



全日病NEWS

2025.9.15 No.1086

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

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

オレゴン・ルールというトリレンマ

オレゴン・ルールをご存じだろうか？米オレゴン州政府が、限られた医療資源の中で、その提供体制を構築するうえで、優先順位をつけることを目的にして作られた「ルール」である。それは、

“国民は、質(Quality)、コスト(Cost)とアクセス(Access)のうち2つは得ることができるが3つを同時に満たすことは不可能である”

というトリレンマだという。これは世界の医療提供の常識ともいわれている。しかし、日本の医療は国民皆保険制

度とあまねく全国に張り巡らされた医療機関網によって、この3つを実現しようとしてきた。そういった意味では、世界に誇る稀な制度の国であったかもしれない。その質が高く、安い値段で、待ち時間が少なく医療を受けることができる奇跡の秘密は何であったのか？

それは、我々医療機関、医療従事者の献身と犠牲に基づいていたのではないだろうか。その医療機関の経営が物価高騰の影響もあって悪化し、持続可能性が危ぶまれる。さらに、医療従事者も生産年齢人口の急減の上に働き方改革の波が襲い、加えて他産業との賃金格差によって集まらなくなった。

今こそ、以下のように3つの中で何を守るか、何を犠牲にすべきかを考える時ではないだろうか。

●Quality × Cost (質と効率は守る)

高品質で費用対効率の良い医療を提供するためには、アクセスは制限され

る。まさに英国のNHSの仕組みだ。病院における質の高い診療、手術や治療を受けるためには、長い待ち時間が必要なのである。がんの手術は診断から1年待ちという事例も英国では当たり前だ。また、高度先進医療を特定施設に集約し、遠方の人には利用困難な状況を作らざるを得ないのである。

●Quality × Access (質とアクセスは守る)

誰もが希望すれば、高品質医療をすぐに受けられるためには、コストの負担が必要だ。今後、そのために財政の出動(=税・保険料負担の増額)に国民が納得するか、別途に質とアクセスを自己負担で買うかということになるかもしれない。米国のHMO(Health Maintenance Organization)は高い保険料と引き換えに良質なアクセスを保証し、公的保険制度メディケア・メディケイドは質とアクセスを保証しない。

●Cost × Access (効率と平等なアクセスは守る)

誰もがいつでも安く医療を受けられるが、質は一定程度で頭打ちということだ。公的医療が最低限保障される途上国モデルに近いが、もし、日本の医療費を抑えるならば、この質の低下に国民は納得できるかということになる。

限られた医療資源の中で、国民皆保険を護り、3つのバランスを取る仕組みが理想だ。しかし、それには限界があり、どの2つを優先するかは社会的選択ということになる。現今の国の政策の柱は、「質とコストのバランスを優先し、アクセスを調整」する方向、つまり集約化・機能分担・適応制限を伴うシフトなのかもしれない。しかし、ここでセイフティーネットの医療は皆保険で、高額な先進医療は税による補助や民間保険併用などでといった2階建ても検討すべき時に思えてならない。

2040年の医療提供体制へ「話し合いを促す」

夏期研修会

厚労省総括審議官・佐々木氏が私見「一緒に解決を」



全日病は8月24日、秋田市内で「少子高齢化の先進県秋田から、オール秋田で発信するこれからの医療より、今後の医療経営のヒントを探る」をテーマに夏期研修会を開き、中央行政に関する動向のほか、秋田大学が主導する医学教育改革や高血圧対策などについて知見を深めた。

「特別講演」では、秋田県横手市の生まれで秋田大学医学部医学科卒・同大学院卒と、秋田県とのゆかりが深い厚生労働省大臣官房危機管理・医務技術総括審議官の佐々木昌弘氏が登壇。患者数の減少が現実的となる2040年を見据えた医療提供体制の整備や「新たな地域医療構想」について、「行政官として、『行政はどこまで公権力を行使し、どこまで先生方の自由を守るのか』は永遠のテーマ」と語った上で、私見として「今、公権力の介入はここまでにとどめ、データによる介助をより精緻化し、地域医療構想調整会議などにおける地域の関係者が集う協議の場での話し合いを促すというストーリーが加速すれば」との期待を示した。

佐々木氏は、国会で継続審議となっている医療法等の一部を改正する法律案(医療法等改正案)の概要として◇地域医療構想の見直し等◇医師偏在是正に向けた総合的な対策◇医療DXの推進の3点をあげ、要点などを説明した。

