2024年（令和6年）9月1日（日）　毎月2回1日・15日発行 定価1日号300円・15日号200円（会員の購読料は会費に含む）　（昭和63年3月23日第三種郵便物承認）（1）

全日病ニュース NEWS　2024.9.1　No.1062

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

救命救急センターの充実段階評価を見直し

救急災害医療WG　救急外来への専従看護師配置の評価には慎重な意見

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（大友康裕座長）は８月８日、救命救急センターの充実段階評価の見直しの議論を開始した。「救急外来における専従看護師の配置に対する評価」など厚生労働研究事業による５項目の改訂案が示された。これに対し、全日病常任理事の猪口正孝構成員や日本医療法人協会会長の加納繁照構成員（全日病常任理事）は、看護師の獲得競争が激化し、二次救急医療機関の人材確保がさらに逼迫する可能性があるとの意見を述べた。

救命救急センターの充実段階評価は診療報酬や補助金の算出に用いられる。合計点数に応じてＳ・Ａ～Ｃで評価している。今後、同ワーキンググループを数回開催して、11月をめどに見直し案をまとめ、試行調査を行う。来年夏頃に試行結果と修正項目を確認し、社会保障審議会医療部会に報告。2026年に新しい充実段階評価を通知する。充実段階評価の見直しは、第８次医療計画の中間見直しに向けた議論に先立って行うものとの位置づけだ。

改訂案は、2023年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業の「地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実に関する研究」（横田裕行研究代表）の分担研究である「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）でまとめた。５項目は、①救急外来における専従看護師の配置に対する評価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に関する評価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―がある。

これらの改訂案のうち、特に評価が分かれたのが、「①救急外来における専従看護師の配置に対する評価」である。具体的には、新たに「救急外来に常に専従の看護師を配置している場合」（１点）に加え、「救急医療に関する専門性が高い看護師を配置している」（２点）を評価する案となっている。

背景として、救急外来に特化した看護配置基準が定められていないことや、医師の働き方改革を踏まえ、医師から看護師へのタスク・シフト／シェアを進めることができることをあげた。

これに対し、加納構成員は、「時期尚早」と主張した。その上で、「そもそも論として、救命救急センターは人口100万人に１か所の割合を目安に設置しているにもかかわらず、すでに全国で300か所を超えている。一方、第８次医療計画では、高齢者救急は二次救急医療機関がメインに対応し、二次救急で対応できない患者を救命救急センターが対応するという考えが示されている。これを踏まえれば、救命救急センターを集約化することの議論とあわせて、新たな充実段階評価の議論を行うべきではないか」と述べた。

坂本参考人は、加納構成員の考えに基本的には同意した上で、「人口当たりではそのとおりだが、アクセスの問題がある。人口が少ない地域でも一定の地域内に救命救急センターは必要になるので、人口当たりよりも多くなる。また、自治体によっては、軽症であっても搬送困難事例は救命救急センターに搬送することを決めている。救急医療体制は地域により異なるので、地域の関係者が話し合って役割分担を決めることが望ましい」と述べた。

猪口構成員も、「救急医療体制全体のバランスを考えてほしい」と訴えた。「東京では、例えば、地域医療構想における必要病床数と基準病床数の議論において、高齢者が増えるので基準病床数の計算上、病床は足りないという計算になるが、看護師をはじめ医療従事者が足りず、増床できない。（そもそも地域医療構想の必要病床数では病床不足ではなく）数字が独り歩きして看護師の取り合いになっている。そのような状況で、救命救急センターがさらに看護師確保に邁進すれば、二次救急医療機関の人手不足がより深刻になってしまう」と述べた。

日本看護協会常任理事の井本寛子構成員は、専門性の高い看護師について日看協において養成し、一定数に達していることを報告した上で、改訂案が認められることに期待を示した。救急外来の専従看護師については、すでに多くの救命救急センターで配置されていると説明。「看護ケアの質の担保のため、ご理解をお願いする」と述べた。

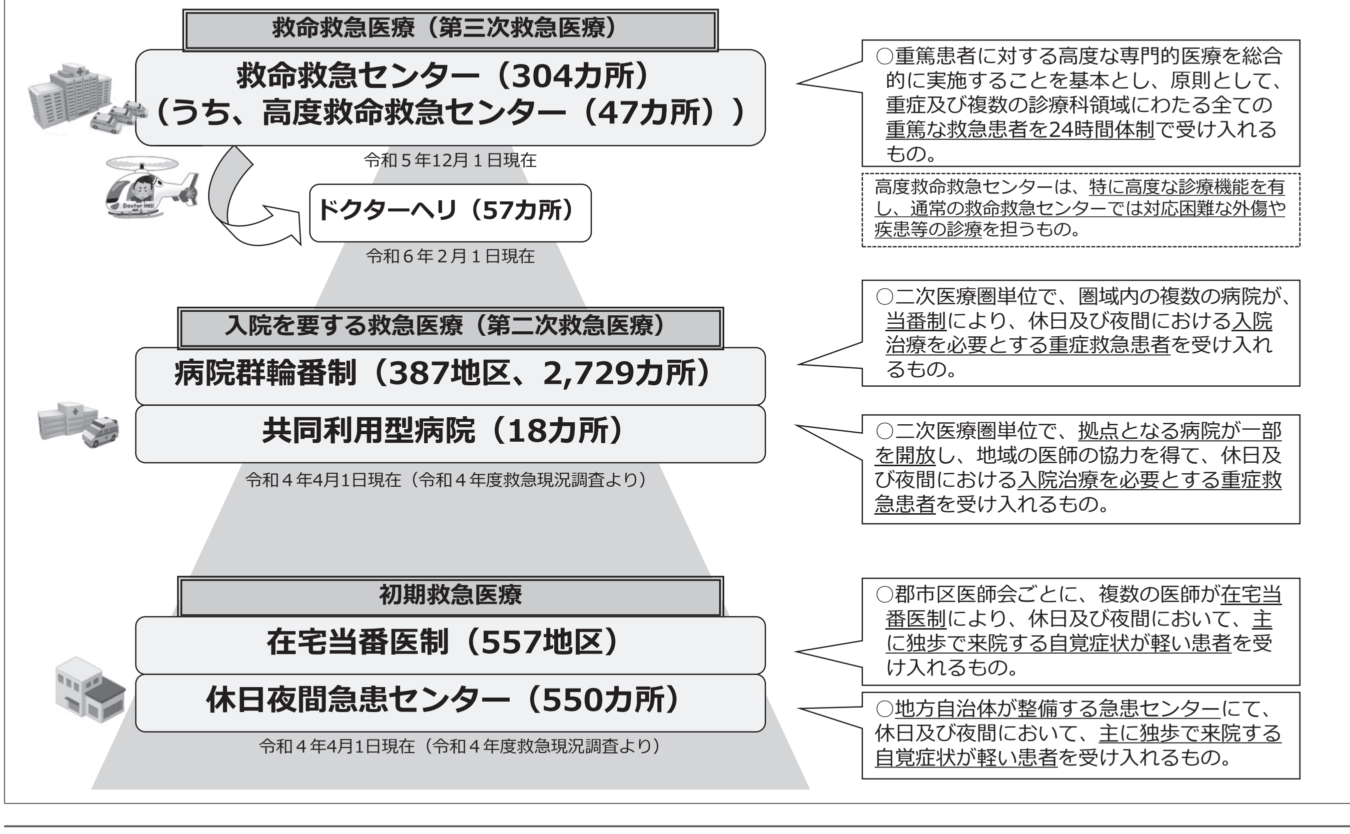
なお、専門性の高い看護師の配置とは、「救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、クリティカルケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師など、救急医療に専門性のある人員を養成している機関による認定等を受けている看護師を、当該部署に週40時間以上配属している」と整理している。

そのほかの改訂案の項目に対する大きな反対は出ていない。ただ、「③重症外傷に対する診療体制整備に関する評価」で「大量輸血プロトコールの整備（１点）に加え、施設内に外傷外科医等養成研修等の受講者がいる（２点）」については、重症外傷に備えるための他の整備項目も考慮すべきとの意見が複数の構成員から出た。

また、「②充実段階評価に関するピアレビューの実施」は、自施設の充実段階評価の妥当性を第三者が評価するもので、第三者に「当該施設が所在する消防機関の職員」を含めることに対して、賛意を示す意見が相次いだ。

救急医療体制体系図

（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号）抜粋）
（救急医療対策事業実施要綱（令和５年５月16日付け一部改正医政発0516第21号）抜粋）



本号の紙面から

違反広告対応手続きでひな形	2面
京都学会のプログラム紹介	3面
診療報酬改定解説④（回復期・慢性期）	4面
介護職員必要数の推計値	5面
外国人患者受入実態調査	6面
高齢者の住まいと住環境調査	7面
四病協が税制改正要望を提出	8面

清話抄

老い方上手

『生はこれ楽にあらず　衆苦の集まるところなり』とは、京都東寺が毎月お大師さまのおことばとして開題しているものの一つです。人生が苦しいのは、「すべてのものは移り変わる」という真理が受け取れないからで、生きるものは滅し、有るものは壊れる、悲しくも苦しくも、この因縁の法則を背負って、誰もが生きていかねばならない！というものです。

若い時に出逢った「生老病死苦」という言葉も、それまで人生は明るく光り輝くことをめざすべき！と単純に考えていたので大きな転期となりました。思いどおりにならない人生を、四苦八苦しながら老いて最後に道は二つに別れ、一つは「人に与え尽くす人生」、納得して穏やかにお陰様！ありがとう！と感謝へ続き、もう一つは「人から奪う人生」、最終的なゴールの前でジタバタとうろたえる！というものです。自らの死を受容する能力が低く、本能のままむさぼり苦しむ人生。

私たちは、幸せなことに106歳まで医師として元気に患者を診て講演し、励まし続けた、敬愛する日野原重明先生から『生きかた上手』という素晴らしい著書を贈っていただいています。いのちへの愛、見える人生と見えない人生、明るい未来が見通せない今こそ原点に戻り気力を充実して優れた技量や人徳を磨き、より強く！より賢く！より幸せに！この難局に立ち向かいついには成し遂げる！今一度、習慣そして行動を省みてきたるべきより良い終焉に備えていきたいものです。　（佐能量雄）

