



全日病 **ニュース**

2025.6.1
No.1079

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

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

地域包括医療病棟の66.7%が「急性期一般入院料」を届出

中医協・入院医療等分科会

2024年度調査の速報、「地ケア1」の6割、「地ケア2」の8割も

厚生労働省は5月22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）に2024年度の入院基本料などの算定状況を把握するために実施した調査の結果（速報）を報告した。2024年度の診療報酬改定で新設した地域包括医療病棟の関係では、「地域包括医療病棟入院料」を届け出ている施設（n=66）の66.7%で「急性期一般入院料」を届出ていることがわかった。次いで「回復期リハビリテーション病棟入院料」（40.9%）、「地域包括ケア病棟（地ケア）入院料・管理料1」（33.3%）、「同2」（31.8%）、「療養病棟入院料」（25.8%）、「緩和ケア病棟入院料」（19.7%）など。

「地ケア入院料」では、「同 1」(n=571)の63.9%、「同 2」(n=463)の82.1%が「急性期一般入院料」も届け出ていた。「同 3～4」(n=22)では、

77.3%が「療養病棟入院料」を届け出ていた。

地域包括医療病棟と地ケアの職員比較
看護職ではむしろやや少ない？

地域包括医療病棟と地ケアの入院料等を算定する病棟の40床あたり平均職員数をみたところ、看護師では差がみられなかったが、准看護師でわずかながら差があるようにみえた。看護師数は「地域包括医療病棟」(n=21)が20.74人で、「地ケア1」(n=281)が21.76人、「同2」(n=213)が21.61人、「同3～4」(n=9)は19.65人だった。一方、准看は、「地域包括医療病棟」0.57人、「地ケア1」1.96人、「同2」2.06人、「同3～4」2.44人と、地域包括医療病棟の方がやや少ない結果だった。ただしn数が少なく、継続的に追う必要がありそうだ。

地域包括医療病棟届出の理由
「高齢者の救急搬送増加」が最多

地域包括医療病棟を届け出た理由について聞いた(n=24、複数回答)ところ「高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができる」が最多18施設の回答を集めた。次いで「経営が安定する」(15施設)、「急性期一般入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」(14施設)、「高齢者の早期在宅復帰につながる」(11施設)などの順だった。

「届出を行なった結果、現時点でどのように感じているか」(同)については、「他の入院料の病棟と組み合わせることで患者の状態に即した医療を提供できている」(12施設)が最も多く、「経営が安定してきている」(11施設)、「実際の患者の状態により即した入院料等であると感じる」(10施設)などだった。

地域包括医療病棟の加算「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の届出状況(n=24)は「算定あり」が17%と、「算定なし」の21%を下回った。「未回答」は62%。

加算を届け出ていない理由 (n=26) は「休日のリハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」(10施設) が最も多かった。次いで「リハビリテーション経験3年以上+適切な研修を受けた常勤医師の確保が困難」(6施設)、「入棟後3日までに疾患別リハが算定された患者が8割に満たない」(同) などもあった。

地域包括医療病棟を有する病院の約9割、地ケアを有する病院の約7割が毎日救急受入れをしていた。地ケアのみを有する病院では、日中のみ救急受入をしている病院が1割弱だった。

電子処方箋の署名サービス有償化「見直しを」

日病協

公的補助の再開を求め厚労省に要望書を提出

全日病などが参加する日本病院団体協議会（日病協）と日本医師会は5月23日、政府が推進する電子処方箋で用いるHPKIセカンド電子証明書の電子処方箋リモート署名サービスについて、①利用料有償化を見直す②サービス提供者に対する公的補助を再開する一の2点を求め福岡資麿厚生労働大臣宛の書面を提出した。医療DXの基盤となるサービスの費用が医療機関の負担になることは、「普及促進の流れに逆行するもの」と問題視している。

電子処方箋で用いる電子署名は、HPKIカードを使う「ローカル署名」と、クラウド管理の「リモート署名」の2種類。日病協は、1日1回の本人認証で電子署名が可能になるメリットや、半導体供給不足により直近のHPKIカードが後追い発行になってしまうデメリットなどを考慮して、リモート署名を推奨してきた。

リモート署名を巡っては、今年2月下旬に一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）が利用料有償化を通知。請求額は、許可病床数400床未満で年間5.5万円（税込）、400床以上で11万円（同）で、6月末までに未払いの場合は7月からサービスが利用停止になるとの内容だった。ただ、厚

生労働省医薬局は1月に発行したマニュアルで、医療機関に推奨されるリモート署名のデメリットとして、「2025年4月から証明書の利用が有償化され、年度ごとに利用料が発生する」旨を周知している。同時に、ローカル署名の場合もライセンス料が発生することを示唆している。しかし日病協の代表者会議では、周知不足を指摘する意見が相次ぎ、「有償化に関する記述は小さく、周知が十分ではない」と判断。要望書の提出に至った。

有償化の背景には、社会保険診療報酬支払基金が構築予定であったクラウド署名サービスを実際はMEDISが担っていること、公的補助金が年々減少して2024年は補助がなかったこと、災害対応未実装のため開発費と維持費の増額が見込まれることなどがある。

要望書では、「電子処方箋運用開始以来、導入支援が行われてきた中で、医療DXの基盤となるサービスを有償化することは、普及促進の流れに逆行する」と指摘。「昨年度のシステム設定誤りによる混乱や、アンケート調査で明らかになった経済的負担の問題などを考慮すると、十分な説明がないまま性急に有償化を進めることは、普及の機運を損なう懸念がある」と主張して

いる。電子処方箋を導入する病院を支援するため、公的補助によるサービス運用再開を求めている。



全日病・猪口会長は日病協の副議長として同席

第13回定時総会・第14回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第 13 回定時総会・第 14 回臨時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第13回定時総会・第14回臨時総会	第14回臨時総会
日時 2025年6月28日(土)	目的事項
午後1時～午後3時25分(予定)	報告事項
会場 ホテルオークラ東京	1. 新役員就任報告について
プレスステージタワー1階「平安の間Ⅲ」	2. その他
東京都港区虎ノ門2-10-4	決議事項
TEL 03-3582-0111	第1号議案 顧問・参与・名誉会員等について
第13回定時総会	その他
目的事項	〈正会員の皆様へ〉
報告事項	総会終了後(午後3時半目途)に同会場
1. 2024年度事業報告について	で支部長・副支部長会(特別講演)、懇親会
2. その他	(午後4時目途)を開催いたします。当協会正
決議事項	会員の皆様もご参加いただけますので、どう
第1号議案 2024年度決算(案)について	ぞ会場にお越しください。
第2号議案 次期役員選任について	
第3号議案 次期議長・副議長について	
その他	

本号の紙面から		医師の偏在対策シンポジウム	5面
急性期入院医療の議論開始	2面	個人情報保護の規定整備92%	6面
DPC対象病院の退出23件	3面	配置基準等の弾力化で議論	7面
全国でマイナ救急実証事業	4面	出産費用の自己負担無償化へ	8面

清話抄

令和の米騒動と医薬品不足。
適正な医療の価格はどうあるべきか。

医薬品不足と人材不足、物価高など、日本の医療の将来（現状）を脅かす状況が進んでいます。

医療は国民の命を守るインフラであり、営利を追求するものではありません

ん。民間の医療機関は、独立採算で効率的な医療を行う事を国から求められており、それ自体を否定するわけではありませんが、医療行為を行うために必要なコストは、社会状況によりダイナミックに変化します。経営努力で受け止められる範囲はとっくに超えています。医療のコストを診療報酬に適正に反映できなければ、国民の命を守るインフラを維持できません。

4月30日のNHKニュースは、「3月に落札した備蓄米のうち、4月13日ま

でに消費現場に届いた量は全体のたった1.9%だった」と伝えています。それどころか、落札しても未だ倉庫から引き取られていない方が多いのです。物流には当然人手・手間・時間がかかります。国のお偉方は、落札しただけですぐに市場に並ぶと考えていたのでしょうか。数年前から顕在化した医薬品不足も同じです。「チロルチョコより遙かに安い薬価の医薬品」を厳しい制約の基で、赤字覚悟の薬価で作り続けなければ、必要な医薬品を供給する

ことができない日本の薬価政策。医療も昨年4月の診療報酬改定では、本体部分が0.88%引き上げられましたが、物価の指標となる名目GDPの上昇率2.9%に比べ、実質的引き下げとなっています。病院医療が崩壊してから慌てて手を打っても遅いことを国に理解させるためにはどうするか、皆で真剣に考えていきましょう。

(宍倉朋胤)

