



# 全日病 ニュース

## 2022.5.1

### No.1008

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

## 10月以降の看護の処遇改善の議論が分科会で始まる

中医協・入院医療等分科会 看護職員の月額1万2千円の収入増に診療報酬改定で対応

中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は4月13日、初会合を開いた。従来の分科会(入院医療等の調査・評価分科会)を改組し、所掌事務に外来医療を検討事項として加えるとともに、会議の名称を変更した。当面、2022年度診療報酬改定として10月から実施する看護の処遇改善の制度設計に向け、調査・分析を行う。医療機関の看護職員の配置状況などを把握するための特別調査も実施する。

### 所掌事務に「外来医療」が加わる

外来医療の実態把握が求められている中で、2022年度改定により、外来データ提出加算が新設されたことなどを踏まえ、同分科会の所掌事務に「外来医療」が加わった。

その結果、同分科会の所掌事務は、◇DPC導入の評価及び影響の検証等を含む入院医療並びに外来医療等の評価◇医療機関のコスト◇医療技術の評価◇医療機関等の消費税負担◇その他の技術的課題一となった。

委員からは、「在宅医療は所掌事務に含まれるのか」との質問があった。厚生労働省は、「現時点で明示されていないが、2022年度改定の答申書附帯意見に沿って、2024年度改定に向けた議論をどういった形で進めていくかが総会で議論される。それを踏まえて在宅医療の取扱いも整理される」と説明した。

委員構成は、全日病の猪口雄二会長が日本医師会副会長として、津留英智常任理事が全日病代表として参加することを含め、概ね旧分科会の委員と同様となっている。分科会長も引き続き、尾形裕也・九州大学名誉教授が担う。分科会長代理は、山本修一・地域医療

機能推進機構理事長となっている。

### 改定率0.20%の財源を使い実施

看護の処遇改善は、昨年12月22日の後藤茂之厚労大臣と鈴木俊一財務大臣との折衝で、2022年度改定の改定率の決定事項として決まった。プラス0.43%の改定率のうち、0.20%分を使って、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関の看護職員を対象に、10月以降の収入を3%程度(月額平均1万2千円相当)引き上げるための処遇改善の仕組みを創設するとしている。

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あり、2021年度補正予算で措置した看護、介護、保育、幼児教育などに従事する職員に対する収入引上げの継続として、実施する政策と位置付けられる。

2月から実施されている看護職員等処遇改善事業補助金は9月までの予定で、10月以降は診療報酬での対応に引き継がれる。処遇改善の水準も1%程度(月額4,000円相当)から3%程度(月額1万2千円相当)に拡充する。診療報酬での対応でも、それ以外の取扱いは、補助金事業を参考にするとされているが、両者の配分の方法は大きく異なるため、中医協では難しい制度設計が求められることになる。

基本的な取扱いは、補助金事業を参考にするとされているため、その仕組みを確認する。対象医療機関は、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であり、具体的には、◇救急医療管理加算を算定する救急搬送件数年200台以上◇三次救急を担う医療機関である。

対象職種は、看護職員(看護師、准看護師、保健師、助産師)だが、医療機関の判断により、看護補助者や理学療法士・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としている。津留委員は、補助金事業では、日本病院団

体協議会が要望したにもかかわらず、薬剤師の賃金改善に充てることができなかったことを踏まえ、「診療報酬での対応でも同様に対象外になるのか」と質問した。これに対し厚労省は、「看護の処遇改善という、そもそもの制度設計の趣旨はあるが、どこまで包含するかは、総会で議論してもらうことになる」と回答した。

日本慢性期医療協会常任理事の井川誠一郎委員は、「地域でコロナなど一定の役割を担う医療機関が対象だが、今回の第6波で疲弊したのはむしろ、都会で中等症・軽症患者に積極的に対応した医療機関で、それは必ずしも急性期の医療機関ではない」と指摘し、10月からの対応は決定事項のとおりにせざるを得ないとしても、将来的には、柔軟な制度設計にすべきと主張した。

また、診療報酬での対応における処遇改善の水準は、3%程度の引上げとされているが、収入が変わればその金額は変わる。厚労省は、今回の対応は「対象医療機関で働く常勤換算の看護職員1人当たり月額平均1万2千円の収入増を図る対応」であることを明言した。その他の職種の賃金改善に充てることも可能とするが、その分1人当たりの金額は下がることになる。

10月の実施に向け、厚生労働大臣への諮問・答申と、新たな制度の周知期間を考慮し、そこから逆算したスケジュールが組まれるが、特別調査の実施を含めると、時間的な余裕はあまりない。基本的には、すでに利用可能なデータを用いた議論や特別調査は分科会で実施し、適宜総会に報告し、方向性などの了解を得た上で、既存データや特別調査の結果などを分科会で議論する予定だ。分科会の議論を踏まえ、制度設計の仕組みは総会が決定する。

診療報酬で制度設計するにあたり、3月23日の総会で、診療側の委員から「処遇改善に対応するため、基本診療料で評価するのか、加算で評価するのか、あるいは新項目で評価するのか」との発言があった。基本診療料での評価を考えると、初再診料や入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料などがあげられる。

ただ、同日の分科会での議論で、最も指摘されたことは、どの診療報酬項目に充てたとしても、診療報酬による医療機関の収入は、患者数の変動の影響を受けるので、想定する処遇改善の

金額と実際に得られる金額に過不足が生じることである。山本委員は、「控除対象外消費税問題と同じく、必ず過不足が生じる。事後的に、過不足を調整する仕組みを導入することになるのではないかと発言した。

議論のためのデータとしては、NDBデータと病床機能報告、補助金の支給状況がある。補助金の支給状況の実績報告書がまとまるのは、9月の終了後であり、制度設計の議論には活用できないが、対象者や対象医療機関を確認することはある程度できる。

猪口委員は、「過不足を少なくするためにも、どの時点のデータを活用するかが重要になる。NDBと病床機能報告はいつ時点が直近になるのか」と質問した。また、「新型コロナ対応の時期と重なっているため、その影響がすごく出てしまう。これをどう考えるかが難しい」と指摘した。

これに対し厚労省は、「NDBはデータを格納・分析するのに一定の時間がかかるので、2020年10月から2021年3月のデータが直近になる。病床機能報告は2020年度のデータの活用を想定しているが、直近は2021年7月分であり、医政局と相談し整理する」と回答した。コロナの時期と重なることについては、「今も新型コロナの最中であり、直近のデータもその時期にあたる。影響をどう考えるのかは難しいが、新型コロナ以前のデータを使うことは考えにくい」との発言があった。

特別調査は、各医療機関における看護職員の配置状況などを把握するために実施する。特別調査についても、直近の看護職員の配置状況を確認することとし、2021年7月1日と2022年4月1日時点の報告を求める。委員からは、さらに直近のデータの把握を求める意見もあった。

### 本号の紙面から

宿日直許可の専用窓口設置	2面
入院基本料等の疑義解釈示す	3面
疑義解釈の抜粋【資料】 (感染対策向上加算等)	4・5面
高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会の紹介	6面
医薬品適正使用検討会を開催	7面
四半期の病院経営動向調査	8面



中医協総会と同様に分科会もYouTubeで配信。

## 清話抄

### 超少子高齢化、人口減少の進む過疎地における、持続可能な医療提供システムへの取り組み

現在、一部の都市部を除いて、日本の多くの地域で、超少子高齢化、人口減少が進んでいます。一方、医療・介

護のニーズは、長寿化によりますます増大してゆくと予想されています。このような状況下において、国は働き方改革や医療費の削減を求めています。医療や介護は生活インフラであり、地域格差が大きくなればますます悪循環となり、人口の偏在が進み、多くの地域が消滅するかもしれません。

