



全日病NEWS

2024.7.15 No.1059

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

2025年度医学部臨時定員の意向の配分・調整について確認

厚労省・医師の偏在対策等検討会 上限の範囲内で配分可能となる見込み

厚生労働省の医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会(遠藤久夫座長)は7月3日、2025年度医学部臨時定員の意向の配分・調整について確認した。2025年度の医学部臨時定員は現在調整中であるものの、上限の範囲内で配分可能な見込みであることが報告された。今後の医師偏在対策に向けた議論では、先月閣議決定された骨太の方針2024において「総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する」と明記されたことを受けて、医師養成過程での地域枠の活用や総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について意見が交わされた。

厚労省は2025年度の医学部臨時定員の配分について、各都道府県・大学からの意向を機械的に調整した場合の試算を示した。前回の検討会で決定した配分方針に沿って、2024年度の地域枠をもとに機械的に配分率を算出すると、医師多数県全体で2024年度比30人減。医師中程度県・少数県における2024年

度比増員希望は、意向を最大限認められた場合においても、2025年度医学部定員上限の範囲内で配分可能となる見込みとなった。

現在、各都道府県の意向を確認・検討中であることから、正式な地域枠定員数については追って検討会の場に表示とした。

中堅医師への教育が必要

全日病副会長の神野正博構成員は、2026年度以降の医師多数県の医学部臨時定員の配分方針について、2025年度と同様に前年度の0.8がけを続けると、3年後の2027年度時点で半数程度になる点を指摘し、具体的な配分のあり方について改めて議論が必要との認識を示した。

今後の医師偏在対策については、「総合診療専門医のキャリアパスが見えるようにすべき。現在、総合診療専門医が内科系のサブスペシャリティに進むためには、内科の基本領域を経由しなければならない。日本専門医機構に対

応を求めるだけでは難しく、厚労省や文部科学省がある程度学会をグリップしないと、前に進まないのでは」と指摘した。

また、中堅医師のリカレント教育については、「若い総合診療専門医は養成に相当の時間がかかるため、中堅医師のリカレント教育により総合的な診療能力を持つ医師を育てることは有効」とする一方で、「全日病をはじめ、病院団体でも病院総合医育成プログラムを組んでいるが、正直なところ養成数は思うように増えていない。ここには時間的な問題と金銭的な問題がある」と指摘。病院団体や学会の現行の育成プログラムに対するインセンティブを高めることや、金銭面の問題について、地域医療介護総合確保基金の活用のほか、厚労省で人材開発支援、リスクリングの補助支援等の活用を呼びかけるなど、厚労省への対応を求めた。

厚労省は、総合的な診療能力を持つ医師を養成するため、8大学が総合診療医センターを設置し、都道府県横断



的に総合診療の多様なキャリアパスを構築支援する事業を実施していることを紹介。さらなる周知を図る考えを示した。

日本私立医科大学協会の小笠原邦昭構成員は、「各都道府県の奨学金による養成医師(の配置)を都道府県単位で交換できるようにしてほしい。例えば、医師少数県である東北3県でも、診療科によって過不足の状況が違う。青森県の消化器内科医と秋田県の血液内科医を配置交換するなど、これだけでも地域偏在がかなり解消される」と提言した。

医療DX推進体制整備加算の実績要件で意見分かれる

中医協総会 病床機能の転換を理由にDPC制度から4病院が退出

厚生労働省は7月3日の中医協総会(小塩隆士会長)に、地域包括医療病棟などへの転棟を理由にDPC制度から退出する4病院を報告した。4病院は、医療法人うえの病院(福岡県)、公立つぎ病院(石川県)、社会医療法人財団天心堂へつぎ病院(大分県)、いちき串木野市医師会立脳神経外科センター(鹿児島県)。退出はいずれも2024年10月1日付けとなっている。

また、医療DX推進に関連する診療報酬上の評価を議論した。

2024年度診療報酬改定で新設した医療DX推進体制整備加算の施設基準には、マイナ保険証利用の実績要件がある。9月30日まで経過措置があり、10月以降は経過措置が切れるため、実績

要件を設定する必要がある。

中医協は6月に13病院、10医科診療所、10歯科診療所、11薬局開設者にマイナ保険証の利用実態に関するヒアリングを実施。その結果を踏まえ、実績要件を議論した。

ヒアリングによるマイナ保険証利用率は、病院で最低0.3%、最高72%、診療所で最低0.1%、最高83%であった。

また、5月の全国平均は7.73%。地域のばらつきが大きく、都道府県別では、上位5県が、富山県(12.52%)、石川県(12.17%)、鹿児島県(11.98%)、福井県(11.63%)、新潟県(11.03%)。下位5県が、沖縄県(3.42%)、和歌山県(5.02%)、愛媛県(5.44%)、愛知県(5.84%)、青森県(5.99%)となっている。

