



# 全日病 NEWS

2019  
1.1/15合併号  
No.932

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

## 賀正



2018年1月 パレスホテル東京で賀詞交歓会開く



2018年5月 厚生労働省の医師需給分科会が第3次中間まとめ



2018年9月 四病協・三師会が消費税問題で提言を発表



2018年2月 中医協が診療報酬改定を答申



2018年6月 定期総会を開催



2018年10月 全日病学会in東京を開催



2018年3月 診療報酬改定説明会を開く



2018年7月 猪口会長が国会で参考人として発言



2018年11月 中医協の消費税分科会が診療報酬補てんの改善策示す



2018年4月 四病協が医師の働き方改革で要望書を提出



2018年8月 夏期研修会を名古屋市で開催



2018年12月 医師の働き方改革検討会が時間外労働規制の骨格示す

## 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2019年の新春をお迎えのことと、心よりお慶び申し上げます。

2017年6月に会長に就任し、新執行部とともに協会運営に努めてまいりました。医療行政を取り巻く動きはことのほか早く、あっという間に1年半が過ぎたと感じています。2019年においても、この状況に変わりはなく、山積する課題にスピード感を持って取り組まなければならないと考えています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療・介護提供体制の見直しに関する施策が進められてきました。2018年は、地域医療構想を含む第7次医療計画の開始、診療報酬・介護報酬の同時改定、療養病床の受け皿となる介護医療院の創設、新たな専門医制度のスタートなどの改革が実施され、大きな節目となった年です。

医療提供体制に大きなインパクトが予想される医師の働き方改革については、現在、大詰めの議論が行われています。今年3月には、医師に対する時間外労働規制が具体的に決まることになります。4月には、昨年6月に成立した医療法・医師法改正に基づく医師偏在対策が動き出します。10月には消費税が8%から10%に引き上げられる見込みであり、医療経営に負担となっている控除対象外消費税問題の抜本的解決に向けて一歩でも前に進めることが求められます。

10月の消費税率の引上げによって、2025年を目指して進めてきた社会保障・税一体改革が完結するといわれています。さらに2025年の先を見据え、2040年の社会を想定した社会保障改革の議論が始まっています。最大の課題

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二



は、現役世代の減少により、社会保障の担い手が減少することです。生産年齢人口が減っていく中で、医療や介護のサービスの担い手を十分に確保することができるでしょうか。外国人労働力の受け入れ拡大が大きな議論になっていますが、当協会でも昨年、ベトナムからの介護技能実習生受け入れを開始しました。今年の冬には最初の実習生が来日する予定です。国民が求める良質な医療を提供し続けるためには、様々な施策により病院医療を支える人材を確保していかなければなりません。また、タスク・シェアリング、タスク・シフティングやICTの活用を通じて業務の効率化に取り組むと同時に、医療のかかり方について、国民の理解を求める努力も必要になるでしょう。

昨年10月には、学会長として第60回全日本病院学会in東京を開催し、素晴らしいシンポジストを迎え、多くの会員並びに会員病院職員の方々にご参加をいただき、盛大に開催することができました。成熟社会における病院のあり方について、多少なりとも方向性を示せたのではないかと思います。本年は、愛知県支部長である太田圭洋学会長のもと、9月に名古屋市で開催されます。皆様方からの多数のご参加を心よりお待ちしております。

全日本病院協会は、会員病院数が2,500を超え、我が国最大の病院団体となっています。我々が取り組むべき課題は引き続き山積しています。2019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。

# 2019年 年頭所感

厚生労働大臣 根本 匠

平成31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3カ月が経過しました。この間、国民の皆様の安全・安心の確保に万全を期すべく努力してまいりました。引き続き、私自身が常に先頭に立ち、厚生労働省一体となって様々な課題に全力で取り組んでまいります。



本年10月の消費税率の引上げ及び社会保障の充実によって、2025年を念頭に進められてきた社会保障・税一体改革が一区切りとなります。今後は、団塊ジュニア世代が高齢者となり、現役世代の減少が進む2040年頃を見据え、全ての世代が安心できる社会保障制度の構築に向けて取り組みます。昨年10月には、私が本部長となって、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を厚生労働省内に設置しました。労働力の制約が強まる中での医療・福祉サービス改革による生産性の向上などの検討を着実に進めていきます。

地域医療構想の実現に向けては、医療機関ごとの具体的な対応方針の速やかな策定を進めます。前通常国会で成立した改正医療法及び改正医師法に基づき、医師の偏在を可視化できる指標を整備し、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など、医師の地域偏在・診療科偏在の解消に着実に取り組みます。

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月の記録的な豪雨や9月の超大型の台風21号、更には北海道胆振地方の地震など、さまざまな災害が相次ぎました。自然の猛威との戦いのようなのですが、被災者を支える医療は自然の猛威に屈するわけにはまいりません。いかなる災害も凌駕し、迅速に医療を提供できるよう準備しておく必要があります。



災害時に要配慮者の生命や健康を守るためには、地域包括ケアによるまちづくりが最大の災害対策であり、それが国土強靱化であることが改めて確認されました。関係各所との連携を密に図りながら、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築に全力を尽くして参ります。

私ごとではございますが、2017年10月に就任した世界医師会(WMA)会長の職務を無事全うすることができました。会長を務めた1年間には、アメリカ、中国、バチカン、スイスなど14カ国を訪問し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、すなわち「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを提唱しました。我が国では国民皆保険により、これが実現されていますが、引き続き、その推進に向けて取り組む所存です。

新たな時代の幕開けに当たり、国民の皆様の日本医師会の活動に対するご理解とご支援を賜りますよう改めてお願い申し上げます、年頭のごあいさつとさせていただきます。

# 2019年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 安藤高夫

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

国政に身を置き1年、猪口会長はじめ全日病の先生方より現場の声を拝聴し、厚生労働委員としても多くの発言をすることができました。心より感謝申し上げます。



本年は消費税率引上げが予定されていますが、控除対象外消費税は補てん状況の検証はもちろん、将来の抜本的な解決の道を探り続け、高額投資優遇税制においては社会医療法人等の法人税非課税法人や、地域の救急医療等に積極的に取り組んで赤字の医療機関にとっても実効性ある方策を講じる必要があります。また、医師の特殊性と地域医療を両立する働き方改革、再生産投資できる利益水準に基づいた診療報酬のあり方にも取り組んでいきたいと思っております。

年男パワーで、猪口会長をはじめ全日病の先生方にご指導を賜りながら、猪突猛進の気構えで、少しでも地域の方々が幸せになっていただけるように挑んで参りたいと存じます。

副会長 神野正博

あけましておめでとうございます。

平成最後の新年となった。有史以来、日本民族最大の人口を記録した平成だ。そして、平成の後半では、転がるように人口は減少し、急速な少子高齢化が進んだ。この間、社会の価値観も、人々の価値観も大きく変わってきた。病院の価値観・あり方だけは変わらないといったことはあり得ない。



私たちも、機を見、活かし、応分に変化し続ける、「活機応変」が必要だ。そして、「機」を逃さぬよう、自らの地域、病院、職員、患者の変化に細心の注意を払い、好奇心をもって変化を楽しむ心意気が必要だろう。

会員と、「機」を共有し、変化の知恵を分かち合える年にしたいと思う。

副会長 織田正道

新年明けましておめでとうございます。

人口急減・超高齢社会が現実のものとなり、人口構造の変化は著しく、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が急がれています。病院においては入退院支援の強化、さらには在宅医療への直接的、或いは間接的関与が求められる時代になりました。昨年10月、四病院団体協議会において、「在宅療養支援病院(在支病)に関する委員会」が発足し、本格的に在支病の機能充実に向けた議論が行われることになっています。近未来における地域医療のフロントランナーとして、全日本病院協会の会員病院が果たすべき役割は、これからさらに大きくなるものと思います。



それでは皆様にとりまして、希望に満ちた一年でありますよう祈念して、年頭のご挨拶といたします。

副会長 美原 盤

明けましておめでとうございます。地域包括ケア、地域医療構想、働き方改革、専門医制度、消費税…。今、病院経営の前に多くの解決すべき難しい問題が山積し、先が見えない状況です。これらの問題に対して個々の病院で対応するには限界があると思われれます。ですから全日病の会員は互いに知恵を出し合い、協力し、ことにあたる必要があります。そのために支部長会や研修会での活発な議論が望まれます。さらにそれぞれに支部でも積極的な全日病の活動が展開されることが期待されます。このような取り組みにより会員であるメリットが得られると思います。今こそ会員病院がスクラムを組んで頑張る「時」だと思っております。よろしくお祈りいたします。