私どもは自治体や様々な組織と連携し、真の地域包括ケアシステムを実現しようと考えています。その根本的なコンセプトは、人材やハードを地域の

共有物と位置づけ、役割分担を明確にし、質と生産性を向上させようというものです。

地域医療連携推進法人“房総メディカルアライアンス”や本年度設立予定の社会福祉連携推進法人などを活用し、地域の様々な医療機関や介護施設による機能的なメディカルセンターを構築するという取り組みです。具体的には事務業務などを集約的に行うバックオフィスやセントラルキッチンなどによるコスト削減、外国人介護士をはじめと

した人材養成、さらには、専門医の共有化(仮称:房総メディカルファーム)により、生産性と質の向上などを連携して進めていくことを目指しています。その実現の為には、患者様IDや情報システムの一元化が不可欠であり、喫緊の課題です。DX時代は「競争から協調」「所有から共有」の時代であり、イコールパートナーシップという風土創りが重要だと思います。

(亀田 信介)

# 主張

## Gender Equalityと女性医師の活用

Gender Equalityは、「男女共同」と訳されているが、「男女平等」が本来の意味だと思う。世界経済フォーラムが発表している2019年のジェンダーギャップ指数(GGI)の総合評価で日本は153か国中121位であった。医療界においてGender Equalityは進んでいるだろうか？ 改善はしているが、まだ「ガラスの天井」というより「コンクリートの見える壁」があるように思う。女性医師の割合は年々高くなり、29歳以

下では35%以上を占めているが、指導的立場の女性医師はまだ少ない。女性医師のさらなる活用は、医師の働き方改革において重要である。それには職場における仕事と子育て・介護の両立支援の制度整備等をもとより、制度を気兼ねなく使うための上司・同僚の理解が不可欠である。女性活用の阻害因子の一つは家事、育児、介護は女性の仕事という男女の役割割についてのパートナー、親、上司の固定観念(ジ

ェンダー・バイアス)である。また、女性医師に対して自分の経験に基づく偏った見方をする無意識のバイアスがある。「女性医師に管理職は無理だろう」、「子育て中だから重要な仕事をさせるのは可哀そう」などである。バイアスを除き女性医師の育成、活用を進めるために発想の転換が必要だ。育休中でも仕事を続けキャリアを積みみたいと思っている女性医師は、給付金をもらいながら月10日以内、80時間以下なら就労できる。育児中で時間外勤務・呼び出しに応じられなくても、手術や当直に入ることは可能だろう。もちろんそれには家族の協力や保育所の利用、夜間のシッターさんの手配等

支援は必要である。当会会員の中小病院でも大型研修病院にはない小回りの利く個別対応、多様な働き方の推進により女性医師を含む医師確保につながると思われる。男性中心の長時間労働の改善と男性の意識改革を進めると同時に、女性医師も強い意志を持って同じ土俵に上がりGender Equalityを実現するよう努める必要がある。家事・育児・介護に男性が参加し、多くのやる気のある女性医師が「人生も、白衣も捨てないわ」と言って楽々と壁を乗り越える日が来ると医療界の未来は明るくなるだろう。(宮地 千尋)

# 宿日直許可申請に関する相談受付けの専用ページを新設

## 厚労省 医療機関における宿日直許可基準の資料も添付

厚生労働省は4月1日に、宿日直許可申請に関する医療機関からの相談を受け付ける専用ページを同省ホームページに設けた。医療機関は専用ページのメールフォームに、制度の仕組みや手続きなどの相談内容を入力し、送信する。返事は、厚労省労働基準局が電話またはメールで連絡するとしている。

相談体制の概要は右下図を参照。「[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_24880.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html)」が専用ページのURL。

相談窓口の設置は、3月18日に日本医師会・四病院団体協議会・全国有床診療所連絡協議会が後藤茂之厚労相に手渡した要望書に盛り込んでいた。具体的には、「医師独自の宿日直許可基準を明確化し、対応の統一を図っていただくとともに、実態に合わない判断が出された場合、厚生労働省に相談できる窓口を設置することを願いたい」と明記しており、相談窓口の設置は、日医や四病協などの要望を受けたものといえる。

専用ページには、現状の宿日直許可基準に関する説明資料も添付している。以下で、資料の内容を紹介する。

### 労働時間規制を適用しない勤務とは

労働基準法における宿日直許可を受けることのできる業務とは、常態としてほとんど労働することがなく、労働時間規制を適用しなくても必ずしも労働者保護に欠けることのない宿直または日直の勤務で、いわゆる寝当直のような断続的な業務のことである。労働基準監督署長の許可を受けることができれば、労働時間規制の適用外となる。

医療機関に対する宿日直許可基準の対象業務としては、①通常の勤務時間から完全に解放された後のものであり、②宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊な措置を必要としない軽度または短時間の業務に限ること、③一般の宿日直の許可の条件を満たしていること、④宿直の場合は十分な睡眠がとらうること一などの条件を満たしていることが必要とされている。

この中の「一般の宿日直の許可」の条件とは、◇常態として、ほとんど労働することがない◇通常の労働時間の継続ではない◇宿日直手当額が同種の業務に従事する労働者の一人一日平均額の3分の1以上である◇宿日直の回数が、原則として当直は週1回、日直は月1回以内である◇宿直について相当の睡眠設備を設置している一を意味するとしている。

ただし、「18歳以上の者で、法律上

宿直または日直を行いうるすべての者に宿直または日直をさせても、なお不足があり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直または日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと」との規定もある。

また、許可が与えられた場合でも、宿日直中に通常の勤務時間と同様の業務に従事したときは、その時間について割増賃金を支払わなくてはならない。

医師の働き方改革に向けた議論のなかで、これらの考え方を基本に厚労省は、2019年7月の通知で、医師や看護師の宿日直許可基準の「現代化」を図った。通知では、通常の労働の対象外となる「特殊の措置を必要としない軽度・短時間の業務」を例示するとともに、宿日直許可を「所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等に限って得ることも可能」との考えを示している。

例えば、医師の業務では、「少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等(軽度の処置を含む)や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」は、そのような業務に該当する。また、宿日直許可は、「深夜の時間帯のみ、病棟日直業務のみも可能」としている。

このような条件を満たしていることを労働基準監督署は、医療機関が提出

する書面から判断する。

さらに、労働基準監督官による実地調査がある。宿日直業務に従事する医師などへのヒアリングや、仮眠スペースの確認などは、原則として実施することになっており、申請時に提出された書類の内容が事実と即したものであるかを確かめる。また、勤務実態の確認に必要な期間の勤務記録の提出が求められる。

これらの結果、許可相当と認められた場合に、宿日直許可が得られる。

### 許可が得られる具体例を示す

医療機関の許可事例としては、次のような場合が示された。救急であっても対象業務が、「特殊の措置を必要としない軽度・短時間の業務」と判断され、許可される事例とした。

二次救急病院で、宿直は週1回、日直は月1回。対象業務は、非常事態に備えての待機、定期回診。労基署の調査概要では、「宿直勤務では、約30分の定期回診と入院患者の容態急変に備えた病棟管理」で、「回診は、1～3階病室を巡回し、処置の必要な患者は看護師が回診時に案内するが、1回2件程度、発熱診察や転倒等による軽症処置」、「病棟管理では診察を要する事案の発生頻度は1日最大5件、平均1件程度(1件約32分)」となっており、宿日直許可が認められた。

