



# 全日病 ニュース

## 2018.2.1

### No.910

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

## 加藤厚労大臣が出席 「都道府県が主体的に医師確保対策を推進する体制を構築」

### 四病協が賀詞交歓会開く 消費税問題の解決は今年が正念場

四病院団体協議会は2018年の賀詞交歓会(新年の集い)を都内のパレスホテル東京で開き、政界111人(うち秘書90人)、厚生労働省等省庁34人を含め、789人が参加した。

開会宣言をした日本精神科病院協会の山崎学会長は、昨年12月18日に決まった2018年度診療報酬改定について「0.6%のプラスとなったが、薬価等の引下げを考えると結局はマイナス改定になった。病院団体と日本医師会が一本になって、この国の医療を恒久的に運営するためにがんばりたい」と述べた。

続いて四病協を代表して日本病院会



の相澤孝夫会長が挨拶。「診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる今年、将来に向けて医療・介護の扉を開く重要な年であり、改革のた

めの一步を踏み出す年である」と述べるとともに、「未来の医療はこれまでの医療の延長線上にはない。病院は自らの等身大の姿をきちんと見ることが大切であり、地域の状況を把握して何をすべきなのかを考えなければならない。変革の試練を乗り越えて明るい未来を築いていこう」と呼びかけた。

来賓として挨拶した加藤勝信厚生労働大臣は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、多様なニーズに対応するため変化に耐えうる医療体制を構築することが求められる」と述べるとともに、地域医療構想について、「転換する病床数など具体的な対応を速やかに策定するため、2年間で集中的に検討いただくこととしている」と発言。データ分析や医療機関間の役割分担に関する好事例を共有するとともに、地域医療構想を踏まえた施設整備に対し、地域医療介護総合確保基金により重点的に支援を行うなどきめ細かい支援を行う考えを示した。

医師偏在については、都道府県が主

体的に医師確保対策を推進する体制を構築するとともに、医師が地方で勤務することを後押しする仕組みを盛り込んだ法案を通常国会に提出すると表明。医師の働き方改革では、地域医療への影響を考慮しながら丁寧に検討していると報告。「医療従事者が健康でなければ、医療そのものが成り立たない」として、勤務環境改善の努力を求めた。

#### チャレンジの年を迎える

世界医師会の公務のため欠席した日本医師会の横倉義武会長に代わって挨拶を代読した今村聡副会長は、国民医療推進協議会などを通じて医療界が一致した意見を国政に届けた結果、厳しい財政事情の中、診療報酬本体は前回改定を上回るプラス0.55%となり、医科に限ってみるとプラス0.63%となったことを報告した。また、国民と医療機関に不合理な負担を強いている医療に係る消費税について、税率10%への



引上げが来年10月に予定される中で、抜本的な解決を図っていかなければならないと述べた。

続いて日本医療法人協会の加納繁照会長が、「消費税の問題は今年が正念場だ。支援をいただき、いい解決策を出していきたい」と述べて、乾杯の音頭をとった。

交歓会の最後には、全日病の猪口雄二会長が「これまでで一番と思うほどの盛況になった。これから診療報酬改定を含め、病院にとっては大変厳しいことがあるが、逆にチャレンジのし甲斐がある年を迎えたと考えたい。みなさんのご指導、ご支援をよろしくお願ひしたい」と締めくくり、会を終えた。

## 中医協が千葉県千葉市で地方公聴会を開催

### 2018年度診療報酬改定

中医協(田辺国昭会長)は1月19日、次期診療報酬改定の地方公聴会を千葉県千葉市で開催した。中医協がまとめたこれまでの議論の整理(現時点の骨子)を踏まえ、改定に対する意見を聴取した。

病院の立場からは、入院基本料算定の要件である「重症度、医療・看護必要度」の見直しで、現行の該当患者割合の「25%以上」を引き上げるべきではないとの意見が出た。一連の見直しが「7対1削減が目的にみえる」との懸念も示した。

意見発表者は10人。診療側からは中小病院、診療所、歯科診療所、調剤薬局、訪問看護ステーションの立場を代表する発表者が意見を述べた。一方、支払側(患者側)の立場からは健康保険組合、国民健康保険組合、全国健康保険協会、日本労働組合総連合会、NPO法人(患者代表)の意見をきいた。その上で、中医協委員からの質問があった。

### 病院の立場から7対1削減に懸念を表明

入院患者の実態が誤解されている

中小病院の立場からは、芙蓉会五井病院の川越一男理事長が意見を述べた。川越理事長は、7対1入院基本料の見直しをめぐる、「重症度、医療・看護必要度に該当する25%を除く75%の患者が退院可能だと思われるのは残念だ」として、入院患者の実態が誤解されていることに不満を述べた。次期改定で25%の基準の見直しが論点になっていることに対しては、「(現行の7対1の水準などで)25%を引き上げるべきではない」と訴えた。川越理事長は、「7対1削減が目的にみえる」と懸念を示した。

地域包括ケア病棟入院料については、急性期の大規模病院が病床を増やしていることを問題としつつ、中小病院が在宅からの受入れなどで活用する場合の評価を充実させるべきと主張した。また、医療安全にかかる費用やICTの活用に対応するための費用が賄える診療報酬とすることを求めた。

孚誠会浦安駅前クリニックの佐藤孝

彦院長(千葉県医師会理事)は、かかりつけ医機能を評価する診療報酬はあるが、「要件が厳しく算定が広がらない」と訴えた。オンライン診療に対しては、「対面診療が原則であり、安易に広げるのは問題」とした。再診料が2010年度改定で2点下がったことから、「元に戻すべき」と強調した。

一方、健保組合の意見発表者は、健保組合の財政状況の厳しさを訴えて、医療提供の効率化・適正化が必要とした。診療報酬本体プラス改定について、「非常に残念で遺憾に感じる」と述べた。在宅医療のニーズが増大していることへの対応を求めたほか、「人生の最終段階」における治療や看取りで、事前の意思確認の実施が促進される仕組みが必要であると発言。生活習慣病の重症化予防では、医師と保険者、行政が連携し、患者の継続的な支援が図られる体制が重要とし、その一環として、遠隔診療の推進を診療報酬で図るべきと主張した。

また、支払側の立場の意見発表者か



公聴会に出席した猪口会長(左端)

らは、仕事と治療の両立を支援する診療報酬の要望が複数から出た。そのほか、すべての患者に医療費の内容がわかる明細書を無料で発行することを求める複数の意見があった。

#### 在宅医療の必要性で一致

田辺会長は、「国民皆保険の維持を図りながら、医療機能の分化・連携、強化を進め、かかりつけ医機能を評価するという方向性では共通の認識がある」と総括した。また、地域包括ケアを構築するために、在宅医療の充実が必要であるとの方向性でも異論はなく、その際に、関係機関との連携が重要になるとした。治療と仕事の両立や医療安全の強化への対応でも意見の一致がみられたと指摘した。

## 清話抄

### 地域医療構想調整会議に臨むにあたって

2016年度中に各県において地域医療構想が策定され、現在、各県の構想区域で地域医療構想調整会議が開かれている。私も地域の中核病院(民間病院)

の代表として会議に参加しているが、議論の中で気になることがある。それは、①各団体の代表として選出された構成員のうち、地域医療構想の内容や策定された意義、どういった目的で調整会議が開催されているのか理解している人が少なすぎる。②地域医療構想は地域住民が安心して地域で暮らし続けることができる医療・介護提供体制を構築する事が目的であるはずなのに地域住民の代表である市町村の首長達が全く意見を述べない。③私共の地域

では残念ながらいまだに官尊民卑の風潮があり、その中で会議に公立・公的病院代表が出席しているため意見が言づらい雰囲気があることなどである。

特に③に関しては、公立・公的病院は民間病院が担えない災害医療・感染症対策・結核医療など不採算部門に責任を持つからこそ繰入金・補助金や非課税となっていることを認識し、決して民間病院と競合するものではなく、その地域に足りない分野をどう補っていくかの視点が重要であると思うが狭

量な自己主張が多すぎるのである。

確かに日頃より、我々民間病院は公立・公的病院との連携は必須である。しかしながら、今後、会議において公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランに基づいて将来プランが提示されていくわけであるが、地域医療は我々、民間病院が担っているという自負を持ち、地域医療提供体制に逆行する動きには、断固とした意見を心を鬼にして言うべきであると思っている。(寛)



# 主張

## 戊戌の年のダブル改定は病院経営に何をもちたすか？

昨年12月の閣僚折衝にて2018年度の診療報酬改定の改定率が決まった。診療報酬は、「本体部分」を0.55%引き上げる一方、薬価を1.74%引き下げ、全体ではマイナスと1.19%とした。同時改定となる介護報酬は0.54%の引き上げで決着した。

