



# 全日病NEWS

## 2024.8.1 No.1060

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

## かかりつけ医機能報告の1号機能で分科会が合意

### かかりつけ医機能制度施行分科会 研修修了者の有無、一次診療が対応可能な診療領域・疾患を報告

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7月5日、かかりつけ医機能における1号機能として報告する研修修了者や一次診療の対応可能な有無などの事項で合意した。1号機能については、できるだけ多くの医療機関がかかりつけ医機能の制度整備に参加できる基準を定める全日病をはじめとした医療団体の意見と、質の担保を図るために一定の厳格化を求める保険者や有識者の意見に相違があった。しかし、5年後の見直し規定を設けることなどにより、概ね医療団体が主張する意見に落ち着く形となった。

2023年5月に成立した改正健保法等により2025年度から施行することになっ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の仕組みを設ける。医療機関はかかりつけ医機能を都道府県知事に報告。知事は医療機関のかかりつけ医機能を確認し、外来医療に関する協議の場に提供する。協議の場では、地域においてかかりつけ医機能を確認するための具体的な方策を検討し、公表する。

かかりつけ医機能は誰にとっても必要とされる機能だが、制度開始時は「慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を必要とする者」を主な対象とする。報告を行う医療機関は、特定機

能病院と歯科医療機関を除く病院・診療所。これに従えば、地域医療支援病院も報告対象に含まれる。

ただ、地域医療支援病院は多くが紹介受診重点医療機関であり、基本的には紹介を受ける側の医療機関だ。このため、地域医療支援病院がかかりつけ医機能を担うのは、地域の医療資源が少ないなど限定的な場合であるべきとの意見が盛り込まれた。

医療機関が知事に報告するかかりつけ医機能に1号機能と2号機能がある。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かつ継続的に行う機能」であり、2号機能は「時間外診療、入退院時支援、在宅医療、介護との連携」である。

#### 1号機能の項目が議論の焦点に

1号機能が議論の焦点となったのは、1号機能が「可」である場合に、「1号機能を有する医療機関」として2号機能を報告する仕組みであるためだ。1号機能を満たせない医療機関はかかりつけ医機能を満たす医療機関と判断されない可能性がある。また、2号機能を報告できなければ、地域で面として支える制度整備の協議に加わることもできない。

なお、1号機能は「かかりつけ医

という医師に属する機能、2号機能は医療機関に属する機能に近いが、どちらもかかりつけ医機能を地域で面として支えるための医療機関の機能である。

一方、国民・患者側からみれば、医療機能情報提供制度を通じて、医療機関を適切に選択できる情報を得られることが重要な機能になるため、代表委員は、一定の質が担保される情報提供となる基準を求めた。また、何でも相談できる医師がいることが重要視された。

#### 施行5年後の見直し規定を設ける

厚労省は5月24日の分科会に3つの案を提示した。これに関しては上述の観点をめぐり意見が分かれた。厚労省は今回(7月5日)、2つの論点で案を改めて整理(下表)。議論の結果、意見集約を行うことができた。

1つ目の論点は、かかりつけ医機能に関する研修の取扱いだ。結論は「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無」を報告するとした(②の案2)。保険者団体、有識者の委員からは、医療機関に「研修の修了者」または総合診療専門医がいることを条件にすべきとの意見もあったが、制度施行5年後に改めて検討することで折り合った。

なお、かかりつけ医機能に関する研修内容は、知識(座学)と経験(実地)の両面から適切な内容を整理する。具



体的には、厚生労働科学研究の報告を待つて決定する。研修の実施団体からの申出に基づき報告対象として該当する研修を厚労省として示す。

2つ目の論点は、対応可能な診療の明示。結論は、「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、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(一次診療を行うことできる疾患も報告)」、「医療に関する患者からの相談に応じることができる」ことの報告となった(③の案3)。

患者団体や保険者団体、有識者の委員は、国民・患者にとって具体的な「症状」への対応がわかることが望ましいと主張していた。一方、医師の委員からは、国民・患者が感じて言語化する「症状」と医師が疾患、治療との関連で把握する「症状」は異なり、混乱を生じる恐れがあるとの指摘が出ていた。「症状」は除かれることになったが、「一次診療を行うことできる疾患」は報告する。一般に知られている40疾患が候補となっている。

全日病副会長の織田正道構成員は、「できるだけ多くの医療機関がかかりつけ医機能の制度整備に参加できることが大事。その意味で、研修修了者については案2が望ましい。見直し規定があるので、経過をみながら検討すべき。対応可能な診療については、案3に賛成する。症状への対応を明示することは、特に高齢者への対応で、現場に混乱を招きかねない」と主張した。

### 報告を求めるかかりつけ医機能の内容(案)

<b>(1) 1号機能「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かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容</b>			
<b>&lt;具体的な機能&gt;</b> ・ 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を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能 <small>※ 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」</small>			
<b>&lt;当該機能に係る報告事項&gt;</b>			
<b>② 「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</b>			
<b>案1</b> かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること 又は 総合診療専門医がいること ・ 研修充実に取り組み、必要な研修修了者数の確保を行う必要があり、それまでの間※2、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すればよいこととする。	<b>案2</b> かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無 総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)	<b>案3</b> かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無 総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)	
<small>※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す</small> <small>※2 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、改めて検討する</small>			
<b>案1</b> ・ 35項目の症状※3ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの症状について一次診療を行うことができること ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能な有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	<b>案2</b> ・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能な有無、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 ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能な有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	<b>案3</b> ・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能な有無、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(一次診療を行うことのできる疾患※5も報告する) ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること(継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む)	<b>案4</b> ・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能な有無、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 ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
<small>※3 「臨床研修の到達目標」(厚生労働省通知)における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」(35項目)          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、嘔吐、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気、嘔吐、胸やけ、嘔下困難、腹痛、便秘異常(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</small> <small>※4 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、耳鼻咽喉科領域、呼吸器領域、消化器領域、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</small> <small>※5 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する</small>			
→ ①～③のいずれも「可」の報告の場合は「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。			

#### 本号の紙面から

電カル共有サービスを議論	2面
地域医療構想の進捗を評価	3面
清水京都学会会長にきく	4面
病院機能評価受審事業報告	5面
診療報酬改定解説③(新病棟)	6面
中医協が医療DX加算で答申	7面
医療課長など厚労省人事	8面

## 清話抄

### 医療界において、AI(人工知能)はどこまで進歩していくのでしょうか?

世間を騒がせているAI(人工知能)は、今後はどのように我々の日常生活、さらに地域医療に関わってくるのでしょうか? もはや一般名詞ともいえる

AIですが、まだ明確に統一された定義は存在していないようです。私たちの身の回りにはさまざまなAIがあるようです。文章でやりとりのできるChatGPTをはじめ、自動運転車や音声アシスタント(スマートスピーカー)、顔認識システムなどもAIを用いたサービスです。

我々の医療界においては、当然ながら、個人情報漏えいのリスク、誤った情報を伝えるリスク、著作権侵害のリスクには十分備えていかねばなりません

が、生産年齢人口が急減していく今後、我々医療従事者の業務負担を軽減するツールとして広く活用されるなら嬉しい限りです。

現在のAIは、病院の受付をはじめ、患者さんからの質問の回答から病名を診断できる自動問診を行ったり、各種画像データから異常を発見し診断したり、患者さんとカルテのデータから余命を予測したり、生体データの測定や、服薬確認も可能と聞きました。

今後、医療界において、AIはどこ

まで進歩していくのでしょうか? 私は、AIによる有益な「言葉」も大事にしながら、同時に、医師として、あえて専門用語を使わない、わかりやすい端的な「言葉」と、病院経営者として魂を込めた本質的な「言葉」を駆使して、地域住民をはじめ、お世話になる医療関係者、多くの方々や人間味溢れるコミュニケーションを続けていきたいと思えます。今後とも、お付き合い、ご指導よろしく願いいたします。

(玉木英樹)

# 主張

## 単独では難しい医療機関のサイバーセキュリティ対策

先日、医療機関向けのサイバーセキュリティ研修会を開催した。講演は、2022年に大阪急性期・総合医療センターで発生したランサムウェア被害の調査委員長を務めた、大阪大学の猪俣敦夫先生にお願いした。この研修会と同時期に、岡山県内の医療機関がランサムウェア攻撃を受け、大量の患者情報がダークウェブに漏洩する事案が発生した。各所で指摘されているように、閉域網の安全性神話は過去のものとな

