

令和7年度 国及び神奈川県予算の編成に際しての

要 望 書

公益社団法人神奈川県病院協会 神奈川県病院協会政治連盟

現在、光熱水費をはじめとした物価の高騰や、医療関係者の人件費の増嵩など、病院経営にとって非常に厳しい状況が続いています。

2024年6月より、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定が実施されました。診療報酬改定では、賃金引上げ相当として0.88%の引上げがありましたが、病院経営全体をみた場合、その安定化にとっては、十分な引上げがされたとはいえず、多くの病院は厳しい経営状況下にあります。

また、2024年4月より始まった「医師の働き方改革」に伴い、今後の救急医療や医療提供体制の縮小など、地域医療への影響が懸念されます。

政府が「経済財政運営と改革の基本方針2024」の中で示した「全世代型社会保障の構築」等を進めるためには、病院を含めた関係者に対するしっかりとした支援が必要です。

病院経営を安定的かつ持続可能ものとするとともに、医師をはじめとした医療従事者をまもり、安心・安全な地域医療を守ることができるよう、以下のとおり要望します。

【国への要望】

1 社会保険診療報酬の適正化(入院基本料等の抜本的引上げ等)

- (1) コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映(一部新規) P2
- (2) 医療人材の確保・配置・育成への適正な評価(一部新規) P2
- (3) 医療DXに対応するための整備費用負担への支援(一部継続) P3
- (4) 地域包括医療病棟の施設基準の見直し(新規) P4
- (5) 病院勤務の看護補助者(介護職)の処遇改善への予算措置又は診療報酬上の措置の充実(一部新規) P5

2 地域医療構想及び地域包括ケアの推進に向けた支援

- (1) 地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直し(一部新規) P6
- (2) 少子高齢化・人口減少の進展に伴う医療・介護関係データの開示及び分析の推進と、地域医療構想の推進に向けたさらなる支援(新規) P7
- (3) ポスト・コロナ時代の感染症対策の推進(新規) P8
- (4) 介護老人福祉施設(特養)において、配置医により行われた医療に対するさらなる評価(一部新規) P9
- (5) 高齢単身世帯の増加など、身寄りがなく、認知症や病気や障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決に向けた取り組みについて(新規) P9

3 病院の消費税問題の解決(継続) P11

4 病院の災害に対する強靱化対策(新規) P11

【県への要望】

1 身寄りのない人で、認知症や病気または障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療費等対策費(基金)の創設について(新規) P12

2 第8次保健医療計画の着実な推進(新規) P13

3 県内医療人材の確保・育成

- (1) 地域枠医師等の有効な活用、学生への周知やこれまでの成果検証の実施
(一部新規) P14
- (2) 「かながわ地域看護師」の事業推進と支援の実施(一部新規) P15

4 医師の働き方改革と地域医療の両立

- (1) 医師の働き方改革の県民への広報(一部新規) P16
- (2) 地域における救急医療体制等への支援(一部新規) P16

5 感染症予防計画の着実な推進(新規) P17

6 国要望について、県及び全国知事会等からの働きかけ(継続) P17

【国への要望】

1 社会保険診療報酬の適正化(入院基本料等の抜本的引上げ等)

新型コロナウイルス感染症の分類が二類から五類になり、コロナ関係補助金や特別交付金等は概ね終了する中、我々、病院団体は2024年実施の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定により、病院経営が安定的かつ持続可能なものとなることを期待し、抜本的な見直しを要望した。

しかしながら、診療報酬の改定は0.88%増にとどまり、その多くは賃金アップのためとされているが、今回示された「ベースアップ評価料」は病院に勤務する職種間の軋轢を生みかねないなど課題が多い。また、地域包括医療病棟が創設されたものの、施設基準が厳しいために移行する医療機関が少ないなど、全体として病院経営の改善につながるものでなかったと言わざるを得ない。医療DX推進のための診療報酬改定に関しても、明確な基準の早期公表が無ければ、病院は施設・設備の整備に着手できない。

今回の診療報酬改定は、病院経営全体の安定化に資するものとはなっておらず、むしろ、施設基準の厳格化や事務作業の増大など、病院にとって負担の大きいものとなった。

各病院は、新型コロナウイルスとの5年にわたる戦いの中で疲弊し、コロナ関係補助金が終了する中、県民の医療に係る行動自体が変容するなど、病院経営を取り巻く環境は、ますます厳しくなっている。

「第24回医療経済実態調査」によれば、新型コロナウイルス関係の補助金を除くと一般病院の令和4年度の損益率は「マイナス6.7%」で、令和3年度と比較しても1.2ポイント悪化しており、診療報酬改定前の時点で、既に病院経営は厳しい状況であった。※

多くの病院が赤字経営を強いられている中、光熱費、給食材料費、医療材料費(医療機器・器具)、人件費等の高騰が続いている。診療報酬という公定価格で運営している病院は、価格転嫁ができないため、非常に厳しい経営状況となっており、物価対策のための支援金の継続が強く望まれる。

また、2024年4月より始まった「医師の働き方改革」が今後、地域医療との両立、人材確保や育成、人材派遣に伴う手数料負担の増大などにどのような影響を及ぼすのか危惧される。

安全安心な地域医療を維持することで県民の「いのち」を守り、病院経営を安定的かつ持続可能なものとするため、以下のとおり、診療報酬の早急な改善を要望する。

【※参考 年度別の損益率の状況① (第24回医療経済実態調査の概要 令和5年11月24日版 中医協資料)】

(1)コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映 【厚生労働省、財務省】:一部新規

現在、病院経営に関わる光熱水費などの物価や、医師をはじめとした病院職員の人件費が高騰しており、こうしたコスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映を、早期に実施すること

要望の趣旨

1981年以降「物価・賃金スライド方式」から「自然増控除方式:自然増を前提とし改定分を上乗せする方式」へ変更された。さらには、これまで「自然増すら圧縮するマイナス改定」が連綿と続いたことを背景にして、そのうえでさらに、新型コロナ対応補助金は打ち切られ、昨今の物価高騰や賃金上昇、生産労働人口の減少などが重なって、現在の病院経営は危機に瀕している。

今回の診療報酬改定の0.88%の引き上げは、財源のほとんどが医療従事者の賃上げに使われる新機軸が導入されているが、こうした用途を限定した診療報酬の在り方は制度の変容をもたらし、病院経営は一層、困難に会いかねない。※

初診料・再診料、入院基本料などの抜本的引き上げこそが重要であり、物価・賃金スライドを反故にした医療費抑制政策では、病院経営のひっ迫は回復しない。

診療報酬という公定価格で運営している医療機関の場合、物価や人件費の急騰があった場合、その増加分の原資を確保することは困難であり、結果として、病院経営はひっ迫せざるを得ない。今回の改定で入院時食事療養費の引き上げはあったもの、原材料費の値上がり分を賄っているとはいえないのが実態である。我が国の経済状況は、今後、物価が継続的に上昇することが想定されるため、今こそ、新たな「物価・賃金スライド方式」への検討をすべきである。

期中の改定も含め、早急な診療報酬改定の実施について検討すること。

【※参考 令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項（令和5年12月20日）
「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）厚生労働省保険局医療課
令和6年3月5日版】

(2)医療人材の確保・配置・育成への適正な評価 ～特に、ベースアップ評価料の問題点について～ 【厚生労働省、財務省】:一部新規

医療人材の確保・配置・育成への適正な評価ができるよう「ベースアップ評価料」の見直しに早急に取り組むこと

要望の趣旨

今回、医療従事者の人材確保や賃上げ等のために「ベースアップ評価料※」が新設されたが、この評価料は患者に直接かかわる職員のみを対象としているため、評価料で措置されない職員への対応は病院負担となることから、経営への影響が大きい。

また、ベースアップは、それに連動して、諸手当や賞与、退職金等が増加するなど、人件費に与える影響は大きく、こうした諸手当等も含めた報酬改定をすることが必要である。

さらに、このベースアップ評価料は、国が一律の基準で定めており、各医療機関の個別の経営状況や賃金水準等が加味されていない。

一法人で複数の事業所を運営している団体は、事業所単位で評価することとなっているなど、法人内での事業所間格差の問題も生じる。

現状のままでは「ベースアップ評価料」は、ますます、職種間格差や事業所間格差などを生み出し、病院経営の改善に寄与しないと云々ざるを得ない。

医療人材の確保・配置・育成に向けた適正な評価を行うような診療報酬改定に早期に取り組むことを要望する。

なお、現在の医療従事者の人材確保・配置・育成を円滑に進めるため、診療報酬改定までの間は必要な財政的な支援を創設するなど、早期の取組みをあわせて要望する。

【※参考 賃上げに係る評価の全体像 ベースアップ評価料（令和6年度診療報酬改定の概要 厚生労働省）】

(3)医療DXに対応するための整備費用負担への支援【厚生労働省、財務省、内閣官房、デジタル庁】:一部新規

医療DXを医療機関が積極的に進められるよう「医療DX推進体制整備加算」の施設基準を明確かつ早急に示すこと、サイバーセキュリティ対策も含めて整備費用を支援すること

マイナンバーカード保険証の利用推進に当たっては、医療機関に財政負担が生じないよう支援を行うこと。また、オンライン資格確認を巡るトラブルの無いよう情報管理体制の強化・徹底を行うこと

要望の趣旨

医師の働き方改革が進められる中、医療現場の効果的かつ効率的な運用を図るためには、医療DXはこれからの医療に欠かせないインフラである。また、先に示された「経済財

政運営と改革の基本方針 2024」の中でも「DX」は重要な項目として示されている。※1

今回の診療報酬改定で新設された「医療DX推進体制整備加算※2」は、施設基準として、電子処方箋システム、電子カルテ情報共有サービスの導入が要件の一つであるが、詳細が未だ示されておらず、また、マイナ保険証の利用実績も要件となっているが、利用実績割合も現時点で示されていない。電子処方箋システムは来年3月末、電子カルテ情報共有サービスは来年9月末迄の経過措置となっているものの、サイバーセキュリティ対策も含め、整備費用負担が大きいものであることから、早期に明確にするとともに、医療DXを進めるための整備費用を支援すること。

また、マイナ保険証の利用促進にあたっては、まず、国民に対してマイナ保険証の普及促進をしっかりと推進し、その上で、医療機関の財政負担とならないよう、カードリーダーの導入費用とメンテナンス費用を支援すること。

併せて、資格情報の誤登録など、オンライン資格確認を巡るトラブルの無いよう、国は情報管理体制のさらなる強化・徹底や医療機関によるシステム導入時の仕様の統一を行うこと。

【※1 参考 経済財政運営と改革の基本方針 2024 ～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～ 令和6年6月21日 内閣府】

【※2 参考 令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像 医療DX推進体制整備加算の新設（令和6年度診療報酬改定の概要 厚生労働省）】

(4)地域包括医療病棟の施設基準の見直し【厚生労働省、財務省】:新規

地域包括医療病棟の施設基準について、医療機関が積極的に取り組めるよう柔軟な運用が可能となるよう見直すこと

要望の趣旨

今回の改定において、急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料の中間的位置づけとなる「地域包括医療病棟入院料」が新設された。

今後、急性期一般入院料2～6(10対1)の再編が検討されていくことも想定されており、この「地域包括医療病棟入院料」は、増え続ける高齢者の救急医療を受け入れ、在宅復帰につなげるための機能を担うことから、今後の病院医療において重要な入院料になっていくと考えられる。