その上で、自民党、公明党、日本維新の会の国政3政党が合意(自公維3党合意)した主な事項である①社会保障改革による国民負担の軽減の実現(病床削減の拡大と医療DXの加速化)②医療法案における修正と本年国会での成立③介護等従事者の処遇改善の措置④協議体の継続と本合意の実施とあるように、医療法等改正案の成立は②の「医療法案における修正と本年国会での成立」とそれに関連する③の「介護等従事者の処遇改善の措置」等の動向も影響を受けると解説した。

2026年度の診療報酬改定に向けた議論や改定率の決定にも関わる本年末の予算編成に向けては、「医療分野に直接は関係しない内容も含めた連立方程式で動いていく」と述べ、次の9項目をあげて動向の注視を呼びかけた。

- ・ 経済・物価動向等を踏まえた対応のあり方
- ・ 診療報酬改定・薬価改定、介護・障害福祉分野の処遇改善のあり方
- ・ 創薬力強化に向けた支援、後発医薬品業界の再編推進等に向けた対応
- ・ 生活扶助基準の次回見直しに向けた消費データの充実・活用と当該データを活用した社会経済情勢等の動向を踏まえた必要な対応の検討
- ・ 持続可能な医療・介護保険制度に向けた対応(改革工程等)
- ・ OTC類似薬の保険給付のあり方の見直しなど自公維3党合意(2025年6月11日)に関する改革への対応
- ・ 高額療養費制度に関する対応(本年秋までに方針を検討し決定)
- ・ 実効性のある医師偏在対策に向けた経済的インセンティブに関する検討
- ・ 標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた対応、小児・周産期医療提供体制の確保に向けた対応

病院経営≠制御不能なトロッコ、「解決策を一緒に考えたい」

佐々木氏は、政策決定プロセスや予算の決定・執行だけでなく医療提供体制の整備についてもさまざまな要素が複合的に絡み合うと指摘。その上で、病院経営を考えるためのケーススタディとして、「トロッコ」に喩えた下記を提示した。

- ①走行中のトロッコが制御不能になった。このままでは、前方の作業員5人が轢かれる。
- ②トロッコの進路を切り替えれば5人助かるが、そちらの路線にいる作業員1人が轢かれる
- ③あなたは、偶然、線路の切替スイッチの側にいます。走路を変えますか？見過ごしますか？

- 課題1：あなたはどうしますか？
課題2：上記の条件を、病院経営の観点で置き変えてください
例) 作業員、偶然、スイッチ、トロッコ、側、人数
課題3：それを研究や法律や協議で、解決する方法を考えてください。解決の定義は任せます。



「この喩えを、ご自身の病院経営、あるいは地域医療の視点に置き換えると、解決するために、条件を整えるために、どういう制度が必要で、どういう地域医療構想実現のための調整が必要かという、まさに地域医療構想調整会議で話し合っていたいただきたい内容になる」と説いた。その上で「課題3.については、みんなで考えていきたい。私も一緒に考えます」と述べ、締めくくった。

神野会長「足かせは人員配置基準」佐々木氏「論点になる可能性」

質疑では全日病の神野正博会長が①労働生産年齢人口が減っていく中で、看護師が7対1で揃ってさえいれば「入院基本料1」が取れるような人員配置基準は足かせでしかなく、DXを絡めた緩和により生産性向上を図るべき②今後は過疎地において広くあまねくサービス提供することが困難になる中、機能の集約化や圏域の広域化の検討に反発が起こる状況に対する打開策の2点について見解を求めた。

佐々木氏は、労働生産年齢人口の減少への対応として、まず総労働力を確保する試みが必要との見方を示した。具体的には、



1971～1974年生まれくらいの「第二次ベビーブーマー世代」を念頭に「同一労働同一賃金、も考慮しながら民間の雇用慣行などの見直しは必須との考え。人員配置基準については、中協ではこれまでの改定でもそうであったように、2026年度の診療報酬改定に向けた議論でも、論点になり得るとの見方を示した。

過疎地における医療提供体制については、「例えば秋田県における除雪・雪よけをどこまでするかという話に置き換えることができると思う」と述べた上で、「自治体が直面している課題であり、必要性を鑑みて地方自治の中で進めていくべきもの」との考えを示した。「自治体の選択は、政府全体としてもサポートできるようにする。地方創生の手法が必ずしもこれまでと同じではないということもご理解いただく必要がある」とも述べた。

(2面へつづく)

本号の紙面から

- デジタル時代の医師像とは 2面
- 都市部の救急、職員の賃上げ 3面
- リハ職の専従要件「緩和」を 4面

(1面のつづき)

実態が伴わない救命救急センター、大学病院等からの圧力など問題視

全日病の小關剛常任理事は、「新たな地域医療構想」における「医療機関機能」については、地域の実態をどこまで評価した上で決める方向性で検討しているかと質問。特に実態が伴わない救命救急センターの存在を問題視。「コロナ禍におい



