



# 全日病 NEWS

## 2025.10.1 No.1087

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

### 神野会長とキーパーソンVol. 2 厚生労働省保険局・林修一郎医療課長

## 神野会長「その1シリーズから病院の経営に着目したのは画期的で期待」 林医療課長「`大きい改定、ではなく、未来志向の改定を目指す」



林課長

全日病の神野正博会長が2040年を見据えた医療提供体制の確保などをめぐりキーパーソンと語り合うシリーズ第2弾の今回は、2026年度の診療報酬改定で中心的な役割を担う厚生労働省保険局の林修一郎医療課長にご登場いただく。話は2人の共通でもある「面倒見のいい病院、から始まった。『`大きい改定、を志しているわけではない』『未来志向の改定を目指したい』と語る真意を紐解く(以下、敬称略)。

**神野** 今日はよろしくお願ひします。読者が一番聞きたいであろう診療報酬改定の話はあとで十分とするとして、まずはご自身が奈良県庁へ出向されていた際に打ち出した「面倒見のいい病院」の取り組みに込めた想いなどを聞かせていただけると嬉しいです。今に通じるものがあるのではないのでしょうか。

「自分が思いついたつもりだったが、神野先生が10年前に言っていた(笑)」

**林** よろしくお願ひします。私は2016年度の診療報酬改定を保険局医療課の課長補佐として担当した後に、出向した奈良県では、いわゆる「断らない病院」が必要だという政策課題が顕在化していました。奈良県では特に中規模の病院、「200~300床」くらいの病院が多かった。ちょうど公立3病院を統合する形で南奈良総合医療センターが開設したときで、医療機関を集約化すると同じくらいのマンパワーでも急性期の機能が上がるんだということ、を地域のみならず非常に実感しました。

**神野** なるほど。

**林** そういう中で、この先どこへ向かっていくべきなのかということをおなりに考え、「断らない病院」は必要だが、高齢化が進んでいく中で、生活面も含めて、いわゆる「治し支える」機能をどういうふうに分かっていたらいいように表現すべきかをずっと考えていました。例えば、「断らない病院」と「それ以外の病院」と分けた場合、あまりにもこれから大事な機能を表現できないと思ったし、医療機関にとっても機能

分化する際、その後の経営も見据えて安心して移行していくということができないだろうとも考えました。県内の医療・介護関係者のみなさんと話し合う際にも、急性期の医療機能は集約化する一方、在宅医療や介護との連携など、生活を支える機能を持つ病院が必要だと訴えていく中で、病気を治す病院ではなく、「生活もサポートできるよう、治して支える病院」の必要性から、病院の目指すべき姿の1つとして「面倒見のいい病院」を柱にしました。命名はある瞬間に自分が思いついたつもりでいましたが、調べてみると神野先生がその10年も前におっしゃっていると知りました(笑)。

(編集部注：奈良県の「面倒見のいい病院」については下記URLなど参照。  
<https://www.pref.nara.jp/60127.htm>)

**神野** ありがとうございます。ご自身としては意識されているか分かりませんが、今回の診療報酬改定も、「新たな地域医療構想」の流れも汲みながら、奈良のDNAも息づくのかなと思ひ、最初に聞かせてもらいました。

**林** 2025年に向けた地域医療構想については医政局の担当ですので直接関わっていただけではありませんが、当時は、まずは、病床の話から着手し、ああいう形にまとまった。ただ、当時から、将来を見据えた場合に、医療機関の機能分化や集約化も含め、何が重要かということは誰もが程度わかっていたと思います。奈良県では、病院の集約化の意義も県内でご理解くださっていたので、一歩進んだ取り組みができたと感じます。もしも、それが今の国の政策にもつながっているのだとすれば、光栄なことですよ。

**神野** 今回の診療報酬改定に向けた議論では既に1巡目の検討である「その1シリーズ」を終え、着々と進んでいる印象です。また、特に医療機関の集約化と「治し、支える病院」をどうするのかという点は、日本全体の流れでもある。奈良での経験が診療報酬改定に生きてきているということは大いにありそうです。

**林** なるほど。奈良の地域がどうこうというわけではなく、あの頃の経験はすごく勉強になりました。中央省庁にいて`国、の視点で仕事をしていると、8000以上の病院がある中で、基本的には統計情報だけを扱うことになり、個々の病院の`顔、は見えにくくなります。一方、私がいた奈良であれば病院の数は80ほどですから、全部の病院の顔が見えつつ、統計情報も見えます。例えば救急車が2000台くらいの病院はこういう病院なんだとか、医師30人の病院はこういう機能、100人だと...という感じで、生き生きと結びつくわけです。そういう経験を踏まえて、奈良県以外の地域についても、二次医療圏ごとの最大の病院の医師数はどれくらいであるとか、そういうデ

ータを自分でまとめる機会もあり、自分の中で医療政策における集約化と均てん化のあり方に関する考えの軸のようなものを作らせていただく経験だったと思っています。

医療課長の評判は改定率で決まってしまうが、決める権限はない

**神野** ありがとうございます。そのような流れも踏まえた次期診療報酬改定という話になりますが、まずは何よりも十分な改定率が必要だということ、注目が集まっています。が、医療課長の権限では如何ともしがたい。

**林** その通りです。過去を見ても改定の評判は改定率で決まってしまうという節がありますが、残念ながら改定率に関しては私に権限はございません。

**神野** 一方、どれくらいの改定率になるだろうが、限られた財源の中でどう分配するのかを医療課長が担う。

**林** 政府予算案の編成過程で決まる改定率には関わらないですが、医療経済実態調査の結果などを踏まえた診療報酬改定の検討を担う中医協の事務局でありますし、経営面も含めて必要な基礎データを作る機能をまさに担っています。

**神野** そういった意味では中医協の「その1シリーズ」から「医療機関を取り巻く状況について」と題した資料を提示し、8月の最後には経営状況も出させていただきながらの議論でした。これまでになかった画期的なことだと感じており、未曾有の厳しさに直面している私たちに寄り添っていただけののかと期待しています。

**林** はい。そこは客観的なファクトに基づいてやっていくべきだと思いますので、「病院の経営状況が悪い」という客観的なファクトがあれば、それをきちんとテーブルに載せるべきですよ。

策定前の「新たな地域医療構想」が次期診療報酬改定に与える影響とは

**神野** ありがとうございます。まず強調しておきたいのが「厳しい厳しいというわりに100%赤字ではない」というような意見が中医協の支払側、つまり保険者側から出ていますが、おかしな考えだということですよ。一般企業でもその業種が不況だとしても黒字企業があるわけですよ。その上で、診療報酬改定は「あるべき姿」に向かって、今後は2040年を見据えて、2年ごとに近づいていくようなイメージだと解説



神野会長

されるのをよく聞きます。医療課長をご経験されたある方からも「ジグザグで進んでいくヨットのようイメージ」という話を聞きました。

アグリーなのですが、「新たな地域医療構想」の考え方を改定論議で既に参照しており、少しビクビクしています。

**林** 「新たな地域医療構想」という言葉を使うかどうかにかかわらず、大きな意味で目指すところは一致していると思っています。残念ながら「新たな地域医療構想」を策定するための法整備の内容を含む「医療法等の一部を改正する法律案」が国会で継続審議となっています。もし通常国会で成立していれば、医政局での議論はもっと先に進んでいたでしょうから、中医協での議論ももっと鮮明な目標に向かって議論できたかもしれません。

**神野** そうですか。中医協では「拠点的な急性期機能」という文言を用いて「新たな地域医療構想」では「急性期拠点機能」を「医療機関機能」の1つに位置付ける予定ですよ。言葉遣いについては気にされていますね。

**林** 同じような目標に向かっていくことではブレませんが、具体的な機能やその基準が一致するわけではありません。その意味では、「新たな地域医療構想」と同じ言葉を使うことは控えた方がよいかもかもしれませんね。ただ、集約化していく総合的な急性期機能と、治し支える機能が重要だということ、考え方は診療報酬の面でも「新たな地域医療構想」の面でも共通しているですよ。

(2面につづく)



本号の紙面から		緩和に動くか？人員配置基準	5面
人員配置基準の緩和は可能？	2面	勤務医増も急性期は不足感	6面
補正予算と改定率10%超を	3面	かかりつけ医制度の定着を	7面
議論白熱の入院医療等分科会	4面	救命救急センターの実態	8面



(1面のつづき)

神野 「新たな地域医療構想」の関係では、「医療機関機能」について、1つの病院が2つ以上を報告することも可能にする方向性で検討が進んでいます。診療報酬の観点では、そもいかなような雰囲気があると感じています。現時点ではどのように考えていますか。例えば「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の病院は分けて考えるのではないかと推察しているのですが。

