



全日病 NEWS

2024.6.15 No.1057

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

物価等の変化を診療報酬に反映させる仕組みの創設求める

四病協 2025年度政府予算概算要求に向けた要望書

全日病など四病院団体協議会は5月29日、2025年度予算概算要求に関する要望書を武見敬三厚生労働大臣にあてて提出した。「物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立」、「病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策」を最重要事項とした。

「物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立」を求める背景には、物価高騰によるコスト増が続く中で、診療報酬が公定価格で価格転嫁ができず、民間企業のような対応ができないことがある。一方、2年に一度の診療報酬改定で医療機関収入の水準が調整されるが、医療費を抑制しようとする圧力が強く、厳しい水準に据え置かれている現状がある。

要望書では、「高騰が続ける電気・ガス・水道代金、それに給食材料費・人件費支出増大といった多くの事項が病院経営を逼迫させる状況にある」ことを指摘するとともに、「一時的な補助金や支援金でその場は凌げても抜本的な解決策とは言えず、また、診療報酬改定は2年に一度であり、物価変動に素早く対応することができない。そこで、2年ごとの改定を待たずに社会情勢の変化を診療報酬に反映させられる全く新しい制度の樹立を提言したい」との考えを示した。

これに関連し、重点要望事項でも「物価高騰に対する予算措置」を設けている。こちらでは、具体的な事項に言及しており、2024年度診療報酬改定において、入院時食事療養費の自己負担30円程度の増額以外に物価高騰等に対する対応が行われていないことを問題視した。物価高騰が特に建築コストに大きな影響を与えていることを指摘した上で、「歯科用貴金属価格の随時改定」のような仕組みの検討を求めた。

「職員の待遇改善により人材確保に資する予算措置」も重点要望事項に盛り

り込んだ。2024年度改定で医療従事者の賃上げに対応した財源が確保されたものの、人材不足を解消するには十分ではない。それ以上の賃上げを行う環境を整えるため、賃上げ・人材確保・育成に関する診療報酬とは別に、調整基金の創設などを要望した。

「病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策」は、相次ぐ地震災害や新興感染症の感染拡大を踏まえ、災害時に医療機関が機能し続けるため建物改修などを行う強靱化対策の要望となっている。震災等からの復旧支援である現状の「医療施設等災害復旧費補助金」では不十分との考えがある。

具体的には、建物の原状復帰だけでなく、「被災しないための建物の改修、新型コロナウイルス感染症を教訓とした新興感染症等に対応できる医療機関とするための改修に対する予算措置、ハザードマップ等で危険地域に所在する医療機関に対して、建物の改修・設備等の更新や移転に対する予算措置、設備等の更新等の予防措置も行える補助金」を要望した。

重点要望事項ではそのほか、「医療DX推進に対する予算措置」を設けた。医療DXが「これからの医療にとって欠かせないインフラであり、一刻も早い実装が求められている」とした上で、「医療DXを推進するためには、電子カルテや医事システム等の改修や入れ替え、サイバーセキュリティ対策等が必要となり、それには費用が発生する」と指摘し、国民の保健医療を向上させ、最適な医療を実現するための基盤整備を整えるための予算措置とした。

9項目にまとめ要望を盛り込む

重点要望事項以外の項目は、①新興感染症対策関係②働き方改革関係③医療従事者の能力向上関係④地域医療介護総合確保基金関係⑤病院における食事療養関係⑥医療機関のDX関係⑦障

害保健福祉関係⑧災害対策関係⑨環境への配慮とその他で整理している。

新興感染症対策関係では、新型コロナ対応から通常の医療体制への移行が図られている中で、財政的援助の一定の継続や、新興感染症に対応している医療従事者を対象とする感染防止の取り組みに対する診療報酬の評価や補償などの十分な財政的援助などを求めた。

働き方改革関係では、医師の労働時間の短縮のための医療機関のマネジメント改革として、タスク・シフト/シェアを効果的に実施するための研究や医療人材確保・養成の財政的補助を要望した。また、◇病院の看護補助者(介護職)の処遇改善◇外国人技能実習生受入れ事業への補助◇介護支援専門員の処遇改善を盛り込んだ。

