

醫學振興

日本私立医科大学協会

第78号

Contents

巻頭言	「医学部新設は日本の医療を崩壊させる」	2～5
座談会	「平成26年度診療報酬の改定について」	6～29
論壇	「新たな医療分野の研究開発体制について」	30～34
施設紹介	「金沢医科大学氷見市民病院教育研修棟竣工」	35
	「東京医科大学第一看護学科棟竣工」	36
	「日本医科大学医学部合同教育施設竣工」	37
	「昭和大学江東豊洲病院開院」	38
	「順天堂大学医学部附属順天堂医院 新病棟(B棟高層棟) オープン」	39
	「東京女子医科大学本部／女性生涯教育支援センター竣工」	40
	「北里大学病院(新病院) 新築・開院」	41
	「愛知医科大学病院新病院(中央棟) 開院」	42
医大協ニュース		43～55
協会及び関係団体の動き		56～61

大阪高等医学専門学校（大阪医科大学の前身）の全景（昭和7年頃）と別館

大正末期から昭和初期にかけてわが国の社会情勢は首都圏と地方に新しい医育機関を新設する気運を醸成した。そこには関東大震災による被害が影響したとする節もある。

当時衆議院議員であった吉津度が五年制の医育機関として、高等医学専門学校の構想をたてその設立に全精力を傾注し、昭和2年2月学校法人大阪医科大学の前身である財團法人大阪高等医学専門学校が認可され、同年4月わが国最初の五年制医学専門学校を仮学舎（大阪市内）で開校した。

昭和3年2月現在地（高槻市）において校舎建築の地鎮祭を挙行した。恐慌等の影響で学舎群の建築は遅れたがウイリアム・メレル・ヴォーリズの設計に従って本館、解剖館、別館、臨床講堂や附属病院等が昭和5年に竣工した。現在、創立当時の建物は「別館」を残すのみとなり、イスラム様式のアーチやアラベスク装飾などを用いた個性的な意匠をもつ地域の歴史的建築物であることから、平成15年7月1日に地元高槻市内では初めての国の有形文化財に登録された。

また建物を保存するために学校法人大阪医科大学の前身である財團法人大阪高等医学専門学校の設立理念の根底にあるものを顕彰し、医学・医療の在り方や法人の設置する学校や病院の使命を時宜に応じて検討するため平成18年6月1日に同建物内に「歴史資料館」を設置した。



大阪高等医学専門学校の全景（右下は別館）



別館（国有形登録文化財）

巻頭言

「医学部新設は日本の医療を崩壊させる」

岩手医科大学理事長・学長
日本私立医科大学協会総務・経営部会担当副会長

小川 彰氏



1. はじめに

本年3月28日の国家戦略特別区域諮問会議で「特区」において医学部新設が検討項目に入ったことにより、東北地方の医学部新設問題と相まって大きな話題になっている。医師不足なら「医学部を新設し、医師を増やせばよい」……一般人への説明として誠にわかりやすい。しかし、医学部新設は、むしろ、危機的状況にある地方の病院医療や地域医療を崩壊に導き、世界一と国際的に評価されている日本の医療までをも根幹から壊すことになる。

本稿では、東北や特区で議論されている「医学部新設」が不要である事を多角的視点から概説し、日本の将来に禍根を残す愚策である事に警告を鳴らしたい。

2. 日本の医師数の最近の状況

医師養成削減政策は、昭和55年9月の「行政改革の具体化方策について」、平成9年6月の「財政構造改革の推進について」の閣議決定に基づき、医学部定員削減が明文化されたものであり、医療費

削減を目的としたものである。閣議決定を受けて定員の削減が行われ、1県1医科大学後最大の定員8,280名から7,625名（平成12～19年）に減った。定員減になったとは言え、その後も毎年約7,500名の新医師を生んできた（国試合格者数）。最新の厚生労働省3師調査では医師は初めて30万人を超える303,268人となった。医師は毎年4千数百名ずつ純増している。10万人当たりの医師数は237.8名（平成24年末）で年3.7名ずつ増加している。（表1）

一方、平成20年から医師確保対策で定員増が行われ、定員は徐々に増加してきた。今年度の定員は9,069名で1,444名もの増となっている。今年から増員分の卒業生がようやく誕生した。現在の医師数純増に1,444名を加えると、今後年の医師数増は約5,500名となり、10万対医師数の毎年度の増加は年3.7名から5.0名に急増する。これには総人口の減少は加味されていない。

国際的には、G7平均で10万人当たり280名（単純平均）、加重平均であればOECDでも約280名である。定員増の効果を加味すれば、たった8年後の2022年にはG7、OECDレベルに到達する。その後も増え続けるのである。（図1）

【表 1】

医師数の年次推移

厚生労働省3師調査
H24.12.31現在

各年12月31日現在

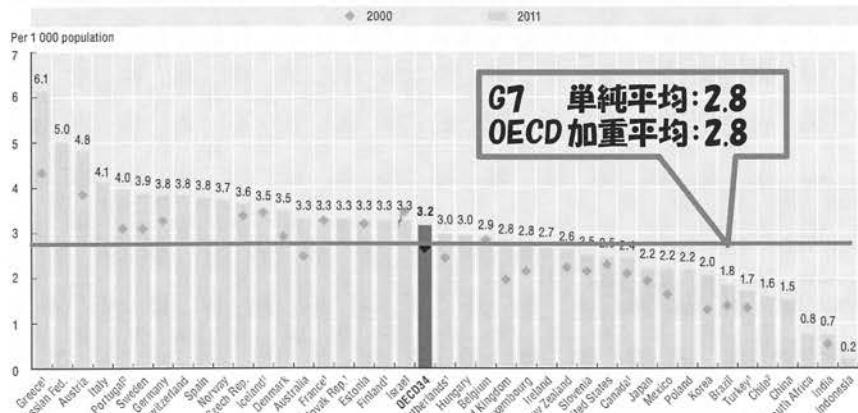
		医師数		人口10万対	
		(人)	増減数	(人)	増減数
昭和 57 年	(82)	167,952		141,5	
59	(84)	181,101	13,149	150,6	9,1
61	(86)	191,346	10,245	157,3	6,7
63	(88)	201,658	10,312	164,2	6,9
平成 2 年	(90)	211,797	10,139	171,3	7,1
4	(92)	219,704	7,907	176,5	5,2
6	(94)	230,519	10,815	184,4	7,9
8	(96)	240,908	10,389	191,4	7,0
10	(98)	248,611	7,703	196,6	5,2
12	(00)	255,792	7,181	201,5	4,9
14	(02)	262,687	6,895	206,1	4,6
16	(04)	270,371	7,684	211,7	5,6
18	(06)	277,927	7,556	217,5	5,8
20	(08)	286,699	8,772	224,5	7,0
22	(10)	295,049	8,350	230,4	5,9
24	(12)	303,268	8,219	237,8	7,4

厚生労働省、平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況：平成 24 年 12 月 31 日現在。総医師数は 30 万 3 千人で初めて 30 万人を超えた。毎年 4 千数百名ずつ純増している。10 万人当たりの医師数は 237.8 名で年 3.7 名ずつ増加している。2 年ごとの調査なので増減数は 2 年分である。医師数の純増数は、新医師数から医籍から抜ける医師数を引いた値である。

【図 1】

OECD の医師数 人口1000人対 OECD health data 2013

3.1.1. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year)



Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
Data refer to all doctors licensed to practice (resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors in Portugal).
source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

医師数は G7 の単純平均で 280 名、加重平均（対象国全体の医師数の総人口に対する割合）での OECD の医師数は 280 名であり、平成 24 年現在の日本は 237.8 名まで肉薄している。定員増の卒業年増加分を加味すれば、あとたった 8 年で国際水準に達する。Health at a Glance 2013-OECD INDICATORS

3. 医師の安定供給に向けて

年約 3,500 名の医師が医籍から抜けてゆく現在の状況から考えれば、充足した後医師を安定供給するための医師養成数は、全国で年約 4,000 名の医学部定員で充足する。既存の医学部 80 大学では将来的

に 1 大学 50 名の入学定員で間に合うことになる。もっとも一県一医科大学となってからの医師が医籍から外れる 2040 年からは 7 ~ 8,000 人の定員が必要となる。世界標準に医師数に達する 2022 年から 2040 年までの約 20 年間が問題であり、この間定員削減がなければ 2040 年頃には、10 万人当たり 380 名に達し世界的にも異常な医師過剰時代が到来す

る。

また、入学定員を削減しても卒業生が減るのはその6年後であり、医師需給を平衡化するためには、6年前には入学定員の削減が行われていなければならない。その時期は数年以内である。また、閣議決定という強力な国策のもとで医学部定員削減が行われた過去の例をみても、医学部定員はたった8%の削減しか実現できなかった。前述した安定供給のための医学部定員削減は現在の9,000名を4,000名にしなければならず55%もの削減である。この時期、医学部新設が意味のない政策であるばかりでなく、将来に禍根を残すものであることは明らかである。

4. 国民の求める医師像と大学の教員の置かれている状況

有能な医師養成に教員は大変な努力を強いられている。教育レベルは上がり、その負担は増え続けている。一方で、国公私立を問わず、病院収入が問題にされ、診療にも多大な負担を強いられている。また、研究においても競争的研究資金の導入により、研究資金獲得の負担も激増している。この様に、教員の負担が激増している。

さらに、昭和40年代18歳人口は240万人、医師養成数は3千数百名であった。現在の18歳人口は120万人、医学部定員は9,000名を超え現在、医学部

の難易度は当時の1/5にまで低下している。医学部定員をさらに増やせばその難易度はさらに低下し、医学生の学力低下も危惧される。(医学生の学力低下問題に関する報告書 全国医学部長病院長会議)

人の命を預かる医師養成は単なる数合わせではない。国民が望んでいるのは、「自らの命をゆだねることが出来る有能な医師」である。不要な医学部新設は、医療崩壊を招くばかりでなく、教員不足を加速し、国民が望む有能な医師の養成を全国レベルで阻害することになる。国民の求める医師養成には広い視野に立った総合的対策が必要である。

5. 医学部新設は地域病院医療を崩壊させる

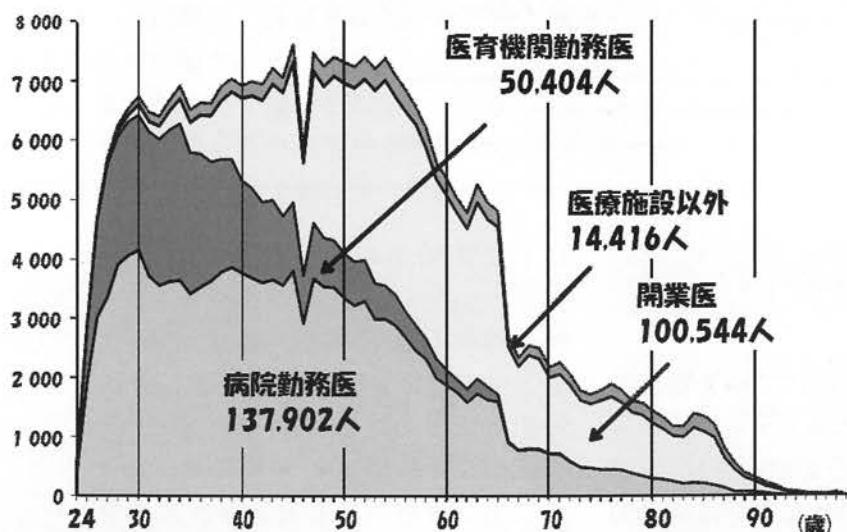
医師は病院勤務医、大学勤務医、開業医、その他(行政など)の4種類に分類され、病院勤務医137,902人、大学勤務医50,404人、開業医100,544人、その他(行政など)14,416人である。(図2)

医学部に働く臨床医は小規模大学でも250名を超える(全国平均で630名/1大学)。新規臨床教員のソースは開業医、行政医からは無理であり、病院勤務医を充てるしかない。一方、地域医療を担う基幹病院では1診療科ごとにわずか1~数名の医師の献身的努力で運営されている。有能な医師が1名でも教員として引き抜かれれば、残された医師に負担が集中し、残された医師もやめていきその診療科は崩

【図2】

施設の種別・年齢別にみた医師数

医師数 厚生労働省、平成24年3師調査の概況 平成24年12月31日現在



施設の種別と年齢別医師数。
厚生労働省、平成24年3師(医師、歯科医師、薬剤師)調査の概況から

壊する。1 診療科の崩壊は、病院の当直や救急体制に影響し、病院崩壊に進展する。地域で 1 つ病院が崩壊すれば、その影響は隣の病院に波及し、広域の病院崩壊に結びつくのである。このように、たった 1 名の医師の異動が、県を超えた広域の地域医療の連鎖的崩壊を惹起することは目に見えている。

