



全日病NEWS

2024.12.1 No.1068

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

厚労省が「医療機関機能」で「4+1」提示、名称案には異議あり

新たな地域医療構想等検討会 全日病会長・猪口構成員「国民が誤解しないように再検討を」

2040年を見据えて新たな地域医療構想を策定するための制度改正に向けた議論が大詰めを迎えようとしている。11月8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)では、厚生労働省が新たな地域医療構想における「医療機関機能」を、地域での4分類と広域での機能の「4+1」に整理する案を提示。1つの医療機関が複数の機能を担うことも想定していると説明。地域における医療機関機能4分類の各名称については、◇高齢者救急等機能◇在宅医療連携機能◇急性期拠点機能◇専門等機能一を提案した。

全日病会長の猪口雄二構成員は、名称の再検討を要望。また、療養病床の医療機関が担う機能が見当たらないとして、地域での医療機関機能について5分類とすることも含めた検討が必要との考えを示した。

新たな地域医療構想を策定するための制度改正に向けて厚労省は、年内にも法律に位置づける事項を精査・確定するため検討を急いでいる。新たな地域医療構想の策定に向け、医療機関がそれぞれの「医療機関機能」を都道府県に報告する際の要件など、実際の運用面については、法律改正後の施行に向けて、ガイドラインを作成する過程で改めて詳細を議論する方針だ。

現時点では、2025年の通常国会での改正法案提出を目指し、2025年度中に都道府県へガイドラインを提示できるよう具体化を進める考え。「医療機関機能」の名称を法律に書き込むかは未定だが、法律事項を急ぎ整理する必要性に迫られている。

同日、厚労省が提案した医療機関機能ごとの名称と具体的な内容は以下の通りとなっている。

【地域ごとの医療機関機能：4分類】

- ◇高齢者救急等機能：高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
- ◇在宅医療連携機能：地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
- ◇急性期拠点機能：地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
- ◇専門等機能：上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

【広域ごとの医療機関機能：1つ】

- ◇医育及び広域診療機能：大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

猪口構成員は、「高齢者救急等機能」という名称について「一般の国民にとっては高齢者専門病院のようなイメージになってしまう」と懸念。「二次救急、急性期疾患も診ている病院が多く、『地域の急性期機能』などの方がふさわしいのではないか」との考えを示した。「在宅医療連携機能」についても、「在宅医療の専門病院のように思われてしまう」と述べ、再検討の必要性を主張。「かかりつけ医機能とともに地域包括ケアをしっかりとやっていくイメージ」との見方を示し、名称に「地域包括」や「地域連携」などの文言を入れるべきと提案した。

医療機関機能の名称を国民にわかりやすくするための調整については、日本病院会副会長の岡俊明構成員や認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子構成員らも同調した。

【急性期拠点機能】の位置づけは？

「急性期拠点機能」については、厚労省が「報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定」と資料に注意書きとして記載した。

この点について猪口構成員が「『構想区域ごと』とあるが、3次医療圏、都道府県で整備していくのが正しいのではないかと質問。厚労省は「引き続き検討・調整させていただきたい」と引き取った。ただし、注意書きの意図については「構想区域を拡大しながら、地域ごとに一定の手術や救急医療など、医療資源を要する機能を集約する拠点となる医療機能を確保し、医療の質や



医療従事者を確保するのが重要ではないかと考えた」と説明した。

「4+1」ではなく「5+1」？ 医療機関機能で猪口構成員が検討を要望

猪口構成員はさらに、「地域ごとの医療機関機能」の4分類に「慢性期機能、療養病床が入っていない」との見方を示し、厚労省に説明を求めた。

これに対し厚労省は、引き続き検討・調整するとの方針を示した。その上で、同日時点での考え方として「(療養病床が)高齢者救急等の機能を担っている場合は、それを報告し、在宅医療と連携しているのであれば、その機能を報告していただく。当てはまらない場合は『専門等機能』になる」と説明。また、新たな地域医療構想の策定に向けて1つの医療機関が複数の「医療機関機能」を都道府県へ報告することも想定していると説明した。

猪口構成員は、「(療養病床は)介護施設では診られない医療必要度の高い患者さんを診ており、ジャンルとして1つあるのではないかと述べ、検討が必要との認識を示した。

外来・在宅・介護との連携等

11月8日の「新たな地域医療構想等に関する検討会」では、2040年を見据えて策定する新たな地域医療構想の対象に「外来・在宅医療・介護との連携等」の内容も加え、都道府県の取組みを促すとの方向性を概ね了承した。厚労省がこれまでの議論を整理した内容に大きな異論がなかったため、今後は実際の運用面を含む詳細を制度改正に必要な法律改正後、ガイドラインの作成過程で議論することになりそうだ。

新たな地域医療構想では、「外来・在宅・介護との連携等」も重要となる。厚生労働省は、地域における現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえ、関係者が課題を共有し、協議を行うための主な事項を示した。在宅医療の圏域は、従来の構想よりも狭い区域を設定する考えで、協議のあり方もガイドラインの作成過程で明確化する方針だ。

現段階で以下のような取組例が示された。◇在宅医療研修やリカレント教

育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、中小病院等による在宅医療支援、診療所の承継支援、医師派遣、巡回診療の整備等◇D to P with N(患者が看護師等という場合)等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供◇医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組みとの連携一。

同日は、国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰構成員が、独自に三師調査(医師・歯科医師・薬剤師統計)の結果を解析した内容に基づき、過疎地域と都市部は分けて医療提供体制の整備

を検討すべきと訴えた。過疎地域で「40歳未満の医師が男女ともに想像以上に減っている状況」や「40歳以上でも診療所の男性医師が2004年比で減少している状況」に危機感を示した。

本号の紙面から	
医療機関機能名称案を問題視	2面
医師偏在是正プランの策定へ	3面
京都学会委員会企画	4～6面
中医協総会が諮問・答申	7面
安藤氏が厚労大臣政務官に	8面

清話抄

政治と医療

2024年10月27日に第50回衆議院議員総選挙が施行され、自民党が56議席減、2009年の政権交代以来15年ぶりに過半数を割り191、公明24を合わせても215議席で過半数の233議席には届かなかった。野党第一党の立憲民主党も大幅

増とはいえ148議席で、自民は比較第一党を維持。野党も主義主張に隔たりがあり野党連立政権は実現せず、自公連立政権が続くが、与党だけでは法案は成立しないため混乱が続くことは避けられない。

振り返れば、小泉政権以来、実質診療報酬は下がり続け、唯一「失われた3年」と言われる民主党政権時に診療報酬が上がったのは皮肉な事実である。医療界は自民党を支持しているが報わ

今回の総選挙で唯一の朗報は全日本病院協会副会長(現在は退任)の安藤高夫先生の当選である。私自身、自民党衆議院議員の経験があるが、与党地域選出議員だからこそ意義がある。組織内議員が発言するより数倍価値がある。組織内議員が母体の組織のために発言するのは当然であり、周りの議員には響かない。住民の代表として選出されている議員の発言は重い。

参議院議員でも地方区から住民代表として選出されている星北斗議員の存

在が医療界にとって大きい。私も与党地域選出の衆議院議員だったからこそ、社会医療法人の実現や療養病床廃止を中断させることができた。故・中山太郎先生のお力もお借りし、当時の福田康夫総理に直談判し、社会保障国民会議創設実現に寄与できたことも思い出深い。混乱の時代だからこそ、病院経営の苦しい実態を知る安藤・星両議員の今後のご活躍を大いに期待したい。

(清水鴻一郎)

主張

総合診療医リカレント教育について

全日病では2018年から、病院で働くベテラン医師を対象に、総合医の育成事業を実施しています。この事業は、日本プライマリ・ケア連合学会との協同によって、概ね2年間の研修を受けた医師を「全日本病院協会認定総合医」として認定するものです。この研修の主な目的は、臓器別の専門医として長年活躍してきた医師に、新たな診療分野に踏み出してもらい、幅広い医療領

域をカバーする総合医としての役割も担ってもらうことです。特に地域病院では、高齢化が進む中で、幅広い診療能力と患者の生活を支援する視点が重要であり、総合医の存在意義はますます大きくなっています。

2024年の「経済財政運営と改革の基本方針」でも、総合的な診療能力を有する医師の育成やリカレント教育の推進が謳われ、必要な人材を確保するた

めの施策が進められることが示されました。こうした施策は、医師の地域や診療科の偏在を解消する一環としても位置づけられており、幅広い診療能力を持つ総合診療医の育成が必要とされています。今後、医療現場の中堅医師を対象に、知識とスキルの向上を図る研修、総合医としての魅力を発信する取り組み、さらにはOJTによる実践の場を提供する3つの柱で事業が構成され、これらが国の予算化によって推進される見込みです。

