

一般社団法人 全国公私病院連盟
令和7年度「第7回理事会」議事録（案）

1. 日 時 令和7年9月4日（木） 15:00～17:00

2. 会 場 ホテルメトロポリタン高崎「おしどり」

3. 理事総数 26名（定数：20名以上30名以内）

4. 出 席

（1）役員（理事・監事）

（副会長）望月 泉、辻井正彦、浦田士郎、中房祐司、重井文博、中村哲也、
北村 立

（常務理事）野村幸博、鎌田修博、中野 実、佐能量雄、女屋光基

（理 事）髭 修平、松浦 弘、辻 尚志、石川悦久、小關 剛

以上17名出席

（監 事）岡田俊英、青墳信之、遠山正博

以上3名出席

（2）役員以外

（顧 問）加藤 誠、園田孝志、中嶋 昭

（特別参与）原澤 茂

（参 与）目貫 誠、竹本大雄、滝沢洋二、富安正典、齋藤哲哉、西江 寿、
島根 潔

（事務局長）小堀悦也

（その他）村田幸一（日本公的病院精神科協会・松本安治事務局長の代理）

5. 欠 席

（1）役員（理事・監事）

（会 長）邊見公雄

（副会長）三角隆彦

（常務理事）新谷史明、川嶋成乃亮、佐々木敬

（理 事）大友建一郎、木原康樹、荒川譲二、中瀬真治

以上9名欠席

（監 事）

以上欠席0名

（2）役員以外

（顧 問）相澤孝夫、土井章弘、大濱紘三、村上信乃、行天良雄、岡留健一郎、
瀬戸嗣郎、加藤幸男、吉田茂夫、石原 淳、富所 隆、小熊 豊、
中島豊爾、難波義夫、牧野憲一

（特別参与）渡邊古志郎

（参 与）吉野和久、歸山好尚、國清真一、岩本一壽、山田晴基、杉木康浩、
中野庄意、松本安治

6. 議 事

- (1) 前回理事会から本日までの活動報告
- (2) 報告事項
 - ①日病協「診療報酬実務者会議」(8月13日)
 - ②日病協「代表者会議」(8月29日)
 - ③望月副会長からの報告
 - 1) 第2回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8月8日)
 - 2) 第3回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8月27日)
 - ④第35回「診療報酬請求事務セミナー」開催結果
- (3) 協議事項
 - ①第33回「医療事故防止セミナー」(11月27日)について
 - ②後援名義の使用許可申請について
- (4) 事務連絡
 - ①本日のスケジュールについて
 - ②第35回「国民の健康会議」(10月2日)ご案内
 - ③第36回「看護管理セミナー」(11月20日)について
 - ④次回以降の「理事会」等の日程
 - ⑤前回「理事会」(8月8日)議事録案

7. 議事の概要およびその結果

(1) 開会挨拶

中村副会長(会長代行)から挨拶があった後、中村副会長が議長となり議事を進行した。

(中村副会長) 皆さん、こんにちは。先月の理事会で、邊見会長が復帰されるまでの間、会長代行を仰せつかりましたので、議事の進行をさせていただきます。本日は前橋赤十字病院の中野先生のお世話になり、群馬県高崎市での開催です。生憎の天候でお足元の悪い中、大勢の先生方にご出席いただきありがとうございます。本日、明日とよろしく願いいたします。

さて本日はまず、邊見会長から皆様方へメッセージが届いていますので、私から代読させていただきます。

(邊見会長メッセージ)「移動理事会参加の皆様へ。高崎はまだ真夏の暑さでしょうか。今回は中野院長を初め、皆様方のご尽力で準備万端と伺っております。小生、研究室時代、群馬大学の伊藤漸先生のところで1週間、ハイデンハインパウチのコツを学んだこともあり、ぜひ参加を望んでいたのですが申し訳ありません。この会が大盛会に終了すると存じますが、観光・ゴルフは熱中症のリスク、熱中症警戒アラートも出ていますので気をつけてください。移動理事会の大成功を祈念いたしております。邊見公雄」以上です。それでは本日の理事会を始めさせていただきます。

(2) 前回理事会から本日までの活動報告 (資料No.1)

事務局より、前回理事会から本日までの活動報告があった。

(3) 報告事項

①日病協「診療報酬実務者会議」(8月13日)(資料No.2)

中野常務理事と園田顧問より、日病協「診療報酬実務者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

(中野常務理事) 8月13日の開催になりますので、今回も約ひと月弱前の情報になりますけれども資料No.2をご覧ください。

4 ページ、7月23日の中医協「総会」のテーマは「入院医療について(その1)」です。

5 ページ下、「包括期を担う病棟の施設基準」ですが、横に「(参考)急性期一般入院料4」があって、「地域包括医療病棟」と「地域ケア入院料1,3」「地域ケア入院料2,4」の施設基準ですが、それぞれ縦に「病棟ストラクチャー」「病棟プロセス・アウトカム」「病棟ストラクチャー・プロセス」がこうなっていますという一覧です。

6 ページ上、「病棟機能について」ですが、新しい地域医療構想では病院ごとに「高度急性期機能」「急性期機能」「包括期機能」「慢性期機能」と機能を分けることになり、新しくネーミングされた「包括期機能」には「回りハ」「地メディ」「地ケア」などが入る格好になっています。

6 ページ下、「地域包括医療病棟の届出状況」ですが、昨年の診療報酬改定で設けられた「地メディ」の届出状況を見ると、149病院で病床数が7.8千床となっていました。

その下が、何の病棟から転換したかですが、一番上「急性期一般入院料1」の9.4千床の半分の4.7千床が「地メディ」に変わっています。同じように「急性期一般入院料4-6」は4.9千床が2.3万床に減っていますので2.6千床の減、「地域包括ケア病棟・入院医療管理料1・3」が0.7千床減、「地域包括ケア病棟・入院医療管理料2・4」も0.5千床減となっているので、この減少病床が「地メディ」に転換しています。

7 ページ上、「急性期一般入院料」の全部を「地メディ」に変えた訳ではなく、一部の病床を変えています。例えば、一番上の「急性期一般入院料1」の横棒グラフを見ると、赤色は「届け出後も急性期病棟あり」、黒色は「届け出後は急性期病棟なし」で、それぞれの病棟で一部を転換した病院の割合が示されています。

「急性期一般入院料1」で全部を「地メディ」に変えたのは10%弱ぐらい、「急性期一般入院料4-6」だった病院では半分以上が全部を「地メディ」にしました。

7 ページ下、「地メディ」をつくった病院が、病院全体を「地メディ」にしている時、残りの病棟はどういう病棟なのかを調べたものです。この棒グラフを見

ると、大都市型だと「急性期＋地域包括医療」「急性期～包括期」「急性期～慢性期」で70%ぐらいになっていると思います。逆に過疎地型では「回復期等のみ」と「回復期等～慢性期」が40%ぐらいになっています。

つまり、「地メディ」をつくった病院は、都会の病院ほど急性期の病床を持っていて、過疎地の病院ほど、急性期よりは慢性期の病床を持っています。

8 ページ上、「地メディ」もしくは「地ケア」の病棟を持っている病院で、救急車の受け入れがどうなっているかを見ています。「地メディ」を持っている病院の約90%、「地ケア」を持っている病院の約70%で、毎日救急の受け入れをしていました。結構、救急車を受け入れている病院が多いと思ったのですが、「地ケア」を持っている病院の約1割では救急の受け入れが日中のみでした。

