



全日病 NEWS

2024.4.1 No.1052

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

地域医療構想のさらなる推進に向けて提言を公表

全日病 地域医療構想の技術的な課題や高齢者救急などへの対応の必要性を指摘

全日病は3月16日、地域医療構想に関する提言を公表した。地域医療構想については、2025年を目標とした取組みが現在進められ、2040年を見据えた新たな地域医療構想の議論も始まるようとしている。提言では、地域医療構想に内在する技術的な課題を指摘するとともに、高齢者救急や人材確保への対応を含め、病院機能の提示など地域医療構想のさらなる推進に向けた全日病の考え方を示している。

以下に提言の全文を掲載する。なお提言は、病院のあり方委員会(大田泰正委員長)で案を作成し、3月16日の第12回常任理事会でまとめた。

1. 高齢化の進行と地域性

今後も少子高齢化が継続する見込みである。高齢化がもたらす影響は地域により異なる。例えば、大都市近郊では高齢者の絶対数が増加するのに対して、すでに高齢化の進行した地域では高齢者の絶対数は横ばいで、むしろ医療介護サービスの提供者不足が問題となるなど、高齢化がもたらす影響は異なる。それに対応するためには、地域における現状分析、健康課題の特定と優先順位の設定、地域医療構想への反映、結果の評価が、地域を主体に適切になされる仕組み作りが推進される必要がある。

2. データの活用について

高齢者では医療、介護、その他のサービスを同時に利用することがしばしばあり、異なるデータソースから得たデータをリンクさせて分析する必要がある。その際に、国が行う統計など、実施年が異なるものがあり、実施年を統一することが望ましい。

市町村など自治体がある医療・介護・保健データについて、現状では個人情報保護法についての考え方が自治体により異なり、利用可能な範囲、手続きなどが標準化されていない。データ利用促進を図るため、①データの利用範囲、②申請手続きを標準化し、迅速かつ円滑な利用を可能とすべきである。また、自治体などの担当者、その他医療関係者が地域医療構想調整会議などで円滑なデータ分析を可能とするための分析ツールの提供、研修などの機会の強化を図るべきである。

3. 地域医療構想の範囲の見直しと必要(基準)病床数の算出

地域医療構想区域の多くは二次医療圏と同一である。医療計画における基準病床数、地域医療構想における必要病床数は、歴史的背景、算出方法も異なっているが、同一地域に「必要とされる」病床数が異なることは、現場に混乱を生じさせている。両者の統合が検討される必要がある。

二次医療圏については、二次医療圏ごとの対象人口、医療人材を含めた利用可能な医療資源に大きな差異のあること、実際の患者の受療行動と異なることが以前より指摘されている。

実際、県庁所在地に基幹病院などの医療機関が集中し、県庁所在地を有する二次医療圏とその他の二次医療圏で有する医療資源に大きな相違がみられ、後者においては基本的な医療の完結を図ることがしばしば困難である。

また、特定機能病院の診療圏は広域であり、特定機能病院を多く有する都市部の二次医療圏では病床数は多いものの、当該二次医療圏外からの受診者が多くみられる。二次医療圏の範囲の見直しは、これまでも検討されてきたものの、未だ関係者の合意を得るにはいたっていない。見直しにいたずらに時間を費やすのではなく、以下に示すように運用を弾力化して、二次医療圏での医療のあり方についての検討の効率化を図るべきである。

・複数の二次医療圏を統合しての運用
・特定機能病院の病床について基準病床数に算定する際の算定方法の見直し
・県庁所在地などの基幹病院の病床数について、周辺の二次医療圏での共用を前提として各二次医療圏への仮想的な配賦

必要病床数は、年齢階級別入院受療率を固定し、将来の推計人口、病床稼働率から算出される。近年、入院受療率が低下傾向にあることが考慮されておらず、また、病床稼働率が低く想定されており、当該医療圏で利用可能な医師、看護師などの人的資源が考慮されていない。総体として過大な病床数が必要病床数として算出されている。計算方法、仮定について適宜見直しが行われる必要がある。

また、慢性期の必要病床については、地域における介護施設、在宅医療などの受け入れ体制により必要な病床数は

異なることが想定される。これらを含めた検討が必要である。都道府県の裁量の拡大と地域医療構想調整会議との十分な情報共有が図られるべきである。

4. 病院機能の分類の見直し

病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要である。病床機能に応じて、病床数、施設基準、診療報酬支払い方法、利用状況や質に関わる指標の設定が適切になされることにより良質な医療の効率的な提供に寄与することが期待される。また、病院経営においても長期の経営戦略を考えるうえで大きな影響を及ぼす。

現在の病床機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分されている。しかしながら、回復期には、いわゆる地域包括ケア病床が担うpost/sub-acute機能と回復期リハビリテーション機能が含まれている。両者は全く異なった医療機能であり、例えば、救急対応、地域とのかかわり、診療圏は異なっている。期待される医療機能に基づき、病床機能の分類の見直しを図る必要がある。

また、地域医療構想調整会議における機能分担を明確にする上でも、病棟単位で示す病床機能報告の機能種別とは別に、病院として担う「病院機能」も示すことが望ましい。「地域に密着し地域医療を担う病院=かかりつけ医療支援病院」は、高齢者救急においても重要な機能を有し、かつ民間病院の役割が重要となることから、新たな病院機能として検討すべきである。

5. 高齢者救急を想定した医療体制の構築

地域医療構想策定に当たって喫緊の課題は、高齢者の救急対応である。いたずらに集約を図るのではなく、総体として地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが求められる。二次・三次救急医療に対応可能なセンター病院を設置し、医師など当該地域の医療資源の集約化を図り、ワンストップでの対応が試行されている。

しかしながら、集約に伴い周囲の病院が救急医療(初期、二次)を縮小したため、センター病院に初期救急への対応など当初想定された範囲外の負荷の増大を生じ、また、後方病院の確保が十分にされない状況では患者の停留を生じ、結果として救急患者の受入

れそのものに支障が生じるなどの事例が見られる。また、患者の意向が十分に確認されることなく、センター病院において高度な医療が提供される可能性がある。

以下について検討されることが必要である。

- ・ACPの推進と、登録、登録内容の参照が可能な仕組みを構築し、患者の希望する医療の提供が可能となるよう救急隊を含めて容易に知ることができるようになること
- ・センター病院のみのワンストップで救急に対応できるという非現実的な解決策ではなく、かかりつけ医療支援病院を含む周囲の医療機関との役割分担の確認(初期、二次の受入れ、後方病院など)
- ・上記を促進するため地域医療構想調整会議との情報共有と地域医療介護総合確保基金の活用
- ・後方転送に協力する病院に対する診療報酬上の評価

6. 医療人材の確保の強化

医師のみならず医療人材の確保は地域医療の確保においてきわめて重要であるが、2024年4月からの医師の労働時間管理の強化は、地域医療に大きな影響をもたらすことが想定され、喫緊の課題となっている。

開業医の高齢化、働き方改革の推進による医師の勤務時間管理の強化と大学等からの医師派遣の縮小などは、地域での医療確保に大きな影響を与えることが想定される。一方、若年医師では専門医取得など卒業教育期間の長期化のため、大学や専門医教育が可能な病院が集中する都市部から地方への移動は進んでいない状況にある。専門医取得にあたって地方での勤務経験を必須とする、あるいは不利な取扱いとしないなどの政策的な配慮を学会などと協同して検討することが望ましい。

本号の紙面から

地域医療構想の取組みを確認	2面
標準型電子カルテモデル事業	3面
診療報酬改定の概要	4・5面
医師の働き方改革推進検討会	6面
病院機能評価受審事業③	7面
新たな地域医療構想で検討会	8面

清話抄

日本災害医学会に参加して

令和6年能登半島地震で被災された皆様に衷心よりお見舞いを申し上げますとともにAMAT等で被災地支援を行った医療あるいは福祉関係の皆様にご敬意を表します。

令和6年2月22日より京都で開催さ

れた第29回日本災害医学会に参加した。復興した病院として、「病院避難」についてパネルディスカッションにて発表要請があったためだ。

熊本地震以降、主たる議論点は、病院避難よりむしろ病院籠城、つまりライフライン支援が中心となっていた。なぜならば、多数の入院患者の受入先施設調整の困難さ、多大なる搬送や医療資源の必要性、あるいは移動による入院患者の危険性など考慮すれば、可及的に病院避難を回避するための対策

を優先すべきだからだ。また、EMIS(広域災害救急医療情報システム)の施設情報入力的重要性が論じられていた。すなわち支援側が事前に脆弱な医療施設を把握しておきたいということである。一方で経営者としては情報提供にジレンマがあることも否定できない。

