



# 全日病 ニュース

## 2020.11.1 No.974

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

## 今後の地域医療構想の進め方の議論開始

厚労省・地域医療構想WG 感染症という「有事」への対応考える

厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は10月21日、新型コロナを踏まえ、地域医療構想を今後どう進めるかの議論を開始した。新型コロナは収束しておらず、将来の新興・再興感染症に備える必要もある。一方、高齢化・人口減少など将来の医療需要を見据え、病床機能の分化・連携を目指す地域医療構想も推進しなければならず、難しいかじ取りが求められている。

委員の交代では、全日病の猪口雄二会長が日本医師会副会長の肩書で、中川俊男・日医会長の後任として、委員に加わった。織田正道副会長は引続き、全日病代表として参加している。

厚労省は、「平時」の入院医療提供体制を想定した地域医療構想に関し、①新興・再興感染症拡大時の受入確保体制をどう考えるか②公立・公的医療機関等に対する「具体的対応方針の再検証」などへの影響③今後の人口構造の変化を踏まえ、どのような工程で議論を進めていくか—を論点とした。

なお、公立・公的医療機関等に対する「具体的対応方針の再検証」は、同ワーキンググループがすべての病院の診療実績を分析し、診療実績の乏しい

公立・公的病院に対し、再編統合の方針決定を求めたもの。当初は今年秋までに結論を示すこととされたが、新型コロナの影響で、先延ばしされた。

新型コロナの対応では、準備した感染症病床だけでは足りず、病院は一般病床を転換し、病床を確保した。病床確保の観点だけでも、感染症対応が地域医療構想の想定の見直しにつながる可能性のある問題となっている。

厚労省の論点に対し、猪口委員は、「新型コロナの感染が本格的に拡大した4月から半年経った。その間、何とか頑張って医療崩壊を起こさずにおさめてきた。今は一定の落ち着きをみせているが、収束はしておらず、病床確保を続けなくては行けない。また、予防計画や医療計画を見直し、新興・再興感染症への備えを考える必要がある。地域医療構想の議論はこれらと併存させ、うまく整理しないと、よい方向にならない気がする」と述べた。

全国自治体病院協議会会長の小熊豊委員は、「これまで『効率性』の観点で、病床をぎちぎちに制限することを目指した議論を行ってきた。しかし、新興・再興感染症に対応するには、一定程度病床に余裕がなければならない。

どの程度の範囲で余裕を持たせるべきか。その議論が落ち着くまで、地域医療構想が想定してきた議論を再開させることは難しい」と、地域医療構想の再考を主張した。

これに対して、健康保険組合連合会の幸野庄司委員は、「地域医療構想の議論は粛々と進めないと、高齢化・人口減が深刻化し、事態はより悪化する。足踏みすることなく、一步踏み出すべき。『具体的対応方針の再検証』の期限を再設定が必要」と、議論の再開を求めた。また、新興・再興感染症に対しては、地域医療計画で対応するのではなく、感染症法の予防計画を見直すことで、感染拡大時の受入体制を整備できるようにすべきとした。

一方、奈良県立医科大学教授の今村知明教授は、「今、(公立・公的病院の)再編統合の議論を急ぐと、病床に余裕を持たせた大病院を作る方向に、議論が向かいがちになる」と指摘した。

### 地域の単位をどう整理するか

織田委員は、「平時」の体制確保である地域医療構想と「有事」の新興・再興感染症への対応を、地域でどのように構築していくかについて、厚労省に



質問するとともに、意見を述べた。

まず、新型コロナが都道府県単位で病床を確保しているのに対し、地域医療構想が構想区域(二次医療圏)であることから、新興・再興感染症に備えた地域の単位の考え方を質問。厚労省は、「新型コロナは性質・規模がわからず、都道府県単位となった。地域単位をどうするかは重要な課題」と回答した。

織田委員は、構想区域だと医療資源などの地域差が大きく、連携した対応など工夫が必要とし、「有事」に迅速に対応できる「平時」の備えが大切であることを強調した。

また、新型コロナは高齢者などで重症化リスクが高まることから、年齢によりリスクが異なることへの対応も質問したが、厚労省は「それも含め、厚生科学審議会・感染症部会で議論している」と答えるにとどめた。

同ワーキンググループは都道府県の予防計画など感染症法等の取扱いを議論している厚科審・感染症部会の進捗も勘案し、議論を進めていく。議論をまとめる時期は明確にしていない。

## 初診を含めたオンライン診療を原則解禁へ

田村厚労相 安全性と信頼性がベース。映像は求める方向に

田村憲久厚生労働大臣は10月9日の閣議後会見で、オンライン診療について、「安全性と信頼性をベースに、初診を含めたオンライン診療を原則解禁する」との見解を示した。10月8日に、河野太郎・行政改革担当大臣、平井卓也・デジタル改革担当大臣との三大臣で合意した内容。ほかに社会保険診療報酬支払基金の業務効率化を進めるため、システムのクラウド化を図る方針も確認している。

医療は対面診療が原則であるが、一定の条件の下で、オンライン診療が実施されている。一定の条件は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」で定めている。ICTの発展・普及を踏まえ、定期的に見直すことになっている。一方、コロナ禍において、オンライン診療を特例的に緩和している。

特例では、指針では認めていない初診からのオンライン診療を可能として

いる。特例のオンライン診療での初診料は214点で、通常の288点より低く設定した。また、特例の診療報酬は、基本的に電話等再診料の枠組みで整理しており、実際の利用でも、画像を伴うオンライン診療よりも、電話による対応が多いとの結果が出ている。

田村厚労相は、この状況について、「当初は、コロナ禍で医療機関に行くことを非常に恐れる方々がいた。医療機関に行かないよりは、電話を含めて対応ができればよいと考えた」と述べ、本来は望ましくないが、緊急事態であったがゆえの対応であったことを強調した。

その上で、「今回の話は正常時に戻ったときの対応として、安全性・信頼性を確保し、利便性の高いオンライン診療のルールを検討するもの」であるとした。その際に、「医師がより多くの情報を得るためには、映像の方が安全

であろう」と述べ、電話のみによる初診はオンライン診療に含めないとの見方を示した。

「眼科の診療で電話のみでどれだけの情報が得られるか。情報を得ることを考えれば、これは限られてくる」と田村大臣は例示し、対面受診で得られる情報を代替できる条件を今後検討していく必要があるとした。

限られた情報で診断ができるかが重要なポイントになると指摘し、「例えば、薬に関し間違えた診断で処方することによって起こる副作用というのは、非常に恐ろしいものがある。そういうことを踏まえて検討する」と述べた。

### 現状の特例を見直し「恒久化」

特例のオンライン診療の「恒久化」は、菅義偉内閣発足時に、田村厚労相が菅首相から受けた指示の一つだ。その後、10月7日に開催された規制改革



推進会議の審議事項では、時限的措置の「恒久化」が明記された。翌日、三大臣合意がなされている。

菅首相からは、特例的な措置の「恒久化」の指示がある一方で、田村厚労相は三大臣合意により、「初診を含めたオンライン診療を原則解禁する」と会見で述べている。

これについて、田村厚労相は、さらに説明しており、現状の緊急避難的な特例的な対応のうち、「どこまでなら大丈夫なのかを検討する」と発言している。また、「一から作ると時間がかかる」ので、特例を見直す形での「恒久化」であるとした。今後さらに三大臣で、オンライン診療の仕組みの詳細を詰めていくとの考えを示した。

## 清話抄

### 日本学術会議の任命拒否に思う

日本学術会議の任命拒否に対する賛否両論がある。テレビに出演していた任命拒否された方は、日本学術会議はアカデミーと連呼されていた。

しかし、税金で運営されている組織が諸外国のアカデミーと同じであろうか? 全米科学アカデミーは非営利組

織、英国王立協会は慈善団体、フランス科学アカデミーも独立機関、ドイツ科学アカデミー・カナダロイヤルソサエティーも非営利組織である。

年間予算も日本学術会議が全額国庫負担なのに、諸外国のアカデミーは政府契約・助成金・民間寄付・会費などである。独立性を保つために多数の財源を持っているようだ。

日本学術会議は軍事目的の研究を一切禁じるとの声明を出している。そのため北大が防衛省の安全保障技術研究

推進制度に応募し、微細な泡で船の航行の抵抗を減らし燃費を10%減らす研究応募した。(これは民間応用も可能なものだったが)日本学術会議は軍事研究と決めつけ、研究を辞退させた。しかし軍事力の増強を進める中国との共同研究(千人計画など)は学問の自由だと主張し、政府干渉を拒否している。

レジ袋の有料化も学術会議の提唱だそう。レジ袋は生ゴミを入れて燃やすと良く燃えて焼却場の燃費が良くな

るし、万引きの予防にもなる。プラゴミの数パーセントのレジ袋より、ペットボトルをどうにかした方が効率的だと思う。

この際、良い機会だから日本学士院との関係も含めて日本学術会議を見直し、非営利組織として再出発したら良いのではないだろうか。そうして諸外国のアカデミーのように助成金・民間寄付・会費などで運営できれば良いのではないだろうか。

(飯田正幸)

# 主張

## オンライン診療推進の意味するところ

2020年骨太方針で「教育・医療等のオンライン化」が明記された。その中で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受け取りまでオンラインでの完結が求められ、時限的・特例的な対応として初診からのオンライン診療も解禁された。診察から処方薬の受け取りまで、オンラインで完結できれば医療施設における二次感染防止や院内感染を懸念する通院患者の受

