

一般社団法人 全国公私病院連盟
令和 6 年度「第 11 回理事会」議事録 (案)

1. 日 時 令和 6 年 12 月 13 日 (金) 14:00～16:00

2. 会 場 Z o o m を利用したオンライン会議

3. 理事総数 26 名 (定数: 20 名以上 30 名以内)

4. 出 席

(1) 役員 (理事・監事)

(会 長) 邊見公雄

(副会長) 望月 泉、辻井正彦、浦田士郎、三角隆彦、重井文博、中村哲也、
北村 立

(常務理事) 新谷史明、鎌田修博、中野 実、川嶋成乃亮、佐能量雄、女屋光基

(理 事) 黒田啓史、木原康樹、髭 修平、中房祐司、松浦 弘、辻 尚志、
石川悦久、内藤嘉之、中瀬真治

以上 23 名出席

(監 事) 岡田俊英、伊藤 博、遠山正博

以上 3 名出席

(2) 役員以外

(名誉会長) 今泉暢登志

(顧 問) 大濱紘三、村上信乃、行天良雄、瀬戸嗣郎、加藤 誠、吉田茂夫、
石原 淳、園田孝志、中嶋 昭、小熊 豊、難波義夫

(特別参与) 渡邊古志郎、原澤 茂

(参 与) 吉野和久、森山正之、神内 浩、竹本大雄、滝沢洋二、辻 勝、
後藤孝浩、岩本一壽、杉木康浩、中野庄意、松本安治、島根 潔

(事務局長) 小堀悦也

5. 欠 席

(1) 役員 (理事・監事)

(副会長) 牧野憲一

(常務理事) 野村幸博、佐々木敬

以上 3 名欠席

(監 事)

以上 0 名欠席

(2) 役員以外

(顧 問) 相澤孝夫、堺 常雄、山本修三、土井章弘、岡留健一郎、加藤幸男、
富所 隆、中島豊爾

(参 与) 歸山好尚、齋藤哲哉、山田晴基、西江 寿

6. 議 事

(1) 前回理事会から本日までの活動報告

(2) 報告事項

①日病協「代表者会議」(11月22日)

- ・2040年に求められる医療機関機能について(四病協)

②日病協「診療報酬実務者会議」(12月11日)

- ・令和8年度診療報酬改定要望の提出依頼について(日病協)

③望月副会長からの報告

1) 社会保障審議会「医療部会」(11月28日)

2) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月3日)

3) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月6日)

4) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月10日)

④北村副会長からの報告

1) 第1回新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム(11月6日)

2) 第2回新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム(11月25日)

⑤邊見会長からの報告

⑥第35回「看護管理セミナー」(10月25日)開催結果

(3) 協議事項

①令和7年度「定時総会」決議について

②全国公私病院連盟サポーターズクラブについて

(4) 事務連絡

①第20回「DPCセミナー」(令和7年2月27日)開催案内

②次回以降の「理事会」等の日程

③前回「理事会」(11月21日)議事録案

7. 議事の概要およびその結果

(1) 開会挨拶

邊見会長から挨拶があった後、邊見会長が議長となり議事を進行した。

(邊見会長) 皆さんこんにちは。今年もあと半月ぐらいになって、明日は赤穂義士の討ち入りがあった日です。国会では補正予算の審議、厚労省関係では、新たな地域医療構想や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージが話題となっています。

また、美容医療が問題になっていて、卒後初期研修を終えると直接、美容医療業界に進む「直美」をどうするのかという議論が始まっています。

本日は、身近な問題がたくさん審議されていますので、諸先生方からご報告をしていただいた後、議論していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(2) 前回理事会から本日までの活動報告 (資料No.1)

事務局より、前回理事会から本日までの活動報告があった。

(3) 報告事項

①日病協「代表者会議」(11月22日)(資料No.2)

・2040年に求められる医療機関機能について(四病協)(資料No.2-2)

三角副会長と邊見会長より、日病協「代表者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下の通り。

(三角副会長) 11月22日に行われた日病協「代表者会議」の報告をしたいと思いますので資料No.2をご覧ください。前回の「理事会」が11月21日で、日病協「代表者会議」は翌日の11月22日でしたので、当日の報告は、すでに中野先生と園田先生、望月先生からお伺いしていた内容でした。

そういう訳で、あまりご報告することもないのですが、「代表者会議」で幾つかの項目でディスカッションになっていますので、それを中心にご報告をしたいと思います。

3ページ、太田中医協委員から、11月13日の中医協「薬価専門部会・費用対効果評価専門部会合同部会」の報告がありました。この時のテーマは、高額医薬品の対応で、特に今回は認知症薬について議論がありました。

4ページ、「高額医薬品(認知症薬)に対する今後の対応(案)」です。要約しますと、ケサンラという認知症薬が承認されて薬価が決まっていますが、ケサンラは、レケンビと同じような方法で薬価収載の対応をするという話でした。

また、今後、想定していないような特徴を要する医薬品が開発された場合には、必要に応じて中医協でその取り扱いを改めて検討することになったという報告がありました。

9ページ、ケサンラの薬価算定を中医協で審議する際の資料ですが、「算定薬価」は350mg20mLの1瓶で6万6,948円(1日薬価8,560円)です。その右下に「新薬収載希望者による市場規模の予測」とありますが、これは、新薬収載希望者の日本イーライリリー(株)が新薬の保険収載を申請する時に、ピーク時の予想をしたところ、10年後にケサンラを使う患者が2万6千人になって、予測販売金額が796億円になると試算した金額になります。他にも幾つかの薬がこの日に承認されています。

10ページ、ファダプスという、筋無力症候群の筋力低下の改善に期待があるという新薬になりますけれども、9年後に患者が205人になって、販売金額が10億円になるという予測です。

11ページ、アセノベルは、ミオパチーの薬ですけれども、3年後に193人の患者がいて、予測販売金額は9億8千万円になる。

12ページ、ユバンシは肺高血圧症の薬ですけれども、1日の薬価が1万3,334円90銭、10年後には2万5千人の患者がいて、販売金額が107億円になるとい

う試算になります。

太田先生からは、この日の中医協「総会」で新たに承認されたのが 17 薬品あって、ピーク時の売上金額を合計すると約 2,000 億円になると…。最近の新薬の承認をするたびに、これぐらいの金額になると話されました。

また、薬剤師の委員からは、これらの薬のガイドライン上の包装ルールが現実的ではなくて、時々、こういう高額な薬が余ることがあるという指摘があったそうです。患者さんが途中で来なくなるとか、亡くなってしまう場合もありますので、そういう時に薬が滞って、医療機関側の損害になるようなことが起きるので、そうならないようにして欲しいという要望があったそうです。

「代表者会議」に出席していた小山委員からは、新薬の承認の可否を決める会議では、その薬の有効性が審議されて、承認をするか、しないかを判断するだけで、値段の話が出てこないという説明がありあました。値段はまた別の審査会で決めているのが現実だと…。

最終的に保険収載をするかどうかを判断するのは中医協ですが、中医協に上がってきた時には、もう申請を認めるしかない状態になっているので、こういう金額になっても異議なく了承されていると指摘されました。