昨年3月放映のNHKスペシャル「南海トラフ巨大地震」では、短期的な避難のみならず「半割れ」地震が生じた際の長期受援体制の覚悟がリアルに描かれていて、是非見て頂きたいドラマ

だ。そのシナリオを監修した福和伸夫・名古屋大学名誉教授は、2019年に名古屋で開催された第61回全日病学会in愛知の学会企画「必ずくる震災でも病院が機能するために」で特別公演者として登壇され、インパクトがあったことを思い出した。

必ず来る「南海トラフ地震」に対して、改めて叡智を結集し対処しなければならぬことを強く感じた第29回日本災害医学会だった。

(上村晋一)

主張

凋落する日本での病院経営

残念ながら、「日本が世界的に見ても豊かでない」ことを、他人ごとでなく感じる出来事が増えたのではないだろうか？ 先進国の中で唯一労働賃金が漸減し、1人あたりのGDPも34位へと転落した。子育て世代は貧困化が進み、人口減少にも歯止めがかからない状況で、日本の経済成長に期待することには無理がある。国や地域の衰退は、生活・行政サービス品質の低下に直結し、医療サービスも例外ではない。

しかしながら、人々が健やかに生きるために、医療はなくてはならないものだという錦の御旗のもと、これまで多くの医療経営者は「安くて高品質」なサービスを粉骨砕身提供してきた。少子高齢化を背景とした、「凋落する日本」での病院経営が、今後も困難なものであることは言を俟たないが、斯様外部環境が厳しさを増す中で、病院を承継する若手経営者の思いとはいかなるものであろうか。これまでの様な扱

大基調路線ではなく、「戦略的な縮小」も視野に入れ、「何を残していくのか」というテーマを前に、どの様に奮闘し、道を切り開いていくのかが、若手経営者育成事業における重要な課題であり、本事業を通じて、多くの仲間活動を紹介し、支援していきたいと考えている。今回、小生は「主張」執筆の機会を賜り、一若手経営者としての雑感を述べさせて頂く。

生産年齢人口の減少を背景とした人的資本価値の高騰が続く中では、「医療・介護従事者をいかにして獲得し、職員満足度をあげていくか」というテーマは不可避のものである。私は、これを最重要テーマとして位置づけ取り

組んできたが、質と生産性の向上という意味で「正しい」経営であったと感じる一方で、現場におけるストレス・マネジメントに向き合う体制は構築できていなかったと痛感している。

機能分化と連携の時代において、データ分析に基づくポジショニングと戦略立案、連携マネジメントは重要なテーマである。しかし、現場を生かす医療経営の本質は、それを具体化させる組織の仕組み、もっと言うならば人的資源管理=人事労務の仕組みにあると言える。以上を踏まえて、人事労務こそがcritical-issueであると感じているこの頃である。

(甲賀啓介)

2025年に向けた地域医療構想の取組みを確認

厚労省・地域医療構想等WG 2024年度中にモデル推進区域を選定

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3月13日、2025年度までを想定した地域医療構想の進捗について確認した。2025年に向けた取組みの推進案が了承された。

厚労省が2025年に向けて各機関が取り組む事項を明確化した。具体的には、◇国が推進区域・モデル推進区域を設定し、アウトリーチ型の伴走支援を実施◇都道府県は推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針の策定・推進を図る◇医療機関では区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組みを行い、構想区域での課題解決に向けた取組みの推進を図る一としている。

推進区域は都道府県あたり1~2か所、そのうち全国で10~20か所のモデル推進区域を設定する見通し。国は推進区域に対して区域対応方針の策定を求めるとともに、モデル推進区域に対して、従来の重点支援区域と同様にデータ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政支援を行うなど、アウトリーチ型の伴走支援を実施するとしている。

3月中旬に都道府県に向けた取組みの通知を発出するほか、選定方法は改めてワーキンググループに示すとした。

あわせて、都道府県別・構想区域別に病床機能報告上の病床数および地域医療構想における将来の病床数の必要量等を整理したものを厚労省ホームページ上に掲載し、一覧化するとした。

すべての構想区域で医療提供体制上の課題あり

ワーキンググループには、2023年11月時点の地域医療構想調整会議における検討状況等調査の結果も報告された。構想区域の2025年における「病床機能報告上の病床数の必要量」との差異の状況について、全339区域のうち「解析している区域」は147区域(43%)で、このうち「病床機能報告を用いて解析している区域」は95区域(28%)、「病床機能報告に加え、その他データ(DPCデータ等)を用いて解析している区域」は52区域(15%)あった。一方、「解析していない区域」は192区域(57%)あった。

生じている差異を要因別に再集計すると、①病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異がある(29区域)②定量的基準の導入により説明できる差異がある(70区域)③その他の要因により説明できる差異がある(60区域)④①~③では説明できない差異がある(93区域)となった。

データの特性だけでは説明できない差異(①②以外)が生じている構想区域(132区域)のうち、「地域医療構想調整会議において要因の分析および評価を行っている区域」は64区域、このうち「その結果を公表している区域」は55区域あった。一方、「要因の分析および評価を行っていない区域」は68区域あった。

この定量的基準の主な内容は、◇急性期病棟のうち、50床あたり「手術+救

急入院>1日2件」を目安に条件を満たさない病棟を回復期に計上◇急性期・慢性期病棟のうち、「地域包括ケア入院管理料を算定している病床」および「将来回復期に転換予定として報告している病棟」を回復期に計上◇「急性期一般入院料4~6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4・5、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料」を算定する病棟を回復期に計上一である。したがって、差異は生じているものの、実態に即した調整を加えることで、差異の説明が可能となることを示している。

また、同じくデータの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域(132区域)のうち、「非稼働病棟等への対応を行った区域」は77区域、「今後行う予定の区域」は19区域あったが、「行う予定はない区域」は23区域あった。対応を行っていない主な理由としては、「対応方針について医療機関に聞き取りを行った段階であり、今後、必要に応じて地域医療構想調整会議において報告予定のため」、「今年度とりまとめる医療機関の対応方針等を活用し、対応予定のため」、「改修による休棟等、非稼働病棟である理由が明らかため」であった。

医療提供体制上の課題については、すべての区域が「ある」と回答。個別の課題をみると、「救急医療体制の確保」(293区域)、「医師以外の医療従事者の確保」(291区域)、「医師の確保」(288区域)の順に多い。

「課題」と「生じている差異」との関連が「ある」と回答した区域は76区域。具体的には、「回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している」、「慢性期の病床数が過剰となり、受け皿となる在宅医療や介護施設の提供体制が不足している」、「病床機能の転換を進めるための医師の確保が困難。」



題と生じている差異との関連がない」と回答した区域は67区域、「関連について考えていない」と回答した区域は196区域あった。

課題解決のための取組み予定としては、「地域医療構想調整会議における協議」(289区域)、「データ分析」(281区域)、「構想区域の関係者の勉強会等」(141区域)があげられた。

新たな構想では医療供給側の課題分析を

議論では、多くの委員から2040年に向けた新たな地域医療構想を見据えた発言があった。

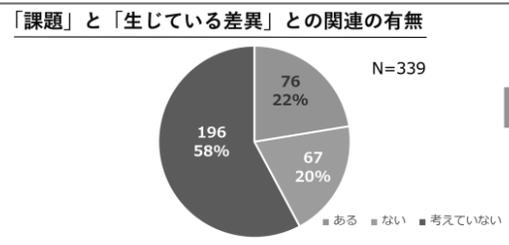
日本医師会副会長として出席した全日病会長の猪口雄二構成員は、地域医療構想調整会議における「医療従事者が不足し、必要な病床機能を整備できない」との評価について、「特に過疎地域では『医療・介護従事者が集まらないので病床が開けられなくなっている』と聞いているが、実は東京でも同様の問題が出てきている。2026年以降の新たな地域医療構想における課題として大きく取り上げたほうがよい」と指摘した。また、医療・介護にとどまらず、全産業で若手の人手不足が起こっていることから、病床数の問題だけでなく、医療供給側からの課題分析を求めた。

全日病副会長の織田正道構成員も、すでに各構想区域で「救急医療」「医療人材の確保」「医師の確保」が課題としてあがっていることから、「2026年以降に行おうとしていることがすでに問題になっている」と指摘した。その上で、「2025年までの取組みは、構想区域全体に確認・分析をさせて必要性の低い議論を繰り返させるよりも、乖離の大きい区域に集中すべき。その際は、病床数と必要量の乖離の縮小ばかりに着目するのではなく、医療提供上の問題がある地域に対して中心的に問題提起すべき」との考えを強調した。

