



# 全日病 ニュース

## 2022.6.1 No.1010

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

### 病院の入院料算定回数や看護職員数のばらつきは大きい

入院・外来医療等の調査・評価分科会 次回、相関関係みるためシミュレーションを実施

厚生労働省は5月19日の中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に、10月から診療報酬により実施する看護の処遇改善の制度設計に向け、入院料や初再診料の算定回数や看護職員数の分布などのデータを示した。いずれのデータでも、算定回数や看護職員数は病院によりばらつきが大きいことが明らかとなった。厚労省には、診療報酬の算定回数(患者数)と看護職員数の相関をみるためのシミュレーションの実施が求められた。

これまでの中医協総会や分科会の議論で、制度設計の難しさを指摘する様々な指摘が出た。厚労省は今回、処遇改善の対象となる看護職員に対し、確実に処遇改善を行うという観点から、「救急車の年間受入件数200件以上の施設または三次救急医療施設」(2,785施設)を対象に、2020年10月～2021年9月のNDBやDPCデータ、病床機能報告を用いて、分析を行った。

対象病院全体の部門別の看護職員の所属場所は、病棟が70.3%、手術室が5.7%、外来が12.0%、その他が11.9%となっている。

急性期一般入院料1を算定する対象病院(7,298病棟)の看護職員配置数は、最小値が15.7人、第1四分位数(25%)が26.0人、中央値が29.3人、第3四分位数(75%)が33.0人、最大値が43.5人で、大きくばらついている。地域包括ケア病棟入院料1～4を算定する対象病院(1,047施設)の看護職員数は、最小値が9人、第1四分位数(25%)が18.0人、中央値が21人、第3四分位数(75%)が24.1人、最大値が33人で、大きくばらついている。

これらのデータを踏まえ、各病棟に配置されている看護職員数は、各入院料の配置基準に対応して、それぞれ異なるが、同じ入院料を算定している病

棟当たりでも、1床当たりでも、分散の度合いが大きいことがわかった。

**病院ごとの係数設定を提案**

全日病会長の猪口雄二委員は、「どの集計をみても、ばらつきが大きい。ばらつきの背景には、病院の特性があり、グループ化して突合しても、近似値にはならない。精緻化は困難で、むしろ、DPC制度の機能評価係数Ⅱのように個別病院ごとに係数を設定すればよいのではないかと提案した。

全日病常任理事の津留英智委員は、「対象病院の中で、DPC対象病院はどの程度あるのか」と質問。厚労省は、「2022年4月1日時点で、DPC対象病院は1,764病院。看護の処遇改善の対象となる病院に、DPC対象病院以外の病院が相当数含まれる」と回答。係数を設定する場合、出来高病院には新

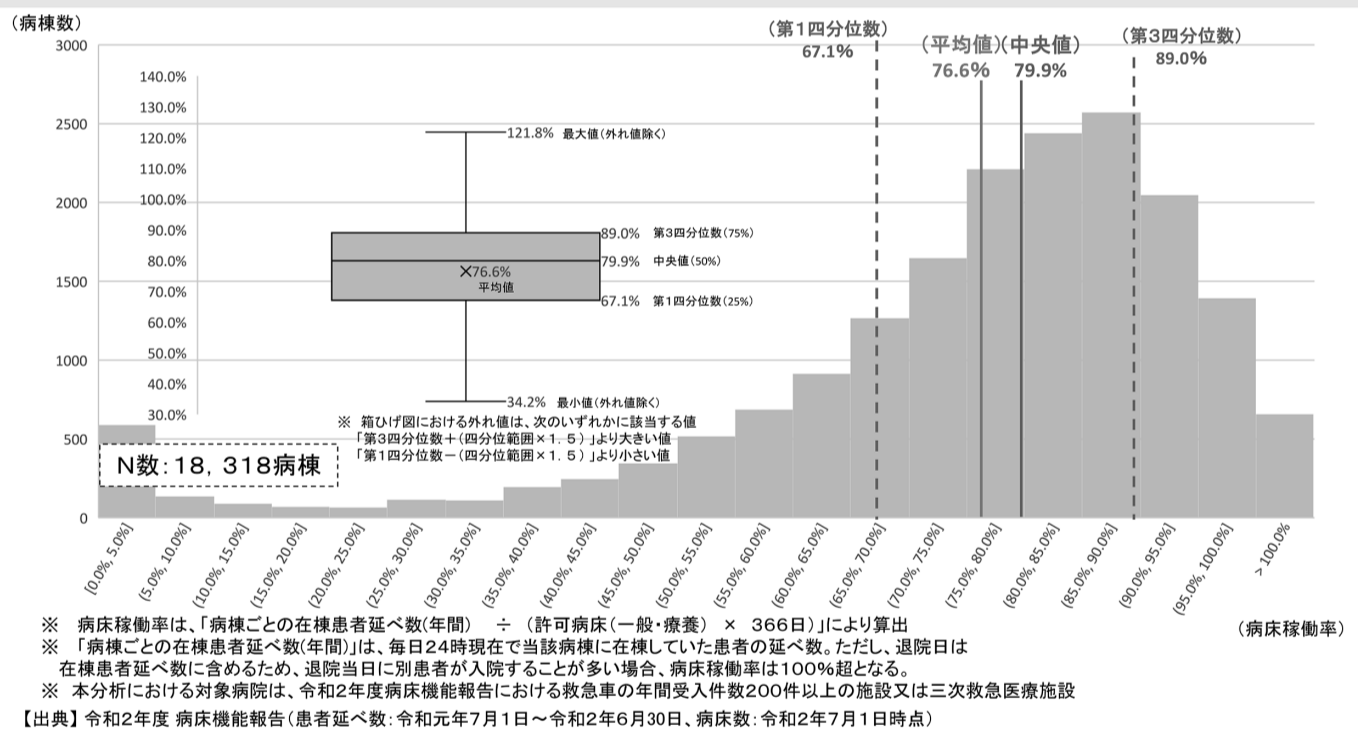
たに設ける必要があることを示した。

また、津留委員は、「今回の処遇改善が『地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員』が対象となっていることを踏まえると、コロナが収束すればなくなることも想定する必要があるのか」と質問。後から、処遇改善分を診療報酬から引きはがすことも踏まえ係数を設定することが簡便であるとの見解を示した。

係数の設定には、複数の委員から賛意を示す意見が出た。

そのほかの委員からは、対象病院の中で一定のグループ化を行い、特定の入院料に算入することで、診療報酬の上乗せ分と必要額の過不足を小さくする対応が可能であるかをみるため、入院料の算定回数(患者数)と看護職員数の相関をシミュレーションすることを厚労省に求める意見が相次いだ。

### 病棟別の病床稼働率の分布(全体)



対象病院の各入院料の届出状況を見ると、全体の1万8,318件のうち、急性期一般入院料1が最も多く7,298件(39.8%)、次いで特定機能病院一般病棟7対1入院基本料の1,321件(7.2%)、急性期一般入院料4の1,154件(6.3%)、ハイケアユニット入院医療管理料1の657件(3.6%)、地域包括ケア病棟入院料2の666件(3.6%)。特定入院料を含め幅広く分布している。

急性期一般入院料1を算定する対象病院(1,365施設)の入院料算定回数は、最小値が2,702回、第1四分位数(25%)が5万2,259回、中央値が8万1,814回、第3四分位数(75%)が11万6,336回、最大値が21万4,70回で、大きくばらついていた。地域包括ケア病棟入院料1～4を算定する対象病院(1,006施設)の入院料算定回数は、最小値が5,277回、第1四分位数(25%)が4万2,500回、中央値が5万9,299回、第3四分位数(75%)が8万3,424回、最大値が14万4,194回で、大きくばらついていた。

対象病院の初再診料の算定回数においても、大きなばらつきがあった。

対象病院の病棟別の病床稼働率は右上图の通り。最小値が34.2%、第1四分位数(25%)が67.1%、中央値が79.9%、第3四分位数(75%)が89.0%、最大値が121.8%で、特に、病床稼働率が低い対象病院ではばらつきのすそ野が広がっている。入院料の算定回数の違いは、施設の規模によるところが大きい。病床稼働率による影響も大きい。次に、看護職員の状況をみていく。

**本号の紙面から**

医師偏在指標の精緻化を議論	2面
診療報酬改定シリーズ①	3面
電力情報閲覧で新たな基盤	4面
コロナ有識者会議が初会合	5面
シリーズ・全日病の委員会	6面
訪問看護・リハビリ実態調査	7面
猪口会長が日医副会長の候補	8面

**第10回定時総会 開催のご案内**

下記日程で第10回定時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第10回定時総会	報告事項
日時 2022年6月18日(土)	1. 2021年度事業報告について
13:00～14:00(予定)	2. その他
会場 全日本病院協会[大会議室]	決議事項
TEL 03-5283-7441	第1号議案 2021年度決算(案)について
	その他

