



全日病 ニュース

2021.12.1

No.999

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

新型コロナで悪化した病院経営を国の補助金が下支え

中医協総会 医療経済実態調査の結果が示される

厚生労働省は11月24日の中医協の調査実施小委員会(秋山美紀小委員長)に医療機関や歯科、薬局の医療経営などの実態を明らかにするための医療経済実態調査の結果を報告した。

病院の中で、医療法人の損益差額の収益に対する割合(損益率)は、2019年度の1.8%に対し2020年度は0.1%と悪化した。新型コロナ関連の補助金を含めると、2.3%まで回復している。

医療法人の収益の大部分を占める医療収益は▲0.9%、介護収益は▲64.6%で介護の減収率が高い。全体では、患者数や手術などが減って医療収益が低下した影響が大きいと考えられる。一方、医療・介護費用は0.4%でわずかに上昇した。

今回の調査では、新型コロナの影響を把握するため、例年よりも詳細な項

目に分けて分析した。

有効回答数(年度集計)は病院が1,218施設(有効回答率52.8%)、一般診療所が1,706施設(同54.8%)、歯科診療所が625施設(同58.7%)、薬局が904施設(同47.8%)で前回調査と同程度だが、病院の回答率はわずかに低下した。

病院の他の設置主体の損益状況を見ると、国立は2019年度の▲1.7%が2020年度は▲9.2%に悪化し、新型コロナ補助金により、6.8%まで回復した。公立は同▲14.2%が同▲21.4%に悪化し、新型コロナ補助金により、▲7.3%に回復した。公的は同▲0.2%が同▲3.0%に悪化し、新型コロナ補助金により、5.4%まで回復した。

新型コロナ対応の指定別に分けると、重点医療機関は同▲5.4%が同▲10.7%に悪化し、新型コロナ補助金により、

2.2%まで回復した。協力医療機関は同▲4.4%が同▲8.0%に悪化し、コロナ補助金により、▲3.4%になった。

新型コロナから回復した患者を転院により受け入れた実績のある病院は、同2.3%が同0.1%に悪化し、新型コロナ補助金により、1.2%になった。

このように病院については、どの類型においても、損益率の水準に違いはありつつも、2020年度診療報酬改定を挟み、新型コロナの感染拡大により、損益が悪化し、新型コロナ補助金が経営を下支えしたことが確認できた。日病・全日病・医法協の3病院団体による病院経営状況調査の結果でも、同様の傾向が示されている。

診療所も補助金でわずかに回復
診療所の損益率をみると、個人は

2019年度の31.8%が2020年度は28.0%に悪化し、コロナ補助金により、わずかだが28.8%に回復した。診療所の医療法人は同6.5%が同3.8%に悪化し、コロナ補助金により、わずかだが4.2%に回復した。なお、個人の場合は、損益差額に開設者の報酬と、設備投資の内部資金が含まれている。

歯科診療所の損益率をみると、個人は同29.7%が同28.1%に悪化し、コロナ補助金により、30.1%に回復した。医療法人は同6.6%が同6.3%に悪化し、コロナ補助金により7.1%に回復した。歯科は新型コロナの感染拡大による損益率の低下が比較的、小さかった。

薬局の損益率をみると、個人は同11.4%が同9.9%に悪化し、コロナ補助金により、10.4%に回復した。医療法人は同6.6%が同6.4%に悪化し、コロナ補助金により、6.6%と同水準に戻っている。

新型コロナ対策の全体像と新しい経済対策

常任理事会で猪口会長が説明

全日病の猪口雄二会長は11月20日の常任理事会で、新型コロナの第6波対策としてまとめられた「取組の全体像」および「新たな経済対策」について説明した。

新型コロナウイルス感染症対策本部が11月12日に決定した「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」は、この冬に予想される第6波に備えるためにまとめられた。今夏のピーク時に比べて3割増の3.7万人が入院できる体制を11月末までに構築する方針を示しているほか、自宅・宿泊療養者の対応、医療人材の確保、ITを活用した稼働状況の「見える化」、さらなる感染拡大時の対応などを盛り込んでいる(2面参照、4~5面に資料)。

このうち病床確保については、都道府県と医療機関が書面を締結することにより、感染ピーク時において確保病床の使用率が8割以上となることを確保するとしている。緊急包括支援交付金の病床確保料は、来年1月以降も継続するが、確保病床の8割以上の稼働が求められることになる。

また、感染力が2倍を超えて医療のひっ迫が見込まれる場合には、近隣の医療機関から人材を派遣して応援することも計画されている。

ITを活用した稼働状況の「見える化」では、G-MISやレセプトデータを活用し、12月から医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表するとしている。猪口会長は、具体的な公表の方法は近く示される見通しであると述べた。

12月から医療従事者の追加接種開始

医療従事者のワクチンの追加接種は12月から始まるスケジュールで、すでに11月に市町村から接種券が送付されている。医療従事者の1・2回目の接種は都道府県が担ったが、追加接種は市町村に変更となった。しかし、VRSの入力に遅れがみられ、猪口会長は、医療機関の責任で医療従事者に接種することも考える必要があると注意喚起した。

病床確保料の単価を見直す

一方、11月19日に閣議決定した「新たな経済対策」では、新型コロナ対策の全体像の内容を盛り込んでいるほか、ワクチン・検査パッケージを活用して経済活動の再開を進める方針を示している。

医療提供体制の強化は「全体像」と同様の内容だが、病床確保料について、病床利用率が一定の基準を満たさない

場合には病床確保料の単価を見直すほか、確保病床に対する休床病床の割合に上限を設定する考えを示している。1床のコロナ病床をつくるために何床まで休床を認めるかということで、猪口会長は、具体的内容は近く示される見込みと述べた。

また、公的部門における分配機能を強化するため、看護、介護、保育、幼児教育の現場で働く人の収入を引き上げる考えを示している。春闘に向けた賃上げ議論に先んじて、保育士・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に収入を3%程度(月額9,000円)引き上げる措置を来年2月から前倒しで実施することとした。

看護については、コロナ医療を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、段階的に収入を3%程度引き上げることとし、来年2月から1%程度(月額4,000円)引き上げる措置を前倒しで実施することとした。来年10月以降の対応は、2022年度予算編成過程で検討し、必要

な措置を講ずる。2月からは補助金で、10月からは診療報酬で対応する形となる。

これに関連して猪口会長は、四病院団体協議会が11月15日に病院に勤務する看護補助者(介護職)の処遇改善を求める要望書を後藤茂之厚生労働大臣に提出したことを報告(8面参照)。これによって看護補助者、PT・OT等のコメディカルの処遇改善に充てることになったと説明した。なお、対象はすべての病院ではなく、ある程度の救急医療を行っている病院となる見込みだ。

本号の紙面から

| | |
|--------------|------|
| 新型コロナ対策全体像示す | 2面 |
| 中医協が急性期医療を議論 | 3面 |
| 政府のコロナ対策【資料】 | 4~5面 |
| 中医協が回復期医療を議論 | 6面 |
| 全世代型社会保障構築会議 | 7面 |
| 中医協が慢性期医療を議論 | 8面 |

四病院団体協議会 賀詞交歓会 開催中止のご案内

例年1月初旬に開催している四病院団体協議会の賀詞交歓会は、昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大防止、参加者及び関係者の皆様の健康と安全を第一に考慮し、残念ではございますが、2022年は開催を中止致します。

参加を予定して頂いていた皆様には、ご迷惑をおかけし、誠に申し訳ございません。ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。

清話抄

つぎはぎの対応で
地域のニーズに応える

この2年間は、コロナのために、院内の通常の催事であった新人歓迎会、忘年会、クリスマス会、敬老会、文化祭、職員旅行などすべてが中止となり、大事にしてきた患者さんや職員との交

流の機会が失われました。

この間、回復期病床がこの地域に過剰となったため、当院の回復期病床50床を急性期病床に変更し、救急車3台と救急救命士8人を配備し、地域の方々の救急要請のハードルを低くして受診しやすくしました。まだ始めたばかりですが、消防救急車とあわせると今年度は年間1700台の要請となりそうです。また、人材の確保が困難で持続性が危ぶまれる給食事業を病院から独立させてセントラルキッチンを設立し、機械化をすすめることにより、安定し

て給食が提供できるようになりました。地域の一人暮らしの方や、病気の方に病院食の配食も始めました。

ある時、当院を見学に来られた方が、「民間はこうですよ、つぎはぎですよ」といわれました。私はその言葉をしばらくの間、肯定的にはとらえられませんでした。

確かに当院は30年の間に病床を増やしたり、機能を変えたために、つぎはぎに病棟がたっています。しかしその結果、債務は分散され、資金繰りが容易でした。コロナ禍の難局も、地域医

療を守るため、つぎはぎで対応してきました。

今後、医療に対する需要、供給構造が大きく変化し、病院は大きな転換の時代に入ると想定されます。再編や連携がすすみ、機能も大きく変化する可能性があると考えています。当院は老朽化した部分から時代に合わせて変化していこうと考えています。これからもつぎはぎの対応で、地域のニーズに柔軟に応えていくつもりです。

(甲賀美智子)

主張

SDGsのすすめ

2015年9月に国連総会でSDGs(持続可能な開発目標)が採択されてから、行政や企業、教育機関などでSDGsに関する様々な取り組みが展開されている。SDGsは2015年から2030年までの長期的な開発の指針として採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」の中核を成しており、17の目標と169のターゲットで構成されている。最初にSDGsについて知った時はあまり医療や介護と関係ないのではと

