できるかという、甚だ心もとないものがあります。参加者の意識を相当高めないと、病床機能報告で用いられている何となく漠然とした病床機能の理解と、1日当たりの点数で計算された医療需要推計上の病床の機能というものとの齟齬を克服する必要があるのではないかというのが、今日申し上げ



たいメッセージの1つであります。

**明 石** 法律では医療法が一昨年改正されてから、民間に関しては調整会議で話し合い、調整をして病床機能を変えていく。ですけれども、自治体病院、公立病院に関しては「知事の命令」という文言が医療法に書かれておりますので、公立病院は相当厳しく変えられるのだろう。片や公立病院は知事の命令で変えられる中で、民間側が穏やかな話し合いでというのは、なかなか厳しい調整の場を迎えるのではないかという気もいたします。私どもから見ていると、東京都はメガロポリスでございますから、構想区域の分け方も独特でございますし、病院の数も特に大学病院が密集しているところがございます、ちょっと特殊な都道府県と考えられるかもしれませんが、神奈川県がある意味で他の都道府県の代表的な位置づけではないかと思えます。猪口先生、東海大学を中心に何かご意見あるいはお感じになったことございますでしょうか。

**猪 口** 地域医療構想調整会議には、我々が属している二次医療圏の会議の委員と、大学病院なので隣接医療圏の会議の両方に出席しておりました。塩川先生がおっしゃった通り、厚生労働省の試算はあくまでも病床を診療単価で分けていて、一方、会議で決めなければいけないのは病床のファンク



## なぜ地域医療構想が必要なのか？ 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年  
- 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差  
- 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

出典：厚生労働省資料

### 医療圏について

#### 概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

#### 三次医療圏

52医療圏（平成25年4月現在）

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

##### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓

**特殊な医療を提供**

#### 二次医療圏

344医療圏（平成25年4月現在）

##### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

↓

**一般の入院に係る医療を提供**

#### 特殊な医療とは・・・

（例）

- ① 臓器移植等の先進的技術が必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療 等

出典：厚生労働省資料

## 地域医療構想の医療法での規定

都道府県は、医療計画の中で「地域医療構想」を定める。

◎医療法 ※医療介護総合確保推進法による改正後の医療法

第30条の4（略）

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～六（略）

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

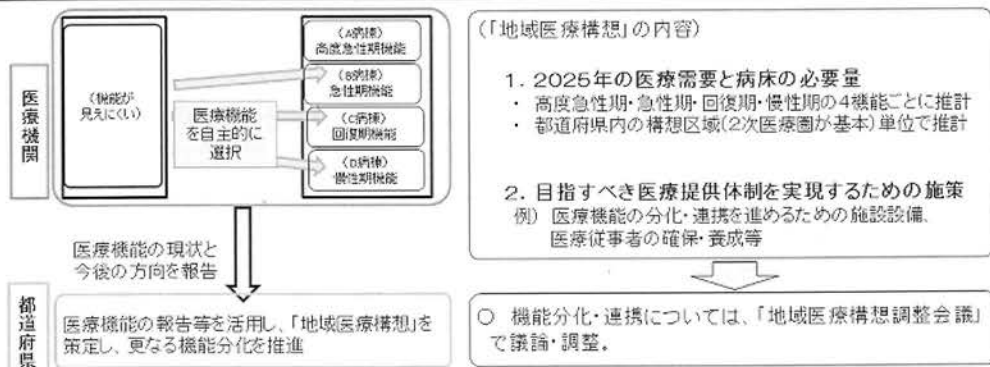
八～十四（略）

3～15（略）

出典：厚生労働省資料

### 地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



出典：厚生労働省資料

ションですが、例えば高度急性期病床は具体的などのようなものかは判然としません。ICUは含まれるのでしょうけれど、どのような疾病や病態を取り扱う病床に該当するのか不明確です。結果として2つの基準で病床数をすり合わせようとしませんが、話し合いがつかないという状況でした。

まず決めなければいけないことは、必要病床を推計するのに、患者さんの住所に基づくか、病院の所在地に基づくかということでした。病院の所在地で推計すれば、当然現状推移になるわけですが、患者さんの住所に基づけば病床の組み替えになります。それを高度急性期・急性期・回復期と病床区分ごとに調整していくという作業でした。幸い高度急性期病床の現状を変えるには、新たに大きな病院を作らないといけなくて現実的でなく、大学は大きな影響は受けませんでした。一方、それ以外の病床については、それぞれ利害関係者がおられるため、機能の話というよりは、どれだけ地域に病床を確保できるかというポリティカルな話になってしまいます。地域医療構想を作っていくというよりは、病床の奪い合いみたいな会議になっているという印象がありました。

回復期病床等については直接の関係がないものですから、意見を伺っていたというところでは。

10月に地域医療構想が決まりますと、具体的にその後どういう方向に動くのか。法律的なことは決まっていますが、将来の地域医療計画において、病床機能が厚生労働省の推計とどのように関連するのか。それに伴って病床機能をこれから変えていく余地があるのかなど、不明確なところが多いので、関係者は不安がっているように見えます。都道府県の担当者も、こういう推計結果が厚生労働省から来たという以外に、必要病床推計の詳しい説明ができず、そこで話が止まっているような状況です。地域の医療体制をどうするのかという視点できちんと再整理しないと、後になってから問題が出てくるのではないかと気がします。

塩川 東京都の補足をしてよろしいですか。東京都の場合は、患者さんの流れと医療資源の分布を調べたところで、「構想区域」は2種類のものを作るという結論になりました。1つは、一般的な構想区域は東京都ではこれを「病床整備区域」と呼称し、病床数のことは旧来の二次医療圏で考える。そして、患者さんの流れについては「事業推

## 都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年3月末現在)

### <構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、平成27年度中に策定済み12(26%)、平成28年度半ばの策定予定が27(57%)、平成28年度中の策定予定が8(17%)であった。