った。ランサムウェア攻撃は、患者や職員、地域医療への影響はもちろん、診療抑制による大幅な減収、データ漏洩時の賠償など、想像しただけで身震いするほどの経営的損失を引き起こす。猪俣先生によると、ランサムウェアをAIで作り出すことも可能であり、昨今ではRaaS(Ransomware as a Service)というランサムウェア提供サービスまで存在するという。私は正直、狙われたら逃れることはできないと感じてい

るが、現状、攻撃者は「特定の医療機関を狙い撃ちしている」というよりは「数打ち当たる方式」であり、大量に攻撃を仕掛けてセキュリティの穴(例えばVPNの脆弱性のような)を見つけないと、攻撃者もコスト重視の時代とこのことであった。

今年の診療報酬改定で、「診療録管理体加算1」の要件に、200床以上の医療機関では医療情報システム安全管理者を配置すること、適切なバックアップや業務継続計画(BCP)の策定が盛り込まれた。実際には、200床以上の病院に限らず電子カルテを導入している病院は対応しなければならない。

ただ、情報システム人材がおらず、十分に雇用できないという声も多い。ランサムウェア攻撃からの復旧時には、普段使用していないPCやプリンタ、紙類、トナーなどが大量に必要な。一医療機関では対応に限界がある。サイバーセキュリティも地域連携、病院間連携が必要で、全日病のような団体が牽引することは有益と考える。

2030年までにすべての医療機関に電子カルテ導入を計画している厚生労働省には、医療現場に任せるだけでなく、ぜひ主導的に介入していただきたい。(大田泰正)

# 電子カルテ情報共有サービスの進捗を議論

社保審・医療部会

中小病院・有床診療所向けの標準型電子カルテの開発は検討事項

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は7月12日、政府が推進する医療DXにおける電子カルテ情報共有サービスの進捗などをめぐり議論を行った。同サービスで医療機関や患者が閲覧できる3文書6情報の保存期間などで疑義が出され、引き続きの検討事項となった。標準型電子カルテは無床診療所向けのα版の開発が始まったが、中小病院・有床診療所向けはまだ検討事項にとどまっている。

政府の医療DXについては、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、全国医療情報プラットフォームを構築するほか、「電子カルテの導入や電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DX、PHRの整備・普及を強力に進める」との方針が示されている。また、「医療情報の二次利用」「支払基金の抜本改組」についても、今後、具体的な方向性や全体像を検討する予定だ。

電子カルテ情報共有サービスでは、FHIR対応により標準化された電子カルテ情報が、本人はマイナポータルを通じて、医療機関などはオンライン資格確認を通じて閲覧できるようになる。3つの文書情報(健康診断結果報告書・診療情報提供書・退院時サマリー)と6情報(傷病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、感染症、検査、処方)が対象で、本格稼働は2025年度中となっている。

全日病副会長の神野正博委員は、各情報の保存期間を質問。厚生労働省担当者は、「基本的には診療録の保存期

間である5年間。電子処方箋の保存期間は100日間」と回答した。神野委員は、「医療情報の二次利用を検討していることを含め、情報によっては閲覧期間が短いのではないかと。例えば、アレルギー情報などは生涯の記録が閲覧できたほうがよい」と述べた。厚労省担当者は「継続して閲覧できるよう個別の情報にフラグを立てることはシステム上可能」と説明するとともに、二次利用の際の取扱いについては、今後改めて検討すると回答した。

標準型電子カルテについては、現在、電子カルテを導入していない医科の無床診療所を想定したα版の開発が2024年4月に始まった。デジタル庁をプロダクトオーナーとするプロダクトチームが、医療機関システムの変革に意欲的な民間ベンダーを巻き込み、合意形成を作りながら進めるとしており、電子カルテ設計・開発をFIXER社(東京都港区)が請け負った。

標準型電子カルテはクラウド上に配置され、全国医療情報プラットフォームのシステム群や民間事業者が提供するシステム群と接続する。一方、民間事業者が提供するサービスは数多く存在するため、接続(API連携機能)の実装に当たっては複数の論点があり、「検討中」となっている。

例えば、全国医療情報プラットフォームと公的システムの接続では、オンライン資格確認システム、電子処方箋管理サービス、標準型レセプトコンピュータ(共通算定モジュール)、電子カ

ルテ情報共有サービスのシステム群がある。そのオプションとして、民間事業者が提供する部門システムや院外システム(外注検査センターなど)のシステム群が考えられる。

α版については、2025年3月からモデル事業を開始。モデル事業の知見を踏まえ、2026年度以降に本格版の開発に着手する(下表)。ただ、α版の対象はあくまで無床診療所であり、中小病院・有床診療所の標準型電子カルテ導入は「2026年度以降の検討」との文言にとどまっている。

また、すでに電子カルテを導入している医療機関においては、既存の電子カルテとこれらのシステム群を接続する更改を行う必要がある。厚労省は今年度中に、ベンダーへの技術解説書や医療機関への医療情報化支援基金(150億円)申込に関する情報を発信する予定であると説明した。

医療機関のシステム更改(5~7年周期)が、大型連休(1月、5月)に集中するケースが多いことを踏まえ、2025年1月頃の電子カルテ情報共有サービスのモデル事業に向けた取組みを皮切りに、対応医療機関の増加を目指すとしている。

国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治委員は「全日病会長の猪口雄二委員(当時)が標準型電子カルテの開発を提案し医療部会の多くの委員が賛同したのが2018年。それから6年経ってようやく開発段階に至った。だが完成がスケジュール通りにいくのか不安が



ある。普及に向けては電子カルテの運用コストも考慮すべき」と述べた。

### 平時からの有事の備えが極めて重要

新型インフルエンザ等対策政府行動計画等の医療部分の検討状況について報告があった。政府行動計画は、新型インフルエンザ等対策特別措置法の規定に基づき、新型インフルエンザなどの発生に備え、平時の準備や感染症発生時の対応の内容を示すとともに、都道府県行動計画などの基準となるべき事項を定めたものである。

また、政府行動計画の具体的な取組みを促進することを目指して、各分野における対策の具体的な内容・実施方法、関係者の役割分担などを示したガイドラインを策定している。

2023年9月に、新型コロナの感染拡大の経験を踏まえ、感染症の危機管理の対応方針の企画立案、各省の総合調整を一元的に所掌する内閣感染症危機管理統括庁が発足した。

次なる感染症危機への準備や対策を万全にするため、政府行動計画の改定に着手。厚労省では、感染症部会等で議論するとともに、2024年6月17日の新型インフルエンザ等対策推進会議で行動計画案を了承。同年7月2日に「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」を閣議決定した。行動計画には医療、治療法・治療薬、ワクチン、検査、まん延防止など13項目の各論がある。

医療については、平時から、予防計画や医療計画に基づき、都道府県と医療機関の間で医療措置協定を締結することを通じて、感染症医療を提供できる体制を整備する。有事には、通常医療との両立を念頭に置きつつ、感染症医療を提供できる体制を確保し、病原性や感染性などに応じて変化する状況に柔軟かつ機動的に対応するとした。

神野委員は、能登半島地震の経験を踏まえ、災害も感染対策も平時からの備えが極めて重要であることを指摘するとともに、それを支援するための財政的な対応が不可欠であることを強調した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、有事において一般医療の提供が確保されるために、民間医療機関が活躍できる体制の整備を求めた。また、感染症部会に四病院団体協議会の委員が参加することを改めて要望した。

