

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
LTD制度・医療共済制度  
引受保険会社



東京海上日動

2024年(令和6年)4月26日  
第324号【再発行】  
毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室  
TEL：03-5217-0896 / FAX：03-5217-0898 / URL：https://tha.or.jp / E-mail：thaoffice@tha.or.jp

## 特別レポート 第18回東京都病院学会・後編

### 自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療 働き方改革を見据えて②

第18回東京都病院学会が2月25日にアルカディアア市ヶ谷で開催された。「自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療」働き方改革を見据えて②をテーマに、これからの東京都の医療提供体制に必要な要素を、さまざまな観点から検討。当日は、740人が参加した。今月号では、特別講演、学会長企画、委員会・部会企画の模様をお送りする。

#### 特別講演

#### 新型コロナ これまで、これから

尾身 茂氏  
公益財団法人結核予防会理事

将来の日本にもさまざまな危機が訪れるだろうなかでは、過去の教訓を振り返ることは重要である。たとえば、2020年2月に起きたクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」での新型コロナウイルス感染症の集団感染は、皆さんも覚えているだろう。



尾身 茂氏

その当時の日本の感染症対策本部と、韓国の感染症対策本部の現場写真を見比べてみると、韓国のほうはIT化が非常に進んだ体制だが、日本の本部は見るからにアナログ中心だ。というのも、韓国では過去のSARS、MARS、新型インフルエンザなどで多くの被害を受けた教訓から、医療情報のIT化を含めた体制整備が国を挙げて進められていたのだ。

一方、日本でも2009年の新型インフルエンザ流行後に多くの検証・検討が行われ、この時点でかなり詳細な提言書が政府や厚生労働省に提出されていた。ただ、残念ながら具体的な体制整備は先送りされ、結果、クルーズ船の際も本部では専門家や関係者が関係各所に電話して回って情報収集し、手作業で整理する状況だったわけだ。

とはいえ、日本の新型コロナの感染者数・死亡者数が欧米諸国と比べて抑えられたのは、皆さんの現場対応と努力はもちろん、国全体でいわゆる「ハ

ンマー&ダンス」によって抑え込んできたからだ。これが、日本の新型コロナ対応の特徴と言える。

ただ、日本の社会は全体的に「喉元過ぎれば熱さを忘れる」傾向がある。100年に一度と言われたコロナ禍を、皆さんをはじめとする現場の医療機関のご協力もあって何とか対応できたのは世界に誇るべきことだが、そもそも新型インフルエンザの時点で教訓を活かした体制整備がもつと進んでいれば、コロナ禍での皆さんの負担はもつと軽減されていただろう。

そして、私たち専門家が国に対して行う最大の仕事は、得られた情報を分析・検証し、どんな対策・行動をとれば感染リスクが下げられるのかなどを提案することだ。

実際に、コロナ禍の3年半の間に私たちは100以上の提言書を政府へ提出した。当時のデータやエビデンスのもとに全て書かれ、政府が採用した提言については国民生活に少なからず影響を与えただろう。

また、こうした提言書は後世の人々がさらに検証を重ねるために必要だ。各提言の作成には最大限を尽くしたが、完璧だとは思っていない。将来の感染症対応に役立てるためにも、提言内容の検証・指摘はされるべきだろう。ただ、これも残念ながら、私個人への批判は寄せられたが、提言内容への具体的な指摘などは一度もなかった。さらに、政府の公文書を見ると、国の検証も十分であるかにも疑問が残る。

たとえば、政府が出した資料のなかで、「専門家といえども情報収集に制約があり、その分析の詳細も公表されないことがあった」との記載がある文

書があったが、私たちは全提言において記者会見で1時間以上にわたり詳細な内容を説明しており、厚生省のホームページにも公表されている。

また、「専門家との関係を含めた意思決定プロセスが明確だったか、科学的な知見に基づく評価・分析は十分だったかなどの点において問題がなかったとは言えず(後略)」ともあった。先ほど申し上げたとおり、提言を出す際には、なるべくその根拠となるデータや考え方を示してきた。問題がなかったとは言えないというなら、どの提言のどの根拠が問題だったのか指摘すべきだが、その言及は全くなかった。

これらが日本政府の新型コロナに対する総括となっているわけだが、将来のパンデミックに備え、現行体制の良い部分は維持しつつ起こり得ることを想定し、何を変えなければならぬかと、政府、専門家、医師会や病院団体の先生方などが中心となつてもつと議論すべきではないかと考えている。

