



全日病NEWS

2025.5.1 No.1077

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

「バトンタッチが重要」「地域の需要に応えれば中小病院は生き残る」

全日病・猪口会長インタビュー 4期8年の任期満了で退任へ、「病院経営が苦しい状況は心残り」

今限りでの退任を表明した全日病の猪口雄二会長はこのほど全日病ニュースのインタビューに応じた。2023年6月に4期目の会長職選任が決まった際「今期で終わりにする」と表明していたが、3月29日の臨時総会で改めて次期会長選挙に出馬せず、任期満了で退任する考えを表明(全日病ニュース4月15日号を参照)。その場で、神野正博副会長に後継者を務めるよう要請した。その真意については、「ずっとバトンタッチが重要だと考えていた」と明かした。今後の中小病院のあり方については「人口が減少していく中でも、地域の需要に応える医療を提供すれば強く生き残っていける」と語った。「病院経営が苦しい状況は心残り」と漏らす場面もあった。

新たな地域医療構想、病院給食、消費税問題に一定の区切り

——まずは率直に、改めて4期8年の任期満了で退任されると表明されたお気持ちを伺います。

猪口会長 4期8年というのは自分でも長いと思っていた。また、ずっとバトンタッチが重要だと考え、世代交代というか、新しい時代に入るの、新しい体制で病院が強く生き残るための取り組みを加速化させるべきとも思っていた。一方、私が会長を務めてきた間、体制をほとんど入れ替えてこなかったという反省もある。本来は、組織が健全であるためにも世代交代や新陳代謝の観点から、少しずつ入れ替えるべきだったかもしれないと思っている。ただ、仕事のやりやすさという点からも大きく変えることは難しかった。少し遅かったかもしれないが、体制を刷新させるべき時期だと思っている。

また、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」や病院給食、そして控除対象外消費税といった大きな問題にはある程度先鞭をつけ、一定の区切りは付けたいと考えている。

——厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」で委員を務められ、大枠を決める年末の取りまとめを受けた法案が国会へ提出されました。成立後は運用面を決めるガイドラインの作成に移りますので、そのまま猪口先生が引き続き議論の場に出るのかなとも思っていました。

猪口会長 確かに、これまでの流れは全部理解しているつもりだけれど、今

後はまさに現場でどうするかという話になってくる。誰が厚労省の会議に出るのかなどの人選は新しい体制が決めることだが、厚労省やこれから担う人が勉強しながら議論に参画するような形が良いのではないかと考えている。——病院給食については、臨時総会でも委員会を設けられ、中村康彦副会長と須田雅人常任理事に好事例を共有するなどの取り組みを任せたとおっしゃっていましたね。

猪口会長 臨時総会でも話したが、病院給食については、急激な人手不足に陥っている。食材費や人件費が高騰している影響も直接的に受けており、2024年度診療報酬改定の30円、2025年度の20円では事態改善は無理だろう。抜本的に給食のシステムを変えなければならない時期。一方、地域では介護施設との連携なども含めて給食に関する色々な新しい取り組みも進んでいる。中村先生と須田先生にお願いしたので、全日病として好事例の横展開などに繋げてもらいたい。

——控除対象外消費税の問題では、6月までに調査の結果をまとめて診療報酬での対応は無理だと証明するとおっしゃっていました。

猪口会長 控除対象外消費税の問題は、「診療報酬での対応では無理ですよ」ということは証明したい。そのためのデータを集める。6月の任期満了までに形にしたいと思っている。控除対象外消費税による負担をどのように軽減、あるいは解消するのかについては、過去の経緯もあるので軽々には言えないが、厚労省も財務省も医療界も総出で考えるべきだと思っている(2面で詳報)。拙速な議論になっては、まとまらない。丁寧かつ慎重に進めるべきだ。

後継者を神野副会長に要請「彼しかないという気持ち」

——神野副会長に後継者を務めるよう要請されましたね。

猪口会長 新たな体制にしてもらいたいので、準備期間も必要だろうと考え、あのタイミングで改めて任期満了での退任を表明し、神野先生に要請させていただいた。私の前、西澤先生が会長だった頃から神野先生は副会長を務めているので、全日病役員としての活動も長い。厚労省の審議会・検討会でも多くの委員や構成員を務めてきた。こうした信頼感は群を抜いている。

加えて、何よりご自身の病院で次々に新しい取り組みを実行されて、地域で大活躍され、医療・病院関係者の間で名が通っており、知り合いも多い。彼しかないという気持ちだ。私が会長の間、役員や執行部の主な体制を大きく変えることはできなかったが、いまや20以上の委員会があり、昨年度には新たに医療DX検討委員会も設け、新しい世代の先生方が中心となって活発に議論してもらっている。それぞれの分野で専門家と呼べる人材も育ってきており、神野先生には新しい体制を作ってもらい、新しい時代を切り拓いてもらえることを期待している。

——2023年6月に任期満了で退任すると表明してから約2年です。この間、お気持ちに揺らぎはありませんでした。

猪口会長 揺らがなかったと言ったら嘘になる。「辞められないだろう」と「辞めるべきだ」の双方に意見があった。ただ、述べた通り、重要案件が一区切りする目処が立ったのが大きい。「新たな地域医療構想」については次のステージへ進み、病院給食については検討する体制ができ、控除対象外消費税についても任期中に一定の結論を示せると思う。「今が一番いい、潮時かな」という感じだ。心残りがあるとすれば病院の経営が苦しく、ずっと右肩上がりだった会員数も2024年度に初めて退会が入会を上回ってしまった。かつてない厳しい状況で、廃院する病院、診療所に転換する病院が増えた。今後、人口の減少に伴う病床数の適正化、つまりは病床削減は不可避。地域医療構想調整会議など地域で検討する場において中小病院が弱い立場になるような状況は絶対に避けなければならない。かかりつけ医機能を持ったり、在宅との連携やフォローアップしたり、高齢者救急や地域における医療介護連携など、中小病院が機動的に地域の需要に対応できれば必ず生き残れる。そういう意味では、立場がどうなるか分からないが、手伝えることがあるなら、引き続きお手伝いする気持ちだ。

「中医協委員を務めた日医副会長も兼任した時代が特に印象的」

——4期8年で特に印象に残っている出来事はありますか。

猪口会長 全日病の副会長時代も含めると長年執行部で運営に携わってきたので、あらゆる出来事が浮かんでき



印象的だが、強いて言えば、中医協委員を務めた期間だろうか。

——やはり大変でしたか。

猪口会長 四病協や日病協でも診療報酬関係の委員長を務めていたので、出席しなければならぬ会議が多く物理的に大変だった。その後、日本医師会の副会長も兼務し、さらにコロナ禍へ突入した時期でもあったので、各医療関係団体が互いに連携を取りづらくなった時期でもあった。振り返るところでは話し尽くせないくらいさまざまなエピソードがある(笑)。

——本インタビューの締めとして全日病会員へメッセージをいただけますか。

猪口会長 多くの中小民間病院として、今後どう生き残るかについては、おそらく色々な方法がある。しかし、地域医療提供体制の中心として地域密着型で役割を果たすべきだと考えている。例えば開業医の先生たちと在宅療養支援病院として連携を組んだり、急増するであろう高齢者救急や在宅支援など、地域ごとに医療の需要が様変わりしながら供給体制も変わっていく。まずは自分の病院の方針をしっかりと立ててほしい。「これがやりたい」というだけでなく「地域が何を必要としているか」をしっかりと見て、対応できれば生き残れる。全日病としても後押しすべきだし、私も手伝えることはしっかりとお手伝いさせていただきます。

——本日はありがとうございました！

本号の紙面から

控除対象外消費税問題で調査	2面
全国で7170床削減分を内示	3面
次期改定スケジュールを了承	4面
2024年度改定の結果を検証	5面
マイナ保険証の普及に拍車を	6面
配置基準等の「弾力化」検討を	7面
ARIサーベイランス公表開始	8面

清話抄

習慣

人も組織も習慣で作られている。「心が変われば態度が変わる・行動が変われば習慣が変わる。習慣が・人生が変わる。」ヒンズー教の経典が起源らしいが、故野村監督など、著名人が

引用している。

20年前、当院は急性期?でものんびり。9時前に医師がだいたい集まってきた、ほのぼの。急性期を強化した今、経営幹部は、朝7時半前には病院にいる。医師も、それなりに。強制はしていない。そういう習慣の集団になった(A水準は維持)。

12年前から職員総会を始め、年度末に次年度の事業方針を説明する。中長期計画、3年先の姿を具体的に描くこ

とは当初難しかった。今では各部署も、事業計画を作るようになった。完璧に3年後の自部署の姿を描く管理職も出てきた。職員総会、事業計画策定、組織の習慣を変え、続けるとできるようになってくる。

40周年に、理念の改訂と東山WAYを作った。部署によっては、どちらかを毎日唱和している。宗教みたいという反発も聞こえてきた(AIはこの感情がない)。強制はしていないが、共通

言語が飛び交うようになった(AIとの違いはその後の誰かのための行動か)。

人を変えるのではなく、習慣を変えることに集中しようといっている。トップである私は、自分の悪習を変えられず、日々もがいている。今の自分は今の自分の習慣が間違いなく作り上げている。弱い自分との闘い。

