



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2015

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.839 2015/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2015年1月1日・15日号合併号

2015

2014

第56回全日本病院学会 in 福岡
前回は「プライマリ・ケアの現場から考える～地域の未来を診療所と共に～」



4・5面／新春特別座談会「医政局長 vs 正副会長」— 今後の病院経営と地域医療構想
6・7面／四病協4会長座談会— 2025年一体改革・病院団体が対応すべき課題
8面／2015年度介護報酬改定の審議報告案、看護師特定行為・研修制度の意見書

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



平成27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、4月の診療報酬改定、6月の医療法を含む「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の公布、12月の衆議院議員総選挙、など、医療界にとって大きな出来事が多数ありました。
特に医療法の改正による、病床機能報告制度の創設や地域医療構想の策定は、地域医療を担う我々にとって、重要かつ非常に難しい課題です。病床機能報告制度が順調に進みますと各病院が行っている医療の状況が明らかとなり、将来的には各圏域において細かなデータに基づいた協議が行われることが想定されます。
各支部においては、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う「地域医療構想会議」、いわゆる協議の場へ必ず参加していただきたいと考えております。
今年10月には医療事故調査制度がスタートします。昨年は厚生労働科学研究の研究代表者として、医療事故調査に係るガイドラインの策定の議論に携わりました。今年3月には研究班の最終報告書がまとまる予定です。厚生労働省の検討会では、本制度の省令・告示に係る議論が進められております。医療の安全確保・医療事故の再発防止に向けて、良い制度となることを期待しています。
その他、医療法人制度の見直し、看護師の特定行為の研修制度の開始、介護保険法の改正など、様々な制度改革が行われますが、これらを含めた社会保障制度改革全体の当面のゴールは2025年に設定

されています。そこまでに残されている時間は多くありませんが、当協会は積極的、主体的にこれらの改革に取り組む必要があります。
また、消費税についても、平成27年10月に予定されていた10%への税率引き上げが1年半先送りされることになりました。
控除対象外消費税の問題の解決は病院団体にとって、長年の宿願です。平成29年4月に予定されている税率引き上げ時まで、時間的な余裕が出来ましたので、医療への原則課税・軽減税率の適用が実現されるよう、医療界一丸となって様々な方面に強く働きかけていきたいと考えております。
今年は、次期診療報酬改定に向けての議論も本格化します。具体的な検討事項は今のところ全く見えておりません。消費税増税が1年半先送りになったことによる改定率への影響は不透明ですが、様々な改革を着実に進めるためにはプラス改定でなければなりません。
今後の中医協における議論の経過を注視し、日本医師会、四病院団体協議会、日本病院団体協議会とも協同しながら、各医療機関が質の高い医療を継続して提供できる、かつ、個々の経営努力を公平に評価する、適切な診療報酬体系とするための議論が行われるように強く要望してまいります。
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。

2015年 年頭所感

厚生労働大臣 塩崎恭久



平成二十七年の新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。本年も何とぞよろしく願い申し上げます。

厚生労働大臣に就任してから約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、東日本大震災からの復興を加速させなければなりません。東日本大震災の発生からもうすぐ四年が経とうとする今もなお、多くの方々が避難生活を送っておられます。昨年、私も被災地を訪問し、被災された方々からお話を伺いました。現場第一主義に立ち、将来を見据えて復興に取り組む思いを新たにいたしました。私自身も復興大臣であるとの強い意識で、対策を進めていきます。

次に、昨年、消費税率の十パーセントへの引上げについて、安倍総理より、予定されていた今年十月からの引上げを十八か月延長する旨の表明がありました。安倍総理のご判断を重く受け止めつつ、今後とも、国民の安心を支える社会保障制度を所管する立場として、世界に誇る我が国の社会保障制度を次の世代にしっかりと引き渡していくため、国民のご理解を得ながら改革を進めていきます。

医療・介護については、昨年六月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療構想の策定によって医療機能分化や連携を図るとともに、各都道府県に設けた地域医療介護総合確保基金を人材不足対策等への支援に活用していきます。また、在宅医療・介護の連携の推進等によって地域支援事業を充実するなど、地域の実情に応じた医療・介護提供体制の確立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、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す。国民健康保険を始めとする医療保険制度の財政基盤の安定化、医療費の適正化、国民の負担に関する公平の確保等を推進してまいります。

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。

現在、わが国の医療界は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、病床の機能分化と連携、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保と勤務環境の改善等により、地域の特性に応じた地域包括ケアの推進が求められております。

本年4月から地域ごとに地域医療構想が策定されます。その前段として地域医療構想策定のためのガイドラインの協議が進んでいますが、地域医療構想は国が作成した一律のガイドラインのみに頼って策定されるべきではなく、各地域の実情に基づいたものであることが肝要であると思えます。

その一方で、規制改革や成長戦略の名の下に、公的医療保険給付の範囲を狭める圧力が続いていくものと思われます。健康保険の財源が厳しくなる中、限られた予算でいかに対応できるかという視点で考えると、われわれ医療提供者もある程度の計画に基づいて医療を提供していかなければなりません。

しかし、いかなる改革が行われようとも、医療という人の生命に直接関わる行為で忘れてならないのは「健康と安全」であり、これを守るためには適切な規制が必要となります。規制改革の名の下に、社会保障の大きな柱である医療を市場原理に基づく自由競争に委ねるべきではありません。成長戦略が極めて重要な政策であることに異論はありませんが、生命を預かる医療本体の産業化はふさわしくありません。

必要とする医療が過不足なく受けられる社会を構築していくためには、「かかりつけ医」を中心に地域の医師会と行政が主体となり、地域に即した形で「まちづくり」を進めていくことが何よりも重要です。その上で、生活習慣の改善対策や各種健診などの生涯保健事業を推進し、健康寿命を延伸させる等、時代に即した改革を進めながら、国民皆保険を堅持し、持続可能なものにしていかなければなりません。

真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、本年も日医執行部一丸となって対応して参りますので、皆様方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。

2015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27年は、我々全日病の会員病院にとって、そして日本の病院界にとって大きな変革の年となりそうです。病床機能分化、病床機能報告制度の開始、そして、都道府県を主体とした地域医療ビジョンの策定、等、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。

一方、診療報酬により創設された地域包括ケア病床は、全日病の会員病院にとっては大きな関わりがあり、価値のある病床機能に育てなければなりません。

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ります。全日病各支部におかれましては、都道府県行政や医師会、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。

本年もよろしく願いいたします。

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。

本年は医療界にとって節目の年になるでしょう。昨年6月、医療介護一括法が成立しました。来年度には、都道府県毎に地域医療構想が策定されると同時に、その介護版とも言える介護保険事業計画もスタートします。

少子高齢化と財源不足という構造的な問題を抱え、医療・介護提供体制の抜本的な変革が喫緊の課題となる中、国は、診療・介護報酬による誘導だけでなく、医療法及び介護保険法の改正という大なたを振るったのです。

見逃せないのは、こうした変革を進めるために、地域で合意が形成されない場合の「協議の場」と財政支援制度として「基金」が用意されていることです。全日病では、会員病院のため、協議の場や基金の用途について積極的に関与や提言を行っていきたくと考えています。

危機的状況こそ自己変革のチャンスです。西澤寛俊会長を中心に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



新年あけましておめでとうございます。

2015年、いよいよすべての団塊の世代が65歳に突入する年となりました。

この本格的な少子高齢社会に向けて日本社会、地方社会に様々な懸念が示されています。それに対応すべく、国もドラスティックな制度改革を進めようとしています。

そこでは、羊の鳴き声(メエ〜)ではありませんが「迷(メイ)」の時代に入ろうとしているかもしれません。

しかし、地域で、「明(メイ)」のモデルを組み立てる気概を持ちたいと思います。高齢者だけではなく、地域住民みんなが安心できるコミュニティを作り上げる必要があります。

