



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病

# NEWS

## 2016

# 1/1

発行所/公益社団法人 全日本病院協会

発行人/西澤 寛俊

〒101-8378 東京都千代田区猿樂町 2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル 7F

TEL (03) 5283-7441

FAX (03) 5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

NO.862 2016/1/1

http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2016年1月1日・15日合併号



4・5面  
「本番を迎える医療制度改革」  
4・5面  
「医療局長VS正副会長座談会」  
6・7面  
「四病協4会長座談会」  
8面  
「2016年度診療報酬の改定率・療養病床の在り方検討会・中医協総会」

## 年頭の挨拶

公益社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



平成28年の新春を迎え、謹んで新年のご挨拶を申し上げます。

昨年は、地域医療介護総合確保法に基づいて、医療事故調査制度や看護師特定行為研修など様々な制度改革がスタートしました。その中でも特に重要な、病床機能報告制度による地域医療構想の策定作業は各都道府県で本格化しつつあり、地域医療を担う我々にとっては、多事多端な一年であったのではないかと振り返る次第です。

さて、昨年12月21日に平成28年度診療報酬の改定率が決まりました。診療報酬本体は+0.49%となりましたが、これまでの改定の考え方を踏まえると、薬価については-1.22%に加えて、市場拡大再算定による薬価の見直しによる-0.19%及び市場拡大再算定の特例の実施による-0.28%があり、更に材料価格の-0.11%を加え、ネットでの改定率は-1.31%と考えております。平成18年度改定以来の非常に厳しい改定率となりました。

この改定率に基づいて年明けから中医協での議論が再開されますが、国民・患者により質の高い医療を継続して提供できるよう、医療機関の経営基盤が危うくならないような改定となることを強く願っています。

しかし、これまで中医協に提示された論点をみると、前改定に引き続き7対1病床の削減に係る事項が強く打ち出されるなど、極めて厳しい状況にあります。これからの超高齢社会に対応するために病院の機能分化は必要ではありますが、それは、診療報酬改定ではなく、提供体制全

体の改革の中で考えていくべき事項です。

そのためにも、各都道府県で策定が進められている地域医療構想は重要であり、各支部においては、構想区域ごとに必要な病床を確保したうえで、医療機関側の自主的な取組により機能分化を図ることが出来るよう、構想策定に係る議論へ積極的に関わっていただきたいと存じます。

一方、日常生活圏を単位として、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が進められております。その中でも病院は中心的な役割を担う責務があります。特に当協会会員の多数である中小病院が、その責務をしっかりと果たすことが出来るよう協会としても支援してまいります。

医療に係る消費税については、与党の平成28年度税制改正大綱で平成29年度の税制改正で結論を出すこととされました。当協会にとって、控除対象外消費税の問題の解決は消費税導入以来の宿願です。診療報酬による補填では消費税問題に対応できないことが種々の調査や議論で明らかになっています。消費税問題の解決に向けて、今年が最後の勝負の年であり、日本医師会・四病院団体協議会をはじめ各病院団体と協同し、医療界一丸となって取り組んでまいります。

当協会への一層のご支援をお願いするとともに、本年が皆様方にとりまして良い年となりますことを祈念し、新年のご挨拶とさせていただきます。

## 2016年度診療報酬改定 本体は+0.49%、ネットは大幅なマイナス

政府は、2016年度の診療報酬改定率を、診療報酬本体(技術料)+0.49%(そのうち医科は+0.56%)、薬価-1.22%、材料価格-0.11%とすることを決めた。厚労省は発表を控えたが、ネット(診療報酬全体)の改定率は大幅なマイナスとなった。

12月21日の塩崎厚生労働大臣と麻生財務大臣の折衝で、診療報酬改定を含む16年度社会保障関係費の取り扱いに関して合意に達した。(8面に詳細記事)

### □ 2016年度の診療報酬改定

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 1. 診療報酬本体 +0.49% | 2. 薬価等                   |
| 各科改定率            | ①薬価 -1.22%               |
| 医科 +0.56%        | 上記のほか、                   |
| 歯科 +0.61%        | ・市場拡大再算定による薬価の見直しで-0.19% |
| 調剤 +0.17%        | ・市場拡大再算定の特例の実施で-0.28%    |
|                  | ②材料価格 -0.11%             |



▲改定率を発表する塩崎大臣

# 2016年 年頭所感



厚生労働大臣 塩崎恭久

平成二十八年の新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。本年も何とぞよろしくお願い申し上げます。

厚生労働大臣に就任してから約一年四ヶ月が経過しました。引き続き、私自身が先頭に立って、様々な課題に全力で立ち向かう決意を新たにしています。

医療については、今年は、各地域で地域医療構想として二〇二五年における医療提供体制のビジョンを示す年です。厚生労働省としても、地域医療構想の達成に向け、地域医療介護総合確保基金等による支援を行うとともに、構想達成のための選択肢として地域医療連携推進法人を活用していただけるよう、関係法令をできる限り早くお示しするなどの取組を進めていきます。また、医師・看護職員等の需給については、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえ、検討を行います。これらを通じ、質が高く効率的な医療提供体制の構築に引き続き取り組んでいきます。

医療保険制度については、昨年五月に成立した医療保険制度改革法の円滑な施行、医療費適正化の取組を着実に進めるとともに、地域包括ケアシステムの構築と、質が高く効率的な医療提供体制の構築に向けて、診療報酬改定を含めてしっかりと取り組んでいきます。

皆様には、一層の御理解と御協力をお願い申し上げ、年頭に当たっての私の挨拶と致します。



日本医師会会長 横倉義武

明けましておめでとうございます。昨年は、各地域で地域医療構想の策定に向けた具体的取り組みが始まりました。

日本医師会は、地域に根ざした「かかりつけ医」の存在が、住み慣れた地域でいつまでも健康に過ごせる社会を実現するカギであると確信し、これを土台に、生活習慣の改善対策や各種健診などの生涯保健事業を体系化し、健康寿命の延伸を目指して改革を進めていかなくてはならないと考えています。

わが国の人口は2050年頃に1961年当時の水準にまで減少するとも言われており、人口減少社会を見据えた医療政策は避けられません。その時代を生きていくのは、紛れもなく私どもの子や孫の世代です。これらの世代に負の遺産を背負わせないためにも、われわれの世代で道筋を立てておかなければなりません。

世界一の長寿国であるわが国が、健康寿命でも世界一であることが、昨年8月に英医学誌『ランセット』で発表されました。そのベースにある国民皆保険という貴重な財産を、地域医療提供体制を維持する基本的な仕組みとして守り抜き、次の世代に引き継いでいくことこそ、われわれ世代に課せられた責務です。

日本医師会は世界に冠たるわが国の国民皆保険を堅持し、国民の視点に立った多角的な活動によって、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、本年も執行部一丸となって対応して参る所存です。

## 2016年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 猪口雄二



新年あけましておめでとうございます。

本年より3年間は、日本の医療・介護にとって大きな変換期となります。2016年診療報酬改定、2017年消費税増税、2018年診療・介護報酬同時改定が待ち構えています。国が増大する社会保障費を抑制の方向へと誘導するなか、私たちには医療の質向上と効率的な医療提供が求められます。

昨年10月末に拝命した中協委員として、その使命を全うする所存です。本年もご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

副会長 安藤高朗



新年おめでとうございます。

全国各地で地域医療構想の姿が朧げながらも見えてきました。療養病床の新たな選択肢も示されつつあります。4月には2018年の同時改定を占う意味で重要な診療報酬改定があります。地域における自院の立ち位置をじっくり見極めるチャンスです。

西澤寛俊会長を中心に執行部では、経営に役立つ研修や情報発信に努めて参ります。今こそイノベーションからレボリューションへ！

今年もよろしくお願い申し上げます。

副会長 神野正博



あけましておめでとうございます。

2016年度は、2025年の人口減高齢社会に向かって、地域医療構想策定などの施策が始動した。また、今年の診療報酬改定では、病院の入院医療を根本から考え直す必要に迫られる。

初めて自転車に乗る子供に、「手元を見るのではなく遠くを見ろ」という。社会の変化、国民の価値観の変化は、われわれにパラダイムシフトを迫るに違いない。手元ばかりではなく遠くを見つめた病院のあり方を模索していきたいと思う。

副会長 織田正道



明けましておめでとうございます。

副会長を拝命した昨年は、十分な仕事はできませんでしたが、二年目を迎えた本年は、少しでも期待に沿えることが出来ますように、与えられた職務を精一杯努めて参りたいと存じます。

さて、時代の大きな変革期を迎えて、医療を取り巻く環境は一段と厳しい時代を迎えております。今こそ、公益性を高めた全日病が、これまで地域医療を支えてきた自負を持ち、医療界のオピニオンリーダーとしての役割を果たさなくてはならないと思います。

本年も、会員の先生方のご支援とご協力をよろしくお願い申し上げます。

副会長 美原 盤



新年おめでとうございます。

しかし、医療界には厳しい時代が続き素直に慶べない気持ちです。このような中、全日病は、情報収集、講習会、会員同志の交流などを通じ、私にとって大きな力となっていると実感しています。皆さまにも、もっと全日病を利用していただければと思います。

昨年副会長の任を賜り、会長、副会長が如何に全日病のために尽力されているのを身近に見て、自分もその一端を担うのだと責務の大きさを感じております。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

