



全日病 ニュース

2021.11.1

No.997

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

2022年度診療報酬改定の入院医療の技術的な課題まとめる

中医協・入院医療等分科会

新型コロナが診療報酬に与えた影響も調査

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は10月21日、2022年度診療報酬改定に向けた同分科会のこれまでの検討結果(とりまとめ案)を大筋で了承した。同日の意見を反映させた正式なとりまとめを10月27日の基本問題小委員会に報告した。

とりまとめ案には、9月8日の中間とりまとめに、診療情報・指標等作業グループやDPC/PDPS等作業グループの検討内容、2021年度調査結果の速報値を追加し、分科会の議論における委員の意見を加筆している。なお、DPC制度はDPC評価分科会が廃止となったため、同分科会での検討事項となっている。

同分科会は、2020年度診療報酬改定の答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、2020年度改定後の状況を調査し、結果を分析するとともに技術的な課題の検討を行う役割を担っている。入院医療に関する個別の論点について、改定の方向性を明確に示す内容とはなっていないが、方向性を示唆する内容となっている。

検討事項としては、◇一般病棟入院基本料◇特定集中治療室管理料等◇短期滞在手術等基本料◇DPC/PDPS◇地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料◇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◇障害者施設等入院基本料等◇救急医療管理加算◇医療資源の少ない地域に配慮した評価◇横断的個別事項一を盛り込んでいる。

2022年度改定に向けた検討では、新型コロナの感染拡大を踏まえ、通常の調査である2020年度改定の影響とともに、新型コロナの影響を把握することが重要な課題となった。実態調査ではそのための調査項目を設け、調査を実施した。

その結果、さまざまなデータが得られた。コロナ患者を受け入れた病院では、病棟の患者構成が変化したことが想定され、例えば、『重症度、医療・看護必要度Ⅰ』(以下、看護必要度Ⅰ・Ⅱ)と比較して、看護必要度Ⅱの該当患者割合は、2020年に割合が高くなる傾向があり、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低い」といった結果が示された。

これに関し、全日病常任理事の津留英智委員は、2020年8月～10月の間で、コロナ陽性者100人未満の9県と100人以上の38都道府県の看護必要度の該当患者割合を分析したデータに言及。「コロナ陽性者の多い都道府県の方が、該当患者割合が高く、コロナ陽性者の少ない県の方が、該当患者割合が低い」と指摘。その上で、「このあたりをどう解釈するか。新型コロナの影響をみるのは非常に難しいと感じている」と述べた。

また、急性期一般入院料1の病院のうち、2020年1月～2021年5月までの間で、コロナ患者を1カ月以上受け入れた病院は、特定集中治療室管理料

や救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている病院の割合が高かったとの文言がとりまとめ案に盛り込まれた。

これに対し津留委員は、「ICUなどの治療室を持っていないながらコロナ患者を受け入れていないのは、『けしからん』とか、急性期一般入院料1であれば、コロナ患者を受け入れるべきである、という論調につながる。実際は、新型コロナに対応した病院が一般救急患者の受入れを制限したことにより、その代わりに引き受け、一般救急医療を頑張ったコロナ非対応病院もあるので、ここの取扱いは注意して頂きたい」と述べた。

また、地域医療機能推進機構理事の山本修一委員は、「新型コロナ対応の病院では、看護必要度のC項目(手術等の医学的状況)が特に下がった。急激に患者構成が変化するこのような事態に対応できるような新たな評価が必要ではないか」と問題提起した。

看護必要度については、同日、特定集中治療室管理料等のB項目(患者の状況等)をめぐる論戦になった。特に、「特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度のA項目を満たしているが、B項目を満たしていない割合は1.7%」との文言が盛り込まれた。

これに対し、「B項目は現場の看護職員の負担になっている。B項目のほとんどをA項目で代替できるとのデータが示された。B項目を継続する



必要性は低い」(牧野憲一委員・旭川赤十字病院院長)との意見が出た。しかし、相澤東病院看護部長の武井純子委員らは、「看護の介入を計測する指標としての意義がある。現場の負担もそれ程大きいとは聞いていない」と反論した。

DPC制度の医療機関別係数の「災害」に関しては、BCPの策定が評価項目になっている。災害拠点病院においては、BCP策定率が100%となっており、DPC対象病院に対しても、「この方向性に沿った対応が考えられるとの意見があった」と盛り込まれた。

医療機関におけるBCP策定の現状では、「今般の新型コロナのクラスターの発生により、病院機能の低下がみられ、医療機関におけるBCPの重要性はさらに増している」と指摘されている。災害対応BCPと感染症対応BCPは異なることから、手引きも示されている。

津留委員は、このような状況を踏まえ、「BCPの中で新型コロナをどのように取り扱うかが重要な課題になっているが、とりまとめ案には、(1)体制評価指数③災害のBCP策定部分に『新型コロナ』の言葉が入っていないので、入れた方がよいのではないか」と提案した。

中医協総会が外来を議論

中医協総会(小塩隆士会長)は10月20日、外来をテーマに2022年度診療報酬改定に向けた議論を行った。厚生労働省から、かかりつけ医機能を評価する診療報酬のあり方とともに、◇地域包括診療料・加算◇小児かかりつけ診療料◇診療情報提供料(Ⅲ)◇生活習慣病管理料◇耳鼻咽喉科の診療と小児抗菌薬適正使用支援加算等一の論点が提示された。

地域包括診療料・加算は、診療所と200床未満の病院が算定し、高血圧症や糖尿病の患者への指導・服薬管理等を包括して評価。地域包括診療加算の方が届出・算定回数とも多く、地域包括診療料を含めて、横ばいの状況にあ

る。

厚労省は、CKD(慢性腎臓病)や心不全の患者に、かかりつけ医が専門医と連携し、基礎疾患に対する治療や悪化の予防等の管理を行う事例を示した。地域包括診療料・加算の対象疾患に追加することに、診療側は賛意を示した。

地域包括診療料・加算の要件を満たすことが困難な要因では、「対象患者に院外処方を行う場合は、24時間対応の薬局と連携」をあげる医療機関が多い。このため、今年8月から特定の機能を有する薬局の認定が始まったことを踏まえ、要件の緩和が論点となった。

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出をしていない理由では、「時間外

対応加算1または2に係る届出要件を満たせないから」と回答した施設が3割程度で多い。時間外対応加算1の要件は「電話等に原則24時間常時対応」、加算2は「電話等に標榜時間外の夜間の数時間の対応」。小児かかりつけ診療料の施設基準の緩和について、支払側からも一定の理解が得られた。

診療情報提供料(Ⅲ)については、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対し、継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合を評価している。しかし、紹介元のかかりつけ医機能の届出状況が把握できていない場合や、自院がかかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合は、診療情報提供料(Ⅲ)を算定できない場合があり、見

直しが課題となった。

生活習慣病管理料は、薬剤を含めた包括点数だが、糖尿病を主病とする患者の外来診療における1件あたりの調剤レセプト請求点数の分布をみると、2020年の中央値は1,374点で、平均値は2018年から2020年にかけて増加しているため、見直しが論点となった。

本号の紙面から

中医協が在宅医療を議論	2面
第8次医療計画で事例発表	3面
入院医療等分科会の最終報告	4～5面
医療資源重点外来の呼称議論	6面
総合確保基金の交付状況	7面
救急災害医療WGが議論開始	8面

清話抄

児童・思春期メンタルヘルスについて
—コロナ禍において—

我が国において、平成10年に自殺者数が急増し3万人を超え、平成18年には自殺対策基本法が制定されました。平成22年には自殺者数が減少し、以後、

減少傾向ではありますが、未だ年間で約2万人の自殺者がおられます。平成29年に自殺総合対策大綱が閣議決定され、さらに自殺予防について取り組みがなされ、年間総自殺者数は減少傾向です。しかし、若年層の自殺者数は減少せず横ばいであり、児童・思春期にもフォーカスを当てた、何らかの対策を行うことが急務であると思われます。

自殺に至る方には、なんらかの精神疾患が関与していることが多く、心身の異変を早期に発見し、適切な治療に

繋げることが重要だと考えています。思春期においては、従来のいじめに加え、インターネットやSNSを利用して、目に見えにくい形で陰湿かつ広範囲に及んでいます。その結果、被害者にストレスが蓄積し、相談相手が見つからず自分ひとりで抱え込んでしまうこともしばしばあります。

