



# 全日病 NEWS

## 2023.8.1

### No.1037

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

## オン診や外来、外来腫瘍化学療法、入退院支援をテーマに議論

中医協・入院医療等分科会

オンライン診療は特定の医療機関・傷病名に偏る状況示される

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は7月20日、2024年度診療報酬改定に向け、オンライン診療、外来医療、外来腫瘍化学療法、入退院支援をテーマに議論を行った。

オンライン診療については、2018年度改定で診療報酬の評価を新設。対面診療が原則との考え方のもと、厳格な要件が設定された。2020年度改定では、実態に応じた見直しが行われ、若干の緩和となった。2020年以降に、新型コロナウイルスの感染拡大が起き、政府は時限的な特例として、初診からのオンライン診療を含め大幅な緩和を実施した。その後、ガイドラインを見直し、恒久的なルールとして、初診からのオンライン診療を可能とした。これに合わせて2022年度改定が行われている。

オンライン診療の届出医療機関数は経時的に増加しており、2023年4月1日時点で7,500施設。2020年10月時点の実態調査であるが、大半の届出施設において、実施実績がなく、15回以上の算定実績があるのは、初診料で全体の2.4%、再診料・外来診療料で全体の9.3%の施設に過ぎなかった。算定する医学管理料は、特定疾患療養管理料が最多であり、特定の医療機関で飛び抜けて算定が多かった(695件)。

患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区のオンライン診療の件数の割合が97.5%を超える医療機関は239施設(13.7%)。また、全診療件数のうち、オンライン診療が1割を超える医療機関は112施設(6.9%)、5割を超える医療機関は7施設となっている(0.4%)。オンライン診療の初診料、再診料・外来診療料の算定件数で、最も多い傷病名はいずれも新型コロナ。一方、対面診療の割合が5割未満の医療機関における再診料・外来診療料の件数では、不眠症が4割で最多であった(いずれも2022年5月診療分)。

全日病常任理事の津留英智委員は、不眠症が最多であることについて「初診で向精神薬の処方できないので、安全だが、再診では処方できる。適切なオンライン診療が行われているのか。実態が気になる」と指摘した。

他の委員からも、現状のオンライン診療の件数が特定の分野、医療機関で多いことへの懸念を表明する意見が相次いだ。地域医療機能推進機構理事長の山本修一委員は、「鳴り物入りで登場

したオンライン診療が、一部の医療機関で偏った使われ方をしているのではないかと。指導という体制を考える必要があると強く思った」と述べた。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「オンライン診療は、離島・へき地において効果を発揮する。一部いかなるものかと思われる使われ方があるが、こちらでの積極的な活用を推進すべきである」と強調した。

### 生活習慣病を管理する評価を議論

生活習慣病を管理する評価に、かかりつけ医機能に近いものでは地域包括診療料・加算があり、専門的な医学管理に近いものでは生活習慣病管理料があるが、両点数の算定は低調である。一方、多くの医療機関は特定疾患療養管理料を算定しており、同点数の位置づけが不明確との指摘がある。

特定疾患療養管理料の評価は診療所で225点、100床未満の病院で147点、100床以上200床未満で87点であるのに対し、生活習慣病管理料は570～720点と高い。また、地域包括診療加算と特定疾患療養管理料は併算定ができる。

生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関は2016～2022年で、ともに若干上昇しているが、概ね横ばいである。生活習慣病管理料の算定で困難を感じることで、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解を得にくいこと」が多くなっている。

健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「最新技術などを活用すれば、生活習慣病管理料の療養計画書作成の困難さを軽減することができるのではないか。それにより、効率化が図れば、点数もそれに見合ったものにできる」と述べ、特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行を促した。

2022年10月から特定機能病院や200床以上の地域医療支援病院で、紹介状なしで受診する場合には、患者に求める定額負担が7千円以上となり、定額負担を求めない場合の見直しも行われた。今後、地域で位置づけられる紹介受診重点医療機関も対象となる。2022年度改定では、紹介・逆紹介割合に基づく減算規定も厳格化された。

それ以前から、紹介なしで外来受診した患者の割合は、病床規模が大きい病院ほど、低下傾向にある。

日本病院会常任理事の牧野憲一委員

は、「(紹介受診が中心とされる病院の外来が制限される一方で、)地域包括診療料などかかりつけ医機能を象徴する診療報酬の算定は伸びていない。外来医療の機能分化は、(紹介する側と紹介される側の)両者が機能しないと成り立たないが、かかりつけ医機能の充実はまだ進んでいない」と指摘した。

これに対し、厚生労働省担当者は、「先の国会でかかりつけ医機能の制度整備の規定を盛り込んだ法改正が行われた。(具体的なかかりつけ医機能の項目など)省令改正はこれからだが、その議論を踏まえて、診療報酬の評価を検討したい」と回答した。

### 外来腫瘍化学療法診療料の状況

外来腫瘍化学療法については、外来における安心・安全な化学療法の実施を推進するため、2022年度改定で外来腫瘍化学療法診療料を新設した。従来の外来化学療法加算よりも、治療管理期間の副作用対応や24時間相談できる連絡体制を評価する点数となっている。

実態調査では、◇外来化学療法加算1の9割以上の医療機関が外来腫瘍化学療法診療料1に移行した◇外来腫瘍化学療法診療料2については、2021年度と比較し、移行している施設数は3割台◇外来化学療法室において、薬剤師は看護師や医師と比較し、配置数が少ないことなどが確認できた。

「急性期充実体制加算及び総合入院体制加算を届け出ている施設で、化学療法を実施した実患者数のうち、すべてを入院で実施した実患者数の割合の中央値は29.2%、24.5%」との状況も示され、これを問題視する意見が相次いだ。急性期充実体制加算の施設基準の手術等の実績で、「化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)」が影響しているとの指摘があり、施設基準を見直すことの提案もあった。

津留委員は、外来腫瘍化学療法を推進するための外来腫瘍化学療法診療料の趣旨に賛同した上で、外来腫瘍化学療法診療料届出施設において、外来栄養食事指導料の注2・注3の届出を行っていた施設の割合が33%、17%と低いことに懸念を示した。施設基準を満たすのが困難な要件としては、「管理栄養士が医療関係団体等による悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目

的とした研修を修了していない」、「専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修…を修了することが困難である」との回答が多かった。

津留委員は、「栄養管理指導が重要になるが、特定の医療関係団体等が実施する300時間以上の研修など施設基準のハードルが高い」と指摘。施設基準の緩和の検討を提案した。

### 退院困難な患者対応を評価すべき

入退院支援については、病気になり入院しても住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から関係者との連携を推進するために、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算などにより、外来部門と病棟との連携強化を推進している。

津留委員は、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」で、「医療においてはより『生活』に配慮した質の高い医療を、介護においてはより『医療』の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な情報提供の内容や連携のあり方」が課題とされたことも踏まえ、「老人保健施設など介護側の医療への対応強化」が重要と強調した。

猪口委員は、入院時支援加算の届出がある場合には、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、届出がない場合と比較して、平均在院日数が短かったということを示す資料に対して、「そもそも入院時支援加算を取得できる病院は、クリニカルパスに合った予定入院患者が多いために、在院日数を短縮できる」と因果関係が逆であることを指摘。「むしろ、生活に困難を抱え、退院先が見つからないなど、退院が難しい患者が入院する病院の努力をより評価すべき」と主張した。

他の委員からは、急性期一般入院料で「緊急入院」が退院困難な理由としてあがったため、「緊急入院」への退院支援を評価すべきとの意見が出た。

### 本号の紙面から

医療部会が医療DXを議論	2面
企業トップに聞く②	3・4面
医療DX人材育成講習会①	5面
入院・外来医療等分科会	6・7面
看護師等基本指針検討部会	8面

## 清話抄

### 日本版CDC?

国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合し「国立健康危機管理研究機構」を設ける改正法が5月31日の参院本会議で可決、成立した。新型コロナウイルス禍の教訓を踏

まえた対応らしい。米疾病対策センター(CDC)を参考にしており「日本版CDC」の位置づけとしているとのことだが、私は「そこに学問はあるのか?」と問いたくなる。

私事にて誠に恐縮だが、今を去る20年前の2002年、私が公衆衛生学を学ぶに米国に留学した際、日本では医学部の一講座でしかなかった公衆衛生学が、既に彼の国では一学部として存在しており、そこでは日本でもおなじみの疫学や統計学はもちろん、国際保健学、

社会行動学、医療政策学など様々な分野が学問として体系づけられ論じられていた。そこで修士号や博士号を取得し巣立った人材は医療機関の経営者となったり、公的保健機関で働いたりするようだったが、CDCはその代表的な機関の一つだろう。そのような人材が活躍する場であればこそ、世界にその名を知らしめるCDCはあるのだと思う。

感染症対策などの医療政策に限らず、日本では軍事や教育など国家百年の計

を持って行う政策や指針が、時の権力団体のパワーゲームで常に大きくぶれる。それは多分にそれらの問題を、学問を土台として論じようとするアカデミズムが無いからではなからうか。

今回のように公的機関が統合して問題が解決に向かったということが、これまでいくつあっただろう。日本版CDCが「仏作って魂入れず」ではなく、本当の意味での疾病対策センターになることを祈る。

(鬼塚一郎)

# 主張

## 大きくなる違和感

病院を開業して36年が経ちました。その間に東日本大震災をはじめとする自然災害も多発しましたが、日本国政府としての政策にさほどの違和感を感じずに過ごしてきました。

しかし3年前からの新型コロナパンデミック発生時の対応以来、少しずつ違和感が大きくなっています。3密回避、マスク手洗い、黙食の推奨、ワクチンの多数回接種等々、我々医療関係者は率先してそれらに協力してきまし