副会長 中村康彦

明けましておめでとうございます。昨年は、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われ、医療機能の分化・強化・連携、また、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが求められ、会員の皆様におかれましては、機能強化・再編への対応に慌ただしく過ごされた年になったことと思っております。今年、10月より消費税が増税されます。消費税増収分の一部は社会保障の充実にあてられることになっていますが、国民の生活はもとより、医療界にとってさらに厳しい年になります。本年も社会やあらゆる変化に比べられるよう一層の努力が求められる年になりますが、皆様と一丸となって乗り越えてまいりたいと思っております。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



## 文書作成の負担軽減に向けた検討で議論の整理

厚労省・診断書等簡素化等研究会

業界ガイドラインを見直し

厚生労働省の「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会」は12月13日、議論の整理をまとめた。医師の働き方改革で、事務負担の軽減に向け、生命保険会社が要求する診断書などの文書作成の簡素化・標準化が求められていることを踏まえ、金融庁も加わり、8月から4回の議論の結果をまとめた。

年度内に業界ガイドラインを見直すとしたが、実際に医師の事務負担の軽

減に結びつくかは、今後の各社の取組み次第ということになりそうだ。

議論の整理では、簡素化・標準化を検討する上で、医師が作成する文書が民間保険会社にとって、「適時・適切な保険金・給付金等の支払の審査に当たり、支払事由に関する必要な情報を取得するための重要な書類」であることを強調。医療機関と民間保険会社の円滑な業務遂行の観点で、慎重な検討を行う必要があることを明確化した。

今後の具体的な検討では、業界が自主的に作成しているガイドラインを年度内に見直し。見直しの内容では、◇経過欄、前欄の記載をはじめ、医師に証明を求める項目の必要性・妥当性を検証し、必要に応じて簡略化◇領収書等による代替などの簡易請求の推進◇レイアウト面での使い勝手にも配慮し、標準的なひな形をガイドラインに例示一をあげた。

これらを提案する一方で、「診断書

作成様式の簡素化や簡易請求を突き詰めるあまり、かえって後々、民間保険会社側や請求者本人が医療機関側に追加照会を重ねる事態が生じては、業務負担の軽減の観点から元も子もない」と指摘した。標準化についても、「各保険会社の商品性の違いなどにより、必要情報に一定の差異が生じるのはやむを得ない」と、慎重姿勢が目立つ。

医師の文書作成の負担軽減のためには、継続的な検討が重要との認識も示した。中期的な取組みとして、「電子カルテとの連動やネットワークを通じた保険会社と医療機関の情報連携など、包括的なシステム整備を伴う電子化の推進」も期待されると指摘した。

# 2019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  
今年は改元の年である。年号がどう改まるか、期待が膨らむ。  
消費税が8%から10%に増税する予定があるが、生活者にどのように影響するか、また医療の消費税問題の抜本的な解決に向けて措置を講ずるよう要望する。

常任理事 医療の質向上委員会委員長  
個人情報保護担当委員会委員長  
医療事故調査等支援担当委員会委員長 飯田修平  
謹賀新年  
平成最後の賀詞です。医療者として三元号を経験します。いつの世も、「医療冬の時代」といいます。四季は巡りますが、「春」を実感した事はありません。放漫経営は論外ですが、全日病の役割は、真つ当な努力が評価される世にすることでしょう。

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事務長、看護部門長を対象とした経営マインドを持った管理者を育成する事業を行ってまいりました。加えて本年は「専門職より組織人へ」ということで病院に働くメディカルの多職種協働のための研修を開始します。  
本年もご指導よろしくお祈りいたします。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝  
新年あけましておめでとうございます。昨年は全日病学会in東京に多大なご協力を賜りありがとうございました。総務委員会は本年も会長・副会長をはじめ執行部を支え、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東京での内容を特集する全日本病院協会雑誌第29巻第2号および座長推薦の一般演題を中心に論文投稿していただく第30巻第1号の発刊準備を行っています。今年度は福島で夏期研修会、名古屋で学会を開催する予定となっています。本年も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  
明けましておめでとうございます。  
昨年は豪雨、台風、地震と災害が次から次へと日本列島を襲いました。改めてAMATや病院BCP等対策の必要性を感じた次第です。今年から、AMAT研修は国からの補助金を頂くことになり、多少、研修参加費が安くなる予定です。是非とも多くのご参加をお願いいたします。

常任理事 高齢者医療介護委員会委員長 木下 毅  
明けましておめでとうございます。労働者不足と働き方改革で医療現場にも戸惑いがある。間接業務をいかに減らしてゆかかを検討しないといけないと考えている。そこで保険制度の簡略化や各種書類の

必要性を検討し廃止や、簡略化を提案して行きたい。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚  
新年おめでとう御座います。本年も当委員会は、毎月の委員会、機能評価受審支援セミナー、全日病学会でのシンポジウム等、活発な活動を続ける予定です。特に今年度は中小病院の受審率を上げるキャンペーンの最初の年ですので、ご協力をお願いいたします。

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。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

常任理事 田疇正治  
明けましておめでとうございます。地域包括ケアシステム構築に向かって医療介護報酬の改定、地域医療構想策定・調整会議が進んでいます。医師の働き方改革、控除対象外消費税問題等が山積していますが、民間病院が地域で果たすべき役割を探ります。本年もよろしくお祈り致します。

常任理事 介護医療院協議会議長 土屋繁之  
新年明けましておめでとうございます。今年も宜しくお願い致します。  
今年は何のような一年になるのでしょうか。消費税が10%となり医療界はますます苦しくなるのでしょうか。よくわかりません。でも今年は何かが大きく変わる一年になるような予感がします。地元選出根本匠厚生労働大臣の大英断に大きな期待を抱いています。何とか頑張りますよ！

常任理事  
医療保険・診療報酬委員会委員長  
医師事務作業補助技能認定委員会委員長 津留英智  
財務省は消費税補填不足を診療報酬の仕組みで解決せよと釘をさしますが、2年毎に改定される診療報酬で公平な補填を維持していくのは所詮無理な話です。しかし課税の議論を持ち出すには政治とマスコミそしてポピュリズムまでを説き伏せる奇策秘策が必要です。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田慎久  
明けましておめでとうございます。  
今年度中に会員向け「地域包括ケアシステムへの取り組みに関する指南書」の配布を行い、新年度には他委員会と連携して「働き方改革」に関連する種々の業務改善を提案する予定です。本年も宜しくお願い申し上げます。

常任理事 永井庸次  
明けましておめでとうございます。  
本年は医師の働き方改革の基本的方針と消費税10%の判断が成される年です。

医療の質向上は総合的質経営の要であり、会員病院の質データ収集とフィードバック体制の構築を図っていきますので、本年も宜しくお願いいたします。

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459となりました。人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存です。  
本年も宜しくお願い申し上げます。

常任理事 西澤寛俊  
本年は、進行中の医療制度改革に加え、控除対象外消費税問題、働き方改革、外国人労働者の受け入れ拡大等々、病院・法人経営を大きく揺るがす年になります。重大な危機感を持って活動したいと思えます。  
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  
今年の10月からの消費税10%増税及び医師の働き方改革の問題がさらにクローズアップされ、医療経営がさらに困難な年となりそうです。人材確保難も予想され、外圧の重さに耐えられるよう身体を鍛える今日この頃です。  
今年もどうぞよろしくお祈り致します。

常任理事 鉾之原大助  
謹んで新年のお慶びを申し上げます。  
昨年の診療報酬・介護報酬のダブル改定は「科学的根拠に基づく介護」と「自己選択と尊厳を守る医療」の融合を目指す、新しいステージの幕開けと感じた1年でした。  
本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

常任理事 山田一隆  
心新たに2019年の佳き元旦をお迎えのことと思います。本年は消費税増税の時を迎え、医師の地域偏在や働き方改革などの課題も山積しております。地域病院の一致協力によって、病院の向上発展とともに地域の福祉増進に貢献し、震災復興の熊本として頑張ります。

常任理事 国際交流委員会委員長 山本 登  
明けましておめでとうございます。  
昨年のハワイ研修は新たな研修先も加え好評裏に実施、新元号下の本年もハロウィーンを跨いで開催に多くの皆様のご参加をお待ちしております。技能実習生「介護」受入事業は本年暮れにベトナムから第一陣が来日し、全国の会員施設で実習を開始する予定です。新たな枠組みの「特定技能」も含め様々な外国人材受入方法を取捨選択し、受入対象国にミャンマーも加え、会員施設のご要望に応じて参りたいと思います。

