



# 全日病 ニュース

## 2025.8.1 No.1083

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

## 情報発信も強化「会員のメリットを増やしたい」

### ■ 神野正博新会長に聞く 「受け身ではダメ」

全日病は6月28日の定時総会後に開いた「会長等選定理事会」で新たな会長に神野正博氏(前副会長、恵寿総合病院理事長)を選定し、新体制を始動させた。多くの病院が赤字となる未曾有の危機的状況に直面している中、どのような課題に取り組むべきか――。就任直後に支部長・副支部長会(全日病ニュース7月15日号参照)で講演した際は「護送船団方式からの脱却」を掲げながらも「明るく、楽しく、前向きに」などと語った神野新会長の真意を探るべく、聞き手に広報委員長の宮地千尋常任理事を迎え、対談していただいた(以下、敬称略)。



「護送船団からの脱却」の真意とは 病院支援「公民格差の是正」も課題

**宮地** まずは改めてご就任おめでとうございます。実は私の父が石川県出身ですので、勝手に他人とは思えず、密かに親しみを覚えていました。

**神野** そうでしたか！おっしゃっていただければよかったのに(笑)。私から付け加えさせていただくと、あまり喜ばしくはありませんが、私は能登半島地震を、宮地先生は阪神・淡路大震災を経験しているという共通もありますね。共に困難に直面し、先生は乗り越え、私は乗り越えつつあります。

**宮地** そうですね。石川県の特に能登半島の復旧・復興はまだまだだと思いますので、大変な日々が続きますね。以前のインタビュー(編集部注：同6月15日号参照)で「パトタッチが少し遅いよ」と冗談混じりでおっしゃっていましたが、震災対応と重ならなくてよかったという面もありますかね。

**神野** おっしゃる通りですね。美学としては、年齢が前会長の猪口先生と私は1歳しか変わらず、学年で言えば同じですから、もうちょっと若い方が会長になった方が組織としてはいいのかもしれないなとも思いますし、例えばもし2年前に会長を拝命していたら地震に対応できなかったと思いますので、神様が、というのも変かもしれませんが、何かしら運命的なものを感じます。

**宮地** 病院経営が危機に瀕している中で複雑な心境でもあるんですね。

**神野** いずれにせよ、まずは病院の経営状態の改善が喫緊の課題です。前会長の猪口先生が国への要望活動などで精力的に動いていましたが、引き続き、しっかりと要望を続けなければなりません。次期診療報酬改定での入院基本料の引き上げや、次の次も見据えた予見性のある報酬改定への軌道修正、そして補助金事業としてかつて存在した「医療施設近代化施設整備事業」の復活などを要望していきます。

実際、私の病院が震災直後から生き残っている大きな理由の1つは、かつてこの補助金がもたらしたことです。まさに今、1950～1960年代の「駆け込み増床」で建った病院が軒並み建て替えの時期を迎えています。現在の診療報酬による経営状況では建て替えを検討する余地はありません。この事業の復活を強く主張していきます。

**宮地** 実は私の病院も震災後に「医療施設近代化施設整備事業」の補助金がもたらしたから建て替えることができ、生き残りました。当時は病床数の1割減という条件でしたが、復活の際はもう少し減らす前提でなければならないかもしれませんね。会長就任直後の臨時総会でもおっしゃっていましたが、補助や支援については公立と民間の間に大きな差があるのも課題です。

**神野** 震災を経て非常に強く格差を感じました。公的病院は全部が税金で賄われますが、私たちはほとんど自力で復旧しなければならなかった。もちろん日本全国から多大なご支援をいただき感謝の気持ちでいっぱいですが、しかし、復旧費用に関して補助率が違うなど、金銭面では明らかに公的医療機関が優遇されています。例えば公立病院への補助金を撤廃した上で、「医療施設近代化施設整備事業」を復活させて、公民の分け隔てなく支援対象を吟味するような対応が必要だと考えています。とにかく国に対して言い続けなければなりません。

**宮地** 2040年に向けて、すべての医療機関が力を合わせなければならないのですからね。「護送船団からの脱却」という強烈なスローガンを掲げられたのも主体的な取り組みの必要性からですよ。

**神野** 2040年に向け、「新たな地域医療構想」もそうですし、「医師の偏在是正に向けた対策パッケージ」もそうですが、次々に色々な政策・施策が出てきます。私の想いは、「さあどうやって対応していく？」という受け身の姿勢ではなく「ちょっと待ってよ」や「私たちはこうすべきだ」という主体的な姿勢で対峙すべきだということにあります。

**宮地** あえて申し上げると、「落ちこぼれにならないか」と杞憂する病院も出てきてしまうかもしれません。

**神野** そうならないようにしていきたいですね。目下の状況に、危機感を持っているかどうかが大変だと思います。危機感があれば、「なんとかさせなアカン」と思えるはず。これほど大

### 聞き手 = 宮地千尋・広報委員長

変な時代に突入してもまだ危機感がないのであれば「今は大変な時期なんですよ」「変わっていかねばならないんですよ」とお伝えしていかねばならない。ただ「入院基本料を上げろ」「診療報酬を上げろ」と言うのではなく、「自分たちにできることもやりましょう」ということがセット。会員病院の意識を高めつつ、皆で頑張れる組織力も高めていきたいです。

「全日病ニュース」の改革にも着手 「ここでしか読めない記事」(神野)

**神野** 組織力の強化という観点では、「全日病ニュース」のあり方をブラッシュアップしていただきたいです。

**宮地** わかりました。特にどのような点が気になりますか。

**神野** もっと「ここでしか読めない」という内容を増やして欲しいと思っています。喩えるなら「全日病の「赤旗」」になってもらいたい。表現はやや誇張し過ぎかもしれませんが、「朝日新聞」や「読売新聞」でも読めるような記事ではなく、医療系の他のメディアで確認できる内容でもなく、「全日病ニュースでしか読めないよ」という内容を増やしてほしい。

例えば、国の審議会や検討会で決まった内容や議論されている内容について、全日病の役員が委員や構成員を務めている場合は、見解などを紹介して欲しいと思っています。担当する先生方の負担を増やしてしまうかもしれませんが、「全日病としてどう考えるか」をもっと公に示していくことが重要です。全日病の会員向けには、「厚労省審議会等速報」として議事要旨や委員を務める役員のコメントなどを紹介していますが、もっと「全日病の外(そと)」も意識して、全日病の頑張りを可視化したい。民間の中小病院の声、地域の声、現場の声を、中央にきちんと届け続けるためにも、全日病の情報発信力を強化する意味でも、私も協力していきますので、ぜひお願いします。

**宮地** ぜひ、変えていきましょう！

**神野** ありがとうございます。会員にとっても、「自分たちの声をしっかり届けてくれている」という実感があれば、メリットの1つになると思います。全日病を退会される理由として残念ながら「他団体との重複のため」などがあることもあります。つまり「他団体に比べたら魅力がない」という



意味でもあります。「全日病会員でよかった」という場面を増やすという意味でも、情報発信の強化に取り組んでいきたいと考えています。

情報発信の強化としては、私自身が定期的にコラムを書くなどのコーナーも設けて欲しいと思っていますが、いかがでしょうか。

**宮地** 先生のご負担にならないようにとは思いますが、大歓迎ですよ。

**神野** 各所からお願いされて定期的に原稿は書いてしますし、ブログ(編集部注：「神野正博よもやま話」<https://keijumed.exblog.jp>)は2007年からずっと続けていますので、文章の執筆はそこまで苦じゃありません。

**宮地** では進めましょう！

学生時代は剣道部「東京で遊んだ」「マハラジャにも行った」(神野)

**宮地** 話は変わりますが、学生時代はどのように過ごされたのですか。東京ですよ？

**神野** 日本医科大学の医学部卒ですので、学生時代は東京にいました。

**宮地** 遊びに行くようなことはあったのでしょうか。

**神野** もちろんです。伝説のディスコ「マハラジャ」にも行きましたし、剣道部の仲間と東京を謳歌しました。普通の医学部生ですよ(笑)

(2面へつづく)



本号の紙面から		新たな地域医療構想GLとは	5面
副会長就任・再任で挨拶	2面	診療報酬改定へ要望書第2弾	6面
神野会長、知事会の会議出席	3面	薬剤師にも卒後2年の研修を	7面
北海道学会長インタビュー	4面	ポリファーマシー対策の進捗	8面