みんなの暮らし、未来を応援するためにこそ、急性期医療から介護までを統合した新しい「地域包括ケアシステム」を組み立てる必要があります。

今年を、この「地域包括ケアシステム」元年ととらえ、全日病の一員として地域をデザインするお手伝いができればと思っています。

2015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

謹賀新年

消費税の先送りが民意にどう反映するか。この原稿が刷り上がるころには結果は明らかになっている。10%問題が今後の医療・福祉にどう影響をするのか、先が見えない。財源不足をどう手当てするのか。年明け早々だが、不安である。

常任理事 医療の質向上・個人情報保護担当委員会各委員長 飯田修平

謹賀新年

昨年も、TQMの医療への展開の一環として、厚生科学研究、補助金事業、全日病総研研究、医療安全管理者養成研修、質評価公表等推進、データマネジメント研修、業務フロー図作成研修等を実施しました。本年も各位のご協力をお願いいたします。

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。

自民党が衆院選で圧勝し、これまでの医療に厳しい政策が継続されることが決まりました。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。総務はそうした運営を支えていきます。是非ご協力をよろしくをお願いいたします。

常任理事 広報委員会・医療従事者委員会各委員長 織田正道

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

今年からポスト2025年に向けた医療改革が本格的に動き出し、それぞれの病院のあり方そのものが問われる時代になるものと思います。

このような時代にあって、広報委員会では、会員の先生方が医療の質を向上させながら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経営の補佐ができる人材を育成していくために病院事務長、看護部門長研修のさらなる充実を図ります。

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。

昨年は、AMATの無事起動ありがとうございました。今年は、AMATの現地司令塔となる災害時医療支援活動指定病院管理者研修等を早々に実施し、ゆくゆくはAMAT技能維持研修等も実施したいと考えています。

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

皆様明けましておめでとうございます。学術委員会担当の川島でございます。

今年は夏期研修会を7月12日に和歌山県白浜町で、また全日病学会を9月12、13日に札幌で開催致します。大勢の皆様にご参加いただけますことを心からお願い申し上げます。

常任理事 介護保険制度委員会委員長 木下 毅

今年は介護報酬改正の年です。使いよい報酬になるように望んでいます。介護療養型医療施設が機能強化型として存続するようですが病院として存在するかどうか微妙なところ。医療・介護の連携がうまく行くように取り組んでゆこうと思っています。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

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。

実際に評価を行うと、更に改訂すべき箇所が見つかり、来年に向け検討中です。当委員会からも改定の意見を申し上げる予定です。

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。

医療介護連携が流行りの言葉となっていますが、あるべき情報の共有が単なる情報の受け渡しで終わっている所も多いようです。“連携”から“統合”へ進化させた、生活者視点のITツールが必要と考えています。

今年も一年どうぞ宜しく願い申し上げます。

常任理事 土屋繁之

新年おめでとうございます。

今年も厳しい医療界となりそうですね。今年の大きな課題は「地域包括ケアシステム」でしょうか。

医療を蔑ろにして行政・介護・福祉が先走りしているシステムに思えてなりません強引に推し進められることでしょう。

今こそ私ども中小病院が地域医療を守るため力を合わせる時のように思います。

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

おめでとうございます。

2025年にむけた報告書の作成中ですが、会員の短・中期的運営方針に利用いただけるものを考えております。

本年も宜しく御願い申し上げます。

常任理事 医療制度税制委員会・若手経営者育成事業委員会各委員長 中村康彦

明けましておめでとうございます。

消費税8%への引き上げが医療経営を逼迫している中、今年の介護報酬改定引き下げの動きは医療崩壊に拍車をかける事態となります。

消費税10%への増税は先送りされましたが、医療界が望むような公平な改正になるよう医療制度・税制委員として尽力して参ります。

本年も宜しく御願い申し上げます。

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477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。

本年も宜しく御願い申し上げます。

常任理事 濱砂重仁

謹賀新年

年末の衆議院解散総選挙で自公が2/3以上を占めました。アベノミクスは今年もさらに押し進められます。医療費抑制策はこれからも続き、節目は消費税10%になる時の対策として、我々も覚悟を決めて、今年から訴えていかねばなりません。

今年もよろしく御願い致します。

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が粛々と進む中、医療・介護は圧縮され、医療人は、なかなか元気の出ない一年だった。国民の健康と経済再生は車の両輪と昨年にも書きましたが、健康なときには、医療は空気のような存在で忘れられ、優先順位が下がる。新年に当たり医療・介護難民の出ない政策と国民の健康寿命の延伸を切望いたします。

今年もご指導よろしく御願い致します。

常任理事 平山登志夫

世界に誇る我国の社会保障制度は消費税の増税を廻って崩壊の危機に晒されている。人類が経験した事のない超高齢社会は予想もつかないスピードで進展している。この対策として現在の医療、介護を統一した新しい機能を持つ地域包括ケア推進機構体制が必要である。

常任理事 鉾之原大助

明けましておめでとうございます。

昨年は診療報酬改定があり、「在宅復帰」を色濃く反映する改定となりました。また、今年は、3年に1度の介護報酬改定があり、おそらく、「在宅復帰」の流れを受け継ぐものと思われれます。

その流れを念頭におきながら、全国の病院の経営が安定し、さらに良質な医療を提供できますように、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

プライマリ・ケア検討委員会は、皆様からのご協力をいただき委員一同頑張っております。プライマリ・ケアへの対応強化は経営トップのご理解なしには実現できません。

2015年が協会における真のプライマリ・ケア強化元年になりますように、よろしく御願い申し上げます。

常任理事 美原 盤

明けましておめでとうございます。

病床機能報告制度、地域包括ケアシステムなど様々な課題に直面し、病院管理者には難しい舵取りが課せられています。

群馬県支部はこれらに対応すべく、研修会、講演会の開催など、積極的に活動していく所存です。

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。

好評を戴いているハワイ研修は120名のご参加を戴きましたが、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。

新たな研修先は喫緊の課題である「看護・介護人材の不足」に対し、EPAの実績の無い新たな供給先を求めてベトナム等を中心とした東南アジア諸国を対象に検討を開始し、今年度は国際交流委員会の委員のみで試験的に視察を実施したいと考えております。

2014年度病院経営調査

医業収支率、総収支率とも前年より悪化

全日病が、全会員病院を対象に、昨年5月の収支等を調べた2014年度病院経営調査(回答数930病院、回答率38.4%)の結果がまとまったが、医業収支率は前年同月比で0.9ポイント、総収支率は

1.8%とともに低下。とくに、東京地区の総収支率は2.5ポイントと大きく悪化した。

その結果、資金繰りが手詰まりな病院が増え、全体の推計キャッシュフロー

率(キャッシュフロー額/総収入額)は、「0%未満」の病院の割合が18.5%から22.8%へと4.3ポイントも増えている。

13年と14年ともに回答した病院(598病院)をみると、病床利用率の減、外来患者数の減、従業員数の増、入院・外来一人一日当たり単価の増という変化が認められた。

調査報告は、14年度調査の結果を「14年になって病院の収支は総じて悪化した。東京、一般病床のみ、200床以上、DPC対象の病院に悪化がとくに顕著であった」と概括。

その原因として、①急性期入院に対する14年度改定の影響、②消費税増税に伴う支出の増加、をあげた。

二川局長「地域の提供体制と各病院の役割を主体的に考えることが大事」

西澤会長「機能分化に病院が主体的に取り組むべき課題。発想の転換が必要」

西澤 あけましておめでとうございます。昨年は、医療介護総合確保推進法によって医療介護総合確保基金が設置されるとともに病床機能報告制度が開始し、今年4月に地域医療構想が施行されるということで、まさに、医療提供体制の改革は本番を迎えています。

2015年の年頭にあたり、二川一男医政局長と、医療提供体制の改革をテーマにお話させていただきます。

二川 医療介護総合確保推進法は内容が実に盛りだくさんな法律ですが、皆さんの一番の関心は、医療提供体制に大きな影響を与える地域医療構想かと思えます。4月の施行に向け、ただ今、そのガイドラインが国の検討会で議論されているところです。