### <既に開催された構想策定に関する会議(県単位)の回数>

- 地域医療構想の策定に関する会議(医療審議会やワーキンググループなど)については、全ての都道府県が1回以上開催しており、最多で10回開催している。

### <構想区域ごとの会議の開催状況>

- 構想区域ごとの会議については、全都道府県的全構想区域で開催されている。

図1. 構想策定の予定時期

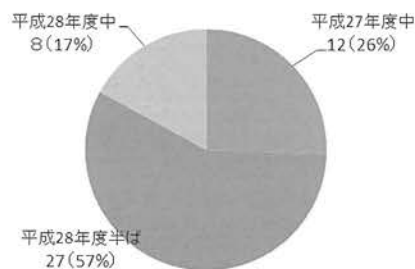
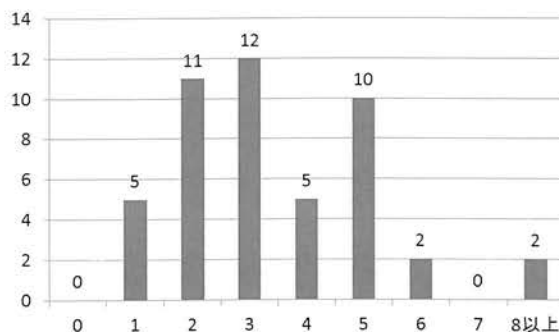


図2. 既に開催された構想策定に関する会議(県単位)の回数



出典：厚生労働省資料



進区域」という概念を導入しました。東京は移動が比較的短時間でできるので、疾患ごとに、精神科は東京都を3つに、小児救急は2つにというような考え方で機能面では運用しようというものです。この結論は確かに患者さんの流れと医療資源のあり方を見ると、このように落ち着くのであろうかという話だったのです。

それから、そろそろガイドラインが製本されているはずですが、東京都ではグランドデザインという「4つの柱」というコンセプトが提唱されています。冒頭で明石先生がおっしゃられた、特に高度先進医療を担っている13大学、15特定機能病院がどうなるのか。これは4つの柱のうちの1つ目で、集中する医療資源があることを活用するという文言として入っているのです。それから医療人の教育の話も4つ目の柱として、「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」、これは医師に限りませんが、言葉としては入っています。しかしながら、具体的に地域医療構想は病床の話になりますので、解決の手段は、先ほど申し上げたように、それぞれの地域の調整会議に委ねられています。そうすると病院の収入は、病床数から効いてくるところが多いと思いますので、今お話のあった人材の育成や研究の部分は、今の地域医療構想の作成の視点からすると、抜けているのではないかという感想を持ちました。

**明石** コストデータをもとにした機能という分け方と、一般に捉えられている病床機能に少しギャップがあるというのは、皆さん感じているところだと思うのですが、佐々木課長、この辺のところは。

**佐々木(健)** 当時の議論は、もしかすると佐々木企画官の方が詳しいかもしれませんが、私の理解では、あくまでもレセプトのデータを用いて一定の考え方で、4機能を線引きするためのある意味試算のようなものだと思っていますので、各地域での話し合いの中で完全に合致していなければいけないとは思っておりません。たとえば、療養病床に関しても地域の事情を勘案して3つのパターンを選択できるようになっております。そういう意味では、高度急性期・急性期・回復期・慢性期をどうするかという地域での議論は、根拠は必要だと思いますけれども、うちの県ではこういう考え方を採用するという余地があるのかな



**塩川 芳昭 氏**

杏林大学医学部付属病院副院長  
脳神経外科学教授

と思っております。

もう1つは、これはよく誤解があると感じているところですが、4機能はあくまでも病床のことです。高度急性期の病床を持っていれば、そのような概念はありませんが、たとえば、高度急性期病院になるという関係性ではありません。あくまでも患者さんの動向を将来推計したということなので、各医療機関の役割から照らして、ここの病院は高度急性期病床をこの程度持つべきだとかの整理をどこまでできるかということですね。たとえば、一次・二次・三次という救急医療の体系から見たときに、どういう配分で高度急性期病床や急性期病床を配分していくかです。また、先ほどお話しありましたように、患者さんも入院中に病状が変わっていく、容態が変わっていくわけですから、必ずしも転床する必要までないかもしれませんが、ある病院がすべて高度急性期病床というのは、今回の地域医療構想の概念からすると若干整合していないということも感じます。救急医療の三次の病院であっても、高度急性期病床と急性期病床を組み合わせられた状態となると思います。地域の中で今議論していただいておりますけれども、現在、国において、次期医療計画と地域医療構想との関係性を整理しておりますので、その中で、さらに地域で深くご議論していた

だけのような材料を提供できるよう検討したいと考えております。

**明石** そうしますと、今出ているガイドラインに従って各都道府県で議論が進んでいるわけですが、この後さらに指針というかガイドラインのバージョンアップ的なことが行われるということでしょうか。

**佐々木(健)** もともとの位置付けも地域医療構想は医療計画の一部ということでございます。30年度からの医療計画が新しく動き出していくに当たって、29年度中は各都道府県で新しい医療計画をどう作っていくかという議論をしていただきますので、その中で既に策定していただいている地域医療構想と新しく立てる医療計画の整理をしていただくことになると思います。そのため、国では、医療計画の策定指針の検討を行っています。

**明石** 医療計画を練るときに、あまり使われないのですが、我々大学は医育機関である、あるいは研究機関の1つでもある、というような文言が、各地域ごとに地域医療計画を立てていく中で使われるべきと我々は考えるのですが、企画官その辺はいかがでしょうか。

### 【地域医療計画の中で、大学病院は医育機関・研究機関の1つであるという文言を使うべきではないか】

**佐々木(昌)** 先ほど佐々木課長からも地域医療構想は医療計画の一部で、医療計画の見直しをという話がありましたが、医療計画の記載事項として法律で決まっているものの1つに「医療従事者の確保」というのがあります。その意味では、医育機関を医療計画の中で明記するのは、必須だと思います。折しも同じ医政局の中で医療従事者の需給推計については3つの分科会に分けて、医師、看護職員、OTPTのリハビリ職ということで進んでいて、その中でも特に医師については重要なテーマになっていることからすれば、医育機関としての大学さらには高度な診療や研究開発、研修を担う特定機能病院としての大学病院が医療計画の中で2つの機能をどう県全体の中で絡めていくかという戦略を織り込まないと、その医療計画は表面的で掘り下げが浅いものと判断せざるを得ないと、私は思っています。