## 医療機関の電子カルテ導入・標準規格化対応に係る支援について

病院・診療所ごとに、電子カルテの導入状況に応じて、以下の支援策を講じながら対応を進めている。

	電子カルテ導入の有無	導入・標準規格化の対応方針	現状の支援策の有無・内容
病院	導入済	● 5~7年ごとのシステム更改のタイミングで、標準規格化対応を促す。	● ICT基金(150億円 R1補正・R6執行)により、標準規格化部分の改修費用を補助(補助率1/2)
	未導入	● 中小病院は、標準型電子カルテ本格版の導入(R8年度~)を検討する。	
診療所	導入済	● オンプレ型の電子カルテを導入済の診療所は、クラウド型電子カルテ(標準型電子カルテ含む)への移行を促す。 ● クラウド型電子カルテ導入済の場合は、標準化への対応を促す。	● 経済産業省所管のIT導入補助金の活用が可能  (参考) IT導入補助金 予算総額: 2,000億円(R4年度補正の額) 補助対象: 中小企業(従業員数300人以下) 補助上限・補助率: 150万円・1/2 医療・福祉業種補助件数: 4234件(2022年)
	未導入	● 標準型電子カルテの導入を促す。(令和7年3月から、α版の提供モデル事業を開始予定。本格版(R8年度~)は、モデル事業の知見を踏まえて開発に着手。)	

# 2023年度病床機能報告は2025年見込みまで約3千床に迫る

## 厚労省・地域医療構想WG 速報値が示され、進捗を評価

厚生労働省の地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は7月10日、2025年を目標とする地域医療構想の進捗を確認した。2023年度病床機能報告の速報値は合計119.3万床となり、2022年度病床数より6千床減少。2025年見込みの119.0万床まで約3千床に迫ったことから、全体として必要量に近づいていると評価した。

ただ、2023年度病床機能報告において、病床単位(有床診療所の場合は診療所単位)で休棟と報告されている病床は3万5,571床存在した。非稼働病床の病床数は都道府県によってばらつきがあるが、病床機能報告上の許可病床数に占める割合として、最大の都道府県は6%であった。

2025年の病床の必要量との乖離については、2015年から2023年にかけて、病床機能計の乖離率は5.0%から0.1%に縮小しており、必要量に近づいている。

病床機能別にみても、高度急性期は+29.9%から+22.3%、急性期は+48.8%から+31.2%、回復期は▲65.2%から▲45.6%、慢性期は+24.7%から+6.6%となっており、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。

病床機能計について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化を構想区域別にみても、全体として乖離は縮小傾向にある。

また、地域医療構想調整会議における検討状況等の調査結果についても報告された。2024年3月末時点での各都道府県の地域医療構想の担当部局に対し、各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの状況を確認した。

地域医療構想の推進に係る年度目標の策定状況については、全構想区域のうち312区域で設定しており(2023年9月時点より+72区域)、そのうち、対応方針の策定率を目標としている構想区域は209区域(同+26区域)、対応方針の実施率を目標としている構想区域は53区域(同+30区域)、その他の目標を設定している構想区域は50区域(同+18区域)であった。

2023年度までに医療機関の対応方針の策定率が100%となった構想区域は、246区域(2023年9月時点より+146区

域)となった。

全医療機関の検討状況について、2023年3月末時点の調査結果と比較すると、措置済を含む「合意・検証済」の医療機関単位の割合が60%から91%、病床単位の割合が76%から96%に増加。再検証対象医療機関では、措置済を含む「検証済」が61%から93%に増加しており、公立・公的病院以外のその他の医療機関でも措置済を含む「合意済」の医療機関単位の割合が55%から90%に増加している。

都道府県知事の権限行使の状況については、非稼働病床への対応は調整会議での協議が514区域だが、命令・要請・勧告を行った区域はなかった。厚労省は「権限行使前の段階で調整が行われている」と説明した。

### 今後は在宅医療の議論が必要

2023年度病床機能報告を受け、委員の多くは地域医療構想の進捗に関して一定の評価ができるとの考えを示した。

奈良県立医科大学教授の今村知明構成員は、「病床機能報告の本来の議論は高齢化に伴う30万人分の入院患者の減少であり、機能分化の考えに基づき対応してきた。2024年まで来て、少なくとも30万人の行き場がなくなったというわけではないので、本来の地域医療構想の目的からみてうまくいっているという点を説明してほしい」と述べた。

全国自治体病院協議会会長の望月泉構成員は、非稼働病床が約3万5,000床との報告について、「私も地域の調整会議に参加しているが、人口減少が続く中で非稼働病床が今後活用されることは難しいと考える」と述べた。その上で、都道府県知事の命令・勧告等の権限行使がゼロであった点を指摘し、知事権限の取扱いについて検討が必要との考えを示した。

全日病副会長の織田正道構成員は、厚労省が一定の進捗を認める一方で、今後の対応方針案の中で「依然として必要量との大きい乖離が残っている」「進捗状況に差が生じている」などの表現がされている点について、「各都道府県の努力が見えない形になっており、留意する必要がある」と指摘した。

また、「急性期が多く回復期が少ない」と繰り返し議論してきたが、一方が

病床単位、もう一方が病床棟単位と、もともと違うものを比較している。この議論はもう終わってもよいのではないかと。当初の目標通り、30万床分が在宅医療などに問題なく移行している点が重要であり、今後は在宅の議論を進めるべき」との考えを示した。

### 地域包括医療病棟は急性期・回復期で報告

同日のWGでは、2024年度の病床機能報告についても議論を行った。

病床機能報告では病棟が担う医療機能をいずれか一つ選択して報告することとされているが、実際の病棟にはさまざまな病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

それを踏まえて、2024年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟の病床機能報告上の取扱いについて、地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は「病棟が主に回復期機能を提供している場合は回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する」との案が了承された。

織田構成員は急性期・回復期ともに選択できる点に賛意を示した。

また、前回のWGで「救急医療体制の確保」「医師以外の医療従事者の確保」「医師の確保」を課題にあげた構想区域が多かったとの調査結果が報告されたことを受けて、病床機能報告において時間外、夜間、休日の手術・処置の件数についても新たに報告することが了承された。具体的には、手術・処置の時間外加算、休日加算、深夜加算1および2の算定件数を新たな報告項目として追加する。

日本医師会常任理事の江澤和彦構成員は「深夜帯は救急搬送件数が少ないとはいえ、重篤な患者がいるかもしれない。これらの加算がどのような病態像に合致するかといった点も含めて、調整会議で議論しやすいようなデータ



を提示してほしい」と求めた。

### 推進区域・モデル推進区域を設定

あわせて、前回のWGで報告された推進区域およびモデル推進区域についても報告された。2025年に向け、地域の実情に応じた地域医療構想の取組みをさらに推進するため、推進区域・モデル推進区域の設定を行い、モデル推進区域では、国がアウトリーチ型の伴走支援を行う。

厚労省は、都道府県との調整を踏まえ、次の観点から推進区域を選定。

- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること。
- ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること。
- ③ 2023年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること。
- ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること。

モデル推進区域は、都道府県との調整を踏まえ、推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組み状況等を総合的に勘案して設定。技術的支援として、◇都道府県コンシェルジュ(ワンストップ窓口)の設置◇区域対応方針の作成支援◇構想区域内の課題の把握◇分析結果を踏まえた取組みに関する支援などを行う。なお、これらは従来の重点支援区域への支援とは異なる新たな支援策である。