文部科学省から示された「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針」(平成 25 年 11 月 29 日)において「教員や医師、看護師の確保に際し引き抜き等で地域医療に支障を来さないような方策を講じること。」となっている。しかし、医師不足にあり、ぎりぎりで地域医療を守っている東北地方の病院医師が転職を申し出たとき、憲法上拒否出来る訳はない。この意味で文部科学省の指導がどの程度実効性を持つのかも不明である。また、病院医師や看護師の引き抜きによる「病院崩壊」は全国どこの地域でも起こり得る。

6. 東北と特区での医学部新設の問題点

東北地方における医学部設置は震災からの復興を目的とするとされている。復興と医学部新設はどう考えても結びつかない。そして医師不足地方の東北の地域医療を壊すことになれば、未だ傷も癒えない被災地の復興に水を注すことになる。復興を目的とした政策が復興に水を注すことになれば笑い話である。被災者にとっては笑えない話となる事は目に見えている。

特区での医学部新設については「既存の医学部等とは次元の異なる特徴を有する大学とすることが必要。」とされ、①研究者養成や②海外で活躍する医師の養成が例示されている。何れを目的とする大学であっても、日本の医師免許を取得することとなれば、既定の医学教育を受け、医師国家試験に合格することが必要であり、基礎から臨床医学の教育は必須である。そのためには教員が必要であり、引き抜きにより、前述した連鎖的な地域医療崩壊や既存の大学の教育力低下を招くことは必至である。

また、研究医養成を目的とするのであれば、既存の「大学院」を拡充するのが本筋であり、「医学部」を新設し医学生を養成する必要はさらさらない。新興諸国等で活躍する医師養成については、対象各国で制度、医療のレベルやニーズは異なる。これらに対応する医師養成は単一のカリキュラムでは不可能

である。求められる医療支援は、国際協力の中で果たすべきものであり医学部を新設する意味はない。

また、仮に 1 校でも新設を認めることになれば、外形基準に合致していれば、他の新設要求に拒否は出来ず、不要なさらに多くの医学部ができ、近未来の医師過剰に拍車をかける、国民の負の遺産となる。

7. 向かうべき道

医学部新設にせよ定員増にせよ今後過剰な医師養成は不要になる。むしろ、地域偏在問題や診療科間偏在問題を解決する事が急務である。

また、近未来に到来する医師過剰時代の対策は極めて重要である。6 年の医学教育から、入学制限は必要医師が充足する 6 年前に始める必要がある。そのタイミングは数年後に迫っている。医師確保対策による定員増は基本的に時限措置であるが、この 7 年間で増やした定員を元に戻すだけでは足らず、前述した如く 4,000 名程度までの削減が必要である。

医師の適正数維持には人口減少、人口構成の変化や、医師の年齢分布、そして社会構造の変化に応じた戦略的かつ適正な医師養成が必要であり、変更には迅速さも求められる。この様に医師養成は 100 年の大計として国の形を決める高度な国家戦略のもとで実施されるべきものである。教育や医療政策には「規制緩和」はそぐわない。

8. 結論

- 1) 国民が求めているのは単なる数合わせではなく有能な医師である。
- 2) 新設に伴う教員には、地域の有能な病院勤務医を充てるしかない。
- 3) 病院勤務医が 1 名でも欠ければドミノ式に医師が欠け病院は崩壊する。
- 4) 医学部新設は「東北復興」にせよ「特区」にせよ医療崩壊をもたらす。
- 5) 近未来に日本の医師数は国際的にも過剰なレベルに到達する。
- 6) 適正な医師養成は高度な国家戦略のもとで実施するべきである。
- 7) WHO や OECD から世界一の医療水準にあると評価されている日本の医療を守る観点が必要である。

座談会

平成26年度診療報酬の改定について

日時：平成26年4月3日（木）午後4時～午後6時

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

古川 俊治 氏

自由民主党参議院議員

宇都宮 啓 氏

厚生労働省保険局医療課長

南 砂 氏

読売新聞東京本社編集局総務

明石 勝也 氏

聖マリアンナ医科大学理事長、協会総務・経営部会担当理事

小山 信彌 氏

東邦大学医学部特任教授、協会病院部会担当理事

(司会) **炭山 嘉伸 氏**

東邦大学理事長、協会広報委員会委員長



【はじめに】

炭 山 これから座談会を始めさせていただきます。ご案内にございますように「平成 26 年度診療報酬改定」は、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年を視野に高齢化のピークに耐えられる医療提供体制の構築を目指す改定と認識しております。特にこの改定が 4 月の消費税率 3% 分引き上げのための財源を活用した最初の改定であるという点。すなわち「社会保障と税の一体改革」のロードマップに沿った改定であるということの認識で、今日の座談会をお願いしております。

まず改定率から始めまして、そのまま消費税 3% 分アップに伴う控除対象外消費税（損税）について議論を進めたいと思いますので、宜しくお願ひいたします。

【改定率について】

炭 山 まず、平成 26 年度の診療報酬改定の概要でありますが、改定率そのものは 0.1% の微増でありますけれども、実質は 1.36% が消費税対応のコストに対する対応だったということからすると、実質は 1.26 のマイナス改定という理解でいるわけですが、この点についていかがでしょうか。古川先生から、まずご意見をお願いしたいと思います。

古 川 このことは政治的な決着なものですから、政治家が話をするべきなんでしょうけれども、これは厚生労働省もお手伝いいただきましたし、我々地元から声をいただいている議員としても、是が非でも厳しい環境下の医療のために最低でも 0 改定にしたかった。すなわち今回の状況で見ればプラス 1.36 というのを死守したかったのですけれども、残念ながら高齢化社会になってきて、財源が限られているということと、全体で見れば医療費が伸びているんですね。ですから、もし医療の資源が同じとすれば、それぞれの 1 資源が得るお金というのは計算上は多くなるわけでござります。また、前回 2 回の民主党政権下における診療報酬改定で、病院経営が一時期に比べてやや持ち直しているというような事情もございまして、今回税を上げることとともに今後の社会保障費の一定程度を持続可能なものにしていくという意味で、残念ながら今回は引き下げになるという

ことだと思っております。

炭 山 ありがとうございます。この点について宇都宮課長が実質いろいろとご尽力いただいたと思うのですが、何かご意見ございますでしょうか。

宇都宮 私としては、厳しいの一言ですね。そういう中で一体改革の対応とかいろいろしなければいけないというのは、非常に厳しかったと思います。もう 1 つは、診療報酬以外に今回約 900 億円の基金というのができて、報酬とそういう補助金の両輪で一体改革を進めていくという方針が出された。これも多分これまでなかつた話だと思うのですけれども、そういう組み合わせを今後どういうようにしていくかというのが 1 つのポイントなのかなと思っています。

炭 山 南先生、この改定率なかなか難しいところがあるのですが、実質は 0.1 微増ということ。これをメディアの一部は、それは国民の、患者さんの負担増があるのではないかとか、あるいは保険診療の支払い側としても負担増になったのではないか、というような意見もあります。我々医療者側は全く逆の立場で、消費税対応分に関しては、私どもが申し上げていたことが通らなかったというのが、特に私立医科大学のような大病院を抱えているところの主張するところなんですが、メディアの代表として、今のようなことの改定率に関しては、どういう印象をお持ちでしょうか。

南 結論から申し上げれば、この数字はやむを得ない数字かなという印象がございます。というのは、先ほどのお話と重なりますが、過去 2 回の民主党政権のもとでの改定。医療現場がそれまで大変厳しく悲鳴を上げていた状態から、ちょっと息をついたというのでしょうか、一昨年の民間病院の収支は平均 7,600 万円の黒字という数字が出ており、その前年より改善しております。もちろん実は、丁寧に見なければいけないことで、例えば自治体病院のようにかなり厳しい状態にあるところもあり、細かに精査すると、地域事情や様々な条件によって一括りにはできない事情があると思います。ただし、消費税引上げで医療機関の負担が増える分を補填するために初診料などが加算されたわけで、結果的にはやむを得ない数字なのかなという印象を持っております。

とはいって、先ほど宇都宮課長が言われましたように、その中でこれから大変な必要性が増していく

る医療をどのように目配りしながら運営していくのかということを考えますと、極めて厳しい数字ではないかと思います。

炭 山 今日は日本私立医科大学協会の代表で明石先生と小山先生にご出席いただいているわけですが、この改定率に関してご意見があればお伺いしたいのですが。

明 石 私たちにとって診療報酬を、診療のための成果というだけで単純に見られない理由が、やはり消費税問題だと思います。特に控除対象外消費税。医療は非課税という原則のもとに我々医療機関が被らなければならない、いわゆる損税というものが発生しているわけですけれども、これが一般の方には非常にわかりにくいもので、世論もこれは理解してくれないと私は思います。その中で損税分を診療報酬の中で賄うという仕組み自体にかなり無理があるというのが、正直な感想です。

以前の消費税率5%改定のときには、診療報酬の中に入っていますというだけで、あまり論理的

な説明がなかったので、どうも1.53%ぐらい入っているらしいという理解でした。今回の改定は、少なくとも3%分に関しては医療経済実態調査のもとに総額2,200億円を分配するという形で補っていただいていると説明をされているので、以前よりは分かり易くなつたと思います。ただ、もとになった医療経済実態調査の数字に問題があるのかもしれません、開けてみると我々特定機能病院であるとか大学の付属病院はおしなべて3%分も十分には補填されていないことがあります。以前の消費税率5%時代とプラスをしますと、今回改定後も損税が増えているということです。単純計算しましても、全体の控除対象外消費税というのは、29大学を合計しますと590億円もあるわけです。これは今回の補填があったとしても、1校当たり6億5,000万円ぐらいの負担が発生していることになります。消費税率5%時代に比べても、1校1億5,000万円ぐらいさらに損税が増えているという状況になっていますので、消費増

【資料1】出典：厚生労働省資料

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 +0.10%

※()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%)

【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科 +0.82%(+0.71%)
歯科 +0.99%(+0.87%)
調剤 +0.22%(+0.18%)

【 約2,600億円(約2,200億円)】
【 約300億円 (約200億円)】
【 約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%)

【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%)

【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

税に伴う影響ということで診療報酬改定を見てしまって、ちょっと残念な気がしております。

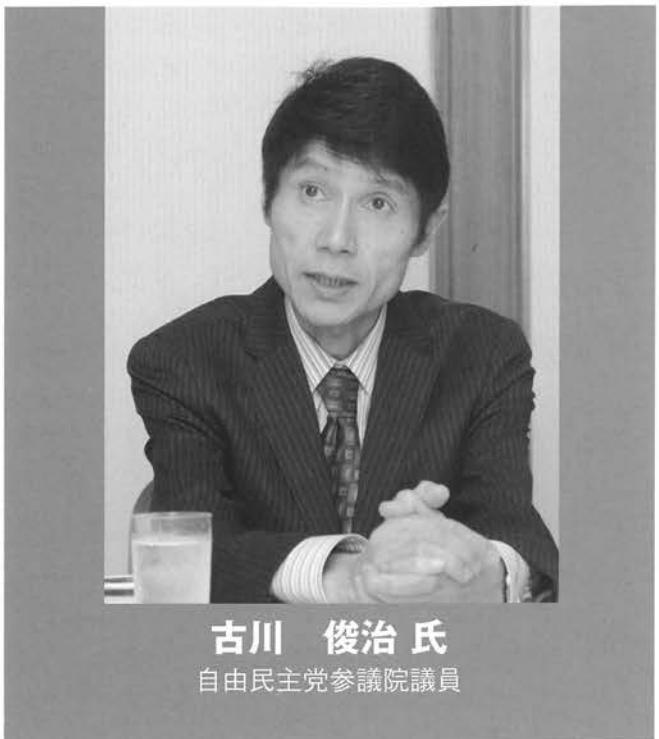
炭山 従来の 24 年度改正のとき、個々の診療内容に応じて、特に急性期医療に対して手厚くしたところがある。しかし、それは非常にいろんな問題があるので、今回の場合は、例えば初診料とか再診料というような全体的な引き上げに、皆さんのが益するところの診療報酬改定アップという形で 0.1 微増だったということになったと思うのです。その辺りについてのご意見はいかがですか。

小山 急性期の場合は、22 年、24 年の重要項目の中に入りますので、急性期の医療に対して確かに重点的にやっているとは思うのですけれども、今回の改定の一番大きな問題は、マイナス 1.26% というのがどのくらいのダメージがあるかというと、おそらく 20 年度改定、18 年度改定から比べても、最も大きな影響を受けるくらい非常に強いマイナスで、医療クライシスと言われたあの時代が、もしかするとまた来るのではないかと思うくらいの影響があるのではないかという感じがしています。

ただ、あの当時と違うのが、ある意味今まで日の当たらないところに日を当てて改定をしてくれたというところが、1 つ救いがあるかなと。一生懸命やっているところに対してはそれなりの診療報酬が行くような形にはなったと思います。

問題は、今回の改定のプラス 0.1% と言いますけれども、1.36% の財源が、薬価引き下げの財源を全部持ってきててしまったというところ。今までは、それを診療報酬本体に付けていたわけですけれども、それが全部剥がされてしまったというのが、これから改定でどういうようになっていくのか非常に不安なところはあると思います。