一方で、現状の病床必要量は2013年のNDBデータやDPCデータと人口構造の変化を掛け合わせて算出していることから、織田構成員は「10年前のデータで繰り返し議論してきたが、ゴールが近いので、それが正しかったかどうか検証が必要。今はデータがもっと出やすくなっているはずなので、2025年を一つの区切りとして検証結果を出してほしい」と要望した。これに対し、厚労省は新たな地域医療構想の検討の中で議論する考えを示した。

構想区域の医療提供体制上の課題②

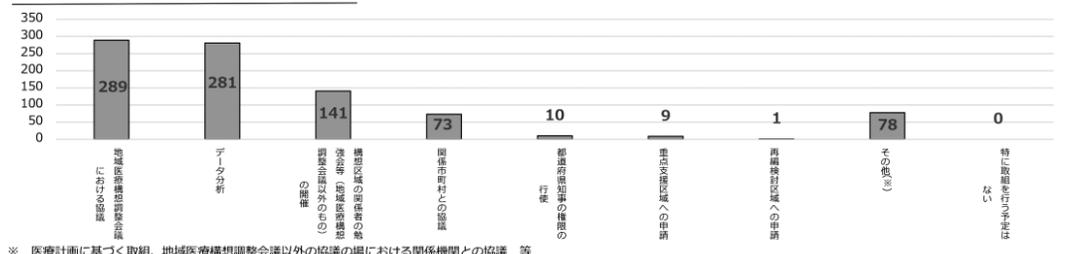
- 「課題」と「生じている差異」との関連があると回答した区域は76区域あり、関連の具体的な内容としては、「回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している」、「慢性期の病床数が過剰となり、受け皿となる在宅医療や介護施設の提供体制が不足している」であった。
- 一方、「課題と生じている差異との関連がない」と回答した構想区域は67区域、「関連について考えていない」と回答した区域は196区域あった。
- 課題解決のための取組み予定としては、多い順に「地域医療構想調整会議における協議」が289区域、「データ分析」が281区域、「構想区域の関係者の勉強会等」が141区域となっている。



関連の主な具体的な内容

- 回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している。
- 慢性期の病床数が過剰となり、課題として、受け皿となる在宅医療や介護施設の提供体制が不足している。
- 病床機能の転換を進めるための医師の確保が困難。

課題解決のための取組み予定 (複数回答可)



※ 医療計画に基づく取組、地域医療構想調整会議以外の協議の場合の関係機関との協議等

コロナ治療薬のゾコーバ錠の薬価を承認

中医協総会(小塩隆士会長)は3月22日、新型コロナの治療薬であるゾコーバ錠(成分名・エンシトレルビルフマル酸、塩野義製薬)の薬価を承認した。ゾコーバ錠は緊急承認を受け

2023年3月15日に薬価収載していたが、2024年3月5日に通常承認されたため、改めて薬価収載を行った。緊急収載時と承認事項などは同じであり、薬価の変更は行わず、ゾコーバ錠125mg 1錠

で7407.40円とした。

ゾコーバ錠は、一般流通後から2024年2月11日までに約100万人の患者に投与され、市場規模は約280億円。高額医薬品に対して設定される市場拡大

再算定の基準には達しなかった。

また、市場拡大再算定による薬価引下げの医薬品の対象外となる類似薬の特例領域として、2024年度の四半期再算定から、腫瘍用薬の免疫チェックポイント阻害薬と潰瘍性大腸炎などに適応があるヤヌスキナーゼ(JAK)阻害薬を適用することを了承した。

標準型電子カルテのモデル事業実施に向け意見を聴取

厚労省・標準型電子カルテWG

診療所とは異なる病院の業務フローを念頭に置いた開発求める

厚生労働省の標準型電子カルテ検討ワーキンググループは3月7日、今年度から標準型電子カルテa版の開発を本格化させることを踏まえ、来年3月以降に予定するモデル事業の実施に向けて、病院団体などの構成員に対して意見をきいた。

標準型電子カルテとは、政府が医療DXの一環として開発を進めている標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテのこと。政府の主導で、現在、電子カルテを導入していない医療機関も電子カルテを導入し、それが全国医療情報プラットフォームなどに接続されると、多機関で患者の様々な医療情報を共有できるようになり、医療の質向上が期待できる。

すでに標準型電子カルテa版の業務・機能に関する要件定義は概ね完了しており、1月からベンダーへの技術ヒアリングが始まっている。4月から開発に着手するという。来年3月からは開発したa版のモデル事業の実施を予定している。今回、厚労省はモデル事業の実施に向けて、構成員に対し、◇モデル事業の対象施設◇医療DXが想定する有用性を検証する観点◇運用の3点について意見を求めた。

標準型電子カルテの導入対象として、電子カルテを導入していない200床未満の病院と診療所を想定している。

モデル事業のa版の対象施設は、電子カルテを導入していない無床診療所(または利用を希望する医療機関)で、診療科によらない共通の診療行為が対象。全国医療情報プラットフォームで他の医療機関で記録された医療情報を閲覧するため、各地域で中核病院と数施設の診療所を組み合わせる。a版の利便性・実用性・有用性を医療現場・患者の双方に実感してもらうことを目的としている。

モデル事業の対象施設について、日本医師会常任理事の長島公之構成員は、有用性の観点も踏まえ、「すでに電子カルテを導入している医療機関でなければ、a版と既存の電子カルテを比較して、メリット・デメリットを判断する

ことができない」と指摘。電子カルテ導入済みの無床診療所もモデル事業の対象施設に含めるべきと主張した。

全日病の高橋肇構成員(高橋病院理事)は、「診療所と200床近い中小病院では、業務フローがかなり異なる。病院は多職種が協働して業務を行っている」と述べ、多職種で働く病院に適合した標準型電子カルテを念頭に開発を進めることを求めた。また各システム間のデータ連携は最重要課題であり、各ベンダーの標準化コストも明瞭にすべきと提言した。

日本医療法人協会副会長の菅間博構成員は、すでに電子カルテを導入している医療機関も、システム変更を含めてランニングコストに対して多額の費用を支払っている現状を踏まえ、最終的にはすべての医療機関が標準型電子カルテに移行することを想定し、開発

を進めるべきと主張した。

標準型電子カルテのシステム開発のコンセプトでは、「国が、対象施設に共通した必要最小限の基本機能を開発し、民間事業者等各施設のニーズに応じたオプション機能を提供できるような構成を目指す」としている。各医療機関が必要とする機能に応じて、民間サービスとの組み合わせが可能な電子カルテとする考えだ。標準型電子カルテはクラウド上にある。全国医療情報プラットフォームのシステム群や、民間事業者が提供するシステム群のAPI連携機能を持たせるための接続方式や規格を備えており、汎用性と高いセキュリティ、可変性などが期待できる。

全国医療情報ネットワークは、マイナポータルや医療機関等でのオンライン資格確認を通じてアクセスできるシステムで、現在はレセプト情報や特定

健診等情報を閲覧できる。今後、政府の医療DXの推進により、電子カルテの医療情報が追加されていく。共有できる医療情報が増えることで、医療の質向上や業務の効率化が期待できる。

運用については、前回のワーキンググループで、電子カルテ導入をためらう診療所の認識を緩和するために、紙カルテと併用する案が示された。例えば、診療記録は従来どおり紙カルテを用い、他施設で診療した医療情報である3文書6情報の閲覧のみにa版を使用することが考えられると、厚労省が説明した。長島構成員は、「最大の目的は、患者に役立つ医療情報の活用であり、必ずしも電子カルテである必要はない」と述べ、紙カルテとの併用を認めるべきと主張した。本格版についても、「医療機関の裁量で選択できることが望ましい」とした。

