



全日病 ニュース 2024.12.15 No.1069

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

新たな地域医療構想は2027年度から、医療計画とも連動へ

厚労省・新たな地域医療構想検討会 厚労省が法改正へ枠組みなど提示、医療機関機能も微調整

厚生労働省は12月3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骨子を示した。都道府県は2026年度に地域の医療提供体制の方向性や将来の病床必要量の推計などを決定して、2027～2028年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議に入る。「新たな地域医療構想」の内容は基本的に第9次医療計画での反映を求める。現行の地域医療構想は2025年までとなっており「新たな地域医療構想」が2027年度以降の稼働と決まった場合は、地域医療介護総合確保基金での支援を継続しつつ、2026年度は移行期間になる見通し。

「医療計画」との関係では、「新たな地域医療構想」における病床必要量を「医療計画」における基準病床数の上限に設定することも提案。医療機関の再編・集約化に必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合など、地域の実情に応じた増床などは特例措置で認める考えだ。

既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床や療養病床の許可病床数が将来の病床数の必要量を上回る場合、「新たな地域医療構想」の実現可能性の担保が必要だが、厚労省は、都道府県の権限強化で対応する案を示した。病床の機能転換・削減などが必要な医療機関に対し、調整会議へ出席するよう求めるほか、都道府県は必要な対応について要請・勧告し、従わない場合は医療機関名などを公表するとの内容。

厚労省は、「新たな地域医療構想」で病床必要量を算出する方法など具体的な細かい運用面は、2025年度にガイドラインを作成する過程で検討する方針を示しており、まずは大きな枠組みを法律に位置づける方針だ。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「新たな地域医療構想」の実現可能性を担保する策として厚労省が提案した「都道府県の要請・勧告・公表」の権限強化を疑問視。「それぞれの医療機関には、経営している経営権というか、自由性があるはずなので、ここまで言うて良いのか」と牽制。「法的にも問題な

のではないかと疑問を呈した。実効性を担保する仕組みの必要性には理解を示しつつも、強制的な手法には反対する構え。厚労省は「意見を踏まえて検討する」との回答に留めた。

医療機関機能の名称などで修正案 四病協案の公表が影響した可能性

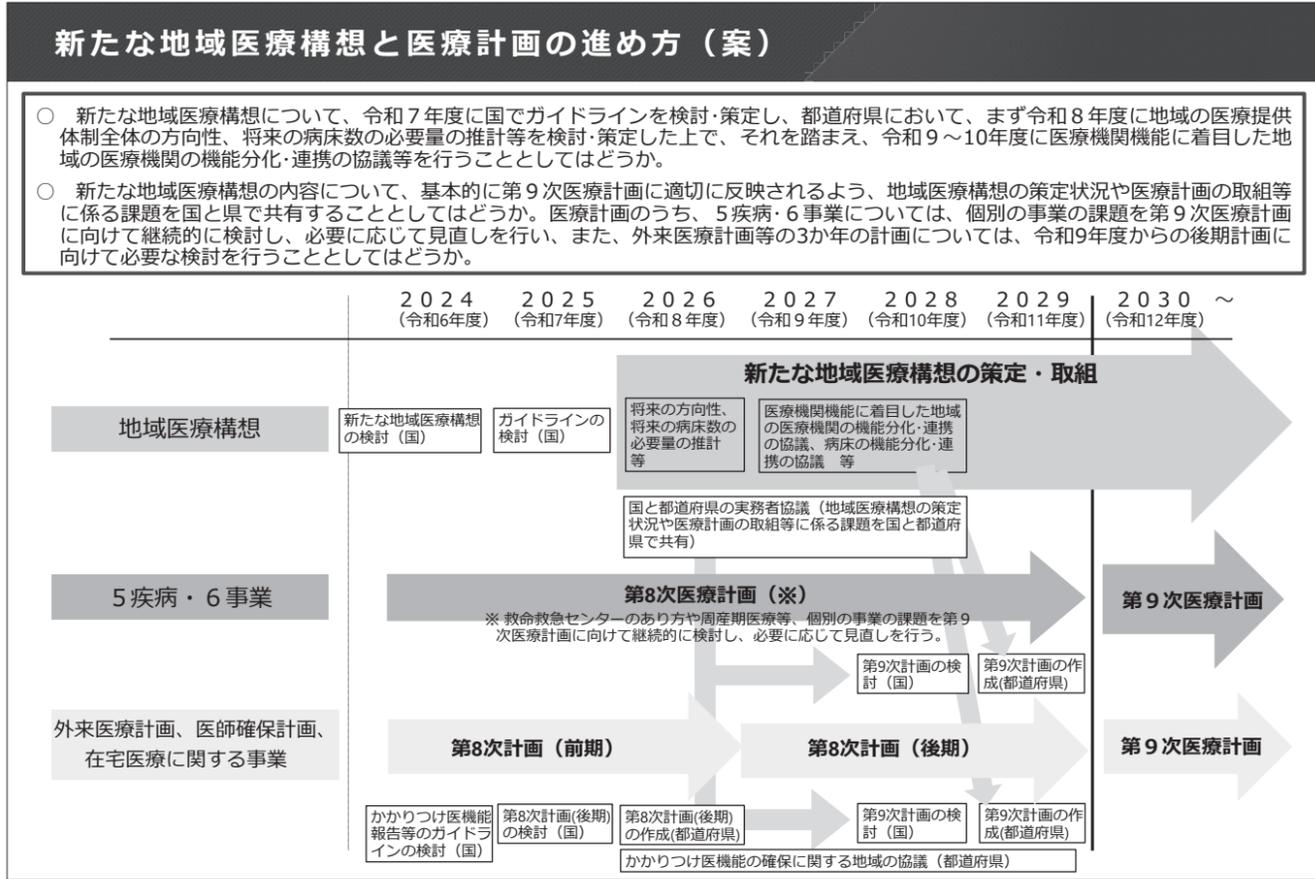
「新たな地域医療構想」で医療機関に対し報告を求め、必要量などを検討する基礎データにする「医療機関機能」の分類については、名称案を微修正し再提示した。11月8日の「新たな地域医療構想検討会」で反対意見が集中した「高齢者救急等機能」については、「高齢者救急・地域急性期機能」へ修正(全日病ニュース12月1日号参照)。同機能が担う具体的内容についての説明文も「高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院に繋げ、退院後のリハビリ等の提供を確保する」との記載に改め、「高齢者のみ」と誤解されな