特に、冒頭でも触れた医療情報システムのIT化は必ず進めていくべきだろう。やはり医療情報が共有化・見える化されていないと、さまざまな議論や検討が進まない。医療DX推進が掲げられているが、強いリーダーシップと大きなビジョンがあればすぐに進むと個人的には思っている。

パンデミックや自然災害は、これからは必ず起こる。そして、コロナ禍をはじめ日本の医療関係者の皆さんの努力は非常にすばらしいものであり、ぜひ医師会・病院団体なども通じて、これからの日本の医療提供体制に資するご意見を、より強く国へ発信していただきたいと思う。

学会長企画

コロナ後の病院の在り方を考える

【講演①】 足立 健介氏

東京都立墨東病院院長

墨田区の東京都立墨東病院は、特に救急と行政医療に特徴があり、都内に4カ所のみ的高度救命救急センターで、大学病院以外の病院は当院だけだ。

新型コロナウイルス感染症では、第二種感染症指定医療機関として感染症専用病床40床を有しているが、コロナ禍では最大140床まで確保。他の医療機関や墨田区保健所とも協力し「墨田区モデル」で対応した。

重症者対応が多かった当院が約4年間で対応した新型コロナの入院患者は約4350人だが、実は満3年の時点で4000人を超えていたため、それ以降は300人程度である。

さて、私が院長になってからの3年間は、コロナ禍も踏まえ、困難な時代にも選ばれる病院づくりをめざし、「デジタルと人で我々の未来をつくろう」をキャッチフレーズに進めてきた。

特に、手術周辺の設備・環境の刷新は急性期病院として最優先課題だ。コロナ禍の影響もあり低下していた手術室稼働率の改善のほか、若手看護師の離職防止などに向け、手術部や人材育成センターを新設し、抜本的な組織改革に取り組んだ。

また、DX推進にも着手し、私たちは特にX(トランスフォーメーション)に重きを置いている。クラウドサーバーへの情報の集約化、リアルタイムデータを利用

した病床運用の構築など、他の病院の先行事例も参考に頑張っている最中だ。課題は多いが、職員の団結力を示し、次世代型の病院をつくっていききたい。そして、さらに地域へ密着した完結型病院にしていききたいと思う。

【講演②】 井上 大輔氏

奥多摩病院院長

人口約4600人の奥多摩町は、東京都全体の1割の面積を有するが、その大半は山間部である都内のへき地だ。そこにある町立病院が奥多摩病院(41床・一般31床、地ケア10床)であり、全職員55人で外来・在宅から二次救急、入院まで何でも診ている。また、東京北医療センターや練馬光が丘病院などの協力のもと、総合診療研修プログラムで総合診療専門医、家庭医療専門医の育成も行っている。当院のような病院は、患者の人間性や生活環境、地域特性などを重視した全人的医療が求められていると考える。

コロナ禍ではこの姿勢がプラスに働き、若い医師も自院以外に受け入れられる場所はないとわかっていたので、初期から積極的に取り組んでくれた。

また、地域全体でも感染症への警戒心が高かった印象だ。感染関連情報は防災無線で町内に発信され、町民同士はほぼ顔見知りなので、誰が感染したか自然と把握していた。役場でもワクチン接種率向上のため、各集落へのマイクロバス送迎や、未接種者への自宅訪問等を行っていた。ただ、狭いコミュニティゆえに感染症の不安から対応がやや過剰となることもあった。当院も地域包括支援センターと連携し、訪問接種などに積極的に取り組んだ。へき地ではよくあるのだが、病

院とこうした拠点隣接しており、人の行き来や情報交換が日常的にあったことも功を奏した。また、私たちも驚いたが、二時期は都心部の救急隊から発熱患者の收容依頼が来ることもあり、新型コロナの猛威を改めて実感した。

当院では今後、業務の標準化と相互補完できる体制構築をめざす。4月から総合診療医も4人になり、感染症等で1人離脱しても3人で完結できるような体制を確保したいと思う。

【講演③】 進藤 晃氏

大久野病院理事長

158床の慢性期病院である大久野病院では、過去に何度か新型コロナウイルス感染症の院内感染を経験したが、現在(2024年2月時点)再びクラスターが発生し、入院や面会を止めざるを得なくなった。流行初期から感染管理認定看護師の指示のもと対策していたが、補助金もなくなったなか、対応に苦労させられている。

さて、この3年間の都内全体の新型コロナ対応に対する所感だが、急性期から慢性期への患者受け入れがスムーズではなかったことが課題の一つに挙げられると思う。受け入れる側が懸念するリスクを行政とともに解決できるシステムがあれば、安心して受けられるのではないだろうか。

