



全日病 ニュース

2024.3.1

No.1050

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

猪口会長などが2024年度診療報酬改定の答申受け会見

四病協・日医 「重症度、医療・看護必要度」の見直しや地域包括医療病棟創設の影響を注視

四病院団体協議会は2024年度診療報酬改定の答申を受け、2月14日に会見を行った(日本医師会の見解は3面に掲載)。全日病の猪口雄二会長は、2024年度改定では、改定財源のほとんどが賃上げ対応に用いられることを指摘。食事療養の基準も引き上げられたが、賃上げ対応と同様に、増える費用に対する収入増であり、厳しい病院経営の改善には結びつかないことを強調した。看護配置7対1病棟の「重症度、医療・看護必要度」の見直しや地域包括医療病棟の創設が、医師の働き方改革の始まりとともに、地域の救急医療体制や急性期入院医療の再編につながる可能性があるとの考えも示した。

猪口会長は、「今回改定も多項目にわたる見直しがあるが、我々にとって大きいことの第一は賃上げ対応だ。改定率0.88%のうち、(看護職員など医療関係職種への賃上げで0.61%、40歳未満の医師や事務職員などへの賃上げで0.28%が充てられ)0.89%が賃上げ対応であり、(生活習慣病の管理の評価等の適正化による▲0.25%を含めて

も)改定財源のほとんどが人件費に使われる。病院に対しては、対応分がきちんと人件費に還元されることが求められている」と説明した。

その上で、「政府は賃上げを政策目標としており、その実現のため、診療報酬での対応を行った。それに対して我々がどれだけ応えられるかということは大事な点だ」と述べた。

また、病院団体として、物価高騰・賃金上昇への対応を政府・与党に強く求めてきたことを踏まえ、物価高騰については、「2023年度補正予算などによる補助金が出ているが、(医療保険での対応として)入院時の食費の基準が1食30円上がったことは、とても大きい。引上げは約30年ぶり、やっとこれだけ上がったということだが、(ここまで引き上げずに我慢していた外注の業者にとっては、引上げのタイミングになるので)人件費と同様に、病院には残らない。病院の経営状況が悪い状況は変わらない」との懸念を示した。

高齢者救急の受け皿として、多職種を配置し、急性期医療やリハビリテーション、退院支援、在宅医療・介護との連携などの機能を包括的に提供する新たな病棟である地域包括医療病棟が創設されることにも言及。「新病棟が必要とされる趣旨は概念的にはよくわかる。一方、急性期一般入院料1の『重症度、医療・看護必要度』がかなり厳しくなったので、それとの兼ね合いで新病棟の評価をどう考えるかというこ

とになる。点数は1日3,050点であり、様々な加算を取ることもできる。経営への影響をシミュレーションして届出の必要性を考えることになるだろう。医師の働き方改革により、救急医療の状況が変わり得ることも考慮に入れる必要がある」と述べた。

日本病院会の鳥弘志副会長も、賃金上昇・物価高騰への対応が一定程度行われても、病院の厳しい経営状況が改善しないことへの危機感を強調した。鳥副会長は、新型コロナ対応の補助金や診療報酬特例がなくなり、少子化・高齢化で外来・入院患者が減少している中で、医業収支が赤字の病院が増えていることを指摘。労働力の減少を背景に、人材確保の困難は継続する。質の高い医療を効率的に提供するためには、医療DXの推進は不可欠であるとの認識を示した。その意味では、今回改定の方向性には一定の理解を示した。

また、地域包括医療病棟の創設については、「高い点数が設定されたが、高齢者救急の受け皿として機能するためには、トリアージを行う医療機関との連携が極めて重要であり、(第三次救急医療機関からの)下り搬送を含め、地域の救急医療体制の構築が必要である」と強調した。

中医協委員でもある日本医療法人協会の太田圭洋副会長は、「現場に大きな影響を与える大規模な改定は避けるべきと中医協総会で主張してきたが、6年に1度の同時改定であったこともあり、特に入院医療に関して、大規模な改定となってしまった」と述べた。

「重症度、医療・看護必要度」の変更に対し、「今回も(出来高点数の合計で計算される)医療資源投入量が高い患者を評価する観点で厳格化する見直しが行われた。しかし、中小病院は内科系が多く、手術件数は多くなく、患者は高齢者が多い。高齢者は手間がかかり、人手がかかる。病院のコストがきちんと検証されないまま、今回の見直しが行われた。今回の見直しでは当



然、看護配置7対1を維持できなくなる病院が出てくる」と指摘した。

7対1病棟の転換先の選択肢となる地域包括医療病棟については、「重症度、医療・看護必要度」の基準値を含め、「厳しい算定要件が設定されており、本当に現場にとって使いやすいものになっているかの確認が必要」とした。全体として中小民間病院に厳しい内容となっており、「(14日に)苦味が強いチョコレートをもらったような気分だ」との感想を述べた。

日本精神科病院協会の平川淳一副会長は、賃上げ対応について、2022年10月から実施された看護職員処遇改善評価料の対象が救急医療を実施する医療機関の看護職員に限定されていたのに対し、今回の対応は精神科病院を含めすべての医療機関が対象となっていることを評価した。

また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供するため、精神科地域包括ケア病棟入院料が新設されることが、精神科入院医療に与える意義を強調した。平川副会長は、「精神医療においても、サブアキュートの患者の受入れなどが評価される一方で、長期入院の患者が多い精神科病院にとっては、厳しい環境になっていく」と述べた。

本号の紙面から

2024年度診療報酬改定の概要 2・3面
2024年度診療報酬改定の資料 4・5面
職業紹介事業者の問題を議論 6面
医療DX人材育成プログラム⑩ 7面
救急救命士のエコー検査を議論 8面



全日本病院協会 会長
猪口 雄二

第12回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第12回臨時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第12回臨時総会

日時 2024年3月30日(土)
午後1時～午後2時00分(予定)
会場 全日本病院協会 大会議室
東京都千代田区神田猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F Tel.03-5283-7441

目的事項

報告事項

- (1) 2024年度事業計画について
- (2) 2024年度予算について
- (3) 2023年度事業計画の一部変更について
- (4) 2023年度補正予算について
- (5) その他

決議事項

第1号議案 理事の選任について
その他

〈正会員の皆様に〉

臨時総会終了後(午後2時10分目途)に同会場では支部長・副支部長会を開催し、「2024年度診療報酬改定について」の講演を行います。

今回の支部長・副支部長会は、特別講演として開催しますので、当協会正会員の皆様もご参加いただけます。

清話抄

ニュージーランド訪問

別府市及び商工会議所が主催して、姉妹都市であるニュージーランド・ロトルア訪問を行った。日程は1月28日(日)～2月4日(日)の8日間で、別府市から長野市長を含む観光課の関連職員5名、商工会から西謙二会頭以下議員10名が参加した。

