

# 報告

## 平成26年度北海道有床診療所協議会研修会 「地域包括ケアシステムにおける 有床診療所の役割」

講師 日本医師会常任理事 鈴木 邦彦 先生

北海道有床診療所協議会 会長 沖 一郎

3月21日(土・祝)午後4時から、ホテル札幌ガーデンパレスにおいて、日本医師会・鈴木常任理事を招聘して研修会を開催した。

鈴木講師は、日本医師会において介護保険・福祉、薬事、病院、有床診療所をご担当されており、ご多忙を極める中、遠路ご来道の上、有床診療所を取り巻くさまざまな事柄についてご説明いただいた。以下、要旨をご紹介します。



### はじめに

医療法や介護保険法など19本の法律が一括改正され、地域医療構想の策定をはじめ大きな改革が進んでいる。「地域医療構想策定ガイドライン」がほぼ固まり、現時点で一括りにされている一般病床が高度急性期・急性期・回復期および慢性期に区分される。現在は、2025年に向け「施設から地域へ・医療から介護へ」をキーワードに医療・介護機能の再編が進んでいく途上にある。そこで本日は、診療報酬の面、介護報酬の面、医療計画の面などから有床診療所の役割について説明する。

### 平成26年度 診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の重点課題は、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等であり、平成25年8月6日に出された社会保障制度改革国民会議の報告書に則して2025年に向けた道筋が明示された。地域包括ケアシステムは、当初は介護保険中心であったが、医療と連携しなければ対応できないということで進んでいる。

7対1入院基本料が想定より増加してしまったので、財務省は2025年までに18万床減らすことを目指し、要件を厳しくした。3月4日の中央社会保険医療協議会(中医協)総会において、「半年間で約2.8万床減り、約1.3万床増えたので、差し引き1.5万床が減少した」と報告があった。

病床の機能分化のため、すべての病床に在宅復帰

率が導入された。7対1の自宅等退院患者割合は75%以上という縛りができ、その受け皿として新設された地域包括ケア病床の在宅復帰率は70%以上、医療療養病床の在宅復帰率は50%以上の場合に在宅復帰機能強化加算を算定できる。在宅復帰率の計算対象は、その加算の届出をした病棟へ転棟した患者、自宅、居住系介護施設、介護老人保健施設(在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設)に退院した患者である。

今後の外来医療は、主治医機能(かかりつけ医)を持つ中小病院、有床診療所、診療所が全人的かつ継続的な日常診療を行って、大病院は一般外来を縮小し必要な時だけ利用する方向に分化されていく。

在宅医療に関しては、在宅医療を担う医師、それを支える中小病院、その後方で連携・支援する在宅療養後方支援病院という流れで進めることとなっており、このことについて当会は在宅療養支援診療所・病院の質の強化、在宅医療を担う医療機関の量的確保を要望し、在宅療養支援診療所・病院はもちろん、それ以外の医療機関も一定の要件を満たせば在宅時医学総合管理料等が評価されることとなった。

前々回(平成24年)診療報酬改定で入院基本料に包括された栄養管理が栄養管理実加算に戻された。さらに全国有床診療所連絡協議会役員などの努力が実り、困難と言われていた入院基本料が引き上げられ、看護職員配置を一層評価し、看護補助者配置の評価が新設された。次回改定の課題は、有床診療所退院後の受け皿の確保、在宅患者の急変時の受け入れや看取り機能の捉え方である。

主治医機能(かかりつけ医)の評価については、地域包括診療加算、地域包括診療料など道筋が作られた。主治医機能に関して、厚生労働省は財源の問題がありハードルは非常に高いが、今後のあるべき姿を示した上でじっくり検討すべきとしている。地域包括診療加算は、療養上の指導・服薬管理・健康管理・介護保険に係る対応・在宅医療の提供・当該患者に対する24時間の対応等を行わなければならない。チェーン調剤薬局が利益を上げている現状であることから、服薬管理は医師の業務であることを再確認する意味がある。介護保険制度の関係では、主治医研修だけではなく所定の研修を受講することが加算の要件となっている。