しかしながら、重症度、医療・看護必要度の厳格化・見直しの影響により、急性期一般入院料から移行を検討している病院からは、施設基準が非常に厳しいとの意見が多く、現在の施設基準のままでは活用が困難である。※

地域の医療体制に大きな影響が出るのが危惧されるため、柔軟な運用が可能となるよう見直しを行うこと。

【※参考 地域包括医療病棟入院料への移行調査〈集計速報値〉 報告書
(2024年6月10日版 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会)】

(5) 病院勤務の看護補助者(介護職)の処遇改善への予算措置又は診療報酬上の措置の充実【厚生労働省、財務省】:一部新規

病院における看護補助者(介護職)の円滑な確保のため、処遇改善に向けた予算措置を確保すること

要望の趣旨

病院では、食事、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話などの多くを看護職からの指示の下、看護補助者(介護職)が担っている。これは、介護保険施設における介護職員と同等の業務であるが、介護保険施設では、介護報酬による介護職への処遇改善が行われている一方、病院で働く看護補助者(介護職)に対する処遇改善は介護職への処遇改善加算ほど十分ではないため、病院では必要不可欠な職種である看護補助者(介護職)の確保に大変苦慮している。

また、同一法人内に病院と介護保険施設を有する場合には、病院と施設間の人事異動の支障にもなっている。

このため、病院勤務の看護補助者(介護職)の処遇改善への予算措置又は診療報酬上の措置の充実を要望する。

2 地域医療構想及び地域包括ケアシステムの推進に向けた支援

少子高齢化及び人口減少の進展に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口が増大する2040年ごろを見据えた「新たな地域医療構想」の検討が開始された。病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討されることが予定されている。

高齢者については、今後、救急搬送や入院の一層の増加が見込まれるが、高齢者の中には、身寄りがなく、経済的に困窮している世帯も増加の傾向にあるなど、地域医療構想、地域包括ケアシステムの推進を取り巻く環境は複雑さを増している。医療及び介護の現場で取り組みがしっかりと進められるよう、以下のとおり要望する。

(1)地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直し【厚生労働省・財務省】:一部新規

消費税増収分等を活用した財政支援制度として創設されている「地域医療介護総合確保基金」は都道府県や各医療機関の実情に応じた有効活用ができるよう、医療介護総合確保促進法を一部改正するなど、早急かつ抜本的に見直すこと

見直しに当たっては、

- 1 全額国庫負担の範囲を拡大すること。法改正までの間は、一定の規模までは自治体の財政状況に左右されずに活用できる措置を講じること
- 2 配分額は人口規模に応じたものとする
- 3 事業区分毎の配分比率は、地域医療の実情を反映すること
- 4 事業区分間の融通を認めること
- 5 具体的な用途は、これまで以上に自治体の裁量に委ねること
- 6 医療人材の確保・育成等へ十分に活用できるようにすること
- 7 医療機関の実情にあわせ、様々な規模の医療機関が柔軟に活用できるよう、弾力的運用が可能となるよう見直すこと
- 8 見直しは、早急に行うこと

要望の趣旨

地域医療介護総合確保基金（以下、基金）は、地域医療構想の実現に向け、特に病院の再編・統合に優先して配分されている。2022年に成立した「医療法等改正法」によって、統廃合や病床削減を行った病院を財政支援する「病床機能再編支援事業」が事業の一つとして位置付けられ（事業区分Ⅰ-2）、この事業のみが全額国庫負担となっている。

神奈川県は人口 10 万人対の病院数、病床数が共に全国 47 位※1、医療施設従事医師数が 40 位 ※2、就業看護師数が 45 位 ※3 であり、地域医療構想の実現に向けた当県の課題は病床機能再編よりも、医師や看護師などの医療人材の確保・養成である。

基金は原則 3 分の 1 とされる自治体の一般財源の確保に制約があることが、ニーズがあるのに県の予算化につながらない要因の一つである。全額国庫負担は病床機能再編だけでなく、医療現場における喫緊の課題である医療人材の確保・養成など、他の区分にも適用できるようにすること。特に、医師をはじめとした医療関係者の人件費は高騰を続け人材の確保がますます困難になり、さらに「医師の働き方改革」が進められている中では、地域の医療体制の維持を図る上でも、中小規模から大規模な病院まで様々な規模の医療機関が基金を人件費に柔軟に活用できるよう運用の弾力化を図るべきであることが強く求められている。また、事業区分間の融通を認めるなど、さらなる柔軟な運用ができるよう抜本的に見直す必要がある。

地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直しについては、継続して要望しているところであり、安全で安心な地域医療を守るためにも、早急に抜本的な見直しをすることを要望する。

【出典：※1 令和 4(2022)年医療施設(動態)調査(令和 4 年 9 月 26 日)

※2 令和 4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計(令和 4 年 12 月 31 日)

※3 令和 4 年衛生行政報告例(令和 5 年 12 月 21 日)】

(2) 少子高齢化・人口減少の進展に伴う医療・介護関係データの開示及び分析の推進と、地域医療構想の推進に向けたさらなる支援【厚生労働省】:新規

少子高齢化や人口減少が進展する中、新たな地域医療構想の策定に向け、医療及び介護の関係データをしっかりと集積したうえで開示・分析を進めるなど地方に対して情報提供に努めること

また、地域医療構想の着実な推進を図るため、将来不足する病床機能の確保及び連携体制の構築や、在宅医療の充実等を図るなど、必要な支援に取り組むこと

要望の趣旨

新たな地域医療構想は、2025 年度に国のガイドラインが発出され、2026 年度に検討・策定、2027 年度に取組がなされる予定となっている。

現在、全国的に少子高齢化や人口減少が進展しており、神奈川県においても同様の傾向にある。こうした中で、新たな地域医療構想を検討するためには、厚生労働省や国立社会保障・人口問題研究所等が医療・介護関係の様々なデータをしっかりと集積したうえで開示・分析し、各地域で地域医療構想の議論に活かせるようにすること。

また、地域医療構想の着実な推進を図るため、将来不足する病床機能の確保及び連携体制の構築や、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた在宅医療の充実等を図ることなどに、地域医療介護総合確保基金が、より一層、弾力的に活用できるようにするなど必要な支援に取り組むこと。

(3) ポスト・コロナ時代の感染症対策の推進【厚生労働省、財務省】:新規

国は新たな感染症の発生やまん延等に備え、新型コロナウイルス感染症対策の経験も踏まえつつ、新興感染症対策のための研究をより一層、進めるとともに、新興感染症予防対策に取り組むこと

また、そこで得られた研究等の成果やデータを医療機関等に対し提供するとともに、実効性のある対応が可能となるよう必要な支援を行うこと

要望の趣旨

現在、地球温暖化の影響や、グローバルな人やモノの流れの加速等により、感染症の発生やまん延等のリスクが拡大している。感染症の予防対策は国を始めとした行政の責務であり、こうした対策については、関係機関が連携して、積極的に取り組みを進める必要がある。

新型コロナウイルス感染症対策で得られた経験を踏まえつつ、国は改正された感染症法に定められた施策等を効果的・効率的に推進し、新興感染症予防対策のための具体的な体制や医療人材の確保・育成に取り組む必要がある。

また、国は新たな「新型コロナウイルス等対策政府行動計画」を本年7月に閣議決定した。その実施に当たっては着実かつ実効性のある取り組みが求められている。

このため、新興感染症等発生時に各医療機関が適時・適切な対応が取れるよう、これまでの感染症に関する研究成果のデータの開示、流行段階に応じた適切な医療提供体制ができるよう施設や設備の整備や、医療人材の十分な確保や育成ができるよう、新たな感染症によるパンデミックに緊急対応ができるよう、財政的な支援を含めた積極的な対策に取り組むことを要望する。

(4)介護老人福祉施設(特養)において、配置医により行われた医療に対するさらなる評価
【厚生労働省・財務省】:一部新規

介護老人福祉施設(特養)において、配置医等により行われた医療に対して、さらなる評価を行うこと

要望の趣旨

コロナ禍を通して、重症化リスクの高い高齢者が集団で生活する入所系、居住系の施設でのクラスターが後を絶たない。施設でのクラスターの発生は地域の入院医療機関に一瞬で大きな負荷がかかるが、五類への見直し以降、陽性者は全員入院隔離といった考え方から、軽症の陽性者は原則として施設で療養を継続するという考え方に代わっていくことになる。

そこでさらに重要性が増すのは施設における意思決定支援と、医師が施設に赴いて行う医療である。

しかし、現状では一部の介護施設内で行われる医療提供は、配置医や協力医療機関の献身的な取り組みで施設を支えており、この献身によって地域の入院医療機関への負荷が軽減している事実がある。

本来、医療提供が十分に行えないからこそ、高齢者施設で必要な医療は病院で行うべきであるが、現実的には今後ますます増加する高齢者人口増に対応するには施設での医療提供が欠かせない。名ばかりの協力医療機関ではなく、実際に医療提供を行った医療機関に対して診療報酬上十分な評価をつけるべきと考える。

今回の診療報酬改定で、「介護保険施設等連携往診加算等」が新設され、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの協力医療機関に一定の評価はされたものの、今後、地域包括ケアの取組みを進める上では、こうした加算等のさらなる充実を図ることが重要である。

今後ますます高齢者増が進む中で地域包括ケアを推進するにあたっては避けて通れない課題と認識している。

(5)高齢単身世帯の増加など、身寄りがなく、認知症や病気や障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決に向けた取り組みについて【厚生労働省、財務省】:新規

「身寄りがない」人が増加し、入院医療において大きな課題となっている。

患者の命と暮らしと人権を守り、地域医療構想に即した医療の実現と病院経営の

安定等を目指すため、以下のとおり、要望する

- 1 医療費等自己負担分の未払いに対する補填制度の創設
- 2 成年後見申し立て中に本人が死亡し、かつ相続人が存在しないことが明らかな場合は、相続財産清算人手続に移行し、速やかな「未払医療費・介護費用等の支払」を可能にすること
- 3 成年後見制度中に、特定の行為に限定する「成年保護特別代理人制度（仮称）」を導入し、速やかな選任を可能とすること

要望の趣旨

近年、少子化・高齢化や核家族化の進展に伴い、身近に頼れる家族や親族がいない、または家族への連絡が取れず、支援の受けられない、いわゆる「身寄りがいない人」が増加している。県内でも、高齢者単身世帯は増加の傾向にあり、今後も「身寄りがいない人」の増加が見込まれる。

厚生労働省は「身寄りがいないこと」を理由に、医療や介護等の現場で、受診やサービスの提供を拒むなど不適切な取り扱いがないよう求めており、「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(2019年6月)」や「ガイドラインに基づく事例集(2022年8月)」を発出するほか、2024年6月には関係省庁連名で「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」なども出されている。

しかしながら、医療機関では、地域医療構想の中で入院日数が縛られており、身寄りがなく、判断能力が不十分又は喪失された患者に、法定後見人や任意後見人がいない場合、預貯金等の資産が活用できないため、医療費等の未払いが発生している現状がある。こうした場合、現行制度では、成年後見の主張への選任申し立てをするが、選任までに長い時間を要している。

そこで、こうした問題を解決するため、制度の弾力化を図るとともに、限定的な対応が可能な制度を創設し、身寄りがなくても安心して医療や介護を受けることができるようになるよう要望する。

【※参考 身寄りがなく判断能力が不十分または喪失した人において、法定後見人や任意後見人がおらず、本人の預貯金等資産利用ができず長期的に医療費等の支払いが困難となる国民に関する救済制度の創設に向けて
(令和5年9月 神奈川県病院協会・神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 意見書)】