主張　地域医療の未来

現在、我が国は少子高齢化が急速に加速する中で、地域包括ケアシステムを推進している。

医療・介護が必要になっても、住み慣れた地域でその人の持つ能力に応じて自立した生活が続けられるシステムを目指す。

しかし、ほぼ全産業において人材確保は困難であり、人口減少の多い地方ではより深刻だ。医療においても医師偏在、診療科偏在問題が大きな課題となっている。徳島県でも卒後臨床研修制度における初期臨床研修医数が年々減少しており、専攻医研修も人口比からすると最低50名は必要だが近年減少傾向が続き、地域枠や地域特別枠医師頼みとなっている。これは地方における共通の課題だと思われる。

当県は医師過剰地域に指定されているが、実際は東部圏域に偏在し、医師の高齢化が進み引退や後継者不足、県内に留まる研修医の不足により、早晩医師不足に陥ると思われる。さらに看護師・介護職等のコメディカル不足、医療の高度化・専門化による大病院志向に加えて、人口減少による医療ニーズの多様化等の課題もある。

このような社会情勢の中で、第８次医療計画や地域医療構想・働き方改革・かかりつけ医機能の法制化等が進んでいる。今回のトリプル改定では2040年問題を見据えた「高齢者救急におけるかかりつけ医機能」や「医療DX」、「医療・介護の連携」がキーワードだ。

しかし、「医療DX」の工程表通りにマイナ保険証の利用が一切進んでおらず、電子カルテの標準化に程遠い。「医師の働き方改革」においても、現状は派遣先の医療機関が宿日直許可を受けることで大学医局等から派遣を認められているが、大学病院等からの医師派遣の引き揚げによる夜間・休日診療制限が起きると、多くの医療機関でその機能が頓挫してしまう。それが可能な病院は限られるため、すべての地域で対応できるとは限らない。2035年にはＢ水準・連携Ｂ水準の廃止予定もあり、地域包括ケアシステムを目指した医療提供体制は構築できるのか。

今後、行政は指示だけでなく、患者の視点に立った民間病院の現場からの発信をよく聞いて欲しい。そのためにも、全日病の一致団結した組織力の強化が不可欠である。

（田蒔正治）

医療広告の違反における指導・措置のステップでひな形

厚労省・医療機能情報提供制度等分科会　最終的には医療機関の許可取消しも

厚生労働省の医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会（尾形裕也分科会長）は８月22日、不適切な医療広告を防ぐための対策の実効性を高めるため、医療広告ガイドラインに基づく標準的な対応期限も含めた指導・措置等の実施手順書のひな型を了承した。違反を３項目に分類した上で、指導・措置のステップを示した。ひな形は都道府県に通知し、違反広告への自治体の取組みに活用してもらう。

美容医療など医療等のウエブサイトが医療広告規制に違反していないかを監視しているネットパトロール事業によると、違反広告を発見し通知すれば、６カ月以内に９割は改善に至っている。一方、通知を無視する事例もある。ひな形では、行政指導は違反発見から２～３カ月、中止・是正命令は６カ月以内とする標準的な期限を定めている。

下図をみると、ステップには分類①②と③で違いがある。分類①②は、ステップ０からステップ３まで進むことができる違反広告であり、分類③は行政指導を超える法的措置を講じることができない違反広告である。分類③だと、改善がみられなくても、ステップ１を超えることができない。

分類①は「直接罰が適用される広告」で、具体的には、「虚偽広告」「麻酔科を診療科名として広告するときの、麻酔科医の氏名の併記の不足」と明確である。

分類②は「①以外の禁止される広告等」で、具体的には、「比較優良広告」「誇大広告」「公序良俗」「広告可能事項以外の広告（限定解除要件の充足不足も含む）」「体験談」「治療等の前または後の写真」である。

分類③は「その他」で、具体的には、「品位を損ねる内容の広告」「他法令または他法令に関する広告ガイドラインで禁止される内容の広告」である。

分類①②で、ステップ２まで進むと、「中止命令」「是正命令」の段階になる。それでも改善がなければ、ステップ３となり、「管理者変更・許可取消し等」「司法警察員に対する告発」に至る。ステップ３に至る場合も１年以内に手続きを進めていくとのイメージだ。

構成員からは、実施手順書について、ステップを進める上で、「考慮する」や「検討する」など強制的ではない表現が多いため、表現の変更を求める意見が出た。厚労省は、医療広告ガイドラインに従った表現であり、それを逸脱することは難しいが、運用していく中で、再度検討するとの考えを示した。他の構成員からは医療広告ガイドライン自体を改訂すべきとの意見が出た。

障害のある方に配慮した情報提供

「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」がまとめた「議論の整理」が報告された。かかりつけ医機能報告制度の内容をまとめたもので、かかりつけ医機能は、国民・患者が適切に医療機関を選択できるようにするため、医療情報ネット（ナビイ）で検索できるようにする。

ただ、かかりつけ医機能報告制度が施行されるのが2025年４月で、その後、実際に医療機関がかかりつけ医機能を報告し、都道府県が報告内容を整理する日程などを踏まえると、ナビイでかかりつけ医機能が検索できるのは2026年４月になる見込みだ。

現時点で、ナビイでかかりつけ医機能を情報提供する具体案はまだ提示されておらず、今後の検討となる。

構成員からは、地域医療支援病院や紹介受診重点医療機関が備えるかかりつけ医機能が情報提供されれば、診療所や中小病院よりも充実していると受け取られかねず、「大病院志向」がより高まって、現在進めている医療提供体制の方針に逆行してしまうことを懸念する意見が出た。

また、ナビイの現況が報告された。４～６月の閲覧回数（ページビュー）は80～200万PVで推移している。同時期で訪問者数は８～12万人程度で推移している。

医療機関（病院、診療所、歯科診療所および助産所）からの医療機能情報の2023年度定期報告率（2024年８月１日時点）は全国平均73.5%、病院に限ると89.5%。

病院の場合、100%は宮城県、秋田県、山形県、茨城県、群馬県、福井県、山梨県、滋賀県、和歌山県、徳島県、香川県、愛媛県、佐賀県、長崎県、熊本県の15県。診療所等を含めると割合の低い県がある。石川県（42.1%）、京都府（29.3%）、鹿児島県（46.5%）、沖縄県（27.3%）で低い。石川県は能登半島地震の影響が考えられる。

構成員からは、定期報告は義務であり、改善を求める意見が相次いだ。

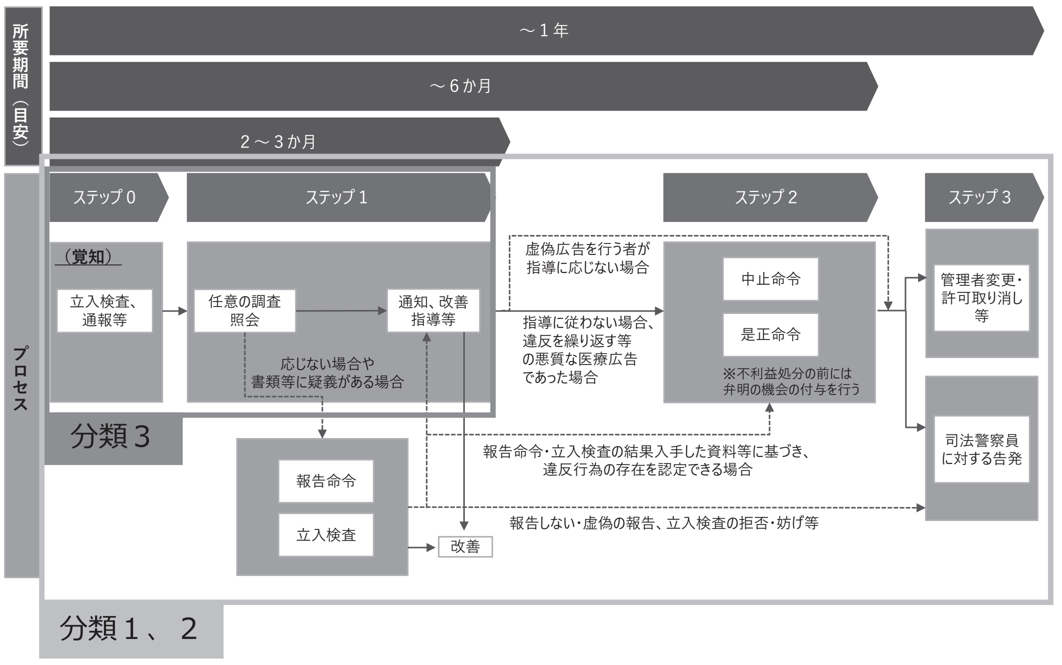
また、障害のある方に関する医療機能情報提供制度の報告項目の見直し案を了承した。「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の「議論の整理」に基づき、障害者団体・関係団体との意見交換やヒアリングを踏まえ、医療機能情報提供制度の報告項目の追加・修正などを行う。

今後、省令・告示を見直し、報告システムの改修を行った上で、2026年１月に医療機関から報告を受け、2026年４月からナビイで公表する。

そのほか、日本歯科専門医機構が認定する基本領域の専門医である「矯正歯科専門医」と「歯科保存専門医」を広告可能とすることを了承した。

違反の分類と指導・措置等の対応ステップ

分類	違反事項
１．直接罰が適用される広告（医療法第６条の５第１項及び第６条の６第４項並びに第87条第１号、医療広告ガイドライン第３の１（１））	・虚偽広告
	・麻酔科を診療科名として広告するときの、麻酔科医の氏名の併記の不足
２．１以外の禁止される広告等（医療法第６条の５第２項、医療法施行規則第１条の９、医療広告ガイドライン第３の１（２）～（７））	・比較優良広告
	・誇大広告
	・公序良俗
	・広告可能事項以外の広告（限定解除要件の充足不足も含む）
	・体験談
	・治療等の前又は後の写真
３．その他（医療広告ガイドライン第３の１（８））	・品位を損ねる内容の広告
	・他法令又は他法令に関する広告ガイドラインで禁止される内容の広告