主張 病院運営の危機

全日病をはじめ6つの病院団体が物価高などの影響で多くの病院が深刻な経営難に陥っていることを公表した。「ご存じですか？ あなたの街の病院がいま危機的状況なのを!! 地域医療はもう崩壊寸前です。」これまで多くの国民は病院経営がこのように深刻な状態であることを理解していなかったかもしれない。その意味から、これは国民をターゲットとしたメッセージとして大きな意義があったと考えてい

る。換言すれば、国民を味方につけなくてはならないということである。また、診療報酬制度のあり方について言及したことも評価される。

しかし、急激に進む物価高騰のなか診療報酬制度改定を待ってられる状況ではない。だから、それぞれの病院は補正予算として挙げられた重点支援地方交付金や地域医療介護総合確保基金の活用を考えなくてはならない。これら資金の分配は都道府県に委ねられ

ていると認識している。これらの活用状況は、都道府県によってかなりの違いがあることが示されている。例えば、物価高騰にかかる医療機関等への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用調査(食材料費)に関しては、許可病床1床あたりで交付する県、稼働病床1床あたりで交付する県(当然後者が適切と考える)、病院の規模別に交付する県など様々である。また、地域医療介護総合確保基金に関しても予算の執行率(執行額/交付額)は、それぞれの地域、それぞれの内容に大きな差がみられる。何を言いたいのかと言うと、我々病院経営者は、それぞれの地

域において行政や議員の方々に対して、もっと積極的にものを言うべきであると。反省を込めて自身の状況を語れば、ほとんどこのような活動をしてこなかった。国レベルに対して全日病本部はしっかりと対応している。一方、各支部はそれぞれの地域において、適切な医療提供がなされるように行政や議員の方々をターゲットに働きかけすることが期待される。遅ればせながら、当地域では、市長、県会議員の方々をお招きし、過日公表された病院運営の危機について説明させていただく会の開催を予定している。

(美原盤)

次期改定へ、急性期入院医療の議論開始

中医協・入院医療等分科会

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2026年度の診療報酬改定に向けた急性期入院医療に関する議論が始まった。5月22日、厚生労働省が現状を踏まえた「課題」を同分科会に示し、議論を求めた。

全日病常任理事の津留英智委員は、大きく分けて①「新たな地域医療構想」の策定に向け医療機関が報告する医療機関機能のうち「急性期拠点機能」と「在宅医療等連携機能」を両立する病院もあり得るとの前提で議論すべき②「新たな地域医療構想」における医療機関機能の1つである「急性期拠点機能」の必要量について、二次医療圏ごとなのか新しく定める構想区域なのかさらに広域なのかなどを慎重に検討すべき③名ばかりではなく実績として地域の医療提供体制を支えている地域医療支援病院を適切に評価する④(救急の輪番制に関して現在は補助金の仕組みだが)救急搬送を受け入れている実態に応じた診療報酬上の評価一の4点を求めた。今後の議論に向けて、地域包括医療病棟を有するケアミックス病院の実数などがわかる最新データの提示も要請した。

「新たな地域医療構想」の医療機関機能と入院基本料の関係、検討へ

厚労省は、一般病棟入院基本料の医療機関数や「急性期一般入院基本料」

関連の算定状況に加え、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の策定に向けた取りまとめの内容などを提示。地域の医療機関機能が◇高齢者救急・地域急性期機能◇在宅医療等連携機能◇急性期拠点機能◇専門等機能一の4つに、大学病院本院を想定した「医育及び広域診療機能」を加えた4+1で構成していくとの方向性を示した上で、下記の2点を「課題」としてあげた。

- 急性期一般入院料を算定している病院において、その規模や地域等によって果たしている役割が異なることや、新たな地域医療構想に関するとりまとめにおいて、病院としての機能がより重視されていることも踏まえ、今後の急性期における入院基本料について、どのように考えるか。
- これまで急性期の拠点的な機能として、総合入院体制加算や急性期充実体制加算としての評価がなされてきたが、人口規模が小さな医療圏においても、地域の救急搬送の受入等の拠点として不可欠な機能を発揮している病院があることも踏まえ、急性期の拠点的な機能に対する評価のあり方をどのように考えるか。

またDPC／PDPSの関連として、「急性期一般入院基本料」を届け出ている医療機関のうち約1800施設はDPC制度ではなく出来高による算定であるとの現状や、大学病院本院に準

じた診療密度と一定の機能を有すると考えられる医療機関の要件を定めている「DPC特定病院群」の医療機関はほとんどが「急性期一般入院基本料1」を届け出ており、その約7割は「急性期充実体制加算1」を届け出ている状況にも言及。また、DPC制度について急性期入院医療を対象とする包括払い制度であり急性期の入院料基本料とDPC制度における要件について「整合的なものとする必要がある」との考えも示した上で、課題として下記の内容をあげた。

- 急性期の入院料基本料と、DPC制度における医療機関群の定義やDPC制度への参加基準等の整合性について、どう考えるか。

全日病・津留委員「急性期拠点と在宅医療のケアミックスあり得る」

津留委員は、「在宅医療等連携機能は通常200床未満のイメージだが、地域において医療資源が非常に限られたところでは200床以上、300床以上で『急性期拠点機能』を担う病院が在宅医療も担うようなケアミックスもあり得る」と指摘。「そういう視点も忘れてはいけない」と主張した。

「急性期拠点機能」については、「今後ガイドライン作りで検討されると思うが、例えば急性期充実体制加算や総合入院体制加算をとっている医療機関

だとすると、二次医療圏にどれくらい存在しているのかというデータも必要」とデータ提示を求めた上で、「そのような医療機関がゼロの地域も多数存在する」と指摘し、慎重な議論を求めた。

地域医療支援病院については、指定は都道府県の承認事項であり、医政局の所管ではあるものの多数存在する地域と唯一無二の存在が支える地域では事情が異なると説明した上で、受入救急車がわずかの名ばかりの地域医療支援病院もあると指摘。「診療報酬で入院診療加算1000点(入院時)が付いており、データも見ながら、見直しや整理をきちんとしていった方がいいのではないか」と提案した。

救急の輪番制についても実態に応じた評価にすべきとの考えで、「受け入れの実態と全く関係なく二次医療圏内の医療機関で補助金を均等割するような事例があるとも聞いている」と明かし、「救急車をきちんと受け入れている実態に応じた診療報酬上の評価をやっていく、見直していくことは重要」と訴えた。

このような意見に関連し、筑波大学医学医療系教授の田宮菜奈子委員は、在宅医療との連携と急性期の拠点機能の共存はあり得るとの見方を示し、「地域によっては機能する。ある程度はフュージョンしなければならず地域特性に応じて見ていく必要がある」と述べた。

東京慈恵会医科大学前医療保険指導室室長の鳥海弥寿雄委員は、人口減少地域などで救急医療を一手に引き受け頑張る医療機関が急性期充実体制加算を算定できるような要件の緩和も検討すべきとの考えを示した。具体例として「手術件数の縛りを八掛け、七掛けとかに変えていく」などをあげた。

「医療機関機能」のケアミックスに否定的な見解も

一方、健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、1つの医療機関が複数の医療機関機能を報告すること否定的な見解を示した。「可能な限り地域の中での役割分担をより強固にしていこうというのが、今後は望ましいのではないかというふうに思う」と述べ、「新たな地域医療構想」における医療機関機能のケアミックスは望ましくないと主張した。また、「急性期一般入院料」について、「現状は6段階だが、果たしてこのまま進んでいくのかということも念頭に置きながら、検討を進めるべき」とも述べた。

救急医療の評価については、「救急搬送のシェア率を新たな要素として取り入れることも選択肢」との考えを示した。「二次医療圏という考え方そのものの見直しが必要ではないかということは想定されるわけであり、また件数だけで見ていくと急性期の拠点的な機能を評価しきれないということは当然に想定される」と述べた。

現状と課題

（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料1については、平成18年に7対1入院基本料が創設されて以降、届出病床数は増加し、平成26年以降は減少傾向であったが、近年は横ばいである。
- 急性期一般入院料は、看護職員配置、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数等で評価されている。

（急性期機能）

- 急性期機能については、新たな地域医療構想における検討において、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能が二次医療圏等における確保すべき医療機関機能とされた。
- 急性期一般入院料1を算定している病院について、同様の規模の許可病床数の医療機関であっても、救急搬送受入件数や手術件数にばらつきが見られた。
- 人口規模の大きな二次医療圏で救急搬送件数も多くなる傾向があり、急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。
- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数は比較的多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。

【課題】

○急性期一般入院料を算定している病院において、その規模や地域等によって果たしている役割が異なることや、新たな地域医療構想に関するとりまとめにおいて、病院としての機能がより重視されていることも踏まえ、今後の急性期における入院基本料について、どのように考えるか。