昨今の診療報酬改定率をみていくと、微増の改定となっているのは本体のみで、薬価においては前回は上回るマイ

ナス改定となり、全体的に見ても前回は大きく上回るマイナス改定となった。小泉政権以降経営状態が厳しく倒産や閉鎖に追い込まれた医療機関も多くあり、今頑張っている民間病院も2期連続のマイナス改定を受け、なんとか生き残る道を模索している。

医療費についても、超高齢化社会へ向け、現役世代が減少することにより財政収入が落ち込み、後期高齢者の医

療費が更に増加することによって全体の医療費が増加することは容易に予想できる。これに向け、実態に即した前向きな検討が求められると感じている。

一方、中央社会保険医療協議会は、昨年末の総会にて、急性期入院医療(7対1・10対1一般病棟入院基本料)の見直しについて基本的に合意を得た。新たな評価の枠組みは、現行の10対1相当の要件をベースとする基本部分と、その上に最高水準で7対1相当の要件を上乗せするという仕組みだ。これは、実質の診療報酬の引き下げとみなしてよいだろう。

同時改定となる介護報酬についても微増の0.54%にすぎず、介護施設の新整備および介護職員の新規獲得は到底困難で、安部政権の掲げる2020年介護離職ゼロを実現できるような値とはいえない。

今年の干支は「戊戌」です。繁栄を意味する「戌」と、滅亡を意味する「戌」が、その威力を最大限に強めつつ、でもどちらに転ぶかは不安定な境界線上にあるといわれています。ダブル改定を目前に控え、実態に即した内容の改定や計画が行われなければ我々の経営も不安定になりそうだ。(N)

# 次期改定に向けてこれまでの「議論の整理」まとめる

## 中医協総会

## 7対1、10対1は急性期一般入院料に

中医協総会(田辺国昭会長)は1月12日、次期診療報酬改定に向けた「これまでの議論の整理」をまとめた。社会保障審議会医療保険部会・医療部会が策定した基本方針(12月11日)に沿って、項目を整理している。議論の整理に対し、パブリックコメントを一週間程度募集。1月19日には、千葉県千葉市で地方公聴会を開催した。

同日、加藤勝信厚生労働大臣は中医協に、改定に対する意見を諮問した。答申にあたっては、改定率を決めた大臣折衝事項(12月18日)と社会保障審議会医療保険部会・医療部会の基本方針に基づくことを求めた。中医協は改定内容について、個別項目の算定要件や施設基準、点数等詳細を詰め、2月中旬までに答申する見通しだ。

「議論の整理」に先立ち中医協総会は1月10日に、入院医療や外来医療の残された課題を議論した。入院医療では「重症度、医療・看護必要度」や現行の7対1、10対1入院基本料の評価体系見直し、外来ではかかりつけ医機能に対する初診の評価が論点になった。一般病棟用の「重症度、医療・看護

必要度」の定義・判定基準については、2点の変更を了承した。

1点目は、認知症やせん妄の患者に対して、基準を満たしやすくする。具体的には、該当基準に「『A得点1点以上かつB得点3点以上』かつB項目の『診療・療養上の指示が通じる』またはB項目の『危険行動』のいずれかに該当している患者」を追加する。2点目は、C項目の「開腹手術の所定日数」の5日から4日への短縮である。

A項目の「救急搬送後の手術」の定義を「救急医療管理加算1の算定患者」に変更する案もあったが、見送った。全日病会長の猪口雄二委員は、「現段階で精緻な基準になっていないので、もう少し検討し、今回は入れないほうがよい」と述べた。

これらの見直しで、該当患者の基準は満たしやすくなる。1点目で4~5%の影響があり、2点目でマイナス1~0%の影響があるとされる。

該当患者割合は現行で25%以上が要件だが、支払側の委員は、現行の25%を30%に厳格化し、その上で見直しの影響を加えることで「34%」に引き上

げることを主張した。これに対し診療側は今回の見直しは、より適切な指標にすることを旨とするものであり、該当患者割合については「現状通り」であるべきと要請した。

## 急性期医療に7段階の評価を設定

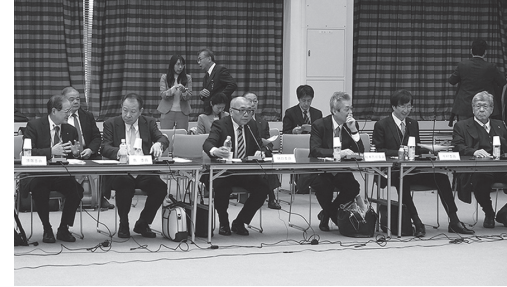
現行の7対1、10対1は評価体系が次期改定で大きく変わる。同日は、現行の10対1入院基本料と7対1の水準の間に、2つの段階的な評価を設けることを了承した。10対1の看護必要度加算1~3を含めると、7段階になる。現行制度では、7対1から10対1になると、収入が大きく減ることが機能分化が進まない理由の一つとされてきた。細分化することで7対1から移行しやすくなると考えられる。

現行の7対1と10対1の間に設ける2つの区分については、「重症度、医療・看護必要度」を用いず、診療実績データで患者像を判定することも注目される。他の区分では、選択制となる。また、この中間の区分にいくには、7対1からしか認められない。診療実績データを用いる場合は、「重症度、医療・

看護必要度」とは別に基準値を設ける。名称は、7対1、10対1が「急性期一般入院料」、13対1、15対1が「地域一般入院料」になる見通しだ。

かかりつけ医機能については、初診の評価が論点にあがった。現行の診療報酬ではかかりつけ医機能を評価するものとして、地域包括診療料等(認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、地域包括診療加算)、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料などがある。

厚労省はかかりつけ医機能として、①日常的な医学管理と重症化予防②専門医療機関等との連携③在宅療養支援、介護との連携—を明示した。ただ何を初診で評価するかについて具体的な考え方は示していない。要件設定により財政影響が大きくなる可能性もある。



# 医師の労働時間短縮の緊急的な取り組み案示す

## 厚労省・医師の働き方改革検討会

## 中間的な論点整理案も議論

厚生労働省は1月15日の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)に、「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」の案を示した。同日は十分に議論する時間がなく、次回にまとめる。緊急的な取り組みは、現行制度のままでもすぐに始められるものとして、医療機関に対応を促すものになっている。

緊急的な取り組みは、医師の労働時間短縮のために、原則対応を求めるものと、医療機関の状況に応じて努力を求めるものに分かれる。時間外労働規

制に伴う対応とは別に、早急に取り組めるものと位置づけている。

まずは、労働時間の客観的な把握を求める。ICカードやタイムカードを導入していない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認するほか、36協定を自己点検し、定めの有無や定めを超えて時間外労働をさせていないかなどを確認し、医師に周知する。

労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医など既存の産業保健の仕組みが十分に活用されていないことを踏まえ、活用を促す。その上で、労働時間

短縮の具体策として、「タスク・シフティング」と「女性医師などへの支援」をあげた。業務移管では、2007年12月の医政局通知を踏まえ、関係職種の仕事分担を円滑にするべきとした。看護師の特定行為研修の受講や修了後の看護師の活用の具体的な検討も必要と明記した。

医療機関の状況に応じた対応では、具体案として、「勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応を行わない」、「当直明けの勤務負担の緩和(連続勤務時間数を考慮した退勤時間の設定)」、「勤務間インターバルや完全休

日の設定」、「複数主治医制の導入等」を列挙した。

一方、論点整理はこれまでの議論を整理したもので、方向性を示すものではない。「なぜ医師の働き方改革が必要なのか」から説き起こすとともに、関係者からのヒアリングを踏まえ、「医師の勤務実態の分析状況」、「勤務環境改善の今後の方向性」、「経営管理の論点」、「時間外労働規制のあり方」、「関係者の役割」について整理している。今回の議論を経て、まとめる。

また、四病院団体協議会や全国医学部長病院長会議が協力した医師のタイムスタディ調査の先行報告があった。今後内容を整理し、労働時間のうち業務移管で短縮できる時間や自己研鑽などに充てられた時間などを把握する。

# 人生の最終段階の医療ガイドラインを改訂

## 厚労省・人生の最終段階の医療検討会

## ACPの考え取り入れ施設・在宅も想定

「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」(樋口範雄座長)は1月17日、厚生労働省が提示した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂案を議論した。改訂案に対するパブリックコメントを2月中旬に募集するが、同日の委員の意見を反映させるかは改めて調整する。

現行のガイドラインは、主に病院を想定したものだが、地域包括ケアの推進を踏まえ、介護保険施設や在宅でも

活用できるものにする。人生の最終段階の医療における患者の意思は変化するので、医療・ケアの方針の話し合いを繰り返すACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考えを取り入れることなどが見直しのポイントになる。また、患者が自らの意思を伝えられない状態を想定し、家族など信頼できる者を医療代理人として指定しておくことも重要になる。