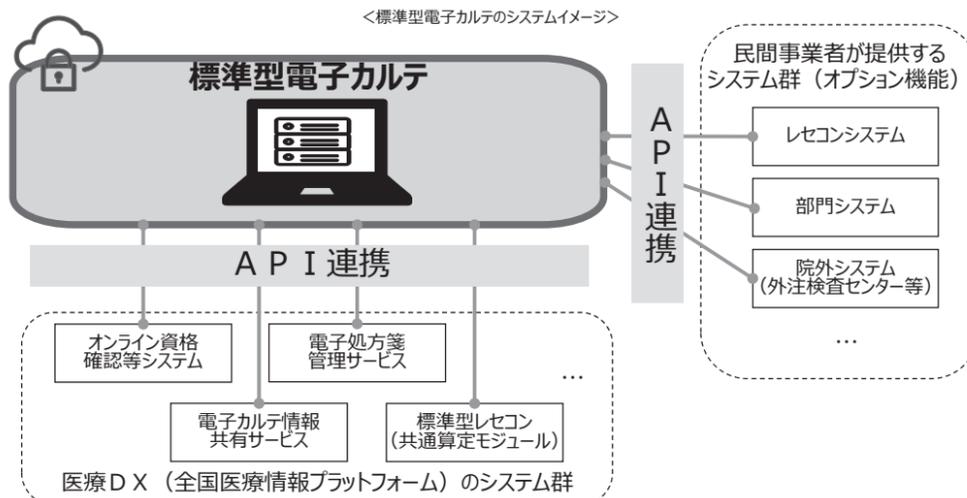
システム構成・機能 標準型電子カルテのシステムイメージ

標準型電子カルテはクラウド上に配置し、**医療DX(全国医療情報プラットフォーム)のシステム群や、民間事業者が提供するシステム群(オプション機能)とのAPI連携機能を実装すべく、検討中。**

一方で、**民間事業者が提供するシステム群は数多く存在するため、API連携機能の実装に当たっては、以下の論点等を踏まえ、その対象範囲や実装方法等を検討する。**

<構築に向けた主な論点>

- システム接続方式：クラウドに配置した標準型電子カルテと部門システム等(オンプレミス)との接続方式
- 標準規格化：部門システム等と接続する上での標準規格化の範囲や既定方法



救急救命士のエコー検査実証について引き続き議論

厚労省・救急医療WG

安全性や実証の意義へ疑念の声

厚生労働省の救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ(児玉聡座長)は3月7日、救急救命士のエコー検査の実証について議論した。前回に引き続き、岡山県吉備中央町と岡山大学病院が特区内での実証実施について承認を求めたが、委員は安全性への懸念や実証の意義に対する疑念を呈するとともに、実証計画のさらなる検討を求めた。

前回の議論を受け、吉備中央町はエコー検査の対象を「腹痛が主訴の傷病者」や「事故等により外傷が生じている負傷者」に限定。医師の責任の下、救急救命士がエコー検査を実施し、肝

破裂や脾破裂等による腹腔内液貯留による出血や病変の有無を確認するものとした。さらに、エコーを実施することが困難な場合には、エコー検査を実施せず、通常救急搬送時のプロトコルに従って対応するとした。

これに対し、多くの委員から安全性を懸念する意見があがった。

チーム医療推進協議会理事の深澤恵治構成員は、救急救命士のエコー検査の安全性に強い懸念を示し、実証実施について強く反対した。

日本看護協会常任理事の井本寛子構成員も、「実証の意義や効果が十分理解されない中での提案であり、納得できない」と述べた。

日本医療法人協会会長の加納繁照構成員は、「通常の救急医療では、二次救急で対応が難しい場合に三次救急に搬送する。あくまでもトリアージをいかに速やかにするかというのが最終的な目標であるならば、そのような(肝破裂等を起こしているほどの重篤な)症例の場合は、三次救急に迅速に運んだほうがよいのではないか」と指摘した。

日本救急医学会評議員の本多英喜構成員は、「なぜエコーをしないと搬送先が決められないのか」という点を明確化すべき。根本的な問題として、一次診療、二次診療を含めて重軽傷者を受け入れる救急医療体制を整備すべきであり、そのほうが効率的ではないか」と主張した。



と主張した。一方で、「実証そのものを否定する考えではない」とした上で、まずは現場の救急救命士が伝送システムを使って観察初見を送り、医師の総合的判断の下、必要に応じてエコー検査を行うようプロトコルの変更を求めた。また、病院到着後には医師が必ずエコー検査を実施して再評価すべきとの認識を示した。

効果的・効率的な生活習慣病管理の観点で評価を見直し

2024年度診療報酬改定

特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行想定

厚生労働省は3月5日に、2024年度診療報酬改定の告示・通知等を発出するとともに、改定内容の説明動画や資料を厚生労働省ホームページで公表した(3月15日号1面参照)。今回はこれまで本紙で取り扱っていない外来の生活習慣病の管理の評価や医療DX、感染対策に関する改定内容を紹介します。

▲0.25%の適正化が求められる

外来の見直しでは、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理・重症化予防の取組みを推進するための見直しが行われ、今回改定の注目点となった。大臣折衝で決まった改定率で、▲0.25%とする対応が求められたためだ。結果として、医療費の適正化のためだけでなく、効果的な治療に結びつけるための見直しが行われた。

具体的には、診療ガイドラインを参考とした質の高い疾病管理や医療DXを活用した情報共有の推進、療養計画書を用いた説明、多職種連携、長期処方等の活用などに関連付けた診療報酬の見直しとなった。従来の生活習慣病の管理の診療報酬には、点数は高く要

件が煩雑な生活習慣病管理料と、点数は低く要件は比較的簡素な特定疾患療養管理料等があり、両者の違いがわかりにくいとの指摘が出ていた。

今回改定では、まず生活習慣病管理料を2つに区分し、従来の点数を引き継ぐ「Ⅰ」を手厚くするとともに、新たな考えで「Ⅱ」を新設した。「Ⅰ」では、例えば、脂質異常症を主病とする場合で570点から610点に引き上げる。新たな要件に「診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うこと」や「糖尿病患者に対して歯科受診を推奨すること」、「多職種と連携することが望ましいこと」を加えた。一方で、療養計画書は簡素化し、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合は、血液検査項目の記載を不要とした(下図表参照)。

また、「少なくとも1月1回以上の総合的な治療管理を行う」との要件は廃止。「患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うことまたはリフィル処方箋を交付すること」が可能であることを医療機関に提示し、患者の求めに対応することが要件とされた。

新設する「Ⅱ」の点数は月1回333点

で、「Ⅰ」の半分程度の点数である。診療所と200床未満の病院が算定し、脂質異常症、高血圧または糖尿病を主病とする患者に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、生活習慣病に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定できる。ただし、糖尿病を主病として在宅自己注射指導管理料を算定している場合は、算定できない。「Ⅱ」は検査等を包括せず、従来の生活習慣病管理料と比べると、簡素な算定要件となっている。

外来管理加算や外来栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)などの費用は同点数に含まれている。また、オンライン診療の対象となり、同点数を算定すべき医学管理をオンライン診療で行った場合は、290点を算定する。長期処方等については、「Ⅰ」と同様の施設基準となっている。

これに対し、特定疾患療養管理料の見直しでは、対象疾患から生活習慣病である糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外する。処方料と処方箋料の特定疾

患処方管理加算もこれでは算定できない。一方、より質の高い疾病管理を推進する観点から、「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」等を追加する。

このような見直しにより、▲0.25%に結びつける観点では、特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行が想定される。生活習慣病管理料(Ⅱ)では外来管理加算が包括され、特定疾患処方管理加算2は算定できない。さらに、特定疾患療養管理料が月2回算定できるのに対し、生活習慣病管理料(Ⅱ)が月1回であり、通院回数が減少する。ただ、現状で月2回通院する患者は、それ程多くないと考えられ、改定率で示された程度の医療費削減効果になるとみられる。

長期処方等に関しては、特定疾患処方管理加算で、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1が廃止となり、特定疾患処方管理加算2の評価が見直しされる(66点→56点)。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定可能とする。

かかりつけ医機能の評価に関する診療報酬については、現在、改正医療法に基づくかかりつけ医機能の制度整備の議論が行われている最中であり、その制度に沿って、診療報酬の評価が行われるべきと診療側が主張したため、大きな見直しにはならなかった。

ただ、地域包括診療料等に対しては、様々な新たな算定要件が加わっている。

例えば、◇患者またはその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい◇介護支援専門員および相談支援専門員からの相談に適切に対応する◇28日以上長期の投薬またはリフィル処方箋を交付することが可能であることを掲示する一などの追加がある。疾患名、治療計画等の文書を交付することは、改正医療法で、かかりつけ医が患者の求めに応じて適切な説明を行うことを努力義務としたことに関連している。

施設基準では、選択肢の中で満たすことを求める要件に、「担当医がサービス担当者会議に参加した実績があること」、「担当医が地域ケア会議に出席した実績があること」、「介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること」などを加えた。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることなどの要件を設けた。

