



全日病 ニュース

2020.5.15

No.963

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

診療体制の継続のため加藤厚労相に対応を要望

四病協 入院・外来患者の減少で病院経営が悪化

四病院団体協議会は4月27日、加藤勝信厚生労働大臣に「新型コロナウイルス感染症における診療体制に関する要望書」を提出した。新型コロナウイルス感染症の拡大防止や感染者の治療に、最大限の対応が行われている中で、患者の減少など医療機関の経営環境が激変している。四病協は医療機関が診療体制を継続できるよう、5項目を要望した(下記を参照)。

国による新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う対応は、これまで段階的に講じられてきている。要望書では、冒頭で、特に診療報酬上の取扱いにおいて、中等症・重症患者への治療への診療報酬の倍増など、様々な時限的な特例措置が講じられたことを評価した。その上で、新型コロナウイルス感染者を受け入れていない医療機関においても、経営的に深刻な影響が出始めていることを踏まえ、新たな対応の要望を行った。

最初に、医療機関が経営破綻しないよう、「災害時と同様に前年度の診療

報酬支払額に基づく概算請求」を求めた。四病協によると、4月以降、外来・入院とも患者が大幅に減少しており、6月以降の病院経営に重大で深刻な影響が出ると懸念している。

全日病の猪口雄二会長は会見で、災害時と同じく有事の対応が必要だと強調した。「どの産業も大変な状況にある。しかし、医療機関という重要な社会基盤の一つをつぶさないために、概算請求を認めてほしい」と訴えた。ただ、すべての医療機関を対象にすることはできないため、経営破綻を防ぐための対応としては、いくつかの選択肢があり得ると指摘した。

患者数が大幅に減少している理由について猪口会長は、「新型コロナウイルス感染症患者への対応で、診療体制を縮小せざるを得ない場合や、患者が感染を恐れて、できるだけ受診を控えている以外にも、様々な要因があると考えられる。今後、検証が必要だが、特に急性期で患者減の影響が大きく、回復期や慢性期にも広がりつつある」

と述べた。

通常の救急搬送で受け入れた入院患者から院内感染が生じる懸念も指摘した。院内感染が起きると、過剰報道による風評被害で、医療機関が立ち行かなくなる場合がある。院内感染が生じた医療機関の報道のあり方を含め、対応を求めた。

新型コロナウイルスのワクチンや治療薬については、治験などが進められている段階。今後、効果が認められる予防薬ができれば、医療従事者に優先的に提供することの検討を要望した。

M95マスクや防護服、ディスプレイブルガウン・手袋など感染防護用品は、2020年度補正予算による医療従事者への優先的な提供の対応が図られつつも、現状で不足状況の解消の見込みは立っていない。そうした状況で、「国として、国内企業における生産増強が図られるような施策を行っていただきたい」と、盤石な供給体制を求めた。

新型コロナウイルス感染症患者に対応している医療従事者が感染した場合



日医との連名で要望書を岸田政調会長らに提出(4月30日)。

の補償では、「国として十分な配慮」を要望した。現状で、医療従事者が院内感染した場合の負傷、疾病、障害または死亡の保障は、労働者災害補償保険(労災)となる。しかし、新型コロナウイルス感染症では、適用や給付水準などが十分でない場合が想定され、「国としての配慮が必要」と主張した。

項目追加し日医と連名の要望書に

4月30日には、日本医師会との連名で、自民党の岸田文雄政調会長らに提出した。加藤厚労相にも、5月1日に改めて手渡した。加藤厚労相への要望書では、「地域医療総合確保基金の執行残を含む不要不急の事業計画を見直し、新型コロナウイルス感染症対策に優先的に配分する」を加えた。

新型コロナウイルス感染症における診療体制に関する要望書

全国に緊急事態宣言が適用される中、各病院は新型コロナウイルス感染症患者の受入れ、並びに拡大防止に向けて最大限の対応を行っているところです。同時に、新型コロナウイルス感染症患者以外の診療も継続して行わなければなりません。先の新型コロナウイルス感染症重症者等に対する診療報酬上の評価については感謝申し上げるところですが、各地域で診療体制を継続させるために下記の事項を要望いたします。

○4月以降、外来・入院とも大幅に患者数が減少している。この状況が続

くようであれば、6月以降の病院経営に重大で深刻な影響が出る。病院が経営破綻を起こさないよう、災害時と同様に前年度の診療報酬支払額に基づく概算請求を認めていただきたい。

○現在、無症状感染者は数多く存在し、救急対応による入院患者等からの院内感染は常に起こる可能性がある。院内感染に対する過剰な報道は患者及び職員の不安を増長することとなり、病院はその対応に苦慮して

いる。各病院は保健所と十分に相談したうえで、自院の対応を決定しており、風評被害等により、外来・入院・救急等の対応が不可能とならないよう国としても適正な報道のあり方について検討していただきたい。

