



# 全日病 NEWS

# 2024.6.1

## No.1056

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

## 認知症の人が尊厳を保持できる仕組みが各施設に必要

### 全日病 政府の認知症施策推進関係者会議に意見書を提出

全日病は5月8日の政府の認知症施策推進関係者会議に、認知症施策推進基本計画の策定に向けた意見書を提出した。以下でその概要を紹介する。

2023年6月14日に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することが盛り込まれた。

政府が認知症施策推進計画を策定することになっており、内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の策定にあたり認知症の人とその家族などを構成員とする関係者会議を設置し、関係団体から意見をきく場とした。

秋頃に基本計画案をまとめ、推進本部で決定した上で、閣議決定する予定となっている。

同日の会議では、全日病をはじめ四病院団体協議会の病院団体や学会、医療関係職種団体などが意見書を提出したほか、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本認知症グルー

プホーム協会などが出席し、意見発表を行った。

#### 「情報不足」と「仕組みの問題」

全日病の意見書では、認知症の人の尊厳が保持されていない状況を具体的に想定し、それが生じてしまうことの影響を考察した。市民と医療・介護現場で働く人の双方にある「情報不足」と「仕組みの問題」に分けて、課題と改善策を示した。

具体的な状況としては、「救急搬送され、本来は尊厳死を希望している可能性があるにもかかわらず、治療内容が希望と異なる」「認知症を理由に病院や施設から自宅へ通院・退所できない」「医療提供・介護現場で本人の意向が反映されない」「虐待、身体拘束、暴言、放置がある」などが考えられる。

これらが生じる背景には、「情報不足」と「仕組みの問題」がある。一方、暴言や虐待、放置といったモラルの問題は、各職場における職員教育や文化の醸成によって防ぐ問題と位置づけた。市民側の情報不足としては、例えば、

アルツハイマー型認知症であれば、短期記憶障害を基本に周辺症状が発生する。しかし、多くの市民は、歩んできた人生や経験・環境など人格を形成している記憶まで失われてしまうと考えるがちなことへの理解が必要である。

それでも症状が重くなれば意思決定は困難になる。本人の意思決定においてACPが重視されているが、AD(事前指示)と混同され、健康で意思決定が可能な時期の意思決定支援ができていない。認知症で亡くなる1年前では本人の意思が推定できないとされており、その前からの意思決定支援(ALP)が重要になる。

医療・介護現場で働く人も認知症に対する情報は多くの場合、不十分ではなく、個別に人格を尊重して対応することが必要である。その教育を医療・介護提供機関で行うべきである。

「仕組みの問題」では、尊厳の保持を実行する上で、本人の意思を表明するものがACPやADであるが、それ

を支える仕組みが不足している。ACPやADが提示されても、医療・介護提供者が対応できる具体的な取扱いが、多くの地域で決まっていない。

例えば、独居高齢者が医療機関に救急搬送され、ACPやADが準備されていたとしても、医療機関でそれが実行されるとは限らないという現状がある。医療機関のみならず救急隊や行政、介護施設、市民全体が理解し実行できる仕組みを地域で議論し、その結果を周知すべきである。

医療機関や介護施設がACPやADに示された意思を鵜呑みにできない事情もある。積極的な治療を望まない意思が示されていても、「痛み」を取り除けばその意思は変わるのではないかと推察することもできる。

少なくとも医師が一人で判断するのではなく、本人の意思を推定する人と医療提供者・介護者など複数の人の意見で決定していく仕組みが重要である。そのような仕組みを施設ごとに整えることが、認知症の人の尊厳の保持につながると思われる。

## 医師偏在を是正する規制的手法が必要

### 四病協 医師過剰地域の診療科別・地域別の定員設定や開業規制

四病院団体協議会は5月22日に総合部会を開催した。強力な医師偏在対策を講じるため、医師過剰地域において診療所開設を制限する規制的手法が必要との意見が複数の参加者からあり、異論は出なかった。財務省の建議に盛り込まれた医師偏在是正のために地域別診療報酬を導入するという手法に対しては反対する方針で一致した。

厚生労働省の「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」では、強力な医師偏在対策が打ち出せず、医学部臨時定員数を動かさない状況にある。会見した全日病の猪口雄二会長は「地域枠を設定して一定期間医師不足地域の勤務を義務付けてもそれが終了すれば都会に移ってしまう」と指摘。医師養成課程の偏在対策とともに、中堅医師に対する対策が重要と述べた。その手段として、効果的な経済インセンティブが必要との意見が総合部会で出たほか、猪口会長は、医師不足地域への医師派遣などを決める都道府県の地域医療対策協議会の全国版を

厚労省に設置することを提案した。

また、医師養成課程の医師に対しては、大都市への医師集中を緩和するための地域別・診療科別のシーリングが設けられている。しかし期待通りの効果を上げていないとの意見が多く、実態に即した医療ニーズの把握を含め、改善が必要との意見が複数あった。

一方、大都会でも病院・診療所間の医師偏在があり、病院の医師は不足し

ている。この是正のため、ドイツやフランスの制度を参考に地域別・診療科別の医師数を制限する規制的手法に理解を示す参加者が多かったという。

2024年度診療報酬改定については、新設された地域包括医療病棟の施設基準が厳しく、設置の届出ができないという声が多く上がっている。このため、四病協として、施設基準の課題を整理するため、実態調査を行い、意見



をまとめる考えも明らかにした。

また、病院の増改築の費用が高騰している中で、政府の補助金であるかつての医療施設近代化施設整備事業の復活を要望する。災害への備えの意義を含め、病院の老朽化への対応を求める。同事業は現在でも存続しているが、対象が極めて限定され、使いにくい制度になっているという。

### 第12回定時総会 開催のご案内

下記日程で第12回定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回定時総会

日時 2024年6月15日(土)  
午後1時～午後2時(予定)  
会場 ホテルオークラ東京  
プレステージタワー1階「曙の間II」  
東京都港区虎ノ門2-10-4  
TEL 03-3582-0111

#### 報告事項

- 1. 2023年度事業報告について
- 2. その他

#### 決議事項

- 第1号議案 2023年度決算(案)について
- 第2号議案 理事の選任について
- その他

※定時総会終了後に、支部長・副支部長会(特別講演)、懇親会を開催する

#### 本号の紙面から

- 2040年に認知症患者584万人 2面
- 地域医療構想等の進捗状況等 3面
- マイナ保険証利用状況等報告 4面
- 全日病の調査研究でセミナー 5面
- 診療報酬改定解説①(賃上げ) 6面
- 介護保険料月額平均6,225円 7面
- 高齢者施設服薬簡素化で提言 8面

## 清話抄

### 精神障害者の地域移行について思うこと

2025年に向けた地域医療構想において精神科病床は対象外であり、精神疾患の特異性や地域の理解不足により精神科長期入院患者の居住系施設への移行がなかなか進んでいません。精神科

病床への入院が長期となれば生活能力、社会性が育ちにくく、それだけで在宅復帰が困難になります。更に退院を困難にしている要素として、退院後の住まいの問題があります。精神障害者が入居を敬遠される、単身向け公営住宅が少ない、保証人がいないと入居できない、入院費用よりも入居費用が高額なため支払えない、などはよく経験することです。

障害者総合支援と介護保険の制度では、認定区分により利用できるサービ

ス内容が異なり、病状に応じた居住系サービスを柔軟に探すのが困難であると言えます。また、民間の支援団体や利用できるインフォーマルな社会資源が都市部に集中するなどサービスの地域差があり、受け入れる地域側の意識の課題もあります。

今後大幅な削減が予想される精神科病床の転換先として、既存の精神科病棟の一部を転換先として利用できる「精神科版介護医療院」のような居住施設があれば、地域との交流を密にして強

力に生活支援を行うことで在宅生活と同様の環境を作ることができます。増改築や新築に合わせてハード面で住まいの機能を充実させていけば、更に目的に近づきましょう。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」は精神疾患の地域移行を独立して考えるのではなく、全ての疾患に対する制度横断的な地域包括ケアシステムとして議論されることを望みます。

(中澤宏之)

# 主張

## 民間病院が都市部で増加する 高齢者救急を担う

都市圏を中心に18都道府県では、救急搬送の50%以上を民間病院が受け入れている。つまり、急性期医療において民間病院が中心的な役割を担っている。その地域の人口は約7,520万人、日本の総人口の約6割を占めている。残り29の県は公的病院が急性期医療の中心を担っている。現状の診療報酬体系では、人口の少ない地域で民間病院が急性期医療を担うのは難しいことから、このような構造になっていると考

えている。さて、最新の推計では2020年から2040年に65歳以上の高齢者は全国で約326万人増加するとされているが、その約8割に相当する263万人が、民間病院が救急の中心である18都道府県で増加する。一方で、29の県では、総人口が減少する中で、高齢者人口も減少する地域もある。すなわち、高齢者は都市部で急増するということが、地域差が一層鮮明になるということだ。

