



全日病 ニュース 2022.11.15

No.1021

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

医師確保計画見直しの意見を大筋でまとめる

厚労省・地域医療構想・医師確保計画WG 2024年度医学部入学定員数は現状どおり

厚生労働省の地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は10月27日、医師確保計画の見直しに向けた意見を大筋でまとめた。

都道府県や二次医療圏の相対的な医師の多寡を判断するための医師偏在指標は、精緻化を図るため、複数の医療機関に勤務する医師の実態を反映させる。これまでは一人の医師は一つの医療機関に従事していると仮定していた。具体的には、三師統計で「従たる従事先」を記載している医師について、「主たる従事先」は0.8人、「従たる従事先」は0.2人として算出する。

医療需要を算出するデータとなる受療率については、現状追認的に、受療率が高い県に多くの医師を配置してし

まうことを避けるため、全国受療率を用いる。また、3年に一度集計する患者データは、新型コロナの影響を避けるため、2020年のデータは用いず、2017年のデータを用いる。

これらに対し、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、医師偏在指標のさらなる精緻化とあわせ、適切な二次医療圏の設定の必要性を強調。一般的な医療が完結する範囲である二次医療圏が、地域によりばらばらで実態に合っていないことを問題視した。都道府県が、積極的に適切な二次医療圏の設定に取り組むことを求めた。

目標医師数については、医師少数区域以外の二次医療圏において、原則、計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定する。ただし、医療需要が今

後増加する二次医療圏に対しては配慮する。この場合、医師少数県以外の都道府県において、二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時点の医師数を上回る場合は、計画開始時点の医師数を下回る目標医師数を設定する二次医療圏も出てくる。

これに関して、全日病副会長の織田正道委員は、今回の目標医師数の設定を厳格に適用することへの懸念を表明。「県庁所在地で大学病院があり、専門的な医療を提供する病院が集まる二次医療圏で、医師を減らすということになりかねない」と述べ、都道府県で実態に合った対応が行われるべきであるとした。

医学部における地域枠・地元出身者枠の設定では、都道府県に対し、地域



枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置に向け、積極的に大学と調整を行うことを要請する。また、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ、地域医療に従事しやすい仕組みを構築するため、都道府県が医療機関の指導体制を十分に把握することなどを求めた。

2024年度医学部定員については、現状の臨時定員を維持し、医学部総定員数(9,420人)を上限とすることを決めた。2024年度の医学部定員は高校生への周知などのため、今年10月中には確定させる必要があり、今回は臨時定員の見直しは行わず、2025年度以降の医学部臨時定員を改めて検討する。

外来医療計画や5事業への対応方針を大筋でまとめる

厚労省・第8次医療計画検討会 二次救急が高齢者救急の初期診療と入院治療を主に担う

厚生労働省の第8次医療計画検討会(遠藤久夫座長)は10月26日、第8次医療計画の策定に向け、外来医療計画と5事業(救急、災害時、へき地、周産期、小児)への対応方針を大筋でまとめた。

外来医療計画では、引続き現行の外来医師偏在指標の計算式を用いて、偏在状況を把握する。今後の外来需要の動向が地域により異なることを踏まえ、都道府県には、二次医療圏ごとの人口や外来患者数の推計などを踏まえた協議を求める。外来医療の体制整備にあたって、特に外来医師多数区域以外では、医師確保計画と整合性を取りながら進める。

また、都道府県は、地域で不足する外来医療機能(夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生など)の具体的な目標を定め、達成に向けた取組みの進捗

評価に努める。外来医師多数区域における新規開業に対しては、地域で不足する外来医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有するなど、フォローアップを行うことを、新たにガイドラインに記載する。

これらについて概ね委員の賛同を得た。ただ、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、各診療科の医師数の把握を含め、外来医師偏在指標を精緻にするための検討を継続して行うことを求めた。また、「情報提供により、新規開業を思いとどまらせようとしても、情報提供の段階ですべて新規開業を決断し、手続きも進んでしまっている場合が多いので、もう少し有効な手立てを考えないといけない」と述べた。

医療機器の効率的な活用に向けては、共同利用を促進するため、都道府県が医療機器の共同利用や画像診断の提供の有無の可視化などを進める。さらに、新たに医療機器を購入する医療機関に対しては、購入後の当該医療機器の稼働状況を都道府県に報告することを求める。