いたための工夫を凝らした。構成員からも目立った異論は出なかった。

医療機関機能については、四病院団体協議会が11月27日に代替案を公表。「高齢者救急等機能」に代わる名称として「地域一般急性期機能(高齢者救急対応)」との案を示し、内容では、「高齢者を含めた救急等の急性期医療に対応し、入院早期からリハビリ・退院調整を行い、在宅復帰を目指す機能」として整理すべきと提言していた。

医療機関機能についてはこのほか、「地域ごとの医療機関機能」は名称案を変更した「高齢者救急・地域急性期機能」に加え、「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」の4分類と、大学病院本院を想定した「広域ごとの医療機関機能」として「医育及び広域診療機能」で構成する「4+1」を維持。一方、11月8日の検討会で猪口構成員が指摘した慢性期の医療機能に関しては「専門等機能」に含めた。あわせて、説明文を微修正し「集中的なりハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有償診療所の担う地域に根ざした診療機能、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」と記した。

現行の地域医療構想では「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の4分類の病床機能区分については、「回復期機能」の名称を変更する。「新たな地域医療構想」で見据える2040年に向けて増加する高齢者救急などの受け皿として急性期と回復期の機能をあわせ持つ病床の必要性を明示する考え。厚労省は同日、初めて「包括期機能」とする案を示したが、構成員からは異論・反論が続出。一方、具体的な代替案を示す委員が少なかったことから継続審議となった。厚労省が「包括期機能」とする内容は◇高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能◇急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能◇特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)の3つが柱。



大学附属病院本院に「医師派遣」機能も求める

特定機能病院等あり方検討会 特定機能病院の承認基準を見直し

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11月27日、特定機能病院の承認基準を見直し、大学附属病院本院には、医療提供・教育・研究に加え、「医師派遣」の機能を位置づける方向で、構成員の意見が概ね一致した。特定機能病院には、ナショナルセンターを含め、複数の類型が存在するが、同検討会では、大学附属病院本院の機能の議論を先行させている。

また、新たな地域医療構想の医療機関機能において、「より広域的観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能」として、大学附属病院本院を念頭に置いた類型が提案されている。新たな地域医療構想の大枠は年内にまとめることになっており、これとの関連で、同検討会での特定機能病院の承認基準見直し案は、当初年内だった予定を変更し、来年3月にまとめることにした。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「大学附属病院本院は、高度かつ広域的な医療を行い、教育、研究、さらに医師派遣と極めて多彩な機能を持ち、実践しており、他の特定機能病院とは機能が異なる。地域医療構想で大学附属病院本院は、地域によっても異なるが構想区域の中ではなく、それより広範囲の三次医療圏に位置づけることが中心になると思う」と述べた。