増加する高齢者に対応するため、厚労省が出した答えの一つは、今回改定で新設された地域包括医療病棟にあるのではないと思う。高齢者救急に対応するものとして、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として新設されたもので、評価できる。もしかしたら今後の急性期病院におけるメインの居所になるかもしれないも考えている。急性期一般入院料1の算定要件が厳しくなる中、地域包括医療病棟への移行を検討されている病院もあるのではと思う。実際の運用はこれからだが、ひとつ懸念するのは、重症度、医療・看護必

要度が急性期一般入院料4相当に設定されていることである。消防庁の資料によれば、高齢者が救急搬送される場合、「症状・徴候・診断名不明確の状態」が約4割を占めるとされている。これらに対して、主に内科が対応して入院になる場合が多いかと思うが、今回改定で見直しをされた重症度、医療・看護必要度は内科系にとって条件が厳しいことを挙げておく必要がある。都市部で急増する高齢者救急は、民間病院が主体的に担わなければならない。民間病院において、地域包括医療病棟へスムーズな移行ができるかどうかは、大きな試金石になると思う。  
(加納繁照)

# 2024年度改定検証等の検討の場を振り分け

## 中医協総会 薬価収載は来年から年7回に増加

中医協総会(小塩隆士会長)は5月15日、2024年度診療報酬改定の答申書附帯意見の各項目について、主な検討の場を了承した。附帯意見は28項目あり、それぞれ総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、検証部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会に分けて調査・検討を行う。総会では、全般的な事項のほか、入院時食事療養費の引上げ、医療技術の評価、敷地内薬局、長期収載品を取り扱う。また、検証方法そのものについ

て、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に検証できる方策を検討する。入院・外来医療等の調査・評価分科会は、2024年度改定の主要項目の多くを調査・検討する場となっている。項目には、賃上げ全般、働き方改革・人材確保、入院医療(地域包括医療病棟等、急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療等、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等、救急医療管理加算、DPC/PDPS・短期滞

在手術等基本料)、外来医療(地域包括診療料・加算等、生活習慣病の管理等、かかりつけ医機能等、情報通信機器を用いた診療等、リハビリテーションへの対応等)がある。地域包括医療病棟については、新病棟の創設に伴い「10対1の急性期一般病棟の入院機能を明確にした上で、再編を含め評価のあり方」を検討することも盛り込まれている。検証部会では、医療DX、外来医療(情報通信機器を用いた精神療法)、在

宅医療等、精神医療、歯科診療報酬、長期処方やリフィル処方、後発医薬品の使用促進がある。また、新医薬品の承認時期が2025年から年7回になることを踏まえ、薬価収載も年7回とする方針で検討することが報告された。承認時期変更はドラッグラグ対応として、審議会(医薬品第一部会・第二部会)の開催(年8回)から3週間以内をめどに医薬品を承認することとなったため。ただし診療報酬改定の前年10~12月は、その期間の最後の審議会の開催から3週間以内をめどに承認する。薬価収載は承認から原則60日以内、遅くとも90日以内に行っている。

# 2040年に認知症患者584万人、軽度認知障害患者613万人

## 老健事業等補助調査 2015年報告と比べ有病率は2.7ポイント低下

5月8日に開催された政府の認知症施策推進関係者会議で、認知症・軽度認知障害の有病率の将来推計が示された。九州大学大学院の二宮利治教授が2023年度老人保健事業推進費等補助金により調査したもの。認知症患者は2040年に584万人、認知症と健常な状態の中間の状態とされる「軽度認知障害患者」は613万人になると推計した。2015年報告の認知症の有病率(15.0%)より低い値となっている(関係者会議の内容は1面を参照)。二宮教授は、認知症と軽度認知障害(MCI)の有病率調査と将来推計に関する研究結果を報告した。調査では2022年から2023年にかけて、石川県中島町、鳥根県海士町、愛媛県中山町、福岡県久山町の4地域で65歳以上の住

民を対象に、認知症および軽度認知障害の有病率を会場調査と訪問調査による地域悉皆調査を実施した。調査では、2段階方式の調査法がとられ、第一段階のスクリーニング調査ではMMSE(ミニメンタルステート検査)を用いて認知機能を評価した。認知機能の低下が疑われた人に対して二次調査を行い、認知症およびMCIの有無を判定した。調査対象は7,143人で、6,675人が回答して調査率は93.4%だった。認知症の有病率は4地域全体で12.3%。地域別に見ると石川県中島町が11.6%、鳥根県海士町13.3%、愛媛県中山町12.7%、福岡県久山町12.6%だった。MCIの有病率は4地域全体で15.5%。地域別に見ると石川県中島町

が11.7%、鳥根県海士町25.7%、愛媛県中山町10.5%、福岡県久山町14.6%となった。認知症の年齢階級別の有病率は、65~69歳が1.1%、70~74歳が3.1%、75~79歳が7.1%、80~84歳が16.6%、85~89歳が32.8%、90歳以上が50.3%となった。MCIの年齢階級別の有病率は、65~69歳が6.9%、70~74歳が9.3%、75~79歳が16.5%、80~84歳が22.6%、85~89歳が27.5%、90歳以上が21.2%だった。調査結果を基に行った将来推計(下表参照)では、日本の認知症患者は2025年に472万人、2030年に523万人、2040年に584万人、2050年に587万人、2060年に645万人に上ると推計。MCIの患者は、2025年に564万人、2030年

に593万人、2040年に613万人、2050年に631万人、2060年には632万人に上ると推計した。認知症の有病率低下の要因分析 2015年の報告書では認知症の有病率は15.0%だったが、今回調査の有病率は12.3%と2.7ポイント低い値になった。2015年時点での有病率を基に行った認知症患者の将来推計は、2025年に675万人(対今回調査比+203万人)、2030年に744万人(同+221万人)、2040年に802万人(同+218万人)、2050年に797万人(同+210万人)、2060年に850万人(同+205万人)だった。今回の将来推計を2015年の将来推計と比較すると最大で221万人減少している。調査研究を行った二宮教授は、認知症の有病率が低い値になった理由として、喫煙率の全体的な低下、中年期から高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制され、認知症の有病率が低下した可能性を示唆した。参考情報として、◇成人の喫煙率の低下◇減塩の推進や降圧薬の普及により血圧が低下傾向にあること◇高脂血症による治療の普及◇低血糖をきたしにくい糖尿病治療が望まれDPP-4阻害薬やメトホルミンの処方数が増加◇健康活動への意識向上をあげた。また、2015年報告の認知症とMCIを合わせた有病率が28.0%(認知症が15.0%、MCIが13.0%)であるのに対し、今回調査の有病率は27.8%(認知症が12.3%、MCIが15.5%)であり、認知症とMCIを合わせた有病率は大きく変化していない。このため、MCIから認知症へ進展した人の割合が低下した可能性があるとして分析した。

## わが国における認知症およびMCIの患者数と有病率の将来推計

年	認知症		MCI	
	患者数の推計値 (95%CI)(万人)	有病率 (95%CI)(%)	患者数の推計値 (95%CI)(万人)	有病率 (95%CI)(%)
2022	443.2 (418.0-468.4)	12.3 (11.6-13.0)	558.5 (382.0-735.1)	15.5 (10.6-20.4)
2025	471.6 (443.3-500.0)	12.9 (12.1-13.7)	564.3 (487.0-641.5)	15.4 (13.3-17.6)
2030	523.1 (492.7-553.6)	14.2 (13.3-15.0)	593.1 (516.3-669.9)	16.0 (14.0-18.1)
2035	565.5 (533.5-597.5)	15.0 (14.1-15.8)	607.7 (530.6-684.7)	16.1 (14.1-18.1)
2040	584.2 (551.0-617.3)	14.9 (14.0-15.7)	612.8 (533.4-692.2)	15.6 (13.6-17.6)
2045	579.9 (546.7-613.2)	14.7 (13.9-15.5)	617.0 (536.2-697.9)	15.6 (13.6-17.7)
2050	586.6 (552.8-620.5)	15.1 (14.2-16.0)	631.2 (547.9-714.4)	16.2 (14.1-18.4)
2055	616.0 (580.9-651.0)	16.3 (15.4-17.2)	639.7 (558.0-721.4)	16.9 (14.8-19.1)
2060	645.1 (608.7-681.4)	17.7 (16.7-18.7)	632.2 (551.4-713.0)	17.4 (15.1-19.6)

CI: 信頼区間

●2022年の4地域(久山町、中島町、中山町、海士町)から得られた認知症およびMCI者の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。  
●2025年以降の性年齢階級別人口分布の推計: 国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口: 性年齢階級別人口分布・出生中位(死亡中位)推計 ([https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp\\_zenkoku2023.asp](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp))

# 地域医療構想は2025年の目標に近づいている

## 経済財政諮問会議

## 厚労省から改革工程表の進捗状況をヒアリング

内閣府の経済財政諮問会議の経済財政一体改革推進委員会・社会保障ワーキンググループは4月25日、厚生労働省から改革工程表の社会保障分野の取組みについてヒアリングを行った。厚労省は、将来の医療需要に見合う病床を整備するという地域医療構想の2025年の目標の達成に向けて、取組みが進捗していることを報告した。まだ差異が残っている地域に対しては、推進区域・モデル推進区域を設定して、アウトリーチの伴走支援を実施する方針を示した。

