

主張

電子カルテの共同開発・運用

情報共有化の基本は、関係者すべてに同じ形式で記載された情報が届くことで、各々がその役割に従ってこれを有効利用することが肝である。

電子カルテには必要な患者情報が十分記載されるべきであり、この一本化こそが良質な医療の追求に必須であり、全日病歴代執行部もことあるごとに主張してきたはずである。

しかし、この度「医療DX」という耳障りの良い施策に示された内容を見ると、間違いなく実行されるのは「電子

カルテ情報の標準化」であり、3文書6情報でしかない。

関係者の話も合わせまとめてみると、重要な標準型電子カルテ開発構想では、医療機関が3つのグループに分けられ、普及率も高いので大規模病院には既存F社N社製を中心に自主的に対応させ、普及率の低い小規模病院から診療所にのみのみを絞り、某団体推奨の既存システムのクラウド化を行い、補助金で普及を図るとするもののように、全日病会員の大半を占める中規模病院への具

体策は示されず、遅くとも2030年には概ねすべての医療機関が電子カルテを導入することを目指すと言われたに過ぎない。

全医療機関が電子カルテ導入を目指しているはずだが、各社の特徴がそれぞれ異なり、周辺支援システムの一体化の有無もさまざまで、導入／維持費用が高いことが、中規模病院から診療所の半数以上で導入が遅れている主な理由であろう。

今後クラウド型web対応が常識とされる中で、更新時期を迎える導入施設も多いと聞く現状を踏まえると、全日病が主導して電子カルテの一本化を企画することを提案したい。

ベンダーや関係者の話から、100施設がまとまって発注なら、10年程度の継続契約を条件にすると、開発費も含め導入維持費用は既存各社平均の半減も望めそうである。

個人的には、電子カルテの究極の利用は診療アウトカム評価と考えるが、医療提供者側が医療の質改善を自らが行うという宣言は、政府のみならず国民に対しても大きなアピールとなるはずだし、生産年齢人口減少の中で、DXの意味する業務改善を各施設が行うよう誘導できれば、全日病の存在はより高く評価されるであろう。

(徳田禎久)

HCUの必要度の適正化が論点

高度急性期入院医療についても、「重症度、医療・看護必要度」の見直しが論点となり、特に、ハイケアユニット(HCU)用の適正化に関し、さまざまな意見が出た。

HCU用の「重症度、医療・看護必要度」については、

◇HCUに入室した時の状態や手術実施の有無によらず、ほぼすべての患者において「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」が該当していた。

◇いずれの入室経路においても、A項目3点以上の割合と4点以上の割合の差が大きく、またA項目が3点以上である場合には、ほぼすべての場合でB項目4点以上に該当していた。などのデータが示された。

2022年度改定において、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」のA項目「心電図モニターの管理」が削除された。また、特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」のB項目(患者の状況等)も削除されレセプト電算処理システム用コードを用いた評価である「II」を導入した。

これらを踏まえ、HCUでの「心電図モニターの管理」とB項目の削除、「II」の導入を求める意見が、複数の委員から出た。

同分科会では以前から、HCUについて、「年々届出数が増加しており、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合も増加している。どのような状態の患者にどのような医療が提供されているのかを分析した上で、「重症度、医療・看護必要度」のあり方を検討す

べき」との指摘が出ており、適正化の観点で整理するとの考えで、概ね意見が一致した。

一方、特定集中治療室管理料等には、ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアであるSOFAスコアが試験的に導入されている。これに関して、「入院日の「重症度、医療・看護必要度」と入室日のSOFAスコアのいずれもが、退院時の転帰と相関しているが、SOFAスコアのほうがきれいな相関で、評価軸としてこちらのほうがよい」(牧野委員)との意見が出た。

ただし、「入室日に『重症度、医療・看護必要度』が該当ありで、SOFAスコアがゼロ点の割合が18%もある。病態の急変の予兆を迅速に把握するRRS(院内迅速対応システム)の活用の影響かもしれない。そうしたことも勘案する必要がある」と、牧野委員は述べた。

名古屋大学医学部附属病院・卒後臨床研修・キャリア形成支援センター教授の秋山智哉委員は、「SOFAスコアは臓器の機能不全を評価したもので、手術後の患者は点数が高くないことを含め、まだ単独の評価軸としては使えない」と指摘。SOFAスコアについては、引き続き適切な評価のための検討を継続すべきとの意見が多かった。

地ケアへの直接入棟は負荷大きい

地ケア病棟については、今回もさまざまなデータが示された(下図参照)。

入棟経路のデータでは、地ケア病棟に入棟している患者の割合は、救急搬送により入院した患者が19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地ケア

病棟に直接入棟した患者が5.7%。直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎が5.7%で最も高く、次いで腰椎圧迫骨折が3.9%、尿路感染症が3.4%、新型コロナが3.3%となっている。直接入棟した患者は、看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。入院経路別の医療資源投入量をみると、緊急搬送、直接入棟の患者は包括範囲の医療資源投入量が高い傾向がみられた(2022年度調査)。

津留委員は、「地ケア病棟に直接入棟した場合の負荷が大きいことが読み取れるデータになっている。13対1の看護配置でこのような患者に対応するのは大変だ。直接入棟では、相応の診療報酬上の評価が必要だ」と主張した。

一方、「現場では、通院歴がある患者であることを直接入棟の可否の判断に用いる場合が少なくない。通院歴があれば、家族構成を含め社会的背景も把握できる。三次救急に搬送されれば、ACPもわからず、検査も一から行うということになりがちで、高度急性期医療に負荷がかかり、無駄な医療が発生しやすくなる」と指摘。適切な下り搬送とあわせ、地域の救急医療の体制を構築することが重要であることを強調した。

地ケア病棟と短期滞在手術等基本料3との関係を分析したデータも示された。DPC対象病院は、短期滞在手術等基本料3を算定できず、DPC対象病院以外の病院が算定している。短期滞在手術等基本料3は4泊5日までで、対象手術等は57項目である。

地ケア病棟の入棟患者のうち、短期滞在手術等基本料3のみを算定する患

者の割合は、多くの病棟・病室でゼロ%であったが、158施設(9.5%)は10%以上であった。短期滞在手術等基本料3の算定が多くなると、平均在院日数や患者像など一般的な地ケア病棟の各指標との乖離が大きくなるのが考えられ、短期滞在手術等基本料3は各指標から除外することが望ましいとの意見が複数の委員から出た。

療養病棟の医療区分を詳細に分析

療養病棟入院基本料については、医療区分の分析結果などが示された。

2016年度改定で導入された医療区分・ADL区分は、患者特性や医療提供状況などに応じた慢性期入院医療の包括評価として導入され、医療区分の各項目で累次の見直しが行われてきた。2018年度改定で、療養病棟のデータ提出加算が必須となり、実態把握が可能となっている。

今回の分析では、◇医療区分に応じた医療資源投入量が増える◇同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがある◇医療区分によって医療資源投入量の内訳が変わる◇疾患・病態としての医療区分と、処置等としての医療区分は医療資源投入量の分布と内訳が異なる一などが確認できた。

猪口委員は、「現状の医療区分と医療資源投入量の分布をみると、バランスのとれたものになっている。疾患・状態の医療区分と処置等の医療区分の分布でも、極めてよくないという結果は出ていない。基本的には、大きく変える必要はないと思う」と述べた。

