



全日病 NEWS

2018
1.1/15合併号
No.909

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

賀正



2017年1月 帝国ホテルで賀詞交歓会開く



2017年5月 地域医療構想WGで2025年の必要病床数を議論



2017年9月 第59回全日本病院学会 in 石川を開催



2017年2月 薬価専門部会で薬価制度改革の議論が始まる



2017年6月 第8代会長として猪口会長を選出



2017年10月 医師需給分科会で医師確保対策を議論



2017年3月 医療計画の見直し検討会で調整会議の進め方を議論



2017年7月 夏期研修会を広島で開催



2017年11月 新執行部披露会・懇親会を開催



2017年4月 DPC/PDPSの展望に関するセミナーを開催



2017年8月 会員数が2,500を超え、常任理事会に報告される



2017年12月 中医協の審議に臨む猪口会長

年頭の挨拶

明けましておめでとうございます。皆様におかれましては、つつがなく平成30年の新春をお迎えのことと、心よりお慶び申し上げます。

昨年6月より会長に就任し、新執行部とともに協会運営に努力してまいりました。そして平成30年を迎えたわけですが、現在、超・超高齢社会となる平成37年(2025年)に向けて、既存の医療・介護提供体制の見直しに関する様々な施策が実行されています。この医療制度改革には、地域医療構想を含む医療計画、平成30年度医療・介護報酬同時改定、療養病床の受け皿となる介護医療院など、当協会会員の直面する諸問題が山積しています。また、医師の働き方改革、専門医制度も病院医療の存続に係る大きなテーマとなっています。さらに、地域包括ケアシステムの構築は、地域に密着した中小病院にとって、極めて重要な問題だと考えています。これらの見直しには、当協会として主体的に関わり、その意見を適切に発信してまいります。

一方、当協会は三つの大きな事業を開始しました。まず、昨年の法改正により介護職も認められた外国人技能実習生受け入れ事業です。当協会は監理団体として、平成30年度中に受け入れを開始する予定です。もう一つは、医療提供体制の整備においてきわめて重要と考えられている総合診療医につい

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二



てです。本年開始される総合診療専門医の育成には時間を要することもあり、全日病独自の病院総合医育成事業を開始します。これは、日本プライマリケア連合学会と共同で開催するもので、現在の病院に勤務しながら、病院総合医としてのキャリアチェンジを図るものです。また、介護医療院の法制化や体系化に対応するため、介護医療院協議会を組織しました。様々な情報収集を行うとともに、転換後のシミュレーション等を行います。

昨年9月には、全日本病院学会 in 石川(神野正博学会長)が、多くの会員病院職員の参加、素晴らしいシンポジスト、多彩な企画の下、盛大に開催されました。本年は、東京にて10月開催予定です。多くの方がご参加くださいますようお願い申し上げます。

全日本病院協会は、平成25年4月に公益社団法人として認定され、昨年、加盟病院数は2,500を超えました。激動の平成30年を迎えるにあたり、執行部一同、そしてすべての会員とともに、一致団結して日本の医療、地域医療を支える病院団体として活動していく所存です。本年も、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

2018年 年頭所感

厚生労働大臣 加藤勝信



平成30年の新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。厚生労働大臣に就任してから約5ヶ月が経過しました。この間、国民の安全・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、厚生労働省一体となって様々な課題に取り組んでまいります。

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、地域包括ケアシステムの構築を推進していくことが必要です。2018年度は、医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画の新たな計画期間が始まる年であり、6年に一度の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬の同時改定が行われる節目の年です。医療・介護については、質が高く効率的なサービス提供体制を構築するとともに、住み慣れた地域で安心してサービスが受けられるよう、報酬改定に取り組めます。

また、質が高く効率的な医療提供体制の構築に向け、地域医療構想の達成に向けた取組を一層進めます。医師の偏在対策を進めるため、都道府県が主体的に医師確保対策を推進する仕組みを盛り込んだ改正法案の提出を目指します。

医師の働き方改革については、応召義務等の特殊性を踏まえ、医療現場の新たな働き方の実現を目指し、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について平成30年度に結論を得るべく検討を進めます。

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いたします。

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、7月の九州北部豪雨や9月の大型台風21号の発生など、各地で自然災害が相次ぎ、多くの方々が避難生活を余儀なくされました。被災された方々には、改めてお見舞い申し上げます。

昨年10月、世界医師会シカゴ総会において、私は第68代会長に就任いたしました。就任に際し、国民の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げてきた我が国の優れた医療システムを世界に発信し、健康長寿社会の実現に寄与したいという強い思いを述べました。

歴史を振り返りますと、我が国が世界のトップレベルの健康長寿を達成してきた背景には、国民皆保険の下、医療従事者の献身的な努力があったという事実があります。我が国の国民皆保険は、Universal Health Coverage (UHC) のあるべきモデルとして高く評価されており、何としてもその仕組みを堅持していかなければならないと考えています。

少子高齢化の一層の進行が予想される中で、社会保障費は今後も増加することが見込まれ、その財源をどのように賄っていくかについても大きな課題となっています。財政緊縮の立場から、保険給付範囲を狭める圧力が予想されますが、国民皆保険を堅持していくためにも、我々医療側から提言し、時代に即した改革を進めていく必要があります。

今後も、日本のみならず世界に広く目を向け、理念を高く掲げ、人々の健康、福祉の向上に努めて参ります。

2018年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 安藤高夫



新年あけましておめでとうございます。

今年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定、昨年度策定された地域医療構想を盛り込んだ第7次医療計画と第7期介護保険事業計画の策定、第3次医療費適正化計画など、医療・介護のさまざまな制度変化が一斉に始まります。

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する中、全日本病院協会は猪口雄二会長のもと、「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って参ります。

昨年10月の衆議院議員選挙におきまして、皆様方のご支援のもと、国政で仕事をさせていただく機会をいただきました。日本の医療・介護を支える病院の皆様方の「現場の声」をしっかりと国政に届けて参る所存です。

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



いよいよ診療報酬、介護保険報酬ダブル改定や地域医療計画や医療費適正化計画の策定など波乱の年が幕を開ける。また、働き方改革をはじめとして社会や個人の大きな価値観の変化も起ころうとしている。

その中で、医療サービスの提供に、医療の質向上に、医療安全に患者を巻き込み、患者自身も自らの健康を、医療をデザインすることが重要だ。病院に必要なことは病院内の価値観の共有はもとより、病院と患者間で価値観を共有し制度の変化に対応していくこと、病院と社会が価値観を共有していくことだと思ふ。

そして全日病会員病院同士の価値観の共有、全日病と社会との価値観の共有をも図っていかねばならない。

副会長 織田正道



謹んで新春のお慶びを申し上げます。

さて、時代の大きな変革期を迎え、今後、医療を取り巻く環境は、これまでとは比較にならない程のスピードで変化し、それぞれの医療機関のあり方そのものが問われる時代になるものと思われまふ。第7次医療計画にも含まれます地域医療構想においては、既に全国の構想区域で調整会議が進んでいます。

医療需要がピークアウトする中で、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。このように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、この時代を乗り切って参りたいと存じます。

副会長 美原 盤



新年おめでとうございます。とは言うものの、相変わらず医療界には厳しい時代が続く、病院運営には難しい問題が山積しています。これらの問題の解決策として全日病は種々の研修会を開催しておりますが、地方からの参加が困難なことも少なくないでしょう。であるならば、支部として研修会を開催することを検討してもよいのではないのでしょうか。因みに昨年度に群馬県支部では、看護師のための認知症対応、医療対話推進者養成、在宅ケアなどに関する研修会を開催し、会員病院、非会員病院から多くの方々が参加しました。このような取り組みは病院運営に大きく役立つと感じています。各支部の活動が活性化していくように応援したいと考えております。

