



全日病 ニュース

2021.9.1 No.993

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

コロナ禍での病院経営～持続可能へのチャレンジをテーマに岡山学会

第62回全日本病院学会 in 岡山 感染の急拡大踏まえ完全オンライン方式で開催

「第62回 全日本病院学会 in 岡山」が8月21・22日に開催された。新型コロナウイルスの感染拡大により、1年延期した上での開催だった。しかし、8月に入り、新型コロナウイルスの第5波が到来。8月20日には、岡山県にもまん延防止等重点措置が適用される事態に及び、現地での開催を断念し、初めての全面オンライン形式での開催となった。

学会長の佐能量雄・全日病岡山県支部長は、「まさに新型コロナと戦う学会となった」と開会式で宣言。学会テーマである「コロナ禍での病院経営～持続可能へのチャレンジ～」のとおり、コロナ禍で病院が、どのような影響を受けどう対応しているか、コロナ禍が収束しても残る課題である人口減少や高齢化を見据え、中長期的な視点で、病院の進む道をどう考えるかを問う学会となった。

特に、病院団体の代表者や厚生労働省の迫井正深医政局長が参加するシンポジウムでは、地域包括ケアシステムの要となり、高度急性期の病院などと連携しつつ、一般的な急性期や救急医療を担い、在宅医療を支援する地域密着型の病院が、中小民間病院の目指す姿として描かれた。そのためには、自病院の地域における立ち位置を知り、将来像を明確にすることが求められるとの結論が導かれた。

開会式では、全日病の猪口雄二会長、佐能量雄学会長、日本医師会の中川俊男会長、厚生労働省の迫井正深医政局長、岡山県医師会の松山正春会長、日本病院会の相澤孝夫会長が挨拶の言葉を述べた。岡山県の伊原木隆太知事、岡山市の大森雅夫市長からも開催を祝うメッセージが送られた。佐能量雄会長は、「全国各地で新型コ

ロナという災害の最前線で治療に当たっている皆様にエールを送りつつ、この状況下でも参加して頂いた方々に感謝を申し上げます」と述べ、参加者が1,500名を超



佐能量雄・岡山学会会長

え、526題の一般演題が集まったことを報告した。その上で、岡山学会の主要なプログラムの概要を説明した。

猪口会長は、「全面オンライン開催は初めての試み」と指摘し、今後の大会の糧となる「新たな挑戦」と位置付けた上で、「すべての医療機関が直面する、ウイズコロナ・アフターコロナの医療の方向性や、質の高い医療提供体制の構築に向けた様々な議論が行われると期待している」と述べた。



猪口雄二・全日病会長

日医の中川会長は、現下の感染の急拡大を踏まえ、「引き続き新型コロナ患者を受け入れる医療を提供できる有事の体制構築に努める」としつつ、日本の皆保険制度について、「世界に誇る制度であり、それにより公平で平等な医療が提供されている」と強調した。その上で、「コロナ禍でも、日本が誇る皆保険制度を変質させてはならない。医療が必要な方すべてに必要な医療を提供する責務がある。新型コロナの医療と一般医療を両立させないといけない」と訴えた。



中川俊男・日本医師会会長

新型コロナ患者の入院を制限し、自宅療養を基本とする体制に政府が転換したことには、「入院の必要性を判断するのは国や行政ではなく、患者を診察する医師」と断言した。また、このまま感染者が増え続けると、「病床も医療人材も確保し続けることはできな

い。何が何でも感染拡大を抑えることが必要であり、政府に対して対策を求める。日医としても最大限努力する」と述べた。

岡山県医師会の松山会長は、新型コロナウイルスの感染拡大に対し、「災害が発生している状況だが、全国で起きているので、支援を集中させることが難しく、地域の自己完結の体制が求められている」と訴えた。その中で、「岡山県の医療連携はうまくいっている」と述べた。また、患者の受療行動の変化により、診療報酬が減少し、補助金がなくなれば病院経営は成り立たないとの危機感を示した。



松山正春・岡山県医師会会長

厚労省の迫井医政局長は、「政府として、財政支援や人材確保に引き続きしっかりと対応する」との姿勢を示すとともに、改正医療法が成立し、新興感染症への対応が加わる医療計画見直しや地域医療構想の推進、医師の働き方改革、医師確保対策などに取り組むため、医療関係者と「率直に意見を交わしたい」と述べた。

日本病院会の相澤孝夫会長は、「新型コロナの感染拡大により、日本の医療提供体制の問題が浮き彫りになった。その解決には、人口減少・高齢社会を乗り越えられない。新型コロナによりみえた課題への対応を明らかにし、解決することがまず行われるべきだ」と強調した。



相澤孝夫・日本病院会会長



開会式もオンラインで配信。全日病正副会長らが参加。

医師労働時短計画を評価

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)は8月23日、医師に対する時間外労働規制の特例水準の指定を受ける病院が作成する義務のある医師労働時間短縮計画の進捗を評価する方法をめぐり、議論を行った。評価項目はSとA～Dまでの5段階に分かれる。委員からは、評価がD判定となり、都道府県による

特例水準の指定が更新できない事態に陥らないよう求める意見が出た。

評価は、書面調査と訪問調査の結果を総合して評価する。Sは医師の労働時間短縮が着実に進んでおり、「他の医療機関にも推奨できる取組みが行われている」との評価だ。Aは「医師の労働時間短縮の取組みが十分に行われ、労働時間短縮も進んでいる」、Bは「取

組みは十分に行われ、労働時間短縮は進んでいない」、Cは「取組みに改善の必要があり、労働時間短縮の成果は問われないが、今後の改善が見込まれる」、Dは「取組みに改善の必要があり、時短計画の見直しが必要」である。労働法・医療法に規定された事項を満たさなければ評価は保留とされる。

評価結果は都道府県により公表される。2022年度～2023年度の最初の評価の際は、書面調査のみ実施し、D評価の場合だけ、訪問調査を行う。評価

結果をどう公表するかは今後の議論。

本号の紙面から

入院医療分科会が慢性期議論	2面
病院機能評価受審支援事業	3面
医師の働き方改革推進検討会	4面
医療部会が改定基本方針議論	5面
オンライン資格確認を導入	6面
消費税分補てん調査案了承	7面
国と都が病院に病床確保要請	8面

清話抄

REactionに参加しませんか

地球環境の悪化に歯止めを掛けなければ、人類にとどまらず、全ての生物に将来が無い事が認識され始めてかなりの年数がたつ。当初は先進国と途上国の対立が根深く、実行が困難であったが、2015年のパリ協定は全世界の

国々が批准し、明らかな対立軸は消失した。

もはや社会常識となりつつあるSDGsの17の目標には環境問題が大きく取り上げられている。⑦エネルギーを皆にそしてクリーンに、⑬気候変動に具体的な対策を、⑭海の豊かさを守ろう、⑮陸の豊かさを守ろうである。そして目標の③は全ての人に健康と福祉を。SDGsは⑦、⑬～⑮と③の同時達成を国際的な目標にしている。

我々医療人も直ぐに踏み出さねば。医療関係者は一人の人間を助けるのに

は何でもやるオールフォアワンだが、今ではワンフォアオール、地球環境に考えが及ばずして医療は行えない。ディスポの手袋、ガウン、敷布、注射器、手術機械。エチレンオキシドガス、抗生剤の下水への流出、救急車や訪問診察の排気ガス。昼夜を問わない照明とエアコン。これら地球環境に負荷を与える事項を極力低減できるような事業を構築せねばならない。

「遅くとも2050年までに使用電力を100%再エネに転換する目標を設定し、対外的に公表する」取り組み、我々非

営利企業、中小企業の団体としてREactionがある。現在REactionには163の企業、団体が加盟しているが医療業界は我々伯鳳会グループだけ。高齢者人口がピークを迎える2040年には労働者の5人に1人、1,070万人の就労が見込まれるわれわれ医療介護業界は、社会全体の潮流から切り離された行動をとる事はもはや許されない。REactionへの加盟を検討されたい。

(古城資久)

主張

ワクチンを武器に COVID-19と戦おう

COVID-19は益々猖獗を極め、取まる気配がない。医療関係者はよくやっていると褒められ感謝されているようだ。実際、感染患者さんの治療にあたっている病院、アフターコロナの治療にあたっている病院、コロナを病院内に入れずに一般急性期治療に専念している病院など、機能に応じてそれぞれ診療にあたっている。しかし、そのストレスは大変なものがあり、押しつぶされそうになっている。

世の中では緊急事態宣言慣れが生じているらしい。夜に飲食を伴う会合をやったり、旅行に出かけたりする人が増えている。しかもCOVID-19の政策に関連した人達までもである。この時期にオリンピックなどが強行されたりしているのは愚の骨頂としか言いようがない。

