



全日病 NEWS

2024.10.1 No.1064

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

急性期と回復期をあわせ持つ機能を含め医療機関機能を類型化

新たな地域医療構想等検討会 4区分の病床機能を維持し医療機関機能を報告

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9月6日、年内のとりまとめに向け、各論の議論を開始。同日は入院医療をテーマとした。目標となる必要病床数の推計に用いる病床機能区分は、現行の地域医療構想と同様に4区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を維持するとともに、あわせて医療機関機能を報告することを厚労省が提案した。構成員から異論は出なかった。

地域医療構想において、医療機関機能を報告する考えは、従来から全日病会長の猪口雄二構成員が主張していた。猪口会長は、病床機能報告で生じた「急性期」と「回復期」の区別の混乱も踏まえ、病院機能の方が医療関係者にとっても患者にとっても病床機能よりもわかりやすいと指摘していた。このため、「医療機関機能を類型化して位置づけることが一番重要になる」と述べ、新たな提案を歓迎した。

厚労省の同日の資料では、今後、85歳以上の急性期の入院が増える中で、病床機能で区分するよりも医療機関機能で考えることが望ましい場合がある

との考えが示された。例えば、高齢であるほど、在院日数が長くなる傾向がある中で、大腿骨近位部の骨折における待機時間、手術、リハビリ、退院までの在院日数が、転院・転棟の場合で異なり、「手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向にある」とのデータがある。

急性期が主体の医療機関から回復期が主体の医療機関に転院すると、転院に伴う様々な調整や、診療報酬の算定要件などに影響され、急性期と回復期の機能をあわせ持つ医療機関よりも在院日数が長くなるなど、不効率な状況が生じ得るということだ。

医療機関機能を明確にすることを重要な論点にする場合、どのように医療機関機能を類型化するかということが次の課題となる。厚労省はその際に、救急医療という観点で、類型化の考え方を例示した。

まず想定されるのが、高齢者救急を受け入れる医療機関である。急性期と回復期の機能をあわせ持つ医療機関として、「救急搬送を受け入れるだけで

なく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要となる。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行う。それにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制」が求められると整理した。

医療法などで急性期と回復期をあわせ持つ医療機関機能を明確に位置づけた医療機関の類型は現状で存在しない。一方、診療報酬における病棟の類型では、地域包括ケア病棟や2024年度診療報酬改定で創設された地域包括医療病棟、在宅療養支援病院(強化型)などが近い機能として想定される。

2つ目は、より広域的な観点で、高度な医療や広く救急への対応を行う機能を備える医療機関である。一定の症例数を集約して対応する地域の拠点としての医療機関になる。特に、手術については、多くの症例を取扱う医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いとされており、集約化が求められる理由の一つと想定される。



また、緊急手術を実施するためには、様々な医療従事者が必要となるが、緊急手術が毎日発生するという状況ではない医療圏も多いという。そうした医療圏でも複数の医療機関で緊急手術の体制が取られている。働き方改革の推進という観点や体制整備の効率性の観点からも集約化が望ましいとした。

猪口構成員は、「最近では夜間緊急手術を地域によっては二次医療圏で行うことも難しい状況になっている。むしろ、三次医療圏単位の広域の高度急性期病院が夜間緊急手術を担う傾向にある。一方、地域で地域包括ケアを担い在宅医療のバックアップ機能がある中小病院の位置づけが今後の超高齢社会において重要になる」と述べた。

なお、「集約化」という言葉が先行してしまうことに関しては、日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一委員が、地方都市などに巨大病院が建設され、現状の地域医療を支えている体制を壊してしまうことへの懸念を示した。

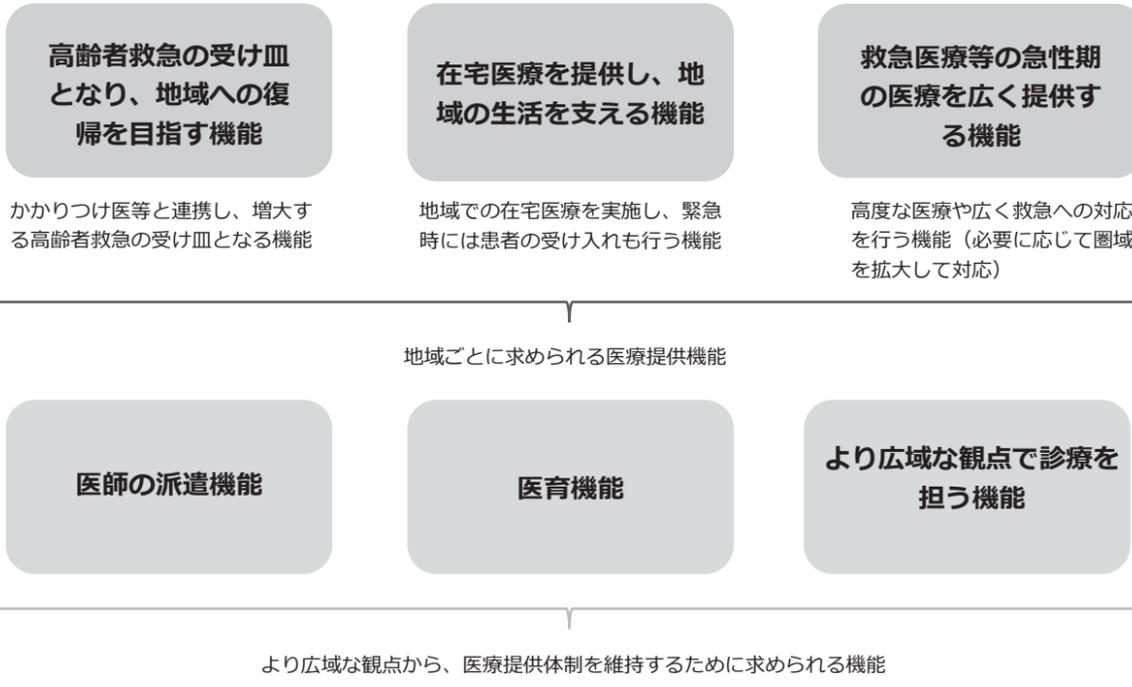
3つ目として、「在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能」がある。現在、制度整備を進めているかかりつけ医療機能を持つ医療機関の機能に近い。

また、病床機能については、現在の4区分を維持する提案となっている。ただ、猪口構成員は、「現状の地域医療構想では、明確な定義がない『回復期』が病床機能報告に結びつき、わかりにくかった。元々、4区分は診療報酬の出来高点数で切った区分である。4区分を病床機能の計算区分とするのであれば、せめて名称は変更して、『1~4』としたほうがよい」と発言した。

本号の紙面から

- 3病院団体病院経営定期調査 2面
- 病院機能評価受審支援事業 3面
- 医療事故調対応緊急座談会 4・5面
- 診療報酬改定解説⑤(外来) 6面
- 「こころの健康」厚生労働白書 7面
- 2023年度の医療費の動向 8面

2040年に求められる医療機関機能(イメージ)



清話抄

病院建築費へ補助金を

昨今の病院経営はさらに厳しさを増しているが、病院のいかなる努力によっても解決困難な問題が病院建設費の暴騰である。

病院は40年に1回程度の建替えがあるが、近年の建築価格は狂乱物価の時代を上回る暴騰を続けている。病

院建築の底値は2011年頃であり、当時はRC(鉄筋コンクリート)の堅牢な病院が60万円/坪程度で建築できた。当時と同グレードの病院を建築するには現在では200万円/坪と3倍を超える価格となっている。公立病院では1床1億円を超える建築も常態化しており、この建築価格が診療報酬で償還できる見込みはない。

病院での減価償却費は総収入の5%内外が普通の値である。このうちの3%程度が建築費の減価償却であろうか。建築費が3倍となれば建築の

減価償却費は収入の9%となり、減価償却費全体は11%にも及ぶ。こうなると赤字を確保できる病院は極めてまれであろう。

2024年の骨太の方針では経済動向に見合った価格の設定が示されており、診療報酬もそれに依りて適切に変化させるべきであるが、現在その動きはない。この状況で40年に1回程度の病院建築費を診療報酬に適切に盛り込むことは難しい。病院の健全経営のために、補助金の拠出は考えられないか。

例えば公的な審査を経て増床、新築、改築が妥当であるという物件には100万円/坪の補助金を出す。現在の坪単価は200万円程度であるから、差額の100万円は病院が負担する。この額なら病院の自助努力で償還の可能性はある。