逆に、不許可事例としては、次のような場合が示された。通常の勤務態様が継続しているため、宿日直の許可の対象にならないとしている。

二次救急病院で、日直が月1回。対象業務は、緊急事態に備えての待機、文書・電話収受など。調査概要では、「日直勤務日の14時までは時間外労働として勤務し、14時以降は宿直室に移動して待機」したが、「ほぼ毎回、14時以降も患者への治療等が複数回発生(合計約30分～2時間)」があり、「終業時刻に密着して行う短時間の断続的な労働」と判断され、宿日直許可が認められなかった。

### 要望の実現に向け今後調整

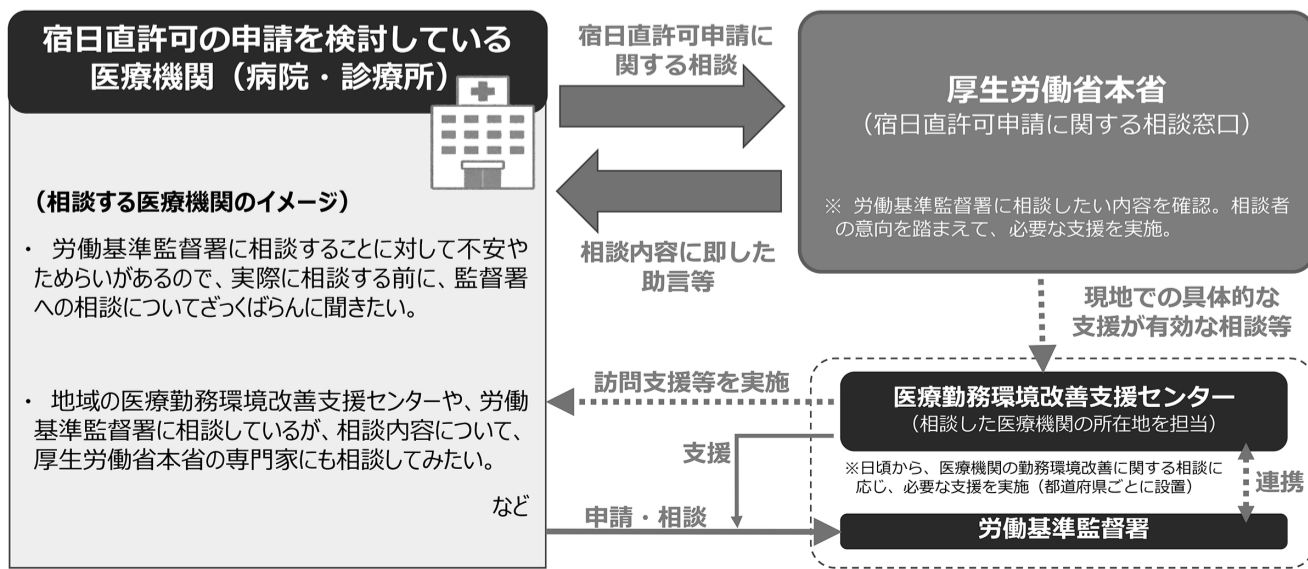
これらは現状の宿日直許可基準の考え方であり、前述のとおり、日医や四病協などは、さらなる基準の緩和を要望している。例えば、「宿直は月8回、日直は月4回まで認める」、「派遣元と派遣先の宿日直回数を分ける」、「連日の宿日直を認める」ことなどを求めている。

また、睡眠時間などについても一定の配慮を講じることも盛り込んだ。

医師の時間外労働規制が2024年度に迫るなかで、二次救急などを担う病院が、宿日直許可を得られなければ、大学病院などから医師の派遣が受けられないことにつながりかねない。宿日直許可基準については、今後、改めて調整が図られることになりそうだ。

## 医療機関の宿日直許可申請に関する相談を受け付ける窓口の設置

- ◇ 令和4年4月から、医療機関の「宿日直許可申請」に関する相談窓口を厚生労働省に設置
- ◇ 受け付けた相談については、厚生労働省本省で検討の上、回答
  - ※ 訪問による支援が適切な相談など、現地での具体的な支援が有効な相談については、相談者の意向も踏まえ、厚生労働省本省経由で医療勤務環境改善支援センター(医療労務管理アドバイザー)が必要な支援を実施



# 入院基本料や特定入院料等の疑義解釈示す

## 2022年度診療報酬改定

厚生労働省は3月31日に、2022年度診療報酬改定の疑義解釈(その1)を示している。3月15日号では、医科診療報酬の一部を掲載したが、今回は前回掲載分の項目を除いた入院基本料や特定入院料等の疑義解釈を紹介する。なお、4・5頁には、資料として、感染対策向上加算等を整理した。疑義解釈は今回が第一弾であり、すでに厚労省から4月21日時点で(その6)までの事務連絡が示されている。

### 療養病棟入院基本料等

療養病棟入院基本料の注1の「中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制が確保されている」について、「摂食機能または嚥下機能の回復に係る実績を有している必要はあるか」との質問があった。これに対しては、「必ずしも実績を有している必要はないが、中心静脈栄養を実施している患者については、嚥下機能に係る検査等の必要性等を定期的に確認すること」との回答があった。

療養病棟入院基本料の注11について、入院中の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定するものに対して、「1月に1回以上、FIMの測定を行っていない場合には、当該患者に係る疾患別リハビリテーション料のうち、1日につき2単位を超えるものは、当該入院基本料に含まれることとされているが、『1月に1回以上』とは、暦月に1回以上のことを指すのか」との質問があった。これに対しては、「そのとおり」との回答だった。

療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する患者について、「疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超過して継続して疾患別リハビリテーションを行う場合も、FIMの測定に係る規定は適用されるか」との質問にも、「そのとおり」との回答となっている。

療養病棟入院基本料の注11について、「『診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第54号)による改正前の(中略)なお従前の例による』、『令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす』」こととされているが、注11に規定する点数の適用について、どのように考えればよいか」との質問があった。回答は、「令和4年4月1日より、改正後の点数(100分の75に相当する点数)を算定する」とした。

療養病棟入院基本料および回復期リハビリテーション病棟入院料について、脳血管疾患等により療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者が、2020年3月31日以前から回復期リハビリテーションを要する状態に該当しており、2020年4月1日以降に回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合においては、留意事項通知により、「医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への移動が認められる」こととされているが、患者が脳血管疾患等を有することをもって、「医療上特に必要がある場合」に該当するものとして、「再度療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟させることは可能か」との質問があった。

これに対しては、「同一保険医療機

## 加算では急性期充実体制加算や看護補助体制充実加算などの質問に回答

関の療養病棟に再度移動させることは、原則として認められない」とした。

### 看護補助体制充実加算

看護補助体制充実加算の施設基準における看護補助者および看護職員の研修受講者の氏名について、「届出の際に提出する必要があるか」との質問があった。これに対しては、「必ずしも提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと」との回答があった。

看護補助体制充実加算の施設基準における看護職員に対して実施する院内研修について、①実施時間数や実施方法はどのようにすればよいか②常勤の看護職員及び非常勤の看護職員のいずれも受講する必要があるのかとの質問があった。①に対しては、「日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」(2022年3月)を参考」、②に対しては、「いずれも受講する必要がある」との回答があった。

### 急性期充実体制加算

急性期充実体制加算について、「入院した日は、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院または転棟した日のことをいう」とあるが、急性期一般入院料1を算定する病棟に入院後、当該加算を算定できない病棟または病室に転棟し、再度急性期一般入院料1を算定する病棟に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか」との質問があった。これに対しては、「急性期一般入院料1を算定する病棟に最初に入院した日を起算日とする」との回答があった。

急性期充実体制加算の施設基準における「緊急手術」の定義である「病状の急変により緊急に行われた手術」について、①「病状の急変」は入院外での急変に限定されるか②休日に行われる手術またはその開始時間は、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間もしくは深夜である手術に限定されるか③病状の変化により手術予定日を早めた場合も対象になるかとの質問があった。

