

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

インフラの危機と
強靱化に残された時間

埼玉県八潮市で1月に起きた道路陥没事故。突然転落し、犠牲となったトラック運転手のご冥福を祈りたい。また、幹線道路の通行止めと悪臭問題もあり、近隣住民のストレスにもお見舞いを申し上げたい。これを受け、国土交通省が全国の古くて大きい下水管を調べたところ、計300キロメートルで陥没につながるリスクがあることがわかったと9月17日に報告された。

バブル経済と戦後の復興と共に全国の下水道管が敷設され、それが今、老朽化しているのだ。八潮市と同じ事象が全国で起こりえることとなる。こ

の強靱化は必須だ。そして、この老朽化という話題は、インフラとしての上水道管も橋も道路も地下道・地下施設も公共施設も、そして病院も、である。

40年前の「駆け込み増床」が老朽化救急を担う病院の強靱化が必須

1985年(昭和60年)の第一次医療法改正では地域ごとの医療計画によって、初めて医療施設の設置・病床数の基準、許可制への移行が謳われた。これが予告され、増床や新設の許可が将来難しくなることを懸念して、いわゆる「駆け込み増床」が発生。時はまさに日本のバブル経済期も重なり、旺盛な資金供給もあって病院と病床の大幅な増加を見たのであった。

この病院・病床が築40年以上となるタイミングだ。2023年の病床機能報告調べで、築年数が30年以上：53%、40年以上：27%、50年以上：9.3%、60年

以上：2.4% (151病院)とされる。特に、40年以上では二次救急病院：748(46%)、三次救急病院：65(4%)、また地域の病院数で東京147、大阪134、北海道96と言われている。

東日本大震災、熊本地震、能登半島地震の他、風水害など災害が頻発、激甚化している。さらには南海トラフによる東南海地震や首都圏直下地震など、それぞれ今後30年以内に、80%、70%の確率で起きると予測されている。必ず来ることを覚悟しなければならないのだ。国民の安全・安心のために、インフラ強化は必須だ。特に、災害発生時から、消防、警察、自衛隊と同様に、サービス要求量が激増し、フル活動しなければならない病院は強靱化が求められるのだ。

救急を担う病院の強靱化が必須だ。全国で救急搬送数の60%は民間病院が受け入れる。さらに大都市部ではこの数字が大きくなる。強靱化のためには、

先に示した築年数の病院の耐震化が必要となる。しかし、8月の中医協で示されたように建築単価は2024年で46.5万円/㎡と高騰する。急性期病院では、さらにこの倍の単価と聞く。これでは、改築困難な病院による廃業の決断もやむを得ない。

強く求めるは1つ

「医療施設近代化整備事業」の復活だ

診療報酬を原資とし、わずかな利益率、あるいは赤字病院での耐震化、改築は不可能な状況だ。1993年(平成5年)に、米国のヒル＝バートン法(Hospital Survey and Construction Act, 1946)を参考に、当時の病院団体、日本医師会、行政、政治家がつくりあげた医療施設近代化整備事業という補助金制度の復活を強く求めたい。日本の病院の強靱化のために残された時間はわずかだろう。

2026年度診療報酬改定へ18項目の検討結果まとめ

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「協議が十分とは言えず、やや不消化感」

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)が2026年度の次期診療報酬改定へ向けた検討結果をとりまとめた。「入院・外来医療等における実態調査」などに基づく計12回の会合を経た内容は計18項目に及ぶ。9月25日、厚生労働省が示した「とりまとめ案」の文書に基づき議論し、最終的な文言調整は分科会長に一任した。文言調整後の内容を中医協総会で報告する。

同分科会で委員を務める全日病の津留英智常任理事は全日病ニュースの取材に対し「前回改定と比較するとこの分科会の開催回数は約3割増ではあったが、内容が多岐に渡っており協議は十分であったとは言いきれず、やや不消化感が残った」との見解を示した。

中医協総会での検討前段階で初めて？「中長期的に検討すべき課題」を記載

今回の「とりまとめ案」では「中長期的に検討すべき課題」に関する記述を盛り込み、18番目の項目として位置づけた。診療報酬改定に向け中医協総会で各論や個別の改定項目の審議が始まる前の段階で分科会が取りまとめる文書としては珍しく、おそらく初めての試みだ。同分科会のとりまとめ文書で取り上げた18項目は以下の通り。

- 急性期入院医療
- 高度急性期入院医療
- DPC/PDPS
- 包括的な機能を担う入院医療
- 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
- 重症度、医療・看護必要度
- 救急医療
- 入退院支援
- 働き方・タスクシフト/シェア
- 病棟における多職種でのケア
- 外来医療
- 情報通信機器を用いた診療

14. 入院から外来への移行

15. 賃上げ・処遇改善

16. 人口・医療資源の少ない地域における対応

17. 個別的事項(意思決定支援、身体的拘束を最小化する取組み、栄養管理体制、リハビリテーション、食事療養、など14点)

