



# 全日病NEWS

## 2024.2.15

### No.1049

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

## 「重症度、医療・看護必要度」の見直しは公益裁定で決着

中医協総会 見直し後の「必要度」の割合①の基準値は20%、割合②の基準値は27%

中医協総会(小塩隆士会長)は1月31日、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の見直しについて、診療側と支払側の意見の隔たりが大きく、合意形成が難しくなったことから、公益裁定に判断を委ねた。その結果、「必要度」の項目は大幅に見直した上で、「該当患者割合の基準」を2つに区分。看護配置が7対1の病棟である急性期一般入院料1の割合①の基準値を20%、割合②の基準値を27%とした。平均在院日数は現行の「18日以内」を「16日以内」に短縮する。

看護・介護の手間を評価したB項目の廃止や、救急搬送後の入院の評価日数の短縮なども含み、急性期一般入院料1を届け出ている病院にとっては厳しい内容となった。

### 7対1病棟の「必要度」見直しが課題

「必要度」は、入院基本料等の施設基準の規定で、病棟内の入院患者の一定割合が、該当患者の基準を満たさなければならないとし、基準値を設けている。特定集中治療室管理料やハイケアユニット入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料など特定入院料でも用いられているが、今回、公益裁定となったのは、一般病棟用の「必要度」であり、特に、看護配置が7対1の急性期一般入院料1の「必要度」の基準等が焦点となった。

現行で、「必要度」にはA項目(モニタリング及び処置等)、B項目(患者の状況等)、C項目(手術等の医学的状況)がある。

A項目は、シリンジポンプ、輸血や血液製剤の管理などモニタリングの項目と、創傷処置や呼吸ケア、専門的な治療・処置など処置等がある。救急搬送後の入院の評価もA項目に含まれている。なお、「心電図モニターの管理」の項目は、2022年度改定で削除された。診療側は、「必要度」の基準を満たす上で、影響が大きかったと主張している。

B項目は、患者の状態等と介助の実施の組み合わせで評価している。患者の状態等には、「移乗」「食事摂取」「衣服の着脱」など介助の必要の有無や、「診療・療養上の指示が通じる」ことの判断などがある。看護・介護の手間を評価した基準であると言える。C項目では、開頭、開胸、開腹、骨の手術やその他手術、全身麻酔・脊椎麻酔の手術など外科的治療や救命等の内科的治療などが評価されている。

### 看護・介護を評価するB項目廃止

そして、これらの項目に点数を設定して、基準①(A得点が2点以上かつB得点が3点以上)、基準②(A得点が3点以上)、基準③(C得点が1点以上)のいずれかを満たすという該当患者の基準がある。急性期一般入院料1(許可病床200床以上)の場合、必要度Iで31%、必要度IIで28%という基準値が設けられている。

これらの項目について、今回、大幅な見直しが行われることになった。厚生労働省が示したシミュレーションで

は、多くの見直しを実施することを前提に、限られた項目で選択肢を設ける試算となっていた。

見直し項目の中で、最も影響が大きいのは、B項目の廃止である。これに伴い基準①がなくなる。該当患者割合への影響は▲7.7%と計算された。次に影響が大きいのは、A項目の現行で5日間の「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態の評価日数」を1日とすることで、▲4.5%の影響があるとされた。「2日」とした場合は、▲3.3%の影響があるとされた。その次に影響が大きいのは、A項目の「注射薬剤3種類以上の管理」で、「入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象」とし、「対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する」は▲1.2%と計算された。

B項目の廃止については、「必要度」の詳細な検討を行っていた入院・外来医療等の調査・評価分科会の議論でも、「B項目は介護業務を評価している性質があり、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。一方で、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないか」との指摘が出ていた。

ただ、超高齢社会の進展を背景に、急性期病棟においても、ADLが低下し、認知症があるなど看護・介護の手間がかかる高齢者の入院が増えており、別に評価を考えるとということになった。また、B項目を廃止した場合、A得点2点の患者が評価されなくなってしまうが、A得点2点の患者に対しても、専門的な治療や処置が行われているため、何らかの評価ができる仕組みにすべきとの意見が出ていた。

### 基準を2つ設けA得点を評価

これらを踏まえ、急性期一般入院料1の「必要度」の基準を2つ設けることになった。まず、従来の3つの基準から基準①がなくなり、基準②(A得点が3点以上)または基準③(C得点が1点以上)が残る(これを割合①とする)、もう一つは、A得点2点以上の患者を評価するため、基準②または基準③または「A得点2点以上」を設定する(これを割合②とする)。そして、割合①かつ割合②を満たす場合を新たな必要度の基準とする。