8 ページ下、「各病棟における入院患者数の上位10疾患」です。左から「地メディ」「急性期一般入院料2-6」「地ケア」ですが、「地メディ」と「急性期一般入院料」を見ると「誤嚥性肺炎」「肺炎等」「腎臓又は尿路の感染症」の割合が上位です。

これは予想通りというか、急性期・急性期一般から地メディに変えた病院も多い訳ですから、今後、変わっていくかもしれないのですが、この1年ぐらいは同じような感じでデータが出てくるんじゃないかと思います。

一方で、右側の「地ケア」をみると、1番目に「白内障・水晶体の疾患」の割合が多く、厚労省はこれを問題視していると…。「地メディ」も「地ケア」も似たようなもののなのに、「地ケア」だけ白内障とか水晶体とかが入っているというのはいかなものか、という感じで突っつきたいような感じに思われます。

この後、包括期病院・病棟をどうするかという議論の際に、「地メディ」「地ケア」あるいは「回りハ」も含めて、どんな分類にしていこうかという議論になると思います。

10 ページ上、ここから「回りハ」の話です。「回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出病床数の推移」です。全体的に「回りハ病床」は増えていて、特に「入院料1」を届出ている病床が増えていることがわかります。

10 ページ下、「回りハ」の“入院料1と3”には実績指数の要件がありますけれども、“入院料1と3”では決められた実績指数より高い患者が多数入っています。ところが、実績指数の要件がない“入院料2と4”では、実績指数が低い患者が入っていますねと、当たり前といったら当たり前かもしれませんが、こういう状況にあることが報告されています。

11 ページ、「包括期入院医療に係る課題と論点」です。5つ目の〈・〉同じ地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する病院であっても、都会では急性期と一緒にいる病院が多い、田舎では慢性期が多い、多種多様になっていますということです。

論点としては、地域包括ケア病棟との役割分担と、「回りハ」と「地ケア」の病棟の役割分担をどうするか、この辺に差をつけていくのではないかということになります。ここまでが包括期入院医療の話です。

12 ページ、7月17日の中医協「総会」です。この日のテーマは、まず「入院から外来への移行（その1）」でした。

13 ページ下、「短期滞在手術等基本料1を算定する手術の内訳」です。厚労省

としては、短期滞在手術は全部、入院ではなく外来でやってもらいたいという意向ですが、外来でやっている割合は「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」で76.7%、「水晶体再建術」は62.5%、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は76.4%となっていますので、“なんで100%じゃないの”ということだと思いますけれども、以降、それをツラツラと証明していく形になっています。

14 ページ上、「内視鏡結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満」ですが、折れ線グラフが3本あるうちの1番下の折れ線グラフ（入院外実施率）、外来でやっている割合ですけれども、令和4年～6年にかけて60%前後で横バイだと…。若干上がっているようにも見えますが、厚労省は“60%程度じゃなくて80～90%までやってくれ”と思っていることが読み取れます。

14 ページ下、「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合」ですが、1番下の折れ線グラフ（入院外実施率）は、横バイか、少し下がっています。外来での実施が全然進んでいないと言いたいのだと思います。

15 ページ上、「短期滞在手術の入院外での実施状況」です。上が「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」、下が「水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合」で、灰色部分は“外来でやっています”、赤色の部分は“入院でやっています”と…。左側から、外来でやっている率が高い順に並んでいますが、（赤色）全部入院でやっている病院もあるのに“なんで外来でやらない”と言いたい訳です。

15 ページ下、「医療資源の投入量に地域差がある医療（1）白内障手術）」です。上の棒グラフは「白内障手術の外来実施割合」で、世界的にみても“入院でやっている”という話です。左側からカナダ、アイスランド、オランダで、ほとんど全部外来でやっていると…。右から4番目、日本は55%、世界的には外来でやっているのに日本だけが入院でやっている割合が多いぞと…。

下の棒グラフでは都道府県別に見ています。徳島県では90%が外来でやっていて、福島県は32%で1番低い、全国平均では54%ですが、厚労省はこの比率をもっと上げたいと思っています。

長寿社会の日本では、お年寄りも多いので、合併症があって入院でやらざるを得ないこともあるとか、事情の異なる外国と比べられても困る、という反論もあると思うのですが、入院でやるより外来でやった方が医療費が少なくて済む…という方向で議論しています。

16 ページ上、「地域包括ケア病棟、包括期を持つ急性期病棟の上位疾患」です。こういう疾患の患者が「地ケア」に沢山入っていますが、「地ケア」の使い方はこういうことでしょうか、と言いたいのだと思います。「急性期一般入院料2-6」の下から2番目に「白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼」が入っていますが、けれども“このあたりは外来でやってください”という訳です。

16 ページ下、「入院から外来への移行に係る現状と課題」です。赤のレ点のところで「短期滞在手術等を入院で実施する場合、外来で実施する場合と比較して、総じて診療報酬が高くなる」と…。入院でやれば高くなるのは当然ですが、来年4月の診療報酬改定では、なるべく外来に誘導するような方向で点数がつくんじゃないかという感じです。

17 ページ、次に「総合病院精神科」についてです。

17 ページ下、救急車を呼んで、覚知から医師に引き継ぐまでの時間の疾患別グ

ラフです。赤の折れ線グラフは「精神系」で、他の疾患に比べて断トツに、覚知から病院に行って医者に引き継ぐまでが長くなっています。

令和4年のところで割合が高いのはコロナの影響だと思います。いずれにしても、精神系関係は救急車で病院に運ぶのに苦労していることがわかります。

18 ページ上、「精神科病院と一般病院の精神病床数の推移」です。だんだん精神病床が減っているのですが、精神科病院よりも、一般病院の精神病床が減っている割合が高いことがわかると思います。

18 ページ下、その結果、400 床以上で精神病床の割合が 15%未満、15%以上だと精神科単科の病院に近い病院になるので、ここでは 15%未満と言っているのだと思いますけれども、要するに、400 床以上の総合病院で一部に精神科病床を持っているような病院が少ない（左の分布図の下の方）、全くない地域（右の日本地図の真っ白い部分）があるので、受け入れに時間がかかっています。

19 ページ上、急性期の一般病床を持つ病院に対して行った「精神病床以外の病床で受け入れ可能な精神疾患」の調査の回答です。左側から「精神病棟を持っている」「精神病床はないが精神科医がいます」という具合に、右に行くほど、あまり精神科に関与していない病院になります。

こういう病院に「認知症」「アルコール依存症」などを受け入れられる割合はどのくらいですかと聞くと、当然ながら、精神病床を持っている方が受け入れる割合が高くなっています。当たり前といたら当たり前な話です。

19 ページ下、「総合病院精神科に係る現状と課題」です。「課題」の一番上の〈・〉「精神病床を有する総合病院に係る診療報酬上の評価について、その対象範囲や評価指標等をどのように考えるか」と書いてあります。総合病院で精神科を持っているところを手厚くしないと、救急を受け入れてもらえないという流れがあるので、来年の診療報酬改定で何らかの対策が講じられるように思います。

