



全日病NEWS

2024.2.1 No.1048

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

令和6年1月1日に発生しました能登半島地震により、犠牲になられた方々に謹んでお悔やみを申し上げますとともに、被災されたすべての方々、現在も避難を続けている方々に心からお見舞いを申し上げます。
被災地の一日も早い復旧・復興を心よりお祈り申し上げます。

能登半島で震度7の地震 断水続き医療機関への影響も

道路寸断し物流停滞 全日病AMATが出動し支援展開

1月1日16時6分、石川県能登地方でマグニチュード5.5、最大震度5強の地震が発生した。その直後の16時10分、同じく石川県能登地方でマグニチュード7.6、最大震度7の地震が発生。石川県能登に大津波警報が発令され、これまでに最大1.2m以上の津波が観測された。

この一連の地震により、石川県輪島市、珠洲市、能登町、七尾市、穴水町を中心に建物の倒壊、路面亀裂・陥没が相次いだ。輪島市では大規模な火災も発生した。停電、ガスの供給停止、断水が生じており、24日時点で断水は石川県内において約4万6,000戸に及ぶ。地震による死者は233人、負傷者は1,408人(23日現在)。約1万5,000人が避難所や車内に避難した。石川県内の医療機関も被災し、停電、断水のほか、医療用ガスの使用ができない被害が発生した。

速やかに災害対策本部を設置

地震発生を受けて、全日病は、救急・防災委員会を中心に情報収集を行い、1日に猪口雄二会長を本部長、加納繁照常任理事(救急・防災委員会委員長)、猪口正孝常任理事(AMAT本部統括)を副本部長とする、災害対策本部を設置。EMISまたは電話等で状況確認を行い、会員病院の被害状況を確認した。

AMAT(全日本病院医療支援班、All Japan Hospital Medical Assistance Team)派遣については、11日

までに計29隊を現地派遣。公立能登総合病院(能登医療圏活動拠点本部、DMAT活動拠点本部)、市立輪島病院(能登北部医療圏活動拠点本部、DMAT活動拠点本部)、恵寿総合病院(石川県七尾市、理事長=神野正博・全日病副会長)を拠点に、避難所支援や診療・回診、リエゾンを行った。

まず、2日に先遣隊として、日本医科大学付属病院(東京都)と南多摩病院(東京都)の2隊が現地に入った。翌3日にかけて、避難所対応や富山県

庁・石川県庁での情報収集を行った。

3日には済衆館病院(愛知県)が恵寿総合病院へ到着し、物資搬送や回診を行うほか、日本医科大学付属病院の第2陣が富山県氷見市に入った。

4日には、先発の南多摩病院が市立輪島病院へ到着し、リエゾンを開始。東京曳舟病院(東京都)、花と森の東京病院(東京都)と平成立石病院(東京



都)の混合チームも七尾市に入った。5日には赤穂中央病院(兵庫県)が公立能登総合病院でリエゾンを開始。その後も5日から11日にかけて、計22隊が現地で活動。JMAT等との引き継ぎが確認できたことから、11日をもってAMATの派遣を終了した。

保険証・マイナカードなしで 受診やオン資確認を認める事務連絡

政府は1月1日に官邸対策室を設置。岸田文雄首相は、「人命第一の方針の下、政府一体となって、被災者の救命・救助等の災害応急対策に全力で取り組むこと」などと指示した。

厚生労働省も1日に災害対策本部を設置。3日の会議で武見敬三厚労大臣は、現地の詳細な情報を収集するとともに、孤立地域や支援が十分に行き届いていない地域を特定した上で、被災者への支援に総力をあげて取り組むよう指示した。

また、厚労省は特例的な取扱いを示した事務連絡を発出した。1日には、避難者が保険証を提示しなくても医療機

関を受診できるようにするほか、オンライン資格確認等システムの「緊急時医療情報・資格確認機能」により、氏名・生年月日・住所・被保険者番号等の情報から照会・閲覧が可能となった。

診療報酬に関する取扱いは、2日、7日、12日に保険局医療課が事務連絡を発出した。◇被災者の受け入れにより超過入院となった場合は減額措置を適用しない◇一時的な患者の急増あるいは職員の不足で入院基本料の施設基準を満たすことができなくなった場合、変更の届出を行わなくてもよい一などの特例を講じた。

Q&Aでは、◇避難所においても、被災前の居住場所に応じた区分に従って、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定できる◇定期的に外来診療している患者からの求めに応じて避難所に往診した場合、往診料を算定できる◇災害等やむを得ない事情により平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分2または3の患者割合を満たさなくなった場合でも、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない一などの

取扱いを示した。

そのほか、避難所への医薬品の提供のため、薬剤師が同乗し、調剤などの

設備を有する「モバイルファーマシー」が7日から巡回による避難所の支援を開始した。

神野副会長が地震の状況を語る

石川県七尾市で被災した神野副会長は、12日、現地の状況について次のように語った。

* * *

皆様から多くの支援、お見舞い、励ましの言葉をいただきありがとうございます。

能登半島は過疎地で高齢化率が高く、もともとインフラが非常に弱い地域であり、救援も困難を極めている。現在の七尾市は、電気は通っているものの、上水は復旧の目途が立っていない。七尾市以北の地域では、一本しかない道路が寸断している状況だ。

幸いにも、当院の本館は免振構造で、井戸を掘り、地下水をろ過して飲料水に変える装置をあらかじめ作っていた。したがって、七尾市で唯一、損壊がなく水が問題なく使える病院として、地震発生

日から救急・手術・分娩・検査等が平時の状態で実行できた。

ただし、本館以外の病棟は非常に損壊が激しい。自衛隊から1日15トンの水の供給がないと、透析が再開できなかった。

平時における医療を行いながら、救急時医療、災害時医療、そして復興に取り組む。正直、職員の労力は平時の3倍にはなっている。これから続く長丁場で、疲弊する職員をどうケアするかが極めて大きい。一方で、能登北部の病院は損壊が激しく、機能していない。何とか踏ん張って頑張っていこうと思っている。

また、避難所では新型コロナが相当流行している。エコノミークラス症候群の患者もかなり運ばれている。感染症、災害関連死への対応がこれからのフェーズと考える。

本号の紙面から

「看護必要度」見直しを議論	2面
賃上げ対応の方法を概ね了承	3面
2024年度政府予算案	4・5面
在支病連絡協議会研究会開催	6面
医療DX人材育成プログラム⑧	7面
診療・支払側が改定への意見	8面

清話抄

医薬品の安定供給へ改革を

医薬品供給不足が続いている。後発品メーカーの製造管理・品質管理・行政処分による供給不足が大きな原因であろうが、薬価の切り下げ・原材料不

足と原材料の高騰もあり、先発品メーカーが作る後発品AG(オーソライズドジェネリック)ですら増産は不可能のようだ。先発品に変更しようにも出荷調整で変更できない状況が続いている。

医療機関や薬局の薬価差を得ることを目的とした値下げ交渉の結果、納入価が下がり薬価も毎年下がる。そのため原価割れし生産中止となる製品もある。また薬価が下がると利益が下がる

ので、結果として供給量を減らし売り逃げする中小企業も多い。

薬価差が増大する大きな原因として、大型チェーン薬局や価格代行業者が薬価差を追求し大幅な値引きを行っている。このようなことには、海外でのクローバックや公定マージンなどの方法で過度な薬価差の是正の方法を考えるべきである。

私が好んで使用しているオーソライズドジェネリック(AG)を問題視する

意見もあるが、薬品の効果、安全性、薬価も4割から5割安いこと、何より私自身が安心して処方できることで、何らかの規制は必要かも知れないが、わけのわからないジェネリックより良いと思う。とにかく薬品会社が薬を製造したくなくなるような規制ではなく、我々医師にとって安全な供給体制ができるような改革を行ってほしい。

(飯田正幸)

主張

驕りゆく老健施設

医療も介護も報酬改定が近々に迫る中、本コラムでは経営面で気掛かりな介護老人保健施設(老健)を中心に書いてみたいと思う。

一番懸念していることは、老健への入所を希望する人が最近顕著に減ってきていることである。在宅復帰を目指す施設という建前が老健にはあるものの、実際には半年以上あるいは年単位で入所を続けている人も珍しくはなく、入所者の属性としては、特養とほとんど変わらない一面もある。

一昔前、介護系施設で一番安価でかつ入所しやすいのは老健であり、それなりにニーズは高かった。しかし流れが変わったのは、介護保険の予算が年々増え始めたことを受け、ボリュームゾーンである1割負担者を2割へとシフトさせることで財源確保を狙う舵取りをしたことと関係が深いと捉えている。事例として、介護保険2割負担の人が老健に入所する場合と、難病指定や重度障害者医療証を持つ人が医療療養病床に入院する場合を比べると、

医療療養病床の方が安くなる。従来型老健の人気の低迷しているのはこの経済的な問題だけではなく、全室個室型ユニットケアの特養に比べてハード面で見劣りすることも否めない。そして何よりも回りハ病棟や地ケア病棟の創設で、在宅復帰を目指す急性期からの紹介患者の行先として、病院側の在宅復帰率の観点でも、患者側のリハビリ密度の点でも、老健入所の魅力が薄らいってしまったことが挙げられる。