### 16年度税制改正

## 知事の認定で取り消し社会医療法人への一括課税が繰り延べに 消費税に関しては「高額な設備投資」への対応の必要を示唆か

12月16日に自民・公明両党が決定した「2016年度税制改正大綱」に、「社会医療法人の認定取消しに係る一括課税の見直し」が盛り込まれた。

社会医療法人の認定を取り消された医療法人は、それまでの非課税所得分に対する課税が一括して行なわれることになるが、これによって、救急医療等確保事業の継続に関する実施計画が適当であると都道府県知事より認定を受けた場合は当該課税が一定期間繰り延べされ、損金に算入することができるな

どの措置が講じられる。

「2016年度税制改正大綱」には、また、「医療に係る消費税の課税のあり方」について、以下のとおり検討していくことが書き込まれた(下線は編集部)。

一 税制上の措置について、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、平成29年度税制改正に際し、総合的に検討し、結論を得る。

## 第7次医療計画(2018年度～)に

医療従事者の需給検討会 焦点は17年度に暫

厚生労働省は「医療従事者の需給に関する検討会」を立ち上げ、12月10日に初会合を開いた。全日病から西澤寛俊会長が構成員として出席した。

医療従事者の需給問題は、これまで、個別領域ごとに対策が講じられてきた。

しかし、地域医療構想の策定を前に、「病床の機能分化・連携に対応していくためには、医師・看護師のみならず、リハビリ関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要がある」ことから、医師、看護職員、理学療法士・作業療法士の分科会をそれ

# 2016年 謹賀新年

全日本病院協会 常任理事 (50音順)

**常任理事 新垣 哲**

賀正

地域医療構想施策の基本的な進め方が各県で議論されている。

①病床機能分化、連携、②慢性期の地域移行体制、③地域完結型医療、④人材の確保・養成、⑤県民に情報提供・啓発など論議が活発であるが、いずれも「三方一両損」の覚悟が肝要である。

**常任理事 医療の質向上委員会委員長****個人情報保護担当委員会委員長 飯田修平**

謹賀新年

本年も、TQMの医療への展開の一環として、医療安全管理者養成、院内医療事故調査者養成、質評価公表等推進、データマネジメント、業務フロー図作成、特性要因図作成、個人情報保護等を企画します。各位の積極的な参画とご支援をお願いいたします。

**常任理事 医療従事者委員会委員長 井上健一郎**

明けましておめでとうございます。

変革の時代に向けて医療従事者委員会では事務長、看護部門長研修などを通じて、経営という観点を持った管理者の育成を少しでもお手伝いできないかと考えております。本年もご指導よろしく申し上げます。

**常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝**

新年明けましておめでとうございます。

診療報酬の改定、消費税問題、地域医療構想など病院に厳しい年になりそうです。こうした中、全日病は存在を力強く示すことが求められています。総務は会員を中心に置き正副会長を支えます。よろしく願いいたします。

**常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照**

明けましておめでとうございます。

昨年は関東・東北豪雨の際、幸い現地状況確認という形になりましたが、AMATが初出動しました。いよいよAMATの実動開始です。災害時医療支援活動指定病院管理者研修も東京・大阪それぞれで開催し、AMAT体制の構築に向かっています。引き続き皆様のご支援・ご協力をお願い申し上げます。

**常任理事 学術委員会委員長 川島 周**

皆様 あけましておめでとうございます。学術委員長川島でございます。

今年は8月に富山市で夏期研修会を開催し、10月に熊本市で全日病学会を開催いたします。大勢の皆様御参加をお待ち致しております。

**常任理事 高齢者医療介護委員会委員長 木下 毅**

おめでとうございます。

当委員会は昨年介護保険制度委員会から高齢者医療介護委員会に名称変更しました。今年は診療報酬改定の年です。医療・介護を一体的に考えてゆき、療養病床の方向性、地域医療構想について調査、提言や情報提供を行ってゆく予定です。

**常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚**

新年あけましておめでとうございます。

日本医療機能評価機構は2013年4月より、新評価体系3rdG Ver1及びVer1.5による評価を行ってきました。本年は更にマイナーチェンジをするため、当委員会にも検討依頼が来ております。当委員会では、毎月委員会を開催している他、機能評価受審支援対策として、病院を訪問しての支援事業、年2回の支援セミナー、全日病学会でのシンポジウムなどの活動を行っています。是非これらの支援事業をご利用になり、病院機能評価の新規、更新受審をお願いいたします。

**常任理事 広報委員会委員長 高橋 肇**

当委員会では全日病HPの管理や全日病ニュース発行が大きな役割を占めています。今春、後者の刷新が行われますが、会員の皆様には迅速で、よりわかりやすい情報をお届けできればと考えております。今年も一年どうぞ宜しくお願い申し上げます。

**常任理事 土屋繁之**

新年明けましておめでとうございます。

地域医療構想策定、地域包括ケアシステム構築と新たな医療・介護・福祉の時代が始まります。地域医療を死守してきた仲間が困らないよう全日病会員全員で力を合わせて医療界のあるべき姿を国民に示そうではありませんか。今年一年宜しくお願い致します。

**常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久**

明けましておめでとうございます

診療報酬改定、地域医療構想策定等、今年も気の抜けない一年になりそうです。2025年へ向けた会員病院の準備も記載した「病院のあり方に関する報告書2015年版」を年度内に発表します。今年も宜しくお願い致します。

**常任理事 永井庸次**

明けましておめでとうございます。

診療報酬改定、医療事故調査制度見直し、地域医療構想策定と医療経営にとり厳しい年になると思います。このような年にこそ、データに基づいた質重視の医療経営を推進したいと思いますので、本年もよろしく願いいたします。

**常任理事 医業経営・税制委員会委員長****若手経営者育成事業委員会委員長 中村康彦**

明けましておめでとうございます。

今年は診療報酬改定の年となりますが、病院はいつでも国民に適切で質の高い医療を提供するために健全な病院経営が重要です。そのために、今以上に病院団体としての結束を強固なものにしてまいりたいと思います。本年も宜しくお願い申し上げます。

**常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂**

謹賀新年

人間ドック指定事業は、日帰り476施設、一泊25施設となりました。人間ドック委員会では、本年も

引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存です。本年も宜しくお願い申し上げます。

**常任理事 濱砂重仁**

謹賀新年

一年の計は元旦にあり。しかし、計がたたない。銀行から追われ、前には財務省と厚労省が立ちはだかる。今年は診療報酬改定の年。右往左往の年。そして医療介護の氷河期の到来。せめて凍え死なないように、乗り越えてみたいものだ。今年もよろしく願い致します。

**常任理事 平山登志夫**

国の医療政策として地域包括ケアが導入され医療より介護、在宅への展開が示されている。現実には落差があり家庭復帰ができない。高齢者が疾患、障害を持っていても周辺からの僅かな支援があれば、充分生活できる場合が多い。高齢者自身の生活への意欲と周囲の理解と支えを普及する運動を望んでいる。

**常任理事 鉾之原大助**

明けましておめでとうございます。

今年は地域医療構想を策定することになっております。これまでの意見を集約し、慎重に協議検討しなければならぬ重要な年であります。それぞれの地域にふさわしい医療提供体制の実現に向け尽力してまいります。

**常任理事 プライマリ・ケア検討委員会委員長 丸山 泉**

ユマニチュードを通して認知症の方にやさしく接し、プライマリ・ケア力を強化して地域で存在感を示し、病院ソーシャルワーカーの育成が地域の人々とつながりを強める。診療報酬には反映しませんし、遠回りですが、そのことが地域での医療を守ると考えています。

**常任理事 山田一隆**

心新たに2016年の佳き元旦をお迎えのことと思います。

本年は診療報酬改定と地域医療構想策定の年であり、重要な時期となります。そこで、本年10月8～9日に「第58回全日本病院学会 in 熊本」が開催され、テーマの「地域医療大改革＝豊かな未来への取り組みをくまもとから＝」について意義ある討議が出来ることを楽しみにしております。

**常任理事 国際交流委員会委員長 山本 登**

明けましておめでとうございます。

ハワイ研修は毎年増加傾向で、昨年は130名以上のご参加を戴き、本年は更に多方面から新たなご参加を賜りたいと願って居ります。昨年5月末から6月初に委員会有志で訪越を実施し、喫緊の課題である「(看護)介護人材の不足」に対してベトナムを中心に「技能実習制度」の枠組みの中で、介護福祉士候補者の受入の事業化を模索、WGを立ち上げ、本年はその具体化に向けて活動開始の予定です。

## 盛り込む医療従事者需給対策を検討

### 定的定員増が終わる医学部定員。医師需給の議論を先行

それ付設して議論を進めた上で、一体的視点のもとに検討会で各報告をとりまとめるというのが設置の目的だ。

各都道府県が2017年度中に策定する第7次医療計画に効果的な医療従事者の確保対策が盛り込めるよう、各分科会とも16年内の取りまとめを目指すことになる。

その中でも、暫定的な医学部定員増の措置が17年度で終わるため、今後数年間の医学部定員のあり方を早急に検討する必要があるため、事務局(医政局医

事課)は「医師需給分科会は他の分科会に先行させて開催する」方針を提示、分科会の了承を得た。

検討会に引き続いて医師需給分科会が開催され、全日病から神野正博副会長が構成員として出席した。

06年7月の医師需給報告は「2022年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給される」とする一方で、「これは、短期的・中期的あるいは地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない」上、「さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員

