



全日病 NEWS

2024.9.15 No.1063

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

病院経営が維持できる地域医療構想の策定を要望

新たな地域医療構想等検討会 医療提供体制の基本的な考え方と方向性了承

厚生労働省は8月26日、新たな地域医療構想等に関する検討会(遠藤久夫座長)に、目指すべき医療提供体制の基本的な考え方と方向性の案を提示。構成員から概ね賛同を得た。年内のとりまとめに向け、今後は入院・外来・在宅医療、介護との連携など各論の議論に入る。

全日病会長の猪口雄二構成員や日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一構成員は、基本的な考え方・方向性に賛意を示した上で、現状で病院の経営が危機的な状況にあることを強調した。

猪口構成員は、「2040年までに診療報酬・介護報酬等同時改定は2回しかない。目指すべき医療提供体制に向けて我々も努力するが、病院のエンジンになるのは診療報酬・介護報酬である。医政局は保険局、老健局としっかり連携し、こういうビジョンで動かすのであれば、どうすれば動くのかということを引きちんと考えることが重要になる。本当に病院の経営は厳しいので、何とかしてほしい」と訴えた。

また、確実に医療従事者の確保が困難になる中で、医療DXなどを活用し、医療・介護の質を落とさず、効率化が図られている場合は、人員配置などを規定している施設基準の考え方を見直しが必要と指摘した。

伊藤構成員も「病院経営は現場感覚で非常に危機的な状況だ。このままでは医療を提供するプレイヤーがいなくなる。医療機関が存続できる対策を新たな地域医療構想に取り入れることを積極的に考えてほしい」と要望した。

なお、同日の資料では、病院の経営状況が示されている。病床利用率は一般病床、療養病床ともに20年以上前から低下傾向にあり、2022年では一般病床で69%、療養病床で85%。医業利益率は一般病院、療養型病院、精神科病院ともに2020～2022年に悪化してい

る。ただ、新型コロナウイルス感染拡大の影響が大きく、足下の状況が把握できていない。一般病院では2020年と2022年はマイナスの収支である。2023年以降のデータが示されていないので、構成員からは早期に最新データを把握して報告してほしいとの要望があった。

新構想の課題を大きく3つに整理

基本的な方向性(下表)にあるように、現行の地域医療構想は「病床の機能分化・連携」を目指した構想だが、新たな地域医療構想は「入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む医療提供体制全体の課題解決を図るため」の構想となる。

課題は大きく3つに集約される。①地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想②今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築③限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現一である。

基本的な考え方では、もう少し具体的に課題を列挙している。例えば、「増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なりハビリを適切に提供し、早期に生活に戻れることを目指す」ということがある。

健康保険組合連合会専務理事の河本滋史構成員は、「ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なりハビリを適切に提供」することに関して、診療報酬における地域包括ケア病棟や2024年度診療報酬改定で創設された地域包括医療病棟の役割に期待した。

日本看護協会常任理事の吉川久美子構成員は、日本看護協会が認定する看護師が高齢者施設に介入することにより、誤嚥性肺炎など高齢者の軽症患者の入院が減少するなどの効果が確認で

きていると報告。「高齢者施設で入所者の状態悪化を防ぐための支援が重要であり、(高齢者救急に至らせない)在宅や高齢者施設の対応力強化が必要になる」と指摘した。

在宅医療については、需要増を前提に、「必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携により24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の提供を目指す」としている。

猪口構成員は、「在宅医療の提供体制は地域によりだいぶ異なる。例えば、都会では十分な数の医師を集めた在宅専門の診療所がすでに乱立していて、十分な供給体制になっている。一方、地方ではそのような診療所はなく、少数の医師が属する数少ない診療所に対応しなければならない状況にあり、大変厳しい。在宅といっても居宅と施設系では異なる。これらを踏まえて、いくつかの類型を示して、地域診断を行い対応する必要がある」と述べた。

また、特に在宅医療に関して、ACPに言及。「言葉としては広がっているかもしれないが、どこまで浸透しているかは疑問に感じる。今後85歳以上の高齢者が急増する中で、医師が常駐していない特別養護老人ホームなどでACPをどのように活用していくかは大事なポイントになる」と強調した。

その他、基本的な考えでは、「医療の質やマンパワーの確保」のため、「必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す」考えも明示した。

