



全日病NEWS

2023.7.1 No.1035

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

猪口雄二会長が4期目 5名の副会長も続投

第11回定時総会 「当面の大変な時期を現有戦力で乗り切る。会長は今期まで」猪口会長

全日本病院協会は6月17日に第11回定時総会を開き、次期役員を選任するとともに、会長等選定理事会で、4期目となる猪口雄二会長の続投を決めた。織田正道副会長、美原盤副会長、神野正博副会長、安藤高夫副会長、中村康彦副会長の5名も続投する。猪口会長は、「2024年度にかけて、本当にいろいろなことが起きる。来年春を乗り切るには、現有戦力を変えないほうがよいと考えた」と状況を説明。その上で、4期を最後に、会長職を辞する意向を示した。

20名の常任理事には、大橋正實氏(北海道)、徳田禎久氏(北海道)、細川吉博氏(北海道)、猪口正孝氏(東京都)、木村厚氏(東京都)、須田雅人氏(神奈川県)、山本登氏(神奈川県)、甲賀啓介氏(静岡県)、今村康宏氏(愛知県)、加納繁照氏(大阪府)、西昂氏(兵庫県)、宮地千尋氏(兵庫県)、大田泰正氏(広島県)、田蔭正治氏(徳島県)、津留英智氏(福岡県)、中尾一久氏(福岡県)、井上健一郎氏(長崎県)、山田一隆氏(熊本県)、池井義彦氏(宮崎県)、牧角寛郎氏(鹿児島県)が就いた。

このうち、静岡県の甲賀啓介氏は新任。猪口会長は、「常任理事の中で一番若い先生で、昨年の全日本病院学会in静岡の実行委員長であり、学会を上手にそして力強く運営して頂いた」と紹介した。

また、会長が欠けたとき等に理事会を招集する理事は中村副会長となっている。

この2年で次の体制に向け議論

猪口会長は会長就任の挨拶で、「(執行部が)何も変わっていないとの指摘もあると思うが、これには理由がある。2024年度は医療・介護・福祉の報酬のトリプル改定があり、医師の時間外労働規制も施行される。地域医療構想は2025年を目標年としてきたため、2025



年以降の新たな構想も考えないといけない。第8次医療計画も2024年度に始まる。医療計画の6事業目に位置付けられた新興感染症対応の取組みもある。あまりに多くのことがあり、いろいろな会議体も動いており、簡単に進められる仕事ではない。何とか来年の春を乗り切るには、現有戦力を変えないほうがよいと考えた」と説明した。

その上で、「会長職は4期目だが、今期で終わりにする。いつまでも同じ人間が会長をやるのは、組織の新陳代謝を図る上で、よくない。この2年間で次の体制に向けた議論を行わないといけない」と述べた。今後、全日病として、「大変な2024年度を乗り切るために、会員にはもれなく必要事項を伝達し、執行部として、さまざまな問題に対応していきたい」との姿勢を強調した。

また、猪口会長は、定時総会の冒頭挨拶で、6月16日に閣議決定された政府の経済財政運営と改革の基本方針2023(骨太方針)に触れ、今後の見通しを伝えている。

骨太方針2023では、トリプル改定について、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う」と明記された。物価高騰・賃金上昇などの影響を踏まえ、「必要な対応を行う」との文言になり、少子化対策の財源確保のために、医療費を抑制するとの文言は盛り込まれなかった。

背景には、介護団体を含め、四病院団体協議会や日本医師会が協力して、

政府・与党に働きかけた結果であるとして、関係者に謝意を表した。

一方で、「我々としては、社会保障費の底上げをお願いしたいが、これから年末に向けて、どのような動きが出てくるかということが重要になる。引き続き努力していきたい」と述べた。

羽生田議員と自見議員が来賓

来賓として、羽生田たかし参議院議員(厚生労働副大臣)、自見はなこ参議院議員(内閣府大臣政務官)が出席した。松本吉郎・日本医師会会長からはビデオメッセージが送られた。

松本日医会長は、「最近の医療情勢をめぐって、様々な困難があったが、全日病の力もあり、乗り切ることができた。猪口会長は日医副会長でもあり、物価・賃金高騰に対応したトリプル改定とするための要望でも、医療・介護団体をまとめるにあたり、指導力を発揮され、尽力頂いた。トリプル改定に向けては、より一層協力して取り組みたい」と述べた。

羽生田参院議員は、医師の働き方改革に言及。「皆さんは病院であるため、必ず、基本となる年960時間のA水準、年1,860時間の地域医療確保暫定特例水準のB水準、年1,860時間の集中的技能向上水準のC水準のいずれかを選ばないといけない。A水準であれば、手続は少なく済むかもしれないが、勤務医の労働時間の管理が重要になる。三六協定を結んだことのない病院も少なくないと考えられ、時間外労働規制の施行に向けては、これまで経験がなかった取組みで、大変だと思う。勤務環境改善支援センターが都道府県に設置されているので、活用し、何とか勤務環境を改善してほしい。また、そのような取組みに見合う報酬改定を求めないといけない」と、2024年度に向けた準備をお願いした。

自見参院議員は、骨太方針2023にも盛り込まれた政府のこども未来戦略会



議の少子化対策の財源について説明した。

少子化対策の財源は、「(2028年度までの)今後6年間は税財源を用いず、歳出改革等を行った結果として、生み出される財源を用い、実質的な国民負担を求めない」という整理になったことを伝えた。しかし、「これを実現する上で、こども未来戦略方針や骨太方針2023に書いてあることではわからないことがたくさんある。もう少し我々寄りの文章を書き込みたかったが、岸田総理の判断があった」とした。

結論的には、年末の予算編成に先送りされたということであり、「年末までが本当に大事な期間になる」と述べるとともに、自見参院議員自身が、「少子化対策の財源確保と社会保障の歳出改革の間で、板挟みになる」という難しい立場にいることを明かした。

2022年度決算を承認

定時総会の報告事項としては、織田副会長が2022年度事業報告を行った。決議事項としては、中村副会長が2022年度決算案を説明し、承認された。2022年度決算は、経常収益が6億8,639万円、経常費用が6億8,964万円で、325万円の赤字となった。

本号の紙面から

猪口会長が病院運営で講演	2面
中医協が働き方改革を議論	3面
若手経営者に聞くシリーズ⑥	4面
看護師等の基本指針改定議論	5面
2022年度入院医療等調査	6・7面
骨太方針2023を閣議決定	8面



左から中村副会長、神野副会長、織田副会長



左から猪口会長、美原副会長、安藤副会長

清話抄

HONESTY

フランスの作家アルベール・カミュの著作『ペスト』は、感染症が広がっていくなかでの人々の姿を描いた実存主義文学の傑作である。原因も、止める手立てもわからない感染症に直面し、

人々は不安と恐怖に落とされていく。はじめは楽観的であった行政も次第に対応に追われロックダウンを強制し、人類はパニックに陥り、経済も混乱していく。

この小説では、医学が発展しても「人類の行動」はほとんど変わらないことも描かれている。「人間の心」は不安・恐怖によって簡単に崩壊していくようである。「似非専門家」が現れてあたかも知っているようにふるまったり、「新興宗教」が横行したり、パニックと同

時に厳しい管理を行政が意味もなく行ったり。人類は「学問」よりもすんなりと頭に入ってくる「嘘」を信用してしまう。

このような、騒動のなかで何が大切なのかを小説の中で医師が問いかけられたとき、「それは・・・誠意」ですと答える。お互いを思う気持ちこそが感染症を広げない唯一の方法であると。

ビリー・ジョエルの歌「HONESTY」の中でもそれが難しいということが表現されている。しかし、人類にとって

かけがえのないものだ。

「学問」は、そうした「誠意」を支える大切なものだ。ただ、学べば学ぶほど、「誠意」の大切さを忘れがちになる。我々は「学ぶ」ことによって「こうでなくてはならない」「こうあるべきである」と言ってしまうことがある。特に医学・医療は人の生死にかかわるので厳密でなくてはならないが、あわせて「誠意」を忘れたくないものだ。

(竹川勝治)

主張

医療DXにおける推進と課題

最近、医療DX（デジタルトランスフォーメーション）について、医療関係者はもちろんのこと報道も含めよく耳にする言葉である。

病院にとってもオンライン資格確認や勤怠管理システムの導入など、対応可能な限り積極的に取り入れなければいけない時代になってきた。しかしながら医療・福祉業界においては、紙媒体での運用やFAXを用いた医療機関とのやり取りが今も多く見受けられる

現状にある。

このような状況下において少子高齢化による生産年齢人口の減少が課題となる中、医療DXの推進が特に重要となっている。医療機関は医療従事者の業務効率化を推進しながら患者サービスの向上を図るため、この取り組みについて早急に対応する必要があるだろう。

政府は2022年5月に「医療DX令和ビジョン2030」の提言を行い、厚生

労働省推進チームの設置を行っている。このチームにおける議事は、2023年4月4日までに3回開催されており、「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化」「診療報酬改定DX」を骨格としている。

これら骨格の推進についてはマイナポータルとの連携が必須である。総務省が公表している2023年3月末時点のマイナンバーカード普及率は67%となっており、普及率の向上が今後の医療DX推進の鍵を握っていると言っても過言ではない。また、マイナンバーカードについては資格情報の紐づけに誤りがあるなど政府の対応にも課題があ

