



全日病NEWS

2025.7.1 No.1081

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

診療報酬で地域性にどう対応するか検討すべき

中医協・入院医療等分科会

全日病常任理事・津留委員「全国共通に無理が出てきている」

全日病の津留英智常任理事は6月13日、中医協の「入院・外来医療等調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で高齢者の入院医療に関する検討の際に、全国共通の診療報酬制度による評価に限界がきているとの見方を示し、「診療報酬制度もそろそろ地域性にどう対応するのかという検討を行う必要がある」と意見した。地域によって人口構成や今後の人口動態、医療・介護などの資源が異なる状況に対応すべきとの考え。

同日は「高齢者の入院医療」のほか、◇包括的な機能を担う入院医療◇回復期リハビリテーション病棟◇慢性期の4点を議題に、各種の調査結果などで現状を把握した上で意見交換した(2面に関連記事)。

「新たな地域医療構想」も関係 高齢者救急を担う機能とは

高齢者の入院医療について厚労省は、昨年末に2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の策定に向けた取りまとめにおいて、高齢者の救急搬送の増加や高齢者の入院医療における早期からの在宅復帰を目指した関わり必要性などを踏まえ「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」を「医療機関機能」として位置付けているとの考えを示した。その上で、85歳以上の救急搬送率が増加しているとの現状に対応すべく2024年度の診療報酬改定で「救急患者連携搬送料」や「地域包括医療病棟」を新設したことなどをあげた。また、「在宅・介護施設等の後方支援機能」に関して、「地域包括ケアシステムにおいて、従来より適切な連携等により生活地域において医療を完結することが望ましい」との認識を示した。さらに、「かかりつけ医機能報告制度」の関連で、かかりつけ医機能を後方支援する病院・診療所の役割について「平時からの情報共有ルールや、救急搬送ルールについて、地域の協議の場で話し合うこととされている」と説明。加えて「高齢者の入院中に必要な介入」として主傷病の治療以外に、◇廃用症候群を含む老年症候群の予防や対応◇早期からのリハビリテーション、ポリファーマシーへの対応◇意思決定支援等の視点一をあげ、地域包括医療病棟の新設や「リハビリ・栄養・口腔ケア等の総合的な診療の評価等」の意義を強調し、これらの現状につい

て「どのように評価すべきか」と「更に検討を進めるべき事項」の観点で意見を求めた。

医療提供体制を維持し続けるため 基金や補助金の活用以外の策も必要

津留委員はまず、病院経営が非常に厳しいため地域の病院間で入院患者の争奪戦のような様相を呈している可能性があるとの懸念から、適切な機能分化を促す必要性を指摘。経営が厳しいのは中小病院だけでなく、大学病院も、「急性期充実体制加算」や「総合入院体制加算」を算定する高度急性期の病院も、地域医療支援病院のいずれも例外はなく、病床利用率90～95%以上を目標に掲げるなどして経営状態の安定化を図っている状況とも説明し、「適切な機能分化が行えないのではないかと懸念がある」と述べた。その上で、「本来、高機能で見なくてもいいような高齢者救急や軽傷者など、とにかく何でも入院になりそうな患者はとりあえず取り込み、病床利用率の目標が95%になるようになど、非常に非効率な医療になっていないか」と精査する必要性を強調。「そういった実態をもうちょっと明らかにしていき、それぞれの医療機関機能できちんと受け入れを行っていきけるようになる必要がある」と主張した。

2024年度改定で新設した「救急患者連携搬送料」の届出が約17%にとどまっている状況にも言及。直近の調査結果では、届出に至らない理由として「同乗するスタッフの確保」や「メディカルコントロール協議会と連携先の候補リスト作成」が困難との状況が明らかになっている。津留委員は、このほかに医師を確保する体制も原因になっている可能性があるとして指摘。「大学病院の医師がバイトで二次救急に派遣されている場合、そこに“下り”で搬送すると夜間救急対応となり宿日直にはならず、受け入れられないなどの問題もいろいろと起こっている」との見方を示し、「より適切に下り搬送が進むようにすべき」と訴えた。

診療報酬での対応については、地域によって異なる人口構成や今後の高齢化率によって急性期の医療需要、高齢者の入院医療の重要が大きく異なると指摘。その上で、「このような状況を、全国共通の診療報酬制度で評価してカバーするというにもうかなりの無

理が来ているのかなと思う」との認識を示した。「当然、(地域医療介護総合確保)基金や各種の補助金などを使って医療提供体制を維持していく必要があるが、診療報酬制度もそろそろ地域性にどう対応するのかという検討を行う必要がある」との考えを示した。

診療報酬との関連では日本慢性期医療協会副会長の井川誠一郎委員も独自の見解を披露。「新たな地域医療構想」の医療機関機能を念頭に、「超急性期の必要が、ある程度のめどがつく1週間や早ければ4～5日などのレベルで包括期などに移してリハビリを初めてしまうという大胆な診療報酬の体系を作ってもいい時代ではないか」と提案した。今後、さらに急増する見込みの85歳以上の救急搬送ではマルチモビリティ(多疾患併存)を抱えるため予備力がなく急性期対応後に以前の状態まで戻るのが困難との認識で「早期から維持リハや栄養維持、それからフレイル予防が重要」と強調した。

地域包括医療病棟の要件緩和は？ 津留委員「予後判断に柔軟性必要」

「包括的な機能を担う入院医療」については、厚労省が下記の現状などを示し、意見を求めた。

- <救急搬送の受入機能と在宅・介護施設等の後方支援機能>
- 救急受入や在宅等との連携に関する加算等の算定回数を医療機関単位で比較すると、急性期病棟をもつ病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援病院でいずれも多い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟における在宅医療の要件は多くの医療機関が満たしていた。
- <連携機能の要件>
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟1・2の要件である入退院支援加算1において要件となっている連携機能数については、多くの医療機関が25施設以上と連携している一方で、25に満たない医療機関もあった。
- <地域活動>
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の双方において、半数以上の医療機関が地域医療構想調整会議や地域ケア会議へ参加していた。

津留委員は地域包括医療病棟について、施設基準が厳しい故に期待が大き

にもかかわらず届出が進んでいないとの認識を示し、効率的な病床運営と高齢者救急を安心して診るためにも要件緩和が必要と訴えた。特に、2024年度の「入院・外来医療等における実態調査」の結果、「地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目」にあがった「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」との関連で、高齢者の受け入れ後48時間程度は予後の予測・判断が困難との理由から、入院料の算定に柔軟性が必要と主張。「例えば、急性期一般と地域包括病棟を有しているケアミックスの病院の場合、二次救急で高齢者を受け入れた場合、どちらの病棟に入れるのがいいのか直ちに判断するのは難しい」と説明し、「解決策としては48時間以内であれば遡ってどちらかの入院料を選択できるというような(解釈)通知などを出していただくと、医療現場では非常に助かる」と検討を求めた。

このほか、地域包括医療病棟に求められる「ADLの低下5%未満」について「高齢者の受け入れがなかなかできないというケースではハードルになっているということもある」とも述べ、さらなる分析を要請した。DPCデータの分析では、同一医療機関内に「地域包括医療病棟」と「急性期一般入院料2～6」の病棟の双方を有する施設に直接入院した患者を入院した病棟で分類して入退院時のADLの変化を比較した結果、ADLの変化パターンは疾病ごとに異なり、誤嚥性肺炎や心不全では、整形外科系の症例と比較して、入院期間中のADLの改善幅が少なく、病棟の種類による違いは大きくなかった。地域包括医療病棟の「リハビリテーション・栄養・口腔加算」の評価を引き上げ、「休日のリハビリ提供単位数」を満たすリハ職の確保を支援すべきとの考えも示した。

本号の紙面から	
病院給食改革PT発足	2面
リカレント教育事業を受託	3面
医療等の公定価格「引上げ」	4面
機能評価の受審、支援策を	5面
森光医政局長インタビュー	6面
病床削減など3党で合意	7面
次期中医協委員の候補決定	8面

清話抄

少子高齢化、人口減少、DX時代の医療システム

これまで医療サービスは、医療機関ごとの構造的・人的評価に基づいて診療報酬が決定されてきました。診療録をはじめとするさまざまな診療情報が紙媒体で取り扱われていた時代には、

それが当然であったかもしれませんが。しかし、電子カルテをはじめとする診療情報の電子化が進んだことで、情報の共有が可能となり、距離的な制約も解消されつつあります。

一方で、地方における急激な少子高齢化と人口減少により、医療・介護サービスの需要は増加の一途をたどっており、従来の社会保障制度の継続が困難な状況にあります。

国民が安心して幸せに暮らせる社会を維持するためには、抜本的な社会改

革が必要です。その中で、私たち医療提供者には、既存の制度にとらわれることなく、AIやITなどの技術を活用し、新たに効率的な医療・介護提供システムを構築することが求められています。

その一つの提案として、「機能的メディカルセンター」の構築が考えられます。すなわち、地域の医療機関が電子カルテなどの医療情報システムを共有し、医事請求業務などの事務作業をバックオフィスに集約することで、ハ

ードウェア面での効率化を図ります。また、医師をはじめとする医療スタッフが、それぞれの連携施設で柔軟に業務を行えるよう、機能的な連携体制を整備します。さらに、各連携施設の役割を明確化し、質の向上と効率化を目指します。

これらの実現には、既存制度の見直しが必要であり、立法および行政の理解と協力を切に望みます。

(亀田信介)