思っていたが、2019年4月に県でSDGs推進企業登録制度が始まったのを知り、同年8月から法人広報担当が中心となってSDGsについて取り組みを始めてみた。実際に取り組んでみると、我々が今まで取り組んできたエコ活動や街づくり、地域住民への情報提供は17の目標のいずれかに当てはまるということがわかり取り組みが加速した。その後2020年度以降の法人運営方針にも盛り込まれるようになり、現在は日頃

の活動一つ一つがSDGsに関連して考えられるようになってきた。

SDGsは難しく考えると取っつきにくい印象があるが、SDGsの目標やターゲットを普段の活動を当てはめていくと医療・介護分野でも取り組みやすいのではないかと考える。ご存じのカラフルな目標ロゴは様々なところで目に留まる。企業でのSDGs推進により、ブランドイメージの向上、人材の確保・育成、職員のモチベーションアップ、他業種との連携、経営リスクマネジメント、社会への貢献、地球環境保護などが期待される。直接的な経営改善の効果はないかもしれないが、SDGsは世界の共通言語と捉え取り組

む価値はあると考える。

SDGsについては多くの書籍やインターネット上での情報も豊富に公開されており、行政・自治体や大小含めた様々な企業、教育機関等での取り組み事例も多く公開されている。医療や介護での取り組みはまだ多くはないと思うが、当協会の会員病院でも取り組んでいるところがあるので参考にされたい。少子高齢化・人口減少が進む中、2030年まであと9年しかないが、この間にSDGsへの取り組みを進めていけば、医療・介護業界も少しは持続可能な社会に変化できると期待し、今後もSDGsに取り組んでいきたいと考えている。(黒澤 一也)

新型コロナ対策の全体像を示す

第6波に備え3.7万人の入院体制を構築

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は11月12日、この冬に予想される「第6波」に備え、新型コロナ対策の全体像を決定した。感染力が2倍となった場合に対応できるよう、臨時の医療施設を含めて病床確保を進め、今夏のピーク時に比べて3割増の3.7万人が入院できる体制を11月末までにつくる考えだ。

感染力2倍の場合に対応

全体像は、最悪の事態を想定して次の感染拡大に備えるため、感染力が2倍になった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進め、感染リスクを引き下げながら、経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図るための方策を示している。

医療提供体制の強化では、今夏の第5波で入院が必要になった2.8万人よ

りも、3割増(約1万人)の3.7万人が、入院できる体制を11月末までに構築する。

あわせて、入院調整中の人を受け入れるため、臨時の医療施設・入院待機施設を確保。今夏と比べ、約4倍弱の約3.4万人が入所できる体制をつくる。

公立・公的病院の専用病床化を進めるとともに、確保した病床が確実に稼働できるように、都道府県と医療機関の間において要請から病床を確保するまでの期間などを明確化した書面を締結。感染ピーク時において、確保病床の使用率が8割以上となるようにする。緊急包括支援交付金の病床確保料は、来年1月以降も継続する。

パルスオキシメーターを配布

自宅・宿泊療養者の対応では、すべての人について陽性判明の当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を

実施できる体制を確保する。

宿泊療養施設についても、約6.1万床を確保。すべての自宅療養者にパルスオキシメーターを配布できるよう、約69万個を確保する。

経口薬については、かかりつけ医と地域の薬局が連携することで、患者が薬局に行かなくても入手できる環境づくりを支援する。

感染拡大時に病床・施設を円滑に稼働させるため、医療人材について、都道府県において人材確保・配置調整を一元的に担う体制を構築する。

G-MISやレセプトデータを活用して、医療機関の稼働状況を見える化する。病床の確保・使用状況を日々共有できる体制を構築するとともに、医療機関におけるG-MISへの入力を徹底することにより、12月から医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表する。

さらなる感染拡大に備える

感染力が3倍の変異株が出現した場合には、国民に対してさらなる行動制限を求めるとともに、医療機関に対して、自宅療養者への健康観察・診療への最大限の協力を要請。予定手術・待機手術の延期を求めるほか、公立・公的病院に対して追加的な病床の確保、臨時の医療施設への医療人材の派遣を要求・要請し、民間医療機関に対しても要請を行う。

また、感染リスクが高くない地域の医療機関に対して、コロナ以外の通常医療の制限措置を行い、それによって確保した医療人材を大都市など感染リスクが高い地域に派遣するよう、要求・要請する。

12月から3回目のワクチン接種

ワクチンの3回目の追加接種は12月から開始できるよう、体制を整備する。対象は2回目の接種完了から8カ月以上経過した人で接種を希望するすべての人。医療従事者を優先させ、来年1月からは高齢者の接種を開始。3月をめどに職域接種も開始する考えだ。

医療機関間連携などコロナ対応の病院から事例発表

厚労省・医療計画検討委員会

東大、十三市民、県立八重山、武蔵野赤十字病院などが発表

厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)は11月11日、前2回の検討会に引き続き、新型コロナウイルス感染症対応の事例発表を受けた。同日は、◇東大病院(東京都)◇大阪市立十三市民病院(大阪府)◇沖縄県立八重山病院(沖縄県)◇武蔵野赤十字病院(東京都)◇国立病院機構◇神奈川県医師会が発表した。

後方支援医療機関とコンソーシアム

東大病院は、2020年3月～2021年9月で新規陽性患者454名を受け入れた。うち重症者は235人で半数を超えている。新型コロナの治療薬などの臨床試験も実施している。

コロナ対応では、3大学病院・後方支援医療機関連携コンソーシアムの運用などを踏まえ、「医療機関の役割分担・機能分化・相互連携を学んだ」と強調した。同コンソーシアムでは、東大病院に調整本部を置き、日本医科大学付属病院、東京医科歯科大学病院の3大学が31の後方支援医療機関と病院間マッチングを実施し、患者を適切な医療機関に搬送した。9月末現在35医療機関が加盟し、73件の転院調整が実現したという。

これに関し、全日病副会長の織田正道委員は、同コンソーシアムが平時の地域連携を基盤にした組織であるのかを質問した。東大病院は、「平時の地域連携とは別に、コロナ対応のためにスタートした。送る場合も受ける場合

もコロナ対応は複雑なので、1例1例の患者調整に手間がかかった。個人的な関係により成り立っていたところが大きい」と説明した。

織田委員は、「認知症や透析、小児であるなどの患者情報をどのようにやり取りしたのか」とも質問。東大病院は、「後方支援医療機関の手上げを頂いたときに、受けられる患者を聴取した。ただ、透析患者などの実際の調整は大変だった」と述べた。「調整は電話、それともシステムがあったのか」との質問には、「主に電話」と答えた。

一般医療に戻していくことが課題

大阪市立十三市民病院は、一般病床が224床、結核病床が39床だったが、大阪府の要請により、2020年4月14日から段階的な対応を経て、すべての病床をコロナ対応とするコロナ専門病院に転換した。2020年3月25日～2021年10月27日、1,633人のコロナ患者を受入れ、死亡は64人。現在、コロナ患者が急減し、病床が空いている。一般医療を一部再開しているが、コロナ収束後にどのように一般医療に戻していくかが課題であるとした。

沖縄県立八重山病院は、広範囲に離島が散らばる八重山諸島全体の新型コロナ対応を担った。離島であり、コロナ対応に特化することはできず、救急も維持する必要がある。コロナ対応の医師・看護師を確保するため、検査・手術を延期し、外来は電話診療に切り

替え、1病棟を閉鎖した。

外部から医師・看護師の応援もあったが、平時から慢性的に医師・看護師が不足しており、人員確保を課題とした。離島であるがゆえの搬送の難しさも課題にあげた。

武蔵野赤十字病院は、感染症病床を有する指定医療機関であり、多くの重症患者を受け入れた。2020年1月～2021年10月の間の最大確保病床数は76床(2021年9月)であり、うち重症者病床は12床であった。

その上で、「重症病棟では最大、人工呼吸器10台、ECMO2台を使用。そのケアは、救急集中治療室(患者と看護職員の比率は2対1)レベル」と説明。一般病棟の縮小や救急病棟の閉鎖を行って、コロナ対応病棟に看護師を増員せざるを得ないと強調した。

また、同病院も指定されている地域医療支援病院について、「それぞれの地域の実情に応じて、感染症医療や災害医療の積極的協力を求めることは、地域医療支援病院の制度趣旨に適正した対応である」との考えを示した。

地域医療構想調整会議を活用

国立病院機構は、140の国立病院を抱える独立行政法人で、2021年8月に感染症法に基づく東京都・厚生労働大臣からの協力の要請、2021年10月に国立病院機構法に基づく厚生労働大臣からの要求により、コロナ病床の確保や医療従事者の派遣を実施した。



8月の要請では、東京都下3病院のコロナ病床を133床から209床に増床した。国立病院機構以外の病院への派遣実績は、派遣先病院数が77病院、派遣看護師延べ人数が3,637人(人日)、実人数は234人となっている。

神奈川県医師会は、医療提供体制への過剰な負担を避けることを狙った、いわゆる神奈川モデルについて、「本来は入院が必要な自宅療養(入院待機)者のモニタリングが原則」と説明。◇保健所が自宅療養者をリストアップ◇訪問看護事業者が電話で健康観察◇医師が訪問看護事業者から状態の報告を受け指示により、自宅療養中の病状悪化などに対応しているとした。