副会長 中村康彦



明けましておめでとうございます。

医療の動向は増え続ける社会保障費の問題や団塊の世代に代表される高齢者の増加と人口減少の問題などがあり、大きな転換期にあるといわれています。

また、問近に迫った診療報酬と介護報酬の同時改定に加えて医療法の改正により、今後の医療を取り巻く環境が一変することが予想されます。ここ一両年が今後の医療・介護・福祉の重要な分岐点であると言えるでしょう。

このように激動するさまざまな環境に影響されない強固な運営基盤を構築するために、会員の皆様とあらゆる共有を通して乗り越えていきたいと思ひます。本年も宜しく願い申し上げます。

診療報酬の本体改定率は0.55%に

厚労・財務大臣折衝

ネット改定率は▲1.19%

加藤勝信厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣は12月18日、2018年度予算編成の大臣折衝を行い、次期診療報酬改定の本体改定率を0.55%とすることを決めた。2016年度の0.49%を上回る引上げとなった。薬価制度抜本改革を含む薬価の引下げにより1,900億円を確保できたため、社会保障費の伸びを5千億円程度に抑えるという目標も達成した。介護報酬改定の改定率は0.54%で、0.01ポイント診療報酬を下回る。

加藤厚労相は大臣折衝後の会見で、0.55%になった理由を、「医療機能の分

化・強化、連携などを進める必要があるが、医療費増は保険料の引上げなど国民負担の増加につながる。それらを総合的に考えた結果」と説明した。

診療報酬本体改定率の内訳は、医科が0.63%、歯科が0.69%、調剤が0.19%で、医科・歯科・調剤の1対1.1対0.3のこれまでの比率を維持した。本体0.55%の財源600億円をこれらの比率で振り分ける。医科について、入院や外来の配分に関する言及はない。

薬価改定は▲1.36% (国費▲1,500億円、以下同) で、薬価制度の抜本改革

を合わせると▲1.65% (▲1,800億円) となった。これに材料価格改定の▲0.09% (▲100億円) とあわせると、薬価等で▲1.74% (▲1,900億円) の大きな財源を確保することができた。

薬価制度の抜本改革では、新薬創出・適応外薬解消等促進加算を大幅に見直すとともに、後発品上市後10年を経過した長期取載品の薬価を来年度以降、後発品薬価を基準に段階的に引き下げる。

2018年度の予算編成では、過去2年と同様に社会保障費の伸びを5千億円



程度に抑えることを目標としていた。夏の概算要求基準段階では、予算編成までに1,300億円程度圧縮する必要があり、厳しい予算編成が予想されたが、薬価等の引下げで1,900億円を捻出し、診療報酬本体は2016年度を上回る改定率を確保することができた。

介護報酬も0.54% (140億円) のプラス改定を確保した。障害福祉サービス等報酬の改定率は0.47% (57億円) となっている。

2018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

病院経営は、大変厳しい年になりそうだ。只、手をこまねいては、医療の質の低下は避けられない。まさに医療人の結末が問われる年である。個々の声を大にして、国民に訴えよう。

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

「一年の計は元旦にあり」の「計」は、計画・Plan(PDCAのP)であり、物事の始まりで、最重要です。Pの最初は、現状把握・現状認識、問題認識です。「問題認識」に関して、3月に出版する『特性要因図作成の基礎知識と活用事例』を参照ください。

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。本年は少し幅を広げた活動を行い、会員の皆様のお役に立てることができればと考えております。よろしくお祈りします。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年あけましておめでとうございます。総務・財務委員会は猪口雄二新会長と副会長を支え、執行部の活動を助け、全日病がより一層影響力を持ち、会員病院の皆様の経営に資するよう頑張ります。本年もよろしくお祈りいたします。

常任理事 学術委員会委員長 大田泰正

学術委員会では、全日本病院学会 in 石川の内容を掲載する全日本病院協会雑誌第28巻第2号および座長推薦の一般演題演者に論文形式で投稿していただく第29巻第1号の発刊準備を行っています。今年は名古屋で夏期研修会、東京で学会を開催する予定となっています。よろしくお祈り申し上げます。

常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照

あけましておめでとうございます。

今後起こりうる災害に備えて、本年もAMATの研修を積極的に進めていきたいと思っております。

今年からチームでの養成に加え、1人での研修参加も認め、AMATの増員に努めてまいりたいと考えております。ご支援・ご協力をよろしくお願いいたします。

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。今年はトリプル改定の年でマイナス改定と言われていましたが何とか本体プラスになりそうです。介護報酬も僅かなプラスと言われています。人材不足で事業継続が難しいところも出てきそうです。今年もよろしくお祈り

いたします。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

新年明けましておめでとうございます。旧年中は当委員会の企画にご参加いただきありがとうございます。本年は特に認定率の低い小規模病院対策に力を入れ、研修会、受審支援、全日病学会参加等の活動を行ってゆくつもりです。どうぞよろしくお願いいたします。

常任理事 広報委員会委員長 高橋 肇

明けましておめでとうございます。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。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祈り申し上げます。

常任理事 田蒔正治

明けましておめでとうございます。

今年診療報酬、介護報酬の同時改定があります。厳しい社会保障費圧縮の中で、地域医療構想や医療計画、医療費適正化計画等との整合性も図られます。地方創生が叫ばれる中、全日病として地域医療を守るため尽力して参ります。

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。医療保険・介護保険の同時改定は、どうなっておりますことやら。どちらにせよ高齢者医療に厳しい環境が予想されます。会長肝いりの介護医療院協議会を機能させて、会員の皆さまのお役に立てるよう努めたいと思います。何でも結構です。ご指導・ご教授のほどなにとぞ宜しくお祈り申し上げます。

常任理事

医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

このままだと民間は、経営の効率化をどう図っても生き残れない時代へ。国は公立・公的への無駄な公金投入を見直し、地域において必然性のない急性期から地域包括ケア病棟等への転換は止めて、休眠病床の削減、病院統廃合にもっと積極的に取り組むべき。民にできることは民に任せよ。

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

「惑星直列の年」に国が考える 近未来の医療提供体制の姿が見えるはず。現在検討中の「地域包括ケアシステム」との連携のあり方を他関連委員会と共に具現化したいと思っております。今年も宜しくお祈り申し上げます。

常任理事 永井庸次

明けましておめでとうございます。

本年は医療計画・介護保険事業計画を含め医療・介護同時改定と、まさに激動の時代に突入しました。医療の質向上委員会活動の活性化を図り、全日病の強みを生かした、国の施策に負けないデータ提供

体制の構築と会員病院へのフィードバックを図りたいと思います。

本年もよろしくお祈りいたします。

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、日帰り施設が472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。

本年も宜しくお祈り申し上げます。

常任理事 西澤寛俊

明けましておめでとうございます。

本年は、医療・介護報酬同時改定、地域医療構想を含む第7次医療計画が実施されます。少子化、財政上の課題など、病院経営が増々厳しくなる中、会員病院が地域において信頼され、必要とされ生き残るには何をすべきか？

本年もよろしくお祈り致します。

常任理事 濱砂重仁

謹賀新年

私事ですが、昨年古希を迎え、全日病の役員を後輩に譲るときが来たように思います。

官民格差はますます拡大しつつある中で、医療保険、介護保険の同時改定の年であります。目標を定められない船の先導をしなければならず、どこをどうしていいのやら！！

今年もどうぞよろしくお祈り致します。

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、6年に一度の診療報酬・介護報酬同時改定の年です。国家予算が逼迫する中、医療介護に対する締めつけは今以上に厳しいものとなります。気を緩めることなく注視していく所存です。会員諸氏のご指導・ご助言を宜しくお祈り申し上げます。

