



全日病NEWS

2025.3.1 No.1073

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

人員配置の要件、遠隔診療など活用で柔軟に

がん拠点病院検討会 指針改訂まで待てないのではとの意見も

医療機関による人員確保が困難な状況が続く中、がん診療連携拠点病院(がん拠点病院)の指定をめぐる議論でも、柔軟な体制を認めていく必要性に対する意識が高まっている。厚生労働省が2月13日に開いた「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」(藤也寸志座長)では、特に常勤医の確保が困難との見方から病理医や放射線治療医などの確保で遠隔診療の活用も認めるなどの見直しを求める意見が相次いだ。

厚労省は、がん拠点病院に関する指針の改訂を予定している2028年までは、現行の要件で厳格に判断する方針。一方、構成員からは「それまで長すぎる」など、地域の医療提供体制の確保を危惧する声もあがった。

日本医師会常任理事の黒瀬巖構成員は、「残念ながら一部の地域では医療のリソースがかなり脆弱であり、十分に人員を確保できない状況」と指摘。

「提供側というよりは、患者の目線で、必要な場合は適切なルールに基づいた遠隔診療、D to P with Dなどが十分活用できるような仕組み作りをぜひ、がん拠点病院の指定でも勘案していただきたい」と求めた。「放射線、病理の医師の問題は続いており、常勤で確保できない地域が今後はさらに出てくる可能性がある」と危機感を滲ませた。

サッポロビール株式会社人事総務部プランニング・ディレクターの村本高史構成員も、「今後さらに人材に関する要件で苦慮する医療機関が出てくる」との認識。「人材要件が未充足の医療機関が出てくるようであれば議論はしていきたい」との姿勢を示した。

日本病院会副会長の泉並木構成員も、「病理の常勤医は、広域の県・地域では確保が難しい。ぜひ今回の改訂では遠隔診療が進歩しているの、条件を決め、地域住民が困らないような体制

を作っていくかなければならない」と主張。「要件を途中で変えるのは難しいと思うが、医学の進歩に合わせた改訂にしていただきたい」と求めた。

病理医、放射線治療医の体制確保 学会の意見も踏まえて検討を

日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一構成員は、「重要なのは病理の専門家、特に学会から遠隔診断の質の保証などについて考え方を公表をいただきたい」と要請。その上で、「我々だけでは、がん診断の正確性や質について十分に検討しきれないと思う。学会も含めた検討を」と強調した。この意見には藤座長も応じ、「非常に重要な問題。現行の整備指針だと、術中迅速であれば、遠隔診断でもよいとなっているが、日常の診断に遠隔診療という文意はない」と説明。「どう入れ込むか。非常勤なのか、バーチャルだけでもよ

いのかなど、学会等々からの意見聴取なども考えながら、やっていかなければならない。放射線治療医の話でも同じ」との考えも示した。

東京都保健医療局技監の成田友代構成員は、「整備指針の改訂まで3年、ということで長く、未充足が病理医の配置だと3年で解決はなかなか難しい」などと述べ、次期改訂まで待てないのではないかと認識を示した。その上で、「要件の検討では、病理医の配置のみならず、地域の実績・実情に応じて総合的に要件を満たしているか判断できるようにすべき」と主張。「非常勤がいる、遠隔も使うなど、補足する要件を満たしていれば『可』とするような検討を」と求めた。

厚労省「整備指針の次期改訂、色んな医療の状況を踏まえて検討」

このような意見が出たことに対し厚労省は、2028年に関がん拠点病院に関する整備指針を改訂する計画を改めて説明。その上で、「色々な医療の状況や医師の確保の状況など、さまざまな背景を踏まえて整備指針に盛り込んでいく」と表明。一方、現行の指針に基づくがん拠点病院の指定において、人員確保などに関する要件に対する柔軟な対応には否定的。「要件が頻繁に変わると準備する医療機関、都道府県にも負担や混乱をきたす」との認識だ。さらに「次の改訂のタイミングまでは、現在の方針にしたがって指定していく」と現状維持の方針も強調した。

地域がん診療拠点病院は新規4件 地域がん診療病院は新規1件を了承

同日は、個別審議の結果、「地域がん診療連携拠点病院」の新規指定を4件、「地域がん診療病院」の新規指定を1件了承。このほか、類型変更や指定更新などについても承認した(図表)。

また、拠点病院に関する審査について、来年度は書類の提出期限を前倒し、12月末までにすべての書類提出を済ませよう求める。加えて、新型コロナウイルス感染症の影響による患者数の減少などを鑑みて設けていた「診療実績」に関する特例措置は廃止する。

本号の紙面から

高額療養費制度見直し	2面
全日病企画・森光局長	3面
レセプト調査結果公表	4面
収入要件見直しでバブコム	5面
院内がん登録の集計結果	6面
高額検査の保険適用	7面
医療技術評価の方法了承	8面

図表1

新規指定や指定更新・変更等に関する個別審議					
地域がん診療連携拠点病院への新規指定			地域がん診療病院から地域がん診療連携拠点病院への類型変更		
北海道	国家公務員共済組合連合会 斗南病院	了承	北海道	王子総合病院	了承
埼玉県	防衛医科大学校病院	了承	長野県	独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター	了承
東京都	国家公務員共済組合連合会立川病院	了承	岩手県	岩手県立胆沢病院	見送り
福岡県	医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院	了承	岩手県	岩手県立中部病院	見送り
神奈川県	医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院	見送り	地域がん診療病院への新規指定		
地域がん診療連携拠点病院(特例型)から地域がん診療病院への類型変更(2025年11月1日から2027年3月31日まで)			佐賀県	伊万里・有田地区医療福祉組合 伊万里有田共立病院	了承
			地域がん診療連携拠点病院(特例型)から地域がん診療病院へ類型変更		
大阪府	独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター	了承	広島県	市立三次中央病院	了承
大学病院の移転に伴う地域がん診療連携拠点としての指定更新			地域がん診療病院としての指定辞退		
大阪府	近畿大学病院	了承	福岡県	福岡大学筑紫病院	了承

厚労省資料を一部改変

図表2

個別審議を要さない指定更新等一覧					
都道府県がん診療連携拠点病院としての指定更新(指定期間:令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間)			地域がん診療連携拠点病院(特例型)から地域がん診療連携拠点病院に復帰(指定期間:令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間)		
北海道	独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター		北海道	独立行政法人労働者健康安全機構釧路労災病院	
地域がん診療連携拠点病院としての指定更新(指定期間:令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間)			岩手県	岩手県立磐井病院	
北海道	社会医療法人恵佑会札幌病院		地域がん診療連携拠点病院から経過措置で地域がん診療連携拠点病院(特例型)(指定期間:令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間)		
秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 秋田厚生医療センター		福岡県	一般社団法人福岡県社会保険医療協会社会保険田川病院	
福島県	会津中央病院		地域がん診療連携拠点病院として現況報告(指定期間1年間延長)		
埼玉県	春日部市立医療センター		山形県	山形市立病院済生館	
神奈川県	大和市立病院		山形県	置賜広域病院企業団 公立置賜総合病院	
岐阜県	岐阜県厚生農業協同組合連合会 中濃厚生病院		千葉県	日本医科大学千葉北総病院	
京都府	京都府立医科大学附属北部医療センター		東京都	独立行政法人国立病院機構災害医療センター	
奈良県	公益財団法人 天理よろづ相談所病院		神奈川県	川崎市立井田病院	
奈良県	近畿大学奈良病院		岐阜県	社会医療法人厚生会 中部国際医療センター	
和歌山県	橋本市民病院		愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	
和歌山県	紀南病院		兵庫県	公立学校共済組合近畿中央病院	
愛媛県	住友別子病院		福岡県	公立八女総合病院企業団	
長崎県	日本赤十字社長崎原爆病院		福岡県	医療法人 原三信病院	
鹿児島県	社会福祉法人 恩賜財団 済生会川内病院		福岡県	福岡赤十字病院	
			地域がん診療病院としての指定辞退(指定取消)		
			北海道	独立行政法人労働者健康安全機構 北海道中央労災病院	

厚労省資料を一部改変

清話抄

病院団体の一本化を!

国内には種々の病院団体が存在し、主だった4つの団体が四病院団体協議会(四病協)を結成して、四病協は共同で厚労省等に病院のおかれている現状等を訴えている。同様の行動を日本医師会(日医)も行っているが、そこ

には決定的な違いが二つある。日医は、建前上は下部組織の県医師会・郡市区医師会の意見を吸い上げているが、四病協のそれぞれの団体には県支部が存在しない団体も多々あるため、地方の医師会員の意見は国まで届くが地方の病院のまとった意見を国に届けるのはかなり困難である。また、大多数の開業医が医師会に所属している事実と比し、それぞれの病院団体への県内の病院の入会率は決して高くはない。

一方、岐阜県には1951年に県庁の主

導で作られて岐阜県病院協会(岐病協)が存在し、県内の病院の岐病協への入会率は90%を超えており、県庁は岐病協を病院団体の代表ととらえている。こういった背景のもと、上記の地方の病院の総意を国に届ける目的で、岐阜県では岐病協と四病協の岐阜県支部とで合同の組織を作って、5つの病院の団体(5病協)、さらには5病院連盟(5病連)の結成を来年度に目指している。これにより、県庁や医師会と対峙するのは5病協となり、政治活動は5病連

で可能となる。さらに岐阜県の病院の総意は5病協を通じて全国レベルの病院団体に伝達できるようになる。結果的に国の施策もより迅速に地方の現状に即して行うことができるのではと考えている。同様の組織の再編はすでに他県でも行われていると思うが、最も大切なのは、その県内のいかに多くの病院が会員となる組織が作れるか否かであると考えている。

(松波英寿)

主張

医療崩壊の危機

最近、病院の倒産のニュースを頻繁に目にするようになった。「新たな地域医療構想」の議論がなされ、全国的に受療率の低下があり、大きな一因であることは間違いなく、診療報酬により収益を上げている医療においては、人件費、光熱費等の経費を算出するのに限界が来ていると思われる。さらに、国が進めようとしている医療