猪口雄二先生に声をかけていただき始まりました。感謝と尊敬の念をもって。(小川聡子)

主張

「かかりつけ医機能支援病院」は地域医療のハブ機能を担う

今年度から「かかりつけ医機能報告制度」が始まった。その基本は2013年に日医・四病協がまとめた提言『医療提供体制の在り方』であり、急性期から在宅まで切れ目なく医療を届け、かかりつけ医機能の強化と病床機能の分化・連携によって地域包括ケアを推進する姿が示されていた。

2025年を迎えた今、2040年に向けて85歳以上人口は増える一方、かかりつ

け医を期待された診療所医師は高齢化と継承難でむしろ減少が見込まれる。こうした構造的課題を踏まえ、全日病は2023年に「かかりつけ医機能支援病院」の概念を提示し、地域を支える中小病院の役割を明確化した。私の理解では、中小病院は高齢者救急を含む地域急性期を担い、地域包括医療(ケア)病棟や回復期リハ病棟を核に診療所を後方支援しながら、高度急性期病院と

も緊密に連携してハブ機能を果たすことが求められる。

医師の働き方改革で夜間・休日診療が制限されるなか、多職種チームとICTを駆使し在宅・施設と連動して、かかりつけ医の負荷を吸収することが高齢者の連続的ケアを守る鍵となる。自治体と協働して空床情報や在宅支援体制の可視化を進め、医療・介護データを共有する基盤を整備することも欠かせない。また、「住まい・医療・介護・予防・生活支援」を束ねる地域包括ケアを深化させるには、中小病院が訪問看護や老健と連携し在宅療養の

拠点となり、看護師特定行為研修や薬剤師の服薬管理、リハスタッフのアウトリーチ、AIによるトリアージ支援やオンライン診療で医師不足を補完する必要がある。

財源面では診療報酬の重点配分と地域医療介護総合確保基金の活用が不可欠であり、住民・行政・医療機関が協働して持続可能な体制を築くことが2040年の日本を支える。こうした総合力の結集こそが、誰もより安心して住み慣れた地域で最期まで暮らせる社会を実現する道ではないだろうか。

(織田正道)

控除対象外消費税の問題「ヒストグラムなどで分布を明らかに」

全日病・猪口会長

「診療報酬での対応は無理と証明する」「非課税ゆえの苦境も周知が必要」

全日病の猪口雄二会長はこのほど、全日病ニュースのインタビューに応じ、3月29日の臨時総会で実施すると表明した控除対象外消費税に関する調査の狙いについて、ヒストグラムなどにまとめて視覚的にも負担状況の分布が分かりやすくしたいとの方針を示した。「医療機関全体で見てどうなのか、急性期など病院の種類や機能によっては著しく負担が重くなっている状況もあると明らかにしたい」とも述べ、控除対象外消費税の問題を解決するための材料を作る意義を強調した。

医療費は非課税のため、医療機関には控除対象外消費税という形で負担がのしかかっている。一方、厚労省は医療機関が仕入れ時に負担する消費税相当額を、一部の診療報酬項目に上乗せすることで、消費税分を補填する仕組みを採用。事実、各種調査の結果でも、全体としては補填されている、とされている。ただし、個々の診療に応じて発生するわけではなく、診療ごとに発

生する控除対象外消費税と同額を診療報酬に補填しているわけではない。さらに公定価格である診療報酬が物価や賃金の高騰に対応できていない現況下では、相対的に控除対象外消費税分の負担は重くなる。

猪口会長は、調査結果をまとめる方向性について「病院の機能や規模などで控除消費税の負担が異なる状況をヒストグラムなどにまとめて視覚的にもわかりやすく示したい」と説明。その上で、「それぞれの病院で買うものの量や種類は異なる。例えば入院患者用の食事を外注しているか否かだけでも全然違う」と指摘した。一部の診療報酬に上乗せした対応で補填できているとする厚労省の説明については、「全体で診療報酬に乗せているからOKではない。病院ごとにバラバラだ。特に急性期の大型病院では手術が多いと購入品も多く消費税負担は大きい。MRIを買うと何千万という消費税を払うが、控除は減価償却年数に振り分けられる

ため、購入年度は大きな控除対象外消費税が生まれてしまう」と訴えた。

病院の控除対象外消費税負担は過重

一方、控除対象外消費税の負担を補填する方法については、拙速な議論を避けるべきと主張。「これまでの経緯からも、簡単ではないことは明らか。単純な課税化でも保険者の負担とどう分けるのかなどかなり複雑な計算式になる」との見方を示した。その上で、「まずは医療機関ごとに負担が異なる状況と、現状の対応では不十分であることを証明する」と調査の目的を強調。「病院の負担が過重になっている状況を明らかにし、医療における非課税制度を大きな議論の対象とすることを目標にした」と語った。

改めて「医療費＝非課税」の周知を国会議員でも認知に格差あり

猪口会長は、医療費が非課税になっている状況について国民の認知が広が

っていない状況も危惧している。「今後、消費税分をどのように補填するかを考え結論を得たとしても、説明が極めて複雑になる。今のうちから改めて周知し、非課税ゆえに病院の多くは苦境に陥っていることを知ってもらいたい」とも語った。「国会議員の中には『非課税はおかしい』と言ってくれる方もいるが、知らない人もいる。まずは病院の経営が悪くなっている一因に『医療費の非課税』があるとの認知を広めることも必要」との認識も示した。



医療関係団体が支援を求めて集結

自民党・緊急集会

猪口会長「病院経営は類を見ないほど悪化」

全日病の猪口雄二会長をはじめ医療関係団体の代表者らが4月18日、「自民党の医療・介護・福祉の現場を守る参議院議員有志」が開いた緊急集会で登壇し、逼迫している病院経営への支援や社会保障予算を「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」との扱いを見直すよう要請した。猪口会長は、6病院団体で実施した調査の結果を引用して病院の経営状態が類を見ないほど悪化していると指摘し、他産業と同様に賃金を引き上げるためにも支援が必要と訴えた。



猪口会長

同緊急集会で登壇し協力を要請したのは、全日病のほか◇日本医師会(日医)◇全国老人保健施設連盟(老健連盟)◇全国社会福祉法人政治連盟◇日本歯科医師会(日歯)◇日本薬剤師会(日薬)◇日本看護協会(日看協)◇日本理学療法士協会◇日本製薬団体連合会(日薬連)―の計9団体。国会会期中だったが議員も集まり、下記の4点(原文ママ)を決議した。

- 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬等について、物価・賃金の上昇に応じて適切にスライドする仕組みを導入すること。特に今年から来年にかけては、著しく逼迫した経営状況に鑑み、期中改定も視野に

- 入れること。
- 社会保障予算の目安対応について、歳入の十分な見える化を図りつつ財政フレームの見直しを行い、「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」との取扱いを改め、物価・賃金の上昇を踏まえた仕組みへと見直すこと。
- 上記を確実に実行しつつ、薬価中間年における機械的な薬価引き下げの廃止を含め、薬価改定のあり方を見直すこと。
- 小児医療・周産期体制については、著しい人口減少により対象者が激減していることから、政策医療として体制整備を維持する為の別の仕組みの検討を開始すること。

決議事項については同緊急集会後に同有志の参院議員が日医・松本吉郎会長らと共に石破茂総理大臣と首相官邸で面会し、文書を手交した。

同緊急集会で猪口会長は、「今、病院の経営状態は、かつて類を見ないほど悪化している」と指摘。6病院団体調査の結果で、2024年度診療報酬改定の直後にもかかわらず経営状況が悪化していたことや、福祉医療機構(WAM)の2023年度データを分析したところ半数の病院が債務償還年数が30年超の「破綻懸念先」と判断される水準にあったと紹介。「もうこのような経営状況では医療や介護に従事する全国800万の方たちの賃金を他産業と同じように上げることはできない」と述べ、公定

価格が医療・介護事業の経営にもたらす苦境にあえいでいると訴えた。「医療現場としても、もう限界を感じている。皆様のご協力をいただき、なんとかこの事態を乗り越えたい」とも述べ、協力を要請した。

「補助金による迅速対応と診療報酬による安定財源を」日医・松本会長

日医の松本会長は、「私たちは毎日24時間、国民の命と健康、そして生活を一生懸命に守っている。それにもかかわらず、今、医療機関の経営は非常に厳しい」と説明。「病院も診療所も赤字に多く転落し、外来も入院も在宅医療も非常に苦しい経営に陥っている」と窮状を訴えた。その上で、必要な支援については、「補助金による迅速な対応、そしてまた診療報酬による安定した財源を得させていただきたい」と求めた。「一部の方々だと思いが、政治の世界では医療費削減を出発点としたさまざまな安易な提案がなされていることに、私たちは非常に怒りを感じています」と述べる場面もあった。

「このままでは医療はもたない」「手取りを上げる施策を」田村氏

過去2度、厚生労働大臣を務め現在は自民党・社会保障制度調査会長の田



緊急集会は「頑張ろうコール」で締めた(自民党本部)



