



全日病 ニュース 2022.2.15 No.1003

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

中医協総会が個別改定項目の議論を終える

2022年度診療報酬改定

20項目の答申書附带意見も了承

中医協総会(小塩隆士会長)は2月2日、2022年度診療報酬改定に向けた議論を終えた。まだ、点数などは未記載だが、個別改定項目の内容と答申書附带意見案を了承した。2月9日に後藤茂之厚生労働大臣に答申した。

中医協総会は、昨年12月10日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会が策定した基本方針に沿って、昨年夏頃から中医協で重ねてきた議論を踏まえ、1月14日に「議論の整理」をまとめた。同日に後藤厚労相から2022年度改定の諮問を受け、2022年度改定の議論は大詰め段階に入った。

厚労省が1月26日に、個別改定項目の資料を示したことで、2022年度改定の点数や施設基準の基準値、経過措置などを除き、改定内容の全容が明らかとなった。その中で、診療側と支払側で意見の隔たりが大きく、合意が困難と考えられた一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目・該当患者割合と、オンライン診療の評価については、同日に公益裁定が行われた(次頁を参照)。

個別改定項目については、1月26日、

28日の中医協総会で議論した。その中で、診療側と支払側で意見が分かれた項目をみていく。具体的には、◇感染防止対策の評価の新設・感染防止対策加算の見直し◇紹介受診重点医療機関入院診療加算◇電子的保健医療情報活用加算◇看護補助体制充実加算等一などの議論を紹介する。

感染防止対策のすそ野を広げる

「感染防止対策の評価の新設・感染防止対策加算の見直し」は、新型コロナの感染拡大を踏まえた対応となる。新型コロナ対応の診療報酬の特例は継続されているが、コロナ収束後の今後の新興感染症等の感染拡大を見据え、医療機関が連携し、感染症に備える体制を強化するための評価だ。

診療所に対しては、「外来感染対策向上加算」を新設する。診療所内に感染防止対策部門を設置し、医療有資格者を配置するなど、組織的な体制を求める。

ただ、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「『感染対策向上加算1』を算定する病院との連携が必須ではな

く(地域医師会のカンファレンスに参加することでもよいということになっており)、体系的な感染症対策の質が担保されていない」と指摘。これに対し、福井県医師会長でもある日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「外来での対策が評価されることはありがたい。地域の医療機関全体の取り組みとして、地域医師会もしっかりとやっていく」と応えた。

一方、病院に対する感染対策の評価である「感染防止対策加算」については「感染対策向上加算」に名称を変え、加算の種類も2つから3つに増やし、より小規模の感染制御チームの取り組みを評価することになった。入院医療等の調査・評価分科会の議論を踏まえ、病床規模が小さな病院でも施設基準を満たすことのできる加算を新設することで、感染防止対策の取り組みのすそ野を広げることを目指す。

外来機能の明確化に向けて

「紹介受診重点医療機関入院診療加算」は2022年度から始まる外来機能報告制度により、「紹介受診重点医療機関」が位置付けられることに対応する。重点医療機関に該当し、一般病床が200床以上であれば、紹介状なしで受診する場合の新たな定額負担が義務化されることを踏まえ、新たな入院診療の評価を新設する。なお、新たな定額負担の仕組みは、一部を除き、2022年10月1日から適用される。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「定額負担の仕組みの見直しや、紹介・逆紹介割合の減算規定の見直しなど、医療機関に対するさらなるペナルティにより、外来機能の明確化を図る方針が出ている。しかし、この評価は、外来を制限する代わりに、勤務医の負担軽減などに医療資源を投入することを、新たな加算で評価するものと認識しており、積極的な評価の組み合わせとなるので、賛成する」と述べた。

一方、支払側委員は、これまで入院診療での加算新設に反対の姿勢を示していたが、「紹介受診重点医療機関」を紹介する側である、かかりつけ医機能の評価の抜本的な見直しの議論を続けることを求めた上で、容認に転じた。

オンライン資格確認に新たな評価

「電子的保健医療情報活用加算」は、外来でオンライン資格確認システムを通じて、患者の薬剤情報・特定健診情報を取得し、その情報を活用し、診療を実施することを評価するもの。ただ、患者がマイナンバーカードを持たず、電子資格確認により、情報を取得することが困難な場合でも、2024年3月31日までに限り、同加算を初診患者に算定できる。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「オンライン資格確認システムを普及させることの必要性は理解する。しかし、マイナンバーカードによる情報の取得に同意しない患者にも加算できることは、患者本人にとってメリットはないのに、費用は増えるため、

