



全日病 NEWS

2024.5.15

No.1055

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

2025年度の医学部臨時定員の配分・調整方針を了承

厚労省・医師の偏在対策等検討会

恒久定員内地域枠設置を再評価

厚生労働省の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(遠藤久夫座長)は4月26日、2025年度の医学部臨時定員の意向の配分・調整方針について了承した。2025年度の医学部臨時定員数は、2024年度の臨時定員地域枠数を基準として、医師多数県から削減した定員数を医師少数県へ配分する方針が決まった。

医師多数県は臨時定員として地域枠を確保する必要性が低い一方で、大幅な変更は教育・研修・臨床体制への影響が考えられることから、臨時定員は原則として2024年度臨時定員地域枠に0.8を乗じたものとする。

一方、医師少数県は、医師多数県から削減した定員数分を活用して、2024年度比増となる意向がある場合には、意向に沿った配分を行う。

これらの対応を行った上で、臨時定員総数に達していない場合は、恒久定員内地域枠を設置している都道府県を再評価し、インセンティブを設ける形となっている。恒久定員100名当たり恒久定員内地域枠を4名以上設置している等の要件に応じて、◇医師多数県

では一部の意向を復元する◇医師少数区域のある医師中程度県では、2024年度比増となる意向がある場合、医師少数区域等に従事する枠となっているか等、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行う一としている。

専門医制度の見直しへ指摘

医師偏在対策に関する議論では、地域枠と中堅医師をテーマに意見が交わされた。全日病副会長の神野正博構成員を中心に、現在の専門医制度について、見直しが必要との指摘が相次いだ。

神野構成員は、厚労省が示した医師偏在における課題の全体像について、「医師の養成数削減と偏在対策はセット。強力な偏在対策がないと養成数を減らすことはできない。課題を1つずつ潰していく必要があり、前例にとらわれず、規制あるいは規制緩和も含めて考えないといけない」と改めて強調した。

また、神野構成員は「現在、地域枠以外で医師偏在対策に有効な手段はないのではないか」とした上で、診療科偏在における主な偏在対策として例示

された「専門医制度における専門研修プログラムのシリング」をあげて、「正直、専門医制度は偏在対策として全く機能していない。サブスペシャリティが増えているので、かえって診療科の細分化が助長されているのではないか」と指摘した。

全国知事会も、「専門医制度は激変緩和措置の名の下に募集定員が固定化されている状況が続いており、偏在対策として不十分。なお残る課題として対応が必要」との認識を示した。

国立国際医療研究センター理事長の國土典宏構成員は、神野構成員の発言を受けて、「専門医の養成を通じて偏在を是正する期待は大きいですが、かなり細分化され、窮屈な厳しい制度になっていることで、その後のキャリアを選びにくくなっているのではないか。本検討会から意見を申し述べることは有意義ではないか」と述べた。

また、中堅医師の活躍に関連して、定年を迎えた60歳以降の高齢医師の活躍についても検討が必要との考えを強



調した。

日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長の木戸道子構成員は、「近い将来での地方創生をどうすべきかといった青写真や共通認識が必要。医師だけの偏在を議論するのは難しい。人口減少社会の医療システムを本気で考えなければならない」との考えを示した。

診療科偏在については、「特に外科や産科などで医師数の減少が多いが、侵襲の多い処置で結果が悪ければ責任を問われやすい、拘束時間が長いといった労働環境の診療科では、覚悟して入ったとしても、くじけて辞めてしまう人もいる。専門医制度等で研鑽したのにもったいない。個人に業務や責任が集中しないよう分散する仕組みなど、対応を検討する必要がある」と述べた。

病院情報システムアプリ化トレンドへの対応

医療DX人材育成プログラム⑪

今年度も研修会を開催

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

2024年度も、全日病は「医療DX人材育成プログラム」を開催する。今年度のプログラムの目標は、第一に世界の趨勢を意識しつつDXを進めるために必要な必要最小限の技術に関する知識の習得、第二に病院が購入可能な金額でシステムを維持するために必要な知識を身につけてもらうことである。

DXは、業務の効率化を実現する「高

機能」と病院が購入可能な「低価格」を同時に満たす必要がある。それには病院情報システムを「院内のサーバーのネットワーク」から「アプリの連携によるネットワーク」に変更する以外に方法はないだろう。