林 「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」が実際には包含関係があるのかどうかにもよるのではないのでしょうか。例えば、その地域で実際に医療を提供するに当たって、「高齢者救急・地域急性期機能」が「急性期拠点機能」に包含されるような場合には、両方の機能を持つ医療機関にも対応できる評価体系があることはおかしくありません。

一方、例えば在宅医療に関して言えば、これまで診療所、中小病院、大規模な病院で評価体系が異なり、機能分化を前提としている中で、今後も診療報酬上では機能分化すべきかどうかを引き続き議論するのではないかと思います。診療報酬上はすべての「医療機関機能」が重複し得ることを前提にしているわけではないという意味では、ご指摘の通りだと思います。

神野 まさにここが全日病会員にとって一番気になっているところだと思うんです。私も人口30万人未満の某医療圏で地域医療構想アドバイザーを務めています。そこでもまさにこの話になっています。

林 詳しく聞かせていただけますか。

神野 某病院が三次救急でバリバリやっている。そこに、同じ医療圏で隣の市にある病院は「うちは三次救急じゃないけど救急をたくさん受けているから2つとも『急性期拠点機能』だよ」という話をする。ただ、人口が少ない医療圏なので、「新たな地域医療構想」の策定に向けたガイドラインの検討状況では「急性期拠点機能」は1カ所との方向性が示されている。三次救急バリバリの病院は「断らないでやっている」と言うが、周辺の二次救急の病院は軽症まで三次救急の病院が受けてしまうと困ると大紛糾です。

林 なるほど。

神野 同様の議論はこれからいっぱい出てくると思う。例えば単純に救急搬送の件数で「急性期拠点機能」を決めるとなれば、なりたいた病院は「軽症でもなんでも来い、二次救急に行かず三次救急においで」となるでしょう。救急車の取り合いになって三次救急が取ってしまえば、二次救急の病院は成り立たなくなってしまう。

林 これから人口が減っていく中で地域に病院の数が多めにあるとそういう議論になりやすいと思います。集約化は必要だと理解した上で、均てん化とのバランスを考えなければなりません。

人口5万や7万といった人口の少ない地域では、軽症の救急も含めて集約化しなければ医療提供体制自体が保てなくなります。反対に、人口30万人に近いような二次医療圏で拠点が1つだとすると救急車4000台など軽くクリアし、軽症の救急については他の病院で診てもらわないと高度な医療機能が発揮できないというふうになる。人口や医療需要に応じて答えが1つにならないテーマなので、だからこそ地域でどうしていくかという議論が必要です。そのとき、病院にとっては生き残りの話になり得るので、いろんな意見があると思います。全体最適に向けての議論には紆余曲折もあると思います。

神野 そうですね。ただ、自然状態では集約化していかないのが悩ましい。

林 今までも自然状態でどこでも集約化しようとはなっていないし、今後も自発的にはそうなりたくないだろうと思います。そういう中で人口が減っていく。これまで、他産業を含めても、選択的に適度な統合など一定の集約化を促して、人口減少に上手に対処してきた例はないと思います。皆で知恵を持ち寄り、痛みも分かち合っていていくべき課題です。

### どうなる人員配置基準の緩和 林医療課長「現場との共同作業」

神野 診療報酬におけるコストの話をしてください。7月に日病協の診療報酬改定に向けた要望書をお渡しした際「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」というコメント(編集部注:全日病ニュース8月1日号参照)をいただいた。物価上昇の中でコストはなかなか下げられないが、診療報酬でできるコスト削減は人員配置基準だと思う。9月4日、診療報酬改定の基本方針について議論した社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)では、複数の委員から人員基準の緩和を求める声が上がし、看護協会を代表する委員からも前向きな意見が出ましたね(5ページ参照)。

林 これまではあまり物価が上がってこなかったことも相まって、中医協はいただいた改定率を使って医療の質をどう上げるかっていうことを議論する場になっていたと思います。点数を何点か上げる分だけ医療機関にも一定のコストをかけていただき、施設基準の強化なども同時に行い、医療の質が良くなる方向にしようということが暗黙の了解でした。しかし、少なくともこの物価が上がる局面においては、点数を上げた分だけコストを上げなければならぬというルールを維持することは、合理的でない状態になっていると思います。医療提供側にとってみれば、コストを上げずに点数を上げるべきだということですし、保険者側にとっても、医療機関にコストをどんどん課するのであれば、「改定率を上げてほしい」という圧力を生むことになるので、得策ではありません。私たち事務局側も、そのように状況が変わっていることを意識し、提案する場合もコストを上げるばかりでなく、質を下げずにコストが下がる方策を提示していくことに意味があります。いろんな議論をお願いしていくことになると思います。

神野 診療報酬を下げずに、人員配置基準を緩和できる可能性はあるということでしょうか。

林 ICT化を進めても人員基準が変わらないのであれば意味がないというお話を聞きますが、もしも現場で暇を持て余すような状況があり、人員を減らしても大丈夫であれば、基準は下げ

ばいいんです。診療報酬の基準は変えられます。我々も注視していますが、実態が省力化に向かっているのであれば現場の取り組みの進捗をぜひお示しいただきたい。例えば人員基準を下げた結果、残業が増えて看護師さんたちがさらに離職してしまうような状況なら、人員基準の緩和は得策ではない。現場と行政の共同作業で進めたい。

神野 なるほど。我々現場からも実態や効率化の事例などを示していかなければならないですね。

林 人員配置基準との関連では、人材の需給ギャップの是正が根本的な解決策だと思っています。特に病院で働く看護師さんの減少が根本的な原因です。業務を効率化して少ない人材でやっていけるようにすることも大切です。人口も減っていく中で、提供体制の規模というか、地域によっては病院や病床の数を減らすことも含めて、社会として対応していく方策を検討することも、同時並行的に進めなければならないと考えています。

神野 地域包括医療病棟について聞かせてください。新設を歓迎する声が上がっているものの、要件が厳し過ぎるとの声もある。どう応えますか。

林 理念については誰も反対していないということだと思います。治し支える医療を必要とする人はたくさんいらっしゃる。一方、地域包括医療病棟をたくさん作って、そうした方々をそこで受け取るというのは違うような気がします。

支払い方式がDPCなのか、出来高なのか、包括なのかという差・違いは生じているものの、地域包括医療病棟で行われるような医療・ケア、そして患者さんの受け入れが、急性期の入院料や地域包括ケア病棟も含めて行えるというのが求められるべき姿。そのための報酬の支払い方式などは、やはり試行錯誤があるところで、何がより良いのかということ、まだちょっと試行錯誤が続くのかなというふうに思います。

神野 急性期一般入院料の一部を含めた地域包括医療病棟、地域包括ケア入院料の再編なども視野には入っているのでしょうか。

林 どうでしょうか。これから議論をしていくべきところだと思いますが、再編ありきとか、そういうことではないです。

神野 まさにこれからの議論ということですね。地域包括医療病棟と急性期病棟の両方を持つということについてはどう考えますか。

林 患者さんごとに病棟を選択した方が診療報酬上で高くなるということがあるんだと思いますが、大きく患者像や病棟機能が異なるわけでもなさそうですし、1つの病院が2つの病棟を持つことで患者さんへのケアの質が良くなった、運営の効率性が上がっているのかには疑問もあります。検証する必要があるでしょう。

### 林医療課長「医療療養病床を ないがしろにするような話はない」

神野 療養病床についても聞きたい。会員病院の中には医療療養病床の存続を危ぶむ見方があります。慢性期医療のあり方として医療療養病床の存在意義はあると考えますが、医療療養病床をないがしろにするような話があるのでしょうか。

林 ないと思います。在宅医療のインフラが整いつつあり、高齢者住宅や有料老人ホームに医療を外付けする形が普及したことにより、それまで療養病床でしか診られなかった患者さんが、選択肢を持つことができるようになっ



た。それでもなお、療養病床で診るべき方はいらっしゃるでしょう。それは疾病の状態だけではなく、地域ごとの社会的な環境なども含めて。その中で、「こういう患者さんの状態は医療療養病床で診るべきだが、適切な仕組みがない」というような声があるのであれば、具体的な患者さんの状態に即して精緻に議論していくべきだと思います。

