



全日病 ニュース

2023.11.1 No.1043

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

「未来の子どもたちへ」をテーマに全日病学会を開催

第64回 全日本病院学会 in 広島 未来志向でチャレンジングな学会企画をちりばめる

「第64回全日本病院学会 in 広島」(学会長=大田泰正・全日病広島県支部支部長)が10月14・15日、「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!」をテーマに、広島市・ホテルグランヴィア広島などで開催された。大田学会長は、病院経営をめぐる、足元で様々な課題があるなかで、あえて、「未来の子どもたちへ」をテーマに選択したと説明。広島学会を、子どもたちに何を残すのかということを考える機会にしてほしいと述べた。学会企画はそのテーマに沿った趣向が凝らされた。全体を通じて、若手活用や世代交代、変化という言葉が通底する学会となった。参加者は3,001人と3千人の大台を超え、満席となる会場が続出した。

大田学会長によると、「学会の準備は3年前に始まったが、『未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!』というテーマに対しては、色々な人から質問を受けた」という。このため、冒頭挨拶では、その意味をまず説明した。

病院をめぐるのは、足元で様々な課題がある。だから、「足元を見ながら前に進んでいかなければならないことは十分わかっている。みなさんも、これからはずっと病院がやっていけるのかということを感じながら、日々を送っていると思う」と、病院が直面している課題の大きさに触れた。

その上で、大田学会長は「そうであったとしても、病院がなくなるわけにはいかない。我々が仕事をやめるわけにはいかない。未来のために、誰かに何かを残さないといけない。誰かと言えば、それは子どもたちだろう。何かと言えば、それを考える一つの機会として、この学会があると考えている」とテーマに込めた意味を語った。

そして、未来志向のチャレンジングな学会としての企画を準備したことを伝えた。また、全日病学会の特徴でもある、学会を通じた「交流」というこ

とでも、広島学会として工夫を凝らしたことを報告した。

一方、全日病の猪口雄二会長は、足元の課題に言及し、現在、各病院が病院経営において、どのようなかじ取りをするのかが問われる重要な時期であることを強調した。具体的には、団塊世代がすべて75歳を迎える2025年が目前に迫っており、その直前に医療・介護・障害福祉のトリプル改定があること、多死社会となる2040年を見据えて新たな地域医療構想が必要になっているということ、来年度に医師の働き方改革が始まることなどをあげた。

厚生労働省の迫井正深医務技監は、広島出身であり、広島県の健康福祉局長などを経験し、大田学会長の友人でもあることから、医務技監になる以前の3年前に参加を決めた経緯を紹介。その後の特別講演では、新型コロナのパンデミックから学んだことについて、日本の医療提供体制の特徴との関連で説明。医療機関に対しては、将来の新興感染症のパンデミックへの備えに向けた体制確保を求めた。

日本医師会の松本吉郎会長は、直近の課題への対応を語った。トリプル改定に向けては、「物価高騰、賃金上昇、経営の安定、人材確保に対応できる改定が実現できるように邁進する」と力を込めた。

また、新たな政府の経済対策が検討されているなかで、武見敬三厚労相に、光熱費等の物価高騰に対する交付金の継続とともに、新規対応として、食事療養等に対する補助金を医療・介護10団体で要望したことが伝えられた。

松本会長は、トリプル改定や経済対策で医療団体などの要望を実現するには、一致団結



した行動が必要と強調した。あわせて、新型コロナ対応を含めて、医療機関に求められている役割を医療機関がきちんと果たすことが、要望を実現する上で大切であることを指摘した。

開会式が終わり、その後、広島学会の各企画がスタートした。学会テーマのとおり、学会企画では、次世代を意識した未来志向のテーマが選ばれた。例えば、「Web3.0時代の病院—リアルvsデジタルを超えて」、「未来につながる事業承継と地域活性化」、「ヤングフォーラム・リターンズ!!」などのシン

ポジウムがあった。「すみの部屋～ここでしか言えない話、聞けない話」では、浜脇整形外科病院の浜脇澄伊理事長が、全日病正副会長に世代交代や他団体との関係をきく場面もあった。その他の学会企画では、足元の課題である地域医療構想や高齢者救急のあり方が議論されたほか、新型コロナ対応の総括的な議論も行われた。

(全日病ニュースでは、11月15日号、12月1日号、15日号で、広島学会の学会企画や委員会企画の記事を掲載していく予定です)



大田泰正・学会長



猪口雄二・全日病会長



迫井正深・医務技監



松本吉郎・日本医師会会長

人材を含め資源が不足する時代にできること

特別講演・大田学会長

大田泰正学会長が学会テーマである「未来の子どもたちへ、今の私たちにできること」について、特別講演を行った。最初に、ChatGPTを活用し、大田学会長の配偶者である社会医療法人祥和会の大田章子研究員作成のパワーポイント資料を用いて、大田学会長の息子の世代が医師として、どのような環境で業務を行っているかが描かれた。そこでは、患者をリアルタイムで解析するAIシステムや患者のためのバーチャルリラクゼーションエリア、ドローンによる物資輸送、ロボットの道案内などが病院で展開されている。

AIの進化のシンギュラリティ(特異点)は2045年との予想もあったが、2025年に訪れるとの説もある。すでにChatGPTなどのサービスは世の中を変えている。その変化は、生活の様々な場面に及ぶが、病院での活用法に、

「ないものは作る」というコロナ禍で生まれた知恵

人材不足への解決策という期待がある。

大田学会長は、「かつての人口増の社会では、仕事が増えれば人を増やすことができた。今後はできなくなる。これからは仕事が増えたら、他の仕事を減らす『断捨離』とAIと協働する『切り分け』が必要となる」と説明した。このままの状況だと、人を増やすことが難しくなるのは明らかで、2022年の出生数は80万人を下回り、団塊ジュニア世代の約4割の水準。2040年の医療従事者の労働需要に対する不足率は17.5%(81.6万人)と推計されている。

一方、人口減少社会において、医療ニーズも減少する。機能分化と集約化を図らないと、医療提供体制が維持できない。大田学会長が理事長の脳神経センター大田記念病院が担う脳卒中の分野でも、t-PAが24時間365日提供可能な体制の確保を図っている。

厳しい時代において、病院が自ら考え行動することが問題の解決策となる。コロナ禍で大田記念病院は、数々のアイデアと実行力で危機を乗り越えた。

新型コロナの感染拡大が始まった2020年当時、サージカルマスクの供給が止まった。サプライチェーンが寸断され納入の見込みはない。大田学会長は、「ないのだったら、作ればいい」と号令をかけた。病院スタッフがキッチンペーパーで型を作り、コロナ禍でラインが止まっていた自動車工場が型抜きをした。材料のSMS不織布は医療機器メーカーから調達できた。こうしてSMS不織布マスクが製造された。患者と接する医療従事者は在庫のサージカルマスクを使い、患者と接しない医療従事者が自家製マスクを装着した。その後、県内の医療機関だけでなく、食品加工会社からも注文が来た。

感染防御ガウンの不足についても、広島県福山市出身の東京の勤務医から、福山青年会議所を通じて大田記念病院に相談があり、資材があれば製造できるとの返事を東広島市の工場から得た。製造されたプラスチックガウンは東京の病院にも納入された。また、多くの関係者が活用できるように、製造仕様書を広島県に提供した。

大田学会長は、コロナ禍での経験から、「今後は、他業種を含む幅広い地域連携が必要になる」と強調した。「ないものは作る」という精神と実行は次世代に記憶され、引き継がれるだろう。

本号の紙面から

入院医療等評価分科会の議論	2面
入院医療等評価分科会の議論	3面
中医協が在宅医療の評価議論	4面
かかりつけ医機能の議論開始	5面
医師の働き方改革推進検討会	6面
医療DX人材育成プログラム④	7面
病院機能評価受審支援事業①	8面

主張

パンデミック対策は医療界総力戦になる仕組みを

感染症法の改定に基づく措置協定の締結が都道府県ごとに進められている。この協定は新型コロナ感染症の経験を活かし、その経験値を制度化して次のパンデミック発生時まで準備しておくとするもので、中心となる体制構築の現実的な考え方が反映している。医療措置として①病床の確保②発熱外来の実施③自宅療養者等への医療の提供及び健康観察④後方支援⑤医療人材の派遣—の5項目が示されており、

重点医療機関等の実績をもとに医療機関と病床確保の協定を進めていくようだ。だがこれで十分なのだろうか。振り返ると入院の限界は第5波で迎えており、第6、7、8波において即応病床を拡張させようにも第5波以上には全く病床を増やすことができなかった。2011年の東日本大震災後、その経験から甚大なる危機に対しては、医療界総力戦で立ち向かうべきとの教訓を全日病は学びAMATを立ち上げ、すべ

ての病院に目を配るべきと提唱してきている。今回の措置協定ではこの総力戦の考えが弱いように感ずる。5類感染症になった後、重点医療機関以外の病院でもコロナ陽性患者を実際に入院させている。こうした病院にも協定に入っただけ入院体制の底上げをした方がいい。また自病院に感染患者を受け入れることができないと判断していても、人ならば出せるという病院もある。そうした病院で宿泊療養の管理を長期にわたって行ってきたところもある。DMATのように3人前後を派遣に出すだけなら、ノルマを受け止められるという病院も多いはずだ。

