



全日病 NEWS 2023.12.15

No.1046

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

医療・介護の適切な財源確保を求める

国民医療推進協議会 2024年度同時改定に向け、総決起大会を開催

全日病を含む医療・介護関係42団体で構成する「国民医療推進協議会」(会長=松本吉郎日本医師会会長)は12月4日、都内で「国民医療を守るための総決起大会」を開催した。大会は約200名の国会議員を含む約1,100名が参集。物価高騰や賃金上昇に対する取組みを進め、国民に不可欠な医療・介護を提供するための適切な財源の確保を求める決議を採択した。

主催者挨拶で松本会長は「政府の年末の予算編成に向けた議論が本格化している。国民の生命と健康をしっかりと守るためにも、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あり、必要財源を確保することが大変重要だ。医療・介護従事者への賃上げを行って、人材を確保できる診療報酬の思い切ったプラス改定が必要」と

訴えた。

来賓として、自民党の田村憲久政調会長代行、公明党の伊佐進一厚生労働部会長が挨拶した。

田村代行は、財務省の財政制度等審議会の建議について「財政を守るための機関なので、わからなくもないが、物価が上がり、人件費を上げなければいけないと言っているなか、診療報酬改定をマイナスにするとは驚いた。完全に(病院と診療所の)分断を図ろうという意図が見える。開業医の狙い撃ちである」と批判した。

日医の茂松茂人副会長による趣旨説明の後、3名の協議会副会長が決意表明を行った。その後、日本医療法人協会の加納繁照会長が決議文を提案し、満場の拍手で採択された。最後に日医の角田徹副会長の音頭による「頑張る

う」コールを三唱し、締めくくった。

【決議】

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である。また、支え手が減少する中での人材確保が不可欠であり、政府からも持続的な賃上げが呼び掛けられている。

しかしながら、公定価格により運営する医科歯科医療機関、薬局、介護施設等は、その上昇分を価格に転嫁することができない。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

国民医療を守るための総決起大会

主催：国民医療推進協議会 協力：東京都医師会



応には十分な原資が必要である。

国民の生命と健康を守るため、医療・介護分野における物価高騰・賃金上昇に対する取組みを進め、国民に不可欠、かつ日進月歩している医療・介護を提供しなければならない。

よって、適切な財源を確保するよう、本協議会の総意として、強く要望する。

救急病院からの転院搬送の評価を議論

中医協総会 ICUでは宿日直の医師が治療室にいる場合の新区分を提案

中医協総会(小塩隆士会長)は12月6日、2024年度診療報酬改定に向けて、救急医療や高度急性期医療をテーマに議論を行った。救急医療については、救急医療機関等を受診後に、他の医療機関でも対応可能な患者を転院搬送す

る取組みに対する評価のあり方が論点となった。ただ、評価にあたって様々な要件が示されたことから、診療側からは慎重な意見が目立った。

厚生労働省が要件として示したのは、◇搬送元医療機関における救急搬送の

受入実績が一定程度以上◇搬送元医療機関において、受入先の候補となる各医療機関が受入可能な疾患や病態について、各医療機関や地域のMC協議会と協議を行った上で、候補となる医療機関を事前にリスト化◇搬送先からの

相談に応じる体制及び搬送先で患者が急変した場合等に再度患者を受け入れる体制がある一など。診療側からは、三次救急医療機関への患者集中を招きかねないとの懸念が示された。

高度急性期入院医療については、特定集中治療室において、宿日直による勤務の医師が治療室にいる新たな区分を設けることを厚労省が提案した。新たな区分では、専門性の高い看護師の活用なども論点として示されている。

中医協の診療側委員が医療機関経営の厳しさ訴える

医療経済実態調査 2022年度の医療法人病院の損益率は1.3%の赤字

2024年度診療報酬改定に向けた議論を行っている中央社会保険医療協議会の診療側委員は12月1日、厚生労働省が11月24日に報告した医療経済実態調査の結果に対する見解を表明した。「病院・診療所とも、コロナ後の経営状況は非常に厳しい状況にあると言え、さらに、物価高騰・賃金上昇を支える対応が必要な状況」であることを訴えた。一般病院全体の損益率は、コロナ補助金を含まないと▲6.7%の赤字。足元の状況はさらに悪化しており、2023年度は▲10.2%にまで落ち込むと予測されている。2022年度の医療法人病院の損益率は▲1.3%となっている。