回答は、①に対しては「限定されない」とした。②に対しては「限定されない。手術の実施日および開始時間にかかわらず、患者の病状の急変により緊急に行われた手術であれば、緊急手術に該当し、保険医療機関または保険医の都合により行われた場合は該当しない」とした。③に対しては、「各病院において「手術が緊急である」と判断される場合にあっては対象として差し支えないが、手術実施の判断から手術開始までの時間が24時間を超える場合は緊急手術に該当しない」とした。

急性期充実体制加算の施設基準において、「承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること」とされているが、外来で実施可能なレジメンについて、外来で実施されている実績は必要か」との質問があった。

これに対しては、「外来で実施可能なレジメンについては、必ずしも実施されている実績は必要ないが、外来で実施可能なレジメンの対象となる患者に対しては、外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。また、外来で実施可能なレジメンの一覧については、手術件数等とあわせて院内に掲示すること」との回答があった。

急性期充実体制加算の施設基準にお

いて、「急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること」とされているが、救命救急入院料、特定集中治療室管理料または脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟または病室についてはどのように考えればよいか」との質問があった。

これに対しては、「急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟以外の病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰまたは特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っても差し支えない」との回答があった。

「許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関において、令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなすこととされているが、急性期充実体制加算の施設基準における『一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ』を用いて評価を行っていること」とについて、どのように考えればよいか」との質問があった。

これに対しては、「当該加算の届出を行う保険医療機関にあっては、届出時点において当該基準を満たしている必要がある」との回答があった。

急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には、具体的にどのようなものがあるか」との質問があり、以下の研修が示された。

- ①一般社団法人日本集中治療医学会「Rapid Response System 出動スタッフ養成コース(日本集中治療医学会認定ハンズオンセミナー)」
- ②SCCM(米国集中治療医学会)「FCCS(Fundamental Critical Care Support)」
- ③一般社団法人医療安全全国共同行動「RRS セミナー～急変時の迅速対応とRRS」

急性期充実体制加算の施設基準において「日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院または当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院」とあり、「第三者の評価」に該当するものは何かとの質問に対しては、以下を示した。

- ①JCI(Joint Commission International)の「大学医療センター病院プログラム」または「病院プログラム」
  - ②ISO(国際標準化機構9001)の認証
- 急性期充実体制加算の施設基準における「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない」ということについて、何を指すのかとの質問には、「調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である」との回答があった。具体的には、「保険医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合」など4つの条件に該当しない場合となっている。

急性期充実体制加算の施設基準において、「毎年7月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添7の様式14により届け出るとともに、院内に掲示すること」とされているが、具体的にはどのような内容を院内に掲示する必要があるか」との質問があった。これに対しては、別添7の様式14

の「2」のうち、次に掲げる項目の実績および体制等を、院内の見やすい場所に掲示する必要があるとした。◇手術等に係る実績◇外来化学療法の実施を推進する体制◇24時間の救急医療提供◇入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制◇外来縮小体制◇退院に係る状況等◇禁煙の取扱い―。

急性期充実体制加算の施設基準における「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「年2回程度の院内講習の開催」について、医療安全対策加算における医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修とあわせて実施することは可能か」との質問には、「可能」との回答があった。

### 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料1・2の施設基準において求める看護師の「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか」との質問には以下のように回答した。

- 現時点では、以下の研修が該当。
- ①日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア」、「新生児集中ケア」、「小児プライマリケア」
  - ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
  - ③特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修(以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る)

- ・「呼吸器(気道確保)関連」
- ・「呼吸器(人工呼吸療法)関連」
- ・「栄養および水分管理に係る薬剤投与関連」
- ・「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」
- ・「循環動態に係る薬剤投与関連」
- ・「術後疼痛管理関連」
- ・「循環器関連」
- ・「精神および神経症状に係る薬剤投与関連」

- ④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修
- ・集中治療領域
  - ・救急領域
  - ・術中麻酔管理領域
  - ・外科術後病棟管理領域

### 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「許可病床数が200未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料または地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れることにより当該基準を満たすものとみなすものであること」とあるが、「当該保険医療機関内に救急外来を有していること」とは、当該保険医療機関が「救急医療対策事業実施要項」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める「救命救急センター」である必要があるということか」との質問があった。

これに対しては、「救命救急センターである必要はなく、当該保険医療機関内に救急患者を受け入れる外来が設置されていればよい」との回答があった。

# 2022年度診療報酬改定の疑義解釈

厚生労働省が公表した「疑義解釈資料の送付について(その1)」の中から、感染対策向上加算等の項目を抜粋して掲載する。

2022年3月31日

### 【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問8 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当する。

問9 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関が該当する。

問10 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算(以下単に「外来感染対策向上加算」という。)並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

(答) 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。

問11 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて(中略)診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが、

- ① 「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関及び診療・検査医療機関が該当することとされているが、自治体のホームページにおいて、それぞれどのような情報を公開する必要があるか。
- ② 診療の体制を有しているにもかかわらず、自治体のホームページの更新がなされていない等の理由により、当該要件を満たせない場合について、どのように考えればよいか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 重点医療機関及び協力医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地及び確保病床数を、診療・検査医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地、電話番号及び診療・検査医療機関として対応可能な日時を公開する必要がある。
- ② 自治体のホームページにおいて公開されるまでの間、当該保険医療機関のホームページ等において公開していることをもって、当該要件を満たしているものとして差し支えない。

問12 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。

(答) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。

問13 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、これらの保険医療機関が主催するカンファレンス全てに参加する必要があるか。

(答) 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合でも、これらの保険医療機関が主催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回以上参加する必要があるが、これらの保険医療機関が合同でカンファレンスを主催している場合には、合同開催のカンファレンスに参加することをもって、それぞれの保険医療機関のカンファレンスに1回ずつ参加したこととして差し支えない。

問14 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

(答) 不可。

問15 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合

- ② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。

問16 区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、

- ① 感染対策向上加算2及び感染対策向上加算3の施設基準において、「当該保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする」とされているが、300床未満とは、医療法上の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。
- ② 一般病床の数が300床未満の保険医療機関が、感染対策向上加算1の届出を行うことは可能か。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 医療法上の許可病床数をいう。なお、300床以上である場合であっても、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3の施設基準を満たしていれば、届出を行って差し支えない。
- ② 可能。

問17 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)と連携し、少なくとも年1回程度、(中略)感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること」とされているが、

- ① 複数の保険医療機関が、同一の保険医療機関の「感染防止対策に関する評価」を行うことは可能か。
- ② 「感染防止対策に関する評価」は、当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。
- ③ 当該評価は対面で実施する必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 感染制御チームを構成する職種(医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師)のうち、医師及び看護師を含む2名以上が評価を行うこと。
- ③ リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

問18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム(外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。)により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

(答) 感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

- ・ 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
- ・ 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- ・ 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること。
- ・ 研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録すること。

なお、研修の実施に際して、AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料(※)を活用することとして差し支えない。

※ <http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html>

問19 外来感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、保険医療機関外で開催される研修会への参加により、当該要件を満たすものとしてよいか。

(答) 不可。

問20 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

資料は厚労省ホームページ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html))に掲載されている。

- ① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。
- ② JANISに参加する場合にあつては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。
- ② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

問 21 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいのか。

(答) 以下の内容について掲示すること。

- ・ 院内感染対策に係る基本的な考え方
- ・ 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- ・ 抗菌薬適正使用のための方策
- ・ 他の医療機関等との連携体制

