



全日病 ニュース

2022.5.15

No.1009

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

http://www.ajha.or.jp / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

救急医療提供体制の議論をスタート

救急災害医療WG

第三次・第二次救急医療機関の果たす役割を考える

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)(WG)は4月28日、第8次医療計画策定に向けた救急医療の議論をスタートさせた。高齢の救急患者の増加など2040年頃の人口動態などを踏まえた課題を見据え、第三次・第二次救急医療機関の果たす役割を考え、地域の救急医療提供体制の見直しにつなげる。新型コロナの経験も踏まえ、重症者に対応できる医師・看護師などの医療人材の育成も課題となった。

第8次医療計画は2024年度から始まる。2040年頃までの人口動態の変化などをみると、医療提供体制の改革が急務であることがわかる。人口動態の変化としては、現役世代(生産年齢人口)の減少と高齢者の増加が続き、2042年に高齢者数がピークを迎える。ただ、高齢者数の増加には地域差があり、都市部を中心に増加するが、減少する都道府県もある。

高齢者数が増加し続けるのは、団塊世代が2025年度にすべて75歳以上となり、その後、団塊ジュニア世代が高齢化していくからである。超高齢社会は多死社会でもあり、2040年のピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。死亡場所は、病院・診療所の割合が大きい。近年は自宅や介護施設なども増加傾向にある。自宅では、高齢者単身世帯が増加する。

医療機関への入院では、脳梗塞・肺炎・心不全・骨折などが増加すると予測されている。認知症有病者も増加す

る。65歳以上の退院患者のうち、介護施設などや他の医療施設へ退院する患者の増加が見込まれる。

現在、全体での救急出動件数は、新型コロナの影響で若干減少したが、傾向的には増加しており、高齢者の割合が増加傾向にある。「交通事故」は減少し、「急病」、「一般負傷」が増えている。疾病分類では、高齢者の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。

高齢者救急への対応が急務

これらの変化に対応できるための救急医療提供体制が求められる。特に、軽症・中等症の高齢者の救急搬送が急増することへの対応が急務だ。第三次救急の医療機関が軽症患者も診療すると、対応能力を超えてしまい、重症患者の診療に支障をきたす恐れがある。これを防ぐには、第二次救急の医療機関の体制を強化する必要がある。

また、単身世帯や要介護者の増加により、退院先が決まらずに搬送や退院が滞ることで発生する「出口問題」への対応も重要となる。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、第三次救急医療機関の受入れ体制を強化するためにも、地域医療構想区域内で高齢者などのニーズの高い入院の受入れは、「地域包括ケアシステムを支える医療機関が対応すべき」との考えを示した。その上で、「地域包括ケア病棟などは緊急入院が要件化されている。亜急性期を担う病院の救急医療における位置づけを明確にする議論が

必要になる」と述べた。

また、延命を望まないという本人の意思に反した救急搬送を防ぐためにも、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及を含め、かかりつけ医機能や在宅医療などプライマリケアの充実を強調した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、第三次救急医療機関が概ね人口100万に一カ所を目標に整備する方針であったにもかかわらず、2022年4月時点で救命救急センターは299カ所指定されていると指摘。「三次救急医療機関の実態をさらに検証し、二次救急医療機関が担うことのできる救急医療を行ってほしい」と主張した。

これに関しては、日本災害医学会代表理事の友友康裕委員が、「救命救急センターには補助金があるが、第二次救急医療機関には特に評価がない。実績のある第二次救急医療機関があれば、救命救急センターに上げる傾向がこれまでであったように思う。今後は二次救急医療機関への支援が重要になるかもしれない」と述べた。

なお、救急搬送の傷病程度における軽症とは、「傷病程度が入院加療を必要としないもの」、中等症とは「傷病程度が重症または軽症以外のもの」、重症とは「傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの」と定義されており、一般的な疾病の重症度などとは異なる。



委員からは、「緊急手術で早期退院すれば中等症、誤嚥性肺炎で長期入院すれば重症となる」、「入院しなくても必ずしも軽症ということではない」など、現状の定義が実態に即していないという指摘が複数の委員からあり、見直しが求められた。

新型コロナの経験を踏まえた救急医療の課題も論点となった。

その一つが人材確保で、新型コロナの重症患者の受入れ困難事例の多くが、ECMOや人工呼吸器を扱うことのできる医療従事者の不足がボトルネックとなっていた問題であり、重症者に対応できる医師・看護師などの人材育成を論点とした。ただ、これに対しては、新型コロナ対応は当面、災害医療としての取扱いを続けるべきとの意見が出た。

一方、日本精神科病院協会副会長の野木渡委員は、「精神科病院に入院する患者が新型コロナに感染しても、他の病院に転院させることはほとんどできなかった。(自院に)感染症専門の医師や看護師がいるとだいぶ違う」と述べた。第三次救急医療機関に患者を集中させないためにも、地域の病院における人材確保の重要性を強調した。

