



全日病 NEWS

2024.4.15

No.1053

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

今年度は診療報酬改定や働き方改革、地域医療構想を注視

臨時総会 猪口会長が日本医師会副会長から「身を引く」との意向を表明

全日病は3月30日、第12回臨時総会を開催し、2024年度事業計画・予算および2023年度事業計画の一部変更・補正予算の報告が行われた。

猪口雄二会長は冒頭挨拶で、令和6年能登半島地震に対するお見舞いの言葉を述べるとともに、30チームを超えるAMAT(全日本病院医療支援班)が被災地で支援を行ったことを伝えた。また、2024年度は診療報酬・介護報酬等の同時改定や医師の働き方改革が施行され、新たな地域医療構想に向けた議論が始まるなど変化の時期であることの報告があった。



最後に、「身体的な限界」を考慮し、「日本医師会副会長から身を引く」との考えを明らかにした。猪口会長は、2020年6月27日から日医副会長を2期務めていた。全日病会員で今村英仁・公益財団法人慈愛会理事長(鹿児島県)が病院・勤務医担当の日医常任理事として活躍していることも理由の一つにあげた。

9割の病院が宿日直許可を取得

2024年度は医療行政にとって、大きな動きがいくつもある。猪口会長は冒頭挨拶で、◇診療報酬・介護報酬等改定◇医師の働き方改革◇新たな地域医療構想一をあげて、全日病として影響を注視していく姿勢を示した。

診療報酬・介護報酬等改定については、診療報酬は薬価改定を除き6月施行となり、介護報酬改定も4月施行分と6月施行分に分かれることになった。診療報酬改定の本体改定率は0.88%だが、0.89%を賃上げ対応分が占めることから、財源的には、政府の賃上げ目標のための「賃上げ改定」とも言える改定だったとの認識を示した。

医師に対する時間外労働規制がよいよ4月から施行される。猪口会長は、「四病院団体協議会などを通じて、医師の働き方改革の影響があるかを直前まで調査したが、1割ぐらいの病院で影響があるという状況」と現状を報告。一方で、「宿日直許可は大学病院を含め、病院の全体と一部をあわせて9割が取得している」と述べ、一定の対応が行われていることを示した。

地域医療構想については、現状の地域医療構想が2025年までを目標とした計画となっている。新たな地域医療構想では、その後の2040年までを見据え、在宅医療や介護との連携をより重視した新たな構想を考えることになっている。猪口会長が構成員として、新たに設置した厚生労働省の検討会に参加することが報告された。

京都府で全日本病院学会を開催

続いて、織田正道副会長が2024年度事業計画を説明した。

猪口会長が指摘したさまざまな課題を踏まえ、全日病が日本の医療・介護現場を支える最大の病院団体として、日本医師会、四病院団体協議会、日本病院団体協議会などの病院団体と協

働・連携し、根拠に基づく提言や要望活動などを行っていく方針を示した。

また、令和6年能登半島地震に対する支援を続けるとともに、今後の災害対策として、備えや災害対応体制を強化していく。

2024年度事業においては、病院経営定期調査をはじめとして、調査・研究事業を実施し、2024年度診療報酬・介護報酬改定に関する提言を行うとともに、その実現に向けた要望活動を実施する。外国人材受入事業については、技能実習制度に変わる新制度(育成就労制度(仮称))による受入れの準備を進めつつ、特定技能制度とあわせ、引き続きミャンマー・ベトナムの介護人材受入れを推進する。

第65回全日本病院学会は、2024年9月28日(土)、29日(日)に、京都府支部を中心に、清水鴻一郎支部長を会長として、京都市で開催する。

教育・研修事業は、開設者・管理者、医療従事者、医療安全管理者、特定健診担当者などを対象とした研修のほか、総合医育成事業、看護師特定行為研修指導者講習会、医療DX人材育成プログラムなど30を超える研修会、セミナーなどの開催を予定している。