全日病と日本プライマリ・ケア連合学会が協力して構築してきた総合医育

成事業は、この国の施策と同じ理念に基づいており、私たちは国の方針に先駆けて、医師のセカンドキャリアとしての総合医育成に取り組んできました。

全日病と日本プライマリ・ケア連合学会が提供するプログラムは、WEBを通じて全国どこからでも受講でき、総合診療の領域を網羅的に学べる日本唯一のものであります。このプログラムが全国の都市部やいわゆる過疎地にある病院でも活用され、総合診療に一步踏み出す医師が増えることを切に望んでいます。

(井上健一郎)

「高齢者救急等機能」名称案を問題視「再検討を」

社保審・医療部会

「医療機関機能」で全日病副会長・神野委員ら、具体案も

2040年を見据える新たな地域医療構想の策定に向けて厚生労働省が示した「医療機関機能」の名称案について、厚労行政に関する制度の方向性を最終的に確認する社会保障審議会の場でも再検討を求める意見が出ている。厚労省が「医療機関機能」の名称案を初公表した11月8日の「新たな地域医療構想等に関する検討会」(1面参照)で再検討を求める意見が出たのに続き、同15日に開いた社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)でも複数の委員が再検討を要請した。

全日病副会長の神野正博委員は、名称案について「いかがなものか」と苦言を呈し、「絶対に見直すべき」と主張。地域での「医療機関機能」について厚

労省が「高齢者救急等」「在宅医療連携」「急性期拠点」「専門等」の4つに分けたうち、特に「高齢者救急等機能」の名称案を問題視。「『地域一般救急』や『地域包括救急』などに名称を変えないと、かえって国民に混乱を招く」と具体的に提案した。理由として「若い人で軽症の方はどこへ行くのか。『高齢者救急等機能』には行かない」「小児でも、急に具合が悪くなったら親は『急性期拠点機能』に連れて行く」などと述べ、需給に齟齬が生じるとの見通しを示した。

同日は、厚労省が「新たな地域医療構想等に関する検討会」での検討状況として「医療機関機能」の分類と名称案について説明(下表参照)。「高齢者

救急等機能」については、「高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する」との内容を想定している。

全国自治体病院協議会会長の望月泉委員は、「医療機関機能」について「それぞれ内容はわかるが、名称の印象があまりよくないので知恵を出し合って決めてほしい」と要請。神野委員同様、「高齢者救急等機能」に注目しており「老人病院のようなイメージを与えてしまう。高齢者救急『も』受け入れる、あるいは『高齢者救急を積極的に受け入れる』病院だと思う」との認識を示



した。その上で、「(名称は)『一般救急』や『救急一般』にして、『特に高齢者』と(補足的に)入れるのはできないか」「先頭に『高齢者』を入れると間違った印象になる気がする」などと述べ、再検討を促した。

医療法人協会会長の加納繁照委員は、「高齢者救急等機能」の内容から判断して二次救急の医療機関の多くが担う機能との認識を示した。その上で、2024年度から2029年度までの第8次医療計画で二次救急について、「地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う」と明記されたと指摘。さらに、救急搬送の30%程度は18歳以上65歳未満が占めるとのデータにも言及し、「地域の救急を(二次救急の医療機関が)しっかりやっているということをここに書かなければならない」と述べ、名称を含めた文言の再考を求めた。

医師偏在対策はどうするのか(神野委員)

神野委員は同日、「新たな地域医療構想等に関する検討会」が検討課題の1つに「医師偏在対策に関する事項(医師養成過程を通じた対策を除く)」を掲げていることについて、「しっかりお願いしたい」と念押し。厚労省が2024年末までに取りまとめる方針の「偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」に関連して、「今、医師の養成数を絞ろうという動きがあるが、偏在対策と対になっていくべき」と主張。医療部会では9月19日以降の約2カ月間、議論がないことなども念頭に「偏在対策の議論が、本当に年内に終わっていくのか、強い対策までいけるのか」と不安視。厚労省は、「今後、しっかりと検討・議論して、年末の策定に向けて進めていきたい」との回答にとどめた。

これまでの主な議論(医療機関機能(案))

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から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拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容(イメージ)

高齢者救急等機能	・ 高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するかを設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

「特定過剰サービス」により診療報酬を減算

財政審・財政制度分科会

医師偏在対策のディスインセンティブ措置として提案

財務省は11月13日、2025年度予算編成に向けた提言書(秋の建議)を議論している財政制度等審議会・財政制度分科会(十倉雅和分科会長)に、診療報酬を活用した医師の偏在対策として新たな措置を提案した。ある地域の特定の診療科の医療サービスが過剰であると判断される場合に、「特定過剰サービス」を位置づけ、診療報酬を減算する。1点が10円である診療報酬の単価を変更し、診療所過剰地域の報酬単価引下げや地域別単価を導入する考え

も改めて示している。

財政審は、政府の2025年度予算概算要求に向けた提言書(春の建議)でも1点当たり単価の見直しを要請。今回の記述と同様に、「診療所過剰地域における診療報酬1点当たり単価を引き下げた分の公費節減効果を活用して医師不足地域における対策を強化することも考えられる」とした。

さらに、「診療報酬上のディスインセンティブ措置が不可欠」との考えから過剰サービスに対する減算措置を提

案した。客観的な基準を設定し、地域において特定の診療科の医療サービスが過剰であるかを判断。過剰である場合は、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、基準額を超過した診療報酬を減算する。日本医療機能評価機構の病院機能評価やかかりつけ医機能を参考に作成するアウトカム指標を満たす医療機関の減算は行わない。

また、ドイツやフランスなどが採用している診療科別、地域別の開業医定員制を参考に、総量規制を行う方向で

の取り組みを進めるべきとも主張。日本の自由開業制を前提とした仕組みに制限を加え、地域の医療資源の需給調整の仕組みを創設することで、医師偏在対策の実効性を担保すべきとの認識で、「これまでにない踏み込んだ対応を行うべき」と強調した。

同日に公表された資料は社会保障に関する内容で全158ページに及ぶ。医療提供体制に関しては、◇医療機関の「経営情報データベース」で職種別の給与・人数の提出を義務化◇希少な医療資源を有効活用する観点で医療関係職種間のタスクシフト・シェアを進める◇病院勤務医から開業医へのシフトを促さず診療報酬体系を適正化していくなどの記述もある。

都道府県が選ぶ区域を「医師偏在是正プラン」で支援

新たな地域医療構想等検討会

厚労省案を公表、インセンティブなどの対象は全国100カ所?

厚生労働省は11月20日、「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で医師偏在対策の具体案を公表した。都道府県が選定する全国100カ所程度の「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を対象に「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定し、経済的インセンティブも提供しながら推進するとの考えなどを提示。財源については、診療報酬での対応を基本に、患者負担などが増加する可能性のある部分については保険者の協力も得たい考えだ。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「医師偏在是正プラン」を推進するための経済的インセンティブについて「診療所に常勤の医師を誘致するのは難しいかもしれないので、地域の病院に助成して医師確保を図り、そこから必要に応じて地域の診療所等に派遣するほうが有益」と意見した。

厚労省は支援対象とする「重点医師偏在対策支援区域」について、医師偏在指標、可住地面積当たり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態などを考慮し、地域医療対策協議会や保険者協議会などの意見も踏まえ、都道府県

が決定すべきと考えている。区域の範囲については、厚労省が提示する「候補区域」も参考に、二次医療圏単位や市区町村単位、地区単位などで設定するとの方向性も示した。隣接県との協力が必要な区域を設定することも可能になる見通し。

一方、「候補区域」は下記のいずれかに該当する区域と想定し、全国で100程度の二次医療圏になると説明した。

- ①各都道府県で医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ②医師少数県の医師少数区域
- ③医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位1/4)

「重点医師偏在対策支援区域」を対象にする「医師偏在是正プラン」については、2026年度に策定するとの方針を提示。構成する要素としては、◇承継・開業する診療所への支援◇一定の医療機関に対する派遣医師らへの手当増額支援◇土日の代替医師確保等による勤務・生活環境改善の支援◇中核病院等からの医師派遣により医師を確保

するための派遣元医療機関に対する支援一を例示した。

プランを推進するための経済的インセンティブについては都道府県ごとに予算額の上限を設定する考え。財源については、「給付費全体のバランスをとる観点から、地域間・診療科間の医師偏在是正のための診療報酬での対応を図ることが考えられる」との認識を明らかにした。同時に、「医師少数地域における適正な給付の維持・確保は保険者にも一定程度の責任が求められる」との見方を示した。その上で、「患者負担の過度の増加をまねくおそれがあるものについて、すべての被保険者に広く負担いただくよう保険者からの拠出を求めることとしてはどうか」と問い掛け、検討を求めた。