診回避防止、さらに外来患者が激減している医療機関にとって、経営改善の効果も期待され診療プロセスのデジタル化が加速していくと思われる。

しかし、電話やオンライン診療を導入した医療機関は、全体の15%、さらに初診には6%しか対応しておらず、そのほとんどは電話を用いた診療であった。オンライン診療が普及しない理由として診療報酬の評価が低い事、日医も安全面を理由に対面診療を原則

としている事、政府も骨太方針では、「オンライン診療や電子処方箋の発行に要する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」としているが、まだ検証の段階であり、コロナ取東後に特例的・時限的措置であるオンライン診療への規制が再び厳格化される可能性がある事があげられる。

しかしながら、5G・8Kになるとリアルタイムに近づき画像も鮮明となり、診療の質が保たれるかも知れない。さらに患者は長い待ち時間に我慢することなく自由に医師や医療機関を選ぶことになり、医療サービスの主導権は、一気に患者に移り、今後、口コミ・

SNS・ホームページの重要性が増していくと思われる。8月にはオンライン診療の指針について有識者会議も再開され、診療報酬の評価・規制等について検討が始まる。さらには政府内でデジタル化を推進するデジタル庁創設も検討予定と聞く。

今後、オンライン診療を始めとする「新たな日常」構築のデジタル化は急速に進化し、医療機関にはその対応が求められていくが、「新たな日常」では新技術を活用できるデジタル専門人材の育成が将来の成長の鍵となり、今後、我々医療機関は、職員のITの知識向上に取り組んでいく事が必須である。(牧角寛郎)

# 入院医療の今年度調査でコロナの影響を把握

中医協・入院医療分科会

公表は1月中を目指す

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長、WEB開催)は10月22日、2020年度診療報酬改定の結果を検証するための2020年度調査の内容を大筋で了承した。同日の委員の意見を踏まえ、一部修正した上で、診療報酬基本問題小委員会に報告する。従来からの共通調査項目に、2020年度改定の内容とあわせ、新型コロナの影響を把握するための項目を設けたことが特徴だ。

2020年度改定の入院医療の検証は2020年度調査と2021年度調査に分けて実施する。「重症度、医療・看護必要度」の見直しなど、2020年度だけでは、改定の影響が十分に把握できない項目は、2021年度でも続けて調査を実施することになっている。

2020年度調査では、①一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直し(その1) ②地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直し(その1) ③療養病棟入院基本料の慢性期入院医療における評価の見直し(その1) ④医療資源の少ない地域における医療機関の実態—の4項目。

調査票は、「施設調査」「病棟調査」「患者票」があり、対象医療機関に配布する(右表参照)。対象医療機関は、施設区分ごとに整理した調査票の対象施設群から無作為で抽出する。「医療資源の少ない地域における医療機関の実態」の調査については、10施設程度の病院にヒアリング調査のみを実施する。

10月下旬に調査票を決定し、11月から調査を実施する。公表は3月以降としていたが、部分的に前倒しし、1月中の公表を目指すことになった。

「重症度、医療・看護必要度」など当初9月30日に経過措置が終了する予定だったが、新型コロナの影響で、2021年3月31日まで延長した項目がある。中医協として、3月31日以降の経過措置の取扱いを判断するため、3月31日までに新型コロナの影響を把握したいとの要望が出ていたため、厚生労働省は、調査結果の速報を「早ければ1月中旬に公表する」と、前倒しする理由を説明した。

### 新型コロナの把握のため項目増える

今回の調査の特徴は、「新型コロナの影響」を設けたことだ。前回9月10日の分科会で、委員から、調査票が複雑になり過ぎない程度に、新型コロナの対応状況を把握するための項目を設けてほしいとの要望が多く出ていた。このため、様々な項目を新たに設けるとともに、新型コロナの影響のあった期間が医療機関ごとに異なることを踏まえた工夫も施している。

例えば、施設調査票の「新型コロナへの対応状況」では、◇新型コロナ患者の受入体制◇新型コロナに起因する医療機関への影響◇4～10月にかけての月別の「重症度、医療・看護必要度」や平均在院日数、病床利用率などの状況◇医療提供状況の変化—などをきく。

4月以降の新型コロナ患者の外来・入院の受入体制の「有り・無し」の質

問項目は、外来は新型コロナ感染疑い患者の受入の有無、(検査対象となった患者を指し、診断がつかなかった患者も含む)、入院は新型コロナ感染患者の受入の有無(疑似症患者を含む)となっている。全日病常任理事の津留英智委員は、「外来では疑い患者とすれば、多くの病院が『有り』に該当し、入院では感染患者とすれば、『有り』に該当する病院に限られると思うが、この疑い、疑似症の判断基準の説明は十分なのか」と質問した。

これに対し厚労省は、「指摘の通りの結果になると思うが、該当患者については、外来では、院内トリアージ実施料、入院では、救急医療管理加算や二類感染症患者入院診療加算といった診療報酬の特例が算定できていることになっているので、そのような患者の受入状況を把握する」と説明した。

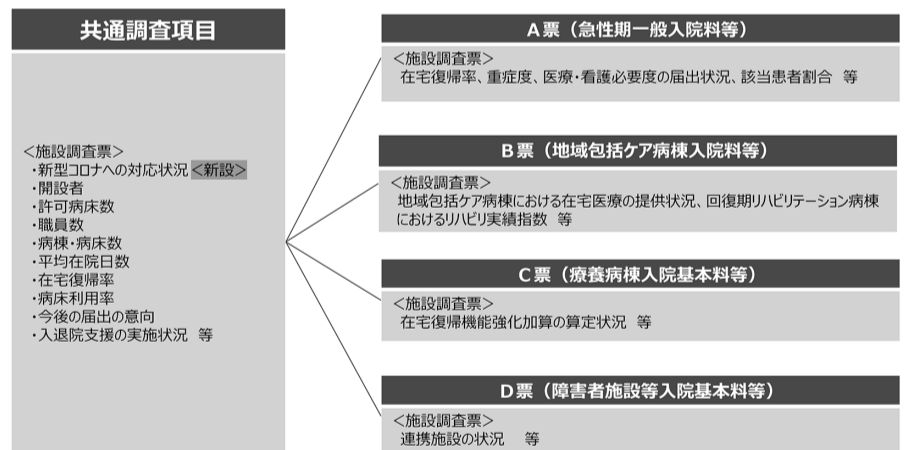
病棟調査に関しては、牧野憲一委員(旭川赤十字病院院長)から、新型コロナ患者が入院した場合の影響は、施



設全体よりも病棟ごとの違いが大きく、「重症度、医療・看護必要度」への影響などを、詳細に把握すべきとの要望も出た。しかし、新型コロナの影響を厳密に他と区別して把握することはできず、調査がさらに煩雑になることから、「施設全体のインプレッション」を捉えることにとどめるべきとの意見(山本修一委員・千葉大学副学長)に落ち着いた。

また、「医療資源の少ない地域における医療機関の実態」の項目の中に、「オンライン診療」がある。全日病会長の猪口雄二委員は、「漠然とオンライン診療のことをきいても、期待する回答が得られないのではないかと指摘。厚労省は、「実際のヒアリングでは、従来のオンライン診療と、特例によるオンライン診療の活用状況を分けて、詳細に実態を把握する」と述べた。

### 施設調査票における調査項目の概要



# 第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた議論がスタート

がん対策推進協議会

喫煙や飲酒、がん検診などをテーマに議論

厚生労働省のがん対策推進協議会は10月16日、第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた議論を開始した。今後、第3期計画の中間指標の結果を検証し、中間評価報告書を作成した上で、第4期計画への課題を抽出する。

中間評価報告書は、新型コロナの影響で当初の予定が遅れたため、日程を調整中であり、来年中にまとめるとしている。会長には、山口建・静岡県立静岡がんセンター総長が選出された。

がん対策推進基本計画は、2006年に成立したがん対策基本法に基づき、2007年6月から第1期の計画がスタートした。計画期間は5年。第3期では、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実②患者本位のがん医療の実現③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を全体目標としている。

同日は、分野別のがん予防対策のうち、「がんの1次予防」「がんの早期発見、がん検診(2次予防)」がテーマとなった。

1次予防では、喫煙や飲酒に対する対策を議論した。

喫煙については、改正健康増進法が今年4月に全面施行され、飲食店などが一部を除き、全面禁煙になった。厚労省の当初案よりも、法律が禁煙対策として後退したとの意見もあるが、正林督章健康局長は、「新規の店舗は全面禁煙であり、飲食店は2年で2割ぐらい入れ替わるので、段々と全面禁煙が増えると期待できる」と説明した。

また、20歳未満の者を喫煙できる室に立ち入らせてはいけないとの規定の影響は大きいと述べた。これらの対策の効果は今後検証し、第4期計画につ

なげる考えだ。

飲酒については、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者(ハイリスク飲酒者)の割合を下げるのが、中間評価指標に盛り込まれている。委員からは、「飲酒は喫煙ほど国民にリスクが認識されていない。アルコール依存症とあわせ、ハイリスク飲酒者への対策を強化すべき」との意見が出た。

2次予防では、がん検診の受診率や精度管理の向上に関して、中間評価指標が設けられている。委員からは、「女性や障害者のがん検診受診率の割合が男性より低い」「職種でもがん検診が義務ではなく、企業の規模や職種で格差がある」などの指摘があり、精度管理の向上とともに、早期発見に結び付くがん検診の改善策が求められた。