るため、正確なデータ登録やセキュリティに対する強化を行い安心して利用できる環境づくりを政府には切望したい。

地域の医療機関においては、まだまだIT化に対して消極的なところもあり、この取り組みを円滑に進めるためには患者や医療機関による理解と行政からの支援が必要である。

医療DXに取り組むことにより医療機関と患者にとって有益であること、また将来的に様々な変革が期待できることを我々は伝え広めなければならないと考える。

(N)

介護や在宅医療を含めた新たな地域医療構想を考える

支部長・副支部長会

猪口会長が「2024年に向けた病院運営」をテーマに講演

全日病の猪口雄二会長は6月17日の第1回支部長・副支部長会で、「2024年に向けた病院運営」をテーマに講演を行った。◇医師の働き方◇医療DX◇第8次医療計画◇地域医療構想◇かかりつけ医機能一に関して、最近の情勢を報告するとともに、病院運営にとって重要なポイントを伝えた。

医師の働き方については、来年度からの時間外労働規制の適用を踏まえ、特に、宿日直許可の取扱いが説明された。時間外労働基準では、複数の医療機関に勤務する場合、労働時間が通算される。このため、宿日直許可が取れていない医療機関への宿日直が敬遠される可能性がある。猪口会長は、「宿日直許可を取ったほうが、大学病院などからのアルバイトが受けやすくなるのは間違いない」と述べた。

ただ、「二次救急で救急車を数多く受け入れる病院が許可を受けるのは難しい」。一方で、労働基準監督署も最近では、実態に即した判断を行うようになってきたという。例えば、2022年7月29日の事務連絡などにより、◇救急や産科だからという理由で、宿日直許可を取得できないことはない◇大学病院や基幹病院でも、宿日直許可を取る時間帯の工夫により取得しているケースがある一との考え方になっている。

特に、土曜夜から月曜朝までの連続した宿日直である「連直」でも、「宿日直の体制を確保するために、遠方から非常勤の医師を確保している」ような実態がある場合は、認められる事例が出ていることを報告した。実際、医師の宿日直許可の件数は、2020年に144件であったのが、2022年には700件を超え、さらに増え続けている。

病院団体の働きかけにより、厚生労働省に相談窓口が設置され、多くの相談が寄せられたことが、現場への理解に役立ったとの見方も示した。

標準型電子カルテは病院も対象

医療DXは、政府の工程表が6月2日に確定し、様々な分野の計画が同時並行で進んでいる。医療機関にとっては、今年度からオンライン資格確認が原則義務化され、そのシステムを通じた様々なネットワークが医療DXの基盤となる。診療報酬改定DXをはじめ多くの業務を社会保険診療報酬支払基金が担う。猪口会長は、従来の専用回線を用いた仕組みではないため、サイバーセキュリティへの対応と安全性を確保するための費用、業者の人手不足への懸念を示した。

電子処方箋については、病院の導入はまだ11施設で、普及していない。「病院内で個人認証を行うシステムの導入が進まない状況になっており、国もそれを認識している。病院側があせる必要はない」と指摘した。

一方、診療報酬改定DXは「共通算定モジュールの開発・運用」、「共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善」、「標準様式のアプリ化とデータ連携」、「診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等」の4つのテーマで検討が進んでいる。

背景には、2月半ばに診療報酬の改定内容がまとまり、その後、5月に医療機関が最初の請求を行うまでの間、ベンダや医療機関に膨大な業務が発生しているため、それを軽減するためということがある。

共通算定モジュールは、診療報酬の算定と患者負担金の計算を行うものと説明される。猪口会長は、「共通算定モジュールでレセプトは出せない。レセプトを出せれば、診療報酬の算定と患者負担金の計算はできるのだから、何の役に立つのかという話になる。実は、共通算定モジュールを作ることが目的ではなくて、それを基に、標準的なレセプトコンピュータを作り、クラ

ウドで運用する標準型電子カルテにバージョンアップすることを想定しているのではないだろうか」と述べた。

標準型電子カルテは、「診療所と一部の病院の利用が想定される。精神や療養、あるいは回復期リハビリテーション、地域包括ケアだけを行っている病院などが対象となり、総合病院などでは難しいと思う」と説明した。

病床機能から病院機能へ

第8次医療計画については、5疾病・5事業及び在宅医療で構成される医療計画に、今回から新興感染症対応も加わる。内容が膨大であるため、2点についてのみ指摘した。

1つ目は、循環器病対策推進計画における脳卒中・心臓病等総合支援センターのモデル事業として、支援センターを大学病院などに設置されていること。支援センターは、地域の病院やかかりつけ医と連携しつつ、患者や地域住民に情報提供し、相談を受け付ける事業を行っていることが報告された。

2つ目は、救急医療の考え方の整理で、「第二次救急医療機関は、高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関間の役割を明確化する」と記述されたことに着目し、今後、二次救急医療機関の役割や評価を明確化するための議論が行われるとの見方を示した。

地域医療構想は2025年を目標とした構想であるため、それ以後の構想を考える段階にきている。猪口会長は、現状の構想について、◇構想区域が人口2、3万～200万人超までばらばら◇急性期と回復期の区分が曖昧◇介護や在宅医療との整合性が取れない一などの問題を指摘。新たな考え方で構想を作らなければいけないと強調した。

その際に、病床機能で医療機能を表



すと、国民・患者にとってわかりやすく、病院が担う主な機能として、急性期と回復期を区別する困難も残る。

このため、介護や在宅医療と連携する機能を含め、病院機能として表すほうが望ましいとした。例えば、市区町村を圏域とする地域医療連携病院は、急性期も回復期も含んだ地域包括ケアの機能を担い、二次医療圏単位で二次救急を担う急性期病院とは異なる位置づけになる。

最後にかかりつけ医について、通常国会で成立した改正健康保険法等に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が盛り込まれ、それは、財務省の財政制度等審議会の建議などで主張されたような、かかりつけ医の法制上の明確化、認定、事前登録・医療情報登録ではないことが説明された。

厚労省の社会保障審議会・医療部会でまとめた「医療提供体制のあり方について」などに基づき、全日病では、かかりつけ医機能に関する考え方を示している。そこで、地域に密着し地域医療を担う病院を「かかりつけ医機能支援病院」として位置付け、民間中小病院の役割が重要であることを会員病院に周知している。

また、かかりつけ医については、「日本プライマリ・ケア連合学会と協働し、全人的な医療と相談機能に必要な病院総合医療育成事業の継続と拡大」を図っていることが報告された。

かかりつけ医機能を評価する診療報酬を議論

中医協総会

24時間対応は地域密着型病院との連携で確保

中医協総会(小塩隆士会長)は6月21日、2024年度診療報酬改定に向け「外来」をテーマに議論した。対象となった項目は、「かかりつけ医・医療機関連携」、「生活習慣病対策」、「外来機能の分化の推進」、「オンライン診療」。医療DXの推進を含め、紹介状なしで受診する場合に定額負担を求める病院に紹介受診重点医療機関が加わったことや、かかりつけ医機能の制度整備を含む改正健保法が先の通常国会で成立するなど、外来を取り巻く状況は変化している。ただ、次期改定でこれらにどこまで対応するかはまだみえない。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「かかりつけ医機能の制度整備については、今後の議論で方向性が明らかになる」と指摘し、現時点では、これまでのかかりつけ医機能の評価の検証を行うことが重要との考えを示した。また、糖尿病治療に医科歯科連携が効果があるなど、エビデンスを積み上げていくことが必要であると強調した。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「2022年度改定ではかかりつけ医機能の議論が十分にできなかった。しかし、今回は、かかりつけ医機能の方向性が示されたので、議論

を進められる」と主張した。その上で、24時間対応を可能とする医療機関連携や介護サービスとの連携などを、かかりつけ医機能の評価としてあげた。

また、特定疾患療養管理料を含め、専門性の高い生活習慣病の管理と、かかりつけ医機能の評価の位置づけを整理することを求めた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「一人医師の診療所では、かかりつけ医機能を発揮できない場合がある。地域密着型病院を活用し、地域としてかかりつけ医機能を発揮することが大事だ」と述べた。

外来機能の分化については、「入院は地域ごとに違いがあるが、今後、外来はほとんどの地域で減少する。それでも今は、基幹病院でも外来に経営を頼っている病院がある。働き方改革という意味も含め、外来機能の分化を推進する意義がある」とした。

医療DXについては、全国医療情報プラットフォームによる医療や介護、健康情報の関係者間での情報共有が進めば、かかりつけ医機能の情報連携に、技術的な変化を与える。利便性や費用の軽減にもつながると予想される。ただ、長島委員は、「当面は、従来からある地域の医療介護連携ネットワークや紙での情報伝達と併存させることも一つのやり方」と指摘した。池端委員は「医療DXで医療費削減を目指せば医療が歪む」との懸念を示した。

2023年度の循環器モデル事業に16医療機関

厚生労働省は6月2日の循環器病対策推進協議会(永井良三会長)に、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業の現況を報告した。モデル事業には、大学病院を中心に2023年度で16

医療機関(15府県)、2022年度で12医療機関(10府県)が選定されている。

モデル事業に対しては、大学病院中心の考え方で、循環器病への体制が整備されることへの懸念が出ている。同

日は、京都大学医学部附属病院から、行政や地域の医療機関とも連携した取り組みを行っている事例が示された。

また、循環器病対策では、計画期間が2023年度から2028年度までの第2期

循環器病対策推進基本計画が3月28日に閣議決定され、計画が始まっている。全体目標は、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」。そのための循環器病対策予算は、モデル事業の2.8億円(前年度2億円)を含め2023年度で45億円。対前年度比同額である。