サージキャパシティーとしてパンデミックや震災時に臨時医療施設と活用できる施設を作っておき、DMATの様に研修を済ませた人材を幅広く入院を受け入れられない病院から召集すべきだ。具体的な案件を示し、医療措置⑤の人材派遣の協定を是非進めてもらいたい。過去の経験値を残すだけでなく、経験値から新しい効率の良い仕組みを創造し、活かせなかった力を活かせるようにして、総力戦が叶うようにしてもらいたい。参加できずに地団駄を踏んでいた病院も多いのであるから。(猪口正孝)

看護職員処遇改善評価料を議論

中医協・入院医療等分科会

厚生労働省は10月12日の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に、看護職員処遇改善評価料の実績を報告した。委員からは、看護職員処遇改善評価料による処遇改善の実績が報告されたのは病院の3割にとどまるため、医療従事者の賃金上げには入院基本料の引上げが必要との意見が出された。

看護職員処遇改善評価料は、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、2022年10月以降の収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組みとして2022年度診療報酬改定で新設された。

実績報告を行ったのは、2023年9月30日時点で2,553施設。当初の一人あたり賃金改善目標額が12,000円/月(給与の3%相当額)であったのに対し、看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)への賃金改善の実績(事業主負担相当額を除く)は11,388円/月だった(図表)。賃金改善額が12,000円/月未満だった医療機関のうち8割以上は、看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。

看護職員等の賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88%であり、改善額の3分の2以上の要件を大幅に上回った。

実績の報告書を提出した2,553施設のうち62%に当たる1,581施設は、看護職員処遇改善評価料を用いて看護職員等以外の職員へ処遇改善を実施していた。看護職員以外の職員への賃金改

医療従事者の賃金引上げには入院基本料の引上げを

善の実績は、6,329円/月。2023年度の実態調査では、看護職員処遇改善評価料の施設基準を満たしているにもかかわらず届け出ていない施設に理由を聞いている。最も多い理由は「看護職員処遇改善評価料が継続される保証がなく、基本給または決まって毎月支払われる手当の引上げを行うことを躊躇するため」だった。

日本医師会副会長として出席している全日病会長の猪口雄二委員は、看護職員処遇改善評価料の実績を報告している医療機関数が2,553施設で、病院の3割にとどまると指摘。「多くの医療機関の職員の賃上げを行うには厳しい。他の分野の多くの企業が3~4%の賃上げを行っている一方、現状のままでは医療機関の職員の賃上げができない。賃上げのための十分な原資をさまざまな方法で確保する方向を示してほしい」と要望した。

全日病常任理事の津留英智委員は、「他の職種に看護職員処遇改善評価料と同じ仕組みで拡大するとしても、この仕組みでは限界がある。医療従事者の処遇改善には入院基本料の見直しが基本だ」と主張した。

地域医療機能推進機構理事長の山本修一委員は、コロナ対応の一環として看護職員処遇改善評価料が新設されたことを説明。現在、診療側は職員全体の賃上げの原資を求めていることから、「看護職員処遇改善評価料とは分けて考えるべき」と主張した。とくに不足している病院薬剤師の処遇を改善でき

る診療報酬が重要との認識を示した。

紹介状なし患者4.3ポイント減

厚労省は、紹介状なしで受診する場合の定額負担の実績を報告した。定額負担の徴収が義務付けられているのは特定機能病院及び200床以上の地域医療支援病院等。その金額は、2022年10月から2,000円増額された。2022年5月1日時点の調査で、病院が設定する定額負担の金額の平均は7,824円で中央値は7,700円。前年の平均値は5,817円、中央値は5,500円なので、いずれも2,000円程度の増額となっている。定額負担の徴収を義務付けられた医療機関の初診患者のうち紹介状を持たない患者の割合は、2022年5月の43.4%から2023年5月は39.1%となり、4.3ポイント減少した。

津留委員は、「定額負担の金額は7,000円程度でよいと思うが、中央値が7,700円になっているので、医療機関が消費税10%分を載せて請求しなければいけないと誤解している可能性がある」と指摘した。これに対し厚労省、「事務連絡・疑義解釈で、『消費税を含めて、告示で定める金額(7,000円)以上の金額』を徴収することを示している。社会的に見て妥当な範囲で徴収してもらいたい」と述べた。

救急管理加算の性急な見直しに反対

救急医療管理加算について厚労省は、2022年度のDPCデータで、救急医療管理加算の請求全体に占める救急医療

管理加算1の割合で都道府県間のばらつきがあったことなどを報告した。

猪口委員は、都道府県によるばらつきが大きいことの原因に、審査における査定にばらつきが影響しているとの見方を示した。「審査における査定により、加算1が請求できない都道府県があると聞いている。その他にもさまざまな原因があるため、もう少し調査を進めて細かく分析を行う必要がある。その前に性急に見直すのは避けるべきだ」と主張した。

旭川赤十字病院院長の牧野憲一委員は、「都道府県格差を是正するには、請求の判断基準の明確化が必要だ。今後、判断基準を考える際には、一つの指標のみではなく、患者の疾患・病態を考慮した基準とするべきだ」と述べた。

病院の介護職への評価を

厚労省は、看護職員と看護補助者の業務分担の状況も報告。備品搬送等の直接患者に関わらない業務は「看護補助者が主に担当」する割合が高いが、患者のADLや行動の見守り・付添や排泄に関する援助等、直接患者に提供されるケアは、「看護職員が主に担当」及び「看護職員と看護補助者との協働」する割合が高かった。業務分担の状況は、看護補助体制充実加算届出の有無で大きな変化がみられなかった。

これについて猪口委員は、病院における介護職の必要性はすでに定着していると指摘。「医療機関においても介護職を評価していかなければ、今後の状況になかなか耐えられない」と訴えた。他の委員から、医療機関で介護職が勤務する場合に「看護補助者」と呼ばれる現状を問題視する意見が出され、「介護の専門家として働いてもらうべき」との意見も出された。

他方、現在の介護の人材不足の状況下で、医療機関が介護の有資格者を確保するのは困難であるとの意見も出された。牧野委員は、「看護補助者の養成や看護師配置の見直しなど、従来の看護必要度とは異なる視点から配置の評価を検討する必要がある」と主張した。厚労省は、薬剤師の偏在の実態も報告した。「病院・薬局における薬剤師の業務量(需要)」と「薬剤師の労働時間(供給)」の推計値をもとに薬剤師の「偏在指標」を算出したところ、全国では病院の偏在指標は0.80、薬局は1.08となり、病院で薬剤師が不足している実態が明らかとなった。

これについて猪口委員は、「薬剤師不足は病院で著しい。診療報酬による評価を上げていただきたい」と要望した。

なお、同日の分科会に入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果のとりまとめ案が示された。9月14日の分科会に示された中間とりまとめの後に議論された障害者施設等入院基本料などの内容が追加されている。同日の意見も踏まえ、とりまとめは分科会長に一任された。今後、議論の場は中医協総会等に移る。

R4 看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要

- 一人あたり賃金改善目標額12,000円/月(給与の3%相当額)に対し、看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)への賃金改善の実績(事業主負担相当額を除く)は11,388円/月であった。賃金改善額が12,000円/月未満だった医療機関のうち、8割以上は看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。
- 賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88%であり、3分の2以上の要件を大幅に上回っていた。

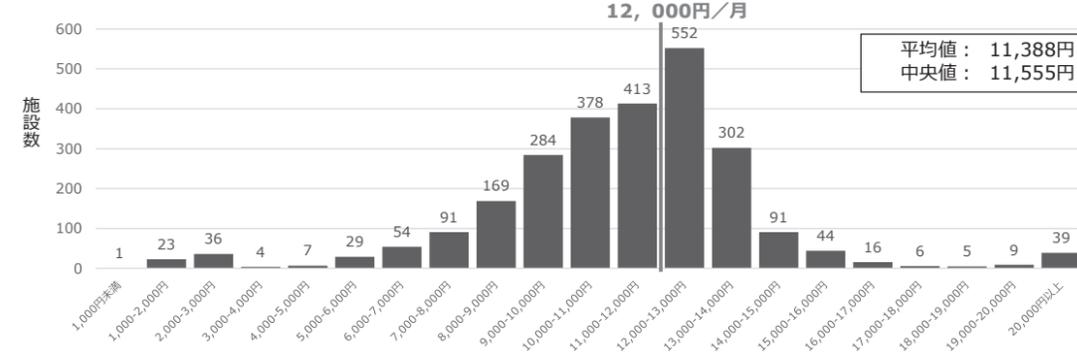
■看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)における賃金改善の実績

	① 1人あたりの賃金改善額	② ①のうち、ベア等の金額	③ ベア等の割合
1※1	13,267円/月	11,679円/月	88.3%
2※2	11,388円/月	10,025円/月	88.3%