在宅医療を適切に推進するため、強化型在宅療養支援診療所・病院、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関の在医総管、特医総管も引き上げられた。

同一建物同一日の訪問診療等の適正化は緩和措置を設け改善された。昨年12月に中医協総会で「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」の速報が報告され、在宅医療全体に影響を及ぼすほどとは言えない結果であった。郡市区医師会を中心にかかりつけ医による外来の延長としての在宅を推進し、今後も引き続き検討していく必要がある。

## 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

医療法や介護保険法など19本の法律が改正された。地域医療介護総合確保基金が創設され、地域医療構想を策定していくことになる。

有床診療所に関して、第6次医療法改正で第30条に「病床を有する診療所」として記載されたことは、常に大きな意味を持つ。「有床診療所は歴史的使命を終えた」と言われてきたが、地域包括ケアにおいて重要な役割が期待されている。

また、昨年10月には、有床診療所も含めた病床機能報告制度が始まった。有床診療所は、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4区分から1つを選択し、病床数、人員配置、入院患者数等の一定の項目が必須の報告項目となり、それ以外は任意報告と病院に比べて簡略化されている。また、有床診療所の病床の担っている役割を次の①～⑤より選択し、報告することになっている。

- ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ②専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③緊急時に対応する医療機能
- ④在宅医療の拠点としての機能
- ⑤終末期医療を担う機能

「地域医療構想策定ガイドライン」が示され、これから都道府県は地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度で報告された情報等を活用して、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための「地域医療構想」を策定、北海道医療計画[改定版]に追記し、病床の機能分化を推進していくことになる。地域医療構想の内容は、①2025年の医療需要、②2025年に目指すべき医療提供体制、③目指すべき医療提供体制を実現するための施策であり、今までの日本では余り行われてこなかった法的コントロールが強化される。

二次医療圏を原則として、地域医療構想実現のため協議を行う「地域医療構想調整会議(協議の場)」が設けられる。医療法には、その構成メンバーとして診療に関する学識経験者の団体が協議の場に加わることが明記されている。地域でじっくり話し合いをした上で、都道府県医師会が参画している医療審議会において地域医療構想を策定する。先ほど貴会会員が大幅に増え、組織率が上がったと伺ったが、「地域医療構想調整会議」で議論する際にも発言権が増すと思う。

### 平成27年度 介護報酬改定

平成27年度介護報酬改定では、消費税増税分により介護職員の処遇改善加算拡充分はプラス1.65%、介護サービス充実分はプラス0.56%となったが、収支状況などを反映した適正化分はマイナス4.48%、全体ではマイナス2.27%と非常に厳しい内容となった。財務省が社会福祉法人の内部留保の話を持ち出

して、その部分だけではなく全体的に下げられてしまった。今回の改定の基本的な視点は、①中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化、②介護人材確保対策の推進、③サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築の3つである。

### ①中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

今後の介護保険は高齢者の増加に伴い、要介護度3以上の中重度の要介護者や認知症高齢者を中心としたものにならざるを得ないと考えられる。通所リハビリテーションを中心に活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションの推進、さらに看取り期における対応の充実、口腔・栄養管理に係る取り組みの充実が図られていく。

#### ・活動と参加に焦点を当てたりハビリテーション推進

通所介護の機能は、①認知症対応機能、②重度者対応機能、③心身機能訓練から生活行為向上訓練機能、④地域連携拠点機能の4つの方向性で進められる。そのうち、①と②には加算が付き、③は今までの加算にさらに上乗せされている。

