

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

平等のその先へ

ー日本の医療がめざす「公平」という正義

2つの正義の話である。「平等(equality)」とは、すべての人が同じ機会を持つこと。一方、「公平(equity)」とは、それぞれの事情や能力に応じた必要な支援を意味する。医療の分野では、「誰もが同じ医療を受けられる」ことが平等であり、「必要な人が必要な医療を受けられる」ことが公平である。

米国の医療は、自由市場を基盤に「選択の自由」を重視する。高品質な医療

がある一方で、所得や保険加入状況によって医療アクセスに大きな格差がある。平等というよりは自由競争の世界だろう。これに対して英国のNHSは、税で運営され「必要な人に必要な医療を無償で提供する」仕組みを整えた。公平を重んじた制度だが、財源制約から待機時間の長期化など、平等なアクセスの課題を抱えていると言っている。

日本は1961年の国民皆保険制度で「平等」を実現した。誰でも、どこでも、一定の負担で医療を受けられる体制は世界に誇れるものだ。しかし、少子高齢化の進行とともに、現役世代の保険料負担が重くなり、この「平等」を支える基盤が揺らいでいる。高齢者医療費は全体の3割超を占め、75歳以上の保険料は全国平均で約7000円、窓口負担が1割前後、残りを現役世代と税金

で賄う構造になっている。制度としての「平等」は守られても、「公平」かどうかは再考の余地がある。

医療保険制度の根底には、能力に応じて負担する「応能負担」の理念がある。だが、非正規雇用やフリーランスの増加で、所得把握が難しい層が拡大し、結果として負担の公平性が損なわれつつある。また、リスク管理の面でも、めったにない高額医療に巨額を投じ、日常的な軽症医療にも保険を適用するという「平等の原則」が、財政を圧迫していると言っている。

2025年は時代の転換点

今こそ「医療の正義」の話をしよう

医療保険とは本来、社会全体でリスクを分かち合う仕組みだ。今後は、すべてを一律に支える「平等」ではなく、

必要に応じて重点的に支援する「公平」への転換が求められるのではないか。人口減少と財政制約のなかで、どこまでを社会が支えるのか、どこからを自己責任とするのか――その線引きをすべての団塊の世代が後期高齢者となる節目の2025年を迎え、終えようとする今、生産年齢の著名な減少フェーズに入っていくこの転換点で、そろそろ真剣に議論する時だろう。これこそが次世代の医療制度を形づくるに違いない。

戦後日本の医療は「平等」を旗印に発展してきた。しかしこれからは、「公平」をもって持続可能な医療を築く時代である。誰もが同じ医療を受けられる社会から、誰もが必要な医療を安心して受けられる社会へ。その変化こそが、成熟社会にふさわしい「医療の正義」ではないだろうか。

〃高齢者救急、を担う病床機能の明確化「早急に」

地域医療構想&医療計画検討会 全日病・猪口副会長が要請、「検討会メンバーにも混乱ある」

全日病の猪口正孝副会長は10月15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、政府が重要視する`高齢者救急、を担う医療機関の在り方や病床の区分などについて、早急に共通認識を醸成して各地域での機能分化などに関する協議を通じた提供体制整備を後押しすべきと主張した。

政府は2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」において`高齢者救急、に関する医療提供体制の整備を最重要課題の1つにあげている。同日の議論について猪口副会長は全日病ニュースの取材に応じ、「どの『病床機能』で`高齢者救急、を受け持つのかなどについては検討会のメンバー内でも混乱がある」と指摘。その上で、「病床機能の区分に加えて、病院の機能分化も促すために設ける『医療機関機能』による分類の意味をより明確化してほしい。分類に関する議論にばかり時間を費やすのは無駄と感じる。うまくまとめてもらいたい」と注文した。

「包括期機能で高齢者等の急性期患者を受け入れる」

厚生省は同日、「新たな地域医療構想」でも全体の病床数は縮減の方で目標値を設定するとの方針を改めて提示。`改革モデル、として「目指すべき将来の姿」を共有するとの方針も改めて説明した。その上で、「新たな地域医療構想」の病床機能報告に関して、「包括期機能について急性期機能の病床にかわって高齢者等の急性期患者を受け入れることや回復期リハビリテーションの効率的な提供、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組みによる効率化等を、改革モデルとして組み込む」と提案した。

