



# 全日病 NEWS

2022  
1.1/15合併号  
No.1001

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

## 賀正



1月14日 新型コロナの医療提供体制確保のため、菅義偉首相(当時)と医療関係6団体が意見交換し、猪口会長が出席。



5月20日 参議院厚生労働委員会が医療法等改正案を可決。翌日、法案は成立した。



8月21～22日 全日病学会in岡山がオンライン方式で開催。



2月17日 新型コロナのワクチン接種始まる。



6月19日 第9回定時総会で猪口会長の3期目の続投決める。



10月4日 岸田文雄政権が発足し、厚生労働大臣に後藤茂之氏が任命される。



3月27日 猪口会長らが創立60周年記念の大臣表彰を受ける。



「病院のあり方に関する報告書2021年版」が完成。6月19日の定時総会で徳田常任理事がポイントを説明した。



11月4日 政府の全世代型社会保障構築会議が初会合開く。(写真:首相官邸ホームページより)



4月27日 猪口会長が参議院厚生労働委員会で参考人として医療法等改正案に意見を述べる。



7月29日 四病協をはじめとする9団体が新型コロナの爆発的感染拡大で緊急提言を発表。

本号の紙面から	
年頭所感 後藤茂之厚生労働大臣 中川俊男日本医師会会長	
副会長・常任理事のご挨拶	2・3面
新春座談会Ⅰ 女性経営者で議論	4・5面
新春座談会Ⅱ 異なる世代が議論	6・7面
外来機能報告WGが報告書まとめる	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2022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、会長職に再任をいただきました。引き続き会員の皆様方のご意見を踏まえつつ、公益事業の推進、組織の強化に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、一昨年に続き、新型コロナウイルス感染症への対応を迫られた年でありました。特に昨年夏頃は、全国各地で感染が急拡大し、第5波ともいわれ医療が逼迫する状況となりました。そのような中でも、会員の皆様方をはじめ全国の医療機関の協力のもと、ワクチン接種が順調に進んだこともあり、秋以降は小康状態となり、少しずつ落ち着きを取り戻しているように思います。変異株の発生などもあり油断はできませんが、不測の事態に備えつつ、引き続き気を引き締めて対応してまいりたいと存じます。

本年は、4月に診療報酬改定が行われるとともに、外来機能報告制度がスタートします。

今回の診療報酬改定では、医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえて、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しが行われる予定です。また、昨年11月の経済対策において、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等が明記されたこともあり、補助金での対応とともに、診療報酬上の対応も想定されます。

医師の働き方改革については、労働時間短縮計画の作成や特例水準医療機関指定に向けた第三者評価などが行われます。その他にも地域医療構想や医師確保計画、その先には新興感染症への対応を新たに加えた第8次医療計画の作成など、医療機関にとって重要な施策が進められます。

さらに、本年後半には、一定以上の所得がある後期高齢者の窓口負担を2割に引き上げることが予定されています。

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二



新型コロナ対応で多くの病院が疲弊している中で、いずれの改革も病院経営に大きな影響を及ぼすものですが、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、引き続きこれらの改革に対応していく所存です。

その他、新型コロナウイルス感染症の収束を願いつつも、コロナに対応する医療現場に対しては十分な支援が引き続き必要です。2020年より日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会3団体で定期的実施しております病院経営状況調査等を踏まえて対応していきたいと考えております。

昨年8月には、第62回全日本病院学会in岡山が開催されました。新型コロナの第5波の時期と重なることとなり、全日病学会が始まって以来、初の全面WEB開催形式で行われました。当初はハイブリッド形式での開催が企画されており、開催直前にコロナの影響から急遽変更を余儀なくされましたが、岡山県支部長の佐能量雄学会長をはじめ関係者の皆様方のご尽力により、会場での参加と何ら遜色ない、大変素晴らしい学会を開催していただきました。ポストコロナを見据えた新たな形での学会の開催形式を示していただき、改めて心より感謝申し上げます。

本年は、10月に静岡県支部長である土田博和学会長のもと、第63回全日本病院学会in静岡が浜松市で開催されます。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8,205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2,538を数え、日本で最大の病院団体です。

ポストコロナの時代を見据えて、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。

# 2022年 年頭所感

厚生労働大臣 後藤茂之

謹んで新年の御挨拶を申し上げます。本年が皆様にとってより良い年になりますよう祈念いたします。

新型コロナウイルス感染症への対応について、一昨年から継続して地域の医療を守っておられる医療関係者の皆様の並々な御尽力に、改めて感謝と敬意を表します。

厚生労働省では、人口構造の変化、労働力の減少、技術の急速な進歩など、我が国の医療を取り巻く環境が変化中、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を進めています。昨年5月には、医師の働き方改革の推進や、地域医療構想の実現に向けた支援策の強化等を盛り込んだ改正医療法が成立しました。また、同改正により、2024年度からの第8次医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されることとなり、今般の新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見も踏まえ、次の新興感染症等の発生に備えた取組について詳細な検討を進めてまいります。

本年も医療関係者の皆様には、こうした取組に御理解と御協力をいただくとともに、引き続き、日本の地域医療を支えていただくようお願い申し上げます。新年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 中川俊男

明けましておめでとうございます。

昨年は、新型コロナウイルス感染症への対応に終始した一年でした。1月8日には、関東一都三県に緊急事態宣言が発令され、その後の一年を暗示するような年明けとなりました。やがて、ワクチンの接種が始まり、治療薬の治験が進み始めると、このウイルスと闘うための有力な手段が得られることへの期待が高まってきました。しかし、夏には全国で爆発的な感染拡大が起こり、特に大都市では、医療提供体制が逼迫し、新型コロナ医療とコロナ以外の通常医療の両立が危うくなりました。11月に入り、猛威を振った新型コロナの感染者数が減少に転じ、12月には「収束」と言える状況になりました。世界的に見ても高い公衆衛生意識をもっている日本の全ての人々の勝利だと確信しました。

しかし、「終息」したわけではありません。敵はしたたかです。年末には新たな変異株も発見されました。まだまだ、闘いは続きます。今、私達は、新型コロナウイルス感染症との闘いという長いトンネルの中にあります。新たな変異ウイルスや感染再拡大に対する備えを緩めることなく、トンネルを駆け抜け、希望あふれる記念すべき年となることを願っています。



# 2022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。

さて、新型コロナウイルス感染拡大により明らかになったことは、日本のデジタル化の遅れでした。今後、業務の効率化に向けてのデジタル化、さらには業務プロセスそのものを見直すDX（デジタルトランスフォーメーション）は中小病院にとっては欠かせないものとなるのではないかと思います。現在、DXに取り組んでいる病院は限られていますが、今年度より広報委員会にDXワーキンググループが立ち上がりました。時代の変革が進む中で、成功事例を会員病院が共有し、アフターコロナに向けての一助になることを期待しています。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。

今年度は診療報酬改定が予定されており、また2024年度から始まる第8次医療計画や医師の働き方改革についての議論も山場を迎えます。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、コロナ禍においても患者様のために医療を続けている会員病院の皆様のための取組を行っています。

昨年10月末の衆議院議員選挙においては、私の不徳の致すところで、皆様のお気持ちに届けられず、二期目の当選は果たすことができませんでした。現在は、自由民主党より政務調査会長特別補佐という立場をいただき、引き続き日本の医療・介護を支える病院の皆様方の「現場の声」をしっかりと届けるとともに、医療政策や社会保障政策に全力で取り組んでいくことを改めて決意しているところです。本年もご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



副会長 美原 盤

明けましておめでとうございます。

新型コロナウイルス感染症の嵐が未だ吹き止まぬ中、新しい年を迎えることになりました。本年は診療報酬改定や働き方改革などへの適切な対応が求められ、今は、とてもお屠蘇気分を味わっている場合ではないように感じられます。病院運営の舵取りは、とても難しい状況です。だからこそ、積極的に全日病の活動を展開し、会員病院の発展の力となることが、私たち役員の果たすべき役割だと認識しております。本年もよろしくお願い申し上げます。



副会長 中村康彦

明けましておめでとうございます。

昨年は新型コロナウイルスにより、今までとは違った制約の中での生活や新しい取組など振返れば色々ある一年でした。本年は、感染の終息を願うと共にポストコロナに向けて色々な方向性を見出さなければなりません。

また本年は診療報酬改定も控えており、これまでの「医師等の働き方改革の推進」、「地域包括ケアシステムの推進」を踏襲しつつ、新型コロナウイルス感染症を契機に「新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築」など医療を取巻く課題への対応が必要になります。皆様と情報を共有し、この時代を乗り越えて参りたいと思います。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



副会長 神野正博

新型コロナウイルス感染症対応で終始した2021年。私たちは、この間、緊張と多くのつらさを経験しながら、医療や介護のあり方を考え、多くのことを学び、挑戦しました。今年も手強い新興感染症対応をニューノーマルに落とし込み、新たな仕組みを創っていく年にしなければなりません。