全日病常任理事の木村厚委員は、厚労省の改訂案に対し、「医療だけな

く、ケアも含むので、ガイドラインの表題も変えるべき」、「普及・啓発の意義を含め、ACPを本文に明記すべき」、「独居高齢者が増えることを踏まえ、家族以外の他の者が含まれることを明確化すべきだが、医療代理人の法制化には反対」と3点を指摘した。

年度内のとりまとめを目指す報告書をめぐっても議論した。

報告書は、「一定の年齢に達した方が人生の最終段階に受ける医療のあり方を具体的に考えるようになるための

普及・啓発策」を示すものとなる。日本医師会の委員は、一定の年齢について「後期高齢者になる75歳が一つの区切りになる」と提案した。

木村委員は、「普及・啓発は必要だが、日本人は一度ある方向が決まると、みんながその方向に流される傾向がある。高齢者の医療はこうでなければいけないという風潮を作らないよう気をつけるべき。ACPなど本人がしっかりと考えられる取り組みが大事だ」と指摘した。

厚労省はガイドライン改訂と人生最終段階の医療の普及・啓発のあり方の報告書を年度内にまとめる予定。あわせて、意識調査の確定値の結果も報告する。



# 厚労省予算案は31兆1,262億円で1.4%増

## 2018年度予算案 薬価等改定頼みで社会保障費の抑制を達成

政府は12月22日、2018年度予算案を閣議決定した。厚労省分は対前年度比1.4%増の31兆1,262億円となった。社会保障関係費の伸びを5千億円程度に抑える目標は、薬価等の改定で1,900億円を捻出することで達成した。診療報酬本体は0.55%、介護報酬も0.54%のプラス改定になった。医療に関しては、地域医療確保対策や働き方改革への対応などで前年度を上回る予算を確保した。

厚労省予算案の大部分を占める社会保障関係費は、30兆7,073億円で1.5%増。内訳は、医療が11兆8,079億円で0.3%増、年金が11兆6,260億円で1.8

%増、介護が3兆1,153億円で3.4%増、福祉等が4兆1,136億円で2.9%増、雇用が444億円で2.6%増となっている。

昨年7月の概算要求基準では、社会保障費の自然増を5千億円程度に抑えることが求められた。2015年の経済財政再生計画で2016～18年度の社会保障費の伸びを約1.5兆円にとどめる目標が設定され、これに従って2016、2017年度は各年度の伸びを5千億円程度に抑えている。

2018年度については、概算要求段階で6,300億円の自然増を見込んでいたため、予算編成過程で約1,300億円の圧縮を図る必要があったが、薬価等の

改定によって達成された。薬価と市場実勢価格との乖離が大きかった上に、薬価制度抜本改革の効果も加わり、1,900億円(▲1.74%)を捻出。診療報酬と介護報酬の改定財源を確保することができた。

診療報酬本体の改定率は0.55%(国費で約600億円)。各科の改定率は、内科が0.63%、歯科が0.69%、調剤が0.19%。ただし調剤については、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化(▲60億円)が別途行われる。

いわゆるネット改定率は、0.55%から薬価等の引下げ分の1.74%を差引き、▲1.19%(大型門前薬局の適正化除く)

となる。ただし政府は今回もネット改定率という形では示していない。介護報酬の改定率は0.54%(140億円)、障害福祉サービス等報酬は0.47%(57億円)である。介護報酬は通所介護など各種給付を適正化(▲0.5%)することも明記した。

医療関連予算では、医療介護総合確保基金を増額。これまでの医療分の904億円に30億円を加え、934億円(国分622億円、地方分311億円)となった。介護分はこれまでと変わらず、724億円(国分483億円、地方分242億円)である。基金事業を含む地域医療対策予算は基金事業を含め、全体で1,108億円となり、21億円増えた。働き方改革関連では、医師をはじめ長時間労働が常態化している業種への勤務環境改善支援を21億円から48億円に倍増させている。

# 介護サービスの基準省令の改定を諮問・答申

## 厚労省・介護給付費分科会 介護医療院の緩和措置明らかに

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は1月17日、2018年度介護報酬改定における介護サービスの人員、設備および運営に関する基準省令の改正や介護医療院の人員、設備および運営に関する基準省令の制定について加藤勝信厚生労働大臣から諮問を受け、同日答申した。これを受け厚労省は18日に改正基準省令を公布した。

今後、厚労相から単位数も含めた改定案全体が同様に諮問され、2月上旬までに答申される見通し。

改正基準省令等は、昨年12月18日に公表された審議報告に盛り込まれた見

直し内容を反映。条文化されるにあたり、介護医療院への転換における基準緩和の内容などが明確化された。

介護療養型医療施設または医療療養病床からの介護医療院への転換では、①療養室の1人当たり床面積を8㎡でなければならないのを6.4㎡に緩和する②建物を耐火構造設備とすることの除外③直通階段・エレベーターの設置基準の緩和を可能にする④廊下幅1.8m以上、中廊下幅2.7m以上であるのを、廊下幅1.2m以上、中廊下幅1.6m以上とする一ことを示した。

介護療養型老健施設も介護医療院への転換で介護療養型医療施設等からの

転換と同様に基準が緩和される。

さらに介護療養型医療施設等から介護療養型老健に転換した際に撤去している可能性がある設備について、サービスに支障のない範囲で配慮することとされていたが、明示された。

具体的に「エックス線装置」「臨床検査施設」について近隣の医療機関と連携することでサービスの提供に支障がない場合は置かないことができるとされた。

同様に「調剤を行う施設」も近隣の薬局と連携することで支障がない場合は置かないことができるとされた。

また廃止が決まっている介護療養型

医療施設に関する経過措置の期限について2024年3月31日までとすることが基準上も明示された。

その他、今回明示された主な内容は次のとおり。

◇看護職員による居宅療養管理指導について一定の経過措置期間を設けて廃止することとされていたが、その期間は2018年9月30日までと記載された。  
◇有床診療所が短期入所療養介護を提供する場合基準の緩和について、条文では「食堂」の規定が削除された。  
◇看護小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所の登録定員は18名、通いの利用定員は12名、宿泊サービスの定員は6名とした。  
◇居宅介護支援事業所の管理者の要件について一定の経過措置期間を設けて主任介護支援専門員とするが、その期間は2021年3月31日までとした。

# 医師偏在対策の第二次中間とりまとめを了承

## 厚労省・医師需給分科会等合同部会 片峰座長が談話を発表

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会(森田朗座長)と医師需給分科会(片峰茂座長)は12月18日に合同部会を開き、2年に及ぶ議論を経て、医師偏在対策の第二次中間とりまとめを了承した。

医師需給分科会の片峰座長は同日談話を発表し、「これまでの医師偏在対策とは一線を画する実効性の期待できる提言内容」と強調した。

医師需給分科会は、2015年12月10日に検討を開始。医師の需給推計を盛り込んだ第1次中間とりまとめを2016年6月15日にまとめ、医師偏在対策については、「全体の医師数の増加だけでは地域や診療科における医師不足の解消につながらない」と指摘。強力な医師偏在対策を求めるとともに、10項目の直接的な対策と4項目の間接的な対策を整理した。

しかしその後、1年近い休止期間を挟むことになる。「新たな医療の在り

方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)が発足したためだ。同検討会は、2016年10月から2017年3月まで集中的に議論を重ね、報告書をまとめた。

医師需給分科会の第1次中間とりまとめが一定の強制力を伴う対策に踏み込もうとしたのに対し、ビジョン検討会の報告書は、医師の自発的な選択を重視した。このことは第2次中間とりまとめにも反映することになった。

### PDCAで医師偏在対策を進める

医師需給分科会は2017年4月20日に議論を再開。年内のとりまとめに向けて集中的な議論を行い、現状で合意できる内容について医師偏在対策をまとめた。

医師の偏在は長年の課題であり、これまで有効な対策がとられてこなかった。片峰座長が「これまでの偏在対策と一線を画する」と強調する理由は、

「客観的な事実に基づき実効性のある医師偏在対策を講じる」としているからだ。今後客観的なデータが都道府県などに蓄積され、政策の立案と実施がPDCAサイクルの中で機能していくことが期待される。

今回の医師偏在対策は都道府県が責任と権限を持ち、主体的に取り組むことが特徴となっている。都道府県は、「医師確保計画」を策定し、医師の適正配置や労働環境整備、キャリア形成で大きな責任を負う。

もう一つの特徴は、「これまでの医師の自由意志を尊重した医師偏在対策から一歩を踏み出した」(片峰座長)点である。その一つが、地域医療に従事する医師を国が認定する制度の新設だ。医師の自主的なキャリア形成を疎外するという意見もあったが、「最低限の調整制度を導入することで合意を得る



ことができた」。

ただし、今回の対策が実効性を持つかは今後の具体策による。また、さらなる抜本策が必要であるかについて早期に検証を行うべきとする意見もある。

全日病副会長の神野正博委員は、医師不足地域に時間的余裕はないと指摘。特に、認定医制度について、医師に対する強いインセンティブを持つ制度設計が必要と強調し、「今回の対策でダメなら医師を増やさなければならない」と訴えた。