田村憲久氏

村憲久衆院議員も登壇。「このままでは医療も介護も福祉ももたない」との認識を示し、「共に力を合わせて声を上げ、この日本が崩壊しないように医療、介護、

障害、福祉、しっかり守ってまいります」と呼びかけた。

田村氏は、財源に関する一案として社会保険料に言及。「アベノミクス以降、働く方々が大きく増える中、協会けんぽは保険料が上がっていない。健保連の中には保険料が上がっている場合もあるが、年齢構成などの理由に対応すればいいだけの話」との見方を示した。その上で、医療、介護、福祉の現場にもいる「現役世代」に関し「手取りを増やすことだけが分断されている」と述べ、医療や介護などの領域で働く人たちの処遇改善が急務であると訴える医療関係団体に同調。「全体の最適解を探す。それが政治」とも話した。

全国で7170床削減分を内示、総額294億2568万円

厚労省 病床適正化事業の第1次内示を都道府県へ伝達、第2次内示の検討にも着手

厚生労働省は4月11日、2024年度補正予算を確保した「医療施設等経営強化緊急支援事業」の一環で実施する「病床数適正化支援事業」の第1次配分額を都道府県に内示(第1次内示)した。1床あたり410.4万円の給付金を支給して医療機関の病床削減を支援する事業で、第1次内示は総額294億2568万円、47都道府県の計7170床を削減する

分となった。対象病床数の最多は東京都で539床、次いで神奈川県(411床)、北海道(352床)、千葉県(276床)、茨城県(260床)、新潟県(同)などの順で、最低でも100床削減する分の給付金を配分する方針だ(図表)。今後は都道府県の交付申請を受け付け、4月末以降に交付を正式に決定する予定だ。

病床削減へ、補正予算の活用に全国から5万床超の希望が集まった

厚労省によると、都道府県からは補正予算の活用を希望する計5万床超の事業計画(活用意向調査)が集まった。同日付で都道府県に発出した事務連絡では、医療機関ごとに配分額を算定する下記の方法を提示した。その上で、第2次内示以降においては配分の算定

方法を変更する可能性がある旨も伝えている。

【第1次内示の配分額の算定方法】

- ① 一般会計の繰入等がない医療機関で、2022年度から3年連続経常赤字の医療機関または2023年度から2年連続経常赤字かつ2024年度に病床削減済みの医療機関
- ② 給付額(410.4万円×給付対象とする病床数)の上限は、①の赤字額の平均の半分を目安とする
- ③ 1医療機関あたりの給付は50床が上限

厚労省は給付金の支給について都道府県に対し、「医療機関に対して速やかに給付金の支給をお願いしたい」と求めている。経常赤字であって既に病床削減などに着手している医療機関の経営に支障がないよう、緊急で支援が必要と説明している。

補正予算の残余分なども活用へ6月中旬頃に第2次内示も検討中

加えて、6月中旬頃に第2次内示を検討しているとの状況も説明した。医療機関に対する緊急的な支援内容をパッケージ化した「医療施設等経営強化緊急支援事業」の他の事業で生じる可能性がある残余分なども活用する考え。第2次内示では、今回の第1次内示に基づく給付対象となっても、都道府県を通じて提出した事業計画で示した減少病床数に達していない場合に再度、支給対象になり得るとの方針も示している。

病床数適正化支援事業(第1次内示額)

都道府県	病床数 (単位:床)	内示額 (単位:千円)	千葉県	276	1,132,704	三重県	100	410,400	徳島県	129	529,416	
北海道	352	1,444,608	東京都	539	2,212,056	滋賀県	100	410,400	香川県	100	410,400	
青森県	100	410,400	神奈川県	411	1,686,744	京都府	139	570,456	愛媛県	100	410,400	
岩手県	138	566,352	新潟県	260	1,067,040	大阪府	197	808,488	高知県	100	410,400	
宮城県	100	410,400	富山県	100	410,400	兵庫県	107	439,128	福岡県	181	742,824	
秋田県	147	603,288	石川県	108	443,232	奈良県	100	410,400	佐賀県	100	410,400	
山形県	135	554,040	福井県	100	410,400	和歌山県	100	410,400	長崎県	210	861,840	
福島県	220	902,880	山梨県	100	410,400	鳥取県	100	410,400	熊本県	100	410,400	
茨城県	260	1,067,040	長野県	116	476,064	島根県	100	410,400	大分県	100	410,400	
栃木県	107	439,128	岐阜県	100	410,400	岡山県	100	410,400	宮崎県	153	627,912	
群馬県	100	410,400	静岡県	108	443,232	広島県	147	603,288	鹿児島県	253	1,038,312	
埼玉県	100	410,400	愛知県	139	570,456	山口県	138	566,352	沖縄県	100	410,400	
										合計	7,170	29,425,680

厚労省資料を一部改変

無担保での融資、最大7.2億円

福祉医療機構(WAM)

貸付制度の拡充を発表、無利子期間は最長で5年に

福祉医療機構(WAM)は4月8日、医療機関などを対象にした貸付制度の拡充を発表し、募集を始めた。すべての条件を満たすと、病院の場合は7.2億円を上限に直近の医業収益2カ月分

まで無担保で融資する。償還期間は10年以内と定めた上で、返済開始までの据置期間は最長5年まで認めるほか、当初5年間は無利子。利子は、WAMの利率表に基づき金銭消費貸借契約締

結時の利率を適用する。4月1日時点は1.50%(図表)。

拡充した貸付制度は、昨年12月に開始した「物価高騰の影響を受けた施設等に対する経営資金又は長期運転資金」で、

前年同月などと比較して物価高騰による費用の増加などため収支差額の減少や経常赤字の状況にある施設・事業の拡充は条件付きで、まずは「職員の処遇改善に資する加算等を算定し、職員の処遇改善の取り組みを行っており、経営改善計画書を提出する施設・事業」であれば2年の据え置き期間の後、当初は2年間を無利子とする。加えて、病院を対象に「病床数適正化支援事業に係る事業計画(活用意向調査)の提出を行なった施設」か「地域医療構想調整会議において合意を得て、地域のニーズを踏まえた再編・減床を行う施設・事業」である場合は、無利子期間が5年間となる。

WAMによると、すでに昨年末の時点で同貸付制度の適用を希望して手続きなどが進んでいる場合でも、条件を満たしている場合は切り替えなどを可能にする。

「補正予算事業などの効果も鑑み必要な対応を検討」厚労省医政局

同日は福岡資磨厚生労働大臣が閣議後の記者会見で同貸付制度の拡充を国会内で公表。その後、厚生労働省医政局医療経営支援課が記者団の取材に応じ、WAMが貸付制度の拡充を決めた理由としてWAMのデータに基づく分析・調査のほか、病院団体の調査結果に基づく経営危機に対する支援要望などをあげた。その上で、2024年度補正予算で総額約1300億円を確保して医療機関を支援する施策のパッケージである「医療施設等経営強化緊急支援事業」に言及。「今後、まさに現場へキャッシュが行き渡っていく状況などもみながら経営の動向、物価の状況なども鑑み、必要な対応を検討していくという立場」と説明した。

＜対象となる施設・事業＞		
① 前年同月などと比較して、物価高騰による費用の増加等のため収支差額の減少や経常赤字の状況にある施設・事業		
② ①に加え、職員の処遇改善に資する加算等を算定し、職員の処遇改善の取り組みを行っており、経営改善計画書を提出する施設(医療貸付のみ)		
③ ①②に加え、病床数適正化支援事業に係る事業計画(活用意向調査)を提出した施設または地域医療構想調整会議において合意を得て、地域のニーズを踏まえた再編・減床を行う施設・事業		
融資条件	福祉貸付	医療貸付
対象施設・事業	社会福祉施設	病院、介護老人保健施設、介護医療院、診療所、助産所、医療従事者養成施設、指定訪問看護事業
償還期間	10年以内	
据置期間	①1年6カ月以内 ②2年以内	①1年6カ月以内 ②2年以内 ③5年以内
貸付利率	1.50%*1	
	直近の事業収益の2カ月分を上限に、 ②は当初2年間無利子	直近の事業収益の2カ月分を上限に、 ②は当初2年間無利子 ③は当初5年間無利子
無担保貸付限度額	①500万円 ②次のうち、いずれか高い額 ・500万円 ・直近の事業収益の2カ月分	①500万円 ②③次のうち、いずれか高い額 ・500万円 ・直近の事業収益(医業収益)の2カ月分
貸付金の限度額*2	(①に該当する場合) 物価高騰の影響を受けた月と前年同月等と比較した際の費用増加額の24倍	・病院:7.2億円 ・介護老人保健施設および介護医療院:1億円 ・その他の施設、事業:4000万円 (①に該当する場合は上記限度額もしくは、以下のうちいずれか低い金額) ・物価高騰の影響を受けた月と前年同月等と比較した際の費用増加額の24倍
保証人*3	適用金利に一定の利率を上乗せる「保証人不要制度」もしくは「個人保証」のいずれかを選択可能	
*1 利率は2025年4月1日現在、金銭消費貸借契約締結時の利率を適用する福祉貸付利率表もしくは医療貸付利率表の「物価高騰対応資金」の利率を適用するが、貸付条件に応じて変動する場合があります		
*2 無担保貸付限度額を超える分は担保評価額×80%までとなる医療貸付において、診療報酬債権担保をご利用の場合、担保評価額の100%になる		
*3 債権保全等の観点から、機構から保証人をお願いすることがある		