病院建築の坪単価は福祉医療機構を用いて把握できるため、その時価に応じて補助金の額を上下し病院の負担額を常時100万円/坪とすれば、診療報酬内で償還できるのではないか。

(古城資久)

主張

高齢者救急=なんちゃって救急なのか？

世間一般の救急医療に対するイメージとは、映画やTVドラマの『コード・ブルー』『ドクターX』『救命病棟24時』の世界なのかもしれない。イケメンERドクターや美人外科医が、施設設備の整った大病院で颯爽と活躍する姿はカッコよく印象的に見栄えするらしい。救急現場のシーンには「オムツを付けたシワシワの呆け老人患者」はまらず登場しない。

これからの人口減少、少子超高齢社

会を迎える我が国の医療提供体制、医療財政を検討するにあたり、本当の救急医療現場を知らない財務・厚労系官僚が、「高齢者救急なんて所詮なんちゃって救急であり、本来の救急で取り扱うべき、また医療資源を投入すべき対象ではない」と洗脳されていたらどうなるだろう。75歳以上の高齢救急患者は、医療資源投入量が低い「誤嚥性肺炎」「尿路感染」が中心であり、そもそも「7対1看護」で見るとはな

いとして、2024年度診療報酬改定では、重症度、医療・看護必要度を厳格化し、「7対1」から「B項目」を除外し、高齢者救急を担う病棟として、新たに「地域包括医療病棟」を新設した。しかしその《施設基準》を見れば、高齢者救急を担う病床を意識したものとは思えない程ハードルの高い内容であり、つまりは「ただ単に7対1を減らしたいだけ」「なんちゃって救急をとにかく排除したいだけ」という意図が見て取れる。

高齢者救急は増加の一途であり、軽症、中等症が多いのも事実だが、中等度以上の高齢患者は、ADLや認知機能の面で、若い患者の何倍も(医療資

源として)看護・介護のマンパワーを必要とする。その評価を「B項目」ごとバツサリと切り捨てて、内科系疾患の場合、どんなに頑張って診ても、重症度、医療・看護必要度は満たせないとなると、高齢者救急は邪魔なお荷物としてたらい回しとなり、受け入れる急性期病床がなくなってしまう。2040年に向けて高齢者救急をより丁寧に分析し、どのような医療提供体制で臨むべきなのか、どれくらいの医療財源が必要なのかもっと精緻に検証しないと、このままでは地域医療において高齢者救急患者は行き場を失うことになる。

(津留英智)

2024年6月の経常利益は100床当たりマイナス1,732万円

3病院団体病院経営定期調査 病院の経営状況が急速に悪化。特例的な救済措置・財政支援を要望

全日病、日本病院会、日本医療法人協会は9月18日、2024年度の病院経営定期調査の中間報告(緊急速報)を公表した。2024年6月の状況を含め、病院の医療損益の減収・減益が著しく、新型コロナの補助金も解消となったことで、経常利益もマイナスになるなど、病院の経営状況が急速に悪化していることが明らかとなった。病院の経営不振は、地域医療に少なからず影響を与えるおそれが高いことから、特例的な救済措置・財政支援を政府に要望している。

病院経営の状況は、かねてから低調であったが、新型コロナの感染拡大を通じて悪化した。政府が実施した新型コロナ対応の補助金や診療報酬特例により黒字を確保し、病院経営は何とか維持されたが、新型コロナの感染症法上の取扱いが2類相当から5類に変更されたことに伴い、補助金や診療報酬特例は解消に向かった。

ポストコロナの状況下でも、病床利用

率の低下は止まらず、物価・賃金の高騰により医療提供のコストは上昇し続けている。今回の調査結果で、病院経営の厳しい状況は明確に示されている。

調査は2024年7月22日～8月30日にかけて実施。3団体所属の会員病院に調査票を送付し、541病院から回答を得た(回答率12.2%)。そのうち、有効回答数は480病院となっている。

2023年度の病院経営状況

2023年度の全病院の100床当たりの医療損益をみると、医療利益はマイナス2億29万円、経常利益はマイナス3,412万円。医療利益率はマイナス7.1%の赤字、経常利益率はマイナス1.2%となっている。

医療利益のマイナスは2022年度がマイナス2億978万円、医療利益率はマイナス7.7%で、どちらも2022年度のほうが赤字幅が大きい。しかし2023年度は、新型コロナ関連の緊急包括支援事業の補助金が大幅減となった。

2023年度の補助金を除く損益差額はマイナス1億6,106万円、新型コロナ関連の補助金を除く経常利益はマイナス8,391万円である。この結果、全病院の経常利益率は、2022年度のプラス4.9%の黒字から、2023年度はマイナス1.2%の赤字に転落した。

2024年6月の病院経営状況

2024年6月の医療利益はマイナス2,181万円、経常利益はマイナス1,732万円となっており、2023年6月と比較すると、医療利益はマイナスが241万円拡大、経常利益はマイナスが353万円拡大している。医療外収益もマイナスが158万円の拡大である。

2024年6月の医療利益のマイナスの拡大は、医療収益が0.1%の減収になったこと、医療費用が0.9%の増加になったことによる。2024年度診療報酬改定が本体プラス0.88%、薬価がマイナス0.97%、医療材料がマイナス0.02%であったことが医療収益に影響してい

る。医療費用の増加は昨今の物価・賃金の高騰の影響が考えられる。

経常利益のマイナスの拡大は、医療外収益が20.2%の減少になったことが大きい。2024年度に新型コロナ関連緊急包括支援事業補助金、水道光熱費補助金は、減額ないしほぼゼロとなった。この結果、2024年6月の医療利益率はマイナス10.0%の赤字、経常利益率はマイナス7.9%の赤字となった。

2018～2023年度の6年度の状況

100床当たりの医療利益・経常利益の比較を2018年度から2023年度までの6年度の期間でみると、医療利益はすべての年度でマイナスであり、新型コロナの感染拡大が生じた2020年度の赤字が最も大きく、2023年度まで大きな赤字が続いている。

一方、新型コロナ対応の補助金のおかげで、経常利益は2020～2022年度まで黒字になった。しかし、2023年度は新型コロナ対応の補助金が減少し、経常利益も赤字に転落した。なお、2018年度と2019年度の経常利益はわずかにマイナスであった。

新型コロナ対応の補助金を除いた経常利益をみると、2020～2023年度はすべて赤字である。赤字幅は2020年度、2022年度、2023年度で同程度となっている。新型コロナ対応の補助金があり、2020～2022年度で黒字を確保した経常利益が、2023年度になって、赤字に転落というのが病院経営の実態だ。

WAMの病院経営動向調査結果

福祉医療機構(WAM)の病院経営動向調査の結果(2024年6月調査)をみても、同様の傾向が確認できる。

病院の医療利益率は、急性期(一般病院)で、2020年度(マイナス1.1%)、2022年度(マイナス1.1%)、2023年度(マイナス2.0%)となっている。精神科(精神科病院)の場合は、2020年度(0.4%)、2021年度(0.6%)、2022年度(0.7%)とプラスを保っていたが、2023年度にマイナス0.7%に転落した。慢性期(療養型病院)の場合は、黒字を維持している。2020年度は2.1%、2021年度は3.5%、2022年度は2.0%、2023年度は2.0%である。

病院の経常利益率をみると、3団体の病院経営定期調査と同様に、2022年度から2023年度に急激な経常利益率の悪化が生じたことが顕著である。急性期(一般病院)は3.7%からマイナス0.1%になった。精神科(精神科病院)は4.3%から0.7%になった。慢性期(療養型病院)は4.8%から3.3%になった。2020年以前と比べても、2023年度の経常利益率が低い水準であることがはっきりとわかる調査結果となっている。

