



# 全日病NEWS

2024  
1.1/15合併号  
No.1047

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

## 賀正



**2023年1月27日** 政府は新型コロナの感染症法上の位置づけを5類にすることを発表した。



**2月16日** 厚生労働省の医療介護総合確保促進会議が総合確保方針を大筋で了承。



**3月17日** 全日病など医療・介護関係10団体が物価高騰への支援を政府に要望した。



**3月25日** 全日病の臨時総会で猪口雄二会長が4期目の会長職を目指す意向を表明。



**5月12日** 参議院本会議で全世代対応型社会保障制度改革法が可決され、成立。



**6月2日** 政府の医療DX推進本部が診療報酬改定の後ろ倒しを含む医療DXの工程表を決定。



**6月17日** 全日病の定時総会で猪口雄二会長が4期目の続投を決める。副会長5名も続投。



**9月29日** 2024年度診療報酬改定の基本方針策定に向け医療保険部会等で議論が進む。



**10月14・15日** 「未来の子どもたちへ」をテーマに全日本病院学会in広島を開催。



**11月6日** 全日病など医療関係8団体と厚生労働省がポストコロナ医療体制充実を宣言。



**12月4日** 国民医療推進協議会が2024年度同時改定に向け、総決起大会を開催。

<b>本号の紙面から</b>	
年頭所感 武見敬三厚生労働大臣 松本吉郎日本医師会会長	
副会長・常任理事のご挨拶	2・3面
迫井正深医務技監と猪口雄二会長が対談	4・5面
親子で語る民間病院の事業承継で座談会	6・7面
2024年度診療報酬改定の改定率は0.88%	8面

## 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2024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月の定時総会において、4期目となる会長職に再任をいただきました。その際に、組織全体の刷新を踏むための2年間とさせていただき、次の世代に向けての体制整備を進めていきたいと申し上げました。そのことについてはまだまだ道半ばではございますが、会員の皆様方のご意見を踏まえつつ、引き続き取り組んでまいりたいと存じます。

昨年を振り返りますと、5月に新型コロナウイルス感染症が5類感染症へと移行し、新型コロナウイルスについては社会全体が一定の落ち着きを取り戻していく中で、病院経営においては、コロナ前と比較して患者数が減少傾向にあり、さらには食料料費・光熱費をはじめとする諸物価の高騰、政府による賃上げ要請への対応など、非常に厳しい経営環境であったと改めて思うところです。

さて、本年は、医療機関の経営状況を大きく左右する医療・介護・障害のトリプル改定があり、同じく病院運営に多大な影響を及ぼす医師の働き方改革がスタートします。また、かかりつけ医機能については、医療機能情報提供制度の刷新とかかりつけ医機能報告の創設に向けた検討が進められます。全国医療情報プラットフォームの構築や標準的電子カルテの開発などの医療DX関連の施策も急ピッチで進められる予定です。変化のスピードは年々早まっているように感じます。

医療提供体制を取り巻く状況が大きく変わっていく中で、我々が取り組むべき課題は引き続き山積しています。全日病としても組織をあげて、日本医師会や他の病院団体と協同し、引き続き様々な課題に対応していく所存です。

当協会の事業活動の柱でもある様々な研修事業は、コロナ禍を経て、従来の集合形式から多くの研修会がオンライン開催を軸とするようになりました。研修参加者の皆様方

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二



からも一定の理解を得て、かなり定着してきたように感じております。今後とも、会員の皆様方のニーズに合った、質の高い研修事業を行ってまいりますので、各種研修会へ是非ともご参加いただければ幸いです。

また、2019年より開始した技能実習による外国人材受入事業については、昨年、政府の有識者会議において、現行の技能実習制度を発展的に解消し、人材確保と人材育成を目的とする新たな制度が創設されることになりました。現在、当協会ではベトナム及びミャンマーからの介護人材の受入を行っておりますが、引き続き政府の動きを注視しつつ、特定技能制度の活用、新たな制度による受入の準備も並行して進めてまいります。介護人材不足は全国の医療機関で共通の課題であると存じます。会員病院の皆様方には是非とも全日病の受入事業を積極的にご活用いただきたいと存じます。

昨年10月には、大田泰正学会長のもと、第64回全日本病院学会in広島が「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!～」をテーマとして、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、盛会裏に行われました。本年9月には、京都府支部長である清水鴻一郎学会長のもと、第65回全日本病院学会in京都が「地域医療構想前夜～嵐の中の航海 羅針盤を求めて～」をテーマとして、京都市で開催されます。会員の皆様方からの多数のご参加を心よりお願い申し上げます。

全国の病院数は昨年9月末時点で8,125と年々減少しておりますが、当協会の会員数は、昨年11月現在で2,564を数え、引き続き日本で最大の病院団体でございます。

新たな時代を見据えて、健全な病院経営、質の高い医療提供体制を構築するために、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。



## 2024年 年頭所感

厚生労働大臣 武見敬三

明けましておめでとうございます。本年も皆様健康に一年を過ごすことができますよう祈念いたします。

まずは、新型コロナウイルス感染症への対応について、多くの医療従事者の皆様に献身的な御尽力をいただきましたことを、心から感謝申し上げます。

現在、通常の医療提供体制への移行に向けて取組を進めるとともに、次なる感染症に向けての御準備を行っていただいているところであり、昨年11月には、医療界の皆様と共同で「ポストコロナ医療体制充実宣言」を策定いたしました。

本年は、医師の時間外・休日労働上限規制の施行やかかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討、診療報酬・介護報酬の同時改定も控えております。これらにつき必要な準備を進めるとともに、将来においても質の高い医療サービスを継続的に提供できるよう、人口構造の変化を見据えつつ、医療界の皆様とともに、地域医療構想の推進、医療従事者の働き方改革、医師の偏在対策などに、一体的に取り組んでまいります。

国民の皆様へ安全・安心な医療を提供できるよう、本年も医療関係者の皆様のより一層の御理解と御協力をお願い申し上げ、年頭の挨拶とさせていただきます。



公益社団法人 日本医師会会長 松本吉郎

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、健やかに新年をお迎えになられたこととお慶び申し上げます。

令和6年度診療報酬改定につきましては、今後4つの視点を基に行われることとなりますが、今回より施行時期を変更することに伴う課題の解決に向けても取り組んで参ります。

また、本年4月からは医師の働き方改革の新制度が施行され、医師の時間外労働の上限規制が開始されます。医師の働き方改革では、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」の三つの重要な課題にしっかりと取り組むことが重要です。日本医師会は、厚生労働省から指定を受けた医療機関勤務環境評価センターの業務を中心に医療機関及び勤務医の先生方を支援して参ります。

医療DXに関しては、日本医師会が目指す「国民・患者の皆様への安心・安全でより質の高い医療提供」と「医療現場の負担軽減」の実現に資するものでなければなりません。政府に対しては、サイバーセキュリティ対策も含めた、医療DXに掛かるコストに対する公的支援の拡充、並びに現場の負担軽減に向けた取り組みと情報発信を引き続き求めて参ります。

新しい年が皆様にとって充実した幸多き年となりますことを祈念申し上げ、年頭に当たってのごあいさつといたします。本年もどうぞよろしく願い申し上げます。



## 2024年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 織田正道

明けましておめでとうございます。

四年振りに制限のない平穏なお正月を迎えました。新型コロナウイルス感染症が完全に収束したわけではありませんが、社会的にはポストコロナに向けて確実に動き出しています。医療界においても、2024年は、診療報酬をはじめとしたトリプル改定、さらには第8次医療計画、医師の働き方改革など目白押しです。この時代の大きな変革に対して、全日病では民間中小病院の視点に立っての対応策を情報発信するだけでなく、多岐にわたる課題解決に向けての研修会も開催しています。これらの取組が会員病院の健全経営の一助となれば幸いです。それでは会員の皆様と共に、希望に満ちた一年になりますことを祈念して、年頭のご挨拶といたします。