**明石** ちょっと安心できました。

**塩川** 特に教育と研究の面というのは、東京の場合は、文言として総論的に、グランドデザインのところに入っています。それぞれ各論的には対応する医療法の部分ですとか、保険医療計画の何頁とか割り振られてはいるのですけれども、基本的には医療収入を規定するのはベッド数になると思うのです。東京都の場合は地域医療構想の病床数の推計のときに、病床稼働率を、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%と、要するに少し余裕を持たせています。教育や研究の部分を特定機能病院で負担するときに、そういう部分での病床あたりの人員の余裕というのでしょうか、特定機能病院がベッド数を増やせるような運用ができないかな、という感想を個人的には持っています。それが一律に決められてしまうと、最初に申し上げたように、1日当たりのコストから算出された医療需要推計値の量で決めるというのは、決める主体が調整会議という部分だとすると、病床の小手先のな分配に終始してしまう懸念がありますので、いろいろ周知、啓発活動があるのではないかなと感じています。

**明石** 私と猪口先生は同じ神奈川県ですが川崎と伊勢原で、県央・県西とまた違いますけれども、確かに地域医療構想と地域医療計画と、それから神奈川グランドデザインと、これが一体どんな繋がりでき上がっていくのかというのが、県の方に伺ってもはっきりしないところがあるのです。幾つもの構想軸が動いているような感じがあるわけですね。それが各々どこへ結びつくのかといったところも、今一つ見えてこないというところがあると思うのですが、猪口先生いかがですか。

**猪口** 我々のような田舎に行きますと、政令指定都市でないところに大学病院は1つしかありません。特定機能病院のない二次医療圏が多いわけです。このため、それぞれの二次医療圏の中だけで地域医療計画を話し合っても、なかなかうまくいきません。現実には、重症の患者さんや特殊な患者さんが広域で大学病院に集まってくるわけです。県全体で対応すると広域過ぎますし、二次医療圏だと小さすぎて、至適なサイズで議論が行われていないように感じます。県全体ですと、箱根町と横浜市や川崎市を同列に論ずるのは難しく、一方、政令指定都市には政令指定都市としての政

策もあるので、全体としてまとまりのない印象があります。

明 石 小山先生、その辺のところは。

小 山 東京都内に 13 の大学病院の本院があるんです。特定機能病院というと、これに国立がんセンター、国際医療センター、がん研有明が加わります。だから全く特殊だということで、実は昨年、東京都大学病院連絡協議会というのを作ったんです。これを作った経緯は何かというと、病院長経験者である東京医科歯科大学の田中先生と東京慈恵会医科大学の森山先生と私の 3 人で、附属病院として地域医療構想に対して意見を言うべきではないかと。大学病院として一体何ができるかということ議論した方がいいのではないかとということで、大学病院の病院長先生、国立と私立と集まっていたいただいて会議を開きました。そのときに「地域医療の推進についての提言」も策定し、都庁に検討を求めました。これは完成形ではないのですけれども、いずれにしろ東京都の場合は特殊であるということです。

特殊なのは、今お話ししたようなこともあるのですが、これ（グラフ）を見ていただきますと、東京都には大学病院本院が 13 あるのですけれども、地域によってすごく差があるんです。区中央部は二次医療圏はブルーのところなんです。ここが三次医療圏で圏外なんです。ところが、こちらの方は二次医療圏からの患者さんが 7 割前後いる。地域によってだいぶ違うということ。もう 1 つは、いちばん混乱している機能分類の境界点の考え方が違うということ。当初すべての大学病院は全部高度急性期で出したのだけれども、それは少し考える必要があるのではないかとというようなことがあって、そんな話し合いを進めながら、東京都にいろいろな提案をさせていただきました。

東京都に提案をした結果、今回の策定の中に「大学病院」の文言が入ったのではないかと考えています。最初の委員会の中では、大学病院という文言は全くなかったんです。全く無視された状況なので、13 もあるのだから、東京都に議論していただきたいという形での提言をした結果だと思うのです。

現在でも混乱しているのは、届け入れるときの判断を、いわゆる 3,000 点でやるのか、そうではないのかということが、まだ皆さん十分理解で



猪口 貞樹 氏

東海大学伊勢原校舎・附属病院本部副本部長  
救命救急医学教授

きてないので、この辺のところをもう少しすっきりしなければならぬかなと思います。それから、塩川先生おっしゃったみたいに、患者さんはずっと流れているわけですから、高度急性期があって、急性期があって、慢性期があってという話になるので、これを 1 人の患者さんと判断した場合はどういうふうに考えたら良いのかというのを、もう少し具体的なやり方をする必要があるのかなという思いもしながら、取りあえず最初の印象では、各病院で高度急性期・急性期を考えてくださいと言いながら、その裏で 3,000 点とか 600 点とか点数を示しながら、両方を示しながら着陸地点を探しているのかなというような感じもしたんですけど、いかがですかね。

佐々木（健） あくまでも 3,000 点というのは一定の考えに基づく、線引きのための 1 つの目安として設定したわけで、診療報酬そのものと直接繋がっている点数とは理解していただく必要はないと思います。つまり、高度急性期病床を持つ病院が、よりたくさん報酬が取れるということが保障されているわけでもございません。今後、中医協で診療報酬の議論の中でどう設定していくかということですから、高度急性期病床にとらわれることは、よろしくないのかなと思います。

それから、先ほど教育・研究のところでコメン



トしておりませんので追加しますと、教育・研究ということに大学が担っていただいているということに関しては非常に重要だと思っております。ただし、教育・研究という機能を担っているから高度急性期病床をたくさん持たなければいけないということが、診療報酬での評価ということにつながっているのであれば、それは誤解されていると思います。冒頭に申し上げたように、教育・研究という機能を持っているけれども、診療という中では地域の連携の中にいるわけですから、その視点から見たときにどういう病床がいるのか。そして、病床の配分とは別の視点で、さらに大学病院としてどういう配慮があるのかという議論のかなと思っております。

ちなみに、ご案内のとおりDPCでも大学病院本院はI群でありますし、入院基本料も別の点数ということで、既に一定の配慮がされております。むしろ病床の配分で、地域での奪い合いという表現が先ほどありましたけれども、そういうことよりは、話し合いながら、教育・研究の機能があるので、位置付けを別途求めていくなど、分けて議論していただいた方が良いのかなと思っております。