20 ページ、7 月 31 日の**中医協「総会」**です。

21 ページ下、ここは「**身体的拘束**」の話です。まず“身体的拘束ってなんだ”という質問に対しての回答です。（答）の 1 行目「患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して…」となっています。

クリップセンサーを衣服につけて、それがちょっと動いて外れると“あっ動いた”と看護師さんが駆けつける道具があるんですけども、そのクリップは身体拘束かと言ったら、現状は“身体拘束”となっています。実態に合わない状況になっていて現場は大変だと思いますので、再考してもらいたいという意見が出ています。

22 ページ下、「入院料ごとの身体的拘束の実施状況」です。身体的拘束の実施率がどのくらいかというと、結構、身体拘束を 10%未満でやっている病院も多くて、回りハ、療養では 20%以上が 3～4 割を占める結果になっていました。

23 ページ、「課題と現状」です。「課題」のレ点をつけたところ「現状を踏まえ、身体的拘束を最小化する取組の進捗や更に取組を進めるための方策についてどのように評価するか」ということで、厚労省は、まだまだ身体拘束をしないように進めたいと思っているという感じです。

24 ページ上、「**働き方・タスクシェア/シェア（その 2）**」です。

25 ページ上、「**地域医療体制確保加算**」は、医師の働き方改革と関係した加算

ですけれども、この加算を届け出ていた病院は 48% ということで、これをどう評価するかということになります。

25 ページ下、「働き方改革の推進に係る現状と課題」です。

26 ページ、「医師の診療科偏在（その 1）」です。

26 ページ下、各科の年度別の医師の数ですが、断トツに外科が少なくなっています。このままだと特に消化器外科の医師がいなくなるので、外科学会なども一生懸命言ってくれています。

27 ページ上、外科といってもサブスペシャリティがあるので、どこが減っているのかというのが右側の折れ線グラフです。特に乳腺外科は増えていて、次に呼吸器外科が増えていますが、一番下が一般外科・消化器外科で、極端に減っていることがわかります。

27 ページ下、「課題」のレ点をつけたところ「消化器外科医の減少などの診療科の医師偏在について、働き方や教育体制、処遇などの様々な要因が指摘されていることも踏まえ、現状やこれまでの取組をどう評価するか」ということで、消化器外科医に対して対策が講じられるかもしれません。何かインセンティブがつくのかなと…。最終的にお題目倒れになるかもしれませんけれど。

28 ページ、「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）」です。7 月 31 日の時点ではまだ（案）でした。前回の理事会でも説明したようなところにマーカーを引いてあります。

36 ページ、8 月 6 日の中医協「総会」に、最終報告が出ていますので、次ページ以降に掲載しています。後ほどご覧ください。私からの報告は以上です。園田先生に補足をお願いしたいと思います。

（園田顧問） 中野先生にご報告いただいたとおりで、特に私からの補足はないのですけれども、この後の望月先生のご報告のなかでお話しが出ると思いますが、全体の流れとしては、新たな地域医療構想を見据えたような言葉が各所にチリバラまられています。今年中にできる地域医療構想のガイドラインも念頭に置いて、次期診療報酬改定の方を決めるのかなと感じていますので、「中医協」と「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」を両にらみで注目していくべきではないかと思っています。

②日病協「代表者会議」（8 月 29 日）（資料No.3）

中村副会長より、日病協「代表者会議」の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

（中村副会長） 日病協「代表者会議」の報告をさせていただきます。資料No.3 をご覧ください。

3 ページ、当日は中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の委員になっている津留先生から 8 月 21 日に開かれた分科会の報告がありました。

4 ページ、1 つ目は、先ほど中野先生と園田顧問からご報告いただきましたけれども、同分科会の中間とりまとめが出たところで、4～5 ページにかけては中間とりまとめを「総会」に報告をした際に出た意見ですので後ほどお読みください。

6 ページ、中間とりまとめが出た後、第 2 ラウンドの議論が始まっています。まず一つ目の「賃上げ・処遇改善（その 1）」です。

7 ページ上、政府は令和 6 年度に+2.5%、令和 7 年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給等とあわせて昨年を超える賃上げを目標に掲げました。2 年分の合計で 4.5%の引き上げを目指すという話になります。

8 ページ上、令和 7 年 7 月 7 日時点で「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」は病院 89.6%で約 9 割、診療所 38.8%で約 4 割が届け出ています。

8 ページ下、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を届け出ている病院のほとんどが「入院ベースアップ評価料」を併せて届け出ていました。

9 ページ上、その「入院ベースアップ評価料」ですが、病院では区分 16~20 を届け出ているケースが多くなっています。

9 ページ下、令和 6・7 年度の 2 年間で「ベースアップ評価料」を届け出ている病院の賃上げ率を見ると、全体で 3.40%、病院だけ見てみると 3.43%でした。4.5%の引き上げを目指しましたが 1%以上も下回る結果になっています。

10 ページ上、職種別に見ると、「看護職員等」が 3.58%、「薬剤師」が 2.87%、「看護補助者」が 4.21%です。

10 ページ下、「40 歳未満の医師」で見ると、「全体」で 2.89%、「病院」で 2.90%、「診療所」で 2.35%でした。

11 ページ上、「事務職員」は全体で 3.18%、「病院」が 3.19%、「診療所」が 2.97%となっていました。

11 ページ下、そこで、「ベースアップ評価料」を届け出していない病院に理由を聞いてみると、最も多いのが「01. 届出内容が煩雑なため」でした。次に「08. 次回改定後もベースアップ評価料が存続するのか不明のため」という理由が多くなっています。

12 ページ、他にも様々な角度からデータが示されて「現状と課題」がとりまとめられていますので後ほどご覧ください。

13 ページ上、「リハビリテーション（その 2）」です。

14 ページ下、前回も出てきましたが「急性期リハビリテーション加算等の算定状況」を見ますと、14 日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3 日以内に介入できていない割合が 38%でした。

15 ページ上、曜日ごとのリハビリテーションの実施割合を見ますと、土日祝日のリハビリ実施割合が平日に比べて低くなっています。

15 ページ下、金曜日に入院した患者は、入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合が低いとも指摘されています。祝日、土日はやっておりませんので…。

16 ページ上、(棒グラフ)「休日リハビリテーション提供体制加算」の算定回数を見ますと、減少傾向にある一方、(折れ線グラフ)「回復期リハビリテーション病棟入院料 1」の届出機関数が増加しています。

16 ページ下、「退院時リハビリテーション指導料」は、直近 5 年間で算定回数が増加しています。

17 ページ上、(左の円グラフ)「退院時リハビリテーション指導料」を算定した患者のうち、「疾患別リハビリテーション料」を算定していない患者は 33.0%でした。(右の棒グラフ)「退院時リハビリテーション指導料」を算定し、リハビリ

