

日本病院会 2023年度 第6回定期理事会報告 2024.3.23 (於 ホスピタルプラザビル)

〔承認事項〕

1. 会員の状況：2023年以降は増加傾向にはあるものの、相澤会長としては支部を現在の24から増やしつつ、会員病院は3,000まで増やしたいと考えている。さらなる勧誘をお願いしたい。

経営主体別の会員施設数と病床数（総括表）

2024/3/23 現在

病院・病床数 経営主体別		会員施設数			比率	
		病院数	病床数	平均病床	病院数	病床数
総 数		2,555	669,659	262.1	100%	100%
国	厚生労働省	0	0			
	独立行政法人国立病院機構	82	32,644	398.1		
	国立大学法人	6	5,246	874.3		
	独立行政法人労働者安全機構	32	11,720	366.3		
	国立高度専門医療研究センター	5	2,689	537.8		
	独立行政法人地域医療機能推進機構	52	14,265	274.3		
	国 その他	1	500	500.0		
	(国・小計)	178	67,064	376.8	7%	10%
自治体	都道府県	83	27,845	335.5		
	市町村	255	78,657	308.5		
	地方独立行政法人	91	42,158	463.3		
	(自治体・小計)	429	148,660	346.5	17%	22%
その他公的	日 赤	88	33,811	384.2		
	済生会	79	21,936	277.7		
	北海道社会事業協会	5	1,253	250.6		
	厚生連	83	28,762	346.5		
	国民健康保険団体連合会	0	0			
	健康保険組合及び連合会	6	1,451	241.8		
	共済組合及び連合会	40	12,912	322.8		
	国民健康保険組合	1	320	320.0		
(その他公的・小計)	302	100,445	332.6	12%	15%	
公的・計		909	316,169	347.8	36%	47%
私的	公益法人	99	27,121	273.9		
	医療法人	1,279	234,672	183.5		
	私立学校法人	63	41,736	662.5		
	社会福祉法人	56	13,529	241.6		
	医療生協	32	6,460	201.9		
	会 社	20	6,924	346.2		
	その他法人	85	21,696	255.2		
	個 人	12	1,352	112.7		
私的・計		1,646	353,490	214.8	64%	53%