医療従事者の能力向上関係では、病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業に参加する医師や、医師が所属する医療機関等への経費補助が必要と主張した。

地域医療介護総合確保基金関係では、消費税増収額に見合った基金の財源確保や公私の隔たりがない適切な配分を要望した。「病床機能再編支援事業」における全額国庫負担の継続や、地域医療構想に即した病床機能再編で適切に請求できるようにすることを求めた。

病院における食事療養関係では、病院給食業務を見直し、セントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入に伴う初期費用などの財政的援助を要望した。また、病院給食を存続させるため、実態調査を踏まえ地域事情等を考慮した対策の検討や、入院時食事療養費を1日単位に戻すことの検討を指摘。病院団体と企業等が協同で病院給食の抜本的な構造転換の研究を行うための補助が必要とした。

医療機関のDX関係では、◇医療情報化支援基金による電子カルテの標準

化等にかかる初期導入経費◇病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金◇医療人的資源を補完するICT・AI等の導入◇電子処方箋導入◇地域医療充実のためのオンライン診療◇電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究などに対する補助金を要望した。

障害保健福祉関係では、◇精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づき公務員として任用された場合の十分な待遇を可能とする措置◇「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を促進するための「心のサポーター養成事業」の普及啓発事業や精神科救急医療体制整備、精神障害者の居住支援・地域生活支援の安定維持等◇公衆電話の代替電話機設置などに関する補助金を要望した。

災害対策関係では、◇災害派遣精神医療チーム(DPAT)関連予算の拡充◇災害拠点精神科病院整備費の拡充◇震災・火災時等に備えた医療機関の非常用設備の保守・整備に係る経費◇病院の耐震化対応のための補強工事や建替え費用◇震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援、適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する補助金を要望した。

環境への配慮では、医療機関の省エネルギー対策の強化・推進が急務となっている中で、仕組みが複雑で地域により内容が異なるなど国や自治体を実施する補助・助成事業の使い勝手が悪いことを指摘。「医療機関における高効率空調、高効率コージェネレーション、冷凍冷蔵設備、調光制御設備等の省エネルギー投資を対象とした国単位で統一された継続性を持った補助事業の創設の充実」を求めた。

その他では、◇控除対象外消費税問題の持続的な調査研究費用◇外国人対応など事務手続きの多様化への対応を盛り込んだ。

地域包括医療病棟に2年間の救済措置を導入

厚生労働省は2024年度診療報酬改定の実施直前の5月31日、疑義解釈(その7)を発出し、2024年度改定で創設した「地域包括医療病棟入院料」に一部の救済措置を導入することを明らかにした。具体的には、救急搬送の受入れなど地域で連携していく中で、一時的に想定される診療が難しい期間がある場合、2026年5月末までの間、一定の要件については3か月を上限とし、当該期間を実績の対象期間から除いて差し支えないものとするとの考えを示した。

要件は以下のとおりである。

- 「重症度、医療・看護必要度」に係る要件
- 直近3月の間に新たに当該病棟に入

棟した患者に占める、当該病棟に入棟した日に介助を特に実施している患者の割合が5割以上であること

- ・当該病棟に入院する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
- ・当該病棟における、直近3か月の入院患者に占める、同一の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、直近3か月の入院患者に占める、救急搬送後の患者の割合が1割5分以上であること
- ・直近1年間に、当該病棟を退院または転棟した患者のうち、退院または転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること

その際、一定期間の実績を考える際に、以下の①または②のいずれかを用

い、3か月を上限に、一時的に想定される診療が難しい期間を除いても差し支えないものとする。

①一時的に想定される診療が難しい期間については、実績を求める対象とす

る期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

②一時的に想定される診療が難しい期間については、当該期間の実績の代わりに、実績を求める対象とする期間から該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