DXの目的は理解できるが、整備のための経費を負担する体力はほとんどの医療機関でなくなってきている。

1月30日に開催された、一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラムの新春座談会「医療提供体制改革の展望—医療機関の機能分化と連携、医師の偏在対策を中心に—」において、「医療の撤退」の考えの必要性が述べられた。

厚生労働省医政局医事課長の西嶋康浩氏は「なし崩し的に地域医療が壊れてしまう前に、少し積極的にどのような医療であれば維持できるかをそれぞれの地域で考えていく必要がある」と指摘。参議院議員の古川俊治氏は「日本の医療は拡充で進めてきたが、撤退戦は初めて。これをどう進めていくかが私の関心事」「大きな地域差があるが、10年以内に撤退戦略を検討すべき二次医療圏が多い」との考えを示した。国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治氏は「地域医療構想はチキンレースの

構造になりやすい」との懸念を呈した。全日本病院協会の猪口雄二会長は「質を下げずに、いかに効率的に運用するかという考え方にスイッチしていかないと、間に合わないのではないかと警鐘をならした。その他色々な意見が述べられたが、このままでは、地域において必要な医療機関までが廃院せざるを得ない状況になりかねない」と考える。早急な国の政策転換が必要だと思ふ。全日病だけでなく、医療従事者全員が共通認識を持って活動することが不可欠である。(池井義彦)

高額療養費制度の多数回該当の見直しは凍結を判断

福岡厚労相

患者団体との意見交換を踏まえ、長期療養患者の負担に配慮

福岡資麿厚生労働大臣は2月14日、高額療養費制度の自己負担限度額を引き上げる見直しに関して、当初の政府案を修正し、高額療養費の支給を受けつつ長期療養する患者に配慮し、多数回該当の場合は現状の自己負担限度額にとどめるとの判断を示した。高額療養費の見直しに反対する全国がん患者団体連合会(全がん連)などとの意見交換を踏まえ、決定した。多数回該当は、高額療養費制度において、1年(直近12カ月)に高額療養費の支給を同一世帯で4回以上受ける場合に、自己負担限度額を軽減する措置のこと。

制度見直しで保険料上昇を抑制 社会保障費圧縮の手段にも活用

高額療養費制度の見直しは、社会保障審議会・医療保険部会での議論などを経て、昨年12月25日の福岡厚労相と加藤勝信財務大臣の2025年度政府予算案の大臣折衝で合意したもの。

高齢化や高額薬剤の普及などにより、高額療養費の総額は年々増加し、結果として現役世代を中心に保険料が増加してきた。セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、すべての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る観点で、見直しを行うことになった。

具体的には、負担能力に応じたきめ細かな制度設計とするため、所得区分に応じて自己負担限度額を引き上げるとともに、各所得区分の細分化を行う。また、低所得の高齢者への影響を抑制しつつ、70歳以上の固有の制度である

外来特例を見直す。

住民税非課税世帯など低所得者の自己負担限度額の引上げは小さくするなど配慮を行っている。一方、中・高所得者の自己負担額引上げ幅は比較的大きい。基本的には、年収約370万円から約770万円の引上げ率は10%、約770万円から約1160万円は12.5%、約1160万円超は15%だが、所得区分が細分化されることにより、年収約650万~約770万円や年収約1650万円の層では、引上げ率は1.7倍を超える。

これだけの見直しだと医療費に与える影響は大きい。全世代型社会保障制度の推進の中で、少子化対策・子育て支援の財源確保とともに、現役世代の保険料負担上昇の抑制が大きなテーマとなっており、高額療養費制度の見直しとその手段になった面がある。段階的な経過措置を経た後の満年度ベースの影響額をみると、保険料削減効果は3700億円、公費削減効果は1600億円(国1100億円、地方500億円)に及ぶ。加入者1人当たりの保険料軽減額は保険者や収入により異なるが、年額1100円から5000円と推計される。

2025年度政府予算案においては、予算均衡のための社会保障費圧縮の手段として寄与した。社会保障費の制度改革・効率化による1300億円の削減額のうち、薬価改定分が▲600億円で最も大きく、高額療養費制度は▲200億円である。高額療養費制度は見直しの第一段階が2025年8月であるため、2027年8月以降の満年度の影響額と比べ、低い金額となっている。

制度の持続可能性の観点踏まえ 「ぎりぎりの判断」福岡厚労相

このような高額療養費制度の見直しを盛り込んだ2025年度政府予算案が1月24日開幕の通常国会に提出されると、野党の議員から見直しに対する問題点を指摘する意見が相次ぐようになった。全がん連など患者団体から見直し凍結を求める声も高まり、福岡厚労相は患者団体や保険者団体との意見交換を重ね、その結果、見直しの修正が検討されることになった。

全がん連の天野慎介理事長は2月12日の福岡厚労相との意見交換の際に、以下の3点から今回の見直しは問題点として「凍結」を求めた。具体的には、①自己負担限度額の引上げ幅が大きく、特に長期にわたり継続して同制度を利用する患者・家族に過重な負担を強い②医療保険部会で高額療養費を実際に利用している現役世代の患者・家族に関するデータの検討やヒアリングが実施されていない。審議時間も短期間だった③高額療養費制度は重要なセーフティネットであり、医療費の削減はOTC類似薬の保険給付見直しなど他の手段を検討し、最後の手段として高額療養費の自己負担上限額引上げを検討すべき一をあげた。

2月14日も全がん連や日本難病・疾病団体協議会、NPO法人いずみの会の代表者らと面会。意見交換の後、福岡厚労相が検討結果を報告した。

福岡厚労相は、「患者団体の切実な声を承り、特に長期療養の方々へ最大限寄り添う必要がある」と考え、高額療



患者団体と意見交換する福岡厚労相

養費を年に4回以上利用する多数回該当の場合の負担は増えないようにすることにした」と報告した。あわせて、「高額療養費制度は日本が誇るべきセーフティネットであり、このセーフティネットを受け続けられる環境も維持していかないといけない。保険料負担が上昇している中で、ぎりぎりの判断を行った」と、3回目までの自己負担限度額の引上げなど多数回該当以外の見直しは実施する意向を示した。

なお、今回の見直しは2025年度政府予算案に影響するため、予算案の修正となる。また、多数回該当の自己負担限度額引上げの凍結は、当面今回の段階的な見直しが完了する2027年8月までとしている。

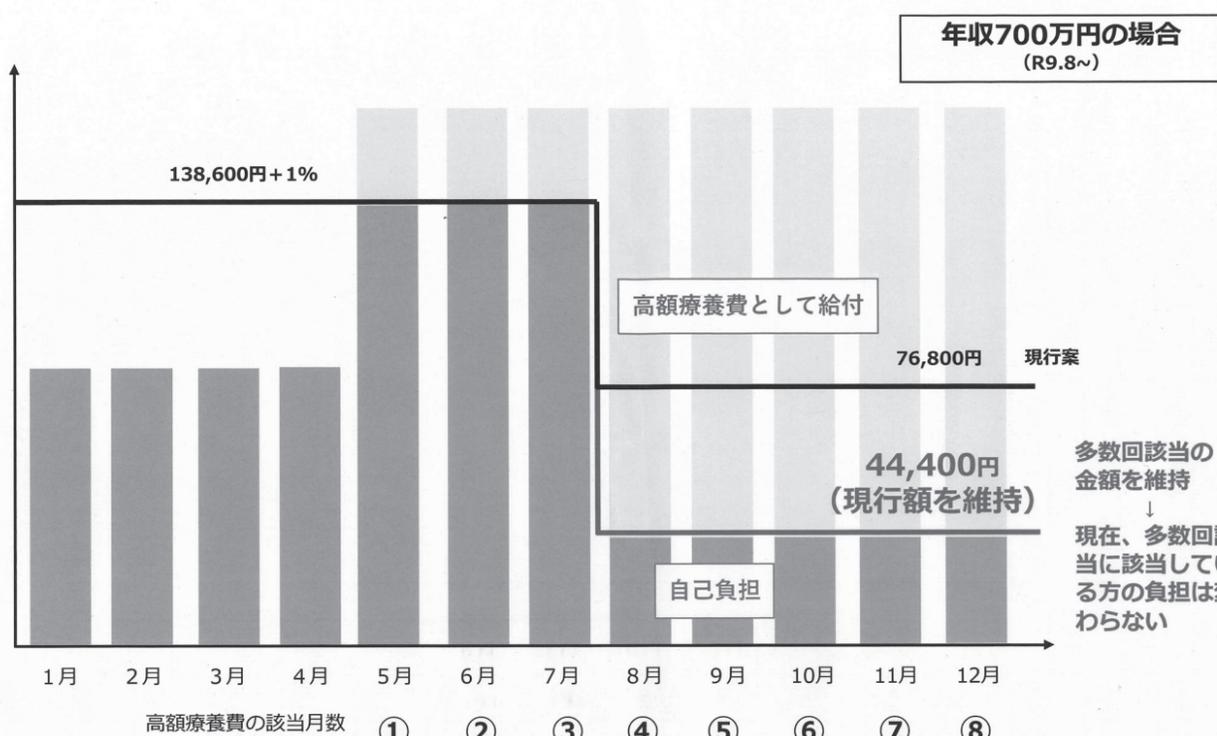
全がん連など患者団体が、医療保険部会の議論において、高額療養費の支給を受けている患者の意見を聞かなかつたことなどを問題視している点については、「前回引上げ時よりも丁寧な議論を経て見直しが決まったものと理解している。今後どういった形で議論を進めるべきかについては、今回のことを踏まえ検討を行いたい」と述べるにとどめた。

全がん連などは制度見直し すべての凍結を主張する

全がん連など患者団体は、福岡厚労相との意見交換後に会見を行った。天野理事長は、多数回該当の自己負担限度額引上げの凍結について、「配慮されないと直ちに命に関わる、負担が極めて大きくなる見直しであったので、この点を修正することには感謝する」と述べた。一方で、「(多数回該当以外の)引上げ幅が大きい、政策決定のプロセスに問題がある、(医療保険制度の中での)見直しの優先順位が違うということを考えて、見直しは凍結し、いったん立ち止まるべきというのが我々の意見」とした。

