



全日病NEWS

2024.7.1 No.1058

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

医師偏在対策やかかりつけ医機能などで全日病の意見を発信

全日病・第12回定時総会

2024年度改定や医師の働き方改革の影響の実態把握も行う

全日本病院協会は6月15日に第12回定時総会を開き、2023年度の事業報告を行うとともに、2023年度決算を了承した。総会では、猪口会長が挨拶し、最近の医療情勢を概観した。日本医師会の定例代議員会が6月22日にあり、4年にわたる副会長の任期を終えることも報告した。

猪口会長が日医副会長の任期終了

猪口会長は冒頭挨拶で、医療をめぐる最近の情勢について発言した。



2024年度診療報酬改定については、改定財源の多くが医療従事者の賃上げに充てられることになったが、昨今の賃上げ状況を見ると、診療報酬改定では対応し切れず、医療機関の「持ち出し」が生じかねない状況に懸念を示した。

2024年度改定では、賃上げ対応以外にも大変多くの改定項目があることから、病院団体による実態調査を含め、2024年度改定の病院経営に対する影響を把握する必要性も強調した。

4月には医師に対する時間外労働規制も施行されているという声はきこえておらず、大学病院の対応の影響が表れてくるのも今後であると考えられるため、もう少し待ってから病院団体として実態調査を実施する意向を示した。

地域医療構想については、現状の地域医療構想が2025年を目標としており、新たな地域医療構想に向けた厚労省の検討会には猪口会長が構成員として参加している。猪口会長は、「新たな地

域医療構想は「今年の議論で作り方を決めて、その後実施に向けた準備に入る。今の感じだと実施は2027年度になりそうだ」と述べた。

地域医療構想以外でも、医師偏在対策やかかりつけ医機能の制度整備など医療提供体制にとって重要な課題の議論が進んでいる。厚労省の「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」には神野正博副会長、「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」には織田正道副会長が構成員として参加していることを伝えた。

猪口会長は、「これらの重要な課題には、国の審議会等で積極的に全日病の意見を発信していく」と強調した。

また、「4年間にわたって会長と日本医師会副会長を兼務してきたが、その任期がまもなく終わる」と報告した。「この間、役員ならびに会員の先生方に深いご理解、サポートをいただくことができ、自分なりに役目を果たすことができたと考えている」と述べた。

愛媛県支部の理事が高石理事長に

報告事項では、織田副会長が2023年度事業報告を行った。◇医療制度等に関する調査研究・提言、政府や関係団体との連絡協議◇病院の管理運営等に関する調査研究・提言◇医師その他病院関係者への教育研修・検定・普及啓発◇医療従事者無料職業紹介事業◇外国人受入れ事業などを説明した。

決議事項では、中村康彦副会長が2023年度決算案を示し、承認された。2023年度決算は経常収益が7億2,870万円、経常費用が7億5,070万円で、2,200万円のマイナス。これは全日病福祉センターからの寄付金を一般正味財産として収入計上するのではなく、災害支援積立資産として指定正味財産に計上したことが主な理由となっている。

また、愛媛県支部の理事交代を承認した。医療法人松原会松山第一病院の松原泰久理事長から医療法人社団樹人会北条病院の高石義浩理事長・院長に交代となった。

武見厚労相と自見特命担当相が挨拶

武見厚労相と自見特命担当相が来場し挨拶を行った。

武見厚労相は最初に、今年1月1日に起きた能登半島地震に言及。大きな被害が生じた中で、神野副会長が理事長の恵寿総合病院は、耐震構造など防災体制が備わっており、透析治療を含め被災後すぐに医療再開が可能となったことに対し、敬意を表した。



医療保険制度全般については、社会経済環境の変化の中で、「皆保険制度の基盤が確実に壊れてきている」と危機感を示した。

デジタル化などテクノロジーの進展を踏まえ、「現状の保険制度の枠組みでは対応できない事態が生じている」とし、医療に対する新たな財源確保が課題であるとした。

医師偏在対策については、地域偏在とともに診療科偏在が深刻との認識を示し、プライマリケアを担う医師の確保などを図るため、抜本的な改革が必要と主張した。そして、「皆さんの協力なくして実行できない。医師偏在をどうすれば確実に是正できるかの議論を先生方が主導してほしい」と訴えた。

マイナ保険証の利用を医療機関で増やすための協力も求めた。「全国津々



浦々に医療DXを普及させる上で、マイナ保険証はパスポートの役割を果たす。12月には確実に現状の保険証は廃止となる。一定の猶予期間を設けるなど丁寧な対応は行うが、医療機関がデジタル化に対応できるようマイナ保険証利用の普及をお願いする」と述べた。

自見特命担当相は、様々な担務がある中で、地方創生に関し、「東京一極集中は正がテーマの一つだ。少子化の状況で言えば、東京の出生率は0.99人で1を下回ったが、大学生になると多くの若者が東京に流入し、卒業後も特に女性が東京にとどまる。出生率が高い地方があっても若者自体が少なく高い出生数にはならないという構造的な問題がある。医療・介護分野の人材不足にも直結している。これをどう考えるか。この国家的課題に社会保障の観点を含めた国民的な議論が大変重要になっている」と強調した。



日医の松本会長は、猪口会長が副会長として4年間、日医や国の審議会等で指導力を発揮してきたことに感謝を示した。また、物価高騰・賃金上昇の「荒波」の中で、医療界が一致団結し行動していくことの意義を強調した。

日本医師会会長に現職の松本吉郎氏が当選

日本医師会は6月22日、第156回定例代議員会で役員選挙を行った。現職の松本吉郎氏が当選し、2期目を務めることになった。選挙は前回と同じく、松本氏と松原謙二氏の一騎打ちとなり、378票のうち、松本氏が334票、松原氏が38票を獲得した。無効が4票、白票が2票だった。

副会長3人、常任理事14人については、立候補者数が定数通りで無投票となっている。役員任期は6月22日から2年間。

【日本医師会新執行部】

(会長) 松本吉郎氏
(副会長) 3人

茂松茂人氏、角田徹氏、釜范敏氏(常任理事・14人)
城守国斗氏、長島公之氏、江澤和彦氏、宮川政昭氏、渡辺弘司氏、細川秀一氏、今村英仁氏、黒瀬巖氏、坂本泰三氏、濱口欣也氏、笹本洋一氏、佐原博之氏、松岡かおり氏、藤原慶正氏

本号の紙面から

地域包括医療病棟の調査結果	2面
2024年度診療報酬改定の検証	3面
診療報酬改定解説②(急性期)	4面
かかりつけ医研修で骨子案	5面
病院給食をめぐる状況をきく	6面
かかりつけ医機能報告を議論	7面
全日病京都学会のお知らせ	8面

清話抄

とうとう社会医療法人になっちゃいました。

自分は二代目として、父の開業した医療法人を引き継ぎました。100床に満たない小病院ですが、三次救急病院や救命救急センターからは遠く離れており周囲は小さな医療機関のみで、引

き継いだ当初は地域にCTやMRIなどの高度医療機器を整備した医療機関はありませんでした。そこで、民間病院のため補助金も出さず負担は大きかったのですが、これらの医療機器を順次整備したところ、当地域での当院の救急受入れ数が最も多くなり、県から二次救急を託されました。

当地域の人口過疎化・少子高齢化は全国平均予測の20年以上先の状況です。周囲の医療機関は外来診療や療養病床、介護保険分野が主となっていま

す。当法人も高齢患者が増え、訪問看護はじめ在宅医療、さらに介護保険分野にも対応せざるを得ない状況ですが、法人の枠にとられない地域連携を進めてきました。さらに災害に対しても、AMATはじめ各災害派遣医療チームに参加し、市や県等との連携にも取り組んできました。

気づくと自分の年齢は70歳を超え、次世代には当法人の相続税を払える余裕などありません。今後も地域に当法人による医療を存続させるため、また

行政と連携した活動に取り組む必要性も感じ、以前から考えていたへき地支援の社会医療法人を選択しました。

P.S. 当院はDPC算定しておりネットで経常利益率が数%あるのを周知されているため、M&Aを請け負う各社からは自分や家族全員が一生暮らせる額を提示される商談が多々ありましたが、救急、災害など不採算部門を引き継いでいただけるとは思えず売却しませんでした。悔いなき判断です。

(H.H)

主張

病院の広報・マーケティングを考える

人口減少、働き方改革等の影響により集患、人材獲得に苦勞することが多くなっています。特に人口減少の大きい地方では深刻です。都市部でも、紹介業者を利用せざるを得ない状況が増え、紹介手数料が大きな負担となっています。集患とリクルートに役立つような病院の広報・マーケティングは重要です。

当然のことですが、発信する情報の信頼性、透明性の確保は大前提で

す。患者様はもちろん、募集する人材のターゲットを設定して効果的な情報発信を行い、それに対するフィードバックを改善に繋げます。SNSの活用、SEO対策、求められる動画やコンテンツづくり等のデジタルプレゼンスを強化することも大切です。また、地域イベントへの参加や地域住民向けの疾病予防・健康維持等の啓発活動を通して地域住民との連携を深めることも必要です。特にリクルートには教育研修

とキャリア開発を充実させ、働きやすく、インクルーシブな職場環境をつくることが求められます。

もちろん上記のことをすでに実践されている病院もあるでしょう。しかし、多くの中小病院では広報専任の職員を配置することが困難なことが多く、予算も限られていると思います。何か少しでも会員病院の役に立つ、広報・マーケティングのコスパの良いコツやノウハウがあればよいのにと考えています。

