



# 全日病 ニュース

## 2022.6.15 No.1011

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

### 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況「評価できず」

社保審・医療部会 副業・兼業を含めた時間外・休日労働の把握が4割弱にとどまる

厚生労働省は6月3日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、医師の働き方改革の施行に向けた準備状況の調査結果を示した。全病院を対象にした調査の回答率は44%で、副業・兼業を含めた時間外・休日労働を概ね把握していると回答した病院は4割弱にとどまった。大学病院本院からはすべての回答が得られたものの時間外・休日労働を概ね把握している大学病院は2割強に過ぎなかった。厚労省は、「今回の調査では病院の準備状況の評価は困難」との見解を示した。

#### 「派遣」の解釈にもばらつき

都道府県と全病院を対象に、医師の働き方改革の施行に向けた準備状況を調査した。病院(8,193病院)の時間外・休日労働時間の把握状況の回答は44%の3,613病院、大学病院の本院(防衛医大を含む)の回答率は100%。調査は2022年3~4月に実施した。

3,613病院のうち、副業・兼業を含めた時間外・休日労働を概ね把握していると回答した病院は1,399病院で、39%にとどまった。大学病院の本院82病院では20病院で24%に過ぎなかった。自院での労働時間の把握に限れば、全病院で41%であり、両者を合わせると80%になる。大学病院の本院では50%であり、合わせると74%。大学病院の本院において、副業・兼業先の時間外・休日労働時間が把握できていない病院が多いことがわかった。

厚労省は、現時点で、副業・兼業先を含めた時間外・休日労働時間を把握できている病院が4割程度にとどまるため、「今回の調査では病院の準備状況等、総合的な評価は困難」との見解を示した。

さらに、医師派遣に関する問いでは、回答する病院によって、「派遣」の解釈

にばらつきがあるなどの課題があったと報告した。

全日病副会長の神野正博委員は、「結果をみると、副業・兼業を含めて把握している回答が4割というのは問題となってくるし、派遣の解釈もばらつきがあるという課題も示された」と述べた。その上で、「これまで派遣と言えば、地域の病院が大学病院などに依頼して、それに対して派遣が行われる形が一般的であったと思うが、最近の実態をみると、医師が空いた時間をどう使うかということで、民間の派遣会社が間に入って、地域の病院に紹介する形もある。そうすると、派遣元だけでは把握が難しいと思うので、派遣先とあわせて把握する必要がある」と指摘した。

厚労省は、今後、各病院における準備が進んでいくのにあわせ、改めて調査を実施し、病院の準備状況などへの影響を把握する。その際は、質問の趣旨を明確にするなど、制度設計についても見直しを行うとの考えを示した。

ほかの委員からも、実態が把握されていないことを問題視する意見が相次いだ。国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治委員は、「失礼な言い方をすると、まるで他人事のような回答結果になっている。医師の時間外労働規制の施行が2年以内に迫っているのに、勤怠管理も行っていない病院がある」と危機感を示した。

健康保険組合連合会常務理事の河本滋史委員は、「2022年度診療報酬改定では、医師の働き方改革への対応を重点課題とし、相応の財源を投入した。施行に向けた取組みが進んでいないことでは、国民の理解を得られない。準備作業の加速化を求めると指摘した。

日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長の木戸道子委員は、派遣先の

医療機関が宿日直許可を取得することができれば、時間外・休日労働時間から外れるが、宿日直許可の取得が進むと、二次救急の機能を果たす医療機関が減少するとの懸念を表明。これに対して、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「二次救急を担っている医療機関でも体制を整えれば、宿日直許可を取得することはできる。二次救急を担っているから取らないということにはならない」と述べ、可能な限り宿日直許可を取得したほうがよいとの考えを示した。また、厚労省に取得のための医療機関への支援を行うことを求めた。

都道府県に対する調査でも、実態把握が低調であることがわかった。

医師の働き方改革による医療提供体制への影響の把握に関する取組みを行っている都道府県は6都道府県(13%)で、今後行う予定の都道府県を含めると28都道府県で6割にとどまった。

また、40都道府県(85%)で、小児・周産期・救急医療体制への医師の働き方の影響が把握できていなかった。

#### 手術情報は個別に同意を得る

全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大の進捗については、患者の保健医療情報が医師などに共有されることで、通常時に加え、救急や災害時であっても、より適切で迅速な診断や検査、治療などを受けることが可能となる仕組みを構築する方針が説明された。

