

令和6年度 第2回各種協議会（医療保険対策協議会）

日 時：令和7年 2月 1日（土）16時～18時

場 所：ホテル日航熊本

出席者：平安副会長、玉城常任理事、山川

1. 開 会

熊本県医師会の川野理事より開会の挨拶があった。

2. 挨 拶

○熊本県医師会 水足副会長

本日は足元の悪い中ご参集いただき感謝申し上げます。

また日本医師会から大変ご多忙の中、城守常任理事にもご出席いただき感謝申し上げます。各県からの提案議題に対するコメント、アドバイスをいただきたく考えている。よろしくお願いいたします。

今回は、ベースアップ評価料や特定疾患療養管理料に加え、令和6年度補正予算や病院の経営に関すること等、九州各県から8題の提案事項が提出されている。本日マスコミが入っておらず、有意義な情報が得られることを期待している。

限られた時間ではあるが、忌憚のないご意見を頂戴したい。

○日本医師会 城守常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。

今期は、総務や働き方改革を主に担当しており、医療保険は副担当となっている。本日は先生方の様々なご意見を伺うとともに、現状と情報をお伝えできればと考えている。何卒、よろしくお願いいたします。

3. 協 議

慣例により、担当県である熊本県医師会の水足副会長が座長に選出され議事に入った。

また、議題2及び5は関連していることから、一括して協議が行われた。

(1) 生産性向上・職場環境整備等事業における対象施設の見直しについて

(福岡県)

【提案要旨】

今般、厚生労働省より、本年度補正予算案において、ICT機器の導入などで生産性向上に取り組む医療機関等に対し、その導入経費や賃上げを支援する「生産性向上・職場環境整備等事業」の実施が示された。

本事業は、医療機関等の業務の生産性向上を支援し、職場内の環境整備を進め、地域に必要な医療提供体制を確保することを目的としており、医療機関の賃上げを推進する仕組みとしては評価できると考える。

一方、本事業の対象はベースアップ評価料の算定施設に限定される予定であり、本県では、診療所の約半数が同評価料を算定していない現状を踏まえると、特に診療所において本事業の財源を活用することは困難であることが想定される。

福岡県医師会としては、本事業の目的である地域に必要な医療提供体制の確保にあたっては、同評価料の算定の有無に関わらず、全ての医療機関が財源を活用できるようにすべきと考えることから、本事業の対象施設の見直しについて日本医師会より国に対し要望していただきたいと考えるが、各県のお考えをお伺いしたい。

また今後、医療機関への財政支援にあたっては、全ての医療機関に確実に支援が行き渡るよう、日本医師会においても検討の上、国との調整を図っていただきたい。

【各県の回答】

各県ともに、提案県に同調する旨の意見が上がった。ベースアップ評価料の届出については、様々な事情で全国的に無床診療所の届出が低迷している状況であり、一律に当該補助金を受けられないとする設定は強引ではないかとの意見や、高齢化している診療所管理者への支援の必要性、今年度いっぱいまで届出を行った医療機関を対象とする等、広く幅を持たせる必要があるのではないか等の意見が上がった。

また併せて、今回の診療報酬改定でも賃上げの財源となるベースアップ評価料が継続されるよう、当該補助金により少しでもベースアップ評価料を算定する医療機関が増えるキッカケになるのではないかと意見も上がった。

【日医 城守常任理事コメント】

日本医師会としては、医療機関への財政支援に対して特定の条件を付与するものではないというスタンスであると認識している。ただし、今回の補助金事業に関しては、賃上げを促進したいという国の方針に基づくものであり、これは医療分野に限らず全職種を対象とした施策である。その中で、令和6年度の診療報酬改定において「ベースアップ評価料」が新設されたが、それだけでは十分ではないため、補助金による支援が必要と判断された経緯がある。この事業の趣旨を踏まえると、「ベースアッ