逆に、ペナルティと受け止めるかもしれない。加算を設けることに正当な理由があるのか疑問だ」と述べた。

これに対し、日医常任理事の長島公之委員は、「まだ普及していないが、患者の薬剤情報・特定健診情報の活用は、医療の質向上につながる。加算を設けることは、普及への強いメッセージとなり、着実な推進につながる」と理解を求めるとともに、国に対して、引き続き対策と支援を求めた。

看護補助者への研修を評価

「看護補助体制充実加算等」は、看護職員と看護補助者の業務分担・協働をさらに推進する観点から、看護職員・看護補助者に対して、より充実した研修を実施した場合などを新たに評価する。医療従事者の勤務環境の改善やタスク・シェアリングを推進する狙いがある。

松本委員は、「看護補助者に対する研修について、質の担保が行われているのか。体制が整ってから、評価を検討すべきではないか」と今回の評価に疑問を呈した。

日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、「すでに研修を実施している医療機関があり、そこでは定着率が向上するという成果が出ている。看護協会としても講義と実習からなるプログラムを作成し、eラーニングも準備している。質の高い看護補助者の育成は待ったなしだ」と説明した。

一方、池端委員は、「病院の介護職員は看護補助者として扱われ、介護報酬の介護職員処遇改善加算のある介護施設より待遇が低い。何とかこの差を縮小させないで、病院での看護補助者の確保が困難な状況が続く」と、病院が抱える苦勞を訴えた。

答申書附带意見を修正し了承

2日の中医協総会で、2022年度改定の答申書附带意見案を了承した。1月28日の議論を踏まえ、不妊治療の保険適用に伴う情報提供のあり方や、明細書の無料発行に関して追記するとともに、医薬品・医療機器等の保険給付範囲のあり方に関する項目を追加した。

不妊治療の保険適用では、特に公益側委員から、患者・住民への情報提供に関する検討が不十分との指摘があったことを踏まえ、「学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握する」との文言を加えた。

明細書の無料発行については、2022年度改定での対応は行わないが、2024年度改定に向け、「訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点」から促進を検討することの文言が、支払側委員の要望で加わった。

保険適用範囲のあり方の議論を把握しつつ、医薬品、医療機器、医療技術の適切な評価を検討することの項目も、支払側委員の要望で加わった。

答申書附带意見(要約)

(全般的事項)

1 患者をはじめとする関係者にとってわかりやすい診療報酬体系を検討する。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療の評価について、入院患者のより適切な評価指標など入院料の評価のあり方を検討する。
- 3 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、療養病棟入院基本料等について、入院料の評価のあり方を検討する。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえたさらなる包括払いのあり方を検討する。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価のあり方を検討する。
- 6 リフィル処方箋導入の仕組みについて、適切な運用や活用策を検討する。
- 7 オンライン診療について、診療の有効性等のエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価のあり方を検討する。
- 8 精神医療について、経過措置の運用を注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価のあり方を検討する。

(働き方改革)

9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用・夜間看護業務の負担軽減、チーム医療推進の診療報酬上の見直しについて、実効性のある適切な評価のあり方を検討する。

(在宅医療等)

10 在宅医療、在宅歯科医療、訪問看護などの適切な評価のあり方を検討する。

(医療技術の評価)

11 先進的な医療技術について、適切な評価のあり方を検討する。

(歯科診療報酬)

12 院内感染防止対策の初診料・再診料の見直しについて、院内感染防止対策推進の評価のあり方を検討する。

(調剤報酬)

13 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価などを推進するための調剤報酬のあり方を検討する。

(後発医薬品の使用促進)

14 バイオ後継品を含む後発医薬品使用の推進について、後発品の供給状況なども踏まえ、さらなる使用促進策を検討する。

(その他)

