



全日病 NEWS

2025.4.1 No.1075

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

診療報酬改定を待たず財政的支援が不可欠

6病院団体+日医の合同声明 「改定では物価・賃金高騰に追いつかない」



全日病など計6つの病院団体と日本医師会(日医)は3月12日、政府の社会保障予算を高齢化の伸びの範囲に抑制するとの目安の廃止と、診療報酬などにおいて賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入を求めた合同声明を発表した。同日の記者会見に登壇した全日病の猪口雄二会長は、「2026年度は診療報酬改定だが、それを待たずに緊急で財政的な援助がなければ病院の経営は立ち行かなくなる」と述べ、緊急的な財政支援と診療報酬改定による2本立ての支援がなければ、地域医療は崩壊するとの危機感を露わにした。



今回の合同声明に名を連ねた病院団体は全日病のほか、日本病院会、日本医療法人協会(医法協)、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会(日慢協)、全国自治体病院協議会(全自病)の6団体。会見に出席した各団体の会長・副会長は、病院の経営状況が悪化している現況について異口同音に「異常な状況」と漏らした。

合同声明では2026年度の診療報酬改定に向けて以下の2点を求めている。

- 1. 『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止
- 2. 診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入

改定後6カ月連続の異常事態 医業費用が医業収益を上回り続ける

合同声明は6病院団体が共同で実施した調査の結果に基づく訴え。6病院団体の計5901病院を対象に2024年度診療報酬改定から6カ月(6~11月)間の経営状況を調査し、1816病院(有効回答1731病院、回答率30.8%)が回答。

調査結果として全体では2024年度診療報酬改定後の6カ月平均で、病床利

用率が前年同月比1ポイントの増加と上昇傾向がみられる一方、6カ月間を通して医業費用が医業収益を上回っているなど経営状況は悪化傾向。医業利益でみた場合、赤字病院は同4.2ポイント増の69%に拡大。経常利益でみた場合も同10.4ポイント増の61.2%と赤字病院が増えている。

同調査の一環として福祉医療機構(WAM)の2023年度データも分析。半数の病院は債務償還年数が30年超の「破綻懸念先」と判断される水準にあることもわかった。

日医・松本会長「医療界が一致団結して、逼迫した状況を訴えたい」



記者会見の冒頭に挨拶した日医の松本吉郎会長は、「これまで定例会見等を通じて、地域医療が崩壊しかねない危機的な状況にあることを繰り返し訴えてきた」と説明。6病院団体と日医で合同声明をまとめた意義については、「今回を機に、医療界が一致団結して、著しく逼迫した医療機関の経営状況を改めて切実に訴えたいと考えている」と述べた。

さらに「公定価格により運営する医療機関等は、価格に転嫁できないことから、物価・賃金の上昇に適切に対応する診療報酬の仕組みが必要」「幾度となく主張してきたが、社会保障予算の財政フレームの見直しが不可欠」なども述べ、常識を覆すような対応の必要性を強調。「新たな仕組み」については、「これからの議論」と念押しした上で、賃金は、「人事院勧告や他産業の賃上げの状況、春闘の結果など」を参考にし、物価は「消費者物価指数など」を参考にする仕組みをあげた。

全日病・猪口会長「2024年度改定、蓋を開けたらかえって経営は悪化」

全日病の猪口会長は、厚労省に対する緊急要望の関連で1月22日に5病院団体が厚労省内で会見した際は、主に病院経営が逼迫している原因として2023年度のデータなどに基づき経費が

どれほど上がっているかを示したと説明。その上で、6病院団体と日医の合同声明に至った経緯については、「今回は2024年6月の診療報酬改定によって、どのように経営状況が変わったか」と述べ、最新の状況に基づく追加的な訴えであると強調。加えて「改定で主に人件費分などが上がったにもかかわらず、蓋を開けてみたらかえって経営は悪化していた」と指摘。「1つのフレームの中での改定では物価・賃金の上昇には追いつかない」とも述べ、見直しの必要性を訴えた。

満床以外は病院経営が成立しない 「ある日突然、病院がなくなります」



6病院団体が実施した調査内容を説明した医法協の太田圭洋副会長は、「病床利用率90%を超えていないと損益分岐点は超えられない状況。現実的にはほぼ満床だ」と指摘。「完全に病床を埋めきれなければ病院の経営が成り立たないところまで悪化しているというのは異常だ」と述べた。記者会見で配布した資料に「ある日突然、病

院がなくなります」と記した趣旨を問われた際は、「それは明日かもしれないという緊迫感からだ」と説明。「本当にいつ、いろんな病院が経営破綻してもおかしくないということをご理解いただきたい」と求めた。



全自病の野村幸博副会長は、「民間、公立・公的を問わず病院経営は大変厳しい」と前置きした上で、「公立病院に関しては人事院勧告で大変

高い賃上げが必要」と改めて説明。病院長を務める国保旭中央病院の状況についても触れ、「昨年度、開設70年で初めて赤字となった」と明かした。その上で、「色々努力しているが、1つの病院で今の病院経営をなんとかするという事はできない状況」とも吐露した。

日慢協の池端幸彦副会長は、数字上は黒字の病院でも実態は厳しく、特に民間病院は融資の関係から赤字にできないと解説。「医療機器を買わずにギリギリで黒字を保って銀行から融資を受けられる状態」などと述べ、公定価格と金融機関の狭間で苦しむ現状を吐露。また地方の現状について、福井県医師会会長も務める立場から「県立病院は18億円の赤字。県内で情報をいただいた10病院のうち9病院は赤字だった。民間病院も6割が赤字」と明かした。

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会

ご存じですか？ あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！

地域医療はもう崩壊寸前です

- 1. 診療報酬は公定価格です。しかし物価・賃金の上昇に対応して診療報酬が上がっていません。
- 2. 結果、多くの病院は深刻な経営難に陥っています。
- 3. また、医療・介護に従事する数多くのスタッフの賃金を、他産業と同じように上げることが難しくなっています。
- 4. 物価・賃金の上昇に適切に対応した診療報酬の仕組みが必要なのです。

このままでは
ある日突然、病院がなくなります

本号の紙面から	2024年消防白書	5面
救急・災害医療WG	中医協・入院医療等分科会	6面
医療DXシンポジウム	特定行為研修施設の指定	7面
地域医療構想シンポジウム	高額療養費制度見直し凍結	8面

清話抄

「やりたい医療」より「求められる医療」

最近、病院スタッフには「やりたい医療」より「求められる医療」と理事長として訓示することが増えている。38年前の開院時には、救急や手術の強化、最新医療機器導入など自らが「やりたい医療」を力説した。今は超高齢化時

代となって、高齢者のマルチモビリティを考えると、医療・介護・生活支援全般をワンストップで提供することが「求められる医療」だと、スタッフに向かってというより自分を鼓舞することに、経営者の責任とともに悲哀を痛感する。高齢者のQOLのL(Life)は「命」から「生活」や「人生」の意味に変わり、民間病院の経営の軸は高齢者の「居場所づくり」にシフトしたと考えている。

大都市と地方都市の医療環境は若干

異なるが、富山のような地方都市では少子高齢化と人口減少はコロナ以降、急速に進んでいる。しかも高齢者自体の減少に拍車がかかり、老健や特養など介護施設のベッドも空き気味の傾向が出てきた。

今後、超高齢化時代でありながら、しかも減少していく高齢者に対する病院経営を考えると、ヘルスケアという概念のもと、しっかり「顧客管理」をしていくよう気を引き締め直す必要があると思われる。

最近、医療の分野でも「LTV(ライフタイムバリュー)」という言葉が時々、耳にする。マーケティング用語で「顧客生涯価値」と訳されるとイメージが悪いが、医療が「生涯にわたって健康管理しながら、人生を支える信頼される事業」という認識では、特に高齢者の「LTV」を意識して経営することもますます大切な時代になったのかも知れない。

(藤井久文)

主張

医業経営のポイントは？

先日の支部長会・常任理事会で話題になったが、24年度はすでに23年度を上回る会員医療機関の退会・閉院・縮小が報告された。少子高齢化人口減・コロナ禍での患者不足に加えて昨年6月のトリプル改定で我々会員医療機関は、厳しい経営を強いられ、ヒシヒシと不安感が増してくる今日この頃である。

しかしながら、厳しい医療環境であるが、地域住民のために医療提供体制の維持を継続していかねばならないのは自明である。今後も地域の医療環境・資源、人口動態を鑑みながら厳しい医療経営を継続していかねばならないわけであるが、今まで経営について学んできた経験があったかを考えると全くなく、失敗と成功の繰り返しで現

在に至っていることに改めて気づいた。今までは、医療をしっかりとやっていたら、医療経営は自然とついてきたが、患者が医療機関を選ぶ時代では、患者の方から来てくれる救急車・健診を除き積極的に医療機関側から出向いていかなければならなくなったと思われる。患者も高齢化し、来たくても来れない患者には、訪問診療・オンライン診療にもトライしていかねばならないわけである。もちろん地道な広報活動も必要であろう。

今後の医療経営を考えると、最も大

事な点は、◇地域の医療環境を鑑み発想の転換ができるか◇医療に介護をどうやって組み合わせられるのか◇後継者を含めたスタッフに方向性をどうやって伝えられるのか一が問われているのではないかと考えている。そう考えると結局のところ経営のポイントは、いかに医療サービスを、患者・スタッフ・地域住民に伝えられるか、そして患者・スタッフ・地域住民など人を大切に思うことが重要なのではないかと考えている。

(牧角寛郎)

救命救急センターの看護師配置を実態把握へ

救急・災害医療WG

充実段階評価項目の見直し「前提ではない」、是非の検討で調査

診療報酬の「救命救急入院料に係る加算」に紐づいている救命救急センターの充実段階評価の見直しを検討するために実施する、試行調査の内容が概ねまとまった。厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ(WG)」(大友康裕座長)が3月14日、方向性について大筋で了承した。昨年12月20日の前回会合で、調査自体が「看護師争奪戦」を誘発するとの懸念から慎重な取り扱いを求める意見が出ていた看護師の配置に関する内容については、評価項目を見直す前提ではなく、実態を把握した上で見直しの是非を検討するとの趣旨が伝わるよう最大限工夫して進める(全日病二