たが、新型コロナ感染症の分類が2類から5類に変更になった現在、「いったい何が新型コロナ感染を減らすのに有効だったのか?」という疑問が生じてきています。

我々は政府の基本方針に対して特に異を唱えはしませんでした。イスラエルではワクチン接種を中止してから急速に感染者が減少し、ファイザーの副社長は早期から「ワクチンに感染予防効果はない」と発表しています。さ

らにワクチン接種による死亡報告が日本でも2,000名を超える数になっていて、重篤な副作用で苦しんでいる人も多いと聞いています。

マスコミは政府の対策を後押しする報道に終始したため、未だに広い公園でマスクを着けている人が多く見られます。未知のウイルスによるパンデミックなので対策も試行錯誤するのは致し方ないことですが、全日病も医療団体として会員医療機関でのワクチン接種と感染の関連性や副作用のデータを集計しても良い時期に来ていると思います。

新型コロナ対策問題とは別に、違和

感を覚えるのが働き方改革です。一生懸命勉強し技術を早く身につけようと頑張っている人達の意欲を削ぐだけで、ワークライフバランスを大切にしても、そもそも向上意欲のない人には何の関係もない改革です。

さらに強く違和感を覚えるのがSDGsやCO<sub>2</sub>削減と地球温暖化問題で、CO<sub>2</sub>と温暖化には作業的に因果関係は無いという報告も多数あります。SDGsには多分に経済的利益を目的とした世界的戦略のニオイを感じます。

政府とマスコミを信じて生きるのが一番幸せだとは思いますが、違和感を禁じ得ません。(大橋正實)

# 医療DXの工程表などをめぐり議論

## 社保審・医療部会

## 医療機関への財政支援に懸念

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は7月7日、厚生労働省から、政府が決定した医療DXに関する工程表や医療機関におけるサイバーセキュリティ対策、骨太方針2023、規制改革実施計画などの報告を受けた。

岸田文雄首相が本部長の医療DX推進本部が6月2日に、医療DXの推進に関する工程表を決定。2024年秋に健康保険証を廃止することを含め、工程表に沿って、それぞれの計画が進むことになる。具体的には、「マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等」、「全国医療情報プラットフォームの構築」、「電子カルテ情報の標準化等」、「診療報酬改定DX」の分野がある。

全日病副会長の神野正博委員は、工程表は政府の方針としてすでに決まったものであり、それを前提にするしかないとした上で、「資料に、ライフステージに応じた国民、医療・介護事業者、保険者・ベンダー等関係者にとっての医療DXのメリットが書かれている。しかし、実はこのほかに国や行政、社会保険診療報酬支払基金などの団体にとってのメリットが隠れているのだと思う」と、国民や医療機関にメリットがうまく伝わっていない現状についての懸念を含め、説明はしていないが、そちらのメリットを政府が重視していることを暗に示した(下図参照)。

また、政府の医療DXとは別に、病院が行わなければならない医療DXがあることを強調した。「医療従事者の働き方改革や、人手不足などそれぞれの医療機関が直面している課題に対応するための医療DXがある。政府の医

療DXはさておき、こちらをやらなければならないということのメッセージを政府がきちんと出すということが、極めて大事なことだと思っている」と述べた。

病院団体の委員からは、医療DXを推進する過程で生じる医療機関の負担が不明確であることへの不満も相次いだ。日本精神科病院協会会長の山崎學委員は、「精神科病院の電子カルテ普及率は4割程度。一度導入すると、膨大な費用がかかる。微々たる診療報酬で電子カルテを導入しろといってもそれは無理なので、財源を誰がどれだけ出してくれるのかを明確にしてほしい。国が責任を持って、中小病院に財政援助をするという方針を明確にしてほしい」と訴えた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「標準型電子カルテの導入などにより、医療機関等の間接コストを極小化すると資料に書いてある。標準型電子カルテはクラウド型で最低限の機能を備えるというが、初期コストは低くても、運用コストが高くなれば、クラウド型が必ずしも費用が低いとは言えない。機能も後から追加されて、国がきちんと支援しないと、ベンダーが請求する費用がどんどん膨らんでいく」と費用面での懸念を示した。

これに対し、厚生労働省担当者は、「現状で電子カルテが普及していない最大の理由として、費用の問題があると指摘されている。これを踏まえ、診療報酬改定DXでは、『共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機

関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化]することを目指している。ただ、現時点で財政支援の具体的な内容を示すことはできないことをご理解願いたい。骨太方針2023では、『医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府をあげて確実に実現する』と書かれており、その決意で取り組む」と回答した。

### 病院のサイバーセキュリティ対策

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策については、医療法施行規則14条2項を新設し、病院、診療所または助産所の管理者が遵守すべき事項として、サイバーセキュリティを確保する「必要な措置」を講じることが追加され、4月1日から施行されている。

「必要な措置」とは、最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照の上、サイバー攻撃に対する対策を含めたセキュリティ対策全般について、適切な対応を行うということ。優先的に取り組むべき事項は、厚生労働省がチェックリストを作成し、各医療機関で確認できる仕組みにしている。

また、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱の項目に、サイバーセキュリティ確保のための取組状況を位置づけることになった。

医療機関確認用のサイバーセキュリ



ティチェックリストや、医療機関事業者向けと立入検査担当者向けのマニュアル・手引きも示された。

全国自治体病院協議会会長の小熊豊委員は、「行政の立入検査の対象になるということは、法的な対応があり得るとのこと。立入検査担当者もまだ指導内容が十分にわかっていないという状況の中で、病院に厳しい対応を求めるというのは素直に納得できない。やらないというわけではないが、丁寧な対応をお願いする」と求めた。

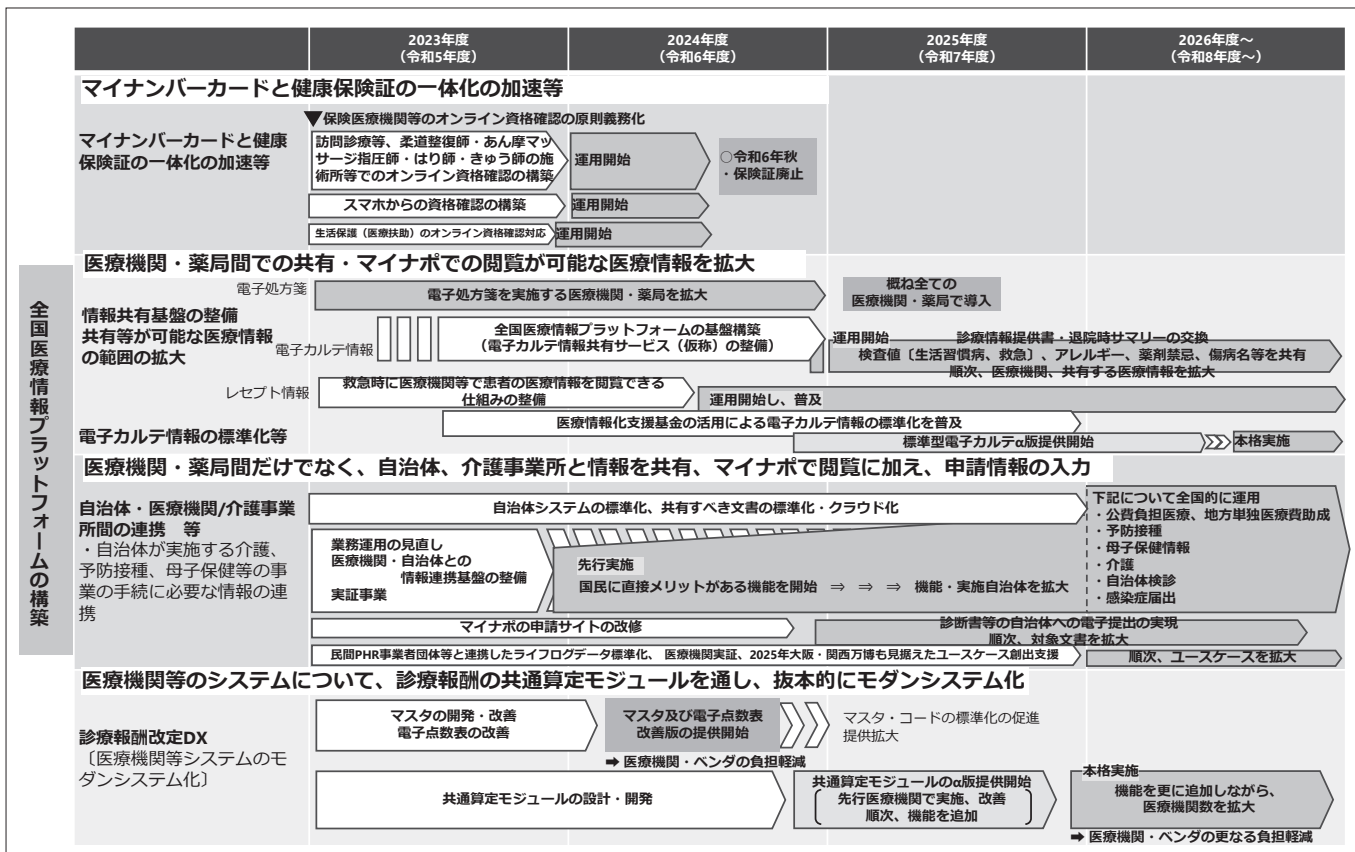
### 規制改革会議の医療関係箇所

骨太方針2023や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2023改定版」、「規制改革実施計画」の概要の報告では、特に、「規制改革実施計画」の医療関係箇所をめぐって、議論があった。