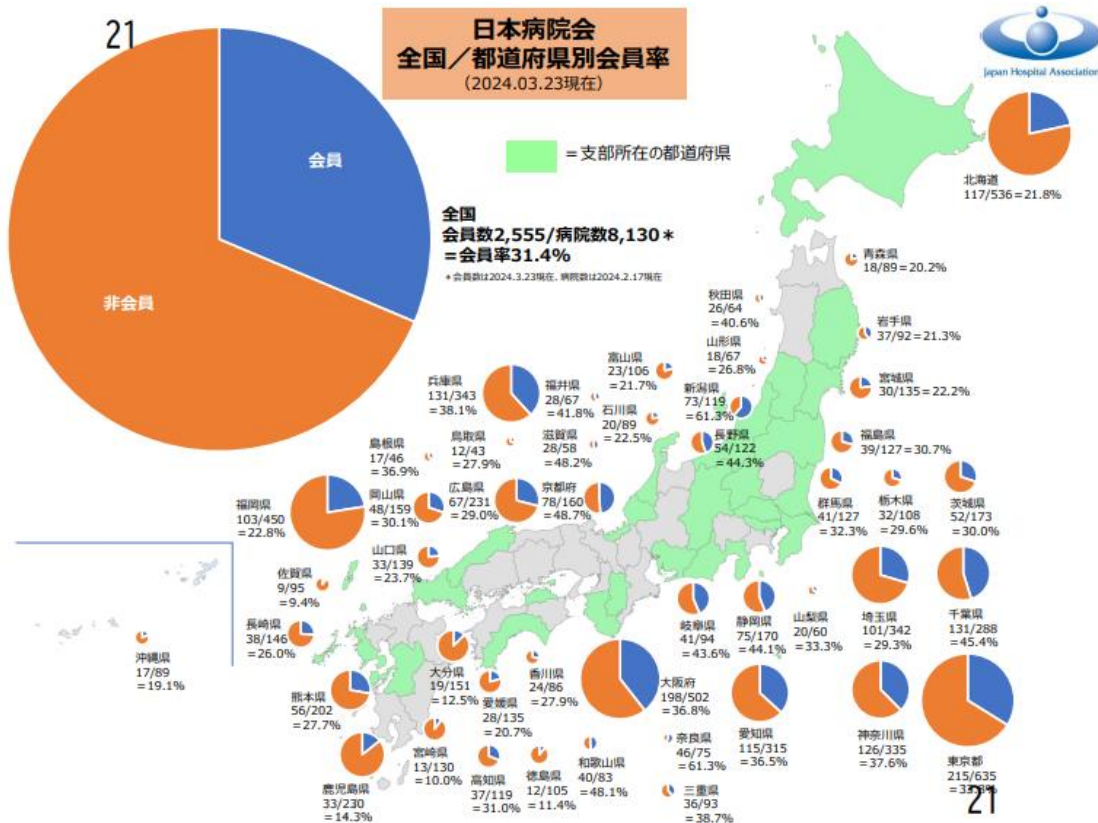
病床規模別の会員施設数

病床規模	病院数	構成割合
20～99床	453	18%
100～199床	874	34%
200～299床	354	14%
300～399床	359	14%
400～499床	241	9%
500床以上	274	11%
計	2,555	100%



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2023年度	2511	2516	2521	2526	2528	2531	2537	2544	2555	2542	2550	2555
2022年度	2491	2493	2493	2493	2491	2489	2493	2496	2498	2496	2503	2510
2021年度	2484	2486	2487	2488	2487	2482	2484	2484	2485	2484	2489	2491
2020年度	2500	2500	2500	2497	2498	2499	2496	2492	2490	2491	2486	2484
2019年度	2483	2484	2484	2479	2479	2481	2484	2486	2488	2491	2496	2496

・都道府県別にみると、新潟県、京都府、長野県の会員率は高いが、10%前後の県もある



2. 人間ドック健診施設機能評価認定承認

成田記念病院、オリエンタルクリニック、豊田厚生病院他が更新認定の承認を受けた

3. 日病モバイル提携の解約について

フロンティアフィールド社との交渉決裂。導入 52 病院へ、その旨説明する

〔報告事項〕

1. 日病協診療報酬実務者会議

- ・ 第 220 回 ～ 中医協総会（第 580～584 回）の報告

賃上げに向けた評価の新設について、ベースアップ評価料は全て賃上げに使用しなければならないが、どのように分配したのか等までは問われないと考えている

- ・ 第 221 回 ～ 中医協薬価専門部会（第 223 回）、総会（第 585 回）の報告

賃上げ・基本料等の引き上げについて、「賃上げ促進税制」は社会福祉法人や公的病院は対象外となるので注意である。4 月分、5 月分に賃金のベースアップした分においても本評価料の算定に加えることができるとの発言があった

救命救急入院料について、特定集中治療室管理料は宿日直の許可を得たまま稼働できる 5、6 が新設されたが、救命救急入院料は宿日直の許可に関する対応がなく、宿日直を得ている病院は救命救急入院料を算定できなくなった。しかし、全国の病院の中には昔から宿日直の許可を得たまま ICU 等をおこなっているところも多く、宿日直の許可を得ることにより救命救急入院料が算定できなくなることを知らない病院も多く存在することが考えられ、全国の病院で混乱が起きるようなら、厚労省に訴える必要がある等の発言があった

急性期一般入院料 1 は重症度、医療・看護必要度 II で算定しなければならなくなったが、経過措置がないために移行対応が厳しい病院もあるのではないかとの発言があった。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価について、搬送先においては特別な関係のところへの搬送は算定できない。地域によっては搬送先が限られており、この制限は厳しいとの発言があった