厚労省が報告した検討事項は、◇地域医療構想◇一人当たり医療費の地域差半減◇国民健康保険の普通調整交付金のあり方など。

地域医療構想については改革工程表により、「2025年までの取組みをより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組みの進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的にさらなる取組みを進める」ことが求められている。

その上で、KPI(重要達成度指標)として、2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対して実際に増減された病床数の割合を100%とすることや、地域医療構想調整会議の開催回数(2024年度末までに約2,000回)、各医療機関の対応方針の策定率(2025年度に100%)、対応方針の検討状況等の公表率(2025年度に100%)が定められている。厚労省は、ヒアリングでこれらの進捗状況を報告した。

病床必要量と実際の病床数の乖離率は、2015年の+5%から2022年の+0.7%に縮小し、病床必要量に近づいている。病床機能別にみても、同じ期間で、高度急性期は+29.9%から+20.5%、急性期は+48.8%から+33.2%、回復期は▲65.2%から▲46.8%、慢性期は+24.7%から+8.4%に変化している。高度急性期、急性期、慢性期で過剰とされる病床数が縮小する一方で、不足とされる回復期は病床数が増加していることがわかる(右上表参照)。

このような現状から、地域医療構想の現状について、「病床機能報告の合計病床数は2025年の必要量と同程度の水準となり、機能別病床数は急性期が減少し回復期が増加するなど、全体としては必要量の方向に進捗している」と評価した。

一方で、「医療機関の機能転換・再編等には地域の自治体や住民等の理解が必要で、医療機関の経営に影響するため、合意形成に一定の時間を要し、また新型コロナ対応の影響等もあり、構想区域別・機能別に必要量との差異が生じている」との課題を提示した。

今後の取組み方針としては、「国において、本年夏頃を目途に、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域・モデル推進区域を設定して、アウトリーチの伴走支援を実施する」、「都道府県において、推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針(医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性及び取組内容等)を策定・推進する」、「医療機関において、推進区域対応方針に基づき、医療機関対応方針の検証・見直しを行う」ことなどを報告

した。

推進区域については、都道府県あたり1~2か所を設定。推進区域のうち全国に10~20か所程度をモデル推進区域に設定することにより、アウトリーチの伴走支援を実施するとしている。

また、2025年度以降は、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大するため、在宅を中心に入退院を繰り返す、最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要がある。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化などが重要になる。

これらの課題に対応するため、2040年頃を見据えた「新たな地域医療構想等に関する検討会」を3月に設置し、検討を開始したことも報告した。同検討会は今年末に最終とりまとめを行う予定となっている。

### 都道府県の医療費適正化計画を推進

一人当たり医療費の地域差半減については、医療費適正化の実施主体である都道府県が実効性のある取組みを実行できるように、保険者・医療関係者と方向性を共有し、連携する枠組みが必要との課題が指摘されている。

2024年度からの第4期医療費適正化計画では、所要の法改正を昨年行ったことを踏まえ、①医療資源の効果的・効率的な活用等に関する新たな目標の設定②保険者協議会の活用等適正化計画の実効性向上に向けた取組み③後発医薬品の使用促進等の既存目標に係る効果的な取組み一を実施する。

新たな目標の設定については、医療資源の投入量に地域差のある医療適正化として、白内障手術や外来化学療法、リフィル処方箋を例示し、国がデータの可視化などの支援を行いつつ、都道府県が医療資源の効果的・効率的な活用に取り組むことを促している。

医療費水準は北海道と西日本が高く、西高東低の傾向がある。入院の寄与度が大きく、入院外と歯科の寄与度は小さい。年齢階級別では70歳以上の寄与度が大きい。一人当たり医療費とばらつきは年齢とともに高まり、後期高齢者の一人当たり医療費の地域差が大きいなどの事実が明らかとなっており、これらを踏まえた対策が求められるとしている。

保険者協議会については、業務に「医療費適正化計画の実績評価に関する調査・分析」が追加されたことから、医

療費適正化計画の実績評価に関する仕組みを導入し、計画のPDCAサイクルを強化する。

後発医薬品の使用促進等については、「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上」を目標としてきた。依然として後発品を中心とする供給不安が継続しているなかで、数量ベースの目標は変更しない。2023年の薬価調査において、数量シェアは80.2%だが、都道府県によっては80%以上を満たしていない。

一方で、バイオ医薬品の後発品であるバイオシミラーの使用促進や長期取載品の選定療養の導入により、後発医薬品の使用促進による医療費の適正化を不断に進めていく方針は維持されている。これを踏まえ、金額ベースで副次目標を新たに設定。「後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上」とした。2023年の薬価調査において、後発品の金額シェアは56.7%となっている。また、「2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上」との副次目標も設定した。

また、国民健康保険の普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付しているが、医療費適正化のインセンティブが働いていないため、自治体等と効果的な財政支援のあり方の議論を深めると報告した。

### 2025年の必要量との乖離及び病床数の変化

- 2015年から2022年にかけて、病床機能別の乖離率(必要量との乖離/必要量)は+5.0%から+0.7%に縮小しており、必要量に近づいている。
- また、病床機能別にみても、以下のとおり、4機能それぞれにおいて乖離率は縮小しており、必要量に近づいている。
  - ・ 高度急性期 +29.9% → +20.5%
  - ・ 急性期 +48.8% → +33.2%
  - ・ 回復期 ▲65.2% → ▲46.8%
  - ・ 慢性期 +24.7% → +8.4%

	地域数	2015年			2022年			2025年必要量 ⑤	【参考】 変化数(2015年→2022年) ⑥(③-①)		
		病床数 ①	必要量との乖離 ②(①-④)	乖離率 (②/④)	病床数 ③	必要量との乖離 ④(③-⑤)	乖離率 (④/⑤)		変化数 (⑥/①)	変化率 (⑥/①)	
病床機能別計	合計	339	1,250,751	59,930	+5.0%	1,198,648	7,827	+0.7%	1,190,821	▲52,103	▲4.2%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	76	523,709	▲67,239	▲11.4%	524,431	▲66,517	▲11.3%	590,948	722	+0.1%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	263	727,042	127,169	+21.2%	674,217	74,344	+12.4%	599,873	▲52,825	▲7.3%
高度急性期	合計	47	169,466	39,011	+29.9%	157,261	26,806	+20.5%	130,455	▲12,205	▲7.2%
	2015年に必要量と比べて少なかった都道府県	11	31,257	▲2,818	▲8.3%	34,683	608	+1.8%	34,075	3,426	+11.0%
	2015年に必要量と比べて多かった都道府県	36	138,209	41,829	+43.4%	122,578	26,198	+27.2%	96,380	▲15,631	▲11.3%
急性期	合計	339	596,137	195,505	+48.8%	533,476	132,844	+33.2%	400,632	▲62,661	▲10.5%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	13	36,920	▲5,404	▲12.8%	36,569	▲5,755	▲13.6%	42,324	▲351	▲1.0%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	326	559,217	200,909	+56.1%	496,907	138,599	+38.7%	358,308	▲62,310	▲11.1%
回復期	合計	339	130,481	▲244,765	▲65.2%	199,495	▲175,751	▲46.8%	375,246	69,014	+52.9%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	334	129,099	▲245,054	▲65.5%	198,538	▲175,615	▲46.9%	374,153	69,439	+53.8%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	5	1,382	289	+26.4%	957	▲136	▲12.4%	1,093	▲425	▲30.8%
慢性期	合計	339	354,667	70,179	+24.7%	308,416	23,928	+8.4%	284,488	▲46,251	▲13.0%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	74	78,867	▲11,764	▲13.0%	77,523	▲13,108	▲14.5%	90,631	▲1,344	▲1.7%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	265	275,800	81,943	+42.3%	230,893	37,036	+19.1%	193,857	▲44,907	▲16.3%

資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。(2015年：95.5%、2022年：96.7%)

※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※3 高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要であり、必ずしも構想区域で完結することを求めるものではないため、都道府県単位でみている。

### 2025年に向けた地域医療構想の更なる推進(案)

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、3月中を目途に通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

#### 2025年に向けた取組の通知内容(令和6年3月予定)

##### 1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域(仮称)を都道府県あたり1~2か所設定。当該推進区域(仮称)のうち全国に10~20か所程度のモデル推進区域(仮称)を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

##### 2. 国による積極的な支援

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p>① 地域別の病床機能等の見える化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化</li> <li>・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる</li> </ul> | <p>③ 医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知</li> </ul> | <p>⑤ 都道府県等の取組のチェックリスト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。</li> </ul> |
| <p>② 都道府県の取組の好事例の周知</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知</li> </ul>   | <p>④ 基金等の支援策の周知</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成</li> </ul>   | <p>⑥ モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施</li> </ul>                 |