福祉医療機構資料を一部改変

2026年度診療報酬改定のスケジュール了承

中医協 1巡目の議論に入る前に、医療機関を取り巻く状況などを議論

中医協総会(小塩隆士会長)は4月9日、2026年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュールを了承した。同日の中医協をキックオフとし、夏までに医療機関を取り巻く状況や医療提供体制全体を議論する。その上で、入院や外来など項目ごとに「その1シリーズ」を開始し、秋以降に「その2シリーズ」を議論する。例年通り2026年2月頃の諮問・答申をめざす。

入院や外来などの項目を分けて、秋までに1巡目、秋以降に2巡目の議論を行う方式は例年通りだ。今回はその

前に、物価・賃金が高騰する中で医療機関の経営が悪化していることや、2040年を見据えた新たな地域医療構想の法律事項などを盛り込んだ医療法等改正法案が国会で審議されていることを踏まえた全体の議論を「その1シリーズ」の前に行う。

賃金・物価の上昇という経済環境の変化に診療報酬がどう対応するかという問題が、2026年度改定の重要課題に浮上している。2024年度改定においても、医療従事者の賃上げ対応が課題となり、「ベースアップ評価料」などが新

設された。医療従事者の確保と処遇改善を図るため、賃上げ状況を確認しつつ、「ベースアップ評価料」などの2026年度改定での取扱いが注目される。物価上昇を診療報酬としてどう捉えるかも大きな議論となる。

一方、2024年度改定は、6年に1度の医療・介護・福祉の同時改定であった。そのタイミングであったこともあり、診療報酬のすべての項目にわたってきめ細かな改定が行われた。

入院医療においては、急性期一般入院料1の基準を厳格化するとともに、

高齢者救急の増大などを踏まえ、10年ぶりに新たな特定入院料として地域包括医療病棟が新設された。しかし施設基準が厳しく届出はまだ少ない。また、7対1病床の減少が地域の救急医療提供体制にさまざまな影響を与えていると想定される。これらの状況を的確に把握し、必要な見直しを行うことが求められる。

外来においては、2024年度改定でマイナス改定とすることが明示された生活習慣病を中心とした管理料等の適正化の影響を把握する必要がある。また、かかりつけ医機能の制度整備に対応するため、かかりつけ医機能を評価する項目全体の整理も課題となる。

そのほか、医療・介護連携の強化や医療DXの推進など2024年度改定で行った様々な改定内容が今後検証されて、2026年度改定に向けた中医協での議論につながっていく。

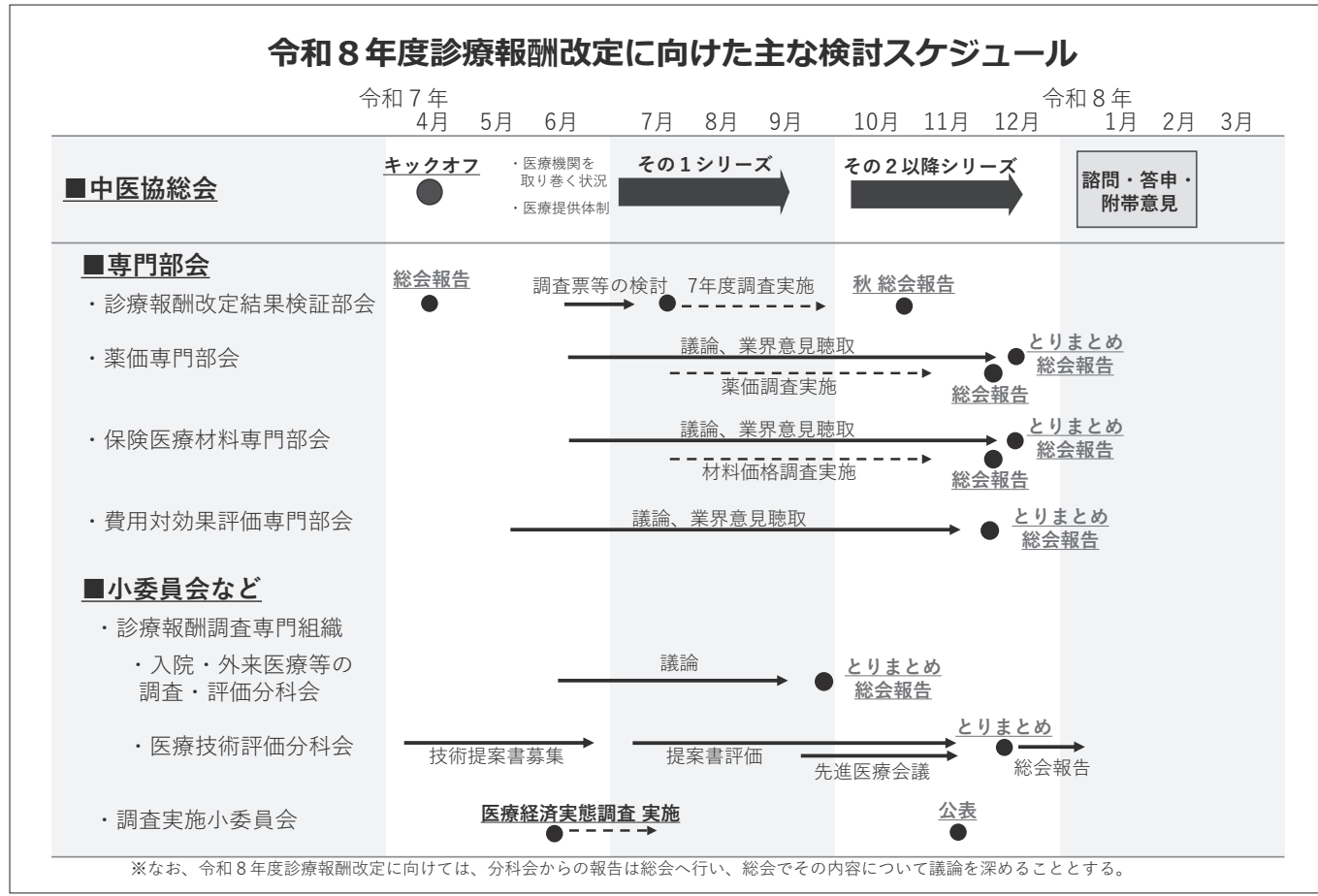
国民医療を守るため十分な原資を

日本医師会常任理事の長島公之委員は「医療機関の経営が厳しい。賃金・物価が上昇する中で、日進月歩する医療技術を取り入れ、国民の医療を守るためには十分な原資が必要だ。診療報酬による対応が適時・適切に行われるべき」と強調した。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は「賃金・物価が上がらない状況でも医療費水準は増えてきた。医療保険制度の持続可能性の観点での議論も必要になる」と注文をつけた。

なお、総会の下にある「入院・外来医療等の調査・評価分科会」からの報告は、これまでのように診療報酬基本問題小委員会を経ずに、直接総会に報告する方針も示された。

また、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、費用対効果評価専門部会のスケジュールも基本的には例年通りの予定。医療機関等の経営実態を調査する医療経済実態調査は調査実施小委員会で行われ、11月頃に報告される。



DPC制度から7病院が基準満たさず退出

中医協総会(小塩隆士会長)は4月9日、DPC対象病院の退出に関する報告を受けた。DPC制度の各基準に従い7病院が退出する。

今後DPC対象病院の基準を満たす見込みがなく、2024年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟への病棟再編を行うため、4病院が2025年4月1日付けで退出となる。4病院は、

◇国家公務員共済組合連合会北陸病院(石川県) ◇医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院(静岡県) ◇医療法人厚生会小原病院(鹿児島県) ◇医療法人緑寿会小緑病院(沖縄県)。

また、医療法人啓仁会吉祥寺南病院(東京都)は2024年10月1日にDPC制度参加通知に規定する入院基本料の基準を満たさなくなり、猶予期間中に基準

を満たせなかったため、2025年5月1日付けでDPC制度から退出する。同病院は、一般病棟入院基本料の急性期一般入院基本料でDPC制度の基準を満たしていた。

DPC制度における「データ/病床」比の基準を満たせなくなった2病院も退出。2病院は◇医療法人敬愛会大塚病院(兵庫県) ◇福田病院(福岡県)と

なっている。

DPC制度の目的の一つは急性期医療の標準化だ。このため、DPC対象病院には正確なデータ提出が求められており、申請の直近1年のデータ/病床比が1月あたり0.875以上という基準がある。厚生労働省が2023年10月から2024年9月までのデータを確認したところ、大塚病院の「データ/病床」比は0.735、福田病院は0.728であったため、2025年6月1日付けでDPC対象病院ではなくなる。

2026年度改定に向け5項目の要望書

日病協 物価高騰や人件費高騰に適切に対応する仕組みを

日本病院団体協議会は4月16日、2026年度診療報酬改定に向け入院基本料の引上げなど5項目の要望書を福岡資磨厚生労働大臣に提出した。「病院経営がこれまでに経験のない極めて厳しい状況に置かれている」とし、一定程度余裕を持たせた診療報酬や、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という財政フレームを根本的に見直すことを主張した。