を実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多いと指摘されています。

17 ページ下、「リハビリテーションに係る書類作成について」です。

18 ページ下～19 ページ上、「リハビリテーション総合実施計画書」と「目標設定等支援・管理料」の記載項目は重複する項目が多いと指摘されています。

19 ページ下～20 ページ上、「現状と課題」ですので後ほどご一読いただきたいと思います。

当日の分科会で出た意見としては「土日祝日を含めて早期にリハビリを開始することを要件に盛り込むべきではないか」「理学療法士などのセラピストの専従要件を見直すなどして、働き方改革を進めることで土日祝日のリハビリ実施を推進すべき」「土日祝日を含めたりハビリを推進したいが、そのためにはセラピストの増員が必要となる。しかし、現在の診療報酬では人件費増を賄うことはできない。土日祝日のリハビリ実施に踏み出せるような点数設定、施設基準緩和なども進めるべきではないか」という意見が出たそうです。

21 ページ上、「回復期リハビリテーション病棟について（その2）」ですが、今回は時間の関係で、この説明は省略させていただきます。

22 ページ上下、「現状と課題」は後ほどご一読ください。

23 ページ上、「慢性期について（その2）」です。

23 ページ下、以前より、療養病棟における身体的拘束や、療養病棟における経腸栄養等の取組についての問題が指摘されていました。

24 ページ下、療養病棟において身体的拘束を 30%以上の患者に実施している施設が 23.8%ありました。

25 ページ上、「認知症のある患者における処置等毎の身体的拘束の状況」です。カテーテル等が挿入されている場合は 30%以上の患者において何らかの身体的拘束が実施されています。

25 ページ下、認知症のない患者では、中心静脈カテーテルや経鼻胃管が挿入されている患者で 20%近い割合で身体的拘束がされていました。

ちなみに令和 6 年度の改定で、入院料の通則に「やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない」という規定ができています。今の身体拘束の解釈は、先ほど中野先生もおっしゃっていましたが「抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、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」となっています。

この時にクリップセンサーの話になって、この分科会委員の日慢協の井川副会長が「クリップセンサーは“患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具”の範疇に入るのか」と質問したら、厚労省は「入る」と回答したそうです。

27 ページ上、療養病棟入院基本料を届け出ている病院の各加算の届出状況（円グラフ）を見ると、加算を届け出ることができている施設には一定の重なりが見られましたが、「経腸栄養管理加算」を届け出ている施設のうち約 4 分の 3 は「栄養サポートチーム加算」を届け出ていないということが示されています。

27 ページ下、令和 6 年 8 月～10 月の 3 か月で「経腸栄養管理加算」を 1 回以上算定した施設は 9.3%しかありません。この加算の届出が困難な理由は「栄養サポートチーム加算を届け出ていないため」が最も多く 80%以上でした。

28 ページ上、食嚥下機能回復体制加算 3」を届け出ている施設のうち、算定回

数が0回の施設が約6割あって、算定回数は緩徐に増加しているものの少ない。届け出をしない理由としては、中心静脈栄養を実施している患者がいらないため実績要件を満たしていないという理由もありました。

29 ページ上、「現状と課題」ですので後ほどご覧ください。

一部の療養病棟では、認知症がなくカテーテル等の挿管もない患者に対し、高い割合で身体拘束を実施しています。その一方、認知症があってカテーテル等の挿管をしている患者にも身体拘束を行っていない療養病棟もありました。

療養病棟では、中心静脈栄養から早期離脱し、経腸栄養に円滑移行することが求められていますので、これをサポートするため「経腸栄養管理加算」や「摂食嚥下機能回復体制加算」が設けられていますけれども、必ずしも十分に活用されていない状況にあります。

療養病棟から在宅への復帰を支援するために「在宅復帰機能強化加算」が設けられていますけれども、在宅復帰率が高いが加算を取得していない施設や、死亡退院割合が高いが加算を取得している施設があります。このあたりをどう考えていくかということが今後の議論になっています。

30 ページ上、「食事療養（その2）」です。

30 ページ下、昨年30円、今年20円、合計50円土がりました。しかし、まだまだ足りないですね。よく邊見会長がおっしゃいますけれども、マクドナルドでも吉野屋でももっと値上げをしていると…。

31 ページ上、全面委託の約7割、一部委託の約5割の病院が、委託事業者から値上げの申し出があって契約変更に応じていました。

31 ページ下、なお、「食堂加算」は「入院時食事療養費（Ⅰ）」を取得し、食堂を設置している病院等で算定が可能です。

32 ページ上、しかし、多くの病院で「食堂加算」が算定されていますが、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」ケースが多く、食堂を使用していないケースもありました。食堂を使用していないにもかかわらず「食堂加算」を算定できる点は是正していくべきだという意見が出ています。

32 ページ下、「現状と課題」です。

津留委員は「患者・国民にもこうした状況を理解してもらい、患者負担の引き上げで食事額の引き上げを行うことを検討すべき」と発言したそうです。

その他では、患者の求めに応じて「特別の食事」を提供する場合には特別料金を徴収できるが、特別料金の徴収なしにハラル食を提供するケースが一定程度ある。嚥下調整食の見た目を改善し、適切な栄養量を確保した結果、エネルギー摂取量増加やADL改善の効果が得られるとの報告がある。しかし、嚥下調整食は普通食よりも食材費が高くなり困っている。こういった意見が出ています。

33 ページ上、「人口・医療資源の少ない地域における対応」です。

33 ページ下、数は少ないですが、医療資源の少ない地域でのヒアリング調査を実施しています。

34 ページ、ヒアリングの結果です。「外来医療について」では、「地域人口が減少しており、外来患者は減少している」と…。「各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている」「隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも

医師派遣をしている近隣病院が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遣回数を今年から減らしたいとの要望があった」というような意見がありました。

34 ページ下、「情報通信機器を用いた診療について」では、「へき地で高齢者を対象にオンライン診療を実施する場合は、機器の操作などを手助けするためのコストや時間がかかる。その負担に見合うように、オンライン診療に関する診療報酬の引上げが必要であると感じている」「DtpWithN を実施する上で、訪問した看護師が実施してよい処置の範囲や、診療報酬が請求可能な範囲が明確ではない」という意見が出ています。

35 ページ上、「入院医療について」では、「回復期リハビリテーション入院医療管理料については、算定を検討したが、リハビリ職員等の人員確保が困難なため、断念した」「病床再編の際に地域包括医療病棟への転換も検討したが、特に転棟割合と ADL 割合の施設基準が厳しいため断念している」などの意見も出ています。

35 ページ下、「救急医療体制について」では、「今後、受入側病院の人員不足による病床削減により、転院搬送の受入れについて影響を受ける可能性があると感じている」などの意見が出ていました。

36 ページ上下、「現状と課題」ですので後ほどご一読ください。

37 ページ、8 月 27 日の中医協「総会」については、中医協委員の池端先生と太田先生からご報告がありました。主な議題は「医療機関等を取り巻く状況について」です。

ご記憶にあると思いますが、令和 8 年度改定に向けたスケジュールが示された時に、今回の改定の議論では、初めに厚労省が医療機関を取り巻く状況についてデータを示すことになっていました。4 月 23 日に 1 回目のデータ提示があつて、今回はその 2 回目になります。病院を初めとする医療機関の経営状況がどうなっているかを様々な切り口から分析した資料がたくさん出されています。

38 ページ下、「病院」「医科診療所」「歯科診療所」「薬局」を取り巻く状況について分析していますが、ここでは「病院」の部分だけ抜粋してご紹介します。

41 ページ上、前提として「各切り口の定義」が示されています。

41 ページ下、2023 年度がベースになっているので、今後、2024 年度のデータ収集によって、直近の経営状況を把握することが課題という前置きがあります。

42 ページ上、この辺から沢山の関連する資料が出てきます。時間の関係もありますので説明は省略しますが、これまで病院側が訴えていた窮状がデータでもはっきり示された形になっていると思いますので後ほどご覧ください。