**明石** 経営に係わることにしましては、もう少しあとに炭山先生にご発言いただきたいと思っておりますが、我々がいちばん腑に落ちない印象を持った理由は、医育機関、特に卒前教育を行っていけば、例えば平均在院日数も、もしかしたら教育のために1日ぐらい長いかもしれないとか、臨床研究をやるために病床にゆとりがないといけないとか、これは社会コストかもしれませんが、こういったコンセプトが地域医療構想の中に全く入っていないということが、最初に感じた少なくとも私は違和感だったのです。社会が我々大学病院に求めている機能、役割といった要素が、どこかに盛り込まれていてほしいなという思いがあります。企画官、その辺のところはいかがですか。

**佐々木(昌)** まず高度急性期が大学病院ということに関連して一般論を紹介しますが、高度急性期・急性期・回復期のどれを選ぶかというので3大懸念というのがございます。1つは、さきほど佐々木課長が解説してくださった診療報酬との結びつきで損得があるのではないかと懸念です。2つ目は、基本的には大学病院は影響は少な

いですが、市中病院からすれば、選択した機能によって患者さんが増えるのか減るのかという懸念です。高度急性期を名乗った方が、他の機能よりも患者さんが来てくれるのではないかと考えている病院も少なくありません。3つ目は、逆の立場で大学病院が絡みますが、選択した機能によって医局の引き上げがあるのではないかと懸念があります。この3つからすると、大学病院もまた先生方ご指摘の違和感なり、懸念につながるのかもしれない。

こうした中で医育機関の位置づけを、地域医療構想、さらには医療計画を含めた地域医療全体を通して考えたときに、制度改正全体に言えるのは、より質の高い医療、より効率的な医療を目指すということを考えるのならば、当然、医療を担う人材育成、医療に貢献する研究と診療そのものの3本柱を1つの場でやったほうが効率的ということになります。医療はこの3本柱が不可欠ですし、世の医療人、少なくとも医師はすべて医育機関を卒業していることからすれば、3本柱が一体的に行われる医育機関がまず地域医療の提供体制を考える一番太い軸であるという考え方は共通の前提として、地域医療構想や医療計画なり、医療提供体制作りの中で議論し行動に反映してほしいと思っております。

また、先ほど来の議論である、違和感のもう一つの根源にあるのは、病床を需要側からの制度に基づいて考えるのか、提供側からの制度に基づいて考えるのかがあります。前者の地域医療構想は、需要側である患者数の推計をもとにしているのに対して、後者の病床機能報告制度は提供側が自院の各病棟の機能の持たせ方やそれに連動するお金のかけ方や人材配置に関して、どう経営戦略や病院運営戦略を立てるかということになります。この病床という言葉にまつわる着眼点が異なる二つの制度の概念の差を、どう埋めていくのかが、困難ではありますが、病院にとっても、地域にとっても、成否のカギを握ります。具体的に言えば、患者の受療動向が今後どうなるかを地域医療構想で見極めて、病床機能報告で、地域の他の病院がどんな診療状況でどれくらいのスタッフや機械を揃えているかが把握できます。地域の患者数予測と他病院のデータを並べ、自分の大学病院では限られた予算の中でどう地域の困難な患者を引き受

けるか、医局で言えば大学病院で診るのがいいのか、地域の病院に医局員を出してそこで診てもらった方がいいのかを試行錯誤していくことになります。試行錯誤と表現したのは、地域医療構想そのものが、10年かけてお互いの相対関係を見極めていく仕組みになっているため、すぐに答えが出るようなものでもないですし、一度答えが出ても医師の異動などがあると、また答えを探す必要が生じるからです。またこれは同時に、10年かけて違和感を埋めていく作業を地域の病院と協働していくことも意味します。そして、協働の中心役を担えるのは、人材供給の面でも大学病院しかありませんから、医師会等との調整も含め、国はどうバックアップしていくべきものなんだろうと、今のお話を聞いて思いました。

明 石 大変良いお言葉をいただいたと思っています。

小 山 塩川先生の役割が非常に大きいということになるのと思うんです。

明 石 先般久々に医師需給の分科会が開催されましたが、あれも地域医療構想の病床数をもとに必要医師数が算定される。だけれども、あの中では教育に必要な人材という形でまた別枠で計算がなされて、総医師必要数というのがはじき出されたと思うのです。高度急性期の病床数が減るというと、どうしたって総医療収入は減るだろうというのが一般的な考えだと思うんですが、私たちは、教育に必要な医師数を、特に私学では医療収入で賄っているところがあるわけです。ですから、市中病院のように、例えば病床機能を少し落としてというか変えて、総医療収入が減っても、医療に必要な人員数を減らせば収支バランスはとれていくのだということが、我々は教育スタッフの維持のためにはかなわないところがあるのではないかとこのところの大変さがあります。炭山先生、その辺はいかがですか。

### 【地域医療構想の中で、経営的な視点からみて大学病院は良いチャンスなのか】

炭 山 佐々木企画官が、研究あるいは教育と、もう1つ地域医療構想の中で大事なのは経営的な視点に関して、大学病院が今回良いチャンスではないかということをおっしゃっていただきました。逆に



佐々木 昌弘 氏

文部科学省高等教育局医学教育課企画官

言うと、大変厳しい状況に置かれているということも事実です。即ち、どんどんと機能分化をして、紹介を上げ、逆紹介をするということからすれば、医療は患者数、即ち外来数と入院数、あとはそれぞれの単価です。外来数はどんどん減っていきませんが、それに応じて診療単価はどんどん伸びているんです。ですから、おそらくどの大学病院も外来の総点数は伸びている。ただし入院のほうは患者数が減って、在院日数も短縮しますから、単価も上がっているのですが全体で言えば入院は総じて収支は悪くなっているだろうと思います。

そこでさらに大学病院としての機能として、教育に必要な、あるいは研究に必要な患者さんがいるわけです。そうなった場合には、それぞれの病院あるいは医局が持ち出してでも、保険収載されていないようなことに関しても、検査をしましょう、治療をしましょうということが、起こるわけです。そのあたりの観点と、私は理事長ですので経営の視点から考えていった場合に、どこかでそういう点を、文部科学省あるいは厚生労働省のところで加味していただけないかということです。