の暫定的な調整を検討する必要がある」とし、暫定的な医学部定員増が措置された。

したがって、2025年の医療需要と病床数等を踏まえ、高齢化が進む現場医師の確保をどう考えるか、重要な会議となる。

この日の分科会は、当面、地域偏在対策と18年度以降の医学部定員問題および需給推計の方法を中心に議論を進め、今年4月末をめどに中間報告をまとめた後に地域偏在対策の議論を深め、都道府県の地域医療構想が出てくる秋口以降に具体的な地域・診療科偏在対策の議論を展開し、併せて20年度以降の医学部定員等についても検討を行なうという議論日程を確認した。

新春特集 I 座談会「本番を迎える医療制度改革」

# 神田医政局長 「構想ですべて決まるわけではない。その後の協議こそが重要」

西澤会長 「1～2年で結論という話ではない。2025年に向け地域でしっかり話し合うべき」

**西澤** 新年明けましておめでとうございます。2016年は地域医療構想が策定されるなど、2025年に向けた医療提供体制の改革はまさに重要な局面を迎えています。

**神田** おっしゃるとおり、2025年に向けて病床の機能分化・連携を進めていく非常に大事な時期を迎えています。各都道府県は構想策定の真っただ中にありますが、厚生労働省としても、2016年度前半に策定を終えてほしいと都道府県にお願いしているところです。

**西澤** 地域医療構想に関しては、構想区域がどうなるのかがまだ明確ではない上、各区域の調整会議も十分開かれているとはいえません。今後どのような状況が生じてくるのか、医療機関には戸惑いがあるというのが正直なところです。

**猪口** 構想策定の進み具合は都道府県によってだいぶ違いますね。それだけでなく、各都道府県で理解の仕方が違っているという印象を受けます。中には、2025年の推計値に合わせることで事足りるかのような受け止め方をしている県もあるように思えます。

本当は、その地域の、特に入院医療のあり方を論じなければならないと思うのですが、病床数を合わせることで目標になっているのです。あれはあく

までも推計に過ぎず、その病床数を取り上げる前に、各地域の提供体制の現状と将来について話し合わなければならないことが多々あるのではないかと思うのですが。

**神田** 昨年の10月段階で、32の都道府県で構想区域レベルの調整会議が設置されています。そのうち20ぐらいの県は2015年度内に策定を終える予定です。ただ、中には、何回か会議等を開いたが議論はまだこれからということもあると思います。

都道府県には推計ツールを提供していますので、まずは2025年の推計値を出す、その上で、病床機能報告の現状とを比べて、その分析を行なうことによって各地域における課題を抽出し、それをどういうふうに解決していくのかということを議論していただくことが大切だと思います。

そうはいうものの、例えば、療養病床と在宅医療等との地域差をできるだけ解消していくという方針の部分で、という率を選ぶのかといったように、関心もさばら推計をどうするのかというところに向いている県もあるかもしれない。しかし、推計値を出さない何が問題かという議論も始まらないわけですので、これから議論が深まっていくものと期待しています。

## 医療のグランドデザインを考える県もあれば様子見の県もある

**安藤** 東京の場合は5疾病5事業の推進と現行の2次医療圏がうまくかみあっていないという状況があります。そこで、地域医療構想の策定を契機に、病床規制は病床整備区域という圏域で臨み、医療計画に関しては事業推進区域という圏域を設け、この2つを連動させながらやろうという案が出ています。

それと、まず初めに、自分たちの都道府県でどんな医療をしていきたいのかということ、病院団体からの委員も一緒になって、東京都における医療のグランドデザインをつくらうということになっています。

**神田** まずビジョンをつくるというのは全くそのとおりでして、推計病床数と現状の比較から地域における課題を導くだけでなく、その地域の医療をどうしていくのかという、あるべき姿も併せて議論していくというやり方が望ましいと思います。

**神野** 私の病院は石川県にあるのですが、石川県と京都府は取り組みの遅い府県らしいです。「診療報酬改定がみえない中で取り組んでもしかたがない」という気分が、県にも、地元の医療機関にもあります。2016年度改定の中身がみえてから真剣に考えようということ、どうものんびりしているようです。

現在は地域のグランドデザインについて話し合っていますが、2025年までにはまだ同時改定もあり、それによる影響も考えられる。今グランドデザインをつくってもそれに見合うだけの内容になるだろうか、ということ様子見を決め込んでいる状況です。

**神田** 2016年度改定をみてからということですが、では、2016年度改定が終わったら決断できるのでしょうか。2016年度前半に多くの県で地域医療構想が策定されて全体の状況がみえてきます。では次にどうするかというときに、今度は2018年の同時改定をみなければいけないなどと言っていたら、一体いつになったらできるのでしょうか。(笑)

個々の病院の経営判断はもちろんあるでしょう。しかし、将来の医療需要

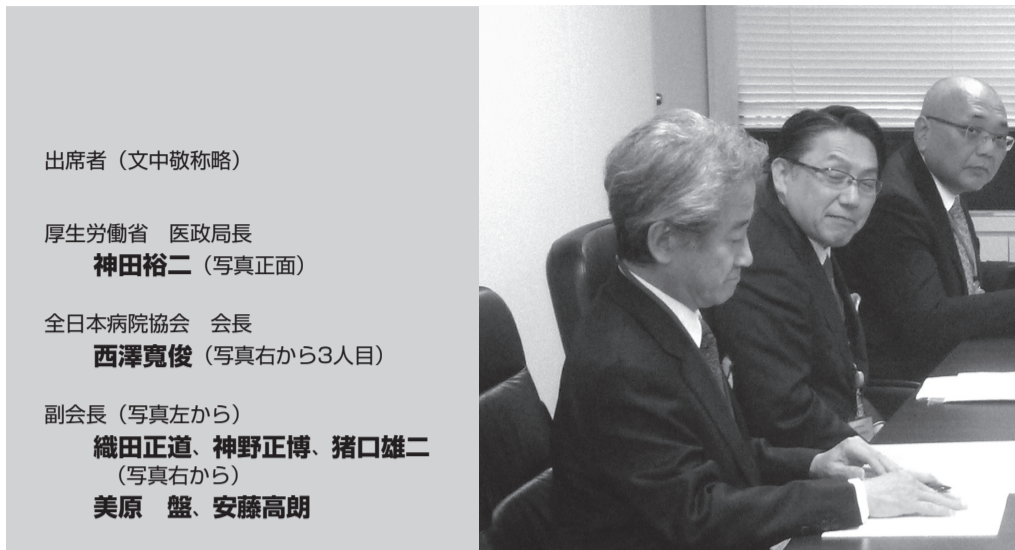
を推計した上で、現在の地域における病床機能の実態をどう考えていくかという議論は、それはそれとしてあるのではないかと思います。さらに言えば、構想をつくった後こそが大事なのです。構想ですべて決まるわけではありません。その後、どう調整していくのかということが問われるのではないのでしょうか。

病床機能報告では6年後の機能も報告してもらうようにしました。それは、6年というスパンを経て、病床の機能を転換したいあるいは転換するために建て替えをしたいという医療機関が出れば、それが議論のきっかけになるのではという期待からなのです。

現実には建て替えるところが出てきて、例えば「急性期の機能を増やしたい」と言ったら地域全体としてどう考えるのか。そういう議論がおのずと始まっていくことでしょう。建て替えをする医療機関が、その地域で、長期の医療需要も見通しながら経営していけるかどうかという議論をしていく必要があると思うからです。

**西澤** しかし、2016年度前半に構想を策定するというときに、厚生労働省と我々医療機関の間には認識の違いがあると感じます。構想区域ごとに、2025年には機能別にこれだけの病床が必要だということを確認する。その上で自院はこうしたいと考える。そこで、それをもとに話し合おうというのが構想の意図だと思います。しかし、現実には、各医療機関はこの1～2年でどこかの機能を選ばないとならないという感じを受けているのです。

2025年には人口も2～3割減ることでしょう。それを踏まえると医療提供の姿はこうなるというのが最終的な話になるわけです。それを推計値に即合わせてしまうと、人口が減っていないのに病床数が減っていくため、医療が提供できなくなってしまいます。やはり、地域の医療機関が随時顔を合わせながら、足りない機能をどこがどうやって補っていくか協議していくというように一歩一歩取り組んでいく。そして、最終的に2025年に推計値に合えばいい



出席者(文中敬称略)

厚生労働省 医政局長  
**神田裕二**(写真正面)

全日本病院協会 会長  
**西澤寛俊**(写真右から3人目)

副会長(写真左から)  
**織田正道**、**神野正博**、**猪口雄二**  
(写真右から)  
**美原 盤**、**安藤高朗**

ということではないでしょうか。

病床機能報告は毎年出すわけですから、毎年変化していく病床の実態が分かります。それを踏まえて地域で話し合いをしていくという前提のもと、とりあえず、今ある材料でいくと将来はこうだろうという案を2016年度に1つつくるといったことではないでしょうか。

