

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
医療共済制度 引受保険会社

メットライフアリコ 法人営業統括部  
生命保険株式会社

東京都墨田区錦糸1-2-1  
アルカセントラル 4階  
TEL: 03-5637-5250

2013年(平成25年)9月27日

第197号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所: 一般社団法人東京都病院協会/ 発行人: 河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館内 306号  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 平成二十五年八月六日公表 「社会保障制度改革国民会議」報告書について — 制度改革への積極的な対応を求める —

医療保険・経営管理委員会  
委員長 猪口雄二(寿康会病院理事長)

平成二十五年八月六日に公表され、安倍首相に手渡された報告書とはどのようなものであるのか。ここでは、主として医療・介護分野についての記述を抜粋し、今後の当協会の行うべきこと、各会員病院の運営における影響等を考えてみたい。

(以下、ゴシック体は報告書の抜粋)

### 国民へのメッセージ

・日本はいま、世界に類を見ない人口の少子高齢化を経験している。六十五歳以上の高齢人口の比率は既に総人口の四分の一となった。これに伴って年金、医療、介護などの社会保障給付は、既に年間百兆円を超える水準に達している。日本の公的債務残高はGDPの二倍を超える水準に達しており、社会保障制度自体の持続可能性も問われている。

・日本が人類の夢であった長寿社会を実現したのは社会保障制度の充実のおかげでもあったことを忘れてはならない。今度はその制度の持続可能性を問われることになった。そのために、社会保障制度改革が必要である。

・社会保険料と並ぶ主要な財源として国・地方の消費税をしっかりと確保し、能力に応じた負担の仕組みを整備すると同時に、社会保障がそれを必要としている人たちにしっかりと給付さ

れるような改革を行う必要がある。

・この報告書は、日本を世界一の長寿国にした世界に冠たる社会保障制度を、将来の世代にしっかりと伝えるために、現在の世代はどのような努力をしたらよいか、ということを考え抜いた私たち国民会議の結論である。

社会保障制度の持続を可能とするために、制度改革が必要であり、また、その財源として消費税を確保することが明記されている。

社会保障制度改革の経緯と  
国民会議の使命

・福田・麻生政権時の社会保障国民会議(二〇〇八年)では、社会保障の機能強化について具体的な提言が行われた。

・二〇一一(平成二三)年七月には、「社会保障・税一体改革成案」が閣議報告されるとともに、昨年二月には「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。また、その内容を実現するための関連法案が、二〇一二(平成二四)年八月十日成立した。

・国民会議では、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議することをその使命とする。

### 「医療・介護分野の改革」 改革が求められる背景と

国民会議の使命

・平均寿命六十歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治療、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。

・平均寿命が男性は八十歳近くとなり、女性では八十六歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多く、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す医療となる。

・医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療・介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

・二〇〇八(平成二二)年の「社会保

障国民会議最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

ここに書かれていることは、超高齢社会においては、「病院完結型」から「地域完結型」への移行を促進させなければならない、ということである。

さらに、その考え方の基は、二〇〇八年の社会保障国民会議報告書に描かれたものであり、これを基本とすることである。

医療問題の日本的特徴

・日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形(私的所有)で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。

・公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。他国のように病院などが公的所有

以上のように、社会保障改革国民会議の基礎には、二〇〇八年から開始された社会保障国民会議から継続しているものであり、二回の政権交代を経た一連の議論であったことが判る。このことは、政策立案は「官」主導で行われ、国会で可決するという流れである。

この報告書には、「少子化対策分野の改革」「年金分野の改革」など、多岐に渡る社会保障制度改革が書かれているが、以降は「医療・介護分野」について記載する。

であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかった。

本当にそうであろうか。もともと日本には公立病院が少なく、それを補完するように民間病院が立ち上がってきた。福島県に見られるように、「財団法人」を積極的に設立し、地域医療の拠点作りを行った県も存在する。

ましてや、公立病院改革が必要となるほど現状の公立病院の効率性は悪く、現状でも一般財源からの公的助成は莫大である。

民間が多いから改革を実現できなかったのではなく、長期的政策の策定および実現において、国があるべき姿を描き、国民に示すことが出来なかったのではないだろうか。

・日本の医療費の対GDP比は、現在、OECD諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。  
・日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。  
・日本の医療機関は相当の経営努力を重ねてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。

・必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いながらも、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑え