プ評価料」を算定してもらうことが重要であり、それが本事業の意義でもあると考えている。

一方で、ベースアップ評価料の課題として指摘されているように、申請様式や申請手続きが極めて煩雑であったことは事実である。しかしながら、本年1月前後に長島常任理事から厚生労働省に指摘したこともあり、届け出の様式が大幅に簡素化された。具体的には、初診料および再診料の算定回数をエクセルシートに記入し入力すれば、それを基に補助金の算定金額が算出される仕組みとなっている。その算出額を常勤換算した職員数1.165（法定福利費）で割ることで金額が確定し、最終的に届け出用紙に記入するだけで申請書の作成が完了する形式へと改められた。これほど簡素化できるのであれば、当初からこの形にしてほしかったという声もあるが、結果として手続きの負担は大幅に軽減されたと考えている。

また、長島常任理事を中心に厚生労働省と連携し、説明会が開催される予定である。この説明会では、約40分の説明を通じて手続きの流れを理解し、実際に申請作業を体験することで、より分かりやすくなることが期待される。

ただし、「実績報告書」の提出については、現時点で詳細な方針が定まっていない。これについても、届け出様式の簡素化と同様に、できる限り簡素化する方向で調整を進めているところである。

（２）令和6年度診療報酬改定における地域の現状について（鹿児島県）

【提案要旨】

昨年12月に本県の郡市医師会が主体となって、県内の会員医療機関へ令和6年度診療報酬改定の実情についてアンケートが実施され、本会に結果を提供いただいた。減収になったと回答した医療機関は6割以上であり、このままでは近い将来、地域で医療に従事する医師が本当にいなくなってしまうのではないかと危惧している。

アンケートでは「人口減少による人材不足で配置基準を満たせないため加算が算定できない」、「患者減少に伴い収入減となっている」、「物価や光熱費に見合うだけの診療報酬を得ることができない」、「ベースアップ評価料を算定して賃金を上げようにも見込んでいたほど収入が得られない」、「どれだけ診察しても増収にならず赤字が続いている」など、地域の医療機関は未だ嘗てないほどの窮状に置かれている。人口が少ない地域では、特に人材確保が厳しく事務担当者の雇用も難しい中で、患者と接しない事務職員もベースアップ評価料の対象に入れてほしいとの意見もあった。また、医療DXの導入費用を賄えないという意見や、生活習慣病管理料が変更され、改定前の特定疾患療養管理料と比較して月1回の算定になったことで減収になっているとの意見が多く出されている。

地域において医療機関は若者の就職先であるにもかかわらず、得られる収入が少ないため他地域や他産業に流出し、ますます人口が減って人材確保が難しくなるという負のスパイラルに陥っている。

社会保障費の増大が課題であることは周知の事実だが、この超高齢社会を支えるだけの財源を確保していかなければ、地方の医療機関は立ち行かなくなり、地域住民の生命と健康を守ることができない。

昨年11月末に厚労省補正予算が計上されたことは日医役員の先生方のご尽力の賜物であると感じ感謝申し上げるが、恐縮ながら、それでは到底間に合わないのが現状である。

次期診療報酬改定では、基本診療料の引き上げは必須である。医療機関の自由裁量で使える財源を確保しなければ、地方では閉院が相次ぐことになる。日本医師会には次期改定に向けた方針について、各県医師会には今回改定による地域医療機関への影響を把握されていればお伺いしたい。

（５）令和6年度診療報酬改定等に係る病院への影響について（沖縄県）

【提案要旨】

ご承知のとおり、令和6年度診療報酬改定は、介護、障害福祉サービスとのトリプル改定となり、連携の評価や人材確保に対する評価が行われるとともに、第8次医療計画を見据えた病床機能のさらなる見直しや種々の効率化・適正化が図られ、特に特定疾患療養管理料の対象疾患から3疾患（高血圧症、脂質異常症、糖尿病）が外される等、かかりつけ医を中心とした地域医療の在り方が揺らぎかねない改定内容となった。

また、昨今の物価高騰や人件費の賃上げ等、公定価格で定められた診療報酬を資源としている医療施設にとっては、その経営に大きな影響を及ぼす要因が次々として出てくる。

このような状況に鑑み、本会では、沖縄県内の全病院に対し「令和6年度診療報酬改定等に関する医業収入実態調査」を行ったところ、全81病院の内、73病院から回答を得、回答率90%の調査結果（令和6年12月10日時点）を得た。