また、厚労省がHPVワクチンの新



たなリーフレットを作成したことが報告された。接種対象者や保護者が、接種をするかの判断ができるように、自治体が個別送付するとしている。情報提供に当たっては、積極的な勧奨とならないよう留意するとした。

委員からは、「今後何かデータが示されれば、積極的な勧奨をしてよいことになるのか」との質問があった。厚労省は、「当面、新たなデータを示すことは考えていない。積極的な勧奨をするためには、国民の理解が必要だと思っている」と回答するとどめた。

## 診療報酬改定シリーズ●2020年度改定への対応③

## ICTの活用(オンライン診療等)

医療保険・診療報酬委員会 委員 田蒔正治

ICTの活用には、PHR(個人健康情報管理)やEHR(地域医療連携ネットワーク)等もあるが、今回はオンライン診療について述べてみたい。新型コロナウイルスの感染拡大により医療現場が危機に直面し、4月16日に緊急事態宣言が全都道府県を対象に発令された。その後、一時は感染者数が減少するかに見えたが、7月から第2波に襲われ、9月中旬の全国感染者数は7.5万人に上り、感染症対策は抜本的見直しを迫られている。

この中で、オンライン診療は医療従事者や他の患者に感染させるリスクを減らし、医療崩壊を防ぐ一助となる。4月診療報酬改定ではこれまでどおり、初診は対面診療としていたが、感染拡大を受け、収束するまでの時限措置として全面解禁となった。8月5日時点の厚労省HPによると、電話・オンライン診療を実施する施設は全国に約16,000機関に上った。このうち、初診からの実施施設は約6,800機関となっている。課題として、時限的な取り扱いは感染が収束するまでの間とし、原則として3か月毎に感染拡大状況、施策の実用性と実効性の観点、医療安全等の観点から検証を実施することとなった。

## 2020年度改定における対応

2020年度診療報酬改定で、情報通信機器を用いた診療に係る要件が下記のように見直された。

## ①事前の対面診療に係る実施要件の見直し

オンライン診療料の算定要件は、改定後は「オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、同管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者」となり、事前の対面診療が6月から3月に見直された。

## ②緊急時の対応に係る見直し

改定後の算定要件に「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象とし、原則として当該医療機関が必要な対応を行うこと。やむを得ず対応できない場合は、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこと」

となった。ただし、緊急時に30分以内の対面診療が可能等の施設基準は削除された。

## ③対象疾患の見直し

これまでのオンライン診療料の対象患者に加えて、在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性なものに限る)、慢性ウイルス肝炎の患者、さらに事前の対面診療、CT・MRI撮影で一次性頭痛と診断されたが、慢性的な頭痛で定期受診が必要な患者が追加された。

## コロナ禍における臨時的対応

新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関への受診が困難になりつつある状況下において、国民・患者が安心して医療を受けることができるよう、電話やオンライン活用による診療・服薬指導・診療報酬に関する事務連絡が2月28日及び3月19日、4月10日に追記された。特記すべきは、初診から電話やオンラインにより診断や処方を行うことが可能となったことである。

さらに、電話等による診療を行う医師は過去に受診歴のない人、有りでも新たな症状に対して、その判断により診断や処方を実施できる。

留意点として、初診から電話やオンラインによる診療を行う場合、①濫用や横流しのリスクに対応するため、麻薬及び向精神薬の処方不可。②診療録や診療情報提供書等により患者の基礎疾患の情報を把握できない場合、医療の安全性等の観点から、処方日数は7日間を上限とし、ハイリスク薬の処方不可。③地域での実効あるフォローアップを可能とするため、必要に応じて対面診療への移行を促す、または事前に承諾を得た医療機関へ紹介する。

診療報酬では、表1にあるようにコロナ禍の限定的対応として、事前の診療計画は必要なく、視覚情報のない電話でも実施可能で、調剤薬局から服薬指導や薬の送付も受けられる。具体的には電話やオンラインによる初診料として214点、再診料・処方料・処方箋料はそのままで、電話等診療により以前から対面診療を受けていた慢性疾患患者の特定の医学管理料が147点に引き上げとなった。

2020年4月～6月の電話再診・オンライン診療の実績として、初診件数の比率は2:1で、年齢層では10才までの受診者が30～40%と最も多く、電

話再診は各年齢層に用いられているが、オンライン診療は50才までの若い人達が約90%を占めている。受診者の主な疾患・症状は発熱・上気道炎・呼吸器疾患・アレルギー性鼻炎・湿疹等が殆どとなっている。基礎疾患のあるケースが約60%、診療科は内科・小児科・皮膚科の順となっている。

現在、オンライン診療システムに専用システムの導入や汎用サービス(Zoom、LINE)の利用がある。システム事業者は数社あり、予約診療やセキュリティには問題なく、初期費用・月額利用料・カード決済手数料等に違いがある。課題は事前のアプリ操作が煩雑、自費の通話料等の設定で患者負担となっている。しかし、診療報酬が低く、算定対象が限られており、算定が広がらない理由となっている。

オンライン診療は過疎地における遠隔診療や病状の安定した慢性期疾患の診療にも有用であり、今後は、コロナ禍対策以後も算定要件を緩和し、診療報酬を見直して、オンライン診療の広がりを期待する。オンライン診療やPHR、EHR等の積極的なICTを活用し、医療のデジタル化とネットワーク化の促進を期待する。

表1 オンライン診療、電話等を用いた診療の点数

	算定できる診療報酬等		慢性疾患を有する定期受診患者等に対する医学管理料(※1)		
平時	対面診療	初診料	288点	疾患等に応じた医学管理料	87～1,681点
		再診料	73点		
		外来診療料	74点		
	算定可能な加算(※2)				
オンライン診療	オンライン診療料	71点	特定の医学管理料(※1)に規定された「情報機器を用いた場合」	100点	
	処方料、処方箋料も算定可				
電話等を用いた診療(電話、情報通信機器を用いた診療)	電話等再診料	73点	×		
	定期的な医学管理料を前提として行う場合は算定不可				
算定可能な加算(※2)					
新型コロナウイルス感染症にかかると見られる臨時的な扱い	対面診療	平時と同様			
	オンライン診療	平時と同様			
	電話等を用いた診療(医師が「電話等を用いた診療が可能」とした場合)	電話等を用いた場合の初診料	214点	特定の医学管理料(※1)を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療により当該計画等に基づく管理を行った場合に算定可能	147点
算定可能な加算(※2)	電話等再診料	73点			
	慢性疾患等を有する定期受診患者等に対し、全例で算定可				

※1 対象となる医学管理料は、特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料をいう ※2 乳幼児加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝等加算が算定可能

## ◆日本施設基準管理士協会からのお知らせ◆

## 「施設基準管理士」認定試験に向けたeラーニング講習

～施設基準の知識を体系的に習得でき、学習のポイントを学べます～

- 総講習時間：約8時間
- 受講料：28,000円(税別)
- 申込期間：2020年9月1日(火)～2021年1月21日(木)
- 受講期間：2020年10月28日(水)～2021年1月29日(金)

※「施設基準パーフェクトブック2020年度版」とセットでの申し込みとなります。

## 施設基準パーフェクトブック2020年度版～実務で使える届出と管理～

施設基準管理士認定試験の過去問題を初収録!

実務で使える「施設基準チェックリスト」「適時調査 調査書」のダウンロードデータ付!

- 定価：12,000円(税別)
- B5判/1,686頁
- 発行：経営書院

## 第3回「施設基準管理士」認定試験

- 開催日：2021年1月30日(土)
- 開催地：北海道/東京/大阪/福岡

※詳細は日本施設基準管理士協会ホームページをご覧ください。(https://www.shisetsukijun.org)

## 「施設基準管理士®」とは

病院が行う施設基準の届出を総合的に管理・運用する専門知識とスキルを獲得するための、日本で唯一の資格制度です。

お申し込み、詳細は下記のQRコードから確認できます

eラーニングはこちら  
日本施設基準管理士協会

書籍はこちらから  
経営書院



いずれも日本施設基準管理士協会HPでご確認いただけます

# 医師の人材紹介平均手数料は352万円、看護師は76万円

## 福祉医療機構 「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート結果公表

福祉医療機構は10月5日、「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査の結果を公表した。人材紹介会社が病院に医師を紹介する場合の平均手数料は352万円、看護師は76万円だった。年収の2割を目安に設定されていることが多い。病院全体の医業利益率が1.8%程度である中で、手数料は平均で0.38%。病院経営を圧迫している。離職率の高さや保証期間など人材紹介会社のサービスの改善も課題だ。

同調査は、全日病と日本医療法人協会の協力で実施された。全日病独自の調査結果は前号(10月15日号)既報のとおりである。全日病の調査では、医師の平均人材紹介手数料は333万円であり、福祉医療機構の集計の方が若干、高い結果となっている。

2020年5月にWEBアンケートを行い、328病院から回答を得た結果をまとめた。うち241病院が人材紹介会社を利用し、87病院は未利用だった。病院の開設主体は医療法人が227病院、社会医療法人が44病院、その他が57病院となっている。その他には、社会福祉法人や公立病院が含まれる。

回答病院のうち、医療機能別では、急性期が最も多く、全体の43%を占める。ただ、人材派遣会社を利用している病院の中では、回復期(34病院)の利用割合が最も高く、85%であった。

