

神野会長とキーパーソンVol. 1 厚生労働省・森光敬子医政局長

神野会長「地域の中小病院が喜んで担えるよう説明を」

森光医政局長「地域の`輪、を支える機能が必要」

猪口副会長「二次医療圏の呪縛を解いて広域の議論を」

今号から、2040年やその先を見据えた医療提供体制の確保をめぐって、全日病の神野正博会長とキーパーソンが語り合うシリーズを計3回に渡ってお届けする。第1弾の今回は、「新たな地域医療構想」の策定に向けた大枠の内容や「医師の偏在是正に向けた対策パッケージ」の取りまとめで中心的役割を果たした厚生労働省の森光敬子医政局長にご登場いただき、全日病を代表し厚労省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で構成員を務める猪口正孝副会長も交えた鼎談の模様をお届けする(以下、敬称略)。

神野 本日はお忙しい中、ありがとうございます。よろしくお願いします。

森光 こちらこそありがとうございます。よろしくお願いします。



森光局長

神野 まずは気になっている点として、病院経営が危機に直面している状況で、改めて経営原資としての利益を生み出す「P(価格)×Q(量)−C(経費)」の話からさせてもらいたいと思います。

政府が6月13日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2025」(骨太方針2025)には、省庁横断的に推進する項目として医療や介護などに関する公定価格を引上げるとの方針や、賃金・物価高の状況を反映して増加分を加算するとの方針も明記するなど、画期的と言える内容になりました。一方、2026年度の政府予算案編成に向けて財務省が公表した「概算要求基準」において「年金・医療等に係る経費」、つまり社会保障関連費については「高齢化等に伴ういわゆる自然増=4100億円」を前年度の当初予算額に加算した範囲内で要求することが認められたのみでした。言い換えれば、社会保障費全体として単純な増加の天井はプラス4100億円までということです。

物価や賃金などCが急上昇する中で、病院経営の立て直しに必要な予算の捻出には、かなりの部分がPとQの掛け算になるという技術的な側面が浮き彫りになったとも言えます。個人的に、今後は、医政局が所管する「新たな地域医療構想」も含む医療提供体制の整備や医療計画に基づく需給バランスの調整など、将来の展望を前提に診療報酬を決めていく流れを作るのではないかと見えています。

診療報酬にも関連するのであまり伺える内容は多くないのかもしれませんが、現時点でどのようにお考えか、可能な範囲で教えていただけないでしょうか。まずはQのあり方などを決めてPが寄り添っていく形になりますかという質問です。

中長期的な展望が前提の`Q、`P、は目の前の対応の要素が強い

森光 以前に保険局医療課長として診療報酬改定に携った身ですが、現在は医政局長という立場ですので、お話できる内容は限られますが、一般論としてQを調整するためのPを設定するというのが考えられる流れです。ただし、医政局が所管する「新たな地域医療構想」や医療計画に基づく需給の調整や医師をはじめとする従事者確保など、将来を見据えた上で目の前の話もしていく内容に対し、保険局が中心的役割を担う2年に1度の診療報酬改定では、目の前の対応が中心という要素が多くなります。また従事者のみなさんの給与に直接影響を及ぼす報酬、という面で、「そうならざるを得ない」という特徴もあります。

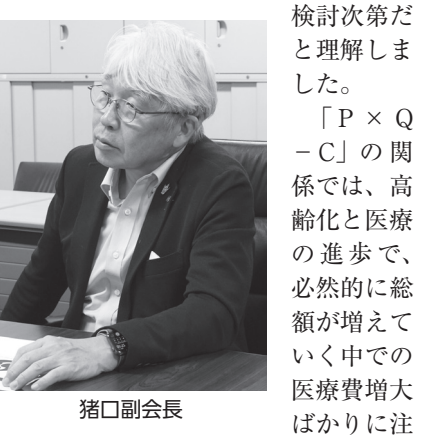
神野 2026年度の診療報酬改定を検討している中で、保険局が多くの場面で「新たな地域医療構想」の大枠に沿った方向性で議論のための資料などを示していると感じており、QのあとのPが規定路線になっているやに思い、質問した次第です。

森光 2026年度の診療報酬改定に向けた議論の場で、「新たな地域医療構想」を前提に検討している内容も少なくないという状況については承知していますが、全てが突然「新たな地域医療構想」に沿った内容になるわけではないでしょう。「新たな地域医療構想」の策定に必要な法改正事項を盛り込んだ「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ることから、まさに「これからの議論」です。

加えて、「新たな地域医療構想」では2040年を安心して迎えるため、さらにはその先も見通すために、まずは少しだけ刷新する「病床機能」や新たに設ける「医療機関機能」の提供量などを医療機関の報告に基づいて把握した上で、中長期的な将来像を描きます。医療提供体制については、将来を見据えながら現在の内容も検討しますが、診療報酬については、先生が言及された医療機関の危機的状況をいかに乗り越えるのかなど、目の前の対応に力を注がなければならない面が大きい。必ずしも医療提供体制に関する検討と診療報酬の検討が即座に一致していくわけではないという認識ですし、まさに今、それぞれの部署で検討を進めているところです。

神野 大きな流れについては分かりま

した。医政局も保険局も、課題感は共有しており、お互いに将来を見据えながら検討などを進めているという点では「新たな地域医療構想」を前提に考える必要はあるものの、医政局での検討が直近の診療報酬にどの程度の影響を及ぼすかについては、まさに今後の検討次第だと理解しました。



猪口副会長

「P×Q−C」の関係では、高齢化と医療の進歩で、必然的に総額が増えていく中での医療費増大ばかりに注目が集まり、診療報酬が対応できていないCの急騰が最大の原因である医療機関の経営難については認知が広がっていません。政治の世界でも同様の状況にあり、現状を危惧しています。厚労省がもっとQの中身の議論をすべきではないでしょうか。

森光 ご要望として承りました。

「医療機関機能」の設定・運用へ
神野会長「役割を伝わりやすく」

神野 2025年までの地域医療構想で、病床数の適正化という面では全体の病床数の目標は達成したけれど、例えば「回復期」は必要量よりは少ないなどの個別では未達成です。今後は「回復期」を「包括期」に刷新して、新たに「医療機関機能」も設ける。運用に当たっては柔軟に、かつ地域の医療提供体制を担う中小病院が喜んで選び、担えるような説明・広報が必要です。

森光 2025年までの地域医療構想に関して反省があるとすれば、「病床機能」の区分けや名称が、「そのステージにある患者さんを治す」というような



神野会長

誤ったイメージが広がってしまったことかもしれないと思っています。これから急増してくる`高齢者救急、は、地域において療養していて少し調子を崩して悪くなった時に医療機関が引き受け、良くなったら地域へ戻すというイメージです。そうすると、あえて分類すると病期のステージとしての急性期ではない。「病期としての急性期」を担う医療機関に行かなくても、地域で対応・完結できますよねという理解を広げていきたいと考えています。

神野 ただ、急変した患者を受け入れる瞬間は急性期ですよ。

森光 それは今後「一時的に急性期」と捉える方がわかりやすいのではないかという話です。複数の疾患を抱えて療養する高齢者は、時に悪化して入院加療が必要になりますが、回復後は地域へ戻ります。この繰り返しの輪の中で生活していくイメージが伝わってこらず、病床機能によって患者が選別されるようなイメージばかりが先行してしまったという印象があります。このような状況を「医療機関機能」の導入で補完していきたいと考えているわけです。地域における`輪、を支える医療機関が必要です。

(2面へつづく)



本号の紙面から		どうなる大学の医師派遣機能	5面
医療提供量の実態とは？	2面	女性医師の増加と医師偏在	6面
侍ジャパンのコーチが登場へ	3面	入院医療分科会に`物言い、	7面
ネパール人材で業務協定	4面	介護を含めない費用対効果	8面

(1面のつづき)

