



# 全日病 NEWS

2017  
1.1/15合併号  
No.886

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

## 賀正



2016年1月 ホテルニューオータニで賀詞交歓会開く



2016年5月 西澤会長が熊本県を視察 熊本県支部は震災を乗り越えて熊本学会の開催を決定



2016年9月 医療計画の見直し検討会の議論が本格化



2016年2月 中医協が診療報酬改定を答申



2016年6月 日本医師会と四病院団体協議会が専門医制度について要望を提出



2016年10月 第58回全日本病院学会 in 熊本を開催



2016年3月 診療報酬改定説明会を開く



2016年7月 病院のあり方報告書2015-2016年版を発行



2016年11月 オブジーボの薬価を半額に引下げ



2016年4月 熊本地震が発生 全日病は災害対策本部を立ち上げ、AMATを派遣



2016年8月 夏期研修会を富山市で開催



2016年12月 療養病床の在り方に関する特別部会が「議論の整理」をまとめ、新タイプの創設を了承

## 年頭の挨拶

平成29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、4月の熊本地震をはじめ、10月の鳥取県中部地震など各地で震度5以上の地震が頻発し、8月～9月の台風被害なども含め、あらためて自然災害の脅威を感じた一年でありました。新年を迎えて、あらためて被災者の皆様方に思いを馳せ、一日も早い被災地の復興を願うところでございます。当協会としても引き続き支援を行うとともに、AMAT等の整備を進めて災害時医療支援活動を強化していきたいと考えております。

さて、医療制度改革については、地域医療構想に基づく平成30年度からの第7次医療計画の策定、医師をはじめとした医療従事者の需給に関する検討、平成29年度末で廃止予定の介護療養病床の在り方、など様々な制度改革に関して各審議会において急ピッチで議論が進められております。それぞれタイムリミットが迫っている中ではありますが、結論ありきの議論にならないよう、医療現場の声に真摯に耳を傾け、より良い医療提供体制を構築できるように役員一丸となって対応してまいります。

更に、平成30年4月には診療報酬・介護報酬のダブル改定を控えております。国家予算における社会保障費の削減が求められ続けている中で、中医協をはじめとして、各審議会においては、我々医療提供側にとって厳しい提案や要求がつけつけられるかも知れません。我々としては、患者、国民、更には医療従事者の安心・安全を第一に考え、地域医療を守っていく観点から必

公益社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



要な対応を行わなければならないと考えております。

また、当協会では5年ぶりに「病院のあり方に関する報告書2015-2016年版」を昨年7月に公表しました。平成10年に「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」を公表して以来、今回で7度目の報告となります。同報告書には医療機関の今後の方向性を考えていくにあたって参考となる内容が多数記載されております。会員の皆様方におかれましては、是非ご一読いただきたいと存じます。

当協会の会員数は2,490を数え、全国の病院数が減少している中、ここ数年着実に前進しております。これは当協会が実施している各種研修事業や委員会活動等が評価された結果ではないかと自負しているところでございます。各支部におきましても更なる会員増強をお願い申し上げますとともに、引き続き、中央の情勢等についてタイムリーな情報提供を行ってまいりたいと考えております。

本年9月に開催予定の第59回全日本病院学会 in 石川のテーマでもある「大改革前夜に挑め」のとおり、まさに今年は大改革に向けた勝負の年になると考えております。日本医師会や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諸問題に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。

# 2017年 年頭所感

厚生労働大臣 塩崎恭久

平成二十九年の新春を迎え、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二年四ヶ月が経過しました。その間、国民の皆様の安全・安心の確保に万全を期すべく努力してまいりました。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。

本年は、地域医療構想の実現に向けた取り組みを具体的に始める年です。構想の策定過程で抽出した課題に立ち戻り、地域の医療提供体制をどうしていくのか、地域医療構想調整会議において、関係者間で協議を行うことが期待されます。厚生労働省としても、地域医療介護総合確保基金により支援していきます。

また、本年は、都道府県において、平成三十年度から始まる医療計画を策定する年です。今回の医療計画では、地域医療構想を取り込み、医療提供体制のビジョンを示すものとなります。さらに、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方のビジョンを策定し、医師・看護職員等の需給推計や、医師の偏在対策、看護職員の養成・確保等について、検討を進めていきます。

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、熊本の大地震をはじめ、各地で土砂災害や洪水等の災害が相次ぎました。日本医師会としても引き続き、災害対策基本法上の指定公共機関としての責務を果たしていく所存です。

本年3月までに各地域で地域医療構想が策定されます。地域の特性に合う構想を策定するためには、医師会と行政が強固な信頼関係を構築し、各地域に求められる医療の姿を共有しなければなりません。

今年はトランプ米国大統領が誕生し、わが国でも社会保障を巡り活発な議論がなされることが予想されます。政府は第4次産業革命としてICT活用による超スマート社会の実現を打ち出しています。かかる状況において必要なのは、人を大事にする政策です。厚生労働省には、医療現場と交流して現場の声を反映した政策立案をし、適正な社会保障財源を獲得していただきたいと思います。

昨今では、過重労働による悲劇が散見されます。医師が過重労働状態で医療を行うことは患者さんのためになりません。より働きやすい環境整備に努めることはもちろん、医師も働き方に対する意識を変えていく必要があります。

私は昨年10月に、世界医師会の次期会長に選ばれました。「地域から国へ」、そして「日本から世界へ」を目指し、日医執行部はこれからも一丸となって対応して参る所存です。



# 2017年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 猪口雄二

明けましておめでとうございます。

昨今、医療の状況は極めて厳しいものとなっています。平成30年4月に向けて、診療報酬・介護報酬同時改定、医療計画の見直し、医療法改正、療養病床廃止問題等が、多方面で結論形成されていきます。本年協議され結論が出る、さらに法改正がなされるものには枚挙の暇がありません。まさに将来の医療界のあり方を決定する一年でしょう。

全日病会員は、一団結してこの難問、難題を乗り越えましょう。



副会長 安藤高朗

新年明けましておめでとうございます。

昨年は診療報酬改定に始まり、地域医療構想策定や療養病床の議論など、非常に多岐にわたる変化の年でありました。そしてこの変化の流れは、2018年の診療報酬・介護報酬同時改定、さらには2025年まで続いていきます。

今年も百年、商売繁盛の年です。急性期、回復期、慢性期そして在宅、介護福祉まで、医療機関を取り巻く環境が目まぐるしく変化中、全日本病院協会は西澤寛俊会長のもと、「頼れる全日病」「提言する全日病」「戦う全日病」として会員病院の皆様方の経営が良くなり、医療の質も向上していけるよう様々な取り組みを行う所存です。

厳しい環境は同時に大改革のチャンスでもあります。全日病の力を結集して、総力戦で乗り切っていきましょう！



副会長 神野正博

2018年の診療報酬・介護保険報酬ダブル改定、地域医療構想を含む医療計画・介護保険事業計画改定、療養病床の見直しなど、大変革前夜の年である。加えて、英国のEU離脱、米国トランプ政権誕生など、「世の正しさ political



correctness」ではなく、自己中心の価値観も跋扈する。大変革前夜に我々こそ当事者意識を持ちながらも、利己に走ることなく国民の厚生のための医療や介護のあるべき姿を議論できる年にしたいものだ。

副会長 織田正道

明けましておめでとうございます。

昨年は、厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」の構成員となり、民間の中小病院の立場から意見を言わせていただきました。今後、各都道府県で調整会議、さらに各構想区域ではその分科会が進んでいきます。各病院はそこでの議論や情報を必ず確認し、地域医療の中での自院の立ち位置を常に考え、生き残り戦略を練ることが重要となります。今、医療機関を取り巻く環境は激動の中にありますが、会員病院の皆様と共に、この時代を乗り切りたいと思います。



副会長 美原 盤

明けましておめでとうございます。

今、地域医療構想はもちろん、看護師特定行為、事故調、専門医制度、また来年に控えた診療・介護報酬同時改定など、病院運営には課題が山積しております。これらの制度設計に対し病院経営の視点に立って関わって行くこと、そして病院経営者が適切に対応できるように様々な活動を実践することが、全日病の果たすべき役割と認識しております。そのために、副会長として何をなすべきかを考え、努力する所存です。