見直しの優先順位ということに関して、国会審議ではさまざまな議論が行われている。1月27日の石破茂首相の施政方針演説に対する衆議院の代表質問においては、日本維新の会の前原誠司共同代表が「OTC類似薬については、保険適用から除外する方向で議論すべき」と提案した。これに対し石破首相は、政府として2028年度までに検討を行うべき課題として、改革工程表に掲げられている項目と回答した。

高額療養費制度の見直しについて



多数回該当の金額を維持
↓
現在、多数回該当に該当している方の負担は変わらない

全日病若手経営者育成事業委員会企画

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～ 厚労省・森光医政局長講演

デフレ時代の制度や規制は転換が必要 地域医療を守るため「一緒に戦ってほしい」

全日病の若手経営者育成事業委員会(甲賀啓介委員長)は2月8日、東京都内で「若手経営者にのぞむ、これからの病院経営」と題した第13回若手経営者の会を開いた。厚生労働省の森光敬子医政局長が講演し、「新たな地域医療構想」の骨子を昨年12月にまとめた経緯や医師の偏在対策などについて解説した。物価高や賃金の上昇に苦しむ病院経営については、「制度も規制もデフレに合わせている」との見方を示し、インフレ対応の検討が早急に必要との考えを示した。さらに、医療費を含む社会保障費の伸びが抑制されている状況については、打破すべきとの認識を示し、「一緒に戦ってほしい」と呼びかける場面もあった。当日は、日本海側を中心とする大雪の影響で欠席者も出たが、同委員会の企画に初参加の50名を含む計113名が会場に詰めかけ、熱を帯びた一夜となった。

「2040年」は政府の長期的な課題 公共交通より医療が先に消失する姿

森光局長は、まず2025年の姿を描いた現行の地域医療構想について「病床の総数としては目標である119.1万床に対し2023年の時点で119.3万床とほぼ達成している」と改めて評価。一方、「病床機能ごとの数はバランスが悪い」と指摘。2023年時点で、急性期が目標に対し12.4万床多く、反対に回復期は目標に17.1万床少ない状況を示した。

その上で、現行の地域医療構想に関する記載が盛り込まれた第7次医療計画(2018～2023年度)と同じ頃である2018年に総務省の「自治体戦略2040構想研究会」がまとめた「第一次報告」と「第二次報告」に言及。「2040年をメルクマールにしているのは厚労省だけではない」と述べ、2040年を見据えた検討は医療の側面だけでなく公共交通・施設、治安、防災、労働、産業などを含む自治体行政に関する総合的な観点で政府が長年検討し続けていると解説した。

総務省の同研究会がまとめた両報告からは、「医療は重要なインフラだが、真っ先に消失する可能性が高いと書いてある」と紹介。地域医療のほとんどは民間の力で支えているため、財源が税金である公共交通よりも先に医療が「引いていく」との分析だ。

森光局長は、両報告が人口減少に伴い人口の低密度化が進行する「スポンジ化」に着目している点も取り上げた。「医師不足の感触と人口当たり医師数では乖離があるので、面積当たりの医師数がかかなり大事な指標だと思っている。どちらかという、どれだけの面積を医師が診ているかが医師不足の感触に合っている」との認識も示した。

一方、両報告について現在の目線で振り返り「医療は給与が担保されているので、医療に人手が吸い込まれ、産業界の方が苦しくなる可能性があるため手当を提言する内容だが、ご承知のように現実は今全く逆」とデフレ環境下による見通しだったと指摘。その上で、「現在はインフレに対応するための賃

上げに早く対応できる産業界の方が潤っており、人もそちらに動いている」と述べ、医療の制度や報酬もインフラに対応できるよう早急な検討が必要と危機感を示した。

高齢者救急と在宅医療支援の重要性、 地域による需給の変化を改めて強調

85歳以上の高齢者が急増し、各地域の医療需給が大きく変化する見通しの2040年に向けた「新たな地域医療構想」については、厚労省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で示した資料などを引用しつつ解説。2020年から2040年にかけて85歳以上の医療需要が救急搬送で75%増、訪問診療で62%増の見込みである状況などを改めて説明し、「高齢者救急」と「在宅医療支援」の重要性が増すと強調。「新たな地域医療構想」の策定に向けて始動する予定の「医療機関機能の報告制度」における医療機関機能の分類である「高齢者救急・地域急性期機能」と「在宅医療等連携機能」の重要性を示唆した。

高齢者救急の関連では、85歳以上の急性期入院が、15～65歳に比べ「明らかに内容が違う」と指摘。医療資源を多く要する手術が少なく、疾患の種類も限定的であり、比較的多くの病院で対応可能という特徴にも触れた。森光局長は「採算の悪い、売り上げに貢献しないと思われる患者さんかもしれないが、そこが大事」との認識。「そこを受けて在宅や施設に返し、地域包括ケアで支える仕組みがあるんですよ」と述べ、知ってもらえることが一番大きいなどと述べ、まずは地域医療にとって不可欠な役割であるとの認識をすべての関係者の中に浸透させる必要があるとの考えを示した。

在宅医療の関連では、2020年から2040年にかけて需要が変化する状況も提示。需要の増加が「50%以上」の二次医療圏が66カ所、「40%以上50%未満」が50カ所、「30%以上40%未満」が43カ所など。森光局長は、「オンライン診療を相当、拡充する必要が生じる」との見通しを示した。

総数での対策より、偏在解消や地域の医療を支える医師の維持・確保を

医師の偏在対策については、大きな流れとして「総数での対策ではなく、偏在の解消や地域の医療を支えるために適切な数を確保するための対策が必要だと思っている」と述べた。医学部の定員に関する考え方として、「ある地域の医学部定員が100人で、高校3年生が3000～4000人程度だったとき、『ちょっとそれはどうなんですか?』と感じる」と例示。同時に「地域に残ってくれる医師がいないから養成したいというのは切実なのでわかる」と理解を示しつつ、「実際は遠くの医学部に入って卒後は都会に戻るという方が多い」とも指摘。その上で、「1県に1医大」の構想は、まさに地域の医療を守る医師を育てる役割だったはず」と述べ、何らかの施策が必要との考えを明らかにした。

昨年公表した「医師の偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」(対策パッケージ)については、これまでの偏在対策と異なる点として、◇1つの解はなく、さまざまな施策を組み合わせる◇若手医師だけを対象にするのではなく中堅・シニアも含む全世代へのアプローチ◇へき地だけではない中小規模の都市を含む対策一をあげた。「医師の総数が約34万人。各都道府県の医師確保計画を積み上げると足りないのは1万人くらい。ちょっとずつ後押しするための施策をかき集めていくという考え」を重視した。

地域偏在の関連では、都道府県内での偏在を注視している。「人口はあまり減らず、産業や観光も含めた人の流入は今後もありながら医療だけが減っていく地域が増えるとの試算がある」と説明。さらに「都会の人は、医師の偏在」と聞くとへき地をイメージするようだが違う。中小の都市で医療だけが消失してしまう。そこを支えるために偏在対策が必要なんだという議論をしている」と述べ、施策を検討する専門家の間でも認識にバラつきがある状況に悔しさを滲ませたようだった。

対策パッケージの個別施策の関連では、「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拡大等」について触れた。「実際に効いてくるのは20年後だというご意見もある」と前置きした上で「いくつかの医療グループでは将来の幹部候補のキャリアパスに地方経験も組み込む動きがある。そういう意味では、すでに効果は出始めている」との認識を示した。

都道府県が設定する「重点医師偏在対策支援区域」で策定する「医師偏在是正プラン」に基づき医師不足地域で医師を確保するための経済的インセンティブについては、2027年頃からの開始になるとの見通しを示した。

昨年12月に成立した補正予算で計1311億円を計上した「人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ」についても言及。人件費に充当可能な「更なる賃上げに向けた生産性向上・職場環境等の支援」で828億円、病床の削減や施設整備などに使える「医療需要等の急激な変化



森光医政局長

を受けて病床数の適正化を進める医療機関の支援」と「物価高騰等により施設設備等が困難となっている医療機関への支援」で428億円をそれぞれ確保したと説明。「早い県では2月の議会を通す予定と聞いている」と述べ、速やかかつ効果的な活用のため都道府県との連携を求めた。

医療費を含む社会保障費の壁突破へ 社会保険料は“悪”ではない

質疑応答では、医療を含む社会保障費の予算の伸びを高齢化の伸びに収めている状況を打破できないか問われ、「そういう方向に持っていかなければならない」と述べた。その上で、「私も戦うが、病院団体の先生方も含めて一緒に戦っていただかないと勝ち取れない」と訴えた。社会保険料の引下げを公約にする国政政党的の登場などに言及し、「デフレの発想のまま動いていないか。そういう発言や発信の力が強い」との認識を示した。「社会保険料だけを取り上げ『悪だ』と言わんばかりの議論が続いているが、可処分所得を増やし、経済をよく回して賃上げしてという流れができれば構わないはず」「その辺の話が色々ごっちゃになっており、理解してもらおうためにも、みんなで戦っていくしかない」と述べ、共闘を呼びかけた。

甲賀委員長「冷たい業界にいる」 一次情報として「現場の声を」



甲賀委員長

開催に先立って挨拶した甲賀委員長は、当初の募集定員を超えて集まった参加者にお礼を述べた後、「我々は今、冬の天気

に負けず冷たい業界に浸っている」と病院経営の現況を寸評。「寡占化やむなしと覚悟していたところ、非常に厳しい2024年度の診療報酬改定があった」と振り返った。本企画に関する打ち合わせの際、森光局長から「現場の声を貴重な一次情報として得たい」と話があったことも明かした。



2024年度改定後の一般病院入院の点数増減率は3.59%増

支払基金 ベースアップ評価料や地域包括医療病棟新設などが影響

社会保険診療報酬支払基金(神田裕二理事長)はこのほど、2024年度診療報酬改定後である2024年6月～8月診療分の医療費の動向を公表した。前年同期比で、一般病院入院の点数増減率は3.59%増加と、医科計本体の+0.58%を上回った。ベースアップ評価料や地域包括医療病棟新設の影響がある。診療所の入院外は▲2.05%。