※個々の事例によって必要な指導・措置は異なるため、このステップを必須とするものではない。

第65回全日本病院学会 in 京都　**9月28日・29日に京都市で開催**

京都学会のプログラムが確定

地域医療構想前夜～嵐の中の航海　羅針盤を求めて～

第65回全日本病院学会in京都（清水鴻一郎学会長）が９月28日・29日に「地域医療構想前夜～嵐の中の航海　羅針盤を求めて～」をテーマとし、京都府京都市で開催される。このほど、そのプログラムが確定した。

地域医療構想など学会テーマは７つ　藤原紀香さんと清水学会長の対談も

2025年を目標とした地域医療構想はまさに「前夜」を迎えており、さらに、その先の新たな地域医療構想の検討も厚生労働省で始まっている。

地域医療構想では病床の機能分化を中心に、病院が地域で果たす役割の明確化が求められた。新たな地域医療構想では、超高齢社会と人口減少社会を乗り切るため、在宅医療や医療・介護連携を含めた地域医療提供体制の構築を目指すことになっている。

京都学会では、地域医療構想を踏まえ、それぞれの病院が自らの立ち位置を見定め、進む航路を決めるために役立つ企画を用意した。また、地域医療構想にとどまらない様々な企画を予定しており、下記のプログラム（主要な企画のみ掲載）を参考にしてほしい。

学会１日目は、開会式に続いて、日本医師会の松本吉郎会長が「日本医師会の医療政策～地域を面として支えるために～」、清水学会長が「地方における民間病院団体の在り方」をテーマに特別講演を行う。

それに続く「学会企画１」では、学会テーマである「地域医療構想前夜」の議論が行われる。出席する厚労省の迫井正深医務技監は、地域医療構想を具体化した担当官であり、産業医科大学の松田晋哉教授はデータ面で地域医療構想を支えた。日本医療法人協会の伊藤伸一会長代行は特に都会での地域医療構想の協議の場の当事者である。

学会企画２の「厚労省以外の省庁は医療をどのように見ているか」では、財務省、総務省、農林水産省の医療に対する考えをきくことができる。学会企画３の「あなたの病院の魅力ってなんですか？～パーパス経営と持続的なブランディングの新たな手法～」では、選ばれる病院になるためのヒントを得ることができるだろう。

特別講演２では、京都ならではの企画として、武者小路千家第14代家元の千宗守氏から、「茶は薬用より始まる」の話がある。

２日目の学会企画は、学会企画４が「DXで医療がどう変わるか」、学会企画５が「今後の働き方を考える」、学会企画６が「若手病院経営者の皆さん！時代の風を感じていますか？」、学会企画７が「テクノロジーの進化と経営戦略」となっている。

どれも関係者の多くにとって興味深く時宜を得たテーマである。技術革新、人手不足、働き方改革、世代交代など社会の大きな変化に適切に対応することが病院にとって必須の条件になる。

特別講演３も京都ならではの企画であり、清水寺貫主の森清範氏が「ことばの呪能」をテーマに講演する。なお、９月28日（土）の19時には、「一夜限りの特別拝観」が予定されている。

学会の最後を飾るのが、藤原紀香さんと清水学会長の特別対談である。「一発勝負」であるという役者と医者の共通点、仕事におけるやりがいや苦労話をきくことができるだろう。

「第65回全日本病院学会 in 京都」の開催概要

開　催　日◎2024年９月28日（土）・29日（日）
学　会　長◎清水鴻一郎（全日病京都府支部支部長、清水会京都リハビリテーション病院理事長）
実行委員長◎武田隆久（医仁会武田総合病院理事長）
会　　場◎国立京都国際会館
参　加　費◎

	協会会員		一　般	学　生
	理事長・院長	左記以外の方		
当日登録（税込）	39,000円	14,000円	16,000円	2,000円

＊事前参加登録は終了いたしました。HPで直前・当日登録（クレジットカード決済のみ）、または学会当日、会場（現金のみ）にて参加登録をお願いいたします。
＊宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申し込みください。
https://amarys-jtb.jp/ajha65/

全日病学会 in 京都参加者のための一夜限りの特別拝観
日　時◎2024年９月28日（土）19：00～
会　場◎世界遺産　清水寺
テーマ◎復興を願う夜in清水寺
参加費◎当日申込1,500円（税込）（拝観料のみ）

■「第 65 回全日病学会 in 京都」主なプログラム（敬称略）

第１会場	第２会場	第３会場	第４会場
メインホール（1F）	Room A（2F）	サクラ（1F）	Room D（1F）
第1日（9 月 28 日）			
開会式　9：00 ～ 9：30			
特別講演 1　9：30 ～ 10：00 「日本医師会の医療政策～地域を面として支えるために～」 松本吉郎　日本医師会会長			
学会長講演　10：00 ～ 10：30 「地方における民間病院団体の在り方」 清水鴻一郎　学会長			
学会企画 1　10：30 ～ 12：20 「地域医療構想前夜」 迫井正深 松田晋哉 伊藤伸一	委員会企画 1　10：50 ～ 12：20 救急・防災委員会 「令和６年能登半島地震における全日病対策本部（AMAT）を検証する」	委員会企画 2　10：50 ～ 12：20 若手経営者育成事業委員会 「2040 年の医療のあるべき姿について考える～若手の想い～」	委員会企画 3　10：50 ～ 12：20 高齢者医療介護委員会 「令和５年度老人保健健康増進等事業における調査研究の結果報告～これからの高齢者医療介護の進め方に対する羅針盤～」
学会企画 2　13：40 ～ 15：10 「厚労省以外の省庁は医療をどのように見ているか」 長島清 八矢拓 山﨑一紀 藤田俊祐	委員会企画 4　13：40 ～ 15：10 外国人材受入事業 「外国人材受入制度の改変～技能実習から育成就労、特定技能について～」	委員会企画 5　13：40 ～ 15：10 プライマリ・ケア検討委員会 「全日病の目指すかかりつけ医機能支援病院の役割」	
学会企画 3　15：20 ～ 16：50 「あなたの病院の魅力ってなんですか？～パーパス経営と持続的なブランディングの新たな手法～」 清水幹久 渡辺正一 矢野裕典	委員会企画 6　15：20 ～ 16：50 医療保険・診療報酬委員会 「2024 年度診療報酬改定を振り返る」	委員会企画 7　15：20 ～ 16：50 病院機能評価委員会 「病院機能評価受審に向けての羅針盤～サーベイヤーはどう評価しているのか？～」	委員会企画 8　15：20 ～ 16：50 看護師特定行為研修委員会 「地域で育てる特定行為看護師」
特別講演 2　17：00 ～ 18：00 「茶は薬用より始まる」 千宗守			
第2日（9 月 29 日）			
学会企画 4　9：00 ～ 10：30 「DX で医療がどう変わるか」 高橋泰 内山博之 東大里	学会企画 5　9：00 ～ 10：30 「今後の働き方を考える」 勝目やすし 髙崎誠司 吉田敏宏	委員会企画 9　9：00 ～ 10：30 広報委員会 「SNS は本当に必要か？～病院を活かせる次世代広報のカタチ～」	委員会企画 10　9：00 ～ 10：30 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 「医療事故調査制度～病院の安全航行の羅針盤～」
特別講演 3　10：40 ～ 11：40 「ことばの呪能」 森清範	学会企画 6　10：40 ～ 12：10 「若手病院経営者の皆さん！時代の風を感じていますか？」 石井孝宜 石川賀代 河野稔文	委員会企画 11　10：40 ～ 12：10 病院のあり方委員会 「2026 年以降の新たな地域医療構想への提言」	委員会企画 12　10：40 ～ 12：10 医療従事者委員会 「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果―代表演題の発表―」
学会企画 7　13：40 ～ 14：40 「テクノロジーの進化と経営戦略」 宮内謙 特別対談　14：40 ～ 15：40 「役者と医者の共通点～一発勝負の厳しさ～」 藤原紀香×清水鴻一郎	委員会企画 13　13：40 ～ 15：40 人間ドック委員会 「産業保健と地域保健の連携」	委員会企画 14　14：10 ～ 15：40 医療の質向上委員会 「QMS-H（Quality Management System for Healthcare）を一緒に始めませんか～医療品質管理の羅針盤～」	委員会企画 15　14：10 ～ 15：40 医業経営・税制委員会 「賢い人材確保のための羅針盤」
閉会式　15：40 ～ 15：55			

診療報酬改定シリーズ●2024年度改定の解説④

入院医療機能に応じた評価（入院料逓減制導入・体制強化加算廃止・医療区分精緻化）～回復期・慢性期病棟について～

全日本病院協会　医療保険・診療報酬委員会　委員　田蒔正治

■はじめに

2024年度診療報酬改定は６年ぶりの診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬改定となった。大きな特徴は短期的課題として物価高騰・賃金上昇への取組み、長期的には少子高齢化を迎える2040年問題を見据えた、医療DX推進および医療と介護の連携推進等の改定であった。

その中で、高齢者救急の担い手として地域包括ケア病棟が浮上したが、13：１看護基準、夜間・休日での救急対応が困難等から、新たに地域包括医療病棟が新設された。

回復期入院医療としての地域包括ケア病棟入院料等には入院40日目を基準に逓減制が導入され、医療資源投入量を反映した評価となった。回復期リハビリテーション病棟入院料では、専従の社会福祉士の配置、適切な口腔ケア提供体制の確保、運動器リハビリテーション料の算定上限を１日６単位に引き下げた。

また、慢性期入院医療では療養病棟入院基本料の医療区分がこれまでの３区分から、「疾患・状態」・「処置」に係る９区分に細区分された27分類とし、スモンに関する３分類と合わせた30分類となった。

■回復期入院医療

【地域包括ケア病棟入院料等の見直し】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料では入院期間の短縮による医療資源を減らすために、入院40日以内と41日以上で評価を見直し、より早期の退院・転院を促す方向が示された（図１）。

施設基準では自院の一般病棟からの転棟患者割合・自宅等からの入棟患者割合、在宅復帰率の計算対象において、短期滞在手術等基本料１・３（短手１・３）の患者が除外された。短手３の算定件数の多い施設では平均在院日数が短く施設基準を満たしやすいことから、除外となった。