また、全日病認定総合医、病院経営士、病院管理士、看護管理士、保健指



導士、メディカルクラーク、ドクターズクラークなどの資格認定事業も実施する。現在、常設委員会は23設置されており、各委員会を中心に多方面にわたる事業を展開する。

決議事項として、茨城県支部の理事交代が承認された。諸岡信裕・医療法人白帆会小川南病院理事長・院長から塚田篤郎・医療法人財団県南病院理事長・院長への交代となる。

報告事項は、◇2024年度事業計画◇2024年度予算◇2023年度事業計画の一部変更◇2023年度補正予算。

2024年度予算をみると、経常収益が6億7,866万円対前年度比1億991万円減、経常費用が6億7,803万円対同9,190万円減となり、経常増減額は63万円となっている。

事業計画の変更を反映させた2023年度補正予算の経常収益は7億8,857万円、経常費用は7億6,993万円対経常増減額は1,865万円となっている。

病院、かかりつけ医機能、在宅医療、介護まで含め議論

厚労省・新たな地域医療構想検討会 猪口会長は医療・介護の支え手の人材確保に危機感を表明

厚生労働省の新たな地域医療構想等に関する検討会の初会合が3月29日に開催された。現行の地域医療構想が2025年を目標とする取組みであることから、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想について、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討するために開催する。座長には、遠藤久夫・学習院大学経済学部教授が選出された。

検討事項は、①新たな地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項②医師偏在対策に関する事項(医師養成過程を通じた対策を除く)③その他本検討会が必要と認めた事項となっている。地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革は一体的に推進すべきものとされており、検討事項に医師偏在対策が入っている。

今後、構成員からのヒアリングを含め、1巡目の議論を行い、秋までに中間まとめを行う。その後2巡目の議論を行い、年末に最終的まとめを

行う予定となっている。同日は、構成員による自由討議を行った。

全日病会長の猪口雄二構成員は、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化することを重要視。人口動態の予測から、今後、病院など医療・介護を支える主体が直面する困難に危機感を示した。

2025年から2040年にかけて、75歳以上の後期高齢者は2,155万人から2,227万人に3.4%増加するが、15~64歳のいわゆる生産年齢人口は7,310万人から6,213万人に15%減少する。猪口構成員は、国立社会保障・人口問題研究所が推計する日本の将来推計人口よりも出生数の減少が早まっていることに触れ、深刻な人口問題が新たな地域医療構想を考える上で、前提になることを強調した。

人口構造の変化は、地域により異なり地方でより顕著になる。例えば、2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、5万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約3倍になると予測されている。現行の地域医療構想は二次医療圏を圏域としている地域が多く、現状でも齟齬が生じている

が、人口がそれだけ異なると地域医療構想を同じ考え方で推進することは現実的ではなくなる。

猪口構成員は、最近の経済環境の変化による人材確保の困難にも言及し、効率的な病院運営を考えないと、供給側の制約によって、地域医療が存続できなくなるとの認識を示した。

一方、国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰構成員は、「ポストコロナになっても病院の病床稼働率が戻っていない。昔よりも高齢者が元気になって、入院受療率も変わっているかもしれない。高齢者像の変化をきちんと把握しないと、(需要を見込んで)病床を作りすぎることになる」と指摘した。

日本医師会常任理事の江澤和彦構成員も高橋構成員と同様に、全体では入院患者数は低下傾向にあるとの見方を示した。その上で、在宅医療や介護の需要は増大しており、「治し、支える医療」を推進するため、新たな地域医療構想は「地域医療介護構想」にすべきと提案した。

全国老人保健施設協会会長の東憲太郎構成員は、2024年度診療報酬・介護報酬同時改定も踏まえ、介護施設にお



ける看取り機能や介護施設に外づけする医療の位置づけなど、病院と介護保険施設の役割分担について、さらなる整理を求めた。

副座長に指名された九州大学名誉教授の尾形裕も構成員は、現行の地域医療構想のように、医療機能別の病床の必要量や在宅医療、介護の需要の過不足を明確に示すことが重要と主張した。その際に、消費税を活用した現状の地域医療介護総合確保基金のような財政支援がないことに対し懸念を示した。