副会長 安藤高夫

新年あけましておめでとうございます。

今年には診療・介護・障害福祉サービス等のトリプル報酬改定が行われるとともに、第8次医療計画や医師の働き方改革などがスタートします。医療を取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、会員病院の医療と経営の質が向上するよう取組を行っております。

引続き日本の医療・介護を支える皆さまの「現場の声」を各所にしっかりと届けるとともに、医療政策や社会保障政策に全力で取り組んでまいります。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、総力戦で乗り切りましょう！ 本年もご指導のほどよろしく願いします。



副会長 美原 盤

明けましておめでとうございます。

本年は、医療、介護、障害福祉サービスの診療報酬トリプル改定の年です。武見太郎先生は「医療とは医学の社会的適用である」と定義されました。その意味から診療報酬制度とは医療のあるべき姿を示す指針であると考えています。コロナ禍や物価高騰を経験し、現在、病院運営は極めて厳しい状況ですが、私たち医療者は制度を理解し、自分がやりたい医療ではなく、社会が求める医療を提供しなくてはならないと思います。このような状況下だからこそ、全日病は、適切な医療提供体制の構築に向けて、果たすべき大きな役割があるのだと認識しております。本年もよろしく願い申し上げます。



副会長 中村康彦

明けましておめでとうございます。

今年には、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、そして医師の働き方改革、第8次医療計画と様々なことが同時に行われる年となります。

更には、医療DXの推進、2040年を見据えた全世代型社会保障制度の構築などコロナ禍で止まっていたものが、目まぐるしい速さで動いていきます。一方、ポストコロナの対応が続く中で、医療・介護分野へのコロナ関連補助金も削減され、人件費増、物価高騰による材料費や水道光熱費の増加と病院経営が年々厳しさを増しています。医療界にとって試練の年だからこそ会員病院の皆さまと一致団結し、この難局を乗り越えていきたいと思っております。本年もよろしく願い申し上げます。



副会長 神野正博

あけましておめでとうございます。

日本の経済、政治、そして世界経済、地球環境、紛争の勃発などダイナミックに仕組みと制度、秩序が変わりつつあります。加えて、ますます深刻化する日本の少子高齢・人口減という人口構造の変化もひしひしと感じるようになりました。

グローバル化の掛け声とは裏腹に、個々の国、地域の課題が多様化し、統一した考え方は成り立たなくなっていくかもしれません。そういった意味で、地域に密着した医療の場では、その地域ごとの課題解決が求められていくと思われまます。縮小や撤退することも必要な選択肢です。しかし、われわれは下を向くことなく、明るく楽しく前向きに、地域を仲間を引っ張っていきたいものです。



## 高齢者救急受入れの新たな入院料を提案

厚生労働省は12月15日の中医協総会(小塩隆士会長)に、2024年度診療報酬改定に向けて、高齢者の救急患者に対応するため、新たな入院料を念頭に、「必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価すること」を論点として提示した。

これまでの議論で、急性期入院医療の機能分化の観点を含め、高齢者救急の受入れ先として、看護配置7対1の急性期一般入院料1ではなく、地域包

括ケア病棟などでの受入れを推進することを模索する議論が行われてきた。しかし、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置では、高齢者の救急搬送を十分に受け入れることは難しいとの意見が出ていた。このため、高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を新たに類型化して評価することが課題となった。

例えば、急性期一般入院料4(10対1)と地域包括ケア病棟入院料1(13対1)の間に、新たな入院料を設けるイメージとなる。

これに対し、診療側から「包括的な評価を設定するのなら、施設基準や点数を確認し、そのような機能が担える水準であるのかを確認したい」(太田圭洋委員・日本医療法人協会副会長)との意見が出た。支払側の健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「急性期病棟にも地域包括ケア病棟にも高齢者救急受入れにおける課題がある。10対1を想定し、包括的な機能を発揮する病棟が必要」と賛意を示した。

12月20日の中医協総会では、医療機関と高齢者施設との連携などに関する

論点が示された。

高齢者施設の協力医療機関の医師が、入所者の病状の急変時に施設の職員などから求められた往診を行い、必要があれば入院を受け入れることを評価する提案に、診療側は賛成し、支払側も一定の理解を示した。

ただ、介護保険施設が定期的に開催する入所者の情報共有を行う会議への参加を要件化することには、日本医師会常任理事の長島公之委員が難色を示した。「協力医療機関と介護保険施設が同一法人・関連法人である等の特別の関係にある場合は除く」という要件に、太田委員は慎重な検討を求めた。



# 2024年 謹賀新年

## 全日本病院協会 常任理事(50音順)

常任理事 学術委員会委員長 池井義彦

明けましておめでとうございます。

COVID-19感染は、5類相当に変更となり、社会活動も活発となりました。今年度は様々な改革が行われる年であり、最も心配なのは、診療報酬がどのようになるかだと思います。また、働き方改革施行後の影響も心配されます。

今年も、会員への情報発信、行政との話し合い等使命を果たして参りたいと存じます。

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や看護部門長、コメディカルの多職種協働のための研修を行ってきました。

本年は再編して、職種を問わず、経営管理者と部門責任者向けの研修会を行うことを検討しております。

本年もご指導よろしくお願い致します。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年明けましておめでとうございます。ポストコロナで患者減、物価高、人件費高、診療報酬引き下げ、医師の働き方改革など戦後最大の経営困難な状況です。執行部を支え、会員病院の経営に資するように活動いたします。本年もよろしくお願い致します。

常任理事 医療の質向上委員会/医療安全・医療事故調査等支援担当委員会委員長 今村康宏

新年明けましておめでとうございます。平素よりのご厚情に心より感謝申し上げます。全日病で培ってきた医療安全、医療の質向上、そして医療事故調査制度への対応についての知見を、着実に継承・発展させて参ります。本年も何卒ご支援とご指導を宜しくお願い致します。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 大田泰正

新年明けましておめでとうございます。全日本病院学会in広島では、各方面からご支援いただき、ありがとうございました。改めてお礼申し上げます。また病院のあり方委員会では、昨年に引き続き病院を取り巻く諸問題について、取り組んでまいりたいと思います。本年もよろしくお願い致します。

常任理事 大橋正實

新年明けましておめでとうございます。30年以上全日病にお世話になっていますが、いよいよ私達の年代の役員が今年度限りで退き、若い新しい世代の先生方と交代する時期となりました。診療報酬改定の結果如何では医療界に激震が走る可能性もあり、全国の病院の団結が前にもまして必要になりそうです。今年も宜しく願い申し上げます。

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。コロナ禍で資格保留となった方への、AMAT隊員再認定研修を特別企画させていただいたところ、多くの申し込みをいただきましてありがとうございました。本年もAMATへのご協力をよろしくお願い致します。

常任理事 木村 厚

全日病会員の皆様、明けましておめでとうございます。

病院機能評価委員会の事業としては、病院機能評価受審支援事業・そのモデル事業・支援セミナー・全日病学会参加等です。特に全日病の会員に多い200床以下の病院を対象に支援を行っています。是非、機能評価にお申し込み下さい。

お待ちしております。

常任理事

若手経営者育成事業委員会委員長 甲賀啓介

明けましておめでとうございます。昨年は久しぶりに若手の皆様とface-to-faceでお会いすることが出来ました。今後も若手育成事業を通じて、実りある研修を行いネットワークを広げていきたいと思っております。本年もご指導のほどよろしくお願い致します。

常任理事 医業経営・税制委員会委員長 須田雅人

明けましておめでとうございます。医業経営・税制委員会では医療を安心して進められるための予算概算要求と税制改正要望を中心に、四病協役員と共に議論を重ね、今年も政治と行政に訴えてまいります。また、今年も、税制セミナーや臨床研修指導医研修も開催を計画します。