ユース2月1日号などを参照)。
充実段階評価を見直す検討に向けて厚労省は、新規の評価項目案となる軸として①救急外来における看護師の配置②充実段階評価に関するピアレビューの実施③重症外傷に対する診療体制整備④第三者による医療機能の評価⑤診療データ登録制度への参加と自己評価一の5つをあげている。同日は、厚労省が試行調査における設問の案を示し、意見を求めた。
看護師の配置について試行調査では、救命救急センターにおける実態を把握するため、救急外来に配置する看護師についてあらかじめ取り決めがなされているかなどを確認する。施設ごとに

救命救急センターの救急外来に看護師を24時間配置するための対応策を把握した上で、充実段階評価の見直しを検討する考え。加えて、救命救急センター専従の看護師配置の有無も聞き、救命救急センターがどのような体制の看護師配置が明らかになる。
救命救急センターの看護師配置に関する評価項目の検討をめぐっては、すべての医療機関が看護師確保に苦慮している現状から、看護師配置に関する評価の要件を設けるかのように見えた時点で、二次救急医療機関から看護師の引き抜きなどが生じるとの懸念が根強い。同日も、全日病常任理事を務める猪口正孝構成員と、日本医療法人協

会会長で全日病常任理事でもある加納繁照構成員が、看護師配置に関する評価項目の創設が前提とならないよう繰り返し確認。「試行調査の結果を踏まえてしっかり議論していただきたい」(猪口構成員)などと念押しした。
見直し検討後の充実段階評価は2025年評価から、来年1月に実施
今後は、同日に出た意見を踏まえて設問の文言などを調整し、4~7月に試行調査を実施する。同調査の結果を踏まえ、夏頃に同WGで充実段階評価の項目を見直すべきか検討し、議論を反映させた内容で2025年の救命救急センター充実段階評価に進む計画だ。

総合確保基金の“使い勝手”「是正を」

医療介護総合確保促進会議

執行率の差を端緒に構成員から意見続出

地域医療介護総合確保基金(総合確保基金)の“使い勝手”をめぐる、医療・介護の関連団体から不満の声があがっている。厚生労働省が3月3日に開いた「医療介護総合確保促進会議」(田中滋座長)では、総合確保基金に関する都道府県別の執行率で大きな差が生じている状況や、各構成員の体験や実感などを踏まえた不満の声が続出。「基金を地域の実情に応じて柔軟に活用できていないのではないか」と疑問視する声が続出した。
同促進会議は、医療と介護を総合的に確保するための基本的な方針の作成

や変更、総合確保基金の使途・配分などについての検討を担う。同日は、総合確保基金に関する2023年度までの交付状況や、2024年度の内示状況を共有し意見交換した。総合確保基金に関する医療分は、2014~2022年度の予算総額が8983億円(国費6119億円)、交付総額7739億円(同5195億円)だった。執行総額は5909億円(同3969億円)で、執行率は76.4%だ。
総合確保基金事業の執行率 都道府県別で100%もあれば0%も
事業別の執行率は、「地域医療構想

の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」が52.9%、「居宅等における医療の提供に関する事業」が85.6%、「医療従事者の確保に関する事業」が95.7%、「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」49.8%と大きくバラついている。
事業ごとにみた都道府県別の執行率ではバラつきがさらに大きく、例えば「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」では、秋田県、滋賀県、和歌山県、沖縄県が執行率0.0%であるのに対し、奈良県、高知県では100%に達しているなど、執行

率には雲泥の差がある(図表)。
全日病の常任理事を務める日本医療法人協会会長の加納繁照構成員は、都道府県が総合確保基金の活用に関して定める条件などが不明瞭だと認識を示し、「(総合確保基金の活用が)特に大阪において困難を極めている」との実感を明かした。条件などの設定がどのようになっているか厚労省に問い、「各地域において確保できるような要件を都道府県で検討いただき、ご提案をいただくということになる」との回答を得た。
民間の人材紹介業者への支払い重く 小さい病院でも基金の活用を可能に
日本病院会副会長の仙賀裕構成員は、「それぞれの事業区分で基金の申請をするとき、都道府県でハードル、条件がかなり違う」との認識。「特に、医療従事者の確保に関して、公民問わず、小さな病院でも使えるように」と求めた。理由については、「小さな病院が、民間の派遣会社から人材をお願いするようなことを少なくしていただきたい」と述べた。総合確保基金の活用について「私の地元の神奈川県は特にハードルが高いように思える」との実感も吐露した。
日本慢性期医療協会名誉会長の武久洋三構成員は、①総合確保基金の介護施設整備事業について新設だけでなく施設の統廃合なども含めた柔軟な対応②医療と介護の連携がより密になっている現状を踏まえた人材不足に総合的に対応する総合確保基金の活用一の2点を求めた。
厚労省は、①の施設整備については2025年度予算で新たなメニューとして追加していると説明。②の人材確保については、2040年を見据えて策定する方針の「新たな地域医療構想」が病床の機能分化だけでなく地域における介護との連携などを含めた体制整備になっていると改めて説明し、「人材の確保も含めて検討していきたい」との考えを示した。

地域医療介護総合確保基金(医療分・区分Ⅵ)の都道府県別累積執行状況(令和2年度~令和4年度交付分)

【区分Ⅵ】勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

※括弧内は国費

単位:億円

都道府県	a.交付額	b.執行額	執行率 b/a	参考:執行(予定)額	都道府県	a.交付額	b.執行額	執行率 b/a	参考:執行(予定)額
01 北海道	2.2 (1.5)	1.8 (1.2)	79.4%	2.2 (1.5)	25 滋賀県	0.8 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0%	0.8 (0.5)
02 青森県	2.6 (1.7)	1.7 (1.1)	65.9%	1.7 (1.1)	26 京都府	5.8 (3.9)	2.7 (1.8)	46.0%	5.8 (3.9)
03 岩手県	2.3 (1.5)	2.0 (1.3)	85.2%	2.0 (1.3)	27 大阪府	21.2 (14.2)	10.7 (7.1)	50.2%	21.2 (14.2)
04 宮城県	1.2 (0.8)	1.1 (0.7)	96.0%	1.1 (0.7)	28 兵庫県	9.0 (6.0)	2.4 (1.6)	27.0%	9.0 (6.0)
05 秋田県	1.0 (0.7)	0.0 (0.0)	0.0%	1.0 (0.7)	29 奈良県	0.5 (0.3)	0.5 (0.3)	100.0%	0.5 (0.3)
06 山形県	0.4 (0.3)	0.1 (0.1)	34.7%	0.1 (0.1)	30 和歌山県	1.2 (0.8)	0.0 (0.0)	0.0%	1.2 (0.8)
07 福島県	2.7 (1.8)	0.9 (0.6)	34.3%	0.9 (0.6)	31 鳥取県	1.1 (0.7)	1.0 (0.7)	90.9%	1.1 (0.7)
08 茨城県	8.9 (6.0)	1.8 (1.2)	20.5%	1.8 (1.2)	32 島根県	2.1 (1.4)	0.7 (0.4)	31.1%	2.1 (1.4)
09 栃木県	0.6 (0.4)	0.2 (0.2)	38.8%	0.2 (0.2)	33 岡山県	1.6 (1.0)	1.0 (0.6)	61.3%	1.6 (1.0)
10 群馬県	0.9 (0.6)	0.3 (0.2)	28.2%	0.3 (0.2)	34 広島県	3.2 (2.2)	2.8 (1.9)	87.0%	3.2 (2.2)
11 埼玉県	0.4 (0.3)	0.3 (0.2)	62.0%	0.4 (0.3)	35 山口県	0.6 (0.4)	0.2 (0.1)	28.0%	0.6 (0.4)
12 千葉県	3.1 (2.1)	2.4 (1.6)	77.3%	2.4 (1.6)	36 徳島県	0.9 (0.6)	0.1 (0.1)	9.7%	0.9 (0.6)
13 東京都	2.6 (1.7)	1.6 (1.0)	60.9%	1.6 (1.0)	37 香川県	1.5 (1.0)	0.6 (0.4)	41.0%	1.1 (0.7)
14 神奈川県	8.8 (5.9)	2.9 (1.9)	33.2%	8.8 (5.9)	38 愛媛県	0.4 (0.3)	0.1 (0.1)	34.2%	0.4 (0.3)
15 新潟県	1.0 (0.7)	0.4 (0.3)	39.3%	0.4 (0.3)	39 高知県	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	100.0%	3.0 (2.0)
16 富山県	2.9 (2.0)	1.8 (1.2)	60.1%	1.8 (1.2)	40 福岡県	17.6 (11.7)	8.9 (5.9)	50.4%	8.9 (5.9)
17 石川県	- (-)	- (-)	-	- (-)	41 佐賀県	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	38.5%	0.3 (0.2)
18 福井県	0.4 (0.3)	0.1 (0.0)	13.9%	0.3 (0.2)	42 長崎県	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	42.0%	0.7 (0.5)
19 山梨県	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	96.8%	0.2 (0.1)	43 熊本県	2.4 (1.6)	2.1 (1.4)	85.6%	2.4 (1.6)
20 長野県	1.6 (1.0)	1.3 (0.9)	82.0%	1.3 (0.9)	44 大分県	2.1 (1.4)	1.3 (0.9)	62.3%	1.3 (0.9)
21 岐阜県	- (-)	- (-)	-	- (-)	45 宮崎県	1.6 (1.1)	0.6 (0.4)	38.9%	1.6 (1.1)
22 静岡県	6.4 (4.3)	3.9 (2.6)	60.5%	6.4 (4.3)	46 鹿児島県	2.0 (1.4)	2.0 (1.3)	98.7%	2.0 (1.3)
23 愛知県	10.1 (6.7)	4.3 (2.9)	42.4%	10.1 (6.7)	47 沖縄県	0.4 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0%	0.0 (0.0)
24 三重県	0.2 (0.2)	0.1 (0.1)	42.4%	0.1 (0.1)	合計	141.1 (94.1)	70.2 (46.8)	49.8%	114.8 (76.6)