炭山 私どもは日本私立医科大学協会のメンバーです。この座談会もそこがやっている座談会なんですが、初診料・再診料、これはおしなべてすべての中小病院に対してもそういうことが非常に良い改定であるという評価。しかし、大病院に関しては、明石先生がおっしゃったように消費税対応分のことに関して考えますと、決してプラス改定と解釈ができない。この両面があろうかと思います。そのあたりについては、古川先生いかがでしょうか。中小病院に関しては、我々が言うところの損税ではなくて、むしろ益税になるというスタン



古川 俊治 氏

自由民主党参議院議員

スが。'

古川 それは病院の形態によっても違うと思っております。しかしながらあまり設備投資を行わないような病院にでも、薬剤費や何かが多くなってくる場合もありますから、一概にそうとは言えないと思います。けれども、やはり、次々に医療機器を買わなければいけないですとか、次々に新しい施設をつくっていかなければいけない病院の方が重いということは言えるでしょうね。

ただ今回の改定の消費税問題から言うと、実は我々も「社会保障と税の一体改革」のときに、高額の投資については別途診療報酬上の手当をしようではないかということになったのですが、医療界から、これは総合的な意見ではないかもしませんけれども、主として今回 8% で中途半端な決着をつけるのはよろしくないということで、これを先送りにしたという事情があります。

確かに今回の改定は、平成 18 年当時の状況と似たような改定だと先ほどご意見がありましたけれども、あのときは 3 回連続でかなり厳しい改定が続いたという事情もあります。今回の場合、やや医療機関の体力が戻っていて、そしてこのマイナスになって、次の改定が、消費税 10% もございますし、極めて重要なと思っております。何は

ともあれ消費税が10%になって、何とかここで医療機関としては新しい方法で控除対象外消費税の問題を解決したい。それまでは今の状況で何とか維持をしていただきたいというのが、私の本音でございます。

明 石 我々の試算では、通常の消耗品の購入等で損税が発生しているということで、プラス設備投資分で、これはどうしようもないということです。ですから、薬の購入であるとか、注射器だとか、消耗品の類だけでも高次機能病院ほど補填が足りないというのが事実だと思います。

古 川 その分診療報酬に乗せているというのが財務省の言い方ですが、そこはなかなか計算ができないというところが問題となっていました。これについては、いろんなご意見があると思っていました。例えば課税にする。軽減税率にしますといろんな問題が押し寄せてくると思いますので、課税にするのであれば、ストレートに課税にしていただきたいと私は思っているのです。ただ、諸外国で社会保険診療報酬にかかる部分について課税をしている例が見当たらないということがあります。公的な事業、例えば教育費も同様に非課税なわけです。そういうことから言うと、医療機関の側の都合でこれを本当に課税にすることが政策的にどうなのかという議論もあります。ですけれども私は、こういう問題がある以上は、いろんな方法が考えられると思うのですが、どうやって還付していくかという道で、少なくともブラックボックスになっている関係を明確にしていくことが必要で、特に投資が多い病院が、もっと多くのものを持ってこなければいけないということについては配慮できるようなシステムを、是非消費税率10%では作らなければいけないと私は思いますし、それはやれると思います。

炭 山 特例として高額設備投資に関して何かやってもらえないかということは、今回全く実施がなかった。財務省と厚生労働省との駆け引きがいろいろ報道されました。最終的には、そのところは認められないと。ただ、今、古川先生がおっしゃったように、10%の増税になったときには、今の非課税から課税にする。あるいはそうでなかつたとしても還付をするというような形で、何か消費税分の、いわゆる我々が言うところの損税対応というものがあるのかないのかということ

を、今非常に期待の目で10%増税のときのことを考えているわけですが、このあたり厚生労働省の宇都宮先生いかがですか。

宇都宮 まず1つ、今、炭山先生がおっしゃった中に誤解があって、高額投資の話がなくなったのは、別に財務省と厚生労働省の駆け引きではないです。古川先生がおっしゃったように、むしろ医療界の方がそれをやってくれるなど。むしろやるべきでないと。そういうことなんです。

炭 山 そうなんですか。

古 川 これは明白です。

炭 山 そうですか。医療界というと。

宇都宮 日本医師会もそうだし、病院団体もそうですし、みんなそうです。

炭 山 別に財務省のそういうことではなかったと。

宇都宮 はい。全然そうではないですから。

炭 山 わかりました。(従来、日本医師会は私立医科大学協会とともに、高額設備投資の緊急措置として、特例措置創設を税制改正要望していたのですが。)

古 川 消費税率8%も、何故高額投資だけなのか、また、どういう計算をするのが合理的なのかは、難しいです。ですから医療界としてストレートに還付方式、言ってみれば課税が一番いいわけですけれども、こういうことをを目指したというのは1つの戦略としては間違ってないのじゃないかと思います。ただ、いろいろな考え方があると思います。

炭 山 もとの質問ですが、いかがでしょうか。10%にアップしたときの対応については、厚生労働省としてのご意見は何かございますか。

宇都宮 10%の前に、これまで3%、5%のときというのは個別対応を心がけてきたわけです。できるだけものを買ったりする部分に充てましょうと。だけど、先程のお話にあったように結局、本当に乗っているのかどうかわからないという反応にしかならないわけです。今回はそこを明確にするために、初・再診療とか入院料とか基本診療料を中心に乗せました。これは明確だけれども、先程先生がおっしゃったように益税が出ているのではないかみたいなところと、やはり損しているというように。どんなやり方をやっても、診療報酬で乗せるというのは限界があると思うのです。どんな

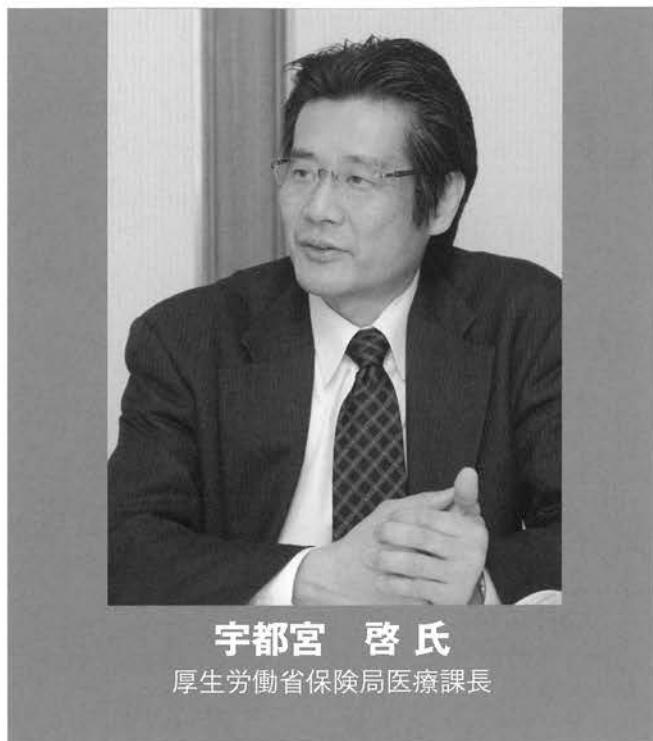
に正確にやろうとしても、はっきり言って技術的に無理なんです。だから、これは課税にするか、非課税還付にするか。結局そこに戻ってきてしまうわけです。そうすると、基本的には税制の話なので保険局医療課の範疇ではないんです。厚生労働省の担当で言えば医政局がその辺をやっていますけれども、そこと財務省とで今後どういうように対応していくか。もちろん最後は政治の話になると思うのですけれども、そこで対応していただくしか方法はないのかなという感じです。

小山 病院団体の会議の中ではもうその話が出ています。厚生労働省の下部組織に消費税の分科会があるけれど、あそこでやるのがおかしいのだと。もう 1 つ上の財務省とかそういうところに付け直す問題だろうという話はかなり出ていましたね。

炭山 南先生がお考えになったときに、医療は非課税だというところですね。この辺りは国民目線で、メディア目線で見たときに、どういうような感じをお持ちなんでしょうか。

南 メディアの代表とか国民の代表と言われるとちょっと戸惑うのですが、私の個人的な印象としては、「医療は非課税」というのは歴史的な話ですよね。消費税が 1989 年に初めて導入されたときに、医療は（診療報酬で乗せるので）それで良いという話し合いがあったと。そこから始まっている話なので、今の損税のお話とか、私立医科大学で 1 校当たり 6 億 5,000 万円くらいの負担があるとか、これは違和感がありますね。こんなことになっている業界というはほかにないでしょうし、率直に申しましてこれは不条理と言うしかないと思います。

ただ、国民の意識はどうかと言われますと、国民は、あまりにもこういうことについて認識が乏しい。保険医療は非課税であるとか、それに並ぶものとしてどんなものがあるのかなどということについてほとんど認識がないと言っても良いくらいなのです。多くの人が、手許で負担が増えるものについては神経過敏になっているにもかかわらず、負担が増えないものについては考えもしない。新聞も、医療がかくのごとく非課税になっているのだといったことをほとんど報じません。国民にとって身近な医療のことなのですから、もっと論陣を張って周知したら良いのかもしれませんけれども、消費税率の引上げがもたらすもっと切迫し



宇都宮 啓氏

厚生労働省保険局医療課長

た問題が存在するため、とてもそういう状況はないわけです。

今の状況のまま、消費税率引上げ分を診療報酬で乗せるというやり方では、宇都宮課長も言われた通り、無理があるということを強く感じます。昔に比べると、国民にも診療報酬の議論とかは新聞などで紹介するようになっていますので、消費税の問題も何らかの形できちんと開かれた議論にしていかないとまずいだろうと思います。

先ほど宇都宮課長が言われたことと重なりますが、今の対応の仕方ではどういうようにやってみても、どこかに何らかの不公平なり歪みなりが出る。そういう対応ではなくて、明瞭にわかりやすい制度をしていくことも、「社会保障と税の一体改革」のこれから 1 つの大きな課題ではないかと思います。

消費税の引上げによる一般国民の負担感は、3 月のあのいたるところでの駆け込み消費の様子を見てもわかるとおりです。今回医療保険の保険料が上がらなかつたということは、それなりに国民にとっては胸をなで下ろす事態であったはずで、診療報酬がここでもっと大きな改定をされて、医療も負担が増えるのね、という負担増の印象を与えることになるのを回避した、と考えたら、今回

はこれで国民的には1つの落としどころだったのかなというような印象を持っております。

明 石 日本医師会が抗議文を提出していた資料をいただきましたが、日本経済新聞社が今回の改定の初診料・再診料の分だけを、これは消費増税分を上回るという書き方で何度か書かれて、完全な誤解だと思うんですね。日本の冠たる全国紙が、あの程度の理解あるいは誤解が存在しているということは、私は悲しい現実だなと思いましたので、是非メディアの方々にもよく理解をしていただけて、国民の方によくわかっていただけるとありがたいと思うのです。

炭 山 我々もそういう努力をしなければいけないと思っています。私も6月にプレスセンターで講演を頼まれたので、消費税のことに関して国民に広く知っていただくためのそういう話でもよろしいですかということを申し上げたんです。実際にそういうことが診療報酬の中に消費税対応分が入っているということ自体は、患者さん自身もよくわからないし、そこでずっとやろうということには無理があるということから考えていった場合、古川先生が先程おっしゃっていただいた10%の増税時に、根本的に医療税法そのものを見直していただけるかどうかというのは、我々注目をしているところですが、その辺りをもう一回お話をいただけますか。

古 川 今まま診療報酬に乗せるというだけということは、これは政治的な予測ですから、当たるも当たらぬもないですが、恐らくないと思います。というのは、わざわざ高額投資については法律で枠外にすると書いてあるんですね。ということは、何らかの処置をしなければいけないというのは、さすがに政治も理解をしてきているということです。国会でも、今のようなブラックボックスではまずいという厚生労働大臣の答弁ももらっていますので、このまままずいシステムを続けるわけではないというのが前提だと考えますと、幾つか方法は限られているのですけれども、1つは課税。そうすると軽減税率という議論がありますよね。それは財政的に可能かという議論があります。それとともに、今は10%で軽減税率で考慮するということになっていますけれども、今までのスタンスからすると、実は自由民主党の中でも、軽減税率については反対する議員もかなりい

ます。私も、軽減税率は結果的に良くないのでないかと思っています。そういう点でいくと、例えば10%課税するかといったときに、これも患者さんにご負担をお願いするのは、実際は既に診療報酬に乗ってますからそんなに増えないんですね。でも課税ということになると、ちょっと見え方が悪いということもあるって、最終的な決着として、何らかの形で還付していくという方向になるのではないかなと思っています。

非課税の還付という方法はカナダなどでやられているので、その勉強会なども始ましたんです。そういうこともあって、現実的には確かにそうなのかなと、私もずっと考えていて、そのほかは政治的な壁が大きいですね。そういうことを考えると、新方式としては、診療報酬とは別立てで詳細なクライテリアと計算方法を作つて返していくというような方法が別途あるのではないかという気がします。