例えば、スマホのアプリは驚くほど高機能で無料あるいは非常に低価格であり、エクセルは電子カルテの何百倍

も高機能だが価格は数千分の一レベルである。これらのアプリは、多くのユーザーが使用するのでカスタマイズできないが、価格も安い。

図1で、A病院の現在と近未来の情報システムを例に、病院情報システムの現状と将来を示した。図1右下は、院内に電子カルテなどのサーバーを置き、端末と接続して構築される現在のA病

院の病院情報システムを表す。図1上部はGoogle、Amazon、Microsoftのプラットフォーム上に、G-mail、Google翻訳、キントーン、Copilotなどのアプリが、プラットフォームの垣根を越えた互換性を保ちながら連携している世界の趨勢を示す。図1左下は、Googleのプラットフォーム上に複数の病院で共通に使用するアプリ型電子カルテを使用している、近未来のA病院を示している。A病院のスタッフは、アプリに仕事を合わせる不便さはあるが、スマホを通してどこからでも安全に電子カルテを利用することができ、音声入力や生成AIによる退院サマリの自動作成サービスが利用でき、しかも病院がベンダーに支払う額は、これまでのシステムよりかなり安くなっている。

診療所向け、100床未満の病院向けのアプリ型の電子カルテは日本でも普及し始めているが、中規模以上の病院向けのもの2024年5月時点で存在しない。しかし世界の趨勢を考えると、数年以内に高機能病院対応のアプリ型電子カルテが現れる可能性は非常に高い。病院業務を止めず、既存のシステムからアプリ連携型病院情報システムへの切り替えの道筋を考えられる病院スタッフを養成することを、今期の講座では目指したい。

(4面の研修告知欄も参照されたい。)