※計数は、それぞれ四捨五入によるもので、端数において合計と合致しないものがある。
※執行(予定)額は、令和5年度以降に具体的な執行予定の目的が立っている金額を含んでいる。

※執行額及び執行(予定)額には運用益が含まれている。
※執行率は公費ベースで計算している。

「DXで何を実現するのか」の見極めを！ デジタル化の活用で働き方改革は可能

日本能率協会は2月14～15日に東京都内で「超少子高齢化社会の医療課題の解決を推進する！」をテーマに「スマートライフ+サミット2025」を開催した。15日の全日病企画シンポジウム「現場から見た医療DXの未来～病院規模や地域性を越えた挑戦～」では、病院のDXで先進的な事例として医療法人和会武蔵台病院(埼玉県日高市)、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院(石川県七尾市)、社会医療法人石川記念会HITO病院(愛媛県四国中央市)の取組みを共有。登壇者は口々に「何を解決するためのDXなのか」が大事」と力説した。座長は全日病医療DX検討委員会の甲賀啓介委員長が務めた。

映画「ロッキー」も低予算で伝説に 省コストでも良い病院DXは可能！



武蔵台病院(急性期病床41、地域包括ケア病床11、回復期病床47=計99床)や老健(100床)などを運営する河野義彦理事長は病院のDXについて、「省コストでも良いものはできる」と語り、喩えとしてシルベスタ・スタローン主演の映画「ロッキー」が低予算でも工夫を凝らし映画史の伝説になったと解説。その上で、自院のDXに関する歩みに沿って①無料～5000円コース②人件費1人分コース③3000万円コースの3段階を紹介した。

「無料～5000円コース」はDX導入の第一歩。河野氏は「撮影機材や人件費、職員の知恵・努力・根性は必要」と前置きしつつ、まずは無料のツールを活用すべきだと説く。武蔵台病院では、DX以前から「省コストのプロジェクト」として自治会の夏祭りや地域の体育祭への参加、市民講座の開催など、地域との接点を設け交流を深めていた。DXの契機はCOVID-19の感染拡大。理事長が自ら地域住民を励ますため「YouTube」を利用した運動の動画や栄養レシピをQRコードで共有する「手紙」の郵送から始めた。その後、「手紙」はコストや手間などの面からコミュニケーションアプリ「LINE」での送付に移行。市民講座の参加者に登録を呼びかけるなど地道な活動を展開し2025年1月時点で利用者は414人。現在も月1～2回は健康関連の情報発信を続け、市民講座の案内など広報にも活用している。

参加人数の増加に伴い同アカウントは月額5000円の費用がかかるプランの利用を開始。河野氏は「月に20日間、Sサイズのコーヒーを1杯飲む程度で足りる」と胸を張る。同法人の公式LINEアカウントは現在、計13でこのうち11が無料プラン。退院支援に関する情報収集など多方面で患者・利用者家族とのコンタクトの省エネ化に貢献している。このほか、無料のオンラインツール「Googleフォーム」を利用して発熱外来の問診票も電子化。導入後、約63%の患者が利用している。今後は電子カルテとの連動が課題だ。

DXの2段階目「人件費1人分コース」としては、職員間のコミュニケーション用に企業向け連絡ツール「Chatwork」を導入。「1人の雇用よりも効果てきめん」との所感で、空床情報や急患情報などを共有し、病棟の電話回数や手術室管理に関連する連絡時間の削減にも寄与。緊急性のない医師への「報連相」が気軽になることで漏れがなくなった。コスト面については、職員分の有料プラン利用料を法人で負

担する約36万円が40代の看護師や理学療法士の月給に相当すると説明。「離職のリスクもないし、病気にもならないし、文句も言わない」と述べ、笑いも誘った。SNSを病院業務で利用する上で注意点になり得る◇否定的な意見◇長文や複雑な案件◇叱責・指導への投稿は禁止する旨をガイドラインで示すなど、円滑な運用を図っている。

最終段階の「3000万円コース」としては、HITO病院(後述)の事例などを参考に①職員へのiPhone導入②セル看護方式③モバイル電子カルテの導入の3つを組み合わせた。投資額の合計が約3000万円。河野氏は「労働時間を給与換算すると年間2754万円分の人件費削減効果が出ている」と明かし、初年度ではほぼ回収したと解説。「DXを活用して業務フローなどを見直し、少ない人員でも円滑に運営できる病院組織の構築が求められている」と省コストDXを推奨した。

病院の記録業務への生成AI導入は 働き方改革ではなく働き方“革命”



次々に新たな施策を打つ斬新な経営で知られる恵寿総合病院(426床=DPC対象病棟286床、回復期リハ病棟47床、地域包括ケア病棟46床、障害者病棟47床)を代表し登壇した神野正隆理事長補佐は、「DX」「DATA」「DESIGN」を組み合わせる戦略「3D経営」の考え方で取り組むDXを紹介。病院が取り組むDXで組織改革を進めるためのポイントを、①DX導入が必要不可欠である「背景」を知る②DXは「目的」ではなく、あくまで「手段」③「なに」を導入するかではなく「なぜ」導入するかが先④緊急性や重要性の「優先順位」と「劣後順位」を見極める⑤やるべきことは「トップダウン」だがやり方は「ボトムアップ」⑥DX導入後もPDCAを高速で回し続け、より良いシステムにする一の6つをあげた。

その上で、DXによる「職員満足度の向上」が「生産性や医療の質・量の向上」に繋がり、「患者満足度」や「患者経験価値」が上がって「健康経営・健全経営」を実現し、「地域に求められる病院」になる姿を描いていると話した。DXの中身については、多彩な切り口で多数のプロジェクトを動かしている中から①AI活用②RPA活用③入院退院管理センター④データセンター⑤クリニカルパス⑥業務用iPhoneの一の6つを紹介した。

AIの活用では、Ubie株式会社と取り組む医師の退院時サマリー作成など記録業務における生成AIの導入をあげた。導入後、サマリーに要する時間が3分の1に減るなどの成果が顕著だ。このほか、各部署のミーティング議事

録作成などにも展開し業務効率化を進めた結果、患者の治療・ケアに割く時間を増やす。神野氏は「全職種に活用でき可能性は無限大、働き方の改革ではなく革命」と意義を強調した。

定型業務の自動化を進める「RPA(Robotic Process Automation)」では、◇病院における診療の質向上◇職員配置の適正化◇業務の効率化・組織改革の一の3つを目的に、「タスクシフトした先の職種の業務負担軽減」を掲げる。現在は120程度のシステムが稼働し、導入前に比べ作業時間を年間約1万2000時間も減らした。多くの部署でデータの取り込み・抽出・集計やリスト作成などの自動化に採用し、事務労働力の総数増加が見込めない中、直接診療に関わる時間を相対的に増やした。

入院退院管理センターではPFM(Patient Flow Management)の強化として、すべての入院退院業務を一元管理するシステムを構築。医師が治療方針の決定と治療、退院転棟許可のみに注力する体制を作り、設立前に比べ平均在院日数の短縮と入院単価増を実現した。

データセンターは、先入観や思い込みを排除したデータに基づく目線で業務の改善を目指すPDCAサイクルを回すため2023年4月に設立。法人内で保管する膨大なデータを一元管理し、リアルタイムで誰でも確認できる体制を作った。電子カルテの蓄積情報も自動的にグラフ化・可視化でき、データに基づく意識改革、さらなる効率化に取り組む。

クリニカルパスは電カルと連動。全診療科の利用率が98%以上を維持している状態だ。神野氏は、「最良のアウトカムを最短の日数、最小の医療資源で実現し、チームの介入(診療報酬上の加算)を漏らさず実行するための“クリティカル”なパスとして、さまざまな内容を作っている」と説明。主に◇DPCに対応したパス(在院日数、包括分医療資源、加算)◇使う頻度の高いパス(自院で件数の多い疾患、予定手術や検査入院)◇疾患特性に応じた発展的なパス(入院初期の部分、各診療科の入院時パス)一を運用中だ。「属人化しているものを仕組み化する非常に有用なツール」との実感だ。

業務用のiPhoneについては、2023年4月に520台を導入し、医師・役職者には1人1台、勤務帯ごとに1人1台を配布。「場所にとらわれない働き方」のためのモバイル電子カルテ利用と「自分と相手の時間を縛らない働き方」のためのトーク(チャット)機能活用が軸。多職種が関わる「恵寿セルケアチーム」を編成し、3つの無駄(配置、動線、記録)を省く働き方改革につなげた。結果として患者ケアの時間が増え、日常生活改善度の指数が上がり、身体拘束率が約80%減少。調査の結果、職員のやりがいも上がっているという。

2017年からICT活用、HITO病院 スマホは次世代に適応するインフラ

病院DXの先駆者であり、現在もさまざまな新規施策を打ち出しているほか、他の病院から見学も受け入れるなど情報共有にも取り組むHITO病院。現在は228床(一般病棟86床、HCU12床、SCU6床、感染症病棟4床、緩

和ケア病棟17床、回復期リハ50床、地ケア53床)で病床稼働率95%、2024年の平均在院日数11.1日。



石川賀代理事長は、HITO病院のDXについて「全ては現場の為に、何よりも不安を抱く患者の為に」をスローガンに、①本来業務に集中で

きる環境の構築②これからの世代の働き手に選ばれる現場環境の醸成③地域や社会が求める病院の役割に適應する組織づくりの一の3つが目的と説明。特に「人が真ん中になる医療を実践するため、地域医療が厳しい局面を迎える中で持続可能性を追求するためのDX」と述べ、①iPhone導入②コミュニケーションツール活用③院外活用④AI・ロボット活用一の4つを軸に解説した。

同院がICTを活用し始めたきっかけは2017年、脳神経外科の常勤医が1人になってしまったこと。残った医師の提案で業務用のチャットツールを導入した。成果は◇メモが不要◇電話によるストレスの軽減◇場所に縛られない迅速な対応◇タスクシフトの推進◇メディカルスタッフの業務遅延の改善◇院外からのカルテ閲覧で時間外労働を削減一などで「多職種協働の推進」を支えた。石川氏は同施策について「報連相を変え、対人ストレスを軽減し心理的安全性を高める」と強調。コミュニケーションの「質的变化」と「量的変化」で組織を対話型に変えた。