**神田** 大きくは変わらないと思います。毎年の報告を得て、足元の状況と将来の医療需要推計を見比べながら、地域の課題をどうするのかを話し合うとい

うことだと思います。したがって、地域医療構想を策定すればそれで終わりということではありません。

構想には「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」が書かれます。だからといって、地域のA病院とB病院の機能をこう再編するというのが短期間にできるわけでもありません。むしろ、その後の継続的な話し合いが非常に大事だというふうに思っています。その意味で認識の違いはないと思います。

## 療養病床は削減すればいいという単純な話ではない

**西澤** 局長のお話で分かるように、全日病と厚生労働省の間に認識の違いはありません。しかし、会員病院の受け取り方をみていると、「病床機能別の推計値にすぐに合わせなければならない」とか「この2～3年の間に自院はどこかに行かなければならない」といった、誤解に基づく焦りがあるように感じられます。

**神野** これはたまたま受けた相談ですが、各2次医療圏の推計値をみて、「自院は非耐震・非スプリンクラーだから、病院をやめて診療所にしたい」というのです。推計値が足を引っ張っているのです。もちろん「早まるな」とって忠告しましたが。(笑)

**猪口** 特に西の方は療養病床が多いため、県によっては「療養を30何%減らす」といった報道がなされると地域の医療機関は浮足立ってしまうのです。本当は建て替えて十分対応できるはずが、「建て替えてもしかたがないようだから、このまま行ってしまえ」みたいなことにならないか、ちょっと怖い気がしますね。

**織田** 療養病床が非常に多い九州でも、昨年の推計値の発表で病院は非常に慌てています。病床の機能分化・連携というのは、人口の動態と医療ニーズの変化を見ながら徐々に誘導していくべきものだと思うのです。それが、ある日突然「病床が過剰」という形で出たものですから、療養病床の患者の一部を在宅に移すといっても具体的にどうするのか、緩和ケア病棟はどの機能に入るのか、地域包括ケア病棟はどうなるのか、まだ、そういう段階の混乱が続いています。

**神田** 今回の医療需要の推計では、「在宅医療等」には、居宅だけでなく、特養、老健施設、軽費老人ホームなどの施設も入っています。療養病床の推計では、医療区分Iで医療度が一定程度低い方は在宅で療養できるのではないかとこの視点から、それを地域全体でどう受けとめるかを検討していくこととなります。これは短兵急にできるものではないし、現実には療養病床に入院している高齢者も大勢います。したがって、そこは並行して進めていく必要があります。

昨年末に「療養病床のあり方等に関する検討会」が新たな施設類型を含む選択肢を示しました。それを介護保険部会と医療部会で議論していただきですが、在宅等というのは幅の広い考え方であり、療養病床か居宅かという単純な選択ではないと思います。

**織田** 厚生労働省が示した療養病床の都道府県格差はきわめて大きいものがあります。こうしたデータが現場に大きな影響を与えて、混乱に拍車をかけています。我々も、そんな単純な話ではないという説明をしていますが、なかなか全部に行き渡らないので、地域における議論はまだ混迷状態にあります。

**神田** 療養病床受療率の地域差を解消していくためには、受け皿を整えていく必要があります。先ほど申し上げたように、そこには中間的形態が色々あるかと思っています。その選択肢をしっかり議論し、各地域でどのようにするのか考えていただくこととなります。

**西澤** そういうことではあるのですが、簡単に言えば、療養病床を減らさなければならぬということで現場は慌てているわけです。しかし、推計方法として、そんな単純に「医療区分Iの7割を在宅でみなければならない」とはならないはずなんです。

これはやはり、我々現場サイドが医療区分Iの7割を在宅で本当にみられるかどうかを調査して、確かに可能だというデータを得た上でその方向に向かえばいいのであって、そうすることなくただ慌てふためいているのだとすると、我々提供側にも問題があるといわれてもしかたがないと思います。

療養病床に限らず、単純な数字合わせではなく、今の患者や利用者への質の高いサービスをきちんと提供するためにはどうあるべきかという検討を行なった上で、では、その方向の中でどういう施設が必要なのかを考えるという手順を踏むべきで、あくまでも患者に視点を当てたかたちで方向づけるというようにしていくのが我々の役目だと思うのです。

**猪口** そういう視点とか手順を踏む必要を都道府県にも分かってほしいものですね。(笑)

## 西澤会長「調整会議が機能すれば医療提供者が提供体制に関与できる」

神田医政局長「将来推計と現状から課題を導くだけでなく、あるべき姿も議論してほしい」



### 病床機能報告は病棟単位になってからが本番

美原 地域の事情は多様ですから、地域ごとに様々な地域医療構想ができます。そうしたときに、それをつくり上げていく構想策定会議の質が問われるように思うのです。群馬県は今年度中に構想ができるということで、自院がある区域でもすでに調整会議が2回開かれました。しかし、そこに出てきた資料を見ると、本当にしっかり議論できているのだろうかと思ってしまいます。策定会議の質によって構想に格差が生じることが懸念されます。

神田 構想ができた後にそれを実現するために話し合う場というのが調整会議の法的な位置づけです。しかし、地域の色々な問題を早く把握して共有していただくということで、構想の策定に先行して議論が始まっているわけです。ただ、大切なことは、調整会議の本番は策定した後だということです。

地域をどうしていくかというあるべき論を議論することはもちろん大事なのですが、実質的な議論は、構想をつくり、現状と推計との比較から導かれる課題を踏まえたところから始まるのであり、それこそが本番ではないかと思うのです。

その中で、こういうふうによればス

ムーズに調整できる、あるいはこういう支援があれば機能転換もうまくいくといった事例が積み重なっていき、情報の共有ができていくことでしょうか。そういう意味では、今の段階で、ここは進んでいる、ここは進んでいないと評価するのは早いのではないのでしょうか。

西澤 局長がおっしゃるように、とりえずは構想をつくるだけなのです。ところが、会員病院には、それに基づいてすぐに形を出さなければならないと受けとめているところが多い。これは、我々も誤解を解くようにしていかなければならないと思っています。そこで、もう1つ大事なことは、病床機能報告制度はまだ完全なものではないということです。

神田 それはおっしゃるとおりです。

西澤 具体的に言うと、報告は、まだ病棟単位ではありません。したがって、2016年の前半に策定される地域医療構想は、病棟単位のデータがない2014年と2015年のデータを基に立てられる。つまり、病棟単位の報告は今年の診療報酬改定を経た2016年度から初めて行なわれるので、それを踏まえてこそ本来の報告ができるということです。この点を、ぜひ、しっかり認識しておきたいものです。

### 各地の協議内容など支部に的確な情報を提供したい

西澤 ところで調整会議というのは新しい試みです。今までの医療計画は行政がつくり、医療機関はその枠の中で対応していかなければなりません。しかし、この制度は、医療機関が自主的に取り組んでいくというのが趣旨です。構想を策定するのは都道府県ですが、行政の主たる役割は、しっかりしたデータを提供して話し合う場を設けるところにあります。そして、話し合いがうまくいかなかった場合に行政が行司役を務めるということではないでしょうかと思います。

今は、そういう仕組みをまず理解する、試運転の段階かと思うのです。今は、お互いに持っている情報が全然違う中で調整会議が行なわれているので、混乱するのかもしれない。しかし、その中で真摯な話し合いを重ねていき、徐々に、きちんとした話し合いの場にしていけばいいと思うのです。

そのためには、各地域が、こういうことで困っている、こういうのがいいのではないかとといった情報を出していくべきなのです。そういうことでは、我々全日病も支部からそういう情報を集め、全国に発信していく必要があると考えます。

神田 医政局の地域医療計画課に各都道府県の担当を配置してきましたが、新たに管理職の担当を決めて全都道府県に張りつけたいと思っています。各地の情報にアンテナを張って、窓口で具体的な話しを聞いて、一緒に考えていく必要があると思っています。

美原 中身の濃いデータが県から構想区域に降りてくるわけですから、ぜひ、各調整会議にそれを咀嚼できるメンバーを揃えていただきたいものです。

西澤 いずれにしても、国が計画を立てた枠内でやってきた今迄と比べると、地域医療構想は我々にとっていい制度だと思います。しかし、これにしっかり対応していけないと、やはり医療機関にはまかせられないということで旧来の手法に戻ってしまっても困ります。

そういう意味からも、我々全日病もぜひ支部に正確かつ的確な情報を提供し、支部からも意見や情報を汲み上げながら、着実に取り組んでいきたいと思っています。今まで全日病はデータをつくりながら物を言ってきたわけですから、そういう方向で、会員病院の皆さん方と一緒にしっかり取り組んでいけばいいのではないかと思います。

### 地域医療連携推進法人は一種のアライアンス

織田 地域医療連携推進法人が誕生すると、地域における医療連携も統合連携のようなかたちに変っていく可能性があるように思います。

神田 地域医療連携推進法人というのは、2025年に向けて地域における機能分化・連携や業務の共同化などを共有していく形態で、経営を担う主体にはなりません。医療経営を直接することを主目的としているわけではないので、それが直ちに統合化に向かうということにはならないと思います。

むしろ、方針を共有していくことから、機能分化・連携をさらに推進していく上で、この法人を使って基幹・中核病院も入れた議論をしていく枠組みをつくるということが考えられるほか、中小の病院にも参画していただく、この地域をどういうふうにしていくかという方針を共有していくことが主眼になると思います。