もっとも、あくまでもガイドラインですので、何から何まで国の方で決めてしまうというのではなく、都道府県が地域の実情を踏まえて各区域の地域医療構想に具体的に落とし込んでいくことができる、ある程度幅があるものになるのではないかと思います。

西澤 地域医療構想では2025年の医療

需要が機能別に明記されますが、これも都道府県が勝手に決めるのではなく、現在、国の検討会で推計方法が検討されています。

二川 需要については、一定の予測値も入るため、ある程度の幅が出ると思えます。

西澤 各種データを踏まえた推計になるとは思いますが、我々全日病としても、出てきた算定方法と推計値をいろいろ検証していく必要があります。

その地域医療構想に先立のが病床機能報告制度で、昨年10月に初年度の報告が行なわれましたが、どう報告したらよいか迷った医療機関も少なくなかったのではないのでしょうか。

二川 9割の病院はほぼ期限までに報告をいただいています。この結果は、都道府県、医療機関、国民の皆さんにフィードバックされるので、提供している医療の内容などから、その地域の医療需要が大まかに分かります。したがって、地域の医療機関の間で「協議の場」を前倒した話し合いを始めることも可能かと思えます。

都道府県は「協議の場」では行司役

神野 医療提供体制を地域ごとにどうデザインするかという方向が、都道府県によって、ばらばらになることはないのでしょうか。

二川 最終的に決定するのは都道府県ですが、構想は医療関係者の意見も踏まえて立案されます。医療機能ごとの病床数調整も、具体的には「協議の場」を踏まえてなされるわけで、「協議の場」では都道府県は基本的に行司役という位置づけです。そうした意味からは、医療関係者が主体となって、この地域の医療はどうしていくのか、そして、その中で自院はどういう役割を担うのかを考えていただく。これが大事なことで、医療関係者の主体的な協議の結果であることが望ましいと考えています。

神野 それと、介護との連携の問題があります。介護の計画は市町村ですが、医療の計画は都道府県というので、介護とどう分担していくかという視点が重要になりますね。

二川 おっしゃるとおりです。病床機能報告制度自体はあくまで入院医療の話で、在宅医療や介護サービスは対象になっていません。しかし、医療需要を考えていくときには、在宅医療でどの程度を受けられるのかとか、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの状況も視野に取れないと、各医療機能の地域の実情に応じた需要を推し量ることはできません。

神野 外来機能をどう考えていくのかという問題もあります。例えば、病院

の外来とプライマリーを担う診療所の外来は本来違うはずですし、今は、がん治療を外来でやるとか、日帰りの手術をやるという流れです。将来を考えると、地域医療構想は病床だけで完結するわけにはいきません。したがって、診療所の偏在とか、プライマリーケアの外来や専門外来等々の機能も地域医療構想の対象とすべきではないでしょうか。

二川 がんなどの場合は外来での治療がかなり一般的になってきています。そういう意味からは、処置に使うベッドも効率的に配置されるべき医療資源の1つとして考えなければなりません。ただ、そこまで考えていくことは大変な道のりですので、入院機能から入っていこうということです。外来の機能は地域医療構想の対象外なのですが、これからは、そういった領域も考えないと必要な医療が確保できないということはあるかもしれませんね。

西澤 在宅医療は地域医療構想の対象になっています。入院と在宅の間には、当然、外来があるわけで、この議論をしていく中で、外来についての議論も避けられないと思えます。

二川 そういう問題も、こういう疾患がこの程度発生するので、こういう状態の患者さんがこのくらい発生するというように、疾患ごとに考えていかないと、きめ細かな医療体制はできないと思えます。

たちにはなっていませんでした。

これにはきちんとしたデータに基づいた議論が必要ですが、地域で医療を担っている医療機関の側には、この地域にはこういう機能が足りないという思いを持っておられる場合も多いかと思えます。そういった、肌で感じているものは、早目に医療機関の間で協議を始めてもらってもいいのではないかと思います。

安藤 先日、日本医師会の地域医療委員会、医師会の方が、県の幹部職員、都道府県や地区医師会の会長、病院団



厚生労働省 医政局長
二川一男 (中央)

全日本病院協会 会長
西澤寛俊 (右から2人目)

全日本病院協会 副会長
猪口雄二 (左から2人目)

全日本病院協会 副会長
安藤高朗 (右端)

全日本病院協会 副会長
神野正博 (左端)

体、保健所長となって、模擬の「協議の場」がもたれました。

そこで出たのは、隣の2次医療圏との関係をどうするか、都道府県と市区町村の関係をどうするかといったことだけでなく、例えば、「地域のことを考えて機能を変更したのだが、経営が悪くなった場合に後戻りできるのか」とか、あるいは「経営悪化についても基金から補填してもらえるのか」、さらには、「急性期から回復期に転換しようとしたが、医師やスタッフが反発して離職してしまった場合はどうなるのか」など、いろいろと、具体的で切実な話や意見が出ました。

二川 よく分かります。経営面のことを考えると、地域でこの医療機能が足りないからその機能に転換するという発想にはなかなかないと思えます。そこには、恐らく、診療報酬との関係などもあるかと思えます。その場合は、協議の中でそういうことを指摘

公も民も機能の調整を主体的に話し合うべき

西澤 大切なことは、これからやろうとしている協議は、これまでありがちだった、都道府県への単なる陳情や要望であってはならないということです。つまり、「協議の場」というのは、我々提供側が、地域の需要と供給の実態を踏まえて、今後の機能分担を自律的、自主的に相談する場だということ、そして、主役となるのは地域の各病院だということです。ガイドライン検討会の議論もそういう方向で進んでいることもあり、我々も発想の転換をしていかなければならないと感じています。

二川 そう思います。というのも、病床機能報告やDPCデータ、ナショナルデータベースなどから、この地域ではこういう疾患がこのくらい発生し、この疾患にはこの程度の医療が何日ぐらい必要で、このくらいになったらリハビリが主な診療内容になるといったことが分かってきます。それらの情報も活用して、地域の需要に対応できる医療が、地域ごとに過不足なく提供されるように調整を図っていくことが重要だと思えます。

猪口 地域の医療機関が自主的に話し合うといいますが、実際には、いろいろな力関係ははたらくのではないのでしょうか。例えば、1,000床の病院と100床の病院が本当にイコールの関係で話し合いができるかどうかという、結局は大病院にねじ伏せられてしまうの

していただき、それを厚生労働省に伝えてもらうことが重要だと思います。我々としても、地域の医療需要を踏まえて医療機能を変えていただいたのに、経営的に不利になったということにならないようにするにはと考えています。

医療機関のスタッフの問題もあります。医療機能を変更したことによって現在のスタッフが余剰になる場合に、はたして人員整理ができるのかという心配、あるいは、自分の希望した医療ができなくなる方のモチベーションの低下や離職という懸念もあることでしょう。

このように、実際に転換するとなると難しい問題がたくさんあります。そのため、この4月から制度が変わるといっても、直ちではなく、転換は数年がかりになるかもしれません。

西澤 病院をどうしていくかというビジョンは、トップだけで考えるのではなく、やはり、病院全体が組織として決めていく必要がありますね。

ではないか、という心配が中小病院にはあります。とくに、公立病院が近隣にあると、そうした危惧がかなりあるのは否めません。

二川 そういう心配があることは分かります。それは、とくに、中小病院の多い都会にイえる問題でしょう。そういうケースについても、公的な病院との間で主体的に話し合ってもらいたいものです。

猪口 2025年に向けた計算式が示され、それにもとづく病床数が出てくるということですが、現在の病床数は地域によってかなりの凹凸があります。例えば、東京の下町は急性期の病床が圧倒的に多いんです。地域医療構想によってそれがどういうふうに変っていくのか…。それから、仮に、慢性期の機能が足りないからといって、急性期から慢性期に変えても経営上は成り立ちません。一方、三多摩は比較的療養病床が多い。したがって、地域によっては、構想区域の枠内ではなく、例えば東京都全体というように、広域の視点で考えなければならぬのではないかと感じるのですが。