常任理事 山田一隆

心新たに佳き元旦をお迎えのことと思います。

本年は診療報酬・介護報酬の同時改定とともに、第7次医療計画がスタートします。更に、医師の働き方改革や地域包括ケアシステムの構築なども重要です。大きな節目の今年も震災復興の熊本として頑張ってお祈りします。

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。

昨年は技能実習制度に「介護」が正式に追加され、本年より当協会はその受入れの「監理団体」として活動を本格化、当初はベトナム人実習生の受入れを少人数から開始し、着実な成果を得つつ、順次事業拡大を行って参ります。また、恒例のハワイ研修も例年通り実施致しますので、引き続き皆様の積極的なご参加をお祈り致します。

介護医療院は病院等と同様の対応に

与党税制改正大綱

与党税制改正大綱が12月14日に決定した。働き方改革や生産性革命の実現

を税制面から後押しするとともに、働き方改革の観点で給与所得控除など個人所得課税を大きく見直す。たばこ税は3年かけて紙巻たばこで1本3円引

き上げる。過熱式も引上げ対象だ。

介護医療院の創設に伴い、病院・診療所に対する事業所税の非課税措置などの対象に加えるなど、様々な対応を

図る。社会医療法人の認定要件を見直し、全収入の80%以上であることが求められる診療報酬等の収入の範囲に、予防接種や助産に係る収入、介護保険に係る収入を加える。

医療に係る消費税のあり方については、31年度税制改正で結論を得る。

ベトナム人材送出し機関と業務協定を締結

外国人技能実習生受入事業

2019年夏頃の受入れ開始を予定

昨年11月29日、当会外国人技能実習生受入事業の山本担当役員、大田構成員が、ベトナムハノイにおいて、技能実習生の人材送出し機関である「国際協力サービス株式会社」(英文名称「CICS」代表取締役会長 Mr.MAI ANH 本社ハノイ、支社ホーチミン)と、介護技能実習生受入事業の業務協定を締結した。

当会は、これまでこの会社と約2年間継続的に意見交換等を実施してきたが、同社からの説明では、過去、技能実習生の行方不明者はゼロの実績を有しているとのこと。

今後、お互いに協力し、ベトナム中部・南部地域の医療大学看護学科、看護短期大学(いずれも3年制以上)の2018年6月の新卒者(ベトナムの医療

大学等の卒業式は6、7月)および既卒者から介護技能実習生候補者を募集し、同社において12か月間の日本語教育などを経て、日本語能力試験N3相当の取得を目指し、日本へ送り出す予定。

介護技能実習生の受入れは2019年の夏頃を想定している。また、今回契約した人材送出し機関以外との契約も予



定しており、介護技能実習生の受入れ時期は柔軟に対応する。

これを受けて当会は、年度内には、技能実習制度における監理団体の許可を外国人技能実習機構から取り付ける予定だ。

需要と供給の両面で医療が大きく変わる 技能実習制度を通じて海外から介護人材を受け入れ

猪口 あけましておめでとうございます。医務技監を囲んでいろいろお話を伺おうという新年企画です。大変な時局を迎え、初代の医務技監からいろいろお教えいただき、どのようにこれを乗り越えて行くか考えたいと思います。診療報酬改定もそうですが、医療制度がどんどん変わって我々もついて行くのが大変です。社会構造が変化し、超高齢社会、医療費・介護費の高騰、人口減少が進む中で、医療・介護をこれからどうやって支えていくのか。当然、医療のあり方も変わっていくと思います。

●地域で医療従事者をどう確保するか

鈴木 私は需要側と供給側の両方が変わって来ていると思います。需要側をみると、今後65歳以上の高齢者の絶対数が爆発的に増えることはないでしょう。しかし、75歳以上の人たち、もしかすると90歳、100歳以上の人が増えます。そういう意味で、地域の医療ニーズは変化していきます。

今、大学病院を含めて病床利用率が落ちて、急性期の需要の伸びは止まっています。特に、平均在院日数が減っています。それだけ回転率がよくなっているわけです。2025年にかけて医療ニーズは、急性期から回復期、慢性期へシフトしていくでしょう。医療もそれに合った供給体制に変えないといけません。

一方、供給側から見ると、将来生産年齢人口が40%減ってしまいます。今でも、看護師や介護職員の確保が大変だと思いますが、より大変になっていきます。

まだ、大都市部は比較的大丈夫かもしれませんが、農村部など地方で医療・介護従事者を採るのは大変です。他方、地方では医療・介護職が雇用の拠点となっています。それがなくなると、自治体そのものが消滅しかねません。そういう意味で、地方における医療・介護従事者の確保が喫緊の課題です。

猪口 医療、介護に携わる人たちの働き方について伺おうと思います。看護師の有資格者は増えていますが、それでも我々は不足だと思っています。他方で、介護人材は絶対に回らなくなっている状況です。

鈴木 介護人材については、技能実習制度の在留資格に「介護」が入りました。受け入れ態勢を整え、悪質なブローカーが跋扈しなければ、ベトナムや他の良質な国と手を携えてうまくいこうと思います。一定期間働いていただいたら、また自国に帰って技能を伝えていただく。いい循環が生まれると思います。

聞くところによると、中国沿海部の介護職の賃金は日本を上回っているそうです。このまま行くと、日本へは行

かないよ、となりかねない。政府間もそうですが、団体単位で相手国と早く契約し、現地で最低限の日本語を覚えてもらい、こちら側も受け入れ態勢をきちんと整えて、相手国に安心感を持ってもらうことが大切です。個別の病院が送り出し側と契約を結ぶのは大変ですので、団体単位が望ましいですね。

看護師の場合、人口当たりの看護師数でみると、決して欧米に劣っていません。つまり、養成数の問題ではない。生まれる人口が100万人を切っている中で、年間養成数は、医師1万人、看護師7万人と言われています。看護師をこれ以上大きく増やすのは難しい。集約化する必要があります。

介護施設では、看護師に当直までしてもらって医療サービスを提供しなければならないところと、昼間に看護師に一定のマネジメントをしてもらって、それ以外は介護職その他で運営していくというスタイルのところを区別していく必要があります。

●7対1の見直しで看護師の需給が変わる？

中村 看護師はやはり少ないと思います。足りないので、業者に頼むと高額な手数料を取られます。しかも、雇ってもすぐに辞めてしまう場合があります。我々が医療収入を上げるために努力しなくてはならないのは当然ですが、人件費などの固定費、特に診療報酬に転嫁できない職員を集めるための費用がかさんでいます。悪質な業者も出てきています。

鈴木 労働法規の中で、職業紹介的なものをどのように縛るかの議論が必要になります。ただ、ニーズがあるところには業者は出てくるので、イタチごっこになってしまいます。

次期診療報酬改定で7対1と10対1の入院基本料の見直しを行います。それとの関係で、現在7対1を採用している病院が看護師を少し減らすかもしれません。そうすると、看護師の需給が緩むことも考えられます。すでに看護師の養成ではかなりのことをやっています。後は、その看護師がきちんと行くべきところで働いているかという問題になります。

安藤 医療サービスも介護サービスも診療報酬や介護報酬で公定価格が決まっていて、それに応じて人員配置など施設基準が定められています。ベッド数も地域により上限が定められています。そうであれば、適正な利益水準というものがあるはずで、国がそれを示してほしいと思います。健康診断でも健康を維持するための正常値があるので、健全経営の正常値を示してくれれば、我々はそれを目指すよう頑張ると思います。

