



全日病 NEWS

2022.7.1

No.1012

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

10月以降も病院がコロナに対応できる方法を検討

第10回定時総会 看護の処遇改善は100通りの加算で対応する案が有力

全日本病院協会は6月18日に第10回定時総会を開き、2021年度の事業報告を行い、決算を承認した。総会では、猪口雄二会長が出席者の質問に答えて新型コロナウイルス感染症の今後の対応や看護の処遇改善に関する診療報酬の対応について、現在の検討状況を説明した。処遇改善は、100通りの加算で対応することで、「消費税の対応より実測に近いものになる」と見通しを示した。なお、新型コロナウイルスの感染防止の観点から、来賓の招待は控えた。



省に相談窓口が設置されたことを紹介。「ガチガチの規則ではなく、事情があれば認められるようになってきている」と述べ、多くの病院が宿日直許可を取得できるように働きかける考えを示した。

猪口会長は、「全日病は中小の民間病院が主体であり、地域の中で自分たちの役割を確立していくことが最も重要だ。それぞれの病院が自らの存在価値を高めるようにしていただきたい」と呼びかけた。

2021年度の事業を報告、決算を了承

続いて議事に入り、織田正道副会長が2021年度事業報告を行った。2021年度は、新型コロナウイルス感染症に対応するため、理事会等で感染状況を確認し対応を協議したほか、厚労省等からの情報をホームページや会員向けメールで随時情報提供した。各方面から寄せられた寄附金をコロナに対応した病院に配布。3病院団体合同で病院経営調査を実施し、必要な支援策を検討し要望活動を行った。5年ぶりに「病院のあり方に関する報告書」を発行し、2040年における理想的な医療・介護体制を実現するための提言を行った。第62回全日病学会を岡山支部の主催で、初めてのWEB開催で行ったことを報告した。

次に、中村康彦副会長が2021年度決算を説明し、承認された。2021年度決算は、経常収益が11億3,309万円、経常費用が11億3,305万円で、38,000円の黒字となった。新型コロナウイルス感染症対策で、5億3,500万円の寄附が寄せられた。

感染爆発に対する備えは当然必要

総会では、当面する課題について質

問があり、猪口会長が答えた。

兵庫県の古城資久理事は、新型コロナウイルスに対する補助金が9月で打ち切られる見通しであることから、10月以降の対応を質問。「コロナ患者に今まで通りの対応はできないことを世間に知らしめてほしい」と述べた上で、「空床補償は難しいとしても、発熱外来の補助は続けてほしい。入院に対しても診療報酬で対応してもらわないと民間病院はコロナ患者を診られないし、世間からバッシングを受けることになる。コロナ患者が来た場合の補償を準備してほしい」と要望した。

猪口会長は、「今のまま感染者数が減っていけば、現在のやり方は9月いっぱいまで終わる」とした上で、その後は前年度保障という案が検討されていることを明らかにした。「財務省は一点単価を変えて補償すると言うが、これは乱暴な方法だ」として、財務省の主張とは別の方法を検討し、「病院が損害を被ることなくコロナに対応できる方法を話し合っていきたい」と述べた。

また、「爆発的に入院患者が増えることがないという保証は一つもない。当然備えが必要だ」と述べ、空床補償を含めて多面的に検討する考えを示した。

看護の処遇改善の検討状況を説明

また、古城理事は、看護師・介護士に対する処遇改善事業補助金が9月末で打ち切れ、診療報酬と介護報酬で対応することとされているが、どのように対応するか明らかになっていないとし、「かつての消費税対応のように外来の再診料にも薄く乗せられると病院としてはたまらない。処遇改善を診療報酬でどのように対応するのか」と質問した。

猪口会長は、中医協の入院・外来医療等の評価・調査分科会の検討状況を説明。「看護職の人数に応じて、病院がもらわなければいけない金額が出る



ので、それをどうやってニアリイ・イコールにするかという話になっている」とした上で、有力な案として、必要な金額を入院料の回数で割り込んだ点数(1~100点)を上乗せして支払う方法が検討されていることを明らかにした。「1~100点の100通りの点数を上乗せすることで、ほぼイコールのものが出せるところまで近づいている。消費税の対応よりもはるかに実測に近いものがつくれるのではないかと述べた。

診療報酬で人件費をみるべきか

茨城県の鈴木邦彦副支部長は、看護師の処遇改善補助金は、新型コロナに対応する医療機関が対象と言いながら、実際は救急搬送が年間200台以上の救急病院に限定されたことを指摘。「病院を分断する話になっている。すべての看護職に拡大すべきではないかと質問した。

猪口会長は、200台の線引きについて予算上の理由があったのではないかと推測する一方、「後方支援をしたり、外来に対応した病院もあり、この切り方がよかったとは思わない」と述べた上で、今後の対応について、「すべての看護職を対象にしてほしいと言うつもりであるし、日看協からもそういう要望が来ると思う」と述べた。

その一方で猪口会長は、「それをやると今回よりも大きな額が診療報酬で出ることになる。本来あるべきではない診療報酬の中で人件費を直接みるというやり方を広げることになるが、それはいいことなのか」と述べ、次の診療報酬改定に向けて、「原点に戻ってどういう方向で要望していくのかを考えていく必要がある」と述べた。

厚労省幹部人事を公表

後藤茂之厚生労働大臣は6月21日の会見で、6月28日付発令の幹部人事を公表した。厚生労働事務次官は大島一博・前政策統括官(総合政策担当)が就任した。保険局長は伊原和人・前医政局長、医政局長は榎本健太郎・前大

臣官房審議官(医療保険担当)、医薬・生活衛生局長は八神敦雄・前内閣府健康・医療戦略推進事務局長となった。

そのほか、老健局長は大西証史・前内閣官房内閣総務官室内閣総務官、年金局長は橋本泰宏・前子ども家庭局長、

社会・援護局長は川又竹男・前大臣官房審議官、政策統括官(総合政策担当)は中村博治・前内閣官房内閣審議官となっている。また、新職の医薬産業振興・医療情報審議官には城克文・前日本医療研究開発機構理事が就任する。

福島靖正・医務技監、佐原康之・健康局長、浅沼一成・大臣官房危機管理・医務技術総括審議官らは留任した。

本号の紙面から

2022年度改定の結果検証調査	2面
診療報酬改定シリーズ②	3面
看護の処遇改善で試算を実施	4面
医療人財マネジメント①	5面
次期医師確保計画の偏在対策	6面
病院機能評価受審支援事業②	7面
日病協が看護の処遇改善議論	8面

清話抄

健康な社会は病院のウェルビーイングから

昨今、健康経営という言葉はグローバル企業を中心に企業としてのサステナビリティ、あるいはステークホルダーの評価の観点でよく耳にします。生活

習慣病や労働時間過多による過労死やメンタルヘルスの問題が社会全体の問題になる中、2024年度によいよ始まる医師の働き方改革の対応も喫緊の課題になっています。医者不養生、医師は病院に居て何ほ…というこれまでの組織では医療界の中で時代遅れになり、優秀な人材を確保できない負の連鎖が予測されます。

私のグループ病院では2022年1月に「ウェルビーイングセンター」を立ち上げ、理事長である私自身がCHO(最高

健康管理責任者)に就任し、職員の心身の健康状態が安定し、安心して働ける環境や組織として労働生産性の向上などを浸透させ、推進していく所存です。

ウェルビーイング(well-being)とは、世界保健機関(WHO)憲章での提唱を元に「肉体的、精神的、社会的すべての要素で満たされた、持続的な幸福な状態」を指しますが、まずは、幹部(院長、副院長、事務長、看護部長)の健診結果を産業医に提出し、健康の大切さ、危機管理を認識してもらいたいと思っ

ています。もちろん、私もチェックを受けます。その結果を踏まえて、専属の産業医、保健師に指導を受け、精密検査の指示や具体的な数値目標を明確にして、健康運動指導士や管理栄養士、あるいは心理カウンセラーの支援を速やかに受けられる体制を構築していきたいと考えています。医療職である私たちが健康でなければ健康寿命の延伸は望めません。そういう気概を持って健康維持増進に努めてまいります。

(中村毅)

