



全日病 ニュース

2020.8.1

No.968

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

超党派議連がコロナ禍で苦しい病院経営の状況をヒアリング

病院5団体・日医 第二次補正の予備費などを念頭に病院への直接的な支援を訴える

全日病をはじめとする病院5団体と日本医師会は7月17日、超党派「コロナと闘う病院を支援する議員連盟」総会に出席し、病院経営に関してヒアリングを受けた。全国の病院が、新型コロナウイルスの影響で苦しい経営状況にあることを報告し、第二次補正の予備費や2021年度概算要求を念頭に、病院への直接的な支援が必要と主張した。

全日病からは神野正博副会長が出席し、「病院の機能により、新型コロナウイルスの影響は異なるが、すべての病院が大変な状況にある」と訴えた。

126名の国会議員が参加

議連は、新型コロナウイルスの影響で、「医療機関の経営が危機にさらされている」ことから、「万全の体制をもって経営を続けられるように資本注入を含め、長期的支援体制の整備が必要」との趣旨で、7月7日に設立された。共同代表は、自民党の中谷元・衆議院議員、公明党の富田茂之・衆議院議員、国民民主党の羽田雄一郎・参議院議員。幹事長は国民民主党の増子輝彦・参議院議員となっている。

冒頭、事務局長で自民党の山口壯・衆議院議員が挨拶。「第二波といっても言い過ぎでない状況にある。医療提供体制を確保できないと、国民の命と健康は守れない。一次、二次補正で措置したが十分ではない。むしろ不十分だ。病院の経営をしっかりと支える必要がある。病院への実地調査も実施した上で、概算要求に向け提言する」と述べた。同日で、126名の国会議員が議連に加わったことも報告された。

ヒアリングで病院団体は、全日病、日本病院会、日本医療法人協会が行った病院経営状況緊急調査(5月17日)の結果を報告しつつ、日医の相澤会長が全体の状況を説明した。

相澤会長は、「日本の医療提供体制

は医療機関がモザイクのように組み合わさって、面として地域を支えている。これが一つでも欠ければ、全体の体制が崩れてしまう。元々、病院の経営は、医療法人全体で平均3%弱の利益に過ぎない状況で、新型コロナウイルスの影響により、赤字に陥っている。財務省は損失補てんを行わないとの姿勢のようだが、医療機関への直接的な支援がないと、日本の医療が守れなくなるという相当な危機感がある」と訴えた。

病院経営状況緊急調査は、日医の島弘志副会長が、有効回答病院1,203病院の今年4月の医業利益率が、◇新型コロナ患者受入れ病院で▲10.8%◇新型コロナ患者未受入れ病院で▲5.5%◇一時的病棟閉鎖病院で▲14.4%。影響の大きかった東京に限ると、◇新型コロナ患者受入れ病院で▲24.2%◇新型コロナ患者未受入れ病院で▲15.8%◇一時的病棟閉鎖病院で▲29.4%であったことなどを説明した。

神野副会長は、病院の機能の違いにより、新型コロナウイルスの影響が異なることなどを指摘。4月の状況では、急性期の病院で影響が大きい、回復期や療養の機能を担う病院は、急性期より遅れて経営への影響が出てきており、「すべての病院が大変な状況にある」と強調した(右上の写真)。

また、恵寿総合病院(神野理事長)の状況について、「感染リスクのある状況での医療従事者の献身的な仕事には、頭が下がる思いだ。しかし、このままでは病院を維持するため、ボーナスの一部カットという苦渋の決断をせざるを得ない」と厳しい状況を訴えた。

日医は骨太方針2020に懸念示す

日本医師会の今村聡副会長は、日医の提案として、◇新型コロナウイルス感染症等感染防止対策実施医療機関安心マーク◇医療従事者支援制度の創設を提案した。

安心マークは、感染症対策のチェックリストを作成し、それをクリアした医療機関に「安心マーク」を提供し、患者の受診時の安心につなげるもの。医療従事者支援制度は、新型コロナウイルス

スに感染した医療従事者や医療機関への支援を保険の仕組みで行うもの。国や医療団体の補助により保険の財源(約32.5億円)を賄い、休業支援給付金や死亡見舞金を給付する。

また、診療所の今年4月の対前年同月比の医業利益(外来総点数)の減少率が、小児科(▲39.2%)と耳鼻咽喉科(▲36.6%)で特に影響が大きいことを報告した。内科は▲13.2%、整形外科は▲23.3%、皮膚科は▲21.0%。

同日、閣議決定された骨太方針2020に対しては、◇薬価調査・薬価改定◇医療機関経営◇オンライン診療の3点について、懸念事項を示した。

今回の骨太方針では、薬価調査については実施の方針が明記され、薬価改定については、「十分に検討し、決定する」となった。しかし、今村副会長は、「販売側・購入側ともに薬価調査を実施できる環境ではない。仮に調査を実施しても、適切な市場実勢価格を把握することは極めて困難」と主張した。

医療機関経営については、ヒアリングでの病院団体の主張と同様に、来年度予算編成を待つことなく、国による実態把握とともに、「至急追加支援をお願いする」と述べた。「新型コロナウイルスが収束に向かったとしても、受診控え、健診控えは容易に回復しない」との見通しを示した。

オンライン診療は現在、初診からのオンライン診療を認め、診療報酬も支払う特例的な対応が講じられている。

今後、検証作業が行われるが、今村副会長は、「足元の利用状況や患者満足度は感染リスクと比較してのもの。平時の対面診療と比較できるわけではない」と注意を促した。その上で、「骨太方針の文言のように、『一気』に『仕組みを構築』することを目指すのではなく、丁寧な合意形成を図るよう要望する」と主張した。

民間病院の活躍で医療崩壊起こらず

日本医療法人協会の加納繁照会長は、「日本で医療崩壊が起こらなかった理由」と題して、日本の医療提供体制の特徴を説明するとともに、民間病院が



地域医療に果たした役割を強調した。海外では「巨大病院しか急性期を担えない」という「巨艦主義」が、新型コロナ対応では裏目に出て、「医療崩壊」に至った国が生じた。

これに対し、日本では、民間病院が地域医療の多くを支えることにより、「新型コロナ重症患者」、「新型コロナ中等・軽症患者」、「一般急性期患者」の対応で、棲み分けができ、「世界に誇る致死率の低さにつながった」と加納会長は説明した。

その上で、◇第三次補正予算の編成◇補助金が公的病院に有利になっていることは是正◇緊急手段として、控除対象外消費税負担の免除を要望した。

日本精神科病院協会の平川淳一副会長は、同協会の96病院の調査結果として、今年4月の医業利益率などを報告した。

医業利益率は5.8%であり、対前年同月比で7ポイント減少している。医業収益が減少した病院は、全体の72.9%で、医療利益の減少の平均は▲1,892万円となっている。また、精神科において急性期を担う病棟のある病院で、医業収入の減少幅が大きい傾向があった。

全国自治体病院協議会の小熊豊会長も、病院経営の緊急調査結果を報告した。520病院の医業収入(対前年同月比)をみると、◇新型コロナ患者受入れ病院は4月で▲11.2%、5月で▲17.6%◇新型コロナ患者未受入れ病院は4月で▲6.6%、5月で▲12.5%◇病棟閉鎖・削減した病院は4月で▲11.6%、5月で▲18.6%となっている。

小熊会長は、「地域医療構想では、診療実績の少ない公立・公的病院に病床削減を求める対応が迫られている。しかし、『平時の医療』と『非常時の医療』というのがあり、非常時の医療を確保する視点を改めて考える必要がある」と地域医療構想に再考を促した。



清話抄

医療従事者慰労金への違和感

新型コロナウイルス感染の勢いが衰えることなく、感染者が絶えないのは医療関係者にとっても大きな脅威であり、自身の生命の危険も危惧される。その中、政府は2020年度第2次補正予

算にて医療機関支援を発表された。その一つの柱として、医療従事者慰労金を発表した。

しかし、医療に関わるものとして少し違和感を感じる。というのは医療に携わる職業は今回のコロナ感染に関わらず、絶えず危険と隣り合わせである。今回の感染症への医療機関の真摯な対応が評価されることはありがたいが、その評価がただ単なる一時的な金銭の支給に置き換えられていいものと考えたいのだろうか。コロナ感染に対し

ては、国を挙げて国民の関心が高まっている現在、支持率のための安易なバラマキではないかとも思ってしまう。

我々医療に携わる者にとって日々の業務は一人一人の高い使命感と、ある意味自己犠牲にて成り立っていると云っても過言ではない。政府をはじめ多くの国民もその現実を当たり前と感じているのではないだろうか。2年毎の診療報酬の改定ではいつも引き下げの議論に終始しているように思える。

しかし、先の病院経営状況緊急調査

を見ても多くの病院は赤字体質であり、黒字病院であっても平均1.5%というわずかな黒字での経営を強いられている。さらにコロナ禍で実に3分の2の病院が赤字に転落し、厳しい経営環境である。我々はどのような環境であろうと医療に対して最善を尽くしている。これからの安定した医療体制を提供できるためにも病院経営に対して経営環境を整える必要があり、広く国民意識改革が必要ではないだろうか。

(細川吉博)

主張

コロナ禍における総合医の役割

2018年184人、2019年179人、2020年222人。2018年度からスタートした総合診療専門医の専攻医数である。毎年初期研修を終えて9,000人余りの専攻医が誕生するわけだが、総合診療専攻医は全体の2%を占めるに過ぎない。今回の新型コロナ患者発生で、最も活躍している医師の診療科は何である

うか。新型コロナ受け入れ病院では感染症科、呼吸器科であったかもしれないが、民間中小病院にはこの両科の医師は数少ない。感染予防に留意しながら、非コロナ疾患をみていくために最も活躍したのは総合診療医あるいは総合診療のマインドを持つ医師であったと思う。