その後、コロナ禍や「病棟看護師1人1台のiPhone配布(グループ内iOSデバイス計1126台運用)」などを経て、現在ではデジタルツールを介して月間約13万件のメッセージが行き交う組織に。「情報収集、報告、記録、電話、会議などの時間を短縮して創出した時間は、患者と向き合う時間や学習、多職種との連携などに充てられる、“ゆとりある環境”を実現した」と意義を語った。急性期の身体拘束が「ほぼゼロ」などの成果も出ている。

生成AIの導入は、シナリオとして①事務スタッフと3年以内の若手医療職から始める②心理的安全性を高め自分らしさを拡張する③業務効率化が目的ではなく、障壁を破壊し、想像を超える未来を創る④対人業務の充実を図る一の4段階を想定し着手。院内マニュアルとの連動などを進め、現在は250人以上が日常的な利用者だ。多言語対応の自動翻訳機能で外国人看護補助者の夜勤負担が減り、「急性期看護補助体制加算」の算定が増え、年間1464万円の利益増も見込む。電子カルテと連動するAIは、医師の症状詳細の時間も短縮した。

DXは訪問診療や在宅・居宅サービスにも及ぶ。特定行為の看護師が病院の医師などからの遠隔支援を利用しスマートグラスなども用いた遠隔医療も導入。グループ内の老健と特養の遠隔医療利用者では2022～2023年度に誤嚥性肺炎の再入院「0」を達成した。石川氏は「職員個々の能力を拡張するために生成AIが不可欠」と強調。その上で「スマホが十分にプラットフォームになり得るし、労働人口が急減する中で病院が次世代に適應するためのインフラになる」と述べた。

地域医療構想の実現も“病院DX”が必須に 単なる業務効率化ではなく人が集まるかの分水嶺

全日病の「病院のあり方委員会」(大田泰正委員長)は2月15日、日本能率協会主催の「スマートライフ+サミット2025」で地域医療構想がテーマのシンポジウムを開いた。大田委員長のほか、同特別委員を務める東邦大学医学部社会医学講座の長谷川友紀教授、同委員で社会医療法人社団医善会いずみ記念病院(東京都足立区)の小泉章子理事長が登壇し、同委が中心となってまとめ2021年6月に公表した「病院のあり方に関する報告書」や、2024年3月に公表した全日病の「地域医療構想に関する提言」などに基づき、病院が取り組むべき事項などを解説した。

75歳以上高齢者のACSCの症例を支える医療介護資源に基づく戦略を



脳神経センター
大田記念病院(広島県福山市、199床 = StrokeCareUnit : 24床、急性期一般病床 2 : 89床、地域包括ケア病棟 : 36床、回復期

リハ病棟 : 50床)などを運営する社会医療法人祥和会理事長の大田氏は、2040年に向けて新たな地域医療構想を策定する議論が始まるのを見据え、慢性期の高齢者を地域で支える「医療介護連携」の体制を築かなければならないと訴えた。そのために、◇外国人材の活用も含めた看護補助者の確保◇タスクシフト◇病院DX一を組み合わせた必要との考え。全日病で取り組む「外国人材受入事業」「医師事務作業補助者研修」「医療DX人材育成プログラム」などの活用も推奨した。

大田氏は、産業医科大学医学部公衆衛生学の松田晋哉教授がまとめた救急搬送症例の推計などを引用し、「プライマリケアによる適切な対応があれば入院が回避される病態」(ACSC = Ambulatory Care Sensitive Conditions)の75歳以上患者が2035年に向けて急増するとの見通しを説明。その上で、「地域の三次救急にACSCが集まると、クリティカルケアを必要とする症例の受け入れが困難となり、コストの面からも地域医療が崩壊する」と指摘した。「地域ごとに異なる医療と介護の資源に基づき、慢性期の高齢者を支える体制構築が急務」とも述べた。

今後の見通しを含む地域の医療・介護に関する資源は地域ごとに異なるため、適切に把握する「地区診断」が前提になる。具体的な検討の方向性については、大田記念病院が位置する福山府中医療圏を例示。同医療圏では外来が減少傾向で入院は2030年をピークに減少し入院の内容は肺炎、脳血管疾患、心不全、骨折の患者が多くなると見込む。大田氏は、慢性期対応について、介護保険財政などを鑑みると施設介護の提供量を増やすのは難しく在宅医療など施設以外での対応力を強化する必要性があがっていると説明。全国と比較した際、◇外来の提供量は並み◇一般病棟入院、回復期リハ、地ケアは提供量が多い◇訪問診療、療養病床は提供量が少ない◇施設介護、在宅介護、サ高住は少ない◇通所介護は並み◇ショートステイの提供量が多



い一との状況がわかっているためだ。

同医療圏では今後、診療所と地ケアを含む一般病棟の連携を軸に、在宅医療支援体制の構築に重点を置く。個別の施策としては◇在支病の整備◇介護施設で医療を日常的に支援する病院の整備◇訪問看護・訪問介護を担う人材の確保◇予防可能な急性期イベント(肺炎、尿路感染症、心不全の急性増悪、低栄養など)への対応一が急務になるとの考えを示した。

看護補助者の確保が最も困難 他業種との競争「離職も早い」

地域医療構想に基づく地域における医療提供体制の構築を支える個別の病院に求められる対応については、最優先事項として「人材の確保」をあげた。その上で、大田氏は現状、①看護補助者②看護師③医師④コメディカル一などの順で確保が困難になるとの認識だ。特に看護補助者については、「他産業との競争に一番さらされるレイヤー」との認識で、「確保に1人60万円くらいかかっているが、平均で1年くらいしか勤務していない現実がある」と離職が早いとの実感もある。大田氏は「年80万円の必要経費」という感覚で外国人材を積極的に採用。「日本語教育の継続や、お世話係のような担当者を付けるなどの就労支援も必須のため単純な給与のみでの比較は難しいが、背に腹はかえられない」との状況だ。

タスクシフトについては、「率直に言って仕事の押し付け」との認識を示し、「押し付け」の玉突きで、最終的にはAIを含むDXでの対応が不可避との見方を示した。生成AIなども取り入れ、業務時間・負担の地道な節減など業務の効率化にとって「DXは命綱」との認識だ。一方、「国はDXを推進しろと言うが、病院の経営が厳しい中で財源の捻出は難しい。補助や支援が必要だ」と苦言を呈した。

DXについて同院では、難治性てんかん患者など神経難病を対象に国も促進に力を入れ始めているD to P with D (Doctor to Patient with Doctor)の遠隔診療を取り入れるなど、システムエンジニアも雇って導入を急ぐ。

電子カルテについては、厚労省の「医療DX令和ビジョン2030」で、「病院が導入できる電カル・レセコン・部門シ

ステムを一体的に利用するためのクラウド型システムを2030年までに整備する」との方針を掲げたことに触れつつ、「いつ頃か、十分な内容で展開されるか不明だが、オーダーリングシステムを含む電カルを利用すると勤務環境は明らかに違う」との見解を示した。看護師歴20年の人物から、紙の処方箋や検査オーダーを見たことがないと聞いた話を紹介。「もはや入職20年の方で紙を知らない人がいる。電子化された病院から勤務を始めた人にとって非電子化の病院での勤務はハードルでしかない」などと述べ、病院の約半数が電カルを導入していない状況について「人材確保の面からも不利になっている」と警鐘を鳴らした。

地域の需要に対応する体制の検討に「全国の水準」のみでは不十分

医療費推計モデルの開発や医療費適正化計画の評価に関する厚生労働科学研究で研究代表者を務めるなど医療費分析に詳しい長谷川氏は、地域ごとに医療・介護の供給と需要は多様化するため、全国的な水準はあまり意味がないとの考えを示した。

大田氏も指摘したように、地域ごとに医療・介護の資源は異なり、将来的な人口動態の推移も異なる。長谷川氏は、レセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値(SCR)で医療行為を全国平均と比較する相対評価を例にあげ、「全国平均であり、期待値は100になるが、地域ごとの需要と供給を考えると全部100に揃えるのは意味がない」と指摘。「医療と介護は代替できる側面があり、訪問診療が多いと介護の施設でのケアは少ないなど、相互に独立して成立しているわけではない。地域として不足感がなければ何か代替しているのだから、そのあたりの読み取りが重要」と述べた。「SCRなどを参考にしながら、関係者や住民にニーズなどに関するいろんな声を吸い上げながら推測する必要がある」「偏りがあり得るので注意が必要」などの考えも示した。

今後に向けては、地域診断に基づく改善策について合意形成し、進捗管理をしながら医療・介護の需要に対応する体制の構築をあげた。特に優先して検討すべき課題として、◇合意形成の標準的な手法の開発◇全体として管理できる人材の育成一が急務と話した。合意形成については、「本当に不足しているのかなどをどのように評価し、複数の課題の優先順位をどのように決定するか」が大事と説明。地域医療構想調整会議など地域における協議の場への参加促進も不十分と指摘し、地域における多様なサービス提供者を巻き込むべきと助言した。

必要病床数の計算方式「見直しを」「過剰な算出になっている」

今年1月にいずみ記念病院(計144床 = 急性期54床、回復期リハ90床)や訪問看護ステーション、介護老人保健施設などを運営する理事長に就任した小泉氏は、東京都の状況を交えつつ、全日病の報告書や提言の内容について



解説。基準病床数と必要病床数の整理や医療機関機能に着目した地域医療提供体制の構築、病床機能分類の見直しなど、2040年を見据えて策定が

はじまる「新たな地域医療構想」に向け全日病の提言が果たした役割を説明した。

地域医療構想の範囲については、全日病の提言で主に◇複数の二次医療圏を統合しての運用◇特定機能病院の病床について基準病床数に算定する際の算定方法の見直し◇県庁所在地などの基幹病院の病床数を周辺の二次医療圏で共用するなど仮想的に配賦する一を求めていた。このような要望が考慮され、「新たな地域医療構想」は医療計画の上位概念として位置付けるとの大方針が決定。自動的に、必要病床数が基準病床数の上限となる改革が始まる。また、同提言で県庁所在地とその他の二次医療圏との医療資源に相違がある点に着目した要望については、特定機能病院の診療圏が広域であることなども踏まえた対策を講じる。「新たな地域医療構想」では、大学病院本院を想定した広域の機能と、地域における4つの医療機関機能で構成する「4+1」の体制整備を推進する。特定機能病院の要件も現在、厚労省が検討中だ(全日病ニュース3月15日号など参照)。