主張

新型コロナ禍における オンライン診療への取り組み

医療はSDGs17の国際指標の一つの社会インフラとして、基本的概念は変革期にある。この中で今年4月に2022年度診療報酬改定があり、実質0.23%と2010年度改定以降、最も低い改定率となった。今回の最優先項目はCOVID-19等に対応できる医療体制の構築で、診療所の外来感染対策向上加算の新設、病院は感染対策向上加算の充実による感染対策の推進が求められている。全体のキーワードは参加型地

域連携・多職種連携、かかりつけ医の評価と外来機能の明確化、オンライン診療・オンライン活用の拡大等がある。長い新型コロナ禍で生活様式が変わり、社会活動もテレワークが進み、ZOOM等によるWeb会議・研修会が日常のライフスタイルとなっている。特にオンライン診療は、これまで新型コロナ禍において時限的・特例的に初診から電話・オンライン診療が実施されていた。今回、大都市圏の感染拡

大において患者の入院受け入れが逼迫したため、在宅療養(宿泊施設・自宅)や発熱外来等におけるオンライン診療が診療報酬で緩和された事は非常に有効であったと思う。しかし今回の改正は初診からのオンライン診療を可能とし、3カ月に1回の対面診療や慢性頭痛等の対象疾患の規定等が廃止され、オンライン診療実施割合が10%以内とする制限も削除された。オンライン診療の問題点として全くの初診、来院しないと出来ない検査・画像診断等がある場合はどのように判断解決すれば良いのだろうか？ また、実施割合が全面削除されたことで、オンライン専門医療機関による独占は免れないと思う。

これを防ぐため、ドイツ・フランスのように20%程度の実施割合制限は必要であろう。確かにオンライン診療には利点はある。コロナ禍での受診抑制改善や通院困難な高齢者・在宅医療や医療過疎地・被災地での受診率向上に繋がる。また、遠隔地の専門医への画像・病理等の診断依頼にも有効である。時代の変化やICTの活用も進み、方向としてはオンライン診療が拡大されるのは望ましいと思う。しかし、医者と患者との信頼関係を考えると、対面診療の必要性は将来的にも医療の根幹であることに変わりはない。

(田蒔 正治)

2022年度診療報酬改定の検証調査の実施方針を了承

中医協・検証部会 「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応」は別に調査

中医協の診療報酬改定結果検証部会(永瀬伸子部会長)は6月15日、2022年度診療報酬改定の影響などを検証するための特別調査の実施方針を了承した。同日、総会にも報告し了承された。検証部会が実施する8項目の調査を2022年度調査と2023年度調査の2回に分ける。「リフィル処方箋」と「後発医薬品の使用促進策」の調査は両年度で実施する。

また、「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応」については、骨太方針2022で、2022年度改定で新設された電子的保健医療情報活用加算の見直しなどの検討が求められたことを踏まえ、別に調査する方針が厚生労働省から示された。

書無償発行に関する実施状況」の調査を実施する。2023年度に「歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等」、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響等」、「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応」となる。

また、「リフィル処方箋」と「後発医薬品の使用促進策」は2022年度と2023年度の2回にわたって実施する。

今後のスケジュールとしては、2022年度調査については、2022年10月頃に調査票を確定させ、2023年3月以降に調査結果を報告する。2023年度調査については、2023年6月頃に調査票を確定させ、2023年11月以降に調査結果を公表する。

定されることから、適切な調査客体数を設定する◇調査結果には、新型コロナの感染拡大の影響があることを念頭に置く一とした。

オンライン資格確認の加算は別に調査 「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応」については、6月7日に閣議決定された骨太方針2022に「電子的保健医療情報活用加算」の取扱いを中医協で議論することが明記されたため、質問が相次いだ。

厚生労働省は、検証部会での調査のスケジュールでは、骨太方針2022に求められている対応に間に合わないため、「オンライン資格確認等システムの導入状況などについて、別に調査を実施する」との方針を示した。

導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す」と明記された。

このなかの「関連する支援等の措置」の注釈で、診療報酬上の加算の取扱い、中医協で検討することが示された。ただ、具体的なスケジュールについては、明らかになっていない。厚労省も現時点で検討のスケジュールは未定と回答している。

電子的保健医療情報活用加算は2022年度改定で、医療機関が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、その情報を活用して診療等を実施することの評価として新設された。

コロナの状況も配慮し調査を実施

2022年度改定を検証する検証部会での特別調査は、2022年度改定答申書附帯意見に盛り込まれた20項目のうち、入院・外来医療等の調査・評価分科会や総会以外で調査する8項目が対象。項目をあげると、2022年度に「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理・訪問看護」、「精神医療等」、「明細

前回に引続き調査に当たっては、新型コロナの感染状況に配慮する。

具体的には、◇回答への負担軽減の観点から、新たな集計作業をしなければ回答できない質問や自由記述の回答を最小限にする◇特定の地域等で感染が拡大している場合は、当該地域等を除外する◇WEBや電子調査票等を活用するなど負担軽減のための配慮を最大限図る◇回収率が低くなることも想

骨太方針2022では、「オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務づけるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す。2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の

しかし、マイナンバーカードを使って、医療保険の資格確認が行える医療機関で受診すると、患者負担が増えることには、自民党などで問題視する意見が出てきた。このため、検討においては、同加算が、マイナンバーカードによる保険証利用の推進の妨げになっている可能性があるという観点を含めて、見直しの議論が行われるものと考えられる。

看護の処遇改善を確実に賃金に反映

中医協・総会等 介護等の処遇改善加算を参考に担保措置を議論

中医協総会(小塩隆士会長)は6月15日、看護の処遇改善をめぐる議論を行った。診療報酬による措置が確実に賃金に反映される担保措置を議論した。6月10日の入院・外来医療等の調査・評価分科会と同様(4面記事参照)に、入院料等の算定回数と看護職員数のデータを病院ごとに紐づけて分析し、点数のシミュレーションを実施した結果が示された。

看護の処遇改善の診療報酬による措置が確実に賃金に反映される担保措置については、昨年12月22日の後藤茂之厚生労働大臣と鈴木俊一財務大臣の折衝事項で、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、適切な担保措置を講じることが合意された(右表参照)。

現在の介護処遇改善加算や看護職員等処遇改善事業補助金では、計画書や実績報告書の提出を介護施設や病院に求めている。介護・福祉の処遇改善では、賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給または決まって毎月支払われる手当ての引上げにより処遇改善を図るとの措置も講じられている。

日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、「基本給による賃金改善が望ましい」と主張した。

処遇改善を行える対象者については、多くの委員から、看護職員等処遇改善事業補助金では外れている「病棟薬剤師を含めるべき」との意見が出た。全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「コメディカルとして活躍している病棟薬剤師は含めるべき」と述べた。

シミュレーション結果については、入院料に100種類の点数を設定した場合に、各病院の処遇改善の必要額と、

上乗せ点数の合計の過不足のばらつきが、かなり小さくできることが示されたことに対し、中医協総会と、総会前に開催された基本問題小委員会の委員から、その方向性でさらに分析を進めるべきとの意見が相次いだ。

日本病院会副会長の島弘志委員は、「極めて難しい制度設計に、一筋の光明が差し込んだ感じがする」と指摘。入院料に100種類の点数を設定した場

合に、ばらつきが小さくなることを評価した。その上で、「看護の処遇改善により、患者負担が増加することや、医療従事者の不平等感が生じることなどに配慮し、国民に納得してもらえる仕組みにする必要がある」と述べた。

患者負担増については、日本医師会常任理事の城守国斗委員が、「入院と外来では、患者負担の受け止め方が異なることに注意が必要」と指摘した。健保連理事の松本真人委員は、「入院の場合、高額療養費の対象となる場合がある。その場合は、保険者がより負担する」と述べた。外来の場合で患者の負担感が大きいことが示唆された。

令和3年12月22日大臣折衝事項(抄)

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)及び「公的価格評価検討委員会中間整理」(令和3年12月21日)を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(注1)に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組み(注2)を創設する。これらの処遇改善に当たっては、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とする。

(注1)救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
(注2)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。

(参考) 介護・障害福祉における処遇改善について

介護・障害福祉職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)を踏まえ、令和4年10月以降について臨時的報酬改定を行い、収入を3%程度(月額平均9,000円相当)引き上げるための措置(注3)を講じることとする。これらの処遇改善に当たっては、予算措置が執行面で確実に賃金に反映されるよう、適切な担保策(注4)を講じることとする。

(注3)他の職員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。
(注4)現行の処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を取得していることに加えて、具体的には、賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図るなどの措置を講じる。

