



全日病NEWS

2023.3.1 No.1027

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

電子処方箋の導入に伴う補助金に関する要望書を提出

医療関連団体 補助率の引上げ、事業額上限の引上げ、補助申請期限の見直しを要望

全日病を含む医療関連団体は2月16日、電子処方箋導入に伴う補助金に関する要望書を加藤勝信厚生労働大臣に提出した。要望は3点で、①補助率の引上げ②事業額上限の引上げ③補助申請期限の見直しとなっている。電子処方箋の有用性を認めつつも、国による支援が不十分で、普及が進まない状況を指摘。電子処方箋導入に伴う補助金を拡充することなどを訴えた。

要望書は、日本医師会、日本病院会、全日病、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全国医学部長病院長会議、国立大学病院長会議、日本私立医科大学協会となっている。

電子処方箋の運用は今年1月から始まった。患者の同意に基づく過去の処方・調剤情報のリアルタイムの共有や、重複投薬、併用禁忌の自動チェックが可能となることで、従来以上に正確かつ安心・安全な医療サービスの提供に寄与するものと考えられる。医療関連団体としても、その普及・啓発に取り組んでいる。

電子処方箋を導入する医療機関・薬局に対しては、医療情報支援基金による補助金が整備されている。しかし、「補助率の低さ」、「事業額上限の低さ」、「導入期限(2023年4月以降は補助率がさらに低下する)」といった3つの問題があり、このままでは十分なインセンティブになり得ず、普及が進まないことが想定される。

電子処方箋の最終受益者は、より最適な医療を受けることができる患者であり、また、必要としない重複投薬の回避などにより、国民医療費の適正化を実現できる国であると考えられる。

一方、医療機関側は、電子処方箋を導入しても収益増につながるわけではない。電子処方箋に限らず、医療DXを国策として推進するのであれば、現場のシステム導入や維持、それに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、本来、国が負担すべきである。

これらを踏まえ、電子処方箋導入に伴う補助金の拡充として、以下の3点を要望した。

- ①補助率の引上げ
- ②事業額上限の引上げ
- ③補助申請期限の見直し

(補助率の引上げ)

補助率は、2023年3月31日までに電子処方箋を導入した場合には、病院が3分の1、診療所が2分の1、2023年4月1日以降に導入した場合には、病院が4分の1、診療所が3分の1となっており、医療機関側の負担が必ず発生する建付けとなっている。

10分の10(いわゆる実費補助)とするのが、本来のあるべき姿であり、医療機関の自己負担ができる限り少なくなるよう、補助率の引上げを要望する。**(事業額上限の引上げ)**

今回の補助対象となる事業額の上限は、大規模病院が486.6万円、それ以外の病院が325.9万円、診療所が38.7万円となっている。

この金額は、電子処方箋のシステムが明確化される前に実施したシステム事業者への聞き取り調査を参考に決めた金額とされている。

た金額とされている。

その際、医療機関側が作業しなければならない工程が多めに設定されるなど、実態にそぐわない低めの金額が見積もられている。国として改めてシステム事業者に調査を実施し、実態を反映した事業額上限の引上げを要望する。**(補助申請期限の見直し)**

2023年4月1日以降の導入の場合、補助率が低減する。しかし、公表と同年度内の導入を求められても、そのための予算を確保することは困難な状況にある。

現在、医療機関もシステム事業者も、電子処方箋の基盤となるオンライン資格確認の対応で余裕がない。システム事業者においても、電子処方箋対応のための開発や現場の受入れ体制整備が全く不十分であることは、全国4か所のモデル事業をみても明らかだ。

2022年度内に導入できる医療機関は、ごくわずかであると考えられる。2023年度以降に導入する場合の補助率低減の廃止、もしくは低減するまでの期限の大幅な延長を要望する。

総合確保方針の改定案を大筋で了承

医療介護総合確保促進会議**ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿もまとめる**

厚生労働省の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)は2月16日、総合確保方針の改定案を大筋で了承した。また、別添として「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」をまとめた。2024年度の医療・介護・福祉の同時報酬改定の議論でも活用される。

総合確保方針の意義では、従来の「団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年に向け」、「その後の生産年齢人口の減少加速等を見据え」との文言を加え、今後、医療・介護サービスの担い手や、社会保障費用を負担する人口が減少することを強調した。

基本的方向性として、①「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築②サービス提供人材の確保と働き方改革③限りある資源の効率的かつ効果的な活用④デジタル化・データヘルスの推進⑤地域共生社会の実現一をあげた。

「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築では、入院医療については、「2025年に向けて地域医療構想を推進し、さらに機能分化・連携を進めて

いくこと」、外来・在宅医療については、「外来機能報告制度を踏まえ、紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うこと」が重要とした。

サービス提供人材の確保と働き方改革では、医療・介護サービス提供人材確保と働き方改革を、地域医療構想と一体的に進めるべきであることを指摘している。

限りある資源の効率的かつ効果的な活用では、医療保険制度や介護保険制度の持続可能性を高めるためにも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築などの推進を求めている。

デジタル化・データヘルスの推進では、オンライン資格確認システムを通じた医療・介護情報の標準化、共有・活用の基盤創設の方針を盛り込んだ。

地域共生社会の実現では、医療・介護提供体制の整備において、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付ける視点を示した。

別添の「ポスト2025年の医療・介護

提供体制の姿」では、医療・介護の複合的ニーズを持つ高齢者の高止まりと生産年齢人口が減少する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を描いている。

医療機能については、入院での医療機能の分化・連携、外来での大病院への外来患者の集中を緩和する取組みとともに、在宅医療を含め、身近な地域での日常的な診療、疾病予防のための措置その他医療を行うかかりつけ医機能の制度整備を行うことを明記した。

**本号の紙面から**

ゾコーバの薬価算定方法決定	2面
先進医療の総金額1.5倍に	3面
在支病連絡協議会の取組み	4・5面
全日病・DPCセミナー	6面
日病協が国に財政措置要望	7面
マスク着用の考え方見直し	8面

第11回臨時総会 開催のご案内**下記日程で第11回臨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11回臨時総会	目的事項
日時 2023年3月25日(土)	報告事項
午後1時~午後2時(予定)	(1) 2023年度事業計画について
会場 全日本病院協会 大会議室	(2) 2023年度予算について
東京都千代田区神田猿樂町2-8-8	(3) 2022年度事業計画の一部変更について
住友不動産猿樂町ビル7F	(4) 2022年度補正予算について
Tel. 03-5283-7441	(5) その他
	決議事項
	第1号議案 顧問(案)について
	その他

清話抄

東日本大震災から12年に思う

28年前の1995年1月17日午前5時46分、阪神・淡路大震災が発生しました。その当時の私は医師国家試験を控えた医学部6年生でした。学生でしたのでもちろん何もすることができず、ただただテレビで惨状を目

にするだけでした。

2011年3月11日午後2時46分、東日本大震災が発生しました。私は震災発災から約2か月後の5月下旬に宮城県南三陸町へ医療支援に行きました。母校同窓会の派遣隊として、8日間の派遣を交代で行いました。私はコーディネーターとして2人の後輩医師と2人の臨床心理士とともに現地入りしました。志津川病院仮設診療所での診療、避難所などの巡回を行ったことを鮮明に思い出します。

阪神・淡路大震災を契機に災害急性期の医療体制の整備が進みました。クラッシュ症候群などの急性期外傷患者に対するDMATや災害拠点病院が整備され、現在の広域医療搬送の基盤整備につながりました。

東日本大震災では、津波と原子力発電所からの放射能漏れという未曾有の大災害を経験しました。DMATが活動する急性期から、亜急性期・慢性期を担うAMATなどの医療団体や各医療機関へのスムーズな後方支

援移行、DMATロジスティクスおよび本部機能の強化が求められ、医療搬送、病院避難体制、避難所ニーズ対応などの課題が明らかとなり、検討される契機となりました。

今日11日で東日本大震災から丸12年。今後起こりうる可能性の高い南海トラフ地震や首都直下地震に対して、過去の経験・教訓を活かし「防災」「減災」を念頭においた万全の体制整備が喫緊の課題であることを改めて考えざるを得ません。(齊藤晋)

主張

民間中小病院として かかりつけ医機能を発揮したい

骨太の方針2022は、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備…法制上の措置を含め地域医療構想を推進する」と明記した。

これを受けて財政当局は、かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、かかりつけ医を認定する制度を設け、事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入すべきとした。登録制とえば、英国では受診に際し登録した総合診療医(General Practitioner:GP)

にかかる必要があるが、GPで紹介されて専門医の治療を受けるまで1カ月以上もかかるという。

現在の医療制度改革の源流である社会保障制度改革国民会議は2013年8月、「フリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」と報告した。「緩やかな」という言葉遣いに医療政策の考え方が表れている。すなわち、英国のように、かかりつけ医に厳

格なゲートキーパー機能を持たせるのではなく、あくまで「必要な時に必要な医療にアクセスできる」ことを基本に一定の制限を加えようというのである。わが国ではすでに2016年度から、紹介状のない患者が一定規模以上の病院を外来受診した場合、自己負担に加えて定額負担が課せられる仕組みが導入され、2022年には負担額が引き上げられた。翻って英国を見ると、かつてはGPが住所で自動的に決まる仕組みだったが、現在は近所のGPリストから自分で選択できる制度に変更されている。日本と英国の違いは、フリーアクセスと登録制のどちらをベースにするかということであり、患者が医療を