59 ページ下、この分析結果をまとめた「現状」です。「病院の経営状況の分析」では、病院の医業利益率はマイナスで、医業利益の赤字割合は過半数を超えているということです。

60 ページ上、その一方で、医科診療所と歯科診療所の経営状況の分析では、医業利益はプラス、医業利益の黒字割合は過半数を超えています。薬局の経営状況の分析では、店舗数の増加、売上高が伸びているとも言っています。

このデータを見た「支払側」の意見ですけれども、「厳しい経営状況ではあるが、黒字の確保ができている医療機関も少なくない。令和 8 年度の改定ではメリハリ

のある対応を行うべき」という、我々側から見れば少し的外れのようなことを言っています。

また、集約化が一定程度、経営改善に繋がることが伺えるので、診療報酬でも再編統合等による集約化を促していくべきと、立場が違ふとこういう意見が出てくるんですね。

また、「病院でも規模・機能などで経営状況が異なり、改定財源にも限りがあるため、さらに詳細に分析を行った上でメリハリのついた対応を検討すべき」「病院経営が厳しいことは理解できるが、安易に診療報酬を引き上げれば患者負担増となり、受診控えにもつながりかねない」という指摘も出ています。

「診療側」としては、2024 年度以降、コロナ補助金が終了し、人件費・物価が上昇しており、さらに医療機関経営は悪化し、極めて深刻である点を共有すべきである。2024 年度改定では 0.88% のプラス改定が行われたが、物価は 3% アップし、病院経営はさらに悪化していると主張しています。

2025 年度はさらに厳しさを増している。病院の努力で病床稼働率は上がっているが、それをはるかに超える経費増が生じて増収減益となっている。これ以上、どう頑張ればよいのか。と反論をしていますけれども、なかなか溝は埋まらないということです。

61 ページ、「マイナ保険証の利用促進等について」です。スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の要件の見直しについて諮問があり、異議なく承認されました。

63 ページ下、具体的にどういうことかと言うと、9 月 19 日までに準備ができたところから、スマートフォンでのマイナ保険証の利用ができるようになります。しかしながら、3 つのハードルがあります。

1 つ目は、顔認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダーを購入する必要があること。8 月 29 日から EC サイト（Amazon ビジネス）の専用ページが開設されて、各医療機関向けに発行されたクーポンを利用して、申請手続なく 2 分の 1 補助（補助上限 7000 円）で割引後の価格で購入することができます。

2 つ目は、汎用カードリーダーと資格確認端末（PC）を接続する必要があります。

3 つ目は、スマホ対応施設であることを院内に掲示、ステッカーを張る必要がありますが、この時点ではステッカーは配られていません。厚労省も、9 月 19 日から全医療機関でやってくれということではなく、順次、準備ができたところからやって欲しいと言っています。

その他の問題では、導入のための実証テストをしたそうですが、スマートフォンをかざしてマイナ保険証を読み込むことは問題なくできたそうです。しかし、そもそも患者さんがスマートフォンにマイナ保険証を入れる作業をしないで来る人が多かったそうです。この辺については、厚労省でもよく周知して欲しいという要望が出ていました。

当日の資料を付けてありますので後ほどご覧ください。

72 ページ、8 月 28 日の中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の報告です。始めの議題は「令和 7 年度調査結果（速報）の概要」です。

73 ページ下、「高度急性期入院医療について（その 2）」です。特定集中治療室

(ICU)等のユニットが多く、多くの病院に乱立すると、医療の質の維持・向上がかなわなくなってしまう。そのために「救急搬送件数」や「全身麻酔実施件数」等を指標として、ICU等の設置をするのにふさわしい病院を絞り込もうとしています。

74 ページ上、「救急搬送件数」と「ICUの医療資源投入量」を調べています。上から、「年間救急搬送件数 4000 件以上」、一番下が「1000 件未満」で、右に行くほど医療資源投入量が多くなっています。救急搬送件数が多い病院ほど、特定集中治療室の入室患者の 1 日当たり医療資源投入量が高い傾向がありました。

また、救急搬送から ICU 入院となる患者は、状態が不安定であり、かつ、多くの検査・処置などが必要とされると想定されています。したがって、救急搬送受け入れ件数が多く、ICU を救急患者対応に用いることの多い病院では、医療資源投入量が多くなると分析しています。

74 ページ下、「全身麻酔実施件数」と「ICUの医療資源投入量」です。上から、「全身麻酔実施件数 2000 件以上」、一番下が「500 件未満」です。全身麻酔実施件数が多い病院ほど 1 日当たり医療資源投入量が 2500 点以下の患者数が多い一方、20,000 点以上の患者数も多いと分析しています。

手術から ICU 管理となる患者は、術後の経過が良好であれば医療資源投入量は少なく済みますが、合併症などがあり、医療資源投入量が多くなるケースも一定程度あると想定されます。このデータから、医療資源投入量の少ない患者と医療資源投入量がとても多い患者が二極化していると分析しています。

75 ページ上、「ICUの医師配置」については、前回の改定で、宿日直許可を得た医師を配置する ICU 等について、低い点数区分 (ICU5,6) が新設されましたが、提供する医療内容や患者像について ICU1~4 とどのような違いがあるのかを見るべきとの意見が出ていました。

75 ページ下、図が見つらいですけれども、平日日中及び夜間・休日において、治療室に配置されている専任の医師の状況です。集中治療の経験を 5 年以上有する医師は、当該医師の配置が要件とされていない区分 (ICU1,2 以外) においても、一定の配置が行われていました。

専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる区分 (ICU5,6・HCU1,2) では、その他の区分と比較して、夜間・休日に「その他の診療科の医師」を配置している割合が多かったという結果になっています。

要約しますと、ICU5,6 は 10 床未満の小規模ユニットが多く、当然、病院の規模も比較的小さく、医師も限られています。このため、夜間等には他診療科の医師の協力を得て ICU 管理を行っています。

その一方、重症度などの患者の状態は ICU1~4 と大きな違いはありません。また、IABP、ECMO、VAD、IMPELLA による循環サポートを必要とする患者や、心臓胸部大血管手術後の患者を自院では受けず、転院搬送を行っていました。

つまり、こういう状況を見て ICU5,6 の点数を引き上げ、ICU3,4 との点数差を縮小することをどう考えるかということを議論しています。ICU5,6 は、ICU3,4 等と機能において違いがないと考えるのか、一定の患者を自院で受けず、他院に転院搬送しているので、機能には相当の違いがあるかと考えるのか、今後の議論となります。

76 ページ下、令和 4 年に「重症患者対応体制強化加算」が新設されています。

77 ページ上、「重症患者対応体制強化加算」を届け出ている治療室は「特定集中治療室管理料」と「救命救急入院料 2,4」全体の 3.9%で、「特定集中治療室管理料 1,2」を算定する治療室の 9.2%しかありませんでした。