入院料１～５の在宅復帰率はすべて据え置かれ、在宅復帰・在宅支援の優れた在宅強化型・超強化型の介護老人保健施設への退院患者数の半数が加えられるようになった。200床以上の病院で一般病棟から転棟患者割合を満たせない場合に15％減算されるが、同入院料２・４の転棟割合が60％から65％未満に緩和された。

重症度、医療・看護必要度（看護必要度）は看護必要度Ⅰが12％から10％に緩和、看護必要度Ⅱは８％に据え置かれたが、その評価項目が大きく見直された。

地域包括ケア病棟入院料における「在宅医療等の実績」のうち、訪問看護に係る実績に「退院後訪問指導料」と介護保険の「（介護予防）訪問看護料」も対象に加え、その実績に合わせて要件が見直された。また、同一・隣接する敷地内の併設事業所の要件から「訪問看護」が外された。看護補助体制充実加算が３区分となり、身体拘束実施日は加算３で算定する。

在宅等からの緊急入院の受入を促進するために、受入負担を考慮した在宅患者支援病床初期加算が見直された。「介護老人保健施設からの入院」、「その他の高齢者施設・自宅からの入院」において、それぞれ救急搬送患者または救急患者連携搬送料を算定した他の医療機関からの入院患者と、それ以外の患者の場合では前者の点数が100点高くなった。

また、介護保険施設との連携が重視され、施設入所者が協力医療機関を受診して入院となった場合は、「協力対象施設入所者入院加算」が新設された。

【回復期リハビリテーション病棟入院料等の見直し】

医療資源の少ない地域で、病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション入院医療管理料が新設された。回復期リハビリテーション病棟入院料の点数が引き上げられ、体制強化加算は廃止になった。医師は専従から専任に切り替わったが、入院料１・２での社会福祉士の専従配置１人以上が義務づけられた。

運動器リハビリテーション料の算定上限は現行の９単位から１日６単位に引き下げられ、入院料１～５で定期的（２週間に１回以上）にFIM測定してその結果を診療録等に記録することや、入院料１・３でのFIM測定に関する院内研修会の年１回以上開催が要件化された。

患者の栄養評価では入院料１でGLIM基準が要件化、同２～５でもGLIM基準の活用が推奨となった。入院料１・２で口腔管理に必要な体制整備の要件化、地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に地域医師会等と連携して参加すること等が推奨された。

■慢性期入院医療

【療養病棟入院基本料の見直し】

疾患・状態に係る３つの医療区分、処置等に係る３つの医療区分および３つのADL区分に基づく27分類およびスモンに関する３分類の合計30分類の評価となった。

医療区分の精緻化による「処置等」の区分が「疾患・状態」と同じか、高い場合は改定前より点数が増えるが、低い区分になる場合は低い点数となった。今後、「処置等」の区分が高い患者の受入促進に取り組む医療機関が増えていくと思われる。

医療区分３の中心静脈栄養の対象患者は広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻、急性膵炎を有する患者または中心静脈を開始してから30日以内の患者に限定となり、これらの患者以外で30日を超えた中心静脈栄養の患者は区分２に引き下げた。ただし、中心静脈栄養は終了後７日間に限り、終了前の医療区分を算定できる。

また、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて栄養管理に係る説明を実

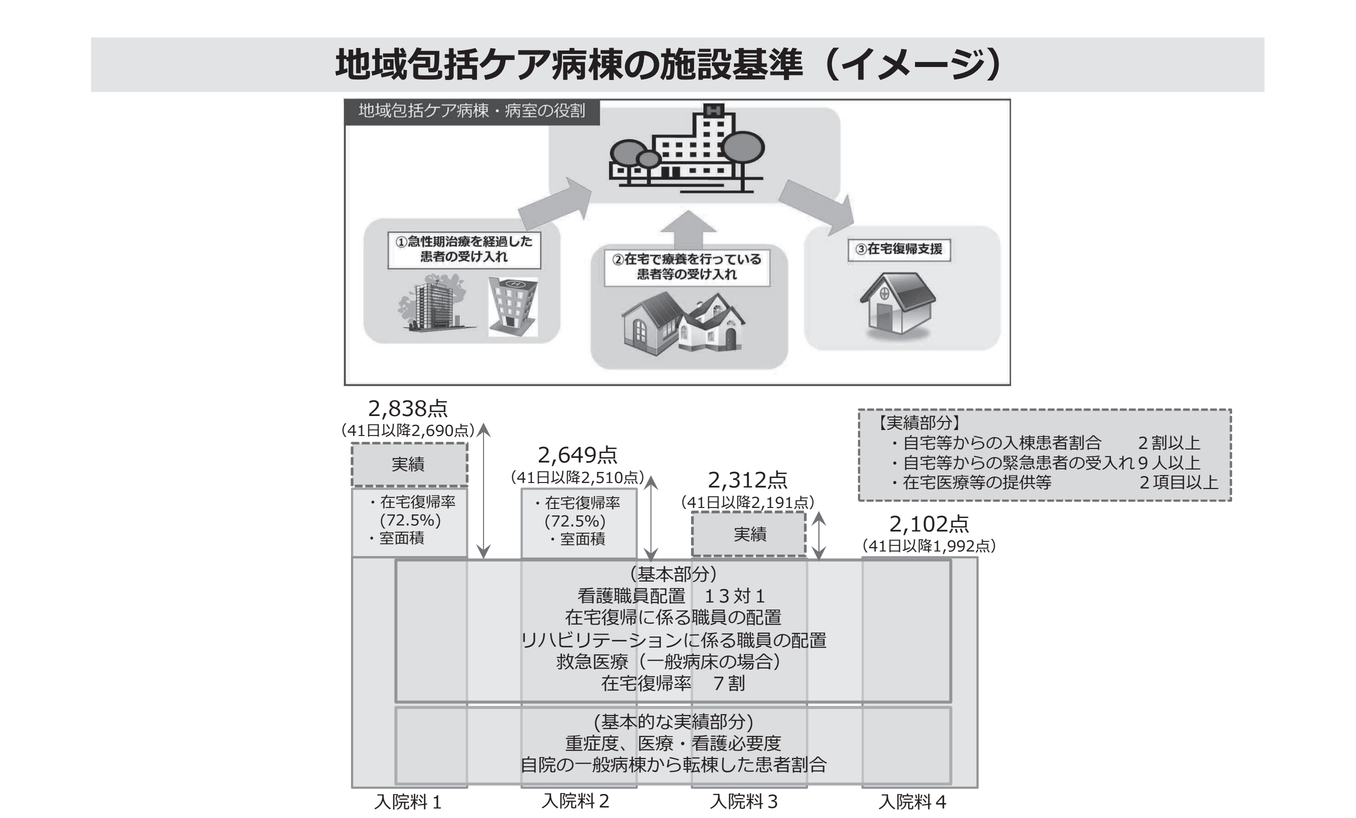


図１

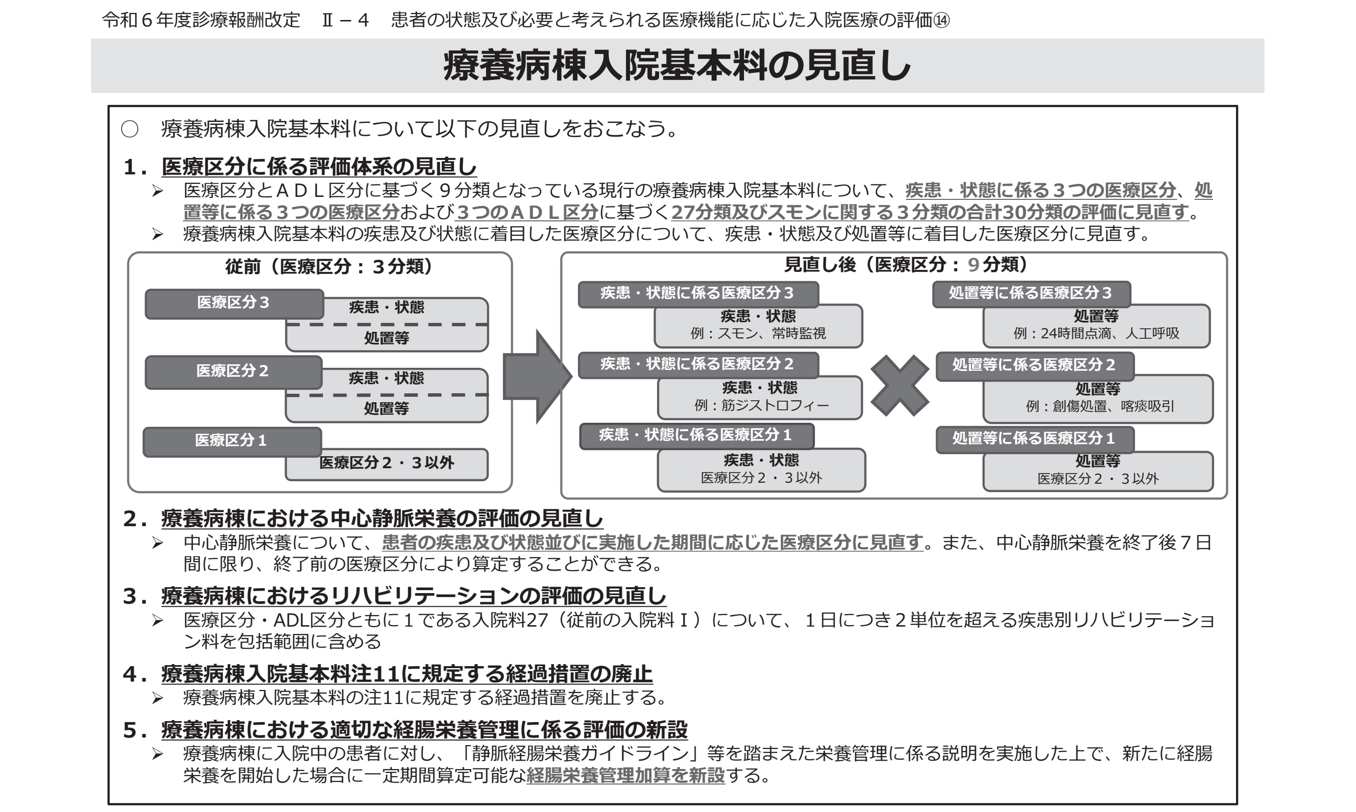


図２

施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に「経腸栄養管理加算」300点が新設された。入院中１回に限り、経腸栄養を開始した日から７日を限度として所定点数に加算する。施設基準は栄養サポートチーム加算を届け出ていること、経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を１人以上配置すること、内視鏡下嚥下機能検査または嚥下造影を実施する体制を有すること。なお、他の医療機関との協力による確保でも差し支えない。