シミュレーションについては、見直し項目のうち、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態の評価日数」を1日または2日、「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」の点数を2点または3点とすることの組み合わせで見直し案①~④とし、割合①の基準値を15%または18%、割合②の基準値を24%または28%とした32パターンの試算結果を、1月10日の中医協総会に厚生労働省が示した。また、現行で18日以内の平均在院日数を14~17日とした場合の試算も行われた。

### 影響大きい案では約2割の影響

シミュレーションの結果をみると、急性期一般入院料1を算定する病院で必要度の基準を満たせなくなる割合で、最も割合が大きかったのは、見直し案①(「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態の評価日数」を1日、「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」を2点のまま)で割合①の基準値を18%、割合②の基準値を28%とした場合)で、▲19.7%と約2割の影響があることがわかった。逆に、最も割合が小さかったのは、見直し案④(「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態の評価日数」を2日、「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」を3点)で割合①の基準値を15%、割合②の基準値を24%とした場合)で、▲1.5%の影響があった。

この結果に対し、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「最も影響の小さい見直し案④よりも、影響の少ない案を検討すべき」、「平均在院日数も現行の18日以内を変更すべきではない」と主張。一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「見直し案①を採用し、該当患者の割合①は『20%』。割合②は『29%』とすべき」と主張した。さらに、「平均在院日数は『14日以内』にすべき」と述べた。

### 診療側は影響の少ない対応求める

中医協総会は、1月31日に再び「必要度」の見直しをめぐる議論を行った。しかし、支払側と診療側の意見の隔たりは狭まらなかった。

診療側からは、「今回の『必要度』の見直し案は、適切な医療提供に必要となる医療機関の裁量の幅を狭めるものであり、コロナ特例が終了した昨年10月以降、急性期病院の経営は厳しくなっている」といった意見が出された。

長島委員は、「『必要度』の基準による機械的な判定では、捉え切れない重症者もいる。医療機関の裁量が狭められると、そのような患者が把握できなくなる。見直しの判断の根拠となっているデータは全国の医療機関の平均的なデータであり、(平均から外れる)特定の地域の医療機関に深刻な影響を与える可能性がある。『必要度』を見直すにあたっては、極めて慎重な検討が求められる」ということを強調した。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「前回改定後に、急性期一般入院料1の病床が減らなかつたのはなぜかと言えば、現場で7対1病棟が必要とされ、現場が努力したからだ。それでも、前回改定で『心電図モニターの管理』の項目が削除された影響は大きい。コロナ特例で施設基準が緩和されているが、それがなくなり、施設基準を満たすことが難しくなった病院が出てきている。入院基本料は病院経営を支える根幹であるにもかかわらず、人的コストの分析が行われなかつた。厳格化が病院経営に与える影響を強く危惧する」と述べた。

また、「機能分化が必要という認識は我々も共有している」と述べ、今回

新設される地域包括医療病棟入院料が担う機能の必要性を支持する一方で、「高齢者救急の地域の応需体制が壊れる可能性がないかをきちんと見極める必要がある」との考えを示した。その上で、急性期一般入院料1から他の入院料への移行を促すことを検討すべきとした。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「平均在院日数を4日も短縮することで現場にどんな影響を与えるかということが、支払側委員に理解されていないと感じる。機能分化の推進は、地域で病院が存続し、患者に適切な医療を提供するということが前提の話。そんな提案が出てくることが信じられない」と訴えた。

### 機能分化を推進する観点で公益裁定

両側の委員からさまざまな意見が出たが、具体的な見直し案について、合意を得ることはできなかった。このため、公益裁定に委ねることになった。

公益裁定では、シミュレーション結果について、「該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料1のうち、『必要度I』を用いる医療機関において大きく、中でも案①・案③による見直しの場合に、特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなると想定される」と解釈された。

一方、「患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料1から他の入院料への転換を含めた適切な機能分化が促される取組みを進めることは重要である」と指摘。今回改定で、「該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズおよび人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて、適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要になる」との考えを示した。

これらを踏まえ、平均在院日数の基準は16日以内とした上で、見直し案④を採用し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、『必要度』について、該当患者割合の基準を2つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、該当基準割合(割合①)は18%よりも高く20%とする。その上で、地域の実情に鑑み、該当基準割合(割合②)については、27%とするの公益裁定がなされた。