ベア等：基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ

※1：①、②ともに事業主負担相当額(16.5%)を含めた実績額
 ※2：①、②ともに事業主負担相当額(16.5%)を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)に対する1人あたり賃金改善額の実績の分布



出典：「看護職員処遇改善評価料 実績報告書」より保険局医療課にて集計(結果は一部精査中)

新たな選定療養の提案に72件、医科は20件

厚生労働省は10月20日の中医協総会(小塩隆士会長)に、選定療養を導入すべき事例等に関する提案・意見募集の結果を報告した。寄せられた意見は

105件。新たな選定療養の提案が72件(医科20件、歯科19件、その他33件)、既存の選定療養の見直しの提案が32件、療養の給付と直接関係ないサービス等

に関する意見が1件だった。

なお、選定療養は現在11類型が定められている。差額ベッドや予約診療、大病院の初再診の定額負担、180日超

の入院などがある。

新たな選定療養の医科の提案では、「生殖補助医療を行う患者の感染症検査」、「リハビリの対象外の患者へのリハビリテーション」、「算定回数を超えての栄養指導」、「在宅医療における医療材料の支給」などがある。

急性期病棟における介護の位置づけで意見分かれる

中医協・入院医療等分科会

急性期一般入院料1の看護必要度B項目の廃止をめぐる賛否両論

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は10月5日、2024年度診療報酬改定に向けて、「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)の見直しをめぐり、議論を行った。看護・介護の必要性を評価しているB項目は、急性期医療の必要性を評価する指標としては、ふさわしくないのではないかと論点に対し、賛否両論があった。また、急性期病棟における介護の業務をどう位置づけ、看護と介護の役割を看護必要度においてどのように評価するかということでも意見が分かれた。

看護必要度が7対1削減の手段

一般病棟用の看護必要度について、同日の分科会の資料では次のように説明されている。

「医療機能の分化・連携を推進する観点から、医療ニーズに着目した急性期等の手厚い患者への対応を評価する基準として7対1入院基本料の算定要件に導入され、その後、医療資源投入量を反映する診療実績の指標のひとつとして、一般病棟入院基本料の施設基準として用いられることとなった。また、各項目については、急性期患者の特性をより評価可能な基準とするため、累次の改定において対応がなされた」。

一般病棟入院基本料の施設基準を満たすため、医療機関は看護必要度の基準値を満たす必要がある。医療機関の機能分化、連携を推進するための有力な手段と見なされたため、その見直しをめぐっては、毎回中医協の議論の焦点となり、議論の終盤でも診療側と支払側の意見の溝は埋まらず、公益委員による公益裁定により、決着をつけてきた経緯がある。また、毎回見直しが行われるため、医療機関はその対応に追われている。

2024年度改定でも看護必要度は見直しの方向にある。団塊世代が75歳以上となり、ADLが低下し要介護の高齢者救急が激増する見込みの中で、医療機関の機能分化、連携の必要性が高まっている。一方で、看護配置が7対1の急性期一般入院料1から他の入院料への移行は、一定程度実現したが、2022年度以降、逆に急性期一般入院料1が微増したという状況にある。

全日病常任理事の津留英智委員は、この間の状況について、「2008年度改定が看護必要度見直しのバージョン1であったとしたら、2024年度改定はバージョン9になると言えるかもしれない。2022年度改定の見直し後、医療現場はどう変化したのか。急性期一般入院料1の病床が微増したが、新型コロナの影響だったのか。マクロな視点で見直しの影響が捉えられていない」と、全体を見渡す上での分析不足を指摘。その上で、「前回改定も7対1病棟を減らすことを目指したのだと思うが、では、どれだけ減らせばよいのかという疑問が浮かぶ」と述べ、急性期一般入院料1の削減ありきの目的で、B項目をはじめとした適正化を議論することに違和感を示した。

B項目は急性期にふさわしいか

B項目では、「患者の状態」と「介助の実施」の組み合わせで患者の状況等を評価しており、7項目がある。「A項目2点以上かつB項目3点以上」などで入院患者は、看護必要度の基準を満たすことができる。今回の分析の結果は、B項目の適正化の方向を示唆している。

具体的には、これまでの議論において、「B得点3点以上の割合は、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群や急性期一般入院料2及び4で高い傾向にあることを踏まえると、機能分化の推進や急性期一般入院料1における高度・専門的な医療を評価する観点からは、急性期一般入院料1においてはB項目以外の項目による評価を重視すべき」、「急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか」などのデータを踏まえた意見に表れている。

健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「3日間以上の期間入院した患者のうち入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料4・5や地域一般入院料において高い」などの分析結果を踏まえ、「急性期医療を評価する指標として妥当であるのか疑問。看護必要度の抜本的な見直しが必要かもしれないが、2024年度改定においては、急性期一般入院料1の指標としては、B項目は廃止すべきではないか」と主張した。

一方、地域医療機能推進機構理事長の山本修一委員は、「看護必要度は、病棟全体で入院患者に対して、どれだけの人的投入を行っているのかを評価する指標となっている。全体として考えれば、今のやり方は間違っていない。高齢者救急が急性期病棟で増えている

のも、医療技術の進歩で、昔であれば難しかった高齢者に対する手術も侵襲性を少なくして、安全にできるようになったという側面がある」と指摘した。

津留委員も、今回のデータで、B項目を廃止すると判断するのは妥当ではないとの見方を示した。

日本医師会副会長として出席している全日病会長の猪口雄二委員は、急性期一般入院料4などでB項目の得点が高いことに着目。「医療的な視点で介助を提供する看護の役割が大事であるのは言うまでもないが、これだけ病状が一定程度安定した要介護の高齢者の入院が増えている中では、看護とは別に介護の業務を評価することが必要になる。そう考えると、B項目は介護の項目と考えることもでき、病院にこれだけ看護補助者が集まらない状況を見ても、急性期や回復期、慢性期にわたって、介護の業務をきちんと位置づけ、介護福祉士や資格を取ろうとしている人にも、病院に来てもらえるようにすることが求められている」と述べ、B項目の位置づけの見直しを求めた。

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弥委員は、「看護の専門性と介護の専門性は異なり、それぞれの専門性が発揮される場所に専門職が配置されるべき。入院医療の場合は看護の専門性が発揮される場で、介護の専門性が働く余地は少ない。介護の専門性がより必要な患者の状態であるのなら、まずは在宅や介護施設に早期退院させることを考えないといけない。要介護の高齢者にどこまで急性期の濃厚な治療を提供すべきかという医療機関の入口・出口の問題もある。B項目については、24時間の継続的な医療ニーズに応えることのできる看護の専門性を評価する項目として、ブラッシュアップし

ていく必要がある」と述べた。

高齢者救急における役割分担

増加する高齢者救急をめぐり、第8次医療計画で整理が行われた救急医療提供体制の医療機関の役割分担について、猪口委員がその実現に向けた期待を示した。

猪口委員は、救命救急センターなど第三次救急医療機関が、多くの軽症・中等症の高齢患者を受け入れている状況に対し、このままでは第三次救急医療機関が重症者の受入れに支障をきたす恐れがあり、第二次救急医療機関が中心になって、高齢者の軽症・中等症患者に対応していく必要があるとの第8次医療計画での整理を説明。その上で、第三次救急医療機関への搬送は、高度な医療が必要な患者に限定されることになるが、その場合に、患者をどこに搬送するか判断において、日常的な状況や初期の的確な診断に応じて、搬送先が適切に選ばれることの重要性を強調した。

また、診療情報・指標等作業グループからの最終報告では、B項目以外では、以下のような意見を追加している。

「急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、『注射薬剤3種類以上の管理』の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか」、「評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、『呼吸ケア』や『創傷処置』の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか」、「急性期医療における適切なケアを評価する観点から、『創傷処置』に該当する診療行為から、重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか」など。

このようにA項目の適正化の意見が示されている。

一般病棟用の重症度・医療、看護必要度に関する経緯(まとめ)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度については、平成20年度診療報酬改定において、「**医療機能の分化・連携を推進する**」観点及び「**効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する**」観点から、**医療ニーズに着目した急性期等の手厚い患者への対応を評価する基準**として、一般病棟7対1入院基本料の算定要件に導入された。
- その後、看護職員は看護職員でなければできない業務に専念する観点から、必要度の該当患者割合を施設基準とした看護補助者の配置に対する評価を新設するとともに、**機能分化の一層の推進のために該当患者割合の基準の引き上げ等がなされ、さらに平成30年度診療報酬改定においては、高い医療資源投入が必要な医療需要の減少と中程度の医療資源投入が必要な医療需要の増大等地域の医療ニーズの変化に7対1病棟が弾力的に対応できるよう、医療資源投入量を反映する診療実績の指標のひとつとして用いられることとなった。**
- 各項目については、**急性期患者の特性をより評価可能な基準とするため**、累次の改定において、
 - ・7対1入院基本料ではなく15対1入院基本料で多く該当する項目の削除
 - ・A項目3点以上の基準の追加
 - ・手術直後等の患者(C項目)・救急搬送後の患者等の対象への追加などを行っている。
- B項目については、**術後の早期離床を進めるとB項目が低く評価され、基準を満たしにくくなる場合がある**ことから、相関性の高い項目の削除等を行っている。
- また、認知症患者への対応の評価等の観点で設けられた「**診療・療養上の指示が通じない**」又は「**危険行動**」に該当する患者であって、**A得点が1点以上かつB得点が3点以上**の基準については、**該当患者に対する看護提供の頻度は高いものの、年齢や要介護度が高く、医学的な理由による入院の割合が低いこと等を踏まえ、急性期入院医療の必要性が高い患者を適切に評価する観点から、その後廃止されている。**