「医療機関機能」による補完で
実態に即した医療提供量の把握に？

神野 「病床機能」の報告が診療報酬と結びついていないことなどが影響し、医療人の気骨として`急性期志向、に偏っているという状況があるかもしれませんね。



猪口 実質的には「回復期」だけでも「先祖代々、急性期を担ってきたんだから」のように、伝統を重んじる意識や、専門医志向が強い教育を受けてきたことなども影響していると思います。

神野 全日病がまとめた「地域包括ヘルスケアシステム」という考え方では、「病院医療」が生活の場に支援を提供し、在宅医療・介護や施設での療養、サービス付き高齢者住宅なども含む「生活の場」と医療とを繋ぎ、安心を提供する役割を果たし、「つなげる輪・情報の輪」を構成すべきと提唱しています。ぜひ、その辺のところも意識しながら、「新たな地域医療構想」において地域の中小病院が喜んで病床機能や医療機関機能を選び、提供する医療の実態に限りなく近い報告となるよう工夫をしていただきたいと思います。

森光 高齢者が療養する`輪、を作らなければならないという点では一致している内容が多いですね。病床機能や医療機関機能の報告が実態に即した内容になるための「工夫」については引き続き検討します。

猪口副会長「二次医療圏は呪縛」
森光局長「広域連携で県に期待」

猪口 私が構成員を務める「地域医療構想及び医療計画に関する検討会」では「医療機関機能」のうち「急性期拠点

機能」については地域の類型ごとに数の目安を示す方向で検討が進んでいるので、現時点は「病床機能」で「急性期」を選んでいる医療機関も、多くは「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療連携機能」を選ぶしかなくなるでしょう。そういう意味では、かなり実態に沿った提供体制が把握できるようになると思います。

一方、今後は日本の医療が`撤退戦、に入るのは自明です。病床の観点からは`減反政策、にも近く、より精緻に必要量に応じた効率的な医療提供体制を検討・整備しなければなりません。にもかかわらず、都道府県は二次医療圏に縛られており、発想が常に「二次医療圏内でどうするか」に留まってしまいます。二次医療圏は医療計画が始まった1985年の人口がまだまだ増えていく時代、高齢社会が全く見えない時代の遺物と言えます。特に都市部とその周辺地域では交通網に依存するような形で患者の流れが出来上がっており、二次医療圏はゆに飛び越えた受療行動が確認できます。検討会でも話させてもらいましたが、「二次医療圏は呪縛」だと思っています。より患者さんの利便性や受療行動の実態に即した形へ医療提供体制を再編できるよう、二次医療圏の呪縛を解き放ち、もっと柔軟に見直せるよう後押しすべきです。

森光 地域によって状況が全く異なるので、一律に語れず難しいところですが、「新たな地域医療構想」の策定に向けては、まず人口の規模で一定の類型化を試み、「構想区域」の設定や「構想区域」ごとの提供体制を検討する必要があると考えています(編集部注：全日病ニュース 8月15日号など参照)。東京などの超大都市は他の地域であれば基幹病院を担う水準の病院がたくさん集まっており、この特別な状況に応じた検討が必要だとの方針はお示ししている通りです。

次に必要なのが広域連携を前提とした医療提供体制です。例えば、今後は小児医療に関しては需要が激減します。年間の出生数が減少傾向を辿っている状況からも明らかで、特に小児の入院医療については大胆な集約化が必要になる可能性が高いと考えています。県民への説明も含めて医療の広域化については県の役割に期待しています。

神野 これまで県内での協議すら円滑に進んでいない地域もあるので、さらに広域でというのは何か工夫が必要で

すね。

森光 広域化の例をもう1つあげるとすれば隣県との関係です。交通の便や地理的な要素から、隣接県の病院に患者さんが流れている場合があり、隣接する県同士で連携し、必要な場合は建て替えなども共同で計画・実行すべきだと考えていますが、現実はそのように動いていません。隣の県の病院に助けられているのであれば、行政の面でも連携すべきです。ここは話し合いや連携を促すための施策が必要かもしれないと考えているところです。

猪口 アクセスについても二次医療圏の中でしか考えられていない場合が多く、`閉じている話、しかできていません。ここは大きく変えていかなければならないですね。

病院の建て替え支援
森光局長「まずは基金の活用を促す」

神野 今ちょうど建て替えの話が出ましたが、現状、53%以上の病院が築30年以上、同27%以上が築40年というデータがあります。ただでさえ、これまでの診療報酬では建て替え用の原資を用意するのは困難でしたが、高騰していた建築費が物価・賃金の上昇でさらに値上がりし、完全に不可能になったと言えます。個人的には「地域医療介護総合確保基金」(総合確保基金)とは別に、かつて存在した「医療施設近代化施設整備事業」(近代化施設整備事業)の復活などが必要だと考えていますが、いかがでしょうか。

森光 この件について必要性などの認識は同じです。ただ、病院の建て替えについてはご承知の通り1病院



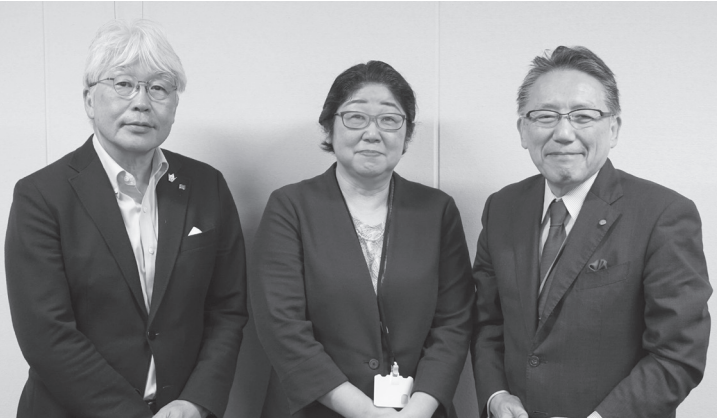
当たりで少なくとも数百億円規模と桁違いの予算が必要となるため、確保の道のりが極めて困難です。同時に、建て替えを希望するすべての病院を支援することは事実上不可能と考えられます。要望については承りました、という回答でご容赦いただければ幸いです。昨年度の補正予算で確保した「病床数適正化支援事業」への応募が事業規模を大きく上回ったことなどからも、病床削減を前提とした支援の可能性なども含め、我々にできることは何か引き続き検討していきます。

神野 撤退戦なので病床規模などの縮小と近代化施設整備事業の組み合わせなどを検討いただきたい。以前は、上限で病床の10%減を条件に近代化施設整備事業が対象になりました。老朽化への対処は災害対策としての強靱化の観点でも重要ですので、あらゆる方向性から検討をお願いします。

森光 同じ回答で恐縮ですが、ご要望は承りましたという回答でお赦ください(笑)。一方、役所としては、積み残しの県もある総合確保基金の活用を促進しなければならないと考えています。多様なメニューがある中で建て替え等に利用する場合は十分な資金が確保できるわけではありませんが、総合確保基金の活用が進まない県を支援する施策のほか、2026年度の政府予算案編成に向けた検討も含め、より良い活用が進むような取り組みを引き続き検討していきます。

神野 まだまだ話し足りませんが、お時間がきたようです。本日はありがとうございました！

猪口 ありがとうございました！
森光 「新たな地域医療構想」の策定を含め、色々な場面で引き続きよろしくお願いします！ありがとうございました！



地域枠の新設・拡充を、医師少数県の12知事

いわゆる医師少数県の12知事らで組織する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」(末尾参照)は8月4日、「医師不足や地域間偏在の根本的な解消に向けた実効性のある施策の実施を求める提言」を厚生労働省と文部科学省に提出した。

医師少数県の医学部で地域枠の新設・拡充を認めるよう求めているほか、

厚生省が昨年末にまとめた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」について「取組を推進したとしても、地域間の『医師偏在指標』の格差の縮小には、都道府県のみでは取組には限界がある」との認識を示し、さらなる施策の立案なども求めている。

提言の主な内容は、①医師偏在は是正に向けた総合的な対策②医師の養成・

確保③医師の地域偏在解消に向けた臨床研修制度の見直し④医師の地域偏在解消に向けた実効性を伴う専門研修の仕組みの創設⑤医師の働き方改革と医師確保・偏在対策の一体的な推進⑥医師確保対策等への強力な財政支援⑦医師少数県に対する医師確保施策の継続的な実施一の7項目。

