



全日病 NEWS

2025.8.15

No.1084

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

<https://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

P×Q-C

さて、全日本病院協会会員の皆様、また全日病がお世話になっている組織・団体の皆様、「全日病ニュース」を愛読いただき、ありがとうございます。これまでも、優秀な記者さん達による政府関係の審議会の内容のほか、そこに出席した役員の発言内容、新会員の紹介、また広報委員会が中心となって企画する対談や解説記事などを掲載してまいりました。全日病の主張とともに、会員病院にとって有益だろうと思われる記事が中心でした。

この度、会長の「医論・医見・私点」として、現在の医療制度・政策やそれに対する全日病の主張、あるいは私の

思いを、自ら執筆する形でご披露するコーナーを作らせていただきました。ひと月に1回のペースで硬軟入り乱れて紹介していこうと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

骨太2025には「画期的、な記載

6月に発表された経済財政運営と改革の基本方針(骨太方針)2025で、診療報酬に関して「画期的」な「高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する」と記載された。すべての会員病院が、公定価格である診療報酬下で、物価・賃金などの上昇に全く対応できない理不尽な状況に憤りを覚えているに違いない。

当然、本年12月に決まる診療報酬改定率の行方に注目だ。物価上昇を少なく見積もっても毎年3%上昇だったとすれば、2022年来の4年複利で1.034=1.12だ。すなわち12%の改定は最低

でも必要であり、これに年率5%の賃金上昇を加えれば、そんなものではない。診療報酬をアップさせなければ、病院は持たないし、賃金を上げることができない。ならば労働力は集まらないということだ。

しかし、ここで重要なことは、医療費=P(Price価格)×Q(Quantity量)だ。「P」が上がっても「Q」が減ったのでは医療収入は減る。「Q」は「病床数」「入院患者数」「外来患者数」など。「P」は厚生労働省保険局が所管だが、「Q」は医政局が進める地域医療構想にかかわってくる。したがって、「P」への要望だけではなく、「Q」への目配せが必須となる。

利益の行方を左右する「C」

さらに、重要視しなければならないのは、我々経営者の次への投資の原資が利益だということ。利益=P×Q-C(Cost=経費)だ。「C」は、物価上昇

のあおりを被る「原材料費」「光熱費」それに伴う「控除対象外消費税」などで、我々の努力ではどうにもならないかもしれない。しかし、その中でも共同購入などの策をめぐらせるべきだ。

人件費もまた「C」だ。診療報酬の基準に関わる人員配置基準を見直してはどうだろうか。DXが進展する今、DXを導入して生産性を向上させても、今まで通りの人を確保するというのは、今後さらにひっ迫する労働人口減少にも対応不可能だ。質を担保しながら、生産性を上げて人を減らす。その結果として「C」を下げる。これまた診療報酬改定率のアップと同等に、重要な要素と心得たい。

我々の経営は、「P」「Q」そして「C」の多変量の結果である。既に次の診療報酬改定に向けた議論は始まっている。「P」のアップの拳(こぶし)を上げながら、この変量の行方にも注目いただきたい。

2026年度の税制改正要望の内容を機関決定、柱は5つ

四病協

全日病・神野会長「医療法人への寄附金など非課税化は必須では」

全日病など計4つの病院団体が構成する四病院団体協議会(四病協)は7月30日、政府に提出する「2026年度税制改正要望」の内容を機関決定した。近く要望の内容や理由などを文書にまとめ提出する。要望内容は大きく分けて(I)消費税関係(II)事業税関係(III)事業承継税制関係(IV)法人税関係(V)その他税制関係—の5つが柱となっている。

全日病の神野正博会長は全日病ニュースの取材に対し、「その他税制関係」で要望項目にあげた「社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等」を取り上げ「社会福祉法人への寄附は税額控除だが医療法人は課税されており、以前からずっとおかしいと主張してきた」との問題意識を改めて表明。その上で、「国の財政が厳しく必要なお金が出せない、出さないと言うのであれば、クラウドファンディングの活用も視野に寄附関係の非課税化は必須だと主張していきたい」との考えを示した。「個人的には社会医療法人だけでなく持分なし医療法人にまで非課税対象を広げてほしいと思っているくらいだ」とも述べた。