鈴木 病院の形態によって健全経営の正常値は変わるとは思います。いずれに

しろ、一定の利益がないと、再投資ができないし安定経営になりません。医療経済実態調査などを通じて、病院経営の状況をきちんとみていく必要があります。

●医療機能の分化と役割分担は地域の話し合いで決める

猪口 医療の需要と供給を見通すと、急性期の集約化は避けて通れないと感じています。

鈴木 その通りだと思います。ただ、計画化された集約化と、結果として起こる集約化は全然違います。例えば、「先生の病院はこっちに特化してもらい、うちはこういうのをやりますから」と人員配置や救急車の移送を事前に話し合えば、集約化はうまくできます。それに対して、結果として起きる集約化とは、パタッと救急を止めた病院があり、もう一方の病院は職員の人数が増えないのに、患者だけ押し寄せてくる。そういう事態は避けなければなりません。

地域の医療機関同士が話し合い、役割分担をして連携し、救急医療においても、輪番制や患者の状態に応じた搬送先を整理して、体制を整えていくことが重要になります。全部の病院が全部の病気に、緊急対応できる状態を維持するのは、もはや難しい状況です。

猪口 地域ごとに医療を作るのがまさに地域医療構想なのでしょうが、みんな頭で分かっているけど、現実になると話し合いはなかなか難しい。

鈴木 地域医療構想調整会議や地域医療協議会で、行政が医師会や病院団体ときちんと話し合って決めてほしい。結局は皆さんの問題になるわけです。うまく連携できないと、みんなが苦勞してしまう。それは明日起こらないかもしれないが、10年後、20年後には必ず起きます。



美原 盤 副会長

美原 国民の意識の変革も大切だと思っています。地域の会合に出席しても、地域医療構想や地域包括ケアシステムの名称を知っている人は多くありません。医療従事者は新しい動きについていこうと、これらのことを知っていますが、一般の住民は知らないで、お互いが意思疎通する上で、非常に困ることになります。国民的な議論にするには、どうすればよいのでしょうか。

鈴木 スウェーデンでは学校教育で、社会保障制度をきちんと教えているそうです。人が最期をどう迎えるか、お金のなかで医療をどう整備するかを、みんなで話し合います。もちろん正解が必ずしもあるわけではありませんが、考えることで理解が深まります。子供が考えると、親も考えます。

美原 地域住民みんなが議論する場をどこかで作るのが大事です。



出席者(文中敬称略)

厚生労働省医務技監
鈴木康裕

全日本病院会
猪口雄二

副会長
安藤高夫、織田正道、
中村康彦、美原盤

(神野正博副会長は欠席)

※座談会は11月16日に行われました。

●医療現場では看取りと救急の対応が難しい

猪口 医療提供体制が置かれている状況は、地域によって事情がかなり違うと思います。佐賀ではどうですか。

織田 地方はすでに現時点で後期高齢者の中でも85歳以上が増えてきています。その年代は介護が必要な人は5割ぐらいまで増えますし、軽度であっても医療が必要な人も急増するので救急車で病院に運ばれる人が高度急性期に殺到しないようにしないといけない。

先日、2035年の「人口推計」を見ていて怖くなりました。85歳以上が1,000万人を超えるというのです。東京都とほぼ同じ人口です。今から十数年先のことです。準備をしていかないと大変なことになります。

猪口 医療提供のあり方は年齢を区切って、この年齢を越えたら対応を変えようという話ではありませんが、何か起きた時の状態如何で、どこまで医療提供すべきなのかが問われるようになってきました。

織田 難しいのは、看取りと救急が混在していることです。90歳の患者が亡くなるかどうかという時に、突然遠くに住んでいる家族がやってきて、できる限りのことをやってほしい、と要求するので現場は板挟みになってしまいます。

猪口 人生最終段階における医療提供のあり方は今回の診療報酬・介護報酬改定でも出てきています。国民的議論

病院の役割分担や人材確保が喫緊の課題

医療と介護のビッグデータを連結し、質の向上と効率化を進める



を展開すべき時期にきています。

鈴木 本人だけでなく家族を含めて、最期をどう迎えたいのかを話し合えないと、結局のところ、できるだけやる、という方向に流れがちです。医療者はそれをなかなか拒否できません。本人と家族が、できれば書面で意志表示することが必要です。

もう一つは、救急の10年ぐらいのトレンドを見ると、全体の搬送数は減っているのに、高齢者が非常に増えています。高次救急の窓口を高齢者が占有してしまうと、それ以外の対応ができなくなります。さらに、一度入院すると、ベッドを占有してしまうことにもなります。

●2次救急の多くを民間病院が担っている

織田 地域に密着した2次救急が極めて重要になります。そして、2次救急を背負っている病院の多くが民間病院です。地域に根差した急性期をどう位置付けるかが一番のポイントです。



織田正道 副会長

鈴木 3次救急をやっている病院にとって、地域で2次救急がしっかりしているかが、死活的な問題になります。そこで途絶えてしまうと、全部がパンクして機能なくなります。

2次救急が民間病院に多いという話ですが、本来は、公的病院がやるべきなのです。仮にやらないなら、その公的資金を民間病院に回すことで、民間の2次救急体制を支援するべきです。

中村 本来、公的病院がやるのが筋です。公的病院に入るお金を民間に降ろすというのはできるのですか。

鈴木 自治体病院の予算は総務省が握っています。お金は病院自体に直接入るのではなく、自治体に入ります。自治体が2次救急の輪番制度をどう運営するのか、地域の問題ですから首長と話し合うことが必要になります。

猪口 これについては、今まで手がつけられない問題でした。でも、公的病院に投入されているお金は、年間8,000億円に上ります。すごい金額です。

鈴木 全日病として、しっかりと主張していってくださいね。

●医師の働き方は変化が必要 勤務時間は厳格に管理

猪口 総合医の話に移ります。高齢者は一疾患だけではなく、複数の疾患を抱えていることが多いので、総合的に診る医者を増やすことが急務です。

鈴木 そうですね。今度、専門医機構の枠組みで総合診療専門医という新しいカテゴリーができました。日本の医学部最終学年の臨床能力は他国に比べて圧倒的に劣っていると思います。早い段階で、OSCE(オスキー)やCBTが一定のレベルに達している人は、指導者の下で在学中にある程度臨床を経験したらいい。まさに総合医的な部分です。

今、医者になるのに11年かかる。現役で入学してもほぼ30歳ですから、時間がかかり過ぎです。それを1、2年縮めれば、新しい医者が1~2万人出てくることになります。

猪口 それは医師の働き方に連動します。医師が労働者ではない、というつもりは全くありません。ただ、他の職業と少し違う面がある。そこをこれからどう整備するかだと思います。

鈴木 昨年3月に、時間外労働の上限規制などの全体的な枠組みが決まった中で、医師の働き方に特殊性があるので、来年3月までにその取扱いを決め、施行はさらに5年後になる、という例外的な措置になっています。

これについては、両方の考え方があります。一つは、女性医師が増えてきて、若い医師の「ワークライフバランス」の意識が50代、60代の医師とは変わってきた。今まで通りの考えはたぶん通用しなくなるだろうと思います。ただ、医師の場合、特に地方の救急病院に守れない基準を押し付けてしまうと、結局のところ、地域で救急をやめたり、入院を止めてしまうところが出てくる。

そうなる、一番困るのが患者です。その意味で、両者のバランスをどう取るかという問題になります。

当直の取り扱いについては、救急業務で当直が夜間一人にいる時、最初から最後まで全部残業時間とみなす考え方と、実際に医療や関連業務を行っている時間だけを残業時間とみなす考え方があります。主治医制を一部見直して、分業体制で入院患者を診ていくことも必要になると思います。