国会議員の先生と話をしていても、医療上の診療報酬を教育や研究費の財源に回すことよりも、経常費補助金等でしっかりとカバーして、その中から原資を生み出すのが本来の考えだという建

前です。ですけれども、一方で本音としては、現在の診療報酬上はそういうふうにはなっていないので、そここのところを経営の立場から言うと大変苦しいところだと思います。そのあたりのところはいかがでしょうか。

**佐々木 (昌)** 大学病院を支援する議員連盟の場でも、毎年同じ要望が上がっているということは、毎年解決されていないのかと指摘を受けたところ です。

教育や研究の部分と診療の部分は、大学病院と大学は不可分なところがあるので、経営上の切り分けは難しいと思いますし、これをギリギリやっていると、先ほどのイコールフットイングの観点から、診療報酬で教育部分をみるのに反対という意見を誘発してしまうリスクもあります。また、研究の部分では他の学部との相違も分析し立証することが必要になります。ただ、いずれにせよ教育や研究分のコストがどういう費用構造になっているかは、どの議論をする場合でももう少し詰めていかないとデータとしては不十分だと思います。我々医学教育課は、より多くのお金を医学部・大学病院に引っ張ってくるのが仕事ですので、消費税問題も含めて費用構造収入の大部分である診療報酬でカバーできている点、できていない点を、次の診療報酬改定も見据え、大学と一緒によく作戦を練らなければいけないと思っています。

教育についてももう1つの論点が、学費との関係です。折しも給付型奨学金の議論がされている中で、学ぶことの費用負担を本人そして公的なサポートをどういう分担で、かつ公的な資金であればどういう組み込み方をするのかという問題は、ちょうど良いタイミングだと思います。

**明 石** 炭山先生がおっしゃったように、私立医科大学あるいは医学部の財務状況は文部科学省には提出しておりますが、多くが医療収入に依存した経営スタイルになっておりますので、ここが大きく下がるといことになりますと、教育・研究も含めたあらゆる意味での私学経営にだいぶ影響が出るのではないかと不安感が、我々経営サイドには間違いなくあります。

今日は、企画官にわざわざ文部科学省からというお立場でお越しいただいたのは、地域医療構想に則って、確かに日本中の医療費をもっと効率化しないと財政がもたないというのは、我々医療関

係者全員が思っているところがございますので、そこにご協力をする、あるいは我々も知恵を出していくことにはやぶさかでないわけですが、その他において医学教育・医学研究をどこに位置づけるか、どういうカバーをしていくか、ということも同時に審議をしていただきたいということがございます。

塩川先生、先ほど他にも幾つかの点がとおっしゃっていましたが。

**塩 川** 本日のこの座談会も、私立医科大学の立ち位置としてこの制度とどのように関与していくのかということだと思います。地域医療構想策定会議に係わったときに、全国の脳神経外科の同僚などにいろいろ教わったり、状況を聞いたりしておりますと、言うまでもないですけど、超高齢社会で、人口減少、医療資源の偏在があり、その中で再編の1つのきっかけという意味合いもあるのではないかと感じました。東京都でも、我々は多摩におりますので、二次医療圏はかなり都心と違うところがございます。私立大学の本院は1校、分院が数校という中で、特に教育とか研究の部門が地域医療構想の中核的なテーマとはなりにくいかもしれませんが、これを大事な部分として確保する必要があります。そういうような情報発信をされるような着地にこの座談会は向かうのかなと思って、拝聴しておりました。

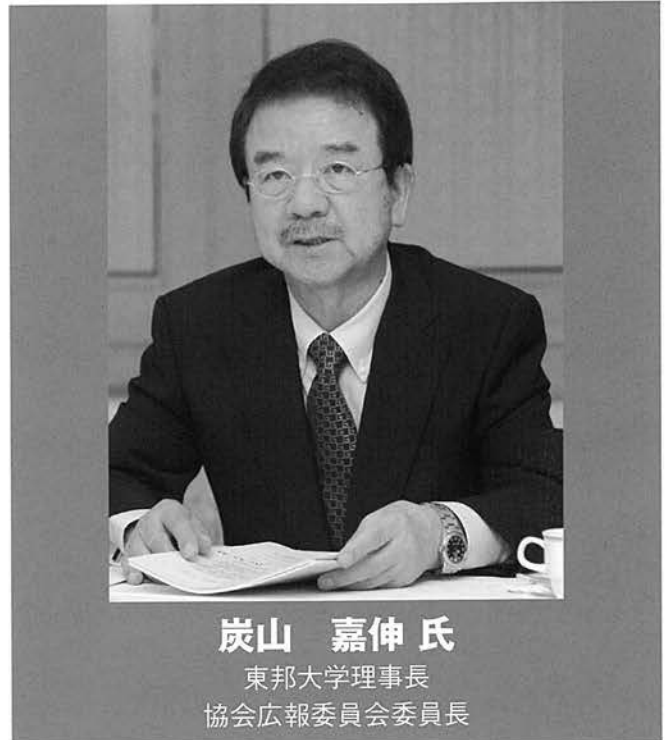
**炭 山** 大学病院が教育上あるいは研究上、さきほど塩川先生から事業推進云々という話が出ましたね。二次医療圏の話ですね。それは各大学病院を含めてそれぞれの病院がすべての病床を持っているかということをお問われているのだらうと思うんです。それよりも、もう少し事業推進の形で範囲を広げて、例えば精神病床を持っている病院は、南部なら南部地域だけだというような形で統括するとか、そういう構想があって良いだらうと思うのです。ところが、現実には学生が来るということになると、それぞれ地方の大学病院も、特定機能病院だけでなく分院も含めてどこまでそういうベッドを持たずにできるか。経営的観点から言えば、これは切って捨てるべきという診療科というのは必ずあるのです。ですけれども、教育あるいは研究を考えた場合には、そういうことは難しいという視点もあるわけです。そこで大学病院の先生、特に分院の先生たちは強く