5項目は①入院基本料の引上げ②診療報酬が物価高騰や人件費高騰に適切に対応する仕組みの導入③人員配置を基本要件とした従来型の診療報酬体系の抜本的な見直し④医療DX推進に係る費用に対する適切な評価⑤入院時食事療養費に対する継続的かつ適切な評価一となっている。

入院基本料の引上げは従来から日病

協が、診療報酬改定に向け1番目に掲げて要望している項目だ。諸物価・人件費・各委託費高騰、建築費高騰など医療提供に必要となるコスト上昇分に対応できる大幅な引上げを求めた。

現状の診療報酬の仕組みでは、物価・人件費高騰のスピードに対応できないとの認識から、新たな仕組みの導入も要望した。自動調整システムや加算制度の導入を例示している。

「人員配置を基本要件とした従来型の診療報酬体系の抜本的な見直し」は、財源確保よりも診療報酬の仕組みそのものに関わる項目だ。日本の人口構造の変化に伴い医療スタッフの確保は困難を極めており、「従来の『人員配置基準ありき』の診療報酬体系を柔軟化し、医療提供実施の質やアウトカム評価、(医療サービス提供の質を維持するた

めの) プロセス評価等の仕組みを段階的に導入すること」を主張した。

医療DX推進の要望では、「かなりの初期投資と維持費(ランニングコスト)、人材育成が必要」と指摘。電子カルテについても「病院経営を著しく圧迫する原因となっている」と訴え、医療DX推進の費用を適切に評価する仕組みの導入が必要と訴えた。

入院時食事療養費の基準額は、約30年ぶりに2024年度改定で30円引上げとなり、今年4月に20円上がった。しかし、「これらの引上げを加味しても各医療機関における給食部門はほぼ赤字の状態から改善していない」。このため、引き続き現状の食材費・人件費・給食委託費高騰に見合う適切な評価を求めた。

医療機関はコスト増を診療報酬に上



乗せできず、診療報酬の仕組みが最近の賃金・物価上昇に対応できていないということが、病院経営を悪化させている。要望書では前文で、消費者物価指数(総合指数)が2020年を100として2024年度は108.5、前年比では2.7%の上昇であったと指摘した。

その上で、「例えば、感染症の流行拡大や、不測の自然災害等に際しても、地域医療を破綻させないためには、安心・安全を守るためにある程度余裕を持たせた診療報酬が求められる。そのためにも、『社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という財政フレームの根本的な見直しが必要」と明記している。

精神医療等、長期処方・リフィル、後発品の調査結果

中医協 2024年度診療報酬改定の結果を検証部会に報告

厚生労働省は4月9日、中医協の診療報酬改定結果検証部会(永瀬伸子部会長)に2024年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の内容を報告した。特別調査は①精神医療等の実施状況②長期処方及びリフィル処方箋の実施状況③後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況の3項目。以下で病院に係りの深い項目について概要を示す。

精神医療等の調査

精神医療等では、2024年度改定において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するため、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する新たな精神科病棟として、精神科地域包括ケア病棟入院料が新設された。この入院料について「届出あり」との回答は2.7%にとどまり、「届出の予定がない」も92.4%で大部分であった。

精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出していない理由では、「満たすことが

難しい要件がある」が74.8%と多かった。満たすことが難しい要件では、「病棟の1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が常時、当該病棟の入院患者の数の13:1以上」と「措置入院患者等を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が、入院した日から6月以内に退院し、自宅等へ移行すること」がそれぞれ49.1%と最も多かった。

精神科地域包括ケア病棟入院料の届出をしている病院の2024年11月1日時点の疾患ごとの入院患者数をみると、「統合失調症」(20.3人)、「気分障害」(5.6人)、「認知症」(4.4人)、「アルコール依存症」(2.7人)の順で多い結果となっている。

長期処方・リフィル処方箋の調査

2024年度診療報酬改定では、長期処方およびリフィル処方を適切に推進する観点から、処方料および処方箋料の特定疾患処方管理加算の見直しが行わ

れた。また、かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、患者の状況などに合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加した。これらを踏まえ、長期処方およびリフィル処方箋の実施状況を調べた。

なお、調査における「長期処方」とは、28日以上処方(リフィル処方箋を除く)。一方、リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師および薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋による処方で、2022年度改定で導入した。

「長期処方を発行している(発行が適している)患者」については、いずれの区分(長期処方の発行実績の有無で分けた病院・診療所)でも「症状が安定している患者」が最も多かった。「リフィル処方箋を発行している(発行が適している)患者」も、いずれの区分(リ

フィル処方箋の発行実績の有無で分けた病院・診療所)でも「症状が安定している患者」が最も多かった。リフィル処方箋の課題と考えられることでは、いずれの区分(同)においても「患者への制度の周知が十分でないこと」が最も多く、次いで「医師への制度の周知が十分でないこと」が続いた。

リフィル処方箋を発行したことがある医師を対象に、長期処方ではなくリフィル処方箋を発行する理由を聞いたところ、病院の医師の場合は「患者が適切に薬の管理ができるか心配なため」と「薬剤師との連携により患者の状態や副作用のモニタリングができるため」がそれぞれ同じ割合(34.1%)であった。診療所の医師の場合は「薬剤師との連携により患者の状態や副作用のモニタリングができるため」が最も多く56.1%となっている。

一方、リフィル処方箋の発行の検討に消極的な理由を聞くと、病院の医師でリフィル処方箋を発行したことがない場合は、「医師が患者の症状の変化に気づきにくくなるから」が最も多く48.3%。診療所の医師でリフィル処方箋を発行したことがない場合も、「医師が患者の症状の変化に気づきにくくなるから」が最も多く、68.1%となっている。

また、処方箋料(リフィル)の算定回数及び算定医療機関数の推移をみると、左上表のようになっている。

2024年7月診療分のリフィル処方箋の割合は、病院で0.14%、診療所で0.05%となっており、病院の割合のほうが高い。2022年7月診療分と比べると、病院は0.06ポイント、診療所は0.02ポイントとわずかな上昇だ。算定医療機関数は病院が970施設、診療所が3289施設である。2022年7月診療分と比べると、病院は41施設、診療所は922施設の増加となっている。

後発医薬品の使用促進策の影響等 供給体制に「支障」8割

保険薬局における2024年11月(1か月間)の後発医薬品調剤割合の分布をみると、「90%以上」が最も多く、66.1%であった。現時点での後発医薬品の供給体制について、「支障を来している」が84.1%。1年前(2023年11月1日)と比較した後発医薬品の供給体制について、「悪化した」は43.1%、「変わらない」は49.5%となっている。

医療機関に対する調査では、1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化をきくと、一般診療所では「改善した」が5.0%、「変わらない」が35.7%、「悪化した」が53.4%。病院では、「改善した」が0.9%、「変わらない」が31.4%、「悪化した」が63.3%で、ともに「悪化した」が多くなっている。

病院調査の結果から、「医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響(複数回答)」についての回答をみると、「後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行っている」が最も多く79.5%であった。後発医薬品の使用促進に向けた対応方法を尋ねると、「後発医薬品に関する安定供給体制の確保」が最も多く90.8%であった。

また、一般名処方による処方箋の発行有無については、一般診療所調査で「あり」は78.8%、病院調査で「あり」は73.4%。一般名処方による処方箋の発行がないと回答した場合、発行していない病院の理由は、「現在のシステムが一般名処方に対応していないため」が最も多く44.4%であった。

処方箋料(リフィル)の算定回数及び算定医療機関数の推移

○ 病院・診療所別の処方箋料の算定回数

		令和4年7月診療分	令和5年7月診療分	令和6年7月診療分
病院	リフィル処方箋(割合)	12,091 (0.08%)	17,652 (0.12%)	20,941 (0.14%)
	全処方箋	14,404,923	14,763,527	15,449,650
診療所	リフィル処方箋(割合)	15,034 (0.03%)	17,080 (0.03%)	29,255 (0.05%)
	全処方箋	48,049,131	53,225,694	55,827,371
全体	リフィル処方箋(割合)	28,443 (0.04%)	35,162 (0.05%)	51,048 (0.07%)
	全処方箋	65,840,641	70,044,503	73,176,800

○ 病院・診療所別の処方箋料(リフィル)の算定医療機関数

	令和4年7月診療分	令和5年7月診療分	令和6年7月診療分
病院	929	944	970
診療所	2,367	2,444	3,289
全体	3,481	3,495	4,386

出典: NDBデータ(令和4年7月、令和5年7月、令和6年7月)

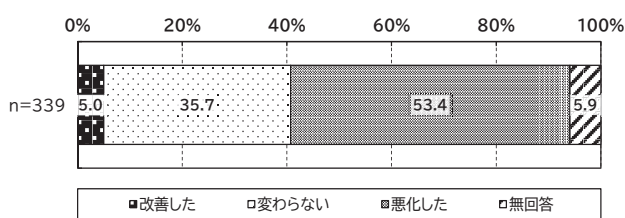
※ 全体数には、病院・診療所のいずれに該当するか不明であった件数が含まれている。