○これまで急性期の拠点的な機能として、総合入院体制加算や急性期充実体制加算としての評価がなされてきたが、人口規模が小さな医療圏においても、地域の救急搬送の受入等の拠点として不可欠な機能を発揮している病院があることも踏まえ、急性期の拠点的な機能に対する評価のあり方をどのように考えるか。

2026年度改定に向け費用対効果評価の議論始まる

中医協・費用対効果評価専門部会

関係業界ヒアリングや専門組織からの意見聴取含めスケジュール了承

中医協の費用対効果評価専門部会（飯塚敏晃部会長）は5月14日、医薬品や医療機器の費用対効果評価の仕組みについて、2026年度診療報酬改定に向けた議論を開始した。飯塚部会長は部会長代理に城山英明・東京大学大学院法学政治学研究科教授を指名した。今後、関係業界ヒアリングや費用対効果評価専門組織からの意見聴取も行いつつ、検討項目を整理した上で、議論を深めていく。

費用対効果評価制度は2016年度に試行的導入が始まり、2019年度に本格運用となった。2016年度は試行的運用から数えて10年目を迎える。同制度は市場規模が大きい、または単価が高い医薬品・医療機器を費用対効果評価の対象としており、指定数は平均11品目、実際の分析品目数は10品目程度で推移している。

費用対効果評価終了品目（45品目）で、市場規模（ピーク時予測）が最も大きかった品目は、効能・効果が「全身型重症筋無力症」であるウィフガート（アルジュニクスジャパン）で、調整前価格の42万1455円（400mg 20mL 1瓶）の場合の価格が38万8792円となった（377億円）。次いで、効能・効果が「多発性骨髄腫、全身性ALアミロイドシス」であるダラキューロ（ヤンセンファーマ）は44万5064円で価格変更なし（370億円）、効能・効果が「2型糖尿病」であるマンジャロ（日本イーライリリー）も9620円（12.5mg 0.5mL 1キッ

ト）等で価格変更はなかった（367億円）。

昨年12月25日の福岡資麿厚生労働大臣と加藤勝信財務大臣との大臣折衝事項では、「引き続き、対象範囲の拡大に向けた検討を進めるとともに、費用対効果評価の実施体制の強化や適切な評価手法の検討とあわせ、薬価制度上の活用方法、診療現場での活用の方策など、今後のあり方について具体的な検討を進める」とされた。

また、2025年度の政府予算においては、「費用対効果評価の更なる活用に向けた取組み」として11.5億円が計上されている（2024年度は9.7億円）。具体的には、「諸外国での費用対効果評価による医療費削減効果や医療の質向上に関する調査等を行う。また、費用対効果評価の結果を臨床現場で活用するため、疾患別の診療ガイドラインへの掲載を含め、臨床現場への普及啓発の方法に関する調査・研究を行う」としている。

2024年度改定時の議論では、◇レケンビにおける特例的な対応を踏まえた価格調整の範囲◇介護費用の取扱い◇評価結果等の活用のあり方◇厚労省からの関係学会や関係機関に対する情報提供など適切な対応―などが課題とされた。

高額薬剤などの保険適用が今後も予想される中で、医薬品・医療機器の価値を価格に反映させる上で、費用対効果評価をどのように活用するかが引き続きの課題となっている。

「薬価制度を補完する仕組み」日医「より踏み込んだ見直しを」健保連

スケジュール案（下表）を了承した上で委員からさまざまな意見が出た。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「費用対効果評価の仕組みについては、腰を据えた検討がこれまで行われ、本格運用以降、事例を積み重ねている。今後とも、保険償還の可否には用いず価格調整に用いる、薬価制度を補完する仕組みであるということを大原則とし、これを守っていくべきである。学ぶべきところは学びながら、日本型の費用対効果評価の仕組みとして検証を続けることが大事だ」と基本的には現状維持を求めた。

また、「検討に当たっては、人材育成の視点もさることながら、特定の研究者だけが仕組みを取扱えるというこ

とは望ましくなく、費用対効果制度の費用対効果も考えるべき」と述べ、制度の運用に大きな労力と費用がかかることに懸念を示した。

日本薬剤師会副会長の森昌平委員は、「現行の仕組みは医療費削減を目的としており、価格調整では価格が下がるケースが多い。費用と効果のバランスを適切に見極めることが重要であり、価格引上げの場合の条件設定の議論を行ってほしい」と述べた。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「持続可能性とイノベーションのメリハリがまだ不十分。認知症治療薬（レケンビ）における特例的な対応も踏まえ、（価格調整範囲の見直しなど）次期改定に向けてより踏み込んだ見直しを検討すべき」と述べた。

費用対効果評価専門部会の検討スケジュール（案）		
令和7年	5月14日	・改定の進め方について
	7月	・費用対効果評価専門組織からの意見について
	8月	・関係業界からのヒアリング（1回目）
	9月	・個別論点について（その1）
	10月	・個別論点について（その2）
	11月	・関係業界からのヒアリング（2回目）
	12月	・令和8年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
令和8年	1月	・令和8年度費用対効果評価制度の見直し（案）について

※ 検討状況等によってスケジュールが変更になる場合有り。

DPC対象病院の退出が23件で過去最多、再編は2件

中医協総会

2024年度改定の影響を含め急性期医療からの機能分化の現れ

中医協総会（小塩隆士会長）は5月14日、厚生労働省から2025年度のDPC/PDPS（DPC制度）の報告を受けた。DPC対象病院は2024年6月から再編が2件、退出が23件と過去最多の減少となった。病床数全体が減少する傾向がある中で、2024年度診療報酬で急性期病院に対する基準が厳格化され、新たに地域包括医療病棟が新設されたことや、2026年度から適用されるDPC/PDPSの参加・退出基準も中小病院にとって厳しくなることが影響したと考えられる。急性期医療からの機能分化の推進の現れの一つと言えそうだ。

DPC対象病院は、2024年度中に再編が2件、退出が23件あり、2025年6月1日時点で、1761病院となる見込みだ（2025年6月1日付の退出を含む）。2003年の82病院での制度開始以来、多少の増減を伴いつつ、DPC対象病院は増え続けてきた。今回の退出病院数は過去最多となる。この結果、DPC算定病床数は2024年6月の48万3721床から47万5910床に減少した。

DPC制度は、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日当たり包括払い制度であり、DPC対象病院の基準には、以下のような項目がある。

- ・急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- ・A207診療録管理体制加算の届出
- ・「退院患者調査」等の参加
- ・調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- ・適切なデータ作成のため、「『退院患者調査』の様式1（医療資源病名）における部位不明・詳細不明コードの使用割合が10%未満」、「退院患者調査の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満」、「退院患者調査の様式1における末コード化傷病名の使用割合が2%未満」
- ・適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

さらに、2024年度診療報酬改定で、「調査期間1月当たりのデータ数が90以上」という基準を「2026年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる」ことになった。

また、2024年度改定では、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、大幅な見直しがあり、特に急性期一般入院料1に対して厳しい見直しが実施された。一方、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、入院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価として、「地域包括医療病棟」が新設された。

このような改定の結果がDPC対象病院の退出増の背景にあると考えられる。今後、次期改定での対応にもよるが、急性期医療からの機能分化の進展に伴い、さらにDPC対象病院は減っていく可能性がある。

機能評価係数Ⅱの再設定後の値
中医協総会にすべての値を報告

2024年度改定では、機能評価係数Ⅱや救急補正係数の再設定が行われた。具体的には以下のような変更がある。

- ・2024年度改定で設定された機能評価係数Ⅱ等の評価総額を変更しない形で、2023年10月～2024年9月までのデータに基づき、機能評価係数Ⅱ等の再設定（2024年度改定で設定された基礎係数に変更はない）
- ・2024年度改定において、推計診療報酬の変動を緩和するため1年間に限り設定された激変緩和係数を、全DPC対象病院において一律に「0」
- ・2024年能登半島地震をはじめとする複数の災害に係る特例的な取扱いとして、被災した地域に所在する医療機関における、診療実績に基づく指数については、以下の方法で算出した値を比較して、より高い値に基づき算出。「通常と同様の取扱いとした場合」と「災害毎に定める対象期間の診療実績データを、それ以外の月の診療実績データの平均値に置き換えて算出した場合」

機能評価係数Ⅱの分布をみると、各係数の合計値はDPC標準病院群で「0.0073～0.1520」、大学病院本院群で「0.0481～0.1118」、DPC特定病院群で「0.0454～0.1446」、全体で「0.0073～0.1520」となっている。中央値はDPC標準病院群で0.0744、大学病院本院群で0.0831、DPC特定病院群で0.0829、全体で0.0761。