そもそも50兆円目前まで高騰を続ける医療保険の予算削減を考える中で、その一部を介護保険(現在13兆円)に付け替えを目論む、おかしな制度が10年ほど前から幾つかスタートしていた。それは老健や特養での看取り加算、介

護士も吸痰や経管栄養接続を認める制度、肺炎や尿路感染症に対する施設内治療への加算などがそれに当たる。介護施設側も自施設の収益向上が計れるのであればと、加算取得に躍起になる。本来は病院で治療すべき症例も、設備的に不利な介護施設で治療に当たる矛盾がまかり通り、治療される側からしてみたら堪ったものではない。

これら様々な矛盾や理不尽な制度を押し付けられた老健が、本来の機能を見失いながらも存続していることに、疑問を抱いてしまう。ここで従来からの老健の建前を見直し、実情やニーズを踏まえた再検討すべき段階に今あると感じる。

(須田雅人)

「重症度、医療・看護必要度」のシミュレーション結果示す

中医協総会 最も厳しい仮定では7対1病院の約2割が影響を受ける

厚生労働省は1月10日の中医協総会(小塩隆士会長)に、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)見直しのシミュレーション結果を

示した。これまで議論してきた多くの見直し項目を反映させ、該当患者割合の基準を新たに設定。それを基に、4つの見直し案で医療機関への影響を試

算した。基準を満たす医療機関割合の増減をみると、最も影響の大きい仮定では、急性期一般入院料1を算定する約2割の病院が算定できなくなるとの

結果だった。最も影響の小さい仮定での試算は1.5%の減少となる。

診療側で日本医師会常任理事の長島公之委員は、「さらに影響の小さい案を検討すべき。平均在院日数の基準は変更すべきではない」と主張した。

B項目を廃止し基準を変更

「重症度、医療・看護必要度」は改定の度に、患者と看護職員の割合が7対1である急性期一般入院料1の適正化に用いられてきた側面がある。

今回も入院・外来医療等の調査・評価分科会における詳細な検討を踏まえ、候補となる見直し項目が示されたが、過去と比べても今回は大きな見直し案となっている。背景には、2022年度改定で見直しを行ったにもかかわらず、急性期一般入院料1の届出病床数が微増したこともある。

今回のA項目(モニタリングおよび処置等)、B項目(患者の状況等)、C項目(手術等の医学的状況)の必要度の見直し項目は、左表(上)のとおり、多岐にわたる。

この中で、急性期一般入院料1を届け出る医療機関が必要度の基準を満たす上で、最も影響が大きいのが、「B項目および該当基準」であり、「該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する」ことだ。該当患者割合の影響は▲7.7%(急1)である。次いで影響が大きいのが、A項目の「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を1日とすることで、▲4.5%の影響がある。

この2つは、いずれも今後急増する高齢者救急と関連している。

B項目は、ADLの低下した患者に対する介護を含む看護の手間を評価してきた。高齢者の入院が増えるなかで、その必要性は増大している。しかし、一般病棟で最も点数の高い急性期一般入院料1の評価としては「妥当ではないのではないか」という論点をめぐってこれまで議論が行われてきた。

A項目の「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」は、評価日数を過ぎると該当患者から外れる患者が多いというデータがある。救急搬送されたという理由だけで、急性期一般入院料1の病床に入院すべき患者と判断することは望ましくないとの判断が、見直しの背景にある。

基準値に区別を設けて試算

シミュレーションは、見直し項目の多くを反映させた上で、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を「1日または2日」とする

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目	変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院料1~5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。 -4.5%
1-2		評価日数を2日とする。 -3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度IIにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。 -0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度IIにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。 -0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。 -0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。 -1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。 -0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。 +0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。 -0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。 +0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院料1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。 -7.7%(急1)
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。 +0.1%
9-2		対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。 -1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。 -0.2%

※C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。
 ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上
 ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上
 ③ 点数が2万点以上
 注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。
 ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満
 ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

出典: DPCデータ(令和5年1月~令和5年3月)

7対1病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しについて(案)

現行

【A】必要度評価対象者全数

【B】必要度該当患者

- 以下のいずれかを満たす場合に該当
- ・A得点2点以上かつB3点以上
- ・A3点以上
- ・C1点以上

必要度該当患者割合 = [B] / [A]

見直し案

【A】必要度評価対象者全数

【C】必要度該当患者

A得点3点以上 又は C得点1点以上の者

【D】必要度該当又はA得点2点の患者*

A得点2点の者

※以下のいずれかを満たす患者
・A得点3点以上
・C得点1点以上
・A得点2点

割合①: 必要度該当患者割合 = [C] / [A] 割合②: 必要度該当又はA2点以上の患者割合 = [D] / [A]

⇒ 割合①が一定以上であり、かつ割合②が一定以上であることを施設基準とする。

ことと、A項目の「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)の得点を「2点または3点」とすることの違いを設けた4案で行われた。

さらに、B項目の廃止は、現行の基準①(A得点2点以上かつB得点3点以上)の削除につながる。ただ、「A項目2点」は、何らかの形で評価を継続すべきという意見が強く、基準自体の見直しも今回行うことになった。

その結果、基準値を2つ設けることになり、基準②または基準③を満たす基準値に加え、基準②または基準③または「A項目2点」を満たす基準値を設けるとした。このため、シミュレーションの仮定では、前者の基準の基準値で15%と18%、後者の基準の基準値で24%と28%を置いた(2頁下図)。

なお、基準②はA得点3点以上、基

準③はC得点1点以上と定義される。

シミュレーションの結果をみると、見直し項目では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を1日とし、A項目の「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)の得点を2点のままとし、基準値は18%と28%を採用する最も厳しい仮定において、基準を満たす医療機関割合の減少割合が19.7%で約2割であった。逆に、最も影響が小さい試算での減少割合は1.5%となっている。

診療・支払側の意見の相違大きい

これらを踏まえ、長島委員は、『「重症度、医療・看護必要度」の見直しを機械的に行っても、それでは捉え切れない患者像が出てくる。実際の患者の重症度とは乖離してしまう可能性がある

り、十分な配慮が必要だ。今回のシミュレーションの結果で、最も影響が小さい仮定よりもさらに影響が小さい案を検討すべき。平均在院日数の基準は変更すべきではない」と主張した。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「入院基本料は病院収入の根幹であるにもかかわらず、その判断基準が患者への医療提供の密度の濃淡によって決められ、医療機関の経営に必要な人的コストの分析がなされずに見直しが行われることは残念だ。コロナ特例・補助金もなくなり、病院経営は大変厳しい状況に陥りつつある」と危機感を示した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「7対1病棟を10対1病棟に移行させる案だと思うが、今は処遇改善を最優先に取り組んでいる。アク

セルとプレーキを両方踏むのではなく、まずは処遇改善をやりその後に機能分化という順番が望ましい。見直すとしても、例えば2年間の十分な経過措置を設けるべきだ」と述べた。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、4案のうち見直し項目で厳しい仮定を置いた案や基準値を2つ設ける新たな基準に賛意を示した上で、「急性期一般入院料1は病床数が微増しており、重点化が必要である」と強調した。また、平均在院日数は14日に短縮することを主張した。

診療・支払側の両者の意見の隔たりは大きく、公益裁定に委ねる公算が高い状況となっている。また、同日は、急性期一般入院料2～5、特定集中治療室用、ハイケアユニット用の必要度のシミュレーション結果も示された。

医療機関等の職員の賃上げ対応の方法を概ね了承

中医協総会

病院には150通り程度の入院基本料等の上乗せ点数を設定

中医協総会(小塩隆士会長)は1月10日、2024年度診療報酬改定の重要課題に位置付けられている医療機関等における職員の賃上げの方法を議論した。改定率の0.61%分に相当する対応として、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃金を2.3%引き上げるための方法を概ね了承した。一方、改定率の0.28%分に相当する対応である「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」の方法では、診療側と支払側で意見が分かれている。

加算措置対応は2.3%分を想定

2023年春季生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額は、1万560円、賃上げ率は3.58%だった。一方、医療・介護分野の賃上げは、公定価格の下、半分程度水準(1%)にとどまる。高齢化などによる需要増加にもかかわらず、医療介護分野の人材確保の状況は悪化しており、有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度水準で高止まりしている。労働力の流動性が高まりつつある中で、特に介護において、流出増が生じている。

2024年度には医師の働き方改革も施行され、その影響がさまざまな分野に及ぶことも懸念されている。そうしたことを背景に、社会保障審議会の医療保険部会・医療部会がまとめた基本方針では、「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」が重要課題に位置づけられた。

これを受け、昨年12月20日の武見敬三厚労大臣と鈴木俊一財務大臣による大臣折衝で決まった診療報酬改定率では、本体改定率0.88%のうち、賃上げ対応分を改定率で明確に示すとともに、多くの部分を医療関係職種の賃上げに使うことになった。

1月19日には、岸田文雄首相が、全日病を含む医療・介護・障害福祉関係団体を首相官邸に招き、報酬改定と賃上げ促進税制の活用により、「物価に負けない賃上げの実現、それも現場の幅広い職種に賃上げを行き渡らせていくことをお願いしたい」と要請した。

今回の賃上げ対応は、2024年度にベアでプラス2.5%、2025年度にベアでプラス2.0%を実現することが目標となる。そのために、医療機関等の過去の実績をベースにしつつ、報酬改定による上乗せ点数(加算措置)と賃上げ税制の活用を組み合わせる。