そんな折、「病院ファンづくり合同勉強会」というオンライン勉強会に参加しました。全国の病院のファンづくり・サポーターづくりの活動(広報、

地域活動、医療連携など)の発表を聞いて意見交換をする会です。年に1回は「病院ファンづくり甲子園」という全国から勝ち上がった施設の熱い戦いもあります。様々な病院が、驚くような企画やアイデアを実現されていて、明日からやってみようと思うことが多くあります。

これからは広報を通して、患者様や職員になる前の人々や、今は病院に用いない人々に病院のファンになっていただき、地域で共創する活動が必要でしょう。目指すは、〈地域の病院=医療サービス×よろず相談所×行きたくなる楽しい場所+災害拠点〉。

(宮地千尋)

施設基準が厳しく地域包括医療病棟への転換が困難

3病院団体調査

地域包括医療病棟入院料への移行調査(速報値)を公表

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体は6月10日、「地域包括医療病棟入院料への移行調査(速報値)」を公表した。2024年度診療報酬改定で創設した「地域包括医療病棟」への転換を予定している病院は、回答した1,002病院のうち39病院で約4%にとどまることがわかった。

施設基準が厳しいとの声が多数上がっており、厚生労働省から救済措置が示されたことの影響に期待しつつも、高齢者急性期入院患者受入れの量的確保が困難になることへの懸念を示している。

3団体の加盟病院に調査を依頼し、6月3日時点で1,002病院から回答があった。救急搬送受入件数の状況を見ると、ゼロ件が125病院、1~499件が313病院、500~999件が101病院、1,000件以上が463病院となっている。

転換予定は39病院、検討中が141病院、転換予定なしは822病院だった。転換予定・検討中の病院の内訳は、急性期病棟全部転換が57病院、一部が91

病院、地域包括ケア病棟のすべてが14病院、一部が7病院等。転換を予定する病院のうち、DPC対象病院は25病院、DPC非対象病院は14病院である。

転換予定・検討中である理由をきくと、「急性期一般入院料1を維持できないため」が53病院で最も多い。次いで、その他の33病院を除くと、「増収・入院患者の確保が見込めるため」(27病院)、「地域や患者のニーズに合わせるため」(21病院)の順で多くなっている。また、「DPCを維持できない」との回答も9病院からある。

一方、転換しない理由では、「現在の病棟機能を維持できるため」が442病院で最も多く、次いで「示された施設基準を満たせないため」(324病院)、「転換できる病棟を有していないため」(21病院)となっている。

施設基準に関しては詳細に調査した。それによると、「『重症度、医療・看護必要度』の該当患者割合(必要度Iで16%、必要度IIで15%)と、入棟患者のうち入院初日に『B項目3点以上』に

該当する割合が50%以上」を満たせないという回答が多かった。

続いて、「救急搬送の割合が15%以上」「平均在院日数21日以内」「在宅復帰率8割以上」「一般病棟から転換したものの割合が5%未満」「ADLが入院時と比較して低下した患者割合5%未満」「常勤のPT、OTまたはSTが2名以上、専任の常勤の管理栄養士1名以上」「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」「看護職員10対1」を満たせない病院が多かった。

「地域包括医療病棟」に対する意見として、「地域包括ケア病棟への転換が在宅復帰の対象とならない」「施設基準が厳しすぎる」「地域包括医療病棟の点数設定が低い」ことの改善を求める意見があった。

調査結果の総評では、2024年度改定で急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度」の厳格化などにより、急性期一般入院料1を満たせなくなった病院が生じる一方で、「地域包括医

療病棟」の施設基準が厳しすぎるため、移行しにくいことを問題視した。

「地域包括医療病棟」は地域の医療提供体制において、特に要介護等の高齢者救急医療の受入れ先として創設された。しかし、届出ができなければ、地域医療で高齢者急性期患者の受入れ先の量的確保ができなくなる可能性がある。

一方、5月31日の疑義解釈(その7)で、「施設基準を届け出たものの、一時的に特定の要件を満たすことが難しくなった場合、3か月を上限として、実績の対象期間から除外することを認める」ことになった。これについて、今回の調査で明らかになった「地域包括医療病棟」への移行困難な現状に対する一定程度の救済措置になるとの期待を示した。

その上で、今後とも急性期一般病棟を中心とした「地域包括医療病棟」への届出移行の実態を継続して調査するとともに、高齢者急性期入院患者の受入れ動向を注視する考えを示した。

在宅医療や長期処方、医療DXなどの特別調査を実施

中医協総会

2024年度改定の答申書附帯意見を踏まえた検証

中医協総会(小塩隆士会長)は6月12日、2024年度診療報酬改定の答申書附帯意見を踏まえた特別調査の実施を了承した。在宅医療や長期処方、医療DXなどが調査事項となる。診療報酬改定結果検証部会の委員、関係学会などで構成する調査検討委員会が具体的な調査設計を行い、検証部会・総会で決定する。2024年度調査は2025年3月以降、2025年度調査は2026年度改定の議論の状況に留意しつつ、2025年11月以降に結果を報告する。

2024年度調査の主な調査事項は、①精神医療等の実施状況調査②在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査③長期処方やリフィル処方の実施状況調査④後発医

薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査。2025年度調査は、⑤医療DXの実施状況調査⑥かかりつけ歯科医の機能の評価等に関する実施状況調査⑦かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査。また③④は2025年度調査でも実施する。

DPC対象病院からの退出

DPC対象病院からの退出の報告があった。社会医療法人聖医会サザン・リージョン病院と長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院が9月1日付けでDPC制度から退出する。理由はいずれも「今後DPC対象病院の基準を満たす見込み」がなく、「地域包括医療病棟への病棟再編を行うため」と

している。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「(2024年度改定によりDPC制度で1月のデータ数が90未満になると基礎係数が下がるなどの理由で)多くの病院が今後DPC制度から離脱することが予想される。地域包括医療病棟など特定入院料に転換する場合、円滑な転換ができるように退出手続きや転換の準備について、丁寧でわかりやすい説明をお願いする。DPC制度の退出ルールはあまり知られていないので、そうしないと現場に混乱が生じるおそれがある」と述べた。

マイナ保険証の利用でヒアリング

2024年度改定で新設された医療DX

推進体制整備加算の施設基準に、「マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること(2024年10月1日から適用)」がある。この実績を決めるため、医療DX推進体制整備加算のヒアリングを実施することを了承した。

病院、診療所、歯科診療所、薬局から各10施設程度をヒアリング対象とし、マイナ保険証の利用状況や利用促進の取組み状況をきく。6月中に実施予定。その後総会で実績要件を議論する。委員からはマイナ保険証の利用率が高い施設と低い施設、利用促進の取組み状況について困難を抱えている施設と積極的な施設の両者からヒアリングを行うべきとの意見があった。

合計特殊出生率が1.20に低下し過去最低

人口動態統計

死亡数は158万人で人口は85万人の減少

厚生労働省は6月5日、2023年人口動態統計月報年計(概数)の概況を公表した。2023年の合計特殊出生率は1.20で2022年の1.26より低下した。出生数は72万7,277人で、死亡数は157万5,936人。この結果、人口は84万8,659人の減少となった。

合計特殊出生率の推移をみると、

2006年から上昇傾向が続いていたが、2014年に低下し2015年の再上昇後、2016年からは再び低下している。合計特殊出生率の内訳を母の年齢(5歳階級)別にみると、最も出生率が高いのは30~34歳。都道府県別では沖縄県(1.60)、宮崎県(1.49)、長崎県(1.49)が高く、東京都(0.99)、北海道(1.06)、

宮城県(1.07)が低くなっている。東京都の合計特殊出生率は1を下回った。

死亡数は2022年より6,886人増加した。75歳以上の高齢者の死亡数が増加しており、2012年からは全死亡数の7割を超えている。死因別にみると、死因順位の第1位は悪性新生物(腫瘍)(全死亡者に占める割合は24.3%)、第

2位は心疾患(高血圧性を除く)(同14.7%)、第3位は老衰(同12.1%)となっている。

出生数と死亡数の差である自然増減数は▲84万8,659人で、2022年の▲79万8,291人より減少数が5万368人増えた。減少数は17年連続で増加している。また、自然増減数は、すべての都道府県でマイナスである。

そのほか、死産数は1万5,532胎、婚姻件数は47万4,717組、離婚件数は18万3,808組となっている。

入院医療全般、働き方改革、外来などの改定影響を調査

中医協・入院医療等調査評価分科会

猪口会長、津留常任理事は地域包括医療病棟への転換に関する調査で要望

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は6月14日、同分科会の今後のスケジュールを確認するとともに、2024年度診療報酬改定の答申書附帯意見に基づく調査項目・内容案を確認した。医療機関などにおける賃上げの実施状況の把握も行う。

同分科会は診療報酬改定に向けた議論において、技術的な課題に関する専門的な調査・検討を行う役割を担っている。その際、技術的な検討課題をより効率的に行うため、◇診療情報・指標等作業グループ◇DPC/PDPS等作業グループを設置しており、2028年度改定に向けても両グループでの検討を行うとした。

2024年度改定の結果検証のための調査項目・内容を見ると、2024年度改定の主要事項が並んでいる。

具体的には、①急性期医療及び救急

医療等に対する評価の見直しの影響②特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響③地域包括医療病棟の新設の影響④地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響⑤療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響⑥医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等⑦外来医療に係る評価等⑧医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態一の8項目がある。