一体この国はどこに行ってしまうのだろう。政府の政策は、どうも後手に回っているようだ。何か決めるとき、

専門家のご意見を聞いてというのが、実質ちっとも聞いていない。挙句は政府分科会の会長の職場のガラスが割られ、しかも、それに対し政府は何ら反発しない。

現在における我々の最大の武器は、どうやらワクチン接種による集団免疫獲得にあるらしい。しかし、そのワクチンの確保はどうなっているのだろう。集団接種、個別接種にしても先が見通せず長期の計画が立てられない。もっと早くから専門家の意見を聞いて、ワクチン接種を進めるべきではなかったのか。

政府は、指導力を発揮するのは今だと張り切っている。今からでも遅くは

ない、我々はワクチンを計画的に手に入れ、接種に努力し、集団免疫を手に入れるようにしなければならないと思う。医療者はワクチン接種には努力と時間を惜しまない。しかし個別接種において、ワクチンが計画的に充分供給されないために、予約が思うように取れない状態であり、患者さんや住民の不満が爆発している。

政策の指導者達よ、今こそである。国内外のワクチンを安定的に供給できるように懸命に働いてもらいたい。それこそが我が国のみならず、世界を救うことになるのだろう。

(木村 厚)

経過措置の療養病棟で回復期の患者にリハビリ

中医協・入院医療等分科会

短期滞在手術等基本料3で新たな手術等の候補

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)は8月6日、2022年度診療報酬改定に向け、慢性期入院医療や短期滞在手術等基本料などをテーマに議論を行った。療養病棟入院基本料については、経過措置の病棟が回復期の患者へのリハビリなどで活用されていることが調査結果から観察された。短期滞在手術等基本料では、新たに「3」の対象となる手術等の候補が示された。また、外来での実施が多い手術等や在院日数が想定日数を大幅に超えている手術等、診療報酬設定と実態がそぐわない調査結果が示された。

経過措置の療養病棟の実態調べる

療養病棟入院基本料については、経過措置の実態に関して、議論が行われた。療養病棟入院基本料1・2の看護職員・看護補助者の配置は、20対1を基本とし、医療区分2・3の該当割合は、「1」が8割以上、「2」が5割以上となっている。一方、経過措置では、配置基準または医療区分の該当患者割合を満たせず、25対1の配置基準を満たしている場合に、100分の85の点数という減算が適用される。

2020年度改定前に経過措置を届け出ている病棟の2020年11月1日時点の状況を見ると、変わらずに経過措置を届け出ている病棟が64.0%で最も多かったが、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換した病棟も28%あった。一方、リハビリテーションの実施状況を見ると、「1」「2」よりも経過措置で多く実施されているとの結果だった。

また、経過措置を届け出ている病棟の今後の予定をきくと、33.3%の病棟で他の病棟に転換したいとの意向があった。移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。ただし、経過措置の病棟の調査対象施設自体が少なく、実態を把握する調査としては不十分との指摘も今回、相次いだ。

全日病会長の猪口雄二委員は、「調査対象施設が少ないので、何とも言えないが、短い入院期間で患者にリハビリを中心に医療を提供している経過措置の病棟がある。おそらく病名では整形外科系の術後のリハビリが多いのだと思う。これが経過措置の病棟の状況としてよいのかということについては、議論が必要になる」と述べた。

全日病常任理事の津留英智委員も同様の状況について発言した。調査結果から、「経過措置の病棟で、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室に転換した病棟が28%あり、3割程度が地ケアなど他の病棟に転換する意向を示している。そこでは、運動器のリハビ

リが多く行われている実態がある」と指摘した。

その上で、「リハビリが提供されている患者は医療区分1相当の患者で、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室に転換した病棟は、そこに医療区分1の患者を集約し、医療区分2・3の患者は療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院するという経営努力をしているように見える」と述べ、状況を把握しているか厚労省にきいた。

しかし、厚労省は、調査対象者施設が少なく、「これ以上分析すると、個別の施設の実態を分析することになってしまう」と回答。状況を明らかにするのは難しいとの考えを示した。

中心静脈栄養の患者は減少したか

療養病棟における「中心静脈栄養」の患者の変化について、注目が集まった。2020年度改定では、同分科会で、医療区分3の該当項目である「中心静脈栄養」が、長期間続く患者が少なくないことなどが指摘され、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明すること」を要件に加えた。2020年度調査結果では、対象患者に変化があったと回答した施設が、全体の10%であった。変化の内容では、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多だった。

猪口委員は、『「中心静脈栄養以外が選択されるようになった』とあるが、実際にどれだけ「中心静脈栄養」の患者が減ったのか」と質問したが、厚労

省担当者は、「把握しきれていない」と回答した。

短期滞在手術等基本料の実態分析

厚労省は、短期滞在手術等基本料3について、2022年度診療報酬改定で新たに対象となり得る手術を例示した。短期滞在手術等基本料は、一定期間内の手術とそれに伴う管理や検査、画像診断等を包括的に評価している。「1」(2,947点)は日帰り、「2」(5,075点)は一泊二日、「3」(手術等別)は4泊5日である。DPC対象病院は「2」「3」を算定できない。

厚労省は、現状で短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等を分析。短期間で退院可能で、治療法が標準化されている「3」の対象となり得る手術等を探した。抽出方法としては、該当症例数が100件以上で、在院日数が◇在院日数の平均+1SD(標準偏差)が5日以内◇在院日数の平均+1SD(同)が7日以内の条件を置いた。「3」は4泊5日以内であり、在院日数の幅を多少広くみて7日までを分析の対象とした。

その結果、在院日数が短く、算定点数のばらつきの小さいものとして該当した手術等は以下のとおり。◇終夜睡眠ポリグラフィー3(1および2以外)(その他)◇下肢静脈瘤血管内焼灼術◇子宮内膜搔爬術◇骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕)。2022年度改定で「3」の対象とすることが検討される。

ただ、委員からは、特に、子宮内

掻爬術や骨内異物除去術について、在院日数は短い日数に収斂しているものの、出来高実績点数の分布にある程度ばらつきがあるため、ばらつきが生じている理由を精査すべきとの意見が出た。厚労省担当者は、精査を続けると回答した。

また、「3」については、一部に入院外での実施割合が高い手術があった。例えば、「小児食物アレルギー負荷検査」は99.2%、下肢静脈瘤手術・硬化療法は97.9%が入院外で実施されている。

DPC対象病院と診療所は「3」を算定できず、出来高対象病院での「3」の算定においては、5日以内の入院は外来を含めて、各手術等の「3」の点数を算定することになる。医療機関にとっては、入院より外来のほうが費用は低いため、入院の必要がなければ、外来で実施することにインセンティブが生じると考えられる。4泊5日の入院を前提とした医療資源投入量の設定が適切ではない可能性もある。

また、「1」の対象になっている手術も、入院外での実施割合が増加している。一方、「2」は、算定回数自体が少なく、届出病院数も減少傾向、届出診療所数は横ばいという状況にある。

猪口委員は、短期滞在手術等基本料の趣旨に沿うよう、実態に合わせた見直しが必要と主張した。特に、1泊2日が標準と設定されている「2」の平均在院日数について、「2日を大きく上回る手術等がある」と述べ、「2」にそぐわない手術等が設定されていると指摘した。

短期滞在手術等基本料の概要

- 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。(共通の要件)
 - 1 手術室を使用していること
 - 2 術前に十分な説明を行った上で、短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
 - 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと
 - 4 退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離に在ること(短期滞在手術基本料3を除く)

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2,947点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:5,075点 (生活療養を受ける場合:5,046点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院は、一般病棟入院基本料若しくは7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料のいずれかの基準を満たしていること ・有床診療所は、有床診療所入院基本料1又は4の基準を満たしていること ・短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること ・DPC対象病院ではないこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと

2021年度病院機能評価受審支援事業③ 福山城西病院への機能評価受審支援 第一報

病院機能評価委員会 特別委員 中嶋照夫

コロナ禍により2ヵ月ほど遅延されていた第1回受審支援が、7月12日に漸く現地病院で開催の運びになり、満を持して勇躍現地に赴きました。ところが、当地では、梅雨末期の豪雨に見舞われ、講演の開始と前後して俄かに雨脚が強くなり、窓を打つ凄まじい吹き降りとなるのに時間はかかりませんでした。あげく、恐怖を感じるほど大音響の雷鳴が轟轟り、おまけに瞬間停電にも襲われる始末でした。お集まりいただいた病院幹部の方々も、講演には集中力を削がれてしまったのではないかと、天の配剤に恨めしさが募る思いがしました。

さて、当日の支援プログラムは第1部・第2部でパワーポイントにより「機能評価とは」との導入編の解説をしました。本来この内容は、病院長のキッ

クオフ宣言に合わせて行うべきですが、コロナ禍によりその最適な時期を逸してしまったというのが、本音の感想です。しかし、参集された職員の方々は、窓外の強烈な雨音の妨害にもめげず、真剣に講義に聞き入っていただけたようでした。その後、休憩をはさみ4領域の解説を行いました。内容は、引き続きパワーポイントで一般的な項目解説を企図していましたが、この病院では既に施設基本票をはじめとする病院の概要把握が可能なデータ類、そして全評価項目にわたる自己評価が実施されていたことから、それらの入手済み資料を基に貴重な時間を使って、評価項目ベースで各論的な支援業務を行うことが出来ました。また、最終的には1時間程度をかけて院内巡視も行うことで、病院全体を俯瞰的に把握するこ