2024年秋に訪問看護にもオン資確認を義務化

中医協総会 居宅同意取得型のオン資確認の仕組みを含め大臣諮問を答申

中医協総会(小塩隆士会長)は10月18日、「指定訪問看護ステーションにおけるオンライン資格確認の導入の義務付け」、「オンライン資格確認の用途拡大に伴う対応」、「保険医療機関及び保険薬局におけるオンライン請求の推進に伴う所要の見直し」について、武見敬三厚生労働大臣の諮問に対し答申した。

医療機関に対するオンライン資格確認は2023年4月から始まった。訪問看護のオンライン資格確認の義務付けは2024年秋からとする。2024年秋時点でやむを得ない事情がある場合は、医療

機関と同様に、期限付きの経過措置などを設ける。指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準を改正する。義務化の期日は政令で定める。

医療機関等との継続的な関係で、訪問診療等が行われている場合における2回目以降の訪問については、オンライン資格確認の用途拡大に伴う対応として、簡便な資格確認の仕組みを認める。具体的には、2023年12月1日以降、訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み(居宅同意取得型)に実装される再照会機能を活用した資格確認を可能とする。保険医療機関及び保険

医療養担当規則を改正する。

なお、再照会機能を活用した資格確認は訪問看護でも可能とする。

また、レセプトのオンライン請求を推進するため、レセプトの請求方法に関する規定を見直す。具体的には、「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」に基づき、請求命令の省令を改正。紙レセプトの請求が、経過的な取扱いであることを明記する。これに伴い、2024年4月以降も紙レセプトを継続する場合は、改めて届出を出す必要が生じる。2024年4月以降は、改めて届出を行った保険



医療機関などが「紙レセプトでの請求が認められているもの」との位置づけとなる。

10月20日の総会では、2024年度診療報酬改定に向け、在宅医療のうち訪問看護をテーマにした議論が行われた。委員からは、今回のオンライン資格確認義務化や居宅同意取得型の仕組みの実装が、次期改定での在宅医療や訪問看護の報酬の見直しに及ぼす影響を整理することを求める意見が出た。

在宅医療を担う医療機関の特徴を踏まえた評価が課題

中医協総会 訪問診療回数が多い医療機関や往診だけをする医療機関の対応を議論

中医協総会(小塩隆士会長)は10月4日、2024年度診療報酬改定に向けて、在宅医療をテーマに議論を行った。在宅医療のニーズが増加するなかで、地域での在宅医療の提供体制確保が求められている。同日の議論では、在宅医療の提供体制の底上げを図るとともに、医療機関により訪問診療の回数に偏りがあることや、訪問診療をほとんど行っていないにもかかわらず往診が際立って多い医療機関があるなど、適正化の観点を含め、在宅医療における特性の違いを踏まえた評価のあり方などが課題とされた。

訪問診療については、「在宅医療を行っている患者の診療時間は要介護度や日常生活自立度が高ければ高いほど、診療時間が長くなる傾向がある」ことがデータで示された。また、要介護度4・5が看取りに関連する因子であるとの報告もあった。

現状で、在宅時医学総合管理料(在総管)と施設入居時等医学総合管理料(施設総管)では、包括的支援加算(月1回150点)により、要介護度や日常生活自立度等に応じたきめ細かな評価をしているが、さらなる対応を行うことが論点になった。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「丁寧な診療を行ったのであれば、

それは適正に評価されるべきだ」と、負担に見合う評価が必要と主張した。

一方、適正化の観点では、「在宅医療に従事する医師1人当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数は、平均で月46.8回であったが、一部月300回を超える医療機関も存在しており、医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数が多いほど、高齢者施設等の患者に訪問診療を提供している割合が高い」、「訪問診療の算定回数が多い医療機関において、一部の医療機関で訪問診療の頻度が(患者あたり)平均4回/月を超えており、そういった医療機関はそれ以外の医療機関と比較して、ターミナルケア加算の算定回数が少なく難病患者割合が低い」といったデータが示された。

施設に居住する高齢者と戸建てに居住する高齢者では、移動時間をはじめ訪問診療の負担は異なる。現状でも、在総管と施設総管で評価が異なり、同一建物内の人数でも点数を分けている。訪問診療料でも評価を区別している。それでも今回、訪問診療の算定回数にかなりの偏りがあり、算定回数が多い医療機関では、ターミナルケア加算や難病患者割合も低く、比較的安定した患者を訪問診療している状況が示されたため、さらにメリハリをつけた評価

を行うことが論点になった。

これに対して、支払側の委員は適正化を求めた。一方、日本医師会常任理事の江澤和彦委員などは、訪問診療で高齢者の居住の状況に応じて、一定の効率性が働くことは不可避な面があるとし、適正化には慎重な検証が必要であると主張した。

往診だけが多い医療機関の評価

往診については、24時間の往診体制等があることを評価する在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)で、訪問診療をほとんど行っていないのに、往診料を多く算定している医療機関があり、「訪問診療を行っている患者に対する往診」と「訪問診療を行っていない患者に対する往診」の往診料のあり方が論点となった。

訪問診療をほとんど行っていない医療機関では、「夜間・深夜・休日往診加算の算定が多い」、「小児の往診件数が顕著に増えており、ほとんどが訪問診療を行っていない患者であった。このような患者は急性上気道炎などの疾患が多いが、訪問診療を行っている患者に対する往診より、レセプト請求点数が高かった」などの特徴があった。

委員からは、本来は訪問診療を行っているかかりつけ医が往診を行うこと

が望ましいという共通認識を踏まえ、往診料の適正化を求める意見と慎重な対応を求める意見が出た。日本医師会副会長の茂松茂人委員は、往診は通院困難な人に対して実施することが原則であることを強調した。

なお、15歳未満の患者に対する往診料の算定回数は2020年に減少し、2021年に大きく上昇し(2.6倍)、2022年にさらに上昇している(1.9倍)(図表参照)。増加の背景は新型コロナの感染拡大が考えられる。診療報酬上の特例においても、新型コロナ患者(疑い含む)の緊急往診は高く評価され、医療機関にとってはインセンティブになった。2023年5月以降は、特例を段階的に解消する方針となっている。

24時間対応の在宅医療体制の確保

2040年の訪問診療の推計患者数は、2020年と比較し1.5倍になると推計されている。厚生労働省は、第8次医療計画の記載も踏まえ、在宅医療の24時間の医療提供体制の確保が喫緊の課題であることを強調。在支診・在支病を増やすとともに、在宅医療を直接担わない医療機関も、在支診・在支病と連携し、地域の在宅医療提供体制の確保に参加してもらう評価のあり方の検討を求めた。

両者の連携を評価する点数としては、在宅療養移行加算があるが、算定回数は低調で普及していない。24時間対応を個別の医療機関だけではなく、他の医療機関等と連携した確保に資する診療報酬について、引き続き議論が必要であるとの課題が認識された。

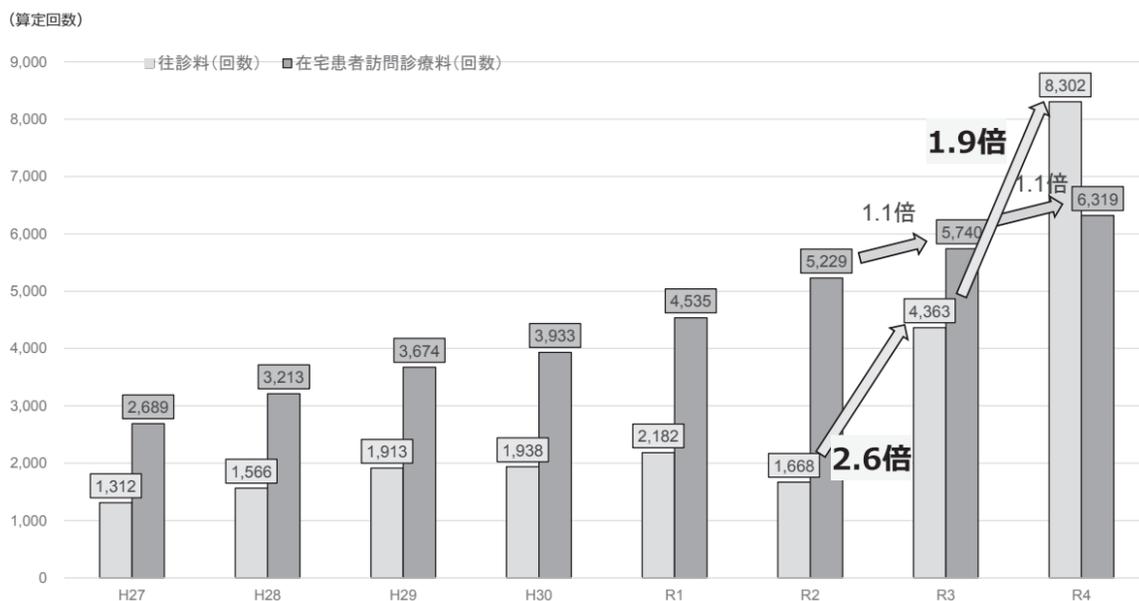
在宅における緩和ケアについては、人生の最終段階における意思決定支援に関する情報をICTで共有している患者は、急性の不安対応目的の入院が減り、容体が急変した際の入院先として緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟が多くなるなどのデータが示された。緩和ケアを必要とする患者へのICTを用いた連携の評価を設けることに対しては、委員から賛同する意見があった。