小關常任理事

てECMO対応不可の救命救急センターの存在や受け入れるべき症例を受けられていない実状」など、実績評価についての疑問があると改めて訴えた。

加えて、地方における医師偏在について、大学病院等からの圧力により、民間病院が専攻研修プログラムを組むことができず、医師確保が困難になっている例もあるとの状況も明かした。

佐々木氏はまず、厚労省が「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、全日病ニュース7月1日号など参照)で議論もするなど、地域の中での医療機関の役割の相対関係が変わっていくと説明。その上で、今後策定する「新たな地域医療構想」における「医療機関機

能」についても具体化が始まっていると指摘。「例えば、『稼働させた日数』などのデータも出てきており、今後は〘看板、と〘実態、の関係などをつまびらかにすることで、自然と議論なのか、自らの判断でなのか、実際の機能に振り向けられていく。その中で、さまざまな偏在、医療機関間の偏在も収束していくというストーリーになるはず」との私見を述べた。

「慢性期医療をなくす発想はない」 佐々木氏「手間の数値化が重要」

全日病の木下毅監事は、療養病床について質問。「新たな地域医療構想」では「医療機関機能」に「慢性期医療」などの区分がないと指摘し、「慢性期の

治療・療養を医療からは締め出し、介護の方でやるように」というような思想があるのか」と問うた。

佐々木氏は、「今の時代、多くの患者さんは最終的には慢性期医療の対象になる。医療から慢性期医療を締め出すという発想は非現実的」と断言。その上で、今後の慢性期医療を考える中では「手間の数値化が重要になる」との考えを示した。「介護保険における要介護度は手間がかかる時間の換算を基本にしている。医療でも診療行為のみならず、手間、つまり時間がかかることによって職員の賃金が発生している状況をどうするのか」という視点も参考になるのではないかと見通した。

デジタル時代にこそ思いやりある医師・医療者が必要

夏期研修会

秋田大大学院・長谷川教授「目指せ!メイヨークリニック」



長谷川教授

8月24日に全日病が秋田市内で開いた夏期研修会では、「講演Ⅰ」として秋田大学大学院医学教育学講座の長谷川仁志教授が「次世代の医学・医療を拓くデジタル教育の新たなステージへー患者さんと一緒に生成AIを活用して理想的なチームビルディングを目指そうー」と題して講演。医学部1年次から医療面接演習やOSCEの実施など「総合的な診療能力」を培うための秋田大医学部カリキュラムについて解説し、「先進的なデジタル時代こそ、思慮深く思いやりある医師・医療者としての人間性教育を重視すべき」と語った。

長谷川教授は、日本医学教育学会が今年7月25～27日に秋田市内で開催した第57回大会でまとめた秋田宣言2025を紹介。「卒前教育から生涯教育まで一貫したこれからの医学・医療教育の理想に向かって」と題し、次の内容をまとめた」と説明した。

【秋田宣言2025】

すべての医師・医療者は、より理想的な医療を実現していくために、

- ・ 思いやりの心、誠実さ、信頼性、心理的安全性、省察・探究する意識を持ち、思慮深く行動する。
- ・ 医療的テクニカルスキルのみならず、理想的な組織やチームビルディングのためのノンテクニカルスキルを修得、拡げ、チーム医療の質を継続的に向上させる。
- ・ 優れたデジタル教育体制の構築と良質なデジタル教材を提供し、医療者、医療チームや組織、患者や社会による活用を促す。

その上で、「目指せ!メイヨークリニック」を旗印に、医学部教育の改革を進めるべきと訴えた。

メイヨークリニックは人口12万人の地方都市で1265床の病院。教育を最重視して研究と臨床の質を向上することで病院機能を強化し、7年連続で全米

トップ病院に選ばれていると紹介。世界的にも、医学部教育の動向が、◇指導者すべてが「マナー・コミュニケーション重視」で総合力や基本を重視◇一番多く重要で保証すべきなのは一般的な病気・症状・病態・検査値への対応◇各科専門医であっても、一般内科領域(医師としての基本診療)をカバーする◇医療を受ける国民のために頻度の高い疾患・ピットホールをいかに印象的に教えるか、パフォー

マンスレベルを保証するかを工夫◇シミュレーション教育センターを卒前・卒後で活用◇デジタル活用教育も同様ーの6点が中心になっているとも説明し、「世界が目にする超高齢社会である日本、その最前線を走る秋田から皆様とともに新たなビジョンと実践を発信する」と語った。