とが出来たように思います。

なお、提出されたデータの中には、複数の項目で実情と反する内容があったので、それらにつき早々に修正することを求めました。

例えば、年間の手術件数が全麻手術ではなく局麻手術であること、全入院患者には栄養評価がなされ、栄養管理シートが作成されて必要な場合には栄養介入が実施されていること、職員教育注力への課題、診療情報の管理強化等々につき評価項目の求めを解説しながら病院の理解を促しました。

なお、前述した病院からの事前資料には、詳細な注釈を付して病院に指導内容を返送しておいたので、上記に並行してそれらの解説も行いました。また、院内ラウンド時に注射処方箋の書式に関して相談があったので、後日担

当アドバイザーの訪問時に結論を出すこととしました。

なお、予定外でしたが翌日も半日訪問し、事務、看護、療法士の方々と、いわばフリートークで各部門での懸念事項をご提示いただき、それに対して評価項目の求めを解説して解決への道筋をご一緒に模索しました。例えば、SUD器材の単回使用の徹底、売店問題(患者の利便性の課題)、職員間の情報共有の方法に関する課題等々につきアドバイスを含め、話し合いを行いました。

さらに、当該病院では、今年度中の電子カルテ・オーダーリングシステムの導入・移行を予定しているとの情報をお聞きしました。これにより今年度の病院事業では、機能評価受審準備と診療情報電子化の大事業が同時進行することになり、まさに二兎を追うことに他ならず、職員に過大な負担をかけることになるので、電子化の時期を少し柔軟に検討されることをお勧めしました。

文末になりましたが、病院一丸となって、医療の質改善活動に取り組まれることを祈念いたします。

病院機能評価受審支援事業 第1回訪問を受けて

医療法人社団尚志会福山城西病院 事務長 中谷光宏

認定病院2,081(2021年6月25日時点)に加わることで、必ず当院のレベルはアップする、間近に迫った2025年、そしてその先にある急激な人口減少・医療需要の低下という医療機関にとって過酷な状況にあっても、必要とされ、生き残ることを許される病院になることを目指していこうと考えて、私たちは病院機能評価を受審することを決意しました。それは許可病床数60床と小さな病院にとっては、「産業革命」ともいえる組織の大変革を意味する重大な方針でした。その方針に対し、誰一人としてそっぽを向いたり否定的な発言をする職員はおらず、皆が前向き、意気揚々・順風満帆の船出となるはずでした。

ところが全日本病院協会受審支援事業の初回訪問日は、新型コロナウイルス感染拡大もあり当初の5月から6月へ、当院の都合ですが住民へのコロナワクチン接種を最優先に考え、それに

専念するため6月から7月に延期。ようやく7月12日に初回訪問を終えることができました。気付けば3月のキックオフから4ヵ月が経過。その間、私たちの準備がどうであったか——。「コロナ対応のため」を御旗のもとに…ではないのですが、機能評価に向けての準備は壊滅的な状況でした。

機能評価機構には、受審日を2022年4月で申請しておりますので、残すところ9ヵ月余りとなり、尻に火どころか相当危ない状況で、全日病の調整担当の方には初回訪問日を発奮の契機とするため、檄を飛ばしてもらいたいとメールにしたため、送らせていただきました。

いよいよ迎えた初回訪問日、全日本病院協会から事務管理領域担当・中嶋照夫先生にお越しいただき、機能評価の概要についての説明と、その後は事前に全日病へ提出した現況調査票、自己評価調査票についての指摘事項につ

いて確認していきました。

病院機能評価の評価項目は4領域90項目から成っており、1領域は「患者中心の医療の推進」、2及び3領域は「良質な医療の実践」、4領域は「理念達成に向けた組織運営」となっております。現在の評価項目に変更されるまでは、大項目、中項目、小項目の352項目と約4倍あったそうですから、過去に受審した医療機関は相当な負担だったことでしょう。とは言え当院にとっては初めて病院機能評価受審ですから、一つ一つ求められる課題を確認しながら求められるレベルに引き上げなければなりませんし、新たに構築しなければならぬものもあります(どの項目も弱点ばかりを突いてきます)。

中小病院は同様だと思いますが、ウィークポイントとして、まずは機能評価に投下できる人員が少ないこと、文書化が遅れており、規程や手順書等の整備が進んでいないこと、病院運営



の面においても目先のことに執着し中長期的な視点が抜け落ちており、人材育成や事業継続など検討してこなかったこと…など溜め息。中嶋

先生からは「収益にかかる研修費の割合が低すぎることを見ても人材育成にける力が希薄であることが分かる。考えを改めるべき」と一喝。当院の言い訳としては、必要な書籍は購入しており、研修に関しては情報発信や受講希望者に対する支援は積極的に行ってきた思いがあったため大変ショックを受けましたが、数字が事実と考えれば言い訳できません。

中嶋先生から「無から有を生むには相当な労力が必要だが、山頂まで登り切ればすばらしい景色が見えてくる。頑張っ乗り越えて欲しい」。まだまだ機能評価へのチャレンジは出発したばかり。課題や問題も見つかるでしょう。流した涙、かいた汗だけ私たちの病院はよい病院となることを信じて、4月まで駆け足で走り抜けたと思います。

入退院支援や認知症ケア、栄養管理など議論

中医協・入院医療等分科会

調査結果を踏まえ現状分析。次期改定の論点に

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)は8月6日、慢性期入院医療や短期滞手術等基本料などとあわせ、横断的事項として、◇入退院支援◇認知症ケア◇治療早期からの回復に向けた取り組み◇栄養管理についても、同分科会で実施した調査結果を踏まえ、議論を行った。2022年度改定での見直しにつながる可能性のある項目について、以下でみていく。

入退院支援については、最近の診療報酬改定により、入院前や入院早期からの支援の強化や、退院時の地域との連携との連携の評価を高めている。入院前からの評価では入院時支援加算、入院時は入退院支援加算や地域連携診療計画加算、退院時は退院時共同指導料がある。

調査により次のような結果が出た。◇急性期一般入院基本料や地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置している◇

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料において、加算1は、加算2や届出なしと比較して、平均在院日数が短い。

認知症ケアについては、質の高い認知症ケアを提供する観点から、2020年度改定で、新たに認知症ケア加算2(14日以内で100点、15日以上で25点)が新設され、「1」と「3」(旧2)の点数も引き上げられた。「1」では、医師・看護師要件を緩和し、「3」(旧2)は、研修を受けた看護師の病棟配置数を「3名以上」に厳格化した。

調査結果を見ると、認知症ケア加算1では、急性期一般入院料や特定機能病院での届出が多く、その他入院料では、認知症ケア加算3の届出が多い。認知症ケア加算1を届け出していない理由では、「認知症ケアチームを設置することが困難であるため」、「専任の看護師が週16時間以上認知症ケアチームの業務に従事することが困難」が多い。

認知症ケア加算2を届け出していない理由では、「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため」などが多いという結果になっている。

早期離床の評価を拡充の方向

治療早期からの回復に向けた取り組みについては、2020年度改定で、早期離床・リハビリテーション加算(1日500点)が新設された。特定集中治療室が算定し、早期離床・リハビリテーションのチームによる総合的な離床の取り組みを評価している。調査結果では、特定集中治療室管理料のうち、「1」での算定が56.0%、「2」での算定が78.8%だった。

一方、ICU、HCU、PICUなどの施設を対象とした調査では、早期リハビリテーションを実施していると回答した割合は72.1%となっており、ICU以外の病棟でも多く行われていることがわかった。

このため委員から、自立の改善や滞在期間の短縮、早期歩行などを期待し、ICUでの届出とあわせ、他の治療室にも拡大することを求める意見が出た。

栄養管理については、◇栄養サポートチーム加算◇周術期の栄養管理◇回復期リハビリテーション病棟の栄養管理が論点となった。

栄養サポートチーム加算は、2010年度改定での導入後、算定病棟を拡大している。今回、栄養サポートチームの介入効果を調べると、一般病棟よりも障害者病棟でBMIや血清A1b値などの栄養状態が改善した割合が高かった。現状で、障害者施設等入院基本料は算定対象外となっている。

周術期の栄養管理については、術後の経口摂取再開までの日数が短いと、在院日数が有意に短いことや、術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下することが示された。

回復期リハビリテーション病棟入院料については、2020年度改定で、「1」で管理栄養士の専任常勤1名の配置が要件化された。管理栄養士を病棟に配置すると、配置されていない病棟と比較し、ADL改善効率が良好であった。