また、新型コロナ禍で授業などがオンライン化し実際に集まる場がなくなり、相談する機会も減少しています。学校教員やスクールカウンセラー等が

早期に精神科専門医療機関との連携が図られるような仕組みが大切だと考えておりますが、地域によっては児童・思春期の精神科診療を請け負う医療機関が少ない現状にあります。

早期発見のために、学校教員など対象者に携わる方が精神疾患に対する理解を深め、そのような連携システムが早急に各地域において整備され、児童・思春期の自殺予防が強化されることが重要だと考えています。(齋)

主張

今、将来の自施設に求められる機能の模索を

「PEAK OUT」、待ち望んでいた言葉が聞こえて来ると、日々発表される新規感染者数は前週・前月を大幅に下回り、急峻な減少曲線を描いている。自施設でのCORONA受入患者数や陽性判明者数も明らかに減少した。そして緊急事態宣言が撤廃され、様々な規制が緩和の方向で動き始めている。勿論医療者の立場からは早晩その到来が予想される第6波を忘却する訳にはいかないが、新総裁、新政権の誕生、衆

院選と政局が動き、取敢えずは懸念していた財務大臣も交代、先行きは不透明だが若干の閉塞感からの脱却が実感され、岸田新宰相に期待する所大である。

地方自治体の不手際による給付の遅延にはあきれ果てて言葉もないが、財政出動による支援金で一息付けたことは事実であり、「焼け太り」とも言われる公的病院の存在には、この「からくり」の早期是正を願って止まない。

年末には3回目のワクチン接種が医療関係者から開始されるが、自由の国ニッポンでは、この期に及んでもワクチン拒否の人々が相当数存在し、その集団からの感染拡大再燃と集団免疫獲得との間合いも懸念される。

一方、CORONAに振り回されている間に常態化した受診抑制、患者減はWITHもしくはAFTER CORONAの近未来の医療環境を想起させるものであり、人口減社会の前倒しとも評され、長期間の在宅生活で一時的に「FRAIL」等は増加するであろうが、受療者減の趨勢は不変と考えられる。

手洗い、マスク着用が国民の新しい習慣となればインフルエンザの流行も

小規模となり、疾病構成も変化が生じ、現在進められている地域医療構想にも様々な手直しが加えられることになる。

暫くの間は続くであろうCORONA対応と同時に、自施設に求められるであろう将来の医療機能の模索を始めるのは今しかない。存立基盤となる地域の将来の医療需要に対し、必ずしも現在の自院機能が合致する保証はなく、「やりたい医療」は必ずしも「求められる医療」ではないかも知れない。綿密な調査・検討を行い将来の方向性を見極める時は今で、しかもあまり時間はない。(N.Y.)

機能強化型の在支病の要件緩和を含め在宅医療を議論

中医協総会

改定に向け第2ラウンドの議論開始

中医協は10月13日、2022年度診療報酬改定に向け、第2ラウンドの議論を開始した。今後、来年2月中旬頃の厚生労働大臣への答申を目指し、各テーマに関して、個別の議論が展開される。同日は在宅医療が議題となった。具体的には、在宅療養支援診療所・病院の位置づけや、在宅医療を担う医療機関の裾野を広げるための継続診療加算の要件緩和、外来担当医師と在宅担当医師による共同指導の評価、在宅ターミナルケア加算の要件緩和などが論点となった。

最初に在宅医療をめぐる状況を確認した。2025年に向け、在宅医療の需要は高齢化の進展や、地域医療構想による病床の機能分化・連携により、大きく増加する。需要の増大に対応するため、在宅医療の供給を増やす必要があるとしている。2019年度で、自宅で死亡する人は13.6%。この10年間で在宅死は増えてきており、病院で死亡する人の割合は71.3%となっている。

一方、国民の3割が、「最期を迎えるときに生活したい場所」で「自宅」を希望しているとの意識調査も示された。

緊急往診ゼロでも在宅医療支える

在宅療養支援病院(以下、在支病)については、四病院団体協議会の資料が示され、在支病において、年間の緊急往診件数がゼロ件であっても、在宅患者の入院受入件数が31件以上の在支病が、30件未満の病院よりも多いことが示された。一方、機能強化型の在宅療養支援診療所(以下、在支診)・在支病に対しては、過去1年間の緊急往診の実績が要件化されている。

日本医師会常任理事の城守闘斗委員は、「必ずしも緊急往診の実績がなくても、在宅医療を支えている。機能強化型でなくても、それと同等の機能を果たしている在支病があるので、機能強化型に準じた評価を考へてもよいのではないかと主張した。

一方、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「緊急往診ゼロ件はおかしいのではないかと指摘した。これに対し、城守委員は、「患者の容態が悪化した場合、最初に訪問看護ステーションに連絡が入って、それから入院の手続きになることも多い。あるいは訪問診療で対応していることもある。在支病はバックベッドがあるので、緊急往診を要件化することには無理がある」と説明した。

また、在支病で、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている施設は6割となっている。2020年度改定では、地ケア病棟入院料などに「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに

関するガイドライン」を踏まえ、「適切な意思決定支援に関する支援」を定めていることが要件化された。一方、機能強化型の在支診・病で、看取りに対する指針を定めているのは約半数。

幸野委員は、「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の取組みは必須で、少なくとも機能強化型の在支診・病には要件化するべき」と主張した。日本病院会副会長の島弘志委員は、「ACPの取組みは重要で、やっているところは評価すべきだが、要件化は厳しい」と述べた。

継続診療加算の要件緩和を検討

継続診療加算(216点・1月に1回)は、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の加算で、在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により、24時間の往診体制と連携体制を構築していることを評価している。ただし病院は算定できない。外来や訪問診療を行っている患者に対し、24時間の往診体制と連絡体制を整えていることなどが要件となっている。

在宅医療を行うが、在支診の届出は難しい診療所を評価する診療報酬との位置付けもあり、在宅医療の裾野を広げることが期待し、2018年度改定で導入されたが、あまり増えていない。2018年度に約380施設の届出があり、その後は微増で、2020年5月時点でも400弱にとどまる。継続診療加算を算

定する診療所は、在宅時医学総合管理料を算定する医療機関の約6.7%、算定回数でも約7.7%となっている。

診療所に継続診療加算を算定していない理由をきくと、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」が約5割で最も多く、医療機関の連携が難しい状況があることが示されている。

一方、厚労省は、地域で取り組んでいる在宅医療連携のモデルとして、東京都板橋区と千葉県柏市の事例を紹介した。板橋区では、在宅医が学会等へ参加するなどの事情で、看取りが必要な患者の対応ができない場合に、別の在宅医が対応するシステムを運用している。柏市では、医師会と市による、かかりつけ医グループがバックアップする体制を整えているという。

厚労省は、「24時間の往診を行う体制を確保していない場合であっても、市町村・医師会と連携した上での在宅提供が構築されている場合がある」ことを踏まえ、継続診療加算の要件等のあり方を考えることを論点とした。

城守委員は、「在宅医療の需要の増加に対応するため、もう少し積極的に継続診療加算を算定できるよう要件等を見直す必要がある」と主張した。一方、日本労働組合総連合会総合政策推進局長の佐保昌一委員は、「緩和する方向だけだと、医療の質の低下が懸念される」と述べた。

外来患者が通院困難となって、在宅医療を受けることになり、医療機関が変わる場合がある。外来から在宅への

移行にあたっては、各種の調整が求められる。医療機関間などによる、適時の連携などが重要になる。このため、外来を担当する医師と在宅を担当する医師が共同して、患者に必要な指導などを行うことの評価が論点となった。

移行のタイミングが遅れば、患者が抱える医療・介護などの課題が複雑化、不可逆化する可能性があり、円滑な移行に向けた調整が必要となる。支払側と診療側の両者から、診療報酬上の評価が必要との意見が出された。その場合に、ICTの活用や多職種連携の取組みも評価することが求められた。

在宅ターミナルケア加算は、在宅で死亡した患者に、死亡日から2週間以内に、2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定できる。算定回数は増加傾向で、特に機能強化型の在支診等の算定回数が増えている。算定回数は、機能強化型在宅療養支援診療所等(病床あり)が4,562件、在宅療養支援診療所等が3,072件となっている(2020年)。

ただ、ターミナルケアを実施していても、在宅ターミナルケア加算を算定できない事例がある。具体的には、「医師が訪問診療の計画のために往診のみの期間があり、計画を立てた初回の訪問診療までに看取りに至った場合」、「月1回の訪問診療の患者の訪問診療の予定日前に状態の急変があり、往診したが、そのまま看取りとなった場合」が示された。