2024年度を見据え働き方改革の推進をテーマに議論

中医協総会 地域医療体制確保加算の廃止を含めた検討求める意見も

中医協総会(小塩隆士会長)は6月14日、2024年度診療報酬改定に向けて、「働き方改革の推進」をテーマに議論した。2024年度は医師に対する時間外労働規制が施行される年度でもあり、これまでに講じてきた診療報酬や補助金での対応の成果が問われる段階にある。2020年度診療報酬改定で導入した地域医療体制確保加算については、支払側委員が廃止を含めた検討を求め、診療側委員は「廃止はあり得ない」(長島公之委員・日本医師会常任理事)と反対した。

長島委員は、働き方改革の推進に対する診療報酬のあり方について、「医師の働き方改革では、勤務医の健康を守ることと同時に、地域医療を守らなければならない。そのために、診療報酬や補助金による後押しが必要になる。一朝一夕に達成できるものではなく、さらなる強力な支援が求められる。働き方改革はまだ始まったばかりで、十数年にわたって継続されるものであり、これからが本番だ」と、これまでに行ってきた評価の維持・継続を求めた。

また、人材確保のためには、賃上げにも対応しなければならないが、「医療費は価格転嫁ができないため、診療報酬での対応が必要になる」と訴えた。

働き方改革では、ICT・ロボットの活用が期待されている。同日の資料では、介護の事例を通して、見守り機器による夜間見守りや介護ロボットの活用が例示された。しかし、日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、「介護現場でもまだエビデンスを確認している段階」と指摘。特に、「介護ロボットを医療現場で積極的に活用するのは、時期尚早」と述べた。

宿日直と治療室の関係を明確化

日本病院会副会長の島弘志委員は、宿日直許可の取得について発言。「地域の病院では、医師の時間外労働の上限規制の適用に向け、宿日直許可を取得する動きがある。労働基準監督署において許可の判断が行われているが、本来であれば、宿日直許可が与えられない医師に許可が与えられることが常態化してしまえば、医師の働き方改革に逆行することになりかねない」と安易に許可を出すことには、反対した。

その上で、「特定集中治療室に配置される医師が、宿日直許可を得ることはあり得ない。しかし、例えば、一部の小規模のNICU(新生児集中治療室)やMFICU(母体胎児集中治療室)など、業務の実態を踏まえ、宿日直の医師が対応することが可能と考えられる治療室があることを考慮する必要がある。次期改定に向けては、治療室と宿日直許可の関係が明確になるよう、見直すことが課題になる」と述べた。

これに対し、厚生労働省の眞鍋馨医療課長は、治療室と宿日直許可の関係について、明確にすることを検討する考えを示した。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、特定集中治療室等で、宿日直許可を得ることができる場合が

あることに、「驚きを感じざるを得ない」と述べ、宿日直の実態を厳しく注視していく姿勢を示した。

医療現場での介護職の位置づけ

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、病棟薬剤師の配置が、医師の負担軽減・医療の質向上に「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と医師の8割以上から回答があったとのデータなどを踏まえ、発言した。「病棟薬剤師へのニーズが病院にあっても確保できない。給与格差があり、病院よりも大手調剤薬局チェーン経営企業に流れてしまう。診療報酬で手当てしないといけない」と訴えた。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「給与格差が問題になっているというのであれば、昨年10月に導入した看護職員の処遇改善のための看護職員処遇改善評価料を薬剤師でも活用できるようにしてはどうか」と提案した。

なお、厚労省は、病棟薬剤師確保に関して、地域医療介護総合確保基金(医療分)において、「都道府県が認めた薬剤師が不足する地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学資金返済義務免除要件としているもの」に限って、「薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費」を申請できることを紹介した。

また、池端委員は、医療現場における介護職の業務の必要性が増大していることを訴え、看護補助者の処遇改善を要望するとともに、介護職を看護補助者と位置付ける制度の見直しを再度求めた。

これに対し、日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、「看護補助者の確保に病院が苦労しているのは事実だが、看護補助者という職種が知られていない問題もある。看護協会とし

て、看護補助者に対する理解をハローワークで深める活動を行っている。介護福祉士が看護補助者を担っている場合もあるが、介護福祉士は介護の現場で働いてもらうべきで、診療報酬で評価することには、私たちとしては反対せざるを得ない」と述べた。

特定行為研修を修了した看護師については、第8次医療計画で、就業者数の目標値を「在宅・慢性期領域の就業者数」、「新興感染症等の有事に対応可能な就業者数」、「医療機関における看護の質の向上とタスク・シフト/シェアに資する就業者」に分けて、設定することになっている。現状をみると、2023年5月時点の指定研修機関は360、修了者数は6,875人で、年々増加している。ただ、委員からは、当初の目標と比べれば進捗しておらず、さらなる支援策が必要との意見が出た。

なお、特定行為研修を評価する診療報酬の項目は改定を経るごとに増えており、2022年度改定では、栄養サポートチーム加算など各種チーム加算、重症患者搬送加算、重症患者対応体制強化加算、早期離床・リハビリテーション加算がある。訪問看護では、専門性の高い看護師による同行訪問、機能強化型訪問看護管理療養費1～3、専門管理加算の「ロ」で評価している。

地域医療体制確保加算の状況

医師の働き方改革における診療報酬対応で、象徴の一つとなっている2020年度改定で導入した地域医療体制確保加算をめぐるのは、松本委員が、「地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況の調査結果をみると、残念ながら、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。政策効果に疑問があり、この

加算を継続するかを含め議論が求められる。継続するとしても、要件を見直すことが必須となる」と述べた(図表を参照)。

これに対し、長島委員は、「もっと活用され、効果あるものとするための改善が必要ということで、廃止はあり得ない」と反論。その上で、「働き方改革にはコストがかかる。医療従事者が不足しており、それを確保するためにも、財源が必要だ」と訴えた。

地域医療体制確保加算は入院初日に620点を算定でき、施設基準では、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することや、「救急医療に係る実績として、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件以上である」(2022年度改定で、満たせない場合の別の基準も追加)ことなどを求めている。

直近で1,050病院、200～399床の病院の27.3%、400床以上の病院の63.7%が算定している。

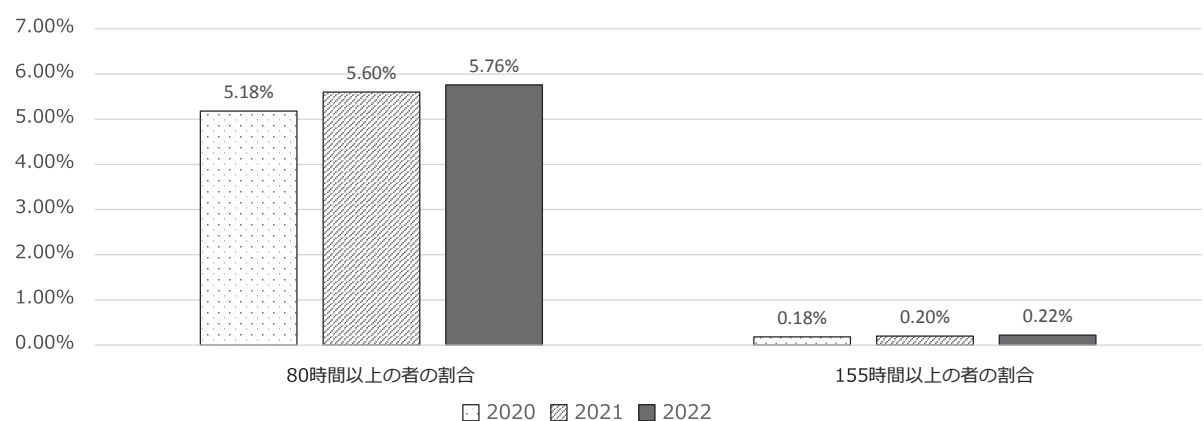
そのほか、松本委員は、診療科別の平均労働時間の上位が、外科・脳神経外科・救急科であることを踏まえ、「一律の評価ではない仕組み」を求めるとともに、医療現場の個別の取組みに期待した。

また、日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長代理の眞田享委員は、病院の院長・副院長に対する質問で、医師の勤務状況の改善必要性について、「現状のままでよい」との回答が57%であったことに関し発言。「経営トップの改革マインド、リーダーシップが重要であるのは病院も企業も同じだと思う。その意味では、改善の余地があるのではないか。医師の働き方改革では、これまでの診療報酬の評価の継続やさらなる要件緩和だけでなく、効果の高い取組みを見極めて実施する必要がある」と強調した。

地域医療体制確保加算を算定している医療機関の勤務状況 長時間労働している勤務医数の推移

○ 時間外労働の時間が月155時間(年1,860時間相当)以上の医師はごくわずかであるものの、時間外労働時間が月80時間(年960時間相当)以上の医師の割合は、2020年から2022年にかけて増加している。

常勤の医師のうち、超過勤務時間が80時間以上、155時間以上の者の割合



	2020		2021		2022	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
80時間以上の者の人数	6,275	5.18%	6,978	5.60%	7,371	5.76%
155時間以上の者の人数	218	0.18%	251	0.20%	280	0.22%
1037医療機関における常勤医師数合計	121,111	100%	124,651	100%	127,982	100%

出典:保険局医療課調べ

機能を急性期に転換し、拡大路線の病院経営を展開 地域のニーズを汲み取り、今後は在宅医療にも参入

静岡県焼津市にあるコミュニティーホスピタル甲賀病院は、静岡県の中でも特に医療資源が少ない二次医療圏にある。競争は激しくないが、医療ニーズは頭打ちの状況にある中で、医療機能を急性期主体に転換。経営の拡大路線を展開している。甲賀啓介院長に、将来を見据えた経営戦略を聞いた。