本調査は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない令和元年度と令和6年度の医業利益（医業収益－医業費用）等を比較したもので、年度途中の調査であるが、ある程度の傾向は把握出来るのではないかと考えられた。

結果の概要は、概ね以下のとおりであった。

- ・ 外来・入院患者数ともに、半数以上の施設が、減少傾向にあると回答された。
- ・ 医業利益については、74%の施設が減少傾向にあると回答された。また減少傾向にあると回答された施設の内、急性期病院で約55%、回復期病院で約44%の施設で、令和元年度の収益に比し、減少率が100%以上と回答され、その傾向が顕著であった。
- ・ 医業利益が減少した主な理由については、「物価高騰」、「人件費の増加」が約66%を占めた。
- ・ 診療報酬改定の影響は16.5%であった。
- ・ 外来・在宅ベースアップ評価料について、約93%の施設が算定していると回答された。

今回のアンケート調査だけで拙速な判断はできないが、患者数の減少に加え物価高騰、人件費の賃上げ等が病院経営に大きな影響を及ぼしており、人件費については、外来・在宅ベースアップ評価料のみでは全く足りていないことが分かった。

診療報酬による対応に限界がきているのなら補助金や税制の改革等できる対策を模索し、逼迫した病院経営の補填を図っていく必要があるかと考えるが、各県の状況および日本医師会の今後のご対応、ご意見を伺いたい

【各県の回答】

各県より、物価高騰や賃金引上げにより、医療機関の経営状況が急速に悪化、モチベーションが低下する等、危機的な状況にあり、地域医療を支えることができなくなる可能性があることを国に伝え、早急に補助金の支給や診療報酬の引き上げが必要である旨の強い意見が上がった。

【日医 城守常任理事コメント】

次期診療報酬改定に向けた方針について、この議題では診療所を中心に説明する。

診療報酬改定に関する情報は国民にも適切に伝達すべきであると思うが、中医協（中央社会保険医療協議会）における診療報酬の議論は、エビデンスに基づくものでなければならない。そのため、緊急でアンケート調査を実施する予定である。この調査では、各県の診療所約 30 施設を対象とする予定である。アンケートの目的の一つは、中医協での議論の参考資料とすることにある。しかし、診療報酬改定には次の三つの重要なハードルがあると考えている。

一つ目は、「骨太の方針」において、高齢者人口の増加と医療費抑制に関する方針が示されており、ここの記載を変えなければいけないこと。

二つ目は、~~釜淵先生の選挙において、何十万票が取れるのかということ今夏の参議院選挙。~~

三つ目は、年末の予算編成作業であり、物価高騰の影響を可視化し、適切な診療報酬の見直しを求めていること。

診療所の収入については、前年度比で減少しており要因を分析すると、その半分以上が、コロナ特例が外されたことである。~~2 番目の要因は、処方箋料の減少である。~~

~~また、診療所の経営において、特定疾患療養管理料の改定が影響を及ぼしていることは事実である。しかし、生活習慣病管理料の導入による減収は、想定ほど大きくはない。上手に算定を行えば、月 2 回の診療報酬請求を維持できる仕組みとなっており、過度な収益減にはつながらないように配慮している。ただし、大臣折衝の結果としてマイナス 0.25% が明確になっているため、このようなことをメディアの前等、オフィシャルなどところでは言えない。そのため長島常任理事は、個別に説明する場を促し、「丁寧に案内する」とお伝えしたんだろうと考えている。~~

このような状況を踏まえ、診療所の経営状況に関する正確な情報を収集し、本格的な対策を講じる必要がある。特に、物価高騰の影響をどのように反映するかについては、基本診療料に組み込む対応が望ましい。~~しかしながら、入院基本料や基本診療料に関する議論の中で調整されると、政策的にコントロールされる可能性があるため、~~物価高騰の影響が適切に反映されるような形での調査・分析が必要であると考えている。