3 病院の消費税問題の解決【厚生労働省・財務省】:継続

今後将来に向けて、消費税負担に不公平が生じないようにするため、病院の社会保険診療報酬については、「原則課税」とするよう見直すことで、控除対象外消費税の問題を抜本的に解決すること

要望の趣旨

病院をはじめとする医療機関は、社会保険診療報酬が消費税非課税であるため、薬剤の購入や業務委託、医療機器など施設設備を整備する際に支払った消費税を控除することができない。

特に、新棟建設や地域の救急輪番体制を維持するために救急センターを再整備するなど、大規模な設備投資をする際には、相当な負担となる。それに加え、昨今の急激な物価高騰等により、病院経営は非常に厳しい状況にある。仕入れに係る消費税相当額分は診療報酬に上乗せして補てんされる仕組みになっているが、病院はそれぞれ規模や機能が異なるため、透明性や公平性の点から、診療報酬による補てんを今後将来にわたって容認することはできない。

現在の物価等の高騰の状況にあつては、現行制度ではますます病院経営を圧迫するのではないかと危惧するところである。

診療報酬での補てんには限界がある。非課税の社会保険診療を原則課税とするよう見直すことで、控除対象外消費税の問題を抜本的に解決することを要望する。

4 病院の災害に対する強靱化対策【厚生労働省・財務省】:新規

病院が、災害時に地域の「いのち」を守り、医療機関としての機能を果たせるよう強靱化に向け、支援すること

要望の趣旨

阪神淡路大震災、東日本大震災や熊本地震に続き、本年1月には能登半島地震が発生し大きな被害を出した。また、地球温暖化等の影響から風水害においても頻発化、激甚化が進む中、地域の中で住民の「いのち」を守る拠点としての病院の重要性は、ますます高まっている。

このため、発災時に病院が確実に機能できるよう、平時から防災資材等、施設・設備等の整備について、さらなる財政的支援を要望する。

【県への要望】

1 身寄りのない人で、認知症や病気または障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療費等対策費(基金)の創設について:新規

【健康医療局・福祉子どもみらい局】

地域医療構想及び地域包括ケアを推進し、神奈川県民の誰もが安心して医療・福祉・介護を受けられるようにするためには、身寄りのない人で、認知症や病気または障害により判断能力が不十分又は喪失した人、そして医療機関や介護施設等の双方が、費用面で不利益や不都合が生じないようにすることは喫緊の課題であり、医療費等対策費(基金)を創設すること

要望の趣旨

厚生労働省は「身寄りがなく」を理由に医療や福祉の現場で拒むことのないよう、2018年4月に「入院による加療が必要にもかかわらず、身元保証人がいないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについては医師法第19条第1項の応召義務に抵触する」と通知。

また、2018年8月に「介護施設等において、入院・入所希望者に身元保証人等がないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない」とし、都道府県等へ介護保険施設が不適切な取り扱いがないように指導・監督を行うよう通知している。

しかし、身寄りがなく、判断能力が不十分又は喪失した人(以下、「対象者」。)において、法定後見人や任意後見人がいないため預貯金等の資産が利用できず、医療機関等においては、未収金となる事例が一定数見受けられ、医療費や施設サービス費の支払いの目途が無い対象者の場合、急性期病院から、回復期・慢性期病院や介護施設への入院・入所が困難になり、患者の状態にあった医療・ケアを受ける権利や、急性期病院の機能役割が阻害される原因になっている。

また、2024年4月に神奈川県ソーシャルワーカー協会と共同で実施した「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援(ソーシャルワーク)に関するアンケート」では、2023年の1年間で入院費未払いのあった病院が半数を超え、そのうち約4分の1の病院では6件以上あった。回答病院の未払いの総額は5,000万円以上と想定され、この額は実際に各病院が負担をしている状況である。※

これらのことから、対象者が医療機関等への支払い等について不安を抱くことがない制度、また医療機関等においても未収金などの課題が生じない制度の創設が必要である。

具体的には、神奈川県は、当分の間、医療費等の支払いに課題がある対象者に係る医療・介護等に関して発生した損失医療費等について補助する基金を創設すること。

医療機関・介護施設等は、対象者について、後見人等の申請手続きを各自治体と協力しながら行い、同時に神奈川県に補填の申請を行う。

後見人等は、神奈川県が補填した費用について、対象者の預貯金等から神奈川県に返済に務めることを担う。

対象者は今後も増加が見込まれる。喫緊の課題と捉えて対応されるよう要望する。

【※参考 身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）」に関するアンケート（2024年3月 県病院協会・県医療ソーシャルワーカー協会）／問5-5、問5-6 集計速報値】

2 第8次保健医療計画の着実な推進【健康医療局、福祉子どもみらい局、総務局】：新規

第8次保健医療計画に基づく取組の実施に当たっては、新たに盛り込まれた新興感染症対策や医療DXを含め、神奈川県の実態に即した保健、医療及び福祉を取り巻く事情に配慮するとともに、「医師の働き方改革」の地域医療に与える影響なども踏まえながら、取り組み状況を評価・検証するなどPDCAサイクルをしっかりと回し、計画に盛り込まれた施策・事業の着実な推進を図ること

要望の趣旨

少子高齢化・人口減少の進展は、県内の保健、医療及び福祉に大きな影響を与えている。新型コロナウイルス感染症は、2023年5月に五類になったものの、引き続き、一定数の感染者がおり、気候の温暖化やグローバル化が進む中では、新興感染症にもしっかりと備える必要がある。

また、2024年4月からは「医師の働き方改革」が始まっており、今後、地域医療、特に二次救急医療への影響なども危惧される。安全・安心な地域医療を維持するためには、持続可能な病院経営を支援するとともに、医療DXなどを進める必要があり、医療機関への財政面も含めた支援が求められるところである。

第8次保健医療計画に位置付けられた施策・事業を実効性があるものとするためには、医療機関の意見を聞くなど、地域医療の実態を把握し、関係機関がしっかりと連携するとともに、県は地域で新たな地域医療構想を議論するために、地域の病床の偏在だけでなく、診療科の偏在なども含めた必要なデータをしっかりと示すことが必要である。そのうえで、施策・事業の取り組み状況を的確に評価・検証するなど、PDCAサイクルを確実に回すことが必要である。

県はこうしたことを通じ、第8次保健医療計画を着実に推進することについて要望する。

3 県内医療人材の確保・育成

(1)地域枠医師等の有効な活用、学生への周知やこれまでの成果検証の実施【健康医療局】:一部新規

キャリア形成プログラムなど、県が実施できることで責務を着実に果たすこと。また、そのための体制整備を行うこと

あわせて、この制度の学生への早期の周知を図るとともに、これまでの取組みの成果検証を実施し、今後の取組みに活かすこと

要望の趣旨

医師偏在の是正は、県民の安心につながる医療提供体制を維持するうえで非常に重要である。「経済財政運営と改革の基本方針 2024」にも位置付けられ、医師の地域間、診療科間等の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成課程での地域枠の活用など必要な人材を確保するための取組など、総合的な対策のパッケージを 2024 年末までに策定するとされた。

そうした中、令和7年度から本県の「キャリア形成プログラム」がいよいよ運用される。

地域枠学生、医師、キャリアコーディネーターからしっかりと意見を聞き、地域における医師・診療科の偏在の解消と、高度医療や高齢者の増加などにも対応できる人材の養成に寄与するための実効性のあるプログラムとして実施すること。

また、実施にあたっては、地域枠学生に対して、プログラムが効果的に活用されるよう、できるだけ早い段階からプログラムの内容をしっかりと周知すること。

さらに、これまで実施してきた地域枠医師の取組みについて、その成果を検証し、その検証結果も踏まえて、プログラムを運用すること。

なお、当協会は昨年度に「地域医療実践の充実」について要望し、様々な創意工夫によって進めるべく、以下の検討素材(1～5)を提示したところである。

県から各方面へ働きかけ、医師不足地域への従事を促すとともに、医療対策協議会、地域医療支援センターで、より建設的な議論とすること。

- 1 医師の偏在や不足に悩む地域医療機関に対して、広くこの制度を周知し、専攻医の受け入れについて整備を促すこと
- 2 地域枠医師に対しては、地域医療の実情を広く啓蒙し、地域医療を支える意義と魅力について継続的に発信すること
- 3 地域枠医師が地域医療実践を行うことに対する評価を多面的に高め、ブランド化を検討してゆくこと

- 4 総合診療専門研修における「地域研修」を県内で実施できる枠組みとして、この「地域医療実践」を関連付ける具体的な検討を行うこと
- 5 以上と連動して、新専門医制度のできるだけ多くの診療科で(内科や総合診療等)、地域医療を充実させる観点から、指導医が存在しない施設でも、基幹施設と連携した研修体制の確立により、特別連携施設としてプログラム参加を許可するように当該基幹施設に督励すること。(そうすることによって、「地域医療実践」がより現実的なものとなる)

(2)「かながわ地域看護師」の事業推進と支援の実施【健康医療局、福祉子どもみらい局、総務局】:一部新規

「かながわ地域看護師」制度の実施に向け、制度設計や実施に向けた人材確保・養成等について引き続き、検討を進めること

あわせて、その実施に当たっては、着実に事業が推進できるよう必要な支援を行うこと

要望の趣旨

神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会が県と共に養成を推進している「かながわ地域看護師」は、保健医療計画の看護職確保における「急性期看護から地域・在宅ケアへ」という看護師の質の変化にも対応し、地域の施設と連携し、地域医療構想・地域包括ケア時代を担う看護師として期待される。

そこで、こうした時代に相応しい看護師の人材確保や養成を地域全体で取り組むことができるよう看護師の確保策として「かながわ地域看護師」を改定された保健医療計画に位置付けたことは評価できる。今後、その具体的な実施や県内での横展開に向けては、制度設計や実施に向けた具体的な検討に引き続き、取り組むこと。

また、制度の実施に当たっては「かながわ地域看護師」の制度をしっかりと周知するとともに関係する医療従事者の人材の確保・養成の方策について、実効性のある支援を要望する。

【※参考 地域全体で看護師を確保・育成する取組について 令和5年第三回定例会(12月1日)神奈川県議会会議録 / 第8次神奈川県保健医療計画(令和6年度～令和11年度) 令和6年3月】

4 医師の働き方改革と地域医療の両立

(1) 医師の働き方改革の県民への広報【健康医療局、政策局】:一部新規

医師の働き方改革が地域医療に及ぼす影響を把握したうえで、医療機能等の見直しなどの変化について、県民への周知・普及啓発に努めること

要望の趣旨

2024年4月より「医師の働き方改革」が始まった。各医療機関において勤務時間の上限が設けられたことで、医療提供体制について、いわゆる「チーム医療」の導入など、様々な取り組みを実施している。

また、救急車の適正使用や、いわゆるコンビニ受診、不要不急の時間外受診の抑制など、県民の受診について行動変容を促すことが重要である。

県は、ポスターやチラシの作成、県ホームページ「「上手な医療のかかり方」 みんなで支える神奈川の医療」の掲載や、救急医療相談事業（#7119）の実施などに取り組んでいることは評価できる。

こうした県民への周知や意識啓発は、継続した取組が必要であり、取組の成果を随時、検証しながら、国や市町村等とともに連携しながら、効果的な周知・普及啓発に努めることを要望する。

(2) 地域における救急医療体制等への支援【健康医療局、総務局】:一部新規

医師等の働き方改革が地域医療に及ぼす影響を把握したうえで、必要な地域医療提供体制について、合意形成を図るとともに、地域の救急医療提供体制の維持を図るため、必要な支援を行うこと