診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応②

急性期入院医療について ～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 丸山泰幸

【初めに】

今年度の診療報酬改定は最終的に本体部分でプラス0.43%となったが、その内訳としては、特例的な対応として看護職員等の処遇改善にプラス0.2%、さらに不妊治療の保険適用にプラス0.2%など、すべての医療機関を対象となるのではなく、大変厳しい改定となった。

【重症度、医療・看護必要度の見直し】

急性期入院医療については、今回急性期一般入院基本料に係る重症度、医療・看護必要度において、中医協で様々な議論があった。最終的に公益裁定により、A項目の点滴ライン同時3本以上の管理が注射薬剤3種類以上の管理となり、輸血や血液製剤の管理の評価が1点から2点に変更され緩和された項目もあったが、心電図モニターの管理がA項目から外される事となり、地域医療を預かる民間救急医療機関にとっては大きな影響が出る事が予想される。

さらに許可病床200床以上の病院の急性期一般入院料1については重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価するとされ、急性期一般入院料6が削除され、従前の急性期一般入院料7が6に繰り上げられた。これら変更された急性期入院料について、今後各医療機関は柔軟に対応する必要があると思われる。

【急性期充実体制加算(新設)】

急性期充実体制加算(右図参照)が新設され、今回改定においては高い加算点数が付いた。ただし、救命救急センターや高度救命救急センターを有する事または救急搬送の件数について実績の基準を満たす事、精神疾患を有する患者の受け入れに係る充実した体制の確保など、中小民間病院では施設基準を満たすことがかなり厳しく、高度急性期医療を提供する大学病院や公的病院などの大病院に対してある程度優遇される加算内容だが、それでも算定要件のハードルは高いものになっている。

さらにその施設基準の中でも「特定の保険薬局との間で貸借取引がないこと」と、実質敷地内薬局を認めない事が算定要件として加わった。これまでは敷地内薬局に関しては貸借取引も黙認する姿勢だったものが、一転し

てはしごを外す形となり、大学病院等を含めた多くの大病院を困惑させる形となった。

【総合入院体制加算の見直し】

総合入院体制加算の見直しに関しては実績要件の中で人工心肺を使用しない、いわゆるOPCAB(オフポンプ冠動脈バイパス術)が主流となってきている事を踏まえ算定要件の緩和が行われた。他には診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要がない患者数および初回外来時に次回外来受診が必要ないと判断された患者数が直近1か月の総退院数のうち4割以上である事と要件の緩和が行われた。

【重症患者対応体制強化加算(新設)】

続いて、重症患者対応体制強化加算に関しては集中治療室を有する医療機関側が、重症患者の対応の強化及び人材育成を要件とし、専従で5年以上の経験を有する看護師及び臨床工学士、他に3年以上の経験を有する看護師2名以上が必要であり、また様々な院内

研修や、地域での研修会へ講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上と地域の医療機関等との協働が求められている。

【重症患者初期支援充実加算(新設)】

また、重症患者初期支援充実加算300点に関しては、集中治療領域において、入院初期段階から医療スタッフと家族を含む患者の間に入り、両者に中立的な第三者として、医療カンファレンスへの参加と情報収集、患者家族に寄り添い不安・不信に対して綿密な話し合いを持つことにより、医療スタッフ側の説明内容、患者家族の理解度の進み具合、現時点での問題点を抽出した上で、相互理解を促進するため「入院時重症患者対応メディエーター」を配置し、医師、看護師等の他職種とともに当該患者、家族に対し治療方針・内容等の理解意向を支援する体制を整備している場合の評価として、入院日より3日を限度に入院基本料の加算として新設された。

【まとめ】

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-①

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

▶ 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、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算(1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

【算定要件】

・入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に算定する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

【主な施設基準】

・一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。・手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術 (ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)
イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

・24時間の救急医療提供として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
・精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること等。
・高度急性期医療の提供として、救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。・感染対策向上加算1の届出を行っていること。
・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
・精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出を行っていること。
・入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること。
・外来を縮小する体制を確保していること。・手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出を行っていることが望ましい。
・療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割であること。
・同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。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こと。
・入退院支援加算1又は2を届け出ていること。・一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

(新) 精神科充実体制加算(1日につき) 30点

・精神疾患を有する患者の受け入れに係る充実した体制の確保に特別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
・急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
・精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

岸田総理が次の感染症危機の対応方針示す

コロナ対策本部

医療機関との協定締結に法的根拠を与える

岸田文雄総理は6月17日、新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、次の感染症危機に備えるための対応方針を示した。医療提供体制については、医療機関とあらかじめ協定を締結する仕組みに、法的根拠を与え、強化することを明らかにした。

新たな方針は、6月15日に「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」(永井良三会長)がまとめた報告書を踏まえたもの。報告書では、政府の新型コロナ対策を検証した上で、

中長期的な課題を整理している。

これを受け、岸田総理は対応方針を発表した。医療提供体制については、昨年11月の同本部決定の「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」で示されていた考えを明確化。「地域の拠点病院に協定締結義務を課すなど、平時から医療提供体制を確保し、有事に、これが確実に回ることを担保する」と述べた。

このほか、「広域での医療人材の派遣の仕組み、保健所や検査の体制、ワ

クチン・医療用物資の確保なども強化する。また、将来の感染症危機において、緊急事態宣言等を行う場合を念頭に、要請等の実効性の向上を検討する」としている。

こうした取組みを感染症の初期段階から、より迅速かつ効果的に実行するため、司令塔機能を強化する。

具体的には、「内閣官房に、新たに内閣感染症危機管理庁を設置し、企画立案・総合調整の機能を強化・一元化する。厚生労働省の関係部署を一元化

して感染症対策部を新設し、平時から感染症対応能力を強化する」。あわせて、生活衛生関係の組織について、一部業務の他省庁への移管を含めた見直しを行い、医療行政への重点化を図る。

さらに、科学的知見の基盤となる専門家組織も一元化し、「国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合し、厚労省の下に、いわゆる日本版CDCを創設する」としている。

このような平時における機能強化を図った上で、「有事においては、内閣感染症危機管理庁の指揮下において、総理大臣のリーダーシップの下、一元的に感染症対策を行う」と強調した。法律上の手当が必要なものについては法律案の準備を進める方針も示した。

入院料に100種類の点数を設定するとばらつき小さい

中医協・入院・外来医療等分科会

看護の処遇改善でシミュレーション結果示す

厚生労働省は6月10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、看護の処遇改善を診療報酬で行うための制度設計に向け、前回のデータ分析に基づいたシミュレーション結果を示した。入院料等の算定回数と看護職員数を紐づけると、入院料に100種類の点数を設定した場合に、各病院の処遇改善の必要額と、上乗せ点数の合計の過不足のばらつきが、かなり小さくなることが明らかとなった。

入院料等と看護職員数の相関強い

前回(5月19日)の同分科会では、各病院の入院料や初再診料の算定状況、介護職員の分布などを分析し、いずれのデータでも、病院ごとのばらつきが大きいことを確認した。今回は、入院料等の算定回数と看護職員数のデータを病院ごとに紐づけて分析し、算定回数と看護職員数の相関を把握した上で、点数のシミュレーションを実施した。

入院料等の算定回数でばらつきが大

きくなる要因の一つは、病床稼働率と考えられたため、入院料等の算定回数と看護職員数の相関を調べた。すると、相関係数0.94という非常に強い相関があることがわかった。病棟部門別看護職員数と外来部門職員数の相関係数も0.78であり、強い相関があることを確認することができた。

これを踏まえ、対象病院の看護職員数に対し、月額1万2千円を支給する処遇改善を実施するために必要な点数を入院料等に上乗せする場合に、どのような方法であれば、各病院の過不足が小さくできるかを8通りのモデルを設定して、シミュレーションを行った(下図を参照)。

それぞれのモデルにおいて、点数のバリエーションを設けて区分すると、ばらつきは一定の範囲内に収まる。当然、区分を細分化すると、ばらつきの範囲は小さくなる。モデルでは、入院料等ごとに、5種類と100種類に細分化した場合の結果を示した。

その結果、100種類に細分化すると、

分散が小さくなることがわかった。下図の①-2(点数の種類は100種類)、②-2(同6,800種類)、③-2(同115種類)、④-2(同6,815種類)がそうだが、病院全体でも病棟単位でも、外来部門を含めても含めなくても、分散の程度はあまり変わらない。

