



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2014 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 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION No.815 2014/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2014年1月1日・15日号合併号



4・5面 / 新春座談会Ⅰ—原医政局長vs全日病正副会長
6・7面 / 新春座談会Ⅱ—四病協4会長座談会
8面 / 2014年度改定率決まる、医療法改正の意見まとまる

年頭のご挨拶

公益社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



2014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、2025年に向けた社会保障制度改革について、具体的な議論が行われ、その輪郭が明らかになった年でした。

昨年8月6日に社会保障制度改革国民会議報告書が取りまとめられ、これを踏まえ、政府は、同年10月に持続可能な社会保障制度の確立を図るための政策の推進に関する法律案を国会に提出したところです。

一方、社会保障審議会医療部会においては、2011年12月に「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめ、関連する検討会等で、医療法の改正に向けての検討を行っており、医療提供体制の改革の具体的内容について議論を深めています。その主な内容は、病床機能報告制度の創設と地域医療ビジョンの策定、地域包括ケアシステム構築のための在宅医療の充実と医療・介護の連携の推進、地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策、チーム医療の推進、医療法人に関する制度の見直し等です。その一つ一つが重要で非常に難しい課題です。

当協会も「病院のあり方に関する報告書」等で、将来の医療のあり方、医療提供体制のあり方等について検討し、提言を発表して参りました。

当協会だけでなく、医療界が一致して、この改革に取り組む決意として、昨年8月8日に「医療提供体制のあり方」—日本医師会・四病院団体協議会合同提言を発表しました。その中で、医療提供体制の構築にむけての基本方針を示しました。

2025年まで残された時間は多くありません。本年は、これまでの議論を踏まえ、医療法等の改正が行われ、改革に取り組む重要な年になると考えております。この改革には、医療提供者、国民、行政の三者が将来の姿のビジョンを共有しながら一体となって取り組むことが重要と考えております。当然のことながら、当協会も積極的かつ主体的にこの改革に取り組む所存です。

今年は診療報酬改定の年です。昨年12月20日に改定率が決まりました。消費税引上げ対応分を除き、本体は+0.1%、全体では-1.26%と予想外の厳しい結果となりました。医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度等、みえない部分もありますが、厳しい改定であることには変わりません。次期改定議論の途中まで関わった者として、今後の改定に関する議論の経過を注視しつつ、国民・患者さんにより質の高い医療を継続して提供できる、医療機関の経営基盤の安定をめざす改定となることを強く願っております。

なお、当協会は昨年4月に公益社団法人となりました。会員数も2,450病院を超え、全国の病院数が減少している中、着実に前進しております。公益法人化の後も、今までと同様に委員会活動を中心にして、一層公益性を重視しつつ、必要な事業を進めて参りたく存じます。

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

14年度改定率 ネットで-1.26%。医科は+0.11% 消費税分含む名目の改定率はネットで+0.1%。医科は+0.73%

政府は2014年度予算案編成の中で、14年度診療報酬改定の財源確保に関する方針を決め、12月20日に田村憲久厚生労働大臣が発表した。

改定率は本体報酬が+0.1%、薬価および材料価格は-1.36%、全体(ネット改定率)は-1.26%と、08年度改定以来のマイナスとなった(4面を参照)。

ただし、消費税率の8%への引き上げにともなう診療報酬での補填として、1.36%(本体報酬分0.63%、薬価・材料価格改定分0.73%)が確保されたため、名目上のネット改定率は+0.1%となり、10年度、12年度に続くプラス改定となった。

別途、後発医薬品の価格等の引き下げ見直しが行なわれるため、実際の改

定率はさらに下がる見通しだ。

その中で、医科は名目で+0.82%となったが、消費税対応分が+0.71%であるため、実質0.11%のプラス改定となった。

今改定は、別枠(公費)で、①7対1から移行する病院を対象とする激変緩和措置(暫定的な点数の維持として約200億円=本体報酬の0.15%)、②医療提供体制改革の基盤整備に向けた基金(約900億円=同約0.68%)の財源が確保される。

このうち、900億円は、社会保障制度

改革国民会議が提唱した財政支援制度(都道府県の基金)であるが、7対1の激変緩和に供される200億円は事実上、今改定の「第2の財源」となる。このため、本体報酬の改定率は実質+0.25%となる。



▲会見する田村大臣

2014年 年頭所感

厚生労働大臣 田村憲久



平成26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ひ申し上げます。

厚生労働大臣に就任してから一年が経過しました。その間、国民の皆様への安全・安心の確保に万全を期すべく努力して参りましたが、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。

まずは、社会保障と税の一体改革を着実に進めていかなければなりません。

昨年12月、社会保障制度改革国民会議の報告書における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにした「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が公布されました。

この法律に沿って、個別制度の改革を着実に実施し、世界に誇る我が国の社会保障制度を、次世代に安定的に引き渡していきます。

次に、医療・介護については、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、質の高い医療・介護サービス提供体制や地域包括ケアシステムの構築を通じ、医療と介護サービスの提供体制の改革を推進していきます。

医療保険制度については、国民皆保険を今後とも堅持するとともに、広く国民の納得・信頼・安心を実現できる制度を構築することが重要であり、医療保険制度の財政基盤の安定化、保険料の国民負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等を推進していきます。

また、新たな基金の活用や、診療報酬改定を通じて、医療提供体制の改革や救急・小児等の分野の充実等にしっかりと取り組んでいきます。

以上、厚生労働行政には多くの課題が山積しています。国民の皆様には、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。

日本医師会は昨年、「公益社団法人」として新たなスタートを切りました。そのスタートに当たり、「日本医師会綱領」が第129回定例代議員会で採択されました。今後、これを遵守し、健康を守るための公益的活動をより一層深化させてまいりたいと思います。

第23回参議院選挙では羽生田俊前副会長を国政の場に送り出すことが出来ました。これもひとえに皆様方の多大なご支援の賜物であると厚く御礼申し上げます。

世界が未だ経験したことのない少子高齢社会を迎え、これをどのように乗り越えていくのか、政治も社会も模索を続けているところでもあります。

こうした中、社会保障制度改革国民会議で今後の社会保障の方向性が示されましたが、その具体化の段階で再び市場原理主義が台頭し始め、混合診療や民間医療保険の拡大など、医療の産業化へ向けた動きが加速しています。

これに対して、我々は、国民の健康、国民の医療を守る立場から政策を主張していかなければならないと考えています。超高齢社会における医療・介護にどう対応していくかも大きな課題であり、我々に求められるものは誠に大きなものがあると思います。

国民皆保険の堅持を軸に、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて執行部一丸となって対応してまいります。皆様の深いご理解と格段のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

2014年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長 猪口雄二



新年あけましておめでとうございます。

会員の皆様におかれましては、本年が素晴らしい一年となることを祈念いたします。

平成26年は、我々全日病の会員病院にとっては大きな変革の年となりそうです。医療法改正や病床機能報告制度の開始、病床機能分化と診療報酬改定等々、今後の病院運営にとっては重要な対応・選択をしなければならない一年になります。

また、今後の医療提供体制の構築において、その主体は都道府県となるようです。全日病各支部においては、行政、医師会、都道府県病院協会等とのさらなる連携が必要となります。

全日病は、方向性を示す重要な資料やデータを迅速に支部や会員に伝達するため、これらの多岐に渡る問題の対応に全力で臨む覚悟です。

本年もよろしくお願ひいたします。

全日本病院協会 副会長 安藤高朗



新年あけましておめでとうございます。

本年の通常国会で医療法等改正法が成立すると病床機能報告制度が開始され、それを基に都道府県が地域医療ビジョンを策定することになります。地域によって医療資源に差があります。今後は、医療圏の見直しも議論されていくのではないのでしょうか。

地域包括ケアの観点からは、地域医療ビジョンに合わせて地域介護ビジョンも作成し、地域医療・介護包括ケアシステムを構築することが大切です。医療法人制度にもメスが入ります。ホールディングカンパニーのような形態が本当に良いのかどうか、十分な議論が求められます。

これからの病院経営は、病床機能報告制度等のデータを活用し、地域における自院の機能や役割を把握することが大切になります。全日病としても、会員病院が経営指針を固めるためのガイドラインを示していければと考えています。

西澤執行部の下、全会員結束して、全国の地域医療・介護を盛り上げていこうではありませんか。

全日本病院協会 副会長 神野正博



あけましておめでとうございます。

昨年暮れに発表となった恒例の2013年の漢字は「輪」。震災復興に向かう支援の「輪」以上に、2020年五輪招致の「輪」が決め手になったようです。

五輪招致の理由は、流行語になった「オ・モ・テ・ナ・シ」以上に、日本が世界から「安心・安全」な国と認められた賜物だと思います。

「安心・安全」は、この紛争や対立、環境破壊の時代だからこそ、全世界が求めることなのです。それは、同時に世界の誰も経験しない超高齢社会という一大事を前に日本国民が求めることでもあるのです。

