



全日病 ニュース

2022.2.1

No.1002

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

http://www.ajha.or.jp / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

「議論の整理」がまとまり、2022年度改定の議論が大詰めに

中医協総会

2020年度改定の経過措置の延長は終了に

中医協総会(小塩隆士会長)は1月14日、2022年度診療報酬改定に向けたこれまでの「議論の整理」をまとめた。同日、後藤茂之厚生労働大臣は中医協に対し、2022年度改定を諮問。中医協総会は2月上旬の答申に向け、大詰めの議論に入る。

「議論の整理」について厚労省は1月21日までパブリックコメントを募集。21日には、オンライン形式で「議論の整理」を踏まえた公聴会を開催した。以下で、「議論の整理」の内容をみていくが、現在、点数設定を含めた個別改定事項の議論が中医協総会で進行中であるため、「議論の整理」をめぐる、意見があった項目を中心に紹介する。

なお、「議論の整理」の文言については、診療側と支払側の両者の合意が得られていない項目が一部にある。このため、冒頭に「今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられる」との留意事項が示されている。

コロナ特例対応は当面続ける

「議論の整理」の項目立ては、社会保障審議会医療保険部会・医療部会の基本方針に即しており、最初が新型コロナ関係となっている。

2020年度の感染拡大以降、段階的に拡充されてきた新型コロナの入院患者などへの特例的な診療報酬は、引き続き実施される方針だ。一方、2020年度改定の経過措置となっていた改定項目は、ほぼ実施されないまま延長が続き、2022年度改定に至る形になるが、新たな改定項目ごとに経過措置が設けられることから、延長せずに終了する。

同日の中医協総会で経過措置の終了を了承した。経過措置には、急性期一般入院料等の「重症度、医療・看護必要度」の引上げや地域包括ケア病棟入院料等の診療実績の水準引上げなど基準値に関わる項目と、地域医療体制確保加算の救急搬送受入れ件数など年間実績に関わる項目がある。

当初は2020年9月末までの経過措置だった。新型コロナの感染拡大に伴い、新型コロナの感染者を受け入れた病院で、病棟の患者構成の変化が生じることなどに配慮し、経過措置を延長してきた。2021年10月以降は、基本的にコロナ患者を受け入れる病院だけを対象とした。

2022年度改定ではこれらの基準につ

いて、新たに基準が設定され、項目ごとに経過措置が設定されるとみられるため、現行の経過措置は終了する。なお、新たな基準においても、新型コロナ対応の期間は含めず、診療実績を算出するなどの取扱いとする、いわゆる「コロナ補正」は適用される。

また、外来時の感染防止対策の評価については、新型コロナでの特例が一般外来では昨年9月末に終了しており、小児への外来における特例も今年3月末で終了となる。しかし、特例措置は終了するものの、新型コロナの経験も踏まえ、外来時の感染防止対策の体制を新たに評価するとともに、感染防止対策加算の名称、要件・評価を見直すことが、「議論の整理」に明記された。

高度急性期入院医療で新たな評価

入院医療の機能分化、連携を推進する観点での見直しについては、診療側が、新型コロナの感染拡大により2020年度改定が十全に実施されず、状況も収束していないことから、大きな見直しに対し、一貫して反対してきた。

一方、支払側は、高齢化・人口構造の変化という中長期的な課題への対応の期限が迫っているほか、機能分化、連携の推進が新型コロナ対応にも有効であるとの観点から、特に急性期入院医療のメリハリのある評価への見直しを主張している。

昨年12月22日、改定率を決定した後藤茂之厚労相と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝でも、支払側が主張するような急性期入院医療の機能分化、連携の推進が明記されており、一定の厳格化は不可避の状況となっている。

「議論の整理」では、急性期・高度急性期入院医療に関し、◇手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療の実績を一定程度有する体制を新たに評価◇総合入院体制加算の見直し◇「重症度、医療・看護必要度」の評価項目、入院料の評価のあり方を見直し◇200床以上の急性期一般入院料Ⅰに「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を要件化一などを盛り込んだ。

地ケアは役割に応じた見直し

地域包括ケア病棟等は、「地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価のあり方を見直す」という抽象的な表現と

なっているが、見直すことは明記されている。

また、当初の「議論の整理」では、「一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、それぞれの役割に応じた医療の提供を推進する観点」から見直すとの表現もあった。しかし、日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員が、「一般でも療養でも地域包括ケア病棟としての役割は同じではないか」と述べ、「それぞれの役割に応じた医療の提供を推進する観点」との文言は削除された。

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しも、同様に抽象的な表現となっている。一方、回りハ病棟入院料に、心大血管疾患の発症後・手術後を、「回りハを要する患者の状態」に追加することや、特定機能病院で実施するリハビリテーションを新たに評価することでは合意を得ている。

療養病棟入院基本料については、経過措置の取扱いを見直す。医療区分3の「中心静脈栄養」の要件も見直す。

紹介受診重点病院に評価を設定

外来では、2022年度から外来機能報告制度が施行され、2022年度後半には、「紹介受診重点医療機関」が位置づけられる。200床以上の「紹介受診重点医療機関」は新たな受診時定額負担の対象となることから、「新たな評価」を設ける方向だ。支払側はこれに反対している。「議論の整理」では評価の理由を、「入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上するため」と説明している。

医療機関間の紹介・逆紹介を増やし、外来医療の機能分化を促す方向での見直しは幅広く行う見込みだ。診療情報提供料が算定しにくい状況を改善するきめ細かな対応なども図る。

在宅医療は、住民の需要があるにもかかわらず、それを担う医療機関が伸び悩んでいる現状を踏まえ、質の担保を図りつつ、一定の緩和を行う方向での見直しを実施される。

24時間体制が要件である継続診療加算の見直しや機能強化型在宅療養支援診療所の要件の見直しなどもある。

看護職員の処遇改善は別に答申

医師等の働き方改革の対応では、2020年度改定で新設した地域医療体制確保加算の対象医療機関の追加と要

件・評価を変更する。医師の働き方改革を実効的に進める観点から、算定できる対象医療機関を拡大する考えだ。

2021年11月に閣議決定された経済対策を踏まえた看護職員等への収入引上げの2022年10月以降の診療報酬での対応については、4月からの2022年度改定とは別に諮問・答申を行う方針が示された。その場合、一定の周知期間を含め10月の実施に間に合うよう日程を設定するとしている。

医療従事者のタスクシェアリングを推進する観点から、医師事務作業補助体制加算、栄養サポートチーム等加算、病棟薬剤業務実施加算などの見直しも実施する。ただ、「看護職員及び看護補助者に対して、より充実した研修を実施した場合等の新たな評価」については、支払側が反対した。

オンライン診療は、初診からのオンライン診療を可能とするとのガイドラインの改訂を踏まえ、初診の点数設定を行う。再診や医学管理の要件・評価も見直す。

「オンライン資格確認システムの活用により、診断及び診療等の質の向上を図る観点から、新たな評価を行う」にも支払側は反対した。診療側は、オンライン資格確認システムは、今後の医療情報ネットワークの基盤になるとして、導入促進のために必要であることを説明し、理解を求めた。

不妊治療は、保険適用の対象を拡大する。一般不妊治療について、「医学的管理及び療養上の指導等の新たな評価」と「人工授精の実施の新たな評価」を行う。生殖補助医療については、「医学的管理及び療養上の指導等の評価」を行うとともに、「採卵」、「体外受精・顕微授精」、「胚の培養等の管理」、「胚の凍結保存」、「胚移植」などを新たに評価する。男性不妊治療の医療技術も新たに評価する。

本号の紙面から

「必要度」項目見直しを提示	2面
診療報酬の改定率は0.43%に	3面
2022年度厚労省予算案が決定	4面
コロナに係るアンケート結果	5面
病院機能評価受審支援事業⑤	6面
医師需給分科会が中間まとめ	7面
介護職員収入引上げで新加算	8面

清話抄

コロナ・地域医療構想の先の医療

目下、すべての医療機関は、コロナ対策とその後の課題である地域医療構想を、念頭に置いて日々活動しておりますが、コロナは3回目ある

いは更なる追加接種・経口治療薬の開発等で、早々の終息はないものの、共存できる体制は構築できると思います。

その次に控えるのは医師の偏在解消・働き方改革と表裏一体の関係にある地域医療構想の完遂でしょう。地域医療構想は、約100年かけて築き上げられてきた本邦の医療体制の見直しと言い換えることができます。これがなすとげられれば、医療の効率化は進み、治療成績もよくなり、医療従事者の就業環境も良くなると思われま

しかし医療費の高騰は止まりません。病院勤務医・看護師・介護士等、多職種医療従事者の確保も容易ではありません。これらの問題を一挙に解決する方法は、国民が疾病に罹患しにくい社会を作る事。すなわち、生活習慣の根本的改善・一次予防の強固な導入・健診の充実です。

著者自身、60歳を前にして、4年かけて40kgの減量を行い、45年ぶりにランニングを再開して毎日4.5kmを30分で走破し、週2回は現役の国体柔道

選手と乱取りを行っています。これらの結果、BMIはほぼ正常、生化学検査はすべて正常化しました。

地元医師会でも、自ら住民に生活習慣の改善を指導していますが、掛け声・精神論ではなく、より実効性のある方法で、住民の健康指導を行う必要があると痛感しています。これが達成できれば、結果的に医療の必要性が減じられ、医療費は下がり、なにより国民が健康に過ごせると確信しております。

(松波英寿)