受ける自由と入口を絞る制限との間で兼ね合いを取ろうとしている点では共通しているとも言える。

「かかりつけ医」を巡る議論はまだ途上であるが、忘れてならないのは、全日本病院協会が依って立つ「かかりつけ医とは患者・国民が選ぶものであり、かかりつけ医機能とは医療機関が患者・国民に示すものである」という原則である。「地域医療を担う病院＝かかりつけ医機能支援病院」を目指す会員病院の医師や看護師、MSW等を対象とした研修も実施していくので、民間中小病院としての「かかりつけ医機能」を遺憾なく発揮してほしい。

(安藤高夫)

ゾコーバ錠の薬価算定方法の検討結果をまとめる

中医協総会

複数の比較薬を選定し類似薬効比較方式で算定

中医協総会(小塩隆士会長)は2月15日、新型コロナの治療薬であるゾコーバ錠(塩野義製薬)の薬価収載に伴う薬価算定方法の検討結果をまとめた。複数の比較薬を選定し類似薬効比較方式で算定するほか、市場規模が予測を超えて拡大した場合の薬価引下げに迅速に対応するため、出荷量などの情報に基づき、年間販売額を推計する。

ゾコーバ錠は、新型コロナの感染状況などにより、市場規模が大きくなる可能性がある。このため、2022年度薬価制度改革の骨子に基づき、通常の薬価専門組織による薬価算定の手続きに先立って、中医協で薬価算定方法の検討を行った。

基本的には、開発に大きなリスクを伴う感染症分野の革新的な医薬品であるという「イノベーションの推進」という観点と、医療保険財政への影響をできる限り少なくするという「国民皆保険の持続可能性」という観点の両方を勘案して、ゾコーバ錠に限った特例的な対応を検討することになった。

薬価算定の既存ルールでは、効能・効果が類似する比較薬がある場合に、1日あたり薬価を合わせる類似薬効比

較方式がある。ゾコーバ錠には比較薬があることから、類似薬効比較方式を用いる。比較薬の選定にあたっては、新型コロナという対象疾患の類似性と投与対象者の類似性(重症化リスク因子の有無)のいずれを優先するかによって、算定薬価が大きく変動することから、複数の比較薬を選定し、薬価を算定することになった。

その際、実際に薬価を算定する薬価算定組織に対しては、ゾコーバ錠の臨床的意義や想定される市場規模などを考慮した上で、算定の考え方を明らかにすることを求めた。保険収載に向けては、通常の手続きと同様に、薬価算定組織において審議した上で、中医協総会の了承を経て、薬価収載を行う。

ゾコーバ錠には、◇重症化リスク因子のない軽症・中等症患者が投与対象となる点で、既存薬とは異なり、対象患者数が大きく異なる可能性がある◇呼吸器感染症に対して重症化リスクに関わらず投与される抗ウイルス薬として、インフルエンザに用いる薬剤が想定されるが、新型コロナの抗ウイルス薬と比較すると、治療薬価が大きく異なる一などの特徴があり、薬価がどの

水準で設定されるかが注目される。

中医協の議論では、ゾコーバ錠が、禁忌となっている妊婦に投与された事例が生じたことが問題視され、適切な患者に限って投与されることの徹底が求められた。このため、添付文書に基づいて、併用薬剤や妊娠の有無などの禁忌事項を確認するとともに、医薬品医療機器等法の承認条件により、有効性・安全性の情報などについての文書による説明と同意取得が求められていることを留意事項通知で明示する。

市場規模を迅速に把握し対応

ゾコーバ錠の市場規模が、予測よりも大幅に拡大した場合には、市場拡大再算定等により薬価を適正化する必要が生じる。しかし、現在のルールでは、短期間で急激な変動が生じうる新型コロナという感染症の特性から、適切な時期に適正化することが困難である。

迅速な対応を可能とするため、新型コロナの患者発生状況や投与割合、出荷量などの情報に基づき、年間販売額を推計し、再算定の適否を判断する。推計データによる再算定は、既存の市場拡大再算定のルールのうち、1,000億円

超～1,500億円以下または1,500億円超という年間販売額が極めて大きい品目の取扱いの特例に限り適用する。

推計データに基づき再算定を適用する場合は、既存の市場拡大再算定の算定式を用いる。一方で、再算定を行う場合の引下げ率の上限は、予想販売額により影響が異なることから、引下げへの激変緩和措置も考慮した上で、薬価収載時に中医協総会で検討する。

中医協での審議から再算定後薬価の適用までの期間は、医療機関などにおける薬価改定への対応に要する期間を勘案し、通常再算定と同様の期間(2～3か月程度)を設ける。ただし、今回の取扱いは、通常の手続きを迅速に行うための措置であることから、推計データ把握から適用まで4か月程度を目途に対応する。

なお、現行の市場拡大再算定では、年間販売額が極めて大きい品目に対する特例として、◇年間販売額が1,000億円超～1,500億円以下、予想販売額比が1.5倍以上の場合に10～25%の薬価引下げ◇年間販売額が1,500億円超、予想販売額比が1.3倍以上の場合に10～50%の薬価引下げ一を実施する仕組みがある。

厚労省が特定保険医療材料の保険償還価格を訂正

中医協総会

すでに販売後の「Niti-S EUS-BD」も訂正

厚生労働省は2月15日、特定保険医療材料の保険償還価格を訂正したことを中医協総会に報告した。保険償還価格が間違っていたのは、経消化管胆道ドレナージシステムの「Niti-S EUS-BD」、髄内釘の「メディカーボ・ヒップネイル ネイル」、横止めスクリューの「メディカーボ・ヒップネイル ラグスクリュー」の3製品。特に、「Niti-S EUS-BD」については、すでに販売されている。厚労省は1月31日付けで事務連絡を發出しており、医療機関や審査支払機関に周知している。

「Niti-S EUS-BD」は「290,000円」を

「289,000円」、「メディカーボ・ヒップネイル ネイル」は「162,000円」を「159,000円」、「メディカーボ・ヒップネイル ラグスクリュー」は「36,600円」を「38,100円」に訂正した。厚労省は、事案発生の理由として、「2022年12月1日に保険適用を行う2製品3品目について、類似機能区分比較方式での補正計算を行う計算過程において、正しい計算式に基づいた補正加算率により加算すべきところを補正する前の加算率で加算していた」と説明した。

その上で、再発防止策として、「計算過程において、複数の独立したチェッ

ク体制とする」との考えを示した。

また、同日の中医協総会では、医療機器の保険適用について、区分C2(新機能・新技術)の「Cellex ECP システム」(ヴォーパル・テクノロジーズ株式会社)を了承した。主な使用目的は、ステロイド抵抗性または不耐容の慢性移植片対宿主病に対する体外フォトフェレーシス(ECP)治療としている。

保険償還価格は189,000円で原価計算方式により算定した。市場性加算(I)10%がついており、2023年3月収載予定となっている。

そのほか、先進医療会議からは、先

進医療Bの科学的評価結果が報告された。「高密度焦点式超音波療法を用いた前立腺癌局所療法」(申請医療機関＝東海大学医学部付属病院)が「適」とされ、認められた。

適応症は「MRI-経直腸の超音波画像融合画像ガイド下前立腺標的生検、および経会陰式系統的12カ所生検により前立腺内部における癌局在診断が行われた限局性前立腺癌症例」で、用いる医薬品は「ソナプレート500(タカイ医科工業)。保険給付されない費用は67万円、保険給付される費用は23万2千円、一部負担金は10万円となっている。

医療保険の資格確認書を無償で発行

デジタル庁

マイナンバーカードでオンライン資格確認を行わない場合

加藤勝信厚生労働大臣、河野太郎デジタル大臣、松本剛明総務大臣が参加するデジタル庁の「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」は2月17日、中間報告をまとめた。政府は、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を加速し、2024年秋の健康保険証の廃止を目指している。で

きる限り多くの国民にマイナンバーカードを持ってもらう対応を図るが、マイナンバーカードの取得自体は義務ではない。このため、健康保険証廃止後は、マイナンバーカードのオンライン資格確認を医療保険の資格確認の基本とするものの、それができない人には、資格確認書を無償で発行する。

マイナンバーカードのオンライン資格確認ができない人として、◇マイナンバーカードを紛失した人◇介護が必要な高齢者や子どもなどマイナンバーカードを取得していない人一などを想定した。資格確認書の有効期間は、1年を限度として各保険者が設定する。

また、健康保険証の廃止後、発行済

みの健康保険証を1年間を限度に有効とみなす経過措置を設ける。

マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みも創設。発行期間の短縮に加え、カードの発行主体である地方公共団体情報システム機構から申請者に直接送付することで、申請から1週間以内(最短5日)で交付する。

中間報告では、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うと、患者の窓口負担が安くなることを含め、患者・医療機関・保険者のそれぞれにメリットがあることなどを、国民に丁寧説明する必要性を強調している。