二次医療圏と構想区域の関係についても、「新たな地域医療構想」の策定に向けた厚労省の報告書では「医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すことが適当」との考えを明記。「二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行う」との記載も盛り込んだ。

病床機能については、2025年に向けた地域医療構想で「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」だった分類の見直しを求めていたが、「新たな地域医療構想」では、「回復期」を「包括期」へ見直し、2040年に向け増加する高齢者救急の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせ持つ病床の必要性を強調する内容となっている。

さらに、同提言では病床機能別の内容に加え「病院機能」も示していくことが望ましいと求めていたが、「新たな地域医療構想」では地域ごとに◇高齢者救急・地域急性期機能◇在宅医療等連携機能、急性期拠点機能◇専門等機能一の4区分で必要量などを把握していく方針が決まった。

小泉氏は、必要病床数の計算方法を見直す必要性を強調。固定された年齢階級別入院受療率、将来の推計人口、病床稼働率から算出されているため「近年の入院受療率低下傾向は考慮されておらず、病床稼働率も低く想定されているため過大な数が病床必要数として算出されている」と改めて解説。「当該医療圏で利用可能な医師、看護師などの人的資源が考慮されていない」とも指摘し、「人員不足があれば病床の稼働率は上げられない」と理不尽な面があると訴えた。

医薬品の不安定供給「一刻も早く解決を」

中医協総会 「医療現場は困惑している」委員から不満続出

医療用医薬品のおよそ20%が限定出荷や供給停止となり解決の糸口が見えない状況に対し、一刻も早い是正を望む中医協委員から不満が続出している。3月12日の中医協総会(小塩隆士会長)では、厚生労働省が通常国会に提出した薬機法等改正案の内容について報告。βラクタム系抗菌薬のセファゾリンなど計4成分について2030年にも国産原薬を使用した製剤の供給開始を目指すとの方針や、医療用医薬品の安定供給体制を強化する策などを説明した。これに対し委員からは、供給不安を解消する追加的な施策の検討を求める意見が相次いだ。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は「現場の感覚として、まだまだ不安定供給であり、次々と新しいも

のが出荷調整になってくる」と指摘。「薬機法の改正には期待しているが、原薬の国産化も2030年以降だとすると、当分、この状態が続くのか。仮に(法改正事項も含め)効果が出たとして、だいたいどのくらいに不安定供給が改善の方向に進むのか」と憤りを隠さなかった。

さらに、厚労省が2024年9月30日に公表した「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」で、後発品の新たな数値目標として使用割合で80%、金額ベースで65%を掲げたことに言及。「もちろん医療界としても協力したいが、後発品ですら不安定供給になっており、基準だけどんどん厳しくしていてもどう対応していいかわからない。

現場は困惑している」と述べ、早急な解決を求めた。

日本薬剤師会副会長の森昌平委員も、「現場では、各種手配、患者への説明、医師への相談、後日配送などで大変苦労している」と語り、早期解決を要請。日本歯科医師会副会長の林正純委員は「少しでも早く解決するよう、実効性が上がる方策の検討を引き続きお願いしたい」と求めた。全国健康保険協会理事の鳥潟美夏子委員も、「早期の解決が望まれている」と強調した。

日本医師会副会長の茂松茂人委員は、「半導体に対しては国家安全保障の観点でしっかり議論され体制が構築されてきているが、医薬品はそこまでっていない」との認識を示し、「原材料に関する取り組みは、外交の関係もある

だろう。しっかり医薬品も(国の安全保障政策に)位置づけていただきたい」と求めた。

東京大学大学院経済学研究科教授の飯塚敏晃委員は、「薬価が下がり続ける状況の悪影響として医療用医薬品の安定供給体制が揺らいでいる」と改めて指摘。「後発品についても現行ルールでは毎年薬価が下がっていく。本当に適用し続けるのかどうかも含めて、しっかり考えるべき」と主張した。

委員からの意見を受け、厚労省医政局医薬産業振興・医療情報企画課の水谷忠由課長は、供給不安の解消について「いつまでにとは申し上げられない状況だが改善を図っていく」と述べ、安定供給確保のマネジメントシステム構築や、後発品企業の産業構造改革など複層的な取り組みを進めていく考えを改めて示した。足下の状況については、薬価の下支え措置や緊急の増産を支援するため2024年度の補正予算で確保した20億円で対処するとの方針だ。

救急自動車の救急出動件数が763万8558件で過去最多

2024年消防白書 搬送理由は7割近くが「急病」、高齢者の割合は6割

消防庁はこのほど2024年消防白書を公表した。2023年の救急自動車による全国の救急出動件数は763万8558件で、集計を開始した1963年以降、過去最多を更新した。救急出動件数は高齢化などに伴い増加傾向が続いている。最近では、全出動件数が2019年に664万2772件となり、その後、新型コロナの感染拡大が起きた2020・2021年は減少したが、2022年に723万2118件と再び過去最多を更新。2023年に750万件を超えた。全搬送人員も664万3379人と過去最多を更新。救急自動車出動件数に占める搬送件数の割合は67.7%となった。

2024年度診療報酬改定では、高齢者救急の増加にどう対応するかということが主要な論点となり、地域包括医療病棟の新設や病院と介護施設の連携強化などさまざまな報酬の見直しがあった。2040年に向けた新たな地域医療構想では高齢者救急を主に担う医療機関機能が位置づけられる方向だ。高齢者人口が増えており、救急需要が増大することは避けられない中で、救急困難事例は増やさない対応が急務となっている。

高齢者の9人に1人が搬送される

763万8558件という救急自動車によ

る救急出動件数は、1日平均で約2万928件、日本のどこかで約4.1秒に1回、救急自動車が出動した計算になる。また、664万3379人の搬送人員のうち、消防防災ヘリコプターによる搬送(1959人)を除く救急自動車の搬送人員は664万1420人。これは国民の19人に1人が救急自動車によって搬送されたことになる。

このような状況から、救急需要の増大による消防庁の救急応需体制の脆弱化が懸念される。現場到着所要時間(119番通報を受けてから現場に到着するまでに要した時間)の平均は約10.0分で2022年の約10.3分より早まったが、新型コロナの感染拡大前(2019年)と比べると、約1.3分延伸している。

また、病院収容所要時間(119番通報を受けてから医師に引き継ぐまでに要した時間)の平均は約45.6分で同様に2022年の約47.2分より早まったが、新型コロナの感染拡大前(2019年)と比べると、約6.1分延伸した。

救急自動車による出動件数を事故種別にみると、「急病」が最も多い。全体の67.7%で7割に近い。出動件数の事故種別では次いで、「一般負傷」(15.5%)、「転院搬送」(7.3%)、「交通事故」(5.2%)、「その他(転院搬送を除く)」(1.3%)、「自

損行為」(0.8%)、「労働災害」(0.8%)、「運動競技」(0.5%)、「加害」(0.4%)、「火災」(0.3%)、「水難」(0.1%)となっている。

交通事故などいわゆる「事故」は割合としては少なく、高齢者の病気の急性増悪が大部分を占めることがわかる。消防白書では、救急需要増大の要因として、高齢化の進展をあげており、2023年の搬送人員に占める高齢者の割合は約6割で、高齢者の約9人に1人が搬送されている計算になる。

熱中症患者が増加する夏季には、特に救急需要の高まりがみられる。2024年は非常に厳しい暑さが長期間にわたって続いたことから、5月から9月までにおける全国の熱中症による救急搬送人員は9万7578人となり、集計を開始した2008年以降で最多となった。

マイナ救急ははじめ救急DXを活用

救急需要増大に対応し、消防白書では最近の取り組みを紹介した。基本的には、①求める側による救急自動車の適時・適切な利用の推進②応じる側の対応③それを支える「基盤」の3つに分けて整理して検討を進めている。

応じる側の対策としては、◇緊急性の低い転院搬送等における病院救急車や患者等搬送事業者等の活用◇

マイナンバーカードを活用した救急業務の円滑化(マイナ救急)をはじめとする救急DXをあげている。

マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組みのこと。オンライン資格確認等システムを通じて救急隊が救急搬送する傷病者の過去の受診歴や薬剤情報などの医療情報等を閲覧。適切な応急処置や搬送先病院の選定などに役立つことが期待できる。そうすれば、搬送先病院で治療の事前準備ができることになる。

具体的には、主に傷病者との口頭で行われている現状の救急活動の情報聴取に対し、救急隊がタブレット端末に付属した汎用カードリーダーでマイナ保険証を読み取り、救急隊が傷病者の過去の受診歴や薬剤情報などの医療情報等を閲覧する。2022年度に6消防本部30隊による実証事業が行われ、2024年度に閲覧者を救急救命士のみならず救急隊員に拡大し、67消防本部660隊による実証事業を行った。

今後の予定としては、「経済財政運営と改革の基本方針2024」(2024年6月21日閣議決定)や「デジタル社会の実現に向けた重点計画」(2024年6月21日閣議決定)などに基づき、実証事業の結果を踏まえ、2025年度に全国展開を推進するとしている。

救急安心センター事業の拡大に期待

救急自動車の適時・適切な利用のための対応では、救急安心センター事業(#7119)がある。住民が救急自動車を呼ぶべきかを判断するための相談窓口で、医師・看護師・相談員が電話でアドバイスを行う。2024年11月現在36地域で実施されている。

事業の効果として、◇救急搬送での軽症者の割合の減少◇不急の救急出動の抑制◇潜在的な重症者の発見◇救急医療機関受診の適正化◇住民への安心・安全の提供◇新興感染症や大規模災害の発生による救急需要急増時の受け皿の役割一が期待されている。

消防庁では、救急安心センター事業の全国展開に向け、「#7119普及促進アドバイザー」を2024年11月末までに延べ31地域に対し58人派遣したほか、マニュアルや仕様書を策定した。費用は都道府県または市町村への特別交付税で措置している。救急安心センター事業の重要性は今後ますます高まっていくとし、未実施の道県に対し、導入に向けて積極的に働きかける姿勢だ。