特に過疎地においては、「人口減少や医療従事者の不足が顕著になる中で、地域で不可欠な医療機能(日常診療や



初期救急)について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す」とも示した。

現行の地域医療構想の目標に近づく

現行の地域医療構想の評価については、2023年度の病床機能報告集計で、全体の病床数が2025年の目標に近づいていることが確認されている。具体的には、病床の機能分化・連携を進めないと152万床になると推計された病床数の伸びが、2025年で119万床程度に収まる見通しとなっている。

地域医療構想策定時に想定した病床数の伸びを抑制するための手段は3点。①一般病床のC3未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とする②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とする③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組みを推進する一であった。

①の一般病床のC3未満患者の病床数は、機能分化を進めない場合の推計値(11.8万床)から64%減で4.3万床になった。「C3未満」とは、診療報酬の医療資源投入量が175点未満の患者。在宅等でも実施できる医療資源投入量が225点とされ、退院調整等を考慮し175点を境界点数とした。一般病床においては、経年的に在院日数が縮減しているなど、医療資源投入量の低い長期入院患者の減少が確認されている。

②の療養病床の医療区分1は、診療報酬の療養病棟入院基本料の患者区分であり、特定の医療行為が行われていない患者に分類される。累次の診療報酬改定により、医療区分1の患者入院が療養病床では難しくなっている状況に加えて、介護医療院が創設され、医療区分1以外の患者入院が少ない療養病床は介護医療院に移行している。医療区分1の患者の病床は12.5万床から3.0万床に76%減となった。

③の療養病床の入院受療率の地域差解消は、医療区分1以外の慢性期病床の減少とし、当初の推計値(▲11.9万床)に近い▲11.3万床となっている。

これらに対し、奈良県立医科大学教授の今村知明構成員は「医療機関の努力の結果だ。目標に近づいていることをもっと声高に強調してほしい」と述べた。国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰構成員は「減少分の患者が実際にどこに行ったのか。もう少し分析することが新たな構想を考える上でも重要」とした。

新たな地域医療構想の基本的な方向性(案)

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

本号の紙面から

医療部会が医師偏在対策議論	2面
2025年度厚労省概算要求	3面
全日病が群馬県で夏期研修会	4面

規制的手法を含めて医師偏在対策を検討

社保審・医療部会

2024年末までに総合的な対策パッケージをまとめる

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は9月5日、厚生労働省が8月30日に「近未来健康活躍社会戦略」として公表した「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案」をめぐり議論を行った。総合的な対策パッケージは2024年末までに決定する。全日病副会長の神野正博委員は、規制的手法を含め実効性のある医師偏在対策に対する期待を示した。

一方で神野委員は、検討項目が多く、検討時間も少なく、これまで関係者の合意が難しく手を付けてこなかった対策の検討も含まれていることから、実効性のある対策にならない可能性に懸念を示し、厚労省側の姿勢を確認した。厚労省の担当官は、「年内にまとめるべく検討を進める」と力を込めた。

神野委員は、他の委員の意見も踏まえ、総合的な対策パッケージを実行した場合の効果として、例えば、「大都会の診療所の開業が減少すること」、「美容医療に携わる医師が減少するこ

と」が評価指標になり得ると指摘した。

保険医の取扱い含めた規制的手法

医師偏在対策については、骨太方針2024(6月21日閣議決定)で、「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため」に、検討が必要な対策を列挙した上で、「総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する」と明記した。

これを踏まえ、8月30日に厚労省として「近未来健康活躍社会戦略」を公表し、骨子案として、3つの対策を柱に医師偏在是正の取組みを推進する考えを示した。3つの対策は①医師確保計画の深化②医師の確保・育成③実効的な医師配置とした。それぞれの対策に対し、具体的な方向性を示した。

9月5日には、医療部会開催に先立ち、厚労省の医師偏在対策推進本部の初会合を開催。武見敬三厚労大臣を本部長とし、厚労省の関係部局の幹部が出席した。武見厚労大臣は、「医師の

偏在対策はもはや待ったなしの課題であり、この解消なしに国民皆保険制度を維持することはできないとの切迫感をもっている」と強調。「私が本部長として全体の指揮をとり、医師偏在の解消を実現すべく具体的な検討を加速化させる」と述べ、「関係部局が一丸となって横断的かつ戦略的に取り組む」と発言した。