18. 中長期的に検討すべき課題

CABGからPCIへの置き換わりなど「手術の進歩を加算でも評価を」

津留常任理事は同日、前回9月18日の同分科会で提案した診療報酬の「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」の一本化(2面に詳報)の関連で、手術要件に関し技術が進歩している最新の状況に応じて見直すよう念を押しした。

具体的には、「開胸による冠動脈バイパス手術(CABG)から、急速に経皮的冠動脈インターベンション(PCI)に置き換わっている」と指摘。「開胸症例も激減していく流れが非常に速いと思われる」との見方も示し、2026年度の診療報酬改定で対応できない場合、2028年度改定までの2年間で現場の実態に診療報酬での評価が追いつかなくならないとの懸念も表明。「おそらく2028年度になる次の改定までに大きく変化していくと思うので、ぜひ学会等によくヒアリングしていただいて、例えばPCI症例と開胸CABGと一緒にセットでカウントして、心臓手術治療症例数〇〇件とかいう評価に変えることも検討していただきたい」と求めた。

ベースアップ評価料の見直しあれば入院医療等分科会で技術的に検討を

津留常任理事は厚生労働省が「とりまとめ案」として示した15番目の「賃上げ・処遇改善」において取り上げている2024年度改定で新設した「ベースアップ評価料」についても言及。「分科会での評価・分析に関する意見」として「職

責に見合った賃上げが必須であるが、他産業に比べて賃上げ率が少ないため、医療人材確保に繋がる賃上げが可能な報酬制度とすべきとの意見があった」との記述に触れ、「前回改定では全ての病院、医療従事者、職員が対象になっていない問題もある」と改めて指摘。その上で、「今後、何かしらの見直しがされる場合、評価料の計算式まで扱えるかは分からないが、何らかの技術的な検討の余地があれば、この分科会でもお願いしたい」と述べ、「ベースアップ評価料」を見直す際は同分科会を活用するよう求めた。

3つの「中長期的に検討すべき課題」

「中長期的に検討すべき事項」にあげたのは、①持参薬ルール②重症度、医療・看護必要度③包括期入院医療における患者別の評価一の3つ。

津留常任理事は持参薬ルールに関して「高齢者が入院時に大きな缶かん、に入っ大量の薬を持ってこられて有効期限内なのか否か、分からないようなケースもあり、看護師や病棟薬剤師が識別する作業が大変になっている」との認識を示した。その上で、「自分が預けた薬が自分に配られているか確認する手段もなければ、退院時に余った薬が入院に預けたものかを証明する方法も厳密にはない状態」と指摘。「ルールを決めて厚生労働省が通知や事務連絡を出せば、宿題の持ち越しではなく、すぐに解決できそうな内容」との見方を示した。

「重症度、医療・看護必要度」については、「とりまとめ文書」の7番目にあげた内容とは別に、「病棟の看護職員の測定負担を軽減する観点」での検討について◇入院患者へ提供されるべき看護の必要量を予測すること◇急性期患者の医学的な特性を測ること一の2つをどのように勘案すべきかについて「整理する必要がある」とまとめた。

津留常任理事は、「次期分科会での

議論スタートとなると、来年度まで時間が経過してしまう。ワーキンググループなりを設置して早期から検討開始すべき」と求めた。「(診療報酬改定を所管する)厚生労働省保険局医療課の方々も改定後は刷新されますので、継続的な議論のため学会や学術的な専門家などに意見を聞くなどして早め早めに動いていっていただきたい」などとも述べ、早期に検討着手する必要性を強調した。

「包括期入院医療における患者別の評価」に関して津留常任理事は、「新たな地域医療構想」において「医療機関機能」の1つに位置づけられる予定の「高齢者救急・地域急性期機能」と連動する形で整合性などを議論することが叶わなかったと指摘。「2028年度の改定に向け、高齢者救急を大きく成長させるためにも今後しっかりと議論を継続していく必要がある」との考えを示した。

同文書案では、患者ごとの医療・看護ケアの必要量に応じた適切な費用が償還されない仕組みの場合は入棟の際に選別を引き起こしかねないなどの懸念がある点などに留意する必要性を指摘。より適切な患者別の評価の実現に向けて、引き続き最新の診療データを用いて分析し、別途実態調査などの実施の要否も含め、現行の評価方法の課題の明確化や妥当性の検証を行いつつ、更に検討する必要があるとの考えを記した。「地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟に期待される機能が連続的であることを踏まえた評価方法や、高齢者の介護需要を反映する評価方法とすることも考えられる」とも付言した。

本号の紙面から	
急性期の加算で一本化を提案	2面
特定機能病院の見直し決着	3面
全日病ペイハラ座談会・前編	4面

「総合入院急性期充実体制加算」(仮称)を提案、賛同も

入院医療等分科会

全日病・津留常任理事「急性期拠点機能の役割を考えシンプルに」

全日病の津留英智常任理事は9月18日、委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で、診療報酬の「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」を整理・統合する方向性として「総合入院急性期充実体制加算」(仮称)の創設を提案した。2040年を見据える「新たな地域医療構想」の策定に向けて位置付ける予定の「医療機関機能」のうち、地域における人口の規模に応じて医療機関数の目安を決める見直しとなっている「急性期拠点機能」を担う医療機関が取得するような要件の必要性も求めた。大きな方向性については複数の委員から賛同する意見も出た。