○アビガン等の治験が進められているところであるが、医療従事者を守るために、現状有効と考えられている医薬品については、積極的な医療従事者への予防投薬が行えるよう検討していただきたい。

○N95マスク・防護服・ディスプレイブルガウン・ディスプレイブル手袋等の感染防護用品の不足については、未だ解消の見込みが立っていない。国として国内企業における生産増強が図られるような施策を行っていただきたい。

○新型コロナウイルス感染症患者に対応している医療従事者が感染した場合の補償について、国として十分な配慮をお願いしたい。

医療従事者の確保策への協力を厚労省が要請

医療関係団体と厚労省の協議会 離職防止や有資格者の掘り起こし策が課題

厚生労働省が主催する「新型コロナウイルス対応に関する医療関係団体及び厚生労働省による協議会」が4月23日に開かれた。医療従事者の確保策を中心に厚労省と関係団体が意見交換した。医療崩壊を起こさないため、新型コロナウイルス感染症患者が入院するベッドの確保とともに、医療従事者の確保が喫緊の課題となっている。厚労省は、医療関係団体や大学、学会に協力を呼び掛けた。

同日の協議会は、加藤勝信厚労相も参加し、オンライン会議で開催された。

厚労省は、都道府県に医療人材の適切な配置を求めている。新型コロナウイルス感染症患者が増大し、医療提供体制がひっ迫した場合に、医療機関が不要不急の診療を延期するなどの対応を行った上で、新型コロナウイルス感染症患者への対応と一般診療への対応で、どの程度医療従事者を派遣できるかを整理する必要があるためだ。

医療人材の配置調整は、医師では医師会・大学など、看護師などでは看護協会、臨床検査技師では臨床検査技師会、臨床工学技士では臨床工学技士会が中心になって、各職種の職能団体が都道府県と連携することが期待される。

人材確保策は、大きく3つある。①現場で従事している医療従事者の離職防止②潜在有資格者の掘り起こし③医療現場の人材配置の転換一である。

離職防止策では、医療従事者の保育所・放課後児童クラブの優先利用などを自治体に要請するとともに、2020年度補正予算で手当てされる緊急包括支援交付金で、医療従事者向けの宿泊施設を確保するとしている。医療従事者が感染を恐れて住民から忌避されるなど、精神的負荷を軽減する対策も必要とされている。

潜在有資格者の掘り起こしでは、関係団体と連携した広報や、ハローワークへの医療従事者の積極的な職業紹介

の指示、民間職業紹介事業者の活用を図るとしている。

人材の配置の転換では、緊急包括支援交付金を活用し、「都道府県調整本部の機能強化・団体等との連携強化」、「ニーズの高い地域への人材投入」を図る。診療科・担当分野の枠を超えた連携促進も関係団体に要請する。

各専門職の具体策をみると、医師に関しては、入院機能の強化を主に大学・関係団体、診療所機能強化・特設外来・施設療養・自宅療養フォローアップを主に医師会に協力を要請する。なお、育休などで休養中の医師は、約6千人と見積もっている。

医療機関調査システムの状況を報告

各都道府県が新型コロナウイルス感染症患者に対応している医療機関の状況を把握するための「COVID-19対策WEBフォームを用いた医療機関調査システム」の状況が報告された。



4月8日時点で3,830病院だった登録医療機関数(うち感染症指定医療機関は262病院)は、4月21日時点で5,365病院(同394病院)にまで増加した。このうち、情報を報告しているのは4月8日時点で2,663病院(同165病院)、4月21日時点で3,763病院(同320病院)となっている。

活用例としては、◇政府CIOポータルにおいて、各病院の医療提供状況を可視化◇マスク等物資の供給◇空床確保状況を患者搬送の調整一がある。今後の課題では、より多くの病院の参加が求められるとともに、医療機関へのフィードバックの強化や調査項目のブラッシュアップをあげた。

訪問診療拒否される場合の在宅医療の診療報酬で特例

中医協総会 「臨時の医療施設」の診療報酬の取扱いも決定

中医協総会(小塩隆士会長)は4月24日、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う対応で、在宅医療などにおける特例を了承した。在宅時医学総合管理料等で求められている訪問診療の代わりに、電話等による診療を行った場合でも、在医総管等の算定を認める。医療従事者が訪問診療を拒否される事例が生じているためだ。また、地域で医療機関が不足した場合の「臨時の医療施設」の開設について、診療報酬の入院基本料は結核病棟入院基本料を準用し、他の加算などは通常通りの施設基準・選定要件とすることを決めた。

なお、同日の中医協総会はオンライン会議の形式で行い、初めてYouTubeによるライブ配信により公開した。

在宅医療等における一連の対応は、患者の患者・家族が新型コロナウイルスへの感染を恐れて、医療従事者に訪問しないよう要請する事案が生じてい

ることを踏まえたものだ。厚生労働省は、患者が訪問を拒否する場合でも、まずは医療上の必要性を説明し、患者・家族の理解を得ることを前提として、それでも訪問を控えてほしいとの要請があった場合を想定した対応と説明している。