また、在宅医療との連携強化も重要だ。当法人では在宅クリニック等も展開しているため、まずはこの関係性を強化したい。また、地域の在宅医の方々にもご連絡し、在宅患者の入院などを受けていきたいとお話をしている。今までは急性期病院からの受け入れのほう

が多かったため、ACPなども実施しながら在宅を強化したい。

人員もお金も限られているため、最大限に医療を提供していくうえでは効率化が必要だ。当院ではこれまでも、トヨタ式7つのムダを参考にした業務効率化や病棟内の動線の見直し、患者状態適応型パスの活用など、院内の業務改善に取り組んできた。

また、法人全体としても、「在宅療養を支える」という中長期目標に、各部署で1日5分を削り出すという年度方針を設定した。これをもとに部署ごとに効率化のプロジェクトを実践し、結果として年間約2802時間の残業時間を全体で削減できた。

ムダを省いて時間をつくる。業務を可視化し標準化する。これを実践し、コロナ後を乗り切っていきたい。

【講演④】 光定 誠氏

練馬光が丘病院管理者

練馬光が丘病院は、2022年のコロナ禍の最中に移転を行い、新たに457床の病院となった。災害拠点病院、地域医療支援病院などを担っているが、一方で、独自の強みとしては、総合救急診療科の中で、救急部門(ER)、集中治療部門(ICU)、総合診療部門(GIM)の3部門が一緒に取り組んでいるのが特徴だ。それぞれが緊急性や病態に応じて介入し、マルチタスクに対応している。

そんな当院の新型コロナ対応だが、当初は体制整備の裏でいろいろと大変ではあった。関係各所との調整や分働の一時休止などもだが、陽性者の受け入れのため、隔離環境として適切だった小児科病棟をコロナ病棟に転換したところ、小

児科医や看護師の離職を招いた。とはいえ、よかったこともある。たとえば、ICT化の大幅な進展だ。特に、マイクロソフトの「Teams」導入は、体制整備の投資はそれなりにかかったものの、院内外の情報共有が飛躍的に向上し、結果的には非常に安い買い物だった。業務用スマートフォンから適宜情報共有ができ、チャットならログも残る点も職員から好評だ。また、災害対策にも取り入れ、災害対策本部の立ち上げ訓練では、「大災害時のTeams」による情報収集・共有、その評価」を目標に設定し、各病棟の被害状況などの入力、可視化の流れを実践した。

もう一つよかった点としては、総合救急診療科がコロナ禍では対応の核として活躍したことで院内での連携が強化され、重症対応のキャパシティもかなり拡充されたことだろう。総合救急診療科については、先述した3部門体制も踏まえた教育・育成にも力を入れていく。働き方改革にも備え、さらに連携強化しながら相互の負担を減らせる体制を整備していきたい。

今後の展望としては、柔軟な組織運営を継続しながら地域ニーズに応え、非常時にはマンパワーを短期的に集約し、充実した対応ができる組織づくりを進められればと考えている。

【シンポジウム】

後半は、4人の登壇者と座長の宮崎国久学会長による座談会が行われた。昨年5月に感染症法上は「5類」へ移行された新型コロナウイルスだが、現在(今年2月時点)も感染は続いている。そのうえで各病院では、5類移行前と比べて専用病床の縮小など通常医療の体制へ

戻しながらも、今もゾーニングや空間分離しながら、一定数の新型コロナ患者に対応しているようだ。

一方で、コロナ禍を経験したことによる都内の受療行動の変化については、コロナ禍以前の同等の入院需要は戻ってきていないという病院がある一方、高齢化が進んでいる地域では、コロナ禍中は大幅に減少していた高齢患者の入院が、5類移行後、徐々に戻ってきているとの意見があるなど、都内でも地域ごとの特性によって差が見られた。

最後に、コロナ禍を踏まえた今後の展望では、デジタル化の推進や院内体制の更なる効率化、地域の病院として平時からの在宅・施設、そして行政との連携強化、そして、新型コロナで得られた感染症対応のノウハウを活かした体制整備の徹底など、各病院の課題を含むビジョンが述べられた。

また、登壇者以外にも、会場の参加者からも自院のコロナ禍中の対応や悩み、今後の課題など、さまざまな意見が多く挙げられ、シンポジウムは盛況のうちに終了した。

委員会・部会企画

各自が考えて働く時代へ  
救急救命士とNPの働き方を報告

急性期医療委員会

練馬光が丘病院の島田淳平救急救命士とJADECOMアカデミーNP・NDC研修センターの筑井菜々子・診療看護師(NP)が、それぞれの職種における協働体制について報告した。