やむを得ない場合や臨床研修医への健康確保措置で緩和策

厚生省・医師の働き方改革推進検討会

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの取扱い

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)は8月4日、医師の時間外労働規制に伴う追加的健康確保措置の運用について、移植手術など15時間を超える例外的な連続勤務時間への対応や、臨床研修医への連続勤務時間制限・勤務間インターバルなどの適用方法などを了承した。特例水準が適用される長時間労働で働く勤務医に対し、確実に追加的健康確保措置が実施される体制を整えることとあわせ、現場の実態に合わせて、一定の緩和策を実施する考えだ。

15時間を超える連続勤務に対応

医師の時間外労働規制の特例である年間1,860時間の時間外・休日労働が認められるB水準・連携B水準・C水準の適用対象となる医師に対しては、連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制など追加的健康確保措置が義務化される。通常のA水準の場合は努力義務だ。

原則として2種類ある。①始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間(15時間の連続勤務時間制限)②始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間(28時間の連続勤務時間制限)。①は、通常の日勤・宿日直許可のある宿日直に従事する場合で、②は、宿日直許可のない宿日直に従事する場合である。

9時間または18時間の連続した休憩時間中に、やむを得ない理由により発生した診療に従事しなければならないこともある。その場合は、その診療時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する必要がある。やむを得ない理由というのは、予定外の出来事との位置づけで、代償休息を付与することを前提とした運用は、原則として認められない。代償休息を前提とした勤務シフトは組めない。

しかし、長時間の手術など個人が15時間を超えるような連続した業務を行うこともある。その場合には、代償休息の付与を認めることになった。ただし、医師の健康確保の観点から、代償休息については、翌月の月末までの間ではなく、業務終了後すぐに付与しなければならないことも決めた。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「15時間を超えるような業務で、手術以外には何が想定されるか」と質問。厚生省担当者は、「基本的には手術」と回答した。日本医学会副会長の森正樹委員は、「例えば、移植医療は長時間の手術になることがある」と述べた。

臨床研修医の研修期間を確保

臨床研修医については、医師になったばかりで肉体的・精神的な負荷が大きいと考えられることに配慮して、その他の医師より強い追加的健康確保措置が講じられることになっている。

具体的には、◇連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施を徹底し、代償休息の必要がないようにする◇9時間の勤務間インターバルを必ず確保し、連続勤務時間制限は15時間とする。臨床研修の必要性から、24時間の連続勤務時間とする必要がある場合はこれを認めるが、その後の勤務間インターバルは24時間とする一を設けることで、臨床研修医に対する配慮を行う。

しかし、このルールに則った場合、期待された研修効果を獲得できない恐れがあるとの問題が出てきた。例えば、夜間・休日のオンコールや宿日直許可のある宿日直に従事する際に、通常の勤務時間と同様の労働が少しでも発生した場合には、「始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間」(24時間の連続勤務時間制限)が適用され、翌日を終日休日とする必要がある。これが連続すると、研修期間が1カ月など

短い診療科では、研修期間の大部分を休日とせざるを得ない状況が生じかねない。

このため、臨床研修医には基本的には、代償休息を付与するような働き方は認めないが、一定の条件で、代償休息を認めることを決めた。条件は以下の3つとした。

①臨床研修における必要性から、オンコールまたは宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。必要性の例としては、研修修了の必須となる症候・症例を経験するためや、終末期の患者を看取る十分な経験をするためなどをあげた。

②臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。なお、臨床研修医の募集においては、労働時間に関して、募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直の有無を記載することになっている。

③代償休息は、計画的な研修という観点から、通常は研修期間内で処理すべきであり、代償休息の付与期限は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とし、それが困難な場合に限り、翌月末までとする。

許可ありの宿日直中の診療時間

宿日直許可のある宿日直が、通常の勤務時間と同等とみなされ、休息の配慮義務を医療機関の管理者が負うことになる場合を規定した同日の資料の記述について、日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員が、見直しを要望した。

資料では、「通常の勤務時間と同様の労働が発生した場合」とある。

馬場委員は、「この記述だと、準夜帯に患者が来て、簡単な処置を行った場合でも、『同様の労働が発生した場合』と解釈されかねない。2020年3



月の報告書では、『宿日直許可を受けている場合は、十分睡眠を確保し、疲労回復が可能と考えられるが、仮に日中と同様の労働に従事することとなった場合』との記述となっている。報告書を尊重した表現にしてほしい」と述べた。

厚生省担当者はこれに対し、「配慮義務を行う場合について、法令で明確にしなければならず、『十分に睡眠時間を確保できなかった場合』といった表現を持ち込むことができなかった。運用面で趣旨が現場に伝わるよう周知したい」と回答した。

宿日直許可のある宿日直の連続した9時間以上の時間は、9時間の連続した休息時間が確保されたとみなされる。しかし、「通常の勤務時間と同様の労働が発生した場合」は、その労働時間に相当する時間の休息を付与する配慮義務を医療機関の管理者は負う。ただし、『休暇の取得の呼びかけ等』の働きかけであり、「必ずしも結果として休息時間の確保そのものが求められるわけではない」としている。

労働時間短縮の大臣指針に追記

医師の労働時間短縮等に関する大臣指針の追記案を大筋で了承した。追記部分は、改正医療法の審議の際に、国会の衆参両院の厚生労働委員会による附帯決議を反映させたものだ。具体的には、以下のような文言を追加した。

◇都道府県等は、面接指導を含む追加的健康確保措置の履行確保のため、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査において、医療機関における当該措置の実施状況の確認を行い、医療機関に対し必要な助言・指導を行うこと。

◇地域医療確保暫定特例水準の指定を受けた医療機関においては、36協定で定める時間外・休日労働時間数について、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務に必要とされる時間数であることを合理的に説明可能な時間数を設定するとともに、当該医療機関の労働時間短縮の取組実績に応じて見直しを行うこと。

◇各医療機関の状況に応じ、当該医療機関に勤務する医師のうち、時間外・休日労働の上限が年960時間以下の水準が適用される医師についても医師労働時間短縮計画を自主的に作成し、同計画に基づいて取組を進めること。

そのほか、委員からは、追加的健康確保措置が確実に実施されることの実効性を担保するため、医療機関を支援する方策も大臣指針に盛り込むべきとの意見が出た。

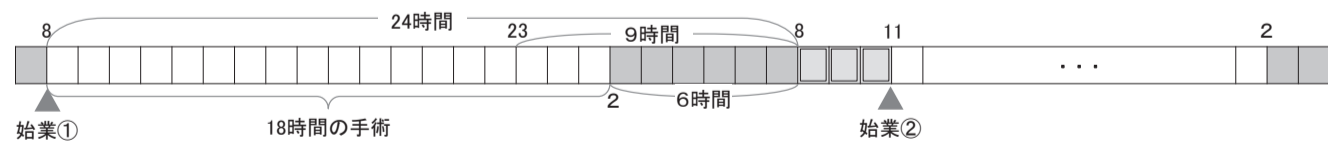
②15時間を超える業務に従事する場合の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用について

- 代償休息は、予定された連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合に付与されることが原則である。
- そのため、代償休息を付与することを前提とした運用(例:連続した休息時間を8時間とする勤務シフトを組み、事後的に1時間の代償休息を与える)は、原則として認められない。
- 一方で、15時間を超える長時間の手術が予定されており、やむを得ない理由により9時間の連続した休息時間を確保できない場合が発生することも想定される。



対応(案)

- 個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務(※)が予定されている場合については、代償休息の付与を前提とした運用を認める。ただし、医師の健康確保の観点から、当該代償休息については、翌月の月末までの間ではなく、当該業務の終了後すぐに付与しなければならないこととする。
- (※)例えば長時間の手術(必要な術後の対応を含む。)が想定される。



(凡例) □ : 労働時間 ■ : 休息時間 ▨ : 代償休息

ホテルでカクテル療法可能に

厚生労働省は8月13日、新型コロナウイルスの患者を対象とした中和抗体薬「カシリビマブおよびイムデビマブ」(販売名:ロナプリーブ点滴静注)を投与するカクテル療法を、臨時的医療施設としたホテルでも実施できることを事務連絡の質疑応答集の改正により示した。

同薬剤は7月に新型コロナ治療薬として特例承認され、厚生省が製造販売業者から購入した薬剤を、医療機関に無償で配分している。

同剤を投与するカクテル療法を実施できる対象は、これまで入院患者に限定されていた。しかし、感染拡大によ

り軽症患者が入院できない地域があることから、宿泊療養施設や入院待機ステーションを有床診療所や有床の臨時的医療施設とすることで、ホテルで療養中の患者もカクテル療法の対象となることが明示されている。

菅義偉首相は8月16日、カクテル療法が実施されている東京都の品川プリンスホテルを視察した。同ホテルは臨時的医療施設と位置付けられ、ホテル

内でカクテル療法が実施されている。

菅首相は視察後の会見で、「重症化を約70%防ぐ中和抗体薬は極めて重要だ。一刻も早く、多くの方にこの薬を届けたい。医療機関だけでなく、ホテルを薬が投与できる臨時的医療施設として全国の拠点に整備する中で、患者の重症化をなんとしても防いでいきたい」と述べた。「政府として、薬の量は十分に確保している」とも強調した。