本号の紙面から

2060年までの医療費等を試算	2面
理事会で基準病床数を議論	3面
サブスペ領域の広告を議論	4面

医師に対する時間外労働規制や医療保険制度の見直しを実施

厚生労働行政 4・6月から厚労省関連で様々な制度変更

2024年度は医療提供体制に関わる様々な変化がある。4月からの厚生労働省関連の主な制度変更を紹介する。医師などに対する時間外労働規制の施行や、実施は6月だが診療報酬改定がある。これに伴い入院時食事療養費が上がる。新型コロナ特例によるコロナ治療薬の補助もなくなる。医療保険制度では、75歳以上の後期高齢者の保険料が上がる方向で見直しとなる。

時間外労働の上限規制については、

「これまで時間外労働の上限規制が適用猶予されてきた事業・業務について、2024年4月1日から、時間外労働の上限規制を原則適用する」となっている。対象となるのは医師、「工作物の建設の事業」の従事者、「自動車運転の業務」の従事者などである。

薬価改定は4月だが、それを除く診療報酬改定は6月に実施される。改定率は0.88%であった。6月1日からは入院時食事療養費が基本1食30円の引

上げとなる。

新型コロナ関連では、コロナ治療薬の公費支援が終了し、2024年4月から、医療費の自己負担割合に応じた、通常の窓口負担になる。

医療費助成の対象となる指定難病は3疾病が追加される。

介護報酬改定も4月実施と6月実施に分かれ、6月実施の対象は「居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション」

となっている。

後期高齢者医療制度における後期高齢者一人当たりの保険料と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう、後期高齢者の負担を増やす。前期財政調整制度における報酬調整の導入では、前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、報酬水準に応じて調整する仕組みを導入する。

2060年まで医療・介護等給付費が対GDP比で増え続ける

内閣府・経済財政諮問会議 「中長期の経済財政に関する試算」を公表

内閣府は4月2日の経済財政諮問会議に、2060年度までのマクロの経済・財政・社会保障の姿を試算した「中長期の経済財政に関する試算」を公表した。医療・介護等の費用について、2040年を越えても高齢化率は上昇し、特に介護費は一貫して増加。医療費も伸び率は鈍化するが、医療の高度化等の要因により、増加率が高まる可能性を示した。

2040年を見据えた新たな地域医療構想の議論が始まっている状況だが、医療・介護に対するさらなる給付抑制圧力が高まる恐れがある。

試算では、経済成長などが現状通りで出生率が1.36程度まで回復するシナリオにおいて、医療・介護の給付費がGDP(国内総生産)に占める割合は、2019年度の8.2%から、医療の高度化がこれまでの実績通りの場合(年率1%)

には、2040年度に10.2%、2060年度に13.3%、医療の高度化が加速する場合(年率2%)には、2040年度に10.7%、2060年度に16.1%まで高まることを示した。

内閣府は、対GDP比で医療・介護の給付費が増え続けることを問題視。試算の結果を受け、医療・介護の給付費を2060年でも一定範囲(11.1%)に抑えるため、「毎年の医療の高度化等のその他要因を相殺できる改革効果を実現できれば、長期安定シナリオの下で、制度の長期的安定性の確保が見通せる結果になる」と指摘した。

その上で、「DX活用等による給付の適正化・効率化、地域の実情に応じた医療・介護提供体制の構築、応能負担の徹底を通じた現役・高齢世代にわたる給付・負担構造等の見直し等、様々な努力の積み重ねが必要」と主張した。

同日、岸田文雄首相も、「医療・介護の給付費の対GDP比の上昇基調に対する改革に取り組み、財政健全化を着実に進めることが重要」と発言した。医療・介護の給付費の上昇の抑制を図る方向性での改革が継続的に続く可能性がある。

もっとも、医療・介護の給付費の対GDP比率を一定程度に抑えるには、GDP自体を成長させることが解決策であり、そのためには、「生産性の向上、労働参加の拡大、出生率の上昇等による供給力の強化と、成長と分配の好循環の実現」が必要となる。日本全体の経済を強固にすることで、医療・介護の充実を図ることが求められる。