医療提供体制に関わる医療法改正や診療報酬改定の年を迎えました。財政難の中で、医療や介護・福祉を含む社会の持続可能性を探っていくとは重要なことです。

しかし、そこに経済論理だけではない国民の「安心・安全」の視点を忘れてはなりません。「安心」して、高齢期を迎えることができる社会は、日本が世界に誇れる金メダル、優位性になるに違いないのです。

介護保険部会「介護保険制度見直しの意見」

在宅医療・介護連携事業の主体は市町村

社保審会の介護保険部会は12月20日に「介護保険制度の見直しに関する意見」をまとめた。要旨は以下のとおり。

●在宅医療・介護連携の事業は、地域支援事業の包括的支援事業に追加の上、市町村が地域医師会等と連携して取り

組む。小規模市町村は共同実施を可能とする。現在は一括委託制であるが、他の事業とは別に、医療の専門知識をもつ事業体に委託できる仕組みとする。

●在宅医療・介護連携の事業は2015年度から順次施行、18年度にはすべての

市町村で実施する。医療計画との調和を図りつつ、同事業を介護保険事業(支援)計画に記載する。

●認知症施策を包括的支援事業に位置づけ、市町村が「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」の設置などに取り組む。18年度にはすべての市町村で実施、小規模市町村は共同実施を可能とする。

●包括的支援事業の一環として地域ケア会議の実施を介護保険法に書き込む。

●全国一律の予防給付のうち、訪問介護・通所介護を、市町村が地域の実情に応じて提供する地域支援事業に組み込む。17年4月までにすべての市町村で実施、同年度末には移行を終える。

●特養への入所を要介護3以上とすることが適当。やむを得ない事情がある

2014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

あけましておめでとうございます。

アベノミクス、消費税増税、TPP、診療報酬改定、薬価改正など、すべてに複雑に絡んできます。問題が山積する政治日程です。我々は冷静に対処できる心構えが必要です。

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

昨年は、関係諸氏のご協力を得て、厚生科研費研究「院内医療事故調査のあり方」を全日病学会等で報告し、また、懸案のTQM・質保証等の研修を実施しました。本年は、医療へのTQMの展開を推進する予定です。諸氏の積極的な参画をお願いします。

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。

診療報酬の改定や病床機能の再編などで病院経営は激流に飲み込まれようとしています。本年、全日病は存在を示し力強く活動することが求められています。総務はそうした運営を支えていきます。是非ご協力よろしくお願いいたします。

常任理事 広報委員会委員長、医療従事者委員会委員長 織田正道

新年明けましておめでとうございます。

病院を取り巻く環境は、これまでと比較にならない程のスピードで変化し、各病院のあり方が問われる時代になると思われます。このような時代にあって、広報委員会は、会員が健全な病院経営を継続していただくために必要な情報の提供に努めます。また、医療従事者委員会では事務長、看護部門長研修の更なる充実に力を入れて参ります。

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。

今年は、いよいよ全日本病院協会災害時医療支援活動班、「AMAT」が起動します。2月には第1回目の隊員養成研修を行います。是非とも多数のご参加と今後の事業展開に、ご支援・ご協力をお願い申し上げます。今年の干支は甲午(きのえ・うま)、「改革により大躍進する年」とのことです。良い年になりますよう、頑張っていきましょう。

常任理事 学術委員会委員長 川島 周

明けましておめでとうございます。

今年は夏期研修会が熊本県で、全日病学会が福岡県で開催されます。各支部の皆様には大変お世話になります。大勢の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

常任理事 介護保険制度委員会委員長 木下 毅

あけましておめでとうございます。

厚労省老健局補助金事業の研究を3つ行っています。そのうちの認知症の研究でオランダ、イタリアに行ってきました。報告書をご期待ください。

今年は経済が安定し、診療報酬も上がり医療・介護が安定するように願っています。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

明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1日より新評価体系による認定を行っています。①病院特性に応じた機能種別、②評価項目の効率化、③認定期間中の継続的自己評価改善活動の支援等です。中小病院を適正に評価できる評価項目になったと思います。訪問審査を受けた病院からも「受け易くなった」と聞いております。どうぞ新規もしくは更新受審をお願いいたします。

常任理事 高橋 肇

明けましておめでとうございます。

昨年より常任理事となり、医療の質向上委員会に加え、新たに、病院のあり方委員会と広報委員会の委嘱を受けました。身を引き締めつつ、自分の特徴を生かして、全日病に少しでも貢献できればと考えております。どうぞ宜しく願い申し上げます。

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。

私は午年今年還暦を迎えます。生まれ変わった気持ちで地域医療のため頑張りたいと思います。福島県は東日本大震災被災県のなかでも放射線被ばく問題があり未だ復興半ばです。

今後も全日病の多大なるご支援を願い致します。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

おめでとうございます。

診療報酬改定の内容は気にかかる場所ですが、第6次医療法改正の病床機能分化の影響の方が懸念されます。会員に還元できる対策を検討する予定です。

本年も宜しく願い申し上げます。

常任理事 医療制度・税制委員会委員長、若手経営者育成事業委員会 中村康彦

明けましておめでとうございます。

昨年4月1日より“公益社団法人全日本病院協会”が設立されました。今年4月の診療報酬改定と8%の消費税増税により、医療機関の経営基盤の弱体化や地域医療の崩壊が懸念される中、全日本病院協会として今後も医療と消費税の問題解決に尽力させていただきます所存です。

本年も宜しく願い申し上げます。

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483施設、一泊28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。

本年も宜しく願い申し上げます。

常任理事 濱砂重仁

謹賀新年

今年から、日本国にとって大地殻変動の年。消費税、農業、国防、法律改正等、特に病院機能再編成、それに加えて診療報酬改定がある。

アベノミックスマジックの行方は？ 急性期病床が減少してゆく中、癌と診断されて、手術が何カ月待ちの国になるのだろうか？

常任理事 濱脇純一

明けましておめでとうございます。

昨年はアベノミクスも順調に進み、然も2020年オリンピック・パラリンピック東京開催が決定し日本中が湧いて、これからの日本に明るい夢と希望を与えてくれました。

今年は診療報酬改定の年、国民の健康と経済再生は車の両輪です。医療・介護難民の出ない、国民から金メダルをもらえる政策を切望します。

今年も御指導よろしくお願い致します。

常任理事 平山登志夫

謹賀新年

「税と社会保障の一体改革」に向け政府は消費税増税に踏み切り、国民会議では「新しい医療・新しい介護」の方針を打ち出した。

未だ経験のない超高齢社会を克服していく為には知恵と努力が必要である。

超高齢社会の主役は高齢者自身である。高齢者の権利を擁護し要望を取り纏め政策に反映する日本型のAARP(全米退職者協会)の結成が望まれる。

常任理事 鉾之原大助

明けましておめでとうございます。

今年は診療報酬改定の年です。今回の改訂も超高齢社会に備えるための医療機能再編を進める内容になるだろうと思います。

種々の議論が進められる中、全国の病院が良質な医療を今後も提供し続けられるよう微力ながら力を尽くしたいと考えています。

常任理事 プライマリ・ケア検討委員会委員長 丸山 泉

団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて医療・介護が動いている。

政策にこのような大義名分がある時にこそ、私たちが何を守るべきで何に妥協すべきか、しっかりとした議論と背景の理論が必要である。

守るべきは地域の人々の安心。その決着の年である。

常任理事 美原 盤

明けましておめでとうございます。

今年は報酬改定の年であり、これが中小病院にとって必ずしも望ましいものにはならないのではと危惧しております。それでも質の高い医療を地域に提供すべく覚悟を新たにしている所です。

今年もよろしく願い申し上げます。

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。

昨年より国際交流委員会委員長を仰せつかっております。ご好評を戴いている海外研修ですが、委員会の構成メンバーが若返った事もあり、広く会員の皆様方からのご意見を伺い、基本的事項の激変は避けつつも、新しい観点からの企画や細部の見直しを図って参りたいと考えております。

ご理解ご協力のほどお願い申し上げます。

場合は、市町村の適切な関与の下、要介護1・2の要介護者も特例的に入所を認めることが適当。

●サービス付き高齢者向け住宅も住所地特例の対象とする。対象者は、住所地の地域密着型サービスや地域支援事業を利用できるものとする。

●一定以上所得者は2割負担を求めるといふ点で概ね意見の一致をみたが、そ

の所得水準については様々な意見があった。負担限度額は、高齢者医療制度の現役並所得に相当する所得がある者は、医療保険の現役並所得者の多数該当と同じ4万4,400円とすることが適当。