- 15 新型コロナへの対応に引き続き取り組みつつ、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、診療報酬上の対応のあり方を検討する。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、評価のあり方を検討する。
- 17 不妊治療について、適切な評価・情報提供のあり方を検討する。
- 18 医薬品、医療機器、医療技術の評価について、適切な評価のあり方を検討する。
- 19 明細書の無料発行について、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらなる促進の取り組みを検討する。
- 20 施策の効果や患者への影響を検証できるようにする方策を検討する。

本号の紙面から

中医協で公益委員が裁定行う	2面
臨床研修の定員に加算設ける	3面
日病協が公益裁定めぐり議論	4面

「重症度、医療・看護必要度」の見直しが公益裁定で決着

中医協総会 初診からのオンライン診療の点数の水準や要件設定も公益裁定

中医協総会(小塩隆士会長)は1月26日、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の評価項目・該当患者割合と、初診からのオンライン診療の評価について、診療側委員と支払側委員の意見の隔たりが大きいことから、公益裁定により、2022年度診療報酬改定における見直し内容を決定した。

その他の事項は、厚生労働省が示した個別改定事項の資料(いわゆる短冊)に沿って、後藤茂之厚労相への答申に向け、議論を進めている。

必要度の評価項目の見直しについては、A項目の「心電図モニターの管理」の削除を含む厳しいものとなったが、該当患者割合の基準値は、特に200床未満の病院に対して、一定の緩和が図られる形となった。また、「必要度Ⅱ」への誘導を図る該当患者割合の基準値が設定されたと言える。

昨年12月17日に厚労省が示した評価項目の見直しの組み合わせによる4種の見直し案をベースに議論が進み、1月12日の中医協総会では、シミュレーションを実施し、現状で各入院基本料を算定している病院が、基準変更により、どのような影響を受けるかを把握した。

なお、4種の見直し案は、A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更、「心電図モニターの管理」の削除、「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更、B項目の「衣服の着脱」の削除、C項目の「骨の手術」の該当期間を11日間から10日に短縮—の組み合わせで構成していた。

これらの項目は、それぞれ異なる厳格化と緩和の作用を及ぼすが、厳格化の観点では、「心電図モニターの管理」の削除の影響が最も大きく、特に内科

系の中小病院への打撃が深刻であるとの懸念が生じている。

最も厳しい見直し案4では、200床未満の急性期一般入院料1の「必要度Ⅰ」の場合で33.5%の病院が、「必要度Ⅱ」の場合で14.0%の病院が、基準を満たせなくなるとの結果が、シミュレーションにより出ていた。

しかし、支払側は、「必要度の見直しは、今回改定で最も重要なテーマの一つと考えており、中長期的な人口構造の変化と新型コロナの状況も踏まえれば、急性期入院医療の機能分化、連携は不可避である。今回新たに導入される『急性期充実体制加算』とセットで考えると、メリハリをつける観点でも、見直し案4は、全体で2割程度の病院が急性期一般入院料1の基準を満たせなくなる水準であり、機能分化が期待できる」(松本真人委員・健康保険組合連合会理事)と主張した。

これに対し、診療側の日本医師会常任理事の城守国斗委員は、まず「新型コロナがまん延している状況で、現場で闘っている医療従事者に対し、そのような厳格化は、後ろから鉄砲を撃つようなものだ」と批判した。その上で、「『心電図モニターの管理』の削除は、特に内科系の中小病院への影響が大きい。今回の改定では、『必要度』の項目は一切変更すべきではない」と述べた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「これまで内科の技術等は、『心電図モニターの管理』により、ある程度把握するという考えがあったと思う。これを削除すると、2~3割の急性期一般入院料1の病院が脱落してしまうというシミュレーション結果が出ている。脱落すれば、7対1から10対1の看護配置になるが、新型コロナ対応で余剰が必要ときに、人手不足の中で患者に対応することになる。コ

ロナに対応する医療現場に混乱の無いよう、中医協は改定に責任を持つべき」と訴えた。

これらの意見を踏まえ、小塩会長は、両側の意見の隔たりが大きく、このまま議論しても結論は出ないと判断し、公益裁定を提案。両側は承諾した。

入院料1からの移行を進める

公益裁定の結果は、「心電図モニターの管理」の削除を含む、4種の見直し案のうち、2番目に厳しい見直し案3となった。

具体的には、◇「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更◇「心電図モニターの管理」を削除◇「輸血や血液製剤の管理」の点数を2点に変更—を採用することになった。