医療DX推進に向けて加算新設

医療DXの推進については、まず政府の医療DXのインフラである医療機関窓口でのマイナ保険証によるオンライン資格確認に関連する評価の見直しがある。

2022年度改定で導入された「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」は、2022年10月に評価体系が見直しされ、2023年4月に特例措置を講じるなど変更がある。今回改定で、名称が「医療情報取得加算」となり、点数も変わった。見直しは、医療機関・薬局にオンライン資格確認システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認の体制整備の評価から初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用に、評価対象が変わったことを踏まえた。

生活習慣病対策

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設(Ⅱ-5-①)**
 ▶ 検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)(333点、月1回に限る。)を新設する。
- 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し(Ⅱ-5-②)**
 ▶ 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 ▶ 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 ▶ 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 ▶ 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。
- 特定疾患療養管理料の見直し(Ⅱ-5-③)**
 ▶ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
- 特定疾患処方管理加算の見直し(Ⅱ-5-④)**
 ▶ リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- 地域包括診療料等の見直し(Ⅱ-5-⑤)**
 ▶ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。
- 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設(Ⅲ-5-④)**
 ▶ 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 脂質異常症、高血圧、糖尿病の生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組についての疾病管理に関して下記のとおり見直す。

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点	【特定疾患療養管理料(月2回算定可)】 1 診療所の場合 225点 2 100床未満の病院 147点 3 100床以上200床未満の病院 87点
---	--

特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、脂質異常症、高血圧及び糖尿病を除外する。

改定後

【生活習慣病管理料(Ⅰ)】(月1回) 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点	【(新)生活習慣病管理料(Ⅱ)】(月1回) 333点 ※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料
--	---

(今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ)



従来の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」は初診時のみの評価で、マイナンバーカードを利用しない場合は4点(加算1)、マイナンバーカードを利用し医療情報を取得した場合は2点(加算2)であった。

「医療情報取得加算」では、初診時の加算1を4点から3点、加算2を2点から1点に引き下げ一方で、再診時の評価を設けた。再診時(3月に1回に限る)は、マイナンバーカードを活用しない場合は2点(加算3)、マイナンバーカードを活用して医療情報を取得した場合は1点(加算4)。

施設基準では、オンライン資格確認を行う体制を有し、受診患者に対して、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うことを求めている。

さらに、今回改定では、「医療DX推進体制整備加算」(8点)を新設する。これは、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を活用できる体制に加えて、電子処方箋と電子カルテ情報共有サービスを導入している場合の評価となっている。

「医師が、電子資格確認を利用して取得した電子情報を、診療を行う診察室、手術室または処置室等において、閲覧または活用できる体制」(経過措置が2025年3月31日まで)が要件。2024年10月1日からは、マイナンバーカードの健康保険証利用で一定程度の実績を求める。一方、電子カルテ情報共有サービスが活用できる体制の経過措置は2025年9月30日まで。

また、昨年10月18日に、増加する在宅医療ニーズに応えるため、在宅医療の現場で、オンライン資格確認による医療情報等の閲覧を簡便にするための省令等の改正に関する答申を中医協総会が行った。これにより、指定訪問看護ステーションにオンライン資格確認の導入を義務づけるとともに、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の2回目以降の訪問診療で、簡便な資格確認の仕組みを認めることになった。

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が可能となっている。これを踏まえ、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムなどにより、在宅医療における診療計画の作成で取得した患者の診療情報や薬剤情報を活用した場合の評価として、「在宅医療DX情報活用加算」(10点)などを新設する。

一方、救急時に患者の同意を得ずに、患者の診療情報等を活用できる仕組みも検討されている。2024年10月から意識障害などで、同意取得が困難な患者への救急時医療情報閲覧機能による救急用サマリーの閲覧が可能となることを踏まえ、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。

へき地医療においては、患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)が有効であると示されたことから、へき地診療所・へき地医療拠点病院が「D to P with N」を実施する場合の評価である「看護師等遠隔診療補助加算」(50点)を新設。指定難病患者に対する治療では、患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with D)が有効であると示されたことから、遠隔連携診療料の対象患者に指定難病患者を追加する。

オンライン診療ではほかに、閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸(CPAP)療法を実施する際の基準を踏

まえ、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料にオンライン診療の評価(218点)を新設する。発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料にオンライン診療の評価も新設する。小児特定疾患カウンセリング料については、カウンセリングの実態を踏まえた要件と評価の見直しが行われる。

「通院・在宅精神療法」におけるオンライン診療の評価も新設。「通院・在宅精神療法」で待機患者が増えていることへの対応だが、不適切な受診が広がりかねないとの懸念があり、答申書附帯意見に「患者の受療行動を含め…(略)…より適切な評価のあり方を引き続き検討する」ことが求められた。

また、オンライン診療全体で、初診で向精神薬を処方する不適切事例が多いことが報告されており、初診で向精神薬を処方しないことをホームページなどに掲示することをオンライン診療の施設基準の要件に追加する。

病院へのサイバー攻撃の報道にあるように、医療機関のサイバーセキュリティ対策の必要性が増大している。

このため、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策のため、「診療録管理体制加算」について、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置や院

内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が400床以上の医療機関から許可病床数が200床以上の医療機関に拡大する。医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画(BCP)の策定や訓練の実施でも新たに評価を行う。

ポストコロナの感染症対応

感染症対応については、コロナ禍の2022年度改定で、「感染対策向上加算」や「外来感染対策向上加算」など地域の医療機関が連携して感染症に対応できる体制を構築するための診療報酬の評価を行った。2024年度改定では、改正感染症法を受け、第8次医療計画などにおける医療措置協定の枠組を踏まえ、ポストコロナの感染症対応として、2022年度改定で新設した診療報酬項目の見直しなどを行った。

具体的には、「感染対策向上加算」の対象は、都道府県と医療措置協定を締結し、病床の確保を図る第1種協定指定医療機関とした。「外来感染症対策向上加算」の対象は、都道府県と医療措置協定を締結し発熱外来を設置する第2種協定指定医療機関とした。また、「感染対策向上加算」の施設基準に、

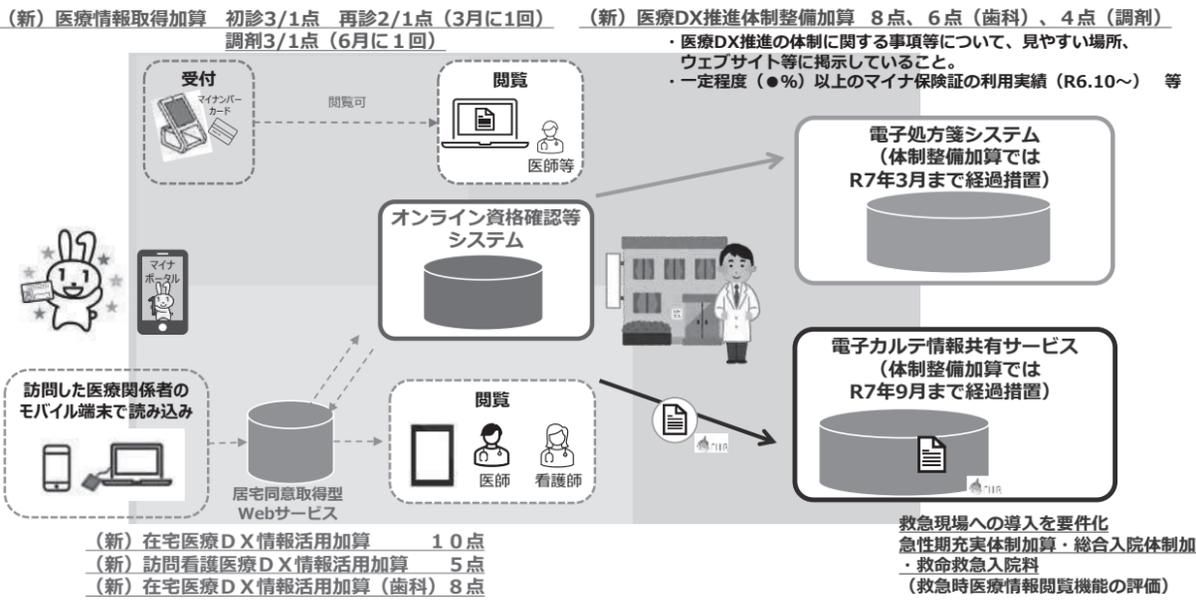
連携する介護保険施設等からの求めがあれば、現地に赴いて感染対策の助言を行うことや院内研修を合同で開催することが望ましいことを加えた。