●貯蓄等が一定を超える場合は補足給付の対象外とすることで概ね一致した。

●介護納付金の総報酬割については引き続き検討を行なっていく。

臨床研修制度見直し案まとまる

医師臨床研修制度の見直しについて議論してきた医師臨床研修部会は、11月28日の会合で、同部会がまとめた報告書案に対するパブコメの結果を踏まえた修正の可否について検討した結果、募集定員に関する激変緩和措置の2013年度末廃止などによって募集定員が大

きく減る京都府に対して、制度見直し初年度の研修医に限って「直近(13年度)の採用実績数を上限値とする」と、1年限りの特例を認めることで一致。

その旨の経過措置を書き込んだ報告書案で合意し、2015年度研修医の募集から施行される見直しの内容が決まった。医師臨床研修部会の報告書は12月19日に公表された。

原局長「回復期は急性期機能が無いと難しい」

「回復期は地域医療・介護支援型のようなタイプになるのではないか」

西澤 新年あけましておめでとうございます。昨年は次から次へと大きなテーマに追われる1年でした。2025年高齢社会に向けた医療提供体制の改革が社会保障審議会の医療部会を中心に議論され、まずは医療法を改正するという方向でまとまったわけですが、その議論過程を原局長よりお話しいただければと思います。

原 今回の医療法等改正議論の出発点は2011年12月にまとめられた医療部会の意見です。それに基づいて、医療事故調査のしくみ、特定機能病院や地域医療支援病院の要件見直し、チーム医療の推進など、各種の検討会がつけられました。

そして、医療提供体制については急性期医療について検討する作業グループが設置され、そこで病床機能報告制度という道筋が示され、この具体的内容が、さらに病床機能情報の報告・提供に関する検討会で議論された。かたや、12年11月に社会保障制度改革国民会議が内閣府に設置され、そこで医療保険制度を含む色々な議論がなされた。その後は、その報告の内容を細かく肉づけする議論が行なわれてきたということではないでしょうか。

西澤 医療部会における議論は12月19日に「医療法等改正に関する意見」としてとりまとめられましたが、この中で一番注目されるのが、病床機能報告制度の創設とそれを基にした地域医療ビジョンの策定です。報告制度では、高

度急性期、急性期、回復期、慢性期と病期にもとづく4つの医療機能を用いて、病棟の主たる機能を都道府県に報告することが決まりました。

原 病床のさらなる分化を進めなければならない最大の理由は、医療従事者の配置の適正化を図るという点にあるのではないのでしょうか。施設とか資金というのはまだ工夫の余地がありますが、医療を担う人材は限られています。2025年とその先を見据えるとき、病気は総量として増えていく。しかし、今のかたちの医療を続けていって現在の医師の配置でやっていけるのかというと、恐らく難しくなっていくことでしょう。

これからは、高度な医療でもっと手厚い医師の配置が必要となりますが、その反面、そうでない領域もある。例えば、病院が入院医療というかたちで提供しているものを、病院以外の場所で提供していく必要も出てくるだろう。そういうように、必要な医療を色々な形でいろいろな場所で提供していくことを考えると、こうした機能分化を進めていかざるを得ないだろうと思っています。

そういう意味からは、高度な医療から慢性期あるいは在宅まで、機能分化と連携の大きな流れをつくっていくのが今回の医療法改正の一番大きな課題になります。その流れに応じて、人的資源を含む必要な資源を配置していく。それが一番効率的な医療の提供になる。そのための方向づけをしようとしていると私は考えています。

急性期の機能は地域包括ケアシステムに不可欠

神野 医療は「救う・治す」から「ともに生きる・癒やす・看取る」へ向かうといった理念が、保険局の資料に出ていました。まさに地域包括ケアということで、地域包括ケアシステムを構築するにしても、急性期の機能は必ず必要であるという認識でよろしいですね。

原 そうです。

神野 では、地域包括ケアシステムは、今回の病床機能の分化のどこに位置づけられるのでしょうか。地域包括ケアシステムは誰が担うのか。医療なのか、介護なのか。あるいは、どの機能でやるべきかという点の認識をうかがいたいのですが。

原 地域包括ケアシステムというのは、ケアという言葉が入っている上に、どちらかというと介護保険サイドでこの言葉が頻繁に使われることもあって、医療、特に医師は距離感を感じている、あたかも遠くから見ているような印象を受けます。しかし、地域包括ケアシステムには医療の領域がある。というよりも、施設であれ在宅であれ、必須要件だと思います。まして、急に悪くなった高齢者を診る機能が欠かせません。

実際問題として、うまくいっている地域は必ず医師あるいは病院や診療所が出ていっていますし、在宅医療連携拠点事業のモデル事業でも、タイプは色々ありますが、やはり医師や医療機関がどうかかわっていくかが鍵だというのが一つのまとめだと思います。

神野 その在宅医療連携拠点事業をみると、開業医が中心のところもあるし、ケアマネや地域包括ケアセンターが中心のところと色々ありますが、やはり、病院が入っているところがうまくいっているのかなと思います。この点の認識はいかがですか。

原 それはその通りです。入院が必要になる高齢者は必ずいますから、直接

にそこが在宅医療をやるということではないですが、入院の受け皿という機能は必ずないとうまくいかないと思います。

神野 全日病の会員には中小病院が多いのですが、地域包括ケアで、局長として中小の病院に求めるものは何でしょうか。

原 これは地域の状況を見ないと断定できません。例えば、在宅医療を熱心にやっている診療所が幾つもある、訪問看護ステーションもたくさんあるという地域であれば、やはり、中小病院は入院の受け皿という機能で十分なのではないでしょうか。ところがそういう資源がないところでは、中小病院が訪問診療も訪問看護もやらなければならないかもしれない。したがって、必要な機能は地域ごとに異なると思いますが、最低限必要なのは入院の受け皿機能です。この点は、開業医と病院が両立できる形が望ましいですね。

西澤 地域包括ケアシステムは介護の側から提唱されたということもあって、我々医療側もあまり重要視してこなかったという反省点があります。しかし、高齢社会に向けて何が必要なか、医療はどうかかわっていくべきかを考えたときに、実は、我々も、この地域包括ケアシステムに主体的に係わらないとだめだと、つまり、医療なしでは成立しないのだという認識になってきました。

その係わり方は色々あると思いますが、神野副会長が述べたように、その役割は地域に密着している病院、特に中小病院が主に担うべきであるという認識になってきました。では、どのような係わり方をしていけばいいかということ、我々も考えていく必要があります。

在宅療養支援病院も、最初は診療所だけだったのが、我々の要望の結果、

厚生労働省 医政局長 原 徳壽 (右端)

全日本病院協会 会長 西澤寛俊 (左から2人目)
全日本病院協会 副会長 猪口雄二 (右から2人目)
全日本病院協会 副会長 安藤高朗 (左から3人目)
全日本病院協会 副会長 神野正博 (左端)



局長が医療課長だった08年改定で「4km以内に診療所がない場合」に限って認められ、10年度改定では「200床未

満」にまで広がりました。我々中小病院は、この在支病に取り組んでいくべきであると思っています。

急性期は幅広い。四病協案の「病院類型3」も急性期だ

安藤 東京の都心部のように、大学病院とかがんセンターなどが集まっている地域には回復期や慢性期がほとんどありません。しかし、西多摩地域などは療養病床があり過ぎている。このように地域差があります。そうした中で、4つの区分による報告で本当にうまくいくのか。あるいは、その結果を踏まえて4つの機能の過不足を調整するというのですが、病院にも得意・不得意があるので、国が考えているとおりにはいかないかもしれない。そうした場合に、今の2次医療圏という考え方も変えていかなければならないだろうという意見も四病協の中にはあります。

原 2次医療圏の設定は色々な要件で決まっているので、一応その範囲で考えるしかないと思います。ただ、例えば今考えている4区分でいうと、高度急性期の機能は2次医療圏を超えて県全体で考えざるを得ない部分があるとは思いますが。

ところで、急性期というのは非常に幅広く捉えられています。四病協の追加提言(編集部注一図を参照)でも、急性期の病院というのが「病院類型1」という高度急性期に近い急性期型、専門型の「病院類型2」、それから回復期に近い「病院類型3」と分かれているように、急性期というのはかなり幅広い分野だと思うのです。したがって、報告制度の内容を踏まえて、そこをさらに分けるべきかどうかを考えていく必要があるでしょう。しかし、とりあえずは4区分で始めるということですね。

私が心配するのは急性期がバッファーにならないようにするという点で、そのためには、この部分をどううまく分けていくかという問題があります。例えば、急性期病院が、四病協がいう「病院類型1」に偏ってしまうと、大変な資源の偏在になってしまう。急性期でも「病院類型3」ならいいのではないかと思いますね。