回復期も急性期も病床ガラガラ 急性期を軸足にした病院に転換

——甲賀病院の地域における位置づけを教えてください。

静岡県は人口当たりの医師や看護師、そして病院数も少ない医療過疎地域です。県の面積は広く、人口も370万人と比較的多い地方都市なのですが、医科大学は浜松医科大だけであり、県全域をカバーする医師をサプライすることは出来ていません。甲賀病院のある焼津市を含む志太榛原医療圏は、そんな静岡県の中でも、際立って医師の少ない地域です。3市1町で構成され、人口は約47万人、それぞれの市に自治体病院がありますが、十分な人員が配置されているとは言えず、効率性の点で課題の多い地域です。

医療過疎地であるため、基本的には、医療サービスは不足していることもあり、過剰な医療提供はなされていないという一面もあります。西日本のようなレッドオーシャン(競争の激しい地域)ではなく、医療ニーズにそって、必要最小限の医療が競合なく提供されており、これこそが医療過疎地におけるバリューと考えます。

甲賀病院は、1989年に両親が一般病床127床で開設しました。急性期病床の他、回復期・慢性期医療を軸足に増床を重ね、現在407床で運営しております。2015年に、特定医療法人に、そして2019年には県内初の社会医療法人を取得いたしました。その他、急性期以後の医療提供サービスとして、介護老人保健施設やグループホーム、クリニックなど26施設を運営する医療介護複合体です。

当院に限ったことではありませんが、病院を中心として、法人内で垂直の機能分化がなされており、病像のあらゆるフェーズ、生活支援までおこなっております。

病院の機能転換については、2015年がターニングポイントであったと思います。当時、回復期病床200床、急

性期病床180床で運営していたのですが、回復期も急性期も病床はガラガラの状態でした。急性期病床については、近隣の自治体病院が7対1入院基本料(現・急性期一般入院料1)の要件を維持するため、救急車をどんどん受け入れはじめた時期に一致して当院への救急搬送数は低下、回復期病床については、近隣の慢性期機能を主軸としていた病院群が、回復期病床を造設したため、当院の回復期病床には空床が目立つようになりました。

このような場合、病院のダウンサイジングを考えるのが普通かもしれませんが。我々はその選択はせず、回復期病床を減らし、急性期病床を増床しました。そして急性期機能の拡充を図ることとしました。

当院が立地する焼津市内には、長い間、急性期の循環器疾病の診療を担う病院がなく、域内に発生する循環器患者の多くは、圏域外に搬送されているケースが目立っていました。本来であれば、一刻を争う病態であり、地域内で治療を完結できることが望ましく、また需要もあるものと考えました。

そこで、循環器診療科の立ち上げを行い、続いて2次救急指定の取得、消化器外科、脳神経外科、整形外科、救命科の拡充を行いました。これらの改革を始めて7年が経過しましたが、当時年間100件程だった救急搬送数は、現在では年間2,500件にまで増えました。循環器のカテーテル件数は年間400件を超え、手術件数も1,000件と実績を積んでいます。順調な増加は、地域のニーズにマッチしていることを示しています。

地域医療構想の試算よりも 実際の医療ニーズは頭打ち

——今後の医療ニーズの予測は厳しいと思いますが、急性期でやっていけるとの見通しを持たたのはなぜですか。

医療過疎地ですので、まだやれる余地があるという外的要因が大きいと思います。また両親が病床規模を400を超える大きなものとしてくれたおかげで、伸びしろは十分にありました。病床機能を変え、ベッドあたりの単価を増やせば、当然ながら収益を確保できます。また同一法人内で垂直な機能分化が達成されているため、増える高齢者救急においても、効率的に医療・介護・生活支援がなされ、コミュニティーに貢献できると考えました。

ただ、最近思うのは、地域医療構想において、将来人口推計から試算された必要病床数の予測値は、現状を反映できていないと思います。地域の入院医療ニーズは、その試算よりもより速いスピードで、頭打ちになっており、コロナはその流れを加速させたように感じます。

——甲賀病院は、病院救急車も運用し、救急医療に力を入れています。救急医療ということでは、どのような患者を多く受け入れているのでしょうか。

疾病別では循環器系が多いです。自前の救急車を4台所有し、年間1,500例の病院救急車による搬送を実施しています。「救急車を呼ぶ程ではないけど、心配で受診したいよ」という方をイメージして、自院での搬送を開始した経緯があります。消防の救急車で搬

送されてくる患者群と比べ、高齢で多疾病構造の症例が多い印象です。今後はさらに、高齢者の救急医療が主体になっていくでしょうし、この領域の疾病は国の施策にあるような集約化よりも、分散して支えるのが適していると思います。

自分がやりたいことよりも 地域が望む医療を提供する

——甲賀先生が病院を継ぎ、経営者になった経緯を教えてください。

私の家族は祖父も両親も姉も弟も医師という一族で、私が医師になったのは同調圧力と言えます(笑)。私は生まれが福岡で、中高は鹿児島で過ごし(ラサール学園)、大学生活は大阪(大阪大学医学部)でしたので、ルーツは西日本にあると言えます。静岡は父の出身地ですが、私には縁もゆかりもなく、友人も知人もいないこの地に一人で帰ってきました。

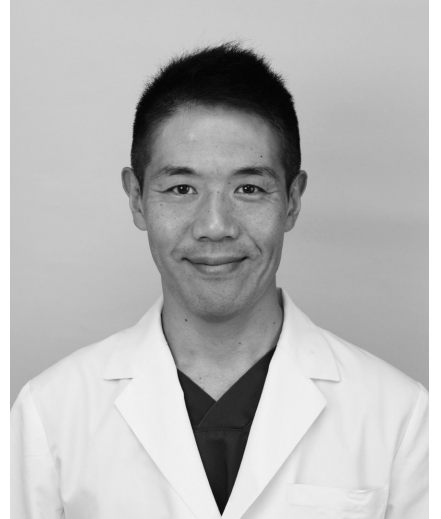
直接のきっかけは2009年に父が病気になったことです。幸い大過なく済んだのですが、そのときに、病院を継ぐという話になりました。それまで大学院で研究生活を送っており、いつかは帰るとは言いながら、留学して、関連病院に勤めた後などと、もっと先のことだと思っていました。

甲賀病院に一医師として入職した際の頃は、自分ができると、例えば、内視鏡の件数を増やそうとか、地域に肝臓の専門医が少ないので、肝疾患の医療を充実させようとか、目の前のことだけに関心があつたように思います。しかし、医療過疎地における医療の現場では、「自分たちはこんなことができるから、どうぞ来てください」という姿勢では患者さんには見向きもされません。地域の患者さんが必要とする幅広い医療を提供することで初めて信頼を得ることができるということを、外来やベッドサイドで学びました。

私は消化器系領域を専門として、それまで診療を行っていました。しかし、現場では多くの疾病を包括的に見てもらいたいというニーズがあり、診療のみならずリハビリテーションや介護対応なども求められました。自分の専門性にとらわれずに、地域の医療ニーズに応じて、柔軟にサービスを提供する必要があり、自分のキャリアにとらわれず、自分自身を変えていくことが必要であるという体験はその後の経営姿勢にも生きています。

自分を変えるという話をしましたが、自分一人が頑張っても、地域を支える程の力にはならないわけで、その目的を達成するためには、多くの医師が必要であるという結論に達しました。しかし当時の私は若く、地域に知り合いもほとんどいませんでした。大学でのキャリアも短く、有力なつてもなく、土日になれば、リクルートのために全国をあてもなく行脚しました。でも、「あなたの病院で働くメリットは何か？」と問われ、絶句してしまうという、みじめな経験も沢山しました(笑)。

大阪大学の先輩たちに頼み込み、何人かは静岡まで来てくれて、一緒に支えてくれました。その人たちが今でもコアなメンバーになり、当院の文化を作ってくれています。それでも、病院



の急性期機能を拡充するとなると、倍ぐらいの医師をそろえる力業が必要で、自分で行脚して口説くというレベルでは無理な話でした。当時常勤医師は20人程でしたが、リクルート活動を独立して行う部署を立ち上げ、当院のビジョンを理解していただける人材の確保を継続し、今では47人に増えております。

——医師を確保するのはとても大変だったと思います。

浜松医科大だけでは、広い静岡県全体の医師をサプライすることは出来ません。静岡は、東京大学医学部、京都大学医学部、慶應義塾大学医学部の医局医師が派遣されてきた歴史がありましたが、新専門医制度で医師の引揚げが起り、大学医局に頼る時代ではなくなっていました。

先述のとおり、我々は人事部を新設し、民間の紹介会社も活用し、多職種の人材確保に取り組みました。最初は高額な手数料に辟易しましたが、徹底した話し合いと長い付き合いにより信頼関係も構築され、当院が望む人材を積極的に紹介してもらえるようになりました。我々が望む職員とは、高名な医師等ではなく、これから立ち上げる場所に参加するというフロンティア精神のある人です。実際に当院で勤務する多くの職員は、そのようなマインドを多分にもつという個性があると感じています