厚労省も急性期医療の加算に課題感

厚労省は同日、総合入院体制加算と急性期充実体制加算に関する課題として、◇実績要件については、心臓血管外科手術や、腹腔鏡下手術と胸腔鏡下手術、正常分娩と異常分娩など、同様の機能に対して要件が異なっているものがあり、加算の評価が複雑になっていることや、幅広い総合的な診療体制を評価する総合入院体制加算と手術実績等を中心に評価する急性期充実体制加算の評価体系の違いがあることを、どのように評価分析するか◇人口の少ない地域では、総合的な機能が求められているものの、地理的な事情から、実績要件等を満たすことが困難な医療機関もあり、拠点的な機能を担うこういった医療機関の評価体系の現状をどのように評価・分析するか◇総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院でも、十分に精神科の入院医療が提供されていない中、総合病院が持つべき精神科の入院医療体制についてどのように評価・分析するかーの3点を示し、意見を求めた。

要件を満たすために患者が不利益を被らないような整理が必要

津留常任理事は、心臓血管外科の手術のうち「急性期充実体制加算」の対象手術であって総合入院体制加算の対象ではないものがあり、逆もしかりである状況について、「要件を満たすためにPCIで対応可能な患者さんを無理して開胸するなんてことがないよう、慎重に検討すべき」と主張。技術が進歩して新しいデバイスがどんどん使われている状況なども踏まえ、関係学会

に意見を求める必要があるとの考えも示した。

その上で、「新たな地域医療構想」における「急性期拠点機能」を念頭に、2つの加算を1つにまとめ、必要な要件を整理すべきと提案した。実績要件に位置付けられている全身麻酔手術件数を例にあげ、改めて「全麻件数にこだわらず、脊柱麻酔であっても医療資源投入量で正しく評価するような見直しが必要」と強調。「人口規模20万人未満の地域でも取得できるように注意しつつ最小限の機能を求め、精神科の機能も持たせた上で、地域を支える医療機関が算定・届出できるようシンプルに整理してはどうか」と念押しした。

健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「津留委員からも発言ございましたが、総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、医療機関機能を新たに評価し直すということが考えられる」と賛意を示した。

旭川赤十字病院特別顧問・名誉院長の牧野憲一委員は、「津留委員もおっしゃったように1つの評価体系にまとめていくということも考慮される」と検討の方向性については同調。一方、「(2つの加算はそれぞれ)評価する方向性が異なっているため、その趣旨を生かした体系を考慮するということが必要」との考えを示した。

改定まで8カ月以上「病院もたない」「補正予算など緊急補助で解決を」

津留常任理事は、厚労省が同日の分科会で「医療機関法人経営情報データベースシステム(MCDB)」と病床機能報告を用いて「急性期一般入院料1」を算定する病院の2023年度における収支構造などを「救急搬送受入件数」の規模別で示した内容にも言及。「救急搬送受入件数」が多くなるほど医業収益、医業費用ともに大きく、医業収益率が低い傾向にあるとの状況について、「2024年度、2025年度ともっと悪化を続けていると認識すべき」と指摘した。

その上で、2026年度の診療報酬改定を待たずに期中改定や補正予算による緊急的な補助が必要と改めて訴えた。「来年の改定まで8カ月半もあり、その間に救急医療を担う医療機関をはじめ病院は経営がもたない。不眠不休で一生懸命に続けている医療機関の経営がどんどん悪くなっていくような状況は看過できない」とも述べ、早急な対

応が急務であると語気を強めた。

医師事務作業補助者の削減はNO ICT活用による効率化の行末で懸念

同日は「働き方・タスクシェア/シフト」や「災害医療」も議題となった。「働き方・タスクシェア/シフト」では「医師事務業務とICTの活用」について検討。厚労省は「医師事務作業補助者の現状」として、

- ◇医師事務業務の省力化に向けたICT活用が80%以上の病院で取り組まれている
- ◇ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多い
- ◇ICT活用の取組みの効果として多いのは「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」など
- ◇労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多いのは「臨床データ集計等でのRPA活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」など
- ◇生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーを作成する際にカルテからの情報収集や情報突合と構造化、要約などプロセスが自動化される
- ◇生成AIによる文書自動作成、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例がある

一の6点を示し、ICT活用の推進に向けた取組をどのように評価・分析するかについて意見を求めた。

津留常任理事は、ICTを活用した作業の効率化で労働時間の短縮効果などが得られている状況について、「取組みが評価されれば、医師事務作業補助者の人員をもっと減らせるだとか、人件費を減らせるのではないかという論調に向かいがちかなと思うが、効率化を促進して作業効率が上がった場合は、医師の事務作業をさらに医師事務作業補助者にシフトして、医師の事務負担をより減らすという方向に持っていくことが重要」と述べ、医師の事務負担軽減への道は端緒についたばかりと説明。安易な人員削減等の議論に着手しないよう牽制した。さらに「これまで