一方で、ひしひしと迫る人口減少と少子高齢社会への対応は待ったなしです。感染症対応を進め、さらに生産人口の減少とその働き方改革にも対応しながら地域医療を守るためには、生産性向上のための仕組みの見直し、特にDXは必須です。

会員病院自らの危機意識こそが、仕組みの見直しの原動力になるに違いありません。さあ、一緒に一歩前へ進もうではありませんか。



## 「必要度」の項目でシミュレーションを実施

中医協総会

「心電図モニターの管理」の削除の影響が大きい

厚生労働省は12月17日の中医協総会（小塩隆士会長）に、2022年度診療報酬改定に向け、一般病棟用と治療室用の「重症度、医療・看護必要度」（以下、必要度）のシミュレーション案を提示した。これまでの中医協の議論を踏まえ、一般病棟用の必要度Ⅰ・Ⅱの評価項目の変更の選択肢が示された。そのうち、A項目の「心電図モニターの管理」を削除した場合の影響が最も大きくなっている。

現状で基準を満たす患者を100%とすると急性期入院料Ⅰ～Ⅵの必要度Ⅰで18.90%、必要度Ⅱで11.90%の影響がある。この試算を用いて、今後、シ

ミュレーションを実施する。

これまでの議論で、一般病棟用の必要度については、◇点滴ライン同時3本以上の管理について、薬剤は4種類が最も多いが、同時3本以上を求めているながら、2種類以下の患者がいる。ただ、必要度Ⅱだとコードにより、2種類以下になる場合があることに留意◇心電図モニターの管理については、保有台数など医学的必要性以外の理由で装着を決定する病院もあるとの指摘など、患者の状態を反映する指標となっていない可能性がある◇B項目の「口腔清潔」「衣服の着脱」「食事摂取」には高い正の相関がある◇C項目は

2020年度改定での見直しの影響を考慮する一などの意見が出ていた。

A項目の点滴ライン同時3本以上の管理は、内保連グリーンブックを採用し、ライン数ではなく、点滴薬剤の種類数で区分する案が示された。点滴ライン同時3本以上の管理を削除しても、影響は必要度Ⅱで2.30%であった。

B項目では、「口腔清潔」「衣服の着脱」「食事摂取」の削除をそれぞれ選択肢とした。C項目は骨の手術について、現状の11日を8～10日間への短縮を選択肢とした。

これらの選択肢を組み合わせ、シミュレーションを実施する。例えば、

急性期一般入院料Ⅰにおける各施設の必要度Ⅰ・Ⅱの該当患者割合の変化をみる。なお、現状の急性期一般入院料Ⅰの該当患者割合の基準は必要度Ⅰで31%以上、必要度Ⅱで29%以上となっている。

厚労省の説明を受け、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、シミュレーションの実施は容認しつつ、「新型コロナが収束していない状況で、急性期一般入院料の基準を厳しくすることは絶対に避けるべき」と強調した。

また、救命救急治療室と特定集中治療室のシミュレーションも、同様に実施する。A項目の心電図モニターと輸液ポンプの管理の削除、B項目の削除が選択肢として示された。B項目の削除の影響はゼロ%となっている。このため、支払側からは、B項目の削除を主張する意見が出た。

# 2022年 謹賀新年

## 全日本病院協会 常任理事(50音順)

### 常任理事 池井義彦

明けましておめでとうございます。約2年間COVID-19感染症に振り回されました。日本では、昨年末より感染者が激減し、社会活動も戻りつつあります。今年も様々な医療行政の改革が予定されています。理事として微力ではありますが、全日病執行部と協力し、有益な情報を会員に発信していきたいと考えております。会員の皆様と対面でお話出来るのを楽しみにしております。

### 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、看護部門長や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。昨年はすべてWeb化して行いましたが、Webの利点を実感した一年でもありました。今年度はコロナが落ち着いて皆様と顔を合わせながらWebも混じえて研修ができることを祈っております。ご指導よろしく申し上げます。

### 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。旧年も新型コロナウイルス感染症の対応に追われた一年でした。本年も執行部は即応と出口を見据えた対応が迫られ、会員病院の経営に直結する判断も多いと思います。変わらず執行部を全力で支えていきます。本年もよろしくお願いたします。

### 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

新年あけましておめでとうございます。委員の先生方や事務局のご尽力により昨年もwebを駆使して研修会や各種事業を無事に遂行でき、心より感謝申し上げます。今後活動を更に発展させるべく微力を尽くして参りますので、ご支援ご指導を宜しくお願い申し上げます。

### 常任理事 学術委員会委員長 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岡山が昨年8月にWEB開催されました。今年10月1日・2日には静岡での学会開催を予定しております。現在のところ現地での開催を目指しておりますので、ご参加の程よろしくお願いたします。

### 常任理事 大橋正實

新年あけましておめでとうございます。監事職を2期務めてからの常任理事復帰という異例の常任理事就任となりました。若い人への協会役員の道を拓く為とは言え、COVID-19の猛威の中、顔を合わせたの会議が開かれず、一番大事なコミュニケーションがとりづら一年となり、思っていた支援ができずに過ぎてしまったと反省しています。今年が良い年に変わることを祈念します。

### 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。救急救命士が院内で実施可能な救命措置を行うため、当会が監修したe-ラーニングを受講いただく「修了証」を授与いたします。AMAT研修と合わせてご活用下さい。本年もよろしく申し上げます。

### 常任理事 病院機能評価委員会委員長 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。当委員会はいまだに月1回の委員会もWEBで行っております。そろそろ集まりたいところですが、自重しています。

病院機能支援モデル事業も3年目になり、順調に行われ最初の櫻村病院は見事認定を頂きました。2番目の福山城西病院も頑張っているところです。また、支援セミナーも順調でWEBにも慣れ、かえってWEBのほうが参加しやすいとのご意見もいただいています。

今年も頑張っているいろいろな取り組みを行う予定ですので、どうぞご利用ください。

### 常任理事

### 高齢者医療介護・介護医療院協議会委員長 黒澤一也

新年あけましておめでとうございます。昨年より常任理事の末席に加えさせて頂きました。まだまだ若輩者で力不足ですが、協会の発展のため、また会員病院様の役に立つよう精一杯努力していく所存です。本年もどうぞよろしくお願申し上げます。

### 常任理事 医業経営・税制委員会委員長

### 若手経営者育成事業委員会委員長 須田雅人

恭賀新年、皆さまにお喜び申し上げます。今年こそは新型コロナに翻弄されない『打ち勝った年』になることを願っています。その時まではもうひと踏ん張り、日本の医療界の担い手である皆さまとともに知力を合わせ、根気を絶やさず乗り切っていきましょう。

### 常任理事 田蒔正治

明けましておめでとうございます。コロナ禍で本年の診療報酬改定は厳しそうですが、皆様とともに地域医療を守るため、外来医療の機能分化と連携、医師の働き方改革、看護・介護職の処遇改善等の課題にも取り組んでまいります。本年もよろしくお願致します。

### 常任理事

### 医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

明けましておめでとうございます。診療報酬改定の年を迎えました。新型コロナで何がどう変わるのか、次の2024年改定に向けて何を目標していくのか、医療保険・診療報酬委員会では改定内容を精査・分析し、改定後の影響についてしっかりと検証していきます。

### 常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

明けましておめでとうございます。With コロナとなるのかAfterコロナとなるのか不透明ですが、財務省の姿勢も含め医療提供者側には厳しい状況が続きます。その対応に病院団体として一致団結して臨みたいものです。本年も宜しくお願申し上げます。



### 常任理事 中尾一久

あけましておめでとうございます。昨年より常任理事を拝命し、看護師特定行為と在宅医療を担当しております。今後在宅医療への舵取りが進む中、民間でできる分野は、民間でしっかりと役割を果たすべきだと考えます。本年も何卒よろしくお願申し上げます。

### 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433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検診・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。コロナが終息して新しい医療の形が作られていくことを望んでいます。全日病は多方面にしっかりと関わり、病院経営の道標となります。今年も全日病を活用されますことを祈念しています。

### 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。プライマリ・ケア検討委員会では、認知症研修会・MSW研修会・総合医育成事業など現場に即した研修会を行う予定ですが、今年にはさらに病院の行う在宅医療にも取り組んでいければと思います。本年もよろしくお願いたします。

### 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」、全日病ホームページをさらに魅力的なものにし、会員の増加に寄与したいと存じます。また、新たにデジタルトランスフォーメーション(DX)に関する情報提供を行っていきます。よろしくお願申し上げます。

### 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2022年の佳き元旦をお迎えの事と思います。コロナ禍が今なお世界を覆う中、医療界の連携が一層希求されている事を踏まえ、日本全病院の一致協力により社会の福祉増進に貢献致します。また、コロナ禍での個人情報保護にも対応致します。