神奈川モデルの進化の秘訣として、◇県がトップに災害医療専門の現役医師を据えた◇医師が臨床症状から入院が必要と判断した患者に治療対象を絞り、病床を有効活用した◇県の動きに医師会、病院協会が協調した◇地域医療構想調整会議のプラットフォームを活用した一ことをあげた。

2022年度改定に向け中医協で急性期入院医療を議論

中医協総会 急性期一般入院料1にメリハリつけることを議論

中医協総会(小塩隆士会長)は11月10日、2022年度診療報酬改定に向けて、入院医療等の調査・評価分科会の議論を踏まえ、急性期・高度急性期入院医療と在宅医療を議論した。一般病棟の急性期一般入院料1を届出した医療機関のうち、手術件数等に応じて評価を分けることや、「重症度、医療・看護必要度」の見直しが議論された。

治療室の有無で手術の実績に差

厚生労働省は、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、特定集中治療室管理料)を届け出ている医療機関のほうが、治療室なしの医療機関よりも、全身麻酔の手術件数や人工心肺を用いた手術件数、救急搬送の受入れ件数などが多く指摘(下図参照)。その上で、「充実した急性期入院医療を担っている医療機関の評価に対する評価」を論点にあげた。

支払側からは、「急性期一般入院料1の医療機関のなかでも手術の実績に差があることがわかった。急性期入院医療の評価にメリハリをつける新たな切り口となる」などの意見が出された。

これに対して、診療側の日本医師会の城守国斗委員は、急性期一般入院料1の医療機関のなかでも、より充実した急性期医療を担う医療機関を、現行より高く評価する方向を提案した。その一方で、「中小の医療機関にはユニットを分ける構造的な余裕がなかったり、看護の手厚い配置がしにくい事情があり、特定入院料がとれていない場合があり、治療室がないという評価になっている。しかし、これらの病院でも、ナースステーションの横に処置室を置いて、その処置室で手厚い看護の体制で、重症患者や救急患者を診ている現状がある。そういう状況もあるので、このような病院への評価については、しっかりと対応をしていただきたい」と述べ、治療室のない医療機関の評価を引き下げることに反対した。

必要度の項目見直しに賛否

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、厚労省は見直しの論点として◇A項目の「心電図モニターの管理」「点滴ライン同時3本以上の管理」「輸血や血液製剤の管理」◇B項目の項目間の相関が高い場合があること◇術後経過日数の実態を踏まえC項目をどう考えるか—をあげた。

支払側からは、A項目の評価項目で

ある「心電図モニターの管理」と「点滴ライン同時3本以上の管理」の2点をA項目から除外すべきとの主張がなされた。とくに心電図モニターの管理の項目については、入院医療分科会から、「純粋に患者の状態を反映しているとは必ずしも言えない」という指摘がなされたことを踏まえて、「次回改定で必ず解決すべき問題だ」と強く見直しを求める声があった。

これに対し診療側の城守委員は、「これまで、診療報酬改定のたびに評価項目の変更をすること自体、医療現場にとって負担になっている」と述べ、見直しに強く反対した。

RRS導入を評価する方向

厚労省は、重症患者への対応を評価することを論点にあげた。患者の急変の兆候を捉え、死に至るような急変を未然に防ぐ取組みとして、「院内迅速対応システムRapid Response System(RRS)」がある。このRRSは、主に病床規模の大きな病院で導入されており、RRSの導入が院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。

また、救急・集中治療領域においては、家族が患者の代理の意思決定を強いられ、それが家族の負担になっているため、支援を行う「入院時重症患者

対応メディエーター」の養成が進められている。

厚労省はこれらを論点にあげ、診療側も支払側も診療報酬で評価する方向で一致した。

日本病院会副会長の島弘志委員は「院内で急変する患者に全職員が対応できるようなトレーニングを実施した場合には、きちんと評価したほうがよい」と述べ、RRSの評価を求めた。

高度急性期の見直しでも賛否

高度急性期医療については、特定集中治療室管理料、救命救急入院料2・4におけるA項目の該当患者割合の実態を踏まえて、特定集中治療室用の評価票における「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」を除外することが議論された。評価項目からの見直しを求める支払側に対し、診療側は慎重な対応を求めた。

また、特定集中治療室管理料を算定する患者において、A項目の基準を満たすがB項目では満たさないのはわずか1.7%であることから、B項目の廃止について意見の応酬があった。

重症患者の搬送を評価へ

在宅医療に関する議論では、救急搬送診療料に新たな区分を設け、重症患者の救急搬送を評価する方向で概ね一致した。

者の救急搬送を評価する方向で概ね一致した。

救急搬送診療料は、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際に、診療上の必要から、自動車に同乗して診療を行うことを評価したもの。

コロナ禍では、重症患者を転院させるための搬送が行われ、ECMOを装着した患者の搬送もなされた。しかし、現行の算定要件では、入院患者を他の医療機関に搬送する場合には救急搬送診療料を算定することはできない。

これについて城守委員は、救急搬送診療料に新たな評価の区分を設け、現在、学会により作成されている重症患者搬送のガイドラインに従った対応をした場合を評価することを提案した。

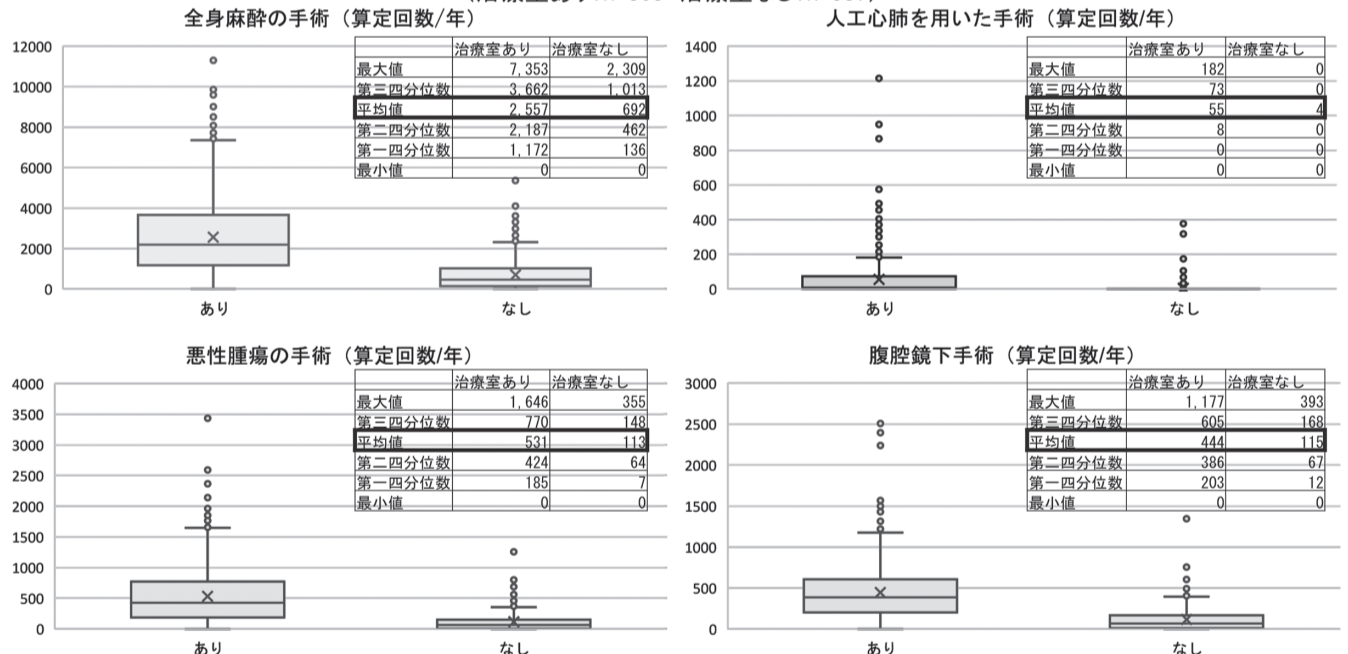
協会けんぽ会長の安藤伸樹委員も、「ECMOを装着した患者の搬送の重点化という方向は理解する」と述べ、具体的な要件設定についてさらに議論するよう求めた。

緊急往診加算について、成人と小児の要件を分けて設定することが議論された。現行では、緊急往診加算は急性心筋梗塞や脳血管障害、急性腹症等の場合に算定できるが、小児では急性の呼吸不全やけいれんなど、成人と異なる理由で緊急の往診が必要となる場合がある。診療側は、小児の病態を踏まえて評価を工夫するよう求め、支払側も理解を示した。

急性期1における治療室の有無別、手術等の状況

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術については、いずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況 (治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)



出典：DPCデータ(治療室の状況；令和元年3月時点 算定回数；令和元年度1年間の算定回数)

※ 「治療室」を有している医療機関とは、以下のいずれかの入院料を届け出ている医療機関。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

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

【資料】次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像

2021年11月12日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は11月12日、この冬に予想される「第6波」に備え、新型コロナ対策の全体像を決定した。10月15日に示した「骨格」に肉付けしたもので、夏の「第5波」のデルタ株より感染力が2倍の変異株にも対応できるよう、今夏のピーク時に比べて3割増の3.7万人が入院できる体制を11月末までに構築する方針を示している。