ロトルア市とはラグビーを通して20年来の姉妹都市を結んでいる、「オールブラックス」チームがありラグビー

ワールドカップチャンピオン国として有名である。2019年ラグビーワールドカップ日本開催においては、オールブラックス(NZ)は別府市でキャンプを行った。今回の旅行目的として、別府市は市政100年を迎えセレモニーを予定しているが、ロトルア市長や前市長・議員及びラグビー関係者などの招待、およびラグビーを通してロトルア市との観光産業の協力と連携であった。

ロトルアはマウイ族の街であり、多くはマウイ族の土地の提供で発展した都市と聞いている。別府市と同様、市内の広域で温泉が湧出しており、温泉を利用した街興しが有名で、温泉利用の

健康産業に力を注いでいる。今回、クイーンエリザベス病院(QE Hospital)傘下で温泉治療を目的とした施設、および広大な駐車場を挟んで向いに温泉を利用した健康施設が開設された。

温泉治療施設では保険診療の適応疾患、治療期間など詳細な回答は得られなかった。施設見学ではプールなど障害者に優しい取り組みがなされており、治療室なども広く綺麗であった。泥パックなども準備されていた。

健康施設は水着着用で、ロッカールームで着替えた後、①サウナ群、②温浴(プール、バブル浴、頭上よりのジェット浴、癒し浴など)③泥パック浴

に分けられていた。利用後に必要に応じてマッサージ利用コーナー(別料金)も常備していた。利用前に温泉と水を交互にシャワーでかぶり、メンタルを整えてから利用に入る仕組み。サウナコーナーには10人程度が利用できる部屋が、4室あった。低温サウナ、中温サウナ、蒸気サウナなどで、リラックスマールのサウナも備えていた。今回、円安で物価が高く利用料としては高価で継続は困難と思われたが、温泉治療施設および健康維持施設としては有益なものであり、日本の各地温泉地での利用にも取り入れるべきものがあったと思っている。(畑 洋一)

主張

世論を味方に

諸物価高騰は円安が続く限り歯止めが利かず、輸入大国である日本の宿命だが、輸出関連企業には恩恵を齎していることは自明の理である。それらの大企業では賃上げが可能で人材の雇用も容易で、正に好循環そのもの、羨ましい限りである。

振り返って病院の状況はどうであろうか。限られた医療費のパイを医療周辺の諸種業態に食い荒らされており、製薬、器械、IT、人材派遣、等々枚挙に暇がない。多くの有資格者を雇用

している病院としては、世間並みには到底及ばないものの賃上げには呼応せざるを得ず、人件費率は増加の一途を辿り、増改築は元より診療に必須の機器(これらも輸入物は高額)の購入にも躊躇する現状で、小手先の診療報酬上の僅かな手当ではとても間に合わない。介護領域の仕事でも現状の給与水準では必要人員の確保は困難で、これに少子化が追い打ちを掛け、成り手が不足し、代わりとして外国人材を求めると近年の円安で敬遠されてしまう。今回(令和6年度)の診療報酬改定

では総花的にあたかもこれらの窮状に配慮した如きの各項目が羅列されているが、実態は医療費自体のパイを増やすものではなく、様々な付帯で僅かな予算を捻り出しているとの感が否めない。中医協の場で尽力された委員の方々には大いに感謝申し上げるが、問題は総予算・パイそのものの増額で、病院としては例えば入院基本料の大幅な増額を求める、「どうせ認められない」と諦めずに、求め続けることは必須である。中医協の場ではいくらアピールしても「相手の土俵」での「負け犬の遠吠え」にしか聞こえないと思うので、マスコミ、世論に訴えかけることを真剣に模索すべきであろう。この

訴えは多くの病院団体にとっても共通の課題のため、一致団結した意見表示は可能で、各職能団体も互いのメリットを共有できれば呼応してくれる可能性は大でありその効果は計り知れない。

コロナの際にはエッセンシャルワーカーと持ち上げてくれたマスコミや大衆は、5類になった途端にそれらの事は忘れ去ってしまったが、アピールの仕方によっては大きなうねりの再来も期待できるのではないだろうか。従来の古典的なマスメディアのみならず、あらゆる媒体、SNSを駆使して意見表明を出し続けることで、初めて世間は目を向けてくれることになるのではないか。皆で世の中を味方に付けよう。(N.Y)

賃上げ対応で入院ベースアップ評価料などを新設

2024年度診療報酬改定

中医協総会(小塩隆士会長)は2月14日、武見敬三厚生労働大臣の諮問に答申した。本号では、2024年度診療報酬改定のうち、賃上げ対応・基本料等の引上げの概要を紹介していく。

2024年度改定では、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革の推進」が重要課題に位置づけられた。重要課題への対応では、看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種を対象に、2024年度で2.5%、2025年度で2.0%の賃金のベースアップを達成するため、賃上げ促進税制などの活用とあわせ、新たな診療報酬項目を新設する。

さらに、この目標達成の対象者以外(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)に対する賃上げ対応として、初再診料・入院基本料等を引き上げることになった。

3つの点数で必要額の不足に対応

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種を対象にした賃上げ対応の診療報酬項目では、3つが新設された。

①外来・在宅ベースアップ評価料(I)等②外来・在宅ベースアップ評価料(II)等③入院ベースアップ評価料である。基本的には、①だけでは、必要額が不足する場合に②③がある。

これらの新設する診療報酬項目の賃上げの対象者として、看護職員やリハビリ職員など31職種その他職員を明示

感染防止対策や賃上げ対応の観点で初再診料等も引上げ

している。専ら事務作業を行う者は含まれない(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)。医師と歯科医師も対象外である。

算定する場合は、2024年度と2025年度に、定期昇給を除いた賃上げを行わなければならない。ただし、2024年度に翌年度の賃上げのため、繰り越しを行う場合等はこの限りではない。

基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給または毎月支払われる手当の引上げにより行うことを原則とする。また、2024年度と2025年度の職員の賃金の改善に係る計画の作成が求められる。

外来医療または在宅医療を実施している医療機関が算定できる「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」の点数は、初診時6点、再診時2点、訪問診療時は同一建物居住者以外の訪問診療で28点、同一建物居住者の訪問診療で7点となった。初診時は初診料、小児科外来診療料または小児かかりつけ診療料を算定している場合。再診時は再診料、外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料などを算定している場合となっている。

「外来・在宅ベースアップ評価料(II)」は、外来医療または在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所が算定できる、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」だけでは、必要

額が不足する場合の点数だ。具体的には、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」で得られる点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満の場合に算定できる。賃上げ目標の必要額の半分に満たない場合を対象にするとの考えが背景にある。

必要額に満たない不足額の程度は医療機関によって異なる。このため、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)」は8つある。「初診時・訪問診療時8点・再診時1点」から「初診時・訪問診療時64点・再診時8点」までの組み合わせがある。

病院または有床診療所が算定する「入院ベースアップ評価料」は、医療機関に生じる必要額の過不足をできるだけ少なくする観点からきめ細かく対応し、看護職員処遇改善評価料と同様に、165通り(1~165点)の点数となった。得られる点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の2.3%未満の場合に算定できる。