# 副会長就任・再任のご挨拶

## 病院運営の厳しさ嘆くのではなく `ATM、の気持ちで行動しよう

副会長 美原 盤



この度、神野正博新会長のもと改めて副会長の任を賜り、大変光栄に思うとともに、その責任の重さをひしひしと感じております。現在、病院運営は極めて厳しいと認識しておりますが、そのことをただ嘆いていても詮無いことです。私たちはこの難局に対し、神野新会長が就任後の特別講演でお話しされたATM（明るく、楽しく、前向きに）の気持ちをしっかりと抱いて取り組んでいくべきです。全日病はとても楽しい団体です。おもしろ、おかしいのではなく、病院経営者（もしかしたら病院の中では孤独な者）の集まりであるから、本音で辛さを語り合える、心から喜びを分かち合える、このことを楽しいのだと認識しております。以前、神野新会長は、病院団体の役割は、内に向かっては病院の発展と質の向上に努める、外に向かっては意見をまとめ、大きな声として発し、国民の厚生とよりよい社会づくりに貢献することであると述べられました。この役割を果たすために、神野新体制の副会長の一人としてしっかりとその責務を果たし、全日病の発展に精一杯努力する覚悟です。今後ともよろしくお願いたします。

これまで猪口前会長のご指導の下、多くのことを学ばせていただきましたことは、小生にとって貴重な経験であり、自分自身の成長の糧となっております。この場を借りて、深く感謝申し上げます。

## 地域医療と診療報酬制度の 持続的発展に向けて

副会長 中村康彦



この度、神野正博新会長のもと副会長に再任されました。現在、地域医療を担う病院の経営環境は、診療報酬の抑制的な改定や、医療人材の確保難、物価・光熱費の高騰などにより、非常に厳しい状況が続いております。限られた財源の中で、良質な医療を持続可能な形で提供し続けるためには、制度設計と現場実態との乖離を埋める真摯な対話と提言が欠かせません。とりわけ、診療報酬制度は医療提供体制の根幹をなすものであり、単なるコストの視点だけでなく、医療の質や安全、地域性を考慮した見直しが求められています。病院内での現場の声を正確に制度に反映させることが、全日病の重要な役割であると認識しております。全日病が果たすべき責務を今一度見つめ直し、時代の要請に応えられる組織運営や、わが国の医療の持続的な発展に尽力してまいります所存です。引き続き皆様のご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

## 地域医療と病院経営の視点から情報発信

副会長 猪口正孝



この度副会長に就任しました東京都の猪口正孝です。8期16年総務担当常任理事としてかかわってきておりますので、全日病の立ち位置についてはかなり理解しているつもりです。また、ほぼ同時期に東京都医師会と東京都病院協会の役員として、東京都の救急災害医療や地域医療構想、新型コロナウイルス感染症対策などについて、都庁行政と仕事をし、国レベルの政策が東京という1地方の実情とはうまくいかないことも経験しています。人口や年齢構成、医療機関密度や交通事情など様々な面で、国の考えるモデル的地域と都道府県レベル個々の地域では違う部分も多く、地域に憂鬱が生じているように思います。また地方行政による地域全体を見ていない施策が民間病院の経営を圧迫するなどの事例もあるようです。今後国の会議や日医、4病協などの会議に出席する機会も増えますが、これまでの経験を活かし、民間病院の代表として現場の気持ちを反映できるように発言したいと存じます。また昨今の低診療報酬は地域医療崩壊の危機に陥らせていますが、公的保険制度や医療の質などこれまで作り上げてきた医療文化の崩壊の危機にもあると感じます。神野会長を支え他の役員とコミュニケーションをしっかりととり、全日病会員の経営に資するよう頑張る所存です。これからよろしくお願いたします。

## 持続可能な医療体制の実現に向けて

副会長 大田泰正



このたび、神野正博新会長のもとで全日本病院協会副会長を拝命いたしました。歴史と重責を担うこの役職に、身の引き締まる思いです。医療を取り巻く環境が激変する中、執行部の一員として誠実に職務を果たしてまいります。現在の病院業界は大きな転換期にあります。今後の診療報酬改定や新たな地域医療構想のスタートは、単なる数字上の調整ではなく、医療・介護提供体制全体の見直しにつながるものと位置づけられます。加えて、就労可能人口の急速な減少は、医療現場の担い手不足という形で、すでに多くの病院の実務に影響を及ぼし始めています。こうした変化に直面する今、限られた資源の中で質を維持し、地域のニーズに応えるためには、制度の柔軟な見直しが必要です。また院内では、DXの推進やAIの活用、職員教育およびメンタルサポートの充実が急務です。現場の実態を最もよく知る私たちが、その必要性和方向性を具体的に示し、提案していくべきだと考えています。民間病院は地域に根ざし、多様な機能を果たしてきた医療の柱であり、その存在意義は今後さらに高まるものと確信しています。地域からの医療ニーズにどのように対応していくかという課題に向き合いながら、持続可能な地域医療の実現に貢献してまいります所存です。今後ともどうぞよろしくお願いたします。

(1面のつづき)

もっと`押し、を増やせるように「あかところも見せて」(宮地)

宮地 ご就任の直後であった支部長・副支部長会での講演では、かつてご自身の病院の経営が厳しかった時に賞与をカットせざるを得なかった悔しい経験が、新しい取り組みに挑戦していく姿勢の源泉と語ってらっしゃいました。次々と先進的な施策を打つ姿が`ミスターパーフェクト、のように写って、近寄りがたいという印象もあるような気がしています。今回のように虚心坦懐でお話をしていると、まったくそのような感じはなくなりますが、ご自身ではどのようにお考えですか。神野 お話してくださったように、あの経験は苦しかったですし、その後も

悩みは尽きません。パーフェクトというのはポジティブな表現だと思いますので嬉しいような気もしますが、私自身、パーフェクトとは程遠いと感じていますし、失敗もたくさんします。また、シャイだと自認しており、少し自分の中で抱えてしまうような面はある気がしているので、もっと外に、表に出していかなといけません。宮地 もちろん経営者ですから、色々なご苦労はあるかと思いますが、多くのメディアに取り上げられる恵寿総合病院の姿や、プレゼンや講演の巧みさ、「荒波を乗り越えるOneTeam」(編集部注：全日病ニュース6月15日号参照)などの光るワードセンスなどあればキリがないくらい、少し緊張する要素が多いです(笑)。ちょっとくらい「ひどい、しんどい」とか、「あかんかった」みたいなところも見ると、`推

し、になるというか、`推し活、してくれるファンみたいな人がもっと増えると思います。神野 ありがとうございます(笑)。わかりました。柔らかい面というのでしょうか、負の面を見せることも大事なんでしょうね。加えて、楽しいこと、面白いことをやっていきたいので、関西風のノリというか、取っ掛かりの良さや間口の広さというは積極的にお示しをしなければなりませんね。宮地 まだまだ話し足りませんが、新体制はまだ始ま

ったばかりです。これから色々相談したりしていきます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。本日ありがとうございました！神野 こちらこそ！ありがとうございました！！



## 清話抄

### 「心不全パンデミック」に備える

昨今、「心不全パンデミック」という言葉が聞かれるようになりました。これは、超高齢化社会を迎え、心不全患者が急増していることに起因します。心収縮力が低下した心不全(HFrEF)の治療は薬物療法が一般的で、従来か

らのβ-blockerやACE阻害薬/ARBに加え、ARNI、SGLT II阻害薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬など新たな薬が目立っています。特にSGLT II阻害薬は、心収縮力が保たれた心不全患者(HFpEF)において唯一有効性のエビデンスが確立されました。しかし、薬物療法のみでは再発を繰り返すため、心不全は生命予後不良な悪性疾患として問題視されています。そこで最近注目されているのが心臓リハビリテーション(心リハ)です。

心リハは医師、看護師、理学療法士、薬剤師、栄養士など多職種が介入する包括的治療で、有酸素運動やレジスタンストレーニングを主軸に、禁煙や栄養指導といった日常生活面へのアプローチも行われます。個々に安全で効果的な運動強度を設定するため、エルゴメーターを使用した心肺運動負荷試験で評価をしています。しかし、心リハの保険適用期間は150日に限られており、その後の運動継続が再発予防や生命予後改善に極め

て重要であるにもかかわらず、継続率は低いのが現状です。この課題に対応するため、我々は心疾患だけでなくメタボリックシンドロームなどの生活習慣病の改善や未病予防も含め、2024年4月より医療法42条施設である「メディカルフィットネス」を開始しました。今後はフィットネス利用者の利用料が医療費控除の対象となる指定運動療法施設認定を受けることを目指しています。(丸山泰幸)

## 主張

### 次世代につながる病院給食とは 全日病PTで議論を開始

病院経営が危機的状況との報道の見出しを最近さまざま所で見かけます。人件費や委託費をはじめとする病院経費の高騰に診療報酬の改定が追いついていないのがその原因と考えますが、特に病院における委託費の中でも給食費は米をはじめとする食材費や人件費、光熱費の高騰が著しく、50円ほどの診療報酬の改定があったとしても赤字を埋めるには至っていません。