在宅時医学総合管理料(在医総管)や施設入居時等医学総合管理料(施設総管)は、在宅医療が必要な患者に在宅療養計画を作成し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合を評価している。在医総管では、単一建物の患者が1人で、月2回以上訪問診療する場合は月5,400点、月1回訪問の場合は月4,500点である。

今回の特例では、月2回訪問診療の在医総管の場合、4月は訪問診療を1度も行っていなくても、算定できるようにする。5月以降の取扱いでは、最初の1カ月に限り、電話等再診が1回

含まれていても算定可能とする。ただし、2カ月以上連続で、訪問診療1回と電話等再診1回の組み合わせとなった場合は、診療計画を変更し、月1回訪問診療の在医総管に変更してもらう。

月1回訪問の在医総管の月1回訪問の場合、4月は電話等再診のみであっても算定できるようにする。5月以降は通常通りの取扱いとなる。

あわせて、外来での特例と同じく、新型コロナウイルス感染症の患者(疑い事例を含む)に対する必要な感染症対策を講じた上での往診を「院内トリアージ実施料」(1回300点)として評価する。

訪問看護ステーションによる訪問看護においても、同様の趣旨で対応する。月に1回は訪問看護を実施した上で、電話等による病状確認や療養指導を行った場合でも、特例的に、訪問看護管理療養費等を算定できるようにする。

は、通常の261点より低い185点となった。通常の71%の点数だが、医科の初診料は74%の点数であり、若干、医科の減額幅の方が小さくなっている。「歯科訪問診療3」の点数を準用している。また、電話・オンライン診療を行う以前から、「歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料」を算定していた患者に対して実施した場合は、管理料として55点を算定できるようにする。

歯科診療は、ほぼ処置または処方を行う。このため、処置ができない電話・オンライン診療においては、処方を実質的な算定要件にして、処方がなければ、診療報酬が発生しない健康相談・受診勧奨の取扱いにするとの考えが示されている。

「臨時の医療施設」は結核病棟を準用

地域で医療機関が不足し、やむを得ず、「臨時の医療施設」を開設する際の診療報酬の取扱いも決めた。「臨時の医療施設」は、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づくもの。都道府県知事が医療提供に支障が生じると判断すれば、都道府県行動計画で定める「臨時の医療施設」を開設できる。実施例は、まだない。

「臨時の医療施設」は、消防法上の防火対象物や建築基準法の特種建築物として課される技術的基準が緩和される。医療法第4条に規定する「病院等の開設」に関する規定の適用除外となる。ただし、医療法上の「総則」、「医療に関する情報の提供」、「医療の安全の確保」の規定は適用されるため、機能や収容できる入院患者に応じて、諸規定が適用されることになっている。

診療報酬上の取扱いについて、入院基本料は「結核病棟入院基本料」を準用することを決めた。森光医療課長は、「特措法に基づいて応急的に医療を提供する臨時施設であることを踏まえ、柔軟な人員配置基準などに対応できる入院基本料となっている」と説明した。入院診療計画等の基準は、実情に応じた柔軟な運用とする。例えば、計画の簡素化や標準的なフォーマットの使用で構わない対応を図る方向だ。

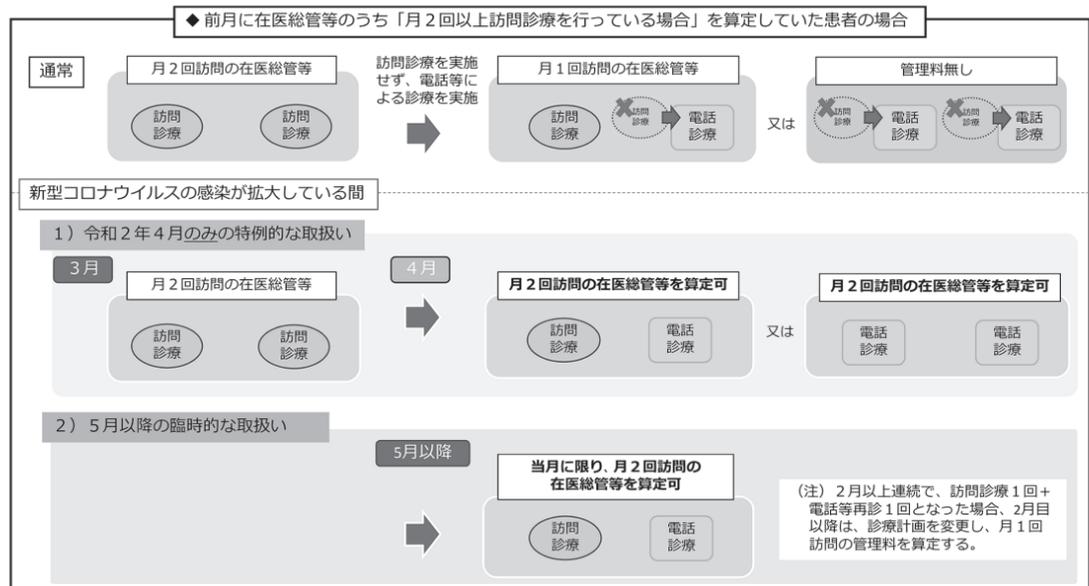
各種加算については、新型コロナウイルス感染症の中等症・重症患者の受入れで特例的に対応した診療報酬(救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算など)も算定可能とする。