病床機能報告の関連ではさらに、医療機関が客観的に機能区分を選択して報告できるよう「入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安を整理する」との方向性も提示。診療報酬上の算定状況が病床機能報告にも何らかの影響を及ぼすとの道筋を明確化した格好だ。

「三次救の医療機関が二次救を受けている現状を踏まえ、線引きを」

猪口副会長は、「`高齢者救急、について、救急隊員が判断しやすいように定義をはっきりさせなければならぬ」と訴えた。「高度急性期を担う大病院や大学病院、三次救急を有する病院が『断らない救急』などの名目で二次救急を吸収している」とも指摘し、線引きをはっきりしないと`高齢者救急、でも同様の事態に陥ると警鐘を鳴らした。病床機能の区分と入院料の対応関係も早期に示すよう求めた。

この点について厚労省は、「一律に『高齢者の急性期＝包括期』という位置づけではなく、急性期や高度急性期(の病床)を有しつつ包括期の病床も有するというようなことはあり得る」と解説。その上で、「高齢者救急に関して、包括期でこれからますます支えていっていただくというようなことは今後、救急搬送が増加する中で必要」と前置きしつつ、「必ずしもきれいに線引きできるわけではなく、『急性期拠点機能』を有する病院で引き続き高齢者救急も含めて対応いただかないといけないケースもあれば、地域ごとに役割分担をすることが望ましいケースもある」と説明。今後データ等に基づきさらに検討を深める方針だ。

消費税補填のバラツキ解消など求め新厚労相に要望書

四病協 「病院の存続と地域医療の継続に必要」

全日病などで構成する四病院団体協議会(四病協)は10月29日、上野賢一郎厚生労働大臣と面会し、「病院医療提供体制を維持し地域医療を確保する為の要望書」を手渡した。主要要望内容は、①2025年度補正予算にあたり早急に病院への支援策を講ずること②病院への2026年度診療報酬改定については10%超の引き上げが必要であること③病院における社会保障診療報酬にかかる消費税について、各病院間における補填状況に係るバラツキが解消されるよう抜本的な対策を講ずることーの3点。「病院経営が逼迫する中、病院の存続と地域医療の継続に必要な事項」と説明している(神野会長が厚労相と初面会した際の印象は2面を参照)。

要望の根拠として、四病協が10月6日に公表した「2025年度病院経営定期調査」の中間報告から▽2024年度は73.8%の病院が赤字となり、前年度と

比較して赤字病院割合は3.9ポイント増加▽2024年と2025年の6月単月比較で赤字病院割合がさらに拡大▽2025年度、職員の賃上げは87.7%が実施していたが、平均の賃上げ率は「2～3%未満」が最も多く、他産業の半分程度の賃上げ率であったーとの状況を引用した。

控除対象外消費税調査の結果に言及「1病院で1億円超の補填不足も」

同要望書では全日病のほか、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病院団体が共同で実施した「医療機関における控除対象外消費税に関する調査」の結果にも言及。「1病院で1億円を超える補填不足も散見」と説明し、「控除対象外消費税の補填のバラツキが病院経営に一層の悪影響を与えている現状が確認された」と要望の根拠を示した。

同調査は、6病院団体に加盟する800病院を対象に5月19日～6月6日の間で実施し、267病院(約33%)から回答を得た。病院種別では「療養病床を持たない一般病院」(114施設)、「療養病床の割合が60%未満(0%を除く)の一般病院」(73施設)、「療養病床の割合が60%以上の一般病院」(26施設)、「精神科病院」(46施設)に分類。病床規模別では「199床以下」(90施設)、「200～399床」(63施設)、「400床以上」(106施設)。

補填の状況については、2023年度の実績値を用いて推計。有効回答を得た計259病院の補填率は平均値が105.0%

で、中央値は96.1%だった。

補填率を病院種別でみると、療養病床が少ない病院で補填が不足する傾向だった。病床規模別では、規模が大きい病院で補填が不足する傾向だった。

同調査の詳細は、以下のURLを参照 https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/251031_3.pdf