どうぞよろしくお願いたします。



# 薬価調査を毎年実施、かい離率の高い品目に限って改定

4大臣会合

薬価制度抜本改革の基本方針で合意

菅義偉官房長官と麻生太郎財務大臣、塩崎恭久厚生労働大臣、石原伸晃経済財政担当大臣の4大臣は12月20日、薬価制度抜本改革の基本方針で合意した。保険収載後に効能追加などで一定規模以上市場が拡大した医薬品の薬価を年4回見直す。全品を対象とした薬価調

査を毎年実施し、市場実勢価格とのかい離が大きい医薬品の薬価を毎年改定する。具体的な内容は中協で議論し、来年中に結論を得る。

塩崎厚労相は20日の閣議後会見で基本方針を説明。「高額な薬剤が登場するなどの問題で、現在の薬価制度が柔

軟に対応できていない。国民皆保険制度の維持とイノベーションの推進の両立を図る必要がある」と述べた。

経済財政諮問会議の民間議員は、全品を対象とした毎年改定を主張していたが、一定規模以上市場が拡大した医薬品やかい離幅が大きい医薬品に限る

ことになった。2年に1回の薬価調査に加え、その間の年に大手事業者等を対象とした全品の薬価調査を実施することとした。厚労省によると、「四大卸」で全体の売上げの約75%を占めるという。

イノベーションの推進の観点では、値引き率の小さい医薬品の薬価を維持する「新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度」を抜本的に見直す。また、費用対効果の高い医薬品の薬価の引上げなどを検討するとしている。

# 2017年度税制改正大綱を決定

政府・与党

政府・与党は12月8日、2017年度税制改正大綱を決定した。持分あり医療法人が持分なし医療法人への移行を進めている場合の相続税・贈与税の納税猶予免除制度を3年間延長するほか、別の贈与税の免除制度を設ける。控除対象外消費税に関しては、2016年度税

制改正大綱に明記されていた「税制上の措置」の文言がなくなった。

2017年度税制改正大綱では、消費税の10%への引上げが2年半延期されたことから、当初予定されていた控除対象外消費税の問題に対する結論は先送りとなった。ただ、これまであった「税

制上の措置」の文言が消えた。結論を出す年限も入らなかった。

医療費控除とセルフメディケーション税制における確定申告では、医療費等の領収書の提示を明細書の提示に変更する。領収書は5年間の保存を求める。ただし、医療保険者が公布する医

療費通知書を明細書とする場合は、保存が不要。2017年分以後の確定申告書を2018年1月1日以後に提出する場合に適用する。経過措置も設ける。

厚労省が概算要求時に要望した◇地域医療構想に沿った病床の機能分化・連携などに資する固定資産の特例措置◇たばこ税の引上げ―は引き続きの検討事項とされた。「かかりつけ医等の診療体制をとる診療所の不動産の特例措置」などは見送られた。

# 2017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

医療費の財源は公費、本人負担、事業者、その他となっているが、なかでも自然増が多様不可解である。負担の増加は、医療アクセスを阻害する要因であり、特に老人にしわ寄せが大きい。自然増をどのようにとらえ、解析するかが今後の課題である。

### 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

医療事故調査等支援担当委員会委員長 飯田修平  
謹賀新年

社会・医療情勢が混沌・不確実な今こそ、原理・原則・現実・現場・現物の重視(5ゲン主義)が必要です。

TQMの医療への展開として、安全管理、事故調査、質評価、データ管理、業務フロー図・特性要因図作成等研修会等を企画します。ご支援をお願いします。

### 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。

医療従事者委員会では皆様のご支援のもとに事務長研修と看護管理者研修を中心に経営的マインドを有する管理者を育成する事業を行ってきました。本年も会員の皆様のお役に立てるような企画を進めることができると考えております。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。

社会保障費の圧縮など今年も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。

昨年は熊本地震の発生を受け、直ちに災害対策本部を設置しAMATが出動、支援活動を開始しました。今後は、災害時の病院管理者役割研修等の教育研修の更なる充実を図り、司令塔となる病院のより実効性の高い支援体制の構築に努めていく所存です。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

学術委員長の川島でございます。皆様明けましておめでとうございます。今年の夏季研修会は7月に広島市で開催されます。また全日本病院協会学会は9月に金沢市で開催されます。多数の方のご参加をお願い申し上げます。

### 常任理事 高齢者医療介護委員会 木下 毅

明けましておめでとうございます。地域医療構想の調整会議が始まっています。在宅医療を推進する事を前提にしていますが、少子高齢社会や過疎化が進む中本当に在宅医療が進むか心配しています。慢性期病床の在り方を見直してみたいと思っています。

### 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では現在の評価項目や解説集の更なる改訂作業を行っており、当委員会も協力しております。特に中小病院の機能を適正に評価できるように、受審し易くなるような努力をしております。

### 常任理事 広報委員会委員長 高橋 肇

広報委員会の主な役割は全日病ニュースの発行と全日病ホームページの管理です。前者は昨年4月に大幅な刷新をしたところですが、今後も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います。本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

### 常任理事 土屋繁之

新年おめでとうございます。

今年3月までに地域医療構想も全国的に取りまとめが終わります。そして病院入院・施設入所から一気在宅療養が促進されることになりそうです。私ども中小病院が地域医療を守るため力を注いできたものが壊されるような印象があります。政治がこの方針が失敗であることに気付いたとき、私どもはどれほど余力を残しているのでしょうか。今こそ全日病をあげて頑張りましょう！今年も尚一層のご指導のほどなにとぞ宜しくお願い申し上げます。

### 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。

近年、国の方針に追従せざるを得ない状況が続いております。全日病として、次の大きなテーマを考える時期に来ているように思います。他の委員会とも意識を共有して活動する所存です。今年も宜しくお願い申し上げます。

### 常任理事 永井庸次

明けましておめでとうございます。

地域医療構想・地域包括ケアシステムと医療事故調査制度や新医師専門医制度の構築等、医療経営にとり厳しい年になると思います。このような年こそ、質重視の医療経営が重要と思います。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。

病院機能再編に向けた動きもさらに活発になり、新たな経営スタイルを模索しているところであると思います。本年は、マネジメント力を高める人材育成を強く推進する年にしたいと思います。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

今年の診療報酬の天気予報は、秋から年金、国債等、負の嵐が来そうだ。イソップ物語のように、マントをはがされないよう頑張るつもりだが、自らぬぎたい気持ちにさせてくれる太陽のような政策があれば…叶えられそうもない初夢にはっと気がつく。今年も宜しくお願い致します。

### 常任理事 平山登志夫

我国には世界に誇れる医療・社会保険制度がある。社会保障には施設と言うハードな面とソフトな面としての制度の成立ちを利用する人達とその周辺の人達に其々の役割と責任を理解し納得させる努力が必要である。又、ボランティア育成も急務である。

### 常任理事 鉦之原大助

明けましておめでとうございます。

今年は、地域医療構想策定に向けた調整会議が本格化します。医療従事者の高齢化問題が地方で起こる中、患者を支える医療と介護の連携等の体制整備を図り、全国の病院が地域に根差した医療提供を続けられるよう尽力致します。

### 常任理事 プライマリ・ケア検討委員会委員長 丸山 泉

私たちにとって大転換の年です。地域に密着して支えている実績のみが生き残りの力になると信じています。地球を南半球から見ると、住民視点で自院を見つめるとおのずと選択肢が見つかりますが、その道は険しい。力を結集しなくては医療を守ることできません。

### 常任理事 山田一隆

心新たに2017年の佳き元旦をお迎えのことと思います。

本年は地域医療構想策定による病床の機能分化・連携を進め、地域における医療提供体制を確立する重要な時期となります。昨年の「第58回全日本病院学会 in 熊本」で深く討議された事項に基づき、地域医療へ貢献して参りましょう。また、震災からの復興の熊本として頑張る参ります。

