



全日病 NEWS

2024.5.1 No.1054

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

猪口会長が新たな地域医療構想に関する提言を発表

厚生労働省・新たな地域医療構想等検討会 検討会で医療団体・有識者からのヒアリングを実施

全日病の猪口雄二会長は4月17日、厚生労働省の新たな地域医療構想等に関する検討会(遠藤久夫座長)で、地域医療構想に関する提言を発表した。地域性を踏まえた構想の策定、基準病床数と必要病床数の整理、かかりつけ医機能支援病院など病院機能の提示、医療人材確保の強化などを訴えた。

同検討会では、新たな地域医療構想に向け、夏～秋頃の間まとめを目指し、議論を行っている。当面は、医療団体・有識者からのヒアリングを行うことになっており、同日はヒアリングの第1回目。猪口会長をはじめ、香取照幸・未来研究所代表理事、江澤和彦・日本医師会常任理事、相澤孝夫・日本病院会会長、松田晋哉・産業医科大学教授が発表を行った。

猪口会長は、3月16日に公表した提言をもとに説明を行った。全日病の提言は、「高齢化の進行と地域性」「データの活用について」「地域医療構想の範囲の見直しと必要(基準)病床数の算出」「病院機能の分類の見直し」「高齢者救急を想定した医療体制の構築」「医療人材の確保の強化」の6項目で構成されている。

高齢化の進行と地域性については、

「高齢化がもたらす影響が地域により異なる」ことを強調。大都市近郊では高齢者の絶対数が増加する一方で、高齢化の進行した地域では、高齢者の絶対数は横ばいでありながら、医療・介護サービスの提供者不足が問題になると指摘した。これに対応するには、◇地域の現状分析◇健康課題の特定と優先順位決定◇それを地域医療構想に反映させることが必要になるとともに、地域が主体になることを強調した。

データの活用については、全体の対策を検討する際に、医療、介護、その他サービスの統計データの時制が一致していないため、活用する際の実施年の統一など技術的な課題を指摘した。

地域医療構想の範囲の見直しと必要(基準)病床数の算出については、医療計画における「基準病床数」と地域医療構想における「必要病床数」に不整合があり、混乱が生じていることを説明した。どちらも医療需要に応じた必要な病床数を示す指標でありながら、同じ二次医療圏(構想区域)の既存病床数に対し、「過剰」と「不足」が逆の結果になっている場合がある。

特に、病床稼働率や入院受療率が低下すると「基準病床数」が「必要病床数」

を上回り、既存病床と比較し、病床不足とみなされる場合がある。このため計算方法の適宜見直しが必要とした。また、特定機能病院は主として三次医療圏を対象とするため、本来基準病床数とは別に設定されるべきである。実際に東京都などではこのことが問題を生じさせており、二次医療圏での「基準病床数」を算定する際に、この分を除外することを求めた。

猪口会長は、病床数が増えすぎると、地域の医療機関の医療従事者の確保がより困難になることを強調した。また、人口減少社会において、小規模の二次医療圏(構想区域)では今後、極端に人口が減ってくるため、複数の二次医療圏を統合しての運用を主張した。

かかりつけ医機能支援病院を提示

現状の地域医療構想は、医療機能別の必要病床数の調整を政策目標としてきた。ただ、猪口会長は、医療機能別の病床よりも、病院機能のほうが、患者にとってわかりやすく、病院経営においても役立つと主張。病院機能と病床機能報告、医療機能、医療圏の関係を整理した(下表を参照)。

Post/sub-acute 機能・回復期を担う



病院機能として、「かかりつけ医機能支援病院」を位置づけている。同病院は、高齢者救急における重要な機能を含め、地域包括ケアシステム・医療介護連携を担うことから、医療圏は市区町村単位となる。全日病に多く加入し、病院の中でも割合の大きい中小民間病院が担うことが期待されている。

「かかりつけ医機能支援病院」などが担う高齢者救急の機能においては、◇ACPの推進と、登録、登録内容の参照が可能な仕組みを構築し、患者の希望する医療の提供が可能となるよう救急隊を含めて容易に知ることができるようにする◇周囲の医療機関との役割分担の確認が必要になるとした。

最後に「医療人材の確保の強化」に言及した。2040年に向けて、医療需要は地域により多様性を示すが、対策を講じなければ、生産年齢人口の減少は一貫して継続し、人材確保はより困難になっていく。働き方改革の推進は一人当たりの労働時間を減少させる。提言では、「2040年の医療・介護提供体制を維持するためには、医療・介護システムの抜本的な見直し」が必要と強調している。

必要な対応としては、◇医療DX◇医療・介護の効率的運用◇施設基準の見直し—をあげた。猪口会長は特に、「診療報酬の施設基準では評価が上がる」とそれに応じた人員配置が求められる。このやり方は限界に近づいている。効率性を重視した評価を考えないと現場は持たない」と訴えた。

4. 病院機能の分類の見直し

病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要

…病院経営においても長期の経営戦略を考えるうえで大きな影響

■現在の病床機能

高度急性期	急性期	回復期	慢性期
-------	-----	-----	-----

曖昧な定義による混乱

「病院機能」による分類が現実的

■病院機能

…地域医療構想における機能分担を明確にする上で病院として担う機能を示すもの
…「地域に密着し地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院」は高齢者救急において重要な機能を有し、民間病院の役割として重要

	病床機能報告	医療機能	医療圏
高度急性期病院	高度急性期 急性期	高度な手術等 三次救急	三次医療圏
急性期病院	急性期 post/sub-acute機能	一般急性期 二次救急	二次医療圏
かかりつけ医機能支援病院	post/sub-acute機能 回復期	地域包括ケアシステム 医療介護連携	市区町村
慢性期病院	慢性期	慢性期医療	二次医療圏

本号の紙面から

かかりつけ医機能分科会開催 2面
中医協委員が改定に関し講演 3面
病院の事業承継シリーズ② 4・5面
マイナ保険証利用促進集中月間 6面
2026年度医学部定員は同水準 7面
2050年に単独世帯は4割強に 8面

清話抄

海峡に架ける絆

ちょっと頭をリセット。4世紀末、百濟から論語や漢字千字文が日本に伝えられた。徳川幕府は対馬藩宗家に、豊臣時代に一旦途絶えた朝鮮との国交回復の交渉を命じた。対馬藩の雨森芳

洲などの努力により、海峡を越え、野を越え、山を越え、鎖国時代に朝鮮通信使による交流が260年にわたって続いた。対馬、瀬戸内海や江戸を経て、徳川家康が祀られる日光東照宮まで、一行が通った地域に外交文書や行列の様子を記した絵などが残っており、朝鮮通信使に関する記録は2017年ユネスコ記憶遺産に登録されている。

1971年、「福岡外洋ヨット同好会」が結成され、10艇で釜山をスタートし、博多湾にフィニッシュした。その後、

玄海ヨットクラブと釜山ヨット協会との間で「日韓親善アリランヨットレース」として、ゴールデンウィークに2年毎に開催された。福岡市と釜山市は1989年行政交流協定を締結して交流を開始、超広域経済圏の形成を推進することで合意した。

2011年の東日本大震災の直後、日本各地でレースの延期や中止が決まる中、レースを通じて募金活動を行い、「『がんばれ!東日本』震災復興支援レース」として、アリランレースは継続さ

れた。アリランレースはまさに「出来る立場の人が、出来ることをする」を全うすることを旗印とした。2017年に私共のチームは総合優勝。私が副会長を務める福岡ヨットクラブの朝鮮海峡に架ける絆は強く、日韓親善の象徴であるアリランレースをこれからも存続したい。

医療においても日韓の連携は産業医科大学時代より行っており、これからも隣国として関係強化が望まれる。

(津田 徹)

主張

改めて医療事故調査制度について考える

昨年12月19日、「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」から厚生労働省に対して、医療事故調査制度の見直しを求める要望が出されました。問題とされたのは主に「報告すべきと思われる事例が適切に報告されていない」ということで、こうした状態に対して「センターが届け出をするべきだと判断した場合は医療機関に報告を求める」「応じない場合には医療機関名を公表したりできるようにする」など、