# マイナ保険証の利用促進等について報告

## 社保審・医療保険部会

## 直近1か月の利用率は6.56%

社会保障審議会医療保険部会(田辺国昭部会長)は5月15日、マイナ保険証の利用促進等について報告を受けた。2024年4月のマイナ保険証の利用件数は前月より200万件増の1,210万件、利用率は6.56%と増加し、過去最高を更新した。利用状況を見ると、利用率が3%未満の施設が占める割合が36.3%と最も多い一方で、一部の施設では利用率が60%を超えるなどのばらつきがあることから、厚生労働省はさらなる底上げが必要との考えを示した。

今年2月に実施した、18歳以上のマイナンバーカード保有者を対象とするWebアンケート調査の結果についても報告。全体の約4割がマイナ保険証を「(今後も)利用したい」と回答し、マイナ保険証を「利用したことがある」と回答した人のうち、約67.7%、3人に2人がマイナ保険証を「(今後も)利用したい」と回答した。

登録済みデータの点検については、昨年11月にすべての登録済みデータ(1.6億件)と住民基本台帳情報との突合を完了。確認が必要な約139万件は、4月までに保険者による不一致データの確認作業を終了している。

新規誤り事案の発生防止については、新規加入者の登録時に、すべてのデータについて住民基本台帳情報とのシステムによる突合を、5月7日から実施しているとした。

また、4月25日に開催された医療DX推進フォーラムにおける「マイナ保険証利用促進宣言」を受けて、マイナ保険証の利用促進に向け、動画による広報を集中的に展開していくとした。

さらに、地域全体での今後の取組みを盛り立てていくため、5月から7月の集中取組月間で地域の関係団体や保険者を表彰する考えを示した。4月の利用率に基づき、施設類型ごとに利用率上位の都道府県を表彰するとしている。

### 国民へのさらなる周知を求める

日本医師会副会長として出席した全日病会長の猪口雄二委員は、「マイナ保険証利用促進に関しては、未だ医療保険部会において『まず国民と患者が抱く不安を払拭すべき』と言われている。再び紐付け誤りが生じないよう防止策を行うとのことだが、国民はこうした状況を理解できていないので、しっかりアピールすることもマイナ保険

証利用促進に資する取組みの一つと考える」と述べた。

また、猪口委員は、マイナ保険証専用の受付レーンに補助スタッフを配置し、利用率が伸びた病院の事例をあげて、「こうした人的支援についても検討をお願いしたい」と強調した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「2024年度診療報酬改定で新設された医療DX推進体制整備加算では、9月末までの経過措置があるものの、一定程度の利用がないと加算が取れない。そうした点も含めて、丁寧に説明して利用促進したい」と述べた。

### 妊産婦の支援へ新たな検討会を設置

同日の部会では、妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する新たな検討会について報告を受けた。

昨年12月に閣議決定された「こども未来戦略」において、「2026年度を目途に、出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等のさらなる強化について検討を進める」とされたことを踏まえ、妊娠・出産・産後に関するさまざまな支援の方向性について具体的な検討を行うもの。



同検討会は厚労省医政局長、保険局長、こども家庭庁成育局長が開催し、厚労省医政局地域医療計画課、保険局保険課、保険局医療課、こども家庭庁成育局母子保健課が事務局として対応する。構成員は、医療関係者・医療保険者・自治体関係者・妊産婦の声を伝える者・学識経験者などの属性から有識者を参集するとした。具体的なメンバーは現在調整中であることから、厚労省は「当事者の声も踏まえて議論していく」との言及にとどめた。

猪口委員は、「妊産婦が真に求める支援策はどういったものなのか、当事者の声を聞きつつ、地域の分娩施設が安心・安全なお産を提供できるよう、医療提供者の声も聞きながら、国民にとって望ましい周産期医療のあり方を検討してほしい。妊産婦一人ひとりのケースがあり、それをどう議論し、反映するかという点で、非常に困難な議題だと考える。保険適用によって地域医療にどのような影響があるか、十分に検討した上で議論を進めてほしい」と述べた。

# 物価高騰への対応が難しい病院経営の危機を訴える

## 日病協

## 費用の上昇分を患者から選定療養費として別途徴収する提案も

日本病院団体協議会は2024年度で最初となる代表者会議を4月26日に開催した。物価高騰など経済環境の変化が病院経営を厳しくしていることへの対応や新たな地域医療構想に関して議論が行われた。終了後の会見で、2024年度の議長に仲井塔雄・地域包括ケア病棟協会会長、副議長に望月泉・全国自治体病院協議会副会長が就任したことが紹介された。

病院の主な収入は診療報酬だが、診療報酬は公定価格であり、物価高騰により費用が上昇しても価格転嫁ができ

ない。代表者会議では、経営努力では物価高騰による費用の上昇を吸収することができないとの意見が相次ぎ、特定の団体から、航空運賃の燃油サーチャージのように、費用の上昇分を患者から選定療養費として別途徴収する仕組みの提案があったという。

仲井議長は、「日病協としてこの提案に賛同するというわけではないが、そのような提案を出るぐらい、病院経営の危機が逼迫しているという状況を訴えたい」と述べた。

新たな地域医療構想については、4

月17日の「新たな地域医療構想等に関する検討会」で全日病をはじめとした日病協加盟の病院団体など関係団体等からのヒアリングが行われた。日病協ではその報告があり、今後の人口動態の変化は地域により大きく異なるが、どの地域でも、医療・介護の担い手の確保が非常に困難になることへの危機感を共有した。

また、控除対象外消費税問題に関連し、現在、診療報酬により補てんされている控除対象外消費税に相当する収入の病院類型ごとのばらつきを調査す

る方針が示された。診療報酬の課税化を主張する団体もあり、まずは実態把握を進めるとの考えで一致した。

控除対象外消費税については、診療報酬が非課税であることから、控除できない消費税が医療機関の負担となっている。診療報酬を増点することで、全体としてはばらつきが少ない形で概ね補てんされることになっているが、個別の医療機関への補てんではないため、病院の建替えや高価な医療機器の購入など大きな経費がかかる場合は、損税が発生している。

# 医療事故発生報告件数は361件でコロナ前の水準に戻る傾向

## 日本医療安全調査機構

## 医療事故調査・支援センターの2023年の年報を公表

日本医療安全調査機構(門脇孝理事長)はこのほど、医療事故調査・支援センターの2023年の年報を公表した。医療事故発生報告について、2023年は361件で、2020~2022年と比べ、報告件数が増加した。コロナの感染症法上の取扱いが5類になったことが背景にあると考えられる。医療機関や遺族等からの相談件数でも同様の傾向がみられた。院内調査結果報告は319件で、死亡等の医療事故の起因は手術が多く、手術の中では「その他の内視鏡下手術」が多かった。解剖の実施率は28.5%、死亡時画像診断(Ai)の実施率は36.7%となっている。

### 8年間で東京都は368件報告

2023年の医療事故発生報告件数は361件で、2022年の300件、2021年の317件、2020年の324件と比べて増加している。一方、2019年の373件と比べると減少している。2020~2022年はコロナ感染者数の増加に伴い、医療事故発生報告件数が減少していた。コロナの感染症法上の取扱いが2023年5月8日に5類となってから、医療事故発生報告件数が従来の件数の水準に戻りつつある

ようだ。

病床規模別で1施設あたりの医療事故発生報告件数が最も多かったのは「900床以上」の年0.53件で、次いで多かったのは「600~699床」の年0.44件であった。平均すると、病床規模が大きいほど医療事故発生報告件数は増えているが、2023年は「600~699床」の件数が高かった。

都道府県別では、2015年10月1日~2023年12月31日の累計(2,909件)で、東京都が368件で最も多く、次いで愛知県の191件、神奈川県188件、大阪府144件、北海道と千葉県各154件、兵庫県の117件、福岡県の112件となっている。

なお、医療法に基づく医療事故調査制度における医療事故とは、「病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であって、管理者が死亡または死産を予期しなかったもの」と定義されている。そのような医療事故が発生した場合には、遅滞なく厚労省令で定める事項を医療事故調査・支援センターに届け出なければならない。

### 院内調査報告もコロナ負担軽減

2023年の院内調査結果報告は319件。院内調査結果報告における医療事故に起因した医療(疑いを含む)の分類を見ると、「手術(分娩を含む)」が最も多く149件。次いで「処置」の36件、「投薬・注射」の25件となっている。手術(分娩を含む)の内訳は、件数が多い順で、「その他の内視鏡下手術」(26件)、「筋骨格系手術(四肢体幹)」(24件)、「経皮的血管内手術」(23件)である。

2023年の解剖の実施は91件で全体の28.5%。病理解剖が63件で7割を占める。病理解剖を実施しなかった理由としては、「(家族等から)同意を得られなかった」(57件)、「必要ないと判断した」(21件)、「病理解剖以外の解剖(司法解剖)となった」(11件)、「警察対応等となった」(4件)があがっている。死亡時画像診断(Ai)の実施は117件で全体の36.7%である。両者実施は22.4%(38件)。

院内調査結果報告までに要した時間とその理由の調査項目では、医療事故発生報告から院内調査結果報告まで1年6か月以上かかった理由をきいており、「コロナ対応に時間を要した」との回答数が2022年は24件であったのに対

