



医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

Crown Shynessの視点で 読み解く新たな地域医療構想

Crown Shyness (クラウン・シャイネス) とは、自然の森を下から眺めたとき、樹木が互いに枝葉を重ねすぎず、一定の「すき間」を保つことで、光・風・雨を森全体に行き渡らせ、結果として森全体の健全性と持続性を高める現象をいう。

もし一本の木が枝葉を過剰に広げ、周囲を覆い尽くしてしまえば、光や風、雨が届かない木々は衰え、やがて地表は荒れしていく。健全な森では、多様な動物や鳥、昆虫が集まり、その排泄物や下草が堆肥となって、森全体に栄養が循環する。Crown Shynessとは、単なる遠慮、ではなく、自律と共存によって

全体最適を生み出す自然の知恵である。

さて、いわゆる「2025年問題」、すなわち団塊の世代がすべて後期高齢者となるフェイズは終わり、2026年以降、日本社会は新たな構造変化の局面に入る。生産年齢人口は著しく減少する一方で、85歳以上人口は急増する。85歳以上の約6割は要介護状態にあり、入院の主たる原因も、緩解と増悪を繰り返す慢性疾患が中心となる。

このような背景の下で、「新たな地域医療構想」においては、「急性期拠点機能」や「高齢者救急・地域急性期機能」といった「医療機関機能」の分化が議論されている。

急性期拠点機能を担う病院とは、三次救急の役割と同時に、急性期ではないものの高難易度手術を担当する「治す病院」であり、一定の集約化が求められる病院群であると考える。

一方、高齢者救急・地域急性期機能を担う病院は、かつて全日本病院協会が提唱してきた「地域一般病院」に相

当し、「治し、支える病院」として、二次救急以下を担い、地域や患者に最も近い位置で医療を提供する、地域で均てん化されるべき病院群であろう。

三次救急で覆い尽くすのではなく

二次救急も生い茂り続ける形に

もちろん、構想区域ごとに人口構成、病院数、病院の性格や分布は大きく異なるため、最終的な役割分担は各区域での協議によって決定されるべきである。しかし、その前提となる一般則を共有しておくことは極めて重要である。

すなわち、救急隊がメディカルコントロールの下、高エネルギー外傷と判断した場合には、迷うことなく三次救急へ搬送すべきである。一方で、高齢者救急、特に要介護高齢者の救急については、まず二次救急以下の高齢者救急・地域急性期機能を担う病院へ搬送されるべきであろう。

救急車の受入台数確保や入院稼働率の維持を目的として、急性期拠点機能

を担う病院や特定機能病院が過度に救急患者を集患してしまえば、本来「最後の砦」であるべきこれら病院の役割を歪め、二次救急病院からの上り搬送を受け止める余力を失わせる。

昨年末の令和7年度補正予算や診療報酬改定における「重症度、医療・看護必要度」の要件に救急車受入台数が組み込まれたことには、強い懸念を抱かざるを得ない。高度医療を担う拠点病院が、いたずらに救急車台数の確保を競えば、彼の病院の救急現場の人材は疲弊し、一方で周辺の二次救急病院は縮小・撤退へと追い込まれていく。これは、まさに森の中の大樹が周囲の木々を駆逐していく構造と同じである。

日本の医療提供体制が、競争ではなく共存と連携によってつながり、持続可能であり続けるために、新たな地域医療構想においてこそ、Crown Shynessという自然の知恵が機能することを切に願いたい。

法律に基づくオンライン診療、4月1日から施行

社保審・医療部会 「政省令等で定める事項」などの方向性を了承

昨年12月に成立した改正医療法に基づくオンライン診療に関する制度的具体的な骨組みが固まった。1月26日、厚生労働省が4月1日の施行に向けて提案した政省令などに関する計10項目に紐づく内容を「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)が了承した。細部は省令改正や各種通知の発出に向けて調整を進めるが、全体の方向性については異論がなかった。

主な内容は、「オンライン診療の適切な実施に関する基準」として◇オンライン診療を行う医療機関の施設/設備・人員◇患者がオンライン診療を受ける場所◇患者に対する説明◇患者急変時の体制確保などを規定する。オンライン診療を実施するすべての医療機関に届出を義務づけ、指導・監督の体制を強化するほか、オンライン診療について広告できる内容の明確化や、患者がオンライン診療を受ける専用の施設を「オンライン診療受診施設」として位置づけるなど、多岐にわたる。