そして、このようなことに取り組んでいく過程で、お世辞抜きで全日病には大変お世話になりました。甲賀病院に入職した後、たしか副院長だったときだと思いますが、経営については右も左もわからない状態で、全日病のトップマネジメント研修を受講し、現在の若手経営者育成事業委員会に参加するようになりました。最初はおっかなびっくりでしたが、次第に打ち解けて、多くの方と交流する機会をいただきました。ここで知り合った方々は、みなさん本当に親切で、親身にアドバイスをいただきました。「なんで、こんなことまで教えてくれるのだろう」と不思議に思うくらいでした。それくらい頼りない印象を与えていたのではうね(笑)。

2022年には、全日本病院学会in静岡を実行委員長という立場で開催する機会をいただきました。テーマは「ポストコロナ時代を生きる」としましたが、コロナ禍の中で現地開催出来るのか？という不安が付きまといました。それを思うと、2020年の開催が延期になり、2021年にオンライン開催となった岡山大会は本当に大変だったと思います。静岡大会は、現地で開催することができ、久しぶりにみなさんに会うことができ、とても楽しく、有意義な時間を過ごせました。光栄な役割をいただいたことを、この場をお借りして感謝申し上げます。

【病院の概要】	
所在地	静岡県焼津市大覚寺2丁目30番地の1号
病床数	一般病床：計407床(内 急性期病床277床、地域包括ケア病床30床、回復期リハビリテーション病棟100床) 合計：407床
開設者	社会医療法人駿甲会
理事長	甲賀美智子
院長	甲賀啓介
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病内科、ペインクリニック内科、脳神経内科、腫瘍内科、小児科、外科、消化器外科、脳神経外科、呼吸器外科、乳腺外科、整形外科、リウマチ科、泌尿器科、形成外科、血管外科、救急科、精神科、皮膚科、眼科、放射線科、麻酔科(日本麻酔科学会 専門医 中島 太)、リハビリテーション科、病理診断科

在宅医療にも力を入れ 今は拡大路線を続ける

――ポストコロナということでは、病院経営を考える上での状況も変わったと思います。また、さまざまな医療・介護の改革もある中で、病院経営をどう展望していますか。

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体がコロナ禍で公表した病院経営調査によると、コロナ患者の診療の有無にかかわらず、病院の医療収益が下がったとする報告がごぞいます。その後、空床保障でしのいだりといったことはございましたが、ポストコロナでの患者の受療行動が変化したことは皆さん、実感されているのではない

でしょうか。医療過疎地だったはずの志太榛原医療圏でも、多くの病院では空床が目立ち、入院患者のニーズのピークは試算と異なり、すでに過ぎていて、今後も戻ることはないのでは？と考えています。

当院は幸い、拡大路線により、医療収益はコロナ禍においても増加し続けました。でもこれがずっと続くのは当然無理でしょう。急性期にシフトするための投資、セントラルキッチンの設立、新たなクリニックの展開等、改革のための負債は相当なものです。債務の償還年数を短くし、投資を遅らせる選択肢もあります。でも今動かないと数年のうちに、雌雄が決してしまいかねないような激動の時代を生きている

と実感する場面が多くあります。ダウンサイジングはいつでもできることとして、当面は拡大路線をとりたいと思っています。

病院への医療ニーズは人口動態を考えるとどんどん大きくなることは考えにくい。また入院ルートについても、救急・紹介・外来はすでに飽和しており、今後は、在宅医療ルートについても真剣に考えねばなりません。志太榛原医療圏はエアポケットのように、訪問診療サービスが拡充されていません。在宅医療のニーズは大きいと考えており、病院が支えるべき在宅医療の患者像は、より重症、より多くの支援を必要とする方たちだと想定しております。国の政策ということでは、なんと

っても地域医療構想・機能分化だけは避けて通れそうもありません。コロナ前、急性期の診療実績が乏しいとされた436の公立・公的病院が名指しされ再検証を要請されたように、どの地域においても生々しい議論になってきています。改革の手は緩めないとしつつ、医療圏の再定義、機能集約化に舵を切っておりますが、そのことが本当に効率的であるのか、急増する高齢者医療に適した形であるのか、地域ごとの実践的な議論が必要と考えます。いずれにしても地域医療の今後は様々な視点において厳しく、現状維持という方針はあり得ません。今何をやるかが問われていると思います。

――ありがとうございました。

30年ぶりに看護師等の基本指針を改定

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の初会合が5月29日に開かれた。1992年の制定以来、30年ぶりに看護師等の確保を促進するための措置に関する基本指針を改定するための検討を行う。部会長には、萱間真美・国立看護大学校長が選出された。初会合を含め、3回の議論を予定しており、厚生労働大臣が改定を諮問する形を取る。今年秋頃に、改定後の看護人材確保基本指針を

告示することを目指す。

改定の理由としては、2001年の保健師助産師看護師法の改正に伴って「看護婦」が「看護師」と改正された後も、看護師等をめぐる状況は大きく変化しており、今後、少子高齢化の進行に伴い、現役世代が急減する中で、看護ニーズの増大が見込まれていることをあげている。また、コロナ禍を受けて、新興感染症等の発生に備えた看護師の確保が必要になっていることもあ

る。

指針に規定する事項として、①看護師等の就業の動向②看護師等の養成③病院等に勤務する看護師等の処遇改善④研修等による看護師等の資質の向上⑤看護師等の就業の促進⑥新興感染症等への対応に係る看護師等(看護職員)の確保⑦その他看護師等(看護職員)の確保の促進に関する重要事項一があり、それぞれの方向性が示された。

2025年需給推計によれば、2025年の

看護師等の需要数の推計値は180.2万人であり、2020年の就業看護師等数(173.4万人)よりも増大が必要とされている。2022年度の看護師・准看護師の有効求人倍率は2.20倍で、職業計の1.19倍よりも高く、看護師等は不足傾向にある。

現状投影需要推計によれば、2040年度に向けて、看護師等の需要数がさらに増加すると見込まれており、2040年頃を視野に入れた新たな地域医療構想を踏まえ、地域別・領域別の新たな看護師等の需給推計を実施することが重要であると指摘された。

全日本病院協会役員名簿(任期2023年6月17日～2025年6月定時総会終結時まで) ○印は各職における新選出を表す

会長	猪口雄二(医)寿康会病院理事長	〃	中尾一久(医)高良台リハビリテーション病院理事長	京都府	清水鴻一郎(医)京都リハビリテーション病院理事長	
副会長	織田正道(医)織田病院理事長					
	美原 盤(公財)美原記念病院院長	長崎県	井上健一郎(医)井上病院理事長	大阪府	馬場武彦(医)馬場記念病院理事長	
	神野正博(医)恵寿総合病院理事長	熊本県	山田一隆(医)大腸肛門病センター高野病院理事長・名誉院長	兵庫県	古城資久(医)赤穂中央病院理事長	
	安藤高夫(医)永生病院理事長			岡山県	佐能量雄(医)光生病院理事長・院長	
	中村康彦(医)上尾中央総合病院理事長	宮崎県	池井義彦(医)池井病院理事長	山口県	玉木英樹(医)玉木病院院長	
【常任理事20名】		鹿児島県	牧角寛郎(医)サザン・リージョン病院理事長	徳島県	林 秀樹(医)ホウエツ病院理事長	
北海道	大橋正實(医)耳鼻咽喉科麻生病院理事長	【理事29名】		愛媛県	松原泰久(医)松山第一病院理事長・院長	
	〃	北海道	齊藤 晋(医)手稲いなづみ病院理事長	高知県	〇中澤宏之(医)南国病院理事長・院長	
	〃	〃	三井慎也(医)交雄会新さっぽろ病院理事長	福岡県	津田 徹(医)霧ヶ丘つだ病院理事長・院長	
	〃	青森県	〇淀野 啓(一財)鳴海病院理事長・院長	熊本県	上村晋一(医)阿蘇立野病院理事長	
東京都	猪口正孝(医)平成立石病院会長	宮城県	〇丹野 尚(医)松島病院理事長・院長	大分県	畑 洋一(医)畑病院理事長・院長	
	〃	福島県	星 北斗(公財)星総合病院理事長	宮崎県	飯田正幸(医)飯田病院理事長・院長	
神奈川県	須田雅人(医)赤枝病院院長	茨城県	諸岡信裕(医)小川南病院理事長・院長	鹿児島県	川村英俊(医)三愛病院理事長	
	〃	栃木県	〇福田晴美(医)福田記念病院理事長・院長	沖縄県	平良直樹(医)天久台病院理事長	
静岡県	〇甲賀啓介(医)コミュニティーホスピタル甲賀病院院長	埼玉県	中村 毅(医)戸田中央総合病院理事長	【監事 3名】		
		〃	丸山泰幸(医)岩槻南病院理事長・院長	東京都	池上直己(慶應義塾大学名誉教授)	
愛知県	今村康宏(医)済衆館病院理事長	千葉県	亀田信介(福)安房地域医療センター理事長	山口県	木下 毅(医)光風園病院理事長	
大阪府	加納繁照(医)加納総合病院理事長			東京都	和田一夫(監査法人MMPGエーマック公認会計士)	
兵庫県	西 昂(医)西病院理事長			【総会議長・副議長】		
	〃	〃	宍倉朋胤(医)宍倉病院理事長	議長	東京都	木村佑介(医)東京ちどり病院名誉院長
広島県	大田泰正(医)脳神経センター大田記念病院理事長	東京都	小川聡子(医)調布東山病院理事長	副議長	東京都	内藤誠二(医)内藤病院理事長・院長
		富山県	〇藤井久丈(医)富山西総合病院理事長			
徳島県	田蒔正治(医)たまき青空病院理事長	岐阜県	松波英寿(医)松波総合病院理事長			
福岡県	津留英智(医)宗像水光会総合病院理事長	三重県	齋藤洋一(南勢病院院長)			