訪問栄養食事指導については、ニーズは高いと想定されるものの、取組みは十分に広がっていない。対策として、在宅療養支援診療所・病院の役割に訪問食事指導を取り入れることや、都道府県栄養ケア・ステーションとの連携を推進することが課題とされた。なお、第8次医療計画においても、訪問栄養食事指導を充実させるため、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーションの活用が求められている。

15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

- 平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。
- また、訪問診療料の算定回数については、年々増加傾向にある。

往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

来年夏のとりまとめに向け検討会の議論がスタート

厚労省・かかりつけ医機能等情報提供等検討会

かかりつけ医機能報告制度の創設と医療機能情報提供制度の刷新

厚生労働省は10月13日、「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」の初会合を開き、かかりつけ医機能が発揮される制度の整備に向けた議論をスタートさせた。かかりつけ医機能報告制度の創設や医療機能情報提供制度の刷新などを議論する。検討会の下に、それぞれのテーマを議論するための分科会を設置し、11月から議論を開始する。初会合では、座長に永井良三・自治医科大学学長を選出した。

かかりつけ医機能制度整備で法改正

かかりつけ医機能の制度整備について、これまでの経緯を振り返ると、以下のようになっている。

かかりつけ医の定義については言うまでもなく、2013年の日本医師会・四病院団体連合会の合同提言がある。しかし、それが政策や制度に位置付けられることはなかった。

コロナ禍の2021年になって、かかりつけ医の制度化をめぐる議論が活発になり、2022年6月の骨太方針2022には、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との方針が明記され、法律の規定に向けた議論が始まることになる。

昨年12月28日に社会保障審議会医療部会がまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」では、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が、今後さらに増加することを指摘し、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現するために「医療機能情報提供制度の刷新」と「かかりつけ医機能報告制度の創設」を2本柱とするかかりつけ医機能の制度整備の案が厚労省から示された。

かかりつけ医機能については、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者が今後さらに増加することから、◇持病(慢性疾患)の

継続的な医学管理 ◇日常的によくある疾患への幅広い対応 ◇入退院時の支援 ◇休日・夜間の対応 ◇在宅医療 ◇介護サービス等との連携—のニーズがあることが想定されている。

このような考え方を踏まえ、今年5月に成立した全世代対応型社会保障関連法で医療法を改正し、かかりつけ医機能の制度整備を行うことになった。

法改正では、2026年4月施行の医療機能情報提供制度の刷新により、①かかりつけ医機能を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

2025年4月施行のかかりつけ医機能報告の創設により、②慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関から都道府県知事に報告を求める。都道府県知事は、報告をした医療機関

が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する(図表上を参照)。

2025年4月施行の「患者に対する説明」では、「都道府県知事による②の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法または書面交付により説明するよう努める」としている。

なお、参議院の審議における附帯決議では、「今回のかかりつけ医機能の制度改正は同機能が発揮される第一歩として位置づけられる」ことや、「同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実」、かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者は、「障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討する」ことなどが求められている。

強引な制度変更には懸念を表明

今後、法律の施行に向け、具体的な議論が始まる。基本的には、同分科会の下に設置される「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」で、かかりつけ医機能報告制度の創設の議論を行い、「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」で医療機能情報提供制度の刷新の議論を行う。検討項目は図表下にあるような項目となっている。どちらも来年夏頃にとりまとめを行うとしているが、医療機能情報提供制度については、来年4月に全国システムへの刷新がある。これらに対し、構成員からは様々な意見が出た。

全日病副会長の織田正道構成員は、地域の実情を踏まえずに、強引に制度変更を行うと、現状の医療提供体制が壊れてしまう可能性に懸念を表明。「制度変更により、いろいろな制限を医療機関に課すよりも、かかりつけ医機能を地域で支えるために、できるだけ多くの医療機関が参加できるような制度設計が必要である」と述べた。

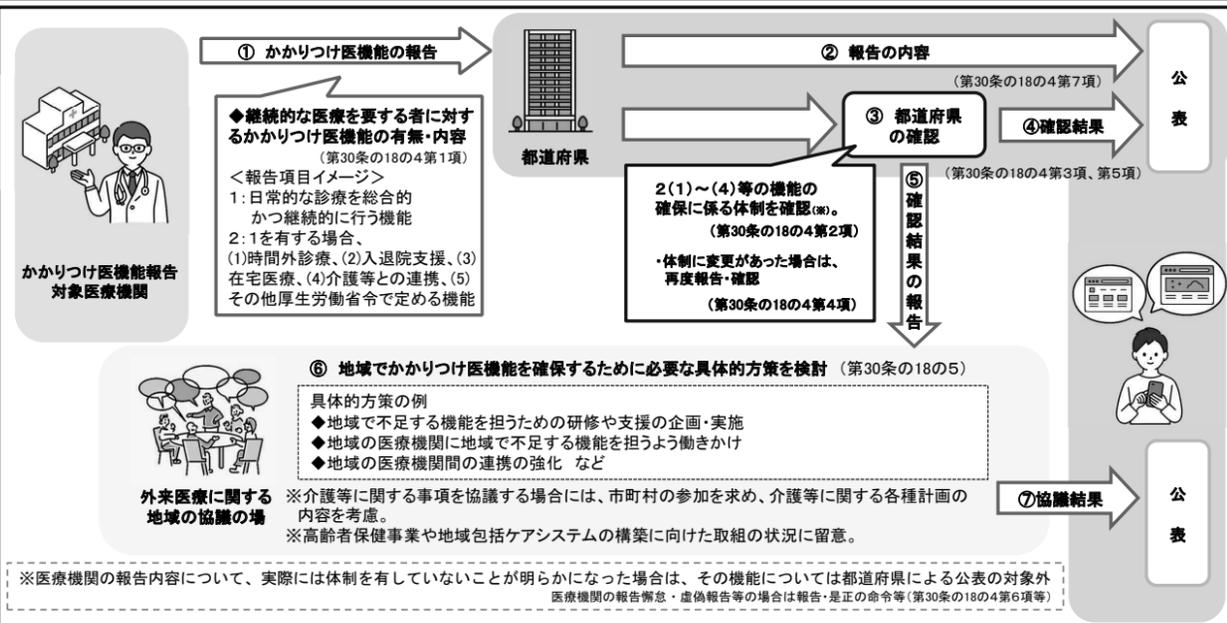
これに関連し、病院が、紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関の2分類に整理されることに警戒感を示し、「紹介受診重点医療機関であっても、かかりつけ医機能があれば、かかりつけ医機能を担う医療機関に位置付けられるべき。逆に、かかりつけ医機能を担う医療機関が紹介を受けることもある。すでにある医療資源を地域の実情に応じて、有効に活用できる仕組みが望ましい」と主張した。

日本医療法人協会副会長の小森直之構成員は、「医療機能情報提供制度で報告する際の入力業務をあまり複雑にしないでほしい」と述べ、医療機関の負担への配慮を求めた。また、参議院の附帯決議において、かかりつけ医機能を有する医療機関に勤務する医師への教育・研修についても、すでに医師は多くの研修を受けていることから、負担への配慮が必要と指摘した。

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめ公表。



今後の検討の進め方(案)

- 第102回社会保障審議会医療部会の整理に基づき、本検討会の下に、かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討を行う「**かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会**」を設置するとともに、これまでの議論との継続性も踏まえ、既設の「医療情報の提供内容等の在り方に関する検討会」を改編し、医療機能情報提供制度の全国統一システム化、かかりつけ医機能の情報提供項目等について検討する「**医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会**」を設置する。

- それぞれの分科会において、下記の検討事項について、検討状況を相互に共有しつつ、検討を進める。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会	医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会
<p>II. かかりつけ医機能報告【改正医療法第30条の18の4 関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 報告を求めるかかりつけ医機能の内容 かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲 かかりつけ医機能の体制に係る都道府県の確認・公表 かかりつけ医機能を有する医療機関の患者等への説明の内容【改正医療法第6条の4の2 関係】 など <p>III. 地域における協議の場【改正医療法第30条18の5 関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議の場、協議の参加者 協議の進め方、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的方策、公表 など <p>IV. 医療計画に関する事項【改正医療法第30条の3、第30条の4 関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本方針、医療計画に定める事項 など <p>V. その他、研修に関する事項、国の支援のあり方など</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院の「かかりつけ医機能の確保のための研修」を含めた研修【改正医療法第16条の2 関係】 など 	<p>I. 医療機能情報提供制度【改正医療法第6条の3 関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報提供項目の表現の見直し 対象者別の情報提供のあり方 情報提供のためのインターフェースのあり方 など <p>※ 左記の検討状況を踏まえて、かかりつけ医機能に関する情報提供項目等について見直し</p> <p>※ 医療広告関連事項(医療機関のウェブサイトの内容、専門広告等)は、これまでの議論との継続性も踏まえ、この分科会で議論</p>