「②-2」は、入院料の区分(68区分)ごとに100種類の点数を設定するため、6,800種類になってしまう。

看護の処遇改善の制度設計では、「きめ細かさ」と「シンプルさ」の両者が求められていることから、委員からは、「①-2」と「③-2」がモデルの中では、点数の上乗せの候補になり得るとの意見が相次いだ。

上乗せの点数としては、例えば、入院では、「①-1」が「30点」「40点」「50点」「61点」「75点」の5種類であるのに対し、「①-2」では、1～100点の100種類としている。外来部門では、「④-1」が「3点」「4点」「5点」「7点」「10点」の5種類であるのに対し、「④-2」で



は、1～15点の15種類としている。

最大で不足額はどれだけか

これらの結果を踏まえ、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「シミュレーションの結果をみると、モデルによっては、分散が小さくなることがわかった」と評価する一方で、「看護職員数は変動するので、どの期間を取るかが重要になる。安定的な数字を使うためには、直近1年間などを考えるべき」と述べた。

全日病常任理事の津留英智委員は、分散が一定の範囲に収まっているとしても、過不足、特に不足が生じている病院があることに着目。「マックスでどれだけの過不足が生じているかのデータも示してほしい」と要望した。

また、「(入院料等と看護職員数の相関が強いことが示されたが)多くの病院では、必要に応じて加配を行っており、データをもみてもばらつきはある。中医協総会では、『過不足は患者変動により必ず生じる。そのため、余裕のあるバッファを設けることも考える必要がある』との意見が出ており、そのようなバッファは検討すべきだ」と述べた。

「収入が不足する病院は、最大でどの程度不足するのか」(牧野憲一委員・旭川赤十字病院院長)など同様に、分散の外れ値の「値」を明らかにすべきとの要望は、他の委員からも出ており、厚労省は、今回用いた2020年度のデータを次回示す見込みだ。

なお、厚労省が示したシミュレーション結果では、プラスマイナス50%の過不足がある病院があることは示されているが、それを超える過不足の状況は明示されていない。

また、1～100点の100種類に細分化しても、100点を超える点数でないと、不足が生じてしまう病院がある。そのような病院が一定数存在する。このため、不足となる病院がなくなるまで、点数を細分化すべきとの意見も出された。

患者負担増の問題を考慮

分散の程度とは別に、妥当なモデルを考える際に、ポイントとなったのは、患者負担の問題だ。

猪口委員は、「特に外来で、患者の負担が増加することの影響を考える必要がある。外来を含めず、入院料だけにする場合も、診療報酬の単価が低い患者にとっては問題になる」と懸念を示した。

法政大学教授の菅原琢磨委員は、「2018年度改定での妊婦加算、今回の電子的保健医療情報活用加算の例もある。看護の処遇改善は、比較的理解が得られやすい対応だと思うが、患者負担増につながる問題は難しい」と指摘。その上で、「幅広く負担を求めるという観点では、外来も含めるべきかもしれない。また、大病院が一般外来を減らしていることを踏まえると、当初の見込み額が確保できなくなる可能性も考える必要がある」と述べた。

点数のシミュレーションに基づく乖離の状況について

モデル	対象職員	対象となる基本診療料項目	点数のバリエーション
①-1	全ての部門(医療機関全体として計算)	入院料	5種類の点数を設定
①-2			細分化(100種類)した点数を設定
②-1	全ての部門(病棟単位として計算) ※病棟部門以外の看護職員数については、病棟部門の看護職員数の割合に応じて各病棟に按分計上	入院料	5種類の点数を設定
②-2			細分化(100種類)した点数を設定
③-1	外来部門	初再診料	5種類の点数を設定
	外来部門以外(病棟・手術室・その他)	入院料	5種類の点数を設定
③-2	外来部門	初再診料	細分化(15種類)した点数を設定
	外来部門以外(病棟・手術室・その他)	入院料	細分化(100種類)した点数を設定
④-1	外来部門	初再診料	5種類の点数を設定
	外来部門以外(病棟・手術室・その他) (病棟単位として計算) ※病棟及び外来部門以外の看護職員数については、病棟部門の看護職員数の割合に応じて各病棟に按分計上	入院料	5種類の点数を設定
④-2	外来部門	初再診料	細分化(15種類)した点数を設定
	外来部門以外(病棟・手術室・その他) (病棟単位として計算) ※病棟及び外来部門以外の看護職員数については、病棟部門の看護職員数の割合に応じて各病棟に按分計上	入院料	細分化(100種類)した点数を設定

シミュレーションにより算出した医療機関ごとの点数について、(それぞれの方法に基づく算定金額合計 × 100% ÷ 賃上げ必要額) - 100%を計算し、処遇改善に必要な金額と診療報酬による収入見込み額にどの程度乖離があるかについて、分析する。

医療機関ごとの必要額と収入見込み額の乖離の状況(まとめ)

モデル	①-1	①-2	②-1	②-2	③-1	③-2	④-1	④-2
基本診療料項目	入院料	入院料	入院料	入院料	初再診料 入院料	初再診料 入院料	初再診料 入院料	初再診料 入院料
点数のバリエーション	病院全体 5種類の点数	病院全体 100種類の点数	入院料(68区分) × 5種類の点数	入院料(68区分) × 100種類の点数	外来 5種類の点数 + 外来以外 5種類の点数	外来 15種類の点数 + 外来以外 100種類の点数	外来 5種類の点数 + 入院料別(68区分) × 5種類	外来 15種類の点数 + 入院料別(68区分) × 100種類
点数の種類	5種類	100種類	340種類	6,800種類	10種類	115種類	345種類	6,815種類
四分位範囲	12.3%	1.0%	6.0%	0.9%	11.3%	1.5%	5.9%	1.9%
分散	0.017	0.003	0.009	0.004	0.012	0.002	0.008	0.003
ヒストグラム								

行動経済学的視点から考える医療人財マネジメント

～メディカルスタッフが最高に活躍できるための心くばり～

第1回 中間管理職が病みやすいのはなぜ？

昨今、医療現場を行動経済学の視点で見直す動きが出てきている。書籍『医療現場の行動経済学—すれ違う医者と患者』(2018年、東洋経済新報社)では、患者の意思決定支援や予防行動の促進、そして生命維持治療や急性期医療における医療者の意思決定などにおいて、行動経済学が新たな視点をもたらし得ることが示され、大きな注目を集めた。

この行動経済学の視点から病院の経営マネジメントを見直したとき、全日本病院協会会員にとって少なからず気づきが得られるのではないかと。そこで前述の編著者である平井啓先生(大阪大学大学院人間科学研究科准教授)を講師に迎え、現役の病院経営者がつまづきやすいテーマを題材にディスカッションする座談会を開催し、その内容を記事にまとめた(全5回)。

第1回のテーマは「中間管理職が病みやすいのはなぜ？」とした。当企画は、病院のリーダーがチームメンバーを伸ばすことで、全体のパフォーマンスやクオリティを上昇させることの支援を目的としている。会員の皆様の参考となれば幸いです。

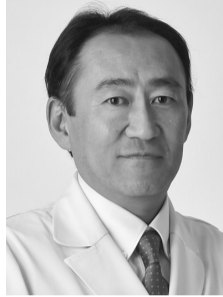
江口 病院のスタッフは愚直に頑張る人ばかりです。でも、頑張りが過ぎてしまって体調を崩してしまう人もいますよね。特に中間管理職が無理をしているように思います。せっかく大切な人材なのに…。

石川 患者さんの役に立ちたいと、やる気があるスタッフが多いですね。だけど従来の仕事にプラスしてほしいです。ICT活用などで仕事を引き算して、専念できる環境を整えてあげないと。

江口 確かにいらぬ会議やペーパー

がたくさんあって、閉口します。石川 形骸化してるんですよ。「やめる」ことを誰かが決断しないと。「やめる」ことを決断できないから苦しみが生まれているような気がします。

平井 私はまさにそのことを看護師の管理者研修会で講演しています。数多くの業務がある中で優先順位を考えるグループワークをすると、みんな「一番優先すべきこと」を決めようとして。本当は「最もやらなくていいこと」を決めてほしいのです。