財源については、全国健康保険協会理事の川又竹男構成員が「抽象的な説明だけでは不十分」と指摘。また、「医師偏在に起因する医療提供に保険者にも責任があるというのは受け入れ難い」と苦言を呈した。その上で、地域医療介護総合確保基金との区別や保険医療制度としてのあり方の明確化が必要と訴え、「社会保障審議会・医療保険部会



でも十分に議論されるべき」と述べた。健康保険組合連合会(健保連)専務理事の河本滋史委員の代理で出席した同理事の松本真人代理人は、「保険給付全体としてバランスを取る中で、診療報酬にメリハリを効かせ、財政中立で重点支援地域の医療機関に傾斜配分することにより医療界全体で財源を賄うべき」と述べ、一定の理解を示した。一方、「その際はディスインセンティブの仕組みが必要」との考えを示し、例として診療報酬の減算や算定制限をあげた。

医師の養成過程に関連する偏在対策については、厚労省が別途設けている「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」で検討しており、結果は今年末までに策定する「総合的な対策パッケージ」へ反映させる方針。

開業医への要請・勧告、仕組みの法制化を提案

厚生労働省は11月20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)で、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」により「外来医師多数区域」となる地域において、新規開業希望者に要請・勧告する仕組みの法制化を医師偏在対策として提案した。

厚労省案は、都道府県において外来医師偏在指標が標準偏差の数倍など一定数値を超える地域(外来医師過多区域)で新規に開業を希望する場合、3カ月前などの一定期間前に、提供する予定の医療機能などの届出を求め、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を要請する枠組み。開業後、要請に従わない場合は都道府県医療審議会で理由等を聴取し、やむを得ないと認められない場合

は勧告。勧告にも従わない場合は公表する。その上で、要請・勧告対象の保険医療機関は、指定期間を6年ではなく3年に短縮するなどの措置を可能にする法改正も提案した。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「あまり厳しくすると、その前に開業ラッシュなどが起こり地域医療を歪める可能性がある」と懸念を表明。「厳しければよいというわけではなく、より有効な方法が求められる」と述べ、検討継続を求めた。

開業規制や保険医療機関の取消し

厚労省は、外来医師の多い区域での開業制限や保険医療機関の指定取消しにまで踏み込む可能性について問われ、政府内で検討・調整中と明かした。結論がなかなか得られていない理由とし

て、「憲法上の職業選択・営業の自由との関係や規制の合理性、既存診療所との公平性、さらには新規参入抑制による医療の質低下などが生じないように留意しなければならない」と説明。さらには、国民皆保険の状態で保険医療機関の指定を取り消すことで事実上、医療提供が不可能になることなども影響するとの認識も示した。

奈良県立医科大学教授の今村知明構成員は、外来医師多数区域での対策として厚労省が記した「保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、一定期間の保険診療に従事すること等を要件とする」との提案に対し、「偏在対策としては違和感がある」と表明。「大都市では美容医療(などの自由診療)でしか開業できず、誘導策になってしまう」との見方から懸念を示した。

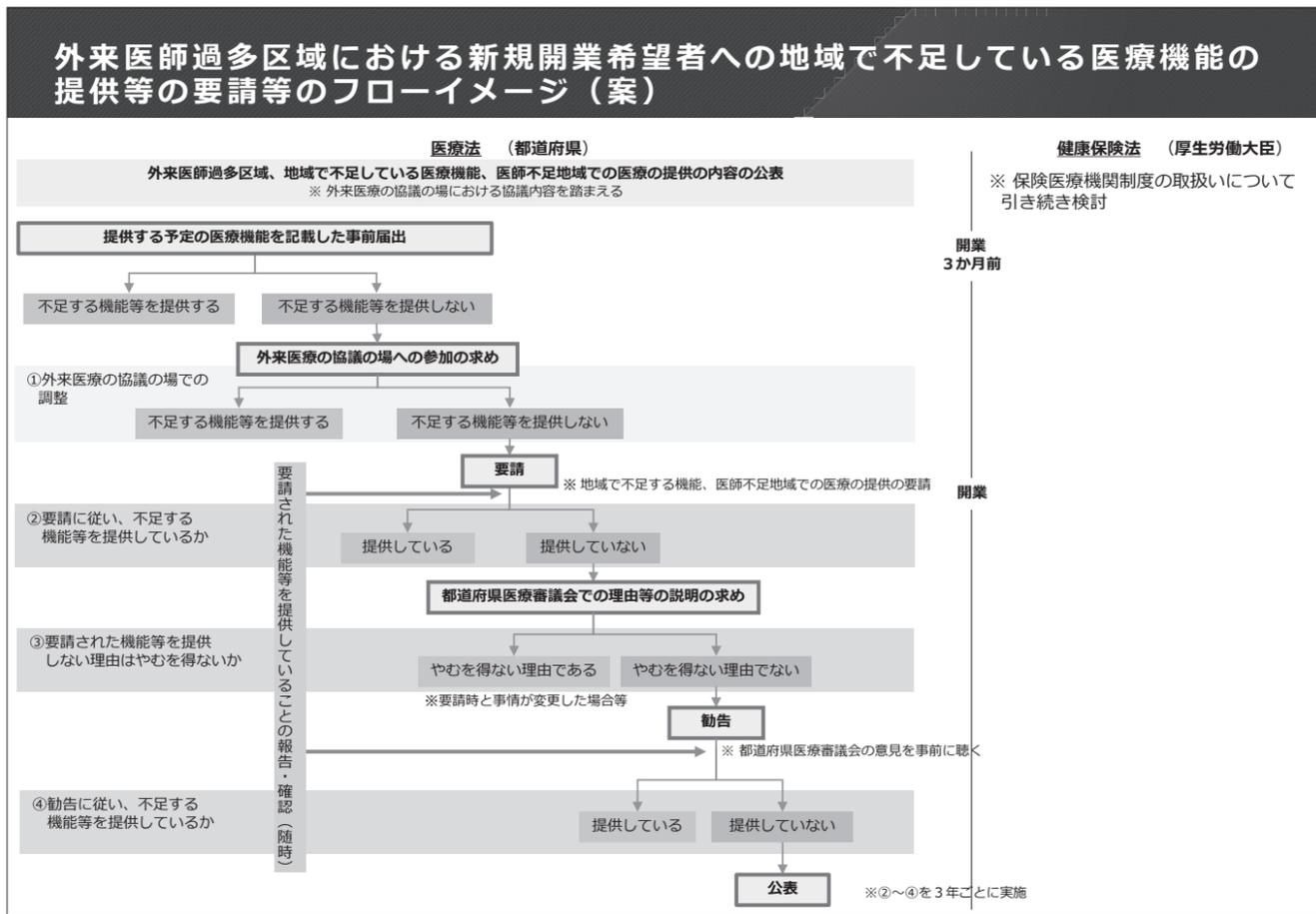
管理者要件は偏在対策として愚策?

同検討会は、医師養成過程とは関連しない部分の医師偏在対策を検討課題とし、厚生労働大臣が8月30日に公表した「総合的な対策のパッケージの骨子案」などに沿って議論してきた。同日公表の対策の具体案ではこのほか、◇「医師少数区域等」での勤務経験を管理者要件とする医療機関の対象を公的医療機関や国立病院機構・地域医療機能推進機構などの病院へ拡大◇医師不足地域と中堅・シニア世代の医師らをつなぐ全国的なマッチング機能の強化・支援◇都道府県と大学病院などが医師派遣や医学部地域枠などに関する連携パートナーシップ協定を締結一など。

医師少数区域での勤務経験を管理者要件とする医療機関の対象拡大では、現行の「地域医療支援病院」約700病院に公的医療機関や国立病院機構、地域医療機能推進機構などの病院も加え、全体として約1,600病院への増加を見込む。これに対し、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子委員は「若い世代は病院の管理者や管理職になりたがらない人のほうが多い」と実効性を疑問視した。

全国自治体病院協議会会長の望月泉委員は若い世代の志向については山口委員に同調し、「嫌々地域に行くという形にはならないように」と要望。一方、同会や全国知事会、国民健康保険中央会らが連名で11月15日に公表した要望書で「全ての医療機関管理者は医師不足地域における勤務実績を条件化」を求めていることに言及。理想は対象のさらなる拡大と意見しつつも「今回は医師確保に協力する義務がある病院に注目しており、理解できる」と述べ、厚労省案の方向性を歓迎した。