二川 絶対に他の区域をお願いしてはいけないということはありませんが、その区域で過剰という話を、隣の区域との合算で考えるだけでなく、地域のご事情で受け止めるべき場合もあるのではないのでしょうか。

「協議」は意見の押しつけであってはならない

二川 地域の住民の方に必要なきめ細かな医療を提供するためには、地域の

医療需要と医療機関の情報を持ち寄り (5面に続く)

新型法人 まずは医療における統合を目指す。ただし、参加は自由

地域医療介護総合確保基金 病床の機能分化・連携に資する整備事業に重点



(4面から続く)

て、自分はこれをやるからあなたはこっちをやってくださいと話合っていく必要があります。これは、一般の企業は認められていませんが、医療法上、医療機関には認められていることです。

猪口 実際は、各地域で、病院同士が競い合っている面もあるわけですが、そこを、そのような話し合いに切り換えろと。これも発想の転換ということなのでしょう。

二川 皆さんが持っている機能は、病床機能報告制度によって互いにすべてみえていきますから。

西澤 そうしてお互いに見比べると、どの機能がどれだけ不足して、逆にどの機能が過剰であるかが客観的に分かり、どこをどう調整すればいいかというのがみえてくるというわけですね。しかし、これは非常に厳しい話です。したがって、本当に発想の転換がないと対応していけない。そういう意味からも、我々に不安が多いのは確かです。

二川 今は本当に隣の病院は何するものぞみたいな感じかと思えます。いわば、それぞれがライバル同士なのでしょうけど、これからはそれだけを言っているのではなく、地域の医療のために、相互に密接な協議をお願いしたいと思えます。

西澤 それだけに「協議の場」が本当に大事になってきます。したがって、「協議の場」が一部の方の意見を一方的に押しつけるものになったら元も子もありません。「協議の場」はそういうものではないということをお互い肝に銘じたいものです。

二川 もし、「協議の場」でどうしても結論が出なければ、行司役である都道府県が登場することになります。

西澤 「協議の場」にも、定型的なテーマにもとづく定例の話し合いと、例えば、病院が機能を変えようとするとき

の臨時の話し合いとがあって、それによってメンバーも違ってくるのではないかと、あるいは、「協議の場」も構想区域に1つとは限らないだろうとか、そういった運営をめぐる議論はありますが、そこら辺は、我々が実際に一番いいと思うものを、これから、地域ごとにやっていけばいいということでしょう。

少なくとも病床機能の分化・連携の推進が目的である以上、病院が主役であるべきであり、当然ながら、各地域の病院団体の役割が非常に大きいと思うのです。我々全日病もそういう中に積極的に参加していこうと思っています。

二川 病院協会としてそういった姿勢でいただければ大変ありがたいことだと思います。

西澤 今は会員病院の間にも不安が強いのと思いますが、我々もきちんと説明して不安を取り除き、積極的に受け止めて参加するように努めていきたいと考えています

二川 初めてのことなのでいろいろ不安があるとは思いますが、しかし、この制度は、地域に必要な医療を提供していただくために必要な仕組みですので、その点はよくご理解いただきたいと思えます。その上で、今の診療報酬の下で機能転換すると経営が悪くなるという不安があれば、そうしたご意見はきちんと伝えてもらうということではないでしょうか。地域医療構想に従ってやると赤字になるというのは、おかしいのですからね。

安藤 そうお考えいただければありがたいですね。

ところで、今の話からそれてしまうかもしれませんが、昨年の診療報酬改定で創設された地域包括ケア病棟に療養病棟からの参入が認められましたが、精神科の病棟も地域包括ケア病棟に転換できるようになるといいですね。

機能を網羅した統合も、急性期だけの統合も、あり得る

西澤 非営利ホールディングカンパニー型医療法人は、今や「地域連携型医療法人」と仮称されていますが、この展望はいかがでしょうか。

二川 これは、昨年1月に、安倍総理がダボス会議で、米国のメイヨー・クリニックのような大規模医療法人を日本もつくれるように指示をした、と講演されたのが直接の出発点となりました。

メイヨー・クリニックは、1,000床ほどの総合病院を核に中小の医療機関が集まって、患者の紹介、医師の派遣などの連携をしています。このグループは経営を統合しているわけではな

く、それぞれは別に経営しながら地域の医療をグループ全体でカバーしている、ある意味フランチャイズ的な方式といえるかもしれません。安倍総理の指示は、その後、昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略改訂2014」に書き込まれております。

神野 アメリカにおける垂直統合にはグループに保険会社を持っているという特徴があります。したがって、急性期が終わって、グループのクリニックや介護施設に回した後で予防や再発防止に努めれば、保険会社は利益が上がるわけです。日本でそれと同じ形はできませんから、アメリカのIHNみたい

なものは難しいのかと思いますが。
二川 利益の話は別として、患者サイドからみたら、そういうことを医療機関がみんなで作ってくれるのはいいことなのではないかと思えます。ただし、今考えているのは、グループに参加するか、独立独歩で行くのかは、自由ということです。

猪口 こうしたものには縦統合と横統合がありますが、それぞれ、4つの医療機能から介護・在宅までを連携させることもできます。その一方、同じ機能を持つ病院が広い地域で横統合して、それぞれの地域で連携していくというもあり得るかと思えます。

二川 両方あり得るでしょうが、すべての医療法人がそうならなくてもいいのではないかとすることもできます。こういう仕組みを要望している例として岡山大学がありますが、その構想というのは、岡山市内にある主な公的病院を、一つの法人の傘の下で、機能の調整を行なうというものです。

この提案では、民間の中小の病院や診療所の位置づけはよく分かりませんが、私どもとしては、この急性期大病院で連携したいという提案を否定するものではないし、他方で、すべての病院が入らなくてはだめだということでもないと思っています。今、おっしゃった各機能を網羅したグループというのもあり得るかと思えます。

今の日本は医療機関がそれなりに整っていますが、それらの間に連携ができていないという問題があります。地域に過不足なく医療を提供していく仕組みが足りないのだと思えます。したがって、どういう医療を提供するかと

2015年 消費税増税延期の社会保障充実分への影響は0.5兆円

西澤 さて、消費税の増税分を活用した基金ができて、昨年11月に各都道府県に対する最初の交付が行なわれました。我々にとっては、診療報酬とは別な財源が確保されたということで、歓迎すべき施策といえます。

二川 地域医療介護総合確保基金は、病床機能・分化の推進、在宅医療の充実、医療人材の確保・養成の事業に使うという目的で、約900億円でスタートをしました。

基本的には恒久的な制度ですので、どういうものに使っていくか都道府県の計画が大切になります。都道府県には、地域の実情をよく踏まえていただいて、地域医療構想の実現のための、いわば、後押しとして使ってもらいたいと思っています。

2014年度は、地域医療構想ができる前であるし、「協議の場」もないので、都道府県では、基金を在宅医療や医療人材の養成の方に多く配分されたことでは、今後は、病床機能の転換整備等に重点をおくことになると思っています。

安藤 この際、中途半端なIT化への投資はいらぬと思うのですが、今年度の交付にしても、まだ結構ありますね。

西澤 消費税10%への引き上げが1年半延期となりましたが、この影響はどうでしょうか。

二川 予算編成はこれからとなりますので、どのぐらいの予算を確保できるかはまだ分かりませんが、予算の確保に頑張りたいと思っています。

猪口 今回の介護報酬改定や次期診療報酬改定に相当の影響が出るのではな

い面で協調が確保できるような、何がしかの法人制度があれば、それができやすいのではないかと考えられるわけですね。

西澤 そういふ面はあると思えますが、ただ、世界的に見ると、日本はほかの国と比較すると、システムも、連携もうまくいっていると思えます。急性期から在宅まで自然に整ってきているし、意外といろいろな類型も揃っていて、何よりも、誰でもどこでも受診できるという優れた制度をもっています。したがって、こうした医療拠点のようなものを新たにつくらなくても十分ではないかという意見もあります。

確かに、きちんと効率化を図り、連携を強めていく努力を今まで以上にしなければならぬでしょう。しかし、これだけいい面があるのに、新たな仕組みがかえってそれを損なうことになったら元も子もないのではないかと、この危惧が若干あります。