通則を見直し入院基本料等を引上げ

入院基本料等は引上げとなる。「40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等」のほかに、◇栄養管理体制の基準の明確化◇人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針を作成することの要件化◇医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備が新たに求め

られることによる評価の見直しとなっている。

一般病棟入院基本料の急性期一般入院料1の場合で1,650点が1,688点になる。療養病棟入院基本料の療養病棟入院料1・入院料25(旧入院料G)の場合で968点から983点になる。回復期リハビリテーション病棟入院料の回復期リハビリテーション病棟入院料4の場合で1,841点から1,859点になる。地域包括ケア病棟入院料の地域包括ケア病棟入院料1の場合で2,809点から2,838点になる。特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料の場合には1,718点から1,822点への大幅増となっている。40歳未満の勤務医師の人数が多いことが理由となっている。

栄養管理体制の基準の明確化については、入院料通則において、「標準的な栄養スクリーニング」と「退院時を含む定期的な評価等」を新たに求める。標準的な手法は、GLIM基準等を参考にすることが想定されている。

人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針を作成することの要件化については、入院料通則において、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を拡大する。小児特定集中治療室管理料や総合周産期特定集中治療室管理料などを除き、入院料を算定する医療機関が対象となる。地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算を届け出ている医療機関も追加する。

身体的拘束を最小化する取組みの強化では、入院料通則において、「組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備」を規定する。緊急やむを得ない場合に身体的拘束を行う場合は、理由を記録しなければならない。医療機関に身体的拘束最小化チームの設置を義務化し、◇身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底する◇最小化のための指針を作成し、定期的に見直す。精神科病院の場合は、別に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるとした。

賃上げ対応を含め初再診料引上げ

初再診料等は「外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要になったこと、職員の賃上げを実施すること等」の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。初診料は288点から291点になる。再診料は73点から75点、外来診療料は74点から76点になる。病院にとって、消費税対応を除き、初診料が引き上げられるのは2006年度改定以来の18年ぶり。

令和6年度の診療報酬改定における処遇改善

令和3年12月22日大臣折衝事項(抄)

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2~5を除く改定分 +0.23%
各科改定率 内科 +0.26%
 歯科 +0.29%
 調剤 +0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的対応 +0.20%
※3~※5 (略)

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)及び「公的価格評価検討委員会中間整理」(令和3年12月21日)を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(注1)に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組み(注2)を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講ずることとする。
(注1) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
(注2) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和4年度改定

令和5年12月20日大臣折衝事項(抄)

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.88%

※1 うち、※2~5を除く改定分 +0.46%
各科改定率 内科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

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(+0.28%程度)を含む
※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的対応 +0.61%
※3、※4 (略)

令和6年度改定

医療機能に応じた入院医療を評価するため様々な見直し

2024年度診療報酬改定

2024年度診療報酬改定について、2面に引続き概要を紹介する。2024年度改定でも医療機能に応じた入院医療を評価するため、入院医療において様々な見直しが行われる。特に、地域包括医療病棟の創設は急性期入院医療の再編の可能性を内包するとともに、高齢者救急の受入れ先としての役割が期待される。

地域包括医療病棟は、高齢者の軽症・中等症の救急搬送者が増加している中で、◇救急患者の受入れ体制◇急性期の一定の医療資源を投入◇早期退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供◇適切な意思決定支援◇在宅医療、介護との連携を包括的に提供する機能を備えることを想定した病棟だ。看護配置10対1に加え、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士)による高齢者医療に必要な多職種を配置することを求める。

点数は1日3,050点となった。90日を超えると地域一般入院料3の点数になる。平均在院日数は21日以内で、在宅等復帰率は8割以上、一般病棟からの転棟割合は5%未満、救急車の緊急搬送または他の医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の医療機関から搬送された患者の割合が15%以上などの要件が規定された(下表を参照)。

一般病棟入院基本料の急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」は大きく見直され、平均在院日数は「18日以内」から「16日以内」に短縮される。「重症度、医療・看護必要度」のA項目(モニタリング及び処置等)の「救急搬送後の入院等」の評価が2日間になることや、B項目(患者の状況等)の評価が廃止になったことによる現場への影響が懸念される。

地域包括医療病棟を創設し高齢者救急の急増に対応

ICUに医師配置を緩和した区分新設

高度・専門的な急性期医療の実績を評価する入院基本料等加算の診療報酬項目に、急性期充実体制加算と総合入院体制加算があるが、総合入院体制加算から急性期充実体制加算への移行が進むと、小児科や産科、精神科の医療が脆弱になるとの指摘が出ていた。このため、急性期充実体制加算に小児科、産科、精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合の加算を設けた。また、悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合と、それ以外であって小児科または産科の実績を有する場合に応じた評価も設けた。

特定集中治療室管理料については、SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標と専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する(特定集中治療室管理料5・6(8,890点))。

後者は、医師の時間外労働規制の施行を背景に、特定集中治療室等で一定の医師の配置要件の緩和を図る対応だ。この区分においては、遠隔ICUモニタリングにより支援を受けることを評価する特定集中治療室遠隔支援加算(980点)を設ける。

療養病棟入院基本料も大幅な見直しとなる。現行では、医療区分とADL区分に基づく9分類の評価体系になっている。これを疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分及び3つのADL区分に基づく27分類及び3つのADL区分に基づく27分類及び3つのADL区分に基づく30種類の評価に見直す。また、中心静脈栄養の評価が、「患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分」になる。

具体的には、医療区分3に該当する場合の中心静脈栄養の定義が、「広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻または急性膵炎を有する患者を対象とする場合または中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る」となった。医療区分2については、医療区分3に明記した患者の疾患・状態以外を対象として、「中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る」となった。

そのほか、◇医療区分・ADL区分ともに1である入院料27(従前の入院料I)について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める◇療養病棟入院基本料の注IIに規定する経過措置を廃止する◇新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

回リハ病棟は施設基準の要件増える

回復期リハビリテーション(以下、回リハ)病棟の見直しでも、賃上げ対応や施設基準の見直しによりそれぞれの点数が引き上げられる。例えば、回復期リハ病棟入院料1の場合、2,129点から2,229点への引上げとなる。

追加の施設基準としては、◇回復期リハ病棟入院料1・2について、専従の社会福祉士の配置を要件化◇回リハ病棟入院料1・3について、FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することを要件化◇回リハ病棟入院料1・2について、地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加してい

ることが望ましいこととする◇回リハ病棟入院料1・2について、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すなどがある。

FIMの測定は定期的(2週間に1回以上)に行い、その結果を診療録等に記載することも要件化される。回リハ病棟入院料1へのGRIM基準による栄養状態の評価も要件化される。また、体制強化加算は廃止となる。

また、2024年度改定は、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的な推進がテーマの一つとなっている。ADL低下の防止を効果的に行うため、より早期からの取組みの評価や切れ目のない多職種による取組みを推進する対応を評価する。