例えば、在宅医療の領域では、地域の在宅患者に対して最適なタイミングで必要な医療が提供できず、患者が不利益を被っているとの観点から、「限定された範囲で診療行為の一部を実施可能な国家資格であるナース・プラクティショナー制度を導入する要望に対して様々な指摘があったことを適切に踏まえ」て、2024・2025年度に調査を実施し、さらなる医師、看護師間でのタスクシェアを推進するための措置を検討することを求めている。その上で、2025年度中に結論をまとめるとしている。

また、救急救命処置の範囲の拡大について、「医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置を議論する場を2023年夏に設置し、エコー検査を含む新しい処置の要望・提案」の検討を行い、検討の結果を踏まえ、速やかに必要な措置を講じるとしている。

これらの閣議決定事項に対し、産業医科大学教授の松田晋哉委員は、「このような提案が全体の仕組みの中で、どのような位置づけになるのか。個別に変更することが、どのような影響を全体に与えるのか。それを考えないといけない。医師と看護師のタスクシェアは在宅医療全体として、救急救命処置の範囲の拡大は救急医療全体として考えないと、実装はできない。たんなる実験になる。規制改革会議ではそう思うことがわからないと思うので、厚労省はこのような提案に対しては、ちゃんと打ち返してほしい」と述べた。



# 「共振の経営」により経営と現場の力を結集 理念を明確にしつつ変化に対応し自らを変える

ユニ・チャームの高原豪久社長は父親の創業した会社の2代目であり、積極的な海外展開により、業績を大きく伸ばした。一方で、共生社会の実現などのミッションを明確にし、会社を公共的な存在と位置付けており、民間病院の使命と重なる。パーパス経営を軸にHITO病院を運営する石川賀代理事長(広報委員会副委員長)が、高原社長に経営の成功の背景にある理念や実践の手法をきいた。

## 会社を継承するにあたり 父とは違う経営を考えた

—今日は同郷の尊敬する先輩とお会いでき、大変うれしく思います。私は高原社長と同じく2代目の経営者で、2010年に理事長・病院長に就任し、2013年4月に社会医療法人石川記念会HITO病院を開業しました。

病院経営はいま、厳しい局面を迎えています。高原社長は、飛躍的に業績を伸ばされ、グローバル企業としての存在感を高めました。その経営手法は、病院経営者にとっても大変役立つものであると思います。「共振の経営」などユニ・チャームの経営理念の概念を含めて、お話を伺います。

最初に、会社を継がれることを決めたのは、どのような経緯だったのですか。



私は石川先生と同じく、創業者の家に生まれたので、会社を継ぐということは自然なことでした。「家を継ぐこと＝会社を継ぐこと」であり、小さな頃からそのように育てられました。祖父は、大阪に丁稚奉公し、四国に戻り製紙業を始めています。紙に関わる仕事をするもののDNAも父と私にしっかりと引き継がれました。

私は愛媛県川之江市の生まれですが、小学時代は東京と愛媛を行き来し、愛媛では祖父と一緒にすごしました。中学は横浜の全寮制の学校に入り、家族とは離れて過ごしたこともあって、特に父に反抗することもありませんでした。そんなこともあってか、自分で起業するより土台のある家業を継ぐほうが効率的だなと素直に思いました。

—私は逆に、病院を継ぐことは全く考えていませんでした。東京でずっと医師として働くつもりでした。覚悟がないまま、父が理事長を務める石川病院に入職し、なかなか継承者としての覚悟を持てず苦労しました。覚悟が

決まったのは新病院の新築・移転が決定したときでした。

私は、「父とは違う経営」を志向したほうが「得」だなと考えました。会社は継ぎましたが、経営スタイルまで継承する必要はないと考えたのです。

この「父とは違う経営」が「共振の経営」なのですが、それは2001年に社長に就任する遙か前から考え始めていました。まず、経営理念を決め、その理念を具現化するには何をすべきかとバックキャストで考えることを重視しました。

—バックキャスト的に考えることは私も重視しています。その観点で、ユニ・チャームの海外展開をみても、日本の少子高齢化を見越し、かなり早い段階で経営方針を転換されていると感じます。データ分析などによる判断があったのだと思いますが、どのような考えがそこにあるのでしょうか。

「父とは違う経営」を考えたときに、ビジネスを展開する領域として、国内と海外のどちらを中心にするかというところは随分と考えました。同時に「ユニ・チャームの独自価値とは何か？」についても、深く考えました。結論は「不織布加工による吸収物品の製造」に関する開発力や技術力です。これは世界で戦える強みだと判断しました。この強みをメガトレンドである人口動態とを照らし合わせると、やはり日本以外の国・地域に積極的に出て行くべきだという判断となりました。

ちなみに日本における「少子化」は1960年代の高度経済成長期から始まっています。私がユニ・チャームに入社したのは1991年ですが、当時の人口動態統計データには、さらなる人口減少・高齢化の進展がハッキリと表れていました。つまり、海外へと事業をシフトさせることは成功確率も高く、いわゆる「ブルーオーシャン」でもあると判断したのです。

しかしながら、そのような大きな変革には相当の準備が必要で、特に海外に傾注するための資源を確保することは急務でした。このため、祖業の防火建材である木毛セメント板等の建材事業や、多角化戦略の一環として手を広げていた観光事業や幼児教育事業を整理するなどのいわゆるリストラを断行し、経営資源を確保しました。

当社が全社員で実践する「共振の経営」とは、経営層と現場社員とが一体となることを重視しています。経営と社員の役割を分けたがる人がいますが、私はそのような考え方に懐疑的です。むしろ、成果を出すという共通の目標に向かって、経営層と現場社員が相互理解を深めることが大切だと考えており、欧米型のマネジメントの合理性だけでは成り立たないと思っています。

私は、コロナ禍に見舞われるまでは、国内、海外を問わず、できるだけ現場に赴いて、社員と車座になって話をし、議論しました。そうやって相互理解を深め、方向性を一つにして皆の力を結集させることが、「共振の経営」です。もっとも重要な行動基準として、この考え方を社員に浸透させています。



高原社長

石川理事長

## 社員の行動や意識を変える仕組み SAPSやOODA-Loopを導入

—相互理解を深めることの重要性は、私たちの業態でも同じです。物価高騰や人件費を含めて病院経営は厳しい局面となっています。経営的な数字をいくら示しても我が事として「腹落ち」しないと前に進みません。自分たちの存在意義が何であり、何のために行動するのかということを一ひとりのスタッフが理解して初めて変わることができると考えています。

ただ、口で言うのは簡単で、実際にどうコミットメントしていくかが問題です。その意味で、ユニ・チャームは、すべてのステークホルダーに対して、ブレずにアプローチしているように感じます。理念を体現する人材をどのように育成しているのでしょうか。



会社が大きくなって、よかったことは、必要とする優秀な人材を選べるようになったことです。採用には時間をかけ、私自身が最終面談に臨み、丁寧な対話を心がけています。最近の学生が会社選びの際に重視しているのは、仕事の目的や社会的な意義です。最終面談では、用意されたペーパーの読み上げに終始せぬよう、その人が心に秘めた思いを確かめるべく、様々な角度から質問をするようにしています。

ユニ・チャームが何を目標しているか。一つは、共生社会の実現です。それはSDGsの達成にもつながります。

これらはユニ・チャームウェイに体系的に、整理されています。

もちろん、我々は医療のように直接人の命を左右するサービスを提供しているわけではありません。それでも、人が生まれて亡くなるまでの間、シームレスに関わり、サポートするサービスを行っているという自負があります。これを「ライフタイムバリューの最大化」と呼んでいますが、これは健康寿命の延伸に貢献することだと思います。

—とても大事な価値観だと思います。一方で、その価値観を共有し、企業体として実践し続けることが難しい。そのために、私たちは、ネットワーク型組織の構築を目指していて、ICTを活用しながら試行錯誤しています。高原社長は、かなり早い段階から取り組みを始めていますが、それも2代目として違うことをやるという意識の中で生じたことなのでしょう。

父は、自分がとにかく勉強し、その後ろ姿をみせて、ついてこいというような人でした。禅の考え方に、学ぶ姿勢を持たないと、どんなに偉い人と接点を持っても本当の意味で学ぶことはできないという趣旨の言葉があります。父の後ろ姿をみながら、学ぶ姿勢を習得するために何が必要かを考えました。

社員の行動や意識を変えるため、組織の中に落とし込んでいく仕組みに、かつては「SAPS」があり、今は「OODA-Loop(ウーダルーブ)」があります(次頁右上を参照)。それを実行しさえすれば、気がつくことができ、自ら考え実行する習慣が身につくという仕掛けとなることを目指しています。

やはり、人は「型どおり」を強いられることを嫌がるものです。よって、状況に応じて変幻自在に自ら判断できる仕組みでなければ機能しません。社会や環境も変化します。その変化に応じて仕組みの変化(改善)も行っています。しかし、目的である「理念」は変わりません。理念を実現するための手段が、その時々状況に応じて変化します。

また、経営とは、結局のところ資源配分なので、何かをやるには、何かをやめなければなりません。しかも、短期的な成果も上げる必要があります。そのためには、やめなければならない理由をきちんと説き、新たに始めるこ