全日病では2018年より総合医育成事業を行っているが、研修参加者は98名、そのうち修了者は6名である。総合診療専門医とは異なり、内科や外科、脳神経外科など他科の診療をされてきたベテラン医師のセカンドキャリアとしての研修が主となっている。我々中小病院の「患者を治し、生活を支え続ける」というミッションに「職員、患者、利用者をコロナから守りながら、治し生活を支え続ける」とコロナの文言が追加になり、その難易度は上がったかもしれないが、コロナ禍を

通じて私達がなすべき医療・介護の課題は明確になったと思われる。コロナから身を守る、院内・施設での伝播を防ぐ事は大変なことであると思われるが、チーム医療のリーダーとしての総合医の活躍の場はそこにもある。コロナということで全日病総合医育成事業も一旦休止状態になっているが、WEBを使ったものを検討しながら早急に再開し拡大していく必要がある。(井上 健一郎)

第二次補正の病床確保や感染防止対策事業の詳細をみる

厚労省・事務連絡

新型コロナ緊急包括支援交付金で医療機関を支援

新型コロナウイルス感染症の事態長期化や次なる流行の波に対応するため、政府は第二次補正予算(6月12日成立)で、新型コロナ緊急包括支援交付金の増額・対象拡大を行った。新規の事業のほか、第一次補正予算による既存事業を含め全額国庫負担にしたことにより、1兆6,279億円を計上した。新規事業には、◇重点医療機関の病床確保等(4,728億円)◇患者と接する医療従事者等への慰労金の支給(2,922億円)◇新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策(1,518億円)◇医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援(2,589億円)があり、財源規模は1兆1,788億円に上る。ただ、病院の関心が高い一方で、交付金の内容にわかりにくい部分がある。そこで、慰労金を除く3事業について、6月16日の一連の事務連絡と7月3日の新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A(第4版)に従って、詳細をみていく。

空きベッドに空床確保料を給付(重点医療機関の病床確保等)

同事業は、新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する「重点医療機関」や、新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する「協力医療機関」に対し、新型コロナ感染症患者・疑い患者の受入れ体制を確保するため、空床確保料を給付するものだ。一般の医療機関に対する空床確保料も設定されている。重点医療機関・協力医療機関は都道府県が指定する。補助対象の病床は、空床・休止病床。補正成立前に、実質的に専用病棟や専用個室病床を確保していると都道府県が認めれば、遡及して適用される。また、院内感染により、実質的に専用病棟となっている医療機関で、都道府県が認めた場合は、遡及して認めた期間は重点医療機関とみなされる。空床確保料は1日当たり、重点医療機関・協力医療機関でICU(集中治療室)が30.1万円、HCU(ハイケアユニット)が21.1万円、その他5.2万円、療養病床である休止病床は1.6万円。一般の医療機関はICUが9.7万円、重症者・中等症者病床4.1万円、その他1.6万円となっている(右表を参照)。なお、これらの金額は、診療報酬の特例的な措置による入院料の増額に対応している。つまり、新型コロナ患者の受入れ体制を確保している病院に対して、実際に新型コロナ患者が入院している場合は診療報酬により、空き病床の場合は交付金により、同水準の費用が支払われる形となっている。重点医療機関の設定は以下のとおりである。都道府県が指定し、常時指定する病院と、感染の流行状況に応じて

柔軟に指定・解除する病院を設けられる。指定の方針は都道府県の協議会に諮った上で決定。都道府県はG-MIS(新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム)などで、運用状況を確認し、厚生労働省に報告する。施設要件は、病棟単位で新型コロナ患者・疑い患者の受入れ体制を確保し、すべての病床で酸素投与や呼吸モニタリングを可能としていること。療養病床は認めず、療養病床の設備を活用する場合は、一般病床に種別を変更しなければならない。受入れ患者は、①すでにPCR検査または抗原検査で陽性と確定している患者②疑似症の届出がなされている感染の恐れを医師が認めた入院医療が必要な患者となっている。また、この事業以外で病床確保料を受けている場合には、その分は減額となる。協力医療機関の設定は以下のとおりである。指定要件は重点医療機関と同様。施設要件は、新型コロナ疑い患者専用の個室を確保し、すべての病床で酸素投与や呼吸モニタリングを可能としていること。病床単位であるため、◇個室であり、他の患者と独立した動線を確保◇検体採取が行えるなどの要件も設けた。療養病床は、重点医療機関と同じく認められない。受入れ患者は、疑似症の届出がなされている感染の恐れを医師が認めた入院医療が必要な患者。また、この事業以外で病床確保料を受けている場合には、その額は減額となる。事業についてのQ&Aでは、次のような回答があった。空床確保や軽症者等の療養体制確保で、都道府県と関係者が調整するための経費(謝金、会議費、旅費等)も補助対象となる。感染症病床も対象となる。精神科病院の空床確保料は一般医療機関と同じとなる。「準備病床」も、都道府県の要請で「即応病床」への転換を始めれば、準備のための期間も病床確保の補助対象となる。重点医療機関と協力医療機関の両方の指定を受けることはできない。

新型コロナ疑い患者の診療に対応(救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策)

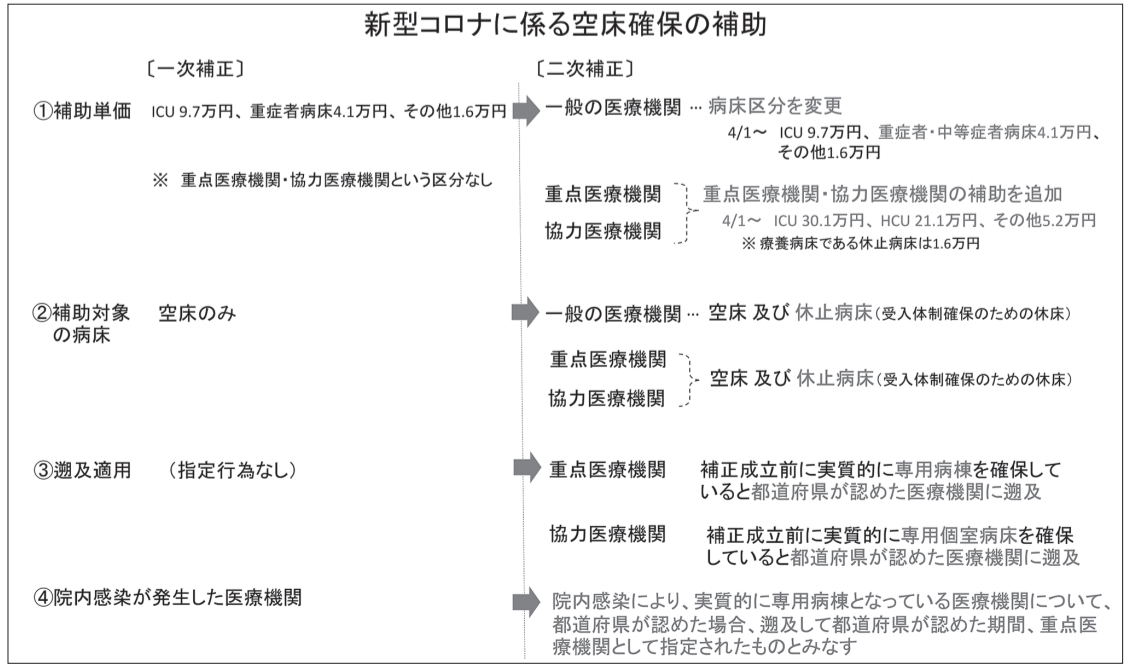
同事業は、新型コロナ感染症が疑われる患者が、感染症指定病院以外の病院を受診した場合でも、診療を可能とするため、救急・周産期・

小児医療の体制確保を図るものだ。疑い患者を診療する救急医療・周産期医療・小児医療のいずれかを担う病院の院内感染を防止するための設備整備などを補助するとともに、支援金を給付する。また、都道府県が新型コロナの患者の入院を割り当てた病院に対しては、加算(1,000万円)を行う。対象病院は、救命救急センター、二次救急医療機関、周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、小児地域支援病院などであり、都道府県に登録する。設備整備の補助対象としては、簡易陰圧装置、簡易ベッド、簡易診察室、HEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーティション、個人防護具、消毒経費などをあげた。一方、支援金は、「感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用」としている。金額は99床以下で2,000万円、100床以上で3,000万円、100床ごとに1,000万円を追加する。事業についてのQ&Aでは、次のような回答があった。支援金の補助対象としては、清掃委託、洗濯委託、検査委託、寝具リース、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入などの経費が例示された。経費の対象期間は2020年4月1日から2021年3月31日まで。精神科救急医療機関も対象医療機関に含まれる。1つの医療機関が救急・周産期・小児を担っていても、支援金は3倍にならない。また、100床ごとの1,000万円の追加で病床数に上限はない。病床数は、救急・周産期・小児に限らず、医療機関全体の許可病床数が対象になる。

新型コロナ患者とそれ以外を分離(医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援)

同事業は、新型コロナの感染拡大と収束が反復する中で、医療機関や薬局

が地域における役割分担の下で、医療を継続するため、感染拡大防止などの支援を行うもの。対象は、一般の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、助産所など。新型コロナ患者とその他の患者が混在しない動線確保など、院内での感染拡大を防ぐための取組みを行う医療機関・薬局などの感染拡大防止対策などの費用を補助する。医療機関の具体的な感染防止策としては、以下が例示されている。◇共通して触れる部分の定期的・頻回な清拭・消毒等の環境整備◇待合室の混在を生じさせないよう、予約診療の拡大や整理券の配布等を行い、患者に適切な受診の仕方を周知◇発熱等の症状を有する新型コロナ患者とその他の患者が混在しないよう、動線の確保やレイアウト変更、診療順の工夫など◇電話等情報通信機器を用いた診療提供体制の確保◇感染防止のため個人防護具の確保◇医療従事者の院内感染防止策(研修、健康管理等)。補助額は、病院が「200万円+5万円×病床数」、有床診療所(内科・歯科)が200万円、無床診療所(内科・歯科)が100万円、薬局・訪問看護ステーション・助産所が70万円を上限に実費を給付する。また、「救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策」の事業と重複して補助を受けることはできない。事業についてのQ&Aでは、「救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策」と類似の質問と回答が多く、それ以外では、次のような回答があった。新型コロナ患者の受入れは要件となっておらず、対応を行ってなくても対象となる。病院の補助額に病床数の上限はない。申請先は、都道府県の国民健康保険組合連合会となっている。なお、新型コロナ緊急包括支援交付金の都道府県から国への交付申請の期限は、7月17日となっている。