育ててきた医師事務作業補助者を担う人員が他産業に流出するようなことは避けなければならない」とも述べ、慎重な取扱いの必要性を強調した。

災害支援時の一時的人員不足「特例措置はパターン化できる」

「災害医療」については、厚労省が以下の3点を課題としてあげ、意見を求めた。

- ①災害発生時に、被災者受入や被災地への職員派遣で入院基本料等の施設基準を満たせなくなる場合の取扱いについて、災害医療に関する調査結果を踏まえ現状をどのように評価するか
- ②診療所における災害に備えた取組に関する調査結果についてどのように評価するか
- ③新型コロナウイルス感染症の影響への対応を踏まえ、感染症の流行等による一時的な変動があった場合の対応について現状をどのように評価するか

津留常任理事は、地震災害などが起こった際に被災者を受け入れた医療機関や被災地に職員を派遣した医療機関を対象として「1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよい」などの特例措置を講じている現状に言及。「災害規模に応じて特例措置を事前にパターン化して発災時は自動で事務連絡を発するか、診療報酬上の取り扱いとして示していくことも選択肢」と提案した。災害への備えについては、厚労省が示した「災害時における業務継続計画(BCP)」を策定している診療所の割合は約30%との状況に触れ、「ある程度は義務化しても良いのではないか」との考えを示した。

新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症への対応として「診療拒否が原則、ないようにする必要がある」と指摘した上で、「次期診療報酬改定でかかりつけ医制度を評価する際に、施設基準や要件として整理する内容ではないか」と述べ、厚労省に対し検討を求めた。

自治体病院の給与対応「他会計負担金」相当を民間にも

社保審・医療部会

全日病・神野会長が主張、「改定率の賃金・物価スライドも早々に議論を」

全日病の神野正博会長は9月19日、委員を務める厚生労働省の「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)で、自治体病院が人事院勧告に準拠し職員の給与を引き上げる際の原資にあたる「他会計負担金等」は民間病院に入ってこないと改めて指摘し、民間病院の賃上げ対応には診療報酬改定での対応に加え補助金や交付金などで補填が必要と訴えた。

2026年度の診療報酬の基本方針作成に向けて議論している医療部会では同日、厚労省が「医療機関等を取りまく状況(経営状況・人材確保等)」と題した資料を提示し、福祉医療機構(WAM)のデータや医療法人経営情報データベース(MCDB)による病院の事業利益率や経常利益率、収支構造の

変化や推移などについて説明。このうち自治体病院の経営状況に関する資料では、2023年度の「他会計負担金等」が2018年度比で6493万円増の8億1373万円となっている状況などが分かった。国家公務員の給与を引き上げる人事院勧告は2024年度、2025年度も出ており、給与を引き上げるための原資はさらに膨らんでいると考えられる。

神野会長は、「同じ労働をしている看護師をはじめとする医療スタッフに対し、人事院勧告に準拠する分すら出せないのは、まさに他会計負担分がないため」と述べ、民間病院の給与引上げに必要な原資の配分を求めた。

次々回の改定に向けた予見性確保を

神野会長はこのほか、今後の病院経

営に関する予見性を高めるため、診療報酬改定が賃金・物価やGDPに応じてスライドする仕組みなどについて早々に議論すべきと訴えた。「どのような指標でどうスライドしていくべきなのか、改定率をスライドすべきなのかも含め、早いうちから次の次の改定に向けての議論も進めていただきたい」と必要性を強調した。

同日は神野会長が全日病のほか日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会、全国自治体病院協議会の計6団体で2024年度の診療報酬改定の影響を調べるために実施した緊急調査(全日病ニュース4月1日号など参照)の結果に関する資料を提出。2023年度、2024年度と医業費用が医業収益を上回って推移し

ている状況や、利益率が悪化し2024年度は医業利益で約7割が赤字、経常利益では約6割が赤字となっているとの状況、さらには2018年度比で2023年の控除対象外消費税が約50%増加しているなどの状況を示し、「こうした状況は年々悪化しているということをまずは知っていただきたい」と改めて病院経営が未曾有の危機に瀕している事態への理解を求めた。



「特定機能病院」の要件見直し、省令改正など対応へ

社保審・医療部会

全日病・神野会長「既存の病院の取り扱い、早急に明確化を」

厚生労働省は、2025年9月時点で全国に88施設が承認を得ている「特定機能病院」の要件を見直す。同88施設中79施設にあたる大学附属病院本院（大学病院本院）を念頭に、医師派遣機能などの新たな要件を設けた上で、「基礎的基準」と「発展的基準」により評価する方向性で省令改正する。特定機能病院のうち、国立がん研究センターや国立循環器病研究センターなど`ナショナル`の呼称で馴染みのある国立高度専門医療研究センターについては、役割を踏まえた別の要件設定により、大学病院本院に準じた役割を評価する。現在、特定機能病院の承認を得ている施設については、「当面の間、特定機能病院として取り扱うことが考えられる」との方針だ。