ていく努力も継続していかなければならない。

・改革推進法第六条に規定されているとおり皆保険の維持、我々国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない。

今まで日本の医療は、医療機関の経営努力、国民皆保険制度、等により世界に高く評価されるものとなった。今後は、より効率的な医療提供体制へと医療そのものが変わらなければならない、ということであろう。

確かに、超高齢化や医療の進歩による日本の医療費増に国民負担は耐えられるか、という大きな問題を解決する必要がある。

「改革の方向性」基本的な考え方

・日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。

・政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要である。

・「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組みべき時機が既にきている。  
・「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリー

アクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。

・緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

基本的な考え方をこのように変える、これは並大抵なことではない。大病院偏重の国民に、「かかりつけ医」の普及について同意を得なければならぬ。また、大病院には入院中心で運営できることを示す診療報酬の設定が必要である。なおかつ、地域(生活圏)における入院医療の確保が大前提となる。

機能分化とネットワークの構築

・急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。

・高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進むべきものであり、川上から川下までの提供者間の

ネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。

医療機関の連携において、川上・川下という表現は好ましくない。急性期から慢性期における相互連携によって形成されるべき地域医療は、上下関係ではなく、より平面的な展開をイメージする必要がある。

「医療・介護サービスの提供体制改革」

病床機能報告制度の導入と

・医療機能に係る情報の都道府県への報告制度(「病床機能報告制度」)を早急に導入する必要がある。

・同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見直しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。

・次期医療計画の策定期期である二〇一八(平成三十)年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。

地域医療ビジョンの都道府県における策定は予定が二年程早まっている。病床機能の分類も定まらず、報告制度の内容も未定の現段階では、とても纏まる話とは思えない。せめて、都道府県における現状把握だけでも、時間を費やしてしっかり行っていた方がいい。

都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の

都道府県移行

・本年六月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

・国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進める。

と記載された。今後、都道府県が国民健康保険も医療提供体制も責任をもつということである。人口の少ない県の政策立案、医療機関の不足・過剰などの調整や適正配置、等を都道府県に担う力量はあるだろうか。

医療法人制度・

社会福祉法人制度の見直し  
・医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるように制度の見直しを行うことが重要である。

・医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改革を検討する必要がある。



・複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができると期待されている。

今後の医療法人制度改革については、ここに描かれたグルーピングの理論が展開されるのであろうか。現実には、中小病院が単独で運営することが困難となっている。今後、医療法人社団の持分ありから無しへの移行と合わせ、大きな論点となる。

**医療と介護の連携と地域包括ケアシステムという**

・今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

・地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、二〇一五(平成二十七年)度からの第六期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づける。

・介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が効果的にサービスを提供できるよう、新たな地域包括推進事業(仮称)に段階的に移行させていくべきである。

・在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

介護保険と予防給付を切り離す、つまり要支援の利用者は市町村のサービスに移管するというのである。都道府県のみならず、市町村に移管する場合、とても受け皿となりにえない市町村が多発することが予想される。

**医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援**

・医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべき。

・地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するために、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元のあるようが示されることが大切である。

ほぼ全国一律の診療報酬で、最も苦しいのは間違いなく東京の医療機関である。東京独自の財政支援が得られることが極めて重要である。

**医療のあり方**

・高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組み(「総合診療専門医」)を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

・医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。

・死生観・価値観の多様化も進む中、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要の見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められている。

**ここに述べられていることについて**

・ここに述べられていることについては、地域医療の要となる。また、「終末期医療のあり方」を官民ともに、国民と議論し、コンセンサスを作る必要がある。

以上、「社会保障制度改革国民会議」報告書の医療・介護における主要な部分を抜粋し、纏めた。極めて多様な、そして多方面にわたる改革の方向性が記載されている。ここに描かれた制度改革の姿が実現すると仮定すれば、今後各病院の基本方針や運営に大きく関与するであろう。考慮すべき事項としては次のようなことが挙げられる。

・高齢者中心の医療は「病院完結型」から「地域完結型」へ、さらに介護との連携が必要となる。そのためには、地域に密着した病床の役割の明確化が重要である。

・ゲートキーパーとなる「総合診療医」の確立が求められており、地域病院としてもこれに対応するかどうか議論する必要がある。

・地域医療・介護の連携強化や、経営基盤、効率性、等の強化のために、医療法人等のグルーピング(ホールディングス等)を視野に入れる必要がある。

一方で、東京都を初めとする都道府県行政は、「病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定」「国民健康保険の保険者の都道府県移行」、さらに介護保険制度の大きな見直しまでも早急に行うこととなりそうである。