同会メンバーは以下の通り。

青森県知事	宮下 宗一郎
岩手県知事	達増 拓也
秋田県知事	鈴木 健太
山形県知事	吉村 美栄子
福島県知事	内堀 雅雄
茨城県知事	大井川 和彦
栃木県知事	福田 富一
群馬県知事	山本 一太
新潟県知事	花角 英世
長野県知事	阿部 守一
静岡県知事	鈴木 康友
宮崎県知事	河野 俊嗣

清 話 抄

地域医療の担い手として

地域医療構想を設定した2025年となったが、当初目指した到達点に達したのだろうか。地域医療を支える大きな柱は病院であるが、今までにない厳しい経営環境に直面しており、有効な打開策が見いだせていない。今後も

国民皆保険制度を維持していくためには持続可能な医療提供体制の再構築が必要との認識は衆目の一致するところであり、7月に行われた参議院選挙においても各党が公約に掲げていた。たとえば社会保障政策については、予防医療で医療費そのものを削減する、または負担の在り方について自己負担額を見直すか、あるいは公的負担を増額するかなどで論点が分かれた。一方、医療DXに関しては各党似たり寄ったりの内容で、情報プラットフォームや

電子カルテの標準化などデータのデジタル化やIT活用による業務効率化の域を出ていない印象であった。

医療DXが進むと医療制度や病院がどう変わっていくのか。医療の分野で本来的な意味での「トランスフォーメーション=変容」をもたらすのはまだその先なのかもしれないが、医療DXビジョンで2030年までに何を指すのか明確には見えてきていない。

今後、AIをはじめ新技術の進展により従来は人が担ってきた役割を機械

に肩代わりさせる事例が社会全体でますます増えてくるであろう。その中で地域医療を担う病院がどう対応するかについては、DX時代の対人サービスの在り方を問われている気がする。

私は、愛し愛される病院づくりを目指してきた。今後医療技術がいかに進展しても、患者さま自身のその日の状況、背景、性格など個性に応じた対応ができるのは、人である医療職の特性であり、これからも変わらない使命であると思う。(中村毅)

主張

転換期で覚える不安の先に

7月20日に投開票された参議院議員選挙では、下馬評の通り自民党・公明党の与党が大きく議席を減らす結果となった。物価高騰や消費税、外国人政策などが争点となり、各党はそれに対する政策を打ち出したが、残念ながら社会保障費、特に医療政策に関する議論は深まらなかった印象が否めない。

唯一、日本維新の会が「国民医療費を年間4兆円削減」や「現役世代の社会保険料を年間6万円以上引き下げ

る」といった数値目標を掲げた。しかし、これは医療に携わる者として看過できない。医療の質と体制を維持したまま、これほどの削減を実現するのは現実的とは言い難く、現場の混乱を招きかねない。診療報酬は既に抑制され現場では厳しい状況が続いているのが実情だ。選挙公示日直前の6月6日には、自民・公明・維新の3党が合意し「約11万床病床削減」と「医療費約1兆円の適正化」が盛り込まれた。これは

超高齢社会に向けた財政抑制策とされるが、広大な北海道のような地域では単純な病床削減が医療アクセスの悪化や地域医療の空洞化につながる懸念がある。現に、都市部と地方の医療提供体制の格差は広がっており、単にベッドの数だけで語れる問題ではない。

6月13日に閣議決定された骨太方針2025では、物価や賃金上昇を社会保障費に反映させる方針が示され、医療機関の現状に一定の配慮がなされたと評価できる。一方で、やはり病床削減や効率化の方向性も明記され、効率を上げつつ質も維持せよという厳しい命題を突きつけられた。

今回の選挙と一連の政策は、日本の医療が転換期にあることを物語っている。医療は財政支出の対象であると同時に、人々の命と暮らしを支える社会インフラだ。この二面性を正しく理解し、未来への投資という視点を持たなければ、制度の持続可能性は危うい。医療現場の声が政策に届いているのか不安を覚える。私たち医療関係者はこうした動きに関心ではいられない。現実在即した制度改革を進め、そして何より国民の健康を守るために、何ができるかを真剣に考える時に来ているのではない。

(齊藤晋)

第66回全日本病院学会 in 北海道

「侍ジャパン」の元ヘッドコーチ白井氏も登壇

北海道学会プログラムが確定「温故知新を考える機会に」

10月11日～12日に札幌市内で開催する第66回全日本病院学会（齊藤晋学会長）のプログラムが確定した。調整中だった内容としては新たに、2023年3月のワールド・ベースボール・クラシック（WBC）で世界に輝いた野球日本代表「侍ジャパン」でヘッドコーチを務めた白井一幸氏の登壇が決まった。

学会長を務める齊藤晋常任理事は「実行委員会の若いメンバーの力もあり、充実したプログラムを用意できた。1日目は座学で最新情報などに関する勉強中心に頭を使っただき、2日目は比較のカジュアルな話題や他業種の方々などから話が聞ける貴重な機会という2段構え。2日間フルでご参加いただき満喫できるように工夫した。ぜひ楽しみにしていただきたい」と呼びかけている。

白井元ヘッドコーチは2日目に登場
大谷選手の育成にまつわる話も？

「侍ジャパン」元ヘッドコーチの白井氏は2日目の「特別講演5」(14:35-

15:35)で登壇する。日本ハムでダルビッシュ有選手と大谷翔平選手の育成を担ったエピソードを交えながら人材育成やチームビルディングに関する内容など、病院経営でも明日に活かせるような内容を計画している。

「学会企画9」ではワインも・・・
マーケティング&ブランディング学習

「学会企画9」（2日目13:35-14:35）ではウイスキーで知られる「余市」をワインでも有名にした北海道余市町の齊藤啓輔町長に加え、日本ソムリエ協会認定ワインエキスパートの資格を持つお笑い芸人「髭男爵」のひぐち君も招き、マーケティングやブランディングについて楽しく学ぶ。会場では「余市ワイン」も味わえるよう準備している。

このほかにも多様なプログラムを用意。「特別講演3」(1日目17:00-18:00)ではロボット研究者の吉藤健太郎氏が、自身が開発した筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者に対する補助ロボットの逸話などを紹介する。関連で、開催するロボット展には、実際のロボットも

配置し、動く姿を見ることもできる予定だ。

「特別講演4」(2日目11:10-12:10)では、まるかな、の愛称で親しまれている産婦人科医の丸田佳奈氏が登壇し、

第66回全日本病院学会 in 北海道の開催概要

開 催 日◎2025年10月11日(土)・12日(日)

学 会 長◎齊藤晋(全日病北海道支部長／常任理事、
社会医療法人アルデバラン理事長)

実行委員長◎三井慎也（社会医療法人交雄会メディカル理事長）

会場◎札幌コンベンションセンター／札幌市産業振興センター

参加費◎

	全日病会員		一 般	学 生
	理事長・院長	左記以外の方		
当日登録(税込)	39,000円	14,000円	16,000円	2,000円

*事前参加登録は終了いたしました。学会ホームページで直前・当日登録(クレジットカード決済のみ)、または学会当日に会場(現金のみ)にて参加登録をお願いいたします。

*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申し込みいただくとお得です。
<https://amarys-jtb.jp/ajha66/>

全日本病院学会 in 北海道 懇親会

日時◎2025年10月11日(土) 18:30～

会 場◎札幌コンベンションセンター1F「大ホールAB」

参加費◎当日申込6,000円(現地現金のみ)

■第66回全日本病院学会 in 北海道 ～主なプログラム～（敬称略） 詳細は <https://www.c-linkage.co.jp/ajha66/assets/pdf/itinerary.pdf>