これまでの検討会の議論で、病院団体の委員は、CT・MRIなどは二次救急を支える医療機関にとってはすでに必要不可欠で、価格も低下傾向にあると主張してきた。これを踏まえ、医療計画においては、地域の中での台数が多いこと自体を問題にするよりも、稼働状況などを把握し、効率的な活用が行われているかを確認できるようにしていく考えだ。

5事業についても方針をまとめた。

救急に関しては、第二次救急医療機関が、「地域で発生する高齢者救急の初期診療と入院治療を主に担う」と明確に位置付けた。全日病副会長の織田正道委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、第三次救急医療機関と比較し、第二次救急医療機関には補助金などの支援が乏しいため、積極的な支援を行うことを求めた。一方、第二次救急の実績には新型コロナ対応を含め、医療機関によりばらつきが大きいとの指摘も出ている。このため、医療計画では、救命救急センターの応需率を指標に用いるとした。

また、織田委員は、高次の医療機関からの患者を受け入れる「下り搬送」という言葉について、「『連携搬送』など上下関係の意味を含まない他の適切な言葉を考えてほしい」と要望した。

5疾病の検討状況の報告受ける

厚労省・第8次医療計画検討会 がん計画や循環器病計画との整合性図る

厚生労働省の第8次医療計画検討会(遠藤久夫座長)は11月4日、第8次医療計画の策定に向け5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)を議題とし、個別疾病の検討を行っている健康局から取り組み状況の報告を受けた。検討の方向性としては概ね委員の了解を得た。

がん対策は第4期がん対策推進基本計画の決定に向けた議論が行われている。医療計画への反映では、◇二次医療圏等との整合が取れる範囲で、柔軟にがん医療圏を設定する◇拠点病院等において、チーム医療の提供体制の整備を進める◇指標において、ロジックモデル等の活用を含め見直す一とした。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「がん医療圏は、がん医療の地域の実態に応じて、二次医療圏にこだわらず、柔軟に設定すべき」と述べた。また、高齢者へのがん

治療で、不適切な意思決定・治療が行われているとの指摘を踏まえた意思決定支援の取組みについては、「ぜひ推進してほしい」と強調した。

脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患については、第2期循環器病対策推進基本計画に向けた議論が行われている。循環器病対策推進協議会では、◇循環器病の指標の更新◇関係する諸計画との連携◇感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備を検討しており、その内容を医療計画にも反映させる。

猪口委員は、患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、全国10都道府県程度で先行的に実施している脳卒中・心臓病等総合支援センターのモデル事業について、「例えば、脳卒中と心臓病等のリハビリテーションは方法論も実施施設もだいたい異なる。これを同じスケールで行うのは無理があるのではないかと指摘。支援体制の

あり方について、十分留意することを求めた。

糖尿病については、腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会が、中間とりまとめを年内に行うため、健康日本21(第二次)や医療費適正化計画との整合性を図りつつ、その内容を医療計画に反映させる。検討の方向性としては、厚生労働科学研究で提案された指標案を踏まえ、「予防」、「治療・重症化予防」、「合併症の治療・重症化予防」を軸に整理する。また、新型コロナの経験を踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策などを含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備などを進めるとしている。

精神疾患については、「普及啓発、相談支援」、「地域における支援、危機介入」、「診療機能」、「拠点機能」の段



階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの厚生労働科学研究における各指標例の見直し案が示された。また、精神病床の基準病床数については、地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及、認知症施策などの政策効果等の要因を勘案して、将来推計を行うとしている。新たな算定式を用いた精神病床の入院患者数の推計をみると、2020年で27.3万人の入院患者は、2029年には23.9万人に減少する見込みとなっている。

本号の紙面から

静岡学会・特別講演など	2面
静岡学会・委員会企画など	3面
医療経済実態調査を議論	4面

「しぞーカルネッサンス」静岡の芸術・文化を発進

静岡学会・市民公開講座

「感幸都市」の創造に向けたアートと、大井川鐵道の挑戦

イベントプロデューサーでもある甲賀雅章氏(シーアイセンター代表取締役ディレクター)は、1992年から静岡市で開催されているアジア最大規模の大道芸フェスティバル「大道芸ワールドカップin静岡」を手掛け、まちづくりにも取り組んでいる。講演は、アートとウェルビーイングの関係が中心となった。

健康とは、「単に病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にある」というウェルビーイングの考え方が、WHO(世界保健機関)により示され