同基金が審査・支払を実施している被用者保険等の医療費が対象で、医療機関は病院が8149施設、診療所が8万7711施設の9万5860施設、歯科は6万7514施設、調剤は6万2289施設。要因分析対象は電子レセプトで請求する医療機関等で、病院は全体の97.6%、診療所は90.0%、歯科は87.6%、調剤は90.6%となっている。

医科の件数・日数・点数をみると、対前年同期比で1件当たり点数は入院が+2.77%、入院外が▲3.46%、1件当たり日数は入院が▲0.12%、入院外が▲0.62%、1日当たり点数は入院が+2.90%、入院外が▲2.86%。入院は1件当たり日数がわずかに短縮する一方で、

1日当たり点数が増大し1件当たり点数が3%弱の増加となった。一方、入院外は1件当たり日数も1日当たり点数もマイナスとなった。

医科の診療項目別・増減要因別点数の増減率では、総計は本体が+0.58%、特定器材が+0.19%、医薬品が+0.07%。本体の増減率+0.58%の内訳をみると、「所定点数の変動」▲0.64%、「新設」+2.51%、「廃止」▲0.06%、「算定回数の変動」▲1.16%、「その他」▲0.06%となる。「新設」と「廃止」について、2023年度診療分において類似した診療行為がある場合は対象外としている。包括評価で出来高算定となった診断群分類は廃止対象。

なお、2024年度改定の本体改定率は+0.88%で、このうち①賃上げ対応分が+0.61%②入院時の食費基準引上げ分が+0.06%③生活習慣病関連の診療報酬の見直し▲0.25%。①②③を除く改定率は+0.46%で、医科は+0.52%、歯科は+0.57%、調剤は+0.16%という構成。薬価改定は▲0.97%、材料価格改定は▲0.02%である。

「算定回数の変動」プラスに寄与

一般病院入院の診療項目別・増減要因別点数の増減率をみていく。全体では本体が3.59%の増加である(図表)。

「算定回数の変動」が+1.72%で最もプラスの影響が大きい。このうちプラスの寄与度が最も高いのは「特定入院料」の+1.06%である。地域包括ケア病棟入院料1の算定回数が21万回から25万回に、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定回数が72万回から76万回に増えたことが影響した。脳血管疾患等リハビリテーション料(1)が553万回から568万回に増加するなどリハビリテーションの変動は+0.20%、内視鏡下椎弓形成術が115回から906回、人工関節置換術(股)が1601回から1751回に増加するなど手術の変動は+0.20%となっている。

「新設」の影響は+1.43%で、増加の要因として「算定回数の変動」の次に大きい。2024年度改定の最重要課題となった賃上げ対応を実現させるために新設した入院ベースアップ評価料の寄与度が+1.02%となっている。特定入院

料の増加率は+0.31%で、地域包括医療病棟入院料新設の寄与度が+0.16%、精神科地域包括ケア病棟入院料新設の寄与度が+0.12%となっている。

「所定点数の変動」も+0.49%で、プラスに寄与した。入院基本料の影響が+0.47%で大きく、精神病棟入院基本料の寄与度が+0.12%、急性期一般入院料の寄与度が+0.11%、障害者施設等入院基本料の寄与度が+0.07%である。2024年度改定では、「栄養管理体制の基準の明確化」、「意思決定支援に関する指針の作成」、「身体的拘束を最小化する体制整備」を求めるとともに、「40歳未満勤務医師、事務職員等の賃上げ」を実施する観点から、入院基本料等を引き上げた。

一方、「検査」がマイナスとなっており、「SARS-CoV-2 核酸検出」が4.97万回から1.98万回、「SARS-CoV-2 抗原定量」が1.43万回から0.77万回に減少したことが特記される。

DPC対象病院入院の本体の増減率は+4.05%で一般病院よりも高い。一般病院と同様に「算定回数の変動」の影響が最も大きく+1.81%で、「包括評価」が+1.11%、「入院基本料」が+0.27%、「手術」が+0.40%となっている。「包括評価」では、非ホジキンリンパ腫の診断群分類の項目の寄与度が+0.22%、「手術」では、腹腔鏡下腔式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合)が1381回から1885回に激増し寄与度が+0.03%となっている。「入院基本料」では、DPCに包括されていた看護補助体制充実加算が別途算定可能となり、算定回数が21万回から431万回に増えた影響(寄与度+0.07%)や、急性期充実体制加算の算定回数が135万回から148万回に増えた影響がある(寄与度+0.06%)。

「新設」の影響は+1.62%で、入院ベースアップ評価料(寄与度+0.90%)のほか、「包括評価」が+0.48%で、「くも膜下出血、破裂脳動脈瘤」手術の診断群分類の項目の寄与度が大きい。

「所定点数の変動」は+0.73%で「包括評価」の影響が+0.68%で大きく、具体的には、「頻脈性不整脈」手術や「急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他)」が増加要因となっている。

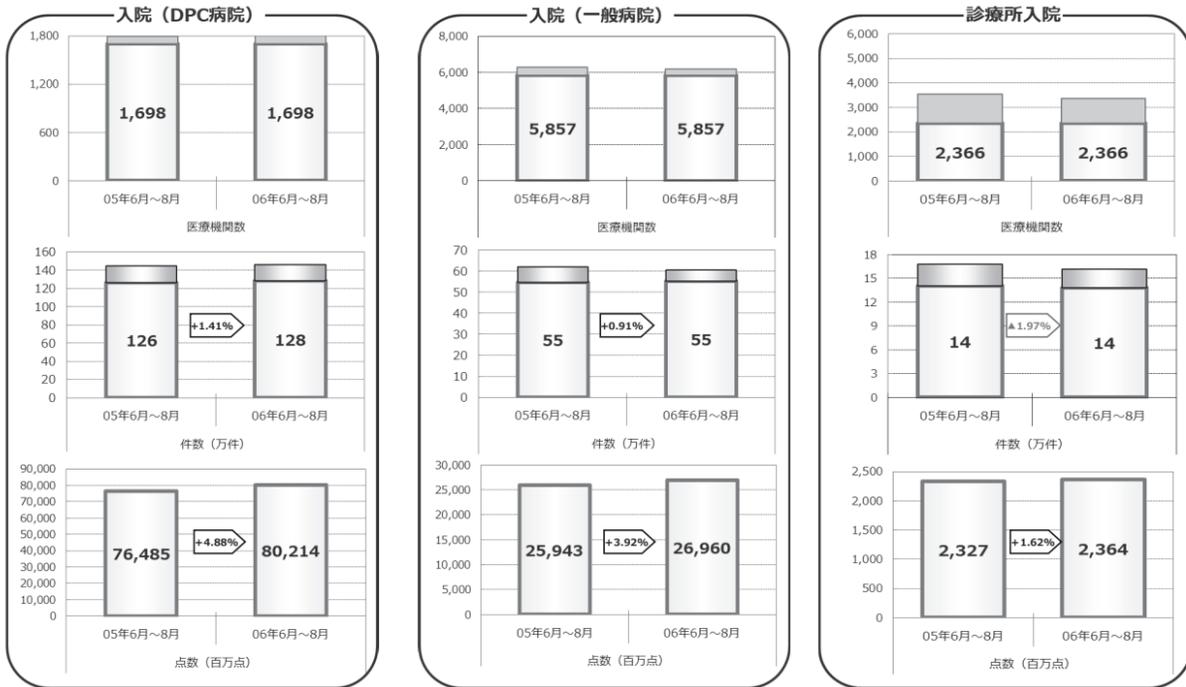
入院外は算定回数の変動が▲0.91%

病院入院外の本体の増減率は▲0.55%のマイナスである。診療所の入院外の▲2.05%よりは軽微だが、適正化の影響が現れた。

「算定回数の変動」が▲0.91%で最も大きなマイナス要因で、さまざまな要因がある。マイナスの影響では「初診料」(▲0.25%)、「再診料」(▲0.15%)、「医学管理等」(▲0.31%)、「投薬」(▲0.21%)、「検査」(▲0.39%)がある。プラスの影響では「画像診断」(+0.26%)、「在宅医療」(+0.15%)がある。最も大きなマイナス要因は、「医学管理等」の特定疾患療養管理料で算定回数が258万回から94万回に激減したことで、寄与度は▲0.28%となっている。2024年度改定で生活習慣病関連の診療報酬が適正化されたことが関係している。