### 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。

昨年国際交流委員会では、恒例のハワイ研修に例年通り130名を超えるご参加を戴き、概ねご好評を戴きました。今年度も同様企画にて催行の予定で、多数のご参加をお待ち致しております。

一昨年よりワーキンググループにて訪越・検討を重ねて参りました、技能実習制度を介した海外からの(今回はベトナムの看護師を対象)介護職員の受入れは、法案通過により監理団体としての協会内の事業体制の変更も含め、具体的な諸準備を進めていく事になります。

## 医療機関の管理者権限の明記で反対意見

### 厚労省・医療部会

### 議論の進め方が乱暴

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は12月8日、大学附属病院等のガバナンス改革などをめぐり議論した。厚生労働省が大学附属病院等に限らず、すべての医療機関を対象に、「管理者が医療機関の管理運営権限を有する」と医療法に明記することを提案。これに対し多くの委員から、「特定機能病院に限るべきだ」「議論の進め方が乱暴」との意見が相次いだ。また、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」に対しても、厳しい指摘が多く出た。

大学附属病院等のガバナンス改革は、東京女子医科大学や群馬大学で起きた重大な医療事故を踏まえ、高度な医療

安全管理体制の確保を目的とする。今回、厚労省は「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」の報告書を受け、医療法の改正事項を示した。具体的には、①特定機能病院は高度な医療安全管理体制の確保が必要②管理者が医療機関の管理運営権限を有する③特定機能病院の開設者は管理者による医療安全管理等の体制確保に責任を有する一の3点を明記することを提案した。

このうち②は特別機能病院だけでなく、すべての医療機関を対象とする規定として示した。患者代表の委員が指摘して初めて気がついた委員も多く、明確な説明がなかったことに、厚労省への不信感を表明する意見が出た。西

澤会長は、「前回の検体検査のときと同じで、議論の進め方が乱暴」と述べ、大学附属病院等のガバナンス改革とは別の議題で、論点を提出すべきとした。また、病院運営の権限をめぐり、混乱が生じることを懸念する意見も出た。

厚労省は「特定機能病院に限った規定にすると、法制上の問題が生じるおそれがあり、すべての医療機関を対象にした」と説明。法制上の取扱いを精査した上で、改めて提案するとした。

また、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の開催状況の報告があり、委員から厳しい指摘があった。当初、「医療従事者の需給に関する検討会・医師



需給分科会」が年内に「強力な医師偏在対策」をまとめる予定だった。しかし、働き方ビジョン検討会の発足で医師需給分科会は開かれず、結論は来年に持ち越された。また、医師需給をめぐる議論の進め方や役割分担が不明確になっている。医療部会と医師需給検討会を兼任する委員からは、「納得していない」との声があがった。

社保審・療養病床の在り方等に関する特別部会の「議論の整理」については、特に異論はなく、了承された。

# 神田医政局長「在宅医療の整備では療養病床が転換した後施設も現実的選択肢」

## 西澤会長「地域医療構想の調整会議はすべての病院が集まる場に」

西澤 新年明けましておめでとうございます。

2025年に向けて医療制度の改革が進められていますが、2018年には、医療計画や介護保険事業計画、医療介護報酬の同時改定が予定され、今年はこれらの改革の具体的内容が決まる非常に重要な年です。

まず、神田局長に地域医療構想についてお聞きします。今年度中にすべての都道府県が地域医療構想を策定しますが、策定状況にばらつきがあると感じます。

神田 地域医療構想は30都道府県が策定済ですが、その内容をみると、個別の病院名も含め、再編の姿を具体的に書き込んでいるものと、そうでないものとの違いがあります。ただ地域医療構想はあくまでも設計図なので、今後の話し合いが重要です。

織田 我々としては、会員が構想区域の議論に参加し、その地域にあった医療を目指して構想を策定してもらいたいと考えています。国や都道府県と協力しながら、よいものにしていきたいと思えます。

### ●在宅医療の整備をどう進めるか



神野正博 副会長

神野 東京や大阪など大都市以外は、今後人口が減っていきま。そうすると、病床数が減って、地域医療構想が想定する姿に自然に近づいていくと思っています。問題は、在宅医療等に大きな需要があることです。そこをどのように充実させるかが肝になるでしょう。

神田 病床の機能分化を進める観点から、在宅医療等といわれる部分の整備をどう進めるかが重要です。地方の都道府県からは、広い面積に医療機関が点在しているところでは在宅医療は難しいと聞いています。それぞれの地域にあった在宅医療を構築する必要があります。

人口減少で新しい資源を作ることが難しい地域では、療養病床を転換した後施設を使うことも現実的な選択肢になります。集住の形態をとれば、そこに在宅医療を提供することができるでしょう。介護施設や療養病床の後施設、在宅医療を含めて、地域にあった形を考えていただきたいと思えます。

安藤 地域医療構想では、療養病床の入院患者のうち、医療区分1の7割が在宅等に移行することを見込んで、将来推計を行っています。その場合、東京は高齢者人口が大きく増加するので、在宅等に対応するにはものすごい数の医師と訪問看護師を確保しなければなりません。介護療養型医療施設や25対1医療療養病床に持続的に活動してもらわないと困ってしまいます。現実的な路線に落とし込む必要があるのではないのでしょうか。

神田 医療区分1の7割が在宅等に移行するのは困難な地域があるのは確かです。療養病床の後施設は、入所者の状態にあわせて、いくつかの選択肢を用意しようとしていますので、後施設への転換を含めて考えていただきたい。

西澤 今回の見直しでは、介護療養病床の機能は維持されます。内容は今のままでも在宅等に換算されることになる。ただ地域によって事情は異なるので、具体化するにあたって、きめ細かな対応が必要になります。

### ●地域医療構想は数字ありきではない

猪口 地域医療構想の推計では、2025年に必要であろう病床数を二次医療圏に落とし込んでいますが、それを目標にして調整会議をやるとうところが多いのです。そうではなくて、二次医療圏ごとにどういう機能を持った病院があることが望ましいかを話し合い、それに向かってどうするかを話すのが調整会議であって、数字ありきの話ではないと思えます。



猪口雄二 副会長

神田 地域医療構想は病床削減計画ではないということです。大切なのは地域でいかに効率的な提供体制を築いて行くかです。データに基づいてどういう課題があるかを分析し、その課題をどう解決していくかを議論する必要があります。

西澤 地域医療構想は、入院医療の機能分化であり、すべての病院に関係があります。地域医療構想調整会議に代表者だけが集まるのではなく、すべての病院が集まる場にしなければいけない。構想区域が大きくて、100以上の病院が一気に集まるのが無理だとすれば、もっと小さく分けて、各病院が必ず1回か2回は集まって情報交換する場が必要です。この点は全日病でも検討していきたいと思っています。

美原 調整会議のあり方も地域によって大きく違うと感じています。熱心に議論している地域と、必ずしもそうではない地域がある。国がもう少し関与することも必要ではないでしょうか。

神田 できるだけ多くの関係者が調整会議に参加してもらおうとすると、それだけメンバーが多くなります。大きな会議体で抽象的に議論してもなかなか難しい。腹を割って話すとなると、少人数でないと議論がしにくいので、小さなグループに分けることも必要だと思えます。

織田 調整会議のメンバーは、医療提供者ではないメンバーが増えています。その中で、回復期が足りないからあの病院に移行してもらおう、といった議論ができるわけがありません。それは当事者間で行うべきです。調整会議のもとに部会でもつくるなどしないとうまくいかないでしょう。様々なステーク

ホルダーが集まるのは当然ですが、そこは調整が必要です。

### ●地域医療構想と医療計画の関係は？



西澤寛俊 会長

西澤 地域医療構想は医療計画の一部ですが、そここのところが会員にはピンとこないようです。医療計画見直しの議論が進んで

いますが、地域医療構想との関係を説明していただけませんか。

神田 地域医療構想は2025年の病床機能ごとの必要量を示し、その達成に向けた施策をとりまとめるものです。一方、医療計画の基準病床数は、病床の医療資源の偏在是正を目的とし、病床規制とリンクしています。基準病床が増床や開設許可とダイレクトにリンクしているのに対し、地域医療構想は地域における協議で、収れんしていく姿を示しているのが、政策達成の手段が違うものが、同じ計画の中にあるのは確かです。医療計画の検討会で、両者の関係を整理していただきました。