炭 山 そうすると、非課税はそのままにしておいて還付率をどのように各医療機関に戻していくかというのは、これはまた非常に複雑だし難しいところがあると思うのですが、宇都宮先生はいかがですか。実際計算上大変難しいような気がするのですが。

宇都宮 還付はそうでもないみたいですよ。

炭 山 そうなんですか。

古 川 そうなんですよ。言ってみれば全部計算できるという前提ですから。伝票は事務処理が大変ですけど、それをやると言っているんですよね。やって、消費税分だけあと何%とパーセンテージを出せば良いだけですから。

炭 山 それは設備投資も含めたという解釈でよろしいですか。

古 川 はい。

炭 山 小山先生、何かありますか。

小 山 課税でゼロ税率にして還付するのと、非課税のままで還付するのって、そんなに違うんですか。

古 川 違います。

小 山 技術的には同じような感じですが。

古 川 課税で還付すれば、それは医療機関の消費税の出入りだけで決まりますから、医療の問題とは関係なくなってしまう。入ってきた分から出て行く分を引くだけですから。非課税のままやろう

と思うと、投資について全部対象になるかというと、詳細に分けていきます。医療機関が自分で行うべき、例えば建設費などはどうなるのかという問題が出てきますし、人件費はもちろん枠外ですし、そういうことから言うと、どこまでを医療機関の還付すべき消費税と見るかというようなところは、医療機関全部の収支から言うと、細かくチェックが必要になってきます。今の話からすると、非課税であれば通算がないんですよ。それが前提ですから。そうすると医療機関は払うだけになってしまふんです。非課税の場合は、入ってこないというのが消費税の一般論になってきますから。課税であれば、ゼロ税率であれば、入ってきた分と出てきた分の相殺なので、そうすると全額が還付される。もちろんゼロ税率が一番いいんですよ。ただ、その分どこから出てくるのか、財源がないという話です。もちろんそれができれば一番いいんですけどということです。

小山 イメージ的には、言葉尻の考え方で同じ方法をとっても良いのではないかなというのが。

古川 スタートのときは、それでだまされたんですよ(笑)。そういう経緯があるんです。

明石 事務作業の負担が増えるんですね。普通の商取引をやっていらっしゃる方というのは、仕入れて、消費者に売って、その差額は自分で計算してきちんと納税をしているわけです。我々は非課税であった分そういう作業に慣れてないだけであって、還付という形になれば、一般商行為と同じような事務作業が加わるということで、それほど特別なことをするわけではありません。

古川 商店街の小さなところでもやっているわけですから、それを思えばね。

小山 やれるのではないかという気がするんですけどね。お話を聞いていると、医療に課税するというのは非常になじまないというのは感じますので、そうすると非課税のままで何らかの還付する方法を考えていった方が現実的なのかなと、今お話を聞いて思いました。

炭山 何か希望が見えたような気がいたします。この改定率、これは明石先生おっしゃったように、従来 1.53 の補填がされているということであったにもかかわらず、何となく分かり辛いところがあつたけれども、今回の場合には 1.36 分きちんと補填しましたよという明確な数字も出ています



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長
協会広報委員会委員長

から、'そういう意味では我々としても安心評価させていただきたいと思いますし、また 10% 増税時に關して、今のような希望的な発言を古川先生達からいただいたということは大変うれしく思いますので、引き続きどうぞよろしくお願ひいたします。

【7:1 入院基本料の要件の厳格化への取り組み】

炭山 続きまして、これが今回の診療報酬改定、先ほど申し上げた 2025 年を目指しての大きな問題点だろうと思います。病床機能を分化・連携強化するために、現在入院基本料の中で最も手厚い 7:1 看護の病床数があまりにも増えてしまった。一般病床数の半分以上を超えてしまう 36 万床にまでなってしまった。これを何とかしなければいけないということで、従来のワイングラス型の医療のあり方から、今度はヤクルト型の医療のあり方に変わることです。ここ(「平成 26 年度診療報酬改定の概要」8 ページ)にも絵が出ていますが、これを目指すために、とりあえず 7:1 入院基本料の要件の厳格化への取り組みというものが、2 番に掲げている座談会のテーマです。ここについてお話を進めていきたいと思います。

特定除外制度の見直し、重症度・医療看護必要度の項目の見直し、在宅復帰率の重視、短期滞在手術基本料について、データ提出加算届出の要件化についてという項目がございます。我々日本私立医科大学協会のメンバーとしては、これは宇都宮先生のシミュレーションの中に出でていましたが、特定除外制度の見直しについては、それで大きな影響を受けないということが書かれていたのですが、この点についていかがですか。

①特定除外制度の見直し

宇都宮 かなりマニアックな話になってしまいますが、今の平均在院日数の計算方法というのは結局3カ月分までなんです。その3カ月分までの延べ患者数について、その3カ月間の入退院の患者の平均で割るというやり方をしているので、要は90日を超えた患者さんは、10年いようと、20年いようと、全部90日というカウントになるわけ

です。そうやって考えると、実際に長い患者さんがいても、それ以外の患者さんをある一定の日数で回転させれば、我々のシミュレーションだと、例えば1割90日以上の患者さんがいても、残りの9割を14日以内で回せば、一般病棟の場合ですけれども、18日という7:1の要件は満たす。特定機能病院の場合は26日でしたか。だからもっとそれが緩くなるわけです。その辺のところを皆さんご存じないところがあったので、中央社会保険医療協議会の中でかなり精密な形でシミュレーションを示させていただいたところです。

炭山 これが平均在院日数の計算対象、今まででは外でしたね。今後はこれを入れていくということになるのですが。

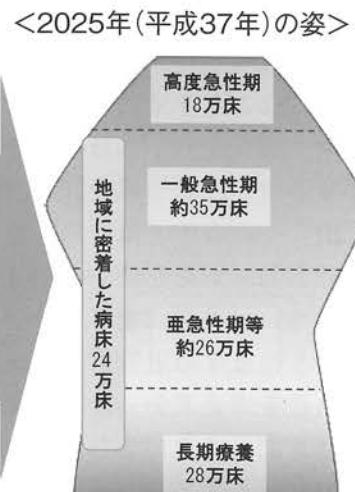
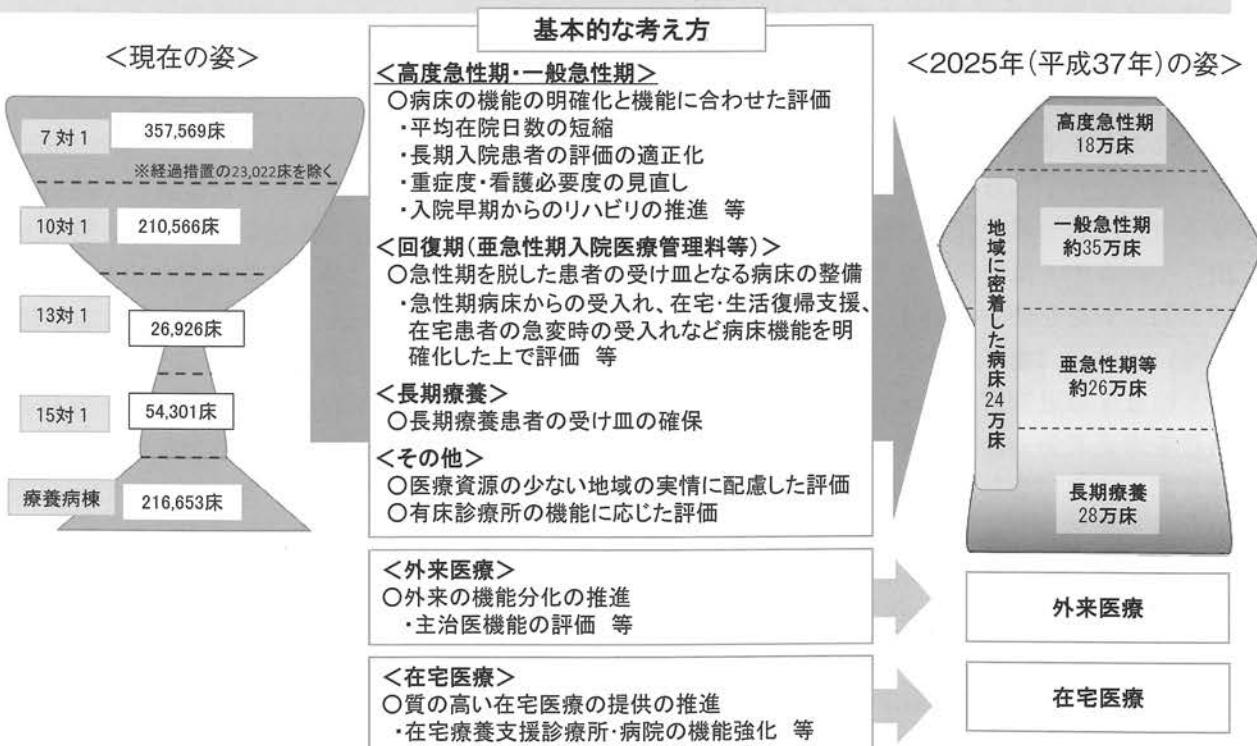
宇都宮 選択制ですね。入れるか、もしくは療養病棟の入院料にするか。

炭山 選択ができるということですね。これについても日本私立医科大学協会の特定機能病院を抱えるような病院は、あまり大きな影響がないと考え

【資料2】出典：厚生労働省資料

平成26年度診療報酬改定

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



外来医療

在宅医療

えているのですが、明石先生どうですか。

明 石 我々協会の特定機能病院である本院と付属病院というのは、もともと特定除外に対象するような長期入院の方というのは、そもそもあまり存在しないので、あまり影響はないと考えています。

炭 山 小山先生も同じですか。

小 山 はい。統計をとりましたら、10%を超えているところはほとんどないというところです。90日超えがいるのは普通で7~8%ぐらいですので、本院・分院ともあまり大きな影響はないかなというように私も感じています。

炭 山 古川先生、ここについて何かございますか。

古 川 大学病院などは平気なんでしょうけれども、中小病院で7:1で回したところは、多少は影響を受ける可能性はあると思います。ただ、これで影響を受けるというのは、本旨から言ってもやむを得ないのでないかなという気がします。

炭 山 わかりました。

〈②重症度・医療看護必要度の項目の見直し〉

炭 山 続いて、重症度・医療看護必要度の項目の見直しというところに入りたいと思います。これについてはいかがでしょうか。これは項目見直しで、A項目の中で、血圧測定あるいは時間尿測定は外してしまう。逆に抗悪性腫瘍剤の内服あるいは麻薬の内服・貼付、こういうようなものは追加するということで、重症度の患者の看護のあり方が少し変わってきたということです。B項目は変化なしということですが、ここについての取り組みについて、何か大きな意味合いがここにはあるのだろうと思うのですが、宇都宮先生、いかがですか。

宇都宮 7:1が基本的には重症急性期の方を診るべき病棟だと言っているながら、それを評価する指標が本当に重症急性期を評価する指標になっているのかというところがあったわけで、それでまたいろいろ調査をして、中央社会保険医療協議会の入院医療等の調査・評価分科会で議論いただいたということです。もともとこれは重症度・看護必要度と言っていたのだけど、単に看護ではなくて、医療の要素がきちんと含まれるべきだろうと。そういう議論の中で見てみると、血圧測定とか時間尿測定とか、こういうものはほとんど慢性期の病



南 砂 氏

読売新聞東京本社

編集局総務

院でもやっていて、急性期をはかるのにふさわしいのかと。もちろん血圧の測り方も慢性期と急性期では違うとかそういう話もあるわけですけれども、ここで聞いているのは単に血圧を測定しているかどうかということであって、血圧測定の中身は聞いてないわけです。そうすると指標としてはふさわしくないのではないか。片や抗がん剤とか麻薬とか抗血栓塞栓薬とかこっちの方が、よりそういうものを表す指標としてふさわしいと。そういうデータも出たということで、今回の見直しをさせていただいたということです。ただ、現場に聞くと、これが一番厳しいという話が、一般の病院ですけれども、出ています。

炭 山 南先生、ここに關していかがですか。

南 細かく調査をしたところ、7:1の一番上のところに行くべき患者さんがきちんと入っているかというと、どうもそうでない実態があるということがわかつたわけですから、精査して本来7:1のところに相応しい評価指標に変えるということについては、正論と言いますか、何ら反対をする理由はないと思います。仮にこれで大きな影響を受ける施設があるとしたら、そこはあるべき姿にならないということですから、そこは今回の方向で本来あるべき姿になるのではないかと思いま