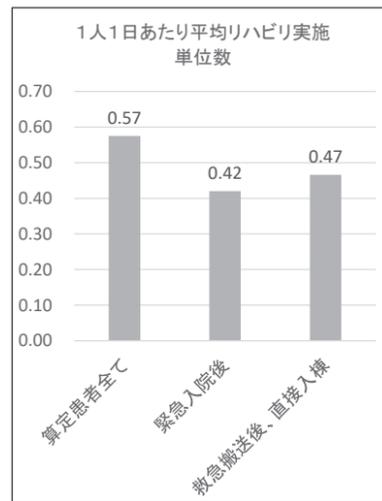
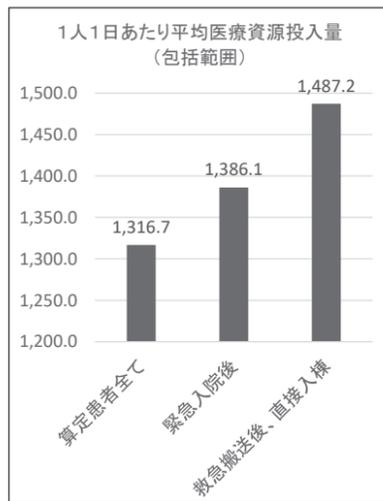
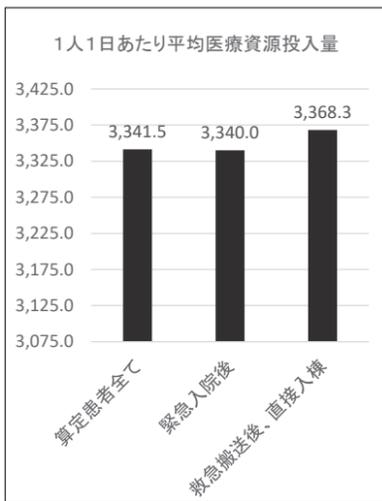
日本慢性期医療協会副会長の井川誠一郎委員は、「現状の医療区分の設定は、案外悪くないという結果だと思うが、疾患・状態の医療区分と処置等の医療区分で医療資源の分布の違いがあり、両者を掛け合わせた設定を検討する必要がある」と主張。一方で、「細分化して、整合性を高めると現場の負担が増える。療養病棟は電子カルテの普及も低く、入力に手間がかかる」と指摘し、医療DXへの期待を示した。

療養病棟入院基本料に関する議論では、中心静脈栄養の適切性が課題とされた。厚労省は、「消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本。また、療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない」と指摘。中心静脈栄養の期間が長くなると、カテーテル関連血流感染症発症の発生率が高くなることや、身体的拘束の割合が高くなることもデータで示した。

中心静脈栄養は医療区分3に該当するため、その見直しを求める意見が複数の委員から出た。猪口委員は、ACPを含め、本人にとって何が最善であるかの話し合いが現場できちんと行われることの重要性を強調した。

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析 入棟経路別の医療資源投入量等

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。



DPCデータ解析における定義
 ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 731,936)
 ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者 (n = 178,017)
 ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 39,757)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

プラットフォーム上のWEBカルテを概説し2社が実演

医療DX人材育成プログラム②

IT基礎については小林土巳宏氏が講義

院内のDX化が適切に推進できるという時代の要請に各病院が適切に対応するために必要な院内人材を養成する目的で、全日本病院協会は、広報委員会を担当委員会とし、日本医療教育財団、介護・医療見える化・効率化協会と共催で、「2023年度医療DX人材育成プログラム(全10回)」を開講した。今回は、第2回目の講習会の内容を紹介します。

第2回講習会が、7月27日(木)13時～16時にZoomで開催され、132病院、317人が参加した。最初の総論講義(1)において高橋泰教授(国際医療福祉大学)は、WEBおよびプラット

フォームの簡単な解説とプラットフォーム上で開発されたWEBカルテの説明を行い、WEBカルテを提供している亀田医療情報とヘンリーの2社が、WEBカルテのデモを行った。

プラットフォームとは、ソフトウェアやアプリケーションを開発・実行するための基盤となる環境であり、図に示す、米IT(情報技術)大手の「GAFAM」(グーグル、アップル、フェイスブック、アマゾン・ドット・コム)に最近ではマイクロソフトを加えたGAFAMが運営するプラットフォーム上で開発されたシステム(スマホのアプリなどを含む)が、世界のDX化を推進してい

ることは間違いない。さらに図に示す中国のBAT(バイドゥ、アリババ、テンセント)を加えた巨大プラットフォームの影響が年々大きくなっている。

プラットフォーム上で規則(web)に従いサービスを構築すれば、世界中のユーザーにつながるの、世界中の技術開発が巨大プラットフォーム上の開発にシフトしている。今後ますます世界中の資金と人材と技術が、図に示す巨大プラットフォームに集中するだろう。プラットフォーム上で電子カルテの開発を行う場合、これまで開発してきたプログラムはすべて書き直しになり、日本の多くの電子カルテベンダ

ーはまだ手を出していない領域である。しかしプラットフォーム上で電子カルテの開発を行うことにより、(1)電子カルテの価格を大幅に下げることができる、(2)モバイル対応である、(3)セキュリティーのレベルが高い、(4)容易に人工知能のサービスを利用できる、など多くの利点が生まれる。このような利点を、2社のWEBカルテの実演を通して受講者に実感してもらった。周辺機器との接続などまだ問題は多く、200床を超える病院や急性期医療を行っている病院では、時期尚早かもしれない。しかしWEBカルテを提供しているベンダーの開発速度は速く、今後WEBカルテに参入してくるベンダーも少なからず現れると思われるので、1～2年で状況は大きく変わるであろう。

後半の小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)によるIT基礎についての講義では、①クラウド、クラウド型プラットフォームサービス、②IoT、③ビッグデータ基盤、④AI、⑤マルチデバイス(i.モバイル、ii.タブレット、iii. PC)についての説明があった。特に①のクラウドの説明では、クラウド・コンピューティングの3種類の形態(1) SaaS(ソース: アプリ提供サービス)、(2) PaaS(パース: 開発環境提供サービス)、(3) IaaS(イアース: インフラ提供サービス)やガバメントクラウドなど、今回の講習会で最も重要となる概念を概説した。

最後にオンラインを通して講義内容の振り返りテストを行い、第2回の講習会が終了した。

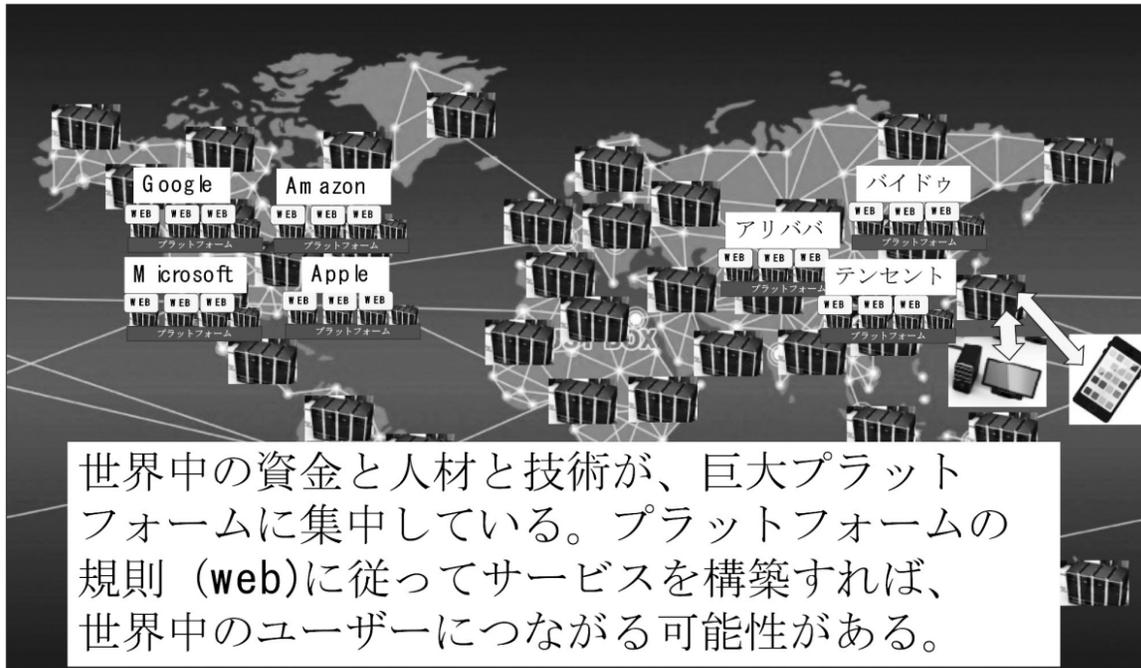


図: 世界のDXの趨勢

新創加算や市場拡大再算定の見直しを検討

中医協・薬価専門部会

薬価算定組織が次期薬価改定に向けた意見を提示

中医協の薬価専門部会(安川文明部会長)は8月23日、2024年度薬価改定に向け、薬価算定組織(前田慎委員長)の意見を聴取した。「薬価算定の基準に関する意見」として、①イノベーションの評価②薬価算定の妥当性・透明性の向上③状況の変化に応じた薬価の適正化④その他について、具体的な対応策が提案されている。