2024年度改定に向け医療技術の評価方法を了承

中医協 医療機器等の適切な技術料の評価を行うための方法も整理

中医協総会(小塩隆士会長)は2月15日、医療技術評価分科会から報告を受けた「2024年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について」を了承した。2024年度改定で医療技術の保険適用や既存技術の再評価を行うための手続きや課題が示された。また、情報通信技術を活用した医療機器など従来の評価方法では、適切な技術料の設定が困難な事例が出てきていることを踏まえ、評価を審議する会議体を整理した。

医療技術の保険診療への適用については、関係学会などからの提案書を受けて、厚生労働省が評価案を作成。分科会で議論し、議論の結果が中医協に報告される。その上で、診療報酬改定の議論の中で中医協が決定する手続きとなっている。先進医療の場合は、先進医療会議での科学的根拠などの検討結果の報告を分科会が受ける。

2024年度改定の医療技術の評価は、基本的には2020年度、2022年度改定と同様の取扱いとする。評価の対象となる医療技術は、医科診療報酬点数表の特掲診療料第1部「医学管理」から第13部「病理診断」に該当する技術であり、医療技術としてアウトカムが改善するなどの有効性をデータで示すことができるものに限られる。

また、薬事承認されていない医薬品、医療機器、体外診断薬を使用するものは、原則として分科会における評価の対象外とする。承認が見込まれるもの

は、2023年8月末までに確実に承認取得が可能な場合のみ、評価の対象となる。先進医療として実施されている医療技術については、2018年度改定以降の取扱いと同様に、分科会における評価の対象とする。

2022年度改定で、DPCデータの検証を通じて、KコードとSTEM7の対応関係に、一定の評価結果と課題が得られた。これを踏まえ、厚労省行政推進調査事業「リアルワールドデータ(RWD)に基づく外科手術などの高度化・多様化する医療技術の評価及びRWDの活用に関する研究」において、研究を進めることになっている。

具体的には、◇1つのKコードに対して、手術部位ごとにSTEM7が分類されている整形外科領域の一部の術式の体系化が可能と考えられたことから、整形外科領域の同様の術式についても検証を進め、2024年度改定でKコードの体系化を検討する◇DPCデータの麻酔時間を用いた現状の評価方法について、一定の限界も存在することから、さらなる評価方法の検討を進める一としている。

今後のスケジュールとしては、2024年度に向け、学会などからの医療技術の提案書の受付を今年2月中旬から開始し、6月上旬に締め切る。6月以降、提案内容について重複や薬事承認などの確認を行い、ワーキンググループの意見を聴取した上で事務局が評価案

を作成。評価案を分科会で議論する。

学会などからの提案とは別に、分科会が指定する既存医療技術については、再評価の対象とする医療技術として、関係学会へ報告を求めることになった。分科会が指定した医療技術は、◇2022年度改定において対応する優先度の高いものとされた医療技術のうち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等で記載あり」とされた医療技術(113件)◇2016年度から2022年度改定において、レジストリの登録を要件として保険適用された医療技術(35件)。

現行の診療報酬上の評価の観点から、臨床的位置づけや根拠の変化の有無などを記載する報告書様式が新設されたため、分科会が指定した医療技術について、学会から提案書を受けるだけでなく、分科会としても確認する手続きを経ることになっている。

報告書のスケジュールとしては、2月中旬に受付を開始し、4月下旬を締め切りとする。4月以降、厚労省によるヒアリングなどを行った上で、評価案を作成。分科会で議論を行う。

チャレンジ申請も踏まえた対応

また、医療技術の評価においては、近年、情報通信技術など医療機器などに用いられる技術の多様化や、検査に用いられる測定方法の多様化により、類似する既存技術に対する評価との整

合性などの観点から、適切な技術料の設定が困難なものが出てきている。

例えば、医療機器の有用性のうち、製品導入時には評価できなかった部分について、使用実績を踏まえて保険収載後に再度評価を行うことができる仕組み(チャレンジ申請)がある。このチャレンジ申請は、保険医療材料等専門組織(保材専)での審議結果を踏まえ、技術料の具体的な評価を分科会で議論することになっている。

しかし、技術料の設定・見直しを伴う医療技術に対する評価一般についての分科会と保材専の役割は明確になっていない。このため、チャレンジ申請での取扱いを踏まえ、画期的な医療技術・医療機器などの適切な評価を行うための審議の整理が求められている。

このことから、今後の運用として、◇基本診療料の点数、算定留意事項または施設基準を変更するものは総会で審議する◇特掲診療料の施設基準を変更するものや、「医学管理等」に新たな技術料を設定するものなどは、分科会で審議する一ことなどを決めた。

これらに該当しないもののうち、学会などから分科会に提案がなされた場合は分科会で審議し、製造販売業者から保険適用希望書が提出された場合は従前どおり保材専で審議する。当面の間、これらの運用を試行的に実施し、2024年度改定の際に必要な見直しを行うとしている。

不妊治療により2022年の先進医療の総金額が約1.5倍に

中医協 過去5年間の先進医療の実績報告

厚生労働省は2月15日の中医協総会(小塩隆士会長)に、先進医療の実績を報告した。過去5年間の実績をみると、2022年(2021年7月1日～2022年6月30日)の先進医療の総金額は約151億円で、2021年同時期の約103億円の約1.5倍となった。2022年度診療報酬改定で不妊治療が保険適用され、学会の推奨度が十分ではない医療技術が先進医療に導入された影響が大きい。

過去5年間の実績(右表参照)をみると、総金額は2018年(2017年7月1日～2018年6月30日)が約285億円、2019年同時期が約352億円に対し、2020年同時期は約99億円で大きく下がった。これは、2020年度改定で先進医療Aから「多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術」が除外された影響が大きいと考えられる。

2021年同時期は約103億円で、2020年同時期と大体同水準であり、2022年同時期に約151億円と対前年同期比で1.5倍となった。

2022年(2021年7月1日～2022年6月30日)の先進医療Aの費用をみると、総金額が最も高いのは、「タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養」(45億1,238万円)、次いで、「陽子線治療」(41億4,775万円)、「重粒子線治療」(18億8,893万円)。「タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養」は、胚を培養する過程を、培養器内のカメラにより撮影して観察し、正確な胚の評価を可能とする技術となっている。

なお、総金額とは、先進医療の保険外併用療養費の保険診療分と自費となる先進医療分を合算した金額である。

患者申出療養の実績報告

同日の中医協総会で、厚生労働省は、患

者申出療養の実績も報告した。患者申出療養の2022年(2021年7月1日～2022年6月30日)の総金額も、約2.6億円と対前年同期比で大きく増加している(下表参照)。総金額が最も大きい患者申出療養は「マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファ

イリングに基づく分子標的治療(根治切除が不可能な進行固形がん)」の2億1,087万円で突出している。

1件あたりの患者申出療養は約32万6千円で他の患者申出療養と大差ないが、実施件数が250件で他の患者申出療養と一桁違う。理由の一つは、臨

床研究中核病院である国立がん研究センター中央病院が協力医療機関と連携し、12施設で実施しており、実施医療機関数が多いことによる。1件あたりの患者申出療養では、「トラスツマブエムタンシン静脈内投与療法」が約306万円で最も高くなっている。

先進医療の実績報告

(過去5年間の実績)

	実績報告対象期間	技術数	実施医療機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養費の総額(保険診療分)	先進医療及び旧高度先進医療の総額	全医療費のうち先進医療及び旧高度先進医療分の割合
平成30年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績※1	H29.7.1～H30.6.30(12ヵ月)	92	936施設	28,539人	約285億円	約45億円	約240億円	84.3%
令和元年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績	H30.7.1～R1.6.30(12ヵ月)	88	1,184施設	39,178人	約352億円	約54億円	約298億円	84.6%
令和2年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績※2	R1.7.1～R2.6.30(12ヵ月)	83	252施設	5,459人	約99億円	約37億円	約62億円	62.6%
令和3年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績	R2.7.1～R3.6.30(12ヵ月)	83	267施設	5,843人	約103億円	約41億円	約62億円	60.2%
令和4年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績	R3.7.1～R4.6.30(12ヵ月)	83	428施設	26,556人	約151億円	約85億円	約67億円	44.1%

※1 平成30年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

※2 令和2年度診療報酬改定の際、一部の技術が保険導入又は廃止されたことに留意する必要がある。

患者申出療養の実績報告

(過去5年間の実績)

	実績報告対象期間	技術数	実施医療機関数	全患者数	総金額	保険外併用療養費の総額(保険診療分)	患者申出療養の総額	全医療費のうち患者申出療養分の割合
平成30年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	H29.7.1～H30.6.30(12ヵ月)	4	23施設	84人	約2.3億円	約1.6億円	約0.7億円	32.2%
令和元年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	H30.7.1～R1.6.30(12ヵ月)	7	24施設	38人	約0.5億円	約0.3億円	約0.2億円	41.4%
令和2年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R1.7.1～R2.6.30(12ヵ月)	7	21施設	78人	約0.6億円	約0.3億円	約0.3億円	52.4%
令和3年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R2.7.1～R3.6.30(12ヵ月)	8	23施設	208人	約1.9億円	約0.95億円	約0.95億円	50.2%
令和4年6月30日時点で実施されていた患者申出療養の実績	R3.7.1～R4.6.30(12ヵ月)	8	24施設	296人	約2.6億円	約1.5億円	約1.1億円	42.0%