薬価調査は実施し、薬価改定は新型コロナの影響を勘案

骨太方針2020 医療機関への経営支援は「必要な対応を検討」

政府は7月17日、経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)を閣議決定した。医療関係者が反対し、取扱いが注目されていた薬価調査・薬価改定については、調査の実施を明確化した上で、薬価改定の実施の可否は、「新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定する」との文言になった。

中医協では、診療側の委員も製薬企業・卸売業の関係者も、「医療現場は薬価調査を実施できる環境にはない」と指摘。仮に調査を実施しても、薬価改定を行う上で適切な市場実勢価格を把握できないとの主張で一致していた。しかし、政府は「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、骨太方針2018、2019に明記された方針に沿って、薬価改定を実施する方針を変えず、閣議決定まで議論が続いた。

その結果、最終的には、薬価改定の可否について、含みを持たせる表現に

落ち着いた、今後の検討に委ねられる余地が生じることになった。

社会保障給付費の上限(シーリング)については、例年の骨太方針で方針を示してきた。しかし今回は、「基盤強化期間内から改革を順次実行し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに基盤強化を進めることを通じ、より持続可能なものとし、次世代に継承する」との文言にとどまった。

そもそも今回の骨太方針は、新型コロナの影響で閣議決定が1カ月程度遅れており、それに伴い、各省庁の来年度予算の概算要求も1カ月程度遅れることもあり、骨太方針の内容は簡素にするとの方針が示されていた。

オンライン診療は前倒して推進

一方で、新型コロナとともにある「新たな日常」の観点では、デジタル化・オンライン化の推進を強調した。オンライン診療について、「電子処方箋、

オンライン服薬指導、薬剤配送によって、診察から薬剤の受取までオンラインで完結する仕組みを構築する」と明記。電子処方箋の運用などは、予定を前倒して取り組む課題となった。

時限的・特例的な取扱いとして実施している初診からのオンライン診療は、その効果や課題を検証し、関係者の意見をきく。その上で、「システムの普及促進を含め、実施の際の適切なルールを検討する」としている。

検査体制の強化では、感染拡大防止と経済活動の段階的引上げの両立を図るため、戦略的に検査能力を拡充する。PCR検査は幅広く行い、医療従事者や入院患者、施設入所者などに対して、感染の可能性がある場合は積極的に検査を行うとした。HER-SYSの早急な定着・活用で、患者情報などを関係者で迅速に共有できる体制を構築する。

医療提供体制については、診療報酬の引上げや、補正予算による病床確保・

設備整備などを通じた支援、危機対応融資の拡充など、これまで講じてきた対策を改めて明示している。

また、G-MISにより空床状況や人工呼吸器の保有・稼働状況・人材募集状況など医療提供状況を把握する。「医療のお仕事Key-Net」を通じた人材確保も図る。また、医療現場で必要となる感染防護具や医療器材、医薬品原薬などの確保・備蓄、国内生産体制の整備を進める。

悪化する医療機関の経営への支援では、緊急包括支援交付金の効果を踏まえつつ、引続き状況を把握し、「必要な対応を検討し、実施する」と明記することにどめた。全体の医療提供体制の整備では、感染症への対応の視点を含めて、可能な限り早期に工程の具体化を図るとしている。

新型コロナの効果的な治療法・治療薬やワクチンなどの研究開発は、「日本を含め世界の叡智を結集」することで、さらに加速させる。

豪雨被災地での保険診療の取扱いを事務連絡

厚労省・事務連絡 診療録を失った場合の概算払いなどに対応

厚生労働省は7月6日、熊本県を中心に被害があった「令和2年7月豪雨」による被災に伴う保険診療や診療報酬の取扱いを事務連絡した。被災により医療機関が、診療録やレセプトコンピュータなどを失った場合に、6月診療分の概算請求を認めるとともに、医療機関が浸水し、仮設の建物で診療した場合も、保険診療として認めるなどの対応を講じる。

概算払いは、原則として2020年4月分から2020年5月分までの診療報酬等支払実績を用いる。入院と外来に分けて、1日あたりの診療報酬支払額を算出し、6月分の診療実日数に応じて、6月分の概算支払額を確定する。薬局と訪問看護ステーションは外来分として取り扱う。

また、6月診療分(7月提出分)の請求期限は、災害救助法の適用地域の医療機関などに限り、2020年7月14日までとする。

また、被災者を受け入れたことで医療機関が定数超過入院となった場合でも、減額措置を適用しない。通常の規定では、「災害等やむを得ない事情」があれば、当該月の入院に限り減額の対象としないことになっているが、今回は減額措置を、「当面の間」、適用しないとしている。

施設基準の取扱いでは、被災者の受入れによる入院患者の急増や、職員の一時的な不足で、看護職員数と入院患者の比率や看護割合、月平均夜勤時間数が、入院基本料の施設基準を満たせなくなった場合でも、基準が1割以上変動した場合に求められる届出を行う必要はない。

保険調剤では、被災により被保険者証の番号や医療機関の記載がない処方箋でも、被災地の薬局であれば、保険調剤として取り扱う。ただし、処方箋を受け付けた場所が、救護所や避難所救護センターなど医療機関以外であることが明らかな場合は、取り扱うことができない。

また、処方箋がない場合も、事後的に発行されることを条件に一定の要件で保険調剤を認める。一定の要件では、◇交通の遮断などやむを得ない状況がある◇主治医に電話で確認またはメモで処方内容が確認できる一ことなどをあげた。

訪問看護ステーションについても、特例的な取扱いを示している。

避難所の医療などでQ&Aを示す

そのほか、様々なケースで被災地において提供される医療の保険診療としての取扱いをQ&Aの形で示した。以

下で、主な質問に対する回答を示す。

AMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)を含め、DMAT(災害派遣医療チーム)やJMAT(日本医師会による災害医療チーム)などボランティアにより、避難所や救護所で行われる診療は、保険診療として認められず、患者に一部負担金を求めることはできない。なお、災害医療チームの医療の経費は災害救助法の補助対象となっている。

被災地の医療機関の医師などが自発的に避難所などを巡回し、診療を行った場合も、保険診療とは認められない。保険調剤も認められないが、災害救助法の適用となる場合は、都道府県に請求することになる。

一方、被災地の医療機関の医師などが、避難所にある程度継続して居住している患者に、定期的な診療が必要と判断し、患者の同意を得て、継続的に避難所を訪問して診療を行った場合は、訪問診療料などを算定できる。ただし、通院による療養が困難な患者が対象となる。

同じ避難所で複数人に、同一日に訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者」の取扱いとなる。「同一建物居住者」とそれ以外では、診療報酬点数で4倍程の差がある。単一建物の人数で区分

される在宅時医学総合管理料や施設入居時等医学総合管理料については、被災前の居住場所に依じた区分を用いるが、避難場所で人数が減少している場合は、その人数に応じて算定できる。

透析では、被災地の医療機関で透析設備が、被災により使用不可能となっている場合に、被災前から当該医療機関に入院し透析を行っている患者が、真にやむを得ない事情により、透析を目的として他医療機関を受診しても、当面の間、入院基本料や特定入院料の控除は行わないとした。

被災地の医療機関が、被災により患者を入院させたことで、平均在院日数や「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合などの基準を満たさなくなった場合も、当面の間、届出を行う必要はない。特定集中治療室管理料とハイケアユニット入院医療管理料は、入院基本料を算定した上で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の算出から除外する。

被災地以外の医療機関で、被災地の医療機関から転院を受け入れた場合の平均在院日数や「重症度、医療・看護必要度」の取扱いは、当面の間、受入れ患者を除いて算出する。特定集中治療室管理料とハイケアユニット入院医療管理料の取扱いは、被災地の場合と同様となっている。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

従業員向け
団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病会員病院および
勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

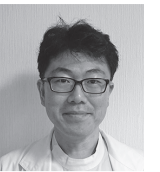
病院向け団体保険制度

病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

●特別寄稿● 新型コロナウイルス感染症の対応

新型コロナ院内感染 どう動いたか、そして何が変わったか



—診療再開までの対応と今後の課題

医療法人済衆館 済衆館病院 理事長 今村 康宏

新型コロナウイルスの感染が拡大する中、2次救急を担う第一線の病院は院内感染のリスクに直面することになりました。院内感染により病院機能を大幅に縮小しながらも、迅速な意思決定と徹底した情報開示により危機を乗り切った済衆館病院の今村康宏理事長(全日病常任理事)に、病院再開までの対応と経緯、課題について報告していただきました。

はじめに

本年4月、当院にて新型コロナウイルス感染が判明した2名の患者さんから当院スタッフ合計3名への院内感染を認め、外来や新規患者の受け入れを中止するなど大規模な病院ロックダウンを行わざるを得ない状況に至りました。昨年の全日病学会in愛知で会員の皆様と過ごさせていただいた楽しい時間が夢のようで、創業106年目にして当院始まって以来の危機を迎えることとなりました。このとき我々がどのように考えどのように動いたかについて、振り返ってみました。会員の皆様にはこれをどうか他山の石としていただきたく、わずかでもご参考になることがあれば幸いです。

経過

当院は急性期2病棟、回復期リハビリ2病棟、地域包括ケア1病棟、医療療養2病棟、緩和ケア1病棟、合計369床のケアミックス病院です。年間の救急車搬送数は約2,300台、時間外患者総数は9,000名前後の2次救急病院で、現在まで帰国者接触者外来は行っておらず、新型コロナ患者を受け入れる対象医療機関ではありません。