イノベーションの評価では、新薬創出・適応外薬解消等促進加算(以下、新創加算)の見直しが課題とされた。新創加算では、小児用医薬品であることは対象要件にならない。小児加算はあるが、比較薬が小児加算の適用を受けていると対象外になる。小児への医薬品開発を評価するため、有用性系加算に該当しない場合でも、小児の効能・効果または用法・用量で、特に評価すべき品目であれば、同加算の対象とすることが1つ目の提案となった。

2つ目は、新創加算の品目要件について。薬理作用が異なる品目を比較薬として、類似薬効比較方式により算定するケースが増えることが想定されることから、薬理作用を厳しく限定する品目要件を緩和する案が提示された。

3つ目は、薬価収載後に「小児の効能・効果の追加」、「希少疾病の効能・効果の追加」、「市販後に真の臨床的有用性が検証された品目」であれば、薬価改定時に加算が行われる仕組みに関して、併算定を認めるべきとした。

4つ目として、薬価算定時点において、国内のガイドラインに記載されていない場合でも、薬価収載後は日本で

標準的治療法となることが明らかであると見込まれれば、評価の対象として取り扱うことが提案された。

薬価算定の妥当性・透明性の向上では、原価計算方式の課題を取り上げた。2022年度改定以降、2023年5月までに原価計算方式で薬価収載された18成分のうち、89%にあたる16成分が開示度50%未満となっている。このため、◇営業利益率を平均的な営業利益率より限定的な範囲で適応する◇開示度が相当程度高い品目については、インセンティブとなる評価を検討する◇類似薬効比較方式による算定を一層進めるため、比較薬の選定をこれまでより柔軟に行う一などの案が示された。

また、長期収載品の薬価引下げの対象品目であるG1・G2品目を新薬の類似薬として比較薬にできるルールの緩和◇類似薬効比較方式(I)の薬価の適正化◇剤型追加等の取扱いの変更一の提案があった。

状況の変化に応じた薬価の適正化では、市場拡大再算定において、製薬業界が強く求めている、いわゆる「共通ルール」の見直しがある。「共通ルール」とは、再算定の対象となった医薬品と主たる効能・効果が類似している医薬品も薬価引下げの再算定の対象になる仕組み。日本製薬団体連合会などは、「抗がん剤など複数の効能を有する品目は、類似薬としての再算定を受けるリスクが高く、効能追加がマイナスのインセンティブになってしまう。薬価に対する予見可能性を下げる」と主張し、廃止を求めている。

このような意見を踏まえ、薬価算定組織では、「市場拡大再算定について、企業の見直しへの配慮や近年の競争性の複雑さを踏まえ、類似品の取扱いを見直す」との考えなどを示した。

類似薬効比較方式で算定された品目に対し、市場規模の変化にきめ細かく対応する見直しも提案された。

その他では、「新薬が長期間収載されていない領域において開発された新薬の評価」、「有用性系加算の定量的評価」、「新たな評価を行う上での留意点」、「再生医療等製品のイノベーション評価」、「開発段階からの薬価相談」に関して、さまざまな提案があった。

バランスの取れた見直しを求める

薬価算定組織の報告を受け、薬価専門部会の委員から、見直し全体に関する意見が出された。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「製薬企業の予見性の確保に配慮し、場当たり的に対応するのではなく、薬価制度改革の趣旨が骨抜きにならないように、慎重な議論を行うべき」と述べ、薬剤費が増える方向での見直しに関して、警戒感を示した。

一方、日本薬剤師会副会長の森昌平委員は、制度の持続可能性とともに、イノベーションの促進の観点も強調。「バランスの取れた見直し」が必要と指摘するとともに、薬価算定組織の見直しを実施した場合の財政的な影響の明示を求めた。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、評価の充実と適正化の「バラ

ンスの取れた見直し」の必要性を強調。見直しの各項目の財政的な影響を把握した上での具体的な検討が必要とした。

高額薬剤の影響を踏まえた議論も

厚生労働省は同日の薬価専門部会に、最新の薬剤費の年次推移を示した。年度では2020年度が加わったが、2020年度は新型コロナウイルスの感染拡大が始まった年度であるため、他の年度が6月単月の審査分から薬剤費比率を推計しているのに対し、通年分のデータを活用した。国民医療費42,966兆円に対し、薬剤費は9,56兆円で、薬剤費比率は22.3%、推定乖離率8.0%となっている。国民医療費に占める薬剤比率はこの20年程度の間、20～22%台で概ね横ばいで推移している。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、アルツハイマー病による軽度認知障害に効果のあるレケンビ点滴静注(エーザイ)が薬事承認される見通しであることも踏まえ、長期的な視点で、医療費における薬剤費の問題を検討できる資料の提供を求めた。

一方、同日の中医協総会では、再生医療等製品で効能・効果が遺伝性網膜ジストロフィーであるルクスターナ注(ノバルティスファーマ)の薬価収載が了承された。算定薬価は0.5mL 1瓶で4,960万円。年間1人1億円の薬剤費となる。高額薬剤を多くの患者が使うようになれば、医療費に与える影響は大きくなる。次期薬価制度改革に向けては、こうした観点も考慮した議論が行われると予想される。

第64回全日本病院学会 in 広島

大田泰正・学会長にきく

未来の子どもたちに向けできることを考える 超高齢者救急、地域医療構想も議論

第64回全日本病院学会 in 広島が10月14・15の両日、広島県広島市で開催される。大田泰正学会長に学会テーマに込める思いなどを聞いた。学会企画については、それぞれの見どころを紹介していただいた(取材日は7月15日)。

未来を担う子どもたちが希望を持てる社会づくりが課題

——学会テーマである「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!～」に込めた思いをお話してください。

高齢者の人口が多くなり、社会保障制度を含め、社会構造全体が高齢者に寄ってしまっているということを常々感じています。社会に影響を与える発言力も高齢者が持っていて、若い人たちの意見が反映されにくい社会になってしまっています。

しかし、将来的な日本を考えても、社会構造を全世代型にして、社会資源が一定の年齢層に偏らないフェアな社会にすることが望ましいのだと思います。未来を担う子どもたちが希望をもって生きていける社会をつくるということが我々の課題です。

ただ、このたび政府がまとめた「こども・子育て支援加速化プラン」の財源のように、具体的な施策では、非常に難しい問題に直面することになります。利害関係を先鋭化させ、世代間闘争にしまわせないでほしいと思います。お互いを批判するのではなく、お互いに配慮し、分け与えることのできる日本人らしいスピリットで、今後の社会、社会保障を考えなければならないし、そうあってほしいと思っています。

——広島学会開催に至った経緯を教えてください。

広島では、1973年の第12回日本病院管理学会を正岡旭学会長の下で、1986年の第28回全日本病院学会を河村虎太郎学会長の下で、開催しています。

しかし、私の前任で広島代表の常任理事であった浜脇純一先生が、学術委員会に所属していたときには、学会のチャンスにめぐまれず、開催は叶いませんでした。その後、私が学術委員会に所属するようになり、3年目で常任理事になり、学術委員会委員長も拝命しました。心のどこかで浜脇先生の意志を継いで広島学会を開催したいという思いがありましたので、手挙げをすることになりました。

2022年の開催で手挙げをしたのですが、新型コロナの感染拡大で、2020年の岡山大会が延期となったので、2023年の開催となった次第です。

——新型コロナの感染症法上の取扱いが2類相当から5類に変更されてから、初めての学会ということになりましたね。

いま、第9波が心配されており、秋に第10波が来る可能性もあります。感染対策上の懸念はありますが、これまでの新型コロナの経験がありますので、必要最小限の感染対策を実施しながら、「普通」にやりたいと思います。もちろん、政府から特別な指導、制限が要請される事態になれば、それに従って対応する考えです。

超高齢者の救急搬送とACP二次救急の位置づけも議論

——現時点で明らかになっているプログラムのうち、主に学会企画について、それぞれご紹介をお願いします。

特別講演3では、日本大学の林真理子理事長に、「古希を生きる」というテーマでご講演いただきます。私からは関心のある観点が2つあって、1つは教育者、もう1つは女性リーダーとしての立場から、医学部も含む伝統のある日本大学のトップにある人間が、若者や教育について、どのように考えているかを知りたいと思っています。