そこは、地域の特性あるいは診療科の構成など病院の事情も関係してくるので、例えば、2025年にこれだけの患者がいて、それにこういう医療機能で対応しなければならぬとして、では自院はどこに当てはまるのかといったときに、(4区分であれば)大きな齟齬は生じないのではないかと思います。それは、現在の急性期というのは

結構な幅があるからだと思うからです。

もっとも、そこは色々議論があるところとして、医療機能を将来的に4区分のままで固定するのか、もう少し分けるのかという辺りは、色々データを集め、実態を踏まえながら考えていかなければならないでしょう。

西澤 当面は4区分で臨むが、報告を踏まえて検討する中で、2つの機能を持つとか色々な形もあり得るのではないかとというのが、今局長がおっしゃったことと理解しました。

そうすると医療圏の問題も、2次医療圏で全部完結というのにはあり得ないので、報告制度で各医療圏がどういう状況になっているかをみて、例えば隣接する医療圏が相互に異なる機能に偏っていれば医療圏ごとの連携を組むことが考えられるというように、基本的には都道府県が対応していく。恐らく、そういうことも含めて医療部会の報告には都道府県の役割拡大ということが書き込まれたのではないかと思います。その辺りは柔軟にやる必要があるわけで、そこで、現場を一番分っている我々提供側が都道府県の色々な検討の場に参加して、建設的な意見を具申していくべきであるということではないでしょうか。

猪口 都道府県に委ねるとするのは分かるのですが、都道府県がやり切れるのかなという一抹の不安があります。例えば、東京都みたいなマンモスなところになると、2次医療圏を切り分けるといってもどうやっていいか分からないですね。

原 東京都が一番やりにくいかもしれない。県を越えた患者の移動も多く、隣接県とどうするのかという問題が課題として残ると思います。いずれにしても、都道府県には、医療圏の考え方や対応例などを研修等で伝授するということを考えていきたいと思っています。将来どのぐらいの人口になってどれぐらいの医療が必要かといった数を計算するだけなら計算式を示せばいいわけですが、では、それを、その地域の患者の動きも考えながら各病院にどう考えてもらうのか、そうした機能選択の具体的な提案をどう示していく点で、各県の力量が問われることになるでしょうね。

分化を進めるためには診療報酬のバックアップが必要

神野 急性期が多過ぎるという局長のご指摘は、恐らく、各病院とも分かっています。しかし、「急性期はやめて回復

期にしよう」とどこで言い出すか、お互い根比べのところがある。それが、もし早く決めた方がより有利になると

西澤会長 「都道府県や地域の病院団体の役割が重要になる」

「質を伴う機能分化が大切。中小病院は在宅、認知症対応、介護支援等を担うべき」



いうインセンティブがあれば、もっと流れは速く進むという考え方もあるかもしれませんね。

原 08年の改定では、基幹病院からの受け皿を設けようということで重急性期入院医療管理料2を新設しました。そんなに沢山はできないだろうということで病室単位にしましたが。これは、医療資源を投入しなければならない病気が、例えば高度急性期病院で治療を受け、一定段階になったら地元で医療を継続してもらうという形を考えないと資源がうまく回らない。そこで、そうした流れをつくりたいという思いから設けたわけです。

今後そういう動きはどんどん強くなっていくと思います。そういう資源が集中した病院を効率よく使うためには皆で受け皿をつくらなければならない。恐らく、その姿がこれから益々はっきりしてくる。

今、なかなか動けないとおっしゃったけど、そこは決断していただかないと。そこはまさしく、地域医療ビジョンの中でどういう機能をどこが担っていくかという将来像を描くときに、誰も回復期はやらないということでは困るわけですし、そこは決断していただく必要があるだろうと思います。

西澤 これは制度的な話と診療報酬がどうしても絡んでくる話かと思えますね。診療報酬の誘導というのは我々はあまり好まないのですが、ただ、制度を進める上である程度診療報酬がバックアップしていくという事はあり得ることかと思えます。

我々は常に医療の質を考えています。そうすると、財源などの都合から、本

来であればまだ急性期にいなければならない患者を無理やり急性期から出す、そして、受ける方も質とは関係なく受け入れるということがあっては、国民にとって不幸だと考えます。

したがって、今考えている回復期というものもどういう機能を持つべきかを明確にして、それにふさわしい質の確保をするというようにしなければ、安心して回復期に行けないということになります。やはり、それなりの設備や人員配置、また、それにふさわしい報酬というものが必須ではないかと思えます。この点、我々からみると、制度を担当する医政局と報酬を担当する保険局の間の連携が今ひとつとれていないというか…。

原 そのあたりはうまくいっていますよ(笑)。診療報酬で言えば、例えば、7対1に関してはサイズを小さくしなければならぬので、単価を上げて、今やっている医療を短くする。そうすると少々上げても財源は出てきます。その財源を、例えば回復期、つまり受皿病院の単価を少々上げて、十分お釣りが来るのではないのでしょうか。

それで、西澤会長がおっしゃった回復期に安心して行けるようにするためには、どうしても急性期機能がついていないと難しいだろうと思いますね。

それは、日本医師会と四病協が出した、どういう機能の組み合わせで病院類型を考えるかという中で、さらには、四病協から追加で出された地域医療・介護支援型という類型、ああいった、急性期と回復期を組み合わせた病棟あるいは病院というものになるだろうと、私は思います。

回復期のリハは単独であり得るかもしれない。しかし、普通の急性期後の医療に関しては、受け皿として必ず急性期機能、そのボリュームはどれぐらいかという点はあるでしょうけど、それを持っていないと多分無理だと思います。

西澤 これは我々が現場で一番分かっていることです。きちんと質の担保をするためにはこうあるべきだということ、データを基に示して行政に認めていただきたいし、片方では、国民や患者にも「それなら安心だ」と言ってもらえるようになれば、と思っています。

地域でどういう機能を持つかは地域で話し合うといい

安藤 ところで、今、医療法人制度に関連して“ホールディングカンパニー”という話が出ています。自分たちの地域でも、最近は結構大型の病院グループが進出してきて、経営が厳しいところがあるとM&Aをかけるといった状況が生じています。

今回決まった新たな機能区分の中で、仮に機能の量的調整の話合いがうまく行かず立ちどまったり停滞してしまうと、都道府県も整備を急ぎたいでしょうから、大きなグループ病院による機能充足を優先していくのではないかと危惧されるわけですが…。

原 それには2つの側面があるのではないのでしょうか。1つは中小病院の存在です。日本に民間の中小病院が多いというのは、急性期の医療を身近に受けられるという意味からも、国民にはとてもいいことだと私は思っています。効率の問題はありますが、まあ、今のカタチで進んでいけばいいだろうと思います。

それが、大きなグループになると、

どうしても全体の効率化が優先され、集約化していくという方向になったりもする。そういう意味で、地域の中小病院がしっかりとやっていただくことが患者にとってはありがたいでしょうし、恐らく、中小病院が地域からなくなったら困ると患者さんは思っているのではないのでしょうか。それが一つ。

それから、大きなグループで展開しているところは、例えば医療法人同士であっても十分に連携しながらやっているグループもあるし、地域を越えてでも行けるという医療機関連携を実現しているところもあるし、共同購入とか沢山の例がある。こういうように、支配関係ではないグループ化というはできていくのではないかと思いますね。

いずれにしても地域の中でどういう機能を持つかは、まずは地域の中で話し合ってもらおう。それでも話がかないということになれば、それは都道府県が出ていくという場面は出てくると思いますが、基本は、まずは皆さんで

将来を見据えながら、どういう方向に行くかを考えて話し合ってください。これが大事だと思っています。

西澤 病床機能報告制度にしても地域医療ビジョンにしても、地域に権限と責任を持たせるという考え方がベースになっています。これは、ともすれば、行政に権限と責任を集中させるというように取られがちですが、それは誤解です。地域ごとに、行政、医療提供側、地域住民が今後の医療のことを一体となって提供体制を構築しなさいということだと思います。

そうすると、中央における病院団体とは別に、都道府県や地域における医師会や病院団体の役割が非常に重要になります。そういう意味から、病院団体のあり方が変わってくるのではないかと思います。これに関して、局長はどうお考えですか。

原 病院団体が参画することは否定しませんが、そこは都道府県の判断だろうと思います。医師会にしてもそこで

中小病院こそが地域に密着した医療機関の核である

神野 医師の仕事がどんどん分化してきています。今、専門医機構のほうで総合診療医を制度化する検討が進んでいますが、若いときに専門分化した医者のその後をキャリアパスできちんと組み立ててやらないと、熟年とともに行き詰ることになるのではないのでしょうか。