2021年7月からは特定健診情報、同年10月からはレセプト記載の薬剤情報を確認できる仕組みの運用が始まっている。今後も、確認できる情報が順次追加される。

政府の成長戦略(2021年6月18日閣議決定)では、2022年夏をめどに、手



術などの情報を追加する予定となっていた。手術のほかに、放射線治療、画像診断、病理診断、医学管理料、在宅医療(在宅療養指導管理料)、処置(人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流)の診療行為のレセプト情報も含む。

このうち、手術の情報については、健康・医療・介護情報利活用検討会(森田朗座長)の議論により、「どういった情報が共有されるか十分な周知を行うことに加え、機微情報の共有について、特段の配慮が必要との指摘」を踏まえ、「個別に同意を得る仕組みを構築した上で活用する」ことになった。

これに対し、神野委員は、「なぜ、手術の情報だけ、別の取扱いとするかについては多少違和感がある。機微情報という意味では、画像診断、病理診断などほかのレセプト情報も同じではないか」と指摘した。その上で、「病院はこれまで包括同意という形で、患者から同意を得てきた」と述べ、手術の情報だけを個別同意の形にすれば、別の問題が生じる可能性があるとの懸念を示した。

また、骨太方針2022原案に、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう「保険証の原則廃止」が盛り込まれたことに対し、方向性としては「妥当」との考えを示した。

厚労省は、手術情報以外の医療機関・薬局への医療上の共有は、今年9月より予定通り運用を開始すると説明。患者がマイナポータルを通じて自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みについても、手術情報を含め今年9月から予定通り運用を開始するとしている。

#### オン資システムで医療情報共有

全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤として、オンライン資格確認等システムネットワークを通じた電子カルテ情報交換サービスの仕組みの報告もあった。医療機関や薬局の間でやり取りする3文書・6情報をHL7 FHIRにデータ変換することで標準化し、オンライン資格確認等システムネットワークで送受信する。

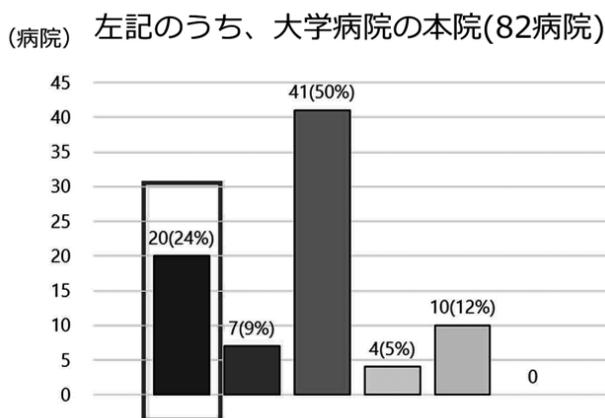
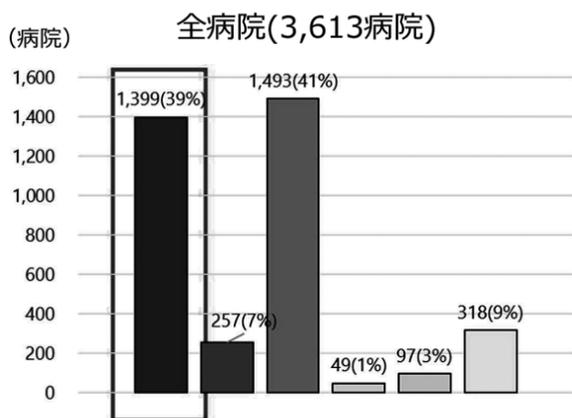
日本医師会常任理事の釜范敏委員は、「オンライン資格確認等システムネットワークのセキュリティ対策はある程度整っているかもしれないが、そこにつながる医療機関内のネットワークが脆弱な場合がある」と述べ、医療情報の共有化の取組みを進める上で、医療機関のセキュリティ対策とその支援が不可欠であることを強調した。

#### 本号の紙面から

- 8次医療計画検討会が議論開始 2面
- 高齢者医療介護委員会の報告書 3面
- 四病協が予算概算要求で要望書 4面

#### 時間外・休日労働時間の把握状況

- 回答のあった3,613病院のうち、副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間を概ね把握していると回答した病院は1,399病院(39%)。
- 大学病院の本院82病院のうちでは20病院(24%)。  
※自院での労働時間に限れば概ね把握していると回答した病院は全3,619病院のうち1,493病院(41%)、大学病院の本院82病院のうち41病院(50%)