主張

苦境の中でも前進を 厳しい病院経営に求められる改革

病院経営を取り巻く環境は、依然として厳しさを増している。人口減少と高齢化が進む中、医療需要は変化し、限られた資源の中で持続的な運営が求められる状況が続く。特に診療報酬の改定や人材不足の問題に加え、物価高騰が経営を圧迫し、多くの医療機関が財務的な困難に直面している。

2024年度の診療報酬改定では、医療の質向上と効率化を目的とした施策が導入された。しかし、医薬品や医療機

器の価格上昇、光熱費や人件費の高騰が続く中、診療報酬はこれらのコスト増加に十分に対応できていない。特に地方の病院では、収益確保が難しく、必要な設備投資や人材確保が滞る事態が深刻化している。

人材不足の問題も避けて通れない。医師や看護師の確保が難しくなる中、労働環境の改善や業務の効率化が求められる。デジタル化による診療の効率化や遠隔医療の導入は、今後の病院経

営を左右する重要な要素となる。

こうした厳しい状況の中で特に重要なのが、年度前半の戦略的な対応である。医療機関にとって、早い段階で課題に取り組み、適切な施策を講じることが、今後の経営を左右する鍵となる。診療報酬改定の影響を正確に分析し、コスト管理を徹底することで収益の安定化を図る。また、補助金・支援制度の活用を進めることで経営の健全性を高めることも求められる。

さらに、病院が成長し続けるためには収益構造の見直しも重要だ。医療業務の効率化と働き方改革、地域との連携強化、予防医療の推進など、医療提

供の幅を広げることで競争力を維持できる。患者のニーズに合ったサービスを提供し、経営基盤を強化することが、安定した医療提供体制の構築につながる。

病院経営の環境は厳しいが、的確な戦略と柔軟な対応により、活路を見出すことは可能だ。年度前半の重点施策を着実に進め、安定した医療提供体制を築くことが、強固な経営基盤につながる。今後の病院経営を見据え、長期的な視点から戦略を構築し、持続的な医療体制を確立していくことが求められる。

(中村 康彦)

FIM利得「0」の患者が多い状況を問題視「不自然」

中医協・入院医療等分科会

全日病・津留常任理事は廃用症候群の審査、是正を要請

厚生労働省が6月13日に開いた中医協の「入院・外来医療等調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)では、回復期病棟におけるFIM利得が「0(ゼロ)」になる患者がDPCデータを分析した結果で飛び抜けて多かった状況について、複数の委員が言及しさらなる分析の必要性を指摘した。「不自然」と評価する見方もあった(1面に同分科会の関連記事)。

全日病常任理事の津留英智委員は、「廃用症候群リハビリテーション料」などとの関連で、病名としての「廃用症候群」について都道府県国保などの審査にバラつきがあるとの認識を示し、是正を求めた。

FIM利得「0」が約4万5000人 約2年間のDPCデータ分析で

同日は、2026年度の診療報酬改定に向けて厚労省が「回復期リハビリテーション病棟」も議題にあげ、各種調査結果などを踏まえた「現状と課題」に対し意見を求めた。回復期病棟の「退棟時FIM」から「入棟時FIM」を差し引いたFIM利得については2022年4月～2024年5月のDPCデータを分析。患者数80万7411人に対しFIM利得「0」だったのは約4万5000人とFIM利得別では飛び抜けて多いとの状況が分かった。

国際医療福祉大学医学部公衆衛生学教授の池田俊也委員は、リハビリテーションも含め医療行為の効果にはバラつきが生じるものの、「0」に高いピークがある状況について「極めて不自然」と評価。「FIMの測定や評価になんらかの問題があるのか、あるいは診療報酬上の評価を踏まえた色々な報告の仕方に課題があるのか」を探る必要性を指摘。「こうした分布の原因となっているような状況があるのかどうかということについて詳細な分析を」と求めた。名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター教授の秋山智弥委員も、「ゼロの患者が多く不自然な分布」との見方を示し、要因分析を求めた。

日本慢性期医療協会副会長の井川誠一郎委員は、「誤嚥性肺炎や尿路感染症など高齢者が罹患しやすい疾患にかかるとリハビリが止まったり、ADLが落ちたりということはあり得る」「感覚的には数パーセント」などと述べ、「ゼロ」は一定の割合で生じ得るとの認識を示した。一方、FIM利得がゼロ以下に低下する患者の割合が50%以上などの場合があるとのデータに言及し、「このような施設は病院なのかと言いたいくらい異様」と評価。詳細の分析を求めた。

厚労省このような意見を受け、「ま

だ十分に分析できておらず、今後そういったことも含めてお示しできればと思う」と回答した。

「審査がダブルスタンダード」 廃用症候群を巡り津留委員

津留委員は「廃用症候群」に関する審査の是正を要望。「社保・国保審査における都道府県格差は改善されたとお聞きしているが、やはりダブルスタンダードとも言ってもいいような、場合によっては認めたり、あるいは審査・査定で認めないケースがあったりという現状がある」との認識を表明。回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーションの実施割合が施設間で異なり、特に廃用症候群リハビリテーション料の実施割合が比較的多い施設があるとの状況を示したDPCデータ(2022年4月～2024年5月)の分析結果に言及。「廃用症候群のそもそも基礎、原因となる疾病・病名までが分かると、少しその辺のヒントになる」との考えを示し、さらなる分析を求めた。

療養病棟は将来的になくなる？ 厚労省「定まった方向性はない」

同日の会合では、「慢性期について」も議題となった。厚労省は「療養病棟に係る現状と課題」として慢性期の医

療提供体制について、「新たな地域医療構想のとりまとめ」において「地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要とされている」と説明し、意見を求めた。

津留委員は、「新たな地域医療構想のとりまとめ」を検討する過程で慢性期医療については文言がほぼ消されており、「医療機関機能」にも「慢性期」を担う機能はなく、「専門等機能」の主な具体的内容の説明文にあった「高齢等の中長期にわたる入院医療」から最終のまとめでは「高齢者等」の言葉も消されていると指摘。「慢性期の入院医療、そして医療療養病棟は、新たな地域医療構想で医療機関機能での位置付けがどうなるのか。将来的になくなる可能性はあるのか」と質問した。

厚労省は、関連法案審議がなされており、「新たな地域医療構想」の策定に向けて運用面を定めるガイドラインの検討もなされる方向性であると説明。その上で、医療課として「定まった方向性を今、持っているわけではなく、あくまで今後の医政局などでの議論を踏まえ、引き続き検討を進めていく事項」と回答した。

病院給食改革に向けたプロジェクトチームを発足

全日病

業者からの値上げ要請や撤退通告など危機的状況の打破を模索

全日病は2025年度、効率的な病院給食事業の提供体制を構築する足掛かりを模索・提示するための組織として「病院給食改革に向けたプロジェクト・チーム(PT)」を発足させた。チームは計10名で構成し、リーダーを全日病の医療経営・税制委員会委員長などを務める須田雅人常任理事が務め、中村康彦副会長が担当役員として管理する。日本医師会の今村英仁常任理事も名を連ねる(図表参照)。

病院給食を巡っては、人手不足や人件費・食材費・水道光熱費・厨房設備機器等のコスト増、委託会社からの値上げ要請・撤退勧告など、持続可能性が揺らぐ事態が続いている。2024年度の診療報酬改定では「入院時食事療養費」の基準額が約30年ぶりに30円引き上がり、さらに2025年4月にはいわゆる中間年改定に合わせ同療養費が20円上がったものの、多くの医療機関の給食部門は赤字の状態から脱していない。

全日病などで構成する日本病院団体協議会が4月16日に福岡資質厚生労働大臣に定例した要望書でも、食材費・

人件費・給食委託費の高騰に見合う適切な評価を求めるなど、各医療機関は危機感を抱いている(全日病ニュース5月1日号参照)。

全日病の同PTでは、以下の5項目を中心に具体的な内容を検討する方針だ。

<PTでの検討項目>

- 1. 基準統一**
 - 治療食における栄養基準の簡素化・標準化を図り全国レベルでの統一や栄養成分別分類による食事管理
- 2. 提供方法**
 - 病院給食の提供方法(クックサーブ、クックチル、ニュークックチル、フリーズ、完調品、ハイブリッド等)を分類し、整理する。特徴的な取組みの具体事例を収集し、新たなイノベーションを紹介する
- 3. 規制緩和**
 - 病院給食・学校給食にかかる関係法令・規制を整理し、ハードルとなる規制の緩和を求める

4. 対外発信

- マスメディアを通じた世論の形成や、新たな給食提供システムの構築等への補助金・助成金の必要性を訴求

5. 現場研修

- 管理栄養士の意識改革を図る

各病院の給食事業継続に必要な方策を検討するだけでなく、先進事例も収集し、好事例は横展開を図る。

病院給食改革に向けたプロジェクトチーム 名簿

		氏名	所属	役職
1	リーダー	須田 雅人	医療経営・税制委員会 医療法人赤枝会 赤枝病院	委員長 院長
2	メンバー	小森 直之	医療経営・税制委員会 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院	委員 理事長
3	メンバー	細川 吉博	医療経営・税制委員会 社会医療法人博愛会 開西病院	委員 理事長・院長
4	メンバー	鬼塚 一郎	医療経営・税制委員会 医療法人聖峰会 田主丸中央病院	委員 理事長・院長
5	メンバー	玉木 英樹	医療経営・税制委員会 玉木病院	委員 院長
6	アドバイザー	猪口 雄二	全日本病院協会 医療法人財団寿康会 寿康会病院	前会長 理事長
7	アドバイザー	今村 英仁	日本医師会 公益財団法人慈愛会 今村総合病院	常任理事 理事長
8	サポーター	渡辺 正幸	上尾中央医科グループ協議会 栄養部	顧問
9	コーディネーター	河合 洋見	帝塚山大学	名誉教授
10	コーディネーター	森 清司	森ヘルスケア・サポート株式会社	代表取締役社長