ついに法制化、自由診療も対象

これまでオンライン診療について厚労省は、医事法制上の「解釈運用」で機動的かつ柔軟に進めてきた。一方、普及を後押しする機動性や柔軟性の代償として、特に診療報酬などとの関連がない自由診療の領域で不適切な事例が散見されるとの指摘が医療関係者からあがっていた。近年では保険診療の領域でも不適切が疑われるような例もあるという。4月1日の施行後は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(オンライン診療ガイドライン)に反している場合は都道府県知事による是正命令なども可能になる。今後、オンライン診療ガイドラインを省令に位置付け、「最低限遵守する事項」として◇オンライン診療は患者希望の確認と必要な説明の上、合意がある場合に行う◇医師は、オンライン診療の適否を

判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげるなどを求める予定だ。

医療部会が同日に了承したオンライン診療に関する計10項目の内訳は、「改正医療法の施行に向けて、政省令等で定める必要がある事項」で7項目、「併せて行う見直し・周知に関する事項」で3項目。具体的な中身は以下の通り。

1. 改正法の施行に向けて、政省令等で定める必要がある事項

- (1) オンライン診療を実施する医療機関の届出について
- (2) オンライン診療受診施設の設置に関する届出等について
- (3) 広告規制等について
- (4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について
- (5) 医療機関の管理者の措置/オンライン診療受診施設の公表について
- (6) 法令違反等への対応について
- (7) オンライン診療受診施設の利用に関する費用について

2. 併せて行う見直し・周知に関する事項

- (8) オンライン診療のための診療所の取扱いについて
- (9) 巡回診療車等の取扱いについて
- (10) オンライン診療受診施設におけるマイナ保険証の利用について

届出義務2027年度末まで経過措置 オンライン実施中の医療機関が対象

オンライン診療を実施する医療機関に対し、都道府県知事への届出を義務化するものの、2026年4月1日時点でのオンライン診療を実施している医療機関については、事務負担等を考慮して2027年3月末までの届出で問題ないとする経過措置を設ける。

新たに創設する「オンライン診療受診施設」の定義は、「施設の設置者が、

業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設」と定める。同施設の設置者は、「設置後10日以内」に所在都道府県へ届け出る。具体的な届出事項は開設者の住所・氏名(法人名・主たる事務所所在地)や敷地面積・平面図、建物の構造概要・平面図など。一方、設置者(法人も可)については、医療従事者であることなどの要件は定めない。

広告規制の関連では、新たに「オンライン診療受診施設を利用してオンライン診療を行う旨等」が広告可能になる。厚労省は同日の資料で、オンライン診療を提供する医療機関が公民館を「オンライン診療受診施設」とする場合を例示。オンライン診療を提供する医療機関と公民館の双方がオンライン診療を実施している旨を広告できるようになると説明した。

「オンライン診療受診施設の利用に関する費用」は、患者に対し同施設側の場所代やシステム経費を含む運営経費の負担を求められるとの内容。費用負担のあり方や利用料等の額について厚労省は◇医療機関・施設・患者の各者間における契約関係において、実費等を踏まえ適切に設定する◇あらかじめ患者にとってわかりやすく示す◇他の費用と区分して請求する一などが望ましい旨を通知するとの方針だ。

全日病・神野会長が確認と質問

麻薬・向精神薬の取扱いやD to D

同部会の委員を務める全日病の神野正博会長は、大きく、◇法律に基づくオンライン診療が美容内科的な医療を含む自由診療も対象である点を確認◇薬剤処方・管理に関する「最低限遵守する事項」として「初診の場合は、①麻薬・向精神薬の処方、②基礎疾患等

を把握できない患者に対する特に安全管理が必要な薬品の処方、③当該患者に対する8日分以上の処方を行わない」との内容を定める予定だが再診以後における重複投与を回避する策はどうするのか◇「オンライン診療受診施設」の設置者が当該施設でオンライン診療を提供する連携医療機関の名称などを公表することについては義務化すべき◇過疎地の医療をカバーするため一般医が専門医にD to Dでコンサルトなどを依頼した場合、専門医が金銭的な評価を得られるよう設計すべきの4点を発言した。