### 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。コロナ禍の影響で、2年に亘り介護技能実習生の入国が制限され、ハワイ研修も続けて中止せざるを得ませんでした。昨年末からの国内の感染者数の減少と入国規制の緩和、更には送出国側の出国規制、ハワイ州での入国規制の緩和が具体的となり、第6波到来を危惧しつつも、本年からは全ての事業が円滑に進められるように期待し、皆様の積極的なご参加をお待ち致しております。

て実施するための審議を進める。

### 女性の対象年齢は43歳未満に

対象患者は「不妊症と診断された特定の男女」と定義。女性の治療開始時点は43歳未満、1子につき6回まで。40歳以上43歳未満の女性は1子につき3回までとする。第三者の卵子または精子を用いた生殖補助医療は、国会で検討が進められていることを踏まえ、現時点では保険適用外とする。

今後、情報開示を含む実施医療機関の施設基準の要件などが検討される。実施医療機関では、患者の心理的負担の軽減のため、コーディネーターやカウンセラーとの連携が望ましいとされている。これについて、診療側からは、カウンセラーの設置等の要件化には慎重な検討が必要との意見が出た。

# 不妊治療の保険適用の大枠の考え方を了承

## 中医協総会

## ガイドライン推奨度A・Bの医療技術を保険適用

中医協総会(小塩隆士会長)は12月15日、不妊治療の保険適用に関する大枠の考え方を了承した。生殖医療ガイドラインにおいて推奨度A・Bに該当する医療技術は原則、保険適用の対象とすることを決めた。推奨度Cの医療技術は原則保険適用外だが、医療機関から申請のあったものは、先進医療で実施する方向で審議を進める。

生殖補助医療では、採卵、採精、体外受精・顕微授精、胚培養、胚移植の各ステップが必須。凍結胚移植を実施する場合は、胚凍結保存も必須となる。各ステップでは、それぞれの段階で「必

須となる事項」と「必須とは言えないが、追加的に実施されるもの」がある。

生殖医療ガイドラインによる推奨度をみると、必須となる医療技術の推奨度はほぼA・Bであり、追加的に実施される医療技術では、A、B、Cが混在する。例えば、タイムプラス(培養器に内蔵したカメラで発育過程を観察)や子宮内膜スクラッチ(着床と免疫応答の促進のため、子宮内膜に傷をつける)などは推奨度Cとなっている。

医薬品等については、薬事承認を得たものを保険適用とする。現在、ガイドラインで推奨度A・Bの医薬品で、

学会からの要望と企業からの申請により、薬事承認の審査を進めている。推奨度Cの医薬品等は、薬事承認とはならず、保険適用外となる見込みだが、そのうち、医療機関から申請のあったものについては、先進医療Bとして実施するための審議を進める。

一般不妊治療(タイミング法・人工授精)の医療技術、薬事承認を有する医薬品等についても、保険適用とする。生殖医療ガイドラインに記載のない医療技術や医薬品等は、原則として保険適用外となるが、医療機関から申請のあったものは、順次、先進医療とし

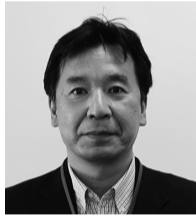
# 85歳以上の高齢女性が急増する社会の中で生活とつながるおしゃれ感覚の病院経営へ

松田 新年明けましておめでとうございます。

すでに地域により起きている未来の姿でもあります。医療、介護、生活、住まいのすべての側面で、支援が必要な高齢女性が日本の超高齢社会では急増します。こうした高齢者のサポートを日々行っている3人の女性経営者に、今日は、課題解決のための処方箋を、新年ということですので、「明るく」議論して頂きたいと思います。

例えば、北九州市の85歳以上の人口は、女性が男性の3～4倍です。85歳の単身女性の医療や介護、生活のニーズがすごく膨らんで来ていますが、医療や介護政策が、その視点であまり議論されていません。

課題の一つが、生活への配慮です。生活に配慮することにより、病院は新たなソーシャルビジネスをつくれますし、それによって経営も安定し、地域貢献もできるということです。



松田晋哉教授

増える高齢女性患者をどうサポートするか。団塊世代が後期高齢者になると、慢性期あるいは介護をベースに、そこから発生する急性期のイベントが多くなります。生活と医療の連続性のある複合的なニーズにどう対応するかが課題です。また、ジェンダーの視点も考慮しないとよいサービスにはなりません。

最初に、病院の高齢者のケアについて、急性期、回復期、慢性期の順でお聞きします。まず、急性期は石川先生をお願いします。

石川 急性期ケアミックス型のHITO病院と石川ヘルスケアグループは、「生きるを支える医療・介護・福祉の実現」を理念に掲げています。

四国中央市の人口は8万5千人で、高齢化率は30%。この2～3年で80歳以上の高齢者の入院が増えました。急性期ケアミックス型の病院として、食べること、自分らしく歩くこと、それから自分で排泄できることが、在宅復帰の大きな課題だと考えています。

在宅復帰されても、支える担い手が不足していますし、老老世帯や独居であることも多いので、テクノロジーを駆使しながら取り組んでいます。

在宅などにつながるため、介護系サービスと情報共有をしています。書面では難しいと思い、動画などで、食事を召し上がる時の量や飲み込むスピードなども共有できるように、できる限り「ときどき入院、ほぼ在宅」を実現できるように取り組んでいます。

松田 回復期は橋本先生をお願いします。

橋本 香川県と大阪府箕面市で、地方型と都会型の病院を運営しています。リハビリテーションが中心なので、生活に配慮した医療が必要だということは身にしみえています。

回復期リハビリテーションの制度ができて20年になります。病院にいる間に、在宅復帰後の姿をしっかりとみる、つまり家に帰ったらどう生活するのか、周りの人とどうコミュニケーションをとるのか—ということを実定してリハ

ビリテーションを提供するのが、本来の姿だと思います。

松田先生が指摘するように、確かに高齢女性が急増する社会ではあるのですが、私の感覚でいきますと、女性は割となんとかなるんですよね(笑)。

1人で家に帰っても、コミュニケーション能力は男性より高いので、困れば近所の人に助けを求めたり、近くの若い子に助けを求めたりと、何とか生活ができる高齢女性が多いと感じています。むしろ、男性のほうが困難を抱える人が多いという印象です。

松田 男性のほうが困難を抱えるというのは、そのとおりで、私の分析でも、虚弱から介護保険に入るのは、男性のほうが早いという結果が出ています。家事能力がないので、それがトリガーの1つになってしまうようです。

女性は単身で認知症があっても、在宅でどうにかやっている人が多いですね。ただ、2040年を考えたときに、どうなるのかと心配ではあります。

というのも、今の高齢者は比較的恵まれています。制度や福祉サービスがそろっていて、国もお金を出す余裕がまだある程度あります。ところが、20年経ったときに、今の高齢者と同じサポートが受けられるかという点に難しい。

また、日本は、病院や介護施設が、地域の高齢者が生きていくために必要なものを持っているにもかかわらず、閉鎖的です。一方、海外の施設は、施設の社会化を進めていて、地域の高齢者が病院のレストランに食事に来たり、病院が地域の安全を保障するパブリックなものになっているんです。日本でも、病院や介護施設をもっとオープンにしていくことが大事だと思います。

田中先生は、地域に病院や施設の機能を開放していますね。

田中 内田病院(群馬県沼田市)の周辺は、全国よりも高齢化が進展していて、入院患者に占める高齢患者の割合は非常に高くなっています。貧困の問題も深刻です。家族がいても、お金を支払うことができない家庭も多く、「8050」ではなく、「9060」が現実です。

生活保護につなげるまでの間をどうするかという問題もあります。今後、経済力がないし、頼るところもないという、大変な状況の高齢者がさらに増えていくのは、間違いないと思います。

松田 2つのテーマが出てきました。

まず貧困の問題。問題は、生活保護の対象ではないが、十分暮らしていくだけのお金はなく、持ち家はああるケースです。持ち家は資産ですが、成長があまり期待されていない地域は、資産価値がなく売れません。生活保護より少しお金がある人たちが、介護が必要なのに利用しない、というケースが今ものすごく多い。

高齢者の食事の調査をしたことがあるのですが、一週間作り置きをして、それを少しずつ食べるという、単調で栄養面でも問題のある食事をしている人たちが、何かイベントが起こって、急性期に運び込まれると、もう自己負担が払えず、退院先もないんです。

もう1つはリハビリテーションです。現在の回復期リハビリテーションは、どちらかというと、脳卒中モデル、骨折モデルです。しかし、心不全や肺炎といった、虚弱な状態がベースにある



人たちのリハビリテーションをどうするのかという概念が抜けています。

また、85歳以上では、ロボット技術や福祉用具をうまく使い、残存機能を支援するというリハビリテーションが必要になります。その点が介護では弱いので、心配しています。

石川 先生はロボット技術やICTの活用に積極的ですが、どうですか。

石川 サイバーダインの「HAL腰タイプ」など装着型の機械を用いたリハ

ビリテーションは、通所リハビリで継続して使っています。高齢者の場合、「できた」という、自分がやれたことに対するモチベーションをどう作ることができるかが、大事です。