第66回全日本病院学会 in 北海道(10月11日(土)~12日(日))

早期参加登録のお誘い 特典付の申込受付は今月末で締切

「第66回全日本病院学会 in 北海道」の開催まで、いよいよあと3か月となりました。2025年10月11日(土)・12日(日)の2日間、オール北海道で皆様をお迎えいたします。学会の翌日、13日(月・祝)は「スポーツの日」で3連休となっております。この貴重な機会を、学びと交流、そして北海道の豊かな魅力を心ゆくまで味わう時間としてぜひご活用ください。

本学会のテーマは「温故知新」です。これは、私たちがこれまで築き上げてきた病院医療の歴史や知見を深く見つめ直し、そこから未来へ繋がる新たな視点とヒントを見出すことを目指すものです。

現在の医療現場は、地域医療構想の推進、医師の働き方改革、超少子高齢化社会への対応、医療DXの推進など、まさに変革の波が押し寄せています。

さらに、未曾有のインフレが大きく影響し、病院経営は厳しさを増しており、多くの病院がかつてない困難に直面しています。本学会では、これらの喫緊の重要課題を深く掘り下げ、「病院医療のこれから」を見据えた議論を

重ねてまいります。

本大会では、皆様にとって実りある学びと気づきとなるよう、多職種・多領域にわたる多彩なセッションを企画しています。

- ・地域医療・病院経営のあり方に関する討議
- ・多職種連携・チーム医療の実践共有
- ・医療DXを含む現場の課題と解決策の提示

特に「医療DX」は、多くの重要テーマの1つとして、各セッションで具体的な事例や未来への展望を取り上げます。デジタル技術を活用した医療の未来像を共に描き、明日からの臨床や病院経営に役立つ実践的なヒントを見つけていただければと思います。

学会開催の10月上旬は、北海道が1年で最も過ごしやすく美しい季節です。空気は澄み渡り、街路樹や山々は鮮やかな紅葉に彩られます。

また、この時期の北海道は「食の魅力」もまさに最盛期です。秋鮭、イクラ、サンマなど旬の海の幸や、甘みたっぷりの新鮮野菜、札幌名物スープカレーやジンギスカンなど、五感で楽しむ北

海道グルメが皆様をお迎えます。学会での学びの後は、北海道の秋を存分にご堪能いただけることでしょう。豊かな自然の中でリフレッシュし、心身ともに充実した時間をお過ごしいただけたらと思います。

10月は北海道の観光ハイシーズン 航空券、ホテルの手配お早めに

10月の北海道は観光のハイシーズンであり、航空券やホテルの手配が早くから非常に混み合うことが予想されます。皆様に安心してご参加いただき、快適なご滞在をサポートさせていただくためにも、早期参加登録(2025年7月31日まで)を強くおすすめいたします。早期登録には以下の大きなメリットがあります。

- ・参加費の割引(早期登録特典): 通常よりもお得な参加費でご参加いただけます。
- ・希望の移動手段や宿泊施設の確保がしやすい: 混雑を避け、ご自身の計画に合わせた手配が可能です。

激動の時代にある医療現場において、



学会長 齊藤 晋

全日病・北海道支部 支部長
社会医療法人アルデバラン
手稲いなづみ病院理事長

過去から学び、現在を見つめ、未来を創る。「第66回全日本病院学会 in 北海道」が、北海道から日本の病院医療の「新たな風」をともに起こす機会となることを願っております。2025年10月11日(土)・12日(日)、札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センターにて、皆様とお会いできることを楽しみにしております。

総合診療医を育成「リカレント教育事業」を受託

全日病とJPCA 計3主体が3事業、連絡協議会を組織して一体的な運営へ

厚労省は、全日病などを含む3つの主体を2025年度の「総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業」の実施者として選定した。選定されたのは、①「総合医育成プログラム」を運営する全日病と日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA) ②「病院総合医3団体共同事業」を運営する日本病院会(日病)、全国自治体病院協議会、全国国保診療施設協議会③「老人保健施設管理医師総合診療研修会」を運営する全国老人保健施設協会(全老健)、日本老年医学会の3主体。同3主体で同事業の事務局機能を有する連絡協議会を組織し、一体的に運営する。連絡協議会の運営は主に全日病が担う。

リカレント教育については、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2024」(骨太方針2024)で「総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施する」と明記され、医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた取組の1つとして「総合診療医の養成を推進する」との目的を掲げている。このような状況を受け厚労省は、中堅以降のさまざまな診療科の医師らを対象に、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師育成への寄与と医師の地域偏在・診療科偏在対策の推進を目的に同事業を実施する。

事務局機能は一元化しつつ、◇事業の魅力に関する発信などの情報提供◇研修で学ぶ知識やスキルの内容◇診療の場の提供―は各主体が個別に取組む方針。連絡協議会として共通のホームページを作成し、研修の受講を希望する医師が3主体のどの研修を受けるか選択できるようにする方向で調整している。筑波大学とも連携し、事業統轄の体制なども強化する。

日病などの「病院総合医3団体共同事業」では「地域包括ケアを担う総合

医育成多職種連携や医療安全に関する研修成果を確認するチェックリスト・レポート等による審査・認定」で、2025年度は新規受講者100名、暫定認定医200名を目指す。全老健などの「老人保健施設管理医師総合診療研修会」では、高齢者ケアに必要な知識・倫理・コミュニケーション能力の強化を目的に、高齢者施設における診療スキルに関するオンライン講義やグループワークを実施し、修了者を「老人保健施設管理認定医」に認定する計画だ。研修協力施設を全都道府県に最低1箇所設置することなどを目標にする。現時点では2026年度の開始を見込む。

2025年度は新規受講者100名が目標 全日病とJPCA

全日病とJPCAの「総合医育成プログラム」は2018年度から両者共同で開始した「全日本病院協会認定総合医」を認定する総合医育成事業が前身。2017年に始まった新専門医制度で2018年度から養成が始まった「総合診療専門医」が地域医療の現場で活躍するまで5~10年かかることを見越した内容で、「臨床経験が概ね6年以上」の医師が対象。筑波大学とも連携し、経験豊富な医師が専門領域に関する知見に加えて実践的なプライマリ・ケアのスキルを上乗せし、現場での一歩を踏み出せるよう内容を吟味してプログラムを構築した。目的としては、◇一定のキャリアを持つ医師が、個々の専門性や経験を生かしつつ、さらに診療の幅を広げる◇総合診療専門医のもつコンピテンシーを理解・共有し、職場において専門医との協働による相乗効果への期待◇病院内外の医師や関連施設および関係する多職種との連携をスムーズに行う医師の育成◇地域包括ケアにおける複雑な課題への対応能力を高め、住民からの信頼を得る医師の育成◇総合的・俯瞰的に病院機能の改善をはか

ることができ、かつ病院組織の運営に積極的に関与できる人材としての医師の育成―の5つを掲げている。

研修期間は1~4年間で、「標準研修期間」は2年間で設定しているが、年度途中からの受講も可能にするなど柔軟に運用している。

全日病プログラムの構成要素は「診療・実践」と「スクーリング」

2021年からはオンライン研修を中心にしつつも、参加者同士のグループワークを重視し、実践的な知識を深められるよう設計。プログラムの主要要素は大きく①自施設での診療・実践②スクーリングの2点で構成。「自院における診療実践」では自施設での診療・実践を原則に、診療以外の実践・活動も評価する。教育履歴や地域保健福祉活動、研究履歴なども範囲となる。

「スクーリング」では、「プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せること」を目標に、能動学習で現場の実践力を身につける。研修はすべてオンライン形式で、e-learningや事前課題を通じた自習となる「非同期型学習」とオンラインでのライブ研修を受講する「同期型学習」を組み合わせる。全23単位で構成する「診療実践コース」では、総論として「臨床推論」「EBM」「Triage & Action(病院版の救急初療や小児、マイナーエマージェンシー等)」「行動変容」「リハビリテーション」「医療運営」を、各論として診療科別の内容や地域包括ケアの実践などを学ぶ。

全11単位で構成する「ノンテクニカルコース」では、地域包括ケアシステムのリーダーを養成するという観点で、「リーダーシップ」「チームビルディング」「人材育成」などに必要なスキルを修得する。具体的には、①MBTI(性格タイプ別コミュニケーション)②コンフリクトマネジメント③コーチング+人材育成④教育技法⑤リーダーシッ

プ・チームビルディング⑥ミーティングファシリテーション⑦&⑧問題解決⑨TEAMS-BI(仕事の教え方)⑩TEAMS-BI(業務の改善の仕方)⑪TEAMS-BR(人への接し方)を予定している。

「全日本病院協会認定総合医」の取得には、「診療実践コース」で12単位(「医療運営」の修了は必須)、ノンテクニカルスキルコース」で6単位の計18単位が必要になる。

受講料の減額で負担軽減を調整 会員外にも募集拡大へ、方策を検討

研修希望者が申し込む際の障壁となり得る費用負担を軽減し受講を促す方針。既に2025年度は従来40~50万円程度だった受講料を会員価格で税別20万円(会員外23万円)まで減額している。