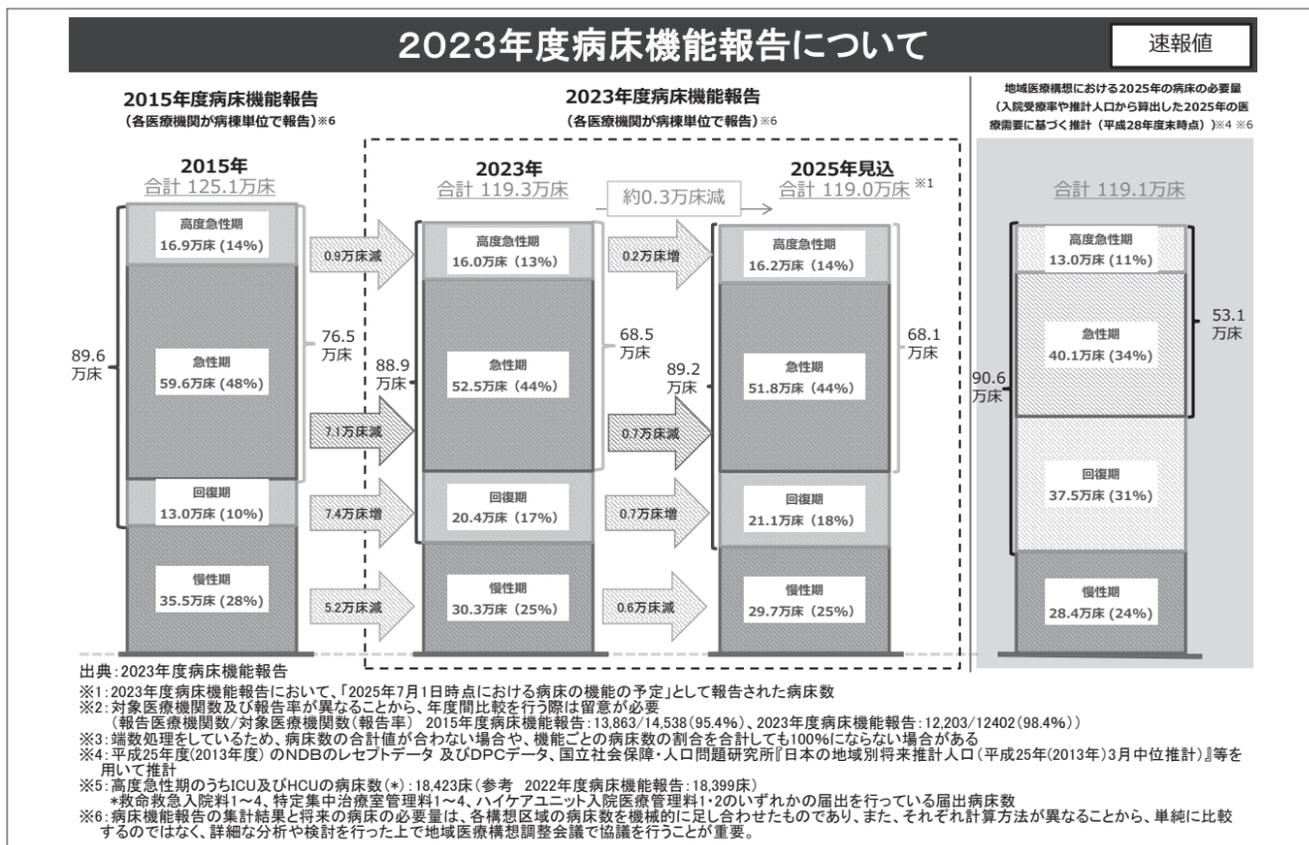
財政的支援としては、重点支援区域への支援と同様に地域医療介護総合確保基金において優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合には上乗せの財政支援を行うとしている。

7月5日時点で、モデル推進区域に設定されたのは以下の通り。◇秋田県【大館・鹿角、能代・山本】◇山形県【庄内】◇栃木県【宇都宮】◇群馬県【伊勢崎、藤岡】◇石川県【能登北部】◇山梨県【峡南】◇三重県【松阪】◇滋賀県【湖北】◇京都府【丹後】◇山口県【宇部・小野田】◇高知県【中央】◇長崎県【長崎】。

委員からは、推進区域・モデル推進区域の取組みへ期待する意見が多くあつた。地域の特性を踏まえた対応や、財政支援を求めた。

織田構成員は、従来の重点支援区域との違いについて質問。厚労省は、「重点支援区域は複数医療機関の再編を前提に、都道府県からの申請で設定された。一方で、今回のモデル推進区域は事前に都道府県と調整した上で、厚労省が設定している。重点支援区域についてもこのたび取扱いをやめるのではなく、これまでの取組み状況も踏まえ一貫した対応を進めていきたい」と説明した。

これに対して、織田構成員は、「データだけを見ず、慎重に、丁寧に対応してもらいたい」と求めた。



第65回全日本病院学会 in 京都

清水鴻一郎・学会長にきく

# 病院がそれぞれの道を選択する時期 新たな航海への羅針盤となる学会に

第65回全日本病院学会in京都が9月28・29日の両日、京都府京都市で開催される。清水鴻一郎学会長に学会テーマである地域医療構想に対する考えなどをきいた。学会企画については、それぞれの見どころを紹介していた(取材日は6月22日)。

## 2025年を目標とした地域医療構想 完結が目前に迫り区切りを迎える

——「地域医療構想前夜」というテーマ設定を含めて、京都学会開催の経緯を教えてください。

全日本病院学会は今回で65回目となりますが、京都府での開催は初めてです。京都府には京都私立病院協会という団体もあり、私はその会長も務めています。通常、5年ごとに記念事業を行っており、今年はちょうど60周年記念です。今回は全日本病院学会の開催地になったので、両者をつなげて、京都府の民間病院が結集する形のイベントにしようと思いました。

京都府には、京都私立病院協会と公立病院が主体の京都府病院協会があり、毎年交互に各会から会長を選出して両会共催で京都病院学会を開催しています。そこでは事務局として、学会開催の経験もあります。

テーマについては、来年は地域医療構想が完結する年です。私が自民党の衆議院議員(2005～2009年)の頃に、小泉純一郎首相による医療制度改革があり、維新の党の衆議院議員(2013～2014年)の頃はちょうど地域医療構想策定を盛り込んだ法案審議がありました。いわゆる厚労族に属して、この間の国政の議論に参加しました。それもあって、強い関心を持って地域医療構想をみてきました。

2025年を目指した地域医療構想の完結が目前に迫り、その立ち位置を見定め、新たな地域医療構想という次のステップに進むために、学会のテーマを「地域医療構想前夜～嵐の中の航海 羅針盤を求めて～」としました。

地域医療構想は病院にとって厳しい面があるかもしれませんが、しかし、社会状況の変化などを踏まえ、病院が自ら医療機能を選択し、未来の方向性を選択しなければいけない時期にきています。今回の学会ではそこを深掘りして、民間病院にとっての羅針盤になるような議論が行われることを願っています。

——地域医療構想を盛り込んだ法律が成立した頃は、急性期病床を適正化するための手段が地域医療構想と捉える論調があったと記憶します。

急性期病床の適正化という側面は確かにありました。厚生労働省に病床が増えると医療費も増えるという考え方があり、病床規制は1988年に初めて全国的に導入されました。日本の病床数が人口当たりで欧米諸国に比べて多いのは事実であり、それに伴う問題として、病床当たりの医師数や看護師数が少ないことがあります。ただ、それは日本特有の歴史的背景があり、必ずしも悪いことではありません。

一方、急性期病院は多職種連携によるチーム医療で濃厚な医療を提供するので、人員配置を充実させる必要があります。少子化・高齢化、人口減により、人材確保も困難となっていきます。

急性期病床の集約化と病床の機能分化により、効率的な医療提供体制を推進しようという方向性で議論が行われていました。

そうは言っても、医療提供体制を急激に変えることは難しいので、一定の時間をかけて到達点を目指すということになります。法律制定の時点では、具体的な方法は決まっておらず、(機能別の病床の必要量の設定などは)その後の検討に委ねられました。地域によっても当然目指す姿は違います。公的病院の役割が大きい地域もあるし、民間病院の役割が大きい地域もある。まさに地域ごとに医療提供体制を構想するのが地域医療構想です。

政府からみれば、病床削減の手段でもあったと思います。過剰病床になると病院経営上の問題もあるので、病院側にも適正化に一定の理解はありました。また、当時私は与党議員でもあり、国の財政状況を考えると、社会保障費の増大は放置できず、そうは言っても地域医療を守らなければならないということで、緩やかな形での落としどころを探していました。

地域医療構想の目標年は、団塊世代が75歳に達する2025年です。75歳を超えると多くの人が何らかの疾患を抱えがちです。2025年を越えると、予想以上の少子化もあり高齢化率がさらに上昇し、人口減少も進み、地域によっては高齢者数も減少します。人材確保が特に深刻になっていきます。

医師に関しては、2024年度から時間外労働規制が施行されました。民間病院にとって、連続勤務時間制限や勤務間インターバル制度により勤務シフトが回らなくなることや、大学病院からの派遣医師が来なくなることが危惧されます。特に救急医療に支障が生じ、救急指定を返上する病院が出てくれば、地域の救急医療体制に影響を与えることとなります。