診療側は、「2021年度、2022年度の損益率は、一般病院はそれぞれ▲5.6%、▲6.8%、一般診療所はそれぞれ6.0%、6.9%」と説明している。これは医療経済実態調査の総損益率から、コロナに関する診療報酬特例や補助金、かかりまし費用などの影響を除外した数字である。

医療経済実態調査での一般病院全体の損益率は2021年度が▲5.5%、2022年度が▲6.7%、コロナ補助金を含めると2021年度が3.7%、2022年度が1.4%。一般診療所(医療法人)の損益率は2021年度が7.1%、2022年度が8.3%、コロナ補助金を含めると2021年度が8.7%、2022年度が9.7%となっている。

コロナ補助金を含まない損益率にも、収入としての診療報酬特例や費用とし

てのかかりまし経費が入っているため、コロナの影響を取り除くため、両者も除外し厚生労働省が推計したものが、診療側が示した数字ということになる。コロナ補助金や診療報酬特例は一過性の収益であり、すべての医療機関が対象ではないため、診療側はこれらを除外した数字をみるのが妥当とした。

また、一般病院全体には、常に赤字基調の公立病院などが入っている。医療法人病院だけの損益率をみると、2022年度は、コロナ補助金を含まなければ赤字(▲1.3%)、コロナ補助金を含めると黒字(3.3%)になる。損益率は2021年度(▲0.2%)から2022年度(▲1.3%)にかけて悪化している。コロナ補助金がなければ、医療法人であっても赤字に陥ってしまう。その中でコロナ補助金はポストコロナに向け、解消される方向にある。

経営悪化に拍車をかけているのが、費用の増加だ。一般病院全体の医療収益は、2021年度から2022年度にかけて2.1%(入院診療収益が2.2%、外来診療収益が2.8%)上昇した。これに対し、医療・介護費用は3.2%の上昇で、収益の増加より費用の増加が大きい。医療・介護費用のうち、上昇が大きい費用項目をみると、最も割合が高いのは水道光熱費の32.2%、次いで紹介手数料20.1%、人材委託費6.4%、医薬品費の5.6%となっている。給与費は1.9%の伸びにとどまっている。

一般診療所は7.1%から8.3%に改善

一般診療所(医療法人)の損益率をみると、コロナ補助金を含まないと、2021年度の7.1%から2022年度の8.3%に改善している。コロナ補助金を含めると、2021年度の8.7%から2022年度の9.7%に改善している。コロナ補助金に加えて、診療報酬特例やかかりまし費用などの影響を除外すると、それぞれ6.0%、6.9%となる。

財務省などは病院と比べ、診療所の損益率が高く、コロナ禍を経て改善しており、「極めて良好な直近の経営状況にある」と指摘している。診療側の見解では、これに反論した。

2024年度の損益率(コロナ補助金を除く)の分布をみると、一般診療所の約3割が赤字。「物価高騰、賃金上昇が続く中、現状、コロナ特例は大幅に縮小されてきている。今後特例が廃止となり、さらに収益が下がれば、赤字施設の割合がさらに増え、地域の医療提供体制が維持できなくなる。そもそも経営基盤が脆弱な診療所では、倒産が相次ぐ恐れがある」と主張した。

2期連続赤字病院が4割を超える

全日病、日本病院会、日本医療法人協会は11月28日、2023年度病院経営定期調査の結果を発表した。

2021年度と2022年度の比較では、概ね医療経済実態調査と同様の傾向だが、一般病院全体の2022年度の損益率は、

コロナ補助金を含まないと▲7.6%、コロナ補助金を含めると0.1%であり、医療経済実態調査よりも低い損益率を示した。2021年度と2022年度を比較すると、経常利益が赤字病院の割合は、コロナ補助金を含まないと51.4%から60.1%に拡大、コロナ補助金を含めると18.1%から23.3%に拡大している。

病院経営定期調査では、2022年6月と2023年6月を比較した定点調査の結果も示している。それによると、経常利益が赤字病院の割合は、コロナ補助金を含まないと57.5%から65.7%に拡大、コロナ補助金を含めると55.5%から64.4%に拡大している。また2期続けて赤字となった病院は4割を大きく超えていた。