小塩会長は、最も厳しい案を採用すると、「該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たせなくなるのが想定される」と指摘。一方で、「急性期一般入院料1から、急性期一般入院料2・3への適切な機能分化を促し、患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう、取組みを進めることは重要」とも述べた。

その上で、新型コロナの特例措置は継続しつつ、「新型コロナの感染拡大が見込まれる中であっても、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めることが求められる」と説明した。

その際、シミュレーション結果によると、急性期一般入院料5は公益裁定案でも大きな影響を受けることから、簡素でわかりやすい診療報酬とする観点も含め、急性期一般入院料5・6を統一する。その上で、それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら、基準を設定していく(左下表を参照)。

200床未満の病院には一定の配慮

200床未満の病院に対しては、該当患者割合において、一定の緩和措置を設ける。A・C項目がレセプトコンピュータにより自動入力される「必要度Ⅱ」は、さらに緩和が図られている。これについて、医療従事者の負担軽減を図る視点も重要と指摘している。

具体的には、「必要度Ⅰ」の該当患者割合の基準について、急性期一般入院料1は31%に据え置き、200床未満の病院については、28%に引き下げる。

さらに、「必要度Ⅱ」については、それぞれ200床以上・未満で28%・25%とし、「必要度Ⅰ」と一定の差を設ける。

また、急性期一般入院料4・5の「必要度Ⅰ」について、それぞれ20%、17%とし、急性期一般入院料4は200床未満の場合に18%とする。「必要度Ⅱ」の基準については、急性期一般入院料1と同様に、「必要度Ⅰ」の基準と一定の差を設ける。

なお、個別改定項目では、急性期一般入院料1の200床以上の病院に対しては、「必要度Ⅱ」を要件化することが示されている。その際に、経過措置を一定期間設ける予定だ。

また、特定機能病院入院基本料(7対1)などの入院料や、その他の加算などの施設基準における該当患者割合の基準値については、同様の考え方にに基づき、適切に定めるとしている。

今後、改定の影響を調査・検証し、

急性期一般入院料の適切な評価のあり方について、引続き、次回以降の診療報酬改定に向けて検討を行うとの考えも示され、そのことが、1月28日の中医協総会で説明された答申書付帯意見案にも盛り込まれている。

オンライン初診の水準決まる

オンライン診療の評価についても、公益裁定となった。

診療側は、オンライン診療はあくまで対面診療の補完であるとの考えから、「対面診療の実効性を担保するため、一定期間内に通院または訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないように、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持する」ことを求めた。

また、点数水準については、「対面診療と同等の評価はできず、『時限的・特例的な対応』として設定された水準を基本として設定すべき」と主張した。

これに対し、支払側は、医政局で議論された「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下、指針)を超える制限を設けるべきではないと主張した。点数設定については、日本経済団体連合会の真田享委員の「対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、同等の評価とすべき」との意見を踏まえ、「相当程度の引上げ」が必要と提案した。

公益裁定では、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提としつつ、「医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については、要件として実施しないことが適切である」とした。

「指針」では、オンライン診療について、「対面診療を適切に組み合わせて行う」ことを求めており、診療報酬においても、オンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を整えることが適切であるとの考えが、公益裁定で示された。このため、オンライン診療の実施割合の上限を、要件として設定しないとしても、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することが前提であるとしている。

一方、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告で、オンライン診療の実態の報告項目を盛り込むことが重要になるとした。

点数水準については、対面診療の初診料(288点)と「時限的・特例的な対応」の初診料(214点)の「中間程度の水準とすることが適当」とした。「時限的・特例的な対応」の214点は、288点の約74%であり、単純計算して中間程度の251点に設定されるとすると、約87%の水準になる。

小塩会長は、「対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当と考えられる」と述べた。

また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点まであり、オンライン診療では一律100点に設定されている。「時限的・特例的な対応」では一律147点となっている。このため、「オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である」とした。その割合は約87%であると想定される。

●「重症度、医療・看護必要度」の見直し

	該当患者割合の基準(見直し後)	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料1(*)	31%	28%
急性期一般入院料2(*)	27%	24%
急性期一般入院料3(*)	24%	21%
急性期一般入院料4(*)	20%	17%
急性期一般入院料5	17%	14%
急性期一般入院料6	—	—