聞き手＝石川賀代・社会医療法人石川記念会HITO病院理事長

# 採用では多様性を重視し女性を起点として考える

とがいかに重要であるかを伝えなければなりません。

冒頭の事業変革であれば、人口動態や経済動向をしっかりと見れば「日本以外の国・地域に軸足を移すべき」であることがわかります。特に新興国において、衛生用品の顧客は富裕層から始まり、経済成長に応じて中間層から低所得者層にカスケード的に降りて広がっていきます。日本の衛生用品はアジア各国でその高い品質が評価されていましたが、次第に現地メーカーにキャッチアップされつつあります。それらを踏まえ、その時々需要に応じて適切な商品を出していくことが求められます。このようなことは、合理的に考えれば当たり前で、誰でも分かることです。しかし、実際に行動する場面で、差が表れます。

プロのスポーツ選手でも、求められる成果が出せる選手は、ルーチンワークを常に怠っていません。「基礎が大切」であることは誰もが分かっているけれど、意外と地道な積み重ねができない。結局、価値ある行動を起こすには、不断の努力が必要なのです。

—— ホームランを打つためには基礎的な力が必要だということですね。人材育成について、自分が成長しようという姿勢が大事だというのはその通りだと思います。HITO病院でも、私たちが掲げている理念に共感するから、入職してくれるという人を求めています。

実際、今の若い人たちは総じて学ぶ意欲がとても強いと思います。しかしながら、成長には差が必ずあります。仮にAさんとBさんという二人の新入社員がいるとして、採用面接時はAさんのほうが優秀だと思ったのに、入社後はBさんがどんどん伸びるということがあります。やはり学ぶ姿勢のスイッチが入らないと、恵まれた経験をしなくても血肉にはならないのです。

—— コロナ禍で様々な変化がありました。社会が急速に変化し、価値観も多様化しています。ユニ・チャームは需要を消費者目線で徹底的に追求していて、例えば、中国では、定点カメラで消費者の行動を分析しているとの記事を読みました。

あれは苦肉の策なのです(笑)。病院もそうだと思いますが、本当は匂いや触感などを含む“五感”を総動員しないと良い商品開発やマーケティングはできません。コロナによって行動が制限されてしまい、ICT技術を使わざるを得ませんでした。しかしながら、メリットもありました。まず、現地までの移動にかかる時間を省くことができます。また、訪問先に迷惑がかかりませんので現地に行ける人数には自ずと制限があります。しかしデジタルはこのような制約をとばらうことができます。今後はむしろ、リアルとバーチャルを組み合わせて活用することが大事だと考えています。

—— バーチャルに代替できるリアルとできないリアルがありますね。目と目を合わせて対面するのが、本当は望ましいのだと思いますが、時間の節約など効率的な面は活用すべきです。

そうですね。デジタル技術の進展によって、我々はむしろ忙しくなっています(笑)。オンライン会議だと隙間なく予定を入れられてしまいます。昔だったら「移動時間を考えたら、こんな

スケジュールはないだろう」となるのですが……。意図的に気持ちをリセットする時間を作る必要があります。

## 多様性を受け入れる採用方法 新たなキャリアパスも導入

—— ユニ・チャームでは採用においても多様性を重視していると聞きました。具体的には、どのようなものでしょうか。

そのご質問にお答えするまえに、入社後の一般的なキャリアについてお伝えしたいと思います。当社では、どのような職種の社員でも、新入社員は全員営業を経験してもらいます。なぜなら営業は最終顧客である「消費者」の一番近くで仕事をするからです。当社は1961年創業と日用品メーカーでは後発です。そんな当社が競合に勝つには「消費者に密着する」しかありませんでした。そんな訳で「営業」は当社の原点なのです。よって全ての社員が営業からスタートするべきだと考えています。「営業が向かない人もいるのでは？」と心配されるかたも多いと思いますが、実際にはどんなに「とんがった人」でも営業は活かすことができると思います。

ジェンダーの観点では、全体の採用数の枠の中で、女性の比率を最初に決め、女性が多くなるようにしています。なぜなら社会が大きく変わる中で、女性の発想を軸にして考えようという方針があるからです。

また、海外で営業する人材の世代交代を進める時期になっており、その点も踏まえて採用しています。しかしながら、最近では海外で活躍したいという日本人が少なくなっていると感じます。採用面接では「働き方」についても希望を確認しますが、その際に必ず海外で働くことについての意向を確認するようにしています。

一時期、留学で日本を訪れたアジアの人たちを採用し、出身国で活躍してもらうことを期待したのですが、彼・彼女らは日本の社会や文化が好きで、日本で暮らし働くために来たのであって、母国に帰りたいわけではないことがわかりました。昔と違い、給料も日本と他のアジア諸国であまり変わらなくなっています。採用しない訳ではありませんが、外国人人材の特別枠は廃止しました。なお、当社は80を超えて国・地域で事業を展開していますが、経済成長している国・地域で働いている人たちはエネルギーがあって、クールな日本人と違うパッションがあります。そのような社員は、やはり反応もポジティブで一緒に仕事をしているとモチベートされます。これもある意味、多様性ではないかと思えます。

ちなみに当社では日本を含め全ての現地法人で統一したマネジメントモデル「ユニ・チャームウェイ」を実践しています。グローバル企業とは進出国・地域の多寡や業容規模ではなく「統一されたマネジメントモデルで経営されているか否か」で語られるべきだと私は思います。この「ユニ・チャームウェイ」への取り組み姿勢も、やはり経済成長している国・地域の社員の方が積極的です。

—— 組織自体が多様性を受け入れる環境になっているというか、それが当たり前前の環境であることが必要なのだ

## OODA-Loop (ウーダ ループ) とは

ユニ・チャーム社は、PDCAを重視した「SAPS」(Schedule, Action, Performance, Schedule)を取り入れていたが、現在、これを進化させてOODA-Loopの考え方を導入している。

OODA-Loopとは、アメリカ空軍のジョン・ボイド氏が提唱した意思決定の考え方。OODAとは、4つのプロセスの頭文字をとったもので、以下の内容を表す。

- Observe (観察)** : 自分のまわりの状況をよく観察して生データを集める
- Orient (状況判断)** : 集めた一次データから状況がどうなっているかを判断する
- Decide (意思決定)** : 状況判断に基づき、やることや計画を決める
- Act (行動)** : やると決めたことを計画に沿って行う

ループといわれるように、Observe (観察) → Orient (状況判断) → Decide (意思決定) → Act (行動) → Observe (観察) …と繰り返すことにより、当初の計画にこだわらず、変化に対応して判断することが常態化されるようになる。

OODA-Loopを経営に取り入れた組織は、変化に柔軟に対応しやすい、意思決定がスピーディになるなどの利点がある。

と思います。また、人生100年時代において、再チャレンジする経験者も増えるでしょうから、人材確保の観点でも多様性は重要です。

そうですね。ずっと同じ会社で働くことが当たり前ではなく、私の年代とはだいぶ感覚が変わってきました。やはり「この会社は私をどれだけ成長させてくれるのか？」が問われる時代になっているのだと思います。

とはいえ「三つ子の魂百まで」と言うように、最初が肝心です。やはり、社会にでたばかりのころに当社で学んだことが、その後の人生において、ちゃんと役に立つようにしてあげたいと思います。仮にその人が他社に移ってしまうとしてもです。

他方で当社では育てられないスキルもあります。例えば、デジタルです。また、ユニ・チャームはいわゆるハイテク企業ではありませんから、自社にはない技術を活用するための接点をどうつくるかも重要な課題です。

デジタル人材については、知識のある人を数人雇用しても埋もれてしまうので、採用・報酬の形態が本社とは全く異なる「出島」のような組織を作ること検討しています。それでも、ユニ・チャームの理念は注入しなければなりませんので、出島にもプロパーの社員を送り込む必要はあります。

—— ユニ・チャームがもともと持っている基盤に、新しいものが融合することで、イノベーションが起きる可能性がありますね。

イノベーションとは一過性の取り組みで何とかなるものではなく、むしろ小さな事例をコツコツと地道に積み重ねることによって創出されるものだと思います。究極的には成長し続けることが会社には使命づけられている訳で、そのために必要なイノベーションの種を会社組織に埋め込んでいく必要があります。多様性もその一つです。

## 理念を示しブレない姿勢を貫き社会に合わせて自らを変える

—— 私が経営する介護施設にもユニ・チャームの排泄コーディネーターの方に来てもらって、おむつの正しい当て方などを指導してもらいました。介護施設の職員には外国人が多く、利用者が不快を感じずに装着できるスキンケアの行き届いたおむつの使用方法を学ぶことは大変役立ちました。

スキンコンディショニングという商品は、褥瘡ができにくいという効果を臨床データから得ており、製品化まで相当の時間と労力を費やしました。評価をいただけて大変うれしく思います。

一方で、顧客ニーズを100%解決することは永遠のテーマであり、完成形

はありません。でも、100%を追求する気持ちが強ければ、顧客に評価される商品へとつながると信じています。

—— 現場の声をしっかりときいて開発しないと、よい商品は生まれにくいと感じます。現場の声、働く人たちの声、それらをきちんときいて対応することが、「共振の経営」の一つの現れなのですね。

介護施設の職員の方であれば、日々の仕事で様々な知見を蓄えており、カスタマイズしたやり方にこだわりを持たれるのは至極当然のことです。その心理的な壁を越えるぐらいのエポックメイキングな商品を提供しないとダメだと思います。商品の品質や値段だけではなく、例えば、介護の場面で必要な機能は何かを考え、装着される方・装着する方双方の肉体的・心理的な負担を減らすことを目指します。それは介護する側である職員の方々の負担をも軽減することにつながるはずですよ。