2. 中医協（第 585 . 586 回）について

- ・ 高額医薬品（ゾコーバ）への対応について

緊急承認後 1 年経過、改めて薬価について検討することが必要

推定使用患者数は、令和 5 年 3 月 31 日の一般流通開始から令和 6 年 2 月 11 日までで約 100 万人。うち自己負担なしの時期（令和 5 年 3 月 31 日～10 月 15 日）：約 80 万人、一部自己負担ありの時期（令和 5 年 10 月 16 日～令和 6 年 2 月 11 日）：約 18 万人→直近の期間の推計から単純に換算すると年間でおおよそ 54 万人、280 億円程度の市場規模となる。⇒ 直近の市場規模は当初の予測と同程度で、市場規模及び予測販売額比のいずれも再算定の適用要件に該当しない。また、急激な使用実態の拡大もないことから、市場拡大再算定ルールにも該当しない。よって現行の薬価と同額にすることが適切と判断する

3. 四病協について

- ・ 病院医師の働き方検討委員会～医師の働き方改革に関する状況調査

（対象施設 5,425・回答施設 1,306・回答率 24.1%・令和 6 年 1 月 29 日～2 月 9 日）

2023 年度見込みで、960 時間を超える時間外労働をする医師については 76.9%の医療機関が 0、1,860 時間超については、3.3%の医療機関が 1 人以上あり

宿日直許可取得の有無について、70.1%が病院全体で宿日直許可を取得済み、一部の診療科、一部の時間帯のみで取得している医療機関も 19.4%だった。宿日直許可を取得していない医療機関のうち、71%の医療機関が申請し結果待ち、または準備中であった

2024 年 4 月以降に予定している特例水準については、A 水準 92.2%、B 水準 15.5%、連携 B

250 各整備指針見直しのスケジュールについて

現状・課題

- 令和4年の整備指針改定を除き、がん対策推進基本計画の見直し期間と拠点病院等の整備指針の見直し期間が異なっていたことから、がん対策推進基本計画で定めたがん医療提供体制に係る取組を、整備指針に反映させるに当たり時間差が生じるという課題があった。
- ※ がん対策基本法では、少なくとも6年ごとにがん対策推進基本計画に検討を加えることとされている
- 成人のがん診療連携拠点病院制度は開始されてから20年以上が経過し、がん医療提供体制の整備が一定程度進み、制度が作られた当初のような整備指針の頻回の見直しを必要としないと想定される。
- 一方、がんゲノム医療に関しては、技術開発の進展とそれに伴う新規がん遺伝子パネル検査の導入や患者数の増加等による、求められる医療提供体制の変化に応じて、柔軟に整備指針を見直す必要がある。
- 小児がん診療に関しては、小児がん連携病院の指定要件、小児がん拠点病院の数や地域ブロックごとの分布に関する課題について引き続き検討を行う必要がある。

方向性

- がん対策推進基本計画の見直しにおける医療提供体制に係る検討と、がん診療連携拠点病院等の整備指針の改定に係る検討とを運動させて、政策的に一体性を持ったがん医療提供体制の構築を進める観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針見直し期間を6年ごととし、がん対策推進基本計画の見直し期間と一致させる。
- 今後整備指針見直し期間を6年ごととすることを念頭に、次回の見直しは令和10年度（2028年度）を目標とする。
- ゲノムと小児の整備指針については、従来どおり（必要に応じて見直す）とする。