常任理事 田蔭正治

明けましておめでとうございます。諸物価高騰・賃上げ・働き方改革等への対応が急がれます。本年はトリプル改定がありますが、社会保障費の堅持を目指して全日病の所属委員会活動や県支部長として県行政との意見交換会を進めて参ります。

本年もよろしくお願い致します。

常任理事

医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

少子高齢化の一つの区切りとなる2025年を間近とし、今年同時改定(診療報酬は6月後ろ倒し)を迎えます。我々は果たしてこの改定で、地域医療を守ることが出来るのか?当委員会では、しっかりと改定内容を精査し、皆様に有益な情報を提供してまいります。

常任理事 徳田禎久

新年明けましておめでとうございます。

今年も同時改定もあり、又、厚労省からも近未来の医療提供体制に対する新しい方向性が示されています。

我々の協会でも先を読んだ取り組みが必要になるかと思われま。

今年も宜しく願い致します。

常任理事 中尾一久

明けましておめでとうございます。

看護師特定行為と在宅医療を担当しております。今後高齢者施設を含めた在宅診療を進めていく中で、看護師特定行為修了者の育成・活用が重要と考えております。本年も何卒よろしくお願い申し上げます。

常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂

人間ドック指定事業は、日帰り施設が413となりました。人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存です。

本年も宜しく願い申し上げます。

常任理事 細川吉博

新年明けましておめでとうございます。今年は診療報酬改定など変化の年です。様々な事例につきましては全日病の各委員会を通じた活動が、会員病院にとってさまざまな場面で役立ちます。どうか研修会など積極的に活用していただき、この変化を乗り切りましょう。本年もどうぞよろしくお願い致します。

常任理事

プライマリ・ケア検討委員会委員長 牧角寛郎

明けましておめでとうございます。委員会では、認知症研修会・MSW研修会・総合医育成事業さらに病院の行う在宅医療研修会を全日病の考えるかかりつけ医機能研修会に衣替えし4番目の事業として発展・充実していく予定です。本年もよろしくお願い致します。

常任理事 広報委員会委員長 宮地千尋

明けましておめでとうございます。

広報委員会では、全日病ニュースやホームページの充実、医療DX人材育成プログラムの継続を通して会員に役立つ情報を発信し会員病院を増やしていきたいと存じます。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

常任理事

個人情報保護担当委員会委員長 山田一隆

謹賀新年、心新たに佳き元旦をお迎えの事と思っております。本年4月より「医師の働き方改革」が施行されます。その目的は、労務管理の徹底・労働時間の短縮による医師の健康確保です。医師不足、人件費増、医師間で働き方の格差などが問題ですが、これらに対ししっかり対応して参りましょう。

常任理事

国際交流委員会委員長

外国人材受入事業担当役員 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座学に加え施設見学も再開されて、円安の厳しさを感じつつも、有意義な研修となりました。外国人材受入事業は、技能実習制度が「育成就労」へと改変されることが有識者会議から示され、対人業務への配慮の欠落が問題となっており、高度人材の育成を志向しつつ、経過を注視する1年となりそうです。

## レケンビ点滴静注の薬価収載を了承

中医協総会

最適使用ガイドラインで投与体制、医師要件など明示

中医協総会(小塩隆士会長)は12月13日、認知症治療薬のレケンビ点滴静注(成分名レカネマブ(遺伝子組換え))の薬価収載を了承した。算定薬価は200mg/2mL1瓶が4万5,777円、500mg/5mL1瓶が11万4,443円。原価計算方式で算定し有用性加算(Ⅰ)の45%が適用された。年間薬剤費は約298万円と推計。費用対効果評価の対象にもなった。適用日は12月20日。

レケンビの効能・効果は、アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制で、脳内アミロイドβの減少を薬理作用とする。2週

間に1回10mg/kgを注射。年間26回とすると、体重50kgの人で約298万円となる。市場規模は初年度が400人(2023年度)、9年度目に最大の3.2万人、986億円に達すると予測した。

最適使用推進ガイドラインと保険適用上の留意事項通知も了承した。

投与対象となる患者は、◇認知機能評価MMSE(ミニメンタルステート検査)スコア22点以上◇臨床認知症尺度CDR(臨床的認知症尺度)全般スコア0.5または1ーなどを満たした上で、アミロイドPETまたは脳脊髄液(CSF)検査により、アミロイドβ病理を示唆

する所見が確認されていることが求められる。

投与施設は、初回から6カ月は同施設とし、認知症疾患医療センターなどアルツハイマー病の病態を熟知し、認知症疾患の診断・治療に精通する医師が責任者として配置され、必要な検査体制などを備えている必要がある。

治療の責任者として複数名の常勤を求めている医師要件では、日本神経学会、日本老年医学会、日本精神神経学会、日本脳神経外科学会のいずれかの専門医認定を有し、10年以上の認知症疾患などの臨床経験があることや、

ARIA(アミロイド関連画像異常)に関するMRI読影の研修を受講していることなどを定めた。

レケンビは高額薬剤の位置付けで、費用対効果評価の対象。今回、特例的な対応が検討された。具体的には、価格調整において、「ICERが500万円/QALYとなる価格と見直し前の価格の差額を算出し、差額の25%を調整額」とする。ICERは費用対効果を測る指標で、値が低いほど効果が高い。レケンビのICERの値が高いほど減額の調整額が大きくなる。ただし、調整後の価格の下限(引下げの場合)は価格全体の15%以下、上限(引上げの場合)は価格全体の10%以下とした。

製造販売業者が介護費用を分析に含めることを希望した場合に、中医協で検討する際の取扱いも整理した。



# 医療と介護のニーズをあわせもつ高齢者の増加 ADLを高める方向での対応を診療報酬で後押し

2024年の新年号では、「2040年を見据えた病院経営」をテーマとし、厚生労働省の迫井正深医務技監(写真左)と全日病の猪口雄二会長(写真右)の対談を行った。医療を取り巻く環境が厳しさを増している中で、地域医療を守るために病院に求められているものは何かについて語ってもらった。医師の働き方改革、診療報酬改定、中小病院にとってのかかりつけ医機能、地域医療構想について具体的な議論があった(取材日は2023年12月6日)。

## 医師の働き方改革が始まる 2024年度は序幕との位置づけ

猪口 医師の働き方改革への対応についてから議論を始めます。

法律上の取扱いはすでに決まっていますが、2024年度から医療機関としては、それを遵守しなければなりません。特例水準であるB水準(時間外労働の上限が年間1,860時間)の申請が現状で500病院ぐらいたとえています。特例水準であっても、大学病院などが上限時間内に勤務医の時間外労働時間が収まるよう労務管理をした場合に、大学病院などからのアルバイトの医師に頼っている病院が、今後も医師を確保できるのかということへの心配がまだあります。

実際に大学病院の関係者に話をきくと「難しくなるかもしれない」との声もあり、二次救急医療体制など地域医療の維持ができなくなってしまうのではないかと懸念が払拭できていません。



迫井 医師の働き方改革というのは勤務医の長時間労働の是正が直接的な目的ですが、医師をどう育てるかということを含む積年の課題です。具体的にいうと、医師は医学部を卒業して医師免許を取得し、臨床医としてスキルを磨きながら学んでいきます。成長のプロセスはOJT(On the Job Training)であり、働く部分と学ぶ部分が混然一体となり、今日に至っています。

働き方改革に関しては、すべての職種において、日本社会として長時間労働を是正し、働き方を変えていかなければならないという基本方針が打ち出されました。それがきっかけであるとしても、やはり現場の医師の働き方というのは、限界を超えつつあるのではないかと、という問題意識が現場にはずっとあって、今回の局面を迎えている

のだと考えています。

解決が難しいことは理解しています。臨床医を育てるに当たって、大学医局を中心に医師が配置され、トレーニングを積むのだけど、誰が労務管理をするのか、誰が給料を払うのか、誰が財源を工面するのかといった問題も複雑に絡まりあっています。