また、急性期一般入院料2~5の「必要度」は、項目を見直した上で、該当患者割合の基準で、「必要度I」と「II」の間に一定の差を設けた。

### 本号の紙面から

全日病が考えるかかりつけ医機能 2面  
医療DX人材育成プログラム⑨ 3面  
医師偏在対策等検討会が初会合 4面

# 織田副会長が全日病の考えるかかりつけ医機能について発表

厚労省・かかりつけ医機能分科会

総合医育成事業についても報告

厚生労働省の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(永井良三分科会長)は1月24日、構成員へのヒアリングを行った。全日病副会長の織田正道構成員が、全日病が考える「かかりつけ医機能」と総合医育成事業についてプレゼンテーションを行った。

織田構成員は、かかりつけ医機能について、休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった2次救急機能や在宅医療の提供とその支援機能、介護施設との連携機能が求められることから、「いかに地域で完結する医療を提供するかが重要であり、地域包括ケアシステムでは在宅医療チームと入院医療チームとの協働が極めて重要である」との認識を示した。

その上で、在宅療養高齢者の受け皿としての入院機能を有する「かかりつけ医機能支援病院・病棟」の創設と、

入院医療・在宅医療・介護の多職種チームが連携して機能を有する円滑な入院退院システムの構築の必要性を強調。「その際に地域医療を担うかかりつけ医機能支援病院として、民間中小病院の役割が重要であり、全日病として積極的な参加を促したい」と述べた。

かかりつけ医機能支援病院については、「面でのかかりつけ医機能をバックアップすることを想定しており、機能強化型在宅療養支援病院と同列の位置づけ。紹介受診重点医療機関とも重複する部分もあるだろうが、地域でオープンに議論することで、それぞれの病院のかかりつけ医機能が高まると考える」との見解を示した。

また、「高齢者医療は急性期であっても患者の生活を考慮した全人的な医療が求められることから、病院総合医の育成も重要である」とした上で、全

日病が日本プライマリ・ケア連合学会と共同で行う総合医育成事業について説明した。総合医育成プログラムは臓器別にとられない幅広い医師像を目標に、総合医療の実践を行うとともに、組織の運営に積極的に関与できるマネジメント能力を養成するものであり、2018年から2023年度で315名が研修に参加していると報告した。

織田構成員は、「幅広い診療が身につくための研修であるとともに、組織人として、チームのリーダーとして、タスクマネジメントするスキルを体系的に身につけることを進めている」と述べた。

そのほか、日本医師会の釜范敏構成員、日本プライマリ・ケア連合学会の大橋博樹構成員、健保連の河本滋史構成員、全国衛生部長会の家保英隆構成員、稲城市副市長の石田光広構成員がプレゼンテーションを行った。

釜范構成員は、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の方向性について、「かかりつけ医機能は医師1人や1医療機関がすべてを担うのではなく、複数の医師や複数の医療機関が地域を面で支えるものをめざすべき」との認識を示した。新たな制度の検討にあたっては、「現在すでに地域ごとに動いている医療提供体制を壊すような制度設計はすべきでない」と強調した。

大橋構成員は、織田構成員の発表に賛同した上で、「かかりつけ医機能支援診療所」の創設を提案。「かかりつけ医機能支援病院・診療所が機能することで、地域でより積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関が増えることが期待される」と述べ、機能分化・連携を進めるべきとの考えを示した。また、「他の専門領域からプライマリ・ケアへ転向するニーズにも応えることが重要」として、総合医育成プログラムのさらなる活用を強調した。

## 「地域包括医療病棟入院料」を新設し、高齢者救急に対応

中医協総会

可能な限り施設での生活を継続できる対応も推進

中医協総会(小塩隆士会長)は1月26日、2024年度診療報酬改定の個別改定項目(いわゆる短冊)の議論を開始。短冊により、2024年度改定の内容が明らかにされている。2024年度改定の焦点の一つとなった高齢者救急をめぐる課題への対応について、「地域包括医療病棟入院料」の新設をはじめとした具体策をみていく。

1月31日の中医協総会で、公益裁定により決定された一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準等の見直し(1面参照)が与える医療現場への影響によっても、「地域包括医療病棟入院料」の新設など今回の高齢者救急への対応がどのように活用されるかも決まってくると考えられる。

### 地域包括医療病棟入院料の施設基準

超高齢社会への進展に伴い急増する高齢者救急への対応では、地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価として、「地域包括医療病棟入院料」が新設されることになった。高齢の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入院退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することの評価となっている。

厚生労働省は、6年に1度の医療と介護の同時改定であることから、昨年春に「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」を開催した。その中で、「生活機能が低下した高齢者(高齢者施設の入所者を含む)に一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入を推進する」ことが論点として明記された。

その後の中医協総会の議論では、診療側の委員が、「救急搬送時点で患者の重症度は判断できない」、「看護配置13対1の病棟で救急医療に対応することは困難」と強く主張。地域包括ケア病棟などでの受入を推進することには慎重な姿勢が示された。「地域包括医療病棟入院料」の新設は、このような中医協総会での議論を受けて、厚労省が提示した回答の一つと言える。