職種別の平均手数料をみると、医師が最も高く352万円、次いで、助産師

の116万円、薬剤師の115万円、作業療法士の90万円の順である。看護師は76万円。一方、どの職種を紹介してもらっているかでは、看護師が78%で最も高い。次いで、医師の38%、看護補助者の30%となっている(表1参照)。

手数料は、医師で100~600万円、看護師で30~124万円、看護補助者で1万円から92万円まで幅があった。

離職率は准看護師が最も高く、採用後1年以内で42%が辞める。次いで、離職率が高いのは、看護補助者の34%、助産師の27%、事務職員の24%である。医師は16%、看護師は20%。福祉医療機構は、「病院のニーズに合った即戦力を期待して、人材紹介会社を利用していると考えられるが、定着率は芳しくない」と解説している(表2参照)。

### 手数料が病院経営を圧迫

医業収益に占める支払手数料総額の比率は、徐々に上がっている。3年度とも有効回答になっている153病院でみると、直近年度が0.38%、前年度が0.36%、前々年度が0.34%だった。直近年度で、高度急性期は0.5%、急性期は0.34%、回復期は0.35%、慢性期は0.59%、精神科は0.41%であり、慢性期が最も高くなっている。

一般病院の医業利益率は平均1.8%(2018年度決算)にとどまる。四病院団体協議会などは従来から、元々低い利益率である病院経営を手数料が圧迫

していると訴えている。わずかな医業利益率を手数料が漸減させる形となっており、状況の改善が求められる。

また、直近年度の医業収益に対する手数料比率の分布をみると、0.05~0.1%未満の割合が最も高いが、2%前後の高水準の病院も一部にある。

手数料は、採用者の年収の約2割程度を目安に設定されているようだ。全体平均では23.4%。定額制も一部あるが、契約の98%において、年収に対する割合で手数料が設定されていた。

採用職員が自己都合でやめてしまった場合でも、9割の契約で「手数料の返戻の保証」がある。保証期間は3か月間が39%で最も多く、次いで6か月間の31%、1か月間の22%となっている。

手数料に対しては、99%の病院が「高い」「やや高い」と回答した。サービス内容については、約3割が「満足」「やや満足」であるのに対し、約7割が「不満」「やや不満」と回答しており、不満が少なくない状況が明らかとなった。

手数料の会計処理(勘定項目)は以下のとおりで病院により分かれる。「業務委託費・その他の経費」(31%)、「手数料」(28%)、「雑費」(16%)、「給与等の給与費・人件費」(11%)、「求人費等」(3.7%)、「広告宣伝費」(1.2%)。福祉医療機構は、「病院によりまちまちで、決算情報からの分析が困難である一因」と指摘した。

これらの調査結果に対し、福祉医療機構は、「医療分野では、職員の人員配置基準と公定価格による診療報酬があることが、他業界よりも人材紹介手数料が問題となる背景と考えられる。今後、人口減少により人材確保が困難になることが見込まれ、人材紹介をめぐる状況が悪化する」と予想した。

その上で、「適切なサービスを提供する人材紹介会社への評価、人材紹介手数料の一定の基準、保証期間の延長などについて、早急な検討が必要」と主張した。また、今回の調査結果を、人材紹介会社との折衝で活用することも提案している。

### 病院から様々な意見寄せられる

そのほか、自由記載では病院から以下のような意見があった。

手数料水準については、「(医師を除き)最近では一人100万円が目安になり割高感がある。月給くらいまで手数料が下がると使いやすくなる」、「看護師の場合、紹介料は想定年収の2割が相場だが、介護福祉士はそれよりも高く、介護職員不足の現状から足元をみられている」など、費用の低下を求める意見が多かった。

人材紹介会社に対しては、「会社の規模や信用性に関わる情報を得ることが難しい」、「前職の退職事由が十分に把握されていない。数か月から1年足らずの職歴を繰り返す求職者が紹介される。面接当日のキャンセルもある」など不満を書き込む記載が多かった。

●表1 職業別の人材紹介会社の利用状況(手数料)

職種	利用病院割合	利用病院数	利用職員数	平均利用職員数	平均手数料(万円)
医師	38.2%	92	171	1.9	351.7
歯科医師	0.0%	0	0	0.0	-
看護師	77.6%	182	1386	7.4	76
准看護師	20.3%	49	82	1.7	67.9
看護補助者	29.5%	71	254	3.6	43.3
助産師	2.1%	5	11	2.2	116
薬剤師	13.7%	33	47	1.4	115.3
理学療法士	13.7%	33	50	1.5	88.6
作業療法士	7.5%	18	32	1.8	89.5
言語聴覚士	7.1%	17	22	1.3	81.5
診療放射線技師	5.4%	13	20	1.5	78.2
臨床検査技師	7.1%	17	26	1.5	74.8
臨床工学技士	1.2%	3	9	3.0	72.7
管理栄養士	3.7%	9	15	1.7	70.3
医師事務作業補助者	1.7%	4	11	2.8	51.1
事務職員	15.4%	37	85	2.3	70.8
社会福祉士	5.0%	12	20	1.7	69.7

●表2 職業別の人材紹介会社の利用状況(離職率)

職種	累積離職率				(参考)採用人数
	1月以内	3月以内	6月以内	1年以内	
医師	0.6%	1.2%	2.3%	15.8%	171
歯科医師					0
看護師	3.7%	7.6%	12.6%	20.3%	1386
准看護師	11.0%	17.1%	24.4%	41.5%	82
看護補助者	9.8%	16.9%	23.6%	33.5%	254
助産師	0.0%	18.2%	27.3%	27.3%	11
薬剤師	4.3%	6.4%	6.4%	19.1%	47
理学療法士	2.0%	2.0%	4.0%	8.0%	50
作業療法士	0.0%	3.1%	3.1%	9.4%	32
言語聴覚士	0.0%	4.5%	4.5%	4.5%	22
診療放射線技師	0.0%	0.0%	5.0%	10.0%	20
臨床検査技師	0.0%	0.0%	7.7%	11.5%	26
臨床工学技士	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9
管理栄養士	0.0%	6.7%	13.3%	20.0%	15
医師事務作業補助者	0.0%	0.0%	9.1%	18.2%	11
事務職員	3.5%	9.4%	11.8%	23.5%	85

# 医療法人の監査報酬は654万円、社会医療法人は482万円

## 福祉医療機構 「医療法人の会計監査報酬」に関するアンケート結果公表

福祉医療機構は10月5日、「医療法人の会計監査報酬」に関するアンケート調査の結果を公表した。外部機関による監査報酬の平均は医療法人で654万円、社会医療法人で482万円。四大監査法人では1千万円を超える。同機構は、社会医療法人に対する法定監査の基準が厳しいと指摘した。

同調査は、「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査と同様に、全日病の協力で実施された。社会医療法人が27法人、医療法人が94法人の合計121法人の回答をまとめた。

医療法では、①負債50億円以上または収益額70億円以上の医療法人②負債20億円以上または収益額10億円以上の社会医療法人、あるいは社会医療法人債を発行している社会医療法人に、監査を義務づけている。

121法人のうち、法定監査対象は医療法人で15法人、社会医療法人で27法人の合計42法人。社会医療法人は回答病院すべてが法定監査対象だ。

法定監査報酬の状況を見ると、1回当たり医療法人では平均654万円、社会医療法人では482万円、全体で543万円だった。四大監査法人(あずさ・新日本・トーマツ・PwCあらた)の報酬額は特に高く、医療法人で3,200万円、社会医療法人で1,100万円だった。

四大監査法人以外の監査法人の報酬額は、医療法人で414万円、社会医療法人で522万円、全体で479万円。公認会計事務所の報酬額は、医療法人で522万円、社会医療法人で368万円、全体で410万円となっている(表参照)。

同機構は、「医療分野という特殊性が強い非営利法人に対して、内部統制

の確認を含む実効性のある監査を行うためには、四大監査法人や監査法人・会計事務所に依頼せざるを得ないとの背景がある」と指摘した。

監査報酬に対する印象では、約67%の法人が「高い」「やや高い」と回答した。300万円以上399万円以下等の場合は、「やや安い」が上回ったものの、大部分で「高い」「やや高い」が上回った。

●表 医療法人・社会医療法人の法定監査報酬の状況

	医療法人		社会医療法人		全体	
	法人数	報酬額(万円)	法人数	報酬額(万円)	法人数	報酬額(万円)
① 四大監査法人	1	3200	2	1100	3	1800
② ①以外の監査法人	8	414.4	12	521.5	20	478.6
③ 公認会計士事務所	3	521.7	8	368.1	11	410
④ 公認会計士	3	578.7	5	320.6	8	417.4
総計	15	654.4	27	481.7	42	543.4

監査期間の平均は31.4日で、監査が長期間だと高額になる傾向がある。

調査結果を踏まえ、同機構は今後の外部監査に関し、意見を述べた。

社会医療法人の法定監査基準が他の非営利法人と比べて「厳しい」と指摘。収益規模の小さい法人では、監査報酬が医業収益に占める割合が高くなることから、配慮が必要と主張した。オンライン監査の導入など、医療機関の負担軽減に関する取組みも促した。