「医師派遣」については、「こちらも

都道府県内に複数の医大がある場合と1県1医大の場合で異なるが、特に診療科によって派遣が行われている実態があるので、行政とも綿密に連携して、地域の医療提供体制の中で、大学附属病院本院として、どのような派遣体制を構築するかが今後とても重要になる」との考えを示した。

本号の紙面から

医師偏在対策、美容医療対応	2面
3病院団体病院経営調査結果	3面
医師養成過程の医師偏在対策	4面

「診療報酬で医師偏在是正のインセンティブ」に反対意見

社保審・医療部会

日医副会長・角田委員「あり得ない」、国際医療福祉大・島崎委員「何でもありか」

医師偏在是正に向けた「経済的インセンティブ」の財源について厚生労働省が提案している診療報酬での対応について、11月28日の社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)では反対意見が複数あがった。日本医師会副会長の角田徹委員が「あり得ない」と反対を強調したのに加え、国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治委員も「医師不足のためには何でもありというのはいかなるものか」と難色を示した。厚生労働省は、医療部会での意見も踏まえ、引き続き検討する。

同日は、医師偏在対策に関する「総合的な対策パッケージ」を年内に策定するとの方針に沿って、「新たな地域医療構想等に関する検討会」で議論している方向性について審議。厚生労働省が、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」も提供しながら医師の偏在是正を推進するなどの方向性を示した。財源については、診療報酬での対応を基本に、保険者による拠出などの協力も得たいとの考えを説明。ここに、肯定・否定の両論が集中した。

角田委員は、診療報酬での対応につ

いて「反対を強調しておく」と表明。「我が国の公的医療保険制度は、誰でもどこでも一定の自己負担で医療を受けられることを基本にしている。患者負担の公平性の観点からも全国一律の公定価格だ」と述べた。

島崎委員は診療報酬について「政策誘導に使うお財布ではなく、診療の対価であるという認識が乏しいのではないかと述べた。経済的インセンティブの財源として診療報酬を充てる方法等について「(地域医療介護)総合確保基金との関係もわからない」と指摘し、さらなる検討を求めた。

一方、早稲田大学人間科学学術院教授の松原由美委員は、診療報酬はランニングコストだけでなく再生産コストについても包含した概念であるとの見方を示し、「医療提供体制についても、診療報酬で、(公的)保険でみていくことは十分検討に値する」と厚生労働省案に理解を示し、「基金との役割分担も含めて検討を」と要請した。

「現役世代の負担増は否」(松本氏)

保険者による拠出に関しては、健康保険組合連合会専務理事の河本滋史委員の代理で出席した中医協委員も務める松本真人参考人が、「責任を負うと

しても一定の範囲がある」と強調。「現役世代の負担増に繋がる拠出は到底受け入れられない」との考えを示した。その上で、「補助金と診療報酬が曖昧にならないよう適切に対応を」と求めた。

全日病・神野副会長「何か良い弾を」
医師偏在対策で即効性ある施策要求

全日病副会長の神野正博委員は、施策の大きな方向性について反論しなかったものの、即効性ある施策の追加を要求。「早くやらないと地方に来る医師はどんどん減っている」と危機感を露わにし、医師少数区域などでの勤務を管理者要件にする医療機関の範囲を拡大するとの方向性や、医師多数区域での開業規制などについて、「実効までに時間がかかる」と指摘。一定期間は保険医療に従事することを保険医療機関の管理者要件で求めるとの方向性については賛意を示しつつ、「何か他に良い弾はないか」と述べ、さらなる検討が必要との認識を強調した。

加えて、診療科偏在についてはSpecialistとGeneralistに分けて考え、前者は集約化や重点化を進める一方、後者については「リカレント教育を経て地方へたくさん来ていただきたい」と述べ、推進する方策を求めた。

「医療DX」と「認定医療法人」は了承

同日は、医療DX関連と医療法人制度に関する期限の延長や見直しについて、方向性を了承した。

医療DX関連は、①社会保険診療報酬支払基金の抜本改組に向けた方向性②医療等情報の二次利用推進に向けた対応の方向性③オンライン診療の法制化が柱。支払基金に関しては、医療DXに関するシステム開発や運用主体としての業務を新たに位置づける。医療等情報の二次利用については、電子カルテ情報の二次利用や公的データベース(DB)の連結解析、研究者や企業などが公的DBを利用するための体制を整備する。