施設基準は以下のとおりだ。

病院の一般病棟を単位とし、看護配置は10対1。人員配置では、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の配置基準、専任の常勤の管理栄養士の配

置基準を設ける。入院早期からのリハビリテーションのために必要な設備や入院中の患者に対するADL等の維持、向上および栄養管理等に資する必要な体制の整備が求められている。

「重症度、医療・看護必要度」や平均在院日数、在宅復帰率の基準のほか、「救急車による搬送または新設する救急患者連携搬送料を他の医療機関で算定した患者の搬送」が、入院患者全体で、一定割合を占める必要がある。

特定機能病院は算定できない。急性期充実体制加算や専門病院入院基本料を算定する病院も算定できない。

加算では、初期加算や看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助体制充実加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算などを「地域包括医療病棟入院料」で算定できるようにする。

「看護補助体制充実加算」の直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者については、「介護福祉士の資格を有する者または看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者」とされた。看護補助を担う者として、「介護福祉士」が初めて登場したことが注目される。

また、「看護補助体制充実加算」については、地域包括ケア病棟入院料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、「看護補助体制充実加算」について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直される。

### 介護施設の連携病院の役割に期待

高齢者救急においては、介護施設などからの救急搬送が少なくないが、施設内で対応できない医療の範囲を超えた場合には、協力医療機関が対応することが望ましい。現状で、介護保険施設は入所者の急変時に対応するための連携病院を定めることになっている。

この連携病院について、介護保険施設から求められた場合は、協力病院になることが望ましいことを、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所および地域包括ケア病棟のそれぞれの施設基準に明記することになった。

これに関連し、協力医療機関となっている医療機関が介護保険施設等の入所者を受け入れた場合の評価として、「協力対象施設入所者入院加算」を新設する。介護保険施設等の入所者の病状が急変した際に、介護保険施設等の協力医療機関であって、定期的にカンファレンスを行うなど、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が診察を行い、入院の必要性を判断した上で、入所者が入院した場合に算定できる。

対象となる医療機関は、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟・病室。緊急時に介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していることを求めている。

一方、医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続できるようにするために、介護保険施設と障害者支援施設において、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直し、介護保険施設と障害者支援施設で対応が困難な医療行為について、医療保険による算定を可能とする。

具体的には、◇介護老人保健施設の末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理と緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険で算定可能とする◇介護老人保健施設の患者に対し、介護老人保健施設の医師と介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行費用を医療保険で算定可能とする◇介護老人保健施設と介護医療院の重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓(非拍動流型)の指導管理の費用を医療保険で算定可能とする一などがある。

介護保険施設等に入所する高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点では、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の新たな評価として、「介護保険施設等連携往診加算」の新設もある。

介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの協力医療機関であって、介護保険施設などから24時間

連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を介護保険施設等に提供していることを求めている。

往診についてはそのほか、24時間の在宅医療提供体制を構築するための新たな評価など、在宅医療関連の報酬改定として、様々な見直しがある。

### 救急患者連携搬送料で転院を支援

高齢者救急への対応は多様だが、医師の働き方改革の施行を背景に、地域により第三次救急医療機関に患者が集中する可能性がある。

これを踏まえ、第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について、連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料の在宅復帰率に関する施設基準を見直す。

新設する「救急患者連携搬送料」の対象は、救急外来を受診した患者または入院3日目までの患者。「救急搬送診療料」は併算定できない。特定機能病院や急性期一般入院料1を届け出ている医療機関で算定されることが想定される。他の医療機関に搬送する場合に同乗する対象職種については、医師、看護師または救急救命士となっている。

「救急患者連携搬送料」の新設に伴い、急性期一般入院料の在宅復帰率の計算において、「救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者」を分母から除外する。

また、地域包括ケア病棟の適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、「在宅患者支援病床初期支援加算」を見直す。救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担などを考慮した評価体系になる。

具体的には、他の医療機関で「救急患者連携搬送料」を算定し、入院初日が地域包括ケア病棟となる介護老人保健施設からの患者を受け入れる場合の「在宅患者支援病床初期支援加算」の評価を区別して、高く評価する。

救急医療管理加算については、一定の適正化が行われることになった。「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、救急医療管理加算2において、「その他の重症な状態」の割合が一定以上の場合の評価を見直す。また、患者の状態の分類も見直される。