最初の症例は、4月6日に倦怠感のみを主訴として救急搬送された方でした。当院は全くの初診で入院時は発熱もなく、胸部CTでは肺炎像があるものの新型コロナに特徴的な像ではなく、通常の個室対応としていました。入院後次第に発熱し咳も出てきたため4月8日にPCRを行い、同日夜になり陽性と判明しました。近隣の新型コロナの受け入れを行っている専門医療機関に転送を図るも4月9日まで空床がなく、それまで待機となりました。しかし転送予定日の早朝に呼吸状態が急変し、気管挿管の上で大学病院に転送しECMOを行うことになりました。

2例目は4月15日に肺炎で入院された方で、CTの肺炎画像が「すりガラス」とは異なるものの、通常の細菌性肺炎とは異なる所見であったため入院時にPCRを行い、翌日に陽性と判明したものです。こちらも転送先を手配している数時間の間に著明に呼吸状態が悪化したため挿管し、大学病院に転送、ECMO開始となりました。

そして、図1に示したように、1例目から1名、2例目から2名の医療スタッフが感染しました。1例目から感染したと思われるスタッフは入院翌日の4月7日に当該患者を担当しており、そこから接触感染したと思われる。4月10日のPCRでは陰性でし

たが、濃厚接触者と考え自宅待機としていたところ4月18日に発熱し、同日PCR陽性と判明しました。接触から10日あまりの潜伏期を経て発症したことになります。

また2例目の症例から感染した2人のスタッフは、いずれも4月16日の挿管介助を行っていました。1人は4月20日に発熱しPCRにて同日陽性判明、もう1人はこのときPCR陰性でしたが4月26日に発熱、4月27日に陽性と判明したものです。

保健所と、当地区感染症審査会長である近隣の呼吸器専門病院「はるひ呼吸器病院」齊藤院長の全面的なご指導、ご協力をいただき、4月18日から4月30日までのすべての新規入院の停止、一般・救急外来の全面停止(電話診察除く)を行いました。その間に以下に述べる対応を行い、5月1日から一般外来及びかかりつけに限定した救急外来業務を再開、その後、徐々に通常体制に戻していき、5月11日から完全に再開となりました。

まず初めにすること

①ロックダウンの決断は、PCR結果が出る前に行う。

この頃のPCRは県の衛生研究所に検体が多数出されていたこともあり結果が出るのに1日近く、日によっては2日かかっていました。1人目の職員は土曜に発熱したこともあり、その日の夜からロックダウンの判断をしても対応が後手に回ると考え、発熱しPCRを行った知らせを受けてすぐに緊急管理者会議を開いて、ロックダウンの道筋を昼間のうちに決定しておきました。その後、陽性と判明したときに全面停止を即決し、全役職者に通知を行い、関係各所に一般・救急すべての外来の停止、新規患者受け入れと手術の全面停止を通達しました。

②まず濃厚接触者の洗い出しを行い、とにかく徹底的なPCRを行う。

学会のガイドラインに従い、陽性者が判明したら即座に接触のあったすべてのスタッフや患者をリスクに応じてリストアップし、片っ端からPCRを行いました。

結局、4月17日から一定の終息をみたと判断された4月末までの間に患者154名・職員89名にPCRを行い、感染が判明したスタッフ以外はすべて陰性と確認されました。

ロックダウン中に内部的にやるべきこと

①個人の防護スキルの向上と家族を含めた体調管理の徹底

感染対策チーム(ICT)が主導的に関

与する全部署に防護服の着脱訓練を行いました。職員の体調管理に関しては家族の発熱も報告対象とし、ICTにて管理を行い、出勤停止などの指示を毎日行うことを徹底しました。

②熱発者対応マニュアル(院内発生・一般外来・救急外来)の再策定と運用の徹底

図2・3にロックダウン中および解除後に策定した対応図を示します。ロックダウン当初は当該病棟でいつ発熱者がでるか分からないため、特に厳密に運用しました。

さらに職種別、処置内容別に色分けして防護装備を規定したマニュアルを作成し、運用開始しました。

リハビリも感染リスクの高い部門です。今回リハビリ部門は感染に無関係でしたが、今後のリスク管理としてリハビリ室をエリア分けし、病棟や部門で占有する時間帯を指定しました。これにより患者が時間的、空間的に交錯しないようになりました。また病棟をまたぐかたちの疾患別リハ専門チームがこれまで動いていましたが、病棟ごとに分けて配置しました。

③ハード面のゾーニングの徹底(プレハブ外来・救急外来内ゾーン分け・病棟陰圧室)

一般外来で発熱がある方、発熱や呼吸器症状などコロナを完全否定できない症状を主訴として来られた方は一旦自家用車あるいは敷地内で新たに設置したプレハブを利用した外来で待機していただき、個別に対応するようにしました。

外部に対する対応

最低でも、まずロックダウンをする(しようと決めた)時と、ロック解除時は外部への連絡や情報提供は必須です。当院の場合、救急隊・地元自治体・医師会(長)・他の救急医療機関・連携医療機関・非常勤医師・派遣元大学医局などに連絡しました。

手段としては、地域に対してはとにかくホームページが最重要と思われました。入口を含む院内掲示も同時に必須です。その上で、上記の関係機関へは結局幹部で手分けして直に電話しました。医師会方面と派遣元の医局、非常勤医師への対応はすべて私が行いましたが、自院がどうなるのか不安で仕方がない中、これらの対応はまさに心を削りながらの作業でした。先方に迷惑をかける申し訳なさ、大学内での風評への心配、そして時には連日派遣元の健康管理部から頻繁に問い合わせがありました。これに対しても誠意を尽くしたつもりです。他方面への対応に当たった幹部も同様であったと思います。

稼働の減少と経営悪化への対策

医業収益は対前年同月比で4月は▲10.5%、5月は▲19.6%となりました。病棟稼働率は病院全体でロックダウン直前は大体91%でしたが、再開した5月1日時点で78%となっていました。また外来受診も前年の3割減となりました。その後、苦しみながらも稼働は徐々に持ち直し、6月の医業収益は対前年同月比▲4%程度にまで戻してきましたが、費用としては以前とはけた違いの感染対策費ののしかかっています。今後のコロナの動向を考えると不安は尽きないと言えます。

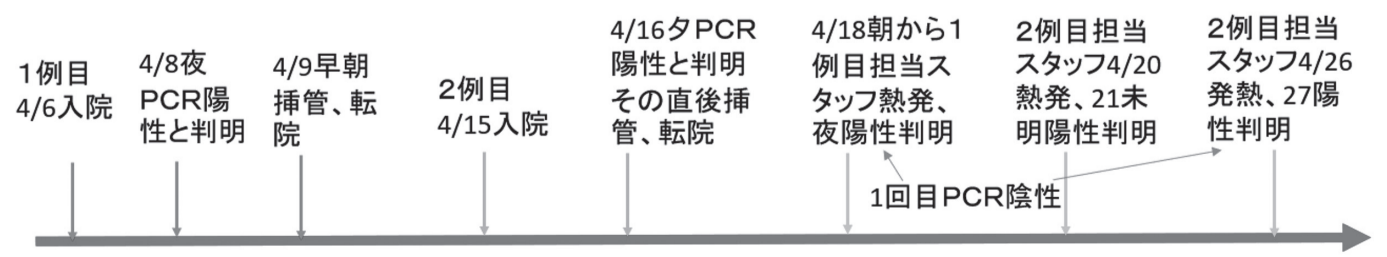
当院の場合、2年ほど前からケアミックスとして有している各種機能の病棟のうち、回復期リハビリ病棟(2病棟合計88床)の稼働がやや少ない傾向がありました。様々な原因があると思われそうですが、そもそも当地区では回復期リハ病床は需要に対しほぼ飽和していると考えました。さらに今回のことで受療動向の変容から当院での回復期リハ病棟の稼働はさらに低下するであろうと思われました。一方で地ケア病棟などに退院困難な要因を有する患者さんが多いことから、回復期リハ病棟のひとつ、療養で届け出していた38床の病棟を今年秋に介護医療院に変換することにし、現在準備を進めています。これをはじめとして、自院の求められるニーズに対し、その程度に応じて柔軟に変化していくことが今後さらに求められると思っています。

資金繰りとしてはWAMの融資を受け、3億借り入れ15年返済としています。また地元自治体(2市1町)から合計1,100万円の補助金「新型コロナウイルス感染症対策医療機関助成金」をいただき、大変な難く感じました。あとは2次補正での各種支援に期待するしかありません。

愛知県独自に県と自治体合わせて1医療機関あたり5億円の緊急融資があるとのことですが、地元自治体の同意が必要であること、また融資には理事全員の連帯保証が必要とのことで、現実的には利用しにくいと考えています。いずれにしても融資ですのでいつか返さなければならないわけで、将来の見通しが不透明な中でこれに頼る恐ろしさも感じずにはられません。

経営に関して私が最も危惧するのは、今でこそ「医療機関に支援を」といって2次補正とか自治体の助成金等が組まれています。コロナとの闘いが長期化するにつれて、医療機関が大変苦しい状況であるということが社会的にも耳慣れて世間の興味が薄れることにより、結局は支援が先細りしていくのではないかと、ということです。コロナの重点・協力医療機関は当然のこと、そうではない当院でも水際で感染を食

図1 感染症例の経緯



い止めるために相当な費用負担を強いられています。国や県、市町の支援を少なくとも一時的なもので終わらせていただきたくないものです。

マスコミ対応

ロックダウン決定で精神的に参っているときにも、こと取材に関してはできるだけ断らないことが重要です。今回も発生事実の報道の後、中日新聞、CBCテレビ、東海テレビがそれぞれ取材に訪れました。いずれも、コロナの怖さ、そして当院が何に取り組み再開を迎えたか、ということに主眼をおいた報道で、ほぼ正しく報道していただいたと私は感じています。幸いにして報道後に患者数が減ることもありませんでした。