【1日目：10月11日(土)】

第1会場	第3会場	第4会場	第5会場	第8会場	
大ホールAB	特別会議場	中ホールA	中ホールB	小ホール	
10:45-12:15	10:45-12:15	10:45-12:15	10:45-12:15		
委員会企画1 広報委員会 若手経営者育成事業委員会 医療DX検討委員会	委員会企画2 プライマリ・ケア 検討委員会	学会企画1 看護協会・薬剤師会 ・臨床工学士会 ジョイントセッション	委員会企画3 救急・防災委員会		
	13:40-14:40		13:40-15:10		14:15-15:45
	学会企画2 北海道大学総長講演		委員会企画4 高齢者医療介護委員会 看護師特定行為研修委員会		学会企画3 ミュージックセラピー
	15:20-16:50		15:20-16:50	15:20-16:50	
	学会企画4 医療・介護連携の さらなる推進に向けて	委員会企画5 医業経営・税制委員会	委員会企画6 病院機能評価委員会 医療安全・医療事故 調査等支援担当委員会	16:00-18:00 委員会企画7 人間ドック委員会	
17:00-18:00					
特別講演3 吉藤健太郎氏講演 (ロボット研究者)					

【2日目：10月12日（日）】

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
大ホールA	第ホールB	特別会議場	中ホールA	中ホールB
9:00-10:30	9:00-10:30	9:00-10:30		9:00-10:30
委員会企画8 病院のあり方委員会	委員会企画9 医療従事者委員会	学会企画5 DXに関する企画		学会企画6 若手職員に フォーカスした 座談会
	10:40-12:10		10:40-12:10	10:40-11:40
	委員会企画10 医療の質向上委員会	11:10-12:10 特別講演4 丸田佳奈氏講演 (産婦人科医、タレント)	委員会企画11 医療保険・診療報酬 委員会	学会企画8 リハビリテーションから 見たDXの現状と未来
13:35-14:35	13:35-15:05			
学会企画9 余市町長講演 ゲスト：ひぐち君(髭男爵)	委員会企画12 外国人材受入事業			
		14:35-15:35 特別講演5 白井一幸氏講演 (元侍ジャパン。元ヘッドコーチ)		
		15:35-15:50 閉会式		

ネパール人材送出機関と業務協定を締結しました!!

N3相当でご紹介、介護技能実習生の教育・紹介・面接で



山本担当役員(左)とワールドファバーオーバーシーズの代表(右)

2025年8月10日、11日、ネパールカトマンズにおいて、全日病外国人材受入事業会議(山本登担当役員)が、次の2つの人材送出機関 WORLD FAVOUR OVERSEAS(ワールドファバーオーバーシーズ) <https://wfo-jp.com/>、Success Nepal Manpower Agency(サクセスネパール) <https://www.successnepalmanpower.com/>と、外国人技能実習事業に関する協定書の取り交わしを行いました。

ネパールの人口は約3,000万人、そのうち約800万人が出家で中東、イ



山本担当役員(右)、サクセスネパールの代表(中央)、赤松副担当役員(左)

ンドなどに行き、日本には現在、約23万人が在留しています。現地の月給は1.5〜2万円、産業は農業と観光が中心、カトマンズには約400万人が住んでいます。一方、地方では就職機会が少ないため、若者はほぼ出家ぎに外国へ出国します。女性は結婚しても別居している夫婦も普通であり、お金を稼

ぐことが優先し、候補者の多くは18から30歳の高卒女性です。

ネパール人は大家族で生活をする文化があるため、祖父母の世話をする機会があり、そのため介護という仕事をを目指す若者が多く、人の世話をすることには慣れているという。またコミュニケーション能力が高い人が多く、ネパール語の文法も日本語と同じであり、日本語習得能力が高く発音も綺麗な印象でした。

今後は日本語能力3級相当までの日本語教育及び介護の知識・実技の教育を約1年で行い、日本の病院へ紹介いたします。日本からネパールまでは成田空港からネパール航空の直行便で約7時間45分、この他複数の乗り継ぎ便もあり、面接は現地面接またはWEB面接となります。



「地域医療構想に関する全国のQ&A公表を」

地域医療構想&医療計画検討会

全日病・猪口副会長が主張「診療報酬のように」

全日病の猪口正孝副会長は8月6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、2040年を見据える「新たな地域医療構想」の策定・運用に向け、診療報酬に関する疑義解釈のように地域医療構想に関してもすべての関係者が質問できるようにした上で厚生労働省が回答する内容を公表して、各地域で活用できるような取組みの実現を求めた。

猪口副会長は、「都道府県の構想策定にはさまざまな団体が関わるが、そういったところからの質問を、診療報酬のようにQ&Aの形で公表していただきたい」と求めた。

これに対し厚生労働省は、「ガイドラインとしてわかりやすく、また構想の策

定作業に資するようなものは作っていききたいが、診療報酬と違い都道府県の中でルールを決めていただく部分もあるかと思うので、総論的な事項があれば整理したい」と述べるにとどめた。

厚労省は同日の検討会で、「医療機関機能」について、以下の4点を提案した。

- 急性期拠点機能の数については、人口の少ない地域については一つ、地方都市型等における拠点機能の数は人口規模に応じて設定する。東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く地域格差は正や医師偏在などの課題が指摘されていることも踏まえ、その取扱いについては例外的に定める

- 急性期拠点機能について、地域で協議する際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、急性期を担う病床数・稼働率、医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数等、今後必要となる施設整備などの観点も参考にする。なお、それらの値については、絶対的な基準とした場合の留意点も踏まえて整理する
- 高齢者救急・地域急性期機能について、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ等の実施が可能なこと、高齢者施設等の協力医療機関となることに加え、地域によって救急搬送等の受入れ実態、求められる役割が様々であることを踏まえ、その機能として、救急の受入れ件数の

他、例えば、施設等からの受入れを地域で開放して、平日日中の救急車を受け入れるような地域間での合意・連携体制がとられていること、診療所が少ない一部の地域では一次救急等の外来医療の提供を求める

- 在宅医療等連携機能について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や高齢者施設等の協力医療機関となることや、協力状況を地域の医療機関、高齢者施設、消防などとの間で共有を求める

区域の設定は人口規模を目安に「100万」「50万」「30万」の3類型

その上で厚生労働省は、「医療機関機能」のあり方を具体化するために設定する方向で検討している3つの地域類型ごとの人口規模の目安を提示。具体的には、「人口100万人以上」を「大都市型」とし、「同50万人規模」を「地方都市型」に、「同30万人以下」を「人口の少ない地域」に分ける。加えて、東京など人口が極めて多い地域については、「個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理」との方針も示した。さらに、人口20万人未満の地域については、「急性期拠点機能」の確保が可能かを特に点検した上で圏域を設定するとの方針も提示。医療機関機能ごとの役割を検討するための「機能や体制」「協議のためのデータ」も例示した(図表)。

猪口副会長は、「医療機関機能」の分け方によっては「地域の需要にコミットした病院の方が淘汰されてしまうのではないか」との危惧を表明。「整形外科などをはじめとした特徴的な医療を展開する医療機関には『急性期拠点機能』に該当する場合もあれば『専門等機能』に該当する場合もあるだろう」との認識を示し、厚生労働省に現時点での考えを聞いた。厚生労働省は、「一般論」と前置きした上で、「2040年に向けて地域の医療提供体制を確保していくためには、特定の手術に特化した医療機関も合わせて、地域において必要とされる医療機関機能の維持・確保というものを目指していただければと思っている」と応じるにとどめた。

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ(案)		
○ 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。		
	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	(急性期の総合的な診療機能) - 救急医療の提供 - 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 (急性期の提供等にあたっての体制について) - 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 - 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎の(ほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 - 救急車受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 急性期を担う病床数・稼働率 - 医療機関の築年数、設備(例:手術室、ICU)等
高齢者救急・地域急性期機能	(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) - 高齢者に多い疾患の受入 - 入院早期からのリハビリテーションの提供 - 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 - 高齢者施設等との平時からの協力体制	- 救急車受け入れ台数(人口の多い地域のみ) - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 包括期の病床数 - 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	(在宅医療・訪問看護の提供) - 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 - 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 (地域との連携機能) - 地域の訪問看護ステーション等の支援 - 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療	- 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 - 有床診療所の病床数・診療科 等