高齢者リハビリテーション研究会が平成16年に取りまとめた報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」では、①身体機能に偏ったりハビリテーションが行われ、個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションが実施できていない、②居宅サービスの効果的・効率的な連携ができていない、③高齢者の気概や意欲を引き出す取り組みが不十分であると課題を指摘したが、10年が経過しても解決されていないことが明らかになった。昨年、小職が構成員として参画した「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」が設置され、報告書を取りまとめた。リハビリテーションの目的は心身に障害を持つ人々の全人間的復権であるとし、単なる心身機能アプローチなど機能回復訓練や急性期・回復期リハビリテーションの延長ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、ADL・IADLを改善し、家庭や社会への参加を可能にして、その自立を促すものであるという原点に立ち返って議論が行われた。

リハビリテーションマネジメントは、調査(Survey)、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(SPDCA)の構築を通じて、バランス良く継続的にアプローチし、質の高いリハビリテーションを提供するため、体系が大きく見直された。通所・訪問リハビリテーションでは、利用者・家族、介護支援専門員、居宅サービス提供者等の多職種協働によるカンファレンスの強化、医師による利用者・家族への説明、モニタリングと計画の見直しなどの要件を満たせばリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定が認められた。医師の役割が重視され、通所介護との差別化が図られている。

個別リハビリテーションは退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復に焦点を当てたりハビリ



ーションとして短期集中的個別リハビリテーション機能と統合された。個別リハビリテーション実施加算は基本報酬に包括され、3ヵ月間は短期集中リハビリテーション加算が付く。機能訓練を長期間続けることは、生活期リハビリテーションでは評価されていない。

認知症短期集中リハビリテーションは、個別に20分以上のリハビリテーションを実施する縛りを柔軟にして、集団活動など認知症の特徴に合わせたリハビリテーションのあり方が認められた。この利用限度も3ヵ月である。

活動と参加に焦点を当てた新たなリハビリテーションは、最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら6ヵ月間行うことができ、それ以降は、通所介護、地域支援事業、地域の社会資源などの参加へ移行していく。生活行為向上リハビリテーションが終了した翌月から同一利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合は6月間に限り1日につき所定単位数の15%が減算される。

#### ・看取り期における対応の充実

医療からの在宅復帰が求められている。看取り期の対応を充実・強化するため、自宅だけでなく、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護・認知症対応型生活介護・小規模多機能型居宅介護などに看取り加算を付けた。医療と介護は一連のものとしてつながっている。

#### ・口腔・栄養管理に係る取り組みの充実

可能な限り自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実が図られた。当初、経口維持加算にはⅠとⅡがあり、Ⅱは歯科医師・歯科衛生士が取り組むものであったが、医師・歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士のいずれか1名以上が加わった場合に算定できるようになった。胃瘻抜去術の技術料が新設されたこと等と一連の流れである。入院患者における嚥下障害は、回復期リハビリテーション病棟、療養病床で多くみられるので、次回改定では評価が変わってくると思う。

### ②介護人材確保対策の推進

#### ・介護職員処遇改善加算の更なる充実

現行の加算Ⅰ・Ⅱ・ⅢがⅡ・Ⅲ・Ⅳとなり、新たに加算Ⅰが新設された。加算Ⅰは、キャリアパス要件Ⅰ(職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備)、キャリアパス要件Ⅱ(資質向上のための計画を策定と研修実施または研修機会確保)の両方と新たな定量的要件(賃金改善を除く処遇改善の内容と当該改善に要した概算額を職員に周知)を満たす場合、現行の職員1人当たり月額15,000円相当に12,000円相当が上乗せされる。

賃金水準の引き下げに関しては、当初、赤字が半年以上続いて、引き下げによって経営の改善が認められる場合などかなり厳しい内容になる予定であったが、われわれは経営放棄を迫るものだと強く

主張し、届出を行うかたちとなった。

#### ・サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

介護福祉士が50%以上配置されているなど、現実的ではない加算要件もある。

### ③サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

集合住宅におけるサービス提供の報酬において、事業所と同一建物(養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・旧高専賃に限る)に居住する利用者は10%減算であったが、事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者、それ以外の範囲に所在する建物に居住する者は当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合に10%減算されることになった。限られたところで、効率的にサービスを提供する場合は減算する考え方である。