全日病会長の猪口雄二委員は、「『臨時の医療施設』は(軽症者が収容されている)ホテルなども該当するのか」と質問。森光医療課長は「医療提供体制をどうするかは都道府県知事の判断で、様々な形があると思う。ただ、病院にする場合は、それに相当する体制を整える必要がある。それができなければ、診療所という形で医療提供施設として認める場合もあると思う」と述べ、今後の状況に応じた判断が行われるだろうとの考えを示した。

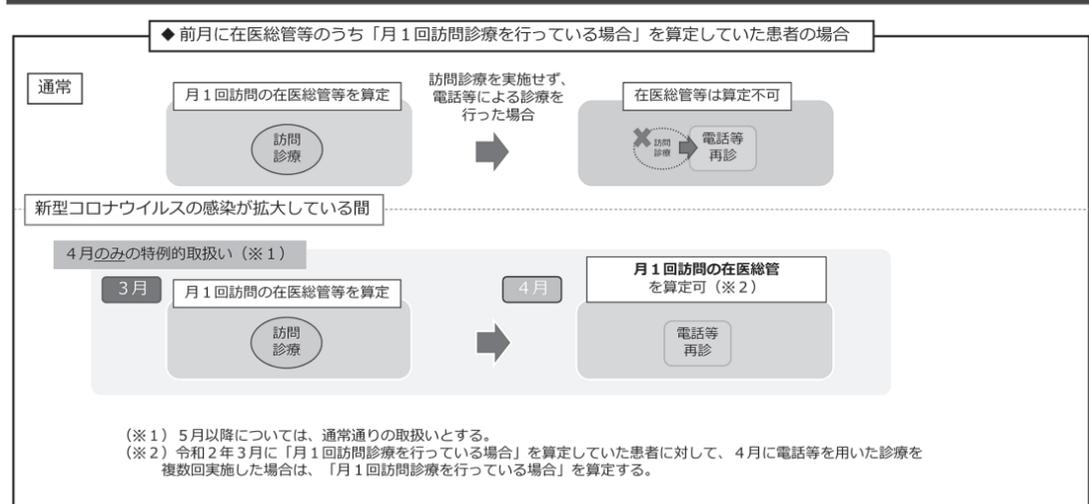
在宅医療における臨時的対応について ①

○ 新型コロナウイルスの感染が拡大していることにより、在宅医療の現場において、患者等から訪問を控えるよう要請される事案があるとの意見を踏まえ(※)、在宅時医学総合管理料(在医総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、臨時的に以下の取扱いとはどうか。

(※) 患者等が感染への懸念から訪問を拒否する場合であっても、まずは医療上の必要性等を説明し、患者等の理解を得て、訪問診療の継続に努めること。その上で、患者等から訪問を控えるよう要請があった場合の対応を想定。



在宅医療における臨時的対応について ②



感染予防策を講じた上で実施される往診等の評価

○ あわせて、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、診療報酬上の臨時的な取扱いとして、新型コロナウイルスの感染症患者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者を含む。)に対して、往診等を実施する場合に、必要な感染予防策を講じた上で当該患者の診療を行った場合には、【B001-2-5】院内トリアージ実施料(300点/回)を算定できることとしてはどうか。

「臨時の医療施設」は看護必要度等の基準問わない

厚労省 新型コロナ対策で診療報酬の扱い決める

厚生労働省は5月1日、新型コロナウイルス感染症患者のための臨時の医療施設の診療報酬上の取扱いを事務連絡した。ホテルなどを臨時の医療施設として活用することを想定する。都道府県知事から臨時の医療施設と指定されれば、医療機関と同様に診療報酬を

算定することができる。臨時の医療施設の許可は、新型インフルエンザ特別措置法に基づくもの。4月24日の中医協総会で、臨時の医療施設が、保険医療機関として算定する診療報酬の考え方を了承している。まず、臨時の医療施設も「保険医療

機関及び保険医療療養担当規則」を遵守する必要がある。初再診料では、「紹介率及び逆紹介率が一定基準以下の病院に対する減算」や「未妥結減算」は適用しない。入院基本料は、結核病棟入院基本料を準用し、届出時の看護配置に応じた点数を算定する。看護配置に