主張

医療安全、質向上への取り組みに 対する多面的な支援を

地域医療構想、外来機能報告制度、医師の働き方改革など、医療に関わる重要課題の議論が進んでいる。今年には診療報酬改定もあり、病院経営者としては心を砕くべき事項が山積している。しかしこれらのことを論ずるに患者の視点というものを忘れてはならない。この観点でいえば、医療の質向上、それに基づいた医療安全の確保と向上こそが我々の責務として最も重要なもの一つではないかと思われる。

そのためには質向上に資する仕組みの構築が不可欠であるが、これには医療機関の規模にかかわらず多大な労力と費用を要する。しかし自院を含めて多くの医療機関では医業利益を出すどころか赤字を免れることに汲々としている状態であり、畢竟これらの重要な

活動に割ける経済的原資は限られてしまう。衣食足りて礼節を知る、という管子の言葉を待つまでもなく、日々要求水準の高まる医療の質を確保するには、それに見合った経済的支援を欠くことはできない。

この支援のあり方であるが、多くは患者ごとに入院時何点、という診療報酬である。医療機関の規模にかかわらず医療安全、質向上といった取り組みが必要である以上、算定対象の病床数に左右されない支援も検討すべきではないかと思う。

拡大解釈をすると患者サービスに関

する部分にも同様のことが言える。患者サポートセンターからアメニティの充実まで、時代に合致した一定以上の水準のサービスが要求される。こういった部分も病床数によらない形で評価されればよいのだが、と民間病院の経営者としては痛感せざるをえない。

医療安全や質向上、そして患者サービスに関する必要な組織活動の重要性を踏まえ、患者のために欠かすべからざる部分に対する更なる経済的支援を望む次第である。

(今村康宏)

「重症度、医療・看護必要度」見直しでシミュレーション結果示す

中医協総会

最も厳しい案では急性期一般入院料1の約2割が満たせない

厚生労働省は1月12日の中医協総会(小塩隆士会長)に、一般病棟用と治療室用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の項目や基準値を変更した場合のシミュレーション結果を示した。各項目の変更を組み合わせた4案のうち、最も厳しい案では、急性期一般入院料1を算定する病院の18.1%が、見直し後は基準を満たせなくなるとの結果となっている。

一般病棟用の「必要度」のシミュレーション条件として、A項目に関して①「点滴ライン同時3本以上の管理」を「点滴薬剤3種に変更」②「心電図モニターの管理」を削除③「輸血や血液製剤の管理」を1点から2点に引上げ、B項目に関して④「衣服の着脱」を削除、C項目に関して⑤「骨の手術(11日間)を10日間に短縮」一を組み合わせて、4案を選択肢とした(図表を参照)。「点滴ライン同時3本以上の管理」は、ライン3本であるのに、薬剤が2種類という患者のデータがあり、レセプト電算処理システム用コードが原因とも指摘され、薬剤数への変更が考えられた。「心電図モニターの管理」は、保有台数など医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関があるほか、急性期の評価指標として適切ではないとの指摘があった。

「輸血や血液製剤の管理」では、医師による診察や看護師の看護提供が頻回な患者が多いとのデータが出ていた。「口腔清潔」と「衣服の着脱」は両者に高い相関があり、どちらかへの代替が可能と判断された。「骨の手術」は、各手術の日数について、2020年度以降のデータを分析した結果、実態を踏まえた日数設定が望ましいとしている。

昨年12月17日の中医協総会の資料によると、「必要度」の基準値を満たす上で、「輸血や血液製剤の管理」以外は、厳格化の方向で作用する。特に、「心電図モニターの管理」の削除が「必要度」に与える影響は大きい。

急性期一般入院料1～3については、各項目を変更した場合のみの条件でシミュレーションを実施した。急性期一般入院料4～6については、基準値を変更した場合も含めた。

れかに該当する患者の割合を基準値として定めている。A得点の獲得が「心電図モニターの管理」の削除により、難しくなる状況を反映している。

なお、急性期一般入院料1の基準値は、「必要度Ⅰ」で31%以上、「必要度Ⅱ」で29%以上である。

200床未満と200床以上に分けると、200床未満で、より厳しい結果となる。200床未満の急性期一般入院料1で条件①～⑤をすべて採用した案をみると、基準値を満たせなくなる病院の割合は27.8%。「必要度Ⅱ」では14%、「必要度Ⅰ」では33.5%となった。

一方、200床以上では、14.6%に下がる。200床以上の病院に与える影響は、200床未満と比べると小さいが、200床以上では、「必要度Ⅱ」を用いている病院が多いためであり、200床以上でも、「必要度Ⅰ」では30.1%であり、どちらも3割を超えている。200床以上の「必要度Ⅱ」は7.9%。

次に、急性期一般入院料4の状況を見る。上記の4案について、基準値を変更した場合のシミュレーションを実施している。最も厳しい案を採用した場合の影響は、200床以上の病院で「必要度Ⅰ」の基準値を22%から21%に下げ、「必要度Ⅱ」の基準値を20%から19%に下げた場合で、9.8%となった。200床未満の病院で最も厳しい案を採用し、「必要度Ⅰ」の基準値を20%から

19%に下げ、「必要度Ⅱ」の基準値を18%から17%に下げた場合で、14.8%となった。

このような結果を受け、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「新型コロナが収束しておらず、医療が逼迫している地域も出てきている中で、必要度をより厳格化することは到底承服できない。新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築のためには、診療報酬のさらなる充実が必要であるのに、シミュレーションの結果をみると、より厳しくなるとの結果になっている。

特に、『心電図モニターの管理』については、元々内科系入院への評価が不十分で、これを削除すると、手術や処置が少ない内科系病院に大きな影響を与える。これを実施することはあり得ないと言わざるを得ない」と述べた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「急性期を担う病院には、地域により様々な機能がある。シミュレーション結果では、中小規模の急性期病院が相当ダメージを受けることが示された。現状の2～3割の病院が満たせなくなる項目への変更はあり得ない、地域医療が壊れてしまう」と訴えた。

これに対し健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「コロナ禍ではあるが、高齢化・人口構造は着実に進んでおり、分化・連携の取組みが必要不可欠であることは、2022年度改定の基

本方針に書いてある。新興感染症にも強い医療提供体制とするためにもそれが必要だ。項目見直しでは、最も厳しい案を軸に考えるべきで、『輸血や血液製剤の管理』を1点のままとすれば、もう少し深掘りできる」と述べた。

治療室のB項目削除の影響小さい

治療室用のシミュレーションも行った。救命救急入院料2、4と特定集中治療室1～4を対象とした。条件は、A項目の「心電図モニターの管理」の削除と、B項目をすべて削除した場合。それぞれに応じて判定基準を変化させて、シミュレーションを実施した。

その結果、B項目を削除し、「A得点4点以上かつB得点3点以上」を「A得点4点以上」に変更しても、B項目の要件がなくなることによる該当患者割合の上昇はわずかで、A項目でB項目を概ね代替できていることが改めて確認された。「心電図モニターの管理」の削除については、一般病棟用と同様に、基準を満たすことのできる病院の割合が下がるという結果が出た。

厳しい結果となったのは、B項目を削除し、「A得点4点以上」に変更し、「心電図モニターの管理」を削除した場合の特定集中治療室3で、12.0%が基準を満たせなくなる。一方、「心電図モニターの管理」を削除し、判定基準を「A得点3点以上かつB得点3点以上」にすると、ほぼ影響はなくなる。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

○ 急性期一般入院料1、4～6の患者について、以下の条件を適用した場合の施設毎の該当患者割合の分布及び施設基準を満たす施設の割合を入院料毎に集計した。

	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン 同時3本以上の 管理	心電図 モニターの 管理	輸血や 血液製剤 の管理	衣服の着脱	骨の手術 (11日間)
見直し案1	点滴薬剤3種 に変更	—	点数を2点に 変更	—	—
見直し案2	—	—	—	項目を削除	10日間に 変更
見直し案3	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	—	—
見直し案4	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	項目を削除	10日間に 変更

200床未満の病院への影響大きい

急性期一般入院基本料で最も点数が高い、急性期一般入院料1の結果をみていく。条件の①～⑤をすべて採用した最も厳しい案では、現行で基準を満たす病院のうち、18.1%が基準値を満たせなくなるとの結果であった。この割合は「必要度Ⅱ」で8.9%、「必要度Ⅰ」では31.9%という数字になる。

「必要度」では、「A得点が2点以上かつB得点が3点以上」、「A得点が3点以上」、「C得点が1点以上」のいず

2022年度の診療報酬改定率は0.43%に決定

厚労・財務大臣折衝 不妊治療の保険適用と看護職員等の処遇改善で0.40%分

2022年度の診療報酬改定率が昨年12月22日、後藤茂之厚労大臣と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝により、決定した。改定率は0.43%のプラス改定となった。国費300億円に相当する。0.43%のうち、看護職員等の処遇を改善する特例的な対応でプラス0.20%、不妊治療の保険適用のための特例的な対応で0.20%に相当する財源を用いる。あわせて、反復利用できる処方箋であるリフィル処方箋の導入による医療費低減効果がマイナス0.10%、小児の感染防止対策の医科分の加算措置の廃止でマイナス0.10%を見込み、これらを除いた改定率はプラス0.23%となる。

このような改定率の範囲内で、診療報酬の個別的な配分を決める中医協での議論が本格化する。ただし、今回の大臣折衝では、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の適正化など、診療報酬改定の具体的な内容まで大臣折衝での合意事項が文書に記載されることになった。これにより、中医協の議論は一定の縛りのなかで、展開されざるを得ない状況にある。

また、薬価改定は▲1.35%、材料価格改定は▲0.02%であり、本体改定率と差し引きしたネット改定率は、▲0.94%である。現在、政府はネット改定率という考え方をとっていないが、ネット改定率のマイナスが続いている。