総合診療医としてのオン・ザ・ジョブ・トレーニング(OJT)ができる診療の場の提供の関連では、研修に登録する医師間や受け入れ施設間で情報提供・意見交換できるようにプラットフォームを構築する計画。受け入れ施設に関する情報提供や、職場と希望者のマッチング、SNSなどを活用するオンラインコミュニティも構築してOJTの支援や医師の職場定着なども促進する考え。これまでの育成事業は対象者が会員病院などで勤務する医師が中心だったが、今後は会員外への募集拡大に向けた方策も検討。大病院や大学病院に勤務する医師も含む対象に案内などを送付し、より広範に希望者を募る。対象者層に広くアプローチして人材を発掘して参加を促し、キャリアチェンジ支援なども通じながら地域への定着につなげる活動も展開する考え。

2025年度事業としてはプラットフォームの構築に加え、動画作成なども含む広報活動や厚労省事業として実施していくためのプログラム改修などにも取り組む予定だ。

医療等の公定価格「引上げ」、省庁横断的に推進

政府・骨太方針2025

経済・物価動向等を踏まえ「増加分を加算」との記述も

2026年度の診療報酬改定を含む2026年度予算の編成に向け、「省庁横断的に推進する」項目として医療や介護などの「公定価格の引上げ」や、賃金・物価高の状況を反映し「増加分を加算する」との方針が固まった。政府が6月13日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2025」(骨太方針2025)に盛り込んだ。一方、2026年度予算については、「本方針及び骨太方針2024に基づき、中期的な経済財政の枠組みに沿った編成を行う」との記述を残しており、厳しい病院経営をV字回復させる財源の確保に向けては予断を許さない状況が続いているとも言えそうだ。

政府はこれまで、歳出の目安として「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」との財政規律を採用してきた。しかし、近年の賃金・物価の高騰に対し、公定価格として原則は2年に1度の見直しになる診療報酬では対応が難しく、病院の多くが赤字になるなどの状況を招いている。

さらに2024年度の診療報酬改定では医療従事者らの賃金を引き上げるための原資として「ベースアップ評価料」を創設し「プラス改定」としたが、職場として同評価料の対象となる職員だけに限定して賃金を引き上げることは

不可能に近く、実質的には医療機関側の持ち出しが生じてしまう“マイナス改定”の色が濃かった。同評価料が賃金の引き上げ分として用途を厳格に縛っているため、経営原資に用いられない方式である点も医療機関を苦しめている。

骨太方針2025を巡っては、全日病など6病院団体と日本医師会が3月12日に発表した合同声明で、①「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という社会保障予算の目安対応の廃止②診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入の2点を要望。全日病を含め各医療団体が、賃金・物価高騰への対応を盛り込むよう求め、国会議員らへの陳情や働き掛けを含めて動きを見せていた。

全日病の猪口雄二会長も骨太2025が閣議決定される間近の6月7日、全日病常任理事会で賃金・物価の上昇を解釈として“自然増”に含めるような動きがあるとの情報を共有。2024年度診療報酬改定のように、プラスの改定率ながら実質的には“マイナス改定”とならないような書き振りや文言の記載を骨太2025に求めていくとの姿勢を示していた(全日病ニュース6月15日号などを参照)。

「物価上昇に対応」「仕組みづくり」「制度の特性に応じた改定ルール」

結果として、「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」に言及した箇所、省庁横断的に推進する項目の1つに「公定価格(医療・介護・保育・福祉等)の引上げ」が入った。政策効果を担保するため、「制度の特性に応じた定期的な改定ルールを設け、足元の物価上昇に的確に対応できるように仕組みづくりを行う」との方針だ。

また、2027年度までの予算編成に関する方針として、「2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う」と明記。その上で、「高齢化による増加分に相当する伸びに、こうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する」との記述も盛り込んだ。これまで「抑制する」との基調を貫き続けてきたことを考慮すると画期的な記載と言える。

一方、「医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続」との方針や、「骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続」との考えも示しており、

2026年度の診療報酬改定を含む政府予算案の編成に向けた対応に注目だ。

全日病など病院団体など計15団体で組織する日本病院団体協議会(日病協)議長を務める全国自治体病院協議会の望月泉会長は6月20日に記者会見し、骨太方針2025の内容について「全体として評価する」との見解を示した。一方、「油断せずに診療報酬改定に向けた今後の予算編成の動向を注視したい」とも述べ、病院経営の危機的な状況への対応を引き続き求めていく姿勢を強調した。

これまで以上に医療団体が動いた 全日病・猪口会長、骨太対応で

日病協の副議長を務める全日病の猪口雄二会長は、「今回はこれまでになく医療団体が動いた。国会議員の先生方にも強く訴え、最終段階では厚労族以外からも自民党の政調全体会議などで発言してもらった。全国知事会の後押しもあった」と明かした。今後については、「診療報酬での対応などはこれからだが、年度内に何らかの対応がないと息切れしてくる病院も出てくる。それを含めて具体的にはこれからの話になる」と述べ、2026年度の次期診療報酬改定の前にも何らかの対応が必要との認識を強調した。

特定機能病院の「医療安全管理」要件の見直し案を了承

特定機能病院等検討会

ネバー・イベントに相当するA類型に12事象を設定

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6月10日、特定機能病院の承認要件の1つである「医療安全管理」の内容の見直し案を大筋で了承した。医療におけるネバー・イベント(決して起きてはならない出来事)などを確実に把握し検証するとともに、対応のプロセスを明文化する。医療安全管理責任者の役割・業務を明確にし、監査委員会には新たな業務を追加する。ピアレビューや第三者評価に関する規定も設ける。

特定機能病院には高度の医療安全管理のための体制が求められており、「医療の高度の安全の確保」が管理者の義務として、特定機能病院の承認要件となっている。しかし、過去には群馬大学医学部附属病院と東京女子医科大学病院が特定機能病院の指定が取り消されるなど医療安全管理上の重大事象が続いた時期があった(群馬大学医学部附属病院はその後再承認)。

その際に、厚労省による集中立入検査などが行われ、特定機能病院の医療安全管理体制・ガバナンス体制に係る承認要件の見直しが行われた。現在、医療安全管理の体制は外形的には整備されつつあると厚労省は判断している。それでも特定機能病院の医療安全管理体制には課題があるとされ、改めて実態調査を行った上で、対応策を検討することになっていた。

今回の見直し案は、「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究」(研究代表者=永井良三自治医科大学学長)の結果を踏まえたもの。具体的には、次のような論点が示された。

①諸外国でネバー・イベント等として確実な把握や検証が求められている重大事象でも、項目によっては把握

されている割合が低いなど対応にばらつきがある。特定機能病院で確実に把握する体制を作ることが重要であり、把握すべき重大事象を明確化してはどうか

②重大事例が積み重なった場合に診療に介入する権限や記録等について、明文化したルールを設けるべきではないか

③医療安全のガバナンスのために医療安全管理責任者に求められる役割・業務等を明確化することについて概ね合意が形成されたが、医療安全管理責任者に求められる役割・業務について具体的にどのように考えるか

①については、「全ての特定機能病院で把握すべき事象」として、A類型(患者への影響度が大きく、回避する手段が普及している事象)とB類型(患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象)を定める。

A類型は、回避する手段を講じることが求められる事象であることから、発生した場合には、医療安全管理の状況を検証し是正措置を講ずる必要があるとし、以下の12事象を選出した。

- ◇手術等の侵襲的手技における患者、部位、手技または人工物の取り違い
- ◇手術等の侵襲的手技における意図しない異物の体内遺残
- ◇薬剤または栄養剤等の投与経路間違い
- ◇ハイアラート薬の過剰投与(インスリンの予定量の10倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与または抗がん剤の過量投与)
- ◇既知のアレルギーまたは禁忌薬剤等の投与による死亡または後遺障害
- ◇不適合な血液または血液製剤/成分の輸血または臓器の移植
- ◇放射線治療における照射線量の設定

間違い、照射部位の間違いまたは累積線量の誤認

- ◇栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道への留置
- ◇気管切開チューブの迷入による死亡または後遺障害
- ◇医療用ガスの取り違い、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡または後遺障害
- ◇医療機器の誤使用または故障による死亡または後遺障害
- ◇重大な検査結果の確認、伝達またはフォローアップの失敗による死亡または後遺障害

B類型も12事象を選出した。「繰り返す場合には、構造的な背景要因が存在する可能性があるため検証を要する」との位置づけであり、「回避可能性は一律ではないが、重大な結果に至った事例を院内の第三者部門に集積して、傾向を把握し必要時に検証することで、水準に疑義のある医療に対して組織として遅滞なく対応する」とした。

重大と認める事象が発生した場合 医療安全管理委員会が管理者に具申

②の重大事象が積み重なった場合に診療に介入するための明文化したルールについては、A類型、B類型の事象のうち対策が必要と判断された事象その他医療安全管理部門が重大と認める事象が発生した場合の管理者等の関わりのプロセスを定める。具体的には、医療安全管理委員会が必要な指導等を議論し、医療安全管理委員会から管理者に具申する。管理者は医療安全管理委員会の具申を受けた場合には、当該部署などに指導等を行うべきものであることを明確化する。