原 総合診療専門医を制度化する中で、臨床研修を終えた人から育てていくという流れだけでなく、専門領域の医師から総合診療専門医になるという道筋を整えるということになっています。

安藤 それは、地域医療を担っている中小民間病院の中高年ドクターでも、仕事をしながらある程度のカリキュラムをこなせば取れるということになるのでしょうか。

猪口 取れるはずですよ。開業医も取れるようにしたほうがいい。

安藤 それは夢があっていいですね(笑)。

原 とりあえずそれをつくらないと、総合診療専門医はすぐには誕生しませんからね。そういうパスが必要であるという話にはなっています。

西澤 急に総合診療医といっても無理ですから、専門医としての経験を経た後に所定の教育を受ければ認定されるという仕組みは必要だと思います。地域に根ざした中小病院では、複数の病棟を持った患者を相手にすることが多いわけで、総合診療医の働き場所は、診療所であれ中小病院であれ、地方だけでなく東京でもあるのではないかと思います。

全日病も、地域に密着した中小病院の役割としてプライマリー・ケアに対応していこうではないかということで、昨年8月に「プライマリー・ケア宣言2013」を表わし、在宅医療や認知症あるいは終末期への対応を研修等で支援し、会員病院の質を上げていくという試みを始めています。こうした取り組みを続けることによって、中小病院こそが地

診療しているという実績を踏まえて参画しているのですから、普通に考えれば、病院の代表は必ず入るだろうなというふうには思いますけどね。

西澤 そう考えると、これからの病院団体は、全国レベルと地域とで役割が違ってくるのではないかと思います。それぞれが役割を果たし、そして相互に連携していくことによって日本の医療をよくしていくのだろうと思います。これからは我々全日病も、地域に根ざした支部活動というものをより強化しなければならぬと思います。

神野 臨床機能だけでなく、医師確保にかかる地域医療支援センターや看護師確保におけるナースセンターの問題も、それぞれの地域で、病院間や医師会との間で話をしていけないということですね。

猪口 本来は、病院団体と看護協会そして医師会が、オープンマインドで連携して、協議を重ねていくのが一番なんじゃないかな。

地域に密着した医療機関の核であるという認識に落ち着いていくのではないかと期待しています。

我々は、地域に密着した中小病院の役割として「地域一般病棟」というのを10年前から提唱し、そのうちの幾つかは診療報酬で評価されています。しかし、今回の病床機能報告制度の議論の中で、四病協として、その進化版といふべき「地域医療・介護支援病院」を追加提言しました。

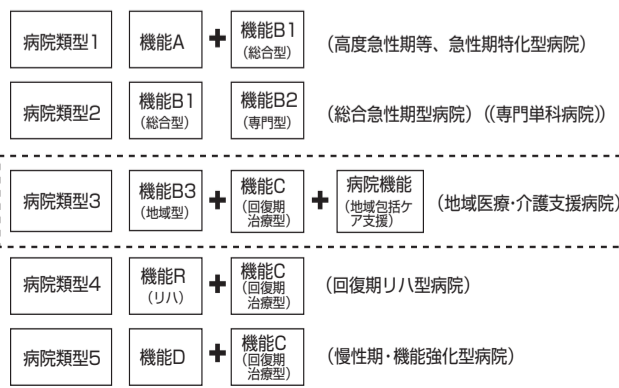
これは決して好き勝手に言っているのではなく、こういうものが整えば日本の医療はうまく回っていくのではないかという思いでやっています。12月初めの医療部会で追加提言を報告したときに、患者団体の委員が「私たちもそういうタイプの病院があるとありがたい」と言ってくれました。これはぜひとも実現しなければならないと強く思った次第です。

猪口 四病協が提言した概念が制度の中で生かされることを要望するとともに、我々も全日病として、会員病院にこういう医療を提供して地域に根ざしていこうではないかと取り組みを促していきたいと考えています。なんとか実現できればと期待しています。

西澤 そういう意味からも、目先の、決して甘くはない診療報酬と辛さだけではない医療法等改正にきちんと対応し、2014年を地域に密着した病院の基盤づくりに向けた1年にしたいと思います。原局長には、要望への対応やアドバイスなど、引き続きご協力ご指導をお願いする次第です。

図／四病協が追加提言した「機能分化と病院類型例」

高度急性期機能(ICD等)=A、急性期医療機能(病棟)=B、回復期医療機能(病棟)=C、リハビリ機能(病棟)=R、慢性期医療機能(病棟)=D、としている(病床の医療機能である)。



新春特集Ⅱ 四病協4会長座談会 「一体改革における病院と病院団体」

西澤 新年おめでとうございます。四病院団体協議会は今年で結成14年目を迎えました。医療にとっては引き続き厳しい課題に直面する2014年ですが、4病院団体の結束はまだまだ健在です。本年も一体となって医療改革に対応していきたいと思っています。

さて、私どもの最大の懸案事項は、12月19日の社会保障審議会医療部会でまとめられた「医療法等改正に関する意見」、なかでも病床の機能区分と地域医療ビジョン策定の問題かと思えます。

「急性期病床群」として始まった病床区分の議論は、一般病床全体、さらには一般病床と療養病床を対象にした機能分化の議論となり、各医療機関が病棟の医療機能を報告し、それを基に都道府県が地域医療のビジョンを策定するという方針となり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分を用いて報告することに着きました。

堺 私が残念に思うのは、一方では医政局による医療法の話があり、他方では保険局による診療報酬の話があるというように、あるべき姿の議論と並行して改定という目先の議論が進んできたということです。

そういう中で医療法を改正するという結論が出たのですが、実際、最終的にどうなるかがまだ見えないというのが正直な感想です。例えば、西澤会長は12月11日の医療部会で、四病協が提

言した「地域医療・介護支援病院」と医政局の4区分あるいは改定議論における重急性期病棟との関係、病棟機能と病院類型の関係などについてたずねられました。それに対しても明確な答えがなかったように思うのです。

我々は決して何でも反対ということではないのですが、報告制度で自院の機能をどう報告したらよいか、会員病院はかなり戸惑っていると思うんですね。

西澤 実際の病棟は1つの機能で報告しきれものではありません。その点、報告事項の具体的な内容がまだということもあって、まだはっきり見えない部分があります。その一方、この制度改革に先駆けて診療報酬改定を進めるということで、7対1の要件をかなり厳しくし、満たさないところは撤退してもらおうとしています。しかし、撤退してどこに行くのかが見えてこない。その中で重急性期病棟ができようとしています。しかし、その評価がどうなるかもまだ見えない状況にあります。

会員からも、報告制度だけでなく、目先の改定にどう対応したらいいのかといった質問が来ています。この辺りは、局が違うといえども、厚労省として、それぞれの議論を1つの方向性で、分かりやすく説明してほしいと私自身感じています。もちろん、我々自身の意見も引き続き主張していかなければならないと思っていますが、

複合機能の病棟を評価する診療報酬が必要

山崎 7対1が35万床もあるというワイングラス型の分布をどう砲弾型に収束していくかという診療報酬上の課題が、医療法の問題とごちゃ混ぜになっ

ている。したがって、我々にも非常に分かりづらいところがあります。

それと、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という機能区分を導入する場合



に、地方の、例えば80床程度の病院はどう報告するのかという問題がある。というのも、その地域にそこしか病院がなければ、高度急性期の患者もいるし、急性期や回復期の患者もいる。さらには慢性期の患者もいるわけです。

それを病床別ではなく、病棟別に報告するという。では、急性期で報告しておいて診療報酬の上でケアミックスが認められるのか。そうした各論的な話がないままに進んできた。結局、これは、大きな病院を想定した話なのではないでしょうか。

西澤 確かに病院のタイプをめぐって2つの問題があります。1つは地方の病院ということ、もう1つは中小規模の病院ということです。

医療部会がまとめた「医療法等改正に関する意見」の4つの機能区分を説明した箇所に、「実際の病棟には様々な病

高度急性期の病院というのは考えられない

日野 私は報告制度はできないと思います。というのも、入り口で急性期とか回復期なんていっても、診ないと分からないじゃないですか。で、報告し

た機能が違う患者だからといって他に回すといっても、地域連携がそんなにスムーズに行くわけではない。続けて

（下段に続く）

た機能と違う患者だからといって他に回すといっても、地域連携がそんなにスムーズに行くわけではない。続けて

我々は今後も最適な医療を提供する最適な機能分化を提言する

機能報告制度 実際の病棟機能が報告できないとうまくいかない

治療してもらうことがまずは優先で、しばらく時間がたってから他の病院に紹介するというのであれば実現性はあると思うのですが、それは、こんな構図とは相入れないですね。

高度急性期の病状というのを担当官がよく分かっていないんです。急性期中で何人か高度急性期の患者があり得ても、それだけ切り出して高度急性期病院をつくるのは非現実的だと思います。高度急性期という病院を法的に位置づけようとしたようですが、そんなところにコンスタントに患者が来ます？ 多分、病床稼働率は半分を切るでしょう。