基本的考え方

- ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える。
- このため、デルタ株への置き換わりなどによる今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が2倍(※)となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める。
- こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じて、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る。
- その上で、感染力が2倍を大きく超え、例えば感染力が3倍(※)となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる。

(※)「感染力が2(3)倍」とは、若年者のワクチン接種が70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実質2(3)倍程度の感染拡大が起こるような状況」のことである。

1. 医療提供体制の強化

(1) 病床の確保、臨時的医療施設の整備(数値は11月11日時点のもの)

- 入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は臨時的医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を整備する。
今夏の各都道府県のピーク時においては最大約2.8万人の入院が必要となったが、今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、ワクチン接種の進展等による感染拡大の抑制効果等も勘案しつつ、以下の取組により、今夏と比べて約3割増(約1万人増)の約3.7万人が入院できる体制を11月末までに構築する。
- ・病床の増床や臨時的医療施設における病床確保(入院患者の受入約5千人増(病床約6千床増の8割(使用率)))
- ・確保病床の使用率の向上(入院患者の受入約5千人増)
あわせて、入院調整中の方や重症化していないものの基礎疾患等のリスクがある方が安心して療養できるようにするため、臨時的医療施設・入院待機施設の確保により、今夏と比べて約4倍弱(約2.5千人増)の約3.4千人が入所できる体制を構築する。
- 上記の一環として、公立・公的病院の専用病床化を進め、国が要求・要請を行った公立・公的病院において、全国で今夏と比べ、約2.7千人の入院患者の受入増(病床増約1.6千床分)を可能とするとともに、都道府県に設置する臨時的医療施設等に医療人材を派遣できるようにする。

(参考) 国が要求・要請を行った公立・公的病院の取組強化(11月1日時点)

- ・国立病院機構(NHO)
入院受入 1,814人 → 2,251人(437人増)
確保病床 2,290床 → 2,758床(468床増)
- ・地域医療機能推進機構(JCHO)
入院受入 694人 → 925人(231人増)
確保病床 911床 → 1,156床(245床増)
- ・その他

入院受入 8,156人 → 10,205人(2,049人増)

確保病床 10,120床 → 11,039床(919床増)

- 感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるように、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した書面を締結するとともに、休床病床の運用の効率化を図りつつ、病床使用率を勘案した病床確保料に見直しを行うこと等により、感染ピーク時において確保病床の使用率が8割以上となることを確保する。なお、これに併せて、緊急包括支援交付金の病床確保料については、来年(2022年)1月以降も当面継続する。
- 感染拡大時においても入院が必要な者が確実に入院できる入院調整の仕組みを構築するとともに、フェーズごとの患者の療養先の振り分けが明確になるスコア方式等を導入する等、転退院先を含め療養先の決定の迅速・円滑化を図る。

(2) 自宅・宿泊療養者への対応

- 都道府県の推計では、今後の感染ピーク時における自宅・宿泊療養者は、約23万人と想定されているが、これら全ての方について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保する。
このため、従来の保健所のみでの対応を転換し、保健所の体制強化のみならず、オンライン診療(※)・往診、訪問看護の実施等について、医療機関、関係団体等と委託契約や協定の締結等を推進しつつ、全国でのべ約3.2万の医療機関等と連携し、必要な健康観察・診療体制を構築する。

- ・医療機関 約1.2万機関
- ・訪問看護ステーション 約1千機関
- ・薬局 約1.9万機関

(※)参考：東京都における複数の自宅・宿泊療養者と複数の医師のマッチングを行う「多対多オンライン診療システム」や、神奈川県における輪番制の医師によるオンライン診療等の取組などの事例も参考に、各地域の取組を推進する。

- また、宿泊療養施設について、家庭内感染のリスク等に対応するため、約1.4万室増の約6.1万室を確保する。
- さらに、症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また、重症化を未然に防止する観点から、全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配付できるように、総数で約69万個を確保する。治療薬についても、中和抗体薬・経口薬については、入院に加えて外来・往診まで、様々な場面で投与できる体制を全国で構築する。さらに、経口薬については、かかりつけ医と地域の薬局が連携することで、患者が薬局に来所しなくても手に入れることができるような環境作りを支援する。

(3) 医療人材の確保等

- 感染拡大時に臨時的医療施設をはじめとした病床・施設を円滑に稼働させるため、都道府県の保健・医療提供体制確保計画において、医療人材派遣について協力可能な医療機関数、派遣者数を具体化するとともに、人材確保・配置調整等を一体的に担う体制を構築する。また、東京都においては、医療機関等からの派遣可能な具体的人員の事前登録制を進めることとしており、こうした取組を横展開する。

(参考) 都道府県の具体例

上記の取組のほか、関係団体と連名で全病院に緊急時の医療人材の応援派遣を依頼し調整している例や、地域の医療機関から臨時的医療施設等への輪番

派遣制により体制を構築する例、医療人材の派遣協定をあらかじめ締結する例などもあり、こうした取組も参考に、各地域における人材確保を推進する。

- また、国立病院機構等の公立・公的病院において、都道府県に設置する臨時的医療施設等に医療人材を派遣できるようにする。(再掲)

(4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

- 医療体制の稼働状況をG-MISやレセプトデータ等を活用して徹底的に「見える化」する。
・都道府県内の医療機関や救急本部との間で、病床の確保・使用状況を日々共有できる体制を構築するとともに、個々の医療機関におけるG-MISへの病床の使用状況等の入力を徹底すること(補助金の執行要件化)により、12月から医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表する。
・12月から毎月、レセプトデータを用いてオンライン診療・往診など自宅療養者に対する診療実績を集計し、地域別(郡・市・区別)に公表する。
・国が買い上げて医療機関に提供する中和抗体薬など新型コロナウイルス感染症の治療薬の投与者数について、都道府県別に毎月公表する。

(5) さらなる感染拡大時への対応

- 今夏の感染拡大時においては、地域によって、人口の密集度、住民の生活行動等によって感染状況の推移は異なり、また、病床や医療人材等の医療資源にも差があることから、医療提供体制のひっ迫状況は、地域によって様々であった。その中で、病床がひっ迫した地域においては、緊急事態宣言の下で、個々の医療機関の判断でコロナ対応のためにコロナ以外の通常医療の制限が行われていたが、今後、地域によって、仮に感染力が2倍を超える水準になり、医療のひっ迫が見込まれる場合には、国民に対し、更なる行動制限(後述)を求め、感染拡大の防止を図る。あわせて、国の責任において、感染者の重症化予防等のため地域の医療機関に協力を要請するとともに、更なるコロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための追加的な措置を講ずる。
- 具体的には、医療の確保に向けて、国の責任において、入院対象者の範囲を明確にするるとともに、法で与えられた権限に基づき、国及び都道府県知事が、
・自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請するとともに、
・コロナ患者の入院受入病院に対し、短期間の延期ならリスクが低いと判断される予定手術・待機手術の延期等の実施を求めるほか、
・国立病院機構、地域医療機能推進機構をはじめとする公立・公的病院に対し、追加的な病床の確保、臨時的医療施設への医療人材の派遣等の要求・要請を行うとともに、民間医療機関に対しても要請を行うこととする。
- さらに、感染力が2倍を大きく超え、例えば3倍となり、更なる医療のひっ迫が見込まれる場合には、大都市のように感染拡大のリスクが高く、病床や医療人材が人口比で見ても少ない地域等では、コロナ以外の通常医療の制限措置の実施の徹底や地域内での追加的な病床の確保、医療人材の派遣等の措置を図ったとしても、増加する重症患者等への医療の提供が困難となる事態が生じる可能性がある。こうした事態の発生が見込まれる場合には、当該地域以外に所在する医療機関に対し、必要に応じコロナ以外の通常医療の制限措置を行い、当該地域の臨時的医療施設に医療人材の派遣等を行うよう、法で与えられた権限に基づき、国が要求・要請を行い、医療の確保を図る。
- 同時に、コロナ以外の通常医療の制限措置等は、

一時的とはいえ、国民に対し大きな不安を与えるほか、医療現場にも大きな負荷を伴うことから、こうした措置が速やかに解除されるよう、感染者数の増加に歯止めをかけ、減少させるため、国民に対し、更なる行動制限を求める等の実効性の高い強力な感染拡大防止措置を併せて講ずる。

- 更なる行動制限については、具体的には、人との接触機会を可能な限り減らすため、例えば、飲食店の休業、施設の使用停止、イベントの中止、公共交通機関のダイヤの大幅見直し、職場の出勤者数の大幅削減、日中を含めた外出自粛の徹底など、状況に応じて、機動的に強い行動制限を伴う要請を行う。
- もちろん、こうした厳しい事態に陥らないよう、ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、国民の理解と協力の下、機動的に効果的な行動制限を行うことにより、急激な感染拡大の抑制を図っていくことを基本として対応する。
また、今後、重症化予防効果の高い経口薬等の利用が可能となれば、仮に感染力が高まって入院を必要とする者の減少が見込まれ、医療現場への負荷も軽減されることが期待されることから、引き続き、経口薬の実用化に向けて、全力で取り組む。

2. ワクチン接種の促進

(1) 1回目・2回目接種

- 11月11日公表時点で、1回目の接種率は78.2%、2回目の接種率は74.5%であり、11月中に希望する者への接種を概ね完了する見込みである。
- 追加接種が開始される12月以降も、若年者を含め1回目・2回目未接種者に対する接種機会を確保する。
- 小児(12歳未満)へのワクチン接種について、米国や欧州の薬事当局の審査状況を見据えつつ、企業から薬事申請がなされ、承認に至った場合には、厚生科学審議会での了承を得た上で、接種を開始する。