具体的には、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(120点)を新設する。入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組み(土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む)を行う体制を評価する。これに伴いADL維持向上等体制加算(80点)は廃止される。

また、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算(50点)を新設する。ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者または感染対策が必要な患者に疾患別リハビリテーションを提供した場合の評価となっている。

【II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-①】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050点

【算定要件】

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。
- 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

【施設基準】

- 病院の一般病棟を単位として行うものであること。
- 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すことに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以

上であることとする。

- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
- 次のいずれかに該当すること。
 - イ 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。
 - ロ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。

別表1

基準①: 当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	A 得点が2点以上かつB得点が3点以上
	B 得点が3点以上
	C 得点が1点以上
基準②: 新たに入院した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のB得点が3点以上

別表2

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	1割6分以上	1割5以上
基準②の割合	5割以上	

- 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。
- 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により

緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。

- 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
- データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定機能病院以外の病院であること。
- 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関許可病床数が100床未満のものであること。
- 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日の次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか1病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に2未満となった日
 - 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
 - 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員1を含む2以上であること。ただし、入院患者数が30人以下の場合にあっては、看護職員の数が1以上であること。

2024年度改定について日医の松本会長が会見

日本医師会の松本吉郎会長は2月14日、四病院団体協議会とともに、2024年度診療報酬改定について会見を行った。ポイントとして、①医療従事者の賃上げ②医療DXの推進③入院料等の見直し④薬価制度等の見直し⑤医療技術の適正な評価⑥改定施行時期の後ろ倒しの6点をあげた。

看護職員など医療関係職種の賃上げを行うための外来・在宅ベースアップ評価料I・II、入院ベースアップ評価料の新設に対して、「(中医協総会の)診療側の主張が実った」と述べた。その上で、「次回改定でも持続的な賃上げを可能とするための十分な原資を確保できるよう、働きかける」とした。

医療DXの推進に関し、「システム管理の導入費用やランニングコストなどに対する診療報酬の評価が不十分」との要望が受け入れられた結果、従来の医療情報・システム基盤整備体制充実加算が見直され、医療DX推進体制整備加算が新設されたとし、これにより、医療DXを推進する姿勢を示した。

入院料の見直しでは、急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」と平均在院日数の基準が、公益裁定で決定したことによる医療現場への影響に懸念が示された。

改定施行時期が6月に2か月後ろ倒しとなることについては、「目的はあくまで医療機関の負担軽減」と強調。「直接的な恩恵を受けるベンダーが、保守費用やリース料を大幅に引き下げ対応が必須」とであると指摘した。

中医協資料／2024年度診療報酬改定における個別改定項目

2024年度診療報酬改定における個別改定項目から、抜粋して掲載する。

2024年2月14日

○賃上げに向けた評価の新設

【1-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組①】

① 賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)	
	1 初診時	6点
	2 再診時	2点
	3 訪問診療時	
	イ 同一建物居住者以外の場合	28点
	ロ 同一建物居住者の場合	7点

【算定要件】

- (1) 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問

1

ロ 同一建物居住者の場合 10点

【算定要件】

- (1) 1については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療
- (4) 3のロについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【施設基準】

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

4

算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

- ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (7) (6)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

4. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であつて、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	入院ベースアップ評価料(1日につき)	
	1 入院ベースアップ評価料1	1点
	2 入院ベースアップ評価料2	2点
	↓	
	165 入院ベースアップ評価料165	165点

7

して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入院している患者に対して行った場合を除く。）であつて、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入院している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であつて通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

- (4) 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入院している患者に対して行った場合を除く。）であつて、当該患者が同一建物居住者である場合
 - ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下

2

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務歯科医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

3. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であつて、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)	
	1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
	ロ 再診時	1点
	2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点
	ロ 再診時	2点
	↓	
	8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点
	ロ 再診時	8点

【算定要件】

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届

5

【算定要件】

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

【施設基準】

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2分3厘未満であること。
- (5) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）の見込みを用いて次の式により算出した数【B】に基づき、別表3に従い該当する区分を届け出ること。

$$【B】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (6) (5)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に報告すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【B】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外

8

に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入院している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者である場合

ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等入院している患者に対して訪問診療を行った場合

【施設基準】

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

2. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)	
	1 初診時	10点
	2 再診時	2点
	3 歯科訪問診療時	
	イ 同一建物居住者以外の場合	41点

3

け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

- (2) 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1又は3を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

【施設基準】

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

$$【A】 = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8} \times 10 \text{円}$$

- (5) (4)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数については、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の

6

来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (7) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (8) (7)について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (9) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (10) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

9

○初再診料等の評価の見直し

【Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組-③】

③ 初再診料等の評価の見直し

第1 基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっており、職員の質上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の質上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

Table with 3 columns: 初診料, 改定後点数, 現行点数. Rows include 初診料, 再診料, 外来診療料 with various conditions.

○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「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)」、「抗血栓栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する。

○ 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。

○ C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。

○ 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。

- 2. 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

- 3. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

Table with 4 columns: 改定案, 現行, 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iの割合, 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIの割合. Rows include 急性期一般入院料1-5, 7対1入院基本料.

○救急患者の病院搬送に対する評価

【Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-①】

① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

第1 基本的な考え方

第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合には、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1. 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

Table with 2 columns: 搬送状況, 点数. Rows include 入院中の患者以外, 入院1日目, 入院2日目, 入院3日目.

【対象患者】

救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合にあって、区分番号C004に掲げる救急搬送料は別に算定できない。

【施設基準】

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。(2) 救急患者の転院搬送について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

Table with 3 columns: 改定後点数, 現行点数. Rows include 再診料, 外来診療料 with various conditions.

Table with 4 columns: 改定案, 現行, 一般病棟に限る。), 一般病棟に限る。). Rows include 7対1入院基本料, 看護必要度加算, 急性期看護補助体制加算, etc.

【経過措置】

令和6年3月31日において現次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和6年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- 急性期一般入院料1-5, 7対1入院基本料(結核病棟入院基本料), 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))

- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。(4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

- 2. 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

Table with 2 columns: 改定案, 現行. Rows include 施設基準, 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準, etc.