施設調査(一般診療所・病院)の結果

1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化

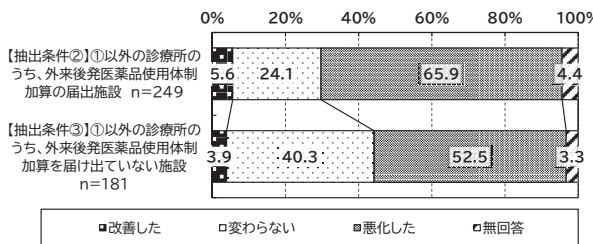
○ 1年前と比較した、後発医薬品の供給体制の変化について、一般診療所調査では「改善した」が5.0%、「変わらない」が35.7%、「悪化した」が53.4%であった。病院調査では、「改善した」が0.9%、「変わらない」が31.4%、「悪化した」が63.3%であった。

令和6年度調査(診療所票) 図表3-26

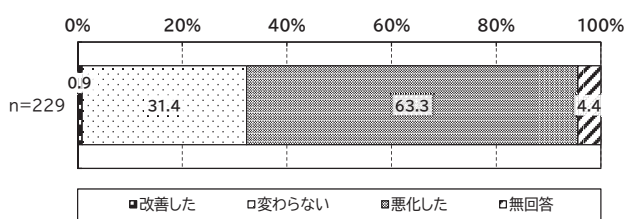


参考: 令和5年度調査(診療所票・病院票) 図表3-48

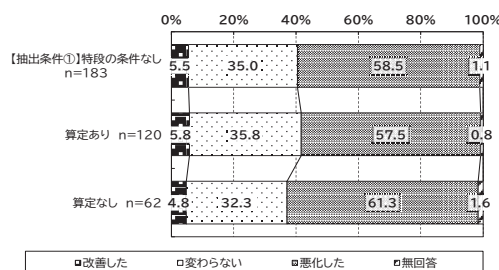
※ 一般診療所



令和6年度調査(病院票) 図表5-18



※ 病院(後発医薬品使用体制加算の算定有無別)



スマホ対応を義務化で、マイナ保険証の普及に拍車を

社保審・医療保険部会

保険者側が相次いで主張、医療機関側は慎重対応を求める

厚生労働省が4月3日に開いた社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)では、マイナ保険証普及の鍵としてスマートフォン(スマホ)への対応を医療機関に義務付けるなど、国が支援すべきとの意見が保険者側から相次いだ。

同日は、厚労省がオンライン資格確認利用件数に占めるマイナ保険証の利用率が2025年2月に26.62%(前月比1.2ポイント増)となっている状況や、マイナ保険証登録者のうち医療機関を受診した者に占めるマイナ保険証利用率が推計で57.9%に到達している状況

などを報告した。

スマホ対応については、今年春にはiPhoneに電子証明書が搭載予定である旨や、約10施設(内訳=病院3施設、医科診療所4施設、歯科診療所2施設、薬局2施設程度を想定)での実証事業を経て、今年9月頃を目処に全医療機関へ機能を開放する計画。環境が整った医療機関から徐々に運用を開始するなどの方針も説明した。

患者・国民に対しては、スマホで資格確認する関連の情報として初回受診時にはマイナ保険証も持つよう周知するとの考えも示した。スマホ対応済み

の医療機関・薬局でも、顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、スマホを汎用カードリーダーにかざす流れを予定しているためだ(図表)。初回にマイナ保険証を持参し忘れた場合は手続きができないため、医療機関などの受付で混乱が生じる可能性がある。

健保連ら保険者がスマホ対応を要請

健康保険組合連合会会長代理を務める佐野雅宏委員は、マイナ保険証の利便性向上のため、特に現役世代においてスマホ保険証を基本として考えるべきと主張。「そういう意味では、全医

療機関に導入を義務付けることも含め、ぜひ国として強力に取り組みをお願いしたい」と要請した。

このほか、全国健康保険協会理事長の北川博康委員や、全国後期高齢者医療広域連合協議会会長で佐賀県多久市の市長も務める横尾俊彦委員も同調し、普及を加速させるため国が周知・広報だけでなく、インフラの整備にも注力するよう求めた。

「スマホ対応で混乱が生じないように丁寧な周知・説明を」医療機関側

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、スマホ対応に必要な汎用カードリーダー導入について国の補助などが必要と訴えた。「医療機関においては新しい機器を導入するということに関して一定のコストもかかるし、昨今の医療機関は運営状況が大変厳しいということもある」と説明。「導入の補助に関してはしっかりとしたものを強くお願いしたい」と要請した。また、スマホ対応については丁寧な周知などが必要との認識も示した。その上で、「医療機関ごとに入っていたり入ってなかったりということによってバラつきがかなり出るということが予想される」と述べ、国民に誤解が生じないように説明を求めた。

日本歯科医師会常務理事の大杉和司委員は、スマホ対応への移行期において医療機関の環境や、患者のスマホ用電子証明書の搭載準備などで混乱が予想されると指摘。「多様な視点から実証事業を行い、その結果をフィードバックしていただくとともに、丁寧な周知を」と求めた。カードリーダーについての支援も要請。「補助金等の活用も含めた普及促進を図ることで、導入する医療機関の裾野が広がっていくものと考えている」と述べた。


スマートフォンでの保険証利用について

スマートフォンでのマイナ保険証は、スマホ用電子証明書の搭載準備を行った上で、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、汎用カードリーダーにかざして利用。

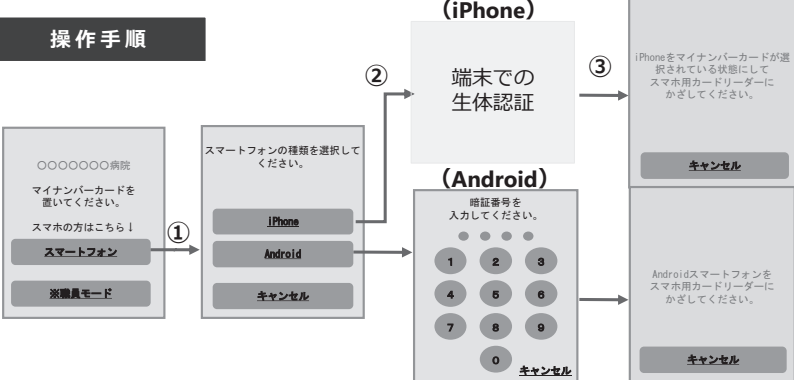
事前準備

- **(iPhoneのみ) 生体認証 (FaceID・TouchID 等) の登録**
※iPhone本体の生体認証 (FaceIDまたはTouchID) が登録されていることがスマホ用電子証明書の登録 (発行) には必要です。
- **スマホ用電子証明書の利用申請**
※申請にはマイナンバーカードと署名用電子証明書 (原則15歳以上に発行) が必要です。
- **スマートフォンへの電子証明書の登録**
※マイナ保険証の利用登録がお済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

(参考) 汎用カードリーダーの設置イメージ



操作手順



【操作の流れ】

- ①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- ②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- ③スマホを汎用CRにかざし電子証明書を読み取る

⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

※初めて受診する医療機関にはマイナンバーカードもあわせてお持ち下さい

高額療養費制度の見直し凍結で陳謝、厚労省・鹿沼保険局長ら

社保審・医療保険部会

今後は患者団体らの意見反映が焦点か

政府が高額療養費制度の見直しを凍結し、秋までに検討し直すとの結果に至った点について、厚生労働省の鹿沼均保険局長と保険局保険課の佐藤康弘課長、そして社会保障審議会・医療保険部会の田辺国昭部会長が、4月3日に開いた同部会の会合でそれぞれ陳謝する場面があった。

「政府として検討プロセスに丁寧さを欠いたとの指摘を重く受け止める」
高額療養費制度については同日の議

題になく、厚労省は関連する資料の提出もしていなかった。鹿沼局長は高額療養費制度の見直しが凍結に至った点について、「政府として検討プロセスに丁寧さを欠いたとの指摘を重く受け止め、全体について見直しの実施を見合わせるという決断に至ったことにつきまして、この医療保険部会の運営を担う事務局の責任者として、この医療保険制度の見直しに関する厚生労働省の事務方の責任者として、心からお詫びを申し上げます」と陳謝した。

医療保険部会長も「拙速な議事運営で患者の皆様方の不安を惹起した」

田辺部会長は、「拙速な議事運営の結果といたしまして、患者の皆様方の不安を惹起したということに関しては、深くお詫び申し上げます」と述べた。今後については、「丁寧な議事運営を図り、見直しの議論については必要なデュプロセス(適正手続)と併せまして、詳細なデータというものがなくなる」との認識を示し、事務局を担う厚労省に準備を促した。

患者団体からの意見の聞き方を含め部会長と相談して進める

佐藤課長は、「私ども事務方の物事の進め方に足らざる部分があったことで結果的に審議会の委員の皆様にもご迷惑をおかけしたということにつきましては、改めてお詫びを申し上げます」と述べた。今後の進め方については「現在検討中」とした上で、「部会長ともよくご相談をしながら、患者団体の皆様方からのご意見の聞き方を含め、できる限りのデータを集めてご議論いただけるような環境を作っていく」と説明した。