③の医療安全管理責任者(副院長)に求められる役割・業務等については、管理者の業務に対する医療安全の観点

からの助言・補佐を行う役割を明確化する。医療安全に関わる各部門・委員会の業務の方針・運営の管理などを定める。

また、監査委員会の業務に「重大な事象について医療安全管理委員会から報告を受けた場合に当該部署等に対して必要な介入を行った記録の確認等を監査内容」を追加する。外部評価(ピアレビュー等)についても、1年程度の経過措置を設けることを想定し、「特定機能病院として取り組むべき医療安全上の重点的課題を設定した上で、課題に関する現状把握・対策立案・対策の実施状況評価等を行い、継続的改善を目指す」としている。各病院の対応の内容を公表する。

これらの方向性は委員から概ね賛同が得られた。

ナショナルセンターからヒアリング 「大学病院とは異なる」猪口会長

同日の同検討会では、大学附属病院本院以外の特定機能病院の承認要件を検討するため、国立国際医療センター、国立循環器病研究センター、国立がん研究センター中央病院からヒアリングを行った。各病院が特定の法律に位置付けられた役割を担っているほか、現状の特定機能病院の承認要件である「高度の医療の提供」「高度の医療技術の開発・評価」「高度の医療に関する研修」「高度な医療安全管理体制」において、高い水準の実績を上げていることが報告された。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「3つのナショナルセンターはいずれもすごく高いレベルの仕事をしていることがわかった。日本のトップクラスであり、世界に目を向けている病院との印象を受けた。やはり(地域医療の観点での)卒前・卒後の教育、研究、地域への医師派遣などの機能は大学附属病院本院と異なる。違う評価軸を設けないと合わないと思う」と述べた。

機能評価の受審支援で新たな策「検討すべき」 モデル事業に一定の効果も、目標1000病院には届かず

全日病の病院機能評価委員会は、当委員会の元委員で筑波メディカルセンター病院事務部長だった故鈴木紀之氏の提言により、機能評価認定会員病院数1,000を目標に2019年度から「受審支援モデル病院事業(公募で選ばれた200床未満かつ未認定病院を対象に、準備から受審までの約1年間を無料(機能評価受審費用は病院負担)でサポートし、準備から受審までのプロセスを全日病ニュースで公開することで他の中小病院の病院機能評価受審の参考としていただくために実施)」(以下、受審モデル事業)を開始した。5年間を経てこの事業を総括し、今後の受審支援のあり方を検討するため、土屋繁之委員長、同委員会担当役員で診療担当アドバイザーの美原盤副会長、看護担当アドバイザーの岩淵泰子特別委員、事務管理担当アドバイザーの中嶋照夫特別委員の4名が、2025年5月9日、全日病にて座談会を開催した。

全日病を構成する中小規模の会員病院では、既に約400病院が機能評価認定を受けており奮闘されているが、中小病院全体では病院機能評価の認定を受けている医療機関数は伸び悩みの状況にある。そこで医療の質向上のためのツールとして機能評価を基にした改善運動が極めて有用であるとの認識により、中小の会員病院に対してさらに奮起を促す目的で受審モデル事業に注力してきた。

座談会では、100床前後の中小病院が生き残るために機能評価の認定取得を目指す取り組みが大変重要との認識では一致したものの、これまでの受審モデル事業については、「一定の効果は見られたものの事業目的は充分には達しなかったという反省の下、違った支援のあり方があるのではないか」と総括する意見も出された(以下、敬称略)。

支援継続が困難となるケースが頻出 認定は「病院が一丸になってこそ」

司会・土屋 皆様、本日はお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。まずは、改めて「受審モデル事業」の位置付けや目的をおさらいした上で、これまでの実績を振り返りたいと思います。全日病では、機能評価1,000病院の認定取得を目標に掲げ「認定率向上キャンペーン」として2019年度に受審モデル事業を開始しました。この間、当委員会では全日病ニュースや会員病院宛でのダイレクトメール、ホームページへの掲載など、支援を希望される病院に向けた積極的な情報提供や公募活動を展開し、支援病院がめでたく認定された時には詳細な活動報告を前述の媒体に掲載するなど、受審モデル事業の存在や実績などについて実態を把握してもらうため周知を図ってきました。しかし、残念ながら会員病院の受審意欲を掻き立てるにはつながらず、支援の申し込み病院数は限定的と言わざるを得ませんでした。受審モデル事業開始後の各年度においては少数の仕上げ病院の中から受審意欲が高く、医療機能評価機構の「一般病院1」に該当する病院を選択し、かつ初回受審を目指す病院を当該年度の支援病院として決定しました。

各年度の事業実績では、過去5年間で計3病院が認定を取得しました。最後まで支援を継続した病院はすべて認定を取得しており、一定の成果が出たものと評価できるとしています。一方、本事業開始年度だった2019年度と2021年度は支援決定後に各1病院が途中で中止となり、2022年度も2つの候補病院が支援中止となってしまい、支援の中止が頻出していたとも言え



土屋委員長

す(図表)。

支援中止の理由は、「病院都合」「事務長、看護部門長の退職」「人員体制が整っていない」「受審が5年先となりモデル事業の対象外」などが上げられています。個人的には、「受審の準備作業がものすごく負担で、マンパワーもなく尻込みしてしまった」という声も聞いています。ただ、この5年間で一旦は支援対象病院として選択されながら、受審にも至らなかった4病院の存在は本事業の総括として今後に大きな課題を残していると考えます。

中嶋 職員視点では、仕事の負荷が問題になるようです。結果的に支援中止になった病院を訪問した際の素肌感覚ですが、病院全体が受審の方向性を共有しているわけではないと感じることもありました。

美原 申込の際に提出していただいた書面からは、感動するほどの意気込みが伝わってくる病院を選んだのですが、実際に行ってみると院長は頑張っているけれどスタッフの気持ちはそうでもないと感じるようなケースを私も経験しました。

中嶋 実際に行ってみたら「準備することができない」と、途中であきらめてしまった病院もありました。

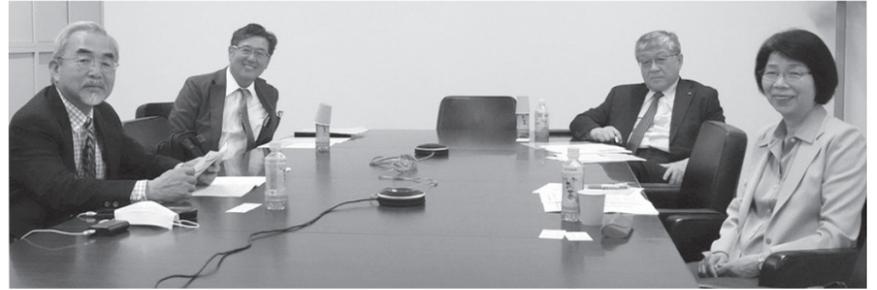
美原 組織の体制が途中で潰れてしまったのですね。

土屋 支援を受けながら動き出したけれども、思った以上に大変だということになって頓挫してしまったというのは私も聞きました。

岩淵 リーダー1人の意気込みだけでは成し遂げられないということですね。

病院の「やっている」と「機構が求める形」に乖離がある

土屋 これまでの支援活動などを通して、どのような点でみなさん苦勞されているとお感じになりましたか。私が経験した例の中から1つあげるとすれば、医師が患者に説明する際に同席者、例えば看護師を求めています。機構がなぜ同席者を求めているか十分理解できていないと感じることがありますがいかがでしょうか。



美原 医師も同席者もきちんと記録に残しておくことが求められ、その診療記録は病院全体で標準化されていることが必要です。診療記録の重要性が理解されていないこともあります。診療報酬制度で求められることや医療訴訟が起きた場合など、診療記録がとても重要になることを説明すれば理解していただけます。

岩淵 看護師は学生時代から記録について学んでおり、記録は医療者の情報共有の観点からも大切なことだと理解していると思います。しかし現実には、忙しさで「おざなり」になってしまう、「書きたいけどさまざまな業務で忙殺されてしまい書けない」というような実態もあると思います。

美原 医師も同じで、おざなりになってしまい、第三者に指摘されて気が付くこともある。機能評価を受審して、色々な指摘を受けてそれらを改善するというプロセスが、医療の質の向上につながるのだと考えています。

土屋 そのような流れは本来、それほど負担ではないと思うのですが、いかがでしょうか。どこの病院もある程度は汎用性の高い内容を用意してあり、マニュアルに沿って業務を遂行する重要性もわかっていらっしゃるのでしょうか。

中嶋 基本的にはそうなんです。初めて受審する病院はマニュアルがないところも多いです。ゼロではないものの、全診療科のマニュアルを整備するなど、全体の足並みを揃えるところから始めないといけない病院もあります。特に事務所掌業務のマニュアルはどのように言えるのではないのでしょうか。

岩淵 事務はそうかもしれないですね。今は業務プロセスの展開を重視しているので、機能評価の受審の時には、「実際に行っていることを話せばいいですよ」と助言すると「ああそうなんだ」と安心されることが多いです。専門的な難しい言い方をしなければならないと思込んでいるようにも思います。

土屋 全日病が開催する機能評価受審支援セミナーなどで参加者とディスカッションして感じているのですが、機構が求めている本質を更新病院でさえも分かっていない場合があります。つまり機能評価の認定要素について、すべて十分理解している病院は少ないです。評価項目を満たすので精一杯というのが実態だと思います。