占める看護師の割合や「重症度、医療・看護必要度」、常勤医師要件などは基準を満たしているとみなされる。入院基本料の通則で求められている院内感染防止対策や医療安全管理体制などの取扱いも明記した。その他の要件も柔軟な対応を図るとしている。ホテルなど宿泊施設を病院とする場合の取扱いも示した。例えば、医師は最低3人で、入院・外来患者数に応じて必要数が増える。看護職員も同様。入院診療計画などの基準も示している。

中小病院の病院機能評価認定率向上を目指して

病院機能評価委員長 木村 厚

全日病会員の日本医療機能評価機構の認定率は35%になり、全国平均を上回っているが、200床以下の病院の認定率は26.7%とまだまだ低く、100床以下になると10%以下になってしまう。全日病会員に多いこれらの中小病院の認定率を上昇させることは、当委員会の命題である。今まで年2回、受審支援セミナーを行ってきたが、参加病院には大型病院が多いことも事実であり、中小病院の支援が急がれる。

中小病院の認定率が上がらない理由はいくつかあると考えられる。その最たるものは、受審にかけられる人手がないことと考えられる。日常業務に追われ余裕がない、機能評価受審といっても、何から手をつけたらいいかわからないといった声をよく聞く。そこで、その病院の支援を具体的にやってドキュメンタリー化し、他病院の受診の参考にしていただき、中小病院の認定率を少しでも高めようという事業

を行うことになった。

期間は2020年4月からの1年間であり、当委員会のアドバイザーによる病院訪問は診療、看護、事務管理それぞれ2回ずつ行う予定であり、訪問した報告書、および病院からの報告書は、全日病ニュースに掲載の予定である。

対象病院は、公募、委員会での審査を経て、香川県三木町の医療法人春風会榎村病院に決定している。同病院は37床、全床地域包括ケア病床である。

救急告示病院であり、整形外科を中心に昨年度は629件の手術を行っている。介護支援事業所、デイケアセンターも併設し、地域の急性期から回復期、慢性期医療までカバーしている病院である。

榎村病院の首脳には2月15日の全日病機能評価委員会の受診支援セミナーに参加していただき、お話を伺い、打ち合わせをした。

今後、進行につれ報告がドキュメントの形で、全日病ニュースに掲載されることになっているので、ぜひ受審の参考にしていただきたい。詳細は全日病の事務局を通して、機能評価委員会にお尋ねいただきたいと思う。

病院機能評価受審に向けて

医療法人春風会榎村病院 事務部主任 榎本 知也

当院は、香川県の「高松市」と「さぬき市」に挟まれた木田郡三木町にある37床の小さな病院です。この地で半世紀以上にわたって地域に根ざした、地元で寄り添う医療を行ってきました。

昨今の当院を取り巻く環境は、「近隣地域の医療資源不足」「地域住民の高齢化」など急速に変化しており、それに伴い「高度急性期医療機関からの患者受入れ」「在宅や近隣介護施設からの救急患者受入れ」「地域や住民からの幅広い診療科対応」など多種多様な役割が求められてきています。

それら地域のニーズに応えるため、当院ではまず、三木町周辺の地域包括ケアシステムの構築を目指し、2017年に電子カルテの導入、2018年に急性期医療を基盤とする地域包括ケア病棟に

全床再編(全床は県内唯一)するなど様々な取り組みを行ってきました。

次に当院が取り組むのは、病院機能評価の受審ではないかと考えました。

当院にとって病院機能評価受審は初めてとなりますが、当院が受審する目的は、医療機関としての全国標準レベルの「医療の質」と「組織の質」の向上と、すべての業務の標準化であり、病院機能評価項目をそのツールとして活用したいと数年前から院長と話していました。

当院が、患者様の多様なニーズに応え、地域に必要とされる医療機関として存続していくためには、永続的に病院の各部門・職員が時代に応じた業務の質の向上・改善を図っていき、組織として常に成長し続ける必要があると

考えます。

受審を通して、職員に業務改善・問題解決に取り組み実践するプロセスを学び、その文化が根付くことを期待しています。

最後に、当院は地方の小さな病院であり、人材や予算には余裕がなく、「職員に過度な負担をかけられない」「コンサルタントを依頼する余裕がない」などの障壁もありましたが、幸いこの度、受審を目指したのは、「認定率向上キャンペーン」により全日本病院協会のサポートが受けられることとなったおかげです。本当にありがとうございます。

自院の課題や問題点を客観的に確認でき、それを解決し、当院がより良い組織として成長できることを期待しています。



病院機能評価の受審に向けて当院の現状は、初めての受審ということもあり、規程や手順書などのドキュメント不足など見えている課題の他、まだ気づいていない課題・問題など、まだまだ多くの解決すべき事柄が山積しています。