2024年度と2025年度でこれらの調査を2回行うが、医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態については、回復期リハビリテーション病棟の特例を活用する病院が2024年度では少ないと考えられ、2025年度調査のみとする。

全日病常任理事の津留英智委員は、

「急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響」について、「2024年度改定の急性期一般入院料1の厳格化で他の入院料等に転換する病院が出てくるのが想定される。中医協のシミュレーションでは15%程度の病院が施設基準を満たせなくなるとの試算があったが、肌感覚ではそれよりも多くなる可能性がある。一方、転換先の選択肢である地域包括医療病棟の施設基準が厳し過ぎる。3病院団体の調査で転換予定は約4%にとどまった。厚労省が疑義解釈で救済措置を示したことの意義は大きいですが、それでも施設基準のハードルは高い。小さく産んで大きく育てるとの趣旨だと思うが、転換したくてもできない理由をきちんと把握する必要がある。特に、『ADLが入院時と比較して低下した患者割合5%未満』が難しい場合がある。例えば、『予定入院』は分母・分子から除外するこ

とも考えられるのではないかと述べた。

日本医師会副会長として参加した全日病会長の猪口雄二委員も、同じ調査項目をDPC制度との関連で発言した。「(DPC対象で病床数の少ない)中小病院が一部の病棟を地域包括医療病棟に転換すると、データ数が1月90未満となり、基礎係数が下がる基準に該当しDPC対象病院を継続することが難しくなる。将来的にはDPC制度の退出基準とする方針であり、DPC対象病院である中小病院への影響が大きい。その影響も調査してほしい」と述べた。

医療機関等における賃上げの実施状況については、◇ベースアップ評価料の新設◇初再診料、入院基本料等の引上げによる賃上げ状況を調査する。ベースアップ評価料の分は賃金改善実績報告書などにより把握する。

医療情報システム安全管理責任者を設置する病院が増加

厚労省・医療等情報利活用WG

病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策の調査結果

厚生労働省は6月10日の「健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ」(澤智博主査)に、「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査」の結果を報告した。医療情報システム安全管理責任者を設置している病院などの比率が高まったのに対し、サイバー攻撃に備えたBCPを策定している病院はまだ少ないなどの結果が出ている。

調査はG-MISのIDが付与された8,171病院を対象とし、有効回答数は5,353病院(回答率65.5%)。病床数の多い病院の回答が比較的多い。

医療情報システム安全管理責任者を設置している病院は昨年調査の73%から86%に増加した。500床以上では99%となっている(下図)。電子カルテシステムを利用している病院は71%から70%に微減しほぼ変化はなかった。

今年から始めた調査では、「自組織のネットワーク構成を把握している」病院が92%、「サイバー攻撃に係る注意喚起や脆弱性情報を日頃から収集・確認している」病院が82%。また、「電子カルテシステムのバックアップデー

タを作成している」病院が99%といった結果となっており、回答病院の多くで基本的な対応が行われている。

電子カルテシステムのバックアップについては、更新頻度が毎日との回答は91%、作成個数は1~3個で回答が分かれた。バックアップをオフラインで保管している病院は52%でほぼ半数であった。

「サイバー攻撃等によるシステム障害発生時に備えて、BCPを策定している」病院は昨年の23%から27%に増加したが低い水準にとどまっている。ただ構成員から「サイバー攻撃に特化したBCPを策定している事業体は少ないので、質問の仕方が適切ではなかった可能性がある」との指摘が出た。

2024年度診療報酬改定では、適切な診療録の管理を評価している診療録管理体制加算において、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置や院内研修の実施を求める病院の範囲が、400床以上から200床以上に拡大されている(経過措置あり)。このため、この施設基準を200床未満の病院にも適用すれば、医療情報システムの安全管理が推進されるとの意見もあった。

地連ネットワークには濃淡がある

政府の医療DXにおける全国医療情報プラットフォームと、従来から取組みが行われている地域医療情報連携ネットワークに関する論点も議論された。地連ネットワークに対しては、これまで地域医療介護総合確保基金などで支援し、各地域の状況に合わせて構築が進められた経緯がある。ただ、地連ネットワークではそれぞれの活動状況に「濃淡」があり、医療機関の参加率が低い地域があるなど医療情報の電子的なやり取りは限定的との指摘がある。

日本医師会常任理事の長島公之構成員は、「新幹線とローカル線、高速道路と生活道路の違いがあるように、全国医療情報プラットフォームと地連ネットワークは役割が異なり、組み合わせる活用することが大事だ。しかしながら、地連ネットワークでなければできないことは何かなど両者の関係を整理する必要はある。また必要な補助は継続するべきだ」と述べた。他の構成員も概ね長島構成員の意見に同意した。

そのほか、電子カルテ情報共有サービスの運用をめぐる課題に関し、◇医療情報閲覧におけるFHIR対応◇バリ

デーション(仕様の検証)の運用◇電子カルテ情報共有サービスのモデル事業◇医療機関への補助が議論された。

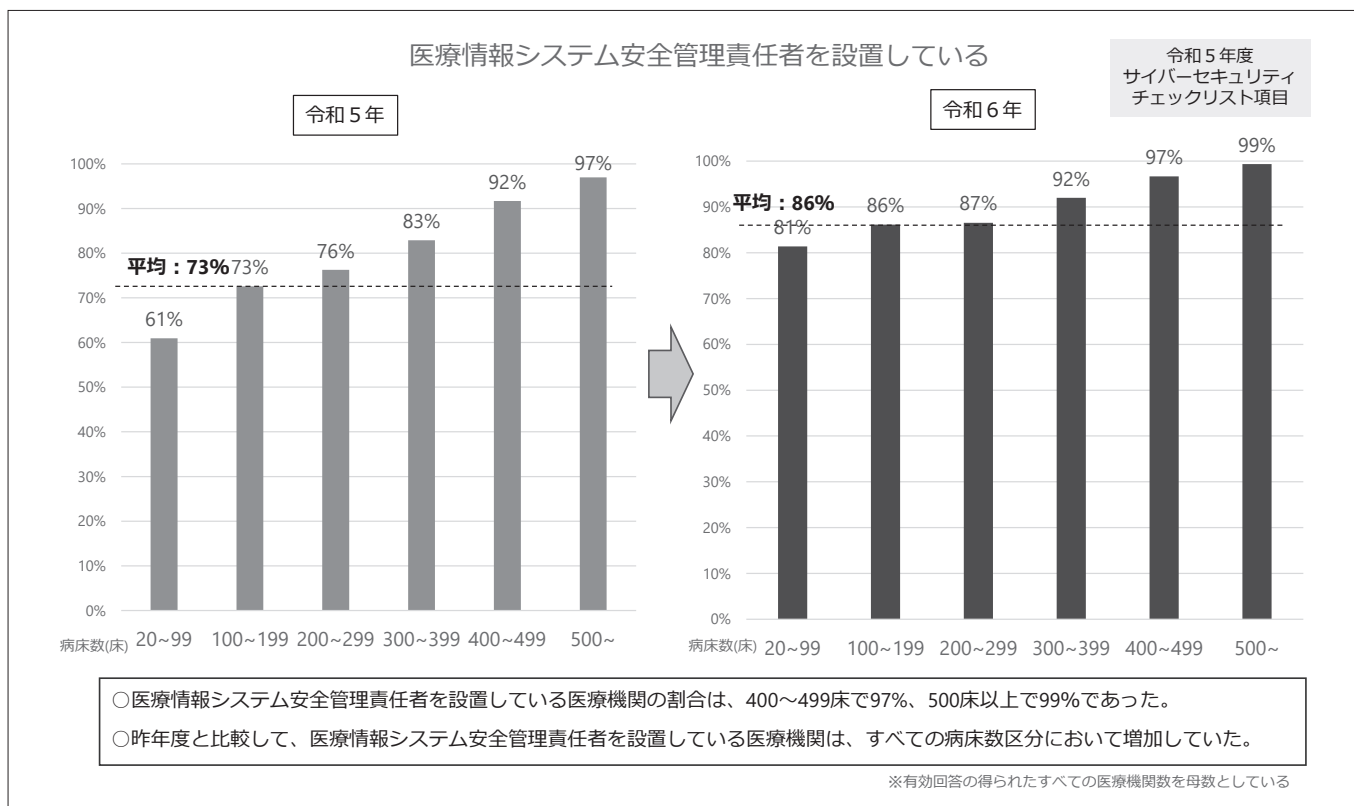
FHIR対応については、電子カルテ情報共有サービスで共有するファイル形式をHL7 FHIR形式に統一することなどが論点とされ、統一のためにはベンダへの支援と医療機関に負担がかからない仕組みを求める意見が出た。バリデーションの仕様については、検証の仕組みを技術解説書やインターフェイス仕様書等に明記するとし、構成のイメージを示した。

電子カルテ情報共有サービスのモデル事業は、患者情報の一部を医療機関間で電子的に共有するなど電子カルテ情報共有サービスの有用性や機能検証を行うことを目的とする。モデル事業予定地は◇北海道(函館地区)◇山形県(日本海総合病院を中心とした地域)◇茨城県(水戸済生会総合病院を中心とした地域)◇千葉県(千葉大学医学部附属病院を中心とした地域)◇静岡県(浜松医科大学医学部附属病院を中心とした病院連携)◇愛知県(藤田医科大学病院を中心とした地域)◇石川県(加賀市(デジタル田園健康特区))◇奈良県(南奈良総合医療センターを中心とした地域)◇三重県(三重大学医学部附属病院を中心とした地域)となっている。