新興感染症等への対策でヒアリング実施

厚労省・医療計画等に関する検討会

救急・災害医療提供体制WGの設置も了承

厚生労働省は8月6日、第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)を书面による持ち回りで開催したことを公表した。同検討会は、新興感染症への対応で今後ヒアリングを行うことを決めた。2024年からの第8次医療計画に新たに追加される新興感染症等への対策について、医療現場や自治体などの関係者からヒアリングを実施する。その際、新型コロナ対応と、今後の新興感染症等の対応に関する課題を聞く。

具体的には、◇入院体制(病床確保、各医療機関での感染防止対策、医療従事者の配置転換など)◇地域での役割分担と入院調整◇搬送体制◇外来体制◇人材確保の支援一に関して、ヒアリングを実施する。

同検討会は、下部組織として「救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループ」を設置することも了承した。7月16日に終了した厚労省の「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」の議論を引き継ぐ。

同検討会の下にはすでに「地域医療構想および医師確保計画」「外来機能報告等」「在宅医療および医療・介護連携」のワーキンググループ(WG)がある。救急・災害医療提供体制に関するWGが加わって、4つのWGとなる。

検討会は持ち回りで開催され、厚労省ホームページですでに議事要旨が公開されている。

それによると、全日病副会長の織田正道委員は、新興感染症等対応に関す

る検討の進め方について、「新興感染症を封じ込めるための予防計画と、感染拡大時の医療計画を円滑に行うためには、次のようなことが重要だと考える」と述べ、考え方を示した。

具体的には、「まずは、感染拡大時に感染症指定医療機関における一般病床そのものを即応病床として転用可能とすること、次いで、病棟ごとのゾーニングが可能な大病院を準備並びに即応可能な病床として指定しておくこと。また、重症患者受入病院は、三次医療圏レベルで医療計画において明確にしておくこと、感染症協力医療機関は中小医療機関が多いので、疑似症例を受け入れるとともに、後方支援病床として確保することが必要になる」と述べた。

救急・災害医療提供体制に関するWGについては、「新興感染症拡大時に救急医療が混乱しないように、二次、三次救急医療機関の中で、新興感染症受入れ機関と、そうでない機関を明確にしておくことが必要である」と強調した。

地域医療構想および医師確保計画に関するWGについては、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、「地域医療構想調整会議、大阪府医療審議会等での最終結論が実行されないという不備が疑われており、今後、全国への影響も懸念される。何らかの局長通知等で不備が改善するよう対応の議論を進めてほしい」と要望した。

また、医師確保計画に関し、「全国の病院医師不足は全く改善されておらず、医学部入学定員の継続的対応と再度、女子入学者増加の影響の検討を求めると述べた。

2022年度診療報酬改定の基本方針策定の議論を開始

社保審・医療部会

「要介護の患者対応を急性期医療で評価すべき」神野副会長

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は8月5日、2022年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を開始した。診療報酬改定は、内閣が決定する改定率を前提に、各項目への配分を中央社会保険医療協議会が議論するが、その基本方針は、社会保障審議会の医療部会と医療保険部会が策定することになっている。例年だと、秋に入ってからの議論になるが、今回は8月上旬での開始となった。

全日病副会長の神野正博委員は、まず医療部会での基本方針策定の議論が8月上旬に始まったことを評価した。すでに中協協での2022年度改定に向けた第1ラウンドの議論は始まっている。基本方針が決まる前に、中身の議論が始まっていることの不整合があり、それは変わっていないが、少なくとも議論の開始が早まり、医療部会での議論が意味を持つことになり得るからだ。

基本方針策定に向けては3点を指摘した。1点目では、「新型コロナの感染拡大を踏まえ、有事と平時の診療報酬のあり方を考える必要が出てきた。今は有事で、補助金を大いに絡めることが大事になる。診療報酬と補助金の切り分けをどうするかをきちんと整理すべきだ」と述べた。2点目では、「診療報酬改定は、入院と外来がモメンタムとなり、動いてきた。しかし、コロナ禍でもそうだが、訪問診療や往診が増えている。医療費の中で在宅医療の比率が上昇することでもあり、在宅医療をどう位置付けるかを改めて考えないといけない」と述べた。

3点目では、急性期入院医療の「重症度、医療・看護必要度」について提案した。2020年度改定では、同指標の判定基準のうち、「B14またはB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準が削除された。B14は「診療・療養上の指示が通じる」、B15は「危険行動」で、認知症やせん妄のある患者への対応が想定されている。神野委員は、「認知症やせん妄の患者への対応に対する評価が前回改定で低くなった。それが国民の意思で、政府の方針ならそれでよいが、そうでないならば、人生100年時代だからこそ、そのような看護師のケアを評価すべきではないか。具体的には、介護度が高い患者の急性期医療をどう評価するかといったことが課題になる」と提案した。

新型コロナの感染拡大を踏まえ、「有

事」と「平時」に診療報酬がどう対応するかについては、他の委員からも「整理が必要」との意見が相次いだ。特に、現状で講じられている様々な診療報酬の特例について、新型コロナの収束後、どのように解消していくか、あるいはどの程度、恒久的に組み込んでいくかが論点になるとの指摘があり、医療提供側の委員と保険者側の委員で温度差がみられた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、新型コロナの感染拡大において、特に大都市で、民間中小病院による二次救急の努力があったことを説明した上で、高齢化社会で、二次救急の評価をさらに充実させることの重要性を強調した。その際に、現状では年間の救急自動車・ドクターヘリの搬送件数が2千件以上を要件としている地域医療体制確保加算の対象拡大に言及した。また、病院給食の赤字構造の原因である入院時食事療養費の引上げを訴えた。

なお、2020年度改定の基本方針の「改定の基本的視点と具体的方向性」は、①医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】②患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進④効率化・適正化を通じた

制度の安定性・持続可能性の向上となっている。

委員からは、新型コロナの感染拡大を踏まえた対応は別にして、上記の4つについては、引き続き重要課題との意見で概ね一致した。一方、団塊世代がすべて75歳以上に達する2025年を目指した対応を超えて、高齢者人口がピークに達し、その後は医療需要が全体でも減少する可能性が高い2040年以降を見据えた「グランドデザインがない」といった指摘もあった。

神野委員は、「改定の基本的視点と具体的方向性」の①②に含まれている「ICTの利活用」の推進の必要性を強調した。

医療情報ネットワークWGを設置

データヘルス改革の工程表については、「医療機関等で患者情報が閲覧できる仕組み」のうち、電子処方箋の閲覧は当初、2022年夏から可能としていたが、システム設計会社の入札の不調により、2023年当初に遅れるとの報告が厚労省からあった。また、電子カルテの標準化が検討課題の一つである「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」が設置されることも報告された。

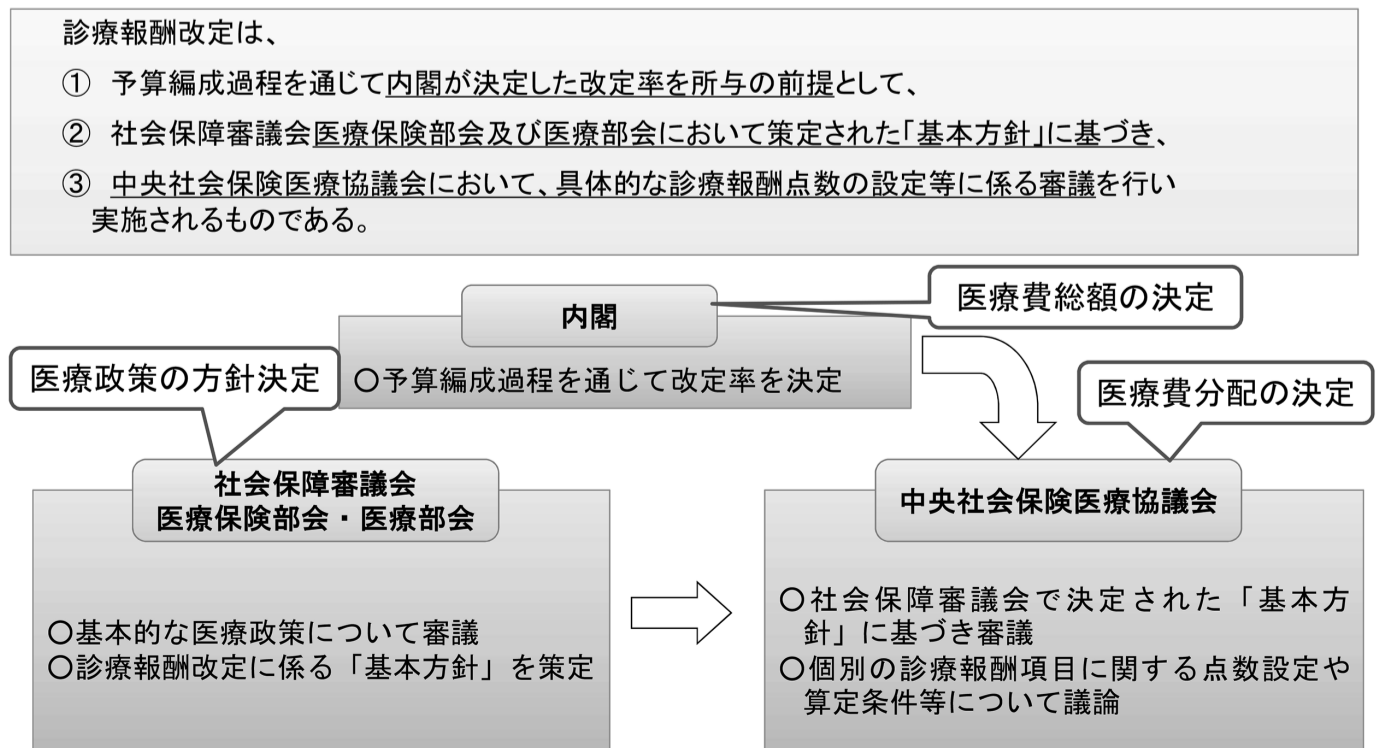
神野委員は、「医療情報のデータベースが乱立して、相互に分断されている。私は個人が健康情報を管理するPHRが基軸になるべきだと思うが、そろそろ何を基軸にして、医療情報ネットワークを構築するかの方針を確定させるべき」と述べた。