I. 医療損益の2年度連続比較(2022年度/2023年度) 全病院の医療損益・100床あたりの平均

科目 (単位：千円)	全病院 (n=396) 平均病床数：303			
	2022年度	2023年度	差引増減	前年比
①医療収益	2,735,569	2,817,369	81,800	3.0%
②医療費用	2,945,349	3,017,661	72,312	2.5%
③医療利益 (①-②)	-209,780	-200,291	9,488	
④医療外収益	394,963	217,538	-177,424	-44.9%
⑤医療外費用	50,824	51,370	546	1.1%
⑥経常利益 ((①+④) - (②+⑤))	134,359	-34,123	-168,482	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く 経常利益 (⑥-(⑦+⑧))	-87,182	-83,912	3,271	
医療利益率 (③÷①)	-7.7%	-7.1%		
経常利益率 (⑥÷①)	4.9%	-1.2%		
※1_補助金(運営・施設・その他)	282,201	126,936	-155,265	-55.0%
※2_補助金を除く医療外収益 (④-※1)	112,761	90,603	-22,159	-19.7%
※3_損益差額 (③+※2-⑤)	-147,842	-161,058	-13,217	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	219,227	46,772		
⑧水道光熱費 補助金	2,314	3,017		
⑨人材紹介会社へ支払う紹介手数料・委託料	5,039	4,414		

II. 医療損益の前年同月比較(2023年6月/2024年6月) 全病院の医療損益・100床あたりの平均

科目 (単位：千円)	全病院 (n=369) 平均病床数：280			
	2023年6月	2024年6月	差引増減	前年比
①医療収益	218,533	218,352	-181	-0.1%
②医療費用	237,930	240,159	2,230	0.9%
③医療利益 (①-②)	-19,396	-21,807	-2,411	
④医療外収益	7,834	6,250	-1,584	-20.2%
⑤医療外費用	2,230	1,767	-463	-20.8%
⑥経常利益 ((①+④) - (②+⑤))	-13,793	-17,324	-3,532	
コロナ関連,水道光熱費の補助金を除く 経常利益 (⑥-(⑦+⑧))	-14,919	-17,353	-2,434	
医療利益率 (③÷①)	-8.9%	-10.0%		
経常利益率 (⑥÷①)	-6.3%	-7.9%		
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,067	3		
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	59	25		

2023年度病院機能評価受審支援事業④ 2023年度の受審支援対象病院の支援活動を終えて

病院機能評価委員会 診療担当 美原 盤
看護担当 岩淵泰子
事務管理担当 中嶋照夫

2023年度の全日病機能評価委員会による支援事業の一つである、機能評価新規受審病院への概ね1年間にわたる委員会メンバー（機能評価機構のサーベイヤーを兼ねる）による支援活動は、当年度は11月に事務管理担当委員が病院を訪問して開始された。対象病院である社会医療法人博愛会関西病院は北海道帯広市の中心部に位置し、開設後28年を経た許可病床数196床（一般病床78床、地域包括ケア病床10床、回復期リハ病床48床、医療療養型病床60床）の整形外科をメインとした病院である。初回訪問時には「機能評価とは」という視点から、職種を限定しないで広く院内の改善活動を促すことを目的に概念的な解説を行った。その後、年が明けた2月に看護担当委員が訪問して、看護部門を主として項目全般と部署訪問、特にケアプロセス審査について詳細な指導を行った。次に、それまでの訪問支援を引き継ぎ、今年6月に診療担当委員が訪問指導を行った。診療担当委員は、自身の病院の受審資料を基に診療部門をはじめとしてコメディカ

ル部門を含めた広範な領域の指導・解説を行った。とりわけ受審病院側における項目解釈の促進を図り、さらに病院として特定項目をアピールすることの必要性も指南することができた。

今回の訪問支援では、全支援担当委員が揃って病院訪問をし、9月に予定される本審査に向け、合同面接をはじめとして、部署訪問・ケアプロセス等一連の本審査をイメージした指導を行った。

まず診療担当は、病院概要説明ではそれぞれの病棟機能（ケアミックスであること）を明確にし、ラウンドする病棟の特徴をサーベイヤーがイメージできるように、ストーリー性のあるプレゼンを求めた。加えて、地域における自院の役割を明確にし、合同面接1-2領域でアピールする内容に結びつけるように意識することをアドバイスした。ケアプロセスにおいても積極的にアピールし、その関連部門は、部署訪問の際に担当者は再度強調すべきことをアドバイスした。各職種担当者は自ら積極的に発言することが求められ、

自院の特徴、誇れる点をサーベイヤーにしっかり伝えていただきたい。

看護担当は、前回訪問から約6か月が経過しており、その間、複数の質問にはメールで回答した。マニュアルの改訂や同席者のルール、診療・看護等の責任者の明示、麻薬保管庫・向精神薬の鍵管理の方法などを含め、大きく改善が図られ、職員一丸となって取り組んでいる様子が見えてきた。

自己評価ではB評価が多く、A評価であるべき項目も見受けられたので、自信をもってアピールするようアドバイスした。自己評価票の記載要領に迷いがあると感じ、評価の要素に沿って具体的に文章化することを勧めた。本審査までに見直すべき点は、部署訪問やケアプロセスでアドバイスしたが、倫理委員会の開催や単回使用医療機器(SUD)の再利用については、早急に対応されたい。

既に質改善活動は進捗が見られており、第三者に理解しやすい説明を心がけていただきたい。

事務管理担当としては、病院から事

前に送付された多数の書類をもとに、合同面接、4領域の面接などの場面を設定して、提出書類に記述された内容の確認、書類相互に不整合な課題などを指摘しながら、面接調査のトライアルを実施した。また、部署訪問においては各部署に特徴的な課題などを提示して、本審査に備えるよう指導と解説を行った。

午前9時過ぎから今回のトライアルを開始したが、病院職員の緊張がダイレクトに伝わってくる状況であった。本審査に臨むにあたり、これまでに貴院で築かれた病院医療の積み重ね、そして昨年来準備された個々の項目に対する熱い考えなどをもとに、自信をもって、明確にサーベイヤーに伝えることができるよう、病院一丸となって、残された日々を有効に使い準備に邁進されることを願いながら、支援活動は予定の時間を少しオーバーして大団円を迎えることになった。

アドバイザーの先生に感謝を込めて

社会医療法人博愛会 開西病院 事務部長 高橋義之

2023年4月に病院機能評価受審支援モデル病院となり、9月のキックオフミーティングから約1年、受審支援の集大成ともいえるアドバイザーの先生3名揃い踏みによる最終訪問の日を迎えました。

初回訪問は2023年11月30日、事務管理領域担当アドバイザーの中嶋照夫先生が来院されました。キックオフミーティングから3か月が経過しているにもかかわらず、受審に向けての準備がほぼ手付かずの状況に大変驚かれ、これはまずいとずいぶん発破をかけられました。その強面の風貌から只者ではないオーラを感じながら、それでも受

審に臨む心構えやVer.3.0の改正ポイント、課題の抽出や解決方法など、基本的なノウハウを懇切丁寧に教えていただきました。

2024年2月16日の第2回訪問は看護担当アドバイザー岩淵泰子先生。帯広は前日の大雪のため、飛行機の欠航が相次ぐ状況の中、無事来院され支援が開始されました。専門領域のアドバイスのため、より具体的に詳細に、時に厳しく、時に優しく、当院の看護師との真剣勝負のごとき訪問支援は熱気と一体感の中、終了いたしました。

第3回は6月7日に診療領域担当の美原盤先生にご訪問いただきました。

例選定も他人任せで、最低限のレベルはクリアしているという根拠のない自信のもと、最終訪問直前になってから選定された症例のカルテ内容を流し読みするだけでケアプロセスのデモ審査に臨みました。

結果、最終訪問指導の段階にもかかわらず致命的な記載の漏れ、内容不足などの指摘を受けました。他部門の質

これから夏を迎える爽やかな季節に、美原先生は超ポジティブなインパクトを我が病院スタッフに残し、帯広を満喫されて帰途につかれました。今までの不安や戸惑い、諦めの気持ちが全て吹っ飛び、よくわからない自信を手に入れたスタッフは、美原先生の言葉を信じ、示された道を突き進もうと心一つにしました。

そんな経緯で迎えた最終訪問は、本番さながらの会場設営と審査書類を揃え、忙しい診療のさなか3名の副院長も出席しました。

まずは理事長の病院概要から始まり、声楽家で舞台経験も豊富な当

院院長はぶっつけ本番でもさすがのプレゼンでしたが、その後の合同面接ではすぐさま準備不足が露呈、前途多難の幕開けと相成りました。その後の感想は副院長で整形外科の長崎医師に委ねます。

泣いても笑っても本審査まであと1か月弱。全日病及び日本医療機能評価機構のご担当者さまにも多大なご支援をいただき感謝の気持ちでいっぱいです。本審査がゴールではなくスタートと考え、より良い病院になれるよう努力を続けます。