全日病事務局の所在地移転のお知らせ

全日病事務局の所在地が2024年7月1日(月)に移転します。

【新事務局所在地】

東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル11階



本号の紙面から

- かかりつけ医機能制度分科会 2面
- 新たな地域医療構想等検討会 3面

医療機関へ求めるかかりつけ医機能と報告事項について議論

厚労省・かかりつけ医機能制度施行分科会

1号機能の報告事項で意見分かれる

厚生労働省の「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」(永井良三座長)は5月24日、かかりつけ医機能の制度整備について本格的な議論を開始した。医療機関がかかりつけ医機能を有するかどうか判断するために報告を求める機能について、対応可能な診療機能を症状別とするか診療領域別とするかで、委員の意見が分かれた。

かかりつけ医機能報告では、対象医療機関が都道府県へ1号機能と2号機能を報告する。1号機能では主に医師の意向や診療機能を確認し、2号機能では時間外診療や入退院支援、在宅医療などにおいて、かかりつけ医機能を連携し、確保できるかを確認するものである。

医療法では、1号機能は、具体的な機能として「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ

継続的に行う機能の有無及びその内容」を報告するとされている。

これらを踏まえ、厚労省は報告事項について次の3つの案を示した。

案1では一定以上の症状に対して一次診療を行うことができることを確認するため、症状ごとの対応可能な有無を報告する。具体的には、厚労省が定める臨床研修の到達目標である35項目(表1)のうち、必須項目(下線の20項目)以上の対応が可能と回答した医療機関がこれに該当するとしている。

案2では、①具体的な機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること②かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること、または総合診療専門医がいること(その人数も報告)③17の診療領域(表2)について、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること④17の診療領域について、いずれかの診療領域について患者からの相談に応じることができること—の4つのいずれも可とする場合、1号機能を有する医療機関として2号機能の報告を行う。

案3では、①具体的な機能を有することおよび報告事項について院内掲示により公表していること②かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無(人数も報告)の報告—としている。

これらの案に対して、患者団体や保険者の委員は、案1をはじめとする症状別の報告を支持した。「そもそも診療科は標榜されており、それ以外に対応可能な症状を明らかにしたほうが、患者にとってわかりやすい」(認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長・山口育子構成員)、「かかりつけ医機能報告の最大の目的は医療機関の選択に資すること。医療機関がどの症状に対応できるのかが明確になれば、患者が選ぶ際にも効果的」(健康保険組合連合会専務理事・河本滋史構成員)との意見が出た。

しかし、医療団体は、現場での実情を鑑みて診療領域別の報告が妥当との考えを主張した。日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長の角田徹構成員は、「症状は主観的なものであり、実際の現場ではわかりづらい」と指摘。日本医師会常任理事の城守国斗構成員は、「現場の大きな混乱を招く可能性がある」と反対した。

他方、秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授の長谷川仁志構成員は、「症状と診療領域、両方の記載が必要ではと感じる。35項目は医師免許があれば一定程度の判断をしなければならない症状なので、ここから選ぶというのはおかしな話。しかし、診療領域の表示だけでは患者は選択しづらい。大事な症状は医師が対応有無を表明した上で、患者はその症状以外もかかりつけ医に相談できるようにすべき」と、案1と2を組み合わせることを提案した。

研修は要件化すべきではない

また、案2では「かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること」が1号機能の報告項目となっている点について、複数の委員から「研修修了の有無を要件化すべきではない」との意見が相次いだ。

日本プライマリ・ケア連合学会副理事長の大橋博樹構成員は、「研修の必須化に向けては、どの研修を該当とするかから始まり、目的やレベルに応じてどうブラッシュアップしていくのか、幅広く緩やかに検討するのがよい。今いるかかりつけ医が研修を受けていないだけで報告できないとなると、患者と医師の信頼関係にマイナスの影響が生じるのではないかと述べた。

未来研究所臥龍代表理事の香取照幸構成員は、「最も大切なのは、まずは患者からの相談にできる限り対応し、必要があれば専門医につなぐこと。何十年も地域で開業していて、患者との