二川 各地に連携するグループができるということですから、良い面を損うことにはならないのではないかと考えています。

猪口 今でも連携はあります。これをもう少し強固にした上でガバナンスをきかせるということになると、逆に、今の連携がやれなくなるということもあるかもしれませんね。

安藤 都内の中小民間病院で経営が厳しいところとか、後継者がいない医療機関などが一緒になってきちんとした連携を組むという点で、意外とニーズはあるかもしれません。また、そういうところから手がけていくという発想もありかもしれませんね。

いですか。
二川 社会保障の充実で充てられる分として2014年度は約5,000億の予算が確保されていました。2015年度は8%のままであれば社会保障の充実分は1.35兆円と、10月から10%に上がる場合は1.8兆円と、と見込まれてました。したがって、延期による影響の見込みは0.5兆円近くになります。

西澤 今回の影響は大きいですね。我々も、社会保障を充実するために改革が必要と考えています。ただし、改革するための財源は、消費税だけでなく、ほかからももってこれないかとも思っています。

二川 予算の確保ももちろん頑張っていくつもりでありますけれども、医療の効率化が強く求められていることも間違いのないので、その部分は、ぜひ、医療者側からも積極的に対応していただく必要があるかと思えます。

西澤 2025年も目と鼻の先だと思えます。それだけに、今までになかった大きな改革が行なわれたのだなと感じています。同時に、正直に言いますと、今回の改革に対しては、我々を含め、現場には大変戸惑いがあるのは事実です。しかし、これは2025年に向けて避けられないプロセスなのだという認識のもと、我々も自主的・積極的に改革に取り組んでいこうと思っています。今後とも、ご助言をいただきたいものです。

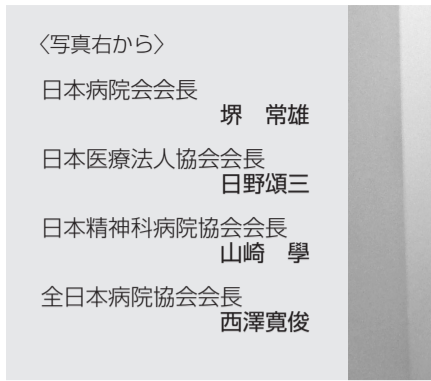
二川 私からも、医療者が、質が高く効率のよい医療提供体制に向かって、主体的にご尽力いただくことを、お願い申し上げます。

四病協4会長座談会 2025年一体改革—病院団体が対応すべき課題

西澤 明けましておめでとうございます。四病院団体協議会は今年で結成15年を迎えます。我々の結束がさらに強まることを願って、恒例の新春座談会を始めさせていただきます。

さて、医療介護総合確保推進法が昨年施行されるなど、社会保障と税の一体改革が確実に進められています。病床機能報告制度は去年の10月から始まり、それをもとに策定される地域医療構想は今年の4月に施行されます。そのためのガイドラインの議論も最終段階に入っていますが、この制度が病院に与える影響はきわめて大きいものがありますね。堺 地域医療構想の目的は、地域における病床の機能分化を推進するということですね。日本は急性期病院が余りにも多いというのは確かですが、しかし、地域医療構想によっても、急性期病院はどこに行ったらいいかというのは、なかなか見えません。2025年がゴールといいますが、実際には、診療報酬・介護報酬の同時改定が行なわれる2018年までに、ある程度のめどをつけないとだめなんだと思います。

今回の報告で各病院が機能区分をどう報告したか調べてみたのですが、色々躊躇があるようで、全体像が見えないんです。インセンティブとしては医療法と診療報酬の2つがありますが、やはり、診療報酬によるインセンティブが強いですよね。そうすると、例えば、回復期と慢性期に厚目に人を配置しても、それに見合った評価が得られないという心配があるので、そこに行くという決断がしにくいんだと思うんです。今回の報告結果をしっかりと見た上で、2~3年後にどうしたらいいかを厚労省に具



体的に提案していただかないと、各病院も決断は難しいかなと感じています。日野 超急性期を含む急性期、亜急性期、慢性期という区分は必ずしも患者さんに適していないと思うんです。これは財政面からの調整であって、病気の実態にもとづいた調整の余地が欠けています。もっと現実的な構想に練り上げてもらわないと困ります。機能区分を進めるといっても、今のままでは、どの病院もイメージでしか受け止められません。山崎 診療報酬には、スーパー救急あるいは急性期治療病棟、入院基本料の10対1と13対1、そして精神療養病棟、さらに認知症疾患治療病棟があります。診療報酬の上では、精神科は、病床機能の分化が終わっています。(笑) 病床機能の報告制度を始めるにあたっては、まず、政策医療としての医療とそれ以外の医療をきちんと分けることが必要ではないかと思っています。というのも、公立病院は税金による赤字補填を受けながらしている政策医療をしているわけで、診療報酬の中でやりくりしている民間病院と税金で補填されて固定資産税もかからない公立病



院はイコールフットリングではありません。したがって、医療の到達目標も違うものだと考えなければおかしいですよ。その部分がまったく議論されず、公私の分類をすることなく病床の機能分化という話が進んでいるのはおかしいと思います。それに、社会保障の財源がパンク寸前で、これからさらに削ってくるのが目に見えている。そうすると、職員の

機能分化に逆行している大学病院

西澤 病床機能報告制度は、現状とともに今後の方向を報告します。それで現状を把握し、かつ、将来を展望するわけですが、他方で、データから将来推計をしようとしています。これは、DPCデータやナショナルデータベースから、各構想区域ごとの医療需要を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ごとに把握し、それを2025年の推定人口に落とし込んで各機能の必要量を導き、現在量とのマッチングを行なうというものです。一見すると合理的な話に思いますが、山崎先生が言ったように、一体改革自体が、財政的視点から打ち出されてい

給料を上げることもできないため、医療から人材がどんどん逃げていくという、とんでもない将来像が推測されるわけです。したがって、負担のあり方を含む抜本的な問題を国民に問わなければいけないわけですが、政治家はこのところを触れずに消費税を上げ、やがては15%にしようとしています。こんなことをしていると、ある段階でガクンと壊れるような気がします。

ることは否定できません。確かに、これからは、社会保障費に今までのような配分を続けることは難しいかもしれません。しかし、大切なことは、医療は常に質が担保されなければならないということです。したがって、我々は、機能分化・連携を積極的に進めていくと同時に、質の担保にも取り組んでいかなければならないと思っています。そういう見地から、これからもデータを踏まえながら、四病協として対応していきたいものです。

医療の質で一番大きな要素は人、職 (下段に続く)

増税延期 10%に消費税の原則課税を求めることで4会長が一致

「報酬の引き下げは医療・介護から人材の流出を促し、危機を招く」

員の質だと思うのです。しかも、ある程度の数がないとだめだと思います。しかし、医療も介護も人が足りません。それに加えて、報酬を下げると、特に介護職では深刻な人手不足が生じることでしょう。若年人口が少なくなると人手が不足していく中、報酬の引き下げによって、人員不足に拍車がかかるという二重苦が予測されます。

日野 1つには、医師の数は把握できるのに、看護職は把握できないという問題があります。7対1の失敗も、看護職がどこにどれだけいるかが把握できていれば避けられたと思うのです。

今回の改定で一番大きいのは、連携しなければ生きていけない仕組みをつくったことです。その点で残念なこと

は、大学病院が分院をつくって一般の病気を診るといふ動きを強めていることです。医師不足の地域で大学病院に直営されると地域の病院は立ち行かなくなります。その問題にくさびを入れるとともに、大学病院には本来担うべき医療に特化してもらわなければ地域医療構想も成立しないと思うのです。

さらに、超急性期と急性期が区分できるのかという問題もあります。加えて、各医療圏で機能を振り分ける作業を誰がするのか分かりません。都道府県ということなんでしょうが、そんな能力のある人がいるのかなと思いますね。そうした諸々のことをもっと討議してもらって、医療提供側が納得できるような制度にしていきたいと思います。