基本的には、中核的な病院と複数の中小病院・診療所が連携する形を想定しており、長島構成員は診療所を支援するため、地域医師会の協力を求めるべきと発言した。

電子カルテ情報共有サービスにおける医療機関への補助については、電子カルテ情報標準規格準拠対応事業で実施している。健診実施医療機関の場合(健診部門システム導入済医療機関)の支援の上限額は、200床以上の病院で658万円、20~199床で546万円、健診未実施医療機関の場合(健診部門システム未導入医療機関)は同様に、508万円、409万円となっている。

長島構成員は、医療機関にかかる実際の費用が想定を上回る人が多いので、ベンダの請求額の相場の変動など状況把握を適切に行い、必要に応じて上限を引き上げることを主張した。



急性期入院医療は中小病院にとって厳しい改定となった ～急性期入院医療について～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会 副委員長 太田圭洋

■中医協では高齢者救急が主題に

今回の2024年度診療報酬改定は、地域で急性期医療を担う病院、特に高齢者救急に対応してきた中小の民間病院に非常に厳しい改定内容となった。トピックとしては①重症度、医療・看護必要度の見直し、特に急性期一般入院料1の施設基準(『必要度』の該当患者割合)の変更②地域包括医療病棟入院料の新設③DPC対象病院の基準(データ数に係る基準)の見直し—の3点が一番大きな影響を及ぼすと考える。

診療報酬、介護報酬、障害サービス報酬の同時改定において、中医協の議論では、誤嚥性肺炎、尿路感染症など高齢者特有の救急患者の入院を急性期一般入院料1で対応している現状に関して、かなり早い時期から議論されてきた。眞鍋馨保険局医療課長がかねてより力を入れてきた領域が、高齢者入院医療における機能分化、連携の深化であったことが関連していると感じている。

中医協で準備された一連の資料、および介護給付費分科会との意見交換会での資料では、高齢者医療の現状分析と方向性の議論に多くの時間と紙数が使われている。それらの資料では、増え続ける救急搬送の中でも、特に高齢者の軽症、中等症の救急搬送が増加していること、高齢者の入院で多くを占める誤嚥性肺炎、尿路感染症などの入院では、手術、処置、薬剤などの医療資源投入量が急性期一般入院料1の病棟と、急性期一般入院料2～6の病棟および地域包括ケア病棟などで大きな違いがないこと、また高齢者が急性期病棟に入院している間にADLが低下する傾向にあることなどが繰り返し示された。「より適切な高齢者入院対応が可能と考えられる地域包括ケア病棟で高齢者救急は対応すべきである」との厚生労働省の考えが透けて見えるような資料提示だった。

しかし、地域包括ケア病棟での高齢者救急対応は、現場を熟知する多くの先生方から、人的資源の配置の問題で、特に夜間帯では困難であること、高齢者の救急対応は人的資源がかなりかかり、地域包括ケア病棟では症例を限定して受け入れているという主張がなされた。実際に、地域包括ケア病棟は13対1の看護配置が基準であり、その場合は2人夜勤となる。そのような病棟でも高齢者救急患者の入院対応が可能であると、どうも支払側は本改定の中盤まで思っていた節がある。

厚生労働省自体も、本改定の中医協議論の前半までは、「高齢者救急は地域包括ケア病棟で受け入れることを主体に」と真剣に考えていたようであった。しかし課内での議論の結果、秋口に入るくらいのタイミングで方針を変更し

たように私は感じている。

■地域包括医療病棟新設への評価

高齢者救急の議論を受けて、さまざまな先生方の場外での主張、および中医協での診療側委員の主張により、本改定では地域包括医療病棟入院料という特定入院料を新設する結果につながった。

13対1の病棟、すなわち2人夜勤の病棟で、夜間帯に新規に救急患者入院を受け入れることの困難性に関しては、過去に多くの病院関係者が意見として主張していたが、過去の改定では厚労省は理解を示してこなかった。今回の入院料新設は、厚生労働省もようやく現場の実情を考慮に入れ、より現実的な対応を検討するようになったと評価している。

しかし、地域包括医療病棟に関しては、施設基準の設定が非常に厳しいことが問題として残っている。今後、この点に対応していく必要がある。

■急性期一般入院料1は厳格化

さて、今回の改定では、重症度、医療・看護必要度も評価項目と該当患者割合の見直しが大幅に行われた。A項目のうち、創傷措置、呼吸器ケアの対象診療行為の必要度Ⅱへの統一、注射薬剤3種類以上の管理に関して7日間の上限の設定及び静脈栄養関連薬剤の除外、抗悪性腫瘍剤注射・内服の対象薬剤の厳格化などである。

しかし、一番大きな項目は「救急搬送後の入院」に関する評価日数の5日から2日への短縮化である。特に「救急搬送後の入院」の項目見直しは、前述の高齢者救急からの入院を、急性期一般入院料1から他の入院料算定病院へ移動させることを目的に行われたといっても過言ではない。「病棟の機能分化を進め入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制を構築していくため」と説明されているが、実情としては、誤嚥性肺炎、尿路感染症など内科系疾患を有する高齢者の救急入院に対応している病院を、急性期一般入院料1(7対1)から引きずり落とすことを目的とした要件の見直し、および該当患者割合の変更であると感じざるを得ない。

中医協におけるシミュレーションでは、今回の評価項目および該当患者割合の見直しにより、15%を超える病院が急性期一般入院料1を維持できなくなることが想定されている。中医協答申後、多くの病院が「重症度、医療・看護必要度」のシミュレーションを行っているが、個別に聞いている情報ではかなり大きな影響を及ぼす結果となっている。最終的な結果は、今年全日病など3病院団体の実態調査(7月

から8月に実施予定)で明らかになると思われる。各病院の機能にもよるが、「必要度」がいきなり10%程度低下し、急性期一般入院料1であった病院が、急性期一般入院料4の15%も満たせないという病院の存在も聞いている。

特に外科系診療科が薄く、内科系の高齢者救急対応に力を入れてきた中小病院は、急性期一般入院料1が「必要度Ⅱ」での評価が要件化されたこともあり、新たに算定していく入院料を検討せざるを得なくなっている病院が多い。そのような高齢者救急対応を担っていただいている病院のために、どのように地域包括医療病棟入院料が機能していくかが非常に重要なポイントである。

しかし、地域包括医療病棟の施設基準は非常に厳しく設定された。病棟への常勤のセラピスト、専任の管理栄養士の配置、ADL低下患者割合が5%未満、「必要度」が15%、「必要度Ⅱ」の場合)、平均在院日数21日、在宅復帰率8割以上、他の一般病棟からの転棟割合5%未満、救急搬送された患者(下り搬送含む)の割合が15%以上など、その項目は多岐にわたる。

地域包括医療病棟入院料は10年ぶりに新設された入院料であり、地域に密着して医療を提供している民間中小病院にとって、今後、非常に重要な入院料になっていくことが確実である。したがって、施設基準に関して現実的な水準にさせていただくよう、答申に向けた議論において医療課の担当者とはさまざまな話し合いを行ってきた。しかし、財政制約もあるのだと思われるが、「小さく生んで大きく育てる」という担当者の意向は変わらなかった。

答申後も疑義解釈で緩和できる方法はないかと継続して要望を続けた。特にADL低下患者割合5%未満と必要度15%以上は、高齢者救急患者の受入れを主体として運用する病棟では両立させることが難しく、せめてADL低下患者割合から4日以内の予定手術症例を除外していただくよう、病院団体として強く要望してきた。

要望に先立ち、全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会は合同で、「地域包括医療病棟入院料への移行調査」を本年5月に緊急実施した。その結果では、新入院料への転換予定は1,002病院の中で39病院にとどまり、検討中の病院も141病院にとどまることが判明した。施設基準として満たせないと回答した項目は多岐にわたり、「必要度」の割合、救急患者15%以上、在宅復帰率8割、セラピスト・管理栄養士配置、他病棟からの転棟割合5%未満、ADL低下患者割合5%未満などが多かった。

この結果をもとに医療課と水面下で

折衝した結果、5月31日付の事務連絡、疑義解釈(その7)において、「施設基準を届け出たものの、一時的に特定の要件を満たすことが難しくなった場合、3か月を上限として、実績の対象期間から除外することを認める」との解釈が示された。この疑義解釈通知が、地域包括医療病棟入院料への移行困難な現状に対しての一定程度の救済措置になることを期待したい。

■DPC退出に追い込まれる懸念

最後に、「DPC対象病院の基準(データ数に係る基準)の見直し」に関して、適切な包括評価を行う観点からとしてデータ数に係る基準(1月あたりデータ数が90以上)が設定された。この基準は次回の2026年改定時よりDPC制度への参加および退出に関わる判断基準として用いるとされている。簡潔に言うと、DPCでの算定の患者数が少ない病院はDPC制度には適していないと結論づけられたこととなる。

適正なDPC係数を設定する上で、小規模病院(データ数が少ない病院)のデータは、DPC対象病院として標準的な病院と比べて行われている医療内容に明らかに差が生じており、包括評価をゆがめているという意見が入院・外来医療の調査・評価分科会などであった。中小病院への影響が大きいと、90という数の妥当性を含め、変更案の再検討を診療側として強く事務局に要望したが、認められなかった。今回の改定では、103病院がデータ数90未満に該当し、基礎係数が大幅に引き下げられる結果となっている。