卒前教育から生涯向上すべきコンピテンス・コンピテンシーとして①コミュニケーション能力(スキル)②情報収集力(医療面接、身体診察、検査、EBM)③総合的判断力(臨床推論、心理、倫理)④テクニカルスキル(手技)の4点をあげ、「④のみと勘違いされやすいが、①②③が重要」と強調した。

秋田大医学部が取り組む「卒前・卒後シームレスに展開する県内一体化した6年間一貫統合教育カリキュラム」については、卒前教育の『医学』は1科目として教える」と説明。6年間各分野が連携して継続的に教育する主な項目として「プロフェッショナルリズム」「倫理」「医療行動科学コミュニケーション」「医療安全」「EBM」「医療法・制度」「主要症候への臨床推論・基本対応」をあげ、「全体を関連させ、水平・垂直統合教育を意識している」とも述べた。

患者と一緒に生成AIを活用し、理想的なチームビルディングを

生成AIの活用にも言及。今後、診療の前後で患者・家族が生成AIを多様化する想定で米オープンAIの「ChatGPT」を利用した臨床現場での活用法を独自に検討した結果から、「患者・家族の信頼を保ちつつ診療の質を高めるための重要ポイント」として下記の内容をあげた。

1. 受け止めと安心の提供
 - ・ **まずは傾聴**：「調べてくださったのですね」「関心をもっていただいて大変良いことです」と患者さんや家族の努力を尊重。
 - ・ **否定ではなく補足**：「AIは幅広い情

報を示してくれますが、最新の医学的エビデンスやお一人お一人の状況には必ずしも対応していないことがあります」と伝え、受けた情報を出発点として扱う。医療側も楽に効果的に。

2. 情報の正確さ・適合性の確認
 - ・ **一般論と個別性の違いを説明**：AIの回答は「平均的な一般情報」であり、個々の病歴・検査結果・合併症などを十分に反映できないことを明確にする。
 - ・ **リスク情報のバランスを調整**：AIが強調する副作用や稀な合併症に過度に不安を抱くケースもあるため、「頻度」や「リスクと利益のバランス」を具体的に示す。
3. 共通言語の形成
 - ・ **調べた情報を確認する場を設ける**：「AIで調べた内容を教えていただけますか?」と促し、誤解や不正確な理解を修正できる。
 - ・ **視覚資料や図表を活用**：専門的な説明を図やシンプルな資料で補うと、AI情報とのすり合わせが容易になる。
4. 信頼関係と診療力の強化
 - ・ AIを〘相談相手、にして良いと伝えるが、最終判断は医師との共同作業であることを強調する。
 - ・ **心理的安全性を担保**：「どんな質問でも遠慮なくしてください」「ご家族の意見もぜひお聞かせください」と話しやすい雰囲気を意識する。
5. 教育的アプローチ
 - ・ **情報リテラシー教育**：AIの情報には限界や偏りがあることを理解してもらい、信頼できる医療情報源(公的機関、学会HPなど)も紹介する。
 - ・ **次回に向けた視点**：「AIをうまく活用して一緒に考えていきましょう」と伝えることで、患者さん自身の自己学習を肯定的に導く。

長谷川教授は、「これからはAIを使ってきた患者さんやそのご家族に説明する時代。教育的アプローチで一緒に考えていこうということをやっていく時代になっていく」と強調した。

秋田大大学院・野村教授

「2つのアプローチで行動変容」

「講演Ⅱ」では秋田大学大学院衛生学・公衆衛生学講座の野村恭子教授が秋田県健康課題としてあがっている高血圧に関する「ポピュレーション・アプローチ」と「ハイリスク・アプローチ」の重要性を解説。「治療率や管理率が不十分であり、厳格に血圧を治療するハイリスク・アプローチが不可欠」と語った。

秋田県は塩分の摂取量が高い生活習

慣が一般的。食塩摂取量は10年前と比べ減少傾向を示しているものの、全国との比較では高く、これまでの調査結果では1日の平均摂取量は男性で11.7g、女性は9.7gとなっており、秋田県としては目標値を8gに設定している。これまで「ポピュレーション・アプローチ」として、野菜の摂取を促すイベントや低塩分食の提供、「尿ナトリウム比」チェックやショッピングモールと連携した歩行を促すイベントなども実施してきた。また「胃」と「大腸」の消化管がんが多いこともわかっている。また対全国比で喫煙率が高いとの調査結果もある。