# 妊婦加算の凍結を中医協が答申

## 中医協総会 極めて異例な対応で「誠に遺憾」と認識示す

中医協総会は12月19日、妊婦加算の算定を1月1日から凍結するとの根本匠厚生労働大臣の諮問に答申した。中医協としては、「極めて異例」な事態で「誠に遺憾」との認識を示しつつも、「当初の妊婦加算の意図の実現が十分に期待できない可能性がある」として、凍結に同意した。年明け以降、有識者会議を設置し、妊産婦に対する診療のあり方を検討した上で、中医協が2020年度診療報酬改定の議論の中で、妊婦加算の取扱いを決める。

妊婦加算は2018年度改定で新設された。妊婦の外来診療では、①胎児への影響に注意して薬を選択するなど妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要②妊婦にとって頻度の高い合併症や診断

が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要③との特性があることから、これらに配慮した適切な診療を評価した。

初診料で75点(時間外115点/休日115点/深夜215点)、再診料・外来診療料で38点(時間外70点/休日70点/深夜170点)となっている。

しかし、今秋以降、「十分な説明がないまま妊婦加算が算定された事例」、「コンタクトレンズの処方など妊婦でない患者と同様の診療を行う場合に妊婦加算が算定された事例」などが、SNSや新聞、テレビニュースなどで、頻繁に取り上げられた。

これを受け、自民党や公明党で妊婦加算の議論が行われ、12月13日には自民党から以下の要望があった。

◇妊婦が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた総合的な支援の検討を行う◇その上で、2020年度診療報酬改定で、妊婦加算のあり方を含め検討し、見直す◇それまでの間は、妊婦加算を一時停止する方向で、速やかに必要な措置を取る。

この趣旨に沿う形で、根本厚労相が12月14日の会見で、「妊婦の方への診療に熱心に携わっている医療関係者の皆さまには申し訳ないが、妊婦加算はいったん凍結し、妊婦の方に対する診療のあり方を有識者も含めて議論した上で、妊婦加算のあり方を改めて中医協で議論してもらおう」と述べた。

中医協の答申では、「妊婦加算は、妊婦の診療に積極的な医療機関を増や



し、妊婦がより一層安心して医療を受けられる体制の構築を目的としたもの」であるにもかかわらず、「その趣旨・内容が国民に十分に理解されず、妊婦やその家族へ誤解と不安を与え、その結果として、算定凍結の措置を講じるに至ったことはやむを得ないこととはいえ、誠に遺憾である」と、複雑な心情をにじませた。

妊産婦加算の凍結は1月1日から。告示では、「別に厚生労働大臣が定める日から算定できるものとする」とした。その間は、算定できず、満年度で財政影響は30億円程度と推計される。

# 医師の働き方改革の中で人員をどう確保するか 外国人を含めて多様な働き手を活用

猪口 明けましておめでとうございます。

人口減少社会を背景に、病院経営は難しい舵取りを迫られています。特に、働き手不足は深刻です。どう人材を確保するかと同時に、医師の働き方改革の議論が大詰めを迎えています。また、医療機関の消費税問題は、根本的には解決されず、個々の医療機関の負担は残る形となりそうです。これらについて、四病協会長で議論を行います。

## 人口減少でベッドの稼働率下がる 公民の役割見直しベッド数を調整

猪口 最初のテーマは、人口減少社会と病院経営です。

相澤 人口の減り方は都道府県、二次医療圏、市町村でそれぞれ違います。



日病 相澤会長

自分の地域でどういう人口減少が起きているか、きちんと見極めなければいけません。特に、地方は予想以上に減少スピードが速い。

地方の人口減少の中で、急性期の重症患者と現場の働き手の両方が減ってきています。口を開けて待っていても人は来ません。自分たちがどういう病院で、どういう医療をやるから、どういう人がほしいという明確なメッセージを示す必要があります。従来のように「医師1名」とか「外科系」という、曖昧な募集の仕方では難しいでしょう。

猪口 重症の患者が減ってくると、ベッド数も考えないといけません。

相澤 もうすでに余っています。この先もどんどん余る。それをどうするかを考える時期に来ています。

ある病院は、平均在院日数をずっと減らしてきたのに、今は空床を埋めるために在院日数を長くしているそうです。それがよいのかという話とは別に、入院していれば看護師を置く必要があります。働き手が減っていく中で、みんなが従来のやり方を踏襲すれば、人手不足で地域全体が持たなくなります。

人員確保のため、高齢の医師と女性医師をモザイクのように組み合わせ、病院全体の業務をカバーする必要があります。女性医師の多くは妊娠・出産があり、男性医師でも午後5時に帰る人もいます。すでに均一の条件で雇用する世界ではなくなっています。

猪口 医療ニーズが減少する地域では、ベッド数が過剰になります。地域医療構想調整会議で、公と民の役割分担を含めた調整の議論が不可欠です。精神科の状況はどうでしょうか。

山崎 精神科で問題なのは、統合失調症の長期入院患者が減り、病床稼働率が下がってきたことです。日本精神科病院協会の平均も9割を切りました。代わりに、認知症のBPSDがある患者で空きベッドが埋まるのかというと、認知症の患者は、サービス付き高齢者向け住宅や特別養護老人ホーム、有料



老人ホームなどと取り合いです。

医療の必要な患者まで介護施設が受け入れています。本来は医療施設で診なければならぬ患者を介護施設で引き受け、ひどい状態になって、初めて病院に来るケースもあります。

人口減少への対応では、上手にダウンサイジングする必要があるでしょう。かつての統合失調症モデルでは破綻します。会長になった当時から、認知症の治療・ケアに対応しないとベッドは埋まらなと、会員に言ってきました。昔は、認知症の受入れにしり込みする先生が多かったのですが、最近事態が深刻になり、変わってきました。

猪口 最近の統合失調症は、初期治療がよくなっているのですか。

山崎 初期治療がよくなり、短期で退院し、外来で対応できる事例が多くなりました。また、少子化で母集団が減り発症件数も少なくなりました。

その代わり、うつ病、人格障害、発達障害などの患者が増えています。そういう患者は、まず大体が診療所へ行く。新型うつ病というか、会社へは行けないけれどハワイには行ける、みたいな患者がいっぱいいて、診療所がそういう人を抱え込んでいる面があります。

精神科は1次救急システムがなく、2次、3次救急システムです。私は、診療所に1次救急システムを作るべきと主張しています。それに参画する診療所と、9時～5時で準夜、深夜に患者を診ない診療所とは、診療報酬で差をつけるべきです。1次救急システムができれば、2次、3次救急の病院の負担がかなり減ると思います。

猪口 准看護師を含めて、看護師はどうですか。

山崎 元々精神科には集まりません。精神科が好きで働いてくれる看護師もいますが、圧倒的に足りません。かなりの病院で看護師が足りず、紹介業者を使っています。医師、薬剤師、看護師、看護助手までも紹介業者に頼んでいます。今回の出入国管理法改正の特定技能制度で、一定の研修を経た外国人を看護助手として受け入れられるよう提案しています。

猪口 東京と大阪はベッド不足地域で

すが、大阪の実態はどうですか。

加納 今回の診療報酬改定では、急性期から回復期、慢性期に患者を早く送る動きが進んでいるため、4月以降、急性期の稼働率が落ちています。2025年の時点で、ベッドが足りないという状況ではなくてきたように思います。東京は別だと思いますが、それ以外は急性期のベッドは逆に余っています。

猪口 東京の話をする、寿康会病院のある東部医療圏は人口150万人ぐらい。人口は増えており、今度基準病床数が660床増えます。あちこちの病院が手を挙げて、それを100床単位で分けています。でも、ベッド数の不足感は正直ありません。地域医療構想では、2025年までのベッド数を推計していますが、もう一度、計算をやり直す必要があるかもしれません。

加納 公と民の話をする。人口が減っている地方で、病院は集約化が必要なのに、まだ公立病院の建て替えがどんどん行われています。通常の財源として、総務省の約7,000億円が使われており、これは1ベッド、1日当たりで換算すると、1万円になります。市民病院を維持したいという市長の気持ちはわからないでもありませんが、人口が減っているので、自治体病院の集約化をまず考えてほしいものです。