特別講演4では、市立豊中病院の吉川秀樹総長(大阪大学名誉教授)に、「大切なものは目に見えない」というテーマでご講演いただきます。吉川総長は、大阪大学医学部で整形外科教授を経て、大阪大学医学部附属病院長になられた先生です。学歴、資格、地位、財産など「目に見えるもの」にとらわれずに、「目に見えない大切なもの」に着目した「幸せに生きる秘訣」をきくことができると思われます。

次に、7つの学会企画の概要を順番に紹介していきます。

学会企画1「Web3.0時代の病院—リアルvsデジタルを超えて」では、演者に、長英一郎・東日本税理士法人所長、服部信孝・順天堂大学医学部附属順天堂医院脳神経内科教授・医学部長、小林史明・自由民主党副幹事長・衆議院議員をお招きします。

長所長は、病院という業態におけるAIを含めた医療DXの可能性を深く考えていて、病院への提言を行っています。最近、チャットGPTに大変関心を持っているようです。脳神経センター大田記念病院の研究員で、私の妻である大田章子氏も、長所長の教えを受けていて、長所長とともに座長として参加することになっています。

服部教授は、順天堂大学でIBMと協力し、メタバースを用いた医療サービス構築に向けての共同研究を行っています。メタバース空間で患者が来院前にバーチャルで病院を体験することや、治療の疑似体験を検証しているそうです。現時点での仮想空間の可能性や限界についてききたいと思っています。

小林衆議院議員は、前デジタル副大臣(2021年10月～2022年8月)で、この間のデジタルの制度化にかかわっておられ、その経験について、お話をきくことができると思っています。

学会企画2「地域包括ケアにおける超高齢者の救急搬送とACP」の座長は、藤原恒太郎・興生総合病院理事長、演者は、中尾篤典・岡山大学学術研究院医歯薬学域救命救急・災害医学講座主任教授、仲井培雄・芳珠記念病院理事長、加藤節司・加藤病院理事長の3人です。

現状で、救急医療体制は三次救急を中心に構築されています。三次救急をどうするかということに関心が向かいがちで、二次救急の位置づけの議論があまりなされてきませんでした。一方、超高齢者の救急が増え、それがすべて三次救急に行ってしまうのかという問題があります。それに加えて、超高齢者の救急搬送は、多くの場合、ACPを意

識して行われるべきであるということで、このテーマを設定しました。

延命を希望しない超高齢者が、三次救急の集中治療室に救急搬送され、濃厚な治療を受けてしまうことと、ACPに沿った形で、二次救急で治療して経過をみるということのどちらが望ましいかは、言うまでもないと思います。しかし、実際の線引きは容易ではなく、現場では難しい判断を迫られる状況があります。最近、特に関心が集まっているテーマでもあり、活発な議論を期待しています。

地域医療構想と民間病院のあり方行政官と有識者と病院代表で議論

学会企画3「未来につなげる事業承継と地域活性化」の座長は、野村陽平・廿日市野村病院理事長、演者は、佐々木茂喜・オタフクホールディングス株式会社代表取締役社長、深川真・株式会社マリモホールディングス代表取締役社長、吉田正裕・宮島弥山大本山大聖院第77代目座主の3人です。

円滑な事業承継は、我々にとっては、シンプルですが永遠のテーマです。業態はそれぞれ違いますが、事業承継ということで成功している事例について、広島県を代表する法人の代表に、語ってもらいます。

学会企画4「すみの部屋～ここでしか言えない話、聞けない話」の座長は、浜脇澄伊・浜脇整形外科病院理事長と私が務めます。演者は、猪口雄二・全日病会長、織田正道・全日病副会長、美原盤・全日病副会長、神野正博・全日病副会長、安藤高夫・全日病副会長、中村康彦全日病副会長と、全日病の正副会長が勢ぞろいします。

何が語られるかということですが、おそらく、中小民間病院がこの先、どうなっていくのか、どうあるべきなのかということの道標になる話がきけると思っています。また、全日病が何を目指し、病院団体としてどう組織化していくのかということもテーマになると期待しています。

学会企画5「雑誌『病院』×全日病学会 コラボレーション企画「ヤングフォーラム・リターンズ!!」」の座長は、高橋泰・国際医療福祉大学教授、演者は、相澤克之・相澤病院副院長、神野正隆・恵寿総合病院理事長補佐、新村友季子・いむら病院理事長の3人です。

以前、私も参加したことがありますが、ヤングフォーラムという、若手の経営者をピックアップして、話をきくという企画がありました。最近開催していなかったのですが、高橋教授に企画していただき、復活ということになりました。医学書院の『病院』という雑誌とコラボレーションする形での開催となっています。

学会企画6「医療情報管理の要諦—COVID-19の失敗を繰り返さないために」の座長は、大毛宏喜・広島大学大学院医系科学研究科外科学感染症科教授、演者は、大毛教授と三原直樹・広島大学病院医療情報部システム医療学教授、市川衛・広島大学医学部客員准教授(医療の翻訳家)の3人です。

新型コロナについては、企画を増やすよりも、むしろ、まとめる形でのシ



ンポジウムにしたいと思っています。感染が収まったとは言えませんが、感染症法上の位置づけが変わり、一区切りついたので、先々に備える意味も含めて、広島大学の専門家に議論してもらいます。

最後の学会企画7「地域医療構想と民間病院～集約と分散」は、全日病としては、外すわけにはいかないテーマであり、行政官、有識者、民間病院のそれぞれの代表に、議論してもらいます。座長は神野副会長にお願いすることになっています。

行政官の立場では、この夏の人事で本省に戻られた木下栄作・医療技術評価推進室長に参加していただきます。広島県健康福祉局局長として出向時に、5病院を1病院に統合する事業を手掛けています。有識者の立場では、松田晋哉・産業医科大学公衆衛生学教室教授に参加していただきます。地域医療構想を推進するにあたってのさまざまなエビデンスを数字として確認することができると思っています。

民間病院の立場では、全日病愛知県支部長であり、日本医療法人協会副会長の太田圭洋・新生会第一病院理事長に参加していただきます。太田理事長は、副題にあるように、地域医療構想による過度な集約化に警鐘を鳴らし、地域医療においては、むしろ分散が必要な場合があると主張されています。

病院要職である管理業務と看護業務前夜祭として親睦深める場設ける

——最後に学会に参加される方々へのメッセージをお願いします。

やはり学会は現地参集がいいです。せっかく来ていただくのですから、我々としては知恵を絞っておもてなしをしたい。たくさんの方の企画を用意したので、ぜひ楽しんでいただきたいと思います。

広島学会のサイドイベントとしては、前日(10月13日)の夜に開催する学会長招宴とは別に、同じ時間帯で別の会場を用意し、マネジメント部会と看護部会の2つを準備しています。それぞれ外部の方からの講演会を行い、その後懇親会を開催する予定です。

管理業務と看護管理という、病院が生き残っていくために重要な職種の人材をどう養成するかは大きな課題です。この人たちが、どう考えるかで病院の方向性も変わるため、このような前夜祭特別企画を考えました。広島に早めに来ていただき、開会式の参加人数を増やしたいという狙いもあります。

その代わりに、学会2日目(10月15日)の終了時間を早めます。閉会式も含め、15時までにはすべてのイベントを終える予定とし、遠方の方でも参加しやすい学会を目指しています。

第64回全日本病院学会 in 広島 10月14・15日に広島で開催

広島学会のプログラムが確定 4つの特別講演と7つの学会企画、14の委員会企画

第64回全日本病院学会in広島の開催概要や主なプログラムが確定した。4頁の大田泰正学会長へのインタビューの説明にあるように、広島学会では、4つの特別講演、7つの学会企画がある。全日病の14の委員会もそれぞれのテーマで企画を立てている。下記に主なプログラムの時間や場所を記載した。学会ホームページに、詳しく内容が紹介されている。

学会のテーマは「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!～」である。医療制度を含む社会保障制度の議論はともすれば、世代間闘争につながりかねない。しかし、まだ生まれていない子どもたちのためにも、お互いを配慮した真の意味での全世代型の社会保障が求められている。大田学会長が、学会テーマについて講演する。

学会企画については、最近の医療を取り巻く情勢を踏まえ、バランスを取ったテーマをそろえている。

学会企画1の「Web3.0時代の病院」では、病院経営が医療DXへの対応により

大きく変革する可能性があることが示されるはずである。学会企画2「地域包括ケアにおける超高齢者の救急搬送とACP」は、2024年度診療報酬改定の議論でも焦点となっており、まさに民間中小病院が主役となるテーマだ。学会企画3「未来につなげる事業承継と地域活性化」について、大田学会長は「シンプルだが永遠のテーマ」と述べる。学会企画4「すみの部屋 ～ここでしか言えない話、聞けない話」では、浜脇澄伊・浜脇整形外科病院理事長が全日病の会長・副会長から引き出す話に期待が集まる。