同日に機関決定した要望項目では、社会医療法人に対して以下の3点を措置するよう求めている。

- 1) 社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄附が行われた場合、寄附をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄附金控除の対象および法人税法上の損金としていただきたい。
- 2) 社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人が行う医療保健業をすべて「収

益事業」から除外し、非課税としていただきたい。

- 3) 社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。併せて、今後は非課税の範囲を「医療の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。

要望する理由については、社会医療法人が救急、へき地、小児、周産期の各医療など採算性の乏しい医療を自治体病院に代わって取り組んでいるなどの公共性・公益性があり、存続・発展は公益の増進に資すると説明。また、法人税法上の「収益事業」から附帯業務の医療保健業も外すべきと主張する。社会医療法人の附帯業務には巡回診療所やへき地診療所の開設等も含まれるなど公共性・公益性の面で必ずしも本来業務に劣るとは言えないなどと記す方針だ。

さらに2009年度の税制改正で非課税となった「社会医療法人が直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する固定資産」の取り扱いについて、必ずしも全国の市町村で統一的な運用がなされていないとも指摘する方針。解消に向けた通知の発出など、非課税範囲の明示などを求める。

要望項目の(I)に挙げた「消費税関係」では、控除対象外消費税問題の解消に向け、診療報酬と介護報酬の非課税を見直し、病院においては軽減税率による課税を、診療所においては非課税制度のまま診療報酬上の補てんを継続するよう改めて要請する。

(II)の「事業税関係」では、医療機関の事業税における「診療報酬に対する非課税(個人、医療法人共通)」と「自由診療収入等に対する軽減税率(医療

法人のみ)」が恒久的に存在するよう求める。

(III)の「事業承継税制関係」では、◇認定医療法人制度の存続と認定期限の緩和等◇持分のある医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設◇社団医療法人の出資評価の見直し—の3点を要望。認定医療法人については、2014年度税制改正で創設された認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予期間の特例措置を2027年度1月1日以後も延長と、申請期限の緩和を図るよう求める。認定医療法人が移行期限内に持分なし医療法人に移行できずに認定取消となった場合も、再度認定が受けられるよう見直すことも求める。

持分のある医療法人については、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予・免除制度と同様の制度を創設するよう訴える。

社団医療法人の出資評価の見直しは、財産評価基本通達における評価方法の見直しを求め、「営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい」と記す。現行の評価方法を比較した上で、「計算式の分母を『2』から『3』とし、分子に置くべき配当要素は『0』とする」など具体的な見直し内容も提案する。

(IV)の「法人税関係」では、主にハード面の建て替えや投資等に関する内容として①中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大②病院用建物等の耐用年数の短縮③医療機関における医療DXへの対応及び省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置④医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税⑤介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置—の5つを並べた。

(V)「その他税制関係」では、前述の「社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等」に加え、◇社会医療法人等における訪日

外国人に対する自費診療要件の見直し◇賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望◇医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における登録免許税、不動産取得税及び固定資産税の軽減措置◇医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置—の計5項目をあげる。

社会医療法人等における訪日外国人に対する自費診療要件については、請求金額は社会保険診療報酬と同一基準としつつ、追加費用を請求できるよう要件を見直すよう求める考え。

賃上げ促進税制については、人件費率が高く利益率の低い産業においては控除税額が上限に達しやすく税制を十分に活用できないおそれがあるとの見方を示し、構造的な賃上げを実現するため税額控除額が法人税額か所得税額の20%となっている上限について緩和を求める。合わせて、経営状況が赤字の場合は適用されないため、赤字の医療機関には診療報酬上の措置を講じるよう求める。

新興感染症や特定医療法人の関係は次年度以降に継続して検討

今回の要望項目に入らなかった新興感染症や特定医療法人の関係は、引き続き検討する。新興感染症では、◇流行時などの影響による税金等の納付猶予期間の延長◇欠損金の取扱いの拡充◇感染対策のための設備投資や消耗品等の支出への税制上の支援措置—などを検討中。特定医療法人については、存続と要件の緩和などが狙いにある。