### ④有床診療所の関係する各論

#### ・介護療養型医療施設

介護療養病床が平成30年3月31日に廃止されることは変わらないが、議論の中で機能は確保することになった。このたび、新たに設けられた「療養機能強化型A」、「療養機能強化型B」に残すべき機能が示されたと思う。診療所に関しては、職員配置に差はないが、その他の要件はBの方が若干ゆるくなっている。

<p>&lt;療養機能強化型A&gt; (看護・介護職員配置 病院 6:1、4:1以上 診療所 6:1、6:1以上)</p> <p>○次のいずれにも適合すること。 (1) 算定月の前3月間における入院患者等のうち、 ・重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上。 ・喀痰吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上。 (2) 算定月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上。 ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ・入院患者又はその家族等の同意を得て入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。 ・医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。 (3) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。 (4) 地域に貢献する活動を行っていること。</p>
<p>&lt;療養機能強化型B&gt;…(療養機能強化型Aとの相違点のみ記載) (看護・介護職員配置 病院6:1、4:1または5:1以上 診療所 6:1、6:1以上)</p> <p>○次のいずれにも適合すること。 (1) 算定月の前3月間における入院患者等のうち、 ・重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上。 (療養病床を有する診療所の場合は100分の40以上) ・喀痰吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の30以上。 (療養病床を有する診療所の場合は100分の20以上) (2) 算定月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の5以上であること。</p>

介護療養型医療施設におけるレセプトに関して、すべての入院患者の傷病名を医科診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて摘要欄に記載すること等が検討されている。

介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・ショートステイ共通)の多床室の居住費負担について、実情に即した光熱水費

相当額および室料相当分の利用者負担の見直しがなされた。4月1日から利用者負担第2段階以上の居住費(光熱水費相当分)が1日につき50円上昇し、8月1日から利用者負担第4段階以上は室料相当分として1日につき470円が求められる。介護報酬は4月に改定されたが、8月からさらに負担が増える方がいる。

介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理は、併算定が可能であり、口から食べる取り組みが評価された。

#### ・訪問看護

基本サービス費は下がっているが、処遇改善加算などを足すことによって、上がる場合もある。訪問看護は訪問看護ステーションが行うものだけではないことから、医療機関からの訪問看護の基本報酬が増額された。訪問看護ステーションからの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問は引き下げとなり、医療機関からの場合と同額になった。

#### ・訪問リハビリテーション

通所リハビリテーションと同じような考え方で改定された。社会参加支援加算が新設され、評価対象期間(前年1年間)に指定通所介護などの社会参加の維持が可能な他のサービス等に5%以上移行した場合、翌年度に加算を算定することができる。

#### ・通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱは開始月から6月以内は1,020単位/月であるが、6月超は700単位/月となるので、注意が必要である。

送迎時に実施した居宅内介助等(電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)を行った場合は、30分まで通所介護・通所リハビリテーション・認知症対応型通所介護の所要時間に含めることができ、送迎が実施されない場合は減算となる。さらに、通所介護等の延長は、最大14時間まで認められる。通常の通所系サービスの利用時間が長くなれば、家族が出勤時に連れて行き、3食の提供を受け、退勤時に連れて帰ることも可能となる。

#### ・看護小規模多機能型居宅介護

従来、「複合型サービス」と呼ばれていたが、「看護小規模多機能型居宅介護」と名称が変わった。提供される看護の実態や利用者の重度化を踏まえた看護提供体制を評価し、加算と減算が新たに設けられた。国が推進しようとしている定期巡回・随時対応型訪問介護看護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護は点数が高いので、区分支給限度基準の限度額を超えてしまう。そのため、区分支給限度基準額の算定に含まれない総合マネジメント体制強化加算を創設して、他のサービスを適時・適切に提供できるようになっている。

#### ・日本医師会の意見と今後検討すべき事項

平成30年度に予定される診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、当会は2回ほど次のような意見書を提出しており、今後も議論を進めていきたい。