医療・介護・福祉の各サービスの連携に向けた報酬改定

中医協総会 介護保険施設等との連携では在支病や地ケア病棟に期待

中医協総会(小塩隆士会長)は10月20日、次期診療報酬改定に向けて、医療・介護・障害福祉サービスの連携をテーマに議論を行った。次期改定は医療・介護・福祉の同時改定であり、各サービス同士の「連携」を促すため、報酬面の見直しを行う絶好の機会となる。同日は、「主治医と介護支援専門員との連携」、「医療機関と高齢者施設等との連携」、「障害福祉サービスとの連携」について、論点が示された。

「主治医と介護支援専門員との連携」では、主治医と介護支援専門員との連携を推進するため、かかりつけ医機能を評価する診療報酬項目に、主治医がサービス担当者会議等に参加することを要件化することが論点となった。

サービス担当者会議は、介護支援専門員が利用者・家族の参加を基本に、

指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議で、厚生労働省令で規定されている。春に行われた「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも、主治医がサービス担当者会議に参加することで、介護側の医療の視点が深まることや、利用者・家族の意思決定支援につながることを期待されるなどの意見が出ていた。

委員からは賛否両論があった。健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、かかりつけ医機能を評価する診療報酬項目において、主治医のサービス担当者会議への参加を要件化することを提案。これに対し、日本医師会常任理事の長島公之委員は反対した。

「**往診やオンライン診療での連携**」
「**医療機関と高齢者施設等との連携**」

は、高齢者救急をめぐる課題と関連する。介護保険施設では、協力病院を定めることが運営基準上求められている。ただ、協力病院が特定機能病院であることも少なくないという。一方、介護保険施設の入所者の病状急変に対応する医療機関として、在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟等が期待されている。

厚労省はこれらを踏まえ、「介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応などについて、あらかじめ取り決めを行うなどして連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の可否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするための対応」を論点とした。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸

彦委員は、介護保険施設等と医療機関が連携し、論点にあるような対応ができる医療機関が増えるように、診療報酬におけるインセンティブが必要と主張した。

「障害福祉サービスとの連携」では、障害者支援施設での医療保険における給付の範囲や、入退院支援における医療機関と障害サービス事業者等との連携を推進するための方策が論点となった。障害者支援施設においても、入所者の高齢化が進んでいる。悪性腫瘍により死亡退所する方も一定数いる。

入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数において、いずれの入院料の場合も障害福祉サービス事業所との連携がほとんどないとの調査結果も示された。委員からICTの活用も含め改善が求められた。

受審申込医療機関の約3割が評価センターの評価終了

厚労省・医師の働き方改革の推進に関する検討会 日医が2024年4月までに指定できる体制求める

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)は10月12日、医師の働き方改革の施行に向けた進捗状況のほか、医師の勤務実態、医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査結果について報告を受けた。日本医師会に設置された医療機関勤務環境評価センターの受審状況については、約3割の医療機関が医療機関勤務環境評価センターの評価を終了したことがわかった。

医療機関が特定労務管理対象機関の指定を受けるためには、評価センター

の評価を受ける必要があるが、今年10月9日時点で受審申込件数が471件にのぼった。

評価センターに所属する日本医師会の城守国斗構成員は、審査状況について、「3割弱の評価が終了し、残りの7割の大多数は資料の再提出、調整のやりとりをしている」と説明した上で、「都道府県の指定の期日が秋から冬にかけてというところが多いと聞いているが、評価医療機関のなかには、資料の再提出、再整備で時間がかかっている医療機関も多い。医療機関への評価

には一定の時間がかかるので、締切に間に合わないことが想定される。柔軟な対応をして、2024年4月には指定できるような体制をとってもらえるとありがたい」と述べ、厚労省と都道府県に対して協力を求めた。

30医療機関が「地域医療に支障」

医師の働き方改革の施行に向けた第4回の準備状況調査の結果が報告された。2024年6月19日から7月7日に、都道府県を通じて地域医療提供体制維持に必須となる医療機関を対象に回答

を集計した結果となっている。

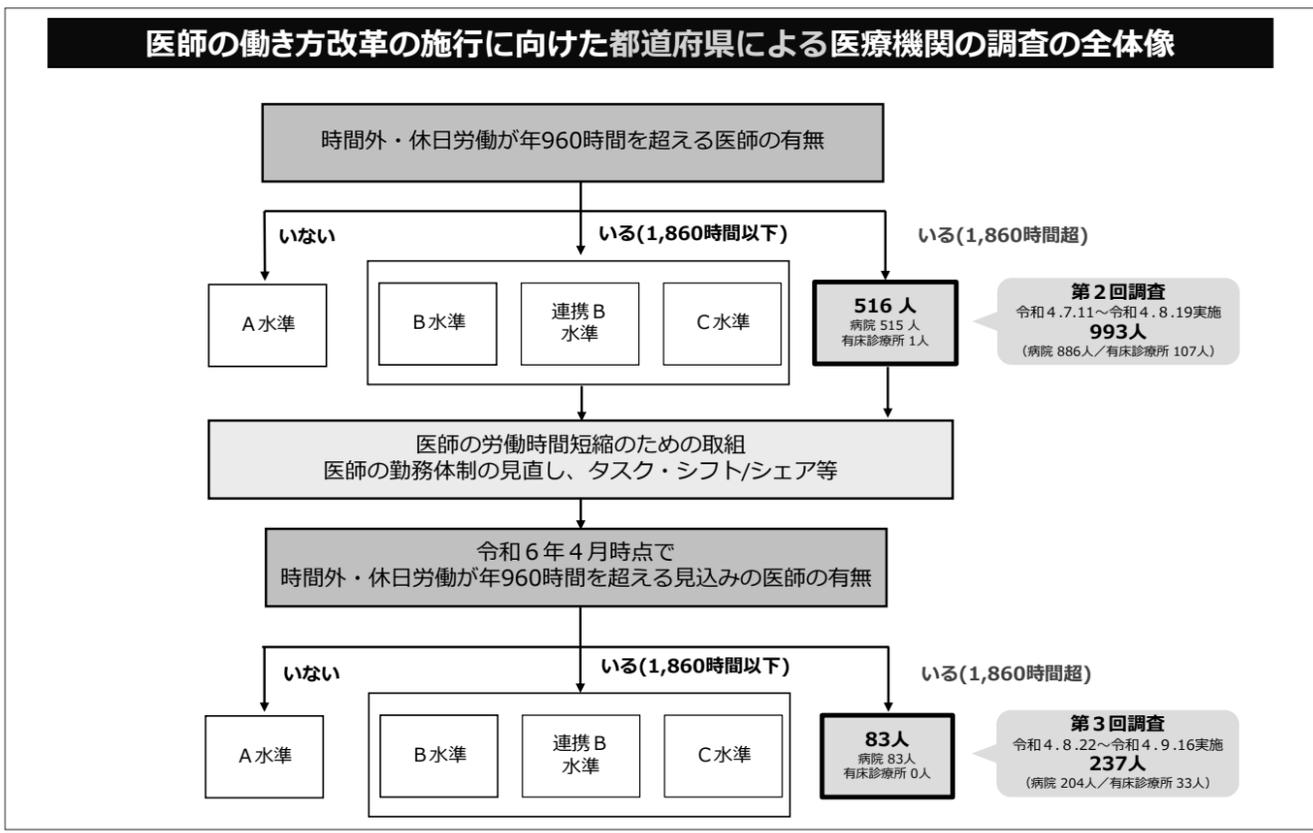
それによると、①調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数は516人②宿日直許可の取得や医師の労働時間短縮の取組みを実施しても、2024年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超見込みの医師数は83人③医師の引き上げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関は30医療機関一となった(図表参照)。

委員からは、医師の労働時間短縮に関する取組みを評価する意見が多くあがる一方で、自己研鑽の切り分けの問題とともに、地域医療への影響を懸念する意見が出された。

日本医療法人協会副会長の馬場武彦構成員は、勤務医の気づき・関心を促し、医師の働き方改革に向けた行動変容につなげるための情報発信の方法などを検討してきた「勤務医に対する情報発信に関する作業部会」の議論のまとめを受けた取組みに言及した。

馬場委員は、「先生方の正しい理解なくして働き方改革の成功はないと思っており、この作業部会に注目してきた。肌感覚として、きちんと理解されていないと感じる部分もあるが、管理する側・される側の分断の心配は、今のところは杞憂に終わり、適切に周知されているものと理解した。本会と連携を取りながら進めてほしい。あわせて、国民に対する発信もお願いしたい」と述べた。