本号の紙面から

全日病診療報酬改定説明会 2・3面
四病協の来年度概算要求要望 4面

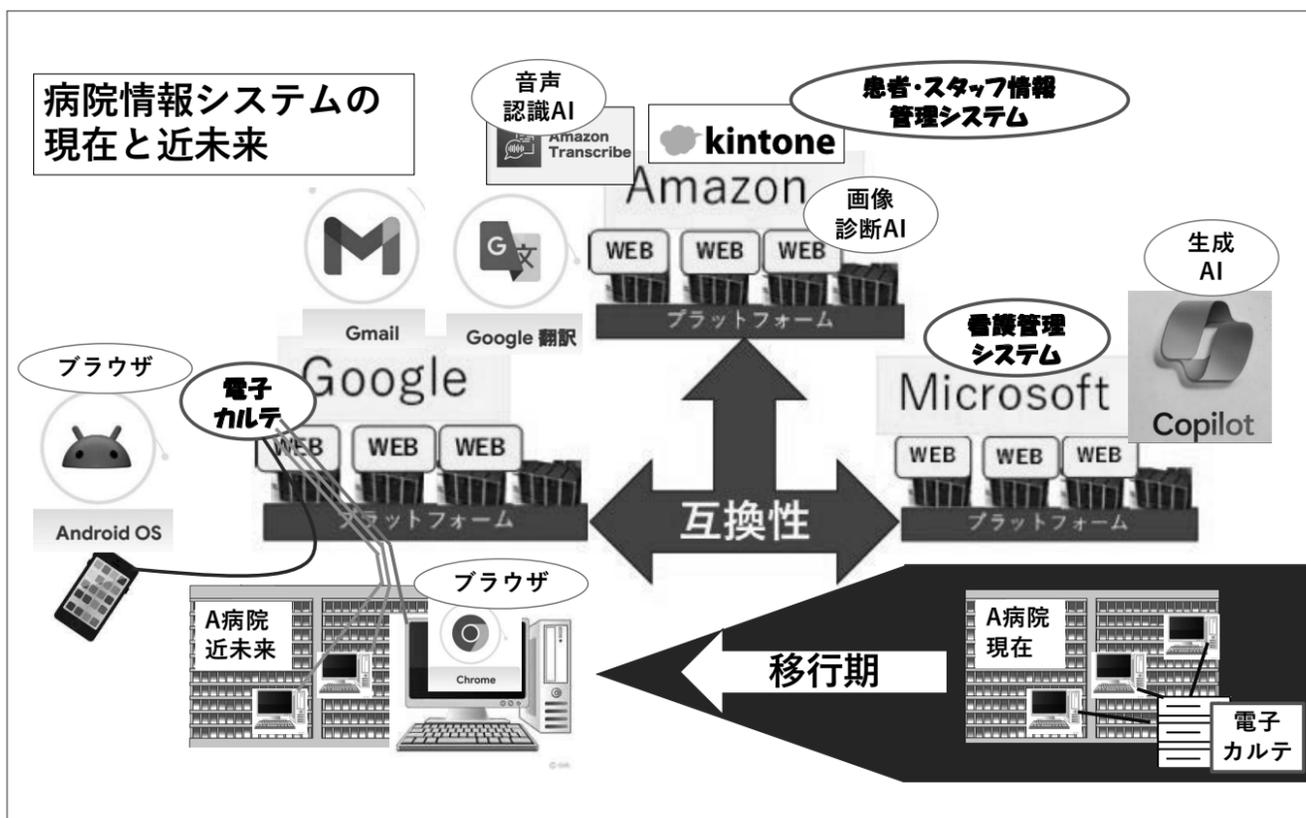


図1：病院情報システムの現在と近未来

地域包括医療病棟、「重症度、医療・看護必要度」、賃上げ対応

全日病・2024年度診療報酬改定説明会

医療保険・診療報酬委員会委員が分野別に担当し解説

全日病は2024年度診療報酬改定説明会をオンライン開催し、4月8日～4月15日の期間で放映した。改定説明会では、全日病の医療保険・診療報酬委員会の津留英智委員長(宗像水光会総合病院理事長)が「地域包括医療病棟」、太田圭洋副委員長(名古屋記念財団理事長)が「重症度、医療・看護必要度」、西本育夫委員(横浜メディカルグループ副本部長)が「賃上げ対応」について解説した。また、改定全体のポイントについて厚生労働省保険局の眞鍋馨医療課長が説明している。冒頭、猪口雄二会長が挨拶を行った。

猪口会長の挨拶、医療保険・診療報酬委員会の各委員の解説を紹介する。

全日病としても早期に実態把握

冒頭挨拶の要旨(猪口会長)

2024年度診療報酬改定では、基本方針の重点課題が「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」となり、改定財源の多くを用いて、医療関係職種の賃上げを実現するためのベースアップ評価料が新設された。ベースアップ評価料の算定では、確実に医療関係職種の賃上げに充てることが求められている。

入院料の見直しでは、急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」の大幅な見直しや平均在院日数の短縮があった。高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供するために、地域包括医療病棟が創設された。医療DXの推進に向けては、従来の加算が「医療情報取得加算」となるとともに、「医療DX推進体制整備加算」が新設された。また、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定であることに対応した見直しも行われている。

例年と異なり、6月施行であることも注意すべき点だ。全日病としても、早期に実態を把握した上で対応を検討



したいと考えている。

7対1病棟からの転換先を検討

地域包括医療病棟に関する解説要旨

(津留委員長)

地域包括医療病棟の新設の経緯から説明する。

2024年度診療報酬改定の議論では、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)での議論が始まる前に、6年に1度の同時改定であることから、中医協委員と社会保障審議会介護給付費分科会委員の一部が参加した「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」が3回開催された。その中で、当初の予定にはなかった「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療」がテーマとして追加された。

意見交換会でそのテーマを議論したところ、高齢者救急の受け入れ先として、急性期病棟ではなく、地域包括ケア病棟等での受け入れを推進すべきとの論点が出され、それに賛同する意見が出た。

その背景には、コロナの第8波に備え、コロナの重症度に応じてコロナ病床を設けたにもかかわらず、それが機能せず、軽症・中等症Ⅰの患者が重症・中等症Ⅱのためのコロナ病床を埋めて病床が逼迫した経験がある。また、看護配置7対1病床の減少を見込んで2022年度改定で急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の見直しを行ったにもかかわらず、その後、逆に7対1病床が増加してしまったという事実があると考えられる。