病院を運営する上で給食はなくては

ならないもの、病院の存続に関わる分野です。多くの病院では委託業者に全面的に任せて、経費は請求されるまま支払い、病院の利益から持ち出している事例も多いと考えます。しかし近年の経費の上昇は委託料の値上げの交渉のみに収まらず、委託業者の請負撤退の事例もあると聞きます。

経費を抑え、安定して給食を提供するためにはどうしたら良いのか。その一つの答えとして地域の医療機関、介

護施設などが共同運営するセントラル・キッチン方式があると考えます。給食の提供体制では施設ごとに作るクックチル方式が作りたてで美味しいとは思いますが、冷凍、冷蔵技術を活かしたセントラルキッチンでのニュー・クックチル方式は作り置きすること、一定数の食材を調理することで食材の共同購入や共同搬送などが経費の削減につながり、保存技術は調理業務の計画化、働く人の週休2日制も可能になります。結果、人材の確保や働き方改革に寄与していると言えます。しかし冷凍冷蔵方式に適した調理方法や提供する際の温め方にはまだまだ改善の余

地はあります。多くのメーカーがこの問題に取り組んでおり、今後きっと改善されると期待しております。

全日本病院協会ではこの問題に対してプロジェクトチームを作り、管理栄養士や調理師など交えての専門職の方々をメンバーとして検討しています。そこには栄養基準の統一や法的な規制緩和、現場の意識改革などさまざまな課題が存在し、定期的に会合を開催しています。安定的に提供され、病院の負担を軽減し、結果的に病院経営に寄与できるように次世代につながる病院給食のあり方の議論を今後深めていきたいと考えています。(細川吉博)

# 神野会長「総合確保基金は国の10割負担で」

## 全国知事会と医療関連団体の意見交換会

## 「緊急的な財政支援も必要」との声も

全日病の神野正博会長は7月9日、初開催となった全国知事会と医療関連団体との意見交換会に出席し、「地域医療介護総合確保基金」(以下、総合確保基金)は国の10割負担にすべきと訴えた(図表)。特に、医師の偏在対策で実施する予定の個別の医師へのインセンティブについて、保険者に拠出を求めるのではなく総合確保基金のメニューに位置付けて実施すべきとの考えを強調した。全国知事会は緊急的な財政支援や臨時的な診療報酬改定を要望しているとの状況などを説明した。

総合確保基金は現在、以下の7事業が対象となっている。

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更にに関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

このうち、「I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更にに関する事業」は国の10割負担となっているが、それ以外の事業を実施する場合は国が3分の2、都道府県が3分の1をそれぞれ負担する。このため、事業の必要性が認められた場合でも都道府県の財政次第では開始時期の遅れや、保留になるなどの事態が生じており、医療現場からは使い勝手の悪さを指摘する声も相次いでいる。

神野会長は、総合確保基金について医師の偏在対策でも活用すべきと主張。政府が国会へ提出し継続審議となっている医療法等改正案で重点医師偏在対策支援区域で勤務する医師へのインセンティブの仕組みを創設する予定だが、「医師へのインセンティブは保険者に拠出を求めるとの内容が決まればよいとしているが、私は総合確保基金の負担割合を国の10割負担とした上で、国の補助金として賄うべきではないのかなというふうに思っている」と述べた。理由については、国保の保険者が都道府県であることを念頭に負担を強いるべきではないと説明した。

神野会長はこのほか、物価・賃金スライドに応じた診療報酬の値上げや予見性ある決定プロセスの構築を求めたほか、災害への備えとして病院を強靱化させるため一般病院を対象に「医療

施設近代化施設整備事業」の復活も訴えた。

### 診療報酬改定の予見性確保や 災害対応としての病院強靱化も

診療報酬の関連では、公定価格であるため診療材料や薬品、エネルギー、食材、委託費などあらゆる費用が高騰し、人員不足に追い打ちをかけるように人件費も高騰していると説明。「診療報酬を値上げすべき」と述べた。将来の予見性については、銀行融資などの観点でも必要と指摘し、「将来に向かって診療報酬の決定プロセスをきちんとすべき」と抜本的な改革が必要との見方を示した。

病院の強靱化については、石川県の能登半島に位置する恵寿総合病院の理事長として「災害への備えとして病院を強靱化すべきで、診療報酬とは別に、資本に関わる補助金として、医療施設近代化施設整備事業の復活が必要」との考えを示した。「公も公的も民間もなく条件に見合った病院に対しては、そういった整備事業において資金的な支援をするのが重要と強く思っている」と述べた。

### 日医・松本会長らも出席 医療機関の経営危機など訴える

同日は、日本医師会から松本吉郎会長、茂松茂人副会長、江澤和彦常任理事のほか、日本病院会の相澤孝夫会長、日本医療法人協会の太田圭洋副会長らも参加し、それぞれ3分ずつ意見や考えを述べた。

日医の松本会長は、①医療界を挙げた医療機関の経営危機の改善に向けた

活動②骨太の方針2025への反映について③次期診療報酬改定に向けて一の3本柱で考えを示した。医療機関の経営危機については、全日病など6病院団体の経営状況調査の結果を引用し、赤字病院の割合が増加している状況などを説明。日医と6病院団体が合同声明を発表したほか、国会議員にも協力を呼びかけるなどして政府へ働きかけてきた状況なども示した。

骨太方針への反映については、「原案の厳しい内容が、日本医師会の要望に基づき、極めて良い方向に修正され、6月13日に閣議決定された」との成果を強調。「物価・賃金対応分を『加算する』という『足し算』の論理となったことが非常に重要」と説明した。

次期診療報酬改定については、①経済成長の果実の活用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③診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じた公定価格等への適切な反映④小児医療・周産期医療体制の強力な方策の検討一の4本柱を訴えていると解説した。

日医の相澤会長は、2018年以降は医療費用が医療収益を上回り続けているとの状況を改めて説明。全日病や日病など6病院団体が実施した調査の結果から7割以上の病院が赤字となる危機的な状況である旨も強調した。「このまま何も手を打たなければ病院医療の崩壊が起こると大変危惧している」などと述べ、緊急的な財政支援のほか、約19年間に渡って見直しがない入院基本料の10%以上引き上げなどを要望していることに対する理解も求めた。

### 医法協・太田副会長 「10%超の診療報酬改定が必要」

中医協委員を務める医法協の太田副会長は、「10%を超える診療報酬改定が必要」との考えを示した。

「物価が上昇する、インフレ局面というのはこういうものだと認識を改めなければいけないと私は思っている」とも述べ、デフレ時代とは異なる対応が必須との考えを強調。さらに「全国の知事の皆様方にもご協力を賜ればと思っています」と協力も呼びかけた。

### 社会保障常任委員会委員長 「地域の医療崩壊は絶対に防ぐ」

全国知事会の社会保障常任委員会委員長を務める福島県の内堀雅雄知事は、全国知事会としてこれまで厚労省に対し①社会経済情勢を適切に反映した速やかな診療報酬改定②物価上昇等に応じて診療報酬をスライドする新たな仕組みの導入③医療機関に対する緊急的な財政支援一を要望していると説明。その上で、「本日いただいたご意見を踏まえ、地域の声を、政策要望を提言として取りまとめる」と説明。「地域の医療崩壊は絶対に防ぐとの強い決意のもと、7月下旬には厚労省に対し要望書を提出する」との方針を明らかにした。

同国民運動本部本部長を務める長野県の阿部守一知事は、「緊急的な経営支援、診療報酬の引き上げ、病院の建て替え・更新に対する補助金の必要性について貴重なご意見をいただいた」と述べ、2040年を見据えて全国知事会として提言に盛り込むとの方向性を示した。



全国知事会と医療関係団体との意見交換会 意見陳述資料 (2025.7.9)

公益社団法人全日本病院協会会長 神野正博

- 公定価格(診療報酬)の中で、物価高(診療材料・薬品、エネルギー、食材、委託費など)と人員不足・人件費高騰による経営状況の悪化
  - 診療報酬の物価・賃金にスライドした値上げ
  - 将来予見性を持った決定プロセスの構築
- 医師・看護師のみならず、ほかの医療職、事務職に対しても就学資金や確保資金の確保(別添1,2)
  - 重点医師偏在対策支援区域に勤務する医師へのインセンティブは保険者ではなく、下記基金を利用すべき
  - 医療介護総合確保基金の負担割合を国10/10に
- 災害に強靱化するために、一般病院への医療施設近代化施設整備事業の復活と拡充

# コラボ企画で委員会の活性化に期待 「世代交代、も意識した「温故知新」

第66回全日本病院学会in北海道(以下、北海道学会)が10月11・12日の両日、北海道札幌市で開催される。齊藤晋学会長(常任理事、北海道支部長)に学会のテーマに込めた想いや学会企画の見どころなどを紹介していた(取材日は6月27日)。