問 22 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において求める看護師の「感染管理に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 日本看護協会の認定看護師教育課程「感染管理」
- ・ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程
- ・ 東京医療保健大学感染制御学教育研究センターが行っている感染症防止対策に係る6か月研修「感染制御実践看護学講座」

問 23 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において求める医師及び看護師の「適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省の院内感染対策講習会③(受講証書が交付されるものに限る。)が該当する。なお、令和4年度の研修については、令和4年10月頃に配信される予定である。

問 24 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと」とされているが、

- ① 新たに抗菌薬適正使用支援チームに係る体制を整備する場合であっても届出可能か。
- ② 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染制御チームの構成員と兼任することは可能か。
- ③ 構成員のうち「3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について、院内に細菌検査室がなく、微生物検査を院外に委託している保険医療機関においては、微生物検査に係る管理を行っている院内の専任の臨床検査技師は、「微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」に該当すると考えてよいのか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 届出時点で当該体制が整備されていれば届出可能である。
- ② 可能。ただし、いずれかのチームにおいて専従である者については、抗菌薬適正使用支援チームの業務又は感染制御チームの業務(第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する院内感染防止対策に係る業務を含む。)のいずれかのみ実施可能であること。
- ③ よい。

問 25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

- ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。
- ② 具体的には、どのようなことを協議するのか。また、協議した内容は記録する必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① 保健所や地域の医師会が含まれる。
- ② 有事の際に速やかに連携できるよう、例えば、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、協議した内容を記録する必要がある。

問 26 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

(答) 助言を受ける保険医療機関が、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」における地域の感染管理専門家から、適切に助言を受けられるよう、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関や地域の医師会から、助言を受け、体制を整備しておくことをいう。

問 27 外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

(答) 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、例えば、個人防護具の着脱の訓練が該当する。また、当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

問 28 問8において、区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当することとされているが、DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱの地域医療指数(体制評価指数)における「新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること」の評価が0ポイントの場合であっても、当該加算の届出は可能か。

(答) 届出時点で新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関に該当している場合には届出可能である。

問 29 外来感染対策向上加算の施設基準において、「感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」とされているが、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいのか。

(答) 具体的な定めはないが、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療

機関は、地域の医師会と連携することとされていることから、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が主催するカンファレンスの内容を参考として差し支えない。なお、例えば、以下に掲げる事項に関する情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有することが考えられる。

(例)

- ・ 感染症患者の発生状況
- ・ 薬剤耐性菌等の分離状況
- ・ 院内感染対策の実施状況(手指消毒薬の使用量、感染経路予防策の実施状況等)
- ・ 抗菌薬の使用状況

問 30 区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること」とされているが、

- ① 「院内感染対策に関する助言」について、抗菌薬の適正使用に関する助言を行った場合も当該要件を満たすものとしてよいのか。
- ② 複数の保険医療機関と連携している場合、1施設につき1年間に4回以上助言を行う必要があるか。

(答) それぞれ以下のとおり。

- ① よい。
- ② 複数の保険医療機関と連携している場合には、複数の保険医療機関に対して助言を行った数の合計が過去1年間に4回以上であれば当該要件を満たすこととして差し支えない。

問 31 区分番号「A000」初診料の注12、区分番号「A001」再診料の注16及び「A234-2」感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよいのか。

(答) 報告の内容やその頻度については、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関との協議により決定することとするが、例えば、感染症法に係る感染症の発生件数、薬剤耐性菌の分離状況、抗菌薬の使用状況、手指消毒薬の使用量等について、3か月に1回報告することに加え、院内アウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。

# 調査研究事業を通じて高齢者の医療・介護の問題に 中小病院の意見を反映したい

全日病の委員会を紹介するシリーズの第11回は、高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会の黒澤一也委員長にご登場いただきました。黒澤委員長は、昨年8月に高齢者医療介護委員会の委員長に就任。同委員会は、改組により高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会としてスタートしました。黒澤委員長に同委員会の今後の取り組み方について聞きました。

## 介護医療院協議会との統合で幅広い分野を担当

——高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会の活動について、教えてください。

当委員会では、厚生労働省の委託事業である老人保健健康増進等事業による調査研究事業を担当しています。厚労省が示すテーマから当委員会でき取り組むテーマを選定し、みずほリサーチアンドテクノロジーの協力を得て、調査結果をとりまとめ、それに基づいて提言をしています。例年2つのテーマを選定していますが、これが一番の大きな事業になっています。

もう一つは、前委員長の木下毅先生が始められた医療保険制度・介護保険制度の簡素化に向けた検討があり、委員の先生方の施設の職員を構成員としてワーキンググループをつくっています。コロナ禍でここ2年ほど活動を休止していましたが、3月にWeb会議を開き再開しました。

高齢者の医療・介護に関する様々な問題に関して、老健事業の調査等を通して、中小病院の意見が反映できればと考えています。

——黒澤先生の委員長就任と同時に、高齢者医療介護委員会は、介護医療院協議会と一緒にになったのですか。

2018年に介護医療院の制度化に伴い、全日病で介護医療院協議会を立ち上げました。当初は、どのように介護医療院に移行すればよいかかわからず、手探りの状況でした。介護医療院協議会では、土屋繁之先生が議長を務められ、私も構成員に加わって、調査をしたり、アンケートをとるなど、いろいろ活動をしてきました。

最近は介護医療院への移行もスムーズにできるようになっていますし、介護医療院の数もそれなりに増えてきて、協議会で検討してきた内容については、ある程度、結論が出たということで、委員長交代にあわせて、高齢者医療介護委員会と一緒にしてはどうかという話になりました。

## 訪問リハとリハ職の訪問看護の違いを調査

——2021年度の老人保健健康増進等事業では、「地域における訪問看護・リハビリテーションの実態調査」と「居住系サービス等における医療ニーズの調査」の2つの研究事業に取り組み、すでにホームページに報告書が掲載されています。調査研究のポイントを教えてください。

1つ目の「地域における訪問看護・

リハビリテーションの実態調査」は、介護保険の訪問リハビリとリハビリ職が行う訪問看護に、違いがあるかに着目し、実態調査を行いました。

訪問リハは、医師の診察が必要でいろいろ手間がかかることや、地域によっては訪問リハステーションを立ち上げにくいという事情もあり、一時期、リハ職を大量に抱えてリハを行う訪問看護ステーションが多く見られました。これについては、何回かの介護報酬改定で是正されてきたのですが、まだ本来の目的である「訪問からのリハビリ」がきちんと行われているのか、「訪問リハ」と「訪問からのリハ」の違いが本当にあるのか、意識ができていないのかという問題があります。当院(くろさわ病院)でも両方を持っていますので、個人的にも関心のあるテーマです。

結果としては、両者の違いをわかっていても、実際にケアマネが利用する際には、使いやすい方を使ってしまったり、地域に訪問リハがないので、訪問から行くしかないという実態があることがわかりました。実際に調査してみると、訪問からのリハの対象となっている利用者さんは、重症度が高かったり、慢性疾患があるなど、訪問看護の必要性がある方が多い実態を確認できました。それでも、両者の違いがわかって利用しているかということ、そうでもないということがあります。両者の目的をわかった上で、使ってもらいたいし、それに合わせた報酬がつけばいいと思います。

特に訪問リハビリに関しては、「二重診察」と呼んでいます。かかりつけの医療機関と訪問リハの事業所が異なる場合に利用に際して双方の受診が求められることになり、非常に手間がかかります。そのために、訪問看護のリハビリに移行してしまうという指摘があります。ただ、「二重診察」に関する手間をなくしてしまうことにも問題があり、提言に当たっては文言を慎重に検討する必要があります。

調査の結果、訪問リハとリハ職による訪問の違いを理解していても、実際には違いが出ていないことがわかりました。訪問リハは、訪問リハを利用すべき利用者が利用できるような体制をつくってほしいという思いで、提言をまとめました。