太田先生は、「薬価専門部会」には太田先生も池端先生も委員になっていないので発言をする機会がないと…。特にこういう高額な新薬を使うのはほとんどの場合が病院なので、病院代表の委員を「薬価専門部会」に入れて欲しいとおっしゃっていました。

20 ページ、これを受けて「代表者会議」の終了後の記者会見で、その旨を仲井議長がお話しになったことがメディアファクスに載っています。中医協「薬価専門部会」に病院関係の委員の配置を求める意見が多数あったという発言をされていますので、後ほどご覧いただきたいと思います。

13 ページに戻りまして、社会保障審議会「医療部会」の報告が望月先生からありましたけれども、こちらは先月の「理事会」でご報告いただいた内容と同じです。詳細の報告は省略したいと思います。

その中で 1 つだけ、「電子カルテ情報共有サービス」について、出席した委員から発言がありましたのでご紹介しておきます。

15 ページ上、3 文書 6 情報の話ですが、6 情報の中に「傷病名」が入っています。今後、これを患者さんがマイナポータルで見ることができるようになると…。そうすると、正式な病名をここに記載するのか、支払基金等への請求が絡むことになるのでレセプト上の傷病名で記載するのか、その辺の情報があまり伝わって来ないということでした。

患者さんが直接目にするには支障があると思われる傷病名もありますので、その時の配慮をするのか、しないのか、今後、実際の運用をどうするのかを検討するワーキンググループで議論することになると思います。

16 ページ、「新たな地域医療構想等に関する検討会」に厚労省が示した「2040 年に求められる医療機関機能や構想区域のイメージ図」についてです。「診療報酬実務者会議」の津留委員長から、このイメージが非常にわかりにくいので、四病協で修正を求める議論を進めているという報告がありました。

18 ページ上、そのわかりにくいイメージ図というのがこのポンチ絵です。

18 ページ下、これに対する意見が書いてあります。

資料No.2-2 をご覧ください。四病協で取りまとめて要望したものです。

2 ページ下、厚労省案では5区分だった病院機能の分類を「大学病院本院機能」と「高度急性期拠点機能」に、それから「地域一般急性期機能（高齢者急性期拠点機能）」「地域包括連携機能（在宅医療及び在宅療養支援）」「慢性期機能」「専門医療機能」という6区分にしたかどうかと提案しています。

3 ページ上、それをポンチ絵にすると、こんな感じになります。

4 ページ、四病協の記者会見の様様をメディアファクスが取り上げて記事にしていますので、後ほどご覧いただきたいと思います。

私からの報告は以上です。邊見先生も出席されていますので、補足していただきたいと思います。

（邊見会長） 三角先生に詳しくご報告いただきましたので、私からは特にありませんけれども、日病協から初めて中医協委員を出した時、私が「薬価専門部会」の委員に、石井暎禧先生が「医療材料専門部会」の委員になりました。その方が普通だと思いますが、政権交代のドタバタか何かの関係で病院団体の委員が外されてしまいました。病院の方がずっと多くの薬も医療材料も使う訳ですから、病院のことをよくわかっている日病協から委員を出す方が自然だと思います。

②日病協「診療報酬実務者会議」（12月11日）（資料No.3）

・令和8年度診療報酬改定要望の提出依頼について（日病協）（資料No.3-2）

中野常務理事と園田顧問より、日病協「診療報酬実務者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下の通り。

（中野常務理事） 一昨日に「診療報酬実務者会議」が開かれていますが、ここ数日は国会議員も財務省官僚も皆「103万円の壁」の対応で忙しいのかわかりませんが、ほとんど進展がありませんでした。そういう訳で、本日私から提供する情報は大別して2つだけです。

資料No.3をご覧ください。1つ目が薬価差益、平均乖離率の問題です。

5 ページ下、表の「平均乖離率」を見ていただくと、令和6年度の乖離率が5.2%だったという速報値が出ています。

7 ページ下、年次推移で見えていくと、平成30年7.2%、令和元年8.0%です。その後、診療報酬改定がない年にも中間年改定をするようになって、令和2年8.0%、令和3年7.6%、令和4年7.0%、令和5年6.0%、そして、令和6年5.2%になったと…。昔に比べて大分下がっています。

この乖離の分が、病院で言えば薬価差益で入ってくる訳ですけども、昔は7～8%あったものが、今、5.2%しかないということになります。当然ながら2年に1回だった薬価改定を毎年している訳ですので、こういう状況になっているということです。

8 ページ上、乖離率をもう少し細かく見ていくと、表の左側に、内用薬、注射薬、外用薬、とありますが、一番右端の令和6年を見ていただくと、内服薬6.4%、外用薬6.8%ですが、注射薬だけは3.5%となっています。

これが何を意味しているかというと、外用薬と内用薬で薬局は儲かっているんですね。注射薬は主に病院で使う訳ですが乖離率が低い。市中薬局の方が儲かっているのがよくわかります。

8 ページ下、主要薬効群別でみると、血圧降下剤は 11.7%、高脂血症用剤が 10.9%となっていて、薬局で処方されて出す薬の方がウマミは多いんです。注射薬は、血液製剤類が 1.3%、その他生物学的製剤が 2.1%で、病院側がよく使う注射薬は低率になっています。

9 ページ、以上のような状況をみて、来年度の薬価中間年改定をするのか、しないのかと…。

10 ページ上、「薬価専門部会」での論点になります。論点と言っても「令和 7 年度の薬価改定について、どのように考えるか」という程度でしかないのですが、保険者側は薬価改定をしろと言っていますが、製薬会社が強硬に反対して盛んにロビー活動をしていますので、この日の会議では中間改定はしないのではないかという雰囲気だったそうです。中医協の報告は以上です。

11 ページ上、日病協では、診療報酬改定の際に要望書を取りまとめて厚労省へ提出しています。この表は、前回（令和 6 年度改定）の時をベースにした令和 8 年度改定に向けた要望書の作成・提出スケジュールになります。来年の 3～4 月頃に第 1 回目の要望書を出して、その後は、中医協の審議状況をみながら第 2 回目の要望書を出します。

日病協としては、各団体から提出された要望を「診療報酬実務者会議」で取りまとめて、「代表者会議」に諮り、承認を受けた要望項目を厚労省に提出しますので、逆算すると来年の 1 月 15 日の「診療報酬実務者会議」から議論を始めたいという説明が津留委員長からありました。

12～13 ページ、これは、令和 6 年度の改定に際し、日病協から提出した要望書の【第 1 報】です。日病協に加盟する 15 団体から、いろんな意見が出て来ますので、細かい点数がどうこうというよりは、大局的にこうして欲しいという感じで取りまとめてあります。前回要望したけれども実現されていないので、再度要望するというのもアリですので、これを参考にして要望を提出していただきたいと思います。

資料No.3-2 は、12 月 4 日付けの本連盟の文書で、理事の先生方に対しては、意見をお寄せくださいという文書をすでに出しています。お寄せいただいた要望は、園田先生と私で取りまとめて、邊見会長の了承を得て日病協に提出することとさせていただきたいと思います。私からの報告は以上です。園田先生に追加をお願いしたいと思います。

(園田顧問) 日本病院会では昨年、病院の経営が大変なのでどうにかしてくれという嘆願書を 4600 を超える病院から集めて提出しました。また、今年の 6 月には病院経営定期調査を実施して、日病、全日病、医法協で、緊急要望をしたのですが、今回の補正予算を見てみてもほとんどゼロ回答です。