また、医療と介護の関係では、介護保険事業計画と医療計画が2018年度から同時にスタートするという今までにない特徴があります。医療介護総合確保促進会議で両者の整合性を図るための方針をまとめており、病床の機能分化を進めると同時に、医療、介護、在宅医療の整合性が重要になります。療養病床を減らしても、介護、在宅医療の整備が進まなければうまくいきません。都道府県と市町村が協議をして、医療計画と介護保険事業計画の整合的な目標を設定する必要があります。

特に、在宅医療については、整備指針はありましたが、きちんとした議論を踏まえて策定された医療計画はこれまでありませんでした。今回は同時期に策定するので、市町村でも在宅サービスと介護サービスの目標を設定し、市町村だけで提供できなければ、都道府県と協議する必要があると考えています。協議会を設けて、連携を深めていきたいと思えます。

織田 地域医療構想による病床の必要量と医療計画の基準病床数は次元が違いますが、これがなかなか理解されず、数字が2つあるので混乱が起きています。一本化するか、あるいはもう少し整合性がとれるものにしていく必要があります。

神田 地域医療構想の病床の必要量と医療計画の基準病床数は、役割が異なります。都市部で既存の病床数が基準



織田正道 副会長

病床数を上回っていて、将来的に病床を増やさなければならないという場合には矛盾が生じるので、整合性を図ることを議論



出席者(文中敬称略)

厚生労働省医政局  
神田裕二

全日本病院会 会長  
西澤寛俊

副会長  
安藤高朗、猪口雄二、神野正博、  
織田正道、美原 盤

※座談会は11月16日に行われました。

しましたが、制度的な位置づけについては、もう少し本質的な議論が必要と思えます。

### ●医療介護の連携を進めるには

神野 医療計画は地域医療構想だけでなく、5疾病・5事業があり、医師・看護師等の需給の話があります。今の状況で都道府県は手一杯なのに、その上、さらに介護との連携をするととなると、国がきちんと指針を示さないと大変です。

神田 医療計画の新しい指針は、今年度中に示す予定です。都道府県と市町村がどう協議するかもできるだけ具体的に書けないかと検討しています。都道府県が計画策定で大変だというのはその通りだと思うので、研修を実施するなど都道府県の職員にスキルを身につけてもらい、あわせて考え方を丁寧に説明する必要があります。

美原 市町村がいまひとつ積極的でないという現状があります。医療については、現場に任せたいという気持ちがあるのではないのでしょうか。

神田 市町村には医療を直接担当する部署がなく、これまで基本的に医療は都道府県が担っていました。ただ地域包括ケアの中には医療もあるので、介護保険事業計画では訪問看護や居宅療養管理指導、即ち訪問歯科衛生指導、訪問栄養指導等の見積もりを立てています。また、市町村で医療計画をつくる場所も出てきています。

猪口 市町村に医療を担当する部署が必要です。地域包括ケアシステムの単位は中学校区では小さすぎて、そこで医療、介護の連携をすれば、国が指針を含めてきめ細かな対応をとる必要があると思えます。

# 西澤会長「医療事故調査制度は医療提供側が自律的・自主的に取り組むべきもの」

## 神田医政局長「医師偏在対策の必要性ではコンセンサスができた」



神田裕二 局長

神田 部署をつくるかはともかく、いまの市町村には医療の直接的な権限、業務がありません。生活圏域で、地域包括ケアシステムをつくっていくとすると、まず、訪問看護ステーションや訪問診療をしてくれる在宅療養支援診療所・病院が必要となります。ただ小さな町や村で、必要な医療を整備するのは難しい。そこは、保健所を活用しながら、都道府県がリーダーシップをとっていかないと難しいと思います。

西澤 我々の会員病院は医療だけでなく介護も担っています。訪問看護ステーションやデイケアにも取り組んでいますし、地域包括支援センターの委託を受けています。地域に密着した民間病院が医療・介護の総合的なノウハウを持っていますので、ぜひ地域の民間病院を活用していただければと思っています。

### ●医師の需給と偏在対策

西澤 医師の偏在対策について、現在の検討状況を教えてください。

神田 医療従事者の需給に関する検討会で昨年6月に中間取りまとめをして、その中で施策のメニューを示していますので、それについて検討することになっています。大臣の意向を踏まえ、偏在対策についてはもう少し根本的な議論を踏まえて検討するというので、「新しい医療のあり方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が設けられて、議論をしています。

中間まとめの際に医師の需給推計を示していますが、これは現在の配置を前提にして、将来急性期が減って回復期が増えたらどうなるか、あるいは、急性期の医師が今は週57時間働いているのを診療所や慢性期の病院と同じく週46時間に労働時間が減ったらどうなるかは織り込んでいますが、医療のあり方が変わったらどうなるかということまで織り込んではいません。そこで、AIやICTの普及、あるいは多死社会が到来する中で、新しい医療のあり方とそれを踏まえた医師、看護師の働き方や養成・確保のあり方についてビジョン検討会で議論しています。その議論を踏まえながら、具体的な医師偏在対策について、医師需給分科会、最終的に医療部会で議論していただくことになると思います。

神野 検討の時間軸が気になります。ビジョン検討会の結論はいつ頃になるのですか。

神田 そもそもこの話は、医学部定員の扱いに端を発していて、2008年～2009年に暫定的に医学部の定員増(313人)をしました。それが2017年度に切れてしまいます。また、2010年度以降の臨時定員増の2020年度以降の扱いを決めなければいけません。検討会では、将来的には需給が均衡して過剰になるので減らしていくべきだという意見と、医師はまだまだ足りないので増やすべきだという意見の両方がありました。

医学部定員を絞るべきだという方々は医師不足の本質は偏在であると言っているし、一方で、医師を増やしていく立場に立ったとしても偏在対策を講じないまま増やしていくのは適当ではないということで、どちらの立場をとったとしても偏在対策をきちんとやった上での議論だという点についてはコンセンサスができたと思います。目先の検討が早い、遅いということはあったとしても平成32年度以降の扱いについて意見を取れんしていくには偏在対策の議論は避けて通れないと思うので、その議論をしっかり行うことが大切と考えています。

神野 それを聞いて安心しました。偏在対策をしないなら医師を増やしてほしいと言わざるを得ません。

### ●看護師の特定行為研修の普及に向けて

西澤 看護師の特定行為研修制度が2015年10月にスタートして1年が経過しました。全日病は指導者講習会を実施して積極的に取り組んでいますが、なかなか進んでいないようです。

神田 10万人養成の目標を掲げていますが、現状では研修機関が28機関、年間の定員は400人強となっています。特定行為研修については、制度改正の際の議論でも、研修が受けられないからといって別の病院に看護師が行ってしまうことがないように、つまり現場を離れないと研修が受けられないことにならないように十分配慮してほしいという話がありました。その意味では、28という数字は少ないと思うし、各都道府県に最低1つは研修機関をつくる必要があります。



美原 盤 副会長

この制度は、医師が足りない中で、安全性を確保しながら、一定の行為について手順書に基づいて看護師が行うようにしようという仕組みです。在宅医療や訪問看護の現場でニーズが高いと言われていっているので、現場のニーズを

持っているところに積極的に取り組んでいただくことが大事です。全日病をはじめとする病院団体や在宅医療、訪問看護の方々とよく話し合い、できるだけ現場の負担を少なくして、特定行為を行う看護師を育てていきたいと思っています。

神野 全日病では、e-ラーニングや指導者講習に取り組んでいますが、新たに指定研修機関になるための研修(なるため研修)を実施し、情報を共有しながら、どうやったら指定研修機関になれるかを講習していこうと思います。