**東京都病院協会としては**

・病床機能報告制度を会員に対して周知徹底し、地域医療ビジョン策定において十分に都府県に協力する。

・在宅医療連携拠点事業を推進する中で、多くの会員病院がここに参画できるように努力する。

・総合診療医のあり方、終末期医療のあり方、医療法人制度の変更、等の重要事項を会員病院および職員に間違いなく伝達する。

等、行うべき事項は目白押しになると考えられる。この文章を書いている間にも、制度改革に関する報道がなされている。また、本年の臨時国会および来年の通常国会には、多くの法案が提出されるであろう。

東京都病院協会として会員病院は、今回発表された制度改革は机上の空論ではなく、二、三年内に実現化されるものとして捉えておく必要がある。そして、制度改革に対し積極的に対応することが求められている。

**続・新役員のご挨拶**

**高野病院**

院長 高野 研一郎



高野 研一郎

平成二十五年六月に東京都病院協会理事に就任いたしました、高野研一郎と申します。大田区羽田で八十床の医療養病院である高野病院を運営している者です。医師として漸く二十年となり、臨床ではなんとか不安を感じるものが少なくなつてまいりましたが、病院経営はまだ日が浅く、父からの助言を受けつつも戸惑いながら運営に携わっているところです。宜しくお願いたします。

さて、一病院ではもどかしい思いをするだけであるのに、多くの医療機関が集まり一致団結すれば行動できると感じたことの一つとして、昨年度に東京都病院協会が首頭をとった、東京電力の電気料金値上げに対する行動が挙げられます。誰もが不条理を感じていても巨大な組織に対し立ち向かうことは、少なくとも私には実行できないことです。この誰もが共通して感じている事に対し、協会という名の下に繋がり、多くの会員病院が行動を起こしたことは、東京都病院協会の存在が非常



に心強く感じられる出来事でした。また、この一件で東京都病院協会がより身近に感じられたものでした。地方と比較して経営が不利であると言われている東京に於いて、病院協会が中心となって会員病院がアクションを起こせる(起こしたい)ことは他にもまだまだあるようです。

今までは一方的にお世話になつてばかりでした東京都病院協会でした。この度は図らずも理事会の末席を汚し協会の仕事をお手伝いすることになりました。しかし何分にも若輩非才の身です。貢献というにはほど遠く専ら勉強させて頂くことばかりとなりそうです。諸先輩先生方にご迷惑をおかけすることの無いよう早く仕事を覚え、これまでの様に一会員としてのみならず、協会や会員病院の発展に尽くせるよう努力して参りたいと存じます。

今後ともご指導、ご鞭撻を賜ります

### 第三北品川病院 河野臨牀医学研究所

理事長 横山 孝



横山 孝

当財団は平成二十五年四月一日「公益財団法人河野臨牀医学研究所」として新たな第一歩を踏み出しました。

新法人の事業目的は「難病その他治療困難な疾患の基礎および臨床医学研

究を行い、その成果の普及を図るともに、地域保健医療の確保と質の向上に関する事業を行い、もって医学の発展と地域の福祉増進に寄与する」ことであり、その点が一般の病院と異なっています。

旧財団は故河野稔が、昭和二十六年「学園に囚われぬ自由で自主的な研究所を設立し学術の発展に寄与する」とを志して、研究所と河野医院(四床七人)を開設しました。

平成二十年百年ぶりの民法改正によりこれまでのように研究所だけの研究活動では財団の存続は不可能となり、「平成二十五年十一月三十日までに新法人に移行できなければ解散」という財団六十年の歴史の中で最大の存亡の危機を迎えました。苦勞しましたが、宝のごとき職員・協力者のおかげで苦難を乗り越え、現在は二百四十四床(急性期百五十一床、回復期・療養九十三床)常勤職員三百人となり、三つの附属医療施設では予防医学から救急・急性期医療そしてリハビリを中心とした介護医療まで、トータルヒューマンヘルスケアの構想に基づいて「真療\*」を実践し、地域医療に重要な役割を果たしています。

私は医療と教育は経済第一主義であつてはならないと思つていますが、医療も地域産業の一つと考えています。日本は超高齢化社会を迎え、医療関係者だけでなく全国民で対応しなければなりません。しかし国民は権利と自由のみを主張し、義務と責任を果たさず、医療に対しても厳しい要求をしています。この厳しい現実のなか、理念も文化も歴史も経済的基盤も違う中小病