病院の声が届いていないのはとても残念に思いますが、要望を上げて訴え続けることは大事ですし、もう根比べですね。病院が今、すごく悪い状態になって、恐らく 7～8 割の病院が赤字です。こんなことが国民にとってよいはずはないので、我々としても訴え続けるしかないと思っています。

特に、前回の要望書の1番目で「入院基本料の適切な引き上げ」を掲げています。これについては本当にずっとゼロ回答で、もう少しこのボリュームを増やしていただきたいと声を上げていきたいと思っています。

(**邊見会長**) ありがとうございます。診療報酬改定は2年に1回なのに、薬価改定は毎年するというのも不公平ですね。薬の市場価格と公定薬価に差があるから毎年改定をするのだとすれば、物価と診療報酬の間に乖離があれば、診療報酬も毎年改定して欲しいという要望を突きつけるべきだと思っています。

一種の駆け引きで、向こうがそう来るんだったら、こっちもそれを利用したらいいんです。物価上昇と診療報酬の乖離が大きいと病院団体が発言したら理解が得られるんじゃないかと思います。自民党のヒアリングに行った時にも同様の発言をしたのですが、本当に病院の窮状がわかっているのかと思うぐらいに反応が悪かったですね。

③望月副会長からの報告

- 1) 社会保障審議会「医療部会」(11月28日)
- 2) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月3日)
- 3) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月6日)
- 4) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月10日)

望月副会長より、望月副会長が出席する会議の報告があった。主な報告の内容は以下の通り。

(**望月副会長**) 1) 社会保障審議会「医療部会」(11月28日)

第113回「社会保障審議会・医療部会」(11月28日)の報告をしたいと思います。テーマは「医療DXの更なる推進等について」「美容医療の適切な実施に関する検討会」の報告書について、「認定医療法人制度の延長等について」、4番目は「医師偏在是正対策について」ですが、「医師偏在是正対策」は「新たな地域医療構想等に関する検討会」のなかで説明しようと思います。

3ページ、「社会保険診療報酬支払基金の抜本改組について」です。

3ページ下、抜本改革の目的は「医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し…」ということで、これが閣議決定されています。

5ページ下、「組織体制の見直しについて①」ということで、1つ目「(1) 運営会議(仮称)」の設置について、2つ目「(2) 審査支払運営委員会(仮称)」の設置について、こういった新たな組織を立ち上げながら、3つ目の「医療DXの推進体制について」ということで、情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事(CIO)を加えることとする」ということです。

それから、「医療DX関連業務については、運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長・CIO等が中心となって、執行していく体制とする」ということが決まっています。

6 ページ上、「組織体制の見直しについて②」です。左側が「改組後」で、右側が「現行」ですが、このように組織体制の見直しがされます。改組後は「運営会議（仮）」と「審査支払運営委員会（仮）」の 2 つの会が立ち上がって、医療 DX の推進体制をつくります。

7 ページ上、「医療等情報の二次利用に係る現状と今後の対応方針」です。

12 ページ上、「現状・課題」があって、その「対応方針（案）」が出ています。対応方針の 1 つ目の〈・〉「電子カルテ情報共有サービスで共有される臨床情報について、利用・提供に当たってその必要性等に関して適切な審査を行うとともに、厚生労働大臣・利用者が遵守すべき保護措置等を定めた上で、匿名化・仮名化情報の利用・提供を可能としてはどうか」ということです。

日本にも様々なデータベースがある訳ですけども、それを利用できる体制をつくっていかうと…。厚労大臣が持っているデータベースという言い方をしていましたけれども、どの辺のデータまでが入るかはこれから検討されると思います。

2 つ目の〈・〉の後半、「他の公的 DB の匿名化・仮名化情報や次世代医療基盤法の認定作成事業者の DB の匿名・仮名加工医療情報との連結解析を可能としてはどうか」ということになっていますので、様々なデータベースからの情報提供にも使えることになると思います。

21 ページ上、「適切なオンライン診療の推進について」です。

22 ページ上、「オンライン診療のための診療所と療養生活の場におけるオンライン診療の概況について」をご覧ください。1 月 16 日に発出した通知に係る自治体からの回答概況です。どんな状況かということ「公民館等を利用したオンライン診療のための医師非常駐の診療所」では、16 診療所から報告がありました。「通所介護事業所等の療養生活の場でのオンライン診療」は、自治体に相談のあった件数が 2 件ということでした。

22 ページ下、「第 111 回医療部会においていただいたご意見について」です。「オンライン診療に関する総体的な規定の創設について」では、1 つ目の○「オンライン診療を法制化して、法定位置づけを明確化することは賛成」という意見がありまして、最後の○「オンライン診療は重要だが、過剰な診察が誘発されないような手当を考えていくべき」という意見もありました。

28 ページ、「美容医療の適切な実施に関する検討会報告書」です。

美容医療は今、ほぼ自由診療でやられていますが、そうすると、保健所の立ち入りもないし、カルテ等のチェックもされていない、ほとんど野放しの状態で行われている状況がはっきりしまして、この検討会が立ち上がりました。

29 ページ上、「美容医療の適切な実施に関する検討会の概要」です。第 1 回が 6 月 27 日に開催され、第 4 回が 11 月 13 日、11 月 22 日には報告書が出ました。構成員は右側の人たちですが、病院を代表する委員は入っていません。

30 ページ上、報告書の概要です。美容医療を取り巻く状況ということで、いろいろな事例が報告されています。例えば、患者さんからは「シワを取るはずが顔面麻痺が残った」とか、「医師ではない人に治療方針を決定された」「オンラインで無診察処方された」「強引に高額な契約を結ばされた」「SNS 広告を見て受診しトラブルに…」と、こんなことが本当にあるのかと思うような事例が報告されています。とにかく保険医療機関ではないので、保健所の立ち入りもない、カルテ

等の審査もない、非常に危ない状況でやられていると思います。

その下の「課題」の 3 つ目の〈・〉「関係法令&ルール（オンライン診療に係るものを含む）が浸透していない」ということが指摘されています。

右側が「対応策」です。1 つ目の〈・〉「美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入」とあります。今までは、報告もなく公表もされていなかったもので、きちんと報告をして、公表する仕組みを導入するということです。

2 つ目の〈・〉「関係法令&ルールに関する通知の発出」、3 つ目の〈・〉「医療機関による診療録等への記載の徹底」、こんなことは当たり前ですけれども、今まで全然チェックがされていなかったもので、徹底させようということです。

4 つ目の〈・〉「オンライン診療指針が遵守されるための法的整理」、5 つ目の〈・〉「関係学会によるガイドライン策定」、6 つ目の〈・〉「医療広告規制の取締り強化」は、かなり危ない広告が出回っています。使用前、使用后みたいに、全く違う人なのに、こんなに綺麗になった、みたいな表現の広告もありますので、特にネット広告の取締りを強化します。

30 ページ下、「1. 適切な美容医療が安全に提供されるようにするための対策」の 1 つ目の●「美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入」、2 つ目の●「保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化」、ここが今までは明確ではなかったので「保健所等の立入検査等の可否・法的根拠や、立入検査の実施プロセス、調査の観点について明確化を行い、解釈通知を発出」をすることになっています。