目標を達成するためには、過去の実績を0.6%、賃上げ税制の効果を0.6%

と見込むと、2.3%に相当する原資が必要となる。厚生労働省は、加算措置対応はベアで2.3%分であると説明した。

なお、賃上げ税制とは、大企業・中堅企業の場合、全雇用者の給与等支給額の増加額の最大35%、中小企業の場合、雇用者の給与等支給額の増加額の最大45%を税額控除できる制度で、2024年度税制改正で措置される。

報酬改定0.61%分に対応する方法

改定率で0.61%分の賃上げの方法については、入院・外来医療等の調査・評価分科会で昨年12月21日から2回の議論を行った結果が、10日の総会に報告された。2023年10月に新設された看護職員処遇改善評価料における配分方法も参考にシンプルかつ精緻という、相反する目的を同時に満たすバランスの取れた対応が求められた。厚生労働省が、さまざまなシミュレーションを行い、各医療機関における過不足のばらつきをみた。

支払側・診療側の両者が概ね賛成した方法は次のとおりである。

賃上げ必要点数を割り出すシミュレーションでは、診療報酬項目への上乗せ点数を①初再診料等②訪問診療料③入院基本料等の順に設定。対象医療機関において、個々に「賃上げに必要な金額」を(「対象となる診療報酬の算定回数」×10円)で割ることで算出した点数の中央値を賃上げ必要点数として、過不足のばらつきを示した。

無床診療所や歯科診療所の場合、初再診料等で必要点数を設定し、訪問診療料を算定する診療所はそれでは足りないため、訪問診療料に必要な点数を上乗せした。病院については、さらに入院基本料等に必要な点数を上乗せした。入院基本料等への上乗せでは、必要点数を5区分にした場合と150区分にした場合が示された。

シミュレーションの結果をみると、無床診療所でばらつきが比較的大きく、必要点数が不足する診療所と過剰になる診療所が、両極端で一定程度生じた。人工透析や内視鏡検査専門のクリニックなど相対的に初再診料以外の診療報酬収入が多い診療所で不足し、整形外科や耳鼻咽喉科など初再診料が多い診療所で職員数が0～1人の診療所は過剰になる傾向があった。一方、病院では、150区分にすると、ばらつきがかなり小さくできることが確認できた。

これらの結果を踏まえ、病院への対応については、5区分の場合と150区分の場合で医療機関の事務負担は変わ

らないとの厚労省の説明を受け、きめ細かな対応を行うという考えで中医協委員の意見は一致した。

診療所への対応については、日本医師会常任理事の長島公之委員が、「外来の初再診料等は患者負担に直接影響することもあり、シンプルな設計がより望ましく、一律の評価がわかりやすい。ただ、不足する診療所に対する対応が別途必要になる」と述べた。健康保険組合連合会理事の松本真人委員も「過剰になる医療機関への対応も必要」とした上で、一律の評価に賛成した。

1月17日の入院・外来医療等の調査・評価分科会で、診療所への対応が議論された。賃金増率が目標の2.3%の半分程度である1.2%に達しない医療機関に対し、選択可能な複数の追加の上乗せ点数を初再診料等に設定する方向で、シミュレーションが行われた。

シミュレーションにおける選択可能な初診料と再診料の組み合わせは、以下のとおり8通りとなっている。差は8対1で、「8点・1点」「16点・2点」「24点・3点」「32点・4点」「40点・5点」「48点・6点」「56点・7点」「64点・8点」である。

これについて、全日病常任理事の津留英智委員は、「2.0%まで対応するための追加の上乗せ点数を検討してもよいのではないかと述べた。厚生労働省は、1.2%に達しない医療機関を対象とした理由について、各医療機関の患者数や賃上げ対象者の変動が大きいことをあげているが、総会での議論になる。

また、追加の上乗せ点数を「選択可

能」とするのは、初再診料が高いと患者負担が増えるため、それを嫌がる診療所が出ることを想定している。

報酬改定0.28%分に対応する方法

改定率で0.28%分の対応の対象者は、「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」となっている。

しかし、40歳未満の勤務医師・歯科医師、事務職員、勤務薬剤師などの勤務形態、勤務状況は多様で、基本診療料等への上乗せで過不足なく必要点数を配分することが、より難しいことがわかった。また、40歳未満の勤務医師は、特定機能病院や急性期一般入院料1の病院に多いなど、勤務先に偏りがあることも示された。

長島委員は、「特に40歳未満の勤務医の働き方は多様で、医療機関によっては賃上げモデルが成り立たず、賃上げ目標を達成できない場合が生じる。

基本診療料を引き上げることが唯一の方法である」と主張した。これに対し、松本委員は、「基本診療料に溶け込ませることは、過去の控除対象外消費税の対応を振り返ってもよくない。基本診療料で対応するとしても加算とし、きちんと基準を設けるべきだ」と反論した。

賃上げ対応の届出と報告については、看護職員処遇改善評価料を参考に、実施計画書と実績報告書の提出内容が議論された。診療側は、0.28%分の対応においては、できるだけ簡易な報告とすることを求めている。

一冊の本 book review

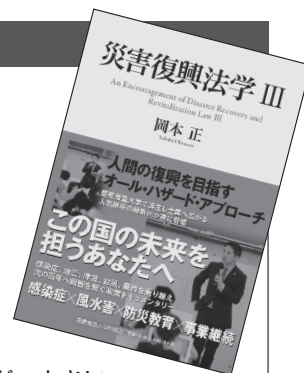
災害復興法学Ⅲ

著者●岡本正
出版社●慶應義塾大学出版会
定価●3,300円(税込)

本書を書評として取り上げるために推薦をした時には、「いつか」くるであろう災害への備えを想定しており、正月早々に大きな被害をもたらす地震が起きるとは思いもしなかった。全日病からも能登半島にAMATを派遣したが、まさに災害は突然やってくるのである。

本書には、大規模災害や感染症危機を乗り越えるための制度・政策等が変革・進化していく軌跡が綴られるとともに、災害が起きた時にそれらの制度・政策を踏まえてどのように生活を再建させていくかが記されている。災害復興の仕組みはまだ進化の途上であり、個々のケースに応じた対応もされていくだろうが、通常医療の継続に加えて災害医療も担う医療機関にどのような準備が必要か、本書から多くの示唆を得ることができるだろう。特に被災した職員の生活再建の視点はBCP(業務継続計画)の充実には欠かせない視点であると感じる。

災害は突然やってくる。そしてそれは今日かもしれない。ぜひ本書を読んで、災害への備えを着実に進めていただきたい。(安藤高夫)



医療・介護・福祉のプラス改定をいっつつ社会保障費抑制

政府 2024年度予算案を閣議決定

政府は昨年12月22日に2024年度予算案を閣議決定した。厚生労働省の一般会計は33兆8,191億円で過去最高を更新した。大部分を占める社会保障関係費は33兆5,046億円で6,734億円(2.1%)の増加となっている。これは年金・医療・介護・雇用・福祉等の経費であり、義務的経費以外の裁量的経費も含まれる。年金スライド分を除いた高齢化による社会保障関係費の伸びは3,700億円程度。薬価引下げや前期高齢者の納付金の報酬調整で国費の縮減を図る一方で、診療報酬・介護報酬・障害福祉等サービス報酬をプラス改定とするなど必要な対応も行い、結果として、高齢化による自然増を1,400億円程度圧縮する形となった。

薬価改定などで1,400億円圧縮

12月20日に行われた武見敬三厚労大臣と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝により、同時改定の改定率など予算関連の主要事項が決定した。政府全体の社会保障関係費を前年度(36.9兆円)からプラス8,500億円程度の37.7兆円に収めることで、社会保障関係費の伸びを高齢化による増加分の範囲内にするという夏の段階で決定した政府の当初の方針を達成した。

いわゆる自然増は8,700億円であったが、制度改革・効率化により1,400億円を圧縮。年金スライド分(3,500億円)を除くと、実質的な増加分は3,700億円程度となる。これに消費税財源を活用した「社会保障の充実等」が1,200億円加わり、政府全体の社会保障関係費の増加は、年金スライド分を含め、8,500億円程度となる。なお、高齢化による増加分には、65歳未満の人口の減少に伴う社会保障関係費の700億円の減少(医療が200億円減、保育給付等が500億円減)は含めない取扱いとなっている。

1,400億円を圧縮した制度改革・効率化の内訳をみると、◇薬価等改定・薬価制度改革(1,300億円減)◇前期高齢者の納付金の報酬調整(1,300億円減)◇被用者保険の適用拡大(100億円減)が費用減の効果である。費用増の項目には、◇診療報酬改定(600億円増)◇介護報酬改定(200億円増)◇障害福

祉サービス等報酬改定(200億円増)◇健康保険組合支援(200億円増)がある。

医療・介護・福祉の報酬改定は「社会保障の充実等」の財源も活用している。それを含めると、診療報酬改定の財源は800億円、介護報酬改定は400億円、健保組合支援は400億円である。「社会保障の充実」の他の施策では、費用減の項目もあり、具体的には、介護の低所得者保険料軽減(200億円減)や地域医療介護総合確保基金(100億円減)などがある。

消費税財源を活用して医療提供体制の効率化と充実を行うことは、社会保障・税一体改革で決定された。消費税率1%相当を活用することになっており、2024年度は公費2兆7,987億円が措置されている。