本号の紙面から

神野会長が新厚労相と初対面 2面

AMATが総理大臣表彰 3面

身体的拘束の定義、見直しを 4面

※※※※※※

2025年秋の叙勲で会員3人が受章

※※※※※※

2025年秋の叙勲で全日病の会員から3人の受章が決まり、それぞれに勲章が授与された。

【叙勲】

旭日小綬章 織田 正道 社会医療法人祐愛会 織田病院

旭日双光章 竹重 王仁 医療法人公生会 竹重病院

瑞宝小綬章 藤元 秀一郎 医療法人十善会 県南病院

高市内閣発足、神野会長は新厚労大臣と初面会 「経営の改善及び従業員の処遇改善につながる」補助金とは

高市早苗衆院議員を総理大臣とする内閣が10月21日に発足した。新たな厚生労働大臣には、国土交通大臣政務官や財務省副大臣のほか自民党の厚生労働委員会理事を務めた経歴のある、上野賢一郎衆院議員が就いた。全日病の神野正博会長は10月29日に複数の病院団体関係者らとともに上野厚労相と面会。直後に全日病ニュースの取材に応じ、新厚労相の印象について「病院団体の要望書をお渡しし、内容に関する私どもの説明や主張に対し、真摯に耳を傾けていただき、ご理解いただいた」との認識を示した。

「病院の7割が赤字」は「赤字に苦しむ医療機関」に変化
高市内閣の動向としては日本維新の会との連立を組む際に合意した基本政策である`12本の矢。にも注目だが、まずは補正予算で対応する方針を示した「経済対策」における病院支援のあり方が気かりだ。
総理大臣就任直後の記者会見では、「病院の7割が赤字」と言及し、対策の必要性を説いていたが、所信表明演説では、「病院」の文言が消え、「赤字に苦しむ医療機関」と変わった。この

点について関係者からは「支援の対象が、病院のみから診療所も含む形へと変化したのではないか」との声もあがる。首相が「報酬改定の時期を待たず、経営の改善及び従業員の処遇改善につながる補助金を措置して、効果を前倒します」と明言した、その具体的内容に注目が集まる。
中長期的な議論も始まる。所信表明演説では「超党派かつ有識者も交えた国民会議」の設置を明言し、「給付付き税額控除の制度設計を含めた税と社会保障の一体改革について議論してまいります」との方針を打ち出した。
自民党総裁選の時点から給付付き税額控除の必要性を訴えていた通り、「税・社会保険料負担で苦しむ中・低所得者の負担を軽減し、所得に応じて手取りが増えるようにしなければならない」との想いが強い。「早期に給付付き税額控除の制度設計に着手」する構え。国民会議の議題とする方針だ。

上野厚労相に対する総理指示は「攻めの予防医療」など9つ
上野厚労相は就任直後の記者会見で「全世代型社会保障の構築や地域共生社会の実現に向け、保健・医療・福祉

の向上」に取組むと挨拶。「持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革や、多様な人材が活躍できる環境整備」に努めると表明した。
高市首相が上野厚労相に指示した内容の概要は以下の通り。

①「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」に基づく次なる感染症危機への対応
②「全世代型社会保障」の構築、データに基づく医療行政のメリハリ強化の推進、自己管理を主眼に健康維持のための医療制度の構築による医療費適正化、多様な人生の選択肢を支える柔軟な制度設計による格差の是正とセーフティネットの構築、「働く意欲を阻害しない」制度整備
③税と社会保障の一体改革、特に社会保険料負担で苦しむ中低所得者対策として給付付き税額控除の制度設計
④リ・スキリングやデジタル技術の活用を後押しし、より少ない労働時間でより多くの賃金を得られる「稼げる日本」への変革を進め、意欲のある高齢者の就労支援、望まない非正規雇用をなくす改革、兼業・副業を促進し、最低賃金の引き上げを加速

させ、心身の健康維持と従業員の選択が前提の労働時間規制緩和の検討
⑤働き方改革を推進するとともに多様な働き方を踏まえたルール整備を図ることで安心して働ける環境を整備、高齢者・女性・障害者・外国人の就労促進など支え手を最大限増やす取組
⑥就職氷河期世代の就労や社会参加への支援、高齢期を見据えた支援
⑦「黒い雨」訴訟判決を踏まえ、訴訟原告と同様の事情にあった人々の早急な救済
⑧保険証の廃止を巡る不安への対応とマイナ保険証の利用促進及びマイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行
⑨認知症基本法に基づく総合的な施策の推進、身寄りのない高齢者の身元保証等について必要な見直し