し、2023年は15件に減った。

2023年の他の回答をみると、報告に1年6か月以上かかった152件の理由として、「報告書の作成に時間を要した」が37件で最も多く、次いで「遺族への調査結果の説明やその後の対応に時間を要した」の29件、「委員会開催の日程調整に時間を要した」の22件となっている。

また、院内調査結果報告件数の累計2,541件のうち、医療事故調査・支援センターの調査対象となった事例は233件で全体の9.2%。2023年のセンター調査に対する依頼は30件で、依頼者の内訳は医療機関から9件、遺族から21件となっている。

一方、医療事故調査・支援センターへの相談件数は、2023年は2,076件で、こちらも2020~2022年の落ち込みから増加に転じており、コロナの影響が想定される。

医療機関からの相談が886件、遺族等から1,065件。遺族等からの相談内容で最も多かったのは「医療事故報告対象の判断」の896件で、この中には、制度開始前の死亡事例に関する相談も含まれている。遺族等からの求めに応じて医療機関に伝達した件数は2023年で27件、累計で179件となっている。

# かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究でセミナーを開催

## 全日病・2023年度調査研究事業 中小病院のかかりつけ医としての役割と連携の実態を語る

全日病の高齢者医療介護委員会はこのほど「かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究事業」の報告書をまとめた。本調査は2023年度老人保健健康増進等事業として実施した。2040年を見据えると、在宅を中心に入退院を繰り返し看取りを必要とする高齢者を治し、支える医療・介護の提供と、医療・介護・福祉のハブとして機能するかかりつけ医が必要になる。地域でかかりつけ医機能を果たしていると思われる「200床未満の一般病院」「在宅療養後方支援病院」「郡市区医師会」と、かかりつけ医と連携する立ち位置にあると考えられる「居宅介護支援事業所」「訪問看護ステーション」を対象に、アンケートとインタビューで調査を行った。その結果をもとにセミナー動画を作成し、公式サイト上で公開した。本号では報告書とセミナー動画の概要を紹介する。なお、「認知症の医療提供体制に関する調査研究」「介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業」についても、別途研究報告書を取りまとめている。

### ■調査報告書概要

#### 中小病院がかかりつけ医機能を発揮

本調査のアンケートの回収結果は、中小病院225票(有効回答率17.3%)、在宅療養後方支援病院139票(同24.3%)、郡市区医師会316票(同41.4%)、居宅介護支援事業所417票(同39.7%)、訪問看護ステーション341票(同32.5%)であった。

アンケート調査の結果から、中小病院が地域医療の要として在宅医療や入退院時の連携に取り組んでいる姿勢が明らかになった。

中小病院における入退院者数と入院元、退院先の調査結果をみると、2023年10月の1か月間で受け入れた入院患者数平均65.1人のうち、15.7人(24.1%)が自宅等から入院した要支援・要介護者であり、在宅療養中の利用者が症状が悪化して入院が必要となった際に入院できる場として機能していると判断できる。

一方で、回答のあった200床未満の一般病院で在宅療養支援病院の施設基準を届け出ている病院は4割弱、入退院支援加算は6割弱にとどまる。実際のニーズに診療報酬を算定できる体制が追いつかない部分があり、実態とその評価に開きがあることをうかがわせた。

#### 情報共有が現時点の課題

居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションのアンケートでは、かかりつけ医療機関との連携の実態について調査した。かかりつけ医療機関に期待していることとして「在宅看取りに必要な診療を行うこと」「介護事業所からの報告や相談をしようとする際に、報告・相談しやすい雰囲気があること」「今後の見通しに関する医学的な見立て」といった項目があがった。

実際に医療機関と連携している介護事業所等にとっての連携内容の「重要度」と「充足度」に関する調査では、事業所側が重要度が高いと感じている項目ほど、充足度も高いと感じているという傾向がみられた。かかりつけ医療機関がある程度連携ニーズを満たす形で診療が提供できていることが読み取れる結果である。一方で、かかりつけ医療機関と介護事業所等の認識の差が出た項目としては、「今後の病状や身体機能の見通しについて情報が提供されること」「診療内容について情報が一

元的に提供されること」といった今後の見通しに関する情報共有に関わる事項が目立った。

連携において共有したい項目の調査では、医療機関側も介護事業所側も「今後の療養に関する家族の希望」「今後の療養に関する本人の希望」が多かった。

ほかにも、連携に関する人員の不足、ICT導入に伴う設備投資や知識の不足などもアンケートで複数から課題としてあがった。

### ■セミナー概要

#### 地域において「かかりつけ医療機関」の核となる中小病院とは

～かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究の結果から～

#### 【登壇者】

美原 盤(司会)  
公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長

進藤 晃  
医療法人財団利定会 大久野病院 理事長

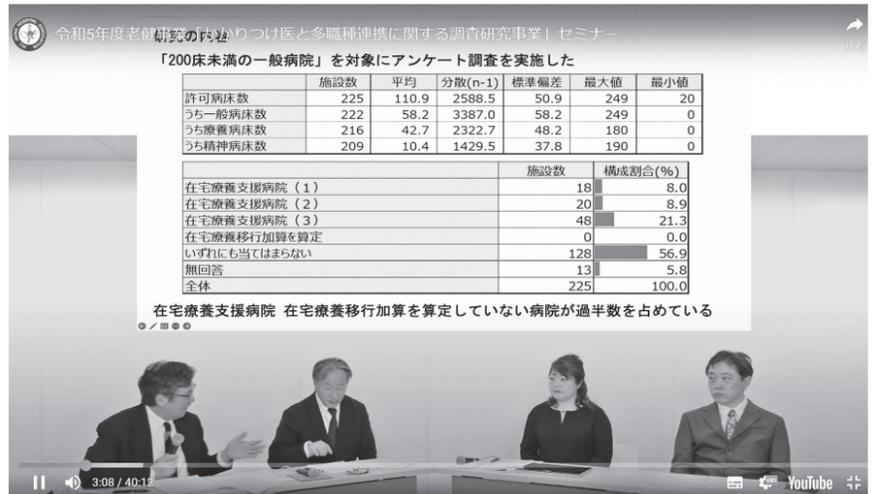
田中 圭一  
医療法人笠松会 有吉病院 理事長

中村 万理  
医療法人財団正友会 中村記念病院 院長補佐

#### 在宅療養支援病院の要件がネック

セミナーでは調査結果を受けて、中小病院の医療・介護・福祉連携にとって鍵となる在宅療養支援病院の状況について、各病院の状況を聞いた。「地域のクリニックと連携して24時間対応を確保し、看取りは地域の施設に対応することで要件をクリアした。ただし、夜間の受入れは現状困難」(進藤氏)、「要件はだいたいクリアしているが、常勤医の人数が足りないため保留中。クリアできればすぐに申請したい」(中村氏)、「訪問看護や緊急往診に対応するマンパワーがなかったが、地ケア病棟開設に伴い在宅療養に力を入れるため取ることにした」(田中氏)といった状況で、移行のメリットは理解しているものの、中小病院では要件を満たすのが簡単ではない現状がそれぞれの病院にあることが浮かびあがった。

また、かかりつけ医機能として介護事業所等が想定している看取りについ



(左から)美原副会長、進藤氏、中村氏、田中氏

て、「在宅で看取りたいというニーズはあるが、最後は医療提供が濃くなり「病院に入院したい」ということになる」(進藤氏)、「若いがん患者は介護者も若いので看取り希望が多い。老老介護だと力尽きて病院に来る、在宅の高齢者は意図せぬ急死が多い」(中村氏)、「終末期に医療を求めることはあまりない。在宅だといざというときに不安でパニックになる。亡くなるのが深夜だと医師の到着が朝になるのが耐えられないこともある」(田中氏)といったように、在宅で看取る難しさを病院側でも感じているという実情が明らかになった。

#### 連携、ICT導入でもマンパワー不足

アンケートで課題としてあがった人員不足について、各病院の実情を聞くと、「事務職、介護職の免許のない職種が集まりにくい。事務職は連携に必要な人が圧倒的に足りない」(進藤氏)、「すごく苦労している。連携の核になる人材は看護師でもかなりのスキルが求められる」(田中氏)といった実情で、特に連携に必要な人材の不足、補充が深刻とみられる。「慢性的な人手不足で、地域連携の際には社会福祉士が集まらず苦労したが、自院内で事務員に資格を取らせて育てあげた。地域連携の経験のある社会福祉士、看護師を新たに投入した」(中村氏)と、自院内での育成や経験者の投入で対策を講じている様子もうかがえた。

詳しくは全日本病院協会ホームページの「会員お役立ち よもやま情報館」をご覧ください。

[https://www.ajha.or.jp/member\\_info/movie/index.html](https://www.ajha.or.jp/member_info/movie/index.html)

ICTの導入についても「かなりお金をかけて進めており、専任の担当者も1名いるが、非常に苦しい運営。業務の削減のためと思ってやっている」(進藤氏)、「地方都市のアナログ路線なので電子カルテすら手が回っていない」(中村氏)、「投資ができていない。見本市・展示会でシステムを見てはいるが、導入したいと思えるものが見つからない」(田中氏)と、病院の規模や立地によって進捗に差があるが、資金面でも人員面でも苦しい状況がみとれる。