また、去年は、研修を終えた第1期生が出たので、これからその人たちがどういう仕事をしているかをアピールしていこうと思います。

神田 研修修了者の実態調査をすることになっていますので、その人たちがどのように活躍しているのかを取り上げて積極的に発信していきたいと思っています。

### ●医療事故調査制度への理解を広げる

西澤 医療事故調査制度が施行されて1年が経ち、昨夜6月には見直しが行われました。報告数が少ないなどの指摘がありますが現状をどうみていますか。

神田 1年が経って制度に基づく報告数は388となっています。当初は1,300～1,500といわれていたもので、それと比べると少ないことになりました。これは「医療事故情報収集等事業」に基づく予想で、医療事故の定義が違いますので、それと比較して多い、少ないを議論するのは適当ではありません。一方で、相談事業に寄せられる相談の6割は、事故に該当するかどうかの判断や手続きに関するものです。制度がはじまって1年の創成期なので、しっかり育てて定着させることが大事です。

昨年6月には、自民党の医療事故調査制度の見直し等に関するワーキングチームで、見直しの議論がありました。医師法21条との関係をどう考えるかという問題があり、論点整理ができていたから、それを優先的に議論してはどうかという話と、より本質的な業務上過失致死との関係も含めて医療行為と刑事責任の関係を議論すべきだという話がありました。いずれにしろ、そういう議論をするには時間が足りないということで、6月の段階では、当面、制度の運営面での改善事項について、とりまとめをしました。

制度が定着して国民の信頼を得ていくためには、報告されるべきものが報告されてしっかり調査されることが大事です。そのために院内で死亡事例を把握する体制をつくっていただく必要がある。また、医療事故に該当するかの判断や調査についても丁寧に行っているところとそうでないところがあるので、支援団体の協議会をつくって事故についての判断や院内調査、あるいは支援の仕方も含めて、意見交換や情報交換をしていくことになりました。

西澤 正直言って医療提供側も患者側も制度をよく理解していません。双方に周知徹底していく必要があります。昨年の見直しは、私たちがしっかりしていないが故に行われたということで、くやしい思いをしています。この制度は、私たち提供側が自律的・自主的に取り組むべきものであり、外からこうしろと言われてやるものではありません。そのことを会員に周知していこうと思います。

### ●災害医療のノウハウを蓄積

織田 2011年に東日本大震災があり、去年は熊本地震があり、大きな災害の都度、対応をとってきた結果、私たちもそれなりのノウハウを蓄積してきました。今後、どんな災害がおこるかかわからず、災害対策を充実していく必要があると考えています。

神田 昨年の熊本地震では、全日病からAMATを派遣していただき、ありがとうございました。東日本大震災の教訓から検討会を設置し、議論してきましたが、例えばDMATでは、ロジスティクスが大事だということで、熊本地震では、現地のDMAT派遣調整本部に災害医療センターから直接ロジスティクスチームが入って調整業務を担いましたし、DMATからJMAT、AMATへの引き継ぎについても以前に比べて改善されたと思っています。

一方で、今回の震災では、DMATの活動時期から通常の避難所の医療確保にニーズが移っていく時期に、きめ細かい地域のニーズを汲み上げる部分が十分ではなかったと指摘されています。どこの避難所にどんな人がいるかも含めてきちんと引き継いでいけるようにするために、もう少しきめ細かい単位で、被災地の医療ニーズをくみ上げる人材が必要だと考え、地域の災害医療コーディネータを2017年度予算で要望しています。



安藤高朗 副会長

今後、さらに規模の大きな震災も予想されますので、DMATのチーム数を増やすなどの取り組みをしていく必要があると思っています。

安藤 熊本地震では、全日病のAMATがフル活動し、物流についても熊本と福岡で会員病院が拠点となって、比較的早い段階でデリバリーができたと思っています。また、災害時には看護師が不足し、疲弊してしまいます。今回、AMATの活動によって、看護師を含めてコメディカルを支援することができたことはよかったと思っています。西澤 これまで災害医療というと、一部の病院が対応していましたが、今はすべての病院が参加しています。これからどんな災害がおこるかかわからないので、私たちも一体となって対応していきたいと思っています。

# 将来の医療需要を見込んで調整会議で地域の医療を話し合う 地域包括ケアシステムにおける病院の役割を明確に

西澤 新年明けましておめでとうございます。

昨年は消費税の引き上げの延期が決まり、社会保障費の財源が懸念される中で、年末には薬価制度の見直しが急浮上しました。また、医療保険・介護保険制度の改正では患者や利用者の負担増が予定されています。医療制度は課題山積ですが、今日は忌憚のないご意見をいただきたいと思ひます。

## 地域医療構想調整会議は機能するか

西澤 まず、地域医療構想についてです。2014年から4つの医療機能に基づく病床機能報告制度が始まり、今年度中にすべての都道府県で地域医療構想を策定することになっています。各医療圏で調整会議が開かれていますが、順調に進んでいるとはいえません。堺 地域医療構想では、日医と四病協の提案に基づいて4つの機能にグループ分けしたことはよかったです。問題は、協議の場が本当に動くのかということです。

地域における協議がたいへん重要になってくるのですが、その情報が入りにくいと感じています。医療現場がどうなっているか注意深くみる必要があります。

加納 地域医療構想は、4つの医療機能を点数で区分して各機能の患者数を計算し、必要な病床数を出していますが、あくまで将来の患者数の推計値であって、これをもとに回復期を増やすとか慢性期を増やすという議論するのは無理があります。

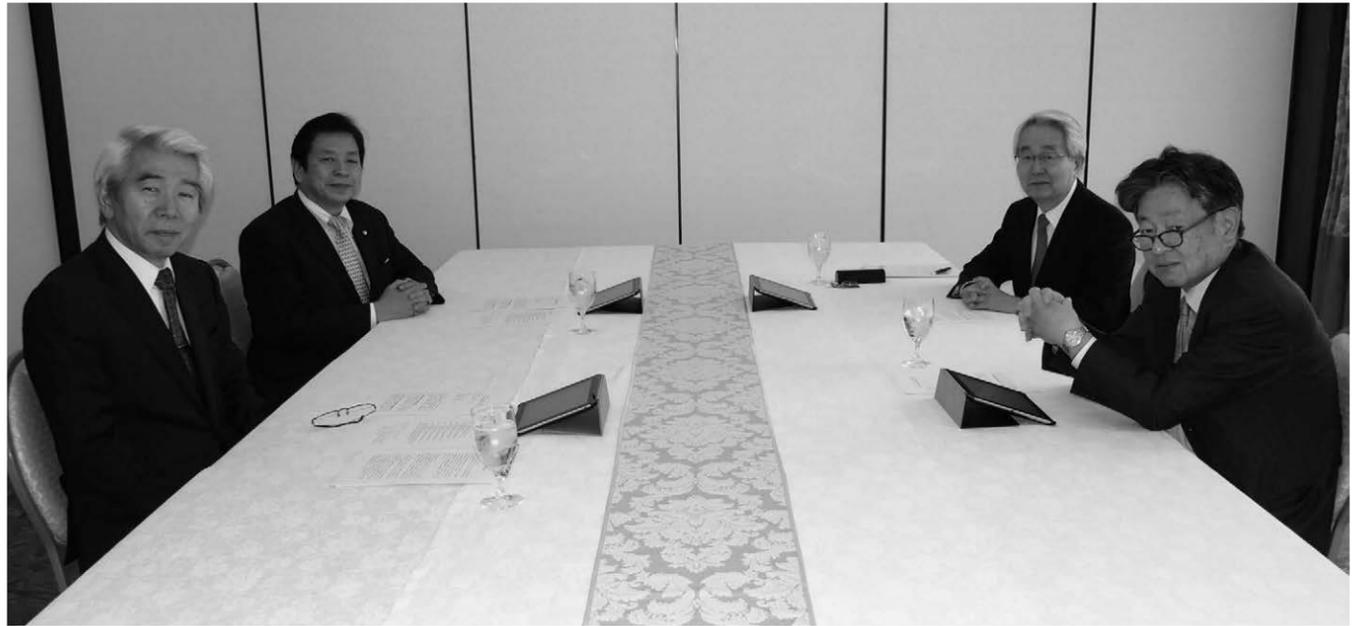
ただ将来の医療需要を見込んで病院を運営することは大事なことで、そのことを認識しながら調整会議で話し合っただけで決めていくことが大事だと思います。