9月19日、厚生省の社会保障審議会・医療部会（遠藤久夫部会長）が、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が検討した新要件の方向性に関する「とりまとめ」の内容を大筋で了承した。

神野会長「`当面の間、は明確化を`」
厚労省「現時点で明確な時期はない」
同部会委員を務める全日病の神野正博会長は同日、既存の特定機能病院に関する取り扱いを「当面の間」と記した点について「いつまでか」と質問。「診療報酬も高いわけなので、いつまでに基準を満たさない場合にはやめていただくのか判断も必要」と期限の明確化を求めた。厚労省は、「まだ明確な時期を含めた方向性が定まっていない。ご指摘を踏まえしっかりと検討をしていきたい」と応じるにとどめた。

「医師派遣」を追加、5つの基準へ
特定機能病院の承認要件は主に◇医療提供◇教育◇研究◇医療安全一の4つを基準として構成していた。今回の見直しでは、特定機能病院が担う役割として地域における「医師派遣」の機能の明確化を図る。85歳以上の高齢者の増加と人口減少がさらに進む2040年

を見据えた「新たな地域医療構想」の策定に向けて「医療機関機能」を位置付ける予定となっており、大学病院には常勤医や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育や看護教育など医療従事者の育成や広域な観点での診療を総合的に担う役割を求める方向で検討している状況を踏まえた対応だ。
新たに位置付ける「医師派遣」に関して同検討会での取りまとめ文書では、「地域に一定の医師派遣を行なっていること」と記載。注意書きで「地域の実情や地域において果たしている役割を踏まえた評価を行う」と記している。その上で、「医師派遣の実績」について、「出向等の派遣形態によらず、派遣先の医療機関における常勤換算医師数を基本として基準を設定する」との方針を示した。派遣先の医療機関における医師養成に関する教育体制や処遇改善策などについては派遣形態ごとの状況なども含めて把握し、「継続的な課題抽出」や「必要な取組」を求める。

「医師派遣」の評価は厳格？
さらに厚生省は、医師派遣の実績の評価に関して、「医師が多い地域から少ない地域への医師派遣等を適切に評価できるよう、例えば、派遣先・派遣元の医療機関が所在する地域の医師の状況等による補正を行う」との方針を明記。一方、「同一法人の医療機関に派遣する場合や、著しく長期に同一の医療機関に勤務している場合であって、課題がある場合については、医師の状況や指導等の状況も踏まえ、一定の評価に留めることを検討すべき」との考えも表明した。地域医療構想や医師確保計画などと整合性を確保した地域貢献や医師派遣が求められているとも指摘し、「実績報告において、当該特定機能病院における医師派遣の全体像を把握し、地域医療構想や医師確保計画等との整合に関する状況等を報告するものとする」との定めを記した。

「医師派遣、がちっと固めないで」
全日病・猪口名誉会長が主張
特定機能病院の基準として新たに設ける「医師派遣」については、要件の見直しを議論した同検討会で構成員を務める全日病の猪口雄二名誉会長が、柔軟な取り扱いを求めている。
9月18日の検討会では、厚労省が派遣期間について、「派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣」と定義する案を提示。医師の常勤換算数に関しても「1週間の勤務時間数が32時間未満の場合は非常勤医師と見なす」と提案した。
猪口名誉会長は、「こんなにがちっと基準を固めるのではなく、期間の長短を含め、全国津々浦々、さまざまな医師派遣の形があることを踏まえて考えてほしい」と求めた。
同日の検討会で厚生省が「基礎的基準及び発展的基準の考え方(案)」と題した資料のうち、「医師派遣」に関する内容は以下のとおり。

地域医療への人的協力（医師）
▪雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する
※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能
※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること
※病院の管理者（病院長）としての派遣でないこと
▪地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること（具体的な基準については、現時点で大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定）
(令和9年(2027年)度を目処に実績確認を開始し、確認された人数を

報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める)
※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的な基準において行う

常勤医師換算数については、◇非常勤の医師派遣も含めた派遣先の医療機関における常勤換算医師数◇常勤医師は派遣先医療機関で定められている医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること。ただし、当該医療機関で定められている医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は非常勤医師と見なす―と提案していた。

既存基準にも追記、あり方を鮮明に
特定機能病院に求めてきた4つの基準にも新たな記載を加える。「医療提供」に関しては、「基本診療科の幅広い設置」を追記。これまで標榜を求めていた16診療科に加え「病理診断科」「臨床検査科」及び「総合診療科」の設置と専門研修プログラムの基幹施設となるよう求める。
「教育」には、主体的かつ積極的な医師などをはじめとする医療従事者の育成として◇いわゆる Student Doctor の育成◇専攻医数◇幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること◇地域の医療機関への学習機会の提供◇看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成一を求める。「研究」については、査読付き英語論文の基準から「Case ReportやLetterについては本数制限や割引等を行う」との方針を明示。「研究支援組織設置」などの対応も求める。
「医療安全」の関連では、重大事案発生時の対応について「強化」を求めるほか、「重大事案」については「患者への影響度及び回避可能性が一定以上のもの」を明確化する。また、配置する医療安全管理責任者の「要件(医療安全にかかる経験)」や「業務内容の明確化」なども指示。加えて、ピアレビューの内容を明確化するほか、監査委員会を構成する委員の要件を追加し、監査内容の明確化にも着手する。