療養病棟入院料の医療区分・ADL区分ともに１である入院料27については、一日につき２単位を超える疾患別リハビリテーション料は包括範囲に含まれた。

療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置は2024年３月31日で廃止されたが、３月末に注11既届病院は「医療区分２・３の患者割合50%以上とみなす緩和措置」については、2024年９月30日までの経過措置が設けられた。看護補助体制充実加算が３区分となった（図２）。

【障害者施設等入院基本料の見直し】

障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料および特殊疾患入院医療管理料において、透析を行う慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価となった。

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法または腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者であって、医療区分２に相当する患者については、下記の病棟区分に従った点数（７対１および10対１入院基本料1,581点、13対１入院基本料1,420点、15対１入院基本料1,315点）で算定する。

重度肢体不自由児（者）等の患者割合の基準を明確にして、従前の「おおむね７割以上」を「７割以上」とし、歴月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動に限り施設基準の変更届が不要とした。また、看護補助体制充実加算が３区分となった。

【特殊疾患病棟入院料の見直し】

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法または腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者であって、医療区分２に相当する患者については、特殊疾患病棟入院料１が2,010点、同２が1,615点で算定する。

重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、従前の「おおむね８割以上」を「８割以上」とし、歴月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動に限り施設基準の変更届が不要とした。

【緩和ケア病棟入院料の見直し】

緩和ケア病棟緊急入院初期加算における事前の文書による情報提供について、ICTを活用して患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がなくても要件を満たすとされた。

能登半島地震での活動を報告

厚科審・健康危機管理部会　新たな情報連携システムを活用

厚生科学審議会健康危機管理部会（脇田隆字部会長）が８月20日に開催された。本部会は例年３月に開かれるが、今年１月１日に能登半島地震が発生したことから開催が見送られていた。能登半島地震における厚生労働省の対応について報告を受けた。

能登半島地震の初動対応では、◇災害派遣医療チーム（DMAT）、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣などによる医療支援◇保険証がなくても医療・介護・障害福祉サービスを受けられる措置の適用など、医療保険等における特例措置◇保健師等チーム・災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）の派遣◇災害時感染制御チーム（DICT）や国立感染症研究所等の感染症専門家による避難所等の感染症対策◇避難所や1.5次避難所における災害派遣福祉チーム（DWAT）および介護職員の派遣◇1.5次避難所に避難している高齢者の県内外の福祉施設への入所調整―などを実施した。

復旧・復興期の支援では、生活の再建に向けた経済的支援として、石川県内の６市町を対象に家財や住宅再建費用を支援する新たな交付金制度の創設などの対応を行った。

また、今回２つの新たな情報連携システムが使われたことも報告されている。

2024年度の本格稼働を予定している「災害時保健医療福祉活動支援システム（D24H）」では、発災直後から避難所の情報を知るために一部の機能を開放。避難所等で活動するDMATや保健師が、ラピッドアセスメントシートの項目に沿って避難所情報を入力し、石川県保健医療福祉調整本部や保健所等の関係者間でリアルタイムに共有することで、避難所の衛生環境改善の取組みにつなげた。

「J-SPEED」では、被災地の医療従事者が用いる災害診療記録を、さらにチームごとに日報として集計した。紙様式の災害診療記録上のチェックボックスをアプリで集計することにより、被災地のニーズの分布と推移が把握可能となった。感染研による感染症の発生状況を分析・把握することにも活用された。

あわせて、2023年度における厚労省の健康危機管理に関する活動状況として、国際保健規則（IHR2005）に基づく活動や、世界健康安全保障イニシアティブ（GHSI）、健康危機管理調整会議の開催状況についても報告された。

2026年度に約25万人、2040年度に約57万人が不足

厚労省　第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数の推計値

厚生労働省は７月12日、第９期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数の推計値を公表した。2026年度の必要数は約240万人、2040年度は約272万人が必要と見込まれ、2022年度の介護職員数である約215万人と比べると、2026年度には約25万人、2040年度には約57万人が不足すると見込んでいる。

介護ニーズの増大に伴い介護職員の必要数は増える。今回の推計では、今後必要になる介護職員の必要数が示された。だが、足下では介護離職が増加しており、現状の介護職員の数を確保するのも厳しい状況だ。人員数に頼らない施策を含め、総合的な対策で、介護現場を持続可能にする必要がある。

介護職員の必要数は第９期介護保険事業計画（2024～2026年度）の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した必要数を集計したもの。

都道府県が推計した介護職員の必要数の合計は、2026年度に240万人、2040年度に272万人となった。2022年度の介護職員数である215万人と比較すると、2026年に25万人、2040年に57万人が不足する（図表）。

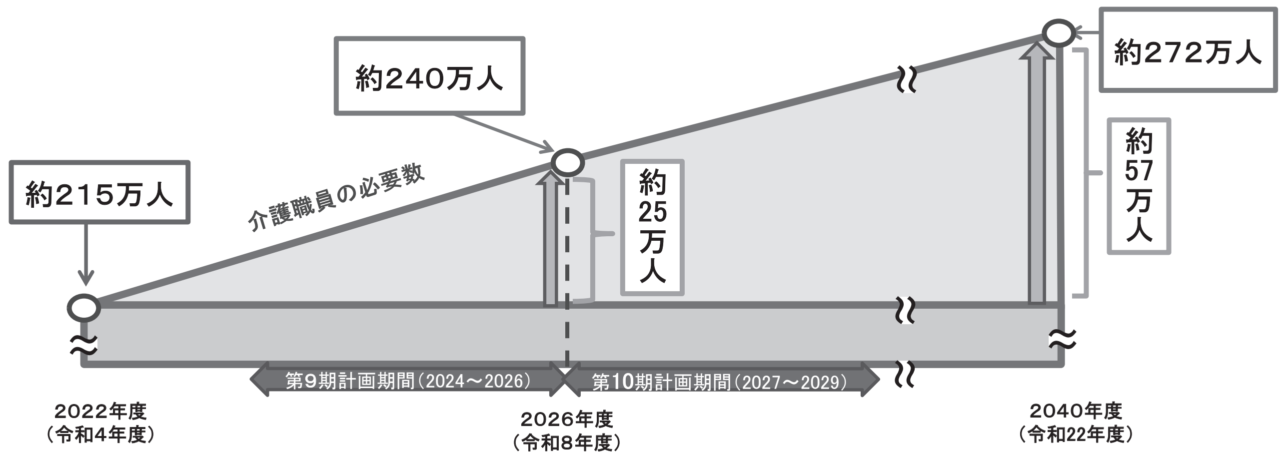
2022年度の介護職員数である約215万人を出発点として、2026年度の必要数である約240万人との差である約25万人を、2022～2026年度で確保しようとすると、１年当たりで約6.3万人の追加的な介護職員の確保が必要になる。2040年度の必要数である約272万人との差である約57万人を、2022～2040年度で確保しようとすると、１年当たりで約3.2万人の追加的な介護職員の確保が必要になる。

なお、介護職員は短時間労働者が多く、常勤換算した従事者数は実人員数よりも少なくなり、2022年度は163万人、2026年度の必要数は182万人、2040年度の必要数は206万人。

第９期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

○　第９期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
・ 2026年度には**約２４０万人（+約２５万人（6.3万人/年））**
・ 2040年度には**約２７２万人（+約５７万人（3.2万人/年））**
となった。　※（）内は2022年度（約215万人）比

○　国においては、①**介護職員の処遇改善**、②**多様な人材の確保・育成**、③**離職防止・定着促進・生産性向上**、④**介護職の魅力向上**、⑤**外国人材の受入環境整備**など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注１）2022年度（令和４年度）の介護職員数約215万人は、「令和４年介護サービス施設・事業所調査」による。
注２）介護職員の必要数（約240万人・272万人）については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第９期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
注３）介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

介護人材確保のため５本柱の対策

厚労省は介護人材確保のための総合的な対策を実施している。その柱は、①介護職員の処遇改善②多様な人材の確保・育成③離職防止・定着促進・生産性向上④介護職の魅力向上⑤外国人材の受入環境整備となっている。

「介護職員の処遇改善」は、介護報酬の介護職員処遇改善加算等などによる累次の対応に加え、2024年２月から５月まで介護職員の収入を月額平均6,000円引き上げた。2024年度介護報酬改定では、処遇改善の措置の活用促進のため、３種類の加算を一本化。2024年度に2.5%、2025年度に2.0%のベースアップに確実につなげるための加算率の引上げを行っている。

「多様な人材の確保・育成」では、◇介護福祉士修学資金貸付や実務者研修受講資金貸付などによる支援◇キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援を行っている。

「離職防止・定着促進・生産性向上」では、◇介護ロボット・ICT等テクノロジーの導入・活用の推進◇介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援◇2024年度介護報酬改定による生産性向上に係る取組みの推進（介護報酬上の評価の新設等）などがある。

「介護職の魅力向上」では、民間事業者によるイベント、テレビ、SNSを活かした取組みを通じて、全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知などを実施している。

「外国人材の受入環境整備」では、◇介護福祉士を目指す留学生等の支援◇介護福祉士国家試験に向けた学習支援◇海外12か国と日本国内で、特定技能「介護技能評価試験」等の実施◇海外向けオンラインセミナー等を通じた日本の介護のPRなどがある。

約5割の病院が外国人患者の受入れを経験

厚労省　2023年度外国人患者受入実態調査を公表

厚生労働省は7月31日、2023年度の医療機関における外国人患者の受入れ実態調査の結果を発表した。回答のあった病院のうち外国人患者の受入れ実績があったのは約5割で、そのうち約2割弱の病院が外国人患者による未収金を経験していたことがわかった。