医療と介護で派遣業は人材不足を促している

西澤 看護師の数が把握できないという点は、今回の医療法改正によってナースセンターに登録することになりました。ぜひ、うまく機能してもらいたいですね。大学病院のことですが、どうも、地域医療構想と違う方向に向かっているところがあります。そのあたりは、今回の議論の中で明らかにしていくべきかと思います。

山崎 高度急性期、急性期、回復期、慢性期という、患者を地域で包括的に診ていくという考え方は、1つの病院であれば、医療の質はある程度担保されることでしょう。しかし、例えば、急性期のA病院から回復期のB病院に移ったときに、A病院とB病院の質が同じかという、必ずしもそうではないと思うのです。したがって、患者の移動を前提にした制度をつくるのなら、質を担保できるものにしていかな

ければなりません。

人員確保の問題ですが、今まで50万人とされていた潜在看護師が、最近では70万人に増えています。介護福祉士にしても、有資格者の3分の1とか半分が就業していないといわれています。未就業の有資格者を掘り起こすといいますが、看護協会は30~40年も前からそれを主張していたにもかかわらず増えているというのは、今までのやり方では効果がないということで、もっと違う切り口を考えなければだめだと思うのです。

ではどうしたらいいか。例えば、一定期間以上就業しない看護師の資格を停止するといったペナルティーも、1つの方法としてあるのではないのでしょうか。西澤 それも1つの考え方でしょうね。しかし、働かない理由は必ずしも本人のモラルだけとは限りません。予想以上に大変な仕事で耐えられなかったと

いうこともあるかもしれません。医療・介護というのはそれなりの覚悟を持たないとやっていけない職場だと思うのですが、同時に、仕事に誇りをもてなければやっていけません。一つには、今、誇りをもてるような環境にあるかということがあるかだと思います。

そして待遇の問題がある。例えば、介護職は非常に大変な仕事ですが、結婚して子供を育てていく上で給与は十分とはいえない。仕事を続ける意欲はあっても、経済的な面から、やむなくほかの仕事を選ぶということもあると思います。

山崎 介護職の給料が安いと言われていますが、人材派遣に登録して働きに出るといふ形態が定着した結果、賃金の引き上げ合戦が生じたため、今や、介護職の給与もかなり高くなっています。それでも集まらない。つまり、安

質を担保した地域連携とそれに対する評価が必要

堺 いい医療にはお金がかかるのが現実です。2008年に最終報告をまとめた社会保障国民会議はそれを分かっていたので、急性期病院はマンパワーを拡充すべしという見解を打ち出しました。

しかし、2013年の社会保障制度改革国民会議はそういう考えは示さなかった。そこには、財源がないということがあるんだと思うのです。国民やマスコミは、負担の問題はタナに上げて、いい医療を求めています。いい医療を提供するにはそれだけの負担が避けられないということを理解していただかなければなりません。

先ほど、今回の病床機能区分は財政的な視点が先行し、質や患者の視点がないという指摘がありました。病態

いから集まらないのではなく、人材派遣を介しているのが、昔のように終身雇用で頑張る人が減って、少しでも条件がいい方へ移っていくというように、労働者の意識が変わってきているというのが現実なのです。

西澤 人材派遣は、介護職だけでなく、医師や看護師にも広がっていますが、確かに、紹介料を含めた人件費が上がっているという話を聞きます。医療や介護の、とくに専門職において派遣はいいかなものか、一度考える必要がありますね。

山崎 精神科病院協会では、昨年12月に、全会員を対象に、派遣を受けた職種、人数、処遇、紹介料等の一斉調査をしました。3月ごろに結果がまとまるとは思いますが、それによって、精神科医療における人材派遣の実態が浮き彫りになると思っています。

の視点もないように思うんです。とはいえ、これからは1つの病院で完結するというのはなかなか難しく、地域包括ケアシステムが機能するようになると、ますます地域の連携が重要になります。診療報酬で地域連携に対する手当がされていますが、どうもおおざりな感じがします。我々病院団体としても、地域連携の中で質がどう担保されているのかをみていく必要があるかもしれませんね。

人材派遣に関しては日病も近々調査しますが、パイが決まっている公的医療保険で、パイが外に流れることがあってはなりません。しかし、政府は規制改革の名の下に、医療費を公的保険 (7面上に続く)

(6面下から続く)
の外に流し込む仕組みをつくらうとし

パフォーマンスが劣る外国の制度をなぜ導入するのか

山崎 勘ぐり過ぎと言われればそれまでですが、私には、今進められている医療改革はTPPの先取りのような気がしてしょうがないんです。というのも、財源を移管する都道府県による総額規制という話にしても、医療と介護の連携による地域包括ケアという考え方にしても、アメリカのマネジドケアのやり方なんです。

堺 日本の医療は、国民皆保険の下で、少ない医療費を使って比較的いい医療をしているということで国際的には評価されているのですが、日本の中ではそれが評価されていません。これは非常におかしなことです。亡くなられた宇沢弘文先生がおっしゃっていたように、教育と医療は社会的共通資本だと思います。それなのに規制改革的な、市場原理主義的な発想を注ぎ込むのは、まったくそぐわないと思うのです。このことを経済学者は言わないし、マスコミも言わない。となると、我々医師が言うしかありません。

西澤 平均寿命や乳幼児死亡率などの指標をみても、日本は世界一のレベルです。ところが、そういう面は評価されず、入院期間が長いといったマイナス面ばかり言われています。そういう面があったとしても、ほかの国よりは

「新型法人」は医療の質や地域包括ケアに寄与するのか不明

西澤 ところで、今や「非営利新型法人」とか「地域連携型医療法人」と仮称されている非営利ホールディングカン

ている。こうした動きに、我々は、それはよくないと言わなければなりません。

いい成果を出しているのだから、それで構わないのではないかと言いたい気持ちもあります。どうして日本よりパフォーマンスの悪い国の真似をしなければならぬのかと。他国の制度を入れて、世界一の日本の医療が今よりさらによくなるというエビデンスはあるのでしょうか。こういうことは、やはり、現場から声を上げていかないとダメでしょうね。きちんとデータを示して。

そういう意味では、先ほどの、医療機関間のレベルが違くと連携できないという問題にしても、どの医療機能でもある程度の質が保たれるという取り組みを我々自らが進めるかたちで分化・連携を実現していく。そして、その結果得られたパフォーマンスを、今度は国民に正しく評価してもらうことが大切だと思います。

これは、やはり、我々病院団体の仕事だと思います。こうした、現場と病院団体が一体となった取り組みが国を動かしていくことになるのではないのでしょうか。大変困難な道のりであることは認めます。しかし、そういうことをしていかなないと、国の施策だけでは、質の高い医療を受けられ、安心して生活できるという社会の実現は難しいと思います。

パニーの議論は、まさに、最終局面に入っていますが…。

日野 非営利ホールディングカンパニー

というのは、ローカルなものを排除して、グローバルで統一しようという考え方です。これは一般の企業感覚ではないでしょうか。今、地方では大型店の進出によって地元の店舗が消えてシャッター通りと化していますが、基本的に、この考え方はそういうイメージに行き着くような気がします。

非営利ホールディングカンパニーの長、いわばCEOは、経営も、ガバナンスも、地域も治める、ハーバードのMBAといったカリスマ性をもった、それこそ、スーパードクターを想定しているような印象を受けます。(笑) どうも、そういう人が手を挙げて、自分の傘下に入りませんかという呼びかけをすることが考えられているようです。

傘下に入るメリットというのが病院系列がもたらすブランド力で、これが、患者を獲得する上で大きな役割を果たすことになるのでしょうか。当初は社会福祉法人も一緒にするという話でしたが、これは法的に難しいという結論に達したようで、医療法人に限って考えることになったようです。そして、県境をまたいで、幾つかの県にまたがってつくって、スケールメリットを生かすという発想です。