ます。

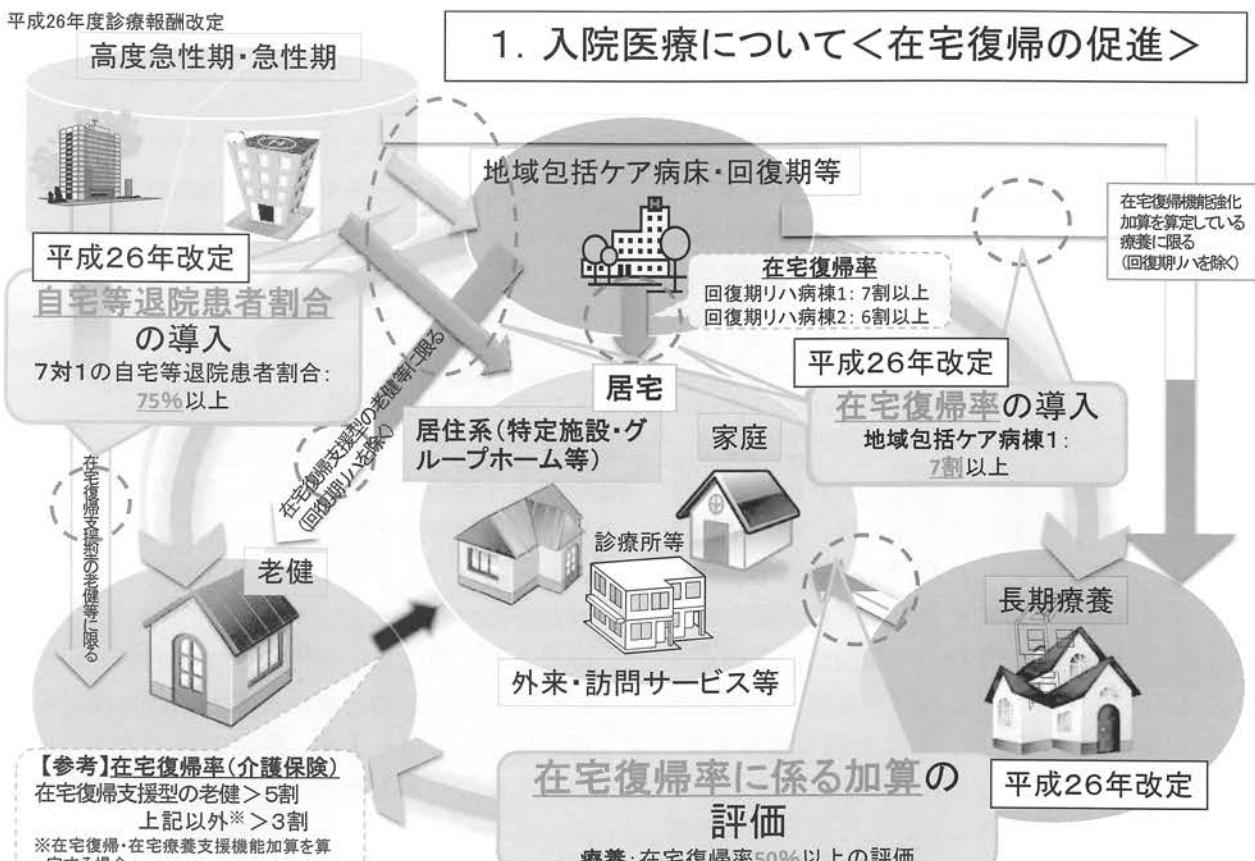
ただ、こういった政策のあり方を改めて考えますと、2006年のときですか、7:1という重症急性期の患者を診るべき病棟ができて、そこにものすごくたくさんの病院が手を挙げた。それまで4万床だったのが36万床となったということ自体が、振り返ってみれば異常なことで、そういう意味では政策があまりに急峻すぎるというのでしょうか、やってみないとわからない部分は多少あるにしても、一時に9倍にも増えてしまうほどの大きな振り子の振れ方をするような急な政策をとったということは、これは反省点と考えるべきではないのでしょうか。

例えば外科の手術件数による施設基準なども、かなり急激に診療報酬で誘導してみたものの、なかなかうまくいかないので何年かでやめるといったことなどもありました。こういった政策の急な打ち方自体を修正する意味で、今回の、データに基づく周到なやり方には意味があるのではないか

と思います。

宇都宮 今、南先生にご指摘いただいたのですけど、4万床だったのが36万床になってしまった。非常に急峻なというお話があったんですけど、診療報酬の考え方として、もちろん誘導していくという考え方もあるのですけれど、もう1つは、今の少ない報酬の中で頑張っているところがあるから、そこを評価してあげようというのもあるわけです。現状としてこれだけ頑張っているのに点数が安くて評価されないというところ。そういうところについて評価してあげると、最近の問題は、医療経営に关心が行くことは良いのですけれども、こうやれば儲かるよとか、どっちかといえばそちらに振れてしまって、地域のニーズとか、地域の中でうちの病院はこの役割をやろうという以前に、今度の報酬はこういうのをやったらもうちょっともうかるみたいな、そっちに行ってしまう傾向が最近はあるのかなと。7:1もそうですし、今回は在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い

【資料3】出典：厚生労働省資料



医療の適正化を図るため、集合住宅で減算をかけましたけど、ああいう話とか、細かいのは他にもいろいろあるのですけれども、もちろん経営を否定するわけではないし、経営は大事なんですけれども、本来の趣旨と違うところに医療側が今後あまり行かないように。これはもちろん我々も気をつけるべき話なんですけれども、医療関係者の方にもぜひ認識していただきたいなと思います。

南 おっしゃるとおりですね。

〈③在宅復帰率の重視について〉

炭山 そういう意味では、次の在宅復帰率の問題です。従来の急性期大病院型から在宅医療に、今回の診療報酬改定は第一歩を踏み出したという理解だと思うのです。7:1 入院基本料を取るにしても、あるいは後でお話に出る地域包括ケア病棟に関しても、あるいは療養型に関しても、75、70、50%、こういう在宅復帰率を義務づけております。ここについて明石先生、大学病院の方から見ればいかがですか。

明石 今までこういう考え方は我々あまり持っていないなかったのですが、先ほどの話とつながると思うのですが、国の持つ医療資源というものを適切に効率よく国民に提供するには、やはりこれからこの形を重視していかざるを得ないでしょう。今回の改定全体に、とにかく大きく在宅医療に舵が切られたと思いますので、ドラスティックな一例だと思っています。明記されたことは、私は評価して良いのだろうと思います。

小山 この流れは平成 20 年のときに自民党の時代に後期高齢者医療制度を作りましたよね。あのときの考え方方が実現されているのだと思うんですよ。あのときは後期高齢者という名前もいろいろ問題になりましたけれども。

あのときは大きな流れの話の中の 1 つは、療養と医療は分けようというところの話だと思うんです。その流れの中でどんどん実現てきて、今回の在宅の 11 ページの考え方（入院医療について〈在宅復帰の促進〉）ですね。よくぞここまで在宅復帰率を療養病床から長期療養まで老人保健施設からかけたというのはすごいなと思う。これは本気なんだなとすごく感じます。

明石 全体を通じてしまうかもしれません、今



明石 勝也 氏

聖マリアンナ医科大学理事長
協会総務・経営部会担当理事

回の改定で強く思いますが、日本の医療の進むべき方向や新しいものが示されていると思うのです。このことを国民にもよく説明していただきたいと思います。つまり、これから日本の医療というのはこっちを向いていくんですよと。これは点数で誘導という言葉は良くないかもしれません、我々医療者が、国民の皆さん、こう変わったんですから、在宅復帰率が僕らは大事なんですよ（笑）、という説明をして納得していただくのは、我々の負担も大きいし、国民全体でこのことに理解を深めるような何か方法がないか。メディアの力も大きいと思うのです。

小山 そこら辺はやはり南さんの力だと思うんです。ほんとそうなんです。なぜかというと、宇都宮課長がいろんなところで講演をしているんですけども、例えば長期療養施設とか老人保健施設に入ったならば、一度預けたら二度と家に戻ってこないと思っているんですよ。だからその部屋は子ども部屋になったり、孫の部屋になったり、物置になっちゃうんですよ。そうすると、帰そうと思ってもう帰せないんです。3ヵ月ぐらいで必ず帰しますよという話をしなければならないけど、それだって国民が理解してくれないとなかなか難しい。それはやはりメディアの力だと思うん

です。

古川 今回診療報酬全体を変えたんですけど、平成26年度診療報酬改定の概要の基本的な考え方、ワイングラス型からヤクルト型ですか、これを見ていただくと、いつも言うんですけど、一番上に5:1をつけるときれいになるんですよね。一般急性期が35万床んですよ。亜急性期が21万床でしょ。10:1を下から持ってくるんですよ。それが実はうまくいくんです。ちょっと上に上げていってね。これでは残念ながら国が財政的に持たないんです。そういうことで、今度7:1を蹴られる医療機関が中小で多いと思います。そのときも、それだったら10:1、13:1でどのぐらい付けてくれるのかと点数の話になってしまふんですよね。先ほど宇都宮先生もおっしゃっていて、確かに儲かるパターン、おっしゃるとおりですけど、それはやはり医療というものが昔と違って体制的に厳しくなっていると言えると思うんです。楽に普通に地域のためにやっていると、それで経営が成り立ってしまうという医療体制ではなくなってきてている。それでやはり診療報酬の影響で経営が楽になる方に医療が大きく動く。医療費が厳しい中で、在るべき地域医療をどうやっていくかは難しい問題です。

今回の在宅復帰ということも、いろんなことで「住み慣れたところで」なんということをよく言っていますけれど、要は施設にいるよりも正直言つて安く済むだろうということがありますよね。家族だって、病人がいたら働きに行けなくなってしまうしね。家にいれば不安なことが多いですよ。それがケアなんかが薄くなってくるというのは、残念ながらわが国の高齢化社会でこの危機をどう乗り切っていくかの問題です。国民全員が理解をして、その中で例えば今の保険料や、今の消費税や、今の税金でやってくためには、この程度ですよということを理解していただかないと難しいと思います。

小山 慢性期の方から言うと、療養病床の1床当たりの値段というのはそこのカプセルホテルより安いんだという話になるんですね。それから古川先生がおっしゃった5:1の話ですけれど、我々も5:1を出したかったんですけど、今の看護師の数から言うと、5:1はさらに自分たちの首を絞めるのではないかということで、実は5:1は抑えたん

です。そのかわりとして僕が評価しているのは、クラークが出て、看護補助者が評価されて、前回は薬剤師が評価されて、今回は理学療法士等が病棟に入って評価されている。おそらくこの次は栄養士と言われるので、病棟に看護師以外の人をいっぱい充てる方向性を付けてくれているので、これはすごく良いかなと思うんです。もっと人を雇えということのメッセージが非常に強いと思うんです。そんな感じがするのですが、宇都宮先生どうですかね。

〈④診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方の国民の理解〉

宇都宮 古川先生にご指摘いただいた平成26年度診療報酬改定の概要の基本的な考え方の図についてですが、これはご指摘のとおりであるのですけれど、左側は看護配置で、右側は看護配置はわざと書いてないんですね。看護配置イコール重症度とか急性期を表すものではないという意味合いがあるんです。

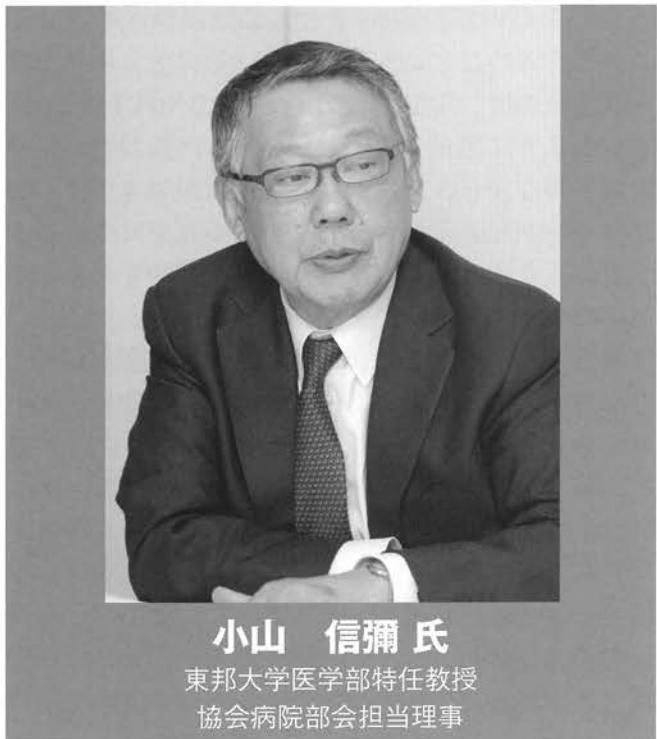
看護師配置だけではないと。実は、高度急性期の部分については、5:1というものを作っていないのですけれども、実際には平成26年度診療報酬改定の概要の24ページ以降のICUとかNICUとか、そっちの方のかなり高度なところについての評価というものを、実は今回充実させたり、あと32ページの総合入院体制加算も病院単位でどんな患者でも受け取るような最後の砦みたいなところの評価を今回入れているんです。そういうものを付けて、実は高度急性期の評価というのを今回ちょっと始めている。ただ、実は医政局のほうでまだ病床機能報告が議論の最中での、ちょっと控えているんです。