ている。健康状態を判断する上で、幸福度が指標となる場合があり、幸福とアートは密接に関わっている。

甲賀氏は、「30年前、私たちが目指した静岡市におけるまちづくりの目的は、50年先の国際的芸術文化創造都市、「感幸都市」の実現であり、社会や人々の幸せである」と強調した。「50年先を見据えて、人々が幸せになれる『感幸都市』に向け、その仕掛けとして大道芸をツールに取り組んだ。これは、過去の歴史的文化資源の活用という従来の行政のまちづくりの発想ではない」と述べた。

「経済の活性化」よりもむしろ、「シビックプライド」と「芸術の日常化」を大事にした。「人々が、町に対する愛着と他人に対する思いやりの精神を持ち、一人ひとりの感受性が豊かになり、生活を心から楽しめると同時に、訪れた人が幸せ感と元気を持ち帰ることのできるような」取組みが、国際的芸術文化創造都市・感幸都市の創造であるという。

最後に、「アートには社会的な価値がある。ウェルビーイングへの効果も大きい。みなさんのような医療関係者が、より積極的にアートに参画することで、アートがウェルビーイングに与える効果はより高くなると思う。アートとウェルビーイングの相互作用を一緒に研究していきたい」と投げかけた。

SLを「動態保存」し観光に使う

台風15号の被災で全線運休中である大井川鐵道の広報担当の山本豊福氏(大井川鐵道経営企画室次長)は、同鐵道の魅力を紹介した。

1925年創立で、間もなく100周年を迎える大井川鐵道は乗客の増加に向け、観光列車の運行などさまざまな工夫を行っている。特にSL(蒸気機関車)を運行可能な状態で整備・保存する「動態保存」を行っていることで有名だ。

SLは1976年から運行を開始。現在は4両が走っている。また、海外アニメの「きかんしゃトーマス」の意匠をまとった蒸気機関車「きかんしゃトーマス号」は2014年から運行。さらに、急勾配を上るための鐵道システムであるアプト式列車としては日本唯一の「南

アルプスあぶとライン」は、90パーミルという日本一の急勾配や日本一の高さの鐵道橋である関の沢橋梁を走る。

大井川鐵道は、大井川上流部の電源開発と森林資源の輸送の手段として出発した。しかし、貨物輸送の需要はほぼなくなった。山本氏は、SLを走らせた理由について、「貨物輸送が激減し、沿線外の人々が来ないと生き残れない状況になった。SL投入は、夢を求めて、というよりも、差し迫った困難への対応だった」とした。きかんしゃトーマス号についても、新たな顧客層の獲得が目的で、「団体客が激減したため、小さな子どもとその親に来てほしい」と述べた。

目下の取組みでは、今年2月にSLを購入した。復元し来年1月から走行させるために、整備を行っている。また、修繕費用の一部をクラウドファンディングで募っているという。山本氏は、「我々は公共交通機関であると同時に、楽しい思い出をつくることのできる鐵道にしたい。また来たいと感じさせる鐵道にするには、どうすればよいかをいつも考えて仕事をしている」と述べた。



甲賀氏



山本氏

社会とかかわる統合医療の実践

静岡学会・特別講演4

プラネタリーヘルスからみた地方の医療機関の可能性

富士山西麓に広がる朝霧高原に、山本竜隆氏が院長の朝霧高原診療所がある。山本氏は、神奈川県や東京都で育ったが、14年前に自然豊かな朝霧高原にやってきた。そこで、統合医療を実践している。統合医療により、「自然療法や伝統医学を使った医療、健康増進や予防医学の医療をやりたい」という。



山本氏

プラネタリーヘルスとは、「人類

と地球は一体であり、人類の健康は地球の健康と切り離せない」という考え。2015年の科学誌「ランセット」により世界に広がった。山本氏は、「統合医療と変わらない考え方だと思う」と述べた。プラネタリーヘルスを考えることで、グローバルな視点を持ちながら、身近な環境や地域コミュニティの課題に向き合っていくことができると説明した。

一方、統合医療の範疇は、狭義では、医療機関内で行う「現代西洋医学+伝統医学&自然療法(代替医療)」であり、広義では、身近な環境や地域コミュニティの中で行う「医療モデル+社会モデル」であると整理している。