また、職員同士の振り返りのカンファレンスのために、スマートフォンをグループで共有しています。急性期病院の職員は、生活の視点といわれてもピンとこないところがありますが、ケアマネジャーからのフィードバックで、サービスは多ければよいということではないと教えるなど、介護からのフィードバックはとても重要です。

病院から退院させるだけでは患者を支え切れません。SNSのやりとりだけでも、情報共有は早くなります。多職種で情報を共有するツールとしては、スピードと、「一度に」が叶う点で、スマートフォンのアプリを使ったICTの活用は優れていると思います。

### 在宅での回復期リハビリ 日本でも仕組みの検討を

松田 病院への入院でADLが低い患者がとて増えています。これからは急性期病棟で、ADLケアやリハビリケアを行う職員を、人員配置基準で定めて入れていくべきかもしれません。

実際、「重症度、医療・看護必要度」で分析すると、入院期間が長くなればなるほど、どの病気で入院してもADLは下がります。そういう患者を受け入れるリハビリテーション病院は大変だと思いますが、橋本先生のところでは、どうでしょうか。

橋本 回復期リハビリテーション病棟は、成果を上げていると思います。

ただ、私たちがみていると、脳卒中の片麻痺や失語などを改善するリハビリテーションのスキルや知識は、当然必要なのですが、それは半分くらいで、あとの半分は、脳卒中だろうと整形だろうと心不全だろうと肺炎だろう

出席者(文中敬称略)

HITO病院	石川賀代
千里リハビリテーション病院	橋本康子
内田病院	田中志子
産業医科大学教授	松田晋哉 (座長)

※座談会はオンラインで開催されました。  
左上が松田教授、左下が田中理事長、  
右上が石川理事長、右下が橋本理事長。  
座談会は12月1日に行われました。

と、すべて廃用症候群になるんです。急性期の病院で、例えば、「尖足」にならないような対応があれば、リハビリテーションに入るまでのタイムラグが減ります。

それから、廃用になることに加えて、フレイルですね。急性期から栄養状態が悪い状態であることもあるので、きちんと栄養状態を保つことです。

急性期の病院で食事がストップして、当然栄養状態が悪くなりますよね。その状態を改善させてから、リハビリテーションを行うことになるので、そこはきちんと考える必要があります。

極端な話、急性期が終わり、リハビリテーションができる状況を評価できれば、そのまま家に帰っても、リハビリテーションはできると思っています。

そういう制度がないので実費になりますが、在宅で回復期のリハビリテーションを行うクリニックをつくりました(千里リハビリテーションクリニック東京)。できる限り短期間の入院にして、急性期後はすぐに自宅に帰り、回復期と同じくらいの濃度のリハビリテーションを入れていきます。

胃ろうが必要な人も、介護が必要な人も家に帰れます。コストはかかりますが、みるみるよくなっていくんです。

松田 フランスでは在宅入院制度があります。患者の家のベッドを病院のベッドとみなして、そこでリハビリテーションや化学療法、術後のケアをします。とても効果を上げているんです。日本でもそういう仕組みを入れられたらいいと思います。

田中 私たちのところでは認知症の人の回復期をあえて受け入れています。認知症で、なおかつ高齢の患者さんのアウトカムを出さなくてはならず、生活の支援の大変さを感じています。時代を先取りしている地域なので、これから全国でも、こういうことが求められていくのだろうと感じます。

もともと障害がある方が高齢になり、認知症や合併症や、生活能力の低下など対応しなくてはならないことが増えます。制度の縦割りで、障害、生活保

護、介護の部門とうまく連携をしながら、一人の人のみていくことは本当に大変です。

障害者病棟もあるのですが、障害児のレスパイト入院を引き受け、母親が疲れてしまった時、お子さんを定期的に預かっています。家族単位でみないと解決しないことが多く、身体障害の子どもをこれまで親がみていたけれど、親に認知症が出たケースなど、一方だけでは、生活を支えられないのが現状です。

松田 認知症も入ってくると、家族を単位としてみるのが重要な視点ですね。家族単位で在宅もつなぐことになりますと、使い勝手のよい在宅のモニタリングシステムなども入れていく必要があると思いますが、そういう点から、石川先生のところで作られたスマートフォンで健康管理ができる「HITO | BAR」に注目しています。

石川 「HITO | BAR」を作ろうと思ったのは、高齢者の方でもスマートフォンをもっている方が増えたからで、職員がアプリをインストールし、血圧や血糖測定をBluetoothで接続します。健診データも、アプリで閲覧できます。昨年からはじめ、登録数が5千人程になりました。

スマートフォンでみることができると、例えば、かかりつけ医に健診結果を画像付きで提供できます。経時的な変化を家族とも共有できます。スマートフォンは、70歳以上でも保有率が6割を超えていて、多様な活用方法が考えられます。ライフログを取り、予防や未病にどうしたら使えるかというのが、今後の取り組みとして面白いかなと考えています。

#### カッコいいHPや建物 サービス業の視点持つ

松田 高齢者の低栄養の原因として、姿勢が悪く食べにくくなっている人が結構いるようです。シーティングをきちんとしてくれるようなスマートチェアも出てくるのではないのでしょうか。スマートチェアが、栄養改善やリハビリテーションにもつながっていくと思います。

そういうものを、“カッコいいかたち”で医療の現場に持ち込むセンスが必要です。先生方の病院のホームページをみると、デザイン性がすごくあります。病院のホームページとはとても思えません。生活再建の場としての空間の工夫は、どのように考えていますか。

橋本 建物については、大きなお金をかけるので、自分の好きなように建てたいというのが根本です。ただ、



橋本康子理事長

ホテルやオフィス、学校の校舎でさえ、30年40年前の建物とは全然違うものに建て替えられています。それなのに、病院だけは、ほとんど似たものが建っていることが多いですね。

病院もサービス業に入っていますが、本気でお客さんと思っているのかなと思うところがありますね。病院食はまずくて仕方ないといわれるのも、ちょっと違うかなと思います。

また、ICTの使い方にしても、いまはコロナ禍なので面会ができません。どの患者さんもそうですし、リハビリテーションの患者さんは特に、家族が来ないとものごくダメージを受けます。そういうときに、ICTが活躍します。

松田 日常性を越えて、プチ贅沢が病院に取り込まれているのがすごくいいと思います。田中先生のところは、食事を含めて、生活への配慮をととても上手にされていると感じます。

田中 地方なので、交通手段がないとお買い物に行くことも、おしゃれなお店に行くということもできないのです。

でも病院には、なんらかのかたちでも月に1回くらいは出てきます。家族もついてきます。そういうときに、病院にショップやレストランが併設されていれば、その日はイベントみたいな感じで、そのついでに受診という感じがいいのかな、むしろお楽しみがメインでもいいと思っています。

きっかけは、患者さんたちをみたときに、茶色とグレーなんです。なおかつ、働いている女性が、自由に買い物に行ける時間が日中はないので、そこも救済できればいいかなと思って、ショップを院内につくったり、レストランも、歩いていける距離に作って、カフェにいたり、レストランに入ったり、温泉にも入ったり、「病院を受診するのいいね」というようになればというのがきっかけです。

松田 ポストコロナでは、その視点が重要だと思っています。いまはちょっと行くことができませんが、海外で類似の病院や施設をみて思うのは、そこに通っている人たちがおしゃれなんです。デイサービスに通っている男性は背広を着てネクタイ締めて、女性もそれなりの服装をして化粧もして…アクティビティも、ソーシャルダンスとかやっているじゃないですか。

生活の再建を橋本先生のところではモットーに掲げていらっしゃると思いますが、生活を再建するということが回復期や療養病床に入院しているときに始まっているという、それによって、生活との連続性も出てくるのかもしれない。そう考えると食も連続していいと思いますね。病院の外食サービスがもっとビジネスになってもいいと思うんですよ。

石川先生のところはいかがですか。石川 イベント食には力を入れています。患者さんが選べる食事というところでは、特に回復期では、脳卒中の患者さんは入院が長引きがちで、食事がマンネリ化すると楽しくないという声があるので工夫しています。

配食では、クックチルの改良版が出て、おいしくできるようになってきています。ただ物流の問題が、地方では鍵を握っていて、どう届けるかが重要になります。配食だけではなく、買い物などをパッケージとして提供することが、今後、必要なかなと思います。

#### 働き方改革への対応含め 総合医をどう活用するか

松田 働き方改革の話に移ります。

医師の働き方改革の議論に参加していると、昭和時代の男性の頭で考えすぎていると感じます。でも、長い時間働かせることを前提にこれからの医療はできないと思っています。

先生方からみて、時間外労働の上限はどのようにとらえていますか。

石川 960時間を守るということは救急病院でも当たり前だと思います。それでも一般の方からすると、倍くらいの時間ですから。考え方の意識改革が必要です。場所や時間に縛られずにどう働くかを考えることが大事です。