年齢制限設け不妊治療を保険適用

改定率は0.43%で、このうち0.40%分は用途が明確に決められた。不妊治療の保険適用のための特例的な対応がプラス0.20%分、看護の処遇改善のための特例的な対応の分がプラス0.20%である。これを除くと、ほとんどゼロ改定になるが、前述のとおり、リフィル処方箋による医療費低減効果が0.10%分、小児の感染防止対策の医科分の加算措置の廃止で0.10%のマイナス効果を見込んでいる。

不妊治療の保険適用は、菅義偉前内閣が発足してすぐに決定された政策だ。このため、中医協総会では、2021年度の初めから保険適用の具体策を検討してきた。2022年度改定で不妊治療の保険適用を実施するため、2021年1月から2022年3月まで、従来の助成金の制度を拡充しており、保険適用への円滑な移行を図る考えだ。

現状では、自由診療である不妊治療のうち、どの医療技術を保険適用し、その他の医療技術をどう取り扱うかについては、2021年12月15日の中医協総会で大枠が固まった。日本生殖医学会(大須賀稷理事長)などによる生殖医療ガイドラインで推奨度が高い医療技術を保険適用する方向で合意を得た。

推奨度が低い医療技術は先進医療での実施が検討され、ガイドラインに記載されていない医療技術は自由診療に残ると考えられる。

対象者は、「不妊治療と診断された特定の男女」。女性は治療開始時点で43歳未満という年齢制限を設ける。40歳未満は1子につき6回、40歳以上43歳未満は、1子につき3回に制限される。男性の年齢制限はない。保険適用は2022年度から実施されるが、助成金の制度からの円滑な移行のため、2022年度予算案では、年度をまたぐ一連の治療に対して、経過措置として助成金を支給することとしている。

看護職員等への収入を3%引上げ

看護職員等への処遇改善のための特例的な対応は、岸田文雄内閣が重視する公的部門の再分配政策の強化の一環で、2021年11月19日に閣議決定された「コロナ克服・新時代開拓の経済対策」を踏まえている。経済対策では、看護、介護、保育、幼児教育など現場で働く方々の収入の引上げなどのため、公的価格のあり方を抜本的に見直すとともに、賃上げの具体的な水準が示された。

看護については、2021年度補正予算により、2022年2月から収入の1%程度の引上げ(月額4,000円相当)を前倒して実施し、10月以降に診療報酬改定を念頭に、3%程度(月額12,000円相当)の引上げを実現するとの方針を示していた。大臣折衝では、2022年度診療報酬改定で対応することが明確化され、処遇改善にあたっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることを求めている。

対象は、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に限定される。具体的には、救急医療管理加算を算定する救急搬送件数が年200台以上の医療機関と三次救急を担う医療機関とした。また、看護職員だけでなく、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

診療報酬に占める国費の割合は4分の1程度で、2022年度は10月以降の実施のため、半年分の国庫が確保されているが、2023年度以降は1年分になる。追加が必要となる国費140億円程度については、「(消費税により)社会保障の充実で充てる歳出の見直しにより、安定財源を確保する」と明記した。この文言は、2023年度予算編成で、社会保障関係費の削減により、追加分の財源を確保することを示唆する。

一方、介護・障害福祉職員の処遇改善については、2022年2月から収入の3%程度(月額9,000円相当)を引き上げ、2022年10月以降もその水準の処遇改善を続けるために、臨時的報酬改定を実施する。

リフィル処方箋で「再診の効率化」

リフィル処方箋とは反復利用できる処方箋である。例えば、90日分の内服薬を患者に投薬するため、30日ごとに薬局で調剤して交付する場合、医師は30日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数(3回)を記載した上で発行する。医療機関を受診する回数が減るため、「再診の効率化」につながるとし、マイナス0.10%の効果を見込んだ。現在でも分割調剤という仕組みがあるが、あまり普及していない。効果は、分割調剤とは異なる仕組みをどのように設計するかによるため、効果の検証も求めている。

コロナの小児感染防止特例を廃止

小児の感染防止対策の医科分の加算措置は、新型コロナの感染拡大を受け、医療機関などが感染予防策を講じる上で、小児に対する医療においては、濃厚接触しやすく、訴えなどの聴取が困難であることなどに配慮し、6歳未満の乳幼児への外来診療などを評価したものだ。具体的には、小児特有の感染予防策を講じた上で、外来診療などを実施した場合、初再診にかかわらず患者ごとに、医科で100点、歯科で55点、調剤で12点を特例的に算定できることとした。

2020年12月15日から算定できるようになり、2021年10月1日からは点数が半分になっていた。2021年度限りの措置とするマイナス0.10%の効果は医科のみの分で、歯科・調剤では、特例的な加算は廃止となるが、報酬の他の項目に「感染防止等の必要な対応」として、充てられることになった。

薬価頼みの構造は今回も変わらず

薬価はマイナス1.35%で、国費1,600億円の削減効果がある。2022年度予算編成で、夏の概算要求段階で6,600億円であった社会保障の高齢化等に伴う増額を4,800億円まで圧縮でき、診療報酬本体をプラス改定にできたのも薬価のマイナス改定のおかげであり、薬価頼みという構造は今回も踏襲された。マイナス1.35%のうち、薬価調査により把握された市場実勢価格に合わせた引下げがマイナス1.44%で、ほかに不妊治療の保険適用のための特例的な対応がプラス0.09%(50億円程度)となっている。また、材料価格はマイナス0.02%(20億円程度)となっている。

昨年12月3日に公表された薬価調査速報値によると、平均かい離率は7.3%。市場実勢価格に合わせる際に、調整幅2%を適用した。2021年度予算編成における初の中間改定では、調整幅2%に加えて、新型コロナの影響に配慮し、さらに0.8%分を緩和したが、今回は適用されなかった。

今回の大臣折衝では、診療報酬・薬価等に関する制度改革事項も盛り込まれた。大臣折衝により改定率が決まるが、その配分は基本的に中医協の議論に委ねられるのが通例だ。しかし、今回は不妊治療の保険適用や看護の処遇



改善のための特例的な対応以外の改定事項についても、さまざまな縛りがかかることになった。

具体的には、以下の文言が盛り込まれた。

◇医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化

◇在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進

◇医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し

◇外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し

◇費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し

◇薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化

◇OTC類似医薬品等の既取扱いの医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

全世代型社会保障の実現

診療報酬改定以外にも、さまざまな事項が大臣折衝で合意されている。

2022年10月1日から2023年3月末までの間に実施するとしていた、一定の所得がある後期高齢者の医療費の患者負担2割への引上げは、最も早い2022年10月1日から実施することを決めた。すべての世代が公平に支え合うという全世代型社会保障の趣旨に沿ったものだ。

患者負担割合だけでなく、全世代型社会保障の実現に向け、医療提供体制に関わるさまざまな改革を推進していく方針が示された。

地域医療構想に関しては、公立・公的病院だけでなく、民間病院に対しても対応方針を策定し、検討状況の公表を求める。薬価改定は毎年実施するとともに、2%の調整幅のあり方を検討する。都道府県医療費適正化計画は実効性を高めるための法制上の措置を講じる。

かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体策を検討する。生活保護受給者の国保・後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助のあり方を中長期的な課題として検討する。

「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な開示システムを早急に整える。アップロードによる届出は2022年3月決算法人から開始する」との文言も明記された。ただ、この文言について厚労省は、骨太方針2021の趣旨と同様との見解を示している。

診療報酬・薬価等改定

2022年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。

(1) 診療報酬+0.43%(国費300億円程度(2022年度予算額、以下同じ))

※1のうち、※2~5を除く改定分 +0.23%

各科改定率 医科 +0.26%

歯科 +0.29%

調剤 +0.08%

※2のうち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3のうち、リフィル処方箋(反復利用できる処方箋)の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%(症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う)

※4のうち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%

※5のうち、小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 ▲0.10%

なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

(2) 薬価等

①薬価 ▲1.35%(国費▲1,600億円程度)

※1のうち、実勢価等改定▲1.44%(国費▲1,600億円程度)

※2のうち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応+0.09%(国費50億円程度)

②材料価格 ▲0.02%(国費▲20億円程度)

厚労省予算案は33兆5,160億円で過去最高を更新

2022年度予算案 コロナ対応の補正予算と合わせた16カ月予算で構成

政府は昨年12月24日、2022年度予算案を閣議決定した。厚生労働省予算案は33兆5,160億円で2021年度から1.1%増加し、過去最高を更新した。大部分を占める社会保障関係費は33兆1,833億円で同1.2%増。昨夏の概算要求時点では、医療や年金の経費が高齢化などで増大する、いわゆる自然増を6,600億円程度見込んだが、薬価改定などにより、4,400億円まで圧縮したため、伸び率が低くなっている。

厚労行政の政策的経費などその他の経費は3,327億円で、5.8%の減少。ただ、新型コロナ対策など経費の多くは2021年度補正予算に計上しており、2021年12月から2023年3月までの16カ月予算の考え方を取っている。

後期高齢者の医療費が増加

社会保障関係費の33兆1,833億円のうち、最も金額が大きいののは年金の12兆6,857億円(2021年度と比べ0.5%増)、次いで医療の12兆1,903億円(同0.9%増)、福祉等の4兆6,224億円(同3.0%増)、介護の3兆6,003億円(同3.3%増)となっている。雇用は新型コロナ対応で充実させた雇用調整助成金等の見直しにより、2021年度から21.4%の減少を見込み、847億円となっている。