### 「厳しいとか甘いではなく、将来へ 評価すべきものを評価したい」

神野 話をするのは今日が初めてではないですが、改めて客観的なデータや現場の実態に基づくきめ細かい診療報酬改定になるのではないかと期待があります。

林 さきほどの地域包括医療病棟の話もそうですが、再編ありきでもなく、大きなインパクトを狙っているわけでもない。どう説明すればいいかわかりませんが、いい改定、にしたいと思っていますが、大きな改定、を志しているわけではありません。新しい入院料を作るなどの目玉があることよりも、評価されるべき診療が評価されるような指標を作ることの方が大事だということに思っています。課長補佐として関わった2016年度の診療報酬改定も、大きな改定、ではなかったと思います。入院料の名前が変わったり、どこかがめっちゃくちゃ得をしたり損をするみたいなこともしていない。けれどもアウトカムを頑張る回り八病棟にしてほしいということで実績指数を入れさせていただいたり、認知症の方を診てほしいということで認知症ケア加算を作らせていただいた。地域との連携を深めてもらうための入院支援加算を作った。などなど、その時点で大きなインパクトがあったわけではありませんが、その後の医療機関の取り組みの方向は着実に変わってきた。診療報酬上で評価されていなかった医療の内容だけれども、現場のニーズに即して評価した方がよいものをちゃんと見つけて評価するということは、是非したいと思っています。厳しいとか甘いとか、そういう軸で捉えるような大きな改定、には興味はないが、インセンティブの方向が地域や社会のニーズに合致していて、現場のやりがいも高まるような、未来志向の改定を目指したいと考えています。

神野 まだまだ話し足りませんが、次期改定に向けてこれからも度々コミュニケーションの機会があると思いますので、引き続きよろしくお願ひします！そして、期待しています！

林 引き続きよろしくお願ひします！



# 補正予算と改定率10%超を

## 6病院団体合同会見 福岡厚労相宛に要望書を提出

全日病など計6つの病院団体は9月10日に合同で記者会見を開き、同日に連名で①2025年度補正予算において、緊急に病院への支援策を講じること(1病床あたり50万円から100万円)②病院への2026年度診療報酬改定については、10%超が必要であること—の2点を求める要望書を福岡資麿厚生労働大臣宛に提出したと発表した。



全日病の神野正博会長は、「先の衆院選では保険料軽減を訴える政党が躍進したが、どう説得、あるいは反論するか」との質問に対し、医療は「質」「コスト」「アクセス」の3要素から成っており3つすべてが良い状態は世界中のどこにもないと説明した上で、「日本で成り立っていたのは医療従事者が犠牲になって頑張っていたから」と指摘。「コストを下げようという話もあるが、そうするとアクセスをどうするかという議論をしなければならない」とも述べ、「日本の国民が、これまでと同じ医療を求めているお金がかかるとして、保険料を安くしたいならば自己負担が増えるだけ。そういう覚悟をしているかということは問いたい」との考えを示した。

連名で要望書を提出したのは全日病のほか日本病院会(日病)、日本医療法人協会(医法協)、日本精神科病院協会(日精協)、日本慢性期医療協会(日慢協)、全国自治体病院協議会(全自病)の計6団体。

会見では、物価・賃金の上昇が病院のコストに与える影響について「年間の賃上げ上昇率4.0%、物価上昇率3.0%」と仮定した場合に、診療コストが年間3.1%上昇すると提示。その上で、公定価格である診療報酬は2年に1度の改定となっており、2024年度の改定率0.88%は年平均で0.44%であり、近年の賃金・物価の急騰には遠く及ばないと説明した。

改定率10%超を求める根拠は、◇2024年までの経営悪化分=2.8%◇2024年度診療報酬改定での措置より賃金・物価上昇が大きいため2025年度の



不足分=約2.5%◇2026~2027年度の物価・賃金上昇分=約4.7%◇新たな手術・検査など医療の新規技術等を反映する通常改定の分=0.3%—を積み上げた試算となっている。

財源については、物価・賃金に連動する国費・保険料を充てるよう求めている。消費税1%あたり2.66兆円だった税金は現在3.3兆円程度にまで上がっていることや賃金等の引き上げにより現役世代の収入増が見込まれていることなどをあげ、活用を求めている。

### 病院の収入からコストを引いて赤字医療費の総額は論点ではない

神野会長は、国民医療費が1兆円程度ずつ増えている状況についても言及。「提供量が増えているだけ。病院の収入からコストを引くとマイナスになる」と理解を求めた。その上で、「倒産にならない廃院や、診療所に転換する病院などが増えており地域の医療提供体制は静かに崩壊へと傾いている」と解説し、「病院が窮していることについてご理解いただきたい」と述べた。会見に参加できなかった日病の相澤孝夫会長から預かった伝言として「要望事項には全面的に賛成している」との内容も代読した。



同要望書の取りまとめに尽力した全日病の猪口雄二名誉会長は、病院団体が継続的に病院経営悪化の深刻さを訴えるための情報提供などを続けてきたと説明(全日病ニュース2月1日号や4月1日号などを参照)。その上で、四病院団体協議会の調査では利用率が約19%だった「賃上げ促進税制」について、非課税の公立病院や社会医療法人の病院や結果として税金を納めない赤字の病院が対象外であることな

く異なる様になる事である。一例として茨城県の状況を紹介し、問題提起してみる。当県は北関東にあり、田舎と思われがちだが、人口は11番目で約285万人あり、人口当たり医師数はワースト2、医学部は筑波大学のみで45年しか医師を輩出していない。平地が多く、道路事情は良く、総延長は北海道に次ぐ全国2位であるが、主要鉄道は常磐線とつくばエクスプレスのみで、完全な車社会である。県北・県東と県南の2地域に分けると人口構



どの影響に注目を促した。「賃上げが進む他産業への人材流出が起こり病院閉鎖による地域医療の崩壊が起こってしまう」とも述べ、警鐘を鳴らした。

要望書の提出に向けて各種調査の結果や改定率10%超の試算などをまとめる際に中心的な役割を担った医法協の太田圭洋副会長は、「2022年以降は物価上昇率と本体改定率が大きく乖離してきたため、病院の経営が危機的状況に陥っている」と説明。「診療報酬改定は2年に1度のため2年分の物価上昇等に対応する必要がある」と指摘した。インフレ局面で毎年3%物価が上昇する場合、4年後の物価は単純計算の12%増ではなく、2年目以降は103%に3%が上乘せされる計算になるとの説明をあえて加え、医療機関の2年分の経営資源になる診療報酬には物価や賃金の上昇分を適切に反映させる工夫が必要と強調した。

### これまで資産を取り崩し耐えてきたもう耐えられなくなっている状況



「地域医療の構造そのものが崩壊しかけていく中でこれまで普通に受けられた医療が受けられなくなる」との危機的状況を解説し、協力を呼びかけた。

### すべての病院に同じ危機感がある

日慢協の池端幸彦副会長は、「今回は病床種別や規模、診療科等々を問わずすべての病院が同じような危機感を覚えている」と強調。「地域医療のためにも、この病院の危機をなんとか救っていただきたい」と求めた。

### ホテル1泊以下の精神病床入院料「どうしてこんなに安いのか」



日精協の山崎学会長は、「加盟病院の70%程度が赤字経営を強いられている」と明かし、「黒字だったとしても500~1000万円程度でしかない。職員を3人くらい追加で雇用すれば赤字に転落する」と重ねて警鐘を鳴らした。また、2025年8月に調べたホテル料金として「シングル1泊」が東京駅周辺だと1万8000円、日精協の事務所がある田町駅周辺で1万6700円だったと明かし、日精協の調査によると、1日当たりのレセプト請求点数(点数/日)では、「精神療養病棟入院料」は1万2820円(1282点)、15対1の「精神療養病棟入院基本料」が1万3530円(1353点)、「認知症治療病棟入院料1」が1万4230円(1423点)と下回り、「地域移行機能強化病棟入院料」で1万7260円(1726点)との状況を提示。「ホテルより、どうしてこんなに安いのか。ホテルコストもきちんと組み込んだ形で診療報酬を付けてほしい」と求めた。

### 離島や中山間地域の担い手「なくなってしまう」

全自病の小阪真二副会長は、独自調査の結果9割が赤字だったと明かし、「これ以上広がると、なんとか1つの病院で支えていた離島や中山間地域の医療を支える担い手がなくなってしまう」と危機感を強調。「大阪市くらいの面積を1つの自治体病院が支えているような地域もあり、なくなってしまうと人が住めなくなる。きちんと経営が成り立つ改定率が必要だ」と訴えた。



## 清話抄

### 当県の医療事情について

少子高齢化はますます深刻で、現在は2040年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、議論が開始された所である。今後どうなるか分からないが、一つ言える事は、地域による人口減少や医療機関の置かれた状況が極めて大き