—— いろいろとお話をおききして、一番感じたのは、高原社長のブレない姿勢であり、すべてにおいて、それが一貫しているということです。環境が変わり、それに合った対応をしななければならないときに、一本筋が通っているから、自らが変わることも恐れない。成果を出すことに貪欲でありながら、すべてのステークホルダーに対して、自らのやるべきことを理念として明確に示すという姿勢にも心を動かされました。

そして、それは病院経営にもつながります。地域の中小病院はいま大きな変革期にあり、変わらなければ今後行き詰まってしまうと思います。働く場としても、選ばれる病院にならなければ職員が集まりません。そういう時代だからこそ、高原社長にお話を伺いたかった。経営者の手腕によって、変わっていくということをお伝えしたいと思います。

最後に、病院、介護施設の経営者にメッセージをお願いします。

我々は企業として顧客に対し積極的にアプローチします。対して、多くの病院は受け身なのは？ と思います。まだ患者ではない、いわゆる「未病」の人たちも含め、個人の違いに着目し、積極的にニーズを探すべきなのではないかと思えます。人生100年時代ですから、できるだけ病気にならず人生を謳歌することに、病院がもっと関わることを期待します。

—— おっしゃる通りで、個人の違いに着目してニーズを探すことがとても重要です。誰も寝たきりにはなりたくないし、亡くなる直前まで自立した生活を送りたい。これからの時代、それをサポートし、「求められる医療」を提供し、人に寄り添うことができる病院が本当に求められているのだと思います。

# 院内で医療DXを進める人材育成プログラムの第1回講習会を開催

## 医療DX人材育成プログラム① 病院が目指すべき医療情報システムを高橋教授が説明

2023年6月2日に総理大臣官邸で第2回医療DX推進本部が実施され、岸田総理自らが医療DXの推進を宣言した。今後、日本のすべての病院が、院内のDXの推進を求められるようになる。このような時代の要請に各病院が適切に対応するために必要な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。今後、本紙において毎回の講習会の内容を紹介する。

第1回講習会が、6月29日(木)13時

～16時にZoomで開催され、132病院、334人が参加した。まず、本プログラムの開講にあたり、宮地千尋広報委員長(医療法人明倫会 宮地病院)が開会の挨拶として、受講に対する感謝の意を表し、趣旨説明を行った。

最初の総論講義(1)において高橋泰教授(国際医療福祉大学)は、今回のプログラムの主要な目的は、「2030年頃の自院の情報システムの到達地点(図 右下の丸で囲まれた地点)と、そこに至るまでの経路(図の矢印)を想像できるようにする」ことであると説明した。

また図を示しながら、「オンプレミス電子カルテ+穴の開いた閉域網(イン

ターネットと接続しない閉じたネットワーク)」という医療情報システムを有する我が国の多くの病院(図左上の丸で囲まれた状況)は、他の業界と比べ格段に高い料金を支払っているにもかかわらず、電子カルテ用端末から利用者がインターネットを利用できず、しかも病院情報システムがウイルス感染の危機に曝されると、「泣き面に蜂」の状況にあると指摘。

この現状を抜け出すために多くの病院が目指すべき医療情報システムは、「価格が安く高機能なWEBカルテ+WEBカルテと連動したモバイルシステム」により構成されたシステムであ

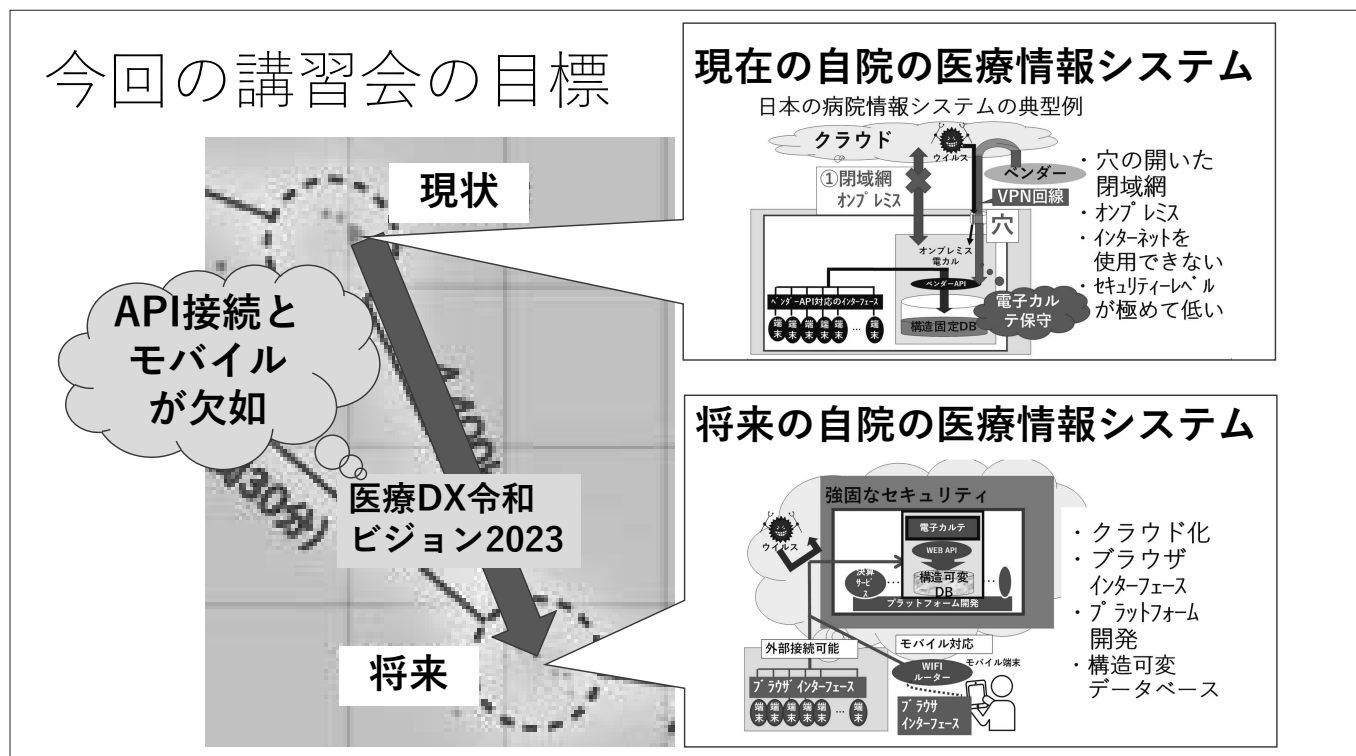
るとした。また、6月2日に公表された医療DX令和ビジョン2023に示された日本の医療情報システムの目指す方向性は図の矢印と同じ方向だが、医療DXの根幹であるAPI接続やモバイルという用語が使われなかったことが問題である、という指摘も行われた。

総論講義(2)では、石川賀代理事長(社会医療法人石川記念会 HITO病院)が、業務用のスマホやタブレットなどのモバイル機器を用いたチームチャット、電子カルテ連携や現在HITO病院で実践されている多職種協働セルケア方式<sup>®</sup>の報告を行った。これらの導入により、看護師の1日当たりの歩行距離が8kmから3kmに減少し、ベッドサイドでケアに当たる時間が1日100分増えたこと、リハビリスタッフが1日に提供できる施術時間が1単位増えたなど、具体的な成果が紹介された。

最後の小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)によるIT基礎についての講義では、①Web+Webシステム、②ソーシャルサービス、③電子メール、④業務システム(VDI等)、⑤教育システム(eラーニング)についての説明があった。

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1回の講習会が終了した。

今後、「総論講義」で、受講生が自院の病院情報システムが進むべき方向性を理解し、「各論講義」で、セキュリティを含めた自院のシステムのデザインや業者との交渉において必要な用語や知識を身に付けることができるよう講義を行い、テストを行いながら知識が着実に習得できるようプログラムを進めていく予定である。



## 増加する需要を踏まえ、在宅医療をテーマに議論

### 中医協総会 診療側委員は在宅専門診療所とそれ以外の「効率性の違い」強調

中医協総会(小塩隆士会長)は7月12日、2024年度診療報酬改定に向け、在宅医療をテーマに議論を行った。増加する在宅医療の需要に対し、関係機関が連携し、地域でネットワークとして在宅患者を支える体制が求められた。診療側委員は、在宅医療の評価を考える上で、かかりつけ医がいる医療機関と在宅専門医療機関の訪問診療や往診の「効率性の違い」を強調した。

在宅医療を取り巻く状況を見ると、死亡数は2040年まで増加が見込まれ、今後の日本は高齢多死社会を迎える。一方、2022年度の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」によると、国民の一定割合は、最期を迎えたい場所やそれまでの医療・ケアを受けたい場所を自宅と考えている。

第8次医療計画では、増加する訪問診療・訪問看護の需要に対し、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じ、より実効性のある体制整備を進める必要があるとした。

連携の形では、診療のバックアップ体制や夜間輪番などの在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅患者のための垂直連携の仕組みによる取組みが地域で進んでいる。

医療と介護の連携については、2015年度から在宅医療・介護連携推進事業が実施されている。ただ、実態調査では、在宅医療で医療の対応が必要とされる4つの場面(日常の療養支援、看取り、急変時の対応、入退院支援)の