厚労省は、自由診療についても今回の法律に基づくオンライン診療の対象になると改めて説明。再診以降の麻薬や向精神薬に関する重複投与を回避する策については、「診療報酬において要件として電子処方箋を活用して重複確認するか、電子処方箋がない場合にオンライン資格確認で受診歴や薬剤の利用履歴などを確認するとの方向で検討が進んでいる」と説明した。

「オンライン診療受診施設」による連携医療機関名の公表が義務ではない点については、「多数の連携医療機関が頻繁に入れ替わる可能性もある」との認識を示しつつ、「工夫を検討したい」と述べた。

D to Dについては、「遠隔連携診療料」などで一部、報酬でも評価されているとの認識を示した上で、「過疎地を含めてオンライン診療を適切に推進するため、中医協も注視しつつ対応していきたい」との考えを示した。

本号の紙面から

「急性期病院B入院料」とは	2面
3月13日までの申請を推奨	3面
疾患別リハの見直しで新区分	4面

医療機関を開設する一般社団法人の届出資料を厳格化へ

社保審・医療部会

全曰病・神野会長「医療法人と同じ尺度が大原則」

厚生労働省は、医療機関を開設する一般社団法人(公益社団法人以外)に対し、毎会計年度の△事業報告書△貸借対照表△損益計算書一を都道府県知事などへ届け出るよう義務づける。2026年度の事業分から対象にする。また、自治体に対して「非営利性の確認のポイント」や立入検査を行う際の留意点などを示すとの方針も示した。都道府県などで一般社団法人が運営する医療機関の非営利性を確認する際の対応などを踏まえつつ、医療法における報告徴収規定に基づき提出する可能性がある書類などを用いて整理する考え。1月

26日、「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)が方針を了承した。

一般社団法人が開設する医療機関数「2009年度比で251%増」

一般社団法人が開設する医療機関は経年的に増える傾向。厚労省が都道府県を対象に調査したところ、1999年には全国で257施設だったが、2023年には783施設にまで増加。厚労省は同日、2009年との比較で増加率が251%に及ぶとの状況も示した。一般社団法人自体は非営利法人だが登記のみで設立でき、医療法人に対する都道府県の認可

や、事業・経営に関する定期的な確認などがない。非営利性に対する疑義が度々生じていた。

一般の医療法人と同じ尺度が大原則

同部会の委員を務める全曰病の神野正博会長は、病院団体の提言などを踏まえた対応を評価した上で、「医療機関を経営する一般社団法人は、一般の医療法人と同じ尺度が大原則」と改めて指摘。「法人形態によって報告する義務などが異なるのはおかしい」とも述べ、医療法人と同等の義務化を課すべく引き続き検討を要請した。

「非営利性の確認のポイント」などを示すとの方針については、「きちんとポイントを示していただき、一度議論させていただきたい」と述べ、同部会での議論を経て、都道府県などへ示すべきとの考えを示した。

地域医療機能推進機構(JCHO)理事長の山本修一部会長代理も「これで終わりにしてほしくない」との考え。「ファンダムが出資している場合、大きな剩余金は出ないが、関連する企業を経由して薄く利益を剥ぎ取りながら進めると聞く」と述べ、金銭の流れを的確に把握すべきと主張した。

「急性期病院B一般入院料」は「治し、支える」病院向け

全曰病・神野会長

次期改定の目玉としては「DXによる配置基準の緩和」や「専従要件の緩和」にも言及

全曰病の神野正博会長は1月24日、「保健・医療・福祉サービス研究会」が東京都内で開いたシンポジウムで講演し、前日の中医協総会(小塩隆士会長)で厚生労働省が2026年度の診療報酬改定における新設項目などを列挙した「個別項目について」と題する資料(短冊)を踏まえ、目玉として△「急性期病院A一般入院料」と「同B一般入院料」の創設△ICT等の活用による看護業務効率化の推進△感染対策向上加算等における専従要件の見直しなどに言及した。その上で、「急性期病院A一般入院料」に関しては「治す医療」を担う病院向けとの見方を示し、「同B一般入院料」については「治し、支える医療」を担う病院のうちトップ層が算定できる点数ではないかとの見解を示した。