## 居住系サービスにおける医療ニーズを調査

もう一つの「居住系サービス等における医療ニーズの調査」では、委員の先生方の施設にヒアリングに参加していただきました。調査してみると、リハや訪問看護を使えない居住系サービスにおいても、それらのニーズがあることがわかり、条件を満たせば、訪問看護や訪問リハを利用できる体制にしていくことも必要ではないかと思われました。ただ、何でも認めるとなると問題もありますので、どのように提言していくか難しい面もあります。

2つのテーマとも、データをもとに我々の思いをストレートに打ち出すのは難しい面もありますが、調査結果から今後の報酬改定や制度変更に影響があるような内容を導き出したのではな

いかと考えています。

2021年度の調査研究事業は、厚労省に報告書を提出しましたが、せっかく大規模な調査をしましたので、これで終わりではなく、全日病学会の委員会企画で、調査結果を周知しながら、皆さんの意見を聞いて、提言できたらいいと思っています。

——2022年度の調査研究事業も、テーマが決まっていますか。

厚労省から多くのテーマが示されているので委員の先生方のご苦勞されましたが、2つのテーマを選びました。

一つは、「介護付きホームにおける医療行為の看護職員による円滑な実施に向けた調査研究」です。2021年度に居住系施設の医療ニーズを調査したので、それに続く調査研究になります。

もう一つは、「介護施設等における認知症者の感染防止・安全管理策の手引等に関する調査」で、病院医療の中で、どういう形で取り組むか、今までと違った視点で捉えると面白いのではないかと考えて選びました。

認知症者の感染防止は、コロナの対応もありますので、現場で役立つ知見が得られるのではないかと期待しています。

## アイデアを集め事務の簡素化を進める

——医療保険制度・介護保険制度の簡素化に向けたワーキンググループが3月に検討を再開したそうですので、今後の見通しを教えてください。

ワーキンググループは、最初のメンバーがほぼ残っていて、3名ほど入れ替えになりました。これまでのワーキンググループで、ケアマネジャーが使う入院時情報連携シートと主治医意見書・認定審査会の簡素化についてまとめていますので、おさらいの意味で、資料の確認をしました。そのほか、入院診療計画書や総合評価票、ADL評価票、退院支援計画書などの書類等の簡素化について意見が出ていたので、皆さんの意見をききました。

主治医意見書や入院診療計画書などは、行政から書式が指定されていて、ワーキンググループで提言して変えられるかということ、難しいところもあり、今後の検討テーマについては再度見直しをしようということになりました。

また、ワーキンググループは、事務職とケアマネジャー、看護師で構成されていますが、リハビリの評価票などを検討する必要があるということで、リハビリのスタッフにも加わっていただくこととし、本庄病院の理学療法士の方に参加していただくことになりました。

ワーキンググループを今後どのように進めていくか難しいところもありますが、木下先生の肝いりで始まったものなので、ぜひ継続していきたいと思っています。

厚労省や厚生局の指定の計画書や評価票を変えるのはなかなか難しいのですが、サマリーや看護記録など、ある程度カスタマイズできる書類については、運用の仕方も含めて考えていきたいですね。

例えば、電子カルテがあっても使いこなせないために、手書きになっていることもあり、WordやExcelを活用して、入力や保存、引継ぎの手間がかからないような書式など、いろいろアイデアを集めて情報提供することで、簡素化を進めることができるのではないかと思います。できるだけ多くの意見を募って進めたいと思います。



## 地域医療構想における介護医療院の位置を検討

——介護医療院協議会については、今後どのようなことが課題となりますか。

委員会では、介護医療院協議会について意見が出ている段階ではないのですが、転換については現在でも手続きが煩雑ですので、土屋先生の意見をききながら、引き続き検討したいと思っています。

介護医療院は数も増えてきて、メジャーになりつつあります。今後、地域医療構想でベッド数をコントロールしていく中で、介護医療院への転換は重要なポイントになると思いますので、執行部と相談しながら進めたいと思っています。

さしあたって全日病の会員で、介護医療院に転換された先生がいらっしゃると思いますので、アンケートをとって、転換を考えている先生に対してアドバイスをいただければと思っています。

——最後に今後の展望について聞かせてください。

木下先生からのご指名で、このような大きな委員会の委員長を仰せつかり、なおかつ介護医療院協議会も一緒に担当することになり、責任の重さを感じています。委員会の先生方は大先輩ばかりで、助けていただきながら始めていますが、非常に勉強になりますし、先輩方のご意見をお聞きするなかで、私自身、病院が直面する問題について考えることが多くなりました。

会長をはじめとする役員の方にご助言をいただきながら、全日病の会員の先生に有益な調査研究や提言などの委員会活動ができればと考え、頑張っていきたいと思っています。

## 高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会委員

委員長	黒澤一也
副委員長	進藤 晃
委員	江澤和彦
委員	木下 毅
委員	田中圭一
委員	土屋繁之
委員	仲井培雄
委員	中村万里
委員	本庄弘次
特別委員	栃本一三郎
担当副会長	美原 盤

# ポリファーマシー対策に関するモデル事業で最終報告

## 厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会

## 業務手順書自体の有用性・有効性を確認

厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会(印南一路座長)は4月13日、ポリファーマシー対策に関するモデル事業の最終報告を受けた。今年度からの地域における活用開始に向け、業務手順書等の実用性と課題を確認した。

モデル事業は、藤田医科大学病院(愛知県)、国立がん研究センター中央病院(東京都)、三豊総合病院(香川県)の3つの医療機関で行われた。報告に

よると、3医療機関とも業務手順書自体の有用性・有効性が高かったことが確認できた。

特に、三豊総合病院では、入院中にポリファーマシー対策が実施された62件のうち、57件が退院後にかかりつけ医を受診した場合も継続されており、継続率は事業実施前の62.5%から91.6%と大幅に増加した。

今後の課題として、◇対策チームが

作れない場合の手引きが必要◇減薬の継続率や転倒等の発生割合などのアウトカムや結果報告を記載すべき◇カンファレンスでの対応と病棟での対応の差別化◇医師に対する説明資料や、地域の医師会・薬剤師会・個別開業医への働きかけの工夫—の4点をあげた。

アウトカムに関して、全日病副会長の美原盤委員は、「無駄がなくなった、何も起きなかったという点は重要」と

述べ、減薬により病状が悪化していないことをアウトカムとして示すべきと強調した。

一方で、「いずれも地域の中核病院の事例で、そのまま中小病院に当てはめるのは厳しい。マンパワーやストラクチャーの十分な体制がない病院でどこまでできるかという事例が紹介されると、ポリファーマシー対策が地域でより広まると思う」と述べた。

# 機構認定のサブスペシャリティに3領域を新たに承認

## 日本専門医機構

## 放射線カテーテル治療専門医、集中治療科専門医、脊椎脊髄外科専門医

日本専門医機構(寺本生理事長)は4月18日の会見で、同機構が認定するサブスペシャルティ領域に、新たに3つの専門医を承認したことを発表した。新たに認められたのは、◇放射線カテーテル治療専門医◇集中治療科専門医◇脊椎脊髄外科専門医—の3領域。近く、厚生労働省の医道審議会医師分科会医師専門研修部会に報告するとした。

今後、日本専門医機構において教育プログラムの整備基準を作成。各学会

が作成した整備指針を審査した上で、初めて専門医として認定される。専攻医はすでに、これらのサブスペシャルティ領域のカリキュラムを進めていることから、基本領域が終わった時点でのカリキュラムを認めるといった適及認定も想定している。