高額療養費制度の適正な見直しで決議を採択

衆院・厚労委

「審議会の議論において患者の意見を聴くことを求める」

衆議院の厚生労働委員会は4月16日、「高額療養費制度の適正な見直し手続に関する件」と題した決議を起立総員で採択した。高額療養費制度を見直す際には、利用する長期療養患者の経済状況を把握するとともに、厚生労働省の「社会保障審議会・医療保険部会」を念頭に置いた「審議会」の議論において、患者の意見を聴くことを求めている。

高額療養費制度については昨年12月、2025年度政府予算案の編成過程で、所得区分ごとの自己負担限度額を引き上げるとともに、所得区分の細分化を实

施する見直し案が決まった。しかし見直し案の決定後、全国がん患者団体連合会などの患者団体が強く反発。国会議員をはじめ関係各所に見直し案を撤回するよう求める活動をSNS上でも展開し、世論も巻き込んだ。一方、見直し案で捻出する財源を見込んだ2025年度予算案の国会審議は進み、一度は衆院を通過。参院での議論を残すだけとなっていた。

潮目が変わったのは、患者団体らの活動を受け野党議員を中心に反対意見が勢力を増したため。最終的には与党

議員も含む超党派の議員連盟「高額療養費制度と社会保障を考える会」を発足する動きも生まれ、ついに石破茂首相が高額療養費制度の見直し凍結を決断し、今秋までに改めて方針を決定することになった。

この過程で、衆院を通過していた2025年度予算案を修正した後、参院でも予算修正するといった、国会史上稀にみる事態に陥り、他の法案審議などにも多大な影響を及ぼした。

衆院・厚労委の決議では、政府は働きながらがんの治療を受ける患者など、

長期にわたって高額な医療費のかかる患者が適切な自己負担額で高額療養費制度を利用できるよう、今後の制度変更は以下の考慮と手続を経た上で行うとした。

- ◇長期にわたり高額療養費の支給を受けた者の療養に必要な費用の負担の家計に与える影響を分析、考慮するとともに、必要かつ適切な受診への影響に留意すること
- ◇政令を定める前に、審議会へ委員として参加を認めるなど、長期にわたり高額療養費の支給を受けた者その他関係者の意見を聴くこと

福岡資麿厚生労働大臣は決議の採択を受け「趣旨を十分に尊重し努力する」と述べた。

配置基準など「弾力化」が1つの大きなテーマ

2040年に向けたサービス提供体制検討会

「中間とりまとめ」を大筋で了承、介護保険部会で制度的な議論へ

2040年に向けた高齢者に関する施策や福祉サービスも含めた共通の課題への対処法などを検討している厚生労働省の「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会(野口晴子座長)は4月7日、介護現場の視点を踏まえた目指すべき方向性や考え方を盛り込んだ「中間とりまとめ」の文書を大筋で了承し、最終的な文言調整などを座長一任とした。介護事業者のサービス提供について検討すべき事項として「配置基準等の弾力化」に言及するなど斬新な内容を盛り込んだ。今後は、社会保障審議会・介護保険部会で制度的な議論を委ねる。

配置基準などの“弾力化”については、診療報酬との関連でストラクチャー評価からプロセス評価への転換を求める声が多数あがっていることもあり注目度が高い。介護保険事業に関する評価の検討が先じて配置基準等の弾力化を進めれば、診療報酬改定などにも影響する可能性が出てくるといえる。

中間とりまとめは同日に厚労省が示した「案」の段階で以下の項目による構成となっている。

- はじめに(基本的な考え方)
- 人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援

体制の方向性

- 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援の方向性
- 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性
- おわりに

「配置基準」の弾力化に関しては複数箇所提言。まずは中山間・人口減少地域に関する内容において、「地域におけるサービスを維持・確保していくことなど一定の条件・特別の役割を付した上で」と前置きしながら、「弾力化や、こうした(地域におけるサービスを維持・確保する)取組へのインセンティブの付与等を講じるなど、新たな柔軟化のための枠組みを検討することが考えられる」と記した。

在宅サービスとの関係では、「訪問介護と通所介護等における配置基準等をより弾力化してサービス間の連携・柔軟化を図り、双方における人材等の行き来を柔軟化することを検討することも考えられる」と記載。「一定の要件を満たす認知症対応型共同生活介護の夜勤体制」については「3ユニットに対し2名以上と緩和されていることや、老人保健施設において、訪問リハビリはみなし指定でサービス提供が可能で

あることなど、既存の仕組みを参考に」とも助言した。

一方、弾力化で配置する人員が減る場合の対応については、「職員の負担の増加やそれに伴う従事者確保の困難性にも留意」するよう求めた。

「すり抜けるようなことが起こる懸念がある」日慢協・池端副会長

サービス提供に関する配置基準については、日本慢性期医療協会副会長を務める医療法人池慶会池端病院理事の池端幸彦構成員が柔軟化の抜道を使って劣悪なサービスが蔓延らないよう監視・監督できるような仕組みも合わせて検討すべきと釘を刺した。「緩和するとすり抜けるようなことが起こる懸念がある」と指摘し、「見える化するような、外からチェックできる機能も持ちつつ、人材不足を補うよいモデルになっていたきたい」と求めた。

中間とりまとめの文書では、事業者の連携のあり方についても“弾力化”する方策の必要性に言及した。社会福祉連携推進法人制度も活用しつつ、引き続き同検討会で議論を深めるとの方針を提示。併せて、同推進法人の制度的な要件の弾力化も検討事項にあげた。

施設などの整備については、「今後その機能を柔軟に変更していく必要が

ある」との見方を示した。「介護保険施設の一部で障害福祉サービス、保育等を行う場合に、元々の補助金の目的範囲外での返還を求められることのないよう、地域密着の施設から広域型施設への転用、10年以内の一部転用の緩和等を行うなど、柔軟な制度的な枠組みの検討が必要との意見があった」との事例を紹介。その上で、「他の福祉サービスとの共通課題でもあり、本検討会において引き続き議論を深めていく」と明言した。

2024年度の診療報酬改定にも言及 介護施設と医療機関との連携強化を

2024年度の診療報酬改定で介護保険施設と協力医療機関の連携を強化する項目を盛り込んだ点にも言及。「医療介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある」と記した上で、「連携が進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、検討することが重要」と行動を促している。

診療・介護報酬の加算について「算定要件が複雑」と指摘し、「見直すべきとの意見があった」とも記した。

妊産婦支援の議論、次回以降で取りまとめへ

厚労省・こども家庭庁の妊産婦支援に関する検討会

田邊座長が指示も、結論や方向性に残る不透明感

厚生労働省とこども家庭庁が出産に関する支援の強化や医療保険制度における支援のあり方、周産期医療提供体制のあり方などについて検討する目的で設置した「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」(田邊昭座長)が次回にも検討内容の取りまとめに着手する。4月16日の会合で田邊座長が指示した。一方、同検討会では常にさまざまな角度から意見が飛び交っており、どのような方向性で着地するのかについては不透明感が残っている。

事務局を務める厚労省・こども家庭庁は、これまでの議論を各回でまとめた資料を「参考資料」として提出しているが、同日の議論でも収斂されていく気配がなく、構成員から五月雨式に

意見が飛び交う状況だった。

同日は、早稲田大学政治経済学術院の野口晴子教授が2024年度の厚生労働行政推進調査事業費補助金事業「分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究」で実施した調査結果の速報値を報告。2173施設に調査票を送付し、1012施設(回収率46.6%)から協力を得た。1カ月間の「全分娩数」の平均が「総合・地域周産期母子医療センター」で43件、「それ以外の病院」で36件、「診療所」36件で、助産所は1年間の分娩取扱数の平均が13件であるなどの状況が分かった。

野口氏は分娩取扱施設の稼働状況や平均設定価格、収益の状況などについて報告。加えて、「速報値」のため外れ値や誤回答と思われる内容も含んでい

るとも説明し、理解を求めた。

研究協力者・亀井構成員が疑義「リプレゼンタティブしていない」

これに対し日本産科婦人科学会の常務理事で同調査研究の研究協力者も務める亀井良政構成員が、「日本の産婦人科の分娩の状況をリプレゼンタティブしているものではない」との主旨で指摘を連発。問題点として総合周産期医療センター、病院、有床診療所、助産所の順で回答率が高くなっている点や新生児に関する医療の部分をあげたほか、地域の周産期医療センターや総合病院では勤務者が必ずしも分娩だけに従事しているわけではなく婦人科も兼務している状況を正確に把握すべきなどと注文。このほか、個室の室料に

関する部分で1日当たりの差額が周産期医療センターで4.3万円だったとの結果について「びっくりするような値で、本当かなと思った。医療保険部会のデータでは2万円足らずとなっており今回はその2倍以上という額で、特殊な病院が含まれているのかもしれないが数字がかけ離れており違和感を覚えた」など、疑義の枚挙にいとまがなかった。