HITO病院は、高齢者医療が中心なので、救急のトリアージは総合診療医が行います。専門医と専門医の間を

埋める人材を育成することが急務で、総合診療医が絶対必要です。それとあわせて、チーム医療などの多職種協働を活用する組織変革、意識変革です。橋本 医師が専門ではないのにやってきたことを、病棟薬剤師や管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの専門職とのチーム医療でやれば、医師の仕事も少なくなり、専門に集中できます。

チーム医療は田中先生のところも上手に行っていますね。

田中 長けている人がいるのであれば、長けている人に任せようというところ



田中志子理事長

があるのと、医局の先生たちもフラットなので、割とうまくチーム医療ができていられるのかもしれない。

働き方改革で言えば、女性医師の問題は大きくて、かつての専門医の制度は結婚・出産ができないような建付けでした。子育てをしながら研修することがどれだけ大変か。本当になんとかしてほしいと思っていました。今でも様々な問題が指摘されていますが、いまの研修医制度になって本当によかったです。

研修医をみていると、いまの若い女医さんたちは、賢くて強いと思います。クリアカットに物事を考えています。それでも結婚・出産をすると一線を離れなくてはいけないと思っているはず。もっと女性経営者や女性教授などにフォーカスして、女性のあり方をもっと若い女性医師に教えていく必要があります。

松田 ロールモデルが足りなさすぎるのだと思います。田中 先ほど話が出た総合診療医については、危険性も感じていて、教育者が少なく、“なんちゃって総合診療医”が多い。救急医療寄りの総合診療医と、地域医療寄りの総合診療医が混在しています。また、一般の人がどちらをイメージしているのかがつかめません。

橋本 私も田中先生の意見に賛成で、地域医療を守る病院協議会に出ているのですが、いろいろな団体が入っています。“19番目の専門医”などと言われていますが、私としては「専門医？」と疑問に思います。総合診療医がこれから大事だというのは、高齢者の医療になのか、どこに対してなのかわかりません。領域が広すぎて、議論している皆さんが全然違うことを考えているように思います。

松田 私が考える総合医の一番大事な機能は、患者の代理人機能です。相談したときに、いろんなところにつなぐ。これを行っているのは、例えば小児科医です。母子健康手帳というツールがあり、生まれたときから小学校に上がるまで、母子健康手帳を通じて、診療もやるけど、困ったことがあれば、福祉や予防につながります。本当の小児科医は、総合診療をやっていると思います。

もう1つ、総合診療が必要なのは高齢者です。複数の疾患をもち、介護保険には、そこは主治医意見書を書くことでつなぐ。老年科医を一つのひな形に総合診療とする考えもあるでしょう。総合医については、当面は2階建ての仕組みでもよいと思います。ずっと循環器でやってきた人が広くみたくので、リカレントの研修を受けて幅広くみられるようになっていく、そういう医師が総合医でいいように思います。

総合医のこれからの重要な役割は看

取りのデザインです。たくさんの方が死んでいくなかで、看取りをデザインしなくてはなりません。人の死をたくさん経験しないとできないことだと思います。自分自身でも、最初の10例目くらいまでの死亡症例は忘れられません。人の死をどれくらい見てきたかが決定的に重要です。これからの総合医とは、医師としての長い経験がある人がいいのではないかと考えています。

橋本 私も賛成です。総合診療医というと、腎機能も悪い、肝機能も悪い糖尿病もある、貧血もある…そういうときに全部診るのが総合診療医ですよね。1つの専門をもったうえで、2階建て。総合診療医が、専門医より下にみられてしまうことも防げます。

田中 地域医療をやる総合診療医であれば、慢性期医療なども医学教育に組み込むべきです。今の研修医の2年目の地域医療の研修は短すぎるので、医学教育で、5年生くらいの現場に出る意識が高くなったところで、せめて1、2か月くらい、看取りを含め高齢者の医療・介護を経験するべきです。

松田 現場が変わってきているのに、医学・看護教育は変わっていません。

最後に、先生方から、これからの医療の可能性について、10年程のスペンで考えていることを教えてください。

石川 人生100年時代となり、機能回復を含めた再生医療やテクノロジーの活用が期待されます。また個別化した予防・未病に対応していくことも必要でしょう。医療分野のスペシャリストが、企業と共にヘルスケア事業にどう介入していけるのか、地域に根差した病院だからこそ蓄積されたノウハウを活かした対応ができると考えています。今後も新たな価値を様々な方達とつながり創出していきたいと思っています。

橋本 大学から一般の民間病院に入って、職業が違うと思えるくらい仕事が違うと感じました。それから30年経って、病床は半分以下でいいと思うようになりました。病院は特殊な場所なので、長くいる必要はありません。

急性期は別ですが、回復期・慢性期は箱モノをたくさん作るのではなく、在宅にもっと資源を投入してほしい。東京で実際に訪問リハビリテーションをやると、びっくりするくらいによくになります。できるだけ家で医療をしていくという取組みを増やしていこうと思います。

田中 教育が大事です。医師を始め、すべての職種で若い人に期待していません。研修医でさえ、身体拘束を体験することを、大なり小なり気づきがあるようです。その意味では若い人はピュアで力があります。ただ、その力を活かせる場を大人がつくっていない気がしています。

松田 これからは在宅が大事で、究極はまちづくりです。高齢者も安心して暮らせるまち、そこには医療機関が必要で、まさかのときの入院機能がないと在宅を支えられません。それから介護も必要で、複合体という話になります。在宅の流れは止まりません。そこで、入院医療が連続性をもって支えるといううまい仕組み、うまいというよりおしゃれな仕組みをどのようにつくるかが大事です。

今回、3人の女性経営者に参加していただいた大きな理由は、おしゃれなサービス事業者じゃないと若い人たちが入ってこないと思うからです。

ぜひ、このままずっとおしゃれにやっていたきたいと思っています。今日はどうもありがとうございました。

# 人口減少社会で病院が生き残るために何ができるか?!

浜脇 新年明けましておめでとうございます。

今回、この企画を提案してこのメンバーで座談会を設定したのは、いろいろな世代の人たちが、例えばスタッフも読みたくなるような内容にできたらと思ったからです。40代(甲賀先生)、50代(相良先生)、60代(神野先生)と世代が違うメンバーをそろえ、それぞれ異なる立場の話をおききたいと思いました。

最初に皆さんに伺いたいのが、こうしてコロナがあって、どんなふうにごとごしてきたかという話と、それから未来に向けて、大変ながらもこんなことにワクワクしながらやっているよといったことをお話しいただけたらと思います。



## 未病の人へのサービスを提供 それなしでは病院経営厳しい

神野 まずこの2年間、コロナでだいぶ人生変わりましたね。動かなくなりました(笑)。でも、コロナのおかげで、今までやろうよと言ってもなかなか変えられなかったことが、たくさん変えることができたという点が、すごくよかったです。

もちろん、患者が減ったり物がなかったりと苦労した時もありました。病院内クラスターも発生しましたが、その時はやはり経営的に苦しかったです。

ただ、天秤にかけると、コロナでさまざまな発見がありました。具体的には、なんとといってもIT化です。会議はすべてオンラインになりました。すると、出張中でも参加できるようになり、今まで紙の資料がいっぱいあったのがデジタル化されました。

また、クラスターの時には、大学病院から専門外来へ派遣されていた医師が来なくなってしまいました。そこで、医師や職員がアイデアを出して、患者は病院にきて、ドクターは自宅から診察するという、逆オンライン診療を行いました。我々のITシステムにつなげることにより、医師が患者とオンラインで面談し、「今からレントゲンと採血をしましょう」とオーダーすると、病院の患者が処置を受け、その結果を自宅の医師が判断し、処方を出すといった流れです。

浜脇 でも、それはシステムの基盤が整っていないとできないことですね。

神野 基盤を作っていたからこそではありますが、思わぬ形で役に立ちました。これは面白い経験ができたと思っています。コロナが収束してもこの仕組みは使わなければならないと思いますし、まさにDXを進めていく助走になりました。

未来の話としては、我々の地域は人口がどんどん減っています。医師、看護師もそうですが、患者がいなくなっています。これからの持続可能性のためにターゲットをどこに置くかというところ、病気の人たちだけでなく、未病のところ、サービスを提供しないと、これからの病院経営は厳しくなると思います。

浜脇 神野先生は以前、海外の人に注目していたと思います。恵寿総合病院



神野正博 理事長

のある七尾に温泉があって。その構想は少し遠のいたのでしょうか。

神野 海外の人が来たとしても、1日800人の患者のなかに1人いるかいないかといったところでしょう。これは花火としては面白いですが、全体の収益上は大した話ではないので、やはり今後の大きなマーケットは未病のほうかなと強く思っています。