大学病院本院の医師派遣機能「実効性担保を」

地域医療構想&医療計画検討会

猪口副会長「公立病院の要件化も検討を」

全日病の猪口正孝副会長は8月8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、「新たな地域医療構想」で大学病院本院に求める「医師派遣の機能」について、医師の偏在是正に資する実効性ある仕組みにするよう求めた。総務省から補助金などが入っている公立病院の要件にする検討も求めた。

猪口副会長は、医師少数地域や過疎地域への派遣ではなく、都道府県が認めたところであればどこでもいいと考えているか。また他県への派遣は認めるか」と質問。さらに医師の派遣について「税金から多額の繰入金が入っている公立病院の要件にしてもいいように思う」とも述べ、厚労省に現時点での考えを聞いた。

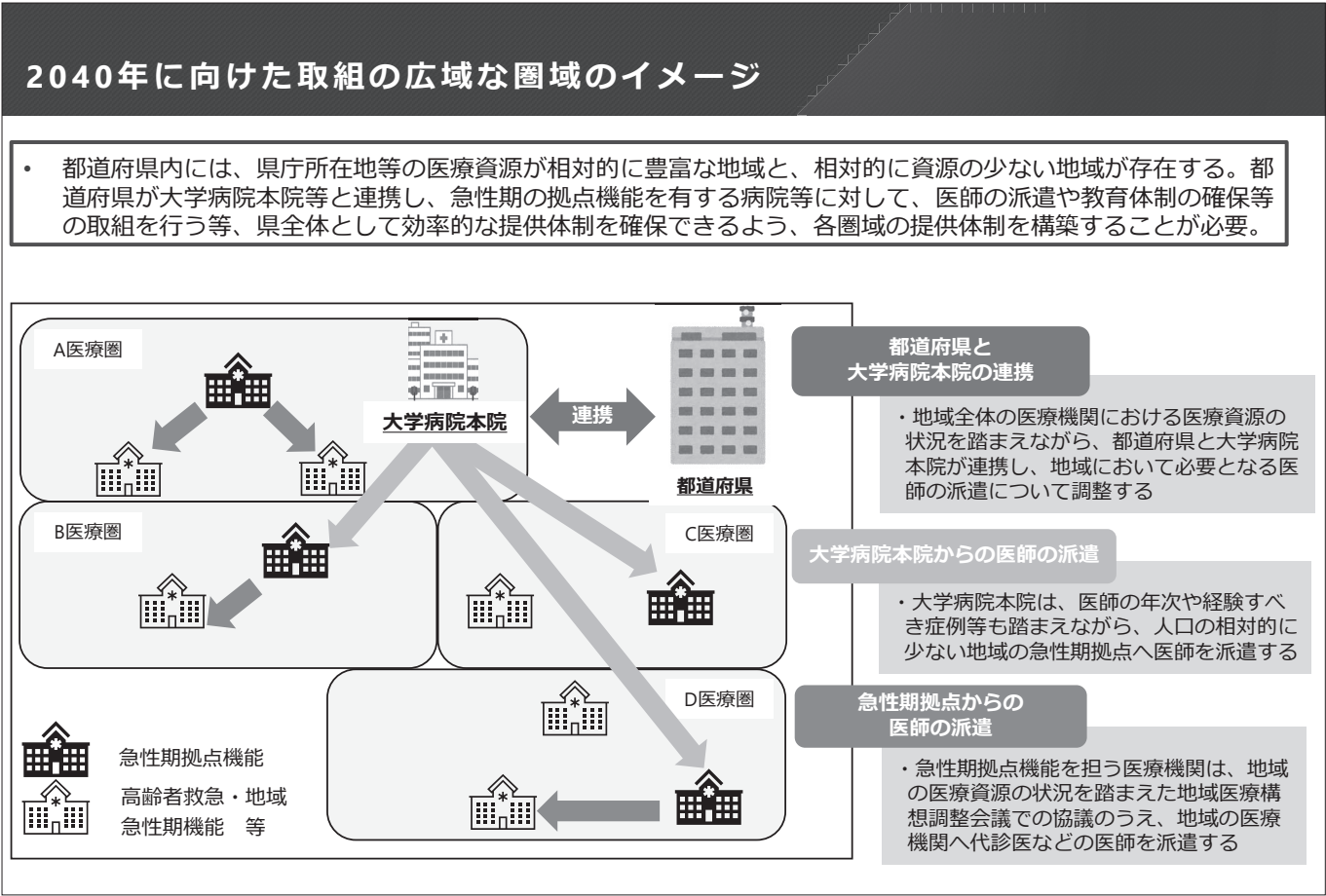
これに対し厚労省は、「今後、議論していただくべきことと思っている」と回答。検討の方向性については、「都道府県内に複数の分院を持っていて、そこに派遣するという形や、例えば東京の病院から地方都市への派遣、それから都道府県を超えて医師を派遣していただくといった形など、それぞれを同じ`医師派遣、と整理していいかどうかをご議論いただくと考えている」と述べた。公立病院に関しては言及しなかった。

猪口副会長、広域連携の「事例を」柔軟な区域の設定へ後押し求める

加えて猪口副会長は、「新たな地域医療構想」では二次医療圏に縛られない区域の設定が普及するようガイドライン上での工夫を重ねて要請。まずは自身の病院が所在する東京都を例にあげ、1985年に区切った二次医療圏が足枷となり医療機関同士が連携を取りづらくなっていると訴えた。「区中央部では既存病床が基準病床より7000～8000床過剰であるのに対し、周辺部では既存病床が足りない」と算出される」とも指摘。

その上で、「二次医療圏の全部を否定するわけではないが、東京だけでなく地域ごとの差が顕著になっている状況への対応は、地域の実情が反映できるようにすべき。前回の資料にあったように、広域連携で考えられるさまざまな形を例示していただきたい」と述べ、地域の実情を反映する柔軟な区域設定が可能になるよう後押しを求めた。

厚労省は前回7月24日の検討会で「人口の少ない地域における構想区域の見直し例」として①人口20万人未満の区域等における圏域の広域化②隣接する都道府県との連携―を例示。そのほか「2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ」として大学病院本院からの医師派遣に関するイメージ図も提示していた(図表)。



女性医師の増加と医師偏在の関係「分析を」

医師養成過程を通じた偏在対策検討会

全日病・神野会長「大きな問題になる」

全日病の神野正博会長は8月6日、構成員を務める厚生労働省の「医師養成過程を通じた偏在対策検討会」(遠藤久夫座長)で、2027年度からの次期医師確保計画に向けて、女性医師の増加が医師の地域偏在や診療科偏在にどう

関わっているかなどを分析すべきと提案した。「非常に大きな問題になってくるのかなというふうに思っている」との見方を示し、「診療科偏在も含めて、医学部養成の段階での女性医師のことについては、深掘りすべき」と提

案した。

厚労省は同日の検討会で、2027年度の医学部臨時定員の配分を検討するたき台として◇地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点＝恒久定員内への地

域枠設置の状況◇地域の置かれた状況に適切に配慮する視点＝「医師の年齢構成」「地理的要素」「医師の流入や流出の状況」など◇全国的な取組を促す視点＝医師多数県以外においても、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するために取り組むべき事項―の3つを提示。このうち「地理的要素」に関連する検討課題として「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」を医師偏在指標に反映することをあげた(図表)。

神野会長「強力な偏在対策として診療科の定員制など強制力が必要」

同日の検討会で神野会長は、医師の偏在対策を集中的に議論し、より実効性ある対策を打ち出すべきとも主張。「今までの偏在対策は率直に言って地域枠以外はうまくいっていない」との認識を示し、「対策として強制力も考えなければならず、医学部卒後10年間はどどこに勤めろというような強制や、診療科の定員制なども考えなければ解決しない」と主張。「一歩踏み込んでほしい」とも強調した。

厚労省は、同検討会に加え、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」でも検討すると説明し、「融合させるよう進める」と回答。また、国会で継続審議中の「医療法等の一部を改正するための法律案」成立後は、新たな取組を進めると説明し理解を求めた。