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、可能な限り、「委任状」のご提出をお願いいたします。

### 清話抄

#### 透析時運動指導等加算について

今回の診療報酬改定に関して、新たに透析時運動指導等加算が付いた。これは「連続して20分以上患者の病状及

び療養環境等を踏まえ、療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる」とこととされている。

2016年度の診療報酬改定では、世界で初めて保存期CKD患者に対する運動指導に関して診療報酬上の加点が付き、今回は更に透析時の運動指導が加えられた。これは患者自身、そして周りの介助者や家族にとって、ADLを落とさずに自分の足で歩いて透析を受けるこ

とが非常に重要だからである。

当院においても、今回の診療報酬の取組前より透析患者に対して透析中の運動療法を施行している。具体的には透析開始後バイタルサインが安定していることを確認し、約30分程度のエルゴメータを使用した有酸素運動やオリジナルDVDを用いた筋力強化運動を継続して行っている。心肺運動負荷試験により、透析中運動療法実施患者の経

過をフォローしているが、運動耐容能は維持され、フレイルに関する要因が有意に改善したという結果が得られている。

このような結果からも今回の透析時運動指導等加算の保険取組をきっかけに、透析時の運動療法や運動指導が広く実施され、一人でも多くの透析患者のADLが保たれることが望まれる。

(丸山 泰幸)

# 主張

## Withコロナは医療の枠を超えた「広い地域連携」が生き残りへの道か

2020年初から始まったコロナ禍も3年目に入った。2年前の4月は感染患者数の大幅増加におののき、昨年4月はワクチン接種という大きな鎧を得て少し光が差した覚えがある。2022年4月の今、複数回のワクチン接種が奏功しコロナは軽症化し、感染は広がっても重症者は増えていない。今年の規制の無いGWの人流は相当コロナ前に近づいたと聞く。感染対策の要所を抑えつつ社会活動をできるだけ平常化していく、い

よいよコロナと共存する社会になったのかもしれない。そうあってほしい。コロナは良くも悪くも変化を加速させている。2025年に向けた地域医療構想の中で、特に公立公的病院に要請された再編統合の話は、「やはりパンデミックには公立公的病院が必要である」となり、トーンが落ちた印象である。しかし、いわゆる「コロナバブル」が終焉を迎え、財政健全化、次世代への持続性を鑑みると、むしろ再編統合

は、コロナによって加速したと理解している。もちろん、民間病院もその土俵に乗っている。当院は開業以来、脳神経の急性期治療に尽力してきた。しかし時は流れ、「脳の急性期」だけではやっていけないと判断し、他診療科の充実、在宅医療の拡充、介護系サービスとの統合など、包括的な事業展開に移行した。コロナ禍においては、同業(医療・介護系)のみならず、地域の異業種との協働が増えた。全日病ニュースでご報告した「無いものは作る」プロジェクトでは、2020年初に市場から消えたマスクを、地元の企業の協力を得て生産することができ、現場の不安が解消された。ワ

クチン接種でも、職員の子弟が通う地元の公立学校の教員へのワクチン接種を推進し、学校現場と感染対策の知識をシェアし、子どもたちの感染を制御することで、職員の欠勤を抑えることができた。この2年間は、医療以外の地域の方々に随分と助けられた。今後の政策の方向性を考えると、当院のような中規模民間病院の行く末は、明るくはないが、私たちが生き残る一つの道が、同業以外のステークホルダーを含めた「広い地域連携」であると感じている。その意味では、当協会の病院のあり方委員会で提唱されている「地域包括ヘルスケアシステム」に通ずると考えている。(大田 泰正)

# 医師偏在指標の精緻化求める意見相次ぐ

## 地域医療構想・医師確保計画WG

## 勤務場所や診療科の違い把握できない

厚生労働省の「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」(尾形裕也座長)は5月11日、医師確保計画を通じた医師偏在対策の議論を再開した。同日は、医師の偏在状況を全国ベースで客観的に把握し、医師偏在対策に活用するための医師偏在指標の見直しを論点となった。委員からは、現状の指標では、病院や診療科の医師不足が適切に把握できないとの指摘など、指標の精緻化を求める意見が相次いだ。

医師偏在指標は、従来の人口10万人対医師数の指標が、医師の偏在状況を十分に反映した指標となっていないことから、2018年に開発した。分子の医師数については、性別ごとに年代を区分した平均労働時間の違いを用いて調整した。分母の人口については、人口10万人対医師数をベースに地域ごとの性年齢階級による受療率の違いを調整した(右下表を参照)。

国は、新たな医師偏在指標を用いて、全国335の二次医療圏を比較し、上位3分の1を医師多数地域、下位3分の1を医師少数区域、中間の3分の1を医師中程度地域とする基準を提示。都道府県が実施する医師偏在対策に活用している。

医師偏在対策の基本的な考え方としては、医師少数三次医療圏は、他の医師多数三次医療圏から医師の派遣などを受けられる。医師多数三次医療圏は、他の三次医療圏から医師の派遣などを受けることができない。医師中程度三次医療圏は、医師少数区域(二次医療圏)が圏内にある場合には、必要に応じて、他の医師多数三次医療圏から医師の派遣などを受けられる。

なお、現状(2020~2023年度)の都道府県の医師確保計画で用いている医師偏在指標によると、医師多数三次医療圏は東京、石川、滋賀、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄となっている(順不同)。医師少数三次医療圏は青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡、三重、宮崎となっている(順不同)。

### 「もう少し強力な対策が必要」

委員からは、現状の医師偏在指標に一定の妥当性は認めつつも、医師偏在対策を講じる上で、改善が必要との意見が相次いだ。最も多かった指摘は、医師が勤務する場所や診療科が区別されていないことへの対応だ。

日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一委員は、医師の勤務する場所で病院と診療所が区別されていないことを問

題視した。また、現役世代の男性勤務医と、高齢医師や女性医師の労働時間の違いが、医師偏在指標上で、適切に反映されていないと指摘した。全国医学部長病院長会議理事の大屋祐輔委員は、研修医と指導的立場の医師の労働時間が同等に計算されていることに対し、違和感を示した。

全日病会長の猪口雄二委員(日本医師会副会長)は、医師偏在指標上のデータは厚労省が実施する医師・歯科医師・薬剤師調査(三師調査)で把握していることを確認した上で、調査票ではさまざまな属性を記入していることから、そのデータを活用し、勤務場所や診療科を区別して、医師の偏在状況を把握することを求めた。

これに対し厚労省は、勤務場所についてはさらに検討を進めるとしたが、診療科については、標榜する診療科と実際に提供している医療が異なる場合があることや、同一の医師でも複数にまたがる診療科の医療を提供しているなど入り組んでいるため、一定の限界があることを説明した。

また、猪口委員は、特に医師少数区域において、総合医の役割を果たす医師が必要とされていることから、総合医の配置状況などを医師偏在指標に何らかの形で取り込むことも提案した。

さらに、医師偏在指標を基にした都道府県の具体的な医師偏在対策を議論する地域医療対策協議会において、各

三次医療圏内の医師不足地域に派遣される医師のキャリア形成プログラムの策定が主な協議事項となっており、三次医療圏間の医師確保策が十分に議論されていないことに懸念を示した。

その上で、「医師数が西高東低である状況を変えることを含めて、もう少し強力な医師偏在対策を考えないと、地域の医師不足は解消されない」と主張した。

全日病副会長の織田正道委員は、「医師偏在対策を考える上で、現状の医師偏在指標がベースになるが、委員から指摘があったように、さまざまな問題が含まれているため、それを活用するときには、慎重に取り扱う必要がある」と述べた。

さらに、都道府県の医師確保計画で、目標医師数は8割強の都道府県が記載しているのに対し、二次医療圏単位の具体的な施策を記載している都道府県が3割強にとどまっていることについて、「医師偏在指標から設定される目標医師数は出てきても、医師の勤務先や診療科の偏在などがわからないため、具体策を講じることが難しくなってしまう。医師偏在指標の精緻化が必要だ」と強調した。

医師偏在指標の精緻化については、厚労省が論点を提示している。

具体的には、①大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤として派遣されている実態をどう反映するか



(現状の医師偏在指標では、主たる従事先のみを考慮している) ②医師偏在指標の受療率の計算に、引続き全国受療率を用いることについて、どう考えるか③入院・入院外ともに医療需要の減少があった直近のコロナ禍に実施した2020年患者調査で受療率を計算することについて、どう考えるか—の3つを示した。

論点に即した委員の意見は少なかつたものの、①については、非常勤医師として派遣されている実態が反映される指標の改善が求められた。②の受療率の計算については、全国的な医師配置の均てん化が目標であるため、引続き全国受療率を用いるべきとの意見が出た。③については、コロナ禍による医療需要の減少が除外できる直近の患者調査のデータを活用すべきとの意見が出た。