全国的なマッチング機能の支援については、厚労省が「具体的な中身の検討は今後」と説明。その上で、「全国規模の取組みのため全国規模の団体における、相談することになると思っている」との認識を示した。個々の医師への呼びかけについても詳細は今後の検討と前置きした上で、「医療機関を通じてだけでなく、関連学会などからの呼びかけも考えられる」と述べた。



続報・全日本病院学会 in 京都 9月28・29日に国立京都国際会館などで開かれた京都学会の学会企画等を紹介します。

新たな地域医療構想推進に向けた6項目の提言

病院のあり方委員会企画

2024年3月、今後2026年以降に推進される新たな構想についてあるべき姿を「全日本病院協会 地域医療構想に関する提言」としてまとめた。今回の委員会企画では提言に示した6項目に沿って、発表を行った。

長谷川友紀特別委員(東邦大学医学部社会医学講座教授)からは「高齢化の進行と地域性」について、今後も少子高齢化が継続する中で、高齢化がもたらす影響は地域ごとに異なることを踏まえ、現状分析、健康課題の特定と優先順位の設定、地域医療構想への反映、結果の評価が、地域によって主体的になされる仕組みの必要性を示した。「データの活用について」では、今後増大する高齢者について、医療、介護、その他のサービス等に関わる異なるデータ同士をリンクさせて分析する必要がある一方、公の統計においては、その整合性を損なわせるものがあり、実施年の統一等の必要性を示した。また

市町村など自治体が有する医療・介護・保健データについて、考え方が自治体により異なり利用可能な範囲、手続きなどが標準化されていない等の問題に言及。ルール標準化の必要とともに、データ分析を可能とするため、担当者への分析ツールの提供、研修機会の強化の必要等を訴えた。

進藤晃副委員長(医療法人財団利定会大久野病院理事長)からはまず「地域医療構想の範囲の見直しと必要(基準)病床数の算出」について説明があった。医療計画における基準病床数、地域医療構想における必要病床数、同一地域に背景の異なる2つの「必要とされる病床数」の設定が地域医療構想における混乱の一端であることを指摘すると、構想範囲とする医療圏については、人口規模や医療資源に地域ごとの差異が大きいことから、弾力的な運用が必要となることに言及した。

また「病院機能の分類の見直し」として、地域医療構想調整会議における機能分担を明確にする上で、病床機能

報告において病棟ごとに報告していた病床機能とは別に、自施設の担う「病院機能」の明確化の必要を示した。その上で、「地域に密着し地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院」を地域において重要な機能を果たす病院機能に位置づけた。

小川聡子委員(医療法人社団東山会調布東山病院理事長)からは「高齢者救急医療体制の構築」について発表が行われた。高齢者救急対応は地域医療構想にとって喫緊の課題。ACPの推進により患者の希望する医療提供が可能となる体制の構築、かかりつけ医機能支援病院を含む周囲の医療機関との役割分担、地域医療構想調整会議との情報共有と後方転送に協力する病院への評価等を中心に対策の必要を訴えた。

また「医療人材の確保の強化」については逼迫した問題である一方、働き方改革、医療従事者偏在の問題、他業種との競合に伴うコスト上昇等課題も山積しており、まずは地域にある医療資源を活用し、前述の「病院機能」



のような分担を進めながら、地域医療提供体制のあるべき姿を構築していくことが肝要との見解を示した。

発表後の討論では、座長の大田泰正委員長(社会医療法人祥和会脳神経センター大田記念病院理事長)からデータの円滑な活用について質問があり、長谷川特別委員は、国が「データを活用すること」を前提に考え方を切り替え、自治体へ適切なガイドラインを示す必要を述べた。またフロアの猪口雄二会長は、日本の医療介護を成り立たせるために、今の構造に基づく報酬体系から、プロセスやアウトカムに基づく体制へ移行する必要性を示した。

大田座長は、地域の実情に応じた対応の必要、マンパワーの問題、高齢者救急の問題等、多岐にわたる課題を念頭に、今後の地域医療構想をめぐる動きを注視する必要があると締め括った。

医療事故調査制度～病院の安全航行の羅針盤～

医療安全・医療事故調査等支援担当委員会企画

医療事故調査制度(以下、事故調)は2015年から始まりました。この制度は医療法の「医療の安全の確保」に位置づけられた制度であり、医療事故の再発防止により、医療の安全を確保することを目的としています。その対象は医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であり、さらに管理者が予期しなかったものとされています。その制度の対象は医療過誤ではない症例も含まれていますし、決して個人の責任追及の調査ではありません。

病院側の対応が適切でない事例が生じると、遺族の不信感が募り、訴え出ることによる行政の介入や、刑事告訴など法廷闘争に至る事例もしばしば発生し、病院としての地域の信頼感の喪失や、医療従事者の精神的苦痛につな

がりかねません。

当委員会では本制度に対する理解が得られ、広く普及することを目的に企画しました。

初めに長谷川友紀先生が本制度の概要と課題につきましてご講演されました。都立広尾病院での事故事例を紹介され、医師法21条(異状死と報告義務)に基づき警察への届出の意味について話されました。この経験から事故調の制度が発足しているとのことでした。しかし、医療機関の制度に対する理解、院内体制の不備が見られることで制度が活用されていない状況、遺族の調査制度への希望が反映されないことなど問題点を指摘されました。届出病院も地域間での差があること、大規模な特定機能病院などでの報告が少ないこと

が認められました。今後、医療安全対話推進員の配置や、医療安全担当者の医療安全研修への積極的な参加、事故調の調査方法へのマニュアルの整備などが必要と話されました。また今後、遺族からの調査の要請の増加も予想されます。何よりも事故の背景に着目した制度で、そこから学び、改善につなげることに意味があるとのことでした。

続きまして現場を管理する立場から長谷川俊典先生にご講演いただきました。小牧市民病院におかれまして医療の質・安全管理者として事故調報告事例が示されました。また病院としての安全文化の醸成に言及され、インシデントレポートが病床数の5倍、その1割が医師からの報告が望ましいとのことでした。特に医師の関与の必要性について訴えました。また調査制度の流れについても示されました。今後の課題

として、公平さや中立性を保つためにも支援団体(医師会や全日病など)の活用を勧められました。

続いて弁護士の立場から宮澤潤先生に「病院を守る適切な医療調査制度」としてご講演いただきました。従来の医療事故(過誤)は刑事訴訟と損害賠償請求が中心の責任追及でしたが、事故調は原因分析と再発防止という医療安全の向上が目的で、患者との信頼関係の向上がその主眼であるとのことでした。しかし遺族の立場では病院サイドが調査しなければ刑事告訴、民事裁判に訴え出る可能性があるとのことでした。そのためにも本制度対象の死亡事例は発生したら事故調査を幅広く行い、双方の話し合いによる解決の方法を目指すとのことでした。

その後、会場の聴衆・演者を含めてディスカッションを行い、理解が深められたと感じました。事故調での当委員会の役割についてもご理解いただけたと感じた企画でした。

病院機能評価受審に向けての羅針盤

病院機能評価委員会企画

当委員会企画は1日目に行われた。同じ時間帯に他の会場で医療保険・診療報酬委員会企画が行われたため、会場参加が少ないことを予想して始めたが思った以上の方にご参加頂き無事プログラムを終えることができた。今回はサーベイヤーがどのようなことを考え、実際の訪問審査を行っているかを知って頂き、受審病院の準備の一助となるよう企画した。

【診療・看護領域】

機能評価受審の目玉である「ケアプロセス」に焦点を当て実際に模した様子をビデオに収め供覧し、次いで委員会メンバーによる意見交換を行い、ケアプロセスのあり方をお考え頂いた。ビデオは当委員会担当副会長美原先生をはじめ美原記念病院のスタッフの方々も熱演して下さり素晴らしい出来栄であった。供覧頂いた課題は第1課題「診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している」、第2課題「患者が理解できるような説明を行い同意を得ている」、第3課題「身体拘束の最小化を適切に行っている」であり、

～サーベイヤーはどう評価しているのか?～

ケアプロセスにおいてサーベイヤーが確認すべき点の多い項目である。そして考え方もいろいろと分かれやすい項目であり、会場からたくさんのご意見・ご質問があるものと期待していた。

しかし実際に始めてみると、ビデオの中の注目すべき点を指摘し、解説したが、当委員会メンバーの意見に説得力がありすぎ、聴衆からのご意見を頂戴することなく概ね納得して頂いてしまった。正直これは予想外であった。委員会メンバーの解説をもう少し「いい加減」にし聴衆が「突っ込む」隙を作ればよかったと反省している。「サーベイヤーになった気持ちで考えてほしい」が企画の姿勢であったがそんなに簡単にサーベイヤーの気持ちになれないことも実感した。ケアプロセスは受審病院における典型的な症例を入院前から退院に至るまで経時的にトレースすることで受審病院の実際の業務のあり方を確認することが目的である。今後はもう少しケアプロセスを掘り下げて受審病院スタッフが理解して準備・対応できるような企画にしたい。