「短冊」では、「急性期病院A一般入院料」の要件として「看護配置7対1」や「平均在院日数16日以内」を求める。救急搬送を年間2000件以上、全身麻酔手術1200件以上が必要だ。

「同B一般入院料」は「看護配置10対1」や「平均在院日数21日」を要件とする方向で検討。「A」と同様に救急搬送や全麻手術件数にも要件を設定する方向で検討が進んでいる(全曰病ニュース2月1日号を参照)。

また、「治し、支える医療」の実現については、昨年末に決定した2026年度の「診療報酬改定の基本方針」における、「2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進」に関する具体的な方向性の1つ。主な内容には、△在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能(緊急入院等)を担う医療機関の評価△円滑な入退院の実現△リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進の3つ。

「A」は「急性期拠点機能」の点数

神野会長は講演で、「新たな地域医療構想」における「医療機関機能」のうち、「急性期拠点機能」が「治す医療」を担う病院で、「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」そして「専門等機能」が「治し、支える医療」を担っていくとの認識を示し、「急性期病院A一般入院料」については、「急性期拠点機能」を担う病院が算定する点数ではないだろうかとの見方を披露。「同B一般入院料」については、「高齢者救急・地域急性期機能」のうち水準の高い体制を整えているピンピングの「A」トップ層に対する救済的な措

置ではないか」との考えを述べた。

「A」「B」共通の課題としては、全身麻酔手術の件数が要件になる見通しであることに触れ、コントロールしにくい要素として注目との認識を示した。

また、どちらも経過措置はあるもののケアミックスでは算定できない点についても注目を促した。

「短冊」では、「A」に関して地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む)を届け出でない保険医療機関であることを、「B」には地域包括医療病棟を届け出でない保健医療機関であることを、それぞれ施設基準にするとの方向性が明らかとなっている。

「ICT機器等」の導入で、幅広い入院料における看護配置を緩和へ

「ICT等の活用による看護業務効率化の推進」について短冊では、「ICT機器等の活用により看護要員の業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、看護職員に対する看護師の比率等について、1割以内の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できるよう見直す」と説明。病棟で以下の3点に当てはまる「ICT機器等」をすべて導入するよう求めている。

①見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等(病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等により、看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握でき、訪室回数の減少等による業務の効率化を図りつつ、患者の転倒転落の予防、異常の早期発見、身体的拘束の最小化、医療安全その他患者の生命・身体の保護を図るもの

②看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等(音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器であって、当該機器の使用により、業務時間外の記録の作成にかかる時間が減少する等の効果があるもの)

③医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等(業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多

人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器であって、当該機器の使用により報告・連絡に要する時間や、報告・連絡に伴う移動や待機の時間が減少する等の効果があるもの)

対象の入院基本料は、△急性期一般入院料1~6△急性期病院A一般入院料△急性期病院B一般入院料△7対1入院基本料△10対1入院基本料△地域包括医療病棟入院料1と2△小児入院医療管理料1~4△特殊疾患病棟入院料1と2△緩和ケア病棟入院料1と2をあげている。

神野会長は、「これまでDX導入のモチベーションは全く生まれてこないという形だったが、今回の改定で診療報酬に入ってきたのかなというふうに解釈できる」と評価した。

専従要件の緩和について神野会長は、「感染対策向上加算等における専従要件の見直し」をあげた。

厚労省は同見直しについて「短冊」で、△感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行なうことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す△医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直すとの2本柱を説明。具体的には、下記の通り大きく分けて3つの見直しを検討中だ。

1. 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。
2. 感染対策向上加算における感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び医療安全対策加算1に規定する専従の医療安全管理者について、これらの業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えないこととする。
3. 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に

影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えないこととする。

神野会長は、これまで配置基準は数合わせであり、職員1人ひとりの能力などは無視されてきたと説明。「我々、病院団体として強く強く求めてきた内容」と述べ、悲願達成を喜んだ。