プラス改定の財源で処遇改善図る

2024年度は6年に1度の医療・介護・福祉の同時報酬改定のタイミングであり、予算編成過程において、厳しい折衝が政府・与党内で行われた。

特に、今回は物価高騰・賃金上昇への対応が焦点となった。日本経済は長きにわたり、物価・賃金が伸び悩むデフレーションの状況が続いた。しかし、最近になってそれが一変。通常改定とは異なる対応が必要になった。全日病も日本医師会など他団体と一致団結して、物価の高騰や賃金改善に十分な対応ができない医療機関経営の窮状を訴えた。

一方、財務省などは新型コロナの診療報酬特例や補助金などが内部留保となり、医療機関などの経営は比較的安定していると指摘。特に診療所の経営状態が良好であるとし、全体の配分見直しで対応することを主張した。

このような状況のなかで、薬価改定を除き6月実施となる2024年度診療報酬改定の改定率は、本体プラス0.88%(国費800億円)となった。

武見厚労相は大臣折衝後の記者会見で、「大変厳しい交渉であったが、医療・介護・福祉分野の賃上げを行うための水準が確保できたと思う。この改定率を前提に、処遇改善につながる仕組みの構築に向けて、関係審議会で具体的

な議論を深めてもらいたい」と語った。武見大臣が目指した水準との比較では、「賃上げが経済の好循環をもたらすドライビングフォースであるとの考え方があり、それを踏まえ、できるだけ財源を取ろうと頑張った。目標はもう少し高い数字だったが、最終的に、財政当局などとの調整でこのような形となった。結果としては満足している」との感想を述べている。

本体改定率のプラス0.88%は①看護職員、リハビリ専門職等の医療機関関係職種の賃上げ(プラス0.61%)②入院時の食費の見直し(プラス0.06%)③効率化・適正化(マイナス0.25%)④その他本体改定率(プラス0.46%)で構成される(下図表参照)。

「看護職員、リハビリ専門職等の医療機関関係職種の賃上げ」については、プラス0.61%で実施する特例的な対応により、2024年度にベアでプラス2.5%、2025年度にベアでプラス2.0%の賃上げの実現を図る対応である。診療報酬による対応で対象職種への確実な賃上げに結びつけるための技術的な課題が残っており、12月21日から、中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会で議論が始まった。

プラス0.06%で実施するのは入院時の食費基準額の引上げだ。30年近く、入院時食事療養費の金額は同額の水準に据え置かれており、病院からは給食費の赤字が常態化する現状に悲鳴が上がっている。今回の引上げは、原則1食あたり患者負担の30円引上げが原則だが、所得区分に応じて10~20円の引上げとなる。

「効率化・適正化」としてのマイナス0.25%は「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等」を手段とする。これは財務省などが診療所の経営が良好であると主張していることが背景にあり、中医協においては、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料、外来管理加算などの適正化の是非が、長期処方あり方を含め、議論されている。

その他本体改定率(プラス0.46%)の各科改定率をみると、医科がプラス0.52%、歯科がプラス0.57%、調剤がプラス0.16%である。これらに「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」のプラス0.28%程度が含まれるとしている。

診療報酬に関する制度改革事項にも言及している。具体的には、◇医療DXの推進による医療情報の有効活用等◇調剤基本料等の適正化に加え、「2024年度に2.5%、2025年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経済状況等について、実態を把握する」ことを求めた。

医療機関の経営状況を「見える化」するための制度的な整備も進んでいる。具体的には、医療法人の経営情報に関するデータベースについて、医療法人の会計年度が原則4月から翌年3月までとされており、2024年3月に決算を迎える医療法人からの報告状況などを踏まえ、さらなる「見える化」に向けた必要な対応の検討を行うことを求めている。

また、薬価はマイナス0.97%(国費マイナス1,179億円)、材料価格はマイナス0.02%(マイナス23億円)で、合わせてマイナス1.00%(マイナス1,202億円)。政府はネット改定率という考え方は示していないが、本体改定率と差し引きすると、マイナス0.12%となる。

薬価制度改革では、◇イノベーションのさらなる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応◇急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品算定に係る特例的な対応(約2千品目を対象)を図る。また、長期収載品に選定療養の仕組みを導入する。

選定療養の仕組みでは、「後発医薬品の上市後5年以上経過したものまたは後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象」とし、2024年10月に施行する。2024年度の財政効果は180億円、2025年度は420億円が見込まれている。

介護報酬の改定率は1.59%

2024年度介護報酬の改定率はプラス1.59%(国費432億円)となった。介護報酬改定についても、介護職員の処遇改善分の改定率を区分している。1.59%のうち、0.98%を2024年6月施行の介護職員の処遇改善分とした。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として0.61%を措置する。

このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設との増収効果が見込まれ、これらを加えると0.45%相当の改定になるとしている。既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今回の処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、2024年度に2.5%、2025年度に2.0%のベースアップへと確実につながる配分方法の工夫を行う。

2024年度障害福祉サービス等報酬の改定率はプラス1.12%(国費162億円)となった。介護並びの処遇改善を行うとともに、経営実態を踏まえたサービスの質などに応じたメリハリのある報酬改定を行う。なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率は1.5%を上

令和6年度診療報酬・薬価等改定

診療報酬

改定率 **+0.88%** (国費+822億円※)
※令和6年度予算額、以下同じ

① 看護職員、リハビリ専門職等の医療関係職種の賃上げ **+0.61%**
※ 令和6年度ベア2.5%、令和7年度ベア2.0%

② 入院時の食費の見直し **+0.06%**
※ 1食あたり30円の引上げ。

③ 効率化・適正化 **▲0.25%**
※ 診療所を中心に、生活習慣病等に関する管理料、処方箋料等の再編等による効率化・適正化を行う。

④ その他本体改定率 **+0.46%**
(①以外の賃上げ分+0.28%程度を含む)
各科改定率 医科 +0.52%
歯科 +0.57%
調剤 +0.16%

※ ①に含まれない、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分を含む。

薬価等

改定率 **▲1.00%** (国費▲1,202億円)

① 薬価 **▲0.97%** (国費▲1,179億円)

② 材料価格 **▲0.02%** (国費▲23億円)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象:約2,000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方を見直しとして、選定療養の仕組みを導入する。

制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する観点から、以下の改革を着実に進める(大臣合意事項)。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

(注) 診療報酬・材料価格は令和6年6月施行、薬価は令和6年4月施行、長期収載品の保険給付の在り方見直しは令和6年10月施行。

回る水準になるとしている。

介護保険の2割負担の対象者が課題

大臣折衝事項では、全世代型社会保障の実現に向けた対応でも合意がなされた。

医療制度改革については、今回、長期収載品に選定療養の仕組みが導入されたが、引き続き、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」、「市販品類似の医薬品の保険給付のあり方の見直し」の検討を行うことが求められた。

概ねすべての地方自治体で実施されていることも医療費助成については、2024年度から、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する。

介護保険制度改革については、保険料や利用者負担の見直しについて、言及している。

65歳以上の第1号被保険者については、被保険者間の所得再分配機能を強化するため、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げを行うとしている。その際、制度内での所得再分配機能が強まることにより、低所得者の負担軽減に活用されている公費の一部(200億円)を社会保障の充実として、現場の従事者の処遇改善のために活用することにした。

利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しは、見直し案の決定が先送りされており、「引き続き早急に」、「改めて総合的かつ多角的に検討を行う」課題に位置付けられた。2027年度からの第10期介護保険事業計画期間の開始までに結論を得るとした。その際には所得状況だけでなく、金融資産の保有状況の反映のあり方なども検討する。

介護老人保健施設と介護医療院の多床室の室料負担の見直しについては、一部の施設に対し、新たに室料負担(月額8千円相当)を導入する(2025年8月)。老健施設では「その他型」「療養型」、介護医療院では「II型」が対象となる。

「こども未来戦略」に伴う歳出改革

今後の社会保障関係費にとって、影響が大きいと考えられるのが、「こども未来戦略」への対応である。加速化プランにより3.6兆円という規模の予算を確保しつつ、国民の実質的な負担を増やさないようにするため、「こども未来戦略」では、2028年度までに徹底した歳出改革等を行う方針が示されている。

その際、「歳出改革と賃上げによって実質的な社会保障負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築する」。そのため、毎年度の予算編成・制度改正による社会保障負担の増減効果を算定することになった。政府が総力をあげて取り組む物価上昇を上回る賃上げにより、雇用者報酬の増加率が上昇すれば、そこから生まれる社会保障料は追加的な社会保障負担額にはならないという理屈だ。

2023・2024年度においては、①報酬改定のうち、医療介護の現場従事者の賃上げに確実に充当される加算措置であって、政府経済見直し等に照らして合理的に見込まれる一人当たり雇用者の報酬の増加率の範囲内で措置されるものによって生じる追加的な社会保障負担②前期財政調整における報酬調