しかし、こうしたチェーン型の病院を展開している医療法人は既にあるわけで、多くの医療法人はそこにすり寄りすることなく、自分の病院の特徴を掲げて戦ってきています。私の個人的な感触では、傘下を望む医療法人は、そう多くはないだろうと思っています。

この背景には安倍首相の成長戦略があるのですが、その目的や理念をみても、患者を思う気持ちががないし、患者

のことは一行も書かれていない。そういうものが病院として存在するのかなと思うし、きっと、その点で詰まるのではないかとみえています。

山崎 非営利ホールディングカンパニー制度は、「その制度設計に当たっては、産業競争力会議、医療・介護等分科会中間整理の趣旨に沿って」ということで始まりました。この医療・介護等分科会に医療・介護の代表者が入っていて、こういう構想を提案してつくられた制度だったらわかるのですが、誰一人いない中で決められたというのは、裏に何か魂胆があるような気がしてしょうがないんです。

そもそも医療法人というのは、それぞれ個性があるオーナー院長が頑張っていて支えているわけで、そういう個性のある先生がまとまってホールディングカンパニーをつくるなんてことは考えられません。それに、これは、持ち分を手に入れたファンドが、病院名も、スタッフも、院長もそのままにして経営を続けるというかたちで、すでに、やられています。そういう現実があるのだから、こんな変なものをつくらなくてもいいと私は思っています。

堺 一体的な経営を可能にすることが目的だというのは、今のかたちでは日本では難しいですね。似たものとして、米国には、カイザー・パーマネンテ、退役軍人病院、メイヨー・クリニックなどがあります。しかし、HMOがある中で成り立っているのを、それを、医療制度がまったく違う日本に持ってくるのは非常にそぐわないように思います。

西澤 突然上からトップダウンで来たこと
(下段に続く)

結成15年の四病協 「現場と病院団体一体の取り組みが国を動かす」

病床機能報告に疑問の声も。「診療報酬と連動していないため病院は決断できない」

いうことで、これに対して、恐らく、現場にはかなりの抵抗感があると思います。

山崎 財務省が考えているのは、マネジドケアを導入していかないと医療財源はもたないという、あくまでも財政的な問題だけです。

西澤 そう思いますね。これが入ることによって、さらに効率化されて質がよくなる、あるいは地域包括ケアが推進されていくというのであれば、反対

する理由はない。しかし、そうでないと反対せざるを得ません。現場としては、本当にそうなるのかという懸念を持っているということだと思います。

これは閣議決定もされているので何らかの形でできるでしょう。しかし、今やっている医療の質を落とすような方向にはもっていきたくない。そういう現場の視点でこれに対応していくことを考えていくしかありません。

10%時に軽減税率の適用を要望してはどうか

西澤 総選挙が終わり、引き続き自公政権が続くことになり、安倍首相が宣言した消費税10%の1年半延期が確定しました。また、自公の共通公約に「2017年度に軽減税率の導入を目指す」と明記されました。四病協と日病協が、8%に上がった分の補填実態を調査した結果、補填率は医療機関によって非常にばらついていることが分かりました。こうしたことから、控除対象外消費税を診療報酬でみるのは限界があります。

昨年9月に3師会と病院団体が合意した上で日医が出した「消費税に関する税制改正要望」は、今年10月に10%に上がるという前提のもと、引き上げ時に医療に対する消費税の課税転換が間に合わないときは、一時的に非課税還付方式等々の対応を求めるとしました。しかし、10%が1年半延び、かつ、10%への引き上げ時に軽減税率が入る可能性があるわけですから、我々としては、引上げ時に軽減税率の適用を要望してもいいのではないかと思います。

堺 日医の要望書は、我々も賛同したとはいうものの、内容的にかなりの無理がありました。10%までの時間ができた今は、やはり、医療を原則課税にする

という税制の抜本的改正の中でどういうやり方があるかということを考えていくべきではないでしょうか。いずれにしても、診療報酬で補填するというのは、課税転換したときの引き剥がしとかもあり、たちがよくないですね。医療費の財源は、税金、保険料、自己負担に限られているので、この3つで支えていかなければなりません。そういう意味で税金が増えるのは仕方ないことです。患者の自己負担もある程度増えていく必要があります。保険料も、保険者が色々あって難しい問題がありますが、抜本的に見直していく必要があると思います。

日野 8%に上がっても、3%の増税分は、医療にはわずかしか来ていません。社会保障に充てるというのがうたい文句なので、我々は医療のことと思いがちですが、初年度5兆1,000億円のうち、社会保障の充実に充てるのは1割の5,000億円で、しかも、そのうち医療・介護のサービス提供体制整備に回るのは1,000億円程度なんです。次の2%の増税も多分同じ運命をたどると思います。したがって、その2%については医療に回してくれと言うことはできるかなと思います。

それから、堺先生が言われるとおり、診療報酬体系に別枠の消費税を持ち込んだこと自体が間違いなのです。受診という消費行動に付随して消費税が発生するわけで、その補填分が診療報酬体系に侵入するのは錯乱しています。税率は今後も上がっていくのに、このままだと整理がつかえません。やはり、もとに戻して、公平、公正、中立、透明性という本来の税のあり方に戻らなければならぬということを、我々は主張していくべきです。

介護報酬の「6%引き下げ」に反対しなければならない

山崎 介護報酬は6%下げると言われています。6%下げたとして、やむなく職員の給料を6%下げるという結果になると、介護施設は完全に崩壊してしまいます。したがって、医療団体と介護団体が結集して6%の引き下げに反対する運動を展開していかなければなりません。この引き下げを許すと、次の診療報酬改定も危うくなります。

日野 そのとおりです。報酬は下げますが、他方で、介護職員の給料を上げろというのでしょうか。それをやられたら経営は成り立ちません。

堺 薬価財源の問題もあります。前改定の切り離しを当然のこととされては困ります。ぜひ、戻してもらわないと。西澤 診療報酬から薬価が分離した歴史的な経緯というのをみてももらわないと困ります。薬価ができたことによって技術料が下げられたわけですから。それで、薬価が下がった分は技術料を上げるといってかたちで補填し、全体のバランスをとってきたのに、今回のようなことをされたら、これからは技術料の評価をきちんとしてもらわなけれ

ばなりません。この点はしっかりと覚えておかなければなりません。

日野 確かに筋が違う話です。あれは返してもらわないと困りますね。

西澤 2015年の幕開けながら、本当に不合理な話ばかりで、議論もつきません。しかし、一方で、医療事故調査制度がようやく日の目をみることで、恒常的に設置された基金から医療・介護提供体制の整備に資金が投入される、しかも、その事業プランをつくる過程に病院団体も関与できること、地域の機能分話を話し合う「協議の場」に病院団体が参加できることとか、前向きに受け止められる変化も生じています。

いずれも、我々病院団体の提言・要求や検討会における粘り強い発言が影響を与えた結果と言えます。それだけ、四病院団体協議会の存在感も重みを増しているといえます。2025年に向けた改革はこれから本番ですので、今年もより一層の連携を保って、質の高い、国民・患者に安心と信頼を与える医療制度に向けた取り組みを行なっていきたいものです。

審議報告「療養機能強化型」創設の一方、特養の基本報酬引き下げを明記

2015年度介護報酬改定 介護給付費分科会 処遇改善加算は継続、病院訪問看護は引き上げ。マイナス改定への不安相次ぐ

12月19日の社会保障審議会・介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、2015年度介護報酬改定に関する審議報告案を提示。分科会での合意事項を踏まえて議論結果をまとめるかたちで、改定方針を諮った。

その中で、処遇改善加算の継続と上乗せ加算の新設、介護療養型医療施設の看取り等機能の新たな評価、病院・診療所の訪問看護の評価引き上げなど報酬を増やす項目が明記される一方、介護老人福祉施設や小規模型通所介護

の基本報酬、集合住宅に居住する利用者に対する訪問系の報酬など、引き下げの対象とする項目が明らかにされた(要旨を別掲)。

このうち、処遇改善加算の継続には日経連などの委員が、特養の引き下げには介護保険施設系の委員が、介護療養型医療施設の機能に対する新たな評価には、保険者や日経連等が反対意見を表明するなど、この日は、審議報告案をとりまとめるには至らなかった。

