



埼医FAXニュース

編集・発行 埼玉県医師会広報担当 松山 真記子

https://www.saitama.med.or.jp/kaiin/kaiin_7.html

都市医師会長会議速報<6月26日>

金井会長挨拶

こんにちは。本日もよろしくお願ひ申し上げます。6月22日(日)に第159回日本医師会定例代議員会が開催されました。代表質問では、各ブロックからの質問が寄せられましたが、その中で、当会としても非常に気になる点がありましたので、少しお話をさせていただきます。

今回、日本医師会に寄せられた質問の中で、特に気になったものが「准看護師問題」です。全体で26件の質問のうち、3件がこの問題に関するものであり、注目度の高さがうかがえます。また本日の都市医師会長会議でもこの「准看護師問題」について、秩父都市医師会の井上靖会長からご発言がありますので、後ほど改めて議論いただければと思います。

まず、看護師と准看護師、両方の養成所を持つことの意義について、3件とも非常に重要であると述べています。しかしながら、准看護師の養成所数は、昭和40年には780校あったものが、令和6年には182校にまで減少しており、著しく少なくなっている状況です。一方で、看護師養成所いわゆる高看については850校と、ほとんど変化がないことです。

福島県からは、准看護師養成所の存在意義は依然として大きいとの意見があり、病院の看護基準において准看護師をカウントすべきではないかという提案もなされました。また、高校授業料の無償化に伴い、准看護師養成所に関しても授業料が無償化されるということから、有効に活用できる可能性があるとの意見もありました。准看護師養成所の授業料無償化については、所沢市医師会の赤津拓彦会長が、元大臣を通して文科省に確認していただいたそうで、准看護師養成所も対象になるとの確認が取れています。

東京都では、2000年に27校あった准看護師養成所が、現在では3校にまで減少していることです。最大の問題は運営費であり、地区医師会の財政に大きな影響を与えているという指摘がありました。また、実習先の確保も困難になっているとのことです。准看護師の待遇改善については、しっかりと取り組むべきとの意見があり、セカンドキャリアとして准看護師を目指す方もいるため、准看護師養成所は重要な役割を果たしていることが強調されました。

富山県では、医師会立の養成所が2校ある一方で、国立大学や県立大学、公立専門学校があり、入学希望者は高学歴を志望する方が多く、国立大学や県立大学、公立専門学校が人気を集めていることです。そのため、医師会立や民間の准看護学校については希望者が40%以下しかいないとのことです。また、国立大学等の卒業生は県外へ出て働く方が多く、医療人材が県外へ流出しているという現状が報告されました。

日本医師会からの回答については、質問内容から少しずれている回答となり、准看護師の責任や評価に関する取り組み

を進めるとのことでしたが、具体的な施策が見られない点が残念に感じられました。また、福井県では、県と医師会が長年協議を重ね、看護師養成に対する特別補助金を大きく出している事例が紹介されましたが、これは富山県の状況とは異なるため、参考になるか疑問が残りました。

もう一つ気になるのが、有料職業紹介所の問題です。東京都では84.3%の病院が紹介所を利用したことがあり、職種別の割合は看護師が60.5%、医師が24.4%でした。紹介手数料については看護師が平均159万円、医師は平均335万円に上ることです。医業収益に対する紹介手数料の割合は1.6%であり、病院経営に大きな負担となっています。実際、医業収益は-1.1%となっており、紹介手数料が経営悪化の一因とされています。

栃木県からの代表質問でも、看護師の紹介手数料が164万円との報告があり、ハローワークの活用による紹介手数料の削減や民間の紹介業者の関与禁止についての提案がなされました。日本医師会の回答は「ハローワークは医療介護福祉分野だけのものではない」とのことです。実効性には疑問が残る内容でした。骨太の方針2025の中には「不適切な紹介事業所への対応」が明記されており、何らかの対策が講じられるものと思われますが、その具体性については懸念が残ります。

以上、特に気になった二点についてお話をさせていただきました。他の議題については、特段関心の高いものがなかったため、今回は割愛させていただきます。ありがとうございました。