シリーズ●先進的な病院広報活動の紹介——その⑤

# 医療・介護のデータ活用で個々の患者に応じたサービスを実現 ICTを活用した地域包括ケアシステム目指す

社会医療法人宏潤会 大同病院

民間病院の広報活動を紹介するシリーズの第5回は、愛知県名古屋市の大同病院取材した。高度急性期の医療を担いつつ、地域包括ケアシステムに取り組む同病院の広報戦略を宇野雄祐理事長に聞いた。情報システムのインフラが整備されれば、地域の医療・介護データを活用して、個々の患者が必要とするサービスを予測できるようになると宇野理事長は指摘。データを共有し、連携の仕組みをつくるのが地域包括ケアシステム構築の課題だと強調する。

## ●地域包括ケアを病院のミッションに

大同病院は、1939年に設立され、今年で81年を迎えた。高度急性期医療を追求し、命を救う医療を提供しているが、3年前に重点課題の一つに地域包括ケアシステムの構築を加えた。宇野理事長は、「病院の機能分化が進む中で、地域全体を考えないと、急性期病院としての役割が果たせなくなってきた」と、その理由を説明する。

医療の質が求められる時代となり、病院は自らの医療機能を選択し、それに必要な設備・人員を備えて機能分化するようになった。機能分化をする以上、医療機関どうしが今まで以上に強く連携しないと治療がつかない。さらに地域に安心を届けるには、病院だけでなく、診療所や介護施設を含めた医療・介護のネットワークを診療圏で構築することが求められる。

宇野理事長には、こんな経験がある。「かつて病院を退院した患者を訪ねたことがあります。退院した時は嚙下の機能が落ちていて、特養ホームに入るのかなと思っていたのですが、2か月後にデイサービスに訪ねてみるとすごく元気になっていました。リハビリや介護サービスを受けたことで元気を取り戻していたのです。急性期病院の医者は患者が退院した後のことを肌感覚で理解できない部分があります。でも、患者が退院した後のことを含め、地域全体を視野に入れることで、自分たちが急性期で提供している医療の意味が分かります」と宇野理事長は述べ、地域での患者の生活を知ることの大切さを強調した。

同病院では、地域包括ケアシステム構築を病院のミッションに位置付け、その実現に向けて広報戦略を展開している。

例えば、他の医療機関との連携を強化するための広報活動として、地域の医療関係者を対象に病院の各診療科の医師による研修会を開いたり、外部から講師を招いて講演会を開催している。また、地域住民を対象として啓発活動として、地域のコミュニティセンターに出向いて市民公開講座を開いている。

現在は、新型コロナウイルスの影響で会場に集まる形の開催は難しくなっているが、デジタルツールを活用した動画配信に切り替えて情報提供を行っている。

「感染防止の必要があり、動画配信による情報提供は受入れやすくなっています。健康情報に加え、地域包括ケアに取り組む当院の考えを広報して

います」というのは広報を担当する山口イズミ・マーケティング・コミュニケーション管理室長。

コロナの状況で30年間発行していた広報誌「みんなのひろば」をこの4月からWEBに切り替え、記事や動画を配信することにした。介護サービスの受け方や終活に関する情報まで、幅広い話題を提供しながら、地域包括ケアに向けた情報発信をしている。

こうした広報活動は、患者という集団を対象にしたマス・マーケティングだが、大同病院では、ワン・トゥ・ワンで個々の患者に対応したマーケティングツールを模索している。そんな取り組みの一つとして始めたのが、患者満足度調査の改革である。

## ●患者満足度調査をバージョンアップ

サービスの質を維持する上で大切なのは、患者の目線で病院の活動を評価し、日々の診療活動にフィードバックすること。そのための手段として多くの医療現場で、患者満足度調査が使われている。しかし、患者満足度調査はマスに対するアプローチであり、そこから具体的な対策を導き出すことは難しい。そこで、大同病院はICTを活用して患者満足度調査をバージョンアップしようと考えた。そのために導入しようとしているのが、ネット・プロモーター・スコアである。

ネット・プロモーター・スコアは、評価対象に対して0～10の11段階で回答を求め、顧客の満足度を評価する手法。6以下のスコアは改善が必要なレベルと判断される。

外来の受付から診察、検査、投薬という一連の流れの中でいくつかの評価ポイントを設定し、何が患者の満足度に影響しているかを具体的に把握しようという試みだ。患者はQRコードなどを使って、簡便な方法で評価を入力。その結果を集計することにより、改善のポイントが具体的に浮かび上がる仕組みだ。患者の声を聞く方法として院内の目安箱があるが、これをデジタル化するものといえる。

ネット・プロモーター・スコアによる満足度調査は、まもなく導入の予定だ。サービスの質の向上にどのような効果をもたらすかが注目される。

## ●デジタル化時代の地域包括ケアシステム

ネット・プロモーター・スコアを活用した満足度調査は、「個別マーケティングに向かうためのマイルストーン」(宇野理事長)だ。その先に展望するのはICTを活用した地域包括ケアの姿である。

大同病院では、患者が安心を感じられるように、「おもてなしの心」を大切にしている。その意味は、「心のこもった接遇」ではなく、「行き先をあたたく照らす」ことだと宇野理事長は説明する。

「患者さんは、治療が始まる時に、その治療によってどのようなことが起こり得るのか、治療を受けた結果、ど

んな介護サービスが必要になるのか、不安を持っていると思います。そこで医療と介護のデータを活用し、その患者が必要とする治療やサービスを予測し示すことができれば安心につながるでしょう。ICTを活用してこうした仕組みをつくることは可能であり、そのことによって、患者主体の地域包括ケアに近づくことができるはずだ」と(宇野理事長)。

患者の情報は、地域の病院や介護施設が持っている。ICT化が進めば、地域にある診療情報や介護の情報をつなげることができる時代がやってくるだろう。「そうなれば、患者の治療や介護のすべての流れがわかるようになる」と宇野理事長は予想する。

そのことは、高度急性期を担う大同病院にとって大きな意味がある。急性期の病院では、目の前の患者のことはわかるし、転院した場合も診療情報のフィードバックがあるので次の病院までのことはわかる。しかし、その後は介護が必要になって自宅にいるのか、デイサービスに通っているのかわからない。

「地域で患者の情報をつなげれば、我々が提供した急性期の治療がよかったのかということまで踏み込むことができます」と宇野理事長。

情報インフラが整備されれば、治療歴や検査結果に加え、日々のバイタルデータや生活面の情報もわかるようになるだろう。そうしたデータがあれば、個々の患者にこれから何が起こり得るかを予想することができるようになる。

「病気になって体が弱っている時に心配なのは、この先どうなるかということ。どんな介護が必要になるのか、家族も心配だと思います。その人の状況によってどんな状態が想定されるか。そのために何をすればいいかわかれば本人も家族も安心できるでしょう」(宇野理事長)。

## ●情報を活用した連携の仕組みをつくる

政府はオンライン診療を恒久化する方針を決めたが、実現するには、通信環境を含めた条件整備が必要だ。情報インフラの整備が進めば、地域において医療と介護の情報を共有できる状況が遠からず実現するだろう。

情報を活用して、実際のサービスを提供するのは地域の医療・介護の関係者である。「地域包括ケアの中で情報を活用する準備をどう進めるかが課題」と宇野理事長は指摘する。

情報共有による連携の仕組みをつくる上で、キーパーソンとなるのはケアマネジャーであろう。ケアマネジャーが連携の要として動くためには情報を持つ必要がある。

「ケアマネが何に困っているかという、医療の情報がうまく伝わってこないことです。そこでICTを使ってケアマネと診療情報のやり取りを始めようと考えています」(同)。

大同病院では、ID—linkを使って、他の病院と情報連携しているが、ID—linkの情報からケアマネが必要とするデータを抽出して、分かりやすく提



宇野雄祐理事長

供することを検討している。入院から退院までの間のいくつかの場面を選んで診療情報を提供し、ケアマネが足りないと思っている部分をサポートする考えだ。

「人は情報がないと動けない。タイムリーに情報を提供することで、ケアマネが動きやすくなる試み」である。まずは、グループ内のケアマネジャーとディスカッションを重ね、必要な診療情報と提供のタイミングを探っていくという。

ケアマネジャーが使いやすいツールができれば、他の法人を含め地域で普及していくだろう。有効なツールが実現すれば、ケアマネ全体のレベルアップにつながる期待できる。

地域包括ケアシステムは、住民を含む地域の関係者の協力関係が前提となる。大同病院が地域包括ケアに取り組む姿勢と考え方を地域の関係者に理解してもらうことが必要であり、広報活動はそのための手段であると宇野理事長は強調した。

### 【病院の概要】

所在地	愛知県名古屋市南区白水町9番地
病床数	一般394床、結核10床、計404床
開設者	社会医療法人 宏潤会
理事長	宇野 雄祐
病院長	野々垣 浩二
看護部長	都築 智美
診療科目	内科、血液・化学療法内科、糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、リウマチ科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腫瘍内科、腎臓内科、老年内科、内視鏡内科、人工透析内科、呼吸器・心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、小児科、小児科(新生児)、小児アレルギー科、小児外科、外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、精神科、緩和ケア内科、病理診断科、臨床検査科、救急科、歯科、歯科口腔外科

# 学術研究の成果を生かし、地域全体のケアの質向上に取り組む

地域包括ケアシステムを構築するには、地域の医療・介護関係者の協力関係が欠かせません。地域に根差した民間病院として、地域包括ケアシステムにどう取り組むか。群馬県伊勢崎市で、脳血管疾患の専門医療を提供する美原記念病院に地域包括ケアの取り組みを報告していただきました。