特別インタビュー

日本在宅療養支援病院連絡協議会の取組みと今後の展望

地域密着型の中小病院が在支病となって

日本在宅療養支援病院連絡協議会が昨年3月に設立された。在宅療養支援病院は、地域密着型の中小病院が担う病院機能としては唯一、診療報酬上で明確化されている。在支病には、日常生活圏域の範囲で整備する地域包括ケアの要として、在宅医療や緊急入院などを実施・支援する役割が求められている。また地域の診療所と連携し、かかりつけ医機能を担う主体としても、期待されている。日本在支病連絡協議会の鈴木邦彦会長と織田正道副会長に在支病の役割や今後の取組みをきいた。



2022年3月に連絡協を法人化

——なぜ、昨年3月のタイミングで設立したのかということを含めて、日本在支病連絡協議会発足の経緯と狙いについておききします。

鈴木 法人設立までの経緯を振り返ると、社会保障・税一体改革の議論の中で、2013年8月6日に政府の社会保障制度改革国民会議が報告書をまとめ、地域医療構想の実現や地域包括ケアの構築が謳われました。その2日後、当時、私は日本医師会の常任理事でしたが、日医・四病院団体協議会として合同提言を行いました。

合同提言の主張には2本柱があり、一つはかかりつけ医機能の充実・強化であり、それは日医のかかりつけ医機能研修制度の創設につながりました。もう一つが、地域包括ケアを支援する中小病院・有床診療所の意義を訴えることでした。同年11月18日の四病協の追加提言では、そのような医療機関を「地域医療・介護支援病院」と位置づけました。

これを受け、2014年度診療報酬改定では地域包括ケア病棟入院料が新設され、2018年度改定では、病院機能として200床未満の病院だけが算定でき、地域包括ケアの実績を評価した入院料1・3等が新設されました。病院機能としての評価を目指していたので、完全とは言えませんが、我々の主張が部分的には実現したことになります。そして、2022年度改定で病院機能として

の在支病が明確化されました(後述)。

その後、私は日本医療法人協会副会長としての四病協の活動の中で、織田正道先生に代わり、四病協の在宅療養支援病院に関する委員会の委員長となりました。ただ、四病協の委員会だと「発信力」に限界があり、もう少し独立した形でやりたいという思いがありましたので、四病協の会長先生方と相談し、昨年3月に日本在支病連絡協議会の設立に至ったということになります。

なぜ、このタイミングでの設立なのかということでは、医療・介護等の同時報酬改定が2024年度であり、昨年いっぱい議論された第8次医療計画も2024年度から始まります。また、社会保障・税一体改革は元々、2025年を見据えた改革ですので、それに間に合う形で、我々の取組みもスピードアップさせたいと思っていました。

また、コロナ禍では、大病院と比べて、中小病院がコロナ患者を診療しないという批判が一部の報道でありました。しかし、急性期の大病院と地域密着型の中小病院では機能が異なり、中小病院は大病院のミニ版ではありません。急性期の大病院であれば、コロナの重症患者を一定数受け入れることができますが、中小病院ではそれが難しいことをわかってほしいと思っていました。

今後の機能の明確化では、高度急性期の大病院は人口50万～100万人あたり一か所程度、医療資源を集約化し、高度急性期医療の機能を高める必要

があります。他方で、地域密着型の中小病院は人口2万～4万人あたり一か所程度の分布で、集約化ではなく、むしろ分散化させることが求められます。超高齢社会を乗り切るためには、このような体制を作っていくべきです(下図参照)。

茨城県では、コロナの第3波で、急性期の大病院がコロナ患者を受けきれなくなり、地域密着型の中小病院が後方支援を行い、中等症・軽症のコロナ患者を受け入れたりと、在宅療養などの患者を支援したりしました。急性期の大病院だけの対応では、退院できない患者が溜まって、新規受入れができなくなります。中小病院との連携により、医療崩壊を起こさずに切り抜けました。

このように、急性期の大病院と地域密着型の中小病院という2つの軸が必要です。前者は、特定機能病院や地域医療支援病院が担いますが、後者の病院機能は、在支病だけです。200床未満の病院を対象にした診療報酬はいろいろな項目がありますが、病院機能としては在支病だけが明確化されているので、日本在支病連絡協議会の設立ということになりました。

日本在支病連絡協議会への加入を想定する地域密着型の中小病院の中でも、「医療型」、「医療+介護型」、「医療+介護+生活型」があると考えています。志村大宮病院は「医療+介護+生活型」ですが、織田病院は「医療+介護型」だと思います。地域の実情に応じて、それぞれの役割が異なってきます。

出席者(文中敬称略)

医療法人博仁会 志村大宮病院理事長・院長、茨城県医師会会長、日本医療法人協会副会長、日本在宅療養支援病院連絡協議会会長
鈴木邦彦

社会医療法人祐愛会 織田病院理事長、全日本病院協会副会長、日本在宅療養支援病院連絡協議会副会長
織田正道

※特別インタビューは1月20日に実施しました。写真は、左が鈴木会長、右が織田副会長

複数の診療所と中小病院が連携

——在支病を含む地域包括ケアを支える中小病院の役割は何でしょうか。

織田 人口構造の変化を考えると、まずは重要な点です。2035年には85歳以上が1千万人を超え、大きな人口のマスになります。そうなることですが、85歳以上高齢者の救急搬送が増えます。

救急搬送し急性期での治療後は、回復期・慢性期のベッドに転棟する流れがあるとしても、全体のボリュームが大きく増えますので、在宅に戻る方も急増します。実際、診療報酬の在宅患者訪問診療料や往診料の最近の算定回数を見れば、一目瞭然です。

これに対応するために、他の医療機関などと連携する地域密着型の中小病院の役割が不可欠になります。地域医療構想と地域包括ケアシステムの2本柱という位置づけでは、前者が垂直連携、後者が水平連携という形を取ります。地域医療構想の単位は、二次医療圏単位の構想区域であり、人口で20万人程度が想定されています。一方、地域包括ケアの単位は自治体レベルであり、人口1万人程度の地域もあります。このように、面積・人口の単位が異なるので、これをどのようにつないでいくかが重要な課題となります。

地域包括ケアの単位で求められるのは、やはり在支病などが担うかかりつけ医機能です。中小病院が、在宅医療などを提供する複数の診療所を支え、または自らも在宅医療を提供することになります。在宅医療を提供する上で、診療所の先生方のボトルネックになっているのは、24時間の緊急時対応ですので、これを中小病院が支える必要があるのです。

地域密着型の中小病院が、急性期の大病院と連携しつつ、地域包括ケアにおいては水平連携で、複数の診療所や介護サービスなどを支えるというイメージです。

超高齢社会に必要な病院機能

高度急性期病院 (人口50～100万人に1か所)



高度急性期、重症急性期の入院医療に特化
高機能病床10%以上

広域急性期病院 (人口10～20万人に1か所)

在宅療養支援病院



地域包括ケアを支える病院
↓ (人口2～4万人に1か所)
かかりつけ医機能

慢性期病院→介護医療院へ
↑
単科専門病院

医療型=地域急性期病院

医療・介護型

医療・介護・生活型

大病院

中小病院

かかりつけ医機能の中心的な役割を担う

85歳以上の高齢者をみんな急性期の大病院に搬送すれば、救急医療はパンクしてしまいます。特に、複数の慢性疾患や認知症のある高齢患者への医療においては、急性期の大病院で、臓器別専門医主体の治療を行うよりも、地域密着型の中小病院で、総合医療のマインドを持った医師が、多職種と協働したチーム医療を行い、生活支援を含めた全人的な医療を行うほうが、患者にとって望ましいでしょう。

佐賀県では、地区医師会を通じ、在宅病などに窓口を設置して、住民・患者が医療の相談ができるようにしています。窓口施設の医療機関に求められる機能としては、◇24時間対応、◇かかりつけ医の後方支援、◇入院の随時受入れ、◇診療情報の一元化・共有化、◇多職種育成研修、◇在宅医療支援相談窓口、◇住民への啓発活動などがあります。

どれも重要な機能であり、地域密着型の中小病院の役割が地域で果たす役割が、地域によりますが、大きくなっているように感じます。行政が人員を減らしている中で、行政が担ってきた役割も部分的に果たしています。その意味では、鈴木先生が理事長の法人がその代表格ですね。

在宅病がかかりつけ医機能を担う

——政府のかかりつけ医機能の制度整備の議論に一定の結論が出ましたが、具体的な論点は今後の課題です。地域密着型の中小病院が担う「かかりつけ医機能」とは何でしょうか。

鈴木 日本の診療所・有床診療所・中小病院は、根が一緒です。明治中期以降、政府が西南戦争の後に、財政難で公立病院を減らしたので、医師がベッドを持って開業することが求められました。その意味では、志村大宮病院は、典型的な民間中小病院で、元々は有床診療所のようなものでした。私が引き継いだ30年前までは収入の半分は外来からでしたから。小さい頃に、午前中は外来、午後には病棟回診して、その後は往診を行っていた父の姿を今でも思い出します。