厚労省は中医協総会に、すべてのDPC対象病院の各係数の値を報告する資料を提出している。

2025年度におけるDPC/PDPSの現況		
・再編		
再編前医療機関名（都道府県）	再編後医療機関名（都道府県）	再編年月日
社会医療法人警和会大阪警察病院（大阪府） 社会医療法人警和会第二大阪警察病院（大阪府）	社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター大阪警察病院（大阪府）	2025年1月1日
時計台記念病院（北海道） 北光記念病院（北海道）	カレス記念病院（北海道）	2025年4月1日
・退出		
医療機関名（都道府県）	退出理由	退出年月日
長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院（長野県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年9月1日
社会医療法人聖会会サザン・リージョン病院（鹿児島県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年9月1日
公立つぎ病院（石川県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年10月1日
うえの病院（福岡県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年10月1日
社会医療法人財団天心堂へつぎ病院（大分県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年10月1日
いちち串木野市医師会立脳神経外科センター（鹿児島県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年10月1日
医療法人マックスール異病院（大阪府）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年11月1日
社会医療法人ONEFLAG牧病院（大阪府）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年12月1日
社会医療法人垣谷会明治橋病院（大阪府）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年12月1日
医療法人聖真会渭南病院（高知県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2024年12月1日
医療法人博仁会志村大宮病院（茨城県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年2月1日
婦産会みえ病院（大分県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年2月1日
医療法人創和会重井医学研究所附属病院（岡山県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年3月1日
佐藤第一病院（大分県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年3月1日
国家公務員共済組合連合会北陸病院（石川県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年4月1日
医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院（静岡県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年4月1日
医療法人厚生会小原病院（鹿児島県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年4月1日
医療法人祿寿会小祿病院（沖縄県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年4月1日
医療法人啓仁会吉祥寺南病院（東京都）	DPC対象病院の基準未達による退出	2025年5月1日
社会医療法人駿甲会コミュニティホスピタル甲賀病院（静岡県）	入院基本料に係る施設基準の変更に伴う退出	2025年5月1日
医療法人敬愛会大塚病院（兵庫県）	DPC対象病院の基準未達による退出	2025年6月1日
福田病院（福岡県）	DPC対象病院の基準未達による退出	2025年6月1日
津久見市医師会立津久見中央病院（大分県）	DPC対象病院の基準未達による退出	2025年6月1日

マイナ救急、全国すべての消防本部を対象に実証事業

消防庁

昨年度事業に参加の消防隊から順次スタート、10月中には全本部で

消防庁は2025年度、全国すべての計720消防本部の5334救急隊を対象に、マイナナンバーカードを活用した救急業務の円滑化（マイナ救急）に向けた実証事業を展開する。離島なども含む活動範囲の消防隊を除き、常時稼働している救急隊の98%を占める体制で進める。昨年度の実証事業に参加した消防隊など準備が整った救急隊から既に運用しており、10月中には全消防本部で稼働を開始する予定。119番で通報するほどの傷病者自身の負担軽減になるだけでなく、マイナ保険証を活用して

得られる受診歴や診療情報、薬剤情報、特定健診情報など正確な情報を閲覧して傷病者に適応する搬送先を選定し、病院側でも事前の準備ができるなど、“三方よし”の効果が期待がかかっている。

マイナ救急は、119番通報を受けた際に指令員が通報者に対しマイナ保険証の準備を依頼し、救急隊が到着時にカードリーダーで氏名、生年月日、住所のほか医療機関の受診歴や既往歴などの医療情報を閲覧する。正確な情報に基づき適切な応急処置につなげるほ

か、搬送先病院にも連絡し、治療の事前準備なども依頼する。

2024年度は67消防本部の660救急隊において約2カ月間の実証事業を展開。累計の情報閲覧件数は1万1398件にのぼった。90歳代の男性が自宅でうつ伏せ状態のまま動けず意思疎通が困難だった事例では、マイナ保険証から通院履歴や薬剤情報を閲覧して円滑な搬送先の選定につながった。外出先で意識障害を起こした事例では、会話ができない状態だったがマイナ保険証から既往歴に糖尿病があることが判明し、ド

ウ糖を投与したところ搬送中に意識レベルが回復したなどの報告がある。

実証事業に参加した救急隊からも、マイナ保険証から正確な情報を取得できる有用性を評価する声や、傷病者が屋外でもマイナ保険証を携帯していたことで意識不明などの状態でも情報が閲覧できた件数が839件(7.4%)あるなど、迅速な対応につながる事がわかっている。

マイナ救急未実施は全体の80%超
マイナンバーカードの不所持などで

一方、2024年度の実証事業では高齢者の件数が7134件と全体の62.6%を占めるなど高い割合であるため、高齢者に対する広報の重要性を指摘する意見も出ている。また、マイナ保険証を携行していなければ情報が閲覧できないため携行を呼びかける重要性も指摘されている。消防庁によると、2024年度の実証事業では、マイナナンバーカードの不所持やマイナ保険証の未登録などで全体の80%超がマイナ救急未実施となっているという。既にマイナ救急を紹介する動画を作るなど広報活動に力を入れているが、今後も新しい解説動画などを配信する予定。そのほか、政府広報のチャンネルを活用するほか、ポスター作成の配布や自治体と連携した広報活動にも注力する。救急搬送事例に占める高齢者の割合が高いことから“アナログ”での周知が重要になる可能性もある。

2025年度の実証事業では、救急現場での操作性に優れた専用のシステムを新たに導入した。2024年度事業を経て改善を図っており、より利便性に富むという。現在は、マイナンバーカード本体に登録されているマイナ保険証のみが対象だが、今後はスマホ搭載のマイナ保険証への対応も検討する。

マイナ救急〔マイナンバーカードを活用した救急業務の円滑化〕

事業概要

▶マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組

1. マイナ救急の流れ

119番通報時
指令員が通報者に対してマイナ保険証の準備を依頼

救急隊到着時
自分の病歴や飲んでいる薬を救急隊に正確に伝えることができる

マイナ保険証

カードリーダー

タブレット端末

【閲覧する情報】
・氏名、生年月日、住所
・受診した医療機関名 ・既往歴
・薬剤情報 ・特定健診等情報 等

円滑な搬送先病院の選定や適切な応急処置が実施できる

搬送先病院で治療の事前準備ができる

オンライン資格確認等システム

病院

2. 令和6年度実証事業の結果

- ・67消防本部660隊において、約2ヶ月間の実証を行った。
- ・マイナ救急により、情報閲覧した件数は**11,398件**。
- ・活用事例及び救急隊、傷病者、病院それぞれの声は次ページ以降を参照。

4. マイナ救急の広報について

- ・マイナ救急の認知度向上を図るため、**ショートムービーを作成し**、SNS（YouTube、消防庁X等）で広報を行うとともに、全国の消防本部、都道府県等へ提供。

マイナ救急 全国実施

あなたの命を守る
マイナ救急

- ・今後、マイナ救急の流れの説明、活用事例の紹介、マイナ保険証の携行の呼びかけ等のため、**政府広報、ポスター、広報誌**等により、**国と自治体とで連携した広報を実施予定**。

3. 令和6年度補正予算

マイナ救急の全国展開の推進 **20.6億円**

※全国の各消防本部において、救急現場での操作性に優れた専用システムを活用した実証事業を実施

※実証事業の規模 令和6年度 660隊 ⇒ **令和7年度 5,334隊**

消防庁資料を一部改変

高額療養費制度の見直しで専門委を設置へ

厚劳省

社保審・医療保険部会が了承

厚生労働省は今秋に高額療養費制度の見直し内容をまとめるため、集中的に議論する新たな会議体を設ける。5

月1日、社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)が了承し、方針が決まった。正式な名称や委員などの

詳細は未定(図表)。

専門委は、委員長に学識経験者を迎えるほか、◇保険者の意見を反映する

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（仮称）の設置について（案）

1. 専門委員会の設置

- 高額療養費制度については、秋までに改めて検討を行い方針を決定することとされているところ。
- 医療保険部会の下に、高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（仮称）を設置し検討を行うこととする。

2. 専門委員の構成

- ・ 委員長、学識経験者
- ・ 保険者の意見を反映する委員
- ・ 患者等の当事者の意見を反映する委員
- ・ 医療・診察機関の意見を反映する委員
- ・ 経済界・労働者の意見を反映する委員