その後の中医協総会や「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の議論では、誤嚥性肺炎や尿路感染症で入院した高齢者の医療資源投入量は、急性期一般入院料1とその他の入院料であまり変わらないとのデータが出された。

これに対し、私は「高齢で要介護、認知症などがある患者は(医療資源投入量はあまり変わらず)通常の急性期の患者よりも手間がかかっている。それを看護配置13対1の地域包括ケア病棟等で診療するのは無理がある」と分科会の委員として主張した。同様に分科会の委員である猪口会長も、「救急搬送時に誤嚥性肺炎や尿路感染症の重症度を判断することは難しい」と述べ、診断が確定しない救急搬送の受け入れ時は急性期が望ましく、適切に下り搬送を評価すべきと主張した。中医協総会の議論でも、診療側の委員から、高齢者の救急搬送を地域包括ケア病棟等で受け入れることは難しいとの意見が相次いだ。

厚労省もそのような意見を一定程度受け入れたのだと想像する。中医協ではその後、新たな入院料の創設を示唆する資料が提示され、昨年12月17日になってようやく高齢者の救急患者等に対応する新たな入院料のイメージが示された。それが地域包括医療病棟となった。

地域包括医療病棟は、「地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟」である。名称に「急性期」という文字が入っていないのは、急性期入院医療の機能分化を推進し、急性期病床を減らす方針が背景にあるからかもしれない。

施設基準をみると、◇看護職員が10対1以上◇常勤の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上◇「必要度」の基準◇ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満◇平均在院日数が21日以内—などがある。

また、注加算で算定できる「看護補助体制充実加算」について、「当該看護補助者は、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」と規定され、診療報酬制度上で初めて「介護福祉士」が明示された。

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージは3パターンがある(下図)。

1つ目は、急性期一般入院料1を算定する病棟の一部を転換するもので、ダウングレードの方法である。「必要度」の見直しで急性期一般入院料1の維持は難しくなるので、この選択肢を考える病院は一定数あると思う。ただし、総合入院体制加算を算定する病院が、地域包括医療病棟を届出可能であるかは確認する必要がある。

2つ目は、急性期一般入院料2～6をまとめて、あるいは一部を地域包括

医療病棟に転換する選択肢である。注加算等を含めれば、評価としてはほぼ同水準となる。答申書附帯意見に盛り込まれたように、今後、急性期入院料2～6の再編の議論が中医協で行われることが予定されており、6年程度かけて地域包括医療病棟に収斂させる改定が行われる可能性がある。

3つ目は、地域包括ケア病棟からの転換だが、これはアップグレードであり、現実的には高いハードルになると思う。なお、地域包括医療病棟の在宅復帰率は「80%以上」だが、復帰先に回復期リハビリテーション病棟や介護老人保健施設は含まれているが、地域包括ケア病棟は含まれていない。

公益裁定で厳しい見直しが決定

重症度、医療・看護必要度に関する

解説要旨(太田副委員長)

今回改定では、急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)が大幅に見直されるとともに、平均在院日数も「18日以内」から「16日以内」に短縮された(3面上表)。

該当患者の基準は、これまで「A得点が2点以上かつB得点が3点以上」、「A得点が3点以上」、「C得点が1点以上」のいずれかを満たすことが求められていた。今回改定では、B項目を廃止した上で、該当患者の基準が2つになり、どちらも満たすことが必要となった。具体的には、割合①が「A得点3点以上」または「C得点1点以上」、割合②が「A得点2点以上」または「C得点1点以上」となっている。

なお、A項目は「モニタリング及び処置等」、B項目は「患者の状態等」、C項目は「手術等の医学的状況」である。

B項目の廃止に加えて、A項目が大きく見直され、「創傷処置」「呼吸ケア」「注射3種類以上の管理」などは厳格化され、「救急搬送後/緊急に入院を必要とする状態」は5日間から2日間に短縮化された。

例えば、「創傷処置」は、「評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外する」ことになった。「注射薬剤3種類以上の管理」は、「7日間を該当日数の上限とする」とともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外する」ことになった。特に後者の影響が大きい。

また、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数が5日間から2日間に変更されたことは非常に厳しい見直しである。