信頼がある医師は、座学で十分。現行の研修を受けていないと1号と認めないという建てつけだと、議論に混乱を招く。患者からの相談に応じる意思と能力があることを表明して、それを裏づける担保として研修の実施状況を確認すれば、それでよいのではないかと述べた。

広くかかりつけ医機能制度に参加することが重要

全日病副会長の織田正道構成員は、案2が「1号機能が可となった医療機関のみ2号機能報告を行う」としていることに対し、疑問を呈した。

織田構成員は、「より多くの医療機関にかかりつけ医機能に参加してもらうことが重要。85歳以上の高齢者が増える中、地域医療に従事する医師も高齢化が進んでいる。1号機能を厳格にし過ぎると、かかりつけ医機能が進まなくなってしまう。参加意向のある医療機関にはすべて入ってもらえるような制度づくりをめざすべき。スタート時から間口を狭めてしまうと、参加する医療機関が限定されてしまい、結果的にかかりつけ医機能が何も動かない状況になってしまう」との強い懸念を示した。これに対し、角田構成員、城守構成員も同様の見解を示した。

また、織田構成員は「かかりつけ医機能では2号機能が最も大切。医師個人の専門性よりも、時間外、休日診療での連携といった、実際に現場をどのように動かしていくかを議論することのほうが重要だ」と強調した。

【表1】35項目の症状

| |
|---|
| <p>全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便通異常(下痢、便秘)、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、尿量異常、不安抑うつ</p> |
|---|

【表2】17の診療領域

| |
|---|
| <p>皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域</p> |
|---|

医師偏在対策で地域別診療報酬によるインセンティブ措置を提案

財政制度等審議会

診療所過剰地域から診療所不足地域に医療資源を移す手段

財務省は5月21日、骨太の方針2025に向けて春の建議(我が国の財政運営の進むべき方向)をまとめた。「医師数の適正化及び偏在対策」で地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置を含め具体的な提案を行っている。

医療については、①公的価格の適正化②費用対効果など経済性の勘案・患者本位の治療③医療提供体制④保険者機能の発揮⑤医療DXの推進⑥保険給付範囲の見直し⑦年齢ではなく能力に応じた負担—の項目がある。医療提供体制の項目で「医師数の適正化及び偏在対策」「かかりつけ医機能の発揮と地域医療構想の推進等」を設けた。

「医師数の適正化及び偏在対策」において、具体案として経済インセンティブとしての地域別診療報酬の設定や新規開業規制に踏み込んだ。過剰な医師数が医療費の掘り起こしを通じて医療費増につながることを警戒し、人口減少に対応し医学部定員の適正化を速やかに行うことを求めている。

病院・診療所間の偏在に対して、「病院勤務医から開業医へシフトする流れを止めなければならない」と強調した。現状の「外来医療計画」の効果は不十分であり、「診療所の報酬適正化をは

じめとした診療報酬体系の適正化」が必要と主張した。なお、診療所の報酬適正化には、診療所の経常利益率が全産業平均の経常利益率(3.1~3.4%)と同程度になるよう診療報酬を引き下げべきとの趣旨が含まれている。

地域間の偏在対策でも、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置の検討を求めた。具体的には、「診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促す」ことを提案した。また、当面の措置として、「診療所過剰地域における単価の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化する」との考えも示した。

経済インセンティブに加えて、規制的手法を組み合わせることも提案。ドイツやフランスの制度を参考に、「診療科別、地域別の定員を設ける仕組み」を設け、医師過剰地域に新規開業規制を導入することを検討すべきとした。

かかりつけ医機能の制度整備では、かかりつけ医機能報告制度において医療機関が対応可能な症候・疾患を報告・公表することや、将来的にはかかりつ

け医を登録制・認定制とすることの検討を求めた。地域医療構想では、急性期と回復期の役割分担が明確になっていないことに懸念を示し、2025年为目标である現状の地域医療構想の実現に向けた取組みを加速すべきとした。