最近のトピックス

■主治医意見書、「申請前の入手可」周知へ

要介護認定、期間短縮で■

厚生労働省は6月30日の社会保障審議会・介護保険部会(部会長=菊池馨実・早稲田大理事)で、要介護認定で用いる主治医意見書を、申請者の意向に応じて認定の申請前にも入手可能であることを明確化することを提案し、了承を得た。要介護認定に要する期間を短縮する狙い。

主治医意見書は、介護認定審査会の2次判定で使用される。認定の申請を受け付けた市町村が主治医に依頼して作成されることが多い。厚労省は部会で、介護保険法には意見書の事前入手を禁じる規定はないと説明。実際に1割弱の市町村では申請者が事前に作成を依頼し、本人または主治医経由で市町村に提出しているという2023年度に行った調査研究事業のデータも報告した。

今後、事前入手も可能である旨を通知などで明確化する。地域の実情に応じて、関係団体と提出方法について協議することも求める構えだ。

政府は昨年6月に閣議決定した「規制改革実施計画」で、申請者があらかじめ主治医に意見書の作成を依頼しておき、申請時に提出する方法について、26年度までに結論を出して対応するよう求めていた。

(2ページへと続く)

●ケアプランデータ連携、介護情報基盤と統合

部会はこの日、介護情報基盤とケアプランデータ連携機能を統合することも了承した。▽情報基盤のウェブサービス上でケアプラン情報の閲覧やデータ連携を行えるため利便性が向上する▽システムの運用・保守費用の軽減が見込めるなど、多くのメリットがあるとした。準備が整った市町村では来年4月以降、順次介護情報基盤の運用を開始し、28年4月からは全市町村での本格運用を目指すスケジュールも示した。

※1

■特定疾患療養管理料、算定回数は「6割減」

診療行為別統計■

2024年度診療報酬改定で、生活習慣病の3疾患(高血圧、脂質異常症、糖尿病)の治療が対象外になった「特定疾患療養管理料」の算定回数(1カ月当たり)が、改定前の23年からおよそ6割減になっていたことが、社会医療診療行為別統計のデータから分かった。厚生労働省は6月25日、24年社会医療診療行為別統計を公表した。同統計ではNDBデータを基に24年8月審査分の各診療報酬項目の算定回数がまとめられている。本紙がその内容を前年の23年統計(6月審査分)と比較した。特定疾患療養管理料の算定回数は、23年は約2562万回だったが、24年は58.1%減の約1073万回となった。診療所だけで見ると、23年が約2275万回、24年は57.5%減の約965万回だった。199床以下の病院(100床未満の病院、100床以上200床未満の病院)についても、同様に6割程度の回数減になっていた。

●「生活習慣病管理料Ⅱ」は1300万回

24年度改定では、特定疾患管理料から除外した3疾患の対応として、改定前は1種類だった「生活習慣病管理料」を再編した。従来の生活習慣病管理料の考え方を引き継ぐ形で検査費用などを包括する「管理料Ⅰ」、包括しない「管理料Ⅱ」を設けた。23年の生活習慣病管理料の算定回数(「脂質異常症を主病」「高血圧症を主病」「糖尿病を主病」の合算)はおよそ29万回だったが、24年の管理料Ⅰ(同)は約108万回に増加した。管理料Ⅱは約1300万回算定された。管理料Ⅱには、3疾患の患者の多くが移行するとみられていた。

●「ベア評価料」算定割合、診療所初診は28.7%

24年統計では、賃上げに向けて24年度改定で創設した「ベースアップ評価料」の算定状況も明らかになった。「外来・在宅ベア評価料(I)」の算定回数は、初診時が約895万回、再診時等が約4765万回だった。初診時の外来・在宅ベア評価料(I)の算定割合を、初診料など(オンラインの場合や小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を含む)の算定回数を基に算出すると37.0%となった。病院の算定割合は88.1%、診療所は28.7%だった。