診療側の委員からは、「事例として少ないとは思いますが、不合理であり、手直しが必要だ」との意見が相次いだ。

在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	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			○ 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) <small>※ 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</small> ○ 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
全ての在支病が満たすべき基準	「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 <small>※ 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</small>			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上		
	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		

新型コロナに対応した病院などが事例発表

厚労省・第8次医療計画検討会 救命救急と集中治療の棲み分けなど議論

厚生労働省の「第8次医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は10月13日、2024年度からの第8次医療計画の中に、新興感染症対策等を新たな事業に盛り込むことから、新型コロナへの対応についての事例発表を行った。

事例発表を行ったのは、◇馬場記念病院(大阪府)◇相澤病院(長野県)◇世田谷記念病院(東京都)◇岡山県精神科医療センター(岡山県)◇新垣病院(沖縄県)◇日本集中治療医学会◇日本ECMOnet◇大阪市消防局◇千葉市消防局一の9団体。

同検討会の下には、「地域医療構想及び医師確保に関するワーキンググループ」、「外来機能報告等に関するワーキンググループ」、「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」、「救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループ」がある。また、第8次医療計画を策定する上で、「厚生科学審議会感染症部会」との連携も求められている。このため、ワー

キンググループの委員と感染症部会の委員も、オブザーバーとして出席した。

大阪市消防局は、新型コロナ患者の搬送で、「保健所では、管轄地以外の医療機関の空床数など詳細な入手が困難であり、長時間現場滞在の要因の一つになった」と指摘し、「搬送先医療機関の選定を都道府県に一元化すること」を課題にあげた。これに対し、全日病副会長の織田正道委員は「デジタル化により、管轄地以外を含めた情報の共有を進めることはできないのか」と質問した。

大阪市消防局は、「保健所への連絡や大阪府フォローアップセンターに送る情報内容は、手書きのペーパーをPDF化して、メールで送っている。デジタル化で効率化できれば、情報伝達がスムーズに行くことは考えられる」と述べた。

なお、大阪市消防局はそのほか、今後の新型コロナ対応への課題として、◇関係機関との連携強化◇往診医師に

よる診療体制強化◇民間宿泊施設(ホテル)を活用した宿泊療養施設の設置(都道府県内の一定の地域に偏重しない分散した設置)◇臨時医療施設等の設置(臨時医療機関等の積極的な展開による救急車を含む移送車両の確保)◇民間搬送事業者の積極的な活用などをあげた。

オブザーバーで参加した全日病常任理事の猪口正孝委員は、「集中治療と救命救急の医療は、かなりオーバーラップしていると思う。新型コロナのような感染症のパンデミックに対して、救命救急の視点と集中治療の視点があるが、どちらで対応するのがよいのか」と質問した。

日本集中治療医学会からは、「集中治療では重症患者に対し、長いと一カ月ぐらいの間、専門的な医療を提供する。救命救急と集中治療は重なる部分があるが、完全には重ならない。救命搬送された患者のうち重症者は、一定地域で集約化した集中治療の施設が診



療するなど、うまく棲み分けを行うことが大事だ」との趣旨の発言があった。

ECMOや人工呼吸治療に精通した医師の集まりである日本ECMOnetからは、「集中治療を行う病院にかなり差があり、例えば、術後の患者だけを診療する病院もある。その点、東京都の新型コロナの対応では、すべての救命救急センターが重症患者を受け入れたので、うまく回ったのだと思う。救命救急センターで、集中治療を行うことのできる医師が多くの仕事をした」との回答があった。

猪口委員は、「病院により、救急搬送の窓口も変わる。将来的に新興感染症等に対応する制度を作るとなると、2次救急の役割を含め、集中治療と救命救急の医療の棲み分けをしっかりと考えなければならない」と述べた。

第8次医療計画に向け在宅医療の基盤整備の議論に着手

厚労省・在宅医療WG 急変時の入院医療との連携などが課題

厚生労働省の「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」は10月13日、初会合を開いた。座長には田中滋氏(埼玉県立大学理事長)が選ばれた。第8次医療計画の策定に向けて、在宅医療の基盤整備などを検討する方針を確認した。

厚労省は今後の検討事項として、①在宅医療の基盤整備②患者の状態に応

じた、質の高い在宅医療提供体制の確保③災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制一の3点を示した。

②の質の高い在宅医療の体制としては、急変時などに入院医療と連携することや、複数の診療科の医師が患者の病状に応じて連携することを検討課題にあげた。近年、増加傾向にある医療的ケア児への在宅医療の体制整備も課

題とした。

日本医療法人協会副会長の鈴木邦彦委員は、在宅医療において役割を担う在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の医療計画上の位置づけについて質問。厚労省は、現時点では都道府県ごとにばらつきがあるとして、現状把握に努めるとした。

日本医師会の松本吉郎委員は、小児の在宅医療を担う医療機関を増やすこ

とが課題と指摘。「いざというときに入院を受け入れてもらえるバックアップ病床の確保が非常に重要である。小児のうちは病院の主治医がいた場合でも、患者の年齢が上がると、病院の小児科では受け入れられなくなることがある。トランジションの問題も含めて、地域で体制を整えるという考え方が必要だ」と述べた。

同WGは、来年夏まで1巡目の議論を行い、2巡目の議論を経て、2022年度末までに取りまとめを行う予定だ。

新型コロナ対策の全体像の「骨格」示す

第6波に備えて病床の確保を進める

政府は10月15日に新型コロナウィルス感染症対策本部を開き、この冬に予想される感染拡大の第6波に備えて、新型コロナ対策の全体像の「骨格」を決めた。

夏の第5波に比べ感染力が2倍になることを想定し、病床確保や自宅療養などの対策を進める。さらに感染力が3倍になるなど大きな感染拡大が生じた場合は、強い行動制限を国民に求めるとともに、国の責任において、一般医療を制限し、病床を確保するための具体的措置を講ずるとしている。11月

の早い時期に具体策を盛り込んだ対策の全体像をまとめる予定だ。

都道府県ごとに必要な病床確保を含めた「保健・医療提供体制確保計画」を策定し、感染拡大時に確保した病床が確実に稼働する体制をつくる。コロナ用の病床の使用率については、少なくとも8割を確保する。東京・大阪の都市部では、感染拡大時に確保する国立病院機構等の公立公的病院の専用病床や臨時の医療施設を明らかにする。

保健所のみへの対応を転換し、地域の医療機関を活用してすべての陽性者に

対し、健康観察や診療をできる体制を確保する。すべての自宅療養者にパルスオキシメーターを配布できる体制を整えるとともに、オンライン診療・往診を活用する。

都道府県に、人材確保・配置調整を一元的に行う体制を構築するとともに、国としても、具体的な取組強化内容を全体像で示す。

医療機関別のコロナ用の病床の確保・使用率、地域ごとのオンライン診療・往診など自宅療養者に対する診療実績など、「見える化」の具体的内容を

明らかにする。

ワクチンについては、10月から11月のできるだけ早期に希望するすべての人への2回目のワクチン接種を完了させ、3回目の追加接種の年内の開始を想定して、体制やスケジュールを決める。

経口薬の年内の実用化を目指すとともに、国産経口薬の開発を支援し、必要量を確保する。

第三者認証、ワクチン検査パッケージを活用し、飲食、イベント、移動等に係る行動制限を緩和する。行動制限緩和の具体的内容や電子的なワクチン接種証明のスケジュール・活用方法、予約不要の無料検査の拡大など検査の環境整備の具体的方策を全体像において明らかにする。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療事故調査費用保険
- 医療施設機械補償保険
- 介護サービス事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険
- 医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
- 経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

従業員向け 団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 産業医等活動保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8 (取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

【資料】入院医療等の調査・評価分科会作業グループの最終報告(診療情報・指標等作業グループにおける検討内容)

2022年度の診療報酬改定に向けて。中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」(以下「分科会」)は、入院医療に関する実態調査を実施し、その結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。分科会の検討状況は、9月22日の中医協総会で「中間まとめ」として報告されている。10月1日の分科会では、作業グループからの最終報告が提出された。本号では、そのうち、「診療情報・指標等作業グループ」における検討内容を紹介する(一部抜粋)。

(1) 重症度、医療・看護必要度について

<必要度Ⅰ・Ⅱについての分析>

○令和元年、令和2年のいずれも回答した施設について比較すると、重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和元年と令和2年で大きな差はなく、必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が高い傾向にあった。