2022年10～12月に秋田県内の9地域の474世帯計1212人を対象に実施した「県民健康・栄養調査」で得られた計211世帯の505人(有効回答率41.7%)分の回答を解析したところ、現状で10.1gと目標値に到達していなかった。1日の塩分摂取量が平均で8g以上となる「高塩分摂取群」は約70%(298人)だった。年齢別では「20～30代」8.82g、「40～50代」9.54g、「60代以上」10.43gで高齢者に多いことがわかった。また「男性」の10.89gより「女性」が9.36gと低いとの傾向も明らかになった。塩分摂取の食品分類別構成をみると、ソース類やドレッシング、各種たれ類などが含まれる「その他の調味料」の割合が高かった。



野村教授

秋田名物「いぶりがっこ」ではない塩分摂取量が高くなる理由とは

野村教授は、「名物として知られる『いぶりがっこ』のように、秋田のソウルフードは『がっこ(漬物)』だが、塩分摂取の要因としてはほとんど影響がない」と明かし、「秋田の人は焼肉のたれを好む人が多くスーパーにたくさん並んでいることから、調査結果には合点がいく」との所感を述べた。

このような傾向から野村教授は、塩分摂取量を下げる食生活を含む生活習慣の改善を図る「ポピュレーション・アプローチ」の継続に加え、厳格に降圧治療を施し、高血圧の治療率や管理率を引き上げる「ハイリスク・アプローチ」が不可欠と強調した。

都市部の救急医療、「役割分担の明確化を」

地域医療構想&医療計画検討会

全日病・猪口副会長「大病院が二次救急で経営改善」

全日病の猪口正孝副会長は8月27日、構成員を務める「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、「新たな地域医療構想」で設ける「医療機関機能」のうち「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」とを明確に区別するためには、特に都市部における救急医療の役割分担を明確にすべきと主張した。高度な治療や医療資源を大量投入しなければならない高度急性期を担うべき三次救急の医療機関が、中小病院の多くが地域で担っている二次救急にまで進出する場合、医療提供体制が崩れかねないとの問題意識がある。

猪口副会長は、「都市部において、大病院など大病院が積極的に二次救急を受けて経営改善策にしているということをよく耳にする」と述べた上で、「(新たな地域医療構想の)『高齢者救急・地域急性期機能』を担う病院の患者を大病院が吸収するような状況が続くと、二次救急病院が経営破綻するということも起こり得る」と危機感を寄せた。「結局、大病院のみになって地域の医療アクセスが悪くなるなどということは避けたい」とも述べ、「医療機関機能」を定める際は、都市部における救急医療の役割分担も明確化すべきと訴えた。

多くが「医師少数区域」へ転落？

大学病院本院の医師派遣の理想とは

また猪口副会長は、大学病院本院の医師派遣機能を評価する際は地域の医師需要なども鑑みつつ慎重に検討すべきと意見した。評価を厳しくした場合に大学病院本院の医師派遣に関する動機付けが不十分となり、地域によっては急激な医師不足が起りかねないとの懸念がある。

厚生労働省は同日の検討会で、大学病院本院について「高度な医療提供、医師派遣機能も含め、地域医療に対する積極的な役割を果たすことが求められている」と指摘した上で、次の通り「役割」と「見直しに係る方向性」を示した。厚労省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」で提示した資料からの抜粋。

(1) 大学病院本院に期待される役割

大学病院本院については、これまで高度の医療提供などにおいて重要な役割を果たしてきたが、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待される。一方で、大学病院本院は、医療提供以外にも、医学生を含む人材育成・供給や医学の進歩にも寄与する研究開発の推進を担う機関であり、豊富な医療資源等

を活用したより高度な取組も望まれる。

(2) 大学病院本院である特定機能病院の見直しに係る方向性

これらの基準のうち、以下の項目については、具体的に次の事項を求めようか

■ 地域に一定の医師派遣を行っていること

医師派遣の実績については、出向等の派遣形態によらず、派遣先の医療機関における常勤換算医師数を基本として基準を設定する。この際、特定機能病院は、派遣先の医療機関における医師養成に係る教育体制や処遇改善策等について、派遣形態ごとの状況等も含めた把握や、継続的な課題抽出、必要な取組を求める。

また、医師派遣の実績の評価に当たっては、医師が多い地域から少ない地域への医師派遣等を適切に評価できるよう、例えば、派遣先・派遣元の医療機関が所在する地域の医師の状況等による補正を行う一方で、同一法人の医療機関に派遣する場合や、著しく長期に同一の医療機関に勤務している場合であって、課題がある場合につ

いては、医師の状況や指導等の状況も踏まえ、一定の評価に留めることを検討すべきである。

なお、併せて、特定機能病院に対しては、地域医療構想や医師確保計画等と整合した形で地域貢献・医師派遣が行われるよう求めるとともに、管理者は、実績報告において、当該特定機能病院における医師派遣の全体像を把握し、地域医療構想や医師確保計画等との整合に関する状況等を報告するものとする。