○「重症度、医療・看護必要度」の見直し

【Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-④】

④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。

○ 「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Iにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度IIにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。

○ 「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」の項目について、重症度、医療・看護必要度Iにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度IIにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。

○ 「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするともに、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。

○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外する。

○ 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。

- 7対1入院基本料(専門病院入院基本料), 看護必要度加算1-3, 総合入院体制加算1-3, 急性期看護補助体制加算, 看護職員夜間配置加算, 看護補助加算1, 地域包括ケア病棟入院料, 特定一般病棟入院料の注7

Table with 2 columns: ア, イ. Rows include 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数(第2部「通則5」)に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転院患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く。)

医療従事者の職業紹介事業で問題点の指摘相次ぐ

社保審・医療部会

求人者向け特別相談窓口の設置やハローワークの強化で対応

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は2月9日、医療・介護・保育分野の職業紹介事業をめぐる議論を行った。医療・介護分野の人材不足が深刻化する中で、民間の職業紹介事業の役割も拡大しているが、高額な紹介手数料を支払っても早期離職してしまう事例も増えている。病院団体の委員からは、公的な職業紹介事業の強化や、悪質な民間紹介事業者への対応を求める意見が相次いだ。

これまでの対応をみると、2017年改正職業安定法や関係指針で、手数料の情報開示義務や返戻金制度の推奨、就職後2年間の転職勧奨の禁止などを規定した。2020年度には適正な職業紹介事業者の基準を策定。2021年度には適正事業者認定制度もスタートしている。職業紹介事業者の法令違反の疑いに対しては、「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口を都道府県労働局に設置した。

全日病副会長の神野正博委員は、「紹介手数料も原資は診療報酬であり、高額になるのはいかげなものかと思う。ただ、紹介手数料は市場の需給バランスで決まるので、喉から手が出るほど人材を求めている医療機関は、職業紹介事業者に足元をみられてしまう」と指摘した上で、医療機関が不当に取り扱われないようにするための対応を質問した。

厚生労働省は、民間紹介事業者の苦情相談窓口や都道府県労働局の特別相談窓口への問い合わせが考えられるほか、厚労省として、指導監督の強化や優良な紹介事業者が選択される仕組みを検討していると説明した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、都道府県看護協会の無料職業紹

介事業であるナースセンターとハローワークの連携強化に期待を示した。

産業医科大学教授の松田晋哉委員は、紹介される医療・介護従事者の質の評価の担保がなされていないことが大きな問題であると指摘した。また、看護補助者の確保が地域により困難になっている中で、資格を創設することの検討が必要と主張した。

医療措置協定の進捗状況を報告

改正感染症法に基づく医療措置協定について、2023年12月15日時点の協定締結の状況が報告された。ただし報告されたのは東京都、兵庫県、山形県を含まない44自治体のデータであり、目標値に向けた進捗を評価するには、判断が難しいデータとなっている。

結果をみると、確保病床数は全国の目標値が5万1,000床であるのに対し協定締結の見込みは3万3,723床で66%。うち流行初期確保病床数は同1万9,000床に対し同1万4,263床で75%となっている。発熱外来は同4万2,000機関に対し同2万5,959機関で62%。うち流行初期協定締結医療機関数は同1,500機関に対し8,443機関で、すでに目標値を大きく上回っている。

医療措置協定は、地域における役割分担を踏まえ、平時から新興感染症に対応する医療と新興感染症以外の通常医療の提供体制を確保するためのもので、新型コロナで対応した最大規模の体制を目指している。内容としては、①病床確保②発熱外来③自宅療養者等への医療の提供④後方支援⑤医療人材派遣がある。これらについて、都道府県と医療機関が協定を結ぶ。協定締結作業は2023年度中に順次始まり、2024年9月末までに完了させることが目標

となっている。

神野委員は、病床確保の目標値と現状との乖離について、「病院団体としても会員病院にきちんと説明する必要がある。国には、医療機関が協定締結を躊躇してしまう理由があることを理解し、医療機関が安心できる、より明らかな説明をしてほしい」と述べた。また、能登半島地震の被災地で医療提供を続けている恵寿総合病院で、入院患者の1割が新型コロナに感染しており、水が十分に確保できない中で苦勞している状況が語られた。その上で、平時から有事に備えることの重要性を指摘した。

加納委員は、2023年度補正予算における協定締結医療機関の施設・設備整備への補助事業を評価する一方で、陰圧室などは経年劣化するため、導入費用だけでなく、メンテナンス費用の補助の検討も要望した。

2023年度補正予算・2024年度予算案

また、厚労省が医政局の2023年度補正予算と2024年度予算案を報告した。2024年度予算案は1,803億3,500万円で対前年度比1.0%増となっている。一方、2023年度補正予算は7,893億8,900万円と大きく、両者を足すと9,697億2,400万円と1兆円近くに達する。

2023年度補正予算の金額が大きいのは、新型コロナの緊急包括支援交付金による支援(6,143億円)があるためである。次いで、感染症法改正に伴う対応としての個人防護具の備蓄等事業(158億円)、新興感染症対応力強化事業(148億円)、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業(72億円)などがあり、有事への対応で金額が大きな事業が並んでいる。そのほか、全国医



療情報プラットフォーム開発事業(69億円)、看護補助者の処遇改善事業(49億円)、がん・難病の全ゲノム解析等の推進(43億円)などがある。

2024年度予算案については、例年通り地域医療介護総合確保基金への充当(公費1,028億6,600万円(国732億9,900万円、地方295億6,700万円))が大きく、「地域医療構想の達成に向けた事業」、「在宅医療等に関する事業」、「医療従事者の確保に関する事業」、「勤務医の労働時間短縮に向けた事業」に活用する。

そのほか、医政局の同基金を含めた分野別の施策の予算案をみると、◇地域医療構想(739億円)◇医療計画等に基づく医療提供体制(562億円)◇医師偏在対策等(9億円)◇医師・医療従事者の働き方改革(113億円)◇新型コロナの知見を踏まえた対応(41億円)◇医薬品・医療機器の創出力強化・安定供給(10億円)◇研究開発(59億円)◇医療の国際展開(9億円)◇医療DX(16億円)などがある。

同日の医療部会では、「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について(通知)」、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』に関するQ&Aの改訂について(通知)」の報告もあった。

医療従事者の賃上げ実現に四病協として協力姿勢示す

厚労省・四病協等

賃上げ等の診療報酬改定&マイナ保険証利用促進のオンラインセミナー開催

厚生労働省は2月16日、四病院団体協議会、全国国民健康保険診療施設協議会との共同開催で、「賃上げ等に関する診療報酬改定&マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催した。全日病の猪口雄二会長が挨拶し、政府が目標とする医療従事者の賃上げの実現に、四病協として協力する姿勢を示した。各病院が実際の賃上げを行うための支援ツールを厚労省が用意していることを紹介し、各病院が賃上げに取り組むことを求めた。

また、医療DXの推進のため、その基盤となるマイナ保険証を多くの患者が利用する取組みも促した。

猪口会長は最初に、病院を取り巻く現状について、「病院は民間病院であっても経常利益は1~2%程度であり、コロナ禍で経常収支が好転したように見えるが、それは一時的な収益増ではない。病院がわずかな経常利益で経営を行っている中で、物価高騰・賃金上昇という経済状況が生じた」と述べた。その上で、「これに対し、2024年度改定では、賃上げを重要課題とした対応が行われることになり、入院基本料等の引上げやベースアップ評価料の新設につながった」と説明した。

診療報酬での対応は、「看護職員やリハビリ専門職、事務職員、若手医師など幅広い職種に目配りした対応となっているので、大きく拡充される賃上げ促進税制も活用して、各病院で