救急出動件数及び搬送人員の推移

(各年中)

区分	救急出動件数			対前年増減数・増減率(%)	搬送人員			対前年増減数・増減率(%)	よる出動件数(A)のうち急病に(B)	(A)に対する(B)の割合(%)
	全出動件数	うち救急自動車による件数(A)	うち消防防災ヘリコプターによる件数		全搬送人員	うち救急自動車による搬送人員	うち消防防災ヘリコプターによる搬送人員			
年										
平成20年	5,100,370	5,097,094	3,276	△193,033 (△3.6)	4,681,447	4,678,636	2,811	△224,138 (△4.6)	3,102,423	60.9
平成21年	5,125,936	5,122,226	3,710	25,566 (0.5)	4,686,045	4,682,991	3,054	4,598 (0.1)	3,141,882	61.3
平成22年	5,467,620	5,463,682	3,938	341,684 (6.7)	4,982,512	4,979,537	2,975	296,467 (6.3)	3,389,044	62.0
平成23年	5,711,102	5,707,655	3,447	243,482 (4.5)	5,185,313	5,182,729	2,584	202,801 (4.1)	3,562,208	62.4
平成24年	5,805,701	5,802,455	3,246	94,599 (1.7)	5,252,827	5,250,302	2,525	67,514 (1.3)	3,648,074	62.9
平成25年	5,918,939	5,915,683	3,256	113,238 (2.0)	5,348,623	5,346,087	2,536	95,796 (1.8)	3,732,953	63.1
平成26年	5,988,377	5,984,921	3,456	69,438 (1.2)	5,408,635	5,405,917	2,718	60,012 (1.1)	3,781,249	63.2
平成27年	6,058,190	6,054,815	3,375	69,813 (1.2)	5,481,252	5,478,370	2,882	72,617 (1.3)	3,851,978	63.6
平成28年	6,213,628	6,209,964	3,664	155,438 (2.6)	5,624,034	5,621,218	2,816	142,782 (2.6)	3,975,380	64.0
平成29年	6,345,517	6,342,147	3,370	131,889 (2.1)	5,738,664	5,736,086	2,578	114,630 (2.0)	4,061,989	64.0
平成30年	6,608,341	6,605,213	3,128	262,824 (4.1)	5,962,613	5,960,295	2,318	223,949 (3.9)	4,294,924	65.0
令和元年	6,642,772	6,639,767	3,005	34,431 (0.5)	5,980,258	5,978,008	2,250	17,645 (0.3)	4,335,687	65.3
令和2年	5,935,694	5,933,277	2,417	△707,078 (△10.6)	5,295,727	5,293,830	1,897	△684,531 (△11.4)	3,850,497	64.9
令和3年	6,196,069	6,193,581	2,488	260,375 (3.9)	5,493,658	5,491,744	1,914	197,931 (3.3)	4,054,706	65.5
令和4年	7,232,118	7,229,572	2,546	1,036,049 (16.7)	6,219,299	6,217,283	2,016	725,641 (13.2)	4,884,630	67.6
令和5年	7,640,987	7,638,558	2,429	408,869 (5.7)	6,643,379	6,641,420	1,959	424,080 (6.8)	5,174,494	67.7

(備考) 「救急年報報告」及び「消防防災・震災対策現況調査」による。

2026年度改定に向け2025年度調査方針了承

入院医療等分科会 医療DXの課題の実態把握を津留委員が求める

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は3月12日、2026年度診療報酬改定に向けて、2025年度調査の方針を了承した。◇入院◇外来◇医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態◇医師偏在対策(診療科偏在対策)◇災害◇業務の効率化の項目で調査を実施。2025年秋に速報値を公表することを目指す。調査結果を同分科会で議論した上で、基本問題小委員会に報告する。

2026年度改定に向けた同分科会での調査については、2024年11月の中医協総会の了承に基づき、第1弾として、2024年度調査票の配布・回収・集計を行っている。その後、2024年12月に新たな地域医療構想や医師偏在対策など医療提供体制の制度改革がまとめられ、医療法等一部改正法案が閣議決定された。また、2025年度薬価改定が実施されるとともに、中間年改定の年に行う期中改定として、入院時の食費基準額の20円引上げや医療DX推進体制整備加算の見直しなどが行われている。

こうした状況を踏まえ、第2弾の調査を速やかに実施するため、課題や調査項目などを整理した。

項目は以下の通りとなっている。

【入院医療】

- ①看護職員・看護補助者の人員配置
- ②多職種の連携・タスクシフト/シェア
- ③病棟におけるICT等の活用
- ④入院時の食費

- ⑤精神・身体合併症への対応
- ⑥入院中の要介護高齢患者の退院後の生活支援業務
- ⑦主に包括期医療を担う病院の機能
- ⑧主に高度急性期医療、小児周産期医療を担う病院の機能

【外来医療】

- ①外来機能分化の推進
- ②かかりつけ医機能の推進
- ③ポリファーマシー対策
- ④入院から外来への移行
- ⑤透析医療
- ⑥生活習慣病管理
- ⑦小児医療
- ⑧救急医療

【医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態】

- ①人員配置の要件緩和等
- ②地域医療を支える役割

【医師偏在対策(診療科偏在対策)】

- ①大規模災害時等の人員派遣
- ②在宅療養患者など要配慮者の個別避難計画

【業務の簡略化】

医療DXの費用対効果を把握すべき
全日病常任理事の津留英智委員は、病院が直面する医療DXの課題をめぐり、上記の項目にとらわれず主に3点について状況の把握を求めた。2040年にかけて病院の人員確保がさらに困難になる見通しの中で、医療DXの活用

は不可欠という前提で発言を行った。

最初に、医療DXの推進のために病院が整備するシステム等の経費について、「これまで病院は電子カルテなどの設備投資を独自に行ってきたが、最近では物価・賃金上昇で診療報酬が足りない。細やかな補助金が用意されているわけでもなく、どの病院でも必要とされるシステム等を導入できるという状況ではないということ踏まえた検討を行ってほしい」と訴えた。

2点目として、「先進的な医療DXの取り組みを行っている病院だと、業者がモデル事業に近い形で費用を少額に抑えてシステム導入を行う場合がある。しかし他の病院が導入するときには費用の転嫁があり、導入コストもランニングコストも高額になるといった事例がみられる。そのような事例があることから、医療DX関連の経費を把握し、病院の医療DXの費用対効果を具体的に示し、各病院が効果に見合う費用を知ることができるようにしてほしい」と要望した。

3点目は、電子処方箋の電子署名に必要なHPKIカードの取得において、業者の生産が間に合わずに納入が遅れる事例やサービス利用に関して有償化を求められる事例があるなど、医療機関の責任ではない理由で、システム運用における障害が発生することへの実態把握を求めた。2月に中医協総会が答申した医療DX推進体制整備加算の見

直して、電子処方箋の有無により点数区分を分けることになったが、9月末には電子カルテ情報共有サービスの体制整備の経過措置が切れる。津留委員は、電子カルテ情報共有サービスの体制整備での業者対応にも懸念を示した。

委員からは、そのほか「病院で看護補助者の確保も難しい。搬送ロボットの活用状況を知りたい」(林田賢史委員・東京大学大学院医学系研究科特任教授)、「特に夜勤の看護職員確保が厳しい。(リハビリ職など)他の医療従事者とのタスクシェアを推進する方向での調査項目を設けてほしい」(武井純子委員・慈恵会相澤健康センター総合管理部長)、「電子カルテのランニングコストや、食材費値上げが入院時の食費に与えている影響を把握したい」(小池創一委員・自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授)、「入院時の食事料を選択できる病院がどのくらいあるのか知りたい」(鳥海弥寿雄委員・東京慈恵会医科大学前医療保険指導室室長)などの意見が出た。

また、旭川赤十字病院院長の牧野憲一委員や津留委員は、宿日直許可基準と救急患者受入れの関係で発言。牧野委員は、特定集中治療室管理料の見直しで、「治療室内に配置される専任の常勤医師」に「宿日直を行っている医師」が含まれる区分を設けたことから、他の区分と救急車受入れに違いが生じているかの把握を求めた。津留委員は、宿日直許可基準を取得する病院が大幅に増えたため、宿日直許可基準を取得した病院がその後救急患者受入れを減らしたかを調べるべきと要請した。

訪問看護ステーションの指導監査を強化

中医協総会 高額など一定基準に該当する事業所への個別指導を実施

中医協総会(小塩隆士会長)は3月12日、訪問看護ステーション(以下、訪看ST)への指導監査を強化する方針を了承した。特定の訪看STで訪問看護の日数・回数が極めて多いことなどを踏まえ、指導要綱を改定し、高額であるなど一定の基準に該当する訪看STへの個別指導の基準を設ける。

訪看事業所は近年増加し2024年で約1万7千事業所。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向にある。法人別では医療法人と営利法人が多く、営利法人の増加が顕著である。

訪問看護療養費の年間医療費は2008年から2023年の過去15年間で648億円から6072億円に約9.4倍の増加。特に、医療費が高額の訪看STが増えており、2018年度から2023年度の過去5年で、レセプト1件当たり平均医療費10万円未満の訪看STの増加率が136%の増加であるのに対し、50万円以上の訪看STの増加率は717%に達する。

また、訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1カ月の請求額は3万円台が最も多いが平均は9万8125円。月60万円以上の請求額が全体の約1%強だ

が存在しており、平均値を押し上げているためだ。厚生労働省が示したデータでは、1件当たりの医療費が高額の訪看STで訪問看護の日数・回数が一律に多いことが示唆される。

このようなデータが直ちに特定の訪看STの不適切な医療提供を示すとは言えない。ただ、一定の基準に該当する訪看STに対し、教育的な視点による指導機会が必要ではないかの考えを厚生労働省は示した。