医療事故調査・支援センターの権限を強化するよう求めました。医療事故調査・支援センターではセンター合議というものがありますが、ここで「医療事故として報告を推奨すると医療機関の管理者に助言した」もののうち、毎年約3割が医療事故として報告がなされていません。本制度においては最終的な判断が各医療機関の管理者にゆだねられていますが、制度に基づいた適切な対応がなされてい

と思われる事例が仮に繰り返されるならば、今後、本制度の在り方自体についても更なる議論や対応がなされるのではないかと強く感じております。そうなる前に、我々病院運営に携わる者は自発的に「適切な正しい判断」ができるようにしておかなければなりません。その為にも、我々が毎年展開している医療事故調査制度に係る研修会は大変意義深いものだと思います。今年も重要な内容を1日にまとめてご案内しておりますので、ぜひご活用ください。「医療事故」という言葉は、その定義自体と、単語のもつ響きの印象が大きく異なるものです。医療事故調査制

度上の医療事故はあくまでも「医療に起因する」かつ「予期しなかった」死亡事例である、とこれほど言われているのに、「イコール過失」という誤解がいまだに先行しています。本制度の目的が再発防止であると繰り返し唱えても、やはり責任追及ととらえられる場合が少なくありません。今のところは様々な方面に対して「医療事故」という言葉の本来の意味を含めて本制度の適切な理解と実践を啓発するような取組みを地道にしていっていかないと考えており、それが私どもの委員会の使命であると考えています。どうかこれからも委員会活動にご支援、ご指導を宜しくお願いいたします。(今村康宏)

かかりつけ医機能ガイドライン等の基本的な考えを了承

厚労省・かかりつけ医機能制度施行分科会

次回以降、本格的な議論を開始

厚生労働省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」(永井良三座長)は4月12日、かかりつけ医機能の制度整備について、分科会でのこれまでの議論を踏まえた基本的な考え方を了承した。次回以降に、施行に向けた省令やガイドライン等で定める必要がある事項などの本格的な議論を開始する。「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」や「報告対象医療機関の範囲」、「地域における協議の場の参加者、市町村の関与、進め方」などを固めていく必要がある。

今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者のさらなる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現するために、かかりつけ医機能の制度整備が必要とされている。

制度整備では、「国民・患者がそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化」し、地域の実情に応じて、「各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保する」ことを目的としている。

これを実現するため、法改正により、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)が定められた。

今回の対応は「かかりつけ医機能」の制度整備であり、「かかりつけ医」に関してではない。「かかりつけ医機能」は2013年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同宣言を踏まえ、2023年の医療法改正により、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義した。一方、「かかりつけ医」の定義は医療法にはない。

また、かかりつけ医機能は本来、特定の年齢層に限る機能ではないが、今回のかかりつけ医機能報告は、「慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能」を対象とした。その機能は今後の議論で明確化される。現段階では、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」として、時間外診療、入院支援、在宅医療、介護等との連携等の機能があがっている。報告義務のある医療機関は都道府県知事に対し、これらの機能を報告することになる。

モデルとなる医療機関を提示

これまでの分科会の議論を踏まえた基本的な考え方では、国民・患者に対して、「かかりつけ医機能を有する医療機関」とその機能の内容について情報提供し、より適切な医療機関の選択に資することが重要であるとした。

また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」とその機能の内容、今後担う機能については、「地域における協議の場」に報告して、状況を確認。地

域で不足する機能を確保する方策を検討し、実施することを求めた。地域のかかりつけ医機能を面として支えるため、不足する機能があれば、それを確保するために地域で協議することを重視している。その際に、「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルを提示することも提案された。

「地域における協議の場」では、特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位での協議や市町村の積極的な関与が重要とされた。かかりつけ医機能が発揮される基盤整備として、幅広い診療領域の全人的な医療を行う医師の増加を促していくことも目指すべきとした。

そのほか、◇在宅医療・介護連携推進事業による相談支援◇在宅医療研修等の取組み◇地域医療連携推進法人等による病院や診療所等の連携確保◇複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療等の推進◇都道府県・市町村職員の研修等の充実◇医療DXによる医療機関間の情報共有基盤の整備等一などの実装の必要性をあげた。

これらを踏まえ、次回以降に具体的な論点の議論を開始。7～8月に議論の整理をまとめることを目指す。

論点としては、「施行に向けて省令やガイドライン等で定める必要がある事項」として、◇報告を求めるかかりつけ医機能の内容◇かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲◇かかりつけ医機能の体制に係る都道府県の確認・公表◇「地域における協議の場」



での協議◇かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実(医療関係団体の研修、総合診療医の育成等)一などがある。

在支病等の役割の整理を求める

全日病副会長の織田正道構成員は、厚労省が提示した「2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ」(左下図)しつつ、在宅療養支援病院(以下、在支病)の重要性を強調した。在支病には、24時間の往診体制や緊急時の受入体制、連携する医療機関等への情報提供などが基準として定められている。機能強化型の在支病には、在宅療養支援診療所等からの要請により、患者の緊急受入を行った実績も施設基準の一つに加わった。地域において、かかりつけ医機能を面として支える場合の中核的な機能を果たすことが期待されている。

織田構成員は、このように説明するとともに、「機能強化型は『連携型』が増えており、地域の医療機関が連携して在宅医療を支える体制づくりに努力している」と述べ、議論の整理では、在支病等の役割の整理を求めた。

また、さまざまなかかりつけ医機能が考えられる中で、制度のスタート時においては、地域で不足するかかりつけ医機能を補うために地域の関係者が話し合い、地域でかかりつけ医機能を面で支える体制の構築を図ることを優先すべきとの考えを示した。

未来研究所龍代表理事の香取照幸構成員は、かかりつけ医機能報告について、「報告時点では点の情報であり、これを線でつないで面にしないといけない。これを行うのが『地域における協議の場』になる。そこでは、医療関係者がかかりつけ医機能の過不足を話し合うだけでなく、政策的なインプリケーションが必要だ」と述べた。

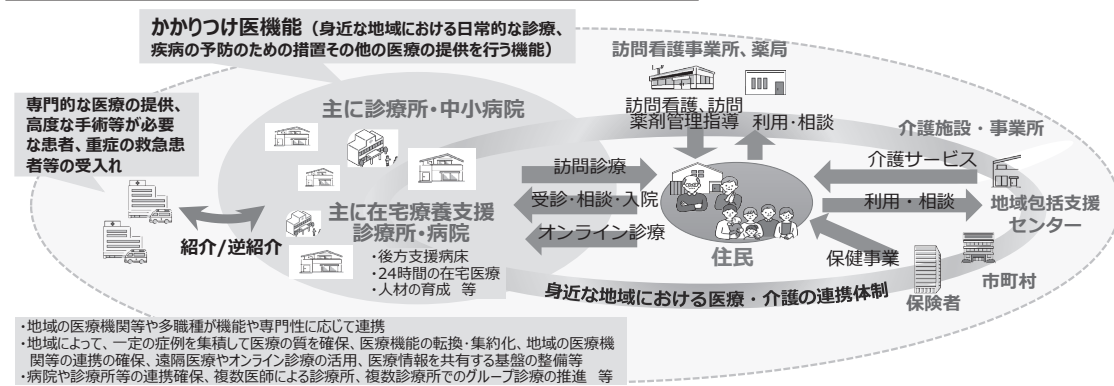
日本医師会常任理事の城守国斗構成員は、「できるだけ多くの医療機関が『かかりつけ医機能を有する医療機関』として参加することが望ましい」と強調した。一方で、かかりつけ医に求める医療の範囲を明確にすることは難しく、「患者とのトラブルの元にもなりかねない」との懸念を示した。その上で、日本医師会の研修などを明示することは有用であると説明した。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ(たたき台案)

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
 - ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
 - ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
 - ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

3. 地域の医療提供体制のイメージ(大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる)



中医協委員から2024年度診療報酬改定の背景や経緯をきく

全日病・支部長・副支部長会

中医協委員の池端福井県支部長と太田愛知県支部長が講演

全日病は3月30日の臨時総会終了後に支部長・副支部長会を開催。共に全日病の支部長で中医協委員でもある池端幸彦福井県支部長(池慶会池端病院理事長)と太田圭洋愛知県支部長(名古屋記念財団理事長)が2024年度診療報酬改定に関する講演を行った。両者からは、2024年度改定の内容だけでなく、2024年度改定の背景や改定に至る経緯、病院への影響などが語られた。