<A項目についての分析>

○評価項目毎の該当患者割合を分析した。

(基準ごとの分析等)

○「A 2点+B 3点」のみに該当する患者のA項目の該当項目は、必要度Ⅰでは、「創傷処置+心電図モニター」、「呼吸ケア+心電図モニター」、「専門的な治療・処置」及び「救急搬送」に該当している患者割合が高い傾向にあった。

○必要度Ⅱでは、「呼吸ケア+心電図モニター」、「専門的な治療・処置」に該当している患者割合が高い傾向にあった。

(個別項目に着目した分析1)

○「A 2点+B 3点」のみに該当する患者のうち、「心電図モニターの管理」に該当している患者のA項目の組み合わせでは、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。

○「A 3点以上」の基準に該当している患者について、「心電図モニターの管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰと比較して必要度Ⅱの方が、該当割合が低かった。

○「心電図モニターの管理」の有無で、医師による診察の頻度に大きな違いはなかったが、看護師による直接の看護提供の頻度については「心電図モニターの管理」有りの方が観察の頻度の高い患者が多かった。

○入院継続の理由とA項目の該当についてみたところ、「医学的には外来・在宅でもよいが、ほかの要因のために退院予定がない」又は「現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している」患者について、「心電図モニターの管理」に該当する患者では多くみられ、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」及び「医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい」患者における該当割合と差がみられなかった。

○また、上記の分析について、必要度の基準①・②を満たしていない患者では、該当割合が低かった。

○自宅に退院した患者について、A項目の該当割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、退院日や退院前日に「心電図モニターの管理」に該当する患者が一定程度存在した。

○退院日又は退院日前日に「心電図モニターの管理」に該当した患者割合は、医療機関によってばらつきが見られた。

○退院日又は退院日前日に「心電図モニターの管理」に該当した患者割合の分布を医療機関ごとにみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに、概ね30%以下の医療機関が多かった。

○自宅に退院した患者について、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着、②退院前日のみ装着、③退院日のみ装着、の分類ごとに該当割合をみたところ、①退院前日・退院日ともに心電図モニター装着が最も多く、③退院日のみ装着している割合が、最も少なかった。

○心電図モニターの装着については、医師が医学的必要性から装着の必要性を判断している医療機関がある一方で、心電図モニターの保有台数等、医学的必要性以外の理由で装着を決定している医療機関もあるのではないかと指摘があった。こういった背景については、単に「心電図モニターの管理」に該当しているという結果のみから分析を進めても、議論を進めることが難しいのではないかと指摘があった。

○「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者は、必要度Ⅰでは4割であり、必要度Ⅱでは5割を超えていた。

○「心電図モニターの管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰでは1.5割であ

り、必要度Ⅱでは2割となっていた。

○「心電図モニターの管理」については、急性期における評価指標として適切かという観点から検討する余地があり、今回示された、他の項目の該当割合との掛け合わせの結果や、本項目を除外した場合の影響も見ながら、検討することがよいのではないかと指摘があった。また、医学的必要性がない項目である場合、看護師の手間が不必要に増えてしまう観点も踏まえて検討することが必要、との指摘があった。

(個別項目に着目した分析2)

○「A 2点+B 3点」に該当する患者のうち、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者のA項目の組み合わせをみたところ、「創傷処置」または「心電図モニターの管理」との組み合わせが多かった。

○「A 3点以上」の基準に該当している患者について、「点滴ライン同時3本以上の管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰ・Ⅱで該当割合に大きな違いはみられなかった。

○「A 2点以上かつB 3点以上」または「A 3点以上」の基準を満たす患者について「点滴ライン同時3本以上の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「点滴ライン同時3本以上の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も高かった。

○「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、「専門的な治療・処置」に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱともに約7割であった。

○「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者のうち、C項目に該当する患者は、必要度Ⅰ・Ⅱともに約2割であった。

○「点滴同時3本以上の管理」に該当する患者の使用薬剤数は、4種類が最も多かった一方で、同時3本以上ながらも2種類以下という患者が存在した。

○必要度Ⅱでは、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価であるため、コードによっては使用薬剤数が2種類以下となる場合もあることを踏まえて検討する必要があるのではないかと、という指摘があった。

(輸血や血液製剤の管理)

○「A 2点+B 3点」のみに該当する患者のうち、「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者のA項目の組み合わせをみたところ、「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「呼吸ケア」との組み合わせが多かった。

○「A 3点以上」の基準に該当している患者について、「輸血や血液製剤の管理」に該当する患者の割合を点数ごとにみると、必要度Ⅰ・Ⅱで該当割合に大きな違いはみられなかった。

○「A 2点以上かつB 3点以上」又は「A 3点以上」の基準を満たす患者について「輸血や血液製剤の管理」の有無別に医師による診察の頻度をみたところ「輸血や血液製剤の管理」有りの方が、診察が頻回な患者の割合が高く、看護師による直接の看護提供の頻度も同様の傾向だった。

○B項目の点数ごとに「輸血や血液製剤の管理」の有無別の患者割合をみたところ、必要度Ⅰ・Ⅱともに4~6点では「輸血や血液製剤の管理」有の方が患者割合が高かった。

○「A 2点以上かつB 3点以上」または「A 3点以上」の基準を満たす患者について、B項目の点数ごとに「輸血や血液製剤の管理」の有無別の患者割合をみたところ、6点以下では「輸血や血液製剤の管理」有の方の患者割合が高い傾向があった。

<B項目についての分析>

○評価項目毎の該当患者割合を分析した。

○令和2年度改定で見直したB項目の「患者の状態」については、「口腔清潔(1点)」と「衣服の着脱(2点)」の該当患者割合が高い傾向にあった。

○「口腔清潔」については、いずれの入院料においても、「患者の状態」の該当患者割合と「介助の実施」の実施ありの割合が概ね同じであった。

○「衣服の着脱」については、いずれの入院料においても、「患者の状態」(「衣服の着脱(1点)」+「衣服の着脱(2点)」)の該当患者割合より「介助の実施」の介助ありの割合の方が低かった。

○「患者の状態」と「評価得点」の該当割合について

は、どの項目においても概ね同様の傾向であったが、「移乗」については、「評価得点」の方が低かった。

○「口腔清潔」と「衣服の着脱」に、高い正の相関が認められた。

<C項目についての分析>

○評価項目毎の該当患者割合を分析した。

○必要度Ⅰでは、ほぼ全ての入院料において、「骨の手術」及び「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。

○必要度Ⅱでは、ほぼ全ての入院料において、「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の該当患者割合が高かった。

○術後等の経過日数別のA項目・B項目の得点状況については、日数が経過するにつれ、点数の低い患者割合が高くなる傾向であったが、骨の手術は該当期間の前半でA項目0点の割合が6割を超えていた。

<新型コロナウイルス感染症に係る影響を含む改定前後の分析>

○新型コロナウイルス感染症に係る影響の分析については、令和2年度改定による純粋な影響についても観察できるようにするべきとの意見を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る影響が少ないと考えられる医療機関を抽出し、改定前後の該当患者割合について分析を行ったところ、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。

○分析対象数を増やすために、医療機関の抽出条件を変更してはどうかという指摘を踏まえ、抽出条件を変更して再分析したところ、再分析前と同様に、令和元年度より令和2年度の方が必要度の基準を満たす患者割合が高い傾向にあった。

○急性期一般入院料1について、令和2年度改定前後のどちらも必要度の基準を満たしている医療機関に限定し、重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみたところ、コロナ受入ありの医療機関と比較し、基準①~③の全てにおいて患者割合が高かった。

○令和2年8月~10月の間に、新型コロナウイルス新規陽性者100人未満の県(9県)と100人以上の県(9県を除く38都道府県)で、重症度、医療・看護必要度の該当割合について分析を行ったところ、急性期一般入院料1では、9県・38都道府県ともに令和2年度の方が高かった。

<特定集中治療室管理料等の重症度、医療・看護必要度の分析(略)>

(2) リハビリテーションの診療実績について

○FIM及びリハビリテーション実績指数について、入院料毎等の分析を行った。

○リハビリテーション実績指数を令和元年10月及び令和2年10月で入院料毎に比較したところ、すべての入院料において令和2年の方が高い傾向であった。○入棟時FIM(運動・認知合計の平均値)について年次推移をみたところ、2016年度以降入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。また、発症から入棟までの日数は2016年~2019年に経時的に低下してきたが、2020年に増加に転じた。

○各入院料に分けて入棟時FIMの年次推移を見てはどうか、との意見を踏まえ、入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年~2020年で比較したところ、入院料1及び入院料3においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で2020年の方が低かった。