本号の紙面から

診療報酬改定へ中間まとめ	2面
新たな地域医療構想GL作り	3面
無駄な終末期医療の精査を	4面

2026年度の診療報酬改定へ、中間まとめ了承

入院医療等分科会 透ける狙い、「新たな地域医療構想」との整合性

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7月31日、2026年度の診療報酬改定に向けた検討状況に関する「中間とりまとめ」の文書を大筋で了承した。同日に議題として取り上げた課題に関して出た意見などを反映する文言調整は尾形分科会長と厚生労働省に一任した。近く、中医協に報告する。

同日に厚労省が提示した同文書の案には、2040年を見据えて今後策定する「新たな地域医療構想」において医療機関の報告に基づき設定していく予定の「医療機関機能」や「病床機能」に関する考え方など、昨年末に公表した「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」の内容を踏襲した書き振りが随所で見られる。厚労省の医政局が主体となる医療提供体制に関する制度面の検討の結果・途中経過が、同保険局が所管する診療報酬改定の検討にも色濃く反映されていると言える。

一方、「医療機関機能」についてはおおよその概念は固まっているものの、新設した「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で地域を「大都市型」「地方都市型」「人口の少ない地域」の3類型に分けた上で、それぞれの役割などの検討に着手した段階(3面の記事など参照)となっており、診療報酬改定の観点での検討も同時並行で進んでいると見ることもできそうだ。

計45ページの同文書を構成する内容は以下の通りで、計15項目と多岐に渡る。

1. 急性期入院医療
2. 高度急性期入院医療
3. DPC/PDPS
4. 包括的な機能を担う入院医療
5. 回復期リハビリテーション
6. 療養病棟入院基本料
7. 重症度、医療・看護必要度
8. 救急医療
9. 入退院支援
10. 働き方・タスクシフト/シェア
11. 病棟における多職種でのケア
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療
14. 入院から外来への移行
15. 個別的事項

それぞれの項目で「検討結果の概要」や「分科会での評価・分析に関する意見」、「今後の検討の方向性」を記し、診療報酬改定に向けた方針などを示している。2025年度の入院外来調査の結果など、今後集計・公表する最新のデータ等に基づき検討をさらに深めると

の方向性も示している。

急性期機能の指標を検討へ 救急搬送は「件数」と「シェア」も

急性期入院医療に関しては、一般的な急性期機能と拠点的な急性期機能の救急搬送件数、手術件数、総合性の観点から指標を検討するとの方向性を示している。絶対数だけでなく、地域で果たす役割を評価する観点からシェア率などの指標についてさらに分析するとの方針も示した。構成員を務める全日病の津留英智常任理事が繰り返し求めてきた内容が反映されている。

高度急性期入院医療の関連では集中治療室について分析を進める方針。まずは救急搬送件数や年間の全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院とそれ以外の病院で患者の重症度などがどのように異なっているのかなどをさらに分析する。特定集中治療室管理料を算定している場合の「専任の医師」についても分析する。専任の医師が宿直する医師かどうかによる違いなど検証する考え。津留常任理事が求めた「特定集中治療室の医師配置要件の緩和」に関する意見も記載された。今後、救急医の確保が一層困難となることを見据えており、今後の検討に注目だ。

DPCの関連では、算定病床割合の低いDPC対象病院が増加している状況や2025年度の「DPC特別調査」の結果なども踏まえ、引き続き「機能評価係数Ⅱ」の適切な評価方法や算定ルール、点数設定方式などについて、検討する。

地域包括医療病棟の方向性は示さず 「包括期」の役割を前提の指標検討

2024年度の診療報酬改定で創設した「地域包括医療病棟」や「地域包括ケア病棟(地ケア)」に関して取り上げている「包括的な機能を担う入院医療」については、多数の意見や現況などに基づく検討事項などを記しているものの個別の病棟に関する方向性は示さなかった。医療関係者からは地域包括医療病棟の要件緩和を求める声があがっているが「中間とりまとめ」では今後の方向性に関しては言及せず。同日に議論した「中間とりまとめ案」の段階では、「分科会での評価・分析に関する意見」として、「地域包括医療病棟の届出が伸びてこないのは施設基準の厳しさが影響している可能性があり、地域包括ケア病棟との患者像の類似も踏まえ、緩やかに統一していくような評価方法も検討できるのではないかと」の意見があった」と記している。