ヒアリング結果では、マイナ保険証利用が進んだ事例について、「現行の保険証で受付をした患者に電子カルテを覗いてもらい、ご自身の薬剤情報、特定健診の情報が確認できず、診療に活用できないことを説明すると効果的」、「長期間にわたり患者へ声掛けをしているのが、利用率向上につながっている」などの意見があった。

利用が進みにくい事例としては、「高齢者は独自での操作が難しく、使ってもらう際も介助・説明が必要」、「カードリーダーが読み取りエラーを起こしてしまい、患者がマイナ保険証の使用に嫌気が差してしまう」などの意見があった。

これらを踏まえ、日本医師会常任理

事の長島公之委員は、「マイナ保険証利用の裾野を広げることが第一。医療機関間のばらつきも大きい。実績要件は『低い利用率』とすべき」と主張した。一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は「マイナ保険証活用に消極的な医療機関が取る加算ではない。『高い利用率』とすべき」と述べた。

12月2日の健康保険証の発行終了に伴う医療情報取得加算の取扱いも議論。松本委員は「廃止」を主張し、長島委員は「到底受け入れられない」と強調した。日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、医療DX推進体制整備加算が初診時のみの加算であることを指摘し、再診時の算定がある医療情報取得加算の存続を求めた。

事務次官に伊原氏、医政局長に森光氏、保険局長に鹿沼氏が就任

武見敬三厚生労働大臣は6月28日の会見で、7月5日付発令の厚生労働省幹部人事を公表した。厚生労働事務次官は伊原和人・保険局長が就任。医政局長は森光敬子・大臣官房危機管理・医務技術総括審議官が就任。医政局長に女性が就くのは初めてとなる。追井正深・医務技監、大坪寛子・健康・生活衛生局長、城克文・医薬局長らは留任した。

武見大臣は、伊原氏と森光氏の登用について「伊原保険局長は政策統括官や医政局長、保険局長と重要な役職を歴任してきた。事務次官として厚労省におけるさまざまな重要課題に対してその能力を発揮することが十分にできる。森光審議官の医政局長就任も極めて適材適所である。女性幹部の登用は引き続きいっそうの努力が求められる」との見解を述べた。

労働基準局長は岸本武史・人材開発統括官、雇用環境・均等局長は田中佐智子・高齢・障害者雇用開発審議官、社会・援護局長は日原知己・大臣官房審議官(医療保険担当)、老健局長は黒田秀郎・大臣官房総括審議官、保険局長は鹿沼均・政策統括官(総合政策担当)、年金局長は間隆一郎・老健局長、人材開発統括官は堀井奈津子・雇用環境・均等局長、政策統括官(総合政策担当)は朝川知昭・社会・援護局長、大臣官房総括審議官は宮崎敦文・大臣官房審議官(総合政策担当)、大臣官房危機管理・医務技術総括審議官は佐々木昌弘・健康・生活衛生局感染症対策部長が就任する。

浅沼一成・医政局長は国立保健医療科学院次長に、富田望・大臣官房総括

審議官(国際担当)は東京労働局長に就任する。橋本泰宏・年金局長は内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付)に出向する。

伊原厚生労働事務次官は、東大法学部卒。1987年に厚生省に入り、2012年に医薬食品局食品安全部企画情報課長、2019年に政策統括官(総合政策担当)、2021年に医政局長、2022年から保険局長。

森光医政局長は、佐賀医科大学医学部卒。1992年に厚生省に入り、2016年に医政局研究開発振興課長、2018年に保険局医療課長、2022年に大臣官房審議官(医療介護連携、データヘルス改革担当)、2023年から大臣官房危機管理・医務技術総括審議官。

鹿沼保険局長は、東大経済学部卒。1990年に厚生省に入り、2012年に年金局事業管理課長、2020年に大臣官房審

議官(医療保険担当)、2022年に大臣官房付(併:内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付))(命:内閣官房全世代型社会保障構築本部事務局審議官)、2023年から政策統括官(総合政策担当)。佐々木大臣官房危機管理・医務技術総括審議官は、秋田大医学部卒。1996年に厚生省に入り、2017年に健康局がん・疾病対策課長、2019年に大臣官房厚生科学課長、2022年に大臣官房生活衛生・食品安全審議官、2023年から健康・生活衛生局感染症対策部長。