* 許可病床数200床未満の医療機関における基準

	該当患者割合の基準(見直し後)	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	28%	25%
急性期一般入院料2	25%	22%
急性期一般入院料3	22%	19%
急性期一般入院料4	18%	15%

<参考>見直し前の基準

	該当患者割合の基準(見直し前の基準)	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%	26%
急性期一般入院料3	25%	23%
急性期一般入院料4	22%	20%
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
急性期一般入院料7	—	—

2023年度臨床研修の定員に医師不足等による加算設ける

厚労省・臨床研修部会

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会(国土典宏部会長)は1月26日、2023年度の臨床研修の募集定員の上限について、新型コロナの影響や医師不足の状況を踏まえて加算を設けることを了承した。

新型コロナの影響を踏まえて、都道府県別募集定員上限の加算を、2021、2022年度と同様に行う。具体的には、2023年度の募集定員上限が2022年度の臨床研修病院の募集定員を下回る都道府県のうち、コロナの影響で調整が困難なために追加定員を希望する都道府県には、募集定員上限に5人を追加する。

医師の偏在対策が必要な都道府県についても、条件を満たせば定員上限に最大10人を加算できるようにする。

一方、同部会は、2023年度から臨床

将来帰国する外国人留学生は別枠に

研修を行う外国人留学生について、都道府県別の募集定員の枠外で対応することを了承した。外国人留学生のうち、大学との覚書等により研修先の臨床研修病院が決定し、かつ、将来的に帰国する予定の学生に限り、マッチングによらずに採用できる。その際、各臨床研修病院の募集定員や都道府県の募集定員上限に関係なく、研修医として受け入れることを認める。

これは、国際医療福祉大学医学部を卒業する外国人留学生に配慮を求める声に対応して設けられた措置。同大は1学年20名を外国人留学生枠とし、2023年3月には一期生が卒業する予定だ。ただし、将来帰国する外国人留学生を都道府県定員の別枠とする措置は、国際医療福祉大学医学部の卒業生に限定されず、すべての大学医学部の外国

人留学生が対象となる。

一部の委員からは、外国人留学生を別枠とすることに対して慎重な意見も出された。同部会は、定員上限の別枠で臨床研修を行う留学生の状況を、今後、丁寧にフォローしていく必要があるとの認識で一致した。

来年度地域医療プログラム採用は9名

同日の部会では、2022年度地域医療重点プログラムの採用状況が厚生労働省から報告された。同プログラムは地域枠の学生に対し、一般のマッチングに先行して選考を行うもの。7府県の15病院に設置され、募集定員の総数は21名だったが、採用者は9名にとどまった。

この9名のうち、マッチング前の採用が4名、マッチングによる採用が1



名、二次募集による採用が4名。

採用者が定員の半数にも満たない状況に対し全日病副会長の神野正博委員は、「制度の仕組みが悪いのか、あるいは周知が不足していたのか、評価する必要がある」と述べ、採用された研修医を対象にアンケート調査を行うことを提案した。これを受けて厚労省は、採用者へのアンケート調査を実施し、各府県の周知の状況などを調べる方針を示した。

医学生が行う医行為の範囲に関し報告書案を概ね了承

厚労省・医学生の医業の範囲検討会

患者の同意や指導医の質の担保などが課題

厚生労働省の「医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会」(中谷晴昭座長)は1月27日、医学生が臨床実習において行う医行為の範囲に関する報告書案をおおむね了承した。厚労省は議論を踏まえ、報告書案を修正した上で、政令を制定する考えだ。

「医業」とは一般に「医行為を業として行うこと」であり、医師法17条では「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定めている。しかし、昨年5月に医師法の改正が行われ、共用試験合格後の医学生は臨床実習において

医師の指導監督の下、医業を行うことができることを明確化した。

報告書案では、臨床実習での医学生の医行為は、◇侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること◇指導医による指導・監督の下に行われること◇臨床実習に当たり事前に医学生の評価を行うこと◇患者等の同意を得ること一の条件を満たす場合に行われるものとした。

患者の同意は、「包括同意を取得し、侵襲的な行為の際は個別同意の取得も検討すべき」とした。医行為について

は、「各医学部の現場で指導監督を行う医師が、患者の状況と医学生の習熟度等を勘案して決定することが適当」であり、「診療科の特性や個々の大学の状況も踏まえながら管理体制を整備することが必要である」とする一方、処方箋の交付は政令で除くべき医行為とされた。