- 1. 副業・兼業先も含めて概ね把握している
- 2. 副業・兼業先も含めて半数以上の医師について把握している
- 3. 自院での労働時間に限れば概ね把握している
- 4. 自院での労働時間に限れば半数以上の医師について把握している
- 5. 半数未満の医師についてしか把握していない
- 6. 副業・兼業を行う医師がいない

# 第8次計画策定に向け本格的な議論を開始

## 厚労省・第8次医療計画検討会 医療圏、基準病床数、指標がテーマ

厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)は5月25日、次期医療計画策定に向けた本格的な議論を開始した。同日は、医療圏・基準病床数・5疾病5事業および在宅医療の指標をテーマとした。第8次医療計画は2024年度から始まる。都道府県が2023年度中に計画を策定するためには、国は2022年度中に基本方針等の改正案をまとめる必要がある。

### 二次医療圏の人口規模の違い大きい

二次医療圏は、一般的な入院医療が完結する単位として設定されている。2021年10月現在で335医療圏がある。これに対し、三次医療圏は基本的に都道府県ごとに1つで、北海道のみ6医療圏があり、2021年10月現在で52医療圏がある。三次医療圏は、特殊な医療を提供できる単位として設定されており、具体的には、臓器移植や特殊な疾病、広範囲熱傷などの救急医療などに対応できる単位としている。

第6次医療計画の検討の際に、人口20万人未満の医療圏では、流入率が低く流出率が高い状況が確認された。人口20万人未満の医療圏については、一般的な入院医療が完結する区域として成り立っていない場合があると考えられ、そのように判断できれば、二次医療圏の見直しを都道府県に求めた。

単独の二次医療圏では、医療資源が不足していても、近隣の二次医療圏に統合すれば、限られた医療資源を効率的に活用できることもあるためだ。

第7次医療計画の検討時に、人口20万人未満で、患者流入率20%未満、患者流出率20%以上の二次医療圏は、344医療圏のうち78医療圏であった。ただ、実際に見直しが行われたのは6県で、第7次医療計画で二次医療圏は335医療圏となった。

このため、第8次医療計画を検討する上で、二次医療圏の見直しの基準が示されているにもかかわらず、見直しが進まないことについて、委員からは、その理由を把握すべきとの意見が出た。

一方、人口規模の大きい二次医療圏の問題を指摘する意見もあった。

全日病副会長の織田正道委員は、「現在の二次医療圏は地域医療構想とほぼ一致しており、地域の医療提供体制を構築する上で、基本となっている。しかし人口規模は、10万人未満の二次医

療圏から100万人以上の二次医療圏まで幅があり、同じような単位として考えることはできない」と指摘。特に、「100万人以上の医療圏については、分散化を含め、医療の内容により、医療圏の問題を考えるべきだ」と主張した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員も、大阪府の事例をあげ、「二次医療圏の大阪府は270万人を超える。あまりに規模が大きいため、実際は4つの区域に分けて、個別に議論した上で、まとめる形にしている、分けることが検討課題になる」と述べた。

### 基準病床数は地域医療構想が前提

基準病床数については、経年的に減少傾向にある。今後も、人口減少や平均在院日数の短縮や病床利用率の設定により、減少が見込まれる。療養病床については、地域医療構想における病床の「介護施設・在宅医療等対応可能数」による減少分も加味される。

基準病床数制度は、病床過剰地域から非過剰地域に病床を誘導することにより、病床の地域的偏在を是正することを目的としている。都道府県知事は、病床過剰地域において病院・診療所の開設についての許可の権限を持つ。た

だ、病床過剰地域であっても、複数の医療機関の再編統合を行う場合などに、特例措置を講じることができる。

病床数が増えると、医療費も増える傾向にあるので、病床数が増えることに国や自治体は基本的に慎重になる。

地域医療構想では2025年に向けて、病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等に対応することを目指している。具体的には、療養病床の医療区分1の患者の7割を介護施設・在宅医療等に移行させることや、療養病床の地域差を解消すること、一般病床の長期入院患者の一定部分も減らすことを目標としている。

しかし、この目標を達成するには、介護施設・在宅医療等が、地域で整備されることが不可欠となる。それができなければ、目標は達成できないので、介護施設や在宅医療等の充実を求める意見が出た。

### 指標にロジックモデルを活用

5疾病・5事業および在宅医療の指標については、実効性のある施策を実施するためのロジックモデルの活用が論点となった。ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至る