野口氏は、速報値である旨や、データの操作等はしていないなどと改めて説明した上で、データの精査などについて研究協力者である亀井氏に引き続きの協力を求めた。

このほかにも、構成員からさまざまな質問が出たものの、今後の分析になる旨の説明が多かった。

2024年度 第12回常任理事会の抄録 3月15日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 医療法人財団朔望会リハビリテーションエーデルワイス病院
院長 東海林 豊
 - 東京都 医療法人永寿会陵北病院
院長 田中 裕之
 - 東京都 公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院
管理者 永井 秀雄
 - 東京都 医療法人社団爽玄会なかねの森病院
理事長 奈良 大
 - 東京都 医療法人社団和風会多摩リハビリテーション病院
理事長 石田 信彦
 - 神奈川県 医療法人同愛会小澤病院
理事長 小澤 顯一
 - 神奈川県 宗教法人寒川神社寒川病院
院長 栗田 啓司

退会が6件あり、正会員は合計2,553会員となった。

- 群馬県支部長の美原盤先生(公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長)が退任し、鶴谷英樹先生(社会医療法人鶴谷会鶴谷病院理事長)が支部長に就任することについて審議の結果、承認した。また、副支部長であった鶴谷英樹先生が支部長に就任したことに伴い、東郷望先生(医療法人社団東郷会恵愛堂病院 院長)が副支部長に就任することが報告された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会 総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」、「医療介護総合確保促進会議」、「電子処方箋推進会議」、「災害支援ナースに関する連絡

調整会議」、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。

2025年3月12日の日本医師会・6病院団体合同記者会見で発表した「日本医師会・6病院団体合同声明」と、2024年度診療報酬改定後の病院経営状況調査結果について報告された。

●病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能
【3rdG: Ver.3.0】～順不同
- ◎一般病院1
岐阜県 岩砂病院・岩砂マタニティ
北海道 札幌しらかば台病院
千葉県 斎藤栄災病院
鳥取県 博愛病院
広島県 寺岡記念病院
大分県 天心堂へつぎ病院
鹿児島県 池田病院
- ◎一般病院2

- 北海道 北海道がんセンター
- 北海道 王子総合病院
- 沖縄県 中頭病院
- 沖縄県 浦添総合病院
- ◎リハビリテーション病院
神奈川県 戸塚共立いずみ野病院
愛媛県 今治第二病院
熊本県 御幸病院
鹿児島県 三愛病院

◎精神科病院
北海道 函館渡辺病院
2月7日現在の認定病院は合計2,126病院。そのうち本会会員は878病院と、全認定病院の41.3%を占める。

【主な討議事項】

- 2025年度予算案についての国会での議論と政府が今夏にまとめる予定の「骨太の方針2025」について説明があり、討議した。

ARIサーベイランスの公表を開始

国立健康危機管理機構

国立健康危機管理研究機構(Japan Institute for Health Security=JIHS、国土典宏理事長)は4月22日、同7日から開始した急性呼吸器感染症(Acute Respiratory Infection = ARI)に関する「症候群サーベイランス」の速報値の公表を始めた。全国約3000カ所の定点医療機関から「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、かつ医師が感染症を疑う外来症例」の報告などを求め、いわゆる風邪の症例を広く収集して感染症対策を強化する目的で実施している。JIHSは、国立感染症研究所と国立国際医療研究センターが統合し2025年4月に発足した新組織。

ARI定点は、症例定義に該当する患者数を週1回の頻度で報告する。ARI定点のうちおよそ10%は検体を提出するARI病原体定点として定めている。

医療機関にとっては、疾患別ではなくより広範な「症候群サーベイランス」になったことで負担増になると想定で

まずはARI定点の速報値から、今後は週報も

きる。この点については、厚生労働省が医療機関の負担を軽減するため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を検討している。

4月25日からは「週報」も公表

ARIサーベイランスの情報に基づく週報の公表も同25日から開始した。週報は主に下記の事項で構成する。

1. 患者サーベイランス

- 1.1. 全国の定点当たり報告数
- 1.2. 全国の年齢群別報告数
- 1.3. 都道府県別の定点当たり報告数
- 1.4. 全国のインフルエンザおよびCOVID-19の新規入院患者数

2. 病原体サーベイランス

- 2.1. 全国の病原体別報告数
- 2.2. SARS-CoV-2ゲノムサーベイランス

ARIについてはこれまで、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きたものの、いわゆる風邪の症状を呈する患

者数の分母となる「ARI全体」の発生数が不明な状態だった。このため、各疾患の発生割合が明確でないなどの課題があった。また、個別の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がなく、新規・未知の感染症の発生に気がつきにくいという弱点もあった。さらに、世界保健機関(WHO)がARIや重症急性呼吸器感染症(SARI)に関するサーベイランスの実施を推奨し、米国の疾病予防管理センター(CDC)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、国際的に的確な情報を把握する動きもあった。

このような状況を踏まえ、厚労省が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した。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)を示す多彩な病原体による症候群」の発生动向を把握し、感染症対策に繋げる。

風邪症状に関する国の予防指針も

ARIの関連では、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ついて「特定感染症予防指針」があるのみだったが、COVID-19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」に位置づけるための施行規則の改正が加わり、厚生科学審議会・感染症部会での審議を経てARIを呈する疾患を総合的に網羅する「特定感染症予防指針」の作成を決めた。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。

対象となる疾病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疾患になる見通し。これまで、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が存在せず、いわば“昔ながらの慣習”による予防が主流となっていた。

■ 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
医療安全管理者養成課程講習会 140名	全3クール 【全員共通】 第1クール(講義) 5月31日(土)9:00~18:40[WEB] 6月1日(日)9:00~18:00[WEB] 【全員共通】 第2クール(講義) 8月29日(金)9:30~18:00[WEB] 8月30日(土)9:00~18:30[WEB] 【日程選択】 第3クール(演習) ①9月27日(土)、28日(日)[会場] ②10月18日(土)、19日(日)[会場]	90,266円(111,166円)(税込)	厚生労働省「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラム。修了者には診療報酬の「医療安全対策加算」における施設基準の「医療安全対策に係る適切な研修」受講の証明となる修了証を授与し、「全日病・医法協認定 医療安全管理者」として認定する(認定期間5年間)。医療の安全管理・質管理に関する基本的事項や実務を学び、組織的な安全管理体制を確立するための知識と技術を身につけた人材を育成・養成し、安全文化の醸成、医療の質向上を図ることを目的とした講習会で、昨年引き続き日本医療法人協会との共催で実施する。
病院経営継続学習講座 (認定更新講座) 48名	【全4講座】日曜、14:00~16:00 第1講座 6月8日 医療政策の動向 第2講座 8月3日 病院経営管理手法 第3講座 10月5日 病院経営分析手法 第4講座 12月7日 病院共通課題	44,000円(税込)	病院経営に関わる方が継続して学習する場として設置。医療業界の最新動向やマネジメントの潮流などを学習する。各講座2時間のライブ配信、もしくは動画の視聴で、繰り返し受講も可能。来年1月には講師が参加するZOOM質問会も開催する。同1月末までにレポートを提出し、合格になった修了者は病院経営士及び病院管理士、看護管理士の認定更新となる。
医療DX人材育成プログラム 150医療機関(最大450名)	【全10回】木曜、13:00~16:00 第1回 IT基礎 第2回 DX基礎 第3回 セキュリティ 第4回 システム設計・デザイン 第5回 ネットワーク 第6回 モバイル技術・セキュリティ 第7回 AI技術の活用 第8回 DX応用① 第9回 DX応用② 第10回 総括	250,000円(500,000円)(税込)	2023年度からスタートした本プログラム、本年度は医療DX推進の要となる人材「コンダクター」の育成と生成AIの活用などによる業務の効率化を目指した内容で構成。「オンプレミス」から「クラウドネイティブ」への移行強化や、中小病院でも実現可能なICT活用事例なども紹介する(詳しくは全日病ニュース3月15日号を参照)。修了者(全10回のうち8回以上の出席、3回の確認テスト合格)は「全日本病院協会 医療DX責任者」として認定し、修了証を授与する。条件を満たせば、厚生労働省の人材開発支援助成金「事業展開等リスクリテラシー支援コース」も活用して研修費用の大幅な軽減も可能。
病院管理士・看護管理士 フォローアップ研修会 150名	2025年7月12日(土) 13:00~16:00	5,500円(税込)	病院経営管理者研修の受講者が研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者と討議する内容を予定。本研修は、病院管理士及び看護管理士の継続要件である「フォローアップ研修の修了」が該当する。
病院部門責任者研修 48名	2025年8月~11月 全4講座(6日間)	143,000円(198,000円)(税込)	医療従事者委員会の研修で、2024年度から多職種協働の視点を強化し再編した。「病院部門責任者研修」では、看護部門の看護師長や主任、訪問看護ステーションの所長、コメディカル部門や事務部門の責任者、介護施設の管理者などが、マネジメントに関する知識を学び、実習で自部門の問題・課題の解決に取り組む。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着/60名 関空発着/20名 福岡発着/20名	2025年10月30日(木) ~11月4日(火)	成田発着 395,000円 関空発着 408,000円 福岡発着 405,000円	今回で47回目となるハワイ研修旅行。現地日本人ドクターや現地看護師による米国の医療事情に関するセミナーを予定しているほか、米国の病院や福祉施設の視察も予定している。会員の皆様に交流を深めていただく企画も用意している。