2	地理的要素	令和7年7月24日 第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2
医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について		
<医師偏在対策に関するとりまとめ (令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会)> <2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見とりまとめ> (令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会)> 5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組 (7) 医師偏在指標のあり方 ○ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討することが適当である。		
<これまでにいただいた主なご意見> 【地理的要素について】 ○ 山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関へのアクセスに時間を要するといった地理的な要因が反映されていない。 ○ 地域ごとに、医療機関へのアクセスや、それぞれの住民の受療行動が異なる。 【実態に即した医師の労働時間比の反映について】 ○ 現在用いられている係数で用いられている研修医の労働時間比が、実情と比べて高いのではないか。また、男女比についても、男性の育児取得に対するハードルの低下等の考え方の変化から、見直しが必要。 【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】 ○ 例えば10年後などを見据え、現在の医師の年齢構成も考慮すべき。 ○ 人口10万人当たりの医師数が多いとされる県でも、若手医師の流出等により、中長期的に見ると医師少数県となる可能性がある。		
上記の意見等を踏まえ、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については以下の点に留意して検討してはどうか。 ➢ 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ことについて ➢ 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ことについて ➢ 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について		

報告すべき事例の理解促進や研修の充実などに努める

医療事故調等医療安全検討会

全日病の医療事故調への取組みを今村常任理事が説明

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)は8月8日、医療安全施策の課題を踏まえた対応に向け、関係団体・有識者ヒアリングを実施した。同検討会で構成員を務める全日病の今村康宏常任理事は、支援団体としての全日病の取組みや研修の実施状況などを説明。報告すべき事例の理解促進や研修の充実など「医療の質と安全の向上に寄与できるよう、今後

も積極的に取り組む」と述べた。

今村常任理事は、医療事故調査委制度における①全日病の取組み②研修状況③今後の展望を説明した。

全日病は、「病院のあり方報告書」を通じて、病院のあるべき姿を内外に発信してきた。2002・2004・2007年度版の「病院のあり方報告書」において、次のような内容に言及している。

- 医療の質と安全の確保は必須の事項
- 中立な第三者機関に事故報告を集積することが必要。専門家(第三者機関における医療の専門家)による調査分析と現場への事故防止策などの還元が必要
- 守秘及び免責の担保
- 被害者救済と紛争解決の取組み
- ⇒相談窓口として第三者機関の設立が必要(被害者救済と医療機関の負担軽減)

医療安全・医療事故調査制度に関する取組みの1つとして研修がある。全日病単独の研修では、「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(16回)や医療安全管理体制相互評価者養成講習会(14回)など8研修(合計79件)、日本医療法人協会との共

催では、医療安全管理者養成課程講習会(10回)や医療安全推進週間企画・医療安全対策講習会(10回)など(合計23回)、日本品質管理学会の共催で医療機器安全管理講習会(2回)を行ってきた。

医療事故調査等支援団体としての活動では、相談・問合わせ件数が29件。支援内容は◇医療事故の判断に関する相談が6件、院内調査に関わる専門家の派遣が23件となっている。

今村常任理事は、研修を通じて得た医療事故調査制度の課題を3つあげた。

1つ目は、「医療に起因する、予期せぬ」事例という報告対象の医療事故の判断において、合併症との関連での「判断の困難さ」があり、研修会の内容に反映させていると説明した。特に個人の刑事責任が問われる訴追リスクがあることが判断に影響を与えていると指摘した。

2つ目は、医療安全管理者のスキルの醸成で、研修の内容に「事故調査委員会の運営、報告書作成などのマネジメント」、「RCA(根本原因分析)等の分析手法」に反映させているとした。

最後に、患者・遺族への対応の重要性をあげ、2024年9月13日に会員に周知した「医療事故調査制度への病院としての対応に関する注意喚起」を紹介した。◇遺族からの申し出に対応できる体制を構築すること。申し出があった場合には事故調査に該当するかを検討すること◇事故調査の結果説明に際して、遺族にとって分かりやすい院内調査報告書の作成と説明を心がけること―を記載したことを強調した。

医療の質と安全の向上に寄与できるよう今後も積極的に取り組むための対応では、◇医療事故調査制度の一層の

周知。特に報告すべき事例の理解促進◇医療安全管理者の研修の一層の充実(更新を含む)◇支援団体として専門家の派遣◇会員病院からの相談対応―をあげた。また、「医療安全への取り組みや医療事故調査制度運用に関する活動実態(現場に大きな精神的、経済的負担がかかる)に見合った評価」と「医療事故についての刑事免責の検討(医療事故の内容による)」を求めた。

関係団体・有識者ヒアリングを受け、医療過誤原告の会・会長の宮脇正和構成員は、「遺族からの申し出に対応できる体制」について質問した。これに対し今村常任理事は、「専門の窓口を設けている病院と専門の窓口はないが担当者を決めている病院がある。窓口を作ることが理想だが、病院の規模によっては専属の担当者を置くのは難しい。まずは、疑義がある場合、誰に相談すればよいかを病院が分かりやすく遺族に示す対応が大事だ。『注意喚起』にも明記したが、病院が医療事故対応のプロセスをしっかりと整え、丁寧に話合うことが、遺族の納得感につながっていくと考えている」と回答した。

センター調査の公表を求める意見公表を義務化する仕組みは難しい

関係団体・有識者ヒアリングではそのほか、医療機関内の医療事故の機能的な報告体制の構築のための研究(研究代表者＝木村壮介・日本医療安全調査機構)と医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体による支援の機能的運用および質向上に向けた研究(研究代表者＝細川秀一・日本医師会)が報告された。また、全日病以外では、◇医療事故調査・支援センター(日本

医療安全調査機構)◇医療過誤原告の会◇日本医療法人協会からのヒアリングが行われた。

宮脇構成員は、「予期せぬ医療事故死がセンターに報告されていない現状があり、その要因を医療団体代表の方々が積極的に明らかにし、今後の対策を検討会で提起してほしい」と述べた。また、センター調査報告書の公表を求める発言も行った。

これに対し日本医療安全調査機構常務理事の宮田哲郎オブザーバーは、現状では、個人が特定される情報が多いため公表を義務化することは難しいと述べる一方で、個人情報匿名化を実施した上で、任意で公表する仕組みがあることを紹介した。日本精神科病院協会・医療安全委員会相談役の高宮眞樹構成員は、SNSなどで個人情報特定され、悪意のある形で拡散されるリスクを指摘した。

東京大学大学院法学政治学研究科教授の米村滋人構成員は、「かなり大きな規模の病院でも制度発足以降の報告件数が1件という大学病院がある。医療機関によって医療事故の判断が異なることが大きな問題」と指摘した。

これに関連し、日本医療安全調査機構の報告では、アンケート調査により、医療事故報告経験があると回答した施設の割合が高くなる要因として、「医療安全管理部門がある」、「院内の全死亡事例のスクリーニングを実施している」、「医療事故が疑われる事例が発生した場合に医療安全担当者に相談・報告する仕組みがある」、「管理者(院長)や医療安全担当者が医療事故調査制度に関する研修の受講経験がある」をあげている。

入院医療等分科会の検討に`物言い、

中医協総会 日医常任理事・江澤委員「あくまでも技術的な課題の評価・分析を」

2026年度の診療報酬改定に向けた検討が具体化・本格化する中、8月6日の「中医協総会」(小塩隆士会長)では、「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)による検討に日本医師会常任理事の江澤和彦委員から`物言い、がついた。中医協総会での議論に先行して方向性を定めるような検討を牽制した格好だ。

同日は、同分科会が7月31日に文言調整などを座長一任でまとめた「入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について検討結果(中間とりまとめ)」と題する内容を尾形分科会長が報告。計15項目から成り、「個別的事項」として①意思決定支援②身体的拘束を最小化する取組③栄養管理体制④リハビリテーション⑤食事療養⑥病院薬剤師⑦ポリファーマシー対策・薬剤情報連携⑧総合病院精神科⑨診療科偏在対策⑩データ提出加算・退院患者調査一についても取り上げ、項目ごとに「検討結果の概要」や「分科会での評価・分析に関する意見」のほか「今後の検討の方向性」を記すなど、次期改定に向けた今後の評価・分析に関する方針などを示しているのが