医療費の内訳は、協会けんぽが1兆2,149億円で対前年度比3億円の増加、国民健康保険が3兆2,160億円で同660億円の減少、後期高齢者医療が5兆4,643億円で同1,346億円の増加、生活保護の医療扶助など公的負担医療が1兆8,855億円で同219億円の減少となっている。

国保が減少し、後期高齢者医療が増加しているのは、人口の多い団塊世代が75歳に到達し、国保から後期高齢者医療に移っているからである。

コロナ対応は補正予算で主に計上

2022年度予算案は、2021年12月20日に成立した補正予算と2022年度予算を一体的にみる16カ月予算の考え方を取っている。特に、新型コロナ対応の経費が主に補正予算に計上されており、2020年度から継続する病床確保料など新型コロナウイルス感染症緊急包括支援金や検査・ワクチン接種体制の確保、ワクチン・治療薬の研究開発などを実施する。

補正予算の新型コロナ関連予算は8兆9,733億円。2021年度の新型コロナ対策予備費も1兆8,539億円が残っている。当面、2021年度のコロナ対策を万全にする予算措置とした。

16カ月予算の重点事項は4本柱で、それぞれ①新型コロナの経験を踏まえた保健・医療・介護②成長と分配の好循環の実現③子供を産み育てやすい社会④安心して暮らせる社会一を掲げた。

以下で、「新型コロナの経験を踏まえた保健・医療・介護」の予算の内容を中心にみていく。

新型コロナ対応の医療提供体制の確保のための経費は、前述のとおり補正予算で大部分を措置しており、2兆2,353億円を計上している。

具体的には、◇新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金◇医療用物資等◇児童福祉施設等での感染症対策◇心のケア支援◇医薬品等の安定供給一などがあるが、新型コロナ交付金が2兆1,033億円を占める。新型コロナ交付金の主な事業は、新型コロナ患者を受け入れる病床や宿泊療養施設の確保、自宅療養者健康管理である。

2022年度予算案では20億円を計上しており、◇新興感染症等の感染拡大時に対応可能なDMAT体制の整備◇「医療のお仕事KeyNet」等を活用した医療人材の確保◇新型コロナ感染者等が発生した介護事業所等のサービス継続支援一をあげている。

検査体制の確保や保健所・検疫所等の機能強化、ワクチン接種体制の経費も補正予算でのコロナ対応が大部分であり、補正予算で1兆6,857億円、2022年度予算案で112億円となっている。

補正予算では、◇行政検査◇検疫におけるワクチン接種証明書の電子化◇水際対策、入国者の健康確認◇ワクチン接種◇プレバンデミックワクチンの備蓄◇新型コロナ感染者等情報把握・管理システム(HER-SYS)等の感染症対策システムの総合的な運用一などがある。2022年度予算案では、水際対策の強化に向けた検疫所の検疫・検査体制の整備・拡充やIHEAT(保健所を支援する専門職の人材バンク)による保健所の人員体制強化、地方衛生研究所の機能強化がある。

ワクチン・治療薬等の研究開発の経費も補正予算でのコロナ対応が中心であり、補正予算で8,817億円、2022年度予算案で15億円となっている。

補正予算では、◇治療薬の実用化支援・供給確保◇新興感染症の治療薬等に関する研究開発◇新型コロナのワクチン開発支援一などがある。2022年度予算案では、感染症に関する危機管理機能やサーベイランス機能強化の研究、アジア地域における臨床研究・治験ネットワークの充実などを図る。

一方、日本医療研究開発機構(AMED)や厚生労働科学研究の研究開発支援は、2022年度予算案で556億円を確保した。また、国立感染症研究所等の体制強化として、補正予算で14億円を計上している。

医師等の働き方改革の推進を支援

地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者の働き方改革の推進等のために、2022年度予算案で計上した経費は、1,618億円で対前年度比107億円の減少。補正予算は20億円となっている。

施策の内訳は、◇地域医療介護総合確保基金による地域医療構想の推進◇総合診療医の養成◇ICT活用やタスク・シフティング◇看護師の特定行為、潜在看護師の復職◇女性医療職のキャリア支援◇薬剤師の資質向上◇歯科医療提供体制一となっている。これらは概ね2022年度予算で実施し、補正予算では、保健医療分野のデータ連携基盤の整備の推進(2.9億円)などがある。

地域医療介護総合確保基金の医療分は国分が751億円、地方分が278億円であわせて1,029億円となった。対前年度比で国費が100億円、地方分が50億円減っている。地域医療介護総合確保基金の医療分の財源の用途には、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」、「居宅等における医療の提供に関する事業」、「医療従事者の確保・養成に関する事業」、「勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備」がある。2021年度に創設した「病床機能再編支援事業」も基金事業となっている。

地域医療構想の実現に向けては、重点支援区域への支援として、別に5.4億円を計上し、国による助言や集中的な支援を行うとともに、地域医療構想アドバイザーの養成などに取り組む。

2024年度からの医師の働き方改革を念頭に置いた施策では、新規を含めてさまざまな対応を用意した。中心的な施策は、地域医療介護総合確保基金を用いたもので、地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境になっていると都道府県知事が認める医療機関を支援する。女性医療従事者等の離職防止や再就業を促進するため、病院内保育所の運営や整備に対する支援も基金により実施する。

基金以外の医療従事者の働き方改革の支援では、都道府県の「医療勤務環境改善支援センター」における医療機関の労務管理等の専門家による支援等(8.9億円)などのほか、新規事業として、勤務医等を対象とした働き方改革周知・啓発(1千万円)や地域医療への影響等に関する調査(8千万円)などがある。

また、潜在看護師の復職支援等の人

材確保では、新規事業でマイナンバー制度を活用した人材活用システムの構築を実施するために必要な調査等を実施する(3,300万円)。同じく新規事業で、薬剤師の資質向上に向け、がん患者や小児・妊産婦への薬物療法といった専門性の高い薬学的管理・指導を実施するための研修や薬剤師・薬局業務へのICT技術の導入などを推進する(2,500万円)。

救急・災害医療体制の経費は、2022年度予算案で98億円、補正予算で29億円。2021年度予算から18億円の減少だが、ドクターヘリの導入促進やドクターカーの活用、BCPの策定、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の安定的な運用などを図るとしている。補正予算の29億円は医療施設等の耐災害性強化等の経費。

データヘルス改革に1,100億円強

健康関連の経費は、2022年度予算案が59億円、補正予算が5.9億円、データヘルス改革で2022年度予算案が1,109億円、補正予算が152億円。データヘルス改革には、新規事業で全額国分(735億円)の医療情報化支援基金によるオンライン資格確認・電子処方箋に向けた医療機関・薬局のシステム整備の経費が含まれている。

がん・循環器病・肝炎・難病対策等の経費は、①がん・全ゲノム解析等(2022年度予算案が74億円、補正予算が44億円)②循環器病対策(2022年度予算案が45億円)③肝炎対策(2022年度予算案が1,229億円、補正予算が156億円)◇難病・小児慢性特定疾病対策等(2022年度予算案が20億円)で構成する。肝炎対策は大部分が、B型肝炎訴訟の給付金等の支給で2022年度予算案が1,176億円、補正予算が156億円となっている。

公的部門における分配機能の強化として、看護、介護、保育など現場で働く職員の収入を引き上げる新規事業は「成長と分配の好循環の実現」の項目の中で、2022年度予算案で395億円、補正予算で1,665億円を盛り込んだ。収入引上げは2月から実施し、看護と介護は10月以降、報酬改定での対応となる。保育所等の収入引上げの経費は、内閣府予算案に計上している。

令和4年度 厚生労働省予算案における重点事項

新型コロナウイルス感染症から国民の命・暮らし・雇用を守る万全の対応を引き続き行うとともに、感染症を克服し、ポストコロナの新たな仕組みの構築、少子化対策、デジタル化、力強い成長の推進を図ることにより、一人ひとりが豊かさを実感できる社会を実現するため、令和3年度補正予算と合わせて、以下を柱として予算措置を行う。

補正予算での主な対応	<新型コロナの拡大防止>	<社会経済活動の再開と危機への備え>	<新しい資本主義の起動>	<防災・減災など安全・安心の確保>
	<ul style="list-style-type: none"> 緊急包括支援交付金等による支援 ワクチン接種体制の確保 雇用調整助成金等による雇用維持 個人向け緊急小口資金の特例貸付 	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナワクチンの開発支援 感染症対策の充実・強化 機動的な水際対策の推進 国際的な研究開発等の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 医薬品等の安定供給の確保 非正規雇用労働者等の労働移動支援等 看護、介護、保育などの収入引上げ 母子保健と児童福祉の一体的提供 	<ul style="list-style-type: none"> 水道施設の耐災害性強化 医療・社会福祉施設等の耐災害性強化 建設アセスメント給付金の支給等 B型肝炎訴訟の給付金等の支給