3年目で黒字化、最終利益率10%「おうちにかえろう。病院」の取組み

同日のシンポでは、全曰病会員でもある「おうちにかえろう。病院」(2021年4月に開院、東京都板橋区)などを運営している医療法人社団焰の安井佑理事長(Team Blue代表)も講演。120床のすべてが地域包括ケア病床の同院。初年度は2億円程度の赤字で、翌年度が1億円の赤字だったというものの、3年目には黒字化を達成。経年的に人件費率を下げ続ける取組みも進めながら、2025年度については最終利益が「10%くらいはしっかり残るような状態」にまで至った。直近の病床稼働率は86.7%、在宅復帰率は88.0%となっている。患者やその家族の意思決定支援を学ぶ「ACPマイスター講座」や「多職種で支えるチーム体制」の推進、地域事業者との連携などにも取り組んでいる。

同院の状況や最終利益率が10%程度となりそうとの見通しについて、総合討論でコメントを務めた神野会長は、「おそらく在宅支援とか地域包括の病院だからでしょうという見方があるかもしれない。でもそうじゃない。やる気のある病院かどうかという話」と解説。「今、病院の7割が赤字だが、逆に言えば3割は黒字」と指摘。「7割が赤字という状況はもちろん大変なので、病院団体が、医師会が、一生懸命「3.09%を勝ち取るためにいろいろやったわけだが、『3.09』が付いたからといって、安心してまた『左うちわ』になくなってしまうダメ」と述べた。「私たちは、もしここで多少増収があったとしても、それは未来への投資、人口構造が変化する中で、私たちに必要な投資というのはあるはずなので、そこにきちんと(お金を)かけるということが必要なのではないのかなというふうに強く思います」とも述べ、未来に向けての改善努力と投資に取り組み続ける必要性を強調した。

3月13日までの申請受付で年度内に支給

賃上げ支援・物価支援事業

厚生労働省は2025年度補正予算で実施する「病院賃上げ支援事業」と「病院物価支援事業」について、3月13日までに申請を受け付けた病院に対しては原則として3月31日までに給付金を振り込む予定だ。同補正予算に関する交付要綱などを公表したWebページ内で説明した。厚労省が規定した計算方式により、概算払いが可能な枠組みで進める。

3月14日以降の申請受付となった場合は、4月1日以降の振り込みとなる予定。

申請には同事業の対象となる2025年4月から申請時点までに診療報酬請求の実績がある施設に発行する「保険医療機関コード」が必要だ。手続きを進めるにあたり申請担当者のメールアドレスを登録するなどの手続きが発生する。詳しくは「申請マニュアル」を参照。

厚労省が公表、3月14日以降の申請受付は4月1日以降に振込

同WebページURL:

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69485.html

申請マニュアル:

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001648863.pdf>

病院には順次、阪急交通社を通じて厚労省から案内を送付しており、2月7日までに届いていない場合は下記まで問い合わせるよう求めている。

お問い合わせフォーム:
<https://mhlw-buccchin-shien.form.kintoneapp.com/public/contact>
物価支援事務局コールセンター:
03-6745-8288
平日9:00~17:00(12:00~13:00以外)

賃上げ支援は許可病床数×8.4万円

詳細を2月前半にQ&Aとして公表

「病院賃上げ支援事業」は、賃金・物価上昇の影響を受けている病院に対し、賃上げに必要な経費として給付金を支給し、確実な賃上げに繋げることが目的。対象は、2026年2月1日時点でベースアップ評価料を届け出ている病院で、給付金の支給額は許可病床数(2025年8月1日時点)×8万4000円で計算する。給付金を賃金改善に充てた結果は、今夏までに報告を求める見通し。

同事業は、2026年度の診療報酬改定までのつなぎ、として2025年12月~2026年5月の計6ヵ月分として支給するため、2026年度の診療報酬改定を経た「ベースアップ評価料」で対象とする職種との整合性なども影響するとみられる。厚労省は現在、同事業の詳細

について説明する「Q&A」を2月前半にもホームページで掲載する準備を進めている。

物価支援は許可病床×11.1万円

「すべての病院が対象」、加算も

「病院物価支援事業」は2024年度診療報酬改定以降の物価高騰に対応できるよう、病院の診療などに必要な経費の物価上昇分として給付金を支給し、経営改善に繋げて地域医療提供体制の確保を図る。原則、すべての病院を対象とする。