織田 つまり、アライアンス的な感じということでしょうか。

神田 アライアンスだと思います。主として医療を中心とした連携のツールで、これを使った方が地域における話し合いがうまくいくということであればこの枠組みも使っていただけるという、選択肢の1つです。逆に言えば、つくらなければならないというものでもないし、これがないと必ずしも話し合いができないというものでもないと思います。

西澤 あくまでも地域医療構想を推進するための法人ということですね。

神野 ところで、認定看護師や専門看護師の研修は、もっぱら都会の大きな施設で開催されているために、地方の病院には大きな負担になっています。看護師の特定行為研修の場合も、今のところ、結構大きな施設が研修機関に指定されています。

私は多くの訪問看護師に特定行為ができるようになってほしいと思っているのですが、元々看護師が少ない訪問看護ステーションに東京や大阪に出て集合教育を受けろというのも無理な話です。やはり、各2次医療圏の基幹病院的な施設を中心に研修を組んでいかないと、“2桁万人”という目標は達成

できないのではないのでしょうか。

ということで、全日病では研修機関になる病院を支援するツールの開発に取り組んでいるところです。近隣の病院で集合教育を受けられるようにしていけないと、10万人というのは難しいと思いますね。

神田 この法案を出すにあたって、特定行為研修に行くことによって看護師が不足することがないようにと、あるいは、特定行為研修を受けられるということで看護師が大きな病院に引き抜かれるようなことがないように十分注意してほしいというのが、与党からの要望でした。

そういうことで、研修の方法については、座学的なものは基本的にeラーニングでいいと、また、研修を一気に全部終えなければならないということではなく、特定行為区分ごとに単位制のような形で行なってもいいというようにしています。それと、指定を受けるのは研修機関ですが、実習に関しては、今働いているところが協力施設になって指導者を養成していただければ、そこで受けることができます。

お話しのように、全日病がつくるeラーニングのツールが全国の研修機関に普及していけば、臨床現場をずっと離れて研修機関の座学に出るという事態が回避できます。実習施設における指導者も、全日病の指導者講習を受けていただければ自施設で実習の指導を円滑に行なうことができます。そうしたことを併せて、できるだけ現場の負担が過度にならないようにしながら、特定行為ができる看護師を増やしていければと思っています。

安藤 特に民間の中小病院は特定看護師を育てるのに結構資金が要ると思うのですが、人材育成ということで基金の事業として認められるようにはならないでしょうか。

神田 現在、指定研修機関の設備整備や運営に必要な経費のようなものは補助の対象となっているので、基金とのダブルとなると矛盾してしまいます。これは制度の立ち上げですので、今は、基金というよりは補助制度で支援させていただくという考え方で進んでいます。

### 医療事故調査制度は今年6月までに見直しの検討

西澤 医療事故調査制度が始まりましたが、現在の状況を見ていると、我々医療機関の側に対応の遅れがあるようにも感じています。局長ご自身はどのようにみえていますか。

神田 予期しない死亡事例を報告するとともに、まず院内調査をしていただく。また、医療機関から報告があった場合には、医療機関だけでなく遺族からも医療事故調査・支援センターに調査が依頼できるという仕組みができたことの意義は非常に大きいと思っています。

行政機関である調査委員会方式とは違うのではないかと、医師法21条との関係が十分整理されていないというご指摘もいただいています。しかし、責任追及ではなく、再発防止を主眼にした制度にするべきだというのが医療界の一致したご意見でした。

この制度がきちんと運営されることによって司法当局も謙抑的になり、直ちに介入するというケースの減少につながっていくのではないかと期待されます。そういう意味では、きちんとした報告がなされ、かつ、しっかりした調査もされるということを示していくことが大事ではないかと思っています。

今年の6月までに、医療事故報告や医療事故調査あるいは医療事故調査・支援センターのあり方とか、医師法21

条との関係をどうするのかということに検討を加えることになっています。自民党のワーキングチームでも議論いただきながら、どのような見直しをするのか、検討していきたいと思っています。

西澤 医療事故調査制度については、我々は2008年の大綱案には反対しましたが、今回の制度は我々の主張がかなり通ったといえます。医療事故が起きたときに、きちんとした調査をして原因を究明することによって再発防止につながっていくということと、事故にともなう問題への対応があって、今まではそれが一緒に論じられていたのですが、それをきちんと分離させることで、「同じ事故は二度と起こしたくない、起こしてほしくない」という患者と医療提供側の思いがかなう仕組みが生まれたものと思っています。

そういうことから、この制度をしっかり育てていくということが、国民・患者との信頼関係の強化だけでなく質の高い医療をすることにもつながると思うので、我々自身、一所懸命に取り組んでいきたいと思っています。

神田局長には、新年にあたり、率直な思いのご意見をうかがうことができ、あらためて感謝申し上げます。

神田 あるべき医療に向けて、今後とも、よろしくお祈りいたします。

新春特集II 四病協4会長座談会「医療改革、2016年の課題と病院団体の役割」

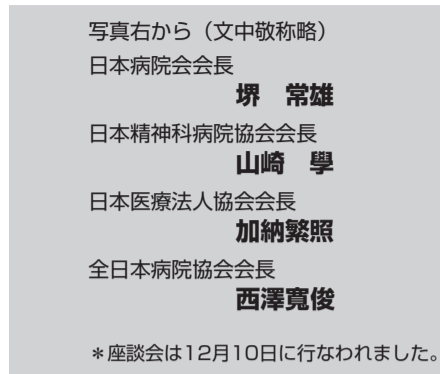
西澤 明けましておめでとうございます。2016年は地域医療構想が策定されますし、構想区域における協議も本格化していきます。一方、診療報酬改定では、7対1入院基本料の要件が一段と厳しくなるなど、病院経営もさらなる変革が迫られる年になりそうです。

堺 財政審などは早くからマイナス改定が当然という議論を展開してきました。彼らの理論ではそうなのでしょう。しかし、医療を提供している者からみると、経営が安定しないといふ医療は提供できません。したがって、マイナス改定は避けていただきたいし、薬価を下げて得られた財源は本体に戻してもらわないとうまくいきません。

山崎 少子化高齢化の下で社会保障費が膨らむのは当然のことで、財源に限りがある中、国がどこまで医療提供体制の面倒をみていくかが問われています。したがって、公費をどこまで出すのか、あるいは、どこまで保険料と患者負担で対応していくのかという点をはっきりさせなければならぬと思います。こうした議論をきちんとやらないで、財源が不足しているから診療報酬を削れというのは荒っぽい話だと思

います。しかし、財源的にもたないのははっきりしている。そこで、提供体制をどうしていくのかという根本的な議論を、専門家ではない人だけで論じるのではなく、医療・介護提供者を含めて議論していく場を設けるべきではないかと思っています。

加納 アベノミクスによって、病院の経費負担は明らかに増えています。そうした中で、賃金の上昇が求められています。その原資となる診療報酬の引き上げが担保されていくのかというと実際はそうになっていません。どうも、



写真右から(文中敬称略)  
日本病院会会長 堺 常雄  
日本精神科病院協会会長 山崎 學  
日本医療法人協会会長 加納繁照  
全日本病院協会会長 西澤寛俊

\*座談会は12月10日に行なわれました。

医療の世界だけがおかしなかたちで扱われているという感じが否めません。

実際、慢性期の病院は収益率をある程度維持しているものの、急性期は下がる一途という改定が続いています。こうした状況で高齢者の医療がやっつけられるのかということを、政府に真剣に考えてもらわなければなりません。

平成19年ですか、収益率を大きく落ち込ませた改定の後に救急患者のたらい回しが社会問題になりましたが、そうしたことが再発することがないような改定となることを願っています。このままいくと、本当に危機的な状況が来るのではないかと心配しています。

西澤 改定率については、薬価等を除いた技術料を本体といい、薬価等を含んだ総額をネットというかたちで、診療報酬を2分した表現がよく使われます。これにもとづいて薬価を下げた財源は本体に返さなくていいという主張もなされています。その結果、前回の改定が、消費税を抜くと全体で-1.21%ですが、本体は+0.1%となったため、「本体は少し上がったからいいじゃないか」という話が出てきました。しかし、結果として、今回の医療経済実態調査をみても収益は非常に悪くなっています。このように、本体がプラスであ

ばいいということではなく、ネットでプラスでないという経営が厳しくなるということ、我々はきちんと主張していく必要があると思います。

社会保障の財源が厳しくなる中でどこを切り詰めるかという議論は、安直に医療費を削れという話になりがちですが、とくに、今回は帳尻をすべて診療報酬で合わせようとしています。これは非常に乱暴なやり方で、いわば、金は減らすは質は上げろという無茶な話なわけです。

したがって、我々も、現場の専門家として様々なデータを示しながら主張

していかないと、今の流れはなかなか変わらないのではないのでしょうか。四病協としても、しっかり対応していかなければならないと思っています。

堺 そう思います。我々病院団体も、例えば2018年の同時改定に向けて、こういう医療をするのでこういうものが必要である、そのためには、我々も必要な効率化は受け入れるといったようなことを主張していかなければならないと思っています。