また、新型コロナウイルス問題の影響により普段と異なる状況に、院内の職員にも不安の色は隠せません。しかし、このような状況下ですが、全職員が一丸となり目標に向かって前向きに進んでいきたいと思えます。

安倍首相が緊急事態宣言の延長を宣言

政府 感染や医療提供体制の状況で対象地域を判断

安倍晋三首相は5月4日、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う緊急事態宣言を5月31日まで延長することを表明した。諸外国のような爆発的な感染には至らず、これまでの取組みに一定の成果があったとしつつも、医療提供体制がひっ迫している地域があり、当面、現状の措置を続ける必要があると判断した。

政府の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議(脇田隆字座長)の報告によると、国内の新規感染者は4月27日以降、減少傾向にあるが、患者の多くが入院し続けており、「入院患者を引き受ける医療機関への負荷は現状でもぎりぎりの状況にある」。報告を踏まえ、安倍首相は、緊急事態宣言を延長した。安倍首相は一方で、社会経

済への影響を懸念。専門家会議の分析を評価した上で、可能と判断すれば、5月31日より前の解除もあり得ると述べた。

緊急事態宣言の対象は全都道府県だが、対象地域の判断は感染状況や医療提供体制を踏まえて、基本的に対処方針諮問委員会の議論を経て、政府が決定する。医療提供体制は、◇医師が必要

と認めるPCR等の検査◇院内感染の制御◇救急医療などその他の一般医療への影響◇医療機関の役割分担の明確化や患者受入れ先の調整機能◇重症・重篤例の診療体制などにより判断する。

専門家会議は、病床の確保において医療従事者や人工呼吸器などの器材、個人防護具などを含めた実際に運用可能な「有効病床数」を確保することが必要と強調した。軽症者に対しては、患者の急増に備え、宿泊療養につなげる環境整備に取り組むことを求めた。

引き続き進捗をモニターし、5月半ばに分析結果に基づいて政府に提言する。

医療提供体制の確保に数兆円の支援が必要

自民党・厚労部会 新型コロナ対策で6点を緊急要請

自民党の厚生労働部会と社会保障制度調査会は5月1日、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う緊急要請を加藤勝信厚労相に手渡した。感染の実態把握や軽症者の宿泊施設での療養を進め、医療資源を重症者に振り向けるため、大きく6点を要求した。受診患者の減少による経営悪化が懸念される医療機関などへの支援として、数兆円規模の財源が必要との考えを示した。

6点は、①院内感染防止②危険手当の積み増し③軽症者用のホテル等の確保④PCR検査等の拡大⑤治療薬の早期活用⑥地域の通常の医療の確保。

院内感染防止では、無症状患者にもPCR検査が行える環境整備を求めた。危険手当については、診療報酬で対応されたが、感染症対策のために空床を確保した場合の減収への緊急包括支援交付金による新たな措置などが必要と

した。軽症者用のホテルなどの確保では、地域で急激な感染拡大が起きた場合に、診断・検査を行える仮施設が設置できる人的・物的支援が必要とした。

PCR検査等の拡大では、医師が必要と認めた場合に速やかに検査が受けられる体制の拡充を図ることを求めた。治療薬の早期活用では、別の効能で承認されている治療薬について、可能な



限り早く薬事承認を行い、本人同意の下、医師の判断で投与できるようにすることを要請した。

地域で通常の医療を担う医療機関に対しては、緊急時に必要な対応が取れる体制を維持している場合の支援を強調した。通常の手術を大幅に減らしている地域でのICUの拡充も求めた。

2020年度募集の臨床研修定員枠を緩和

医道審・臨床研修部会 新型コロナの影響で調整困難

医道審議会の医師分科会医師臨床研修部会(国土典宏部会長)は4月28日、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う臨床研修制度における特例措置を論点とした。今年度募集の都道府県の定員枠を緩和するとともに、定員設定の締め切りを6月15日まで延ばす。現在

実施している研修は、地域医療研修や症例数で配慮を行う。部会は持ち回りで開催。現在、協議中で近く決定する。

医師偏在対策の一環で、臨床研修制度では、2020年度募集から都道府県の定員枠をより厳しく設定することになっていた。しかし、新型コロナ対策

に忙殺され、調整が困難になっている都道府県がある。そこで、現状より定員枠が厳しくなる都道府県については、上限設定を緩和する。

また、都道府県は各医療機関の定員設定を4月15日までに厚生労働省に報告することになっていたが、調整に苦

慮する臨床研修病院が出ていることから、6月15日まで延長する。

現在実施されている臨床研修についても、新型コロナの影響が出ている。必修科目である地域医療研修は、連携施設での研修ができない事例が上がっている。外科では、防護具の不足などにより手術数が減少し、症例を満たすのが困難になっているとの報告がある。このため、地域医療研修が行えない場合の代替研修や将来が不足する場合の特例的な取扱いを決めた。