医療法人制度の関係では、持分なし医療法人への移行を促進している「認定医療法人制度」の運用期限を現行の2026年12月31日から3年間延長する。また、一般社団法人による医療機関の開設事例が増加していることから、非営利性の確認を徹底する。具体的には、非営利性を確認するため医療法人以外の法人が医療機関を開設する際の基準などを定めている9都県の一部の自治体における取組みなどを参考に、詳細を検討する方針だ。

美容医療検討会が違法事例への対応で報告書

厚生労働省

社保審・医療部会では美容医療後の合併症や副作用への対応で再び疑義

自由診療である美容医療後の副作用や合併症の医療が、保険診療になっていることに対する問題意識が病院団体の関係者間で高まっているようだ。「美容医療の適切な実施に関する検討会」(小野太一座長)が美容医療の違法・不適切な事例への対応策などについて計4回の議論をまとめた報告書を11月22日に公表したのを受け、厚生労働省が同28日の社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)で内容を説明した。

これに対し、全日病副会長の神野正博委員などが、自由診療後の保険診療による対応を疑問視する意見を述べた。同検討会での検討状況について意見交換した10月30日の医療部会でも、美容医療後の保険診療での対応を問題視する同様の意見が複数出ていた(全日病ニュース11月15日号参照)。

美容医療に関する報告書の内容は大きく分けて①「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」4項目②「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」3項目一の計7項目で構成されている。

合併症や副作用、後遺症に関しては①(適切な美容医療等のための対応策)の「美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入」として、美容医療を提供する医療機関の管理者に対し、患者が相談できる連絡先などを都道府県へ定期的に報告する仕組みを構築すべきとの方向性を示した。

また、②(美容医療の質向上等)の「関係学会によるガイドラインの策定」に盛り込む内容として、合併症や後遺症などのリスクに関する説明方法などをあげている。さらに同じく②の「行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等」では、患者に対し周知・広報する内容として、「美容医療で発生し得る問題事例やリスク(副作用や合併症・後遺症、契約トラブル等)」

を求めた。

一方、保険診療での対応に関する是非などについては触れておらず、副作用や合併症が発生した際の「事後対応体制の構築」に関する重要性の指摘にとどまっている。

神野委員は、美容医療後は施術部などを含む身体的な問題だけでなく精神面にも影響が生じるため合併症や副作用、後遺症は広範にわたると指摘。その上で、医療機関で対応する場合は自由診療になる旨を患者に伝えるべきと主張。「後始末は保険診療でできるよ、となれば通常診療が圧迫されてしまう」との考えを改めて示した。

日本病院会副会長の泉並木委員も、「自由診療後の合併症などは、保険診療にならない場合があることを理解されていない方が多い」と指摘。誤解されないためにも報告書に記載し、周知を徹底すべきとの考えを示した。

今後について同報告書では、日本美



容外科学会(JSAS)、日本美容外科学会(JSAPS)などの関係学会や、美容医療の質の向上を目指す事業者らとともに、消費者庁などの関連省庁の協力も得ながら報告書が提言する対応策について取り組むよう求めている。

報告書で「直美」に言及、別途検討

美容医療の関連では、臨床研修修了直後に美容医療業界へ就職する「直美(ちよくび)」の医師が増えている現状が医療関係者間では問題とされ、医師偏在の課題の一つにあげる意見も多い。同報告書では、「医師の偏在是正の観点から臨床研修修了直後であるなど若手の医師が美容医療の領域に流れていること等の諸課題について指摘された」と状況を説明。「本検討会の議論の対象ではないものの、引き続き、厚生労働省において別途必要な検討をしていく必要がある」と提言した。

医療法人情報の第三者提供「オンサイト原則」に異論

医療法人の経営情報のデータベース検討会

政省令の具体化へ議論、外部での扱い課題か

厚生労働省は11月22日、約2年ぶりに「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」(田中滋座長)を開き、「医療法人の経営情報のデータベース」(MCDB)に関する第三者提供の枠組みを政省令で定めるための具体的な検討状況を示した。

構成員からは、MCDBを利用して研究者などが独自に集計・分析する場合、原則として安全管理措置が講じられている専用の部屋(オンサイトセンター)をデータ提供の場所として位置づけるとの方向性について異論が出た。利便性を確保してMCDBを活用した研究等を促進すべきとの意見。厚生労働省は引き続き検討する方針だ。

MCDBの第三者提供制度では、①一般からの委託を受けて厚生労働省(福祉医療機構(WAM))に委託がデータベースを利用して統計の作成と統計学的研究の結果を提供する「オーダーメイド集計」②公益性を有する調査や学術的な研究・分析が目的の研究者にデータベースの情報を提供する「医療法人情報の提供」一②の2種類を医療法にすでに規定。今後は、同条文を公布した2023年5月19日から3年以内に施行するための具体的な手続きなどを定める必要がある。