江口有一郎氏

具体的には、ある急性期病院の病棟医師長として35床を受け持っているとして、仕事を覚えるのに人より時間を要している新人スタッフのお世話、看護部長から指示された学会発表の準備、細かいご希望をおっしゃってこられる患者さんのご家族への対応等々の中で優先順位を決めるというものです。模範解答は「学会発表の準備ができませんと言って交渉する」です。今の状況で全部やろうと思ったら、とてもじゃないけど回らないという中で、きちんと「やめる」ことを宣言することが大事です。

石川 業務整理ですね。その判断は上司がすべきだと思います。

平井 そうです。リーダーはリスクを容認する判断をしないとイケない。リスクを認識した上で「何もしない」という行動をとれるかどうかです。リスクを回避するために仕事をそのまま下に押し付ける中間管理職がいると部下が疲弊し、雰囲気も悪くなって離職者が増えます。逆に、上に対して「このままでは過負荷で現場が疲弊してしまう」と言えるくらい肝の据わった中間管理

職がいると部下はのびのびと仕事できる。つまり優先度の判断、リスク対応策の考え方ができないといけません。

行動経済学的に言うと人間は回避行動を取りがちなので、意識して損失を引き受けることが重要です。仮に上の意思決定がまずくても、中間層がある程度吸収できれば、皆が不必要なことをやらなくてもよくなります。吸収するといっても、自分が無理をして働いてしまったら、労働時間が長くなって病んでしまいます。そうではなくて、平たく言うと「うまくサボる」スキルを獲得させることが課題だと思います。中間層にサボる人がいないと現実的には回らないですよ。

石川 それに加えて、各部署の長が仕事の整理をしてあげることも大事ですね。

平井 そういう名目の会議を作るといいですよ。

江口 それはまさに「働き方改革」ですね！

ところで、仕事を減らす話ではないのですが、なぜ上司は部下が本業以外のことを自発的にしようとするに反対するのでしょうか。例えば、各都道府県で地域の肝炎・肝がんを減らすための情報発信や支援を行う肝炎医療コーディネーター(肝Co)の養成が進んでおり、全国にはすでに2万人を超える多職種の医療職がその研修を受けています。

その肝Coの研修を受けたメディカルスタッフの話を知ると、皆さん口を揃えて「上司の理解が得られないから肝Coらしい活動をしたくてもできない」と言います。私が研究代表者を務める厚生労働科学研究で行っている全国調査においても、それが活動の大き



石川賀代氏

<登場人物紹介(敬称略)>

講師：平井 啓(大阪大学大学院人間科学研究科准教授)

先輩経営者：石川賀代(社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長・病院長)

新米経営者：江口有一郎(医療法人ロコモメディカル副理事長/ロコモメディカル総合研究所所長)

記事作成：田中留奈(伝わるメディカル/佐賀大学大学院)

な壁になっているようなのです。

平井 上司が医師で下がメディカルスタッフという部署は非常に問題が起きやすいんです。上司からすると部下の職種が違うので業務内容を評価できません。そうすると管理だけを行うことになるので、追加の業務は損失としか思えない。つまり「管理できないことは認めたくない」わけですね。上司がその業務を認めることによって「自分に何らかの損が発生する」という損失フレームで捉えるか、それとも「自分にもメリットになる」という利得フレームで捉えるかのどちらかなのですが、基本的に大きな組織になればなるほど、中間管理職は損失回避的に振る舞いやすいと思います。

江口 本業にプラスαされることはすべて「手間が増えた」「コストだ」と捉えてしまうのはもったいないですね。実は自分たちも助かることだけではなく、患者さんのお役にも立てることなのに。回避行動を取る前に、内容をしっかり聞いて判断していただきたいものです。



平井 啓氏

ドクターヘリ・ドクターカー、救急救命士を議論

厚労省・救急・災害医療等WG

二次救急への補助金による支援を訴える

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ(遠藤久夫座長)は6月15日、第8次医療計画策定に向け、ドクターヘリ・ドクターカー、救急救命士などをテーマに議論した。全日病常任理事の猪口正孝委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、補助金などによる二次救急への支援を訴えた。

厚労省は、前回の会合で議論された救急医療機関の役割の追加資料として、第三次救急医療機関数と救急搬送件数の推移などの状況を説明した。

第三次救急医療機関は、救命救急センターを概ね100万人に1か所を目標に整備してきたが、現在300施設まで増えた。一方、救命救急センター1施設当たり年間救急搬送件数や年間重篤患者数の中央値は、増加傾向を示している。また、救命救急センターの専従医数、専門医数はともに増加している。

猪口委員は、「医療全体をプライマリケア、救急医療、高度医療といった階層で考えたときに、二次救急、三次救急に比べて、一次救急の部分の言及が少ない。一次救急と呼ばれるものには、休日診療や夜間診療などがあり、

各地で行われているプライマリケアの段階での救急が非常に大事だ。二次、三次の救急を増大させないためにも、在宅医療などのプライマリケアが重要になる」と強調した。また、「病院の医師が少ないという話があるが、外国との比較をすると、確かに急性期病院の医師の数は少ない印象を持つので、医師の偏在対策では、早急に急性期病院に医師が集まるような対策が必要になる」と述べた。

ドクヘリやドクターカーの状況

ドクターヘリは、46都道府県で56機が配備され、実質的な全国配備が完了している。未導入の京都府は関西広域連合として一体的に運用しており、独自に導入する予定はない。2018年度の年間出動件数は2万9,120件。40府県で28の協定が締結され、都道府県境を超えた広域連携が行われている。

ドクターカーは、「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」と定義されている。厚労省は医療提供体制推進事業費補助金により、救命救急センターに対してドクターカーの車両の購入費、搭載する医療機器等

の購入費などの支援を行っている。2019年に救命救急センターが保有するドクターカーは216台で、年間出動件数は2万9,271件。

加納委員は、「ドクターヘリは充実してきたと感じている。ドクターカーについては、救命救急センターが主体だが、今後は、在宅医療を救急で支えるため、在宅の医師と連携する地域の二次救急の医療機関を支援する形でのドクターカーの出動もあるのではないか」と支援への考慮を求めた。

猪口委員も、「ドクターカーを転院搬送で有効に活用している病院もある。二次救急に対する支援も考えてほしい」と要望した。

救急救命士については、昨年10月施行の改正救急救命士法により、救急救命士の活動範囲が拡大され、「病院前」から延長して「救急外来」においても、救急救命処置が可能となった。実施可能な救急救命処置は「救急救命処置の範囲等について」に規定され、「医師の具体的指示が必要なもの(特定行為)」と「医師の包括的な指示で行うもの」に区分されている。

一方、救急救命処置の範囲の見直し



については、2015年度から、処置の追加・除外に関する提案・要望の窓口、提案・要望のあった処置の評価等を一本化するために「救急救命処置検討委員会」を設置している。

厚労省は今後の対応として、◇「救急外来」の医師・看護師等の配置状況や業務実態の調査研究の実施◇「救急外来」の医療従事者の負担軽減の検証◇厚生労働科学研究班が研究を継続している処置(カテゴリーⅡ)を救急救命処置に追加の可否一などの課題をあげた。さらに、「救急医療を担う多職種が参画した新たな検討の場を設置する」との考えを示した。

加納委員は、「救急救命士のさらなる追加処置の検討のため、救急救命処置検討委員会が設けられているが、今後は病院のなかで働いてもらうこともあるため、病院団体からのメンバーを追加してもらいたい」と要望した。

医師少数区域で医師数を減らさない目標設定を可能に

厚労省・地域医療構想等WG

次期医師確保計画における医師偏在対策

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6月16日、医師確保対策における目標医師数や医師少数スポットの課題を議論した。病床機能報告制度の見直しも概ね了承した。ただ、全日病会長の猪口雄二委員は、強力な医師偏在対策となる有効な対策が、厚労省の論点では見出せていないと指摘し、医師偏在指標や二次医療圏のあり方を含め、再整理を求めた。

医師確保計画の目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域などの基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定している。このため、目標医師数と計画開始時の医師数の差が、追加的に確保が必要な医師の数となる。

ところが、医師少数区域(112区域)のうち、54区域において、目標医師数が計画開始時点の医師数を下回るという事態が生じていた。これは、人口の変化に伴う医療需要の減少により、計画終了時まで同一の医師偏在指標を達成するのに必要な医師数が減少してしまうからだ。

厚労省は、この状況を踏まえ、医師少数区域で、医師確保計画策定時にすでに目標医師数を達成している場合は、医師数を減らさなくてすむように、目標医師数は計画時点の医師数を上回らない範囲で設定できるようにすること