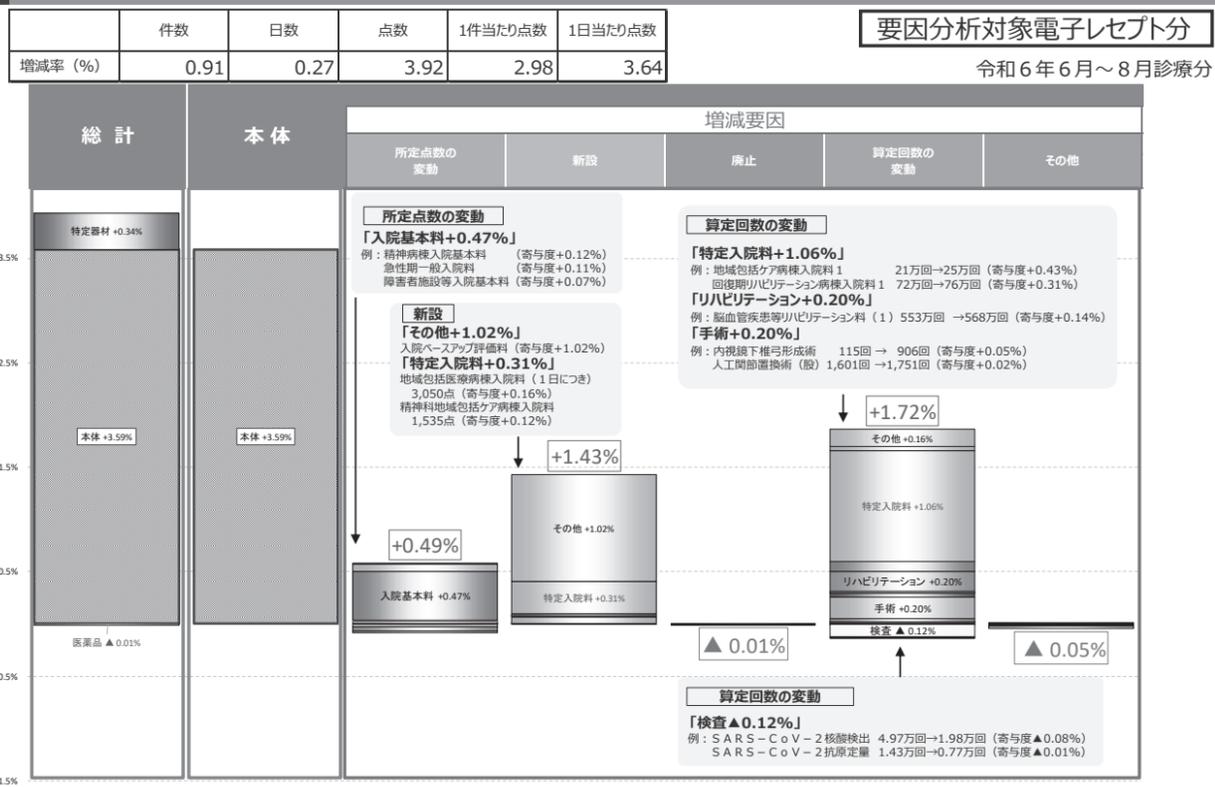
「所定点数の変動」も▲0.50%でマイナス要因である。「投薬」が▲0.26%、「検査」が▲0.27%となっている。「投薬」では、処方箋料(リフィル以外・その他)の68点から60点への引下げや、特定疾患処方管理加算の66点から56点への引下げなどの影響がある。「検査」では入院と同様に、新型コロナ検査関連の点数引下げが影響した。

要因分析対象電子レセプトの状況(医科 入院)



注1 □は、要因分析対象電子レセプト分である。
注2 ◀▶は、要因分析対象電子レセプト件数及び点数の令和5年6月～8月診療分に対する令和6年6月～8月診療分に対する増減率である。

診療項目別・増減要因別点数の増減率【病院入院(一般病院分)】



「症候群サーベイランス」開始へ、ARIのQ&A改訂

厚労省

風邪の症状を広く収集、4月7日から全国約3000の定点で

厚生労働省は2月5日、今年4月7日から急性呼吸器感染症(Acute Respiratory Infection = ARI)に関する「症候群サーベイランス」を始めるにあたり、医療機関などを対象にした「急性呼吸器感染症サーベイランス実施に向けた準備に係るQ&A」を改訂した。昨年12月18日付の通知で都道府県などの各自治体や日本医師会などに発出して以降、初めての改訂。定点医療機関(ARI定点)に報告を求める症例について「咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁、鼻閉のいずれか1つ以上の症状を呈し、発症から10日以内の急性な症状であり、かつ医師が感染症を疑う外来症例」と定義(以下、「症例定義」)を明確化したほか、検体提出を求める医療機関(ARI病原体定点)に対し「5検体/週」を目標に運用する方針などを示した。いわゆる風邪の症状を広く収集し、感染症対策を強化する。

ARIについては、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症(COVID-19)など個別の疾患名によるサーベイランスは実施されているものの、分母となるARI全体の発生数が不明な状態であり、各疾患の発生割合が明確ではないなどの問題がある。また、病原体サーベイランスの方法が統一されておらず、包括的かつ継続的な検体収集やゲノム解析の体制となっておらず、新規・未知の感染症発生に気がつきにくいという課題もある。また、WHOがARIや重症急性呼吸器感染症(SARI)サーベイランスの実施を推奨し、米国CDCではARI患者の呼吸器ウイルス陽性

割合を監視しているなど、国際的な動きもある。

このような状況を踏まえ厚労省は、感染症法施行規則を改正し、ARIを「5類感染症」に位置づけ、定点サーベイランスの対象とする。ARIの特徴である「急性の上気道炎(鼻炎、副鼻腔炎、中耳炎、咽頭炎、喉頭炎)や下気道炎(気管支炎、細気管支炎、肺炎)を指す多彩な病原体による症候群」の発生動向を把握する「症候群サーベイランス」の体制を築き、継続的に監視する。現在は、4月7日の開始に向け、都道府県に要請したARI定点およびARI病原体定点となる医療機関の指定に関する報告内容を確認中だ。

定点サーベイランスの体制を改変 現行の約5000から約3000に

ARI定点の数について厚労省は、インフルエンザやCOVID-19などに関するサーベイランスで稼働中の定点約5000から約3000に絞る方針。保健所数の減少などで維持が困難と想定し、保健所区管内の人口を現行よりも幅広くする。昨年10月9日の厚生科学審議会感染症部会(脇田隆字部会長)に示した試算では、小児科定点1687、内科定点1289の計2976程度となる見込みだ。定点の指定に関しては、現行の小児科定点とインフルエンザ/COVID-19定点を活用する前提で、隣接する複数の保健所をあわせて定点を設定することも認める。

ARI定点に対しては、症例定義に該当する患者数を週1回の頻度で報告す

るよう求める。ARI病原体定点については、小児科定点と内科定点からそれぞれおおむね10%を選定する方針だ。

疾患別ではなくより広範な「症候群サーベイランス」を開始することで、ARI定点などに指定された医療機関では負担増が想定できるが、指定のない医療機関では追加の義務などが生じない。厚労省は、医療機関の負担軽減について、電磁的な手法による事務・報告様式の活用などによる簡素化について検討を進めている。

「ARIに関する特定予防指針」作成 総合的な対策と疾患別の対策で構成

ARIに関しては、一般的に国内で確認できる上気道炎または下気道炎を呈する疾患を対象に「特定感染症予防指針」も作成する。これまで、ARIの関連ではインフルエンザに関する「特定感染症予防指針」があるのみ。新型コロナウイルスに関する対策の内容をまとめる必要性が生じていた状況に、ARIを感染症法上の「5類感染症」に位置づける施行

規則の改正が加わり、厚科審・感染症部会での審議を経て急性呼吸器症状を呈する疾患を総合的に網羅する「特定感染症予防指針」の作成を決定した。一般的なARIに関する総合的な対策と、疾患別の特異的な対策で構成する。対象となる疾患は上気道炎を呈する「インフルエンザ」「COVID-19」「RSウイルス感染症」「咽頭結膜熱」「ヘルパンギーナ」「A群溶血性レンサ球菌咽頭炎」「百日咳」と、下気道炎を呈する「クラミジア肺炎」「マイコプラズマ肺炎」「レジオネラ肺炎」「オウム病」の計11疾患の予定(図表)。これまで、いわゆる風邪症状の予防対策については、国が定める明確な文書に基づく指針などが存在しなかった。

1. 主に上気道炎を呈し、国内で発生がみられる疾患

- インフルエンザ(定点)
- COVID-19(定点)
- RSウイルス感染症(定点)
- 咽頭結膜熱(定点)
- ヘルパンギーナ(定点)
- A群溶血性レンサ球菌咽頭炎(定点)
- 百日咳(全数)

2. 主に下気道炎を呈し、国内で発生がみられる疾患

- クラミジア肺炎(基幹定点)
- マイコプラズマ肺炎(基幹定点)
- レジオネラ肺炎(全数)
- オウム病(全数)

※ 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症(定点)のうち、呼吸器症状を呈するものについても把握

社会医療法人などの収入要件見直しへ、パブコメ募集開始

厚労省

四病協の要望を反映、補助金などを受け取る影響を回避

厚生労働省は2月5日、社会医療法人などの税制上の要件について、「公的な運営等」を確保するために社会保険診療等の割合を定めている収入要件の計算式を見直す省令改正案についてパブリックコメント(パブコメ)の募集を始めた。分母を「全収入金額」から「医療保健業務による収入金額」に改め、分子には「補助金等」を新たに

加える(図表参照)。募集期間は3月6日まで。

社会医療法人等に対しては、公的な運営等を確保するため、全収入金額(事業収益の額)に占める社会保険診療等の割合が一定割合を超えるという収入要件が課されている。社会医療法人の一定割合は8割となっている。

今回の見直しは、全日病などで構成

する四病院団体協議会(四病協)の税制改正要望で、「補助金等の収入の一時的な増加により要件を満たさないこととならないよう、恒久的な措置を講じていただきたい」と求めていた内容が反映されている。

厚労省が公開した省令改正案で対象にしているのは、収入要件で「社会保険診療等」の割合が80%超の社会医療

法人のほか、特定医療法人、認定医療法人、福祉病院事業法人、厚生農業協同組合連合会と、同60%超であるオープン病院事業法人となっている。

同収入要件の見直しについては、四病協が昨年8月23日に厚労省へ提出した「2025年度税制改正要望の重点事項」において、「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」として明記した(2024年9月1日号を参照)。

厚労省が同28日に公表した2025年度の「税制改正要望事項」には、「社会医療法人、特定医療法人、認定医療法人、福祉病院事業法人、オープン病院事業法人及び厚生農業協同組合連合会の収入要件の見直し」として盛り込まれた。その後、自民党税制調査会での議論などを経て、政府が同12月27日に閣議決定した2025年度の「税制改正大綱」に位置づけられ、実施される見通しとなった。

財務省が公開している資料によると、「医療政策上必要な医療の提供により国が自治体等から受け取る補助金等が、収入要件の充足に影響することは不相当」と判断。「社会医療法人等が行う医療保健業務の非営利性を確保することを含めて、収入要件を見直すことは妥当」と結論づけたと説明されている。

適用対象は、2024年3月末時点の見込みで社会医療法人361法人、特定医療法人313法人、認定医療法人957法人(移行期間等があるため累計)、福祉病院事業法人35法人、厚生農業協同組合連合会33法人、オープン病院事業法人49法人となっている。