不公平なのは、お金が「公」だけに行っていることです。同じ仕事しているなら、「民」にも回すような議論が必要です。厚生労働省だけでなく、総務省を巻き込んだ医療行政を考えてほしいですね。

猪口 「民」がない地域では「公」がやらざるを得ませんが、ベッドが余っている地域なら、「公」の役割を再度考えるべきですね。

相澤 人口密度の減少が地域で深刻です。例えば、これまで半径2キロ四方に3万人いたのに、今は1万5千人。当然、患者は少ない。隣町も同じ状況です。それでも、両方に公立病院があり、話し合っていない。公立病院がプランを出してもきちんとチェックする人がいないので、そのまま通ってしまう。そして国からお金が出る。この構造を断ち切らないとダメです。

出席者(文中敬称略)

写真右から

- 日本精神科病院協会会長 **山崎 学**
- 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11月27日に行われました。

## 外国人労働者をどう受け入れるか 高いハードルを維持するのは問題

猪口 さて、人手不足解消で外国人の受入れ問題の議論が活発になっています。国会では、特定技能制度が審議されました。

山崎 従来からの外国人技能研修制度で、まず介護を入れるよう働きかけ、それから病院の調理師が少ないということで調理師を要望しました。これは来々4月から技能研修生の方で可能になります。一方、国会で審議された新たな在留資格である特定技能制度は、特定技能1号と2号があり、2号は家族の帯同が認められ、移民制度に直結するのではと問題になっています。



日精協 山崎会長

外国人受入れに反対する人は、人手不足解消の解決策もなく、感情論で反対して、業界が大変になった時、知らんぷりでは困ります。

猪口 建築現場でも飲食関係でも、高齢者や外国人に頼って現場を維持しているようにみえます。きちんとした制度で、外国人を一定量確保しないと、人手不足は補えません。ただ、特定技能が広がると、技能実習で外国人は入らなくなるのではないのでしょうか。

山崎 意味がなくなります。技能実習は、例えば介護の場合、語学の研修などで200万円ぐらい投資しなければ

# 控除対象外消費税の問題は決着していない データを持って現行の非課税制度の問題点を示す

らず、すぐ辞めてしまうリスクもあります。特定技能の制度は先行投資がないだけに、雇う側としては楽です。

**加納** 大阪も人手不足です。日本でも外国人は増えましたが、まだ米国の20分の1、英国、ドイツの10分の1以下です。まだまだ増やすべき状況だと思います。ただ、言葉のハードルが来日の壁になっています。

**山崎** 技能実習制度の介護では、最初日本語習得レベル「N3」と言っていたのが、入国時にN4、1年経ったらN3程度に変わりました(注:数字小さいほどレベルが高い)。

**猪口** 日本の医療介護も外国人が働きやすい制度に変えるべきです。例えば、記録も日本語と英語を併記するとか。わかりやすい日本語を使うとか。外国人が働きやすい親しさが必要です。

**山崎** 関連団体がむやみにハードルを高くしている面があります。外国人が日本の看護学校を受験するには、看護師や准看護師だと、N1でなければならない。これはおかしいでしょう。給料も待遇も、中国の一部の都市では日本よりよくなっている。日本が外国人から選ばれなくなってしまう。

**相澤** 私のところは中国から来てもらっています。毎年2人は国家試験に受かり、今22人働いています。それを病院の戦略としてやってきました。これから介護もやる予定です。中国は日本語を勉強した人を送ってきます。留学制度を使って、毎年4、5人育て、5年間働いて中国に戻るようにします。

**山崎** サンピエール病院でも中国、フィリピン、ベトナムから職員を採用しています。すごくいいことは、中国人やベトナム人が病院を受診した時、通訳になってくれることです。

## 医師の働き方改革の病院への影響 小児、周産期、救急は崩壊の危機

**猪口** 医師の働き方改革のテーマに移ります。現在、厚労省の検討会が大詰めの議論を迎え、来年3月に結論が出ます。今後の病院のあり方を変える非常に大きな話で、特に、急性期で影響があると思います。また、医師需給問題に絡み、将来的には医師が過剰になるとの推計がある一方で、働き方改革の方向性では、地域の医師不足はさらに厳しくなりそうです。

**加納** 小児、周産期、救急医療は今よりも崩壊の危機が出てきます。現場を守る議論を願っています。



医法協 加納会長

最近では、東京医科大学で女性の入学を意図的に抑制したことが問題になりました。他の私立大学でも、女性の入学を抑制する傾向はこれまで確かにあったと思います。その背景は様々ですが、来年度以降それがなくなるとし

たら、多くの医学部で、女性の入学者が男性を上回るかもしれません。

厚労省の医師需給推計では、女性医師の労働時間を男性の0.8で計算しているため、女性医師が予想より増えるなら、もっと医師を増やす必要があります。男性でも、ライフワークバランスを重視する医師が増えてきました。**猪口** 宿日直の取扱いの難しさもあります。厚労省の検討会では、夜勤後に睡眠時間を確保する観点で、6時間を越えたインターバルを設けるべきとの意見が出ています。

**相澤** 相澤病院では、夜間救急に関しては人数を確保し、基本的には、2交代制ができています。しかし、診療科によっては、厳しい状況もあります。

宿日直については、自宅で待機するオンコールだと、家族を起すことと怒られるので、病院で寝泊りするという冗談のような話が本当になっています。寝当直で時間外労働になるのはおかしいので、きちんと診療時間と区別される取扱いにしてほしいと思います。

**加納** 2次救急の現場では、交代制ではなく、当直医師が起きて対応するのが、一般的です。厳しい規制が課されれば、そこが直撃を受けます。

**猪口** 昔は、日勤、当直、次の日の日勤と一睡もできずに働くのが当たり前時代がありました。でも、今は許されません。三次救急だと、体制を整えている病院が多そうですが、二次救急は厳しい。そうすると、集約化が選択肢になるのでしょうか。

**加納** 集約化には疑問があります。三次救急がすべての急患を受けるのは不可能ですし、在宅医療とリンクした形での救急医療が求められています。救命救急センターへの集約化よりも、高齢患者を地域密着型の病院が診る二次救急の役割が、今後重要になります。

医療資源が少ない地域では、すべての救急患者を救命救急センターが受ける形もあるかもしれません。しかし、都会では救急患者を「面」として受けているところがあり、地域包括ケアを担う病院が二次救急を担うべきです。

**猪口** その点はその通りです。今後急増する高齢の救急患者を地域の医療機関がどう連携し支えるかは、その地域により異なると思います。ただ、ある病院は1日に百台の救急搬送があり、ある病院は1台あるかないかという場合、薄く広く医師を配置すると、体制を維持するのが難しくなりそうです。

**加納** そういう病院は、現実的に、すでに淘汰されつつあると思います。

## 自己研鑽と時間外労働を整理 診療時間減少分は医師増やすべき

**猪口** 自己研鑽も区別が難しい取扱いになっています。基本的には、上司が厳格に時間管理を行い、時間外労働に占める研鑽の時間を部下が上司に申告するという整理がされました。しかし、そもそも判断が難しく、また、自己主張の強い部下を上司が説得できるかという問題もあります。むしろ、時間外の労働時間を申告するほうが、よいよ

うな気がします。

**山崎** 厚労省が調査した医師の実態調査があります。これによると、一般の労働者に比べて、医師は過労死レベルの長時間労働の割合が高いことが示されました。しかし、この調査では、何が労働に当たるかを明確にできていません。自己申告で集計しているため、個人のバイアスがかかった回答になっています。私は、厚労省に何が労働に当たるかをきちんと定義した上で、もう一度調査をするべきと主張しています。

例えば、研修医の研鑽が時間外労働に含まれるのはおかしい。教育してお金も払うのは変ではないでしょうか。**猪口** 逆に、必要な研鑽でも、「勤務時間が終了しました」と言って帰ってしまう医師も出てきています。

**山崎** マクロ的に言えば、現在の総診療時間が働き方改革で少なくなり、人数を増やさなければならぬなら、その給料分の診療報酬を上げる財源を用意すべきです。財源の準備もなく、働き方改革を断行するのであれば、病院長がずっと当直をやるのかという話です。