これらの結果について、病院経営定期調査では、「(2021年度と2022年度の比較において)医業費用では経費の上昇が際立ち、特に水道光熱費は約40%の伸びを示し、材料費、給与費等の増加も大きく、2022年、2023年6月期の前年同月比をみても、医療利益および経常利益における赤字病院割合の増加、赤字額の拡大がみられ、病院経営が逼迫する状況が厳しさを増している」と解説している。

本号の紙面から

広島学会・各委員会企画 2面
医療DX人材育成プログラム⑦ 3面
中医協が療養病棟等を議論 4面

続報・全日本病院学会 in 広島 10月14・15日にホテルグランヴィア広島などで開かれた広島学会の学会企画等を紹介します。

「かかりつけ医機能支援病院」として、気概をもって地域を支える

プライマリ・ケア検討委員会企画

本年5月、かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法などが可決、成立した。2025年4月に施行となるこの改正法では、かかりつけ医機能を「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と明記し、かかりつけ医機能を持つ医療機関は時間外診療の可否などを都道府県に報告することとなる。

冒頭、座長を務めた牧角寛郎委員長(社会医療法人聖医会 サザン・リージョン病院 理事長)から、全日病が2022年12月に発出した「かかりつけ医機能に関する全日本病院協会の考え方」の紹介があった。この中で「(地域に密着し)地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院」という考えとともに会員病院への支援方針が提示されており、その支援の一環として、大都市、地方都市、離島という異なる3地域における事例を共有する場とし

て、本企画の趣旨を説明した。

柳川達生講師(公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長)からは、東京都の急性期病院の視点から取り組みをご紹介いただいた。病院のある練馬区は現在も人口が増加しており、病床不足地域で、救急医療の60%は区外に搬送されている。地域の二次救急病院としての役割を果たしながら、在宅医療・在宅療養の支援機能を発揮し、行政とも足並みを揃えながら「かかりつけ医機能支援病院」の役割を担うことが地域における存在感を高めることになるとの見解を示した。

横倉義典講師(社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院 病院長)は、二次救急や災害拠点病院、COVID-19対応など地域のニーズに応える医療を提供してきた一方で、自院のある福岡県みやま市が高齢化率約40%の人口減少地域であることを紹介。働き方改革の推進とマンパワーの不足の中でニーズに応える医療を維持するためにも、かかりつけ医機能が重要であるとの見解を示し

た。また、「かかりつけ医」について医療側と患者側の認識の齟齬から着想した「かかりつけ患者登録制度」の取り組みを紹介。救急、入院のみならず在宅療養支援病院として、さらにかかりつけ医をサポートする地域密着型の病院として、自院の役割を位置付けた。

橋本孝来講師(医療法人上善会 かりゆし病院 理事長)はまず自院の成立を紹介。石垣島に位置し、八重山地域唯一の慢性期病院として始まり、現在はケアミックス型の医療を提供している。八重山地域では過去の反省から、中核病院の過剰負荷を避けるため多くの医療機関がかかりつけ医の機能を担っており、離島という立地から、行政や地域の海運会社等との密接な連携が築かれている。また、全職員が心肺蘇生術の講習を受講しており、自院でインストラクターも育成。地域の期待に応える中で、「かかりつけ医機能」を担う病院としての意識が醸成されている。

総合討論では、座長の小川聡子副委員長(医療法人東山会 調布東山病院)から地域の救急医療体制に関する政策等への見解について投げかけがあり、柳川講師、横倉講師からは今後増加が見込まれる高齢者救急対応への懸念が示された。また特に在宅医療における連携について、確立したノウハウを持つ生活に根差した医療者との協力が必要との意見が挙がった。

フロアからはかかりつけ医機能を地域で担う上での留意点について質問があり、橋本講師は、様々な相談に応じるというかかりつけ医特有の負担感を緩和していくことが肝要との見解を示した。

最後に学会のテーマでもある「未来の子どもたちへ」に向けて、地域の医療を如何に構築するかの検討があり、地域医療構想調整会議等の話し合いの場を地域にとって「役に立つ」ものとし、地域の医療を支える気概のもと、将来的な展望を持った取り組みを継続していくことが求められるのではないかとの見解で、本企画の締めくくりとした。