島田救急救命士は「当院において救急救命士は、医師・看護師の仕事の一部タスクシフトし、ERの潤滑油となつてい

る。主に、▽ホットラインの応需、▽転院交渉、▽処置準備——を担っている。ただ、まだまだ人員不足や業務マニュアルが未完で行えていない処置もあり、体制整備が今後の課題である」と話した。

筑井看護師は「NPは医師不在時にも患者さんの病状をタイムリーにとらえ、検査や処置ができます。診ると看る力を両方持ち合わせているため、外来で忙しい医師に代わって、救急の初期対応を行うといったことに取り組んでいる」と話す。

報告を受け、座長である平成立石病院の大桃丈知院長は「救急の現場で安全で効率の良い医療を提供するのにチーム医療は不可欠である。両職種ともにタスクシフトの担い手としてさらなる活躍を期待したい」と語った。

2024年度トリプル改定  
慢性期医療への影響を予測

慢性期医療委員会

城西病院の玉城成雄理事長は「今次改定では高齢者救急に焦点が当てられた。地ケア病棟が役割を十分に担えていないと思われるような評価も一因なのか、新たに地域包括医療病棟が創設された。地ケア病棟は下り搬送受け入れに協力し、高齢者救急に貢献するよう示されたのでは」と話す。

陵北病院の田中裕之院長は「今回の介護報酬改定では、口腔衛生・リハビリ・栄養の三位一体や職員の負担軽減に取り組むことで増収が望めるものだった。一方で、介護医療院ならではの大幅な改定はなかった」と語った。

利定会の村山正道・法人運営本部企画部長は「今次改定の目玉は、もともと5基準だった入院基本料の通則が7基

準に追加・変更することになる」と話し、新たに「意思決定支援」と「身体拘束最小化」の基準が設けられたことを強調した。また、賃上げに係るベースアップ評価料について、「病院職員で対象者とそうでない人が分かれ非常に複雑な計算式になっており、各病院で検証を行うべきである」と述べた。

タンポポから学ぶ  
クローン生殖の環境適応過程  
環境問題検討委員会

植物学者で、たんぼぼ工房代表の保谷彰彦博士は「日本には種類豊富な在来タンポポが各地に分布している。そこへ西洋タンポポなどの外来タンポポが持ち込まれ、全国に分布を拡げていると思われていた。しかし、実際に拡がっていたのは、在来タンポポと外来タンポポとの交雑から生まれた雑種タンポポが中心だった」と話す。

雑種タンポポを調べると「遺伝的に多様なクローンで構成されていて、もともと多様なクローンからなる純粋な外来タンポポとともに、雑種タンポポもクローンを多様化させている現状が明らかになった」と解説した。

新たなクローンが生まれる過程については、「無性生殖する外来タンポポの花粉が、有性生殖する在来タンポポの雌しべに付着すると、まれに雑種タンポポが生まれる」と説明。つまり、雑種タンポポは、在来タンポポの遺伝子を取り込みながらクローンの多様性を獲得しており、「日本の環境に適応した外来タンポポの遺伝子が、雑種タンポポに取り込まれていることから、将来にわたって日本の環境により適応した雑種タンポポが生まれる可能性がある」と指摘した。

地域連携システムによる  
転院調整の良し悪しを報告  
事務管理部会

みなみ野病院入退院支援室の澤本祥子主任は、転院支援システムを活用した地域連携について報告。「システムの導入によって連携病院との電話連絡の量は減少したが、システムごとの運用方法が異なるため、業務が煩雑になっている」と説明した。

また、電話打診とシステム打診の件数は病棟によって大きく異なり、「回復期病棟では8割がシステムでの転院打診だが、緩和ケア病棟のシステム打診が3割程度となった。理由として患者様の病状がさまざまであり、システム上での打診では伝えきれずに、電話での打診が多くなっているのではないかと分析を述べた。

永生会訪問看護ステーションひばりの井口佐和子・日本難病看護学会認定難病看護師は、「連携医療機関が大病院になるほど、電話では連絡がつかず、再度かけなおすことが起こりやすい。何度も連絡を取ることは負担。こうした負担の解消の取り組みの一つに医師会が中心となった介護・医療情報が共有できるシステムを使い、タイムリーに情報共有ができています」と話した。

看護師の持続可能な働き方  
人間関係についても配慮を  
看護管理部会

日本看護協会の前会長である国際医療福祉大学大学院の福井トシ子副大学院長は、「看護職の高齢化が進んでおり、現在、全国で働く看護職の平均年齢は44歳となっている」と話し、持続可能な働き方の実現に向けた工夫がより一層