西澤 そのためにも、次の改定に向けた懸案事項などを早い段階で検討し、提言していく場を設けたいものです。

構想は地域主導のチャンス。それだけに医療提供者の対応が大切

西澤 地域医療構想ですが、早い県では2015年度内にも策定が終わりそうです。

加納 私の出身の大阪府は2次医療圏と地域医療構想区域を合致して進めるという方針を決めました。私は、必ずしも2次医療圏と合致させる必要はないと思っています。その中で都道府県間の調整の問題がありますが、大阪と奈良には微妙な関係があるために調整が円滑に進まないようです。

堺 地域医療構想というのは非常に大きな変化だと思いますね。今までの医

療行政は、厚生労働省が中央で決めた基準等を全国一律でやっていたのですが、今度はこれが地域ベースになるわけで、21世紀は地域の世紀なんですよ。

ただ、気をつけないと構想の策定が丸投げになる可能性もある。そう考えると、地域格差の問題ひとつとっても、地域の行政担当者や医療関係者の意気込みによって違ってくる部分が出てくるように思うのです。厚生労働省はガイドラインがあるので問題ないと言っ

(下段左へ続く)

地域ベースで決めていく地域医療構想は大きな変化

それだけに医療提供者は策定に積極的に参加、かつ、協議を主導しなければならない

ていますが、そんな簡単なものではないでしょう。

したがって我々は、他の都道府県と見比べながら自分の県がどうなっているのかを把握して、問題がある部分には声を大にして主張していく必要があるし、さらには、具体的かつ積極的に、構想の策定過程に参加していかなければならないと思います。

加納 大阪府は外注せずに府内で地域医療構想をつくったようです。今回見ていると、大阪府の行政担当者は非常に

気合いが入って対応していると感じました。各都道府県そうだと思いますが、今回は、「我が県は」という思いをもって当たっているんじゃないでしょうか。

西澤 今までは国がつくった計画に我々も従ってきたという面がありましたが、これからは、自ら認める地域の課題に取り組んでいくことになる。言い換えると、各地域で医療に取り組んでいる我々現場が、医療計画なりをきちんとしたものにつくり上げていかないうまくいかなくなりますね。

という、いわれのない信念みたいなものがあるようですが、そんなことはありません。急性期というのは、患者の経過でも精々1週間か2週間に過ぎず、一番いるのは回復期から在宅です。しかし、医者も看護師も、そういうところでなかなか働きたがらないし、終

末期の話も誰もしたがない。これはどこがおかしいんです。

日本病院会の大道副会長は「在宅が川上で、急性期が川下ではないか」と指摘しています。つまり、行き着く先がしっかりしなければ急性期は成り立たないと。まさにそうだと思いますね。

高齢者の医療はQODとQOLがともに大切

加納 高齢者の医療というのは、在宅医療があって、次に、がん治療の分野があり、あとは急変対応の高齢者救急という3つの組み合わせからなりますが、ベースはやはり在宅です。ここで一番大事なものはQODですが、もう一つ、QOLも大切なテーマです。

高齢者といっても、団塊の世代が後期高齢者になっていくと100歳を超えてまだまだ長生きな人も出てくるでしょうから、QOLを求める医療もしっかりやっつけなければなりません。しかし、どちらにしても、なるべく費用をかけずにできないかという話ばかり聞かされているような感じを受けます。

堺 例えば、地域包括ケアシステムにしても、QODの追求というのが欠けているんです。どこで議論したらいいのか、なかなか議論できない状況にあり

ますが…。

山崎 私は以前から、終末期のルールを決めないで医療のルールを論じても無駄だと言ってきたのですが…。北欧では末期は施設か自宅に帰しています。だから病院に高齢者がいないのも当然なんです。国民の間に終末期をめぐるコンセンサスができています。

加納 ただ、そこは、2次救急に関してはきちんと仕分けしなければなりません。QOLを求める高齢者もいるし、もう本当に大事にQODをしてあげなければならない人もいます。…。今後は、そこをしっかりと分けていかなければならないと思っています。

堺 高齢社会化の中で医療が二極化してきていると思うのです。一つは高度な医療をしていかなければならない。もう一つは、今論じてきたQODとQOLの問題というように。

地域包括ケアには在宅と入院をつなぐ地域一般病棟的機能が必要

西澤 QOLやQODとも関連して、かかりつけ医とか総合診療医の議論も重要になっています。あるいは、高齢化社会における病院の役割として、全日病や四病協が提唱してきた地域一般病棟のように、在宅と入院をつなぐ機能がないと円滑に行かないという問題もあります。

いずれにしても、病院団体としては、しっかりと議論を進めながら提言を重ねていく必要があると思いますね。堺 厚生労働省が示した地域包括ケアシステムの図を見ると、医療と介護がきれいに分かれています。しかし、そんなことはないでしょう。西澤先生がおっしゃった地域一般病棟とい

地域包括ケアのデザインをつくる必要がある

西澤 地域医療構想は病床の機能分化とともに在宅医療の充実も取り上げています。つまり、地域包括ケアシステムと一体的に改革を進めるということです。

山崎 確かに高度急性期、急性期、回復期、慢性期というかたちで機能のすみ分けをしつつ、それを地域包括ケアにつなげるという方向ですね。その場合に、病院が持つ機能と有床診療を含む診療所の役割を考えると、勤務医からシフトしていく開業医の偏在あるいは診療科の偏在という課題がありますが、もうひとつ、診療所の過剰という問題が見逃されているように思います。そこには、9時から5時の診療で完結し、包括ケアへの参画が望めないビル診療の存在があります。

したがって、地域包括ケアの中核になる診療所とそうはならない診療所の存在を見極めた上で、過剰診療所の扱いをどうするかという点を踏まえたランドデザインを描いていかないと、あるべき医療提供の姿といつてもうまくいかないのではないのでしょうか。

あるいは、医療と介護の提供体制が

地域によってばらばらになっているという問題もあります。住みなれた地域にいたいという老人がいても、そこに介護と医療がなければ住み続けられませんが、例えば、数十人の村落のために近隣にデイサービスを維持していくというのは無理な話です。こうした、色々な問題をすべて整理した上で地域包括ケアのデザインをつくるべきではないかと思っています。

西澤 地域包括ケアシステムにおける診療所の役割をきちんと議論すべきだということはその通りだと思います。ところで、高齢者の入院が非常に増えています。その中には、当然、認知症の患者も多くいます。これは在宅にも言えることで、地域医療構想では認知症への対応が大変大きな問題になるのではないのでしょうか。

山崎 認知症が特別というわけではなく、むしろ終末期の問題があって、それをどこが診ていくかということではないのでしょうか。

堺 今のご指摘にはなるほどと思うところがあります。というのも、医師には、どうも「急性期医療の方が上だ」

ような機能が地域包括ケアの真ん中あたりになければならぬのではないのでしょうか。そのぐらい医療と介護の連携というのは重要だと思います。

**山崎** 医療をどこまで求めるのかということだと思ふんです。昔は近所のお医者さんに診てもらって、で、看取られることで満足してたわけですが、今は、病院で亡くなると何か過失があったんじゃないかという風潮になっている。だから、医者も気弱になるし患者にも疑心暗鬼が生まれているというのは、非常に問題なのではないかと思うのです。

それと、やれ先進医療だ、先端医療とか言って、どんどん新しい技術が入ってくるけど、あれはほとんど外国からで、中には、例えば1人で年間3,000万円ぐらい使う抗がん剤もあります。それをすべて保険診療でカバーしていたら公的医療保険がもたなくなるのも当然です。だから、先進医療も、例えばダビンチでやるのはどこまでにするかといった医療保険の提供に線を引かないと際限がなくなるんじゃないかと。堺 そこら辺は難しい議論になる。そ

の線を誰が引くのかって。行政が引いちゃうと…。

**加納** イギリスのように年齢で透析を制限するとか…。

**堺** あるいは、この地域にダビンチは何台あるからもうだめだよとか、消費税と絡んでそういう話が出てくる可能性もある。

**山崎** 新しい抗がん剤を使うと寿命が半年延びるっていうけど、半年延ばすために何百万円、何千万円の抗がん剤を使うことにどれだけの意味があるのかと思うのだけど、そういう議論って怖くて誰もできない…。

**西澤** 技術の進歩は必要だし、国民が高度な医療を受けられるというのは幸せなことです。その一方で、公的保険を持続させていく上でどうあるべきか。この辺りの兼ね合いをどうとるかということになるのですが、これはなかなか結論が出ないと思うのです。ただ、いえることは、我々提供する側もそういう問題意識をもって、きちんと考えながら色々な意見や情報を発信していく必要があるということではないでしょうか。

## 消費税負担を医療費でまかなうはおかしい。課税こそが抜本的解決策

**西澤** ところで、消費税の問題ですが、事態はどうにも厳しいものがあります。**加納** 消費税に関しては、日医と四病協との間で政府税調に対する要望で合意したところで(註)。内容的には、いわゆる2階建て、つまり診療所と病院とでは別の対応を求めていくというもので、ま、一つの道筋ができたということでしょうか。

診療所にとっては、課税化された場合に、これまで診療報酬に上乘せされてきた分が引き剥がされるというのは

なかなか難しいことだろうと思えます。一方、病院にとっても、引き剥がされる額がこれ以上膨らむと経営に大きな影響が出ることは確かですから、タイミング的には、本当にこころあたりが限界ではないかなという感じがしています。