甲賀 神野先生のおっしゃるように、DX化は何にも代えがたいと思います。ただ、やはり対面でのほうがよい場面も日常生活のなかでは存在しますよね。熱量の伝わり方が、電子媒体よりも対面のほうがよいと感じる場面もあるという気がします。

神野 そうですね。でもどちらもよい点がたくさんあるので、「いいとこ使い」をすればよいのではないのでしょうか。

## 単科病院の経営戦略 ブランド力を高める

浜脇 相良先生はいかがですか。

相良 コロナになってまず、がん検診を受ける人が少なくなりました。

ちょうどコロナの最中、新病院のグランドオープンがあり、本当は全国からいろんな人を呼んで華々しくやりたかったのですが、それがすべてなくなりました。あとは、中国に病院を作っていますが、そこへ私たちが行くことができなくなったり、その工事が2年ぐら遅れてしまったりと、大変でした。

鹿児島も少子高齢化が進み人口が減っていて、これからは患者が減ります。そのなかでどのように生き残るかこれまでも考えてきました。コロナで経済が萎縮して医療費が削減され、そのペースが何年分も早まってしまったなかで、これからの未来をどうするか考えています。

これから夢のある医療を展開するた



甲賀啓介 院長

めに、今はブランディングに取り組んでいます。

当病院のなかにあった事務局を完全に外部化して、経営の効率化や収益を上げるための事業本部に位置づけました。病院事務はコスト管理部門でありどちらかというと片隅にあるところを、アクセスや環境がよい場所に事業本部ビルを建設しました。

そして、例えば全国にある乳がんの専門病院の経営統合や親和性の高い他科専門病院との業務連携、卸の会社を作り効率的な経営をすることや、中国の事業をどのように収益に結び付けていくかといった、自分たちのアイデアを実現化させるような取組みをしています。

私たちのポストコロナ生き残り戦略は、いかにブランディングして、求心力を持つか、そしてそのブランド価値を収益につなげるか。これらが、地方におけるがん専門病院の生き残りの方法かと考えています。

浜脇 今日のメンバーのなかで単科病院の経営者は私と相良先生です。私もブランディングについてはまさに経営に直結させて考えていますし、事務所や医局といった管理本部をすべて1フロアに置いています。裏方と言われてきた事務が今は1部隊として中心的に動かなければならないという点は、賛同するところです。

相良先生の病院は乳がん診療において全国でもトップクラスの位置づけで、特に鹿児島という人口減少地域でナンバーワンを勝ち取っていくというのは、なかなかできないことだと思います。

相良 なかなかできないので、自分たちの力だけではなくオープンイノベーションをします。例えば、私たちしか持っていない特定領域のがん診療連携拠点病院という制度は、厚労省と話し合いながら実現しました。また全国の医療機関との経営統合、医療者以外の異業種とコラボレーションしてブランドにしていくといった取組みを積極的に行っています。

出席者(文中敬称略)

- 恵寿総合病院理事長 **神野正博**
- 相良病院理事長 **相良吉昭**
- 甲賀病院院長 **甲賀啓介**
- 浜脇整形外科病院理事長 **浜脇澄伊**  
(座長)

※座談会は対面とオンラインの併用により開催。  
上の写真の左が相良理事長、右が浜脇理事長  
神野理事長と甲賀院長はオンライン参加。  
座談会は12月1日に行われました。

浜脇 それこそブランディングだと思います。異業種とのコラボレーションでは、実際に相良先生はシーメンスと提携していますが、それはどういった経緯があったのでしょうか。

相良 新しく病院を作るときに一番お金がかかるのはどこかと考えたら、医療機器です。そこで、自分たちの病院の価値を買ってもらおうと考えました。

私は放射線科出身なのでシーメンスやその他の医療機器メーカーに「病院を皆さまが理想とする医療を行っているショールームに認定してください」と提案をしました。結果シーメンスとリファレンスサイト契約をして、最新鋭の医療機器を入札なしで導入、保守契約も含め質の高い診療と効率的な病院経営を実現しています。

シーメンスと一緒にコラボすることで、私たちの価値を高め、それをシーメンスと一緒に世界に発信するというイメージです。「本当に一社に決めてよいのか」と思われるかもしれませんが、一緒に女性医療のロールモデルを創ろうという思いが一致したので、私たちはそういう方法を選択しました。

浜脇 理事長のなかでも、なかなかビジネスマン的な交渉力を持っている人は少ないと思います。神野先生や相良先生は、自ら交渉をする人としてやっているのですか。

神野 交渉において、人と話をするのはトップの仕事だと思っています。相手が自分を信頼して「この人とやりたい」と思ってもらわないといけなないので、アクターとしてやっている部分もあります。話が軌道に乗れば、チームが入っていくこととなります。また、うまく回ると、他のコラボ企業を紹介されるといったよい関係もあります。

浜脇 私も先生と20年ぐらいの付き合いになりますが、そのときからずっと

さまざまな企業とコラボしたり、IT化に取り組んだり、今このDXを見据えたあり方に移行していらっしゃる。60歳を過ぎてずっと走り続けられる、その秘訣は何でしょうか。

**神野** 「好奇心」、その一言です(笑)。  
**浜脇** 現場で医師としてまだ働いている理事長たち、経営もやらなければならないけれど、患者に寄り添いたいという人は、特に中小病院では多いと思います。先生の場合は、どのくらいの割合で医師として働いていますか。

**神野** 1週間のうち半日くらいでしょうか。

**浜脇** その半日を続ける理由が何かあるのでしょうか。

**神野** それこそ、例えば電子カルテでも、しょっちゅう変わるので触ってみたいとわからないからです。会計から検査からレントゲンの映り具合まで、一回私が実際に患者を診察してみることによってわかってきます。

**浜脇** なるほど。相良先生はいかがでしょうか。

**相良** 自分から(交渉に)行きます。やはり人が何か物事を決めるときは、いくら順序立ててエビデンスを並べられてもあまり心が動くことはなくて、結局は好きか嫌いかで動きます。

まず自分がその相手を好きになれるかどうかということを確認し、うまくいったら本部の人たちに任せます。だから最初は自分たちで行き、それを継続させるためには、自分一人でやっているのはダメ、組織として動かすために本部の人たちで対応してもらいます。

**浜脇** 相良先生の機動力は何ですか。  
**相良** そうですね、こうなりたという夢ですね。

そういった点からして、神野先生のすごいところは、電子カルテのアプリの活用をされている点です。最初は確かにいいなと思い私も導入していましたが、別に点数が取れるわけでもないし、維持費のことを考えて今は止めています。

一方、神野先生はもうそれを上手に使って、災害時などに活用されています。私が途中で諦めたものを、今でも続けているところがすごいと思います。

**浜脇** 私も電子カルテのアプリの導入を考えたことがありますが、やはり地域性や診療科といった点でなかなか難しいと感じました。特に七尾は、恵寿総合病院なくしては成り立たないという面が大きいでしょう。地域性とかそういった要素をプラスに考えて動いている数少ない人だと思います。

甲賀先生はいかがですか。

### 慢性期から急性期病院に転換 公的病院と競合することに

**甲賀** うちはずっと407床と大きかったのですが、慢性期が中心で、急性期に切り替えようとして、患者数や救急車数が右肩上がりの時にコロナが来たこともあり、「コロナの影響を全く受けない病院」と言われました。コロナの感染拡大が起きている間に、回復期病床から一般病床への転換や、10対1から7対1への変更が意外と簡単に決まりました。

一方、去年クラスターにもなり、それはよい勉強になりました。患者数や収益などがなかなか以前と同じようには戻っておらず、焦るところもあります。

病院の機能として、急性期に特化した理由も、地域に循環器をやる人がい

ないので循環器内科をやることになり、血管内治療をやる人がいないのでその対応をしたといったところから始めました。すると、最初は意図していませんでしたが、地域の公的病院と競合するようになり、今はその戦いの最中にあります。

私は世間一般では就職氷河期といわれている世代です。この世代にとって一番大事な価値観は、実は「失敗しない」「大きくチャレンジしない」ことです。私たちの世代が「小粒感が否めない」と言われる大きな要因は、「チャレンジすることよりも、失敗しないことが大事だ」という教育を受けているからです。

すると、神野先生や相良先生のような存在はモンスターに見える。親の世代の施策の大胆さを見てみると、そういう時代の申し子だなと思います。

**浜脇** 全日病の若手の会はそのような気持ちがベースにある人たちが集まってきたのでしょうか。そこが他の病院協会と大きな違いであり、一番魅力的なところだと思います。やはりそういった「化け物」みたいな先輩方を見て、「それくらい頑張らなきゃいけないんだ」という気持ちを持てたのも、我々50代世代だと思います。今度私たちが世代が甲賀先生のような下の世代に、もっとよい形で還元したいと強く感じます。