その点で、宿日直許可に現実的な対応がなされ、ほとんどの民間病院が宿日直許可を得ることができたことは評価できます。一定の条件をクリアすれば、時間外労働とはみなされなくなり、当直医の確保につながります。現実的な落としどころを探った結果です。地域医療構想においても同じで、急性期病床をどんどん減らすような急激な変化を起こすのではなく、地域医療の継続性と両立させながら、現実的な対応が図られてきたのだと思います。

機能別の病床については、急性期と回復期で混乱がありました。急性期が過剰で回復期が不足だということで、回復期病床を増床した結果、回復期リハビリテーション病棟がたくさんできました。ところが、名前が回復期でも、回リハ病棟の主流は運動器リハビリテーションと脳血管疾患リハビリテーションです。地域包括ケア病棟などに入院する回復期の患者は高齢化により肺炎や心不全の患者が多いですし、急性期後の患者のすべてが回リハに相当する病期を経るわけではありません。

急性期についても、急性期には機能別には回復期に相当する軽度急性期が含まれていて、全体として回復期病床が不足しているわけではない。一部の地域では、軽度急性期を回復期と取り扱うことによって、機能別の病床必要

量の構成割合を地域医療構想が目指す形に調整しています。

地域医療構想は法律に基づく政策であり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床の構成割合を2025年の病床必要量に合わせることは必要です。しかし、実際には回復期に曖昧さがあったように、例えば、2024年度診療報酬改定で創設された地域包括医療病棟が、急性期なのか回復期なのかをどう整理するかによっても、結果的に調整が図られることになるのでしょうか。

大事なことは、患者が切れ目のない医療を受けるために必要な体制を作ることです。特に、医療と介護の連携は重要で、介護を受けている人は何らかの疾患が契機になっている場合が多く、両者のニーズを併せ持っています。6月施行となった医療・介護等の同時改定では、それが重要課題となり、一定の対応が図られました。

——医療・介護の連携を含め2040年を見据えた新たな地域医療構想の議論も始まりました。テーマにある「地域医療構想前夜」に込めた意味をもう少し詳しく教えてください。

地域医療構想は2025年で一応の完成を見ます。法律を作り目標達成に向けて10年単位の期間で実行してきました。その間に周りの状況も変化しています。新たな変化に対応するため、現状の地域医療構想のプラットフォームから、2040年を見据えた新たなプラットフォームに移行することになります。その意味では、2025年は中間地点と言えます。それでも一つの区切りを迎えることは確かです。京都学会はその2025年の「前夜」に当たる時期に開催されることになりました。

「嵐の中の航海 羅針盤を求めて」という副題は、2025年を地域医療構想の中間地点として、現在位置を確認し、状況の変化に対応するための新たな地域医療構想に向けた議論を踏まえ、病院の方向性を考える機会にしたいという思いで名づけました。

## パーパス経営や医療DX対応 働き方などのテーマでシンポ

——続いて、学会プログラムについて順番にお聞きします。学会企画1はテーマである「地域医療構想前夜」ですが、そのほか様々な興味深いテーマの企画が予定されていますね。

学会企画2は「厚労省以外の省庁は医療をどのように見ているか」です。病院関係者にとって、厚労省は理解者であり対峙する相手でもあり良くも悪くも付き合いがあります。一方、予算を決めるのは財務省で、その他それぞれの病院を所管している省庁があります。厚労省以外の省庁が何を考えているのかを知ることは重要です。今回、財務省、公立病院を所管する総務省、全国厚生農業協同組合連合会の病院などと関連がある農林水産省の担当官を招き、議論を行います。

学会企画3は「あなたの病院の魅力ってなんですか?～パーパス経営と持続的なブランディングの新たな手法～」です。昔は病院が自ら宣伝するのはよくないという風潮がありましたが、広告規制もありましたが、今は宣伝しないと職員が集まりません。病院の大小



にかかわらず、他と差別化できる魅力的な特徴が各病院に求められています。ブランド力の確立には、病院のパーパス(存在意義)を明確化して社会に提示するパーパス経営が有効とされています。患者も職員も集まってくる病院になるためのヒントが得られると思います。

学会企画4の「DXで医療がどう変わるか」と学会企画6の「若手病院経営者の皆さん!時代の風を感じていますか?」、学会企画7の「テクノロジーの進化と経営戦略」について、基本的には、どちらも京都私立病院協会関係者の若手に企画作りをまかせているという点で関連しています。時代の変化に対応するために、いずれも避けて通れない課題です。

医療DXは推進すべき課題ですが、システム整備に現場が追い付いてない実態があるようです。体制整備のための財源が病院には不足していますし、サイバー攻撃への懸念もあります。病院で専門家を雇うことは難しい一方で、ランサムウェアに感染した町立半田病院(徳島県)のような事態が生じたときにどう対処したらよいか。多くの病院にとって深刻な課題です。

AIをはじめとする最近のテクノロジーの進化も、医療界に影響を与えつつあります。対人サービスが中心である医療の経営戦略にテクノロジーをどう応用するかは大変重要な課題です。

学会企画5の「今後の働き方を考える」は、先ほどの話でも触れましたが、2024年度に医師に対する時間外労働規制が施行されました。ただ、働き方改革は日本の労働者全体を対象としたものです。医師の働き方改革がどう見られているのか、あるいは他の業界は働き方改革にどう対応しているのかを知るために、京都府選出の政治家(勝目やすし衆議院議員)、人材コンサルタント、銀行関係者という多彩な演者が登場する予定です。

特別講演1では、日本医師会の松本吉郎会長に「日本医師会の医療政策～地域を面として支えるために～」のテーマで講演してもらいます。また、京都ならではの企画として、「茶は薬用より始まる」(特別講演2)をテーマに武者小路千家・第14代家元の千宗守氏、「ことばの呪能」(特別講演3)をテーマに清水寺貫主の森清範氏の講演があります。清水寺に関しては、9月28日(土)の19時から「一夜限りの特別拝観」を準備しています。

最後に特別企画として、役者の藤原紀香さんと私が対談します。役者と医者の仕事には共通点が多いと私は思っていて、特に失敗が許されない「一発勝負の厳しさ」があります。やりがいや苦労話を含め両者の共通点と使命をあぶり出したいと思っています。全日病学会は2日目の終盤になると、来場者が急激に減ってしまいますので、それを防ぎたいという目的もあります(笑)。

# 2023年度病院機能評価受審支援事業③ 医療法人博愛会開西病院の第3回訪問支援を終えて

病院機能評価委員会 委員 受審アドバイザー 美原 盤

2024年6月7日、病院機能評価受審支援プロジェクトの一環として開西病院を訪問した。たまたま当院が5月に6回目の機能評価訪問審査を受けた直後であったため、資料として、当院が受審した際の①会場準備および実際の場面のスナップ写真②病院概要のパワーポイント(PPT)③合同面接(1領域)に使用した資料のPPT④一般病棟、回復期リハビリ病棟のケアプロセスに使用した資料一を持参した。

まず、①を用いて書類審査、合同面接、病棟訪問、ケアプロセス、カルテレビュー、部署訪問の場面についてどのように実施されたかを提示した。初回受審の病院にとって訪問審査を具体的にイメージできることを期待した。

次に、病院概要のPPTが提示された。地域での役割が何か、そして何がアピールできるのかを示すように、また、ケアミックスの病院であるから病棟訪問の対象となる病棟機能がイメージできるようなプレゼンを心がけるとよいとアドバイスした。

続いて合同面接のシミュレーションを予定していたが、まだ準備が十分でなかったため、当方で用意したPPT(③)を使用し、具体的なプレゼンのあり方を提示した。この場で質問される内容はほぼ決まっているので、アピールする点(具体的な取り組みやそのアウトカム)をPPTにまとめておくことを提案した。

合同面接は、病院管理者・幹部以下、

各部署の責任者が一堂に会してプレゼンする場であり、病院長がリーダーとなって病院スタッフをワンチームとしてまとめ上げるのによい機会であると伝えた。

ケアプロセスは、整形外科の手術症例と回復期リハビリ病棟の症例が提示された。ケアプロセスにおいても概ね質問、確認されることは決まっているので、スムーズに審査を進行させるには、提示する書類(各種アセスメント、入院計画書など)は別途プリントアウトして用意しておき、担当する職種のスタッフが積極的に発言することが望まれる。