新型コロナの経験を踏まえた柔軟で強靱な保健・医療・介護の構築	未来社会を切り拓く「成長と分配の好循環」の実現	子どもを産み育てやすい社会の実現	安心して暮らせる社会の構築
<p><新型コロナ克服の保健・医療等体制の確保、研究開発の推進等></p> <ul style="list-style-type: none"> 新型コロナから国民を守る医療等提供体制の確保 保健所・検疫所等の機能強化 感染症に関する危機管理機能等の強化に資する研究の推進 <p><地域包括ケアシステムの構築、データヘルス改革等></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者の働き方改革の推進 自立支援・重症化防止、認知症施策の推進、介護の受け皿整備・介護人材の確保の推進 予防・重症化予防・健康づくり、データヘルス改革の推進 	<p><雇用維持・労働移動・人材育成></p> <ul style="list-style-type: none"> 雇用の維持・在籍型出向の取組への支援 民間の知恵を活用して実施する「人への投資」の強化 女性・非正規雇用労働者へのマッチングやステップアップ支援 <p><多様な人材の活躍促進、働きやすい職場づくり></p> <ul style="list-style-type: none"> 就職氷河期世代、女性、高齢者などへの支援 良質なテレワークの導入促進 最低賃金・賃金の引上げに向けた生産性向上等の推進、公正な待遇の確保 <p><公的部門における分配機能の強化></p> <ul style="list-style-type: none"> 看護、介護、保育などの収入引上げ 	<p><子育て家庭や女性の包括支援体制></p> <ul style="list-style-type: none"> ヤングケアラー等への支援 困難な問題を抱える女性への支援 <p><児童虐待防止・社会的養育の推進、ひとり親家庭等の自立支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域における見守り体制の強化 里親委託の推進や施設退所者等の自立支援 ひとり親家庭等への就業支援を中心とした総合的支援 <p><不妊症・不育症の総合的支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 不妊治療の保険適用、仕事との両立支援 <p><総合的な子育て支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 「子育て安心プラン」等に基づく受け皿整備 保育人材確保のための総合的な取組 	<p><地域共生社会の実現等></p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援、参加支援、地域づくりの一体的実施による重層的支援 生活困窮者自立支援、ひきこもり支援、自殺対策、孤独・孤立対策 成年後見制度の利用促進 <p><障害児・者支援等></p> <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児への支援の拡充 依存症対策の推進 <p><水道、戦没者遺骨収集、年金、被災地支援等></p> <ul style="list-style-type: none"> 水道の基盤強化 戦没者遺骨収集等の強力な推進 安心できる年金制度の確立 被災地における心のケア支援、福祉・介護提供体制の確保

全世代型社会保障・一人ひとりが豊かさを実感できる社会の実現

「新型コロナウイルス感染症に係る個人情報の取扱い」に関するアンケート調査

個人情報保護担当委員会

1 はじめに

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)はいまだ予断を許さない状況にあり、医療提供体制の維持が社会的な関心事である。新型コロナウイルス感染症パンデミックは、医療提供以外にも、未経験の多くの課題を突きつけている。例えば、患者の個人情報保護は、感染拡大防止のためのサーベイランスを時に困難にする。具体的な対応は、明確な形で指針などが示されず、病院は個別に対処しているのが現状である。全日病は医療にかかわる認定個人情報保護団体として、現状と課題を明らかにして、解決を図ることが、社会的な責務であるとの認識の下、会員病院を対象にアンケート調査を実施した。以下では、概要を紹介する。詳細な分析結果は、ホームページ等で公開の予定である。

2 調査結果の概要

対象は、全日病会員病院であり、2021年9月に無記名式アンケート調査票をメールにより送付・回収した。回収率は、16.0%(407/2536)である。以下の集計では、特に示さない限り分母を407として、無回答を含めた%を示す。

(1) 職員からの検査結果・ワクチン接種についての情報収集

病院が、職員にPCR・抗原検査歴の情報提供を要請することは、「よい」77.6%、「状況により許容される」19.9%であった。実際に結果を把握しているのは、「全職員」が78.4%、「一部職員」が13.8%であった。結果を把握している場合に、その結果にアクセスできる職員を定めているのは72.7%であった(n=384)。

(2) 職員へのワクチン接種の勧奨

病院が、職員にワクチン接種歴の情報提供を要請することは、「よい」75.2%、「状況により許される」16.5%であった。職員へのワクチン接種推奨は81.8%が「よい」と答え、接種指示については22.9%が「よい」と答えた。また、ワクチン接種を希望しない場合の

理由の聴取は70.5%が「よい」であった。ワクチン接種を希望しない理由で適切と考える内容は、「主治医との相談」94.6%、「ポリエチレングリコールにアレルギー」93.1%、「インフルエンザワクチンでアナフィラキシーの既往」80.3%、「その他のアレルギー」77.9%、「妊娠中・妊娠予定」62.2%、「長期の影響が不明」59.7%、「副反応が怖い」59.0%、「家族との相談」55.8%、「基礎疾患がある」53.3%の順であった(複数回答可)。

ワクチンを接種しないことを理由とした職員の処遇は、「患者に直接接触する部署からの配置転換」27.0%、「ボーナス査定など金銭的不利益」1.0%、「解雇」0.0%が、それぞれ「可能である」であった。

ワクチン接種歴、新型コロナウイルス感染症の既往を根拠にした職場配置は、「コロナ病棟」45.0%、「発熱外来」44.2%、「救急外来」39.3%、「ICU/CCU」37.8%が、それぞれ「可能である」であった。

(3) 職員のワクチン接種状況への問い合わせ

患者から、個別の職員のワクチン接種状況を聞かれた際は、接種済みの場合は、「知らせる」15.7%、「回答できない(と答える)」72.0%、未接種の場合は、「知らせる」7.6%、「回答できない」77.9%であった。また、職員全般の接種状況は、「知らせる」35.4%、「回答できない」52.1%であった。

職員から聞かれた際には、個別の職員のワクチン接種状況は、接種済みの場合は、「知らせる」21.6%、「回答できない」65.1%、未接種の場合は、「知らせる」16.7%、「回答できない」68.3%であった。また、職員全般の接種状況は、「知らせる」51.4%、「回答できない」36.9%であった。

(4) 職員・家族からの健康情報等の情報収集

職員への健康情報(発熱、自覚症状等)の提供要請は、「よい」91.6%、「状況により許容される」8.1%(以下、同順)、同居家族の体調不良・渡航など

感染リスクが想定される事項の報告86.7%、11.8%、同居家族の健康情報52.1%、34.9%、職員の会食・旅行の報告48.4%、38.1%、同居家族の会食・旅行の報告32.2%、37.8%であった。

(5) 職員等への行動制限

職員の会食・旅行は、「状況により一定の制限は許される」40.5%、「注意喚起は許される」58.5%であった。職員の同居家族については、それぞれ17.2%、70.8%であった。

(6) 患者情報の保健所への提供

患者の行動歴を保健所へ提供する際の本人の同意は、33.4%が「同意は必要ない」と回答した。また、患者の行動歴から濃厚接触が疑われる人については、34.6%が「同意は必要ない」であった。

(7) 職員名の公表等

職員が感染または濃厚接触の場合に、「院内で職員名を公表してよい」は22.1%であり、職員の問い合わせには、「知らせる」17.4%、「回答できない(と答える)」64.4%、外部からの問い合わせには、「知らせる」1.2%、「回答できない」92.9%であった。

(8) 患者・来訪者への情報提供の要請と対応

患者・来訪者に、情報提供を求めて「よい」とする内容は、「健康情報」が患者98.5%、来訪者96.3%であった(以下、同順)。「家族など身近に体調不良者の有無」82.3%、49.4%、「最近の会食・旅行の有無」71.3%、40.5%、「ワクチン接種歴」78.4%、36.9%、「新型コロナウイルス感染の既往」70.5%、33.7%、「クラスターが発生した医療機関の受診・訪問」40.5%、22.1%であった。

得られた情報に基づき、患者の動線を分けるなど異なった対応をする理由は、「健康情報」77.6%、「家族など身近に体調不良者の有無」62.2%、「最近の会食・旅行の有無」45.5%、「ワクチン接種歴」38.3%、「新型コロナウイルス感染の既往」36.6%、「クラスターが発生した医

療機関の受診・訪問」44.5%であった。来訪者に対して、院内への立ち入りを断る理由は、「健康情報」80.6%、「家族など身近に体調不良者の有無」58.7%、「最近の会食・旅行の有無」36.1%、「ワクチン接種歴・新型コロナウイルス感染の既往」17.2%であった。

来訪者が、病院の感染制御上の要請に従わない場合については、「マスク着用を拒否」では、「立ち入りを断ってよい」74.7%、「状況により立ち入りを断ってよい」20.8%(以下、同順)、「鼻出しマスクに対する注意に従わない場合」61.4%、23.3%、「体温測定拒否」78.1%、13.8%、「手洗い拒否」81.2%、19.2%、「手袋を外すことを拒否」32.4%、21.6%であった。

3 おわりに

感染症のパンデミックは、弱者や差別など潜在的な社会の構造をしばしば明らかにすること、また、パンデミックを契機に社会の構造改革が急速に進むこともしばしば経験している。

病院は配慮を要する情報を取り扱うことから、患者や職員の個人情報を適切に取り扱う体制構築が求められている。パンデミック時には、事業者として職員に安全な職場環境を提供する義務、当該感染症患者のみでなく、他の疾病で受診する患者を含めて、安全な医療を提供する義務を有する。また、感染拡大防止に対する協力義務を有する。これらは時に相反することがある。感染の脅威は地域、提供する医療内容により異なり、一律な指針の策定は有効性を欠くことがある。今回の調査は個人情報保護の観点から、会員病院の対応を明らかにし、課題を抽出した。今後は、各課題を検討し、実際の指針を提供するなど、現場の混乱を回避し、円滑な医療提供を確保する方策を検討する必要がある。

なお、今回のアンケート調査は2021年9月に実施された。第5波の後半に当たり、医療機関が新型コロナウイルス患者への対応に追われていた時期である。困難な時期に、調査にご協力いただいた会員病院に深謝申し上げる。

地域に密着した病院の役割を議論

理事会・常任理事会

総合医的視点を持ち、病院全体でかかりつけ医機能担

全日病は1月22日に開いた理事会・常任理事会・支部長会で、かかりつけ医機能と地域密着型病院の役割について議論した。織田副会長が「かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業検討委員会」の検討状況を報告し、意見交換した。