支給額は「基礎額」として許可病床数(同)×11万1000円で計算し、「加算額」を「救急車受入件数(精神科救急含む)」「全身麻酔の手術総数」「分娩件数」の多寡で500万円~2億円を支給する。同事業の給付金の使途については申請・報告が不要。

精神医療の「新たな地域医療構想」の関係、2026年度中に結論へ

医療部会

厚労省案を了承、検討会にWGを設置し春から議論

厚生労働省は、2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」に、精神医療に関する事項を盛り込むため2026年春から検討を始め、同年度中に結論を得るとの方針を決めた。昨年12月に成立した「医療法等の一部を改正する法律案」(医療法等改正案)を受けて具体的な検討を開始する。議論の場として「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の下に「精神医療に

関するワーキンググループ(WG)」を設置する方針。1月26日、社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)が了承した。

精神医療については、2025年までの地域医療構想においては言及していなかった。「新たな地域医療構想」では、精神医療についても地域の医療提供体制における役割や機能を明確化し、計画的に整備していくための内容を盛り

込む。

政府は、「新たな地域医療構想」では精神医療も含めた医療提供体制を整備する内容とするため、医療法等改正案に盛り込み、昨年の通常国会に提出したが、さまざまな状況が影響し、計59件になった同通常国会に提出した内閣提出の法律案中のうち、唯一継続審議となっていた。

日精協会長・山崎委員

公私の精神科病院「役割の明確化を」

同日の医療部会では、日本精神科病院協会会長の山崎學委員が、精神医療を「新たな地域医療構想」に位置づけるにあたって、「公的病院の役割と民間の精神科病院の役割をきちんと区別して考えていただきたい」と求めた。

措置入院などに関する診療報酬の充実が不可欠とも訴えた。

救急車の受入台数等での決定「搬送件数の増加」など懸念

地域医療構想&医療計画検討会

厚労省が急性期拠点機能の「考え方」で整理案を提示

2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」において定める「医療機関機能」のうち「急性期拠点機能」の確保を巡る調整が「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)で続いている。厚生労働省はこれまで、救急搬送や全身麻酔手術などの件数を指標とする方向性で検討してきたが、診療実績のほか、政策医療の実施状況や建物の状況も含めた地域での協議に委ねる方向性への調整を図っている。特に救急搬送などについては、「件数」だけでなく「地域内シェア」にも着目するとの考えを改めて示した。1月28日の同検討会で提示した「急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理(案)」と題する資料に明記した。委員から目立った反対はなかった。

厚労省は「急性期拠点機能」については、手術や救急医療などで医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う」と説明。「どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績(件数や地域内のシェア)が基本」と明記した。

その上で、「単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある」との考えも盛り込んだ。

加えて、「診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定さ

れる医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合もある」と指摘。「急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合にその他の医療機関が担うこととも考えられる」との流れも想定している。

全日病・猪口副会長が念押し
「二次救急の駆逐、望まれていない」

同検討会で構成員を務める全日病の猪口正孝副会長は救急車台数など絶対数のみで「急性期拠点機能」の役割などを位置づけた場合、地域の二次救急を担っている中小の医療機関が駆逐されてしまい医療提供体制が崩壊すると主張してきた。同日の資料では、「単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある」と明記。今後は、どのような診療実績に関するデータを基本とするかなどに注目が集まりそうだ。

二次救急は急性期拠点か高齢者救急
厚労省が「医療機関の役割と機能」

厚労省は、「医療機関の担う様々な役割と医療機関機能との関係について」との資料も提示。「施設類型の例」として①災害拠点病院②第三次救急医

療機関③第二次救急医療機関④がん診療連携拠点病院⑤医療措置協定一の5つを示し、それぞれ「医療機関機能等における主なイメージ」を記載した。

「第二次救急医療機関」については、◇医療資源を多く必要とする医療を地域で提供する観点から、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される◇また、高齢者救急の受け入れを行う高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関も担うことが想定される一の2点を併記した。同資料の内容を示すよう、全日病の猪口副会長が厚労省に求めている。

「第三次救急医療機関」については、◇構想区域の人口が大きい場合には、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される◇構想区域の人口が小さい場合には、構想区域内に第三次救急医療機関が存在しないこともあり、隣接する区域等において対応一の2点を記載。