社会保障審議会・医療部会の意見のとりまとめをみると、かかりつけ医機能とは、①持病(慢性疾患)の継続的な医学管理②日常的によくある疾患への幅広い対応③入院退院時の支援④休日・夜間の対応⑤在宅医療⑥介護サービス等との連携一です。まさに、地域密着型の中小病院が担うべき機能です。かかりつけ医機能を担う母体として最もふさわしい医療機関の一つが、在宅病であると言えるでしょう。

一方、診療所がかかりつけ医機能を担う場合には、日本はソロプラクティスのかかりつけ医が多いので、グループ化する必要があります。その際に、在宅病と連携する形があると思います。超高齢社会のかかりつけ医機能を考えれば、いざという時に入院できるということは大きなメリットで、在宅病が受け皿になることができます。

在宅病の機能にも違いがあり、織田病院が救急医療も担っているのに対し、志村大宮病院は市内に公的急性期病院があるので、回復期、慢性期、リハビリ、介護といった機能に力を

入れ、地域を支援しています。

最近、『田舎暮らしの本』(2023年2月号)という本で、「住みたい田舎」ベストランキングの結果が載っていて、北関東のシニア世代部門では、当院のある茨城県常陸大宮市が第1位でした。アンケートの37項目中23項目が、志村フロイデグループの活動に関連する項目であったと、行政の方から感謝されるということもありました。

全日病がかかりつけ医機能を支援

——全日病は、政府が「かかりつけ医機能」が発揮できる制度整備の議論を進めていることを踏まえ、昨年12月22日に、「かかりつけ医機能に関する考え方」を示しています。

織田 全日病に加入している2,542病院のうち、約2千病院が200床未満の、地域密着型の中小病院です。それらの病院に全日病のかかりつけ医機能に関する考え方を伝え、積極的にかかわる準備を進めてほしいという気持ちを込めて、考え方を示しています。

その中で、「かかりつけ医機能において、休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった二次救急機能や在宅医療の提供とその支援機能、さらには介護施設との連携機能において、(地域に密着し)地域医療を担う病院＝かかりつけ医機能支援病院としての民間中小病院の役割が重要となる」と明記しています。その上で、全日病としての取組みを明らかにしています。

1つ目は、前述した「地域密着型の中小病院が積極的にかかわる準備を促すということ」、2つ目は、「診療所や他の中小病院への支援と連携を図る研修を実施するということ」、3つ目は、「病院総合医育成事業の継続と拡大を図るということ」、4つ目が、「かかりつけの関係の確認を希望する患者に対して交付する適切な書式の検討を行うということ」です。

こうした取組みにより、かかりつけ医機能を担う地域密着型の中小病院を増やしていければと思っています。

2022年度改定で在宅診が明確化

——2022年度診療報酬改定においても在宅病の施設基準の変更などがありました。在宅病の診療報酬に対する評価についておききします。

鈴木 その前に、私が四病協から参加させていただいた「第8次医療計画等に関する検討会」の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」におけるとりまとめの内容を紹介します。まず、都道府県が適切な「在宅医療圏」を設定することが明示されました。そこで、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることになります。

これまで、実際に在宅医療を担う医療機関、連携を担う拠点をきちんと位置付けてきた地域は少なかったため、これが進むことによって、在宅医療がいよいよ入院・外来と並ぶ存在になっていくと期待できます。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」としては在宅診・在宅病が例示されるとともに、機能強化型在宅診・在宅病が指標例に追加されます。一方、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、「在宅医療・介護連携推進事業」を担う主体と同一であることを含め、両者の関係を記載することになりました。

「在宅医療・介護連携推進事業」は、さまざまな経緯の末に、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、多くの場合、地域包括支援センターが担っています。一部にきちんと機能していないところもあると聞いており、郡市区医師会や在宅医療を担う医療機関も、連携を担う主体として活用していけばよいと思います。

これらの第8次医療計画の動きは、2024年度の同時改定と重なるので、とても重要になります。

さて、診療報酬については、四病協の委員会でのアンケート調査の結果などを踏まえ、2020年度改定で、在宅療養支援病院に在籍し往診を担当する医師について、緊急時の連絡体制と24時間往診できる体制を確保し

ていれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨が明確化されました。それまでは、当直以外の待機医師も院内にいないといけないと思われていたのが、オンコールでもよいと明確化されました。

2022年度改定は、それまで同じだった在宅診と在宅病の施設基準が区別され、在宅病という病院機能が明確になったという点でより重要です。

具体的には、機能強化型在宅病の実績基準で「過去1年間の緊急往診の実績」がありました。しかし、病院には入院機能があるため、「在宅診等からの要請により患者の緊急入院を行った実績」や「地域包括ケア病棟入院料1・3等の届出」があれば、往診実績の基準は満たしていなくてもよいことになりました。これも四病協の委員会のアンケート調査の成果と言えます(下表参照)。

300会員目指し積極的に活動

——日本在宅病連絡協の今後の取組みを教えてください。

織田 在宅病が病院機能として明確化されたことの意味は大きいと思います。今後、日本在宅病連絡協議会としては、地域密着型の中小病院が、四病協の中には多くあります。積極的に情報提供を行うなど会員数を増やす活動を活発化していきたいと考えています。団体としての発言力を大きくするのに、やはり数は大事です。

全日病のプライマリ・ケア検討委員会の先生方が、日本在宅病連絡協議会の役員になっている経緯もありますので、プライマリ・ケア検討委員会で研修会を開催することも、参加を促す活動になります。日本在宅病連絡協議会は今回、法人として独立しましたが、四病協として協力できることはたくさんあると思っています。

鈴木 事務局は全日病ですし、私は医法協副会長ですが、全日病副支部長でもあります。全日病は病院団体の中で一番会員数が多く、全日病を通じた活動は、大きな力になります。会員数は現在まだ150会員ですので、当面300会員を目指し、積極的に活動していきます。

在宅診・在宅病の施設基準(参考)

	機能強化型在宅診・在宅病				在宅診在宅病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在宅診・在宅病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在宅病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在宅診・在宅病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上			
	⑧ 次のうちいずれか1つ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		⑧ 次のうちいずれか1つ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている			
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上			
⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい						

*: 太字は令和4年度診療報酬改定における変更点

経営分析システムMEDI-ARROWS IIIrd活用病院が報告

全日病・DPCセミナー 「病院が生き残るうえで欠かせないものがデータ」

全日病は1月25日、DPCセミナーをオンラインで開催し、脳血管研究所附属美原記念病院の風晴俊之事務部長代行が、美原記念病院におけるデータの分析と活用について講演した。風晴氏は「医療と経営の質を担保し、病院が生き残るうえで欠かせないものがデータだ」と述べ、近隣病院のDPCデータを利用した分析の実例などを紹介した。その後、東京都医療保健協会練馬総合病院の小谷野圭子質保証室長ら3名が、全日病が2022年10月から提供する新DPC分析システム「MEDI-ARROWS IIIrd」の活用について報告した。医療の質向上委員会委員長の今村康宏常任理事は、「病院経営の有効なツールとして活用してほしい」とMEDI-ARROWS IIIrdへの参加を呼びかけた。

冒頭、今村康宏常任理事がセミナーの開催趣旨を説明した。今後、多くのコロナ重点医療機関の病床が一般の入院病床に戻り、医療需要の取り合いが激化する恐れがある。「地域に必要とされる機能は今後も求められ続けるが、無理をしたり背伸びをした機能は淘汰される」と指摘。地域で必要とされる領域を伸ばし、不採算の領域をできるだけ効率化することが重要だが、そのためには自院の現状とトレンドを把握することが必要となると強調した。



今村常任理事

ニッセイ情報テクノロジー株式会社の協力を得て、全日病がDPC分析事業として提供する経営分析システムMEDI-ARROWS IIIrdを紹介。「経営者目線でみて、自院のパフォーマンスが一目でわかるシステムだ。参加病院数が多いため、比較対象データとしても信頼できる。病院経営の有効なツールとして活用してほしい」と述べ、DPC分析事業への参加を呼び掛けた。

■講演 風晴俊之氏 データで医療と経営の質を担保

美原記念病院事務部長代行の風晴俊之氏が「美原記念病院におけるデータの分析と活用～医療の質向上のために～」と題して講演した。

美原記念病院は群馬県伊勢崎市で脳神経内科・脳神経外科等を標榜し、4病棟189床を有する。脳・神経疾患の急性期から在宅まで、一貫した医療・介護の提供を理念に掲げている。

同院の事務部長代行を務める風晴氏は、病院運営の重要な柱は①診療②資金③記録(データ)であると整理。「医療と経営の質を担保し、病院が生き残るうえで欠かせないものがデータだ」と述べた。美原記念病院では、地域の競合病院との比較をするために、公開されているDPCデータを利用して外部比較を行っている。また、院内の「QIプロジェクト」として、各種データの比較やベンチマーク等を行っている。

例えば病院内の脳梗塞のデータベースの場合、医師や看護師が医療行為を実施した際に入力・作成した診療録やDPCデータを診療情報管理士等が監査し、必要なデータを抽出して脳梗塞データベースやtPAデータベースを作成。それらを統合して、一元化したデータベースをつくっている。