○入院料毎に発症から入棟までの日数を2015年~2020年で比較したところ、入院料1、2、3、4においては、2015年から2019年にかけて低下傾向であったが、2020年に増加していた。一方、入院料5においては2015年から2020年まで、一貫して低下する傾向であった。

○発症から入棟までの日数について、さらに疾患毎で分析してはどうか、との意見を踏まえ、入院料毎に、脳血管疾患患者について、発症から入棟までの日数を2015年から2020年までで比較した。入院料1、2、3においては、2015年から2019年にかけて低下していたが、2020年に増加した。一方、入院料5においては2015年から2020年にかけて一貫して低下する傾向であった。また、整形疾患患者について比較

したところ、入院料1、2、5、6においては、2015年から2020年までで大きな差はみられなかった。入院料3においては、2015年から2019年まで低下傾向であったが、2020年に増加した。

○発症から入棟までの週数と入棟時FIMの関係をみたところ、平均値では、3週と11週にピークがみられた。

○入院料毎かつ患者の状態・疾患毎に入棟時運動FIMを比較した。例として入院料1と6で比較すると、入院料1では、脳血管疾患と整形疾患の患者で入棟時FIMの差に着目すると、入院料1より入院料6の方が、差が大きかった。入院料5では、その差が小さかった。

○入院料毎かつ患者の状態・疾患毎に発症から入棟までの日数を比較した。入院料1、2、3、4、6では他の状態・疾患と比較して脳血管疾患が最も長かった。入院料5では、脳血管疾患・整形疾患・廃用症候群間の差は小さかった。

○入院料別の原因疾患として、入院料1では脳血管疾患が最も多く、入院料6では整形疾患が最も多かった。

○脳血管疾患の患者割合を入院料毎に医療機関の分布でみたところ、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向にあった。一方、整形疾患については、脳血管疾患とは逆に、入院料1で割合が低く、入院料6で割合が高い傾向であった。

○入院している患者の疾患・状態の年次推移についてみると、2001年から2020年にかけて、経時的に脳血管疾患の割合が低下し、整形疾患の割合が上昇していた。

○入院料毎に患者の重症度を入棟時運動FIMでみたところ、FIMが53点以上の患者の割合は、入院料1、2では約34%、入院料3、4では約40%、入院料5、6では約60%であった。

○FIMの変化と疾患領域の関係を分析する必要があるのではないか、との意見を踏まえ、患者の疾患・状態毎にFIMの変化を比較したところ、疾患・状態毎に変化に差が見られた。例えば、運動FIMが26点以下の患者について脳血管疾患・整形疾患・廃用症候群の3群で比較したところ、整形疾患が最もFIMの変化が大きかった。

○入院料毎に運動FIMの入棟時と退棟時の変化を比較した。入院料1や2では入棟時FIMが低く、入院料5や6では入棟時FIMが高かった。また、実績指数を用いて比較すると入院料1から入院料6にかけて低下傾向であり、平均値をみると、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

○入院料1について、運動FIMの変化(退棟時運動FIM—入院時運動FIM)を変化の量により4群に分けた上で、それぞれの病棟における患者の状態の割合や平均年齢等を比較した。運動FIMの変化が大きい病棟は小さい病棟と比較すると、自院からの転棟割合が低く、在院日数が長い傾向であった。

○入院料毎によりFIMの変化や実績指数が異なることは、各入院料で行われているリハビリテーション単位数の違いの影響等もあるのではないかと意見を踏まえ、入院料毎にリハビリテーション単位数を比較したところ、入院料毎の1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数・入院中の総単位数ともに入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。また疾患別に見た場合、脳血管疾患は1日当たりの単位数が多く整形疾患は少ない傾向であった。

○1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎にFIMの変化の差をみてはどうか、との意見を踏まえ、1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIM(退棟時運動FIM—入院時運動FIM)について分析した。例として1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者についてみると、入院料1が最も変化が大きく、入院料6が低い結果であった。

○さらに、1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、疾患別で分析してはどうか、との意見を踏まえ、1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の脳血管疾患患者について、入院料・患者の状態毎に運動FIMの変化(退棟時運動FIM—入院時運動FIM)について分析した。脳血管疾患、整形疾患、廃用症候群で、全体的な傾向に大きな差はみられなかった。

○入院料毎に、各実績に係る要件を満たしている割合を比較した。入院料5は「重症者割合」、入院料6は「重症者割合」及び「実績指数」を満たせていない

医療機関が多かった。

○回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において、別の入院料へ移行していたのはそれぞれ2割超、5割超であった。令和元年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。半年間で別の入院料へ移行した割合と1年間で別の入院料へ移行した割合との差は、入院料2、4よりも、入院料5、6の方が小さかった。

○回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。

○回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIMの変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も5又は6を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料5及び6の在り方については、対応を検討するべき、との指摘があった。

(3) 慢性期医療の診療内容について

○医療区分・ADL区分について、患者の状態等の分析・検討を行った。

○療養病棟に入院している患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は療養病棟入院料1では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。○各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布についてみると、療養病棟入院料1を届け出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。療養病棟入院料2を届け出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上55%未満及び75%以上80%未満が最も多かった。

○令和2年度診療報酬改定においては、中心静脈栄養を長期にわたって実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求め、中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めるとしている。

○令和2年度診療報酬改定の前後で、中心静脈栄養を実施している患者数の変化を分析してはどうかとの意見を踏まえ、平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出た医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。

○調査基準日3か月前に各医療区分の項目に該当していた患者のうち、調査基準日においても当該項目に該当している患者の割合についてみたところ、例えば、中心静脈栄養を実施している状態は94.7%、中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療を実施している状態は89.1%であった。

○医療区分2及び3について、何項目該当して当該医療区分と判定されているかについてみると、医療区分2及び3ともに、1項目が多かった。

○医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養を実施している状態が最も多かった。

○中心静脈栄養の該当患者について、平均の在院日数をみたところ、160日以上の方が最も多かった。これに関連して、中心静脈栄養を行っている患者の入院期間はかなり長い、との意見があった。

○中心静脈栄養の該当がある患者の主傷病名は、脳梗塞後遺症、廃用症候群、脳梗塞、慢性心不全、誤嚥性肺炎の順に多かった。

○中心静脈栄養に該当する患者は、なしの患者と比較して、ADL区分3の割合が高かった。

○中心静脈栄養に該当する患者を入院料毎にカテーテル関連血流感染症発症の有無を見たところ入院料

1では約28.6%、入院料2では14.1%、経過措置(注11)では約25.0%の患者に発症の履歴があった。

○これに関連して、中心静脈栄養開始からの日数と感染の有無の関係をみてはどうか、との意見を踏まえ、中心静脈栄養を実施している患者について、中心静脈栄養開始からの日数と、カテーテル関連血流感染症発症の履歴の有無についてみると、開始から200日までの患者は約10～20%程度が履歴あり、であったが、200日以降の患者は約30～50%程度の患者で履歴があった。

○中心静脈栄養に該当する患者について、入院中の嚥下機能評価の有無をみたところ、ありの割合は入院料1では25.4%、入院料2では32.6%、経過措置(注11)では0%であった。嚥下機能障害の有無についてみると、半数程度の患者が嚥下機能障害なしとの回答であった。また、嚥下リハビリを入院中に実施されたことのある患者についてみたところ、約9割の患者が実施されていなかった。

○嚥下リハビリについて、脳血管疾患等リハビリテーションとして行われている可能性もあるとの意見があったことから、嚥下リハビリに加えて脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合等も考慮してはどうかとの意見を踏まえ、中心静脈栄養を実施している患者のうち嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者の割合を入院料毎に比較した。入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

○中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能障害の有無により、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合を比較した、嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。

○嚥下機能評価あり・なし別に分けた場合の、中心静脈栄養継続の理由について比較を行った。中心静脈栄養を継続している理由は、嚥下機能評価あり・なし、ともに、「他に代替できる栄養経路がない」、「家族の希望」の順が多かった。「患者本人の希望」、「腸管安静等のため」は、嚥下機能評価あり・なし間で差が見られた。

○嚥下機能評価を実施可能と考えられる患者(意識障害なし・認知症なし・障害老人日常生活自立度C2以外)について、嚥下機能評価あり・なし別に分けた場合の中心静脈栄養継続の理由をみると、嚥下機能評価ありの場合は「他に代替できる栄養経路がない」が多く、嚥下機能評価なしの場合は「家族の希望」との結果が一定程度みられた。