特徴だ(詳細は全日病ニュース8月15日号や末尾のURLにある資料を参照)。

江澤委員は、同中間まとめについて「次回改定の方向性について踏み込んだご意見も記載されているが、分科会のミッションは、答申書付帯意見等の事項について、技術的な課題に関する専門的な調査及び検討を行うこと」と指摘。「今回いただいたご意見は、あくまでも技術的な課題に関する評価分析として参考とさせていただくものであり、次回改定の方向性については、今後、総会で議論し決定していくということにつきまして、ご理解を賜りますようお願い申し上げます」と述べた。

働き方、身体的拘束などでも明文化

同日の中医協総会で公表した内容には、同31日の分科会当日に議論した「働き方・タスクシフト/シェア」と「個別的事項」における「意思決定支援」「身体的拘束を最小化する取組」「診療科偏在対策」に関する内容も盛り込んだ。「働き方・タスクシェア」については、「今後の検討の方向性」は示さず、下記のような意見の列記にとどめた。

- 休日時間外労働に関連し、医師の時間外管理がある程度できていると考えられるが、最大値が大きいところもあり、B水準の医療機関においても縮減が求められる
- 医師事務作業補助者を必要数確保できない医療機関が40.1%ある中で、給与や賞与の見直しに効果があるが、効果を出せるような人件費がついていないのが実状であり、報酬の枠組みでも議論が必要
- 医師の働き方改革は、急性期機能の集約化や病院間の役割分担とも密接に関連するので、急性期の医療機関機能を検討する際に、併せて考えていくべき
- 医師の働き方改革を進める中で、医師にかかる経費は増えており、地域医療確保体制加算はより評価されても良い
- 多くの当直医は大学病院からの派遣で満たされているところが多いと考えられ、当直体制がどのように維持されているかのデータも踏まえ、夜間の宿日直体制を維持していくことが重要

「意思決定支援」に関しては、「今後の方向性」として「患者が医療を受ける場所によらず、患者意思に基づいた医療を提供できる体制の構築を更に進める観点から、情報連携に係る評価について現行の評価との整理も含め検討する」と記した。

「身体的拘束を最小化する取組」では、以下の2点を「今後の検討の方向性」として示した。

- 身体的拘束の実施率が高い入院料について、より詳細な実態を分析し、取組を推進する方策について更なる検討を進める。
- 認知症ケア加算における取組状況やアセスメントの実態等を踏まえ、身体的拘束を最小化する取組の推進について更なる検討を進める。

「診療科偏在対策」は、集約化により働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、不足診療科での処遇改善等の取組がなされていることも踏まえ、外科における効果的・持続的な医療提供体制の確保に向けた取組について、さらに分析を進める。

資料：
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001533206.pdf>

2025年度 第4回常任理事会の抄録 7月19日

【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。

北海道	社会医療法人鳩仁会札幌中央病院 理事長 村木 里誌
福島県	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 理事長 渡邊 貞義
千葉県	独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院 院長 郷地 英二
東京都	医療法人社団洪泳会東京洪誠病院 理事長 金 洪宇
神奈川県	小田原市立病院 病院事業管理者 川口 竹男
新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会長岡中央綜合病院 院長 矢尻 洋一
新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会豊栄病院 院長 関 慶一
富山県	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 院長 柴田 和彦
富山県	射水市民病院 院長 深原 一晃
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会浅間南麓こもろ医療センター 院長 橋本 晋一
岐阜県	公益社団法人地域医療振興協会市立恵那病院 管理者 山田 誠史
静岡県	医療法人社団一就会長岡リハビリテーション病院 理事長 松崎研一郎
三重県	三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センター菰野厚生病院 院長 小嶋 正義
兵庫県	医療法人藤森医療財団小国病院 理事長 福本 亮
沖縄県	社会医療法人敬愛会なかがみ西病院 院長 石原 淳

退会が4件あり、在籍正会員数は合

計2,571会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。

北海道	公益社団法人函館市医師会函館市医師会健診検査センター 管理者 石田 宏文
青森県	公益財団法人青森県総合健診センター 理事長 中路 重之
青森県	公益財団法人青森県総合健診センター附属あおもり健康管理センター 理事長 中路 重之
宮城県	公益財団法人宮城県結核予防会複十字健診センター 所長 齋藤 泰紀
宮城県	公益財団法人宮城県結核予防会健康相談所興生館 所長 八重柏政宏
埼玉県	医療法人社団メディーノしおや消化器内科クリニック 理事長 塩屋 雄史
神奈川県	はる内視鏡クリニック 院長 春山 晋
新潟県	一般財団法人下越総合健康開発センター 代表理事 佐々木 亮
愛知県	一般財団法人全日本労働福祉協会東海診療所 会長 柳澤 信夫
兵庫県	医療法人康雄会ホテルオークラ神戸クリニック 理事長 西 昂
徳島県	公益財団法人とくしま未来健康づくり機構徳島県総合健診センター センター長 本田 浩仁
福岡県	halo clinic 小倉院 院長 大淵美帆子

結果、在籍準会員は合計158会員となった。

【主な報告事項】

●特別相談役の就任について
猪口雄二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 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」の報告があり、質疑が行われた。

「循環器病対策推進協議会」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。

「社会保障審議会・医療部会」について報告があり、質疑が行われた。

「高齢者医薬品適正使用検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「災害対応に係る保健医療福祉関係団体連絡会議」について報告があり、質疑が行われた。

「全国知事会と医療関連団体との意見交換会」について報告があり、質疑が行われた。

「診療報酬改定DX」タスクフォースについて報告があり、質疑が行われた。

●人間ドック実施指定施設の新規申請に伴う実情調査のお願いについて
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と報告され、各都道府県支部に協力要請が行われた。各支部での対応力強化などを目的に同実情調査に関する説明会を開催する方向で調整する。

●夏期研修会(秋田県)の開催
夏期研修会の開催概要が報告され、同前日に理事会・常任理事会・支部長会を開催する旨も報告された。

●日病協報告について
2025年7月16日に「令和8年度(2026年度)診療報酬改定に係る要望書【第2報】」を福岡厚生労働大臣へ提出し

たことが報告された。

●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13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

愛知県	小林記念病院
福島県	坪井病院
東京都	第一病院
兵庫県	隈病院
岡山県	高梁中央病院
広島県	松尾内科病院
福岡県	さくら病院

◎一般病院2

北海道	恵佑会札幌病院
茨城県	友愛記念病院
鹿児島県	小原病院
北海道	釧路孝仁会記念病院
茨城県	水戸済生会総合病院
埼玉県	埼玉石心会病院
埼玉県	新久喜総合病院
東京都	総合東京病院
東京都	東邦大学医療センター大橋病院

神奈川県 神奈川県立こども医療センター

大阪府	小松病院
大阪府	守口生野記念病院
大阪府	大阪府済生会茨木病院

◎リハビリテーション病院

京都府	京都田辺記念病院
-----	----------

◎慢性期病院

静岡県	熱川温泉病院
熊本県	阿蘇温泉病院
熊本県	はまゆう療育園

6月6日現在の認定病院は合計2,151病院。そのうち本会会員は884病院と、全認定病院の41.1%を占める。

【主な討議事項】

●当協会会員にとって「魅力ある全日病」であるための「魅力」について討議し、より明確化するための検討を進めるとの考えを共有した。

高額AD薬の薬価〆介護の立場、は省き費用対効果を評価

中医協総会 介護費用の取扱いは検討を継続へ

抗アミロイドβ抗体という新しい作用機序のアルツハイマー病(AD)治療薬として注目を集めているレカネマブ(製品名：レケンビ点滴静注)やドナネマブ(ケサンラ点滴静注)について厚生労働省は当面の間、「公的医療の立場」の費用対効果評価に基づく価格調整で薬価を決定するとの方針を決めた。製薬企業が求めている「介護の立場」については、費用対効果評価を分析するための「学術的に確立されたコンセンサス」が現時点では存在しないと判断した。8月6日、中医協総会(小塩隆士会長)が了承した。費用対効果制度における介護費用の取扱いについては、引き続き検討する。