最終的には、政治的な判断に委ねられる部分もあるが、診療所としては、まず現状のデータをしっかりと収集し、適切な形で対応を進めることが重要であると考えている。

（３）特定疾患療養管理料の算定対象疾患について（佐賀県）

【提案要旨】

今回の診療報酬改定では、特定疾患療養管理料から糖尿病、高血圧症、脂質異常症の生活習慣病が除外され、受け皿となる生活習慣病管理料は、月１回の算定となり、療養計画書の作成・説明の手間、長期処方やリフィル処方箋の交付の掲示が義務付けられるなど、生活習慣病を主に診ているかかりつけ医は打撃を受けた。

そもそも特定疾患療養管理料は、生活習慣病を診ている診療科で主に慢性疾患を対象に治療計画を立て、服薬・運動・栄養等の療養上の管理を行うことを目的としている。

日常診療において、長期にわたり治療・管理が必要となる慢性腎臓病、高尿酸血症などの一般的な疾患は含まれていない一方で現場感覚として少数な疾患名が多く、令和６年度改定においてはアナフィラキシーとギラン・バレー症候群は追加になるなど、特定疾患療養管理料の算定対象疾患がどのような基準で決められているのか現場からはわかりにくい部分が多い。

特定疾患療養管理料について、各県のご意見をお伺いするとともに、算定対象疾患がどのような基準で決められているのかを日医にお尋ねしたい。

【各県の回答】

各県ともに、特定疾患療養管理料の算定対象疾患に関する判断基準について確認したい旨の意見が上がった。

また、改めて特定疾患療養管理料の対象疾患から３疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）が外されたことについて、中医協で議論されることなく、国で決定されたことについて危惧する意見が上がるとともに、プライマリケアの観点から、特定の疾患を加えることについて検討いただきたい等の意見が上がった。

【日医 城守常任理事コメント】

本制度は、本来であれば、何らかの明確な基準を設けるべきであると考え。しかし、実際には既存の規定以上の基準は存在せず、その時々財源状況によって左右されることが多い。

このような財源の制約が生じる背景には、過去の診療報酬の議論の経緯がある。外来管理加算、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料は、それぞれ中医協において詳細な議論を経て整理されてきた。しかし近年、保険者側から「同じ管理をする疾患に対して、異なる管理料を算定できるのは不合理である」との指摘がなされている。~~これは、過去の議論を十分に理解していない者からの批判である。~~

実際、私が従前、中医協の議論に参加していた際にも、同様の指摘がなされており、松本会長が委員の時代にも同じ議論が持ち上がったが、当時は適切に反論し、財

源があったため制度の維持が可能であった。しかし、今回の診療報酬改定においては、状況が異なっている。両大臣の折衝により、1,250 億円を確保することが求められた。これにより、中医協の議論は制約を受け、自由な検討が難しくなった。1,250 億円の財源を確保するためには、外来診療の特定の項目に手を加えざるを得なかった。~~診療報酬の各項目の財源規模を考慮すると、多くの外来関連の加算は数億円から数十億円程度であり、大幅な削減を行っても目標額には到底達しない。このため、財源が大きい項目に手を加える必要があった。初診料・再診料の次に大きな財源が、特定疾患療養管理料で約 8,000 億円であり、その次が処方箋料で約 3,000 億円である。これらの項目にメスを入れなければ、1,250 億円の財源確保は難しかった。~~

~~しかし特定疾患療養管理料に関しては、算定要件や施設基準を調整することで、財務省をごまかすことは可能であった。このため、制度の枠組みを調整しつつ、過度な収益減少を回避する工夫を行った。初再診料で削減をしないために、このような調整を行ったことにご理解をいただきたい。~~

特定疾患療養管理料の対象疾患については、今回の改定で変更が加えられた。先生方のご指摘の通り、「なぜこの疾患が対象になったのか」という疑問は当然である。しかし、過去中医協の議論では、対象疾患の追加は極めて慎重に行われてきた。実際、平成 10 年頃から特定疾患療養管理料の対象疾患は増えていない。中医協においてもそのような流れになりかけていた。そのため、今回の対象疾患の追加は例外的な措置であるといえる。~~今回、新たに二つの疾患が対象に加わった背景には、財務省との交渉があった。特に、新型コロナウイルス対応に関連する疾患を含めることで、財源確保の道が開かれた。このような交渉の結果、特定疾患療養管理料の対象が拡大されたが、~~疾患そのものではなく、対象疾患が追加されたことに意義がある。