同ワーキンググループは、第8次医療計画に含まれる次期医師確保計画を策定するためのガイドライン改正に向け、秋のとりまとめを目指し、議論を進めていく。今回は、医師確保計画を立てる上で前提となる医師偏在指標がテーマとなったが、同日の議論を踏まえ、もう一度議論した上で、ワーキンググループとしての結論につなげる。

## 医師偏在指標

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意したうえで、活用する必要がある。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10万 \times \text{地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \text{地域の期待受療率} (\times 2) \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査  
 平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)  
 性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
 人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
 ※患者流出入は、流出入発生後のデータ(診療行為発生地ベース)を分母で用いることにより、加味している(平成26年患者調査より)

診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応①

# 2022年度診療報酬改定は、どのような改定なのか？ ～入院医療を中心に～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

## I. 初めに

新型コロナ禍で迎えた2022年度診療報酬改定は、大方の予想に反してきわめて厳しい改定となった。我々医療保険・診療報酬委員会では、その改定内容と、取り組むべき課題・対応について、本紙面を通じ《連載シリーズ》としてお伝えしていく。

## II. 2022年度診療報酬改定の基本方針

2022年度改定の基本方針について、基本的視点と具体的方向性の(1)に「新型コロナウイルス感染症への対応」が明記され、(2)には前回では(1)に記載されていた「医師の働き方改革」が記載されたが、その中に看護師処遇改善に係る内容が記載されたことは異例であった。また、「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」、「外来医療の機能分化等」が再掲されたことも、特徴としてあげられる。

## III. 2022年度診療報酬改定率

今回改定率については、最終的には2021年12月22日の財務・厚労両大臣の折衝を経て診療報酬本体+0.43%と決定されたが、その過程においては、昨年秋の財政制度等審議会財政制度分科会資料において、『躊躇なくマイナス改定にすべき』、『なんちゃって急性期病床が増加した』、『薬価改定財源の診療報酬本体への振り替えなど、フィクションにフィクションを重ねたもの』等々の罵詈雑言が見られた。

看護職員等処遇改善に+0.2%、不妊治療の保険適用に+0.2%、リフィル調剤に▲0.1%、小児感染症対策に係る加算措置の期限到来▲0.1%で実質診療報酬本体は+0.23%となり、これに薬価▲1.35%、材料価格▲0.02%を加えて、ネット▲0.94%となった。また両大臣からは意見として中医協に対し、『湿布薬処方適正化』にまで細かく言及され、結果として湿布薬処方は月70枚が月63枚までと改められた。

## IV. 入院から在宅まで切れ目のない医療提供体制

改定概要として厚労省より示されたポンチ絵(図1)では、2018年度改定で当時の迫井正深医療課長が示した「新たな入院医療の評価体系」が、2020

年度改定で見直しされたものの、新型コロナウイルス感染拡大により経過措置延長を繰り返し、実現できなかったが、今回更なる医療機能の分化と医療連携の強化が盛り込まれた。感染対策向上加算を含め、加算の拡大、充実、新設という言葉が見られる一方、地域包括ケア(以下、地ケア)病棟における、自院一般病棟からの転棟割合適正化に見られるような、適正化、実績評価、要件化、減算等の言葉も多く見られ、これらの内容を見てもおおよそ今回の改定財源をどこから抜いてどこに充てたのかが読み解ける。

## V. 入院医療に係る評価の見直し

各入院基本料の見直し等については、《連載シリーズ》次号以降に詳説を委ねるが、急性期一般入院料について、「重症度、医療・看護必要度」による評価の見直しにより、「心電図モニターの管理」が削除されたことは、特に内科系救急を主体とする医療機関へのダメージが大きかった。

また、地ケア病棟入院料の見直しにおいて、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、それ以外にも減算項目を設け、満たせない場合にはその全てが掛け合わせと言う厳格化が断行された。自院のポストアキュートとして地ケア病棟を運用してきた病院には容赦ない裁きが下された形だ。ここに及んでの梯子外しは、今後の地域医療構想での協議にも少なからず影響が出そう。

また、地ケアには、二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であることが要件とされたが、2024年4月からの「医師の働き方改革」の影響で、既に一部の大学病院では、宿日直許可を取得できない医療機関には今後医師は派遣出来ない旨の通知を出す動きもあり、救急の要件化に対し、そもそも救急を担う医師が確保出来ないことが懸念される。

## VI. まとめ(～2024年度ダブル改定にむけて～)

紙面の都合で主に入院医療を中心に述べたが、新興感染症にも対応し、増え続ける高齢者医療費に直接的にメスを入れるべく、急性期一般入院料Iを「重症度、医療・看護必要度」の見直しでハードルを上げ、急性期充実体制加算の新設によりスーパー救急化し、地ケア病棟入院料からは数多くの要件見直しの厳格化で財源を引き剥がすと言う、入院料として、もはやどこにも逃げ場のない改定とも言える。

これが2024年度ダブル改定に向けた医療提供体制の新たな姿の提示であるとすれば、例えば地域で二次救急を支えているケアミックス型医療機関は大幅減収が避けられず、その存在意義を根底から否定することに繋がりがかねない。地域で現実的に医療崩壊が発生しないのか、今後とも厚労省からの様々なデータも見ながら、次回改定に向けての中医協の動きに注視していきたい。

(図1)

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

## 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①(機能編)

○ **新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。**



# 答申書附带意見の検討の進め方を了承

中医協総会

総会や入院・外来等の調査・評価分科会に検討の場を割り振り

中医協総会(小塩隆士会長)は5月18日、2022年度診療報酬改定の答申書附带意見に関する事項の検討の進め方を了承した。20項目の検討事項について、改定内容を決定する場は総会であることを確認した上で、主な検討の場を割り振った。

### (総会で検討する事項)

「わかりやすい診療報酬」、「不妊治療」、「医薬品、医療機器および医療技術の評価」、「データやエビデンスに基づき施策の効果や患者の影響を把握・検証できる体制」

(入院・外来医療等に関する調査・評価分科会で検討する事項)

「一般病棟入院基本料や高度急性期医療、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等」、「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」、「DPC/PDPS、短期滞手術等基本料」、「かかりつけ医機能、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等」、「オンライン診療」、「働き方改革」、「新型コロナウイルス対応と新興感染症等にも対応で

きる医療提供体制」(診療報酬改定結果検証部会で検討する事項)

「リフィル処方箋等」、「精神医療」、「在宅医療等」、「歯科診療報酬」、「調剤報酬」、「後発医薬品の推進」、「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」、「明細書の無料発行」(医療技術評価分科会、保険医療材料専門部会で検討する事項)

「プログラム医療機器を含む革新的な医療機器や、検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術の有効性・

安全性のエビデンスに基づく適切な評価」

委員からは、「新型コロナが2022年度改定に与えている影響の把握も引続き必要となる」(城守国斗委員・日本医師会常任理事)、また「入院・外来医療等の調査・評価分科会に負荷がかかっている印象がある」(松本真人委員・健康保険組合連合会理事)などの意見が出た。

また、DPC対象病院の合併の報告があった。2022年5月1日付けで、330床の兵庫県立循環器病センター(兵庫県)と392床の製鉄記念広畑病院(兵庫県)が合併し、736床の兵庫県立はりま姫路総合医療センターとなり、合計病床数は増床する。合併後はすべてDPC算定病床となることで了承された。

# オン資システムを活用し医療機関間の情報を送受信

## 厚労省・医療情報ネットワーク 3文書・6情報をHL7 FHIRで標準化

厚生労働省の「健康・医療・介護情報活用検討会」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」(中島直樹主査)は5月16日、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤として、オンライン資格確認等システムネットワーク(以下、オン資システム)を通じた電子カルテ情報交換サービスの創設を了承した。

医療機関や薬局の間でやり取りする3文書・6情報をHL7 FHIRにデータ変換することで標準化し、オン資システムで送受信できるようにする。

政府のデータヘルス改革における医療・介護分野での情報利活用の推進では、医療機関間の情報共有を可能にするための電子化カルテ情報などの標準化を図る方法を検討している。工程表では、2022年度中に、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方をIT室(デジタル庁)と調整しつつ検討し、結論を得ることになっている。

全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とする基盤としては、患者がマイナンバーカードや健康保険証を用いて、医

療機関や薬局で医療保険の資格を確認できるオン資システムを活用する考えだ。政府は、オン資システムの普及を図るため、医療機関や薬局に補助金を出すとともに、2022年度診療報酬改定では新たな点数を設定している。