3 つ目の●「診療録等への記載の徹底」は、必要な内容をちゃんと記載してくださいということですが、どうやって審査するかという話にはまだなっていないようです。そして、5 つ目の●「オンライン診療のルールの整理」です。

「2. 美容医療の質をより高め、質の高い医療機関が患者に選ばれるようにするための対応策」ということで、1 つ目の●「関係学会によるガイドライン策定」、2 つ目の●「医療広告規制の取締り強化」、3 つ目の●「行政等による周知・広報を通した国民の理解の促進等」となっています。

33 ページ、「認定医療法人制度の延長等について」です。

33 ページ下、平成 18 年の医療法改正によって、平成 19 年以降は「持分あり医療法人」の新規設立はできないことになりました。そして、持分あり医療法人は 5 年以内に持分なし医療法人に移行してくださいということです。

「持分なし」への移行は着実に進んでいるものの、現状でも多くの「持分あり医療法人」が存在することから、さらに移行を促進する必要があるということで、3 つ目の〈・〉「平成 29 年 10 月からは、出資者の持分放棄に伴い医療法人へ課されるみなし贈与税の非課税措置も導入されたこと等により、認定医療法人制度の活用件数は増加してきており、持分なし医療法人への移行には欠かせない制度となっている」ということなので、これを延長しましょうということです。

34 ページ上、「一般社団法人が開設する医療機関の非営利性の徹底について」は、医療法では医療機関の開設者は営利を目的としてはならないこととされていますが、昨今、一般社団法人による医療機関の開設事例が増加していて、非営利性の観点で疑義が生じているということで、その下に調査をした概要が載っていますので後ほどご覧ください。

35 ページからは、「医師偏在是正対策について」です。これは後ほど「新たな地域医療構想等に関する検討会」のところで説明したいと思います。社会保障審議会「医療部会」の報告は以上です。

(**邊見会長**) いま行われている美容医療は、我々のような医療機関の非営利性と矛盾するような感じで行われていて、もはや医療機関じゃないですね。

(**望月副会長**) 医療機関という意味では医療機関なんです。自由診療をしている医療機関ということになります。形成外科の資格を持って保険診療でやっている人もいますので…。

(**邊見会長**) 保険外、自由診療で手術をした場合、後遺症が残っても保険診療の対象にならないと思いますが、その辺はいかがですか。私が兵庫県の国保の審査員をしていた時は、そういう解釈になっていたのですが…。

(**望月副会長**) 自由診療で手術をして、合併症を起こして、それを保険診療で治すのはおかしいという意見も出ています。それは自由診療でやったところが責任を持ってやるべきじゃないかと…。しかし、現実結構、保険診療に回って来ているんです。

結局、そうしないと患者が宙に浮いちゃいますよね。美容整形の結果が悪くても、まあそんなもんですみたいなことを言われて、泣き寝入りになってしまうこともあるので…。全然取締りも何もない訳です。保健所の立入もない。

(**邊見会長**) 早急に何らかの対応が必要だと思います。引き続きお願いします。

2)「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月3日)

3)「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月6日)

4)「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月10日)とりまとめ

(**望月副会長**) 「新たな地域医療構想等に関する検討会」が続けて開かれていて、『新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ(案)』が出ています。一応、12月10日で同検討会は終了になります。

「新たな地域医療構想等に関する検討会」(12月10日)の2ページ、「新たな地域医療構想等に関する検討会」の構成員名簿で、この23名が構成員です。一人一言ずつしゃべっても大変な時間になりますので、言いつ放しみたいになってしまうところがありました。

3 ページ、目次を見てください。1 番目の「はじめに」から、2 番目の「2040 年頃の医療をとりまく状況と課題」、3 番目が「現行の地域医療構想の評価と課題」、4 番目が「医療提供体制の現状と目指すべき方向性」です。

5 番目が「新たな地域医療構想」で、(1) 基本的な考え方、(2) 新たな地域医療構想の位置付け、(3) 医療機関機能・病床機能、(4) 地域医療介護総合確保基金、(5) 都道府県知事の権限、(6) 国・都道府県・市町村の役割—というよう形でまとめられています。

最後に(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け、ということで、今回、精神医療を地域医療構想の中で論じてくださいと全自病協からも申し入れました。日精協も賛成して取り上げていただきました。

7 ページ、「3. 現行の地域医療構想の評価と課題」です。現行の地域医療構想は、2025 年までの構想でした。

8 ページ、その「(2) 評価と課題」です。1 番上の○「病床機能報告上の病床

数について、2015 年から 2023 年にかけて、125.1 万床から 119.2 万床になり、2025 年の必要病床数である 119.1 万床と同程度の水準となっている」。これは評価してよいだろうということです。2015 年には 125.1 万床ありましたので、約 6 万床減少しています。

9 ページ、1 番上の○「他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されている」、1 つ目の〈・〉「病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない」。つまり、ほとんど病床数の議論に終始したという感じです。必要病床に比べて回復期が何床足りない、急性期が何床多い、そういう数合わせに終わったことが指摘されました。

2 つ目の〈・〉「病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい」、要するに、定量的な評価の指標にはなっていないので、はっきりしないんです。この辺が問題ではないかということです。

3 つ目の〈・〉「機能別の必要病床数は患者単位のデータから設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている」、4 つ目の〈・〉「必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい」。こういう課題が指摘されたことを踏まえて、2040 年に向けた新たな地域医療構想を策定することになります。

19 ページ、新たな地域医療構想の「(1) 基本的な考え方」が出ています。

「(2) 新たな地域医療構想の位置付け」の 2 つ目の○「具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つ」と…。つまり、医療法上は、医療計画の一項目としての地域医療構想という建付けになっています。それは少し違うのではないかということはいいました。

20 ページ、1 つ目の○「これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5 疾病・6 事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定める」。つまり、地域医療構想が上位にあって、その下の概念として医療計画があることを明確に位置づけることになっています。それには医療法の改正をしなければいけないので、来年度、医療法の改正を行うことが決まっています。

21 ページ下、〈医療機関機能の名称と定義〉というところをご覧ください。これからは病床機能だけでなく、「医療機関機能」を報告することになります。

「高齢者救急・地域急性期機能」は、2040 年に向けては 85 歳以上の高齢者が約 70%増加するというデータもありますので、「高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する」という機能になります。

22 ページ、1 つ目の〈・〉「在宅医療等連携機能」は、「地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う」という機能です。

2 つ目の〈・〉「急性期拠点機能」は、いわゆる急性期病院ですね。「地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う」という機能です。

3つ目の〈・〉「専門等機能」は、先の3つの機能に当てはまらない場合です。「上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能…」とありますので、慢性期の医療がここに入ってくる訳です。そして、「有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う」ということになります。これが4つの医療機関機能です。

4つ目の〈・〉「医育及び広域診療機能」は、「大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う」ということで、大学病院本院が中心になった機能になります。

23 ページ、「③病床機能」は、いろいろ議論があったところです。

2つ目の○「一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、『高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能』及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である」と…。

病床の機能区分は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期だったのですけれども、下線のあるところの少し前、これまでの【回復期機能】を【包括期機能】に名称を変えたいということについて、これには異論が出ました。包括期って言われても、何のことだかさっぱりわからないという訳です。