## はじめに

本院が拠点とする群馬県伊勢崎市は、人口21万3,000人の地域中核都市であり、高齢化率は24.2%で、比較的若い世代が多い地域である。

本院は、脳血管障害の急性期治療からリハビリテーション、家庭復帰までの一貫した治療を行うことを目的として昭和39年に開設された。昭和45年には文部省所管の学術研究法人として認可を受け、平成24年の公益法人制度発足に伴い、公益財団法人の認定を受けた。設立以来、脳卒中の専門病院として、質の高い医療を提供するとともに、学術研究に力を注いできた。また、研究成果を地域に還元することによって、地域包括ケアシステムの構築に取り組んできた。本稿ではその一端を紹介したい。

## ケアミックスで効率的な医療を提供

本院は、開設当初から脳卒中の専門病院として急性期医療を展開してきたが、平成の30年間で地域包括ケアシステムに軸足を移してきた。まず、平成11年の病院新築をきっかけに、ケアミックス型病院への転換を図った。一般病床を162床から45床に縮小し、急性期を強化して専門特化することにより、脳卒中の急性期から慢性期、リハビリテーションまで、シームレスなケアを院内で提供する体制を構築した。同時期に、介護老人保健施設や訪問看護ステーションを開設し、グループ内で脳卒中の治療とケアを完結する体制を構築した。

表1に本院の概要を示した。急性期病棟の45床はDPC対象であり、そのうち9床はSCU（脳卒中ケアユニット）である。障害者病棟では、神経難病の患者を対象にレスパイトケアを実施している。

表2は、本院の病棟運営実績である。人員を手厚く配置し、質の高い医療を提供するとともに、リハビリテーションの早期介入によって、短い在院日数を実現してきた。その一方で、病床利用率は全国平均を上回る実績を示している。これを反映して日当点も、全国平均を上回っている。

DPCによる病棟運営に積極的に取り組み、2012年度には機能評価係数Ⅱの順位で全国1位となった。救急医療係数、複雑性係数、効率性係数が高い

ことが本院の特徴である。

2019年度の急性期病棟の実績を紹介すると、1年間の脳外科手術は311例で、そのうちの30%が緊急手術であった。t-PA静注療法は29例、緊急血栓回収術は20例だった。

1日平均のリハビリ実施量は4.3単位、入院から3日以内のリハビリ開始率は81.6%である。

救急搬入の件数は1,289件であり、そのうち脳疾患患者が51.6%を占める。45床の急性期病棟を効率的に活用することで、多くの救急搬送を受け入れている。

二次医療圏の脳疾患患者の救急搬送に占める本院のシェアは2016年度で42%である。伊勢崎市内に限ると、月によって変動はあるものの60～90%で推移している。

医療機能を集約し中核的な病院で多くの患者に対応することが効率的であるという考え方があがるが、100%の患者を1か所に集中させることには問題がある。頻発する災害への対応を考えると、機能を分散させることにより、災害に強い体制を構築する必要がある。

中小病院が積極的に地域の医療機能を分担することによって、地域全体でレジリエントな医療体制を構築することができる。地域医療構想においては、リスクマネジメントの観点から地域におけるリソースの配分を考えるべきであろう。

## 院内完結型から地域包括ケアへ

平成の終盤に入って超高齢化社会の到来が現実のものとなると、グループ内で完結したケアを提供するだけでは地域に価値を提供することが難しい状況になった。

高齢者の医療ニーズは一つの疾患にとどまるものではなく、いくつもの疾患や障害を抱え、入退院を繰り返す患者モデルが一般的となった。脳血管疾患については、院内・グループ内で完結することで、効率的で質の高い医療を提供することができる。しかし、地域で暮らす生活者の視点に立つと見方が変わってくる。がんや心臓疾患などの病気を抱える高齢者のニーズに応えるには、グループ内に限らず、地域全体を視野に入れて医療・福祉の関係機関と連携していくことが求められる。病期を中心とした院内・グループ内連携から、生活者を中心とした地域連携重視へと発想を転換したのである。

## 研究成果を地域に還元する

ここで当法人における医療・介護体制の特徴について述べておきたい。法人の使命・意思として「急性期から在宅まで一貫した医療と介護の提供」「自宅にこだわり住み慣れた地域に還すこ

と」を目指している。このため、在宅施設は有さず、患者利用者を地域に還すことを目標としている。

また、当法人の役割・風土として、「研究機関として研究の成果を外部へ発信することを責務とし、根拠（データ）に基づく業務改善と成果の見える化」に取り組む、質の高い医療を目指してきた。

一例をあげると、本院の障害者病棟では在宅支援の一環として、在宅でケアする家族の休息のために病院で一時的に預かるレスパイトケアの入院を受け入れているが、この関係で他の法人の在宅ケア部門と連携が必要となる。パーキンソン病やALS患者のケアには専門的なスキルが必要であり、スムーズな連携のためには、地域全体のケアの質の向上が必要である。このため当法人の職員を派遣して講習会を開き、専門職のスキルの向上に取り組んでいる。

こうした取り組みは当法人の設立の理念に基づいて行っていることであるが、地域の医療・介護関係者と信頼関係をつくり、地域包括ケアシステムの構築する上で大切な取り組みであると考えている。

外部に発信する取り組みは、大別して、①行政・他の法人、②医療機関・専門職、③地域住民の三つの層があるが、このそれぞれに対して地域包括ケア構築の目的で情報発信していることが本院の特徴であると考えている。

地域住民に対しては介護予防教室などの啓発活動を実施しているほか、地域の医療機関や専門職に対して講師を派遣して講演会や研修を実施している。行政にも積極的に働きかけ、意思疎通を図っている。

こうした活動の一つである「伊勢崎市の地域包括ケアを考える会」の経緯を述べることで、当法人の地域包括ケアに対する取り組みを説明したい。

## 行政のリーダーシップを待たず主体的に動く

2012年は地域包括ケア元年といわれるが、伊勢崎市においても地域包括ケアシステムの構築を目指して介護保険事業計画が策定されることとなった。しかし、市が作成した計画は、決して満足できるものではなかった。国が示したモデルがそのまま使われていたほか、地域ケア会議の取組みも不十分だった。また、地域包括支援センターを民間委託する計画がなく、市役所内に1箇所のみ地域包括支援センターが設置されているだけでは市民のニーズに応えることは難しいと考えた。

そこで、介護事業所を有する医療関係者が中心となって行政に働きかけようと、2014年8月に「伊勢崎市の地域包括ケアを考える会」を発足させた。当法人の理事長である美原樹は当時、「地域包括ケアは、住民が当事者であり行政に頼るだけではない。自分たちの街は自分たちでなんとかしていかねばならない」と述べている。地域包括ケアを進めるに当たって、行政のリーダーシップを待っているだけでは、住民が望む地域を作ることにはできないだろう。



美原記念病院の外観

表1 美原記念病院の概要

【標榜】脳神経内科・脳神経外科・循環器内科・リハビリテーション科 整形外科・内科・外科・放射線科

【病床】4病棟189床

- 急性期病棟（DPC対象）：45床（SCU9床含）
- 回復期リハビリテーション病棟：83床（2病棟）
- 障害者施設等一般病棟：45床
- 地域包括ケア病床：16床

【機能】在宅療養支援病院（県からの委託業務）認知症疾患医療センター（市からの委託業務）初期集中支援チーム（法人）

【施設】介護老人保健施設、訪問看護ステーション、ケアプランセンター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、診療所、特別養護老人ホーム

【職員】480名

【理念】脳・神経疾患の急性期から在宅まで一貫した医療介護の提供

「考える会」の活動の結果、地域包括支援センターの民間委託の道が開かれ、2015年8月に地域包括支援センターの増設が決定。2016年度から、市内9圏域で地域包括支援センターが民間委託された。その中の一つとして本院もセンターを受託した。

「考える会」の活動により、地域包括支援センターの複数設置が実現し、地域包括ケアの拠点を作ることができた。

その後、「考える会」は活動の幅を広げ、市内9圏域の地域包括支援センターの受託法人に声をかけ、医療系の法人だけでなく社会福祉法人も加わり、活動を進めている。

さらに会の活動を拡大するため、事務連絡会、法人連携部会、生活支援部会の三つの部会を設置した。法人連携部会では、介護事業者向けのBCP作成セミナーを開催している。

このように「考える会」は、地域包括ケアの機動力になり、街づくりの一端を担う活動を展開している。

地域包括ケアシステムを構築するためには、座して待っているのではなく、自分たちが主体的に動くことが大切である。行政のリーダーシップを期待して待っていても道は開かれない。与えられた条件の中で、自分たちができることに最大限に取り組むことが地域包括ケアシステムに参画していくために必要ではないかと考える。

表2 病棟運営実績(2019年度)

病棟	平均在院日数(日)		利用率(%)		日当点(点)	
	本院実績	全国平均	本院実績	全国平均	本院実績	全国平均
SCU	4.1	—	86.8	—	13,330	—
急性期病棟	8.6	11.9	91.9	81.0	6,603	4,466
回復期リハビリ病棟	58.2	67.5	95.0	88.2	3,896	3,632
障害者病棟	25.8	259.5	96.2	89.7	3,268	2,429
地域包括ケア病床	24.0	27.6	96.1	81.5	3,312	2,905

# 不妊治療の保険適用の範囲拡大で意見が一致

## 医療保険部会 年内に保険適用に向けた工程表作成

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は10月14日、不妊治療の保険適用を議論し、保険適用の範囲を拡大する方向で、委員の意見が一致した。10月15日に開催された全世代型社会保障検討会議では、菅義偉総理が発言し、少子化対策としての観点を含め、年内に不妊治療の保険適用に向けた工程表を策定する方針を示している。