美原記念病院でのデータ作成にお

ける課題としては、◇データ入力と作成に時間がかかりすぎて、他のプロセスに時間がかけられない◇データを抽出するのに多大な時間を要する一などをあげた。これらの課題の解決策として、データ入力・作成に、ドクターズクラークが関わるように検討している。さらに、データ管理室を立ち上げ、抽出方法の改善策の検討を進めているという。

なかでも、診療情報管理士の活かし方がポイントになる。「診療情報管理士の役割を明確化し、監査と分析に特化させていきたい。診療情報管理士が本来の専門的な業務に注力することで、モチベーションの向上にもつながる」。

美原記念病院では、データ抽出の機械化も進めている。「データの正確性が向上し、より質の高いデータ管理ができれば、病院全体の質が向上する」。

今後、電子カルテアプリで管理できていないデータも含めた一元的なデータベースを作成し、活用できるようにしたいと意欲を示した。

■近隣病院のデータから課題を見出す

美原記念病院では、近隣病院の公開されたDPCデータも活用し、地域の患者動向と治療実績を確認している。風晴氏は近隣病院の患者推移や手術件数、患者の流入・流出状況のデータを紹介して、活用例を紹介した。

例えば、コロナ禍において、近隣の公的病院がコロナ対応を行うために脳卒中患者を受けにくくなったことが推測された。しかし、美原記念病院の救急搬送件数は増えておらず、他の脳卒中受入れ病院の件数が伸びていた。そこから、自院での救急体制の整備が課題であることが明らかになった。

また、美原記念病院の地域での脳卒中専門病院としての存在意義も確認できた。「コロナ禍でもコロナ病床に転換せずに脳卒中の専門的医療を提供し続けたが、病床稼働率等の分析から、コロナ病床に転換しなかったことは地域完結医療の確立のためにも有用だったことが裏付けられた」と話した。

■MEDI-ARROWS IIIrd概要説明 ベンチマークで経営課題を特定

ニッセイ情報テクノロジー社から、MEDI-ARROWS IIIrdの概要の説明が行われた。同システムでは経営指標ベンチマークによる他病院との比較の結果が、一覧で示される。重要指標はAからEの5段階で評価され、低い評価(D、E)の指標は赤く強調される。担当者は「まず分析の入り口として、赤い指標の改善に取り組んでもらうのがいい」と述べた。

同システムでは、経営指標ロジックツリーにより経営状況が可視化でき、課題が一目でわかる。課題指標と目標値を選択するだけで、改善効果シミュレーションを行うことが可能だ。

定型分析とは別に、詳細に条件を設定した自由分析を行うことも可能で、同社は専門スタッフによる分析代行サービスも提供している。

また、出来高算定の病院でも利用出

来るよう、3月末にはDPCコードの付与が実装され、6月末には、それが定型画面に反映され、より使い勝手がよくなるという。「今後もユーザー病院からの要望に応え、スピード感をもって改善していきたい。自院データでのテストユースが可能なので、ぜひ一度体験していただきたい」と述べた。

■活用事例報告① 小谷野圭子氏 経営視点の情報提供が強化された

練馬総合病院では、これまでMEDI-TARGETを、採用薬変更のための基礎データ作成



小谷野氏

やパスの評価、医師の臨床研究の補助、医師への情報提供などに利用してきた。質保証室長の小谷野圭子氏は、「MEDI-ARROWS IIIrdは、MEDI-TARGETでできたことのほぼ全てを踏襲したうえで、データのアップロード時間が短縮されるなど、制約がかなり撤廃された」と述べた。

経営の視点からの情報提供が強化され、分析担当者に限らず、必要なときに必要な部署がMEDI-ARROWS IIIrdを利用できるため、便利でよいと評価した。「今後、ユーザー会で活用事例や要望を共有し、みんなでMEDI-ARROWS IIIrdを育てていきたい」と述べた。

■活用事例報告② 水野照夫氏 指標の評価を踏まえ改善案を考える

済衆館病院業務部長の水野照夫氏は、MEDI-ARROWS IIIrdを利用した感想として「データをアップするだけで容易に他院と比較できる。直感的に操作可能だ」と述べた。従来は病院独自の指標を使用していたが、導入後はシステムで



水野氏

全日病DPCセミナー プログラム

1. 【開会挨拶・趣旨説明】
全日病常任理事、医療の質向上委員会 委員長 今村康宏
2. 【講演】美原記念病院におけるデータの分析と活用～医療の質向上のために～
(公財)脳血管研究所附属 美原記念病院事務部長代行 風晴俊之
3. 【MEDI-ARROWS IIIrd概要説明】
ニッセイ情報テクノロジー(株)
4. 【活用事例報告】①
公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院質保証室長 小谷野圭子
5. 【活用事例報告】②
医療法人済衆館 済衆館病院業務部長 水野照夫
6. 【活用事例報告】③
社会医療法人恵和会帯広中央病院事務部長 森山洋

統一された指標での比較・検討が容易に可能になった。

MEDI-ARROWS IIIrdの経営分析機能は、「指標ごとに改善シミュレーションがしやすく、改善に向けた提案も示される。提案を参考に、自院に合う改善策を考えていきたい」と述べた。

■活用事例報告③ 森山洋氏 マーケティング機能を活用

帯広中央病院事務部長の森山洋氏は、MEDI-ARROWS IIIrdの見やすさと経営改善支援の機能を評価した。



森山氏

帯広中央病院では、地域内での自院の強みを把握し、将来、優先する診療機能を選択するためにMEDI-TARGETの地域シェア分析を活用してきた。MEDI-ARROWS IIIrdではこの地域シェア機能がマーケティング(外的環境分析)機能として拡充された。市町村別、郵便番号別、疾患別に患者数の増減が地図上に表示されるようになり、「説明資料としても活用しやすい」。疾患別に周囲のDPC病院の症例数の推移をグラフで見られることも有益だとした。

<全日病DPC分析システム(MEDI-ARROWS IIIrd)の主な特徴>

1. 誰でも経営課題をバツと把握
経営指標ロジックツリーで経営状況を可視化。ベンチマークで課題を一目で把握可能です。
2. 改善効果をバツとシミュレーション
ベンチマークを基準にカンタンに目標設定。各指標への影響も考慮し改善効果を予測します。
3. 病院独自のレポートをバツと作成
必要なデータ、グラフ形式をクリックするだけで、カンタンに病院独自のレポートを作成することが出来ます。

詳しくは全日本病院協会ホームページの「DPC分析事業」をご覧ください
<https://www.ajha.or.jp/hms/dpc/index.html>

医療提供コストの急激な上昇に対し財政措置を要望

日病協 新型コロナの院内感染を防止する体制確保でも要望

日本病院団体協議会は2月9日、「病院における医療提供コストの急激な上昇に対しての要望書」を加藤勝信厚生労働大臣に提出した。光熱費をはじめ、さまざまなサービスの価格が上昇し病院経営を圧迫している。一方で、医療従事者の処遇改善が課題となっている。これらを踏まえ、医療機関に対する必要な財政措置を政府に求めた。

要望書では、全国の病院が引き続き、新型コロナ対応を継続しながら、コロナ診療と一般診療を両立させるために、「最大限の努力を行っている」と強調。その中で、「光熱費の上昇だけでなく、給食委託費含む委託費の上昇、諸物価の上昇」により、医療機関の医療提供コストが大幅に増える事態が生じ、この1年間で医療機関の経営環境が大きく変化していることを指摘した。

光熱費の上昇に関しては、「電気、ガスの価格上昇のみで営業利益率が約半減するほどの影響が出ている」ことを示した(右表参照)。

電気・ガス料金値上がり調査によると病院からは、「電気料金値上げの影響で他の業種も値上げを徐々に行っている。新型コロナ関連補助金も減り、感染によって人手も少なく実情はかなり厳しい状況」、「電気、ガス料金は、燃料価格の上昇によって、料金が大きく上昇するため、光熱費削減の取組みを行っても、光熱費を下げるのが難しい。補助金を含めた対策支援を積極的に導入してほしい」、「今回、都道府県の支援金が発表されたが、今回だけに限らず、定期的な支援金の交付や診療報酬のプラス改定などの配慮をお願いしたい」などの意見が出ている。

保険診療は、診療報酬によりサービスの公定価格が決まっているため、医療を提供するコストが上昇しても、価格に転嫁させることができない。物価上昇によりコストが上昇するのであれば、診療報酬改定など制度的な対応が求められることになる。一方、診療報酬改定は2年に1度なので、その間の対応を別に考える必要が生じる。

なお、政府は、物価上昇への対応として、新型コロナ交付金の繰越し金の活用や2022年度補正予算による医療機関への支援、石油元売り会社への補助金など事業者への支援も行っているため、これらの対応も考慮しなければならない。

また、要望書では、岸田文雄総理大臣が、年頭に経済界に要請したように、「諸物価の上昇に対応するための医療従事者への処遇改善も喫緊の課題となっている。しかし、現在の経営環境での対応は困難であり、医療提供人材の確保にも支障が出かねない状況となっている」との懸念を示している。