社会医療法人博愛会 開西病院 副院長 長崎晋矢

くださるアドバイザーの先生方に頭が下がる思いでした。

審査の時は「穴を見せない」消極性より「長所を売り込む」積極性を前面に出すことが重要と繰り返し強調されたと認識しています。ここまでほぼ拱手傍観一択になっていましたが、今更ながら多少は率先躬行し貢献できたらと考えています。

病院の導入率は1.9%にとどまる

厚労省・電子処方箋推進会議

電子処方箋の普及状況について報告

厚生労働省の電子処方箋推進会議が9月11日に開催され、電子処方箋の普及拡大に向けた対応状況を確認した。2025年3月までにすべての医療機関・薬局への導入を目指す中、2024年9月1日現在、全体の14.6%にあたる全国30,609施設で電子処方箋の運用開始済であることが報告された。病院の導入率は1.9%にとどまる。

施設別にみると、病院153(1.9%)、医科診療所3,645(4.5%)、歯科診療所

150(0.3%)、薬局26,661(44.6%)。厚労省は、「仮に足下の導入実績が継続すると、年度内にはほぼすべての薬局への導入が見込まれる」との見通しを示した上で、取組みをさらに強化するとした。

また、公的病院等の電子処方箋の導入率についても示され、国立病院機構(NHO)や地域医療機能推進機構(JCHO)などの厚労省所管病院で7割、他省庁所管病院で4割が、2025年3月までに電子処方箋を導入予定であるこ

とがわかった。

あわせて、電子処方箋に対する医療機関や薬局の取組みについて3事例が紹介された。

白山石川医療企業団公立松任石川中央病院では、2023年8月に医師16名による電子処方箋の導入を開始し、同年11月に全常勤医に拡大、2024年6月からは原則電子とし、電子処方箋一本化を実現した。

石川県薬剤師会では、公立松任石川

中央病院の電子処方箋導入に際し、会員薬局への協力要請をはじめ、研修会の開催やベンダーへの協力要請などを実施した。

千葉県で調剤薬局を運営する株式会社ファーマストでは、予定短縮時間目標を10分に設定。タブレット端末を使用した電子処方箋の導入により、業務の効率化やコストダウンを実現した。

全日病副会長の美原盤構成員は、導入にかかる費用の問題を指摘。ネットワーク構築に数百万円の費用が発生し、さらにランニングコストが年間数十万円かかるため、現在の補助金や医療DX推進体制整備加算だけで採算を確保することは難しいとの認識を示した。

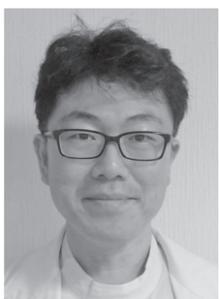
報告すべき事例かを院内で検討し 適切に報告することが重要

2015年に開始した医療事故調査制度は、報告すべき医療事故(医療に起因する予期せぬ死亡)が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を第三者機関である日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター、以下、センター)が収集・分析することで、再発防止につなげ、医療の安全を確保するための仕組みである。全日病は本制度創設当初から制度整備に尽力し、現在も医療事故調査等支援団体として医療安全・医療事故調査等支援担当委員会を中心に研修・周知等に取り組んできた。

制度開始から10年の節目を迎える2025年を目前に、制度見直しの議論が行われる可能性がある。2023年12月、患者代表の団体が医療事故調査制度改善を図るため、センターの権限強化や制度見直しのための検討会の設置を求める要望書を厚生労働省に提出した。要望書では、医療事故の報告件数の少なさや、報告すべき医療事故が報告されていないといった課題が指摘されている。

これを受けて、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会は緊急座談会を実施。厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の松本晴樹室長を招き、今村康宏委員長、細川吉博副委員長、長谷川友紀特別委員、宮澤潤特別委員が、医療事故調査制度の現状と課題について議論した(取材日は7月19日)。

過誤の有無を問わない制度の趣旨 全国調査で周知不足が明らかに



今村委員長

今村 医療事故調査制度は今まさに転換点にあります。2023年12月末の患者団体による要望書で指摘された課題は、我々も日々痛感しているところであり、ますます医療事故調査制度の重要性を認識しています。

現行の制度では、医療機関が医療事故に該当するかどうかを判断し、遺族への説明やセンターへの報告を行います。医療事故調査は院内調査を基本とする一方で、外部委員の紹介など医療事故調査等支援団体による支援を受けることができます。

今回の要望を受けて制度の見直しが行われた場合、センターの権限が強化されるなどの法制度の変更を含めた新しい段階に入るのではないかと、その際は、医療機関のプロフェッショナルオートノミーが働きにくくなるのではないかと危惧しています。

現状、我々が自発的にできることは何かを考えていきたいと思えます。

まず、長谷川先生が代表を務める令和5年度厚生労働科学研究「外来医療・在宅医療における医療安全上の課題抽出と医療の安全性向上に資する組織的な方策の確立のための研究」から調査結果を共有いただければと思います。

長谷川 当委員会のメンバーを中心とする私どものチームでは2004年から、

日本の病院における医療安全体制について、さまざまな形で全国調査を実施しています。日本の医療界の医療安全に対する取組みの経年変化を見ることができるといえる最大規模のデータです。

今回の調査は3,145病院を対象に郵送で実施し、回答率は14.7%。回答者は病院の代表者、または医療安全の担当者です。

センターへの報告に当たっての障害を複数回答可で尋ねました。最も多い回答が、「職員が制度を十分理解していない」(31.3%)でした。「診療記録に

(医療事故と)判断できるほどの情報が記載されていない」(19.1%)、「死亡症例をもれなく把握・検証する仕組みがない」(6.1%)といった回答もありました。

報告対象の判断に関する障害についてさらに尋ねると、「合併症や偶発症との判断、区別が難しい」(48.7%)、「予期せぬ死亡に該当するか判断に迷う」(48.7%)が多く挙げられています。その他には、「遺族に疑義がない症例まで報告するのは抵抗感がある」(19.1%)、「医事紛争につながるの不安がある」(16.5%)などが挙げられました。

届出後の原因究明にあたっては、「原因究明をする人と時間の確保が難しい」(46.1%)、「客観性の担保が難しい」(27.8%)、「院内に医療安全、事故調査の専門家がない」(24.3%)、「原因究明の方法や内容が適切であるかどうか判断できない」(22.6%)などの障害が多くあることがわかります。

実際にセンターに届け出た病院に対して何か院内体制で変わったことがあったかとの質問には、3分の2は「あった」と回答。具体的には、「マニュアルやルールを作成・改訂」「院内の安全文化の醸成」「事故が疑われる事例が発生した場合の対応方法」「医療機器・器材の統一・標準化」「院内認定制度の導入・見直し」などが挙げられました。最終的な満足度は、「満足」あるいは「どちらかといえば満足」という病院が4分の3となり、実際苦勞した分、プラスに評価していることがうかがえます。

制度全般に対する要望としては、「医療事故調査制度の名前が個人への罰則あるいは病院の責任をイメージさせるので、原因究明制度と名称を変えたほうがよい」「報告内容に過不足がないか、検討した内容など、センターからのフィードバックがほしい」「届出することによる病院へのメリットが明らかでない」との声があがりました。

今村 医療機関にとってさまざまな障害・困難があることを改めて認識しました。報告すべき事例が果たしてしっかりと見極めて対応していかなくてはならないと考えます。

松本先生、調査結果を踏まえたご見解はいかがでしょう。

松本 医療事故調査制度は来年で10年の節目を迎えます。制度への注目が再び高まっている状況にあり、改めて制

度の意味や内容を理解していただく重要なタイミングだと思います。

長谷川先生の研究結果を見ても、病院ごとにしっかりやっていたという一方で、例えば、「過誤の有無を問わない」とする現在の医療事故調査制度に対する誤解があると感じました。

病院管理者や職員に、改めて制度周知をしていくこと、そして報告すべき医療事故の定義の考え方などをしっかり周知していくことが重要ではないかと考えます。

今村 制度に関しては周知が十分ではないところが実際あり、非常に大きな問題です。

宮澤先生は制度の開始当初から厚労省の検討会等で携わっていらっしゃいますが、どのようにお考えですか。

宮澤 周知のあり方として、「医療起因性」と「予期せぬ死亡」の2つの要件が重要であり、「過誤の有無を問わない」ということを中心に考えていく必要があります。医療機関はやはりどうしても過誤の有無を問われるのではないかと恐れ、訴訟が頭をよぎり、調査をためらうという側面があるからです。今村 過誤の有無を問わないという制度の趣旨を改めて十分に理解いただく必要があると思います。