働き方改革といった話も出ているのは、「プライベートも仕事も充実させたい」という幸せを求める世代の考え方だからでしょう。私たちの父親世代の「寝なくても、医者だったら仕事をしなきゃいけない」という時代とは違っているのは明らかで、そういった点も今の甲賀先生のお話につながるような気がしています。相良先生はいかがですか。

**相良** 今の話を聞いて、すごく納得しました。地域の皆さんで勝ち残るといいう方法もありますが、私や浜脇理事長のところのような専門病院は、パイの取り合いです。なので、生き残るか負けるかの世界の中ではないかと感じます。

やはりチャレンジしていかないと絶対に負けてしまうし、失敗しない方法で物事を考えてしまうと、結局ライバルとの差別化ができません。

**浜脇** 相良先生はM&Aにより各地の病院と提携されていますが、提携にはどのようなメリットがありますか。

**相良** 1つの目的は、保有する卸の会社から安く薬を仕入れて卸すためです。ただ、ある程度まで病院数が増えてしまうと、これ以上値が下がらず、メリットがなくなります。また、製薬メーカーや銀行への交渉力を持つことも目的の一つです。これについても、一定以上数を増やしても交渉力が上がらないのであれば、メリットはなくなります。

**浜脇** だから、中国への進出ですか。

**相良** そうです。私たちのブランドを中国の病院に貸すことによって株主となり、向こうの売り上げは株の配当で、私たちはお金をもらうというやり方です。資金援助等ではなく、「さがら」というブランド価値だけを渡しています。

もちろん、医師や管理職を出したり、定期的に病院を視察したりして、そのブランド価値を守るということになります。

**浜脇** 今後は中国以外の海外を視野に

入れているのですか。

**相良** そのような機会があれば。私たちのブランド価値の活用方法としては、そのような展開の仕方もあると思います。

一方、東京には画像を遠隔読影するオフィスがあり、グループの放射線診断はそこが司令塔になっています。東京には放射線科の優秀な先生がいるからです。また、ラジエーションハウスというドラマの医療監修は、そのオフィスの責任医師が担当しています。  
**浜脇** 東京はやはり人材確保がしやすいということもあってそのようにされたんですね。

**甲賀** 慢性期から急性期にシフトして思うのは、診療報酬が精緻に仕組みられていて、今の医療は何をやっても儲からない仕組みになっているということです。医療をやっていると儲からない。だけどサービスは提供しなければならない。

もしそうならば、どのような状態が病院として生き残っているといえるのか。それを考えると、イノベーションへの期待は高く、私はそういった意味での関心はあります。

すごく大事なことは、10年後に立っている病院はどういう病院かということです。「ヒト・モノ・カネ」、という話がありますが、財務的な軸がしっかりしていないとそこは達成できない。その視点でアンテナを張っていきたい。私にとっては、順番でいうと、「カネ・ヒト・モノ」です。財務的な基盤ができてから、タイやミャンマーに派遣会社をつくり、続々と人材を確保したい。コロナがなければその予定だったんですが…。

**浜脇** 本当ですか。先ほどの話のような「失敗したくない」というマインドがあったら、この二人のようにはなれないと思いますよ。お二人とも今の姿はこうですと言っていますが、その裏に多くの失敗があると思うんですよ。

**甲賀** 私のもめざす道のりでは失敗だらけですよ。その点に関しては鈍感であり続けたいと思います。「院長は何やっても懲りないよね」と言われるようにやっていきたくです。コロナで縮小している今がチャンスだと思っています。

**浜脇** 甲賀先生から「ヒト・モノ・カネ」のお話が出ましたが、神野先生はこの順番についていかがですか。

**神野** 私は「モノ・情報・ヒト・カネ」ですね。持続可能性というか、もちろん投資する金は要るわけですし、ITもお金がかかりますが、でも最後は食っていけるだけの金さえあればいいやという。

**浜脇** そうですね、お金って後からついてくるもの、ということで私も今までやってきました。相良先生は。

**相良** 「ヒト・モノ・カネ」ですかね。例えば鹿児島県の病院を新しく作ったときも借入れましたし、宮崎もすべて借入をしてから新病院を作ろうとしています。いくらバランスシートがよくても魅力がなければ永続できないので、お金は確実に回ってさえいれば、新しいチャレンジをしたいという思いがあります。今のこのコロナ禍やその後の社会でそれが本当に正しいかどうかはわかりませんが。

**甲賀** 今日のお二人の病院はすごく大きいので、夢を語る部分もあると思いますが、100床以下の厳しい経営をする病院では、私の意見に賛同する人間がいるのも事実だと思います。

**浜脇** それは絶対そうだと思いますよ。



浜脇澄伊 理事長

全日病の若手の先生方でも、「先代が大きな借金を作って、もう病院とかも大規模にしてきたけど、それを返し終わることもな

く亡くなって跡を継いだ」とか、あるある話ですけど。だから「逆にお金のお話をしていたら病院経営ができなくなるから、銀行が貸してくれているなら、そのまま走り続けよう」みたいな考え方は、中小病院では多い気がします。

ただ、計算ができていない人たちがいるのも確かです。すべてが医療のため、善意のためということを理由に、きちんと経営というものを意識できていないところがあるのも事実です。

### 2022年は静岡学会が開催 やっ与会えたねといえる学会に

**浜脇** 2022年度の静岡学会では甲賀先生が実行委員長を務められますが、どのような思いがありますか。

**甲賀** 静岡学会は「ポストコロナ時代を生きる」という題名です。コロナが収束しているかどうかはわかりませんが、ポストコロナになってほしいという思いを込めました。タスクシフトや地域医療構想をキーワードに、トークセッションを用意しています。

今回の岡山学会を経験して思ったことは、オンライン開催という新たな情報発信の仕方に、岡山学会の方たちは苦勞されたと思いますが、正直さみしい。皆さんで集まりわいわいお話しするのが、本来の全日病学会の姿だと思っています。皆さんにお会いできることを祈願して現地開催を謳っていますので、多数のご参加をお待ちしています。

**浜脇** ここで、過去に地方開催したなかで大都市以外での開催では神野先生の石川大会が集客数でトップだったかと思っています。開催運営について、何かアドバイスがあればお願いします。

**神野** あまり欲張らないほうがよかったです。いろいろな人とコミュニケーションをとり、呼びたいと思う人が増えた結果、会場数と演題数が増えてしまいました。オンライン開催ならともかく、現地開催だと全部は一度に聞けないから、広げすぎないほうがよかったです。

**浜脇** 甲賀先生、今回の静岡学会の見所は何でしょうか。

**甲賀** まずは初めての静岡開催という点ですね。静岡県でも人口が減少しており、特に若い人の流失が多く、それに対してどのような施策がされているかを紹介したいです。大道芸オリンピックなど面白い取り組みもあるので、静岡の魅力を知って欲しいと思います。2年間も皆さんに会えていないので、「やっ与会えましたね」という学会にしたいです。

**浜脇** 今年こそは静岡学会で、みんなで会いたいですね。

さて、今回は年代の異なる経営者をお招き、議論して頂きました。病院を経営する上で、経営者を支える仲間がいなければ、アイデアを出しても実行できません。その意味では、いかに経営者が「人間力」を持っているかが重要であるということも実感しました。そのための相談の場としても、全日病の役割があります。今日は、ありがとうございました。

# 医療資源重点外来の基準は初診40%以上かつ再診25%以上

## 外来機能報告 WG 名称は「紹介受診重点病院」

厚生労働省の「外来機能報告等に関するワーキンググループ」(WG) (尾形裕也分科会長) は12月17日、外来機能報告等に関する報告書を大筋でまとめた。医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関(以下、医療資源重点外来を担う医療機関)に関する基準は、外来件数のうち、医療資源重点外来に該当する件数が「初診40%以上かつ再診25%以上」となった。この基準に該当する医療機関は一般病床200床以上の病院の4割に相当する。

外来機能報告は2022年4月に始まる。対象医療機関を抽出する作業が行われ、9月頃、対象医療機関に外来機能報告を行うことの依頼が来る。都道府県は、10月頃から対象医療機関からの報告を受けて、12月頃に集計する。都道府県での協議は2023年1～3月頃となる。協議が整えば、都道府県は医療資源重点外来を担う医療機関を公表する。

医療資源重点外来は、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来②高額等の医療機器・設備を必要とする外来③特定の領域に特化した機能を有する外来—のいずれかに該当する外来である。

①の入院の前後の外来は、診療報酬における◇手術◇処置(1,000点以上)◇麻酔◇DPC算定病床の入院料区分◇短期滞手術等基本料2、3—に該当する前後30日間の外来である。

②の高額等の医療機器・設備を必要

とする外来は、診療報酬における◇外来化学療法加算◇外来放射線治療加算◇短期滞手術等基本料1◇検査、画像診断、処置のうち地域包括診療料で包括範囲外(550点以上)◇手術◇病理。