**猪口** たぶん、今後その話になります。働き方改革の規制が決まり、労働時間が減って、現状の医療を維持するのに、どれだけ追加的に医師が必要かということになれば、診療報酬はどれだけ必要かという議論に直結します。

## 医療費の課税化が最終的な解決 メリット・デメリットの検証を

**猪口** 最後に、消費税をテーマとします。12月半ばには、政府・与党が来年度の税制改正大綱を決定し、結論を出します。



全日病 猪口会長

医療界としては、8月に四病院団体協議会・三師会の連名で提言書を発表しました。診療報酬できめ細かな補てんを行うとともに、個々の医療機関の過不足に対応する税制上の仕組みを求めました。

しかし、今回も税制上の仕組みは難しい状況です。今後、医療界はどのような主張をしていくべきでしょうか。**相澤** ずっと議論してきたように、診療報酬だけで解決するのが無理であることははっきりしているの、最終的には、課税化を考えるべきです。

**猪口** ただ、非課税を課税にすることには、政府にも国会議員にもアレレギーがあり、政治的に難しい課題だと言われます。今回も税制上の仕組みを設けることは無理でした。しかし、今回が決着ではないことを、医療界がきちんと主張すべきです。

診療報酬による補てんは今回の見直しで、前回よりも精緻な対応になるとしても、あくまで病院種別の平均です。個々の病院にばらつきがあることを我々ができるだけ早く検証し、データを示していく必要があります。

**加納** やはり建て替えなど高額の投資

を行えば、病院の負担が非常に大きくなりますので、損税が発生する場合に、還付を受けられる課税を含めた公平な制度が望ましいです。課税化を本気で考えるのであれば、診療所と病院を分けて、対応する必要が出てくるかもしれません。

**山崎** 財務省は課税化を否定してはいません。自分たちの都合のよいところだけの課税化はダメで、課税化するならすべてを課税にし、例外は認めないと言っているのです。そう言われると、日本医師会も一部の病院団体も腰を引いてしまう。でも、すべてを課税にして、どれだけメリット・デメリットがあるのかを検証すべきでしょう。

**相澤** それはその通りで、理屈を通す必要があります。いいとこ取りでは納得してもらえません。

**猪口** 設立母体により課税の状況は様々。補助金を含めて、確かにきちんと検証してみる必要がありそうです。**山崎** 補助金については、公立・公的病院には政策的な目的があり、補助金を出しているのだから、そうでなければ返すべきです。地域包括ケアの医療まで、補助金でやるのが現実的でしょうか。

また、介護事業者が医療の世界に入ってきています。例えば、大都市の単身高齢者がサ高住など居宅等で過ごすのと、施設で過ごすのでは、どちらが安心なのかという問題があります。費用についても、医療から介護にシフトしている面があります。

**加納** たぶん医療と介護を合わせた総費用は居宅等のほうが高いと思います。その意味では老人保健施設が最も安い費用で担っています。

**相澤** ただ、自由に選べるというのがあって、お金を払える人には払ってもらおう。問題はお金を払えない人をどうするか。議論を分ける必要があります。

**山崎** 皆保険はセイフティネットとして考えなければならない時代になっています。一定以上は民間で払うとか。混合診療を導入しないと、制度が持たない状況になります。自己負担についても、例えば、介護保険の要介護4、5は1割、3は2割、2以下は3割負担にするなど、抜本的な見直しを議論する必要があるのではないのでしょうか。

**猪口** 抜本的な改革をすぐに実行するのは難しいと思いますが、その方向での見直しは行われつつあります。また、終末期医療については、望まない延命治療に対する意識は、我々のような医療者よりも、むしろ患者・家族の方に理解があるかもしれません。ただ、高額薬剤などがどんどん出てくる状況で、使い方には、より制限をかけていくことが不可避になるでしょう。

**相澤** どのような制限をかけるのか。誰が判断をするのか。現行の診療報酬では、現場の医師が自由に使う方にインセンティブがかかる仕組みになっていることも問題です。皆保険を維持するために、避けられない議論です。

**猪口** 議論はつきませんが、この辺で。本日は、ありがとうございました。

# 28時間連続勤務制限、9時間インターバル

厚労省・働き方改革検討会

時間外特例上限の医療機関に義務化

厚生労働省は12月17日の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)に、医師の時間外労働の上限設定の特例で義務化する連続勤務時間制限を28時間、勤務間インターバルを9時間とする案を提示した。病院側の委員からは「義務化されると、地域の病院の診療体制が持つか疑問」との声が上がった。一方、労働組合の委員は、これらの健康確保措置を設けても、特例が現行の長時間労働を放置させることになる」と反対している。

厚労省令で定め、2024年度から適用される医師の時間外労働規制における上限時間は、達成を目指すものとして、「脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した水準」を設ける。休日労働込みの時間数として考えると、年間960時間程度となる。これに加え、健康確保措置として、連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇を努力義務とする。

この水準を満たせない場合の特例として、救急医療などを想定した「地域医療の観点から検討するもの」と研修医などを想定した「医療の質の維持・

向上の観点から検討するもの」があり、対象医療機関を指定する。この場合は、より高い上限を設定する代わりに、連続時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇が義務となる。

連続勤務時間制限は、米国卒業医学教育認定協議会(ACGME)の例を参考に28時間(24時間+引継ぎ4時間)が提案された。医療法で、病院の管理者は医師に当直させることを義務づけており、医師が当直勤務日に十分な睡眠を確保できないケースがある。その場合でも、勤務後にまとまった休息が取れるようにする。

勤務間インターバルは、当直と当直明けの日を除き、24時間の中で、9時間程度を超える連続勤務の後の次の勤務までに、9時間のインターバル(休息)を確保できるようにすることを提案した。これは、同検討会でのヒアリングの結果を踏まえ、勤務日において最低限必要な睡眠として、1日6時間を確保できることを基本としたものだ。

このため、当直明けの日は、28時間連続勤務制限を導入した上で、この後の勤務間インターバルは9時間×2日

分の18時間とする。

ただ、医療現場では、いわゆる「準夜帯」である24時頃までに、特に時間外対応が生じやすく、翌朝は7～8時前後から業務が始まる。厚労省は、こうした実態を踏まえると、勤務間インターバルを導入するには、「かなりの改革が必要」と指摘。具体的な取組みとして、「病棟業務における抜本的な術後管理のタスク・シフティング(特定行為研修修了看護師)、タスク・シェア(他科の医師)」、「事務作業の医師事務作業補助者へのタスク・シフティング」をあげた。

また、この水準であっても、実際に睡眠が確保され、健康が維持されているかは個人差があることから、追加的健康確保措置として、面接や健康状態の個別的モニタリングによって健康状態を把握し、必要な場合には就業上の措置につなげることを提案した。

厚労省はこれらの措置を導入することによって、極めて長い時間労働が常態化している医師の労働時間が、時間をかけて、大幅に削減されることを期待する。時間外労働が年間2,400時間



を超える医師は4.5%、1,920時間以上は10.5%、1,440時間以上は22.1%、960時間以上は40.5%とされる。これを960時間に近づけよう減らしていくことが、今後の課題となる。

ただ、地域医療の現状をみると、医師に対する時間外労働規制の施行が2024年度からではあっても、対応が難しい病院が出てくる。社会医療法人ベガサス理事長の馬場武彦委員は、28時間連続勤務制限や9時間インターバルの義務化に対し、地域医療確保の観点から難色を示した上で、経過措置を設けることを求めた。千葉大学医学部附属病院院長の山本修一委員も、「大学病院も回らなくなる」と訴えた。

一方、「長時間の手術や急患の対応などやむを得ない事情で必要な休息時間を確保できない場合」は、その分を積み立て、別途休暇を取得させる「代償休暇」もあわせて提案されている。これに対し、労働組合の委員は「代償休暇」が実際に使われているかの資料を提示するよう厚労省に求めた。

# 国民プロジェクト5つの方策を宣言

厚労省・上手な医療のかかり方懇談会

このままでは現場は崩壊

厚生労働省の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」(渋谷健司座長)は12月17日、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言!をまとめた。「医療の危機と現場崩壊は深刻」で「日本にとって喫緊の課題」であることを、国民プロジェクトに位置づけ、すべての関係者の取組みが前進するよう、懇談会の構成員が、継続的に進捗をチェックすることを強調した。

同懇談会は、医師の働き方改革の議論の中で、今後医師の労働時間を減らしていく上で、医療現場の実態を国民にまずは知ってもらうことを第一の目的としている。このため、「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」、「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」、

「6.5%が抑うつ中程度以上」、「半数近くが睡眠時間が足りていない」という事実を伝え、これを放置すれば、医療の現場は崩壊すると訴えている。

国民プロジェクトとして、5つの方策を列挙(右表を参照)。今後、様々な手段を通じ、5つの方策を実行し、構成員が来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けるとした。