「診療側として異論なし」長島委員
見直しの方向性としては、◇広域に

運営されている訪看STへの対応◇教育的な視点による指導機会の確保等◇保険者・審査支払機関等へ積極的な情報提供—がある(左下表参照)。

「広域に運営されている訪看STへの対応」では、より効果的な指導を実施するため、厚生労働省と地方厚生(支)局と都道府県による指導の仕組みを新設すると案が示された。

このうち「教育的な視点による指導機会の確保等」では、個別指導の選定基準を見直し、「訪看STに対する指導は主に『情報提供』のみが端緒であるため、例えば高額な単価など一定の基準に該当する指定訪看STに対し、教育的な視点による指導機会(選定基準)を設ける」との考え。また、「現在、講習形式で実施している集団指導について、訪看STの受講機会及び利便性の確保といった観点からeラーニングによる集団指導を検討する」ことも併せて提案した。

厚生労働省の提案に委員から異論はなかった。日本医師会常任理事の長島公之委員は、「診療側として方針に異論はない」との姿勢を示した。

日本看護協会常任理事の木澤晃代専門委員は、「多くの訪看STは日々、質の高い訪問看護提供に尽力している。一部の訪看STによる不適切な請求に対して疑義が生じていることを遺憾に思う。医療機関等と同じく指導管理をすることに賛成する」と発言した。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「一部の事業者が高い収益を見込める患者に集中して訪問看護サービスを提供しているように見える。要因が供給側にあるのであれば、見直すべきだ。療養費の適正化については次期改定に向けての議論になる」と述べた。また、東京大学大学院経済学研究科教授の飯塚敏見委員は、「高額だから不適切という説明にも聞こえた。不適切な事例であるかは、中身をきちんとみて判断すべき」と注文した。

訪問看護ステーションへの指導の見直しの方向性

- 昨今の訪問看護療養費の請求状況及び指導の実施体制、現状の訪問看護ステーションの指導の実施状況等をふまえ、訪問看護ステーションへの指導については、次のような見直しと考えられる。
 - ・複数都道府県において運営されている訪問看護ステーションへの効果的な指導の仕組みが必要ではないか。
 - ・一定の基準に該当する訪問看護ステーションに対し、教育的な視点による指導機会が必要ではないか。

1 広域に運営されている訪問看護ステーションへの対応

- (1) 複数都道府県にわたって広域で運営されている訪問看護ステーションについて、より効果的な指導を実施するため、厚生労働省本省並びに地方厚生(支)局及び都道府県による指導の仕組みを新設する。

2 教育的な視点による指導機会の確保等

- (1) 個別指導の選定基準の見直し
訪問看護ステーションに対する指導は主に「情報提供」のみが端緒であるため、例えば高額など一定の基準に該当する指定訪問看護ステーションに対し、教育的な視点による指導機会(選定基準)を設ける。
- (2) 集団指導のeラーニング化
現在、講習形式で実施している集団指導について、訪問看護ステーションの受講機会及び利便性の確保といった観点からeラーニングによる集団指導を検討する。

※上記のほか、**保険者・審査支払機関等へ積極的な情報提供**(例えば、請求内容に疑義がある場合や、他の訪問看護ステーションに比べて請求額が非常に高い場合等)の依頼についても検討する。

特定行為の研修機関、39施設を新規指定

厚労省 特定行為区分の変更64施設、指定取消3施設

厚生労働省は3月7日、保健師助産師看護師法に基づく特定行為の研修機関に関する医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会(国土典宏部会長)の審議結果を公表した。新たに看護師の特定行為に関する研修機関に指定するのは39施設(領域別パッケージ研修は16件認定)となっている(図表)。このほか指定研修機関の64施設が申請した特定行為区分の変更(同17件認定)を承認し、3施設の指定を取り消す。

新規指定が最も多い都道府県は東京都の7施設。次いで神奈川県(4施設)、青森県(3施設)、福岡県(同)、沖縄県(同)などとなっている。

領域別パッケージ研修「術中麻酔管理領域」に高い需要

新規指定の研修機関が認定を受けたパッケージ研修の最多は「術中麻酔管理領域」(8件)で、「在宅・慢性期領域」(5件)と「救急領域」(同)があとに続いた。

既に特定行為の研修機関に指定されている施設が申請し新たに認定されたパッケージ研修でも「術中麻酔管理領域」(7件)が最も多く、「在宅・慢性期領域」(3件)、「集中治療領域」(同)などの順だった。

厚労省が2月26日の同部会で公表した各領域別パッケージ研修の実施状況(2024年9月時点)では、研修機関数の1位が「術中麻酔管理領域」の140施設。今回の認定でさらに上積みされており、同領域における看護師の特定行為に関する需要の高さがうかがえる。

指定の取消は◇東京都：社会医療法人河北医療財団河北総合病院(特定行為3区分)◇大阪府の森ノ宮医療大学 大学院保健医療学研究科看護学専攻博士前期課程NPコース(同19区分)、◇山口県の医療法人茜会よしみず病院附属看護学院(同2区分)一の3施設。

看護師の特定行為については、制度開始10年目の2024年度に研修修了者がようやく1万人を突破した。ただ、厚労省は制度創設時に累計で10万人の特定行為看護師の養成を目標に掲げており、理想的な状況にはまだまだ程遠い状況が続いていると言えそうだ。

2024年9月時点で特定行為研修を修了した看護師の数は、前年同月比2621人増の1万1441人。研修機関は同53施設増の426施設で、特定行為研修の総定員数は6149人だった。

特定行為研修を修了した内容で最も多いのは「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」で9465人。次いで「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」(4471人)、「動脈血液ガス分析関連」(4139人)、「創傷管理関連」(3703人)などの順となっている。

1. 研修機関の指定と領域別パッケージ研修の認定

所在都道府県	研修機関名称	特定行為区分数	認定する領域別パッケージ研修
北海道	釧路赤十字病院	2	
青森県	医療法人平成会 八戸平和病院	9	・術中麻酔管理領域
青森県	独立行政法人国立病院機構青森病院	4	・在宅・慢性期領域
青森県	弘前大学医学部附属病院	2	
宮城県	社会福祉法人 陽光福祉会 仙台エコー医療教育センター	4	・在宅・慢性期領域
秋田県	地方独立行政法人秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター	1	
埼玉県	さいたま市立病院	4	
千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	13	・外科術後病棟管理領域 ・救急領域
東京都	医療法人伯鳳会 東京曳舟病院	3	
東京都	学校法人帝京大学大学院医療技術学研究所看護学専攻	20	
東京都	学校法人帝京大学 帝京大学医学部附属病院	8	
東京都	学校法人東京医科大学 東京医科大学病院	6	・術中麻酔管理領域
東京都	国家公務員共済組合連合会虎の門病院	6	・術中麻酔管理領域
東京都	東京女子医科大学病院	13	・外科術後病棟管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・救急領域
東京都	東京女子医科大学附属足立医療センター	11	・在宅・慢性期領域 ・術中麻酔管理領域 ・救急領域
神奈川県	川崎市立看護大学大学院	16	・在宅・慢性期領域 ・外科術後病棟管理領域
神奈川県	国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院	9	
神奈川県	社会医療法人社団三思会 看護職キャリア支援センター	7	
神奈川県	昭和大学横浜市北部病院	12	・術中麻酔管理領域 ・集中治療領域
岐阜県	岐阜市民病院	6	
岐阜県	羽島市民病院	5	
静岡県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部静岡県済生会 静岡済生会総合病院	3	
愛知県	岡崎市民病院	5	
三重県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部三重県済生会松阪総合病院	7	・術中麻酔管理領域
大阪府	和泉市立総合医療センター	1	
兵庫県	医療法人信和会 明和病院	8	
兵庫県	社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院	7	
山口県	独立行政法人国立病院機構若国医療センター	5	・救急領域
福岡県	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	5	
福岡県	社会医療法人シマダ 嶋田病院	5	・在宅・慢性期領域
福岡県	令和健康科学大学大学院 健康科学研究科 医療系健康科学専攻 看護学分野	20	
大分県	大分県厚生連鶴見病院	5	・救急領域
大分県	独立行政法人国立病院機構 西別府病院	1	
宮崎県	一般社団法人藤元メディカルシステム 藤元総合病院	7	・術中麻酔管理領域
宮崎県	医療法人伸和会 延岡共立病院	2	
鹿児島県	川内市医師会立市民病院	2	
沖縄県	医療法人おもと会統括本部教育研修センター	2	
沖縄県	公益社団法人 沖縄県看護協会	2	
沖縄県	公益社団法人 北部地区医師会 北部地区医師会病院	7	・外科系基本領域

厚労省資料を一部改変

協会けんぽ、人間ドック健診の補助開始へ!

全国健康保険協会(協会けんぽ)は、健康診断の選択肢を広げ、健康意識を高めるため、令和8年度から「人間ドック健診」に対する補助制度(25,000円)を開始します。

補助を受けるには、健診実施機関が「健診当日の特定保健指導(初回面談)

の実施体制)を整え、協会けんぽが指定する健診関係団体からの認定を受けている必要があります。また、人間ドック健診の実施に加え、協会けんぽの生活習慣病予防健診の契約も求められます。

既に生活習慣病予防健診を実施して

いる機関には、協会けんぽ各支部から随時案内が行われています。未契約の機関は、まず協会けんぽ各都道府県支部(保健グループ)へお問い合わせください。

なお、当協会の「健保連・UAゼンセン人間ドック実施指定施設認定」が、

協会けんぽの認定要件に該当します。未取得の施設は、下記URLより条件をご確認ください。

▼詳細・お問い合わせ先

協会けんぽ各都道府県支部：

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/about/sb7130/sbb7131/1762-620/>

健保連・UAゼンセン人間ドック認定：

<https://www.ajha.or.jp/hms/medicalcheckup/>

2024年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月22日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 茨城県 医療法人玉心会鹿嶋ハークトクリニック
理事長 黄 恬瑩
 - 三重県 医療法人安仁会水沢病院
理事長 堀場 充
 退会が5件あり、正会員は合計2,552会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 北海道 医療法人健康会おおさクリニック
院長 國本 尚彦
 退会が2件あり、準会員は合計130会員となった。
- 賛助会員は退会が1件あり合計112会員となった。
- 2024年度事業計画の一部変更について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 2024年度補正予算について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 2025年度事業計画について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 2025年度予算について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 外部理事の設置について改正公益法人法の施行に伴い設置が義務づけら