同委員会は、かかりつけ医機能について収集した好事例について検証するとともに、好事例の横展開を含め、かかりつけ機能の普及、強化に必要な取り組みを提言することを目的として設

置された。

4月からはじまる外来機能報告制度により、医療資源重点外来を担う病院が位置付けられるため、医療資源重点外来に患者を紹介する、かかりつけ医の普及方策を検討する。

12月に初会合が開かれ、日本医師会や全日病などがそれぞれの取り組みを発表。全日病からは、織田副会長が認定総合医事業について説明した。

織田副会長は、85歳以上の高齢者が地域に増えてくる中で、臓器別の専門

医療では地域の医療は回らないとし、社会的な問題も含め患者を全人的に診る総合医の役割が必要になると指摘した。

また、外来機能報告制度では、かかりつけ医と医療資源重点外来を担う医療機関の紹介・逆紹介がイメージされ、「中小病院の役割がわかりにくい」として、地域に密着した病院が重要な役割を担うことを検討会で強調したいと述べた。

討論では、臓器別の医療を行う大病

院と地域密着型病院の違いは患者を継続的に診ていることであり、そのために総合医的視点が必要であり、地域に密着した病院の存在意義は大きいとの指摘があった。

また、地域密着の病院でも、ニーズの多い疾患に対応するため臓器別専門医は必要で、地域の状況を踏まえて病院全体でかかりつけ機能を担うのが全日病の病院であるとの発言があった。

そのほか、「死亡診断書を書けるのがかかりつけ医である」との発言や、「コロナ禍にあっていま助けてほしい」という声に応えるのがかかりつけ医であり、そのために総合医のスキルが必要になる」との意見があった。

臨床研修病院に育児休業を取得できる体制求める

医道審議会・臨床研修部会(国土典宏部会長)は昨年12月22日、育児・介護休業法改正に伴い、取得を希望する臨床研究医が確実に育児休業を取得できる取組を講じることを了承した。臨床研修病院で妊娠・出産・育児と臨床研修の両立を図れることを目指す。

育児・介護休業法の改正により、通

常2年間の有期雇用労働者である臨床研修医に対する取得要件も緩和されることになる。

このため、臨床研修病院において、◇研修プログラムの「研修医の処遇に関する事項」に「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」を記載◇指定を受ける際の申請書に同取組を記載◇

年次報告書に育児休業取得者数などを記載一などを求めることを決めた。

また、臨床研修病院で育児休業が確実に取得できるようにするため、国も制度の周知を図ることを確認した。

さらに、臨床研修医が、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立を図れるようにする方策を検討する。

具体的には、◇臨床研修病院が両立に向けた取組を研修プログラムに記載するとともに、ホームページ等で公開する◇臨床研修病院の指定にあたり、両立に向けた取組を行っていることを考慮する◇募集定員の設定の際に、両立に向けた優れた取組を考慮することを推奨する一を例示している。

2021年度病院機能評価受審支援事業⑤ 継続支援実施レポート

病院機能評価委員会 特別委員 看護アドバイザー 木村由起子

今年度の病院機能評価委員会が実施する受審支援モデル事業は、広島県の福山城西病院を対象とし、1年をかけて複数回、診療・看護・事務領域の委員がアドバイスすることになっています。9月のオンライン支援以降の進捗状況確認のため、12月は実際に訪問してアドバイスをに行ってきました。当日は、事務長、看護部長をはじめ各部門の代表者が出席し、顔と顔を合わせての質疑応答と病院内を実際に訪問確認しました。

今回は、①マニュアル・手順書等書類の確認、②ケアプロセスの模擬審査、③病棟、薬剤部、透析室の部署訪問の3点が主な内容でした。院内の待合室、廊下などには物品を置いてなく、すっきりした状況で、清潔感があり、何より患者さんが心地よさを抱ける環境であると感じました。
オンライン支援後に取り組んだ倫理指針・方針、緩和・ターミナル期の手順書の内容確認を行いました。ところが説明と同意の方法、処方指示の出

方などについては、職員自らが改善に前向きに取り組んでいる状況でした。院内ラウンドでは、麻薬・向精神薬の保管管理、感染防止用個人防護具の使用方法などについて、改善が必要な旨を伝え、その他の課題も共有することができました。
ケアプロセスについては、入院から退院までのトレースにより模擬審査を実施しました。着眼点として、患者さんに対して、医療安全、感染防止の観点から最善の方法であるか見直し、自

信をもって審査時に主張できるよう、職員相互で模擬的にケアプロセスのトレースを行うことを期待します。
また、医師をはじめ多職種が実際の診療・ケアを展開していても、診療録に記載されていない項目があり、特に、身体所見や観察内容とアセスメント、説明やカンファレンスなどの記録、参加者名を確実に記録すべきことなどをアドバイスしました。
今回は、医師以外の各職種が参加しており、病院機能評価受審に向けて積極的かつ継続的に取り組んでいる様子でした。今後も、改善を続け、作成した手順の周知徹底と実績を積み重ね、PDCAを回して、質の評価と改善を練り上げる努力を続けて欲しいと思います。

看護領域のアドバイザー支援を受けて

医療法人社団尚志会 福山城西病院 看護部長 森田恵美子

この度、新型コロナウイルス感染拡大の合間を縫って、看護領域のアドバイザー支援という朗報が届き、木村由起子先生との対面の夢が叶いました。前回のオンラインでのご指導以上に私たちに気合いと喝の入るアドバイス、そして心温まるたくさんのエールを頂きました。
今回は実際のカルテを用いケアプロセスのシミュレーションを受けました。マニュアルに基づき行われているか、どのような関わりを多職種連携し実践しているのか、機能評価受審本番さながらの緊張感を体感しました。自分達が行ったケアプロセスをしっかりと本番ではアピールすることの大切さ、また場面ごとに不足点、改善方法などのアドバイスを頂き有意義のある時を過ごせました。

【リハビリテーション科主任】
カルテ記録に基づいて介入した経緯、経過、指導内容を担当療法師が説明するという一連の流れを体験し、ケアプロセス受審のイメージが掴めました。また、多職種でのカンファレンス内容をどのようにカルテへ記載しているのかなど細部にわたり指摘を受け、改善点が再認識できました。前回のオンラインでのご指導後に改善した業務内容の変更点も共有できました。
まず、リハビリ記録をリハビリ室から病棟管理へと変更し、更にタイムリーに発信する必要がある事柄を口頭ではなく、看護記録の一部に記載するなど情報共有を強化するようにしました。次にカンファレンスについては医師を巻き込む多職種連携会議が毎週開催されるようになり、療法師の意見が反映され有意義な意見交換の場となりつつあります。
今回の木村先生の訪問で自分たちが不足している部分や改善して形になっ

てきている部分を共有でき自分たちの進み具合の指標となり、より一層前向きに業務改善に取り組む気持ちがわき起こりました。
【栄養科責任者】
管理栄養士が行っている入院時の関り、嚥下スクリーニング、ミールラウンドでの聞き取り、カンファレンスなどの記録について具体的にご指導頂きました。また低栄養の予防対策に向け、管理栄養士が介入した際のアセスメントを多職種で共有するための情報発信の必要性もご指導頂き、今以上に質の高い栄養管理の仕組み作りの構築に努力していこうと思いました。
以上、各部門において専門的な立場での対話が増え、今以上に強固な繋がりが構築されつつあると感じ嬉しく思います。そして受審に向け、より具体的な問題が理解でき、一同に拍車がかかっていると感じました。その波動の



お陰もあり、朗報がありました。
一般社団法人中国腎不全研究会へ毎年投稿しておりましたが、この度、優秀演題賞を初めて受賞

しました。終末期看護、倫理などの整備を行う中で、患者が透析見合わせの意思表示を行った場合、どのように病院として取り組む必要があるのかが議題にあがり、意思決定ツールを用いた関りを学会報告できました。
また電子カルテ導入、新ユニフォームなど機能評価受審に向け病院が活性化しているように感じます。これもアドバイザーの方々や長距離ランナーのコーチのように態勢(体制)の整え方、燃え尽きないように、しかし、休憩しすぎないように訪問やオンラインを通じて知識のみでなくメンタルのサポートもして頂いている結果だと思えます。
自分たちでまだぼんやりですが、仕組み作りの方法が染みついてきたように感じます。専門的なアドバイスを生かして5月の機能評価受審を目標として一丸となり取り組みます。

2022年度診療報酬改定に向け公聴会をオンライン開催

中医協総会 病院の立場から「平時から人員などの資源の余剰が必要」

中医協総会(小塩隆士会長)は1月21日、2022年度診療報酬改定の公聴会を開催した。総会がまとめたこれまでの「議論の整理」を踏まえ、医療従事者や保険者、患者など様々な立場を代表した12人から意見を聴取した。病院の立場の意見発表者からは、コロナ禍の経験から、病院には平時から人員などの資源の余剰が必要であることが強調された。「重症度、医療・看護必要度」に関しては、「心電図モニター管理」の削除が検討されていることについて、懸念が示された。
京都九条病院の松井道宣理事長は、現状のオミクロン株による感染拡大により、医療がひっ迫しつつある状況を訴えつつ、これまでの新型コロナ対応の感染拡大でも、医療崩壊を起こさずに持ちこたえることができた重要な要素として、医療機関の役割分担に応じた連携があったと説明した。
その上で、通常医療を一部制限せざるを得なかったことは問題と指摘。「ある程度余裕のある体制が必要」と強調した。余裕のある体制を備えるためには、診療報酬がその原資となる。医療経済実態調査の結果をみても、新型コロナ緊急包括支援交付金がなければ、病院の収支は悪化しており、医療費抑制政策からの転換を求めた。