他の病院群に関しても、そんなクリアに線が引けるものではなくて、西澤先生がおっしゃっている地域一般病棟という考え方をそのまま踏襲すればそれでいいわけです。

堺 一般病床には、特定機能病院がある、あるいは地域医療支援病院もあるというように、色々あるので分りにくいんです。だから、高度急性期にしても、例えばICUとかに特化するんだしたら、大学病院のような沢山のベッドは要らないんです。急性期病院というのはある程度分ります。あと慢性期も分かるんですが、問題はその間のところなんです。

現場の詳しいデータが必要。報告制度にも一定の意義

山崎 この4つの区分は病気が治っていく前提でシミュレートしたわけでしょう。では、高度急性期に入って重症のまま経過している患者、長期重症患者はどこに入るのか。そういう論理が

ところが、この議論は7対1を減らす話と重なって出てきた。そうすると7対1の受け皿はどうなるんだという議論になってくる。ですから、どうも不純なんですよ。

西澤 高度急性期だけの病院というのはあり得ないですね。実際は、高度急性期の病棟と、一般の、いわゆる急性期病棟とが混じり合った病院ですから。日野先生が言われたように、基本は急性期です。まずは、急性発症したときにどこかの医療機関が受け付ける。その時点では患者の病状がどの程度か分からないので、振り分けから始まるのではないのでしょうか。

ただ、入院する時に、やはり病状に合ったところということになると、その病棟機能として、高度急性期、急性期、回復期に分けることはできるのではないかと、我々としても、この報告制度でやってみようということになったと思います。

堺 ところが、医療機能といっても、病床があって、病棟があって、そして病院が出てきた。そのところをどう取り扱ったらいいのか、我々にも分からないところがあります。恐らく、厚労省も分かっていないと思うんです。議論していて、そう感じます。

まったくないんです。

どうも、平均在院日数を短くすればすべて病気が治るみたいな、そういう神話的な発想で話が進んでいる。しかし、救命で来たけども重症がずっと長

期に続いている患者は実際にいるわけですからね。

堺 厚労省が考えているのは、DPCの流れに沿って、結局は在院日数で分けていく。それがあ程度長くなるとマルメの話になっていく。ということで発想が非常に単純な気がしますね(笑)。確かに、レスピレーターにつないでいるような患者は医療資源がかかります。そういう患者は急性期からそっちに持っていこうという発想なのかもしれませんね。

西澤 これは、やはり、我々現場が詳しいデータを出していかないとだめだということですね。であるならば、報告制度には問題もあるかもしれないけれど、我々がどういう患者を診ているかというデータを出して、そのデータをもとに、我々も参加する中で機能分化を図っていくべきかとも思います。

では、どの程度の機能分化がいいのか。過度な機能分化はよくありませんが、大雑把過ぎてうまくない。患者

7対1は病棟単位にしていいのではないか

山崎 7対1をつくってから8年たっている。その間に、歴代の医療課長が軌道修正をやらなかったことに問題があるんですよ。35万床まで膨らませて、「お前ら何で勝手に増やすんだ」みたいな話にしているけど、膨らんでいく過程でいくらかでも手を打てたはずなんです。

西澤 そもそも、看護師さえ集まればどうぞ行ってくださいと言ったのは厚労省です。その厚労省が、今になって梯子外しをしている。これを繰り返していたら、診療報酬に対して、我々は、

に合った最適な医療を提供するということが大切です。そうした視点に立てば、まったく機能分化しないで最後までいるというのはよくない。例えば、もっぱらリハビリに集中すればいい患者は、専門の病床に入るのが望ましいわけです。そうした最適な機能分化というものを我々が提言し、それに沿って推進されることが望ましいわけです。

堺 そういう入り口の議論は何回もやられているんです。しかし、どういう内容の報告にするのかというと、まったく見えてこない。したがって、こういう内容にするというものをもしもらい、それで各病院の現場が、それであれば自院の病棟はこんな実態だと、ある程度納得して報告できる形にしていけないと、現状のままでは無理かもしれません。

日野 診療報酬はもうすぐ姿が見えてきます。診療報酬が決まれば、いくつもある入り口がみえてきて、おのずと選択肢が決まってくるかもしれません。

いつ梯子外しをされるのかなとびくびくしながら従うことになる。これでは診療報酬に対する信頼がまったくないですよ。

国民会議の報告書にも書いてありましたが、やはり、これからは医療関係と行政の信頼関係がないと改革はできないということを、厚労省にも考えてほしいものです。

堺 ちょっと議論の筋が違ってるんですね。日病は、7対1は病院単位ではない(7面上に続く)

新春特集Ⅱ 四病協4会長座談会 「一体改革における病院と病院団体」



〈写真右から〉

日本病院会会長 堺 常雄
 日本医療法人協会会長 日野 頌三
 日本精神科病院協会会長 山崎 學
 全日本病院協会会長 西澤 寛俊

(6面下から続く)
 く、病棟単位にしていいのではないかと
 という考えなんです…。
西澤 私どもも病棟単位の方がいいと
 考えています。
堺 今回は、亜急性期も病棟単位にな
 るわけでしょう。そうすると、7対1だ
 けが病院単位っていうのは難しいです
 よね。第一、機能区分からいってケア
 ミックスの病院が出てくることを認め
 るようになるんだったら、病棟単位に
 しないとやっていけないでしょう。

総理大臣宛の要望書を12月10日に提出
 しました。聖路加病院に第1号をつくら
 せてほしいと、具体的な病院名もあげて
 要望しました。安部総理もこれからは医
 療の国際化と言っていますが、医療の国

際化をするときに英語が話せないドク
 ターじゃしょうがない(笑)。やっぱりメ
 ディカルスクールをつくって、英語で講義
 して、試験も英語でやって、そういう
 医師をつくっていかなくちゃだめです。

看護師だけでなく介護職の不足も深刻

西澤 看護師不足も深刻です。今は
 150万人ぐらいで、2025年までにあと
 50万人必要だということですが、潜在
 看護師が70万人ほどいるともいわれて
 います。新しく就業する数からやめる
 数を引くと、現在は年間3万人ぐらい
 増えている。したがって、それを確保
 しつつ、潜在看護師を掘り起こしてい
 けば、ある程度いくかなという気がし
 ます。

問題はナースセンターです。今回、
 看護師の一部の届出が制度化されまし
 た。届出先のナースセンターは各都
 道府県の看護協会が運営しています。
 しかし、ハローワークとナースセン
 ターを比べると、明らかにハローワーク
 のほうが斡旋の実績がいいんですね。

それで、ナースセンターが効率的に
 動くようにするために、医師会や病院
 団体も入った運営協議会等を設置する
 ことが、今回の「医療法等改正に関す
 る意見」に書き込まれました。したが
 って、我々もナースセンターの運営協
 議に参加することになります。

日野 この体制は急いで整えてほしい
 ですね。

山崎 ナースセンターというのは、県の
 看護課長をやった人が天下りで長にな
 ったり、公立病院の看護部長をやった人
 が天下るっていう世界です。ですから、
 動いても、公・公で斡旋をやっている

だけで、公・民がないんです。

ただ、私が危惧するのは、今の若い
 看護師はみんな携帯を持っているのでし
 ょう。すると、携帯端末で業者のほう
 に登録をしちゃうんです。何故かとい
 うと、業者に登録すると紹介料の3割
 から4割をもらえるから。そういう仕
 組みをつくれちゃっているんですよ。

堺 「医療法等改正に関する意見」の
 「医療機関の勤務環境改善」のところに、
 「きめ細やかに支援を行う総合的かつ
 専門的な支援体制」ってあります。これ
 は、日看協が厚労省と話し合っ
 った「雇用の質向上のための取り組み」
 にある、例えばアドバイザー派遣事業
 のことではないですか。社会保険労務
 士とか…。

西澤 私も、そういう人が来てもあまり
 意味がないと思ったんですが、実は
 今回は、単なる業者ではなく、例えば、
 地域の医師会とか病院団体が間に入
 ってアドバイザーと組み合わせる相
 談に乗るといような仕組みになるはず
 です。ある意味では病院団体がその病
 院の相談に乗ってあげるっていうよう
 な形を今回は入れたつもりです。そう
 いう点では、今までよりはよくなるん
 じゃないでしょうか。

堺 それならば期待しましょう(笑)。

日野 うちが介護の職員がいなくて本
 (下段に続く)