77 ページ下、「重症患者対応体制強化加算」を届け出していない理由を聞いたところ、「施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上を確保できない」が最も多く、次いで「急性期充実体制加算を届け出していない」でした。

78 ページ上、特定機能病院に「重症患者対応体制強化加算」を届け出できない理由を聞いたところ「急性期充実体制加算を届け出していない」が 82.9%と多い一方で、その他の理由はいずれも 20%未満でした。

78 ページ下、特定機能病院に「重症患者対応体制強化加算」の要件に関する職員の配置状況について聞いたところ「専従の常勤臨床工学技士を 1 名以上の配置」を実施する治療室は 92.3%で、「当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師 2 名以上の配置」を実施する治療室は 7.7%でした。

要約しますと、新型コロナウイルス感染症対応の中で、より手厚い体制をしいた ICU が、患者の生命維持にとって非常に大きな役割を果たしました。しかし、今、「重症患者対応体制強化加算」の取得状況を見ると ICU 全体の 3.2%、ICU1,2 でも 9.2%にとどまっています。取得に向けたハードルとしては「遊軍看護師 2 名以上の確保」や「急性期充実体制加算の取得」などが挙がっています。

「重症患者対応体制強化加算」の施設基準には「急性期充実体制加算」と「感染対策向上加算 1」を届け出ていることが含まれています。「急性期充実体制加算」は特定機能病院では取得できないため、自動的に特定機能病院では重症患者対応体制強化加算を取得できませんということになります。

「なぜ特定機能病院で取得を認めないのか、もう一度考え直すべき」「看護師等確保の難しさを増す中で、現在の施設基準は厳し過ぎる」という意見がある一方で、「重症患者対応体制強化加算」はスーパーICU 創設を目指したもので、取得率が低いのは当然、安易に施設基準を緩めるべきではないと言う指摘もありました。

79 ページ、「現状と課題」です。

80 ページ、「入退院支援（その 2）」

82 ページ、「外来医療について（その 3）」

84 ページ、「データ提出加算（その 2）」は、それぞれ「現状と課題」だけをご紹介しますが、後ほどご一読いただきたいと思います。

85 ページ、最後に「医療機関等における消費税負担に関する分科会」委員の推薦が議題になりました。現在、同分科会の委員になっている全日病の中村康彦先生の後任として、常任理事の須田雅人先生が就任することが了承されました。

望月先生は今年度の「日病協」議長として当日の進行をされています。望月先生に補足をしていただければと思います。

（望月副会長） もう中村先生が説明されたとおりです。クリップセンサーを使った場合、拘束に当たるという今の判断を疑問視する意見が出ています。センサー類まで拘束に当たると言われると、もう管理なんかできなくなるという懸念があると思います。

それから、ICU の管理料 1～4 と 5,6 には、かなり診療報酬に点数の差があるん

ですけれども、ここに入っている患者さんの重症度を見るとほとんど変わらないんですが、私としては、5,6 の点数をもう少し上げていただかないと、あまりにも差があり過ぎると感じています。

(中村副会長) 中野先生、園田先生、望月先生、ありがとうございました。ご意見、ご質問ございますか。小關先生、どうぞ。

(小關理事) ICU 管理料 1~4 と 5,6 の件について、望月先生の意見に賛成ですが、もう 1 つ別の視点として、他科のドクターに集中治療の対応を手伝わせないといけないという条件について、救急のプログラムを、救命センター以外であったり地方に行くと大学病院がそのプログラムを認めてくれません。救急医を確保するということ、または、救急医だけではなくて、その先のサブスペの集中治療専門医を確保すること、これが地方に行けば行くほど制限されている実態があるので、そのことを望月先生のご意見の中に織り込んでいただけると幸いです。

(望月副会長) ありがとうございます。そのことも訴えたいですね。要するに、他科の宿日直許可を得た医師がということになると、そんなに専門医はいないです。地方では特にいません。だから点数が低くていいみたいな言い方をされるので困っていますけれども、その辺は要望をしていかなきゃいけないと思っています。

③望月副会長からの報告

- 1) 第 2 回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8 月 8 日)
- 2) 第 3 回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8 月 27 日)

望月副会長より、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の報告があった。主な報告の内容は以下のとおり。

(望月副会長) 8 月 8 日に開かれた第 2 回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の報告をしたいと思います。新たな地域医療構想の医療計画に関する検討をしていく訳ですが、まだ医療法改正が成立していません。

成立した上で、地域医療構想に基づいて医療計画をつくるという位置づけにしたいのですが、現状では、医療計画の一部が地域医療構想みたいな書きぶりになっています。現状では、今秋の国会で医療法改正が成立したという前提で議論を進めていくことになっています。

5 ページ下、「1. 医療機関機能について」と「2. 医療従事者の確保について」がこの日のテーマです。

6 ページ、まず「1. 医療機関機能について」

7 ページ上、医療機関機能について「地域ごとの医療機関機能」と「広域な観点の医療機関機能」についてのイメージが示されていて、これに診療報酬をつけていって、なおかつ定量的な指標を導入して評価をしたいという考えが厚労省にはあるようです。

定量的指標では、「急性期拠点機能」のところに「手術の件数」とか「救急搬送の件数」という項目が出ていますが、構想区域の大きさ、要するに人口が違ってくるので、ここを一概に決めつけることはできないと多くの委員が言っている訳

ですけれども、何とかして定量的な指標を入れながらも診療報酬で評価できるような形にしていきたいという動きがあります。

7 ページ下、この表がよく出てくる「医療機関の役割のイメージ（案）」です。

10 ページ上、「二次医療圏内の手術のシェアについて」

10 ページ下、「地方都市型における急性期拠点機能の数について」

11 ページ下、「全身麻酔手術のための体制について」、これらは主に「急性期拠点機能」の議論のためのデータです。

12 ページ下、「病院による救急車の受入について」、こういうデータを厚労省が出して、議論を進めていきたいということです。

21 ページ上、「医療機関機能について（案）」

21 ページ下、「区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）」、これが一番のポイントになると思います。「大都市型」は 100 万人以上、「地方都市型」は 50 万人程度、「人口の少ない地域」は 30 万人未満の地域です。

赤枠の「急性期拠点機能」の内容が人口の多い少ないで変わってきます。例えば、30 万人以下の「人口の少ない区域」の「急性期拠点機能」というと、「手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し、区域内に 1 医療機関を確保する」と書いてあります。さらに「地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる」となっています。

一方、「大都市型」では、現状では「急性期」の公立病院・公的病院・民間病院が沢山あります。そこが今、競争しているようなところもあるなかで、1 つにするとハレーションが起こるんじゃないかと思います。

例えば、人口 30 万人以下を“人口の少ない地域”と言っていますが、30 万人は結構大きい方じゃないかと思うんです。盛岡市は人口が約 28 万人です。県庁所在地であり、大学病院と特定機能病院があって、私のところの県立中央病院、日赤病院、市立病院もある訳です。

この地域で「急性期拠点機能」を 1 つに絞ってみたいなことをやるのは結構大変な気がするんですね。構想区域によって大分事情が違うので、あまり強引に進めない方がいいんじゃないかと思っています。

次に、8 月 27 日に開かれた第 3 回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」です。この日のテーマは「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方）」です。