その上で、広義の統合医療が本当の統合医療であり、身近な環境や地域コ

ミュニティへの社会的処方になり得ることを強調した。

社会的処方の海外の取組みについては、患者の美術館への訪問を治療として行うカナダの医師会の取組みや、ドイツやイタリアで実施している森林環境の中で過ごす治療を紹介し、保険診療の範囲であるかは別として、「日本でもやってみる価値がある」と提案した。

世の中が、「大規模・集中」から「小規模・分散」の時代に変化していることを踏まえ、個人にとっても医療機関にとっても、「画一的ではなく、地域性を意識したヘルスケアが必要になってくる」と指摘。あわせて、「治療型のみならず予防型」、「医療系のみならず社会系」を意識することが重要になっ

ており、「これは、現在国が進めている地域包括ケアシステムと重なる」と述べた。

医療を取り巻く環境は厳しい。山本氏は、急速な日本の人口減少により、社会保険制度の持続可能性が危ぶまれ、医療費削減が予想されることや、将来的に、相対的に医師は過剰となり、収入の減少が予想されること、日本の発展途上国化が進み、医薬品は高騰し入手困難となる状況が予想されるとした。そのような状況に対応するためにも、「予防分野や保険外分野、ツーリズム分野への取組みが重要になる」とした。

地方の医療機関の強みとしては、◇地域社会・生活とのつながりが深く、社会的意義が高い◇地域の独特の資源や人材を把握している◇観光や自然資産、農業などのコラボレーションを展開しやすい◇環境意識が高く、自然療法分野に関心のある看護師を集めやすい—などをあげた。

地域包括ヘルスケアシステム構築の取組み

静岡学会・病院のあり方委員会企画

幅広い視点を持つ医療者が必要

当委員会では「病院のあり方に関する報告書2015-16年版」発刊から5年が経過し、著明な人口減と高齢化のピークを迎える2040年に向けて、どう意識し行動していくべきか検討すべきとの判断のもと、昨年6月、2021年版の報告書を刊行した。

「病院のあり方に関する報告書2021年版」における我々の主張の中心が、2040年に向けた理想的な医療介護提供体制としての医療・都道府県主導の「地域包括ヘルスケアシステム」の構築である。

現在、国は二次医療圏別に医療需要の変化にあわせて急性期・回復期・慢性期病床数を整理する都道府県・二次医療圏別「地域医療構想」と、中学校区にあわせた高齢者の医療・介護・生活・住まいの一体的支援のための市町村別「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

しかし、一般住民への周知は著しく遅れており、医療介護提供者も積極的

な係わりを持っていない状況にある。そのため、行政管轄が異なり整合性にかけている「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」を、人口推移や高齢化率に加え地域の産業構造などから、一定の生活圏で地域特性に合致し、医療・都道府県主導による「地域包括ヘルスケアシステム」として再構築すべきと提唱し、その構築に向けた取組みについて考えるべく、今回学会の委員会企画のテーマとした。

病院の品質から地域の品質へ

徳田禎久委員長(社会医療法人禎心会札幌禎心会病院理事長・院長)からは、全日本病院協会における病院のあり方に係る検討と今回の報告書作成の経緯説明がなされ、2021年版報告書の概要とともに、報告書にて提唱した医療・都道府県を中心とした仕組みである「地域包括ヘルスケアシステム」の説明がなされた。

神野正博副会長(社会医療法人財団

董仙会恵寿総合病院理事長)からはその実践について説明が行われた。高齢者の増加がピークアウトし生産人口の減少が続く時代においては“人生の質”が求められ、病院には医療の提供とともに患者の生活の場を支えていく使命が生じるが、そのどちらをも支える必要性から「病院のあり方報告書2021年版」の検討過程において「地域包括ヘルスケアシステム」という考え方を真っ先に提唱したことが示された。

「医療」「介護」「障がい」「健康」の提供のために、その土台となる「情報」「サポート」「生活支援」提供体制を構築した自院の実践を紹介し、「病院の品質」から「地域の品質」へと展開すべき時代となってきたとの認識が示された。

長谷川友紀特別委員(東邦大学医学部教授)は、現在の日本が経済成長率の低下、人口減少、高齢化、価値観の多様化等の特徴とする「成熟社会」に差し加かっており、顕在化する地域差から、より地域を中心とした政策の必

要性を説明された。その中で「地域包括ヘルスケアシステム」の概念が地域の医療を中心とした取組みであることを指摘し、全日本病院協会に可能な役割として、地域における合意形成に携わる人材の育成や好事例の収集・共有が提案された。