く異なる様になる事である。一例として茨城県の状況を紹介し、問題提起してみる。当県は北関東にあり、田舎と思われがちだが、人口は11番目で約285万人あり、人口当たり医師数はワースト2、医学部は筑波大学のみで45年しか医師を輩出していない。平地が多く、道路事情は良く、総延長は北海道に次ぐ全国2位であるが、主要鉄道は常磐線とつくばエクスプレスのみで、完全な車社会である。県北・県東と県南の2地域に分けると人口構

成は約1:2で県北の人口減少が甚だしい。二次保健医療圏は9あるが、県は高度医療に係る機能の集約化等の観点からこれを3の医療提供圏域(県東・県北、県南東、県南西)に分け、今後議論を深める。

現在、茨城県内の病院は総数168で、病床数別では「100床未満」「100~200床未満」「200床以上」がそれぞれほぼ1/3ずつの構成となっておりバランスは取れている。しかし、一方で特定機能病院は筑波大学附属病院しかなく、

がんセンターの分散、救命救急センターの地域遍在、県都である水戸の基幹病院の集約化等、主に大規模病院の問題山積の状態である。今後、公的病院と私的病院、病院機能と規模、地理的状況などを熟慮し、既存の保健医療圏を超えてでも最適の組み合わせが出来るように進むことが、肝要である。が、果たして何処が主体的に動き、各病院がどのように連携して行くかが大きな課題である。

(塚田篤郎)

# 主張

## 選択と集中を行う

これまで民間病院は必死に各々の地域をなんとか支えようとケアミックス医療を展開してきたが、地域医療構想という言葉が表に出てきた頃より診療報酬改定においてケアミックスによる医療提供へのメスが厳しくなってきたと感じる。そして急性期医療という言葉についても明確化され始めている。ついに「新たな地域医療構想」においては、医療機関機能という観点から仕分けが始まった。6月に閣議決定され

た骨太方針2025では、初めて「高齢化による増加分に相当する伸び」に「経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分」を加算すると明記され、物価高騰分を社会保障費に反映する方向となり診療報酬改定への一定の期待はある。しかしケアミックスの病院内連携に対しさらに厳しいメスが入っていくと予想され、ケアミックスによる医療提供が限界に来ていると言えるのではないだろうか。本来ケアミックス

は患者さんに対して優しい医療という観点からもシームレスな医療提供ができるため欠かせない、ということが民間病院の本音ではあるものの、今後は、特に自院がどの医療に注力するかを選択と集中が不可避だ。急性期医療で勝負するのであれば高齢者救急をメインとするのか、拠点機能として徹底的に救急医療や手術等の体制を整備し、集中治療まで目指していくのかを選択していかなければならない。リハビリ医療で生き残るのであれば、どのような領域を対象にして経営資源を集中させるのかを考え、365日リハビリを提供するための体制を整備しなければなら

ない。自院の強み、弱み、そして地域における医療シェア率やニーズを踏まえ選択を検討していく必要がある。法人の理念、自院の存在意義を考えた上でどうしたいか、すべきかの明確な決断が求められている。非常に厳しい経営状況である現状だからこそ経営者の強い覚悟が必須と考えられる。これまで民間病院が強みにしてきたケアミックス医療に入るメスが一層鋭くなる中で、どう生き残っていくかを考えると、どのように選択と集中を行っていくか、この決断をいかに早く、明確に行えるかが分かれ道になるのではないだろうか。(小關 剛)

# 入退院支援加算の要件外、「同居者が不明な者」は見直しを

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事が要請「担当者は困難を極める」

全日病の津留英智常任理事は8月28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、「入退院支援加算」の算定要件外となっている「身寄りがなく同居者が不明な者」について見直しが必要と訴えた。

津留常任理事は、現行の算定要件「退院困難な要因」から外れている「身寄りがなく同居者が不明な者」について、「医療現場では大変困っている。どうしても行政が絡むこともあり、行政の対応がのらりくらの場合は担当者が困難を極める」と指摘。「ぜひ見直しが必要」と求めた。

2025年度の「入院・外来医療等における実態調査」(2025年度調査、概要は8頁参照)によると、「退院困難な患者のうち退院調整に時間を要する患者」(全入院料、n=1654)について上位3つを聞いたところ、最多は算定要件外の「身寄りがなく同居者が不明な者」

が7割強だった。次いで、算定要件となっている「要介護・要支援状態であると疑いがあるが要介護・要支援認定が未申請であること」が4割強、「生活困窮者であること」4割弱、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」(34.8%)などの順だった。「緊急入院であること」は6.2%。

### 面会制限のあり方に関する指針「厚労省が示す必要」

入退院支援の関連で、津留常任理事は面会時のルールについても言及。「面会制限のあり方や、院内でのマスク着用なども含め、ある程度の指針を厚労省が示していただくことも必要と感じている」と検討を求めた。「新型コロナウイルス感染症を第5類感染症に指定後、各医療機関の対応はバラバラで、各種の感染症情報などを確認しながら対応を変えるなどしている」とも述べ、

医療機関の負担になっている状況を説明した。

2024年度の「入院・外来医療等における実態調査」で「面会時のルール」について聞いたところ(n=2790)、最多は「面会時間を日中に制限している」(80.9%)で、「面会者の年齢(子供・高齢者等)に制限を設けている」(61.5%)、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」(58.8%)などが続いた。

### 協力医療機関としての対応に理解も「夜間対応などコスト面にも注目を」

同日、厚生労働省は2024年度の介護報酬改定で新たに介護保険施設(介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)の要件として定めた協力医療機関との連携について、2025年度調査の結果、「急性期一般入院料2～6」を算定するケアミックス型の医療機関や地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療

機関で、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高いとの状況を提示した。

津留常任理事は、介護施設と医療機関の連携により、緊急時の救急搬送などを抑制できる効果については理解を示しつつ、医療機関側のコスト面にも注目するよう促した。「夜間に介護スタッフから救急搬送すべきなどの電話相談が頻繁にかかってくるなどの状況があり、救急車対応にすればそれなりにインセンティブをつけたりなどの対応は可能だがギリギリの状態当直を回しているという現状がある」と述べ、検討を要請した。

さらに福岡県私設病院協会が8月26日に横山信一財務副大臣へ手交した要望書の内容にも言及し、「医療機関の当直を含めた医師の働き方改革とコストの関係についての調査結果に基づく内容となっているが、コロナ後、は常勤医師の件費が9.4%増、非常勤医師で約14%増となっている」と説明。「コストの検討も必要」と強調した。

# 高額手術点数と全身麻酔の有無、資源投入量など精査を

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「全身麻酔にこだわった評価の是非について検討を」

全日病の津留英智常任理事は8月4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、高額手術点数と全身麻酔の有無や医療資源投入量の正しい評価のあり方について精査を求めた。2040年を見据える「新たな地域医療構想」の策定に向け、「医療機関機能」として「急性期拠点機能」などを位置付ける際の目安になる可能性を指摘し、「インターベンションや非侵襲的な治療・手術が増えていく中

で全身麻酔点数にこだわった評価が果たして正しいのか注意が必要」との見方を示した。

厚生労働省は、「そういった観点で、さらに詳しく見ていくことができるかということも含め検討したい」と応じるにとどめた。

### 救急搬送件数と全麻の関係など提示

厚労省は同日、DPCデータから抽出した内容として「特定集中治療室管

理料」を算定する病院の年間救急搬送件数と年間全身麻酔実施件数などの状況を提示。その上、年間救急搬送件数が「1000～2000件未満」の病院では、年間全身麻酔件数が多いほど医療資源投入量の高い患者数が多い傾向があった一方、年間救急搬送件数が「1000件未満」の病院では、年間全身麻酔件数が多いほど医療資源投入量の高い患者数が少ない傾向があったとの分析結果を提示した。

### 特定機能病院の治療室の人員緩和を「臨床工学技士の専従は専任に」

津留常任理事は、同日に厚労省が検討を求めた「重症患者対応体制強化加算」の関連で、特定機能病院の治療室における人員配置基準の緩和を求めた。「施設基準に係る看護師の数に含めない」などと定める看護師の確保が困難と指摘。また、「専従の常勤臨床工学技士1名」について、「専任での対応可否も検討が必要」との考えを示した。

# MCDBの第三者提供、来年4月1日から運用開始へ

社保審・医療部会

施行日を定める政令案を了承

厚生労働省は「医療法人の経営情報のデータベース(MCDB=Medical Corporation Financial Data Base)」に関する第三者提供制度を2026年4月1日から開始する。9月4日、社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)が運用を始める日を定める政令案や同制度を利用する際の手数料などについて了承した。