これを受けて、一部の病院から、「『必要度』の見直しにより地域包括医療病棟などの特定入院料に一部病棟の転換を検討しているが、DPCデータ数が90未満になってしまい、DPC制度から退出に追い込まれる」という悲痛な声も聞いている。地域で急性期機能を担ってきた中小民間病院には非常に大きな影響を及ぼす制度変更となっている。

以上、簡単に急性期入院医療について、中小民間病院に影響の大きな変更点に関して、その内容と経緯に関して説明した。中医協委員として本改定の議論に参加したものと、このような厳しい改定内容になってしまったことに関して申し訳なく思っている。しかし、納得できる理屈を示すことができなければ、改定内容が修正できる領域は限られる。

次回2026年改定は民間病院にとって正念場の改定となると思っている。地域で中小の民間病院が担っている医療機能の重要性を、より幅広く国民に伝えていく努力を、関係者が一丸となり全力で行っていく必要がある。

医師偏在対策を2024年末までに策定、骨太方針

政府は6月21日、「経済財政運営と改革の基本方針2024(骨太方針2024)」を閣議決定した。注目されていた医師偏在対策の方針については、「総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する」と明記した。医学部定員に関しては、「2027年度以降に適正化の

検討を速やかに行う」ことを求めた。

総合的な対策に向けては医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、◇医師確保計画の深化◇医師養成過程での地域枠の活用◇大学病院からの医師の派遣◇総合的な診療能力を有する医師の育成◇リカ

レント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組み◇経済的インセンティブによる偏在是正◇医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組みの実施に言及。経済的インセンティブにも触れている。

地域医療構想については、「かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体」に対象範囲を拡大。従来の目的であった病床機能の分化・連携に加えて、「医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援のあり方等」を検討し、「法制上の措置を含めて、2024年末までに結論を得るとの方針を示した。

かかりつけ医機能報告の研修骨子案を提示

厚生労働省・かかりつけ医機能制度分科会

医療団体の研修制度を参考に座学と実地内容を今後整理

厚生労働省は6月21日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)に、かかりつけ医機能報告の報告対象となる医師研修の骨子案を提示した。日本医師会や全日病、日本病院会の研修制度を参考に、知識(座学)と経験(実地)の両面から望ましい内容を整理し、厚生労働科学研究で詳細を検討する。医療団体の構成員からは、研修修了者の数が限定的とならない仕組みとすることを求める意見が相次いだ。

今回提示した医師研修の骨子案は、かかりつけ医機能報告の報告対象に該当する研修である。対象者は、地域で新たに開業を検討している勤務医や、地域の診療所や中小病院等で診療を行っている医師。研修の実施団体が各研修の修了要件を満たしているかを確認する。その際、地域の診療所などで一定期間以上の診療実績がある場合にはその診療実績を考慮するとしている。

知識(座学)研修は、「幅広い診療領域への対応に関する内容」と「地域連携

・多職種連携等に関する内容」を必須にすべきとした。研修項目は選択式とし、具体的な研修項目は厚労科で検討する。高齢者の診療、医療DXを活用した医療提供、在宅医療、初期救急、チームビルディング、介護保険の仕組みなどが例示された。「E-learningシステム」の整備も国が支援して進める。

実地(経験)研修では、在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療を必須にすべきとした。研修項目は選択式とし、具体的な研修項目は厚労科で検討する。かかりつけ医機能報告を通じて、実地研修の場を提供する医療機関と受講の意向のある医師のマッチングを行う仕組みを整備する。実地研修を行う医療機関として、かかりつけ医機能を支援する医療機関、在宅療養支援病院・診療所、地域医療支援病院を例示した。

実地研修に要する設備整備等については、地域医療介護総合確保基金による支援を可能とする考えも示された。

骨子案に対しては、概ね賛意が示された。ただ、一定の研修を修了した医

師がかかりつけ医機能報告の報告対象になるということは、医療機関がかかりつけ医機能を有しているかを判断する基準にも関わってくる。このため、かかりつけ医機能の確保と研修修了者の質の担保の間で、委員の意見に温度差がみられた。

全日病副会長の織田正道構成員は、「すでに全国の二次医療圏の半数以上は過疎地で、機能分化や研修体制の整備が難しくなっている地域も少なくない。(研修修了要件を厳しくして)研修を修了できる医師が限定的になるようなことは避けるべき」と述べ、かかりつけ医機能の確保が優先されるべきであることを強調した。また、全日病をはじめ各医療団体がすでに実施している研修制度に対する配慮も求めた。

「ナビイ」に情報項目を追加

国民・患者がかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるようにするための医療機能情報提供制度の刷新が論点となった。同制度について

は、今年度から「ナビイ」の愛称で、全国の情報を一元化・標準化した全国統一システムがスタートしているが、かかりつけ医機能の制度整備にあわせて、情報提供項目を見直す。

同分科会では現在、かかりつけ医機能報告の「1号機能」と「2号機能」を議論している。基本的には、「今後担う機能の有無」以外は両者の機能を情報提供項目に位置付ける。その際、国民・患者に対する情報提供であることから、用語解説を作成するとともに、上手な医療のかかり方を周知する。「ナビイ」のトップページに「かかりつけ医機能で探す」ボタンを追加し、検索条件設定ページを作成する。

また、障害のある方に対する対応案として、◇医療機能情報提供制度で障害のある方が医療機関を探しやすくなるため、施設のバリアフリー化など医療機関の環境整備を記載◇「ナビイ」のトップページに利用者区分として「障害児・者、難病患者」を選択できるボタンを設けることなどを了承した。

リフィル処方・長期処方の活用、電子処方箋の導入を推進

政府・デジタル行財政改革会議

デジタル行財政改革取りまとめ2024を決定

政府のデジタル行財政改革会議は6月18日、デジタル行財政改革取りまとめ2024を決定した。岸田文雄首相は、「デジタル活用を阻害する規制・制度の徹底した見直しを進めていく」と強調した。医療については、電子処方箋の導入促進、リフィル処方・長期処方の活用を推進、オンライン診療・遠隔医療の拡充に関して言及がある。

リフィル処方については、「医療保険者による加入者に対する個別の周知など、医療保険者や医療現場と連携し、あらゆる機会を捉えて、リフィル処方について工夫を凝らした国民に分かりやすい形での周知・広報を行うことで、リフィル処方の認知度を向上させるとともに、その活用を推進する」との方針を示した。長期処方についても、「患者の利便性や負担軽減の効果が大きい長期処方についても、リフィル処方と併せて、その活用を推進する」とし、制度的な対応には触れていない。

一方で、2024年度診療報酬改定による影響の調査・検証とともに、次回診療報酬改定で、適切な運用や活用策について検討することを求めた。

オンライン診療の拡充については、患者が長時間にわたり滞在する場合は、通所介護事業所等でオンライン診療が可能であることの周知や機器操作のサポートができることが明確化されたことを伝えた。へき地以外でも介護事業所等で医師非常駐の診療所を開設することも同様に明記した。これらは厚生労働省の通知ですすでに対応が図られている。

電子処方箋については、医療DXの中で「電子処方箋の進捗状況が芳しくない」と指摘。「都道府県に対して関連の上乗せ補助金(2023年度補正予算)の積極的な活用を働きかけるほか、都道府県別に病院、診療所、薬局別の導入状況を速やかに公表し、その後も定期的に公表する。導入が低調に留まる

都道府県については、都道府県と連携して、関係団体や中核的な医療機関等

に積極的な働きかけを行うなど、さらなる取組みを推進する」とした。

一冊の本 book review

1100日間の葛藤

新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録

著者●尾身茂

出版社●日経BP

定価●1,980円(税込)

新型コロナウイルス感染症対策分科会会長を務められた尾身茂先生のご著書。日本での感染確認当初から、様々な専門家が、何を考え、何に悩み、そしてどのような提言を出してきたのかが、つぶさに描かれている。

新型コロナの感染症法上の位置づけが5類になってから1年が経ち、今後の感染症発生・まん延に備えて設定されることになった「協定指定医療機関」との協定締結も進められている。今後、感染症が発生・まん延したときには、協定指定医療機関を中心に病床確保や発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供などが行われる予定である。次のパンデミックに向けて、医療機関はどのような準備をし、国や都道府県、市区町村などの行政にどのような準備を要請すればよいか。本書が大きなヒントになるのではないだろうか。(安藤高夫)



2024年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月18日

【主な協議事項】

- 以下の正会員から準会員への会員種別変更を承認した。
 - 北海道 医療法人社団正寿会秋山ウイメンズ・ARTクリニック 理事長 秋山 実男 (旧：医療法人社団正寿会秋山記念病院)
- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 京都府 医療法人清水会脳神経リハビリ北大路病院 理事長 清水 鴻一郎
 - 徳島県 医療法人きたじま倚山会きたじま岡病院 理事長 宮本 貴由
 - 大分県 医療法人博慈会内田病院 理事長 内田 明宏
- 退会が4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 一般財団法人柏戸記念財団ポートスクエア柏戸クリニック 理事長 柏戸 正英

- 準会員は合計122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)について説明があり、承認された。
- 2023年度決算報告(案)について承認し、第12回定時総会に諮ることとなった。
- 愛媛県支部長、副支部長、理事の交代について、審議の結果、承認された。
- 第12回定時総会の開催について承認された。
- 事務局移転日及び新事務局所在地について説明があり、承認された。
- 4月に施行された医師の働き方改革に伴い、大学からの医師派遣が厳しくなると予想される会員病院からの状況が報告された。また、地方の医療現場の医師確保問題について、地域医療構想調整会議の現状、公的病院と民間病院のあり方、医師派遣・医師養成のあり方、医師の地域偏在などをめぐり意見交換が行われた。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