3. 今後の進め方について

- 患者団体・保険者団体等からのヒアリング等を丁寧を実施し、それらを踏まえて、具体的な高額療養費制度の在り方に関して集中的に議論を行う。
- なお、議論の状況は、医療保険部会に報告を行う。

委員◇患者等の当事者の意見を反映する委員◇医療・診察機関の意見を反映する委員◇経済界・労働者の意見を反映する委員一で構成する。

患者団体・保険者団体などからの意見聴取については、「丁寧に実施」との方針を明確化。議論の状況を同部会に報告しながら進める。

高額療養費制度については、同部会が審議した結果として自己負担額の段階的な引き上げを柱とする見直しの内容を取りまとめ、福岡資磨厚生労働大臣と加藤勝信財務大臣の折衝を経て、政府が2025年度の予算案と関連する形で関連法案などを国会へ提出。しかし全国がん患者団体連合会などの患者団体が強く反発。国会議員をはじめ関係各所に見直し案の撤回を求め活動し、SNSなどを通じて世論も巻き込んだ結果、超党派の議員連盟も立ち上がるなど大きな流れが生まれ、最終的には石破茂総理大臣が見直しの凍結を決断。今秋までに改めて高額療養費制度に関する方針を決めることになった。

今秋の取りまとめ「何月かは未定」
検討の回数も「想定はない」

厚労省保険局保険課の佐藤康弘課長は、秋までの方針決定について、「具体的に何月ということを決めきっているわけでない」と説明。議論についても、「何回ということを決める今の段階で想定しているわけでもない」と明らかにした。あくまで「丁寧な検討が重要」と強調した。

今後は診療科偏在の是正に注力

厚労省・迫井医務技監

厚生労働省の迫井正深医務技監は4月30日、日本医学会連合のシンポジウムで講演し、“私見”を織り交ぜながら医師の偏在是正に向けた考えや方向性について話した。特に地域偏在については政策が一定の効果を示し始めているとの認識を示し、今後は診療科偏在の是正に注力するとの考えを示した。



迫井医務技監は、厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師統計」(旧三師調査)に基づくデータとして「新たな地域医療構想等に関する検討会」で示した資料を用いて35歳未満の医療施設従事医師数の推移を説明。2012年を起点とした場合、2022年は医師多数都道府県で若手医師が4.6%増だったのに対し、医師少数都道府県では27.8%増になっている状況などを説明。「政策効果が出てきているということ」と述べ、地域枠や専

年末に向けて「歯を食い縛って財政当局とやっていく」

門医制度におけるシーリングなどを含むさまざまな施策の結果だと評価した。一方、同じく同統計で診療科別医師の推移をみると、リハビリテーション科や形成外科、麻酔科、放射線科などは急増しているものの「外科」はほぼ横ばいとなっている状況を改めて提示。「(医学部の定員は増えているため)若い人が増えているはずなのに、(増加率がほぼ)ゼロに張り付いているということは、よく言われるがシニアの方々が頑張って支えているという話」と解説した。その上で、“私見”として「外科」で偏在が顕在化する理由を4点あげた。

- 外科系診療科の専門分化が、総合性を備えたutility playerの需給不均衡を生み、悪循環に陥っている
- 高度な外科手術は基幹病院など限られた施設でなければ実施できず他施設や開業医のカバーには限界がある
- 責任の大きさ(リスク)や長い拘束時間、ハードワークと給与などの処遇のバランスが悪く「割に合わない」

との忌避が広がっている

■徒弟制的环境での手技獲得や個人より組織を重んじるなどの文化や男性中心であるなど次世代医師との認識にギャップが働き方改革や女性医師増への対応など近代化の遅れ

偏在の是正に向けて医師の処遇改善に注目が集まっている現状については、「複数の要因に適切に対処すべき」と主張。要因として、◇勤務時間管理(=働き方改革)◇就労環境の整備(特に女性医師)、◇経済的処遇(給与・経済的インセンティブ)の3つをあげた。その上で、「給与・インセンティブ」の改善に向けた課題については、私見として次の3つをあげた。

- ・医師(勤務医)を含めた医療従事者の人件費は物件費など他の費用も含めて診療報酬として医療機関に支払われるが、実際に勤務する医師への支払いは医療機関の裁量
- ・医師の業務には、外科手技など外形的に把握しやすい業務から、思考・

推論を含む診断プロセスなど客観的な把握が困難な業務まで多様

・多様な診療科・診療形態から成り立つ実臨床で、それぞれの診療科や診療形態に配慮しつつ、Hard Workに対してより手厚く報いるための経済的な評価のあり方の検討が必要

大学病院の外科系教授のみなさんと診療科偏在で「意識を共にしたい」

迫井医務技監は「総合討論」にも登壇。医師の偏在是正に向けたインセンティブの必要性和医療制度の関係について問われた際、まず医学部について「医師の故郷(ふるさと)」と表現。その上で、医師の偏在対策について、「基幹病院、一般病院の外科医不足、これが一体どういうことで生じているのか、ぜひ故郷の棟梁である大学病院の臨床外科の教授のみなさんと意識を共にしたい」と述べ協力を求めた。

賃金・物価の高騰が影響し、多くの病院が経営難に陥っている状況の改善についても言及し、「病院の6割が赤字だと、もうずいぶんご批判をいただいている」と明かし、「年末に向けて歯を食い縛って、なんとしても財政当局とやっていく」と述べ、意気込みを示した。2026年度の診療報酬改定などを念頭に置いた発言とみられる。

医師の偏在対策に「税制優遇」を求める声

日本医学会連合の意識調査

若手ほど「規制的手法」に反対



4月30日のシンポジウムで、加盟学会

日本医学会連合の磯博康副会長(国立健康危機管理研究機構国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター長)は

を通じて医師を対象に実施した「医師の偏在対策」などに関する意識調査の結果を公表した。若手ほど規制的手法に否定的な傾向があったことや、50歳未満では、インセンティブとして税制優遇を求める回答が多かったことなどを紹介した。

公表したのは「地域医療の向上と研究力の向上に関する意識調査」結果で、医師7545人が回答。シンポジウムでは

「年代」が未回答だった回答者などを除いた6549人分を年代別に集計した結果を中心に説明した。

医師偏在対策で規制的手法を実施する場合についての質問では、若手ほど「このような規制的手法は医師が少ない地域での勤務に対して、負のイメージを与えかねない」との回答が多く「30歳未満」では57.4%と最多、「30～34歳」では48.8%と2番目に多かった。

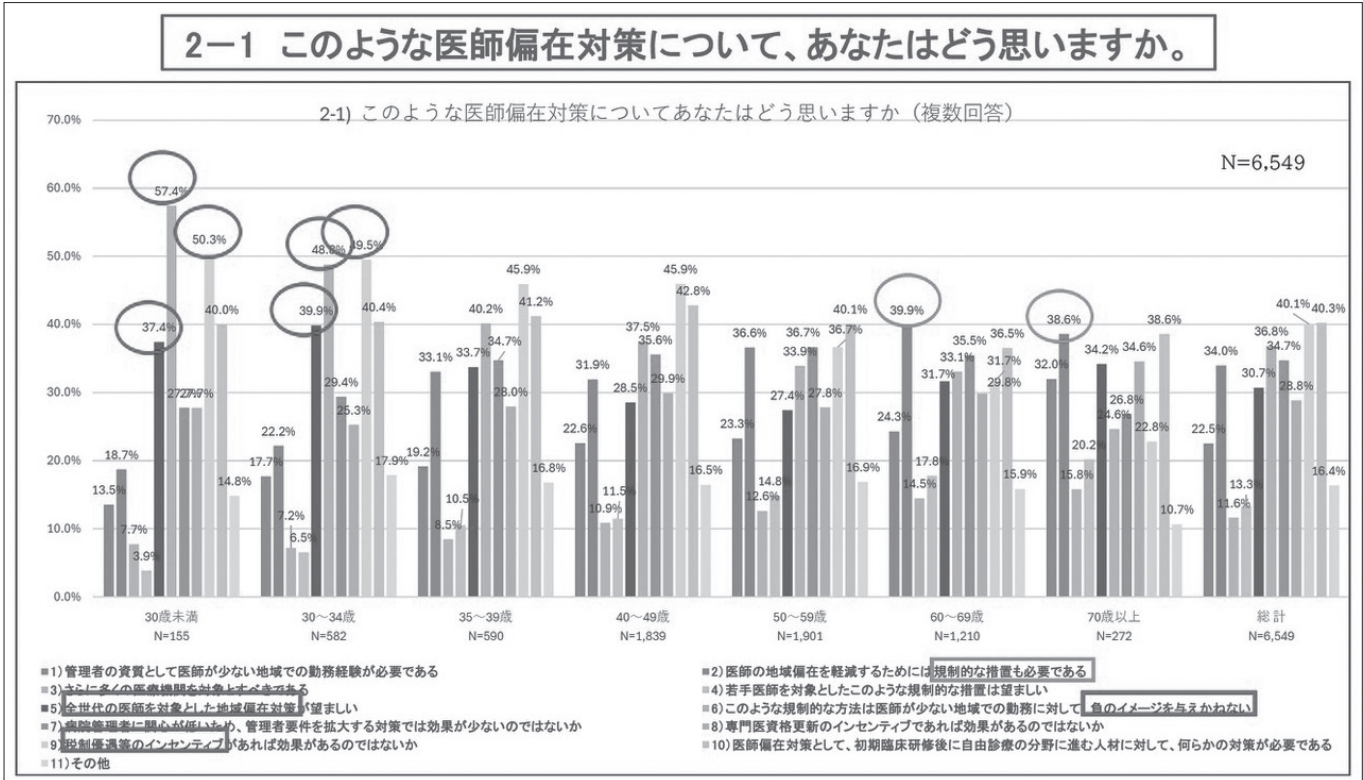
また、50歳未満では「税制優遇等のインセンティブがあれば効果があるのではないか」との回答が多く「30～34歳」、「35～39歳」と「40～49歳」ではそれぞれ最多の回答を集めた。