医師は足りない。メディカルスクールが必要

堺 病院の職員が疲弊しているという
 話がよく出ます。確かにそうなんです
 ね。日病が行なった会員調査でも、ほと
 どの病院が無理を承知でやっています。
 従って、万一、奈良県立病院みたいな
 ことになったら、日本の病院はほとん
 どアウトではないでしょうか。

西澤 日本の10万人あたりの医師数は
 先進国の中でも下のほうです。どう見
 ても少ないんです。にもかかわらず、医
 学部新設はようやく東北で1校だけ
 です。

山崎 医師は圧倒的に足りません。日
 本医師会はこれ以上医師を増やすと大
 変というけど、そもそも自由開業制の
 下でどんどん開業させて、かつての歯
 科診療所と同じ状態が開業医にも出
 てきているわけです。だから、日本医
 師会の執行部が自由開業制を制限する
 って言ったら、反対する医師はいない
 と思うんですよ。

西澤 自由開業制に規制を加えてはと
 うことですか…。

山崎 そう。病院に地域医療計画があ
 るように、開業医にも診療科別の地域

医療計画をつくるべきではないかと思
 うんです。

日野 医師不足の結果、ひとり紹介・斡
 旋業がおいしい思いをしています。看
 護師と医師にターゲットに絞ってね。
 実にけしからん(笑)。

西澤 我々四病協としては、医師の数
 は足りない、もっと増やすべきだとい
 う見解ですね。

堺 そうです。医師会は、20年とか30
 年後には医師は余るって言っています
 が、それまで、現場の医者はどうすれ
 ばいいのかっていう話になりますね。

山崎 そのまま疲弊していろっていう
 ことじゃないのかな(笑)。

西澤 今はリタイアする医師と新卒の
 差でかろうじて増えています。それ
 でも足りない。問題なのは、団塊世代
 の医師がこれからリタイアしていくと、
 ある時点から、やめる医師の数が増
 える時代が来るということです。とこ
 ろで、四病協はメディカルスクールを
 提案していますが…。

山崎 メディカルスクールについては、

地域包括ケアでは「地域医療・介護支援病院」の役割が大きい

都道府県と地域の各レベルで病院団体の役割が重要になる

当に困っているんですよ。最低生活は保
 障できるだけの給料が出せるような介護
 報酬にしないと無理ですね。出世はでき
 ないし、年収も300万円どまりですよ。

堺 それじゃ夢も希望ももてない(笑)。

西澤 医師や看護師の不足も深刻です
 が、片方で、介護職のなり手が少ない

というも深刻ですね。若い人が少な
 くなるという問題もありますが、やは
 り処遇の問題があります。一時は不景
 気で職がない人が来るかと思ったけ
 ど、やはり介護の方には来なかった。
 それだけ厳しい仕事だということ
 です。

地域包括ケアのリーダーは病院関係者がいい

堺 地域包括ケアって言われていますが、
 医療の中ではなかなか粗上にあがって
 こないですね。簡単に医療・介護連携と
 言いますが、では具体的にどうするか
 ということがまったく出てこないんです。

私は東京から横浜に住まいを移した
 ときに、家族に年寄りがいるので、ど
 こで診てもらったらいいのを探したん
 ですが、これがまったく分からないん
 です。もちろん医師会に相談すればい
 いのですが…。しかし、一市民とい
 う立場からは、やっぱり、そういう
 のが地域で機能してほしい。つまり、
 最終的なよりどころは安心して診
 てもらえるかかりつけ医か病院がある
 ということだと思えます。

西澤 今回の改正では医療提供体制と
 地域包括ケアシステムの関係構築が重
 視されています。地域包括ケアが効果
 的に機能するためには医療が有機的に
 組み込まれないとだめだということは、
 我々医療人も含めて、関係者の間で
 共有されつつあると思えます。

病院団体としても、会員に積極的に、
 地域で医療・介護の連携に取り組むこ
 と、地域包括ケアの中で活動していく
 ことの大切さをアピールしていかな
 ければならないと思えます。例えば、地

域における病院の取り組み事例を収集
 するとか…。

日野 地域包括ケアのシステムをつく
 っても、メンバーはいるんですが、医
 療に関してはほとんど素人の集まりに
 なっています。地区医師会の先生とか
 がリーダーであればまだいい、病院の
 関係者であればもっといいんですが
 ね。そうでないと、疾病のことが全
 然分からないですからね。これでは
 だめです。

堺 あればエリア的には中学校ぐら
 いの大きさっていうことでしょうか？

日野 そうです。

堺 そうすると、四病協が11月18日
 に発表した「地域医療・介護支援病院」
 の役割が重要になりますね。地域包括
 ケアセンターとかに任せても難しい
 と思えます。やはり、ある程度は、
 病院がかかわっていく必要があるの
 ではないでしょうか。

西澤 そうなれば、堺先生がおっしゃ
 った引越先でどの医療機関に行けば
 いいのかというときに窓口の役割も
 果たせますね。

堺 そうです。ですから、病院が病
 院であるだけでなく、そういうもの
 も包括した形で機能していれば、例
 えば、病診連携医師とかをオープン
 にしていくこともできますね。

首長に「病院団体の意見も」と言われるようになるべき

堺 今回の医療法改正は都道府県に色
 々な権限を移譲するとしていますが、
 今まで、医療審議会は医師会が中心
 で、病院団体はほんのつけ足しみたい
 な感じでした。したがって、これか
 らは我々病院団体の役割、全国レベ
 ルではなく、とくに都道府県レベル、
 地域レベルの病院団体の役割が非
 常に重要になってくると思うんです。
 行政も病院を抜きにして話ができ
 ない時代に来ていると思います。で
 すから、我々はもっと声を大にして、
 色々な分野でもっと頑張っていく
 必要があると思えます。

西澤 病院団体の役割は、全国レベ
 ルで政策をつくったり制度をつくる
 作業に参画することが一つですが、も
 う一つ、都道府県や市町村レベルで
 同様の取り組みをするという役割が
 あって、これからは後者の役割が非
 常に重要になりますね。

そういう意味からも、我々は今後、
 全国団体として、あるいはこうやっ
 て全国団体が集まってやっていく
 ことと同時に、今度は地域でも連
 携を組んで一丸となることをしてい
 かなければならないと思えます。

堺 まったくそうです。ですから、例
 えば、岡山県は県病院協会の組織率
 が99%もあって、大学病院も入っ
 ています。大概のところは病院協会
 があるんですが、そうじゃない地域
 もある。地域でかなりの温度差があ
 るんです。しかし、我々の仲間であ
 る地域の病院が困らないような形
 でサポートできる仕組みができて
 いかなくとも思えます。

山崎 群馬県は、私が14～15年前
 に病院協会に一本化しました。大学
 病院も入っています。その方が活動
 がスムーズで、個別の団体で活動
 することがなく、一つの病院協会
 として動いています。県の色々な
 審議会にも病院協会の代表も出
 ています。

西澤 北海道病院協会も似たような
 状況です。もともとは私立病院
 だけだったんですが、公立病院も
 加わって組織率も70%ぐらいに
 なっています。全日病や日病の支
 部役員も入っていて、積極的に活
 動しています。地域では、これ
 からこういう形が必要ですね。そ
 して、中央の問題には、この4
 団体が機能していくという関係
 が…。

堺 そうしていくことで、首長さん
 が「医師会だけでなく病院団体にも」
 って言ってくれるようになることが、
 病院からすれば本当にいいわけ
 です。

西澤 我々が中心となった改革で、
 安心、安全な医療体制の2025年
 を迎えるものですね。我々は、も
 はや提供する側ではなく、受ける
 側ですからね(笑)。その頃には
 病院団体のあり方も、きっと
 変わっているかもしれません。

2025年が夢のような社会になる
 のか、それこそ夢に終わるのか、
 行政任せではなく、病院団体と
 全国の病院がもっともっと頑
 張っていく必要があるよう
 です。それでも夢に向けて、
 2014年を少しでも良い年
 にしていきたいものです。本日は
 ありがとうございます。

消費税分を乗せたみせかけのプラス改定

2014年度の診療報酬 実質は小泉内閣以来の大幅なマイナス。医科はプラスを堅持

2014年度の診療報酬は、消費税対応分を除いた実質がネットで-1.26%と、06年小泉改定以来の大幅マイナス改定となった。(1面記事を参照)

14年度の改定率は、12月初めまで、消費税補填分を加えても、小泉内閣時代(06年度改定)の過去最悪(-3.16%)に次ぐマイナス改定になるという噂が出るほど、厳しい情勢にあった。

それを、消費税補填分を加味すると+0.1%にまで押し戻したのは「国民医療を守る議員の会」の力が大きい。これを受けて、自民党の政調部会が強力に働きかけた結果、官邸は一定の譲歩を余儀なくされた。