生活習慣病の管理は病院で収入増

池端支部長からはまず、2024年度改定を行うに当たり、医療機関経営の実態把握における攻防があったことの説明があった。財務省は昨年の財政制度等審議会に、特に診療所において全産業平均より経常利益率が高い水準にある、利益剰余金も積み上がっているとの「機動的調査」の結果を示した。

一方、厚生労働省は通常の医療経済実態調査とは別に、異例の対応として、医療機関の利益率の将来推計を示した。それによると、その時点でデータがない2023年度のコロナ特例等を除いた医療利益率の推計は、病院で▲10.3%、診療所で7.0%。病院の経営状態の赤字基調が改めて明らかになった。診療所は一定程度の利益を確保していることも確認され、改定率で▲0.25%が求められたこと背景となった。



池端福井県支部長

全体として0.88%の改定率となったことについては、賃上げ対応分が大部分であり、医療機関の裁量で使える部分が少なく「両手両足を

縛られた状況」で中医協の議論が行われたとした。

賃上げ対応については、ベースアップ評価料が新設された。医療関係職種の評価料が新設された。医療関係職種の賃上げの原資になるが、ベースアップ評価料だけでは、目標の賃上げ水準の達成はできないことを指摘した。具体的には、2025年度に2.5%、2026年度に2.0%という政府が目標とするベースアップを達成するには、2年を標準化して3.5%の賃上げを行う必要がある。このうちベースアップ評価料は2.3%分で、残りの1.2%分は賃上げ促進税制の活用(0.6%分)と医療機関や事業所の過去の実績(0.6%分)が続くことを想定しているとした。

回復期リハビリテーション病棟等における運動器疾患に対するリハビリテーションは適正化が行われたが、今後効果があるとのデータを示すことができれば、次回改定で見直しもあり得るとした。療養病棟入院基本料では、ADL区分が「疾患・状態」と「処置等」を別に評価することになり、区分が精緻化されたが、全体の財政中立は保たれているとの説明があった。

医師の働き方改革関連では、特定集中治療室管理料等において、宿日直を行う医師がいる場合に、別の区分が適用され、点数が大きく下がることに対し、「厳しい」との認識を示した。

生活習慣病の管理の評価については、改定率で▲0.25%の効率化・適正化の対象になったものの、200床未満の病院にとっては、評価が上がることを示された。

従来の特典疾患療養管理料は診療所が225点、100床未満の病院が147点、100床以上200床未満の病院が87点となっている。今回改定により、特定疾患

療養管理料から「糖尿病、脂質異常症及び高血圧」が除外される。一方で、それにより移行が進むと想定される新たな生活習慣病管理料Ⅱでは、そのような区分はなく333点で統一されるからである。なお、生活習慣病管理料Ⅱの333点は、特定疾患療養管理料(225点)+外来管理加算(52点)+特定疾患処方管理加算Ⅱ(66点)-10点(適正化)になっていると説明した。

看護必要度などで厳しい改定

太田支部長はまず、診療報酬改定における中医協の位置づけを確認。現在、診療報酬改定は社会保障審議会の医療保険部会・医療部会が方針を決定、内閣が医療費総額を決定、中医協が医療費の配分を議論する。中医協は内閣が決める医療費総額の範囲内で個別改定事項を厚生労働大臣に答申するという限定的な役割であることを説明した。

その上で、医療費総額について、岸田文雄首相が昨年臨時国会の所信表明演説で、高齢化等により医療機関の収入は増えており、(その財源の中で)処遇改善につなげる仕組みを構築する考えを示したことや、2024年度予算編成で、社会保障の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめる方針が達成されていることなどをあげた。

日本医師会をはじめとした医療団体が様々な働きかけを行ったことにより、0.88%という改定率になったが、医療費が抑制される方向で、財源が制約される状況に危機感を示した。しかも物価高騰の水準と比べれば、実質的にマイナス改定であるとした。

個別改定事項における厳しい見直しとしては、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」をあげた。B項目が廃止

され、A項目の救急搬送後の入院が2日間に短縮されたほか、他の項目も厳格化。さらに、平均在院日数が2日間短くなり16日以内となった。

太田支部長は「高齢者の入院には手間がかかっているのだから、医療資源投入量だけでなく人的コストを勘案してほしい」と再三主張したが、押し返すことができなかった。特に内科系の中小病院にとっては、該当患者割合の基準を満たすことがかなり難しくなる」と述べた。

DPC/PDPSで、「1月あたりデータ数が90以上」を満たさない医療機関の評価が区別されたことについても、中小病院にとっては厳しいとした。

また、尿路感染症や誤嚥性肺炎の高齢患者などサブアキュートの受入れ先として、看護配置13対1の地域包括ケア病棟等ではなく、新たに10対1の地域包括医療病棟を位置づけたことについては、3,050点という点数や算定できる加算を含め、評価した。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、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟が必要であるとした。

一方、施設基準はハードルが高いと主張。具体的には、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準や「ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること」などをあげた。その上で、「10年ぶりに創設されたこの新たな病棟を我々がどう育てていくかが課題」と強調した。



太田愛知県支部長

DPC対象病院は1,786病院、病床数は約48万床に

中医協総会

基礎係数が低くなる「データ数が90/月未満」の施設数は103

厚生労働省は4月10日の中医協総会(小塩隆士会長)に、2024年度診療報酬改定を踏まえたDPC/PDPSの現況を報告した。

制度発足からのDPC対象病院の増加は継続している。2024年度(2024年6月1日見込み)は2022年度と比べると、34病院が参加、7病院が退出し1,786病院となった。DPC準備病院は、2024年度に26病院が新たに参加し、2024年度6月1日時点見込みでは、242病院となる。

DPC算定病床総数はDPC対象病院が約48万床、DPC準備病院が約1.9万床。このうち、急性期一般入院料1~6の届出病床数は約39万床、特定機能病院入院基本料の届出病床数は約5.7万床。また、同時点でのDPC対象病院の1病院あたりのDPC算定病床数の平均は271床、最小は12床、最大は1,218床となっている。

診断群分類は、2024年度改定を踏まえ、傷病名数は506、診断群分類数は3,248となる。このうち、包括対象となる支払い分類数は2,348である。

2024年度改定では、DPC対象病院の基準について、データ数に係る基準(1月あたりデータ数が90以上)及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準に追加した。なお、この基準の運用については、2026年度改定時からDPC制度の参加・退出の判定基準に用いられる。

下図をみると、DPC標準病院群のうち、「データ数が90/月未満」の施設数は103となっている。基礎係数は1.0063であり、それ以外のDPC標準病院群の1.0451、大学病院本院群1.1182、DPC特

定病院群の1.0718と比べ、低い値であることがわかる。

機能評価係数Ⅱについては、保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、4つの係数(効率性係数、複雑性係数、

カバー率係数、地域医療係数)による評価体系へ見直すとともに、効率性係数における評価手法の見直しや、地域医療係数の体制評価指数における評価項目の新設などを行っている。

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 現行の医療機関群の設定方法を維持し、3つの医療機関群を設定する。
- データ数に係る基準(1月あたりデータ数が90以上)を満たさない医療機関について評価を区別する。

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
 - 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、4つの係数(効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数)による評価体系へ再整理する(各評価項目の重みづけは等分とする)。
- 効率性係数及び地域医療係数について、評価の主旨や実態等を踏まえた評価手法の見直しを行う。

救急補正係数

- 従前の救急医療指数による評価手法を維持し、独立した医療機関別係数の項目として救急補正係数を設定する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

シリーズ●病院の事業承継②

大学での研究から地域医療に貢献する道へ

医療法人口コメディカル 江口病院 会長 江口尚久 / 理事長 江口有一郎

病院の事業承継シリーズの第2弾では、医療法人口コメディカル・江口病院(佐賀県小城市)の事例を紹介する。江口病院は、尚久会長の代で診療所から約100床の医療法人となり、現在の有一郎理事長の代で、徹底した経営哲学の実践により持分あり医療法人として運営していけるだけの経営体力を確保した。今後は地域密着型病院として、より地域の生活に根差した病院を目指している(3月11日にオンラインで取材)。