初会合では、骨子案に対する主な論点も示されており、医療部会ではこれらの経緯を踏まえた議論が行われた。

3つの対策(下の表)のうち、「医師確保計画の深化」では、現状の都道府県の医師確保計画について、都道府県における医師偏在是正プランの策定と国における重点的な支援対象区域の選定をあげている。第8次医師確保計画(後期)の実施が2027年度であり、計画を強化する考えだ。主な論点(下の表)では、都道府県の主体的な取組みと、国によるサポートの仕組みが必要としている。



2つ目の対策の「医師の確保・育成」では、必要に応じて法改正が必要な規制的手法が3つ取り上げられた。

その1つが、「医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大の検討」であるが、委員からは、否定的な意見が多かった。

例えば、「若い医師で(公立病院の)院長になりたいと思う医師は少ない。医師少数区域等の勤務経験を認定されることがディスインセンティブになってしまう可能性すらある」(福岡英雄委員・国立病院機構名管理理事長)、「民間病院も後継者選びが大変で、病院を管理できる能力のある医師はあまりいないのが現状。そこに医師少数区域等の勤務経験という条件を課してしまうというのは筋が悪い話だ」(加納繁照委員・日本医療法人協会会長)などの意見が出た。

法改正が必要な規制的手法としてはほかに、「外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の検討」がある。

保険医制度における取扱いは、日本医師会の医師偏在の考え方(8月21日)に具体案が示されており、「保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める」という提案となっている。

背景には、美容医療など自由診療を行う若手の医師が増えている実態がある。委員からは、職業選択の自由という観点があるものの、医師の業務は公益性が高く、多額の公的資金が投入されており、一定の規制は許容されとの意見が複数の委員からあった。

そのほか「医師の確保・育成」の対策では、「臨床研修の広域連携型プログラムの制度化」、「中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育」、「医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討」がある。

リカレント教育については、2025年度予算案の概算要求に盛り込まれた。「臨床研修の広域連携型プログラムの制度化」については、医師がキャリアパスを経る上で、複数の臨床現場に携わり、症例経験を含め様々な経験を得ることができる観点で、賛意を示す意見が複数の委員からあった。

「実効的な医師配置」については、地域医療介護総合確保基金等による財政措置として、「重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等の検討」が盛り込まれた。また、「大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討する」としている。

病院の経営支援に基金活用要望

同日の医療部会では、「新たな地域医療構想等に関する検討会」の検討状況の報告があった。神野委員は、2点を指摘。まず、医療機関の厳しい経営状況を強調。「地域に必要な医療を提供している医療機関」に対しては、地域医療介護総合確保基金による支援を行うことを要望した。次に、新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療、介護との連携等でも医療ニーズを量として示し、地域協議の場で活用できるデータとすることを求めた。

医師偏在是正に向けた総合的な対策

近未来健康活躍社会戦略
(令和6年8月30日厚生労働省)

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➤ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

<総合的な対策パッケージの骨子案>

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始
②医師の確保・育成	◆医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行
	◆臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム 作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
	◆中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。		リカレント教育事業開始	
③実効的な医師配置	◆医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。		医師少数県の臨時定員地域枠の拡充	
	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。		地域医療介護総合確保基金等 による財政措置	
	◆大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と 協議、パートナーシップ のプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

令和6年9月5日 第1回厚生労働省
医師偏在対策推進本部資料より

主な論点

- 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組む、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - 医師の確保・育成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成課程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされている。
- 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域(都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域)における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

2025年度概算要求額は34兆2,763億円で過去最高

厚労省 薬価の中間年改定を含め、予算編成で社会保障抑制策を検討

厚生労働省は8月28日、2025年度政府予算案の概算要求を公表した。要求額は34兆2,763億円となり、対前年度比4,574億円増で、過去最大となった。大部分を占める年金・医療等に係る経費は32兆4,375億円で同3,677億円増だが、最近の傾向と比べると低い水準。一方、重点施策に対し多くの予算を振り分ける重要政策推進枠には1,508億円を要望した。

物価高騰対策や賃上げ環境整備対応などの重要政策は、概算要求段階では要求額を定めない事項要求とし、今後の予算編成過程において検討する。

6月に閣議決定した2025年度予算案の基本方針では、年金・医療等に係る経費、いわゆる自然増を4,100億円とした。年金・医療等に係る経費は高齢化に伴い必然的に増加するので自然増として認められている。2025年度は団塊の世代がすべて75歳を超え、対前年度比での伸びが鈍化するため、最近の傾向よりも低い金額となった。