判断に迷い報告をためらう センター調査の体制も課題

長谷川 議論に当たって、「全体として報告数が少ない」と「報告すべき事例が報告されていない」点は区別したほうがよいと思います。

前者に関しては、医療事故情報収集等事業等のデータから制度設計時に予想した件数に比較すると報告件数が少ない。当初は制度が周知されてないがゆえに報告数が少ないということは当然あり得ますが、そうであれば徐々に増えていくはずですが、しかし、年間の報告件数は9年間ほとんど変わってない。過小報告があるのか、あるいは当初の予想が誤っていたのかのどちらかです。

センターの資料を見ると、特定機能病院で9年間に1例も報告がないという病院があります。これはいささか奇異な印象を受けます。年間1~2万人の患者が退院している高度医療を提供する病院で死亡退院率が1%と考えても、死亡退院数は100~200例です。そういった病院で報告すべき医療事故が1例もない状況が9年間続くことは、なかなか考えにくいです。

検知能力が低ければ、医療事故を把握、あるいは判断できません。検知能力を高めて、少しでも疑問があった場合は調査するというのが医療機関の基本的な姿勢ではないかと、私自身は考えています。

今村 医療事故に該当するかどうかについては医療機関の管理者が判断します。医療機関の管理者に報告義務があり、医療機関が判断に迷った場合は、センタ



松本室長

出席者(敬称略)

厚生労働省医政局 地域医療計画課 医療安全推進・医務指導室 室長	松本 晴樹
全日病 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 委員長(司会)	今村 康宏
副委員長(全日病常任理事)	細川 吉博
特別委員(東邦大学医学部教授)	長谷川友紀
特別委員(弁護士)	宮澤 潤

ーに相談することができます。その際、センターでは複数の医師や看護師による「センター合議」を行い、この結果を医療機関に助言します。

遺族等からセンターに相談があった際には、遺族からの依頼により、相談の内容等を医療機関の管理者に伝達することもあります。

そのような中で、「報告すべき事例が報告されていない」点についてはどのように捉えるべきでしょうか。

長谷川 センターが医療機関からの相談に対して「報告すべき」と回答しても、報告されない事例が一定数あります。この他、意図しているかは別として、さまざまな過程で報告すべき事例が漏れている可能性があり得ると思います。

松本 センターも限られたデータで判断しているため、事故として報告がないことに対して、機械的にすべてがおかしいとは言えないでしょう。しかし、センターから「これは事故としての報告対象ではないか」と言われたときの受け止め方や、その意味合いについては、各医療機関でもう一度考えていただければと思います。

一方で、センターのほうでも、もう少し医療機関が理解できるような丁寧な対応が必要かもしれません。

やはり制度への理解と、専門家によるサポートが重要と考えます。全日病をはじめ全国の支援団体による各医療機関への助言の質が向上するように、厚労省としても取り組んでいきたいと考えています。

宮澤 報告数が少ないというのはその通りですが、もしそれが増加した場合、今のセンターが調査を受け入れられるのかといった体制面の問題があります。

現在のセンター調査は報告から結果が出るまでに平均で約2年の時間がかかっています。報告件数が増えた際に、それ以上の時間がかかってしまえば、再発防止に取り組むという制度そのものの意義や効果が薄れてしまいます。2年以上というのは結果を待つ側にとっては耐えきれない長さです。実際に、センター調査の報告を待てないということによって訴訟になってしまった事例を、現在私自身が抱えています。

センター調査そのものを充実させるといった点も、同時並行で考えていく必要があるでしょう。

今村 センター調査に3年や4年といった時間がかかっている場合もあり、当該関わったスタッフがどんどんと辞めてしまい、調査が難しくなることも聞

医療機関の自律的な行動が問われる

いています。

長谷川 ご指摘のようにセンターのキャパシティが限られているためにセンター調査に長期間を要しており、制度としての実効性を低いものとしています。その点については、学会や病院団体などへのアウトソースが1つの手段になると考えます。案件の難易度や複雑性を加味してアウトソースすることを検討してもよいと思います。

外部の目は医療の質向上に寄与 病院は医療安全に責任がある



細川副委員長

細川 当院では医療安全管理室を設置し、死亡事例をすべて抽出しており、私自身が確認するようにしています。今ではすべてセンターに相談する方針ですが、正直なところ、最初のうちは判断に迷うことがありました。

先ほどの長谷川先生の調査の中で、「届出をすることによる病院へのメリットが明らかでない」との言葉がありました。病院の立場からすると、遺族があまり疑義を感じていないところをあえて取り上げて、大きな問題を起こすことへの抵抗感があるのだと思います。病院が届出に積極的に取り組んでいけるような環境に今あるかどうか、一番大きな問題ではないかと考えます。

また、医療事故調査制度の名前そのものが、過誤を前提に置いているようなイメージがどうしてもあるのではないかと感じています。

おそらく病院は、届け出た後にこの結果がどうなっていったらいい、自分たちの病院がどうなるのかよくわからず不安になるのではないのでしょうか。

したがって、この辺を上手くリードしていくことを考えていくべきですが、現状なかなか難しい問題です。

宮澤 届出のメリットはあると思います。それがまだ浸透していないので、届出の数が少ないというところにつながっているのでしょうか。

医療法で示されているように、院内調査は原則として第三者の専門家を入れて行います。すると、外部の目を通して、自らの医療が改善する契機が得られる可能性があります。これは、2009年に開始した産科医療補償制度で、原因分析委員会が調査報告書を作成することによって、脳性麻痺の発症率が減少してきたことと同様のことが考えられるのではないかと思います。第三者の目が入ることが医療の質の向上につながる点を強調すべきです。

名称の問題について、これは私個人としては非常に不思議に感じています。例えば、「交通事故」は運転者に過失があるものも、運転者に過失がなくて歩行者が突然出てきて事故になってしまった場合も、交通事故と称されます。このように、過失の有無にかかわらず事故という言葉は一般的には使われている。にもかかわらず、医療事故だけがなぜ過失があることを前提にしているのか。不思議な偏りがあり、まずはそこを一般的な用語に合わせて考えていくべきです。



宮澤特別委員

細川 先生のご意見は、まさにその通りだと思います。病院にとっては、今後何が起こるかわからないという状況が一番の不安になるわけですから、最悪の状態になった場合の対応方法を最初から示しておけば、その不安要素を取り除けるのではないかとというのが、私の考えです。

例えば過失があったことを病院が認めるのであれば、今後の改善策を示しながら損害賠償をします。これは賠償責任保険の中で対応するため、病院に直接金銭的負担が生じるわけではなく、弁護士に相談することで、十分に対応できます。

長谷川 どうなるかわからないという不確定性が軽減されて安心感につながるという点は、私自身も全く同意見です。医学的な原因究明には専門家が関与し、金銭的な話は多くは保険で支払いが行われます。

現実には病院がメリットを直接感じることは少ないかもしれません。しかし、安全を考慮しない、法律違反を放置する組織が存在し続けるのか、志の高い人材がそこに集まるかどうかを考えれば、制度を軽んじた状況が継続することはあり得ないということは明らかです。

病院は地域に対して大きな責任があります。だから「安全ではない病院」に対して、患者や地域の住民は当然不安を抱きます。働いている人たちも、自分が医療事故の当事者になるリスクが高い病院では働きたくないはず。メリット・デメリットの話というよりも、医療法に基づき粛々と対応すべきことではないかと考えます。

医療事故を適切に判断する 体制・評価の見直しが必要

今村 医療機関が抱えるさまざまな課題に対して、どのように支援していけばよいのでしょうか。

長谷川 死亡状況を把握する仕組みが十分でない、そもそも医療事故かどうかを判断できません。死亡事例について、医療に起因するか否か、予期したかどうかを院内で適切に把握・共有できるようにする必要があります。

報告すべき医療事故を適切に判断するために医療機関がやるべきことを明確にすること、そしてそれがきちんと対応できている場合は診療報酬などで適切に評価することが大切だと思います。例えば、現状の診療報酬の医療安全についての評価内容は不十分であり、見直しが今後検討されるべきと考えます。