おわりに 今だから思う、本当に大切なこと

- ①とにかく意思決定は早く。
 - ②徹底した情報開示が重要、一方で全職員への一斉の情報共有が課題。
 - ③必要な機能は、また必ず求められる。
- これらは今回のことを通して痛感したことだけではなく、日々の診療や経営全般に関しても共通することではないかと思えます。ロックダウンの決め手は第1例目のスタッフ感染があったからではなく、それまで2例の重症患者を経験してしまった直後の4月17日に、何となく「コロナってこんなに怖いものか」「このまま救急受け続けて大丈夫だろうか」という不安感が院内に充満していたのを感じたことによります。「もしかして一度立ち止まって検証したほうがいいのではないか」とその日の夜に院長と相談し、翌朝には止める方向で気持ちが固まりかけていた矢先にスタッフの発熱が判明し、これがロックダウン宣言の後押しをしました。1例目の陽性となったスタッフは自宅待機中だったので、仮に1日判断が遅れても結果的には同じだったかもしれませんが、即日の対応により少なくとも職員の動揺が大きく鎮まったのは確かだと感じました。
- 情報開示はできる限りのことをホームページ上で行いました。このことが幸いしてか、心ない誹謗中傷といったご意見、ご批判は表立っては一切ありませんでした。そして人の噂も75日と

図2 入院中の熱発者への原則的対応

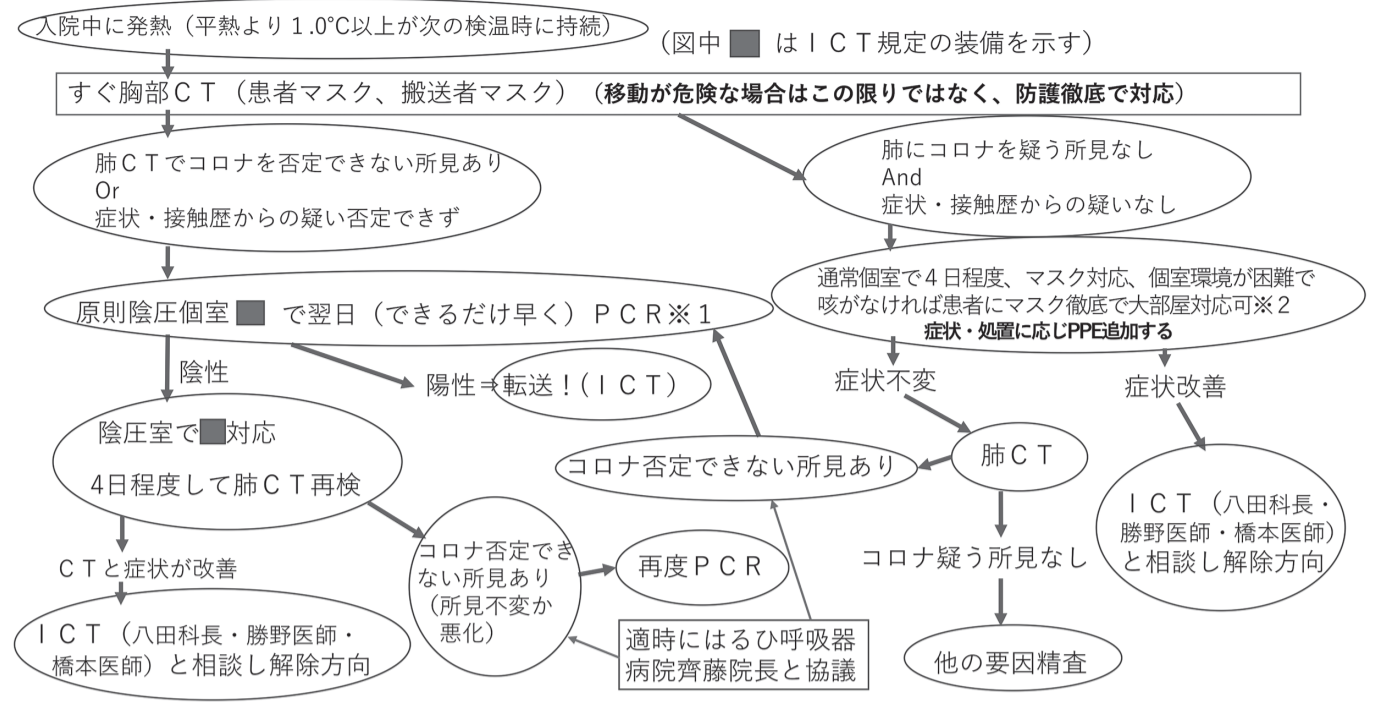
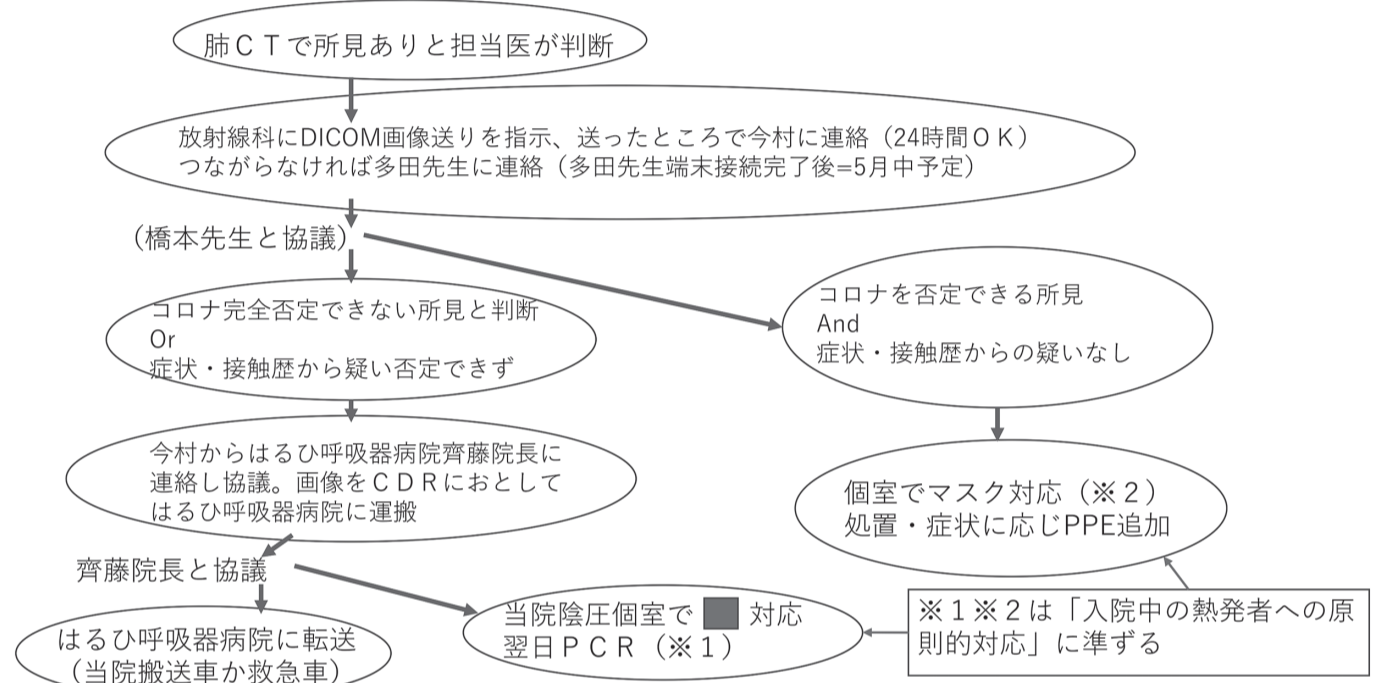


図3 外来熱発者への対応(プレハブ・救外)



か、7月に入りやっとほぼこれまで通りの状態に戻ってきたようです。一方で、全職員への一斉の情報発信については課題が残りました。各部署長へはロックダウン決定後直ちに全ての経緯と方針を伝えたのですが、そこからの全職員への通知が不十分な部署がありました。そこで部署内の連絡を徹底するよう全部署長に求めつつ、災害時に全職員のスマホなどに自動発報される安否確認システムを利用して、最小限の手間で同時にアラートを発信するシステムを検討しています。

職員にも多大な負担をかけました。全く接触の可能性がない職員でもご家族が職場で出勤停止を余儀なくされたり、幼い子供さんが院外の保育所で隔離されたりといった辛い事例もいくつかありました。しかし、今回のことで退職を希望する者は1人もなく、全員が必死に耐えて頑張ってくれました。彼らに心から感謝するばかりです。「コロナと共生する社会」とよく言われますが、どんな状況になっても本当に地域から必要とされている機能に関してはきっと社会が残してくれるの

だろうと思います。一方で、背伸びをしていた部分については、次第に淘汰されていくのかもしれませんが、今回のことで地域に多大なご迷惑をかけたしまいました。地域での自院の立ち位置を改めて見直すことにもなりました。一生忘れないであろうこの苦い経験をもとに徹底的な予防策を講じつつ、今後いつ終わるとも知れないコロナとの闘いを乗り切っていく所存です。会員の皆様におかれましては、今後ともどうかご指導を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

循環器対策推進基本計画案をまとめる

厚生労働省・循環器病協議会

来年度からの開始を想定

厚生労働省の循環器病対策推進協議会(永井良三座長)は7月16日、循環器病対策推進基本計画案をまとめた。同日の委員の意見を反映させ、正式な計画案とした上で、パブリックコメントを募集。9月をめどに閣議決定する。計画の実行により、脳卒中や心臓病など循環器病への国民の理解を深め、保健・医療・福祉サービスの充実を図り、研究が推進されることを目指す。国の基本計画を踏まえ、都道府県が計画を策定。2022年度までの3年間を最初の期間とする。循環器病対策推進基本計画は、2019年12月に施行された循環器病対策基本法に基づく計画で、6年程度の計画期間を想定する。ただ、他の計画と整合性を図る観点から、今期医療計画の中間見直しから2021年度からであることを踏