このような改定が行われた背景を考えると、急性期入院医療の機能分化を推進するという政策目標がある中で、前回改定で「必要度」を見直したにもかかわらず、急性期一般入院料1が増加したこと、地域包括医療病棟の創設と関連する高齢者救急の受け入れ問題があると考えられる。

例えば、高齢者救急に多い内科系疾患の尿路感染症や誤嚥性肺炎の医療資源投入量は、急性期一般入院料1の受け入れと他の入院料の受け入れで大きな違いはないとのデータが中医協で示された。重症ではない高齢者が急性期一般入院料1に入院しているということを示している。

急性期一般入院料1であっても重症ではない高齢者救急の受け入れが多いのは、そのような患者の状況でも「必要度」の該当患者の基準を満たすことが

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

➤ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1(7対1)、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受け入れが可能である病棟においては、転換が可能。

できるからであるとみなされた。例えば、「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」(5日間)の項目を満たすが、他の項目を満たさない患者が多いとのデータが示された。

今回改定で、救急搬送後の入院等が2日間となったため、3日目以降、項目を満たせなくなる患者が増えることが想定される。

これらの項目や該当患者割合の基準の見直しは、中医協の公益委員による裁定で決まった。診療側と支払側の意見の隔たりが大きく、見直し案で一致できなかったからである。

公益裁定による「必要度」の見直しが病院に対してどのような影響を与えるかと言うと、厚労省のシミュレーションでは、急性期一般入院料1の新たな「必要度」を満たせない病院のカットオフ値は10.9%。ただし、これは現状で「必要度」を満たせず、コロナ特例により満たしている病院(4.5%)を除いているため、それを加えると、15.4%の病院が脱落するという計算になる。

さらに今回改定では、200床未満の病院であっても、急性期一般入院料1であれば、「必要度」の「Ⅱ」が求められることになった。この影響も大きいと考えられる。

各病院は「必要度」見直しなどの影響についてシミュレーションを行い、急性期一般入院料1の施設基準を満たすことが難しくなるのであれば、他の入院料を検討する必要がある。

選択肢の一つとして、地域包括医療病棟がある。高齢者救急が増加していることを背景に、急性期入院医療の機能分化を推進するために創設された。

救急患者を受け入れる体制から早期退院に向けたリハビリテーションや栄養管理など包括的な機能を提供する病棟であり、点数を含め評価できる。しかし、施設基準は厳しく設定されていることには注意が必要だ。いずれにしても、地域包括医療病棟が今後どのような病棟になっていくかを我々は注視していく必要がある。

一方、特定集中治療室管理料等やハイケアユニットの「必要度」の見直しも厳しくなっている。

特定集中治療室管理料1・2は、特定集中治療室用の「必要度Ⅱ」の基準を満たす患者が「8割以上」、「入室日のSOFAスコア5以上の患者」が「1割以上」となった。SOFAスコアは、臓器障害の重症度を点数化したものである。

また、SOFAスコアに患者指標と「専従の常勤医師の治療室内の勤務」を要件としない区分として、特定集中治療室管理料5・6が新設された。宿日直の医師を配置せざるを得ない場合は、かなり低い点数になってしまう。

ハイケアユニット用の「必要度」も大きく見直された。具体的には、「心電図モニター管理」や「輸液ポンプ管理」の項目が削除されたほか、「創傷処置」「呼吸ケア」などの見直しが行われた。該当基準割合の基準の変更や「Ⅱ」の導入もある。

これについても非常に厳しい見直しであると言わざるを得ない。

確実に賃金に充てる必要がある

賃上げ対応に関する解説要旨(西本委員) 昨今の物価高騰、30年ぶりの賃上げ傾向など経済社会情勢が変わり、医療の人材確保に大きな影響を与えている。このような状況を踏まえ、2024年度診療報酬改定は、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」が重点課題となった。

賃上げ対応には2種類がある。改定

率の0.61%分が「看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、2024年度にベア目標+2.5%、2025年度に同2.0%を実施していくための特例的な対応」である。0.28%分が「40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分」である(3面下表)。

「2024年度にベア+2.5%、2025年度にベア+2.0%」を実現するための対応には3つの要素があり、①医療機関や事業所の過去の実績ベース②診療報酬による賃上げ対応③賃上げ促進税制の活用であり、診療報酬による賃上げ対応だけでは、政府が求める賃上げの実現目標は達成できない。