るだけの賃上げに取り組んでほしい」と要請した。

医療DXの推進についても発言。「これからの医療において、医療DXは欠かせないのでできないインフラとなる。政府は12月に健康保険証の発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行するとの方針を示している。混乱なく移行させるには、それまでにできるだけ多くの患者にマイナ保険証で受診してもらい、メリットを感じてもらわなければならない。各病院の窓口においては、『健康保険証をお持ちですか』ではなく、『マイナンバーカードをお持ちですか』と声をかけていただくなど、マイナ保険証の利用促進に積極的に取り組むことをお願いする」と述べた。

賃上げの計算支援ツールを提供

続いて、厚労省の担当官が、医療従事者の賃上げの詳細を説明した。2024年度改定では、物価高に負けない「賃上げ」の実現を目指し、◇病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、0.61%の改定◇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として、0.28%の改定があり、医療従事者の賃上げに対応する。

医療機関は2024年度と2025年度の2年間の賃上げを計画する必要がある。改定率0.61%の対応では、新設されるベースアップ評価料により、対象職種の給与総額の2.3%相当になるように設定されている。

配分方法については、◇2024年度にまとめて引上げを行うパターンと◇2年間で段階的に引上げを行うパターンがある。例えば、給与総額が1億円である場合に、2024年度にまとめて引き上げるとすると、230万円×2年間となる。段階的な引上げでは2024年度に165万円とし、2025年度に230万円+65万円とするような場合が考えられる。

医療機関等に対しては、①賃金引上げ計画の作成②計画に基づく労使交渉等③計画に基づく給与規程の改正④施設基準の届出と期中の区分変更の届出⑤賃上げ状況の報告(2024年度・2025年度)の作業が発生する。

ベースアップ評価料を算定する医療機関等は、施設基準の届出書とあわせて、賃金引上げの計画書と報告書を地方厚生局等に提出する必要がある。ベースアップ評価料が原則としてペアに充てられていることを地方厚生局等が確認する。

さらに、計画書と報告書では、ベースアップ評価料による賃金引上げの状況だけでなく、自主財源等も含めた全体的な引上げ状況と、ベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務

医師等(改定率0.28%分)の職種の状況も聞く予定としている。別途、抽出調査も実施する予定だ。

また、厚労省は、ベースアップ評価料計算支援ツールについて、厚労省ホームページを通じて提供しており、エクセルにより「対象職員の給与総額の計算」、「ベースアップ評価料の算定見込みの計算」、「医療従事者の賃上げ見込みの計算」ができる。

厚労省の担当官は、「マイナ保険証利用促進のための取組・支援策」の説明も行った。

オンライン資格確認の利用件数に占めるマイナ保険証の利用件数の割合は2024年1月時点で4.6%にとどまっている。一方、デジタル庁のアンケート調査によると、マイナンバーカードの携行者は保有者の約5割を占めていた。

これを踏まえ、厚労省は、マイナンバーカードの携行者が、医療機関・薬局でマイナ保険証を利用すれば、マイナ保険証の利用率が大きく伸びる可能性を示唆。医療機関・薬局の窓口での声掛けの効果が期待できるとした。

また、2024年度改定でのマイナ保険証利用関係の診療報酬による対応のほか、新たな支援金の説明を行った。対象期間は2024年1~11月。マイナ保険証の利用率が2023年10月から5ポイント以上増加した医療機関等に支援金を交付する。交付額は利用率の増加量と総利用件数に応じて増加する。

コマンドセンターシステムを自作した事例を紹介

医療DX人材育成プログラム⑩

来期講座では人材育成に重点置く

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10回目の講習会の内容と来期の講習会の紹介を行う。

第10回講習会が、11月30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、札幌白石記念病院経営企画部長の笹森大輔氏が、病院が適切に運営されるためにシステムを自作した経験を語った。

白石記念病院は、2022年の診療報酬改定を契機に、急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟入院料5に病床機能を変更した。この変更に対応するために笹森氏が中心となりコマンドセンターを自作し、ベッドコントロール会議でFIMや在院日数などのリアルタイムデータを分析・可視化することに活用し、最短の6か月間で回復期リハビリテーション病棟入院料1になった。

目標達成のために必要な指標選定やデータの保管場所の探索方法、アプリの開発方法などについて、具体的に説明を行った。

講義の後半は、小林土巳宏氏がケーススタディを用いて「自院におけるDXをどう進めるか(応用)」という講義を行った。

医療DXの先進事例として「ケース1:電子署名システム」、「ケース2:薬剤自動ピッキング装置」、「ケース3:医療用QRコードの導入の手順と各プロセスの要点」を解説した。

次に組織改編の事例として電子カルテの導入を題材に、戦略の立て方や、経営陣、スタッフ、ベンダーに対する働きかけ方などを具体的に解説した。

最後に筆者が、今回の講座の総括としてWEB技術の概要と病院に取り入れた場合の利点の話を行い、今回の講座を踏まえた来期の講座の目的を話した。

来期の講座では、院内DXを推進するために必要な「人材」の養成に更に力点をおいて進める。

図1は、DXを推進するために必要な「経営者」、「コンダクター」、「プロダ

クター」、「現場リーダー」という役割を担う人材と、その業務内容を示す。DXの導入による組織の生産性向上の取り組みは、経営者が院内の業務内容とシステム(特にWeb技術)を知り、新スキームをデザインできる「コンダクター」を任命することから始まる。

新スキーム作成は、コンダクターを中心とするチームが、現場でのヒアリングを行い業務の課題を発見しながら旧スキームの業務分析を行い、DXを導入した場合の業務の流れを想定し、その効果のシミュレーションを行う。それらの結果を踏まえ、新しい仕事の手順とやり方を示す「新スキーム」を作成する。

経営者が新スキームを承認すると、生産性向上に向けたWebアプリを作成or購入が始まる。院内で作成する場合はコンダクターがプロダクターに「このようなアプリを開発してほしい」という作成依頼を行い、両者間で協議を重ねながらアプリが作成される。

新しい働き方を進めるよう一人ひとりの職員を指導するのが、「現場リーダー」の役割である。仕事のやり方が適切に変わることとWebアプリが噛み合い、生産性が初めて向上する。

必要に応じてアプリの変更を依頼するなど新スキームの修正や維持も、

コンダクターの大切な役割である。

表1で、院内DX推進に必要な役割を担う人材が知っておくべき知識や素養を示す。来期の全日病の医療DXの講座では、院内DX推進の要であるコンダクターに必要な知識や素養の学習に重点を置く。

アプリのより深い理解とプロダク

ターとの話し合いを行うために必要なWeb関連の知識、コンダクターの仕事の根幹であるスキームの作成や維持に関する知識、現場の働き方を変えるために必要な知識や素養、経営者が目指すところをより深く理解するための経営に関する知識などを、体系的に講義を行う予定である。