調査は全国すべての病院と京都府・沖縄県の診療所を対象としている。病院に対してはG-MIS経由で回答してもらい、診療所に対しては厚労省のウェブサイトで調査票をダウンロードしてもらい回答を求めた。

病院の回収率は69.3%（受入体制調査）、63.3%（受入実績調査）、診療所の回収率は34.7%（受入体制調査）、32.7%（受入実績調査）となっている。受入体制調査は2023年9月1日時点、受入実績調査は2023年9月1日～9月30日を調査時期とした。

外国人患者の受入実績では、1か月間に外国人患者を受け入れたのは54.3%で2,813病院。都道府県が選出する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」に限ると、608病院のうち86.2%の524病院で受入れがあった。「JMIP（外国人患者受入医療機関認証制度）またはJIH（ジャパンインターナショナルホスピタルズ）認証医療機関」に限ると、70病院のうち97.1%の68病院で受入れがあった。

受入実績のある病院における外国人患者数は、1か月間で10人以下の病院が最多となっている。

外国人患者に対する体制の整備状況をみると、自院における外国人患者の受診状況を把握していない医療機関が約4割（2,105病院）であった。

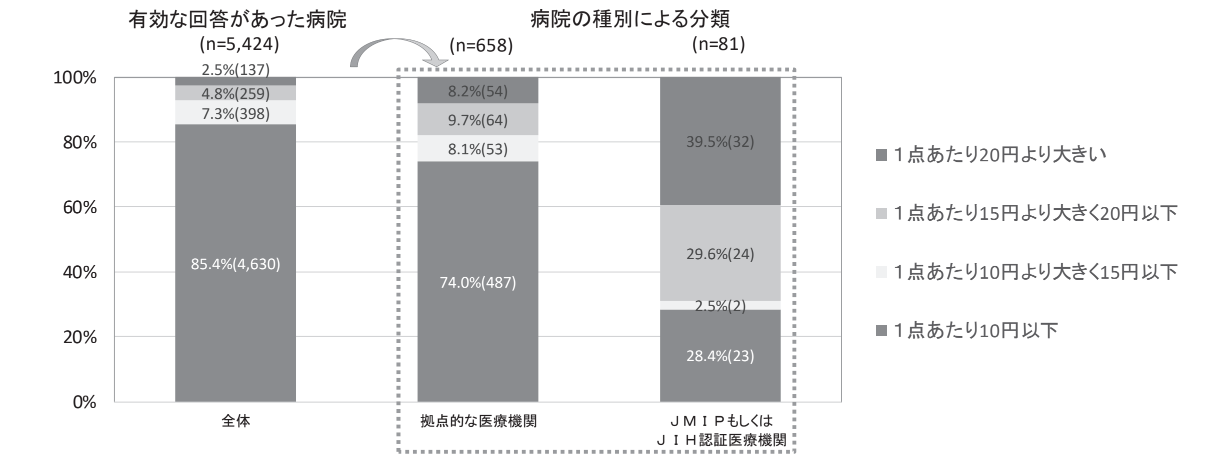
外国人患者受入医療コーディネーターの配置について、回答があった全5,673病院のうち、配置があったのは152病院（2.7%）。拠点的な医療機関では106病院（16.0%）、JMIPまたはJIH認証医療機関では61病院（75.3%）であった。また、外国人患者専門部署の設置率は、拠点的な医療機関では約2割だが、JMIPまたはJIH認証医療機関では7割以上となっている。

多言語対応の整備状況では、2023年度における全国335の2次医療圏のうち、◇医療通訳者が配置された病院がある2次医療圏は139医療圏（41.5%）◇電話通訳が利用可能な病院がある2次医療圏は212医療圏（63.3%）◇ビデオ通訳が利用可能な病院がある2次医療圏は108医療圏（32.2%）◇外国人患者の受入れに資するタブレット端末・スマートフォン端末等を医療機関として導入している病院がある2次医療圏は284医療圏（84.8%）―となっている。

外国人患者に対する自由診療の診療価格は、9割以上の病院が診療報酬点数表を活用した倍数計算により設定している。診療報酬点数表を活用していると回答した5,424病院のうち、1割を超える病院が1点あたり10円を超える診療価格を設定していた。1点あたり10円を超える価格設定をしている医療機関の割合は、拠点的な医療機関では2割を超え、JMIPまたはJIH認証医療機関に限ると約7割であった（左図参照）。

未収金の発生状況（2023年9月1日～30日）をみると、受入れがあった2,813病院のうち、外国人患者による未収金が生じた病院は18.3%で516病院であった。未収金があった病院のうち、病院あたりの未収金の発生件数は平均3.9件、総額は平均49.6万円。1件あたりの未収金額は5万円以下だった場合が約7割と多くを占める。

自由診療における診療価格（診療報酬点数「1点」あたりの請求額）の分布



データ出典：厚生労働省「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」（令和6年3月）　※回答比率（%）は小数点以下第2位を四捨五入しているため合計が100%を上下する場合がある。
分析対象は全病院　5,673機関、拠点的な医療機関　666機関、JMIPもしくはJIH認証医療機関　81機関とする。

期限付き適用された再生医療等製品の価格基準削除が続く

中医協総会　「コラテジェン」に続き「ハートシート」で臨床試験の成績再現できず

中医協総会（小塩隆士会長）は8月7日、期限付きで適用されていた再生医療等製品の「ハートシート」（テルモ株式会社）について、製造販売の承認が与えられず、材料価格基準から削除することが報告された。7月3日には、コラテジェン（アンジェス株式会社）の薬価基準からの削除が報告されており、再生医療等製品で期限付きの承認を受けながら臨床試験の成績を再現できず、承認取消しとなるケースが続いている。

再生医療等製品は、人の細胞を用いることから、個人差を反映して品質が不均一となるため、有効性を確認するためのデータの収集・評価に長時間を要するという問題がある。そこで、一定数の限られた症例から、短期間で有効性を推定し、条件・期限を付して承認。市販後に有効性、さらなる安全性を検証して期限内に再度承認申請を行う期限付き承認制度がある。

「ハートシート」はヒト（自己）骨格筋由来細胞シートで、標準治療で効果不十分な虚血性心疾患による重症心不全の治療を適応症としていた。しかし、テルモ株式会社が承認申請を取り下げる承認整理を7月25日に行ったため、厚生労働省は医薬機審発0725第1号で通知した。これを受け、保医発0725第4号により材料価格基準から削除する材料価格基準等の一部改正を準備している旨が伝えられた。

承認申請取下げに至った理由は、薬事審議会再生医療等製品・生物由来技術部会の審議において、有効性が推定されるとした条件と期限付承認時の判断は否定されないものの、その後実施された臨床研究の結果では、有効性を確認できなかったためである。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、再生医療等製品の期限付き承認制度で、承認取消しが続いたことについて、保険適用のあり方について改めて検討が必要になるとの考えを示した。健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、「再生医療等製品は高額なものが多い」ことを踏まえ、同様に期限付き承認制度のあり方の議論を求めた。

レケンビのPET検査薬の取扱い

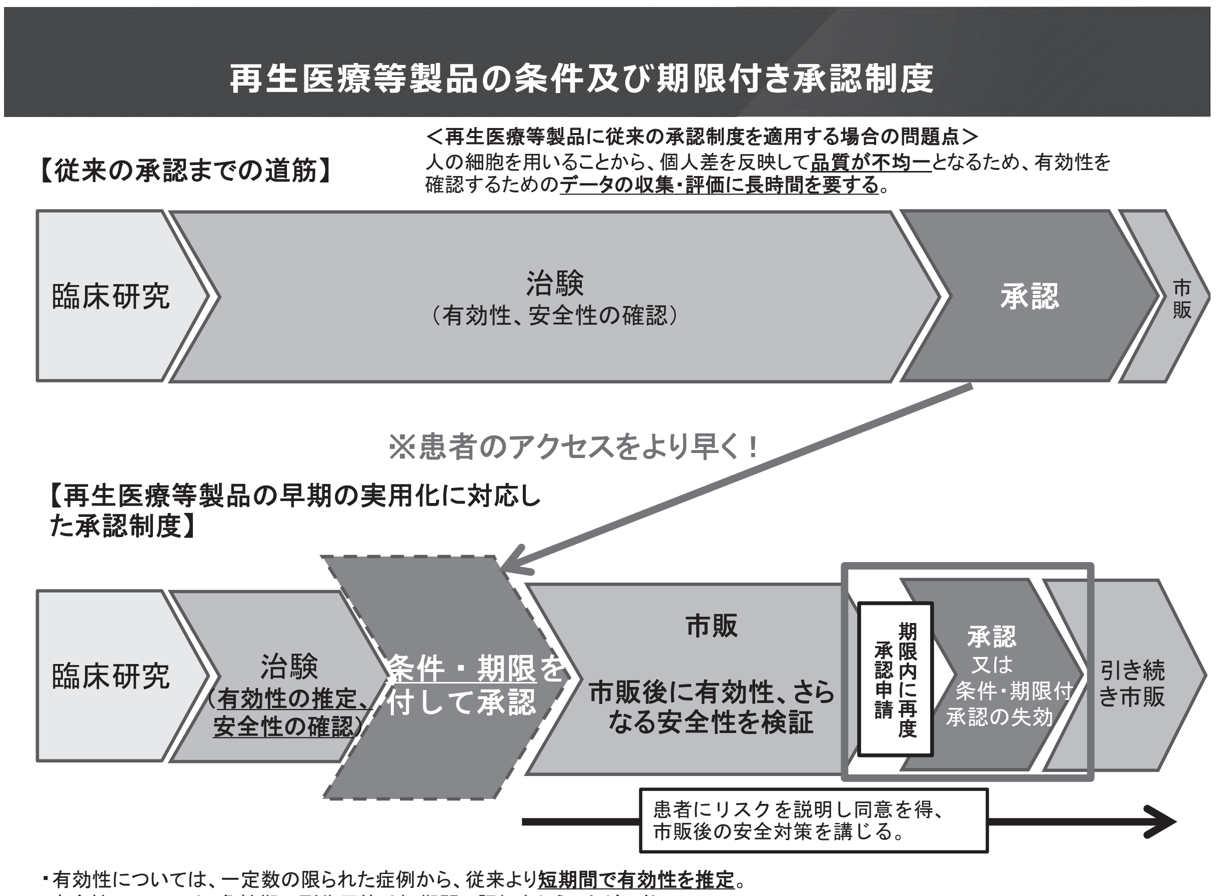
また、認知症治療薬のレケンビ点滴静注で、保険診療における投与可否の判断を行う際に脳内アミロイドベータの測定が必要とされていることを踏まえ、PET検査薬の診療報酬上の取扱いの変更に伴う改正が報告された。