そのことを憂えているのではないかと思うのです。そこらあたりを是非文部科学省の佐々木先生からもご意見いただきたいと思うのです。

### 【モデルコアカリキュラムの見直し、WFME への対応、さらには地域医療構想、病院経営にある課題の解決に向けて】

佐々木（昌） ちょうど今年度は6年ぶりの医学教育のコアカリキュラムの改訂の年であり、並行してWFME（世界医学教育連盟）の国際基準に2023年に向けて合わせていこうという事実上のキックオフの年でもあります。少なくとも後者の流れから、大学は必然的に大学病院以外の臨床実習先を確保しなければいけないような状況になっていると思います。そうした中で、学生教育のカリキュラム全体を見直したときに、大学病院以外の、たぶん地域医療実習という表現になると思いますが、それをどこまで地域の医療機関を巻き込んでいくか、そのための質の担保をどうしていくのかについて、議論していくことが各大学で不可避となります。つまり、卒前教育としての地域との関わり方と、大学病院としての地域医療構想や調整会議を介した地域との関わり方が、同時に議論をしていくこととなります。この教育と診療を絡めての大学や大学病院と地域との関係整理の中で、医療機関としてだけでなく人事も含めて経営上どういう戦略を立てていくかということが求められます。回りくどい言い方をしましたが、他の病院や学部と比較して、2つの要因を組み込める分だけ、大変でもあります。チャンスもまた広がります。ただし、モデルコアカリキュラムの見直し、WFMEへの対応、さらには地域医療構想、病院経営、この4つの要素の中で、今、炭山先生のご指摘にあったように、都内の大学もあれば、1県1医大の大学も私立でありますし、1県2医大でももう1つは特殊な設置背景の大学の県もありますし、片方の大学は国立大学というパターンもありますので、私立医大さまざまな背景の場合分けは必要になります。それぞれの状況で、もしそれぞれの課題があるというのであれば、積極的に解決すべき課題だと思っておりますので、文部科学省にも是非ご意見を寄せていただきたいと思っております。



明 石 企画官のおっしゃったとおりで、単純に大学病院がその地域に1つしかないところもあれば、大学病院以外に高度急性期を持つ民間病院があったり、公立病院があったり、あるいは大学病院同士がバッティングしている地域があったり、その相手が国立と私立という組み合わせであったり、構想区域ごとに調整が必要なあり方というのがさまざまなパターンがあるわけです。その中で、みんな多少の疑念と不安の中で、今、調整会議を眺めているというのが実情だと思いますので、是非地域医療計画の策定に向けて、あるいはグランドデザインの策定に向けて、大学病院あるいは医育機関のあり方はこうなんだというような情報の発信が、厚生労働省あるいは文部科学省からあると、もう少し穏やかに話しやすいのではないかと思います。今みんな疑心暗鬼という状況です。課長、その辺のところはいかがでございますでしょうか。

佐々木（健） これもよく最近質問されるのですが、現状の医療計画で、病床過剰地域であっても病床を強制的に削減するという事は行われていません。知事の権限も公的病院に関してはある程度ございますけれども、基本的には、公私に関わらず、まずは地域で各々の医療機関の機能を議論していただいて収斂していくことなので、例えば大学病

院が地域から追い込まれるということはないと思います。ただし、先ほど佐々木企画官もお話されておりましたけれども、地域医療構想を各都道府県が策定する際に、特定の専門家を使う傾向も見受けられます。しかし、本来は、衛生・公衆衛生を中心とした大学の専門家も積極的に係わるような態勢も各大学が持って、データを作ったり、提言したりすべきではないかと思います。その結果、新しい提案というか、地域ごとのアイデアが出てくると思います。受けに回るのではなく、構想や医療計画の策定の議論に各大学が積極的に参加していただくことが重要なのではないかと考えております。

**小山** それはとても重要なことだと思うのです。大学病院の連絡協議会をつくったのは、実はそこが一番の理由で、地域医療構想は私たちは関係ないというスタンスの大学病院が結構多かったんです。そうですね。

**佐々木(昌)** 東京の場合はそうでした。そして反射的に都庁も関心が極めて薄かったという構図でした。

**小山** 集まってみて、えっそうなの、というような認識を新たにさせていただいたのが、1つ良かったと思うのです。もう1つは、佐々木課長おっしゃったように、参加していろんな意見を言うていただく必要があると思うのです。実は、東京都の中に東京都特定機能病院連絡協議会というのがあるので、そこを上手に利用して、東京都の場合は意見を言うていく。意見を言うところは、ここしかないわけです。塩川先生には、ぜひ各大学病院の病院長の先生方に情報を流すとともに、そこからいろいろな情報を仕入れて、それも東京都の会議の中で言うていただく。それは東京だけでなく各地方全部同じことで、私立医科大学として病院長が積極的に地域医療構想の中に参加していく姿勢が非常に重要だと思うのです。是非そのように動いていただければと思います。

**塩川** 私は地域医療構想の策定委員ですので、より上部組織の会議で適切に対応していただくことになると思います。認識を確認というか共有すべきところは、繰り返しになりますが、点数で決めた病床はあくまで医療資源の推測なんです。ところが、現場は、同じ患者で1日当たり点数が次第に下がっても運用上は高度急性期扱いなんです。

それを病床の申請のときは、600点～3,000点の場合もあれば、それ以下もあるということで、これが必ずしも病院の格を下げるというのではないのだということが共有されれば、うまく分担できるのかもしれない。現場の人間は、やはり高度急性期病院という看板で引きずられるところがありますので、この点の周知が、調整会議を今開いても、結局陣取りゲームみたいになってしまう懸念があるのかなと感じます。

**小山** それは各大学の病院長の考え方が、まさに最初にこの会議を開いたときには、特定機能病院は全部高度急性期だよな、というような印象の中でこの話し合いが始まったんです。いや、そうではないのだということを当時、厚生労働省の担当室長だった企画官からお話しいただいて、それなりに理解をして進んできたかなと思います。

**明石** 都道府県によって格差が大きいのではないかと。その点も東京都は13も大学病院があつて、とても先進的に話し合いが進んでいると思いますが、猪口先生、神奈川県で4大学ございますが、全然そんな雰囲気ないですよ。県の方もとても一生懸命やっていたらしゃるけれども、淡々と進んでいるので、私は実は調整会議で、医育機関としてはどうなるのだとか、今日のような問いかけをしています、「そうですね」というお返事はあつても、じゃどうしようというような議論には発展しませんね。