本号の紙面から

新たな地域医療構想で論点案 2面
妊産婦等の支援策等で検討会 3面
地域包括医療病棟の意向調査 4面

関係団体等ヒアリングの結果踏まえ論点提示

厚労省・新たな地域医療構想検討会 秋頃に中間まとめ、年末に最終まとめ

厚生労働省は6月21日の新たな地域医療構想等に関する検討会(遠藤久夫座長)に、4回にわたって行った関係団体・有識者からのヒアリング結果を踏まえ、新たな地域医療構想の論点案を示した。ただ、検討する論点の範囲があまりに広く、入院・外来・在宅医療等の需要推計に基づく改革モデルの提示を含め、今後の議論でどのように論点を整理していくかが課題だ。

同日、閣議決定された政府の経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)2024にも、法制上の措置を含め2024年末までに新たな地域医療構想の結論を得るとの方針が明記された。今後、同検討会で議論を続け、秋頃に中間まとめ、年末に最終まとめを行う予定だ。

論点では、新たな地域医療構想の方向性(総論)に続き、具体的な内容として◇入院(病床の機能分化・連携等)◇外来医療、在宅医療◇医療・介護連携◇人材確保◇医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル◇地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等—をあげた。総論については今回、イメージ案も示した。

総論のイメージ案では、新たな地域医療構想が、「2040年頃を見据えて、

85歳以上人口の増加、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となることを見込まれる中で、地域ごとに在宅医療や医療・介護複合ニーズ等の増加、生産年齢人口に係る医療需要の減少等に対して、医療機関等が機能に応じて連携するとともに、介護施設・事業者・住まい等とも連携しながら対応することにより、持続可能な質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの」であるとまとめている。

その際に、大都市部、地方都市部、過疎地域などの地域差に留意しながら、下図のようなイメージを示し、「身近な地域におけるかかりつけ医機能やそれを支える入院機能等、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急や人材確保等の拠点となる機能等の確保など、階層的に地域に必要な医療提供体制の確保を目指す」とし、別途議論されているかかりつけ医機能の制度整備と両輪で推進する考えを示した。

現状の地域医療構想では、機能ごとに2025年の病床の必要量を推計し、医療機関から現在の病床機能と将来の方向性を報告。地域で協議を行うことで病床機能の分化・連携を促してきた。

新たな地域医療構想でも医療ニーズ

と医療資源の需給関係を量で示すことになる。その場合に、「2040年頃を見据えて、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保」を見込み、現状投影と複数の改革モデルを提示する方向であり、現状の地域医療構想よりも複雑化する。

機能に過不足がある場合は、地域の協議の場に多くの関係者が参集して、議論することになるため、利害調整がより難しくなることも想定される。厚労省は、国として、「地域の類型(大都市部、地方都市部、過疎地域等)ごとの医療需要の変化に対応する区域のあり方や医療提供体制のモデル(医療DX、遠隔医療等の取組の反映)を示す。地域の協議の参考となる地域診断のデータを示す」とした。

また、中長期的な将来ビジョンを示す地域医療構想と、6年を計画期間とする医療計画の関係を明確化し、現状では医療計画の中の計画の一つとして、地域医療構想が位置付けられていることの是非を含め、必要に応じて、法制上の措置を講じる考えも示された。