会員病院の認定取得が増えていない 全日病が取り組むべき支援とは

土屋 全日病会員病院の機能評価認定病院数の推移を見ると、2019年は877病院でコロナ禍などを経て2023年度に

853病院まで落ち込んだものの、2025年3月7日時点では880病院です。受審モデル事業を経て微増の傾向にはあるものの、目標として掲げた「1,000病院」には遠い状況です。

美原 受審モデル事業をきっかけに全日病会員の受審・認定取得を増やしたかったが、残念ながらうまくいかなかったという反省は必要だと思います。特に、小さい規模の病院では、院長が旗を掲げるだけでは難しい。反省すべき点は多いかもしれないが、いかにスタッフを巻き込むかが重要というポイントが分かったのは、成果の1つに数えてもよいのではないのでしょうか。

中嶋 良い病院になってもらいたい、そのためのツールが機能評価を受審することだということあまり浸透しなかったのでしょうか。

岩淵 結果的に増えていないという現状を鑑みると、広報・宣伝がうまくいかなかったと考えるべきでしょうか。

美原 この事業は、受審病院を増やすことを目的にキャンペーンとして打ち出し、無料であることも含めて全日病ニュースでは記事も出して宣伝した。

一定の広報活動により、支援を希望する病院から手挙げもあり、実際の支援に繋がって認定取得にも至りました。しかし「会員病院の認定取得を増やす」という目的は達成できなかった。事業の内容自体が悪いのではなく、目的を達成する手段としては少し違ったんだろうという分析ではないのでしょうか。

土屋 そもそも受審モデル事業への申込が20も30もあったわけではなかったです。美原 一生懸命に手助けするから、受審を躊躇しているのなら、ぜひ支援を受けて欲しいという趣旨だったが、

当初の目的が達成できたかという視点からは、うまくいかなかったと言わざるを得ません。今後も同様の形で受審モデル事業を続けても、「1,000病院」の達成は厳しいでしょう。一方、先ほども申し上げた通り一般病院の「1」は全日病の多くの会員病院が取得できる範疇であり、いかに手挙げをしてもらえるか、そのために全日病がどのような支援に取り組むべきかを考えるべきではないのでしょうか。

中嶋 受審のためのセミナーであれ、訪問を含めた実地支援であれ、改善を要する項目の解をサジェスチョンするだけでは、「自走」に繋がらないのかもしれない。現状の受審モデル事業は個別対応の色が濃い。「飢えた人に魚を与えれば一日生きられるが、獲り方を教えれば一生」というような言葉があります。現状は、各病院へ魚を与えているに過ぎないのかもしれない。

(6面へつづく)

図表 受審モデル事業実績

	申込数	支援数	支援中止	認定数
2019年度	1	1	1	0
2020年度	4	1	0	1
2021年度	4	1	1	0
2022年度	3	3	2	1
2023年度	1	1	0	1

(5面のつづき)

魚の獲り方を教えるためにどうしたらよいかを考えたいですね。

美原 2025年を目指した地域医療構想を経て、次は2040年を見据えた「新たな地域医療構想」へと移っていきます。これからは病院が淘汰されていく時代です。その中で、機能評価の認定取得は、日本の医療の質を測る指標の1つであり、病院が生き残るための武器の1つになると考えています。これから重要なのは、会員病院の医療の質の向

上であり、その質が担保されている病院を増やしていきたい。認定病院数を指標とし、我々が何をすべきかを考えることが大事ですね。

岩淵 日本の医療は多くの中小の民間病院が地域医療を担っており、まさに100床前後の病院の質が鍵を握っています。これから地域の医療提供体制が激変していく中で、小さな病院が医療の質を底上げできなければ生き残れないと思います。そういう意味では、まだまだチャンスであり、病院機能評価

の受審をきっかけに自院の状況を改善していただきたいと思います。

美原 そういう意味では受審モデル事業は無駄でなく、どのような課題があった。まず手挙げが少ない。やる気がある手挙げしても途中でダメになる。ポシャってしまう前に何ができるのが重要だと思います。院長の意識が、スタッフのモチベーションを高揚し、機能評価の重要性を認識して受審準備に邁進してもらおう、支援対象の病

院にいいなと思ってもらえるような取り組みが必要だと思います。

中嶋 まだまだやれることはあると思います。

土屋 厳しい医療環境で医療機関が生き残りをかける意味で機能評価受審が重要なポイントであることは本日の座談会で認識を新たにしました。そして今後委員会活動として会員病院に何を提供すれば新規受審につながるかを検討すべきと思いました。本日はありがとうございました！

厚生労働省 森光医政局長インタビュー

東京の過酷な開業医競争「情報提供を進める」 総合確保基金の有効活用へ「モデル推進区域」の拡大も選択肢

厚生労働省が2024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」(対策パッケージ)について、取りまとめの中心を担った森光敬子医政局長が全日病ニュースの取材に応じ、「複数の施策を組み合わせる総合的に改善を図っていききたい」と述べ、唯一無二の特効薬はないと改めて説明した。医師の地域偏在解消の関連では、外来医師過多区域の最たる例として東京都をあげ、新規開業数の半数近くに当たる診療所数が「廃止」になっていると明かし、「過酷な競争があるという事実を把握した上で開業を検討してもらえるよう情報提供などを進める」と語った。地域医療介護総合確保基金(総合確保基金)の執行率などについても聞いたところ、「地域医療構想の実現に向け支援する『モデル推進区域』を拡大し、厚労省が関与できる構想区域を増やすことも選択肢」と語った。

600カ所は毎年「廃止」に追い込まれていた。また、休止は右肩上がりとなっており、2023年には100カ所を超えているという(図表)。

東京都の診療所開設・廃止の状況

	2021年	2022年	2023年
開設	993	998	898
廃止	533	608	606
休止	49	54	132
再開	27	26	45

森光医政局長ご提供の情報に基づき全日病ニュースが作成

総合的な対策で全世代へアプローチ 「施行後5年を目途」の検証が前提

対策パッケージは基本的な考え方として、◇経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の総合的な対策◇医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ◇地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組の3つを掲げる。具体的な取組みは、大きく「医師養成過程を通じた取組」「医師確保計画の実効性の確保」「地域偏在対策における経済的インセンティブ等」「地域の医療機関の支え合いの仕組み」「診療科偏在の是正に向けた取組」の5つで構成する。

森光局長は、「パッケージと名付けた通り、1つや2つの施策を打つだけでは無理だという認識から複数の施策の組み合わせで総合的に改善を図っていききたいというのが狙い」と改めて説明。「個々の施策が目玉されがちだが、医師1人ひとりが置かれている状況によって響く施策は異なる」と述べた。加えて、これまでの医師偏在対策が若手医師を対象とした医師養成過程に関する対策が中心だったと改めて指摘し、「今後は中堅・シニア層を含む全ての世代の医師が対象。医師がキャリアの中でさまざまな選択肢を持ちながら、自分に合わせた道を選べるように手助けしていきたい」と意気込みを示した。

即効性に期待も、「1～2年で目に見える効果は難しい」

対策パッケージの取りまとめに大きく関与した「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」で構成員を務めた全日病の神野正博

副会長をはじめ、即効性を求める声については、「即効性が出てくれば、これほど喜ばしいことはないが1～2年で目に見える効果を期待するのは難しいだろう」と見通した。一方、「2024年度補正予算でもそうだが、可能な限り支援はしていく」とも述べ、「あらゆる施策」を総動員するとの姿勢も示した。

東京は診療所が毎年約600カ所廃止 「休止」の増加傾向にも注目

対策パッケージの取りまとめに際しては、「外来医師過多区域」における「開業規制」を導入するか否かで賛否が巻き起こった。結果、「地域の医療機関の支え合いの仕組み」として◇都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6カ月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加を求め、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする◇要請に従わない場合、都道府県医療審議会での理由等の説明を求め、勧告・公表のほか、保険医療機関の指定期間を6年から3年等へ短縮一で対応するとの方針が決まった。

開業規制を求める声があがっていた状況に関し森光医政局長は、少なくとも外来医師過多区域として最も注目を集めている東京では「供給が需要を喚起する」との状況は起こっていないと説明。総務省の「人口推計」と厚労省の「医療施設調査」から分析した結果、東京都では、2014年から2022年にかけて人口が4.9%増、一般診療所はそれを10ポイント上回る14.9%増になっているが、NDBで「初・再診料」の算定回数を出し、「人口推計」とクロス集計して外来受療率を調べたところ、2014～2022年はコロナ禍で落ち込んだ2020年を除き横ばいの傾向にあった。さらに全国の傾向をみると、2014～2022年は人口が1.7%減、一般診療所4.7%増のため、相対的には東京都で人口も診療所も増えているものの、受療率は横ばいの状況だったと解説した。

このような状況になっている理由を調べるため厚労省の「医療施設調査」の結果を分析したところ、東京都では2021～2023年の3年間だけを見ても、開設が毎年900～1000カ所にのぼるが、新規開設数の約半数を占める500～

森光局長は、「患者さんの取り合いのような状況が生まれている」と指摘。「この競争に負け、結果として廃業せざるを得ない診療所が毎年大変な数として出てきてしまっている」と警鐘を鳴らす。また、「詳細は分析中」と説明しつつも、「まずは東京の厳しい状況を知ってもらうための情報提供を進める」との方針を示した。重要なのは「都会では物価も土地も人件費もすべてが高く、多額の借金を抱えて過酷な競争に飛び込むというリスクがある」との認知の拡大だ。