- れることから、宮澤潤弁護士(宮澤潤法律事務所所長)を外務理事候補者とする説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 「役員報酬等に関する規程」の変更について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 改正公益法人法の施行に伴う定款の変更について説明があり、理事数の上限を55人以内から60人以内に変更するとの説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 第13回臨時総会について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 2025年度会議予定表について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 広島県支部事務局業務委託覚書の変更について説明があり、審議の結果、可決確定した。
- 育児・介護休業法の改正に伴う就業規則等の改定について説明があり、審議の結果、可決確定した。

【主な報告事項】

- 役員選任に係る定時総会開催期日が報告された。
- 次期各都道府県理事候補者数について報告された。

- 次期各都道府県副支部長数について報告された。

●審議会等の報告

- 「中医協 薬価専門部会、総会、診療報酬基本問題小委員会」「医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」の報告がされた。
- 病院経営の実状と緊急要望に関する福岡資磨厚生労働大臣との面会及び記者会見について報告された。
- 第66回全日本病院学会in北海道における演題募集・参加募集要項が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能
- 【3rdG: Ver.3.0】～順不同
- ◎一般病院1
 - 愛知県 大雄会第一病院
 - 大阪府 井上病院
 - 徳島県 伊月病院
 - 香川県 善通寺前田病院
- ◎一般病院2
 - 大阪府 交野病院
 - 北海道 恵み野病院
 - 茨城県 茨城県立中央病院
 - 千葉県 千葉西総合病院
 - 千葉県 柏たなか病院

- 神奈川県 海老名総合病院
- 大阪府 多根総合病院
- 岡山県 総合病院岡山協立病院
- ◎リハビリテーション病院
 - 京都府 京都リハビリテーション病院
 - 兵庫県 伊丹せいふう病院
 - 神奈川県 さがみりハビリテーション病院
 - 福岡県 小倉リハビリテーション病院

◎慢性期病院

- 広島県 大野浦病院

◎精神科病院

- 埼玉県 本庄児玉病院
- 沖縄県 平和病院

1月6日現在の認定病院は合計2,114病院。そのうち本会会員は896病院と、全認定病院の41.1%を占める。

【主な討議事項】

- ペイシェントハラスメントについて、社会医療法人春回会井上病院(長崎県長崎市)の裁判概要や高裁・最高裁への上告が棄却された後のペイシェントハラスメント対策などについて説明があり、討議した。

高額療養費制度の見直しは全面凍結に

政府 石破総理が患者団体との面会後に決断、秋までに再検討

石破茂総理大臣は3月7日、今年8月に予定していた自己負担限度額の定率改定を含む高額療養費制度見直しのすべてを凍結することを表明した。あわせて今後の方針は秋までに検討する考えを示した。官邸での患者団体との面会後の会見で明らかにした。また、全面凍結に伴い2025年度予算案を再修正することから、衆議院での予算委員会が3月13日に開かれた。石破総理大臣は衆議院での予算案可決後に全面凍結を決めたことを陳謝。秋までに改めて制度見直しを検討するに当たり、患者団体や保険者の意見を改めて聴取しつつ、丁寧なプロセスで議論を行っていく姿勢を強調した。

高額療養費制度をめぐっては、福岡資麿厚生労働大臣が2月14日の患者団体との意見交換後に、高額療養費の支給が年4回以上になる場合に自己負担限度額を下げる多数回該当の負担を据え置く判断を示した。続いて、2月28日の衆議院予算委員会では石破総理大臣が、物価経済動向を反映させた定率改定は実施しつつも、新たな自己負担限度額で該当から外れてしまう患者が生じることから、多数回該当の基準は別に設ける案を示した。その上で、2026年8月以降のさらなる自己負担限度額の引上げを含む見直し全体について再検討する考えを表明した。

このような見直し案の修正を行っても、患者団体は「(経済物価動向を反映

させた定率改定を行えば)受診抑制につながるおそれがある」と主張し、全面凍結を求める姿勢を変えなかった。野党の多くも国会審議で全面凍結を主張し続けた。

当初の政府案を修正した予算案が衆議院を通過した後の3月7日に石破総理大臣は全面凍結を決断した。患者団体と面会後に会見した。

石破総理大臣は「経済物価動向に対応した2025年度の定率改定は、中間所得層の方で、年収の0.1%から0.2%に当たる引上げ。低所得の方の引上げ率は抑えている」と強調。制度の持続可能性を維持するため、引上げには保険者からの要望があることも指摘した。一方で、患者団体から理解を得られない理由の一つに、検討プロセスにおいて「丁寧さを欠いた」点があったと述べ、「政府として、その点を重く受け止めて、見直しを凍結するという結論に至った」と説明した。

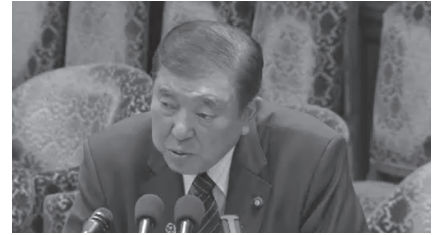
今後については、秋までに「改めて方針を検討する」との考えを示した。その上で、「大切な制度であるからこそ、丁寧な議論を積み重ねて、制度が持続可能なものとして次の世代に引き継がれることを心から願っており、そのために努力する」と述べた。

総理自ら議論に参画する姿勢示す

3月13日に衆議院で予算委員会が開かれた。石破総理大臣は、見直しの全

面凍結に至った経緯を説明し、修正した予算案を衆議院で可決後に再修正するに至ったことについて陳謝した。

質疑では、立憲民主党の野田佳彦代表が今後の検討プロセスについて質問。石破総理大臣は「厚生労働省によく考えて進めてもらうが、厚労省任せにはしないで、私自身も議論に参画し、よく注意しながら、これが最善だと得心がいくところまでやっていきたい」と総理自身が議論に関わる姿勢を示した。また、患者団体とともに保険者団体の



意見をきくことの重要性も強調した。見直し案を提示した背景としては、「高額薬剤の普及などにより近年、国民医療費の倍の伸びを示している。この10年見直しを行っていない。今後もこのペースで増加し続けると、制度の持続可能性を維持できるのか、現役世代を中心に保険料負担がどうなるのかといった課題がある」と述べた。

一冊の本 book review

書評『自見庄三郎回顧録』

著者●自見庄三郎
編●伊藤隆
出版社●中央公論新社
定価●3,190円(税込)

『自見庄三郎回顧録』は、政治家としての歩みと医師としての経験が交錯する、自見庄三郎氏の半生を深く味わえる一冊である。医療制度改革の現場で培った問題意識が、中央政界に身を投じた後もどのように政策へと結実していったかが丁寧に描かれており、政治と医療の繋がりを考える上で示唆に富む。各エピソードには、現場で苦悩しながらも人々のために尽力しようという真摯な姿勢が色濃く反映され、読み手に人間味豊かなリーダー像を感じさせる。さらに、激動の政局を生き抜いた日々の回想からは、当事者だからこそ語り得る重みのある証言が伝わってくる。改めて、日本の政治や医療の課題を振り返る機会を与えてくれる貴重な回顧録である。また、医療現場を背景にした実践的な洞察や、激動の政局を背景にした人間関係の描写は、その臨場感を生き生きと伝え、多彩で刺激的な体験が詰まっている。まさに必読だ。(織田正道)



■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
総合医育成プログラム 100名	【開講式】 2025年4月12日(土) 【必修単位】 診療実践コース「医療運営」 2025年4月13日(日) ※原則オンライン研修	220,000円(253,000円)(税込)	理事長・院長が適格と認めた経験年数概ね6年以上の医師を対象に、日本プライマリ・ケア連合学会と筑波大学の協力を得て実施。プログラムは、①診療実践コースとして2年間で全23単位、②ノンテクニカルスキルコースとして1年間で全11単位—の全34単位で構成する。各単位1日間、土・日曜日を中心に開催予定。3年以内に診療実践コース12単位以上(「医療運営」は必修)、ノンテクニカルスキルコース6単位以上の計18単位以上を受講し、提出物などの条件を満たせば「全日本病院協会認定総合医」として認定する。同認定取得者は日本プライマリ・ケア連合学会の「プライマリ・ケア認定医」取得の際、試験が免除。
医療安全管理者養成課程講習会 140名	全3クール 【全員共通】 第1クール(講義) 5月31日(土)9:00~18:40[WEB] 6月1日(日)9:00~18:00[WEB] 【全員共通】 第2クール(講義) 8月29日(金)9:30~18:00[WEB] 8月30日(土)9:00~18:30[WEB] 【日程選択】 第3クール(演習) ①9月27日(土)、28日(日)[会場] ②10月18日(土)、19日(日)[会場]	90,266円(111,166円)(税込)	厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラム。修了者には診療報酬の「医療安全対策加算」における施設基準の「医療安全対策に係る適切な研修」受講の証明となる修了証を授与し、「全日病・医法協認定 医療安全管理者」として認定する(認定期間5年間)。医療の安全管理・質管理に関する基本的事項や実務を学び、組織的な安全管理体制を確立するための知識と技術を身につけた人材を育成・養成し、安全文化の醸成、医療の質向上を図ることを目的とした講習会。昨年に引き続き日本医療法人協会との共催で実施する。
病院経営管理者研修 48名	2025年5月~2026年7月 全15講座(19日間)	495,000円(605,000円)(税込)	医療従事者委員会の研修を2024年度から再編し、多職種協働の視点を強化。「病院経営管理者研修」では、病院だけではなく法人・施設等の経営に関わる幹部医師、看護部長、副看護部長、コメディカル部門長、事務長などを対象に、約1年半の研修を実施後、当委員会の審査を経て「病院経営士」の認定を付与する。
病院部門責任者研修 48名	2025年8月~11月 全4講座(6日間)	143,000円(198,000円)(税込)	医療従事者委員会の研修で、2024年度から多職種協働の視点を強化し再編した。「病院部門責任者研修」では、看護部門の看護師長や主任、訪問看護ステーションの所長、コメディカル部門や事務部門の責任者、介護施設の管理者などが、マネジメントに関する知識を学び、実習で自部門の問題・課題の解決に取り組む。