MCDBの第三者提供制度については、内容を公布した2023年5月19日から3年以内の施行日や、第三者提供の際の具体的な手続きや運用面の詳細などを検討していた。

同日の部会で了承したMCDBの第三者提供制度の概要は以下の通り。

- オーダーメード集計
  - ▶一般からの委託を受けて、厚労省(福祉医療機構(WAM)に委託)が医療法人情報を利用して相当の公益性を有する統計の作成等を行い、その結果を提供する。
  - 医療法人情報の提供
    - ▶相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析を行う研究者等に医療法人情報を提供する。
    - ▶研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合、医療法人情報は原則として提供しない。
    - ▶データ提供に当たって、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴くことを義務付ける。
    - 再識別の防止措置・安全管理措置

- ▶特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置を別途ガイドライン及び利用規約に定める。
- ▶医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置を別途厚生労働省令、ガイドライン及び利用規約に定める。

MCDBをめぐるのは、「医療法人情報の提供」に関して、小規模な医療機関の名称や勤務者に関する給与の情報などを含む個人情報特定できてしまう可能性が高まるとの懸念が根強く、施行日の決定に向けて調整が続いていた。「病床機能報告」と「外来機能報告」との連携については是認しているものの、その他の調査結果などとの連携を可能にすれば、特定が容易になるとの指摘があり、医療提供側からは慎重な

検討を求める意見が相次いでいた(全日病ニュース2月1日号など参照)。

施行に向け、特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置をガイドラインや利用規約で定めるほか、厚生労働省令により、医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置も講じる。

### 神野会長「一般社団法人立のクリニックや病院などの情報も表に出して」

全日病の神野会長はMCDBの活用により中医協資料などで民間病院の経営状況などが検討しやすくなっている点について意義があると評価。その上で、「一般社団法人立のクリニックや病院など、なかなか情報が表に出てこないところの情報もきちんと表に出していただくような仕組みも検討いただきたい」と求めた。

# 緩和に動くか?入院基本料の人員配置基準

社保審・医療部会

神野会長「DXを前提に見直し・緩和を」

ICT化や医療DXなど、病院の工夫による業務の効率化を前提にした診療報酬の入院基本料における人員配置基準の緩和を求める機運が高まっている。2026年度の診療報酬改定に向けた基本方針を策定するための検討に着手した9月4日の「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)では、委員から緩和を求める声が相次いだ。

全日病の神野正博会長は、「人口減時代の医療提供体制をどう構築するかといったところが非常に重要」と指摘した上で、医療従事者の不足が都会も地方も深刻と説明。「人がいなくてもDXを積極的に取り入れて回していく。その中で、人員配置基準が足かせになっているのならDXを前提に配置基準の見直し・緩和をぜひお願いしたい」と求めた。

DX技術の進歩で「世の中が進化」  
「医療もついていかなければ」

医療DXについて神野会長は、「おそらく2年前の診療報酬改定の時に比べて、生成AIも含めた技術の進歩は世の中を進化させている」と改めて指摘。その上で、「医療もついていかなければならないし、(オンライン資格確認や電子処方箋、電子カルテの整備など)厚労省がおっしゃる医療DXだけでは

なく、働き方改革や医療の質向上、医療安全などの観点でもDXを積極的に取り入れていかなければならない」とDXが医療にとって不可欠と説いた。

日本病院会の岡俊明副会長は、「ICTの導入や医療DXを推進しても、現在の診療報酬の人員配置の基準では、やはりそれがあまり生かされない」と指摘。「現状のストラクチャー評価からプロセス評価、あるいはアウトカム評価に変えていく方向性をぜひ令和8年度の診療報酬改定では考えていただきたい」と求めた。見直しの方向性については、専従要件や兼務の禁止をあげ、「あまりにも多すぎて、我々が業務を効率化しても生かされない」と述べ、緩和の検討を求めた。

全国自治体病院協議会の望月泉会長も同調。「今後、医療需要が増えるにもかかわらず、どんどん医療従事者が減ってくるという中で、そこを埋めるものはDX」との認識を示し、「医療現場でDXを進め、今よりも少ない人手でも今と同じ、あるいはそれ以上のクオリティの医療サービスが提供できるような後押しこそ、ぜひしていただきたい」と求めた。

日本医療法人協会の伊藤伸一会長も、「人員の配置基準を緩和していただかなければ医療DXの意味はない」と強

調。加えて、医療情報の管理システムなどを含めたシステムへの投資が医療機関の経営に多大な負荷を与えていると指摘し、「DX化を進めるならば、費用の適正な支援を」と要請した。

医療機関の適切な経営判断を後押し  
「皆様方の健康と幸せに資する」

同日の会合で委員の任期が満了となった日本医師会の黒瀬巖常任理事は入院医療について、「医療現場の置かれた環境、つまり刻々と変化していく状況に合わせて、体制を適切に再整備することを可能とするように、より柔軟に評価できる取り組みに改善していく必要がある」との認識を示した。その上で、「地域の人口や人口構成、社会的な基盤など、医療を取り巻く環境が年々変化してきており、その辺の度合いや範囲、そしてスピードも地域によって多種多様で全く異なる」と指摘。「現状のみならず、将来を見据えて全国各地の医療機関が適切に経営判断できるような後押しをする診療報酬改定」が必要と訴えた。「それがひいては地域の皆様方の健康と幸せに資するということを我々は実現していかない限り、地域医療の未来はないという覚悟が欠かせない」とも述べ、人員配置基準の見直し・緩和の必要性を重ねて強



調した。

人材に限られた状況では、地域全体での効果的・効率的な活用が重要

日本看護協会の勝又浜子副会長も同調。「医療と介護の連携がより一層求められる中、人材に限られている状況では、地域全体での効果的、効率的な支援体制の構築と人材の活用が重要」との考えを表明。例として、専門性の高い看護師が地域の介護保健施設を訪問支援するなど組織を超えた活動をあげ、「その結果、介護施設における対応力の強化、救急搬送の減少などが成果として見られている」と解説した。独自の調査で「専門性の高い看護師」の9割は地域で活動したいと回答していることも明かした。

一方、実効性を担保するためには、施設への支援を病院の機能の1つにするほか、地域全体への総合支援や役割分担に関する協議が前提になるとの考えも示し、「次期改定において地域における医療機関等の役割を明確にして、医療と介護の連携を具体的に推進する」よう求めた。

## 2026年度の診療報酬改定へ、基本方針の検討開始

社保審・医療部会

11月下旬には骨子案、12月上旬に完成予定

厚生労働省の「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)は9月4日、2026年度の次期診療報酬改定の基本方針を策定するための検討を開始した。11月下旬に予定する骨子案に基づく検討を経て12月上旬には、並行して同基本方針を検討している社保審・医療保険部会(田辺国昭部会長)での議論を統合した完成版を発表する段取りだ。

神野会長「なによりも改定率」  
「なんとかしていただきたいが一番」

全日病の神野正博会長は2026年度の診療報酬改定に向け、「何よりも改定率をなんとかしていただくことが重要」と求めた。「超インフレになった今、物価・賃金の分を担保いただくような改定率が必要。なんとかしていただきたいというのが一番」と述べ、重ねて強調した。

同日は、2024年度の診療報酬改定の基本方針の概要を踏まえて意見交換。厚労省は「改定に当たった基本認識」として◇物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応◇全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応◇医療DXやイノベーションの推進による質の高い医療の実現◇社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和—の4点を提示。その上で、「改定の基本的視点と具体的方向性」として2024年度の診療報酬改定を下記の4点に分け、改定項目の例などを示し、次期改定に向けた意見を求めた。

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【改定項目の例】

▶医療従事者の賃上げのため、ベース

アップ評価料の新設、入院基本料や初再診料等の引上げ

▶治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔ICUモニタリングにより支援を受けることを評価

▶ICTの活用等による看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

▶医療機関等の業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減のため、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等の見直し

▶地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加

▶看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点等から、看護補助体制充実加算の要件及び評価の見直し

▶医師派遣による地域医療体制維持への貢献を新たに評価

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【改定項目の例】

▶オンライン資格確認により取得した診療情報等の活用や電子処方箋等の導入による医療DXに対応する体制整備を評価(医療DX推進体制整備加算の新設)

▶介護保険施設の協力医療機関である保険医療機関の医師が、当該施設の入所者の病状の急変時に診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設

▶地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設

▶重症度、医療・看護必要度及び平均

在院日数の見直しにより、急性期医療の機能分化を促進

▶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、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化等の観点から評価を見直し

▶改正感染症法等に基づく協定指定医療機関であることを評価

▶かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、かかりつけ薬剤師による更なる地域支援等を促進

▶医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した情報を活用して、医学管理を行った場合の評価の新設(在宅医療情報連携加算の新設)