病院機能や基準病床数も論点に

全日病会長の猪口雄二構成員は、ヒアリングで発表した全日病の新たな地

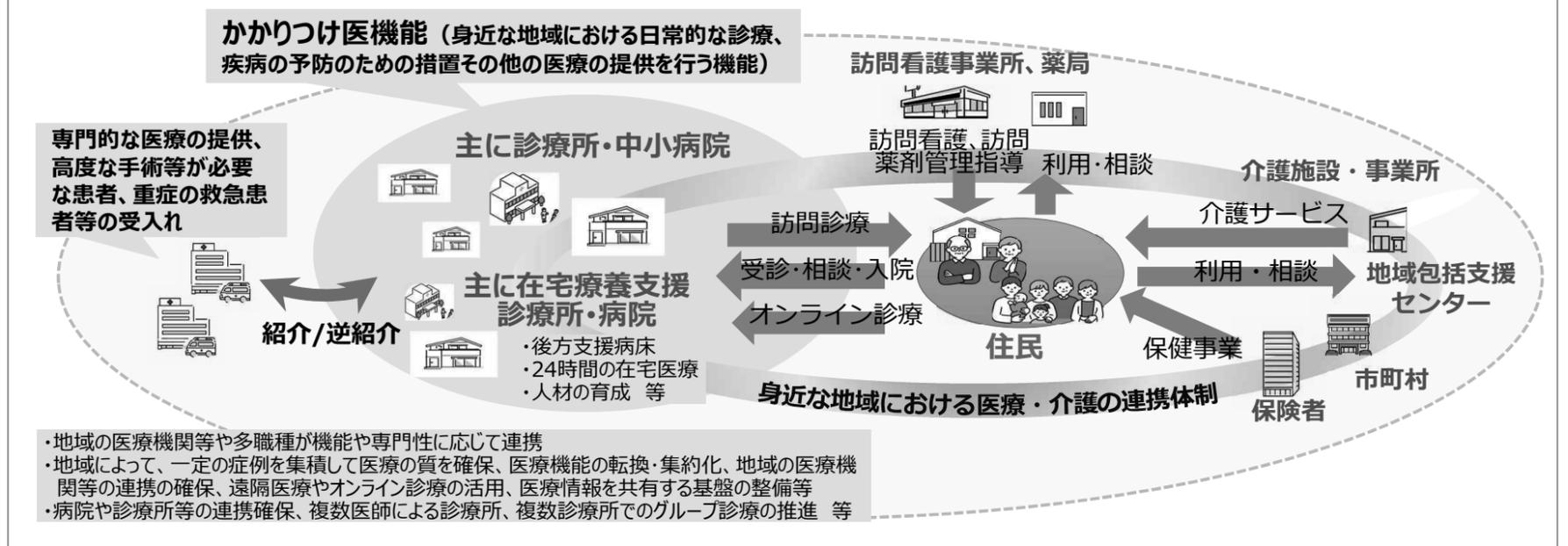


域医療構想に対する意見として、患者にとって医療機能別の病床よりも病院機能を類型化して示したほうがわかりやすいと主張したことの論点への反映を質問した。

厚労省担当者は、「医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することをどのように考えるか」、その際、「身近な地域における高齢者等の外来・在宅・救急・入院・介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか」を論点に明記したと説明した。

猪口構成員は、機能別の病床の必要量と基準病床数の関係をどう議論していくかも質問。特に、基準病床数の計算式に問題があり、病床の必要量では過剰病床と判断されるのに、基準病床数では病床不足と判断される地域があることを問題視した。厚労省担当者は、「将来の病床の必要量と基準病床数との関係」を論点に入れたと説明した。

地域の医療提供体制のイメージ(大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる)



かかりつけ医機能で厳しい基準は望ましくない

四病協総合部会 病床削減した病院への支援のあり方も整理必要

四病院団体協議会は6月26日に総合部会を開催し、最近の医療行政などをめぐり意見を交わした。終了後の会見で全日病の猪口雄二会長は、総合部会で議論された◇人口減少が顕著な地域における病床削減への支援◇かかりつけ医機能の制度整備◇医師の働き方改革の影響◇地域包括医療病棟への移行状況—について報告した。

人口減少が顕著な地域の病床削減への支援について、猪口会長は、「高齢者も働き手も減って、病院や介護保険施設等の維持が難しくなっている地域が出ている。その場合に、病床削減や閉院が選択肢となるが、減反政策のような財政支援も必要になる。現状でも病床機能の再編支援策があるが、(それらを整理し)我々としてもどのような支援が現実的な対応であるかを考えていかなければならない」と述べた。

かかりつけ医機能の制度整備の議論については現在、厚生労働省の「かか

りつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」でかかりつけ医機能の報告内容が議論されている。

報告には1号機能と2号機能がある。1号機能は「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」であり、2号機能は時間外診療や入院時支援、在宅医療、介護等との連携に関する機能である。1号機能の一定条件を満たす場合に2号機能を報告する仕組みだ。

1号機能の条件を厳しくすると、2号機能を報告する医療機関が制限され、地域のかかりつけ医機能を面として支える上で障害となりかねない。1号機能は現在、案1～3が提示されている。案1は「一定以上の症状に対して一次診療を行うことができる」、案2は「かかりつけ医機能の研修修了者または総合診療専門医がいること」「17の診療領域のいずれかの一次診療ができるこ

と」など、案3は「かかりつけ医機能の研修修了者または総合診療専門医の有無の報告」などを求めている。

猪口会長は、「かかりつけ医機能を果たす医療機関の枠を狭く括ることは望ましくない。厳しい外形基準を作るのではなく、医師である以上、初期研修などを経て一般的な診療はできるとされているのだから、(案1や案2ではなく)手上げをすれば参加できる仕組みであるべきという主張が多かった。むしろ大事なのは2号機能であり、(それを担う医療機関が増えて)地域でかかりつけ医機能が十分に発揮されるようになる方向で議論を進めるべきとの意見が多かった」と報告した。

医師の働き方改革は4月から実施されている。現時点で医師派遣の中止など大きな問題は報告されていない。猪口会長は、「連携B水準の指定を受けている大学病院などの医師が今後、労働時間を調整することも考えられ、秋



口に実態調査を行いたい」と述べた。

2024年度診療報酬改定で創設された地域包括医療病棟については、3病院団体(全日病、日本病院会、日本医療法人協会)が移行調査の結果を6月10日に公表した。地域包括医療病棟への移行を予定する病院は、回答病院の約4%にとどまっていた。