#### 地域連携の核として機能する

今後の展望については、「地域包括ケアの小さな病院なので、ポストアキュートを担う地域連携の核として顔の見える連携を築き、希望・理想と現実の仲介役になりたい。『ここしかないから』で選ばれるのではなく、『ぜひここに』という病院になりたい」(中村氏)、「他に病院がない中、『有吉式地域包括ケア』という地域密着型医療・介護提供を行ってきたが、在宅療養移行に伴い、高齢者救急の受入れ強化、訪問看護ステーション開設、輪番制による24時間対応などを行っていききたい。オンライン診療やマイナ保険証の活用もやりたい」(田中氏)、「地域の核として在宅療養支援病院になることが必要だ。情報の中心になることが大事で、ICTを利用していききたい」(進藤氏)と、地域の核となるためにICTや連携にさらに力を入れるビジョンを語った。

# 賃上げ対応と医療DX推進でセミナー開催

## 厚労省等 2024年度診療報酬改定の6月実施を踏まえた対応

厚生労働省は5月20日、2024年度診療報酬改定が6月から実施されることを踏まえ、「診療報酬オンラインセミナー～500件超の届出をサポートする現役コンサルが教えるベースアップ評価料の届出と医療DX加算のポイント～」をYouTubeで放映した。セミナーでは、賃上げ対応のベースアップ評価料の届出と医療DX推進体制整備加算のポイントがテーマとなった。

賃上げ対応の点数については、初再診料等に上乘せする外来・在宅ベースアップ評価料I、評価料Iでは賃金増率が足りない場合(対象職種の給与総額の1.2%未満)の外来・在宅ベースアップ評価料II、入院料等に上乘せする入院ベースアップ評価料などがある。診療報酬としてこれまでにない仕組みであり、評価料Iであれば届出を6月21日までにすれば、6月1日から算定

できることが報告された。

ベースアップ評価料の対象職種は幅広いが、「専ら事務作業を行う者」は含まれない。ただし、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は含まれることの説明があった。

また、ベースアップ評価料による賃金引上げは、基本給等の増額ではなく、ベースアップ評価料分の手当として支

払ってもよく、その方が他の給付との区別がつけやすいとの指摘があった。

医療DX推進体制整備加算については、多くの医療機関が届け出てほしいと厚労省から要請があった。同加算は、◇マイナ保険証利用実績◇電子処方箋体制◇電子カルテ情報共有サービス体制が要件だが経過措置がある。現段階では、マイナ保険証での取得情報を診療室で活用できる体制とマイナ保険証の利用勧奨の掲示の条件を満たせば、算定できることが強調された。共通ポスターや院内で放映する動画が提供されており、積極的な活用を促した。

診療報酬改定シリーズ●2024年度改定の解説①

# ベースアップ評価料の新設等により賃上げ目標を目指す ～賃上げ・基本料等の引上げ～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会 委員 西本育夫

2024年度診療報酬改定が6月1日から実施される。今号から5回にわたって2024年度改定の主要項目について、全日病の医療保険・診療報酬委員会委員による解説記事を掲載する。第1回のテーマは2024年度改定の基本方針の重点課題であり、改定財源の多くを用いることになった「賃上げ・基本料等の引上げ」である。なお、全日病ニュース5月15日号3面に掲載した「賃上げ対応」の解説も参考にしてほしい。

## ■2024年度は「賃上げ改定」

2024年度診療報酬改定の基本方針の筆頭に挙げられたのが「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」である。

今回改定においては、昨今の物価高騰、30年ぶりの賃上げ傾向などといった経済社会情勢が変わり、医療の人材確保に大きな影響が生じ、物価高騰に負けない賃上げを実現するとの方針が示された。

このような状況を踏まえ、社会保障制度審議会では賃上げを改定の基本的視点および具体的方向性の重点課題と位置づけ、中央社会保険医療協議会の議論を経てベースアップ評価料などの項目が新設された。

2024年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げ実施のため、対象職種に対しては新設されたベースアップ評価料により、無床の診療所等の医療機関の場合は+1.2%、病院等の病床を有する医療機関の場合は+2.3%を目安とした賃上げ対応が行われる。

その他のベースアップ評価料の対象とならない、40歳未満の勤務医師や事務職員などの賃上げについては、診察料や入院基本料等の引上げ分を賃上げに充当するなど、それぞれの医療機関の裁量で対応をとることになった。

これまでの診療報酬改定では個別的な改定項目の特別な資料が示されたことはなかったと記憶しているが、今回

改定のベースアップ評価料については、中央社会保険医療協議会が厚生労働大臣に答申した翌日の2024年2月15日に、厚生労働省保険局医療課より「令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと～」として、早々に通知等とは別に資料が公開された。このことから通常の診療報酬改定で新設された一項目にとどまらないものとうかがい知ることができる。

2024年度の診療報酬改定は国費としておよそ800億円程度、+0.88%の改定率であった。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・適正化として0.25%引き下げられたが、このマイナス部分も含めると、計算上では全体の本体改定率の構成は+1.13%となる。国費として拠出した+0.88%分の本体改定率を超える+0.89%が賃上げに充てられていることから、今回の診療報酬改定は「賃上げ改定」と称しても過言ではないであろう。

## ■ベースアップ評価料への評価

この賃上げについては、他の産業と比較して著しく賃金が低い医療界にとっては喜ばしいことではあるが、素直に喜べないと感じている方も多いのではないだろうか。それは、改定による診療報酬の配分がベースアップ評価料として押しつけられていることにあると思う。

本来、賃上げについては、診療行為によって得られた報酬を各医療機関の経営判断などにより柔軟に配分すべきものである。しかし、ベースアップ評価料として診療報酬から経営判断を経ず、賃上げの原資に直接充てるという方法では、それぞれの医療機関の経営の裁量権を侵害する硬直的な配分と受け止めざるを得ない。

物価や人件費が著しく高騰し医療経営を圧迫している昨今であるが、経営の立場から今回の改定率で示された配分を俯瞰すると、この改定から得られるプラス部分についての上乗せは全く

期待できない。

それだけではなく、ベースアップ評価料の対象となる職員は必要とされている賃金体系に変更することになるが、ベースアップ評価料の対象とならない職員の賃金も考慮しなければならない。改定による初再診料や入院基本料等の引上げ分の中に賃上げに資する点数が含まれているとのことだが、他の対象職種のように給付率が確定している点数ではない。状況によっては事業主負担の自主財源を充てざるを得ないことが考えられる。簡単に言うと、それぞれの医療機関が自腹を切らざるを得ない可能性が生じるということである。

病院の場合は外来ベースアップ評価料(I)および入院ベースアップ評価料が届出の対象になる。政府目標としては2023年度分の賃金に対して、2024年度+2.5%、2025年度+2.0%のベースアップを実現することとされているが、診療報酬で手当されるのは2年間を通じて対象職種だけに限り、約+2.3%である。

下図の左の例の場合、下の230万円部分が対象となる。一方、+a、β、γのベースアップ評価料以外については政府目標により医療機関が任意の引上げを行うとされている部分である。

では、その差額分はというと、賃上げ促進税制の活用とアナウンスされているが、この点については、企業減税の対象となる一部の医療法人はあるものの、その他は事業主負担の自主財源である。

また、先にも述べたが、この対象職種とは別に医師や事務職員、調理師などがベースアップ評価料の対象外とされ、+0.28%分の初再診料、入院基本料等の引上げ分から支給せよとの建てつけになっている。

言うまでもなく、診察料、入院料のわずかながらの引上げでは、昨今の厳しい物価高騰の穴埋めにはならず、水道光熱費やその他経費の値上げをカバーできるものではない。それにもかか

わらず初再診料や入院基本料等のわずかながらの引上げを原資にベースアップに充てるとなると、それらの穴埋めは事業主負担による自主財源以外にないことになる。

それだけではない。当協会の会員病院にも多いと思うが、併設の無床クリニックのベースアップ評価料はおよそ+1.2%程度とされている。介護施設など介護報酬を主たる報酬とする事業所はベースアップ評価料の対象となっていない。

同じ法人やグループなどの職員に対して、ベースアップ評価料の対象施設の対象職種だけのペアを行い、+2.3%のペア対象外の施設だからペアを行わないなど、賃上げに格差をつけることが適当だろうか。

十分な蓄えがある医療機関であれば問題にはならないかも知れないが、全日病、日本病院会、日本医療法人協会で行った2023年6月の病院経営調査では、コロナ補助金を除くと65%以上の医療機関が赤字状態に陥っている。そのような中で事業主負担の自主財源を期待するような報酬の建てつけには疑問が残らざるを得ない。

官製の賃上げを実施することによって、場合によっては同一法人内で格差が生じ、チーム医療を損なう原因にもなりかねない。ベースアップ評価料の実施にあたっては丁寧な対応が求められる点に留意する必要がある。