まえ、最初の計画は2021年度から2023年度までの3年間を計画期間とする。計画の全体目標は3つ。①循環器病の予防や正しい知識の普及啓発②保健、医療、福祉サービスの提供体制の充実③循環器病の研究の推進である。予防や普及啓発では、循環器病は回復期や慢性期でも再発し、増悪を起しやすい特質があることから、発症予防や重症化予防に重点を置いた対策を推進する。予防には、生活習慣などへの国民の意識と行動変容が必要であることから、的確な状況提供を行うとともに、知識の普及啓発を行う。サービス提供体制では、高度急性期から急性期、回復期、慢性期までの病床の機能分化など地域医療構想の実現を目指す。医療機関間の連携や医療、介護、福祉のサービスの継続を図り、

可能な限り住み慣れた地域で能力に応じ、自立した生活が営めるよう地域包括ケアシステムの構築を推進する。研究の推進では、産学連携や医工連携を進め、病態解明、新たな治療法や診断技術の開発などを実現する。科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を進める研究が重要とした。これらの全体目標を達成するため、具体的な取組みとして、様々な個別施策を実施する。あわせて、対策全体の基盤整備として、診療情報の収集・提供体制を整備する。具体的には、国立循環器病研究センターが関係学会などと連携し、まずは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、急性冠症候群、急性大動脈解離および急性心不全(慢性心不全の急性増悪を含む)の診療情報を収集・活用する公的な枠組みを構築する。



また、委員から、新型コロナウイルスの感染状況を踏まえた対応を、別に整理して記載することが提案された。計画案では、独立した項目を設けずに、「新型コロナウイルスが血栓症を合併する可能性がある」とことや「新型コロナウイルスによる血栓症の診療情報も収集する必要がある」となどを記載していた。また、他の委員からは、循環器病の都道府県の取組みに、ばらつきが生じることへの懸念が相次いだ。全日病副会長の美原整委員は、都道府県計画を策定する際に開く協議会について、「都道府県には多くの医療関連の協議があるが、縦割りで運用されている印象がある。厚生労働省はそれぞれの取組みが統一的に運用され、整合性をもつように働きかけてほしい」と求めた。

ウェブを活用して新たな付加価値を発信

—広報媒体の変化に対応し、全日病の存在をアピール



広報委員会委員(織田病院評議員/株式会社ナレッジハンズ 代表取締役) 井内 徹

「全日病の委員会」シリーズの第7回は、広報委員会の取組みを紹介します。井内徹委員に、寄稿していただきました。

全日本病院協会における広報の目的を再定義

広報委員会は、会員病院への情報提供として「全日病ニュース」の発行、ホームページ(以下、HP)の充実と更新情報のメールでの通知、全日病学会における委員会企画での病院広報事例発表、HOSPEX Japanでの講演企画などを行っている。

現在、当委員会では、HPのリニューアルを行っているが、そもそも全日病において「広報」が達成すべき「目的」は何か、との議論が活発になっている。

「広報」により達成する「目的」が異なれば、「広報」によって提供する情報自体も異なり、また、訴求すべき対象者(ターゲット)が、一般(患者)向け、医療従事者向け、病院経営者向けなのか、によっても広報の内容自体が大きく変わってくるからである。

当委員会内においても明確な結論にはたどり着いていないが、「広報」活動の重要な「目的」として、以下のI~IIIの点に沿って、説明していく。

I. 鮮度の高い、わかりやすい医療制度や病院経営に関する情報提供

医療制度や病院経営に関する情報提供は、主に「全日病ニュース」において取り組まれているが、内容のさらなる充実について、常に委員会にて議論が交わされている。

全日病ニュースでは、医療制度や厚生労働省での各種検討会の状況をわかりやすく伝えるだけでなく、病院経営における経営課題の解決に結びつく事例をまとめた記事などの掲載を増やし、幅広い内容の記事を提供することを考えている。例えば、病院の経営改善や診療報酬制度に関する内容をまとめた「病院事務長シリーズ」、

広報に関する取り組みを記事にした「病院広報シリーズ」、若手経営者の取り組みを紹介する「若手経営者シリーズ」なども掲載し、病院経営について様々な角度から記事掲載を行っている。さらにICT利活用に先駆的な病院から学ぶ「ICT利活用シリーズ」、地域密着型病院における地域連携を考える「地域連携シリーズ」などの連載も開始している。

今後も「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」、「BCP」等の連載企画を準備中であり、各種企画シリーズとしてインタビュー形式で会員病院の生の情報を発信することとしている。

また、新しいHP上では、読み手の利便性を高めるため、全日病ニュース発刊と同時に、HP上での記事閲覧が可能となる機能や過去の全日病ニュース記事を検索できる機能を追加するようHPの改修を予定している。鮮度の高い情報を「紙媒体」だけでなく、「ウェブ」上でも閲覧、検索が可能となることで、今までよりも幅広い読者を得ることに繋がり、全日病の存在をより深く知って頂くことにもなると考えている。

II. 広く研修参加を促すための研修告知/研修内容説明

研修事業は、全日病を安定的に運営していくための最も重要な事業の一つである。しかし、研修参加者に対するアンケートを集計すると(図1)、参加のきっかけとして「上司の命令」を挙げる方が多く、全日病の理事や委員会メンバーが経営されている病院からの参加者が顕著に多いという特徴がある。言い換えれば、残念ながら、2,500を越える会員病院から広く研修参加者を集められる状況になっているとは言えず、研修に関する「広報」のあり方を見直していかなければならないと認識している。

アンケート結果を踏まえて、当委員会では、以下の①~③の新しい取り組みを考えている。

①実施予定の研修をより見やすいHPへの改修

HP上の研修情報は、HPのトップ画面からは階層を下って、情報を探す必要があり、すぐに研修情報に行きあたらないという問題があった。そこで、同じドメイン内に、研修専用ページを立ち上げ、研修情報をより見やすく再整理する。

また、今までHP上で、年間を通じて、どのような研修がいつ頃開催されるかの網羅的な情報提供ができていなかった。病院によっては、研修参加の予定を年度開始前後に決定する病院も多く、病院の研

修予定策定のタイミングと情報提供のタイミングをできる限り合わせ、見やすい年間研修スケジュールなども掲載することで、情報の把握を容易にするよう改善していく。

資格別やカテゴリー(「経営者」、「医師」、「看護師」、「医療従事者」等)別に研修をスクリーニングする機能や、過去研修に参加された方へのインタビュー(声)や写真・動画なども豊富に掲載し、研修の内容が具体的に伝わりやすい仕組みの導入も進めている。

②研修参加者を集めるために、過去参加者へのアプローチ

研修に参加された方へのアンケート結果を見ると、研修内容に満足されている方も多し。研修内容に満足されている過去の参加者に対して、次回の研修参加者を紹介してもらう目的で、過去参加者へ研修実施の通知をメール等で行っていくことも考えている。まさに、過去参加者からの勧め(口コミ)で、研修者を増やしていけば理想的である。

③SNSによる研修情報の提供やインターネット広告の活用

近年、一般企業が開催する研修は、広報媒体ツールとして、HPへの研修内容の掲載だけでなく、SNSの活用やSNSへのインターネット広告掲載によって集客を図っている研修も増えている。SNSの普及により、同じ資格者、同じ興味を持ったグループなど特定のターゲットに、直接情報提供(広報)することも可能であり、広告予算も安価で抑えられる。

また、ネットを介して広報を展開することで、会員病院の医療従事者へ直接アプローチすることも可能であり、さらに全日病会員病院以外の医療従事者への訴求も可能となる。

当委員会も時代の変化を敏感に感じながら、今後も広報のあり方を考えていく必要があると思っている。

III. 広報活動による新しい付加価値の提案

①HP上での会員病院への受診誘導(アイデア)

全日病のHPのアクセスを分析すると、HP上の「みんなの医療ガイド」のアクセス数が圧倒的に多いことがわかる。その「みんなの医療ガイド」を閲覧しているウェブユーザーは、全日病関係者や医療従事者というよりも、病名や医療用語を検索して「みんなの医療ガイド」に誘導されてきた一般の市民である。しかも、そのアクセス数はHPの充実を図ってきた成果もあり、増加傾向を辿っている。

一方で、アクセス数が増加している恩恵を全日病やその会員病院は十分享受できていないとも言える。一般市民によるアクセス数の増加を、何らかの成果に繋げていくため、HP上に新しい仕組みを導入することを予定している。

その仕組みとは、例えば、「熱中症」で検索してきた方が「みんなの医療ガイド」の「熱中症」記事に辿りついた場合、スマホの位置情報を「ON」にしている方に対して、近くで「全日病会員病院でかつ熱中症の診察が可能な病

院」の情報を、HPの地図上で提示することができる機能である。

実現するためには、事前に会員病院にどういった疾病の診察が可能か、そもそもこういったサービスを利用したいか、など会員への同意も含めた事前調査が必要ではあるが、このような新しい付加価値提案を今後もHPを通して積極的に発信していきたいと考えている。

②HP上での新しい切り口での情報提供

新しい取り組みとして、2018年より大手ゼネコン(賛助会員)とタイアップし、新病院の建築事例を全日病HPで公開する取り組みを始めた。今後、新しい病院建築を考えている経営者や担当者の参考になればと考えている。他の大手ゼネコンとのタイアップも重ねながら、多くの事例を集めることができれば、病院建築という最重要課題に対する参考材料になるのではないだろうか。

最後に 広報委員会の活動と病院広報

「広報」媒体は、この10年で「紙媒体」から「電子媒体」に大きく変化を遂げてきている。その時代の変化に適応し、限られた予算の中で、必要とされている情報を効率的に特定のターゲットに届ける仕組みが必要である。

病院の広報においても、ウェブ上での情報展開の得手不得手が患者数に如実に差ができる時代になっており、広報委員会にて考えている「広報」に関する論点と、「病院広報」が考えるべき論点は、全く同じではないか、と感じている。「病院広報」においても、まず広報の「目的」を議論し、その目的に沿った形で、紙媒体、電子媒体の情報内容を考える。