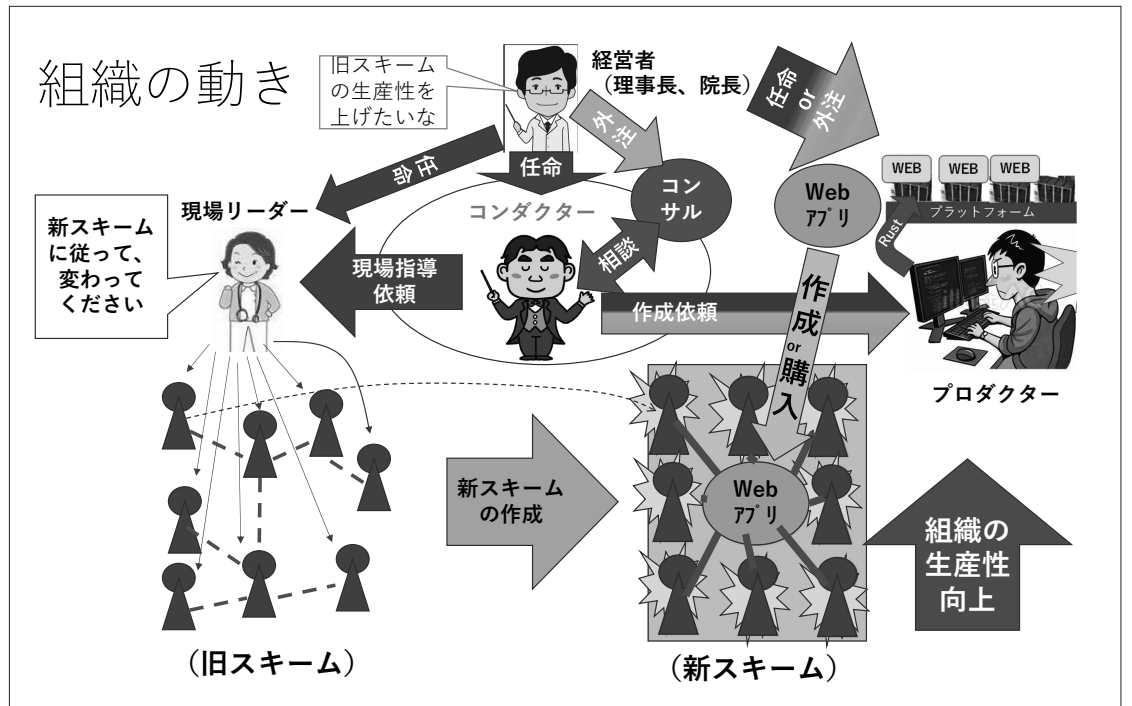


図1: DX (Webアプリ) を導入して組織の生産性を向上させるときの組織の動き

		経営者	コンダクター	プロダクター	現場リーダー	
必要な知識・素養	Web関連	Webの概要	△	○	◎	
		Webの仕組み		○	◎	
		プログラミング		△	◎	
	スキーム	業務課題の発見		◎		△
		業務フローの理解	○~△	◎	○	○
		業務分析・新フローの作成		◎		
		業務スキームの維持		◎		
	経営運営	組織全体の戦略・任命・契約	◎	○		
		財務状況の理解	◎	○~△		
		人心把握・労務管理	○	○~△		◎

表1: 院内DX推進に必要な知識や素養

2023年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月12日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
千葉県 医療法人聖峰会岡田病院 理事長 岡田 剛
東京都 社会福祉法人児玉新生会 児玉経堂病院 院長 宮本 隆司
退会が3件あり、正会員は合計2,563会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
千葉県 医療法人社団保健会奏の杜クリニック海浜幕張 理事長 宮崎 正二郎
三重県 医療法人九愛会中京サテライトクリニック三重 理事長 林田 裕作
準会員は合計122会員となった。
- 賛助会員の退会が1件あり、賛助会員は合計113会員となった。
- 2024年度会議予定表について説明が

- あり、承認された。
- 2023年度事業報告書・事業実績説明書作業日程について説明があり、承認された。
- 顧問の武見敬三参議院議員が厚生労働大臣に就任、自見はなこ参議院議員が内閣府特命担当大臣に就任したことに伴い、就任期間中における顧問辞任の届け出があり、承認された。また、羽生田俊参議院議員が厚生労働副大臣を退任したことに伴い、顧問に復帰することが承認された。
- 名誉会員1名の逝去に伴い、名誉会員名簿から削除する報告があり、承認した。
- 茨城県支部長・理事の交代を承認した。
- 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。

- 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。
- 高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会の名称を「高齢者医療介護委員会」に変更する説明があり、承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について説明があり、承認した。人間ドック実施指定施設は合計414施設となった。
- 能登半島地震による被害状況、救急・災害医療の実情が報告された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 総会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会」の報告があり、質疑が行われた。

- 特定技能1号(外国人)受入れに伴う費用等について報告された。
- 第65回全日本病院学会in京都における演題募集・参加募集要項について報告が行われた。
- 2022年10月にリニューアルしたDPC分析システム「MEDI-ARROWS III rd」について無料テストユース募集を行うことが報告された。

【主な討議事項】

- 令和6年能登半島地震について、全日病内に設置された「令和6年能登半島地震全日本病院協会災害対策本部」の活動状況および現地でのAMATの活動状況について説明が行われた。また、全日病で能登半島地震に係る支援金の募集を行うことが審議され、承認された。

特定行為研修制度の推進に向けてヒアリングを実施

厚労省・特定行為研修部会

医師会と訪看ステーションが取組事例を報告

厚生労働省の医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会(国土典宏部会長)は2月2日、看護師の特定行為研修制度の推進に向けて議論した。真壁医師会の阿部田聡参考人とセコム豊中訪問看護ステーションの水取恵子参考人に対しヒアリングを行った。

阿部田参考人は、茨城県の真壁医師会で実施する、看護師の特定行為研修に係る地域共通の手順書作成・周知事業について報告した。昨年6月に医師会内に標準手順書作成・周知事業検討委員会を立ち上げ、管内医療機関の実

態調査をもとに議論を重ねたほか、10月には厚労省と日本医師会、茨城県医師会の後援のもと研修会を開催するといった取組みを進めていることを説明した。

水取参考人は、地域の診療所などが協力施設となり、在宅での実習実現に向けた取組みを進めた事例について報告。地域の医師の協力を得ることで、◇医師が特定行為研修そのものに興味・関心をもった◇医師から手順書作成に前向きな協力を得られた◇特定行為研修終了後の実践につながった◇医師から看護師への指導助言のコミュニ

ケーションが増えた—といった効果が表れたと説明した。

委員からは、2事例を優れた好事例として評価する意見が相次いだ。一方で、特定行為修了看護師の周知においてさらなる工夫を求める意見や、「普及に向けてインセンティブが必要」との意見もあった。

全日病常任理事の中尾一久委員は、「まだ特定看護師の認識度が低いと感じている。真壁医師会のような取組みが全国で起こればよい」との所感を述べるとともに、全日病で特定行為研修の手順書に関する検討を進めているこ