また、寺本理事長は、医師専門研修部会には報告するが、今回追加するサブスペシャルティ領域は、地域医療に対して、大きな影響を与えないため、プロフェッショナルオートノミーの考

え方で進めたいとの見解を示した。

すでに認定された、連動研修を主とする23領域は、プログラムの審査が行われ、おおむね認められている。全26領域の正式な認定は、今夏からを目途としている。

今回、サブスペシャルティ連絡協議会からは13領域の提案があったが、サブスペシャルティ領域検討委員会では、国民にとってわかりやすい専門医であることや地域医療への影響、医学的な観点などを踏まえ、外形基準等の理由

により6領域に絞り、最終的に3領域が決定した。

これに関して、寺本理事長は「外形基準は問題点があると思っている。専門医の数や疾病数などサイズの問題が議論されている。しかし、例えば小児科領域は小ぶりにならざるを得ないが、社会的には絶対に必要だ。次回以降、きちんと議論したい。小児科領域は特別に考えていきたい」との見解を示した。

# 常任理事会でオンライン診療をめぐって討論

## 織田病院のオンライン診療を紹介

全日病は、4月16日に開いた常任理事会で討議の時間を設け、オンライン診療をテーマに意見交換した。猪口雄二会長が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」および関連のQ&A、オンライン診療に関する診療報酬について説明したほか、織田正道副会長が織田病院におけるオンライン診療の取組みを紹介した。

### 医師以外の健康相談に懸念

オンライン診療については、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、時限的特例的措置で、初診からのオンライン診療が認められているが、特例措置を恒久化する形で、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が1月に改定され、これを受けて4月の診療報酬改定でオンライン診療の点数が設定された。

指針は、初診からのオンライン診療を認め、原則として「かかりつけの医師」が行うことを求めている。ただし、必要な医学的情報を把握でき、医師が可能と判断した場合には、かかりつけの医師以外の医師が初診からオンライン診療を行うことができる。その場合

は、医師と患者が映像を用いたリアルタイムのやりとりで、診療前相談を行い、オンライン診療が可能であると判断し、相互に合意する必要がある。

診療前相談は、診断、処方、その他の診療行為を含まず、患者から費用を徴収することができる。なお、指針では、遠隔健康医療相談を医師以外が行うことができるとしているが、猪口会長は、「一番問題となるのではないか」と述べた。

薬剤の処方に関してオンライン診療では、麻薬および向精神薬を処方できないほか、基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する安全管理が必要な医薬品の処方、および8日以上処方できない。

こうした指針を前提として診療報酬では、恒久的な点数として、情報通信機器等を用いた場合の初診(251点)および再診(73点)の点数が設定された。また、医学管理および在宅管理の点数も設定された。

猪口会長は、多くの企業が健康相談のオンラインサービスに参入し、無資格者による相談も行われていることに懸念を示した。また、「良いガイドラ

インの作成が求められている。病院がオンライン診療をどのように利用するかが課題となっている」と述べた。

### 在宅の高齢者を対象に遠隔診療に取り組む

織田副会長は、織田病院(佐賀県鹿島市)におけるオンライン診療の取組みを紹介した。

織田病院は1999年から、テレビ電話(ISDN回線)を活用して遠隔診療を開始した。血圧、脈拍、SpO<sub>2</sub>、心電図のデータを送信して患者の状態の把握し、難病や呼吸不全の在宅患者を診療してきた。

織田病院は、在宅医療を補完する形で遠隔診療の取組みを継続。スマートフォンやタブレットが普及するなかで、オンライン診療のためのアプリケーションも数多く登場した。

新型コロナの感染拡大でオンライン診療の時限的特例的措置が示されると、感染リスクを避けてオンライン診療の希望者が増加。オンライン診療の件数は2020～2021年の2年間で約4,000件となった。年代別に見ると、70～90歳代の高齢者が多く、通院困難な高齢

者に家族が付き添ってオンライン診療を行っている。家族は、通院に付き添う負担を軽減できる。現在、7診療科、20名の医師がオンライン診療を担当している。

織田副会長は、「オンライン診療は医師と患者の信頼関係が必要であり基本的に初診では行わない方針だ」と説明するとともに、アンケート調査から、オンライン診療の満足度は高いとし、「病院まで来なくても診察が受けられるメリットが大きい」と説明した。

ターミナルの患者にもオンラインで対応している。心拍数や呼吸数をリアルタイムで把握し、対面診療と同等の状況把握が可能となっている。

最後に織田副会長は、織田病院の遠隔診療取材したニュース番組の動画を紹介した。患者の容態変化にも病院と同じように対応し、家族も安心であるという説明に続いて、呼吸不全で入退院を繰り返していた患者が登場し、「どんなに設備の整った病院よりも自分の家が一番いい」と述べた。在宅で療養する患者のニーズに応える形でオンライン診療を展開しているといえる。

猪口会長は、「こういうオンライン診療の使い方は絶対いい」と述べるとともに、好事例を集めて本来のオンライン診療の形を示す必要があるとの考えを示した。

## 2021年度 第12回常任理事会の抄録 3月12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 医療法人社団松和会  
池上総合病院  
院長 繁田 明義  
他に退会が2会員あり、正会員は合計2,535会員となった。
- 無料職業紹介事業者と外国の送出機関との特定技能外国人の支援事業に関する契約書(案)について説明があった。
- 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

- 「社会保障審議会医療部会」「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」「第8次医療計画等に関する検討会」「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 国際医療・福祉専門家受入れ支援懇談会について、報告が行われた。
- 介護技能実習生等の受入れ意向確認を実施することが報告された。
- 会員登録情報の更新について、正会員に4月1日時点データの提出を依頼することが報告された。
- 「入会のご案内」の刷新について検

討していることが報告され、協議した。

### ●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

- 滋賀県 東近江敬愛病院
- 神奈川県 済生会神奈川病院
- 新潟県 長岡西病院
- 京都府 京都回生病院
- 広島県 沼隈病院
- 大分県 大分記念病院

#### ◎一般病院2

- 神奈川県 横須賀市立うわまち病院
- 愛知県 名古屋掖済会病院

- 京都府 京都民医連中央病院
- 大阪府 淀川キリスト教病院
- ◎リハビリテーション病院
- 東京都 ねりま健育会病院
- 愛知県 鶴飼リハビリテーション病院

#### ◎精神科病院

- 北海道 さっぽろ香雪病院
- 神奈川県 横浜相原病院
- 2月4日現在の認定病院は合計2,045病院。そのうち、本会会員は860病院と、全認定病院の42.1%を占める。
- 2022年度診療報酬改定の概要について報告があった。

# 小学6年の6.5%、大学3年生の6.2%が「家族の世話」

## 厚労省 ヤングケアラーの実態に関する調査

厚生労働省は4月7日、2021年度ヤングケアラーの実態に関する調査結果を公表した。小学6年生9,759人と大学3年生9,679人を対象に初の実態調査を行った結果、小学6年生の6.5%と大学3年生の6.2%が、「世話をしている家族がいる」と回答した。

世話を必要としている家族について

は、小学6年生は「きょうだい」が71.0%と最も多く、次いで「母親」19.8%、「父親」13.2%の順となった。大学3年生では、「母親」が35.4%と最も多く、次いで「祖母」32.8%、「きょうだい」26.5%の順となった。

世話の頻度は「ほぼ毎日」が最も高く、小学6年生で52.9%、大学3年生

で45.9%と半数近くを占める。平日1日当たりの時間を見ると、7時間以上世話に費やしている人は、小学6年生で7.1%、大学3年生で6.4%となった。

世話の内容は、小学6年生では「見守り」、「家事」、「きょうだいのお世話や送り迎え」が多く、大学3年生では「家事」、「感情面のサポート(愚痴を聞く、話し相手になるなど)」が多い。