社会医療法人、特定医療法人、認定医療法人、福祉病院事業法人、オープン病院事業法人及び厚生農業協同組合連合会の収入要件の見直し(所得税、法人税、相続税、贈与税、消費税、法人住民税、事業税、固定資産税、都市計画税、不動産取得税、特別土地保有税、事業所税、地方消費税)

1. 大綱の概要

社会医療法人等について関係法令等の改正により収入要件等の見直しが行われた後も、引き続き、社会医療法人等が行う医療保健業務を収益事業から除外する等の措置を講ずる。

2. 制度の内容

● 社会医療法人等については、公的な運営等を確保するため「**全収入金額(事業収益の額)に占める社会保険診療等に係る収入金額の割合が一定(※1)を超えること(以下「収入要件」という。)**」等の要件が課されている。

(※1) オープン病院事業法人は60/100、それ以外は80/100

● 社会医療法人等の**収入要件**について、
・ 補助金等の多寡が要件の充足に影響を与えないよう、「社会保険診療等に係る収入金額」(分子)に「**補助金等に係る収入金額(※2)**」を加えること、
・ 法人が行う医療保健業務の非営利性を確保する観点から、「**全収入金額(事業収益の額)**」(分母)を「**医療保健業務(※3)による収入金額(補助金等に係る収入金額を含むものとし、経常的なものに限る。)**」とする見直しを行うほか、所要の見直しを行う。

(※2) 国又は地方公共団体から交付される補助金その他相当の反対給付を伴わない給付金(固定資産の取得に充てるためのものを除くものとし、国等に代わってその交付に係る事務を行う者から交付されるものを含む)に係る収入金額及び国又は地方公共団体からの委託(国等に代わってその委託に係る事務を行う者からからの委託を含む)を受けて行う事業に係る収入金額であって、医療保険業務に係るものをいう。

(※3) 各法人の本来業務及び附帯業務(医療及びこれに類する業務、介護サービスに係る業務並びに障害福祉サービスに係る業務に限る。)をいう。

<参考> 社会医療法人の収入要件 ※下線が見直し部分

(分子)	社会保険診療 + 健康診査 + 予防接種 + 助産 + 介護サービス + 障害福祉サービス + 補助金等	に係る収入金額	>	$\frac{80}{100}$
(分母)	全収入金額	⇒ 医療保健業務による収入金額		

新たな地域医療構想と医師偏在是正に向けた総合的な対策

政府 医療法等改正法案を閣議決定し、国会に提出へ

政府は2月14日、医療法等の一部を改正する法律案(医療法等改正案)を閣議決定した。主な内容は①地域医療構想の見直し等②医師偏在是正に向けた総合的な対策③医療DXの推進の3本柱(図表)。高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するため、必要な措置を講じるとしている。

新たな地域医療構想や医師偏在是正に向けた総合的な対策は、全日病の猪口雄二会長が参加する厚生労働省の新

たな地域医療構想等に関する検討会、神野正博副会長の参加する社会保障審議会・医療部会や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の議論を経て決まり、病院団体の意見が反映された内容となっている。

新たな地域医療構想はこれまでの2025年を目標とした構想をに続き、2040年頃を見据えて病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。地域で過不足のある医療機能等を調整する地域医療構想調整会議の

構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を課題とする場合に参画を求める規定を盛り込む。

従来の病床機能に加えて、新たな機能として医療機関機能を位置付ける。具体的には、◇高齢者救急・地域急性期機能◇在宅医療等連携機能◇急性期拠点機能等を設定し、名称を変更する病床機能とともに医療機関が報告する制度とする。これらの医療機関機能の名称も、全日病など四病院団体協議会の意見により修正を経て決定された。

オンライン診療については、これま

でガイドラインを定めて、運用してきたが、医療法で定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に関する規定を整備する。また、不適切な施術による消費者被害が増大していることも踏まえ、美容医療を行う医療機関に定期報告義務などを課す。

医師偏在是正に向けた総合的な対策としては、①都道府県が「重点的に医師の確保を図る必要がある区域」(重点区域)を定めることができることとする。保険者拠出による医師手当支給に関する事業を設ける②外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化する③保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であることなどを要件とし、責務を課すことなどがある。

政府が昨年12月25日に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を実施するための対応となっている。政策手法として、「重点区域」の設定や医師への手当支給が経済的インセンティブと考えられる一方で、外来医師過多区域の無床診療所への対応や保険医療機関の管理者要件の見直しは規制的手法と言える。

医療DX推進では、社会保険診療報酬支払基金の名称変更や組織の目的・体制の見直しなどを行う。支払基金の名称は「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」の予定。また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。

医療DX推進関連では、全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるサービス実現の体制整備を図る。次の感染症危機に備え、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。医療情報の二次利用を推進するためデータベースの利活用を図る。

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

- 1. 地域医療構想の見直し等**【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】
 - ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を課題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等)報告制度を設ける。
 - ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
 - ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。
- 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策**【医療法、健康保険法、総務法等】
 - ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
 - ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化(新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等)する。
 - ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。
- 3. 医療DXの推進**【総務法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】
 - ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
 - ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの匿名化情報の利用・提供を可能とする。
 - ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療に係る規定を整備する。

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日(ただし、一部の規定は令和8年4月1日(1②並びに2①の一部、②及び③)、令和8年10月1日(1①の一部)、公布後1年以内に政令で定める日(3①の一部)、公布後1年6月以内に政令で定める日(3③の一部)、公布後2年以内に政令で定める日(1③及び3③の一部)、公布後3年以内に政令で定める日(2①の一部並びに3①の一部及び3②)等)

院内がん登録の2023年集計を公表、部位別で順位変動

国立がん研究センター

「前立腺」が4位に、「胃」をわずかに上回る

国立がん研究センター(中釜齊理事長)は2月13日、2023年1～12月の1年間にがんの診断もしくは治療を受けた患者の院内がん登録データを匿名化後に集計した結果を公表した。登録数の増加傾向や来院経路など全体の特徴に大きな変化はみられなかったものの、部位別の登録で上位が変動。「前立腺」が昨年5位から4位へ浮上し、昨年4位の「胃」が5位となった。

2023年集計の対象になったのは、国が指定する「地域がん診療病院」などを含むがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)が461施設、小児がん拠点病院(小児拠点)の6施設と、その他のがん診療を行う院内がん登録実施施設(拠点外病院)の415施設で計882施設。

2023年の全登録数は114万9859件で、昨年比4万6035件の増加。2022年は計851施設の110万3824件だった。

来院経路は、最多の「他施設からの紹介」(70%)、と「他疾患経過観察中」(21%)の合計が全体のおよそ9割を占める傾向が続いている。このほか「自主受診」(7%)、「その他」(2%)、「不明」(0%)の順。

部位別の割合上位にわずかな変動

登録上位11部位に大きな変動はなし

登録上位11部位に大きな変動はないものの、「前立腺」の割合が8.7%と「胃」の8.5%をわずかに上回りが順位に入れ替わりがあった。最多は「大腸」の

15.0%(前年集計比0.3ポイント増)。次いで「肺」11.2%(同0.1ポイント減)、「乳房」11.0%(同0.1ポイント増)、「前立腺」8.7%(同0.2ポイント減)、「胃」8.5%(0.4ポイント減)などの順だった。

コロナ禍の影響を分析

「2020年の減少分、上乗せない」

昨年(2022年)に続き、新型コロナウイルス感染症の流行下におけるがん診療の状況に関する情報提供として、経年比較した特別集計の結果も公表。2023年の登録数を2018～2019年2カ年の平均登録数(以下、2カ年平均登録数)と比較したところ104.4%(4万4591件増)だった。結果については、「少なくとも2020年の減少分が上乗せされて増加している傾向は認められなかった」と分析した。

同比較では、2020年は96.0%と減少し、2021年は101.0%と同水準まで回復、2022年は102.4%と増加傾向。結果については昨年の報告書公開時に、「少なくとも2020年に診断されなかつ

た分の患者数の増加がまだ確認できていないことが示唆された」と分析していた。

特別集計は、2018年の診断例から毎年継続してデータ提供がある738施設の約615万1877例が対象。推移と、対策型がん検診の対象部位である「胃」「大腸」「肺」「乳房」「子宮頸部」を中心に分析した。

検診発見例の登録を部位別で見ると、「乳房」が2021年以降に2カ年平均登録数の水準を超えて増加傾向にある以外は、軒並み2カ年平均登録数未満。特に「胃」のみが90%台に到達していない状況だ(図表)。

サバイバー5年生存率を初集計

同日は、院内がん登録の2012年集計などに基づく10年生存率の集計結果を公表したほか、初めて「サバイバー5年生存率」なども公表した。

2012年登録の院内がん登録データを提出した361施設から「10年後情報付腫瘍データ」54万3081例を集めた。死

因に関係なくすべての死亡を計算に含め、医療関係者やがん患者・家族が治療方針やその後のケアなどに関する計画立案に役立てている「実測生存率」は46.6%だった。統計モデルに基づき「がんのみが死因となる状況」を仮定して算出し、他国との比較や都道府県間の比較に用いる「純生存率」は54.0%だった。この結果については「年齢が高くなるほど、がん以外の原因で亡くなる確率が高くなることが影響していると考えられる」と説明している。

10年間のデータを用いて、診断日から経過日数ごとの生きる確率を示す「サバイバー5年生存率」を初めて集計した結果も公表。報告書では、「多くのがん種の進行期では1年生存するほど5年生存率が改善することがわかった」と説明。一方、乳がんではどの病期でもサバイバー5年生存率が横ばいだったことなどから「乳がんでは長期の治療と経過観察が必要なサブタイプがあることを反映している」との推測を記した。

サバイバー生存率を公表したのは、◇胃がん◇大腸がん◇肝細胞がん◇肝内胆管がん◇小細胞肺がん◇非小細胞肺がん◇乳がん◇食道がん◇膵臓がん◇前立腺がん◇子宮頸がん◇子宮体がん◇膀胱がん◇甲状腺乳頭濾胞がん◇胆嚢がん◇喉頭がん◇腎がん◇腎盂尿管がん◇卵巣がん一となっている。「根治が期待できる病期」(I・II期)と「進行期」(III・IV期)の病期別に4パターンで算出した。