将来的に、特定疾患療養管理料のさらなる拡充を図るためには、財源の確保が不可欠である。財源の確保なくして、新たな対象疾患の追加は実現しないと考えている。

（４）ベースアップ評価料について（宮崎県）

【提案要旨】

令和６年度診療報酬改定において新設された医療従事者の待遇改善のための「ベースアップ評価料」は、医療機関の人材確保のために必要な施策であることは理解できるものの、安定的かつ継続的な賃上げを行うのに十分なものとはいえない。

景気の動向の不透明さもあり、今後の医療機関経営における影響も危惧される中で、ベースアップ評価料を利用した賃上げの工夫や賃上げ率については、病院や診療所によって対応が異なり様々な工夫があると思われる。

各県の現状及び好事例があればご紹介いただきたい。また、日医の見解を伺いたい。

【各県の回答】

ベースアップ評価料については、特に管理者が高齢である診療所の算定が難しい実情が訴えられるとともに、医療機関の人材確保を安定的なものにするためにも継続的な賃上げを行うことができる財政支援を求める意見が上がった。

また、郡市区医師会を対象にベースアップ評価料に関する研修会を行った地域や今後、説明会を開催する予定がある地域も見られた。

【日医 城守常任理事コメント】

ベースアップ評価料については、日本医師会としても重要視しており、診療所においても積極的に算定していただきたいと考えている。この点については、先生方もすでにご存知の通りである。

前回の診療報酬改定において、診療所の経常利益率は 8.8%とされ、一般と比べて 5.5%も上回っていたことから、財務省は「診療所は利益を上げているため、財源の一部を診療所から確保すべきである」との主張を展開した。この考え方は、財政制度等審議会（財政審）の建議にも反映されている。財政審の建議は、次年度の予算編成の方向性を示すものであり、政府の財政運営に大きな影響を与える。診療所の利益率が高いと見なされることで、「診療所は儲かっているのだから、内部留保を活用して賃上げを行うべきだ」という議論が生じている。

ベースアップ評価料は、病院では 9 割、診療所が 3 割程度の届け出となっている。今回の改定で、もし多くの診療所がベースアップ評価料を算定しなかった場合、次回の診療報酬改定の議論において、「診療所はやはり経営状況が良好である」との印象を与えてしまう可能性がある。その結果、診療所に対する改定が不利に進む懸念がある。そのため、春の段階で緊急アンケート調査を実施する必要がある。診療所の収入が減少している事実を示すことが重要であり、2023 年度と 2024 年度のデータを比較し、「収入が減少している」ことを明確に示す必要がある。しかし、仮に診療所がベースアップ評価料を算定していな

い場合、「減収はしているが、算定可能な評価料を活用していない」と判断される恐れがある。

このような状況を踏まえ、日本医師会としては、診療所に対して積極的にベースアップ評価料を算定するよう要請している。厚生労働省に対しても強く働きかけており、来週には説明会も予定されている。今回の申請手続きは、当初のものと比べて大幅に簡素化されており、9月時点での簡素化措置とは比べものにならないほど容易になっている。すでにベースアップ評価料を算定している診療所においても、改めて申請の手順を確認し、問題がないかを検証してほしい。

また、高齢の医師や申請手続きが困難な診療所に対しては、医師会としてサポートを提供していただきたい。医師会が支援を行うことで、必要な手続きを最小限の労力で完了できるようになる。このベースアップ評価料の算定率を、少なくとも7割から8割程度まで引き上げることが、次回の診療報酬改定における診療所の立場を守るためにも重要である。先生方にはぜひ算定のご協力をお願いしたい。

（６）服薬適正化事業について（大分県）

【提案要旨】

現在、県や健康保険組合を中心に、「服薬適正化事業」として、重複処方や併用禁忌に関する情報を患者に直接通知する手法が当県でも採用され、試みられている。しかし、この方法に対しては、医師への事前連絡がないまま患者に通知することで、医師と患者の信頼関係を損なう可能性があるとの懸念が指摘されている。