また、HPやSNSでの情報提供がより重要となっており、電子媒体上の情報鮮度をいかに高めていくかが重要なポイントである。

加えて、AIやウェブ機能を活用した新しい広報活動のアイデアを出していくことや地元企業との連携なども重要な論点だろう。

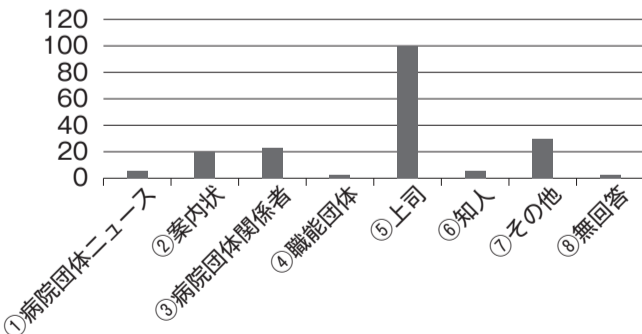
ただ一方で、時代が変化しても、常に問われるのは、情報の質であることも自明の理である。医療制度の変化に関する新鮮な情報提供、病院経営の一助となるような具体的な実践例、満足度の高い研修情報など、高い情報の質が保たれるよう当委員会では引き続き活発な議論を展開し、新しい取り組みにも果敢にチャレンジしていきたいと考えている。

広報委員会・委員

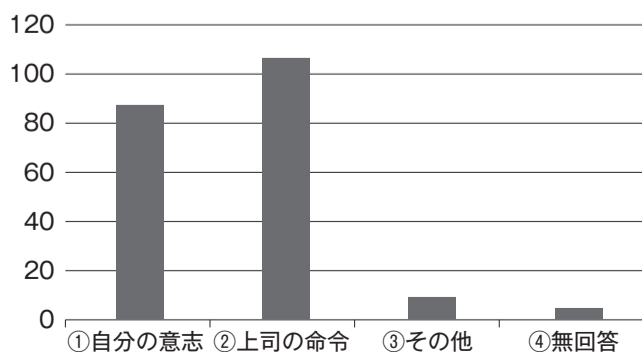
委員長	高橋 肇
副委員長	小森 直之
委員	井内 徹
委員	石川 賀代
委員	江口 有一郎
委員	黒澤 一也
委員	竹川 勝治
委員	田中 志子
委員	細川 吉博
特別委員	高橋 泰
担当副会長	織田 正道

図1 研修参加者に対するアンケート結果から (2018年6月23・24日)

Q. 研修会は何で知りましたか?



Q. 参加した理由



2種類の抗体検査が「陽性」で新型コロナの感染防ぐ

厚労省 住民への抗体検査で中和抗体を確認

厚生労働省は7月14日、東京都・大阪府・宮城県の住民約5,000人への新型コロナウイルス抗体検査調査について追加の調査を行い、2種類の検査試薬のいずれも陽性だった検体に、新型コロナウイルス感染を防ぐ中和抗体が確認されたことを発表した。1種類のみ陽性だった場合、検体にウイルス感染を阻害する機能はなかった。

厚労省は6月16日、東京都・大阪府・宮城県の住民への抗体検査の結果を明

らかにした。住民への抗体検査にはアボット社とロシュ・ダイアグノスティクス社の2種類の検査試薬を使用し、いずれも陽性だった人(東京都0.10%、大阪府0.17%、宮城県0.03%)を「抗体あり」とみなした。

その時点では、新型コロナウイルスの抗体を持つ人が、新型コロナウイルスに再び感染することがないのかがわかっていなかった。

その後、国立感染症研究所で、抗体

がウイルス感染の阻害機能をもつかの検査を行った。その結果、前回の調査で「抗体あり」とした、【2種類いずれの検査試薬でも陽性】の検体では、ウイルス感染を阻害する機能をもつ「中和抗体」が確認された。

1種類のみ陽性で、もう1種類で陰性だった人には、中和抗体が確認されなかった。厚労省によると、1種類のみ陽性だった場合は、◇新型コロナウイルスの抗体はもっているものの、そ

の抗体に再度の感染を防ぐ機能はない◇抗体検査の結果が偽陽性だった—のいずれかが考えられる。

厚労省の担当者は、「抗体検査を行うのであれば、一定の評価がなされている検査方法でやってほしい。それでも1種類の検査では、偽陽性が出る可能性がある」と述べている。

症状の有無と中和抗体の有無との関係は、現在研究中という。ウイルス感染を阻害する中和抗体が、どれだけ持続するかは、まだわかっていない。

医療保険制度改革の議論は年末にとりまとめ

厚労省・医療保険部会 レセプト情報の第三者提供で専門委員会設置へ

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は7月9日、病院受診時定額負担などの医療保険制度改革の議論のとりまとめを年末に行うことで合意した。全世代型社会保障検討会議の最終報告が年末に延期されたことを受けた対応。

政府の全世代型社会保障検討会議は当初、夏に最終報告をまとめる予定だった。それに合わせて、医療保険部会は最終報告に向けて、後期高齢者の自己負担割合の引上げや病院受診時定額負担のあり方などの医療保険制度改革の議論を進めてきた。

しかし、新型コロナウイルス感染拡大の影響で、全世代型社会保障検討会

議の最終報告が年末に延期されたため、医療保険部会も議論のとりまとめを年末に延期した。次回、医療保険の制度改革について具体的な議論を再開する。

全世代型社会保障検討会議が6月25日にまとめた第2次中間報告では、少子化対策として不妊治療の経済的負担を軽減する方針を打ち出した。体外受精や顕微授精など、高額な医療費がかかる不妊治療の費用を助成するとともに、「適用症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する」と明記。今年度に不妊治療の実態調査を行うとした。

さらに、効果的な治療に医療保険を適用することも含めて、経済的負担の

軽減を図る方策について調査研究を行うとした。

これについて、「不妊治療を保険適用にする場合は、既存医薬品を保険適用から外すなど、幅広く議論してほしい」、「少子化対策なら、正常分娩も含めて保険適用とすることを検討すべき」などの意見が出された。

専門委員会の立ち上げ了承

同日、医療保険部会は「匿名レセプト情報等の提供に関する専門委員会」を立ち上げることを了承した。

高齢者の医療の確保に関する法律が昨年改正され、今年10月1日からNDBと介護DBの連結解析が可能になる



とともに、研究機関等の第三者にデータを提供する規定の整備を行うことになった。

第三者に匿名のレセプト情報の提供を行う場合には、あらかじめ社会保障審議会の意見を聞くことになっている。その検討を行うための専門委員会を、医療保険部会の下に立ち上げる。

専門委員会の審議は非公開となる予定だが、委員からは議事録の公開を求める意見が出された。

オンライン資格確認を医療扶助でも活用

厚労省・医療扶助検討会 頻回受診対策なども検討課題

厚生労働省の「医療扶助に関する検討会」は7月15日、初会合を開催した。座長には尾形裕也・九州大学名誉教授が就任した。マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認の医療扶助制度での活用を検討する。検討結果を踏まえ、厚労省は来年、生活保護法改正案を国会に提出する予定だ。

医療保険制度でマイナンバーカードを活用したオンライン資格確認制度が来年3月から始まる。政府は昨年12月、「新デジタル・ガバメント実行計画」を閣議決定し、医療扶助に対応したオンライン資格確認について、地方との協議を経て、2021年度中に環境整備・システム開発を進め、2023年度から本格運用を行う方針を示していた。

同検討会は、この閣議決定を踏まえ、医療扶助制度に対応したオンライン資格確認について制度的・実務的な課題を整理する。さらに、医療扶助について頻回受診者等の適正化対策も検討課題とする。

検討会は今後、年内に2回程度開催し、オンライン資格確認に関し、中間とりまとめを行う予定だ。それを踏まえ厚労省は来年、生活保護法改正案を国会に提出する考え。その後も、頻回受診対策等の適正化やその他の課題について議論を続ける。検討会の開催は、昨年度のうち初会合を行う予定であったが、新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、延期されていた。

適正化対策では慎重な議論求める

委員からは、オンライン資格確認を医療扶助に関しても活用することに対しては、賛意を示す意見が相次いだ。その上で、資格確認以外の医療扶助の事務手続きにおける煩雑さの解消を求める意見があった。一方、日本医師会の松本吉郎委員は、「運用の選択肢の一つとして位置づけ、対応できない医療機関が淘汰されないように柔軟な運用をお願いしたい」と留意を求めた。

また、松本委員は、頻回受診などの

適正化対策について、「真に必要な医療の受診までも抑制されてしまい、長期的にみるとむしろ医療費が増えることもある」と指摘し、慎重な検討を行う必要性を主張した。

そのほか初会合では、「高齢化により長期的に医療扶助費が増加する問題と、頻回受診や長期入院の問題は、分けて考えるべき。今後、予想を超えて生活保護受給者が増える可能性もある」、「生活保護を受けている人達は、健康状態も悪い傾向がある。受診の回数も多くなるし、入院の期間も長い場合がある。できるだけ実態に即して丁寧に見る必要がある」などの意見が出た。



病気の自覚ある人が男女で減少 2019年国民生活基礎調査を公表

厚生労働省は7月17日、2019年国民生活基礎調査を公表した。病気やケガの自覚症状のある「有訴者」の人口千人当たり人数が、2016年の305.9人から2019年は302.5人に減少した。有訴者は男性より女性が多い。75歳以上では、男性が480.5人から477.3人、女性が522.5人から508.6人に減った。

傷病で通院している人は404.0人。男性が388.1人、女性が418.8人。傷病別では、男性は「高血圧症」が最も高く、次いで「糖尿病」、「歯の病気」、女性は「高血圧症」が最も高く、次いで「脂質異常症」、「眼の病気」となっている。

介護の状況では、要介護認定者のいる家族構成は「核家族世帯」が40.3%で最も多く、次いで「単独世帯」が28.3%。介護が必要となった主な原因は、要介護者では「認知症」が24.3%で最も多く、次いで「脳血管疾患」が19.2%。

2018年の1世帯当たり平均所得金額は、「全世帯」が552万3千円。「高齢者世帯」が312万6千円、「高齢者世帯以外の世帯」が659万3千円。

2020年度 第4回常任理事会の抄録 7月18日

- 【主な協議事項】**
- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 宮城県 医療法人社団北社会船岡今野病院 理事長 佐藤 和宏
 - 大阪府 学校法人大阪医科大学附属病院 院長 南 敏明
 - 宮崎県 医療法人慶明会おび中央病院 院長 松尾 佳一郎
 - 他に退会が3件あり、在籍正会員数は2,552会員となった。
 - テレワーク規程の制定を承認した。

