高橋教授の



この人に会いたい

Vol.107

ゲスト

太田圭洋

氏

社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院理事長

2026年度診療報酬改定は、本体改定率プラス3・09%という30年ぶりの大幅なプラス改定となった。一方、薬価・材料価格を含む全体改定率はプラス2・22%にとどまり、多くは賃上げ、物価高騰、経営悪化への対応に充てられる。病院経営に余裕をもたらすというより、崩壊を食い止めながら医療提供体制の再編を促す改定と言うことができる。厚生労働省の中医協委員を務める太田圭洋理事長に、高橋教授が舞台裏と病院経営の行方を聞いた。

2024年度・26年度診療報酬改定の舞台裏
日本医療が直面する「淘汰の波」

財源確保のために不可欠な政治と情報の力

高橋　太田先生、2024年度診療報酬改定、そして26年度改定に向けた精力的な活動、本当にお疲れ様でした。本体改定率プラス3・09%という高水準を確保できましたが、全体改定率はプラス2・22%で、多くは人件費と物価対応で使い切られる。病院経営が一気に楽になるわけではないという現実に衝撃を受けています。

太田　ありがとうございます。2024年度改定が終わった段階で、私は「2年後にはとんでもないことが起こる」と強い危機感を持っていました。コロナ補助金がなくなり、多くの病院が赤字に転落し、運転資金さえ底をつく状況が予見できたからです。しかし国民には病院の窮状が十分伝わっておらず、医療現場にも「厚生労働省に困っていると言えば何とかなるだろう」という空気がありました。診療報酬は決められた財源の中で点数をやりくりする仕組みです。まずは全国の医師に、その構造と財源確保の重要性を理解していただくことから始めました。

高橋　確かに、かつては病院関係者にも財源確保への認識が薄かったかもしれません。しかしこの2年間で、病院団体が一致団結し、数字を持って政治と世論に働きかけました。単に「病院が困っている」と訴えるのではなく、地域医療が崩れる具体的な数字を示した点が大きかったと思います。

太田　病院団体の有志が集まり、マスコミへのレク、政治家への資料作成、合同記者会見を計画的に進めました。特に重要だったのは、「自分の選挙区の基幹病院がこのままでは潰れる」という損益データを、医師の先生方から地元政治家へ直接届けてもらったことです。政治家にとっても地域の病院消失は大問題で、強い訴求力を持ちました。

高橋　現場の「生の声」と損益データが結びついたわけですね。報道も、国民への理解を深めるうえで後押しになったと感じています。

太田　最終的には、当時の政権中枢の政治判断や、医系議員をはじめとする関係者の尽力が噛み合い、過去30年にない本体改定率につながりました。しかし手放しでは喜べません。医療費の対GDP比で見ればコロナ前の水準をさらに下回るレベルであり、物価高や賃金上昇局面では非常に厳しい水準です。

改定が突きつける急性期病院の定義と機能分化

高橋　今回の改定は、限られた財源の中で、急性期機能の選別と地域包括機能への誘導をかなり緻密に組み込んだ改定だと見ています。救急搬送件数、手術件数、重症度、医療・看護必要度などの実績により傾斜をつけ、「残すべき急性期病院像」を明確に打ち出しました。

太田　厚生労働省のメッセージは明確です。急性期なら相応の実績を出すべきであり、それができないなら地域包括医療病棟などの包括機能へ移るべきだ、という姿を支払い制度として示しました。ただ、現場には大きな葛藤があります。生産年齢人口が急減する中で集約化は避けられませんが、どこまで集約し、どこまで分散するのかという設計図はまだ不透明です。

　大学病院には高度医療、教育、研究、医師派遣という広域機能があります。一方、民間病院には高齢者救急、入退院支援、在宅復帰、地域包括ケアの実践があります。必要なのは、拠点病院のダウンサイジングと民間病院との役割分担です。

高橋　大学病院が研究と高度医療に専念できるよう病床を絞る一方で、地域拠点病院としての役割を



撮影＝関口宏紀



改定率3・09%という数字は、崩壊を一時的に食い止めるための「延命措置」

――太田

どう両立させるかが次の課題です。民間病院に対しても、「急性期から降りろ」では不十分で、地域包括医療病棟や在宅支援機能へ移る道筋と十分な評価が必要です。

太田　最大のネックは、医師の意識改革だと思っています。経営側が地域ニーズに合わせて包括ケア病棟を切ろうとしても、現場の医師には高度医療への強いプライドがあります。このズレがある限り、機能分化は容易ではありません。本来なら地域包括医療病棟などの点数を、経営安定と処遇改善につながる水準まで引き上げるべきでした。財源の裏付けがあって初めて、病院は機能転換に挑めるのです。