開業に関しては、医師不足地域での好条件も分かりやすく周知したい考えで、「医師が不足している地域であれば過酷な競争どころか患者さんのためになる医療ができて、国・都道府県からの支援もある」と述べ、個々の医師の選択を後押しするような施策の重要性を強調。「さまざまな情報にアクセスできるよう環境を整え、開業医として働く道もあれば、勤務医として地域で活躍する道もあるという色々な選択肢に辿り着けるよう工夫したい」とも語った。

「インセンティブだけではない」 「重点区域」で働く医師への支援

対策パッケージでは、「医師確保計画の実効性の確保」として都道府県が定める「重点的に医師を確保すべき区域」(重点区域)を対象に、支援を集中投下するとの方針を示している。なかでも、重点区域を対象にする「地域偏在対策における経済的インセンティブ等」への関心は高い。森光医政局長は、医師へのインセンティブについて「手当を支給するようなイメージ」と説明した上で、金額などについては「一般的に考えて、他の手当などとの関係で飛び抜けて高く設定することはおそらく難しい」との見通しを示した。

一方、「重点区域で働く医師への支援はそれだけではない」とも説明。「地方へ送りっぱなしのような状況にならないよう、働きやすい環境のため包括的に支援する」と述べ、勤務・生活環境の改善や、派遣元の病院を支援して交代要員を確保するなど、複数の施策を講じる方針だ。

「リカレント教育の支援」で 医師に前向きなセカンドキャリアを

対策パッケージで掲げる「リカレント教育の支援」については、「医師がもっと前向きにセカンドキャリアを考えられるようになる一助にしたい」との考え。医師にとってセカンドキャリアは「ややネガティブ」との認識を示し、「医師の多くが専門性を極めるため研鑽を積み、専門医や大学教授などを目指す。一方、“そうなれなかった人”や“脱落者”のような印象とセカンドキャリアという言葉が重なって医師には見えているというような印象がある」との見方を示した。その上で、リカレント教育の重要性について、「さまざまな理由やきっかけでセカンドキャリアを考えたい時に、医師不足地域で働くための技能を身につける教育が必要になる」と強調。「積み上げてきた専門性を発揮しながら総合的な診療に従事する姿こそ、これからの時代に地域で求められる医療のあり方」との考えも示した。

執行率などバラつく総合確保基金 厚労省がサポートする範囲の拡大も

厚労省の「医療介護総合確保促進会議」で都道府県別の執行率や活用条件などのバラつきが指摘されている総合確保基金については、「『モデル推進区域』の拡大も選択肢」との考えを明かした。「モデル推進区域」は、厚労省が構想区域を対象に「アウトリーチの伴走支援」としてデータ活用など「技術面」と基金の加算など「財政面」をサポートする。現在は14道府県の16区域を指定している。支援内容は「技術的支援」と「財政的支援」で構成。技術的には、◇都道府県コンシェルジュ(ワンストップ窓口)の設置◇区域対応方針の作成◇地域の医療事情に関するデータ提供・分析◇定量的基準の導入◇構想区域内の課題の把握◇分析結果を踏まえた取組の検討◇構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会への国職員の出席◇関係者の協議の場の設定◇地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定◇関係者との議論を行う際の資料作成一などを支える。財政的には、総合確保基金に関する「モデル推進区域が属する都道府県は配分額を加算」を適用するほか、個別医療機関の再編・統合を実施する場合の「総合支援給付金事業」で上乗せ等を行う。

森光医政局長は、「都道府県の相談に乗ってデータの解析や施策の実行までサポートする対象の区域を拡大し、基金の有効活用を後押しできれば、執行率は好転していくだろう」と述べた。



森光医政局長

一般&療養の病床「削減し得る」【約5.6万床】

自公維3党合意 2年で1兆円の削減効果、財源確保に道筋か？

自由民主党、公明党、日本維新の会の国政3政党は6月6日、「持続可能な社会保障制度のための改革」と「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」を実行するため、「病床再編の拡大」と「医療DXの加速化」を柱とする施策について合意し、文書をまとめた。約11万床を「削減し得る病床」に位置付け、このうち「一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数」として約5万6000床の削減が可能との見通しを示した。3党が合意した効率化・適正化をすべて実施した場合として、年間約5000億円の削減により、「2年間で加速化して効率化する場合」に約1兆円の削減を見込む。

一般・療養病床の削減については既に、政府が2024年度補正予算で実施中の「医療施設等経営強化緊急支援事業」の一環である「病床数適正化支援事業」に5万床超の応募が集まったが、確保した補正予算額からは対応できる病床が一部に留まる。このような状況を踏まえると、同3党合意は、既に応募が集まっている病床削減希望の実現に向け必要な財源確保に道筋をつけたと言うことも可能だ。ただ、同じく文書で政策合意に達した自民党、公明党、国民民主党の3党合意事項は、いずれも完全な形で実施に至っておらず、国政政党間の文書による合意の実現可能性については疑問が残る。

5.5万床の削減で2555億円が必要 1床当たりの予算額は410万円

合意文書では、「病床再編の拡大」について一般病床、療養病床、精神病床を合計で約11万床の「削減を図る」と記した。その上で、「約11万床の不要病床について、2年間で加速化して効率化する場合、5.5万床/年の適正化が必要」と謳っている。削減に必要な

資金については、2024年度の「補正予算事業を参照」と明記し、「1床あたり約410万円(4104千円)の給付金」を支給するとの方針を示した。

精神病床5.3万床削減の実現可能性は具体的な必要量の推計などに注目

他方、2040年を見据える「新たな地域医療構想」の策定に向け、今後初めて医療需要の将来推計などにに基づき必要量が検討される精神病床については、「削減し得る病床」を約5万3000床と試算した。精神病床の削減・適正化については、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム(PT)」が昨年12月にまとめた報告書に基づき、「新たな地域医療構想」の対象に位置付け、病床の必要量などを推計するとの方針が決まっている。同PTの報告書を検討する過程では、厚労省が2020年の医療施設調査の結果により精神病床は32.4万床で、同年の患者調査では総入院患者数が約28.8万人との状況を共有。また、1年以上の長期入院患者が総入院患者数の約6割に当たる約17万人であり、1年以上入院する新たな長期入院患者は毎年約3.5万人との状況も示した。近年の一般・療養病床と同様の傾向として平均在院日数が減少していると指摘したほか、病床利用率については低下し、長期入院患者では高齢化が進展しているとの状況も報告している。

病棟・病院の転換も支援する方針 地域包括医療病棟や在支病に給付金？

このほか、「病棟の機能転換」と「医療機関の業態変更」を促すため下記の通り対応した医療機関に2000万円の給付金を支給する仮定での試算結果も示した。

【病棟の機能転換】

- 7:1→地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟へ転換
 - 10:1→地域包括ケア病棟へ転換
- #### 【医療機関の業態転換】
- 在宅療養支援病院又は後方支援病院の取得

それぞれ対象には約250の病棟と病院を想定しており、それぞれ50億円/年が必要と試算している。

病床の削減効果については、下記の試算を示している。

【病床の削減(一般+ケアミックス)】

- 一般病院1床あたり医業収益：2293.2万円÷2300万円/床年
- ケアミックス病院1床の医業収益：1425.5万円/床年÷1400万円/床年
- (2300+1400)万円/床年÷2×(5.6万床÷2)=5180億円/年

【病床の削減(精神科病院)】

- 精神科病院1床あたり医業収益：704.9万円/床年÷700万円/床年
- 700万円/床年×(5.3万床÷2)=1855億円/年

医療DXの加速化で電カル普及100% 5年以内に実質的な実現を見据える

3党合意の文書では、「医療DXの加速化」として電子カルテの普及率について「約100%を達成するべく」との表現で言及。ただし「5年以内の実質的な実現を見据え電子カルテを含む医療機関の電子化を実現する」との文言は難解で、5年以内にもどのような姿を描いているのかについては不透明だ。

日医が3党合意に対する見解を発表 適正化事業での対象外「優先で」

日本医師会は6月9日、同3党合意の内容について「基本的に総論として

は賛同いたします」との見解を示す文書を公表した。病床再編の拡大についても、2024年度の補正予算事業「病床数適正化支援事業」に5万床超の申請があったことに改めて言及し、「そうしたニーズに応える」と理解を示した。その上で、申請が補正予算額の上限を大幅に上回る5万床超あり、4万数千床が対象外になる見込みとなっている状況に言及。対象外になる病床について「優先的な支援の対象としていただくよう配慮をお願いいたします」と要請した。さらに、「病床の削減ありきではなく、感染症パンデミック等の有事対応」の必要性も強調。「地域で必要な入院医療がなくならないよう勘案すること」も求めた。

【電カル導入の義務化】賛同せず 地域医療の崩壊につながる」と主張

医療DXの関連では、「電子カルテ導入の義務化については賛同いたしかねます」と改めて表明した。2025年4～5月に紙カルテを利用中の診療所を対象に日医が実施した調査の結果、導入費用が高額であり負担できないとの理由で全体の5割強(約5400カ所)が「電子カルテの導入は不可能」と回答したことを紹介。「これらの医療機関に電子カルテを強要することは、懸命に医療提供に取り組んでいる医師に医療からの撤退を促し、確実に地域医療の崩壊につながります」と訴えた。

一方、政府が開発中の標準型電カルについては、「何らかの形で導入したい」という回答が3割強」とも明かし、導入や更新がしやすい電カルが登場する可能性について現場からは期待の声があがっている状況も示した。その上で、「導入を希望する医療機関ができる限り導入しやすくなるような財政支援も強く要望いたします」と記した。