## 感謝を胸に、意識した「世代交代、 「温故知新」で2040年へ

——まずは学会テーマとして掲げられている「温故知新」に込めた想いを教えてください。

約2年前、猪口雄二前会長の再任が決まった際、ご自身で「今期が最後」と宣言されました(編集部注:全日病ニュース5月1日号など参照)。既に2年後の2025年は北海道へ学会が来ることは決まっていたので、会長職を4期約8年務めた猪口先生の宣言を聞き、全日病が大きく変わると思いました。「世代交代が進む」という印象から、「温故知新」という言葉がピッタリだと考えました。これまでの歴史や知見を大事にしながらも、医療を取り巻く目まぐるしい情勢や環境の中で15年後の2040年に向けて新しいもの、より良いものを生み出さなければなりません。猪口先生は宣言通り勇退され、神野正博新会長の下で新たな体制が動き出しました。北海道で学会を開催するのが10年ぶりという節目であることも「温故知新」につながっています。新しい時代を迎える象徴的な学会となるように力を尽くしたいと考えています。

——考えるべき課題として「地域医療・病院経営のあり方」「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」の3つをあげていらっしゃいます。

これら3つの柱は「地域医療の持続可能性」という点で相互に関係合います。近年では特にマンパワー不足への対応が共通した喫緊の課題と言えます。病院経営は未曾有のインフレ、物価高で持ち出しが多くなってきています。期中改定もなければ、補助金もなく、人材の他業種への流出も始まっています。地方だと病院の体をなしていないような事例もあり、非常に危機的な状況です。私がいる北海道では特に地域医療の領域には人がいません。

北海道は日本一の食料基地であり、近年では観光も盛んで産業の宝庫だとは思いますが、それでも働き手がいなくなってきています。働く場所があっても病院がなければ人は住めませんので、「地域医療の火を消してはならない」という使命感のみが頼りになってしまっています。今後、患者さんはさらに減っていくかもしれませんが、地域住民がいるのであれば「医療」は残していかなければなりません。しかし公定価格なので地域医療で働きたいという意欲ある人すら繋ぎ止める財源がなく、新たに雇い入れるだけの魅力もなくなっています。早期に解決策が必要です。

## ポスターの「温故知新」は自筆 恩師から受けたバトンタッチも

——ポスターに採用した「温故知新」の文字は齊藤先生の自筆でしょうか。

達筆なのですね。文字のみと

いうことでインパクトがあります。

ありがとうございます。書道をやっ

ていました。ポスターのデザインが決まったのは昨年7月なのですが、それまではデザインについて散々逡巡しました。よく見る学会ポスターは診療科別の学会でもその土地の歴史や名所、名物の食べ物、未来の姿などをコラージュしてインパクトを演出する事例が多いと思いますが、「北海道」をキーワードにいろいろと組み合わせてみたのですが、しっくりくるものが出来上がりませんでした。そんな時に広報委員会のみなさんと東京で食事する機会があり何気なく相談したら、「北海道なんだからシンプルでいい」と言われ「ハッと」しました。考えれば観光地的なパワーが強い「北海道らしさ」の表現は難しい。自然豊かで食べ物は豊富、観光名所で海外からも注目を集めているという状況を1つにするのは難しい。そこであえて文字だけのシンプルなデザインにしようと思い至り、東京から北海道への帰路で「墨と筆を用意しておいて」と法人の事務職に連絡したのを憶えています。戻ってすぐ何回か書いてパッと決めてしまいました。「温故知新」の四文字だけのデザインは飛行機の中では決まっていた。

——北海道学会の学会長に決まるまではどのような経緯がありましたか。

全日病北海道支部は長年に渡って前常任理事の大橋正實先生、そして同じく前常任理事で前支部長の徳田禎久先生の2枚看板が磐石の体制を築いていました。4年前に私が理事になった時は徳田先生からの推挙がありました。その流れで学術委員も拝命しましたが、ここでも恩義を強く感じています。全日本病院学会は、おおよそではありますが定期的に各支部が開催を担いますが、次の北海道学会をどうするかという話し合いの中で、「君がやりなさい」というお話をいただきました。全日病の役員は年齢制限もあるので、ある程度は先を見越していたのでしょう。昨年9月には北海道支部長もバトンタッチを受けました。私自身が「温故知新」を感じる北海道支部における世代交代を体験しています。そういった流れも汲んだ熱い想いの籠った学会です。大橋先生にもこれまで、折々で声を掛けていただきました。お二人には感謝の気持ちでいっぱいです。

——徳田先生とは特に師弟関係のような間柄なのですね。

徳田先生ご自身がどう思われているかは分かりませんが、私自身はそう思っています。まだ全日病の活動にはほとんど関わっていなかった頃の話ですが、私の法人(編集部注:当時は医療法人社団アルデバラン)が5周年を迎えた際、同じ北海道のよしみで当時の全日病会長だった西澤寛俊名誉会長をお招きできないかと画策し、ありがたいに快く引き受けくださり、祝賀会での挨拶に登壇してくださいました。そこから北海道病院協会や全日病北海道支部に関与する機会が増えていったのですが、西澤先生と徳田先生は札幌医大の同期でいらっしゃるの、西澤先生を通じてや、病院協会や全日病の活動を通じてお会いする機会が増えていき、大変お世話になってきました。北海道学会ではこの大橋先生、徳田先生、そして西澤先生に顧問を務めていただいています。北海道学会の「委

員会企画」に、全日病の委員会がコラボレーションしたりジョイントしていたりという内容が多いのも、徳田先生からのご助言が発端です。

——どういことでしょうか。

全日病の各委員会は目的・目標を掲げて一生懸命に活動しています。1年に1回、全日本病院学会で発表する機会を大事にもしています。そんな中でたくさんの企画を短い期間で同時に催してしまうと、参加者が分散してしまい、せっかく力を入れても聴衆が少なくなってしまうでしょう。委員会の活動は、「より良い病院経営のため、より良い医療のため」という点では共通しており、親和性があるはず。徳田先生からの助言を受け、コラボ・ジョイントで、それぞれの委員会の特色がむしろ分かりやすくなったり、お互いが刺激し合って今後の活動を後押ししたりという相乗効果も期待できると考えました。検討の段階では、新たに会長に就かれた神野先生をはじめ、副会長の美原先生、常任理事の甲賀先生など多くの役員の方からは前向きに「改善していこう」という姿勢でご協力をいただきました。そして、各委員会委員長のご尽力が加わり、核融合的に決まっていきました。過去の事例を詳しく調べたわけではありませんが珍しいし、面白い企画が目白押しになっているし、今後につながるような動きを作れたのではないかと考えています。コラボ・ジョイントがもたらす化学反応を楽しみにしています。

——広報委員会、若手経営者育成事業委員会、そして医療DX検討委員会のコラボ企画は1200人収容可能な大ホールですね。

ランチョンセミナーを除き学会として初日にその会場を使います。3つの委員会がコラボするのは大変珍しいですし、非常に面白いセッションになる景色を見たいと思います。中小規模の病院が工夫しながらDXに取り組んでいる現場の実情を取り上げます。これからDXを始める、あるいは始めたばかりの病院にとって「どこから手をつけるべきか」の参考になるような実践的かつ共感を得られるシンポジウムを目指しています。

——「学会企画1」もいわばコラボですね。

その通りです。北海道看護協会、北海道薬剤師会、北海道臨床工学技士会のコラボ企画です。企画の検討や打ち合わせを続ける中で象徴的だと感じたのは、それぞれの職種が「これもお願いしたいんだ」と分かっていたことです。日本では、医師から看護師へのタスクシフトは長年の検討の末に少しずつ進んできており、お互いの職務に対する理解も深まってきています。一方、いわゆるコメディカル同士ではお互いの業務範囲をよく知らないという現状があると思います。病棟業務が増加傾向にある薬剤師と看護師が連携する場面は増えていますが果たして連携はうまくいっているのでしょうか。手術室などでは臨床工学技士と看護師が連携できる部分が多いのに、何を任せられることができるのかについては、現場の看護師さんたちでもほとんど知らないのが実情であり、課題だと考え



ています。人手不足を補う策を講じるためのヒントが得られる企画になると思っています。

## 実現に「汗をかいた」学会企画4 「2024年度の診療報酬改定の本音を」

——「医療・介護連携」がテーマの「学会企画4」も医療と介護のコラボ・ジョイント企画と言えますか?