整(3分の1)の導入と介護の第1号保険料の見直しの結果として生じる追加的な社会保障負担一は社会保障負担額から控除する。

その結果、2023・2024年度の「実質的な社会保障負担軽減効果」は0.33兆円程度(2023年度が0.15兆円、2024年度が0.17兆円)と見込んだ。

医療は12兆3,532億円で1%増

次に厚労省予算案をみていく。2024年度の社会保障関係費は33兆5,046億円で対前年度比6,734億円増である。これにこども家庭庁などの所管分を含めると8,506億円増となる。内訳は、年金が13兆3,237億円で最も多く、対前年度比で3,160億円増(2.4%増)。次いで医療が12兆3,532億円で同1,175億円増(1.0%増)、福祉等が3兆9,484億円で同1,104億円増(2.9%増)、介護が3兆7,288億円で同329億円増(0.9%増)、雇用が1,505億円で同967億円増(179.4%増)となっている。医療・介護の費用の伸びはプラス改定があっても低く抑えられている。

医療を制度別にみると、全国健康保険協会(協会けんぽ)が1兆1,403億円で対前年度比1,285億円減、国民健康

保険が3兆978億円で188億円減、後期高齢者医療が5兆9,217億円で2,423億円増、生活保護の医療扶助など公費負担医療が1兆8,520億円で66億円増となっている。

厚労省予算案の重点事項は3本柱

2024年度厚労省予算案の重点事項は、「I・今後の人口動態・経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築」、「II・構造的な人手不足に対応した労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進」、「III・包摂社会の実現」の3本の柱からなる。

医療・介護関連は主に「I」の中にある。項目として第一に掲げられたのは、「医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保」で、対前年度比4億円増の19億円となっている。後発医薬品の信頼確保のための体制・取組みの強化やプログラム医療機器の早期実用化の促進がある。医薬品等のイノベーションの基盤構築の推進も617億円で同24億円の予算増である。

医療・介護のイノベーションに向けたDXの推進は、同14億円減の30億円だが、医療情報の活用促進のための情報の標準化の推進や科学的介護推進の

ためのデータベースの機能拡充などに取り組む。

地域医療・介護の基盤強化の推進等は、主に地域医療介護総合確保基金により、地域医療構想の推進や医師偏在対策を図る。医療情報化支援金の減額などで、同16億円減の884億円となっている。地域包括ケアシステムの構築は511億円から372億円への大幅減。地域医療介護総合確保基金の介護分が減少した。

救急・災害医療体制等の充実には103億円から110億円への増加。災害医療における情報収集機能等の強化やDMAT・DPAT体制の整備・強化、ドクターヘリ・ドクターカーの活用による救急医療体制の強化などがある。

認知症施策の総合的な推進は128億円から134億円への増額。認知症疾患医療センターにおけるアルツハイマー病の新規治療の適正な使用体制の整備の推進を含め、共生社会の実現の観点から総合的な対応を図る。

次なる感染症に備えた体制強化は26億円から77億円への大幅増となっており、保健所や衛生研究所等の体制整備や臨床研究ネットワーク体制を構築するとしている。

令和6年度 厚生労働省予算案(一般会計)における社会保障関係費の内訳

(単位:億円)

区分	令和5年度 予算額 (A) (※)	令和6年度 予算案 (B)	増△減額 (C) (B-A)	増△減率 (C/A)
社会保障 関係費	328,312	335,046	6,734	2.1%
年金	130,078	133,237	3,160	2.4%
医療	122,356	123,532	1,175	1.0%
介護	36,959	37,288	329	0.9%
雇用	539	1,505	967	179.4%
福祉等	38,380	39,484	1,104	2.9%

[計数整理の結果、異同を生ずることがある。]

(※) 令和5年度予算額は当初予算額である。

(注) 計数は、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計と合致しないものがある。

令和6年度 厚生労働省予算案における重点事項

<診療報酬・薬価等改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定について>

- 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、必要な改定率を確保。
 - ・ 診療報酬改定: +0.88%、薬価等改定: ▲1.00%
 - ・ 介護報酬改定: +1.59%
 - ・ 障害福祉サービス等報酬改定: +1.12%

I. 今後の人口動態・経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築

<医薬品等のイノベーションの推進>

- ◆ 医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保
- ◆ イノベーションの基盤構築の推進

<医療・介護におけるDXの推進>

- ◆ 医療・介護のイノベーションに向けたDXの推進

<地域医療・介護の基盤強化の推進等>

- ◆ 地域医療構想等の推進
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築
- ◆ 救急・災害医療体制等の充実

<健康づくり・予防・重症化予防、認知症施策の推進等>

- ◆ 健康づくり・予防・重症化予防の推進
- ◆ 認知症施策の総合的な推進
- ◆ がん、肝炎、難病対策等の推進
- ◆ 歯科保健医療の推進
- ◆ 国際機関等を通じた国際貢献の推進・医療の国際展開
- ◆ 食の安全・安心の確保

<感染症対策の推進・体制強化>

- ◆ 次なる感染症に備えた体制強化

II. 構造的な人手不足に対応した労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進

<最低賃金・賃金の引上げに向けた支援、非正規雇用労働者の処遇改善等>

- ◆ 最低賃金・賃金の引上げに向けた中小・小規模企業等支援、非正規雇用労働者の正規化促進、雇用形態に関わらない公正な待遇の確保

<リ・スキリング、労働移動の円滑化等の推進>

- ◆ リ・スキリングによる能力向上支援
- ◆ 個々の企業の実態に応じた職務給の導入
- ◆ 成長分野等への労働移動の円滑化、人材確保の支援

<多様な人材の活躍と魅力ある職場づくり>

- ◆ フリーランスの就業環境の整備
- ◆ 「多様な正社員」制度の普及促進、ワーク・ライフ・バランスの促進
- ◆ ハラスメント防止対策、働く方の相談支援の充実、働く環境改善等支援
- ◆ 仕事と育児・介護の両立支援
- ◆ 多様な人材の就労・社会参加の促進
- ◆ 就職氷河期世代、多様な課題を抱える若年者・新卒学卒者の支援

III. 包摂社会の実現

<地域共生社会の実現等>

- ◆ 重層的支援体制の整備の促進
- ◆ 生活困窮者自立支援等の推進
- ◆ 障害者支援の促進、依存症対策の推進
- ◆ 成年後見制度の利用促進、権利擁護支援の推進
- ◆ 困難な課題を抱える女性への支援
- ◆ 自殺総合対策の推進、ひきこもり支援の推進

<戦没者遺骨収集、年金、被災地支援等>

- ◆ 戦没者遺骨収集等の推進・体制整備
- ◆ 安心できる年金制度の確立
- ◆ 被災者・被災施設の支援等

日本在宅療養支援病院連絡協議会が第1回研究会を開催

～厚労省の医療課長と地域医療計画課長が基調講演、シンポで在支病の役割・展望語る～

日本在宅療養支援病院連絡協議会(鈴木邦彦会長)は12月9日に第1回研究会をオンラインで開催した。厚生労働省保険局医療課の眞鍋馨課長と医政局地域医療計画課の佐々木孝治課長が、それぞれ基調講演を行った。その後、在宅療養支援病院の経営者4名によるシンポジウムがあった。本紙では、その要旨を紹介する。

2024年度診療報酬改定について

眞鍋氏の基調講演(要旨)

昨年の骨太方針2023には「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る」という言葉が初めて入った。また同時改定は「物価高騰・賃金上昇」等を踏まえて行うとされた。

同時改定の基本的な考え方だが、医療では生活の視点を重視し、介護では医療の視点が継続されるような改定にしたい。医療密度の高いところ(7:1病棟や10:1病棟等)から低いところ(介護保険施設や在宅等)へ、なるべく早く患者さんが移るようにしたいと考えている。

改定の検討状況を見ると、在宅医療では、訪問栄養食事指導について新たに議論がある。また24時間の医療提供体制の確保、緩和ケア、看取りなどがテーマになっている。在宅療養支援診療所(以下、在支診)と在宅療養支援病院(以下、在支病)の届出数をみると、在支診は近年横ばい傾向であったが2020年は増加。在支病は着実に増えている。日本の将来を展望すると在宅医療の質的・量的な充実が不可欠であり、在支診や在支病に期待される役割は非常に大きい。

最近では、要介護度が低い方の訪問診療の利用も増えてきた。そうした中で在支診・在支病の届出をしない理由を調べると、「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」が最多であった。これは、連携すれば可能になるのではないかと、という考え方の基本資料になる。また各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数を比べると、在宅患者訪問栄養食事指導料(診療報酬)及び管理栄養士による居宅療養管理指導(介護報酬)が少なく、在宅で適切な栄養管理ができていないことがわかった。この点を重視していきたい。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因を調べた研究結果(2021年度)によると、年齢と一般病院への入院が悪化の重要な要因だと報告されている。このため、高齢者の急性期医療については、病状が把握できている場合は、地域包括ケア病棟や在支病、あるいは老健施設などが中心的に担う方向を出したい。また、介護保険施設等への緊急時の往診については、機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、在支病全体では70%程度に留まっている。

介護給付費分科会では、緊急時に原則入院できる体制を確保するなど一定の要件を満たす協力医療機関を定めることを、介護保険3施設に義務化する方向が検討されている。それを受けて診療報酬でも何かできないかと思っている。その協力医療機関の受け皿となるのは在支病であり、地域包括ケア病棟を有する病院だと思ふ。

第8次医療計画について

佐々木氏の基調講演(要旨)

在宅医療を考える上でのキーワード

は①人口構造・疾病構造の変化②医療計画③人生会議の3点。今後の医療のメガトレンドをみると、入院は2040年にピークを迎え、その後減少。外来はすでに多くの医療圏で減少局面にある。一方、在宅のニーズは今後も高まる。その体制を構築するための地域医療の設計図が医療計画である。