菅内閣で9月16日に閣議決定された基本方針に、不妊治療への保険適用を実現することが盛り込まれた。これを受けて、厚生労働省は医療保険部会に、不妊治療の流れに関して、保険適用の範囲と適用外の部分を整理して示した(図表参照)。

検査と、不妊の原因となる子宮内膜症や排卵障害、精管閉塞などの治療は現在も保険適用の範囲となっている。

これらの治療が奏功しなかった場合に実施する人工授精は、保険適用外で自由診療として実施されている。そのうち「特定不妊治療」と規定されている体外受精や顕微授精などの治療法には、2004年から「不妊に悩む方への特定治療支援事業」として費用の一部を助成する仕組みがある。

委員からは、保険適用の範囲を現状より拡大する方向に賛成する意見が多数上がった。

日本医師会の松原謙二委員は、不妊治療の保険適用を拡大する政府の方向に歓迎の意を示した。

保険者の委員からは、不妊治療の保険適用の方向には賛成するものの、保険適用範囲については、現在集計中である、最近の治療実施件数や費用の状況などを把握するための実態調査を踏まえて、慎重に検討するよう求める意見が出された。

日本慢性期医療協会の池端幸彦委員

は、保険適用範囲を人工授精などに拡大した場合でも、そこで行われているすべての医療技術が保険適用になるわけではないことから、混合診療となってしまうケースがありうると指摘。一方で、この議論が混合診療の拡大につながるよう求める意見も出た。

### 全体の6.2%が不妊治療で出産

厚生労働省の資料によると、保険適用外で特定不妊治療支援事業の対象となる不妊治療の平均領収金額は、体外受精で約38万円(13~110万円)、顕微授精で約43万円(6~145万円)。

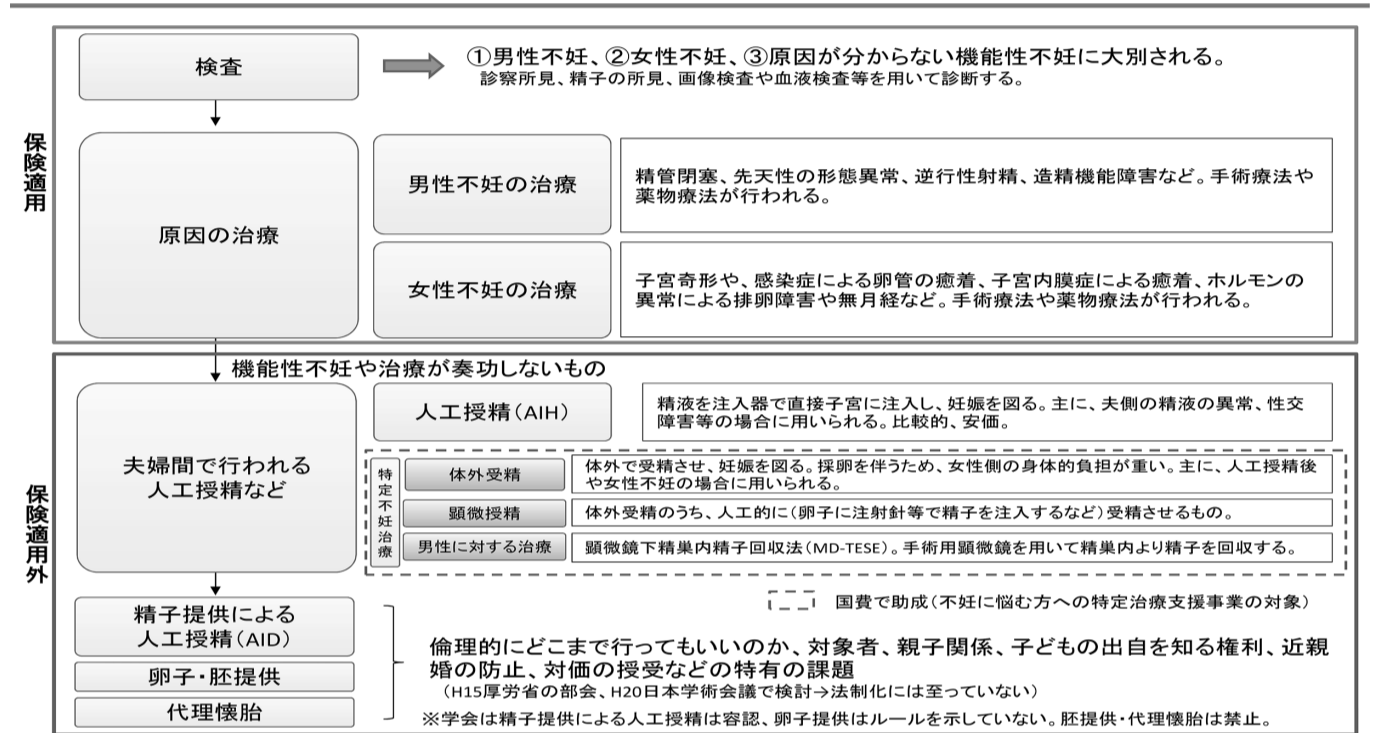
特定不妊治療支援事業の給付は1回15万円(初回の治療に限り30万円まで助成)。妻の年齢が40歳未満であれば通算6回まで、40歳以上43歳未満であ

れば通算3回まで助成対象となる。所得制限は夫婦合算で730万円。補助率は国と自治体の半々で、政府の一般会計では今年度151億円を当てており、来年度は拡充が検討されている。

また、10月15日の全世代型社会保障検討会議では少子化対策がテーマで、不妊治療の保険適用が議題となった。

内閣府の示した資料によると、2015年のアンケート調査で、「子どもができないのではないかと心配したことのある夫婦」と回答した夫婦は35.0%、実際に検査・治療を受けたことがあると回答した者は18.2%。体外受精等による出生児数は年々増加しており、2018年では出生数92万人に対して5.7万人。出生数全体の6.2%を占め、少子化対策としても、重要な課題である

### 不妊治療の流れ(概略図)



# 病院機能評価の受審支援モデル病院を公募

## 病院機能評価委員会 認定病院1,000を目指して中小民間病院の受審をサポート

病院機能評価委員会(木村厚委員長)は、病院機能評価の認定率向上キャンペーンの一環として実施している受審支援相談事業の2021年度のモデル病院を公募している。同事業は、受審を希望する病院に対し、全日病の経験豊富なアドバイザーが無料で準備から受審までの約1年間をサポートするもの。受審までのプロセスをドキュメント化・公開することによって、受審を考えている病院に参考にしてもらうこと

を目指している。

2020年度は、香川県の榎村病院(37床)がモデル病院となり、現在受審に向けて準備中だ。アドバイザーが訪問・支援している模様を全日病ニュースに報告いただいている。

日本医療機能評価機構が実施する「病院機能評価」は、医療の質の向上を図るために、第三者機関の立場から病院の質と機能を評価するもの。全日病では、「認定」が最終的なゴールでは

なく、受審認定を契機に「継続的な質改善」に取り組み、患者が安心して医療を享受できるとともに、職員が働きやすく地域に信頼される病院になるための仕組みと考え、これまでセミナー開催などを通じて会員病院の認定率向上に努めてきた。

現在、会員2,547病院のうち認定病院は868病院(10月現在)。病院機能評価委員会は1,000病院を目標に設定し、2020年度から3年間で「認定率向上

キャンペーン」を実施し、目標達成に向けて取り組んでいる。

中小の民間病院では、「人がいない、時間がない、お金がない」が受審しない理由となっている。病院機能評価委員会は、丁寧なサポートを通じて、中小民間病院の認定を進め、医療の質の向上に取り組む考えであり、受審を検討している病院にモデル病院の応募を呼び掛けている。

公募の対象は、①病床数200床未満の未認定の病院で、②2022年3~4月頃に受審が可能な病院(種別：一般病院1)。応募を希望する病院は、12月4日までにFAXにて申し込む。詳しくは、全日病のホームページを参照。

### 2020年度 第6回常任理事会の抄録 9月26日

#### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 兵庫県 医療法人美翔会姫路愛和病院 理事長 妻鹿 成治
  - 岡山県 一般財団法人共愛会芳野病院 理事長 藤本 宗平
 他に退会が3会員あり、正会員数は2,547会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
  - 東京都 医療法人社団東京桜十字新宿桜十字クリニック 院長 山田 育弘
 この結果、準会員数は合計97会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。

- 株式会社ジャパンリムジンサービス(代表取締役 柿内裕一) 賛助会員は合計108会員となった。
- 医療・介護における個人情報保護Q&Aの改訂出版について承認した。
- 寄附金等の配分に関する取扱(内規)を承認した。
- 第62回全日本病院学会 in 岡山の参加費徴収方法の変更について協議し、施設単位の徴収とする方向で検討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総会、入院医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討

- 会」、「社会保障審議会医療部会」、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「新型コロナウイルス対応に関する医療関係団体及び厚生労働省による協議会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の報告があり、質疑が行われた。
- 2020年度雇用における人材紹介会社に関するアンケート結果について報告された。
- 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 熊本県 天草第一病院 更新
    - 一般病院2 神奈川県 新百合ヶ丘総合病院