までの論理的な因果関係を明示したものの。医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実効性を高める上で、効果的とされる。

例えば、大阪府の第7次医療計画の救急医療体制のロジックモデルでは、「救急患者の生存率向上」という目的を設定し、指標は「救急入院患者の21日後生存率」で示し、その目的を達成するために、「二次救急医療機関数」や「30分以内搬送率」、「軽症患者の割合」などを指標としている。

また、奈良県立医科大学教授の今村知明委員が指標作成における留意点を説明した。具体的には、指標が、「全国で比較可能な数字になっている」「数値の算出が実施可能なもので、厚労省から配布されるデータブックに載せられるもの」、「分母と分子が明確」、「ストラクチャー、プロセス、アウトカム」のどれかに分類できるもの」であることなどが望ましいことを示した。

## 第7次医療計画における二次医療圏の見直し状況等

○ 人口20万人未満、患者流入率20%未満、患者流出率20%以上の見直しの基準に該当する医療圏は、344医療圏のうち、78医療圏あった。

○ 第7次医療計画策定時に6県において見直しが行われ、結果335医療圏となった。

福島県(7医療圏→6医療圏)、神奈川県(11医療圏→9医療圏)、愛知県(12医療圏→11医療圏)、兵庫県(10医療圏→8医療圏)、香川県(5医療圏→3医療圏)、熊本県(11医療圏→10医療圏)

<第7次医療計画策定時から現在までに医療圏を見直した事例>

都道府県	見直し前の医療圏	見直し後の医療圏
福島県	南会津医療圏、会津医療圏(統合)	会津・南会津医療圏
神奈川県	横浜北部医療圏、横浜西部医療圏、横浜南部医療圏(統合)	横浜医療圏
愛知県	名古屋医療圏、尾張中部医療圏(統合)	名古屋・尾張中部医療圏
兵庫県	阪神北圏域、阪神南圏域(統合)	阪神圏域
	西播磨圏域、中播磨圏域(統合)	播磨姫路圏域
香川県	大川保健医療圏、高松保健医療圏(統合)	東部保健医療圏
	中讃保健医療圏、三豊保健医療圏(統合)	西部保健医療圏
熊本県	熊本保健医療圏、上益城保健医療圏(統合)	熊本・上益城保健医療圏

# 入院・外来等分科会の検討状況を報告

## 中医協・基本問題小委、総会 看護の処遇改善に向けたデータ分析の結果

中医協の診療報酬基本問題小委員会(小塩隆士小委員長)は6月1日、看護の処遇改善の制度設計に向け、入院・外来医療等の調査・評価分科会の検討状況について、尾形裕也分科会長から報告を受けた。分科会と同様に、診療報酬における入院料等の算定回数と看護職員数のデータを病院ごとに紐づけ、相関関係をみるためのシミュレーションの実施が、厚生労働省に求められた。

5月19日の入院・外来医療等の調査・評価分科会と同様の資料が示され、同分科会での意見も紹介された。報告を受け、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「医療機関により、診療報酬における入院料等の算定回数や看護職員の配置数はさまざま、我々の実感と符合していることがわかった」と、データ分析への見解を示した。

その上で、「入院料等の算定回数と看護職員の配置数の相関関係をみることは、制度設計に向けた道標となり、補助金と比較しても、比較的ばらつきを抑えられる制度設計ができることを期待するが、過不足は患者変動により必ず生じる。そのため、余裕のあるバッファを設けることも考える必要がある」と提案した。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「入院料等の算定回数と看護配置数が病院ごとに大きくばらついていることがわかった。ばらつきの小さい組み合わせを追求する場合は、それが一定期間安定的であることを確認する必要がある。また、個別の医療機関ごとに係数を設ける方法も、検証がやりやすいので選択肢になる」と述べた。一方で、「看護職員の約3割が病棟以

外の配置であることを考慮すると、入院患者だけに負担を求めることへの合理的な説明も求められる」と指摘した。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員も、患者負担の問題に言及。「患者負担増の納得が得られる仕組みとしなければならない」と強調した。

### DPC病院の合併で病床が大幅増

引き続き、第522回中医協総会が行われ、DPC対象病院の合併の報告があった。医療法人錦秀会阪和記念病院(大阪市)と医療法人錦秀会阪和住吉総合病院(同)が6月1日に合併し、医療法人錦秀会阪和記念病院となった。合併後もDPC/PDPSを継続する。