理由として、地域包括医療病棟の施設基準を満たせないとの回答が多かった。ただ、満たすのが難しい施設基準は「重症度、医療・看護必要度」の基準を含め多様であった。猪口会長は、「満たすのが難しい施設基準が1、2項目であれば、厚労省への要望も行いやすいが、これだけ多様だと難しい。もう少し課題がはっきりしてから、具体的な要望を考えたい」と述べた。

妊産婦等の出産に関する支援策等の検討会が初会合

厚労省・妊産婦等支援策等検討会

2025年春のとりまとめに向け検討スケジュール示す

厚生労働省の「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」(田邊國昭座長)は6月26日に初会合を開いた。2025年春頃のとりまとめに向けた今後の検討スケジュールを了承した。

2023年12月に閣議決定された「こども未来戦略」において、「2026年度を目前に、出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等のさらなる強化について検討を進める」とされている。これを踏まえ、検討会では妊娠・出産・産後に関する様々な支援等のさらなる強化の方向性について具体的な検討を行う。

月1回程度の開催を予定し、2024年夏頃にヒアリングを実施。秋以降、出産に関する支援策等や妊娠期・産前産後に関する支援策等などについて検討する。具体的な制度設計に関しては、とりまとめ後に各担当局の審議会で別途議論していく見通しだ。

出産費用の保険適用で慎重な意見

会議冒頭には、厚労省医政局、保険局、こども家庭庁育成局が、妊産婦等の支援策等をめぐる現状について報告。検討会設置の契機となった出産育児一時金の42万円から50万円への引上げや、分娩施設情報のウェブサイト『出産なび』の開設のほか、周産期医療の集約化・重点化、妊産婦健診の実施、産前・産後サポート事業、産後ケア事業など

について説明した。

その後の自由討議では、正常分娩の保険適用の是非を念頭に、妊産婦とその家族の負担軽減を図ることの影響をめぐり意見が交わされた。委員からは主に出産費用の保険適用に関する意見が相次いだ。

日本産科婦人科学会常務理事の亀井良政構成員は、「保険適用により、経営が成り立たず分娩を取りやめしてしまう施設が突然大量発生するといった事態のないようにしてもらいたい。大病院や総合病院にもローリスクの正常分娩が押し寄せ、勤務が破綻することもある」と述べた。

日本産婦人科医会副会長の前田津紀夫構成員は、「正常分娩といっても様々な過程があり、保険適用された場合の判断がどうなるのか、疑問に思う点も多々ある。現状、出産育児一時金よりも出産費用が高い都道府県もある。保険適用となって(現在の出産費用を下回る点数が設定され)、多くの医療機関が減収となれば、経営が立ち行かなくなる」との懸念を示した。

日本医師会常任理事の濱口欣也構成員は、日本の妊産婦の死亡率の低さに言及し、「この医療水準を維持してきたのは現場の医療従事者である」と強調。その上で、「妊産婦の費用負担ばかりに論点が集まるが、その結果地域の医療が崩壊するという事になれば、妊産婦が不幸になる。周産期医療

体制と費用負担がバランスよく維持され、よりよい医療提供が実現されなければならない」との見解を示した。

健康保険組合連合会会長代理の佐野雅宏構成員は、「医療保険者にとって最大の関心対象になるが、現時点では賛成とも反対とも言えない」とした上で、今後の論点として①保険適用の目的の明確化②データのさらなる見える化③給付と負担のバランスの整理④地域の産科医や分娩施設をどう維持するかをあげた。

三重県鈴鹿市長の末松則子構成員は、「地方と都市部では出産費用も周産期医療体制も異なる点が課題。妊婦がお産難民にならず、産科医療機関の安定運営が可能となるよう、公定価格の設定については十分な議論を求めたい」との考えを述べた。また、「医師の偏在を防ぐ支援策であるべき。保険適用により出生率が向上するのかといった観点からの検討が必要」と指摘した。

株式会社ベネッセクリエティブワークスたまごクラブ前編集長の中西和代構成員は、妊娠・出産・子育て世代向け情報誌で実施した最新のアンケート結果を紹介。「日本は妊娠・出産がしづらい」との回答が母親で75%、父親で59%にのぼり、さらに約8～9割がその理由として「経済的・金銭的負担」をあげたことを踏まえ、「妊産婦とその家庭の負担軽減のために、お財布を気にせずに妊娠・出産ができて、産後ケ