これらを踏まえ、病院経営環境の急激な変化に対応するため、以下の2点を要望した。

- ①医療機関が、光熱費を含む医療提供に必要なコストの上昇に対応できるよう、必要な財政措置を講じること
- ②医療機関が、医療従事者に対して適切に処遇を改善できるよう、必要な財政措置を講じること

コロナの位置づけ変更でも要望

日病協は同日、「新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけ変更に際しての要望」も加藤厚労相に行った。政府が新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけを5類感染症とする方針を表明したことを受け、今後のウィズコロナへの移行における医療機関への配慮を求めた。

医療機関への配慮が不十分であれば、地域の医療提供体制に大きな問題が生じる可能性がある。このため、「移行に際しては、病院が患者に適切に対応していくことができるよう、診療報酬上の十分な対応ならびに適切な補助金の継続をお願いする」と訴えた。

要望書では、社会がウィズコロナに向かって動いていく中でも、多くの病院でクラスターが発生し、高齢者や基礎疾患のある患者への感染が生じていることを強調。「病院に入院している

患者は、新型コロナの感染により、亡くなる可能性の高い方々であり、院内

感染をできる限り防止する体制を継続しなければならない」としている。

【四病院団体協議会実施調査】

電気・ガス料金値上がり調査 最終報告

- 概要
前回の調査(3~5月)で回答のあった会員病院(289施設)に対し、2020年、2021年、2022年の6~9月の料金を調査。
- 調査期間
2022年12月12日~2023年1月13日
- 回答状況
回答数 156施設(回答率 53.9%)
うち有効回答数 電気料金:139施設 都市ガス料金:67施設
プロパンガス:67施設 重油・灯油・軽油:49施設
※回答のうち、増床などの特別な増減理由があるものや、前年度の数値が参照できない回答は除外。

- 結果概要
 - 前々年、前年同月(6~9月)との比較

項目	6月		7月	
	対前々年比 (2020年⇒2022年)	対前年比 (2021年⇒2022年)	対前々年比 (2020年⇒2022年)	対前年比 (2021年⇒2022年)
Q1:電気料金	127.0%	128.5%	132.5%	132.4%
Q2:都市ガス料金	145.2%	155.0%	148.0%	161.1%
Q3:LPG/プロパンガス料金	156.8%	134.1%	145.8%	127.4%
Q4:重油・灯油・軽油料金	184.8%	116.5%	173.2%	108.7%

項目	8月		9月	
	対前々年比 (2020年⇒2022年)	対前年比 (2021年⇒2022年)	対前々年比 (2020年⇒2022年)	対前年比 (2021年⇒2022年)
Q1:電気料金	142.2%	138.6%	153.1%	143.5%
Q2:都市ガス料金	180.9%	187.6%	174.7%	172.3%
Q3:LPG/プロパンガス料金	143.4%	114.6%	146.1%	114.3%
Q4:重油・灯油・軽油料金	188.2%	105.6%	199.7%	110.4%

- ・電気料金、都市ガス料金は月を追うごとに上昇している。
- ・LPG・プロパン料金は逆に月を追うごとに**上昇率**が下落している。
- ・重油・灯油・軽油料金の**上昇率**も減少傾向である。
- ・独立行政法人福祉医療機構が公表している2020年度の一般病院(1014病院)の営業利益率は△0.9%であった。コロナ前の2019年度でも営業利益率は僅か**1.5%**であった。
- ・補助金を含む医療収益に対する電気料金の値上がり額は、前年対比の平均で**医療利益を0.42ポイント減少**させている。電気料金の値上がりだけで2019年度に置き換えれば、**医療利益の28%(0.42/1.5)が減少**することになる。
- ・補助金を含む医療収益に対する都市ガス料金の値上がり額は、前年対比の平均で**医療利益を0.27ポイント減少**させている。都市ガス料金の値上がりだけで2019年度に置き換えれば、**医療利益の18%(0.27/1.5)が減少**することになる。
- ・医療収益に対する電気料金及び都市ガス料金の値上がり額は、前年対比の平均で**医療利益を0.69ポイント減少**させている。2019年度に置き換えれば、**医療利益の46%(0.69/1.5)が減少**する。電気料金及び都市ガス料金の値上がりだけで**医療利益が約半減**する。

- 前回との比較

増加率	2021→2022年 (3~5月平均)	2021→2022年 (6~9月平均)
電気料金	129.7%	136.1%
都市ガス料金	156.5%	170.8%
LPG/プロパン料金	126.8%	122.0%
重油・灯油・軽油料金	129.7%	109.8%

- ・前回(3~5月)との比較では、電気料金、都市ガス料金の**上昇率は上昇**している。(値上がり続けている)
- ・LPG/プロパン料金、重油等の**上昇率は少し下落**している。

政府がCOCOAの総括報告書を公表

政府は2月17日、新型コロナウイルス接触確認アプリCOCOAに関する総括報告書を公表した。利用者に行動変容を促す効果がみられたとし、今後のパンデミック時にはアプリのより強い利用推奨のあり方を検討すべきと提言している。

COCOAは、社会全体での感染リスクを低下させることを目的に2020年6月に導入された。2022年9月には陽性者の全数届出が見直され、COCOAに

陽性登録する対象者が限定的になったことから、運用を停止した。

報告書は、迅速に導入することが優先され、COCOAの開発・保守運用の体制整備は不十分だったと指摘。開発段階で、感染症対策の専門家や感染症法に基づく対策の実務に詳しい者の関与が薄かったため、COCOAを感染症対策へ活かす視点が欠如し、他の感染症対策との連携が弱かったと問題点を指摘した。これを踏まえ、今後のパン

デミック時に新たなデジタルツールを検討する際には、その初期段階からデジタル技術の専門家と感染症対策の専門家、実務担当者が密に連携し、ツールの目的や手法等について合意できるようにすべきと提案している。

COCOAの開発・運用に要した費用は12.7億円で、ダウンロード件数は4,129万件、陽性登録件数は369万件だった。利用者アンケートによると接触通知を受けた人の7割以上が他人との接触を

避ける行動をとったとの結果が出た。

報告書は、COCOAには行動変容を促す一定の効果があつたと評価。今後、感染力の高い感染症の流行時に、経済との両立を図り、国民社会全体に対する行動制限を防ぐために、人々の自主的な行動制限を促すアプリを活用する意義はあるとの考え方を示している。

行動変容を促す手段として、アプリを感染症対策の中に位置付けることにより、利用の法律上の義務付けやイベント来場者へのインストールの必須化など、より強い推奨を行うという選択肢を検討する必要があると訴えている。

2022年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月13日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
福岡県 医療法人かつき会
香月病院
理事長 香月 玄洋
他に退会が1会員あり、正会員は合計2,542会員となった。
- 2022年6月に日本医師会会長に就任した松本吉郎氏を、総会において顧問に委嘱する予定であることが説明された。
- 2023年度会議予定表(案)が承認された。
- 2023年度役員任期満了に係る定時総

- 会に向けた日程(案)が承認された。
- 2022年度事業報告書・事業実績説明書作業日程(案)が承認された。
- 技能実習制度・特定技能による受入れについて、①技能実習高度人材育成コース(ベトナム・ミャンマー)、②技能実習一般コース(ベトナム)、③特定技能コースとする新たな全日病スキーム案について説明があり、承認された。
- 福岡県支部事務局業務委託覚書の変更について説明があり、承認された。
- 2023年度厚生労働科学研究の公募課題に、「看護師の特定行為に係る手順

書の実態調査研究」をテーマに応募することが説明され、承認された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協総会、薬価専門部会」、「第8次医療計画等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 2023年度介護技能実習生等の受入れ意向確認を当協会会員病院宛に実施することが報告された。
- 新DPC分析システム「MEDI-ARROWS IIIrd」について説明が行われた。ま

た、新規参加病院、無料テストユーザー募集の案内が行われた。

【主な討議事項】

- かかりつけ医機能について討議し、プライマリ・ケア検討委員会で具体的な課題を検討していくこととした。
- 医療現場のDXを促進する人材教育について討議した。日本医療教育財団と共同で医療DX教育を実施することが提案され、今後、広報委員会で検討していくこととした。

勤務中の医療機関従事者にはマスク着用を引続き推奨

政府コロナ本部 マスク着用の考え方を見直し、個人の判断を基本に

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は2月10日に、3月13日からマスク着用の考え方を見直すことなどを決定した。マスク着用は、個人の判断にゆだねることを基本としつつ、感染防止対策として効果的であるなど、一定の場面ではマスク着用を推奨する。高齢者など重症化リスクが高い人が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等の従事者に対しては、勤務中のマスク着用が推奨されている。

現状では、新型コロナの感染症対策において、屋内では基本的にマスクの着用を推奨としている。今後は、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断にゆだねることが基本となる。政府は、各個人のマスクの着用の判断に役立てるため、感染防止対策としてマスクの着用が効果的である場面などを示した。

マスク着用の考え方の見直しは、円滑な移行を図る観点から、国民への周知期間、各業界団体や事業者の準備期間等も考慮して3月13日から適

用する。学校におけるマスク着用の考え方の見直しは4月1日から適用する。

高齢者など重症化リスクの高い人への感染を防ぐため、マスク着用が効果的な場面として、以下を示した。

- ◇医療機関受診時
- ◇高齢者等重症化リスクが高い人が、多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時
- ◇通勤ラッシュ時等混雑した電車やバスに乗車する時(当面の取扱い)