また、医局で文献を読んでいる時間や学会準備で研究している時間を時間外労働とみなすのかという問題があります。大学病院では仕事だと思いますが、一般病院の場合だと議論があり、判決も異なっています。「医療の質を高めるためにやっているのだから労働だ」と判断する裁判官もいるし、「病院長に命じられたわけではないから、労働ではない、しかも研究や学会の準備の時間は給与の中に入っていない」と主張する裁判官もいます。

いずれにせよ、これから各病院に求められるのは、入退室の管理です。いつ病院にきて、いつ出て行ったかをタイムレコーダで管理する。それからパソコンを使っている時に、本来の業務でない、例えば、学会準備のために操作するときは、事前に申請させて業務時間から引く。そういう手続きをしないと、パソコンがオンになっていれば、労働基準局にすべて労働時間と認定されてしまいます。ドライですが、そういう管理が必要になります。

残業時間の上限については、十分配慮しますが、救急、一部の外科、産科はそれをも超えてしまうと思います。最後は厚生労働大臣や総理大臣の判断になります。加えて、診療報酬で事務作業補助員を評価しているように、医師以外でできる業務を他の職種に移していくことも必要です。

●ICTやAIを医療に活用 ビッグデータで医療の質を上げる

猪口 データヘルス改革やビッグデータなど医療におけるICTの活用を現政権は重視していますが、今後どのように進んでいくのでしょうか。

鈴木 医療データについては、厚労省にNDB(ナショナル・データ・ベース)があって、審査支払機関にもデータベースがあります。介護保険のデータベースもあり、すべてデジタル化されているのですが、それらが連結されていないために有効活用されていません。2020年度からの本格運用を目指す医療等IDがその解決策になります。



猪口雄二 会長

最初は30桁ぐらいの記号を用いた認証でセキュリティの水準をかなり高めて、個人情報漏れに耐える対応を図ろうとしたのですが、それだと、莫大な予算が必要になるので、方法を変えました。健康保険証は世帯単位ですが、それに枝番をつけて個人が同定できるようにし、結婚などで名前が変わっても、必ず個人を追跡できるようにして、各データベースを串刺しできるようにします。

新たなシステムができれば、本人の同意とセキュリティを確保した上で、個人の健康についての生涯データを持つことができます。研究者や公的機関がデータを活用して研究することも可能です。ただしデータは集めればよいというわけではなく、費用もかかるので、利用者がメリットを感じられるものにする必要があります。

医療機関が活用する上で、「これは重複しているな」とか「これは無駄だったな」ということがわかって、費用を節約することができれば、メリットを感じられると思います。コンピュータに入力する手間が増えるだけなら、

本末転倒になってしまいます。

診療報酬の請求は診療の翌月の10日に一気に行っています。それに耐えられるよう回線はものすごく太くしているのですが、それ以外の期間は遊んでいることとなります。それをもう少し小出しにして、最後に確定させる。あるいは審査で査定される可能性のある情報を請求前に伝えるなど、ICTを最大限活用して、請求を効率化、合理化できる工夫ができればと考えています。

それから、健診結果とつなげることができれば、個人の行動変容につなげる取り組みにとっても役立ちます。

●海外の成功事例参考に 新技術を導入

猪口 医療の質を上げることや、事務作業の省略化につなげるためにICTを活用することには賛成です。中医師でもその方向で議論が進んでいます。社会保険診療報酬支払基金の業務効率化・高度化計画



中村康彦 副会長

も始まりました。ただ医療にICTをどこまで活用するかには懸念もあります。

鈴木 それについては、ビジネスモデルをどう

構築するか、費用を誰が負担するかといった問題と絡み、これから本格的に考える必要があるのですが、他の国々の事例を参考にすることができます。成功した国と失敗した国があって、失敗した国は明らかに医療費の削減を目的にしていました。医療機関の協力が得られないためです。

それに対して、医療の質や医療の生産性を上げようとした国では、結構うまく行っていて、結果として医療費を抑制できる場合があります。我々としては、こちらの道を行きたいと考えています。

猪口 技術の進展は日進月歩です。医療界の外では、様々な試みがありますが、現実的にどのような技術が医療・介護現場に導入される状況でしょうか。

鈴木 介助者が装着して使うことで腰の負担を軽減する介護ロボットなどはありますが、医療・介護は労働集約的でインタラクティブなので、他の業界と比べると、まだ少し時間がかかるかもしれません。ただAI(人工知能)については、病理や放射線の画像診断でかなりの水準にまで達しています。例えば、病理医がいない病院での対応や、人間の目とAIの目でダブルチェックをすることで、ミスを少なくすることもできるでしょう。

猪口 本日は、病院が直面する様々な課題について聞くことができました。どうもありがとうございました。

2025年とその先を見据えた改革が 来年度から始まる

医師の働き方は人員配置を含めた規制改革と一体で議論

猪口 新年明けましておめでとうございます。

少子高齢化、人口減少が進み、病院を取り巻く環境は大きく変わりつつあります。解決しなければならない問題は山積しており、医療提供体制を大きく変える様々な改革も2018年度から予定されています。病院にとって、非常に重要な時期に差しかかっていますが、まずは、それぞれの団体から新年の抱負をお願いします。

2030年には医療ニーズのピーク
個々の病院の役割を明確にする

相澤 私は「もう後がない」ということで、今年は、病院が覚悟を決めて決断する年だと思っています。それを日本病院会の一番大事な姿勢として、会員病院に説明していく必要があると感じています。



日病 相澤会長

日病は、会員病院の開設主体がそれぞれ違います。特に、公立・公的の病院の役割が不明確になっていて、「何をやらなければいけないの

か」を決めるのが難しい状況になっています。「住民の健康を守る」、「命を大切にする」などの理念は出てきても、それは病院として当たり前のことであり、それぞれの病院が、何の役割を果たすのかが不明確です。病院の役割をこの段階ではっきりさせないと、2025年に間に合わなくなります。

猪口 まさに、そのことが今後本格化する地域医療構想における地域医療構想調整会議の役割になりますね。

加納 2025年の先を見越すと、2030年に医療ニーズのピークを迎えると言われています。それまで残すところ、12年です。今年は戌年ですが、次の戌年には医療ニーズは下り坂になるわけです。それを見越して病院の立ち位置をしっかりと考えないと生き残れません。その意味でも、地域医療構想調整会議は重要です。今年は医療法人として、未来を見据えてどう頑張っていくかを考える時期にきたということです。

また、昨年10月から、持分なし医療法人制度への新たな移行計画の認定制度が始まりました。その際、移行に際して懸念されていた相続税や贈与税のみなし課税がなくなりました。持分のある医療法人に対しては、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設して頂けるよう、さらなる要望を行っていかつもりです。来年10月に予定される消費税の10%への引上げについては、医療機関の控除対象外消費税問題に抜本的な解決を求め、しっかりと対応していく必要があります。

山崎 日本精神科病院協会としては「淡々」とやります。

一般病院はこの15年ぐらいで、恐らく1,000病院ほど減っています。それ



に対して、精神科病院はほとんど減っていません。それはなぜでしょう。

診療報酬で冷遇され、低医療費で何とか経営を支えてきた歴史がありますが、最近の改定で、あまりひどい点数にされることもなく、だからといって、いい話もない。ほそほそと生き延びているというのが現状だからです。

一方、全体を見渡すと、社会保障財政はパンク寸前です。国民は消費税の引上げに反対で、給付は伸び続ける。このままでは財政破たんでしょう。そのような状況だから、診療報酬は財政中立で、医療の財源の中でやり繰りしています。財務省は、自然増で伸びているのだから、収入増になっているというけれど、それ以上に、コストが増えているのだから、いつまで経ってもイタチごっこです。