2023年1月から始まる「電子処方箋」の運用でも、オン資システムを活用することになっている。

電子カルテ情報交換サービスでは、本人同意の下で、電子カルテに入っている3文書・6情報を医療機関や薬局の間で、送受信できるようにする。3



文書とは、診療情報提供書・退院時サマリー・健診結果報告書で、6情報とは、傷病名・アレルギー・感染症・薬剤禁忌・検査(救急・生活習慣病)・処方である(左下図を参照)。

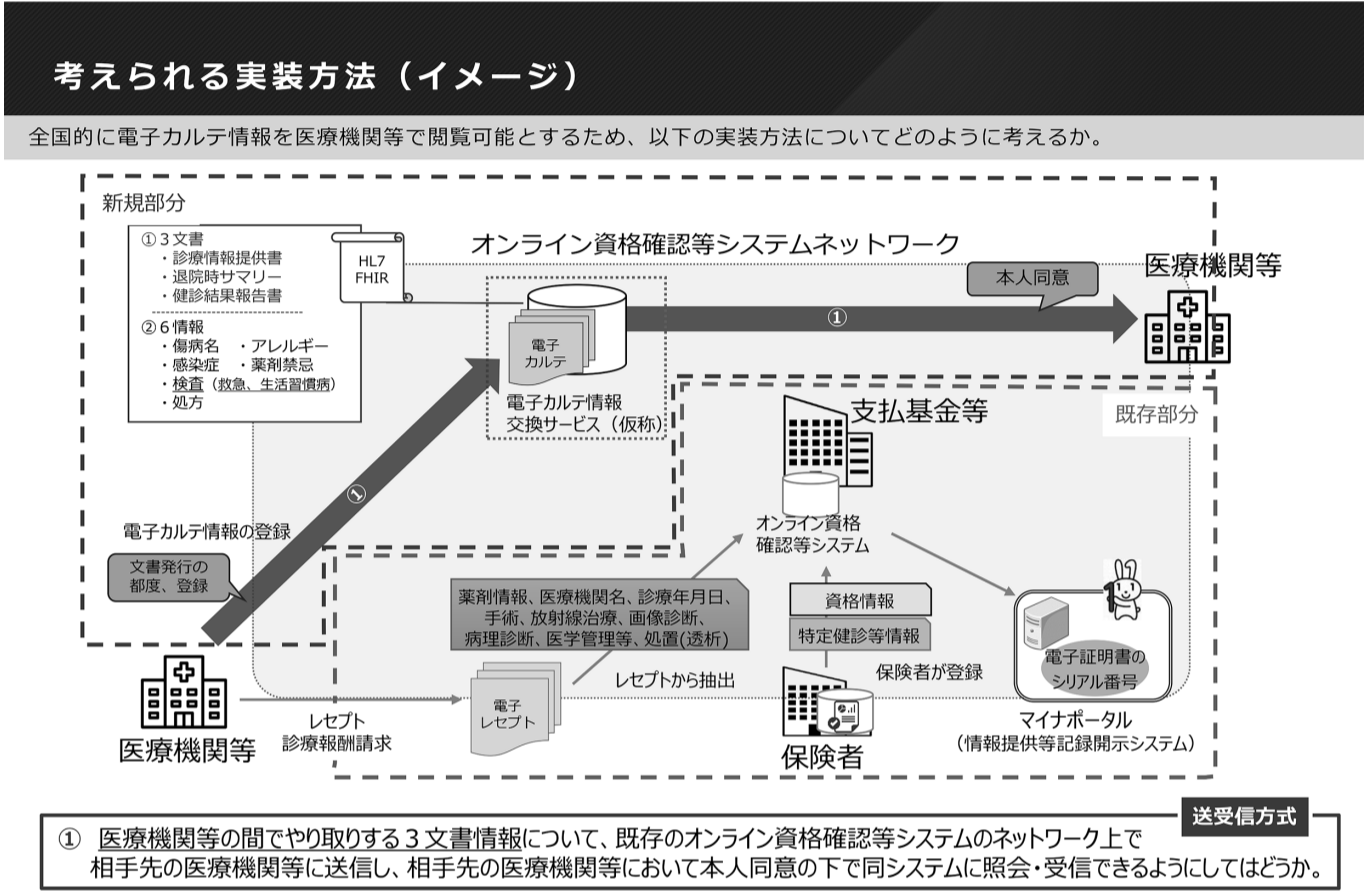
3文書・6情報のデータ交換は、オンライン上で医療文書情報のデータ連携を標準化するための国際規格であるHL7 FHIRを採用する。

現在、オン資システムは、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険中央会が担っているが、電子カルテ情報交換サービスについても同団体が運用するかは、今後の検討課題となる。

また、将来的には、薬剤・健診情報と同様に、個人がマイナポータル(情報提供等記録開示システム)で閲覧できる情報とすることも検討される。

電子カルテ交換サービスの費用を誰が負担するかという問題を含め、これらのより具体的な検討課題は、同ワーキンググループの構成員を見直した上で、改めて議論する。同ワーキンググループの了承事項は、翌日の5月17日の健康・医療・介護情報活用検討会に報告された。今後、社会保障審議会・医療部会などにも報告する。

電子カルテ情報の標準化について病院団体は、電子カルテにかかる高額な費用の軽減につながることを期待しているが、現段階でそのような方向に向かうかは不透明だ。



# 新型コロナ流行下の医療提供体制と病院の役割

## 日本医師会 病院委員会が報告書をまとめる

日本医師会はこのほど、2020・2021年度病院委員会審議報告「新型コロナウイルス感染症の流行下における医療提供体制と病院の役割」(委員長=松田晋哉産業医科大学医学部教授)を公表した。全日病役員では、神野正博副会長と猪口正孝常任理事(東京都医師会副会長)が委員会に名を連ねている。以下で、報告書の概要を紹介する。

### (はじめに)

新型コロナの日本における感染者数は2022年3月15日時点で5万781人。感染者の累計は586万3,943人で、死亡者の累計は2万6,465人である。当初は病態の詳細が不明で、有効な治療手段も確立しておらず、社会全体の不安が高まった。地域によっては、感染者の急増に入院医療体制が追いつかず、東京都や大阪府では入院が必要なレベルの中等症患者が自宅療養を受けざるを得ない状況も発生した。

しかし、この間にワクチンや治療薬の開発も進み、また受入れ医療機関においても診療経験の蓄積が進み、医療機能が完全に麻痺する状況には至らなかった。他の先進国に比較して、我が国の新型コロナの感染状況及び対応状況は、相対的によいと言える。

他方で、今回の新型コロナの流行が我が国の医療(介護)サービス提供体制が潜在的に抱えていた脆弱性を明らかにしたことも事実である。

### (提言)

#### ①情報の標準化とその共有および柔軟な活用を行う体制の整備、その前提としてのマイナンバーカードの活用

新型コロナのような大規模な感染症の流行時には、刻々と変化する状況に対応した対策を柔軟に行っていく必要がある。そのためには、情報共有をいかに低負荷・低コストで行うかがポイントになる。そのためには、情報の標準化は不可欠であり、かつそれが個人に結び付けられているものでなければならない。

諸外国の先進事例からも明らかのように、電子カルテの標準化が健康危機管理対応に際しても最重要事項の一つであり、以前より日本医師会が主張していることである。日本医師会が医療界をまとめ、一丸となって標準化を強力に推進すべきである。

#### ②地域医療計画および地域医療構想の実効性の向上

健康危機管理は平時からネットワークが機能していないと対応が難しい。地域医療計画の中で、医療機関間の連携が具体的に記述されるべきであろう。地域医療計画や地域医療構想で本来議論されるべきことは、ネットワークをいかにつくるかであって、病床数をどうするかではないはずである。

#### ③急性期を担う病院の集約および大規模化と十分な人員の配置、そしてそれを可能にする診療報酬あるいは予算制

### 度

諸外国と比較すると、日本の急性期病院は人員配置が薄い。急性期病院については、機能を集約した上で、人員配置を厚くすべきである。また、高齢者施設におけるクラスター発生が問題になっていることを考えると、そうした施設における医療対応のあり方についても見直しが必要である。急性期以後の医療の再評価が求められている。

#### ④医学教育、看護教育の改革

他の先進国の医学教育、看護教育と比較すると、我が国の卒前教育は臨床教育が弱い。改正医療法により来年4月以降、共用試験に合格した医学生は臨床実習として医業を行えるようになるが、他国の制度を参考に、より実践的な医学教育、看護教育のための改革が求められている。

#### ⑤複合化したニーズを持つ患者の在宅医療を可能にするためのテレメディシン(遠隔診療)の導入と在宅入院制度の制度化

フランスやイギリス、ドイツでは、新型コロナの流行により、テレメディシンが普及したが、濫用の危険性も問題視されている。患者の多くは対面診療を希望しており、その適切なミックスのあり方の議論が行われており、そうした議論を参考に、我が国でも議論を進めるべきであろう。