SDGsを通じ課題を「自分事」とした活動の実践を

病院のあり方委員会企画

SDGs(持続可能な開発目標)は、2001年に採択されたミレニアム開発目標の後継として、2015年の国連サミットにて経済・社会・環境の3要素を統合して設定されたものであり、現在、2030年に向け17の目標と169のターゲットが示されている。

2022年度の病院のあり方委員会では「SDGsに全日病はどう対応すべきか」の検討を行ってきた。委員会で専門家から意見を伺う中で、肯定的な見地からは「17の目標は一体で不可分」「全国連加盟国が合意」「目標への取り組み方は各国の自由」という特徴が示されたうえで、2030年に向けた折り返しを過ぎた現在も問題が山積状態にあり、目標への取り組みに関する日本の国際的評価の低下や、SDGsの国際的な推進の中で、取り組みを進めないと国際社会から乗り遅れる状況にあること等が指摘された。一方で懐疑的な視点として「17

項目の目標がいずれもトレードオフの関係にあること」への注意が示された。特に17項目全てに関わる気候変動とエネルギー問題を中心に「脱炭素」が政治化され、利権化されている現状が示され、SDGsの各項目に対応することには異論のない一方、組織としての社会への貢献は、医療も含め各事業体が本業をまず優先すべきとの指摘があった。

2023年1月に当協会会員に向けて実施したアンケート調査では、SDGsの「内容を含めてよく知っている」と回答したのは約半数であったが、73%が17目標は内外に実現を約束するコミットメントと捉えており、実際に取り組んでいる施設が38%、取り組みを計画している施設が38%あった。

徳田禎久座長(社会医療法人禎心会札幌禎心会病院 理事長)は基調講演で上記の経緯を説明し、SDGsの内容を理解した上で17目標に関連する前向きな取り組みに期待する一方、懐疑的

な指摘もあり、協会が推進役となるべきかどうかは、各病院が取組む中で改めて検討が必要である、という現段階での見解を示した。一方で、SDGsが社会に定着しつつある中で各医療機関における目標達成に向けた取り組みは重要であり、指定演題として取り上げた2つの事例を参考として示す。

諸井尚徳講師(医療法人東山会 調布東山病院)からは電気使用量削減の取り組みの紹介があった。使用量削減の取り組みを掲げた初年度は声掛けのみにとどまるも、2022年度は経営方針に「電気使用量5%削減」を掲げ、結果として9%の削減に成功。経営方針に掲げたことに伴い、部署別にデータを示したうえで具体的な削減に向けた「施策表」の提出を求め、施策を「YWT(Y=やってみたこと、W=わかったこと、T=次にやること)」に分けて発表する等の取り組みを推進。SDGsへの対応を職員が自分事として取組む風土の醸成が結果につながったとした。

中村俊太郎講師(公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院)からは「Wエコプロジェクト」の実践について紹介があった。Economy(経済)とEcology(自然環境)を掛け合わせたこの取り組みは、院内から生じるゴミの削減と省エネルギー化を主とし、活動開始から13年でゴミ廃棄量18%、電気使用量8.5%、CO₂排出量40%の削減に成功。削減できた費用は設備投資費等と概ね相殺されるとしながら、継続してSDGs等に向けた活動に取り組んでいることが、病院へのポジティブなイメージとして経済面以上の効果を生んでいるとしている。

発表後、それぞれの施設でSDGsという目標を通じ、職員一人一人が課題を「自分事」と捉えて活動していることが評価された。また取り組みの入口としてデータ化の推進や「YWT」のように、繰り返し行い、検証していく仕組みが重要との声が上がった。徳田座長はこうした意識改革を経た波及効果として新たな取り組みが生まれていくことへの期待と、その取り組みを会員に共有していくことを協会の役割として示した。

医療事故調査制度への医療機関の対応と課題

医療安全・医療事故調査等支援担当委員会企画

適切に院内調査できる体制の構築

学会2日目に医療安全・医療事故調査等支援担当委員会の企画セミナーが開催された。本セミナーでは医療事故調査に対して多くの会員病院の認識を深めることを目的としている。