旧阪和記念病院は135床のうちDPC算定病床が78床、旧住吉総合病院は115床で、すべてDPC算定病床であつ

た。合併後の阪和記念病院の病床数は481床で大きく増加した。うちDPC算定病床は157床となった。報告のみで特に委員からの質疑は無かった。

### DPC対象病院は1,764病院

2022年度診療報酬改定を踏まえたDPC制度の現況報告があった。

2022年4月時点で、DPC対象病院は1,764病院、対前年度で9病院増加。DPC準備病院は259病院、同12病院増加している。病床数は、DPC対象病院が約48万床、同2千床増加。DPC準備病院が約2.2万床、同1千床増加している。DPC対象病院の1病院あたりのDPC算定病床数の平均は274床、最小は12床、最大は1,218床。

DPC対象病院を規模別で見ると、500床以上が250病院、400床以上500床未満が149病院、300床以上400床未満が234病院、200床以上300床未満が325病院、100床以上200床未満が468病院、100床未満が338病院となっている。

# 総理を本部長に医療DX推進本部を設置

## 政府 骨太方針2022を閣議決定

政府は6月7日、「経済財政運営と改革の基本方針2022」(骨太方針2022)を閣議決定した。医療DXの分野については、総理を本部長とする「医療DX推進本部」を設置し、行政と関係業界が一丸となって、「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」、「診療報酬改定DX」を進める方針を示した。

社会保障全体では、全世代型社会保障の構築に向け、国民的な議論を行うとしている。2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、「2023年、2024年を見据えた短期的課題および中長期的な各種の課題を全世代型社会保障構築会議において、整理し、中長期的な改革事項を工程化した上で、政府全体として取り組みを進める」とした。

医療分野は、「機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国

民目線での改革を進める」とし、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」や「地域医療連携推進法人の有効活用」、「都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含めた地域医療構想の推進」を明記した。医師の働き方改革は「円滑な施行」に向けて取り組みを進める。

### 電子カルテ情報の標準化等を推進

医療・介護分野のDXに関しては、さまざまな取り組みに言及した。

なお、ここでいうDXとは、データヘルス、オンライン診療、AI・ロボット・ICTの活用など、医療・介護分野におけるデジタルトランスフォーメーションであるとしている。

オンライン資格確認については、医療機関・薬局に「2023年4月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバー

カードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す」。この文言の中には、2022年度診療報酬改定で新設した電子的保健医療情報活用加算の取扱いも含まれており、中医学協で検討することを注釈で示した。

電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報・特定健診情報等を取得し、その情報を活用して診療することの評価として新設したが、情報を取得しない患者に対しても加算されることを含め、患者負担が増えることに対し、批判的な意見が出ている。

さらに、2024年度中をめどに保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、オンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、「保険証の原則廃止」を目指すとしている。

また、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、さまざまな医療情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォームの創設」、標

準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを新しい医療技術の開発などに有効活用することを含む「電子カルテ情報の標準化等」、デジタル化時代に対応した診療報酬を目指す「診療報酬改定DX」の取組みを、行政と関係業界が一丸となって進めるため、医療情報の利活用について法制上の措置等を講じる。

そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚で構成する「医療DX推進本部」を設置する方針を示した。

医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システムは、経営実態の透明化の観点から、「整備する」とした。また、処遇改善を進めるに際しての「費用の見える化」などの促進策を講じるとした。

リフィル処方箋については、「普及・定着のための仕組みの整備を実現する」とし、コロナ入院患者受入医療機関等に対する補助のあり方については、「これまでの診療報酬の特例等も参考に見直す」としている。歯科健診に関しては、いわゆる国民皆歯科健診の具体的な検討を行うことを明記した。

# 新型コロナを踏まえオンライン診療の指針緩和求める

## 規制改革推進会議

## 薬剤師の業務拡大や抗原定性検査キットのOTC化も提案

政府の規制改革推進会議(夏野剛議長)は5月27日、規制改革に関する答申をまとめた。6月7日に実施計画を閣議決定した。医療に関しては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改訂し、現状の様々な規制を緩和することを求めた。薬剤師の業務拡大や新型コロナの抗原定性検査キットのOTC化も提案した。その上で、厚生労働省に年限を定めて検討し、結論を得ることを求めている。