世話に費やす時間が7時間以上の場

合、小学6年生は「体力面や気持ちの面で大変」「時間の余裕がない」との回答が4割近い一方、35.6%が「特に大変さは感じていない」とした。大学3年生は、就職の不安について、「休まず働けるか不安がある」と「特にない」がともに27.0%と最も多かった。

厚労省は、「家族の世話をすることが当たり前になり、大変さを十分に自覚できていない可能性がある」とした。

# 一般病院と療養型病院で今年3月の医業収益のDIが改善

## 福祉医療機構 四半期ごとの病院経営動向調査の結果

福祉医療機構(中村裕一理事長)は4月1日、2022年3月の四半期ごとの病院経営動向調査の結果を公表した。DI(景気動向指数)による最近の医業収益は、一般病院が13(3カ月前の2021年12月と比べ、4ポイント上昇)、療養型病院が20(同12ポイント上昇)、精神科病院がマイナス33(同21ポイント低下)で、一般病院と療養型病院では改善がみられた。

DIは各調査項目について、「増加」「横ばい」「減少」の中から一つを選んでもらうなど、「最近」と「先行き」の定性的な評価を集計することを目的としている。医業収益については、「増加」の回答割合から「減少」の回答割合を差し引いて算出している。

調査は、336施設の病院(253法人)を対象に調査し、病院の回答は235(有効回答率69.9%)、医療法人の回答は144(同67.9%)となっている。

がマイナス36(同6ポイント低下)、療養型病院がマイナス41(同1ポイント低下)、精神科病院がマイナス53(同16ポイント低下)で、どの病院類型でも大きなマイナスであり、不足している。特に、最近の医師の確保は、一般病院がマイナス61、療養型病院がマイナス50、精神科病院がマイナス60で、マイナス幅がさらに大きくなる。

人件費の増減は、増加した病院の割合から減少した病院の割合を差し引いた数字で、一般病院が49、療養型病院が57、精神科病院が25となっており、上昇している。残業時間も、一般病院が16、療養型病院が7、精神科病院が10で上昇している。

これらの状況を背景に、経営の課題についての回答では、前回に引き続き「人件費の増加と職員確保難」をあげる声が多かった。

また、医療法人としてのDIをみると、事業収益は8(同2ポイント上昇)、事業収支は26(同1ポイント上昇)、資金繰りはマイナス1(同1ポイント上昇)、従業員数はマイナス44(同7ポイント低下)となっている。

半数近くが年度見込みで収益増

2021年度(2021年4月～2022年3月)の医業収益などの見込みも示した。2021年度の医業収益が、2020年度と比べ、増加すると見込んだ病院は、全体で47.2%と半分近くを占めた。横ばいは38.3%となっている。2019年度との比較でも、34.5%の病院が増加すると回答している。

一般病院の2021年度の医業収益は、新型コロナ患者を受け入れている一般病院の53.4%、受けて入っていない病院の52.6%が、2020年度と比べ、増加

すると回答した。療養型病院では46.3%が、精神科病院では27.5%が、増加すると回答した。

新型コロナへの対応状況

新型コロナへの対応では、3月1～23日における回答時点で、新型コロナ患者を受け入れたことのある病院は、一般病院が73.0%、療養型病院が35.2%、精神科病院が27.5%となっている。

このうち、回答日時点で「受入中」であったのは、一般病院が中等症以上43.3%、軽症等14.9%、療養型病院が中等症以上5.6%、軽症等14.8%、精神科病院が中等症以上2.5%、軽症等10.0%であった。今後の予定を含め受入れのない病院は、一般病院が27.0%、療養型病院が59.3%、精神科病院が62.5%となっている。

## 病院のDIの状況

	一般(n=141)		療養型(n=54)		精神科(n=40)	
	2022年3月調査		2022年3月調査		2022年3月調査	
	最近	先行き	最近	先行き	最近	先行き
1. 医業収益 (1:増加 2:横ばい 3:減少)	13	△16	20	△4	△33	△38
2. 医業費用 (1:増加 2:横ばい 3:減少)	38	43	48	50	50	50
3. 医業利益 (1:増加 2:横ばい 3:減少)	△4	△27	△13	△30	△45	△58
4. 医業収支 (1:黒字 2:収支均衡 3:赤字)	11	△1	28	30	10	3
5. 資金繰り (1:容易 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△4	△17	6	△2	△28	△40
6. 従業員数 (1:過剰 2:適正 3:不足)	△36	△45	△41	△33	△53	△50
7. 医師の確保 (1:容易 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△61	△65	△50	△56	△60	△68
8. 看護師の確保 (1:容易 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△55	△55	△59	△57	△65	△65
9. 看護補助者の確保 (1:容易 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△83	△84	△76	△80	△93	△95
10. コメディカルの確保 (1:容易 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△38	△40	△26	△33	△48	△50
11. 人件費の増減 (1:増加 2:横ばい 3:減少)	49	67	57	65	25	60
12. 残業時間の増減 (1:増加 2:横ばい 3:短縮)	16	6	7	7	10	3

\*「最近」は回答時点、「先行き」は3か月後を示す。「最近」で変化幅を問うものは3か月前との対比(以下同様)  
 \*DIは第1選択肢の回答数の割合-第3選択肢の回答数の割合を表す(以下同様)  
 \*数値は四捨五入しているため、合計・差が一致しない場合がある(以下同様)

	一般(n=141)		療養型(n=54)		精神科(n=40)	
	2022年3月調査		2022年3月調査		2022年3月調査	
	最近	先行き	最近	先行き	最近	先行き
13. 病床利用率 (1:上昇 2:横ばい 3:低下)	△5	△16	△6	△9	△43	△15
14. 患者1人1日当たり入院単価 (1:上昇 2:横ばい 3:低下)	9	△9	△4	△4	△5	△23
15. 他施設との競争状況 (1:厳しくない 2:さほど厳しくない 3:厳しい)	△38	△50	△48	△57	△38	△38

	一般(n=141)	療養型(n=54)	精神科(n=40)
	2022年3月調査	2022年3月調査	2022年3月調査
	最近	先行き	最近
16. 経営上の課題(複数回答、最大3つ)			
患者単価の低下	14.9	14.8	15.0
需要の低下	27.7	22.2	27.5
人件費の増加	61.7	63.0	60.0
人材紹介会社への手数料増加	29.8	37.0	30.0
人件費以外の経費の増加	34.0	24.1	45.0
資金調達難	2.1	7.4	10.0
職員確保難	48.9	53.7	52.5
事業承継・出資持ち分	4.3	3.7	2.5
その他	10.6	14.8	7.5
とくになし※上記事項に非該当	2.8	7.4	2.5

## ■ 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)(税込)	備考
2022年度医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(WEB開催)(100名)	2022年6月25日(土) 2022年6月26日(日)	27,500円(33,000円)	2018年診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための講習会。現時点で研修会の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
2022年度医療安全管理者養成課程講習会(第1・2クール:200名、第3クール:1回当たり約100名)	第1クール(講義) 2022年5月28日(土) 【WEB開催】 2022年5月29日(日) 第2クール(講義) 2022年7月2日(土) 【WEB開催】 2022年7月3日(日) 第3クール(演習) ①2022年9月3日(土)、4日(日) ②2022年10月8日(土)、9日(日) ③2022年11月5日(土)、6日(日) 【全日病会議室・WEBのハイブリッド形式】	84,700円(105,600円)	本講習会は、講義2クール(4日間)および演習1クール(2日間)の合計40時間以上にわたる厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラムで、これらすべての課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として認定期間5年間の認定証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。