①介護保険サービスを地方の少子化対策・人口減少対策や地域活性化対策にもつなげる重要な産業と捉え、介護分野の安定した経営基盤の確保が必要である。

②介護職員処遇改善加算の継続にあたり、柔軟に活用できる仕組みとすべきである。

③中重度者や認知症高齢者等に重点的に対応する方向で進んでいるが、これらの方は医療ニーズと介護ニーズを併せ持つため、かかりつけ医機能を持つ診療所、有床診療所、中小病院などが適切な医療の裏付けのある介護が提供できる環境整備を構築すべきである。

さらに、特別養護老人ホームなどの施設の医療提供体制および報酬体系の議論を本格化させる必要がある。

#### 地域包括ケアシステム

日本医師会 有床診療所委員会において、メディカル・マネジメント・プランニング・グループ 青木理事長(税理士)に「経営的視点でみた地域包括ケアシステムの中での有床診療所の役割」について講演いただいた。浅見 浩 社会保険労務士が提供された資料を用いられ、有床診療所のスタッフが離職する理由は、少人数で365日24時間体制のためスタッフの負担感が非常に大きい割に金銭的な評価が低すぎる、院内の就業に関するルールが不明確で勤務に不安を感じているためだと述べられた。有床診療所における労務管理上のアドバイスは次の4点である。

- ①看護師夜勤手当を近隣病院と同水準以上にする。
- ②産科で夜間のお産に対応した時は、別途手当の支給を行う。
- ③夜勤看護師を常勤スタッフのみでまわすことは難しいためパートの夜勤専従看護師を雇用する。
- ④医師のオンコール手当の他、実際に呼び出しに対応した際の緊急呼び出し手当の支払いなどを就業規則(賃金規程)、契約書に明記する。

金銭的な補償ばかりのように感じるが、特に看護師は少人数で病院並みの勤務をしているので、金銭面での評価が低いと長続きしない。さらにマンパワーの確保と強化を実現するために、複数医師が勤務する体制を整え、コメディカル・スタッフに対する金銭的評価を正しく行い、「遣り甲斐・生き甲斐・居る甲斐」のある職場にする必要があると説明された。

有床診療所の診療報酬以外の課題は、①マンパワーの確保と強化、②老朽化した設備の更新、③スムーズな相続・事業継承の実践であると紹介された。

#### かかりつけ医

かかりつけ医は、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医・専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な機能を有する医師」とされている。今後、当会はかかりつけ医機能の充実・強化のため研修を実施していく予定である。



今まで高度急性期医療が中心といわれてきたが人口減少でニーズが低下し、これからの超高齢化社会には地域に密着した医療のニーズが増加する。日本では明治中期には病床を持って開業するスタイルが確立しており、今日に至っている。中小病院、有床診療が多いことは超高齢化社会に適しており、身近な所でいつでも入院できる在宅支援システムの構築が可能である。また、診療所の質が高く、充実しているので、高齢者に便利なワンストップサービスにも対応できる。これらの貴重な既存資源を活用して、かかりつけ医機能を強化して可能な範囲で在宅支援を行っていくことが日本型の在宅支援モデルだと思う。

前回の診療報酬改定は、医療が必要な要介護者の増加に対応するため、これまでの急性期大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺としたピラミッド型の垂直の連携ではなく、かかりつけ医を中心とした地域の病院、地域包括支援センター、ケアマネジャー等が水平に連携する地域包括ケアシステムを実践し、必要な時だけ急性期大病院を利用するように変化する節目になったと思う。いずれにしても、日本型在宅の主役は郡市区医師会であるので、取り組みをよろしく願いたい。

在宅医療・介護連携推進事業は3年間掛けてモデル事業から発展し、4月から市区町村が8事業を実施することになるが、それぞれの事業を郡市区医師会等に委託することも可能である。8事業のうち、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）は、新たな建物を設置しなければならないという誤解もあるようだが、厚生労働省は既存施設に相談窓口を設置し、地域の実情に応じた名称を付けても差し支えないとしている。是非、郡市区医師会には委託を受けてもらいたい。