古川 実を言うと、今回は、どうしても7:1を縮めなければいけない、どうしても財務省がそこをやれと言うんですね。それでやむを得なかつたんですけども、残念なのは、どうしても診療報酬上の位置付けと、奇しくも厚生労働省が高度急性期、一般急性期という言葉をここで用いているので、これが医療法上の急性期の分類とかなりクロスしているんですね。ところが今度、病床機能報告制度では、これを病棟単位でやりましょうという。そりやあそうなんですよね。だって、いろん

な地域の病院に来れば、うちの病院は高度急性期はこのぐらいますよ、あとは残りが一般急性期はこうだよという話になるわけですけれども、ところが今度入院基本料については病院単位でやれという。じゃ、うちの病院は 7:1 とったら、今度は一般急性期をやってはいけないのかという話になる。これが普通の理屈なんですよ。診療報酬とこれを切り離して考えろというのは、今の状況では一般的な経営者から見ると無理なんですね。これまたよく言われるのが、地域包括ケア病床というのができて、これは診療報酬上の話なんですけれども、これって病床機能報告では何にすればいいんですかと聞かれるわけです。これは今答えられないです。そういう問題があって、医療法上の病床機能の問題と診療報酬上の入院基本料の問題を切り離してやるというのは無理な話で、これは非常に技術的に難しいと思いますけど、近いうちに病棟ごとの診療報酬体系というのを考えてもらわないと、これから先、医療が、各病院が自主的に考えろと言ってもなかなか考えられないのではないかと思います。やはりそれほど診療報酬による誘導というのが大きいというのは保険局がきちんとわかつてもらわないと、これは大変なことだと思います。

炭山 患者さんもそういうところ非常に難しい選択を迫られるのではないかと思うんですね。例えば高度急性期の病院は何でも対応できる病棟を持っている病院と、従来の亜急性期、今回は地域包括ケア病棟、そういうような病院というのは、高度な医療はやらない病院だとランク付けされたときに、果たしてそこへアクセスするのかという不安が患者側にもあるのではないかと思うのですが、いかがですか。

南 診療報酬で対応することが難しくなっていくのと同じぐらいの比率で、一般国民にはどんどんわからない議論になっていく。そうすると、人間のための制度なんだか、制度のために人間が動かされるのかという疑問というか、釈然としない思いを誰しもみんな抱く。けれども、何らかの制度になっていないということはあり得ないですから、誰もがみな満足するようにもっていくことは本当に難しいとは思います。1つはメディアなどによる啓発活動で、国民も意識をもうちょっと変えて頂く必要がありそうです。そういう力を私どもも



小山 信彌 氏

東邦大学医学部特任教授
協会病院部会担当理事

もっと發揮しないといけないかもしれません。もうひとつ、介護保険制度で言うところのケアマネージャーみたいなものが医療にこそ本当は必要なに、医療と介護を一続きできちんと 1 例 1 例 指南できる制度になっていないことが問題です。ですから、今回のような政策が国民にとってより良くなるようにという動きだということは結論的には理解するのですけれども、国民にはますます分かりにくくなる。しかも、説明されても直ちは頭に入らないし、ここはこういう病棟でないからこっちへ行けとか、ああいう病院へ行けとか、探せとか、言われるばかりで、患者と家族には被害意識や不条理感みたいなものばかりが募るわけです。制度を一生懸命作っている側の思いと、それに乗っている患者さんの意識はミスマッチそのものだと思うのです。個別の人々がそれぞれ満足するようなところをもしゴールにするのであれば、もう少し緩やかな制度設計にならざるを得ないのではないか。ただ、急な人口構造の変化や医療費など現実に対応するには、こうせざるを得ない、といった厳しい選択を、制度設計する側も迫られているということですね。

炭山 先日、厚生労働省の方とお話しをしているときに、26 年度、27 年度で届出制度を実際にやっ

ていただいたで、30年ぐらいまでにはガイドラインも作るのだという話でした。そのときに私が質問したのは、本当にそのスピードでやれるのかと。今のように国民の理解を得ながら、患者さんの理解を得ながら、そういう届出制度ができるガイドラインができるというのは少し拙速ではないのかというようなことを、私はあえて質問したことがあるのですが、そのあたりはどういうように。

宇都宮 先程のお話も、ちょっと先生の認識が違うと思ったのは、患者さんが何でも機能が揃っている病院じゃないと行かなくなるみたいなことをおっしゃいましたよね。今は確かにそうなんです。大病院で何でも揃っていると思うところに行きたがる。ですけれど、それは裏返せば、医療とか医師に対する不信感だと思うんです。例えば、近所の町の医師だときちんとわからないのではないかとか。結局患者さんが病院とか医師を自分で選ばなければいけないという、そこが、南先生の話にもつながるのですけれども、本来それはそうではないと思います。だから今回、主治医機能というものの評価を作ったんです。何でも自分の健康のことを相談できて、あなたのこういう病気だったらこういう病院へ行ったら良いよとか教えてくれる。それがまさにケアマネージャーの機能というか、本来はそういうものだと思うんです。あえて医療のケアマネージャーを作る必要はないで、まさに近隣の信頼できる先生とのつながりで必要に応じて紹介してもらうとか、そういう話だと思うんです。

もちろん患者さんが自分で勉強して選ぶのは、それを私は阻害する気は全然ないのですけれども、だんだん高齢化が進んでくれば、おじいちゃん・おばあちゃんが自分で探すといつてもなかなか大変なわけで、ガイドみたいな役割を果たしてくれる主治医機能というものを今後広げていってもらいたいと思うのです。

ただ、今回は要件をかなり厳しくしたので、あまりまだ取れないと思うんです。というのは、これは「かかりつけ医」という話もありますけど、「病気の数だけかかりつけ医がいる」と言っている先生もいますが、その認識とは我々は違うので、今回はあえて要件を厳し目にして、モデル的なところに取っていただいたで、こういうものが主治医機能なんだというのをわかつていただいた上で、少

しづつ広げていったほうが良いかなと思って、今回はこういうようにしているということがあります。

それからもう1つ、在宅復帰で申し上げたかったのは、平成26年度診療報酬改定の概要の在宅復帰の促進なんですけれども、今まで急性期病院とか慢性期病院とか機能区分をするときに、在院日数とか算定日数上限とかいうもので縛って、要は、うちの病院はここまでしかいられませんよ、後は出ていてくださいという話だったわけです。だから患者さんが、出ていけと言われてもどこへ行って良いかわからないという話になってしまいます。ですけれど今回は、出ていった先も問題にしているわけです。つまり、出ていった先が、また在宅復帰率なり何なりというものを満たしていかなければ、その病院として自分のところが復帰率を満たせなくなるわけです。そうすると病院も、きちんと選んで紹介する。しかも、行った先で留まってしまう病院だったらダメなわけです。だからちゃんと家へ帰る道筋が流れるような、そういうことを今回考えています。

この辺のところを是非医療関係者の皆さんにもご理解いただいて、患者さんにも教えてあげてほしいんです。多分いきなりこういう流れにはならないと思うのですけれど、少しずつ流れができると思うのです。

炭山 古川先生いかがでしょうか。

古川 思い切った改定ですよね。それは思います。こうあってほしいというモデルを考えてやったわけですね。1つ言えば、患者さんのブランド志向というのは明らかにあって、これは矛盾した考え方なので、それは私も改めていきたいと思います。炭山先生も教授のころずいぶん経験されたと思いますけど、この人ここに来なくとも良いのになると感じる人が多い。ずいぶん長い間待って初診料をいっぱい払っても大学病院に来るわけですよ。その意識を変えていただかなければいけない。特に高齢者の方々にはそれは必要だと思っております。

在宅の復帰ということから言えば、どれだけこれから家庭が受け入れの対応を家族がご理解いただけるかというところにかかってきますね。現在の制度では、制裁が医療機関の方にばかり来るんですよ。患者さんにはないですから。どうやってこ

れを説明していくか。これでは、言ってみれば医療機関に押しつけているということですし、これは患者さんにきちんと言つていかなければいけないと思いますね。

先程の病床機能報告制度と地域の医療機関の話ですが、地域医療ビジョンも都道府県にやれと言つたって、やはり困っている。どうやつたら良いんですかということですね。そこから言うと、この改定を慎重に見ながら、うまく軌道に乗せることが重要だと思います。

炭山 これ非常に難しいと思うんです。今、かかりつけ医の話が宇都宮先生から出たんですが、外来の考え方もすべて 2025 年に向けての機能分化の 1 つだということで、今後主治医機能の評価を高くしたいということ。具体的には今回どういうことだというのはわかりませんが、フリーアクセスは日本の医療の非常にアドバンテージなところですね。これを基本としておいて、しかし大病院にそんな重症の患者さんでもないのに押しかけてしまつていて、本来の急性期の医療が実現できないということで、今度いろんなバリアを設けだしましたね。すなわち紹介状を持ってない患者には 1 万円を課そうとか、紹介率が 50% 未満の大病院に関しても減点にするというようなことが大きな舵取りだったと思うのですが、この点についていかがでしょうか。我々の病院もこの問題は深刻な問題でして、したがつてこういうことが実際に実行されますと、もう少し整理されていくのだろうと思っているのですけれども。

【外来の機能分化としての大学病院のあり方】

古川 私はいろいろなことを考えて、今の状況を医療機関とかいろいろところを見ているのですが、本当にフリーアクセスという大原則が我々の守らなければいけないものなのかどうかということに、実は少し疑問に思っています。というのは、それでは大病院の人が自分がやるべき仕事ができない。私も大学の初診外来では、乳がんの検診とか痔の診察とか、そういう患者が多くて大半の時間が消えて、自分の本来の手術の患者さんを診られないということがよくあったんです。一方で、たくさん小さな診療所あるいは中小病院で診てもらうべき患者さんがそっちへ行かないため

に、中小病院では、患者さんが来ないということになって経済的にも厳しいということになってしまふわけですね。お互いに苦労して損しているというところなんですね。

ただ、原則フリーアクセスというところを法律上制限するということに、やはり抵抗が多いと思います。我々はそれを信じてきましたからね。ということになると、残念ながら診療報酬で誘導するしかないのかなというのが、今の姿だと私は思っているのです。だからある意味で、フリーアクセスの問題点は認めていかないと、ちょっと難しいのではないかという気がするんですね。残された道は法律上の制限をどこかにかけるかどうかですね。各国やはり何だかんだ言ってかけていますよね。医療側に制裁を設けるよりは、法律で決めてしまえば制裁なしになりますから。それは、これだけの高齢化社会になって、これだけの高い受診頻度を持っている日本は、他国と比べて 3 倍も 4 倍も受診しているですから、そろそろそういう議論をきちんとしても良いのではないかと、私は思っているのです。

炭山 その点いかがですか。

南 私も自民党政権が民主党に代わる前の社会保障国民会議において、そこの議論は、国民に本当に抵抗が強くあるのだということを肌身に感じたんです。当時厚生労働省は、ゆくゆくは医療施設の機能分化が進んで、軽い病気の人がいきなり大病院に行かなくても良いようになる、と言い暗にフリーアクセスもあり得ることをにじませる程度だったのですが、これには直ちに企業団体の代表者などから、神経のとがった反応がありました。

古川先生と同じかどうかはわかりませんけれども、私自身、フリーアクセスというものが本当に国民を幸福にしているのかどうかという点では、少々疑問を感じています。また、メディアとしては、大病院は大病院のやるべきこと、中小の病院は中小の病院、診療所は診療所、それぞれが担うべきことがあり、それを全うするのが社会正義であると考えており、今の状況だと、それぞれが本来果たすべき社会正義が必ずしも果たせなくなるような混乱した状況になっている、と言わざるを得ないです。先々の本来業務をきちんとできないほどの、フリーアクセスによる混乱があるわけですね。その背後にあるのは、先程ご指摘のあつ

た医療に対する不信感のようなものなんです。ですから、国民の意識を変える。それと医療側の意識を変える。それが表裏一体だと思うのです。

明 石 僕は、いつか誰かがそこを触れなければいけないと思いますね。フリーアクセスの裏に医師の不信感とおっしゃいますけど、それは国民皆保険というコストフリーの意識とフリーアクセスというものが、今の財政下というか、世界中の財政で両立させるということが、今のままでは不可能だろうと思います。どこかでコスト意識を持っていただく、それとともにフリーアクセスというのを見直す。これは両輪のような気がいたします。

宇都宮 それは必要だとは思うのですけれど、その前に根本的な医療不信の原因になるのが、これはちょっと言いにくいところがあるのですが、実は一部は大学病院にもあるのではないかと思うんです。というのは、私立大学はそういうことを聞かないのですけれども、医師の中でお互いに不信感があるんですね。一部の医師ですが、地方の病院に行きたくないとか、あるいは患者さんが紹介されてきたときに、前の医師は一体どんな治療をしていたのかとか、そういう言い方をするわけです。そういうのを聞いた患者さんは信頼しなくなりますよね。それなら最初から大病院へ行った方が良いではないかとなってしまう。何か医師自身がそういう土壌を作っている気がするんです。