「公定価格の適正化」では、診療所の報酬単価適正化が「道半ば」であると指摘するとともに、病院を含めた経営情報の「見える化」の推進を主張した。医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化することや、診療報酬の加算算定に当たって職種別給与等の提出を要件化することをあげている。

保険給付の範囲の見直しでは、外来薬剤費や国民1人当たり外来受診回数が増えること、外国人に比べて高い水準であることを問題視し、「セルフメディケーションを推進する余地がある」とした。高額薬剤の登場が相次ぎ、医療財政への影響が懸念されている状況もある。現状で高額薬剤の価格調整に用いている費用対効果評価制度の活用を検討を促した。

セルフメディケーションでは、スイッチOTC化の拡大により薬局で自ら購入することができる医薬品の選択肢

を増やすことをあげた。今年10月から長期収載品に選定療養が導入されることを踏まえ、薬剤費の一定額までを自己負担とする仕組みの拡大にも触れた。費用対効果評価制度を保険収載の可否の判断に用いる仕組みにすれば、保険給付されない医薬品が増加する。これを想定し、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用を検討を盛り込んだ。

医療費の自己負担に関しては、年齢ではなく能力に応じた負担とする仕組みを推進している。その際に、現在保険料の賦課対象とされていない金融所得のうち、本人の選択によって保険料の賦課対象となるかどうかが変わり得るもの(上場株式の配当等。預貯金の利子等は除く)について、「保険料の賦課ベースに追加する」ことを提案した。

また、所得が低くても金融資産を多く持つ高齢者が少なくないことから、「医療保険の入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、介護保険の補足給付と同様の仕組みを適用すべきである」とした。マイナンバーの活用で金融資産の保有状況を把握し、負担能力を判定するための具体的な制度設計の検討を始めることも促した。

新たな地域医療構想に向けた医療・介護の展望や期待

新たな地域医療構想等検討会

医療・介護関係団体・有識者からのヒアリングを実施

厚生労働省の新たな地域医療構想等に関する検討会(遠藤久夫座長)は5月22日、27日、31日の3回にわたり、医療・介護関係団体・有識者からのヒアリングを行った。それぞれの立場から、現状の医療・介護の課題を踏まえ、新たな地域医療構想に向けた展望や期待について意見発表があった。

複数モデル予測等柔軟な対応が必要

日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一構成員は、「中小民間病院が地域包括ケアシステムの中核を担ってきた。民間病院の柔軟性を存分に発揮し、民間病院の特性を有効利用することで地域医療構想を加速させることができる。運営補助のあり方を含めて、民間病院と公立病院の特性を活かした再構築が必要だ」と述べた。

また、「基準病床数と必要病床数の差異が生じ、一部自治体で大きな混乱を招いている。激しいせめぎあいの中で公立・公的病院の再編統合が行われる一方で、行政が病床数の差異を生み出すといった矛盾は解消しなければならない」と指摘。これまでの病床機能を中心とした協議から病院機能に注目した協議に切り替えるべきと主張した。

日本歯科医師会専務理事の瀬古口精良参考人は、在宅歯科医療の課題について、「入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多い」と述べた。新たな地域医療構想では、◇人口減少や構造を踏まえた歯科医療提供体制の確保・整備◇誰一人取り残さない歯科医療・在宅歯科医療の展開◇医科歯科連携、多職種連携のさらなる推進一を期待するとした。

日本薬剤師会専務理事の荻野構一参考人は、◇外来医療の医療提供体制モデルは薬局を含めたものにすることが必要◇在宅医療では、薬局が医療・介護連携体制に積極的に参画し、多職種連携をさらに進めることで地域におけるチーム医療を実現することが必要一とした。特に、医薬品提供体制確保の観点からも、「外来・在宅医療に関連する議論には薬剤師が構成メンバーになることを期待する」と述べた。