分院の存在有無シミュレーションを

猪口副会長は、「同一法人の医療機関に派遣する場合や、著しく長期に同一の医療機関に勤務している場合であって、課題がある場合については、医師の状況や指導等の状況も踏まえ、一定の評価に留めることを検討すべき」との方向性について懸念を表明。加えて、「大学病院の分院がいなければ、地方において『医師少数区域』に転落してしまうところが多いのではないかと指摘。「大学病院の分院の存在がないと仮定したらどうなるのか」というような評価も一考だ」と述べ、シミュレーションなどを経た上で方針を決定すべきとの考えを示した。

病院職員の賃上げ原資「診療報酬の仕組み見直しを」

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「スライドできる制度設計が必要」

全日病の津留英智常任理事は8月21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、病院職員の賃金引き上げ幅を他産業と同水準にするためには診療報酬の仕組みの見直しが必須と主張し、「診療報酬制度の中に(賃金・物価の上昇に合わせて)スライドできるような仕組みを入れるような制度設計を考えるべき」と訴えた。「他産業に見合う賃上げができない状況が続けば、(人材流出など)大変な問題になる」との認識も示し、入院基本料など診療報酬本体の引き上げがなければ、医療従事者の根本的な処遇改善には繋がらないと強調した。

改定率で約4.6%分の不足との試算も「2024年度改定に遡って補足を」

津留常任理事は、厚労省が同日の分科会で示した「ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率(計画値)」(図表)で、2024年度の加重平均値が2.69%、2025年度も同3.40%となっている状況について、「診療報酬本体が上がらなければ話が始まらないということが十分理解できる内容だ」と述べ

た。「このままインフレ基調が続き他産業のベースアップが2025年春闘と同水準の5%程度で推移した場合、格差が広がり続けてしまう」とも指摘。「まず2024年度の診療報酬改定に問題があったのではないかと」の疑問も呈し、「病院団体として試算した結果では、改定率で約4.6%分の不足が出ている」とも明かし、2024年度の診療報酬改定に遡って補足すべき分を計算し直す必要があると訴えた。

ベースアップ評価料のあり方議論

「中医協総会と双方で深めたい」

津留常任理事は、ベースアップ評価料について中医協総会と情報共有を図りながら議論を深めるべきとも主張した。「例えば看護職員処遇改善評価料と、入院ベースアップ評価料を1つにまとめるような作業も場合によっては必要」との考えを示した。

厚労省はベースアップ評価料に関する今後の検討について、「分科会は、技術的な事項や調査の評価を担う。具体的な設定等については中医協総会、あるいは他のところでも議論があると思う」と前置きした上で「今、現時点

で予断があるものではございません」との回答にとどめた。

賃上げ促進税制の利用わずか19%

四病協調査の結果にも言及

津留常任理事は賃上げ促進税制についても言及し、利用が進まない状況を検証すべきと意見した。全日病などで構成する四病院団体協議会(四病協)

が実施した緊急調査の結果では、賃上げ促進税制が活用できた医療機関は約19%にとどまっていたことを紹介。理由は「病院形態として賃上げ促進税制を利用できない」(35%)、「赤字のため」(同)など。「ほとんど使えていないという結果が出ている。そういったことを検討するにあたり、今後はデータなどの提示を」と求めた。

2024・2025年度ベースアップ評価料届出医療機関の賃金増率(計画値)					
2025年6月30日時点集計値					
対象職員全体					
	全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所(無床)	歯科診療所(無床)
医療機関数	7318	4488	692	1562	576
2024年度 加重平均値(%)	2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
職員数(人)	107万6575	103万1834	1万7825	2万3234	3681
2025年度 加重平均値(%)	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
職員数(人)	110万2271	105万7665	1万7888	2万3087	3632
賃金増率 差分(ポイント)	0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

2025年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関(賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料(1)の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件)のうち、2024年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の1,835件を除いた7,318件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」=「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」÷「賃金改善前の基本給等総額」
なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

出典：厚労省保険局医療課調べ

厚労省資料を一部改変

病院給食は赤字「国民に周知を」

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「自費負担も選択肢」

8月21日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)では、同分科会での「中間とりまとめ」(全日病ニュース9月1日号など参照)を経て2周目の検討として食事療養も取り上げた。委員を務める全日病の津留常任理事は、病院給食が赤字の状態を提供されている状態について国民に周知すべきとの考えを示した上で、一部を患者の自己負担とすることも含め

た検討の必要があると主張した。

検討の方向性は2つ、「課題」は3つ

委託業者は「値上げ不可なら撤退」

同分科会の「中間とりまとめ」では、食事療養に関する今後の検討の方向性として◇医療の一環としての食事の質を確保するため、様々なデータを分析して実態を把握する◇嚥下調整食のようなニーズがあるが評価されていない