第1種協定指定医療機関は新興感染症等の患者の入院を受け入れる病院であり、感染拡大後の3か月程度、一定の収入が補償される流行初期医療確保措置の対象である初動対応等を含む特別な協定を締結する病院と、その後の3か月までに対応することの協定を締結する病院がある。現在、コロナ対応での最大確保病床数を踏まえ、今年9月末までに5万1千床(流行初期確保病床で1万9千床)の病床を確保することが目標。第2種協定指定医療機関は発熱外来を設置し感染患者または疑い患者の診療を行う医療機関で、同様に、4万2千医療機関(流行初期協定締結医療機関で1,500医療機関)を確保することを目標としている。

また、発熱患者等に対応した場合の初診時の加算も新設(発熱患者等対応加算・20点)。入院医療では、感染症法上の三類、四類、五類感染症、指定感染症の患者など感染管理が特に重要な感染患者・疑い患者に適切な感染対策を講じた場合の「特定感染症入院医療管理加算」(治療室の場合は200点、それ以外は100点)を新設する。

令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。(電子処方箋等は経過措置あり)



医療DXの推進

医療DX推進体制整備加算の新設

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算(歯科点数表初診料)	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算(調剤基本料)	4点



【算定要件(医科医療機関)】

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

【施設基準(医科医療機関)】

- オンライン請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)
- 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

483病院が医師の時間外労働で特例水準の指定を受ける

厚労省・医師の働き方改革推進検討会

4月施行を前に評価センター受審や準備状況などを厚労省が報告

4月1日から医師の働き方改革が施行される。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3月14日、施行前の最後の検討会を開催し、医師の働き方改革をめぐる状況を確認した。年間労働時間等が960時間を超える医師に適用される特例水準の指定を受ける医療機関は、2024年3月11日時点で483病院。当初想定した最大数である1,500病院の3分の1程度であることがわかった。日本医師会が運営する医療機関勤務環境評価センターに受審申込を行った医療機関を集計した。

医師に対する通常の時間外労働規制は「A水準」と言われるが、それを超えて1,860時間までの時間外労働等を認める「B水準」、「連携B水準」、「C水準」の都道府県による指定を受けるためには、医療機関勤務環境評価センターに申請する必要がある。それが2024年3月11日時点では、483病院だった。都道府県別では、東京都が51病院で

最も多く、次いで、大阪府(35病院)、神奈川県(34病院)、福岡県と千葉県が28病院、愛知県(27病院)、北海道と埼玉県が25病院。逆に、秋田県、富山県、福井県、山梨県、和歌山県、鳥根県、香川県、愛媛県、長崎県が最も少ない2病院となっている(下表参照)。

なお、これらの数字は申込件数であり、受付申込を行ったものの中には評価申請を行わなかった病院や、申請後に辞退した病院もあるという。

厚労省は、病院数について、施行前の直近の数字であるが、施行後に特例水準が必要であることが判明する医療機関があると見込んでおり、都道府県を通じて引き続き個別の医療機関の情報把握に努める姿勢を示している。

2023年度C-2水準審査の結果も報告された。C-2水準は、C-1水準が臨床研修医と日本専門医機構が採用する専攻医を対象とするのに対し、それ以外の高度な技能を習得するための研修に参加する医師が該当する。承認さ

れた分野は、小児科(2病院)、外科(8病院)、産婦人科(5病院)、脳神経外科(2病院)となっている。

技能研修計画として、小児科(9名)では「ハイリスク新生児の蘇生・全身管理」、「先天性、後天性心疾患に関する手術およびその周術期管理」などがある。外科(17名)では「先天性、後天性心疾患に関する周術期管理」、「肝胆膵疾患に関する高難度手術およびその周術期管理」などがある。産婦人科(25名)では「異常妊娠における母体と胎児に対する周術期管理」、「子宮・付属器悪性腫瘍に対する手術、周術期管理および薬物療法」などがある。脳神経外科(5名)では「下垂体腫瘍に関する神経内視鏡を用いた手術手技およびその周術期管理」、「脳血管障害疾患に関する手術手技とその周術期管理」などがある。

当初、特例水準の対象は1,500病院と想定された。2020年度診療報酬改定で新設された地域医療体制確保加算を

算定すると想定された病院でもある。同加算は、「救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上」を施設基準としていた。現時点で申請病院が500弱に収まっていることについて、医師の働き方改革に向けた様々な取組みが効果を上げたためとの指摘が構成員からあった。労働時間の管理やタスクシフト・シェアの推進のほか、宿日直許可の取得や大学病院等における自己研鑽の考え方が厚労省通知で整理されたことなどの要因があると考えられる。

特例水準超の時間数の医師は1人

医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査(2024年3月13日時点)の結果も報告された。すべての病院・有床診療所を対象とした調査で、質問項目により7,300~8,000医療機関からの回答があった。

結果をみると、医師の働き方の施行に伴い診療体制が縮小する見込みの医療機関は457だった。自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制の影響があるとした医療機関は132。医師の引揚げで診療体制への縮小が見込まれる医療機関は49だった。

また、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時間を超えると見込まれる医師は1人となっている。

医師の働き方改革は4月以降に本格的に始まるとも言える。政府は、2024年度予算においても新たな補助事業を準備した。地域医療介護総合確保基金では、「地域医療勤務環境改善体制整備特別事業」、「勤務環境改善医師派遣等推進事業」がある。2023年度補正予算の文部科学省所管事業では、「医師養成課程充実のための教育環境整備」(140億円)などがある。

これらの報告を受け、日本医療法人協会副会長の馬場武彦構成員は、「医師の引揚げなどの影響を受ける民間病院に対する支援・救済を引き続き願う。また、労働の判断にグレーゾーンがある。経営者と勤務医に分断を生じさせない対応も重要」と強調した。

医療機関勤務環境評価センターへの受審申込受付状況について

○ 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、評価センターの受審が必要である。評価センターは、令和4年10月31日より評価受審の申込受付を開始しており、令和6年3月11日時点における評価センターへの受審申込受付数は483件となっている。都道府県別の内訳は以下のとおり。

都道府県名	申込件数	都道府県名	申込件数	都道府県名	申込件数
北海道	25	石川県	3	岡山県	5
青森県	6	福井県	2	広島県	10
岩手県	5	山梨県	2	山口県	3
宮城県	11	長野県	8	徳島県	3
秋田県	2	岐阜県	14	香川県	2
山形県	3	静岡県	16	愛媛県	2
福島県	10	愛知県	27	高知県	5
茨城県	4	三重県	6	福岡県	28
栃木県	8	滋賀県	7	佐賀県	3
群馬県	5	京都府	13	長崎県	2
埼玉県	25	大阪府	35	熊本県	3
千葉県	28	兵庫県	22	大分県	4
東京都	51	奈良県	4	宮崎県	3
神奈川県	34	和歌山県	2	鹿児島県	7
新潟県	4	鳥取県	3	沖縄県	14
富山県	2	島根県	2	合計	483

※上記の数は申込件数であり、受付申込を行ったものの中には評価申請を行わなかった数や、申請後に辞退をした医療機関の数も含まれる。

医師臨床研修制度見直しで報告書

医道審・医師臨床研修部会

第三者評価は努力義務に

医道審議会の医師分科会医師臨床研修部会(國土典宏部会長)は3月8日、医師臨床研修制度の見直しについての報告書を大筋でまとめた。

医師臨床研修制度は2004年度の制度発足後、概ね5年ごとに見直している。直近では、2016年にまとめた報告書を踏まえ、2020年度から制度を見直した。今回のまとめでは、前回の報告書で今後の課題に位置づけた項目について整理している。

主な項目に、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」、「臨床研修病院のあり方」、「地域医療の安定的確保」がある。このうち、「臨床研修病院のあり方」の「小児科・産科特別プログラム」と「臨床研修の質の維持・向上」をめぐって委員の間で議論があった。

「小児科・産科特別プログラム」は、小児科医と産科医の不足の解消に向けて、募集定員が20名以上の基幹型病院

と同プログラムを必置するというもの。ただ小児科・産科以外の診療科の医師が不足している地域もあり、同プログラムだけを義務とすることは整合性に欠けるとの指摘が出ていた。このため別の診療科に重点を置いたプログラムへの変更を可能とするべきとした。

「臨床研修の質の維持・向上」については「第三者評価」の取扱いを議論した。現在、臨床研修病院に対しては、卒後臨床研修評価機構(JCEP)による第三者評価が行われており、2024年3月時点で、基幹型病院の約3割に相当する297病院が認定されている。

第三者評価の義務化を求める意見もあったが、「努力義務」としつつ、研修費補助事業によりインセンティブを付与するとの表現に落ち着いた。日本医師会常任理事の釜益敏委員や日本精神科病院協会副会長の森隆夫委員らが「努力義務」となったことを評価した。