とについても言及した。

また、訪問看護ステーションや施設で特定行為研修修了者の養成・活用を推進する支援策についても、見解を示した。具体的には、「子どもは法人内の病院で養成した特定看護師を訪問看護ステーションに異動させる方法をとっている。そのほかにも、例えば各地域の訪問看護ステーション協議会を通して、受講状況に応じて患者の受け持ちを柔軟に調整できる仕組みがあるとよいと思う。あるいは、院内のクリニカルパスのなかに特定看護師が働く場を組み込むのもよいのではないかと述べた。

救急救命士によるエコー検査の実証について議論

厚労省・救急医療WG

特区の提案に対しさらなる検討求める

厚生労働省の救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ(児玉聡座長)は2月7日、救急救命士のエコー検査の実証について議論した。デジタル田園健康特区の岡山県吉備中央町と岡山大学病院が救急救命士のエコー検査の実証調査について提案し、特区での実証承認を求めたが、委員からは検査の安全性や教育・研修体制に関する課題が指摘された。

2021年の法改正で救急救命士が処置できる場所が病院前から救急外来までに延長されたことを受け、ワーキンググループでは救急救命処置の範囲の拡大と、それに伴う先行的な実証について検討している。現在、救急救命士が実施する救急救命処置の範囲等にエコー検査は含まれていない。したがって、まずは内閣府の国家戦略特区制度におけるデジタル田園健康特区内のみでの特例的な実施について検討し、2023年度中に一定の議論のとりまとめを行うこととなっている。

冒頭、吉備中央町と岡山大学病院が提案について発表した。救急車と病院との間で情報伝送を行う環境を構築した上で、重度傷病者のうち、主に腹痛や下腹部痛を訴えている傷病者や事故等で外傷が生じている負傷者、意識状態やバイタルサインが不安定な傷病者に対して、医師の判断に基づきエコー検査を実施することを想定。伝送の実施・未実施ごとの転送・転院発件数や救急搬送における時間短縮効果を測定する考えを示した。

吉備中央町長の山本雅則参考人は、町内に二次救急病院がなく、傷病者の搬送に平均1時間以上を要するといった地域課題を抱えているとした上で、

「全国の中山間地域にとって、地域医療や高度医療の不足は喫緊の課題。規制改革を実現し、住民に安心感を与えたい」と述べた。

岡山大学病院講師の牧尉太参考人は、「エコー検査は侵襲性がなく、操作や画像の判読補助の基礎的な能力があれば十分に対応可能。救急車での搬送中に病変の確認、一次評価を行うことで、適切な搬送先選定と早期の処置実現が可能となる。また、病院到着後に直ちに処置を実施することも可能となり、救命率の向上、予後の改善に資する」と実証の意義について説明した。

搬送中の検査実施に懸念

議論では、検査の安全性や事前の教育・研修体制に対する懸念点が多く委員から出された。

日本医師会常任理事の細川秀一構成員は、「健康な被験者が安静にしていればエコーは比較的当てやすいが、動いている車の中でエコーを当てるのは困難。救急搬送時の実証実施であれば、緊急走行や準緊急走行下で研修を実施する必要がある」と指摘した。

日本看護協会常任理事の井本寛子構成員は、「救急車は揺れも大きく、狭い中で静止できない患者も多い。救急救命士はすでに車内でかなり多くの処置に対応している。そのような中で難易度の高いエコー検査をさらに行うことに対して、まだ理解できない」と、検査の安全性と難易度への懸念を示した。

仙台市消防局救急課長の佐々木隆広構成員は、「ドクターカーがある都市や搬送時間が短い地域、一本部一病院のような搬送先が決まっている地域では、搬送中のエコー検査の必要性が低

く、必ずしも全国一律で取り入れる処置にならないのではないかと述べ、特区での実施にあたり日本全国でのニーズと有効性を検証する必要があるとの考えを示した。

日本医療法人協会会長の加納繁照構成員は、「実証中にエコー検査をしなかったことで患者に不利益が生じた場合をどう捉えるのか。(患者の状態を適切に判断できず)見落としがあった場合の責任はどうなるのか」と指摘。牧参考人は、エコー検査はあくまで診断補助とする方針で、実証計画は今後



も議論したいとの認識を示した。

救急救命東京研修所教授の田邊晴山構成員は、「どこまでの症例を対象にするのか、どこまでの所見を救急救命士に求めるのか、明確化したほうがよい。対象を一定程度絞らないと難しいのではないかと述べた。

一冊の本 book review

病院・診療所・介護施設向け ChatGPT 実践ガイド ~現場で使える命令文30選~

著者●長 英一郎
出版社●日本医学出版
定価●2,200円(税込)

昨春、ChatGPTが大きな話題となった。今後の日本ですますます深刻になる高齢者医療ニーズの拡大と働き手不足を踏まえれば、医療DXを推進していくことは重要であり、その主流の1つがChatGPTを含む生成AIであることは容易に想像がつく。昨秋開催の全日病学会in広島において大田泰正学会長がChatGPTを活用した学会長講演を行ったことも記憶に新しい。しかし、どのような業務に使えるのか、どのように使うのかなどを考えると、使うこと自体に少しばかりの心理的ハードルがあった。同じように感じていた人もいないだろうか。

本書には、看護記録や入院計画書、献立表作成、減薬提案書だけでなく、当直表や議事録、財務資料、財務分析など、事務部門も含めた医療現場の職員が実際の業務で使える具体的な命令文が記されている。ChatGPTの使い方が、アカウントの作成方法から丁寧に説明されているので、今まで使ったことがない人も、試行錯誤せず容易に使うことができるだろう。現段階では情報の正確性や信頼性、患者情報の取扱いなどに懸念点があるため注意は必要だが、生成AIを使っている人といない人では業務の密度に大きな違いが出てくるのは確かである。専門家にしかできない業務をするために、ぜひ本書を参考にChatGPTを使ってほしい。(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)	備考
2024年度(令和6年度)介護報酬改定説明会 500アカウント	2024年3月11日(月)~18日(月) WEB開催	7,700円(13,200円)(税込)	2024年度(令和6年度)の介護報酬改定に伴い、厚生労働省担当官による介護報酬改定に関する説明会を開催する。
AMAT隊員ロジスティクス研修会 30名	2024年3月23日(土) 全日病会議室	11,000円(13,200円)(税込)	AMAT研修を受講し、AMAT資格を有するロジスティクスのAMAT隊員を対象とした研修を開催する。本研修会に参加したAMAT隊員には更新のための単位を2単位付与する。全日病、日本医療法人協会、日本病院会の会員病院職員は会員として取り扱う。
医療機関のための2024年度税制改正・医療法人の経営情報に関するデータベース等の解説セミナー 450アカウント	2024年3月28日(木) WEB開催	6,600円(税込)	2024年度税制改正や2023年8月1日施行の「医療法人の経営情報に関するデータベース」、2023年10月1日施行の「インボイス制度」等について解説するセミナーを開催する。メディカル・マネジメント・プランニング・グループとの共催。