▶訪問看護ステーションの24時間対応体制における評価の充実

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【改定項目の例】

▶食材費等の高騰等を踏まえた、入院時の食費基準額の引上げ

▶医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件化

▶入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件化

▶「退院等におけるADLが入院時と比較して低下した患者」の割合が3%未満などのアウトカム評価を施設基準に追加

▶高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制を評価する管理料の新設

▶生活習慣病管理料について要件及び評価を見直し、検査等を包括しない管理料を新設

▶病院薬剤師の養成強化による病棟薬

剤業務の向上を評価

▶健康管理等のために主に患者自らが使用する「プログラム医療機器」を用いた療養に係る指導管理を評価

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【改定項目の例】

▶入院及び外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し

▶分析対象集団及び比較対照技術の設定、分析プロセス、費用対効果評価の結果の活用等について見直し

▶衛生検査所検査料金調査による実勢価格等に基づき、検体検査の実施料等の評価の見直し

▶オンライン資格確認により取得した診療情報等の活用や電子処方箋等の導入による医療DXに対応する体制整備を評価(医療DX推進体制整備加算の新設)

▶重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより、急性期医療の機能分化を促進

▶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、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化等の観点から評価を見直し

▶生活習慣病管理料について要件及び評価を見直し、検査等を包括しない管理料を新設

▶薬剤総合評価調整加算について、ポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう要件を見直し

委員からは、「医療法人の経営情報のデータベース(MCDB)」について積極的な活用を求める意見と、個別情報が識別できないよう制度上の徹底を求める意見の双方があがっていた。

# 勤務医増の傾向も、地域の急性期病院で充足感が乏しい

## 地域医療構想&医療計画検討会 全日病・猪口副会長「医療現場の`大変化、を考慮した方略を」

全日病の猪口正孝副会長は9月11日、構成員を務める厚生労働省の「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、医療現場における`大変化、を考慮した方略を練らなければ、特に地域で急性期を担う病院における医師の不足感は解消しないと訴えた。具体的な課題として、◇診療所と病院という業態別の医師偏在◇官立病院と民間病院の格差◇診療科ごとに必要な専門的な医師の数や仕事量の増加◇`直美(ちよくび)、や`直宅(ちよくたく=臨床研修直後に在宅診療で勤務)、や`直産(同産業医として勤務する医師)、の方が給料が高く、タイパ・コスパが良い就職先を求める若者のワークライフバランスにおける価値観の変化◇子育て中の女性医師数の増加など職場での働き方をあげた。

同日は、「2027年度からの次期医師偏在計画に向けて医師偏在指標の見直し」と「診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保」が議題。医師偏在指標の見直しについては、◇現行の医師偏在指標に、地理的な要素(人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性)を反映した上で区域を設定する◇性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映する◇高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映の3点に留意するとの方向性を示した。加えて、「地理的な要素」については、①地域の人口密度②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離③二次・三次救急病院を含まない離島④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯一の4点をあげた。

「労働時間比率」の関係では、厚生労働省が2016年度の厚生労働科学研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」と2022年度の厚生労働研

「医師の勤務環境把握に関する研究」から性別で年齢階層別の「週当たり勤務時間」を比較したデータなどを提示。20代と30代の若手医師を中心に労働時間の短縮が見られたほか、女性よりも男性の労働時間短縮が相対的に大きいとの分析結果を示した。また、都道府県における医師確保計画の策定に向けた準備期間を確保する観点からは、可能な限り早期に医師偏在指標を算出することが望ましいとの考えを示した。より実態に即したデータを指標に反映するため最新の調査結果を反映した医師偏在指標の算出が求められるとの認識も示した。

「高年齢医師」関連については、2026年度の医学部臨時定員は、医師の年齢が高齢医師に偏っている場合などは削減幅を緩和などで対応する方針で、2027年度の医学部臨時定員においても地域の実情に応じた配慮を継続する方向で検討している状況を明らかにした。その上、◇医師少数区域でない場合であっても医師少数スポット(原則、市町村単位)に指定することで、キャリア形成プログラム対象医師の派遣先区域等として若手医師を確保することができる◇「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく経済的インセンティブの対象となる「重点医師偏在対策支援区域」に指定することで、重点的かつ優先的に対策を進めることが可能一などの考えを示し、「このような取組を行ってもなお医師不足が進行する地域又は将来的な医師不足が懸念される地域については、医師確保の取組は継続しつつも、例えば拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点での医療の確保に向け、対策を講じることとしてはどうか」と提案した。

猪口副会長は、「偏在指標については最新のデータを入れても結局は後追

いになってしまう」と指摘し、何らかの形で先手を打つ必要があるとの考えを示した。診療科の偏在については、「臨床研修において病院の深夜勤務や当直など医療法で課している責務に関して地域医療を担う医師全員で取り組むような内容を考えるべき」と求めた。

### 診療科偏在は3つの視点で検討

診療科偏在について厚生労働省は、①地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点での対策が必要な診療科(例:総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師)②医療計画に基づき地域の医療提供体制を維持する観点での対策が必要な診療科・領域(例:小児科、産婦人科、救急、がん等)③医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれている場合について地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科(例:皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等)一の3つの視点で検討すべきと主張した。

その上で、①「総合的な診療に従事する医師や外科に従事する医師」については、2024年末に公表した「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき取組みを進めるとの方針を提示。上記②の一部である小児科と産婦人科については、「小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ」で具体的に検討することを提案した。③「アクセスの確保」については、遠隔医療の活用などを前提に、以下の5項目を提案した。

- 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治

体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等での対応等を検討

- オンライン診療を含む遠隔医療の活用にあたっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者(大学、医師会等)が関与して、地域に必要な体制の整備を図ることが適当
- 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行う
- 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一齐に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進める
- 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとしてはどうか。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を検討

# 医療安全管理者を法令上位置づけ、外部支援を強化

## 医療事故調等検討会 厚生労働省が示した5つの論点の方向性に委員が概ね賛同

厚生労働省は9月3日の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」(山本和彦座長)に、医療機関における医療安全管理体制に関するこれまでの議論を踏まえ、5つの論点を提示した。医療安全管理者の法令上の位置づけや外部からの支援の充実など5つの論点の方向性に関し、委員から異論は出ていない。構成員を務める全日病の今村康宏常任理事は、論点に概ね賛意を示した上で、平時から地域の医療機関が連携して医療安全対策に取り組み、有事の対応力強化につながるネットワーク構築の重要性を強調した。同検討会は、医療機関からの事故報告など現状の医療安全施策の課題を踏まえた対応策を検討している。

### ネバーイベントは報告すべき事例

5つの論点は、①重大事象把握の質向上②報告分析、改善策立案の質向上③重大事象への対応を含む管理者によるガバナンス強化④改善策への取組の強化⑤医療安全に係る外部からの支援の充実一となっている。

「重大事象把握の質向上」では、「医療安全管理委員会に報告すべき事例として、回避可能性が高く患者への影響度が高い事象を含めること」、「医療安全管理委員会に報告すべき事例として、

回避可能性は必ずしも高くないが、患者への影響度が高い事象を含めるよう努めること」が論点として示された。

念頭にあるのは、同検討会がヒアリングを行った横浜市立大学附属病院が導入している、予め定められた有害事象が発生したら必ず報告する制度であるオカレンス報告制度。有害事象については、厚生労働科学研究費補助金で実施した「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」(永井良三研究代表者)が整理した重大事象として、A類型(12事象)とB類型(12事象)がある。A類型は、患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象であり、いわゆるネバーイベント(決して起こしてはならない医療事故)とされる。B類型は、患者への影響度が高く、回避可能性は必ずしも高くない事象である。

東邦大学医学部社会医学講座教授の長谷川友紀構成員は、重大事象の把握において、A類型は「医療安全管理委員会に報告すべき事例」に位置づけ、B類型は「報告すべき事例」に含めるよう努めることが望ましいと賛成した。

「報告分析、改善策立案の質向上」では、「医療安全活動の中心的な役割を担う医療安全管理者を法令上位置づ

け、病院への配置を求める」、「医療安全管理者が医療安全に関する適切な研修を受講するよう促す」、「将来的に医療安全管理者の継続研修を受講を求めることを検討する」が論点となった。

医療機関内で重大な事象が発生した場合、医療安全管理委員会が原因分析・改善策立案等を行うことは医療法に定めがある。しかし、医療安全管理者の法的位置づけはない。一方、医療機能情報提供制度によると、全国の94.6%の病院は医療安全管理者を配置している。ただし、通算40時間以上の国または医療関係団体等が主催する講義・具体例に基づく演習等を医療安全管理者に求める医療安全対策加算を届け出ている病院は約半数にとどまっている。