また、委員からは、新聞報道などで

取りざたされている「マイナス3.0%」という改定率への懸念や反対意見の表明が相次いだ。

1%のマイナスで介護保険給付に要する政府予算が約1,000億円削減できるとされる中、消費税増税の延期の下、06年度以来9年ぶりのマイナス改定がとりざたされている。

事務局は、次回1月9日に運営基準改正案の諮問・答申を見込んでいるが、並行して審議報告案の議論も進め、月中までにとりまとめ、その後、改定率

を受けて速やかに新たな報酬案を示し、1月内に答申を得たいとしている。

「審議報告案」には、介護療養型医療施設における「療養機能強化型」報酬体系の創設が書き込まれている。これは、介護保険におけるリハ体系の再構築とともに、今改定のもっとも大きなできごとといえる。

医療を必要とする重度患者を受け入れる「療養機能強化型」は、「生活機能を維持改善するリハ」や地域貢献活動の実施という新たな機能の獲得を経て、自らを地域包括ケアにどう位置づけていくか、3年後に迫る「廃止」に向けた重要な布石になろうとしている。

介護給付費分科会には「介護療養型医療施設の延命策ではないか」と警戒する向きがある中、厚労省は、医療を抜きにしては成り立たない地域包括ケアの、しかも、後期高齢者が増加をたどる2025年に向けて、医療保険の負担を減じる可能性も含め、「医療型介護保険施設」の必要性を認めたと見えよう。



介護保険施設等の主な改定方針 — 「2015年度介護報酬改定に関する審議報告案」から

●介護老人福祉施設

- ・在宅・入所相互利用加算の要件を緩和するとともに、評価を引き上げる。
- ・看取り介護加算に要件を追加し、死亡日以前4日以上30日以下の評価を引き上げる。
- ・日常生活継続支援加算をサービス提供体制強化加算に一元化する。

●介護老人保健施設

- ・リハ専門職の配置等を踏まえ、在宅強化型基本施設サービス費と在宅復帰・在宅療養支援機能加算を重点的に評価する。
- ・入所前後訪問指導加算は、退所後を支援する要件を満たす場合に、新たに評価を行なう。

●介護療養型医療施設

- 介護療養型が担っている機能を確保するため、以下の要件を設けて、重点的に評価する。
- ①重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上
- ②一定の医療処置を受けている患者が一定割合以上
- ③ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上

④生活機能を維持改善するリハの実施

⑤地域に貢献する活動の実施

●介護保険施設等の口腔管理の充実化

- ・経口維持加算は口腔機能を踏まえた多職種による経口維持管理を評価するものへと見直し、充実を図る。併せて、口腔機能維持加算を口腔衛生管理加算に、口腔機能維持管理体制加算を口腔衛生管理体制加算へと名称変更する(いずれも仮称)。
- ・経口移行加算は、栄養管理に加え、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下の機能面への対応の取り組みを評価するものへと見直し、充実を図る。併せて、名称も経口移行訓練加算(仮称)と変更する。
- ・療養食加算は経口移行加算または経口維持加算との併算定を認め、かつ、評価を見直す。

●訪問看護

- ・緊急時訪問看護加算、特別管理加算やターミナルケア加算のいずれも一定割合以上の実績等がある事業所の体制を評価する新たな加算を設ける。
- ・病院・診療所からの訪問看護は基本報酬を増額する。

●リハビリテーション

訪問看護ステーションによる理学療法士等の訪問と訪問リハは基本報酬の整合性を図る。

●介護職員処遇改善加算の拡大

現行の加算の仕組みは維持しつつ、さらなる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、さらなる上乗せ評価を行うための区分を創設する。処遇改善加算の将来的な取り扱い、引き続き検討することが適当。

●サービス提供体制強化加算の拡大

介護福祉士の配置割合がより高い状況の評価する区分を新たに創設する。

●集合住宅居住者への訪問サービスの評価の適正化(訪問看護・訪問リハ等の場合)

- ①事業所と同一または隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サ高住に限る)を訪問する場合は、人数に関わらず、報酬を減算する。
- ②事業所と同一建物以外の建物(同上)の場合は、利用者が一定数以上である場合に、新たに減算する。

看護師特定行為・研修制度で意見まとまる。38行為で開始

履修免除制度も盛り込む。4月から研修施設の募集を開始

12月17日の看護師特定行為・研修部会は、診療の補助のうち、包括的指示の下に手順書によって特定の行為ができる看護師を養成する研修制度について、保助看法に定められた枠組みを具体的な規定に落とし込む省令・通知に関する議論の結果を、意見書にまとめた。

意見書において、以下のことなどが

決まった。

- (1) 制度開始時の特定行為は38とする
- (2) 研修に受講資格は設けないが、概ね3~5年以上の実務経験者を想定する
- (3) 研修は講義・演習からなる共通科目(315時間)に加えて受講者が選択履修できる21の特定行為区分の技術等からなる
- (4) 研修指定研修機関以外で一部を実

施することもできる

- (5) 講義・演習は通信による方法で行なうことができる
- (6) 受講生の所属施設で実習を受けることもできる
- (7) 既修済みの場合は履修の一部を免除することができる
- (8) 特定行為を実施する知識・技能もっている場合は区分別科目の全部また

は一部の履修を免除することができる(9) 修了者は、実際に当該行為を実施する前に、その行為を実施する医療機関等で、当該行為の知識・手技に関する事前確認を受けることが望ましい(10) 厚生労働省は指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受けることによって修了者を把握する

看護師特定行為・研修制度は2015年10月に施行されるが、厚労省は省令案をパブコメにかけた後に同部会の了承をあらためて取り付け、4月から指定研修機関の募集に入る予定だ。

総選挙で自公圧勝。第3次安倍内閣が発足

介護報酬改定の答申は1月末。改定率によっては分科会も紛糾か

12月14日に投開票が行われた総選挙で、自民・公明両党は衆議院の3分の2を超える326議席を確保した。安倍首相は特別国会を12月24日に召集、首班指名後に防衛大臣を除く閣僚を再任し、第3次安倍内閣を発足させた。

3.5兆円規模の経済対策や2015年度税制改正大綱を当初より繰り上げて年末に決定するなど、解散総選挙によって生じた1ヵ月近くの空白を埋めつつある。

ただし、14年度補正予算案の閣議決定が年明けにずれ込んだため、15年度予算案の閣議決定は1月半ば近くになる見通しだ。そのため、介護報酬の改定率決定も1月半ばの閣僚折衝を待つ

ことになる。

改定率決定の遅れは介護報酬改定の審議にも影響を及ぼしている。12月19日に14年最後の介護給付費分科会を終えた厚労省老健局老人保健課は、1月半ばまでに2回の開催を見込み、その間に審議報告をとりまとめ、改定率を受けて新たな報酬案を示す予定だ。

+1.2%となった12年度の改定は、審議報告のとりまとめから1ヵ月半も間をおいた1月25日に、1回で諮問・答申となった。年末までに改定率が決まったことが背景にあるが、今回は、改定率が年越しとなっただけでなく、仮にマイナスとなると、その率によっては分

科会が紛糾する可能性もあり、1回で諮問・答申となるか微妙なところだ。

それでも、厚労省は「遅くとも1月内には答申の運びとなろう」(迫井老人保

健課長)と、事態の推移を楽観視している。



■現在募集中の研修会(いずれも全日病HPに案内を掲載中)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
2025年に生き残るための経営セミナー第7弾「これからの医療療養病床の役割を考える」(100名)	2015年1月22日(木) 13:00~16:00 (全日病会議室)	8,000円(15,000円)	医療療養病床に対する施策や、担っている役割・機能などを基に、これからの療養病床のあるべき姿などを共に考えるセミナーです。
2014年度第3回AMAT隊員養成研修[東京会場] (80名)	2015年2月21日(土)~22日(日) (全日病会議室)	50,000円(60,000円)	受講要件はHP掲載の案内をご参照ください。