答申では、「新型コロナが日本の医療デジタル化の遅れを始め医療関連制度の不全を露呈させた」として、規制改革を求めた。その問題意識から、5つの項目を取り上げた。

5項目は、①在宅での検査等の円滑化②医療DXの基盤整備(在宅医療や健康管理)③医療DXを支える医療関

係者の専門能力の最大発揮④先端的な医薬品・医療機器の開発促進⑤利用者のケアの充実が図られ専門職が力を発揮できる持続的な介護制度の構築―。各項目について、具体的な課題を示すとともに、結論を得る時期を定めている。

抗原定性検査キットの利用環境の整備では、特例的に薬局で購入できることにした現状を踏まえ、抗原定性検査キットのOTC化を検討し、2022年度上期に結論を出すことを求めた。また、薬局で抗原定性検査キットを購入する際に、書面に署名することの廃止も検討すべきとしている。

オンライン診療・服薬指導のさらなる推進では、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂を盛り込んだ。特に、情報セキュリティ対策に

ついて緩和の検討を促した。年内に結論を得るとした。

具体的には、以下の事項の見直しを検討すべきとした。◇情報通信・患者の医療情報の保管について十分な情報セキュリティが講じられていることを医師が確認しなければならないこと◇汎用サービスが端末内の他のデータと連結しない設定にしなければならないこと◇チャット機能やダウンロード機能は原則使用しないこと―など。

また、オンライン診療を実施する際の患者の本人確認の方法について、顔写真付きの身分証明書を持たない場合に、2種類以上の身分証明書をを用いるのは対面診療に比べ厳格であることから、健康保険証の提示など対面診療と同程度の厳格さで本人確認ができるようにする見直しを求めた。年度内に結

論を得るとした。

電子処方箋に関しては、普及させるために、医師が電子署名を行う際の負担を軽減する必要があるとし、医師が医療機関で電子カルテシステムを利用して、電子処方箋を出力する場合には、電子署名事業者が医師に対して、個別に改めて資格確認・手続きを行わなくてもよい仕組みとすることを検討すべきとした。今年度中に結論を得るとした。

医療人材の不足を踏まえたタスクシフト/タスクシェアの推進では、「在宅医療を受ける患者宅において必要となる点滴薬剤の充填・交換や患者の褥瘡への薬剤塗布といった行為」を薬剤師が実施することの適否に関し、今年度中に実施可能性などの課題の整理を行い、早期に結論を得ることを求めた。

# 居住系施設における訪問看護・訪問リハビリのニーズを調査

## 高齢者医療介護委員会

## 特定施設やGHでのサービス利用求める

「居住系サービス等における医療ニーズの調査研究」の報告書が、高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会でこのほどまとまった。

特定施設や認知症対応型共同生活介護(GH)等の居住系施設の増加が著しいが、これらの施設では、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止のための訪問看護・リハビリが必要な要介護者が入居する可能性がある。ニーズを把握し、適切に訪問看護やリハビリを提供することが重要だが、特定施設やGHでは、原則として外部の訪問看護・リハビリを利用できない。

こうした状況を踏まえ調査研究では、居住系サービスにおける訪問看護及びリハビリの提供状況、入居後の医療処置・機能訓練の実施状況、課題等についてアンケート調査を実施するとともに、医療ニーズの評価のために現地ヒアリング調査を実施した。

調査対象は、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(GH)、非特定施設の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅であり、介護保険の訪問看護・訪問リハビリを利用できる住宅と利用できない住宅とに分け、

横断的な比較を行った。

アンケート調査の結果、居住系サービスの入居者4,821人のうち、要介護度の「自立」は2.2%にとどまり、96%以上が要支援・要介護者であった。

傷病としては、「認知症」62.4%が最も多く、次いで「高血圧」44.1%、「糖尿病」14.5%、「変形性関節症」11.4%、「精神疾患」11.3%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折」10.8%、「脳卒中」10.5%であった。

ケア・マネジメント、ケアプランの目標として健康管理、ADL・IADLの支援、生きがいづくり等、多様な事項を挙げていた。生きがいや社会参加など、本人の望む生活を継続する視点に立ったケアプランの作成に努めていることが把握できた。

入居者の要介護度、傷病、障害像、ADL・IADLの状況等を6つの住宅種類別に横断的に比較したところ、住まい系サービスの入居者像は類似していることが確認された。非特定施設の有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居者のみに、訪問看護・訪問リハビリのニーズがあるとは考えにくく、特定施設やGHの入居者にも一