「がん診療連携拠点病院」については、◇手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能の医療機関が主に担うことが想定される◇がんに特化した病院として専門等機能の病院ががん診療連携拠点病院となることも想定される一の2点を記した。

「災害拠点病院」では、「2次医療圏に1つ以上を確保することが想定されており、主として急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される」と説

明した。

複数の「医療機関機能」を報告可能 厚労省、GLに明記へ

「医療機関機能」についてはこのほか、医療機関が複数の機能を報告可能である旨を「新たな地域医療構想」を策定するためのガイドライン(GL)へ明記する方向だ。特定の診療科に特化した医療機関における手術や小規模手術などについて、麻酔科医など構想区域内全体の医療資源の状況や都道府県内の医療資源の偏在は正の観点なども踏まえた検討を後押しする内容として、GLにおいて考え方を整理するとの方向性がほぼ決まったと言えそうだ。

大学病院本院の医育機能、 調整会議で議論できるよう報告へ

大学病院本院が担う「医育及び広域診療機能」については、地域医療構想に沿った形での人的協力に向けた連携など実際の取組例を横展開できるようGLで示す。また、地域医療構想調整会議において同機能などについて議論できるよう、大学病院本院が医療機関機能報告・病床機能報告において取組み状況などを報告するようGLに位置づけるとの方針も概ね決まった。

厚労省は、広域な観点での診療に関しては、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療を今後も提供していくため、都道府県単位か、より広域な単位での連携が求められるとの認識。

医育については、多様な症例に対応する人材を育成できる体制の構築が必要との考えを示した。

疾患別リハで「離床を伴わない場合」の区分を新設へ

中医協総会 短冊で対応を明記、「所定点数の100分の●●」で

厚生労働省は2026年度の診療報酬改定で検討している「疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し」において、離床を伴わずにいる場合の区分を新設する。「個別改定項目について」と題する資料(短冊)で明らかにした。

具体的には、「特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する」との方向。「ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者」が対象となる。

△除外規定、を議論

「医師が認める場合」も可能に

一方、同区分の対象外となる△除外

規定、も設ける。1月30日の中医協総会では、除外となる対象として、△特定集中治療室管理料など特定の入院料を算定している患者△患者の疾患・状態によりベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者△その他、医学的に必要であると医師が特に認めたものーをあげた。「長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること」を要件とする。

特定の入院料については、△特定集中治療室管理料など特定の入院料を算定している患者△患者の疾患・状態によりベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者△その他、医学的にどうしても必要な患者ーとなっている。特定の入院料については、△救命救急入院料△特定集中治療室管理料△

ハイケアユニット入院医療管理料△脳卒中ケアユニット入院医療管理料△小児特定集中△治療室管理料△新生児特定集中△治療室管理料△新生児特定集中△治療室重症児対応体制強化管理料△総合周産期特定集中△治療室管理料△新生児治療回復室入院医療管理料△心大血管疾患リハビリテーション料△脳血管疾患等リハビリテーション料△廃用症候群リハビリテーション料△運動器リハビリテーション料△呼吸器リハビリテーション料の「注2」「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算△初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者ーをあげている。

△診療録等に記載を要件に設ける

△除外規定については、健康保険組合連合会理事の松本真人委員が小児や

「医師が特に認めたもの」について質問。厚労省は、まず小児患者について、「例外的な事情がある場合」と説明した上で、「離床に向けた訓練に時間を要する重症の心身障害児や長期に入院を要している血液疾患の小児など」をあげた。

「医師が特に認めたもの」についても例外的な状況が該当するとの認識を示し、「脊髄損傷で首から下が動かせないような、四肢が動かせないような患者さんであって、多数の関節の可動域訓練をしないといけない」場合や、「関節や筋肉の拘縮が強いというような状況」を例示。「必ずしも2単位だけで足りるわけではない」ということがあると聞いているが、漫然と多動的な訓練のみが提供されることはないという趣旨」と述べた。