WAMに委託する「オーダーメイド集計」の手続きに関して厚生労働省は、統計法施行規則と同様に定める方針を提

示。また、「オーダーメイド集計」の提供に際して、「相当の公益性」を判断するため医療法で「社会保障審議会の意見を聞かなければならない」と規定されている点については、審査を担当する新たな会議体を設ける考え。運用面の詳細についてはガイドラインで定める方針だが、公益性を判断する軸として、◇学術研究の発展に資する◇教育の発展に資する◇医療提供体制の確保に資する一の3つをあげた。さらに、公益性を裏づけるための要件として、「オーダーメイド集計」を利用した研究成果の公表を求めるとの方針だ。

研究者らの独自集計・分析に対応する「医療法人情報の提供」については、

MCDB事業の委託先であるWAMが整備予定の「オンサイトセンター」での利用を原則とすることを提案した。MCDBに格納されている加工前のデータを研究者が操作できるなどの理由から「オーダーメイド集計」よりも個別の機微な情報が漏えいするリスクが高いからだ。

オンサイトセンター以外の場所については、安全確保措置として、①組織的管理措置(公的機関等及び法人等の場合)②人的管理措置(個人の場合を除く)③物理的管理措置④技術的管理措置⑤その他一の5項目を満たすよう求める方針だ。厚生労働省は早ければ年内にも方向性を固めたい考え。

診療報酬改定後も赤字、病院経営調査の最終報告

3病院団体

全日病・津留常任理事「普通の診療・医療サービス提供で赤字になる報酬体系」

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体は11月16日、2024年度の「病院経営定期調査」に関する最終報告の内容を公表した。診療報酬改定直後の状況について調べるため2024年6月を前年同月と比べたところ、全病院(n=1,043、平均病床数292)の100床当たり医業収益は1.5%減の2億2,665万円、反対に医業費用は0.6%増の2億4,884万円で、医業利益は▲2,219万円と、前年比で483万円さらに赤字が増えていた。経常利益も▲1,240万円で同比720万円赤字が増え、2期連続の赤字・減益となった。また年度比較では、2023年度に赤字へ転じた病院の割合が大幅に上がっている状況もわかった(千円以下は四捨五入)。

全日病の医療保険・診療報酬委員会委員長として同調査を担当する津留英

智常任理事は、「2024年度の診療報酬改定で本体の改定率が前回のおよそ2倍に相当するプラス0.88%であったにもかかわらず、赤字になってしまっている。普通に診療して、普通に医療サービスを提供しても、赤字になるような診療報酬体系ではないか」と分析。その上で、「新型コロナ補助金が途切れ、地滑りが一気に起こったかのごとく病院収支が悪化しており、極めて厳しい局面。国による何らかの救済措置や、特別な財政支援なしでは病院存続が危ぶまれる」と述べ、強い危機感を示した。

2024年6月の経常利益が黒字の病院(黒字病院)でも100床当たりの医業収益は前年比0.4%減の2億2,425万円であるのに対し医業費用が同比0.7%増の2億2,450万円と上回っており、医

業外収益が経営を支えている状況が明らかとなっている。医業外収益は同比0.3%減の2,431万円、医業外費用は22.7%減の189万円だった。

黒字病院の状況について津留常任理事は、「医業外収益として、おそらくコロナ関連の補助金や水道光熱費補助金が遅れて入金されているなどの理由で、経常利益はなんとか黒字だが、黒字病院でさえ通常の診療を行なっても利益が出ない状況」と解説した。

2024年6月の医業収益の内訳では、入院診療収入が0.3%増にとどまり、外来診療収入は5.0%減の減収だった。

赤字病院が急拡大している状況が鮮明に

2022年度と比較した2023年度の状況では、医業収益が全病院(n=967、平均病床数304)で100床当たり2.8%増の

27億8,928万円、医業費用が2.5%増の29億9,123万円で、赤字幅はわずかに減少した。ただ、医業外収益は前年度比45.0%減の▲1億7,728万円と大きく下がったため、経常利益は前年度比1億7,067万円減の▲3,723万円と赤字に転じた。

このような状況のため、経常利益が赤字の病院(赤字病院、n=516、平均病床数316)割合は30.4ポイント増の53.4%と過半数を超えてしまった。経常利益からコロナ関連や水道光熱費関連の補助金を除いた場合、赤字病院の割合は2.4ポイント増の65.3%まで高まってしまう。