実態としては、

（１）患者への直接通知：一部の自治体や健康保険組合では、レセプトデータを分析し、多剤投与や重複処方が疑われる患者に対して、啓発資料や通知書を郵送する取り組み。

（２）医師への情報提供：薬剤師が重複投薬や併用禁忌の可能性を発見した場合、医師に対して処方提案や疑義照会を行うこと。

特に（１）の患者への直接通知は、医師への事前連絡が不可欠で、事前連絡がない場合、患者が自身の治療に不安を感じたり、医師への信頼が揺らぐ可能性がある。ところが当県でのモデル事業では、医師への事前連絡及び承認を介さずに患者に情報提供を行う計画であったため、医師側の強い反発を招いている。

重複処方や併用禁忌の問題を改善すべきであることには異論は無いが、これが判明した際には、まず医師に情報を提供し、必要に応じて処方の見直しを依頼することが必要である。その上で、患者への説明や指導を行うことで、医師と患者の信頼関係を維持しつつ、服薬適正化が進むものと思われる。

医師、薬剤師、患者が連携して服薬適正化を推進することが、信頼関係を損なうことなく、効果的な医療提供につながるが、患者への一方的な通知は進めるべきではないと考える。

各県の状況について伺いたい。また各県ならびに日医のご意見を賜りたい。

【各県の回答】

各県より、概ね現時点で医師からの苦情は出ていないとのことであった。また、後期高齢者医療広域連合等から、同様の事業を実施するにあたっては、事前に医師会に説明があり、情報提供の内容について調整を行っている旨の説明があった。

また、本事業を行うことで、患者との信頼関係が損なわれることは不本意であり、事業の進め方に注意しなければならないという意見の一方で、将来的にはオンライン資格確認等により、処方・薬剤情報が共有されることで、重複処方や併用禁忌の薬剤投与の防止等が可能になるのではないかと等の意見が上がった。

【日医 城守常任理事コメント】

本件に関しては、厚生労働省の安全対策課に確認を取っている。その結果、各保険者が独自に対応している事例があるほか、国の事業として実施しているケースも2件ほど存在することが分かっている。

この対応に関しては、厚生労働省が示している「進め方」という公的な指針（いわば教科書のようなもの）があり、それに基づいて進められている。基本的には自治体や保険者がデータを分析することが想定されているが、それに関連して特に医師会や医療界との連携が求められる。また、薬剤に関する適切な管理の観点から薬局との連携も重要であり、関係各所が協力しながら取り組むことが望ましい。本件の趣旨を十分に理解し、医療機関に適切な情報を提供することが基本である。そのため、自治体に対し「どのような形で運用されているのか」を把握する必要がある。追加の情報があれば、厚生労働省としても指導という形ではないものの、適切な運用方法について助言を行うことが可能であると聞いている。

日本医師会の医療保険課にお伝えいただければ、対応したいと考えているのでぜひよろしくお願いしたい。

**（７）有床診療所における入院基本料、療養病床入院基本料、食事基準額について
（長崎県）**

【提案要旨】

有床診療所の入院においては、人件費高騰、物価高騰により、今回の診療報酬改定による入院基本料では対処できない。

特にグループホームよりも低い入院基本料設定は配置人員、業務量を鑑みると非合理的である。多くの有床診療所が閉院せざるを得ない状況になり、また外来診療での収益を入院医療の補填に充てている実態にも留意して頂き、雇用条件が厳しくなっている現在の状況では、入院基本料の増額が必要と考える。

療養病床入院基本料は、実質的に使用せざるをえない高価な薬剤費、医療材料費に対応できていない点を考慮して頂きたい。

また、今回の診療報酬改定においては、栄養管理体制の充実を図ることを謳いながら、一方で物価高騰に対応した材料費の設定がなされていない。

栄養管理の前提である材料費に十分に対応できる設定を考えて頂きたい。

以上について、次期診療報酬改定に向けて、日医及び九州各県の見解をうかがいたい。

【各県の回答】

各県より、入院基本料等の設定が低く、物価高騰や賃金引き上げへの対応が非常に厳しいとの意見がある一方で、当該基本料が低い代わりに要件がゆるく、高くすると要件が厳しくなることに懸念を示す意見も上がった。