議論では、患者の同意と指導医の質の担保が課題にあげられた。全国がん患者団体連合会理事長の天野慎介委員は、一部の大学病院で口頭の包括同意がされていることに言及し、「口頭の

包括同意は不明瞭なので控えるべきと報告書で示してほしい」と強調。東海大学法学部教授の柑本美和委員は、「患者の同意をきちんと得ることや安全性の確保が重要。最終的な責任は誰がとるのか、責任の所在を明確にすることを盛り込んでほしい」と述べた。

日本医師会常任理事の橋本省委員は、「安全な指導のためには、指導医がある一定の水準であることを担保する必要がある。報告書で、水準に関する言及があってもよいのではないか」との意見を述べた。

電子処方箋のシステム導入に伴う負担に懸念

社保審・医療部会

薬局から医療機関への診療情報の確実な伝達不可欠

社会保障審議会医療部会(永井良三部会長)は1月31日、電子処方箋導入に向けた検討状況や外来機能報告制度のとりまとめの報告を受けるとともに、新型コロナ対応として、看護師を臨時の医療施設に派遣することができることを了承した。

電子処方箋については、全日病副会長の神野正博委員が、HPKI(保健医療福祉分野の公開鍵基盤)を使用すると、本人確認のシステム構築に伴う負担が過大になることを懸念する意見を述べた。外来機能報告制度の報告では、「紹介受診重点医療機関」の該当基準を満たすが、当該医療機関が対象にならない場合の理由を明確にすることを求める意見が出た。

情報化支援基金で費用を支援

電子処方箋とは、オンライン資格確認システム等を拡張し、現在紙で行っている処方箋の運用を、電子的に実施する仕組みである。患者が処方・調剤された内容を閲覧できるほか、データを用いて、重複投薬のチェックなどの確認も可能となる。2023年1月から運用開始の予定となっている。

医療機関にとっては、リアルタイムで処方・調剤情報を閲覧でき、医師と薬剤師の円滑なコミュニケーションが図れるようになることが期待される。

運用開始に向け、今後、医師法・歯科医師法、個人情報保護法など関連法令の整備を行う。電子処方箋管理サービスは社会保険診療報酬支払基金・国

民健康保険中央会が担うため、費用負担の問題を含め、業務規定の整備も必要となる。

医療機関や薬局が、電子処方箋を導入するには、オンライン資格確認システムと接続しなければならない。その際に、改修費が発生する。政府は2022年度予算案で、医療情報化支援基金に383億円を積み増し、「オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援」の一環で、電子処方箋導入の費用を計上している。

神野委員は、電子処方箋に公的資格の確認機能を有する電子署名や電子認証を行う基盤であるHPKIを活用することが、運用ガイドラインで推奨されていることを踏まえ、「現状の医療機関では包括的に資格を確認している。それを複雑にすると、システムと現場の負担が大きい。セキュリティと利便性・簡便性が両立するべきだ」と要望した。厚生労働省担当者は、運用ガイドライン見直しの議論を現在行っていると説明した。

国立病院機構理事長の楠岡英雄委員は、2022年度診療報酬改定でリフィル処方箋が導入されると、医療機関が調剤状況を確認しにくくなることを含め、薬局から医療機関に調剤状況の情報がきちんと提供される仕組みを求めた。

紹介受診重点病院の説明難しい

4月から施行される外来機能報告制度の報告もあった。外来機能報告等に関するワーキンググループが昨年12月

17日にまとめたものだ。この制度の下で、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」は、広告も可能な「紹介受診重点医療機関」となり、都道府県による住民向けの医療機能情報提供制度の項目にも含まれることになる。

一方、2022年度診療報酬改定により、一般病床200床以上の「紹介受診重点医療機関」は、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する義務のある病院に追加されるとともに、入院診療の評価として、新設の「紹介受診重点医療機関入院診療加算」を算定できる見通しとなっている。