# 世界のDXの潮流と日本の医療DXの現状を講義

## 医療DX人材育成プログラム⑨

## 事業計画作成のポイントも解説

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9回目の講習会の内容を紹介する。

第9回講習会が、昨年11月2日(木)13時~16時にZoomで開催され、136病院、314人が参加した。

ドラえもんは、4次元ポケットから未来のワクワク道具である「どこでもドア」や「ほんやくコンニャク」を引き出し、のび太くんにワクワク世界を提供している。また、我々の日常生活を含めた医療の外の世界のDXもドラえもんにも負けず、図1に示すように、「クラウド(ワクワク情報・サービスの宝庫)」に、スマホやコンピュータを接続して、「どこでもドア」の世界を半分程度実現してくれる「Zoomサービス」や、「ほんやくコンニャク」と同等の働きをする「Googleレンズ」などのサービスを、「クラウド・ネイティブ」という世界標準になりつつある技術を用いて実現している。

前半の講義では、世界標準となったWEB技術を中心とするDXの世界とオンプレミスの世界から抜け出せない日本の医療情報システムの現状に対して、日本の病院はどのように対処すべきかの講義が行われた。

クラウド・ネイティブ電子カルテは、第一に、すでに他のクラウド上で提供されている無料/低価格の高機能サービスや将来提供される人工知能を駆使したサービスなどの相性がよい、第二に、クラウド・ネイティブな電子カルテは、最新の技術を駆使して守ってくれているので、病院のサーバー上の電子カルテより、格段に安全である、第三に、クラウド・ネイティブな環境

では、多病院での電子カルテの共同所有が可能になり、電子カルテの大幅ディスカウントが期待できるという大きな利点を理解することが大切である。

一方、現時点ではクラウド・ネイティブな電子カルテは診療所と小規模病院向けの物しか現在リリースされていないことを理解すると同時に、近未来的には必ず普及することを見越し、病院情報戦略を構築することが、病院にとって一番大切なことである。

医療DX令和ビジョン2023に象徴される日本の医療DXの将来像の最大の問題は、「クラウド・ネイティブ」という技術を徹底的に利用するという姿勢が欠落していることであるが、医療DX令和ビジョン2023は、世界のクラウド化の流れに反するものではなく、DXを進める病院にとってもプラスに働く改革である。医療DX令和ビジョン2023に沿った形で病院のクラウド・ネイティブ化を進めることは十分可能であり、今後ビジョンに沿った電子カルテの導入に補助金が付く可能性が高いので、むしろ補助金が活用できるような形で病院情報システムのクラウド化を進めることが大切であるということである。

後半は小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)による「医療DX」の再確認についての講義が行われた。最初に「Transformation」の「Trans」は交差するという意味から「X」が略語として使われ、ビジョンや手段の変革を意味し、DX(デジタル・トランスフォーメーション)、BX(ビジネス・トランスフォーメー

ション)、CX(カスタマー・エクスペリエンス)、EX(エンployee・エクスペリエンス)、GX(グリーン・トランスフォーメーション)、SX(サステナビリティ/サステナブル・トランスフォーメーション)などの組み合わせがあることが説明された。

次に、業務課題の発見力(可視化)の説明がなされた。まず業務調査が必要であり、業務の棚卸と業務調査が必要になる。「業務課題」を発見して経営層や関連部門と合意形成をはかり、共通認識化するために、業務の平準化作業が不可欠となる。平準化をすすめる上で、導入される代表的な作業が「業務フロー(ワークフロー)整理」である。まず現状のワークフロー(As Is)を書き、次にあるべき業務フロー(To Be)を完成させる。次にTo Beのワークフローをもとに、電子カルテ導入後の検査の流れ(データフロー)や入院患者の退院の流れ(連携フロー)などを作成する。これらをもとに、端末の配置や端末間のデータフローをデザインする。

最後の施策立案(事業化・予算化)のセッションでは、事業(DX)計画に盛り込む内容の説明が行われた。

1. 事業(DX)のビジョン・理念・目的には、「なぜこの事業(DX)を

やるのか」、「この事業(DX)を通して何を提供したいのか」、「DXによってどんな風に変えたいのか」などを記載する。

2. 事業(DX)の概要には、「誰に」「どのように提供」するのか、事業(DX)計画はどうなっているのかなどを記載する。
3. 事業(DX)の強みや特徴では、「自院だから提供できる競合他社との違い」や、自院の事業(DX)の独自性、アピールポイントを記載し、専門的な言葉は使わず、誰にでも分かりやすい表現で作成する。
4. 事業(DX)に関連する市場環境や競合の状況・市場の規模やニーズ、競合他社の状況など、事業を取り巻く環境を記載する。
5. 事業(DX)の将来目標・自院の事業(DX)を将来的にどのように発展させていきたいのか、社会の中でどのような役割を果たしたいのかを記載する。
6. 収支計画・創業初年と事業(DX)が軌道にのった後に分けて、収支計画を作成するが、患者数の見通しの場合、市場の分析や競合他施設の実績を参考にしつつ、少し厳しめに設定しておくのが望ましい。