しかし、以前から求めてきた課税化の話はなかなか前に進まず、正直いって、話がとまっている状況にあります。

そうした中、非課税が続く限り、病院は今後も控除対象外消費税を負担し

続けるわけですので、原則を踏み外さないようにしつつ、しかし、色々な可能性を探りながらということで、今回の要望で日医と合意したということではないのでしょうか。

**山崎** 消費税については、医療費をばらして薬剤と医療材料費を別にしたほうがいいと思います。そもそも医療費に薬剤や医療材料費が入っているのがおかしいので、あれは国が買い上げて医療機関に提供する、つまり、現物給付にすべきだと思うのです。

ついでに言うと、これは民間病院に限った話ですが、増改築の費用を診療報酬でまかなうのも変だと思うのです。病院というのは地域の社会資源ですから、公・民ともに、国が整備すべきです。こうすれば、高額投資部分についての消費税は解決するわけです。

**加納** しかし、現物給付にすると、地域に病院は幾つかといった適正配置を図るという考え方が出てくるのでは。今まで、日本の医療は民間主体でそれぞれ独自性をもってやってきて、その中で競争をしてきた結果として今の医療があるのではないのでしょうか。

**山崎** それは国が決めるのではなく、地域ごとに審議会を設けて、そこで決めていけばいいんじゃないかな。

**堺** 医療と教育は社会的共通資本だという考えがありますが、まさにそのとおりでして、診療報酬で病院の経営をみていかなければならないというのは非常に残念なことですね。しかも、消費税が導入されたために、控除対象外消費税まで医療費でまかなうというのは本当におかしな話です。ただ、我々は20数年原則課税を主張し続けてきたのですが、話がまったく前に進まなかった。そうした状況で消費税がどんどん上がっていくと、立ち行かなくな

る病院がかなり出てくると思うんです。財務省のお役人は「消費税で潰れた病院はない」って言うてるようですが、潰れ出したら、それこそ元に戻すことは無理です。

加納先生がおっしゃった今回の日医・四病協の合意というのは、日本医師会の提案に乗った結果ですが、病院団体としては本当に苦渋の選択です。それだけに、これを何とか実現につなげていければと思っています。病院団体としての、この要望にしても、例えば基金をつくるのかとか、財源はどうするかといった技術的な問題は色々あるとは思いますが、1つ1つの案をしっかりと検証しつつ意見を言っていけないと、また、消費税導入と同じような形で病院団体がつぶれ敷に置かれかねない。そういうことにならないよう注意していく必要があると思います。

**加納** 仮に基金とかの話になると、厚労省の予算枠がどうのこうのとなっていて、結局は、病院にとってタコ足食いになってしまいかねません。したがって、抜本的な解決策はやはり医療への消費税課税というものであって、我々はその考えを決して捨てるわけではないというところははっきりさせる必要があるのでは…。

**堺** 確かにベストの選択は原則課税なんです。しかし、それが無理だとしたらセカンドベストで臨もうということなのですが…。

**加納** 物事にはタイミングがあるので、今の状況ではこういうことも一つの方法かもしれません。今までも診療報酬に乗せてやってきたりとか色々な形で対応してきたわけなので、今の段階ではこういう対応しかないという考え方は、それはそれでありだとは思っています。(下段左へ続く)

# 控除対象外消費税で新たな対応。病院と診療所で別対応を提案

「課税を求める原則を踏まえつつ、色々な可能性を探っていきたい」

**西澤** いずれにしても、控除対象外消費税の全額還付を求めるという点で我々の主張は一致していると思いま

す。この点は守っていく。これが現在の消費税に対する対応だと考えてよろしいですね。

## 医師需給の議論には四病協あげてしっかり対応したい

**西澤** さて、年末に「医療従事者の需給に関する検討会」が設置され、その下に、医師の需給について検討する分科会が付設されました。これは大変重要な検討会だと思います。

**加納** 初会合の冒頭に、山崎先生が、医師不足の現状と課題について病院の立場から分かりやすい説明をされました。まさに、おっしゃった通りで、医師については、不足しているとする病院と足りているとみる診療所との間に、どうも認識のずれがあります。我々は、今なお、紹介会社に莫大なお金を払って医師を確保しているわけですから、医師が過剰ということであれば、何をもって過剰とみなすかという点をしっかりと詰めていかなければならないと思いますね。

**山崎** こういう重要な会議には各病院団体の会長が出席して討論に入っていないかなければならないと思います。そうしないと、事務局が机上でまとめた、我々の思いとは全然違う内容の報告書が書かれる可能性がありますから。それだけに、検討会の開催回数ももっと増やすように事務局に申し入れなければなりません。

それと、自由に開業できるように勤務医が減って病院が疲弊していくという問題だけでなく、大学に残らずにフリーランスとなって日当稼ぎに精を出す医師が出てきており、そうした医師がまた紹介業者を儲けさせているという問題もあります。私は、こうしたことに国として規制をかけなければなら

ないだろうと思っています。

**堺** 医師といっても色々で、一括りに論じるのはおかしいですね。

**西澤** 確かに、十把ひとからげにして、人口10万人当たり医師何人という議論はとても乱暴だと思います。それに、欧米と比較する場合には同じ基準でやらないとだめです。例えば平均在院日数の場合だと、欧米は急性期だけなのに日本は全部入れて計算されるし、医師の数にしても、欧米はある年齢で切っているみたいですね。

**山崎** 年齢で保険医を足切りしています。

**西澤** ところが日本の医師、医療従事者は何歳になっても現役です。

**山崎** そう、80でも90でも。(笑)

**加納** 1回目の検討会に出た資料にしても、医師数は西高東低で、関西以西が非常に多いとされています。しかし、例えば福岡にしても明らかに医師が不足しています。それだけに、どこをもっと過剰とするかという点をはっきりしてもらい必要があります。

**西澤** 本来はきちんと補正した上で比較しなければなりません。その辺りは議論に資するようなデータを基にしていけないと…。

**山崎** 精神病床でいうと35万床が多いということになっているのですが、そもそも精神病床の定義が違うのです。外国では急性期の患者に対応するベッドしか精神病床と言わないんです。わが国では精神療養病床だけで10万床あるわけですから、OECD床は15万病床程度しかないのです。

**堺** 例えばアメリカやカナダに行くと日本は何で多いのかって言うんですが、向こうはナーシングホームなどは病院のベッドとしては数えてないですよ。

**山崎** 平均在院日数も同じバイアスをかけているんです。というのは、外国は精神科の在院日数は急性期しか計算していないんです。しかも、アメリカなんかは保険者が1週間しか給付しないっていうと、8日目からは自費になるので皆退院しちゃうので、その1週間分の病床しか報告しなくてもいいといったように、国によってルールがそれぞれ違うわけ。ところが、日本は、精神療養病床に20年入ってる患者もカウントするので平均在院日数が300日

## 四病協は今以上の組織になっていかなければならない

**加納** 地域医療構想だけでなく、消費税にしても、医師需給にしても、私は、四病協が病院を代表する発言を常にしていけるよう、今以上の組織になっていくことを願っています。

**西澤** まったく同感です。四病協は、日本を代表する4つの病院団体が毎月顔を合わせて議論する場ですし、各種の委員会だけでなく会長会議を開くなど、情報交換と意思の疎通を密にしています。こういう体制と関係を今後も崩さずに、今まで以上に団結していく

になる。これもOECDの基準で計算すると55日くらいなんです。つまり、ほとんど変わらないんです。それを300日の方ばかり発表するんです。

**西澤** それだけに、需給について議論する場合もきちんとしたデータが必要ですね。それと、検討会と分科会の関係も注意しないとだめですね。どうも、事務局の話を聞くと、検討会は分科会の議論取りまとめの報告を受けるだけにもなりかねませんから。

**堺** 四病協としても頻回に情報を交換して我々の意見を反映させていかなければいけませんね。

**山崎** 会長会議などを利用して打ち合わせを頻回にやっていきましょう。

べきだと思いますね。

とくに、地域医療構想策定あるいは地域医療構想調整会議に向けて、各地で病院団体の存在感が問われています。今後とも、データにもとづいた建設的な議論を重ねながら、各地の支部や病院団体の意見も受け入れながら、2025年に向けて、より国民・患者の利益を護るとともに医療者が誇りをもてるような医療提供体制を目指して団結してまいりましょう。新年早々、有意義なお話をありがとうございました。

### (註) 消費税対応に関する日医・四病協の「合意」について

11月25日の四病協総合部会は、消費税について、下記のとおり政府税調に申し入れる方針を承認した。同方針は同日の日医・四病協懇談会でも合意・確認された。

- (1) 病院に関して 病院における消費税の負担は深刻である。すべての仕入れ税額控除を受けることができる方式とする。
- (2) 診療所に関して (略)

# 本体は+0.49%。ネットで-1.03%。実質は-1.31%か

## 2016年度診療報酬の改定率 ネット改定率を示さず発表。計算方法によって複数の改定率!?

2016年度の診療報酬は本体こそプラスとなったが、ネットは大幅なマイナス改定となった(1面を参照)。

記者会見(写真)で、塩崎厚生労働大臣は、「厳しい財政事情ではあるが、医療機関の経営状況や働く方々の賃金動向を加味しながら全体を考えた結果、本体の改定率が一番重要なことではないかという観点から」本体報酬をプラス改定とするにいたったと説明した。