日本の医療の終焉を防ぐためには

高橋　太田先生のお話を伺っていると、今後5年、10年で病院数の淘汰は避けられないと感じます。現在、日本には約8000の病院がありますが、人口減少、人材不足、救急・手術実績による評価の傾斜、病床適正化支援などを考えると、2040年頃までに600病院程度、あるいはそれに近い水準まで再編が進む可能性もあります。残った病院に財源と人材が厚く配分されて、ようやくバランスが取れるのではないかと見ています。

太田　そう考えると、今回、病床適正化支援として、病床削減に対し1床当たり410万4000円を支援する仕組みが示されたことは興味深い動きです。これは「病床を買い取る」のではなく、地域医療構想や病床機能報告と整合させて過剰な病床を整理する再編支援と見るべきです。

高橋　なるほど。単なる撤退支援ではなく、地域に必要な機能を残すための再編支援と見るべきだということですね。急性期で残る病院、地域包括機能へ転換する病院、それぞれが自院の役割を見直す局面に入りました。

太田　私が恐れているのは、日本の医療を支えてきた「医療者の倫理観や使命感」に過度に依存するモデルが限界を迎えることです。若い医師の価値観も多様化しています。処遇や働き方を重視するのは当然であり、それ自体を批判すべきではありません。しかし制度側が対応しなければ、医療を続ける土台そのものが崩れてしまいます。

　また、中医協（中央社会保険医療協議会）委員として、「正論を伝えるだけでは国は動かない」という現実を嫌というほど見てきました。政治的な動き、国民への発信、そして自院の立ち位置を冷徹に見極める経営判断。全国の医師には、新点数を見て地域ニーズと自院の方向性を真剣に検討していただきたいと思います。バラ色の財源は、もう期待できないのです

太田圭洋
Yoshihiro Ota
社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院理事長
おおた・よしひろ●1994年名古屋大学医学部卒業。96年名古屋大学大学院（医療情報学）修了。99年英国アストン大学経営学大学院（MBA）修了。2000年医療法人新生会新生会第一病院入職。03年医療法人新生会理事長就任。06年社会医療法人名古屋記念財団理事長就任。そのほか、日本医療法人協会副会長、中医協委員などを兼任



地域に必要な機能を再構築できる病院だけが生き残る時代になる

――高橋

医療界が背負う「不確定な未来」への覚悟

太田　最後に付け加えたいのは、この国にはもうあまり時間が残されていないという感覚です。医療者の自己犠牲で維持されてきた日本の医療モデルは、限界を迎えています。改定率3・09%という数字は、崩壊を一時的に食い止めるための「延命措置」に過ぎません。

高橋　今回の改定で厚生労働省が「進むべき道」を財源配分で示した意義は大きい。これからは、地域に必要な機能を再構築できる病院だけが生き残る時代になるでしょう。

太田　その意味で、病院経営者が行うべきことは明確です。第一に、自院が急性期として残るのか、地域包括医療、回復期、慢性期、在宅支援へ軸足を移すのかを判断すること。第二に、救急搬送件数、手術件数、在宅復帰率、人材確保力を冷静に見直すこと。第三に、地域医療構想の中で自院の役割を再定義することです。

高橋　その3点が入ると、今回の改定の受け止め方は実務的になりますね。急性期として生き残る病院は、救急・手術・重症患者対応に磨きをかける必要があります。一方、地域包括機能へ転換する病院は、高齢者救急、在宅復帰、介護連携を担う地域の中核になるという発想が必要です。

太田　私も自院の経営を通じて、その難しさを痛感しています。それでも、医療者がプライドを持って働き続けられる環境を守るため、今後も現場の実態を政治にぶつけ続けるしかありません。同時に、病院自身も変わらなければなりません。政治への働きかけと現場の自己改革の両方がそろって初めて、次世代に医療をつなげると考えています。

高橋　本日は、貴重なご経験をお話しいただき、誠にありがとうございます。

高橋 泰
Tai Takahashi
国際医療福祉大学教授
たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より21年3月まで安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長を務めた