アが整うことが重要」と述べた。一方で、「保険適用だけが話題として独り歩きしている。実情がよくわかっていない人も多いのではないか」と指摘した。

研究事業で出産費用等のデータを収集

同日の検討会では、「分娩を取り扱う医療機関等の費用構造の把握のための調査研究」について、研究班の代表を務める早稲田大学政治経済学術院教授の野口晴子参考人より報告された。同研究は、正常分娩を取り扱う医療機関を対象に、出産等の費用構造等の実態を把握することを目的とする。

2023年度の調査では有効回答数が少ない、比較的経営状態のよい施設からの回答が多いなど、収集データに偏りがあったため、2024年度の大規模調査においては結果の代表性の確保が重要であり、ウェイトをかけたオーバーサンプリングの実施などの工夫が必要とした。

これに対し、亀井構成員は、「短期間の調査で回答負担が極めて大きく、当学会内でも大きな反発があった。今回調査でも回答施設に偏りが生じ、実態と乖離した結果が出てしまい、それをもとに保険適用の議論が行われ、費用に反映されるのではないかと危機感を抱いている」と強い懸念を示した。

厚労省は、調査手法や項目設定など、引き続き研究班で検討していくとの考えを示した。

特定機能病院の承認要件見直しの議論を開始

厚労省・特定機能病院等あり方検討会

年内に議論の結果をまとめる

厚生労働省の特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会(松田晋哉座長)は7月3日、特定機能病院の承認要件の見直しの議論を開始した。年内に議論の結果をまとめる。紹介受診重点医療機関やかかりつけ医機能との関係など地域医療支援病院のあり方の議論は追って行うとした。

同検討会は不定期で開催され、前回は2019年8月。今回、社会保障審議会医療分科会で特定機能病院の承認要件に対する意見が出されたため、開催す

ることになった。

検討項目は、◇特定機能病院を称することができる大学附属病院の取扱い◇高度な医療の要件の見直し◇特定領域型の特定機能病院の承認要件の明確化の3つである。

特定機能病院を称することができる大学附属病院の取扱いでは、本院と比べ分院の医療提供や研修の実績が著しく低い場合があることへの対応を検討する。認定は病院単位で分院がそのまま特定機能病院になるわけではないが、

各大学附属病院に求める機能を整理すべきとしている。

高度な医療の要件の見直しでは、先進医療や難易度が比較的高い疾患等の治療が、特定機能病院以外の病院でも実施されるようになっている現状や、一部の大学附属病院で研究費の獲得実績や論文の出版実績が低いことなどを踏まえ、「時代に即した承認要件の設定」を検討する。

特定領域型の特定機能病院の承認要件の明確化では、がん、循環器疾患な

どの高度かつ専門的な医療を提供するいわゆる「特定領域型」の特定機能病院に求める承認要件が不明瞭という課題がある。医師派遣を行っていないなど他の特定機能病院と比較して同水準の機能を果たしていないとの指摘があることから、新たな承認要件を設定することも含めた検討を行う。

全日病会長の猪口雄二構成員は、大学附属病院である特定機能病院が、厳しい運営状況の中で、医療の提供、教育・研修、研究という機能を果たしていることに理解を示した上で、医師の働き方改革に対応しつつ、医師派遣機能を維持していくためにも、それぞれの機能を明確化し、適切に評価することが重要との考えを示した。

美容医療の適切な実施に関する検討会が初会合

厚労省・美容医療検討会

受診時の勧誘など診療場面における課題への対応を検討

厚生労働省は6月27日、「美容医療の適切な実施に関する検討会」の初会合を開いた。美容医療に関する利用者の相談件数や危険事例が増加していることから、被害を防止し、質の高い医療を提供するための対応を検討し、年内を目前に議論をまとめる。座長は小野太一・政策研究大学院大学教授。

冒頭、厚労省の浅沼一成医政局長(当時)が挨拶した。「(人々の)美容医療に対する心理的ハードルが低くなるとともに、オンライン診療等の普及によってサービスへのアクセスが容易になり、実施件数が増加する一方、相談件数も増えている。美容医療は自由診療であることから、指導・監査の仕組みが限定的で、診療行為が多様であるため、さまざまなルールの適用関係の確認が行われにくい状況だ。また消費者保護法制の正しい理解がされておらず、金銭や契約のトラブルに発展する事例も報告されている」と述べた。

美容医療の施術数はコロナ禍で一時減少したものの、その後増加し続けている。特に脱毛やいわゆるボトックス注射を含む比較的侵襲性が低い施術が顕著に増加している傾向にある。

診療所で美容医療に関連する診療科(美容外科・形成外科・皮膚科)に従事する医師数は毎年増加。2022年度は2008年度と比べ、診療所で主に美容外科に従事する医師は3.2倍、形成外科は2.0倍、皮膚科は1.3倍に増えている。診療所で美容医療に関連する診療科に従事する医師は医師全体に比べ30代以下の医師が占める割合が多い。相談件数は毎年増加している。件数の増加にあわせて「危害」に関する相談も増加。近年ではインターネットによる契約に関する相談も増えている。