また、我が国では、退院に際していわゆる出口問題が議論になる。フラン

スの在宅入院のような枠組みを、現行の地域包括ケア病棟の役割の一環として位置づけることを検討すべきである。

#### ⑥病診連携の強化のための新しい登録医制度の導入

小児科領域では地域の小児救急を支えるために地域連携小児夜間・休日診療料が設定されており、多くの地域で開業医が小児診療を行う病院で夜間・休日の診療を行う体制が構築されている。このような仕組みを一般化し、健康危機管理時に多くの人員が確保できる平時の準備が必要であると考えられる。

#### ⑦日本医師会の強いリーダーシップと広報活動

対応病床の確保、無症状者、軽症者の在宅対応、予防接種体制の整備など、各都道府県で医師会や病院団体の関係者が行った努力が国民に正しく伝わっていない現状が改善されなければならない。そのためにも、日本医師会の強いリーダーシップのもと、国民の不安感を解消するための広報活動が必要であり、そのための広報戦略の立案が必要であると考えられる。

#### (コロナの出口戦略)

今後、緩和の時期に向けては、多くの病院が現在のコロナ対応体制を、通常の体制により近づけていくことになるが、新型コロナは変異を繰り返しており、いくつかのシナリオを想定しておく必要がある。

コロナ対応病床の整備と病院への経済的支援は不可分であり、切り離すことは難しい。コロナ対応病床の出口戦略を考える場合には、どのように病院支援策を移行させるかに関しても、十分配慮されるべきである。

# 政府のコロナ有識者会議が初会合

## 内閣官房 司令塔機能強化や医療提供体制の確保など議論

政府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」の初会合が5月11日に開催された。これまでの政府の新型コロナ対応を振り返り、次の新興感染症等の拡大に備えるため、6月を目途に提言をまとめる。

座長は永井良三・自治医科大学学長が選出された。委員からは、司令塔機能の強化や医療提供体制の確保などに関する意見が相次いだ。

委員からは、医療提供体制の問題について、「日本の医療機関は民間が中心という現状を踏まえて、感染症、パンデミック対策における医療の公共性をどう考えるべきか」、「感染症対応は基本的には強制ではなく、協力要請にならざるを得ない。事実として、ある特定の病院や関係者に負荷がかかっている。医療関係者の役割分担のあり方を分析しなければならない」との指摘

があった。

かかりつけ医に関しては、「患者を一番身近で診ている医師が今回のような事態で、もっと対応することができたのではないか」、「かかりつけ医がもっと活躍すれば、保健所などのひっ迫を解消できたのではないか」といった意見が出た。

また、「医療提供体制は地域ごとに異なる。それを踏まえ、どういう前提

で、今後の対策を講じるべきか」といった問題提起がされた。

### 【新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議構成員】

秋池玲子(ボストン・コンサルティング・グループマネージング・ディレクター&シニア・パートナー)、草場鉄周(日本プライマリ・ケア連合学会理事長)、宍戸常寿(東京大学教授)、菅原晶子(経済同友会常務理事)、田中雄二郎(東京医科歯科大学学長)、永井良三(自治医科大学学長)、古市憲寿(社会学者)、若林辰雄(三菱UFJ信託銀行株式会社特別顧問)

# 都道府県のガバナンス強化を含め地域医療構想を推進

## 全世代型社会保障構築会議 かかりつけ医機能が発揮される制度整備も求める

政府の全世代型社会保障構築会議(清家篤座長)は5月17日、議論の中間整理をまとめた。都道府県のガバナンス強化を含めた地域医療構想の推進やかかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制改革を求めた。社会保障全体のDXを進めるため、データ活用環境整備や個人・患者の視点に立ったデータ管理にも言及した。

中間整理を受け、岸田文雄首相は、医療・介護・福祉サービスに関して、「地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、機能分化と連携を重視した国民目線での医療介護提供体制改革を進める」と述べた。その上で、「政府として足元の課題からスピード感をもって取り組んでいくとともに、中長期的な課題についても具体的な改革事項を工程化する」との考えを示した。

### 地域医療構想をバージョンアップ

医療・介護・福祉サービスに関して、高齢化の進展とサービス提供人材の不足などを踏まえ、地域医療構想の推進や地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備をあげ、「これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべき」とした。その際に、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度などの改革

と併せて進めるべきであるとした。

コロナ禍については、「かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した」と指摘。「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである」と明記した。

地域医療構想は当面の目標が2025年となっている。これについて、2024度からの第8次医療計画の策定とあわせ、生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行い、「病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込む」ことを求めた。

医療・介護情報の活用では、「患者のカルテ等の電子化・共有と活用が重要」と明記した。「国・公的主体によって統一的に管理されるデータ(PHRなどマイナンバーカードで利用できる健康データ)、事業者等が管理する規格化されたデータ(電子カルテ情報と交換方式等の標準化など)の活用に向けて、オンライン資格確認等の環境整備を着実に進めるべき」との考えを示した。

あわせて、「健康診断等で得られる個人の健康情報を、自分で管理・活用することができる将来像を見据え、個人・患者の視点に立ち、ブロックチェーン等の技術を活用したデータ管理の議

論を進めるべき」とした。

これらのことは、「医療や介護の効果的な機能分化と連携や重複検査・投薬の回避による患者等のメリットが大きいか、医師等の従事者にとっても、業務の効率化による負担軽減が期待される」とした。さらに、「2次的な活用により、AI等の新しい医療技術の開発や革新的な新薬の創出にもつなげるべきである」とした。

このほか、「サービスの質の向上」、「人材配置の効率化」、「働き方改革」の観点から、以下を指摘した。

- 医療・介護・福祉サービス(障害、児童福祉など)におけるICTの活用や資格の養成課程の見直しなど
- 看護、介護、保育などの現場で働く人の処遇改善を進めるに際して事業報告書等を活用した費用の見える化などの促進策のパッケージ
- 処遇改善も勘案したタスクシェア・タスクシフティングや経営の大規模化・協働化

### 世代間対立に陥らない議論を

医療・介護・福祉サービス以外では、勤労者皆保険の実現・女性就労の制約となっている制度の見直しとして、働き方に対して「中立」な社会保障制度の構築を進めることが必要とし、勤労者皆保険の実現に向け取り組む方針を示した。具体的には、被用者保険の適用拡大を着実に実施し、企業規模要件



首相官邸ホームページから転載

の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直しなどを検討するとした。フリーランスの「被用者性」をどう捉えるかも検討課題とする。

家庭における介護の負担軽減では、圏域ごとの介護ニーズを踏まえたサービスの基盤整備を目指す。認知症に関する総合的な施策をさらに推進するとともに、要介護者や家族介護者などへの伴走型支援などの議論を行う。ヤングケアラーの実態を把握し、効果的な支援策を講じることも盛り込んだ。

全世代型社会保障の構築に向けた全体の考え方としては、短期的・中長期的な課題の「時間軸」を持ち、計画的に取り組むとともに、「地域軸」も意識することを強調した。

また「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という構造を見直し、能力に応じて皆が支え合い、人生のステージに応じて必要な保障を確保することが基本」と明記した。「世代間対立に陥ることなく、国民的な議論を進めながら対策を進めていくことが重要である」と指摘した。

# コロナ緊急包括支援交付金

## 厚労省 2022年度の合計額は4,419億円

厚生労働省は5月13日、同日付けて交付決定した2022年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療

分)の決定額を公表した。全国の合計額は4,419億円となっている。交付金のうち、「病床確保事業、宿

泊療養施設確保事業、重点医療機関体制整備事業」は2,006億円、「重点医療機関設備整備事業」は35億円、「救急・周産期・小児医療体制確保事業」は10億円、その他の事業は2,369億円となっている。

都道府県別では、東京都が1,240億円で最も多く、次いで大阪府の1,105

億円、埼玉県の204億円、愛知県の200億円、神奈川県184億円、北海道の154億円、長野県と広島県の100億円となっており、3桁以上となる。金額は10億円が最も少なく、青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、新潟県、富山県、静岡県、三重県、和歌山県、岡山県、徳島県、鹿児島県が該当する。

# 2023年度の共用試験公的化へ向けた意見書案を概ね了承

## 医道審・医学生共用試験部会 共用試験の統一合格基準の設定求める

厚生労働省の医道審議会医師分科会医学生共用試験部会(中谷晴昭部会長)は4月22日、2023年度から公的化される共用試験に関する意見書案をおおむね了承した。統一合格基準の設定や、OSCEを8課題で実施することなどを盛り込んだ。最終的な修正は部会長預かりとなり、5月23日に厚労省のホームページで公表された。

共用試験は、知識を評価するCBT(Computer Based Testing)と、技能・態度を評価するOSCE(Objective Structured Clinical Examination)で構成される。医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)が試験実施主体