がん検診発見例登録数の2カ年平均登録数との比

部位	2020年	2021年	2022年	2023年
胃	77.3%	87.8%	86.4%	82.0%
大腸	86.7%	95.9%	95.8%	98.3%
肺	88.5%	98.7%	97.0%	98.1%
乳房(女性)	89.8%	106.1%	110.6%	116.0%
子宮頸部	87.6%	98.3%	91.2%	91.6%

ゲノムプロファイリングの臨床検査の医療を出来高算定に

中医協協会(小塩隆士会長)は2月19日、臨床検査でDNA・RNA中の造血器腫瘍関連遺伝子変異を検出する「ヘムサイト診断薬」を医療機器の「ヘムサイト解析プログラム」とあわせて保険適用することを了承した。これに関して、DPC制度における特例的な対応で、「ヘムサイト診断薬」を2026年度診療報酬改定までの間は包括ではなく出来高算定とする取扱いも決めた。「ヘムサイト診断薬」は、組織から

抽出したDNA・RNA中の造血器腫瘍関連遺伝子変異を検出し、塩基配列情報を取得するゲノムプロファイリングに用いる。「ヘムサイト解析プログラム」は、取得した情報を入力して解析結果の出力を行うもので新規技術料として評価。「ヘムサイト診断薬」の保険償還価格は、がんゲノムプロファイリング検査を準用し4万4000点とした。

DPC制度では、診療報酬改定以外の時期だと新規に保険収載された医療

技術は原則、包括評価の対象となる。今回、新たに保険適用されるゲノムプロファイリング検査についても、包括評価の対象となっている検査料を準用技術として保険収載するため、同検査の検査料も包括評価の対象となる。

一方、一定の基準に該当する医薬品については、新規医療技術の導入の妨げにならないよう、次期診療報酬改定までの間は出来高算定とする仕組みがある。これを踏まえ、日本血液学会は

高額薬剤と同様に出来高払いとすることを要望。DPC制度における同検査の取扱いを検討することになった。

その結果、特例的な対応で、次期診療報酬改定までの間は同検査を実施する特定の診断群分類について、出来高算定とすることに決まった。全診断群分類の1入院あたりの平均的包括範囲出来高点数が約2万8000点で、同検査(4万4000点)を実施すると、医療機関の負担が大きくなることに配慮した。

医薬品の安定供給「目下の施策がない」、関係者会議で紛糾

後発医薬品産業全体の構造改革を進め、医療用医薬品の安定供給体制を構築する前に、まず供給不安を解消しなければならない。厚生労働省が2月17日に開いた「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」(清田浩座長)では、医療用医薬品の供給不安に対する施策が不明瞭だとして一時紛糾。目の前の不安を払拭する施策が見えないとの声が相次いだ。

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。「(補正予算や法改正などによる)構造改革は時間がかかるわけで、そこまでの危機管理として在庫の確保やその保証をどうするかがわからない」と指摘。「医薬品の供給不安をなくすための取り組みに保証を与えるなどしなければ喫緊の課題は乗り越えられない」などと重ねて述べ、早急な手当が必要と訴えた。一般社団

法人医薬政策企画P-Cubed代表理事の坂巻弘之構成員も、「安定供給のために何をやらなければならないかという全体像が見えない」「何をしなければならないかアジェンダを出すべき。(法改正など)既に取り組んでいることの報告を受けるだけか」などと語気を強めた。浜松医科大学医学部附属病院薬剤部教授・薬剤部長の川上純一構成員も目下の施策を求めた。

安定確保医薬品の検討「年度末には」

厚労省は、全体像の検討として安定確保医薬品の選定や抗菌薬に関する国内需要への対応などで具体化を進めていると回答。安定確保医薬品の候補をあげるための作業に関係学会から協力を得ていると説明した。安定確保医薬品について具体的に議論する時期については、「年度末前後くらい」と述べるにとどめた。

医療用医薬品の安定供給体制を強化、法案が国会へ

政府 薬機法等改正案を閣議決定、創薬のスタートアップ支援の基金も創設

政府は2月12日、医療用医薬品の安定供給体制を強化する法整備などを盛り込んだ「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案」(薬機法

改正案)を閣議決定した。主な内容は①医薬品等の品質及び安全性の確保の強化②医療用医薬品等の安定供給体制の強化等③より活発な創薬が行われる環境の整備④国民への医薬品の適正な

提供のための薬局機能の強化等一の4つとなっている(図表)。

病院などの医療機関にとっては、近年相次いだ後発医薬品メーカーの法令違反に対する業務停止命令などが多発

して医療用医薬品の需給バランスが崩れた状況の是正が関心事だ。厚生労働省はすでに、後発医薬品産業全体の構造的問題を解決するため、品質が確保された医薬品の安定供給に必要な品目統合などに向け、計画的に生産性向上に取り組む企業への必要な支援モデルの構築に着手。補正予算に「後発医薬品の産業構造改革のための支援事業」として70億円計上。企業間の連携・協力・再編を強力に後押しするため、国が企業の取組を認定する枠組みを設ける。さらに、後発医薬品企業間の連携・協力・再編の推進に資する設備投資等への安定的・継続的な支援のあり方をさらに検討するとの方針を示している。

厚労省は、「後発医薬品産業構造改革に向けた企業間の連携・協力の推進」として、◇品目統合に係る業事手続きの迅速化◇金融財政措置等による環境整備◇独占禁止法との関係整理(事例集、相談窓口の設置)一の3本柱で構成する強化策に取り組んでいる。改正案では、安定供給体制の強化としては、製造販売業者に供給体制管理責任者の設置などを義務付けるほか、後発医薬品の安定供給を確保するための基金の設置なども盛り込んでいる。

このほか、一般用医薬品に関して、薬剤師等の遠隔管理の下で販売を可能とする枠組みの創設などが注目を集めている。

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

不正事案の発生等に伴う医薬品の供給不足や創薬環境の変化等の状況に対応し、引き続き品質の確保された医薬品等を国民に迅速かつ適正に提供していくため、医薬品等の品質及び安全性の確保の強化、医療用医薬品等の安定供給体制の強化等、より活発な創薬が行われる環境の整備、国民への医薬品の適正な提供のための薬局機能の強化等の必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 医薬品等の品質及び安全性の確保の強化【医薬品医療機器等法】

- 製造販売業者における医薬品品質保証責任者及び医薬品安全管理責任者の設置を法定化する。
- 指定する医薬品の製造販売業者に対して、副作用に係る情報収集等に関する計画の作成、実施を義務付ける。
- 法令違反等があった場合に、製造販売業者等の薬事に関する業務に責任を有する役員の変更命令を可能とする。

2. 医療用医薬品等の安定供給体制の強化等【医薬品医療機器等法、医薬品・健康・栄養研究法、麻向法、医療法】

- 医療用医薬品の供給体制管理責任者の設置、出荷停止時の届出義務付け、供給不足時の増産等の必要な協力の要請等を法定化する。また、電子処方箋管理サービスのデータを活用し、需給状況のモニタリングを行う。
- 製造販売承認を一部変更する場合の手続きについて、変更が中程度である場合の類型等を設ける。
- 品質の確保された後発医薬品の安定供給の確保のための基金を設置する。

3. より活発な創薬が行われる環境の整備【医薬品医療機器等法、医薬品・健康・栄養研究法】

- 条件付き承認制度を見直し、臨床の有効性が合理的に予測可能である場合等の承認を可能とする。
- 医薬品の製造販売業者に対して、小児用医薬品開発の計画策定を努力義務化する。
- 革新的な新薬の美用化を支援するための基金を設置する。

4. 国民への医薬品の適正な提供のための薬局機能の強化等【医薬品医療機器等法、薬剤師法】

- 薬局の所在地の都道府県知事等の許可により、調剤業務の一部の外部委託を可能とする。
- 濫用のおそれのある医薬品の販売について、販売方法を見直し、若年者に対しては適正量に限って販売すること等を義務付ける。
- 薬剤師等による遠隔での管理の下で、薬剤師等が常駐しない店舗における一般用医薬品の販売を可能とする。

施行期日

公布後6月以内に政令で定める日(ただし、3①②及び4②は公布後1年以内に政令で定める日、1①②③、2①の一部及び4①③は公布後2年以内に政令で定める日、2②は公布後3年以内に政令で定める日)

2024年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月10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。
宮崎県 医療法人芳徳会京町共立クリニック
院長 藺田 和弘(旧:医療法人芳徳会京町共立病院)
- 正会員として以下の入会を承認した。
熊本県 医療法人相生会にしくまもと病院
院長 山口 浩司
退会が2件あり、正会員は合計2,555会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。

東京都 医療法人社団時正会佐々健康管理クリニック
院長 藤間 利之
準会員は合計131会員となった。
●賛助会員は退会が1件あり合計113会員となった。
●2025年度会議予定表について説明があり、審議の結果、可決確定した。
●2025年度役員任期満了に係る定時総会に向けた日程について説明があり、審議の結果、可決確定した。
●委員会委員の委嘱規定の変更案について審議した結果、可決確定した。
●武見敬三参議院議員の厚生労働大臣退任、自見はなこ参議院議員の内閣

府特命担当大臣退任に伴い、顧問への復帰について説明があり、審議の結果、可決確定した。
●名誉会員1名の逝去に伴い、名誉会員名簿の確認が行われた。
●2024年度事業報告書・事業実績説明書作業日程について説明があり、審議の結果、可決確定した。
●高齢者医療介護委員会の特別委員の追加について審議し、可決確定した。
●医療DX検討委員会委員の選任について審議し、可決確定した。
●熊本県支部事務局の変更について審議し、可決確定した。
●神奈川県・愛知県・熊本県支部事務

局業務委託覚書の変更について審議し、可決確定した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 薬価専門部会、総会」の報告がされた。
- 【主な討議事項】
●新たな地域医療構想に関する厚労省検討会のとりまとめ内容が説明され、討議した。
●医師偏在対策について厚労省が公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」について説明され、討議した。