要望の趣旨

2024年4月からの「医師の働き方改革」が始まるに当たって、当協会では「働き方改革推進会議」を毎月開催し、働き方改革と地域医療の両立について、議論・検討してきた。

各病院では、勤務体制の見直しや医療DXの推進などに取り組んでいるが、医師をはじめとした医療人材の確保は厳しい状況にある。こうした中で、今後、病院のみの負担で、従前レベルでの救急医療体制を維持することは、困難になることが想定される。

県は、こうした実情をしっかりと把握するため、各地域でのワーキンググループでの議論・検討を継続的に実施し、医療現場の意見をしっかりと受け止めながら、必要な支援を行うこと。

また、地域医療介護総合確保基金の運用見直しを早急かつ抜本的に図り、医療人材の確保など地域の救急医療の体制維持に活用できるようにすること。

5 感染症予防計画の着実な推進【健康医療局、総務局】:新規

県は、一部改定された感染症予防計画に盛り込まれた施策・事業にしっかりと取り組み、着実に推進すること

要望の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症の発生及びまん延に備えるため感染症法が一部改正されたことに伴い、感染症予防計画が改定された。

改定された感染症予防計画では、新興感染症への対応を強化することとされている。体制の確保については、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に取り組むこととされ、医療提供体制等について流行の段階に分けて数値目標が設定された。

また、医療機関が講ずべき措置等についても、あらかじめ関係医療機関等と県が協定を締結したところである。

県は、こうした数値目標の達成や医療機関と締結した協定を踏まえ、医療機関が感染症発生時やまん延時に適切に対応できるよう医療機関に対して、必要な財政的支援等を講じること。

さらに、当該計画は、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に策定されているが、今後、新たな新興感染症の発生・まん延に対応できるよう平時より研究・検討に取り組むこと。

6 国要望について、県及び全国知事会等からの働きかけ

【健康医療局、福祉子どもみらい局、総務局】:継続

国に対する全ての要望について、県等からも強く要請すること

参考資料 目次

【国への要望】

ページ	参考資料名	要望項目【要望書のページ】
20	「年度別の損益率の状況①（第24回医療経済実態調査の概要 令和5年11月24日版 中医協資料） 抜粋	1 社会保険診療報酬の適正化(入院基本料等の抜本的引上げ等【1】
20	「令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項(令和5年12月20日)」(令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版) 厚生労働省保険局医療課 令和6年3月5日版) 抜粋	1 - (1) コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映【2】
21	「賃上げに係る評価の全体像 ベースアップ評価料」(令和6年度診療報酬改定の概要 厚生労働省) 抜粋	1 - (2) 医療人材の確保・配置・育成への適正な評価【2】
22	「経済財政運営と改革の基本方針2024 ～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」(令和6年6月21日 内閣府) 抜粋	1 - (3) 医療DXに対応するための整備費用負担への支援【3】
23	「医療DX推進体制整備加算」(令和6年度診療報酬改定の概要 厚生労働省) 抜粋	
24	「地域包括医療病棟入院料への移行調査≪集計速報値≫報告書」(2024年6月10日版 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会) 抜粋	1 - (4) 地域包括医療病棟の施設基準の見直し【4】
26	「身寄りがなく判断能力が不十分または喪失した人において、法定後見人や任意後見人がおらず、本人の預貯金等資産利用ができず長期的に医療費等の支払いが困難となる国民に関する救済制度の創設に向けて」(令和5年9月 神奈川県病院協会・神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 意見書)	2 - (5) 高齢単身世帯の増加など、身寄りがなく、認知症や病気や障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決に向けた取り組みについて【9】

【県への要望】

ページ	参考資料名	要望項目【要望書のページ】
28	「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援(ソーシャルワーク)」に関するアンケート(神奈川県病院協会・神奈川県医療ソーシャルワーカー協会)	1 身寄りのない人で、認知症や病気または障害により判断能力が不十分又は喪失した人への医療費等対策費(基金)の創設について【12】
31	地域全体で看護師を確保・育成する取組について(令和5年第三回定例会(12月1日)神奈川県議会会議録)	3 - (2) 「かながわ地域看護師」の事業推進と支援の実施【15】
32	第8次神奈川県保健医療計画(令和6年度～令和11年度) 令和6年3月 抜粋	

【国への要望】

ページ	参考資料名	要望項目【要望書のページ】
33	令和7年度予算概算要求に関する要望(令和6年5月29日 四病院団体協議会) 抜粋	国 1-(1) コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映【2】 1-(2) 医療人材の確保・配置・育成への適正な評価【2】 1-(3) 医療DXに対応するための整備費用負担への支援【3】 1-(5) 病院勤務の看護補助者(介護職)の処遇改善への予算措置又は診療報酬上の措置の充実【5】 2-(1) 地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直し【6】 2-(2) 少子高齢化・人口減少の進展に伴う医療・介護関係データの開示及び分析の推進と地域医療構想の推進に向けたさらなる支援【7】 2-(3) ポスト・コロナ時代の感染症対策の推進【8】 4 病院の災害に対する強靱化対策【11】

年度別の損益率の状況①(病院)

()内はコロナ補助金を含んだ損益率※1
【 】内は総損益率※2

■一般病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の 回答施設数
全体	▲3.0% 【▲0.4%】	▲2.7% 【0.3%】	▲3.1% 【0.5%】	▲6.9% (0.4%) 【3.7%】	▲5.5% (3.7%) 【6.7%】	▲6.7% (1.4%) 【4.4%】	703
医療法人	2.6%	2.8%	1.8%	0.1% (2.3%)	▲0.2% (4.1%)	▲1.3% (3.3%)	382
国立	▲2.1%	▲2.3%	▲1.7%	▲9.2% (6.8%)	▲8.0% (10.2%)	▲8.7% (3.9%)	20
公立	▲3.0%	▲13.2%	▲14.2%	▲21.4% (▲7.3%)	▲19.6% (▲4.1%)	▲19.9% (▲7.1%)	122
公的	▲1.4%	▲0.3%	▲0.2%	▲3.0% (5.4%)	▲3.3% (8.2%)	▲5.7% (4.4%)	43
国公立を除く全体	0.3%	0.9%	0.8%	▲1.8% (2.7%)	▲1.3% (5.6%)	▲2.7% (3.8%)	561

■精神科病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の 回答施設数
全体	0.4% 【0.4%】	0.2% 【2.8%】	▲2.6% 【1.0%】	▲4.5% (▲2.2%) 【0.9%】	▲3.0% (▲1.6%) 【2.1%】	▲4.0% (▲1.6%) 【2.6%】	163
国公立を除く全体	2.7%	2.6%	1.4%	0.0% (1.4%)	1.0% (2.0%)	0.4% (2.1%)	153

注1) 損益率は、(医業・介護収益 - 医業・介護費用) ÷ 医業・介護収益、「医業・介護収益」は、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。

※1 上記の損益率+コロナ補助金の構成比率により算出。

※2 (医業・介護収益+その他の医業・介護関連収益 - 医業・介護費用 - その他の医業・介護関連費用) ÷ (医業・介護収益+その他の医業・介護関連収益)により算出。¹

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(下記※に該当する者を除く)について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的に対応 **+0.61%**
- ② 入院時の食費基準額の引上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) **+0.06%**
- ③ 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 **▲0.25%**
- ④ ①~③以外の改定分 **+0.46%**(※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む)
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 **▲0.97%** (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 **▲0.02%** (R6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的に対応を含む(対象：約2000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする(R6年10月1日施行)

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

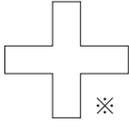
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
 ・届出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)
 ・一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

- ・対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

5

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。**対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。**

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、**令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
- (4) (3) について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。**いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) **令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。**
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

第2章 社会課題への対応を通じた持続的な経済成長の実現

～賃上げの定着と戦略的な投資による所得と生産性の向上～

3. 投資の拡大及び革新技術の社会実装による社会課題への対応

————— (略) —————

(医療・介護・こどもDX)

医療・介護の担い手を確保し、より質の高い効率的な医療・介護を提供する体制を構築するとともに、医療データを活用し、医療のイノベーションを促進するため、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて医療・介護DXを確実かつ着実に推進する。このため、マイナ保険証の利用の促進を図るとともに現行の健康保険証について2024年12月2日からの発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行する。「医療DXの推進に関する工程表」³¹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。調剤録等の薬局情報のDX・標準化の検討を進める。また、次の感染症危機に備え、予防接種事務のデジタル化による効率化を図るとともに、ワクチン副反応疑い報告の電子報告を促し、予防接種データベースを整備する等、更なるデジタル化を進める。当該プラットフォームで共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二次利用する環境整備、医療介護の公的データベースのデータ利活用を促進するとともに、研究者、企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築する。医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し、必要な体制整備や医療費適正化の取組強化を図るほか、医療・介護DXを推進し、医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行う。また、AIホスピタルの社会実装を推進するとともに、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策を着実に実施する。電子処方箋について、更なる全国的な普及拡大を図る。あわせて、子育て支援分野においても、保育業務や保活、母子保健等におけるこども政策DXを推進する。また、これらのDXの推進については、施策の実態に関するデータを把握し、その効果測定を推進する。

————— (略) —————

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

————— (略) —————

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

(1) 全世代型社会保障の構築

少子高齢化・人口減少を克服し、「国民が豊かさと幸せを実感できる持続可能な経済社会」を目指すためには、国民の将来不安を払拭し「成長と分配の好循環」の基盤となる改革を進めるとともに、長期推計を踏まえ、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障システムを確立する必要がある。このため、中長期的な時間軸も視野に入れ、医療・介護DXやICT、ロボットなど先進技術・データの徹底活用やタスクシフト／シェアや全世代型リ・スキリングの推進等による「生産性の向上」、女性・高齢者など誰もが意欲に応じて活躍できる「生涯活躍社会の実現」、「こども未来戦略」184の効果的な実践による「少子化への対応」など関連する政策総動員で対応する。

また、現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、医療・介護等の不断の改革により、ワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要である。このため、持続可能な社会保障制度の構築に向け、能力に応じ全世代が支え合う「全世代型社会保障」構築を目指し、経済・財政一体改革におけるこれまでの議論も踏まえて策定された改革工程に基づき、その定める「時間軸」に沿った改革を次に掲げるとおり着実に推進する。その際、全世代型社会保障の将来的な姿について、国民に分かりやすく情報提供する。