また、薬剤師偏在、病院薬剤師の確保、医薬品提供体制の確保といった喫緊の課題もあわせて議論すべきとの考えを示し、医政局と薬局の密な連携を求めた。

健康保険組合連合会専務理事の河本滋史構成員は、2040年頃を見据えた医療提供体制として、①かかりつけ医が患者を中心に医療・介護を調整(地域包括ケアシステム)②救急搬送を含む一般的な入院医療、時間外診療や在宅医療を補完する機能(地域完結型医療)③基幹病院・拠点病院が濃密な医療を集中投入、重度の救急搬送や難しい手術を集約(広域医療)一の三層構造のイメージを示した。

新たな地域医療構想では、◇外来医療や在宅医療を含めた医療需要の推計◇構想区域の柔軟な設定◇医療・介護資源の最適配置と連携◇全国医療情報プラットフォームによる医療の質向上・効率化一などへの期待を示した。

福島県保健福祉部次長の玉川啓構成員は、地域から見る地域医療構想の課題として、①目標と実績が対応する設計への見直し②現実的な医療機能を踏まえた目標の設定・柔軟化③複数シナリオの設定④現実解を意識した在宅や介護との連携強化⑤病院経営の持続可

能性の視点⑥人材確保に関する制度設計の見直し一をあげた。

今後の議論の進め方については、「地域医療構想は我が国全体で、国民・患者、医療機関、医療団体、国、自治体が共同で向き合う政策課題。コロナ対応で培った経験を生かした、国と都道府県等との協働関係のアップデートをお願いしたい」と訴えた。

東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井志奈参考人は、東京都の地域医療構想調整会議において、「認知症や基礎疾患を抱える高齢患者、独居の高齢者が増加する中で、医療・介護全体での体制構築の議論が必要」「既存サービスを提供するための人材確保も厳しい状況であり、将来に向けて医療・介護の人材確保の状況を踏まえた議論が必要」との意見があったと説明した。

その上で、◇新たな地域医療構想では、策定後も様々な状況変化を踏まえ、適宜考え方の見直しやデータの更新を図るとともに、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき◇構想策定後、地域の現状を的確に捉え自律的に今後の対応を判断できるよう、複数の適切な指標を示すべき◇関係者と十分な議論を行うには時間が必要であり、策定のためのガイドライン等は可能な限り早期に示すべき一と主張した。

国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰構成員は、過去の高齢者像と比べた高齢者の急速な変化を織り込み、将来の医療福祉施設の需要予測を行うことの必要性を強調した。その上で、「認知症や各疾患の患者数予測は動的シミュレーションモデルを用いることが望ましい」と述べた。具体的には、認知症の減少や寝たきり高齢者の減少など医療・介護需要の変動要因を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域・病種別の必要病床数を算定するべきとした。

また、新型コロナを経て、2024年度の一般病床、療養病床、介護施設の稼働率が低下していると指摘。高齢者の増加等に伴う需要増を強調するあまり供給過多に陥ることへの懸念を示し、「既存の病院や施設の維持や充実に(資金を)まわす方向性で、新たな地域医療構想を作成するべき」と述べた。

さらに、今後のケアの主流となる団塊世代の行動様式を踏まえ、「元氣な生活を維持するためのリハビリや住宅改修を含めた予防や、独居でも自宅で亡くなる覚悟のある高齢者に対して、それを可能にする支援を充実すべき」との考えを示した。

老健施設はほぼ常に受入れ可能

全国老人保健施設協会会長の東憲太郎構成員は、高齢者施設の中で老健施設と介護医療院だけが医師が常勤する医療提供施設であると説明。老健施設が、介護報酬における総合医学管理加算で評価される短期入所療養介護、いわゆる医療ショートにより軽度な医療ニーズのある利用者を受け入れていることを強調した。また、老健施設の稼働率は平均80%台であり、「ほぼ常に受入れが可能」と述べた。

医療機関でも生活機能の維持を図るための機能強化が行われているが、基本的に医療機関は治療を最優先させる場で、「認知機能など一定の生活機能の悪化は致し方ない」とし、「一刻も早くリハビリ機能を充分にもつ老健施設へつなぐことが効果的」と主張した。