電子処方箋の存在自体が知られていない、全日病・美原副会長

厚労省・電子処方箋推進会議

「メリットや利便性の周知も不十分」

全日病の美原盤副会長は9月29日、構成員を務める厚生労働省の「電子処方箋推進会議」で、電子処方箋の存在自体を患者が知らず、メリットや利便性を実感している人は皆無に近いと危機感を示し、広報に工夫を求めた。
厚労省は同日、2025年9月21日時点の電子処方箋の運用状況を提示。全国の病院、医科・歯科診療所、薬局でオンライン資格確認システム(オン資)を導入済なのは21万3301施設。このうち「電子処方箋の利用申請済」は11万8674施設(40.8%)、「同運用開始済」は7万5332施設(35.3%)だった。医科の病院・診療所で「同運用開始済」は1万9646施設(21.5%)で、内訳はオン資を導入済み病院の15.3%、同診療所は22.1%だった。
2025年8月時点の処方情報登録は936万件、調剤結果登録は5515万件。重複投薬アラートは917万件で、併用禁忌アラートが1.4万件発生していたとの状況も示し、「処方・調剤にあたり重複投薬や併用禁忌のリスク防止に繋がっている」と説明した。

医療職でもメリット実感していない
美原副会長は、重複投薬や併用禁忌の回避に関して、「今、現場の薬剤師さんがしっかり取り組み、困っていない」との見方を示した。その上で、「患者さんはそもそも電子処方箋を知らない。メリットが実感できる広報が必要だ」と指摘した。加えて、「我々の病院も電子処方箋の運用開始済だが、定期的に使っている患者さんは数える程度。調剤薬局に聞いてみても、固定の利用者は数名との回答があった」との状況も明かし、「若い職員からは、電子処方箋よりもスマホのお薬手帳アプリの方が利便性は高いという声もあった」とも述べ、「紙の処方箋画像をアプリ経由で調剤薬局に送れば、事前調剤してもらえるなどの時短のメリットがある。患者さん目線でのメリットをもっと広報してもらいたい」と強調。電子処方箋の利用を始める際の手続きの煩雑さや、わかりにくさを上回るほどのメリットや利便性などが伝わっていないとの認識を重ねて示した。
これに対し厚生省は、「電子処方箋とお薬手帳アプリとの連携は図ってお

り、一部のアプリベンダーさんでは対応を始めていただいている」と説明。「電子処方箋の情報がそのままお薬手帳アプリで引き出せるというところまでを目指す」とも述べ、理解を求めた。

導入補助金は2026年9月で終了
電力カルとの一体的導入は補助検討か
厚労省は同日、医療情報化支援基金による電子処方箋の導入補助を2026年

9月に終了するとの方針を明らかにした。補助の取扱いについては今後、電子カルテ(電カル)を含む医療情報の共有サービスとの一体的な導入が進むよう、改めて検討する。
一方、補助による電子処方箋の導入支援として最後の1年となる2025年10月以降は、これまでも対象だった「院外処方機能」に加えて新たに「院内処方機能」も対象にする(図表)。

2025年10月以降の電子処方箋の導入補助（病院と診療所を抜粋）			
2025年9月まで	大規模病院	病院	診療所
院外処方機能（基本機能）	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を上限に、その1/3を補助	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を上限に、その1/3を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額の38.7万円を上限に、その1/2を補助
院外処方機能（基本機能＋追加機能）	200.7万円を上限に補助 ※事業額の602.2万円を上限に、その1/3を補助	135.3万円を上限に補助 ※事業額の405.9万円を上限に、その1/3を補助	27.1万円を上限に補助 ※事業額の54.2万円を上限に、その1/2を補助
2025年10月以降	大規模病院	病院	診療所
院外処方機能（基本機能＋追加機能）	200.7万円を上限に補助 ※事業額の602.2万円を上限に、その1/3を補助	135.3万円を上限に補助 ※事業額の405.9万円を上限に、その1/3を補助	27.1万円を上限に補助 ※事業額の54.2万円を上限に、その1/2を補助
院外処方機能＋院内処方機能（基本機能＋追加機能＋院内処方機能）	247.7万円を上限に補助 ※事業額の743.2万円を上限に、その1/3を補助	169.6万円を上限に補助 ※事業額の508.8万円を上限に、その1/3を補助	35.9万円を上限に補助 ※事業額の71.7万円を上限に、その1/2を補助
*大規模病院＝200床以上の病院　*大型チェーン薬局＝グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局 *追加機能＝リファ処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索			
厚生省資料を一部改変			