○中心静脈栄養について、嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないか、との指摘があった。

○中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無で分けた場合の中心静脈栄養開始からの日数を平均値で見た場合、嚥下機能評価ありの方がなしと比較して開始からの日数が短かった。

○新規入院患者に占める、入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち、令和2年8～10月の3か月間で中止又は終了した患者の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。

○入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。

○中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしと比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。

○中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを1人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

○中心静脈栄養について、感染対策の必要性もありつつ、平成18年度の医療区分導入時と比較すると、中心静脈栄養の手技の安全性も向上し一般的に行われる医療行為となっている側面もあることから、これまでどおり医療区分3とすることが適切かどうか、引き続き検討が必要ではないか、との指摘があった。

感染防止対策を補助金で支援

感染拡大防止継続支援補助金の交付要綱を通知

厚生労働省は10月7日、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金の交付要綱を通知した。感染防止対策を実施する医療機関・薬局などのかかり増し費用を補助する。補助の対象経費は2021年10月1日から12月31日までの感染対策に要する経費。迅速に交付するため、国の直接補助事業としている。

9月30日に、感染防止対策のかかり増し費用を賄うための診療報酬の特例が廃止となったことに伴う措置である。廃止された特例は、医科外来等感染対策実施加算(5点)や入院感染症対策実施加算(10点)などで、4月から半年間実施された。小児特有の感染予防策を講じた場合の特例加算は点数を半分にした評価で今年度末まで続く。

診療報酬の特例がなくなる代わりに、

補助金で感染防止対策のかかり増し費用を継続支援する。医療機関、薬局、訪問看護事業者、助産所に対し、新型コロナウイルスに対応した感染防止対策に要した費用を交付の対象とする。

補助の基準額と対象経費は、右表の通り。上限額は、病院・有床診療所(医科・歯科)が10万円、無床診療所が8万円、薬局・訪問看護事業者・助産所が6万円となっている。

対象となる経費は、賃金、報酬、謝金、会議費、旅費などで、従前から勤務している者や通常の医療の提供を行う者に対する人件費は除く。

申請は、医療機関等の事務の簡素化の観点から、領収書等の添付を省略し、インターネットを利用した電子申請を予定している。11月1日を目途に、厚労省ホームページに電子申請システム

基準額	対象経費
○病院・有床診療所(医科・歯科) 10万円	新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策に要した次に掲げる経費(従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く。) 賃金 報酬 謝金 会議費 旅費 需用費(消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費) 役務費(通信運搬費、手数料、保険料) 委託料 使用料及び賃借料 備品購入費
○無床診療所(医科・歯科) 8万円	
○薬局・訪問看護事業者・助産所 6万円	

を開設する。

厚労省は、コールセンターを設置し、補助金の内容や申請方法の照会を受け付ける。

厚生労働省医療提供体制支援補助金
コールセンター
0120-336-933
(平日9:30~18:00)。

医療資源を重点的に活用する外来の呼称案めぐり様々な意見

厚労省・外来機能報告WG

「紹介外来」や「医療資源活用外来基幹医療機関」を例示

厚生労働省の外来機能報告等に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は10月20日、患者が紹介を受けて外来受診することを基本とする「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称案を示した。「紹介外来医療機関」や「医療資源活用外来基幹医療機関」などが例示されたが、委員からそれぞれの呼称案に様々な意見があり、まとまらなかった。

紹介外来医療機関と医療資源活用外来基幹医療機関のほかに、◇紹介患者への外来を基本とする医療機関◇紹介による受診を基本とする医療機関◇紹介受診医療機関◇紹介医療機関を例示した。また、厚労省は、医療機関と外来の呼称の両者が必要であると説明した。

このため、外来の呼称として、◇紹介患者を基本とする外来◇紹介による受診を基本とする外来◇紹介基本外来◇紹介外来◇医療資源活用外来を例示した。

「医療資源を重点的に活用する外来」は、紹介患者が多い外来だが、①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来②高額等の医療機器・設備を必要とする外来③特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)が一定割合以上であるという3つの基準で決まる。紹介患者だけの基準ではない。

ただ、厚労省は、法令的に規定される呼称ではないということと、わかりやすさと正確性は相反することから、わかりやすさの観点を優先すべきとの考えを示した。今後の検討で、医療機関が広告できる対象になる可能性が高いことも背景にある。患者側を代表する委員からも、「『紹介』という言葉を用いる方が、地域住民にとってはわかりやすい」との意見が出た。

一方、全国自治体病院協議会会長の小熊豊委員は、正確性を優先し「医療資源」を用いるべきと主張した。

初診と再診で該当割合を分析

「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国の基準を定めるため、地域医療支援病院の状況を踏まえ、現状で案の段階の外来の該当項目に基づき、データ分析を行った結果が示された。

「初診の外来件数のうち、『医療資源

を重点的に活用する外来」の件数の占める割合」が一定割合以上で、かつ「再診の外来件数のうち、『医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合」が一定数以上であることを基準とした。

その結果、全610施設の200床以上の地域医療支援病院の初診と再診の両者に該当する割合は、再診での該当割合を高く設定すると、両者に該当する地域医療支援病院の割合がより低くなる傾向が示された。

例えば、初診35%、再診20%のケースだと地域医療支援病院の94%が基準に該当する。初診50%でも再診20%だと79%が基準に該当する。しかし、初診35%、再診30%だと基準に該当する地域医療支援病院は57%まで下がる。初診50%、再診30%だと基準に該当する地域医療支援病院は50%まで下がる(図表を参照)。

全日病副会長の織田正道委員は、「呼称とも関連するが、地域では200床以上の病院でも一般的な外来をやっているの、(初診と再診の両者に該当する割合が)低い数値で基準を設定する

のはよくない。医療機関が少ない地域などへの配慮が必要だ」と指摘した。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「初診は検査などで、基準に該当する人が多いが、再診でも『医療資源を重点的に活用する外来』であることが多い外来が新たに位置づける外来であるべきだ。その観点で、両者の該当割合の基準を設定すべき」と述べた。ただ、厚労省は現段階で、「初診と再診のどちらかを重視するとの考えは持っていない」と説明した。

また、厚労省は、新たな外来の位置づけについて、データ分析で示したように、現状の地域医療支援病院程度の外来の状況が、基準を設定する上での目安になるとの考え方を示している。

日本医師会副会長の今村聡委員は、「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する項目案について、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」では、DPC入院で出来高算定できる「処置」として1,000点以上を設定しているのに対し、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」では、地域包括診療料の包括範囲外としている「検



査」「画像診断」「処置」として550点以上を設定していることから、「1,000点以上に統一すべき」と主張した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、透析の外来が項目に該当することに対して、改めて懸念を示した。

これらの項目を変更すれば、図表で示されるような初診と再診の該当割合は変化するため、引続きデータ分析が必要とされた。初診と再診の区別が病院により異なるとの指摘もあり、それを基にした該当割合の全国一律の基準は厳密な尺度にはなり得ず、地域の実情を勘案することが必要との指摘も相次いだ。

(参考) 200床以上の地域医療支援病院における初診・再診別「医療資源を重点的に活用する外来」の割合の分布

「国の基準」を初診X%以上かつ再診Y%以上と設定した場合の、基準に該当する200床以上の地域医療支援病院(N=610)

全610病院		初診(X%)							
		30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
再診(Y%)	15%	600	583	565	545	489	411	297	193
	20%	590	573	556	536	482	404	290	189
	25%	535	520	508	489	443	372	268	179
	30%	358	347	340	329	302	261	191	134
	35%	164	157	156	152	139	125	93	68
	40%	69	66	66	63	57	53	39	32

全610病院に占める割合		初診(X%)							
		30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
再診(Y%)	15%	98%	96%	93%	89%	80%	67%	49%	32%
	20%	97%	94%	91%	88%	79%	66%	48%	31%
	25%	88%	85%	83%	80%	73%	61%	44%	29%
	30%	59%	57%	56%	54%	50%	43%	31%	22%
	35%	27%	26%	26%	25%	23%	20%	15%	11%
	40%	11%	11%	11%	10%	9%	9%	6%	5%

地域医療総合確保基金の交付状況を報告

厚労省・総合確保基金会議

医療分は556.2億円、勤務医負担軽減分は18.6億円

厚生労働省の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)は10月11日、地域医療介護総合確保基金の交付状況や執行状況の報告を受けた。また、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」(総合確保方針)の改定に向けた進め方を了承した。