誰もできない、に挑む。  
TGES

脱炭素への  
知恵がある。  
技術がある。  
責任がある。



東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社  
都市エネルギー営業本部 公益営業部  
TEL : 03-5443-4195  
MAIL : kouekib@tokyogas-es.co.jp



TGESの取組みはこちらで

未来をつむぐ エネルギー TOKYO GAS GROUP

必要になっていると説明した。

2019年の「看護実態調査」において持続可能な働き方と達成のための構成や要素の因果関係を分析した結果を示し、看護職個人の持続可能な働き方に関連する基本的な要因として、1つは夜勤負担、2つ目が時間外労働、3つ目が暴力・ハラスメント、4つ目が仕事のコントロール感、5つ目が処遇」と紹介。

1つのことが原因ではなく、複数の事柄が複雑に絡み合っており、「退職をしたい」と

という気持ち強くしていると指摘したが、なかでも仕事のコントロール感の重要性を強調した。

また、生産性の高いチームを作るためには心理的安全性が大事であると指摘する。しかし、現場の実態は「職場でのコミュニケーションが起因で仕事に対する意欲が減退した」という調査結果が出ている。看護職を含むすべての人々の基本的な人権を尊重していただきたいと求めた。

## トピックス①

# 2024年度診療報酬改定説明会

東京都病院協会では3月29日に「2024年度診療報酬改定説明会」を開催した。当日は、厚生労働省保険局医療課主査の加古敦也氏と、適時調査対策支援研究所長の瀬下忠男氏が講演した。

## 「ベースアップ評価料」はぜひ多くの病院で算定を

はじめに、厚生労働省保険局医療課主査の加古敦也氏は、今次改定の概要と注目したいポイントを解説。そのうえで、各個別項目についても紹介した。

まず、処遇改善関連では、「ベースアップ評価料」が新設。賃上げの基本方針としては、①医療機関や事業所の過去の実績をベースに、②今般の報酬改定による上乗せの活用、③賃上げ促進税制——を組み合わせ、今年度+2.5%、来年度+2.0%のベースアップ実現を目指すとしている。同評価料は②に該当し、③の対象となる給与等支給額には、同評

確化」意思決定支援に関する指針の作成「身体的拘束を最小化する体制の整備」などの要件が盛り込まれるなど、強いメッセージ性のある内容になっていると示唆した。

次に、医療DX関連の項目では、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が「医療情報取得加算」へ名称変更されたほか、「医療DX推進体制加算」の新設などが行われた。また、「診療録管理体制加算」も、今次改定で加算1(140点)、加算2(100点)、加算3(30点)の3区分に変更。さらに、1・2では200床以上の病院に対し専任の医療情報システム安全管理責任者の配置が要件に加えられた。

「昨今の病院に対するサイバー攻撃の被害や、昨年の『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』の改訂などを含め、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備にかかる要件および評価を見直している趣旨になります」

続けて、ポストコロナにおける感染症対策の評価についても紹介。新設の「特定感染症入院医療管理加算」は、対象の感染症患者および疑似症患者に対し適切な感染対策を講じたうえで入院医療を提供した場合に算定可能だ。また、「二類感染症患者療養環境特別加算」は、「特定感染症患者療養環境特別加算」に改称のうえ、範囲を空気感染する等の一部

の3〜5類感染症まで拡大。対象入院料も広げられているため、確認を呼びかけた。

そのほかにも、「外来感染対策向上加算」は感染対策を講じたうえで発熱患者を受け入れることなどが施設基準に追加されたが、この加算を算定する場合には追加で算定できる加算として、「発熱患者等対応加算」も創設されている。

さらに、今次改定の柱の一つである、医療・介護連携にかかわる項目を取り上げた。在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟などにおいて、平時から介護施設等の協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とするほか、その協力医療機関が平時から介護施設等からの相談や往診、あるいは入院の受け入れ・調整などに対応した場合の評価を設けるなど、介護報酬とも連動し、医療・介護の連携強化に向けた見直しを図っているという。

## 高齢者救急のニーズを担う地域包括医療病棟

そして、今次改定でも大きなトピックスであるのが「地域包括医療病棟」だ。

創設の背景を加古氏は、「増加する軽症〜中等症の高齢者救急への対応に関して、急性期での治療中にADLが低下して回復期へ転院、自宅に戻れるまで時間がかかってしまうケースがあること。尿路感染症や誤嚥性肺炎といった医療資源投資料の少ない疾患については高度急性期以外の受け皿で診るべきではないかということ。そして、栄養不良状態と生命予後不良の関連などから、急性期と地域包括ケア病棟の間でこうした高齢者疾患のニーズに応えていただきたいというのが、この入院料になります」と