院が何とか手をつなぎ共存していくためには、知恵のかぎり、理性のかぎりをふりしぼって自他共栄の策を考えなければなりません。しかし地域医療にながらうとしながらも、一方、内向きの感情で自院の得失に囚われて地域における自院の役割、今後の立ち位置を考えることの出来ない病院をもとめていくことは至難の業でしょう。

国が示す二〇二五年の医療と介護のあるべき姿を一言で言えば「病院から地域へ」の転換。このグラッドデザインを実行する手法は二つ。一つは診療報酬や介護報酬などの改定により経済的に誘導する方法、もう一つは医療計画や介護保険事業計画などにより政策誘導する方法。

先ずはこの大きな流れに乗る運営をすること。そしてこれからの病院の存在価値と意義として、単に医療というサービスを提供するだけでなく、地域で暮らす人々の生活を多方面で支え、豊かにしていく社会的存在になることを目指すこと。以上を行動指針として、良き伝統を守り、今後直面する課題を解決し、東京都病院協会の一層の活性化を図るお手伝いをしたいと存じます。皆様のご指導・ご誘掖をお願い申し上げます。理事就任のご挨拶とさせていただきます。

真療\*・三島龍沢寺の故山本玄峰老師より授かったお言葉。

「己を厳しく持して真に人間性に徹し、近代医学の粋を持って誠心誠意、患者様の診療に当たる」は財団のバックボーンになっています。

## 東京メトロ千代田線 「赤坂」駅徒歩4分。

※5b番出口利用。6:00~22:00は7番出口利用で徒歩3分(約240m)となります。

### 資料請求受付中

■「ブラウド赤坂」予告物件概要 ●所在地/東京都港区赤坂6丁目519番(地番) ●交通/千代田線「赤坂」駅徒歩4分、南北線「六本木一丁目」駅徒歩10分、銀座線・南北線「溜池山王」駅徒歩10分、日比谷線・大江戸線「六本木」駅徒歩11分 ●総戸数/40戸(他に管理事務室1戸) ●販売戸数/未定 ●構造・規模/鉄筋コンクリート造 地上12階・地下1階建 ●敷地面積/736.40㎡ ●用途地域/第二種住居地域 ●間取り/1LDK~3LDK ●専有面積/40.04㎡~90.05㎡ ●バルコニー面積/5.68㎡~21.46㎡ ●入居予定時期/平成27年3月下旬 ●管理形態/区分所有者全員に管理組合を結成していただき、運営・管理業務は野村リビングサポート株式会社に委託(予定) ●建築確認番号/第H25普及協会01016号(平成25年8月16日付) ●予定販売価格/未定 ●管理費等/未定 ●販売予定時期/平成25年10月下旬 ●設計/野村建設工業株式会社一級建築士事務所 ●施工/未定 ●売主/野村不動産株式会社/国土交通大臣(12)1370号、(一社)不動産協会会員(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、本社:東京都新宿区西新宿1-26-2新宿野村ビル ※本物件は一括して販売するか分割して販売するか未定です。上記の専有面積等は全戸に対してのものです。販売戸数等につきましては本広告で表示させていただきます。※掲載の情報は平成25年9月13日時点のものであり、今後変更になる場合があります。

予告 広告 本広告を行い取引を開始するまでは、契約又は予約の申込みに一切応じられません。また、申込みの順位に関する措置は講じられません。あらかじめご了承ください。(販売予定時期/平成25年10月下旬)

お問い合わせは「ブラウド赤坂」 営業時間/ 平日/11:00~18:00 土日祝/10:00~18:00(水・木曜日定休) 0120-006-642

資料ご請求は提携法人様専用サイトから 野村不動産 プラウド法人 検索

あしたを、つなぐ—— 野村不動産グループ

# PROUD

## ブラウド赤坂

新発表

### 赤坂の本義。

都心の中枢で「静けさと利便性がともにかなう場所」は少ない。港区赤坂六丁目に「住まいの本質」を求めたレジデンスが誕生する。

浪谷 表参道 六本木ヒルズ 青山霊園 東京ミッドタウン 榎町公園 米川神社 赤坂サカス 赤坂駅

ブラウド赤坂

※現地周辺航空写真(2012年10月撮影)にCG加工したもので、実際とは異なります。