総合確保基金の交付状況を報告

医療分の2020年度の交付額(国費)は、556.2億円となった。都道府県負担を含めた基金規模は834.3億円。

事業ごとにみると、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業=事業区分1」が220.0億円、「居宅等における医療の提供に関する事業=事業区分2」が31.0億円、「医療従事者の確保・養成に関する事業=事業区分4」が286.5億円、「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業=事業区分6」が18.6億円となっている。

このうち、2020年度から新設された事業区分6の交付先は18府県にとどまり、29都道府県で交付がなかった。

日本医師会副会長の今村聡委員は、「医師の働き方改革のためにも非常に重要な事業であるが、交付額が少なく都道府県間の差がある。医療現場で働き方改革が求められている地域でも交付がない状況だ」と述べ、要因を調査し改善を要請。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「どういう事例で使っているのかがよく見えない。事例を示してほしい」と要望した。

厚労省は、「コロナ対応で働き方改

革まで手が回らなかったという声も聞いている。今後、都道府県や医療機関に説明し、取り組みを進めていきたい」と理解を求めた。

交付額556.2億円の公民の割合は、公的機関27.9%(155.3億円)、民間機関60.0%(334.0億円)、交付先未定12.0%(66.9億円)となった。

事業別では、事業区分1=公26.3%、民52.7%、事業区分2=公14.6%、民80.0%、事業区分4=公28.8%、民64.6%、事業区分6=公56.2%、民43.8%で、事業区分6以外は公的より民間への交付割合が高かった。

事業区分6で公的の割合が高い理由について厚労省は、「公的医療機関は、病床規模が大きい施設が多かった」と指摘している。

2014年度から2019年度までの執行状況を見ると、交付総額(国費)3,582億円に対し、執行(予定)総額は3,076億円で、執行(予定)率は85.9%となった。

執行(予定)率100%は大阪府や兵庫県、神奈川県など1府10県となっている。

コロナ禍を踏まえ総合確保方針改定

「総合確保方針」は2014年9月に制定され、2016年12月に一部が改定された。一方、2024年度に「第8次医療計画」と「第9期介護保険事業(支援)計画」の同時改定があることから、「医療計画基本方針」と「介護保険事業計画基本方針」の改定が行われる。

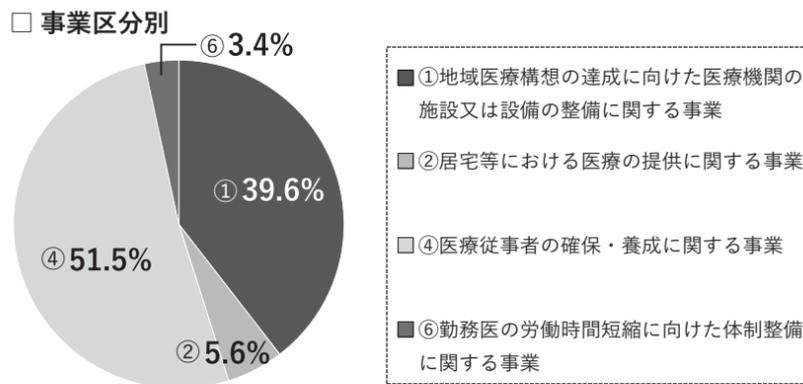
厚労省は、「これらの改定を踏まえ、地域医療構想を含む第8次医療計画や第9期介護保険事業(支援)計画の進捗状況等を踏まえつつ、2022年末を目途にとりまとめることを目指して、総合確保方針の改定に向けた議論を行うこととしてはどうか」と提案し、了承された。

総合確保方針改定の論点としては、①足下の感染症対策はもちろんのこと、人口動態の変化への対応など、より長

期的な事項について検討すべき②引き続き、地域包括ケアシステムの構築を進め、一層の医療介護連携政策を推進していくことが重要ではないか③医療・介護間の情報共有を可能とするための標準化など、より一層のデジタル化による医療・介護の情報連携の強化が重要ではないか—の3点をあげた。

委員からは、「コロナ禍で明らかになった問題点、特に医療提供体制の機能分化・連携、集約化なども総合確保方針のなかに取り込むべき」、「ICTについては国の役割を総合確保方針のなかで示すべき。デジタル庁と連携しながら、基盤整備に取り組んでほしい」、「標準化については、システムの統一化の方向を示してほしい」、「質の高い医療提供体制の整備や地域包括ケアシステムの構築は地域での取り組みが重要だが、日本全体としてバランスをとった体制構築も大切」といった意見が出た。

2020年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の事業区分別の交付額の割合



交付額556.2億円の内訳は以下のとおり。

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 → 39.6% (220.0億円)
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業 → 5.6% (31.0億円)
- ④ 医療従事者の確保・養成に関する事業 → 51.5% (286.5億円)
- ⑥ 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業 → 3.4% (18.6億円)

C-2水準適用の技能の考え方や運用方針示す

厚労省・医師の働き方改革検討会

「長時間労働の抜け道になる」との懸念に対応

厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(遠藤久夫座長)は10月14日、医師の時間外労働の特例水準であるC-2水準が適用される対象分野の考え方や審査の運用についての厚労省の提案を了承した。適用対象となる技能の考え方とともに、それを審査する組織や運用の適切性・透明性を担保するための方針が示された。

C-2水準は、B水準、連携B水準、C-1水準とともに、960時間が通常の医師の時間外・休日労働の上限を超えて、1,860時間まで認められる特例水準である。

C-2水準に対しては、同検討会の委員から「長時間労働の抜け道になる」(岡留健一郎委員・日本病院会副会長)との指摘があり、適用対象を明確化することが、検討会の積み残しの課題となっていた。B水準とC水準は、目的も趣旨も異なるが、適用対象となる技術については、相互に重なる部分があ

ることが、学会等のヒアリング結果からも示唆されており、B水準がC-2水準に代替されて、C-2水準の対象が想定より増えることが懸念されている。

今回の整理では、C-2水準の対象としてまず、「日本専門医機構の定める基本領域(19領域)において、高度な技能を有する医師を育成することが、公益上特に必要と認められる医療の分野」であることがあげられた。ただ、「公益上特に必要と認められる医療の分野」が、対象を限定することを表現する法律用語であるとしても、医療の分野の中で、「公益上特に必要なもの」を線引きすることは難しいとの指摘が相次いだ。

あわせて、①「医療水準を維持発展していくために必要とされる、医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手技技術」または②「良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立し

て実施可能なレベルまで習得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技能」であるとした。

①については、限定的な対象の選定につながる考え方が、②については、対象が大きく広がりがかねない解釈の余地が残るとの指摘があった。

さらに、「技能の習得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」の考え方に該当するものとして、◇診療の時間帯を選択できない◇同一の患者を同一の医師が継続して対応する必要がある◇その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ—のどれかに該当することが必要になる。これらは、ある程度明確に判断できる基準であると指摘された。

ただ、このような対象の考え方を踏まえても、C-2水準の対象を限定的にすることには、必ずしもつながらないため、審査する組織や運用の適切性・



透明性を担保するための方針が示された。

方針案としては、◇医師が提出する技能研修計画において、計画期間や習得予定の技能、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況などの記載を求める◇複数の異なる分野の学術団体から技術的助言を得た上で、審査する◇同検討会で必要に応じ運用の見直しを行う◇C-2水準の考え方を蓄積された技能研修計画の内容を用いて、定期的に見直す—などを示し、了承を得た。

今回、この問題が整理されたことで、2024年度の医師の時間外労働規制の実施に向け、6月に成立した改正医療法に基づく政省令等を交付するのに必要な検討が一段落したことになる。

2021年度 第6回常任理事会 9月11日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 神奈川県 医療法人裕徳会よこはま港南台地域包括ケア病院 院長 神谷周良
- この結果、正会員は合計2,537会員となった。
- 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会委員の退任について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 鳥取県支部事務局業務委託覚書の変

更について承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会総会、保険医療材料専門部会、入院医療等の調査・評価分科会」「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の報告があり、質疑が行われた。
 - 救急救命士法施行規則及び通知について報告された。
 - 第63回全日本病院学会in静岡の趣意書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
 - 福岡県 夫婦石病院
 - 福岡県 井上病院
 - ◎一般病院2
 - 北海道 東札幌病院
 - ◎リハビリテーション病院
 - 東京都 葛飾リハビリテーション病院
 - ◎慢性期病院