今村 ご指摘の通り、実施に特定機能病院や高次医療機関の医療安全担当者からは、「時間と労力、そしてお金が非常にかかる」との声を聞きます。医療事故調査制度に参加し、積極的に院内調査を実施している医療機関に対する支援を手厚くしていく必要があると考えます。

この点について、今後厚労省としてもさらにサポートを増やすことはお考えでしょうか。

松本 しっかりと院内事故調査をして

いただくための体制整備が必要と考えており、現場の声を聞きながら、医療事故調査制度以外でもできることも含めて、医療安全が進んでいくように考えていきたいと思っています。

医療事故調査制度は再発防止のための制度であり、「遺族が事故だと思ったから事故に該当する」というものではないことは大前提です。一方で、「事故の定義に合致するかどうか」については、しっかりと医療機関の管理者が判断していただく必要があります。遺族から「事故ではないか」と問われた際にも、該当性について、丁寧に説明させていただきたいと思っています。

また、院内事故調査に対して、センター調査が求められる数は、十分の程度であり、実際の調査結果については一定の納得が得られていると考えることもできるかもしれません。

長谷川 たとえ件数が少なくても社会的な注目を集めるので、その影響を危惧しています。医療事故の判断や遺族への説明など、医療機関側が適切に対応できるよう、全日病を含む、様々な支援団体がサポートすることで、ソフトランディングができないかと考えています。

松本 医療界が前向きに取り組んでいくという姿勢を社会に発信していくことで信頼性が向上する効果も期待できると思います。

医療機関を技術的にサポートする支援団体からの支援の強化・充実について、省内で検討しています。そういった中で改善できればと考えます。

国民に対する制度周知も重要 医療機関の自律的な対応を求める

今村 今日のお話では、制度のさらなる周知が重要とのご指摘が多くありました。周知に関しては、医療者だけではなく、一般の国民に対しても、医療事故について正しく理解いただくことが必要と考えます。

そのような中で、全日病は医療事故調査制度の適切な運用のために、注意喚起の文書を作成しました(図表)。本内容は会員向けに定期的に周知する予定です。

松本 この時期に全日病として発信していただけるのは意義があることだと思います。

医療事故調査制度の普及啓発については、国としてもさまざまな取組みを進めています。厚労省が毎月発行している広報誌では、昨年11月に医療安全の特集を掲載しました。

医療事故調査制度はどういった制度なのか、「責任追及を目的とするものではない」というような制度に関する情報を発信していくこと、それを国民に広く理解いただくことは重要だと思っています。

長谷川 全日病も過去に制度について周知するため、ポスターを作り、会員病院に配布して掲示を求めました。

最近では、遺族の疑問に対して病院が適切に対応せず、問題化している事例が複数あります。それをメディアが大きく取り上げて、制度的な問題として浮上しています。だからこそ、改めて会員病院に対して一般に向けた周知を求めることが、今回の座談会の狙いであることを強調したいです。

松本 この制度が始まったときは、「医療界のプロフェッショナルオートノミーに任せる」との位置づけでした。医療界がいったん信頼を預かっている状況ですので、それに対してしっかり応えていかないと、医療界への目が厳しくなります。逆に信頼性が向上すれば、日常の診療もスムーズになる等の効果も期待でき、様々な良い循環につながる可能性があると思います。そのような点も含めて医療界自体が適切に理解することが必要だと思っています。今回の座談会を契機に、全日病での取組みを進めていただければ非常にありがたいです。

今村 ありがとうございます。今回の注意喚起の一つのきっかけとして、医療界のオートノミーがさらに働いて、患者や国民が納得できるような対応を医療機関が行うことで、最終的に医療の安全がより高まることを期待しています。全日病でも医療の安全確保につながるよう引き続き尽力します。

先生方におかれましては、今後とも我々の活動に、ぜひご支援ご指導をお願いいたします。

医療事故調査制度への病院としての対応に関する注意喚起

- すべての死亡事例について病院として検討する体制を構築すること(※)
すべての死亡事例において、①医療に起因するか否か、②予期したか否か、について、判断の根拠とともにわかる帳票・テンプレートを作成する等、死亡診断書とともに、病院管理者が確認できる仕組みの構築が必要です。
- 「医療に起因する予期せぬ死亡」を法律の範囲内で広く解釈し、医療事故と判断された場合には、医療事故調査・支援センターに届け出を行い、事故調査を実施すること
「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを必要に応じて院内で検討できる仕組みを構築することが必要です。これは迅速に対応できることが必要なので、検討メンバーには必ずしも外部専門家の参加は必要としません。「医療に起因する予期せぬ死亡」と判断された場合には、医療事故調査制度の対象に切り替えて、遺族への説明を行った上で医療事故調査・支援センターへの届け出、外部専門家を交えた医療事故調査を実施します。
- 遺族からの申し出に対応できる体制を構築すること。申し出があった場合には事故調査に該当するかを検討すること
遺族からの申し出に対する窓口(あるいは担当者)を設置する等、体制を構築し、申し出があった場合は「医療に起因する予期せぬ死亡」に該当するかを院内で検討し結果を遺族に説明します。
- 事故調査の結果説明に際して、遺族にとって分かりやすい院内調査報告書の作成と説明を心がけること

※医療事故調査制度における医療事故に該当するか否かについては、「医療事故調査制度に係る指針(平成27年8月全日本病院協会版)」等をご活用の上でご判断ください。

◆全日本病院協会ホームページ
医療事故調査制度に係る指針(平成27年8月全日本病院協会版)
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/150821_1.pdf

生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等への厳しい見直し ～外来医療について～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

■はじめに

医療保険・診療報酬委員会による診療報酬改定シリーズ連載の最終回は、主に外来医療について解説する。昨年末、診療報酬本体改定率は全体プラス0.88%と発表されたが、厚生労働・財務の両大臣折衝事項として「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」が唯一マイナス0.25%と記された。外来医療における生活習慣にかかる疾病管理の評価については厳しく見直しされ、【特定疾患療養管理料】の対象から、「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧」が除外された。これまで外来診療では生活習慣病の患者に対して【特定疾患療養管理料】【外来管理加算】【特定疾患処方管理加算】を併算定し、これが収益の大きな柱であったが、今回外来診療において厳しい見直しが断行された。

■生活習慣病にかかる疾患管理の見直し

1. 【生活習慣病管理料】の評価及び要件の見直し

従前の【生活習慣病管理料】については、やや緩和する形での【生活習慣病管理料(Ⅰ)】として40点増点した。これまで問題となっていた療養計画書も簡素化されるとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とするなど、医療DXを踏まえた見直しが行われている。また「歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種との連携による生活習慣病管理」を努力義務とした。診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とした。生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件は廃止となった。

2. 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設

検査等を包括しない【生活習慣病管理料(Ⅱ)】333点(月1回に限る)が新設となった。《算定要件》としては以下

の通り。

(1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

(2) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

(3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3. 【特定疾患療養管理料】の見直し

【特定疾患療養管理料】の対象疾患から、生活習慣病である「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧」を除外することとなった。一方「アナフィラキシーショック」「ギランバレー症候群」が新たに対象疾患に加わった。

中医協の議論では、1号側から、「これまで【生活習慣病管理料】の要件が厳しいので、【特定疾患療養管理料】を算定しているのではないか。【特定疾患療養管理料】と【外来管理加算】と併算定が行われているが、どの点数が何を評価するのか曖昧で分かり難い」と指摘されていた。

4. 【特定疾患処方管理加算】の見直し

リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の【特定疾患処方管理加算1】を廃止し、【特定疾患処方管理加算2】の評価を見直した。

また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とした。

■かかりつけ医機能に係る見直し

かかりつけ医機能の評価である【地域包括診療料】等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下の通り要件及び評価を見直しとした。

【地域包括診療料】

《算定要件》として(地域包括診療加算についても同様)

◇患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーを入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。

◇当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

◇患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

《施設基準》として(地域包括診療加算についても同様)

◇当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下この区分において「担当医」という)を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。

◇次に掲げる事項を院内掲示していること。ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。

イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。

◇介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。ア～ケ(略)コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。

◇以下のア～ウのいずれかを満たすこと。ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。

◇当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援を義務化(要件化)する一とした。

■その他

1. 外来腫瘍化学療法の普及・推進

①外来腫瘍化学療法診療料の見直し
悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直しとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行うとした。