美容医療の制度や規制の状況も報告された。美容医療は自由診療だが、保険診療と同様、医事関係法令が適用される。法令の解釈を示す各種のガイド

ライン等の対象でもある。また、診療契約は、消費者契約法など消費者保護法制の適用対象となり得る。一方、自由診療であるため、健康保険法等「保険医療機関及び保険医療担当規則」には縛られない。

美容医療等の自由診療を提供している医療機関も、保健所の指導監督の対象である。しかし、自由診療であることから、審査支払機関による診療内容・請求内容の審査や、地方厚生(支)局による指導・監査等は対象外である。

法人のあり方も検討してほしい

同検討会の検討範囲は美容目的の医行為とし、①眼瞼形成や脂肪吸引などの「外科的手技」②しわ・たるみ治療やボトックス注射など「非外科的手技」③GLP-1ダイエットやAGA薬処方など「内服薬他、内科的療法」をあげた。その上で、これらの診療の場面における課題(受診時の勧誘や説明、診療行

為に関する事項等)に関し、美容医療の特性を踏まえた対応を検討する。

今後の進め方では、診療行為・契約行為における問題事例のヒアリングも行う。年内を目前に議論のとりまとめを行う。なお、美容医療に進む若手医師が増えている現状や美容医療を行う医療機関の経営主体の問題は検討の対象から外れる見込みだ。

日本医師会常任理事の宮川政昭構成員は、「一般社団法人として設立する美容医療の診療所があり、増加傾向にある。医療法人よりも法的な関与が少ないと考えられる。これに対して厚労省がどう向き合うのか。重要な問題であるので、法人のあり方も検討してほしい」と要望した。また、「きちんとしたガイドラインを作って、逸脱する美容医療は取り締まるようにしないと悪貨が良貨を駆逐することになる」と危機感を示した。

また、グリーンウッドスキンクリニック立川院長の青木律構成員は、「医行為の範囲が明確になれば、無資格者がやってはいけないことや、医療機関ではないエステサロンなどでやってはいけないことははっきりする」と述べた。

第65回全日本病院学会 in 京都

〈一夜限りの特別拝観〉
「復興を願う夜 in 清水寺」のご案内

9月28日(土)・29日(日)国立京都国際会館で開催されます第65回全日本病院学会in京都におきまして、9月28日(土)の夜に〈一夜限りの特別拝観〉「復興を願う夜in清水寺」を開催いたします。

能登半島をはじめ全世界の被災地

域の復興と世界の平和と安全を願うと共に、国宝に指定されている本堂はもちろんのこと、数多くの重要文化財となっている建造物を見て回っていただけます。

清水の舞台からは京都の街並みをご覧いただくこともでき、日頃は観光客

で賑わう清水寺ですが、学会参加者向けだけの特別な夜間拝観になっております。

また、9月29日(日)には清水寺貫主であります森清範氏の特別講演「ことばの呪能」も予定しております。あわせてご期待ください。

学会の参加登録と共に事前の参加登録受付中です。事前参加登録をお申込みいただければ、学会会場となります。京都国際会館から清水寺までの直通バスにご乗車いただけます。



森 清範氏

事前参加登録は【7月31日(水)】までとなっております。

皆さまのご参加をお待ちしております。

詳細は学会HPよりご確認ください。



4割強の在支病が地域包括医療病棟への移行を検討

在支病連絡協

介護施設の協力医療機関に関する調査結果も報告

日本在宅療養支援病院連絡協議会(鈴木邦彦会長)は6月30日に記者会見を開き、地域包括医療病棟の意向調査と介護施設の協力医療機関に関する調査結果を発表した。回答した96施設のうち、地域包括医療病棟への移行を決めた病院は4施設、「検討中」は40施設、「移行しない」は51施設であった。全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3病院団体調査の結果よりも、「検討中」の施設が42%で多く、在宅療養支援病院(在支病)への調査であることの特徴がみられた。

地域包括医療病棟は2024年度診療報酬改定で創設された。救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に評価している(1日3,050点)。高齢者救急の増加に対応するための病棟でもある。

意向調査の回答数は96施設(回答率60%)で、うち36施設が機能強化型在支病・連携型、33施設が在宅療養支援病院、22施設が機能強化型在支病・単独型となっている。

地域包括医療病棟への移行を決めている在支病は4施設。移行元は2施設が急性期一般入院料4、1施設が急性

期一般入院料5、1施設が地域包括ケア病棟入院料1であった。移行率は4.2%で全日病、3病院団体調査と同程度だ。

一方、「検討中」が40施設で42%を占め、3病院団体調査の14%よりずっと多い。鈴木会長は「地域包括医療病棟が求める機能の多くは、在支病が担う機能と重なる」と述べた。