定程度の介護保険の訪問看護・訪問リハビリのニーズがあると考えられる。

居住系サービスは「住まい」であり、多様な事業者が運営している。医療ニーズにどのように対応するかは、事業者が決めている。入居者は自身の希望とニーズに合ったサービスの「住まい」を選択するが、心身状況や希望は変化することも多く、状況に応じて柔

軟に必要な医療・介護・生活支援等を受けられる環境や制度の整備が望まれる。

調査結果から、居住系サービスにおいて訪問看護・訪問リハビリの医療ニーズがあることが確認された。報告書は、介護保険の訪問看護・訪問リハビリの利用が認められていない特定施設やGHにおいても、必要に応じてサービスを利用できるようにすることが検討課題であると提案している。

一冊の本 book review

### いのちを紡ぐ、こころを紡ぐ

著者●山本保博  
発行●ばーそん書房  
定価●1,430円(税込)

災害医療の大権威であり、全日病の救急・防災委員会特別委員も務めておられる山本保博先生のご著書。日本の国際的な緊急医療支援のエピソードと、医療支援を通じて得た教訓、そしてその時々感じたことなどがいきいきと描かれている。コロナ禍で多くの人が実感したように、いったん災害が起きれば、すべての医療従事者が何らかの形で災害医療に関わることになる。本書を読むことで、災害医療への心構えもできるのではないだろうか。

なお、国際緊急医療支援を行った際の文化的なギャップに関するエピソードも、淡々と描かれているが、大変興味深い内容となっている。こちらにも注目して是非読んでいただきたい。

(安藤高夫)



# 2023年度予算概算要求に向け40項目の要望書を提出

## 四病協 新型コロナ関連をはじめ物価上昇や医療のDX対応など

四病院団体協議会は5月25日、2023年度予算概算要求に関する40項目にわたる要望書を後藤茂之厚生労働大臣に提出した。新型コロナ関連をはじめ、ウクライナ情勢の悪化に伴う商品価格の上昇や、医師の働き方改革への対応、医療のDX関連など病院を取り巻く問題が山積しており、予算措置を求めた。主な要望項目を以下に示した。

### (医療機関の経営破綻の防止)

新型コロナ関連では、外来・入院ともに患者数が減少しており、病院の経営悪化が懸念されている。コロナ病床を通常の病床に戻しても、すぐに患者が戻るわけではない。このため、財政的補助の継続を要望した。感染防護用品や衛生用品などの確保、医療従事者への感染リスクの対応についても、引き続き財政的補助を求めた。

### (緊急時の感染症対策基金等の創設)

新たな感染症によるパンデミックに備えるため、柔軟性のある財政的支援ができる国の基金の創設を提案した。都道府県に医療機関への資金拠出のための基金を置くことも要望した。

### (世界的なインフレへの対応)

ウクライナ情勢の悪化に伴い、原油や穀物をはじめ様々な商品の価格上昇が起きている。特に、病院給食においては、小麦や食材料費、光熱水費、物流コストの上昇による価格転嫁が予想される。医療機関の診療報酬による収入は価格転嫁ができないため、「政府による迅速かつ適切な予算措置」を求めた。

### (医師の働き方改革に伴う予算措置)

医師の働き方改革の実施が近づくなか、地域医療を維持している医療機関が、医師の長時間労働を抑えながら、地域医療を維持するには、医師の増員が必要となる。このため、診療報酬以外に医師の人件費に相当する部分への予算措置を要望した。

### (病院の看護補助者の処遇改善)

岸田政権の下で、看護、介護、保育の処遇改善が行われている。介護施設で働く介護職員の処遇改善の仕組みが導入されたのに対し、病院で働く介護職員の処遇改善の仕組みはない。介護施設の介護職と同等の交付金による対応が不可欠である。診療報酬以外での看護補助者(介護職)の処遇改善の予

算措置が必要と主張した。

### (総合的診療能力開発支援事業)

高齢患者が増加する中で、臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療、多職種からなるチーム医療のマネジメントが実践できる組織が求められている。現在、日本専門医機構で総合診療専門医の育成が進められているが、総合診療専門医が地域で活躍するには、依然時間がかかる状況にある。

病院における医師の総合的診療技能の向上は急務であり、総合的診療能力の獲得を促すキャリア支援事業を実施している病院団体に対して、経費補助を行うことを要望した。

### (電子カルテの標準化等の経費)

医療情報化支援基金の対象事業には、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等の導入の支援などが記されている。その措置の確実な実施に加え、医療機関における初期導入経費への補助金を要望した。