「住民に“包括期機能”なんて言ったってわからないでしょう」とか、「そもそも包括というのは、何と何を包括するから包括なんだ」とか、本当にたくさんの意見が出たのですけれども、他にいい言葉がないということで消極的に賛成した格好になっています。

今までの「回復期機能」には、高齢者救急の概念は入っていませんでした。ここで言っている「包括期機能」という機能かというと、（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能）と位置づけるということです。

つまりこれは、地域包括医療病棟が持つ機能ではないかと思います。しかし、今の地域包括医療病棟はあまりにもハードルが高くて移行できないので、考え直さなくてはならないという意見も出ました。

最終的には包括期機能という言葉になったんですけれども、よほど丁寧に説明していかないと、ここで高齢者救急を受け入れることを住民はわからないですね。

それから、回復期機能だと、回りハが概念として入ることがわかると思うのですけれども、包括期機能と言われた時に、回りハも入っていると理解されるかどうか、そういう議論もありました。

24 ページ、「④構想区域」です。今までの地域医療構想では、ほぼ二次医療圏と同じ、330 ぐらいの二次医療圏があるので、構想区域も大体同じくらいあるということになっていました。

今回は、もう二次医療圏では解決しない、5 疾病 6 事業もありますので「構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を基本としつつ、人口規模が 20 万人未満の構想区域や 100 万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持、アクセス等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すことが適当である」となっています。最初は「二次医療圏を原則としつつ」となっていたのですが、原則はおかしいでしょうということで「二次医療圏を基本としつつ」という言葉を使っています。

2 つ目の○「広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することが適当である」ということ。

3 つ目の○「在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することが適当である」ということになっています。

その下、「⑤調整会議」は、ものすごく大変になると思います。構想区域が一定ではなく、疾患によって、5 疾病 6 事業によって、構想区域が変わってくるようになりますから…。

ですから、「地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である」ということになっています。

今後、ガイドラインを策定しますけれども、そのガイドラインの中にきっちり盛り込まないと絵に描いた餅になるという意見も出ました。来年の初めからガイドラインの策定に入りますが、在宅医療は狭い区域で議論して、例えば、がんとか周産期などは、かなり区域が広がる可能性があります。そういうところが問題になると思います。

25 ページ、下線部にありますように、「新たな地域医療における外来医療・在宅医療に関する方向性について、具体的な内容はガイドラインで検討」することになっています。

26 ページ、「(5) 都道府県知事の権限」の「②基準病床数と必要病床数の整合性の確保等」は、わかりにくいという意見がありましたので、文章で整理してあります。後ほどご覧ください。

28 ページ、「(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け」ということでは、1 つ目の○「我が国の精神保健医療福祉においては、精神病院法（大正 8 年法律第 25 号）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて示されたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた。その後、精神衛生法（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく、非営利法人

が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある」という歴史が、日精協の委員の要望で追記されています。

2 つ目の○、具体的には「近年では『入院医療中心から地域生活中心へ』という理念を掲げた上で様々な施策が行われており、今後、こうした方向性に基づき、2040 年頃を見据えた更なる取組の推進が求められる」ということになります。

29 ページ、1 つ目の○の 1 つ目の〈・〉「新たな地域医療構想においては、2040 年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護・障害福祉との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討」します。

地域医療構想の中に精神医療も含めて考えることが適当であるという文言が入りましたので、精神医療も一緒に考えていくことになりました。具体的は、ワーキンググループを立ち上げたという状況です。

最期に「おわりに」があって、今後に期待することなどが書いてありますので、後ほど目を通していただければと思います。

(**邊見会長**) 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」についてご報告いただきました。ご質問ございますか。園田先生、どうぞ。

(**園田顧問**) 在宅と介護の連携云々という話ですが、今後、この地域医療構想と地域包括ケアとの関係はどうなるのでしょうか。私が見る限り、地域医療構想の中に地域包括ケアという言葉はなかったように思います。

(**望月副会長**) 病床機能と医療機関機能のディスカッションはありました。その病床機能の中に包括期というのが入って、あれは地域包括医療病棟、あるいは地域包括ケア病棟を念頭にした概念じゃないかと思います。地域包括ケアそのものの議論は今回はなされていませんが、医療機関機能の中に在宅と連携するという言葉が入ってしまして、それが地域包括ケアに値するかとは思いますが、概念的には少しずれるかもしれません。

(**園田顧問**) 病院としては、それでもいいかと思うのですけれども、特に在宅、通院あるいは訪問の形で診ている地域の医師会の先生方が、その辺をかなり気にしています。

(**望月副会長**) 地域医療構想は、どうしても入院医療が中心になるような形になります。新たな地域医療構想では、外来医療もちゃんとやるんだ、かかりつけ医療機能とか、外来機能報告制度も利用してやると、そういうことになっていますので、今後、ガイドラインの策定の時に、外来機能である在宅とかの議論がされて盛り込まれていくと思います。

(**原澤特別参与**) 新たな地域医療構想で厚労省が示した「2040 年に求められる医療機関機能」がわかり難いので、四病協で新しく 6 区分に分けた機能にしたかどうかと提案しています。「包括期」というのではわかりにくいし、病院の機能を端的にあらわすのはなかなか難しいと思います。来年からガイドライン作成となりますが、流れとしてはどうなのか教えていただけますか。

(**望月副会長**) 医療機関機能の名称と定義については、「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」の 4 つが、『地

域ごとの医療機関機能』というイメージです。

それに加え『広域な観点の医療機関機能』ということで、「医育及び広域診療機能」を設けます。主に大学病院本院です。ですから 4 プラス 1 ですね。「医育及び医療機関機能」に臨床研修指定病院が入る可能性があります、まだはっきりしていません。ここが 2 つになると、全部で 6 区分になって、四病協が提案している案に近い形になるかもしれません。

(伊藤監事) オンライン診療の適切な推進について伺います。コロナの時にバーンと広まって、民間業者が相当入っています。当院の事例で言うと、夜中でも診療情報提供書を持った患者がやって来ます。本部は東京にあるんですが、診ている医師は国外に住んでいて、日本では夜中でも昼間だったりするので…。

オンライン診療は、医師へのアクセスが難しい地域、難しい状況のために許可をしたのだけれども、実際は 24 時間利用可能なコンビニのように使っている民間会社がたくさんできて、ゆゆしき問題だと思っています。

オンラインであれば、日本が夜でも地球の裏側で昼間に仕事をしているのと同じことになって、そこにいるアルバイトの医師とかが、暇な時間に自宅とかで受け答えしている。このようなことを野放しにしていると、受ける側の病院にとっては、えらい一方通行の受診が勝手に増えていくような感じになると思います。ぜひ問題提起していただきたいと思います。

(望月副会長) オンライン診療は、初診から可能になっていますので、全くオンラインだけで診察、話だけ聞いて診断書を出す民間医療機関があるんです。今出ている通知は、そういったことを想定した通知にはなっていないので、オンライン診療全般にわたる不適切事例に関して、今後、きちんと整理しなくてはいけないと思います。発言する機会があったらしていきたいと思います。

(邊見会長) ありがとうございます。それでは最後に、「医師偏在対策に関するとりまとめ」について、望月先生、お願いします。

(望月委員) 「医師偏在対策に関するとりまとめ（案）」です。

31 ページ、「医師偏在対策に関するとりまとめ」の目次がありまして、「2. 医師偏在対策のこれまでの取組」「3. 現状と課題」「4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方」「5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組」となっています。