西澤 おっしゃる通りです。2011年に急性期病床群の提案が厚労省からあり、これに反対して協議を重ねた結果、病床機能報告制度によって各病院が自主的に機能を報告し、それをもとに地域医療構想を策定することになりました。

ただし、調整会議の話し合いはそう簡単ではありません。まず我々の意識と都道府県の意識がかなり違います。地域医療構想は今までの医療計画のつくり方と違うはずなのに同じようにやっている気がします。堺会長が言われたように、中央にいると地方の情報は入りにくい面がある。四病協として地域の情報を収集し、協調して取り組んでいく必要があります。

2025年の必要病床数の推計値は、NDP及びDPCデータに基づいて、病床単位で投入した資源量(出来高点数)で医療機能を区分し、それを積み重ねたものです。一方、我々の病床機能報告は病棟単位で行っています。一つの病棟にはいろいろな病態の患者が混じっていますが、一つの機能で報告するので、その間に違いが出るのは当然です。

この辺がなかなか理解してもらえなかったと思います。それから2025年の姿であるのに、すぐそこに移行しなければならないような勘違いがあったと思います。きちんとした情報を出して



誤解がないようにしなければいけません。

## 欠席裁判は許されず 当事者の参加は不可欠

山崎 病院の機能を厳密に4つに分類する必要はないと思います。もともと日本の病院は、診療所から有床診療所になって病床を増やしてきた経緯がある。海外のように最初から大きな公立病院ができたわけではなく、地域密着型の病院が中心です。

また、100～300万人の人口がある地域であれば、機能を持った病院の棲み分けができますが、20～30万人の都市で地域医療構想をつくるのも難しいですね。一つの病院で急性期と慢性期のケアミックスをしている従来型の病院で何がいけないのでしょうか。

堺 地域医療構想を評価するとすれば、今まで中央で決めていたものを地域で考えると言い出したことです。しかし、



日精協 山崎会長

それができるかどうか。地域は、何をするかかわらず混乱しています。機能区分だけでなく、考え方を明確にする必要があります。

西澤 機能分化の考え方はいいのですが、それをあまり厳格にあてはめると現場が混乱します。そこで、大事なものは構想区域ごとの調整会議です。調整会議のメンバーをみると患者代表などいろいろな人が入っています。そもそもこの制度の基本は病床区分であり、病院の話ですが、病院関係者は10人のうち1人か2人です。そういう場で病院の機能分担を話すというのは不思議な感じがします。欠席裁判のようなことはできないわけで、当事者の参加は不可欠です。各病院の機能を調整するときには、地域の全ての病院が集まらなければ無理でしょう。

## 地域包括ケアシステムと病院の役割

山崎 高齢化が進む中で、高度急性期

の病院に80～90歳の高齢者を運んで治療をしています。そのことは否定しませんが、財源がないと言いながら、これでは財源がもつわけがありません。そういう話も含めて、全体を考えていかなければいけないのに病院の機能の話だけをしているだけです。

加納 確かに今、高齢者が三次救急の病院に運ばれている実態があります。そこはある程度、トリアージをする必要があるのではないのでしょうか。在宅のかかりつけ医がいれば、ターミナルは在宅で看取するという判断もできるでしょうが、そういう状況にありません。二次救急で、トリアージをして、必要があれば三次救急に運ぶというのが本来の姿だと思います。

西澤 直接、三次救急に行くのは問題がありますね。診療所や地域密着の病院であればかかりつけ医機能を持っていますので、そこでとりあえずトリアージを行い、必要と判断した場合に三次救急に送ることにすべきだと思います。

堺 地域包括ケアシステムは、介護から出てきたものなので病院の位置づけがはっきりしていません。トリアージの問題も含め、病院が連携をとりながら役割を果たすことが求められていると思います。

西澤 医療と介護を無理矢理分けようとしているように感じます。介護を必要とする人は、必ず医療も必要とします。医療法人が行っている介護サービスはかなりの量になりますし、医療と介護には壁がないのだということを明確にする必要があります。

## 持分なしの医療法人に公費投入を

堺 ケアミックスはいいと思うのですが、例えば、特定機能病院が地域包括ケア病棟をつくるという話があります。そうすると、すべての機能を持っていくことになる。

加納 それは公的病院のあり方にかかわりますね。公的病院の検証が行われていますが、役割も含めて明確にしておかないとそういう話が出てくる。

山崎 政策医療とはどういうものかをきちんと決めて、公的病院は政策医療に限定したらよい。政策医療以外のべ

出席者(文中敬称略)

写真右から(文中敬称略)

- 日本精神科病院協会会長 山崎 學
- 日本病院会会長 堺 常雄
- 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7日に行われました。

ッドは減らすという整理をして、政策医療でない部分を補完するのが民間病院であるという棲み分けをする必要があります。

堺 政策医療と言いますが、定義が難しい。感染症中心の時代には明確でしたが、今はあまりないのではないですか。

西澤 公立病院の役割は政策医療と不採算医療だというのが、具体的に何かというとはっきりしません。逆に公立病院がやっているものが政策医療だという冗談のような話もあります。政策医療の定義付けが難しいとすれば、公も民も関係なくて、本当に不採算の医療であれば公であろうと民であろうと、そこに補助金を入れるのが当たり前です。

地域によって公的病院しかないところは公が担わなければならないし、都会では機能分担が必要です。地域ごとに考える必要があります。

山崎 昔は公が担っていたことを今は民が十分にできるだけの技術を持つようになっています。公民をイコールフットリングにすべきだということです。したがって補助金も民につけなければいけないが、民については医療法人の持分ありなしの問題がある。持分ありの医療法人では、個人に公的資金をつ

けるのかという話になりますが、持分のない医療法人であれば補助金をつけるべきだし、増改築の費用もすべて公費で出すべきです。

西澤 大賛成です。

山崎 公費を入れるとすると、持分のない医療法人が最低条件になります。

堺 流れとしては、その方向ですね。



日病 堺会長

# 勤務医と開業医を分けて医師需給を議論すべき時期がきている 薬価の毎年改定をすれば薬剤費は高止まりに

加納 税金を堂々と払って持分ありでやるという人はそうしたらいいと思います。ただ、持分を放棄することによって補助金などで公と同じ条件にもらうのは私たちが望むところです。

## 医療法の人員配置基準は撤廃すべき

西澤 2018年度は、診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されています。昨年の改定では、7対1入院基本料の基準が大幅に見直しになりました。次期改定に何を望みますか。

山崎 昨年11月に「精神医療保健福祉を考える議員懇談会」で話題にしたのですが、医師の人員配置基準を医療法から撤廃してほしいと話しました。

医療法の人員配置基準は診療報酬と連動していますが、医師や看護師の数で診療報酬を決めているのは世界中で日本だけです。医療法は、戦後にGHQによってつくられましたが本国のアメリカでも人員配置基準はありません。病院長が自分の病院にはどれだけの医師や看護師等のスタッフが必要かを決めています。議員から、診療報酬は何に連動すればよいかと質問があったので、私は重症度だと答えました。

また、入院基本料が入院日数に応じて減額することもおかしい。重症で入院が長引いているのにどうして診療報酬が半分になってしまうのか。患者の重症度に応じて診療報酬を評価する抜本的な改革をしてほしいとお願いしました。人員配置基準の撤廃を含めて検討するという話でした。

堺 確かに海外で看護師配置7対1の話をして理解されません。看護が大事なのは否定しませんが、看護師の配置で入院基本料を決めるのはおかしいのです。

加納 昨年の診療報酬改定で、「重症度、医療・看護必要度」の基準が25%になりました。その影響が各地で出ています。重症度の基準に適合する患者の取り合いのようなことになって地域の医療を混乱させている。重症度の基準は、しっかり議論して決めないと危険であると昨年の改定をみて感じます。