不測の事態に備え、余剰のある人員体制を整えるという観点から、急性期一般入院料1の評価を適正化し、「重症度、医療・看護必要度」を見直すことに懸念を示した。また、毎回見直しが行われることによる現場の負担への配慮も求めた。
内科系学会社会保険連合の小林弘祐理事長は、学術団体としての立場から、内保連グリーンブックを紹介した。現行の「重症度、医療・看護必要度」において、内科の技術の評価はあるが、「医師の診療の負荷」が評価されていないとして、グリーンブックを基にした見直しを提案していると説明した。
具体的には、「医師の診療の負荷」の度合いと強い相関を持つ検査や注射の種類数など各種要素を「重症度、医療・看護必要度」に追加することを求めた。「新型コロナと現在闘っている多くの医師も内科系医師」と訴えた。
かかりつけ医の制度化に反対
ケイアイクリニックの黒瀬巖理事長は、かかりつけ医機能について、「緩やかなゲートキーパー」の役割は必要としつつ、フリーアクセスを制限するような制度化には反対した。かかりつけ医の普及は、「日本医師会が運営する研修の拡充で対応すべき」とし、上

手な医療のかかり方の住民への周知に努めるべきであるとした。
オンライン診療については、「対面診療のほうが、オンライン診療よりも質が高く安全」と述べ、オンライン診療だけで完結する医療が広がることに警戒感を示した。感染症への外来対応では、発熱患者を受け入れるために一定の受診制限をしなければならないことを含め、診療報酬での新たな感染予防策の評価が必要であると強調した。
川崎医科大学総合医療センターの山田佐登美看護部長付参与は、「重症度、医療・看護必要度」の見直しで、B項目の見直し・削除が検討されていることを踏まえ、B項目の意義を強調した。また、看護師や看護補助者への研修の必要性を訴えた。看護職員に対しては、新型コロナの重症者などに対応できるような専門性のある看護師の養成が求められており、看護補助者に対しては、必要とされるスキル・知識を明確化し、業務で実践することにより、処遇改善にもつながると説明した。そのための診療報酬での評価を求めた。
保険者は財政悪化を訴える
保険者団体の立場の意見発表者は、全員が中長期的な保険財政の悪化を強調し、財源の有効活用を訴えた。



日本航空健康保険組合の秋山実理事長は、「現段階で財政悪化は小康状態を保っていると思われがちだが、全然違う。高齢者への給付が増加し、10月以降は後期高齢者への2割負担が拡大するが、現役世代の負担軽減には程遠い」と述べた。今回改定については「入院医療では、特に急性期について医療資源を集約して、新興感染症にも強い体制を作ってほしい。外来医療でも、かかりつけ医を普及させ、機能分化を進めてほしい」と述べた。
患者団体のピーベックの宿野部武志代表理事は、治療と仕事の両立を推進するための療養・就労両立支援指導料について、対象疾患の見直しが検討されていることに対し、難病などは対象に指定されにくく、「対象疾患よりも症状で判断してほしい」と要望した。
また、「患者の不安などに寄り添う人として同じ病気を持つ人は有用だ。チーム医療にピアサポートワーカーを加えることも検討してほしい」と述べた。

医師養成と偏在対策で第5次中間とりまとめ

厚労省・医師需給分科会

2023年度の医師養成総数は削減せず

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会(森田朗座長)と医師需給分科会(片峰茂座長)は1月12日に合同で会議を開き、医師の養成と偏在対策に関する「第5次中間とりまとめ」を大筋で了承した。今後、医師数増加のペースを見直すとともに、医師の偏在対策を実施することが重要と提言している。2023年度の医学部定員は削減せず、総数として2022年度の9,330人を維持する方針。同日の意見を反映し、遅くとも年度内に中間とりまとめが公表される見通しだ。

同日の会合で示された中間とりまとめ案では、医師の需給推計を踏まえて、「令和11年(2029年)頃に需給が均衡し、その後も医師数は増加を続ける一方で、人口減少に伴い将来的には医師需要が

減少局面になるため、医師の増加のペースについては見直しが必要」と明記した。

ただし、医師の地域偏在・診療科偏在は依然として存在するため、医師偏在への対策は引き続き重要としている。

当面、2023年度の医学部定員については、歯学部振替枠以外は4年度と同じ規模とした。歯学部入学定員の削減をした大学に「歯学部振替枠」として認められてきた44名の医学部の臨時定員は、5年度には廃止する。その44名分は、地域の医師確保・診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用できる。

医師需給分科会はこれで終了し、6年度以降の医学部定員は、第8次医療計画等に関する検討会の議論を踏まえ

て検討していくこととなった。

中間とりまとめ案では、臨時定員としてではなく恒久定員内で地域枠を設定することが望ましいとの考え方も明記した。

働き方改革踏まえた需給推計を

この中間とりまとめ案の医師需給推計のあり方や偏在対策に関して、多数の意見が出された。

医師需給推計に関しては、当初よりも厳しい具体が見えてきた医師の働き方改革による医療現場への影響や女性医師数の増加傾向などの因子をこれまで以上に考慮すべきなどという意見が多数出され、需給推計の見直しを要望する声が多くあがった。

偏在対策については、「病院で働く



医師が不足しているが、診療所は増えていて、開業医が減っているという話は聞かない。医師が働く場所の偏在対策を検討することを、中間とりまとめに盛り込むべき」などの意見が出された。

全日病副会長の神野正博委員は、「強力な偏在対策なくして医学部定員の削減は難しい」と指摘。医師の偏在対策として、総合的な診療能力を有する医師の育成を推進するよう厚労省に要望した。

これらの意見を中間とりまとめにどう反映させるかは、森田朗座長に一任された。

2022年度改定の医療技術の評価を報告

中医協総会

175件が対応する優先度の高い技術

中医協の基本問題小委員会(小塩隆士小委員長)は1月19日、医療技術評価分科会から報告された2022年度診療報酬改定の医療技術の評価を了承した。医療技術の評価は同日総会に報告された。今後の総会の決定により、2022年度改定における医療技術の評価が確定する。

分科会の評価対象となった医療技術は733件で、新規が284件、既存が449件。この中で175件を「診療報酬で対応する優先度の高い技術」と評価した(新規技術が77件、既存技術が98件)。このうち、「学会等から分科会に提案のあつ

た技術」が170件、「先進医療として実施されている技術」が5件、両者に該当する技術が5件となっている。

なお、「先進医療として実施されている技術」とは、先進医療会議において、科学的根拠に基づく評価が行われ、評価結果について先進医療会議より医療技術評価分科会に報告された医療技術である。

優先度が高い技術として評価されたものとしては、具体的には、「人工知能技術を用いた画像診断補助に関する加算(単純・コンピュータ断層撮影)」(日本医学放射線学会)、「ニューロリ

ハビリテーション(装着型サイボーグによる)」(日本神経治療学会)、「胃悪性腫瘍手術(切除)(ロボット支援)」(日本胃癌学会)、「口腔不潔度測定」(日本老年歯科医学会)などがある。

技術の体系的な分類を引続き検討

医療技術の体系的な分類の検討結果も基本問題小委員会に報告された。

外科系学会社会保険委員会連合が整理している手術の基幹コード(STEM7)は、診療報酬の手術分類(Kコード)に併記することになった。一方、両者の整合性は必ずしも取れていない。

例えば、「骨折観血的手術」のKコードは一つだがSTEM7で部位ごとに3つに分類される(肩甲骨、上腕、大腿)。そして、それぞれの麻酔時間の分布を解析すると、部位により異なることがわかり、評価を分ける必要性が示唆された。

ただ、「STEM7で分類したときに、特定の術式の症例数が少ない場合がある」、「麻酔時間と手術時間は一致しているのか」、「包括されている材料の違いなど麻酔時間以外に考慮すべき点がある」など、引続き検討が必要な論点があり、2022年度改定では対応しないことになった。

また、心臓血管領域の術式では、麻酔時間の分布に明らかな差は認められなかったものの、「540分以上」が多数存在したという事例も観察された。

術者の経験症例数に有意差なし

ロボット支援下内視鏡手術における直腸癌と胃癌、食道癌の手術成績と経験症例数の関連を調べた結果が示された。術後合併症を評価指標とし、いずれの癌腫の手技においても、術者の経験症例数が「基準値以下の群」と「それを超える群」との間に有意な違いはなかった。

一方、診療報酬の施設基準ではいずれの癌腫でも経験症例数で要件を設けている。このため、2022年度改定での見直しに活用できるとした。

医療技術の評価

項目	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	733件 新規技術 284件 既存技術 449件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術	714件
② うち、先進医療として実施されている技術	19件
③ うち、①及び②に該当する技術	7件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度の高い技術	175件 新規技術 77件 既存技術 98件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術	170件
② うち、先進医療として実施されている技術	5件
③ うち、①及び②に該当する技術	5件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	558件 新規技術 206件 既存技術 352件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術	544件
② うち、先進医療として実施されている技術	14件
③ うち、①及び②に該当する技術	2件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案	188件

一冊の本 book review

ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来

著者●松田晋哉
発行●勁草書房
定価●3,850円(税込)

筆者である松田先生は、日本の「医療」「介護」制度の設計に携わる、言わずと知れた第一人者である。本書では、医療、介護に関する膨大なビッグデータの解析結果を丁寧に紹介しながら、地域医療において「医療」と「介護」がいかにつながっているか、という点をわかりやすく解説している。

また、先生はあるべき「地域包括ケアシステム」の実現には、「住まい」が最も重要な要素であると述べられており、急性期医療を中心として「入院」「入所」「在宅」を包括的にカバーしながら地域医療を支える様々な医療法人の先進事例を紹介されている。