# 調整会議における議論の進め方示す

## 厚労省・地域医療構想に関するワーキンググループ

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」は12月13日、地域医療構想調整会議における議論の進め方などを示した「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」を了承した。「議論の整理」は、WGの親会議である「医療計画の見直し等に関する検討会」で検討の上、調整会議の議論の指針として策定される予定だ。

昨年6月に閣議決定された骨太方針2017は、地域医療構想をとり上げ、調整会議の議論を促進するよう求めた。病床の役割分担を進めるため個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を進めることを求めている。これを受けてWGは、都道府県が地域医療構想の達成に向けて関係者と協議

しながら、円滑に取り組めるように地域医療構想の進め方に関する「議論の整理」をまとめた。

「議論の整理」は、①地域医療構想調整会議の進め方②病床機能報告③今後さらに議論すること一で構成。調整会議の進め方では、都道府県に対し、具体的対応方針を毎年度まとめることを求めている。対応方針には、全ての

医療機関の2025年における役割と医療機能ごとの病床数を含むこととした。

公立病院と公的医療機関は2017年度中に調整会議で協議することを要請。その他医療機関については、開設者の変更等を含め構想区域で担うべき役割や機能を大きく変える場合は「速やかに」、それ以外の場合は「遅くとも2018年度末までに」協議するとしている。公立病院と公的医療機関については、民間医療機関との役割分担を含め、公立および公的でなければ担えない分野に重点化されているかどうかを調整確認することとしている。



# 民間病院が地域に根ざした病院の役割を主張 今回の医師偏在対策は医療提供の根幹にかかわる改革

猪口 今回の座談会では、武田俊彦医政局長に①地域医療構想の進め方②医師の偏在対策③医師の働き方改革一の3点をテーマに設定し、行政の考え方を聞きたいと思えます。

### 地域医療構想の進め方 合意形成が都道府県の役割

猪口 始めに、地域医療構想の進め方です。地域医療構想の実現に向けた動きが本格化し、地域の病院に対しては、医療機能の分化・連携を推進するための議論が求められています。まず、医療機能の中で「回復期」に対し、じっくり来ないところがあることを指摘したいと思えます。

武田 昨年、事務連絡(9月26日)を出して、現場に多少混乱があるということ、誤解を解くというか、正確に理解して頂くために回復期の考え方を示しました。



武田俊彦医政局長

特に、病床機能報告制度の医療機能は診療報酬と直接リンクしないことや、回復期を選んだからといって急性期の診療報酬を算定できないことなどを説明しています。

「地域医療構想に関するワーキンググループ」でも検討し、昨年12月に「議論の整理」をまとめています。一部の誤解はこれで解けると思いますが、必要があれば、さらに考え方を整理し、周知したいと思えます。

猪口 我々はある程度わかっているつもりですが、一部の地域や行政に理解が足りないと感じることがあります。例えば、回復期が足りない、急性期の基幹病院が、急性期病床を回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換し、それに地域医療介護総合確保基金を使う事例などがあります。それは少し違うのではないのでしょうか。

武田 公立・公的病院が改革プランを作り、それをもとに調整会議などで議論することになっています。しかし公立・公的病院が必要な機能を先に整備してしまい、残った病院はどうするか、となるのは、地域医療体制を再構築するという意味で問題なしとはしません。そこは役割分担があり、二次医療圏で一つの病院がすべての機能を持つのではなく、地域にあまねく必要な医療を提供するために、何がその地域で最適な体制なのかを、地域として考える必要があります。

地域包括ケアを推進する上で、地域に根ざした地域密着型の病院が必要です。それを含めて、誤解のないように地域の議論が進むよう、注視します。

猪口 地域医療構想における知事の権限も整理されていますが、知事は地域医療を考えるときに、県立病院を優先するのはとの懸念があります。

武田 都道府県が主体となり地域医療を確保すること、都道府県が病院の運営主体であることは、立場が異なることを認識して頂く必要があります。

今我々が検討している医師偏在対策の改正法案でも医療関係者が幅広く参加する地域医療対策協議会に様々な仕事を集約させる予定です。都道府県の役割は、自分だけで考えて進むのではなく、場をセットして、関係者を巻き込んで合意形成を図ることです。それが都道府県に医療政策をまかせる本当の意味です。

例えば、国も国立病院のことばかりを考えているのではなく、中医協のように、いかに関係者の合意形成を得るかで苦労しています。都道府県も同じように、一部の声だけでなく、幅広い合意形成に努めてほしい。民間、公的、公立、独立行政法人など様々な主体があるのが、我が国の医療提供体制の際立った特徴です。それを踏まえた議論が必要です。民間病院にも積極的に声を上げてもらい、場合によっては、民間病院も改革プランを作ってもらい、建設的な議論が出てきてほしいと考えています。

猪口 公民のイコールフットINGを主張してきたので、我々も自分たちの考え方や立ち位置をしっかりと示さないとまずいなという気持ちがあります。武田 すべての民間病院に改革プランを作ってもらうことは考えていません。ただ地域によっては率先して取り組んでほしい病院もあり、期待します。

### 調整会議の議論に温度差 病院団体の役割に期待

猪口 全日病としても、民間病院が地域で担う役割を示すよう各支部に働きかけたいと思えます。

病院の役割を決める場である地域医療構想調整会議については、2年間程度で集中的に議論することが求められました。しかしまだ地域に温度差があるのが現状です。

武田 今年が2年目で突っ込んだ議論が行われることを期待しますが、確かに地域差があります。議論を進める上で、例えば、調整会議の下に小さな会議体を作ったところは比較的早く議論が進んでいると聞いています。元々手間暇がかかる問題なので、急に人を集めて会議を開いて、合意して下さいといってもそう簡単には進みません。

ただ諸般の事情を考えると行動するのは早い方がいいと思えます。先に延ばしても状況は変わらないか、場合によってはもっと厳しくなります。早めに方針を出せば、それを基金で応援できます。我々が求めている2年間の集中的な議論は、それをやらなければ絶対に不都合が起きるということではありませんが、先に延ばせばよい議論ができるかというところではないと思えます。

その意味では、去年は温度差があったかもしれませんが、今年は各地で少し温度を上げて、取り組んでほしいと思えます。

猪口 ある程度情報を得ている病院の代表者には理解が進んでいるのですが、そうでない方々もいて、議論がかみ合わないことがあります。調整会議よりも小さい単位で話し合わない、合意

形成が進まないのはその通りです。

武田 場合によっては、地域の病院が全部集まる前に、民間病院なら民間病院だけで議論することがあってもよいと思えます。公立・公的病院の方が民間病院より情報が入りやすい状況にあり、母体が都道府県であれば、都道府県からの情報が流れやすい。民間病院に国や県から指示が飛ぶようなことはない、どうしても差が出てきます。そこは病院団体に一定の役割を期待するところでは。

### 地域包括ケアの推進に 民間病院の力が求められる

猪口 全日病では昨年10月に、全国各地の支部長や構想会議に関わりのある会員と議論しました。それこそ千差万別の意見があり、「回復期が足りない」というので回復期リハ病床をこれだけ作った」といった話が地域でまだにあることなどが報告されました。我々も努力しますが、誤解はまだあります。武田 回復期というのは法律で名前がそうになっているのですが、現実に必要なのは地域包括ケアの推進であり、そこに民間病院が果たす役割があります。回復期リハと狭く捉えず、地域包括ケアの推進で、多様な機能を持つ病院が求められることを理解して頂きたいと思えます。

猪口 地域をみると、ある程度の過疎地域で、構想区域と二次医療圏が同じで、人口が7~8万人ぐらいた話し合いがうまく進む印象があります。逆に、大都市は難しい。東京は区単位だと事情がわかるのですが、二次医療圏だと3~4区が一緒になり、人口は150~200万人、病院も60~70となり、これではなかなかまとまりません。各区域で区域を作ることや、いっそのこと、23区と多摩地区で分けることなどを主張したのですが、都は結局二次医療圏で構想区域を設定しました。案の定、議論はあまり進んでいません。

武田 医政局で仕事をしていて本当に思うことは、地域差が大きいということです。マクロの議論に意味がないとは言いませんが、地域の事情に落とし込まないと医療政策の意味や必要性、また、何をやるべきなのかがわからなくなると痛感します。

神野 地域医療構想の実現に向けた動きが進み、その結果として、公立・公的病院の病床が減ったかという結論がそろそろ出てきます。急性期の一般病床は減らすが、地域包括ケア病棟を作ったために、病床数は全く減らないとなると、診療報酬のしわ寄せが中小病院に行くのではないかと心配しています。