ものについて、実態を把握する一の手をあげている。厚労省は同日、課題として①食費の基準額を引き上げたが、医療の一環として提供されるべき食事の質の確保の観点から、現状をどのように評価するか②嚥下調整食や食堂の活用について、特別食加算や食堂加算の趣旨を踏まえ、現状をどのように評価するか③多様なニーズに対応して特別料金の支払いを受ける食事提供につ

いて、現状をどのように評価するか一の手をあげた。

津留常任理事は、30年ぶりに食事療養費の引き上げがあったものの、食材費、人件費、さらには米の価格上昇などが影響して委託業者からは委託費の値上げが不可能な場合は撤退を通知されている医療機関が多いとの実情を明かし、「病院の給食が赤字で提供されているという事実を国民は知らないのでは」と周知の必要性を強調。加えて、「改定財源とは別に、患者さんにご理解をいただいた上で、一部自己負担をお願いするというのも検討の選択肢の1つではないか」との考えを示した。

「東京は1つの医療圏」、13分割の維持「病床が過剰になる」

地域医療構想&医療計画検討会 全日病・猪口副会長が訴え、厚労省「できること整理する」

全日病の猪口正孝副会長は8月27日、厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、東京都を1つの医療圏とみなして2040年を見据えた「新たな地域医療構想」が策定できるよう制度設計すべきと求めた。約1300万人が住む大都市・東京を狭い二次医療圏に13分割している状況は「病床を増やし続ける」との窮状も訴えた。厚労省は、「制度上でできることと運用上でできることを整理する」と応じた。

東京の医療圏設定「病床が過剰に」猪口副会長「要らぬ過剰競争がある」

東京都病院協会の会長も務める猪口副会長は、東京都の面積2178.22km²が二次医療圏の全国平均1061km²の約2倍しかないにもかかわらず約1300万人が居住していると指摘。特に23区の二次医療圏の平均面積が全国平均の10分の1以下となる88.4km²しかなく、患者は二次医療圏に留まりきれず流出が多くなっているとの状況も改めて説明した。一方、発達した交通網によってア

クセスには困らないと指摘し、「通勤圏や通学圏、日常生活圏の範囲で受診する大病院を遠いとも感じない。都民も東京で働く医療人も、東京都は1つの医療圏であると感じている」と説いた。

加えて、1985年に13の二次医療圏に分割して以来、全体として既存病床数が基準病床数を上回る状態を生み出しているとも指摘した。都全体の基準病床数は、現状10万3966床で、既存病床数が10万4687床と721床も多いという計算になる。

特に都心を含む「区中央部保健医療圏」(編集部注：千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)では約7600床、都庁所在地を含む「区西部保健医療圏」(編集部注：新宿区、中野区、杉並区)では約1500床も既存病床数が基準病床数を上回っている。猪口副会長は、「逆に他の二次医療圏は病床が足りないと計算され『区中央部』と『区西部』以外では新規病院の開設希望が後を絶たない」と不条理とも言える状況に対する理解を求めた。「現実と合っていない

二次医療圏が原因で『病床が不足している』と計算され、医療機関は過剰競争を強いられてきた。看護師をはじめとする医療人不足の状況で、病院が新設されれば、結局どこかの病院がとばっちりを受けて閉院する」との窮状を重ねて訴えた。

「調整会議はどこも不満が噴出」「実態に即していないから」

その上で、「東京には不足している医療機能はないし、病床は足りている。そういう状況では連携こそが大事だが、それを話し合う地域医療構想調整会議の設置や5疾病5事業などの医療計画は二次医療圏ごと。実態に即していないため、どの会議でも不満が噴出している。地域医療構想に対する東京の医療人のストレスは極まっている」と明かした。「ぜひとも東京都は例外だと、それで済ますような制度設計は御免だ。包含するきちんとした制度設計をお願いしたい」とも述べ、厚労省による後押しも必要性も強調した。

猪口副会長は、厚労省が同日の検討

会で提示した「区域・医療機関機能の対応方針(案)」にも注文。「東京などの極めて人口の多い都市部について、複数の区域を設定することにより、区域での流出が多くなる場合がある。一方、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は区域内での医療資源の偏在などの懸念がある」と記された部分について、「表現は直していただきたい」と要請。「偏在などの懸念があるのではなく、今現在で偏在している。それを二次医療圏で縛り付けているとも考えられる」との認識を示した。その上で、「本当は病床を多くしたくないはずだが、東京では基準病床数の計算から増やさなければならぬ条件が逆に生まれている。ここをなんとかしてもらいたい」と述べ、是正の必要性を重ねて強調した。