うち、「急変時の対応」が十分に進んでいないとの結果が示されている。

#### 引き続き常時対応の体制が課題

次に、診療報酬の状況を見ると、在宅患者訪問診療料の算定回数は一貫して増加傾向にある。都道府県のばらつきが大きく、人口千人当たりの1年間の在宅患者訪問診療料の算定回数は最大3.5倍の差がある。最多は大阪府で、最少は沖縄県である。

往診料の全体の算定回数は横ばいだが、夜間・深夜往診加算、休日往診加算の算定回数は近年大きく増加している。地域のばらつきがあり、2015年から2022年のこれらの算定回数の増加率をみると、東京都や神奈川県など、一部地域で増加率が高い。

緊急往診加算の算定回数は2022年に急増した。新型コロナ特例で、往診に関する診療報酬の要件緩和・評価の充実が行われたため、その影響も考えられる。特例は2023年5月8日の取扱いの変更に伴い、一部廃止となり、今後解消される予定なので、今後の動向が注目される。

在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向にある。2022年で、機能強化型(単独型)は267施設、機能強化型(連携型)は454施設、従来型は973施設である。在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばいであったが、2022年は増加している。機能強化型(単独型)は244施設、機能強化型(連携型)は3,630施設、従来型は11,390施設である。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数と算定回数も増加傾向にある。看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定回数は、地域のばらつきはあるが、2015年以降、全体として増加している。

在宅医療の需要に応えるため、近年の診療報酬改定では、多くの医療機関が在宅医療に参画できるよう、診療報酬の見直しを行ってきた。

例えば、複数の疾病がある在宅患者に対応するため、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価として、2018年度改定で新設した在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2の算定回数は、新設後増加しており、対象病名では皮膚疾患、依頼先の診療科では皮膚科が多くなっている。

在宅支診・病以外の医療機関が算定し、2022年度改定で、24時間の往診体制と連絡体制の要件を緩和した「2」を設け、「継続診療加算」から名称を変更した「在宅療養移行加算」の状況では、算定していない理由としては、見直し理由であった「24時間の往診体制の確保ができない」が最も多く、引き続き課題が残っている。

訪問リハビリテーションについては、医療保険による在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数は、近年横ばいの状況にある。一方、訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設となっている。

委員からは、在宅医療に関し、個別の診療報酬項目にはあまり踏み込まない総論的な発言が多かった。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、第8次医療計画で、在宅支診・病など「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を位置づけ、適切な在宅医療の圏域を設定するとされたことを踏まえ、「地域の実情に応じた取り組みの推進」が在宅医療の体制において求められるとした。病診連携では、ICTの活用が有効であると指摘した。患者への常時対応は医療機関と訪問看護のセットで考えるべきとし、かかりつけ医が実施する在宅医療と在宅医療専門医療機関が実施する在宅医療は「効率性が異なる」ことを強調した。

日医常任理事の江澤和彦委員は、在宅医療の患者にも、リハビリテーション・栄養・口腔ケアが一体的に提供される体制が重要であるにもかかわらず、地域の取組みは不足していると指摘。「まずはスクリーニングを実施し、必要性を把握した上で、近隣の医療機関や老健施設、歯科診療所から派遣される」ことを評価する改定を求めた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、在宅医療の提供主体として、「かかりつけ医の医療機関、訪問診療専門医療機関、大規模グループがある」とした上で、それぞれのメリットは地域性により異なるが、それぞれが補完しあう形で、かかりつけ医機能を確保すべきとした。その際、在宅医療を支援する病院の役割も大きいと主張した。

# 高齢者救急の受け入れ先としての地ケア病棟を議論

中医協・入院医療等分科会

急性期入院医療、地域包括ケア病棟、身体的拘束をテーマに議論

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は7月6日、急性期入院医療(その1)、地域包括ケア病棟(その1)、横断的事項等(その1)として身体的拘束をテーマに議論を行った。地域包括ケア病棟(地ケア病棟)については、2024年度診療報酬改定に向け焦点の一つとなっている高齢者救急の受け入れ先としての役割をめぐり、さまざまな意見が出た。

全日病会長の猪口雄二委員(日本医師会副会長)や全日病常任理事の津留英智委員は、高齢者の救急搬送の受け入れ先を地ケア病棟中心とすることに、慎重に対応すべきとの意見を述べた。厚生労働省担当者は、リハビリテーション、栄養、口腔のケアの観点を含め、高齢者の療養環境として地域包括ケアが望ましいとの考えを示しつつ、直接入棟であるかは別として、高齢者救急をどう支えるかという課題に対応しなければならないと強調した。

総合入院体制加算から急性期充実体制加算への移行で懸念

急性期入院医療(その1)では、急性期充実体制加算と総合入院体制加算の関係が論点となった。

急性期充実体制加算は、2022年度改定で、「地域において高度急性期・急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で、急性期入院医療を実施するための体制を確保している医療機関に対する評価」として、新設された。点数は1日につき、7日以内の期間は460点、8日以上11日以内の期間は120点、12日以上14日以内の期間は180点となっており、かなり高い評価と言える。

2022年9月時点(DPCデータ)において、全国1,506の急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち、165施設が急性期充実体制加算の届出を行っている。

一方、同じく、急性期の入院基本料の加算として、「十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等」を評価する総合入院体制加算がある。点数は1日につき14日までで、加算1が240点、加算2が180点、加算3が120点となっている。急性期充実体制加算とは併算できないため、どちらかを選ぶことになる。

両者の機能には違いがある。急性期充実体制加算には、高度急性期・急性期医療を集中的・効率的に提供する機能を求め、24時間の救急医療提供や手術などで、高い実績の要件が設定されている。特に、全身麻酔による手術などの実績は、総合入院体制よりも厳しい基準が置かれている。

一方、総合入院体制加算には、総合的かつ専門的な急性期医療の機能として、小児科、産科または産婦人科を含む主要な診療科の標榜を求めている。

総合病院の機能に重きを置いている。加算1では「精神科患者の入院受入体制」が要件となっている。

このため、総合入院体制加算から急性期充実体制加算に変更する病院が、特定の診療科を廃止してしまう懸念があった。

2021年の総合入院体制加算の届出は395施設で、急性期充実体制加算が新設された2022年に257施設に減った。これに対し、急性期充実体制加算は157施設となっている(左上図参照)。

厚生労働省は、2022年9月時点で、許可病床数が200床以上であって、急性期充実体制加算を算定する医療機関のうち、2020年9月時点で総合入院体制加算を算定していた施設は90.9%であることも示した。

猪口委員は、「(精神科患者の入院受入体制がある)総合入院体制加算1の届出が、急性期充実体制加算の新設により減っている。精神疾患患者の重度合併症を診る病棟が減ってしまうと、非常に大きな問題になる。すぐに問題が生じるということではないかもしれないが、数年の間に影響が出てくる可能性がある」との懸念を示した。その上で、「精神疾患の合併症を診ることのできる基幹病院や特定機能病院におけるDPC/PDPSや平均在院日数の評価のあり方を考える必要が出てくる」と述べた。

厚労省は、急性期充実体制加算の新設による影響を把握するため、様々な視点で調査を行っている。例えば、産科、小児科、精神科の標榜については、「小児入院医療管理料の算定」、「帝王切開の実施」、「精神科入院料の算定」を指標とし、その有無の割合をみた。急性期充実体制加算を算定する急性期一般入院料1かつ許可病床数200床以上の医療機関で、2018年、2020年、2022年で算定の有無の割合は、ほとんど変化していないとの結果だった。

また、急性期充実体制加算を算定している9施設にヒアリング調査を行ったところ、2022年4月以前と2023年1月1日時点の状況において、大きく体制を変更した施設はなかった。総合入院体制加算2の届出施設が、加算1を取得することを旨とし、精神科病床の準備を検討していたが、急性期充実体制加算が新設されたために、精神科病床を持たない決断をした病院があることはわかった。

委員間では、現状では大きな問題は発生していないと判断しつつ、状況を注視していくことが必要との考えで一致した。

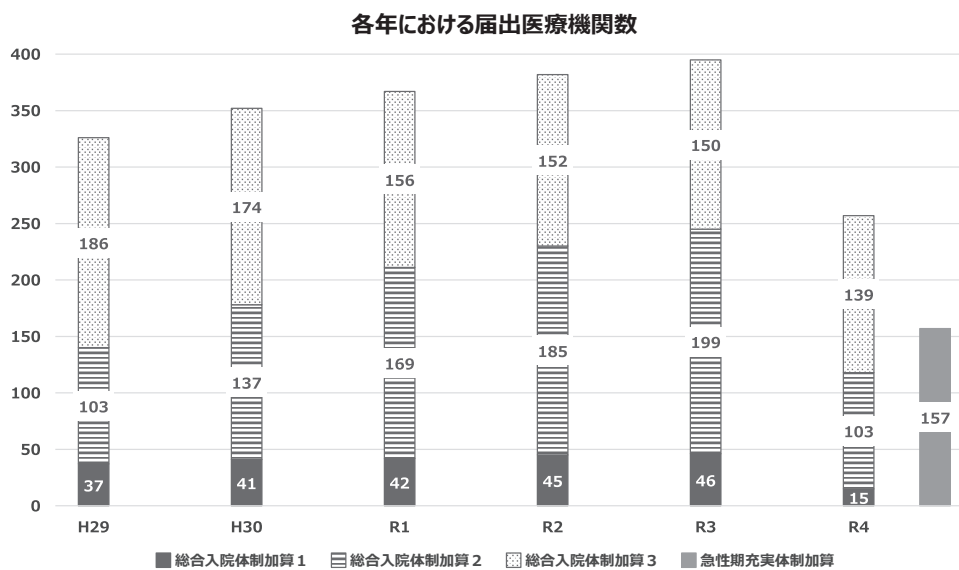
津留委員は、急性期充実体制加算の都道府県偏在に言及した。

「大都市のある都道府県では、半径10キロメートル以内に申請病院がひしめき合っているかもしれない。一方で、申請がない県が5つある。手術などの実績要件が厳しいということもあり、未申請の県でも手上げができるよう、例えば加算2を作るなど要件緩和の選択肢もあると思う。だが、そうすると、ますます大都市の申請病院が増えることになり、結局都道府県の格差が拡大してしまう」と述べた。