を提案した。

また、医師多数区域と中程度区域の医師目標数は、都道府県が独自に設定できる。現状では医師多数区域と中程度区域において、未設定の区域や任意の基準で設定している区域が多く、任意の基準で設定している区域では、計画開始時点の医師数より多い目標設定を行っている区域が多い。

厚労省は、医師多数区域と中程度区域が医師数を増加させる独自の目標設定を行うと、本来医師の確保を図るべき医師少数区域の医師確保が十分に実施できない可能性があるため、「目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定する」ことを提案した。

厚労省の提案に対し、異論は少なかったが、現状の医師偏在指標を用いて医師偏在策を行うことなどに、疑問を投げかける意見が多かった。

猪口委員は、次期医師確保計画策定に向けた議論における厚労省の今の論点の提示の仕方では、「(医師偏在対策の)全体像が見えにくい」と指摘した。医師偏在対策の基本的な指標となる医師偏在指標についても、「病院や診療所、診療科の区別ができたほうがよい」と述べた。医師偏在対策を実施する単位である二次医療圏については、「人口・面積の違いがあり過ぎる」として、「これらを整理しないと、なかなか有効な案が出てこない」と述べ、厚労省に対応を求めた。

また、医師少数スポットについては、設定区域の定義がなく、現状で「二次医療圏全体」や「医療機関そのもの」を設定している事例があるため、原則として市区町村単位で設定することが提案され、概ね了承された。

病床機能報告制度の改善求める

2022年度の病床機能報告については、医療機能を報告する際に、診療報酬の障害者施設等入院基本料を「一般的には慢性期機能として報告するものとして取り扱う」ことを概ね了承した。2021年度の病床機能報告において、89%の医療機関が障害者施設等入院基本料を算定する病棟を慢性期機能として報告していることを踏まえた。

また、病床機能報告では、地域医療構想における2025年の病床の必要量の推計を目安に、病床の機能分化・連携に向けた協議を都道府県で実施している。病床の必要量の推計に照らせば、現状は急性期が過剰で、回復期が不足しているという状況にある。

ただ、病床機能報告の急性期と回復期の区別と、病床の必要量の推計の急性期と回復期の区別には、病棟単位の報告と病床単位の集計であることの違いがあり、医療機関の判断で医療機能を決めていることから、齟齬が生じる。

猪口委員は、「(都道府県の協議で増床を認めてもらうために)実際は急性期の入院基本料を届け出ても回復期と



して報告するような実態がある。2025年の目安を今見直すのは無理なので、その後の課題となると思うが、急性期と回復期のどちらを届け出るかを明確にするなど整理が必要になる」と述べた。

また、猪口委員は、総務省の新たな公立病院経営強化ガイドラインにおいて、「基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担う」との考えが盛り込まれたことに懸念を表明した。具体的には、「これまでの地域医療構想の議論と違う。回復期機能・初期救急等は民間病院が担うことができるのであるから、一部地域は別としても、公立・公的病院は、本来求められている不採算医療の提供などが中心になるべき。そうでないと地域医療構想が成り立たない」と厚労省に質した。

厚労省は、「これまでの地域医療構想では、公立・公的医療機関は民間医療機関が担えない医療機能を担うということを念頭に、議論を進めてきたのはその通り。一律な線引きはできないが、不合理な対応があれば、きちんと議論する必要がある」と回答した。

外来医療計画の実効性の確保をめぐる議論

厚労省・第8次医療計画検討会

CTの共同利用の意義薄れたとの意見相次ぐ

厚生労働省の第8次医療計画検討会(遠藤久夫座長)は6月18日、外来医療計画をめぐる議論を行った。「人材配置」と「医療機器の効率的な活用」がテーマとなった。「人材配置」では、無床診療所が都市部に偏在する状況を踏まえ、外来医師偏在指標を含む対策の実効性をどう確保するかを論点とした。「医療機器の効率的な活用」については、CT・MRIなどの高額医療機器の効果的な共同利用のあり方が論点となったが、特にCTに関して、共同利用の推進の意義が薄れたとの指摘が相次いだ。

外来医療計画は、5疾病5事業および在宅や地域医療構想とともに、医療計画に含まれる。

2018年に成立した改正医療法等では、「外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに、外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急医療体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針とあわせて協議・公表する仕組みの創設」が盛り込まれ、外来医療計画ができた。

また、2021年に成立した改正医療法等では、「医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について、報告を求める外来機能報告制度の創設等」を行うことになった。

これらに基づき外来医療計画においては、診療所の医師の多寡を外来偏在指標として可視化することや、紹介受診重点医療機関を位置づけること、「地域の協議の場」で外来機能の明確化・連携に向けて協議を行うことなどの仕組みが設けられることになった。

同日の検討会では、「人材配置(外来医師偏在指標・地域で不足する外来医

療機能)」と「医療機器の効率的な活用(医療機器の配置状況の見える化・共同利用計画の策定)」がテーマとなった。

「人材配置」については、すでに多くの二次医療圏で外来患者数が減少局面にあるなど、今後の人口や外来患者の動向を踏まえて外来医療計画を定める必要があることや、外来医師偏在指標を含む対策の実効性をどう確保するかが論点となった。

外来医師偏在指標は、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足を客観的に把握するためのものだ。外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定。「地域の協議の場」で、少なくとも外来多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえ、在宅医療、初期救急(夜間・休日の診療)、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)などの地域に必要とされる医療機能を担うことを求めるとしている。

あわせて、新規開業希望者は、医療需要の状況など適切な情報に基づかず、開業を判断していることがあるため、外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報など二次医療圏の情報を新規開業希望者に提供することになっている。

日本医師会副会長の今村聡委員は、「新規開業希望者は、不動産業やコンサルタント会社などからの偏った情報に誘導されて開業してしまう実態がある。いかに正しい情報を提供するかが重要であり、そのためには開業を決断する前の段階で、適切に情報を提供しなければならない」と強調した。

外来医療計画の目的として、外来医療を担う医師の偏在是正がある。医師不足地域が数多くあるなかで、都市部

に無床診療所の開設が偏る傾向があるからだ。人口や外来患者の動向をみると、すでに多くの二次医療圏で外来患者数が減少局面にあり、2020年で214の医療圏で外来患者数がピークを迎えていると見込まれている。一方で、在宅患者数は今後増加し、2040年以降にピークを迎えると予想されている。

ただし、全日病副会長の織田正道委員をはじめ複数の委員が、その状況は地域により複雑であることに注意を促した。

織田委員は、訪問診療受診率が85歳以上、緊急搬送件数が90歳以上で急増することなどを踏まえ、高齢の開業医が引退していくなかで、在宅医療を含めた外来医療提供体制を地域で確保することの難しさを指摘。「医師の数合わせだけではなく、医療DXを含めたさまざまな取組みが必要になる」と述べた。

また、入院と外来を区別しない医師の配置状況の指標である医師偏在指標と外来医師偏在指標の両者をみる重要性も指摘した。例えば、医療資源が限られているので、医療提供体制を効率化するために、紹介受診重点医療機関を位置づける場合でも、病院が地域でどれだけ外来医療を担っているかを見極めるかが大事であると強調した。

かかりつけ医機能の制度整備も議論

骨太方針2022にも盛り込まれた「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と外来医療計画の関係についての質問も相次いだ。厚労省は、外来医療計画の法定事項に、「外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進」などがあり、紹介受診重点医療機関の位置づけとかかりつけ医機能



を担う医療機関は「車の両輪」の関係にあることから、議論の対象になるとの考えを示した。

ただし、第8次医療計画の策定に向けては、今年度中に基本方針などの改正案をまとめる必要がある。「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は、全世代型社会保障構築会議でも議論される見込みであり、政府の改革工程表では2022・2023年度が検討時期となっていることを含め、同検討会での議論は一定範囲に限られるとした。

高額医療機器の共同利用のあり方

「医療機器の効率的な活用」については、CT・MRIなどの高額医療機器の効果的な共同利用のあり方が論点となった。医療機器の稼働状況の地域差が大きく、台数が多い地域では使用頻度が少ないといった状況があるためだ。効率的な医療提供体制を構築する上で、医療機器の活用状況を都道府県が把握し、取組みを強化することが課題とされた。