保険診療で使用できる医薬品は、「薬価基準に収載されている医薬品」と「掲示事項等告示別表第3に収載されている医薬品等」と定められている。「掲示事項等告示別表第3に収載されている医薬品等」は薬価が設定されず、薬剤の費用は技術料に包括されている。

一方、2023年12月にアミロイドPETイメージング製剤を用いたPET撮影、放射性医薬品の院内合成装置及びPET検査薬が保険適用となった。PET検査薬は、「掲示事項等告示別表第3」に収載されている。

2024年度診療報酬改定において、保険医療材料等専門組織が妥当と判断したPET検査は、PET検査であっても薬価基準に収載し、技術料とは別に請求することが可能となった。

このことを背景に、PET検査薬（アミヴィッド静注およびビザミル静注）は2024年5月に薬価基準に収載された。これに伴い「掲示事項等告示別表第3」から削除し、所用の記載整備を行う。



・有効性については、一定数の限られた症例から、従来より短期間で有効性を推定。
・安全性については、急性期の副作用等は短期間で評価を行うことが可能。

高齢者の住宅政策の充実が求められる

内閣府　2024年版高齢社会白書を公表

政府はこのほど、2024年版高齢社会白書を閣議決定した。2023年の日本の高齢化率は29.1％で、要介護・要支援認定者も増加。ひとり暮らしの高齢者が増加する中、高齢者の住まいと生活環境に関する意識調査では、医療・介護へのアクセスを重視するとの回答が多かった。調査結果を踏まえ、医療・介護・予防等の切れ目のない支援を目指す地域包括ケアシステムの構築を図るとともに、高齢者向けの住宅の供給等の施策のさらなる充実が求められるとまとめた。

2023年10月1日時点の65歳以上人口は3,623万人（男性1,571万人、女性2,051万人）となり、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は29.1％となった。総人口に占める65～74歳人口は13.0％。75歳以上人口の割合は16.1％となり、65～74歳人口を上回っている。

65歳以上人口と15～64歳人口の比率を見ると、1950年には65歳以上の者1人に対して15～64歳の現役世代が12.1人の比率でいたのに対して、2023年には65歳以上の者1人に対して現役世代2.0人になっている。2070年には、65歳以上の者1人に対して現役世代1.3人になるとの見込みを示した。

また、高齢者の就業者数および就業率は上昇傾向であり、特に65歳以上の就業者数は20年連続で前年を上回っている。年齢階級別の就業率を見ると、2023年の就業率は65～69歳が52.0％、70～74歳が34.0％、75歳以上が11.4％。10年前の2013年からそれぞれ13.3ポイント、10.7ポイント、3.2ポイント伸びている。

2023年における65歳以上の就業者を主な産業別に見ると、「卸売業、小売業」が132万人と最も多く、次いで「医療、福祉」が107万人、「サービス業（他に分類されないもの）」が104万人、「農業、林業」が99万人。10年前と比較すると、「医療、福祉」が63万人増加し、10年前の約2.4倍となっている。

85歳以上は約45％が要介護者

介護保険制度における要介護または要支援の認定を受けた人は、2021年度で676.6万人であり、2011年度から161.6万人増加している。これらの要介護者等は、65歳以上の第1号被保険者の18.9％を占める。

第1号被保険者について、年齢別に要支援・要介護の認定を受けた人の割合を見ると、65～74歳では、要支援認定は1.4％、要介護認定は3.0％、75～84歳では6.2％、12.1％。85歳以上では、13.9％、44.9％と急激に高まっている。

また、65歳以上のひとり暮らしの者は男女ともに増加傾向。1980年には65歳以上の男女それぞれの人口に占める割合は男性4.3％、女性11.2％であったが、2020年には男性15.0％、女性22.1％となり、2050年には男性26.1％、女性29.3％と見込まれている。

約3割が住み替えの意向あり

今回の白書の特集では、内閣府が2023年度に実施した調査結果を踏まえ、高齢者の住宅と生活環境に関する状況や意識、高齢期における住み替えに関する意識について分析を行った。

地域の生活環境について重視することでは、医療・介護へのアクセス（男性57.4％、女性65.0％）や、移動や買い物の利便性（同51.1％、56.8％）をあげる人が多く、特に女性は男性に比べて高かった。この結果を踏まえ、地域で医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築や、地域での日常生活における移動ニーズに対応する施策のさらなる充実を図っていく必要があるとした。

また、60歳以上で住み替えの意向がある人の割合は全体の約3割にのぼった。住み替えの意向をもつようになった理由については、健康・体力面での不安（24.8％）や現在の住宅の住みづらさ（18.9％）、買い物の不便さ（10.2％）や交通の不便さ（9.8％）をあげる人の割合が高かった。住み替えに向けた望ましいサポートとして、住み替え費用の支援、物件や支援制度の情報提供に関する支援、住宅の確保に関する支援等をあげた。

これを受けて、地域の実情に応じて、転居費用の補助や、住み替えに係る相談窓口の整備、高齢者向けの住宅の供給等の施策のさらなる充実が求められるとした。

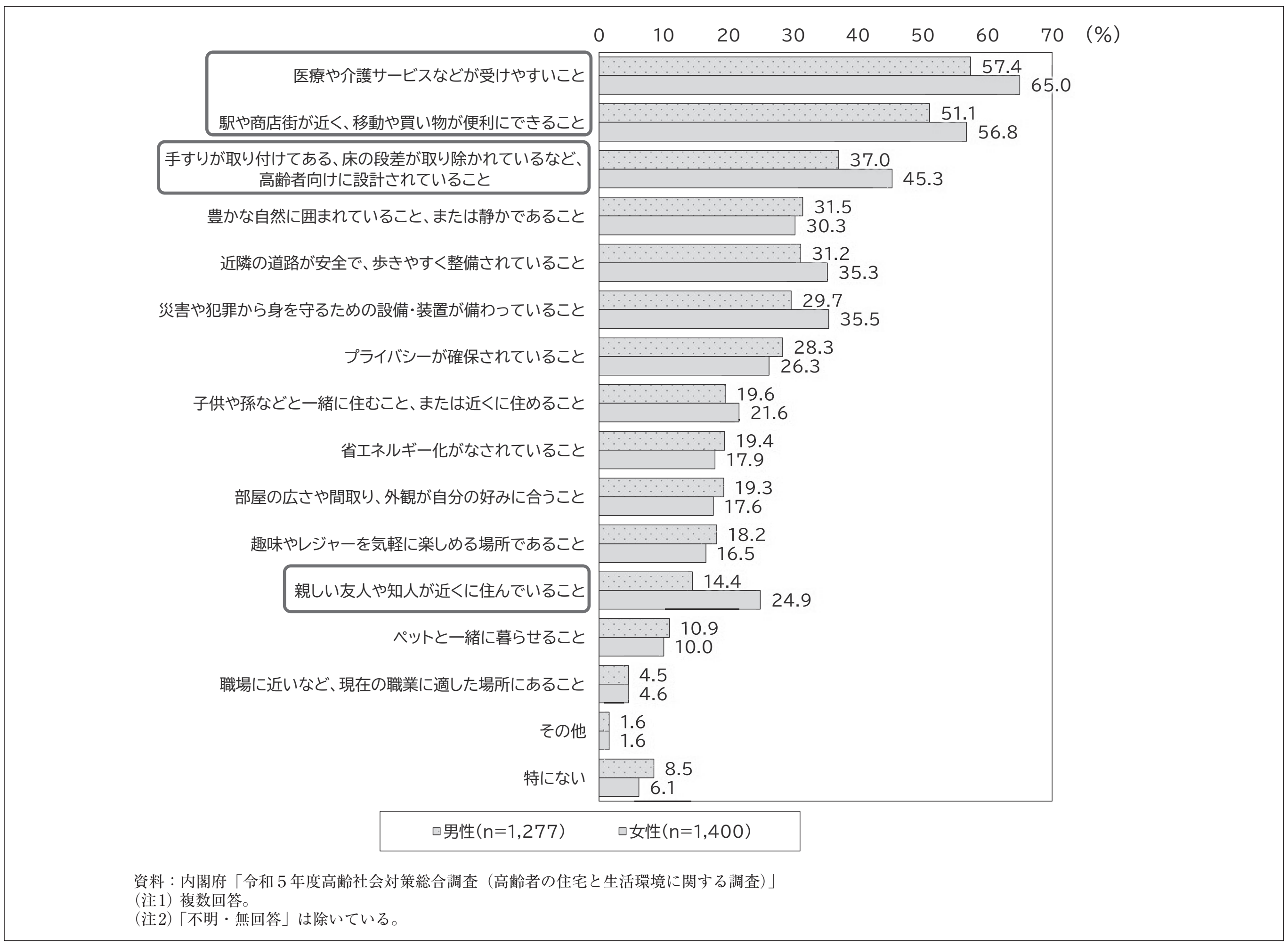


図　住まいや地域の環境について重視すること（性別）

2024年度　第4回常任理事会の抄録　7月20日

【主な協議事項】

●以下の正会員から準会員への会員種別変更を承認した。

北海道　医療法人一誠会はらだ内科内視鏡健診クリニック
理事長　原田　一道
（旧：医療法人社団はらだ病院）

●正会員として以下の入会を承認した。

埼玉県　医療法人社団博翔会桃泉園北本病院
理事長　石黒　陽

埼玉県　医療法人慈公会公平病院
理事長　公平　誠

福岡県　医療法人吉村病院
副院長　吉村　健史

退会が5件あり、正会員は合計2,558会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。

福岡県　公益財団法人ふくおか公衆衛生推進機構ガーデンシティ健診プラザ
所長　松浦　隆志

退会が1件あり、正会員は合計124会員となった。

●賛助会員として以下の入会を承認した。

静岡県　株式会社カナサシテクノサービス
（代表取締役社長　武田孝之）

賛助会員は合計111会員となった。

●利益相反管理委員会および倫理審査委員会の特別委員の交代について審議し、承認した。

●北海道支部および大分県支部の支部長・副支部長退任・交代について審議し、承認した。

●東京都支部事務局の変更について承認した。

●東京都支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中医協　総会、診療報酬改定結果検証部会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会、薬価専門部会」、「社会保障審議会医療部会」、「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」、「新たな地域医療構想等に関する検討会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「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」、「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」、「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。