福岡県 今野病院

7月30日現在の認定病院は合計2,075病院。そのうち、本会会員は856病院と、全認定病院の41.3%を占める。

●新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関等への支援策、診療に係る特例的な対応等について説明が行われた。また、感染状況について、各地域より報告が行われた。

新興感染症と救急・災害医療の関係など課題

厚労省・救急災害医療提供WG 第8次医療計画に向けた議論始まる

厚生労働省は10月13日、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の初会合を開催した。コロナ禍により生じた、新興感染症等と救急医療・災害医療との関係など新たな課題を踏まえ、第8次医療計画の策定に向けた議論が始まる。座長には、遠藤久夫・学習院大学教授を選出した。今後の主な検討事項として、第7次医療計画の中間見直しを踏まえた体制構築とともに、救急医療については、

◇救命救急センターの充実段階評価◇二次救急医療機関のあり方◇ドクターヘリ・ドクターカー◇新興感染症等と救急医療体制の関わり方一が示された。災害医療については、◇病院の耐震化◇医療機関の浸水対策◇災害拠点病院以外の病院に対する災害医療提供体制◇新興感染症等と災害医療提供体制の関わり方一が示された。年明けから議論が本格化し、2022年の夏頃を目途に取りまとめる予定だ。

今後の議論の進め方では、全日病常任理事の猪口正孝委員が、「(個別項目について)全体像をつかんだ上でないと議論できない。同時進行でいくのかこの順番で行くのかはわからないが、話し合いを進める前に全体像をつかむ検証をしてほしい」との意見を述べた。新興感染症等の対応については、「コロナは必ずしも全員に対し救急医療が必要なわけではない。救急で関わらなければならないのはどこまでか、整理



をしてほしい」、「(コロナ患者の)受け入れ実績の多寡ではなく、細かく条件をみてニーズをきめ細かくおさえていかないと整理するのは難しい」、「ダイヤモンドプリンセス号の対応やクラスターを起こした施設での対応など、災害医療の自然災害対応の仕組みを用いて何とか乗り切れた。この枠組みからも検討が必要」などの意見があがった。

初診からのオンライン診療の指針改訂に向け議論再開

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会 どのような場合に可能であるかの条件を整理

厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」(山本隆一座長)は10月7日、初診からのオンライン診療を可能とするための指針の改訂の議論を本格化させた。現状では、新型コロナの状況を踏まえ、時限的・特例的に初診からの電話・オンライン診療が実施されているが、新型コロナ収束後を見据え、通常ルールであるオンライン診療の指針で、初診からのオンライン診療を可能とする改訂を行う。診療報酬の議論は中医協で行われるため、厚労省は、可能な限り早く議論をまとめたい考えだ。検討会ではまず、時限的・特例的に実施されている初診からの電話・オンライン診療の実績が報告された。定期的に報告されているもので、今回は2021年4月～6月の実績が報告された。その結果、2020年4月からの過去4回の実績と同様の傾向が確認された。具体的には、◇利用は小児・勤労世代が多い◇軽症と思われる患者が多い◇物理的に大きく離れた地域での事例が一部にある◇時限的・特例的な取扱いで禁止されている麻薬・向精神薬の処方等の事例が一部にある—という傾向が示されている。オンライン診療の推進に積極的な立場の委員からは、「コロナ禍であるにもかかわらず、利用が大きく増えないのはなぜか。どこにボトルネックがあるのかという観点で分析すべき」、「実施率の地域差が大きい。実施率が低い

ところは、それがなぜなのかを分析すべき」などの意見が出た。一方、電話・オンライン診療を実施している診療所の医師からは、「夏の新型コロナの第5波の状況は、それまでとは違うと思うので、それを考慮して、次回の実績の分析を行う必要がある」との指摘があつた。また、「電話診療とオンライン診療は診療内容が大きく異なるので、区別して把握し、分析すべき」との意見も複数の委員から出た。日本医師会副会長の今村聡委員は、麻薬や向精神薬の処方など不適切事例が生じていることを踏まえ、「推進ありきではなく、一定の適切なルールの中で、安全に運用できることを確認しつつ、指針の改訂の議論を進めていくことが大事だ」と強調した。対面診療につなげる仕組みが課題 同日の議論では、オンライン診療における「初診に必要な医学的情報」、「(オンライン診療が可能であることを判断する前の、オンライン診療に先立つ)オンラインでのやりとり」、「病状」、「処方」、「対面診療の実施体制」をめぐって、意見が交わされた。「初診に必要な医学的情報」については、現状で◇過去の診療録◇診療情報提供書◇健康診断の結果◇地域医療情報ネットワーク◇お薬手帳—などがあがっている。ただ、委員からは、一定の基準は定めつつも、基本的には医

師の裁量で、医師と患者の合意により決めるべきとの意見が多かった。身体に装着して個人の健康状態を計測する機器が今後普及することも見込み、初診からオンライン診療を実施する上での医学的情報については、柔軟に判断されるべきとの意見もあつた。「オンラインでのやりとり」は、初診でのオンライン診療が実施可能であるかを判断するための「オンラインでのやりとり」である。それ自体は、オンライン診療ではなく、「初診に必要な医学的情報」を確認する場面でもある。オンライン診療とは異なる枠組みで実施する必要がある、オンライン診療につながる場合とつながらない場合に分けて、考える必要がある。委員からは、医療相談や受診勧奨に相当する場面であるため、自由診療として、自費を請求する場合を整理しておくべきとの意見が出た。「処方」との関係でも、「医療相談や受診勧奨で費用が発生しないのであれば、オンライン診療料を請求するためには不必要な処方が行われる可能性がある」との指摘が出ており、費用についての考え方の整理が求められている。「症状」については、日本医学会連合が6月1日に「オンライン診療の初診に関する提言」をまとめており、オンライン診療の初診に適さない症状などが示されている。基本的には、この提言に従って、症状が判断され、オンライン診療の可否が決まると考えられ



る。「処方」については、時限的・特例的措置において、◇患者の基礎疾患等の情報が把握できない場合の特に安全管理が必要な医薬品◇麻薬・向精神薬の処方一が禁止され、患者の基礎疾患等の情報が把握できない場合の処方日数制限がある。これを踏まえ、恒久的な仕組みの議論が行われた。「対面診療の実施体制」については、かかりつけ医をめぐって、様々な意見が出た。オンライン診療を実施するなかで、急変時や重症化で対面診療が必要になった場合に備えて、オンライン診療を実施する医療機関または、あらかじめ承諾を得た他の医療機関に速やかに紹介することが求められている。議論では特に、若年者や勤労世代がかかりつけ医を持ち、対面診療につなげることに、初診からのオンライン診療を普及させる意義があるとの意見が出た。一方で、「(オンライン診療専門の医師が)物理的に遠い場所から、オンライン診療を実施し、対面診療が必要な場合に、別の医療機関の医師に引き継ぐことに問題があるのか」との意見もあつた。

■ 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)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医師事務作業補助者研修 (eラーニング研修)	2021年6月1日(火)～2022年3月31日(木) (アカウントの有効期限) ※アカウント情報通知書発行日から60日間	27,500円(税込) (1アカウント)	「医師事務作業補助者研修」をeラーニングで提供する。受講期限(60日間)内であれば、好きなタイミング(オンデマンド)で受講できる。所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を発行する。
新型コロナウイルス感染症蔓延における医療ITの現状と課題—FHIRとAI—WEBセミナー (100名)	2021年11月27日(土)	5,500円(8,800円)(税込)	「新型コロナウイルス感染症蔓延における医療IT」「医療情報の相互運用性(FHIRの活用事例)」「FHIR活用を含めた電子カルテのプラットフォーム化」「AIの医療への適用」などをテーマとした講演等を行う。
特定保健指導実施者 初任者研修 (ハイブリッド方式)(保健指導経験年数2年程度まで) (60名)	2021年12月5日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	22,000円(33,000円)(税込) ※受講料、テキスト代含む	厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った研修。「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)食生活改善指導担当者」の更新のための単位(2単位)に該当する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2021年12月11日(土)、12日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	27,500円(33,000円)(税込) ※昼食代、テキスト代含む	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための医療安全管理体制相互評価の実務を想定した講習会。研修会の受講は施設規準の要件ではないが、近い将来、運用の実態等が問われることは必ずと考えられる。
医療安全推進週間企画・医療安全対策講習会(WEB開催) (150名)	2021年12月13日(月) 【WEB開催】	5,500円(税込)	医療安全対策に関し、医療関係者の意識向上、医療機関、関係団体等における組織的取組みの促進等を図ることを目的に、講習会を開催する。