【事務管理領域】

事務管理領域の発表では、初めに今回の「寸劇」の主旨を座長が説明した。実際にサーベイヤーは固有の項目に関してどのように質問するのか、そして病院とのやり取りを通して判断し、どのような観点から評点としてまとめるのかについて「審査の現場」を演じ、サーベイヤー役(佐合委員)と病院事務職役(朝見・中山両委員)とで2病院を例示してサーベイ問答を供覧した。

最初の演目「A病院」は、病床数180床、療養病棟40床のケアミックス病院がモデル。「一般病院1」の種別をイメージし、評価項目4.2.2(人事・労務管理)の掛け合い問答を展開した。その上で、聴講者スコアリング体験をプログラムし、さらにサーベイヤーの評点付けと結論を導く思考の流れを解説した。同様に「B病院」は、病床数258床(地域包括ケア病床48床を含む)の急性期病院をモデルとし、「一般病院2」の種別から評価項目1.2.2(地域の医療機能・ニーズを把握し、他の医療機関と適切に連携している)の機能評価問答を展

開した。

A病院では、就業規則、36協定、医師を含めた職員の就業時間管理、育児休業問題や人事評価などの諸課題を内包しながら、評点Aを導く解説を行った。なお会場の聴講者に挙手を求めたスコアリング体験結果のA評価は10名程度であり、圧倒的にB評価が多く、SとC評価への挙手は見られなかった。

B病院では、病院が主体的に行う連携返書管理を主課題とし、C評価を導く解説を行った。聴講者の体験評価では、やはりB評価が圧倒的に多く、AとC評価がわずかに5名ほどの挙手が見られ、S評価はゼロであった。

事務管理領域の発表をまとめると、サーベイヤーと病院事務職者との掛け合いを通して、サーベイヤーが評点を導く思考過程を聴講者に明らかにし、限られた時間の中で熱心に聴講することにより目的を果たすことができた。また、寸劇という初めての試みであったにもかかわらず、ステージ上での熱演を通して溢れるほど臨場感が味わえ、演じた三氏が意外なほどの役者上手だったことがその熱演により証明された。

病院機能評価が医療職者にとってより身近になっていくことが演者全員の願いである。

続報・全日本病院学会 in 京都 9月28・29日に国立京都国際会館などで開かれた京都学会の学会企画等を紹介します。

QMS-H*を一緒に始めませんか～医療品質管理の羅針盤～

医療の質向上委員会企画

* QMS-HとはQuality Management System for Healthcareのこと。

初めに、美原盤先生(全日病副会長)よりご挨拶をいただき、進藤晃先生(大久野病院理事長)より趣旨と3演題の紹介が行われた。医療の質向上(TQM)を行う手段として、病院機能評価・ISO9001などがある。質向上委員会としては、さまざまな手段・考え方をincludeしているQMS-Hを紹介したい。

この考え方は、まだ医療に浸透していない。QMS-H導入における問題点のアンケートを実施した。導入方法・効果・日常管理・方針管理・QIが理解できない、専門家がないという結果であった。病院は、目的・役割分担が不揃いで標準化・組織化が行いにくい。QMS-Hでは、日常の仕事をキッチリ行っているか・地域に貢献しているか、という日常管理と方針管理を行うことで、目的を一致させ、役割を分担し、標準化・組織化を行う。その経過中に発生する問題を、目的に照らし合わせて解決することによって質が向上していくと説明した。

以降の3演題は、基礎となる工学的な考え方・実践を始めた病院・長年取り組んでいる病院の実践報告である。

早稲田大学理工学術院教授の棟近雅彦先生から「医療の質マネジメントの基本 QMS-H」についてご講演いただ

いた。QMS-Hは医療の質向上を目的としている。医療における製品は、顧客すなわち患者本人およびその意志の代弁者に提供される医療サービスの全体である。その質が向上するというのは、顧客の要望・期待を満たす程度が上がることである。質を向上させるためには、現在の業務手順すなわちプロセスを改善していけばよい(プロセス指向)。いろいろな問題に手を出すのではなく、重要な問題に絞って改善を進めるのが効率的である(重点指向)。

また、問題解決を進めるにあたっては、事実を調べて科学的に分析するのがよい(事実に基づく管理)。改善の進め方は、業務手順を標準化し、その標準に対してPDCAを回せばよい。これには、標準を遵守するということが前提である。標準を定めたり、改善を進めたりするのは、個人個人が勝手に行ってはいけない。組織的にうまく進めるための仕組みが必要である。それが質マネジメントシステムである。

東山会調布東山病院理事長の小川聡子先生から「顧客視点の仕事の見える化(PFC)は人を動かす」をご講演いただいた。調布東山病院では、約10年にわたって四画面思考法を利用して質の向上を図ってきた。四画面思考法では、

現状の姿・ありたい姿・なりたい姿・実践する姿を思考、計画し、実践事実で事実を変えていくプロセスを通して、ありたい姿に近づけていく。この考え方は方針管理と同じである。日常管理は、プロセス思考・可視化・標準化であるという話を聞いた。

四画面思考法の中の、計画、行動プロセスの力をつける必要があると感じていたときに、QMS-Hを取り入れることで理想に近づけると直感し、導入を決定した。病院の受付業務をPFCによって可視化してみると、現状では協働していないことが見えた。これを解決して、誰もが顧客の視点で、同じように業務が行えるようになった。

飯塚病院特任副院長の福村文雄先生から「Everyday Kaizen～身近な改善で作る明るい職場～」をご講演いただいた。飯塚病院では、QMS-Hに30年以上取り組まれている。QCサークルを中心に活動されているが、いつでも・どこでも・誰でも気軽に無駄とりができるように2015年からEveryday Kaizen活動(EK活動)を開始した。トヨタの「7つの無駄」を参考にしながら、小児の点滴が抜けないようにする工夫、予約手順の説明をスムーズに行う工夫、エコー室で出口がすぐにわか

る工夫などを積み重ねている。EK活動のアドバイザーについて質問したところ、各部門で考えて結果を出していると回答された。全員参加による活動である。

QMS-Hと病院機能評価の関係性について棟近先生に質問した。両者はお互いに響き合う関係で、相反するものではない。病院機能評価で築いたマニュアル類の実践を内部監査で年に1回確認するのが有効ではないかという、建設的な意見が交わされた。



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

高齢者医療介護委員会企画

本学会のテーマは「地域医療構想前夜～嵐の中の航海 羅針盤を求めて～」であった。今後の人口減少、高齢化に伴う医療ニーズの変化を見据え、質の高い効率的な医療を提供できる体制を構築することが地域医療構想の目指すところである。このような視点に立った時、これから高齢者医療介護は極めて重要な課題であり、この領域において会員病院がどのように取り組んでいったらよいか羅針盤を示すことが、高齢者医療介護委員会の果たすべき役割と認識している。

令和5年度厚生労働省の老人保健健康増進等事業において、全日病から提出した3事業が採択され、No67「かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究」は進藤晃先生(大久野病院理事長)、No75「認知症の医療提供体制に関する調査研究」は美原盤先生(全日病副会長)、No121「介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究」は木下毅先生(光風

園病院理事長)が担当することになった。

そこで本学会の委員会企画は、老人保健健康増進等事業調査の報告という形式をとり、各担当者が研究結果を報告、さらに課題に対する会員病院が取り組むべき方向を示す羅針盤を作成しようと試みた。

「かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究」の羅針盤として示したこととして、地域において中小病院が「かかりつけ医療機関」として果たすべき役割は…

- ① 「患者の入院」や「状態像の大きな変化」といったイベントについて時期や見通しに不確実性がある段階においてもその不確実性を含めて早期から介護側との共有を図ること。
- ② ①のようなイベントに関する介護側との共有を起点に介護側と共同でACPに関する本人・家族への働きかけを早期に行うこと。

「認知症の医療提供体制に関する調査研究」の羅針盤として示したこととして、認知症疾患センターがそれぞれの地域の実情に応じて効果的に運用されるために中小病院が果たすべき役割は…

- ① 認知症疾患医療センターの機能を理解し地域の医療機関、行政住民に対して認知症の医療提供体制の確立の意識を高める。
- ② 認知症診療においても「かかりつけ医」として医療機関のみならずケアマネジャー、介護サービス事業所など介護・福祉との連携のハブとして機能することが望まれる。
- ③ 自院でのBPSDや身体合併症への対応・受け入れの可能性につき検討する。