地域医療構想の実現を求める

内閣府は同日、2019年度から2023年度までの「経済・財政一体改革の点検・

検証」も示した。

社会保障について、「歳出改革」という視点では、「国費ベースで約0.8兆円の削減を実現したほか、全世代型社会保障の改革工程(2023年12月閣議決定)に、これまでの経済財政一体改革における議論等を踏まえた改革項目を盛り込むなど、2028年までの歳出改革の道筋を具体化するなどの成果も認められる」と評価した。この間、医療費等の抑制を図ってきたことが示された。

一方で、「医療費の地域差半減や地域医療構想の実現など改革の進捗について課題がみられる事項も存在する。これらについて、進捗がみられない原因等を分析し、その結果を踏まえ、課題解決に向けた対応策を経済財政諮問会議で議論した上で、本年夏の骨太方針において対応の方向性を示すべき」と主張している。

救急救命士のエコー実証は「必要十分」まで引き続き議論

厚労省・救急医療WG 研究デザインの精緻化求める

厚生労働省の救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ(児玉聡座長)は3月21日、救急救命士のエコー検査の実証に関する2023年度の議論のとりまとめ案を概ね了承した。提案者である岡山県吉備中央町に対して、研究デザインの精緻化を求めるとともに、引き続き議論を重ね、それらが「必要十分」と認められた上で、救急救命処置の範囲にエコー検査を特例的に追加する方針を示した。

救急救命士によるエコー検査の実証は、国家戦略特区の吉備中央町が内閣府の国家戦略特別区域諮問会議において規制改革事項として提案したもの。ワーキンググループでの承認を経て、省令改正を行い、特区での実証を開始する想定であったが、委員からは「搬送前・搬送中のエコー検査に対する難易度や安全性への懸念がある」、「搬送

先病院選定に係るプロトコルが不明瞭だ」、「既存のプロトコルとの整合性を図るべき」といった指摘が相次いだ。

厚労省が示したとりまとめ案では、これまでの議論を踏まえ、2024年度の可能な限り早期に講じる必要な措置の一環として、◇研究デザインの精緻化◇救急救命士による超音波装置操作に係る研修について、効果測定を行いながら必要十分なプログラムを作成◇各段階において、ワーキンググループに進捗状況の報告を行い、議論を進める一とした。また、提案者の吉備中央町と岡山大学が客観的・合理的なエビデンスを収集する場を別に設け、そこで検討状況をワーキンググループに報告するとした。

今後の方向性について、委員から異論はなかった。「例えば、ショック状態ではないものの症状が不明確な場合、

搬送中に腹腔内液体貯留を発見できれば二次救急から三次救急へ搬送先を変更できるなど、搬送中のエコー検査が有効な場面も想定できる」(日本臨床救急医学会評議員・植田広樹構成員)との意見や、「研究デザインに関しては、まずは医師やエコー検査ができる職種が病院前で実証し、効果があるとわかった段階で、次に救急救命士が同等の手技が発揮できるのか、必要な研修・教育は何かを検討する。こうした二段階のモデルもよいのではないか」(民間救命士統括体制認定機構理事・喜熨斗智也構成員)といった提案があがった。

一方で、搬送時間の短縮という目標と救急救命士によるエコー検査の関連性が不明瞭なままであることから、実証の意義について引き続き疑義を示す意見があがった。



日本医療法人協会会長の加納繁照構成員は、従来の二次救急・三次救急の連携体制や救急搬送トリアージのあり方について言及し、適切な搬送先選定に好ましくない影響を及ぼすとの懸念を示すとともに、実証に対して改めて疑問を呈した。また、今後の研究デザインの精緻化に関しては「対象疾患をより明確に限定すべき」と指摘。医療機器の安全管理の問題や、費用対効果についても検討が必要との考えを示した。