- 「中医協 総会」の報告があり、質疑が行われた。
- 令和5年度厚生労働省医薬局医薬安全対策課委託事業「高齢者の医薬品適正使用推進事業に係る実態調査及び指針と業務手順書等の見直しの検討・作成一式」について報告された。
- 「2023年度人間ドックに関する調査」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
 - 北海道 札幌白石記念病院
 - 埼玉県 西部総合病院
 - 長野県 諏訪湖畔病院
 - 静岡県 岡本石井病院
 - 兵庫県 神戸アドベンチスト病院
 - 岡山県 笠岡第一病院
 - 広島県 原田病院
 - ◎一般病院2
 - 北海道 札幌禎心会病院
 - 北海道 北斗病院

- 福島県 太田総合病院附属太田西ノ内病院
 - 埼玉県 行田総合病院
 - 静岡県 静岡市立静岡病院
 - ◎一般病院3
 - 静岡県 静岡県立静岡がんセンター
 - ◎リハビリテーション病院
 - 愛媛県 おおぞら病院
- 4月5日現在の認定病院は合計2,045病院。そのうち本会会員は859病院と、全認定病院の42.0%を占める。

【主な討議事項】

- サイバーセキュリティ対策について、厚生労働省が発出した、2024年度版「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関・事業者向け～」について説明がされたのち、各医療機関、地域におけるサイバーセキュリティ対策について意見が交わされた。

今村英仁・慈愛会理事長に病院給食をめぐる状況をきく

病院給食の厳しい状況は変わらない 調理方法の見直しなど解決策を模索

2024年度診療報酬改定で入院時の食事療養基準額が約30年ぶりに30円程度の引上げとなった。この引上げが病院給食にとってどれだけの救済策となるのか。全日病の医業経営・税制委員会「病院給食のあり方検討特別委員会」の委員長をかつて務め、今は日本医師会常任理事である今村英仁・慈愛会理事長に病院給食を持続可能とするにはどうすればよいのかをきいた。

食事療養基準額の30円引上げ 病院給食が改善する水準ではない

——約30年ぶりの入院時の食事療養基準額の引上げが2024年度改定で実施されました。引上げ自体は望まれていたことですが、十分な引上げとは言えないと思います。

今回の食事療養基準額の引上げで病院給食の現状が改善するかといえばそんなことはないと思います。例えるならば、溺れかけているところによく浮袋が投げられ、何とかそれにつかまりながらも結局は沈みそうな状況と言えよいでしょうか。それを救出とは言えません。今の状況では残念ながら、水面に浮上できる病院は多くないと思います。

国としては努力したのでしょうか。今回の食事療養基準額の引上げは患者負担増で行っており、全体で数百億円規模です。仮に、入院時食事療養費を数百円単位で上げるなら、10倍の数千億円単位の財源確保が必要になり、政治的にも難しいことは理解できます。

——国にとってハードルが高いというのはわかりますが、物価高騰など経済環境の変化があり、病院給食の状況はますます厳しくなっています。

6年ほど前に全日病で病院給食問題を担当しました。その間に、厚生労働省が病院給食の収支に関する考え方を示しており、それは、病院給食の収支は入院時食事療養費等を収入とする個別項目で考えるのではなく、病院全体の収支の中で考えるというものでした。

2017年の厚生労働省の調査結果(入院時の食事療養に係る給付に関する調査結果(速報))において、入院時食事療養費等を収入とした一般病院の給食部門の収支は「全面委託」「一部委託」「完全直営」のいずれの場合でも赤字という結果でした。それにもかかわらず、その後の改定で、収支改善に結びつく対応は行われませんでした。病院全体の収支はそれほど悪化していないと判断されたのだと思います。

病院全体の収支で病院給食を賄うと

病院給食の生産管理システム

クックサーブシステム	食材料の調達から調理、提供まですべての工程を厨房で行う従来型のシステム。調理後すぐに提供する。
レディフードシステム	調理品の生産日と提供日が異なる。
①クックチル	調理した食品を急速冷却。必要時に再加熱して提供。
②クックフリーズ	調理した食品を急速冷凍。必要時に再加熱して提供。
③真空調理	食品を真空パックにして必要時に再加熱して提供。
ニュークックチル	冷凍食品を事前に盛り付けて配膳車で再加熱し提供。
セントラルキッチンシステム	調理後に冷蔵または冷凍して保管。配送手段によっては真空パック化して保管。必要時に運搬して提供。院外調理による給食。
アセンブリーサーブシステム	できあがった食品(完全調理品)を購入。食品を組み合わせ提供時に加熱する。配膳人員のみで対応可能。

いう考えにある中で、約30年ぶりに食事療養基準額が引上げとなったこと背景には、やはり昨今の物価高騰があると思います。おそらく厚労省の要望を拒否してきた財務省もさすがにこの状況を見て、対応せざるを得ないと考えたのでしょう。一番大きいのは、医療団体などの声をきき、政治家が行動してくれたことです。

2023年秋に公表された医療機関経営状況調査では6、7割の病院が赤字の状況にあり、コロナの特例対応や補助金がなくなるとさらに厳しい状況になるという推計も示されました。病院経営が苦しいということに対して、一定の理解はあったと思います。

介護保険での食費負担が先に上がっていたので、それとの兼ね合いで患者負担を上げる状況になったという事情もあります。

——入院時の食事の費用は介護と合わせて自己負担で増やすという流れになっているようにみえます。

入院時の食事の費用が診療報酬本体から切り離されて入院時食事療養費制度になったのが1994年です。介護報酬で食事が自己負担となったのが2005年ですから、対応は医療保険のほうが早かったことになり。医療も介護も保険制度の中で給付してきたところに自己負担が導入されました。医療も介護も低所得者に対しては国費投入を別途行っています。食事療養基準額の今回の引上げでは60億円弱ぐらい国費が増えることになっていますね。

1食あたり640円という食事療養基準額は30年間変わりませんでした。その間、入院時食事療養費(保険給付)を減らし自己負担を増やしており、患者の標準負担額は260円から360円、そして460円に上がっています。

国の社会保障費抑制策の手段として入院時食事療養費制度が用いられた経緯があります。結果として、患者が払う食費負担は上がるけれど、病院の収入は変わらない状況が続きました。

給食部門の赤字常態化の原因 1食あたり算定の影響大きい

——給食部門の赤字が常態化する状況はなぜ起きたのでしょうか。

様々な要素があります。費用面では人件費や材料費の上昇が原因ですが、はっきりしているのは収入面の変化で、2006年に食事療養基準額の算定が1日あたり1,920円から1食あたり640円になったことです。

療養病床や精神科の病院では、長期

入院患者が多いので、影響は比較的少なかったのですが、患者の出入りが激しい急性期病院では、大きく収入が下がりました。患者一人当たりの食事回数は1日2.4食程度であり、その分収入減になっています。1日2.4食になっても、固定費が大きいので、その分厨房設備や人件費を減らせるわけではありません。

ある時期までは給食会社が頑張って委託費などを上げずに対応してくれたのだと思います。当時はデフレ経済で費用を下げてでもパイを増やすことが優先され、また病院給食の職場は比較的安定しており人が集まりやすい状況もありました。その意味では一時期、Win-Winの関係がありました。それが最近になって変わってしまった。

昨今の経済環境の変化で、給食会社もこのままでは生き残れないということになり、委託費を上げるかそうでなければ撤退せざるを得なくなっています。病院としては、委託費の増額を受け入れる、あるいは自前での運営に切り替える場合があると思います。一方で、どれだけ委託費を増額しても人が集まらず撤退しかないという給食会社が出てきています。人材不足が深刻です。

——特に不足しているのは調理師ですか。

そうですね。調理師免許の新規取得者はピーク時の半分以下です。それも飲食店の料理人を目指す資格取得が増えており、病院給食には来ません。新型コロナウイルスにより外食産業が大打撃を受けたことでレストランの景気も悪く、病院給食がバッファーの役割を果たした側面がありますが、状況は変わりました。今後も経済環境によっては同じ状況が生じるかもしれませんが、中長期的に考えれば調理師不足は確実です。

従来から栄養士・管理栄養士等の配置基準がありますが、調理師が足りず栄養士が調理師の業務を代替する状況が起きています。看護職員と看護補助者の関係のように、調理補助者も働いていますが、料理のスキルは不可欠であり、調理師の確保が大きな課題になっています。

栄養士の数が減る一方で管理栄養士は増える傾向にありました。そのため両者を足した数は増加傾向にあったのですが、最近になって減り始めました。少子化は続くのでその傾向は変わらないでしょう。

クックフリーズ方式で食事提供 セントラルキッチン等で効率化

——収支は赤字でも人も集まらないとすると、病院給食はどうすればよいのでしょうか。

食事療養基準額を30円程度引き上げても、病院が沈んでいく状況は止められず、これからの対策を考えなくてはなりません。対応策は病院により異なります。

地方でこれといった産業がないために病院に人が集まり、食材費の問題を解決できるとすれば、何とか従来のクックサーブシステムを維持できるかもしれませんが…。

次に考えるのは、調理方法の見直しであり、厨房システムの見直しです。



一時期はレディフードシステムにおけるクックチル方式が解決策と言われました。これにより若干の人員削減と勤務時間の短縮を行うことができます。問題は投資資金です。初期投資は何と行っても、機械の更新までに費用を回収できず、持ち出しになる可能性が高い。そうすると更新時に投資を継続する病院の負担が大きくなります。