第8次医療計画(2024～2029年度)における在宅医療のポイントは「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画にしっかりと位置付け(これまでは望ましいと規定)、適切な在宅医療の圏域を設定することだ。医療計画における在宅医療の圏域の設定では、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定し、体制の構築・協議の場を持つことが大事だ。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関は、在支診と在支病を想定している。連携を担う拠点(医療機関、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等)では、市町村の取り組みとしっかりと連携していることが大事だ。自立支援・重度化防止を効果的に行うためリハビリテーション・栄養・口腔の連携を一体として推進していきたい。

次に医療計画の柱のひとつ「地域医療構想」について。2025年の病床の必要量は2015年の合計125.1万床を119.1万床にする目標を掲げていたが現在のところ、ほぼ達成する見込みだ。うち慢性期は35.5万床を28.4万床にする目標に対し29.6万床になる見込みで着実に進んでおり、在宅医療の体制整備の進展が伺える。

その一方で課題もあり、地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の実施率は、構想区域単位で52%に留まっている。また地域医療構想は2026年度以降どうするのか。検討を始めなくてはならないが、在宅医療をより推進し、介護との連携を進めることが求められる。

人生会議については、そのコンセプトを関係者にしっかりとご理解いただくべく、普及啓発や多職種チーム対象の研修を進めていきたい。大事なことは誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることだ。決して医療費削減や営利目的のために行うものではないし、強制するものでもない。

かかりつけ医が支援する在支病

シンポジウム(要旨)

◆小川聡子＝医療法人社団東山会調布東山病院理事長

当院は二次救急指定・83床の強化型在支病で、救急医療と、介護と一体となった虚弱高齢者に対する包括的なサービス提供の二つを推進。平均在院日数12.9日、在宅復帰率94.6%を実現している。そのため医師は自分の専門科以外の患者をなるべく診て教えあい「医局として病院総合医機能」を確保している。また在宅患者・家族を支える地域の診療所や介護事業所等も私たちの顧客であると職員に徹底している。施設からや他院の訪問患者の入院も相当数受け入れており、在宅療養支援を進めているが、課題として入退院支援力のさらなる強化などがある。

東京都調布市(人口約24万人)の医師会の調査によると、訪問診療が可能な

医師が2010年の31人から2018年には20人になり、危機感を抱いた。そこで当院は2019年に在宅専門部隊を強化し対応。昨年度は約2,400台の救急車を受け入れたが、「地域の急性期病院の救急医療を支援する役割」を改めて実感した。ただしその後、在宅医療を大規模に展開するメガ在宅診療所が複数できて競争が激化。しかし在宅のニーズは今後もますます増えるので、当院の在宅医療では困難事例、ガン末期、重症例をみる役割を推進していく考えだ。ケアマネジャーやヘルパーなど介護職のマンパワーを強化し、在宅医療の需要を減らすことも必要だと思う。

累次の診療報酬改定による地域の病院の機能分化の変化をみると、大規模病院に救急車が押し寄せ、医療密度の高い患者を転床できず、目詰まりを起こして応需率が下がっている。結果を出している二次救急病院の診療報酬を上げて活用し、役割分担を進めることが必要だ。

◆星野拓磨＝社会医療法人豊生会東苗穂病院副院長・札幌あんしん在宅医療ネットワーク所長

当院は人口約26万人の北海道札幌市東区で唯一の在支病(161床)である。東区には、「医療介護ネットワーク協議会」が地域医師会の協力を得て設置されており、区内の病院の空床情報をリアルタイムで共有し、地域連携パスの作成などを実施。医療機関の機能分化と連携は進んでいる地域だと言えるが、高齢者の救急の増加は大きな課題だ。

そうした中で、当法人グループの在宅医療にかかわる組織でつくる「札幌あんしん在宅医療ネットワーク」は、当院など多機関、約20名の医師をはじめとした多職種が所属。年間約1,700名の訪問診療と往診を担当し、看取りは約300名。また、他の医療機関の在宅患者への訪問歯科の提供でも地域で活用されるよう努めている。

同ネットワークにおいて当院は在支病として、①一般急性期入院②検査入院③訪問診療導入時の評価のための入院④他院からの転院対応⑤レスパイト入院といった役割を担い、急性期病棟で対応している。月約120人の入院のうち約4割が在宅関連の入院患者で、多いのは①と④。即日入院が難しい場合は、翌日入院で対応するなど努力している。入院中は回復期病棟レベルのリハビリテーションを提供。また入院中に人生会議をしっかりと行うことが在支病の役割であり実践している。

在支病としての課題としては、◇緊急入院対応に限界があり改善策を検討中◇他法人との迅速な情報連携の構築◇特養など高齢者施設対応がある。

◆梶原崇弘＝医療法人弘仁会板倉病院理事長兼院長

当院がある千葉県船橋市は人口約65万人。医療資源が少なく二次救急病院は当院を含め市内に9か所のみ。病診連携を深めつつ在宅を進めることが課題だ。なお在宅医療では訪問専用クリニックが参入してきており、そうしたところとの連携も求められている。

当院(急性期91床)は船橋南部地域17万人の医療圏で唯一の病院で、地域に密着した高機動都市型病院として救急車を年に約2,800台受け入れるなど、救急・地域医療・予防を3本柱に展開。法人全体としては地域の他の医療機関

等との連携を強化して「都市型地域包括のモデル」をめざしている。

そのネットワークに他の医療機関に加わってもらうため、CTやMRIなど院内のインフラを地域に開放した。予約操作は各診療所の診察室等で完結し、検査結果も届く。また読影をつけることで各診療所の担当医の不安も解消でき(読影依頼料は当院負担)、質の高い医療を確保している。

連携するクリニックや介護保険施設等との情報共有も進めている。これはコロナ療養ホテルの支援で、当院で使っているスマートフォンを実験的に貸し出し、速やかな連携ができた経験を受けて展開。ケアマネジャーにも貸し出す計画だ。介護職は病院に相談することにストレスを抱えている場合が多いが、それを緩和。患者の状態を画像で共有し診察の必要性を迅速に判断できるメリットもある。

働き方改革では、スマートフォンを活用した院内コミュニケーションの円滑化を進め、医事課の保険請求業務を除き、残業をほぼ解消できた。AI問診も導入し、看護師の負担軽減、待ち時間の減少など患者の満足度向上にもつながっており、メリットは大きい。

地域密着中小病院と在支病はイコールであり、当院は都市型地域包括病院のトップランナーとして、また地域をデザインする医療法人として今後も進化していきたい。

◆横倉義典＝社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長

主要産業が農業・漁業の福岡県みやま市(人口約3.5万人)にある当院199床は、終戦直後から地域とともに歩んできたが、これからは求められる役割を明確に考えて動く必要がある。全国の病院の約7割は200床未満。担うべき役割は「在宅との連携」であり、在支病になっていかななくてはならない。

市内に病院は2か所で救急告示病院は当院のみ。新病院建設後の2016年には災害拠点病院の指定も受けた。また最近では子育て・教育・地域おこしの連携強化も進めている。みやま市の2020年の人口ピラミッドは日本の2040年と一致しており、それを踏まえた対応が今後は求められる。

これらの機能にプラスして、これからはかかりつけ体制の整備と在宅医療の体制整備が必要だ。かかりつけ体制では、診療所の減少も背景にコロナ禍前から「かかりつけ患者」の登録を推進。登録者には◇特定健診などの推奨◇定期的な各種検診の促し◇予防接種などの先行案内などを行う。病床は、本当に必要な病床に転換していくことが重要だ。在宅医療の体制整備では、病院と在宅を担う診療所との連携を進めている。また、市と連携し人生会議関連の取組みも行っている。

今地域は人口減少、特に若年人口の減少に直面している。医師の働き方改革の影響は読めないが、当院も医療DX、タスクシフト・シェアを推進し、医療の質を落とさずに人手を減らして職員が働きやすい環境整備を追求しながらやっていかなくてはいけない。

在支病になる元の病院の機能は、それぞれ違うと思うが、いろいろな病院の知恵と英知を集める必要がある。ぜひ日本在宅療養支援病院連絡協議会に入っていただきたい。

ウイルス感染の経路やセキュリティの必要性を講義

医療DX人材育成プログラム⑧ リスクに備えた対策についても解説

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8回目の講習会の内容を紹介する。

第8回講習会が、10月19日(木)13時～16時にZoomで開催され、136病院、312人が参加した。

前半は、筆者により「セキュリティが必要な理由と今後のトレンド」という講演が行われた。まずセキュリティとはウイルスプログラムをシステムにいないことであることが説明され、ウイルスがシステムに入った場合、どのようなことが起きるかが紹介された。

次に、セキュリティを担う、①VPN回線(仮想専用回線)②ファイアウォール③ワンタイムパスワード④NACアドレス認証⑤ウイルスソフト⑥サンドボックスなどの仕組みの紹介をした。