そして、「介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究」の羅針盤として示したのは、

- ① 身体拘束ゼロの実現のためにはサ

ービスの基本理念の浸透だけではなく具体的な方策が必要である。

- ② 個々の利用者に対する十分なアセスメントとともに身体拘束を回避する方法を多職種で検討することが必要である。
- ③ 作成した「手引き」を活用されることが望まれる。

とし、手引書は当会のホームページに掲載していることを報告した。

最後に、当委員会の特別委員である柄本一三郎先生(放送大学客員教授)から「老人保健健康増進等事業における調査研究に対する全日病のあるべき姿」についてお話をいただき、報告会をまとめた次第である。これらの研究結果が会員病院の取組みに役立つことを期待したい。

今回の研究が評価されたのか、令和6年度厚生労働省の老人保健健康増進等事業において、全日病から提出した3事業が採択されたことをうれしく思う。

2024年度 第7回常任理事会の抄録 10月19日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 大阪府 医療法人正幸会正幸会病院 理事長 東 大里
 - 退会が2件あり、正会員は合計2,557会員となった。
 - 2025年度事業計画・予算編成作業日程(案)について審議し、承認した。
 - 人間ドック実施指定施設の申請について審議し、可決確定した。
- <人間ドック>
- 三重県 医療法人九愛会中京サテライトクリニック三重 理事長 林田 裕作
 - 人間ドック実施指定施設は合計411

施設となった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協 薬価専門部会・費用対効果評価専門部会合同部会、総会」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
 - 【3rd G : Ver.3.0】～順不同
 - 一般病院1
 - 北海道 札幌秀友会病院
 - 兵庫県 西宮渡辺病院
 - 福岡県 川崎病院
 - 群馬県 美原記念病院

- 徳島県 兼松病院
- 香川県 永生病院
- 高知県 高知高須病院
- 一般病院2
 - 愛知県 総合犬山中央病院
 - 千葉県 安房地域医療センター
 - 神奈川県 大和徳洲会病院
 - 愛知県 大同病院
 - 福岡県 田主丸中央病院
 - 福岡県 福岡和白病院
 - リハビリテーション病院
 - 山形県 鶴岡協立リハビリテーション病院
 - 東京都 羽村三慶病院
 - 神奈川県 横浜鶴見リハビリテーション病院

- 広島県 西広島リハビリテーション病院
- 山口県 下関リハビリテーション病院

9月6日現在の認定病院は合計2,086病院。そのうち、本会会員は861病院と、全認定病院の41.3%を占める。

【主な討議事項】

- 新たな地域医療構想等に関する検討会について討議を行った。基本的な方向性案について報告されたのち、「2040年に求められる医療機関機能(イメージ)」に関して意見があがった。

続報・全日本病院学会 in 京都 9月28・29日に国立京都国際会館などで開かれた京都学会の学会企画等を紹介します。

SNSは本当に必要か?～病院を活かせる次世代広報のカタチ～

広報委員会企画

当委員会企画は「SNSは本当に必要か?～病院を活かせる次世代広報のカタチ～」というテーマで開催した。

多くの医療機関がSNSを広報に用いているが、発信する側も受け取る側もSNSに対する世代間のギャップがあり、活用方法を模索している。病院マーケティングサミットJAPAN代表理事の竹田陽介先生の協力のもとにSNSの必要性、役割、効果、使い方等について検討し、SNSを病院広報に活かす方法を考えることとした。

基調講演は合同会社つなぐ代表の松本卓氏による「病院ブランディングとSNSの役割」。医療機関におけるマーケティングの基本を解説し、SNSの役割を「1～2点の加算装置」として位置づけた。SNSは他の広報手段と比べ

て影響力は小さいかもしれないが、地道に積み重ねることで長期的な成果を生むと説明した。また、SNSを「コンテンツの運び屋」と捉え、自院で何を伝えたいかが大切であると強調した。

SNS活用の具体例として、小倉第一病院理事長の中村秀敏先生が「総戦力で挑む!病院サバイバル広報戦略」と題し、院長や専門医の人柄や取組みをYouTubeで発信し、繰り返し見ってもらうことで、病院の認知度と好感度を向上させる取組みを紹介した。また、透析治療における新しい技術や設備など病院の専門性や特色をショート動画でアピールしている。Facebook、LINE、マスコットキャラクターなど複数のツールをリンクして活用し効果を上げている。SNSは有効と結論づけた。

洛和会ヘルスケアシステム理事長の矢野裕典先生は、「トップがコンテンツになる広報戦略」と題し講演した。SNSはデメリットもあるがメリットが大きく、自分からInstagram、TikTok、YouTubeなどを始めたこと述べた。矢野先生は、トップがコンテンツになることが一番大切で、洛和会で働いてくれる人を一人でも増やしたいと強調。日本一働きたいヘルスケアグループを目指しているとした。また、ゆるキャラの「らくの助」とそのキャラクターグッズを活用している。SNSは必要・不要ではなく、「やるしかないと考えている」との考えを示した。

松下記念病院経営企画室室長の乗替寿浩氏による「松下記念病院流LINE活用術」では、市民講座と共創イベン

トに注力しつつ、高齢者で最も使われているLINEを補助ツールとして活用しているとした。同じコンテンツを広報誌、HP、LINEと循環させて使う仕組みを構築。市民講座、病院開放型イベントのLINEによる申し込み、ノベルティの当たる抽選機能を利用し5,300人まで登録者数を増やしている。

SNSをどう活かすかは、コスト(院内の体制、人的コスト)、エクスペリエンス(誰とどのようなコミュニケーションを作るかの体験)、インフルエンサー(思いがけない予期しない効果)の視点が重要である。SNSを職員、家族、紹介元、地域住民が病院を好きになってもらうためのネットワーキングシステムとして活かしていく必要があるとの説明があった。

地域医療を守り、支える「かかりつけ医機能支援病院」

プライマリ・ケア検討委員会企画

地域医療の担い手である病院、すなわち「かかりつけ医機能支援病院」としての民間中小病院の役割が、今後の地域医療において重要となる。

座長の牧角寛郎委員長(社会医療法人聖医会サザン・リージョン病院理事長)は、全日本病院協会が2022年12月に発出した「かかりつけ医機能に関する全日本病院協会の考え方」を紹介し、医療機関は地域住民の視点に立ち、やりたい医療ではなく住民から求められる医療ができるかどうかで、地域での存在価値が決まる、という考えを示した。今後、診療所や地域の介護施設等との密な連携が「かかりつけ医機能支援病院」のあり方につながっていくと思われ、今回の委員会企画では、そうした地域医療を守る3病院の現状を通じ、地域の病院の立ち位置について模索していくこととした。

井上健一郎委員(社会医療法人春回会理事長)は、病院と施設の連携を中心に、自法人における取組みを紹介。特に誤嚥性肺炎患者の動きを中心とした今後地域で増加する疾患をめぐる連携を切り口に、介護施設を有する法人としてかかりつけ医機能支援を行うこ

との意味を検証し、地域における医療と介護が連携した治療戦略が必要であり、早期退院・早期受入れ・施設内療養の拡充等、医療・介護が相互に補完できる体制が求められるとの見解を示した。

また、高齢化・介護の重度化に加え、医療依存度は高まっていく中で、「かかりつけ医機能支援病院」として、地域の住人が如何に自身の病と向き合い、どこで、どのように最期まで過ごすのか、という「周死期」まで踏み込んでマネジメントしていくことの必要性を提起した。

小川聡子副委員長(医療法人社団東山会調布東山病院理事長)は、法人として介護施設をもたない大都市圏の病院の立場から自院の取組みを紹介した。今後増加が見込まれる高齢者救急の主要な問題を疾病による救急搬送の増加と位置づけ、地域における二次救急医療が逼迫している状況に警鐘を鳴らすと、二次救急に対応する急性期病床を有し、多職種による包括的な支援体制を築く自院の「かかりつけ医機能支援病院」としての役割の重要性を説いた。

また、病院としてこれまでも取り組んできた在宅医療・訪問診療をさらに強化した「強化型在宅療養支援病院」としての取組みを紹介。今後ニーズの増大する在宅医療において、いざというときに入院が可能、という病院の強みを活かした地域の在宅医療連携を進めており、その連携における、ACP(Advanced Care Planning)推進の重要性を指摘した。

藤井久丈委員(医療法人社団藤聖会富山西総合病院理事長)は「かかりつけ医機能支援病院」を、ネットワークを構築しながら地域医療を守る病院と位置づけ、協力関係強化の重要性を示し、人口構造の変化に伴い変容していく地方都市における自院の役割を紹介した。