(2) 追加接種

- 2回目接種完了から、概ね8か月以降に、追加接種対象者のうち、接種を希望する全ての方が追加接種を受けられるよう、体制を確保する。

ア 追加接種のためのワクチンの確保

- 2回目接種を完了した全ての方が、追加接種の対象者となった場合でも、必要とされるワクチンを確保している。
- 追加接種では、今年(2021年)供給を受けるワクチンの残余と、来年(2022年)供給を受けるワクチンを用いる。来年(2022年)に関しては、年初頭から順次、3種類のワクチンで3億2,000万回分の供給を受ける契約を締結済みであることから、追加接種に必要なワクチンを確保できる見込みである。

イ 追加接種の体制

- 12月から追加接種を開始できるよう、都道府県及び市町村と緊密に連携を図りながら、適切に体制を整備する。
- 都道府県及び市町村に対して、12月からの接種に向けて体制を整備するよう要請しており、引き続き、円滑な接種の実施のために全額国費を基本として必要な支援を行う。
- 追加接種の対象者については、11月15日に厚生科学審議会に諮り、その意見を踏まえて決定する。
- 2回目接種完了者のほぼ全てが追加接種の対象者となった場合は、職域接種も実施することとし、1回目・2回目接種を実施した企業、大学等から、職域接種の希望を募り、来年(2022年)3月を目途に追加接種を開始することとする。

ウ スケジュール

- 2回目接種完了の実績を踏まえると、医療従事者等の追加接種は12月1日から、高齢者等の追加接種は来年(2022年)1月からの開始が見込まれる。このためのスケジュールは以下のとおりである。

11月15日

ファイザー社ワクチンの追加接種について、対象者、追加接種に必要な省令改正等を厚生科学審議会に諮問答申

11月中下旬

市町村より、接種券を順次送付開始自治体に対し、12月及び来年1月接種分として、ファイザー社ワクチン約400万回を配分(以後、順次、必要量を配分)

12月1日

追加接種の関係省令を施行。以降、市町村において順次ファイザー社ワクチンによる追加接種を開始

12月下旬以降

モデルナ社ワクチンの追加接種について、厚生科学審議会に諮問答申

来年1月

自治体等に対し、モデルナ社ワクチンの配分開始(以降、順次必要量を配分)

来年2月

モデルナ社ワクチンによる追加接種開始

(※)上記スケジュールは、厚生科学審議会における審議を踏まえ変更されることがあり得る。

エ その他

- 追加接種に使用するワクチンについては、1回目・2回目に使用したワクチンの種類を問わず使用可能とすることも含め、11月15日に厚生科学審議会において審議する。

3. 治療薬の確保

- 新型コロナウイルス感染症の治療薬については、国産経口薬を含め、開発費用として1薬剤当たり最大約20億円を支援し、経口薬について年内の実用化を目指す。また、治療薬の作用する仕組みや開発ステージは様々であることや、軽症から中等症の重症化リスクを有する者が確実に治療を受けられるようにするため、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう、企業と交渉を進める。
- 感染力が2倍となった場合には、今夏の感染拡大の実績等を考慮すれば、軽症から中等症の重症化リスクを有する者向けに最大で約35万回分の治療薬が必要になるものと見込まれる。また、感染力が3倍となった場合には、最大で約50万回分の治療薬が必要になるものと見込まれる。
これに対して、薬事承認され投与実績のある中和抗体薬については、来年(2022年)初頭までに約50万回分を確保する。
- あわせて、新たに実用化が期待される経口薬については、国民の治療へのアクセスを向上するとともに、重症化を予防することにより、国民が安心して暮らせるようになるための切り札である。世界的な獲得競争が行われる中で、薬事承認が行われれば速やかに医療現場に供給し、普及を図っていく。供給量については、合計約60万回分(薬事承認が行われれば年内に約20万回分、年度内に更に約40万回分)を確保する。
- さらに、今冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬(中和抗体薬、経口薬)の確保に向けて取り組む(経口薬については、追加で約100万回分、上記と合計してこれまでに約160万回分を確保している)。
- 中和抗体薬・経口薬については、入院に加えて外来・往診まで、様々な場面で投与できる体制を全国で構築する。さらに、経口薬については、かかりつけ医と地域の薬局が連携することで、患者が薬局に来所しなくても手に入れることができるような環境作りを支援する。(再掲)
なお、主に重症者向けの抗ウイルス薬については、既に市場に流通し、使用されている。

4. 国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

- ワクチン接種の進捗や中和抗体治療の普及により重症化する患者数が抑制され、医療提供体制の強化とあいまって、病床逼迫がこれまでよりも生じにくくなり、感染拡大が生じて、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。
- また、飲食店の第三者認証制度の普及のほか、各業界における感染対策のガイドラインの普及・更新などの感染防止の取組の進展を踏まえれば、今後、誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の環境整備やワクチン接種証明の活用等を進めることと併せて、日常生活や経済社会活動に伴う感染リスクを以前よりも引き下げることができる。
- このような状況変化を踏まえ、今後は、感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継

続できるよう行動制限の緩和の取組を進めていく。その具体的内容については、速やかに「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」(以下「基本的対処方針」という。)において示す。ただし、緊急事態宣言等の下で、コロナ以外の通常医療への制限が必要となる場合等には、行動制限の緩和を停止することもあり得る。

(1) 誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の環境整備

- 日常生活や経済社会活動における感染リスクを引き下げるためには、ワクチン接種や検査による確認を促進することが有効であり、都道府県が、健康上の理由等によりワクチン接種を受けられない者を対象として、経済社会活動を行う際の検査を来年3月末まで予約不要、無料とできるよう支援を行う。あわせて、感染拡大の傾向が見られる場合に、都道府県の判断により、ワクチン接種者を含め感染の不安がある無症状者に対し、検査を無料とできるよう支援を行う。
- 保険診療として実施されているPCR検査等について、その価格が自費検査価格に影響を与えているとの指摘もある中で、実勢価格を踏まえて保険取扱い価格の検証を行い、その結果を踏まえて、年内を目途に必要な見直しを行う。

(2) 電子的なワクチン接種証明のスケジュール・活用方法

ア ワクチン接種証明書のデジタル化

- 年内に、ワクチン接種証明書のデジタル化を実現する。電子的なワクチン接種証明書は、スマートフォン上で専用アプリからマイナンバーカードによる本人確認の上で申請・取得し、二次元コードとともに表示可能とする。紙によるワクチン接種証明書についても引き続き発行し、二次元コードを記載する。これら二次元コードには電子署名を付与し、偽造防止措置を講ずる。

イ ワクチン接種証明書の活用方法

- ワクチン接種証明書のデジタル化により、海外渡航時における出入国時でのワクチン接種履歴の確認を効率的に行えるようにするとともに、日本入国時の円滑な確認体制を整備する。
- ワクチン接種証明書は、デジタル化に合わせて、海外渡航用だけでなく、国内での利用が容易となり、その活用が進むものと見込まれる。
- 国内では、民間が提供するサービス等においては、接種証明の幅広い活用が想定されることあり、また、日常生活や経済社会活動における感染リスクを引き下げるために、飲食店やイベント主催者等が、ワクチン接種証明書の画面を確認することなどにより、ワクチン接種履歴を確認できるようにする。
- (※)二次元コードについては仕様を公開することとしており、これを読み取ることも可能。

(3) 感染状況を評価する新たな基準の考え方

- 変異株の状況やワクチンの有効性などの知見を踏まえ、緊急事態措置等の前提となる感染状況(ステージ)について、11月8日の新型コロナウイルス感染症対策分科会の提言を受け、医療のひっ迫状況により重点を置いた考え方に見直しを行うこととし、速やかに基本的対処方針を改正する。

(4) 新型コロナの影響を受ける方々への支援

- 住民税非課税世帯や子育て世帯・学生などコロナでお困りの皆様に対する給付金等の支援を行う。詳細は経済対策において決定する。

(5) 今後のさらなる対応

- これまでの新型コロナウイルスへの対応を徹底的に検証しつつ、以下の取組を進める。
 1. 今後の感染症への対応として、病床や医療人材の確保等について、国や自治体が迅速に必要な要請・指示をできるようにするための法的措置を速やかに検討する。
 2. 治療薬やワクチンについて、安全性や有効性を適切に評価しつつ、より早期の実用化を可能とするための仕組み、ワクチンの接種体制の確保など、感染症有事に備える取組について、より実効性ある対策を講ずることができるよう法的措置を速やかに検討する。
 3. また、行政のあり方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討する。

地ケア病棟の機能に応じた評価のあり方で賛否

中医協総会 2022年度改定に向け回復期入院医療を議論

中医協総会(小塩隆士会長)は11月12日、2022年度診療報酬改定に向け、入院医療等の調査・評価分科会の報告を踏まえ、回復期入院医療をテーマに、地域包括ケア病棟入院料等と回復期リハビリテーション病棟入院料などの評価をめぐり議論した。外来については、来年度以降に位置づけられる医療資源を重点的に活用する外来に対する診療報酬の評価を議論した。