それでも、政治判断の結果は、実質でマイナスという厳しいものであった。しかも、薬価等引き下げによって捻出される約5,400億円は本体報酬の財源にしないという方針が貫かれた。これが、今後、既成事実化される恐れがある。

これは、今回の改定が官邸のペースで行なわれたためだ。政府筋が「今回の予算編成に内示はない。したがって関係協議は復活折衝ではない」と指摘したように、改定率をめぐる田村大臣と麻生財務大臣の協議(12月20日)は正味数分と、いわば表敬訪問であった。

12月20日の会見で田村厚労大臣は「消費税の補填分は確保できた」と胸を張る一方、「消費増税で国民の負担感がある中、医療が国民負担にはね返らないようにするという立場から、別途、200億円と900億円を公費で確保することで財務大臣と合意した」と力説した。

しかし、900億円は医療提供体制に投じられる、診療報酬と関係ない財源である。一方、200億円は7対1からの離脱を決意させる一種の“支度金”だ。

これらには消費税増取分の一部が投入される。この増取分があるが故に、その一部を外づけて運用することで、診療報酬はスリムとなってマイナス改定が実現。一方、消費税分が上乘せされたためにマイナス改定が一見プラスにみえるカモフラージュが作られ、薬価等引き下げ分の約5,400億円が一般財源に残るといふ“手品”が実現した。

この“手品”の仕上げに使われたのが財政支援制度(基金)で、あたかも改定率の不足を補うかのように改定率と同時に発表された。

機能分化等の基金は14年度904億円。以後も増税分が投入

12月25日の中医協で、宇都宮医療課長は、各都道府県に設置される基金(新たな財政支援制度)の規模は、14年度で904億円(消費税増取分の充当544億円、一般財源からの手当て360億円)。その用途は、①医療従事者の確保・養成、②在宅医療の推進、③医療提供体制改革に向けた基盤整備である

旨を明らかにした。

資料には、「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備は、14年度は回復期病床等への転換など必要なもののみを対象とし、15年度に地域医療ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する」と記された。

関係筋によると、基金の法制化によ

西澤委員「医師会と同様、病院団体の意見を聞くべきではないか」

医療部会「医療法改正等改正の意見」 医療法改正で合意。意見書に「都道府県は病院団体も協議相手とする」旨を追記

社会保障審議会の医療部会は12月19日、第6次医療法改正の趣旨を整理した「医療法改正等改正に関する意見」の修正案について議論。一部修正を確認の上、合意に達した。

最終文案は前回合合で各委員から出た追加文言等の修正が主で大筋に変更はなかったが、地域医療ビジョンの策

定に関して、「(医療計画と同様に)医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴く」ことが追記された。

また、地域医療ビジョンで提示される各医療機能の必要量を踏まえた「医療機関の協議の場」に関して、「その組織運営は、公平・公正に行われる必要



▲田村厚労大臣は診療報酬とは別に900億円の基金が設置されると発表した

って、消費税増取分は毎年度計上されることになる。

地域医療再生基金が公的中心的配分となった失敗を避けるため、国が策定する基本方針や交付要綱に、官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応がとられる予定だ。

■2014年度診療報酬の改定率(厚労省資料から)

	名目	消費税の補填分	実質改定率
全体(ネット)	+0.1%	+1.36%	▲1.26%
本体報酬	+0.73%	+0.63%	+0.1%
医科	+0.82%	+0.71%	+0.11%
薬価・材料価格	▲0.63%	+0.73%	▲1.36%

①別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方保険適用除外などの措置を講じる。②別枠、公費によって、7対1移行の激変緩和措置として約200億円(本体報酬に対して0.15%)の財源が確保される。

「ホールディングカンパニー型法人」へ、規制緩和を求める

産業競争力会議の医療・介護分科会は12月25日に、9月以降の諸課題の検討状況を中間整理。その中で「非営利ホールディングカンパニー型法人」の創設

を取り上げ、必要な規制緩和の検討を求めた。「中間整理」は、1月に閣議決定される成長戦略の実行計画に盛り込まれる。

医療・介護等分科会「中間整理」から

●「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」の創設

- ・新法人が傘下法人を社員総会等を通じて統括できるようにするため、医療法人や社会福祉法人の構成員に法人も認める等、規制緩和を検討する。
- ・議決権その他の新法人のガバナンスに関する事項を定款で自由に定めることを可能とする等の措置を検討する。
- ・グループ内法人間での金銭貸付や債務保証やグループ内法人間での剰余金

の効率的活用を可能にする等の措置を検討する。

・新法人と傘下法人からなるグループが地域包括ケアを担う医療介護事業等を行なう営利法人への出資を認める等の措置を検討する。

その他必要な論点について2014年中に結論を得て、制度的措置を速やかに講じる。

医薬品取引価格の未妥結率で減算も検討?!

中医協総会 回復期リハ病棟入院料1の医師専従要件は年明けに持ち越し

2013年最後の中医協総会が12月25日に開かれ、事務局(厚労省保険局医療課)は積み残しの個別課題の論点を示した。

【個別課題(抜粋)】

◎糖尿病透析予防指導管理料

前改定で新設された評価を引き続き継続してはどうか。

◎患者サポート体制充実加算

前改定で新設された評価を引き続き継続してはどうか。

◎医薬品取引価格の妥結率

・妥結率を地方厚生局に届け出させることにしてはどうか。

・著しく低い妥結率の場合は、診療報酬上の基本料の引き下げなどを検討してはどうか。対象は、200床以上病院や同一法人保険薬局の店舗数、処方せん枚数や特定保険医療機関の処方せん

による調剤割合等に着目してはどうか。

◎うがい薬を例示した行政刷新会議等の指摘事項について<検討の方向性>

単にうがい薬のみを処方する場合を保険の対象から除外してはどうか。

【議論の結果】

診療側は、前回までの議論で追加資料の提出を求めていた「回復期リハ病棟入院料1の医師専従要件」についてさらなる資料の追加を求め、支払側は、前

DPC改定方針と薬価制度改革を承認

12月25日の中医協総会は、前回13日の総会で再検討を求めた「3日以内再入院の算定ルール」と「後発医薬品指数」について再度議論した結果、前回報告どおりの内容で臨むとしたDPC評価分科会の最終報告案を承認した。

がある」と書き加えられた。

修正案には、前述の地域医療ビジョン策定時だけでなく、在宅医療提供体制における市町村と「地域の医師会、歯科医師会及び看護協会等と協働して推進」など、随所で、行政と医師会等との協議・協働の必要に言及している。

この点について、相澤委員(日病副会長)と西澤委員(全日病会長)は、「医療計画にしても、地域医療ビジョンにしても、機能分化の対象は入院病床であり、主に病院である」と指摘。

西澤委員は、「では、病院の声を聞

くこと、したがって病院団体の意見を聞くことがきわめて重要となる。なぜ、医師会等の職能団体のみで、病院や病院団体の名は出ていないのか」と質し、当該各箇所病院と病院団体を追記するよう強く求めた。

これに対して土生総務課長は「その主旨を反映させたい」と答えた。医療部会は、同日示された他の修正要求を踏まえ、最終文を永井部会長(自治医科大学学長)に一任することを了承、「医療法改正等改正に関する意見」はとりまとめられた。

し、その適用対象を、現在の“同一病名”(6桁目まで共通)から“同一診療科の疾患”(2桁目まで共通)へ拡大する」というもの。

同日の総会は、長期収載品の薬価を特例的に引き下げる新ルールを盛り込んだ「次期薬価制度改革の骨子(案)」を承認した。

新ルールは、「後発品発売後の最初の薬価改定で長期品の薬価を下げる特例(4~6%)」を廃止する代わりに、後発医薬品が薬価収載されてから5年経過後の最初の改定以降に適切な置換え(20%、40%、60%)が図られていない場合には「特例的な引き下げ(2.0%、1.75%、1.5%)」を行なうというもの。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算は、今回の制度化を見送り、引き続き試行継続となった。先発品に対する新規後発医薬品の薬価は、現行の7掛け(銘柄数が10を超える内服薬は6掛け)から「6掛け(同5掛け)」とされた。

出論点のうちの「精神科身体合併症管理加算の算定可能日数延長」に異議を唱え、いずれも議論の継続を確認した。

また、「うがい薬のみの処方保険対象から除外する」件は、別途の議論に付すことで両側が一致。基準調剤加算についても意見が分かれたため、あらためての議論となった。

それ以外の項目については、診療側、支払側とも事務局提案に賛成した。

機能評価係数Ⅱに追加する「後発医薬品指数」は「60%未満の医療機関は目標に達していない度合いに合わせて連続値で低い評価とする」という内容。

「3日以内再入院」は、「7日以内の同一病名の再入院は一連として取り扱うと