経常利益が黒字の病院(黒字病院、n=451、平均病床数291)でも、医業利益は▲3,871万円と赤字。医業収益は3.2%増の28億9,294万円、医業費用は2.2%増の29億3,165万円である。

100床当たりのコロナ関連緊急包括支援事業補助金は1億6,397万円減の4,448万円だった一方、人材紹介会社へ支払う手数料・委託料が141万円増の373万円だった。

調査全体の有効回答数は1,242病院で、前年度調査比で126病院増。病床規模別有効回答数は「100～199床」(31.3%)、「200～299床」(15.7%)、「500床以上」(14.7%)などの順だった。病床区分別の割合は一般が68.0%で最多。次いで療養・ケアミックスが24.5%など。開設主体別は医療法人が46.1%で最も多かった。

全病院の医業損益・100床あたりの平均

科目 (単位:千円)	全病院 (n=1,043) 平均病床数: 292				2024年6月 黒字病院 (n=378) 平均病床数: 250				2024年6月 赤字病院 (n=665) 平均病床数: 316			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医業収益	230,036	226,650	-3,386	-1.5%	225,158	224,247	-912	-0.4%	232,229	227,731	-4,498	-1.9%
②医業費用	247,395	248,841	1,447	0.6%	223,037	224,495	1,459	0.7%	258,348	259,789	1,441	0.6%
③医業利益 (①-②)	-17,359	-22,192	-4,833		2,122	-249	-2,370		-26,119	-32,058	-5,940	
④医業外収益	15,097	12,580	-2,516	-16.7%	24,391	24,311	-80	-0.3%	10,917	7,306	-3,612	-33.1%
⑤医業外費用	2,939	2,790	-149	-5.1%	2,446	1,890	-556	-22.7%	3,160	3,194	34	1.1%
⑥経常利益 (①+④)-(②+⑤)	-5,201	-12,401	-7,200		24,067	22,173	-1,894		-18,362	-27,947	-9,585	
コロナ関連、水道光熱費の補助金を除く 経常利益 (⑥-(⑦+⑧))	-6,914	-12,521	-5,608		22,783	22,109	-674		-20,267	-28,093	-7,826	
医業利益率 (③÷①)	-7.5%	-9.8%			0.9%	-0.1%			-11.2%	-14.1%		
経常利益率 (⑥÷①)	-2.3%	-5.5%			10.7%	9.9%			-7.9%	-12.3%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,665	97			1,254	32			1,849	127		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	48	23			30	32			56	19		

経営状況が急変した医療機関を支援

政府

2024年度補正予算案を閣議決定

政府は11月29日、総合経済対策に基づく2024年度補正予算案を閣議決定した。厚生労働省分は8,454億円。賃上げ対応を含む経営状況が急変した医療機関への支援や医師偏在対策、医療・介護DXの推進、創薬力強化に向けたイノベーションの推進・医薬品等の安定供給確保など、夏の概算要求に盛り込んだ事項を含め、喫緊の課題に対応するための予算案とした。

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の病院経営定期調査(上の記事参照)で示されたように、病院経営の悪化が顕著になっており、全日病をはじめ医療団体は政府・与党に対応策を訴えてきた。今回の補正予算案では、その訴えが一定程度認められた形となった。

2024年度補正予算案は、6項目で構成されている。①医療・介護・障害福祉分野のさらなる賃上げの支援等、医師偏在是正に向けた対策の推進(2,861億円) ②持続的・構造的賃上げに向けた支援等(313億円) ③創薬力強化に向

けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保(442億円) ④医療・介護DX等の推進(1,447億円) ⑤国際保健・感染症に備えた対応等(1,022億円) ⑥国民の安心・安全の確保(2,205億円) ①の項目で、今回、「人口減少や医療機関の経営状況の急変に対する緊急的な支援パッケージ」をまとめた。具体的には、3つの施策があり、合わせて1,311億円の規模となる。

1つ目は、「賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図るための施策」(828億円)である。生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等に対して、経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。病院・有床診療所に1病床あたり4万円、診療所・訪問看護ステーションには18万円を交付する。対象は、政府の賃上げ目標の実現のために2024年度診療報酬改定で新設したベースアップ評価料算定機関となっている。

生産性向上に資する取り組みでは、◇タブレット端末、離床センサー、WEB会議設備等◇床拭きロボット、監視カメラ等◇医師作業補助者・看護補助者の配置一をあげた。また、「新たに配置する際に必要な経費のほか、すでに雇用している職員の人件費に充てることが可能」であるのもポイントだ。