高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事の市原俊男参考人は、介護付有料

老人ホームやサービス付高齢者向け住宅、住宅型老人ホームといった高齢者向け住まいについて、高齢者の増加を背景に「効率的なサービス提供を可能とするため、集住化を一定程度促進していくことは不可避」と述べた。

サービス付き高齢者向け住宅において効率的に診療報酬・介護報酬を算定する事例が散見され、2024年度改定で適正化が実施されたことについては、今後集合住宅へのサービス供給量が減る可能性があるとの懸念を示した。在宅療養との違いを尋ねる質問には、「医療・介護へのアクセスを確保していることがメリットの一つ」と述べた。

日本在宅介護協会常任理事の小林由憲参考人は、「介護職員が圧倒的に不足」していること、「9割近くの事業所で『採用困難』」となっていることへの危機感を訴えた。介護職員は2022年に統計開始以来、初めての離職超過となり、訪問介護の人材不足が特に深刻であるとした。そのような事態がすでに「サービス提供に支障を与えている」と述べた。

新たな地域医療構想に向けては、①かかりつけ医機能と情報連携の仕組み強化②医療機関と介護事業所での効果的かつ効率的な専門職の配置③医介連携をさらに促す診療報酬・介護報酬上の評価の必要性をあげた。

日本介護支援専門員協会会長の柴口里則参考人は、新たな地域医療構想を見据えた課題として、◇単独世帯の認知症高齢者など高齢者の増加◇意思決定が困難な患者に生じる早期の入退院等の困難◇協力医療機関を確保できない高齢者施設等の存在◇在宅で看取りが行える体制の不足などを指摘した。

対応策としては、①生活支援体制の整備②医療と介護の一体的な提供③介護連携情報基盤の整備④介護者へのサポート体制の構築をあげた。介護者へのサポートでは、協会としてワークサポートケアマネジャーを養成しているとした。新たな地域医療構想に対して、各市町村で基幹型の救急と在宅医療連携拠点、地域包括支援センターが連携し、「医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築」に期待を示した。

社会福祉連携推進法人リガーレ代表理事の山田尋志参考人は、社会福祉連携推進法人として、7法人が連携したグループ本部「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」(京都市北区)の設置を含め、人材の育成・組織の標準化・ケアの標準化・施設の地域展開に取り組んでいると説明した。リガーレグループが所在する各町の医療の課題としては、◇休日・夜間の救急対応◇3次救急が救急車で1時間以上かかる◇コロナでクラスターが発生したが近隣に発熱外来さなかつた一ことをあげた。

特別養護老人ホームが認知症を含む重度要介護高齢者にとって地域における安心な住まいとして重要な役割を担っていることを指摘しつつ、それを支えるための医療提供体制として、生活を支える医療の充実を求めた。そのために、かかりつけ医機能の確保や協力医療機関との連携強化、PHR共有の仕組みの構築、コミュニティケアワーカーなど専門職の育成などが必要とした。

日本精神科病院協会専務理事の櫻木章司構成員は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのため、「日常生活圏域ないしは市町村単位での地域精神科医療と日常の医療との連携や障



5月27日の検討会の様子

害福祉・介護との連携が求められている」と強調した。

精神病床は現行の地域医療構想の必要病床数に含まれていない。一般病床とは異なった入院医療の状況にあるためだ。一方、長期入院患者の減少などで精神病床は減少傾向にある。櫻木常務理事は、2024年度診療報酬改定で精神医療でも地域包括ケア病棟が創設され、機能分化が推進していることを指摘した。

また、「都会でメンタルクリニックが急増しており、地域の精神科救急に全く参画しない診療所や数分で済ませる再来患者を優先している診療所、非常勤の医師で回診させチェーン展開している診療所、安易に診断書を乱発する診療所など、さまざまな形で社会問題化している」とことへの懸念も示した。

在宅医療が構想の主要な課題

全国自治体病院協議会会長の小熊豊構成員は、自治体病院が果たす役割は地域により異なり、公立病院等でなければ担えない医療機能への重点化とあわせ、経営的な観点を含め一般医療も担う必要があると主張した。