厚労省は、国民への周知に関しては2023年度予算を計上しており、院内掲示用ポスターや動画の作成を進めていることを報告した。



国民医療推進協議会が改定に向けて財源確保を要望

国民医療推進協議会 物価高騰と賃上げへの対応を

全日病や日本医師会など42の医療関係団体が参加する国民医療推進協議会(会長=松本吉郎日本医師会会長)は10月10日に総会を開き、物価高騰・賃金上昇に対応するための医療・介護分野での財源確保を求める決議を決定した。トリプル改定に向けて、年末まで政府への要望活動を行う。

決議では、「長らく続く物価高騰に

は、一時的ではなく、恒常的な対応が必要と主張。「物価高騰と賃上げ、さらには日進月歩する技術革新への対応には十分な原資が必要」として、適切な財源を確保するよう求めている。

同協議会は年末に向けて、都道府県医療推進協議会に、地域集会の開催と決議採択を依頼していく。地方議会会期中の都道府県においては、地方議員

と議会に対し、意見書を国会等に提出するように要望する。12月4日には、「国民医療を守るための総決起大会」を開催する。

同協議会会長の松本吉郎日本医師会会長は、「政府では秋の経済対策と年末の予算編成に向けて議論が本格化している。国民の生命と健康を守るためにも医療・介護分野における物価高



騰と賃上げへの対応は不可欠で、財源を確保することが大変重要だ」と述べた。

医療現場の生産性向上を実現した事例を解説

医療DX人材育成プログラム④ 神野副会長は院内のDXの取り組みを紹介

高橋泰 国際医療福祉大学教授、全日病広報委員会特別委員

院内のDX化が適切に推進できる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・効率化協会と共同共催で、「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4回目の講習会の内容を紹介する。

第4回講習会が、9月7日(木)13時～16時にZoomで開催され、136病院、308人が参加した。私事になるが、筆者は9月3日(日)から9月9日(土)にかけてドバイとフランスの医療視察を行い、9月7日開催の全日病講習会では、朝6時(現地時間)のパリのホテルの部屋からZoomで講義の講師を務めた。また9月5日(火)のドバイ・ヘルスケア・オーソリティの視察では、東京とドバイをZoomでつなぎ、写真に示すような形で東京の通訳が、ドバイの講師の説明を日本語に、ドバイの参加者の日本語の質問を英語に通訳を行いながら討議が進められた。視察レベルで要求される水準の通訳ならば、数年以内に人ではなく人工知能が、講師の英語(アラビア語)を日本語へ、我々の日本語の意見や質問を英語(アラビア語)に翻訳するようになるだろうと考えながら、ドバイの講師達と討議を行った。

アラビア語の看板の表示やフランス語のメニューレベルの翻訳ならば、すでにGoogleレンズの翻訳機能をON

にしてスマホを向けると、「立ち入り禁止」や「アオカビのチーズを用いたチーズケーキ」などの日本語表示がリアルタイムで画面上に示される。このアプリは無料で使用できるので、今回の視察の参加者の多くが使用し始め、大活躍していた。一方、WEB化の遅れた日本の医療DXは高価格のまま、しかも今回紹介したようなわかりやすい成果をほとんど提供していない。WEB技術を手早く活用したアプリを使用することにより、ドバイ・パリ・東京を結んだ講義や通訳、スマホのカメラを向けただけの自動翻訳など3年前では考えられないことが、無料ないし低価格に行えることを経験し、日本の医療情報システムのWEB化を急速に進める必要性を痛感した1週間であった。

パリより発信された9月7日の全日病講習会前半の特別講義1では筆者が、最初に上記のDX体験を紹介し、日本の病院システムのWEB化を進める必要性を強調した。次に「ヘルスケアにおけるチームプレーとDXの活用」というタイトルで、DXを用いた医療現場の生産性向上を実現した事例を解説した。第1の事例は、システムが電子カルテや患者やスタッフの情報を定期的に確認し、患者の重症度や空きベッド、働いているスタッフのスキルレベルなどを大きなパネルに示す湖南医療コンソーシアムのコマンドセン

ターである。コマンドセンターでは刻々と変化する患者、スタッフ、空きベッドの状況を把握し、状況に応じて入院患者のベッド決定、スタッフ配置の調整を行うことにより、施設内の患者・スタッフの最適化を行っている。第2の事例は、HITO病院の多職種協働型セル方式である。スマホを介してのカルテ入力や職員が他の職員の動向を把握することにより、歩行距離の短縮や大変なところに支援が行われる体制を確立していることにより、職員の業務効率の改善がなされている。

前半の特別講義2では、神野正博全日病副会長が、「病院DXの戦略とソリューション」というタイトルで、講義を行った。まず時代背景や今後の医療界の展望を語られ、その中で「DXはインフラである=エアコンと同じ」であり、利益から出すものではなく、「必要経費」であることを強調された。その後、院内のDXの種々の取り組みの紹介をされた。電子カルテにVDI方式を採用し、いつでも各個人のデスクトップにアクセスし、電子カルテ端末とインターネットが同一端末で使用できる環境を実現した。グループ内、一利用者、一IDによる情報管理により時



東京の通訳を介して開催したドバイでの討議の様子

間軸の統合を実現し、病院や施設のカルテのシームレスな閲覧を可能にした。患者へのPHRの提供、RPAの活用、入退院管理センター(コマンドセンター)の開設、クリティカルパスの見直し、スマホアプリによる患者向け受診支援サービスなど、恵寿総合病院で行われている種々のDXの取組みと、その成果の紹介を行った。

後半の小林士巳宏氏(株式会社MEMORI)によるDX戦略についての講義では、①システム構想の立て方、②DX戦略の基礎、③施設内(イントラ)システムとの関係性(VDI等)の講義が行われた。

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4回の講習会が終了した。

物流の働き方改革に備え医療機器流通の対応策を議論

厚労省・医療機器流通改懇

厚生労働省は10月6日、医療機器の流通改善に関する懇談会(三村優美子座長)を7年ぶりに開催した。2024年度からトラックドライバーに働き方改革関連法の「時間外労働の上限規制」が適用されることを踏まえて、医療機器の流通における対応を議論した。医療機器業界から医療機関に対して、物流費用が増加することに伴う販売業者からのコスト転嫁を受容するよう要望が出された。

トラックドライバーの年間労働時間は全産業平均より2割程度長い。医師と同様に一般労働者とは異なる取扱いがなされ、2024年度から働き方改革関連法の「時間外労働の上限(休日を除く年960時間)規制」がトラックドライバーに適用されるようになる。これに伴い輸送可能性が低下するため、物流

医療機器業界が物流コスト増の価格転嫁求める

に課題が生じる。これが「2024年問題」と呼ばれている問題で、国土交通省の試算では2024年度に14.2%、2030年度には34.1%の輸送能力が不足する。

この2024年問題に対して内閣官房は、商慣行の見直しや物流の効率化、荷主と消費者の行動変容を進める対策を盛り込んだ「物流革新に向けた政策パッケージ」を策定した。

2024年度以降、納品回数の減少や物流リードタイムの長期化、物流コストの増加が生じる可能性があると指摘されている。そのため、他の業界ではドライバーの荷役作業の削減や共同配送の取組みが進められている。

医療機器の物流にも2024年問題の影響が及ぶ恐れがある。厚労省は各関係者がとりうる実効的な方策を議論するよう提案した。

医療機器業界から医療機関に対して、◇物流費用が増加することに伴う販売業者からのコスト転嫁の受容◇医療機器の配送や納品のリードタイムが伸びるため、リードタイムを加味した1日でも早い発注◇時間指定や納品場所指定、ロット指定、軽微な外装汚れも認めないなど現行の納品ルールの緩和◇医療機関が保有する在庫の増量への要望がなされた。

日本病院会副会長の岡俊明委員は、発注時間の前倒しなど、医療機関が一定の行動変容に取り組むことは可能とする一方、物流費用上昇分の価格転嫁には慎重な姿勢を示した。「2024年度以降の費用上昇について具体的な試算を出してもらえれば、診療報酬改定に



向けてコスト上昇分も考慮できる」と述べた。日本医師会常任理事の宮川政昭委員は、2024年問題による医療機器の緊急配送への影響を具体的に示すよう求めた。

11月上旬に開かれる会合で厚労省から2024年問題への対応案が示され、通知が発出される見通し。

2023年度 第6回常任理事会の抄録 9月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
千葉県 医療法人社団一心会初富保健病院
理事長 唐澤 秀治
- 広島県 医療法人社団明和会大野浦病院
理事長 曾根 喬
- 正会員は合計2,564会員となった。
- 準会員は退会1会員があり、合計115会員となった。
- 人間ドック実施指定施設を申請した1施設について審議し、承認した。人間ドック申請施設は合計416施設となった。
- 災害時医療支援活動指定病院の申請があった2施設について審議し、承

認した。災害時医療支援活動指定病院は合計125病院となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中医協 総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会、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」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」の報告があり、質疑が行われた。

- 医療機関経営状況調査について報告された。

- 医療従事者委員会が実施している「事務長研修」、「看護部門長研修」、「多職種リーダー研修」、「フォローアップ研修」等について、2024年度より「病院経営管理者研修」、「病院部門責任者研修」に再編することが報告された。