100年続く地域医療の病院

——江口病院は佐賀県小城市で100年の歴史をもつ病院ですね。

尚久会長 私の祖父にあたる江口秀吉(ひできち)が大正のはじめにこの地で江口醫院を開設し、父・江口萬(よろず)が継承しました。私は三代目です。1969年に久留米大学の医学部を卒業し、その後15年ほど大学にいたのですが、その頃父も70代後半になっておりまして私に直接は言わないけれど、「そろそろ(息子が)帰ってこなか」と周囲にこぼしていると伝え聞くようになったのです。

ちょうどその頃大学から外国留学してはどうかとも言われていたのですが、留学してしまうと大学に残って教師・スタッフとして働くことになるので、留学を固辞し、父のもとへ帰りますと告げて戻ってきました。父のやってきた地域の求めに応じる医療はずっと見ていたので、問題なく承継できました。

その後、1985年の第一次医療法改正に伴って地域医療計画が始まり、地域に対する基準病床数が決まったのですが、県に相談に行くと、100床程度が認められたため、1988年に98床の病院にしました。当時この地域では100床規模の病院は3つだけだったので、過剰病床だとしても、とにかく地域のニーズに合うかどうかやってみよう。それから10年くらい頑張った後に、現在の医療法人口コメディカルを設立しました。

有一郎理事長 曾祖父にあたる秀吉が地域から招へいされて江口醫院をつくる前、この辺りは無医村だったと聞いています。当時の写真はほとんど残っていないのですが、曾祖父の写真を見ると父に似ていて、祖父には私が似ている、隔世遺伝ですね(笑)。

祖父の萬は久留米大学の前身・久留米医専卒の外科医で、満州鉄道病院に出向したのち、陸軍の軍医としてビルマ戦線を戦い抜いて生き延びた人です。当時の日記を隠し持っていて父の弟がそれを一冊の本にまとめているのですが、読むと血気盛んだったことが伝わってきます。その跡をついだのが父で、も

ともと無床診療所だったのを父が有床診療所にして、医療法人に変わって、現在の98床のケアミックスになったという経緯ですね。

私は1994年、佐賀医科大学(現・佐賀大学医学部)を卒業して、その後佐賀大学で研修医をして、国内留学で埼玉医科大学に4年ほど行き、2000年に助教として佐賀大学に戻りました。私は珍しく大学病院以外には出向したことがない医者です。大学で肝臓病の研究をしていました。父の専門が消化器のなかでも特に肝臓だったので、私も肝臓内科に進みました。

祖父も父も久留米大学出身です。100年以上続く名門の消化器内科の医局であるわけで、本来なら私も久留米大学の消化器内科にお世話になるのが筋です。進学先を決めるにあたり祖父と父と話したとき、祖父は「佐賀で開業するんだったら佐賀(大学)がよかさ」と佐賀弁で言ってくれました。久留米大学にこだわらなくていいのだと背中を押されたような気持ちになりました。そんな祖父も私が大学5年のときに肝硬変で亡くなりました。

肝がんワーストの汚名返上

——有一郎理事長は肝臓の研究の第一線で活躍でしたね。

有一郎理事長 佐賀県は肝臓がん患者が非常に多く、長年肝がん死亡者数がワースト1位だったのです。

背景として、歴史上国内で初めて東洋医学から西洋医学に切り替えたのが当時の鍋島藩だったことがあります。

天然痘予防のため、中国から伝わった人のかさぶたを砕いて鼻から吸引する「人痘法」という方法では天然痘を発症する確率が高く、免疫はできるが天然痘に感染しないジェンナーが発明した「牛痘法」を最初に採用したのが、鍋島藩だったのです。ただ、シーボルトが出島に伝えたこの治療法は、注射器を用いて牛痘を摂取する方法なので、実はそのときC型肝炎が日本に入ってきたという説があります。

また筑後川を中心に日本住血吸虫が寄生するミヤイリガイという貝を媒介にして日本住血吸虫症という病気が局所的に流行しました。その際スチブナールという薬を駆虫剤として使っていたのが、佐賀・福岡地域、山梨地区、広島県東部地域で、この地域は肝がんが多くなっています。

スチブナールは劇薬なので希釈して静脈注射をゆっくり打ちます。昔のガラスの注射器と使い捨てではない針を使い、当時の消毒技術水準の状況の中で、肝炎ウイルスが拡散したと言われています。肝硬変、肝臓がんというのは、30年くらいかけて起こるので、だ



いたい30年前に行われた医療行為に原因が探れます。

そのような中で、ワースト1位の汚名返上をしようと考えた佐賀県から、ちょうど佐賀大学で教授になった私に声がかかりました。世界最大手のコンサルティング会社であるマッキンゼー&カンパニーと公衆衛生の研究を一緒にやることになり、問題解決について戦略的に実践する方法を勉強しました。今でも彼らとは付き合いがあります。

戦略的な攻めの公衆衛生で肝がんを減らし、2019年に死亡者数ワースト1位を逃れて汚名返上することができました。この経緯は『い肝ば、い肝』(佐賀新聞社)という本にまとめています。臨床医として長年肝臓がんの治療にあたってきたのですが、公衆衛生という地域を高い視座から見るという訓練を受けたことは、地域医療の大切さ、未病の段階から生活習慣を変える予防医療を地域からやっていく大切さを改めて知る機会となりました。

ちょうどそんなとき、奇しくも父がかつて祖父から受けたのと同じように、周囲から父が飲み屋などで私に帰ってきてほしいと言っていると聞きました。我々の家族はそれぞれの人生に上が口を出さない雰囲気はずっとあって、私も子どもたちにはそういうことは言わないのですが、父は周りには本音を漏らしていたみたいですね(笑)。

地域医療に貢献する道を選ぶ

——地域の病院に戻ることに心残りはありませんでしたか。

有一郎理事長 正直、大学の教授という立場に飽きてしまった部分はあります。学会の懇親会で偉くなりたい人がガラガラして集まってフランス料理を食べる、みたいなことが嫌になったという(笑)。自分は学会で偉くなるために医者になったのではない。そんなことにまったく魅力を感じなくなりました。純粋な学問は好きです。でも大学という場の価値観に自分が合わなくなってしまいました。

いろいろな大学の教授から、「なぜ大学をやめるの?」とは言われました。地域の肝臓がんを減らす研究は全国で初めてのことだし、攻めの公衆衛生で地域の疾病対策を実践した人は他には少ないから、全国どこの大学からも引く手あまたで教授になれるのにと。実際にいくつかの大学から教授として来ないかというお話もいただきましたが、お断りしました。ちょうど高校の後輩で信頼できる男が一人前になって、年齢的にも私が教授になったのと同じ42歳だったので、代わってくれと言って

大学を辞めて帰ってきました。

もし佐賀県の肝臓がん死亡率ワースト1位の汚名返上ができていなかったら、帰らなかったかもしれません。敵前逃亡になりますから。ここでやめたら男が腐るだろうと。だからタイミングがよかったのでしょう。

祖父が現役で江口醫院をやっている、父が久留米大学にいた頃も父は、盆と正月は祖父のもとに帰って診療所を手伝って2人でやっていました。

父は診療所で患者さんを診察して、祖父は車を運転して往診に出かける。私はまだ小学生くらいでしたが、往診について行くことがありました。往診と言っても、個別訪問ではなく公民館に集まって、血圧を測ったり、注射を打ったり、薬を処方するといった感じでした。当時、地方では、医者は本当に有難がられました。私も「先生のお孫さん」ということで患者さんからお菓子をもらったり待ち時間に川で魚釣りを一緒にしたりと可愛がってもらいました。本当の意味のかかりつけ医、家庭医の姿を実際に見ていたのですね。

あと昔の診療所は、古い木造で、診察室と自宅がつながっていて、鍵穴から診察室を覗くことができました。祖父が診察する姿を鍵穴に目を当てて見ていたこともありました。今思えば、行動心理学的にわざとそういう演出にして、子どもの私が見たくなるような仕掛けだったのかもしれない。