例えば、病院セキュリティの要である②ファイアウォールは、図1に示すように、インターネット経由でやってくるファイルには、必ず「ヘッダ」と呼ばれる送信元・送り先や通る経路を示す情報(IPアドレスやポート番号)を記載した情報が付加されている。ファイアウォールは外部(インターネット)と内部(LAN)の接点に配置され、「ヘッダの内容をチェックし、事前に通行を許可された情報(IPアドレス・ポート)と合致するファイルだけの通行を許可する。一方、合致しない場合は、通行を許可しない」という関所の門番のような働きを行う。ファイアウォールを設置することにより、危険なファイルをLAN内に取り込まない、あるいは、機密書類などの重要情報を外に出さないことになる。ファイアウォールは、システムと外部の接点に設けられた関所の番人のような役割を担っている。他のシステムも、それぞれのやり方でウイルスをチェックしたり、システムに侵入しても稼働しないようにするなどして、ウイルスからシステムを守っている。

その後、2021年10月31日未明に発生した徳島県の病院がランサムウェアの

攻撃を受けた事例を紹介された。この病院では、図2に示すように、①セキュリティホールを塞がなかった②アンチウイルスソフトがoffになっていた③Windows Updateとパーソナルファイアウォールがoffなど、セキュリティの基本が多数できていなかった。このような脆弱なシステム環境をねらって、電子カルテのファイルを暗号化し、「暗号を解くキーを欲しいならば、お金を支払え」という脅迫文を送るランサムウェアというウイルスが侵入し、病院システムが長期にわたり停止した。

後半では、前半のセキュリティの概要の講義を受ける形で、小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)により「セキュリティ」の基本的知識についての講義が行われた。

まず「セキュリティ・リテラシー」とは、デジタルツール(ITツール)やシステム、インターネットなどを安全に使うために必要な知識や技術を身に付け、実践できる能力(スキル)であると説明された。次にリスクには、①不審なメールを開封してしまい、サイバー攻撃の被害を受け、PCやネットワークがマルウェア(ウイルス)に感染する「外的リスク」と、②従業員のミスで、機密情報・個人情報の漏洩が発生する、あるいは個人情報が含まれるデータを社外に持ち出し、紛失することの説明があった。このようなリスクを防ぐため全職員を対象として、少なくとも年1回、情報セキュリティ教育(研修)を実施することが必要である。また基礎編として、パスワード管理、電子メールの誤送信、ウイルス

対策、SNSの利用、バックアップ、公衆無線LANの危険性について学ぶ。応用編として、バックアップの実施、ウイルス対策、内部不正による情報漏洩の防止の理解度を高めることが大切である。また、個人と組織でセキュリティリスクが違うこと、独立行政法人情報処理推進機構が無料で有効なテキストを提供していることが紹介された。

次の「セキュリティ技術」の講義では、オンプレミスの病院情報システムにおけるウイルス侵入のあしかりに

なる弱点(セキュリティーホール)や、グーグル・アマゾン・マイクロソフトのプラットフォームのセキュリティの仕組みを説明した。

最後の講義である「セキュリティマネジメント」では、セキュリティ・ポリシーを作成し、PDCAサイクルを回し、継続的に改善を図るといった基本的な流れが説明された。

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8回の講習会が終了した。

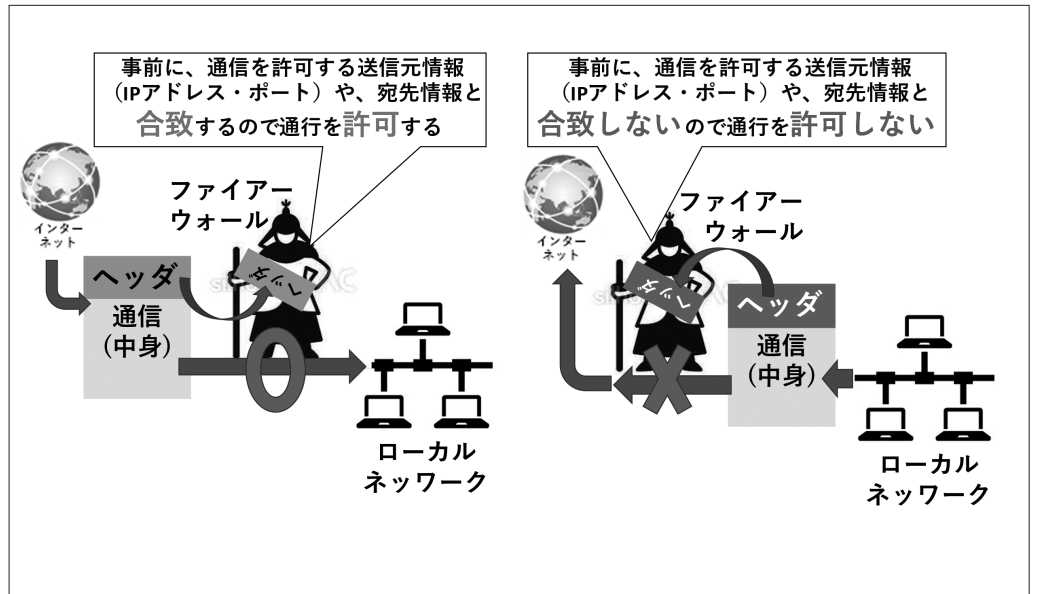


図1：ファイアウォールが行っていること

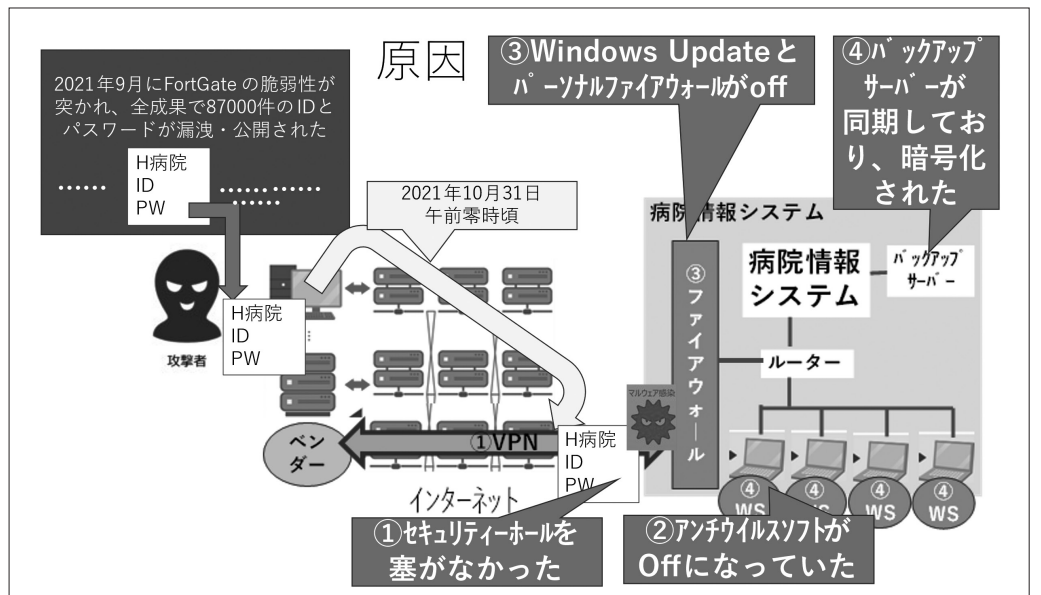


図2：ランサムウェアの被害を受けた病院のシステム上の問題点

2023年 第8回常任理事会の抄録 11月18日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 宮城県 医療法人財団姉齒松風会 石越病院
 - 理事長 小山 敬子
 - 退会が1件あり、正会員は合計2,564会員となった。
 - 準会員として以下の入会を承認した。
 - 宮城県 医療法人西隆会厚生仙台クリニック
 - 理事長 山口 龍生
 - 東京都 医療法人財団綜友会新宿野村ビルメディカルクリニック
 - 理事長 鷗飼 徹朗
 - 準会員は合計119会員となった。
 - 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 株式会社サザンウィッシュ
 - (代表取締役 徳留 健朗)
 - 賛助会員は合計114会員となった。
 - 2024年度事業計画・予算編成作業日

- 程について説明があり、作業スケジュール等が了承された。
- 医療保険・診療報酬委員会の委員の追加について審議し、承認した。
- 山形県支部事務局の変更を承認した。
- 山形県支部事務局業務委託覚書の変更を承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協 総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、薬価専門部会、診療報酬基本問題小委員会、保険医療材料専門部会、診療報酬改定結果検証部会、費用対効果評価専門部会」、「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」、「社会保障審議会医療部会」、「医療機器の流通改善に関する懇談会」、「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」の報告があり、質疑が行

- 国民医療推進協議会総会の開催について報告された。
- ポストコロナの医療提供体制充実についての意見交換会が行われたことが報告された。
- 2023年度病院経営定期調査の最終報告について報告が行われた。
- 病院における賃上げ状況の調査(緊急調査)結果報告について報告が行われた。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能
 - 【3rd G : Ver.3.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 群馬県 おうら病院
 - 神奈川県 葉山ハートセンター
 - 愛媛県 大洲中央病院
 - 福岡県 宗像医師会病院
 - ◎一般病院2
 - 東京都 練馬総合病院
 - 大阪府 八尾徳洲会総合病院