一方、「今後の検討の方向性」では、「新たな地域医療構想」において「病床機能」の1つに位置付ける「包括期」の入院医療を担う医療機関の役割に言及。「救急搬送の受入と在宅・施設等の後方支援という観点」が示されているとの前提で、「これらを評価する指標を検討するとともに、各医療機関の役割を踏まえながら、適切な基準についての検討を進める」と記した。

このほか、「ADLや平均在院日数について、患者像を踏まえつつ、より適切な基準」や「包括されている医療資源投入量のばらつきとその傾向を踏まえて、高齢者の入院を幅広く担えるような評価の方法」についてもさらに検討を進める方針も示した。

回復期リハビリテーション病棟入院料の関連では、実績指数や重症患者割合などに関する適切な基準や、疾患別リハビリテーション料の評価のあり方などについて検討を深める方針だ。

療養病棟については、2024年度改定で見直した医療区分についてそれぞれの入院料における満たす割合について詳細に検討する考え。また身体的拘束について、患者像や治療内容を踏まえて分析し、必要のない身体的拘束の有無を検証するほか、経腸栄養への移行を評価するために設けられている各種加算の届出状況や届出できない理由などについて分析する。

「B項目」は高齢者入院の評価指標 有用性や測定の負担軽減などを検討

重症度、医療・看護必要度の「B項目」については、高齢者の入院を評価する指標として有用性や、測定の負担の軽減方法などについて検討するとの方針を示した。

内科症例が重症度、医療・看護必要度で評価されにくいことについては、指標が変わった場合のシミュレーションに基づき検討するとの方針を明記した。同分科会の委員として津留常任理事がさらなる検討を求めていた内容が一步前進した形だ。

重症度、医療・看護必要度の関連では、特定集中治療室・ハイケアユニットについて、「動脈圧測定(動脈ライン)」「中心静脈圧測定(中心静脈ライン)」の実施状況や「シリジポンプの管理」の実施状況とともに分析するほか、「蘇生術の施行」「電気的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」などの実施状況についても分析を進める方針だ。

救急搬送については、救急患者連携搬送において、受入側医療機関の評価

や、患者等搬送事業者の活用を検討する上での課題に今後も分析を進める。また、救急外来応需体制に関する評価について、「院内トリアージ実施料」や「夜間休日救急搬送医学管理料」、「救急医療管理加算」の算定状況など実態を踏まえた分析も進める。

入退院支援については、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携をさらに推進する観点から、2025年度の入院外来調査の結果に基づき「入退院支援加算」や「入院時支援加算」などについてさらに検討する。

看護職員の関連では、◇医師事務作業補助者の定着に向けた取組◇ICTの活用による省力化◇看護職員の働き方◇病棟の看護業務のタスクシフト/シェアの現状やICT、AI、IoT等の活用一などに関して、2025年度の入院外来調査の結果を踏まえ検討する。病棟における多職種でのケアに関しても、2025年度の入院外来調査の結果も踏まえ、◇病棟におけるリハビリテーション◇病棟配置の効率化や薬剤師確保への取組について検討する。「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」については、土日祝日のリハ提供量の評価のあり方についても検討する。

特定機能病院からの逆紹介 実態を踏まえ課題などをさらに分析

「かかりつけ医機能」や「地域包括診療料」「生活習慣病管理料」などが関連する外来医療については、◇特定機能病院などが再診患者を逆紹介する際の課題◇診療所において病院からの紹介患者を受け入れるための課題◇病院の専門医と地域のかかりつけ医が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組みの状況一などについてさらに分析する。特定機能病院などの再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数、複数疾患や生活の場を含めた包括的な診療を必要とする患者や、「生活習慣病管理料(I)」「同(II)」を算定する患者の特性などについてもさらに分析する。

D to PだけでなくD to P with DやD to P with Nなど多様な活用が想定されている情報通信機器を用いた診療(オンライン診療)については、対面診療との違いを含めて、向精神薬の処方実態や、医療的ケア児に対する診療や訪問診療における耳鼻科などでの診療実態などを踏まえつつ、診療報酬の算定要件の明確化などを検討する。医療機関間の連携やへき地利用も想定した患者の住所地と医療機関の住所地の関係なども検討する。