説明する。他の入院料からの転換には、▽急性期1(7対1からの転換)、▽急性期2(5対1からの転換)、▽急性期3(13対1からの転換)——などのパターンが想定されるとした。

急性期は平均在院日数と、重症度、医療看護必要度の見直しが主なポイント。前者は18日から16日に短縮、後者は7対1でB項目が廃止となった。また、それ以外のA項目・C項目、患者割合等の見直しも行われている。加古氏は、「各医療機関において見直しをお願いします」と呼びかけた。また、今次改定ではリハビリ・栄養・口腔の一体的な実施にも焦点を当てており、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の新設や病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進などの形で評価している。

回復期は、入院料の要件に専従の社会福祉士の配置や「GLIM基準」による栄養管理評価などが盛り込まれたほか、運動器リハビリの算定単位数の見直しも図られた。さらに、届出の有無でADLなど医療提供の質に有意差が見られなかったとの指摘から、「体制強化加算」も廃止となった。

地ケアでは、入院料に関して40日以内と41日以降で点数の建てつけが見直された。また、もう一つ大きなポイントとして、「在宅患者支援病棟初期加算」が地ケアで救急入院を受け入れる負担等を考慮した評価へ見直され、入院初日から当該病棟へ入院した患者については点数が増点となった。

慢性期では、「療養病棟入院基本料」における医療区分の変更と、中心静脈栄養の見直しポイントであるほか、医療療養病床の人員配置基準に係る経過措置が終了した旨も伝えた。



加古 敦也氏

評価料は賃上げにかかわる診療報酬項目が含まれ、規模や上乗せ要件の達成に応じて最大35〜45%税額控除が受けられるという。具体的な点数を加古氏は、「外来・在宅医療などの同評価料1は、一律の点数を上乗せするもの。一方、入院は1点〜165点までの評価区分から、その時点の給与総額等を用いて計算いただく建てつけです」と、説明。

対象外の職種等の賃上げには、初再診料、入院基本料等の引き上げで対応することとしている。たとえば、初診料は3点、再診料、外来診療料は2点引き上げ、各入院基本料等もそれぞれ引き上げがされた。ただ、入院基本料等に関しては通則に「栄養管理体制の基準の明

そのほか、DPC対象病院基準の見直しや、医師の働き方改革関連の加算、在宅医療におけるICT利活用への評価、また、小児医療や精神医療などでの改定内容についても言及。

そのうえで、最後に加古氏は、「今回は医療DX推進の観点から6月施行です。算定を行うための届出期間は5月2日～6月3日までとなっておりますが、締切り直前は届出が集中すると予想されます。ぜひ余裕をもった提出に向けてご準備を進めていただければと思います」と呼びかけた。

### 新加算等の届出にともなう施設基準のポイントを紹介

後半は、適時調査対策支援研究所所長の瀬下忠男氏が、今次改定の施設基準や届出上の注意点を紐解いた。

まず瀬下氏は、基本診療料・特掲診療料の施設基準に関する経過措置について、「今回新たに施設基準ができた項目は6月以降の算定に届出が必要なのはもちろんですが、要件が変更された項目についても届出のし直しが必要な場合があるため、各病院で確認し判断してください」と呼びかけた。

そのうえで、より細かな施設基準のポイントを紹介。たとえば、「外来感染対策向上加算」へ新たに設けられた「抗菌薬適正使用体制加算」など、要件自体がな



瀬下 忠男氏

かつたものは新しい要件に自院が適合するか確かめ、満たしているなら手続きを進めるように教示。

また、「医療情報取得加算」で、オンライン資格確認体制の運用開始日を医療機関向けポータルサイトへ登録することやWEBサイトへの情報掲載などが要件化されたことに触れ、こちらも確認次第早めの対応を促した。

入院基本料の通則では、意思決定支援や身体的拘束の最小化が追加され、準備がなかった病院は一からの体制整備・実践が求められる点に留意するように指摘。また、各入院料で見直された要件にも触れ、特に急性期は、「ハードルが上がっていくところとも言えるので、ぜひお間違えのないように確認いただきたい」と強調した。

このほか、新設の「地域包括医療棟」にも言及。同棟では常勤理学療法士や専任の常勤管理栄養士などの配置のほか、1床当たりの床面積6.4㎡以上を求めている。しかし、瀬下氏は、「あくまで望ましい規定であり、仮に満たない場合は全面的な改修を行うまでの間はそれ以上であるものとみなすとも定められています。ただその場合、全面的な改修の実施予定について年1回の報告が規定されているので、ご注意ください」などとした。