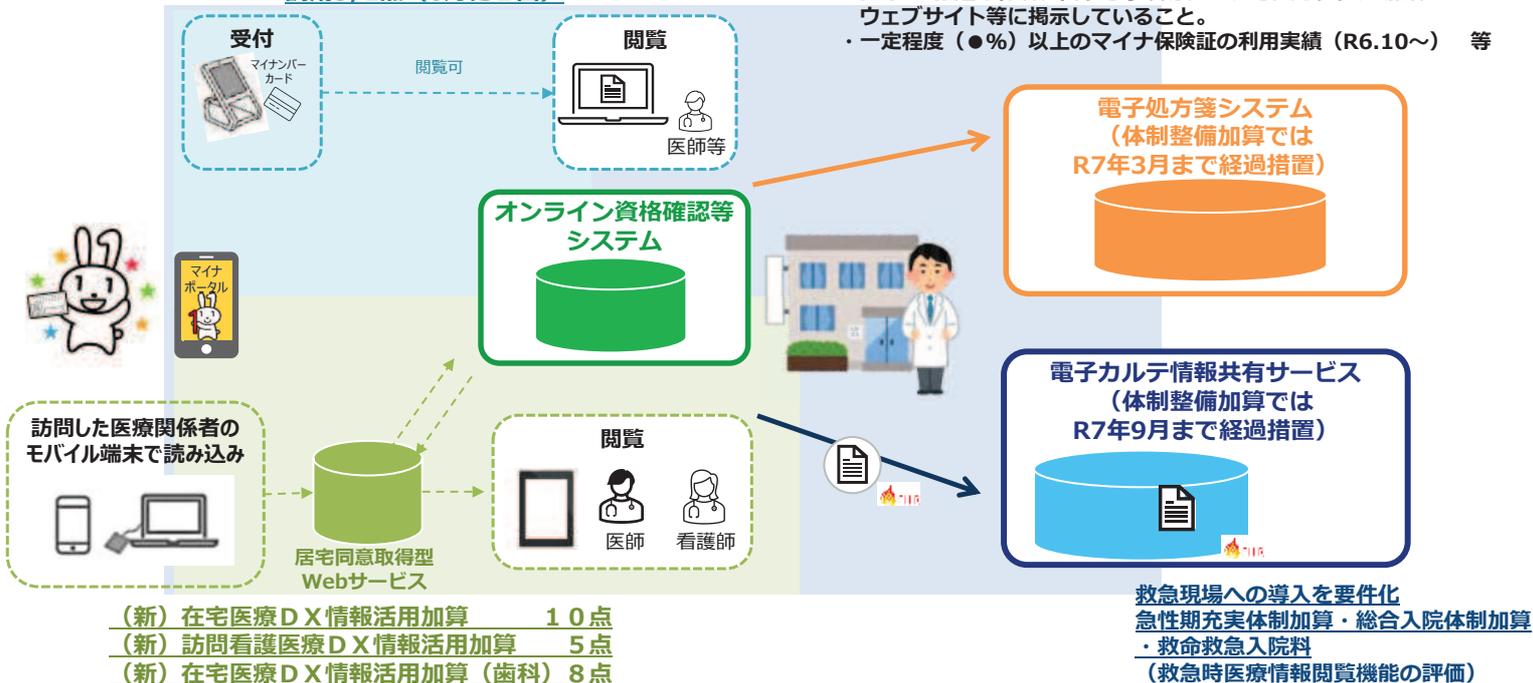
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点 (歯科)、4点 (調剤)

・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
・一定程度 (●%) 以上のマイナ保険証の利用実績 (R6.10～) 等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

3

令和6年度診療報酬改定 II - 1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 - ②

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

➤ 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、また、電子処方箋及び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医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料)	4点



[算定要件 (医科医療機関)]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準 (医科医療機関)]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、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)
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

5

I、はじめに

令和6年度診療報酬改定において、「地域包括医療病棟」が新設された。これからの要介護等の高齢者急性期医療を中心的に担う病棟として、また急性期一般と地域包括ケア病棟の中間的位置づけとして期待されている。

また今回、重症度、医療・看護必要度の見直し・厳格化により、急性期一般入院料から、この「地域包括医療病棟」への移行を検討している医療機関も一定数存在しているが、『施設基準が厳しすぎて、簡単に移行・届出ができない』等々、算定要件が厳しく移行が難しいとのご意見が多数寄せられている。

今後、厚生省とも協議・提言を行うにあたり、一般社団法人 日本病院会、公益社団法人 全日本病院協会、一般社団法人 日本医療法人協会の3病院団体は、各団体会員に対して、この「地域包括医療病棟」の緊急意向アンケートを行い、その問題点を明らかとすべく本調査を実施した。

II、調査概要

- 調査目的：地域包括医療病棟への移行に関するハードル等を把握し、必要に応じて、厚生労働省に提言する際のデータとすること。
- 調査方法：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する全病院に、Eメール又はFAX等による調査URLを送付し、グーグルフォームでの回答、回収を行った。
- 調査期間：2024年5月15日～5月29日
- 回答数：1,002病院（6月3日17時点）

III、調査結果①

■回答病院属性（病床規模）

99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
219病院	361病院	160病院	120病院	63病院	79病院

■回答病院属性（DPC対象・非対象、救急搬送受入、全麻手術）

DPC対象	DPC非対象
489病院	513病院

救急搬送受入件数	0件	1～499件	500～999件	1000件以上
	125病院	313病院	101病院	463病院

全身麻酔手術件数	0件	1～499件	500～999件	1000件以上
	298病院	324病院	119病院	261病院

III、調査結果②

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（全体）

転換予定	検討中	転換しない
39病院	141病院	822病院

■転換予定、及び検討中の病棟

n=180病院

急性期病棟すべて	57病院
地域包括ケア病棟すべて	14病院
急性期病棟の一部	91病院
地域包括ケア病棟の一部	7病院
回復期リハビリテーション病棟の一部	1病院
障害者病棟	2病院
療養病棟	1病院
未検討	7病院

III、調査結果③

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（病床規模別）

	99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床以上
転換予定	5病院	14病院	11病院	6病院	3病院	0病院
検討中	20病院	66病院	35病院	15病院	3病院	2病院
転換しない	194病院	281病院	114病院	99病院	57病院	77病院

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（DPC対象・非対象）

	DPC対象病院	DPC非対象病院
転換予定	25病院	14病院
検討中	89病院	52病院
転換しない	375病院	447病院

III、調査結果⑤

■転換しない理由

n=822病院

現在の病棟機能を維持できるため	442病院
示された施設基準を満たせないため ※詳細はP6・P7	324病院
転換できる病棟を有していないため	21病院
地域包括医療病棟以外の病棟に転換予定	3病院
その他	12病院
未回答	20病院

III、調査結果④

■転換予定・検討中の理由

n=180病院

急性期一般入院料1を維持できないため	53病院
急性期一般入院料2を維持できないため	6病院
増収・入院患者の確保が見込めるため	27病院
地域や患者のニーズに合わせるため	21病院
DPCを維持できない	9病院
その他	33病院
未回答	31病院

III、調査結果⑥-1

■満たせない施設基準①<内訳>

n=324病院 ※複数回答

看護職員が10:1以上配置されていること	77病院
当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。	112病院
入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。	23病院
直近1年間に、当該病棟を退院又は転換した患者のうち、退院又は転換時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。	110病院
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が5%以上であること。	174病院
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。	132病院
当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。	119病院

Ⅲ、調査結果⑥-2

■満たせない施設基準②<内訳>

n=324病院 ※複数回答

当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。	112病院
当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が15%以上であること。	173病院
地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること等)	81病院
データ提出加算及び入退院支援加算Iに係る届出を行っている保険医療機関であること。	42病院
特定機能病院以外の病院であること。	19病院
急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。	37病院
脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	13病院

Ⅲ、調査結果⑦

■地域包括医療病棟入院料に対する意見

※複数回答

地域包括医療病棟入院料の点数設定が低い	90病院
施設基準が厳しすぎる	99病院
地域包括ケア病棟への転棟が在宅復帰率の対象とならず使い勝手が悪い。	196病院
人員が確保できない	8病院
高齢者救急や地域のニーズに合致しない	11病院
名称や周知に関する疑問	3病院

Ⅳ、調査結果のまとめ

- 地域包括医療病棟に転換予定とした医療機関は3.9%だった。また転換検討中の医療機関は14.0%であった。一方で転換しないとする医療機関は82.0%であった。
- 転換予定又は検討中の医療機関の理由として、『急性期一般入院料を維持出来ないため』が最も多く、逆に『増収・入院患者の確保が見込めるため』も多かった。
- 転換しない理由としては、『現在の病棟機能を維持できるため』が最も多く、続いて『示された施設基準を満たせないため』が多かった。
- 満たせない施設基準として、「重症度、医療・看護必要度の該当する割合が(必要度Ⅰの場合)18%、(必要度Ⅱの場合)15%、であると共に入棟患者のうち入院初日に『B3以上』に該当する割合が50%以上であること」が多く、続いて「救急搬送の割合が15%以上」、「平均在院日数21日以内」、「在宅復帰率8割以上」、「一般病棟から転棟したものの割合が5%未満」、「ADLが入院時と比較して低下した患者割合5%未満」、「常勤のPT、OT又はSTが2名以上、専任の常勤の管理栄養士1名以上」、「包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること」、「看護職員10対1」が多かった。
- その他意見としては、「地ケア病棟への転棟が在宅復帰の対象とならない」、「施設基準が厳しすぎる」、「地域包括医療病棟の点数設定が低い」が多かった。

Ⅴ、調査結果の総評

- 今回、急性期一般入院料1の、重症度、医療・看護必要度の見直し・厳格化により、**急性期一般入院料(7対1)を満たせなくなった医療機関が見られる一方で、新設された「地域包括医療病棟」の施設基準が厳しすぎるため、簡単には移行する事が出来ない実態が明らかとなった。**
- 今回の調査結果からは、地域の医療提供体制に於いて、特に要介護等の高齢者救急医療の受け入れ先として**新設された「地域包括医療病棟入院料」が、その施設基準が厳しすぎるがゆえに、簡単に届け出ることが難しく、現状では、「地域包括医療病棟」を地域の高齢者急性期患者の受け入れ先として、適切な量の確保が出来ない可能性が懸念された。**
- 今回、令和6年5月31日に発出された事務連絡、疑義解釈(その7)において、新設した「地域包括医療病棟入院料」について、「施設基準を届け出たものの、一時的に特定の要件を満たすことが難しくなった場合、3か月を上限として、実績の対象期間から除外することを認める」とされた。**この疑義解釈通知は、本調査で明らかになった地域包括医療病棟入院料への移行困難な現状に対して、一定程度の救済措置になると期待される。**
- 我々3病院団体は、今後とも急性期一般病棟を中心とした「地域包括医療病棟」への届出移行の実態も継続して調査しながら、地域の医療提供体制における、高齢者急性期入院患者の受け入れ動向にも注目して、本調査研究を継続する必要があると考えている。

衆議院議員

星野 つよし 殿

公益社団法人 神奈川県病院協会

一般社団法人 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会

身寄りがなく判断能力が不十分または喪失した人において、法定後見人や任意後見人がおらず、本人の預貯金等資産利用ができず長期的に医療費等の支払いが困難となる国民に関する救済制度の創設に向けて

近年、核家族化、高齢・少子化に伴い、頼れる親族や家族がいない、家族へ連絡がつかない状況にある、家族の支援が得られないという、いわゆる「身寄りがいない人」が増加しています。厚生労働省が行う「国民生活基礎調査」によると、2019年の一人暮らし高齢者数は、約737万人（内、約4割の276万人を関東甲信越が占め、東京都、神奈川県、埼玉県が多い）、2022年調査では約873万人と増加しており、今後も「身寄りがいない人」の増加が想定されます。

厚生労働省は、「身寄りがいないこと」を理由に医療や福祉の現場で拒むことのないよう、2018年4月「入院による加療が必要にもかかわらず、身元保証人がいないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについて」医師法第19条第1項に抵触すると通知。また、2018年8月「介護施設等において、入院・入所希望者に身元保証人等がいないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない」とし、都道府県等へ介護保険施設が不適切な取り扱いがないように指導・監督を行うように」としています。さらに「身寄りのない人への支援」のガイドとして厚生労働省は2019年6月「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」や2022年8月「ガイドラインに基づく事例集」を発出しています。