ただ、4,100億円がそのまま認められるわけではない。子ども・子育て政

策の財源を賄うため支援金を創設するが、それによる国民負担を発生させないことが政府方針となった。このこともあり、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」などを踏まえ、社会保障費はさらに抑制する方向にある。今後の予算編成の中で、自然増を圧縮する歳出抑制の具体策が議論される。

薬価の中間年改定の実施の是非や実施方法についても、予算編成過程で検討する。また、「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」に基づく社会福祉施設等の耐震化等についても、予算編成過程で検討する。

なお、年金・医療等に係る経費の伸びが3,677億円で4,100億円を下回るのには、子ども・子育て政策の内閣府予算で400億円増を計上するためだ。

医療提供体制確保のための予算要求

2023年度厚労省予算案における重点要求の3本柱は、「全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築」、「持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進と多

様な人材の活躍促進」、「一人一人が生きがいや役割を持つ包摂的な社会の実現」となっている。

病院に関係する予算の多くは、「全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築」に含まれる。このうち、「医療・介護におけるDX、地域医療・介護の基盤強化の推進等」は対前年度比で157億円増の358億円、「医師偏在対策・地域医療構想・かかりつけ医機能等の推進」は同37億円増の915億円、「地域包括ケアシステムの推進」は同57億円増の2,531億円、「救急・災害医療体制等の充実」は同12億円増の122億円である。

医療DX関連の新規・推進枠の事業では、診療報酬改定DXの施設基準の届出の電子化推進(6.0億円)や医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業(3.5億円)、医療安全のさらなる向上・物流DXの推進に資する製品DBの構築事業(1.9億円)などがある。

病床の機能分化・連携や在宅医療等の推進、医療従事者等の確保、勤務環境の改善などのため、地域医療介護総

合確保基金(医療分)には、対前年度同額の733億円を要望した。

かかりつけ医機能の制度整備の関連では、総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業について、予算拡充(3.0→5.6億円)を推進枠で要望した。新規の推進枠では、かかりつけ医機能研修事業(2,000万円)を要望。医療関係団体に対し、研修体制の整備などにかかる経費の補助を行う。かかりつけ医機能報告の制度運営では、対前年度比同額の7,500万円を要求し、調査・検証や資料作成、説明開催などを行う。

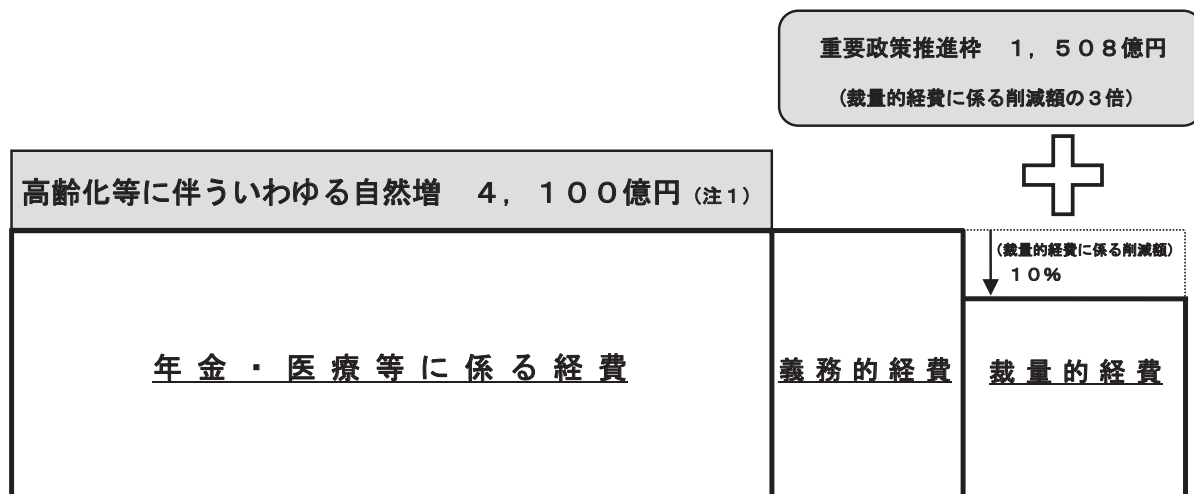
かかりつけ医機能報告制度を含めた医療機能情報提供制度の全国統一システムの運用・保守・改修等の経費は前年度の2.1億円から19億円の大幅増を推進枠として要望。かかりつけ医機能報告においては、医療機関が報告をG-MIS(医療機関等情報支援システム)で行えるようにする。