●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
長野県　千曲中央病院
愛媛県　道後温泉病院
神奈川県　西横浜国際総合病院
兵庫県　神戸マリナーズ厚生会病院
鹿児島県　青雲会病院

◎一般病院2
大阪府　大野記念病院
茨城県　ひたちなか総合病院
千葉県　柏厚生総合病院
福井県　福井県済生会病院
兵庫県　川崎病院

◎一般病院3
千葉県　国際医療福祉大学成田病院

◎リハビリテーション病院
栃木県　宇都宮リハビリテーション病院
神奈川県　牧野リハビリテーション病院
静岡県　聖稜リハビリテーション病院
愛知県　あいちリハビリテーション病院
香川県　橋本病院

◎慢性期病院
大阪府　甲聖会紀念病院
東京都　永生病院
鹿児島県　キラメキテラスヘルスケアホスピタル

◎緩和ケア病院
静岡県　神山復生病院

【3rdG：Ver.2.0】
◎一般病院3
東京都　有明病院

6月7日現在の認定病院は合計2,065病院。そのうち本会会員は849病院と、全認定病院の41.1％を占める。

【主な討議事項】

●全日病におけるサイバーセキュリティ支援策について議論を行った。医療DXに関する委員会を新たに立ち上げ、サイバーセキュリティを含めた検討の場を設ける考えが示された。

平均寿命は男性が81.09歳、女性が87.14歳

簡易生命表　日本は世界の中で男性は5位、女性は1位の長寿国

厚生労働省は７月26日、2023年簡易生命表を公表した。平均寿命は男性が81.09歳、女性が87.14歳となり、男性は0.04歳、女性は0.05歳、前年を上回った。前年を上回ったのは男女とも３年ぶりとなった。

平均寿命の男女差は6.05歳で前年より0.01歳拡大した。男女とも「がん」「新型コロナウイルス感染症」などの死亡率の変化が平均寿命を延ばす方向に働いた一方で、男女とも「老衰」などの死亡率の変化が平均寿命を縮める方向へ働いた。

65歳まで生存する人の割合は、男性が89.5%、女性が94.4%。75歳まで生存する人の割合は、男性が75.3%、女性が87.9%。90歳まで生存する人の割合は、男性が26.0%、女性が50.1%となっている。

出生者のちょうど半数が生存すると期待される年数である寿命中位数は、男性が83.99歳、女性が90.02歳だった。

平均寿命の国際比較は、作成期間・方法の違いにより厳密な比較が困難だが、男性はスイス（82.3歳）、スウェーデン（81.58歳）、ノルウェー（81.39歳）、オーストラリア（81.22歳）、日本とイタリアの順。女性は日本、スイス（85.9歳）、フランス（85.75歳）の順。

ある年齢の人が将来どの死因で死亡するかを計算し、確率の形で表した「死因別死亡確率」をみると、０歳の時点では、男性は「がん」が最も高く、次いで「心疾患」「老衰」「脳血管疾患」「肺炎」の順だった。女性は「老衰」が最も高く、「がん」「心疾患」「脳血管疾患」「肺炎」の順となっている。

65歳では男女とも０歳に比べ「がん」の死亡確率は低く、「老衰」の確率が高くなっている。75歳および90歳ではこの死亡確率の差がさらに広がっている。また、心疾患、脳血管疾患および肺炎で、その死亡確率を０歳、65歳、75歳および90歳の年齢間で比べると、ほぼ同程度となっている。

病院の控除対象外消費税問題の抜本的解決を求める

四病協　2025年度税制改正に向けて16項目の要望を提出

四病院団体協議会は８月23日、厚生労働省に2025年度税制改正要望の重点事項を提出した。控除対象外消費税問題の抜本的解決など16項目の要望を盛り込んだ。要望書では、超高齢社会に突入し医療ニーズに変化が生じていることに対応できる医療体制整備が喫緊の課題であるとともに、医療を取り巻く昨今の状況が、利益率の低い医療機関経営をさらに厳しくしていることを強調。これらに対応する上で、「医業税制が必ずしも医療の実情を踏まえたものになっていない」と訴えた。

具体的には、◇将来の新興感染症にも対応できる医療提供体制◇業務の効率化◇医療DXのための設備投資◇人件費増、光熱費などコスト増などへの対応の必要性をあげた。

特に、物価高騰は建物や医療機器などの設備投資のコストを引き上げ、それに伴い控除対象外消費税の負担も増大することに危機感を表明し、抜本的な解決を求めた。16項目の要望のうち、１番目に掲げたのが「社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決」としている。

要望の内容は、「診療報酬と介護報酬の非課税を見直し、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しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改める」とした。

診療報酬が非課税であるため、医療機関は仕入税額控除を通じた仕入税額の還付を受けることができず、価格転嫁を行うこともできない。このため診療報酬の上乗せによる補てんが行われているが、医療機関種別ごとに補てんの水準にばらつきがあり、高額な設備投資を行った場合などに補てん不足が生じてしまう。

与党の2019年度税制改正大綱では、補てん方式の精緻化によりこの問題を解決しようという方針が示されているが、精緻化には限界があり、「不公平性」は解決しないというのが四病協の主張。将来的に消費税率が10%を超えることが想定される中で、病院の消費税に対しては軽減税率による課税化が必要と考えている。

認定医療法人の優遇税制延長求める

そのほかの要望項目は以下のとおりとなっている。

◇医療機関に対する事業税の特例措置の存続◇賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望◇社会医療法人・特定医療法人・認定医療法人の収入要件における補助金等の収入の取扱いの見直し◇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◇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◇高額医療用機器の特別償却制度の適用期限延長等◇中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大◇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及び固定資産税の軽減措置◇病院用建物等の耐用年数の短縮◇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◇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◇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◇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創設―。

このうち、「賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望」では、税額控除額が法人税額または所得税額の20%を上限としていることについて、上限の緩和を求めた。

政府は医療機関に対し2024・2025年度の２年間で７%（2024年度＋2.5%、2025年度＋4.5%（2023年度比））の賃上げを求めている。しかし、2024年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等と現行の賃上げ税制、医療機関の自主財源では賃上げ目標達成は難しい。特に人件費比率が高く利益率が低い医療機関の場合、税額控除の恩恵を十分に受けることができないため、上限の緩和が必要とした。

2014年度税制改正で創設された認定医療法人に対する相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置については、2026年12月末が期限となっているが、2027年１月以降も延長することを要望した。あわせて相続発生後に移行申請を行う際の申請期限の緩和も要望した。また、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は、再度認定を受けることができる見直しを求めた。

一方、持分のある医療法人に対しては、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の創設も要望項目に入れた。中小企業の事業承継に関しては、「非上場株式等に係る納税猶予・免除制度」が設けられている。

医療法人は2006年医療法改正で持分なしが原則となり、社会医療法人などへの移行が進んでいる。しかし、現状でも７割以上が持分のある医療法人である。持分のある医療法人は決して暫定的な存在ではなく、事業承継せずに消滅してしまうべき存在でもない。むしろ、医療の公共性を考えれば、消滅した場合の損失は営利企業よりも大きいと言える。

これらを踏まえ、持分のある医療法人に対して、中小営利企業と同様の相続税・贈与税の納税猶予・免除制度を創設することを主張した。

「高額医療用機器の特別償却制度の適用期限延長等」では、2024年度が期限の特別償却制度の延長と対象の大幅拡充を要望。現行では１台500万円以上で①高度医療②医薬品医療機器等法の指定後２年以内のいずれかに該当すると12%の特別償却が認められる。

「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」では、建物附属設備、構築物、器具備品、ソフトウェアといった設備投資について、即時償却または税額控除を選択適用できる措置、一定期間の固定資産税（償却資産税）の非課税措置の創設を要望した。

政府は、医療DXの実現に向けて、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化、診療報酬改定DXなどを推進している。医療機関がこれらに対応すると必ず負担が生じる。補助金も交付されているが、設備投資を補完する施策として、税制措置を要望した。省エネルギー効果の高い設備投資を支援する税制措置の要望も行っている。

また、要望項目とはしていないが、来年度以降も継続して検討していく課題として、以下をあげた。

◇新興感染症関係（新興感染症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、消耗品等の支出への税制上の支援措置◇特定医療法人関係（特定医療法人の存続と要件の緩和）◇訪日外国人向け医療提供体制関係（社会医療法人、特定医療法人、認定医療法人の診療単価の制限緩和）。

■ 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
医療安全管理体制相互評価研修会 60名	2024年10月６日（日） 全日病会議室	16,500円（22,000円）（税込）	全日病が出版している「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際 第２版」をテキストに、評価の実務を想定した１日コース。講義は事前にWEBで視聴し研修当日はグループワークが中心。「医療安全対策地域連携加算１、２」を取得している病院だけでなく、これから同加算の取得を考えている病院も対象としている。
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	2024年10月10日（木） 全日病会議室	23,100円（税込）	参加者には、「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」受講認定証を発行する。対象者は、全日病の「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」の受講修了者が望ましい。ただし、どなたでも参加できる。
医師事務作業補助者研修	2024年６月12日（水）～ 2025年５月31日（土） e-ラーニング研修の配信期間	27,500円（税込） （１アカウント・90日間有効）	本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル11階／TEL（03）5283-7441／FAX（03）5283-7444