画一的な人員配置で診療報酬を評価している国は世界にありません。人員配置を含め運営そのものを病院に任せる形に改める必要があります。最終的には、患者に判断してもらうことになる。選ばれない病院には患者が来なくなります。

西澤 具体的にどうするかは、諸外国に学べばいいと思います。一つは疾病分類の考え方です。日本のDPCとそのもとになったDRGは疾病分類によってコストを評価しています。タイムスタディをすれば、疾病分類に応じた看護師の必要数は出てくるでしょう。急性期はDPCの疾病分類を活用すればある程度のことができると思います。

一方、慢性期については、現在の医療区分・ADL区分は、まさしく同じ発想で導入されたものです。タイムスタディに基づき医療の必要度とADLの状態を分けて、診療報酬の重み付けをしたのです。分類はよかったです。タイムスタディに基づくコストと全く違う点数をつけてしまったことが

問題です。

患者の状態像で区分すれば自然に必要なマンパワーは明らかになる。それをきちんと提示してその病院ではどのような患者を診ていて、そのためにどれくらいのスタッフが必要であり、今はこれだけいると示せばよいのです。

質の評価については、個々の患者が評価するのは難しいので第三者評価の仕組みがあります。第三者評価と各病院の自己評価をうまく組み合わせればいいものができるはずですよ。

## 薬価の毎年改定は現実的ではない 医療機関はコスト増に

西澤 消費税は10%への引き上げが延期されました。我々は社会保障の財源として、消費税率を上げるべきだと主張してきましたが、引き上げが延期されたことで、2018年の診療報酬・介護報酬同時改定は厳しいものになると言われています。一方、昨年末には、薬価制度の見直しが議論になり、毎年改定の話も出ています。

堺 薬価の毎年改定はやってできないことはないでしょうが、現実的ではないし、それで出てくる財源は医療財源ではなく国庫に入るのでしょ。病院は今まで薬価差益があったので何とかやってこられた面がある。それがなくなり、さらに消費税の増税負担が増えるのでは、病院に死ねと言っているのかと思いますね。

山崎 毎年改定したいのならばいっそ、薬も医療材料も国が買い上げて現物で医療機関に支給すればいいのです。そうすれば薬価調査の必要もない。

加納 薬価改定が行われるのは、各病院が経営努力をしている結果です。薬価差益は既になにに等しいのですが、それでも経営努力して2年かけて薬価を下げた分が薬価改定に反映されてきたのです。毎年の改定になると、そういう努力も行われなくなるし、公的な買上げにすれば、高値安定の世界になる可能性があります。

西澤 1年に複数改定の話も出ていますが、それをすれば薬価は高止まりするでしょう。また、改定のたびに病院はシステムを入れ替えなければならないし、医療現場の出費は大きくなるのです。

ところで、消費税の引き上げは延期されましたが、控除対象外消費税の問題が残っています。

加納 我々としては、消費税は早く上げていただきたいという立場ですが、一方で控除対象外消費税の問題がまだ片付いていないわけですよ。10%引き上げの時期が伸びたので、この期間を使って課税も含めてしっかり取り組んでいきたいと思っています。

## 保険医の定数を決めて 偏在対策を進める

西澤 昨年は、厚労省が医師の需給推

計を出して、医師数を今後も増やすかどうかをめぐって議論になりました。山崎 厚労省の需給推計は、大雑把で積算根拠がはっきりしていない。

西澤 これまでも医師の需給を推計しているが、予測が当たったことがありません。医師は常に足りない状況が続いています。世の中の変化を読めないということもあるわけです。

堺 人口が減る中で医師の数はどれだけ必要かという話になるので難しいのですが、当面は今の仕組みを続けていくしかないと思います。一方、診療所は競争が激しくなっていて、日本医師会は今でも医師は多すぎると考えているわけです。

山崎 日医は、医師は多いと言うけれど、病院は全く違う。やめてほしいと思う医師に「やめてください」と言える病院なんて1割もないですよ。

加納 勤務医と開業医の数を厳格に分けて整理しなければいけない時期になっていますね。開業医については、日医が主張するように過剰に近づいているのかもしれませんが、そうであるならば必要な数を示していただいて、それをドイツのように保険医の数で制限する形にしたらどうでしょうか。

病院の勤務医はまだまだ厳しい状況です。医師の勤務実態に関する調査が行われていますが、その結果が公表されれば勤務医ががんばって働いていることがわかるでしょう。労働環境を考えれば医師が足りないことは明らかになるはずで、そうなれば、いつまでも、どのように医師需給を高めて行くか、答えが出てくるでしょう。

西澤 将来推計の方法は精緻化する必要がありますが、難しい面もあります。医学の進歩で医師の需要は増えていきます。少子化なのでどんどん増やせばよいということでもないので、この辺はしっかり議論する必要があります。病院団体としては今は足りないから医師は増やすべきだという立場です。また、医師需給の問題と同時に偏在対策をきちんと考える必要があります。医師の偏在を放置したままでは、いくら養成しても医師不足は解消しないでしょう。

## 専門医制度の円滑な スタートに向けて

西澤 専門医制度については、2017年からの実施が予定されていましたが、地域医療への配慮を行う必要があり、1年延期となりました。

堺 病院の現場からすると臓器別の専門医は増やしたくないですね。必要なのは総合的に診る医師です。これから高齢者が増えていく中で専門医はどれだけの数が必要なのか、再確認する必要がありますし、すべての医師が専門医になるというのはおかしいと思います。

山崎 全人的な診療ができる総合診療医のような医師が半分いて、専門医が半分というのがバランスとしていいのではないですか。

残念なのは現在の専門医に、総合診療医に相当するところがないことです。日本専門医機構と日医が早く一本化して提案してほしいと思います。

堺 総合診療専門医といっても、一つではなくて、診療所向けの医師と病院向きの医師があることを理解してほしいですね。その議論が行われていません。

西澤 100を超える専門医資格が乱立して、それぞれの基準があまりに違いすぎるといって問題があり、それを整理しようということで新たな専門医制度をつくることになりました。18の基本診療領域に整理されたので、しっかり進めていく必要があります。一方、総合診療専門医は、専門医制度がない中でスタートするので少し混乱していますが、これは他の科と別に考えなければなりません。関係者が協議しながら、きちんとしたものをつくってほしいと思います。

四病協は日本専門医機構の理事を出しているの、意見をまとめながら、専門医制度が円滑にスタートするように取り組みたいと思います。

## 病院団体が協力して 災害に備える

西澤 昨年は4月に熊本地震が発生し、各団体とも対応されたことと思います。

山崎 日本精神科病院協会は熊本地震でDPAT(災害派遣精神医療チーム)を派遣し、患者の移動を含めてスムーズに対応することができました。この経験を踏まえて、精神科DPATの拠点病院を各都道府県に2カ所ずつ設置してネットワークで結ぶ計画を進めています。さらに来年度は、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)と組み合わせ心身のケアも含めた精神科の体制を整えていこうと考えています。

加納 熊本地震では、全日病と日本医療法人協会が一緒になってAMATという形で展開しました。AMATは、民間病院どうしが助け合うとい

う基本理念に基づいて創設した災害対応チームですが、今回の熊本地震では現地で活躍できたと自負しています。次なる災害時にもしっかり展開できるように準備するとともに、全国的な組織としてさらに整備していきたいと考えています。

堺 災害医療については、日赤や自衛隊、医師会、病院団体などさまざまな災害医療チームがありますが、これらの連携を図る必要があると考え、日医と四病協で「災害医療を国家として統合するための提言」をまとめました。災害医療は、国家事業として国の責任の下に展開する必要があります。災害医療に関する知見を集積し、学術的根拠を背景として災害医療の国家的統合を実現するため、常設のシンクタンクを設立することを提言しています。

西澤 災害時に国民の生命を守るため、我々病院団体が備えを確かなものにしていく必要があります。今後とも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。