- 就業規則の改正を承認した。
 - WEB会議運用内規の制定を承認した。
 - 全日本病院協会ホームページリニューアルについて議論した。
 - 2020年7月豪雨に関する見舞金を支給することを承認した。
- 【主な報告事項】**
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、総会」、「循環器病対策推進協議会」、「厚生科学審議会がん登録部会」などの報

- 告があり、質疑が行われた。
- 令和元年度医療業高齢者雇用推進委員会報告が報告された。
- 2020年7月豪雨災害における中間報告が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能
 - 【3rdG:Ver.2.0】～順不同
 - 一般病院1
 - 石川県 恵寿金沢病院 更新
 - 沖縄県 宜野湾記念病院 更新
 - リハビリテーション病院
 - 福岡県 田川新生病院 更新
 - 慢性期病院

- 埼玉県 上尾中央第二病院 更新
- 熊本県 桜十字病院 更新
- 精神科病院
 - 大阪府 浅香山病院 更新
- 6月5日現在の認定病院は合計2,160病院。そのうち、本会会員は867病院と、全認定病院の40.1%を占めている。
- 討議事項として、「新型コロナウイルス関連」をテーマに意見交換を行った。

9月までの診療報酬改定の経過措置の延長求める

日病協・代表者会議 3月以前の新型コロナ対象経費も支援を要望

日本病院団体協議会は7月17日に、代表者会議を開催した。新型コロナの影響により病院経営が悪化し、感染症対策への対応も続けられている中で、経過措置が9月30日までとなっている2020年度診療報酬改定の項目について、経過措置を継続することを、厚生労働省に要望することを決めた。また、第二次補正予算で医療機関に対する感染防止対策への支援が3月31日以前に遡って、受けられることも要望する。

2020年度診療報酬改定では、様々な経過措置が設けられている。2021年3月31日までのものが多いが、2020年9月30日までの項目もある。特に、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法」や紹介状なしの病院受診時定額負担の対象病院拡大の10月1日からの実施は、病院経営に直結する可

能性がある。

同日の代表者会議では、2020年度改定で「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法」の厳格化への対応が、新型コロナによる患者減の影響で想定通りに行えなくなり、新たな基準を満たせず、急性期一般入院料を変更せざるを得ない病院が出てくる恐れを指摘する意見が出た。

代表者会議の議長で、日本病院会の相澤孝夫会長は会見で、「すべての項目の経過措置の延長を要望するか、一部にするかなど、詳細はこれからだが、基本的な方向として、思いやりのある対応を求めたい」と述べた。

また、第二次補正で手当てされた医療機関への院内感染防止対策などの対象が、2020年4月1日から2021年3月31日までの経費であることから、2020

年3月31日以前の経費も対象とすることも要望する。「年度」という期間で区切りの予算措置の性格上、実現は難しい提案としつつも、できるだけ対応を厚労省に求める。

前回より結果が出た団体から行われている病院経営状況の報告は、全国公私病院連盟と全国自治体病院協議会からあった。また、すべての団体からの報告は出ておらず、6月以降の動向も注視する必要があることから、相澤会長は「もう少し経過をみて、全体をまとめ、報告する」と述べた。

副議長の斉藤正身・日本リハビリテーション病院・施設協会会長は、「リハビリ協会も全体の傾向を報告した。回復期が専門の病院と、ケアミックス型の病院では状況が異なることがわかった。コロナを受け入れた病院とそ

うでない病院、高度急性期から急性期、回復期、慢性期ではそれぞれ受けた影響が違い、時期もずれる。特に、回復期、慢性期は遅れて影響が出ている」と説明した。

猪口会長の後任の中医協委員に池端氏

代表者会議は同日、池端幸彦・日本慢性期医療協会副会長を中医協委員に推薦することを承認した。全日病の猪口雄二会長が、日本医師会副会長に就任し、中医協委員の辞意を表明したことに伴うもの。中医協の病院団体代表は、日病協の推薦で委員に就任しており、猪口会長も日病協の推薦を受けていた。

日病協の診療報酬実務者会議では、3名の候補者が出ていたが、「公私、分野等のバランスを考慮し」、池端副会長に一本化し、代表者会議に報告された。

地域枠の従事要件満たさない医師は専門医の認定をしない

厚労省・医師専門研修部会 専門医機構は9月に臨床研究医コースを募集

厚生労働省の医道審議会医師分科会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は7月17日、地域枠の従事要件を満たさずに専門研修を開始した場合、原則として日本専門医機構の専門医認定を行わない方針で合意した。

大学医学部が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件として選抜し、都道府県がその学生に奨学金を貸与する地域枠の仕組みでは、都道府県が指定する区域で一定の年限、医療に従事することで奨学金の返還が免除される。

専門医研修制度の採用プロセスでは、地域枠で従事要件があるかどうかは応募時点で医師が自己申告するが、その仕組みは十分に機能していなかった。

そこで、今後は都道府県の同意を得ずに、地域枠で求められる従事要件を離脱して専門研修を開始した専攻医について、原則として機構の専門医認定

を行わない方向で合意した。

厚労省は具体的な対応策として、専門研修システム登録時に医師本人の同意を得た上で、機構が都道府県に地域枠離脱に関する都道府県の同意があるかどうかについて確認することを提案した。

もし専門研修を開始後に、地域枠離脱について都道府県の同意を得ていないことが判明した場合には、専門研修中に従事要件を満たす研修を行うよう、プログラム統括責任者が適切な指導と配慮を行うべきとした。

厚労省は、今後、都道府県の意見を聞いた上で、機構に意見する見通し。

委員からは、「約束違反は厳しく取り締まるべき」と厚労省の提案に賛同する声上がる一方、「都道府県が同意せず専門医資格をとれなくなるのは大変なこと。都道府県が地域枠離脱に

不同意とする判断基準も決めるべき」との意見もあった。

臨床研究医の40人はシーリング外

日本専門医機構が専門研修制度に来年度から設置する「臨床研究医コース」について議論した。臨床医学の研究を行う人材を育成するプログラムで、初年度となる2021年度の定員は40名。各基本領域で最低1名とし、それ以上は応募者数に応じて配分する。今年9月上旬から募集を開始する予定。

専攻医は臨床研修施設で、常勤で臨床専従勤務を2年以上行う必要があるが、それ以外の期間は大学院または研究所で研究を行う。

研究開始後は労働時間の50%以上を研究に費やす。臨床研究医コース修了までは専攻医に給与が支払われ、身分が保証される。7年間の研修修了まで



に、専攻医は権威のある英文雑誌に第一著者として論文2本以上を公表しなくてはならない。

臨床研究医コースで専攻医を採用し、実質的に臨床医を増やす「シーリング逃れ」が起きることを懸念する意見があった。これに機構の大川淳参考人は、「コースの途中で専攻医が離脱した場合、その責任病院は臨床研究医コースの募集は行えないようにし、一般の専門研修の定員も削減する。シーリング逃れは絶対に許さない」と回答した。

厚労省は、臨床研究医コースについて「しっかりフォローアップし、慎重に地域医療への影響もみる」と述べた。

臨床研究医コースを周知し募集

日本専門医機構 神野理事は総合診療検討委員会副委員長

日本専門医機構の寺本民生理事は7月20日、厚生労働省の医師専門研修部会で、「臨床研究医コース」が認められたことを報告した。寺本理事長は、「研究医不足が深刻と聞いており、早急に開始したい」と9月の募集に向け、専攻医に周知する方針を示した。

一方で、「臨床研究医コースを選んでも、途中でやめてしまうことはギルティだ。その場合は、その基本領域学会、施設にペナルティを与える」と述べ、「シーリング逃れ」を防ぎ、離脱には定数削減で応じることを強調した。

2021年度の定員は40名だが、「少な

い」との意見があり、今後増やしていきたいとの意向も示された。

また、全日病副会長の神野正博理事が、総合診療専門医検討委員会(羽鳥裕委員長)の副委員長に就任することが報告された。副委員長は3名で、他2名は有賀徹・労働者健康安全機構理

事長と生坂政臣・千葉大学医学部附属病院総合診療科長となっている。

地域医療への貢献が期待されながら、専攻医数が伸び悩んでいる総合診療科も、来年度には認定医が出てくる。寺本理事長は、「やらなければならないことが山積しており、体制を固めたい」と説明した。また、他の基本診療領域では来年度に、「大量に更新が行われる」ため、専門医認定・更新委員会(大川淳委員長)の役割が重要になるとの考えも示された。

■ 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ご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
第4回TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法—研修会(40名)	2020年9月12日(土)・13日(日) 【社会医療法人恵和会 帯広中央病院】 ※新型コロナウイルスの状況により、会場変更の可能性があります。	66,000円(税込)(88,000円(税込))	同研修会は医療は社会の中で法に基づいて行われていることを再確認してもらうことが目的。「新型コロナウイルスを契機とする社会変革を切り口として」をテーマに、行政、団体、医療機関、医療従事者それぞれの立場における対応を振り返り、今後の課題と展望を検討する。
第1回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(100名)	2020年9月27日(日) 【全日病会議室】 新型コロナウイルスの関係で集合研修が難しい場合は、オンラインでの研修とします。	11,000円(16,500円)(税込)	医療事故を経験することはまれであり、事故発生後の対応は困難です。本研修会は、院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を習得することを目的としています。「医療安全管理者養成講習会」の継続認定の研修会に該当します。
第1回 医療事故調査制度事例検討研修会(60名)	2020年10月18日(日) 【全日病会議室】 新型コロナウイルスの関係で集合研修が難しい場合は、オンラインでの研修とします。	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代を含みます。	全日病は、医療事故調査等支援団体として、支援依頼に対応しています。本研修会は、医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に上げ、演習形式で制度に対する理解を深めることを目的としています。