また、病院経営が大きな資本に翻弄される状況を懸念しています。病院名が変わらないので患者は気づかないけれど、投資家に買収されて、ある日、経営が全く変わってしまう。そんな病院が増えていきます。実際は誰に経営されているのか、状況をきちんと調べる必要があるのではないのでしょうか。

猪口 持分のある病院では、それを誰が持つかで経営が変わりますが、持分なしの病院であっても、社員の構成を変えるだけで、実質的に経営が変わってしまうこともある。経営の基盤を考えると、「弱いな」と感じるところもあります。

日本の急性期医療をどう考えるか
改革を進めつつ、よいものは残す

猪口 各団体から、個々の病院が未来を見据えて、役割を考えなければならぬという話がありました。

さて、現状をみても、地域の急性期病院が平均在院日数を短縮させる中で、病床稼働率は下がり、競争が激しくなっています。日本は諸外国と比べ、病床数が明らかに多く、1ベッドあたりの医師・看護師数は、先進諸国の中で極端に少ないというデータがあり、変革が促されていますが、それについて

どう考えればよいでしょうか。

相澤 ベッド数は多すぎるのでしょ。ただ日本では、急性期の概念が諸外国とは違って。入院の契機となったイベントがあり、治療を終えて、安心して退院できるまでをみるのが、急性期でした。それが、優しく、温かくて、思いやりのある日本の医療の特徴だったのです。

しかしそれを続けるのが難しくなってきた。患者・家族にとっても必ずしもよいことではないということがわかってきました。特に、高齢者ではその傾向が強くなります。病態としての急性期で、急性期病床の必要数を試算すると、現状の半分で足りるというデータもあります。これらを踏まえながら、今後の急性期医療を設計し直す時期に来ていると思います。

猪口 一定の地域で急性期を集約して、急性期治療を終えたら、地域の病院に戻るという機能分化が進まざるを得ない状況ですね。

相澤 急性期が何かということを考えたときに、厚生労働省は、高齢者の肺炎や尿路感染症など、急性期の中でも医療資源投入量の低いものを軽症急性期と名づけて、よくわからない概念を作ったりしました。現在、使われている高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのも少し違うのではないかと気がします。

入院の契機となるイベントがあって、その状態がある程度落ち着くまでの期間を急性期とすれば、軽症急性期はその期間が短いということになり、重症急性期はその期間が長いということになります。医療資源投入量もそれにより、異なってきます。

高齢者の肺炎などは患者数が多く、濃厚な医療を提供する必要性は低いので、そのような急性期は地域の病院で診るべきでしょう。

加納 診療報酬の議論では、急性期入院医療を評価する7対1入院基本料が医療費を削減できない大きな要因の一つにされて、削減する方向で議論になっています。しかし現場をみれば、看護配置7対1は最低限必要な急性期の体制です。昨今、一病棟を40床以下単

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 **相澤孝夫**
- 日本医療法人協会会長 **加納繁照**
- 全日本病院協会会長 **猪口雄二**

※座談会は12月7日に行われました。

位で構成している急性期病棟が多く、夜間の勤務体制を作る上でも、7対1が必要だと思えます。

諸外国と比べると、日本の医療提供体制は確かに薄く広く配置されているのかもしれませんが、では、アメリカのすべてを真似るのがよいことなのでしょうか。日本のよいところはちゃんと残すべきです。

例えば、欧米では医薬分業が当たり前ですが、日本の院内処方・院内薬局は患者に便利な仕組みです。日本式の医療提供体制が、今日に至るまで低医療費で質の高い医療を提供し、長寿社会をもたらしました。

最近では、高齢者が増え、肺炎や簡単な骨折などを生じ易く、一見軽度と思われる患者が増えています。しかし



医法協 加納会長

その中でも、実は重い症状の患者がいて、高齢者では、その診断が難しい症例が少なくありません。しっかりとトリアージで

きる体制が必要で、一つ間違えると医療事故になってしまいます。最初の入り口は急性期でしっかりとトリアージをした後、どこで入院医療を受けるかの調整を図ることになります。

山崎 諸外国との比較に話を戻すと、病院という概念が欧米と日本では違うのだと思います。外国の病院はいわゆる急性期に特化したもので、日本における回復期や慢性期は入院医療ではありません。そうすると平均在院日数の

医療現場を守りつつ働き方改革に どう対応するか

控除対象外消費税の問題は今夏までに結論

計算などでも、おかしなことが出てきます。

例えば、OECD（経済協力開発機構）の指標では、精神病床は急性期病床だけを意味し、リハビリテーションや長期入院のための病床は含めません。日本では精神病床が30万床といわれますが、OECDの定義では13万床ほどになります。平均在院日数もOECDの定義だと55日ほどであるのに、厚労省は200日と言っています。このような違いがあるのに、一方的なイメージが作られています。

猪口 日本では、急性期と位置付けられている病院のベッドが多く、実態は必ずしも急性期ではない患者が入院しているということで、急性期は集約し、介護施設を含めて、他の機能に転換させていく方向の議論になっています。

山崎 病院の開設主体による問題もあります。ヨーロッパの多くは、病院は



日精協 山崎会長

基本的に公設民営であり、民営であっても非営利法人で営利企業は参入できません。アメリカは違いますが…

それに対して、日本は公立・公

的、民間があります。民間は病院建築やその増改築も、診療報酬で賄う必要があります。公立・公的病院は公的資金が投入されているのに、収入は同じ診療報酬です。これはおかしいのではないのでしょうか。診療報酬でそこに差をつける必要があります。

先ほども触れましたが、日本の社会保障財政はパンク寸前です。現状の診療報酬にある矛盾点を解消して、あるべき医療費の配分にすべきです。また、社会保障財源を今後も確保していくには消費税を上げるしかありません。

2002年の国家予算をみると、歳入と歳出は国債に頼ることなく、安定していました。その後、国債増発が続いています。税金が当時と変わっていないのに、歳出が増え続けているからです。国は自転車操業を続けており、このままだと消費税率20%にしないと安定しないでしょう。

控除対象外消費税の負担問題 今回決まると変えるのは困難

猪口 消費税の話題が出たので、この問題に移りたいと思います。医療が非課税であるために、医療機関が仕入れにかかる消費税を負担しているという問題（控除対象外消費税の負担）があります。

消費税の10%への引上げは2回延期されて、診療報酬に悪影響がありました。来年10月には上がることになっていますが、使い道が当初の約束から大きく変わってしまいました。現役世代を支援するため、子育て支援や教育無償化に多くが使われそうです。

消費税率が上がるほど、医療機関の控除対象外消費税の問題が大きくなり

ます。本来は「税は税で解決してほしい」というのが我々の主張でした。しかし結局は、診療報酬への補てんで対応することが繰り返されています。

控除対象外消費税の影響は病院によって異なり、特に大型の急性期病院で影響が大きく、一律の対応では解決できません。今年はその決着をつけることが求められています。我々はどう対応すべきでしょうか。

相澤 本来は、税は税として解決してほしいのに、これだけ複雑に糸が絡まりあっている。現実には病院が困っている状況の中で、どこを落としどころにするのか、「言うは易く行うは難し」で、本当に悩ましい問題です。

加納 将来にかけて消費税が上がっていくことを想定すると、ここで根本的に考えないと大変なことになります。時間的に余裕はなく、今年の夏には結論を出して、関係者に説明していく必要があります。そして、今度決まったものをその後で変えるのは、相当に困難になります。