地域の医師は地域の医師として身につけるべきものを身につけてきちんとやっているし、専門の先生は専門の先生でそういうことをやっているしと、医師自身がそういう教育をして意識を変えていかないと、私はやはり変わらないと思うんです。それを無理矢理ゲートキーパーみたいなことをさせても、患者自身がその医師を信用しなかったら、やはりうまくいかないと思います。まさにコスト的な話も大事で考えるべきだと思うのですけれども、その前に医師自身がお互いを信頼し合うことが大事だと思います。

そうしなければ、患者からの、一般国民からの医療不信が広がるだけだと思います。

明 石 それはとても同感で、大学の責任は大きいと思いますが、もう1つ盲点だと思っているのは、初期臨床研修制度というのができて、卒業して2年間は担保された制度ができる、これは良かったと思うのですが、そこから先の医師の養成課程と

いうことに関して、何もルールがないと言って過言ではないですね。かつて大学の医局講座制というものが、弊害もあったようですが、ある程度医師養成に対して、特に若い人たちに対するメンターの役割を果たしていました。ティーチングホスピタルですから、当然ですが、今それは大変曖昧になってしまっていて、宇都宮先生がおっしゃるようないろんな意味の教育というのを、今は制度として何も担保していないんですね。これはとても心配な要素の1つです。

去年、初期臨床研修制度の見直しが行われましたが、もう10年ですから、卒後3年目以降、日本中に分散した人たちが、今大体35～36歳なんですね。あと4～5年すると40歳ぐらいで、さあこれから医療の新しい担い手達がいると思ったら、あれついにいぞ、ということが本当にならないだろうかという不安があります。ですから、地域への理解もさせる期間が必要だろうし、医師というのは職人的なところもありますから、技術も国民に信頼されるレベルまで担保される教育がなされているのかとか、そういったところって、少し見ていかなければいけないのではないかと思うのです。

診療報酬の話に無理矢理つなげると、例えば卒前教育は我々文部科学省から補助金をいただいているし、それから初期臨床研修制度は厚生労働省からきちんと補助金をいただいているけど、3年目以降は保証する制度が何もないんですね。特定機能病院がその役割だということなのかもしれないですが、そこに何らかの制度までいかなくとも仕組みなりが必要ではないでしょうか。その役割を果たす中心となる大学病院は診療報酬だけで守るのはすごく難しいのではないかと思いますので、少し何か考えていただくと良いのではないかなど、最近そういう思いをしております。

宇都宮 臨床研修の話になると、私初代室長ですからいろいろあるのですけど、あのときの考え方としては、卒後すぐについては義務教育だから、やはり国として制度を作ると。だけどそれを越えたら、3年目以降はプロフェッショナル・オートノミーとして医療界の方で、どうやって、どういう医師を育てるというのを考えいくべきではないか。もちろん3年目以降も国として制度を作るべ

きだというご意見もずいぶんいただいたんですけど、本当にそれでいいのかと、逆に私などは疑問を持ったわけです。むしろ 3 年目以降は、それこそ大学病院あるいは市中病院など、大きな病院で、どういう医師をつくっていくのかということを考えるべきではないか。今専門医制度などについてその関係の議論が進められていますけれども、そういうところとリンクして進めていく話ではないかなというように思っています。

小 山 宇都宮先生のお話の医師に対する不信感を医師が作っているというのは、本当にそのとおりだと思います。ただ、もう 1 つここに大きく支配しているのは、せっかく今日メディアがいらっしゃっているけれども、スーパードクターの存在なんですよ。やたらスーパードクターを作ってしまうので、誰でもスーパードクターに行くわけですよね。あれも少し考えてほしいなという思いがすごく強いんですよ。スーパードクターの存在というのは、どうですかね。

明 石 ある地域の病院誘致で、自治体と組んで、病院を建てるという計画があったんです。成立しませんでしたが、我々を見て、この地域は急性虫垂炎の人でも相当重症化してしまうかもしれない。つまり医療資源が不足しているエリアだと考え、そこを整備すべきと言っていたんですけど、住民の方からは、カリスマ外科医を置いてくれというリクエストがいっぱい出ていました。地域の方のご要望と我々が大変だと思っていることにギャップがある。その国民意識との乖離みたいなものも結構シリアスだと思います。

小 山 誰でもスーパードクターにかかりたいんですよ。それは作った偶像ですよ。我々の目から見れば、えっどうして、と思うのが多々ありますよね。

南 1 つ、言い訳のようになりますが、最近は世論とか国民の声が重要視され、政策などを世間の人々に広く知ってもらうことが不可欠になっています。そのために、メディアが大きな役割を担うようになってきました。メディアといつても、今や一言では言えないほど広く、新聞・雑誌の活字メディアから、テレビやインターネットまで、国民が情報を得る媒体というのはあまりにも多様なわけですけれども、私ども新聞に関して申し上げれば、基本はニュース報道なんですね。ニュー

ス主導ですべてが動いているものですから、地道に一生懸命やるべきことをやっている、という話はなかなかニュースにはなりにくい。何かを第 1 号でやった話とか、突出してかわったことや記憶すべきことなどがニュースになるのです。

とはいっても最近では、生ニュースだけではなく、医療とか教育とか複雑な社会保障の制度などを、国民がきちんと認識できるよう啓発的な情報発信をすることもメディアの主要な役割となっています。ですが、どうしてもニュースが優先になる。犬が人間を噛んだではダメで、とよく言いますよね。報道機関というのは、そのぐらい変わったことや新しいことないとニュースとして扱わないということも考えないといけないかもしれません。特に影響が大きいのはテレビで、スーパードクターとかカリスマとかが登場すると、茶の間でそれを見た人が医療現場に殺到するなど少くない混乱がおこるといいます。カリスマとか、神の手とか、スーパードクターとか、そういう言葉をどういう基準で使っているのか、といった問合せとも抗議ともとれる声が私どもにも時に寄せられます。私どもは、あまりそういう言葉は紙面では使わないのでけれども、雑誌メディアとかテレビですと、こういったインパクトの強い言葉がどうしても多用されます。媒体の性格としてやむを得ないこともあろうと思います。売るような種類の媒体ですから、読み手や視聴者にも、一歩引いたりテラシーのようなものを持って頂くようお願いしたい気持ちもあります。

明 石 お世辞ではなくて読売新聞は昔から、社会保障ですとか、医療ルネサンスもそうですし脈々と医療界のことを正しく報道されています。

炭 山 「医療ルネサンス」は南先生。

明 石 もちろん南先生が中心ですが、じっくり取り組んできてくれているなと思っています。

南 いえいえ、私の貢献など微々たるものです。社を挙げて長い時間をかけて練り上げた企画であることは胸を張って申し上げられます。ですが、それでも取材された側にとって不満な記事も中にはあるわけです。私の個人的な印象として、フリーアクセスの恩恵で些細な問題でも大病院を志向してきた国民には、「在宅」をあまりにも強調されると、医療の機会を奪われるかのような思いがするのではないか、という印象があります。特に、

独居の方、それから在宅というべき「宅」が不備な方には、弱い者いじめをされているように被害的に映るのかなという気がします。

明 石 在宅イコール・コストカットの医療だということではない。在宅へ誘導するためかもしれませんけれども、在宅がかなり優遇されているところもありますよね。

古 川 みんながそう思ってくれれば。(笑)

炭 山 高度急性期から在宅医療まで、その間に回復期、慢性期の病床を増やすということも大きなシフトチェンジだと思うんですが、先ほどちょっと申し上げたとおり、古川先生もおっしゃっていましたが、医療政策そのものが本当に国民に対して、患者さんに対して、うまく理解できてスムーズにそういうようなものにシフトしていくかというと、ちょっと時間的にかかるのではないかという不安が残るんですね。それはやはりありますしょ。

古 川 どうなってくるか。やはりやったことのな

い実験みたいな感じがしますから。帰れ帰れと言われて、どうするんですか、家に帰っても誰もいないんですよという感じで、それでは病院の経営上困るという話をもってきて、そういうトラブルが多いでしょうね。

炭 山 そういうことが今まで問題あったんですが、促進されるというか、増加するのではないかという危惧がありますよね。

古 川 是非メディアにしっかり実情を取り上げていただきて、こんなに報われないのかということを言ってくれれば考えざるを得ない。やはり世論の後押しがないと政治も動きませんし、特に今の厳しい状況ですと、何でもかんでも産業側からは医療費カットしろという。その方が保険料が安く済みますから、そういう意見が出てくるわけですよ。それに対して国の見方というのも、そこからまた出てくると思いますね。考え方がまだ定まってない気がします。

炭 山 宇都宮先生おっしゃったように、医療者側

【資料4】出典：厚生労働省資料

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1)往診を実施した患者
 - 2)末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3)死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

もそういうところを丁寧に説明して、みんなと一緒にになってやらなければいけないと思うのですが、そこらあたりはスイッチの切り替えの仕方が非常に難しいところがあって、すべてがうまくいくかどうかというのは大変大きな問題だろうと思うのです。

【在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療について】

小 山 ちょっと良いですか。平成 26 年度診療報酬改定の概要の 62 ページをご覧になっていただくと「在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療」ということで、これが 1 つ今非常に大きな問題になっているのです。同一建物に 10 人、20 人いるわけですよ。そこに行くと 1 軒 1 軒全部訪問料のフルのお金をもらえるのに対して、今度はそれに制限をかけたわけです。改定後は、特定施設の場合は 4 分の 1 です。これによって在宅に先生が来てくれなくなったという事例が実はもう来ているんですよね。点数が低くなっただけでもって行くべきなんですよ。逆に言えば、言い方は悪いけど、ぼろ儲けし過ぎたところに対して正当な評価になったというのが厚生労働省の見方だと思うのだけど、現場サイドはそういう理解がないと、先生おっしゃったような大混乱が生じてくる。大混乱が生じないようにするために、我々がこういうことをよく理解しながら、確かに今まで行き過ぎているよねということが言えるかどうかというところが、大きな分かれ目になるのかなという気がします。

古 川 これは前回の診療報酬の間違いということですね。そんな在宅医療ばっかりやってもしようがない。

小 山 そうなんですよ。今はエビデンスに基づいてますから、ぼろ儲けしているところも見えるし、ものすごく大変なところも見えているものだから、大変なところには結構重点的に充てているような気がするんですよね。エビデンスに基づいているというのです。

南 介護施設の方などから、メディアはこれをちっとも報道しないけれども、これは大変なことなのに、何で報道しないかという声もいただきました。ただ、その前があまりに高く付いたというところ

をむしろ問題にすべきだったのでしょうか。

明 石 紹介料の発生も報道されましたからね。

小 山 これだって紹介料が出てしまうんですからね。

南 ある意味では政策の急すぎるハンドルのとり方の結果ですよね。

炭 山 さっき言ったように拙速なところがないかという不安ですね。これはありますよね。

【日本の医療制度改革について】

明 石 原則論で言うと、日本の医療制度改革が医療法改正として本当に出てくるのは 10 年に 1 回ぐらいじゃないですか。だけど実は 2 年に 1 回の診療報酬改定でぐぐぐぐっと誘導され、制度改革はちょっとずつ 2 年に 1 回ずつやっているのと同じであると思います。だけどそれはコスト誘導なので、サンクションはこっちに来るというやり方で、国民になかなか浸透しにくいのだと思うんです。

古 川 ‘おっしゃるとおりで、今回も 2025 年に向けたプラスコ型からヤクルト型へという方針が、今の医療法の法律を議論する前に出てきているんですよ。我々が 3 党でこれから話し合うというときに、何で国会が議論する前に省庁が決めてきているのだということです。最初からこういうような形になるのだと規定してくるわけです。それは今先生おっしゃったようにおかしい話で、制度を動かす前に診療報酬をころころ動かして、それで実態が変わってしまうというのは問題です。1 つ診療報酬をちょっと動かすと、それで日本一律みんな医療機関がそっちのほうを向いたり、あっちの方へ向いたりするんです。

炭 山 7:1 であれだけ一気に増えたというのもその 1 つですよね。

古 川 こういったやり方がこの国にはもう無理なんですよね。ですから各地域で考えなければならない。今度 904 億円んですけど、やっと地域ごとに配るというお金ができたのは最初の出だしであって、診療報酬では地域ごとの事情に対応できないので、そのほかのところを地域ごとに必要な医療機能を別途手当てるということでないと進まないと、私も思っております。今後の課題だと思っています。