●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

- 北海道 東苗穂病院
- 京都府 京都久野病院
- 大阪府 榎本病院
- 兵庫県 井野病院
- 熊本県 寺尾病院

◎一般病院2

- 群馬県 東邦病院
- 埼玉県 埼玉協同病院
- 埼玉県 熊谷総合病院
- 千葉県 千葉市立海浜病院
- 神奈川県 横浜旭中央総合病院
- 京都府 市立福知山市民病院

◎慢性期病院

- 北海道 愛全病院
- 鹿児島県 国分中央病院

8月18日現在の認定病院は合計1,993病院。そのうち本会会員は836病院と、全認定病院の41.9%を占める。

【主な討議事項】

- 2023年10月以降の新型コロナウイルス対応について討議した。

2023年度病院機能評価受審支援事業① 病院機能評価支援モデル病院事業について

病院機能評価委員会 委員長 土屋 繁之

2020年度から始まった病院機能評価受審支援モデル病院事業は今年度で4病院目となる。

初回に選定した病院は機能評価委員会としても見切り発進であったため、細心の準備のもと支援し見事認定病院となることができました。しかし2番目の病院は予想以上に負担が大きかったのか、病院幹部スタッフの退職などがあり、またそれ以外の事情も重なり支援保留となっている。3番目の病院はまさしく「やる気はあるが機能評価を受審するには何を準備すれば良いのかわからない。それを準備する人材も少ない」という中小病院であり、何度か委

員が出向いて細かいところから準備がなされ、今年7月に無事本審査受審となり、現在結果待ちである。

今年度、支援病院として私たちが選定したのは、奇しくも全日病常任理事細川吉博先生の開西病院である。開西病院は開業27年目の病院で、2005年に1度機能評価認定を受けている病院である。その後更新することがなかったが、この度自院の施設基準が向上し、入院基本料の上位基準取得がなされたため改めて医療の質を見直し、更なる機能向上を目指すためモデル事業に応募された。

本格的な支援はこれからとなるが、

先日WEBで行われたキックオフミーティングには大会議室にほとんどのスタッフが参加して下さり、その意気込みに圧倒された。一般病床136床、療養床60床の病院であるが帯広の医療のすべてを担っていると言っても過言でないほど活発に活動している病院のようである。初回認定より18年経ち当時受審準備に関わったスタッフはほとんどいないとのことであるが、1度認定を受けている病院であるので基本的な準備はできていると思っている。

これから寒くなるが支援担当委員はすでに北海道の冬の味覚に思いを馳せているようで、楽しく・穏やかで・厳

しい支援となり、2回目認定にたどり着くことを祈念している。

新型コロナウイルス感染症も今年5月8日に5類感染症として扱われるようになって国も国民も一気に“通常”に戻ろうとしている。私たち医療関係者も怯えているばかりでなく積極的に“通常”を取り戻すため元気になりた

いものである。医療の質向上はたやすくなく、日々の向上心の積み重ねがあって初めて目的に近づけると思う。当委員会の受審支援事業が意欲ある病院の一助となることを心より願っている。

受審を契機に一から体制を構築する

社会医療法人博愛会 開西病院 事務部部长 高橋 義之

当院がある帯広市は北海道南東部十勝地方のほぼ中央に位置し、面積が619.34平方キロメートルと東京23区とほぼ同じ広さで、南西部は日高山脈が占め市域の1割が日高山脈襟裳国定公園に指定されている、人口約17万人の自然豊かなまちです。また、当院が属する十勝医療圏は全国で唯一2次医療圏と3次医療圏が同じ構造で岐阜県と同じ広さを持ち1市16町2村の、合わせて19の自治体で構成され33万人が暮らしています。ただし、医療機関や介護福祉施設はどうしても帯広市に集中するため、圏域内の無医地区も17地区あり、過疎による医療提供体制の問題は当圏域内でも例外ではありません。当院ではへき地診療所を含む圏域内診療所への医師派遣や、グループ内の社会福祉法人が近隣の町村に特別養護老人ホームを開設するなど、地域包括ケアシステムの構築に尽力しています。

当院は1996年、帯広市の隣町である幕別町出身の院長が帯広に住む人たちが、高度な治療を受けるために札幌(峠を越えて200km)や釧路(120km)の病院まで行くのを目の当たりにして、この地域に高度な医療を提供したいと思い許可病床数100床、職員数89名の整形外科とリハビリテーションの専門病院を開院いたしました。その年の11月に内科を、その後にリウマチ科と麻酔科を増設、2年後の1998年3月に医療法人社団博愛会を設立いたしました。そ

して開院から7年後には現在の東棟と北棟を増築、許可病床数は196床になり翌年外科、肛門外科、消化器外科、循環器内科、消化器内科の5診療科を増設、ほぼ現在と同じ病院の姿が出来上がりました。今では一般急性期から回復期リハビリテーション病棟と療養病棟、地域包括ケア病床も備え、医療・介護・福祉の連携と専門病院としての一貫した医療サービスの提供、社会復帰・在宅復帰への促進に取り組んでいます。

実のところ当院の病院機能評価を受審するのは2度目となります。1度目は2005年4月、審査体制区分2、Ver4.1でした。それから一度も更新することなく現在に至っています。その間、電子カルテが導入されケアプロセスも大きく変わり、病院機能評価受審を知る職員も数えるほどしか残っていません。また組織も急激に大きくなったため、いたるところで不具合が生じている状況です。それでも順調に成長してきた当院ですが、3年前から始まった新型コロナウイルス感染症の影響で色々なことが不透明で曖昧になっています。

当院内科医師が少ない中、地域で真っ先にコロナ専用病床を14床整備。発熱外来もプレハブ診療室を設置し感染症専門医の招聘等、地域医療を守るために出来る限りのことをしてきました。また、当院だけでなくグループ内の施設でも何度かクラスターを経験し、

すべてが初めてのイレギュラーな対応に追われ、歪みが蓄積されていたのかもしれない。その一方色々な診療報酬上の特例措置やコロナ交付金が実力以上に病院の収支を押し上げてきました。

コロナが2類から5類に変わり、世の中も平常になりつつある今、当院のリアルな状況に直面して、「これはちょっとまずいな」と思っていた時、全日本病院協会から「病院機能評価受審支援モデル病院公募」のお話をいただきました。対面での研修会や学会が再開され、様々な情報に触れる機会が増

えると、先進的な取り組みをしているトップランナーは背中が見えないくらい先を走っていると感じました。今回の受審をきっかけにして、一から体制を構築する覚悟で臨み、少しでもその背中に近づきたいと思っています。

まずはアドバイザーの先生に指導いただき、自分たちの今と目指すべき姿を一緒に考え実行し、その先の認定を目指したいと思います。そして本紙面にて当院の四苦八苦する姿を、定期的にご報告させていただきます。どうか応援よろしくお願ひいたします。

一冊の本 book review

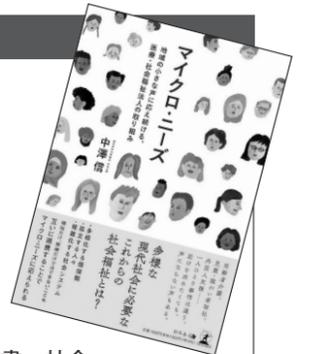
マイクロ・ニーズ 地域の小さな声に応え続ける、 医療・社会福祉法人の取り組み

著者●中澤信
出版社●幻冬舎
定価●1,650円(税込)

全日本病院協会会員病院である医療法人 仁医会 あいちリハビリテーション病院の理事長である中澤信先生のご著書。社会福祉法人せんねん村の理事長も兼任する中で、医療・介護・福祉の境界を越えて地域が抱える様々な課題を拾い上げ、解決のための取組みを持続可能な事業に結び付けていく過程があざやかに描かれている。

地域包括ケアシステムの先にある地域共生社会を実現していくために、医療機関が主体となって行う街づくりの可能性と「地元」に根差した取組みの重要性を改めて感じる1冊。幹部職員のみならず、多くの職員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
全日病 総合医育成プログラム 第6期(2024年)受講者募集 50名	2024年1月6日(土) 初回 2024年1月7日(日) 初回 WEB開催(初回)	400,000円(500,000円)(税別)	受講期間中(3年以内・2年間での修了を推奨)に研修受講(全34単位中20単位以上)と総合的な診療の要件を満たした方を「全日本病院協会認定総合医」として認定する。対象は理事長・院長が適格と認めた経験年数概ね6年以上の医師。当協会プログラムを修了し、認定を受けた医師は日本プライマリ・ケア連合学会の「プライマリ・ケア認定医」取得の際に認定試験が免除となる。
病院管理者のためのユマニチュード (認知症対応メソッド)研修 80名	2023年11月26日(日) WEB開催	13,200円(17,600円)	日本ユマニチュード学会代表理事の本田美和子先生より、ユマニチュードの基本技術の紹介から医療施設で導入するための必要な研修デザイン、認証制度の紹介などについて講演いただく。
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)	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。