一冊の本 book review

急変時対応 介護スタッフのための医療の教科書

著者●介護と医療研究会
出版社●翔泳社
定価●1,980円(税込)

2025年に向けた医療提供体制を構築するための最終ステップである今回の改定では、今まで以上に医療と介護の連携が強化された。特に介護報酬改定において「『入院を要すると認められた入所者の入院受入体制』等の要件を満たす協力医療機関を定めること」が介護保険施設等に義務化されたことは、病院が地域医療へ貢献する大きなチャンスである一方、初めて協力関係を結ぶ介護保険施設と受け入れる患者像を擦り合わせることは大きな負担を伴うと想像される。

そこで活用・参考にしたいのが本書である。本書は「急変時対応の基本技術」「症状別・即救急車を呼ぶべき症状」「まず現場で対応・急変時対応」「巻末資料」の4つのパートで構成されている。介護保険施設とともに各ケースを確認すれば、どういったときに救急車を呼び、どういったときに自院で受け入れ、どういったときに施設で療養させるべきかについて共有できるだろう。もちろん本書の通りではなく、各病院の機能に応じて「こう書かれているが、こうしてほしい」などと伝えてもよい。

医療と介護がスムーズに連携するには、医療が介護を知り、介護が医療を知ることが不可欠である。本書を通じて新たな連携が促進され、地域の医療と介護がさらに充実することを願っている。(安藤高夫)



2023年度病院機能評価受審支援事業③ 医療機能評価受審支援 開西病院 第2回訪問アドバイス報告

病院機能評価委員会 看護担当アドバイザー 岩淵泰子

昨年11月、事務管理担当者による第1回の支援が行われ、2024年2月16日14時から、第2回の看護領域受審支援を行った。前日は、大雪のため一部の飛行機は欠航であったが、当日は、雲一つない青空で晴天に恵まれ、予定通り帯広に向かうことができた。

看護部長・事務部長はじめ、看護師、薬剤師、リハビリ療法士、検査技師、管理栄養士など、多くのスタッフの皆様がすでに会場に参集しており真剣さがかがえた。

まずは、一般1およびリハビリテーション機能を受審予定のため、既存の進行表に沿って説明させていただき、また、パワーポイントを使用し、看護領域における合同面接時の対応、ケアプロセスの方法、カルテレビューの方法等についてレクチャーした。

双方向で話をする中で、下記の項目は課題と思われたため、アドバイスさせていただいた。

- ①説明と同意について、インフォームドコンセントのガイドラインは作成されているが、説明書の承認体制や同意書のネーミング、同席者のルール等を明文化して周知すると良い。
- ②早期に倫理委員会を開催し、病院として臨床倫理の方針を明確にすると良い(資料を提供させていただいたので参考にして欲しい)。
- ③医療安全管理体制については、医療安全管理者の権限を明確にするとともに実態に沿った組織図を作成し、第三者に分かり易くするとさらに良い。
- ④誤認防止対策は、本人確認の場合は

名乗ってもらうなど、今一度検討が必要である。また、手術件数も多いことから、マーキングやサインイン・タイムアウト・サインアウトの徹底が望まれる。

- ⑤マニュアル類は事前に送付していたが、多くのマニュアルの改訂が5年以上前になっており、修正が必要な部分も見受けられるため、早急に見直し、周知することが望まれる。

レクチャー終了後は、病棟を巡回し、療養環境や感染管理状況、責任体制の確認等を行った。新型コロナウイルス感染症患者が多く入院されていたが、感染予防対策はマニュアルを遵守されていた。速乾式手指消毒剤の使用状況はモニタリングされているが、フィー

ドバックして、感染予防の意識づけを強化されるとさらに良いと思われる。病棟の責任体制については、診療・看護等の責任者の掲示、ベッドネームへの受け持ち看護師の明示、および主治医不在時の対応を明確にすることが望まれる。

症例を説明する際には、電子カルテをスムーズに開けることができ、本審査のケアプロセス時やカルテレビューでは期待できる状況であった。

現在は、部署ごとに病院医療機能評価受審の準備をされているが、機能評価受審は組織全体で取り組み、意思統一を図り一致団結して、医療の質向上を目指されることを期待したい。

今回の訪問は8月頃の予定にしており、どのように変化しているか楽しみにしたいと思う。

第2回訪問アドバイスを受け 病院機能評価がもたらす質向上を目指して

社会医療法人博愛会 開西病院 看護介護部部长 遠藤美保子

昨年の1月に理事長の病院機能評価受審の宣言から、9月にキックオフミーティング、そして第1回の訪問アドバイスを11月30日に受け、今回2月16日は前日の湿った雪が積もる悪路の中、看護領域の訪問アドバイスを岩淵泰子先生にいただき、2領域を中心に説明を受けました。

まずは機能評価自体が第三世代へと移行してきたプロセスの講義があり、ストラクチャーからプロセスを重視するという調査内容になり、形ばかりのマニュアル整備にとどまらず、質を評価されるのだということに再認識しました。

また、症例トレース型の調査内容の説明を受け、1症例に対し、ケアプロセスを行うという説明を聞き、患者の選定や対応が速やかに行えるのか、不安になりました。

しかし、当院の医療・ケアのアピールの場にもなるという説明から、各部

門で行われている医療・ケアを発信する自信にもつながると前向きに取り組む気持ちへ切り替えることができました。

また、評価項目ごとの説明と解説ポイントの指導があり、自己評価内容を今一度見直し、できていること、できていないことを再度明確にしていくよう指導されました。

講義のあとは、実際に病棟をラウンドしていただき、訪問病棟での観察点や注意点、何を重点的にサーベイヤーは見ているかなど、病棟内を回りながらの指導は実践に近いものを感じました。普段そこにあって不思議には思わないもの、無いけど気にならなかったものに気づき、老朽化した設備の中でも、見直すポイントの説明がありました。

さらにケアプロセスの確認で電子カルテを操作しながら、サマリーや同意書等必要書類では、不足した項目が多

く、早急に取り組むべき改善点も多数ありました。カルテレビューでは入院から退院までの経過の流れの中でどのように評価し適切に記載されているのか、マニュアルに沿って実施されているのか、多職種との関係性、連携は取れているか、それが分かる表記があるか等、細部にわたり指導していただきました。

20年近く前に受審した時の審査内容から大きく変わっているため、前回の経験や知識では追いつかない状況であり、気づけていない問題点が露呈しました。課題が山積している現状の把握と、コメディカル同士の連携を今一度見直さなければいけないことを痛感しました。

アドバイスをいただいた内容をもとに、看護科長達と今回の振り返りを行いました。常日頃からのケアプロセスができていることが大切であり継続されていることが重要と捉え、自己評価

票の見直しと並行し、書式の改訂と運用マニュアルの見直しに取り組み、他職種を巻き込み、早急に取り組もうと士気を高めています。

病院機能評価はすべての職種が協力していくことで、診療・ケアの質を向上させることが目的です。岩淵先生の「機能評価受審を手段として、マニュアルを整備し遵守する過程が大切であり、それによって質の向上に繋がります」との言葉から、機能評価受審で、質の改善が図れたら働きやすい職場づくりに繋がる、そのことは私自身が一番に望んでいたことに繋がると感銘を受けました。

やるべきことは山積みであり、半年も無い状況での本審査となりますが、先生方の協力・指導を受けながら認定を目指していきたいと思えます。

2023年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月17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 医療法人札幌麻生脳神経外科病院
理事長 齋藤 久泰
栃木県 社会医療法人財団佐野メディカルセンター佐野市民病院
理事長 村田 宣夫
東京都 社会医療法人慈生会等潤メディカルプラザ病院
理事長 伊藤 雅史
大阪府 医療法人枚岡病院
理事長 荒木 良治
正会員は合計2,567会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
大阪府 医療法人朋愛会淀屋橋総合クリニック
理事長 依田 久実
退会が1件あり、準会員は合計122会員となった。
- 賛助会員の退会が3件あり、賛助会員は合計110会員となった。
- 2023年度事業計画の一部変更について説明があり、承認された。