2023年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月20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 医療法人社団銀杏会北広島希望ヶ丘病院 理事長 川西 譲児
 - 北海道 医療法人砂川慈恵会病院 理事長 上口 権二郎
 - 埼玉県 医療法人和会武蔵台病院 理事長 河野 義彦
 - 愛知県 中日新聞社健康保険組合 中日病院 院長代行 鈴木 正之
 - 広島県 一般社団法人安佐医師会 安佐医師会病院 院長 土手 慶五
 - 徳島県 医療法人愛生会兼松病院 理事長 兼松 晴彦
 - 鹿児島県 医療法人社団春陽会春陽会中央病院 理事長 上園 春仁

- 他に退会が4会員あり、正会員は合計2,550会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 医療法人一翠会一翠会東京府中健診クリニック 理事長 奥田 良和
 - 神奈川県 特定医療法人社団研精会箱根リハビリテーション病院附属 ゆい小田原クリニック 理事長 山田 多佳子
- 他に退会が1会員あり、準会員は合計115となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 株式会社ビジネスエージェント(代表取締役 倉澤重憲)株式会社コスモ技研(代表取締役 吉川昌孝)

- PwCコンサルティング 合同会社(代表執行役CEO 大竹 伸明)
- 他に退会が1会員あり、賛助会員は合計116会員となった。
- 2022年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について説明があり、承認された。
- 2022年度決算報告(案)について承認し、第11回定時総会に諮ることになった。
- 第11回定時総会の開催について承認した。
- 各都道府県から選出された次期支部長候補者が承認された。次期副支部長候補者の報告が行われ、了承された。

【主な報告事項】

- 役員立候補者について報告がなされた。
- 顧問・参与・名誉会員に関する報告がなされた。
- 審議会等の報告
 - 「中医協 2024年度の同時報酬改定に向けた意見交換会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、総会、費用対効果評価専門部会、診療報酬基本問題小委員会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」「電子処方箋推進協議会」「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 【主な討議事項】
 - 医療DXを推進するための人材確保や電子カルテの標準化等について討議した。

急性期と地ケア病棟の救急の状況など調査

中医協・入院外来医療等調査評価分科会

2022年度調査の速報値を公表

厚生労働省は6月8日の中医協・入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に、2022年度調査の速報値を報告した。急性期と地域包括ケア病棟の救急の状況を含め、入院医療全般にわたる調査結果が示されている。外来医療についても調査している。コロナに配慮した施設基準の臨時的な取扱いや診療報酬改定の実施時期の経過措置があり、今回の調査で、2022年度改定の影響を評価することは難しいが、今後の議論における重要な基礎資料になることは間違いない。

調査項目は、①一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響(その1)②特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響③地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響④療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響⑤新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた

評価等(その1)⑥医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等⑦外来医療に係る評価等(その1)一となっている。

これらの項目の調査結果とは別に、各入院料を様々な指標で比べたデータも示された。その中で、入院料毎の認知症の有無があり、どの入院料でも認知症のある患者が多いことに、注目が集まった。認知症ありの患者が、急性期一般入院料1では18%程度、他の入院料では概ね2割を超えている。地域包括ケア病棟入院料・管理料1では3割強、療養病棟入院基本料では4割強を認知症ありの患者が占める。

要介護の患者が各入院料で多いことを含め、「診療報酬でどう評価するかは今後の議論だが、介護人材が必要であることのデータの裏付けになる」(山本修一委員・地域医療機能推進機構理事)との意見が出た。全日病常任理事の津留英智委員は、入院料毎の認知症の有無の調査で「わからない」との回答が多いことに着目し、別の入院料

毎の手術実施と認知症の状況、あるいは入院料毎の疾患別リハ実施と認知症の状況の結果における、「認知症不明」の割合とのデータが大きく乖離しており、認知症データの根拠について事務局に確認を促した。

津留委員は、急性期病棟と地域包括ケア病棟の患者像が違うことも示した。具体的には、◇「毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要」との回答の割合が、急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料・管理料では明らかに異なる◇各入院料毎の入院継続の理由で、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」などの回答の割合が、急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料・管理料では異なることから患者像が違うのでは一などを指摘した。

一方、「人生の最終段階の意思決定支援」は、「急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向がある」との結果を踏まえ、「意思決定支援が進んでいけば、地域包括ケア病棟でも(要介護高齢者を)もっと診れ

るということになるが、逆に、進まない」と急性期一般病棟では対応が難しい。意思決定の推進には、高齢者施設の嘱託医やかかりつけ医がもっと関わりを増やす必要がある」と述べた。

また、津留委員は、各入院料の疾患別リハビリテーションの調査結果で、リハビリテーションの「ある・なし」はわかるが、単位数がわからないため、単位数の把握も求めた。厚生省は、「当然、単位数の把握は必要なので、集計し、分析する」と回答した。

一方、入院料毎の1日当たりレセプト請求点数をみると、専門病院7対1入院基本料が6,799点で最も高い。次いで、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料(5,535点)、緩和ケア病棟入院料1(4,670点)となっている。但し地域一般入院料2は2,038点、地域一般入院料3は2,478点とここだけは逆転しており、n数の影響も考えられるが確認を求めた。

重症度、医療・看護必要度の状況

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の状況を見ると、レセプトのコード自動入力により、手入力の必要がない「Ⅱ」を届け出ている施設は、急性期一般入院料1は89.3%、急性期一般入院料2～3は71.9%、急性期一般入院料4～6では34.0%であった。急性期一般入院料1～3では「Ⅱ」の割合が高いことがわかる。「Ⅰ」を届け出ている理由では、「『Ⅱ』より評価票の記入のほうが容易で、『Ⅱ』に変更する必要を感じない」が最も多い。

該当患者割合は、2021年から2022年にかけて、急性期一般入院料1で約5ポイント、急性期一般入院料4で約3ポイント低下した。「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の該当患者割合は、2021年から2022年にかけて、急性期一般入院料1で約4ポイント、急性期一般入院料4で約1ポイント低下した。