### (病院のサイバーセキュリティ対策)

昨今、複数の病院で電子カルテ等のシステムがランサムウェアに感染し、

診療が大幅に制限される事態が発生した。医療機関のサイバーセキュリティ対策の費用を医療機関が負担するのは困難であり、国が費用面での措置を講じるべきで、公的な補助金などの支援を要望した。

### (オンライン資格確認の補助金)

2021年3月からオンライン資格確認制度が始まり、病院では3台導入の場合190.3万円が上限となっている。しかし、病院がレセコンの改修を行うと190.3万円の上限金額に収まらない。医療機関への導入を促進するため、実勢に基づく標準費用を設定し、それを上限とするとともに、2021年4月以降に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関にも、実費の全額を補助することを要望した。

### (病院給食の研究の財政的支援)

今日の病院給食は、病院における調理師確保の慢性的困難による人員不足と、近年の材料費・委託費の増加に伴う収支の悪化という問題を抱えている。病院給食に関する抜本的な構造転換を図る研究のための補助を要望した。

### ■ 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ご参照ください)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
2022年度特定保健指導実施者 経験者研修 (WEB 研修) (60名)	2022年7月9日(土)	22,000円(33,000円)	厚生労働省プログラムに記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った2022年度の標記研修を開催する。保健指導経験年数3年以上の医師・保健師・管理栄養士・歯科医師が対象。全日病が交付した「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)と同食生活改善指導担当者」の継続更新のための2単位に該当する。
2022年度個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(東京会場) ~医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法に対応するために~ (48名)	2022年7月14日(木)	13,200円(17,600円)	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的に開催する。参加者には「受講認定証」を発行する。座学だけでなく、全日病の個人情報相談窓口にお問い合わせが実際にあった事例を用いたグループワークを経験することで、より実践的な知識を身に付けることのできる研修となっている。
2022年度病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 (WEB 研修) (150名)	2022年7月18日(月・祝)	5,500円	研修では、昨年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者との間で討議する。病院管理士の継続要件③と看護管理士の継続要件②に該当する(全日本病院学会への参加、もしくは全日本病院協会医療従事者委員会主催のフォローアップ研修の修了(2回以上))。
2022年度在宅医療における病院の役割研修会 (WEB 研修) (50名)	2022年7月27日(水)	11,000円(16,500円)	地域ごとに異なると考えられる在宅医療における病院の役割について、基調講演と各地域の事例発表を行う。事例発表では、大都市(千葉県船橋市)、地方都市(福井県越前市)、中都市(福岡県久留米市)を取り上げる。
医療に関する税制のポイント、及び消費税のインボイス制度(適格請求書等保存形式)・電子帳簿等保存制度の概要セミナー(第2弾)(WEB参加) (500施設)	2022年8月1日(月) (一定期間はセミナーの内容を動画視聴できる)	5,500円(7,700円)	2023年10月から制度開始となる「消費税のインボイス制度(適格請求書等保存形式)」、それに先駆けて2022年1月1日から適用されている「電子帳簿等保存制度」の見直しについての注意事項と具体的な事例を基に知っておくべき制度の理解や事務処理対応等を説明する。
2022年度医療事故調査制度事例検討研修会 (WEB 開催) (60名)	2022年8月6日(土)	13,200円(16,500円)	医療事故調査制度について、「医療事故調査制度に係る指針」を教材に、各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に、研修会を開催する。事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、個人の参加も可能。
2022年度院内医療事故調査の指針・事故発生時の適切な対応研修会 (WEB 開催) (70名)	2022年9月23日(金・祝) 2022年9月24日(土)	27,500円(33,000円)	「院内医療事故調査の指針(第2版)」を教材に、各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究(西澤班)の研究協力者である宮澤潤弁護士や練馬総合病院の飯田修平理事長などを講師に招き、研修会を開催する。
【2022年度診療報酬改定対応研修】看護補助者の更なる活用のための看護職員研修+看護補助者研修		11,000円(16,500円) (受講人数に関わらずID無制限の病院ごとの契約)	本研修は2022年度 診療報酬改定で新設の「看護補助体制充実加算」に対応する研修。本研修に関する問い合わせはヴェクソンインターナショナル株式会社まで。 【問い合わせ先】 ヴェクソンインターナショナル株式会社 TEL : 03-6272-8425 (受付 : 平日10:00-17:00) MAIL : support@vexon.jp