神野委員は、「『紹介受診重点医療機関』と地域医療支援病院の位置づけが不明確であり、患者・住民への説明が



難しい。また、入院診療の評価が新設されたが、相手役の中小病院や診療所に、かかりつけ機能を担うことのインセンティブを設けないと不十分」と述べた。

一方、健康保険組合連合会常務理事の河本滋史委員は、「『紹介受診重点医療機関』の基準に該当する医療機関でも、医療機関にその意向がなければ、対象にならない。基準を参考に『地域の実情を踏まえる』としているが、明確な理由が示されるべき」と要望した。

一冊の本 book review

ふるさとの笑顔が、咲き始める場所 地域包括ケアシステムを实践する、 とある病院のチャレンジ

著者●田中志子
発行●幻冬舎メディアコンサルティング
定価●1,650円(税込)

全日病の広報委員を務めておられたこともあり、地域共生社会をつくる取組みで各界から注目されている若手病院経営者、田中志子先生のご著書。認知症のある方への身体拘束をなくし尊厳と笑顔を守るという信念を実現していく過程から、医療の枠を超えた、地域のすべての人のための「地域づくり」に至るまで、田中先生がどのように考え、どのように奮闘してきたかが、いきいきと描かれている。高齢者が増え、働く世代が減っていく中で、医療機関としてどのような「まちづくり」ができるのか。本書から多くのヒントと、大きな勇気もらえるだろう。ぜひ一読いただきたい。
(安藤高夫)



「重症度、医療・看護必要度」をめぐる議論

日病協・代表者会議 評価指標のあり方を日病協でも議論すべき

日本病院団体協議会は1月28日に代表者会議を開いた。2022年度診療報酬改定における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の公益裁定の結果などをめぐり議論を行った。終了後の会見で、議長の本日本リハビリテーション病院・施設協会の齊藤正身会長は、「それなりに納得しているとの意見が多かったと思うが、『心電図モニターの管理』の削除については、懸念が残る結果であるのも事実」と述べた。

代表者会議では、急性期の患者像を判断している現行の「必要度」が適切な評価指標であるかについて、様々な意見が出たため、今後、評価指標のあり方について幅広く議論する必要があるとの意見が相次いだという。

例えば、急性期の評価指標であることに着目すると、回復期や慢性期でも重症患者が入院しているが、状態の変

化の頻度は少ないため、「状態の変化」という時間軸を考慮した評価指標を考えることが重要」との意見が出た。その際に、DPC データなども用いて、診療報酬による医療資源投入量を患者の状態の変化に応じて把握していくことの必要性を指摘する意見も出た。

なお、2022年度改定の答申書附帯意見では、「今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価のあり方等について引き続き検討すること」と明記されている。

ただ、診療報酬改定が2年に1度であり、厚生労働省人事もそれに合わせて動いているので、抜本的な見直しを行うことが厚労省では難しいという指摘もあり、日病協で中長期的な観点で、抜本的な見直しの議論を行うことを検討すべきとされた。

また、今回の「必要度」の見直しでは、

200床未満の病院に対する該当患者割合を引き下げる配慮がなされている。一方で、治療室を有し、手術や救急の実績のある急性期医療をより評価していくとの方向性も明確になっている。

200床以上と200床未満の病院で、急性期医療の評価を分けていくという方針がある中で、高齢者救急を担う中小病院のあり方を含め、地域の医療提供体制を担う主体の位置づけの議論が合わせて重要であるとの認識も共有した。

薬剤師も収入引上げの対象とすべき

2021年度補正予算による看護職員などへの収入引上げが2月から実施される。対象医療機関は2・3月に都道府県に申請を行う必要があるため、厚労省担当者から説明があった。

補助金額は、対象医療機関の看護職員(常勤換算)1人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額と

なっている。4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む。対象職種は、看護師、准看護師、保健師、助産師とし、医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士・作業療法士などのコメディカルの賃金改善に充てることが可能である。

ただ、薬剤師は対象となっていない。薬剤師は、医師・歯科医師と同じく看護師より賃金が高いため、対象外になっていると厚労省担当者は説明したが、病棟薬剤師に限れば、看護師とほぼ同じ賃金水準であり、見直しの検討を申し入れることを、代表者会議で決めた。

あわせて、病院では様々な職種の人が働いており、不公平感が出ないように対応し、説明するのは大変であり、看護職員の収入が、必ずしも月額4,000円の引上げになるわけではないことを含め、厚労省には、丁寧な周知を求めることにした。また、対象となる医療機関は、病院全体の3分の1程度に過ぎないことの周知も必要であることを強調する意見もあった。