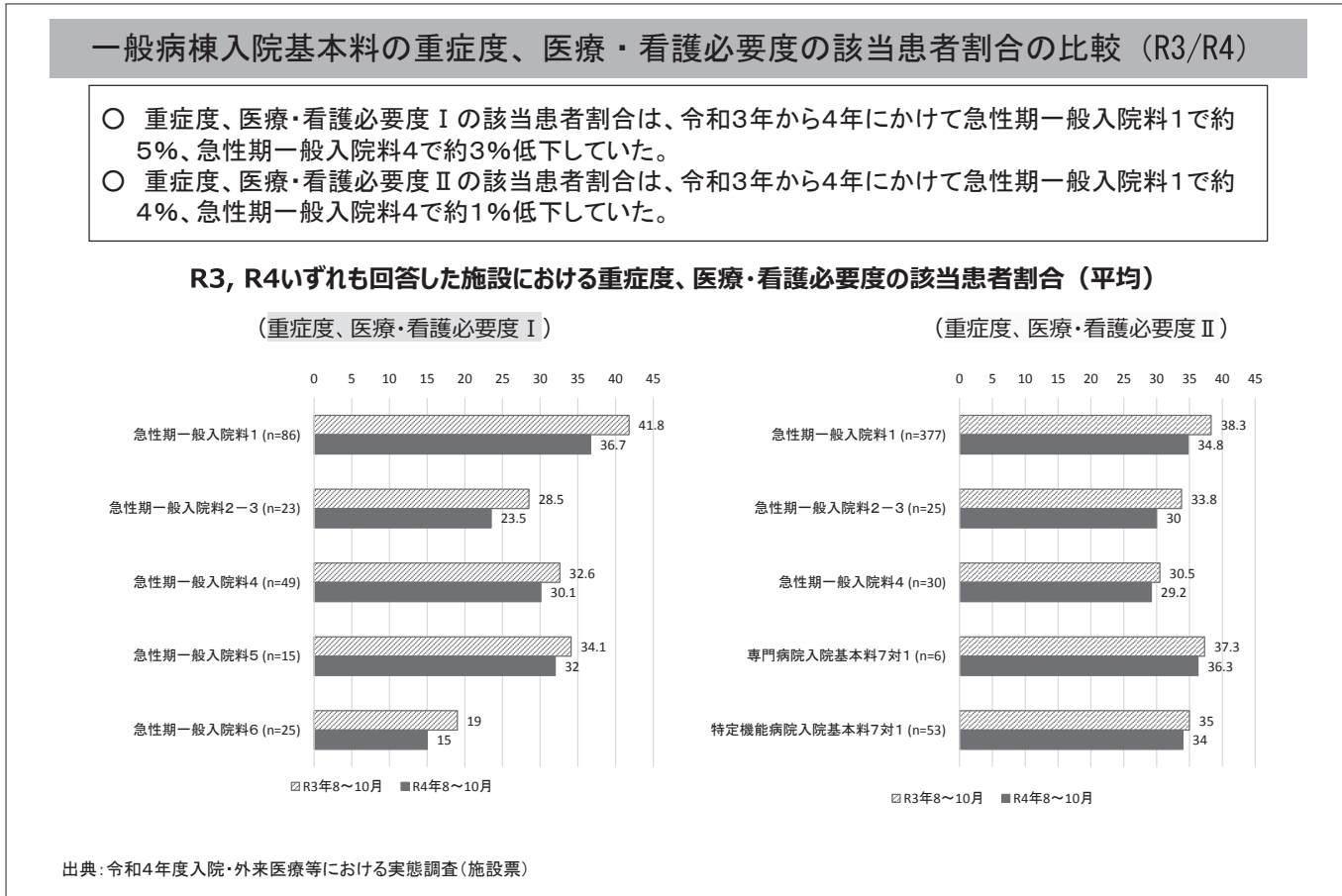
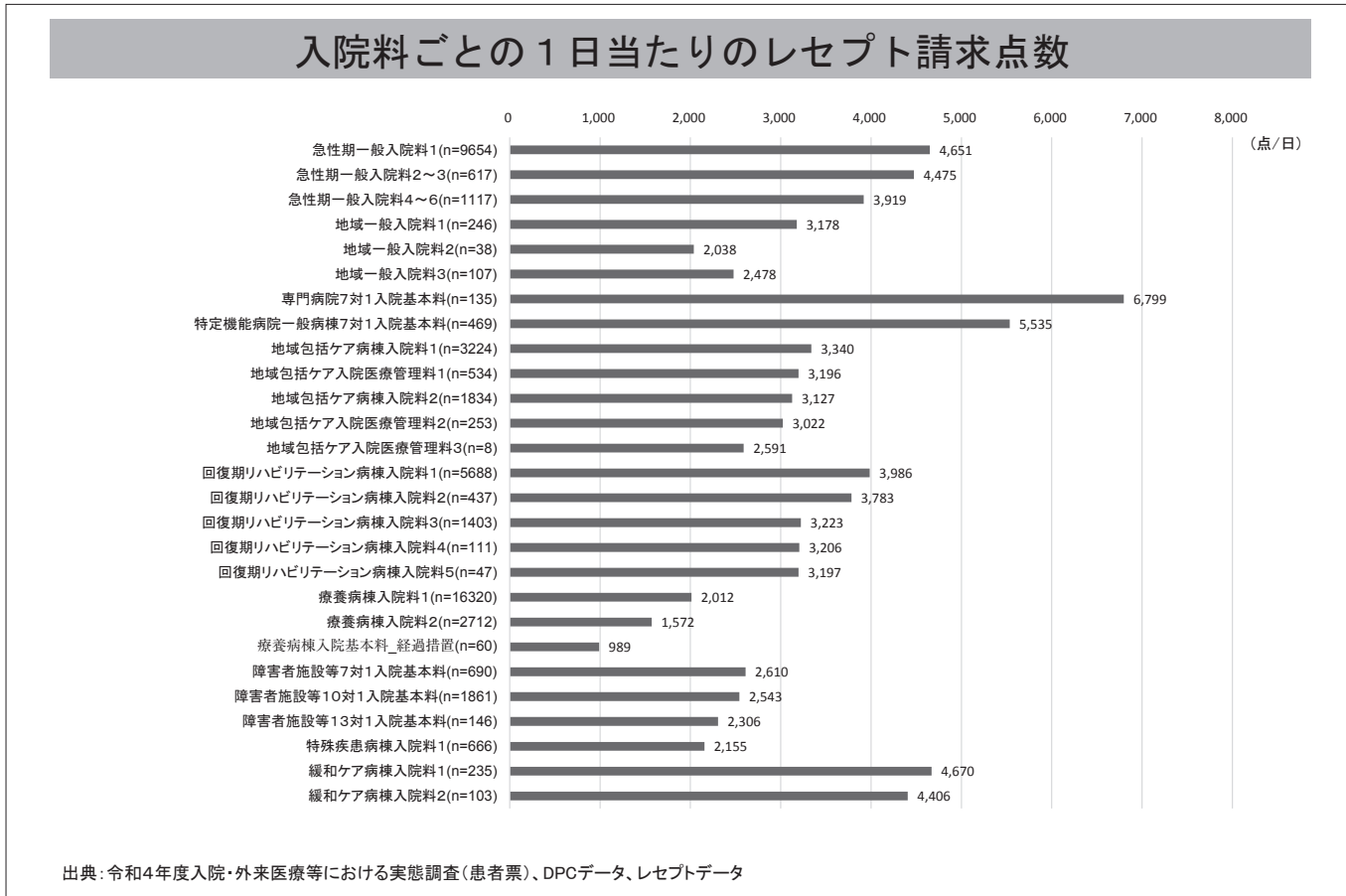
2022年度改定では、A項目(モニタリング及び処置等)の中で、「心電図モニター管理」の項目が削除されたことなどの影響が懸念されていた。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「もっと落ちていると思ったが、この程度で済んでいる。ただ、コロナに配慮した施設基準における臨時的な取扱いがあり、実態を反映していないかもしれない。また、循環器内科での影響は大きいと考えられるので、詳細な分析が必要だ」と慎重な実態把握を求めた。

2022年度改定で新設した急性期充実体制加算の届出状況をみると、回答した508病院のうち、約18%の92病院が届け出ている。400床以上の急性期病床を有する病院で、急性期充実体制加算を届け出ている病院では、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の貸借取引がないこと」が基準を充たさない理由として多かった。

猪口委員は、急性期充実体制加算が総合入院体制加算と併算できないことを踏まえ、「総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移った事例やその影響を把握してほしい」と述べた。山本委員は、「高度急性期病院であるのに、『同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと』が満たせず、算定できない病院があるかもしれない」と述べ、その場合の配慮を求めた。

集中治療を行う入院料については、2022年度改定で導入した重症患者対応体制強化加算を届け出ている治療室が4%であった。届出困難な理由として



は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「『特殊な治療法等』に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」などがあがっている。

地域包括ケア病棟の状況

地域包括ケア病棟については、救急医療との関係をめぐり議論があった。

地域包括ケア病棟(以下、地ケア)を有する病院で、救急告示病院である割合は、地域包括ケア病棟入院料1で80.7%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。地ケア病棟を有する病院で、第二次救急医療機関に該当する割合は、地域包括ケア病棟入院料1で75.1%、地域包括ケア病棟入院料2で86.2%であった。

2022年度改定では、一般病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定する場合は、第二次救急医療機関であること、または救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることが要件となった。ただし、200床未満の場合は、救急外来を有していること、または24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たせる。

2023年3月31日まで1年間の経過措置が設定されており、調査時点で見直

しは実施されていないことになる。

地ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週ゼロ日が13.0%となっている。救急患者を受け入れている時間帯では、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。救急患者の受け入れ件数は、400件以上の医療機関が多いが、ばらつきもあった。

猪口委員は、2022年度改定の地ケア病棟の見直しで、様々な減算措置が導入されたことに関し、「(今回調査の実施が昨年11～12月であるため)経過措置のある減算措置の影響は、2023年度調査で出てくる」と指摘。「地ケア病棟での直接受け入れの増加など地ケア病棟の行動変化も2023年度調査でわかるかもしれない」と述べた。

地ケア病棟を有する病院の救急受け入れ基準をみると、「患者の症状により受け入れ可否を判断している」割合が高かった。

津留委員は、「高齢者施設等の患者を地ケア病棟で直接受け入れることを推進する話が出ているが、地ケア救急では患者をきちんと選別せざるを得ない状況が見て取れる。高齢者は、症状の発露が若年者よりも鈍いときがあり、

急性期一般で経過観察して、実は重症だったということがあるので、適切に判断されている」と説明した。

また、地域包括ケア病棟入院料1の病院の9割以上が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟入院料2の病院では約6割であった。

回リハ病棟や療養病棟の状況

回復期リハビリテーション病棟入院料については、2022年度改定で新設した心大血管疾患リハビリテーション料の届出状況が示された。届出を行っている医療機関の割合は16.9%。「届出を行えない理由(届出を行いたいが、行えない場合)」では、「循環器科または心臓血管外科の医師の確保が困難」や「心大血管リハビリテーションの経験を有する医師の確保が困難」が多かった。筑波大学医学医療系教授の田宮菜奈子委員は、「施設基準を厳しくしたので、予想通り。一定の目標は達成されたと言えると思う。今後は、回復期リハビリテーション病棟を含め、各病棟でのリハビリが不足しているという議論にする必要がある」と述べた。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新規入院患者の重症度割合は、2022年度改定で、回復期リハビリテ

ーション病棟入院料1・2では4割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料3・4では3割以上に引き上げられている。調査結果では、回復期リハビリテーション病棟1・2の重症度割合は、約40～45%。回復期リハビリテーション病棟3・4ではさらに基準を上回る傾向にあった。健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「基準の引上げで、実際に入院料を変更した病院があるかを確認すべき」と求めた。

療養病棟入院基本料等については、2022年度改定で、「療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとされた。

調査結果では、中心静脈栄養を実施している状態にある者への摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関は32.7%であった。施設基準を満たせない理由では、「内視鏡下嚥下機能検査または嚥下造影を実施する体制を有することが困難なため」が66.2%で最も多い。今後の予定では、「88.7%が満たす予定はない」と回答している。

猪口委員は、「61.8%の医療機関は体制があるということであり、多くの医療機関が頑張っていると言えるのではないか」と述べた。

医療従事者の負担軽減への対応

新興感染症等にも対応できる医療提供体制については、多くの急性期一般入院料1では、2022年度改定で新設した感染対策向上加算1～3のいずれかを算定していた。地域包括ケア病棟入院料・管理料でも8割弱がいずれかの加算を届け出ている。