そんな中で、法施行を2024年度に控え、目の前に来ているという状況ですが、施行は医師の働き方改革の序幕であると思っています。

つまり、施行は2024年度からですが、そこで完成しているというわけではなく、実際に動かしてみても、地域医療が確保され、ちゃんと回っているかを確認していきます。実際に動かしてみないとわからないことは正直あります。何かあっても改善・修正して前に進めていくという認識です。

施行に向けて、地域医療を確保するという難しいミッションを達成するために、みんなが努力しています。そのこと自体の認識は浸透していると考えており、それぞれの病院がご自身の状況を点検していることと思います。

猪口 全体としては仰るように理解していますが、個別では難しい状況が生じていると思います。直前にならないと派遣元の医師の確保が確認できないということも少なくないようです。

迫井 人の配置の問題ですので、すぐに決めるのが難しいことはわかります。それでも、各病院がどの時間外労働上限の水準が適用されるのかなど、全体の状況がわかれば、ここがエアポケットになりそうであるとか、ここは何かかなりそうであるとか、地域医療の状況を確認できます。これについては、都道府県の役割に期待するところです。

厚労省としては、施行までの準備を丁寧に進めてきたつもりですが、最初は認識の違いもありました。今はかなり歩調が合ってきたと感じています。問題意識の共有もできてきていると思っています。

猪口 確かに懸念が強かった宿日直許可の取得も相当進み、準備としてある程度のところまで行ったことはその通りです。ただ、やはりまだ心配はいろいろとあります。

例えば、地域の救急医療体制の変化として、夜中の救急で宿日直許可を得ていない交代勤務の病院への搬送が集中する可能性があります。そうすると、医療機関が連携し早期に転院搬送する仕組みができていないと受け入れが難しくなると思います。

また、B水準を取得しない大学病院の行動がどうなるか。大学病院では、労働時間と自己研鑽の時間をどう整理するかが難しいという課題もきいており、その整理により労働時間が相当変わることを考えると、やはり医師の働き方改革は動き出してみないとわからないことが多いと考えます。



迫井 その通りだと思います。まだ、図上訓練の段階であり、実際に動かしたときに、複数が動き相互に関係するので、何が起きるのか連鎖反応により初めてわかるということはありません。そのため、準備できることは一生懸命やりつつ、弾力的で迅速な対応をする部分も合わせて考えています。

猪口 新臨床研修制度以来、若い医師の考え方はだいぶ変わってきたという印象も持ちます。昔のようにがむしゃらに働くという感じではなく、その意味でも、激変は起こらないのかもしれない。ですが、2024年4月に完成形になるわけではないので、いろいろと調整しながら進めていくということは理解しました。

ただ、もし地域医療の確保が厳しいという事態が生じれば、この部分はしばらく厳しくしないでおうというように話は出てくるでしょう。

迫井 そのような対応をしたとしても施行が先に延びるだけです。2024年4月というのは準備期間を考慮し施行時期を遅らせた上での期日設定であり、特例水準も設けました。基本はそれをちゃんと運用することではないでしょうか。序幕を予定通りきちんと開けることから始めるべきだと思います。

## 物価高騰・賃金上昇への対応必要 過去の経緯からみて特異な改定に

猪口 2024年度診療報酬改定については、物価高騰・賃金上昇への対応が急務です。岸田政権が政府をあげて賃上げ要請を行い、2023年の春闘の賃上げ率は3.58%となりました。しかし、医療従事者の賃金をその水準まで引き上げることは、現状で多くの医療機関にとっては無理な状況です。賃上げに十分に対応できないと、他産業に人材が流れていってしまいます。

迫井 医療界として、これまでも声を上げて頂いていますが、物価高騰・賃金上昇など近年生じていなかったことが起きているとの現状認識は、政治・行政としても共有していると思います。では、それにどう対処するかということとは極めて難易度の高い課題であり、まさに今、関係者が努力しているところです。

逆にいうと、これまで物価も雇用も安定し、物価や人件費の変動が一定範囲に収まっていたので、診療報酬を安定的に運用することができてきました。それが極めて難しい局面になっている。これまで当たり前だったことが今の難しさに直結している。その意味で、今回の診療報酬改定は過去の経緯からみて特異なものです。

猪口 日本では物価のデフレーションが30年続き、その前はインフレーションがあり、診療報酬がすごく上がる時期もありましたが、この30年は経済としては異常だけど、診療報酬改定としては安定的な運用ができたということですね。今回の特異な状況において、地域医療を確保できる水準の診療報酬改定が行われることを切に願います。

また、2024年度改定については、高齢者救急への対応が大きな課題となっていますので、それについておききます。若い人であれば救急車の必要はないが高齢者であれば必要な場合があります。例えば、腰椎の圧迫骨折や尿路感染症であるとか、発熱があり歩けない状態になって、救急車を呼ぶ。その後どこに搬送するのが適切であるのかということが議論になっています。

高齢者救急は多様です。三次救急医療機関での対応が適切な場合もあれば、そうでない場合もある。若い人であれば必要なくても、高齢者であるからこそ緊急入院しなければならない場合がありますが、その必要性を救急現場で即座に判断することは難しい。高齢者救急の増加に適切に対応するために何が求められていると考えていますか。

迫井 この問題は2024年度同時改定に向けて中医協などでかなり議論されている内容だと承知しています。

高齢者救急の難しさとして、医療・介護のニーズをあわせ持ち、かつその状態が急激に変化し得る患者を対象としていることや、医療を充実させると介護が手薄になるといったトレードオフの関係が生じがちであるという問題があります。

急性期医療に特化した医療機関は医療資源投入量が多く、看護力も機材も整っていますが、高齢者が入院すると、相対的に介護的なケアが行き届かず、ともすれば寝かせきりにしてしまいま



# 中小民間病院が持つアドバンテージを活かし 地域の実情に応じニーズに合わせて存在を変える

す。ADLを高める方向で、早期に退院や転院をさせて、リハビリテーションなど回復期にシフトさせるべきです。高齢者の入院施設では、それが求められますが、病院としては「まだ急性期病院でいたい」という気持ちがあり、ジレンマに陥っている実態があると思っています。

病院が提供できる医療機能と必要とされる医療機能にミスマッチが生じており、そのバランスの取り方において、非常に高度なオペレーションが求められています。言葉で「連携」というと簡単なのですが、その言葉に含まれている意味の難しさを医療・介護の関係者は抱え込んでいて、そこでどのような工夫ができるかということが問われているのだと思います。

**猪口** 高齢者救急において二次救急医療機関が果たす役割は大きいと思います。救急搬送を受け入れてきちんと診断し、必要に応じて、適切な医療機関に転院搬送させる機能が非常に重要になってきます。

**迫井** そうですね。やはり転院搬送先の地域包括ケア病棟などは、高齢者のケアに慣れていて、経験値の高いスタッフがいて、早期離床・リハビリテーションによりADLを高める方向に動かしてくれるでしょう。一方、急性期にフォーカスを当てすぎると疾患を治療することが優先されてしまう。そのあたりのバランスは現場に委ねるしかないのですが、そこを応援、サポートする報酬体系が必要だと感じており、そのための議論が現在行われていると理解しています。

## 中小病院が担うかかりつけ医機能 地域の実情によりその「形」が変化

**猪口** 全日病は中小病院が多いので、かかりつけ医機能がある程度備えている病院がかなりあります。

2022年12月22日には、全日病として、かかりつけ医機能に対する考え方を示しています。具体的には、地域の診療所と協力しつつ、休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった二次救急機能や、在宅医療の提供とその支援機能、さらには介護施設との連携において機能を発揮する「かかりつけ医機能支援病院」を位置づけています。