2022年医師・歯科医師・薬剤師統計を公表

厚生労働省は3月19日、2022年の医師・歯科医師・薬剤師統計の結果を公表した。2022年12月31日現在、医師数は34万3,275人で、2020年の前回調査より3,652人(1.1%)増加。現在の2年に1度の届け出による調査方法を取り始めた1982年以降、過去最多となった。歯科医師数は10万5,267人で、前回より2,176人減(▲2.0%)と、1954年の統計開始以降、初の減少となった。薬剤師数は32万3,690人で1,708人(0.5%)増

加した。

今回の調査から、厚労省が設置した「医療従事者届出システム」を通じた提出が可能となっている。オンラインによる届出の割合は、医師41%、歯科医師21%、薬剤師32%となった。

前回調査での医師数の増加率(3.8%)と比べると、今回は増加率が2.7ポイント低下。厚労省は、「集計期間の2023年12月中旬から1月中旬は新型コロナウイルス感染症の第8波の流行期

に相当し、国内の医療提供体制が逼迫していたことから、届出数の減少につながったとみられる」との見解を示した。

男性医師数は26万2,136人で、前回に比べて59人(0.0%)増加。女性医師数は8万1,139人で、前回に比べて3,593人(4.6%)増加し、23.6%となった。女性医師の増加傾向について、厚労省は「2008年以降、地域枠を中心に医学部臨時定員が設置されたことで、医師数が

増加。医学部定員に占める女性の割合が年々増加し、その積み上がりで増加傾向になっている」と説明した。

病院・診療所に従事する医師について見ると、年齢階級別では「30～39歳」が6万6,951人(総数の20.4%)と最も多く、次いで「40～49歳」が6万6,384人(同20.3%)、「50～59歳」が6万6,375人(同20.3%)の順。性別では、すべての年齢で男性の占める割合が多くなっている一方、年齢階級が低くなるほど女性の割合は高く、「29歳以下」では36.2%となった。また、「40～49歳」「50～59歳」の男性は減少傾向にあった。

病床不足地域とみなされる二次医療圏に病院団体から危機感

全日病・常任理事会 「討議」で基準病床数、既存病床数、病床の必要量の関係性を議論

全日病は3月16日の第12回常任理事会の「討議」で、「基準病床数」を議題に意見を交わした。

地域医療構想により、地域の医療需要に見合った医療提供体制の構築を図る中で、地域の病床数を規制している「基準病床数」が増える形で計算されることにより、病床過剰地域が病床不足地域と見なされ、病院などの新規参入を招く状況が生じているとの事例報告を受けたものだ。このような状況が放置されれば、不必要な過剰競争を引き起こす可能性が生じるとともに、医療従事者の逼迫をさらに加速させる事態になってしまう。

猪口雄二会長は、「よくない状況だ。地域医師会とも協力し、都道府県に理解を求める必要がある」と述べるとともに、会員病院に状況を注視するよう求めるべく周知を促した。

基準病床数と既存病床数の関係

基準病床数とは、全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数である。二次医療圏単位で設定し、地域で整備する病床数の上限となる。病床過剰地域から非過剰地域へ病床を誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することが目的と位置づけられている(右表・上を参照)。

一方、既存病床数は病院と有床診療所の実際の病床数(一般病床・療養病床)であり、基準病床数と比較して、病床過剰地域か否かを判断する基準となる病床数である。病床過剰と判断される場合、都道府県知事は公的医療機関等に対しては、「(開設・増床等の)許可をしないことができる」、その他の医療機関に対しては、「(開設・増床等に関する)勧告を行うことができる」。勧告に従わない場合は、「保険医療機関の指定を行わないことができる」。

逆に、既存病床数が基準病床数を下回り、病床不足の地域とみなされれば、病院・有床診療所の開設・増床等ができることになる。

一方、現在、人口減少や高齢化の動向を踏まえ、将来の医療機能別の病床の必要量に見合う地域の医療提供体制を整備するため、地域医療構想の実現に向けた取組みが進められている。