また、プレゼンする症例では確認できない事項(例えば、身体抑制実施例、

輸血実施例、死亡例など)は、別の患者の当該項目の部分のカルテ、書類をプリントアウトして用意しておくことを勧めた。

最後に訪問審査全般について質疑応答の時間を設けた。受審の準備は表面的な形を整えようとするのではなく、各項目が病院に求めていることは何かを考え、医療の質におけるストラクチャー、プロセス、アウトカムを意識して対応することを心がけたらよいとアドバイスし、支援を終了した。

今回の訪問においてはスタッフの皆さんが受審に向けて真剣に取り組んでおられることがひしひしと感じられ、8月に予定している本番直前の支援のための訪問が楽しみである。

## 病院機能評価受審支援相談

2024年6月7日、第3回の訪問アドバイスをいただきました。

アドバイザーとしてお越しいただいたのは美原盤先生。かねてより当院の機能評価事務局と頻りに打ち合わせを重ねていただいております。今回の訪問アドバイスを心待ちにしておりました。

まずは10時より病院概要説明についてのアドバイスです。当院の高橋事務部長からスライドにて概要説明を行いました。美原先生がお持ちくださったスライドを拝見し、その完成度に驚嘆しながら、内容について、お褒めの言葉、また温かくも辛辣なアドバイスをいただき、これまでに費やしてきた時間に手ごたえを感じるとともに、さらにアピールできるポイントなど大きな発見がありました。

直後に第1領域「患者中心の医療の推進」の合同面接が始まります。ここでも美原先生から、お持ちいただいたスライドにより、評価のポイントや当院でアピールできるポイントについて

のアドバイスをいただきました。

第1領域では、説明と同意、医療安全、感染制御、質の向上など、病院の健全な運営に欠かすことのできない、非常に重要な項目が含まれています。私たちが各委員会の委員長、部長以下真剣に取り組んでまいりましたが、やはり不備のある点は散見され、見直さなければならぬポイント、強化すべきポイント等が顕在化したようです。審査までの短い時間を濃密に費やす活力が湧いてまいりました。

続いて第4領域の合同面接です。ここでは病院の理念・基本方針についての審査となります。当院の理念「十勝に根差した、患者様を中心とした医療の提供」について、当院の歴史的背景から、当院がなぜこの地で医療を行う決意に至ったのか、現在までにどのように歩んできたのか、また病院の運営方針、ひいては将来の設計像についてご説明させていただきました。

美原先生からは理念について力強く

## 第3回訪問を受けて

社会医療法人博愛会 開西病院 診療技術部副部長 沢座匡輔

お褒めの言葉をいただき、少し褒められすぎではないかと訝しくも面映ゆくもあり、午前中の予定時間を大幅にオーバーしてお昼の休憩となりました。

午後の部では、いよいよケアプロセスのシミュレーションが始まります。当院担当者達は一様に緊張した面持ちで、円になり着座しています。

まずは急性期病棟の症例について行われました。急性期病棟は整形外科を標榜しており、当院の機能を示す病棟です。美原先生からは矢継ぎ早に質問が飛びます。即座に返答できる質問もあれば、資料を探しきれずに中断してしまう質問もあり、質問とアドバイスが交互に降ってまいります。

「書類をすぐに提示できるように」「ここは私が担当していますとアピールのポイントです」「やっていなければやっていないでよいのです」「自分たちがやっていることに自信を持ってアピールすればよいのです」。沢山のアドバイスをいただき、その熱気に圧倒さ

れながらも前のめりに参加していく職員達を頼もしく見守っておりました。

続いて回復期病棟のケアプロセスのシミュレーションです。先程行われた急性期病棟を見てノウハウを掴んだのか、担当者は質問にすらすらと答えられ、積極的に発言するシーンも見られました。多くの課題改善点も浮き彫りになりました。

ケアプロセスが終了すると、美原先生が「何でも聞いてください!」と質問の時間を設けてくださいました。ここぞとばかりに質問を重ねてしまい、ご迷惑ではなかったでしょうか。

気が付けば会議室に西日が差し込み、終了の時刻を過ぎておりました。残念ですが飛行機の時刻も迫っており、第3回の訪問アドバイスは終了となりました。5時間の長きにわたり、終始熱いアドバイスをいただき、美原先生の熱気が私達にも伝播したようです。よりよい病院のあり方を模索し、受審の日まで邁進してまいります。

## 医科入院の1日当たり点数は4.6%の増加

厚生労働省・2023年診療行為別調査

集計対象のレセプト総件数は6.5%の増加

厚生労働省は6月26日、2023年社会医療診療行為別統計の結果を発表した。医科入院の1件当たり点数は前年より1.6%増え、1日当たり点数は4.6%増加した。また、2023年のレセプト総件数は2022年より増加し、伸び率は6.5%だった。2023年6月審査分のレセプトのうち、NDB(ナショナルデータベース)に蓄積されている全数を集計した。

【医科入院】

医科入院の1件当たり点数は前年より1.6%増、1日当たり点数は4.6%増、1件当たり日数は▲0.44日の減少であった。診療行為別にみると、1件当たり点数の「注射」が20.7%増と大幅に増加。一方で、「検査」が▲11.7%、「初・再診」が▲10.3%と減少した。

医科入院の1件当たり点数は、病院が6万1,934.4点、診療所が2万2,421.9点で、いずれも前年より増加した。1日当たり点数は病院が4,059.1点、診療所が2,724.1点で、いずれも前年より増加した。「特定機能病院」が8,826.9点と最も高く、「一般病院」が5,647.0点、「療

養病床を有する病院」が2,731.8点。「精神科病院」が1,478.5点で最も低い。

1件当たり日数は、病院の総数では15.26日で前年の15.72日より短くなっている。診療所は8.23日で、こちらも前年の8.55日より短くなった。

病院の種類別では、「精神科病院」が28.34日、「療養病床を有する病院」が21.18日、「一般病院」が11.35日、「特定機能病院」が9.44日となっており、いずれも前年を下回った。

医科の入院をDPCレセプトとDPC以外のレセプトに分けると、DPCレセプトの1件当たり点数は6万9,535.5点で、前年より0.4%増加した。DPC以外のレセプトは5万1,906.7点で、前年より2.2%の増加となった。

【医科入院外】

医科入院外の1件当たり点数と1日当たり点数をみると、1件当たり点数は前年より▲0.0%と横ばい。1日当たり点数は▲0.3%と減少した。1件当たり日数は前年と同じく1.47日となった。1件当たり点数を診療行為別にみると、「注射」が7.3%増、「手術」が

6.2%増と伸びている。一方で、入院と同様に「初・再診」が▲4.8%、「検査」が▲4.5%と減少した。

医科の入院外における1件当たり点数は、病院が2,775.4点で、前年と比べ4.1%の増加。診療所が1,103.9点となり、前年より0.9%減少している。

一冊の本 book review

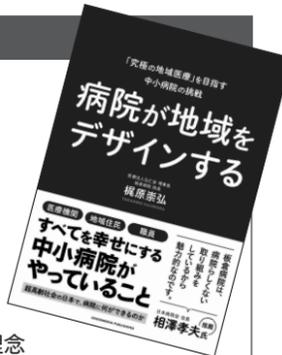
### 病院が地域をデザインする

著者●梶原崇弘  
出版社●クロスメディア・パブリッシング  
定価●1,738円(税込)

全日病会員病院である医療法人弘仁会板倉病院の理事長である梶原崇弘先生のご著書。究極の地域医療を目指して、病院から地域をデザインし、地域の住民とともに「日本一幸せな船橋」をつくるための数々の取り組みが、背景となる理念や目的、その後の広がりとともに丁寧に描かれている。

地域包括ケアシステムの先にある地域共生社会を実現していくために、医療機関が主体となって行う街づくりの可能性と「地元」に根差した取り組みの重要性を改めて感じる1冊。今後の展開に悩む病院にとっては、さまざまなアイデアと大きな勇気をもたらさるだろう。幹部職員のみならず、多くの職員に読んでいただきたい。

(安藤高夫)





# 被用者保険の適用拡大で企業規模要件撤廃案

社会保障審議会・医療保険部会(田邊國昭部会長)は7月3日、厚生労働省の「働き方改革の多様化を踏まえた被用者保険の適用のあり方に関する懇談会」の議論のとりまとめの報告を受けた。健康保険と厚生年金保険の被保険