医師の働き方改革関連では、新規の推進枠で「医師の働き方改革普及啓発事業」(1.5億円)として、インターネットの動画放映やポスターの作成などを実施する。同様に、新規の推進枠で「医師の働き方改革にかかる地域医療への影響等に関する調査事業」として、8,100万円を要望した。「在宅領域におけるタスク・シフト/シェア促進事業」(3.4億円)の推進枠の要望もある。

救急災害医療等の関連では、「救急現場に出動するドクターカー活用促進事業」として9,000万円を推進枠で要望した。救命救急センターに対して、ドクターカーの導入・運用に必要な経費に対する財政支援などを行う。新EMIS(広域災害・救急医療情報システム)は前年度比倍増の3.4億円を要求。ユーザーインターフェイスの向上やデータを収集・分析する機能の充実、他システムとのデータ連携方法を確立した新EMISの利用料としている。

災害医療関連では、災害派遣医療チーム(DMAT)体制整備事業として、前年度の8.0億円の拡充で9.2億円を推進枠として要望する。国立病院機構本部や兵庫県災害医療センターにおいて、DMAT隊員養成研修や災害等危機管理専門家養成コースなどを実施する。災害派遣精神医療チーム(DPAT)体制整備事業でも、前年度の6,400万円の拡充で6,900万円を推進枠として要望する。委託事業者がDPAT隊員養成研修や事務局運営などを実施する。

令和7年度 厚生労働省予算概算要求のフレーム



注1 他府省所管予算に係る増加額400億円を含む。

注2 消費税率引上げとあわせ行う社会保障の充実及び「新しい経済政策パッケージ」で示された介護人材の確保については、消費税収、地方消費税収並びに重点化及び効率化の動向を踏まえ、予算編成過程において検討する。

また、過去の年金国庫負担繰り延べの返済などについても予算編成過程で検討する。

注3 物価高騰対策、賃上げ促進環境整備対応等を含めた重要な政策については、必要に応じて、「重要政策推進枠」や事項のみの要求も含め、適切に要求・要望を行い、予算編成過程において検討する。

世帯の等価所得と野菜摂取量や喫煙率に有意な関連

厚労省 2022年国民健康・栄養調査の結果を公表

厚生労働省は8月28日に2022年国民健康・栄養調査の結果を発表した。世帯の等価所得と生活習慣等に関する状況を調査し、等価所得600万円以上の世帯は200万円未満の世帯と比較して、野菜摂取量や喫煙率で有意な関連があることがわかった。

健康増進法に基づき、国民の身体状況、栄養素等摂取量および生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として調査するもの。新型コロナウイルス感染症の影響により、2019年以降3年ぶりの調査実施となった。2022年11月から12月にかけて、2,910世帯から集計した。

今回調査では、世帯の所得を世帯員数の平方根で割って調整した等価所得別に、世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯は①200万円未

満(対象総数の22.0%)、②200万円以上400万円未満(同30.2%)、③400万円以上600万円未満(同19.3%)、④600万円以上(同28.5%)で区分した。

野菜摂取量の平均値は、①が男性251.3g・女性241.2g、②が男性276.3g・女性259.6g、③が男性277.0g・女性253.4g、④が男性286.3g・女性268.7g。男女ともに600万円以上の世帯員と比較して、200万円未満の世帯員で有意に少ない。

現在習慣的に喫煙している者の割合は、①が男性30.3%・女性9.9%、②が男性27.6%・女性4.9%、③が男性18.5%・女性4.1%、④が男性18.6%・女性3.3%。男女ともに600万円以上の世帯員と比較して、200万円未満の世帯員で有意に高く、男性は200万円以上400万円未満の世帯員でも有意に高い。

BMI25.0以上の肥満者の割合は、①

が男性34.7%・女性25.9%、②が男性31.1%・女性19.7%、③が男性35.5%・女性23.3%、④が男性34.0%・女性13.4%。男性はほぼ同じ割合である一方で、女性は600万円以上の世帯員と比較して、200万円未満、200万円以上400万円未満および400万円以上600万円未満の世帯員で有意に高い。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響についても、20歳以上の男女を対象に調査を行った。