学会企画5「ヤングフォーラム・リターンズ!!」は、有名病院の若手経営者が登壇する。学会企画6「医療情報管理の要諦-COVID-19の失敗を繰り返さないために」では、新型コロナについて一つの節目となる議論が行われる。最後の学会企画7「地域医療構想と民間病院～集約と分散」では、行政、有識者、民間病院の代表が、「外せないテーマ」(大田学会長)である地域医療構想について、人口減少社会において持

続可能な地域の病院の医療機能や病床数のあり方が議論される。

10月13日の学会前夜には、通常の学会長招宴とは別に、サイドイベントと

して、マネジメント部会と看護部会を開催することも今回の特徴だ。マネジメント部会では、病院経営・管理業務に従事されている職員向けに、今泉嘉久・プラス株式会社代表取締役会長が「変化を創る経営」をテーマに講演する。看護部会では、看護職向けに、永井則子・有限会社ビジネスブレン代表取締役が「看護師と看護補助者のさらなる協働～困りごとと解決のヒント」をテーマに講演する。講演終了後には、懇親会が予定されている。

「第64回 全日本病院学会 in 広島」の開催概要

開催日◎2023年10月14日(土)・15日(日)

学会長◎大田泰正(全日病常任理事、脳神経センター大田記念病院理事長)

実行委員長◎藤原恒太郎(興生総合病院理事長)

会場◎ホテルグランヴィア広島/広島コンベンションホール/広島県医師会館

事前参加登録◎2023年4月3日(月)～8月28日(月)

参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	33,000円	11,000円	13,200円	—
当日登録	39,000円	14,000円	16,000円	2,000円

懇親会◎2023年10月14日(土) 18:30～

ホテルグランヴィア広島

参加費は事前登録：4,000円、当日登録：5,000円

*事前参加登録は終了いたしました。学会当日、会場にて参加登録をお願いいたします。

*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申し込みください。

<https://www.c-linkage.co.jp/ajha64/index.html>

■「第64回全日本病院学会 in 広島」主なプログラム

ホテルグランヴィア広島			広島コンベンションホール			医師会館ホール
第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	第7会場

第1日目

開会式 8:30～9:00
特別講演1 9:00～9:30 松本吉郎 日本医師会会長
特別講演2 9:30～10:00 迫井正深 厚生労働省医務技監
学会長講演 10:00～10:30 大田泰正学会長

学会企画1 10:40～12:10 「Web3.0時代の病院—リアルvsデジタルを超えて」 長 英一郎 服部 信孝 小林 史明	委員会企画1 10:40～12:10 「医療保険・診療報酬委員会 [2024年度同時改定を睨んで]」	学会企画2 10:40～12:10 「地域包括ケアにおける超高齢者の救急搬送とACP」 中尾 篤典 仲井 培雄 加藤 節司	委員会企画2 10:40～12:10 看護師特定行為研修委員会 「看護師特定行為研修修了者の活躍の仕組み」	委員会企画3 10:40～12:10 病院機能評価委員会 「病院機能評価3rdG:Ver.3.0-事務管理の力量を問う-」
--	---	--	--	--



特別講演3 14:00～15:00 「古希を生きる」 林真理子	委員会企画4 13:40～15:10 医療従事者委員会 「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果-代表演題の発表-」	委員会企画5 13:40～15:40 人間ドック委員会 「健康経営、職員の幸せと組織の活性化を!」
学会企画3 15:10～16:50 「未来につなげる事業承継と地域活性化」 佐々木 茂喜 深川 真 吉田 正裕	委員会企画6 15:20～16:50 医療経営・税制委員会 「医療継続のための次世代に向けた持続可能な社会保障制度の提案」	委員会企画7 15:20～16:50 外国人材受入事業 「日本の外国人介護労働者受け入れの現状と課題」
学会企画4 17:00～18:00 「すみの部屋～ここでしか言えない話、聞けない話」 猪口 雄二 中村 康彦 織田 正道 美原 盤 神野 正博 安藤 高夫		

第2日目

学会企画5 9:00～10:30 「ヤングフォーラム・リターンズ!!」 相澤 克之 神野 正隆 新村 友季子	学会企画6 9:00～10:30 「医療情報管理の要諦-COVID-19の失敗を繰り返さないために」 大毛 宏喜 三原 直樹 市川 衛	委員会企画8 9:00～10:30 救急・防災委員会 「CBRNEのテロに対する医療機関の備えと準備」	委員会企画9 9:00～10:30 プライマリ・ケア検討委員会 「かかりつけ医療機能について」	委員会企画10 9:00～10:30 医療の質向上委員会 「医療における総合的質経営(TQM)展開の勧め—医療のTQM七つ道具を活用しよう—」	委員会企画11 9:00～10:30 広報委員会 「未来へつながる地域づくり」
---	--	--	--	--	--

学会企画7 10:40～12:10 「地域医療構想と民間病院～集約と分散」 木下 栄作 松田 晋哉 太田 圭洋	委員会企画12 10:40～12:10 若手経営者育成事業委員会 「円満な承継」	委員会企画13 10:40～12:10 病院のあり方委員会 「指定演題:SDGsへの取り組みについて」	委員会企画14 10:40～12:10 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 「医療事故調査制度への医療機関の対応と課題—適切に院内調査できる体制の構築—」
--	---	--	--

特別講演4 13:35～14:35 「大切なものは目に見えない」 吉川秀樹
閉会式 14:35～14:50



つながり・支え合いのある地域共生社会に

政府 2023年版の厚生労働白書を公表

政府は8月1日の閣議で、2023年版厚生労働白書を決定した。厚生労働白書は「テーマ編」と「年次行政報告」の2部構成となっており、第1部は厚生労働行政分野から特定のテーマを設けている。今回のテーマは「つながり・支え合いのある地域共生社会」。すべての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高めあうことができる社会の実現に向けた展望を論じている。特に、単身世帯の増加やコロナ禍で顕在化した課題に対する支援の必要性を強調している(下図参照)。

少子高齢化・人口減少に伴い、1世帯当たり人員は1990年の2.99人から2040年の推計は2.08人と縮小する一方、単身世帯割合は1990年の23.1%から2020年の38.1%に増加している。これらのデータを踏まえ、「家族や地域における支え合いの機能の低下」や「人間関係が希薄化する中で孤独・孤立の問題の顕在化」を指摘した。

その上で、高齢の親と独身50代が同居する「8050問題」、「ひきこもり」、「ヤングケアラー」、「セルフネグレクト」、「様々な困難を抱える女性」、「ひとり親」といった介護・生活困窮・子育てなど分野横断的対応が求められる課題や対象者別の制度の狭間にある課題が表面化しているとした。

こうした課題に対応するための支援について、包摂的な「つながり・支え合い」の推進策として、◇様々な人が交差する「居場所づくり」◇重層的支援体制整備事業など「属性を問わない」支援

◇アウトリーチによる「能動型」支援◇「住まい」から始まる支援◇デジタルの活用一を提案した。

人々の意欲・能力が十分発揮できる「つながり・支え合い」の推進策では、労働者共同組合や社会福祉連携推進法人制度、デジタルを活用した地域社会への参画をあげた。白書は、「制度から人を見るのではなく、『その人の生活を支えるために何が必要か』という観点が必要」と訴えている。

コロナ対応の医療提供体制を整備

第2部では、現下の政策課題への対応についてまとめている。第8章「健康で安全な生活の確保」では、感染症対策やがんなどの生活習慣病などの総合的かつ計画的な推進、医薬品・医療機器の安全対策の推進などに言及している。

新型コロナウイルスについては、2022年から現在までの対応の経緯を解説した。

保健・医療提供体制については、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」に基づき整備した体制を稼働させることを基本としつつ、その中でもオミクロン株の特徴に対応する対策の強化・迅速化を図ってきた。

2022年9月には「With コロナに向けた政策の考え方」を決定し、高齢者施設等における医療支援の強化、健康フォローアップセンターの全都道府県での整備・体制強化等、高齢者等重症化リスクの高い方を守るための保健医療体制の強化・重点化を行った。あわせて、全国一律で感染症法に基づく医師