35 ページ、「5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組」を中心に説明したいと思いますが、「①重点医師偏在対策支援区域（仮称）」という、新たにこういう区域を設けることになりました。

36 ページ、2 つ目の○「厚生労働省が提示する候補区域」については、「①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏」。ですから、各都道府県で必ず 1 カ所は選ぶ訳です。東京のような離島がある地域ではそうなるんだと思いますが、大阪府のような大都会でも、その地域で最も医師偏在指標が低い二次医療圏を選ぶので地域差が出ると思います。

「②医師少数県の医師少数区域」。医師少数県というのは、医師偏在指数の下 3 分の 1 の県が相当します。「③医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位 1/4）」。

①②③のいずれかに該当する区域を提示することが考えられる、ということで、47 都道府県プラス、例えば、東北地方の県ではかなりの区域が選ばれる可能性が

あります。重点医師偏在対策支援区域に選ばれた地域を重点的に支援することになります。

36 ページ、「(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み」。検討会の議論の最後の方になって、厚労省が「支え合い」という言葉を出してきました。最初は「規制的手法」という言葉を使っていたのですが、厚労省も「規制」という言葉は使いたくなかったのでしょうか。少し違和感はあるんです。

「①医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等」は、邊見先生が全自病協の会長をしていた当時時から要望しています。

37 ページ、1 つ目の○の 5 行目の後半、「管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第 31 条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することが考えられる」ということで、医療法第 31 条でそうなっているので、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を加えるという訳です。

2 つ目の○「医師少数区域等での勤務の実効性を確保するためには、全ての医療機関を対象とするべきとの意見があったが、…」というのは、私だけじゃなくて他の 3～4 人の委員も発言しています。全ての医療機関でないと実効性がないと強く言いました。しかし、この報告書では「意見があったが…」という書きぶりになり、その後に「その効果等を検証することが適当である」と続きます。現実には管理者になるのは 20～30 年先の話なので、あまり実効性はないと思います。

3 つ目の○「対象医療機関の拡大に際しては…」のところを要約しますと、除外規定が入ったということです。2 行目の後半、「若い医師を中心に管理者となることを避ける傾向があり」、これは盛んに何人もの委員が発言していますが、今の若い先生方は、特に中小病院の病院長にはなりたがらないんです。もし、やれと言うのなら開業しますよと、現実にはそういうケースが多いと言いましたところ、以下のような文章が入っています。

3 行目、「対象医療機関の管理者の確保に課題が生じるおそれがあることを踏まえ、施行に当たっては柔軟な対応も必要である」と…。管理者要件をあまりきつくしても仕方がないので、下から 3 行目、「(例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等)」について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認めることも考えられる」という除外規定が入っています。

下から 2 つ目の○「医師少数区域等での勤務経験期間…」は、今までの地域医療支援病院の管理者になる要件の 6 カ月以上が、「1 年以上に延長することが適当である」ということになりました。

38 ページ、「②外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保」。財務省は、医師多数区域の開業を認めない方がいいと思っているようです。

3 つ目の○の 2 行目、そうするとまた問題になるので、「現行のガイドラインによる外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みについて、実効性を確保することが必要である」。例えば、在宅医療が必要なので在宅医療をやってくださいと、そういうことを要請して、従わな

い場合には勧告をして、さらに公表していくことになります。

しかしながら、必要な医療機能と言われても、医師多数区域ではほとんど満たされているのではないかと思いますので、これもちょっとどうかなとは思いますが、すけれども、こういうことが入っています。

39 ページ、2 つ目の○「開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して」は、都道府県が「勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行う」ということになります。

4 つ目の○「一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては…」これについては、勧告までしても従わない場合、保険医療機関の取り消しをしたかどうかという意見がありました。

取り消しというのは、診療報酬をごまかしたとか、悪いことをした場合は当然ですが、「憲法上の職業選択の自由や営業の自由に抵触するおそれがあるもので、認める余地はない」と…。確かにそうかなとは思いますが。

41 ページ、「③保険医療機関の管理者要件」。例えば「直美」、2 年の臨床研修が終わってすぐに美容外科に行くこと、それをこの要件でうまくコントロールできないかなと思ったのですが、あれは自由診療で、保険医療機関で仕事をしない訳です。これは保険医療機関の管理者なので、ここの要件には当てはまらない、何もできないということになります。

「(3) 地域偏在対策における経済的インセンティブ」。これが一番、即効性があると思います。

2 つ目の○「このため、『重点医師偏在対策支援区域（仮称）』における医師確保を推進するため、都道府県の『医師偏在是正プラン（仮称）』に基づき、経済的インセンティブを講じることし、…」ということで、都道府県が「医師偏在是正プラン（仮称）」をつくって、「令和 8 年度から経済的インセンティブの本格実施とすることが適当である」と書かれています。

42 ページ 3 行目、具体的にどんなことをするかというと、「さらに『重点医師偏在対策支援区域（仮称）』において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援を行うことが考えられる」と、これは、私どもの主張が通りまして、派遣元医療機関に経済的インセンティブを与えて、その医師個人にそれが渡るようにしようということです。

2 つ目の○「また、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた。一方、国民皆保険制度において『保険あってサービスなし』とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持・確保の一定の役割が求められると考えられる」。保険あってサービスなし云々書いてありますが、要するに財源を保険者に求めるという話です。さすがに保険者は受け入れられないだろうと思いましたが、やはり大反対しまして、引き続き議論していくことになると思います。

43 ページ。「(4) 全国的なマッチング機能の支援等」、これが非常に有効ではないかと思います。若い世代だけを行かそうとするのは限界じゃないかと…。中堅・シニア世代の医師を対象とした対策では、全国自治体病院協議会でも求人求

職支援センターを立ち上げて、全世代を通じたセカンドキャリアを支援していますので、この事業の活性化を支援していただけたらと思っています。

「(5) リカレント教育の支援」。例えば、50 歳を過ぎてもうメスを置く外科医が、総合診療専門医として総合診療の能力をつけて地域に行く、これにはそういう支援が入ります。今回の補正予算で、リカレント教育の支援に予算がつきましたので、来年1月から3月にかけて募集をするそうです。このリカレント教育の支援に病院総合医のプログラムを出すようなことも話し合いを勧めています。

44 ページ、「(9) 診療科偏在の是正に向けた取組」は、今までは“地域偏在”の話がメインでしたが、診療科偏在の是正に向けた取組についてです。

2つ目の○、外科医になりたいという若手が非常に少ないので、「外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会等における議論を踏まえつつ、別途、必要な議論を行うことが適当である」となっています。

医師養成過程を通じた検討会で議論するんじゃなくて、現実に関、休日・夜間に緊急手術をやっている医師に対する手当をもっと厚くするとか、処遇の改善をしないといけないと思います。研修医が手術をしても、専門医のベテランが手術をしても、同じ点数だということも、外科医のなり手が少ない要因の1つという話はしました。私からの報告は以上になります。