また、今回の賃上げの状況については、賃金引上げに係る計画書、賃金引上げの実施状況の報告書の提出(毎年)、抽出調査などにより報告が求められている。

診療報酬による賃上げ対応では、0.61%分の対応として、外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ・Ⅱ、入院ベースアップ評価料などが新設された。0.28%分の対応では、初再診料等と入院基本料等を引き上げる。既存の看護職員

処遇改善評価料を含め評価料による賃上げについては、賃上げ促進税制における税額控除の対象となる。

これらの診療報酬収入により賃上げを行うことになるが、その前にベースアップとは何かを考える必要がある。

ベースアップ評価料は、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとに点数設計を行っている。この報酬分を「基本給または決まって毎月支払われる手当の引上げ」(ベースアップ)により充てる必要がある。連動して引き上がる賞与分や事業主負担の増額分も含まれる。

このため、賃金表内での職員の給与の変動は定期昇給に該当し、ベースアップには該当しない。賃金表に記載する額そのものを引き上げることがベースアップである。一方、賃金表がない医療機関の場合は、給与規定や雇用契約に定める基本給等の引上げとなる。

医療機関では、2024年度と2025年度の2年間の賃上げを計画する。ベースアップ評価料による改定率0.61%分は、対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設計されている。これを2年間で配分する上で2パターンが考えられるが、いずれの場合でも算定額をす

べて賃上げに使う必要がある。

例えば、2023年度の給与総額が1億円であった場合、2年間のベースアップ評価料の算定額は460万円となる。2024年度にまとめて引き上げるパターン1では、2024年度に230万円、2025年度に230万円の充当となる。「2024年度にベア+2.5%、2025年度にベア+2.0%」を目指す政府目標に沿った段階的な引上げを行うパターン2では、2024年度に165万円、2025年度に295万円の充当となる。

報告書については、施設基準の届出書とあわせて、賃金引上げに係る計画書及び報告書を地方厚生局に提出する。この中で、ベースアップ評価料が原則ベア等に充てられているかが確認される。さらに、計画書及び報告書では、ベースアップ評価料による賃金引上げの状況だけでなく、自主財源等を含めた全体的な引上げ状況とベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務医師等(0.28%分)の職種の状況も聞かれる。別途、抽出調査も予定されている。

ベースアップ評価料の試算については、厚労省ホームページに「計算支援ツール」が掲載されている。

急性期一般入院料1等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

Table with 2 columns: 現行, 改定後. Content: 【急性期一般入院基本料】【施設基準】当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日(急性期一般入院料1にあつては18日)以内であること。 → 【急性期一般入院基本料】【施設基準】当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日(急性期一般入院料1にあつては16日)以内であること。

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。 ①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること ②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

Table with 2 columns: 現行, 改定後. Content: 【急性期一般入院料1】【施設基準】当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体(延べ患者数)に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。 → 【急性期一般入院料1】【施設基準】当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体(延べ患者数)に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表2のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること)。

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く)について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価 外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I) ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ(区分は設けない) (新) 外来・在宅ベースアップ評価料(I) 初診時6点 再診時2点 等

※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準(給与総額の1.2%増)に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) ・ 一定の水準(対象職員の給与総額の1.2%)に達するため、評価の区分(8区分)を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ (新) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

② 入院患者に係る評価 入院ベースアップ評価料 ・ 必要な評価の区分(165区分)を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ (新) 入院ベースアップ評価料(1日につき) 1 入院ベースアップ評価料1 1点 2 入院ベースアップ評価料2 2点 ↓ 165 入院ベースアップ評価料165 165点

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告 ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ(ベースアップ等)に用いる必要(令和6年度から令和7年度への繰り越しは可)

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置 ・ 賃上げの計画及び毎年の実績(各年)についてベースアップ評価料①~②に伴う報告や抽出調査等により把握