特定の機能に偏った地ケア病棟

地域包括ケア病棟については、2014年度改定の導入時に期待された①急性期からの受入れ②在宅からの受入れ③在宅復帰支援の3機能の一部だけを担っている病院の評価が論点となった。地ケア病棟の届出病院数・病床数とともに増加傾向にある。中医協では、「3機能を前提に点数を設定していることから、機能が偏った医療機関については、その機能に応じた点数とすべき」との意見が出ている。

厚生労働省は、地ケア病棟入院料・管理料における患者の入棟元の割合の分布から、「自院の一般病棟からの入棟割合が8割以上の病棟」と「自宅等からの入棟割合が8割以上の病棟」を抽出し、分析を行った。その結果、患者の状態が安定している割合は、「自院の一般病棟からの入棟割合が8割以上の病棟」で82.0%、「自宅等からの入棟割合が8割以上の病棟」で59.2%であった。

レセプト請求点数をみると、入棟後7日間の患者一人当たりの1日平均単価は、「自院の一般病棟からの入棟割合が8割以上の病棟」で3,000点程度、「自宅等からの入棟割合が8割以上の病棟」で3,300点程度。それほど差ではないが、特定入院料等がほとんどを占めているため、包括対象の出来高換算の部分を見ると、リハビリテーションの提供でかなりの差がある。

患者の主傷病名では、一般病棟から入棟した患者は「大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折」が多く、自宅等から入棟した患者では「腰椎圧迫骨折」の患者が最も多く、次いで「肺炎」「心不全」が多いという結果になっている。

日本医師会常任理事の城守闘委員

は、「地ケア病棟は様々な機能を担っており、3つの機能を均等に果たすことを前提とした病棟ではない。近くに在宅療養支援診療所・病院がなければ、自宅等からの受入れは少なくなるし、近くに急性期病院がなければ、自院で治療し転棟させることになる」と、地ケア病棟が設立趣旨からして多機能であることを強調。評価に差をつけることには慎重な姿勢を示した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、入棟元が一般病棟であるか療養病棟であるかの違いを含めて、「偏っているからダメということではない。今回の資料は、地ケア病棟を今後どう育てていくかという観点で、これから前向きに検討するためのものと理解している」と述べた。

一方、支払側の委員は、各地ケア病棟で機能が異なり、結果として医療資源投入量が異なるのであれば、それに応じた評価を設定すべきと主張した。

地ケア病棟入院料・管理料に関しては、そのほか◇療養病床で地ケア病棟入院料等を届け出ている場合は、平均在棟日数が長く、救急実施の割合が低い◇地ケア病棟入院料等の病院で入院支援加算1を届け出ている割合は約4割で少ない◇自院のDPC対象病棟からの転棟時期を2018年のDPCデータと比較すると、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値は、より長い日数となっていた—などを課題とした。

FIMで第三者評価の導入を検討

回復期リハビリテーション病棟入院料については、入院料5・6が新規届出を行う場合の入院料であるところ、実績指数が悪い・FIM(機能的自立度評価票)の変化が小さいことなどから、他の入院料に移行できないまま何年も入院料5・6を引続き届け出ているケースが問題視された。

これについて、支払側からは、入院料5・6の存在自体に疑念を示したほか、届出の期間に上限を設けるべきと主張した。これに対し、城守委員は、「2020年度改定でも回りハ病棟入院料の見直しがあった。改定直後に新型コロナの感染拡大もあり、2022年度改定で大幅な見直しを行うべきではない。

今回のデータで入院料5・6を廃止するというのは暴論」と述べた。

FIMの評価の精度を上げるという観点では、第三者評価の導入が論点となった。過去数十年間の推移において、入棟時FIMの低下が続いていることが指摘されており、実績指数についても2019年と2020年を比較して、2020年の方が高い傾向にあった。

入棟時FIMが低く出れば、退棟時FIMとの差が大きくなるので、実績指数が高くなる。治療後早期のリハビリ開始が増えている状況もあるが、入棟時FIMを低く評価してしまう誘因があることは否定できない。

こうした中で、日本医療機能評価機構が実施している病院機能評価の認定を受けた病院と認定のない病院を比べると、認定のない病院で運動FIMが低い傾向が示された。具体的には、認定なし病院では、入院時の「日常生活機能評価点数」が同じ点数であった場合の入院時運動FIM得点が、認定ありの病院と比べ、有意に低く評価されていることがわかった(下図参照)。

ただ、城守委員は、第三者評価はまだ十分に普及していないとして、要件化には慎重な検討を求めた。

救急医療管理加算などを議論

個別事項では、診療録管理体制加算や入院支援加算、救急医療管理加算などの課題が示された。

病院のサイバーセキュリティ対策の底上げが求められているが、中小病院や診療所では職員に対する教育の実施も、あまり行われていない実態が報告された。診療録管理体制加算を念頭に、診療報酬での対応が論点となったが、診療報酬よりも補助金での対応の望ましいとの意見が委員からは多かった。

本来、大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子供であるヤングケアラーへの対応も論点となった。ヤングケアラーを早期に発見し、適切な支援につなげる医療機関の取組みを入退院支援加算で評価することに、診療側・支払側の双方が賛成した。

救急医療管理加算については、加算2を算定する患者の病態の内訳で「そ

の他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めることが指摘された。これに対し、支払側の委員から、「重症な状態を明確にして、将来的には加算2は廃止すべき」(松本真人委員・健康保険組合連合会理事)との意見が出た。

加算1については、患者の意識レベルを評価するJCSがゼロの患者であっても、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった緊急性が高いと考えられる処置が行われていることがわかった。また、Burn Indexがゼロの患者でも、顔面熱傷や気道熱傷の場合は全身管理が必要になることが指摘されている。このため、城守委員は、「指標による評価と、行われている治療を含めて評価できるようにすることが重要」と述べた。

なお、2020年度改定により、救急医療管理加算を算定する患者の状態を把握するため、「イ・意識障害または昏睡」「ウ・呼吸不全または心不全で重篤な状態」「オ・ショック」「カ・重篤な代謝障害」「キ・広範囲熱傷」に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載している。

医療資源重点活用外来の評価

外来については、来年度以降に位置付けられる「医療資源を重点的に活用する外来」を担う病院の評価が論点となった。入院医療における評価と、紹介元に患者を戻す際に情報提供を行った場合の診療情報提供料(Ⅲ)での評価が議論になった。

入院医療の評価では、現状で定額負担が義務化されている地域医療支援病院に対して、入院初日の地域医療支援病院入院診療加算(1,000点)がある。診療側の委員はこの加算と整合性のある入院医療での評価を求めた。しかし、支払側の委員は、入院医療での評価自体に対し慎重姿勢を示した。

医療資源重点活用外来を担う病院が紹介元への情報提供で、診療情報提供料(Ⅲ)を算定できるようにする方向性では、診療側・支払側とも概ね意見が一致した。

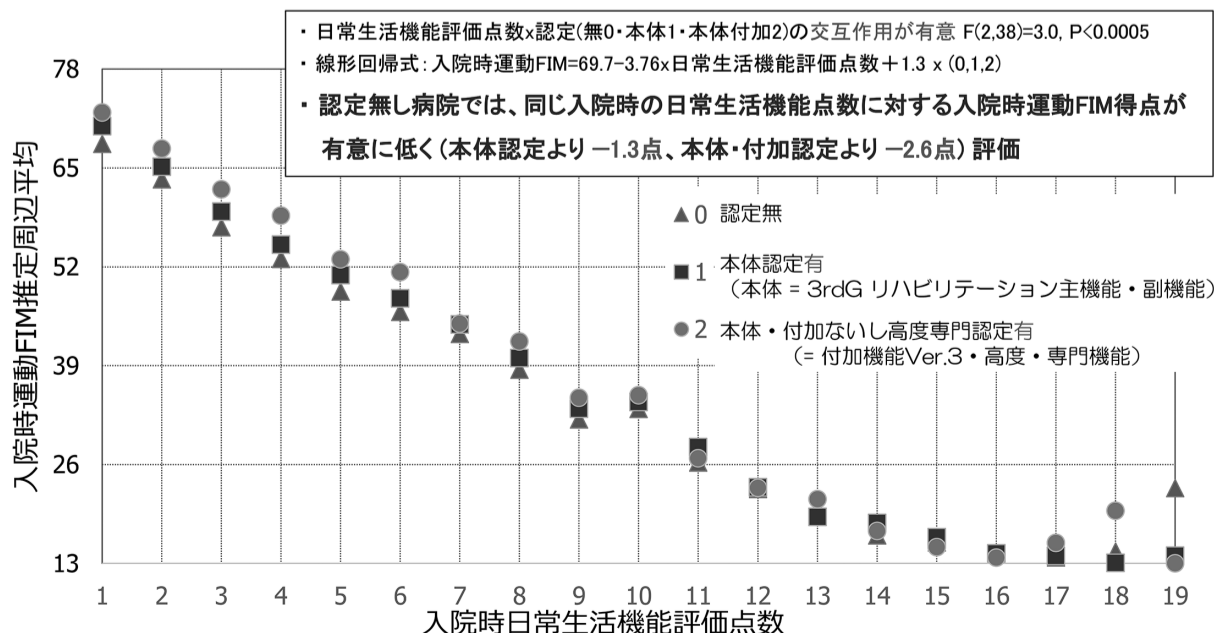
また、政府の「全世代型社会保障改革の方針」(2020年12月15日閣議決定)では、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担を求めている仕組みを、「地域の実情に応じて明確化される『紹介患者への外来を基本とする医療機関』のうち、一般病床200床以上の病院にも対象を拡大する」ことを明記した。その上で、「外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」ことが示された。