広告できる専門医の告示見直し

「専門医に関する広告」の見直しによる医療広告規制の告示見直し案が示された。日本専門医機構が認定する基本的な診療領域の専門医が、医療法において広告できる専門医であることが基本になる。現状で広告できる専門医については、「当分の間」広告が可能な経過措置との位置づけで、引き続き専門医として広告できる。神野委員は、「『当分の間』とはどのくらいの期間か」と質問。厚労省担当者は、法令でこのような文言を用いる場合は、経過措置の期日を明確に定める見直しを行わない限り、現状どおりが続くと説明した。

日本医師会常任理事の釜谷敏委員は、「専門性が高くて、国民になじみのない専門医を広告可能とすることは国民の利益にならない。広告可能な専門医は最小限にとどめることを、基本的な考え方とすべきである」と主張した。

診療報酬改定の流れ



オンライン資格確認を先行導入

実際の利用はまだ少ないが今後の効果に期待

厚生労働省は、患者がマイナンバーカードや健康保険証を使い、医療機関などで医療保険の資格確認がオンラインで可能となるシステムの導入を推進している。7月上旬から9月末までを「集中導入期間」と位置付け、10月以降が本格実施となる。今後、マイナンバーカードを活用したマイナポータルの情報も、段階的に充実化が図られていく。

高橋病院(北海道函館市)は昨年10月のテスト運用で、オンライン資格確認のシステムを先行導入した。情報通信技術に積極的に取り組んできた高橋病院だが、運用に至るまでには苦労もあったようだ。オンライン資格確認の導入作業がどう進み、どのような業務改善につながったのか。導入の経緯から運用まで話をきいた。

ネットワーク設定は予想外に苦労

——オンライン資格確認のシステム先行導入のきっかけを教えてください。(高橋理事長)

全日病のICT担当の役員として、厚生労働省の主催する会議に出席する中で、厚生労働省の調査研究事業に参加するなどデータヘルス改革との関わりが生まれ、興味を感じていたところに、厚生労働省担当者から先行導入の打診がありました。日本の医療現場のデジタル化が遅れていることは明らかであり、オンライン資格確認の推進は、その一環として医療保険のサービスを向上させると考え、導入を決めました。

——顔認証付きカードリーダーの選定やシステム設定は順調でしたか。(工藤泰央・法人情報システム室室長補佐)

オンライン資格確認の仕組みが始まることは知っていましたが、先行導入の対象病院になるとは思っておらず、いざ作業を開始してみると、とまどいの連続でした。いくつかのベンダーに

相談しましたが最初は、仕様の詳細がわからず対応できないとの返事ばかりでした。

全体でどれだけの費用がかかるのかもわかりません。最終的に、ネットワークの構築はNTTに依頼することになり、顔認証付きのカードリーダーについては、厚労省が補助金を出す製品を示したので、その中から、公費医療券読取機能の付加が明確であった株式会社アルメックスの製品に決めました。(高橋理事長)

他のICT関連事業と同じで、先行事例がないゆえの、喜びと苦労がありました。やはりノウハウがないと、運用までに時間がかかります。例えば、「カードリーダーを電子カルテやレセプトコンピュータに接続すればすぐに動く」、「既存のインターネット回線につながる」、「一般的なパソコンで十分」などの先入観が次から次へと覆され、一つひとつベンダーと検証し、調整する必要がありました。

費用面でも、ネットワーク環境を構築するための各種機器との接続やソフトウェアの改修、回線の問題などを含めると、想定を上回りました。

民間中小病院がオンライン資格確認を導入する上で、病院の機能や規模に合ったモデルに応じた説明のためのビデオなどのツールが必要だと思います。厚生労働省は、先進的なモデルを示しがちですが、地域の病院にとっては、レベルが高すぎる場合があります。

地域医療連携の情報との棲み分け

——オンライン資格確認を導入することで、どのような利便性がありますか。

(高橋理事長) マイナンバーカードを使えば、特定健診や薬剤、医療費通知の情報が見れるようになります。閲覧できる情報は、段階的に増えていきます。例えば、特

定健診の情報を診察で活用すると、検査の異常値が出た場合に、その時の異常値なのか、恒常的な異常値なのかがわかります。長い期間にわたる患者の健康状態を把握することができます。

患者にとっても、マイナポータルを通じてPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)に情報が集まってくることは有用です。ただ、データベースが分散している状況もあり、情報収集が二度手間になっていないかなどを念頭に置いて、システムの設計をするべきです。

高橋病院は「ID-Link」という地域医療連携ネットワークに参加しています。ネットワーク内では、医療機関間の情報連携は可能ですが、連携に加わっていない医療機関の情報が抜けてしまう問題があります。その点、マイナンバーカードは、すべての医療機関の薬剤情報を閲覧できますが、トータルの情報量には大きな差があります。それぞれの利点を生かして、棲み分けを図ることが重要になります。

マイナンバーカードによる情報は今後、増えていきます。入院・外来だけでなく、在宅医療や訪問診療、介護の現場で、それらの情報を活用する余地は大変大きいと思います。妊婦や出産後の乳幼児の継続的な健康情報が、ワクチンの接種などを含め閲覧できるようにすることも、とても役立ちますね。

重複投薬の防止など薬剤情報を介護の現場で活用することの有用性も、非常に高いと感じています。しかし、介護との情報連携は取り残されている感があり、残念です。人生では、医療より介護サービスを受けている期間のほうが長いのが普通です。生涯を通じて一貫通貫の情報を集約するのであれば、在宅医療・訪問診療、介護の現場でのインフラを整えて、使えるようにすべきです。

業務負担を軽減させる効果としては、入力の手間が減り誤りリスクが減少することや、正しい資格情報の確認ができることで、レセプトの返戻がなくなることが期待できます。ただ、高橋病院では、まだまだ利用が少ないので、効果を実感するにはもう少し時間が必要かもしれません。

(朴田誠・医事課課長)

高橋病院は高齢患者が多く、後期高齢者医療制度への切り替えを別にするれば、間違った保険証を使うといったケースは年間数件ぐらい。業務負担が減ったという実感はあまりありません。今後、利用が増えていけば、利便性が目に見える形になると期待しています。(山岸久記・医事課主任係長)

生活保護受給者の医療券が2023年度中に、オンライン資格確認の対象になると聞いています。高橋病院でも最近、生活保護に適用後も、間違って健康保険証で受診した患者がいたので、そのような場合に役立つと期待しています。

逆に、オンライン資格確認の導入で、手間が増える場面もありました。新患が複数来られて、カードリーダーの前



高橋肇理事長

に並び、一人が手間取ると、混雑の原因になります。従来の作業には慣れているので、手入力のほうが早い場合もあります。

(高橋理事長)

やはり、新しいものを導入するので、慣れるまで利便性を感じにくいというのはあります。また、導入の際は、事前にロールプレイをやって、それも変わった行動を取りがちな職員(笑)に試してもらって、うまく運用できるかを確認するのがよいでしょう。ICTの専門家が病院職員にいないのであれば、技術面を手伝ってくれる地場のベンダーを頼るのも一案です。

——補助金は十分でしたか。

(高橋理事長)

厚生労働省の適正価格への指導も、大手のベンダーには効果があったと思いますが、高額な請求をしてくるベンダーはなくなりません。不適切な請求を除いても、全体の費用を賄うのに、補助金は足りないと思います(3月以前の全額補助)。また、あくまでイニシャルコスト(導入経費)です。ランニングコストを含めれば、もっとかかります。オンライン資格確認を医療機関に普及させたいのであれば、一定の利用率を要件に、診療報酬の加算を時限的に設けてはいかがでしょうか。

生まれる時間を人に充てる

——世の中のデジタル化に、病院として、どう対応していきますか。

(高橋理事長)