日本の費用対効果評価制度では、公的医療保険の範囲で実施する「公的医療の立場」を基本に運用しつつ、介護費用を含めた費用対効果を評価する手法などについても検討してきた。

高額AD薬については、製薬企業側が提出する介護費用を含めた場合と含めない場合の分析を元に、国立保健医療科学院が「公的分析」を担った。同分析結果を踏まえて中医協の「費用対効果評価専門組織」が製薬企業側の分析や「介護負担の軽減により生じるQALY(質調整生存年)」の計算方法など検討した結果、◇現時点で検討できる介護に関する費用がADの病態の推移、要介護度別介護費用、重症度別

の要介護度などからの推計にとどまる◇「介護負担の軽減により生じるQALY」の計算方法に関する学術的に確立されたコンセンサスが現時点では存在しない―との課題が明らかとなり、厚生労働省はレカネマブなど高額AD薬については引き続き「公的医療の立場」の費用対効果評価の結果に基づき薬価調整するとの方針を提案した。

国立保健医療科学院はADに関する公的介護費用について、NDBと介護データベースの連結データに臨床的認知症尺度(CDR)やミニメンタルステート検査(MMSE)など認知機能検査指標が含まれておらず、ADの重症度別要介護度や介護費などを直接的に計算する手法が存在しなかったことなどを技術的課題としてあげている。

レカネマブ収載後18カ月経過の分析「使用実態や市場規模に変化なし」

厚生労働省は同日の中医協総会で、レカネマブなど高額AD薬の使用実態や市場規模について、当初の予測通り推移しているとの経過も報告した。

現在、年間1500億円の市場規模を超える見込みの高額医薬品については、承認内容や試験成績などを踏まえつつ中医協で薬価算定方法について検討している。レカネマブなどの高額AD薬については、通常通り薬価調査やレセプト情報・特定健診等情報データベー

ス(NDB)に基づく市場拡大再算定、四半期再算定などの対象になるほか、投与全症例を対象とした調査(特定使用成績調査)の結果などを注視しつつ、レカネマブの薬価収載(2023年12月)から18カ月と36カ月が経過した時点での状況報告や、使用実態の変化に則した薬価調整の必要性などを検討する対象にもなっている。使用実態の変化については、◇同対象薬を提供可能な医療機関の体制や使用実態の変化◇実施可能な検査方法等の拡充◇患者あたりの投薬期間の増加―などを確認する。

レカネマブの薬価収載から18カ月が経過したことを受けた今回の検討では、レカネマブの特定使用成績調査の結果

を中心に状況を把握。7月11日時点で、同調査には854施設(964診療科)の8285症例が登録されている。

内訳を見ると、初回投与施設が約740施設と薬価収載時点での想定約1400施設を下回って推移している。累計投与患者数も「収載2年度」の予測である約7400人と同程度で推移している。

アミロイドPET認証施設は約5倍に

ドナネマブ投与の前提となるアミロイドPET検査が実施可能な「アミロイドPET撮像認証施設数」は6月13日時点で335施設と、ドナネマブ収載前の69施設から約5倍に増加した。

＜レカネマブの費用対効果評価結果＞			
【公的医療の立場】			
対象集団	比較対照技術	ICERが500万円/QALYとなる価格 ^{※1、2}	患者割合(%)
(a) アルツハイマー病による軽度認知障害	非薬物療法	13,567円(200mg2mL 1瓶) 33,917円(500mg5mL 1瓶)	59.0
(b) アルツハイマー病による軽度の認知症	ドネペジル＋非薬物療法	11,663円(200mg2mL 1瓶) 29,158円(500mg5mL 1瓶)	41.0
【公的医療・介護の立場】			
対象集団	比較対照技術	ICERが500万円/QALYとなる価格 ^{※1、2}	患者割合(%)
(a) アルツハイマー病による軽度認知障害	非薬物療法	16,329円(200mg2mL 1瓶) 40,822円(500mg5mL 1瓶)	59.0
(b) アルツハイマー病による軽度の認知症	ドネペジル＋非薬物療法	14,404円(200mg2mL 1瓶) 36,010円(500mg5mL 1瓶)	41.0
※1 本品は「レケンビに対する費用対効果評価について」(2023年12月13日 中央社会保険医療協議会総会)に基づき、以下の方法で価格調整を行う。 ○ 費用対効果評価の結果、ICERが500万円/QALYとなる価格と見直し前の価格の差額を算出し、差額の25%を調整額とする。 ○ ICERが500万円/QALYとなる価格が見直し前の価格より低い場合は、見直し前の価格から調整額を減じたものを調整後の価格とする ただし、価格が引き下げた場合には、調整後の価格の下限は、価格全体の85% (調整額が価格全体の15%以下) とする。			
※2 増分QALY、医療費等を元に、公的分析班にて算出			
厚生省資料を一部改変			

四病協が税制改正要望書を提出 神野会長「消費税負担が重い、診療所と違う」

全日病などで構成する四病院団体協議会は8月21日、福岡資麿厚生労働大臣宛の2026年度税制改正要望書を提出した(主な内容は全日病ニュース8月15日号を参照)。全日病の須田雅人常任理事が同行し、厚生省医政局総務課の水谷忠由課長に手交した。

全日病の神野正博会長は同要望書の提出について全日病ニュースに対し「四病協の調査でも2018年度から2023年度の経費内訳で控除対象外消費税は約50%も上昇している。この負担は、多くの機器・材料を使用するアクティビティの高い病院である程、物価高に比例して大きくなる。国民に理解を求

め、この負担の軽減こそ、病院にとって喫緊の課題だ。この部分に関して、診療所とは危機感が違うことを主張していきたい」と述べた。

同要望内容は大きく分けて①消費税関係②事業税関係③事業承継税制関係④法人税関係⑤その他税制関係―の5つとなっている。

「消費税関係」では、控除対象外消費税問題の解消に向け、診療報酬と介護報酬の非課税を見直し、病院には軽減税率による課税を、診療所は非課税のまま診療報酬上の補てんを継続するよう要請している。

一冊の本 book review

慢性期医療の品質マネジメント

著者●進藤晃

出版社●一般財団法人 日本規格協会

定価●2,420円(2,200円＋税)

「医療の品質」は重要であるが、日々の業務の中で品質を全体最適化することは難しい。病院全体で品質向上に取り組み、組織的に管理・改善していくことこそが重要である。そして、そのために確立された手法の1つがQMS(品質マネジメントシステム)である。

本書は、全日病会員である大久野病院の進藤晃 理事長が長年QMSに取り組んでこられた経験に即して書かれており、QMS導入の最初のハードルである「医療に対して品質管理の考えをどのように適用するか」ということも丁寧かつ平易に説明されている。QMSの解説と事例が豊富で、慢性期(急性期以外)に焦点を当てていることから、多くの全日病会員病院において現場に即した理解が進むだろうと感じている。QMSの導入を検討している病院も、導入してみたものの手ごたえを感じていない病院も、できるだけ多くの職員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
災害時の病院管理者等の役割研修(Web) 60名	2025年10月2日(木) 13:00～17:50	8,000円(11,500円)(税込)	大規模災害等発生時に病院に求められる患者・職員の安全確保や、新たな負傷者を受け入れるための病院機能の維持、活動場所の確保など、病院管理者らが取るべき処置や果たすべき役割などを学ぶ。対象者は病院管理者等(院長、副院長、各診療科部長、診療協力部門長、法人・経営本部部長、事務長)のほか、医療関連企業や地方公共団体に勤務中の方、当協会の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の隊員やDMAT隊員など。発災を想定したシミュレーション実習のほか、AMAT受入対応を想定した講義も予定している。本研修を修了した場合、「AMAT隊員更新」のための研修2単位に該当する。DMAT隊員が本研修を受講した場合はAMATとして認定する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンストコース 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。