- 2023年度補正予算について説明があり、承認された。
- 2024年度事業計画について説明があり、承認された。
- 2024年度予算について説明があり、承認された。
- 第12回臨時総会について説明があり、承認された。
- 人間ドック実施指定施設の申請について説明があり、承認した。人間ドック実施指定施設は合計415施設となった。
- 災害時医療支援活動指定病院の申請について説明があり、承認した。災害時医療支援活動指定病院は合計126病院となった。
- 地域医療構想に関する提言について説明があり、審議した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 総会」「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」、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」、「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」、「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 「医療介護総合確保促進会議」、「医療・介護・障害福祉関係団体との賃上げに関する意見交換」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
愛知県 山下病院
愛知県 東海記念病院
高知県 野市中央病院
福岡県 栄光病院
鹿児島県 いづろ今村病院
沖縄県 海邦病院
- ◎一般病院2
北海道 札幌南三条病院
東京都 東海大学医学部付属八王子病院
神奈川県 横浜労災病院
神奈川県 湘南鎌倉総合病院

- 福岡県 福岡徳洲会病院
福岡県 宗像水光会総合病院
福岡県 聖マリア病院
沖縄県 南部徳洲会病院
- ◎慢性期病院
兵庫県 立花病院
山口県 阿知須共立病院
- ◎精神科病院
島根県 安来第一病院
- ◎緩和ケア病院
沖縄県 アドベンチストメディカルセンター

【3rd G : Ver.2.0】～順不同

- ◎一般病院1
兵庫県 中林病院
- ◎一般病院2
京都府 京都九条病院
2023年12月8日現在の認定病院は合計2,009病院。そのうち本会会員は843病院と、全認定病院の42.0%を占める。

【主な討議事項】

- 2024年度診療報酬改定について、基本方針の概要、改定率、診療報酬改定のポイントが説明された。

新たな地域医療構想に関する検討会を設置

社保審・医療部会

2040年を見据え、在宅医療や介護を含めた構想が必要



社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は3月21日、高齢者人口がピークを迎える2040年を見据えた「新たな地域医療構想に関する検討会」を設置することを了承した。全日病からは猪口雄二会長が参加する。既存の「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」は、2025年を目標とする現状の地域医療構想推進の議論を引き続き行うために存続する。

新たな検討会は3月末に初会合、月1～2回程度開催する。1巡目の議論は秋頃までとし中間まとめを行う。その後、2巡目の議論を年末まで行い、報告書をまとめる。2040年に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する一方で、生産年齢人口の減少が続く。2040年頃になると高齢者人口がピークを迎え減少に転じる。これまでの地域医療構想が課題としてきた入院医療に加え、在宅医療や介護との連携強化がより重要になる。

このため検討事項として、◇2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル(都市部・過疎地等ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデルなど)◇病床の機能分化・連携のさらな

る推進(病床の将来推計、機能区分、病床必要量と基準病床数の関係、病床機能報告、構想区域、地域医療介護総合確保基金、都道府県の権限など)◇地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論(入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方、介護保険事業等を担う市町村の役割など)をあげた。

二次医療圏の基準の設定が必要

全日病副会長の神野正博委員は、新たな地域医療構想に関して3点を指摘。

1点目は、地域医療構想区域とはほぼ一致している二次医療圏の基準について。神野委員は「人口が数万人の二次医療圏から大阪市(276万人)の規模の二次医療圏がある。これは異常と言わざるを得ない。人口や面積などで一定の基準を設けるべき」と主張した。

その上で、「能登半島地震の被災地、特に能登北部は広大な地域に人口5万人程度、高齢化率は5割。そこに新型コロナが来て、災害が来て、想定した未来が一気に訪れた。限界集落があちこちに点在し、被災により限界集落か

ら全員が避難し消滅集落となった地域もある」と現状を報告。「(一般的な医療が完結できる)医療圏をこのような地域で考えるのはとても難しい。かかりつけ医機能を持つ医療機関とハブとなった医療機関が連携する医療提供体制をきちんと設計できる医療圏を設定する必要がある」と述べた。

2点目として、地域医療構想における高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分について、「そろそろ限界にきている」と指摘。「地域医療構想が目指した病床必要量は全体では概ね目標を達成したが、機能区分別の病床数では『進展していない』と言われる。(実態と報告内容に乖離があるため)急性期や回復期が何ぞやということをもう一度整理しないと、無駄な議論が生じてしまう」と見直しを求めた。

3点目として、「2040年に向けて、85歳以上の高齢者、要介護高齢者が増える。その中で、病院や診療所に必要な機能を考えることになるが、在宅医療や介護との連携が不可欠。新たな地域医療構想は『地域医療介護構想』といった全体のグランドデザインを描く必要がある」と強調した。

「新たな地域医療構想に関する検討会」の構成員は以下のとおり。

石原靖之・岡山県鏡野町健康推進課長、伊藤伸一・日本医療法人協会会長代行、猪口雄二・全日病会長、今村知明・奈良県立医科大学教授、江澤和彦・日本医師会常任理事、遠藤久夫・学習院大学教授、大屋祐輔・全国医学部長病院長会議理事、岡俊明・日本病院会副会長、尾形裕也・九州大学名誉教授、小熊豊・全国自治体病院協議会会長、香取照幸・未来研究所副代表理事、河本滋史・健康保険組合連合会専務理事、國分守・福島県保健福祉部長、櫻木章司・日本精神科病院協会常務理事、佐藤博文・岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長、高橋泰・国際医療福祉大学教授、土居丈朗・慶應義塾大学教授、東憲太郎・全国老人保健施設協会会長、松田晋哉・産業医科大学教授、山口育子・NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長、吉川久美子・日本看護協会常任理事

■ 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
AMAT隊員再認定研修会(追加開催) ※2023年度3月に更新ができなかった方への特別企画 ※令和6年能登半島地震の影響による追加開催 500名	①2024年4月13日(土) ②2024年4月14日(日) ③2024年4月15日(月) ④2024年4月16日(火) ⑤2024年4月17日(水) ⑥2024年4月18日(木) ⑦2024年4月19日(金) ※すべて同じ内容。 WEB開催	5,500円	「AMAT隊員養成研修」を受講し認定を受けたAMAT隊員は、認定後5年間で5単位を取得することが次の5年間の継続認定の要件となっている。しかし、令和6年能登半島地震や新型コロナの影響で参加できない受講者がいるため、2023年3月31日時点で有効期限を迎えたAMAT隊員は、資格失効ではなく更新保留として取り扱っており、特別企画を追加開催する。
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 150名	2024年7月13日(土) WEB開催	5,500円(税込)	病院管理士、看護管理士、看護部門長研修受講修了者、事務長研修受講者向けのフォローアップ研修。自院の課題の解決方法を発表し、参加者間で討議する。会員病院に共通する課題の抽出により、課題解決策の情報収集にも資する。病院管理士・看護管理士継続要件に該当。
医療安全管理者養成課程講習会【修了者向け】 1日あたり200名	第1クール(講義)WEB開催 2024年7月12日(金) 2024年7月13日(土) 第2クール(講義)WEB開催 2024年8月3日(土) 2024年8月4日(日)	1日あたり5,500円(税込)	医療安全に関する継続的な学習を目的として、全日病・日本医療法人協会共催「医療安全管理者養成課程講習会」修了者(認定期間内に限る)を対象に、当講習会の再受講を可能とする(四病院団体連絡協議会の主催で修了し、全日病で継続認定されている方も対象)。1日ごとに申し込み可。事前に申込分のみ、1日修了ごとに「全日病・医法協認定医療安全管理者」継続認定(更新)のための2単位を付与。
医療安全管理者養成課程講習会【新規】 200名	第1クール(講義)WEB開催 2024年7月12日(金) 2024年7月13日(土) 第2クール(講義)WEB開催 2024年8月3日(土) 2024年8月4日(日) 第3クール(演習)全日病会議室 ①2024年9月7日(土)・8日(日) ②2024年10月12日(土)・13日(日) ③2024年11月9日(土)・10日(日)	90,266円(111,166円)(税込)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する組織と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・教育するため、「医療安全管理者養成課程講習会」を開催する。厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針(2020年3月改定)」に則ったプログラムで、すべての課題を修了した受講者に対し、修了証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。全日病と日本医療法人協会との共催。
病院経営管理者研修 48名	2024年5月～2025年7月で全15講座(19日間)	462,000円(572,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「病院経営管理者研修」では、経営に関わる幹部医師、看護部長、副看護部長、コメディカル部門長、事務長などを対象に、約1年半の研修を実施後、当委員会の審査を経て「病院経営士」の認定を付与する。
病院部門責任者研修 48名	2024年8月～12月で全5講座(6日間)	110,000円(165,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「病院部門責任者研修」では、看護部門の看護師長や主任、訪問看護ステーションの所長、コメディカル部門の責任者、事務部門の責任者などを対象とし、数カ月間の研修を実施し、所定の要件を満たした方に修了証を発行する。