今後の医療・介護は、医療・介護関係者、在宅医療・介護連携支援センター、地域包括支援センターなどが連携して地域包括ケア体制を構築して、それを街づくりに反映させていくことが求められる。これまで当会が厚生労働省とさまざまな交渉を行い、決まった事柄を都道府県医師会・郡市区医師会に通知していたが、これからは役割が変わってくる。医療計画・介護保険事業支援計画、地域医療介護総合確保基金は都道府県医師会と都道府県行政が、地域の医療・介護支援事業などは郡市区医師会と市町村行政が協力して取り組んでいくことになるので、今まで以上に医師会の役割が重要となる。

### 超高齢化社会の課題と対応

がん・脳卒中・心臓病を克服できても、生きがい・役割を喪失してしまうと廃用症候群・認知症が進行しやすいので、就労・社会参加ができる街づくりを進めていかなければならない。また、廃用症候群・認知症の進行を食い止めるためのリハビリ・認知症ケアの充実、加えて在宅では3分の1が低栄養状態になると言われているので、栄養管理も重要になる。高齢

になると病気になり易く治りにくくなるので入院・在宅医療の体制整備、寝たきり状態となってしまう時に入院・施設入所・在宅を選べる体制や緩和ケア提供体制の整備も必須である。さらにわれわれには、医療先進国として、人生の最後にふさわしい看取りの場を提供する責任がある。

財政当局は、医師、看護職員、コ・メディカル、事務局員の人件費を合計すると48%になるので「医療費の約半分が医師等の人件費だ」と言っているが、医師の人件費は12.7%に過ぎない。薬や医療材料が医療費の約28%を占めており、この部分の金額が上昇していることが問題であり、費用対効果の話が出てきている。

社会保障と経済は相互作用の関係にある。社会保障には、所得保障や所得再配分などのセーフティネット機能のほか、雇用誘発効果や資金循環効果などの総需要を拡大する機能がある。日本経済新聞に、医療・福祉業で働く割合が高い都道府県は出生率も高いとの記事が掲載されていた。国は本格的に少子化対策に乗り出した。医療・介護の有資格者は男女平等であり、地方でも若い人材が集まりやすい職場なので、産休・育休を取りやすくし、保育所の開設や短時間勤務など職場復帰しやすい環境を整備すれば、雇用の受け皿となり、さらに人口減少対策や地域活性化にも貢献できる。このことを示していけば、医療費・介護費用を抑制しようとしている動きを抑えることができるであろう。

私は高齢化率30%以上の小都市で開業しているが、子育てや介護と仕事の両立ができるのは、このままでは大企業の社員と公務員だけになるのではないかという心配があった。そこで院内保育所を開設したところ、職員の出生率が上昇した。喫茶店がない地域なので、高校生や子育て世代、高齢者などが気軽に利用できる「コミュニティカフェBAHNHOF」をオープンしたり、職員が常陸大宮市地域活性化プロジェクト「フロイデDAN」を発足し、行政、大学、地域の団体、商店街、地域包括支援センターなどのネットワークを造って活動している。

医療機関を中心とした街づくり計画については、いち早く高齢化が進む地方がモデルとなって、都市部に反映させていくかたちになると思う。北海道でも札幌市以外では高齢化が進んでいると思うので、是非取り組んでもらいたい。

### 平成26年度補正予算スプリンクラー等整備事業

既にいろいろな通知を目にしていると思うが、26年度中に工事を完了しなければ、補助対象とならないので、注意してもらいたい。

### 薬価・特定保険医療材料と消費税

薬価および特定保険医療材料の価格には、仕入れ時に支払う消費税に相当する金額があらかじめ含まれており、消費税が上がると負担が増えるということではないことを理解してもらいたい。