を担っている。

CBTはコンピュータを用いた多肢選択筆記試験で、参加型臨床実習開始前に十分な医学的知識を修得しているかを評価する。OSCEでは臨床能力をはかり、模擬患者への医療面接や診察の様子を認定評価者が評価する。

現在、CBTは全国医学部長病院長会議(AJMC)により最低合格基準が設定され、各大学はこれをもとに独自の合格基準を設定。OSCEには最低合格基準はなく、各大学は独自の合格基準を設定している。

公的化後の共用試験については、医学生知識・技能を担保し、受験者間

の公平性を確保する観点から、CATOにおいて統一合格基準を設定することが必要とした。

また、公的化後のOSCEは課題数と種類を統一し、2023年度以降は、①医療面接②頭頸部③腹部④神経⑤胸部⑥全身状態とバイタルサイン⑦基本的臨床手技⑧救急一を実施することが適当とした。

2025年4月以降、公的化後の共用試験への合格が国家試験の受験要件になる。厚労省は、公的化前の共用試験を3年次に受験した医学生について、経過措置として個別の対応を行う考えを示した。

委員からは、模擬患者の人員確保と質の担保の両立を課題とする意見があった。「模擬患者を増やすためには、自大学で養成した模擬患者が自大学の試験を担当できるようにすべき」とする意見の一方で、「公正性の担保からは自大学養成の模擬患者ではないほうがよい。将来的に制限する方向性が望ましい」との意見があった。

また、実際に試験を行う大学の負担軽減のため、複数大学の学生を対象に合同で試験を行う「OSCEセンター」の設置に関する意見も相次いだ。CATOでの検討のほか、意見書への記載を求めた。

# 公益性の基盤となる医療安全と事故調査支援を担当 医療安全文化の定着と深化に取り組む

全日病の委員会を紹介するシリーズの第12回は、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会の今村康宏委員長にご登場いただきました。医療安全と事故調査支援という公益性の高い事業を担当する委員会の活動について、ご苦労されている点を含めて聞きました。

## 医療の質にかかわる 2つの委員会を統合

——昨年8月に、医療安全担当委員会と医療事故調査等支援担当委員会が統合し、医療安全・医療事故調査等支援担当委員会になりました。背景を教えてください。

猪口会長の発案で、2つの委員会を統合することになりましたが、それまで全日病には、医療の質に関する委員会が3つありました(医療の質向上委員会、医療安全担当委員会、医療事故調査等支援担当委員会)。そのうち2つが統合することになりましたが、医療安全と医療事故調は、非常に整合性の高い領域であり、前向きな統合だったと思います。

医療の質向上は、全日病が長年取り組んできたテーマです。「質の高い医療の提供」ということをよく耳にしますが、言い換えると、「安全で安心な医療の提供」ということです。事故防止・安全確保は社会の要請であり、医療者が取り組むべき義務であると言えます。そのためには、継続的な質向上の努力が必要です。

全日病では、飯田修平先生がイニシアティブをとって、医療の質向上にむけて現在の研修の形をつくってこられました。当委員会には、飯田先生をはじめ西澤寛俊前会長、東邦大学の長谷川友紀教授、弁護士の宮澤潤先生など、全日病の医療安全と事故調の歴史をつくってきた専門家の方々勢ぞろいしています。そこに加わらせていただいて、医療の質に関する活動の奥深さを感じています。

## 研修を通じて 医療安全文化を普及

——具体的な活動内容を教えてください。

まず、医療安全に関しては、医療安全管理者養成課程講習会が中心となる事業です。それ以外にも各種の研修会を実施し、会員病院の医療安全文化の発展を目指して取り組んでいます。

一方、医療事故調査等支援では、医療事故調査・支援センターに報告すべき事例に該当するかどうかの判断をはじめとして、医療事故調査制度の適応にかかわる様々な内容について、会員病院に対するサポートや啓発活動を行っています。

医療安全と事故調はアウトプットとしての事業は違うのですが、根幹は一つだということを実感していて、2つの委員会が一緒になったことはよかったと思います。

また、統合によって、規模の大きな委員会になっています。委員の人数も多いですし、とにかく研修会の数がす

ごい。受講生の数も多いし、研修会の時間数も多く、講師の選定もたいへんな作業です。

——医療安全管理者養成課程講習会について教えてください。

当委員会の根幹となる研修です。全体で40時間の講習会ですが、第1クール、第2クール、第3クールに分けて実施しています。40時間は、厚生労働省で定めた研修時間であり、どんな研修を行うかが細かく規定されています。

当委員会で実際のプログラムを作成し、厚生労働省とやりとりをしながら認可が得られることを確認した上で案内していますが、病院の施設認定や病院長の要件にかかわる部分もありますので、きっちりと国の基準に沿った研修会を行う必要があります。

第1クール、第2クールは座学の研修会で、2日間の研修を2回行います。医療安全や質向上にかかわる基本的な部分をしっかり学んでいただくようにしています。

第3クールは、グループワークを行っています。1日目はRCA(根本原因分析)、2日目はFMEA(故障モード影響解析)で、医療安全を担当する方なら、避けては通れない二つのツールについて学んでいただいています。

——新型コロナの影響で、研修会の実施にご苦労があるのではないですか。

集合形式のグループワークができなくなって、オンラインと対面のハイブリッド方式で実施していますが、隔靴搔痒の感がありますね。オンラインでは、ニュアンスが伝わらない部分があり、苦心していますが、事務局にたいへんご苦労をいただいて何とか実施できています。

ハイブリッド方式は、運営面の負担が大きいため、研修会は集合形式かWEB形式のどちらかにするという方針があるのですが、無理をお願いして、医療安全管理者養成の第3クールだけはハイブリッドで実施することを認めていただきました。

この講習会は、150～200人の受講申し込みがあり、認定更新が必要な人もいますので、人数を絞るわけにもいきません。受講を希望する人はできるだけ受けていただきたいということで、人数が多くなっています。これを完全WEBにすると、6～7回の開催となって、会場が確保できないし、ファシリテーターの確保も難しいのです。この点をご理解いただき、ハイブリッド方式を認めていただいています。

このように苦労しながら実施していますが、たいへん内容のあるコースです。RCAとFMEAについて、それぞれ1日の研修で体得できるかということとおそらく難しいと思います。しかし、ここで学んだことは、自分の病院で実際に医療事故に対応することになったときに必ず生きてくるはずですよ。

## 相互評価者養成講習会に 多くの参加を

——そのほかの研修会については、いかがですか。

医療安全管理体制相互評価者養成講習会は、全日病として重視して取り

組んでいるものです。相互評価とは、医療安全のシステムがしっかり働いているかを病院同士がお互いに評価し合うものです。相互に評価をすることで、医療安全のレベルの向上と地域内の連携強化に役立てようというねらいがあり、今年度は厚生労働省の研究事業の一環として実施しています。

相互評価加算の点数があまり高くないこともあり、受講生の確保に苦労していますが、たいへん意義のある取り組みであり、ぜひ多くの方にご参加いただき、相互評価についての理解を深めていただきたいと思います。

## 事故発生時の対応を シミュレーション

——医療事故調査の研修会について説明していただけますか。

委員会の統合前は、細川吉博先生が医療事故調査等支援担当委員会の委員長をされており、現在、副委員長をいただいています。

研修会としては、「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会があります。この研修は座学で医療事故調査制度の基本的な考え方や全日病のスタンスについて、広く知っていただくことが目的です。

また、「医療事故調査制度事例検討研修会」があります。医療事故として報告すべきか、あるいは報告しないのかについて、多くの事例に基づいて考えていただくもので、グループワーク形式で実施しています。

さらに、「院内医療事故調査の指針事故発生時の適切な対応研修会」があり、これもグループワークで行います。それぞれの病院で事例検討を行っていただくのですが、自分の病院で医療事故を疑う事例が出た場合、どのように対応するのかを、実際の対応でシミュレーションしていただく研修会で、極めて意義深いものです。重大な事案が発生すると、頭が真っ白になってしまったり、まともな対応ができなくなります。研修を受けて、シミュレーションしておくことによって、不幸にして自分の病院で事案が発生した場合にも、冷静に対応できるようになっていただきたいと思います。

## 厚生労働省と折衝して 研修の仕組みをつくってきた

——医療の質向上は、医療現場の努力なしに進みません。

医療安全や事故調の研修は、法令に基づいてつくられていますが、厚生労働省と折衝しつつ、現在の仕組みをつくってきた歴史があります。厚生労働科学研究費補助金事業(以下、「科研事業」)を受託したり、検討会の委員として活動する中で、全日病として発言し、研修の仕組みをつくってきたと思います。

——最近の科研事業の動きについて、教えてください。

科研事業で相互評価の調査を進めています。飯田先生とともに、私も共同研究者の1人としてかかわっていますが、研究成果を研修内容に反映させていきたいと思っています。報告書をまとめるだけでなく、科研事業を通じ