ただ、その体制も地域の実情によってさまざまであると考えています。

**迫井** その通りだと思います。地域医療というのは、地理的に広い平野なのか山間地域なのか、居住環境がどうなっているのか、人口構造の違いであるとか医療以外の固有性があり、そのような地政学的な状況に合わせたテーラーメイドの医療提供体制を作る必要があります。

それに加えて、医療の提供体制は具体で有限で顔が見える世界です。類似の地域はあっても、その地域の病院、診療所の体制は唯一無二のものです。特に中小病院は診療所の機能もあわせ持っている場合があるでしょうし、在宅における連携でも幅があると思います。

中小病院が動ける幅は広くて、その幅の中で地域のニーズに合わせて「形」を変えることができますよね。民間病

院ならではの創意工夫、フットワークの軽さ、意思決定の速さに期待しています。

**猪口** 地域の中で、自分たちが一番役に立てることが何だろうということを考えることが大事です。ともすれば、「自分はこれを専門的にやってきたから、これを活かしたい」と考えてしまっていますが、それを活かすのにどこからどのように患者を集めてくるのか。

それは難しいし、それよりも、地域を見て何が必要とされているのかを把握して、それをできるようにすることが、今まで以上に求められています。それが、病院が生き残る上で絶対必要な発想になってきています。

**迫井** 私は医学生にお話をすることが多いのですが、強調していることは、医療というのは社会インフラであり、社会が求めていることに応えることが大事だということです。やりたい医療があるという気持ちはわかるけど、みんながやりたいことだけをやらばバランスが取れない。むしろ社会の要請に応える医師がいないと医療は成り立たない。そういう目で医療を見てほしいと思っています。

**猪口** 診療領域の専門性だけではすまない、ある程度幅広く診療できる医師の育成が求められていますね。全日病でも総合医育成事業を実施しています。まだそれほど人数が集まっているわけではなく、もっと宣伝する必要があるのですが、間違いなくニーズは大きくて、民間病院がそのニーズに対応することが求められていると強調しています。

**迫井** そのような事業では、知識を得ることよりも、地域を見て自分で何が必要かを考えて、それができそうなマネジメントを重視してほしいですね。それは経営にもつながるスキルですが、何より地域にコミットすることが大事な要素なのだと思います。その点でも民間病院にアドバンテージがあるのではないのでしょうか。

**猪口** これからはますます自分たちで考えて、病院を変えていかないといけないのだと感じています。

## 2025年以降の地域医療構想 在宅医療や介護の視点が重要

**猪口** 地域医療構想は2025年を目指した構想であり、2025年に一つの到達点を迎えます。その中で、うまくいかない部分がいくつか見つかかり、歪みも生じました。例えば、構想区域は人口2～3万人の区域から300万人を超える区域があります。これだけの違いがある中で、同じ考え方で医療提供体制を構想することには無理があります。

人口が20～30万人の区域であれば、病院が10程度であり、話し合いにより、医療機能の分化・連携も可能となりますが、その両端の区域では困難です。東京都だ

と一つの区域が大体150万人程で病院数は70～80施設あります。地域のニーズに応じて病院が機能分化するといっても、どうすればよいかわからないといったことを繰り返しました。

また、回復期機能とは何かということについて、まだ混乱が生じています。2026年以降の地域医療構想を構築するに当たって、どのように考えればよいでしょうか。

**迫井** 地域医療構想が、「病床削減」のイメージで報道され、注目を集めました。我々の伝え方にも課題があったとは思いますが、現場の医療関係者に対して「未来を見てほしい」という警鐘を鳴らせたことは、いろいろとご迷惑はかけましたが、第一歩として非常に意味のあることでした。

地域医療構想は本来、病床に限った問題ではなく、入院、外来、在宅医療、それに介護を含めて地域包括ケアの体制をどう構築するかということが本来のコンセプトでした。これから、本来の地域医療のあり方を考える段階によりやく来たという思いです。

ただ、数字を示すということはやはり重要で、病床について高度急性期、急性期、回復期、慢性期などの機能で区別して考えることは今後とも継続すると思いますが、単に数合わせをすることが目的ではなく、同じ認識の下で議論するための共通言語と捉えるべきです。この枠組みを活用することで、将来にわたって地域の人が安心できる体制を構築するという目的に向かって、時間軸を合わせて議論していくことができるようになります。

**猪口** 4機能について、医療関係者であれば、詳しいデータを見ることもできます。しかし、一般の方にとっては難しい。4機能よりも病院機能として表したほうが一般の方にはわかりやすいのではないかと個人的には思っています。

例えば、市区町村単位で地域包括ケアを担う回復期を含めた急性期病院や、二次医療圏単位で二次救急を担う急性期病院、高度で総合的な医療を担う高度急性期病院などが考えられます。コロナであれば、高度急性期病院ではエクモやレスピレーターに対応できる病院ということになります。病院の類型として機能を示すことが必要ではないのでしょうか。

**迫井** この点について、3回の同時改定の議論を経て、私は少し違う考え方を持っています。



病院の類型として機能を示すことはできないかもしれないかもしれません。しかし、それはどちらかというと、医療提供者側の目線だと思います。結局、同じことをいっているのかもしれませんが、見せ方が反対になっているような気がします。

例えば、この地域で脳卒中になったら、最初は急性期の治療を受け、その後、別の病院等に転院するといった流れがあります。患者を起点にすると、一連の流れの中で、疾患や状態に応じて必要となる医療がどこでどのように提供されるのかといったことが重要になるのだと思います。一方、病院関係者にとっては、その医療をどこの施設で受けるのかという施設選択の視点が重要になるのだと思います。

**猪口** 病院類型がはっきりしていると、救急搬送の際にも救急隊も搬送先が明確になります。ミスマッチを防ぎ、適切な医療機関に搬送されることにつながると思います。

また、2025年以降の地域医療構想を考えるに当たっては、入院医療だけでなく、在宅医療や介護との関係がより重要になってきます。超高齢社会で、医療と介護の両方のニーズをあわせ持つ患者が増え、在宅医療や介護施設等で受け入れることのできるサービス量の情報を同時に把握しないと、全体の需給関係を捉えられません。

**迫井** 全く同感です。地域包括ケアの体制をどう作るかという全体の議論が重要になります。2024年は節目の年ですが、こうした議論が行われることになると思います。

**猪口** 本当に、2024年は節目の年でありすぎます(笑)。今日は貴重なお話をありがとうございました。





# 地域医療を守るために病院を継承

浜脇 全日病では若い世代の経営者への事業承継が進んできています。そこで広報委員会では新年を機に、民間病院の事業承継について経営者親子に語っていただく企画をスタートします。その第一弾となる今回は、社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院の横倉義武理事長・横倉義典院長と、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正博理事長・神野正隆理事長補佐の二組の経営者親子にご議論いただきます。

## “手術の名手”の次男が継ぐ

高橋 横倉義武先生と神野正博先生は、お二人ともお父上から病院を承継されています。まずお二人がどのようにして病院を継いだか、お聞かせください。

横倉義武 私の父の横倉弘吉は1945年に高田村中央診療所を開設し、その後、高田町で横倉病院を開きました。兄は病院を継がなかったので、次男の私が継ぐことになりました。

私は久留米大学大学院で学び、ドイツへの留学も経験しました。“手術の名手”と呼ばれていたのです。臨床を続けたいという思いもありましたが、誰かが地域で医療を守り、行政との折衝をしなければならぬと思い、病院を継ぐことを決めました。

ヨコクラ病院は人口約1万2千人ほどの小さな町にあるので、町独自の行政のやり方があり、医師会と行政がいつも折衝をしながら町民の健康教育などを行っていました。町の開業医が順番に町民への行事を担当するのです。私はその中では一番若かったのですが、父の築いてくれた基盤はあったとはいえ、わがままを言う開業医と行政をつなぐことに苦労しました。