そのほか、新型コロナの流行期に、重症化リスクの高い人が混雑した場所に行く時については、感染から自身を守るための対策として、マスクの着用が効果的であることを周知する。

また、症状がある人や新型コロナの検査結果が陽性の人、同居家族に陽性者がいる場合は、周囲の人に感染を広げないため、外出を控える。通院などやむを得ず外出をする時には、人混みは避け、マスクを着用するとした。

高齢者など重症化リスクが高い人が、多く入院・生活する医療機関や高齢者

施設等の従事者に対しては、勤務中のマスク着用が推奨された。

基本的な感染対策は引続き重要

学校における対応では、学校教育活動の実施にあたって、マスクの着用を求めないことを基本とする。基礎疾患があるなどさまざまな事情により、感染不安を抱き、引続きマスクの着用を希望する児童生徒に対しては、適切に配慮するとともに、換気の確保などの必要な対策を講じることも加えた。

地域や学校における新型コロナやインフルエンザの感染状況などに応じて、学校・教員が児童生徒に対して着用を促すことも考えられる。そのような場合も含め、児童生徒や保護者などの主体的な判断が尊重されるよう、着脱を強いることがないように求めた。

4月1日より前に実施される卒業式におけるマスクの着用については、卒業式の教育的意義を考慮し、児童生徒等はマスクを着用せず出席することを基本とした。

事業者における対応では、マスクの

着用は、個人の判断にゆだねられるものとしつつ、事業者が感染対策上または事業上の理由などにより、利用者・従業員にマスクの着用を求めることは許容されるとしている。各業界団体においては、「業種別ガイドライン」を見直し、現場や利用者へ周知する。

このようなマスク着用の考え方の見直しを行っても、基本的な感染対策については、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(2021年11月19日)」に基づく基本的な感染対策は重要であり、引続き、「三つの密」の回避、「人と人との距離の確保」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等の励行をお願いする」としている。

また、新型コロナが感染症法上の分類で5類に変更された後は、基本的対処方針や「業種別ガイドライン」は廃止となり、個人・事業者は自主的な感染対策に取り組むことになる。一方で、政府は、感染症法上の位置づけ変更後も、自主的な感染対策について、必要となる情報提供を行うなど、個人・事業者の取組みを支援するとしている。

医薬品の供給不安ふま後発品企業のビジネスモデル見直しを議論

厚労省・医薬品有識者検討会 供給情報の収集・共有も論点に

厚生労働省の「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」(遠藤久夫座長)は2月15日、医薬品の安定供給について議論した。後発品企業のビジネスモデル見直しや医薬品の供給情報の共有が論点となった。

同検討会は、革新的な医薬品等の日本への早期上市と医薬品の安定供給を図ることを目指し、薬価制度や流通、産業構造など幅広い領域について議論を行っている。4～5月には提言をまとめる予定としている。同日の会合では、多数の医薬品の供給に支障が生じている実態を踏まえて、後発品産業の課題を議論した。

2021年以降、複数の後発品企業において製造管理・品質管理の不備による法違反が発覚し、行政処分が実施されてきた。その背景には、後発品の薬価が極端に低下したことにより、共同開発を行わなければ採算が取れなかったり、リスクに備えて安定供給に資する生産体制を構築するために必要な利益を企業が確保できないという事情があるとも指摘されている。後発品は採算性が低く、原価率が8割を超える薬が約3割を占めている。

製品の回収などにより、ある企業が出荷停止を行うと、その分、注文が増えた他の企業は在庫消尽を避けるために、すべての注文に対応することをせず限定出荷を行う。そのため、医療機関や薬局では供給不足が起きてしまう(図参照)。医療現場が、医薬品の確保に不安を感じて平時より多めに注文す

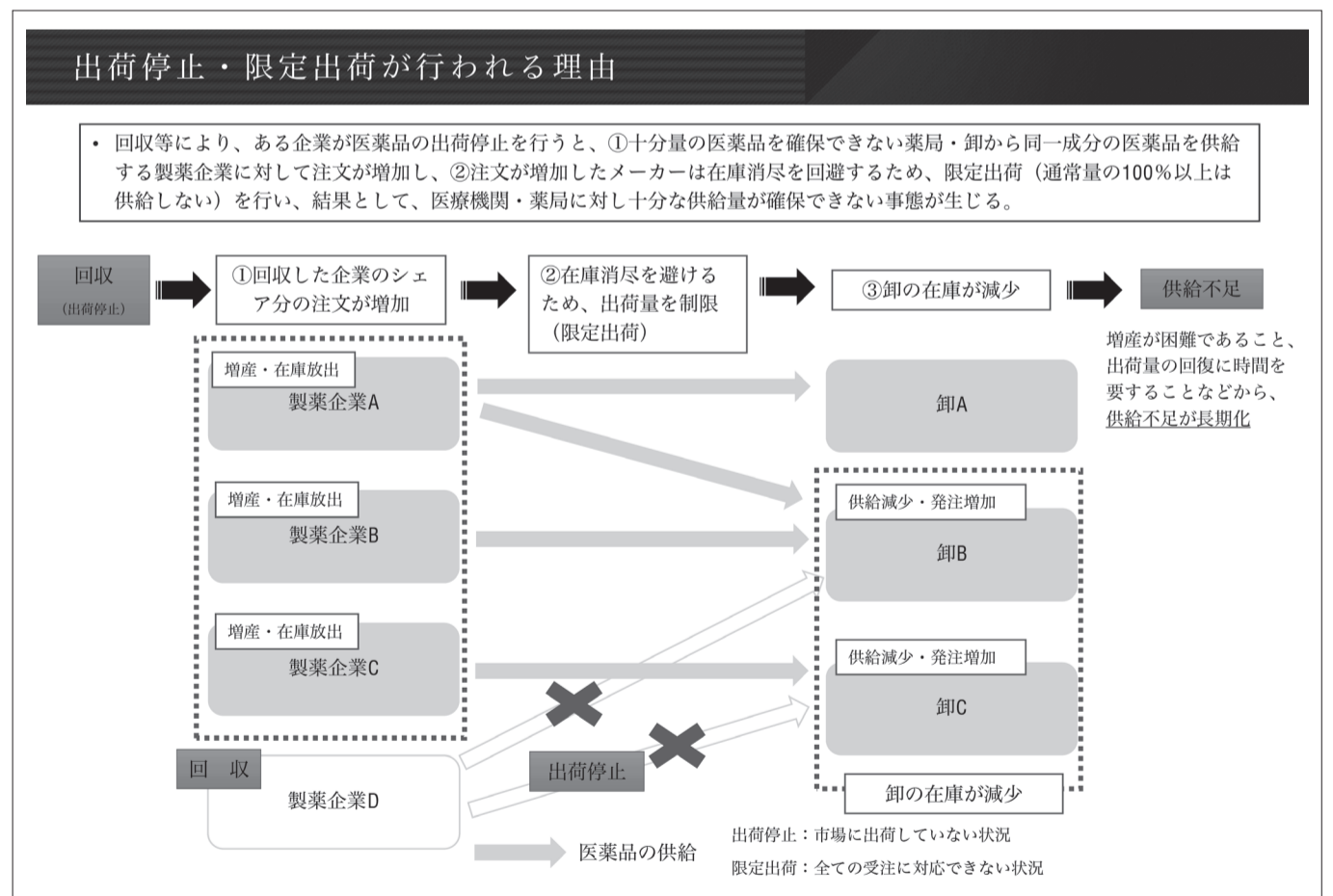
ることで、さらに需給がひっ迫する事態が生じている。2022年8月末時点で、後発品医薬品の約4割が、出荷停止または限定出荷となり、供給不安が続いている。

厚労省は検討すべき論点に、少量多品種の生産となってしまう後発品企業のビジネスモデルをあげた。医薬品の供給不安が生じる場合に備えて、

供給情報の収集・共有のあり方も論点とした。

委員からは、「後発品医薬品のシェアがほぼ80%に達したのだから、政策は次のステージに進めなければならない」「少量多品種を製造する企業が多数あること自体が、安定供給の問題や製造管理の不備につながっていると認

識すべき」「5年程度の時限措置でインセンティブを付けて企業再編を促進してはどうか。後発品企業の規模が拡大すれば価格交渉力が増し、利益率を確保できるようになる」「供給状況を透明化するため、在庫情報や発注情報がある程度みられるようにすることも考えられる」などの意見が出された。



■ 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参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
病院管理者のためのユマニチュード(認知症対応メソッド)研修 ～幸せ・笑顔があふれ人の集まる組織になる!～ (WEB開催) 80名	2023年3月21日(火・祝)	13,200円(17,600円)	高齢者認知症の対応として、患者・家族にとっても、さらには職員モチベーションにも役立つ「ユマニチュード」をテーマとした研修会。日本ユマニチュード学会の本田美和子代表理事より、ユマニチュードの基本技術、医療施設で導入するために必要な研修デザイン、2022年度より開始となった認証制度の紹介などの講演が行われる。本研修は「認知症ケア加算2・3」の対応研修ではない。