だから子どものころから何となくいつか自分は開業すると思っていましたし、年齢的にもちょうど50歳だったということもあっていい頃合いかなと思えるタイミングでした。

経営を徹底して勉強し成果を出す

——江口病院に戻ると診療よりも経営に重きを置くことになりましたね。

有一郎理事長 経営については、厳しい時代に突入しているわけですから、もう少し喝を入れて、新しい方向でやらなければという思いもあり、ためらわず承継する動機になりました。**尚久会長** 息子が2020年4月に大学を辞めて地域に戻ると決めて帰ってきて、私は単純に「後継者ができた、病院を継続できる、よかった!」と率直に喜びました。一方で、医療制度や世の中がどんどん変わるなかで、旧来の考えではなかなかうまくいかないが出てきていたのを感じていました。

理事長が私で、有一郎が副理事長という立場になり、それまでも非常勤で病院に来てもらうことはあり、病院のことはある程度わかっているようでしたので、私からどうこう言うことはな



徹底した経営哲学の実践で黒字転換

く、そのまま継続するような形でスタートしました。2023年の4月に私が理事長を退任して、息子が理事長に就任することになりました。

有一郎理事長 副理事長就任前にも、週1回の経営会議・幹部会議には出席し状況を聞いていました。会計事務所からの報告や経営の数字を見て、どう見ても潤った元気な経営ではなさそうだが、これでは苦しいから何とかしなくてはいかんと思いました。

旧江口病院の建物が築30年経過して老朽化が目立ち、耐震構造の問題も出ていたので2018年に新築しました。それで巨額の借入金が発生していたということもあります。返済すべき額から逆算していくと、状況をガラッと変えて大きく収益性を考えた経営にしていなくてはいけないと考えたのです。

大学病院で目標にしていた肝臓がん死亡率ワースト1位が回避できそうな見込みが立って地域に帰ることを考え始めた時期から、とにかく経営に関する本を読みまくりました。東京ディズニーランドやリッツカールトン、星野リゾートといった成功例として有名な経営者の本をAmazonが勧めてくるままに片っ端から読んで、あとはマッキンゼーなどのコンサルティングファームの戦略的な経営コンサルティングの本をはじめいろいろな経営に関する本を読みましました。

そのなかで一番フィットしたのが稲盛和夫京セラ名誉会長の経営に関する考え方と日本航空の再生の話だったのです。日本航空の再生は今のあるべき病院の方向性と近似したものがあったので、これを参考にしようと決めました。そこで「京セラフィロソフィ」「JALフィロソフィ」といった経営哲学と、「アメーバ経営」(会社組織を小さな集団＝アメーバに細分化し、アメーバごとに独立採算で経営する稲盛和夫氏考案の経営手法)を導入しようと決めて腰を据えて勉強しました。

当時130名くらいの職員がいましたが、病院内に雰囲気が出る部署と暗い部署があって、違う方向を向いているところがあると感じていました。

父とも話して許可をもらい、経営方針、行動理念・規範を『ロコメディカルフィロソフィ』という1冊の本にまとめ、週1回職員10名程度と食事をする機会を設け、「こういう経営方針でやっていく。ついてくるのがしんどい者は自分で幸せな場所を探してくれ」と話しました。

事業承継の時点でおそらく職員の3分の1くらいは入れ替わるだろうと想定していました。それでも構わない、人手が足りなくなればダウンサイジングすればよい、とにかく大事なことはやりたい医療をやることだという覚悟



有一郎理事長

を持ち、フィロソフィとアメーバ経営の導入を決定しました。

—— 成果はいかがでしたか。

有一郎理事長 最初の2年はフィロソフィのみを徹底しました。

その段階で明らかに黒字化に向かっていくのがわかったのです。減価償却費が大きいから会計報告の数字は赤字でも、減価償却分を差し引けば十分黒字でした。これはいけると思ってアメーバ経営に踏み切ったら、ぐんぐん伸びて毎年収益増になっています。職員も増えて、みんなでやっという力が強くなっていきました。フィロソフィが徹底され、共通言語で問題解決する姿勢になったため、喧嘩も減りました。

アメーバ経営をコンサルティングする専門の会社である京セラコミュニケーションシステムズには、全国的にもここまでフィロソフィとアメーバ経営をしっかりと取り入れている病院は例がないと言われていました。

コロナ禍で経営改善の効果を実感

—— 有一郎理事長が病院に戻られた頃はコロナ禍と重なりますが、いかがでしたか。

有一郎理事長 病院の経営に対して明確なブランディングが確立したのは、実は新型コロナウイルス感染症のまん延が一番大きいです。2020年4月1日に副理事長に就任して、7日に緊急事態宣言が出ました。大学病院から実家に帰ったとたんに、コロナとの闘いが始まったわけです。2021年8月に県から「医療がひっ迫しているのでコロナ病床をつくってほしい」という要請が来ました。

佐賀県とは肝臓がんのプロジェクトで知事とも職員とも顔見知りだったので、断らないことを前提に頼まれたのだと思って、二つ返事でやることにしました。電話が来たとき、私は厚生労働省にいたのですが、飛行機に飛び乗って、その日の夕方には県庁の人と病院で打ち合わせをしていましたね。

コロナ病床をつくるとなると、働く人間のチーム力がないと立ち行かない、共通の敵があるとチームは結束するわけです。コロナという大きな敵に立ち向かうことで、結束力や助け合いの精神が育ったということでは、まさに禍を転じて福と為すという思いです。

尚久会長 コロナ病床に関しては、10床の新病棟を敷地の中に作りましたが、「箱」はできても当然働く人がいないと機能しないわけです。コロナは今でこそ5類になりましたが、当初は感染性が強い、怖い病気だと言われていました。

コロナ病床で働く職員を法人の中で募ったところ、医師で4人、看護師や看護補助者などで10人弱くらいの手上げがありました。当時のあの恐ろしいコロナ禍で進んでやりますと手を挙げてくれたのです。

それまで培ったフィロソフィが職員に浸透し、この法人で働くみんなの心が一つの方向に向かっていくことができていました。医師、ロコメディカルのみんな一人ひとりが経営者として、仕事に向き合うという思想がかなりの確実性を持って、職員の心に育ってきたことを実感できる体験でした。コロナ病床の開設を決断したことは非常に大き

な意味があったと思っています。

有一郎理事長 医療自体が厳しい業界になっている状況で、コンサルティング会社が持ってくる病院の成功事例をなぞるだけではつまらないし、コロナ禍のような事態にも太刀打ちできません。むしろ、まったく別業界から新しい風をもってこないと危機を乗り越えることは難しいと思っています。

当院は幸運なことに、経営の見通しが立ってきて、職員が学会や企業のセミナーに参加して勉強・研究することもできるようになりました。それも一つの投資だと思っています。どんどんチャレンジングなことができるぐらいに、経営の体力ができてきました。

持分の「あり・なし」をめぐる医療法人の移行が今すぐく進んでいて、持分なしだと相続についてはとても有利になります。吉と出るか凶と出るかわからないけれど、そこをあえて持分ありにしました。顧問税理士事務所とも相談して、持分ありで、やりたい医療をやった方が病院のためにはよいと判断しました。

持分ありだと、大きな設備投資や病院の建替え・改築の際にまとまったお金が必要になりますが、好きな投資・使い方ができ、思い切った采配ができます。その代わりに、責任は100%負うことになります。

まちづくりの中心に病院を置く

—— 今後のビジョンについてお聞かせください。

尚久会長 当地域は人口減少が急激に進展しています。けれども、私と同じようにここで育ち、生活している方、ここで終わりを迎えることを望む患者さんがたくさんいます。やりたい医療よりも地域に求められる医療が何かということを確認しつつ、地域で生活する患者さんたちを、医療を通じて支えていきたいというところに、私の心があります。

有一郎理事長 先日、我々の病院に接している2つの区の生産組合をはじめ、地域の農家で次代を担う若手の方々と一緒に食事をする場をつくってもらいお話ししましたが、私たちが医療を通じて考えている以上に、病院に対する多大な期待を感じました。

みなさん非常に遠慮がちでしたが、口をそろえて自分が死ぬときはこ



尚久会長

し、自分の親も看取ってもらうことになるので、頼りにしていると言われます。そのとき思ったのは、もっと地域との距離が近く開かれた病院になるべきではないかということです。