厚生労働省が発表した改定率に関する説明資料には本体報酬とその内訳が記されているものの、診療報酬全体の改定率(ネット改定率)はない。

この点の質問を受けた大臣は、「ネット改定率は-0.84ということだが、今までの方法に従うと、薬価の見直し分に-0.19の市場拡大再算定の通常分が上乗せされるので、ネット改定率は-1.03%になる」ことを明らかにした。

14年度改定の消費税分を除いた実質のネット改定率は-1.26%と、08年度改定以来の大幅なマイナスであったが、16年度もそれに近いマイナス改定となったことになる。

ネットにあえて触れないという改定率発表には、技術料(本体)と薬価、材料価格という、診療行為ごとに医療機関が一体に受け取る報酬の増減率を全体で表わすことを避け、それぞれ単体で示していくという意図が感じられる。

つまり、医療資源と医療費配分の相即不離の関係から薬価と材料価格の引き下げによって生じる財源を本体報酬の充実に転用してきたこれまでの方法を突き崩そうとする財務省の狙いが、

そこに反映されていると思われる。

こうした変化は、本来なら薬価の改定率に組み込まれる市場拡大再算定(当初想定した市場や売上が一定規模になった既取製品の薬価を引き下げる措置)を除いて薬価改定率を算出するという、今回の特異なやり方にも感じられる。

市場拡大再算定(通常分)による引き下げ分は薬価の0.19%に相当する。したがって、-1.22%と発表された薬価改定率は正味-1.41%となり、ネット改定率は-1.03%へと変わる。

大臣会見に続くブリーフィングで、報道陣の質問に、宮崎雅則医療課長は「この分を改定率に合算する場合としない場合とがある」と説明したが、大きな幅のマイナス改定となるのがかえって印象づけられた一幕であった。

これだけではない。販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の-0.28%を加味すると、薬価改定率は-1.69%へと、ネット改定率も-1.31%へと変わり、14年度改定の実質-1.26%を上回るマイナスとなる。

こうしたレトリックは市場拡大再算定にとどまらない。「診療報酬・薬価等に関する制度改革事項」という位置づけで改定率計算から外された「大型門前薬局等の評価の適正化(国費-40億円程度)」、「経腸栄養用製品の給付適正化(国費-40億円程度)」、「湿布薬の1処方当たりの枚数制限等」(国費-30億円程度)は、どれも中医協で審議中の、まさに本体報酬の項目そのものである。

これらを加味した計算を採用すると、

本体報酬の改定率も、ネットの改定率もさらに変わる可能性がある。かくて、計算方法によってネットの改定率が3つも4つもあるという、実に分かりにくい改定となった。

これを放置していくと、レトリックを駆使した修辞学的政治が幅を利かすことになり、医療提供者と厚労省の間の信頼感が損なわれることが懸念されるどころだ。

いずれにしても、診療報酬改定によって1,400億円ほどの財源が節減され、「協会けんぽ超過準備金分の国庫補助特例減額」等の措置を加えると、つごう1,700億円ほどが削減される結果、「平成28年度予算の編成等に関する建議」に明記された、厚労省の16年度概算要求における自然増6,700億円を「高齢化による増加分の範囲内(5,000億円弱)にしていくこと」が可能となった。

□2016年度診療報酬改定の内訳(厚労省の資料と説明等から編集部が整理) \*金額は概算

項目	改定率	国費
<b>全体の診療報酬</b>		
ネット(改定率の①+②+③)	-0.84%	
実質のネット(改定率の①+②+③+④)	-1.03%	
実質のネット(改定率の①+②+③+④+⑤)	-1.31%	
(1) 診療報酬本体		+500億円程度
医科	+0.49% ①	
歯科	+0.56%	
調剤	+0.61%	
調剤	+0.17%	
(2) 薬価等		
①薬価	-1.22% ②	-1,200億円程度
②材料価格	-0.11% ③	-100億円程度
(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項		
上記のほか、次の適正化措置を講ずる。		
①医薬品価格の適正化		-500億円程度
・新規収載された後発医薬品の価格引下げ		
・長期収載品特例的引下げ(Z2)の置換率基準の見直し		
・通常の市場拡大再算定	-0.19% ④	
・販売額が大きい医薬品等に対応する特例的再算定	-0.28% ⑤	
②大型門前薬局等の評価の適正化		-40億円程度
③経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化		-40億円程度
④その他(湿布薬の1処方当たりの枚数制限等)		-30億円程度
<b>上記の診療報酬改定にともなう国費の負担 I</b>		-1,410億円程度
<b>診療報酬改定以外の社会保障関係費の見直し II</b>		
①所得の高い国保組合における国庫補助の適正化		-20億円程度
②協会けんぽの超過準備金分の国庫補助特例減額		-200億円程度
<b>I + II(概算要求における前年度比6,700億円増の圧縮分)</b>		-1,700億円程度



## 医療内包型と医療外付型の事務局骨格案を基本的に了承

### 療養病床の在り方等に関する検討会 年明けにとりまとめ。議論を医療部会・介護保険等に引き継ぎ、来春法改正

12月25日に開かれた「療養病床の在り方等に関する検討会」に事務局(厚労省保険局医療介護連携政策課)は、療養病床の転換先となる「新たな施設類型」のモデル案を提示、検討会は方向性としてこれを了承した上で、モデル案のさらなる整理を求めた。

事務局は、次回1月15日の会合にモデル案の修正版とその考え方をまとめた「議論の整理」案を提示し、とりまとめたとしている。その後、施行に向けた具体的な議論は社保審の医療部会や介護保険部会等に委ねる。

事務局はモデル案の概要を表組みで示した(別掲)。構成員の質問に、事務局は、案1・2とも「既存施設を集約化した残りのスペース」を新類型にあててを想定しているが、「新設も排除

しない」と説明。「(療養病床以外からの)新規参入の可能性」については「社保審での議論次第」とした。

事務局は「療養機能に着目すると案1と2からなる、案1は、さらに利用者像と医療・介護機能の違いで分かれる」と説明したが、構成員からは「介護療養型老健施設とどう違うのか」といった疑問が投げかけられた。

また、3つの案がマトリクス(表組み)の上で交錯しているのが「分かりにくい」上、「オンコールを3つに分ける意味が不明」などの意見が相次いだ。

土屋構成員(全日病常任理事)は「現行制度の継続がベストだが、それが難しければ、この案はベターといえよう」としつつも、「そのためには分かりやすい枠組みにすべきだ」と注文した。

事務局は、モデル案を次回とりまとめまでに精査・整理する必要を認め、「あるいは3つの案を2つに分けて分かりやすくする」可能性を示唆した。

議論において、鈴木構成員(日医常任理事)は、「既存施設の転換がうまくいく前提は6.4㎡を認めることである。(事務局も必要を認める)経過措置は基本的に建て替えまでとすべきである」と再三主張し、「住まい」の発想が先走らないよう求めた。また、利用者の多数を占める低所得者の対策が必須とした。

この案が実現するためには、例えば、医療法における医療機関との併設に関する規制や当直の定義等を見直さな

ればならない。

一方、新類型における医療・介護サービスと医療保険・介護保険との関係をどうするのか、開設者をどう規定するかなどを明らかにしつつ、最終的に、利用者負担のあり方へと議論を進めていかなければならない。

こうした今後の方向性について、事務局は、1月後半に医療部会で医療法改正について議論を開始。同時に、介護保険部会でも介護療養型医療施設廃止をめぐる議論を行なう中で、制度的対応の論点・課題を明確にした上で、必要に応じて医療保険部会、さらには中医協を巻き込んだ議論を重ねることを展望。

17年の通常国会で必要な法改正を行なうために、16年末までに、制度改正の細部を固めていく方針だ。

## 2016年度診療報酬の改定

### 中医協総会 支払・診療各側が総括的意見を表明

12月25日の中医協総会に医療課は16年度診療報酬の改定率を報告した。

診療側中川委員(日医副会長)は、16年度の社会保障関係費を5,000億円増に抑えるために診療報酬等が抑制されたのは「極めて残念」と遺憾の意を表明。「2改定連続で薬価引き下げ分が本体診療報酬に充当されなかった」ことにも不満を表わし、「既成事実化されないようにしてほしい」と、厚労省に求めた。

この日は、支払・診療各側が16年度改定に対する総括的な意見を示した。

その中で、支払側は、①退院支援の評価に平均在院日数等の実績要件を組み込む、②在宅復帰機能強化加算から1ヵ月未満除外ルールを外す場合は軽症患者の院内転棟を防止する要件を組み込む、③疾患別リハの初期加算・早期加算は慢性疾患を対象から外すこと、などを新たに要望。

看護職員の月平均夜勤時間にかかわる計算対象の拡大および超過減算の期間延長と新たな超過減算の設定には、あらためて反対を表明した。

□慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル(厚労省資料から抜粋)

	案1 医療内包型		案2 医療外付型	
	案1-1	案1-2	案2	
サービスの特長	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場所で提供されるサービス	
利用者像	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	
医療機能	医療の必要性は高く、容体が急変するリスクがある者		医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者	
介護機能	医療の必要性は高く、容体が急変するリスクがある者		医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者	
医療機能	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
介護機能	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
介護機能	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		