リカレント教育「教育内容が充実していれば受講したい」

リカレント教育については、「30歳未満」で「時間が確保できる体制整備がなされるならば受講したい」(22.5%)や「教育内容が充実していれば受講したい」(21.6%)が回答を集めたのと同時に「リカレント教育に関心がない」(16.9%)も他の年齢層に比べ高かった。「30～34歳」でも14.2%は関心がなかった。反対に、「教育内容が充実していれば受講したい」との回答は「30歳未満」を除くすべての年齢層で最多の回答となった。回答率が高かったのは、「70歳以上」(24.4%)、「30～34歳」(22.3%)、「60～69歳」(21.8%)、「35～39歳」(20.7%)などの順だった。

意識調査の回答結果 内科系70.0%、外科系28.7%

年代別の内訳は「30歳未満」155人(2.4%)、「30～34歳」582人(8.9%)、「35～39歳」590人(9.0%)、「40～49歳」1839人(28.1%)、「50～59歳」1901人(29.0%)、「60～69歳」1210人(18.5%)、「70歳以上」272人(4.1%)となっている。専門医19基本領域で区分した診療科別の内訳は「内科系」4642人(70.0%)、「外科系」1898人(28.7%)、「その他」82人(1.2%)、「未取得」8人(0.1%)。性別は、「男」が4818人(73.6%)、「女」が1568人(23.9%)、「回答を控える」163人(2.5%)。



偏在是正へ、インセンティブ推進「意見をまとめたい」

日本医学会連合・門協会長

悪循環を好循環に変えていきたい

日本医学会連合の門協会会長(虎ノ門病院院長、東京大学名誉教授)は4月30日、東京都内で開いたシンポジウム後に記者会見し、医師の偏在是正に向けたインセンティブの必要性について、日本医学会連合としての考えをまとめ関係各所に提言する必要があるとの認識を示した。

門協会会長は、「診療科偏在の問題は、より一層大きくなっている」と指摘し、「一定の集約化や効率化で、医療経済を少しでもいい方向に持っていく、その分そういった(医師不足の)領域で働く医師に経済的インセンティブをつけていくという方向は間違っていないのではないか」との認識を示した。そ

のうえで、「医学会連合としての意見を検討していきたいと、私は思っています」との考え。「そういうところをやはり支援する必要があるということを国に要望するということを検討していきたい」「悪循環を好循環に変えていかねばならない」などと述べた。



門協会長

2024年度 個人情報保護に関するアンケート調査報告

92.2%の医療機関が「個人情報保護規定」を整備

同意取得の掲示も同意取得の掲示も広がるなか、目指すは「規定」の整備100%

全日病・個人情報保護担当委員会

当協会では2006年より「個人情報保護法認定保護団体」となり、活動として、(1)会員病院における個人情報保護の取り組み状況を把握する、(2)過去に実施した同調査結果と比較し、経年的な取り組み状況の変化を明らかにすることを目的として、全会員病院を対象に個人情報保護管理に関するアンケート調査を継続して実施し、本紙面にて簡易報告を、全体報告については当協会のホームページ上に掲載している。

https://www.ajha.or.jp/about_us/nintei/

調査方法等

- ・ 記名式調査票を病院個人情報管理担当者に、電子メールで送付し、電子メールで回収した。
- ・ 対象は全会員病院2,557病院(前年2,564病院(前年比－7))
- ・ 調査期間は2024年8月より11月29日であった。

1. 回答施設概要

- ・ 461病院(前年405(前年比＋56))から回答が得られた。回答率は18.0%(前年15.8%(前年比＋2.2%))、12年連続提出は11病院であった。昨年の15.8%と比べてやや回復したが、新型コロナパンデミック前の2019年度の30.4%と比較すると低い状況にある。
- ・ 回答病院の概要は、個人3病院(0.7%)、医療法人383病院(83.1%)、公益法人19病院(4.1%)、国公立6病院(1.3%)、公的14病院(3.0%)、会社立2病院(0.4%)、その他34病院(7.4%)であった。

2. 個人情報への組織的対応・準備について

個人情報管理責任者は職種別では48.2%が医師、次いで38.8%が事務職であった。監査責任者の職種と役職について、職種は「特に定めていない」が33.8%と最も多く、次いで事務職の30.4%であった。個人情報保護方針の整備は80.7%、個人情報保護規定は92.2%であった。調査に未回答の病院ではより低いことも想定される。個人情報保護方針・規定の整備は、適切な個人情報の取扱いに不可欠であるため、当協会としては100%整備を目指して今後とも働きかけていく必要がある。

利用者への掲示は75.5%であった。掲示場所・方法では、ホームページが64.9%、受付・総合案内周辺掲示板が64.6%、病棟掲示板が54.0%であった(複数回答可)。個人情報利用時の同意取得方法は、医療分野においては一定の事項について黙示の同意が認められている(オプト・アウトともいう)。こ

れは掲示することにより、患者から明確な反対がない場合には同意したものとみなすことをいう。①症例検討会(治療を目的としない、院内職員のみ)では、67.4%vs17.4%(黙示の同意vs個別の同意、以下同様)、②症例検討会(治療を目的としない、外部者も参加)49.2%vs29.1%、③学会・論文で発表43.0%vs37.9%、④院外への学術目的での情報提供41.3%vs38.6%、④学生の教育52.8%vs59.2%、⑥関連施設(同一法人)への情報提供63.7%vs19.1%、⑦関連施設(他の法人など)への情報提供(返書を含む)58.6%vs25.3%であった。

上記はいずれも黙示の同意が認められている事項であり、適切な掲示を行うとともに、反対が提示された際の対応手順を明確にし、また機微な内容を含む事項についてはたとえ掲示した事項であっても個別の同意の対象にするなどの対応が、病院ごとに検討される必要がある。

なお、黙示の同意が可能な事項については「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」別表2に示されている(<https://www.mhlw.go.jp/content/001470633.pdf>)。

電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況については、78.1%が電子カルテ・オーダーリング両方を導入しており、年々導入率は高まっている。情報システム内での個人情報のセキュリティ対策では、「ID・パスワード」が95.0%と圧倒的多数で、次いで「サーバーによるアクセスログ管理」の59.0%であった(複数回答可)。なりすましが困難な「生体(指紋等)認証」を導入している病院は2.6%と少数であった。

個人情報の外部持ち出し制限の実施内容については、「規定文書による制限」59.4%、「事前の申請・許可」54.7%。「USB等のメディア使用の禁止」53.6%、「登録されたUSBのみの使用」47.7%、「作業者の限定」31.7%など(複数回答可)、総体として厳格化、セキュリティ強化が進められていることが伺われた。

SNSについては「制限していない」44.7%、「規定文書による制限のみ」46.9%であり、後者が増加傾向にあった。病院内の状況を患者がSNSで発信することには、「制限していない」との回答が61.0%と過半数を占め、患者や家族など、病院を利用する側からの外部発信においても、個人情報漏洩に対して病院として対策を講じておく必要があることが示唆された。

3. 院内研修／4. 外部の研修

院内研修は84.2%が実施していた。対象者としては、職員全員との回答は85.6%にとどまった。実施時期は「入職時オリエンテーション」が78.6%と最も多く、次いで「単独の研修会」の57.2%であった(複数回答可)。開催回数は年に「1回」63.9%、「2回」21.9%、「3回以上」13.7%であった。職員への周知徹底、意識向上のために行ってい