そのうえで、廊下幅や浴室・トイレの設置、平均在院日数や退院患者割合など、「要件としてトータルで見るとハードルは高めです」との見解も示した。

また瀬下氏も、「届出の提出期限は6月3日(月)必着です。『消印』では間に合わない場合、算定開始が遅れるためご注意ください。また、万が一厚生局から添付書類等の不備を指摘された場合に備え、

念のため控えを準備しておくこともおすすめます」と、届出の提出期限について再三注意を促した。

最後に、「自院がどんな届出をしていて、どのような施設基準や規定なのかを再確認する機会にしていきたいです」

## トピックス②

# 2024年度介護報酬改定説明会

東京都病院協会では4月4日に「2024年度介護報酬改定説明会」を開いた。当日は、厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長の福田亮介氏と、医療法人財団利定会大久野病院法人運営本部企画部長で慢性的期医療委員会委員の村山正道氏・医療法人永寿会陵北病院事務次長の佐藤乃美氏がそれぞれ講演した。

### 医療・介護連携の推進に向け協力医療機関との関係が重要

厚生労働省老健局老人保健課の福田亮介氏は、今回の介護報酬改定の大きなポイントに、介護職員等の処遇改善、診療報酬との同時改定による医療・介護連携の強化などを挙げた。また、今次改定の4つの柱は2021年度改定時と似ており、「介護分野における近年の課題は、これらに集約されている

す。また、解釈などに悩む場合は、その正しい見解を示すのが各地の厚生局の仕事です。ぜひ相談ください。もし、なかなか回答がない時には私もお手伝いできることがあると思いますので、遠慮なくご連絡ください」と、締めくくった。

「と言えます」と述べた。続いて、改定内容のうち注目度の高いものについて説明。その一つが、協力医療機関との連携体制の構築だという。今次改定では、施設内で対応可能な医療を超えた場合に、相談・往診・入院等に対応してくれる「協力医療機関」との連携体制の構築を求めるなど、医療・介護連携の推進を評価する見直しが行われている。

前提として介護施設等に関するデータでは、入居者の医療区分で2・3の割合が増加しているほか、入居者が心不全を発症した施設の割合は約4割、うち約7割が医療機関へ転院している状況がある。しかし、一方で入院によるADL低下など、入院機能障害の発生も指摘されており、医療機関と介護施設等が実効性のある連携に努め、早

期退院や在宅復帰へと資する体制整備が重視されているのだ。

そのうえで、協力医療機関との連携を後押しする観点から新設された加算の一つが、「協力医療機関連携加算」だ。3つの要件を満たす協力医療機関と、入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催した場合に算定可能で、単位数は、24年度中は100単位/月、25年度以降は50単位/月だ。福田氏は「3年間の経過措置はありますが、なるべく早く協力医療機関との連携を進め、適切な医療を提供いただきたい」と話した。

また、「自法人や関連法人に介護施設があり、法人内で連携を組みやすい病院には、ぜひしっかり体制を整えて算定いただきたい」とも強調した。なお、この介護施設等と協力医療機関との連携は診療報酬上でも裏打ちされており、病院側にもメリットが提示されていることもポイントとした。

### 4つの介護サービスについては診療報酬と合わせて6月施行に

介護老人保健施設に関しては、いわゆる「超強化型」の機能を高めていく視点から、基本報酬もメリハリをつけた建てつけへと見直されている。福田氏は、「具体的には、▽入所前後訪問指導割合の基準、▽支援相談員の配置割合について支援相談員として社会福祉士の配置——といった点を見直しています。超強化型および強化型については若干厳しくなった面もありますが、その分非常にメリハリの利いた基本報酬になっています」と、説明する。



福田 亮介氏

切な評価のあり方が論点の一つとなり、「配置医師緊急時対応加算」が見直された。日中でも配置医師が通常勤務時間外に対応を行った場合には算定可能になったほか、緊急時の対応方法について、配置医師および協力医療機関の協力を得て定めておくこととし、1年に1回以上は両者の協力を得て見直し・変更を行うこととしている。

さらに、リハビリ関連では、医療機関から退院後のスムーズな介護保険リハビリへの移行を進めるため、訪問・通所リハビリ事業所に対し、入院中に医療機関が作成したりリハビリ実施計画書などを入手し、内容を把握すること義務づけた。また、退院前カンファレンスへリハビリ事業所の医師などが参加する評価として「退院時共同指導加算」(600単位/回)を新設したこともポイントである。