病院、有床診療所

病院の物価対応と強靱化を来年度予算の最重点要望事項に

四病協 2025年度予算概算要求に関する要望書をまとめる

四病院団体協議会は4月24日に総合部会を開催し、2025年度予算概算要求に関する要望書を大筋で了承した。最重点要望事項として、「物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立」「病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策」を掲げた。猪口雄二会長の代理で会見を行った全日病の織田正道副会長は、物価等対応について、「診療報酬改定は2年に1度であり、急激な変化に対応できる柔軟な仕組みが必要だ」と訴えた。

保険医療機関は診療報酬という公定価格で運営しており、価格転嫁で物価高騰に対応することができず、昨今、非常に厳しい状況に置かれている。要望

書では、「物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立」について、「社会情勢の変化を診療報酬に反映させられる全く新しい制度」の必要性を主張している。

「病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策」に関しては、最近でも能登半島地震をはじめ災害が相次いでいる。また、災害対応だけでなく、現状の診療報酬は医療機関の増改築ができる水準が確保されていない。総合部会の議論では、病床削減を伴う病院の合併などを中心に補助される地域医療介護総合確保基金ではなく、老朽化等に対応したかつての医療施設近代化施設整備事業のような事業の復活を求め

る意見が出された。

要望書では最重点要望事項以外にも、人材確保や医療DXに関する予算措置を含め、2025年度予算に関わる様々な重要項目などを盛り込んでいる。5月中旬に厚生労働省に提出する。

また、総合部会では、当面の経済財政の方針を閣議決定する骨太の方針に向け、財務省が「診療報酬の地域別単価の導入」を提案するなど医師偏在対策の議論が活発になっていることに対しても議論が行われた。四病協として、状況の推移を注視しつつ、対応を慎重に検討するとの方針を確認した。

最近開催された厚労省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」や「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」などをめぐる議論もあった。織田副会長は両者に関し、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の急増を踏まえた新たな地域医療構想やかかりつけ医機能の制度整備が求められることを強調した。在宅療養支援診療所・病院の役割が大ききことも加えた。

■ 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
特定保健指導実施者 経験者研修 60名	2024年7月6日(土) 全日病会議室	22,000円(33,000円)(税込)	厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム(2024年版)」に記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った2024年度の標記研修。全日病が交付した「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」及び「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)(食生活改善指導担当者)」を継続更新するための単位(2単位)に該当する。保健指導経験年数3年以上の方を対象とする。
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、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。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース 48名	2024年7月24日(水) 全日病会議室	13,200円(17,600円)(税込)	座学だけの受け身の研修ではなく、全日病の個人情報相談窓口実際に問い合わせのあった事例を用いたグループワークで、より実践的な知識を身につける研修となっている。参加者には「受講認定証」を発行する。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関空発着 20名 福岡発着 20名	2024年10月30日(水)～ 11月4日(月)	成田発着 391,400円 関空発着 398,900円 福岡発着 400,400円	今年で46回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
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。
医療DX人材育成プログラム 150医療機関(最大450名)	2024年7月11日(木)～11月21日(木) 全10回 WEB開催	250,000円(500,000円)(税込) 1 医療機関 (1医療機関につき3名まで受講可) ※厚生労働省人材開発支援助成金(事業展開等リスクリング支援コース)の活用により、最大で「273,900円」の助成金を受けることが可能。詳細は開催案内を参照。	本紙1面の記事に示すように、世界的なDXのトレンドを把握しながら、病院の業務を止めず、ベンダーへの過度な依存を行わず、病院の支払える範囲での実現可能な情報整備計画などを自院で作成・実行できる人材を育成することを目的としたプログラム。1病院3名のチームでの受講を基本とし、所定の課程を修了した受講者に「全日本病院協会認定 医療DX責任者」として認定し、「修了証」を授与する。
病院経営継続学習講座 48名	第1講座 2024年6月9日(日) 第2講座 2024年8月4日(日) 第3講座 2024年10月6日(日) 第4講座 2024年12月8日(日) WEB開催	44,000円(税込)	病院経営に関わる方が、継続して学習する場として設置した講座。第1講座は「医療政策情報」(池上講師)、第2講座は「病院経営管理手法」(萩原講師)、第3講座は「病院経営分析手法」(萩原講師)、第4講座は「病院共通課題」(萩原講師)。講座の受講修了者は、病院経営士及び病院管理士、看護管理士の認定更新要件を満たす。
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、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。