(**邊見会長**) ありがとうございます。いろいろな論点がありますけれども、私は、医師過剰地域の診療報酬点数を下げる方法は、悪手だと思っています。やはり全国一律というのが国民皆保険の一番の肝だと思っていますので。また、特定の地域で診療報酬を上げるのも、その地域から患者さんがよそへ流れる、アメリカからカナダへ行くのと同じようなことになり、いろいろ問題が起こると思います。

私は、医師少数区域で働く勤務医に税制の優遇をするのが一番いいんじゃないかと思っています。応招義務があるから開業医は事業税免除となっているんですけれども、応招義務があるのはどちらかというと勤務医です。しかし、勤務医には何の税制優遇もないんです。

(**望月副会長**) 今回の「医師偏在対策に関するとりまとめ」では、「地域偏在対策における経済的インセンティブ」について、『重点医師偏在対策支援区域』の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあることから、診療報酬の対応でなく、全ての被保険者に広く負担いただくよう保険者からの拠出を求めることも考えられる」となっています。

また、「医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉えることも考えられる」となっています。何を言いたいのかよくわからない文章なんですけれども、要約しますと、保険者からお金を出していただいて支援しますと、診療報酬を上げることはしないということになっています。

(**邊見会長**) これに対しては、もう早速、健保連はじめとする5団体が、要望書を持って厚生労働省へ行っていますね。財務省は強行しそうな感じです。

(望月副会長) 財務省は保険者に負担させろと言うので、厚労省が板挟みになっているみたいです。総務省には交付税措置がありますけれども、普通は補助金とか税でやるべきだと思いますけれど…。

④北村副会長からの報告

- 1) 第1回新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム(11月6日)
- 2) 第2回新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム(11月25日)

北村副会長より、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」の報告があった。主な報告の内容は以下の通り。

(北村副会長) 望月先生からご説明いただきましたので、私からは特にないんですけれども、資料を用意していただきましたので簡単に説明したいと思います。
報告資料① 第1回「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」(11月6日)

4 ページ、構成委員名簿です。9 人中、精神科医が 3 人います。日本精神科病院協会(日精協)から櫻木先生、日本公的病院精神科協会(公精協)からは私が委員になっています。

8 ページ下、近年の精神保健医療福祉の経緯です。現状を説明しますと、下向きの矢印の下枠のところに「入院医療中心から地域生活中心へという精神保健福祉政策の基本的方策の実現」と書いてありますけれども、これは平成 16 年に出たものです。ですから 20 年間何もしてない、とまでは言いませんが、いずれにしても 20 年前の話なんです。

9 ページ上、要するに、「新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す」ことにより不要になった病床を減らして、左側の「救急・急性期・回復期」の方と、右側の地域の「外来・デイケア、アウトリーチ、訪問診療・訪問看護部門」の方に振り分けることによって、精神医療は変わるんだぞ、という説明をしたのが平成 26 年、今から 10 年前にそういうすばらしい構想を打ち出しているにもかかわらず、やっぱり何もしていなかったということなんです。

11 ページ上、「精神疾患を有する入院患者数の推移」です。平成 14 年から令和 2 年まで、3 年ごとの入院患者の疾患別の内訳です。入院患者は全体で約 6 万人減っていますが、疾患別にみると、上から 2 つが認知症で、3 つ目が統合失調症ですが、統合失調症の入院患者は、平成 14 年に 20 万 3 千人だったのが、令和 2 年には 14 万 3 千人になっています。

ここの資料にはありませんが、実は 5 年以内の入院患者の数はほとんど変わってなくて、5 年以上の長期にわたって入院している人は、平成 14 年は 15 万人ぐらいだったのが、令和 2 年には 8.5 万人ぐらいになっています。つまり、長期

入院している統合失調症が減って病床の利用が減った訳です。これが精神科の入院医療の実態です。

12 ページ上、「精神疾患を有する外来患者数の推移」です。外来患者はだんだん増えていますが、上から4つ目が統合失調症です。統合失調症は、昔からの長期の人はいますけれども、世の中で言うほどはいないんです。

上から4つ目が気分障害、5つ目がストレス性障害みたいなものです。結局、外来の精神医療の中心は、気分障害とかストレスとか、神経症圏の話になっていて、統合失調症はほとんどいないのに、入院患者の半分以上が統合失調症という格好になっています。

わかりやすく言うと、昭和から平成にかけて、精神障害者と言われたような人たちを長期入院させて、ずっと置いているのが現在の精神病院ということです。そこで、この地域医療構想に入れていただくに当たり、ぜひ総合病院精神科のことを主張したいと思いました。

22 ページは、初会合の時に、私の意見をまとめて提出した資料です。言いたいことはたくさんあるのですが、話が拡散するので絞れと言われて、ここに掲げた4枚を提出しました。総合病院精神科の病床が重要だと言っています。

23 ページ上、しかしながら、総合病院精神科病床の数が減少していて、2022年は2002年と比べて85%減になっています。今はもっと減っているんです。特に総合病院の精神科病床は減っています。このプロジェクトチームでは、お金のことは言うなというので出さなかったんですけども、一般病床に比べて精神病床は収益が40%という数字が出ています。

23 ページ下、もう一つは、総合病院に勤める精神科医がいらないんです。他科に比べて精神科の収益が少ないから、どんどん減らされている状況もあるので、何とか、総合病院の精神病床を減らさないようにして欲しいということを今回言った訳ですが、取りまとめの文章には入っていません。

報告資料② 第2回「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」(11月25日)

4 ページ、これが「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について」ということで、今回のプロジェクトチームのまとめになります。詳細については、望月先生のお話の通りですので、後ほどお目通しいただきたいと思います。

22 ページの下、「人口当たりの精神病床数(令和2年・都道府県別)」をご覧ください。ご覧のとおりで、ものすごい西高東低、中国から九州地方に精神病床が非常に多いんです。

23 ページ上、「人口当たりの精神科診療所数(令和2年・都道府県別)」です。どこかの会合で、人口当たりの鬱病の数を都道府県別に示したのを見たことがあるんですが、福岡県が圧倒的に多くて、一番少ない徳島県の4倍も鬱病になっていました。

余談になりますが、福岡は、野球のソフトバンクも強いし、食べ物もおいしいし、女の人も綺麗なのに、どうしてこんなに鬱病が多いのかと…。診療所が多いからに違いないと思って考察してみたのですが、鬱病患者数と診療所数で相関係数を調べてみたら0.06で、相関はないという結果になりました。

いずれにしても、病床数も、診療所数も、都道府県で全然違う上に、精神科は一般科に比べて県内での地域偏在がすごいので、各県で話し合うにしても、構想区域とかそういうことについては、相当紛糾すると思います。

先ほど望月先生にご説明いただきました報告資料④の 28 ページ「(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け」のところに、「我が国の精神保健医療福祉においては、精神病院法（大正 8 年法律第 25 号）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて示されたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた」と書いてあります。

2040 年の地域医療構想に向けた議論をしているのに、何でまた大正 8 年（1919 年）、ワイマール憲法制定の年まで遡って言っているのかと…。精神医療がまたヘンテコリンに思われる原因になるのではないかと懸念していますけれども、ここに書いてあるのは事実なんです。

結局、法律で都道府県の精神病院の設置義務をつくったけれども、なかなか数が増えないので、昭和 30 年代に日医の武見会長が、佐藤栄作とか大野伴睦とかに頼んで、国庫で融資して精神病院をいっぱいつくりました。そのようにして民間主導で精神科医療を担ってきた、少ない予算で一生懸命頑張ってきたことを認めて欲しいということかもしれません。