これらを踏まえ、医療機関等では、通達やガイドラインに沿って対応をすべく努力を重ねておりますが、在院日数で縛られる地域医療構想の中、いくつかの困難に直面しているのが現状です。特に個々の医療機関の努力では解決困難なのが、身寄りがなく患者の判断能力が不十分又は喪失した人において、法定後見人や任意後見人がいないため預貯金等の資産が利用できず、未払いが発生する事例です。現行法制度においては、当然、成年後見の首長申し立てを検討することになりますが、自治体に対しての相談開始から後見等の審判確定まで6か月程度は要しており、後見人等選任されるまでの間、医療費等は未払いのまま経過し、身寄りのない人（身元保証人が用意できない方）が、医療や福祉の現場から敬遠される理由の一つとなっています。（現状把握のため、今年度、神奈川県内の全病院に対する実態調査予定）

患者の命と暮らしと人権を守り、地域医療構想に即した医療の実現を目指すためには、私たちは、こうした事例に関する下記のような救済制度等が必要と考えます。

救済制度案

1. 医療費等自己負担分の未払いに対する補填制度
2. 成年後見申立て中に本人が死亡した場合で、相続人が存在しないことが明らかな場合、そのまま相続財産清算人手続きに移行し、速やかな「未払の医療費、介護費用等の支払」を可能にする
3. 成年後見制度の中に、特定の行為に限定する成年保護特別代理人制度（仮称）を導入し、速やかな選任を可能とする

<補足資料>

- ※ 身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人で、法定後見人や任意後見人がいない人は、預貯金や年金収入があっても、金融機関の口座より、預貯金や年金を引き出すことが困難。
- ※ 医療費や施設サービス費の支払いの目途が無い場合、急性期病院から、回復期・慢性期病院や介護施設への入院・入所が困難。成年後見人等が選任されるまで、患者が急性期病院へ留まる事を余儀なくされ、患者の状態にあった医療・ケアを受ける権利や、急性期病院の機能役割が阻害される原因になっている。

1. 医療費等自己負担分の未払いに対する補填制度

健康保険一部負担金（無保険の場合は全医療費）やその他自己負担金（入院時食事代・おむつ代・病衣等のレンタル代）の未払いを補填。介護保険サービスや施設利用費等の負担金における未払いを補填。法定後見人選任後、患者の資産から未払い金が支払われた場合は、補填を受けた医療機関、介護保険事業所・施設は補填金を返済する。

本人の加入している健康保険証や介護保険証が確認できた場合は健康保険や介護保険へレセプト請求する。上記内容についていずれも速やかに補填されるのが望ましい。こうしたことで、本人が加入している健康保険や介護保険の資産をできる限り活用する事ができる。また、速やかに自己負担金が支払われる（補填）ことで、医療機関や介護保険事業所・施設等の負担が軽減される。補填制度の財源は、相続人不在で国庫帰属した財産（最高裁判所発表 2021年度 647億円）等をもって充てる。

2. 成年後見申立て中に本人が死亡した場合で、相続人が存在しないことが明らかな場合、そのまま相続財産清算人手続に移行し、速やかな「未払の医療費、介護費用等の支払」を可能にする

成年後見申立て中に患者が死亡しても、間断なく、第3者が「相続財産管理」することが可能になることで、未払い金や、上記1.の返済も本人の資産で行うことができる。

現在、成年後見申立て中に本人が死亡した場合、審判は中止されてしまう。その為、本人の資産は一切活用できず、医療費や介護保険サービス・施設利用費等は未払いとなってしまふ。相続人がいない場合、未払い金の回収は不可能である。死亡後であっても、申請に必要な書類が家庭裁判所に提出されている場合には、その書類を利用して第3者による「相続財産管理」が行えると本人の資産利用ができる。

3. 成年後見制度の中に、特定の行為に限定する成年保護特別代理人制度（仮称）を導入し、速やかな選任を可能とする

成年後見制度の中に、特定の行為に限定する成年保護特別代理人制度（仮称）を導入し、速やかな選任を可能とすることで、申し立て中の本人死亡案件を減少させる。

現在、国において成年後見制度の改正議論が進み、その中で、成年後見制度が一度使われたら終われない制度であることへの批判的な意見に注視して、必要な事項に限定してのスポット的な制度・成年保護特別代理人（仮称）の議論がなされていると聞き及んでいる。身寄りのない方が適切な医療をうけられるようにする観点から「医療費の適切な支払い」を理由とするスポット的な制度の創設を求める。

2024年3月吉日

関係各位

(公社) 神奈川県病院協会
会長 吉田 勝明
(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会
会長 佐野 晴美

「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援 (ソーシャルワーク)」に関するアンケートへのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
昨今、身寄りがなく、認知症や病氣や障者により判断能力が不十分又は喪失した人へのソーシャルワーク支援が増加しております。現行の制度やサービスでは、こうした方への権利擁護や経済的問題も含めたタイムリーな支援への困難性を感じている医療機関やソーシャルワーカーは多いかと思われます。そこで、こうした実態の把握を目的に、この度、神奈川県病院協会と神奈川県医療ソーシャルワーカー協会の共同で、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援(ソーシャルワーク)」に関するアンケートを実施することとしました。
本アンケート結果については、各会員への報告に限らず、行政や関係機関、各学会等で公表する予定です。そしてアンケートで把握した実態の問題解決に向け、両協会で検討を行い、「患者の命と暮らしと人権を守り、地域医療構想に即した医療の実現を目指すため」に必要な策(行政等への働きかけや要望)を講じていきます。多くの皆さんにご回答いただく事が、必要な策を講じる力となります。
業務多忙の中、大変恐縮ではありますが、本アンケートの趣旨をご理解の上、何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

敬具

【アンケートの回答についてのお願い】

- 「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人(以下、「身寄りのない人」という。)とは、次の状態の方です。
 - 「身寄りがいない」状態とは、「家族や親族がいない方」家族や親族がいても疎遠、又は、その家族や親族に対し支援が必要な場合」を含みます。
 - 「判断能力が不十分又は喪失した」状態とは、契約等の内容を自ら理解し、判断することが難しく、支援を必要とするような状態を表します。
 - ご本人が次に掲げることをひとつでも行う能力がない、またはそれらを行ってくれる関係性のあつ方がいない方。
 - 治療時の病状説明等に同席し、同意書等に署名等を行う
 - 金銭管理(病院、施設、家賃、公共料金等の支払い等)を行う

- 日常生活に関する支援を行う(介護、生活維持に必要な身の回りの必要物品、洗濯など)
- 入院時、退院時に必要な契約、手続き等を行う
- 死後事務を行う(急変死亡時に遺体の引き取りや葬儀等)
- *3)については、一般社団法人東京都医療ソーシャルワーカー協会「身寄りがいない人の入院・入所及び医療に係る意思決定が困難な人への支援」に関するアンケート調査「身寄りがいない」の定義を引用

2. 回答者について
現在、所属している機関において、(医療)ソーシャルワーカー部門の代表者1人が、部門全体の合計数等についてお答えください。

3. アンケート対象期間について
2023年(2023年1月1日～2023年12月31日)の事に限定し、お答えください。

- 回答方法について(回答は①、②のどちらでも可能です)
 - ①アンケート用紙で回答する場合
各設問の該当する番号に○をつけてください。記載後、同封の返信用封筒にて神奈川県病院協会事務局へ返送してください。
 - ②webで回答の場合(Googleフォームを利用・メールアドレス収集は無し)
webサイト: <https://forms.gle/Zqq7MPy9DWAL5e5t9>
または、右のQRコードから
- 回答期限
2024年4月30日(火)ご協力ください。



【本アンケートにおける倫理的配慮について】

- 回答内容はデータとして取り扱い、個別情報を公表することはありません。
- 回答データは特定のUSBメモリーに保存し施錠できるロッカーに保管。アンケート結果取りまとめ後、2年経過後にUSBメモリーに保存したデータは全て消去します。
- 回答データは、アンケート目的以外には使用しません。
- アンケートへのご協力は任意で、参加しないことで不利益が生じることはありません。
- 回答後、回答内容を取り下げたい旨の申し出があったとしても、無記名回答で該当データを特定することが困難なため申し出に応じることができません。
- アンケート結果は、行政等への提出や学会発表等に活用を想定しています。
- 本アンケートに関する質問やご不明の点は下記責任者までお問合せください。

責任者: 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長 佐野晴美
神奈川県横浜市港南区芹が谷2-5-2 神奈川県精神保健福祉センター内
TEL・FAX 045-827-1217
メールアドレス: msw.kana@proof.ocn.ne.jp

「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う 相談支援(ソーシャルワーク)」に関するアンケート

【本アンケートでは、身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人⇒「身寄りのない人」と表しています】
「身寄りのない人」と書かれていた場合、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人」と置き換えて回答してください。

- 貴施設の経営主体を教えてください。
 - 国、県、市
 - 独立行政法人
 - 公益・一般法人
 - 医療法人
 - 社会福祉法人
 - その他()
- 問1-2 医療法の病床区分を教えてください。(複数回答可)
 - 一般
 - 療養
 - 精神
 - 結核
 - 感染症
- 問1-3 病院機能報告に基いた病院機能を教えてください。(複数回答可)
 - 高度急性期機能
 - 急性期機能
 - 回復期機能
 - 慢性期機能
- 問1-4 病床数を教えてください。
 - 20～99床
 - 100～299床
 - 300～499床
 - 500床以上
- 問1-5 救急告知病院ですか。
 - はい
 - いいえ
- 問1-6 無料低額診療事業を実施していますか。
 - している
 - していない
- 問2 問1-3で、(3)「回復期機能」および、(4)「慢性期機能」を選択した方にお聞きします。
貴施設では、身寄りのない人の入院受け入れを行っていますか。
 - 受け入れている
 - 受け入れていない
- 問2-2 問2で、(1)「受け入れている」を選択した方にお聞きします。
貴施設での身寄りのない人の入院受け入れについて教えてください。
 - 条件なく受け入れている
 - 条件がある(次の項目もご選択ください。複数回答可)
 - 医療費の支払いが可能
 - 生活保護受給者
 - 役所等の支援担当者(高齢・障害支等)がいる
 - 成年後見人等または任意後見人がいる
 - 法定後見制度の申立て中である
 - その他()

- 問3 2023年に、身寄りのない人への入院中に支援を行ったことがありますか。
 - ある
 - ない(「ない」を選択した方は、問8へ進んでください。)
- 問4 2023年の、身寄りのない人への入院中の支援件数をわかる範囲で教えてください。
 - 1～10件
 - 11～30件
 - 31～50件
 - 51件以上
- 問4-2 身寄りのない人への入院中の相談・支援内容を教えてください。(複数回答可)
 - 緊急時連絡先
 - 入院中に必要な物品の準備
 - 入院費等の支払(預貯金等資産活用)
 - 自宅退院支援
 - 自宅以外への退院(転所等)
 - 入院中の自宅、水光熱費及びペット等
 - 意思決定支援
 - 病状説明等同意書
 - 法定後見制度
 - 生活保護法
 - 日常生活自立支援事業
 - 死後事務(葬儀・相続他)
 - その他()
- 問5 入院中の身寄りのない人の預貯金等、資産活用ができなかったことがありますか。
 - ある(次の項目もご選択ください。複数回答可)
 - 入院費用の支払い
 - 必要物品の用意
 - 外出等に関する交通費
 - 転院先の確保
 - 入所先の施設確保
 - その他()
 - ない(「ない」を選択した方は、問6へ進んでください。)
- 問5-2 資産活用で困った時に相談した他機関(他職種等)について教えてください。(複数回答可)
 - 弁護士
 - 介護支援専門員
 - 行政生活支援課職員
 - 行政高齢障害支援課職員
 - 地域包括支援センター職員
 - その他()
- 問5-3 2023年に、資産活用で困った時に、生活保護申請支援をした経験がありますか。
 - ある
 - ない(「ない」を選択した方は、問6へ進んでください。)
- 問5-4 生活保護の適用になったかどうか教えてください。(複数回答可)
 - 収入がない又は不明なため生活保護が適用になった
 - 預貯金や年金等の収入はあったが、活用できないため生活保護が適用された
 - 預貯金や年金等の収入があり活用はできなかったが、生活保護適用にはならなかった
 - その他()
- 問5-5 2023年、資産活用ができなくて、生活保護にもならず入院費が未払いになったケースがありますか。
 - ある
 - ない
 - 不明