地域医療構想の病床の必要量は基準病床数と整合しない場合がある。例えば、病床の必要量は既存病床数に見合っているのに、基準病床数の計算では病床不足となる地域が生じ得る。基準病床数は右表(下)のような算定式で計算されるもので、それに従うと、病床利用率が下がると、分母が小さくなるので、他の変数に変化がない場合、基準病床数は増えることになる。

2023年10月4日の厚生労働省医政局地域医療計画課の事務連絡では、そのことを明記している。

事務連絡では、「(基準病床数と病床の必要量の)両者は、その目的、算出方法や算出に利用しているデータが異なることから、必ずしも一致しない。「地域医療構想における病床の必要量との整合性を考慮した上で、基準病床数を設定する必要」があるとの基本的な考えを示している。

その上で、「基準病床数が第7次医療計画から増加し、地域医療構想における病床の必要量との間に一定の乖離が生じる場合」があると指摘。その場合には、「告示において定める値をそのまま用いるのではなく、これまでの

基準病床の算定に当たって使用した数値や各医療圏の実態を勘案して独自に設定することが望ましい」と明記している。

さらに、「既存病床数が基準病床数を下回る地域であっても、許可病床数がすでに将来の病床の必要量に達している場合には、医療法第7条の3に基づき、必要な手続きを経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと(民間医療機関の場合には勧告)ができること」を明らかにしている。

ところが、同日の常任理事会では、愛知県の事例が提示され、第8次医療計画において、病床過剰地域から病床不足地域に転じた二次医療圏を含め、軒並み病床不足地域となってしまっている資料が示された。愛知県との折衝により、当初の数字よりも病床不足の規模を少なくすることができたものの、大規模法人の新規参入の余地を生じさせ、愛知県の医療団体に懸念を生じさせる事態になっているという。

基準病床数の算定式の変数に影響を与える要因は複雑であり、基準病床数の変化の原因を分析することは容易ではない。ただ、平均在院日数や病床利用率の変化が影響した可能性がある。

常任理事会では、東京都の状況をめぐっても議論があり、区中央部・区西部に大学病院等が集中し病床過剰の地域となっており、医療従事者を吸収している一方で、特に西多摩などは病床不足の地域になっている。そこに新規参入が増えれば、現状で厳しい医療従事者の確保がさらに困難になってしまう。そのような危機感を訴える意見が相次いだ。

また、広島県では、JR広島駅前に千床規模の新病院を整備する計画が進んでいる中で、広島県からは、近隣の医療従事者を吸収してしまうことはないとの説明がされているものの、実際のところは確信が持てないにもかかわらず、行政は粛々と計画を進めていることが報告された。

猪口会長が早期の見直し求める

猪口会長はこれらの状況を踏まえ、「基準病床数の計算の影響で、病床不足となる二次医療圏が全国的に増える傾向にあるようだ。我々からすると、『病床が逼迫しているのでベッドをもっとほしい』という状況ではなく、地域医療構想の趣旨からみても、増床すべきではない。都道府県が基準病床数を決める際には、やはり地域医師会とも協力して、医療団体としてベッドは増やさない方向に持っていく必要がある」と述べ、同様の状況が地域で生じている場合の対応を求めた。

また、「新たな地域医療構想に関する検討会」でも、「病床必要量と基準病床数の関係」が検討課題になっている。しかし、実際に基準病床数の変更が行われても、現状の予定では、第8次医療計画の中間見直しあるいは第9次医療計画の時点になってしまうため、猪口会長は、それより早く基準病床数の見直しが必要との考えを示した。

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

○ 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事(保健所設置市長、特別区長)に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。(医療法第7条)

○ 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等(※)

・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**許可をしないことができる**。(医療法第7条の2)

※ 公的医療機関等: 医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

②その他の医療機関

・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、**勧告を行うことができる**。(医療法第30条の11)

・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の**勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる**。(健康保険法第65条第4項)

特例措置

○ 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、**特例として新たに病床を整備することが可能**。