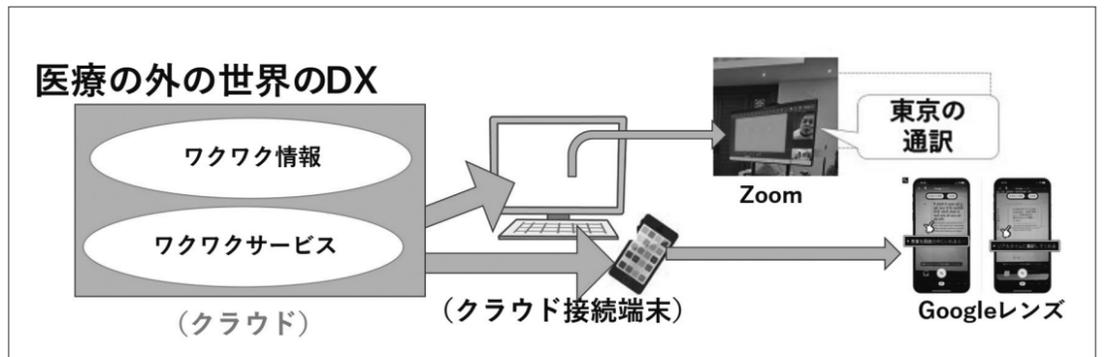


図1: ワクワク感に満ちた医療の外の世界のDX

## 2024年度改定の答申書附帯意見を了承

中医協総会(小塩隆士会長)は2月7日、2024年度診療報酬改定の答申書附帯意見を了承した。賃上げ全般から医療DX、働き方・人材確保、入院医療、外来医療など28項目にわたっている。

賃上げ全般については、看護職員やその他の医療関係職種への賃上げが適切

に実施されているかを把握し、検証することを求めた。入院基本料等を引き上げることで対応する40歳未満の医師などへの賃上げの実態も把握する。医療DXでは、マイナンバーカードの保険証としての利用実態を踏まえ、適切な要件に向けて検討を行う。

入院医療については、地域包括医療病棟での高齢救急の受入れ状況などを分析する。新病棟新設に伴い10対1の急性期一般病棟の再編を含めた評価のあり方も検討する。案の段階では、「再編を検討」としていたが、日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員が「方向

性が具体的すぎる」と指摘し、修正された。大きく見直す急性期一般病棟入院基本料などの調査も実施する。

外来医療については、適正化が行われた生活習慣病の管理に関連する見直しの影響を調査する。かかりつけ医機能をめぐっては、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、検討を行う。いわゆる同一敷地内薬局の評価のあり方の引続きの検討も盛り込まれた。

### 2023年 第9回常任理事会の抄録 12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。北海道 市立室蘭総合病院 院長 高橋 典之 退会が1件あり、正会員は合計2,564会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。宮崎県 マナビヤ在宅クリニック「un」 院長 迫田 哲平 準会員は合計120会員となった。
- 2024年度会議予定表について説明があり、承認された。
- 茨城県支部長・理事の交代を承認した。

#### 【主な報告事項】

- 審議会等の報告 「中医協 総会、薬価専門部会、調査実施小委員会、保険医療材料専門部会、

診療報酬基本問題小委員会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、費用対効果評価専門部会、「社会保障審議会医療部会」、「社会保障審議会医療保険部会」、「厚生科学審議会がん登録部会」の報告があり、質疑が行われた。

- 技能実習制度及び特定技能制度の在り方に関する有識者会議の最終報告書について報告が行われた。
- 国民医療を守るための総決起大会について報告された。

#### ●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能

【3rd G: Ver.3.0】~順不同

- ◎一般病院1 東京都 調布東山病院 北海道 さっぽろ銀杏会記念病院 岩手県 岩手県立大槌病院

- 愛知県 名古屋共立病院
- 広島県 梶川病院
- 愛媛県 吉野病院
- 福岡県 牟田病院
- ◎一般病院2 埼玉県 新座志木中央総合病院 鹿児島県 いまきいれ総合病院 千葉県 セコメディック病院 東京都 南多摩病院 東京都 東京北医療センター 神奈川県 昭和大学横浜市北部病院 石川県 芳珠記念病院 静岡県 コミュニティーホスピタル甲賀病院 京都府 武田総合病院
- ◎リハビリテーション病院 大阪府 吉川病院 埼玉県 春日部厚生病院 神奈川県 新横浜リハビリテーション病院