山崎 一案としては、消費税が最初からかからないメニューを作ってしまうのが、よい考えだと思います。建物を建てる時や増改築のときに消費税がかからないようにする。つまり国が建物や増改築を現物給付するのです。そうすれば消費税はかかりません。

同様に、高額な医療機器や薬剤も現物給付にしてしまえばいいのです。そのための診療報酬改定をやったほうが、税制の議論をまとめるより、早いのではないのでしょうか。

猪口 大胆な提案ですね。いずれにしても、この問題は関係者が多く、意見集約が難しくなっています。しかしながら避けて通れない問題であり、時間が限られています。医療界として意見を集約し、その実現に向けて主張していく必要があります。

医師の労働時間をどう捉えるか 宿直は別に整理が必要

猪口 医師の働き方をめぐる問題を議論します。働き方改革の関連法案は今年



全日病 猪口会長

の通常国会で審議される予定で、当初より成立が遅れていますが、時間外労働の上限規制などの施行は予定通りで、医師の働き方について

も来年4月までに結論を出し、5年後に施行というスケジュールは変わらないようです。

医師の働き方改革が検討されていますが、様々な問題を内包しています。例えば、医師不足の問題と密接に結びついていて、医師の働き方が変われば、医師需給の将来推計にも大きな影響を与えます。医師不足は肌身で感じています。今後の人口減少を考えると、将来的には過剰になるといわれます。しかし現状で医師の働き方を変え

るのであれば、医師はもっと必要という話になります。

相澤 ひとつは、医師の労働時間をどう捉えるかという問題があります。特に、宿直が労働時間になれば、ほとんどの病院は成り立ちません。現行の規定では、原則として労働時間とみなされていて、特例によって免除されています。こうした労働法制が厳格に適用されることになると、現実とは合わないことになるので、宿直は通常の労働とは別であることを我々が強く訴えていく必要があります。

猪口 通常の労働と同じように働いている夜勤と、宿直は別ですね。本当に忙しい救急医療での宿直は、労働と捉えられても仕方ありませんが、待機時間が長い宿直は別に整理する必要があります。弾力的に運用すべきです。

加納 宿直等が夜勤と同じと捉えられれば、地域医療は崩壊します。それと同時に、医師不足の問題があります。女性医師が増えている現状を考えると、医師の働き方を変えて、医療の質も維持するには、病院の医師を増やすことをしなければ、成り立ちません。

病院は都会も地方も医師が足りません。その原因を考えると、そこはやはり、診療所の開業を規制する必要があるのではないのでしょうか。

医師不足問題と関連 現実のリスクを踏まえて議論を

猪口 東京は医師がたくさんいると思われがちですが、中小病院はいつも医師不足です。都心に大学病院が集中していますが、そこは必ずしも東京の人たちだけを診ているわけではない。研究や教育などの役割も持っています。東京の住民の医療を支えているのは、我々のような地域の病院です。

加納 救急医療を含めて、高齢者の医療の多くを民間の中小病院が支えています。一歩間違えて、民間病院が壊れてしまうことになると、大混乱が起きると思います。医師の働き方改革は現実に起きてしまうリスクをしっかりと考えて、議論をしてもらいたいと思います。

山崎 精神科の入院医療は圧倒的に医師が少ない現実があります。ただ救急医療など本当に必要な医師が足りないところと、人員配置基準を満たすために医師が足りないところがある。医師不足の状況は現場によって、大きく異なる面があります。私がいつも言っているのは、法令で規制している人員配置基準と建築構造基準をなくしてほしいということです。

その代わりに、病院の玄関に医師や看護師など医療従事者数、施設基準などを掲示して、患者・家族に納得して受診してもらえばよいのではないかと考えています。当直についても、緊急事態にすぐ駆けつけられる状態であればよいので、必ずしも病院内にいないということでもよいはずですが。

医師の働き方改革は、人員配置基準を含めた規制改革と一緒に議論すべき

です。

医学教育や研修制度の見直し 医師のあり方が問われる

山崎 最近では、医師の流動性が高まっていて、紹介幹旋業者が跋扈しています。テレビドラマの「ドクターX」ではないけれど、フリーランスの医師も出てきていて、手術で1日15～20万円で雇われるような事例が増えています。患者とは一度の関わりだけで終わりです。医師のあり方が問われています。

猪口 臓器別など守備範囲の狭い専門医が増えすぎってしまったこともあります。総合診療専門医がこれから養成されることになっていますが、もう少し幅の広い総合的な診療能力のある医師が求められています。そのような医師をどう作っていくかが課題です。

山崎 新専門医制度の専攻医の登録でも、開業で儲けられる眼科や皮膚科に専攻医が集まっています。偏差値教育で優秀な人材ばかりを医学部に入れてきた悪い影響が出てきているのではないのでしょうか。

猪口 医師のあるべき姿を目指して、医学教育や国家試験、臨床研修制度、専門医制度を大きく見直す議論がまさに今行われています。

山崎 医師不足で医学部の定員を増やしましたが、そのときに、教員も定員増に応じて増やしたのでしょうか。そうは思えません。だとすれば密度が下がるので教育のレベルが悪くなるのは当然です。臨床現場の実習を充実させる改革を行うと聞いていますが、患者のベッドサイドで生徒ばかりが増えても、本当に教育が充実するのでしょうか。

私は臨床研修制度では、1年目は基幹病院でよいけれども、2年目は地域の病院に送るべきだと言っています。出身大学の都道府県で2年間は診療に従事してもらうことも必要です。そのくらいやらないと、医師偏在が起きている地域が持ちません。最近驚いたのですが、地域卒の学生で、地元出身者がほとんどいない大学があります。地域定着を狙って定員の半分を地域卒にしている大学もあるというのに…

日本医師会は、医師は足りていると言います。でも医師は足りていません。問題は、勤務医と開業医の偏在です。そこに楔を打つ必要があります。地域医療計画で病床数は制限しています。それと同じように、診療所の地域医療計画が必要です。地域ごとに診療科別の必要数を定めることです。

加納 基準病床数制度ならぬ基準診療所数制度ですね。

猪口 医師偏在に対しては、今年医療法などを改正し、その後、本格的な対策が打たれる予定です。その効果を見極め、それで不十分なら、抜本的な対策に踏み込む必要があると思います。

山積する課題に対応するため、今後とも四病協が団結していきましょう。本日は、有意義なお話をありがとうございました。

療養病棟は20対1に統一、医療区分2・3は5割以上に

中医協総会 医療区分の項目はより厳しく設定の方向

中医協総会は12月13日、2018年度診療報酬改定の個別項目の議論の大部分を終えた。今後はより具体的な施設基準や算定要件、点数が示されることになる。12月8日は療養病棟入院基本料や医療・介護連携、13日はリハビリ専門職への常勤要件等の緩和や処方日数制限の取扱いをテーマとした。

療養病棟入院基本料は看護配置25対1をなくし、20対1に統一する方向になった。現行の25対1が人員体制を強化して20対1に移行することを見込み、医療区分2・3の該当患者割合は現行の「8割以上」から「5割以上」とする。「5割」をさらに上回る場合は基本部分に評価を上乘せする。イメージとしては、20対1の下限(基本部分)は、現行の25対1より若干高い水準。20対1の上乗せの上限は、現行の20対1よりも高い水準となりそうだ。

介護療養病床や医療法施行規則の経

過措置が6年間あることを踏まえ、現行の25対1と、入院基本料が5%減算される特例の25対1にも経過措置を設けるが、当面2年間とした。5%減算の経過措置には新たに移れない。

一方、医療区分の項目は厳しくなる。具体的には、「医療区分3の『医師および看護師による常時監視・管理』のみに該当する場合は医療区分2、当該項目と医療区分2のいずれかの項目が該当する場合は医療区分3」とする。全日病会長の猪口委員は「医療区分は今回見直す必要はないと思う」と配慮を求めた。