の届出の対象を65歳以上の方等に限定することや療養期間の短縮等を行うことによる社会経済活動の両立を進めたと説明している。

外来医療体制については、冬の新型コロナウイルスの感染拡大や季節性インフルエンザとの同時流行の可能性も踏まえ、2022年10月に、重症化リスクなどに応じた外来受診・療養の流れを示すとともに、発熱外来、電話・オンライン診療の体制強化や健康フォローアップセンターの拡充、相談体制の強化等による保健医療体制の強化・重点化を進めることとした。

これを踏まえ、2022年12月に各都道府県において策定した「外来医療体制整備計画」の内容をとりまとめ、地域の実情に応じてさまざまな取り組みを組み合わせることにより、1日当たり診療可能人数はこれまでと比較して約13万人分が強化され、単純な積み上げとしては約90万人の診療能力が確保されたことを確認したと強調している。

医療提供体制については、入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関における特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行に向けて、必要な見直し等を行うこととしている。

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」に基づき、医療機関における感染対策に関する見直しや、設備整備等の支援、応召義務の整理、感染対策や診療方針に関するわかりやすい啓発資料

等の周知等を行い、対応する医療機関の維持・拡大を促すこととしている。

がん対策は受診率目標を引上げ

がん対策推進については、2023年3月に第4期基本計画を策定し、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す」ことを全体目標として掲げ、「がん予防」、「がん医療」および「がんとの共生」の3本の柱に沿った総合的ながん対策を推進することとしている。

具体的には、第4期基本計画では、がん検診受診率の目標を50%から60%へと引き上げるとともに、新たな医療技術の速やかな医療実装や患者・市民参画の推進、デジタル化の推進等に取り組んでいくとしている。

医薬品は安全性を確保しつつ見直し

医薬品・医療機器の安全対策の推進等については、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律」が2022年5月に公布され、緊急時において、安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、条件や期限付きの承認を与える緊急承認制度を整備するとともに、オンライン資格確認を基盤とした電子処方箋の仕組みを創設し、段階的に施行された。

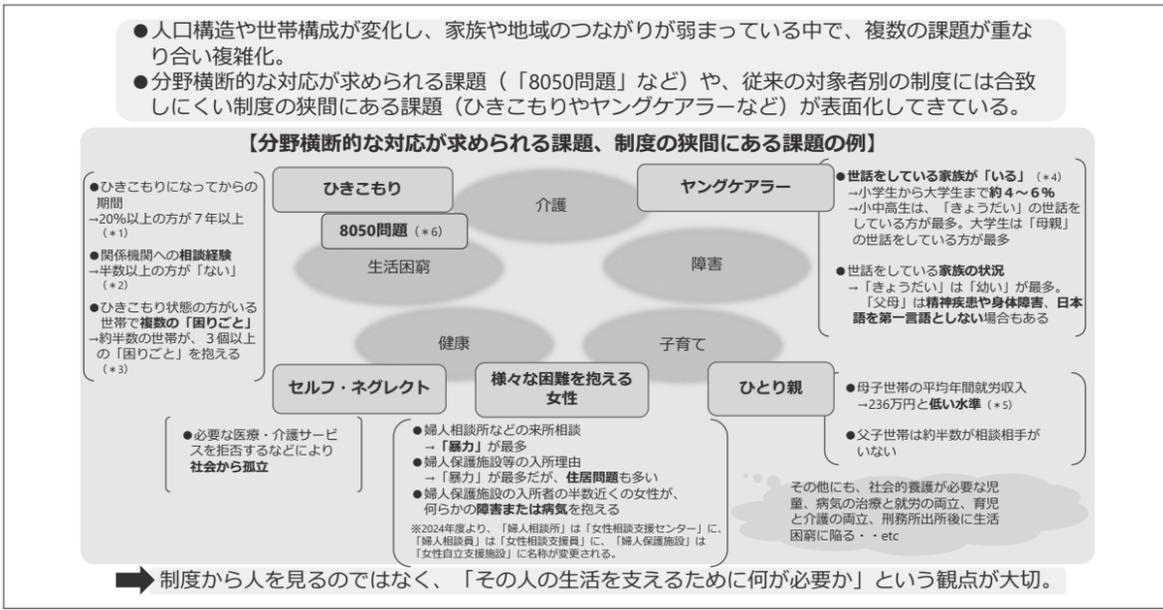
緊急承認制度は、2022年11月に新型コロナウイルスの治療薬に用いる初の国産経口薬について緊急承認を行い、医療現場で使用できるよう措置した。

電子処方箋の仕組みについては、2023年1月より運用を開始し、対応施設の順次拡大を図っている。

医薬品の販売制度については、情報通信技術の進歩やセルフケア・メディケーションの推進、新型コロナウイルスの影響によるオンラインでの社会活動の増加など、一般国民における医薬品をめぐる状況が大きく変化している。

加えて、一般用医薬品の濫用等、安全性確保に関する課題も生じてきている状況に鑑み、医薬品のリスクを踏まえ、医薬品の安全かつ適正な使用を確保するとともに、国民の医薬品へのアクセスを向上させる観点から、医薬品販売制度についての必要な見直しなどについて、各分野の有識者による検討会を実施しているとした。

そのほか、「国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現」では、地域における医療・介護の総合的な確保の推進や、安心で質の高い医療提供体制の構築、安定的で持続可能な医療保険制度の実現などについてまとめている。



2023年度 第4回常任理事会の抄録 7月15日

- 【主な協議事項】**
- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 宮城県 登米市立登米市民病院 院長 高橋 雄大
 - 千葉県 医療法人社団睦会いけだ病院 理事長 松岡 かおり
 - 千葉県 医療法人社団全生会江戸川病院 理事長 小池 健
 - 神奈川県 医療法人社団朱鷺会大内病院 理事長 大内 英樹
 - 神奈川県 医療法人社団成仁会市ヶ尾病院 理事長 松井 住仁
 - 大阪府 医療法人御殿山福田総合病院 理事長 福田 正剛
 - 奈良県 医療法人友誼会西大和リハビリテーション病院 院長 山崎 裕行

- 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,557会員となった。
 - 賛助会員の退会が1会員あり、賛助会員は合計113会員となった。
 - 北海道支部・青森県支部の支部長について承認した。
 - 宮城県支部・高知県支部事務局業務委託覚書の変更を承認した。
 - 愛知県支部規約の改正を承認した。
 - 各委員会委員長案を承認した。
- 【主な報告事項】**
- 審議会等の報告
 - 「中医協 総会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、費用対効果評価専門部会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師等確保基本指針検討部会」、「社会保障審議会医療部会」、「循環器病対策推進協議会」の報告があり、質疑が行われた。
 - 2023年7月の九州北部豪雨災害に

- 関して AMAT の活動状況や被害調査の結果が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能 【3rdG : Ver.2.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 福島県 あづま脳神経外科病院
 - 埼玉県 岡病院
 - 埼玉県 越谷誠和病院
 - 千葉県 柏戸病院
 - 神奈川県 湘南中央病院
 - 愛知県 千秋病院
 - 大阪府 高石藤井病院
 - 岡山県 岡村一心堂病院
 - 徳島県 水の都記念病院
 - ◎一般病院2
 - 福島県 太田熱海病院
 - 栃木県 栃木県済生会宇都宮病院
 - 群馬県 群馬県済生会前橋病院
 - 千葉県 千葉中央メディカルセンター
 - 千葉県 帝京大学ちば総合医療センター

- 神奈川県 藤沢湘南台病院
 - 大阪府 加納総合病院
 - 大阪府 市立ひらかた病院
 - 兵庫県 近畿中央病院
 - 長崎県 佐世保中央病院
 - 鹿児島県 川内市医師会立市民病院
 - ◎リハビリテーション病院
 - 埼玉県 霞ヶ関南病院
 - 大分県 黒木記念病院
 - ◎慢性期病院
 - 群馬県 駒井病院
 - ◎精神科病院
 - 高知県 土佐病院
 - ◎緩和ケア病院
 - 熊本県 イエズスの聖心病院
- 6月2日現在の認定病院は合計2,002病院。そのうち本会会員は836病院と、全認定病院の41.8%を占める。
- 【主な討議事項】**
- 医師の働き方改革への取組みについて討議した。