2つ目は、医療需要の急減な変化を受け病床数の適正化を進める医療機関への支援。診療体制の変更等により、職員の雇用関連の対応などが生じ、様々な課題に対して負担が発生するため、支援を行う(428億円)。物価高・賃上げにより経費が増大する一方で、コロナ禍を経て患者が戻らない医療機関が少なくない。状況により診療体制の縮小を図ることが適切な選択肢となる。

病床数の適正化を進める医療機関を対象に経費相当分の給付金を支給する事業で、病院・有床診療所に対し1床あたり410万4千円を支給する。また、整備計画を進めており国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給

付金を支給する。市場価格が高騰し補助事業単価を上回っている場合にその差額に相当する分を補助する考えだ。

3つ目は、周産期医療体制および地域の小児医療体制を確保するための支援(55億円)となっている。

年内に総合的な対策パッケージをまとめる医師偏在対策に関連する予算項目でも、各種施策を盛り込んだ。

「重点医師偏在対策支援区域(仮称)における診療所の承継・関連支援事業」(102億円)では、医師確保のため、支援区域内で診療所を承継・開業する場合に、①施設整備②設備整備③一定期間の定着の支援を行う。「医師偏在是正に向けた広域マッチング事業」(1.6億円)では、中堅・シニア世代等の医師を対象に、医師少数地域の医療機関とのマッチングなどを支援する。

また、医療・介護事業者をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者の支援のため、「重点支援地方交付金」を追加(1.1兆円)する。これに関し、厚労省は全日病などに「医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について」(光熱費等)(食材料費関係)を12月5日付けで事務連絡した。

がん登録情報の第三者提供、加工方法の検討に着手

厚科審・がん登録部会

法改正せず運用を見直し、2024年度末にマニュアル改訂し対応

厚生労働省は11月25日の厚生科学審議会・がん登録部会(中山健夫部会長)に、がん登録情報を第三者提供するための加工方法を提案した。具体的には、患者の最終生存確認日または死亡日について、①提供者(病院)が、診断日や治療開始日などから起算した最終生存確認日もしくは死亡日までの期間(日数)を算出する②第三者提供を受ける側は、最終生存確認日もしくは死

亡日の復元が困難となるよう、元々保有している診断日などの情報について、「年月日」を「年月」に置換し、「日」を削除する一の2点をあげた。死因については、「がんによる死亡」か「その他の原因による死亡」のいずれかに置換するとの案だった。

「死因の細分化を」、委員から意見

委員からは死因の区別について、複

数の独立したがんを罹患した場合、どのがんで亡くなったかという情報が研究には重要との観点から「当該がんによる死亡」などの明確化を求める意見が出た。また、「その他の原因」についても、一括りにするのではなく細分化を検討する必要性を指摘する声があった。研究などでは、がんやがん治療のリスク分析が重要との考え。厚労省も検討すると応じた。

厚労省は現状、現行法を維持したまま運用の見直しで、がん登録の情報を第三者提供する方法を検討している。2024年度末までに全国がん登録の「情報の提供マニュアル」を改訂し対応する方針だ。詳細な医療情報と正確な予後情報を合わせた多施設共同研究などの大規模化により、がんの予防や医療、がんとの共生に関する検討や政策の促進を図り、医療の質向上を目指す。

医師養成過程を通じた医師偏在是正策のまとめ了承

医師偏在対策等検討会

全日病副会長・神野構成員「適切な配置が不可なら総数確保を」

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11月29日、医師の養成過程を通じた医師偏在是正策の内容を大筋で了承し、検討会としての取りまとめに際する文言の調整などについては座長一任とした。

主な柱は◇医師多数県の臨床研修募集定員の上限5%以上を対象に医師少数県等における24週以上の研修を取り入れる「広域連携型プログラム」の制度化◇学会や病院団体が協力し総合診療に関する知識・スキルの研修を推進する「リカレント教育」◇偏在対策に

資する配分の「医学部臨時定員」◇必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくりや処遇改善などを実施する「診療間の偏在対策」一の5つ。診療科の偏在対策では外科医について、「業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について、別途、必要な議論」と記述し、対応を示唆した。厚労省は、「新たな地域医療構想等に関する検討会」での議論とあわせて、年末に医師の偏在是正に関する「総合的な対策パッケージ」を取りまとめる方針だ。

厚労省が同検討会で議論してきた内

容を踏まえてまとめ同日に示した「医師偏在是正に向けた基本的な考え方(案)」では、医師確保について「総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある」と記している。また、「若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、全ての世代の医師へのアプローチが求められる」との方針も列記。「国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要」との考えも盛り込んだ。