同中間まとめには同日の検討内容も反映し、中医協総会へ報告する(2面下、3面下、4面の記事参照)。

「女性医師3割超」前提に対策を検討すべき

入院医療等分科会 診療科偏在対策で全日病・津留常任理事が主張

全日病の津留英智常任理事は7月31日、委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、診療科偏在の解消へ対策を検討する場合は、女性医師が妊娠・出産・育児などのライフイベントによる一時的な離脱を前提に検討すべきと主張した。

例として「大学病院から医師を派遣した直後に育休などに入った場合、派遣医師数は『1』だが、受け入れ病院側ではマンパワーとして見なせないなどの状況がある」と説明した。

津留常任理事は、2025年の医師国家

試験の結果、合格者の女性割合が3割超を占める36.3%だったと言及し、「今後の医療提供体制を考える上で見逃せない視点の1つ」との認識だ。

厚労省は同日、2026年度の診療報酬改定に向けた調査などに基づく評価として、医師の診療科偏在を取り上げ下記の内容を「課題」としてあげた。

- ・消化器外科医の減少などの診療科の医師偏在について、働き方や教育体制、処遇などの様々な要因が指摘されていることも踏まえ、現状やこれまでの取組をどう評価するか。

- ・高度な手術や医師の集約化によって、働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、各施設における手術件数や医師数の分布をどのように評価するか。

津留常任理事は、「2020年医師・歯科医師・薬剤師統計」から2020年12月31日時点の「主たる診療科別にみた医療施設に従事する医師数及び平均年齢」を引用。「例えば乳腺外科医全体の平均年齢が56.3歳で女性医師割合31.6%、消化器外科医は全体の平均年齢64.1歳、女

性医師割合3.1%」と述べ、外科の専門別でも大きな差が生じていると指摘。「診療科の偏在を考える上ではより細かく見る必要がある」との考えを示した。

虫垂炎手術ですら集約化が必要?

津留常任理事は、手術や医師の集約化の関連で、地域の病院で60歳代の1人消化器外科部長が対応してきた虫垂炎などの緊急的な手術であっても今後は集約化が必要なのかなどについて消化器外科学会などの意見も聞きながら検討すべきと主張。「症例にもよるが内科的に抗生剤でいったん治療し、数カ月～半年先に予約で腹腔鏡手術になるのかなど、学会にもお聞きしたい。診療報酬上でどのように見ていくのか、消化器外科医に対するインセンティブを含めて検討が必要だと思う」と述べた。

「新たな地域医療構想」策定へ、GL作り開始

地域医療構想&医療計画検討会

猪口副会長「二次医療圏完結の発想をやめ、自由に」

2040年を見据える「新たな地域医療構想」を策定するためのガイドライン(GL)作りが始まった。厚生労働省が7月24日に「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)の初会合を開き、GLに記載する主な事項について①構想区域の設定②議論のためのデータ(必要病床数)③対応案の策定等④策定後の取組の推進に向けた事項一の4点にするとの方針を決めた。

同検討会の構成員を務める全日病の猪口正孝副会長は全日病ニュースの取材に対し、特に初期の議論で重要となる見込みの「構想区域」の設定について「都道府県が二次医療圏完結の発想をやめ、もっと自由にさまざまな計画を作れるようなGLにすべき」との考えを示した。

同日の検討会でも、「二次医療圏単位で今後の医療提供体制を検討・調整していくのは限界」との見方を示し、医療機関同士がさまざまな連携などを検討・調整する上でも二次医療圏単位での発想が障壁になると指摘した。その上で、「都道府県がある程度は自由な発想でできるようにした方が良い」「二次医療圏の呪縛をそろそろ解き放

つべき」などと主張した。二次医療圏は地域医療構想などの達成に向けたベンチマークや進捗状況などを把握する「参考値」として活用すべきではないかとの考えも示した。

構想区域と関連する二次医療圏については、全国自治体病院協議会会長の望月泉構成員も「二次医療圏で医療が完結するということはまずない」と指摘。「過疎地であれば県庁所在地まで行かなければ解決しないことが多い」などの見方を示し、二次医療圏に拘らず柔軟に構想区域を検討すべきと主張した。

一方、二次医療圏ベースで検討すべきとの考えも根強い。福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター所長で2025年に向けた最初の地域医療構想の検討・策定にも関与してきた松田晋哉構成員は、「議論する場合は二次医療圏でいいだろうと思う」との考え。「二次医療圏のところでも足りないところや、分割した方がいいところが出てくると思う」との見方を示し、「とりあえず議論は二次医療圏をベースにやっていくべき」と主張した。

医療機関機能は地域3類型で検討へ「急性期拠点機能」1カ所の区域も?