在宅療養指導管理料の取扱い明示し議論

中医協総会 ペグセタコプランは注入ポンプ加算を算定

中医協総会(小塩隆士会長)は8月23日、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤の追加に関する取扱いを了承した。「在宅自己注射指導管理料の対象薬剤」と「保険医が投薬することができる注

射薬の対象薬剤」は原則、薬価収載の時期に、中医協で追加の是非を議論している。その際、在宅療養指導管理料加算の取扱いは明確にしていなかった。今後は、学会の要望書の中に、要

望・理由を記載し、在宅療養指導管理料加算の取扱いも、中医協で明示して議論し、決めることにする。

これを受け、同日、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤として、効能・効

果が発作性夜間ヘモグロビン尿症であるペグセタコプラン(販売名:エムパベリ皮下注1,080mg)が了承された。その際に、必要な在宅療養指導管理料加算として、注入ポンプ加算を算定することも了承した。

ペグセタコプランは週2回、シリンジポンプを用いて、注入部位が1か所の場合、約30～60分(2か所では15～30分)かけて患者に注入される。

男女の平均寿命が全年齢で前年を下回る、新型コロナの影響も

厚労省 2022年簡易生命表を公表

厚生労働省は7月28日、2022年簡易生命表を公表した。男性の平均寿命は81.05年、女性の平均寿命は87.09年となり、前年と比較して男性は0.42年、女性は0.49年下回った。主な年齢の平均余命をみると、男女とも全年齢で前年を下回った。

平均寿命の前年との差を死因別に分解すると、男性は悪性新生物(腫瘍)などの死亡率の変化が平均寿命を延ば

す方向に働いているが、男女とも新型コロナウイルス感染症(COVID-19)、心疾患(高血圧性を除く)、老衰などの死亡率の変化が平均寿命を縮める方向に働いている。

男女それぞれ10万人の出生に対して65歳の生存数は、男性8万9,573人、女性9万4,362人となっている。これは65歳まで生存する者の割合が男性は89.6%、女性は94.4%であることを示

している。同様に、75歳まで生存する者の割合は男性75.3%、女性87.9%、90歳まで生存する者の割合は男性25.5%、女性49.8%となっている。

死因別死亡率をみると、0歳では男女とも悪性新生物(腫瘍)が最も高く、次いで、男性は心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎、女性は老衰、心疾患、脳血管疾患、肺炎の順になっている。65歳では男女とも0歳に比べ悪性新生物

(腫瘍)の死亡率が低く、心疾患、老衰の死亡率が高くなっており、75歳と90歳ではさらにこの傾向が強くなる。

平均寿命の国際比較では、男性の1位はスイスの81.6年、次いで、スウェーデンの81.34年、オーストラリアの81.30年。日本は4位で81.05年となっている。女性の1位は日本の87.09年で、次いで韓国の86.6年、スペインの85.83年となっている。

社会保障給付費は過去最高を更新し138.7兆円

社人研 医療は47兆4,205億円で全体の34.2%

国立社会保障・人口問題研究所(田辺国昭所長)は8月4日、2021年度社会保障費用統計の概要を発表した。社会保障給付費は過去最高の138.7兆円となった。施設整備費等を含めた社会支出も、143兆円と過去最高を更新した。「医療」は47兆4,205億円で、総額に占める割合は34.2%となっている。

社会保障費用統計は、年金や医療保険、介護保険、雇用保険、生活保護など、社会保障制度に関するその年度内の収支を国際基準が定める基準に則って集計したもの。◇OECD(経済協力開発機構)基準による「社会支出」◇ILO(国際労働機関)基準による「社会保障給付費」と「社会保障財源」◇EU(欧州連合)基準による「社会保障財源」としてとりまとめている。

社会保障給付費(ILO基準)と比べ、

社会支出(OECD基準)には、施設整備費や管理費など直接個人には帰着されない支出までが集計範囲に含まれる。また、社会保障財源とは、社会保障給付、施設整備費や管理費などに充てられる財源である。

社会保障給付費(ILO基準)は、前年度比4.9%増の138兆7,433億円。1950年度の集計開始以来、71年連続で過去最高である。対GDP比は25.20%で、前年度に比べ0.61ポイント増えた。1人当たり社会保障給付費は5.5%増の110万5,500円となった。

社会保障給付費を部門別にみると、「医療」は47兆4,205億円(総額に占める割合は34.2%)、「年金」は55兆8,151億円(同40.2%)、「福祉その他」は35兆5,076億円(同25.6%)となった。「福祉その他」のうち、「介護対策」は11兆

2,117億円(同8.1%)となっている。

前年度からの増加額は、「医療」が4兆7,013億円(11.0%増)、「年金」が1,816億円(0.3%増)、「福祉その他」が1兆6,455億円(4.9%増)。一方で、「介護対策」は▲2,047億円(同▲1.8%)と減少した。「医療」は新型コロナウイルスワクチン接種関連費用、医療保険給付の増加、「福祉その他」は子育て世帯等臨時特別支援事業費補助金による増加が大きかったと説明している。

社会支出も過去最高に

社会保障給付費に施設整備費等を含めた社会支出(OECD基準)も過去最高で、4.9%増の142兆9,802億円。対GDP比は25.97%で、前年度に比べ0.61ポイント増えた。1人当たり社会支出は5.4%増の113万9,300円となった。

社会支出を政策分野別の割合で見ると、医療保険や公費負担医療給付、介護保険などの「保健」が42.3%で最も多く、老齢年金などの「高齢」が34.1%となった。

前年度と比べて増加額が大きかった政策分野は、「保健」(4兆6,217億円、8.3%増)と、児童手当や育児・介護休業給付などの「家族」(2兆7,828億円、25.9%増)である。「保健」は新型コロナウイルスワクチン接種関連費用、医療保険給付の増加、「家族」は子育て世帯等臨時特別支援事業費補助金による増加が大きかったとしている。

社会保険料は2.7%の増加

社会保障給付費(ILO基準)、施設整備費や管理費などに充てられる社会保障財源(ILO基準)は、11.5%減の163兆4,389億円となった。

項目別にみると、「社会保険料」が75兆5,227億円で全体の46.2%を占め、次いで「公費負担」が66兆1,080億円で40.4%を占めている。対前年度比は、社会保険料が2.7%の増加、公費負担が12.3%の増加となっている。

前年度と比べて増減額が大きかったのは「資産収入」(29兆4,795億円、▲67.1%)、「国庫負担」(6兆9,207億円、16.9%増)である。「資産収入」の減少は、前年度の増加額が例年を超える規模であったことによるものであり、「国庫負担」の増加は、新型コロナウイルス関連支出等の影響によると説明している。

また、諸外国の社会支出を対GDP比で見ると、2020年度時点で日本(25.36%)はアメリカ(29.67%)、フランス(35.62%)と比較すると小さくなっている。

諸外国の社会保障財源(EU基準)を対GDP比で見ると、2020年度時点で日本(25.3%)は、スウェーデン(30.4%)、ドイツ(33.3%)、フランス(35.1%)よりも小さくなっている。項目別にみると、「一般政府拠出」、「社会保険料拠出」のうち「事業主拠出」において、日本はスウェーデン、ドイツ、フランスよりも小さい。一方で、「社会保険料拠出」のうち「被保険者拠出」(被用者、自営業者・年金生活者その他の計)は、日本はスウェーデン、フランスよりも大きく、ドイツよりも小さくなっている。

部門別社会保障給付費

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
給付額 (億円)					
<合計>	1,200,690	1,213,999	1,239,243	1,322,149	1,387,433
医療	394,243	397,494	407,242	427,193	474,205
年金	548,349	552,581	554,520	556,336	558,151
福祉その他	258,098	263,925	277,480	338,621	355,076
介護対策(再掲)	101,030	103,885	107,347	114,163	112,117
対前年度増減額 (億円)					
<合計>	17,564	13,309	25,243	82,907	65,283
医療	6,069	3,251	9,748	19,951	47,013
年金	4,550	4,232	1,939	1,815	1,816
福祉その他	6,945	5,827	13,556	61,141	16,455
介護対策(再掲)	3,855	2,855	3,462	6,816	▲2,047
対前年度増減率 (%)					
<合計>	1.5	1.1	2.1	6.7	4.9
医療	1.6	0.8	2.5	4.9	11.0
年金	0.8	0.8	0.4	0.3	0.3
福祉その他	2.8	2.3	5.1	22.0	4.9
介護対策(再掲)	4.0	2.8	3.3	6.3	▲1.8
構成割合 (%)					
<合計>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医療	32.8	32.7	32.9	32.3	34.2
年金	45.7	45.5	44.7	42.1	40.2
福祉その他	21.5	21.7	22.4	25.6	25.6
介護対策(再掲)	8.4	8.6	8.7	8.6	8.1
対GDP比 (%)					
<合計>	21.61	21.81	22.26	24.60	25.20
医療	7.09	7.14	7.31	7.95	8.61
年金	9.87	9.93	9.96	10.35	10.14
福祉その他	4.64	4.74	4.98	6.30	6.45
介護対策(再掲)	1.82	1.87	1.93	2.12	2.04