体重について、「増えた」と回答した者の割合は、男性13.2%、女性16.7%。「減った」と回答した者の割合は、男性7.4%、女性8.1%となった。

1週間当たりの飲酒の日数について、「増えた」と回答した者の割合は男性2.7%、女性1.6%、「減った」と回答した者の割合は男性6.2%、女性4.9%となった。

一方、基本項目については例年通りのトレンドが続いた。

20歳以上の肥満者の割合は男性31.7%、女性21.0%。女性は有意な増減が見られないのに対し、男性は直近10年間で有意に増加している。

糖尿病が強く疑われる者の割合は、男性18.1%、女性9.1%となった。

最高血圧の平均値は男性131.4mmHg、女性125.5mmHg。最高血圧が140mmHg以上の者の割合は、男性28.9%、女性21.1%。2019年と比較して、140mmHg以上の割合は、男性では有意な増減は見られないのに対し、女性では有意に減少している。

血清総コレステロール値が240mg/dL以上の者の割合は男性13.4%、女性24.8%で、直近10年間で男女とも有意に増加。血清non HDLコレステロール値の平均値は男性142.7mg/dL、女性145.9mg/dLで、直近10年間で男女とも有意に増加している。

古代と、現代の経営から病院を維持するためのヒントを探る

夏期研修会 「巨大古墳の時代」と「イノベーション」のテーマで講演

全日病は8月25日、群馬県支部(美原盤支部長、副会長)の主催で、夏期研修会を開催した。テーマは「群馬県から発信された古代、そして現代の経営のあり方から病院運営のヒントを探る」。「古代」については、若狭徹・明治大学教授が「巨大古墳の時代」と題して「倭国の対外活動と東国豪族」を副題に、東日本で最も大きい太田天神山古墳(群馬県)の意味などを語った。「現代の経営」については、アップルの元本社副社長の福田尚久・日本通信株式会社代表取締役社長が「イノベーション」と題して「壊す勇気と覚悟」を副題に、経営者に必要な資質を伝えた。

前方後円墳はヤマト王権の影響の証

古墳時代は3世紀中頃から6世紀末で、ヤマト王権を中心に祭祀や墓制が統一され、前方後円墳を共有する連合体ができた時代とされる。水上交通と陸上交通のネットワークの中で、南は現在の鹿児島県、北は現在の岩手県までその体制は及んだ。若狭氏によると、古墳時代はヤマト王権の影響力が及ぶ「広域政治・経済・宗教連合」の安全保障体制であったという。

古墳は王の死後ではなく、生前に着工する地域集団の意識結集・再配分の

装置であるようだ。当時、前方後円墳の多くは海上からその姿を眺めることができたこととされ、巨大な人工物の外観を見せつけることで、「王権の存在」という権力の所在を明らかにする意味を持った。群馬県にある太田天神山古墳は海に接していないが、利根川の上流域にあり、河川ネットワークがあったと考えられる。

日本書紀では、東国豪族の対外活動を確認できる。現在の群馬県は東日本で前方後円墳が最も多く見つかっている場所である。当時の呼び名である上毛野の豪族の中に、「將軍」として蝦夷を攻めた人物や唐・新羅連合軍と朝鮮の白村江の戦いに参加した人物がいたことを資料により確認できる。その豪族の中に太田天神山古墳を増築した人物が存在した可能性が高い。また、5世紀末に上毛野では、朝鮮半島から馬を輸入し国産化。繁殖に成功し、群馬県の名称の由来となった。

30年先の工程表を作ることを優先

福田氏はアップルが経営危機に見舞われていた時期にその危機をどう克服したかについて語った。1996年頃、パソコン市場はマイクロソフトのウィンドウズにほぼシェアを奪われていた。

資金繰りも厳しく絶体絶命の状況にあったという。そのような状況で、ステイブ・ジョブズ氏が行ったことは、30年先の事業のビジョンを明確にする工程表を作ることだった。

資金繰りの確保という目の前の課題よりも長期の工程表を作ることを優先させたことは、結果的にイノベーションを生み出した。当時の幹部は優先順位の立て方に反対したが、ジョブズ氏はリーダーとして周囲の反対にかかわらず断行した。資金繰りについては、マイクロソフトから融資を受けられたという。アップルが倒産すればウィンドウズがパソコン市場を独占してしまい政府により事業分割される恐れがマイクロソフト側にあったためだ。