このような訴えに対し厚労省は「実際の課題として起こっているということは理解できたので、制度上でできることと、運用上でできることを整理しながら、引き続きご議論いただきたい」と応じた。

リハ職の専従要件「緩和が必要」

入院医療等分科会 全日病・津留常任理事「他の病棟や外来の業務も可能に」

退院後の生活に向けた介入や急性期における早期のリハビリ介入の評価のあり方についても検討した8月21日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)では、委員を務める全日病の津留英智常任理事がリハ職の専従要件の緩和を求めた。

「人材確保が難しくなってくる」

各病棟入院料ともPT、OT、STに関する点数では専従を求めている。「急性期一般入院料1」では「リハ・栄養・口腔連携体制加算」に関して「専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専従常勤のPT/OT/STが1名以上」を定めている。「地域包括医療病棟入院料」の同加算では「専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上」「地域包括ケア病棟入院料1」では「専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上」「回復期リハビリテーション病

棟入院料1」では、「PT＝専従常勤3名以上、OT＝同2名以上、ST＝同1名以上」となっている。

また疾患別リハも同様で、例えば「脳血管疾患等リハビリテーション料」では、「専従常勤のPT5名以上、専従常勤のOT3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST1名以上」と規定。一方、他の疾患別リハビリテーション料においては常勤療法士との兼任は可能としている。

津留常任理事は、「今後、セラピストの確保もなかなか難しくなってくる」と指摘。「各病棟の入院料における専従要件を見直ししていただき、配置された病棟で行う業務以外の時間を有効活用して、他の病棟や外来でのリハビリ業務も可能とするようにできれば、限られたセラピストで、より有効にリハビリが提供できるようになるとの期待がある」と述べ、検討を求めた。

リハ均てん化にも「専従」は緩和を

津留常任理事は、曜日に関係なく患者の状態に応じてリハビリを提供し、良好な転機に導く体制整備のためにも専従要件の緩和が必要と訴えた。

厚労省は同日、「脳卒中に対する早期リハビリテーション介入の影響」と題した資料を提示し、「脳卒中(脳梗塞)発症後、入院2日目のリハビリテーション開始が退院時の機能転機に良好な結果を与える可能性がある(3日目以降の開始は不良な転機を与える可能性がある)」との分析結果を示す論文を紹介した。津留常任理事は、「限られたセラピストで土日・祝日も含めリハ提供を均てん化するためには、セラピストの働き方も看護師同様に土日・祝日出勤も当たり前というような意識改革も必要かと思うが、セラピストの有効活用という意味では専従要件を少し緩める検討も必要」と意見した。

「回りハ」の厳格化で検討を要望

FIM利得の現状「詳細に分析を」

同日は、回復期リハビリテーション病棟入院料(回りハ)についても検討。津留常任理事は、①回りハ届出施設のうちリハ実績指数の要件がない「回りハ2」と「回りハ4」でリハビリ実績指数が低い病棟が存在することから、一定の要件化を検討すべき②回りハの一部で廃用症候群リハビリ料の実施割合が高い状況について、原疾患に関する分析とリハの必要性などを分析した上で、質の高いリハ提供が疑われる場合は廃用症候群リハビリ料に関する患者割合に一定の制限を設けることも検討すべきの2点を要望した。

回りハの入院患者については、調査の結果で約64%の施設において退棟時のFIM得点が入棟時に比べ低下した患者割合が5%未満となっている。津留常任理事は、2024年度の診療報酬改定で重症者の受入率に関するハードルが上がったためにFIM利得が低い症例が増えている可能性があるとの見方を示し、「改定前後で重症者の受け入れとFIM利得の関係が分かるようなデータ」の提示を求めた。

■ 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
災害時の病院管理者等の役割研修(Web) 60名	2025年10月2日(木) 13:00～17:50	8,000円(11,500円)(税込)	大規模災害等発生時に病院に求められる患者・職員の安全確保や、新たな負傷者を受け入れるための病院機能の維持、活動場所の確保など、病院管理者らが取るべき処置や果たすべき役割などを学ぶ。対象者は病院管理者等(院長、副院長、各診療科部長、診療協力部門長、法人・経営本部部長、事務長)のほか、医療関連企業や地方公共団体に勤務中の方、当協会の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の隊員やDMAT隊員など。発災を想定したシミュレーション実習のほか、AMAT受入対応を想定した講義も予定している。本研修を修了した場合、「AMAT隊員更新」のための研修2単位に該当する。DMAT隊員が本研修を受講した場合はAMATとして認定する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンスコース 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。