- ◎慢性期病院
 - 東京都 河北前田病院
- 【3rd G : Ver.2.0】～順不同
- ◎一般病院1
 - 北海道 西岡病院
 - 東京都 木村病院
 - 大阪府 河崎病院
- ◎一般病院2
 - 茨城県 つくばセントラル病院
 - 兵庫県 尼崎中央病院
 - 愛媛県 十全総合病院
 - 鹿児島県 鹿児島市医師会病院
- ◎慢性期病院
 - 埼玉県 平成の森・川島病院
- ◎精神科病院
 - 群馬県 原病院
- 10月6日現在の認定病院は合計1,993病院。そのうち本会会員は840病院と、全認定病院の42.1%を占める。
- 【主な討議事項】
 - 医療機関への食料費・光熱費高騰への支援について討議した。

診療側と支払側が2024年度改定の意見提示

中医協総会 支払側からは適正化の観点を含めた詳細な見直し案

中医協(小塩隆士会長)の診療側と支払側は昨年12月27日の総会に、2024年度診療報酬改定に対する意見をそれぞれ提示した。

診療側は、物価高騰・賃上げに対応できる改定とするとともに、新興感染症にも即座に対応できる平時でも余力のある医療提供体制の構築が必要と強調した。また、医療・介護等の6年に一度の同時改定であることを念頭に置き、必要財源を配分することを求めた。

一方、支払側は、これまでの中医協における議論を踏まえ各項目について、厚生労働省が示した適正化の論点を含めた詳細な見直し案を出している。

診療側は、現行の診療報酬を大きく変える見直しには慎重な立場だ。「(適正化の論点を含む)これまで中医協で検討してきた項目は、あくまでも財源を考慮せずに議論されてきたもので、改定率を踏まえたメリハリ付けや、優先順位に基づき実施しないものが出てくるのは当然である」とし、支払側の意見をけん制する形となっている。

外来に関しては、昨年12月20日の武見敬三厚労大臣と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝で決まった改定率において、マイナス0.25%分は「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」を行うとされたことから、支払側が、適正化の観点で様々な提案を行った。

具体的には、◇生活習慣病管理料について、療養計画書の記載を簡素化し、その効果を点数に反映させ、月1回の受診を必須とする要件を廃止する。リフィル処方箋や長期処方に対応可能なことも要件に追加する◇特定疾患療養管理料については、高血圧・糖尿病・脂質異常症は対象から除外し、生活習慣病管理料の中で評価する◇外来管理加算は廃止する◇地域包括診療加算は特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料と併算でき、二重評価になっていることの方を整理などがある。

一方、診療側は、「外来管理加算や特定疾患療養管理料等のかかりつけ医機能の評価に係る点数は、対象疾患への関わりや機能の違いについて、中医協で審議した上で導入されたものであり、質の高い生活習慣病の治療・管理に貢献してきたことを踏まえれば、これまでの経緯・運用を無視するような見直しは行うべきではない」とした。

また、特定疾患療養管理料については、新しい疾患概念や治療法が増加したことや、超高齢社会による疾病構造

の変化に適切に対応するため、「対象疾患の拡大」が必要とした。小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料が一部の加算等を除き包括点数となっていることから、医師の技術料を十分評価した点数への引上げも主張した。

入院医療の評価の見直し

入院医療について、診療側はまず入院基本料の適切な評価を主張した。物価高騰、光熱費等の高騰に対応するとともに、医療機関の設備投資・維持管理費用や医療従事者の人件費を適切に評価することを基本的な考えとした。その上で、評価体系の見直しは現場の不安定性を惹起するため、最小限にとどめるべきとしている。

入院基本料に大きな影響を与える「重症度、医療・看護必要度」についても、評価項目の大幅な見直しは避けるべきと強調した。

これに対し支払側は、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の大幅な見直しを求め、詳細に記述した。B項目について、「急性期の機能を適切に反映する観点で、患者の状態を評価する指標として用いないことが妥当」とし、廃止は主張しないまでも、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者の基準からは除外すべきとした。

急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者の「割合」も、シミュレーション結果に基づく「厳格化」が必要とした。また、急性期一般入院料1の平均在院日数は、短縮が進んでいる現場の実態を踏まえ、機能分化を推進する観点から、施設基準を14日にすべきとしている。

2024年度改定では、高齢者救急への対応が大きなテーマとなっている。

支払側は、◇救急患者の受入れ◇一定の医療資源投入による急性期からの速やかな離脱◇リハビリテーションと栄養管理の一体的な提供◇退院に向けた適切な意思決定支援◇在宅医療や介護との連携一を包括的に提供できる「新たな病棟類型を創設すべき」と主張した。その際に、看護配置は10対1を想定し、一定の経過措置は認めるとしても、急性期一般入院料2～6は廃止すべきとしている。

これに関する診療側の言及はない。

医師の働き方改革への対応

2024年度から医師に対する時間外労働規制が施行される。時間外労働に上限が設定されることから、医師によっ

ては時間外労働時間に含まれない宿日直許可を得ることが重要になる。

支払側は、「宿日直許可を得た医師による特定集中治療室等の運営は、専任の医師による24時間体制を前提として高い特定入院料を設定していることに鑑みれば、望ましい姿ではない」と指摘。一方、「医師の働き方改革を踏まえ、宿日直許可が現実的な対応策になり得るのであれば、通常より低い特定集中治療室管理料の区分を新設することは、検討の余地がある」とした。ただ、新区分の届出では、「特定行為研修を修了した看護師等の配置により医療の質を一定程度担保すべき」としている。

診療側は、医師の働き方改革に関連する意見として、◇地域医療体制確保加算の要件緩和とさらなる評価◇医師事務作業補助体制加算を全病床種別で算定可能とする。緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数などの施設基準要件も見直し。外来のみでの診療所での算定も可能とする◇急性期看護補助体制加算を入院全期間にわたって算定可能とする◇病棟薬剤業務実施加算1の病棟単位での届出を可能とする。病棟薬剤業務実施加算2の単独での届出を可能とする一などをあげた。

在宅医療の充実と適正化

超高齢社会の到来で、在宅医療の需要は増大しているが、供給が追いついていない状況がある。多くの医療機関が在宅医療に参加できる対応が必要とされる一方、在宅医療専門医療機関の在宅医療が、現状の診療報酬と不整合を起しているとの指摘もある。

診療側は、在宅医療の充実のため、◇主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能とすること◇機能強化型在宅療養支援診療所・病院(連携型)の看取り要件の

撤廃もしくは緩和◇在宅療養移行加算の要件緩和及び加算2の場合の連携医療機関に対する評価の設定◇在宅患者訪問診療料(I)に小児ターミナルケア加算を新設一などを提案した。

適正化の観点での見直しに対しては、「入居する場所のみをもって点数設定するのではなく、個々の患者に対する医療の質・手間・技術を正當に評価すべき」として、同一建物居住者に対する訪問診療料、単一建物居住者に対す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点数設定の見直しが必要とした。

一方、支払側は、「訪問診療を極めて多く実施している医療機関は、ターミナルケア加算や往診等の実績が少なく、効率的に訪問診療を提供している実態を踏まえ、厳格な施設基準を設定し、要件を満たせない場合には在宅療養支援の役割を十分に果たしていないと判断すべき」と強調している。

リハビリテーションの見直し

介護報酬との同時改定である2024年度改定では、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な推進が重要なテーマとなっている。

診療側は、運動器リハビリテーション料について、現行では年齢にかかわらず同じ点数を設定しているが、成長期である15歳以下のリハビリテーションは年齢別にきめ細かく対応することで、将来の身体障害を減少させることができるとして、小児加算の新設を提案した。また、ロコモ・フレイルに関する指導管理の評価も必要とした。

支払側は、疾患別リハビリテーションの通則や退院時共同指導料2の要件として、介護との連携に関する規定を設ける◇退院時における栄養状態の確認も入院基本料等の通則に追加することなどを提案した。医療機関における栄養管理体制が、入院基本料等の通則に位置付けられていることから、不十分な病院への厳しい対応も求めている。

中医協が公聴会を広島市で開催

中医協総会(小塩隆士会長)は1月19日、2024年度診療報酬改定の公聴会を広島市で開催した。公聴会は中医協がまとめたこれまでの「議論の整理」などを踏まえ、国民の声をきくために設けているもの。

社会医療法人社団沼南会沼隈病院の檜谷義美会長は、看護配置10対1で二次救急を担う病院だが、夜間・休日対応を含めた高齢者救急に対応するため、加配を行っており、7対1に近い体制が必要であることを強調した。医療法人社団福原医院の檜山桂子院長は、生活習慣病の管理に関し、生活習慣病管理料と特定疾患療養管理料は、患者の状態に応じ医師が適切に選択していると主張した。



■ 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
病院情報セキュリティ対策 ～医療機関に求められるITセキュリティとBCP～ 100名	2024年2月23日(金・祝) WEB開催	5,500円(8,800円)(税込)	ランサムウェアによるインシデント発生への対応や厚生労働省からの医療機関に求めるサイバーセキュリティと各種支援策、電子カルテシステムのセキュリティのテーマでの講演のほか、総合討論を行う。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 80名 事務管理領域 60名	2024年3月10日(日) WEB開催	8,800円(13,200円)(税込)	第1部は事前に視聴した病院機能評価のVer.3.0改定に関する動画等に関する質疑、第2部は「診療・看護合同領域」「事務管理領域」に分かれ、日本医療機能評価機構の評価項目の中から2項目を記入し課題を提出して頂き意見交換を行う。
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)	「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求める「32時間以上の研修」を補完するための研修で、所定のレポート等提出者に授与する「受講修了証」は研修証明となる。