同日は、「新たな地域医療構想」で新たに設定する「医療機関機能」について、◇大都市型◇地方都市型◇人口の少ない地域—の3類型ごとに検討するとの方針も決めた。厚労省が示した「医療機関の役割のイメージ(案)」(図表)では、特に「急性期拠点機能」の役割などが地域の類型ごとに大きく異なっている。他の「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」そして「専門等機能」では地域類型ごとの`数、には言及していないが、「急性期拠点機能」は地域によって1カ所になる可能性も出てきている。「医療機関機能」については、地域の実情に応じて医療機関が複数選択して報告できる枠組みとする予定となっており、今後は物議を醸しそうだ。

厚労省の案では、地域の類型が「大都市型」の場合は「将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数の医療機関を確保」となっているが、「地方都市型」では「区域内に1~複数医療機関」と対象を絞る方向性を打ち出している。さらに「人口の少ない地域」では、「手術等の医療資源を多く投入する医

療行為について集約化し、区域に1医療機関を確保する」と提案した。

「人口の少ない地域」とは1つの目安は「人口20万人」か

地域を3つの類型に分けるために考慮する要素については今後の議論になるが、同日の検討会で厚労省は、1つの目安として「人口規模が20万人」を分水嶺とする資料を複数提示。「二次医療圏の現状と課題」と題した資料では、「既に半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在する」と説明。また急性汎発性腹膜炎手術の実施については、人口20万人以下の二次医療圏では緊急で実施している病院がない場合があるとのデータも示した。その上で、「人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要」と主張し、「一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要」との考えを示した。

「医療機関機能」との関連では、人口規模が20~50万人の二次医療圏では2つ以上の医療機関が急性期医療の総合的な体制を有しているとの分析結果も提示。急性期医療について「休日、夜間にも一定の診療体制を維持しつつ、消化器外科や麻酔科の医師等の従事者の働き方を確保するため、体制を整える医療機関は、地域の医療需要にあわせて効率的に確保する必要がある」との考えも明らかにした。

まずは法律外、の事項から検討「医師へのインセンティブ」は成立後

「新たな地域医療構想」については「医療法等の一部を改正する法律案」(医療法等改正案)で医療計画の上位概念に位置付けるなどの内容を盛り込み、現在は国会で継続審議となっている。同検討会ではまず、医療法等改正案を前提としない事項として◇必要病床数◇医療機関や病床の機能◇構想区域のあり方◇医師偏在指標—などについて検討を始める。同法案成立後に、◇地域医療構想への精神病床の追加◇医師手当事業の創設◇外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請—などについての検討に入る。

医療機関の役割のイメージ(案)				
	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1~複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応。 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

身体的拘束の最小化「ペナルティでなくインセンティブで」

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事が主張「安全重視で仕方ない面も」

全日病の津留英智常任理事は7月31日、委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、身体的拘束を最小化する取り組みについて「ペナルティではなくインセンティブで評価する仕組みにしていきたい」と求めた。見守りロボットや離床監視システムなどICTやAIの活用をプラスに評価するような仕組みも必要との考え。「病院は経営が非常に苦しい中でも安全管理上の設備投資として身体的拘束をなるべく行わないよう取り組んでいる。減算措置ではなく、インセンティブとして評価すべき」と強調した。

津留常任理事「人手が足りない夜間帯での工夫などにも着目を」

津留常任理事は、医療現場では転倒転落などを防止するための安全重視策としてやむを得ず身体拘束をせざるを得ない面があるとも指摘。「ラインチェューブ類の自己剥がしや転倒転落の防止など、患者さんの安全を重視、優先するからこそ身体的拘束をせざるを得ない。業務上、仕方なくやっているというのが現場の看護師さんの意見ではないか」と述べた。「また夜勤帯では人手が足りず、見守り対応がそもそも厳しいということもある」と説明した。

さらに、看護師の業務のうち記録に関する内容を精査し効率化を検討すべ

きではないかとも提案した。「患者を評価して記録する業務が多く、負担になっている。例えば、転倒転落の評価、認知症のリスクの評価、嚥下の評価、褥瘡の評価などを看護記録として残す作業に追われている。スクリーニング自体が目的ようになっており、多職種カンファレンスで十分に中身のある代替法の検討などが追いついていないということもしばしば聞く」と述べ、検討を求めた。

クリップセンサーは身体拘束?