自民党に新型コロナウイルス対策医療系議員団本部が発足

医療崩壊阻止へ医療機関の財政支援求める

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぎ早期終息を図るため、自民党内の医師などの国家資格を有する国会議員でつくる「新型コロナウイルス対策医療系議員団本部」(本部長=富岡勉衆議院議員)が4月16日に発足した。安藤高夫衆議院議員(全日病副会長)は、事務局次長として同本部に積極的に関わっている。

同本部は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、臨床検査技師の国家資格を持つ議員で構成される。専門的知識と医療現場の経験をもとに政府や党の感染症対策を支援する目的で発足。3月から勉強会を重ね、政調会に政策提言を行ってきた。

コロナ対策の出口戦略を検討

同本部幹事長の今枝宗一郎衆議院議員に新型コロナウイルス対策と議員団本部の取組みについて聞いた。

今枝幹事長は、これまでの初期段階の対策について、「課題はあるものの徹底したクラスター対策によって感染者数の増加を抑え、死亡率も低い状態に維持している」と評価した。しかし、ウイルスの感染力が強く、クラスター

対策をすり抜けて感染が広がっている。このため、政府は緊急事態宣言を発出して、国民に外出の自粛を求めるとともに、4月20日に緊急経済対策をまとめ、一律10万円の給付を盛り込むなど、国民生活を守る対策を打ち出した。

今枝幹事長は、「医療崩壊は絶対に防がなくてはならない。そのために医療従事者に対する圧倒的支援が必要だ」と強調。その上で「新型コロナウイルスについてはいろいろなことがわかってきた。次の展開として出口戦略を考える必要がある」と述べ、抗体検査により感染状況を把握するとともに、治療薬やワクチンの開発やハイリスク者を守るための取組みを進める必要があるとした。

抗体検査では130のキットが存在するが、検査の信頼性を検証した上で導入を進める必要がある。科学的知見を踏まえた検討が求められることから、専門家としてしっかり考え、提言していくと強調した。

次の提言として準備しているのは、新型コロナウイルス対策に対するさらなる財源の確保だ。医療従事者に対する危険手当や減収している医療機関へ

の支援のための財源が必要であり、第2次補正予算の編成を求めていく考えである。

今枝幹事長は、「議員団本部としては政策提言だけでなく、行動をおこしていくことを重視したい」と述べる。医療系議員のネットワークを活かして、研究開発を支援したり、国民に対するリスクコミュニケーションに取り組み、不安の解消に取り組む考えを示した。

安藤議員が医療機関に対する補助の拡充を求める

議員団本部は4月30日に会合を開き、古川俊治参議院議員(副本部長)が海外論文をもとにレムデシビルなどの治療薬の状況について情報提供したほか、抗原検査などPCR以外の検査法に関する最新情報を共有した。

安藤議員は、医療機関の経営状況について発言。コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院の経営状況を分析し、「医療崩壊を防ぐために補助の拡充が必要」と訴えた。



安藤衆議院議員と今枝幹事長(右)。

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院では、多床室を1人1室で使用するなどにより、病院の収入が大幅に減少している。4月に決まった診療報酬の臨時的な取扱いを加味しても、急性期病院では75%の減収になるとの試算を示した。外来や手術、在宅診療や人間ドックなど様々な医療機能が縮小して収益が悪化し、存続の危機に直面している。

安藤議員は、医療崩壊を防ぐためには補助を拡充する必要があるとして、①過去3年の収入実績をもとに減額相当分を補助、もしくは②コロナ患者1人当たり200万～400万円(症状による)の補助が必要だと訴えた。

医療・介護のリハビリテーションの連携について報告書

高齢者医療介護委員会

介護のリハビリ開始までのタイムラグ短縮を提言

医療と介護のリハビリテーションの連携に関する調査報告書がこのほど、高齢者医療介護委員会ですらまとまった。「退院からの通所・訪問リハビリテーション・医療提供施設への円滑な移行に関する調査研究事業」で、2019年度の老人保健健康増進等事業として実施した。

医療機関を退院後に介護保険の通所・訪問リハビリテーションに移行するまでのタイムラグが、その後の利用者のADLの変化に影響することが調査結果から明らかとなり、報告書はタイムラグを短くするために情報提供を早期に行うことを提言している。

リハビリテーションは、急性期・回復期・維持期(生活期)と一貫した提供が重要であり、疾患別リハビリテーションから維持期リハビリテーション等への円滑な移行が求められる。また、要介護者・要支援者に対する維持期・生活期のリハビリテーションについては、介護保険への移行が進められていることから、特に医療・介護間の連携が求められる局面といえる。