都道府県の合意形成に取り組んだり、民間病院が集まるミニ会議を開催したりしても、地域では大学病院の存在が大きくて、中小病院の主張が通らない状況があります。ぜひ国が方針をしっかりと決めて、それを周知して



出席者(文中敬称略)  
写真右から

武田俊彦  
厚生労働省医政局長

神野正博  
全日本病院協会副会長

猪口雄二  
全日本病院協会会長

※座談会は1月11日に行われました。

ほしいと思っています。猪口 県によっては大学病院が昔から医師の供給源になっていて、逆らうと何もできなくなります。県もそこをみている状況があると聞きます。武田 そのような実態は否定し難いものとしてあります。ただ我々としては、大学病院にも理解を求めますが、大学病院の立場もわかります。医療機能が集約化され、機能分化が進めば医師を派遣しやすいという面もあり、その意味でも、民間病院から地域に根ざした病院の役割を主張して頂きたい。現状維持ではなく、地域の病院がどう変わっていくかというコンセプトで議論したいと思っています。

### 効果的な医師偏在対策 認定医師のインセンティブに期待

猪口 医師偏在対策のテーマに移ります。医師需給分科会が第2次中間報告をまとめましたが、対策は多岐にわたります。認定医の話、医師養成課程での対応、初期臨床研修の見直し、専門医制度などです。

神野 医師偏在については、様々なグループが多様な意見を持ち、若手医師グループも積極的に発言しています。たいへん難しい課題で、ここは武田局長に強力なリーダーシップを取っていただかないとなかなか解消されません。武田 エールを送られると、肩の荷が重い(笑)。医師偏在対策は、様々なことが同時併行で動いています。一方で働き方改革、一方で偏在対策、一方で



猪口雄二会長



神野正博副会長



# 働き方改革は時間外労働規制以外にも様々な課題

## 人手不足の中でいかに効率的な病院経営を目指すか



### 総合医の養成で 状況は大きく変わる

猪口 東京は多くの医師がいるかもしれないが、実感として医師が十分にいるという感じはない。地方は本当にいません。しかし総合医をどれだけ増やせるかによって状況は大きく変わります。中小病院は、何でも屋みただけで、広い知識があり、夜間の救急対応もできる医師が必要です。そういう医師をどれだけ育てられるか、全日病として何とかしたい、ということで病院総合医を養成する取組みを始めました。

新専門医制度でも今度、総合診療専門医が始まりますが、これが育つには相当年数がかかる。様々な病院団体がこの点に気が付いて取り組みを始めています。そういう医師が増えれば、民間病院は変わります。科別の大学病院で、総合医を育てることを今期待するのは難しいでしょう。プライマリ・ケア連合学会にも期待しますし、我々も頑張ります。

神野 キャリアパスとして、ある段階から総合医になってもらってはどうか、というのが全日病の考え方です。それ



に対して臨床研修後に行って下さいというのが総合診療専門医です。

また、世の中、

情報があふれているのに偏っているものも多い。地域の医療の実態や働き方改革の情報など必要な情報を伝える体制を厚労省が作ってほしいと思っています。

武田 医師偏在対策の議論でも、例えば日本医師会に2次医療圏ごとのデータがあることをみなさん知らないわけです。いろいろな情報があっても、そのことを知らなければ、情報は途切れます。個人開業の方は一人の経営者です。そこに情報提供するのは我々の役目です。例えば、厚労省のホームページの中に特集ページを作れる。私が在宅医療の担当課長だった時、専用ページを作って全部張り付けたことがあります。そういうやり方も考えられます。

### 医師の働き方改革への対応 まず今すぐできることをやる

猪口 では、医師の働き方の問題に移ります。結局、医師偏在の問題も、それぞれの医師の働き方がどうなるかで、根底から変わる可能性があります。改革法案は通常国会に出るのですか。

武田 出す予定です。いわゆる高度プロフェッショナル制度を含む働き方改革関連法という形です。安倍総理も年頭記者会見で「通常国会は働き方改革国会だ」と仰っています。

猪口 ただ、高度プロフェッショナルも労働裁量制も、医師には当たらない、と結論が出てしまっています。多くの病院に労働基準監督署が入り、「法的にはこうです。働き方変えなさい」と言われています。

結果的に、公立病院も民間病院も救急を受け入れられなくなったり、診療時間が短くなったり、夜間対応が悪くなったりしています。早く基本路線を決めないと、今後たいへんなことになります。現行法では、公立も民間も多くの病院が法を守ることが困難です。

武田 働き方改革は非常に大きな問題です。今までみんなが当たり前に来てきたことを変えないといけないので、インパクトが大きい。今回、時間外労働の上限規定を罰則付きに変えるので時間のことばかり目立ちますが、時間に限らずいろいろなことを変えていかなければならない。



単に、何時になったら帰れ、という問題ではありません。

労基署からは正

報告等を受けて報道されている一部の医療機関の問題でなく、医療機関の一定割合が法令を遵守できていません。国も支援するので、まず今すぐできることをやってみよう、と考えています。

医師の働き方改革に関する検討会では、中間論点整理とは別に緊急対策をまとめて、個々の医療機関でなくみんなで対策を取ろう、現行法制でやらなければいけないことを早急に対応しようという方向性を打ち出しています。

神野 現行法制でいいのかという観点もあります。働き方検討会で、法律家や労働側の委員が主導権を握ると、岩盤のように固く、跳ね返されます。医療は工場労働と違って、すべての医療行為は医師の指示の下で行われている。救急を除いて、今日検査するか、明日検査するかなど医師の裁量によるものがたくさんある。普通の労働者と違います。医師は別法制という可能性はないのでしょうか。

猪口 医師はこういう形で、という考え方はあるはずですが、今様々なデータが出てきています。勤務時間だけを見ると、確かに病院に入って出るまで長い。しかし直直の間はずっと仕事しているわけでもない。自己研鑽の時間もあります。タイムカードとかパソコンが動いているという間という括りではないものを作る必要があります。

武田 私の立場からすると、両方の考え方があります。他の職場に適用されている労働法制をそのまま医師に適用することに、若干の違和感があります。それから、宿直の考え方も含め医療の現場に合っていないのではないかと、という主張も知っています。そもそも病院にいる時間イコール労働時間と考えていいかどうか。我々の職場と非常に似ているのでよくわかります。

一方で、そこをあまり強調しすぎると、現状を肯定することになりかねません。若い医師は働き方改革に期待しています。職場は時代とともに変わる。今は昔よりも忙しくなっています。例えば、電話に加え、メールのチェックもしなければならぬ。コンプライアンス的な話も増えました。「昔自分もやったことだからお前たちもやるのは当たり前だ」ということを部下に言うてはいけなさと私自身は思っています。

そういう意味で、一方に議論が偏らない方がいいし、杓子定規に考えてはいけない。

### 現行人員基準のままでは 先進技術の導入が遅れる

神野 病院の人員配置の話になりますが、例えば自動車工場や半導体工場で労働者がいないならば、ロボットやAIを入れてカバーしようとする。我々はどうか。人員基準がガチッとあって、その上にロボット、AIを入れようとすると二重投資になります。この人員基準のままだと、先進技術の導入は、医療が一番遅れてしまうかもしれません。

猪口 そこは、医療法の人員基準と診療報酬の両方あります。むしろ、診療報酬の方が細かいかもしれません。

武田 医療法では、特に宿直規定で問題になりますが、やはり細かいのは診療報酬です。私も見直すべき時期に来ていると思っていて、高度医療と地域医療の両極端で同じような話が出てきます。医療資源の少ないへき地、過疎地の医療をどうするのかということと、最先端のICUが今まで通りの基準でいいのかは非常に差し迫った問題です。

昨年、遠隔診療の死亡診断書の通知を出しました。かつて死亡診断書は医師の根源的な役割で、議論することも憚られた。しかし、チーム医療とITの組み合わせで少し道が開けて、現場の先生方からも負担軽減という意味で評価を頂いています。高度急性期の医療でも、一定の基準緩和があると思います。

猪口 診療報酬では緩める方向です。

武田 我々は、日本の急性期医療を世界レベルまでよくしなければならぬと言ってきた、結果的にコストを上げてしまった反省があります。もっとコストを下げるような取り組みが可能になるような法規制、基準づくりを考えることは大事な視点です。

猪口 中医協で我々は「診療報酬を増やしてほしい」とは当然言います。でも、本音を語ると、日本でこれだけ働き手が減り、高齢者が増えていった時、医療の効率性を求めないと、日本全体が回らなくなります。医師の足かせになっていることを緩めて、それぞれの医療機関の裁量で動かせるようにしてほしい。もちろん医療の質は担保しますが、そういう方向に持っていくと全体が動かなくなってしまう。

武田 働き方改革でも、何でも医師がいなければならない、何でも医師がやる、というのは、できれば減らしたいと思っています。我々の発想で行くと、どうしても規制が増えていく。それに対抗するアイデアは現場でないといけない。よろしくお祈りします。