「どのように対応するかも含め検討」

同日は、診療報酬改定に向けた検討の第1段階(その1シリーズ)として

「身体的拘束を最小化する取組」を議題に意見交換。委員からは詳細な検討に入る「その2シリーズ」に向け、各議題に対する基本的な考え方や大枠に関する意見を陳述した。その中で、複数の委員が「クリップセンサー」が身体的拘束に該当するののかについて質問。厚労省は「身体的拘束に該当するという解釈」と説明しつつも、今後について「どのように対応すべきかも含め検討する」とも応じており、今後の進展に注目が集まる場面もあった。

国際医療福祉大学医学部公衆衛生学教授の池田俊也委員は、離床センサーを使用することで徘徊や転落などを未然に防ぐ面もあり、拘束も防いでいる」と指摘。「クリップで繋がれているという点では身体的な拘束なのかもしれないが、ちょっと意味合いが違う気がする」などとも述べ、検討の必要があるとの認識を示した。

終末期の意思決定支援「プラスの評価、を

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「無駄な延命治療」の精査も要求

全日病の津留英智常任理事は7月31日、委員を務める中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、終末期医療に関する意思決定支援について「プラスの評価、を検討すべき」と主張した。多職種が関わり、時間的コストなどもかかっているためだ。

津留常任理事は、「患者や患者家族が適切に意思決定できるよう我々医療提供側も十分に時間を取り、十分な情報も提供し、場合によっては一緒に悩み、寄り添う支援を行っている」と述べた。評価の方向性については、「単純に終末期の医療費を削減できたからというアウトカムではなく、支援の結果として患者のQOL向上に繋がったかどうかや、患者家族の満足度や納得度をアウトカムとして評価するという

次のステップを考えてもいいのではないか」と意見した。また、「意思決定支援の結果、患者の意思が変わらず延命治療を望むことになって、それは「失敗、という評価にはならない」とも強調した。

かつて「年間約5000億円減」と試算 終末期医療費の適正化効果は？

また津留常任理事は、終末期医療の適正化についても検討すべきとの考えを示した。「そもそも終末期における無駄な延命治療に医療費がどれくらいかかっているのか。年間5000億円ぐらい使われているのではないかとというデータを過去には出していた。現在その額は幾らになっているか把握しているか」と質問。その上で、「適切な意思決定支援は、医療費削減という視点にお

いても、我々医療側が患者に適切に提供すべきサービスの1つ」との認識を示した。

厚労省は終末期医療に関する最新の試算などのデータはないと回答した。

津留常任理事が言及したデータは厚労省が2005年に社会保障審議会・医療保険部会で提示。「死亡前1か月の入院医療費」について「2002年度ベースの数字」として年間約9000億円と試算し、医療費適正化効果として2025年度に「給付費ベース」で約5000億円減との試算も示していた。

「ACPは国・保険者側がやるべき」「医療側の指導、本来ありえない」

同日は、診療報酬改定に向けた検討の第1段階(その1シリーズ)として「意思決定支援」も議題に取り上げた。

日本医師会常任理事の今村英仁委員は、「ACPという形で家族も含めた意思決定を進めているが、本来は医療機関にかかる前にやるのが前提」と指摘。その上で、「国、保険者側で家族を含めてやっていただくのが筋ではないか」と主張した。「医療機関は支援する側だが、表に立って指導する形になると、本質的には『いつ死にますか』という内容の調整でしかない。医療機関側が指導するのは本来あってはならないのではないか」との問題意識も示した。

このような意見に対し保険者側である健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「課題については保険者側としても理解しており、十分、ご家族を含め周知していくということが重要。これはさらに私どももしていかなければならないということは十分認識している」と述べるにとどめた。意思決定支援に関して困難に感じる点なども最近の調査で把握できるとも指摘し、「結果を分析しながら検討を」と述べた。