者の適用拡大を図る方向性で一致したものの、具体的な方法については懇談会が示され、引き続き議論を行っていく。同懇談会の報告では、短時間労働者や個人事業所に対する健康保険と厚生年金保険の適用拡大案として、短時間

労働者の①企業規模要件②労働時間要件③賃金要件④学生除外要件、個人事業所の適用範囲等の考え方を示した。短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲における企業規模要件については、「他の要件に優先して、撤廃の

方向で検討を進めるべき」と強調した。配慮措置や支援策の検討も促した。短時間労働者の労働時間要件と賃金要件に関しては明確な基準案を示さなかった。学生除外要件は現行維持を求めた。個人事業所の要件では、常時5人以上を使用する個人事業所における非適用業種を解消すべきとの考えが示された。「医療」はすでに適用業種だ。

# 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証実績要件を決定

## 中医協総会 加算をマイナ保険証利用率に応じて3段階に分ける

中医協総会(小塩隆士会長)は7月17日、2024年度診療報酬改定で新設した医療DX推進体制整備加算について、マイナ保険証利用率の実績に応じて加算を3段階に分けるとともに、12月2日に現行の健康保険証の発行が終了することに伴い医療情報取得加算を見直すことで合意した。武見敬三厚生労働大臣の諮問に対し中医協として答申した。答申書附帯意見もつけた。告示は8月の予定となっている。

医療DX推進体制整備加算(月1回初診時に8点)は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備した上で、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するための医療DXに対応できる体制を確保している場合の評価だ。施設基準ではこれらを満たすための各要件を設定し、経過措置をつけた。

具体的には、◇マイナ保険証利用率

の実績(2024年10月1日から適用)◇電子処方箋を発行する体制(経過措置は2025年3月31日まで)◇電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制(経過措置は2025年9月30日まで)がある。

マイナ保険証利用率の実績が10月1日から求められるため、今回、実績要件を決めた。決定にあたっては、医療機関におけるマイナ保険証利用の実態を把握するとともに、6月中旬に病院、医科診療所、歯科診療所、薬局に対し、ヒアリングを実施し、利用促進の取り組み状況や課題などを聴取した。その上で、中医協総会で議論を行った。

中医協総会の議論で診療側の委員は、マイナ保険証利用率が伸び悩んでいることは必ずしも医療機関の責任ではないことを含め、医療DXに積極的に取り組む医療機関の裾野を広げるため、実績要件は「低い利用率」にすべきと主張した。これに対し支払側は、マイナ保険証利用率の実績が低い医療機関

が算定する加算ではないと指摘するとともに、利用率が上がる取組みへの医療機関のインセンティブになるよう「高い利用率」を主張した。

このような議論を踏まえ、厚労省は今回、2024年10月以降の医療DX推進体制整備加算をマイナ保険証利用率に応じて3段階に分けることを提案した(下表)。

診療側が主張した「低い利用率」を現行の点数設定(加算3)とし、その上に中程度(加算2)、「高い利用率」(加算1)を設けた形だ。医科の点数をみると、加算1が11点、加算2が10点、加算3が8点となっている。また、加算1と加算2では、「マイナポータル」の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること」という要件を追加した。

利用率については、足下のマイナ保険証利用率の実績を踏まえて設定。全国の利用件数は6月時点で1,874万件



小塩会長(左)が塩崎彰久厚生労働大臣政務官に答申書を渡す

となり、オンライン資格確認利用件数に対する割合は9.9%となった。まだ1割にとどまるが、2024年2月と比べると利用率は倍増している。今後利用率は増加していくことが見込まれ、実績要件は2024年10~12月、2025年1~3月、2025年4月以降で異なる利用率を設けることになった。

実績要件は左下表のとおりである。2025年4月以降の実績要件は、附帯意見を踏まえ、今年末をめどに改めて検討して決定することになった。加算1は15%から30%、加算2は10%から20%、加算3は5%から10%となり、年内(10~12月)と来年(1~3月)では利用率に2倍の差が設けられた。

マイナ保険証利用率の実績は、適用月の3月前のレセプト枚数をベースとした利用者の割合を求めることで、マイナ保険証利用率とする。これまでの公表値は1か月後に把握可能であるオンライン資格確認件数に対する利用件数の割合を用いていた。レセプト枚数は2か月後に把握可能。ただし、2025年1月までは「適用月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることも可能」とする。

3月前のレセプト件数ベースまたは2月前のオンライン資格確認件数ベースの利用率に代えて、その前月・前々月の利用率も可能との規定も加えた。

医療情報取得加算については、現行ではマイナ保険証を利用する場合と現行の健康保険証を利用する場合で点数が異なっている。12月2日に現行の健康保険証の発行は終了するので、マイナ保険証を利用する場合の点数(初診時1点、再診時1点)に統一する。

### 医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

令和6年6月~9月		令和6年10月~		
医療DX推進体制整備加算	医療DX推進体制整備加算	8点	医療DX推進体制整備加算1	11点
	医療DX推進体制整備加算(歯科)	6点	医療DX推進体制整備加算1(歯科)	9点
	医療DX推進体制整備加算(調剤)	4点	医療DX推進体制整備加算1(調剤)	7点
	※初診時に所定点数を加算		[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、十分な実績を有していること。 (新)マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。	
医療情報取得加算	初診時	3点	初診時	1点
	再診時(3月に1回に限り算定)	1点	再診時(3月に1回に限り算定)	1点
	医療情報取得加算3(現行の保険証の場合)	2点	医療情報取得加算	1点
	医療情報取得加算4(マイナ保険証の場合)	1点	医療情報取得加算	1点
[施設基準(医科医療機関)](要旨) ~中略~ (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)		[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、必要な実績を有していること。 (新)マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。		
医療DX推進体制整備加算2		10点	医療DX推進体制整備加算2(歯科)	8点
医療DX推進体制整備加算2(調剤)		6点	医療DX推進体制整備加算2(調剤)	6点
[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、必要な実績を有していること。 (新)マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。		[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、実績を有していること。		
医療DX推進体制整備加算3		8点	医療DX推進体制整備加算3(歯科)	6点
医療DX推進体制整備加算3(調剤)		4点	医療DX推進体制整備加算3(調剤)	4点
[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、実績を有していること。		[施設基準(医科医療機関)](要旨) (6)マイナポータルカードの健康保険証利用について、実績を有していること。		
マイナ保険証利用率(案) (注)利用率は通知で規定				
利用率実績	令和6年7・8月~	令和6年10・11月~	令和6年10・11月~	
適用時期	令和6年10月~	令和7年1月~	令和7年1月~	
加算1	15%	30%	30%	
加算2	10%	20%	20%	
加算3	5%	10%	10%	

※適用時期の3月前のレセプト枚数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月~令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。  
※令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

## 2024年度 第3回常任理事会の抄録 6月1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。
  - 栃木県 社団医療法人英静会森クリニック  
理事長 森 亮善(旧:社団医療法人英静会森病院)
- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 鹿児島県 医療法人康成会植村病院  
理事長 植村 健

退会が2件あり、正会員は合計2,561会員となった。

**【主な報告事項】**

- 審議会等の報告

「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」、「新たな地域医療構想等に関する検討会」、「かかりつけ医機能が發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。

- 「新たな地域医療構想等に関する検討会」の報告に関連して、「確保病床数に占める新型コロナ入院患者数の割合」について説明があった。

●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
  - 愛知県 あま市民病院

- 埼玉県 坂戸中央病院
- 埼玉県 皆野病院
- 広島県 高陽ニュータウン病院
- 佐賀県 河畔病院
- ◎一般病院2
  - 埼玉県 関越病院
  - 兵庫県 西宮渡辺心臓脳・血管センター
  - 神奈川県 聖隷横浜病院
  - 愛媛県 今治病院
- ◎リハビリテーション病院
  - 和歌山県 貴志川リハビリテーション病院
  - 大阪府 八尾はあとふる病院
  - 宮崎県 潤和会記念病院
  - ◎慢性期病院