上野厚労相
(厚労省提供)

病院経営は地球環境への影響などが評価基準になる可能性

第66回 全日本病院学会 in 北海道 北大・寶金総長「2040年に向けてアンテナは高く」



北海道大学の寶金清博総長は10月11日、全日本病院学会in北海道(以下、北海道学会)で講演し、2040年に向けてこれまで病院とあまり関係がなかった事象・要因が医療評価の新しい基準になることは十分に予想しておいた方がいい」との見方を示し、「アンテナは高く」と呼びかけた。候補としてCO2排出量や職員の多様性確保などをあげた。

「医療は地球環境を破壊」
寶金総長は、「思考実験してみると

いくらいの話なので気楽に聞いてください」と前置きした上で、「地球の健康」「人間の健康」「社会の健康」は影響し合っており、「地球の健康」から目を背けるのは不可能と説明。あらゆる事象について惑星としての地球が許容できる限界的な量が存在するとの考えに基づく「プレネタリー・バウンダリー」を検証すると一部は限界を超えていると指摘し、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが分析したデータを示し、「生物地球化学的循環」の観点による「窒素」や、「生物圏の一体性」の観点による「絶滅の速度」などは「不安定な領域を超えてしまっている(高リスク)」との評価に分類されるとの状況を解説した。
このような背景もあり、特に欧米では「脱炭素」を含む持続可能な事業経営や成長を目指すESG投資の観点が重要視されていると解説。病院への投資も例外ではないと説明した。
例として、英国が「Net Zero」と呼ぶ取り組みを紹介。Birmingham大学病院の手術室では、「手術に伴うCos排出は病院全体の25%」との認識から、①ガウンやドレープなど手術消耗品を再利用②ガス麻酔(強力な温室効果が

ス)から静脈麻酔へ転換③単回使用の医療器具の再利用をメーカーと相談④医療用廃棄物の徹底した再利用に向けた分別収集一を実行している。Manchester市では、救急車を電気自動車に変更。Oxford大学病院では医療関連輸送は距離で全体の4%だがガス排出では25%との認識から、医薬品・医療器具の輸送を大型トラックからバイクへ移行した。Southampton大学病院では、ドローンによる化学療法に用いる緊急医薬品などの移送を始めた。医療関連が、全CO2排出の4%を占めるとのデータも示し、「医療は地球環境を破壊している」と強調した。
その上で、年間で消費する建築物のエネルギー量を大幅に削減するとともに再生エネルギーや太陽光発電などでエネルギーを創る機能も合わせ持つ、エネルギー収支「ゼロ」を目指した建築物ZEB(Zero Energy Building)の実証実験が進んでいる状況などにも触れ、「新しい病院建築のあり方」との考えを示した。

「生・老・病・死」から「生・老・病・介・認・死」へ
今後の医療については、平均寿命の

延伸により引退後の期間が長くなっており、これまでの「生・老・病・死」から「生・老・病・介・認・死」へとライフサイクルが変化すると指摘。特に「介＝介護」と「認＝認知症」の影響により多臓器疾患や治療が困難な疾患、非線形・複雑系の疾患群が急増すると説明し、近代的な医学モデルが限界を迎えると予測した。『「治癒」から『看る』へと転換する新しい病院像を創造しなければならない』とも訴えた。
医学部の研究体制についても言及。従来型の「講座制」から独立した研究ユニット主宰者として活動できるフラットで機動的な研究体制(PI研究体制)の強化が必要との考えも明らかにした。また、専門医制度についても触れ、「研究力低下の大きな要因」との認識を示した。
最後は、日本からアルベルト・アインシュタインやスティーブ・ジョブズ、イーロン・マスクなど世界を動かすイノベーターを輩出する必要があるとも主張し、「少なくとも10年以内に理系・医系から総理大臣が出てほしいし、上場企業CEOは100名くらい理系・医系であるべき」との考えも示した。