それ以外にも、ベースアップ評価料は診療報酬の一部であることから、病院会計窓口などで、医療費の支払い時にどのような説明をするのか、対応の準備をしておく必要がある。

医療費の支払いをされる方の中には、ペアとは縁遠い経済状況の方も多い。そのような方々との信頼関係を損ねてしまっては元も子もない。

また、このベースアップ評価料の制度がいつまで続くのか、その点については誰もわからない。診療報酬改定が2年に一度あるが、未来永劫、全くルール変更がないとは考えにくい。ベースアップ評価料によって支給した額については言うまでもないが、それに加えて事業主負担の自主財源から支出をする場合は、それぞれの管理を適切に行うことが必要だと考えられる。

その他、認識しておいたほうがよい点として、今回改定は「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」が重点課題とされている。しかしながら、2023年10月27日の中医協総会に提出された資料によると、2022年の調査結果では、賞与込みの月額給与として、全産業の平均が36.1万円に対して、コメディカルは32.7万円、介護職員は29.3万円、看護補助者では25.5万円と遠く及んでいない。

また、厚生省が5月9日に公表した3月の毎月勤労統計(速報)によると、実質賃金は前年比2.5%減少し、24か月連続の前年割れとなり、名目賃金の上昇より物価の上昇が大きい。給与総額は伸びているものの、物価高に追いつかない状態が続いている。

これとは別に最近の報道によると、2024年のベースアップと定期昇給を合わせた賃上げ率は5%超えなどとも伝えられている。

## (例) 政府目標を踏まえたモデルケース

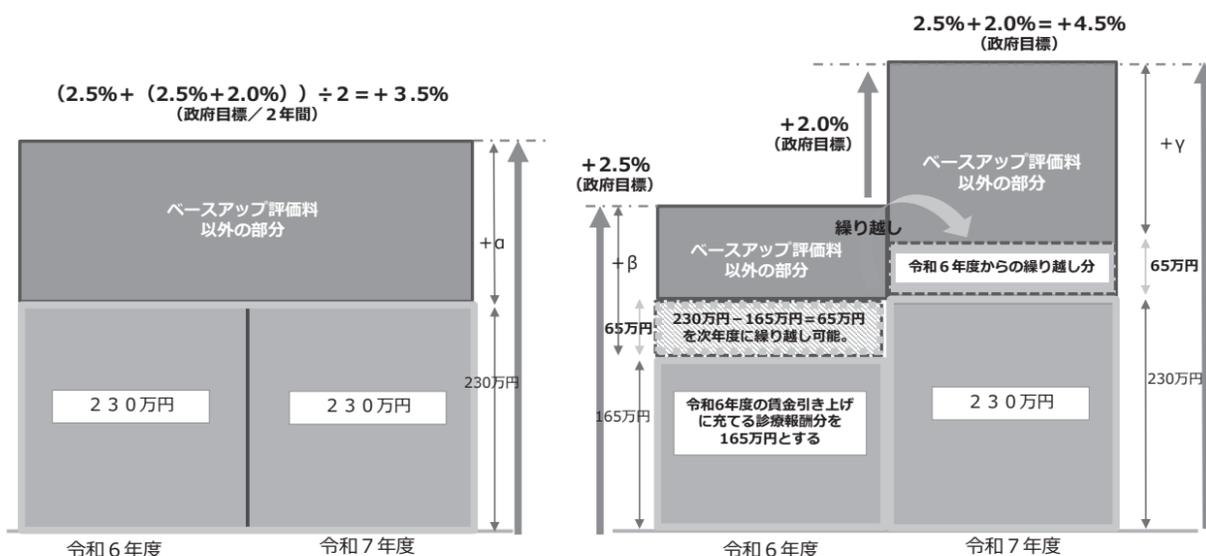
【例：年間の給与総額が1億円であった場合】

(パターン1)

令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法

(パターン2)

2年間で段階的に引き上げを行う配分方法



⚠️ ベースアップ評価料による賃上げの対象とならない職種についても、引き上げられた初再診料等や入院基本料等を活用して、同様の考え方で政府目標の達成を目指して頂きますようお願いいたします。

そもそも論となるが、他産業に比べて著しく低い給与にもかかわらず2.5%程度の賃上げで有効な人材確保になるのか。高齢者人口の増加と医療や介護のサービス提供者の減少が深刻化している昨今、取り返しのつかない状態になる前に、少なくとも全産業の平均程度の賃金が支給できる診療報酬とする必要があるのではないだろうか。

■ベースアップ評価料の留意点

ベースアップ評価料の取扱いに関して誤りやすい点について、5月15日号の記事では伝えられていない留意点な

どは下記を参照願いたい。

○ベースアップ評価料の対象職種としては診療報酬点数表の別表4に定められているとおりであるが、例えばリハビリ助手などで資格はなくても患者さんに直接かかわる仕事に従事している方、資格がない場合であっても社会福祉士や診療情報管理士と同等の業務に従事されている方はベースアップ評価料の対象職種として取り扱える。

また、調理師や調理師の補助業務に従事している方は、40歳未満の医師や事務職員と同様にベースアップ

評価料の対象とはならない。

○ベースアップ評価料の試算の際は役員報酬、医師、事務などを除いた対象職員の給与総額を計上する。この給与総額とは時間外・休日手当、当直手当などの変動手当、通勤手当、賞与、法定福利費(一律16.5%として計上することも可)などの事業主負担分も試算の給与総額に含める。基本給や基準内賃金のみを指しているのではない。

○ベースアップ評価料の支給については、基本給または決まって毎月支払われる手当のことを指し、事業主負

担分の法定福利費にも充当できる。賞与等について、業績に連動して引き上がる賞与は対象外とされているが、ベースアップに連動して引き上げる賞与は対象になる。

また、各医療機関で用いられている賃金表内での変動は定期昇給に該当し、ベアには該当しないとされ、賃金表に記載されている額そのものを引き上げることがベースアップであると説明されているので注意を要する。

# 第9期の65歳以上介護保険料は月額平均6,225円

## 介護保険料 高齢者増や報酬改定の影響で増額

厚生労働省は5月14日、第9期介護保険事業計画期間(2024~2026年度)における介護保険の第1号保険料とサービス量見込みを発表した。3年ごとに市区町村や広域連合で改定される65歳以上の介護保険料は、高齢者の増加や介護報酬のプラス改定の影響などで全国平均月額6,225円となった。2026年度の介護サービス量は、2023年度に比べて在宅介護で7%増、居住系サービスで11%増、介護施設で5%増とそれぞれ増加することを見込んでいる。

全国の1,573保険者の保険料基準額(月額)を加算平均した第9期計画期間の介護保険料は6,225円で、第8期(2021~2023年度)の6,014円よりも211円(3.5%)増加した。

厚労省は、増加要因として高齢化の影響と介護報酬改定のプラス改定をあげた。一方で、各保険者で介護予防等の取組みを行った結果、要介護認定率が年齢階級ごとに改善する傾向がみられるほか、各保険者が保険料上昇抑制のため基金の取り崩しを行ったことなど、減少要因についても言及した。

都道府県別に保険料基準額をみると、約7割の34都道府県で6千円を超える。最高は大阪府の7,486円で、次いで沖縄県の6,955円、青森県の6,715円。最低は山口県の5,568円で、次いで茨城県の5,609円、長野県の5,647円となった。

都道府県ごとに第8期計画と比較すると、大阪府が伸び率9.7%と最も高く、千葉県が9.3%、埼玉県が8.0%と

大幅に上昇。他にも、兵庫県5.7%、神奈川県5.2%と、大都市圏での伸び率の増加幅が顕著となった。東京都の伸び率は3.9%で、愛知県と同じだった。

一方で、マイナスの県は、滋賀県▲2.4%、鳥取県▲2.1%、鹿児島県▲1.2%、山形県▲0.9%、熊本県▲0.8%、山梨県▲0.7%、長崎県▲0.5%、福井県▲0.3%、高知県▲0.1%と9県。

保険者別に保険基準額をみると、1,573保険者のうち、約半数にあたる725保険者で6千円を超えた。最高は、大阪府大阪市の9,249円で、県庁所在地のある市で初めて9千円を超えた。大阪府守口市8,970円、大阪市門真市

8,749円、岩手県西和賀町8,100円と続く。

最低は東京都小笠原村3,374円。北海道音威子府村、群馬県草津町で3,600円、宮城県大河原町が4,000円。

第8期から保険料基準額を引き上げた保険者は712(45.3%)、据え置いた保険者は585(37.2%)、引き下げた保険者は276(17.5%)となった。

大阪府の3市が上位を占めたことについて、厚労省は、大阪市では独居の高齢者の増加や高齢の低所得者の増加、門真市や守口市は広域連合の解消により準備基金の積み上げがなかったことを主な要因としてあげた。

### 一冊の本 book review

## 病院の将来とかかりつけ医機能

著者●二木 立  
出版社●勁草書房  
定価●2,970円(税込み)

日本福祉大学名誉教授の二木立先生の最新作。議論が本格化しつつある地域医療構想やかかりつけ医機能の強化を中心に、岸田政権下における医療政策、英・独・仏医療の現地調査の紹介など、多岐にわたるテーマが多面的な視点から分析され、評価されている。医療政策に関わる様々なステークホルダーの発信内容を収集・集約し、複眼的に行われる分析は、医療機関が今後の医療介護政策の方向性を遠望するための重要な指針となるだろう。