新たな地域医療構想を踏まえた高齢者医療のあり方として、「人・物・金・情報・技術・体制の効果的、効率的活用」が、持続可能な高齢者医療・介護システムを堅持するために不可欠と指摘。同一組織により急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで総合的に取り組み、介護、老人保健施設等も一体的、複合的に展開する方式の拡大を図ることなどが求められるとした。

また、物価高騰や処遇改善、医療DXの財源確保や診療報酬・介護報酬の施設基準を満たすことのできる施設整備を求めた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦参考人は、福井県における現状の地域医療構想の推進に関する取組みを紹介。在院日数が長く、病床稼働率が低い急性期病床を持つ病院に対するヒアリングなどを実施した結果、「回復期への病床機能の転換やダウンサイジングを検討する医療機関が増えた」と述べた。また、医療機能は「病床単位」で把握したほうが、「実体をより正確に反映している」ため、2024年度中の策定が医療機関に求められている対応方針においては「病床単位」を基本にすべきとした。

新たな地域医療構想については、◇慢性期と在宅・介護提供体制との一体的構想◇大胆な集約化◇国民への丁寧な説明と情報提供◇トップダウンからボトムアップ◇マーケティング戦略を意識した情報開示◇一般病床・療養病床の枠組みの撤廃一などが必要とした。

全国有床診療所協議会副理事長の猿木和久参考人は、有床診療所の現状について、2024年2月末の施設数が5,593施設(7万5,115床)で近年減少傾向にあるとしつつ、患者のすべての病期に関わることができる「病床を持つ究極

のかかりつけ医」の医療機関と位置づけた。その上で、「高齢者を含む全世代型地域包括ケアの中核」になり得ると主張した。

地域医療構想における有床診の役割として、「急性期から看取りまで広範囲に対応し、病院病床の機能分化によって生じ得る地域医療の隙間を埋められる」ことや「医療介護の複合ニーズに対しても有床診療所の病床は有用」であることなどを説明した。

日本在宅ケアアライアンス理事長の新田國夫参考人は、「病床数を中心とした医療構想のみでは、地域医療構想とは言えない。在宅医療の受け皿が十

分に整備されない限り、地域医療構想におけるかかりつけ医・在宅診療・病院の連携による地域完結型医療提供体制の構築は困難」と主張。「在宅医療が地域医療構想の主要な課題」となり、在宅医療を支えるという発想で病院の機能を考えることが必要とした。

新たな地域医療構想に向けては、中小病院の役割の明確化やかかりつけ医機能と多職種協働のさらなる推進、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想との一体化などに期待した。

日本看護協会常任理事の吉川久美子構成員は、2040年頃を見据えた看護機能の強化における課題として、①ICT

活用やアウトリーチ型の伴走支援など外来看護の機能強化②24時間対応の連携拠点を地域に位置づけるための訪問看護事業所の機能強化・規模拡大③医療機関の敷地内などでの看護小規模多機能型居宅介護事業所の機能強化・設置推進をあげた。

最大の課題と指摘した人的資源の制約に対しては、「地域全体で看護職員を育成・確保、共有」に取り組むとした。具体的な事例として、「一部の地域医療連携推進法人では、病院と診療所、訪問看護、老健間で看護師出向を実施」、「短時間正規雇用の看護職員に、各自が夜勤可能な時間帯を柔軟に設

定」などを紹介した。

全国老人福祉施設協議会会長の大山知子参考人は、特別養護老人ホームの立場での介護の視点から、◇特養は医療提供施設ではなく「居宅等」の位置づけだが、医療が必要な場合に速やかに対応できる機能を備えているため、「居宅等」とは異なる位置づけにすべき◇配置医師のあり方・機能・役割について地域医療構想の中に位置づける必要がある◇緊急時や夜間を含めたオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みなど特養等利用者の医療アクセスの向上が必要である一と主張した。

■ 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 |
|--|---|---|--|
| 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。 |
| 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、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。 |