る研修内容の工夫については、「外部講師の招致」は18.3%と減少傾向にあり、代わって「DVD／ビデオの視聴」が53.1%と増加傾向にあった。職員全員を対象とした年1回以上の研修を実施するとともに、確実な参加の把握が推奨される。

外部の研修会への参加は「はい」が23.2%と減少しており、新型コロナパンデミック前後で約10ポイント程度低下し、パンデミック以前には戻っていない。参加者は「個人情報保護対策担当者」が58.9%であった。研修の主催者は、「病院団体」が74.8%と最も多く、次いで「行政」の26.2%の順であった(複数回答可)。

5. 保険加入・苦情・補償／6. 相談・問合せ

個人情報漏洩への対応としての保険加入については、「加入している」が42.7%と増加傾向にあった。個人情報保護対応に関する苦情やトラブル発生時の相談相手は、「弁護士等の専門家」83.1%、「院内対応」62.3%、「病院団体・医師会など」31.7%の順だった(複数回答可)。また、23.2%が「警察」に相談すると回答しており、2013年の9.0%と比較して年々増加していた。苦情の有無では、実際に「苦情があった」は40件(8.7%)であった(2023年度)。苦情件数は、57.5%は1件と回答している反面、5件以上が3病院認められ、最も多い病院は11件以上と回答している。金銭的な補償については、「金銭補償をした」との回答はなかった。

7. 診療情報の開示請求に関して

いわゆるカルテ開示については、2023年度に請求があったとの回答は87.6%と増加傾向にある。請求者は「弁護士」75.2%、「患者本人」60.4%、「患者家族」54.2%の順であった(複数回答可)。不開示事例がある病院は11.6%であった。開示に要する費用は、コピー1枚20円、X線フィルム1000円、医師による説明3225円(時間当たり)(いずれも中央値)であった。開示請求の周知方法としては、「問い合わせがあったときに口頭で説明」83.7%、「院内にポスター掲示」49.0%の順であった(複数回答可)。

8. マイナンバー制度・個人情報保護法改正について

マイナンバー法と個人情報保護法の改正には67.7%が対応したと回答した。対応内容としては「規程の改訂」80.8%、「職員教育・研修開催」62.2%、「情報システムの改訂・更新」49.4%の順であった(複数回答可)。

病院では要配慮個人情報を取り扱うことが通常であり、要配慮個人情報の漏洩・紛失は個人情報保護委員会への

報告が必要である。

以下はいずれも報告が必要な事例であり、今回の調査では病院に対して報告するか否かを質問した(数値は報告すると回答した%)。③④など、遭遇しやすい事例については報告するとの回答は低い傾向にあった。院内ルールの見直し、職員の研修などが必要であろう。

- ① 個人情報を保存したUSBの紛失(パスワードの設定なし) 59.4%
- ② 要配慮個人情報を保存したUSBの紛失(パスワードの設定あり) 56.6%
- ③ 保険証を別の人に渡した 34.1%
- ④ 診療内容を記載した書類を別の人へ渡した 41.2%
- ⑤ 要配慮個人情報の漏洩が確認された 64.6%
- ⑥ 要配慮個人情報の漏洩により財産的被害が生じた 62.5%
- ⑦ 不正の目的をもって行われた漏洩等が発生した 65.3%

9. 当会の個人情報保護法への取り組みについて

当協会は、医療分野における最初の認定個人情報保護団体として、2006年より個人情報管理担当責任者養成研修会を開催しているが、これを「知らない」との回答は39.0%、当協会が認定個人情報保護団体であることを「知らない」は39.9%であった。認定個人情報保護団体の活動内容について「よく知っている」は3.0%、「だいたい知っている」は39.4%であった。当協会が個人情報保護のQ&A本(事例集)を出版していることを「知っている」は41.2%(本年改訂予定)と、いずれも会員病院に十分に周知がなされていない状況であった。引き続き広報活動に力を入れていく必要がある。

最後に

森山洋前委員から引き継ぎ、2024年度「個人情報保護に関するアンケート調査報告」を纏めさせていただきました。紙面の制限があるため全てをお伝えすることができないことが残念ですが、個人情報の適切な取扱いは病院運営上重要な事項であり、引き続き会員病院に資するべく活動を継続する所存です。

「病院の人員など流動化の検討を」介護における配置の弾力化で

2040年へ制度改正の議論開始、慎重さ求める意見も

社保審・介護保険部会

社会保障審議会・介護保険部会(菊池馨実部会長)は5月19日、2040年を見据えた介護保険制度改革について検討を始めた。「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の中間取りまとめに沿って、地域を◇中山間・人口減少地域◇大都市部◇一般市等一の3種類に分けた検討や、サービス提供などに関する「配置基準等」の弾力化などが狙上。同日は、医療機関も含めた配置基準等の弾力化を検討すべきとの意見が出た一方で、弾力化によるサービスの質低下を懸念する声も根強いとの状況がわかった。

配置基準等の弾力化については、特に「中山間・人口減少地域」を中心に検討する課題としてあがっている。一方、「大都市部」については、「重度の要介護者や独居高齢者等に対応可能な、ICT技術等を用いた24時間対応可能な効率のかつ包括的なサービス」の検討が論点として出ており、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護など既存の仕組み・サービスとの関係性などを整理する方向性だ。「一般市等」については、「中山間・人口減少地域」になる将来を見越した準備や柔軟な対応について検討する。

日本慢性期医療協会会長の橋本康子委員は、配置基準等の弾力化を検討する際に必要な質の担保について「医療も介護も人員の数はやっぱり必要だと

思う」と前置きした上で、「医療と介護施設の間や、もっと言えば在宅系ともスタッフが行き来することを流動的に考えていってもいいのではないか」と発言。さらに、労働生産人口の減少は明白だと指摘し、「諸外国などでは人員が病院と在宅系などを行き来しているという例もある」と説明。「病院に(人員が)集まっているところもある。もう少し流動的に動けるような仕組みを今後考えていく必要もあるのではないか」と提案した。

人員配置の流動化

同一職種・同一賃金の実現が鍵

その上で、橋本委員は人員の流動化を認める際は医療と介護の賃金格差が障壁になりかねないとも指摘。「同一職種・同一賃金を考え、動きやすいよう、どこへ行っても同じような待遇で働けるというようなことがあれば、サービスの質がまあまあ担保できるのではないか」との考えを示した。

反対に、UAセンセン日本介護クラフトユニオン会長の染川朗委員や、健康保険組合連合会常務理事の伊藤悦郎委員らが「配置基準等」の弾力化については慎重な検討を求めた。染川委員は、「単に配置基準等の弾力化を進めると介護職員の負担増加は避けることはできない」との懸念を表明。「要件を緩和しても活用されなければ意味がな

い。現場で活用可能なのか慎重に検討していただきたい」と求めた。「医療も含めた地域における介護サービス提供体制の状況をエリア別に見える化し、地域で状況を把握・分析しながら関係者間で共有・議論する必要がある」とも述べた。

伊藤委員は、中山間・人口減少地域における柔軟な対応として一定のサービスの質の維持を前提に配置基準等の弾力化や包括的な評価の仕組みなどの検討する重要性については賛意を示しつつも、「既存の取り組みの検証などでも行いつつ、モデル事業の実施あるいはサービスの質を担保するための仕組みの設定というものは必要」と訴えた。

“ケアの質”の評価「研究すべきでは」
「配置基準等」の弾力化を検討する上で鍵となりそうな「質の担保」については、ストラクチャーによる担保ではなく質の評価で対応すべきとの意見

が複数あった。社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターセンター長を務める栗田主一委員は、介護の領域では体系的に明確なアウトカム評価が研究されてこなかったと主張。「要介護認定率を下げるかということについては研究されているが、ケアの質という観点で我が国ではあまりないだろう」と指摘。「本格的にやっていく必要があるのではないか」との考えを示した。

一橋大学国際・公共政策大学院、大学院経済学研究科教授の佐藤主光委員も、「アウトカムに基づいた介護報酬という制度設計してあげないと、現場の取り組みがちゃんと生かされないということになりかねない」と指摘。「どうやって評価するのか、真摯な議論が必要」と述べ、介護サービスのアウトカムを評価する手法の必要性を強調した。

一冊の本 book review

書評『日本の国民皆保険』

著者●島崎謙治
出版社●筑摩書房
定価●1,210円(税込)