初めに当委員会の細川吉博副委員長から、事故調査が余計な訴訟を防ぎ、職員、ひいては病院を守ることに必要との開催挨拶を行った。

次に飯田修平委員から、事故調査の関心が薄いのは、法令解釈の違いと院長としての管理者の認識不足との指摘がなされた。事故調査、原因究明(再発防止)と責任追及が混同されていると述べた。

続いて飯田委員の座長により進行され、永井庸次特別委員からは本調査の対象は「医療に起因する、予期しない医療事故」であり、予期しないとは説明を個別に行ってそれがしっかりとカルテ上に記録されているものを示すとのこと。また医療法第25条第1項では

院長の研修会への参加と事故調査の指示の必要性について指摘された。院長としての管理者研修と合わせて院内での職員研修の必要性を述べられた。事故報告書については事実に基づき時系列に示し、再発防止策が必要であって過失の有無の検証にはしないこととの指摘があった。

長谷川友紀特別委員からは、事故調査委員会での外部委員の立場からのご講演を頂いた。この制度の目的はあくまで医療安全の確保であり、個人の責任追及ではないとのことをまず前提に、外部委員はしっかりと助言や事態の気付きを通じて委員会が適切に機能していることを示し、病院が開かれた健全な組織である事をアピールしていくことにも繋がると述べられた。

弁護士の立場から宮澤潤特別委員は、事故調査に迷った時は調査した方がいいと断言された。医療事故を広く捉えて解釈して調査することで原因究明を

目指さなければ、遺族にとって行動を起こすとしたら刑事、民事訴訟しかなく、不用意な訴訟の可能性があるとの事だった。その上で管理者への報告では再発防止策を追求すると同時に個人の責任追及の可能性も皆無ではないと言及された。遺族への報告では全面的開示が信頼感を生み、疑念を発生させず結果自らを守ることに必要と指摘された。医療事故調査センターへの報告では、病院からの申し立てで調査が始まるのに平均2年4ヶ月の時間を要しているため、その間に裁判に持ち込まれる例もあるとのことだった。

病院における医療安全管理者の立場からとして練馬総合病院看護師長でもある安藤敦子氏からご発言をいただいた。報告する体制の大切さは院内教育の充実必要とのこと。そして当該職員の特にメンタルでの支援の必要性、遺族への真摯な対応が不可欠と話された。最後に演者が壇上に揃って総合討議

が行われた。特に職員にとって万が一責任追及となっても民事訴訟については病院が補償するが、刑事訴訟法は個人に対して訴追されるとの指摘に対しても、宮澤特別委員から報告書で報告される例はおおよそ示談が完結しており、不起訴の可能性が大きいと指摘された。安藤様からは、遺族対応で職員の立ち振る舞いが遺族に見られているからこそ、事例の共有が大切との発言があった。

永井特別委員は再発防止策を作成して必ず実行することの大切さ、長谷川特別委員から事故調査制度を活用してオープンな病院にしていくことの大切さ、宮澤特別委員からは何よりも訴訟を防ぐという対応の大切さ、安藤様からはこの制度が職員の自己研鑽の場にもなっているとの発言があった。

限られた時間のセミナーではあったが非常に内容が豊富で、参加された方におかれてはきっと自院に戻りすぐに実行していける内容にまよっていただけ感じた。実際に支援を相談される医療機関は決して多くはないが、今後の当委員会の活用をお願いし、報告とする。

広島学会の風景



AIやChatGPTが切り開く医療DXの未来を講義

医療DX人材育成プログラム⑦ 病院でのオンライン診療の取組みも報告

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7回目の講習会の内容を紹介する。第7回講習会は、10月5日(木)13時～16時にZoomで開催され、136病院、312人が参加した。

日頃使用しているスマホやタブレットの種々のアプリ、キャッシュレス決済、ネットバンキングや飛行機の予約システムに使用されているアプリは、全てクラウド・ネイティブな環境下でWEBという技術を中心に開発されている。本講習会の主要な目的は、「世界のDXを牽引しているWEBという手法を用いて開発された“安価”、“高機能”、“高セキュリティ”の情報機器を、日本の病院に取り入れるために必要な知識を提供すること」である。本講習会の第5回目においては、日本で最初にクラウド・ネイティブWEBカルテを用いて病院システムを構築した医療法人正幸会病院のこれまでの取り組みを、ケーススタディーの手法を用いて紹介した。