2025年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月17日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 群馬県 医療法人石井会石井病院 理事長 石井 有希夫
 - 千葉県 医療法人徳洲会野田総合病院 院長 廣野 喜之
 - 富山県 富山県厚生農業協同組合連合会滑川病院 院長 小栗 光
 - 静岡県 医療法人豊岡会浜松とよおか病院 院長 麦谷 荘一
 - 静岡県 静岡県厚生農業協同組合連合会清水厚生病院 院長 西村 明人退会が2件あり、正会員は合計2,558会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 千葉県 木更津心臓血管クリニック 院長 岩塚 良太
 - 東京都 一般財団法人平和協会駒沢診療所 所長 米谷 美津子
 - 愛知県 医療法人財団医親会マリクリニック 院長 小長谷 敏浩
 - 宮崎県 公益財団法人福岡労働衛生研究所延岡健診センター 所長 後藤 茂準会員は合計142会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認し

- た。
 - 東京都 クラシコ株式会社 (代表取締役CEO 大和新)
 - 東京都 株式会社TOKIUM (代表取締役 黒崎 賢一)退会が1件あり、賛助会員は合計114会員となった。
- 2024年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について審議の結果、満場一致で可決確定された。
- 2024年度決算報告(案)について審議の結果、第13回定時総会において諮ることを満場一致で可決確定した。
- 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、満場一致で可決確定した。また、群馬県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。宮城県副支部長の本多正久先生(医療法人本多友愛会仙南病院理事長)が退任することも報告された。
- 第13回定時総会及び第14回臨時総会の開催について審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 外国人材受入事業において、ネパール視察について報告が行われ、今後

- の対応として2025年8月に改めて現地で送出機関と契約(調印式)を取り交わす方針であることの説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について審議し、満場一致で可決確定した。
- ＜人間ドック＞
 - 広島県 医療法人社団八千代会メリィホスピタル 院長 福田 康彦人間ドック実施指定施設は合計410施設となった。
- 第66回全日本病院学会in北海道」から要請された本部助成金値上げについて審議の結果、満場一致で可決確定した。

【主な報告事項】

- 役員立候補者について 2025年6月28日～2027年6月定時総会終結時までの役員立候補者が報告された。なお、役員の選任については、第13回定時総会(2025.6.28)の決議事項となる。
- 次期顧問・参与・名誉会員について 第14回臨時総会で提案予定の2025年6月28日～2027年6月定時総会終結時までの顧問・参与案が報告された。併せて顧問等選定内規に該当する新たな名誉会員案が報告された。
- 審議会等の報告 「中央社会保険医療協議会 総会、

診療報酬改定結果検証部会、費用対効果評価専門部会」の報告があり、質疑が行われた。

「2024年度人間ドックに関する調査」について報告が行われた。

●病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能
- 【3rdG:Ver.3.0】～順不同
- ◎一般病院1
 - 兵庫県 石井病院
 - 北海道 えにわ病院
 - 大阪府 萱島生野病院
 - 広島県 福山記念病院
- ◎一般病院2
 - 千葉県 みつわ台総合病院
 - 岐阜県 中部国際医療センター
 - 静岡県 三島中央病院
- ◎リハビリテーション病院
 - 山梨県 山梨リハビリテーション病院
 - 大阪府 吉栄会病院
 - 兵庫県 川西リハビリテーション病院
- ◎精神科病院
 - 大阪府 美喜和会オレンジホスピタル

4月4日現在の認定病院は合計2,139病院。そのうち本会会員は887病院と、全認定病院の41.5%を占める。

【主な討議事項】

- 「かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会(2025.1.31)」の資料をもとに説明があり、討議した。

骨太方針2025に向け決議採択

国民医療推進協議会 税収増の活用など4点要望

全日病を含む医療・介護関係の計43団体で構成する国民医療推進協議会(松本吉郎会長)は6月4日、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2025」(骨太方針2025)に対する要望を同協議会の総意としてまとめた決議を採択した。「経済成長の果実の活用」として消費税、所得税、法人税など近年大きく増加している税収分を財源とする新たな仕組みの構築などを求めている。

採択した決議で求めている内容は主に以下の4点。

1. 経済成長の果実の活用

近年大きく増加する消費税、所得税、法人税等の増収分を新たに安定的な財源として活用する新たな仕組みを構築する。

2. 「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という社会保障予算の目安対応の見直し

賃金上昇や物価高騰の下でのひっ迫した経営状況、さらには技術革新等に対応し得るように目安対応を抜本的に改めた文言とする。

3. 診療報酬、介護報酬等について、賃金・物価の上昇に応じた公定価格等への適切な反映

人手不足により、適切な医療・介護を提供できなくなることから、医療・介護業界でも他産業並みの賃上げができるよう、公定価格等へ適切な反映を行う。

4. 小児・周産期体制の強力な方策の

検討

小児・周産期体制については、単に集約すればいいということではなく、全国津々浦々で対応するための強力な方策を構築する。

医療機関や薬局、介護事業所の経営状況が逼迫しており閉院や倒産が相次いでいると指摘した上で、状況の改善には◇補助金による早期の適切な機動的対応◇2025年度におけるさらなる補正予算の確保◇2026年度の診療報酬改定前の期中改定一などの必要性も指摘している。

全日病の猪口雄二会長は、病院の経営が危機的な状況であることを指摘した上で、「ここ数年のインフレの状態において、現状の診療報酬ではとてもじゃないが経営が成り立たない」と述べ、このままでは医療・介護・福祉の提供体制が崩壊するとの危機感を強調。「従事者の処遇改善をはじめ、人材を確保することができ、医療機関や介護・福祉施設の経営を安定化させる施策が必要」との考えも示した。政府の歳出に関する目安として骨太方針などにに基づき堅持されてきた「高齢化の伸びの範囲内に抑制をする」という社会保障予算の目安対応については「撤廃し、高齢化による医療費の増加分とは別に物価の高騰や賃金の上昇、医療の技術革新に対応できる診療報酬等の設定が必要。このことを骨太の方針に盛り込んでいただきたい」と求めた。

中医協委員の候補に全自病・小阪氏

日病協 日慢協・池端氏の後任として推薦へ

全日病など計15病院団体等で構成する日本病院団体協議会(日病協)は、今年10月に中医協委員の任期満了を迎える日本慢性期医療協会(日慢協)の池端幸彦副会長の後任として、全国自治体病院協議会(全自病)の小阪真二副会長を推薦するとの方針を決定した。6月20日に開いた記者会見で望月泉議長(全自病会長)と、猪口雄二副議長(全日病会長)が明らかにした。

日病協が推薦する候補の選定に際して小阪氏ら複数名が立候補し、6月18日開催の第235回診療報酬実務者会議において選出された。近く厚生労働省に申請手続きするという。

小阪氏は現在、鳥根県立中央病院の病院長を務める。全自病の副会長には2024年6月13日の定時総会で就任した。



会見する望月議長と猪口副議長

一冊の本 book review

公衆衛生政策学の考え方 DPC、地域包括ケアシステムを中心に

著者●松田晋哉
出版社●勁草書房
定価●4,400円(税込)

医療・介護データ分析の第一人者である松田晋哉教授が産業医科大学医学部公衆衛生学講座を退職されるにあたり出版された本書には、松田先生がこれまで携わってこられた研究や日本の医療制度・政策の変遷が、その時々感じたことと共に飾らない言葉で描かれている。学生に向けて書かれてはいるが、医療政策において現状で積み残している様々な課題についての率直な指摘もあり、医療従事者が今後の医療のあり方を考える上で多くのヒントを得ることができるだろう。ぜひ多くの方に一読いただきたい。
(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
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 60名 事務管理領域 40名 (1名で2つの領域への参加は不可)	2025年8月17日(日) 12:30~16:00	9,900円(14,300円)(税込)	会員病院の病院機能評価受審支援を目的に、受審・更新申請、または受審を検討されている病院の管理者、責任者、担当職員などを対象に毎年開催しているセミナー。今回は2部構成で実施する。第1部では、診療・看護・事務管理それぞれの評価傾向として「C評価」になりやすい項目に関する講義と質疑応答を行う。第2部では「診療・看護合同領域」か「事務管理領域」に分かれ、各領域で少人数のグループにより自院の自己評価調査票について講師も交え意見交換する。講師からは、他院の準備状況や良い評価を得るために努力している点などの事例を踏まえながら、受審に関して困っている点へのアドバイスが得られる。
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。
医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 70名	2025年9月6日(土) 10:00~16:30	20,900円(25,300円)(税込)	医療事故調査制度に基づき、医療事故の調査に対する考え方や方法の検討、模擬事例による「医療事故調査・支援センターに報告すべき医療事故」に該当するかの判断についてグループワークを行う。対象者は、病院管理者、管理職、医療安全管理者、死亡事例の判断に携わる方などを想定。本研修会は、全日病・医法協認定の「医療安全管理者認定証」を継続(更新)するための研修2単位分に該当する。
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。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会 アドバンストコース 48名	2025年11月13日(木) 10:00~16:30	23,100円(税込)	個人情報保護に関する対応に苦慮している医療機関が少ないために開催している「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用的な研修会。事例検討を中心とするため弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈について、より深く議論する予定。参加は、ベーシックコース修了者が望ましい。受講者には受講認定証を発行する。