て、医療現場と行政のつながりをつくる意味もあります。

我々は医療現場の生の声をもっているわけですから、それを厚生労働省にしっかり伝え、実態をわかしてもらい必要があります。厚生労働省も全日病に期待してくれていますし、科研事業を含め、いろいろな場面で厚生労働省との接点があることが全日病のパワーの源だと思いますので、委員会活動を通じて、医療現場の実情を行政にフィードバックしていきたいと思っています。

## 時代の変化に合わせて 研修内容を変えていく

——今後の取り組み方について教えてください。

全日病は、公益社団法人であり、高い公益性と公平性が求められます。その中で、医療安全や事故調査制度といった事業は、真ん中にある事業であり、これほど公益に資するものはないと思っています。

全日病の基盤となる事業を担当させていただき、たいへんではありますが、やりがいのある仕事を経験させてもらっています。

医療の質の向上を通じた医療安全文化を多くの病院に定着させ、深化させていくことが当委員会の使命だと思っています。この使命を損なわないようにしたいし、先輩方が何十年にもわたってつくってきた研修会をさらに発展させていきたいと思っています。

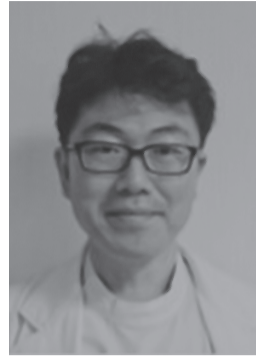
一方で、時代とともに変えなければいけないものもあります。医療安全を大事にするところは変えずに、世の中の情勢に対応する必要があり、例えばコロナの蔓延期において、どこまでの医療安全をどんなプロセスで達成すべきかなど、委員会でいろいろ話し合っていますので、そうしたこともできるだけ研修会に盛り込んでいきたいですね。

コロナが収束しても、医療を取り巻く環境は大きく変わっていくでしょう。その中でも、医療安全を確保しつつタフに病院として生き残っていくことが病院の至上命題になると思います。

——ありがとうございました。

## 医療安全・医療事故調査等 支援担当委員会・委員

委員長	今村康宏
副委員長	細川吉博
委員	飯田修平
委員	小谷野圭子
委員	中澤 信
委員	西澤寛俊
特別委員	坂本憲枝
特別委員	永井庸次
特別委員	長谷川友紀
特別委員	藤田 茂
特別委員	宮澤 潤
担当副会長	美原 盤



# 4月以降の2022年度診療報酬改定の疑義解釈

## 厚生省 「その6」、「その7」、「その8」の内容の一部を紹介

厚生労働省は4月の2022年度診療報酬改定実施後も、疑義解釈を事務連絡している。5月13日時点で「その8」までが公表されている。以下で、「その6」(4月21日発出)、「その7」(4月28日発出)、「その8」(5月13日発出)の内容の一部を紹介する。

### ○「その6」について

初診料の注11と再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算と感染対策向上加算の施設基準における「地域医師会」は、「郡市区医師会」と「都道府県医師会」のどちらも該当することを明確化した。

救命救急入院料の注1と特定集中治療室管理料の注1における「急性血液浄化(膜透析を除く)または体外式心肺補助(ECMO)を必要とするもの」について、これらを現に実施している患者のほか、一連の入院期間中にこれらを実施していた患者も含まれることを示した。

湿布薬の1処方当たりの枚数制限について、湿布薬の種類ごとの上限枚数ではなく、1処方におけるすべての種類の湿布薬の合計の上限枚数であることを明確化した。

### ○「その7」について

初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合も、ただし書きの「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当することを示した。

術後疼痛管理チーム加算の施設基準で求める薬剤師および臨床工学技士の「術後疼痛管理に係る所定の研修」として、現時点で日本麻酔科学会の「術後疼痛管理研修」が該当することを示した。なお、2022年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムで研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、「術後疼痛管理に係る所定の研修」を修了した者と判断して差し支えないことを示した。

地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する「別に厚生労働大臣が定める場合」は、「当該病棟または病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること」、「当該病棟または病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、

前3月間において30人以上であること」、「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること」のいずれかに該当する場合となっている。

このうち「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること」は、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関または救急病院等が定める省令に基づき認定された救急病院が該当することを示した。

看護補助体制充実加算の施設基準において、「当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること」となっていることについて、当該加算を算定する各病棟の看護師長等が、それぞれ所定の研修を修了する必要があることを示した。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の評価対象から除外する患者に「短期滞在手術等基本料1が算定できる手術または検査を行った者」が追加された。具体的には、当該患者に対して、短期滞在手術等基本料1が算定できる手術または検査を行った日に限り、当該患者を「重症度、医療・看護必要度」の評価対象から除くことが明

確化された。

### ○「その8」について

看護補助体制充実加算について、「療養病棟入院基本料の注12に掲げる訪問看護加算(①)と看護補助体制充実加算(②)」、「障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算(①)と看護補助体制充実加算(②)」、「地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算(①)と看護補助体制充実加算(②)」のそれぞれの①と②は、いずれも併算定不可であることを示した。

人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について、「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士または医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師」の中の「透析患者の運動指導に係る研修」は、現時点では、日本腎臓リハビリテーション学会が開催する「腎臓リハビリテーションに関する研修」が該当することを示した。

第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、術後一時的にICU等の治療室に入室した患者に対して、当該加算の施設基準に係る専任の管理栄養士以外の管理栄養士が栄養管理を実施した場合は、当該栄養士について施設基準の届出を行っていないければ、当該加算は算定不可であることを示した。

# 訪問看護とリハビリテーションの実態調査で報告

## 高齢者医療介護委員会

「地域における訪問看護・リハビリテーションの実態調査研究」の報告書が、高齢者医療介護委員会・介護医療院協議会でこのほどまとまった。

介護保険では、「訪問リハビリテーション」(訪問リハ)と「リハビリ職による訪問看護」(リハ職訪問)について、それぞれ要件が設けられており、リハ職訪問については、「看護職員の代わりの訪問」という位置づけのもと、

## 訪問リハとリハ職による訪看の違いを分析

看護職員との連携が求められている。調査研究では、このような訪問リハとリハ職訪問の違いを踏まえつつ、訪問リハビリテーション事業所(病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)が提供するサービスと訪問看護ステーションから理学療法士等が訪問して行う訪問看護の実態を把握し、両者の比較を行った。

実態を把握するため、両サービスの

提供主体である訪問リハビリテーション事業所および訪問看護ステーションを対象に、アンケート調査やインタビュー調査を行った。加えて、ケアプランを作成・管理する立場にある居宅介護支援事業所にも調査を実施し、サービス導入側が両サービスをどのように使い分けているのかについて実態を調べた。

調査結果によると、35%強の事業所が両サービスの機能に「違いがある」と回答した一方、「大きな違いはないと思う」との回答は40%を超え、「違いがある」との回答よりも多かった。

また、利用者の状態像については、ケアプラン上では、有意な違いはみられなかったが、要介護度は、リハ職訪問の利用者の方が訪問リハよりも重度の傾向があった。

両サービスが提供するサービスの内容は、訓練の内容について明確な差異

はみられないが、サービス提供の計画やリハ職以外の関与の在り方について、明確な差異がみられた。リハ職訪問は、訪問リハと比べて、「サービス提供の計画への記載項目が少ない」ことや、「終了時期の見通しを立てていない割合が高い」という特徴があり、リハビリテーションが必要なケースに対し、計画的なサービス提供が行われない恐れがあると分析した。

機能分担を明確化するためには、ケアプランの作成・管理を担う介護支援専門員に対し、両サービスの本来の機能の違いや、訪問サービスにおける個別リハの重要性に関する啓発を行う必要があると提言している。

また、本来はリハビリテーションが必要な状態にもかかわらず、主治医と訪問リハの事業所の医師の両方の診察を受けることを忌避して、リハ職訪問に流れ、計画的なリハビリテーションが受けられていないことも危惧されると指摘。報告書は、こうした問題を改善するため、退院後の一定期間、医療保険でのリハビリテーションを続けられる制度を導入することを提言している。

## 2022年春の叙勲で会員5人が受章

2022年春の叙勲で全日病の会員から以下の5人の受章が決まり、それぞれ勲章が授与された。

旭日小綬章	太田 照男	医療法人慈啓会	白澤病院
旭日双光章	木村 佑介	医療法人社団メドビュー	東京ちどり病院
旭日双光章	田島 郁文	医療法人社団寿山会	田島病院
旭日双光章	難波 義夫	医療法人社団同仁会	金光病院
瑞宝双光章	大仲 良一	医療法人寿仁会	沖縄セントラル病院