19項目の税制改正の重点事項を要望

四病協 医療DX対応及び省エネ対策の設備投資等への税制措置は新規

四病院団体協議会は8月24日、2024年度税制改正要望の重点事項を加藤勝信厚生労働大臣に提出した。19項目の税制改正要望を行っている。新規の重点項目としては、「医療機関における医療DXへの対応及び省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置」を要望している。

要望書では、新型コロナの影響による経営悪化に拍車がかかっている中で、光熱費をはじめとした物価高騰が続いており、医療機関のコストが大幅に上昇していることを訴えた。将来の新興感染症に対応できるだけの設備投資や消耗品等の支出増も、利益率の低い医療機関経営に重くのしかかっている。

さらに、超高齢社会において、各年代に応じた医療ニーズに対応するための医療体制を維持する上で、医師、看護師などの医療人を養成、確保しな

ければならない。そのための税制の支援も十分ではないとしている。特に、医療に係る消費税制における不備を指摘し、消費税率10%超へのさらなる引上げも想定される中で、この問題を抜本的に解決する措置を改めて要望した。

新規の「医療機関における医療DXへの対応及び省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置」は、「医療機関における医療DXへの対応及び省エネルギー対策のための設備投資等(建物附属設備、構築物、器具備品、ソフトウェア)について、即時償却または税額控除を選択適用できる措置、一定期間の固定資産税(償却資産税)の非課税措置の創設」を求めるもの。

政府の工程表に定める医療DXでは、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定DXなどを推進している。これ

らを医療機関に導入する際には、必ず負担が生じる。要望書では、その費用は全額国費であるべきだと主張している。現在、医療情報支援基金などによる補助金が交付されているが、その補完する施策として、医療設備のデジタル化などに資する設備投資を支援する税制措置を要望した。

また、国が定める公定価格により経営を行っている医療機関は、電気やガスのエネルギー価格の高騰の影響を強く受けており、医療機関が省エネルギー効果の高い設備などの取得を支援する税制措置を要望した。

そのほかの要望項目は、以下のとおりとなっている。

◇社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決◇医療機関に対する事業税の特例措置の存続◇認定医療法人制度の存続と

認定期限の緩和等◇持分のある医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設◇社団医療法人の出身評価の見直し◇社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等◇医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税◇特定医療法人の存続と要件の緩和◇訪日外国人向け医療提供体制の整備と医療税制の整合性の確保◇介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置の創設◇中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大◇病院用建物等の耐用年数の短縮◇医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における登録免許税及び固定資産税の軽減措置◇医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置◇新型コロナウイルス感染症の影響による税金等の納付猶予期間の延長◇欠損金の取扱いの拡充◇感染対策のための設備投資、消耗品等の支出への税制上の支援措置◇医療機関を運営する財団法人の純資産額による解散措置の緩和について。

院内がん登録の中間とりまとめを了承

厚科審・がん登録部会

他の公的データベースと連携可能な加工基準を明確化する方針

厚生労働省の厚生科学審議会がん登録部会(辻一郎部会長)は8月10日、全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針の中間とりまとめ案を了承した。部会長預かりで修正案を公表される見通し。前回までの議論を踏まえ、がん患者の個人情報保護を確保しながら、他の公的データベースとの連携も可能となる適切な加工基準を法令またはガイドラインなどで明確化する方針が示された。

マイナンバーの活用については、「他の公的データベース等との連結解析の検討においては、被保険者番号から作成されるIDを用いることが想定されるため、当該IDを利用することが、より実現性が高いと考えられる」と明記。「被保険者番号または被保険者番号から生成されるIDを、全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべき」とした。

委員からは、被保険者番号の利用に

賛成した上で、「頻回に被保険者番号が変更される場合があることから、被保険者番号の突合では解析の精度が低下する懸念がある。本来的にはマイナンバーを利用すべきではないか」との意見があがった。厚労省は「これまでの議論の一旦のまとめとして、『当面の間は被保険者番号から作成されるIDを用いることを検討すべき』として

いる。適宜新しい検討や見直しを新たに議論していただきたい」と説明した。

また、同日の部会では委員の変更が報告された。9名の委員が退任し、新たに8名の委員が就任した。全日病の中村康彦副会長は委員を続投する。辻一郎・東北大学大学院医学系研究科客員教授も引き続き部会長を務めることになっている。

レカネマブの承認を了承

厚労省・薬食審

ADによる軽度認知症に効果

厚生労働省の薬事・食品衛生審議会の医薬品第一部会(森保道部会長)は8月21日、アルツハイマー病による軽度の認知症の進行抑制に効果があるとされるレカネマブ点滴静注(エーザイ)(一般名:レカネマブ(遺伝子組換え))について、「承認して差し支えない」との判断を示した。近く厚生労働大臣の承認を受ける。

アルツハイマー病(AD)は、脳内に蓄積・沈着したアミロイドβによる神経変性が認知機能低下に関連すると考えられている。レカネマブはアミロイドβの可溶性集合体に選択的に結合し、

ミクログリアによる食作用により除去することで、早期アルツハイマー病による軽度認知症患者の疾患進行を抑制することが期待される。米国では、2023年7月に承認を受けている。

通常10mg/kgを2週間に1回、約1時間かけて点滴静注する。

同様の作用機序を有する既記載の医薬品はない。アルツハイマー型認知症の症状の進行抑制に効果・効果のある既記載の医薬品では、アリセプト(一般名:ドネペジル塩酸塩)、イクセロン(同リバスチグミン)、レミニール(同ガラントミン臭化水素酸塩)がある。

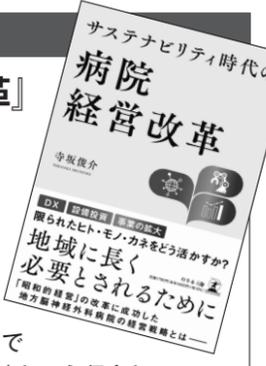
一冊の本 book review

『サステナビリティ時代の病院経営改革』

著者●寺坂俊介
出版社●幻冬舎
定価●1,760円(税込)

全日本病院協会会員病院である社会医療法人 柏葉会 柏葉脳神経外科病院の理事長である寺坂俊介先生のご著書。2018年に病院長に就任後、北海道胆振東部地震やコロナ禍などの危機的状況を経験しながらも、5年という短い期間で数々の改革を成し遂げた経緯が「人は大事にされるべきもの」という信念とともに丁寧に描かれている。

職場の心理的安全性を高め、組織を改革し、DXと事業拡大を実現するという、直接的な「病院経営改革」だけでなく、ライフワークバランスや働き方改革、SDGsを意識した持続可能な「病院」とするための取組みにも言及されている。改革前は「昭和的経営」であったということだが、今や日本の病院経営のトップランナーと言えるのではないだろうか。各地域で医療を取りまく環境の変化に対応すべく悪戦苦闘をする医療機関にとっては、改革のための絶好の手引き書ともなるだろう。経営幹部やバックオフィス部門の職員だけでなく、すべての医療関係者に読んでいただきたい。(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
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンストコース(東京開催) 48名	2023年11月16日(木) 全日病会議室	23,100円	個人情報保護に関する事例検討を中心とした応用的な研修会として、講師として弁護士3人を招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてのより深い議論を行う。参加者には、「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンストコース」受講認定証を発行する。対象者は、当協会の「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」の受講修了者が望ましい。
医師事務作業補助者研修	2023年6月14日(水)～ 2024年5月31日(金) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円 (1アカウント・90日間有効)	2008年度に新設された「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的とし、診療報酬改定の都度、評価が拡大されている。今回の講義内容でも、診療報酬改定や法改正等を踏まえ、一部見直しを図った。本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。