病院は営業として診療、介護でお金を頂戴しているけど、その概念に捉われずに、地域の人々が気軽に集まれるような場所として、ついでに医療、介護を受けるぐらいの形のほうがよいのではないかと。例えば、大きな待合のエリアをつくって、子どもたちは学童保育のように安全なデイケアでお預かりし、親御さんは迎えに来たときに診察を受けお薬をもらって帰ったり、あるいは子どもたちが遊んでいる間に健診するというような。高齢者がデイケアで畑仕事をするような、佐賀のこの地ではできない農業による作業療法もよいかもしれません。

地域からもっと頼りにされる病院になりたいけれど、そこに見えない壁があるのであれば、それはなくしたい。病院の周りにはフェンスがありますが、フェンスも取っ払ってしまおうかと思っています(笑)。

地域のまちづくりに取り組んでいる医療機関は、全国に青森や富山などの事例があります。人口減少の中で、病人だけを相手にする医療介護ではなく、予防の相談も病院が積極的に受けるというところもやっていきたい。

今年の秋はお祭りをやろうと地域の人たちと話が弾みました。ポストコロナになったし、ちょうどよい時期だから、医療・介護も変えてしまおうかなと。地域包括ケアシステムや地域医療構想で厚労省がイメージとして地域の姿を示していますよね。あのようなイメージの小城市版をつくることも次のステップだと思っています。

江口病院再生の柱となった『ロコメディカルフィロソフィ』



- 第1部 素晴らしい人生を送るために
- 第1章 成功方程式(人生・仕事の方程式)
 - 第2章 正しい考え方を持つ
 - 第3章 熱意を持って地味な努力を続ける
 - 第4章 能力は必ず進歩する

- 第2部 すばらしいロコメディカルとなるために
- 第1章 一人ひとりがロコメディカル
 - 第2章 採算意識を高める
 - 第3章 心をひとつにする
 - 第4章 燃える集団になる
 - 第5章 常に創造する

第1部では「人生・仕事の結果＝考え方×熱意×能力」とし「常に謙虚に素直な心で」「自ら燃える」など心持ちや考え方の基本姿勢を説く。第2部では「渦の中心になれ」「正しい数字を」など一人ひとりが経営者の目を持つアメーバ経営を「尊い命をお預かりする仕事」など医療従事者の視点で捉えている。

5月からマイナ保険証利用促進集中取組月間を実施

社保審・医療保険部会

利用人数に応じて最大20万円を支給

社会保障審議会医療保険部会(田辺国昭部会長)は4月10日、マイナ保険証の利用促進等について議論した。4月25日の日本健康会議で「マイナ保険証利用促進宣言」を行い、これを皮切りに5月から7月にかけて「マイナ保険証利用促進集中取組月間」を実施すると報告された。

集中取組月間では、医療現場における利用率アップ対策を見直し、集中取組月間限定の一時金(最大10万円、病院は20万円)を支給する(図表)。2024年5月から7月のマイナ保険証利用人数について、2023年10月実績および同月利用人数からの増加量に応じて支給する。2023年10月のレセプト件数が

150件以下の小規模施設には、規模に配慮した区分を別途設定する。10月時点の利用率を評価することで、すでに取組みを進めてきた医療機関へ一定の評価を行う仕組みとなっている。

また、関係団体と連携し、①医療機関・薬局の窓口での共通ポスターの掲示②来院患者への声かけとマイナ保険証の利用を求めるチラシの配布を徹底する(①②ともに一時金の支給要件であり、①は医療DX推進体制整備加算の要件の一例となる)ほか、新聞広告・テレビCM・地下鉄車内放映による集中的な広告を展開するとした。

多くの委員からは、集中月間の取組みへ協力する旨を表明するとともに、

厚生労働省に対し引き続き取組みの推進を求める声があがった。

日本医師会副会長として出席した全日病会長の猪口雄二委員は、厚労省が医療機関向けの患者対応周知広報物を拡充した点を評価するとともに、「マイナ保険証は医療DXの第一歩であり、重要なインフラであると考えている。国民や患者が抱くマイナ保険証への不安を払拭し、『使ってみてください』と声をかけるのが一番。我々としても継続的に周知活動を行っていきたい」と述べた。

96%の分娩取扱施設がウェブ掲載見込みあわせて、厚労省から出産費用の見



える化等について報告を受けた。出産費用の見える化に向けて、全国の分娩取扱施設に関する情報提供を行うウェブサイトについて、昨年11月全国の分娩取扱施設に対して調査を行った結果、全国の96%の施設が掲載見込みであることがわかった(病院98%、診療所93%、助産所97%)。厚労省は2024年春からの運用開始に向け、引き続き準備を進めるとしている。

また、出産費用の見える化を推進する観点から、出産育児一時金の直接支払制度の実施要項において、「年間分娩件数が21件以上の分娩取扱施設については、直接支払制度を利用する場合には、情報提供ウェブサイトにおいて出産費用等の情報の公表を行うこと」を規定するとした。

猪口委員は、「96%が掲載の意向ありとの結果は非常に高い。全国的に非常に努力いただいた結果と受け止める」と評価した上で、「残りの4%が『直接支払制度を利用する場合には情報公開が必要』との条件を理解しているのか。ていねいに対応をお願いしたい」と述べた。

健康保険組合連合会副会長の佐野雅宏委員は、「出産費用の見える化についてはウェブサイトの活用が極めて重要」とする一方で、「2026年度を目途に出産費用の保険適用を含め、さらなる強化を図ることから、出産費用の内訳の把握に加え、地域差の要因、費用上昇の分析が必要」と強調し、工程計画の策定と早期の検討開始を訴えた。

医療機関等におけるマイナ保険証利用促進のための支援

○ 2024(R6)年5月～7月のマイナ保険証利用人数の増加量に応じ、最大10万円(病院は20万円)を一時金として支給。

- ※ 利用率の更なる底上げのため、利用人数の増加に応じ、かつ定額の給付とすることにより、医療現場にとってより分かりやすい形にすることで、医療現場の窓口において集中的に取り組んでいただくお声かけや新たなチラシ配布等の利用促進の取組を後押しする。
- ※ 支援金について、
 - ・ 前半期(1月～5月)は現行の要件で支給。
 - ・ 6月からの診療報酬改定で医療DX推進体制整備加算が設けられることとなったことから、後半期(6月～11月)の支援金を集中取組月間の一時金制度として見直し。
- ※ 一時金については、2024(R6)年5月～7月のいずれかの月のマイナ保険証利用人数について、2023(R5)年10月実績及び同月利用人数からの増加量に応じて支給する。
- ※ ①窓口での共通ポスターの掲示と②来院患者へのお声かけマイナ保険証の利用を求めるチラシの配布の徹底を一時金の支給条件とする。
- ※ 令和5年10月診療分のレセプト件数が150件以下の施設(小規模施設)については、規模に配慮した区分を設定。

		10月実績からの増加人数(※下段は病院の要件)									
		1人 以上	10人 以上	20人 以上	30人 以上	50人 以上	70人 以上	80人 以上	100人 以上	150人 以上	200人 以上
10月 実績	3%未満	0	0	0	3万	5万	7万	10万	10万	12万	20万
	3～5%	0	0	3万	5万	7万	10万	10万	12万	20万	20万
	5～10%	0	3万	5万	7万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	10～20%	3万	5万	7万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	20～30%	5万	7万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	30～40%	7万	10万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	40%～	10万	10万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	40%～	10万	10万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	40%～	10万	10万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万
	40%～	10万	10万	10万	10万	10万	10万	10万	12万	20万	20万

		10月実績からの増加人数						
		1人 以上	5人 以上	10人 以上	15人 以上	25人 以上	35人 以上	40人 以上
10月 実績	3%未満	0	0	1万	1.5万	2.5万	3.5万	5万
	3～5%	0	1万	1.5万	2.5万	3.5万	5万	5万
	5～10%	1万	1.5万					

※小規模施設であっても令和5年10月の実績が10%以上の場合や5～10%で10人以上増加の場合は小規模施設でない方の要件を満たすこととなる。
※小規模施設区分の上限を超えた場合、通常の基準で給付を受けることも可能

武見厚労相が前例に囚われない医師偏在対策に言及

武見厚労相

財務省は診療報酬の地域別単価の導入を主張。日医は反発

6月に閣議決定される政府の骨太方針に向けて、医療提供体制における医師偏在対策が喫緊の政策課題に浮上してきた。武見敬三厚生労働大臣が「地域における医師の割り当て」に言及し、財務省は診療報酬の地域別単価の導入を提案。財務省案に対し日本医師会の松本吉郎会長は強く反発している。