具体的な行動としては、市民、行政、医師/医療提供者、民間企業に分けて、事例を示した。

医師/医療提供者に対しては、◇あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する◇電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ◇タスクシフト・タスクシェアを推進する◇どの医療従事者に相談したらよ

いかをサポートする患者・家族支援体制を整える一などを明記した。

市民に対しては、#8000(子ども医療電話相談事業)や#7119(救急安心センター事業)の活用のほか、できるだけ日中に受診することや、医師ばかりを頼らずに上手にチーム医療を受けることをあげた。夜間・休日診療や自己負担が高く、診療時間が短くなるなど患者側にデメリットがあることも周知していく。今後早急に作成し、行政が認証や支援を行う「信頼できる医療情報サイト」の活用も提案している。

行政に対しては、「信頼でき



る医療情報サイト」のほか、#8000や#7119が都道府県で回線のつながりに差があることから、体制整備や周知の徹底も求めた。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

# 医師少数区域で働く医師の認定制度の議論開始

厚労省・医師需給分科会

幅広い診療を地域で半年から1年

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12日、医療法・医師法改正法による医師偏在対策の目玉である医師少数区域などで勤務した医師を認定する制度をめぐる、議論を行った。厚労省はたたき台として、認定に必要な業務内容や勤務期間を提示した。委員からは、認定を受けないと管理者になれない病院を地域医療支援病院以外にも広げるべきとの意見を含め、様々な意見が出た。

2020年度から始まる認定制度では、医師少数区域などで一定期間勤務し、地域医療の知見を得た医師を厚生労働大臣が認定する制度を創設。認定を受けた医師でなければ、一定の病院の管理者になれない仕組みとする。

一定の病院とは、同分科会で「まずは地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院」としている。しかし、委員からは、対象となるのが全国586施設の地域医療支援病院

の一部に過ぎないなら、医師遍在対策として不十分との意見が相次いだ。厚労省は、法律に「その他の厚生労働省令で定める病院の開設者」も対象になると規定されていることを説明。その対象の選定も同分科会の今後の議論のテーマになるとの考えを示した。

なお、地域医療支援病院のうち、「医師派遣・環境整備機能を有する病院」の具体的な要件は、「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」で検討されている。

認定医師は医師少数区域などに勤務する医師とするが、医師少数区域をどの範囲で設定するかはまだ決まっていない。認定医師の数をどれだけ期待するかは、医師少数区域の設定に大きく依存する。全日病副会長の神野正博委員は、「この仕組みは医師の研修の側面もあるが、第一義的には、医師偏在解消のための武器である。その観点で管理者になれる病院の範囲を考える必要がある」と発言。これに多くの委員

が賛同した。

なお、医師少数区域で働く医師は、そのまま認定要件を満たす対象になるので、厚労省は、認定を得られる医師の多くは、派遣される医師よりも現に医師少数区域で働く医師が多いとの見方を示した。

## 業務内容や期間をどう設定するか

厚労省は、認定を受けられる医師少数区域などでの勤務の業務内容や期間を例示した。

業務内容では三本柱として、①幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導(地域の患者への継続的な診療、診療時間外の患者の急変時の対応、在宅医療)②他の医療機関や介護・福祉事業者等との連携(退院カンファレンスや地域ケア会議等への参加)③地域住民への健康診査や保健指導など地域保健活動をあげた。

これに対し、神野委員は、「認定を受けるために、必要な業務というより



も、このような業務ができる医師が医師少数区域に行くという方向性のほうがよいと思う」と述べた。厚労省は、一定の診療能力を身につけていることが前提の臨床研修を終えた医師であり、専門医研修であれば、研修プログラムに則って診療に従事する医師が対象であるとして、特に要件を設ける必要性は低いとの考えを示しているが、他の委員からも、患者の不安を招かない医師が認定されるべきとの意見が出た。

期間については、厚労省が「6カ月から12カ月」を提案した。原則として、同一の医療機関に週32時間以上勤務し、妊娠・出産・育児・傷病などの理由で中断した場合は、中断前後の期間を合算できるようにする。ただ、委員からは、患者側の立場や地域との関係性を深める意味でも、1年間は必要との意見が多かった。

# 医療の消費税問題は今後課税化含めた議論が必要

四病協・三師会

## 税制改正大綱を受けて会見

四病院団体協議会と三師会(日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会)は12月19日に会見を開き、2019年度与党税制改正大綱に対する見解を示した。診療報酬での精緻な補てんと設備投資への支援措置により、「医療の消費税問題が解決された」と主張する日本医師会に対し、病院団体は今回の対応に一定の評価を与えつつも、消費税問題は解決しておらず、今後課税化を含めた議論が必要であると訴えた。

全日病の猪口雄二会長は会見で、控除対象外消費税問題に関し、診療報酬での補てんの手法を精緻化したことで、病院種別ごとの過不足が解消される見込みであることについては「高く評価している」と述べた。

また、診療報酬での対応と設備投資への支援措置に加え、予算措置で地域医療介護総合確保基金の増額と医療ICT化促進基金が創設されることも、今回、医療界が一致団結して、この問題に取り組んだことの結果であるとして、歓迎した。

その一方で、「診療報酬での補てんをどれだけ精緻化しても、個々の病院

の控除対象外消費税の過不足に対応できないことは、中医協の『医療機関等における消費税負担に関する分科会』においても、『議論の整理』には記載されることはなかったが、委員の認識は一致している。今後は、診療報酬の課税化を含めて、新たな視点で議論を進めていきたいと思っている」と、将来的な課税化の議論を促した。

他の病院団体からも同様の意見が出た。それぞれ、「解決していない問題は残っている。各ステークホルダーが納得できる解答を考えたい」(万代恭嗣・日本病院会副会長)、「診療報酬での対応は限界がある。課税化の方向も考えざるを得ない」(長瀬輝彦・日本精神科病院協会副会長)、「個々の病院の控除対象外消費税の過不足の問題は残る。設備投資への支援措置や予算措置にしても、赤字病院にとって支援になるかはわからない」(加納繁照・日本医療法人協会会長)と発言した。

これに対し、日医の横倉義武会長は、「医療の消費税問題が解決された」との見解は、診療報酬が非課税である状況での対応とした上での評価であるこ

とを強調。今後、消費税が10%を超えて上がることも考慮し、個々の病院に対する不公平の問題が残ることは認められた。その上で、課税化の問題として、「医療機関の設立母体もそれぞれ異なり、意見をまとめるのは難しい」と述べるとともに、診療所に配慮する必要があるとした。



さらに、これまで診療報酬に補てんしてきた分を引きはがすことの困難と、課税化することで一般の事業主とみなされ、様々な優遇税制が見直されることへの懸念も指摘した。

### 今回の医療の消費税問題への政府の対応(税制)

医療機関等における仕入税額相当額(控除対象外消費税)への対応

- ①診療報酬の基本診療料の配点を精緻化
- ②実際の補てん状況を継続的に検証し、必要に応じて見直し

設備投資への支援措置(特別償却の拡充・見直し)

- (新規) ①医師及び医療従事者の働き方改革の推進  
※医療勤務環境改善支援センターの助言による器具・備品(医療用機器を含む)、ソフトウェア(30万円以上)
- (新規) ②地域医療構想の実現  
※病院用等の建物及びその附属設備
- (延長) ③高額な医療用機器特別償却制度  
※配置の効率化等による特定の医療用機器

予算

- |                              |              |
|------------------------------|--------------|
| (新規) 医療ICT化促進基金(仮称)          | 約300億円       |
| ※医療機関におけるオンライン資格確認や電子カルテ標準化等 |              |
| (増額) 地域医療介護総合確保基金(医療分)       | +約100億円      |
|                              | (合計約1,030億円) |

# 厚労・財務の大臣折衝で主要事項を合意

2019年度予算案

## 消費税対応で診療報酬本体0.41%改定

2019年度政府予算案をめぐる、根本匠厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣の大臣折衝が12月17日にあった。社会保障関係費の伸びは概算要求ベースの6千億円から1,200億円引下げ4,800億円に圧縮した。2019年10月の消費税10%までの引上げに伴う診療報酬や介護報酬、障害福祉サービス等報酬の改定率も決まった。改定率は診療報酬本体で0.41%、介護報酬で0.39%、障害福祉サービス等報酬で0.44%となった。