更新

- 一般病院3 福岡県 産業医科大学病院 更新
- 8月7日現在の認定病院は合計2,150病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の40.4%を占める。
- 日本医機能評価機構・医療の質向上のための体制整備事業(厚生労働省補助事業)運営委員会(医療の質向上のための協議会)について報告された。
- 新型コロナウイルス感染症対策予備費による医療機関への更なる支援について報告された。

# 臨床研究医の応募は定員40人に対し27人

## 日本専門医機構 関係者は様子見の気配。身分保障への不安も。

日本専門医機構の寺本民生理事長は10月19日に会見を行い、今年から始まった臨床研究医コースの採用結果と、通常の専攻医募集のスケジュールなどを報告した。サブスペシャリティ領域の認定作業も、来年3月までに調整を終え、来年9月頃に審査を実施する方針が示された。

今年から始まり、9月23日に募集を開始した臨床研究医コースは10月中旬に期限を迎えたが、定員40人に対し、応募は27人だった。

地域別では、東京が15人、大阪が5人、福岡が3人、京都が2人、広島1人、長崎が1人。診療科別では、内科が7人、皮膚科が5人、小児科が4人、泌尿器科が3人、精神科が2人、整形外科が2人、眼科が2人、耳鼻咽喉科が1人、総合診療が1人である。

寺本理事長は、応募が定員に満たなかったことについて、「医道審・医師専門研修部会でも指摘されたが、今年提案し、今年始めたことが、大学や専攻医が十分理解しないまま、進んでしまったことの一つだと思う。始まったばかりで不安もあり、様子見との声もきいている。不安の中身には、専攻医の(給与など)身分保障の問題がある。当然、身分は保障されなければいけない」と説明した。

また、「最初の段階で30人程の応募があったが、制度の理解が不足しており結局取下げになった応募がある」という。寺本理事長は、「来年は理解が進み、もっと増えると思う。日本の医学研究を推進するため、少なくとも40人は超えることを期待している」と述べた。

臨床研究医コースの定員が安易に増えることには、「シーリング逃れ」の懸念がある。今回は応募が少なく、応募の理由の確認も行われた。人数が増えれば、今後、対応すべき課題になる可能性がある。

### 専攻医の募集は11月4日から

通常の専攻医の募集はこれまでより遅い11月4日に始まる。2次募集は12月1日、最終調整期間は来年1月6日から1月22日まで。4月からの研修開始に支障が生じないように、最終調整期間を厳守する。今回から正式に医籍番号をIDとし、システムに入力。記録が管理されることになる。

また、今回の募集においても、都道府県別・診療科別の募集上限(シーリング)が設定されているが、「地域枠」の専攻医は、シーリング対象外となる。「地域枠」は特定地域での診療従事要件が課されているため、シーリングに

含めると、要件を満たせなくなる恐れがあるためだ。「地域枠」の専攻医が増えてきており、混乱が生じないように、関係者に周知を図る。

プログラム制とは別の、研修場所と期間を明確に定めていないカリキュラム制の周知も図る。病気など予期できない事由ではなく、出産など予定がわかる場合には、事前に登録ができるシステムに改善されたという。

### 来年9月頃にサブスペ領域を審査

多くの基本診療領域が、来年の3月までに最初の研修を終える中で、サブスペシャリティ領域の認定の議論は遅れている。同機構としては、議論の進捗を踏まえると、来年9月頃に各サブスペシャリティを審査し、最終的に2021年度中に認定を完了させたい考えだ。認定前に始まってしまふサブスペシャリティの研修については、遡及認定を行う。

各基本診療領域に対しては、関連するサブスペシャリティの学会との連絡協議会で、候補を絞り込んでもらう。例えば、内科であれば、循環器や呼吸器の学会と協議してもらう。その上で、連絡協議会による候補の是非を、同機構のサブスペシャリティ領域検討委員会で決定する。

# 社会保障費121兆5千億 医療は約40兆円で3割強

国立社会保障・人口問題研究所は10月16日、2018年度社会保障費用統計を発表した。社会保障給付費は、前年度比1.1%増の121兆5,408億円で過去最高。対GDP比は22.16%で、0.21%ポイント増えた。1人当たり社会保障給付費は1.3%増の96万1,200円となった。

社会保障給付費を部門別にみると、医療は39兆7,445億円(全体の32.7%)、年金は55兆2,581億円(同45.5%)、福祉その他は26兆5,382億円(同21.8%)となった。福祉その他のうち、介護対策は10兆3,872億円(同8.5%)。

対前年度伸び率は、医療が0.8%、年金が0.8%、福祉その他が2.3%、介護対策が2.8%で、介護政策の伸びが高い。また、政策分野別では、「高齢」が46.0%で半分近くを占める。

社会保障給付費の社会保険料や公費などの社会保障財源は、総額132兆5,963億円で、前年度に比べ8兆6,788億円減となっている。減少したのは資産収入で、年金積立金の運用実績が前年と比べ悪化したためである。

社会保障費用統計のうち、社会支出はOECD(経済協力開発機構)の基準で集計している統計だが、社会保障給付費や社会保障財源はILO(国際労働機関)の基準で示している。

# マイナンバー制度を医療・介護の資格者の人材確保に活用

## マイナンバー検討会 看護師をはじめ31職種を想定

厚生労働省は10月20日、「社会保障に係る資格におけるマイナンバー制度利活用に関する検討会」の初会合を開催した。マイナンバー制度を活用し医療・介護資格などの届出手続きの簡素化や人材確保での利用などを検討し、年内に報告書を取りまとめる。検討会は、医療・介護などの関係団体や学識者で構成され、座長には、田中滋・埼玉県立大学理事長が選出された。

この報告書や他の省庁での検討状況も踏まえ、政府が進めるデジタル化の方針の下、来年の通常国会にマイナンバー法等の改正案の提出を目指す。

7月に閣議決定した骨太方針2020や「世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」において、各種免許・国家資格、教育などでマイナンバー制度を活用し、必要に応じて共通機能をクラウド上に構築する

ことが盛り込まれている。

基本計画においては、地域における看護や介護の担い手の確保などの観点から、ICTを活用した有資格者の掘り起こしを検討することとされた。

政府は、マイナポータルと連携した共通プラットフォーム「国家資格等管理システム」(仮称)を導入し、2024年度の運用開始を目指している。

対象資格は、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、社会保険労務士など31職種を想定している。

### 離職中の看護師に求人情報を提供

人材確保での活用では、潜在資格者の的確な特定と、効果的な就労支援につなげるため、資格管理簿と就業届等の情報を突合する。離職時の届出が義務化されている看護職で、まず導入を進める考えだ。地方公共団体情報シ

テム機構から住所情報を得て、離職中の看護職の研修歴や居住地に応じた求人情報を提供して、人材確保につなげていくことを考えている。

就業状況などの届出先は、現行通り都道府県とし、国と都道府県が共通のサーバーを通して情報の共有化を図る方針を示した。

また、全般的な届出の簡素化やオンライン化を進めるとともに、マイナポータルを活用した資格所持の証明・提示ができるようにする。

具体的には、パソコンやスマホからマイナポータルにログインした後、資格所持者が当該資格情報を照会し、第三者に提示できるようにする。この機能は、マイナンバーカード保有者のみが利用できる。必要性の高い資格から



順次導入する。

意見交換では、委員からマイナンバー制度の医療・介護の人材確保での活用に、概ね賛同が得られた。また、厚労省は、関係団体に対してマイナンバー制度の利活用に関する意向調査を行うことを説明した。

次回会合で、調査結果を報告するとともに、検討会に参加している関係団体からヒアリングを実施し、意見交換を行う。年内に開催する第3回で報告書案をまとめる予定だ。

## ■ 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
病院機能評価の受審支援 モデル病院公募 (若干名)	2021年4月から2022年2月まで約2カ月に1回のペースでアドバイザーが訪問	無料(本審査費用は、病院負担) 公募対象 (病床数200床未満で「一般病院1」 を2022年3~4月頃に受審可能な病院)	第三者の立場から病院の質と機能を評価する「病院機能評価」の受審の意義を全日病会員に伝えるための「認定率向上キャンペーン」の受審希望病院を公募する。モデル病院に対しては、全日病の経験豊富なアドバイザーが準備から受審までの約1年間をサポートする。
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2020年12月1日(火) 【全日病会議室】※ハイブリッド形式(会場参加またはZoomウェビナーによるWEB参加いずれでも可)で開催。自宅や職場からの参加も可能。	5,500円(税込)	厚生労働省が推進する「医療安全推進週間」における取り組みとして、医療安全対策の意識向上、組織的取り組みの促進などを図るため、講習会を開催する。全日病と日本医療法人協会の「医療安全管理者養成課程講習会」の講習(1単位)に相当する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(熊本会場) (48名)	2020年12月10日(木) 【熊本県医師会館】	13,200(17,600円)(税込) ※昼食代、書籍代含む	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目指した研修会。事例を用いたグループワークを実施し、より実践的な知識を身に付けていただく。参加者には「受講認定証」を発行する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2020年12月12日(土)・13日(日) 【全日病会議室】ハイブリッド形式(会場参加またはWEB参加(Zoom使用)いずれも可)で開催。自宅や職場からの参加も可能。	27,500円(33,000円)(税込) ※受講料、テキスト代、昼食代を含む。	「医療安全対策地域連携加算」に適切に対応するため、『医療安全管理体制相互評価の考え方と実際』をテキストに、相互評価の実務を想定した講習会を開催する。