「本当に最後まで訴訟にはしたくなかった」

全日病 ペイハラ座談会(前編) 井上常任理事「医療は寄り添う、患者を訴えたい医療者はいない」



井上常任理事

全日病の井上健一郎常任理事が理事長を務める社会医療法人春回会井上病院（長崎県長崎市）が原告となり起こしていたペイシェントハラスメント（ペイハラ）被害に関する訴訟は2025年1月、最高裁判所への上告棄却という形で幕が下りた。上告直後の想いなどを聞き「全日病ニュース」の2024年11月1日号に掲載したインタビューに続き、今回は井上常任理事の呼びかけで、一連の訴訟を担当した福岡博孝弁護士と、同訴訟関連の情報を継続的に取材してきた長崎新聞の論説委員である堂下康一氏にお集まりいただき「ペイハラ座談会」を開催。上告棄却についてや、この間に成立した「カスタマーハラスメント（カスハラ）」対策の強化を盛り込んだ法律の施行に向けた考えなどについて話し合っていた。「本当は、最後の最後まで訴訟にはしたくなかった」と、提訴は苦渋の末に決断した旨を漏らした井上常任理事の想いにも迫った1時間強の内容を、前編と後編の計2回に分けてお届けする。司会は全日病ニュース編集部が務めた（以下、敬称略）。

**井上常任理事「論点は大きく2つ」
違法性とキーパーソンの重要性**
——みなさま、本日はお集まりいただき誠にありがとうございます。まずは井上先生に、改めてではありますが、最高裁への上告が棄却された旨、第一報を聞いた際のお気持ちやお考えなどを伺えますでしょうか。
井上 一連の裁判に関する論点は大きくわけて2点だと思っています。1つ目は、2024年1月の一審判決（右表参照）において、違法なハラスメントと認められた行為に対し、2024年7月の控訴審において患者家族の精神的な不安定さを理由に、多くは不法行為として認められず、「精神的に不安定だから仕方ない」「医療機関側が許容すべきである」との判断が行われたことです。2つ目は、診療方針の決定に責任を持つ人（以後、キーパーソン）は誰かという点です。診療契約を交わしている患者本人が原則ですが、患者自身が診療に関して相談ができる状態にない場合、裁判所はキーパーソンではなく保証人であると判断していることです。ご家族の病状が悪いと、精神的に不

安定になるのはよくわかりますが、社会的に違法性のある行為があっても、看護師の退職と病床の閉鎖については「因果関係があるとは認められない」との判断が下っており、診療報酬のあり方に関してや、医療のあり方とキーパーソンの関係についても裁判所の中に理解されていない方がいるという事実を非常に危惧しています。
——医療機関の場合、看護師さんが続けて退職されてしまうと入院基本料の人員配置基準を満たせなくなる可能性が生じます。一般的な店舗や企業の窓口などであれば一時的な人手不足として許容できるかもしれませんが、状況は大きく異なります。患者さんの面会にお越しの子女Bさんが、事実上は入院を引き延ばすなどの決定に大きく関与している状態でありながら、キーパーソンではないとの判断も腑に落ちません。

福岡 そもそも、患者Aさんのご家族である子女Bさんから看護師さんたちに対する高圧的・威圧的な言動があったため、2019年5月に病院への立ち入りを禁止する旨を通知したものの、解決しなかったのが始まりです。やむを得ず、地方簡易裁判所に調停を申し立てたものの、ご本人が1度も出席されず不調に終わっていたところに、今度は先方から「面会妨害禁止の仮処分命令」の申し立てがありました。つまり、患者さんのご家族から「病院が面会を妨害しているからやめさせてくれ」という訴えがあったわけです。ただ、地裁において本申立は却下となり、その後は最高裁までいきましたが、高裁における「仮処分命令申立却下決定に対する即時抗告事件の棄却」に関する抗告が棄却され、終結しました。その際は常識的な事実認定と違法性の判断があり、「面会禁止措置をとることもやむを得ないと判断したのであって、それが不合理であるとは到底いえない」という事実認定もありました。
しかしその後も、子女Bさんによるハラスメント行為が続きましたので、井上先生からはできるだけ訴訟にしたいとご相談を受けていましたが、やむなく訴訟に踏み切りました。
井上 我々医療者は、患者さんを治してあげたい、支えてあげたいという一心で、日頃の診療やケアに当たっています。本当は、最後まで裁判にはしたくありませんでした。ただ、看護師さんが4人もやめてしまうのは異常事態です。病院の管理者として職員を守らなければならず苦渋の決断でした。



福岡弁護士

ペイシェントハラスメントに係る裁判に関して

【患者Aの病状経過】 全身性エリテマトーデス、小脳出血後、高度亀背にて通院中。
2017年12月 腹痛にて入院。内視鏡胃管挿入後に胃穿孔。開腹手術し人工呼吸管理
2018年2月 気管切開し人工呼吸器管理。以後 カテ感染、胆嚢炎などを合併するも改善。夜間のみ人工呼吸管理。自己経口摂取可能となった。
2023年6月 急逝。同日Aiと病理解剖実施。死因はStanford A型急性大動脈解離。