フロアから、「総合医や特定看護師など地域において広い視点を持つ医療者の必要性」について意見が求められ、神野副会長(看護師特定行為研修委員会委員長)から、そういった人材が確かに必要であり病院として確保したいと考えると前置きしたうえで、現実の不足状態に対しては、当面研修プログラム等を活用しながら、自ら今いる人材の中から育てていくべしとの見解が示された。

また、「地域包括ケアや地域医療構想も地域の実情による進捗の差が顕著であること」について指摘があり、実情が異なるからこそ、より地域の病院が中心となって主体的に地域のあり方を構築していくことが肝要である旨議論が交わされ、「地域包括ヘルスケアシステム」の姿を具現化する必要性が各演者から改めて示された。

居宅における医療ニーズの把握と提供実態の調査研究

静岡学会・高齢者医療介護委員会企画

全日病の老健事業の成果と意義

高齢者医療介護委員会では、老人保健事業へ応募し、調査を行っている。地域で完結する在宅療養を提供するには、デジタル化などによる省力化と、コロナウイルスのような新興感染症への対策が求められる。2021年度は「居住系サービス等における医療ニーズの調査研究事業」と「高齢者住宅の入居者の介護保険のリハビリテーション、機能訓練、訪問看護のニーズ」に応募した。訪問リハビリの提供方法について、美原記念病院リハビリテーション部の石森卓矢様。終の住処である高齢者住宅におけるリハビリ・看護の提供方法について、ケアハウス笠松の郷施設長の田中徹也様から報告いただいた。発表を受けて放送大学客員教授の栃本一三郎先生からコメントをいただいた。以下に発表内容のサマリーを提示する。

訪問リハビリテーションのあり方について提言

在宅リハビリテーション(リハ)の提供は、医療機関と訪問看護ステーション(訪看)からの訪問が存在する。前者は機能回復を目的とし、後者は看

護業務の一環なので、機能分化されるべきである。両者は看護師の配置基準、医師の指示が異なっているが、機能分化がなされているとは言い難い。

併設訪看のアウトカム調査では、利用者の重症度はADL改善に影響を与えない、発症からの期間や疾患がADLの改善に影響すると示唆された。退院からの期間や疾患という利用者像と目的に対応したリハの提供が、在宅リハの機能を分化させる。そのアウトカムが評価されるような診療報酬・介護報酬の適切な改定が期待される。

グループホームと特定施設における医療と機能訓練の現状

グループホームと特定施設に、常勤看護師2名の加配および常勤PTを配置したことによる施設利用者に対する効果について前後の比較を行った。

看護師加配の結果、医療管理能力が向上し入居可能者の範囲が拡大した。その反面、入院が60%程度増加した。しかし退所者数は変化しなかった。

経験値の高いPTが入所前から継続したアセスメントを行うと、適切な環

境設定・移動手段を選定し介助方法の適正化に有効であった。転倒件数は40%程度減少した。

以上から、在宅施設における医療・リハビリの提供方法は、アセスメントできる常勤専門職の配置によって、入院日数を削減し社会保障費の削減につながる。これが評価される報酬体系が望まれる。

【栃本一三郎先生のコメント】

高齢者医療介護委員会の特別委員として、御2人の発表を含めて全日病が老健事業によって調査研究を行うことの意義について話したい。

政策は、さまざまな手続きを経て立案され、立法化され、予算化される。高齢者医療介護分野であれば、介護報酬や診療報酬、基準や通知等によって実施されるが、その根拠となるのが、政策の変更や制度運用の課題を客観的に明らかにする作業である。この根拠づくり、いわば、「エビデンスに基づく政策」という場合の「エビデンス」と「狙う政策のエビデンス探し」という二つのエビデンスが並ぶことになる。

いわゆるEBPとPBEだが、これを今日の英国などヨーロッパの政策立案の新しい考え方として表現すると「参加型調査」や「参加型政策」ということになる。

地域完結型医療介護、治し支える社会と医療を考えると、地域に根を下ろす中小民間病院と開業医はそれぞれの地域にあった地域包括ケアを実際に進めていく核となるものである。そういった病院および医師と病院のチームによって、医療介護にかかわる報酬の改定や運用の変更を現場で受け止め、現場の臨床や経営を通じてクリティカルに見ていく調査研究は我が国の医療介護領域の政策の適切さを担保するために欠かせないものである。