医療法人事業報告書のデジタル化対応を注視

四病協・総合部会 医師偏在の状況に関しても様々な意見

四病院団体協議会は1月26日、総合部会を開いた。終了後の会見で、議長の本日本病院会の相澤孝夫会長は、厚生労働省から医療法人の事業報告書等の届出事務・閲覧事務のデジタル化に関するアンケート調査を実施するとの報告を受け、「強い問題意識をもっている。今後、どのような対応が行われるのかを注視していく」と述べた。

医療法人の事業報告書については、2022年5月末が提出期限のものから医

療機関等情報支援システム(G-MIS)への電子媒体のアップロードによる届出を可能とし、その後、都道府県はホームページ等において閲覧を可能とする運用を行う。さらに、全国的な電子開示システムを早急に整備するとの政府方針も示されている。

しかし、四病協には、都道府県の「閲覧」の運用方法が不透明であり、営利企業が不適切に情報を入手したり、不特定多数が情報を閲覧することによる

風評被害の発生などに懸念がある。

相澤会長は、「医療法人の機微な情報まで誰でも『閲覧』できることは、情報保護の観点で問題がある。厚労省から説明のあったアンケートの中身をみても、何に使うつもりなのか疑問が出てくる。医療政策に役立つ情報だけを入手するべきではないのか」と語気を強めた。

また、厚労省の医師需給分科会の第5次中間とりまとめ案が了承されたこ

とをめぐっても、総合部会で様々な意見があった。今後の医学部定員のあり方については、第5次中間とりまとめでも、「未だ最終結論を得られていない」としているが、将来の医師需給の見直しから、医師養成数の見直しが望ましいとの考えが示されている。

しかし、総合部会では、医師の地域偏在のみならず、病院と診療所、診療科間の偏在が存在していることや、今後の医師の働き方改革との関係を含め、医師需給の見直しを再度検討する必要があるとの主張が相次いだ。人口当たりの薬剤師数が各国比較で飛びぬけて多いにもかかわらず、病院に薬剤師が来ない問題も改めて指摘された。

オンライン診療の実施に関する指針を改訂

厚生労働省 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「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改訂し、1月28日付で都道府県知事に通知した。初診からのオンライン診療を認め、そのための手順や留意事項を示している。

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下、指針)は、2018年3月30日の医政局長通知で示され、定期的に見直しが行われている。前回の見直しは2019年7月。見直しに当たった「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」(山本隆一座長)は、昨年11月に検討結果をまとめ、パブリックコメントの手続きを経て新たな指針として示された。

現在、オンライン診療は、新型コロナウイルスの流行拡大を受けて、時限的・特例的措置によって初診からのオンライン診療が認められている(2020年4月10日・事務連絡)。検討会では、特例的措置の実施状況を踏まえ、その

恒久化に向けて検討した。

新たな指針は、初診からのオンライン診療について、「かかりつけの医師」が行うことが原則であると明記した。ただし、医学的情報が十分に把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも、オンライン診療を実施できるとしている。

「かかりつけの医師」以外が、初診からのオンライン診療を行おうとするときは、「診療前相談」を行う。「診療前相談」は、医師-患者間で映像を用いたりリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することができる。オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。

オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない。

「かかりつけの医師」以外が初診からのオンライン診療を行うのは、◇かかりつけの医師がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等でオンライン診療に対応できない場合、患者にかかりつけの医師がいない場合、◇かかりつけの医師が専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合や、セカンドオピニオンのために受診する場合-が想定されるとしている。

また、オンライン診療は、直接の対面診療を適切に組み合わせる行うことが原則であるとしている。

オンライン診療後に対面診療が必要な場合は、◇「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介

し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい◇「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が、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される-としている。

安全にオンライン診療が行えることを確認するため、日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合は対面診療を実施する。

オンライン診療では、初診から安全に処方できない医薬品がある。処方「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の診療ガイドラインを参考にすることとし、以下の処方は行わないとしている。

- ◇麻薬および向精神薬の処方
- ◇基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品(診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤)の処方
- ◇基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

■ 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施設当たり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。
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施設当たり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。