猪口 本日はお忙しいところありがとうございました。





女性経営者座談会

「病院の承継と目指している医療」

# 地域のニーズを見定め、生活を支える医療へ転換 人口減少の中で医療・介護の担い手確保に苦労

少子高齢化と人口減少が進む中で、病院経営を取り巻く環境は大きく変わりつつある。医療ニーズの変化に対応して、民間病院として生き残っていくために、経営者はどう取り組むべきか。4人の女性経営者に話し合っていた。

### なぜ、病院経営を担うことになったか

石川 私たち4人に共通しているのは、5年から10年の間に病院を新しくつくったことと、理事長もしくは病院長で現役バリバリである点だと思います。まず、法人の概要となぜ病院経営を担うようになったのかを語ってください。

室谷 私たちの法人は60床の回復期リハビリ病院と在宅療養支援診療所が一つです。診療所には、通所リハ、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援といった在宅支援の機能があります。

私は2000年ごろから父の病院を手伝っていましたが、継ぐはずだった弟である長男が「継がない」と宣言して、私にお鉢が回ってきた。それが2003年頃です。正直言うと、親がかわいそうで、やるしかないということで踏み切った。病院の運営は嫌いではなかったけど、最初は右も左も分からず、とにかくやらなきゃ、ということで始めて、今に至っています。

小川 当院は35年前に急性期の83床の病院でスタートして、その後、三つのクリニックが医療法人に加わりました。2011年に新病院を建てた時に一つのクリニックを病院に統合し、現在は、ドック健診と急性期病院と二つの透析クリニックで医療を行っています。一貫して急性期医療に取り組み、昨年から二次救急も始めています。

私が病院に来たのは2003年で、医者になってちょうど10年目でした。当時、父が病気になり、兄と私が医師で、どちらか戻ってこい、と言われ、私が自由に動けたので、兄が継ぐまでの間の手伝いということで戻りました。8年前に父が亡くなりますが、その1～2年前に、兄が「継がない」と宣言して、父は「継いでも継がなくてもどちらでもいい」と私に言ってくれましたが、すでに4年間、職員がどんな思いで仕事してきたかを見ていたので、やらないという選択はどうしてもできなかったということです。



小川聡子氏

宮地 両親が1954年に有床診療所を開業したのははじまりで、64床の病院になったのは1962年です。高度成長の波に乗って200床の一般病院になりましたが、1995年の阪神淡路大震災で病院が全壊してしまいました。私は震災の前から病院を手伝っていましたが、当時、リニューアルと増床で大きな借金を抱えていたので、父は「病院を売ってもいい」と言いました。しかし「ここで止めたら女がすたる、やらなあか



んやろ」と覚悟を決めました。患者さんや住民からも「病院の再建を待っている」と後押しされました。弟2人も医師ですが、借金の額を聞いて「お姉ちゃん頑張る。困ったら僕助けるから」という感じでした(笑)。その後、2002年に父が亡くなって私が院長になり、2011年に理事長を引き継いだ。経営に実質的に携わったのは1995年からですね。

地震で病院が全壊し借金だけ残った時に、どうすれば借金を返せるかと考えました。いろいろな方に相談し救急、一般を少し残してあとは慢性期病床にしました。父の意に反して急性期から慢性期主体に進路変更をしました。現在は88床のケアミックス病院、120床のリハビリ病院、在宅系のサービスと老人保健施設を併設しています。

### 1人のスタッフから病院経営者へ

石川 お話を聞くと、みなさん同じ時期に病院経営に携わっていますね。私が大学から父の病院(石川病院)に帰ったのは2002年で、2010年に理事長になりました。1976年の創業で、有床診療所から始まり、私が帰った時は急性期・ケアミックスの155床の病院で、介護施設もありました。医師である妹がその2年前に帰っていて、私はてっきり妹が継いでくれると思っていて、自分は母校の大学に戻ろうと考えていたのですが、直属の上司が教授選で負けて大学が微妙な状態となったため、父の病院に帰りました。父の病院は、野戦病院のような急性期病院で、なんでここに帰ってきたのか、隙あらば大学に戻ろうと考えていました。

そんな折に、県立病院が民間移譲されるという話が出て、その移譲先として手をあげるかどうかという話になりました。理事会で、急性期医療を続けるか、慢性期をベースに介護系を中心にするかを選択する話になり、当時理事だった私と妹は、「これまで24時間365日の急性期医療を続けてきたのだから、それは守らないといけないのではないかと提案しました。急性期を続けるなら、当時の病院は老朽化していたので新しい病院を建てなければならぬし、父から代替わりして新築移転するように言われました。

そこで、「私がやるのなら、大きな

借り入れをしなければならないので、公的な医療機関に準ずる社会医療法人でなければ継承が難しい」と言ったんですね。父はかなり悩んでおり、1年ぐらいい押し問答しました。

結局父は、別の医療法人の理事長になり、今も元気で診療しています。私は社会医療法人の理事長になり、県立病院から104床を移譲されることが決まり、病院を新しく建て、病院名(HITO病院)も変えました。私は、地域の救急医療は守らなければならないと思っていましたが、父の病院を守るという意識はなかった。でも、新しい病院を自分のコンセプトでつくったので、自分が生み出した病院として愛着ができたし、スタッフを大事な仲間と思っています。

1人のスタッフから経営者になることで意識が大きく変わりました。

### 増え続けるニーズ 担い手の確保が難しい課題に

石川 地域と切り離して病院経営をすることはできません。地域の状況について話してくれますか。富山の人口はどのくらいでしょうか。

室谷 富山県の人口は106万人で、富山医療圏で50万人くらいです。人口減少が進んでいて、2020年までに若い人が8割まで減っていくことが一番気がかりです。逆に、後期高齢者は2025年まで1.4倍に増えていく。今も若い人が減っていることを実感しています。介護職は全く来ません。リハ職も応募が少ない。事実、養成学校に入る人が減っている。利用者のニーズはあるけれど、応えきれなくなっています。



室谷ゆかり氏

小川 2次医療圏の人口は100万人、調布市の人口は23万人ですが、開発で人口が増えています。高齢化率は21%で下がっていますが、それは流入人口が増えているからで、85歳以上の高齢者は毎年500人増えている。高齢者が増える一方で、支える側の確保が難しくなっています。東京は、医療・介護以外に多くの仕事がある。介護職を確保できず、介護系のベッドが空いています。

出席者(文中敬称略)

写真右から  
小川聡子(東京都調布市)  
調布東山病院 理事長

室谷ゆかり(富山県富山市)  
医療法人社団アルペン会 理事長

宮地千尋(兵庫県神戸市)  
宮地病院 理事長

石川賀代(愛媛県四国中央市) 司会  
HITO病院 理事長・病院長

※座談会は1月5日に行われました。

### どんな医療を目指しているか

石川 地域の病院との競争はどうですか。棲み分けはできていますか。

宮地 兵庫県は、地域医療構想で一般と療養を減らして回復期を増やすという方針なので、競争相手はどんどん増えていて、危機感があります。

石川 共存を選ぶのか、それとも競争でしょうか。

宮地 両方です。近隣の病院で似たようなことをしている病院はあるし、共存するために何か考えないといけない。パイは限られているので厳しいですね。

石川 これだけは他の病院に譲れないということはありますか。

宮地 地域で必要とされるものを他の病院よりも先に実行に移さなければと思っています。地域の人に必要とされて再建したので、どんな形でも存続して地域に貢献したい。もっと言えば、病院という形でなくても貢献できたらいいと思っています。

小川 私の地域は、人口も多いので需要が山ほどあって、それぞれの立ち位置を確保しておけば、医療制度には翻弄されるけれど、医療ニーズの喪失に関する危機感はないと思います。ただ、人材の確保という競争は間違いなくある。地域の信頼を得るには、医療の質を高めないといけないので、そのための人材を集める競争は激しいですね。

地域には、車で15分のところに大病院クラスが五つあって、そういう中で、83床の病院で急性期医療をやっていることを医療者、特に医師に知ってもらうには工夫が必要です。私の病院は「生活支援型急性期病院」を目指しています。具体的には、総合診療的な役割です。急性期の医療が変わらない



# 経営ビジョンを示し、持続することが大切

## 介護のイメージを変えないと根本的な解決にはつながらない

と日本の医療は変わらないと思っていて、大切なことをやろうとしているという自負があります。それにコミットしてもらえぬ人材を集めるのはたいへんですが、地域に密着した小回りの利く病院だからこそできると思っています。

その一環で医師会の理事として、行政の高齢者施策に関わる機会をいただくようになりました。医療や介護の現状や今後の方向について情報を発信し、地域を変えていけるポジションにいるので、これを最大限に生かしたい。