## 保証人のハンコが“見えない鎖”

神野正博 私は病院経営者としては3代目です。祖父の神野正隆が1934年に神野病院を創立し、父の神野正一が2代目の病院長となり、私が1993年に継ぎました。

私は、大学は東京の日本医科大学に通っていました。日本医科大学に残ったほうが楽しく過ごせたかもしれないけれど、金沢大学の医局に入り、大学院を修了して助手になりました。

当時、金沢大学に優秀な後輩がいました。国立大学のポジションには定員があったので、自分が助手を退かなければ、後輩は上がっていきません。彼は医師の子弟でもなかったから、私が助手をやめて病院を継ぎ、そのポストに後輩を引き上げるのが世のためになると思ったのです。

同時に、父が年齢を重ねていたのです。そろそろ病院に帰らないと父が苦労す

## 出席者(文中敬称略)

社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院理事長、日本医師会名誉会長 横倉義武

社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院院長・副理事長 横倉義典

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院理事長、全日病副会長 神野正博

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院理事長補佐 神野正隆

国際医療福祉大学教授、全日病広報委員会特別委員(司会) 高橋泰

医療法人社団おると会 浜脇整形外科病院理事長、広報委員会委員(司会) 浜脇澄伊



左から高橋教授、横倉義典院長、横倉義武理事長、神野正博理事長、神野正隆理事長補佐、浜脇理事長

るなという思いもありました。

そして、今では考えられないことかもしれませんが、当時は医学部を卒業するとすぐに自分のところに病院の事務長さんが来て、病院の借金の保証人として書類にハンコを押すように言うのです。年をとった父の代わりに、私は若い頃から、銀行や福祉医療機構からの借金の保証人になっていました。「あのハンコを押したのは自分だから、いずれ病院に帰らなければならない」と責任は感じていましたね。

横倉義武 私も若い頃からハンコを押しました。当時、理事長の子息が大学医学部に入ると、銀行はその病院にお金を貸してくれるのです。その子が医学部を出たら、保証人になれるから。

神野正博 そうですね。息子が医学部に入ったことを、身内以外で一番喜んでいたのは銀行です(笑)。

理事長になってから、医師個人が保証人になってハンコを押すのはおかしいと言いつけてきました。社会医療法人で、本来は個人ではなく法人が返すお金ですから。そのおかげで徐々に個人で押すハンコは少なくなりました。

浜脇 保証人になることが民間病院の事業承継のファーストステップになっていた面があるのですね。“見えない鎖”につながれる感じです。

神野正隆 私は、個人のハンコを押したことはありません。社会医療法人は、神野家のものではなく公器ですから、そこに神野のハンコを押すことはないですし、神野家の財産にもならないという理解です。

横倉義典 私の場合は、母に経営を教わりながら、ハンコをどんどん押しましたが、それは父のハンコでした。

## 病院の建て替えを機に帰国

高橋 それでは、横倉義典先生と神野正隆先生はどのようにして病院経営の道に入られたのでしょうか。

横倉義典 私は高校生の頃、県立高校

に通うために祖父母の家で暮らしました。その時に、家の中全体が医師の仕事のために動いているという感じだったので、医師をめざすのは自然なことでした。

父と同じ久留米大学医学部に入り、2009年にドイツのミュンスター大学に留学しました。向こうで手術の経験も積んで、充実した日々でした。留学先ではレジデントに残らないかと誘われたりして、当時の私にはさまざまな選択肢がありました。

その頃、父から、「病院の建て替えをするから、設計段階にも関わるように」と連絡を受けたのです。そこでドイツに残るのをやめて2010年3月に帰国しました。そのまま久留米大に戻る予定でした。ところが、その年の4月に父が日本医師会の副会長になってしまったのです。父がヨコクラ病院を不在にすることが多くなったので、常勤医として病院に戻るようになりました。父には時間がなかったのですが、病院経営についてはほとんど母から教えてもらいました。2014年に病院を新築し、2015年に院長を引き受けました。

## 病院経営のキーマンは母

浜脇 世界医師会長にまでなられた横倉義武先生を前にして恐縮ですが、横倉家のキーマンは奥様だったのではないのでしょうか。民間の中小病院の経営は家族全員で取り組まざるをえない“家内工業”ともいえる面があるため、どのような家族が経営者を支えているかということは、実はとても重要なところなんです。

横倉義典 おっしゃる通りだと思います。母は、結婚前は福岡市内の街中で暮らすお嬢さまでしたので、農村部の、実家よりは貧しい医師のところに来て、大変だったのではないのでしょうか。

横倉義武 彼女とは、私が20歳の頃に出会いました。彼女は18歳でした。

浜脇 恋愛結婚だったのですか。

横倉義武 はい、そうです。学生の頃に結婚しました。父もそうだったので、親子二代で学生結婚です。

彼女には感謝しかありません。私が病院を継ぐことになった時には、彼女は簿記の学校に通ってくれました。

横倉義典 私は学生結婚ではありませんが、大学を卒業してすぐに結婚しました。

浜脇 横倉家の秘密はそこにあるのですね。家のことを心配せずに経営に集中できる環境があったという。

神野先生の奥様も活躍されています。

神野正博 うちの妻は、病院のインテリアや建築などに活かすという、子育てがひと段落してから京都造形芸術大学に入りました。建築を学び、センスもいいアイデアをたくさん出してくれます。私が病院の外に出てばかりいるので、彼女は病院を守るために、病院の中の仕組みづくりをすることを仕事にしています。今、中期事業計画も彼女が中心となり、理事長補佐や本部長と一緒に作っているところです。

浜脇 奥様とはいつからですか。

神野正博 つきあい始めたのは学生時代です。彼女は東京の人だったので、石川県の地理を知る前に「病院のある七尾は金沢のすぐそばだよ」と言って誤解させて、連れてきました(笑)。

## 臨床と経営のはざまで葛藤

高橋 神野正隆先生はいかがですか。

神野正隆 「病院を継げ」と言われたことは一度もないのですが、周囲からの暗黙のプレッシャー的なものはずっと感じていました。

医師に憧れていたのですが、医師を目指すことに迷いはなかったのですが、医師になってからは、消化器内科医として1年でも長く、臨床の最前線で治療をしたいという思いを強くもっていました。今でこそ臨床と経営の両立こそが必要だと思っていますが、以前は経営をするようになったら臨床はで



横倉義武 理事長



横倉義典 院長



神野正博 理事長



神野正隆 理事長補佐



# スピード感ある判断が民間病院の強み

きなくなり、自分で患者さんを救うこともできなくなると思い込んでいました。ですから、「経営をしたくて医師になったわけじゃない」と心の中で反発する面もありました。

大学の医局の人事で、消化器内科医として恵寿総合病院に戻ったのですが、最初の1年はなかなか経営に興味もてませんでした。考えが変わったのは、国際医療福祉大学大学院で経営学修士(MBA)の勉強をしてからです。データをもとに経営を組み立てていくという講義があり、それをきっかけに組織マネジメントがすごくおもしろいと思えるようになりました。

それまで、病院のなかで定性的な、エビデンスに基づかない議論が多いことに違和感をもっていましたが、データを活用してみたところ、院内の仕組みが良くなったという実感がありました。組織全体の仕組みや働き方が変わること、職員と患者さんのメリットが増えていくことにやりがいを感じ、病院経営は自分の今後の人生を賭けるのに値すると思えるようになりました。