音楽療法は病を癒す手段にとどまらず、成長を促す力となる

第66回 全日本病院学会 in 北海道 音楽療法家・中山氏「おと・ことば・音楽療法」をテーマに講演

北海道学会の「学会企画3」では、札幌医科大学・医療人育成センター非常勤講師の中山ヒサ子氏が、「おと・ことば・音楽療法」をテーマに講演した。中山氏は音楽が「病を癒す手段」ととどまらず、「人生を再構築し、死に向かう中でも成長を促す力」になり得ると緩和ケア病棟における自らの経験から示した。中山氏らは在宅患者に音楽を届けるグループ「訪問音楽療法」を組織し活動している。

歴史を遡れば、古代エジプトやメソポタミア文明の時代、音楽は魔術・医療と一体化していた。当時の人々にとって病気とは神の罰や呪いとされ、治療の儀式では歌や打楽器が欠かせなかった。音楽と治療の関わりは古く、旧約聖書のサムエル記には、王サウルの狂乱を若きダビデが琴の演奏で鎮めたという記述がある。
近代的な「音楽療法」の概念が登場するのは20世紀以降。アメリカでは第

一次・第二次世界大戦期に、戦傷兵の心身の回復を目的とした慰問演奏があった。1950年にはアメリカで音楽療法士の資格制度が始まっている。近年では、痛みの緩和から認知症患者のQOL向上、パーキンソン病の歩行改善など、音楽療法の効果に関し多くのエビデンスが報告されている。
中山氏は自身が体験した事例として、肺がんで自立歩行ができなかった男性との臨床実践を紹介。若い頃、民謡で

賞を取った経験のある患者は、ベッドで中山氏と一緒に民謡を歌う。演奏後、自ら短歌を詠むようになり1ヵ月後には17首を作り上げた。中山氏は、「音楽が単なる治療技術ではなく、人間の尊厳に寄り添う行為でもある」と語った。



タスクシフト／シェアを推進し、各職種が専門性を発揮

第66回 全日本病院学会 in 北海道 看護協会・薬剤師会・臨床工学技士会のジョイントセッション

北海道学会の「学会企画1」では、看護協会・薬剤師会・臨床工学技士会のジョイントセッションとして、看護師、薬剤師、臨床工学技士の立場からそれぞれ現場における「タスクシフト／シェア」の事例を共有した。

医療法人溪仁会・手稲溪仁会病院看護師長の篠澤亜美氏(写真左)は、内



視鏡センターにおけるタスクシフト／シェアの取組みとして、①安全性を担保する標準化②効率化を目指した業務改善③職種横断的な教育の事例を紹介した。例えば、業務効率化では「検査・治療の終了時間が平均30分短縮」などの効果を提示。看護師業務の中でタスクシフト／シェア可能な作業を明確化し、医師・薬剤師・臨床工学技士と役割分担することで、看護師がより専門性の高い業務に集中できる体制を構築した。

札幌薬剤師会西支部長の東洋慶武氏(写真中)は、

医療の高度化・複雑化に伴い業務が増大する中で、多職種が専門性を活かして分担・連携する新たな医療職種連携が不可欠と主張した。薬剤師と看護師の連携では、病棟薬剤配置や在宅医療を通じ、薬剤師が担う薬の副作用・相互作用の管理、服薬指導、処方提案に、看護師のケアスキルを組み合わせ、安全で効果的な薬物療法につながると報告。薬剤師と臨床工学技士の連携では安全性の確保や適正使用に関する効果が生まれると示した。

臨床工学技士でKKR札幌医療センター事務部用度課課長の大宮裕樹氏(写真右)は、2021年の医療法改正に

より、輸液ポンプ操作やカテーテル通電、内視鏡カメラ操作など臨床工学技士の業務範囲が拡大し、指定研修を受けることで資格更新が可能となったと報告。同センターにおける実践例として、内視鏡手術のカメラ保持業務や麻酔補助業務などを紹介した。特にカメラ保持の導入で医師1名分の省力化や手術室全体の効率化が進み、手術時間や安全性にも影響がないことを確認した。臨床工学技士が医療現場のみならず、医療機器購入やコスト管理など病院経営にも寄与できる存在であると述べ、今後も職域拡大とチーム医療推進の両立が重要と指摘した。