報告資料④の 29 ページ、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチームの報告も踏まえ、以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当であると考えられる」ということで、横線（一）が引いてある 4 つが柱になります。

「一 2040 年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制を推進する」。

「一 病床機能報告の対象に精神病床を追加することにより、データに基づく協議・検討が可能となる」。

「一 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画により、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等を推進する」。

「一 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進する」。

精神科病院もデータを提出して、各県で病床数を検討するという当たり前のことになった訳ですが、日精協の病院の半分以上はまだ電子カルテにすらなっていませんし、簡単ではない問題が残っています。

それでどうするのかなと思いましたが、最後に「新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが適当である」ということになっています。十分な期間を設けるということは、また 10 年 20 年かけてやるのかと思うと…。私からの報告は以上です。

（**邊見会長**） 精神科を取り巻く状況はなかなか難しいですね。中島豊爾先生がよく怒っていましたが…。北村先生、ありがとうございました。

⑤ 邊見会長からの報告

邊見会長より提出資料の説明があった。主な説明の内容は以下のとおり。

(邊見会長) 私が出した資料の1つ目は、『全自病雑誌』の「窓 MEDICINE」に小坂真二先生（島根県立中央病院・院長）が、「医師働き方改革の時代にいかに地域医療を守るのか」というテーマで執筆されていますのでご紹介です。

全国公立病院連盟の総会でも、米沢市立病院の長岡院長が、タスクシフト、タスクシェアも重要だけれども、そもそものタスクを減らすべきではないかと発言しておられました。人の配置を要件として施設基準がいっぱいあるんですね。2040年には労働人口が減るんだから、当然タスクも減らさないと医療界は沈没すると、私も自民党のヒアリングで申し上げました。

2つ目は、『週刊社会保障』の「ひろば」に私が投稿した記事です。私の主催するNPOの研修集会を熊本で開催した時のことを書いています。熊本は今TSMC（台湾積体電路製造）バブルで人件費が非常に高くなっていて、時給が3倍（1000円→3000円）のTSMCにナースが転職するんだそうです。

阿蘇二次医療圏7市町村の首長さんによるパネルディスカッションを行いました。テーマは「高齢化社会における近未来の地域医療の構築」でした。アクセスの確保と認知症対策、この2つのテーマについて皆さんからご意見を伺いましたが、どこの首長さんも通院難民や買い物難民を防ぐために苦労していました。

認知症対策では、やはり地域の絆というか、集まって、しゃべって、食べて、遊びを一緒にやる。そういうことを続けていると認知症の進みが遅い、なる人が少ない、昔から言われていることを実感している、とのことでした。

⑥ 第35回「看護管理セミナー」（10月25日）開催結果（資料No.4）

事務局より、第35回「看護管理セミナー」におけるアンケート結果および会計報告があった。

(邊見会長) 同セミナーの座長をお引き受けいただいた浦田先生と、当日、私の代りに司会をしていただいた石原先生からコメントをお願いします。

(浦田副会長) 私は、講演Ⅱの岩崎朋之さん（大阪大学医学部附属病院、副病院長・看護部長）と、講演Ⅲの武内晶さん（八幡平市立病院、地域医療連携室主任兼社会福祉士）の座長を担当しました。

あるいみ両極にある施設の話でしたが、大阪大学医学部附属病院はさすがに大規模、最先端の病院ですので、看護管理者の資質養成に関するいろいろなプログラムをお持ちでした。参加者の病院がすぐにそれを取り込むのはなかなか難しいとは思いましたが、いずれにしても、非常にしっかりやっつけらっしゃるという印象を持ちました。

武内さんのおっしゃるところは、医療と介護の連携について、市町村の支援事業になっているけれども、それを市町村に投げるのはなかなか難しいと…。医療

と介護の連携をうまくやっていくためには、MSW の働きが非常に必要ということをお話になりました。

特に広大な面積があつて人口が少ない地域では、コンパクトシティではないので ICT の活用は確かに重要だけれども、やはり顔の見える関係が非常に大事だということを強調されていたのが印象に残りました。

(**邊見会長**) 石原先生、急にピンチヒッターをお願いしてすみませんでした。

(**石原顧問**) 最後の講演Ⅳ、土屋恵美子さん(横浜市立市民病院、副院長兼看護部長)の講演を聞きに行っておりましたので、少々お手伝いをしました。参加者が少ないのが残念でしたし、会場がやや縦長で、後ろからはスライドが見にくいようでしたので、今後、改善されるとよいという感想を持ちました。

(**邊見会長**) 講演Ⅰ、丸山美津子さん(兵庫県看護協会、会長)にも非常によいお話をしていただきました。初めは日看協の幹部を予定していたんですけども、出席できなくなったので講演をお願いしたのですが、日看協の幹部に負けないぐらいの立派な講演で感銘を受けました。職員の受講を勧めていただいた病院の皆様に感謝申し上げます。ご協力ありがとうございました。

(4) 協議事項

①令和7年度「定時総会」決議について(資料No.5)

事務局より、令和7年度「定時総会」決議について説明があつた。

12月17日付けの文書で「令和7年度定時総会の決議、令和8年度予算・税制改正要望書の作成について」を発出するので、ご意見を令和7年1月29日までに連盟事務局へお寄せいただくよう依頼があつた。

(**邊見会長**) 先ほど、園田先生からもお話がありましたように、病院の経営状況が非常に悪いので、厳しい主張の決議文を出さないといけないと思っています。よろしくお願いします。

②全国公私病院連盟サポーターズクラブについて(資料No.6)

事務局より、本連盟サポーターズクラブへの新規加入申請が3件あつた旨の報告があり、承認することとした。新規加入企業は以下のとおり。

- 1) 株式会社 IT ガード
- 2) 淀川食品株式会社
- 3) 株式会社リブドゥコーポレーション

(**邊見会長**) この後、本連盟の役員の先生方にもサポーターズクラブの参加申込書を送らせていただきますので、知り合いの会社がありましたらご紹介、ご入会していただきたいと思います。できるだけ本連盟の財政運営に資したいと思いますので、どうぞよろしくご協力をお願い申し上げます。

(5) 事務連絡

①第20回「DPCセミナー」(令和7年2月27日)開催案内(資料No.7)

事務局より、第20回「DPCセミナー」について説明があり、参加ならびに病院職員の派遣について、協力の依頼があった。

(**邊見会長**) 少し時期的に寒いかもしれませんが、中医協委員の太田先生をはじめ、著名な先生方の話を直接聞けるよい機会だと思いますので、役員の先生方、各病院の職員の方のご参加をお待ちしております。

②次回以降の「理事会」等の日程(資料No.8)

事務局より、次回以降の「理事会」等の日程について説明があった。

③前回「理事会」(12月13日)議事録案(資料No.9)

事務局より、前回「理事会」議事録案について説明があった。

8. 閉 会 (午後4時)

以上、理事会の議事録として記録し、これに相違ないことを証するため、会長および出席監事が記名押印する。

以上

令和6年12月13日

会 長 邊 見 公 雄

監 事 岡 田 俊 英

監 事 伊 藤 博

監 事 遠 山 正 博