働き方改革を後押し、「地域医療体制確保加算」など見直しへ

中医協総会 診療科偏在の改善や夜間時間帯など勤務を改善

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で、働き方改革を後押しする見直しも実行する。診療科偏在の是正や夜間時間帯の勤務環境改善が主眼。診療科の偏在では、既存の点数である「地域医療体制確保加算」を「1」と「2」に分け、新たな点数として設ける。医師数の減少が課題となっている診療科の医師の勤務環境・待遇の改善を図りつつ、高度な医療を提供する医療機関などを評価する。夜間帯については、チーム制による勤務体制を推進し、勤務間インターバルの確保も促進する。「短冊」で示した。

「地域医療体制確保加算」の見直しでは、若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科の医師を対象に、勤務

環境や待遇の改善を図るほか、研修体制を整えている医療機関を評価する考え方。特定機能病院入院基本料か急性期総合体制加算を届け出ている施設を対象とする。

消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科を支援

全国的に若手の医師数が減少傾向にある「消化器外科」「心臓血管外科」「小児外科」及び「循環器内科」のうち、地域で医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定した上で、医師や医療提供体制の確保に関する特別な配慮を求める。このほか、△交代勤務制の導入△休日や時間外・深夜などに複数名の医師を配置△医師事務作業補助体制加算の届出△術前術後を管理する適切

な研修を修了した看護職員の配置など細かく求める。特に交代勤務制の関連では、①当該診療科に常勤医が3名以上配置②夜勤時間帯で1名以上の医師が勤務③夜勤後の医師は翌日の日勤帯が休日④日勤から連続した夜勤の場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務し、夜勤時間帯に日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保⑤原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施(同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行っても良い)ーなど要求は細部にわたる見通しだ。

このほか、臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行

うなど、地域での協働も促す。

特に配慮する当該診療科の医師に對しては、給与体系でも特別な配慮を求める。他の診療科とは異なり、当該医師のみを対象として毎月支給され手当の支給などが必要になる。

「処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1」を見直しへ

夜間帯勤務の関係では、「処置及び手術の休日加算1」「同時間外加算1」「同深夜加算1」の要件を見直す。緊急呼出し当番を担う医師を2名以上(当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上)配置するよう求めるほか、夜勤時間帯で勤務する場合は一定の休息時間(インターバル)を確保するよう求める。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
AMAT隊員養成研修 150名	講義研修 (下記期間内にeラーニングを受講) 2026年2月9日(月) ~3月9日(月) 実習研修 (下記のいずれか:1回当たり定員75名) ①2026年3月7日(土) 9:30~17:00 ②2026年3月8日(日) 9:30~17:00 場所:全日病 大会議室 (東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル11F)	11,000円(33,000円)(税込)	当協会が組織する災害時医療支援活動班「All Japan Hospital Medical Assistance Team (AMAT)」による民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携など災害医療活動について学ぶ。今回の2025年度研修は厚生労働省の「災害医療チーム養成支援」の補助金対象となっており、割引価格で受講できる。対象はAMAT隊員が病院に勤務する医療従事者で新規入隊を希望する者。参加したAMAT隊員は更新に必要な5単位を付与する。新規隊員にはAMATベストを配布する(全日病ニュース11月15日号3面を参照)。全日病、日本医療法人協会及び日本病院会の会員病院職員は、会員価格で受講可能。
AMAT隊員更新研修 200名	eラーニング (下記期間内に受講) 2026年2月9日(月) ~3月9日(月)	8,800円(9,900円)(税込)	当協会が組織する災害時医療支援活動班「All Japan Hospital Medical Assistance Team (AMAT)」の技能維持・向上を図る目的の研修をeラーニングで開催する。本研修会に参加したAMAT隊員には、資格更新のための5単位付与する。認定期間に更新できなかつた方も受講可能。詳細は「5.【重要】資格保留者の更新に関するご注意」を参照。本研修を受講する以外の資格更新要件は下記URLを参照。 https://www.ajha.or.jp/hms/amat/pdf/221021_1.pdf
医師事務作業補助者 実践力向上セミナー	eラーニング (下記期間内に受講) 配信中~3月13日(金)	会員・非会員 11,000円(税込)	医師事務作業補助者として知っておくべき法律の基礎知識や各種医療文書(健康診断書・出生証明書・死亡診断書・死体検査書)・傷病手当支給申請書・診療情報提供書・主治医意見書(介護保険)のポイントなどを学ぶ実践力の向上が目的。生成AIを活用した医師事務作業補助者の実際と題した内容も予定している。