その解釈はやや強引かもしれませんが(笑)、言わば私の肝入りの企画で、人選から登壇の確約をいただくための交渉まで私自身も汗をかきました。2024年度の診療報酬・介護報酬・障害サービスのトリプル改定は、実質マイナス改定です。この改定を紐解く内容を企画したいと考え、北海道大学の教授に就任した元厚生労働省老健局老人保健課長の古元先生にお願いしたのをきっかけに実現します(編集部注:全日病ニュース7月15日号参照)。2024年度改定を議論した2023年には既に賃金・物価の上昇基調に入っていた中で、全職種対象ではないという意味で不公平とも言える「ベースアップ評価料」の部分のみが上乘せとなっているだけでも関わらず「プラス改定」を謳っていますが、現場は苦しくなるばかりです。是非、2024年度改定の実務を担った当事者から、胸の内を聞くような場にしたいと考えています。全日病会長の神野先生にも座長を務めていただくので、実り大きい時間になるのではないかと期待しています。

——「学会企画3」では音楽療法を取り上げますね。

やや異質と感じられるかもしれませんが、緩和ケアの領域ではミュージックセラピーは一般的になりつつあります。登壇される音楽療法士の中山ヒサ子さんは緩和ケア領域では有名な方。実行委員から上がってきた企画で、病院団体主催の学会で取り上げるというのは珍しいと思います。ぜひ新しい扉を開いていただきたいです。

——「Z世代の声に耳を澄ます」と題した「学会企画6」も珍しいです。

若手の多職種の方々に集まってもらい、医療や介護にどのような想いがあるのか、または経営への関心などを語ってもらおうと思っています。この企画も実行委員から出た案の具現化です。若い世代にスポットを当てて、若い方々にも学会へ来てもらいたいという狙いもあります。全日病としても、これから若い世代にどどんアプローチしていく必要性を感じています。

——まだまだ言及できていない企画も目白押しですので、今後の全日病ニュースでも取り上げさせてください。

是非、お願いします。北海道ならではの内容も含め、まだまだ紙面に掲載できないくらいたくさんの魅力ある企画を考えています。私自身がすでにワクワクしていますので、楽しみにしていただけると嬉しいです。

# 猪口副会長が委員に、「新たな地域医療構想」のGL検討会設置

社保審・医療部会

全日病会長・神野委員「地域のレイヤーごとに検討を」

2040年を見据えた「新たな地域医療構想」を策定するためのガイドライン(GL)作りの体制が決まった。GL作成などを担う検討体制として新たに設置する「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」では全日病の猪口正孝副会長が委員に就任する。7月4日、厚生労働省の社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)が厚労省の示した案を了承した。同検討会は初会合を7月下旬に開催する。

GL作りに向け、同部会の委員を務める全日病の神野正博会長は、「大都市の内容を地方へ広げるのは無理」と指摘し、大都市型、地方都市型、過疎地型のようにレイヤーを分けて検討する必要があると求めた。

また、在宅医療について「人口の少ない医療圏では提供が少ないが必要だ。効率性の問題で在宅医療が提供できないような人口が少ない医療圏であれば、次の手段として集住なども考えないといけない」と意見した。

## 検討会には4つのWGを設置へ

同検討会には、「在宅医療及び介護連携」「救急医療等」「小児医療及び周産期医療の提供体制等」「災害医療・新興感染症医療」の4つの議題別でワーキンググループ(WG)を設置する方針。第8次医療計画(後期)に向けた検討や、第9次医療計画の策定に向けた議論を進める計画だ。

厚労省は地域医療構想について▽圏域のあり方▽必要病床数▽医療機関機能▽外来医療・在宅医療▽リハビリテーションの5つを柱とする「主な検討事項の例」を示した。

主な検討事項の例は以下の通り。

## 【圏域のあり方】

- 二次医療圏・構想区域について、今後の人口減少等を踏まえながら、一

定数の医師を確保して急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を地域ごとに確保していくため、地域によって他圏域との統合を含む二次医療圏・構想区域の見直し(広域化)の検討が必要。

- ただし、搬送手段の確保等を行うことが前提であり、離島などではアクセスの見直しが困難な事情がある場合があることに留意が必要。

## 【必要病床数】

- 2040年に向けて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるが、地域ごとに見ると、すでに入院患者数が減少局面の地域や、2040年に向けて入院患者数が減少見込みの地域が多く存在。今後一層入院受療率が下がる可能性もあり、人口構成の変化や受療率の傾向、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供(急性期からの提供・外来での提供の推進等)、生産性向上等を踏まえ、2040年の必要病床数について検討が必要。

## 【医療機関機能】

- 2040年に向けて、85歳以上の高齢者が増加し、生産年齢人口が減少する中、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保、中長期的に質の高い効果的な医療提供体制の確保に資するよう、地域によって急性期医療の連携・再編・集約化を推進する必要。人口の少ない圏域でも、急性期等の機能を一定確保する急性期拠点機能を有する医療機関を1つ確保・維持する必要がある。一方、都市部では、効果的・効率的

な提供体制の確保に向けて連携・再編・集約化を進めながら、増加する高齢者救急等を受け入れるため、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を有する複数の医療機関で対応することが考えられる。こうした地域の人口規模等も踏まえた医療提供に即した医療機関機能のあり方について検討が必要。

- 大学病院本院から、都道府県の地域医療構想に基づく、急性期拠点機能を有する医療機関や、医師が少ない地域で二次救急等を担う高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関等への医師派遣が必要と考えられる。地域の実情や大学病院本院の医師派遣のあり方、特定機能病院のあり方等を踏まえ、医育及び広域診療機能のあり方について検討が必要。

## 【外来医療・在宅医療】

- 外来医療や在宅医療について、かかりつけ医機能報告で今後提出されるデータも含め、地域ごとに提供状況を共有するためのデータについて検討が必要。人口の少ない圏域でも提供体制を確保・維持するため、病院が担う外来医療・在宅医療や訪問看護も含めた提供体制の検討が必要。
- 在宅医療の対象となり得る患者について、在宅医療だけでなく、地域の医療資源・介護資源に応じて、療養病床や介護施設等と組み合わせる受け皿の確保が必要。さらに、在宅医療については、移動時間の制約がある中で、医療資源の状況や医療へのアクセス等も踏まえながら、オンライン診療や訪問看護等と組み合わせるべく効果的・効率的にサービスが提供できるよう提供のあり方について検討が必要。



## 【リハビリテーション】

- これまで、急性期を経過した患者に重点的に提供されてきたところ、今後は、高齢者救急をはじめとして、入院早期からの土日も含めたりリハビリテーションの提供や早期退院に向けた支援をさらに推進し、患者の機能改善や在院日数の短縮、生活復帰につなげるのが重要。持続可能で効果的・効率的な医療提供体制の構築のため、急性期の早期や退院後すみやかに外来等でリハビリテーションを提供できるよう、リハビリテーションの偏在の是正について検討が必要。

## 医師へのインセンティブ

### 法案成立後「交付から3年以内」

神野会長は医師の偏在対策として医療法等改正案に盛り込んだ重点医師偏在対策支援区域で勤務する医師へのインセンティブについて質問。同法案を通常国会へ提出したが成立せず継続審議となっている状況を踏まえ、「偏在対策のインセンティブは医療法等改正案の検討過程では令和8年度(2026年度)から本格実施と書いてあった。法案が通らなかったことも含め、スケジュール感を教えてほしい」と要請。

これに対し厚労省は、「法律事項となっている医師への手当であり、法案成立後に検討する」との方針を示し、条文では交付から3年以内の施行になっていると説明した。

# 次期診療報酬改定に向け個別項目の1巡目の議論を開始

中医協総会

かかりつけ医機能、生活習慣病関連、オンライン診療の評価

中医協総会(小塩隆士会長)は7月16日、2026年度診療報酬改定に向けた改定項目の1巡目の議論(その1シリーズ)を開始した。同日は外来をテーマとし、◇かかりつけ医機能の評価◇生活習慣病関連の評価◇外来機能分化の推進◇情報通信機器を用いた診療が論点となった。かかりつけ医機能の評価では、2026年1月からかかりつけ医機能の報告が始まる予定。報告事項と診療報酬の関連付けで、診療側と支払側で温度差が表れた。オンライン診療をめぐっては、東京都などで算定回数が大きく増えている中で、各委員が不適切な利用への対応を求めた。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備では、①医療機能情報提供制度の刷新(2024年4月施行)②かかりつけ医機能報告の創設(2025年4月施行)③患者に対する説明(2025年4月施行)が順次施行されている。

かかりつけ医機能報告は、各医療機関がかかりつけ医機能(日常的な診療の総合的・継続的实施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など)を都道府県知事に報告。都道府県知事は外来医療に関する地域の関係者との協議の場に役立てるため、報告内容を提供するとともに一般に公表する。

現状で、診療報酬にはすでにかかり

つけ医機能を評価する様々な項目がある。例えば、地域包括診療料・加算、時間外対応加算、機能強化加算、生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ、特定疾患療養管理料などがある。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「かかりつけ医機能を評価する診療報酬項目について、これまで踏み込んだ議論ができなかった。来年からかかりつけ医機能を医療機関が報告することになり、かかりつけ医機能が可視化される。現状のかかりつけ医機能を評価する診療報酬項目の施設基準の見直しは不可欠だ」との考えを示した。