全日病副会長の神野正博構成員は、「総数の確保から適切な配置へと重心

をシフト」との記述に対し、「ままならなければ総数の確保がまだ必要と主張しておきたい」と述べ、拙速に総数削減に着手すべきではないとの考えを改めて強調した。また、「リカレント教育」について「病院団体も病院総合医の育成に尽力しており、経済的な補填については明示してほしい」と求めた。

構成員からはこのほか、各施策の効果を定期的に検証するためのKPIを設定すべきとの意見や、広域連携型プログラムについて内容の届出締切となっている2025年4月末を待たずに検討状況などを把握すべきなどの意見が出た。

医師臨床研修募集上限を決定

医道審議会・臨床研修部会(国土典宏部会長)は11月27日、2026年度に開始する医師臨床研修に関する都道府県別の募集定員上限を決定した。全体では1万904人で、都道府県別の募集上限最多は東京で1,254人(2025年度比13人減)。次いで神奈川658人(10人減)、

大阪630人(6人減)、愛知551人(6人減)などだった。募集上限が少なかったのは徳島78人(1人増)、佐賀80人(3人減)、鳥取82人(変動なし)、鳥根85人(6人減)、福井86人(3人減)などの順。

同日は、2026年度以降も臨床研修病

院の募集定員倍率を「1.05倍」とする方針も了承。今後も、激変緩和措置適用県の募集定員上限を前年度より減少させ、大都市部の採用数減少を着実に進めるほか、新たに2026年度から開始予定の「広域連携型プログラム」で、採

用率が全国平均以下の医師少数県を中心に研修機会の充実を図る。構成員からは、2025年4月末が提出期限の「広域連携型プログラム」について、偏在対策としての実効性を担保すべきとの意見が複数あがった。

2026年度の都道府県別の募集上限

北海道	412	東京	1,254	滋賀	124	香川	100
青森	160	神奈川	658	京都	250	愛媛	126
岩手	139	新潟	214	大阪	630	高知	92
宮城	214	富山	105	兵庫	400	福岡	399
秋田	105	石川	127	奈良	123	佐賀	80
山形	131	福井	86	和歌山	119	長崎	148
福島	183	山梨	105	鳥取	82	熊本	136
茨城	270	長野	174	島根	85	大分	101
栃木	185	岐阜	178	岡山	188	宮崎	111
群馬	158	静岡	303	広島	203	鹿児島	156
埼玉	518	愛知	551	山口	125	沖縄	156
千葉	494	三重	168	徳島	78	計	10,904

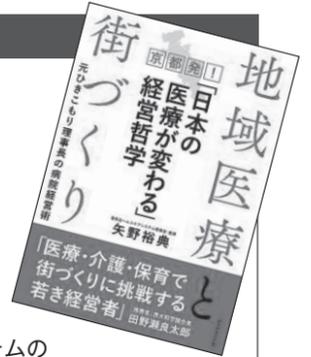
一冊の本 book review

地域医療と街づくり 京都発！ 「日本の医療が変わる」経営哲学 元ひきこもり理事長の病院経営術

著者●矢野裕典
出版社●ダイヤモンド社
定価●1,760円(税込)

全日本病院協会会員病院である洛和会ヘルスケアシステムの矢野裕典理事長のご著書。医療、介護、健康・保育、教育・研究をはじめとした事業を通じて地域の課題解決を目指し、街づくりを行う。その背景としての思想と哲学が、著者の半生とともに鮮やかに描かれている。

地域包括ケアシステムの先にある地域共生社会を実現していくために、医療機関が主体となって行う街づくりの可能性と「地元」に根差した取組みの重要性を改めて感じる。福利厚生のある方など、病院経営におけるさまざまなアイデアももらえるだろう。幹部職員にはぜひ読んでいただきたい一冊。(広報委員会委員長)



■ 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
病院管理者のためのユマニチュード(認知症対応メソッド)研修 80名	2025年1月25日(土) WEB開催	13,200円(17,600円)(税込)	院内の認知症対応を検討している管理者を主な対象とした研修会。日本ユマニチュード学会の代表理事を務める、東京医療センターの本田美和子先生より、基本技術や医療施設で導入するために必要な研修デザイン、2022年度より開始となったユマニチュードに取り組む施設を対象とした認証制度の紹介を含め、講演していただく。
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。
病院医療ソーシャルワーカー研修会 70名	2025年2月8日(土)・9日(日) 全日病会議室 ※事前課題あり	22,000円(29,700円)(税込)	病院施設の医療ソーシャルワーカーを対象とした、集合研修によるワークショップ形式の研修会。本研修を2日間参加した方に当協会より「受講修了証」を発行する。また、公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会の認定する認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象。
TQM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。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。