- 愛知県 三九朗病院
- ◎慢性期病院 埼玉県 富家病院
- ◎緩和ケア病院 東京都 越川病院

【3rd G: Ver.2.0】~順不同

- ◎一般病院1 埼玉県 熊谷外科病院 福岡県 原土井病院
- ◎一般病院3 神奈川県 北里大学病院 11月10日現在の認定病院は合計2,000病院。そのうち本会会員は844病院と、全認定病院の42.2%を占める。

#### 【主な討議事項】

- 厚労省の「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」で実施予定のプレゼンテーションについて討議した。

# 医学部臨時定員の削減と医師不足対策が課題

## 厚労省・医師の偏在対策等検討会 今年春までに2026年度医学部定員を決定

厚生労働省の「医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」は1月29日に初会合を開催した。人口減少や全体の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討するとともに、原因に応じた医師不足対策を議論する。座長には、遠藤久夫・学習院大学教授が選出された。同日は今後の課題とスケジュールを確認した。

医師不足を解決するため、政府は医師数を抑制から増員に転換する方針を定め、2008年度から地域枠を中心に、臨時的に医学部定員を増員することになった。医学部入学定員は2007年度の7,625人から2024年度には9,403人となり、このうち、地域枠等を要件とした臨時定員はゼロ人から955人になった。臨時定員以外を含め、医学部入学定員に地域枠等が占める割合は2割弱となっている。なお、自治医科大学は地域

枠等から除いている。

この結果、医師数は2010年から2020年までの10年間で約4万5,000人増えることになった。

一方、医師需給推計によると、2029年頃に医師の需給は均衡し、その後は人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面に入るため、医師過剰になる見通しである。

「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」が2023年11月9日にまとめた方針では、臨時定員数を見直すべきとの指摘がある中で、「2025年度の医学部定員については、医学部総定員数(9,420人)を上限として、2024年度の枠組を暫定的に維持することとする」とされた。

医学部入学定員は、受験者に周知するため、実施2年前に決定することが求められ、2026年度の医学部定員は今

年春までに方針を決定する必要がある、同検討会の短期的な課題となる。

一方、長期的な課題として、医学部定員増員のペースの見直しや全国の臨時定員の設置方針の検討がある。また、2025年度の全国の臨時定員数は決まったものの、各都道府県・大学への割り振りを考える必要がある。

もう一つの課題である医師不足対策については、「医師不足感の原因への対応」として、「医師の地域偏在・診療科偏在」、「提供体制の非効率・医師の散在」、「働き方のミスマッチ」をテーマとした。「個別の地域や医療機関における医師不足感は今後も生じ得るが、医師不足感の原因は様々であり、単に医師数の増加により改善するものではないことから、原因に応じた対策を推進する必要がある」としている。

医師養成課程においては、医学部段

階、臨床研修段階、専門医研修段階、その後の各段階でそれぞれ医師不足対策を講じているが、医学部段階では、地域枠の設定が効果のある対策と位置付けられている。

全日病副会長の神野正博構成員は、能登半島地震の現況を踏まえ、「石川県は医師多数地域だが、医師少数区域がある能登半島で発災があった。県全体で見ると県内の偏在が大きいという視点の両方を持ってほしい」と強調した。

その上で、「以前の医師需給分科会の議論でもそうだったが、医学部定員の臨時増員数の削減と強力な医師偏在対策は、『対』であって、どちらかだけということでないことを強く思う。今後の日本の人口減少を考えれば、臨時増員数の削減はやむを得ないが、医師偏在対策をやらずに削減すれば、医師偏在はむしろ拡大してしまう。また、医師の働き方改革が始まる前に、方針を決めてしまうことには懸念がある。4月以降に、実際にどのような影響があるかをしっかりと把握して評価する必要がある」と述べた。

# サブスペシャリティ領域の専門医の広告の考え方を整理

## 厚労省・医療機能情報等分科会 機構認定と重なる16学会16専門医を広告できる経過措置は終了

厚生労働省の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」(尾形裕也分科会長)は1月29日、専門医に関する広告について、国民へのわかりやすさ・一定の質が担保されていると認められる場合は、基本的にはサブスペシャリティ領域の専門医の広告を認めることの方針を整理した。

ただ、サブスペシャリティ領域の専門医広告のあり方は、国民・患者への情報提供だけでなく、新たな専門医制度全般にも影響を及ぼし得る。このため、これまでの専門医のあり方に関する議論と整合的なものとし、「地域医療提供体制」、「医学の学問」、「医師のキャリア形成」の観点も留意する。