折衝項目は多岐にわたり、①2019年度社会保障関係費②消費税の引上げに伴う報酬改定③社会保障の充実等④介護人材・障害福祉人材の処遇改善⑤後期高齢者医療制度の保険料(均等割)の軽減特例見直し⑥軽減税率の恒久財源の確保⑦臨時・特別の措置一など。

2019年度社会保障関係費の伸びについては、概算要求ベースの6千億円から1,200億円引下げ4,800億円とした。骨太の方針2018では、金額は明示していなかったが、実質的な増加を高齢化による増加分にとどめるとの方針が示されていた。

厚労省はこれを達成するため、介護納付金の総報酬割の拡大(610億円)や薬価等の実勢価格に合わせた改定(500億円)、生活扶助基準の見直し(30億円)、その他により費用の伸びを圧縮した。増加分の4,800億円のうち、「年金のスライド分」が100億円、高齢化分が4,700億円となっている。

薬価は0.51%のマイナス

消費税の引上げに伴う報酬改定では、医療機関等が負担する仕入税相当額を診療報酬で全体として補填する。診療報酬本体で0.41%の改定となった。内訳は医科0.48%(国費200億円)、歯科0.57%(同20億円)、調剤0.12%(同10億円)である。

他方、薬価・材料では実勢価格に合わせた引下げと調整幅を加えたものに、補てんを行っている。このため、薬価は実勢改定の▲0.93%(国費▲490億円)に、消費税対応で0.42%(同200億円)を上乗せして、▲0.51%(同▲290億円)のマイナスとなった。材料は▲0.02%(同▲10億円)に0.06%(同

30億円)を上乗せして、0.03%(同20億円)となった。

介護報酬は0.39%の改定を行う(国費50億円)。なお、施設等における食費・居住費の基準費用額の引上げに伴う補給給付の増額への対応分として別に国費7億円を手当する。障害福祉サービス等報酬は0.44%の改定を行う(同30億円)。

医療ICT化促進基金を創設

消費税増収に伴う社会保障の充実等では、「新しい経済政策パッケージ」と骨太の方針2018を踏まえ、初年度の増収分の概ね半分を活用する。公費で計8,100億円の措置となる。

新たに「医療ICT化促進基金(仮称)」を創設する。同基金は国費で300億円を積み、同基金では、オンライン資格確認と電子カルテの標準化を進める。そのほか、◇介護人材の処遇改善(公費420億円)◇幼児教育・保育の無償化(公費3,880億円)◇年金生活者支援給付金(公費1,860億円)◇保育士の処遇改善(公費210億円)◇低所得高齢



者の介護保険料の更なる軽減強化(公費650億円)◇地域医療介護総合確保基金の増額(公費200億円)一なども実施する。

介護人材等の処遇改善を実施

介護人材の処遇改善は、2017年12月に閣議決定された「新しい経済政策パッケージ」を踏まえ、消費税引き上げと合わせ、その財源を活用して2019年10月の報酬改定により、新たに導入するものである。

介護サービス事業所における「経験・技能のある介護職員(勤続年数10年以上の介護福祉士)」について、月額平均8万円相当の処遇改善を算定根拠として、国費で210億円を投じる。自治体負担は210億円。さらに保険料負担もあわせると、およそ840億円程度の規模となる。これらの金額は、5カ月の対応で、満年度では2千億円規模となる。

# 薬価と保険医療材料の消費税引上げ時の対応まとめる

中医協総会

## 通常とは異なるルールで臨時改定

中医協総会(田辺国昭会長)は12月12日、同日に薬価専門部会と保険医療材料専門部会がまとめた薬価と保険医療材料価格の消費税10%への引上げへの対応を了承した。今回の改定は通常改定とは異なる臨時的な対応であり、市場実勢価格の公定価格への反映も、通常とは異なるルールとする。中医協としては、来年10月の引上げ時と同時に、価格改定を実施することを求めた。

9月に実施した薬価・保険医療材料価格調査結果により把握した市場実勢価格を各ルールに基づき薬価・保険医療材料価格に反映させた上で、消費税引上げ2%分の補てんを行う。それぞれのルール適用は以下の通りとした。

薬価では、基礎的医薬品や最低薬価、後発医薬品の価格帯などの現行ルールを原則として継続する。新薬創出・適応外薬解消等促進加算も薬価を維持する加算を適用するが、累積加算額の控除は2020年度改定で実施する。企業区分は2018年度改定時と同じとする。

また、今回は通常改定とは異なる臨時的な改定であることや、近年例のない年度途中の改定になることから、「厚生労働省は医療現場の負担や円滑な流通の確保に十分に留意した上で、改定に取り組むこと」とした。

保険医療材料価格でも、基本的に薬価と同様の考え方でルールを適用する。医療現場の負担や円滑な流通の確保に

についても同様の要請を明記した。

医療経済実態調査の実施案も了承

2020年度診療報酬改定の参考資料とする医療経済実態調査の実施案も了承した。病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の経営状況を調査し、改定の議論に役立てる。有効回答率を向上させるための方策も盛り込んだ。

有効回答率の向上策では、回答意欲の喚起として、◇前回の調査結果の概要を送付◇病院団体など関係団体に協力依頼◇回答のインセンティブを与えるため、回答施設に経営状況をフィードバックする。回答負担の軽減としては、◇レイアウトの工夫◇調査票等に



税理士・公認会計士等の助言を活用◇電子調査票の利用を促進一を行う。

経営状況のフィードバックでは、主要な経営指標において、当該施設が全体の中でどの位置にあるかなどを示す資料を作成する。委員からは、回答前にどのような資料が提供されるかを伝える工夫が必要との意見が出た。

調査対象時期は2019年3月末までの直近2事業年(度)。病院の抽出率は3分の1。ただし、特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院は全数調査とする。病院の消費税課税対象費用を詳細に把握する項目も新たに設けた。

# 2020年度の研修医の都道府県別募集定員の上限示す

## 厚労省・臨床研修部会

## 東京が▲64人で大きく減少

厚生労働省は12月7日の医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)に、2020年度の研修医の都道府県別募集定員の上限を示した。大都市のある都府県への医師集中を是正するため、研修医の募集では都道府県に上限を設けている。2020年度は、東京が▲64人、神奈川が▲19人、大阪が▲17人、福岡が▲17人と対前年度で大きく減る見込みだ。

医師不足対策として、政府は2008年度から段階的に、地域枠などで医学部の定員を増やしてきた。その医学生が卒業し、医師となって、臨床研修を受け始めた2015年度から研修医の数が急増している。2014年度に7,792人だった研修医受入れ実績数は2015年度に8,244人、2018年度には8,996人まで増加している。

一方、医師数だけ増やしても、地域の医師偏在は解消しない。研修医においても、大都市の都府県への医師集中の是正を図るため、都道府県別の募集定員の上限設定を行っている。具体的には、人口や医師の養成状況、地理的条件などを勘案し、基礎数を設定した上で、調整枠を加えたものを上限としている。調整枠は、全国の募集定員上限に余裕があると、多く配分される。

全国の募集定員上限は、研修希望者に対する比率を段階的に引き下げている。全体で比率を下げると、基本的には、募集に対する受入れ人数に制限がかかり、大都市のある都府県への医師集中が是正される方向に働く。

比率は2008年度の1.347倍から段階的に引き下げており、2017年度は1.16

倍、2018年度は1.103倍とした。2020年度は1.1倍とする。

2020年度の予測値をみると、研修希望者1万171人に対し、その1.1倍の1万1,188人が募集定員の上限となる。これに医学部入学定員増などを織り込んだ実際の募集定員上限は1万1,924人である。

募集定員上限は2019年度の1万2,228人と比べると、304人減った。このため、各都道府県の募集定員上限も、軒並み減っている。特に、大都市のある東京、神奈川、大阪、福岡で大きく減少した。増加したのは、宮城の13人増、新潟の2人増、京都の12人増、和歌山の1人のみである。宮城は上限の計算式で医師養成状況が基礎数になることに関連し、東北医科薬科大学の医学部新設のため。京都は府内での偏在が大きいことへの配慮がある。

2020年度の予測値は、2018年度の医学部5年生時の人数を集計し、算出している。医学部入学定員に増減がないにもかかわらず、研修医の見込み数が減る。全日病副会長の神野正博委員は、「医師不足対策で医学部入学定員を増やしたのに、研修医になる見込みの人が大きく減った。進級できない人が増えたのであれば問題だ」と述べた。