医療従事者の負担軽減などについては、病棟薬剤の負担軽減効果をめぐり議論があった。調査結果では、例えば、医師の負担軽減策の実施状況をみると、急性期一般入院料1、地域医療体制確保加算の届出施設の医師の負担軽減策として、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」、「薬剤師による医師への情報提供」の割合が多かった。一方、病棟薬剤業務実施工算1の届出は全体の6割。届け出していない施設では、「薬剤師の配置が困難」と回答が多かった。

津留委員は、「病棟薬剤師は不足しており、取組はしている・ニーズも高いが十分な配置が出来ていない、根本的な問題がある」と発言した。

また、医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関は68%。届出困難な理由としては、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」などがあげられた。

猪口委員は、「医師事務作業補助体制加算は、医療従事者の負担軽減に大きな効果があることがわかっている。届出困難な理由で、救急医療の実績などがあがっているが、緊急入院患者数が基準に満たない病院でも効果はある」と強調し、要件の緩和を求めた。

外来医療の調査では、オンライン診療の実施状況も調査している。オンライン診療で初診料等の施設基準を届け出ている回答施設31.9%。2022年10月でオンライン診療は1施設あたり平均9.5人に提供されていた。医学管理料では、特定疾患療養管理料が平均5.7人で最多となっている。

津留委員は、「オンライン診療を受けた患者の感想」の同一設問の調査で、「患者票」と「インターネット調査」とで結果に大きな違いが見られることについての確認を促した。

地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

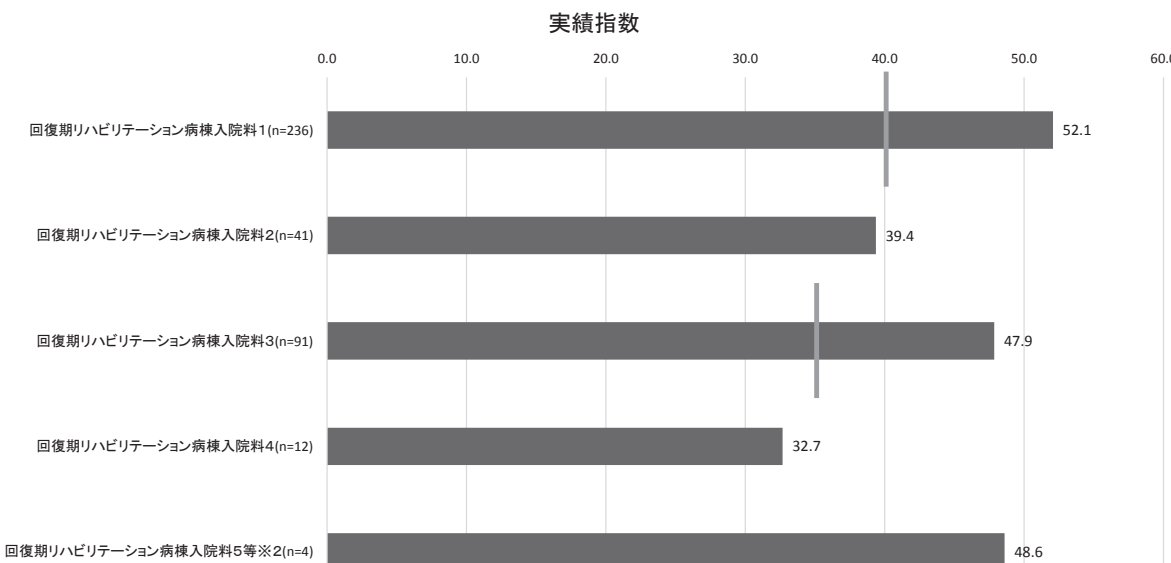
○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料2(n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料3(n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料4(n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

実績指数について

○ 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の実績指数の平均は以下のとおり。(※1)
○ 実績指数を要件にしている回復期リハビリテーション病棟を有する病院においては、実績指数の平均値が要件で定めている実績指数より大きく上回っていた。



※1 回復期リハビリテーション病棟は実績指数として、入院料1で40以上、入院料3で35以上の実績であることが要件。
※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(経過措置)が該当する。

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

医療・介護・福祉の同時改定で「必要な対応を行う」

政府 骨太方針2023を閣議決定

政府は6月16日、経済財政運営と改革の基本方針2023(骨太方針2023)を閣議決定した。6月13日の「こども未来戦略方針」で、「こども・子育て支援加速化プラン」の実現に向け、歳出改革を徹底するとの方針が示されたため、2024年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定の水準に関わる文言に注目が集まっていた。結果は、物価高騰・賃金上昇などの影響を踏まえ、「必要な対応を行う」となった。一定の配慮が行われた形だが、具体的な水準をめぐっての対応は、年末の予算編成に委ねられた形だ。

少子化対策で新たな税負担考えない

「少子化対策・こども政策の抜本強化」では、次元の異なる少子化対策として、「こども未来戦略方針」に基づき、若い世代の所得を増やす、社会全体の意識や構造を変える、すべてのこども・子育て世帯を切れ目なく支援するという3つの基本理念を踏まえ、抜本的な政策の強化を図るとした。そのために、「こども・子育て支援加速化プラン」を実施する。

その上で、「財源確保のための消費

税を含めた新たな税負担を考えない」ことを明言した。

「加速化プラン」では、今後3年間の集中取組期間を設ける。子育ての経済的支援には、児童手当の拡充、出産等の経済的負担の軽減、地方自治体の取り組みへの支援による医療費等の負担軽減、奨学金制度の充実など高等教育費の負担軽減などを掲げた。また、妊娠期からの切れ目ない支援の拡充として、生育医療に関する支援も盛り込んでいる。

こども・子育て予算を増やすため、「加速化プラン」の検証を行いながら、政策の内容・予算をさらに検討。こども家庭庁予算でみて、2030年代初頭までに、「国の予算またはこども1人当たりでみた国の予算の倍増」を目指す。これらを実現するための財源確保については、「こども未来戦略方針」に基づき、「今後さらに政策の内容を検討し、内容に応じて、社会全体でどう支えるかをさらに検討する」とした。

物価・賃金の影響踏まえて改定

骨太方針2023における社会保障制度に関する文言は、上記の少子化対策を

踏まえたものとなっている。すなわち、少子化対策を着実に推進し、現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、「医療・介護等の普段の改革により、ワズベンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要」と明言。全世代型社会保障の実現に向けて、改革の工程の具体化を進めるとともに、最新の将来推計人口などを踏まえ、給付・負担の新たな将来見通しを示すとした。

2024年度の同時改定の文言は、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う」となった。医療・介護団体などの要請により、「必要な対応を行う」ことが明記された。

ただ、医療については、適正化の観点が強調されている。「1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて、地域差がある医療への対応などの医療費適正化」に取り組むことや、「引き続き都道府県

の責務の明確化等に関し、必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進」することを盛り込んだ。

通常国会で成立した改正健保法に盛り込まれているかかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進や、地域医療連携推進法人制度の有効活用、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築にも言及した。

そのほかの課題についても、「効果的・効率的に対応する観点から検討を行う」ことが指摘されている。

医療DXについては、6月2日に決定した工程表に基づき、「必要な支援を行いつつ政府をあげて確実に実現する」とした。「マイナンバーカードによるオンライン資格確認の用途拡大や正確なデータ登録の取り組みを進め、2024年秋に健康保険証を廃止する」。

医療DXを進める際には、「関連するシステム開発・運用主体の体制整備、電子処方箋の全国的な普及拡大に向けた環境整備、標準型電子カルテの整備、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策等を着実に実施する」ことも明記された。

■ 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)(税込)	備考
医療事故調査制度事例検討研修会 60名	2023年7月23日(日) 【全日病会議室】	13,200円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。発生した医療事故が医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択。eラーニングによる事前学習コンテンツのおざらいと質疑、事例に基づくグループ討議が中心のプログラム。
TQM(総合的質経営)の 医療への適用—医療と社会と法— 研修会【北海道札幌市開催】 40名	2023年7月29日(土) 2023年7月30日(日) 【道特会館】	55,000円(77,000円)	新型コロナを契機とする社会変革を振り返り、情報管理(個人情報保護、組織の情報資産管理、診療記録管理等)の切り口で組織運営の意思決定に関わる物事の基本的な考え方を医療、社会、法のそれぞれの観点から検討する。2日間にわたり主題に関して全般的な講義とグループワークを行う。
災害時のBCP研修 60名	2023年8月3日(木) WEB開催	22,000円(23,100円)	災害時でも事業を継続し、復旧を速やかにするために作成する計画がBCP(事業継続計画)。今回の研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題について、「気付き」を得ていただく。
医療安全管理体制相互評価者 養成講習会【運用編】 100名	2023年8月5日(土) 2023年8月6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。現時点で研修会の開催の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関西発着 20名 福岡発着 20名	2023年10月30日(月)～ 11月4日(土)	成田発着 343,200円 関西発着 361,200円 福岡発着 347,200円	今年で45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。
看護部門長研修コース 48名	2023年8月～11月 全7単位・9日間 (第1単位・第7単位は全日病会議室、他はオンラインで実施)	165,000円(275,000円)	組織のトップマネジメントの一員として管理、運営に参画できる看護管理者の育成を目的に2005年度より実施。2015年度より「看護管理士」認定と5年間の更新制度を導入した。過去の受講生の声を反映させながらカリキュラムを更新しており、より実践的な能力を身につけられる内容への充実を図っている。
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 (1アカウント・90日間有効)	2008年度に新設された「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的とし、診療報酬改定の都度、評価が拡大されている。今回の講義内容でも、診療報酬改定や法改正等を踏まえ、一部見直しを図った。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。