現代日本の医療が直面する多岐にわたる難題。本書は、その根幹にある国民皆保険制度の来し方を精細に分析し、未来への道標を探る。

1961年の実現から高度成長を経て現代へ。社会保険、二本立て、後期高齢者医療制度という特異な構造は、いかにして形成されたのか。社会経済の変遷、政策決定の機微、制度設計者たちの理念と苦闘を克明に描き出す。複雑なシステムが、幾多の困難を乗り越えてきた歴史を浮かび上がらせる。

本書は単なる回顧録ではない。制度の原点を問い直し、その構造と変遷を理解することで、現代の危機を乗り越えるための示唆を与える。過去の選択と現在、そして未来への展望を繋ぐ、思索に値する一冊。日本の医療の未来を考える上で、必読の書と言えるだろう。

(広報委員会委員長)

2025年度 第1回常任理事会の抄録 4月19日

【主な協議事項】		宮城県	一般財団法人周行会上杉クリニック	事より説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。	兵庫県	大久保病院
●正会員として以下の入会を承認した。		栃木県	院 長 唐橋 昌子	●人間ドック実施指定施設の申請について審議し、可決確定した。	兵庫県	共立病院
茨城県	医療法人清真会丹野病院		院 長 唐橋 昌子	＜人間ドック＞	熊本県	成尾整形外科病院
群馬県	社会医療法人社団慶友会 慶友整形外科病院		一般財団法人とちぎメディカルセンター総合健診センター	京都府	◎一般病院2	
	理事長 宇沢 充圭		センター長 森田 辰男		福島県	会津中央病院
福井県	医療法人厚生会福井厚生病院	群馬県	医療法人社団芳純会関田内科クリニック		福島県	寿泉堂綜合病院
	院 長 服部 昌和		理事長 関田 康祐		東京都	南町田病院
長野県	医療法人藤森医療財団藤森病院	千葉県	医療法人社団誠馨会新東京クリニック		神奈川県	汐田綜合病院
	理事長 藤森 芳史		理事長 景山 雄介		石川県	城北病院
大阪府	公益社団法人日本海員掖済会大阪掖済会病院	東京都	医療法人社団治成会シグマクリニック		岐阜県	松波綜合病院
	院 長 村橋 邦康		院 長 田中 弦		岐阜県	長良医療センター
広島県	医療法人紅萌会福山記念病院	石川県	一般社団法人スコール金沢スコール金沢健診ステーション		京都府	洛和会丸太町病院
	理事長 永井 正浩		理事長 荒川 雄行		◎リハビリテーション病院	
高知県	医療法人社団晴緑会高知総合リハビリテーション病院	愛知県	医療法人BPR会いみずクリニック		大阪府	もりぐち清水会病院
	院 長 浅野 徹		理事長 井水 秀栄		福岡県	博愛会病院
宮崎県	医療法人社団晴緑会宮崎医療センター病院		退会が4件あり、準会員は合計138会員となった。		愛媛県	松山リハビリテーション病院
	院 長 田畑 直人		●賛助会員として以下の入会を承認した。		◎慢性期病院	
鹿児島県	社会福祉法人向陽会やまびこ医療福祉センター	東京都	株式会社ニチイ学館(代表取締役 森 信介)		北海道	森病院
	理事長 本重 博史		賛助会員は合計113会員となった。		徳島県	鳴門山上病院
退会が7件あり、正会員は合計2,555会員となった。			●2024年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について審議の結果、承認された。		◎精神科病院	
●準会員として以下の入会を承認した。			●病院給食改革に向けたプロジェクトチーム立ち上げについて須田常任理		北海道	札幌太田病院
北海道	医療法人社団北海道健診・内科クリニック				愛知県	八事病院
	理事長 近藤 伸彦				大阪府	さわ病院

出産費用の自己負担無償化へ、「2026年度を目途」に

厚労省 妊産婦等支援に関する検討会が「議論の整理」を公表

厚生労働省は出産費用の自己負担無償化に向け具体的な制度を設計する。時期については「2026年度を目途」と掲げる。5月14日、「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」(田邊國昭座長)が2024年6月から計10回の議論をまとめた文書として「議論の整理」を公表。今後は同文書

の内容を前提として社会保障審議会・医療保険部会を中心に制度の具体化を急ぐ。「議論の整理」の柱は次の3つ。

① 費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

② 希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

③ 妊娠期・産前・産後に関する支援等

周産期医療提供体制のあり方については、「他の診療科とも関わる地域の医療提供体制全体のバランスの中で捉える必要がある」と指摘し、「地域医療

構想や医療計画に関する検討の場において、本検討会の議論の整理も踏まえ、検討していく」との方針を示した。厚労省医政局の所掌として2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の策定に向けたガイドライン作りの議論が控えており、検討の中で周産期医療の提供体制についても議題となる可能性がありそうだ。

■ 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
特定保健指導専門研修 （食生活改善指導担当者研修） 40名	2025年 7月5日(土) 9:00～18:50(オンライン) 7月6日(日) 9:00～18:05(オンライン) 7月12日(土) 9:00～19:25(集合研修) 7月13日(日) 10:00～17:35(集合研修) ※講義30時間、計4日間	55,000円(66,000円)(税込)	「厚生労働省告示第十号」(平成20年1月17日付)食生活改善指導担当者研修に該当する30時間の研修会。看護師、栄養士、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士が対象。修了者は、食生活に関する実践的指導に関して厚生労働省保険局の「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」における「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」に該当し、「動機付け支援」と「積極的支援」のうち「食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動についての支援」を併せて実施することができる。受講修了証を発行する。別途の書類申請により、全日本病院協会認定「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」として認定し、認定カード等を発行する。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会 ベーシックコース 48名	2025年7月10日(木) 10:00～16:30	14,850円(19,250円)(税込)	個人情報保護に関する誤った解釈などから、対応に苦慮している医療機関が少なくないなどの状況を背景に、医療機関内で個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的に実施している研修。個人情報保護法に関する講義と、課題に沿ったグループワークで構成する。対象は医療機関の個人情報保護管理責任者または担当者。修了者には、「受講認定証」を発行する。
病院管理士・看護管理士 フォローアップ研修会 150名	2025年7月12日(土) 13:00～16:00	5,500円(税込)	病院経営管理者研修の受講者が研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者と討議する内容を予定。本研修は、病院管理士および看護管理士の継続要件である「フォローアップ研修の修了」が該当する。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 60名 事務管理領域 40名 （1名で2つの領域への参加は不可）	2025年8月17日(日) 12:30～16:00	9,900円(14,300円)(税込)	会員病院の病院機能評価受審支援を目的に、受審・更新申請、または受審を検討されている病院の管理者、責任者、担当職員などを対象に毎年開催しているセミナー。今回は2部構成で実施する。第1部では、診療・看護・事務管理それぞれの評価傾向として「C評価」になりやすい項目に関する講義と質疑応答を行う。第2部では「診療・看護合同領域」か「事務管理領域」に分かれ、各領域で少人数のグループにより自院の自己評価調査票について講師も交え意見交換する。講師からは、他院の準備状況や良い評価を得るために努力している点などの事例を踏まえながら、受審に関して困っている点へのアドバイスが得られる。
病院部門責任者研修 48名	2025年8月～11月 全4講座(6日間)	143,000円(198,000円)(税込)	医療従事者委員会の研修で、2024年度から多職種協働の視点を強化し再編した。「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、コメディカル部門や事務部門の責任者、介護施設の管理者などが、マネジメントに関する知識を学び、実習で自部門の問題・課題の解決に取り組む。
医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 70名	2025年9月6日(土) 10:00～16:30	20,900円(25,300円)(税込)	医療事故調査制度に基づき、医療事故の調査に対する考え方や方法の検討、模擬事例による「医療事故調査・支援センターに報告すべき医療事故」に該当するかの判断についてグループワークを行う。対象者は、病院管理者、管理職、医療安全管理者、死亡事例の判断に携わる方などを想定。本研修会は、「全日病・医法協認定の「医療安全管理者認定証」を継続(更新)するための研修2単位分に該当する。
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	2025年10月30日(木) ～11月4日(火)	成田発着 395,000円 関空発着 408,000円 福岡発着 405,000円	今回で47回目となるハワイ研修旅行。現地日本人ドクターや現地看護師による米国の医療事情に関するセミナーを予定しているほか、米国の病院や福祉施設の視察も予定している。会員の皆様に交流を深めていただく企画も用意している。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会 アドバンストコース 48名	2025年11月13日(木) 10:00～16:30	23,100円(税込)	個人情報保護に関する対応に苦慮している医療機関が少なくないために開催している「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用的な研修会。事例検討を中心とするため弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈について、より深く議論する予定。参加は、ベーシックコース修了者が望ましい。受講者には受講認定証を発行する。