- 問5-6 問5-5で、(1)「ある」と答えた方にお聞きします。
未払いの件数と、未払いの合計金額について、わかる範囲で教えてください。(千の位で四捨五入)
(1) 件数 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
(2) 合計金額 1) ～50万円 2) 51万～100万円 3) 101万～300万円 4) 301万円以上
- 問6 問4-2で、(9)「法定後見制度」を選択した方にお聞きします。
支援内容を教えてください。(複数回答可) (選択しなかった方は、問8へ進んでください。)
(1) 法定後見制度の説明
(2) 成年後見推進センター、地域包括支援センター、権利擁護センターほかとあ、リーガルサポート等へ要請
(3) 法定後見制度の申立てのための、本人情報シートの作成
(4) 法定後見制度の申立て手続きを代行可能な、司法書士・行政書士・社会福祉士・弁護士を紹介
(5) 法定後見制度の申立て書類(財産目録・親族関係図・収支表)作成支援や代筆等
(6) その他 ()
- 問6-2 2023年に、法定後見制度の申立て支援を行ったことがありますか。
(1) ある (2) ない (「ない」を選択された方は、問8へ進んでください。)
- 問6-3 2023年の、法定後見制度の申立て支援の件数と内訳をわかる範囲で教えてください。
(1) 本人申立て 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
(2) 首長申立て 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
- 問6-4 問6-3の件数中の、法定後見制度の申立て準備から、成年後見人等の選任(決定)までの、およその期間を教えてください。
(1) 本人申立て 1) 2～3ヶ月以内 2) 4～5ヶ月以内 3) 6ヶ月以上
(2) 首長申立て 1) 2～3ヶ月以内 2) 4～5ヶ月以内 3) 6ヶ月以上
- 問6-5 問6-3の件数の中、成年後見人等が選任されるまで医療費が未払いだった件数を、わかる範囲で教えてください。
(1) 本人申立て 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
(2) 首長申立て 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
- 問6-6 問6-5の未払いだった金額の総額を、わかる範囲で教えて下さい。(千の位で四捨五入)
(1) 本人申立て 1) ～50万円 2) 51万～100万円 3) 101万～300万円 4) 301万円以上
(2) 首長申立て 1) ～50万円 2) 51万～100万円 3) 101万～300万円 4) 301万円以上
- 問6-7 成年後見人等が選任(決定)される間、退院支援に影響がありましたか。
(1) あった (2) なかった

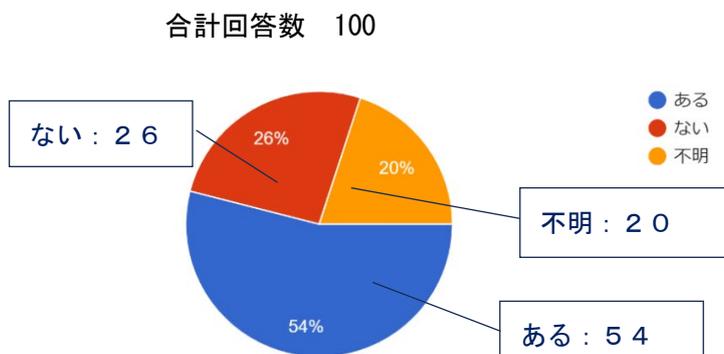
裏面も有ります。ご協力願います。

- 問6-8 問6-7で、(1)「あった」と答えた方にお聞きします。
その影響はどんな内容ですか。(複数回答可)
(1) 医療費の支払い (2) 必要物品の用意 (3) 外出等、関する交通費
(4) 転院先の確保 (5) 入所先の施設確保
(6) その他 ()
- 問7 2023年に、身寄りがいない人で、法定後見制度の申立て前に死亡した人がいますか。
(1) いる (2) いない
- 問7-2 問7で、(1)「いる」を選択した方にお聞きします。
その中で医療費が未払いの件数と、未払いの合計金額を、わかる範囲で教えてください。(千の位で四捨五入)
(1) 件数 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
(2) 合計金額 1) ～50万円 2) 51万～100万円 3) 101万～300万円 4) 301万円以上
- 問7-3 2023年に、身寄りがいない人で、法定後見制度の申立て支援に関わった患者が、申立て中に死亡した人がいますか。
(1) いる (2) いない
- 問7-4 問7-3で、(1)「いる」を選択した方にお聞きします。
その中で医療費が未払いの件数と、未払いの合計金額を、わかる範囲で教えてください。(千の位で四捨五入)
(1) 件数 1) 1～5件 2) 6～10件 3) 11～20件 4) 21件以上
(2) 合計金額 1) ～50万円 2) 51万～100万円 3) 101万～300万円 4) 301万円以上
- 問8 「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人で、成年後見人等や任意後見人がおらず本人の預貯金等の資産活用ができない人」で思うことや考えている事を以下に自由にお書きください。

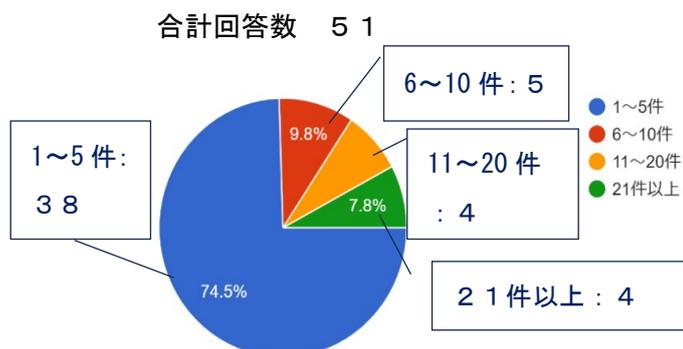
以上になります。ご協力感謝申し上げます。

「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）」に関するアンケート（病院協会会員285件へ郵送）（現在、138 回答データー入力済み 未入力回答約20件）

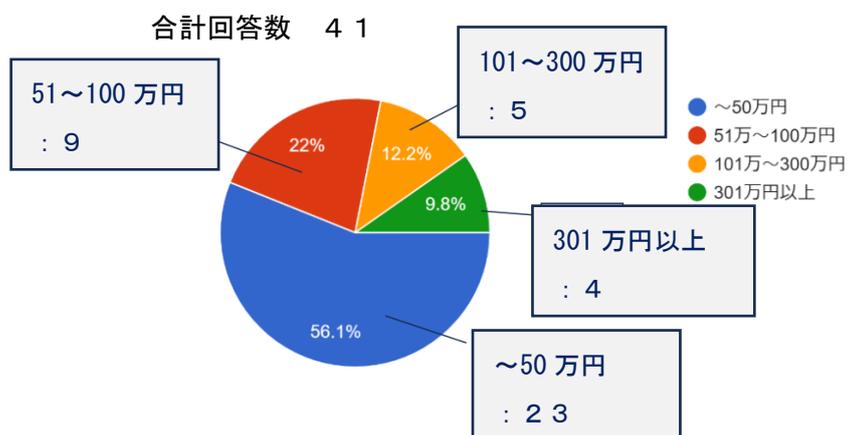
問5-5 2023年、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人」で資産活用が出来なくて、生活保護にもならず入院費が未払いになったケースがありますか。



問5-6 問5-5で、「ある」と答えた方にお聞きします。未払いの件数を、わかる範囲でご記入ください。



問5-6 問5-5で、「ある」と答えた方にお聞きします。未払いの合計金額について、わかる範囲でご記入ください。（千の位で四捨五入）



地域全体で看護師を確保・育成する取組について

神奈川県議会 令和5年第三回定例会（後半） 本会議答弁（令和5年12月1日）代表質問
神倉 寛明 議員（自民党（秦野市））質問 → 黒岩 祐治 知事 答弁

以下、テープ起こし

<質問>

2 医療の確保と働きやすい環境づくりについて

（3）地域全体で看護師を確保・育成する取組について

県内には、看護師の確保・育成を、個々の病院の問題ではなく、地域の問題として考え、新たな取組を始めた医療機関もある。

このような取組が地域の多くの施設の間で進めば、看護師の経験の幅も広がり、高度医療から在宅医療、介護施設など、様々な場面に対応できるようになり、地域での人材確保が進むだけでなく、本人のキャリアアップや就業継続にもつながると考える。

そこで、急速な高齢化に対応し、医療と介護の連携をさらに強化するため、医療機関等が連携し、地域全体で看護師を確保・育成する取組を進めて行くべきと考えるが、見解を伺う。

<知事答弁>

次に、地域全体で看護師を確保・育成する取組についてです。

超高齢化が進む中で、地域の医療提供体制を維持していくためには、急性期の医療から介護まで、幅広い領域に対応できる看護師の確保・育成が大変重要です。

県ではこうした看護師を「かながわ地域看護師」と名付け、令和3年度から医療関係団体と連携し、人材育成の仕組みづくりに向けた検討を行っています。

具体的には、病院や訪問看護ステーション、介護施設など、地域の様々な施設で看護師の人材交流を行う仕組みの構築を目指しています。

これにより、看護師が地域の多様な医療ニーズに対応できるようになるとともに、結婚や子育てなどの環境変化に応じて柔軟に働くことが可能となります。

一方、この取組を進めるには、多くの医療機関等に地域看護師の意義を理解いただき、人材交流に協力いただく必要があります。

また、実際の人材交流にあたっては、施設間で異なる給与や労働条件をどのように調整するかといった課題もあります。

そこで県では、この取組を今年度改定する「神奈川県保健医療計画」の中に位置付けるとともに、多くの地域や医療機関に参加いただけるよう、関係団体とも連携し広く呼びかけていきます。

加えて、地域の医療機関等が人材交流にスムーズに取り組むことができるよう、先進事例の紹介や労務管理の調整方法のポイントなどをまとめた「地域看護師養成ガイド」を今年度中に作成します。

県では今後も、地域が一体となって、新たな時代に相応しい看護師を確保・育成できるよう、しっかりと支援を行ってまいります。

以上

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

～ 略 ～

(2) 在宅医療提供体制の充実

- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指すとともに、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」(※2)を地域で育成することについての検討を進めます。

203

～ 略 ～

=====

■用語解説

～ 略 ～

※2 「かながわ地域看護師」

地域医療構想を実現し、地域包括ケアシステムを推進するために、地域の医療・介護資源や医療提供体制を十分に理解し、地域の医療と介護をつなぐ能力を持つ看護師を地域で育成・確保するとともに、看護職員の離職や地域からの流出を防ぐことを目的として、県と県看護師等養成実習病院連絡協議会が「県地域看護師養成事業検討会」において共同で検討している取組。