医師偏在対策は、厚労省の分科会等で長く議論されながら、医学部入学定員における地域枠の設置を除けば、「強力な対策が打ち出せていない」(全日病の神野正博副会長)という状況にある。4月7日のテレビ番組で、武見厚労相は、医師偏在対策として「地域における医師の割り当て」に言及した。4月12日の閣議後会見では、今後の検討の進め方を記者に問われ、次のように応えている。

「医師の偏在あるいは診療科の医師の偏在、こうしたことについて今まで幾度も改善の努力をしてきたが、その効果がなかなか出ずに今日に至っている。こうした状況を放置できないという切迫感がある。前例に囚われない方法で、改革をしなければならぬだろう。検討を行う際には、規制的手法だけでなく、オンライン診療の充実を含め、医療の提供体制を包括的に考え

ながら議論しようということで、省内にそのための検討体制を作ることを指示している」

現在、厚労省には、医師偏在対策を検討する場として、「社会保障審議会医療部会」のほか、「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」や「新たな地域医療構想に関する検討会」、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」などがある。厚労省として、緊急に検討の場を調整している模様だ。

「極めて筋の悪い提案」日医反発

一方、財務省は4月16日の財政制度等審議会財政制度分科会(十倉雅和分科会長)に、政府の骨太方針に向けた議論のため、「こども・高齢化」に関する資料を提出した。その中で、医師偏在対策として、診療所の偏在是正のため診療報酬の地域別単価の導入を提案した。あわせて、諸外国の例を参照に、医師過剰地域における診療所の新規開業規制の導入の検討を促した。

具体的には、経済的インセンティブとして、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定することで、医療資源のシフトを図ることを狙っている。財政中立を図るため、

診療所過剰地域の1点あたり単価(10円)の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用し、医師不足地域における対策は別途強化するとの提案になっている。

医師過剰地域における新規開業規制については、日本と同じく公的医療保険制度があるドイツやフランスにおいて、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みが実施されていることを参考にすべきとした。例えば、ドイツでは、家庭医と専門医を区分した保険医の種類ごとに、供給水準が一般比率の一定量を越えた場合に許可制限を行っているという。

これに対して、日本医師会は即座に反応し、4月17日の会見で松本会長が、「極めて筋の悪い提案だ。断じて受け入れられるものではない」と強く反発した。

松本会長は、「わが国は公的医療保険の下、誰もがどこでも一定の自己負担で適切な診療を受けられるという基本的な理念に基づき、診療報酬は全国一律の点数が公定価格として設定されている。今後もこの制度を維持していくことが大切だ。医療機関の分布は、人口に応じて現在の形に落ち着いてきたものだ。診療所の過不足に応じて診療報

酬を調整する仕組みは、わが国の人口分布の偏りに起因するものを、あたかも医療で調整させるようなもので、極めて筋の悪い提案だ」と発言した。

医師養成数については、「財務省は今後の医師の需給見込みを踏まえ、医学部定員の適正化を速やかに実施することを主張している。2026年度の医学部定員数は厚労省検討会で、2024年度の総定員数9,403人を上限とする方針を決めた。今後の養成数については、これからの人口動態を踏まえた議論を進める必要がある」とした。

武見厚労相も診療報酬の地域別単価の導入については、4月19日の閣議後会見で慎重姿勢を示した。

具体的には、「財政審での提案については、診療所の不足地域の患者の自己負担が、過剰地域の患者に比べて高くなるような対応は、患者の理解を得られるのかといった課題もある。医師偏在対策については、さらに偏在の是正を進めるべく、しっかりしたデータに基づいて、前例に囚われないことのない対策の検討を行うべきと考えている」と述べている。

診療報酬の地域別単価の導入に向けた検討が具体的に進むことは考えにくいだが、これまでない医師偏在対策の議論がこれから本格的に行われる可能性が出てきた。

2026年度の医学部定員は2024年度と同水準を上限に決定

厚労省・医師の偏在対策等検討会 引き続き実効性のある偏在対策を検討

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(遠藤久夫座長)は3月27日、2026年度の医学部定員数について、2024年度と同水準の9,403人を上限とすることを了承した。都道府県の臨時定員の配分方針については、医師多数県の定員数を医師少数県の定員数に振り向けていく仕組みを設定する方向性を示すとともに、今後も実効性のある医師偏在対策を検討していくとした。

これまでの議論のなかで、医学部減員が必要との意見と同時に、医師偏在対策をあわせて進める必要があるとの意見があったことから、現時点での医学部定員の急激な変更は行わず、まずは2026年度の医学部定員は2024年度の水準である9,403人を上限とした上で、実効性のある医師偏在対策とともに、適切な臨時定員の配分方針についてもあわせて検討を行うとした。

各都道府県の医学部臨時定員の意向が総定員数の上限を超えた場合の配分方針については、2024年度の臨時定員地域枠数を基準とする一方、医師少数県から増員の意向があった場合は、一定の条件で医師多数県の臨時定員地域枠の一部を医師少数県へ配分・調整する方向性を示した。臨時定員の具体的な配分方法や、医師偏在の具体的な取組みについては、引き続き検討会で議論するとした。

配分・調整プロセスの明確化を求める

医学部定員数について委員からは概ね異論はなかったが、医学部臨時定員数の配分方法等の検討にあたっては、医療圏や診療科ごとの医師偏在をより詳しく分析すべきとの意見があがった。

全日病副会長の神野正博構成員は、「現在、効果があると思われる医師偏在対策は地域枠のみであり、偏在対策をさらに進めない限り、医学部総定員を減らすのは時期尚早である」と強調した上で、2026年度の医学部定員は2024年度の水準を維持するとの案に賛成した。一方で、医師多数県が臨時定員数の増員を要望した場合など、臨時定員の配分・調整等でのプロセスの明確化を求めた。

また、神野構成員は「各都道府県で恒久定員内の地域枠にまだら模様がある。例えば寄附講座の設置など、恒久定員内での地域枠の設置・活用の好事例を各都道府県に示すことも必要では

ないか」と述べ、厚生労働省や文部科学省に対し、さらなる実態調査と都道府県への指導を求めた。

国立大学病院長会議の馬場秀夫構成員は、「診療科偏在と地域偏在の問題をセットで考えないと、地域で必要とされる診療科の医師は充足しない。また、医師多数県でも35歳未満の医師が増えておらず、10年、20年後に医師少数県になりそうな県がある。医師多数県という大きな枠で見るとはリスクがある」と述べ、臨時定員の調整では医師の総数だけでなく診療科や年齢といった要素も考慮する必要があると指摘した。

日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長の木戸道子構成員は、「臨時定員を置いたそもその原点に立ち返り、もしその目的にそぐわない場合は、できるだけ速やかに適正化することを真剣に検討すべき。『医療だけを守ればよい』という狭い視点ではなく、国として限りある人材をどのように配置すべきか検討する必要がある」と述べ、長期的には医師数を抑制していくべきとの見解を示した。

全国知事会からは、「医師多数県が応じる保証がないなかで医学部総定員の上限を抑えてしまうと、医師少数県が将来の必要維持数を確保するために前年度比増を意向したとしても、増員する余地がないのではないか」との意見が出された。

東京の医師偏在問題が鍵

今後の医師偏在対策については、これまでの地域枠の有効性を評価する一方で、より実態に即した実効性のある偏在対策を検討するため、医師数の少ない診療科の医師や医学部学生、若手の開業医といった現場の意見を聴取すべきとの意見があがった。

国立国際医療研究センター理事長の國土典宏構成員は、「外科や消化器外科といった医師数の少ない診療科の学会や医師から意見を聴取することが有効」との認識を示した。

木戸構成員は、平日昼間や夜間休日といった時間偏在の問題についても考えるべきと強調した。

馬場構成員は、医学部学生や宿日直を担当する医師への意識調査の必要性について言及した。

日本医師会常任理事の釜范敏構成員は、「現状、診療科の問題は大変深刻

であり、新たに医師になった人がどの診療科を選ぶかについて、国として管理をしなければいけない時期にきているのではないかと。国や学会、医師会など関係者が協議して診療科別の医師養成数を決めるような仕組みも検討すべきではないかと、厳しい規制強化を伴う偏在対策の必要性について言及した。また、医学部定員で地域偏在を解消すること自体に限界があると指摘した上で、「すでに医師になった人が短期間でも医師少数県で従事するといった仕組みについても検討が必要」との考えを示した。