全日病 AMAT が「令和7年度防災功労者内閣総理大臣表彰」を受賞！

全日病 救急・防災委員会 報告 共に災害時の医療支援活動を行いませんか？

2025年9月17日(水)、全日本病院協会が有する災害時医療支援活動班(AMAT)が、内閣総理大臣官邸において石破茂内閣総理大臣より「令和7年度防災功労者内閣総理大臣表彰」を賜りました。

受賞理由としては、令和6年能登半島地震にて、1月2日(発災翌日)から「避難所支援」「病院支援」等、広範囲の現地支援ニーズに迅速に対応したことによるものです。

東日本大震災で民間病院が被災した



表彰状を受け取った
全日病救急・防災委員会の加納繁照前委員長

際に、民間病院への公的な支援が届きにくかった反省から設立されたAMATは、今後も病院同士で助け合う互助と公助の精神をモットーにこれからも活動して参ります。

令和6年能登半島地震での主な対応 ●人的支援

活動内容：会員病院の被害調査(1/1より)、病院支援、福祉施設支援、避難所支援

活動期間：2024年1月2日～11日

活動人数：29病院 121名

活動場所：恵寿総合病院、市立輪島病院、能登総合病院、公立宇出津総合病院、小木小学校、小木中学校

●物的支援

食料、使い捨ての食器、インフルエンザ・コロナウイルスの検査キット、暖房機器、災害用トイレ等

2024年能登半島地震の活動報告書は、下記のURLでご参照いただけます。
https://www.ajha.or.jp/hms/amat/pdf/240807_1.pdf

AMATとして災害時に医療支援活動を行いませんか？
AMATとして出動するためには、

AMAT研修の受講(Eラーニング+実習)が必要です。「Eラーニング」では災害概論やAMATの実際の活動などに関する内容を学習いただき、「実習」では主に災害での出動を想定したシミュレーションや、衛生電話等の通信訓練など実践的な学びを得ていただきます。2025年度は、以下の日程で開催いたします。ぜひ、ご参加ください。

【研修概要】
日 時：
①Eラーニング
2026年2～3月(予定)
②実習(東京)
2026年3月7日(土) 9:30～17:00
2026年3月8日(日) 9:30～17:00
※実習はいずれか1日にご参加ください。

参加費：
会 員 55,000円 ⇒ 会 員 11,000円
非会員 66,000円 ⇒ 非会員 33,000円
※2025年度の参加費は、厚労省の補助金により特別価格となります。

実習会場：
全日本病院協会 会議室
定 員：150名

AMAT隊員として新規認定された方には、AMATベスト(写真)を配布いたします。

本研修の開催案内は近日公開予定。詳細は下記のURLをご参照ください。
<https://www.ajha.or.jp/seminar/amat/index.html>



患者負担に配慮しつつ、持続可能性確保を目指す観点で

社保審・医療保険部会 厚労省が提示、OTC類似薬の保険給付の見直しで

自民党との連立政権を樹立した日本維新の会が求める「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」について、厚生労働省が具体的な検討を始めている。11月6日に開いた「社会保障審議会・医療保険部会」(田辺国昭部会長)では、「患者負担などに配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指す観点から、どのような仕組みとすることが適切か」との論点を示し、意見を求めた。

自公維3党合意を踏襲
スイッチOTC化の実効的方策も検討

「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」については、自・維の「連立政権合意文書」にて、2025年通常国会で締結したいいわゆる「医療法に関する3党合意書」と「骨太方針に関する3党合意書」に記載の医療制度改革に関する具体的な制度設計を2025年度中に実現すると記載。「社会保障全体の改革を推進することで、現役世代の保険

料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す」との考えに基づく。

3党合意文書では、「OTC類似薬」を「類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品」と位置付けた上で、「医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本」と説明しつつ、2025年末までの予算編成過程で検討し、「早期に実現が可能なものについて」2026年度から実行するとの方針が盛り込まれている。と同時に、「医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付のあり方の見直しの早期実施を目指す」とも記載し、一定の配慮は必要との認識も示している。

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)では、「持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため」の方策の1つに位置づけた。3党合意文書と同様、◇医療機関における必要な受診を確保◇こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮一をあげつつ、「個別品目に関する対応について適正使用の取組」や、「セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策」も検討するとの方針も盛り込んだ。