3 ページ下、「1. 区域・医療機関機能について」「2. 医療と介護の連携」「3. 構想策定のあり方」、これらに関する資料が沢山出されて議論になりましたが、ガイドラインは今年中につくる訳ですけれども、何度も申し上げますが、医療法改正案は成立するという前提で議論を進めています。

4 ページ上、まず「区域・医療機関機能について」です。

5 ページ上、「第 8 次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について」です。今は二次医療圏が 330 あって、構想区域が 339 あります。ですから、ほぼ二次医療圏を構想区域にしている訳です。ただし、（右の棒グラフ）二次医療圏を人口規模別に見ますと非常にバラツキがあります。さらに、これから人口が減少する時代に入ってくる訳です。

5 ページ下、1 つ目の〈・〉「二次医療圏と構想区域は、区域内の完結を基本的な考え方として設定し…」と、二次医療圏で医療が完結するように設定されていたのですが、今はそういう状況じゃないですよ。ですから、「二次医療圏において基準病床数、構想区域において必要病床数を設定し、一定の行政単位として制度運用がされている」と、現状はそういうことになっています。

次の〈・〉「医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる」と書かれています。要するに、今後の考え方では二次医療圏イコール構想区域とするのをやめましょうということです。

私は岩手県の例を出したのですが、岩手県は現状 9 つの二次医療圏があるんです。そして、構想区域も 9 つでやっています。さらに、医療計画では 5 疾病 6 事業別に構想区域を大きくしています。

例えば、がん医療は今 5 つの構想区域で議論を始めました。それから、周産期で婦人科や小児科の医師がいないので 4 つの医療圏でと、医療計画もどんどん二次医療圏を外れて動いています。

隣の秋田県では、二次医療圏が 8 つありますが、想定案では 3 つにしようとしています。あの広い県を 3 つで考えましょうと現場が動いている訳ですので、今回の二次医療圏、構想区域ではかなり動きが出ると思います。

8 ページ上、東京都区部では 7 つの二次医療圏が設定されているそうですが、入院患者の流出率が 30～45% です。3 割から 5 割弱の患者さんが区域の外に流出しています。それで医療圏内で入院医療が完結していると言えるのか。

例えば、多摩地域に住んでいる人が都心部の病院に行くことは普通によくあることで、東京都医師会の副会長は、今のように二次医療圏を分けていても意味がないので、もう東京は 1 つにしてくれと言っていました。

人口の多い神奈川県川崎市とか、埼玉県さいたま市とか、そういうところも同じような傾向があります。都市部であれば交通網が発達していて、自由にあちこちの病院に行ける訳ですので、これから整理されなきゃいけないと思います。

以降は、時間の関係もありますので後ほどご覧ください。各表題だけご紹介しておきたいと思います。

10 ページ上、「アクセスの確保について」

10 ページ下、「へき地における医療の提供体制」

11 ページ上、「巡回診療の取組例」

11 ページ下、「妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費支援事業」

12 ページ上、「各医療機関における患者のアクセス改善のための取組み」

12 ページ下、「区域内でのアクセスの確保（有床診療所の取組み）」

13 ページ上、「人口の少ない地域における隣接する区域や都道府県との連携」

13 ページ下、ここからまた医療機関機能の話です。「医療機関機能の考え方」

14 ページ上、「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」の考え方が出てきます。

14 ページ下、「医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）」ですが、「急性期拠点機能」の「求められる具体的な機能や体制」のところには「救急医療の提供」とか「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」

と書いてあります。

右側の「協議のためのデータ」というところに「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」と書いてありますが、このデータを使っていきましようということです。

例えば、「救急車の受け入れ件数」とか「全身麻酔の手術件数」、これを定量的な指標にして「急性期拠点機能」を決めるということは、その構想区域の大きさによって全然問題が違ってくるので、全国一律でこういう指標で縛るのは危険ではないかという発言はしました。

「高齢者救急・地域急性期機能」、ここでも「救急車の受け入れ件数」とかいろいろなデータを集めて協議していききたいということです。

15 ページ上、「2040 年に向けた取組の広域な圏域のイメージ」です。特に医師派遣では、大学病院本院との機能連携を考えていきましようということです。

15 ページ下、「大学病院本院である特定機能病院について」

16 ページ上、「都道府県と大学病院本院の連携パートナーシップ協定について」

16 ページ下、「都道府県と大学病院の関係について」

17 ページ上、「都道府県と大学病院間の連携方策について」

17 ページ下、「大学病院本院の医療提供状況」

18 ページ上、「都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催状況」

18 ページ下、「大学病院による医師の派遣機能」

19 ページ上、「大学に対する医師派遣要請の取組み（茨城県）」

19 ページ下、「医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）」

20 ページ下、「特定行為研修を行う指定研修機関の状況」

21 ページ上、「看護職員の確保等のための大学病院本院等における取組事例」

23 ページ下、「区域の人口規模を踏まえた医療等連携機能の考え方（案）」。
この案に収束していききたいと思っている訳ですけども、区域の人口規模を考えながら「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「専門等機能」、こういった医療機関機能を、ある程度の定量的な指標を入れていきたいというイメージです。

24 ページ、次に「医療と介護の連携」です。

25 ページ上、「慢性期の需要に対応する医療・介護サービスの数について」

25 ページ下、「慢性期の需要の把握について」

26 ページ上、「在宅診療に係る二次医療圏内での提供のばらつきについて」

26 ページ下、「在宅療養者の需要状況について」

27 ページ上、「訪問介護ステーションの指定・廃止の状況等について」。訪問介護ステーションの廃止・休止も増加しているというデータが出ています。廃止の理由としては「従業員確保が困難」「管理職が退職した」という回答が多くなっています。

27 ページ下、「地域医療連携推進法人を活用した訪問看護の体制確保について」は、日本海ヘルスケアネット山形県酒田市の例です。

28 ページ上、「慢性期の需要等の把握について」

28 ページ下、「令和 6 年度病床機能報告の報告項目について」

29 ページ下、「在宅医療の圏域について」では、以前から在宅医療は今の二次医療圏からさらに狭い市町村単位とか保健所圏域等で考えようと言われている訳です。現状では、在宅医療の圏域と二次医療圏が同数でない都道府県が 20、在宅医療の圏域と二次医療圏が同数である都道府県が 23 で、ほぼ半々ぐらいの状況になっているという状況です。これを今後どう考えるかということですが、二次医療圏がかなり広く構想区域をとってきますので、在宅医療はあまり広くはとれないんじゃないかと思います。

32 ページ下、「老人ホーム等からの救急搬送件数の見通し」です。ACP の概念がもう少し入ってくると、救急搬送の数も減ると思いますので、この辺をどのようにするかが大事になるかと思います。

33 ページ上、「死亡場所の割合の推移」ですが、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加しています。

34 ページ下、「増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携 介護施設等における対応力の強化」