総数が統計史上2番目に少なく、小中高生は最多の可能性

厚労省 2024年1～12月の自殺者数暫定値を公表

厚生労働省は1月29日、警察庁の自殺統計データに基づく2024年1～12月の自殺者数(暫定値)を公表した。総数は2万268人(前年の確定値比1569人減)で、このまま確定すれば統計を開始した1978年以降2番目に少ない数になる。現状、最も自殺者数が少ないのは2019年の2万169人。

一方、2024年に自殺した小中高生の暫定値は527人(同14人増)で、確定すれば統計が存在する1980年以降で最多

になる。現時点での最多は2022年の514人。なお、3月に公表予定の確定値は暫定値から大きく変動することがあり、2023年は暫定値から確定値で19人増えている。

性別では、統計開始後から男性が女性を上回る状況が続いており、2024年の暫定値では男性1万3763人、女性が6505人。このまま人数が確定した場合、男性は3年ぶりの減少、女性は2年連続の減少となる。

年齢階級別でみると、「50～59歳」が最多の3786人。次いで「40～49歳」(3205人)、「70～79歳」(2678人)、「60～69歳」(2580人)などとなっている。

増加傾向となってしまう小中高生の自殺数では、男性がずっと女性を上回っていたが近年は女性が増加傾向にあり2024年の暫定値で初めて逆転。女性が288人で、男性の239人を上回った。内訳は高校生(男性166人、女性183人)で最も多いが、中学生(男性64

人、女性99人)のほか、わずかだが小学生(男性9人、女性6人)でもみられる。

原因・動機は「健康問題」が最多

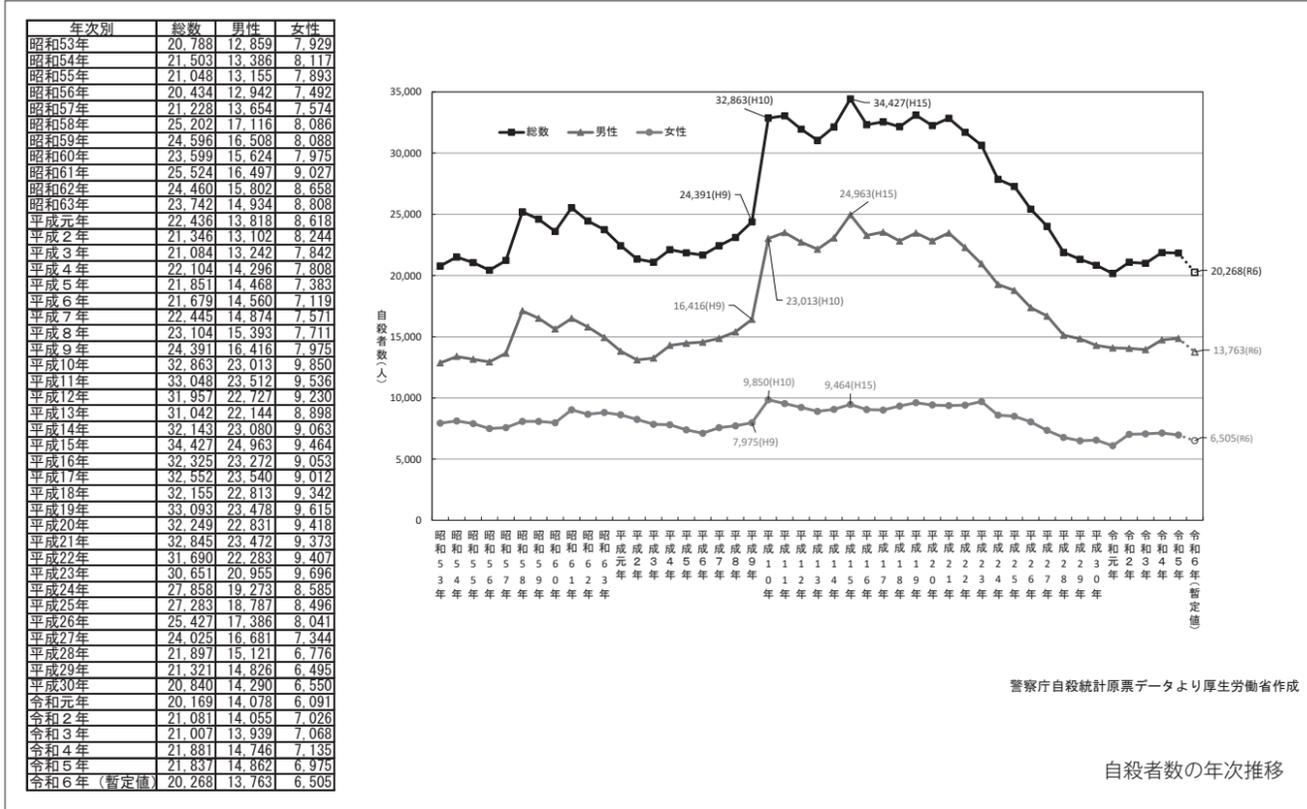
原因・動機別では、「健康問題」が1万1986人と最多。内訳は、「病気の悩み・影響(うつ病)」が4231人で最も多く、「病気の悩み(その他の身体疾患)」(2786人)、「病気の悩み・影響(その他の精神疾患)」(1805人)、「病気の悩み・影響(統合失調症)」(921人)などの順。「病気の悩み(悪性新生物)」は586人だった。

原因・動機はこのほか、「経済・生活問題」(5075人)、「家庭問題」(4334人)、「勤務問題」(2559人)などの順となっている。

小中高生の原因・動機が「学校問題」最多は「学業不振」

原因・動機のうち、小中高生の自殺増に影響していると思われる「学校問題」(578人)の内訳は、「学業不振」が162人で最多。このほか「進路に関する悩み(入試以外)」(158人)、「学友との不和(いじめ以外)」(96人)、「入試に関する悩み」(49人)などの順。「いじめ」は12人だった。

原因・動機で「その他」に分類されたうち最も多かったのは「孤独感」(643人)で、「犯罪発覚等」(286人)、「後追い自殺」(97人)、「近隣との関係」(63人)など。「SNS・インターネット上のトラブル」は42人。



次期改定に向けた医療技術評価方法を了承

中医協総会(小塩隆士会長)は2月19日、2026年度診療報酬改定に向けて、医療技術評価方法等の案を了承するとともに、学会が医療技術評価分科会に提出する提案書・報告書のスケジュールを確認した。基本的には2024年度改定と同様の手順で実施する。2024年度改定では、774件の医療技術の評価対象とし、177件を保険適用の優先度が高い医療技術等であると評価した。177件のうち14件は診療報酬項目からの削除の提案だった。

2026年度改定に向けた具体的な検討項目に、整形外科領域におけるKコード(医科点数表の手術項目)の見直しへの対応がある。厚生労働省行政推進調査事業の研究で、STEM7(外科系学会社会保険委員会連合による手術基幹コード)の分類に基づく各手術の麻

酔時間の分布が解析され、一部整形外科手術で術式ではなく手術部位により麻酔時間が異なることが明らかになった。これに伴い、2026年度改定で具体的な対応を行うことになっている。

医療技術の再評価については、学会に報告書の提出を求める優先度の高い医療技術として、「ガイドライン等に記載がある技術」(116件)と「レジストリの登録を要件として保険適用された技術」(40件)がある。ロボット支援下内視鏡手術など特定の医療技術に対しては、保険収載後もデータを継続的に収集・蓄積し分析するレジストリの登録を要件としている。

支払側の委員からは、新規の保険収載を提案する場合は、既存の医療技術の削除・減点とセットで行うことを求める意見が出た。

一冊の本 book review

薬剤業務補助者 育成ガイドブック ～実践!タスクシフト～

編集●松原和夫・矢野育子・大村友博・米澤淳
出版社●薬事日報社
定価●5,830円(税込)

病院の薬剤師不足が深刻化し、薬剤業務の一部を補助者に移す「タスクシフト」が急務となっている。本書は補助者の適切な育成と医療の質向上に資する内容。

すでに欧米では、薬剤業務を補助する「ファーマシー・テクニシャン」が資格を持って活躍している。日本にも調剤補助員や調剤事務員がいるが、業務範囲は曖昧だった。しかし、2019年の厚生労働省通知により、「医薬品の取り揃え」や「一包化の確認」、「配薬補助」などの業務が明確化されるとともに、補助者には「薬事衛生上必要な研修」を行うことが求められた。本書はその研修テキストとして有用だ。

医療現場では、依然として薬剤師自らが取り揃え作業に追われている状況が見受けられる。こうした業務こそ補助者にタスクシフトし、薬剤師が病棟業務に専念できれば、より良い治療に結びつき、加算の算定も期待される。

本書は全国の大学病院や基幹病院の薬剤部長が執筆し、薬剤業務補助者が知るべき基礎知識や実践例を豊富な図版とともに紹介している。薬剤部だけでなく、事務部門にもおすすめしたい一冊。
(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)(税込)	備考
総合医育成プログラム 100名	【開講式】 ①開講式：2025年4月12日(土) ②診療実践コース「医療運営」： 2025年4月13日(日) 「診療実践コース」は2年間で全23単位 「ノンテクニカルスキルコース」は1年間で全11単位 原則オンライン開催	220,000円(253,000円)(税込)	理事長・院長が適格と認めた経験年数概ね6年以上の医師を対象に、日本プライマリ・ケア連合学会と筑波大学の協力を得て実施。プログラムは、①診療実践コースとして2年間で全23単位、②ノンテクニカルスキルコースとして1年間で全11単位—の全34単位で構成する。各単位1日間、土・日曜日を中心に開催予定。診療実践コース12単位以上(「医療運営」は必修)とノンテクニカルスキルコース6単位以上を3年以内に受講し、計18単位以上を受講し、実践した診療内容を「認定申請書」と合わせて「認定報告書」として提出した場合、「全日本病院協会認定総合医」として認定する。同認定取得者は日本プライマリ・ケア連合学会の「プライマリ・ケア認定医」取得の際に認定試験が免除になる。