**神野正博** 彼がMBAの大学院に入って1年経つ頃から、データの活用に入力できるようになりました。私自身はデータよりも感性で経営してきたので、新たなフィールドを見つけてもらってよかったと思っています。

私自身、自分の父親とその周りにいた事務長さんたちに同じやり方では敵わないと思っていて、その頃新しく出てきたITを使って経営を進めようとしてきました。

**神野正隆** 父がこれだけアグレッシブにやってきたことを、自分が同じようにやるのは能力的に難しいと感じていたのが、高橋泰先生のところで、父とは違う方法で同じ道を歩んでいくことを教えていただいて、よかったと思っています。

## 臨床も経営も全部みる

**浜脇** 医療だけをやってきた医師が経営の課題を突破することは、難しい面もあると思います。そこを神野正隆先生はMBAで学ばれました。

横倉義典先生は、臨床を続けたいという思いと経営との間の葛藤はありましたか。また、経営の勉強はどのよう

にされてきたのでしょうか。

**横倉義典** 自分は、ヨコクラ病院に戻ったら臨床ができなくなるとは思っていませんでした。全部みてしまおうと思っていました。規模が小さな田舎の病院だから、ということがあるかもしれませんが。

経営の壁にぶつかると、それを一つひとつ乗り越えながら何とかやってきたという感じがします。

**横倉義武** 農村の医療は地域の信頼がなにより重要です。私の父が地域で信頼を得て、私もそれを継続できました。そして息子も継続できています。

**横倉義典** 父が日本医師会の活動で東京に通っていたので、自分にとっても東京が近くなりました。そのため、東京で開かれる研修会などによく参加して、経営のことを勉強してきました。

人間関係など、きっかけを父が作ってくれたという面もあります。

祖父や父から受けた恩恵を世に還元するために、地域医療をどう守るかということを考えていくのが私の使命だと思っています。

## 人口減少で今後は“撤退戦”

**高橋** 横倉家、神野家ともに病院の中の管理者としての権限継承は順調に進んでいるのかなと思います。どちらも社会医療法人になられていますが、この次の世代、お子さんへの病院の継承ということを考えますか。

**横倉義武** 今後、人口減少が進んでいきます。病院もダウンサイジングをしていかなければならないのですが、それは非常に難しい。孫にそれをやってくれというのかどうか…。

地域医療を誰かが守っていかなければいけないという思いはあります。社会医療法人にしたのは、横倉家がうまくできなかったとしても、誰かが病院をやってくれるようにという思いがあったからです。

**横倉義典** 社会医療法人になったおかげで、夜、眠れるようになりました。それまでは経営の不安で眠れないことも多かったのですが。

**浜脇** 時代の変化のスピードが速くなってきているので、以前なら10年かけて行えばよかったことでも、今は5年でやらなければならない。その中で病院経営を行うのは非常に大変なことです。私も娘に苦勞をさせたくない。

**横倉義典** ダウンサイジングは病院経営のなかで難しい判断です。ただ、福岡には大きな医療機関がたくさんあるので、無理にヨコクラ病院を維持しようと思ったところで無理なんです。ですから、地元に必要なとされる医療が維持できればよいかなと思います。そのとき、社会医療法人の維持が難しくなるかもし



れませんが、それはそれでいいかなと。

いまは本当に大変な時代ですよ。中医協で議論されている内容を見ると、ここ半年くらいで病院を改変しなければいけない。来年どうなるか、5年後がどうなるかすらわからない。コロナが起きて、想定が変わったという面もあります。

私には子どもが4人いますが、病院を子どもに継いでほしいとは全く思っていない。子どもたちが大人になったときに、病院が今と変わらずあるかということすらわかりません。一番上の子は医学部に行っていますが、経営より医師として生きる道を進んだほうがよいのかもしれないと思っています。



**高橋** 病院を建て替えるとき、今のよう状況になると想定していましたか。

**横倉義典** そうですね、病棟の改変などは、当時の私の想定範囲内で動いています。ここまで看護師や医師の確保が難しくなるとは思っていませんでしたが、最悪の状況でも、私と妻の医師二人で朝晩回診して、地域の人を診られる病院となっても維持できればと思います。

**神野正隆** 私のところにも子どもが4人いますが、子どもに病院を継いでほしいとは、今の段階では全く思いません。自分は周囲からの無言のプレッシャーのなかで苦しいときもあったので、子どもにその思いをさせたくはありません。もし子どもの誰かが継ぎたいと言ったときには、相当の覚悟と責任が必要で、断固たる意志があるのか確認したいですね。

社会医療法人ですので、その時に最も適切な人が病院を承継して、地域医療が維持できるのなら、それでいいと思います。

**神野正博** 人口減少の問題は、ひしひしと感じています。住民も減って、スタッフの確保も難しくなっています。攻めるときには楽ですが、撤退戦というのは難しいですね。すでに去年・今年と介護施設を少しずつ撤退していますが、関係者間の調整が難しく、つらいのです。いずれ病院についても撤退戦を始めなければならない。ここまで広げてきたので、思い切った撤退は、自分がやる責任があると思っています。

**浜脇** 自分の代で、できるところまで規模を縮小しようと思っておられる。

**神野正博** そうですね、県庁や市役所との調整能力は、彼より自分のほうがあるかなと思いますので。

**高橋** 大河ドラマ「どうする家康」の

大阪夏の陣のシーンを思い出します。家康が「徳川が汚名をきる最後の戦だから、秀忠ではなく自分が指揮も責任も取る」と。横倉先生はいかがですか。

**横倉義武** 私は、細かいことまで自分が決めず、若い人に判断させたほうがよいと思っています。自分のもつ人脈で十分にサポートしたいと思いますが。

**高橋** 神野家と横倉家は、年齢がちょうど一回り違うので、対応が違ってきますね。

## 素早く決断できるのが強み

**浜脇** 病院の経営だけでなく、公的な役割も果たしたいと考えていますか。

**横倉義典** 私はすでに医師会活動に参加しています。地域では、行政と折衝していかなければうまくいかない。行政の人に、医療現場の状況を伝えていかなければならないと思っています。

**神野正隆** 父が公的なものに関わることで得た知見により、病院で大きな改革を行ってきたのを見てきました。そのため、自分も最終的に公的な役割に関われる機会があれば、やりがいがあるだろうと思っています。

ただ、自分にとって一番大切なのは病院の職員とその家族ですので、そこをきちんとした上ですということは大前提です。

**高橋** 世界的にみると、日本の医療はコストパフォーマンスが高く、多くのサービスを低コストで国民に提供できています。それを支えているのが民間病院です。民間病院の良さはどこにあると思いますか。

**横倉義典** 方針を変更したり、新しいものを受け入れるための大きな決断をするときに、「責任は自分がとるのでこれでいこう」と素早く決断できるのが民間病院の良さです。公立病院はそれができないので、議論に時間がかかり、費用も人件費もかかってしまいます。

私は、「来月、報告できることなら、明日議論して、明後日に報告しなさい」といつも言っています。

他方、マイナスがあるとすれば、経営者に苦勞があることです。社会医療法人とはいえ、民間のエッセンスを残しており、経営の責任は強く感じます。

**神野正隆** 同感です。スピード感があることが民間病院の圧倒的な強みだと思います。自分も父もせっかちで、よい仕組みであれば明日にもやりたいと思うタイプです。

**浜脇** 最後に、事業承継を行う読者に対してメッセージをお願いします。

**横倉義武** 若い方たちに重荷を背負わせたくはない。だから、しっかりがんばりなさいとしか言えません。

大変な苦勞があると思いますが、医療の世界はやりがいがあります。人間には、やりがいがないとね。

**神野正博** 世の中、これから厳しくなるけれど、明るく楽しく前向きに！

**高橋** ありがとうございます。



高橋教授



浜脇理事長



# 診療報酬の改定率はプラス0.88%

厚労・財務大臣折衝

処遇改善の特例対応でプラス0.61%、適正化でマイナス0.25%

武見敬三厚生労働大臣と鈴木俊一財務大臣は12月20日に大臣折衝を行い、診療報酬改定の改定率などで合意した。2024年度改定の本体改定率はプラス0.88%（国費800億円）で、2022年度改定のプラス0.43%を上回った。プラス0.88%のうち、医療関係職種の処遇改善のための特例対応でプラス0.61%、入院時の食費基準額の引上げにプラス0.06%を用いる。さらに、「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等」によりマイナス0.25%分の効率化・適正化を図る方針も明記した。これらを除いた改定分はプラス0.46%となる。