このような状況を踏まえ、高齢者医

療介護委員会は医療・介護間のリハビリテーションの連携に関する実態や課題を把握し、今後の連携推進に資する知見を得ることを目的に調査を実施した。

調査では、病院・診療所(発送数3,500・回収率28.0%)、介護老人保健施設(同1,500・20.1%)、介護医療院(同121・33.1%)、通所リハ事業所(同5,121・13.7%)、訪問リハ事業所(同5,121・11.2%)に対して、郵送によるアンケート調査を実施した。また、アンケートに先立って事前インタビュー調査を実施した。

(1)介護保険におけるリハビリテーションの実施内容

退院後の介護老人保健施設、介護医療院、通所リハ、訪問リハにおけるリハビリテーションの実施内容をみると、筋力向上訓練、関節可動域訓練などの身体機能に働きかけるリハビリテーションが多く、更衣・調理・掃除等の生活行為や仕事・余暇活動練習等の社会参加に関する内容が少ないことがわかった。このため、医療・介護間の情

報提供においては、身体機能に偏ることなく、生活期のリハビリテーションにおける活動や社会参加の意識を喚起するアプローチが有効としている。

(2)退院からの通所・訪問リハ開始までのタイムラグ

退院から介護保険のリハビリテーションが開始されるまでのタイムラグをみると、介護老人保健施設や介護医療院では、ほぼすべての疾患において中央値が1.5日以内となっていた。これは、退院7日前には入所の相談を開始し、退院後に直接入所しているためと考えられる。

一方、通所リハ、訪問リハについては、医療機関併設の訪問リハでは平均8.5日、医療機関併設の通所リハでは11.1日のタイムラグが生じていた。また、400床以上の病院を退院した利用者は通所リハ、訪問リハともにタイムラグが長かった。

退院から通所・訪問リハの開始までの日数(タイムラグ)は、利用に関する事前の相談や退院の連絡を早期に行ったケースほど短い傾向がみられ

た。相談・連絡が退院2日前以降になると、タイムラグは顕著に長くなる傾向にある。また、入院していた医療機関からの診療情報提供書の提供時期が遅くなるほどタイムラグが長くなる。

(3)通所・訪問リハ開始までのタイムラグとADLの変化

調査では、通所リハおよび訪問リハについて、退院後のタイムラグと通所リハ・訪問リハ開始から1カ月後のADLの変化(Barthel Indexの上昇幅)を調べた。

その結果、退院後から通所リハの利用開始日までのタイムラグが14日以内の利用者は、15日以上の利用者に比べてBIの上昇幅が有意に大きかった。

また、退院から訪問リハの利用開始日までのタイムラグが7日以内の利用者は、8日以上の利用者に比べて、BIの上昇幅が有意に大きいことがわかった。

これらの結果を踏まえ、報告書はタイムラグを短くするために、「利用に関する最初の相談」や「退院の連絡」、「診療情報提供書の提供」等の連絡や情報提供を早期に行うことが有効と提言している。

PCR検査で歯科医師の検体採取認める

厚生労働省は4月26日、「PCR検査に係る人材確保に関する懇談会」を開き、検査体制の強化のために地域に設置する地域外来・検査センター(帰国者・接触者外来)において、歯科医師の検体採取を認めることを提案し、了承を得た。医療現場の人手不足を補い、保健所の負担を軽減する観点から、期間と場所を限定して歯科医師の検体採取を認めることとした。

地域外来・検査センターは、地域の医師会等に委託して設置し、PCR検査を集中的に実施する。厚生労働省は、4月15日の事務連絡でPCR検査機能を委託するスキームを都道府県に示してい

る。運営費の2分の1は国庫補助。厚生労働省の吉田学医政局長は、「歯科医師にもその専門性を活かして参画してもらいたい」と発言。歯科医師に協力を求める考えを示した。

現行の医師法・歯科医師法では、新型コロナウイルスの診断を目的とした検体の採取は歯科医師の業務の範疇を超える。厚生労働省は、感染が拡大する中で医療提供体制を維持するために口腔領域に一定の能力を有する歯科医師が検体採取を行う場合は違法性が阻却されると整理。実施に当たっては、歯科医師の検体採取に患者の同意を得ることと必要な研修の受講を条件とした。

一冊の本 book review

新医療経済学

医療の費用と効果を考える

著者●井伊雅子、五十嵐中、中村良太
発行●日本評論社
定価●2,300円+税

今回のコロナ禍の後、日本の医療は良くも悪くも変わらざるをえないだろう。そして、その変化には医療経済学的な視点が大きく関わってくると考えられる。医療経済学的な思考を身につけるためには、医療統計、費用対効果、EBMやEBPM、効率と公平の考え方についての正確な理解が重要であるが、その一つひとつが非常に難解であり、挫折したり、曖昧なままにしたりしている人も多いのではないだろうか。

本書は、日本の医療制度の問題点や課題などを通して、医療経済学のポイントを押さえており、医療経済学初心者にも理解がしやすいだろう。今後、日本の医療界が進む方向性を見極め、より良い方向に動かしていくためにも、多くの方に本書を読んでいただきたい。(安藤高夫)