一方、厚労省は、要因分析は現段階でできないとしつつ、2021年度は反動で増加する可能性が高いとの考えを示している。

### 都道府県への権限委譲に懸念

医療法・医師法改正法により、2019年4月から医師養成過程における国が

ら都道府県への権限委譲が施行される。それを踏まえ、年度内に公布する政省令案を固めるための議論を行った。

臨床研修病院はこれまで厚生労働大臣が指定していたが、今後は国が一定基準を示した上で、都道府県が地域医療対策協議会の意見を反映させて、指定する。国よりも都道府県の方が、地域の実情に応じたきめ細かな対応を期待できることから、地域医療に関し責任のある都道府県の関与を強める。

ただ、委員からは、都道府県や地対協の地域医療に対する取組みには格差があることを懸念する意見が出て、国が取組みの適切性を検証し、評価していくべきとの提案があった。

臨床研修の募集定員も都道府県が病



院ごとに定めることになる。地域枠の医師や地元出身者の選考を一般のマッチングと分け、地方の研修医の増加を狙う地域密着型病院(案)の指定も2020年度から始まる。

2025年度に向け、研修希望者に対する募集定員の割合を1.05倍まで圧縮し、医師偏在是正を図るのにあわせ、定員算定方法の変更も行われる。これらについても、都道府県による恣意的な対応が行われまいよう、国の関与が必要との意見が出された。

一冊の本 book review

## 社会は変えられる 世界が憧れる日本へ

著者●江崎禎英  
発行●国書刊行会  
定価●1,800円＋税

現役の経済産業省の官僚である江崎禎英氏による本書は、日本の社会・社会保険制度の現状について概観した後、行政官として制度や常識への挑戦をしたときの経験を述べ、健康・医療分野における改革のポイント、特に社会保障制度における改革のポイントが列挙されている。制度や常識の不合理や矛盾に「仕方がない」と流されず、改革のための最初の一步を踏み出すために、医療・介護に関わるすべての関係者に読んでいただきたい一冊。「私たちの未来は、私たち自身が選ぶのです」という締めくくりが力強いメッセージとなっている。

# 専門研修医の東京集中が17.4%から21.7%に拡大

## 厚労省・専門研修部会

## 地域貢献率は1年目で10.59%

厚生労働省は12月11日の医道審議会医師分科会・医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)に、新専門医制度が始まった2018年度の専攻医数と三師調査の過

去との比較を示した。東京の専攻医が全国に占める割合は21.7%で、2016年度の17.4%から4.3ポイント上昇しており、東京への集中が進んだことがわ

かった。東京が他県に専攻医を派遣する割合(地域貢献率)は、1年目で10.59%だった。

新専門医制度が東京への医師集中を進めたとの指摘がある中で、日本専門医機構は、東京の医師集中は是正されていないが、新専門医制度がそれを加速させたわけではないとの見解を示している。

今回、厚労省は専門医研修開始に当たる医籍登録3年目の従事先の所在地で把握する三師調査との比較を示している。

今回、厚労省は専門医研修開始に当たる医籍登録3年目の従事先の所在地で把握する三師調査との比較を示している。

東京の人口が全国で1割であるにもかかわらず、その倍であることを問題視している。

一方で、東京の研修施設は一定割合の研修医を他県の関連病院に派遣している。厚労省は、ある都道府県の研修プログラムで大都市のある5都府県以外の道府県で研修する割合を地域貢献率として算出。東京の地域貢献率は1年目で10.59%、2年目で14.44%、3年目で11.47%、4年目で12.17%と、他の大都市の府県と比べ、高いことを示した。例えば、大阪の2年目は8.47%、愛知は5.08%、福岡は8.48%、神奈川は3.05%である。

ただ、本来は基本的に、都道府内で医師の確保を行うべきで、東京の大学病院など基幹病院が関連病院に医師を派遣することが、地域の医師偏在を解決する手段として、必ずしも適切ではないとの見解も厚労省は示している。

なお、2018年度の専門研修プログラムにおける東京の地域貢献率を診療科別にみると、小児科が21.8%、整形外科が20.6%、産婦人科が20.3%で高い。逆に低いのは内科の6.5%、病理の6.5%、救急科の2.4%、リハビリの3.3%、総合診療の6.6%となっている。

また、同日、厚労省は告示を改正して、日本専門医機構認定の基本領域専門医が広告できるようにする検討を行うことを提案した。しかし、立谷秀清委員(相馬市長)が反対し、引き続き専門研修部会で専門医制度のあり方を議論しつつ、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」に報告することになった。現時点で、日本専門医機構の基本領域専門医は広告できる専門医に該当せず、機構創設の趣旨に照らせば、見直す必要がある。

### 2018年度から開始された専攻医数と三師調査との比較(全国・東京都)

	2018年度開始専攻医						2018年三師調査 三師調査 (H28、26、 24)の平均 人数(9-17が 科分)	2016年度三師調査 (医籍登録3年目)					
	全国	(全国で占める率) (=診療科別/ 全国8,410名)	(再掲) 東京都	(技特) シフト科 の採用数	(診療科内に 占める率)	(東京の各診 療科が全体に 占める割合)		全国	(全国で占める率) (=診療科別/ 全国7,085名)	(再掲) 東京都	(診療科内に 占める率)	(東京の各診 療科が全体に 占める割合)	
合計	8,410	(100.0%)	1,824	(1,505)	(21.7%)	[21.7%]	1,581	1,077	7,085	(100.0%)	1,233	(17.4%)	[17.4%]
内科	2,670	(31.7%)	535	(535)	(20.0%)	[6.4%]	567	449	2,704	(38.2%)	429	(15.9%)	[6.1%]
小児科	573	(6.8%)	141	(141)	(24.6%)	[1.7%]	130	76	421	(5.9%)	64	(15.2%)	[0.9%]
皮膚科	271	(3.2%)	88	(88)	(32.5%)	[1.0%]	92	53	245	(3.5%)	49	(20.0%)	[0.7%]
精神科	441	(5.2%)	108	(108)	(24.5%)	[1.3%]	101	61	322	(4.5%)	55	(17.1%)	[0.8%]
外科	805	(9.6%)	176	-	(21.9%)	[2.1%]	-	-	740	(10.4%)	108	(14.6%)	[1.5%]
整形外科	552	(6.6%)	116	(116)	(21.0%)	[1.4%]	122	86	498	(7.0%)	88	(17.7%)	[1.2%]
産婦人科	441	(5.2%)	102	-	(23.1%)	[1.2%]	-	-	305	(4.3%)	65	(21.3%)	[0.9%]
眼科	328	(3.9%)	76	(76)	(23.2%)	[0.9%]	78	56	244	(3.4%)	67	(27.5%)	[0.9%]
耳鼻咽喉科	267	(3.2%)	63	(63)	(23.6%)	[0.7%]	61	36	201	(2.8%)	36	(17.9%)	[0.5%]
泌尿器科	274	(3.3%)	51	(51)	(18.6%)	[0.6%]	52	41	205	(2.9%)	44	(21.5%)	[0.6%]
脳神経外科	224	(2.7%)	43	(43)	(19.2%)	[0.5%]	58	33	196	(2.8%)	32	(16.3%)	[0.5%]
放射線科	260	(3.1%)	50	(50)	(19.2%)	[0.6%]	58	36	227	(3.2%)	43	(18.9%)	[0.6%]
麻酔科	495	(5.9%)	105	(105)	(21.2%)	[1.2%]	116	69	351	(5.0%)	62	(17.7%)	[0.9%]
病理	114	(1.4%)	25	-	(21.9%)	[0.3%]	-	-	49	(0.7%)	7	(14.3%)	[0.1%]
臨床検査	6	(0.1%)	3	-	(50.0%)	[0.0%]	-	-	1	(0.0%)	1	(100.0%)	[0.0%]
救急科	267	(3.2%)	58	(58)	(21.7%)	[0.7%]	69	40	177	(2.5%)	30	(16.9%)	[0.4%]
形成外科	163	(1.9%)	50	(50)	(30.7%)	[0.6%]	55	35	166	(2.3%)	44	(26.5%)	[0.6%]
リハビリ	75	(0.9%)	21	(21)	(28.0%)	[0.2%]	22	6	33	(0.5%)	9	(27.3%)	[0.1%]
総合診療(※2)	184	(2.2%)	13	-	(7.1%)	[0.2%]	-	-	-	-	-	-	-