デジタル化を進めることで、病院業務の「ムリ・ムラ・ムダ」を洗い出し、業務改善につなげることが可能です。そして、業務効率化で生じる時間をどう活用するかについては、人減らしに使うと言う人もいますが、そうではなく、患者との関わり合いを増やすことや、職員の働き方の改善に充てることできると思います。

また、デジタル化の技術は、リアルタイムでの患者情報の把握に役立ちます。例えば、ウェアラブルのデバイスで自律神経系を把握すれば、発熱や尿意、全身の不調などが事前にわかり、看護師の業務も、より質が上がり効率的なものにすることができるようでしょう。デジタル化が病院業務を改善し、患者の「多幸感」を大きく広げることを願っています。



顔認証付きカードリーダー(アルメックス社)



右から、工藤泰央システム室室長補佐、八木教仁主任係長、朴田誠医事課課長、山岸久記主任係長

オンライン資格確認等システムが始まっています

ご心配をおかけしました、オンライン資格確認等システムに格納されているデータの正確性ですが、審査支払機関及び保険者の努力により、おかげさまで、確保されました。今後も転職や引越越し等で保険者が変わりますが、入力ミスを検知できる仕組みも入っています。オンライン資格確認等システム、安心してお使いいただけます。

導入の着手には、①顔認証付きカードリーダーの申込み、②レセコン業者への見積もりの連絡を病院自

ら行ってください。レセコン業者もシステム改修を経験し、価格もそれなりの段階へ収まりました。ご不安な点があれば、私たちも相談に乗ります。ぜひ、早めの導入をお願いいたします。

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 山下 護



10%への消費税引上げに伴う補てん調査案を了承

中医協・消費税負担の分科会

2021年度のNDBと実調で補てん状況を調査

中医協の診療報酬調査専門組織の医療機関等における消費税負担に関する分科会は8月4日、2019年に行われた消費税10%への引上げに伴う診療報酬による補てんについて、2021年度の状況を調査し把握する方法とスケジュールを了承した。

分科会長には、東京大学大学院教授の飯塚敏見氏を選出した。

医療が非課税であるため、医療機関が仕入れにおいて負担する消費税は還付されず、医療機関の負担になってしまう。このため、負担相当分を診療報酬への上乗せで補てんしているが、個別の医療機関の負担には対応せず、医療機関によりばらつきが生じる状況となっている。このため、2019年の対応では従来と比べれば、丁寧な対応を行った。

その状況を調べるため、その医療機関の収入のうち、診療報酬本体に上乗せされている補てん分は、2021年度のNDBデータから抽出した算定回数などのデータを使用して計算する。

支出のうち、課税経費の消費税相当額については、7～8月に実施している第23回医療経済実態調査のデータを使用して医療機関の課税経費額を推計

する。その課税経費額から、薬剤費と特定保険医療材料費を除外した分の消費税分を計算することになる。

両者を突き合わせ、今年11月に、医療機関における補てん状況の推計結果が同分科会に報告される予定。

ただ、2021年度は新型コロナの感染拡大による影響で、医療機関を受診する患者が減少する一方、感染対策のための経費が増加し、医療機関には補助金も交付されていた。このように、コロナ感染拡大以前とは異なる状況下のデータを調べて、消費税10%引上げへの補てん状況を判断することについて、さまざまな意見があがった。

支払側の委員からは、「この混乱した状況のなかで、調査を行うこと自体はよいが、消費税の補てん状況について結論を出すのは見送るべき」との主張がなされた。これに対し、日本医師会副会長の今村聡委員は、「調査結果の解釈は難しくなると想定されるが、11月に示されるデータを見てから考えるべき」と述べ、分科会としては11月に調査結果を踏まえ判断することになった。

厚労省は、補てん状況を「開設者別」「病院機能別」「入院基本料別」に区分

して比較する方針だ。

今村委員は、補てん状況のばらつきに関するデータを示すよう厚労省に求め、「一つひとつの医療機関に対して完全に補てんすることは無理だが、分布の広がりが大きければ、それを縮める取組みが必要」と述べた。

日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一委員も、「個々の医療機関への補てんの分布の実態を把握し、今後の税率引上げのときの対応を視野に入れた上で議論を進める必要がある」と述べ、個々の医療機関への補てん状況に関する資料を示すよう要望した。

消費税の取扱いについての経緯

〇2014年(消費税8%引上げ時)

中医協・消費税分科会の場合において、診療報酬とは別建ての高額投資対応の検討を議論。その結果、別建ての高額投資対応は実施せず、消費税8%引上げ時の対応は診療報酬にて行うこととなった。診療報酬上の補てん見合いの点数配分の方法について議論を重ねた結果、基本診療料への点数上乗せを主とした対応を行うこととなった。

〇2019年(消費税10%引上げ時)

- ① 中医協・消費税分科会の場合において、2014年改定の診療報酬上の対応について、その補てん状況の把握を実施。全体の補てん不足及び医療機関種別ごとの補てん率のばらつきが生じていること等が明らかになり、これに対する要因分析、より適切な補てん方法等について議論。
- ② 議論を踏まえて、全体の補てん不足及び医療機関種別ごとの補てん率のばらつきを是正するため、5%から8%への引上げ時の内容も含めて配点方法の見直しを行ったうえで、消費税10%引上げに対応した診療報酬上の対応を実施。
- ③ なお、2018年度の「『医療機関等における消費税負担に関する分科会』における議論の整理」においては、「消費税率10%への引上げ後の補てん状況については、必要なデータが揃い次第速やかに、かつ継続的に調査することとする。」とされた。

コロナの自宅・宿泊療養者の診療で報酬増額

厚労省・事務連絡

オンライン診療の報酬も上乗せ

新型コロナの全国的な感染拡大が続く中で、政府は8月に入り、新型コロナ対策を転換。感染拡大地域における緊急的な対応として、入院を重症者や重症化リスクの高い患者等に重点化し、それ以外は自宅・宿泊療養を基本とする考えを示した。これに伴い、従来の対策を継続するとともに、補助金や診療報酬で新たな対応を図るため、事務連絡で具体的な取扱いを示している。

補助金については、8月16日の事務連絡の付属資料で、新型コロナ緊急包括支援交付金による医療機関への支援を、10月以降も当面実施する方針が示された。四病院団体協議会は7月29日に、田村憲久厚労大臣宛てで、交付金の期限が9月30日に設定されていたことから、継続を要望していた。ただ、9月30日までの診療報酬の特例については、まだ取扱いが決まっていない。

8月16日の事務連絡では、8月16日

以降に、臨時的医療施設、健康管理を強化した宿泊療養施設、入院待機ステーションに医療従事者等を派遣する場合の緊急包括支援交付金の上限額を2倍とする区分を医療チーム派遣事業に新たに設けた。時給で医師は1万5,100円、医師以外の医療従事者は5,520円、業務調整員は3,120円としている。

8月19日の事務連絡では、8月19日以降に、重点医療機関に医師以外の医療従事者を派遣した場合の補助金の上限額を時給8,280円に引き上げた。

オンライン診療で報酬を上乗せ

診療報酬の対応では、8月16日の事務連絡により、新型コロナの自宅・宿泊療養者に対して、医師が、電話や情報通信機器を用いたオンラインの診療を行った場合に、新たに二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できることを示した。適用は8月16日から。

新型コロナの感染拡大を踏まえ、現在、電話・オンライン診療の取扱いが緩和され、初診からの実施が特例で可能となっている。診療報酬では、初診で214点、電話等再診で73点を算定できる。今回、これに加えて、新型コロナの自宅・宿泊療養者に対する電話・オンライン診療で、二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できる。「患者に対し主として診療を行っている保険医が属する1つの医療機関」において、1日1回算定できるとしている。

7月30日の事務連絡では、医療機関が自宅・宿泊療養者に対して、新型コロナ関連の訴えで、患者・家族の求めに応じて往診した場合等に、往診料または在宅患者訪問診療料を算定した日に、新たに救急医療管理加算1(950点)を算定できることとした。適用は7月30日から。患者に対して「主として診療を行っている保険医が属する1つの

医療機関」が、1日1回算定できる。8月4日の事務連絡では、医療機関または訪問看護ステーションが新型コロナの自宅・宿泊療養者に対して、主治医の指示に基づき、緊急に訪問看護を実施した場合に、医療機関であれば長時間訪問看護・指導加算(520点)、訪問看護ステーションであれば長時間訪問看護加算(5,200円)を算定できることを示した。適用は8月4日からで、患者に対して主として訪問看護を行った医療機関等は時間を問わず、1日1回算定できる。

また、この場合、主治医の指示に基づいて作成した訪問看護計画に定めた訪問看護を実施しても、長時間訪問看護・指導加算または長時間訪問看護加算を算定できることも明らかにした。

8月11日の事務連絡では、8月4日の事務連絡の取扱いについて、精神障害者への長時間精神科訪問看護・指導加算(520点)または長時間精神科訪問看護加算(5,200円)の算定も可能であることを明確化した。さらに、新型コロナの自宅・宿泊療養者に、特別訪問看護指示書を交付できることも示した。