これらを踏まえ、日本専門医機構(以下、機構)が認定しないサブスペシャリティ領域の広告については、「新たな基準」を定め、それを満たす場合は、学会認定専門医についても、基本的には広告を認めることとする。「新たな基準」は、すでに広告可能となっている機構の基本診療領域(19領域)の専門医制度の認定基準などの考え方をベースとする。

一方、機構認定のサブスペシャリティ領域の専門医については、基本診療領域との「連動研修」がある15のサブスペシャリティ領域であれば、基本的には広告可能とする。ただし、現時点でこれらの領域の認定・更新基準等が確定していないことから、機構での十分な整理を経て、同分科会で議論し、個別に認める。

その他のサブスペシャリティ領域は、学会認定専門医と同様、「新たな判断基準」に該当する場合には、広告できることを認める。

また、学会認定専門医のうち、基本診療領域と同一の専門性がある学会認定専門医については、基本的には広告を認めないこととする。

現在は経過措置により、学会認定の専門医(59学会56専門医)が広告可能となっているが、このうち、基本診療領域においては、同一名称同一内容の機構認定専門医と学会認定専門医が併存する状況となっている。学会認定専門医から機構認定専門医への移行を促す観点も含め、16学会16専門医の基本診療領域に対応する学会認定専門医に

ついては、経過措置を終了する。

これらの論点の方向性に対し、分科会として概ね合意した。

ただ、日本医療法人協会副会長の小森直之構成員は、学会認定専門医が機構認定専門医に移行し、学会認定専門医の広告が不可となった場合に、機構認定専門医への更新が難しい高齢医師が在籍する中小病院にとって、病院情報を広告する上で影響が大きいことへの配慮を求めた。

また、「国民にとってわかりやすく選択しやすい専門医の広告を推進することは、かかりつけ医ではなく、直接専門医を受診する方向に進むのではないかと述べ、かかりつけ医機能の制度整備の議論との整合性を求めた。

### GLP-1ダイエットの問題に対応

最近、GLP-1ダイエットなど痩身目的のオンライン診療で、処方薬や副作用の説明などが不十分な事例による消費者トラブルが生じている。GLP-1ダイエットとは、2型糖尿病治療薬等として承認されているGLP-1受容体作動薬を適用外で美容・痩身・ダイエット



目的で使用すること。医療広告のネットパトロール事業でも、GLP-1関係の通報件数が増えている。

このため、未承認医薬品等を用いた自由診療に関して、入手経路等を示すなどガイドラインのQ&Aに明記している注意事項に、「未承認医薬品等は医薬品副作用被害救済制度等の救済の対象にはならない」を追加したうえで、ガイドラインに格上げすることを了承した。あわせて、「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取扱い等について」の改正で明記する。

ただ、この対応だけで不適切な処方防止ができるかということでは、構成員からさらなる厳格な対応が必要との意見が相次いだ。ネットパトロール事業の強化も求められた。

### ■ 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参照)

研修会名(定員)	期日[会場]	参加費 会員(会員以外)	備考
2024年度(令和6年度)介護報酬改定説明会 500アカウント	2024年3月11日(月)~18日(月) WEB開催	7,700円(13,200円)(税込)	2024年度(令和6年度)の介護報酬改定に伴い、厚生労働省担当者による介護報酬改定に関する説明会を開催する。
医師事務作業補助者研修 実践力向上セミナー 250アカウント	2024年3月11日(月)~18日(月) WEB開催	7,700円(税込)	医師事務作業補助者研修の「実践力向上セミナー」を開催する。医療文書作成の演習・解説だけでなく「医師事務作業補助技能認定試験の模擬試験」による実践力向上を目的としている。日本医療教育財団との共催。
医療機関のための2024年度税制改正・医療法人の経営情報に関するデータベース等の解説セミナー 450アカウント	2024年3月28日(木) WEB開催	6,600円(税込)	2024年度税制改正や2023年8月1日施行の「医療法人の経営情報に関するデータベース」、2023年10月1日施行の「インボイス制度」等について解説するセミナーを開催する。メディカル・マネジメント・プランニング・グループとの共催。
2024年度(令和6年度)診療報酬改定説明会 500アカウント	2024年4月8日(月)~15日(月) WEB開催	9,900円(16,500円)(税込)	2024年度(令和6年度)の診療報酬改定に伴い、厚生労働省担当者による診療報酬改定に関する説明会を開催する。
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(税込) (1アカウント・90日間有効)	「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求める「32時間以上の研修」を補完するための研修で、所定のレポート等提出者に授与する「受講修了証」は研修証明となる。