### 医療・介護の人材を確保するために何が必要か

石川 スタッフの確保で苦労はありますか。

宮地 やはり介護スタッフの確保はたいへんです。当院は神戸の東端にあって、地価・家賃が高く、流入する人はいるけれど、働く人が少なく、ヘルパーさんは集まりませんね。区内の若年人口は12%ぐらいです。若い人たちは介護に来なくて、もっと楽にお金をもらえる仕事に行きます。また、医師数は多いのですが、選べる病院が多いせい、良い医師の確保は難しいです。



宮地千尋氏

石川 新病院をつくる時に病床が104床増えたので、医師の確保はたいへんでした。私の病院では近畿圏から医師に来てもらっていて、そのほとんどが単身赴任です。単身赴任手当に加え、住居には家電製品を備えて、ご家族が年に1、2回遊びに来ていただく費用も福利厚生で出しています。

人材確保に関して、外国人を活用していますか。

宮地 当院の関連施設では、ベトナム人の方に来ていただいています。先日も施設長がベトナムの大学に面接をしに行き、さらに拡大することになりそうです。ただ、外国人が増えるとその人の面倒を日本でちゃんとみていけるのかという不安はあります。

石川 言葉の問題がありますね。私の病院では、フィリピンの看護師に来てもらったことがありますが、ほとんどが日本語の研修で終わってしまった。もう少し資格を取りやすくしたら、もっときてくれると思います。いま介護職では、フィリピンの人が10人くらいいます。日本で結婚した人もいて、彼女らのネットワークはすごい。明るくて、ホスピタリティがあります。

室谷 外国人の活用もいいと思いますが、介護に対するイメージを変える必要があると思っています。介護の仕事に対して、中高生がどんなイメージをもっているのか調べたことがありますが、最初から介護は選びたくないという答えで、ショックでした。

介護はどういう仕事なのか、どこにやりがいがあるのか、何が楽しいかなどを説明してイメージを変えないと、単に来てくださいと言うだけでは無理です。夏休みに仙台や東京の中高生に

来てもらって介護の現場を体験してもらったことがあります。現場を知ることによってイメージが変わりますね。介護のイメージを変えて、介護の仕事の評価を上げていかないと、外国の人に来てもらっても根本的な解決にはつながらないと思います。

石川 おじいちゃん、おばあちゃんと暮らしたことのない若い人が多いのではないですか。今は核家族で、お年寄りとお話する機会がないので、お年寄り暮らしイメージができない。私の病院では、イベントなどを通じて、小学校や保育園の児童と高齢者の多世代交流に取り組んでいます。本来、こういうことは行政にやってもらえると、お年寄りのことを身近に感じられるようになると思います。

### 生活を支える急性期医療へ転換する

小川 医療・介護に対するイメージを変えるには私たちの働きかけも大事です。特に急性期の医療が変わる必要がある。「生活支援型急性期病院」を目指すのは、入院した時から退院後の生活を想定して、治療や支援をすることです。「退院はゴールではなく、スタートだ」と言って、看護師も少しずつ理解してくれるようになりました。急性期からリハビリをして、嚥下の訓練をして退院支援を行う。単に医療や看護をやっていた時より、スタッフが生き生きとして、やりがいを感じてくれます。

その中で、食べられなくなったことをどうとらえるかという視点が重要で、点滴しますか、それとも自然な形にまかせますか、ということですね。このテーマで勉強会を開いたことがあって、そこに地域の老健施設の職員を招いたんですが、皆さんすごく影響を受けたようです。その後、自分たちでも取り組もうという動きが出ています。食べられなくなったら入院ということではなく、最終段階の生と医療介入について考えてもらうことが大事です。

宮地 私たちは慢性期ですから、その人らしい終末期をどう実現するかを考えています。急性期から転院して来て、食べられなくなった時の対応について、家族に話をしていますが、なかなか受け入れられない。

石川 胃ろうが減っているように、患者の意識が変わっています。それと同時に医療者の意識改革は非常に大切です。本当に必要な人には医療を行いますし、食べられなくなってもリハビリ病院で訓練したら食べられるようになることもあります。患者が在宅でどうしたいのか、その生活を支える医療に転換する必要があります。医療のあり方を突き詰めて、医療者と患者が相互に理解し合わないと難しい時代なのだと思います。

### 変わろうとしている急性期病院は増えている

小川 私を含めて急性期の方は、在宅の力や患者自身が持っている生きる力

をあまり知りません。だから、点滴など安易な方法に行ってしまう。でも、変わろうとする急性期の病院は増えています。最終段階の医療について説明しても、家族が簡単に「はい、わかりました」とはならない。でも、相手先の施設の看護師やケアマネ、介護職が、どんと、静かに見守るとご家族も安心、理解する。我々急性期が、施設側の味方になるのです。このやり取りをする中で気付いてくれる人はいて、その後の紹介の仕方が変わります。施設間のコミュニケーションの中身がゆっくりとですが、変わってきている。そういう医療職のかかわりによって、地域の人たちの医療・介護に対する意識も変わると思います。

石川 急性期の患者を集めるのは難しくなっていて、ベッド稼働率を維持できない。患者の生活を支える病院に転換する意識改革が大切です。小川 そういう意味では、東京の大学病院は遅れている。

石川 いや、地方の大学病院も同じですよ。

小川 医者を教育する部門が一番遅れていると思う。地域の会議に出て、ちょっとずれているなど感じる人が多いです。

宮地 地域医療の講座を持っている大学病院は少ないですね。

小川 東京の大学病院には地域医療のフィールドがありません。でも、その必要性に気付いて、どの医療機関に行けば教えてくれ、そこを手を組もうという視点と姿勢があれば違うのではないのでしょうか。

室谷 私たちの地域は、開業医の数が減っていて、医師会もかつての医師会と違って優しくて、開業を歓迎しています。今の60歳くらいの医師が引退したら、どうなるのかという不安があります。競争している場合ではなく、残された者で、どうやって切り抜けていくかを考えなければなりません。そういう中でいかにいい医療を続けていけるかで頭がいっぱいです。

一つショックだったことがあります。給食の材料を競争入札にした結果、大手のスーパーが残り、小売り業者がなくなってしまった。近くにある歩いて買いにいける店がなくなって実際に困るのは地域の人で、自分で自分の首を絞めたようで、何をやったのだろうと思っています。縮小していく地域の中でいろいろな職業の人とつながりながら、地域を存続させることを考えています。

宮地 それは私たちも同じです。その地域で共有できる価値を見つけて、自分たちの持っている力を発揮し地域の人、他業種の方と一緒にやらないと生き延びることができない。地域活性化は常に考えています。

小川 都会も同じで、あふれる需要に一人では対応しきれないので、診療所の先生やケアマネの力を借りなければなりません。そのためには、相手にとってどうかという視点が大切ですが、大学病院など大きなところでは意外と見えていなくて、結構失礼なことを言ってしまう。例えば、ケアマネの能力を批判したりしますが、ケアマネが担う部分があるから成り立っているの

であって、ありがたいと思わなければいけない。

石川 医療職は全体に余裕がなく、周囲が見えないところがありますね。医師に問い合わせると、「忙しい時にこんなことを聞いてきて」と言って、そこでコミュニケーションが途切れてしまう。そこで、去年から院内の情報共有を一部LINEに変えてみました。電話だと医師に言いにくいことも、LINEならスムーズで医師からも「OK」のスタンプで意思疎通できて気が楽になると看護師やケアマネに好評です。医師も電話が減って余裕ができた喜んでます。みんなで共有できるし、働き方改革のちょっとしたツールになります。

### 働きやすい職場をつくるために事務部門の強化が必要

石川 そろそろまとめに入ります。最近、経営について思うことは、ビジョンや思いが大切だということです。ビジョンがあるから一緒に頑張ろうというスタッフが集まるし、患者に自分たちのやろうとしていることが伝わらな



石川賀代氏

いと選ばれません。ビジョンを持ってブレずに持続していることに対して共感している方がいるから病院を続けられると思っています。

小川 病院を引き継いだとき、事務部門を強くしなければと痛感しました。しょせん私は医師です。人事や企画、広報を担う人材に組織として投資する必要があります。そんなに事務職を雇って大丈夫かと思う医療職もいると思いますが、働きやすい職場にするために必要だ、とトップが判断しなければなりません。

石川 最後に全日病に望むことを話してください。

宮地 全日病は中小病院のことを考え、発信してくれていると思います。また、内容のある研修が多いけれど、東京中心なので、ぜひ地方でもやってほしい。地域の安い会場をあっせんしたり、病院の施設を使ってもいいですね。地方巡業のように出前研修を考えていただきたい。会員も増えると思います。

小川 全日病は、先輩の方々が努力された結果、国レベルで認知されるようになって発言力もある。これはすごいことです。自らの努力と実績に裏付けられた主張をすることで、一目も二目も置かれるようになった。民間病院は本来こうあるべきだ、と言い続けてきた賜物です。これを続けていくことが必要で、そういう協会であり続けていただきたい。