「検討中」である理由の多くが、施設基準が厳しく移行が難しいことは3病院団体調査と共通する。鈴木会長は、「(鈴木会長が理事長を務める)志村大宮病院も『検討中』で、在宅復帰率のハードルが高い」と指摘した。地域包括医療病棟の在宅復帰率は80%以上で、「在宅等」は、「介護老人保健施設(一部除く)、自宅・居住系介護施設、有床診療所(一部除く)、回復期リハビリテーション病棟」に限られる。

横倉義典副会長は、「整理しきれていないのですべて気になる」とした上で、特に、「『重症、医療・看護必要度』、在宅復帰率、『ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満』を満たすのが難しい施設基準にあげた。梶原崇弘副会長は、施設基準全般について、「現場の実態よりも理念を優先

させて作った病棟だと思う」と述べた。織田正道理事は、「施設基準が厳しく簡単には移行できない。まだ様子見の病院が多い」との見方を示した。

介護施設と連携医療機関の調査

介護施設の協力医療機関に関する調査報告の結果も示された。回答数は82施設(回答率56%)となっている。2024年度改定では、医療・介護・福祉の6年に1度同時改定であったこともあり、医療と介護の連携推進が重要課題となった。その中で、介護施設と協力医療機関の関係強化、報酬の充実が図られた。

配置医師を在支病から出している介護施設数の質問では、同法人の場合、「なし」が49%で最も多く、次いで「1~2カ所」が43%だった。法人外の場合、「なし」が62%で最も多く、次いで「1~2カ所」が28%であった。

協力医療機関として契約を締結している介護施設数の質問では、同法人の場合、「1~2カ所」が40%で最も多く、次いで「なし」が38%であった。法人外の場合、「5カ所以上」が34%で最も多く、次いで「1~2カ所」「なし」が26%であった。

協力医療機関と介護施設で行う会議場所(今後の予定を含む)では、「集まって開催」と「オンラインで開催」が33施設で同数であった(複数回答)。

協力医療機関と介護施設で行う感染症対策では、多い順に、「介護施設に赴いて感染症の実地指導をする」(45施設)、「集まって研修・訓練を行う」(37施設)、「介護施設と協議中」(28施設)、「オンラインで研修・訓練を行う」(22施設)であった(複数回答)。

介護施設入所者の病状急変時対応の質問では、71施設が「診療情報及び病状急変時の対応方針を踏まえ診療を行い、入院の必要性があるときには入院対応を行う」と回答している。自由記載欄では、「夜間オンコール医師複数雇用し、ファーストコールは当番医師と看護師が対応」などの回答がある一方で、「相互の定期的な職員向けの勉強会が必要と考えている」など現状の課題を指摘する回答があった。

梶原氏、横倉氏が副会長に

同日開催した定時総会で、鈴木会長の続投を承認した。会長は1期2年で2期目。また、全日病副会長である織田副会長が理事となった。梶原氏と横倉氏は理事から副会長となる。片山成仁副会長は留任した。

■ 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)	備考
サイバー攻撃のBCP研修 60名	2024年8月29日(木) WEB開催	22,000円(23,100円)(税込)	医療機関に対するサイバー攻撃が増加傾向にある。厚生労働省は2023年に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」を公開し、医療法に基づく医療機関に対する立入検査の項目にサイバーセキュリティ対策を追加した。サイバー攻撃を未然に防ぐことに加え、受けた場合の対応及び早期復旧に向けたBCPの策定が求められている。本研修は2部構成となっており、第1部はサイバー攻撃に関する基礎知識の講義、第2部は実際にサイバー攻撃を受けた場合の対応についてワークショップを行う。
医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 70名	2024年8月31日(土) 全日病会議室	18,700円(23,100円)(税込)	全日病は、医療事故調査制度の医療事故調査支援団体として、相談・支援活動を実施している。研修会はグループワークを中心としたプログラムとなっている。事前学習としてWEB動画で講義を視聴した上での参加となる。グループワークの前半は模擬事例が医療事故(報告すべき事例)に該当するかについて、後半は院内事故調査の考え方や方法の検討等をテーマとしている。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関空発着 20名 福岡発着 20名	2024年10月30日(水)~ 11月4日(月)	成田発着 391,400円 関空発着 398,900円 福岡発着 400,400円	今年で46回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
病院部門責任者研修 48名	2024年8月~12月で全5講座 (6日間)	110,000円(165,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「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、メディカル部門の責任者、事務部門の責任者などを対象とし、数カ月間の研修を実施し、所定の要件を満たした方に修了証を発行する。