これに対し、日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、「かかりつけ医機能を評価する診療報酬を算定していなくても、かかりつけ医の機能を果たしている医療機関は地域にたくさんある。かかりつけ医機能報告制度はかかりつけ医を認定する制度ではなく、かかりつけ医機能を地域で面として支えることを目指すものである。制度は施行されたばかり、5年後の見直し規定もある。現段階で診療報酬の評価と直接結びつけるべきではない」と強調した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、同制度整備と診療報酬を直接結びつけることに反対した上で、「2

号機能である『通常の診療時間外の診療』や『入退院時の支援』では病院と診療所の連携が重要になる。かかりつけ医機能に診療報酬がもう少し寄り添い、例えば、地域包括診療料の算定が少ないので、中小病院がかかりつけ医機能の担い手になれるよう基準を見直してほしい。特に人口が少ない地域においては、診療所も減少しており、中小病院が大きな役割を果たすことが期待されている」と述べた。

## 特定疾患療養管理料の算定が減少

生活習慣病関連の評価は、2024年度改定で大幅に変更されたことを踏まえた対応が課題となる。

2024年度改定では、「特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外するとともに、検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設した」。その結果、「特定疾患療養管理料を算定する患者の主傷病名は、2024年度改定以前は生活習慣病が多くを占めていたが、改定以後は気管支喘息や慢性胃炎の占める割合が増加し、算定回数は大幅に減少、算定医療機関数はやや減少した」という状況にある。

また、「主傷病名が糖尿病、高血圧症、脂質異常症である外来患者が算定され

た診療報酬は、2022年では外来管理加算が最も多かったが、2024年では、生活習慣病管理料(Ⅱ)が最も多かった」という調査結果も出た。

江澤委員は、2024年度改定で生活習慣病関連の評価が大きく変更されたことに対し、「対応に難渋した」と述べ、「まずはしっかりと改定後の影響を検証することが大事」と指摘した。

情報通信機器を用いた診療については、「2022年度改定における見直し以降、情報通信機器を用いた診療の届出医療機関数は増加傾向で、初・再診料等の算定回数も増えている。年齢階級別の算定回数は、対面診療と比較して若年者の算定割合が高く、再診料・外来診療料では年齢構成に地域差が見られる」。二次医療圏別の算定回数を医療機関住所地ベースでみると、東京都(23区内)での算定回数が多い。

日医常任理事の長島公之委員は、「オンライン診療は有効性、安全性、必要性が担保されるのであれば推進すべきだが、診療は対面が原則。オンラインで対応できない場合はすぐに対面に移行することが求められる。そのため、緊急時に30分以内に対応できる体制を求める時間要件が当初はあった。それがなくなってから不適切事例も増えたと認識している」と述べた。

# 診療報酬改定へ要望書「第2報」を厚労省へ提出

## 日病協 全日病・神野会長「喫緊の課題は入院料の引き上げ」

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、望月泉議長)は7月16日、2026年度の次期診療報酬改定に向けて「重症度、医療・看護必要度について内科系急性期患者の適切な評価の見直し」などを含む計13項目の要望をまとめ、福岡資磨厚生労働大臣宛の要望書を提出した。日病協の望月議長、同診療報酬実務者委員会委員長を務める全日病の津留英智常任理事とともに日病協副議長として全日病の神野正博会長も同席して、厚労省医療課の林修一郎課長に手交した(写真)。

### 医療課長からコメント「コストが削減できる施策も柱」

神野会長は提出後、全日病ニュースの取材に対し「物価高騰、人件費高騰の中での診療報酬、特に病院にとって喫緊の課題である入院料の引き上げとその具体策を強く要望する」と強調。その上で、「林課長からは、財源問題に絡め診療報酬というプライスの引き上げとともに必要なコストが削減できる施策も、今回の改定の大きな柱だ」とコメントをいただいた」と明かした。今回は、4月16日に提出した5項目を柱とする要望書(全日病ニュース5月1日号参照)に続く「第2報」の位置

付け。13項目は以下の通り。

- 重症度、医療・看護必要度について内科系急性期患者の適切な評価の見直し
- 高齢急性期患者の受け入れに適切に機能する地域包括医療病棟入院料の見直し
- 介護専門職(介護福祉士)配置、介護を行う看護補助者の更なる評価と配置要件の拡大
- 精神病床における身体疾患やリハビリテーション、権利擁護等への対応に係る医療資源投入への適切な評価
- 外来・在宅ベースアップ、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しと、全職種を対象へ
- 在宅救急患者の受入と下り搬送受入側に関する、包括期・慢性期医療への評価
- 地域医療提供体制確保加算、救急車1000台以上でも評価する仕組み
- 医師事務作業補助体制加算の更なる評価
- 医療DX推進に係る、実質を反映する更なる評価
- 医師の働き方改革に係る「宿日直許可基準」の取扱いと特定集中治

- 療室の医師要件の緩和
- 内視鏡手術支援機器を用いる手術及びロボット手術(ダヴィンチ、ヒノトリ等)の評価
- 加算として取り扱われる医療材料等の評価の見直し
- 高額医薬品管理料の新設

「重症度、医療・看護必要度」については、内科系学会社会保険連合(内保連)が要望する通り「内科系の急性期患者が評価されにくい」との問題点があると指摘。「内科系の重症度を的確に評価する指標が必要」との考えを示した。

高齢者の急性期患者と2024年度の診療報酬改定で新設の「地域包括医療病棟入院料」の関係では、「施設基準が非常に厳しく、急性期一般入院料1(7対1)の届け出要件を満たせなくなった病棟の受け皿としての意味合いにやや偏

った施設基準」との見方を示し、「急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料との中間的機能のバランスを保ちながら、より積極的に高齢者救急、高齢急性期患者の受け入れが可能となるよう」に施設基準の見直しを求めた。

医師事務作業補助体制加算については、「同加算1」において「病床数15対1の配置以上に加配した場合」のさらなる評価を要望。加えて施設基準について「年間緊急入院患者数の要件がまだまだ厳しい」と指摘し、緩和を求めた。

医療DXについては、電子処方箋システムや医療情報取得システム(管理側)の整備・改修に必要な多額の投資に対する支援が補助金などでは不十分であり、診療報酬での評価が必要との考えを示した。



林課長(中央右)に要望書を手交する望月議長(中央左)、全日病の神野会長(右)と津留常任理事(左)

# 減算規定の「一律200床未満を除く」は見直し必要

## 入院医療等分科会 全日病・津留常任理事、紹介割合・逆紹介割合の関連で

全日病の津留英智常任理事は7月17日、委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、紹介割合・逆紹介割合による初診料や外来診療の減算に関して、「一般病床200床未満を除く」となっている規定について、「見直しが必要ではないか」と述べ、検討を求めた。

初診料・外来診療の減算については、「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」「許可病床400床以上」について◇減算の対象患者◇減算規定の基準◇紹介割合(%)◇逆紹介割合(%)などを定めて運用

しているが、「一般病床200床未満を除く」との規定がある(図表)。

同日の分科会で津留常任理事は、「入院時診療加算等のインセンティブがあるのに、一般病床200床未満を一律に除く必要性がどうなのか」と疑問を呈し、「以前の分科会で、地域で、例えば救急搬入の件数が少なくともシェア率が非常に高い医療機関をどう評価するかという話もあった」と振り返りつつ、「類似するような形で、過疎地に存在しているような基幹的な病院で、逆紹介しようにもその受け手の医療機関がない、診療所がそもそもないなど

の事情がある病院もある点には配慮が必要」と指摘。その上で、「ただし、一律に一般病床200床未満を無条件に減算対象から外すということでもいいのかどうか。その辺はちょっと見直しが必要ではないか」「ある程度その地域性に配慮した仕組みは必要」と述べ、見直しを含めた検討を求めた。

### 「税込かどうか詳細も調査を」紹介状なしの定額負担で津留委員

津留委員はこのほか、紹介状なしで受診する患者を対象に医療機関側が初診時に設定している定額負担の金額に

ついて厚労省が調べた結果、全体(n=504)、特定機能病院(n=54)、一般病床200床以上の地域医療支援病院(n=344)、一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関(n=51)の中央値がそれぞれ「7700円」などとなっている状況について、税込かどうかなど詳細をさらに調べるよう求めた。

### 病院と診療所の連携など議論

同日の同分科会では「外来機能の分化の推進」や「病院と診療所」の連携について議論。厚労省は、「外来機能の分化の推進」について紹介割合や逆紹介割合が低い場合の初診料・外来診療料の減算規定を設けていることや、病院の1日平均外来患者数が長期的には減少傾向であり、紹介なしで外来受診した患者の割合も減少傾向にあることなどを示した。