また、「重大事象への対応を含む管理者によるガバナンス強化」では、「医療安全管理委員会から重大な事故の発生の報告を受けた場合、管理者が当該診療の継続の可否の検討を含めて適切な対応を行うことが可能な体制構築を求める」ことが論点となった。

今村構成員は、全日病が日本医療法人協会との共催で実施している研修会などの内容を紹介しつつ、「病院管理者のガバナンス強化とともに、医療安全管理者の適切な研修を推進することが必要」と強調した。東京大学大学院

法政治学研究科教授の米村滋人構成員は、「医療安全管理者の役割を重視することは大変よいことだ。ただ、医療機関のリソースは異なるため、医療安全管理者の具体的な権限や病院管理者との関係は、各病院が決めるべきで、一律の形を決めてしまうことは適切ではない可能性がある」と主張した。

「改善策への取組の強化」では、「将来的に医療安全管理委員会の構成員の役割等を明確化」、「将来的に医療安全推進担当者の位置づけと役割等を明確化」などが論点となった。医療安全推進担当者は「病棟等の部署単位での安全対策を推進する者」であり、現場における報告・学習の文化を醸成する役割などを担っている。

最後の「医療安全に係る外部からの支援の充実」は、今村構成員をはじめ多くの委員が強く賛同した論点だ。具体的には、「病院機能・規模が異なる多様な医療機関が参画し、医療安全に関する情報共有や対応困難事例への相談等を行うネットワークの構築を推奨する」との案になっている。感染症対応における「感染対策向上加算」で評価される取組みを参考にし、現行の医療安全対策地域連携加算の充実など地域で面として支える医療安全対策の評価を求める意見も出た。

# かかりつけ医制度の定着が最優先「啓発が必要」

## 入院医療等分科会 全日病・津留常任理事、今後の病診連携には期待感

全日病の津留英智常任理事は8月28日の「入院医療等分科会」で患者の逆紹介に関する調査の結果を踏まえ、かかりつけ医制度の定着を最優先にすべきと訴えた。同日に公開した2025年度の「入院・外来医療等における実態調査結果の速報」(8ページに調査結果の概要)によると、医療機関側は逆紹介に関する取り組みを進めているものの、外来患者や一般市民は病院の専門医師と地域のかかりつけ医が連携する継続的な治療管理などを受けていない割合が高く、同管理の利用を希望している割合も低かった。

### 病院の専門医とかかりつけ医の連携 市民の約4割「利用したいと思わない」

同調査で、「診療所等への逆紹介に関する取り組み」について聞いたところ、「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(一般病床200床未満を除く)」(n=460)で

は、「逆紹介の提案を行うことがある旨の案内を直接患者に行なっている」(71.3%)や「逆紹介の提案を行うことがある旨を周知するポスターを掲示している」(56.3%)、「診療科ごとの逆紹介率を算出して院内に共有している」(56.1%)などの取り組みが進んでいるほか、診療所(n=684)に「病院からの紹介患者を受け入れる上での課題」について聞いたところ最多が「特に課題となることはない」(60%)となるなど、「病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組を受けているか」については「外来患者調査票の対象者(外来患者)」(n=3120)の69.5%、「一般市民調査票の対象者(一般市民)」(n=2000)では86.9%が「受けていない」と回答。「病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組」につい

て聞いたところ「外来患者」(n=3122)では「緊急時や特定の専門治療が必要な場合にのみ利用したい」(45.3%)と「定期的な受診で継続的に利用したい」(44.0%)が大半を占め、利用意向がうかがえたものの、「一般市民」(n=2000)では最多が「特に利用したいと思わない」(42.0%)と、周知が進んでいない現状がうかがえた。

津留常任理事は、「病院側としては、外来患者に対してさまざま逆紹介に関する取り組みを行っているということが見て取れる」と指摘。「診療所側も受け入れに関しては特に支障はないということで、あとは一般市民。かかりつけ医をまだ持っていないケースも多々あり、その裏返しかとも思うので、やはりかかりつけ医というものに関する啓発が必要。医師もまだまだ理解不足のところもあると思うので、まずは、かかりつけ医制度の定着を最優先にすべき」とも述べ、さらなる取組

みを求めた。

津留常任理事は、再診患者の逆紹介を行う上での課題についても言及。同調査では、「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(一般病床200床未満を除く)」(n=447)の過半数が「逆紹介を行うことについて、治療管理上の不安を持つ患者の理解を得ることが困難」(63.3%)や「自院の複数科を受診している患者について、診療科間での調整が困難」(61.7%)と回答したほか、「逆紹介先となり得る診療所等に関する情報が少なく、選定が困難」(8.3%)との回答もあった。

津留常任理事は、「どこの開業医さんが実際にどの疾病の患者さんを診てくれるのかというのがまだまだ十分に可視化されていない」と指摘し、「かかりつけ医制度が定着すれば解消されるはず」と今後の進展に期待を示した。

## 2025年度 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月23日

### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 

福島県	医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院 理事長 石井 正三
福島県	医療法人郡山病院 理事長 佐藤 光一
茨城県	医療法人幕内会山王台病院 理事長 幕内 幹男
神奈川県	医療法人勝又高台病院 院長 石田 真理
長野県	特定医療法人新生病院 理事長 大生 定義
長野県	医療法人平成会小島病院 院長 石田 任之
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院 院長 宮原 隆成
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院附属若穂病院 院長 熊木 俊成
大阪府	医療法人宝生会PL病院 院長 進藤 勝久
兵庫県	社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 院長 金廣 有彦
大分県	医療法人平成会サンライズ酒井病院 院長 酒井 晃治

 退会が2件あり、在籍正会員数は合計2,580会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 

山形県	一般財団法人全日本労働福祉協会東北支部山形健診センター 所長 遠藤 政夫
福島県	医療法人郡山病院いわき健康管理センター センター長 佐藤 勝久
千葉県	浜野胃腸科外科医院 院長 浜野 頼隆
東京都	医療法人社団進興会浜町公園クリニック 院長 佐藤 輝彦
愛知県	医療法人全医会伊藤整形・内科あいちスポーツ・人工関節クリニック 理事長 伊藤不二夫
岡山県	医療法人社団ヘリオトロップみずしま検診クリニック

- 理事長 森野 靖雄  
結果、在籍準会員は合計164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	株式会社ASEFパートナーズ (代表取締役 上田浩司)
大阪府	株式会社イツクリエイション (代表取締役 曾我部一樹)

 結果、賛助会員は合計115会員となった。
- 各委員会委員長・委員(案)について  
本年度役員改選に伴う各委員会委員長、副委員長及び委員等の選任について説明があり審議した結果、満場一致で可決確定した。
- ベトナム送出機関との業務協定の締結について  
ベトナムの送出機関「新SAO KIM人材株式会社」との業務協定の締結について説明があり審議した結果、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>	徳島県	医療法人高川会虹の橋病院 理事長 竹内 尚
	神奈川県	社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷横浜病院 院長 大内 基史
	大阪府	医療法人徳洲会野崎徳洲会病院 院長 田村 雅一

 人間ドック実施指定施設は合計416施設となった。
- 沖縄県支部の規約変更について  
主に役員定数を変更することによる改正点について審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 常任理事の交代について以下の内容を審議の結果、満場一致で可決確定した。
 

・木村 玄(東京都)	常任理事 → 理事
・馬場 武彦(大阪府)	理事 → 常任理事

### 【主な報告事項】

- 特別相談役の就任について  
西澤寛俊名誉会長が特別相談役に就

任したと報告された。

### ●秋田県支部・副支部長の就任について

秋田県副支部長に小松大芽先生(社会医療法人青嵐会本荘第一病院 理事長)が就任すると報告された。

### ●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会の総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、費用対効果評価専門部会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会」について報告があり、質疑が行われた。

「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「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」について報告があり、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。

「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」について報告があり、質疑が行われた。

### ●「雇用管理改善のための課題把握支援ツール」の開発に向けた簡易ウェブ調査への協力について

厚生労働省委託事業の「雇用管理改善のための課題把握支援ツール」の開発に向けた簡易ウェブ調査を実施する旨が報告され、同調査への協力要請が行われた。

### ●ネパール送出機関との業務協定の締結及び一次面接結果について

外国人材受入事業において、2025年8月10日・11日にネパールカトマンズにおいて人材送出機関であるワールドフェーバーオーバーシーズ及びサクセスネパールと外国人技能実習事業に関する業務協定を締結したことが報告され、候補者の一次面接の結果29名が合格したことも報告された。