富山市に立地する自院を中心にさまざまな施設・サービスを提供し、週1回は施設間での連携会議を実施する一方、個々の患者に対応する地域サポートセンターを設置。10年後には地域全体の医療需要が減少する中、周辺の介



護施設等との連携を推進しながら、地域の実情、患者の状態に応じた、より柔軟できめ細かな医療支援体制を構築することの重要性を示した。

フロアからは、在宅医療療養支援病院でもある各病院における高齢者救急への対応のあり方について質問があり、井上委員は、24時間すべての患者を自院で対応することは難しいが、地域のネットワークを通じ、「面」としてそうした患者を受け入れていく体制の必要性を訴えた。

最後に牧角座長から、高齢化社会においては、井上委員から指摘のあった「周死期マネジメント」とともにACPの推進が重要となっていくとの見解を示し、本企画の締めくくりとした。

京都学会の風景



健康保険証発行停止に伴い療担規則等を改正

中医協総会 福岡厚労相に諮問・答申

12月2日から健康保険証は発行されなくなり、医療保険の資格確認はマイナ保険証を基本とした運用に移行する。マイナ保険証を保有しない患者は資格確認書で受診する。現状の「保険医療機関及び保険医療費負担規則等」(以下、

療担規則等)に、健康保険証で資格確認を行うとの規定が残っており、今回、「資格確認書や厚生労働大臣が定めるもの」に改める。福岡資磨厚生労働大臣が11月13日の中医協総会(小塩隆士会長)に、療担規則等の改正を諮問し、

中医協として答申した。

すでに療担規則等では、資格確認の方法をマイナ保険証(健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認)とする規定がある(第1号)。第2号が、「患者の提出する被保険者証」とな



小塩会長が鹿沼均保険局長(左から3人目)に手渡し

方法を規定した。

12月2日以降の資格確認の方法は左表のとおり。経過措置も含めた全体像は複雑だが、マイナ保険証による受診の一般化を目指しつつ、現状では利用率が伸び悩む中で、資格確認ができずに受診できなくなる患者が発生しないように、きめ細かく丁寧な対応を行うとしたことの結果である。

なお、オンライン資格確認利用件数に対するマイナ保険証利用件数の割合は、今年に入って上昇を続けているが、9月分実績で13.87%にとどまる。

健康保険証は、12月2日以降、有効期限の範囲内で最長1年間使用可能だが、マイナ保険証を保有しない患者は、申請によらず保険者が交付する資格確認書で資格確認を行うことになる。マイナ保険証を保有しているが、機械のトラブルなど何らかの理由で資格確認を行えない場合を想定して、マイナンバーカードと一緒に提示する「資格情報のお知らせ」が申請によらず保険者から交付される。

医療機関等の窓口で患者が資格確認を受ける方法(12月2日以降)

	資格確認方法	備考
①	マイナ保険証 ※顔認証マイナンバーカード含む	医療情報等の提供の同意に基づくよりよい医療を受けることが可能 12月2日以降、電子証明書の有効期限が過ぎても3か月間は引き続き資格確認を受けることが可能
	マイナポータル画面(PDF含む) +マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、窓口でスマートフォンの画面を提示
	資格情報のお知らせ +マイナンバーカード	マイナンバーカードで資格確認ができなかった場合に、窓口で資格情報のお知らせの用紙を提示
②	資格確認書(・健康保険証)	資格確認書でも保険証と同様に医療を受けることが可能 マイナ保険証を保有しない方には、現行の健康保険証の期限が切れるまでに申請によらず職権交付 健康保険証は、12月2日以降、有効期限の範囲内で最長1年間使用可能

※マイナ保険証の場合には、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示は不要。

認知症治療薬の対応方針とケサンラの薬価を決定

市場が拡大し薬剤費が増大する可能性がある認知症分野の医薬品について、医療保険財政へ与える影響をできる限り少なくするための方針が決まった。11月13日、中医協総会(小塩隆士会長)が承認した。エーザイのレケンビ点滴静注、日本イーライリリーのケサンラ点滴静注と今後の類似薬が対象。

医療保険財政へ与える影響をできる限り少なくするための対策は以下の通りで、◇「薬価取載後の投与全症例を対象とした使用成績調査の結果」と「NDBを活用した四半期」で市場拡大再算定の適否を判断◇費用対効果評価の結果に基づく価格調整◇副作用への安全対策として最適使用推進ガイドラインに基づき留意事項通知などで迅速

な対応を可能にするための必要事項を明示しなどがある。

ケサンラ(一般名=ドナネマブ)については、同日に薬価を承認(11月20日に取載予定)。効能・効果は「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」で、薬価は1瓶(350mg 20mL)6万6,948円。用法・用量は1回700mgを4週間隔で3回、その後は1回1400mgを4週間隔で投与する。

同日、厚生労働省が説明したケサンラに関するガイドラインでは、投与施設の要件として◇1.5 Tesla以上のMRI検査が実施可能◇アミロイド関連画像異常(ARIA)が認められた際に画像所見や症状の有無から投与の継続、

中断、中止を判断し、施設内で必要な対応ができる一などを求めている。

投与開始後12カ月を目安に、アミロイドPET検査を実施して投与の「完了」か「継続」を判断するとの記載も盛り込んだ。アミロイドβプラークの除去が確認されなかった場合は投与開始後18カ月までは投与を継続できる。同日、アミロイドPET検査2件の保険適用も承認。レケンビに加え、ケサンラを取載するための措置である。

コロナ薬ゾコーバの薬価は引下げ

同日、医薬品に関する費用対効果評価の結果に基づき、塩野義製薬の新型コロナウイルス治療薬ゾコーバ錠125mg 1錠の薬価を317.4円下げて7,090円とする

方針を承認した。同剤については費用対効果の分析結果で、ICER(増分費用効果比)が「0.1」と評価が低かった。

2024年度改定の結果検証調査

同日の総会では、2024年度診療報酬改定の結果を検証するため2回に分けて実施する特別調査のうち、2024年度実施分の内容も承認した。柱は、◇精神医療等の実施状況◇在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況◇長期処方ヤリフィル処方の実施状況◇後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況一の4項目。12月中旬頃に実施し、結果は2025年3月末までに中医協へ報告する。

外来待ち時間、中小病院は「30分未満」が半数以上

2023年受療行動調査結果

厚生労働省がこのほど公表した2023年受療行動調査の結果(概数)によると、病院の外来患者が診察等まで待つ時間は全体で15分未満が最も多く、20~499床の中小病院では「30分未満」が半数以上を占めた。入院患者の希望では「完治するまでこの病院に入院したい」が前回2020年調査の結果に比べ4.8ポイント減の40.8%で、減少が続いている。

3年ごとに実施している同調査では病院の種類を、◇特定機能病院◇500床以上の「大病院」◇特定機能病院と療養病床を有する病院を除いた一般病院で100~499床の「中病院」◇同20~99床の「小病院」◇療養病床を有する病院一の5つに分類している。今回の調査日は2023年10月17日(火)~19日(木)の間で病院ごとに1日を指定した。

外来待ち時間「15分未満」が最多

外来の待ち時間について、全体で回答率が高かったのは「15分未満」の

27.9%、次いで「15分~30分未満」24.9%、「30分~1時間未満」20.6%、「1時間~1時間30分未満」10.5%など。病床規模別でも「15分未満」の割合が高く、「特定機能病院」は前回調査比1.1ポイント減の23.0%、「大病院」は同4.3ポイント減の22.5%、「中病院」は同1.7ポイント増の27.8%、「小病院」は同0.9ポイント増の29.7%だった。一方、中小病院では「30分未満」の待ち時間が約半数を占めるのに対し、「特定機能病院」と「大病院」では、「30分以上」の待ち時間が約半数を占めた。

外来の診察時間については、全体で「5分~10分未満」(40.9%)が最多で、「5分未満」(28.5%)、「10分~20分未満」(14.8%)、「20分~30分未満」(6.4%)など。病院種類別でも最多はいずれも「5分~10分未満」で、「5分未満」の回答率が最多は「療養病床」(36.5%)だった。次いで「小病院」(31.2%)、「中病院」(27.4%)、「大病院」(23.9%)、「特定機能病院」(16.1%)の順。

「完治まで入院」3回連続で減少

入院患者に今後の治療・療養の希望について聞いたところ、全体では「完治するまでこの病院に入院したい」が前回調査比4.8ポイント減の40.8%だった。2005年調査の54.8%から全体として減少傾向にあり、2014年調査からは3回連続で約3ポイント以上の減少を示している。