薬価はマイナス0.97%（国費マイナス1,200億円）、材料価格はマイナス0.02%（マイナス20億円）で、合わせてマイナス1.00%（マイナス1,200億円）。政府はネット改定率という考え方は示していないが、本体改定率と差し引きすると、マイナス0.12%となる。

会見で武見厚労相は、「大変厳しい交渉であったが、医療・介護・福祉分

野の賃上げを行うための水準が確保できたと思う。この改定率を前提に、処遇改善につながる仕組みの構築に向けて、関係審議会で具体的な議論を深めてもらいたい」との考えを示した。武見大臣が目指した水準との比較では、「賃上げが経済の好循環をもたらすドライビングフォースであるとの考え方があり、それを踏まえ、できるだけ財源を取ろうと頑張った。目標はもう少し高い数字だったが、最終的に、財当局などとの調整でこのような形となった。結果としては満足している」との感想を述べた。

日本医師会などの要望にどう応えたかとの記者の質問には、「日医のことは全く気にしないでやった。自分で公平に判断して、正しいと思うことを徹底してやった」と答えた。

本体改定率のプラス0.88%の各科改定率をみると、内科がプラス0.52%、歯科がプラス0.57%、調剤がプラス0.16%である。これらに「40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務

薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分」のプラス0.28%が含まれるとしている。これは、医療関係職種のプラス0.61%とは別の取扱いである。

プラス0.61%で実施する特例的な対応により、「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種」について、2024年度にベアでプラス2.5%、2025年度にベアでプラス2.0%の賃上げが実施できるようにする。

プラス0.06%で実施する入院時の食費基準額の引上げは、患者負担で行い、原則1食あたり30円だが、所得区分に応じて10～20円となる。

効率化・適正化としてのマイナス0.25%では「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等」を図る。現在、中協で長期処方あり方を含め、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料、外来管理加算の併算定をめぐり課題などが議論されている。

診療報酬に関する制度改革事項にも言及している。具体的には、◇医療



DXの推進による医療情報の有効活用等◇調剤基本料等の適正化一に加え、「2024年度に2.5%、2025年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経済状況等について、実態を把握する」ことを求めた。

長期収載品については、選定療養の仕組みを導入し、「後発医薬品の上市後5年以上経過したものまたは後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象」とし、令和6年10月に施行する。

また、介護報酬の改定率はプラス1.59%（国費432億円）、障害福祉サービス等の改定率はプラス1.12%（国費162億円）となっている。

## 2024年度診療報酬改定の基本方針を決定

社会保障審議会・医療保険部会・医療部会

「人材確保・働き方改革等の推進」が重点課題

社会保障審議会の医療保険部会（田辺国昭部会長）と医療部会（遠藤久夫部会長）は12月11日、2024年度診療報酬改定の基本方針を決定した。基本的視点では、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」を重点課題に位置付けた。8日にそれぞれ開かれた両部会で基本方針案を概ね了承し、11日に厚生労働省が公表。13日に中協総会に報告された。

2024年度改定に向けた「基本認識」では、①物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応②全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染

症等への対応など医療を取り巻く課題への対応③医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現④社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和一を掲げている。

その上で「基本的視点と具体的な方向性」を提示。「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」を重点課題に位置付けた。人材確保・賃上げ、タスクシェア・シフトのほか、長時間労働の改善に向けた取組みの評価の必要性などを示した。

そのほかの基本的視点は、「ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療

機能の分化・強化、連携の推進」、「安心・安全で質の高い医療の推進」、「効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上」となっている。

医療部会では、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が「高齢者救急は生死にかかわる可能性が高く、トリアージを含めた慎重な判断が求められる。必要な体制の確保の重要性を認識して頂いた」と口火を切り、全日病副会長の神野正博委員が、「適切な搬送という文言には、救急搬送時と『下り』と呼ばれる救急処置が終わった後の他施設との役割分担が関係している」と強調した。

一方、医療保険部会に日本医師会副



医療部会（12月11日）

会長として出席している全日病会長の猪口雄二委員は、「今後、中協において基本方針、特に基本認識や基本的視点の重点課題を踏まえ、国民が安心できる医療提供を実現できるよう議論を進めて頂きたい」と要請した。

## 2024年度診療報酬改定の意見をまとめる

中協総会

診療側は「従来以上の大幅なプラス改定」を訴える

中協総会（小塩隆士会長）は12月13日、2024年度診療報酬改定についての意見をまとめ、武見敬三厚生労働大臣に提出した。医療経済実態調査や薬価・材料価格調査の結果を踏まえ、改定率などに対する考えを整理したものだが、診療側の意見と支払側の意見は異なるため、お互いの主張を併記する形となっている。診療側は、「従来以上の大幅なプラス改定が求められている」と訴えている。

診療報酬改定の改定率は内閣の決定事項であり、中協は権限を有していない。だが中協は、診療報酬改定の直接的な利害関係者で構成され、改定の内容を議論し、厚労相の諮問に答申する役割を担っている。また、改定率の参考となる医療経済実態調査や、薬価調査・材料価格調査も中協に報告することもあり、中協としての意見をまとめることが恒例となっている。

ただ、改定率をめぐるとは、支払側と診療側で異なり、多くの場合、正反対であることから、一つの意見にまとめることはできず、両論併記の形となる。今回も支払側・診療側のそれぞ

れの意見を公益側委員が整理することになった。

2024年度改定を行うにあたり、前提となる問題意識や基本認識については、診療側と支払側で概ね一致している。

問題意識については、「人口減少・少子高齢化が進展するとともに、人生100年時代に向けた『全世代型社会保障』の構築が求められるなかで、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすること」である。

その上で、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会が12月11日に策定した基本方針に基づき、「すべての国民が質の高い医療を受け続けるために必要な取組についての協議を真摯に進めていく。こうした基本認識については、支払側委員と診療側委員の意見の一致をみた」ということを明記した。

両論併記となった意見の中で、診療側は、「政府の重要政策とされる医療従事者の賃上げ、及び現下の食料費、光熱費をはじめとする物価高騰という極めて異例の状況に対応できる改定で

なければならず、従来以上の大幅なプラス改定が求められている」と主張している。

医療経済実態調査については、コロナ禍の診療報酬上の特例やコロナ補助金の影響を除いた数字で判断することを求めた。なお、コロナ禍の診療報酬上の特例やコロナ補助金の影響を除いた2021年度と2022年度の損益率を計算すると、「一般病院はそれぞれ▲5.6%、▲6.8%、一般診療所はそれぞれ6.0%、6.9%」となっている。

個別の論点では、「医療従事者の賃金引き上げによる人材確保の原資の確保な担保、良質な食事の提供を継続するため、約30年間据え置かれている入院中の食事療養費についての対応、医療従事者の負担軽減・医師等の働き方改革の推進に関して現場に有効に活用されるような見直しと評価の継続、医療の質向上・効率化につながるICT活用や医療の高度化への対応」などを求めた。

一方、支払側は、「患者の負担増や保険料の上昇に直結する安易な診療報酬の引上げを行う環境にはない」と主



張している。医療経済実態調査について、「損益差額の観点からは、一般病院は新型コロナウイルス関連の補助金を含めれば1.4%の黒字、一般診療所も黒字が拡大している。また、資産・負債の観点からも、長期借入金をはじめとする固定負債が減少して資本が増加しており、一般診療所を中心に医療機関・薬局の経営は堅調といえる」と判断している。

これらの両論併記の意見を述べた上で、武見厚労相に対しては、中協での議論を踏まえ、改定率の設定に関し、「適切な対応」を要望した。また、施策の成果や健康への影響などをデータやエビデンスに基づいて正確・迅速に把握・検証し、さらなる施策の見直しに役立てるといふ姿勢を強める必要から、人材・体制の充実を要望した。