効率的な厨房システムとして、別の施設でまとめて食事を調理するセントラルキッチンがあります。セントラルキッチンの活用で収支が改善した病院があります。ただ、話をきくと、5~6千食ほど作らないと効果が発揮されず、加えて最近では建築費が倍になっており、これからセントラルキッチンを建てるとなると収支が合わないそうです。

そのような中で、調理方法の見直しで最近注目されているのは、冷凍技術の発展を背景としたクックフリーズ方式です。1食を1プレートで配送する「完全調理済み食品」の冷凍食品を電子レンジで解凍して提供している介護保険施設等が出てきています。病院の場合は、患者に合わせて食事を変える必要があり、種類が多くなるので1プレートは難しく、「完全調理済み食品」を組み合わせ提供するアセンブリングが必要になります。

個々の冷凍食品を施設や製造委託先の工場で作る、あるいは既製品を購入し、別の場所で組み合わせる段階的に1プレートにして提供するやり方は、バーチャルセントラルキッチンと呼ばれ、この方法は今のところ、有力な選択肢となっています。企業と大学病院が組んで開発する取組みも行われています。明るい未来というよりも、ぎりぎりの状況で生きていくために活路を見出そうとしているといった感じですね。

臨床栄養管理の充実が継続の方向 病院が地域の栄養管理の役割担う

——2024年度改定では食事療養基準額の引上げとは別に、栄養管理が重要なテーマに位置づけられ、様々な診療報酬項目で見直しがありました。

臨床栄養管理を推進する方針は国から明確に示されており、2024年度改定では、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な推進が目玉となりました。リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算も新設されています。在宅医療関係でも栄養管理を重視した改定が行われており、今後もこのような方針は継続されると思います。

一方、食事療養基準額の総額が年間6~7千億円であるのに対し、臨床栄養管理の評価はせいぜい年間100億円程度で規模が違います。とても病院給食の費用を賄える規模ではありません。

病院給食だけを考える病院は今後一層厳しくなると思います。栄養士や管

理栄養士が専門職としての役割を果たせる病院でなければ、人は集まりませんし、育成もできません。在宅医療に積極的に関わる病院は、地域の栄養管理に関わることになり、他の施設等と連携することで新たな展開が生まれるかもしれません。厳しい状況ではあり

ますが、トライ&エラーを繰り返すことで、活路を開くことが求められています。

——成功事例を他の病院に広げていくことが重要になってきますね。

先ほど説明した各方式で成功しているモデルケースで言うと、例えば、セ

ントラルキッチンでは社会医療法人駿甲会コミュニティーホスピタル甲賀病院、バーチャルセントラルに近いのは社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院、クックフリーズ方式では社会医療法人河北医療財団河北総合病院、それからやはり医療法人社団協友会船橋総合病

院の事例はとても参考になります。

こうしたモデルケースを横展開するという意味では、全日病の役割は大きいと思います。中小民間病院が病院給食を維持していくために、情報共有や共同作業が積極的に行われていくことに期待しています。

かかりつけ医機能報告の1号機能案で意見分かれる

社保審・医療部会

できるだけ多くの医療機関が参加できる仕組みが望ましい

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は6月7日、かかりつけ医機能の制度整備をめぐる議論を行った。全日病副会長の神野正博委員は、かかりつけ医機能報告における2号機能(時間外診療や在宅医療、介護との連携)を報告する上で満たさなければならぬ1号機能について、不眠や発熱、頭痛など35項目のうち20項目以上の具体的な症状に対応できることの報告を条件にするのではなく、できるだけ多くの医療機関が機能報告に参加できる仕組みにすべきと主張した。

かかりつけ医機能報告で求める1号機能は「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」を確認するものであり、1号機能が「可」でないと2号機能を報告することができない。1号機能がかかりつけ医機能を備える医療機関の最低条件になってしまうため、医療部

会でも「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」と同様に、1号機能の議論が中心になった。

1号機能には案1～3があり、次に掲げる事項の可否等の報告を求める。案1は、臨床研修の到達目標における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」である35項目のうち必修の20項目以上に対する一次診療を行うことができる

案2は、①「具体的な機能」「報告事項」を院内掲示②かかりつけ医機能に関する研修修了者または総合診療専門医がいる③17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域において一次診療ができる④17の診療領域ごとの患者からの相談の対応可能の有無、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

案3は、①「具体的な機能」「報告事項」を院内掲示②かかりつけ医機能に関す

る研修修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無

神野委員は、「地域完結型の医療・介護提供体制において、紹介を受ける紹介受診重点医療機関以外は基本的に紹介する側のかかりつけ医機能を担うべき医療機関になるのだから、できるだけ多くの医療機関が、かかりつけ医機能を支える制度整備に参加することが望ましい」と述べた上で、案1～3についての考えを示した。

案1の35項目の症状については、「医師臨床研修で身に付けることが求められている症状であり、医師としてできることが当たり前。そうでないと、厚労省が進めてきた医師臨床研修制度を否定することになってしまう。したがって案1を採用することはナンセンス」と述べた。

案2についても、「年月を経た後に、特定分野について自信がなくなったのなら、研修を受けて補えばよい。



研修を受けた人数を報告することはありだと思いが、必須とすることには反対」と主張し、案3に理解を示した。

他の医療団体の委員からも同様に、できるだけ多くの医療機関がかかりつけ医機能を担う医療機関となってもらうようにする仕組みが望ましいとの意見が相次いだ。

一方で、今回のかかりつけ医機能の制度整備の目的の一つが、「国民・患者がそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用できる」ことであることを踏まえ、保険者団体や患者団体の委員からは、案1を軸に検討すべきとの意見が出た。

民間病院がコロナ感染拡大期に入院患者を積極的に受入れ

全日病・常任理事会

公立・公的病院は確保病床数の6割程度の受入れにとどまる

新型コロナの第5波～第8波の感染拡大期において、民間病院が確保病床数を上回り新型コロナ入院患者を積極的に受け入れていたことがわかった。この間、公立・公的病院の確保病床数に占める新型コロナ入院患者の割合は概ね6割前後にとどまっている。

厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」(5月22日)に日本医療法人協会として提出した資料を、全日病の第3回常任理事会(6月1日)で加納繁照常任理事が説明した。

日本では新型コロナの感染拡大が2020年から始まり、新型コロナ患者のための空床を確保すれば、補助金が給付される確保病床が設定された。第5波(2021年8月)～第8波(2022年12月)にかけて、ウイルスの毒性は変異株により比較的低くなる一方で、感染力は高くなり感染者は激増した。

この間の新型コロナ患者入院施設数は、民間病院が顕著な伸びを示しており、第5波の967施設から第8波の2,178施設まで2.3倍に増え、第8波で

は病院全体の66%を占める。公立・公的病院はそれまでに多くの病院が、新型コロナ患者を受け入れる入院施設になっていたこともあり、ほぼ横ばいの状況だ。

新型コロナ入院患者数も民間病院は同期間で9,567人から2万3,893人まで2.5倍に増え、第8波に病院全体の6割を占めることになった。一方、公立・公的病院も若干変動はあるが、概ね横ばいに近い推移となっている。

注目すべきことに、民間病院の新型

コロナ患者入院施設数、新型コロナ入院患者数が大きく増加し、全体に対する割合が高まったにもかかわらず、確保病床数の推移をみると、病院全体に占める公立、公的、民間の確保病床数の構成割合は大きく変動していない。