また、次回の診療報酬改定時には、これらの課題が抜本的に改善されることを望む意見が多数上がった。

【日医 城守常任理事コメント】

有床診療所の入院基本料が低いという指摘は、以前から受けている。我々も引き上げに向けて様々な検討を行っているが、人員配置基準などの要件を一律に設定すると、病院と比較して不利な条件となる可能性がある。そのため、厳格な要件とならないよう配慮しながら、加算の導入など柔軟な対応を検討している。

今後の診療報酬改定に向け、有床診療所にとって適切な形で寄与できる仕組みを構築する方針である。引き続き、慎重に議論を進めていくため、ご理解とご協力をお願いしたい。

（８）中小病院における夜間の看護師の配置基準について（熊本県）

【提案要旨】

夜間の救急患者の多くが基幹病院を受診される。その中には軽症・中等症の患者も多く、基幹病院が本来であれば担うべき3次救急の支障となり、担当医の負担も多い。この状況は以前からも指摘されており、国は軽症・中等症の患者は中小病院を受診するように働きかけを行っているが、いくつかの理由で中小病院は受け入れが困難な状況である。

その中で特に大きな理由として、看護配置の観点において夜間の救急患者への対応を病棟勤務の看護師が行うことができないことから、夜間外来への専任の看護師の配置が必要となることが挙げられる。

中小病院の中には週に数人程度の救急患者しか来院しない医療機関もあり、そのような医療機関は人的にも経営的にも専任の看護師を配置することが大きな負担となっており、夜間の救急患者を受け入れる意思があってもできない事情がある。

もちろん、救急に力を入れて救急搬送を含めて外来患者を積極的に受け入れ、多くの患者を受け入れる医療機関は専任の看護師が必要であるが、時間の救急外来患者が週に数人もしくは1晩に1～2人受診するような医療機関では、例えば週に何人以下の時間外救急外来患者の医療機関であれば病棟勤務の看護師が夜間の外来患者の対応が夜間看護体制特定日減算をされずにできるような柔軟な基準をお願いしたい。

今までも看護師が少なく医療機関での奪い合う状況で、現在は他の職種と働き手の奪い合いが行われている状況を考えると、今後はさらに看護師確保ができず夜間の救急患者の対応ができなくなる医療機関が増え、地域医療は混乱し、基幹病院の救急外来にもしわ寄せがくることが懸念される。

九州各県並びに日医の見解をお伺いしたい。

【各県の回答】

各県より、夜間看護体制における病棟外業務への柔軟な対応については、地域で対応できる幅が広がると高次を担う救急医療の負担も減ること等から、賛成である旨の意見が上がる一方で、安心・安全な医療提供体制を維持するため、慎重に検討を行うべきとの意見も示された。

【日医 城守常任理事コメント】

看護基準に関しては、医療安全の観点も含めて重要な要素である。平成18年の診療報酬改定以降、この基準が大きく影響を受けた背景には、日本看護協会の関与が少なからずあったと考えられる。この問題については、まず人員配置基準と医療安全の間にどのような関連性があるのかを明確にする必要がある。単に看護協会主導で制度が

設計されるのではなく、医師主導の視点からも検討し、最適化を図るべきである。制度改革を行う際には、何よりもその根拠が不可欠であり、適切なエビデンスに基づいた柔軟な制度設計が求められる。

現状においては、地域ごとの医療事情にも配慮する必要がある。例えば、医師の少ない地域では「特定一般病棟入院料」の基準が緩和されているが、このような柔軟な対応を取り入れることで、課題に対応する余地は十分にあると考える。

今後、医療現場における人手不足はさらに深刻化することが予測される。そのため、新たな制度設計を検討し、持続可能な医療体制の構築に向けて積極的に対応していく必要がある。

4. 閉 会

以上