## 2022年度 第1回常任理事会の抄録 4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。

北海道	医療法人白石中央病院	理事長 小林 浩之	
千葉県	医療法人社団貴志会	菅原病院	理事長 前田 清貴
神奈川県	医療法人社団哺育会	桜ヶ丘中央病院	院長 島崎 猛
愛知県	社会医療法人杏嶺会	尾西記念病院	院長 多羅尾 信
愛知県	社会医療法人杏嶺会	上林記念病院	院長 山田 尚登
京都府	社会福祉法人京都博愛会	富田病院	理事長 富田 哲也

他に退会が6会員あり、正会員は合計2,534会員となった。

#### ●会員種別変更について了承した。

#### ●賛助会員として、以下の入会を承認した。

ジャパンエレベーターサービスホールディングス株式会社(代表取締役会長 石田 克史)株式会社メドレー(代表取締役社長 瀧口 浩平))賛助会員は、合計115会員となった。

#### ●2021年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)の説明があった。

#### ●看護補助体制充実加算に係る研修の追加に伴う医療従事者委員会の事業計画の変更について説明があった。

#### ●厚生労働省に「医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口」が設置されたことが報告された。

### 【主な報告事項】

#### ●審議会等の報告

「中医協総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会」「外来機能報告等に関するワーキンググループ」「社会保障審議会医療部会」「循環器病対策推進協

議会」「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」「介護分野における特定技能協議会運営委員会」「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。

#### ●夏期研修会(京都府)の開催について報告された。

#### ●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同

◎一般病院1	埼玉県 蓮田一心会病院
東京都 東京曳舟病院	
秋田県 御野場病院	
埼玉県 東川口病院	
滋賀県 甲南病院	
島根県 出雲市民病院	
鹿児島県 森園病院	
◎一般病院2	北海道 手稲溪仁会病院
北海道 北海道社会事業協会	
帯広病院	

山形県 篠田総合病院	
茨城県 小山記念病院	
埼玉県 彩の国東大宮	
メディカルセンター	
東京都 東京臨海病院	
神奈川県 総合高津中央病院	
大阪府 清恵会病院	
岡山県 倉敷平成病院	
福岡県 新小文字病院	
◎リハビリテーション病院	徳島県 鴨島病院

◎慢性期病院

福岡県 水戸病院
佐賀県 順天堂病院

◎精神科病院

広島県 瀬野川病院
-----------

3月4日現在の認定病院は合計2,046病院。そのうち、本会会員は864病院と、全認定病院の42.2%を占める。

#### ●オンライン診療について報告があり、討論した。

# 看護の処遇改善の制度設計めぐり様々な問題指摘される

## 日病協・代表者会議 病院ごとに係数を設定する案も

日本病院団体協議会は5月20日に代表者会議を開いた。10月から実施する看護の処遇改善について、前回に引続き、診療報酬により制度を設計することをめぐり、様々な問題が指摘された。処遇改善の対象となる看護職員が勤務する病院に対して、看護職員1人当たり月額1万2,000円相当を確実に手渡すという制度設計の技術的な難しさとともに、対象病院や対象者が限定されることへの不公平を指摘する意見があった。

現在、診療報酬による制度設計を中医協総会と入院・外来等の調査・評価分科会で議論している。5月19日の入院・外来等の調査・評価分科会では、対象となる「救急医療管理加算を算定

する救急搬送件数が年200台以上の病院または三次救急を担う病院」の入院料・初再診料の算定回数と看護職員の配置状況のデータが示され、両者とも病院ごとによりばらつきが大きいことが示された(1面記事参照)。

今後、厚生労働省がデータをもとにシミュレーションを実施し、特定の診療報酬の算定回数(患者数)と看護職員の配置状況の相関関係などを分析することで、診療報酬による上乗せ分と必要額との過不足が許容できる範囲に収まる方法を検討することになっている。しかし、そのような方法では限界があるため、同分科会では、DPC制度の機能評価係数Ⅱのように、病院ごとに係数を設ける案が、全日病会長の

猪口雄二委員から提案された。日病協では、その意見に賛同する意見が出た。

また、診療報酬が「診療サービスに対する対価」であるにもかかわらず、診療サービスそのものとは直接的な関係がない看護職員の賃金水準と職員数に対応させることが、診療報酬を形骸化させるといった意見が出た。

過不足が許容できる範囲に収まる概ね妥当な制度設計が行われたとしても、対象病院や対象者が限定されることへの不公平は解決しない問題を指摘する意見も相次いだ。

対象者については、医療従事者間の不公平感をもたらしかねない上に、同一法人内で、共通の賃金を設定している場合、対象外の看護職員に対しても

病院の持ち出しで処遇改善を実施せざるを得ないとの指摘があった。

日病協議長の小山信彌・日本私立医科大学協会参与は、「本来は、補助金で対応すべきもので、診療報酬で制度設計することの問題は大きい。それでも診療報酬で制度設計するのであれば、看護職員全員を対象にすべきだ」と述べた。

また、最近の物価高の影響を懸念する意見も出た。給食費を含め光熱費など費用が上昇している中で、病院収入は診療報酬が中心で価格転嫁ができない。現在進行形で物価高が続いていることから、事態の推移を見極めた上で、病院団体として調査を実施し、対応を検討するとの考えが示された。

# 松本氏が日医会長選への出馬表明で会見

## 日医会長選 猪口会長は日医副会長に立候補

日本医師会の松本吉郎常任理事が5月24日、日医の次期会長選への立候補を表明する会見を開いた。

猪口雄二・全日病会長(日医副会長)も副会長への立候補を表明。副会長候補としてはほかに、茂松茂人・大阪府

医師会会長、角田徹・東京都医師会副会長も出席した。常任理事候補として、釜苺敏・日医常任理事も同席した。

松本氏は、日医の使命について、「国民の健康と命を守ることに尽きる」と述べ、そのために医療界が一致団結し

て、国民の期待に応えることのできる活動に取り組む姿勢を強調した。

猪口会長は、「これまで日医と病院団体を接着させるために努力してきた。次期も副会長になれば、医療界の一致団結に向け、頑張りたい」と述べた。



左から、猪口会長、茂松・大阪府医師会会長、松本・日医常任理事

### ■ 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年度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。本年度は、諸団体へのヒアリング、全国調査、本研修会参加者へのアンケート等の成果に基づき教材及び講習内容を改訂している。
2022年度災害時のBCP研修(WEB研修) (60名)	2022年7月6日(水)	22,000円(23,100円)	災害が発生した場合でも自院の事業継続・復旧を速やかに遂行するための計画であるBCP(事業継続計画)についての研修会。プログラムでは、病院BCPに関する基礎知識の講義や、災害対応シミュレーションワークショップなどがある。
2022年度特定保健指導実施者経験者研修(WEB研修) (60名)	2022年7月9日(土)	22,000円(33,000円)	厚生労働省プログラムに記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った2022年度の標記研修を開催する。保健指導経験年数3年以上の医師・保健師・管理栄養士・歯科医師が対象。全日病が交付した「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)と同食生活改善指導担当者」の継続更新のための2単位に該当する。
2022年度個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(東京会場)～医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法に対応するために～ (48名)	2022年7月14日(木)	13,200円(17,600円)	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的に開催する。参加者には「受講認定証」を発行する。座学だけでなく、全日病の個人情報相談窓口にお問い合わせが実際にあった事例を用いたグループワークを経験することで、より実践的な知識を身に付けることのできる研修となっている。
2022年度病院管理士・看護管理フォローアップ研修会(WEB研修) (150名)	2022年7月18日(月・祝)	5,500円	研修では、昨年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者との間で討議する。病院管理士の継続要件③と看護管理士の継続要件②に該当する(全日本病院学会への参加、もしくは全日本病院協会医療従事者委員会主催のフォローアップ研修の修了(2回以上))。
2022年度在宅医療における病院の役割研修会(WEB研修) (50名)	2022年7月27日(水)	11,000円(16,500円)	地域ごとに異なると考えられる在宅医療における病院の役割について、基調講演と各地域の事例発表を行う。事例発表では、大都市(千葉県船橋市)、地方都市(福井県越前市)、中都市(福岡県久留米市)を取り上げる。
2022年度病院医療ソーシャルワーカー研修会(WEB開催) (63名)	2022年7月30日(土) 2022年7月31日(日)	22,000円(29,700円)	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会との共催による病院施設における医療ソーシャルワーカーを対象としたオンラインによるワークショップ形式の研修会。2日間通して参加した方には、「受講修了証」を発行する。同協会の認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象。
2022年度医療事故調査制度事例検討研修会(WEB開催) (60名)	2022年8月6日(土)	13,200円(16,500円)	医療事故調査制度について、「医療事故調査制度に係る指針」を教材に、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演習で習得することを目的に、研修会を開催する。事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、個人の参加も可能。