この一定額について、初診で初診料に相当する2,000円程度、再診で再診料に相当する500円程度が例示され、診療側・支払側から異論は出なかった。ただ、定額負担が医療機関の収入にならず、医療保険から控除されるという仕組みがわかりづらく、患者・住民への説明が難しいといった意見が相次いだ。診療側は、周知のため、保険者の協力も不可欠と主張し、支払側も同意した。

定額負担が除外される要件の明確化も課題となった。厚労省は、現状の除外要件の該当で不明確な「その他」の内容を分析。「院内出生病児」「移植ドナーの患者」「紹介先の医療機関が新型コロナウイルスによる診療休止のためやむを得ず受診した患者」「予約受診の患者」などであることが示された。

第三者評価

- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。



公的価格見直して看護・介護・保育の職員の処遇改善

全世代型社会保障構築会議

岸田首相が年内の中間整理を指示

政府の全世代型社会保障構築会議・公的価格評価検討委員会合同会議の初会合が11月9日に開催された。全世代型社会保障構築会議は、全世代型社会保障検討会議の後継組織であり、給付と負担の問題を含む、社会保障の幅広いテーマが議論の対象としている。ただ、当面の課題は、岸田文雄内閣が重視する分配政策の一環としての看護・介護・保育・幼稚園の職員の処遇改善とし、公的価格のあり方の抜本的見直しに関して、年内に中間報告をまとめるとの方針が示された。

岸田首相は合同会議終了時に発言し、公的価格のあり方の見直しの必要性を強調。「看護・介護・保育・幼稚園などの現場で働く方々の収入の引き上げは、最優先の課題である。その第一歩として、民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、今回の経済対策において、必要な措置を行い、前倒しで引上げを実施する」との考えを示した(新たな経済対策については1面を参照)。

新たに設置する公的価格評価検討委員会に対しては、「その後の更なる引上げに向け、各制度における公的価格の制度の比較、処遇改善につながる制度の見直し、処遇改善目標などを議論し、安定財源とあわせて道筋を考えて

いただきたい」と、各制度の報酬改定での議論を求めた。

看護師については、診療報酬が賃金の主な原資だが、診療報酬に賃金改善を直接の目的とする仕組みはない。間接的には、看護師等の負担軽減のため、看護職員や看護補助者の配置増に対する加算などがある。また、医療では医師や看護職員、リハビリテーション専門職がチームでサービス提供を行っているとの留意点もある。

同会議に提出された資料に職種別の平均賃金がある。それによると、2020年の平均賃金(役職者除く)は全産業の35.2万円に対し、看護師は39.4万円、看護職員の方が4.2万円高い。女性の全産業平均をみると、31.8万円と7.6万円の開きがある。これに対して、介護分野の職員は29.3万円、保育士(女性)は30.2万円と低い。なお、宿泊業や飲食サービス業など対人サービス産業の平均賃金は26.6万円とさらに低くなる。

このように看護師は相対的に賃金水準が高い。しかし、財務省の財政制度等審議会の資料によると、女性・非正規問題との関連が深く、新型コロナ対応の最前線である医療現場で働いている看護師の処遇が不十分との問題意識がある。

介護職員の賃金の主な原資となる介

護・障害福祉サービス等報酬に対しては、介護報酬等に処遇改善加算を組み込んでおり、順次の拡大を実施している。保育士に対しては、子ども・子育て支援新制度で公定価格により、賃金水準が決まっている。保育士の処遇改善も段階的に実施している。

また、岸田首相は、社会保障制度改革について、「どんな働き方をしても安心できる勤労者皆保険の実現や効率的で、質が高く、持続可能な医療提供体制の実現など、課題は山積している。人生100年時代にふさわしい、すべての方が支え合う、持続可能な全世代型社会保障に向けた取組みを前に進める」との決意を示した。

医療機能の分化・連携、強化など医療提供体制の見直しや社会保険の適用拡大など社会保障・税一体改革の積み残しの課題なども同会議で議論される見込みだ。

【全世代型社会保障構築会議】(敬称略)
座長 = 清家篤(日本私学校振興・共済事業団理事長・慶應義塾学事顧問)
座長代理 = 増田寛也(東京大学公共政策大学院客員教授)、
構成員 = 秋田喜代美(学習院大学文学部教授)、落合陽一(メディアアーティスト)、笠木映里(東京大学大学院法政学政治学専攻教授)、香取照幸(上



「会議で発言する岸田総理(官邸HPから転載)」

智大学総合人間科学部教授)、菊池馨実(早稲田大学法学学術院教授)、熊谷亮丸(大和総研副理事長)、権丈善一(慶應義塾大学商学部教授)、國土典宏(国立国際医療研究センター理事長)、高久玲音(一橋大学経済学研究科准教授)、武田洋子(三菱総合研究所シンクタンク部門副部門長、田辺国昭(国立社会保障・人口問題研究所所長)、土居丈朗(慶應義塾大学経済学部教授)、沼尾波子(東洋大学国際学部国際地域学科教授)、水島郁子(大阪大学理事・副学長)、横山泉(一橋大学大学院経済学研究科准教授)

【公的価格評価検討委員会】(敬称略)
座長 = 増田寛也、**座長代理** = 武田洋子
構成員 = 秋田喜代美、菊池馨実、権丈善一、田辺国昭

オンライン診療の指針改定の方向性を了承

オンライン診療検討会

初診からのオンライン診療はかかりつけの医師が原則

厚生労働省は11月10日、オンライン診療の適切な実施に関する見直しに関する検討会(山本隆一座長)に、初診からのオンライン診療を可能とする指針改定の方向性を示した。初診からのオンライン診療は、かかりつけの医師が行うことを原則と位置づけている。内容は概ね了承された。

初診からのオンライン診療の取扱いに関して厚労省は、①初診に必要な医学的情報②診療前相談③症状④処方⑤対面診療の実施体制一の5つの論点をあげ、指針改定の方向性を示した。

初診に必要な医学的情報では、「オンライン診療を実施する前に患者が保有する医学的情報を医師に提供し、当該医師が可能と判断した場合、実施できる」とした。その際、得た情報は診療録に記録する。

一方、事前に患者の医学的情報を得られない場合や、既存の医学的情報だけでは実施の可否を医師が判断できな

い場合は、「診療前相談を実施し、相互に合意した場合に実施できる」との取扱いとする。

診療前相談の費用を患者に周知

診療前相談については、①医師・患者間でリアルタイムのやりとりを行い、相互に合意した場合にオンライン診療を行う②この段階では処方や診断は行わない③診療前相談で得た情報も診療録に記録する④対面診療が必要と判断した場合であって、それが他院の場合は診療前相談で得た情報は必要に応じ適切に提供する⑤診療前相談の結果、オンライン診療を行えないことや、診断前相談の費用などはあらかじめ患者に周知する一と整理した。

症状については、日本医学会連合の提言などを踏まえて医師が判断する。

処方については、日本医学会連合などの診療ガイドラインを参考にした上で、麻薬・向精神薬は処方できないな

ど限定的・特例的措置と同様の扱いにするとした。

対面診療の実施体制については、「初診からのオンライン診療は原則かかりつけの医師が行うもので、対面診療が必要になった場合は当該かかりつけの医師が行うことが原則」とし、かかりつけの医師が初診からのオンライン診療を実施することは、「例外」と位置付けた。

オンライン診療後の対面診療について、かかりつけの医師がいない場合は、「オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましい」としたが、「患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介されることも想定される」とし、その場合の対応が必要とした。

オンライン診療と対面診療の関係では議論があり、意見が分かれた。

日本医師会副会長の今村聡委員は「オンライン診療はあくまでも対面診療を補完するもので、上手にそれを活



用することが重要」と述べた。

健康保険組合連合会副会長の佐野雅宏委員は「オンライン診療は対面診療の補完ではなく、新たな診療形態の一つに位置付けるべき。ただ、患者の安全安心を確保するためには、対面診療との適切な組み合わせが必要」と反論した。

診療前相談で得た情報も診療録に記載する方向について、東京大学教授の南学正臣委員は、「診療として扱わないものを義務化することには違和感がある」と発言。これに対し、フューチャー株式会社代表取締役会長の金丸恭文委員は「相談と診療は限りなく近く、適切な対価は払われるべき。そうしないと無理やり診療にするケースもでてくる」と指摘した。

2021年度 第7回常任理事会 10月16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 医療法人社団桐光会調布病院 院長 山田亜矢
 岡山県 医療法人緑十字会笠岡中央病院 理事長 平木章夫
 この結果、正会員は合計2,537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 一般社団法人秀令会 MEP南青山 理事長 大島秀男
 徳島県 医療法人成悠会南徳島クリニック 理事長 天満 仁
 準会員数は合計107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OSプラチナ(代表取締役社長 西村洋平)
 日本経営ウィル税理士法人(代表社員 丹羽修二)
 この結果、在籍賛助会員数は112会員となった。
 - 四病協賛詞交歓会中止に伴う2021年度会議予定表変更案について了承した。
 - 2022年度事業計画・予算編成作業日程(案)について了承した。
 - 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 【主な報告事項】**
 ●審議会等の報告
 「費用対効果評価専門部会、保険医