③の特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)は、診療情報提供料1を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合の当該「別の医療機関」の外来としている。診療情報提供料1には、一般的な医療機関への紹介も含まれるが、NDBによる抽出の基準の設定が困難であるため、今後改善を検討する。

これまでの議論では、救急医療、透析、高額医薬品も医療資源重点外来に含めることも検討されたが、いずれも含めないことになった。地域の協議の場で考慮するなどして対応するほか、今後の検討事項とする。

医療資源重点外来を担う医療機関の基準は、外来件数のうち医療資源重点外来の件数の占める割合が「初診40%以上かつ再診25%以上」となった。これは紹介患者に医療を提供するという機能を担う地域医療支援病院の状況を踏まえたものだ。WGの議論で、地域医療支援病院と同程度に医療資源を重点的に活用している病院を基準とすることが妥当とされたため、具体的には、地域医療支援病院の83%が該当する水準である。

ただ、全日病副会長の織田正道委員

は、「初診40%以上かつ再診25%以上」を地域医療支援病院の17%が満たしていないことを含め、医療資源重点外来を担う医療機関と地域医療支援病院の違いが不明確であることから、地域医療支援病院のあり方を早期に再検討することを求めた。

### 紹介率・逆紹介率も活用

医療資源重点外来の基準を満たした場合、地域の協議の場でその意向を確認する。紹介率・逆紹介率なども参考とし、協議が整えば、医療資源重点外来を担う医療機関として都道府県が公表する。

紹介率・逆紹介率の水準は「紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上」とした。計算式は、現状の地域医療支援病院の紹介率の定義を用いる。

医療資源重点外来の基準を満たさない場合でも、紹介率・逆紹介率を活用して協議を行い、協議が整えば、医療資源重点外来を担う医療機関となる。

診療科ごとに外来の状況が異なるという問題に対しては、現状のNDBでは診療科ごとのデータ分析に限界があることや、患者にもわかりにくいという指摘があり、まずは医療機関単位で設定する。例えば、ある診療科を標榜する医療機関が一つしかなく、住民への医療提供に支障が生じる地域も考えられる。地域の協議の場で十分な検討を行うことが求められた。

また、医療資源重点外来を担う医療機関のうち、一般病床200床以上の病



院は、紹介状がない患者などへの外来受診時の定額負担の対象となる。詳細は中医協で議論されるが、WGでは、両者の関係をわかりやすく説明することを求める意見が出た。

地域の協議の場の参加者は、「市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・(有床)診療所の管理者、医療保険者、市区町村等」とした。

その上で、地域の協議の場には、◇医療資源重点外来の基準を満たすが、医療資源重点外来を担う医療機関になる意向を示さない医療機関◇医療資源重点外来の基準を満たさないが、医療資源重点外来を担う医療機関になる意向を示す医療機関の出席を求め、意見を聴取する。

なお、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、基準と意向が合致しない理由などの文書の提出を求めるなどの柔軟な対応も可能とする。報告書では、協議の進め方についても明記した。

医療資源重点外来を担う医療機関の名称は、「紹介受診重点医療機関」(病院・診療所)で合意を得た。病院の場合は、「紹介受診重点病院」になる。

# 医師事務作業補助体制加算や地域医療体制確保加算の充実を議論

## 中医協総会 看護職の賃上げでは基本診療料の引上げ主張

中医協総会(小塩隆士会長)が2022年度診療報酬改定に向けた議論を続けている。12月8日には、社会保障審議会がまとめた基本方針で重点課題に位置付けられている医師等の働き方改革への論点が示された。

勤務医の負担軽減効果が中医協の診療報酬改定結果検証部会の調査などで確認されている医師事務作業補助体制加算については、医師事務作業補助者が実施可能な業務を新たに整理した通知が出されていることや、実務経験のある医師事務作業補助者だと、勤務医負担軽減の効果がより高くなるなどのデータを踏まえた評価の見直しが論点となった。

評価の考え方には概ね了解が得られたほか、診療側からは、急性期だけでなく、回復期・慢性期の病棟でも医師事務作業補助者を活用できる方向での要件緩和を求める意見が出た。

医師への時間外労働の上限規制の施行に向けた対応として、2020年度改定で創設された地域医療体制確保加算については、現在年間2千件以上の救急搬送などが要件となっている。

しかし、産科救急・小児救急・精神科救急医療では、救急搬送の受入れ件数が少なくても地域医療に必要な医療機関の場合があるなどの指摘を踏まえ、見直しが論点となった。特定の診療科に配慮することには、支払側・診療側の双方が賛意を示した。

一方、医師の時間外労働の特例水準が認められる病院が策定する義務のある、医師労働時間短縮計画に沿った取組みを実施することを加算の要件に組み入れることに対しては、診療側が慎重な対応を求めた。

また、政府の方針により看護職員の収入引上げが2022年2月から補助金で実施され、2022年10月以降は診療報酬での対応を含めた措置が検討されていることを踏まえた議論を行った。

診療側は、10月以降も引き続き補助金で手当てすることが望ましいとしつつ、診療報酬で対応するのであれば、医療機関ではさまざまな職種がチームで医療を提供していることから、基本診療料の引上げを主張した。

支払側は、介護報酬における処遇改善加算を参考に、確実に看護職員の収入引上げにつながり、それが検証できる仕組みの導入を提案した。実施前に故意に収入を下げる医療機関が出ないようにする対応も必要とした。基本診療料の引上げには反対した。

日本看護協会の専門委員は、看護師の平均賃金が全産業平均よりも高いと指摘されていることについて、◇全産業は非正規も含むが看護師は正規職員が多い◇夜勤があり月額3～4万円の夜勤手当が含まれている◇賃金の伸びが他産業より低い—を主張した。その上で、政府が明言する収入の3%引上げの確実な実現を求めた。

また、診療報酬の要件となっている対面を原則としている会議について、ビデオ会議などを認めるなどさらなる緩和でも概ね了解が得られている。

### 湿布薬の算定可枚数の制限で賛否

中医協総会は12月8日、薬剤給付の適正化を議論した。湿布薬の保険給付範囲の見直しが論点となり、支払側がさらなる枚数制限を提案し、診療側は反対した。

湿布薬については、2016年度診療報

酬改定で外来患者に対し、1処方につき70枚を超える分は薬剤料を算定できないことにした。ただし、医師が医学上の必要があると判断すれば、その理由を処方箋および診療報酬明細書に記載することで算定できる。

2020年度の処方枚数の分布をみると、64～70枚の区分で最も多く、次が29～35枚となっていた。このため、支払側の委員が、35枚までとすることを提案した。診療側は、「副作用が少なく高齢者への有用性が高い。枚数制限で必要量が満たせなくなり、内用薬等が増え、多剤服用になることは避けるべき」と主張した。

### DPC データ提出で被保険者番号

中医協総会は12月8日、DPCデータベースと他のデータベースを連結して解析するため、退院患者調査(DPCデータ)を見直すことを了承した。

2019年に成立した改正健康保険法により、DPCデータとNDB・介護DBとの連結解析を行ってよいことにした。連結解析では、個人単位化された被保険者番号を識別子の一つとして活用することにしている。

DPCデータについては、2020年度改定により、Kファイル(生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID)の収集を開始しているが、被保険者番号は含まれていない。見直しでは、病院が、従来のDPCデータに加え、被保険者番号をDPC調査事務局に提出。事務局でハッシュ化し、匿名化した状態の被保険者番号を格納する。この作業により、DPCデータベースとNDB、介護DBの連結精度を向上させることができる。

### 複数再診でも逆紹介で選定療養

中医協総会は12月10日、選定療養に追加する項目を了承した。病床数が200床以上(一般病床に限る)の病院の再診について、同一病院で複数科を受診し、ある診療科で他医療機関への逆紹介を受けたにもかかわらず、その診療科を受診した場合は、別の診療科で逆紹介が行われていない場合であっても、特別の料金を徴収することを認める。

現行でも200床以上の病院で、200床未満の医療機関への逆紹介を受けた再診患者に対しては、特別の料金を徴収することができる。ただし、これまで同一の病院で2以上の傷病で再診を行った場合、すべての診療科から逆紹介を行わない限り、特別の料金を徴収することはできなかった。

### コロナPCR検査の価格を引下げ

中医協総会は12月8日、新型コロナウイルスの検査の保険収載価格の見直しを了承した。保険診療として実施しているPCR検査などの価格を下げる。保険収載価格が自費検査価格に影響を与え、価格が高止まりしているとの指摘を踏まえ、実勢価格を踏まえた価格とする。

具体的には、核酸検出(PCR)検査(委託)の場合、1,800点が700点に下がる。委託以外の場合は1,350点から700点に下がる。抗原検出検査(定性)では600点が300点、抗原検出検査(定量)では600点が560点に下がる。

実施は12月31日だが、核酸検出(PCR)検査(委託)については、経過措置として、2021年12月31日から2022年3月31日までは1,350点とし、2022年4月1日から実施する。