5. 社会保障審議会医療部会

- 地域医療構想の更なる推進について

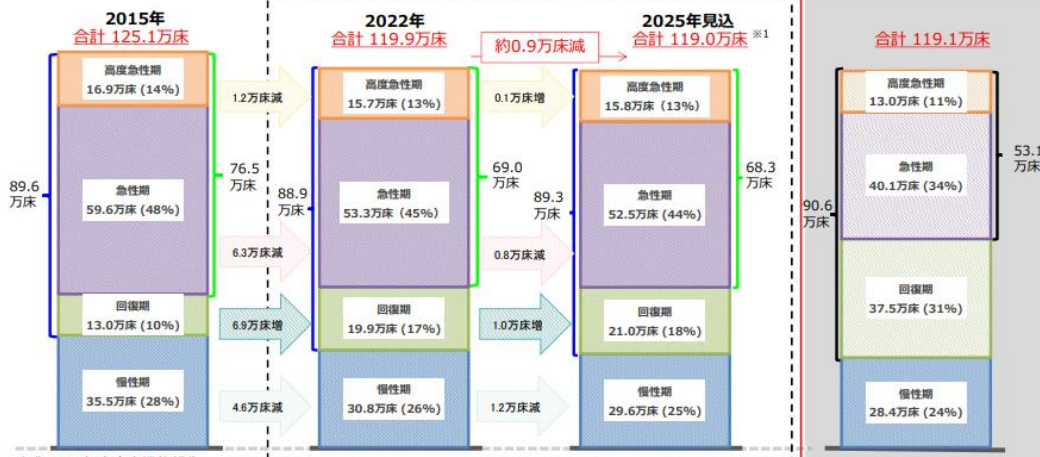
333

2022年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※6

2022年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4※6



出典: 2022年度病床機能報告

- ※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
- ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告:13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告:12,171/12,590(96.7%)
- ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計
- ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(※):18,399床(参考:2021年度病床機能報告:19,645床)
救命救急入院科1~4、特定集中治療室管理科1~4、ハイケアユニット入院医療管理科1~2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※6: 病床機能報告の集計結果と得た病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることが単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

336

2025年の必要量との乖離及び病床数の変化

- 2015年から2022年にかけて、病床機能計の乖離率(必要量との乖離/必要量)は+5.0%から+0.7%に縮小しており、必要量に近づいている。
- また、病床機能別にみても、以下のとおり、4機能それぞれにおいて乖離率は縮小しており、必要量に近づいている。

高度急性期	+29.9%	→	+20.5%	急性期	+48.8%	→	+33.2%
回復期	▲65.2%	→	▲46.8%	慢性期	+24.7%	→	+8.4%

- 地域医療構想については一定の進捗が認められる。
 - ・ 2015年から2022年にかけて、病床機能計及び高度急性期・急性期・回復期・慢性期それぞれにおいて、必要量に近づいている。特に病床機能計の乖離率は+5.0%から+0.7%に縮小している
 - ・ 病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、病床機能計、急性期、回復期において、乖離率・乖離数いずれでも、全体として乖離は縮小している傾向にある
 - ・ また、重点支援区域においては、13道県20区域を選定しており、うち4区域が再編済である。再編によって、地域における救急医療体制の確保につながった事例や急性期と回復期の連携強化・充実が見込まれる事例がある
- 一方、構想区域によっては、依然として大きい乖離が残っている区域があるため、必要量との乖離の状況について、構想区域ごとに確認・分析を進めていく必要がある

368

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）で協議。
- 都道府県は地域医療介護総合確保基金等を活用して支援。など

【主な課題】

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、在宅を中心に入院を繰り返す高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、地域ごとに人口変動の状況が異なる。
- 生産年齢人口の減少等がある中、医師の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。など

【主な検討事項（案）】

- 2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- 病床の機能分化・連携の更なる推進
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- 地域における入院・外来・在宅を含めた医療提供体制の議論
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

368 ⁶¹ など

369

地域医療構想の検討体制（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

6. 医師の働き方改革の推進に関する検討会について

○厚労省は、医師の働き方改革制度施行に向けた進捗状況を報告した

- ・ 医療機関勤務環境 評価センターへの受審申込受付数は483（当初の想定は1,500）

C-2水準審査にて承認となった医療機関数は、小児科2、外科8、産婦人科5、脳神経外科2

C-2水準の対象技能となり得る具体的技能の考え方は、審査事例を重ねる中で定期的な見直しを行

っていくこととし、令和6・7年の厚生科学研究結果を活用することを予定している

・面接指導実施医師の養成については、令和6年3月時点で9,786名に修了証を発行した

○昨年実施した第5回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査についても報告された
期間は令和5年10月30日～11月30日、対象は全ての病院及び分娩を扱う有床診療所

・医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無については、見込み「有」が457医療機関で、そのうち自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制へ影響があるとしたのは132、影響なしは77だった

・医師の引き上げによる診療体制への縮小が見込まれる医療機関数は49で、そのうち21は自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制への影響もありと回答した

・複数の構成員から、診療体制の縮小の見込み有と回答があった地域の救急など地域医療への影響は、制度施行後も調査していくことが重要といった意見があった

7. 「かかりつけ医機能報告制度」創設に向けた提言を厚労大臣あてに行った

文責：谷口健次（小牧市民病院）