【事案の概要】

本件病院（急性期1）が入院患者A（入院期間：2017年12月～2023年6月）の子女Bに対して以下を請求
① 子女Bから本件病院の看護師らに対する高圧的・威圧的な言動等の違法なハラスメント行為により、複数の看護師が退職したことから病床を一部閉鎖せざるを得なくなったとして、不法行為に基づく損害賠償の請求
② 患者Aと本件病院の入院診療契約が終了したにもかかわらず、子女Bが協力・同意せず、病床の占有を続けさせ、新規急性期患者の受入れを不可能にしたことに対する損害賠償の請求
③ 子女Bに対し妨害予防請求として本件病院への立入り禁止の請求

【裁判の経過】

2019年5月	子女Bへ本件病院立ち入り禁止を通知
2019年10月	本件病院から地方簡易裁判所に調停申し立てするも不調
2020年10月	被告側より面会妨害禁止の仮処分命令申し立てあり
2021年2月	地裁にて、「面会妨害禁止の仮処分命令申立事件」。申立却下。
2022年1月	高裁にて、「仮処分命令申立却下決定に対する即時抗告事件」を棄却
2022年5月	最高裁にて、高裁決定の抗告を棄却。終結。
2020年11月	地裁に立入禁止等を求める訴え及びハラスメント言動による病床の一部閉鎖にかかる損害賠償請求を提起。その後、転院・退院拒否により病床が一つ占拠されていることにかかる損害賠償請求を追加。
2024年1月	判決。原告の請求はいずれも棄却。以下、裁判官のコメント 1 子女Bによる違法なハラスメント行為は一部認められるが、看護師の退職及び病床の閉鎖と相当因果関係があるとは認められない。 2 本件診療契約が終了しており、またその賠償責任を負う主体は患者Aであり、保証人の夫はともかく、これを子女Bが負う理由はない。 3 被告による違法なハラスメント行為は一部認められるが、現時点において、立入禁止の具体的な必要性までは認められない。
2024年1月	福岡高裁へ控訴
2024年7月	棄却 入院患者やその家族が精神的な不安定さから社会的に不相当な言動に及んでも、すべて違法性に該当する不法行為と評価することは認められない。
2024年7月	最高裁へ上告
2025年1月	上告棄却 病院側の主張が民事訴訟法上の上告事由に該当しない

井上常任理事ご提供の情報に基づき作成

福岡 当初から看護師さんたちに対するハラスメント行為の記録をとにかく残しておくように助言してありましたので、訴訟に踏み切る際は、ある意味では準備万端で臨みました。また、子女Bさんが起こした「病院が面会を妨害しているからやめさせてくれ」という仮処分では子女Bさんのハラスメント行為が認められ、最高裁で勝っていますから、病院側の主張も認められています。2020年11月に改めて子女Bさんの立ち入り禁止と子女Bさんのハラスメント行為により病床の一部が閉鎖されたことに対する損害賠償を提起し、その後に転院・退院拒否による病床の占拠に伴う損害賠償請求を加えました。結果、ハラスメント行為を認めながらも、患者・家族の立場を考えれば違法とは言えないという屁理屈のような判断でした。医療機関の経営についての知識不足を露呈したような内容で、憤りしか感じません。
堂下 看護師の確保は病院の責任であり、ペイハラが原因で退職者が出たとしても病棟閉鎖には直接影響しないとした裁判所の判断には違和感しかありません。看護師不足や確保の難しさを



堂下氏

理解できていません。状況がさらに悪化すれば診療報酬上の施設基準を満たせず、地域を支える医療機関としての役割を果たせなくなると分かっているのではありません。司法には必ずしも期待できないという実態が明らかになったとも感じています。病院にとって相当な時間と労力が費やされましたが、裁判で敗れば精神的、経済的なダメージが大きい。深刻度が増す前に組織として早期に介入し職員を守る体制が必要だと痛感しています。
福岡 ペイハラは、カスハラと同じではありません。公定価格であり要件ガチガチの診療報酬を前提に運営する医療機関という職場は、一般的な接客の場などとは一線を画す存在です。今、ペイハラの事案を裁判所に判断させるのはまずいと感じています。とにかく裁判を起こさないで済むような対応が望ましいと感じます。
(後編につづく)

■ 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
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会（Web開催） 250名	2025年11月28日(金) 13:00～16:00	6,600円(7,700円)(税込)	厚生労働省の「医療安全推進週間」に関する取り組みとして、医療関係者の医療安全に対する意識向上や、医療機関、関係団体等における組織的な取り組み促進などを図る目的で全日病と日本医療法人協会が共催する講習会。「全日病・医法協認定 医療安全管理者」の継続認定(更新)に必要な研修(1単位)に該当する。
病院の品質が経営を救う ～選ばれる医療機関になるためのQMS実践セミナー～（Web開催） 100名	2025年11月29日(土) 13:00～16:30	8,800円(9,900円)(税込)	病院の品質改善に不可欠な、患者さんの期待に応える職員の技術力・アメニティ・接遇により結果としてのQMS(Quality Management System)について学ぶ。全日本病院協会・日本医療法人協会認定「医療安全管理者認定証」を継続更新するための研修に該当(1単位)する。