効率的・効果的な研修や特定行為の内容を見直しへ

看護師特定行為・研修部会

全日病・中尾常任理事「在宅の現場で点滴に関する矛盾ある」

厚生労働省は、看護師の特定行為に関する研修制度や現在38ある特定行為の内容について見直しに着手する。特定行為研修の管理者や実践者、手順書を発行している医師、学識者らで構成するワーキンググループ(WG)を設置して詳細を検討する。8月4日、医道審議会保健師助産師看護師分科会の「看護師特定行為・研修部会」(國土典宏部会長)が了承した。

今後は、9月以降にWGを月1回程

度の頻度で開催し、来年1月中旬に議論の結果などを取りまとめ、同2月にも同部会へ報告する計画で進める。

同部会で委員を務める全日病の中尾一久常任理事は全日病ニュースの取材に、「我々は施設を含めた在宅医療を念頭に置き、ジェネラリストとしての特定行為研修修了者の養成を目指している。2040年を見据え、今後の在宅医療等を支えていく特定行為研修制度のさらなる推進が必要だ」と述べた。

中尾常任理事、脱水対応で訪看STに「点滴を常備できるように」

中尾常任理事は同日の部会で、高齢者の脱水などへの対処に必要な点滴を訪問看護ステーション(訪看ST)にも保管・常備できるような見直しができないかと質問。「法律あってのことだと思うが、訪問看護で看護師に点滴の指示書が出たのに点滴がないので病院や薬局に取りに行くという状況に矛盾を感じている」と述べ、検討を要請した。

直近の養成目標は2万人超 およそ倍増へ、秘策は

看護師の特定行為研修は制度開始後10年となり、2025年3月時点の研修修了者は計1万1840人。一方、第8次医療計画で特定行為研修修了者の就業者数目標は2万479人となっており、およそ倍増が必要な状況。今後は日本全体で労働生産人口が減少するため相対的に看護師の養成も影響を受ける。特定行為に関する内容を看護師の基礎教育へいかに組み込むかなどが課題となりそうだ。

■ 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
サイバー攻撃に関するBCP研修 (WEB開催) 60名	2025年9月4日(木) 13:30~16:50	23,100円(24,200円)(税込)	病院の理事長や院長、その他責任者を対象に、サイバー攻撃への事前の備えや病院のBCP(事業継続計画)に盛り込むべき内容などへの理解を深める。研修の内容は、サイバー攻撃のリスクを低減させるための対応などに関する講義とサイバー攻撃を想定したワークショップの2部構成。実際の被害事例や2025年5月に更新された厚生労働省の「サイバーセキュリティ対策チェックリスト」(立入検査時の確認項目)の内容なども解説する。
医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 70名	2025年9月6日(土) 10:00~16:30	20,900円(25,300円)(税込)	医療事故調査制度に基づき、医療事故の調査に対する考え方や方法の検討、模擬事例による「医療事故調査・支援センターに報告すべき医療事故」に該当するかの判断についてグループワークを行う。対象者は、病院管理者、管理職、医療安全管理者、死亡事例の判断に携わる方などを想定。本研修会は、全日病・医法協認定の「医療安全管理者認定証」を継続(更新)するための研修2単位分に該当する。
災害時の病院管理者等の 役割研修(Web) 60名	2025年10月2日(木) 13:00~17:50	8,000円(11,500円)(税込)	大規模災害等発生時に病院に求められる患者・職員の安全確保や、新たな負傷者を受け入れるための病院機能の維持、活動場所の確保など、病院管理者らが取るべき処置や果たすべき役割などを学ぶ。対象者は病院管理者等(院長、副院長、各診療科部長、診療協力部門長、法人・経営本部部長、事務長)のほか、医療関連企業や地方公共団体に勤務中の方、当協会の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の隊員やDMAT隊員など。発災を想定したシミュレーション実習のほか、AMAT受入対応を想定した講義も予定している。本研修を修了した場合、「AMAT隊員更新」のための研修2単位に該当する。DMAT隊員が本研修を受講した場合はAMATとして認定する。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会 アドバンストコース 48名	2025年11月13日(木) 10:00~16:30	23,100円(税込)	個人情報保護に関する対応に苦慮している医療機関が少なくないために開催している「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用的な研修会。事例検討を中心とするため弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈について、より深く議論する予定。参加は、ベーシックコース修了者が望ましい。受講者には受講認定証を発行する。