論点は2つ、委員から否定的意見

同日の医療保険部会で厚労省は、◇中学生以下の入院・外来について何らかの医療費助成を行なっている自治体が9割超との実態◇OTC医薬品が医療用医薬品よりも薬剤費負担が大きい

傾向にある状況一などを説明。加えて、医療用医薬品とOTC医薬品の違いとして、◇有効成分が一致していても効能・効果が異なる◇1日最大用量が異なる◇双方で流通していない剤形がある一などの状況も示した。

その上で論点として、①医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指す観点から、どのような仕組みとすることが適切か②医療用医薬品とOTC医薬品は成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路・剤形等に違いがあることを踏まえ、OTC類似薬の範囲について、どのように考えるか一を示した。

委員からは、否定的な意見が続出。患者による適切な薬の選択は困難と難色を示す意見や、患者負担に配慮した仕組みの複雑化への懸念などが出た。

「身体的拘束」の定義は見直しを

中医協総会 診療側委員が相次いで要求

2026年度の診療報酬改定において「身体的拘束」の定義を見直すよう求める動きが本格化している。診療報酬改定に向けて中医協総会が個別項目を検討する前の、言わば`前哨戦`にあたる「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(入院医療等分科会、尾形裕也分科会長)で委員を務める全日病の津留英智常任理事らが求めているのに続き、10月29日の中医協総会(小塩隆士会長)では、診療側の委員たちが相次いで要求。クリップセンサーなどを身体的拘束に位置づけることで、むしろ身体拘束を増やしてしまう`逆効果`が生じてしまっているとの主張だ。

身体的拘束の最小化へ、進む取組み
クリップセンサー等の扱いが問題
「身体的拘束」については、厚労省が過去の疑義解釈で「患者の身体又は衣服に触れる何かしらの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」との定義を示している。また、「身体的拘束」を最小化する取組みの強化として、2024年度の診療報酬改定では入院料の通則

を見直し、医療機関に組織的な体制の整備を要求。「身体的拘束最小化チーム」の設置や「身体的拘束を最小化するための指針の作成」などを求めている。
結果として、2024年度の「入院・外来医療等における実態調査」では、90.9%の医療機関(n=2530)が「身体的拘束を最小化するための指針」を策定済み。「身体的拘束の実施・解除基準」については、90.1%の医療機関(n=2496)が策定。「身体的拘束を予防・最小化するための組織」としては、「身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置」(79.6%、n=1941)が進んでいる。
入院医療等分科会では、複数の委員が「クリップセンサー」は「身体的拘束」に該当するののかについて改めて質問。厚労省は「身体的拘束に該当するという解釈」と説明したが、今後について「どのように対応すべきかも含め検討する」との方針を示していた。
委員からは、「クリップで繋がれているという点では身体的な拘束なのかもしれないが、ちょっと意味合いが違う気がする」(国際医療福祉大学医学部

公衆衛生学教授・池田俊也委員)などの意見が出ていた。離床センサーを使用して徘徊や転落などを未然に防ぎ、拘束も防いでいるとの認識だ。
同日の中医協では、「クリップセンサーなどを付けることにより身体拘束をなくし、活動を上げていくこともできる。衣服に触れているか否かだけで判断せず、身体的拘束の定義も見直していただくと、本当の意味の身体拘束をなくすことができるのではないか」(日本慢性期医療協会副会長・池端幸彦委員)や、「見守りセンサーや睡眠センサー、離床センサーなどを使って患者さんを縛り付けないような形で現場は頑張っている。衣服につけるデバイスというだけで、『ダメです』という扱いが診療報酬の解釈として示され、大変な問題になっている」(日本医療法人協会副会長・太田圭洋委員)などの意見が出ていた。
「最小化、にはインセンティブを」
全日病・津留常任理事の主張も踏襲
入院医療等分科会では、津留常任理事が身体的拘束を最小化する現場の取組みにインセンティブを与え評価すべきと主張(全日病ニュース8月15日号参照)。同日の中医協総会でも、診療報酬上で評価すべきとの意見が出た。
同日の中医協総会では、厚労省が身