報酬改定や基準の見直し、加算等が本来目指したものと別の副次的な作用が起きることは当然の現象であり、そのことを関係ないとして省いてしまう調査は重要な政策上のインプリケーションを無視することにつながる。そのような老健事業による調査研究が多い中において、全日病の調査研究は、政策民主主義のためにも異色のものであると評価できる。多様なアクターが自分たちのイニシアティブ(主体性)に基づいて取り組むことが大切である。それが政策民主主義、参加型政策となるために欠かせない。

介護技能実習受入施設からの報告

静岡学会・外国人材受入事業会議(国際交流委員会)

実習現場ってどうなっているの?

新技能実習法が施行され、全日本病院協会が監理団体となり、実習生の受入を開始してから3年が経過した。本学会でも外国人材受入事業の説明、送出し機関からの報告、実習生が登壇しての発表、語学教育支援に関する報告等を行ってきたが、今回は受入施設からの報告を中心に受入における問題点を共有、解決に繋げることにした。

座長(山本)より導入説明として、本事業の概略、経過、コロナで約2年間入国停止となった影響、特定技能への対応、本事業スキームの見直し等々を説明し、次いで各受入施設から報告を行った。

福島県・土屋病院(松本)より「何故地方では外国人技能実習生が必要か」と題して震災・被曝の様々な影響下での実習生受入の必要性、現状(様々な窮状)・問題点が提起され、次に東京都・

永生病院(齊藤)より「外国人材の成長への支援を振り返る」と題してEPA・技能実習・特定技能の各形態での外国人受入の経験から様々な支援の実例を紹介し、結果として自施設への継続勤務の希望が得られている好事例の提示がなされた。

次に大阪府・清恵会(三宝)病院(梅沢)より「介護技能実習生との日々～受入からを振り返って～」と題して外国人との業務実践における経験から、言葉の壁は想定内であり、懇切丁寧な説明と確認の必要性等、人材育成(マネジメント)に国境なしと結論付けた。

AHPネットワークス執行役員・当事業構成員(二文字屋)より「外国人介護職員との協働現場における課題」と題して、様々な事例を通して受入側の対応すべき課題・心構えを明示した。

円安を受けてスキームを見直す

ディスカッションでは技能実習終了(3年・2号)後の方向性に関し、3号(優良認定)で介護福祉士国家資格取得(=在留資格「介護」)を目指すか、転職し特定技能(在留資格変更)に移行するか、それぞれの得失、実習生の選択の傾向等に関し意見交換が行われ、本事業としては高度人材育成のスキームは維持し、同時に希望の多い特定技能へも対応せざるを得ず、その場合は如何に自施設(関連施設)に残留してもらえるか、成功事例を参考に各受入施設の自助努力が求められるとの結論に至った。

最後に最近の円安進行・継続により、実習生にとって日本の魅力の低下が現実となり、競合する諸外国の存在も危惧され、同時にベトナムからの受入は近い将来縮小



せざるを得ない可能性が大であるため、対応策としてミャンマーを筆頭に他の送出国の検討と、看護学校卒業を条件とするスキームの見直し(高度人材育成コースに非看護系の大学・短大卒業者を追加)も検討すべきとの結論に至った。

新たな全日病スキーム 案 技能実習制度・特定技能による受入れ	
技能実習 高度人材育成コース	ベトナム 医療短大看護学科3年・看護大学卒業生 ミャンマー 一般大学卒業生(中退者を含む) N3相当の日本語能力
技能実習 一般コース	ベトナム 介護専門学校2年、将来設計が明確な高校卒業生など N4相当の日本語能力
特定技能コース	
募集対象はこれから検討予定であるが、想定としては ・元技能実習生:日本語の心配無し(介護技能実習からの乗り換え) ・一般の大学、短大等の卒業生:介護に特化した日本語能力(N?)	