反対に、回答率が2番目に高い「自宅から病院や診療所に通院しながら治療・療養したい」は、前回調査比5.1ポイント増の35.1%。「自宅で医師や看護師などの定期的な訪問を受けて、治療・療養したい」(4.4%)と合わせて約4割となり、自宅療養を希望する人の割合が過半数に迫ってきている。「介護を受けられる施設などで治療・療養したい」は同1.3ポイント減の5.7%だった。

入院患者に退院の許可が出た場合の自宅療養については、「自宅療養できる」が前回調査比6.4ポイント増の63.1%だった。2011年調査で初めて

50.7%と半数を超えて以来、連続で増加を示している。「自宅療養できない」は前回調査比6.9ポイント減の19.4%だった。

病院への満足度、外来も入院も微減

病院に対する全体的な満足度は、「満足」と「ふつう」を合わせた回答が「外来」も「入院」も9割以上を占めたが、それぞれ「満足」が微減。外来の項目別では、「診察までの待ち時間」「診察時のプライバシー保護の対応」で満足度が微減の状況。

入院の項目別では「医師による診療・治療内容」「食事の内容」「医師との対話」で「満足」の回答率が微減。病院種類別で「満足」の回答率が高いのは特定機能病院で、「外来」が70.1%、「入院」は80.6%だった。また、「外来」「入院」とともに「満足」の回答率で「小病院」(65.5%、74.8%)が「中病院」(62.5%、71.5%)を上回った。

安藤たかお衆議院議員が厚労大臣政務官に就任

第2次石破内閣が11月11日に発足した。厚生労働大臣には、福岡資麿参議院議員が再任された。11月13日には、副大臣・大臣政務官が決定し、厚生労働大臣政務官に、第50回衆議院選挙で当選した安藤たかお衆議院議員が就任した。厚労大臣政務官への就任に伴い全日病副会長を退任した。

就任に際して、「これまで衆議院議員として、自法人の運営や医師会、そして全日病をはじめとした医療・介護団体の役員経験から医療・介護関連の仕事に触れることが多かったが、年金・労働が担務となった。選挙区をまわり地域の皆様の声に耳を傾ける中では、

高齢者の年金に対する関心が高く、また全世代型社会保障を支えるため、雇用や賃金についてしっかりと政策を前に進めていく必要があると痛感している。国民の皆様が幸せな生活を送ることができるよう、両副大臣、吉田政務官とともに福岡大臣を支えていきたい」と述べた。

【厚生労働副大臣】

仁木博文氏 1991年に東京大学教養学部基礎科学科卒業、1997年に徳島大学医学部医学科卒業。衆議院議員当選3回。自由民主党厚生労働部会副部長や衆議院法務委員会理事などを歴任。
鰐淵洋子氏 1993年に創価女子短期大

学経営学部卒業。2000年に公明党本部所属。参議院議員当選1回。衆議院議員当選3回。公明党環境部会会長や文部科学大臣政務官などを歴任。

【厚生労働大臣政務官】

安藤たかお氏 1984年に日本大学医学

部卒業。1989年に医療法人社団永生会理事長。前全日病副会長。衆議院議員当選2回。自由民主党厚生労働部会副部長などを歴任。

吉田真次氏 2008年に関西大学法学部政治学科卒業。2019年に下関市議会副議長。下関市議会議員当選3回。衆議院議員当選2回。自由民主党青年局長や自由民主党女性局長などを歴任。



仁木氏



鰐淵氏



安藤氏



吉田氏

美容医療は「医療」なのか、医事法制との関係で疑義

美容医療の適切な実施に関する検討会

文言修正など報告書の最終化は座長一任

美容医療の違法・不適切な事例への対応や消費者保護の仕組みなどを検討事項としてあげている厚生労働省の「美容医療の適切な実施に関する検討会」(小野太一座長)は11月13日、報告書を座長一任で取りまとめることを了承した。一方、美容医療の多くは健康保険が適用されない「自由診療」であるために保険診療で適用される医事法制等の対象外となっていることについて、構成員から多数の意見が出たが、議論が噛み合わず錯綜する場面もあった。国内未承認薬を使用する例や、カルテの記載に統一の基準がないことなど、消費者保護の観点でも重要と考えられる視点での指摘もあがっており、最終の報告書でどのように反映されるのか注目だ。

同日は、厚労省が提示した報告書案に基づき議論。内容は大きく「適切な美容医療が安全に提供されるようにするための対応策」と「美容医療の質を

より高め、質の高い医療機関が患者に選ばれるようにするための対応策」で構成しており、構成員からは前者の対応策について意見が相次いだ。同対応策について厚労省はこれまでの議論を踏まえ◇美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みを導入◇保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化◇診療録の記載の充実◇オンライン診療のルールの整理一の4つに整理した。

美容「医療」ならば医事法制で規制を

口火を切ったのは日本医師会常任理事の宮川政昭構成員で、報告書案の柱の1つである「診療録の記載の充実」について保険診療と同等に求めるのが重要との考えを表明。また、美容医療施術後の副作用や修復等への対応が保険診療になっている可能性がある現状をどのように是正していくのかなどの方向性が見えないとも指摘した。国

内未承認薬の取扱いについても検討すべきとの見方を示した。さらに、報告書案にある「美容医療は、以下の点で傷病に対する治療を目的とした医療(以下「一般的な医療」という)とは異なる」との記述を疑問視。「医療と名乗るのであれば、医師法の枠組みに入るのが一番の論点」との認識を示し、「しっかりとした枠組みを作って、(美容医療の)利用者を守らなければならない」と強調した。

国立がん研究センター生命倫理部部長の一家綱邦構成員は、報告書案にある美容医療の合併症・副作用についての記述に言及。当該医療機関で対応が困難な場合について「適切な治療が可能な連携先医療機関に紹介を行う」といった対応が想定される」との記述があることについて、「『どこどこへ行ってください』というだけでなく、医療機関と連携し、適切に治療してもらえ環境を作る必要がある」と求めた。宮

川構成員も、「修復等で紹介や受診勧奨されて医療機関に行くと保険診療で治さなければならない。社会的なさまざまなお金を費やしてしまう。費用負担は、施術した医療機関が適切に補償すべき」と重ねて訴えた。

美容医療の合併症・副作用対応については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が「ケース・バイ・ケースで難しい」との認識を示した。例として「瞼の手術をして、形が変になったのは保険診療でやるべきではないが、脂肪吸引後に人喰いバクテリアなどで筋膜炎が起きた場合、患者さん保護の観点があるのではないか」「銀行強盗に拳銃で撃たれたら保険診療が使える」などをあげ、「美容医療にだけ使えないのもおかしい」との考えを示した。

厚労省は座長預かりとした報告書案を修正し、報告書を社会保障審議会・医療部に提示する方針だ。

■ 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)	備考
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 250名	2024年12月19日(木) WEB開催	5,500円(税込)	厚生労働省が推進する「医療安全推進週間」の取り組みとして、医療関係者の意識向上と、医療機関、関係団体等における組織的取組みの促進等を図ることを目的に、講習会を実施。「全日病・医法協認定 医療安全管理者」の継続認定(更新)のための研修(1単位)に該当する。
病院情報セキュリティ対策 ～医療機関に求められる ITセキュリティ～ 100名	2025年1月26日(日) WEB開催	5,500円(8,800円)(税込)	厚生労働省担当官より、厚労省が考える医療機関のサイバーセキュリティ対策を説明いただいた後、専門家が情報セキュリティ対策やセキュリティ監査、電子カルテの脆弱性やその対策について解説する。本研修は日本医療情報学会が認定する資格「上級医療情報技師・医療情報技師」を更新するための研修(1ポイント)に該当する。
第13回若手経営者の会 ～若手経営者にのぞむ、 これからの病院経営～ 100名	2025年2月8日(土) 東京ドームホテル	7,700円(9,900円)(税込) ※懇親会参加者は別途会費 11,000円(税込)	「若手経営者にのぞむ、これからの病院経営(地域医療構想、医師偏在対策を中心に)」をテーマに、厚生労働省医政局長の森光敬子氏に講演していただき、最後に参加者全員でディスカッションをする。参加対象は、原則55歳以下の病院経営者および経営者候補(年齢は目安)。本会終了後に懇親会を開催。
TMQ実現のための 医療QMS基礎講座 60名	2025年2月15日(土) 全日病会議室	13,200円(19,800円)(税込)	講義とグループワークの2部構成となっており、午前中の講義ではQMS(品質マネジメントシステム)の考え方を早稲田大学の棟近雅彦先生に講義いただいた後、実際にQMSを導入している2病院(調布東山病院、大久野病院)から実際のQMS取組みについて発表していただく。本研修は、全日病、医法協、および四病協が交付した「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)に該当する。
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る。所定のレポート等を提出した方には「受講修了証」が授与され、研修証明となる。