2022年3月から2024年1月に発表された論文がもとになっているため、2024年度の診療報酬改定については触れられていないが、改定内容が明らかとなった今だからこそ、とても参考になると思う。ぜひ多くの医療関係者に読んでいただきたい一冊。

(安藤高夫)



## 2024年春の叙勲・褒章で会員8人が受章

2024年春の叙勲・褒章で全日病の会員から8人の受章が決まり、それぞれに勲章が授与された。

### 【叙勲】

- 旭日双光章 上村 春甫 医療法人春陽会上村病院
- 瑞宝中綬章 荻野 和功 医療法人社団湯川胃腸病院
- 瑞宝中綬章 千葉 幸夫 医療法人林病院
- 瑞宝小綬章 市川 朝洋 医療法人光生会光生会病院
- 瑞宝小綬章 永井 庸次 名誉会員(元常任理事)
- 瑞宝双光章 西 昂 医療法人康雄会西病院
- 瑞宝双光章 三浦 修 一般財団法人防府消化器病センター防府胃腸病院

### 【褒章】

- 藍綬褒章 井上 達夫 医療法人誠壽会 上福岡総合病院

## 2024年度 第1回常任理事会の抄録 4月20日

### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 青森県 医療法人北桜会弘前メディカルセンター  
理事長 対本 宗訓
  - 神奈川県 医療法人横浜未来ヘルスケアシステム戸塚共立いずみ野病院  
理事長 横川 秀男
  - 京都府 医療法人社団石鎚会京都田辺記念病院  
理事長 石丸 庸介
  - 京都府 医療法人社団石鎚会同志社山手病院  
理事長 石丸 庸介
  - 京都府 医療法人社団医聖会学研都市病院  
理事長 真鍋 由美
  - 大分県 医療法人社団中津胃腸病院  
理事長 深野 昌宏
- 退会が8件あり、正会員は合計2,565会員となった。
- 準会員の退会が2件あり、準会員は

合計120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 株式会社エスプールプラス(社長 執行役員 和田一紀)
  - 東京都 株式会社クロスビット(代表取締役 小久保 孝咲)
  - 東京都 株式会社EN(代表取締役 鎌形 博展)
  - 東京都 ミサワホーム株式会社(代表取締役 作尾 徹也)
- 賛助会員は合計111会員となった。
- 2023年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について、審議の結果、承認された。

### 【主な報告事項】

●審議会等の報告  
「中医協 薬価専門部会、総会」、「社会保障審議会医療部会」、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」、「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」の報

告があり、質疑が行われた。

### ●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
  - 神奈川県 戸塚共立第1病院
  - 広島県 安佐医師会病院
  - 千葉県 平和台病院
  - 東京都 田崎病院
  - 兵庫県 宝塚病院
  - 広島県 太田川病院
  - 福岡県 福岡リハビリテーション病院
  - 長崎県 井上病院
  - 熊本県 大腸肛門病センター高野病院
- ◎一般病院2
  - 北海道 札幌北楡病院
  - 宮城県 総合南東北病院
  - 茨城県 龍ヶ崎済生会病院
  - 埼玉県 上尾中央総合病院
  - 埼玉県 三郷中央総合病院
  - 東京都 河北総合病院

- 岐阜県 河村病院
- 静岡県 榛原総合病院
- 三重県 いなべ総合病院
- 福岡県 白十字病院
- 福岡県 新古賀病院
- 宮崎県 千代田病院

- ◎リハビリテーション病院
  - 東京都 東京ちどり病院
  - 福岡県 福岡みらい病院

- ◎慢性期病院
  - 北海道 定山溪病院

- ◎精神科病院
  - 北海道 旭川圭泉会病院
  - 東京都 平川病院
  - 福岡県 みなかぜ病院

3月8日現在の認定病院は合計2,035病院。そのうち本会会員は856病院と、全認定病院の42.1%を占める。

### 【主な討議事項】

●新たな地域医療構想について、厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」について報告がされたのち、討議を行った。

# 高齢者施設の服薬簡素化で提言、1日昼1回

日本老年薬学会は5月17日の会見で、日本老年医学会と全国老人保健施設協会の協力で作成した高齢者施設の服薬簡素化提言を発表した。高齢者施設に

入所する要介護高齢者などの服薬を1日昼1回にまとめることを目指し、服薬簡素化フローチャートを示した。提言1では、服薬回数を減らすこと

の大きなメリットを指摘。「誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者等にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員

にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる」とした。提言2で、施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することによるさらなるメリットに期待した。ただし、昼服用に適さない薬剤もあることに注意を促した。

## ■ 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
【2024年度診療報酬改定対応研修】 看護補助者への適切な研修 身体ケアを行う看護補助者のための実務研修 50名(初回)	2024年6月6日(木)～6月26日(水) 【事前課題】 2024年6月28日(金) 【オンライン演習】	11,000円(16,500円)(税込)	2024年度診療報酬改定で身体ケアを行う看護補助者の配置が「看護補助体制充実加算1」の施設基準で新たに評価されることになったことを受け、施設基準要件に則った看護補助者のためのeラーニング+演習の研修会を定期的開催することになった。同研修は施設基準にある「国、都道府県または医療関係団体等が主催する研修(12時間程度)」に該当し、修了証を発行する。
特定保健指導実施者 経験者研修 60名	2024年7月6日(土) 全日病会議室	22,000円(33,000円)(税込)	厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム(2024年版)」に記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った2024年度の標記研修。全日病が交付した「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」及び「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)(食生活改善指導担当者)」を継続更新するための単位(2単位)に該当する。保健指導経験年数3年以上の方を対象とする。
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 150名	2024年7月13日(土) WEB開催	5,500円(税込)	病院管理士、看護管理士、看護部門長研修受講修了者、事務長研修受講者向けのフォローアップ研修。自院の課題の解決方法を発表し、参加者間で討議する。会員病院に共通する課題の抽出により、解決策の情報収集にも資する。病院管理士・看護管理士継続要件に該当。
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7月21日(日) WEB開催	8,800円(13,200円)(税込)	病院機能評価により、一定の水準を満たした病院は「認定病院」となる。2023年4月より病院機能評価が3rdG:Ver.2.0からVer.3.0に改定され、評価項目・評価の視点・評価要素に変更があった。これを踏まえ、セミナーは2部構成とし、第1部ではC評価になりやすい項目等の解説、質疑応答等、第2部では各領域に分かれ、講師との意見交換を行う。第1部・第2部通じての参加が必須。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース 48名	2024年7月24日(水) 全日病会議室	13,200円(17,600円)(税込)	座学だけの受け身の研修ではなく、全日病の個人情報相談窓口実際に問い合わせのあった事例を用いたグループワークで、より実践的な知識を身につける研修となっている。参加者には「受講認定証」を発行する。
病院医療ソーシャルワーカーと多職種で取組む入退院支援研修会 100名	2024年8月10日(土) 2024年8月11日(日) 全日病会議室	22,000円(29,700円)(税込)	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会との共催による病院施設における医療ソーシャルワーカーを含めた多職種を対象とした集合研修で、ワークショップ形式で行う。2日間通じて参加すると、全日病から「受講修了証」が発行され、日本医療ソーシャルワーカー協会による認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象となる。
医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 70名	2024年8月31日(土) 全日病会議室	18,700円(23,100円)(税込)	全日病は、医療事故調査制度の医療事故調査支援団体として、相談・支援活動を実施している。研修会はグループワークを中心としたプログラムとなっている。事前学習としてWEB動画で講義を視聴した上での参加となる。グループワークの前半は模擬事例が医療事故(報告すべき事例)に該当するかについて、後半は院内事故調査の考え方や方法の検討等をテーマとしている。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関空発着 20名 福岡発着 20名	2024年10月30日(水)～ 11月4日(月)	成田発着 391,400円 関空発着 398,900円 福岡発着 400,400円	今年で46回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
医療安全管理者養成課程講習会【新規】 200名	第1クール(講義)WEB開催 2024年7月12日(金) 2024年7月13日(土) 第2クール(講義)WEB開催 2024年8月3日(土) 2024年8月4日(日) 第3クール(演習)全日病会議室 ①2024年9月7日(土)・8日(日) ②2024年10月12日(土)・13日(日) ③2024年11月9日(土)・10日(日)	90,266円(111,166円)(税込)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する組織と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・教育するため、「医療安全管理者養成課程講習会」を開催する。厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針(2020年3月改定)」に則ったプログラムで、すべての課題を修了した受講者に対し、修了証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。全日病と日本医療法人協会との共催。
病院部門責任者研修 48名	2024年8月～12月で全5講座 (6日間)	110,000円(165,000円)(税込)	2024年度から医療従事者委員会の研修が再編された。「病院部門責任者研修」では、看護部門の看護師長や主任、訪問看護ステーションの所長、コメディカル部門の責任者、事務部門の責任者などを対象とし、数カ月間の研修を実施し、所定の要件を満たした方に修了証を発行する。