●オンライン初診料は前年比2.4倍

22年度改定で創設されたオンライン初診料の算定回数は、24年統計では約5万7600回で前年の2.4倍になった。創設直後の22年統計と比べると5倍以上に増えている。※2

■電子処方箋、電子カルテと「一体的導入」

厚労省■

厚生労働省は、電子処方箋の医療機関への普及を図る上で、電子カルテや電子カルテ情報共有サービス(電カル共有)との一体的な導入を進める方針だ。2030年までに、電カル共有に対応可能な電子カルテを整備する、全ての医療機関に対し、電子処方箋の導入を目指す。1日に開いた「『医療DX令和ビジョン2030』厚生労働省推進チーム」で示した。

厚労省は電子処方箋について、25年3月までに、おおむね全国の医療機関・薬局に普及させることを目指していた。薬局の普及率は、25年6月22日時点で82.5%に上り、今夏に目標を達成する見込み。一方、医療機関の普及率は、病院が13.4%、診療所が19.6%にとどまっている。

厚労省は過去に行った調査で、電子処方箋を導入している医療機関は、電子カルテを導入しているケースがほとんどだったと説明。電子処方箋の普及には電子カルテの導入が重要だと考え、電子カルテや、電カル共有との一体的な導入を進めることで、電子カルテについては、遅くとも30年には、おおむね全ての医療機関で導入を目指すとしている。これを踏まえ、電子処方箋の新たな目標として、遅くとも30年までに「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備する、全ての医療機関への導入」を目指す。

●電子カルテと電カル共有、普及計画を26年夏までに策定

厚労省は26年夏までに、電子カルテと電カル共有の具体的な普及計画を策定する方針も示した。電子カルテ未導入の医療機関には、デジタル庁が開発中の「標準型電子カルテ」か、電カル共有に対応したクラウド型電子カルテの導入を進める。電子カルテ導入済みの医療機関には、システムの次回リプレイス時に、電カル共有や電子処方箋に対応するシステムへの改修を進める方針だ。1日の会合で福岡資政厚生労働相は、「医療機関のシステム費用上昇が経営に影響しているとの声がある」と述べ、電子カルテについて、今後は高コストなオプション型から、クラウド型への移行を進める考えを示した。医療機関の負担に配慮しながら、電子処方箋と電子カルテを医療機関へ一体的に普及させるよう、取り組みの加速化を求めた。

※3

■かかりつけ医機能報告制度のGL作成 厚労省■

厚生労働省医政局は6月27日、今年4月1日に施行された、かかりつけ医機能報告制度に関する留意点などをまとめたガイドライン(GL)を作成した。都道府県に局長通知を出した。かかりつけ医機能報告制度では、患者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関が都道府県に報告する。都道府県は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に関する体制を持つことを確認し、外来医療に関する地域の関係者との「協議の場」を開催。必要なかかりつけ医機能を確保するための具体的方策を検討し、結果を公表する。今回の「かかりつけ医機能の確保に関するGL」

(第1版)は、▽かかりつけ医機能が発揮される制度整備の概要▽かかりつけ医機能報告▽住民への普及啓発・理解促進▽かかりつけ医機能の協議▽患者への説明等の5章で構成した。GLの主な対象は都道府県だが、報告を行う医療機関や、かかりつけ医機能を確保するための取り組みに参画する医療・介護関係者などの理解を深めることも見据えて作成している。GLでは、かかりつけ医機能報告を行う対象を、特定機能病院と歯科医療機関を除く、病院、診療所と明記した。

報告方法については、医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に、医療機関等情報支援システム(G-MIS)か、紙調査票で行うとした。原則はG-MISを推奨している。※4

(記事はゲイアFAX※1※2:R7.7.1※3:R7.7.2

日医FAXニュース※4:R7.7.1

各号より抜粋

＊次回のFAXニュース送信は、R7年7月12日の予定です。

損害保険・生命保険のお問い合わせ・ご相談は
(有)埼玉メディカル

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1

TEL 048-823-9230 / FAX 048-823-9260