### ●厚労省、日医、各団体報告について

一般社団法人日本専門医機構理事会(第14回)の報告が行われた。

### ●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(～順不同)

### 【3rdG: Ver.3.0】

#### ◎一般病院1

岩手県 川久保病院

宮城県 中嶋病院

東京都 城西病院

熊本県 菊陽台病院

#### ◎一般病院2

奈良県	天理よろづ相談所病院
北海道	NTT東日本札幌病院
北海道	江別病院
青森県	青森慈恵会病院
宮城県	仙台徳洲会病院
山形県	庄内余目病院
千葉県	津田沼中央総合病院
千葉県	千葉メディカルセンター
東京都	板橋中央総合病院
岡山県	倉敷平成病院
香川県	総合病院回生病院
佐賀県	やよいがおか鹿毛病院

#### ◎リハビリテーション病院

福島県 松村総合病院

#### ◎慢性期病院

北海道 白石明日佳病院

7月11日現在の認定病院は合計2,158病院。そのうち本会会員は891病院と、全認定病院の41.3%を占める。

### 【支部へのご依頼】

#### ●健保連人間ドック実施指定施設の新規申請に伴う実情調査について

2026年度より、全国健康保険協会(協会けんぽ)が人間ドック事業を開始することに伴い、当協会の人間ドック認定事業への新規申請が増加していることが説明され、人間ドック委員会の委員だけでは新規申請に対する実情調査が困難な状況であることから、各都道府県支部に協力要請が行われた。実情調査に関する事前レクチャーを実施予定であること、各都道府県支部長宛てに依頼文書を送付することが説明された。

#### ●支部還付金の減額等に関するご依頼について

当協会本部・支部を含めた全体の流動資産預金の状況が説明され、次年度(2026年度)の支部還付金額を6,000円から4,000円へ減額することが説明された。なお、今年度(2025年度)は従来通り、6,000円とすること、また2027年度以降は本部保有資金状況に応じて検討することが説明された。なお、支部還付金額の減額に伴い、特殊事情が生じる場合は別途相談に応じることが併せて説明された。各都道府県支部に対し協力要請が行われたほか、支部還付金について積極的に支部活動に活用するよう依頼され、いくつかの支部の好事例が提示された。

# 夜間・休日の一部の検査ナシの救命救急センターも

## 2025年度の入院・外来調査 「重症度、医療・看護必要度I」の理由に「システム間に合わず」など

厚生労働省は8月28日、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2025年度の入院・外来医療等における実態調査結果の速報を公表した(主な回収率は図表)。救命救急センターの一部には、夜間・休日に「微生物塗抹検査」「心電図検査」「超音波検査」の検査体制を有しない病院があった。また、「重症度、医療・看護必要度」については「I」を届け出ている理由として「システムの導入が間に合っていない」(n=71)という理由も多いなどの状況も分かった。

今回の調査項目は以下の8つが柱。

- (1) 急性期医療及び救急等に対する評価の見直しの影響について(その2)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(その2)
- (3) 地域包括医療病棟の新設の影響について(その2)
- (4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(その2)
- (5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直し

- の影響について(その2)
- (6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について
- (7) 外来医療に係る評価等について(その2)
- (8) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について
- (9) その他の調査結果

救急医療機関に関する調査では、高次であるほど、24時間の検査体制や自院での検査体制を、多くの検査項目で有している傾向があったものの、救命救急センターの一部には、夜間休日に「微生物塗抹検査」「心電図検査」「超音波検査」の検査体制を有しない病院があった。多くの検査項目を24時間体制で網羅している高度救命救急センター(n=43)でも、「超音波検査」でおよそ3割強、「心電図検査」ではおよそ4割強、「微生物塗抹検査」ではおよそ5割強でしか24時間体制による検査で当日に結果を確認できない状況だ。

**「重症度、医療・看護必要度」一般病棟は「I」が2割、「II」8割**  
「重症度、医療・看護必要度」に関する調査(n=1046)では、一般病棟で

はおよそ2割(n=217)が「I」を、およそ8割(n=829)が「II」を、それぞれ届け出ている状況。入院基本料別では、「急性期一般入院料(急性期)1」の場合ほとんどが「II」を届け出ており、「I」は「200床未満」(n=104)で4.8%、「200床～399床」(n=219)では0%、「400床以上」(n=240)では0.4%だった。「急性期2」の「I」は「200床未満」(n=67)の37.3%のみで、残りはすべて「II」となっている。「急性期4～6」では、「200床未満」(n=303)で半数以上の58.1%が「I」、「200～399床」(n=37)は27.0%だった。

「I」を届け出ている理由が多かったのは、「必要度IIの方法に変更する必要性を感じない」(n=101)、「必要度IIを用いた場合と比較して、患者の状態をより適切に評価できる」(n=72)の他に「システムの導入が間に合っていない」(n=71)などの順だった。

### 地域包括医療病棟の届出前の入院料「急性期4～6」が最多

地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床が以前に算定していた入院基本料・特定入院料について調べたところ(n=94)、「急性期4～6」が42.6%と最多だった。このほか「急性期1」が29.8%、「地域包括ケア病棟入院料・管理料(地ケア)1」が14.9%、「急性期2～3」が13.8%などとなっている。

### 地ケアの平均在院日数に変化はナシ「退院目標を40日に変更」は7割

地ケア(n=677)に関しては、2024年度の診療報酬改定前(2023年6月～2024年5月)の平均在院日数が22.7日、中央値が23.0日で、改定後(2024年6

月～2025年5月)は平均在院日数22.6日、中央値22.8日と改定前後で変化はなかった。

一方、在院日数が短くなった(38.3%)と回答した病院(n=252)に理由を複数回答で聞いたところ、半数程度を占める53.6%が「令和6(2024)年度改定で40日で入院料が区別されたため」を選択。37.7%は「患者像の変化により入院日数が短い患者が増えたため」も選んだ。「転院の受け入れ先が以前より確保しやすくなったため」は10.7%だった。

地ケアにおいて「退院目標を40日に変更したか」(n=135)との問いには、73.3%が「した」と回答。その影響について複数回答で聞いたところ65.7%が「迅速に退院調整を行う体制を整えた」と答えた。このほかは「入院中のケアプラン作成が困難になった」(27.3%)や「ケアマネとの連携が難しくなった」(26.3%)など。

### 地ケアの在宅連携でのシステム利用「活用なし」が71%と多数に

地ケアを持つ医療機関に在宅医療を提供する施設との情報連携のための多職種連携システムの活用状況(n=690)について聞いたところ、71%が「活用していない」と回答。理由について複数回答で聞くと、「導入にコストがかかるから」が最多の68.6%、次いで「維持・管理コストがかかるから」(52.3%)、「導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから」(33.0%)、「現場のオペレーションを変更する負担が大きいから」(25.7%)、「使いこなせない職員がいる(又は多い)から」(14.5%)などが並んだ。

調査票種別の調査対象施設数回収状況は以下のとおり				
入院				
調査の対象施設群(届出入院料)	調査対象施設数	回収施設数(回収率)	病棟票	治療室票
急性期一般入院基本料等	2402	1365(58.1%)	4997	1270
地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等	1356	818(60.3%)	1295	-
療養病棟入院基本料	600	337(56.2%)	484	-
障害施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	300	187(62.3%)	325	-
総計	4658	2737(58.8%)	7101	1270
外来				
調査の対象施設	調査対象施設数	回収施設数(回収率)	患者票	
生活習慣病管理料、機能強化加算、地域包括診療料等の届出等を行っている病院及び診療所	2300	1009(43.9%)	3610	
一般				
調査の対象	調査対象人数	回収人数(回収率)		
オンライン調査	2000	2000(100.0%)		

厚労省資料を一部改変


一冊の本 book review

### 筋肉革命95

著者●酒向正春  
出版社●日刊現代  
定価●1,650円(1,500円+税)

人生百年時代において、充実した人生の終盤を送るために欠かせないのが健康寿命の延伸である。本書では脳卒中リハビリのエキスパートである酒向正春先生が開発した年齢を問わず取り組める筋肉づくりの方法(サコーメソッド)が紹介されている。高齢の方でも無理なく実践できるプログラムが写真付きで分かりやすく解説されており、ご家族が声をかけながら一緒に取り組む際の参考にもなるだろう。医療従事者が、患者さんやご家族へ啓発する際にも活用できる一冊。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
特定保健指導実施者 初任者研修(集合研修) 60名	2025年11月1日(土) 9:00~17:50	22,000円(33,000円)(税込)	高齢者医療確保法に基づく特定健康診査・特定保健指導制度における「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載の「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った研修。保健指導経験2年程度までの医師・保健師・管理栄養士・歯科医師のほか、当協会主催の「特定保健指導専門研修・食生活改善指導担当者研修」を修了した看護師・栄養士・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士が対象。なお、本研修は「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)食生活改善指導担当者」の更新のための単位(2単位)に該当する。
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。