②外来腫瘍化学療法診療料3の新設
やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設した。

(新)【外来腫瘍化学療法診療料3】
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1) 初回から3回目まで540点
(2) 4回目以降280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合180点

③外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準の見直し
外来腫瘍化学療法診療料1について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、要件及び評価を見直した。

④がん薬物療法体制充実加算の新設
悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設けた。
(新)【がん薬物療法体制充実加算】

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

生活習慣病対策

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設**(Ⅱ-5-①)
 - 検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)(333点、月1回に限る。)を新設する。
- 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し**(Ⅱ-5-②)
 - 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。
- 特定疾患療養管理料の見直し**(Ⅱ-5-③)
 - 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
- 特定疾患処方管理加算の見直し**(Ⅱ-5-④)
 - リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- 地域包括診療料等の見直し**(Ⅱ-5-⑤)
 - かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。
- 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設**(Ⅲ-5-④)
 - 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等が必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

100点(月1回に限り)

2. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設した。

(新)【慢性腎臓病透析予防指導管理料】管理料1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合300点

管理料2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合250点
※情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

3. 在宅療養指導料の見直し 慢性心不全患者に対する退院直後の

支援を強化する観点から【在宅療養指導料】の対象に退院後1か月以内の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価するとした。

■最後に

今回の外来診療の見直しについては、2023年11月20日財政制度等審議会にて「令和6年度予算の編成等に関する建議」が示され、その中で「診療所・病院・調剤ごとに異なる経営状況や課題があり、令和6年度診療報酬改定では十分

に踏まえたメリハリをつけた改定」を主張し、「診療所の経常利益率8.8%を、全産業やサービス産業平均の経常利益率の3.1%から3.4%と同程度に合わせるには、報酬単価を5.5%程度引き下げるべき」とした。

このように診療所と病院を分断するような内容が見られ、外来診療の厳格化への伏線とも見て取れる。次回改定でも(診療所=外来医療)をターゲットとし、さらに厳しい改定とするのか、十分に注意が必要だ。

「こころの健康」に向き合う社会づくりを考察

厚生労働白書

高齢期・老年期は「喪失」関連のストレス要因が生じやすい

厚生労働省はこのほど、2024年版厚生労働白書を公表した。「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」をテーマに、初めて「こころの健康」に着目した。「こころの健康」を取り巻く環境や現在の取組みを紹介し、「こころの健康」と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会づくりの方向性を考察している。高齢期・老年期は「喪失」関連のストレス要因が生じやすいことへの留意を促した。「こころの健康」の対となる「こころの不調」は、精神障害や社会的障壁により、継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態を指し、重大な苦痛、機能障害、自傷行為のリスクを伴う精神状態を含む。「こころの不調」を抱える人の事情は個々に異なるが、環境由来の心理的負荷(ストレス)が精神障害の発病に関係するとの考え方を踏まえ、様々なストレス要因が考

えられる。白書では、各年代のライフイベントに応じて生じ得る「こころの健康」に関連する事項を整理した。2020年の精神疾患を有する外来患者数は約586万人。75歳以上の年齢区分が136万人となっており、最も患者数が多く、次いで45～54歳が98万人で多い。一方、「こころの不調を身近に感じている人」の割合は、40～49歳が31.8%で最も多く、次いで20～29歳が31.1%で多くなっている。高齢期・老年期については、「喪失」に関連した様々なストレスを感じやすい時期であると指摘。退職や子の独立、施設入所、死別などがあり、喪失体験に直面しやすいことに留意を促している。身体的な老化が生じ、認知機能や心身の機能が低下しがちな高齢者は、孤独や生活の不活発によりさらなる機能低下に陥るおそれも懸念している。

さらに、社会全体のストレス要因として、急速なデジタル化の進展に対するとまどい、新型コロナの不安、さらに単独世帯の増加によって暮らしを支える地縁・血縁といった人と人との関係性やつながりの希薄化なども起きやすい。「こうした社会の変化が、生きづらさや孤独・孤立を感じさせる状況を生む一因になっている」と分析した。こうした状況を踏まえ、白書は、「こころの健康」と向き合うことが、ライフステージを通じて重要であると強調した。一方、「こころの不調」を防ぐ取組みとして、「健康づくりのための睡眠ガイド2023」の活用による睡眠の質の向上や、認知行動療法的手法による日常的なストレス対処(セルフケア)、地域の身近な相談窓口の利用などを紹介している。また、「当事者の意思の尊重と参加」の視点の重要性も指摘している。

100歳以上高齢者 過去最多の9.5万人

厚生労働省は9月17日、2024年9月1日時点での住民基本台帳に基づく100歳以上の高齢者の総数が95,119人であることを発表した。前年より2,980人増加し、1971年以来54年連続で過去最多を更新している。男性は11,161人、女性は83,958人で、女性が全体の88.3%を占める。国内最高齢者は116歳の女性で、男性の国内最高齢者は110歳。都道府県で人口10万人当たりの100歳以上高齢者数をみると、最多は島根県(159.54人)、高知県(154.20人)、鹿児島県(130.73人)の順。最少は埼玉県(45.81人)、愛知県(48.80人)、千葉県(52.60人)の順。また、今年度中に100歳に到達または到達見込みの高齢者数は47,888人(前年度比+781人)。男性は6,988人、女性は40,900人となっている。

4病院がDPC対象病院から退出

厚生労働省は9月11日の中医協総会(小塩隆士会長)に、病床機能の転換を理由としたDPC制度からの退出が認められた病院を報告した。DPC制度では、診療報酬改定以外の時期に特別の理由により緊急にDPC制度から退出する場合は、退出の可否を厚生労働省保険局医療課で確認し、必要に応じて中医協で審査・決定を行うことになっている。以下の4病院はいずれも病床機能の転換が理由であり、報告事項の取扱いとされた。

- (2024年11月1日付退出) 医療法人マックシール異病院(大阪府)
- (2024年12月1日付退出) 社会医療法人ONEFLAG 牧病院(大阪府) 社会医療法人垣谷会明治橋病院(大阪府) 医療法人聖真会渭南病院(高知県) マックシール異病院、ONEFLAG 牧病院、明治橋病院は地域包括医療病棟への病棟再編、渭南病院は地域包括ケア病棟への病棟再編を理由とした。

一冊の本 book review

地域を変える、日本の未来をつくる!

著者●小林清彦
出版社●ディスカヴァー・トゥエンティワン
定価●1,650円(税込)

全日本病院協会会員病院である医療法人愛生館 小林記念病院の愛生館グループ代表で、注目の若手経営者の一人である小林清彦先生のご著書。地域に医療・介護・福祉を根付かせるために、様々な立場の方と対話を行い、協力をしながら、地域や組織の課題に取り組む過程があざやかに描かれている。いかに現状認識や価値観をアップデートし、変化するニーズを正確にとらえ、スピード感をもって計画を実行していくべきか。未来を見据えた課題解決のために、地域に密着した医療機関が「今できること」についてのヒントが満載の1冊。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)

2024年度 第2回理事会・第5回常任理事会の抄録 8月24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。
大分県 医療法人明徳会佐藤とよかわクリニック 常務理事 佐藤 洋子(旧:医療法人明徳会佐藤第二病院)
- 正会員として以下の入会を承認した。
愛知県 医療法人秀麗会山尾病院 理事長 山尾 令
大阪府 医療法人清仁会水無瀬病院 理事長 丸茂 岳
福岡県 医療法人社団慶仁会川崎病院 理事長 川崎 裕司
佐賀県 医療法人啓仁会橋本病院 理事長 花田 啓一郎
鹿児島県 社会医療法人慈生会ウエルフェア九州病院 理事長 鮫島 秀弥
退会が5件あり、正会員は合計2,557会員となった。

- 準会員として以下の入会を承認した。
茨城県 医療法人青藍会大場内科クリニック 理事長 大場 正二
福岡県 医療法人瑞和会ラッフルズメディカル博多クリニック 理事長 大西 洋一
準会員は合計127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 ヒューマンリソシア株式会社(代表取締役 高橋 哲雄)
退会が1件あり、賛助会員は合計111会員となった。
- 利益相反管理委員会および倫理審査委員会の特別委員の交代について審議し、承認した。
- 北海道支部・大分県支部・沖縄県支部の支部長交代について審議し、承認した。
- 北海道支部・福井県支部・奈良県支部・大分県支部・沖縄県支部の副支