全日病 西澤会長



医法協 加納会長

# 医療保険部会が意見とりまとめ。医療区分Ⅱ・Ⅲにも居住費負担求める

## 厚労省・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は12月8日、経済・財政再生計画で検討が求められていた事項をまとめた「議論の整理」を了承した。前回会合に示されたものと同様の内容で(本紙12月15日号参照)、この日は最終案に対する修正意見を委員から受け付けた上で、修文は部会長預かりとした。

「議論の整理」にまとめられた改正事項について、厚生労働省は「この内容を踏まえて与党と協議の上、年末の予算編成に臨む」(谷内繁審議官)と説明した。

「議論の整理」は、骨太 2015 および

骨太2016さらに経済・財政再生計画改革工程表等で検討が求められていた事項が中心。

高額療養費制度については、70歳以上の現役並み所得者と一般区分の限度額を引き上げる方向で見直すべきとした。後期高齢者の保険料を軽減している政令上の特例に関しては、本則に戻すか、あるいは廃止することに「大きな反対意見はなかった」とし、慎重な書きぶりながら特例を見直す方向でまとめた。

入院時居住費の患者負担(光熱水費相当額)に関しては、2017年10月から医療療養病床に入院する医療区分Ⅰの

患者を1日320円から370円に引き上げるとともに、Ⅱ・Ⅲの患者についても200円から370円へ段階的に引き上げる考えを示した。さらに、「医療療養病床以外の病床でも、長期入院の場合は光熱水費相当額の負担を求めるべきとの意見があった」と少数意見を盛り込んだ。

入院時居住費負担の医療区分Ⅱ・Ⅲの患者への適用拡大に対しては、日本医師会副会長の松原謙治委員が反対との意見を表明した。

「かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担」の導入および「スイッチOTC化された医療用薬品」の給付



率引き下げは引き続き検討課題とされ、結論が先送りされた。このほか、子ども医療費助成を実施する自治体に対する国保公費負担部分の減額調整措置については、その対象から未就学児までの医療費助成は除外するかたちで2018年度より見直すべきとの「意見が多かった」とまとめた。

# 3割負担導入は容認の方向。介護保険制度改正で部会意見

## 厚労省・介護保険部会

社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は12月9日に、介護保険制度の2017年度改正の方向を示した「介護保険制度の見直しに関する意見」をまとめた。

「意見」は、前回会合で議論した利用者負担について、「現役並み所得者の利用者負担割合を3割とすることについて賛同ないしは容認する意見が多く出された」と明記。高額介護サービ

ス費の負担上限額についても、「一般区分の負担上限額を医療保険の高額療養費の一般区分の負担上限額並みに引き上げることに賛同ないしは容認する意見が多く出された」として認める方向で整理している。

また、費用負担(総報酬割)については「多くの委員から総報酬割導入に賛同する意見が出された」としている。このほか、①「軽度者に対する生活

援助サービス等の総合事業への移行」は現在進められている介護予防訪問介護・通所介護の移行の把握・検証後に検討する、②生活援助を中心としたサービスを提供する場合の人員基準等の緩和は2018年度介護報酬改定の際に改めて検討する、③療養病床の見直しについては特別部会の審議結果に基づいて対応する、などの考え方が明記された。



介護保険部会は意見案を大筋で了解し、修文を遠藤部会長に委ねた。とりまとめを受け、坂口卓審議官は「これをもとに制度改正の具体化と来年度予算への対応に努める」と説明した。

# 介護給付費分科会が処遇改善加算見直し方針で合意

## 2017年度介護報酬改定

12月9日に開催された社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は「2017年度介護報酬改定に関する審議報告」をとりまとめ、2017年度より月平均1万円相当の処遇改善を実施するために、期中の2017年4月に行われる介護報酬改定における介護職員

処遇改善加算見直しの基本的な考え方について合意した。

その内容は、「現行の介護職員処遇改善加算に、事業者による昇給と結びつけたキャリアアップの仕組みの構築を手厚く評価する区分を新設する」というもの。

新設する区分については、現行の処遇改善加算(Ⅰ)の算定に必要な現行要件に加えて、「経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期昇給を判定する仕組みを設けること(就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知

を含む)」というキャリア要件を新設、そのすべてを満たすことが求められる。

健保連と連合の委員は、時限加算として始まった処遇改善加算が現在も続いていることに対する疑問を示したが、他の委員は「審議報告」を概ね支持し、とりまとめに至った。

# 構成員が様々な医師偏在対策を提案

## 厚労省・働き方ビジョン検討会

## 1月に医師勤務実態調査を報告

厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)は12月19日、年内の中間報告とりまとめに向け、前回に引き続き構成員からの意見発表と、それを受けた議論を行った。中間報告では、これまでの議論で出た提案を整理し、一定の意見集約を図る。

働き方ビジョン検討会の議題に「医師偏在対策」が加わったため、構成員から偏在対策の提案が行われている。同日は、鈴木英敬構成員(三重県知事)が三重県からの4つの提案を行った。

具体的には、①専門医研修プログラムで地域・診療科ごとの募集定員を設定②医師配置の現状を都道府県が把握

し、医療計画に目標を記載③専門医研修プログラムにおいて、1年程度のへき地での診療を組み入れ④地域医療介護総合確保基金の活用による医師確保・育成一を示した。

熊谷雅美構成員(済生会横浜市東部病院看護部長)は、超高齢社会・少子社会に対応できる看護師養成のため、

訪問看護で行う業務を念頭に看護師特定行為研修における特定行為の拡大を主張した。また、労働環境の改善に向け、夜勤加算算定のない施設の看護職員の労働実態調査の実施を提案した。

働き方ビジョン検討会は年内に中間報告をまとめる。ただ中間報告段階では、具体的な施策は打ち出さず、理念・考え方を整理するにとどめる。1月には、12月に実施した医師の勤務実態調査の結果を厚労省が説明。それを受け、具体的な施策を含めた議論を行い、年度内に報告書をまとめる。

# 専門医制度新整備指針を承認

## 日本専門医機構

## 地域医療への配慮を明記

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は12月16日の総会で、専門医制度新整備指針を承認した。機構と学会の役割分担や基本診療領域とサブスペシャリティ、基幹施設と連携施設の関係などについて、第1版からの変更を行った。地域医療への配慮も盛り込んだ。機構は来年以降、2018年度のスタートに向け、6月に専攻医の募集を開始できるよう準備を進める。

新整備指針は新専門医制度の基本的な考え方を示すもの。当初、来年度の開始を予定していた新専門医制度は、地域医療への配慮が不十分との指摘が

あり1年延期となった。問題とされたのが旧整備指針であり、改訂が求められていた。改訂された個所は多岐にわたるが、地域医療への配慮をどこまで盛り込むかが焦点の一つとなった。

特に、日本医師会の横倉義武会長名で提出された7項目の要望をどう反映させるかで、理事会において意見の応酬があった。その結果、要望は概ね反映される形となった。具体的には、◇プログラムの認定は各都道府県協議会で医師会、大学、病院団体等の了解を得る◇研修期間は妊娠、出産、育児等の理由により中断でき、かつ6カ月ま

では研修を延長しないですむ一ことなどが、新整備指針に明記された。

ただし都市部のプログラムで、専攻医の募集を一定水準に制限する規定は、各基本診療領域の運営細則にゆだねることになった。例えば、病理の場合、ある程度の偏在を許容しないと、標準的な研修が受けられないとした。吉村理事長は「専門医制度で医師偏在を解決するのは難しいが、少なくとも今以上の偏在の拡大は防ぐ」と述べた。

その他の事項についても、◇プログラムは学会が1次審査を行い、機構が整備指針に則っているかを2次審査

で確認する◇(年次による履修過程を備える)プログラム制を原則とするが、一部(年次を定めない)カリキュラム制を考慮する◇原則1つの基幹施設と複数の連携施設からなる循環型の研修とするが、弾力的な運用を可能とする一などの考え方を盛り込んだ。

今後、機構と各学会は2018年度からのスタートに向け準備を急ぐ。1月中には、機構において、各基本診療領域の運用細則を策定。2～3月に各学会が研修プログラムを作成した上で、機構が確認する。来年の6月から募集を始められるようにする。