今回(第7回)の講習会の前半は、第5回にケーススタディーで紹介した正幸会病院の東大里院長を招き、「医療DXに取り組んでみた」というタイトルの講演が行われた。東先生は講演の冒頭、「予約は電話のみ、決済は現金のみ、長い待ち時間で対面診療、電子カルテの普及は41%であり、日本の病院

は、デジタル&クラウドを活用できていない」と指摘した。次に、AI(人工知能)やChatGPTが切り開く未来について語り、AIを適切に使わないことによって生じる不利益やリスクを説明した。その中で、ChatGPTを含めたクラウドサービスは、無尽蔵のIT資源の中から必要なときに必要な分だけ利用するサービスであり、導入のハードルが低く(初期費用が安い、スペース不要)、どこからでもアクセス可能であり、バックアップの必要なし(災害時のリスクが少ない)、システム更新作業が不要な技術であることを強調した。

続いて、スマホ、パソコンを使っているオンライン診療の話が始まった。オンライン診療を取り入れたきっかけは2018年3月診療報酬改定でオンライン診療料、オンライン医学管理料が新設されたことであり、「大阪初のオンライン診療の病院になろう」という思いがきっかけであった。開始早々コロナが始まり、オンライン診療の件数が急増withコロナ、Afterコロナの時代になっても件数が維持されている。そこから得た結論は、オンライン診療を希望する人は固定されるということであり、スマホを使いこなすITリテラシーの高い人は可能な限りオンライン診療を利用し脱落しにくいということである。

図に現在、正幸会病院が使用しているクラウドアプリを示す。既存のビジネスで世界中で使用されている高機能で、医療に特化して開発されたアプリと比べ格段に安いアプリをAPIで接続し、病院システムを構成している。

日本初のクラウド・ネイティブの電子カルテであるヘンリーの電子カルテも、図に示す情報管理のアプリと並ぶ、病院情報システムの一構成要素である。

後半の小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)による「システム開発」についての講義が行われた。

最初の講義項目である「①開発環境」とは、プログラミングにおいて、システムやアプリケーション等のプログラムを開発するためのソフトウェア等の組み合わせを意味し、システム開発に必要なプログラムの概要(役割分担)と、システム開発の概要(全体像)が説明された。

次の「②開発標準化の流れ」の講義では、2020年のデータヘルス改革に関する閣議検定の抜粋などを用いて、「技術は10年単位で推移、統一された電子カルテ、画一化された製品は現実的ではなく、クラウドベースで効率的で安全なシステムとなる可能性も追求する必

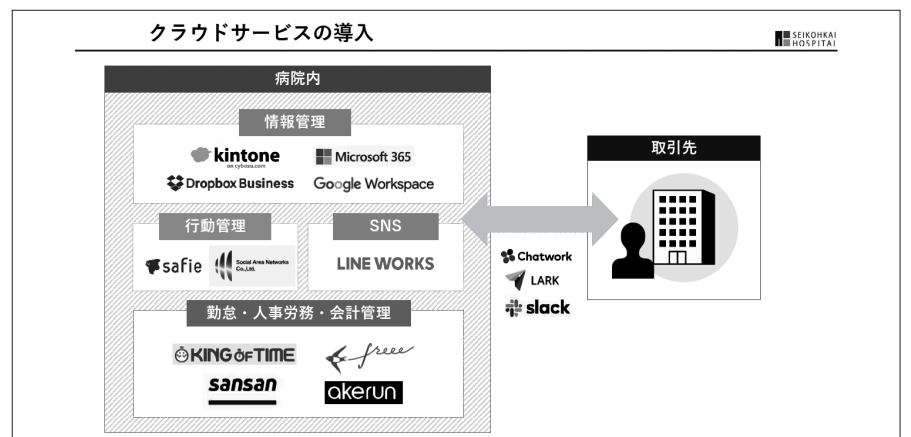
要もある」、「HL7 FHIRなどの標準フォーマットで出力するAPIの実装」などの国の目指している方向を説明した。

「③医療システムの課題」では、多方面からの課題の俯瞰を行った。

「④要件定義」では、システム導入の業務委託において、発注側の医療機関が、発注先(受注)企業に対して提示する自院の要件や要望を示した書類「要件定義書」(Request For Proposalの略)がシステム導入の要であることが説明され、どのようなプロセスを経て、どのような内容が決められているかの説明が行われた。