- 療材料専門部会、入院医療等の調査・評価分科会」「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」「厚生科学審議会がん登録部会」「社会保障審議会医療部会」「社会保障審議会医療部会」「第8次医療計画等に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 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
 福島県 かしま病院
 東京都 寿康会病院
 富山県 富山西総合病院
 長野県 竹重病院
 高知県 竹本病院
 佐賀県 志田病院
 佐賀県 西田病院

- ◎一般病院2
 群馬県 日高病院
 埼玉県 白岡中央総合病院
 埼玉県 春日部中央総合病院
 愛媛県 済生会西条病院
- ◎一般病院3
 東京都 東邦大学医療センター大森病院
- ◎精神科病院
 福岡県 倉光病院
 9月3日現在の認定病院は合計2,070病院。そのうち、本会会員は856病院と、全認定病院の41.4%を占める。
- 外来機能報告等に関するワーキンググループおよび中医協における外来機能分化の推進の議論について説明が行われた。

診療側が療養病棟の経過措置の存続を主張

中医協総会 中心静脈栄養で嚥下機能評価の取組み促す対応を検討

中医協総会(小塩隆士会長)は11月19日、2022年度診療報酬改定に向け慢性期入院医療をテーマに議論を行った。療養病棟入院基本料の経過措置(注11)の存続の是非や、医療区分3の該当項目である中心静脈栄養を適切に管理する上での嚥下機能評価の促進などが課題となった。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「療養病床も新型コロナの影響を受けている。すぐに終了ということになれば、現場が混乱し患者への影響も大きい」と訴え、2022年度以降も、療養病棟入院基本料の経過措置(注11)を存続させることを主張した。

協会けんぽ理事長の安藤伸樹委員も、「経過措置であることの趣旨を踏まえれば、早期に終了することが望ましい」としつつ、「なぜ経過措置の病棟が残ってしまったのかのさらなる分析を含め、慎重に結論を出すべき」と述べた。

経過措置の病棟は、看護職員配置が25対1で、医療区分2・3の該当患者割合の要件がない。点数は療養病棟入院基本料2の15%減算となる。療養病棟への質問では、約5割の病院が現状維持の意向を示している。また、移行できない理由では、「医療区分3と医療区分2の患者の合計が5割以上」を満たせないとの回答が最も多い。

経過措置(注11)の療養病棟をうまく活用している実態も明らかになっている。調査によると、経過措置(注11)の療養病棟では、リハビリの実施回数・単位数が入院料1・2よりも多く、レセプト請求点数も入院料2よりも高い。ただ、そこで実施されているリハビリは基本的には介護保険の対象となる「廃用症候群」の患者が最も多い。厚労省は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟入院料では、質を担保した疾患別リハビリテーションが実施されるための施設基準を設けていると説明した。

医療区分については、医療区分3の中心静脈栄養の適切な管理が論点となった。医療区分3で、「中心静脈栄養を実施している状態」が該当項目である割合は最も多く、4割強を占める。

一方、中心静脈栄養の患者に嚥下機能評価を実施しているかをみると、実施の割合は入院料1で25.4%、入院料2で32.6%、経過措置(注11)でゼロ%であった。半数程度の患者が嚥下機能障害なしと評価されており、約9割の患者で入院中に嚥下リハビリが実施されたことがなかった。

こうした状況に対し、入院医療等の調査・評価分科会では、「嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより

促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないか」、「これまでどおり医療区分3とすることが適切かどうか、引続き検討が必要ではないか」といった指摘が出ていた。

厚労省は、「嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較すると、嚥下機能評価ありの患者の方がなしの患者と比較して、抜去予定のある患者の割合が高かった」ことなどを説明。嚥下機能評価の取組みが促進される評価のあり方などが論点となった。

城守委員は、「医学的な理由により抜去が難しい中心静脈栄養の患者がいることを理解した上で、療養病棟入院基本料で嚥下機能評価の取組みが評価される仕組みを取り入れてはどうか」と提案した。健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「中心静脈栄養が医療区分3の該当項目であることが、嚥下機能評価がきちんと実施されていないことの誘因となっている」と指摘した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、医療区分3の「褥瘡に対する治療を実施している状態」の「留意点」で、「入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治療又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分2として

取り扱うことができる」との規定を踏まえ、「中心静脈栄養においても抜去後の一定期間、医療区分3に該当することを認めれば、抜去することの取組みが促進されると思う」と提案した。

なお、2020年度改定でも、中心静脈栄養に対し、「患者又はその家族等への説明及び他の保健医療機関等に患者を紹介する際の情報提供」や「院内感染対策の指針を作成すること」などが要件に追加された。調査では、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」との回答が、施設調査で最多であったとの結果が得られている。

緩和ケア病棟で疼痛を数値評価

同日の総会では19日、緩和ケア病棟や障害者病棟も議題となった。

緩和ケア病棟については、がん患者の疼痛管理の数値評価の要件化が論点となった。「新版がん緩和ケアガイドブック」では、1～10点の疼痛の強さや、持続する痛みや突出する痛みであるかのパターンの評価を推奨している。現状では、緩和ケア病棟入院料1の1割程度、入院料2の2割程度の施設で数値評価が実施されていなかった。

障害者病棟については、栄養サポートチームの介入後、BMIや血清アルビミン値が、一般病棟よりも改善した割合が高いとのデータが示された。栄養サポートチーム加算は、障害者施設等入院基本料では算定できないことから、対象に加えることが論点となった。

疾患別リハビリテーションや摂食嚥下機能支援を議論

中医協総会 診療側の主張に対し支払側が難色示す

中医協総会(小塩隆士会長)は11月17日、リハビリテーションをテーマに2022年度診療報酬改定に向けた議論を行った。いくつかの項目で、診療側が賛同する要件緩和の論点が出されたが、支払側は難色を示している。

疾患別リハビリテーション料を算定するにあたっては、リハビリテーション実施計画書の作成時およびその後3カ月に1回以上、患者・家族に実施計画書の内容を説明し、交付しなければならない。患者の状態によっては、1カ月に1回以上の交付が必要になる場

合がある。しかし、患者が署名できず、家族も遠方にいるため、計画書への署名が困難な事例が指摘されている。

このような状況に対し、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「実態に合わせて簡素な対応を考えるべき」と述べた。また、「実施計画書の記載項目が多く、医療機関の負担になっているとの実態もあるので、今後の検討課題にしてほしい」と求めた。

ただ、支払側の委員は、簡素化に反対した。連合・「患者本位の医療を確立する連絡会」の間宮清委員は、「説明

と同意は大事で、後から署名するというのは変な話。家族が遠方にも、電子署名などICTの技術で対応できるのではないかと述べた。

摂食嚥下支援加算については、2020年度改定で摂食嚥下障害のある患者への多職種チームによる効果的な介入を評価し、既存の点数を組み換えた。嚥下チームの介入により脳卒中患者の肺炎を防ぐ効果が確認されている。しかし、届出施設は少なく、困難な理由として「摂食嚥下支援チームの設置」があがっている。

診療側は要件緩和を求めた。一方、支払側は「『届出が少ないから緩和する』という理由では賛成できない」(松本真人委員・健康保険組合連合会理事)と主張した。

療養病棟で中心静脈栄養を実施している患者に対しては、嚥下機能評価を行っている、抜去予定のある患者の割合が高くなるなどのデータがある。また、嚥下機能評価は、自院では難しい場合があり、耳鼻咽喉科医のいる医療機関との連携が地域で進められている。

診療側からは嚥下機能評価を実施することの意義とあわせて、嚥下機能の回復が見込めない患者の見極めも評価において重要との意見が出た。

透析患者については、定期的な透析のため寝ている時間が長く、運動不足が深刻になりがちであるという。一方、日本腎臓リハビリテーション学会は、透析中の運動療法を推奨しており、死亡率が低下することが示された。

このため、透析中の運動療法の評価が論点となり、診療側は評価を求めたが、支払側は慎重な検討を求めた。

2021年秋の叙勲

2021年秋の叙勲で全日病から次の会員の受章が決まり、勲章が授与された。
瑞宝小綬章 李 雅弘 医療法人慶仁会 城山病院

四病協が看護補助者の処遇改善で要望書

四病院団体協議会は11月15日、病院に勤務する看護補助者(介護職)の処遇改善を求める要望書を後藤茂之厚生

労働大臣宛てで医政局に提出した。介護保険施設の介護職員に対しては、処遇改善が介護報酬により実施されて

いる。しかし、業務に変わりがないのに、病院の看護補助者は対象外となっている。多くの病院が看護補助の確保

に苦慮している現状を訴え、交付金または診療報酬による対応を求めた。

岸田政権が、看護・介護・保育などの公的価格の抜本的見直しを検討していることを踏まえた。

■ 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) | 期日【会場】 | 参加費 会員(会員以外) | 備考 |
|--|--|-------------------------|---|
| 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。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。 |
| 病院管理者のためのユマニチュード(認知症対応メソッド)～幸せ・笑顔があふれ人の集まる組織になる!～(90名) | 2022年1月16日(日) ※オンライン研修 | 13,200円(17,600円)(税込) | 日本ユマニチュード学会の代表理事を務める東京医療センターの本田美和子先生が講演する。2022年度が始まるユマニチュードに取り組む施設を対象とした認定制度の意図や意義も紹介する。 |
| 「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) | 2022年1月23日(日) 【全日病会議室】 ※会場とWEBのハイブリッド形式 | 11,000円(16,500円)(税込) | 各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に開催。「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。 |