これに対し、國土構成員は賛意を示す一方で、「シーリングの強化や定数を決めるといった強制的な措置はやはり一人の医師として受け入れ難く、医師の報酬を含めた待遇面に対応していくほうが有効ではないか」との見解を示した。

神野構成員は、「医師需給分科会から



委員として参加する中で、医師偏在対策をめぐる議論は続けられているが、これまで何度も医師法などの法律の壁があった。法律改正も含めた規制あるいは規制緩和をして、偏在対策をもう一步強力に進めてほしい」との所感を述べた。

さらに、「若い医師の働き方や価値観は変わってきており、我々はそれを学習する必要がある。前回の検討会の資料で示されていたように、特に東京では、若い開業医の増加傾向が顕著である。病院・診療所偏在、診療科偏在も他の地域と比べて先行していることから、その原因を調査すべきであり、それが今後の偏在対策の鍵になるのではないか」と強調した。

一冊の本 book review

医療安全を推進する TeamSTEPS® 実践事例

—チームが成長する7つのツール

著者●東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理部

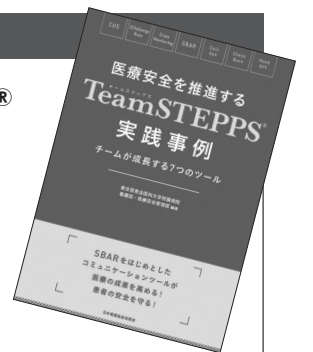
出版社●日本看護協会出版会

定価●3,300円(税込)

医療安全の確保は医療機関における最も重要な課題の1つである。患者の安全を最優先に考える文化を醸成し、医療安全を実現し続けるためには、改善のための不断の見直しを行いつつ、全力で医療安全に取り組み続けなければならない。

本書で紹介されているTeamSTEPSとは「パフォーマンスと患者安全を強化するためのチーム戦略とツール」のことで、医療従事者が効果的なコミュニケーションとチームワークスキルを通じて患者の安全と医療の質を向上できるよう、米国の医療研究・品質調査機構と国防総省によって共同開発されたものである。ツールの概要だけでなく、実践事例も豊富に掲載されており、TeamSTEPSを導入する・しないに関わらず、医療安全のあり方について多くの気づきを得ることができる。自院の医療安全について見直し、より高度な状態で医療安全を実現し続けるためにも、ぜひ一度は本書をご確認いただきたい。

(安藤高夫)



2023年度 第12回常任理事会の抄録 3月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 医療法人社団晃悠会むさしの病院
理事長 鹿野 晃
 - 東京都 医療法人社団博豊会博豊会東京脊椎病院
理事長 森 俊一
 - 兵庫県 医療法人伯鳳会はくほう会加古川病院
理事長 古城 資久
 - 奈良県 医療法人檀原友紘会大和檀原病院
理事長 奥田 亮宏
 退会が4件あり、正会員は合計2,567会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 青森県 医療法人三良会しんまちクリニック
理事長 村上 秀一
 退会が1件あり、準会員は合計122

- 会員となった。
 - 賛助会員の退会が3件あり、賛助会員は合計107会員となった。
 - 地域医療構想に関する提言について、審議の結果、承認された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協 薬価専門部会、総会」、「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」、「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」の報告があり、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
 - 【3rd G : Ver.3.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 山口県 防府胃腸病院
 - 熊本県 青磁野リハビリテーショ

- ン病院
 - 埼玉県 丸山記念総合病院
 - 千葉県 板倉病院
 - 大阪府 しまだ病院
 - 大阪府 思温病院
 - 兵庫県 東神戸病院
 - 佐賀県 織田病院
 - 熊本県 西日本病院
- ◎一般病院2
 - 神奈川県 座間総合病院
 - 愛媛県 宇和島徳洲会病院
 - 北海道 勤医協中央病院
 - 埼玉県 戸田中央総合病院
 - 福井県 福井総合病院
 - 長野県 相澤病院
 - 京都府 京都きつ川病院
 - 大阪府 耳原総合病院
 - 福岡県 福岡記念病院
 - 福岡県 小倉記念病院
 - 福岡県 大牟田市立病院
 - 大分県 大分岡病院

- ◎リハビリテーション病院
 - 富山県 富山西リハビリテーション病院
 - 神奈川県 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院
 - 大阪府 関西リハビリテーション病院

- ◎慢性期病院
 - 千葉県 富家千葉病院
 2月9日現在の認定病院は合計2,031病院。そのうち本会会員は854病院と、全認定病院の42.0%を占める。

【主な討議事項】

- 基準病床数について討議した。現在の基準病床数制度の概要が説明されたのち、各都道府県の現状について情報提供が行われ、基準病床数の計算式を見直す必要性が指摘された。

2050年に単独世帯は2,330万世帯で全体の44.3%

社人研・世帯数将来推計

2050年の男性高齢単独世帯の6割は未婚

国立社会保障・人口問題研究所は4月12日、「日本の世帯数の将来推計」を公表した。2020年の国勢調査を基に、2020年から2050年の30年間の世帯数を推計した。世帯の単独化により世帯総数は今後も増えるが、2030年をピークに減少する。平均世帯人員は2050年に1.92人まで減少する。2050年の単独世帯の割合は全体の44.3%を占め、2,330万世帯に上るとの結果が示された。

単身高齢世帯の増加が見込まれることから、医療・介護をはじめ生活を支える支援の充実が求められる。

推計は5年ごとに実施しており、今回で6回目。世帯の家族類型として、

「単独」「夫婦」「夫婦と子」「ひとり親と子」「その他」の5類型を設定し、将来の世帯数を算出した。

世帯総数は、単独化により当面増加が続くが、人口減のため、2030年をピークにその後は減少する。2020年の5,570万世帯から2030年の5,773万世帯まで増えて、2050年には2020年より310万世帯少ない5,261万世帯になる見込みだ。

平均世帯人員は減少を続け、2020年の2.21人が、2033年には2人を割り込み1.99人、2050年には1.92人になる。

平均世帯人員の減少は、単独世帯の増加による影響が大きい。全世帯に占

める単独世帯の割合は、2050年に2020年の38.0%から6.3ポイント上昇し、全体の44.3%に達する。一方、「夫婦と子」の世帯は25.2%から21.5%に3.7ポイント低下する。

世帯主が65歳以上の高齢世帯数は、2020年の2,097万世帯から、2045年に2,431万世帯まで増加しピークを迎え、その後は減少し、2050年に2020年よりも307万世帯多い2,404万世帯となる。世帯主が75歳以上の高齢世帯数は、2030年まで増加した後、いったん減少するものの再度増加し、2050年には2020年よりも425万世帯多い1,491万世帯となる。

2020～2050年の65歳以上男性の独居率は16.4%から26.1%、女性は23.6%から29.3%への変化となっている。このうち、男性の高齢単独世帯に占める未婚率の割合は2020年から2050年の間に33.7%から59.7%に上昇し、ほぼ6割近くになる。女性は11.9%から30.2%に上昇する。

人口減の原因でもある未婚率の上昇が、高齢単独世帯の増加に結びつく形となっている。近親者のいない高齢単独世帯の急増は、医療・介護の提供体制のあり方に大きな影響を与える。

なお、病院や社会施設など施設等の世帯人員は推計から除かれている。

■ 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。
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	2024年7月24日(水) 全日病会議室	13,200円(17,600円)(税込)	本研修は座学だけの受け身の研修ではなく、全日病の個人情報相談窓口実際に問い合わせ頂いた事例を用いたグループワークを経験頂くことで、より実践的な知識を身に付けて頂ける研修となっている。参加者には「受講認定証」を発行する。
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。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関空発着 20名 福岡発着 20名	2024年10月30日(水)～ 11月4日(月)	成田発着 391,400円 関空発着 398,900円 福岡発着 400,400円	今年で46回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
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開催	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開催	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、コ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。