- 部長交代(退任)について審議し、承認した。
- 東京都支部・神奈川県支部・沖縄県支部事務局の変更について承認した。
- 東京都支部・沖縄県支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。
- 「医療DX等検討委員会(仮称)」の設置及び担当副会長・委員長の選任について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 外国人材受入事業会議支援委託費(特定技能関連)の見直しについて、審議の結果、満場一致で可決確定した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 総会、薬価専門部会」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」、「サイバーセキュリティの確保に向けた企業経営層向け意見交換会」、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」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
【3rdG:Ver.3.0】～順不同
◎一般病院1
東京都 竹口病院
宮崎県 和田病院
◎一般病院2
埼玉県 東埼玉総合病院
北海道 共愛会病院
◎リハビリテーション病院
青森県 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター
神奈川県 桜ヶ丘中央病院
◎慢性期病院
東京都 みなみ野病院
鹿児島県 卓翔会記念病院
◎精神科病院
宮崎県 都城新生病院
7月12日現在の認定病院は合計2,070病院。そのうち本会会員は850病院と、全認定病院の41.1%を占める。

入院医療費の伸び率は受診延日数の影響で低い水準

厚労省 2023年度概算医療費は47.3兆円で2.9%増

厚生労働省は9月11日の中医協総会(小塩隆士会長)に2023年度の医療費の動向を報告した。2023年度の概算医療費は47.3兆円で対前年度比2.9%の増加。新型コロナの感染拡大が起きた2019年度からの平均の伸び率は2.1%であり、概ね新型コロナ前の水準に戻りつつある。

ただし、入院医療費の2019年度から

の平均の伸び率は1.4%で低い水準にとどまる。1日当たり医療費が同2.8%で比較的高いものの、受診延日数が▲1.4%でマイナスであるためだ。2023年度の一般病床利用率は69.8%でコロナ前の水準に戻っていない。2024年度以降は新型コロナの診療報酬の特例もなくなっているため、入院医療の厳しい状況が続く見込みだ。

コロナ前と似た状況を取り戻す

2023年度概算医療費の伸び率は対前年度比で2.9%。このうち、入院が同3.1%、入院外が同1.0%、歯科が同1.9%、調剤が同5.4%となっており、調剤の伸び率が比較的高い。新型コロナ前の2019年度からの5年間の平均の伸び率は入院が1.4%、入院外が2.5%、歯科が2.1%、調剤が1.8%で入院が比較的

低い。いずれも伸び率はプラスであり、

コロナ前の水準に近くなった(上の表)。

医療費を構成している受診延日数、1日当たり医療費の平均の伸びも、コロナ前の水準と似た動向を取り戻している。傾向としては、1日当たり医療費が増加する一方で、受診延日数が低下し、医療費の伸びを抑える形となっている。2019～2023年度の1日当たり医療費の平均伸び率は2.5%、受診延日数は▲0.4%、医療費は2.1%である。

入院医療費の動向をみると、その傾向がよりはっきりする。2019～2023年度の1日当たり医療費の平均伸び率は2.8%、受診延日数は▲1.4%、医療費は1.4%である。一方、2023年度の1日当たり医療費の伸びは0.8%、受診延日数は2.3%、医療費は3.1%で、受診延日数は新型コロナの影響が色濃い2022年度の反動でプラスとなった。

入院医療費をさらに、要因分解し、2019年度を100とした場合の指数をみると、2023年度で1日当たり医療費は111.5、推計新規入院件数は100.5、推計平均在院日数は96.4となる。

入院外医療費の動向をみると、2019～2023年度の1日当たり医療費の平均伸び率は2.9%、受診延日数は▲0.4%、医療費は2.5%である。2023年度の1日当たり医療費の伸び率は▲0.8%、受診延日数は1.9%、医療費は1.0%で、1日当たり医療費の伸び率がマイナスとなっている。新型コロナの診療報酬特例の縮小による影響が大きいと考えられる。

診療所1施設当たりの入院外医療費は診療科別で違いがみられる。小児科や耳鼻咽喉科は新型コロナによる影響を大きく受け、伸び率の変動が大きくなっている。それらの診療科では、2023年度の伸びは引き続き高い一方で、1日当たり医療費の伸びはマイナスとなっている。産婦人科については、2022年度診療報酬改定で不妊治療が保険適用となったため、1日当たり医療費の伸びが高くなっている。

歯科医療費は、治療に使用する歯科用貴金属の価格変動が医療費に与える寄与が大きいことが示された。2020年度は▲0.8%の歯科医療費の伸び率に対し1.4%の影響があった。2023年度は金属価格の下落により1.9%の歯科医療費の伸び率に対し▲0.7%の影響があった。

調剤医療費は、2023年度において「抗ウイルス剤」の寄与度が大きく、処方箋1枚当たり薬剤料の伸び率▲0.6%に対し2.6%の影響があった。「抗ウイルス剤」には新型コロナやインフルエンザに対する薬剤が含まれる。

令和5年度概算医療費

- 令和5年度の概算医療費は47.3兆円、対前年同期比で2.9%の増加。令和元年度から5年度までの平均伸び率は2.1%の増加。
- 令和5年度の診療種類別では、いずれの診療種類も対前年同期比でプラス、令和元年度から5年度までの平均伸び率でもプラスとなった。

診療種類別 医療費の対前年伸び率(対前年同期比)(%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総計	2.4	-3.1	4.6	4.0	2.9
入院	2.0	-3.0	2.8	2.9	3.1
入院外	2.0	-4.3	7.5	6.3	1.0
歯科	1.9	-0.8	4.8	2.6	1.9
調剤	3.6	-2.6	2.7	1.7	5.4

令和元年度～5年度の平均伸び率
(2.1)
(1.4)
(2.5)
(2.1)
(1.8)

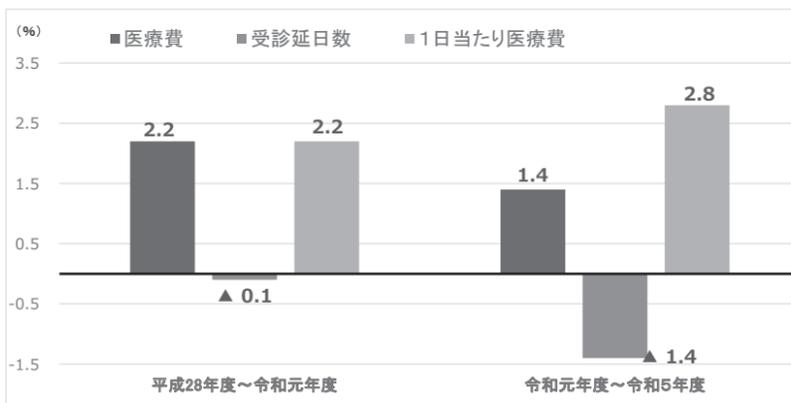
入院医療費の動向

- 入院については、受診延日数はコロナ前より大きく減少している一方で、1日当たり医療費は増加が続いている。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
入院医療費(兆円)	17.0	17.3	17.6	17.1	17.6	18.1	18.7
伸び率(%)							
医療費	2.6	2.0	2.0	▲3.0	2.8	2.9	3.1
受診延日数	0.5	▲0.4	▲0.3	▲5.6	▲1.0	▲1.1	2.3
1日当たり医療費	2.0	2.4	2.3	2.7	3.9	4.0	0.8

平成28年度～令和元年度の平均伸び率(%)	令和元年度～令和5年度の平均伸び率(%)
2.2	1.4
▲0.1	▲1.4
2.2	2.8

■ コロナ前後の平均伸び率の比較



■ 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QMS(Quality Management System) WEBセミナー ～QMS導入に関する疑問にお答えします～ 100名	2024年11月23日(土) WEB開催	5,500円(8,800円)(税込)	QMSは、病院経営の質向上に貢献する経営科学・管理技術であるTQMを実現するため、組織的に質を管理し改善する仕組み。本研修は3部構成で、第1部はQMSの考え方に関する講義、第2部は実際にQMSを導入している大久野病院(東京都)と国立病院機構・埼玉病院(埼玉県)の事例紹介、第3部は参加者から事前に受け付けたQMS導入に関する疑問・質問等に講師が回答するという構成になっている。
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-ラーニング研修の配信期間	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。