また、減算規定の対象病院において2024年10月の再診の患者数の平均値・中央値は、2023年10月との比較で増加している状況や、全受診患者に占める初診患者割合の平均値・中央値が特定機能病院では約5%、その他の区分は約10%との状況も示した。減算規定の対象病院の再診患者のうち6割以上の患者は2年以内に初診料の算定がない患者だったなどの調査結果も示した。

「病院と診療所の連携」では、医療機関同士の連携を評価する「診療情報提供料」の算定回数が2024年に大きく増加している状況や、紹介元が「かかりつけ医機能に係る施設基準」の届出医療機関等でない場合、紹介先が特定機能病院や地域医療支援病院であるのみでは連携強化診療情報提供料は算定できないとの状況、紹介元が特定機能病院や地域医療支援病院であって紹介先が「かかりつけ医機能に係る施設基準」の届出医療機関等でない場合は、連携強化診療情報提供料は算定できないなどの状況も示した。委員からは、特定機能病院の逆紹介割合の平均値が減算基準を下回っている状況についてさらなる分析を求める意見が相次いだ。

## 紹介割合・逆紹介割合による初診料・外来診療料の減算

初診料の注2、3 **216点**

外来診療料の注2、3 **56点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>初診料 他病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者</li> <li>外来診療料 当該病院が他の許可病床数200床未満の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者</li> </ul> ※いずれも、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満	
紹介割合 (%)	(紹介患者数+救急患者数) / 初診の患者数 × 100			
逆紹介割合 (%)	逆紹介患者数 / (初診の患者数+再診の患者数) × 1,000			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者数	他病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る)。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			
(※上記の患者数は、すべて延べ人数を使用する。)				

# 療養上の世話「きちんと評価できる仕組みを」

## 入院医療等分科会 全日病・常任理事の津留委員「介護の負担大きい」

全日病の津留英智常任理事は7月17日、委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、療養上の世話を評価

するような仕組みの創設を求めた。療養上の世話の関連では同日、厚労省が「医療資源投入量では評価できない治療・療養の手間」と題した資料を

提示。「同一診断群分類で医療資源投入量が標準的な範囲であっても、ADLや要介護度は多様」との分析も示した(図表)。

津留常任理事は、「やはり現場では、介護の部分での負担が非常に大きいと感じている」と説明。「その視点を忘れないようにやっぱり評価していかなければいけない」「療養上の世話の部分をきちんと評価できるような仕組みが必要だと思っている」と述べた。

### 津留委員、「評価の充実」求める 85歳以上の内科系患者の対応で

津留常任理事はこのほか、地域包括医療病棟で対応する85歳以上の救急搬送や緊急入院を念頭に、内科系患者に関する対応の評価を充実するよう求めた。「外科系はある程度の予定を組み、手術などで病床運営できるが、内科系は明らかに救急搬送、緊急入院のケースが増える」と指摘。「特に85歳以上の内科系の症例をどういうふうに評価するかという問題があると思う」と述べ、検討を求めた。

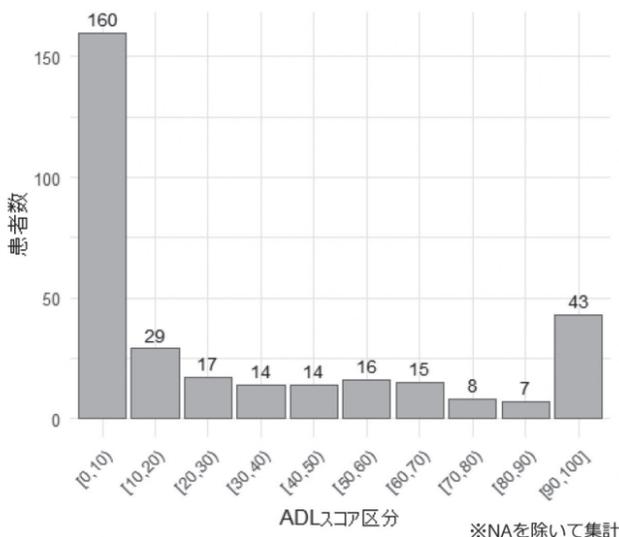
また、地域包括医療病棟について「急性期一般と`地ケア、の中間的な位置づけ」ということで、そのどちらもある程度は幅広くカバーできるような、高齢者の急性期や高齢者救急を受け入れるという機能が期待されていると思う」との認識を提示。その上で、「新たな地域医療構想」で位置付ける「医療機関機能」が◇高齢者救急・地域急性期機能◇在宅医療等連携機能◇急性期拠点機能◇専門等機能—の4類型を予定していることを念頭に、「(地域包括医療病棟は)高齢者救急・地域急性期機能の役割を担うことが想定される」と見方を示し、地域で役割をしっかりと果たすためにも内科系の高齢救急患者に対する評価が重要と強調した。

### 医療資源投入量で評価できない治療・療養の手間

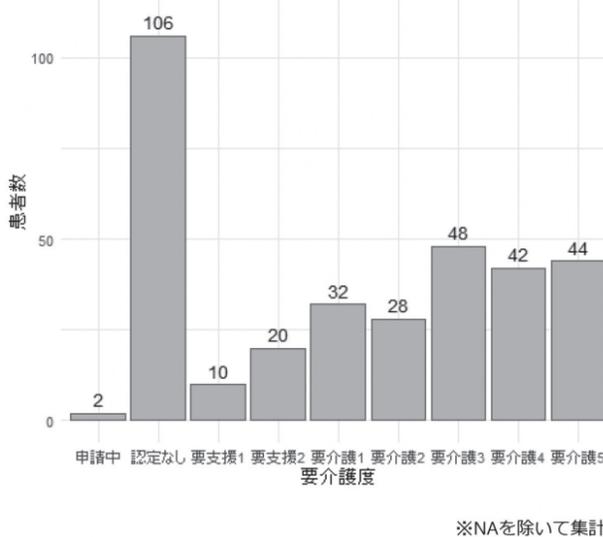
○ 同一の診断群分類で医療資源投入量が標準的な範囲であっても、ADLや要介護度は多様である。

(例) 地域包括医療病棟における、尿路感染症で1日あたりの包括内の出来高点数が第一四分位点~第三四分位点にある患者の分布

ADLスコア区分ごとの患者数(n=323)



要介護度ごとの患者数(n=332)



出典：DPCデータ(2024年10月~12月)

# 薬剤師に卒後2年間の病院研修を義務付けるべき

## 入院医療等分科会 全日病・常任理事の津留委員が要望

全日病の津留英智常任理事は7月17日、委員を務める中医協の「入院・外来医療の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で薬剤師に薬学部卒後2年間は病院での研修を義務付けるべきと主張し、検討を求めた。リフィル処方箋の活用が鈍化している現状とも関連するのではないかとの見方を示し「薬剤師のフィジカルアセスメントが不十

分という面もあるのではないかと述べ、一定期間は病院で勤務するなど医療現場の最前線で経験を積む重要性を強調した。

### 病院薬剤師の重要性 「院内チーム医療のキーパーソン」

津留常任理事は、「病院薬剤師は多職種による院内チーム医療においては

キーパーソン的な存在」との認識を示した。一方、「ドラッグストア、大手調剤薬局の方は初任給が良いため、どうしても卒後すぐにそちらの方に就職されてしまうという実態がある」と指摘し、人材不足が解消する気配はないと危機感を示した。また、病院の経営状態からドラッグストアなど同水準や上回る初任給を出すことはできない

との状況も説明し、「絶対数が少ないために病棟薬剤師配置が進んでない事情もあり様々な加算がなかなか取れない」との苦境も説明。「薬剤師の卒後教育」という意味も込めて、医師における初期臨床研修と同じように、病院薬剤師として卒後2年間は病院での研修を義務付けるなど、そういったことを真剣に検討する時期に来ている」と述べた。リフィル処方箋との関連では、「フィジカルアセスメントのスキルが未熟だと患者さんの変化に気づくことができない」と指摘し、病院研修で研鑽を積み必要性を強調した。

### 2025年度 第3常任理事会の抄録 6月7日

#### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 北海道 医療法人社団静和会静和記念病院 院長 神山 俊哉
  - 東京都 医療法人財団健和会柳原リハビリテーション病院 院長 八巻 秀人
  - 東京都 医療法人財団健貢会総合東京病院 院長 渡邊 貞義
  - 岐阜県 美濃市立美濃病院 院長 阪本 研一
  - 静岡県 静岡県厚生農業協同組合連合会中伊豆温泉病院 院長 安田 勝彦
  - 岡山県 医療法人三祥会幸町記念病院 院長 田中 信一郎
  - 広島県 医療法人社団啓卯会村上記念病院 理事長 山邊 高司
- 退会が4件あり、正会員は合計2,561会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
  - 石川県 医療法人社団洋和会川北温泉クリニック 理事長 池田 太一郎