静岡学会の風景



医療経済実態調査の実施に向け、コロナの取扱いなど議論

中医協 有効回答率向上策では支払・公益側から厳しい意見

中医協の調査実施小委員会(秋山美紀小委員長)は10月26日、2024年度診療報酬改定の参考資料となる医療経済実態調査の実施に向け議論を行った。

前回の2020年度調査では、新型コロナの直近の影響を把握するため、通常の前年度の調査とは別に、単月調査を実施した。2020年度は新型コロナの感染拡大が医療現場に与える影響が日々大きく変化し、より直近の状況を把握する必要があったためだ。最近になって、予断を許さない状況であるものの、落ち着きをみせている。委員からは、今回は単月調査を実施しなくてもよいのではないかと意見が出た。

調査項目については、◇新型コロナの影響◇看護の処遇改善による効果◇委託費や経費◇薬局の機能に応じた経

営状況◇保険薬局における医薬品の備蓄状況一の把握が論点となった。

新型コロナの影響については、補助金の交付状況を把握するとともに、病院については、◇重点医療機関・協力医療機関の指定状況◇新型コロナ患者の受入れ実績◇これまでの院内感染の有無一を前回調査で調べた。今回調査では、簡素化の観点から、一部を見直す方向だ。

10月実施の診療報酬による看護の処遇改善については、2022年2～9月までは補助金で手当てしているため、「医療収益」に計上されないが、「給与費」には反映されることへの対応を考える。委託費や経費の把握については、昨今の物価高を踏まえ、詳細な把握が望まれるが、回答する医療機関の負担との

兼ね合いで慎重に検討する。

保険薬局については、これまでの店舗数ごとの経営状況に加えて、機能の違いに応じて、◇地域連携薬局◇専門医療機関連携薬局◇健康サポート薬局の類型別の調査も行う方向になった。保険薬局の調査では、一般用医薬品(OTC医薬品)の備蓄品目数を把握することも論点となっている。

データの信頼性を担保するため、医療経済実態調査の有効回答率の向上が課題となっている。これまで継続的にさまざまな取組みを図ってきたが、病院も一般診療所も有効回答率が5割強にとどまり、抽出調査でもあることから、支払側と公益側から厳しい意見が出た。「抽出率と有効回答率を掛け合わせれば、実際に回答している医療

機関の割合はとても低い」、「回答している医療機関に偏りがある可能性がある」などの指摘があった。

2023年度の構築を予定している医療法人の経営情報のデータベースとの関連も議論された。支払側の委員の「全数データであるなら、こちらを積極的に活用すべき」との提案に対し厚生労働省は、医療法人のみのデータであることや、医療経済実態調査を補完するものとして活用するとの整理で検討が進んでいることを説明した。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も「補完的に活用することを求めた。

また、同日の総会で、入院・外来医療等の調査・評価分科会からの「令和4年度調査案」と、医療技術評価分科会からの「令和6年度改定に向けた医療技術の再評価方法」を了承した。

電子処方箋で事務連絡

厚労省 四病協からは拙速な運用に懸念の声

厚生労働省は10月28日、電子処方箋管理サービスの運用に関して、都道府県などに事務連絡を行った。事務連絡では、電子処方箋のメリットや電子処方箋管理サービスの考え方、電子署名の活用、電子処方箋の運用、患者への説明と理解を求める取組み、サービス停止時への対応などについて整理している。

先の国会で成立した改正薬機法などにより、電子処方箋の実施が可能となり、政府は来年1月をめどに運用を開始する予定だ。10月31日には、モデル事業が始まった。2023年3月末までに、オンライン資格確認等システムを導入する医療機関・薬局の7割、2025年3月末までにオン資システムを導入するすべての医療機関・薬局が、電子処方箋を開始することを目指している。

医療DXを強く推進する政権の強い意向を踏まえた政府の動きだが、11月2日の四病院団体協議会・総合部会でも、電子署名の活用を含め、拙速な運用開始には、強い懸念が示されており、今後の政府の対応が注目される。

オン資システムを活用

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を電子的に実施する仕組みのこと。医療機関のメリッ

トとしては、医療機関・薬局間での情報の共有が進むことや、紙を印刷するコストの軽減、処方箋の偽造・再利用・誤入力の防止、不必要な処方・調剤や併用禁忌による有害事象の回避などをあげている。

電子処方箋の運用においては、まず医療機関でマイナンバーカードまたは健康保険証により、患者の本人確認・同意が行われる。医師は過去の情報をチェックし、処方箋を登録する。電子処方箋管理サービスのシステムを通じ、患者は本人確認・同意を経て、薬局で処方箋を取得し、調剤を受ける。薬局で薬剤師は、過去の情報をチェックし、調剤内容を登録する。患者はマイナポータルやお薬手帳アプリでこれらの情報を閲覧できる。