そこからアップルの躍進が始まる。30年先の工程表を作る必要があったのは、「現在の状態」と「ゼロベースで考えたあるべき姿」に大きな隔りがあるからだ。現在の状態を壊さないと、あるべき姿は実現できないと福田氏は強調した。みんなが賛成するまで待つと「too late」になる。反対者がいても決断し実行するリーダーが不可欠という言葉も説得的だった。リスクを取りそれに見合う報酬が支払われる。

悪い例も紹介された。例えば、「問



若狭徹氏



福田尚久氏

題を先送りして早急な決断を避ける」、「1人の判断でできるところにも3人の承認を求める」、「何事をするにも『通常のルート』を通す」といったことだ。会場からは頷きの反応が広がった。

福田氏は現在、前橋市アーキテクトでもある。自助型の未来都市を実現するため、利便性とコミュニティの価値をバランスさせる取組みを行っている。

医療・介護DXに関連した税制改正などを要望

厚労省 2025年度税制改正要望を厚労省が公表

厚生労働省は8月28日、2025年度税制改正要望を公表した。健康・医療関連では、新規・拡充の要望として、◇医療・介護DXの推進に伴う税制上の所要の措置◇医薬品・医療機器等の規制に関する制度の見直しに伴う税制上の所要の措置がある。延長要望では、「医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度の延長等」がある。国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、たばこ税の税率引上げも盛り込んでいる。

「医療・介護DXの推進に伴う税制上の所要の措置」では、「医療介護のデータ活用の方針及び基盤整備、システム開発・運用主体のあり方等について、社会保障審議会等での検討結果等を踏まえて、税制上の所要の措置を講ずる」としている。

検討を行っている事項としては、◇全国医療情報プラットフォームの構築及び同プラットフォームで共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二次利用する環境の整備◇医療介護の公的データベースのデータ活用の促進◇社会保険診療報酬支払基金の改組としての医療・介護DXを推進するための体制整備一がある。

「医薬品・医療機器等の規制に関する制度の見直しに伴う税制上の所要の措置」は、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の議論により、税制改正が必要となる見直し事項が生じる可能性があることから、要望している。

具体的には、「ドラッグロスや供給不足などの医薬品等へのアクセスの課題に対応した安全かつ迅速な承認制度の確立」や「新技術による医薬品等に

も対応したリスクに基づく市販後安全性対策の強化、法違反事例を踏まえたさらなる法令遵守や品質確保の取組みの実施」のほか、「体外診断用医薬品・医療機器の規制」「薬局・医薬品販売制度」の見直しをあげている。

「医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度の延長等」は3つの特別償却制度の期限を2年延長する要望となっている。

たばこ税の税率引上げについては、喫煙による健康被害は科学的に明らかとした上で、喫煙率の減少が健康被害を確実に減少させる最善策と主張している。2020年度の喫煙率は14.8%。日本のたばこの1箱あたりの販売価格や税額は、諸外国と比較して低いと言われる。2024年5月1日の為替レートで換算した諸外国のたばこの1箱あたり

の価格は、ドイツが1,279円、米国(ニューヨーク州)が2,224円、英国が2,048円。また、2018年度税制改正によるたばこ税の段階的見直しは、2022年10月で完了している。

そのほかの税制改正要望では、◇企業年金・個人年金制度の見直しに伴う税制上の所要の措置◇生活衛生同業組合等が設置する共同利用施設に係る特別償却制度の適用期限の延長一など全体で10項目の税制改正要望がある。

特別償却割合は、①医師等勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品、ソフトウェアの取得価格の15%②地域医療構想調整会議で合意された方針に基づく病床の再編等のために取得または建設をした病院用または診療所用の建物及びその附属設備の取得価格の8%③取得価格500万円以上の高額な医療機器の取得価格の12%である。

■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース 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。
医療QMS(Quality Management System) WEBセミナー ～QMS導入に関する疑問にお答えします～ 100名	2024年11月23日(土) WEB開催	5,500円(8,800円)(税込)	QMSは、病院経営の質向上に貢献する経営科学・管理技術であるTQMを実現するため、組織的に質を管理し改善する仕組み。本研修は3部構成で、第1部はQMSの考え方に関する講義、第2部は実際にQMSを導入している大久野病院(東京都)と国立病院機構・埼玉病院(埼玉県)の事例紹介、第3部は参加者から事前に受け付けたQMS導入に関する疑問・質問等に講師が回答するという構成になっている。
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。