最後の講義である「⑤プロジェクトマネジメント」とは、プロジェクトの体制や運用方法を管理することであり、どのようなツールを使い管理するかの説明が行われた。

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7回の講習会が終了した。



人材確保・働き方改革等の推進が重点課題に

社保審・医療部会等 2024年度診療報酬改定の基本方針

厚生労働省は2024年度診療報酬改定の基本方針策定に向けて、基本方針の骨子案を11月29日の社会保障審議会・医療保険部会(田辺昭昭部会長)と医療部会(遠藤久夫部会長)に提示した。全日病副会長の神野正博委員は医療部会で、人材確保のための賃金改善を可能とする水準の診療報酬改定とするよ

う訴えた。

骨子案において基本認識は「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応」など4項目。基本的視点も4つあり、視点1「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」が重点課題に位置づけら

れている。

医療部会で神野委員は、「高額医薬品の増加、円安による輸入材料価格の上昇、昨今の世界情勢による原材料価格の高騰などが医療費の自然増に影響している。診療報酬ではぜひ、技術料や人件費をみてもらえるような立てつけを求めたい」と述べた。日本病院会

副会長の泉並木委員は、2024年4月から始まる医師の働き方改革への診療報酬上の対応が必要と訴えた。

他方、健康保険組合専務理事の河本滋史委員は、保険財政と国民負担が厳しいことを強調した上で、「従来にない大胆な配分の見直し」を進めることを主張した。

医療保険部会で、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、医歯薬連携の推進を基本方針に盛り込むよう提案している。

医療区分の精緻化など療養病棟入院基本料の見直しを議論

中医協総会

医療区分は疾患・状態と処置等を組み合わせ精緻化の方向

中医協総会(小塩隆士会長)は11月22日、2024年度診療報酬改定に向けて、療養病棟入院基本料をテーマに議論を行った。医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化することが論点となった。診療側は、病院の経営に与える影響をシミュレーションして提示することを厚生労働省に求めた。

療養病床における医療区分等は、2006年度の診療報酬改定で、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分。その後の累次の改定で見直しが行われた。2018年度診療報酬改定では、療養病棟にデータ提出加算が要件化され、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することが可能となった。

疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分を組み合わせ医療資源投入量の分析をすると、組み合わせにより、医療資源投入量のばらつきが大きいことがわかった。これを踏まえ、患者特性や医療提供に応じた評価を行うため、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化することが

論点となった。

方向性については、診療側・支払側双方とも賛意を示したが、診療側からは、「精緻化に反対ではないが、病院経営に与える影響のシミュレーション結果をみた上で、判断したい」(太田圭洋委員・日本医療法人協会副会長)との意見が出た。

療養病棟入院基本料「注11」に規定する看護職員配置が25対1で、点数が療養病棟入院基本料2の75%に減算される経過措置については、病院の意向と介護医療院などへの円滑な移行を丁寧に把握した上で、2023年3月31日で廃止とすることを、中医協として概ね了承した。

療養病棟におけるリハビリテーションについては、療養病棟入院基本料1・2の医療区分・ADL区分で、点数が最も低い入院料Iで算定件数(単位数)が多いとのデータが示された。これに対しては、低い入院基本料を補う診療報酬を得るために行われているのではないかとの疑念が指摘されており、2単位を超えるリハビリテーションの評価が論点となった。

これに対し、健康保険組合連合会理

事の松本真人委員は、「回復期機能を担う地域包括ケア病棟でも2単位を超えるリハビリテーションは少ないことをみても、疑問に感じる」と発言。出来高算定できるリハビリテーションの制限を主張した。日本医師会常任理事の長島公之委員は、「一部の地域では、療養病棟が回復期機能を担っている。また、介護施設ではできない(廃用症候群防止のための)リハビリテーションなどが行われている場合がある」と慎重な姿勢を示した。

療養病棟入院基本料の中心静脈栄養については、評価に一定の上限日数を設けることと、ガイドラインなどで経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については、医療区分3ではなく、医療区分2として評価することが論点となった。

厚労省は、「消化管が機能している場合は中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本とされている。また、療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し生命予後が良好で抗菌薬の使用が少ない」と説明するとともに、「中心静脈栄養の開始から日数が長期になるほど、カテーテル