しかし、「新型コロナの経験では、検査が十分にできないなかで、特にCTが多くの医療機関にあることが大変役立った。しかも、CTなどは昔と比べ価格が下がっている」(加納繁照委員・日本医療法人協会会長)など、CT・MRIの共同利用を積極的に促す意義が薄れているとの意見が相次いだ。織田委員も、「CTは今や身近な医療機器だ。被ばくに対する安全性も高まっている」と指摘した。

2022年度病院機能評価受審支援事業② 現況調査票および自己評価票へのアドバイス

病院機能評価委員会委員 事務担当サーベイヤ― 朝見浩一

病院機能評価受審支援事業は、全日本病院協会の多くを占める中小病院に対して、受審準備から約1年を通じて支援する仕組みである。診療・看護・事務担当の各サーベイヤ―が受審支援チームを組み、モデル病院へアドバイスを行う。より多くの会員病院の機能評価受審に向けたハードルを下げ、受審病院が増えた結果として、医療の質向上に寄与することが目的となる。

今年度のモデル病院として、札幌優翔館病院(一般86床・医療療養48床、計134床)が選定された。当該病院より、「より質の高い医療を提供したい」といった応募動機のもと、病院機能評価受審の認定取得を達成するプロセスにおいて、自ら改善に向けて取り組むとした、強い意志が感じられる内容で

あった。

さて、今回は、受審支援の最初の活動として、病院機能評価受審時の提出書類(現況調査票・自己評価票)の書面内容についてアドバイスなど支援をしている。

まず、現況調査票は、以下の4つ「①施設基本票②部門別調査票③診療機能調査票④経営調査票」から構成されるが、特に①と②についてアドバイスした。①施設基本票では、医療安全・感染管理・臨床指標等、医療の質に関する事項、また、患者数・職員数・病床利用率・平均在院日数など、病院の診療実績となる調査票であるが、一部、記載漏れと思われる箇所が見受けられた。また、調査票の取りまとめの際、各質問項目には、特に注意すべきこと

があれば記載できるコメント枠があるので、補足説明等が必要な場合、この枠にコメントを入れて活用すると良いと思われた。

②部門別調査票は、病棟部門、薬剤部門、臨床検査部門など、各部門の設備・体制・実績などに関する調査票となるが、未記載の欄がいくつか見受けられ、各部門にヒアリングを行うと良いと思われたため、当該病院へ質疑をしている。

自己評価票については、診療・看護・事務担当のサーベイヤ―がそれぞれの担当項目についてアドバイスした。一部の評価項目では、自己評価を厳しく評価しているものと推察された内容もあったが、ほとんどの自己評価項目で、アピールしたい点および課題と思われ

る点について、評価内容をコメントしていた点は、非常に素晴らしい姿勢であると感じた。

各項目では、医療の質におけるストラクチャー(構造・体制)、プロセス(過程)、アウトカム(成果)を測るものだが、マニュアルがない(ストラクチャー)、そのマニュアルに沿った業務が行われているか(プロセス)、成果(アウトカム)はどうであったかといった視点で評価をしている。3つの過程が補完し合い、達成できていると必然的に評価も高いものになる。引き続き、自己評価票の見直しや更新を含め、支援していきたい。

今後、それぞれ担当サーベイヤ―が病院を訪問し支援することとしている。病院機能評価は、医療の質改善のための手段であり、目的ではない。当該病院の応募動機でもある「より質の高い医療を提供したい」が達成できるよう、全職員が一丸となり準備されることを期待したい。

病院機能評価受審による「気付き」

医療法人社団翔嶺館 札幌優翔館病院 院長 北川真吾

受審支援モデルとして選定され、2回目の投稿です。今回は、「気付き」についての内容になります。

受審支援モデルの選定連絡を受けた後、全日本病院協会のアドバイザーの皆様方とオンラインによるキックオフミーティングを行うこととなりました。キックオフミーティング前に「病院概要」の提出を求められました。提出を求められてハッとしましたが、「これが当院の概要です」と胸を張って出せるものがないことに気が付きました。

当院のホームページやパンフレットに記載していることは、どれも断片的であり、まとまりには欠けているものでした。早速、事務部にて概要を作成し、提出いたしました。しかし、キックオフミーティングの際にアドバイザーの先生から、どこにある病院で何を目的としているのか分からないというお言葉をいただき、これまたハッとしました。病院概要は、当院がどこに

あって、どんな医療を提供している、何を目標としているのかをアピールすべきところでしたが、ありきたりな病床数などの内容で作成しておりました。反省することしきりです。

次にご指示いただいたことは、現況調査表と自己評価票の作成でした。ご指示をいただいた時点では、とにかく期日までに作成するというところだけを考えていましたが、振り返って考えると病院機能評価を受審していく上で大事な一歩であったと思います。「病院機能評価の認定を取得すること」イコール「規程やマニュアルの整備」と捉えていたところがあり、さらに言うなれば認定を取得するための魔法のようなオールマイティな規程やマニュアルが存在するはずだと考えていたからです。

自己評価については、コロナ禍ということもあり全体で集まって作成するというスタイルではなく、部門ごとに

検討し記載してもらいました。部門ごとに記載した内容を当院幹部会で集約し、全日本病院協会へ提出しました。集約段階で、例えば「診療録開示マニュアルは、患者・家族・職員への周知が十分ではない」という部門からの記載があり、全職員へ情報が行き渡っていないことが判明しました。すなわち、これも規程やマニュアルがあるということだけでは機能していないということの気付きになりました。

提出後、全日本病院協会のアドバイザーの先生から自己評価に関してたくさんコメントをいただきました。その中には、院内集約した段階で課題と感じている点として取り上げた内容ではなく、別の視点から考えるべきだというアドバイスもありました。これも、我々だけでは気づくことのできないところでした。また、アドバイザーの先生からは厳しいコメントだけではなく、一部については良い評価をいただきま

した。良い評価をいただくと、自分たちが日々行ってきたことが認められたという気持ちになり単純に嬉しく思いました。

病院機能評価の認定を取得するには、形(規程、マニュアル)を整えることはもちろん必要ですが、それを整備するだけではなく、その中で我々職員がどのように理解しどのように実践するかが重要であるということを理解しました。ファーストステップとしてご指示いただいた現況調査表と自己評価票の作成は、現状の認識と我々に不足していることを明示してくれるツールであるということも理解いたしました。現状を認識し、不足しているところを確認し、その改善策を考え、実践していく…この繰り返しが病院機能評価の認定取得に必要なことであると気が付きました。

全日本病院協会のアドバイザーの先生には、我々が作成した拙い自己評価票の内容を1つ1つ確認いただき真摯に向き合ってコメントをいただいたと心より感謝申し上げます。

光熱費値上げで四病協が要望

四病院団体協議会は6月23日、萩生田光一経済産業大臣に「医療機関における光熱費(電気・ガス・燃料)に関する要望」を提出した。ウクライナ状

況を含む最近の社会情勢により、光熱費の値上がりが続いている。医療機関の負担が増えていることから、「可及的速やかな財政措置」を要望した。

四病協は、医療機関として、夜間の照明削減や冷房の設定温度の見直しなど節電対策を徹底し、政府の要請には協力すると表明。ただ、保険医療機関は、医療のコスト増を診療報酬で決まってしまう価格には転嫁できず、光熱水費の値上げ分は医療機関の「持ち

出し」と訴えた。

また、厚生労働省の事務連絡では、「原油価格・物価高騰等総合緊急対策」により、新型コロナ交付金の活用を検討するとの考えが示されている。しかし、要望書では、「地方公共団体の判断に左右される」と指摘した。

2022年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月21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	医療法人春林会 華岡青洲記念病院 理事長 華岡 慶一
東京都	医療法人社団明和会 西八王子病院 院長 三根 芳明
愛知県	医療法人北陽会 北陽会病院 理事長 北 優介
兵庫県	医療法人社団仁和会 神野病院 理事長 井上 圭介
兵庫県	医療法人明倫会 本山リハビリテーション病院 理事長 宮地 千尋

 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,536会員となった。

- 会員種別変更について了承した。
- 準会員として以下の入会を承認した。

東京都	医療法人社団オリーブ 清澄ヶアクリニック 理事長 刀s 智之
香川県	医療法人社団功寿会 アイシークリニック 理事長 岡部 功

 他に退会が1会員あり、準会員数は合計111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)について承認した。
- 2021年度決算報告(案)について承認し、第10回定時総会に諮ることになった。
- 第10回定時総会の開催について承認した。
- 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。