医療・介護連携では、◇介護支援専門員や老健施設との情報共有◇介護施設での看取り一などが論点になった。

医療機関が介護支援専門員に診療情報を提供すると、診療情報提供料(Ⅰ)が算定できるが、対象は「退院から2週間以内の患者」。入院早期からの退

院支援を推進するため、退院前の一定期間に限り、算定を可能とする。かかりつけ医と老健施設との情報連携では、多剤投与・重複投薬是正のため、「入所中の処方薬、対処後の外来受診時における処方内容のフォローアップ」などを新たに評価する方向になった。

看取りについては、介護老人福祉施設が配置医以外の医療機関に看取りを依頼する場合、介護報酬で看取り介護加算を算定すると、在宅ターミナルケア加算や看取り加算を併算できない。入所者の希望に反して看取り期に病院に搬送されないようにする観点から、医療機関・訪問看護ステーションが協働して、看取り期のケアを行った場合、診療報酬を算定できるようにする。

施設基準で求められるリハビリ専門職の常勤要件について、すでに議論した医師や看護師など他の職種と同様に、複数の非常勤従事者の組み合わせで常



勤配置と認めることを了承した。専従要件も対象患者が一定程度以下の場合や、専従での業務を行っていない時間帯の取扱いで、弾力的な措置を設けることになった。

規制改革会議が求める新医薬品の14日の処方日数制限延長については、日数制限を行わない新医薬品は中医協で個別に判断するとの現行どおりの取扱いにすることで意見が一致した。

また、12月15日に診療報酬改定に関する中医協の意見書をまとめた。診療側は診療報酬のプラス改定、支払側はマイナス改定を求める意見を両論併記した。しかしすでに本体0.55%との報道があり、委員から苦言が呈された。

審議報告をまとめ、2018年度介護報酬改定の方針が確定

厚労省・介護給付費分科会

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は12月13日、2018年度介護報酬改定の各論方針を整理した審議報告をとりまとめた。審議報告は、(1)地域包括ケアシステムの推進(2)自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現(3)多様な人材の確保と生産性の向上(4)介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保一からなる。

特養配置医師の新たな評価を設ける

ほか、ターミナルケア実施数が多い訪問看護事業所の評価やターミナル期に主治医に情報提供するケアマネ事業所に対する評価を新設するなど、在宅や居住系サービスの中重度者や特養入所者の医療ニーズへの対応を充実する。

また、医療機関との連携に積極的に取り組むケアマネ事業所を対象に、入退院時連携に関する評価を充実するとともに新たな加算を設ける。リハに関しては、医療から介護への円滑な移行

を図るために面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を医療保険と互換性を持ったものに改善する。

介護医療院については、現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設けた上で、床面積要件や併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策がとられる。

その一方で、老健施設について療養型と療養強化型の報酬を療養型に一元化する、あるいは介護療養型医療施設の基本報酬の算定で介護療養型老健施

設における一定の医療処置の頻度等の要件を設けるなど、介護医療院への転換を促す見地から現行の療養型老健と介護療養病床に厳しい評価となりそうだ。

このほか、リハにかかわる医師関与の強化やアウトカム評価の拡充など、自立支援・重度化防止を目指す上で、今改定では各種の措置が図られる。

介護報酬改定は0.54%で決着し、6年ぶりのプラス改定となるが、財源の多くは処遇改善等に投入されるため、多くのサービスにとっては厳しいものとなると予想される。

効果的な医師偏在対策に向け第2次中間報告を了承

厚労省・医師需給分科会

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は12月8日、医師偏在対策をまとめた第2次中間報告を大筋で了承した。医療従事者の需給に関する検討会で決定した上で、法律改正事項は来年の通常国会に提出する医療法等改正案に盛り込む。

地域の医師不足は深刻だが、将来の医療ニーズを考えると、医師養成数はこれ以上増やすべきではないとの意見がある。養成数を抑制した上で、地域の医師不足を改善するには、効果的な医師偏在対策が不可欠であり、同分科会で、医師偏在対策を議論してきた。

都道府県が医師確保計画を策定

今回の中間報告は、都道府県が主体的に取り組む対策を数多く盛り込んだのが特徴だ。都道府県が「医師確保計画」を策定。「医師偏在の度合い」を示

無床診療所開設の規制に関しては両論併記

す定量的な指標を作成して、確保すべき医師数の目標を地域・診療科ごとに設定する。都道府県知事は、「医師偏在の度合い」に応じて、「医師少数地域」や「医師多数地域」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつける。

都道府県の医師確保に関する各種会議体は、地域医療対策協議会(地対協)に集約化。地域医療支援センター運営協議会やへき地医療支援機構、専門医協議会などを地対協に移管する。

また、医師養成の各段階で、医師確保策を講じる。

医学部段階では、出身地と大学の所在地が同じであれば、高い定着率が期待できることを踏まえ、大学医学部の入学枠に地元出身者枠を設定し、増員を要請する制度を設ける。

臨床研修段階では、臨床研修病院の指定・定員設定の権限を国から都道府県に移管する。その際に、都道府県は

地対協の意見を聴く。国は臨床研修の指定基準を定める。大都市のある都道府県への偏在を防ぐため、臨床研修医の募集定員の上限は、2025年度に希望者数に対して1.05倍になるよう段階的に圧縮する。

専門研修段階では、日本専門医機構による新専門医制度が来年度から始まることを踏まえ、国が必要な措置を機構に要請できる仕組みにするとともに、研修プログラムの認定前に国や都道府県が機構に意見を述べるができるようにする。

無床診療所が都市部に偏っている状況に対しては、開業を考える医師に「外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能」となる情報を提供することで、適切な経営判断を期待するとした。分科会の議論では、全日病副会長の神野正博委員をはじめ、多くの委員が無床診療所の開設に一定の規制を設



けるべきとの意見が出たが、日本医師会の委員などが反対した。

また、医師が少ない地域で一定期間勤務した医師を認定する制度を創設する。認定された医師には一定の医療機関の管理者となるインセンティブを付与することとし、地域医療支援病院を候補とした。神野委員は、地域医療支援病院の医師を派遣する機能が不明確であるとして、指定要件そのものの見直しが必要と指摘した。

管理者要件を設定する医療機関を地域医療支援病院に限るとインセンティブの効果が小さいとして、「診療所を含めた他の医療機関も対象とすべき」との意見があり、反対意見とともに報告書に両論併記した。

新専門医制度の大都市への偏在は起こらず

日本専門医機構

総合診療専門医数の専攻医数は153人に

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は12月8日の会見で、来年度から始まる新専門医制度の専攻医の一次登録の状況を報告した。当初懸念された専攻医の大都市への偏在は拡大しなかったことを確認した。大都市を有する都道

府県に設けた上限を超えた診療科が一部にあったが、12月10日までに調整を終えたとしている。

新専門医制度では、福岡、大阪、愛知、東京、神奈川の5都府県について、専門医の研修医数が過去5年間の実績

平均を超えないという上限を設定。この基準をすべての診療科で満たす見通しであると報告があった。ただ専攻医のIDを持っていながら、登録を済ませていない専攻医が100人強おり、2次登録での追加になると見込まれる。

2次登録では、現段階で募集人数の上限を満たした研修プログラムの追加は認めない。12月16日からの2次登録では、人数に余裕のある都道府県の研修を受ける必要がある。今回初めて養成が始まる総合診療専門医の登録は、12月15日時点の調整後の採用で153人となっている。

機構は12月16日に、調整を終えた一次登録段階での診療科別の専攻医数を公表した。