**猪口** 今後は、まず二次医療圏の中での議論と県は考えています。それぞれの二次医療圏の議論を行った後に全体を調整するので、それまで全体を調整しないと言われております。

**明石** おそらく東京以外というのは(笑)。

**小山** 東京は特殊なんですよ。

**塩川** 東京は13の大学がありますが、私は、地域医療構想策定部会というところにおり、その上の組織は保健医療計画推進協議会とか、東京都医療審議会とか、こういうところには医師会の先生方がいろいろおられますけれど、大学病院の立ち位置の方というのは、確かに少ないような気がいたします。

**明石** 他の都道府県の状態を考えると、厚生労働省から、大学病院を含めた考え方といったものを少し発信をしていただかないと、各都道府県そこはまったく考えてませんという状況にあるのだと

思うんです。

猪 口 県内で調整してくださいね、ということがあるといいかもしれません。

明 石 我々が「医育機関どうするんだ」という質問をすると、皆さん「そうですよね。本当にそれは考えなければいけませんね」とおっしゃるのですけれども、県独自でそれをどう調整すれば良いかということに関しては、やはり厚生労働省のガイドライン頼りというか、「問い合わせをしてみます」というような返事で終わることが多いんです。ですから、是非情報を発信していただければありがたいと思います。

実は、この座談会を「医学振興」で企画したのも、私立医科大学協会のメンバーにもこれを発信しないと、淡々と進んでいて、知らないうちに何か事ができ上がってきているぞという印象が強いと思うんです。

佐々木 (昌) 東京のケースで申しますと、一昨年の日本医師会の都道府県医師会を対象とした会議でも明言しましたが、東京は他の道府県と別だと思って地域医療構想を策定し、実現に移す必要があります。しかしながら、策定が始まった当初は、せっかく小山先生がご尽力なさって大学病院連絡協議会を設置しても、都庁はそもそも大学側のアクションを公的には認めてくれない雰囲気でした。今は都庁のオフィシャルな組織として、他の特定機能病院3病院も含めて位置づけられたと聞いていますが、ここから導かれることは、地域医療の議論においては大学から積極的にアピールしていく必要があるということです。是非、県庁に、県医師会と大学病院が両輪でやるのだと、県医師会とか都医師会の言葉を一言発していただきたいと思ったり、多くの県では大学の関与を望んでいるわけですから、彼らも大学が声掛けすることにより、だいぶ気持ち楽になると思います。

### 【大学病院がもっと主張すべきではないか】

佐々木 (健) 大学ももう少し行政に働きかけていただきたいと思うのです。教育・研究・診療で、大変貢献をさせていただいてきたと思うのですけれども、今までは、どちらかといえば、地域からは独立した面もあったと思います。先ほども話に出ましたように社会保障制度をどうしていくかという



小山 信彌 氏  
東邦大学医学部特任教授

議論を国も挙げてやっている中で、地域での行政主体、特にこれから国保の財政責任を担う都道府県は医療の提供体制のみならず費用にも係わってくる主体になるわけです。その都道府県に対して、医療提供体制はこうあるべきだということに大学がもっと積極的に係わっていただきたいと思うのです。我々も地域での協議の後押しをしたいと思います。大学は地域の中では、人的資源が豊富で強力な存在なので、例えば都内の大学の例のように、各都道府県で大学同士が連携して、地域の医師会とか役所に話しかけるということは大事だと思います。地域における大学の役割に対する理解が深まり、結果として、今お話が出ている教育・研究に必要な病床とか、そういうものを確保していくというようなプロセスがあるべき方向性ではないのかという気はいたします。

小 山 実際動きました。少なくとも構想の中に「大学病院」の文言が一言入っただけでも、やった価値あったかなと思います。

佐々木 (昌) これまでの様々な方の様々なアクションを勘案して名を取るか実を取るかで言うと、「大学病院だって高度急性期だけでない」と言った方が、診療報酬も含め戦略上の選択肢が広がると思っています。

小 山 高度急性期を減らせといたら、減らして



もそんなに大学病院は影響ないと思うんです。

佐々木(健) 診療内容が大学病院として高度なものをやっているならば、そういう意味での影響は大きくないと思うのです。要するに、診療報酬とリンクしている話ではないということです。

### 【大学にとって今後の病院建替えは切実な問題】

明石 実は、すでに終えられたところもありますが、これから建て替えるしなければならない病院があるのです。この10年間の地域医療構想で、病床構造をどう作るか、規模観をどのぐらいにするかというのは、大変切実な問題でもあるのです。ただあるものを機能を変えるだけではなくて、建て方から変えなければいけないということになりますと大問題なんです。ですから、10年時間があるというふうには思えない。実は、私のところもそうですが、今計画中のところがあるんです。

炭山 うちもそうなんです。そのことを我々トップ側が考えていても、現場の人間は、医療構造が変わってきているのだ、機能分化連携なんだということで、例えば総ベッド数も100床以上減らしていこうと。東海大学も昔ありましたよね。千何百床から800床に減らした。それをやろうとする。我々の考えが末端まで、どこまで浸透するか。そういう医療なんだよということを理解させることがなかなか難しいんです。大橋病院を建て替えて、病床数を100床以上減らすんですけれども、そこへもっていくために、考え方をすっかり変えてやらないとモチベーションが下がってしまうんです。これ以上減らされると、私たちは大学病院に勤めている意味がありませんとか。どういうふうにしてモチベーションを切り替えてやっていくか。そこが非常に難しいです。まさしく明石先生が直面している問題で、私どもは今建て替えていますので、病床数を100床以上減らすのですが、連日のように、そういう声が、むしろコメディカルあたりからも上がってきます。

明石 仕組みを変えれば良いだけの話ではなくなってきたので、どこかで大学病院は地域医療構想から、あるいは地域医療計画に至る段で、こういう考えでというようなアナウンスがあると、私たちももうちょっといろいろなことが考えやすくなると思っております。