室谷 病院経営の当事者の情報をもらえるのが一番ありがたいですね。経営者は孤独だと言われますが、相談できる場があるだけでも頑張ろうという気持ちになれる。モデルがあると、ヒントが得られて勉強になります。

石川 話は尽きないのですが、この辺で。みなさんありがとうございました。



# 次期改定の方向性や改定率で意見交わす

## 日病協・代表者会議 来年度の議長は山本修一・千葉大病院長

日本病院団体協議会は12月15日に代表者会議を開き、中医協の審議報告を受けて協議。診療報酬本体の改定率が0.55%と報道されたことに対し、会見した原澤茂議長は「0.55%はそれなりに評価ができるが、医療を充実させるには難しい水準だ」とコメントした。入院基本料の体系を大きく変える方

向で中医協の議論が進んでいることからこの日の代表者会議では、日病協として一定の考え方を示すかが議論になったが、この時点では、「もう少し細かいデータを見てからでないとは是非を判断できない」との意見が大勢を占めた。基本姿勢としては、11月に提出した要望書に沿って「すべての入院料の

引上げ」を求めることを確認した。改定率が決まったのは、12月18日の大臣折衝であるが、それに先立って、診療報酬の改定率は0.55%とすることが報道されていた。このため、0.55%の改定率をめぐって意見があった。「政府が3%の賃上げを労使に要請している状況で、医療界が置き去りにされて

いる」、「0.55%では医療の充実にお金を回せる水準ではない」、「頑張ってくれたと思うが、不満もある」などの声があった。原澤議長は、「0.55%という数字はそれなりに評価ができるが、人件費が経営を圧迫している状況を見ると、医療を充実させるには難しい水準だ。配分にあたっては、入院料に配慮してほしい」と述べた。

なお、2018年度の議長に、現副議長の山本修一・国立大学附属病院院長会議常置委員長(千葉大学附属病院病院長)が就任することを了承した。

# 透明性や情報開示求め日本専門医機構に意見書

## 四病協・総合部会 専攻医の上限数設定で基準が不明確

四病院団体協議会は12月20日の総合部会で、日本専門医機構に対し「情報開示に関する意見書」を提出することを決めた。新専門医制度の専攻医の1次登録で、大都市のある5都府県の上

限設定の基準が不明確であるとの指摘を受け、運営に関する是正を求める。来年度から始まる新専門医制度では、大都市への医師偏在の拡大を防ぐため、大都市の専攻医が過去5年間の実績の平均を超えないように上限を設定した。12月15日までに調整された1次登録で、東京など一部で上限を上回る募集があ

ったが、その後の調整で上限設定の基準を満たしたと報告されている。しかし過去の実績として、何を基準にしたかが明らかでなく、診療科で基準が異なるとの指摘もある。四病協は制度開始を1年遅らせた理由の一つに「議論の透明性や説明責任の確保」があったにも関わらず、「専攻医の上限

数やその決定のプロセス」が公表されていないことを問題視。日本専門医機構に意見書を提出することを決めた。

意見書は12月26日に提出。2016年6月の日本医師会・四病院団体協議会の要望書を引用し、原点に立ち返った運営を求め、「地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営のあり方を含め、抜本的に見直すこと」と明記した。

# 常任理事会で介護医療院について討論

## 介護医療院に転換後の会員資格について検討

全日病は12月16日の常任理事会で、介護医療院をテーマに討論した。昨年の介護保険法改正によって介護療養病床の受け皿として介護医療院が本年4月に創設されることが決まった。多くの会員病院が介護医療院に転換することが予想されることから、全日病は情報収集および転換に伴う課題に迅速に対応するために介護医療院協議会を設置。12月9日に初会合を開いた。常任理事会では、第1回の協議会について、議長を務める土屋常任理事が

報告した。協議会では、猪口会長が介護医療院をめぐる経緯や中医協における医療療養病床の議論について説明し、続いて土屋議長が介護医療院の基準や基本報酬、転換促進の方策について説明して意見交換を行った。今後は、療養病床を有する会員病院の状況を把握し、具体的なシミュレーションを行いながら、課題を一つ一つクリアしていくことを確認した。常任理事会では、医師や介護職員等の介護医療院の人員基準をめぐって質

疑が行われた。また、猪口会長より、介護医療院に転換した場合の会員資格について提案があった。療養病床から介護医療院へ転換した場合、名称としては「〇〇病院・介護医療院」などの使用は許可されるが、医療法上の病院ではなく介護保険法上の施設として位置付けられることになる。一方、全日病の定款では、会員資格は「病院の代表者」とされているため、全床を介護医療院へ転換し、医療法上の病床がなくなって、病院として位置付けられなくなった場合の全日病としての対応について検討を求めた。

猪口会長は、「病院として続けたかったにもかかわらず、国が法律を改正したために介護医療院に移らなければならない立場に追いやられたのであり、全日病の会員として残ってもらう形で規則を改正しなければと思っています」と発言。定款の変更あるいは附則による対応を考えていることを説明した。また、定款変更の際に、病院の代表は医師でなければならないとする規定の見直しを求める意見があった。若手の病院経営者を中心に医師のライセンスを持たない経営者が増えていて、全日病の活動に外部委員として参加する例もあるので、非医師の経営者が全日病に加入できるよう定款を改正すべきではないかとの提案があった。

### 2017年度 第9回常任理事会の抄録 12月16日

- 【主な協議事項】
- 入退会の状況(敬称略・順不同)
  - 正会員として以下の入会を承認した。
    - 東京都 医療法人社団中央白報会 白報会王子病院 院長 窪田 実
    - 福岡県 社会医療法人財団池友会 香椎丘リハビリテーション病院 院長 佐々木 靖
    - 福岡県 医療法人社団高邦会みずま高邦会病院 院長 東島 正泰
  - 正会員は合計2,512会員となった。
- 平成30年度会議予定表(案)について承認した。
- AMAT活動要領(修正案)について承認した。

- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 第12回病院機能評価委員会の地方(愛媛県)開催について承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
  - 「中央社会保険医療協議会総会等」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」、「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」などの報告があり、質疑が行われた。
- 日本医学健康管理評価協議会総会について報告された。
- ベトナム人材送出国との業務協

- 定の締結結果(H29.11.29)と今後、業務協定を締結する人材送出国機関の追加について報告された。
- 外国人技能実習機構に対する監理団体の許可申請について報告された。
- 外国人技能実習生受入事業の今後の予定について報告された。
- 講習会・研修会について
  - 研修会等収支一覧の説明並びに「平成29年度第3回AMAT隊員養成研修(東京会場)」、「第7回若手経営者の会」、「第22回機能評価受審支援セミナー(松山会場)」の概要が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
  - 主たる機能【3rd G: Ver.1.1】~順不同
  - 一般病院1
    - 群馬県 ぐすの木病院 更新

- 兵庫県 中林病院 更新
- 岡山県 佐藤病院 更新
- 熊本県 嶋田病院 更新
- 一般病院2
  - 東京都 練馬総合病院 更新
  - 神奈川県 たちばな台病院 更新
  - 神奈川県 平塚市民病院 更新
- 慢性期病院
  - 広島県 長崎病院 新規
  - 徳島県 博愛記念病院 更新
  - 福岡県 赤間病院 更新
- 精神科病院
  - 青森県 青南病院 更新
- 11月10日現在の認定病院は合計2,182病院。そのうち、本会会員は881病院で会員病院の35.1%を占める。
- 討議事項として、「介護医療院協議会」をテーマに意見交換を行った。

### ■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
災害時のBCP研修 (60名)	2018年3月3日(土) 【ニューピア竹芝サウスタワー(富士通総研)】	20,000円(21,600円) (税込)	BCP(事業継続計画)について、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明や大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状の「気付き」を得る。
機能評価受審支援セミナー(松山会場)(診療・看護合同領域50名、事務管理領域50名)	2018年3月4日(日) 【えひめ共済会館】	8,640円(12,960円) (税込)	2018年度から新たな病院機能評価の枠組みと評価項目(機能種別版:3rdG:Ver.2.0)での運用が始まることから、改定の概要を説明するとともに、意見交換・情報共有を行う。
地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム「弾道ミサイル発射への対応を考える」(50名)	2018年3月10日(土) 【全日病会議室】	無料(終了後、希望者で情報交流会(会費制5,000円)を開催)	阪神・淡路大震災の翌年から毎年開催している災害・防災医療に関連するフォーラムで、今回は「弾道ミサイル発射への対応を考える」をテーマに取り上げる。
医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース(30名)	2018年3月17日(土)、18日(日) 【全日病会議室】	75,600円(税込) (テキスト代・初日懇親会費・2日目昼食代含む)	今回の研修テーマは「情報システム開発・導入」「病院の組織統合」「メンタルヘルス」。1日目の研修終了後に懇親会を企画している。