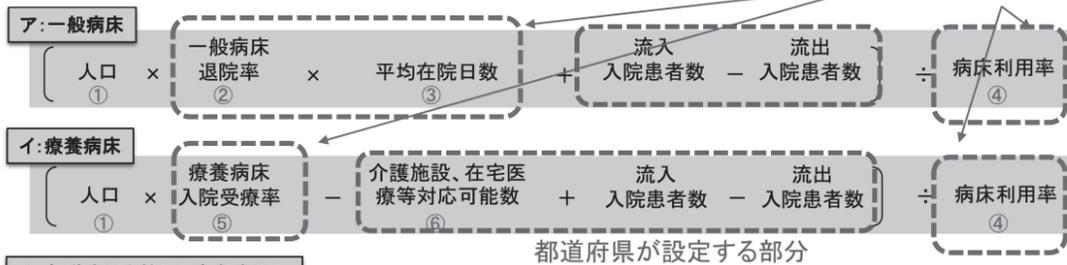
<特例が認められるケース>

- ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
- ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数の算定式

○ 各都道府県において、一般病床・療養病床は二次医療圏ごとに、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ



ウ:都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別(医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの)を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成29年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成27年・令和元年病院報告】(参考:第7次の設定 13.4~16.3日)
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用 【平成28~令和元年病院報告の平均】(参考:第7次の設定 一般76%、療養90%)
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成29年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、令和7年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要(対応可能数)を除外して計算。

サブスペ領域を広告可能とする具体的な基準を今後検討

厚労省・医療機能情報提供等分科会

4月スタートの全国版医療機能情報提供システムは「ナビイ」に

厚生労働省の医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会(尾形裕也分科会長)は3月22日、専門医の広告に関する今後の検討方針を了承した。日本専門医機構が認定する19の基本診療領域の連動研修であるサブスペシャルティ領域の専門医の広告は基本的には「広告可能」とする一方で、その他のサブスペシャルティ領域の広告可能の是非を判断する具体的な基準は、今後の検討課題となっている。

サブスペシャルティ領域の専門医のうち、連動研修(15領域)については、「研修制度整備基準」「認定・更新基準」「専門医名称」が整ったものから、同分科会で個別に認めていく。

一方、その他のサブスペシャルティ領域を「広告可能」とするためには、「新たな判断基準」を必要とする。「新たな判断基準」は「国民へのわかりやすさ」「質の担保」「社会的・学術的意義」の

観点で、今後、具体的な検討が行われる。専門医の名称と提供される医療の内容が広く国民に普及していることや、日本専門医機構の基準に準じていること、学術団体としての活動実績があることなどが条件となりそうだ。

ただ、このような条件だけだと、「(経過措置として広告可能となっている56の学会認定専門医のように国民にとってわかりやすさとは言えない)専門医が乱立するかつての同じ状況が起こるだろう」(桐野高明構成員・東京大学名誉教授)との懸念が出た。

また、サブスペシャルティ領域の専門医の広告を充実させることは、大病院志向など国民・患者の受療行動に影響を与えかねない。

日本精神科病院協会副会長の森隆夫構成員は、「医療機能情報提供制度に載るのであれば、国民の受療行動に影響する。国民が知るべき専門医とかが

りつけ医が知るべき専門医があり、それは区別すべきだ」と主張した。

一方、厚労省は、サブスペシャルティ領域の専門医が大病院に集中しているわけではないと指摘するとともに、身近な地域の医療機関の専門性が情報提供されることが、大病院志向の回避につながる可能性もあると説明した。

56の学会認定専門医については、現在、経過措置の取扱いで広告ができる専門医として認められている。このうち、基本診療領域に対応する学会認定専門医(16学会16専門医)については、日本専門医機構が認定する専門医への移行状況を踏まえて、経過措置を終了することを確認した。