先生の視点は、「データ」分析結果と「現場」からの示唆をバランスよく取り入れようという姿勢が強く伝わってくるものであり、地域医療のあり方について考える上で、大いに参考になる一冊である。(井)

2021年度 第9回常任理事会 12月18日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。和歌山県 医療法人橋本病院 理事長 橋本忠通 正会員から準会員への会員種別変更1会員があり、この結果、正会員は合計2,538会員となった。
- 準会員の退会1会員が報告され、準会員数は合計108会員となった。
- 2021年度事業報告書・事業実績説明書作業日程について了承した。
- 各都道府県支部規約の改正について

- 了承した。
 - 今後の研修会等の運営に関する課題について了承した。
 - 新型コロナウイルス感染症への対応に対する寄附金について了承した。
 - 新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワークについて了承した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告 「中医協総会、診療報酬改定結果検証部会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、薬価専門部会、費

- 用対効果評価専門部会、保険医療材料専門部会」「社会保障審議会医療部会」「外来機能報告等に関するワーキンググループ」「地域医療構想及び医師確保計画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」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 岡山県 水島中央病院

- 高知県 須崎くろしお病院
- ◎一般病院2 神奈川県 横須賀市立市民病院 京都府 三菱京都病院
- 11月5日現在の認定病院は合計2,063病院。そのうち、本会会員は858病院と、全認定病院の41.6%を占める。
- 次期診療報酬改定について説明が行われ、意見交換した。

2022年度研修の専攻医数は前年度並みの水準

日本専門医機構 機構認定専門医の名称は今後確定

日本専門医機構の寺本民生理事長は1月24日に会見を開き、最近の機構の動向を報告した。2022年度からの専門医研修に参加する専攻医の募集については、昨冬の二次選考で636人を内定し、最後となる三次選考で215人を内定する見込みであるとした。

一次選考の8,658人と合わせると、専攻医の辞退など出入りを考慮し、前年度並みの水準(2021年度は9,227人)

になりそうであることがわかった。総合診療や外科の専攻医が伸び悩んでいることを含め、全体の傾向も前年度どおりであるという。

また、機構専門医の名称についても報告があった。昨年に機構の下での基本領域の専門医が初めて誕生し、2021年10月1日から機構専門医の名称が広告可能となった。名称は基本的には、各学会で案を出し、今年3月中に開催

される医道審議会・医師専門研修部会で承認される見通しだ。

「内科であれば、『日本専門医機構内科専門医』になると思う」と寺本理事長は述べた。

なお、広告できる専門医は、機構が認定する専門医を基本とするが、現状で広告できる学会等の専門医については、「当分の間の経過措置」との位置づけで広告することが認められる。

サブスペシャリティ領域の機構専門医の名称についても、報告があった。現在認められている23領域は、今年秋にかけて名称を固めていく意向が示された。そのほかのサブスペシャリティ領域については、各学会からレビューシートの提出を求めている段階にある。

機構認定のサブスペシャリティ領域の専門医をどこまで認めるかの議論が続くことになるが、寺本理事長は、混乱を避けるため、統一した基準で定めるとの考えを改めて示した。

FHIR 規格を実装した電子カルテの普及方策を議論

医療情報ネットワーク基盤WG 医療情報化支援基金で要件化

厚生労働省の「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」(主査=中島直樹・九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター教授)は1月7日の会合で、電子カルテ情報を医療機関間で共有・変換できる環境を整備するため、標準規格準拠の電子カルテを普及させる方策について検討した。

厚労省は、HL7 FHIR 規格でデータ・情報の交換ができる電子カルテの普及に向けて、ベンダー各社の標準パッケージ機能に HL7 FHIR 規格を実装することにより電子カルテ導入コストを軽減することを提案し、概ね了承を得た。

また、標準規格の更新や拡充に応じて、電子カルテの基本共通機能がパッケージとして、随時、更新・機能拡張されることを踏まえ、医療機関における独自のカスタマイズを避けることを提案した。独自のカスタマイズを行った際には、当該医療機関がカスタマイズに必要な変更費用、ならびに以後の基本共通機能の更新・機能拡張に順応するための更新・機能拡張の費用を負担することが必要とした。

医療施設調査から、病床規模別の電子カルテの導入状況を見ると、400床以上は85.4%が導入しているのに対し、400床未満200床以上は64.9%、200床未満は37.0%であり、中小規模の医療

機関における電子カルテ導入が進んでいない。

厚労省は、中小の医療機関に標準規格準拠の電子カルテを普及させるため、医療情報化支援基金の要件として、HL7 FHIR 規格に準拠した文書のデータ入出力を求める考えを示した。

中小規模の医療機関を対象に、◇既に電子カルテが稼働している医療機関は、標準規格準拠の電子カルテへの更新にかかる費用の一部、◇電子カルテが未導入の医療機関は、標準規格準拠の電子カルテの導入にかかる費用の一部を支援する。

情報化支援基金の要件として、①電子カルテの基本共通機能(標準パッ

ッケージ機能)として、HL7 FHIR 規格に準拠した文書(診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書)のデータ入出力ができること、② HL7 FHIR 規格に準拠した文書のデータ出力時に含まれる医療情報(傷病名、検査、処方)には厚労省標準規格等のコードやマスターを付与すること、③ HL7 FHIR 規格に準拠した文書・医療情報の出力データサンプル、ならびにデータ送受信経路のネットワーク構成図(ネットワークトポロジー)を提出することを求める。

HL7 FHIR は、医療情報交換のための次世代の標準規格として、海外で注目されているもの。Web 技術を採用し、相互運用性を確保できて実装しやすいなどの特徴がある。

改定率1.13%の財源で介護職員の収入3%引上げ

厚労省・介護給付費分科会 介護職員処遇改善加算I～Ⅲの取得が条件

厚生労働省は1月12日の社会保障審議会介護給付費分科会に、今年10月以降の介護職員の処遇改善策として、介護報酬による新加算案を示した。新加算は臨時の介護報酬改定で対応し、改定率は1.13%増になる見通しだ。

処遇改善について、2～9月は2021年度補正予算で措置した介護職員処遇改善支援補助金で対応するが、介護報酬に引き継ぐことを前提に、10月以降の国費分については、2022年度予算案

に計上されている。

新加算案では介護施設等での事務負担増を防ぐため、介護職員処遇改善加算I～Ⅲのいずれかを取得している事業所であることを取得要件とするなど、同補助金の要件や仕組み等を引き継ぐ内容となっている。

臨時の改定率について、厚労省は「介護職員等の収入を3%程度引き上げるための措置で、通常の介護報酬改定のように特定の改定率をもって決定した

ものではない」と前置きをした上で、給付増分を計算すると1.13%になることを明かした。

日本介護福祉士会会長の及川ゆりこ委員は、「国民の過度な負担増は望まない。利用者負担の増加や介護保険料に影響することで、要介護の人のサービスの利用控えにつながらないようにしてもらいたい」と訴えた。

日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、経済対策として処遇改善を行うに

あたり、介護職員処遇改善加算を算定している事業所とそうでない事業所の介護職員の賃金格差がさらに広がることに懸念を示した。このため、「全国の介護分野に従事している職員に平等に配分されることが重要。2022年の臨時改定に間に合わないようであれば、2023年4月の見直しも検討の余地があると思っている」と述べた。

■ 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
「改正救急救命士法施行に伴う必須項目講義」eラーニング研修	2021年11月22日(月)からeラーニングを配信中	1施設あたり 55,000円(77,000円)(税込) (1年間有効) (同一施設であればID数無制限)	救急救命士が実施可能な院内での救急救命処置の実施においては、学会が作成したガイドラインを参考にした必須項目の研修を受ける必要があり、ガイドラインに定められた必須項目講義を配信する。受講者には「修了証」を授与する。
DPCセミナー (DPC分析事業「MEDI-TARGET」活用事例報告会) (100病院)	2022年2月11日(金祝) WEB開催	無料 (「MEDI-TARGET」無料トライアルを20病院限定で募集)	美原記念病院におけるデータの分析と活用に関する講演のほか、DPCデータの分析・ベンチマークサービスであるDPC分析事業「MEDI-TARGET」の概要説明と院内活用好事例報告を行う。
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2022年2月19日(土) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可	49,500円(77,000円)(税込) 3～5名/1病院	自院で作成した業務フロー図を基に、業務フロー図作成と修正に関して検討する。事前に入退院支援の対応や新型コロナ疑似患者の受入れ対応などのテーマを選択し「プロセス概要図」と「業務フロー図」の作成・提出を求める。
「若手経営者の会」～医療政策よもやま話～ (500名)	2022年2月26日(土) ※Zoomで視聴	5,500円(7,700円)(税込)	全日病の安藤高夫副会長が新型コロナウイルス感染症対策を含めた日本の医療政策を講演する。参加対象は病院経営者・経営者候補。
2022年度診療報酬改定説明会(オンライン開催) (500施設)	2022年3月14日(月)～ 3月21日(月)まで配信	1施設あたり 11,000円(16,500円)(税込) (1施設に1冊の「点数表改正点の解説(白本)」を配布)	2022年度診療報酬改定(医科)について、オンラインによる映像配信で厚生労働省保険局医療課の担当官が講演する。
病院の多職種リーダー研修会 —専門職から組織人へ— (48名)	第1会合 2022年2月25日(金) 第2会合 2022年3月11日(金) 第3会合 2022年3月25日(金) 【WEB開催】	38,500円(49,500円)(税込)	医師以外のすべての部門の管理者、リーダークラス、またはその候補者を対象に、多職種が専門技術を習得するだけでなく、組織全体を見渡し、さらには経営参画できる人材の育成を目指した研修会。