小山 提言しないとだめじゃないですか。私たちはこう考えているというシステムを言っていないと、それがまさにアピールであって、待っていると、都合の良いように分けられちゃうだけなので、私たちこういう能力持っているよ、これ利用して良いよ、と東京都に働きかけたのは、まさにそうです。

明石 今東京都で動かれているわけですが、私たち私立医科大学協会としてとか、あるいは国立も交えて全国医学部長病院長会議から、地域医療構想に関して我々はこちらなんだと、こういうことを考えてくれと、提言というようなものは、おっしゃるように重要ですね。

### 【大学側からの地域医療構想に関する提言について】

佐々木(健) それは良いと思います。先ほど申し上げた「働きかけ」の1つだと思います。各大学が地域でも都道府県庁など協力を申し入れて、会議などにも参加していく。

明石 私、総務・経営担当理事なものですから、少なくとも私立医科大学協会としてでも何か声を上げていきたいと思っています。

今日は大変貴重な意見を伺えたと思います。ぜひこれだけはということがありましたら。

猪口 分院を持っているところは、その対応が同じように問題になります。本院にも、高度急性期機能ではないが教育上必要な病床がかなりあります。精神科、難病関係、産科などは教育に必要です。本院は本来の高度急性期に特化する方が、明らかに機能的には良いのですが、教育のために必要な病床を今後はどう維持していくのか。また今後は、医学教育の国際認証の関係で臨床教育の時間が増えますので、教育のための病床は需要としては増えていきます。その中で大学病院が高度急性期に特化すると、周りの病院なり分院なりにその教育機能を分散していかなければいけない。その際に分院の機能をどうするかが、問題になってくると思います。異なる医療圏にある分院も多いので、連携がうまくとれるかどうかとも踏まえて、地域医療計画と調整しないとイケない。

明石 分院こそが、ある地域の中核機能を果たしているところがたくさんありますから、そこはそ

ここで尊重していただかなければならないし。

佐々木(昌) 分院は背景によってまた違いますから、戦略の立て方もバリエーションがありますよね。

明石 大学病院の多くは、分院を地域医療の教育でやるとか、やはり教育資源としてかなり活用していますので。

炭山 それは地域格差がずいぶんあると思います。

明石 そこを一律にバサッとやられるといかんと思うので、その辺は我々私立だけで 84 病院ございますので、現状も含めて提言をあげていきたいと思っています。

佐々木(健) そうですね。我々も検討するときの素材になります。

明石 是非良い提言をしたいと思っています。塩川先生にも是非参加をいただきたいと思いますし、猪口先生、神奈川ちょっと頑張りましょうね(笑)。

猪口 とりあえず会を作らないといけませんね。

小山 いちばん大事なのは、大学病院としてのプライドのある良い医療を提供し続けることであって、収益を求めるところではないという考え方がベースにないと、なかなかモチベーションが上がらないかなと思います。

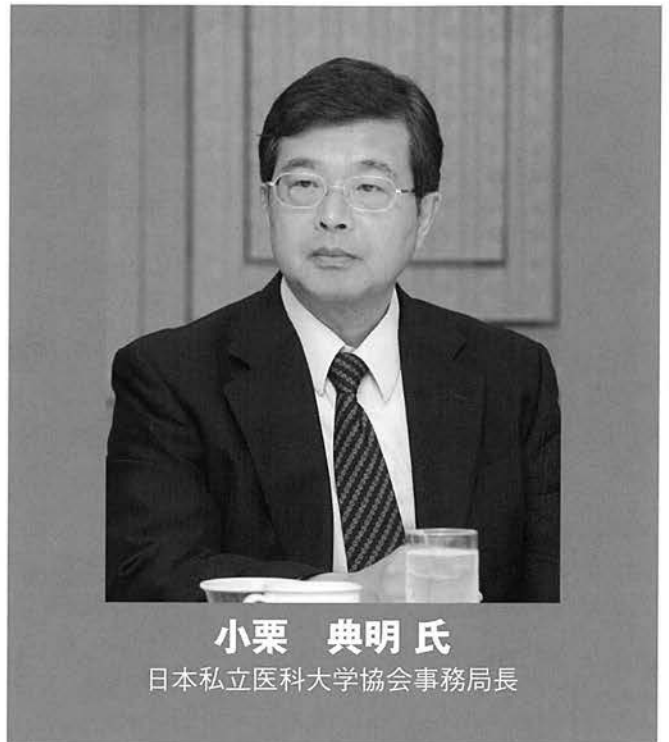
佐々木(健) 結果として運営を継続できるだけの収益が得られたらということでしょうか。

小山 そういうことから診療報酬体系が作られればと思うんです。今は先取りしなければ全然進まないですからね。

佐々木(健) 王道を進んでいただいて、経営が成り立つようにしたいとは、日頃から思っています。特に大学附属病院は、教育の場でもありますから、そうあってほしいと思います。

明石 求められるファンクションを我々も果たしたいという思いがあって、求められるものを提供していれば、当然経営も順調にいくというふうに回っていかないと、日本の医療の骨格が崩れると思います。

小山 それを言うと理事長に怒られちゃうのだけど、私は理事長でないのだから(笑)、良い医療を提供することに重点を置きたいと思うわけです。DPC というのは、結局はそれを評価しているわけなので、やった医療を評価しているので、そここのところ考えていくと良いのかなと思っています。



小栗 典明氏

日本私立医科大学協会事務局長

## 【おわりに】

明石 私が見ている限りでは、地域医療構想における大学病院のあり方について何かに書かれているものとかメディアに乗ったものとか、全然ないですよ。地域医療構想がまとまるのが 11 月ですから、時期を同じぐらいにしてこの座談会の様子が出ると思います。「医学振興」は我々の公的な広報誌でございますので、これを広く関係各位にお配りして、問題意識を高めていただくというところで少し提言をさせていただきたいと思っています。

炭山 13,000 部で、国会議員には全員配っています。

明石 今日は、両佐々木先生には貴重なお話を聞かせていたたくことができ、ありがとうございました。

炭山先生、最後に何かありましたら。

炭山 ありがとうございました。改めて皆さんに校正をお願いし、良い座談会記事に致したいと存じますので、宜しく願いいたします。

本日は、誠にありがとうございました。(了)