2021年度 第4回常任理事会の抄録 7月17日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 医療法人横浜未来ヘルスケアシステム奥沢病院 理事長 横川秀男
 - 長崎県 医療法人心々和会 佐世保国際通り病院 理事長 浅井貞宏
 他に退会が4会員あり、正会員は合計2,539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 医療法人社団新町クリニック健康管理センター 理事長 高木 敏
 準会員数は合計105会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 山田コンサルティンググループ株式会社(コーポレートアドバイザー事業本部部長 川村和人)
 - 一般社団法人全国建物診断サービス

- (代表理事 角田仰)
 - 三菱地所株式会社(執行役社長 吉田淳一)
 他に退会が3会員あり、賛助会員は合計110会員となった。
- 会員種別変更について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 千葉県支部事務局・鳥取県支部事務局の変更について承認した。
- 第5回TQM(総合的質経営)の医療への適用研修会の開催について承認した。

【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」「第8次医療計画等に関する検討会」「外来機能報告等に関するワーキンググループ」「厚生科学審議会がん登録部会」「がん

- 診療連携拠点病院等の指定に関する検討会「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 全日病ニュース全日本病院学会「委員会企画」記事の掲載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
 - 東京都 大田病院
 - 福井県 林病院
 - 京都府 洛和会音羽記念病院
 - 福岡県 ヨコクラ病院
 - ◎一般病院2
 - 福島県 星総合病院
 - 千葉県 東邦大学医療センター 佐倉病院
 - ◎慢性期病院

- 東京都 東京さくら病院
- ◎精神科病院
 - 大分県 向井病院
 6月4日現在の認定病院は合計2,087病院。そのうち、本会会員は854病院と、全認定病院の40.9%を占める。
- 医療機関における宿日直許可手続き等について説明があった。
- 日本医業経営コンサルタント協会からのアンケート調査の依頼について報告があった。
- 日本在宅ケアアライアンスからのWeb調査の依頼について報告があった。
- 第62回全日本病院学会in岡山の進捗状況について説明があった。
- 本年度役員改選に伴う各委員会委員長の選任について説明があり、承認された。

国と都が都内の病院に病床確保を要請

田村憲久厚生労働大臣と小池百合子東京都知事は8月23日、東京都内の医療機関の長・医学部を置く各国公立大学長、看護師等学校養成所長に対し、病床確保や人材派遣を要請した(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第16条の2第1項に基づく協力の要請について(厚生労働省発健0823第5号))。医療機関などは回答を8月31日までに届けることが求められた。

今年2月に成立した改正感染症法に基づく初めての措置。通知では、新型コロナウイルスの感染拡大は災害レベルの非常事態であり、東京都における医療提供体制が非常に厳しくなっていると指摘した。このため、現在の感染状況に総力戦で臨むため、「不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野」に入れた上で、要請を行った。同法2条の規定により、「正当な理由なく協力の求めに応じなかったときは、措置の実施に協力するよう勧告する場合が

ある。正当な理由なく、その勧告に従わなかったときは、その旨を公表することになる」と明記した。

要請の対象と内容は以下のとおり。
 ◇入院重点医療機関等は「最大確保病床における最大限の入院患者の受入れ」「さらなる病床確保」「都が要請した施設に対する人材派遣」を1つ以上
 ◇それ以外の病院は「都が要請した施設の運営」「都が要請した施設に対する人材派遣」を1つ以上

◇すべての診療所は「新型コロナウイルス感染症患者への在宅医療および検査、診断」「都が要請した施設に対する人材派遣」「区市町村のワクチン接種等への協力」を1つ以上
 ◇医師、看護師養成機関は、「都が要請した施設に対する人材派遣および区市町村のワクチン接種等への協力」

この中の「施設」とは、医療機関、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等。必要な経費は別途連絡するとした。

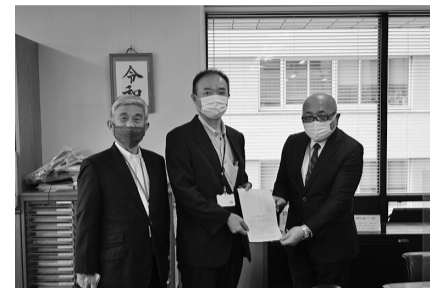
濃厚接触者の医療従事要件で要望書

全国で若年者の新型コロナの感染拡大が急増している中で、医療従事者や介護従事者においても、濃厚接触者の自宅待機者が増加している。厚生労働省は8月13日付け事務連絡で、新型コロナ対策に従事する医療従事者に対し、濃厚接触者であっても医療に従事できる要件を示した。全日病など7団体は18日、新型コロナ対策に従事していない医療・介護従事者に対しても、同様の取扱いとすることを求め、田村憲久厚生労働大臣宛てで、正林督章健康局長に要望書を手渡した。これを受け厚労省は、18日付けで事務連絡を改正した。

濃厚接触者は「不要不急の外出をできる限り控える」ことが要請されている。しかし、改正事務連では、「医療に従事することは不要不急の外出に当たらない」ことを明確化した。要件としては、新型コロナワクチンの2回接種や、無症状で核酸検出検査・抗原定量検査が毎日、陰性であることなどに加えて、「他の医療従事者による代替

が困難な医療従事者」と明記し、医療従事者全体とした。だが介護従事者は含まれなかった。

注意事項としては、以下のような文言が追加された。◇他の医療従事者による代替が困難な医療従事者に限る運用を徹底すること◇感染した場合にリスクが高い患者に対する医療に際しては、格段の配慮を行うこと◇検査期間は最終暴露日から14日間◇原則として行政検査として実施することが望ましい。



猪口会長が正林健康局長に要望書を渡す

■ 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
向精神薬の適正使用に係る研修	2021年8月6日(金)より配信中 【eラーニング】	11,000円(税込) / 1アカウント (60日間有効)	2018年度診療報酬改定で向精神薬の減算措置が導入された。「不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師」等が行った処方箋は、減算対象の向精神薬長期処方等に該当しない。その研修の要件に該当するeラーニング研修を8月6日より再配信している。
医師事務作業補助者研修 (eラーニング研修)	2021年6月1日(火)~2022年3月31日(木) (アカウントの有効期限) ※アカウント情報通知書発行日から60日間	27,500円(税込) (1アカウント)	「医師事務作業補助者研修」をeラーニングで提供する。受講期限(60日間)内であれば、好きなタイミング(オンデマンド)で受講できる。受講修了後に所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を発行する。
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2021年9月26日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWEB参加のハイブリッド形式	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代含む	医療事故調査制度に対しては「報告事例数が少ない」「報告すべき事例が報告されていない」などの指摘が出ている。本研修会では、事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、1名の参加も可能。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
災害時の病院管理者等の役割研修 (60名)	2021年10月5日(火) 【WEB開催】	7,700円(11,000円)(税込)	大規模災害時に病院がその役割を果たすため、病院管理者等の取るべき処置や役割の説明、発災を想定したシミュレーションを実施する。さらに全日病の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の講義も予定する。「AMAT 隊員更新」のための2単位に該当する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会・アドバンスコース (48名)	2021年10月7日(木) 【WEB開催】	23,100円(税込) ※資料代含む	初級編である「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用編として、事例研修を中心とした年1回の研修会を開催する。講師として弁護士3名を招き、法の解釈について、より深い議論を行う。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (70名)	2021年10月9日(土) 2021年10月10日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWEB参加のハイブリッド形式	27,500円(33,000円)(税込) ※2日目の昼食代、書籍代含む	2011・2012年度の厚生労働科学研究費補助金「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」に基づく「院内医療事故調査の指針 第2版」を教材に研修会を開催する。事故発生時の対応を系統的に体験するグループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましい。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
TQM(総合的質経営)の医療への適用-医療と社会と法-研修会(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) (40名)	2021年10月23日(土) 2021年10月24日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	55,000円(77,000円)(税込) ※会場参加では昼食代、WEB参加ではWEB運営費含む	組織運営の意思決定に関わる物事の基本的考え方を医療、社会、法の観点から検討する。行政、団体、医療機関、医療従事者それぞれの新型コロナへの対応を振り返り、今後の課題と展望も検討する。
機能評価受審セミナー (診療・看護合同領域80名、事務管理領域60名)	2021年10月30日(土) 【Zoomを用いたWEB開催】	8,800円(13,200円)(税込)	【診療・看護・合同領域】日本医療機能評価機構の訪問審査における「ケアプロセス調査」の形式に則って、意見交換・情報共有を行う。【事務管理領域】「3rdG:Ver.3.0」の予想、「3rdG:Ver.2.0」の解説、質疑応答・意見交換の3部構成。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2021年12月11日(土)、12日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	27,500円(33,000円)(税込) ※昼食代、テキスト代含む	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための医療安全管理体制相互評価の実務を想定した講習会。研修会の受講は施設規準の要件ではないが、近い将来、体制構築および運用の実態が問われることは必至と考えられる。