その上で、「急性期充実体制加算における高度急性期医療の評価も大事だが、やはり、今後増加する高齢者救急をしっかりと支える医療提供体制を構築するための評価として、地域の2次救急などに重きを置いた議論が大事であると思う」と次期改定の優先順位に

## 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日の状況)

## 地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の医療資源を最も投入した傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)		救急搬送後入院、他病棟を経由(n=390)		救急搬送後入院、直接入棟(n=161)	
1 誤嚥性肺炎	4.4%	1 大腿骨転子部骨折	9.3%	1 誤嚥性肺炎	6.8%
2 腰椎圧迫骨折	2.9%	2 誤嚥性肺炎	9.3%	2 尿路感染症	6.2%
3 尿路感染症	2.7%	3 COVID-19	4.3%	3 腰椎圧迫骨折	5.0%
4 廃用症候群	2.7%	4 大腿骨頸部骨折	4.3%	4 肺炎	4.3%
5 COVID-19	2.6%	5 尿路感染症	3.7%	5 COVID-19	3.7%
6 大腿骨転子部骨折	2.6%	6 うっ血性心不全	3.7%	6 大腿骨転子部骨折	3.7%
7 大腿骨頸部骨折	2.3%	7 アテローム血栓性脳梗塞・急性期	1.9%	7 脱水	3.1%
8 うっ血性心不全	1.9%	8 心原性脳塞栓症	1.9%	8 胸椎圧迫骨折	3.1%
9 脱水症	1.8%	9 肺炎	1.9%	9 大腿骨頸部骨折	1.9%
10 腰部脊柱管狭窄症	1.8%	10 脱水症	1.9%	10 イレウス	1.2%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(入院患者票)

関し要望した。

### 直接入棟かは別に地ケア病棟は高齢者の療養環境に適している

地域包括ケア病棟(その1)に関しては、さまざまなデータが示され、意見が交わされた。

猪口委員は、まず、「(自院一般病棟からの転棟割合が6割以上である場合に、入院料が減算されるなど)2022年度改定で様々な減算規定が導入され、地ケア病棟に対しては、大きな見直しが行われた」との認識を示した。

その上で、地ケア病棟・病室における患者の流れのデータなどを踏まえ、「明らかに、自宅からの受入れが増加し、自院からの転棟が減る傾向にある。地ケア病棟は多様であり、受入患者に要介護が非常に多いことが、他のデータからも、みて取れる。(急性期病棟からの受入れ、在宅等からの受入れ、在宅復帰支援という)地ケア病棟の3つの機能を現状の地ケア病棟はそれなりに果たしていると言えるのではないか」との認識を示した。

また、厚労省は、地ケア病棟の入院患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに、地ケア病棟に直接入棟した患者は、他病棟経由に比べ、リハビリテーション実施頻度、リハビリ実施単位数が低い傾向にあるとのデータも示した。さらに、急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し、早期にリハビリを実施することが、死亡率の低下やADLの改善につながるという実証データも紹介した。

これに対して猪口委員は、「それはその通りなのだが、地ケア病棟に救急搬送されて、すぐにリハビリを始められるかという点、そうではないので、やむを得ないところもある。誤嚥性肺炎の患者にリハビリが効果的であることを現場は当然わかっており、行われている」と指摘。「地ケア病棟は完成されてきており、前回改定のような大きな変更を次期改定で行うべきではないというのが私の考えだ」と強調した。

次期改定に向けた地ケア病棟をめぐる議論では、高齢者救急が増大する中

で、「要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべき」(同日の資料で示された同時報酬改定に向けた意見交換会における主な意見)との考えが背景にある。

津留委員は、「消防庁のデータによると、高齢者救急の疾病分類で『症状・徴候・診断名不明確』が最も多く、増加している。だが、これは症状が軽いということではなく、何となく元気が無い、ぼーっとして普段と様子が違うという状態で搬送され、診断にも時間がかかるが、検査などを行った後に、重症であることが判明することも少なくない」と述べ、高齢者救急であるから、地ケア病棟に搬送するという考えに対して、改めて慎重な対応を求めた。

また、厚労省の資料では、「自院の一般病床からの転棟割合が8割以上の病棟」を抽出して、ポストアキュート中心の病棟であると区分けしていることに對し、6割以上で減算措置が適用されることから、6割で区切って、地ケア病棟の機能の違いを判断するべきと指摘し、資料の作成を要望した。その上で、「ポストアキュート中心の地ケア病棟を悪者扱いしているような印象もあるが、決してそういうことではなく、地ケア病棟が果たす機能の一つとしてポストアキュートもきちんと評価すべき」と述べた。

厚労省は、地ケア病棟に直接入棟する患者の特徴として、◇誤嚥性肺炎や尿路感染症が多い◇医療的な状態が不安定な傾向◇医師による診察の頻度、必要性が高い傾向にある◇看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にある◇リハビリ実施頻度、リハビリ実施単位数は低い傾向にあるといった特徴を示した(6面左下図参照)。

これらに対しても、津留委員は、「地ケア病棟は看護配置が13対1で少なく、急性期病棟ほど状態が不安定な患者を診る体制がないので、地ケア病棟に直接入棟するメリットがみえない。急性

期病棟から地ケア病棟に適切に転棟するという機能について、もっと考えていくべきである」と述べた。

さまざまな委員の意見を受け、厚労省担当者は、「85歳以上高齢者の増加など人口動態が変化し、救急搬送される高齢者が増えている。地ケア病棟を含め医療全体としてこれをどう支えていくかという課題がある。在宅医療が今後増えることも踏まえると、在宅からの受け皿も考えないといけない。高齢者救急の受け入れ先としては、リハビリテーション、栄養、口腔の観点でのケアが充実している場所が望ましい。直接入棟であるかは別として、高齢者救急を地ケア病棟で受け入れるにあたって、何が必要であるかを議論して頂きたい」と述べた。

### 身体的拘束の医療の実態 治療室や療養病棟で多い

横断的事項等(その1)では、「身体的拘束」が取り上げられた。

身体拘束ゼロに向けた取り組みは介護保険で進んでいる。介護保険では、介護保険施設等の運営基準において、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない。「緊急やむを得ない場合」とは、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の3つの要件すべてを満たし、手続きが極めて慎重に実施されている場合である。

医療機関における身体的拘束の実施状況をみると、ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は0%~10%未満(0%を含む)であるが、実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度あった。

身体的拘束が実施された患者の状態や実施理由では以下のようなものがあった。

◇認知症やBPSD、せん妄のある患者で実施率が高い◇認知症ありの場合、約2~4割で実施◇認知症なしの場合、治療室、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、実施率は1割以内◇実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」または「転棟・転落防止」が多

く、合わせて9割◇身体的拘束を行った日の一日の拘束時間は、約7割が常時(24時間)拘束一。

認知症なしの場合でも、治療室や療養病棟入院基本料において比較的、身体的拘束が多いことについては、理由が異なると考えられ、さらに詳細な分析が必要との意見が出た。

筑波大学医学医療系教授の田宮菜奈子委員は、特に、療養病棟での身体的拘束が少なくないことを問題視しつつ、身体的拘束の最小化を行っている施設の取組みが他の施設にも広がることを求めた。また、「介護の現場では身体的拘束をしないという取組みが進み、それはよいことなのだが、逆に、栄養チューブを入れる必要が生じ、身体的拘束は介護ではできないので療養病棟に行ってくださいと言われるとの現場の話をきく。それでは本末転倒」と訴えた。

名古屋大学医学部附属病院教授の秋山智弥委員は、「拘束を行った日は、約7割が常時(24時間)拘束」していることに對し、「にわかには信じがたい」と述べ、離床センサーの取扱いなど身体的拘束の定義が回答者で一致していないのではないかと指摘した。

津留委員は、認知症ありの場合に身体的拘束が多い傾向があることを踏まえ、認知症ケア加算に伴う取組みにより、身体的拘束が減ることが期待されるが、加算1、2で身体的拘束を実施した割合が変わらず、「加算1、2では、要件がかなり異なるにもかかわらず、身体的拘束について変わりがないことは気になる」と、さらなる分析を求めた。

その上で、「ガイドラインなどを踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組みを、病院長が認識を高めて、施設としてしっかりと取り組むことは重要。その一方で、マンパワーに限られ、今後、病院の介護人材の増加も期待できない。離床センサーやAI、介護ロボットなどテクノロジーの活用が望まれる。ただ、それには設備投資が必要になるので、これらを導入することの評価が必要になる」と主張した。

# 24時間対応に応えられる訪問看護が課題

## 中医協総会 主傷病では統合失調症等の利用者が多い

中医協総会(小塩隆士会長)は7月12日、在宅医療との関連で、訪問看護をテーマに議論を行った。訪問看護の需要が拡大する中で、24時間対応に応えられる訪問看護の療養費の評価が課題となった。