- 愛知県 医療法人九愛会中京サテライトクリニック 理事長 林田 裕作
- 熊本県 公立菊池養生園診療所 所長 前川 愛
- 準会員は合計145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 鹿島建設株式会社 (代表取締役社長 天野 裕正)
- 結果、賛助会員は合計115会員となった。
- 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>
    - 神奈川県 医療法人同愛会小澤病院 理事長 小澤 顯一
    - 茨城県 医療法人社団愛友会勝田病院 院長 石山 純司
    - 千葉県 医療法人社団愛友会津田沼中央総合病院 院長 須田 明
    - 埼玉県 医療法人社団協友会東川口病院 院長 田辺 知宏

人間ドック実施指定施設は合計414施設となった。

#### 【主な報告事項】

- 審議会等の報告
  - 「中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会」の報告があり、質疑が行われた。
  - 「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」について報告があり、質疑が行われた。
  - 国民医療推進協議会総会について報告があり、質疑が行われた。
- 病院機能評価の審査結果について
  - 主たる機能
    - 【3rdG: Ver.2.0】~順不同
  - ◎慢性期病院
    - 埼玉県 平成の森・川島病院
  - 【3rdG: Ver.3.0】
    - ◎一般病院1
      - 北海道 札幌清田病院
      - 宮城県 永仁会病院
      - 埼玉県 池袋病院
      - 静岡県 西伊豆体育会病院
      - 広島県 シムラ病院
      - 熊本県 杉村病院
    - ◎一般病院2
      - 福岡県 健和会大手町病院

- 山形県 山形済生病院
- 群馬県 黒沢病院
- 神奈川県 東名厚木病院
- 神奈川県 横浜新都市脳神経外科病院
- 兵庫県 神戸百年記念病院
- 福岡県 福岡青洲会病院
- 鹿児島県 相良病院
- 鹿児島県 種子島医療センター
- ◎リハビリテーション病院
  - 神奈川県 箱根リハビリテーション病院
  - 大分県 大分リハビリテーション病院
- ◎慢性期病院
  - 福岡県 香椎原病院
- ◎精神科病院
  - 栃木県 宇都宮病院
  - 奈良県 秋津鴻池病院
- 5月9日現在の認定病院は合計2,147病院。そのうち本会会員は878病院と、全認定病院の40.9%を占める。
- 【主な討議事項】
  - 政府の「経済財政運営と改革の基本方針2025」(骨太方針2025)の検討状況等について資料などに基き説明があり、討議した。

# ポリファーマシー対策の指標を検討、薬剤の種類も提案

## 高齢者医薬品適正使用検討会 全日病の美原副会長「対策のアウトカムは診療報酬で評価を」

薬物有害事象が問題となりやすい高齢者の薬物療法の適正化(ポリファーマシー対策)の結果として、多剤服用による害(ポリファーマシー)を回避または減少させるための具体策やアウトカムを評価するための指標に関する検討が進んでいる。7月9日、厚生省の「高齢者医薬品適正使用検討会」(印南一路座長)では、2024年度厚生労働省委託事業として株式会社NTTデータ経営研究所が実施した「高齢者の医薬品適正使用推進事業」の結果を共有し、ポリファーマシー対策のアウトカムを導出するための「指標(例)」などについて検討した。

同検討会で構成員を務める全日病の美原盤副会長は全日病ニュースの取材に対し、「今後は、ポリファーマシー対策によるアウトカムを明らかにし、適切なアウトカムが診療報酬で評価されるようになることを期待している」との見解を示した。

### 実効性あるポリファーマシー対策 推進へ段階的に社会実装を検討

厚生省は現在、実効性のあるポリファーマシー対策を推進するため、モデル事業などを実施しながら段階的に具体策の検討を進め、社会実装を目指している。同日の検討会では、埼玉県と広島県で実施した

「運用調査」の結果を共有。地域の多職種連携でポリファーマシー対策を進める会議体の設置など体制整備は進んだが、2023年度に作成した手順書に「地域ポリファーマシーコーディネーター」や「薬剤調整支援者」の役割が具体的に記述されていないことなどが要因となって、多職種間の役割分担や担当者の任命が円滑に進まないなどの課題が浮き彫りとなった。

ポリファーマシー対策の効果を可視化するための指標については、同事業で八王子市の医療・介護保険のレセプトデータとNDBオープンデータを活

用したビッグデータ、解析により検討。抗コリン薬など薬剤起因性老年症候群の原因薬や高齢者に有害事象を引き起こしやすいと考えられている薬剤(PIMs)の処方状況などを分析し、「指標となり得る薬剤」をあげ、①処方頻度が高い②安全性の観点でメリットが大きい③指標の作成容易性が高い④代替薬剤・代替療法がある一〇の4つの観点を踏まえて5つの「個人属性」と3つの「療養環境」ごとに分類した(図表)。その上で、「指標(例)」として、次の組み合わせを提案した。

指標(例) = 個人属性・療養環境×薬剤×処方状況

「処方状況」については、処方割合、処方薬剤の種類数、投薬期間、投与量、使用量などで構成すると説明した。

構成員からは、「指標となり得る薬剤」の処方数を減らすなどアウトカムを追求した場合に、患者が必要とする薬剤の処方に制限がかかるようでは本末転倒との意見が出た。

### 電子処方箋の普及を急ぎ 医師と患者の話し合い後押しを

このほか構成員からは、地域でのポリファーマシー対策を推進するため、電子処方箋の普及を急いで処方薬剤などを適時で把握できる環境をいち早く整え、医師と患者が正確な情報に基づき話し合いができるよう後押しすべきとの意見が出た。

また、八王子市だけの分析ではなく、他の自治体データとの比較や、可能であれば全国との比較による検証なども検討した上で指標を設定すべきとの意見も出た。

個人属性	指標として活用できる薬剤例
全て	・睡眠薬、抗不安薬 ・抗コリン薬 ・抗精神病薬 ・NSAIDs ・抗不整脈薬
90歳以上	・睡眠薬、抗不安薬 ・利尿薬 ・便秘薬
要支援1、2	・睡眠薬、抗不安薬 ・利尿薬 ・便秘薬
要介護認定あり	・抗精神病薬 ・利尿薬 ・便秘薬
認知症診断あり	・抗精神病薬 ・利尿薬 ・便秘薬

療養環境	指標として活用できる薬剤例
全て	・睡眠薬、抗不安薬 ・抗コリン薬 ・抗精神病薬 ・NSAIDs
在宅	・利尿薬 ・α遮断薬 ・制吐薬 ・糖尿病薬 ・第一世代H1受容体拮抗薬 ・抗不整脈薬
特養	・利尿薬 ・α遮断薬 ・制吐薬 ・糖尿病薬 ・第一世代H1受容体拮抗薬

### 一冊の本 book review

#### マンガで読む ロコメディカルのなかま ~新型コロナウイルス感染症病棟の思い出~

著者●医療法人ロコメディカル江口病院  
出版社●株式会社ロコワールド  
定価●1,000円(909円+税)

全日本病院協会会員病院である医療法人ロコメディカル江口病院が、新型コロナウイルス感染症への対応を次の世代の方々に残すためのプロジェクトの一環として制作した本書では、職員から集めた体験談がマンガとして描かれている。親しみやすい絵柄でありながら、当時のコロナ病棟における緊張感や閉塞感、各職種の専門職ならではの葛藤がダイレクトに伝わってくる。

今後、コロナ禍を経験していない職員が増えていく中で、「職員が何に悩み、どう向き合ったのか」という記録は、次の感染症パンデミック対応時の教訓や不安と向き合う心の拠り所となるだろう。

なお本書は、一般の書店等では販売されていない。Amazonで購入可能なので、ぜひ多くの方に読んでいただきたい。(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
サイバー攻撃に関するBCP研修(WEB開催) 60名	2025年9月4日(木) 13:30~16:50	23,100円(24,200円)(税込)	病院の理事長や院長、その他責任者を対象に、サイバー攻撃への事前の備えや病院のBCP(事業継続計画)に盛り込むべき内容などへの理解を深める。研修の内容は、サイバー攻撃のリスクを低減させるための対応などに関する講義とサイバー攻撃を想定したワークショップの2部構成。実際の被害事例や2025年5月に更新された厚生労働省の「サイバーセキュリティ対策チェックリスト」(立入検査時の確認項目)の内容なども解説する。
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。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会 ベーシックコース 48名	2025年9月11日(木) 10:00~16:30	14,850円(19,250円)(税込)	医療機関内に個人情報保護に関する正しい知識を持って職員等を指導できる人材の育成が目的の研修。具体的な内容は、講義形式で個人情報保護法に関する基礎知識や改正法、医療・介護分野における個人情報保護法に関する知識などを身につける座学、と、全日病の個人情報相談窓口実際に届いた問い合わせ事例を用いた課題に取り組むグループワークで構成する。
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く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。