- 日本医師会の役員改選について報告があった。

【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」「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」「高齢者医薬品適正使用検討会」「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。
- かかりつけ医療能に関する事例集について報告された。
- ミャンマー・ベトナム介護技能実習生の入国等について報告があった。
- 2021年度人間ドックに関する調査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

北海道	協立病院
東京都	花と森の東京病院
長野県	丸の内病院
広島県	山陽病院
宮崎県	整形外科前原病院
- ◎一般病院 2

北海道	斗南病院
東京都	公立昭和病院
長野県	伊那中央病院
- ◎慢性期病院

埼玉県	所沢ロイヤル病院
沖縄県	与勝病院
- ◎精神科病院

福岡県	聖ルチア病院
-----	--------

 4月1日現在の認定病院は合計2,043病院。そのうち、本会会員は866病院と、全認定病院の42.4%を占める。

看護の処遇改善のシミュレーション結果に好意的な反応

日病協・代表者会議 入院料への100種類の点数設定で過不足少なくできる

日本病院団体協議会は6月17日に代表者会議を開き、看護の処遇改善や閣議決定された骨太方針2022などをめぐり意見を交換した。

看護の処遇改善については、中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会や総会で、議論が進んでおり、処遇改善に必要な金額を入院料などへの上乘せによる診療報酬の収入で確保する方法でシミュレーションが行われた。

地域医療機能推進機構理事長の山本修一副議長は会見で、「前回までの日病協では、過不足のない対応は不可能で制度設計は困難との意見が多かったが、シミュレーション結果をみると、入院基本料に100種類の点数を設定する場合などで、過不足を少なくできる

ことがわかり、それに対して、何とかなるんだという、好意的な反応が多かった」と、日病協での議論を報告した。

外来の初再診料を加えることは是非については、「(日病協では特に議論されていないが)個人的には、シンプルな制度であることが望ましいので、外来の初再診料は含めないほうがよいと思う」と述べた。

骨太方針2022については、日本私立医科大学協会参与の小山信彌議長が、医療DXの推進が大きな柱となっていくとの認識を示した上で、「マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認システムの推進などを病院団体として、反対ではなく、積極的に対応すべきとの意見が出ている」と述べた。

また、新型コロナ対策で政府から、公立・公的病院などに病床確保の協定の締結を義務づける方針が示されていることに対しては、山本副議長が、「事前によく話し合っ、協定を結ぶこと自体はよいことだと思う。ただ、強権的に数字合わせで、病院の実情を考慮せずに、何床出せと命令するのはおかしなことで、病院の実情を踏まえた対応がなされるのであれば、協力する」との考えを示した。

感染対策向上加算1で疑義解釈

前回の日病協代表者会議では、2022年度診療報酬改定で新設された感染対策向上加算1が、新型コロナの重点医療機関でなくなると、算定できなくな

ることを問題視する発言が出ていた。これに対しては、6月1日の疑義解釈(その10)で回答が示されていることが報告された。

回答では、「都道府県の判断により一時的に協力医療機関に変更された場合であって、都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制」にある場合は、重点医療機関でなくなっても、感染対策向上加算1を算定できることが示された。

ただし、この場合は、自治体のホームページにおいて、重点医療機関として指定を受けていた期間と、都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあることを公開する必要があるとしている。

初の定時総会を開き会員を募集

在支病連絡協議会

超高齢社会を乗り切る役割を果たす

一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会は6月22日、初の定時総会を開催し、2022年度事業計画や設立趣意書を承認するとともに、6月23日から会員を募集することを決定した。

同協議会は、四病院団体協議会の委員会から独立して法人化した。公的に認められた中小病院唯一の病院機能である在宅療養支援病院をさらに発展させ、超高齢社会を乗り切る役割を果たすことを設立の趣旨としている。

会長には、鈴木邦彦・日本医療法人協会副会長、副会長に織田正道・全日病副会長、生野弘道・日本病院会常任理事、片山成仁・日本精神科病院協会が就任した。監事は、猪口雄二・全日

病会長、相澤孝夫・日本病院会会長が担当。

正会員の会費は年間2万円、賛助会員は団体で4万円、個人で5千円。会員の医療機関は、在支病のほか、在支病を目指す医療機関を想定する。

総会後の会見で、鈴木会長は、設立趣意書を読み上げ、「病院の7割を占める許可病床数200床未満の中小病院は、診療所や有床診療所とともに、かかりつけ医機能を持ちながら、入院医療を通じて我が国の地域医療に貢献してきた」と経緯を振り返りつつ、今後の超高齢社会を見据え、「地域包括ケアシステムを支える地域密着型の中小病院が必要不可欠」と述べた。

織田副会長は、「今後、85歳以上が急増する超高齢社会になると、入院・外来・在宅の機能を持つ在支病の役割はさらに大きくなる。ソロ・プラクティスの診療所とも連携を取りながら、グループ・プラクティスである病院が、地域を支えていくことができる」と述べ、病院が在宅医療を担うことの意義を強調した。

超高齢社会を乗り切るための医療提供体制の改革では、大病院と中小病院の役割を明確に分け、中小病院に対しては地域包括ケアシステム・かかりつけ医機能を担う病院や単科専門病院を担う方向性が、診療報酬改定などで示されている。



これを踏まえ、趣意書添付の資料では、地域共生社会を実現するための医療3条件として、①高機能急性期大病院の計画的整備による集約化②地域包括ケアシステムを支える地域密着型中小病院の分散化③かかりつけ医機能のさらなる充実・強化—をあげた。

また、2022年度診療報酬改定においては、機能強化型在支病の機能として、後方ベッドの確保、緊急の入院患者の受入れ、地域包括ケア病棟入院料・管理料1・3の届出を施設規準で評価する要件見直しが行われている。鈴木会長は、これまで一緒であった在宅療養支援診療所と在支病の機能の違いを明らかにしたものとの認識を示した。

■ 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)(税込)	備考
医療に関する税制のポイント、及び消費税のインボイス制度(適格請求書等保存形式)・電子帳簿等保存制度の概要セミナー(第2弾)(WEB開催)(500施設)	2022年8月1日(月) (一定期間はセミナーの内容を動画視聴できる)	5,500円(7,700円)	2023年10月から制度開始となる「消費税のインボイス制度(適格請求書等保存形式)」、それに先駆けて2022年1月1日から適用されている「電子帳簿等保存制度」の見直しについての注意事項と具体的な事例を基に知っておくべき制度の理解や事務処理対応等を説明する。
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。
2022年度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(WEB開催)(70名)	2022年9月23日(金・祝) 2022年9月24日(土)	27,500円(33,000円)	「院内医療事故調査の指針(第2版)」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、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究(西澤班)」の研究協力者である宮澤潤弁護士や練馬総合病院の飯田修平理事長らを講師に招き、研修会を開催する。
「QMS(Quality Management System)事例紹介」WEBセミナー(WEB開催)(100名)	2022年10月16日(日)	5,500円(8,800円)	医療が高度化、複雑化する中で、組織的に質を管理し、改善していくための仕組みである質マネジメントシステム(Quality Management System=QMS)について、導入している2病院(大久野病院(東京都)、飯塚病院(福岡県))が実際の取組みを発表する。また、早稲田大学理工学術院創造理工学部の棟近雅彦教授が講義を行う。
2022年度看護部門長研修コース(第1・7単位以外はWEB開催)(48名)	2022年8~11月 (全7単位・9日間) ※第1・7単位は 全日病会議室	165,000円(275,000円)	病院組織内で最大の職員数を擁する看護部門のマネジメントは大変重要であり、組織のトップマネジメントの一員として管理、運営に参画できる看護管理者の育成を目的に、2005年度より看護部門長研修コースを実施している。2015年度より「看護管理士」認定と5年間の更新制度を導入した。
ハワイ研修旅行 (成田発着48名・ 関空発着20名・ 福岡発着20名)	2022年 10月30日(日)~ 11月4日(金)	成田発着311,400円 関空発着320,400円 福岡発着312,400円 ※燃油サーチャージを含むが、 原油の変動により金額が変更 される可能性がある。	米国の医療情報に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、常夏の島ハワイにおいて会員の皆様の交流をさらに深めることのできる企画を用意している。研修旅行、医師・看護師等医療従事者の研修、福利厚生、永年勤続者表彰などの利用が望まれる。