炭山 先ほど宇都宮先生がおっしゃっていたんですけど、ICUとかハイケアユニットとか、あるいは総合入院体制加算ですか、こういうようなものに対して厚く、7.1よりもさらに入院料を評価する点数を付けるということですが、これはかなりハードルの高いものなんですね。実際は総合入院体制加算は特定機能病院は取れないんですね。除外なんですね。それが日本私立医科大学協会の病院にとってどれだけメリットになるような加算点数なのかというのは非常に難しいところがあるので、このあたり古川先生どうですか。

古川 基本的にそこは医療費抑制の診療報酬改定ですから、それは基本的には一般病院がそこまでやったのなら少し付けようという話になると思いますね。まあこの2年間で正直申し上げると2回の改定で大学病院は全体的に見てかなり楽にはなっているんですよ。

炭山 だから今回は辛抱しなさいということになるんですね。

小山 本当に楽になったんですか。

炭山 どうですか。

明石 マイナスでなくなったというので。

小山 そうですよね。もとが何しろ赤字のところを医学部から補填してもらって何とか病院を経営していたのが、補填がなくても良いかなというギリギリのところですから、おそらく今回このことで1.26落ちますから、また多くの大学が赤字の経営になるのだというように、僕は思っていますけどね。

南 すべてのことが「経緯」なんですね。医療事故がたくさん報道された1999年以後のひとときがあって、その背景には実はあまりにも苛酷な急性期医療の状況があった。医療者が一斉に悲鳴を上げたために、その後の診療報酬での手厚い対応があったわけです。それで少々息をついたところで今回です。それで医療現場は持ち直した、といわれても、もとがね。だから私、いつも思うのですが、医療の話というのは国民の意識の中には、豊かであった時代の医師の姿が今もあると思うのです。それこそ医師優遇税制などという時代の、医師はもうけているじゃないか、という意識が、やはり変わってない。根底的にあるんですよ。だから、何が診療報酬のマイナス改定が問題なんだ、といった意識が、まだまだ国民にはあるというこ

とですね（全員頷く）。そこを丁寧にきちんと経緯を踏まえて議論しないといけないとつくづく思います。

明石 私立医科大学はお金をたくさん持っているという先入観があって、高い学費を取っているんだからということかもしれません。我々のところで、もし黒字が出ても、それは教育に還元されるので、理事長のお給料が増えるとか個人の利益に全然つながらない法人なんですね。

古川 おっしゃるとおりなんですが、診療報酬で黒字になったものを教育に使われるというのは、これはやっぱり我々は本意としないので。（笑）

明石 我々はティーチングホスピタル機能というものをどこかで評価していただきたいと思います。

古川 別途ね。

南 それが正論ですよね。

古川 おっしゃるとおりです。

明石 日本の医師たちを養成する機関なのだから、やはり普通より高額な機器を買わなければいけない。

古川 それは私学助成でね。大学というのは教育というのが本来の機能ですので、それは総合的にやらなければいけない。私立の医学部というのは厚生労働省の予算ではなくて文部科学省の予算、その他の予算から補助していくことだと思います。

【DPCについて】

炭山 最後にDPCのことについて、これは小山先生が分科会長をやっているわけですが、I群の医療指導官の派遣ですね。これでDPC点数加算点の0.05が付く。もう1つは後発医薬品指數というのがそれぞれの大学に付いているのですが、これの上昇率ですね。これが大学間格差がありますし、あるいは本院・分院の中で格差があるのですけど、ここについて小山先生ご意見ください。

〈① I群における医療指導官の派遣による評価加算について〉

小山 医療指導官のことについては、実は分科会の中でも反対意見があったんです。それはおかし



いと。I 群だけですよね。でも現状を考えると、今、医療指導官というのは籍が 73 あるのだそうですが、けれども、36（25.10.1 現在）しか埋まってない。埋まってない大きな理由は、刑務所でしたか、どこかで不祥事があったんですね。アルバイトをしていて。そういうことがあって兼業を一切だめということになってしまった。

炭山 1 年ぐらい前の話ですか。

小山 いやいや、その前に法律ができたんですね。兼業が一切できなくなってしまったために、15 年～20 年選手で給料にすると 7～800 万円になってしまいます。それでは 15 年、20 年選手は行かないんですよね。でもっと減ってしまって、今、36 人になってしまった。慢性的に足りないから何とかしなければならない。これに対して名目とすると、保険制度をよく理解していくためには、医療指導官みたいなことをやった方が、大学に戻って教育を学生に、それからそこにいる医師にもやることが非常に大事なんだということで評価を付けるという、ちょっと無理なところがあるのですけれども、そういうことで今回持ち上がったんです。

ところが、派遣法とかいろいろ問題がありまして、今、最終調整をしている最中で、今週か来週ぐらいには細かい法律が出てくると思うのですけど、国立・公立・私立によって出すときに全部条件が違うんです。そこら辺の調整を、今、してい

る最中です。

炭山 どんな違いがあるんですか。

小山 国立は比較的簡単なんです。国家公務員が国家公務員になるだけですから。私立は私立大学を辞めてから国家公務員になる。その間のデメリットはどうするんだという話です。公立はもっと複雑で、出しているところはいいのだけど、出してないところは市とか県の許可を得なければならぬという話ですので非常に問題がある。一律に I 群といつても、国公私立によって、それぞれの立場で大きく違う。

炭山 これはどういう意図で。

古川 医療指導官が少ないとこととともに、保険制度等をチェックしてほしいという要請で、少し診療報酬で手当てすれば積極的にとってくれるのじゃないかなというところなんでしょうね。

ただ、非常に姑息的な話で、反対の方からは意見はありましたけど、本質では全然ないです。それなら兼職をさせるなり、そういうところで考えていかなければいけない話であって、それには法律の立て付けが必要なので、そういう面倒くさいことはやらないんですよ。法律になると、国会に行って全部やらなければいけない。これは何だと言われちゃうわけですよ。そういうときに、こういう立て方をしたというので、本筋ではないと思います。

小山 なかなか難しい問題ですね。

明 石 非常勤講師か何かにしておかないと、研究歴・教育歴が途切れてしまう。

炭 山 就業年数だけだからね。

明 石 大学から行った人にはメリットが何もない。誰が行くかということですね。

炭 山 業務ですね。

古 川 自分の給料が高くなるわけではないですね。

炭 山 これは大きな問題ですね。

小 山 そうなんですよ。だけど、その中で出している大学がいっぱいあるんですよ。厚生労働省に。

炭 山 厚生労働省にうちも出しているのだけど、全然部署が違っていた。医療指導官じゃないですよ。

小 山 文部科学省にも結構出しているんですね。そういうことを考えると、大学にとって決してデメリットだけではないだろうという考え方の中で進められることなのかなというようには思っています。

明 石 無給医局員がいるところは影響ないんですね。

小 山 そうなんですよ。

炭 山 若い先生ならともかく、15～16年生というのはね。

古 川 大学病院だから分かってくださいよと。大學しかこういう制度はわからないですよ。言ってみれば大学病院だけが制度にかかわっているわけです。そういうところだったら理解してもらえるかなという発想ですよね。

〈②後発医薬品係数について〉

炭 山 それでは、もう1つの後発医薬品係数ですね。

小 山 これは大学病院が使う量があまりにも少なすぎるは何ごとだというような話の中で起きている話です。昔の計算でいくと、いわゆるDPCの病院平均10%以上使っているのだけれども、大学病院だけをとると5%行くか行かないかぐらいの数字です。今回、大学別にどのぐらい使っているか全部数字が出ましたので、それを見るとすごい差なんです。使ってないところは全然使ってないし、使っているところは結構使っているという数字が出ています。指標で表しますと、高いところですと、聖マリアンナ医科大学みたいなところは1.5%という係数がつくのですけれども、ないところは0.02%というぐらいの差があります。

国立の平均が0.35%で、私立が0.48%これぐらい後発品だけで違うんです。国立の使い方が明らかに低いんです。

明 石 国民医療費をこんなところに取られて良いのかという意識がありました。

古 川 製薬会社に。

明 石 製薬会社に行って、僕らの技術料に回ってこなくなってしまうというね。

小 山 どうしてそうなったかというと、薬剤の場合は薬価差益がほとんどないですから、そのまま出てくるんですよ。ところが、一部の病院が検査を外来に回したところは、例えばCTの検査をいっぱいすると2万円かかるわけです。この分が全部抜けてしまうから係数がどんどん下がってしまう。結局2年ごとにもとに戻しますので、差額の部分を戻していますので。実は、後発医薬品を使っても、その差というのほとんどない。それよりも高額な検査を外来に回した方が、はるかにどんどん落ちてしまうわけですよ。だから、ある意味コンサルタントがミスリーディングしたところがすごくあるんです。

古 川 みんな外来に回したほうが儲かりますよと言ったら、そのときは良いけれど、次が怖いですね。

小 山 そうです。

[7:1の厳格化基準における短期滞在手術基本料について】

炭 山 これが最後の話題ですが、7:1の厳格化基準の1つに短期滞在手術基本料というのがあります。これが従来3項目だったものが、検査も含めてですけど一気に23まで増えた。これが手術対象を拡大して、検査一部を対象とした。本点数のみを算定する患者については、平均在院日数の計算対象外からも除外する。こういうことになったんですが、これは大学病院にとって、明石先生どういうように考えますか。

明 石 これこそ制度の歪みというか、例えばみんななるべく手術は日帰りができるものは日帰りでやろうと準備して一部始めているときに、DPCの平均在院日数がああいう計算になって、何も無理して日帰りでしなくてもいいんだとしていたの

を、今度またやはり日帰りにするんだというので、例えば日帰り用の手術室をもう一回整備しなければとか。どちらにも対応できるとは言え、コンセプトがまた変わるんだなという感じは単純にいたしますね。それから、幾つかのここに指定された手術の中には、現実的には厳しいというものもあるわけです。

小 山 例えばどれですか。

明 石 眼科両眼の場合とかですね。

小 山 両眼の場合、眼科は 6 日以上あけますと言ってますから、そうすると出来高になりますからね。

南 もともとご自身が医療にかかわっていたような方が高齢になって眼の手術を受け、手術後に帰宅させ、また翌日見えない目で通院してこいと言われるのは本当に切ないと。こういうことを医療はやっちゃいけないと実感した、というようなお便りを時々いただきます。率直に、理解はできる話ではありますが、それを「医療費」で賄うべきか、ということです。それこそ国民に一番意識を変えてもらわないといけないところですよね。限られた医療費を何に使うのかということ。国民の保険料で集めた保険医療費を何に使うかということの厳格な議論を 국민に改めて問わなければなりません。

明 石 実際こういうさまざまなルールがちょっと変わることを、患者さんに現場では医師と看護師がものすごいエネルギーを使って説明してご納得いただくんですよね。

小 山 僕は逆で、説明しないほうが良いと思っているんです。一番良いと思うことを治療すれば良いんです。それを 2 年後に評価するわけですから。今回これがなぜなったかとかいうと、SD がずっと縮まっちゃって、もうこれは DRG と同じような形で良いという結論を、このデータは出しているわけですよ。いやそうじゃないのだというところは、そうじゃないのだということを言えば良いのだけど、先生おっしゃるとおり、制度がこっちへ行くと、みんな制度がそっちへ行っちゃうと、ここはうますぎるから減らそうねという話になるわけですよ。だから、あくまでも患者さん中心の医療をしてくれれば、そしたらそれを評価しますよ。特に DPC の場合は、それを評価しますよという言い方を、僕はいろんなところでしているん

ですけどね。だからあまりいじらない。患者さんにとって一番良いと思う方法を。

しかも一番問題なのは、南は九州から北は北海道まで全部同じやり方ですから、これに全部揃うことはできませんから、それぞれの地域性をどうやって出すかということは、その地域人がどうやって頑張ってくれるかというところだと思うんです。やはり良い医療を提供することが一番大事だと思うんです。

古 川 合理的な話なんですね。理想的には DPC より DRG のほうが制度としては理にかなっているんですね。

よく言われているのが、なぜ病院だけなんだと。診療所もやってほしかったという意見が結構あります。診療所はこれやってないんですよ。病院を対象にやったということなのです。ただ、総合的に見ると、特に大学病院などは、1 つこれによって少し合理化されるというところはあると思います。

小 山 軒並み点数下がりますからね。

【おわりに】

炭 山 ありがとうございました。今回、診療報酬点数改定がございましたということで座談会を開かせていただきました。冒頭、大学病院にとっては厳しい改定ではないかということだったんですが、医療費の削減というよりも、これは効率化を目指すということ。そして、2025 年を目指した大きなシフトチェンジだということを考えれば、我々医療機関は患者さんに対して、メディアも一緒になって丁寧な説明をしながら、目指すものに向かわなければいけないのだろうということを、今日のお話を伺っていてわかりました。

うれしいことは、古川先生がおっしゃってくれた、10% の増税のときには医療税務そのものに対して、これを非課税、課税にするかどうかは別にして、還付をするということに関するることは真剣に取り組んでいただけるということが示されたことは、私たちにとっては非常に大きなご意見だったと思います。是非その点を最後にお願い申し上げて、この座談会を終了させていただきたいと思います。ありがとうございました。(了)