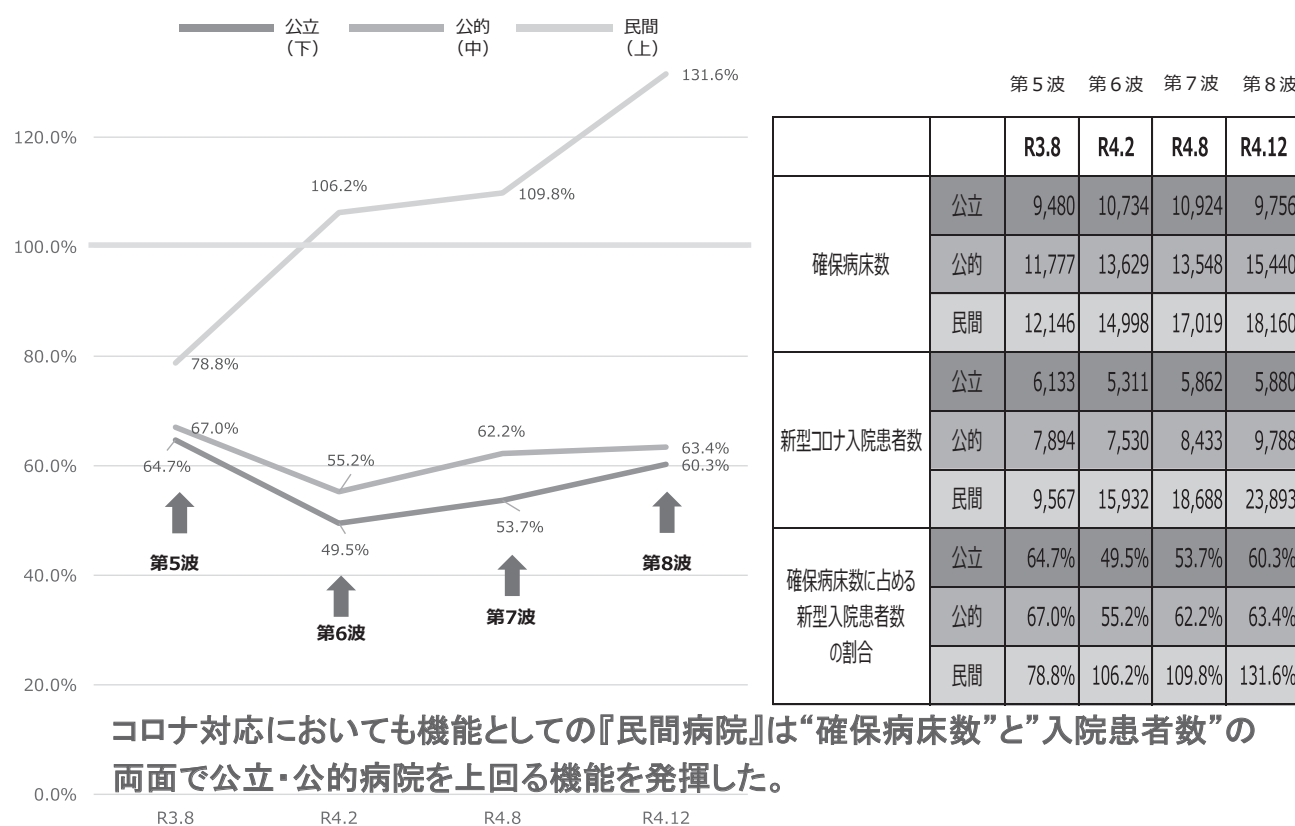
民間病院の確保病床数は第5波に1万2,146床の31.3%であるのに対し、第8波は1万8,160床の37.6%で病院全体に対する割合としては6.3ポイントの増加である。新型コロナ患者入院施設数と新型コロナ入院患者数の伸びに比べると小さい変化だ。この間、公立病院の確保病床数の構成割合は24.4%から20.2%への減少、公的病院は30.4%から32.0%への微増となっている。

これらのデータを基に、確保病床数に占める新型コロナ入院患者数の割合を公立・公的・民間病院でみている(左図を参照)。公立、公的病院ともに第5波が最も割合が高く、第6波で落ち込み、第7波、第8波で少し増加した。全体としてみると、確保病床数に占める新型コロナ入院患者数の割合は6割前後である。つまり、4割前後は空床のままとなっている。

これに対し民間病院は異なる推移を示す。第5波は78.8%で、第6波で100%を超え、第8波では131.6%に達する。新型コロナの入院患者が急増する中で、民間病院が確保病床数を上回って新型コロナ患者の入院患者を受け入れていったことが明らかとなった。

加納常任理事は常任理事会で、総人口の6割を占め人口密度の高い18都道府県で、民間病院が救急搬送件数の5割以上を担っていることを指摘するとともに、2020～2040年にかけて増加する高齢者(65歳以上)の約8割がこの18都道府県における増加であると説明。今後、特に都市部の救急搬送において、民間病院が果たす役割の大きさを強調した。

確保病床数に占める新型コロナ入院患者数の割合



第65回全日本病院学会 in 京都

9月28日(土)・29日(日) 於：国立京都国際会館

事前参加登録メ切迫る!!【7月31日(水)】

学会長：清水 鴻一郎

(公益社団法人全日本病院協会 京都府支部 支部長 / 京都リハビリテーション病院 理事長)

テーマ：地域医療構想前夜～嵐の中の航海 羅針盤を求めて～

特別講演には、松本吉郎氏(公益社団法人日本医師会 会長)に「日本医師会の医療政策～地域を面として支えるために～」と題してご講演いただくほか、千 宗守氏(武者小路千

家 第14代家元)、森 清範氏(清水寺貫主)をお招きし、開催地・京都ならではの講演も予定しております。

さらに、スペシャルゲストとして藤原紀香さんを迎え、学会長との特別対

談「役者と医者との共通点～一発勝負の厳しさ～ 藤原紀香×清水鴻一郎」も企画しております。

このほかに学会企画、委員会企画、一般演題等、多岐にわたる企画を予定しており、その一つひとつが学会テーマでもある「地域医療構想実現の羅針盤」となり、医療を明るい未来へと導く内容になることを確信しております。

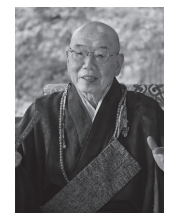
9月28日(土)夜には、〈一夜限りの特別拝観〉「復興を願う夜 in 清水寺」を学会参加者向けに企画しております。日頃は観光客で賑わう清水寺ですが、ぜひこの機会に夜の静寂な清水寺へ参



松本吉郎氏



千 宗守氏



森 清範氏

拝されてはいかがでしょうか。

事前参加登録は【7月31日(水)】までです。皆さまのご参加をお待ちしております。

詳細は学会HPよりご確認ください。



情報発信の機会を設け、病院の実態を知ってもらう

都病協 医師の働き方改革の影響、過剰病床の実態、都内病院の経営状況を報告

全日病の猪口正孝常任理事が会長を務める東京都病院協会が6月19日に記者懇談会を開いた。病院経営の危機的な状況が続く中で、病院団体の意見を報道機関に円滑に伝えることを狙っている。今後、病院関連のデータがまとまった時や東京都に要望などを行う時に開催を予定しているという。

猪口会長は挨拶で、「医療費も医師も看護師も全体の中で3分の2ぐらいのボリュームを病院が占める(訪問看護の拡大などで看護師はそれより下回るようになったが)。それにもかかわらず、病院として情報発信する機会は多くない。記者のみなさんと顔の見える関係を作ることで、病院の実態を伝えたい」と述べた。

同日は、◇医師の働き方改革の影響

◇地域医療構想や基準病床数の病床配分◇都内病院の運営状況をテーマに報告を行った。

医師の働き方改革が4月に実施された。救急出動件数が落ち着いていることもあり、現時点で東京都の救急受入れが逼迫しているといった状況は起きていない。しかし、これから熱中症が増加していくこともあり事態の推移を注視するとの姿勢が示された。

地域医療構想や基準病床数の病床配分については、大都市東京に特有の不整合が生じている状況が説明された。東京都には12の二次医療圏があるが、患者の移動を考慮すると、実質的に一つの医療圏に近い。病床の過不足は二次医療圏ごとに判断されるが、東京都はそもそも区中央部、区西部等を合わ

せて9,043床の過剰病床がある。個別の二次医療圏の不足に対応するために病床を増やすと、全体としての過剰病床に拍車をかける。その結果、人材獲得の過当競争がさらに過熱し人件費が増大するなどの弊害が生じている。

この問題の解決のため、国が制度的対応を行わない限り、東京都独自の経営支援が必要であるとし、小池百合子東京都知事に要望を行っている。

都内病院の経営状況については、新型コロナの補助金や診療報酬特例の段階的解消などにより、2023年度になって病院の収支がさらに悪化し、5割前後の病院が赤字になっていることが報告された。

費用増加の要因の一つとして、人材紹介会社の利用を取り上げた。都内病



院への調査で、◇大学病院を除くとほぼ9割が人材紹介会社を利用したことがある◇看護師の人材紹介が6割で最も多い◇紹介手数料は医師が336万円でも最高いなどの結果が出ている。一方で、紹介された人材の定着率が低いなどサービス満足度は高くなく、総合満足度が「やや不満」「不満」を合わせると7割に達している。

子ども子育て支援法等改正法が成立

国会 支援金制度を創設し医療保険料とあわせて徴収

少子化対策強化に向けた財源確保のため医療保険者から納付金を徴収する「子ども・子育て支援金制度」の創設などを内容とする子ども・子育て支援法等改正法が6月5日の参議院本会議で、自民・公明両党などの賛成多数で可決、成立した。立憲民主党、日本維新の会、国民民主党、共産党は反対した。

改正法には、子ども・子育て施策として、「加速化プラン」に基づく幅広い施策を盛り込んでいる。具体的には、児童手当の抜本的拡充や妊婦のための支援給付の創設などの経済的支援の強

化、「子ども誰でも通園制度」の創設など子ども・子育て世帯への支援の拡充、出生後休業支援給付の創設など共働き・共子育ての推進がある。

これらを実施するために支援金制度と子育て支援特別会計を創設する。

支援金制度は少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組みで、医療保険料と合わせて徴収する。2026年度から2028年度にかけて段階的に導入し、支援納付金のうち被保険者・事業主が全体として負担する額

の目安は2026年度で6,000億円、2027年度で8,000億円、2028年度で1兆円とした。2028年度の加入者一人当たり支援金額は月額450円の見込みとなっている。

歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で構築する制度と位置付けているほか、2024～2028年度の各年度に限り、つなぎとして子ども・子育て支援特例公債を発行する。

子育て支援特別会計については、年金特別会計の子ども・子育て支援勘定



と労働保険特別会計の雇用勘定(育児休業給付関係)を統合し、「子ども・子育て支援特別会計」を2025年度に創設。同特別会計は、「子ども・子育て支援勘定」と「育児休業等給付勘定」に区分し、子ども・子育て支援勘定は内閣総理大臣が、育児休業等給付勘定は厚生労働大臣が管理するとした。

また、参議院の特別委員会では、21項目の附帯決議がつけられた。

■ 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
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。
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。