訪問看護の利用者は、医療保険、介

護保険とも増加しており、2025年以降、75歳以上が7割以上になると見込まれている。訪問看護ステーションの数も増加傾向にあり、看護職員が常勤換算で5人以上の訪看ステーションが増加している。また、機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増えている。

訪看ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が約半数を占めている。精神科訪問看護基本療養費の伸びは、訪問看護基本療養費よりも増加幅が大きい。

### 2023年度 第3回常任理事会の抄録 6月10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 医療法人社団眞和會苫小牧病院  
理事長 湯口 善成
  - 千葉県 医療法人社団康喜会東葛辻仲病院  
理事長 松尾 恵五
  - 東京都 社会医療法人社団正志会 令和あらかわ病院  
理事長 猪口 正孝
  - 長野県 医療法人信愛会田中病院  
理事長 田中 昌彦
  - 福岡県 医療法人友愛会友田病院  
理事長 友田 政昭
- 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,553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 一般社団法人クレーア

ジュ クレーアジュ東京レディースドッククリニック  
代表理事 松谷 千春  
準会員は合計116となった。

- 賛助会員の退会が2会員あり、賛助会員は合計114会員となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●審議会等の報告

「中医協 入院・外来医療等の調査・評価分科会」、「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」、「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」、「社会保障審議会医療部会」、「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム「診療報酬改定DXタスクフォース」の報告があり、質疑が

行われた。

- 2022年度人間ドックに関する調査が報告された。
- 2023年度病院経営定期調査(3団体合同)について報告され、了承された。
- 夏期研修会(長崎県)が8月27日に「長崎 出島から日本の医療を考える」をテーマに開催することが報告された。

##### ●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能

【3rdG:Ver.2.0】~順不同

◎一般病院1

- 北海道 新さつぼろ脳神経外科病院
- 山梨県 笛吹中央病院
- 広島県 セントラル病院
- 福岡県 西福岡病院

鹿児島県 三宅病院

◎一般病院2

- 群馬県 沼田脳神経外科循環器科病院
- 神奈川県 関東労災病院
- 石川県 恵寿総合病院
- 愛知県 中部労災病院
- 三重県 鈴鹿回生病院
- 滋賀県 近江八幡市立総合医療センター

5月12日現在の認定病院は合計2,002病院。そのうち本会会員は834病院と、全認定病院の41.7%を占める。

#### 【主な討議事項】

- 総合診療専門医の制度とセカンドキャリアの総合医育成について討議した。関係学会、関係団体との協働に向けて、協議を進めることになった。

# 看護師確保の基本指針の改定案を了承

## 看護師等確保基本指針検討部会 看護補助者の名称見直し求める

医道審議会の看護師等確保基本指針検討部会(部会長=萱間真美・国立看護大学校長)は7月7日、看護師等確保基本指針の改定案を大筋で了承した。看護人材確保法に基づき1992年に制定された看護師等確保基本指針を、30年ぶりに改定することになる。

厚生労働省は同日の部会での意見を踏まえ、基本指針の改定案をまとめ、パブリックコメントを実施する。秋に告示する予定だ。

新たな基本指針には、看護師の需要の増大が見込まれることを踏まえ、新規養成、復職支援、定着促進を柱に看護師確保を推進するとともに、看護師個人の資質の向上を図っていく方向を盛り込む。

また、新興感染症の発生に備えて、

平時から特定行為研修修了者や専門看護師、認定看護師など専門性の高い看護師の養成と確保を推進する方針も記載する。

病院勤務の看護師に関しては、夜勤等の業務負担の軽減が必要と指摘。国・都道府県は、病院等に対して、看護師等の勤務間インターバルの確保を図るよう推奨することが重要とした。病院は勤務間インターバルを確保することに努力することが必要との記載も盛り込む。

給与水準については、国家公務員の医療職俸給表(三)の改正内容を踏まえつつ、各医療機関の実情に応じて、看護師のキャリアアップに伴う処遇改善の推進を検討することが望ましいとした。

チーム医療を推進し、タスクシフト・シェアを進めることが重要とし、特定行為研修修了者を増やすことには、医師の労働時間短縮につながる効果が期待されるとした。また、看護師から看護補助者へのタスクシフト・シェアを進める方向を示した。

全日病常任理事の大田泰正委員は、看護補助者の名称を問題視し、「2040年に向けて、将来的には看護補助者の名称はやめるべき」と指摘。病院内で介護福祉士が看護補助者として勤務している実態を踏まえ、「看護師からのタスクシフトを進めるのなら、病院の中で、介護領域を看護から独立させる議論をするべき」と提案した。

大田委員は、外国人の看護師国家試験等受験資格の認定はハードルが高



ざると指摘。「このルートだけでは難しく、さらに別のルートを開拓することも検討すべき。看護のクロスライセンス化もありうる」と提案した。

日本医療法人協会副会長の菅間博委員は、看護師に特定行為研修を受けさせる病院側の費用等の負担が大きいため、「大学の教育課程に特定行為研修を組み込むことを検討してほしい」と要望。大田委員も同調した。

# 病院薬剤師確保で要望書

## 日病協・日病薬 診療報酬の創設など求める

日本病院団体協議会と日本病院薬剤師会は7月11日、加藤勝信厚生労働大臣に「病院薬剤師確保に係る要望書」を提出した。すべての都道府県で医療需要に対する病院薬剤師が充足していない状況があるなど、病院薬剤師の確保が非常に困難である中で、「国家レベルでの迅速な対応が必要な状況にある」と訴えるとともに、3項目の具体案を示した。

3項目は、「診療報酬上の要望」、「地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用」、「薬学部の卒前及び卒後教育の充実」となっている。

診療報酬では、①病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大②退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大③病院薬剤師によ

る転院、転所時における薬剤管理サマリー等の情報提供に関する評価の創設④病院薬剤師の外来業務に関する評価の創設⑤病院薬剤師の時間外業務に関する評価の創設—を要望した。

地域医療介護総合確保基金の活用では、病院で一定期間勤務した薬剤師に対して、奨学金を返済するための経費や、都道府県が指定する病院に期間を定めて薬剤師を派遣するための経費を支援することを求めた。

薬学部の卒前・卒後教育については、卒前では、病院での実務実習の期間を拡大し、実習内容を充実させることをあげた。卒後では、2023年度の卒後臨床研修のモデル事業を踏まえ、研修体制が整った施設を増やすなど体制強化につながる予算の確保を要望した。

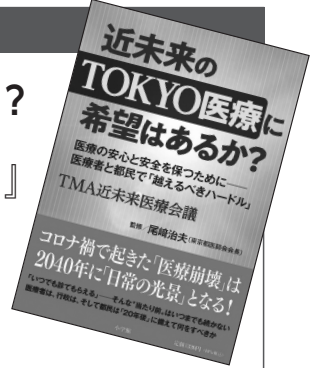
### 一冊の本 book review

『近未来のTOKYO医療に希望はあるか？ 医療の安心と安全を保つために— 医療者と都民で「越えるべきハードル」』

著者●TMA 近未来医療会議  
監修●尾崎治夫(東京都医師会会長)  
出版社●小学館  
定価●1,320円(税込)

コロナ禍が顕在化させた日本の医療が抱える課題を踏まえ、多くの学識経験者・有識者を招き、東京都医師会が10年先、20年先の近未来を見据えた「東京の医療」について幅広く検討したTMA近未来医療会議。「超少子高齢社会の到来を見据えた『近未来』の医療とそれを支える財政のあり方」「地域医療構想・地域包括ケア・かかりつけ医機能のあるべき姿」「コロナ対策の評価を踏まえた平時と有事の医療供給体制」「国民皆保険制度・医療保険制度の未来像」という4つのテーマについての議論と提言のエッセンスを各々の座長がまとめた本書は、東京という枠を超え、地方の医療提供体制を考える上で大きな示唆を与えるものになっている。

本書をもとに、各々の地域での医療提供体制についての議論が深まればと思う。すべての職員に読んでいただきたい1冊。(安藤高夫)



### ■ 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
保健指導士更新研修会 150名	2023年9月3日(日) 【WEB開催】	11,000円	全日病では、「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に沿った特定保健指導に関する研修会を実施し、修了者を「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」、「保健指導士/食生活改善担当者(AJHAヘルスマネージャー/食生活改善担当者)」として認定している。今回、当該認定継続要件(5単位)に該当する研修会を開催する。
看護師特定行為研修指導者講習会 32名	2023年9月10日(日) 【WEB開催】	11,000円	特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会であり、指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者を対象に、指定医療機関や指定研修機関と連携して実習等を行う施設における指導者の理解を促進し、効果的に指導を行うことのできる指導者育成を図る。参加者には「修了証書」を交付する。
AMAT 隊員養成研修 【WEB研修+集合研修】 120名	講義研修 2023年8月26日(土) 【WEB開催】 実習研修 ①2023年10月29日(日) 【東京開催・全日病会議室】 ②2023年1月13日(土) 【大阪開催・大阪医療センター】	11,000円(33,000円)	全日病は災害時医療支援活動班(AMAT)を組織し、会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携を含めた災害医療活動が可能な体制を整えている。現在、AMAT隊員は1,000名を超えているが、近年増加傾向にある災害に対応するには十分な数ではない。趣旨を理解し、研修への参加をお願いする。
医師事務作業補助者研修	2023年6月14日(水)~ 2024年5月31日(金) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円 (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」の施設基準で定められている「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。