- 静岡県 湖山リハビリテーション病院
- 山口県 光風園病院
- ◎緩和ケア病院
  - 長野県 愛和病院

5月10日現在の認定病院は合計2,050病院。そのうち本会会員は840病院と、全認定病院の41.0%を占める。

**【主な討議事項】**

- 一般社団法人による医療機関経営について、医療法人と取扱いが異なっている部分等をどのように考えていくべきかについて問題提起があり、議論が行われた。

# 眞鍋医療課長が厚生科学課長、林医事課長が医療課長に

## 厚生労働省人事

## 医政等担当の審議官に森氏、医療保険等担当の審議官に榊原氏

厚生労働省の医療・介護関係の担当部署の幹部人事が7月5日に行われた。医政等担当の審議官に森真弘氏、医療保険等担当の審議官に榊原毅氏、大臣官房厚生科学課長に眞鍋馨氏、医政局総務課長に梶野友樹氏、老健局総務課長に江口満氏、保険局総務課長に姫野泰啓氏、保険局医療介護連携政策課長に山田章平氏、保険局医療課長に林修一郎が就任した。

以下で審議官・課長級人事の一部を紹介する(敬称略)。

### (大臣官房審議官等)

◇大臣官房審議官(医政、口腔健康管理、精神保健医療、災害対策担当)、老健局併任、保険局併任 = 森真弘(大臣官房会計課長)◇大臣官房審議官(健康、生活衛生、アルコール健康障害対策、社会、援護、地域共生・自殺対策、

人道調査、福祉連携担当) = 岡本利久(大臣官房参事官(情報化担当))◇大臣官房審議官(医薬担当) = 佐藤大作(医薬局監視指導・麻薬対策課長)◇大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当)、社会・援護局併任 = 吉田修(財務省大臣官房付)◇大臣官房審議官(医療保険担当) = 榊原毅(大臣官房付)◇大臣官房審議官(医療介護連携、データヘルス改革担当) = 神ノ田昌博(環境省大臣官房環境保健部長)◇健康・生活衛生局感染症対策部長 = 鷺見学(内閣官房内閣審議官(内閣感染症危機管理統括庁))◇社会・援護局障害保健福祉部長 = 野村知司(こども家庭庁長官官房審議官(支援局担当))◇大臣官房サイバーセキュリティ・情報化審議官 = 林弘郷(総務省情報通信政策研究所長)◇大臣官房人事課長 = 矢田

貝泰之(大臣官房参事官(人事担当))◇大臣官房会計課長 = 尾崎守正(大臣官房付)◇大臣官房厚生科学課長 = 眞鍋馨(保険局医療課長)

(医政局課長)◇医政局総務課長、医政局医療経理室長併任 = 梶野友樹(大臣官房参事官(感染症対策、医政、総括調整、行政改革、国際担当))◇医政局医事課長、死因究明等推進本部事務局参事官併任 = 西嶋康浩(健康・生活衛生局がん・疾病対策課長)

(健康・生活衛生局課長)◇健康・生活衛生局がん・疾病対策課長 = 鶴田真也(医政局医薬産業振興・医療情報企画課医療機器政策室長)◇健康・生活衛生局難病対策課長 = 山本博之(政策企画官)◇健康・生活衛生局感染症対策部企画・検疫課長 = 笹子

宗一郎(保険局国民健康保険課長)(老健局)

◇老健局総務課長 = 江口満(社会・援護局障害保健福祉部企画課長)◇老健局介護保険計画課長 = 大竹雄二(大臣官房付)◇老健局認知症施策・地域介護推進課長 = 吉田慎(大臣官房付)

(保険局)◇保険局総務課長 = 姫野泰啓(医政局総務課長)◇保険局保険課長 = 佐藤康弘(社会保障財政企画官)◇保険局国民健康保険課長 = 唐木啓介(大臣官房付)◇保険局医療介護連携政策課長、医政局併任、老健局併任 = 山田章平(健康・生活衛生局難病対策課長)◇保険局医療課長 = 林修一郎(医政局医事課長)◇保険局医療課医療指導監査室長 = 町田宗仁(国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部長)

# かかりつけ医機能を報告し協議の場で役割分担を図る

## 厚労省・かかりつけ医機能制度施行分科会

## 「議論の整理」を大筋でまとめる

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7月19日、「議論の整理」を大筋でまとめた。7月5日の分科会の議論で決着した1号機能など報告を求めるかかりつけ医機能の内容を当初案に加えた形となっている(1面参照)。厚労省は今後、2025年度の施行に向け、ガイドラインの作成や医師研修の詳細の整理、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告のためのシステムの改修など準備を進める。

「議論の整理」では、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方を示すとともに、◇制度整備の枠組◇かかりつけ医機能を有する医療機関の明確化◇「地域における協議の場」での協議◇「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明◇基盤整備、国の支援のあり方等◇障害のある方に対するかかりつけ医機能一などの項目で整理した。

同制度の枠組は、法改正に基づき次の3点で構成されている。①医療機能情報提供制度の刷新②かかりつけ医機能報告の創設③患者等に対する説明。「議論の整理」では主に②を扱った。

かかりつけ医機能を有する医療機関は、特定機能病院と歯科診療所を除く病院・診療所が報告する機能により明確化する。報告内容である1号機能、2号機能、その他の報告事項もまとめた。かかりつけ医機能を有する医療機関の明確な定義は現時点で存在しないが、地域性を踏まえた「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)をガイドラインで示す。

かかりつけ医機能を有する医療機関を国民・患者が適切に選択できるようにすることも、同制度の重要な目的の一つで、報告内容は医療情報ネット(ナビ)を通じて検索できるようにする。そのための改修作業を行う。

「地域における協議の場」での協議

はかかりつけ医機能を地域で面として支えるために不可欠なものになる。「議論の整理」では協議の進め方のイメージが示されており、かかりつけ医機能の過不足を明らかにし、役割分担を図るための場とする。

患者等への説明では、説明が努力義務になる場合を明らかにするとともに、説明の内容・方法を示した。

基盤整備については、研修の内容・場の整備が重要になる。研修内容の詳細は厚生労働科学研究班で整理することになっている。研修の実施団体からの申出に基づき報告対象として該当する研修を示しており、全日病総合医育成プログラムも候補となる。

研修内容については、骨子をまとめており、以下の内容となっている。

研修について、知識(座学)と経験(実地)の両面から望ましい内容を整理する。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

中小病院などで診療を行っている医師等。研修の実施団体において研修者が各研修要件を満たしたことを確認する。その際に、地域の診療所等で一定期間以上の診療実績がある医師の診療実績を考慮するとしている。

座学の内容としては、「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」を含むとし、具体的な項目を例示した。E-learningのシステムも整備する。

実地の内容としては、在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療を含むとし、それが可能な医療機関等で研修する。具体的には、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あげ、受講の意向のある医師を把握し、実地研修のマッチングを行う仕組みを整備するとした。医師会や大学のシミュレーションラボも想定している。地域医療介護総合確保基金を活用できる。

## ■ 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
サイバー攻撃のBCP研修 60名	2024年8月29日(木) WEB開催	22,000円(23,100円)(税込)	医療機関を狙ったサイバー攻撃を未然に防ぐことに加え、受けした場合の対応及び早期復旧に向けたBCPの策定が求められている。本研修は2部構成となっており、第1部はサイバー攻撃に関する基礎知識の講義、第2部は実際にサイバー攻撃を受けた場合の対応についてワークショップを行う。
看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会 30名	2024年9月23日(月) WEB開催	11,000円(税込)	看護師の特定行為に係る指導者講習会の企画開催や講師を務める者を対象に実施する研修会。制度の概要や経緯、課題とともに、指導者講習会の企画運営の課題、教育理論・教授方法、トラブルシューティング、手順書などについての講義が行われる。厚生労働省医政局長通知に規定する指導者が受講していることが望ましい指導者講習会に該当する。研修修了者には「修了証書」を交付する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース 48名	2024年10月10日(木) 全日病会議室	23,100円(税込)	参加者には、「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース」受講認定証を発行する。対象者は、当協会の「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」の受講修了者が望ましい。ただし、どなたでも参加できる。
医師事務作業補助者研修	2024年6月12日(水)～ 2025年5月31日(土) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円(税込) (1アカウント・90日間有効)	本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。