体的拘束を最小化する取組みの好事例として、津留常任理事が理事長を務める宗像水光会総合病院などの事例を計4つ紹介。宗像水光会総合病院では、①看護管理者が身体的拘束最小化の取組みについて、その意図を正しく理解し、スタッフへ共有②身体的拘束を必要としないケアの検討③身体的拘束以外で転倒・転落防止対策④ルート・ドレーン自己抜去予防は身体的拘束以外の代替策を検討⑤人権擁護に対する看護師の意識改革⑥取組みに対する看護師への動機づけーの順で取組みを深化。2024年9月以降、身体的拘束は2%以下で推移している。

身体的拘束の最小化
「手厚く評価で取組を広げる」
日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、紹介された好事例に触れ、「さまざまな職種や部署で意識を統一していくための横断的かつ非常に丁寧なプロセスを踏んで実施している様子が見て取れる」と評価。「看護師をはじめとした数百人規模のスタッフをまとめていくためにも、看護部長や看護師長をはじめ管理者が非常にご苦労されていると聞く。身体的拘束の最小化に積極的に取り組んでいる施設をより手厚く評価することが、取組みを広げていくために重要」との考えを示した。

DXによる業務効率化と人員配置の緩和が必須

社保審・医療部会 全日病・神野会長「看護師300名超の残業が月1.5時間など可能」

全日病の神野正博会長は10月27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、医療機関におけるDXによる業務効率化と診療報酬上の人員配置基準・要件の緩和はセットかつ必須と訴えた。
自院の例として、「三百数十名の看護師の時間外労働は月1.5時間にまで落ちている」と明かし、DXにより病院経営を維持しつつ業務の効率化や勤務環境の改善は可能と力説。その上で、「結果として、人員配置基準や専従・専任要件を緩和していかないとDXの果実が生まれてこない」と述べ、人員不足に悩む医療機関がICTや生成AIなどを活用する業務効率化や勤務環境の改善を後押しするよう求めた。
同日は、厚労省が医療機関の業務効率化・職場環境改善に関する論点を提

示。主な概要は以下の通り。
(1) 業務のDX化の推進
➤既に業務効率化を実施してきた医療機関がその取組をさらに加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体での実効ある取組とするために、どのような支援や制度的枠組みが必要か
(2) タスク・シフト/シェア推進等
➤看護師の特定行為研修制度については、本年9月に「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ」が設置され、見直しに向けた議論が開始された。特定行為研修を修了した看護師の活躍促進に向けて、どのような取組が必要か
➤医師の働き方改革の推進に伴い、タ

スク・シフト/シェアの取組を進めてきているが、これまでの取組の定着化が必要ではないか
➤医療の質や安全の確保を前提に、医療従事者の業務効率化という観点から、いわゆる「D to P with N」等によるオンライン診療などを適切に普及・推進するためにどのような対応が考えられるか
(3) 地域での従事者の養成体制の確保
➤医療関係職種の養成校における遠隔授業の活用、地域や養成校の実情に応じたサテライト化の活用など、多様な学び手のニーズを踏まえた学習環境の整備を図る必要があるのではないかと併せて、こうした施策を含め、医療従事者の需給の状況を見通しつつ、

都道府県等が医療従事者の養成体制の確保のために講ずることが考えられる施策のメニューを整理していくことが必要ではないか
(4) 従事者の確保に資する環境整備等
➤医療現場の業務効率化を進めると同時に、現在の医療従事者が医療の現場に定着し、また、今後も、就業者が安定的に医療分野に参入する環境の整備が必要である
➤(1)、(2)と併せて医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できる環境整備を進める
➤社会人にとっても医療関係職がより魅力あるものとなるよう、各職種の状況に応じた養成課程を含めた環境整備が必要ではないかと

■ 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病院経営が改善するという好循環をつくるための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。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 事務管理領域 60名 40名	2026年1月31日(土) 12:30～16:00	9,900円(14,300円)(税込)	毎年の恒例となっている病院機能評価受審の支援を目的とする2部構成のセミナー。第1部では、「診療・看護・事務管理」それぞれの最近の病院機能評価の傾向と対策に関する講演が主体、第2部は「診療・看護合同領域」か「事務管理領域」のそれぞれで少人数のグループに分かれて事前に提出いただく自院の自己評価調査票に基づき講師と意見交換する。「事務管理領域」の第2部では、意見交換の前に「押さえておきたい『3rdG: Ver. 3.0』のポイント」がテーマの講義も予定している。