医師・歯科医師は、患者に交付する処方箋に記名押印または署名をしなければならず、処方箋の電子化でもそれが「引続き必要」としている。そのため、「医師等の国家資格の確認が電子的に検証できる電子署名または電子署名とその電子署名に紐づく医師等の国家資格確認との組み合わせを用いる」ことを求めている。電子署名は、「安全管理ガイドラインの6.12に規定される電子署名」とし、「医師、歯科医師、薬剤師自らが行う必要がある」とした。

2022年秋の叙勲・褒章で会員2人が受章

2022年秋の叙勲・褒章で全日病の会員から以下の2人の受章が決まり、それぞれ以下の勲章が授与された(敬称略)。

【叙勲】

旭日双光章 志田 幸雄 医療法人 桜木記念病院

【褒章】

藍綬褒章 鮫島 哲郎 医療法人望洋会 鮫島病院

厚労省分で4兆7,858億円を計上

政府 第二次補正予算案を閣議決定

政府は11月8日、2022年度第二次補正予算案を閣議決定した。政府全体で29兆円相当の規模。厚生労働省分は4兆7,858億円(一般会計4兆6,137億円)となった。うち新型コロナ対策などが3兆6,604億円を占める。医療・介護DXの推進やイノベーションの実現などには1千億円を投じる。

中身は、2023年度予算の概算要求に盛り込み、予算編成過程で検討することになっていた予算項目が多い。2023年度予算で要望していたものが前倒しで、補正予算に盛り込まれた形だ。

最も金額が大きいのは、新型コロナ緊急包括支援金(1兆5,189億円)で、新型コロナ患者の病床確保料などを保障する。病床確保料については、2022年度分を確保できる見込みの規模としている。次いで、新型コロナワクチンの接種体制(7,526億円)、雇用保険財政の安定(7,276億円)がある。

医療・介護DXの推進では、◇マイナンバーカードと健康保険証等の一体化に向けた取組み(344億円)◇医療情報等の共有基盤となる全国医療情報プラットフォームの創設(27億円)◇電子処方箋の運用に向けた公開鍵基盤(HPKI)の普及(56億円)◇国保総合システムの整備(57億円)◇予防接種事務デジタル化等のための環境整備(11億円)一などがある。

全国医療情報プラットフォームの創設では、オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテなど医療機関が発生源となる医療情報(介護情報含む)を共有・交換できる全国的なシステムとする考えだ。HPKI普及事業では、電子処方箋へ電子署名が行えるよう、認証局にカード発行費用を補助するとしている。

一冊の本 book review

『医療4.0実践編 これからのヘルステック戦略』
著者●加藤 浩晃
出版社●日経 BP 社 定価●2,530円(税込)

医療やヘルスケアをめぐる環境はこの数年で大きく変わった。特に、新型コロナウイルス感染症の流行を契機として初診でのオンライン診療が解禁されたことは、大きなトピックスとなった。目前に迫った医師の働き方改革への対応も踏まえ、AI問診をはじめとしたさまざまなテクノロジーを導入した病院や、医療DXに本格的に取り組み始めた病院も多くあると思う。さらに、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認もはじまり、PHR(パーソナルヘルスレコード)を活用するための環境づくりも着々と進んでいる。2018年12月号の書評で前書の「医療4.0」をご紹介したときと比べれば、環境も、医療機関側の受容度も隔世の感がある。テクノロジーが社会実装されていく中で、医療機関はさらに大きく変化していく環境に対応していかなければならない。まずは病院で勤務する皆さんと、デジタルヘルスの最新の動向をキャッチアップするとともに、デジタルヘルスの大波への危機感を共有したいと思っている。是非本書をご一読いただきたい。(安藤高夫)

■ 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 (WEB開催) 120名	講義研修 2023年1月6日(金) 実習研修 ①2023年1月7日(土) ②2023年1月8日(日)	11,000円(33,000円)	全日病は災害時医療支援活動班(AMAT)を組織し、会員病院を始めとす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を含めた災害医療活動が可能な体制を整えている。厚生労働省の「2022年度災害医療チーム養成支援事業」の実施団体にも選定されている。
医療ITの現状と課題 WEBセミナー (病院情報のデジタル化と先進的活用事例) 100名	2023年1月22日(日)	5,500円(8,800円)	医療DXはデジタル化を活用した医療機関の業務革新が肝要。病院医療情報のデジタル化により、医療DXの成果をあげている病院の先進的事例についての講演を予定する。