関連血流感染症発症の履歴のある患者割合は高くなり、151日以上では31.2%」などのデータを示した。

これに対して、診療側の委員からは、医療現場の実態を踏まえた見直しを行うべきとの意見が相次いだ。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、経腸栄養が禁忌で、中心静脈栄養の適応とされる疾患を限定して定めているガイドラインでも、規定は明確ではないと指摘。特に、療養病棟では、患者・家族の意向を含め、相対的に中心静脈栄養が適応と判断される場合があり、経腸栄養に優位性があるとは必ずしも判断できなかつた。「上限日数の設定」については、太田委員が「患者の追い出しにつながりかねない」との懸念を示した。

障害者施設等入院基本料等については、障害者施設等入院基本料2～4の病棟において、慢性腎不全患者を多く受け入れている施設がある。「透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすること」が論点となった。支払側の委員は賛成し、診療側からも一定の理解が示された。

リハ・栄養・口腔の一体的な推進を議論

中医協総会(小塩隆士会長)は12月1日、リハビリテーション・栄養・口腔をテーマに議論を行った。2024年度診療報酬改定では、これら3つの一体的な推進が重要な課題となっている。

同日議論になった具体的な論点としては、ADL維持向上等体制加算の取扱いが議論された。同加算は2014年度

改定で導入されたが、医療機関の届出は伸び悩んでいる。診療側の委員からは、「(1日80点の)点数が低すぎる」との意見が出され、ADL維持向上等体制加算の充実が求められた。

医療と介護の連携では、「リハ実施計画書を提出することを疾患別リハビリテーション料の通則に位置づける」

「退院時共同指導料2の共同指導に参加する職種に老健・介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等が参加することが望ましいことの明確化」が論点になった。支払側は賛成したが、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「現場に与える影響が大きい」と前者の論点に反対した。

栄養については、特に急性期病院で入院早期に栄養スクリーニングを実施し、低栄養状態の患者を把握し、個別の栄養管理を推進する方策を議論した。長島委員は、全患者への栄養スクリーニングの実施には慎重姿勢を示した。

口腔については、回復期リハビリテーション入院患者への口腔管理を推進するため、リハ実施計画書に口腔管理に関する項目を追加することや、歯科医療機関との連携が論点となった。

■ 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
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	①2024年1月6日(土) ②2024年1月7日(日) 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)と総合的な診療の実践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が概ね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。
AMAT 隊員再認定研修 ※2023年3月に更新ができなかった方への特別企画 500名	①2024年1月9日(火) ②2024年1月10日(水) WEB開催	5,500円(税込)	AMAT 隊員の認定では、継続認定のために認定後の5年間で5単位を取得する必要があるが、新型コロナの影響を踏まえ、2023年3月31日で有効期限を迎えたAMAT 隊員は更新保留として取扱い、再認定のための研修会を特別企画。
病院医療ソーシャルワーカー研修会 70名	2024年1月27日(土) 2024年1月28日(日) 全日病会議室	22,000円(29,700円)(税込)	病院施設における医療ソーシャルワーカーを対象とした集合研修によるワークショップ形式の研修会。本研修を2日間通して参加された方には、全日病より「受講修了証」を発行する。本研修は公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会の認定する認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象となる。
TQM実現のための医療QMS基礎講座 60名	2024年2月10日(土) 全日病会議室	13,200円(19,800円)(税込)	本研修は講義とグループワークの2部構成となっており、午前中の講義ではQMS(品質マネジメントシステム)の考え方を早稲田大学の棟近雅彦先生に講義いただいた後、実際にQMSを導入している2病院(調布東山病院・大久野病院)から実際のQMS取組みについて発表していただく。
病院の多職種リーダー研修会 一専門職から組織人へ 48名	第1会合 2024年2月22日(木) 第2会合 2024年3月8日(金) 第3会合 2024年3月22日(金) WEB開催	38,500円(49,500円)(税込)	病院は多職種が協働し、多職種協働のあり方が問われている。病院としても、各職種が専門技術を習得するだけでなく、組織全体を見渡しさらには経営参画できる人材が育成されることが望まれている。医師以外のすべての部門の管理者、リーダークラスまたはその候補者を対象に、講義やグループ討議・発表などを行う。
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)	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。