35 ページ上、「病院と介護保険施設等との連携」

37 ページ上下、「介護との連携について（案）」です。これまでの各データから考えられる検討の方向性がまとめられています。

38 ページ上、最後になりますが「**構想策定のあり方**」です。

38 ページ下、「これまでの主な意見（構想策定のあり方）」

39 ページ上、「地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項」

39 ページ下、「これまでの地域医療構想調整会議の進め方について」

40 ページ下、「医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）」は、先ほどと同じスライドです。

42 ページ下、「構想策定のあり方について ①合意形成のあり方（案）」

43 ページ上、「構想策定のあり方について ②案の比較評価の観点（案）」この 2 つの案は、まだ本当の取っかかりです。

来週の 9 月 11 日に第 4 回の会議がありまして、かなり急ピッチで中間とりまとめをすることになっています。私からの報告は以上です。

（中村副会長） ありがとうございます。ご質問やご意見ありますでしょうか。辻先生、どうぞ。

（辻理事） 「区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方」で、「大都市型」100 万人以上、「地方都市型」50 万人程度、「人口の少ない地域」30 万人未満の単位は、市ですか、県ですか、それとも二次医療圏でしょうか。

（望月副会長） 二次医療圏での人数です。例えば、東京区部は 7 つの医療圏に分かれています。流出率が高くて 35～40%が圏外に流出しています。これでは意味がないので、そんなことも踏まえた人口規模で想定しているようです。

（中嶋昭顧問） 東京の区部ということでは、「中央部」「南部」「西南部」「西部」「西北部」「東北部」「東部」の 7 つの二次医療圏がありますが、4 つの多摩部と、八丈島などの島しょ部まで含めると 13 の圏域があります。データ分析だけではわからないと思いますが、圏境のところではしょっちゅう議論があります。救急車の受け入れにしてもそうですが、この検討会での議論範囲に、医療の内容や質

は入っていないんだと思います。

(中村副会長) 私は東京在住なんですけれども、二次医療圏ができた時、人口割合で二次医療圏ごとに基準病床数が決まりました。大学病院はそれにカウントされていません。ですから、二次医療圏に1つずつ大学病院がある訳ではないんです。あっちへ紹介、こっちに紹介で都民は結構自由に行っています。

ちなみに、地域包括ケア構想は、この中に入ってきて来ないんでしょうか。また、流出率が多いことが問題になっているという話でしたが、住みなれた地域から出さないようにしようなんていう話に繋がるんじゃないかと思いました。

(望月副会長) “地域包括ケア構想”という言葉では入っていないのですが、“医療・介護連携”のところで出てきます。また、患者さんの流れはとめられないでしょうね。むしろ、その地域に患者さんが希望する医療機関がない状態が問題になると思います。

(中村副会長) ありがとうございます。(△△)先生、どうぞ。

(浦田副会長) 14 ページ上に「区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方(案)」があって、23 ページ下にも同じ表がありますけれども更新されていて、その違いは「高齢者救急・地域急性期機能」の「大都市型」のところの「骨折の手術など」が二重線で消してあります。何か特別な意味があるのでしょうか。

(望月副会長) 骨折だけじゃないというイメージの問題だと思います。高齢者に多い手術ということで、例として骨折を入れた訳ですけども、骨折以外にもありますので、他意はないと思います。

(中村副会長) 他に何かご質問あるでしょうか。辻先生、どうぞ。

(辻理事) 14 ページ下、「医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ(案)」の「協議のためのデータ」の1つに、「医療機関の築年数」が入っていますが、そのデータを使って何をどう判断する方針なののでしょうか。急に建て替えなさいと言われても、とても費用がないと思うのですが。

(望月副会長) 築年数の議論はまだですが、厚労省としても、こういったデータも使って協議してみましようと、今はまだそんな感じだと思います。

(中村副会長) 望月先生、どうもありがとうございました。この辺で先に進めさせていただきますと思います。

④第35回「診療報酬請求事務セミナー」開催結果(No.4)

事務局より、第35回「診療報酬請求事務セミナー」開催結果について報告があった。

(4) 協議事項

①第33回「医療事故防止セミナー」(11月27日)について(資料No.5)

事務局より、第33回「医療事故防止セミナー」について説明があり、参加ならびに病院職員の派遣について協力の依頼があった。

(中村副会長) セミナーの開催は、本連盟の大事な収入源の1つですので、どうぞ皆さん、ご協力のほどよろしくお願いいたします。群馬大学名誉教授・医療安全教育センター顧問の小松康宏先生は、群大の問題が起こった時、聖路加国際病院から行かれてその対策にあたられた先生で、実地も含めた様々な経験をされています。いい話を聞けるんじゃないかと思っています。

②後援名義の使用許可申請について (資料No.5-2, 5-3, 5-4)

事務局より、「癒しと安らぎの環境フォーラム 2025」、日本ヘルスケアダイバーシティ学会主催の「パネルディスカッション in Tokyo」、公益財団法人医療機器センターの「令和7年度医療ガス安全管理者講習会」の後援名義の使用許可申請があった旨の報告があり、いずれも了承することとした。

(5) 事務連絡

①本日のスケジュールについて (資料No.6)

事務局より、本日のスケジュールについて説明があった。なお、台風の影響で天候が悪化することが予想される状況を鑑み、翌日(5日)のゴルフは中止することとした。(5日朝の状況判断で、観光も中止にした)

(中村副会長) 現時点で、明日の高崎市の予報を見ますと、一日中雨、それもあり強い雨です。邊見先生は猛暑のことを心配されていましたが、降水確率100%ということで、特に明日のゴルフなんですが、園田先生、ご意見ございますか…。

(園田顧問) 雨の具合を考えると厳しいかなと…。個人的には中止することにやぶさかではございませんが、皆さんのご意見に従いたと思います。

(中村副会長) 雨でもどうしてもやりたいという方、いらっしゃいますか…。いらっしゃらないようですね。それでは明日のゴルフは中止とさせていただきます。

それから、来年は望月先生の地元の岩手県で開催することが決まっています。望月先生、よろしくお願いします。

(望月副会長) 以前、邊見先生から、来年度の移動理事会を盛岡で開催して欲しいと言われていまして、日程は9月の第2週、9月10日(木)、11(金)です。盛岡は、東京から約500kmと遠いんですが、東京から新幹線で2時間10分程です。来年も暑い夏になると思うんですけども、盛岡は日中はまだ暑いのですが、朝晩は涼しく、過ごしやすくなっています。ゴルフ場もいいゴルフ場がありますので、期日だけは手帳に書いておいてください。どうぞよろしくお願いいたします。

(中村副会長) ありがとうございます。早速、手帳にご記入をお願いします。

②第 35 回「国民の健康会議」（10 月 2 日）ご案内（資料No.7）

事務局より、第 35 回「国民の健康会議」について説明があり、広報・参加ならびに病院職員の派遣について協力の依頼があった。

③第 36 回「看護管理セミナー」（11 月 20 日）について（資料No.8）

事務局より、第 36 回「看護管理セミナー」について説明があり、参加ならびに病院職員の派遣について協力の依頼があった。

④次回以降の「理事会」等の日程（資料No.9）

事務局より、次回以降の「理事会」等の日程について説明があった。

⑤前回「理事会」（8 月 8 日）議事録案（資料No.10）

事務局より、前回「理事会」議事録案について説明があった。

8. 閉 会（午後 5 時）

以上、理事会の議事録として記録し、これに相違ないことを証するため、会長および出席監事が記名押印する。

※ なお、理事会終了後、会場を移して懇親会が行われた。

以上

令和7年9月4日

会 長 邊 見 公 雄

監 事 岡 田 俊 英

監 事 青 墳 信 之

監 事 遠 山 正 博