そのほか、リハビリ・口腔・栄養の一体的な取り組みを評価する流れも強化されており、福田氏は「こちらもぜひご検討いただきたい」と強調した。

そして、処遇改善については、配分ルールが複雑との意見があった「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」の3加算を一本化し、4種類の取得パターンに統合。24年度2・5%、25年度2・0%のベースアップの確実な実現を目指すとしている。注意点として福田氏は、この処遇改善関連の加算の一本化は6月施行のため、それ以前については新たな補助金の交付等での対応を求めた。

「処遇改善加算以外にも、訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、通所リハビリについては診療報酬改定に

合わせた6月施行で、それ以外のサービスは4月施行のためご注意ください。入居者や利用者、そして事業所の方々にとつて少しでも良い方向に向かう形になるようにと考えておりますので、引き続きご協力のほどよろしくお願いたします」(福田氏)

### 介護現場の視点に基づく提言 改定にもなう様式等の 変更について解説

後半の講演では大久野病院法人運営本部企画部長の村山正道氏と、陵北病院事務次長の佐藤乃美氏が、病院の現場担当者の視点から今次改定による書式の変更点などについて解説した。

たとえば、「入院情報連携加算」の見直しにおいては、事業所のケアマネジャーから入院先の病院へ渡す在宅版の入院時情報提供書の項目を紹介。特に、口腔・栄養の項目について村山氏は、「摂食方法や摂食嚥下障害の有無、食形態、歯の汚れやアレルギーの有無、水分のとりみ」など、非常に細かく項目が設けられており、それぞれに対ししっかりとしたアセスメントが求められています」と指摘。

それ以外にも、人生の最終段階における医療・ケアに関する項目も変更されており、事前に意向の話し合いがされているか、最新の内容など、ACPの実施状況についても具体的な記述項目が設けられている。

また、処遇改善関連についても、「処遇改善加算」の一本化にもなう支援ツールの利用方法について説明した。「入力すると早見表へ自動計算され、6月以降の新加算の算定のためクリアしなければならない要件が表示されま

す。それぞれの病院で状況は違いますが、ここは6月に向けてしっかりコミュニケーションをさせていただければと思います」と、村山氏は呼びかけた。また、佐藤氏は、減算を回避するうえで、運営基準上で今次改定以降義務化される、①業務継続計画(BCP)の策定、②感染症の予防及びまん延の防止のための措置、③虐待の防止、④認知症にかかわる基礎的な研修、⑤栄養管理、⑥口腔衛生の管理——などの各項目について解説。たとえば、①のBCPに関しては4月1日以降未策定の場合は即減算のため注意を促した。

「要約すると『認知症介護にかかわるすべての介護職員』が受講対象者であり、そのうち国家資格者は除外になるという旨が書かれています。新たに採用した職員さんで受講されていない方には、採用後1年以内に受講してもら

うようにしましょう」と述べた。さらに、今次改定で経過措置があるものについても言及。村山氏は、「3つ目の協力医療機関の定めに関しては、地域のどんな病院と結ぶかを考えていく必要がありますが、3つの要件や年1回のカンファレンスなどのことを踏まえると、あまりにも超高度急性期のような病院を定めた場合、そうした機会が取れず本末転倒になる可能性もある」と注意を促した。

新加算への取り組みでは、主なものとして、▽生産性向上推進加算、▽高齢者施設等感染対策向上加算、▽協力医療機関連携加算、▽認知症ケアチーム推進加算——をピックアップした。『生産性向上推進加算』に関しては一見厳しい要件もあるように思えますが、『介護職員等処遇改善加算』の要件内にも合致する項目があることも踏まえて取り組むといいたのではないかと思います」と、佐藤氏は見解を述べた。

そのほか、今回から新システムに移行したLIFEの移行スケジュールについて紐解き、「現行システムは4月11日〜7月末までは閲覧のみで、8月1日には完全に終了します。また、新システムについても、4月22日から一部稼働を始めますが、本格稼働はこちらも8月1日からとなりますので、ご注意ください」(佐藤氏)

そのうえで算定の取り扱いについては、4月〜8月の間にLIFE関連の算定を届け出る場合は、8月〜10月10日の間の遡り入力期間に専用様式を提出することで算定可能である。ただし、その期間までに提出していない場合、遡り過誤請求を行わなければならない点に、注意を呼びかけた。



佐藤 乃美氏・村山 正道氏



東京きらぼしフィナンシャルグループ  
きらぼし銀行

# 東京の地域医療を支える 病院を応援します。



医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp

photo © mapo - stock.adobe.com