=====

204

第5章 医療従事者の確保・養成

第3節 看護職員

2 施策の方向性

(1) 看護職員の確保

ウ 離職防止等の定着促進

- 県は、看護職員の定着に向けて、院内保育施設の運営等の取組への支援を行うとともに、新人看護職員の研修実施に対する支援を行い、新人看護職員の早期の離職防止を図ります。
- 県は、関係団体等と連携し、出産や育児、介護等のライフステージに応じた柔軟な働き方や、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」を地域で育成することについての検討を進めます。

273

厚生労働大臣
武見敬三 殿

令和7年度予算概算要求に関する要望

四病院団体協議会

- 一般社団法人 日本病院会
会長 相澤孝夫
- 公益社団法人 全日本病院協会
会長 猪口雄二
- 一般社団法人 日本医療法人協会
会長 加納繁照
- 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎學

序文

これまでの本要望では、各団体からの個別の案件を吟味し取り上げてきましたが、今回からは要望の重要性と規模に則り【最重要事項】、【重点事項】の2つを取り上げ、それ以外の要望は重要度に応じて項目ごとに表記致します。

【最重要事項】

最重要項目の一番目は、

『物価等の社会情勢に応じた診療報酬体系での柔軟な対応の確立』です。

高騰を続ける電気・ガス・水道代金、それに給食材料費・人件費支出増大といった多くの事項が病院経営を逼迫させる状況にあります。一般企業や小売業では競うように価格を調整することで経営の均衡を維持しているものの、公定価格で運営している医療機関は、価格転嫁できず病院経営は非常に厳しい状況に

【重点事項】

1. 職員の待遇改善により人材確保に資する予算措置

<要望内容>

令和6年度診療報酬改定において医療従事者の賃上げに対応した財源が確保された。しかし、人材不足を解消するためにも今以上の賃上げが必要である。病院経営が逼迫している中、その原資を確保することは困難であり、賃上げ・人材確保・育成に関する診療報酬とは別（調整基金創設等）の財源を要望する。

2. 物価高騰に対する予算措置

<要望内容>

公定価格で運営している医療機関は、物価高騰や人件費増などを価格に転嫁することができない。物価や原材料、資源価格の高騰による影響は医療機関も例外ではない。令和6年度診療報酬改定において、入院時の食事療養費の自己負担が30円増額されたが、その他の物価高騰等に対する評価はない。特に建築コストの高騰は病院の増改築に大きな影響を与えている。世界情勢や国内情勢等に左右される物価に対応するための予算措置や、例えば「歯科用貴金属価格の随時改定」のような仕組みを活用しての素早く、柔軟で恒久的な新たな仕組みづくりを要望する。

3. 災害や新興感染症に対する強靱化に対する予算措置

<要望内容>

震災等からの復旧に対する支援として「医療施設等災害復旧費補助金」があるが、建物の原状復帰が原則である。医療機関等は社会的インフラであり、東日本大震災、熊本地震、能登半島地震や、頻発する水害等の災害の教訓を生かし、建物の原状復帰だけでなく、被災しないための建物の改修、新型コロナウイルス感染症を教訓とした新興感染症等に対応できる医療機関とするための改修に対する予算措置、ハザードマップ等で危険地域に所在する医療機関に対して建物の改修・設備等の更新や移転に対する予算措置、設備等の更新等の予防措置も行え

あります。そしてその状況は、今後さらに悪化していくことが予想されます。一時的な補助金や支援金でその場は凌げても抜本的な解決策とは言えず、また、診療報酬改定は2年に一度であり、物価変動に素早く対応することはできません。そこで、2年ごとの改定を待たずに社会情勢の変化を診療報酬に反映させられる全く新しい制度の樹立を提言したいと思います。

実際に病院を運営するに当たって関わりのある業種は農業・畜産業・漁業・製造業など非常に多岐にわたり、地産地消を地域全体で意識した病院とそれを取り巻く全ての地域産業が、ともに経営の安定が計れば、その地域にとって最善と考えます。

国民が安心して暮らすためには安定した医療提供は必須であり、この医療安定供給には地域産業の安定と繁栄も必要不可欠と考えます。各種産業界の価格改定に合わせて診療報酬も追従できるような、社会情勢を加味した新たな診療報酬制度の確立で、堅強な医療提供体制を再構築することを望みます。

二番目の最重要事項は、

『病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策』です。

不測の事態にも、安定した経営のもと急変に対応できる病院の体質作りの支援が必要であると要望します。

近年だけでも東日本大震災・熊本地震、能登半島地震と大きな地震に悩まされる我が国は、頻発する水害にもいまだに翻弄されています。これらを教訓とした予防的対応や、新興感染症等に柔軟かつ速やかに対応できる医療機関づくりも、これからは必須と考えます。災害時に地域の医療機関が機能し続けることは、被災地域における住民の安心・安全にも繋がるため、これを二番目の最重要事項として、医療機関の強靱化対策を挙げたいと思います。

そのような状況の中、地域医療を守り、国民が安心して安全な医療を受け続けられるようにしていくために、最重要項目から切り出した病院団体としての要望を重点項目として以下に示します。

る補助金とすることを要望する。これらハード面を強靱化することによって、地域住民の安定と定着が得られると思われる。

4. 医療DX推進に対する予算措置

<要望内容>

医療DXは、これからの医療に欠かせないインフラであり、一刻も早い実装が求められています。しかし、医療DXを推進するためには電子カルテや医事システム等の改修や入れ替え、サイバーセキュリティ対策等が必要となり、それには費用が発生します。国民の保健医療の向上を図るとともに、最適な医療を実現するための基盤整備を推進するための予算措置を要望する。

なお、要望の詳細は「別紙」を参照願います。

以上

(別紙)

I 新興感染症対策関連

1 新たな新興感染症に対する予算措置

昨年5月に感染症法上の分類が5類に移行したことを踏まえ、医療機関は通常医療との両立をさらに強化するとともに、感染拡大に備えた重点的・集中的な対策を行いながら、通常の医療提供体制への移行を段階的に進めることになる。

その移行に際して、医療機関への配慮が不十分な場合、地域の医療提供体制に大きな問題が生じる可能性がある。移行に際しては、病院が患者に適切に対応していくことができるようにするための財政的補助の継続、医療現場において新興感染症患者に対応している医療従事者に対し、感染防止の取組への診療報酬上の評価や感染した場合の補償など十分な財政的補助を要望する。

緊急時の感染症対策基金等の創設や仕組みの構築として、新型コロナウイルス感染症のような新たな感染症によるパンデミックが今後も起こりうることを想定し、緊急事態に対応できるよう、必要な時に柔軟性のある財政的支援(事後的な経費を支弁できる)が可能な基金等の創設を求める。

また、新興感染症へ対応するための建物等の建て替えや修繕、機器整備等を行う際の費用に対して、建築費用等が急激に高騰していることを踏まえ、適切な予算措置を要望する。

II 働き方改革関係

1 医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置

一般の医師の働き方改革に伴い、医療機関は医師の健康を保つために改革を進めながら、地域医療を維持するため、さらなる医師の増員をしなければなら

なくなるのは明らかである。

ついで、地域医療の維持に伴う医師確保において、診療報酬以外に医師の人的費用に相当する部分への予算措置を要望する。

また、医療機関においては早くから、特定の特技を看護師に、服薬指導を薬剤師に、診断書の素案作成を事務職に委ねるなどのタスク・シフティング(業務の移管)が進められている。また、チーム医療によるタスク・シェアリング(業務の共同化)の試みも実施されてはいるものの、充分とは言いがたい。

今後の働き方改革において、医師の労働時間の短縮のために医療機関内のマネジメント改革として、このような取組を一層推進させるためにも、医療機関でのタスク・シフティング、タスク・シェアリングを効果的に実施するための研究および医療人材確保と養成に係る財政的補助を要望する。

2 病院における看護補助者(介護職)の処遇改善への予算確保

現在、医療ニーズの多様化、医師等の偏在などを背景として医療機関における医療従事者の確保が困難な中で、質の高い医療提供体制が求められている。病院は入院期間の長短に関わらず、患者にとって診療を受けるだけでなく、日常生活へ復帰するための準備の場でもあり、看護に加えて介護や介助はその機能発揮にはなくてはならない存在である。病院においては、これら食事、清拭、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話などの多くを、看護職からの指示の下、看護補助者(介護職)が担っている。これらは、介護保険施設における介護職員と同等の業務でありながら、介護報酬による介護職への処遇改善が行われている一方、病院で働く看護補助者(介護職)に対する処遇改善に係る仕組みはなく、必要不可欠な職種である看護補助者(介護職)の確保に多くの病院が大変苦慮しているのが現状である。

かかる状況において、医療人材の確保が困難な将来にも亘って病院が地域医療を提供していくために、病院介護職員の処遇改善における予算措置を要望する。

IV 地域医療介護総合確保基金関係

1 地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たらない配分

医療介護総合確保推進法に基づき各都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金に、消費税率10%への引上げによる増収額を基に十分な財源を確保するとともに、公私の隔たりにく適切な配分を行うことを要望する。

VI 医療機関のDX関係

1 医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助

医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築として、平成31年度予算において、医療情報化支援基金が創設された。その対象事業として、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等を導入の支援などが記されている。健康・医療・介護情報利活用検討会ははじめ関連検討会での審議結果待ちとは認識するものの、その措置の確実な実施に加えて医療機関における初期導入経費への補助金を要望する。

2 病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給

昨今、複数の病院で電子カルテ等のシステムがランサムウェアに感染し、診療が大幅に制限される事態が発生している。一方、このような事態に対して内閣サイバーセキュリティセンター(NISC)は医療機関に一定水準以上のセキュリティ対策を求めているが、そもそも医療機関が持つ患者情報などは国民全体の財産であり、それにかかる費用をただでさえ厳しい経営状況の医療機関側が負担することは極めて困難である。

医療分野におけるICTの利活用は国が推進してきた政策であり、また、サイバーセキュリティに対する国の強い姿勢を示すためにも、医療機関のサイバーセキュリティ対策に関しては国が措置を講ずるべきであり、公的な補助金などの支給を要望する。

また、被害を受けた医療機関が元の診療体制に戻るには、膨大な時間と費用を要することから、被害を受けた医療機関に対する財政的補助も要望する。

3 医療人的資源を補完するICT・AI等の導入への財政的補助

少子高齢化社会に向けて、医療現場においても働き手の減少が現実になりつつある。人的資源を援助し、個々の生産性を向上させるには、ICTやAIの活用は必須である。すでに導入例がみられるものの、まだ少数である。医療全般に亘って、これらの技術を活用するための予算措置を要望する。

4 電子処方箋導入に伴う補助金拡充

令和4年度から電子処方箋の運用が開始され、電子処方箋導入費用の補助として、令和5、6年度導入完了した大規模病院には事業額上限486.6万円の1/4である121.7万円を上限に、大規模病院以外の病院においては事業額上限325.9万円の1/4である81.5万円を上限に補助がなされることになっている。

病院で電子処方箋を導入するための電子カルテシステム等の改修を行う場合、その費用は486.6万円または325.9万円の事業額上限金額に収まらない。医療機関への導入を促進するため、導入に際し想定される費用について項目の細分化を行い、各項目について実勢に基づく標準費用を設定し事業額上限を引き上げるとともに、令和3年3月以前に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対して事業額上限の全額が実費補助された際と同様、電子処方箋導入費用の補助についても、本来であれば全額の実費補助を、もしくは医療機関の自己負担ができる限り少なくなるよう、補助率の引き上げを要望する。

また、令和5年4月1日以降の導入の場合の補助率低減の廃止、もしくは期限の大幅な延長を要望する。