ナビイが4月1日からスタート

4月1日からスタートする医療機能情報提供制度の全国統一システム(医療情報ネット)の愛称が「ナビイ」にな



ったことが報告された。ナビゲーシヨンの「ナビ」と医療の「イ」を組み合わせたといい。厚労省は、国民への周知を促し、「ナビイ」の活用が広がることに期待を示した。

ただ、日本医療法人協会副会長の小森直之構成員は、公開前に実物に触れる機会がなかったことへの不満を表明するとともに、4月1日時点で、「ナビイ」で検索できる医療機関が、全国の医療機関の何割であるかも把握できていないことへの懸念を示した。

■ 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)	備考
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 150名	2024年7月13日(土) WEB開催	5,500円(税込)	病院管理士、看護管理士、看護部門長研修受講修了者、事務長研修受講者向けのフォローアップ研修。自院の課題の解決方法を発表し、参加者間で討議する。会員病院に共通する課題の抽出により、課題解決策の情報収集にも資する。病院管理士・看護管理士継続要件に該当。
医療安全管理者養成課程講習会【修了者向け】 1日あたり200名	第1クール(講義)WEB開催 2024年7月12日(金) 2024年7月13日(土) 第2クール(講義)WEB開催 2024年8月3日(土) 2024年8月4日(日)	1日あたり5,500円(税込)	医療安全に関する継続的な学習を目的として、全日病・日本医療法人協会共催「医療安全管理者養成課程講習会」修了者(認定期間内に限る)を対象に、当講習会の再受講を可能とする(四病院団体連絡協議会の主催で修了し、全日病で継続認定されている方も対象)。1日ごとに申し込み可。事前に申込分のみ、1日修了ごとに「全日病・医法協認定医療安全管理者」継続認定(更新)のための2単位を付与。
医療安全管理者養成課程講習会【新規】 200名	第1クール(講義)WEB開催 2024年7月12日(金) 2024年7月13日(土) 第2クール(講義)WEB開催 2024年8月3日(土) 2024年8月4日(日) 第3クール(演習)全日病会議室 ①2024年9月7日(土)・8日(日) ②2024年10月12日(土)・13日(日) ③2024年11月9日(土)・10日(日)	90,266円(111,166円)(税込)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する組織と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・教育するため、「医療安全管理者養成課程講習会」を開催する。厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針(2020年3月改定)」に則ったプログラムで、すべての課題を修了した受講者に対し、修了証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。全日病と日本医療法人協会との共催。
医療DX人材育成プログラム 150医療機関(最大450名)	2024年7月11日(木)～11月21日(木) 全10回 WEB会議	250,000円(500,000円)(税込) 1医療機関	医療DX推進に対応できる医療機関の人材育成事業として、自院の状況に応じた院内の情報整備計画などをベンダーに依存せず自院で作成・実行できる人材を育成することを目的としたプログラム。所定の課程(全10回のうち8回以上の出席、3回の確認テスト合格)を修了した受講者に「全日本病院協会認定 医療DX責任者」として認定し、「修了証」を授与する。
病院経営継続学習講座 48名	第1講座 2024年6月9日(日) 第2講座 2024年8月4日(日) 第3講座 2024年10月6日(日) 第4講座 2024年12月8日(日) WEB会議	44,000円(税込)	病院経営に関わる方が、継続して学習する場として設置した講座。第1講座は「医療政策情報」(池上講師)、第2講座は「病院経営管理手法」(萩原講師)、第3講座は「病院経営分析手法」(萩原講師)、第4講座は「病院共通課題」(萩原講師)となっている。講座の受講修了者は、病院経営士及び病院管理士、看護管理士の認定更新要件を満たす。
病院経営管理者研修 48名	2024年5月～2025年7月で 全15講座(19日間)	462,000円(572,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「病院経営管理者研修」では、経営に関わる幹部医師、看護部長、副看護部長、メディカル部門長、事務長などを対象に、約1年半の研修を実施後、当委員会の審査を経て「病院経営士」の認定を付与する。
病院部門責任者研修 48名	2024年8月～12月で全5講座 (6日間)	110,000円(165,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「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、メディカル部門の責任者、事務部門の責任者などを対象とし、数カ月間の研修を実施し、所定の要件を満たした方に修了証を発行する。