看護の処遇改善の制度設計で特別調査の実施を了承

中医協総会

分科会での議論を踏まえ当初案を変更

中医協総会(小塩隆士会長)は4月27日、看護の処遇改善を10月から実施するための制度設計に向け、医療機関における看護職員の配置状況などを把握する特別調査の実施を了承した。議論では、どれだけ精緻に制度設計したとしても、医療機関に入ってくる処遇改善に必要な額と診療報酬で得られる額とのずれは必ず生じるので、それを踏まえた対応が必要との意見が、診療側・支払側の双方から出た。

特定の診療報酬に上乗せ

看護の処遇改善では、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」に勤務する看護職員を対象に、10月以降の収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げる。実施にあたっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考とし、予算措置が確実に賃金に反映される措置を講じることが求められている。

「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」とは、具体的には、「救急医療管理加算を算定する救急搬送件数が年200台以上の医療機関と三次救急を担う医療機関」に特定されている。

処遇改善を受ける看護職員は、看護職員等処遇改善事業補助金と同様に、

看護師、准看護師、保健師、助産師であり、看護職員以外でも、看護補助者、理学療法士・作業療法士などのコメディカルの処遇改善にも充てることができる制度とすることも決まっている。

診療報酬で処遇改善を実現するためには、特定の診療報酬への点数の上乗せを行い、その特定の診療報酬を算定する患者数に応じて得られる上乗せ分が、処遇改善に相当する金額に一致している必要がある。

中医協委員の間では、これを個別の医療機関ごとに一致させることは不可能との考えで一致しているが、できるだけずれを少なくする必要がある。

制度設計にあたり、活用できるデータとして、厚生労働省は、NDB(ナショナル・データ・ベース)、病床機能報告、補助金の支給状況をあげた。さらに、特別調査を実施して、対象医療機関の看護職員の配置状況などを把握することを提案した。

特別調査で職員配置状況を把握

特別調査の当初案は、4月13日の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に示され、議論を行っている。厚労省は、分科会での議論を踏まえた当初案の変更案を総会に提示

し、それを了承した。変更点は2点ある。

1つ目は、調査時点の変更で、当初案では、2021年7月1日時点と2022年4月1日時点となっていた。ただ、4月1日は異動の時期であり、看護職員数などが変動しやすいことや、より直近のデータを把握したほうがよいとの意見が分科会の委員から出た。このため、2022年4月1日時点ではなく、より直近の2022年5月1日とすることになった。

2つ目の変更では、患者の受入状況について、年間の入院・外来・緊急搬送患者延べ数に加えて、新規入院患者数もあわせて調査することにした。診療報酬では、1日ごとに算定できる点数や入院時に1回だけ算定できる点数があり、新規患者数や在院日数が異なると、算定回数が変わるので、医療機関の収入も異なるためである。

対象外の医療機関等との格差指摘

中医協総会でも、分科会の議論と同じく、医療機関に入ってくる処遇改善に必要な額と診療報酬で得られる額とのずれは必ず生じるので、それを踏まえた対応が必要との意見が相次いだ。

日本医師会常任理事の城守闘委員

は、「ずれを最小限にする制度設計が求められるが、結果として生じる過不足にどのように対応するかは、医療機関の経営にとって極めて大きな問題だ」と強調した。健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「さまざまな要素を考慮すればするほど複雑な仕組みになってしまう。ある程度の割り切りは必要で、きちんと検証できるようにするためにも、シンプルな仕組みにしたほうがよい」と主張した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「今回の対応は、看護職員の処遇改善の第一歩との位置付けであるため、対象が限られていると理解している。今後、対象をさらに広げることが想定されているのであれば、今回の制度設計の後に、対象外の医療機関や職員との格差が生じることの問題をきちんと議論し、制度のあり方を考える必要がある」と述べた。

本号の紙面から

コロナ対策の徹底で支援強化	2面
病院機能評価受審支援事業	3面
看護の処遇改善に懸念出る	4面

オミクロン株を踏まえ保健医療提供体制の対策を徹底

厚労省 高齢者施設等への医療支援をさらに強化

厚生労働省は4月28日、オミクロン株の特性を踏まえ保健医療提供体制の対策を徹底させる取組みを公表した。3月18日に出した事務連絡で示した対応を徹底するため、財政支援も維持・拡充し、特に、高齢者施設への医療支援を強化する。都道府県の取組み状況に関して、聞き取り調査も行った。

対策は、①感染拡大が生じても迅速・スムーズに検査し、安心して自宅療養できる体制の構築②高齢者施設等における医療支援のさらなる強化③転院先となる病床のさらなる確保等—の3本柱となっている。

自宅療養の体制に関しては、診療・

検査医療機関が約3.8万件に増加し、公表率も9割に達したことを示した。診療報酬の特例は7月末まで延長しており、さらなる拡充・公表の徹底を推進する。一方、自宅療養に対応する健康観察・診療医療機関は約2.3万機関。同日付けの事務連絡で、電話等初再診の診療報酬の特例を拡充・延長した。具体的には、重症化リスクの高い者への評価として、全国で7月末まで397点を算定できるようにした。

高齢者施設等における医療支援に関しては、高齢者施設などへの感染制御・業務継続の支援体制を構築する。24時間以内に感染制御・業務継続支援チー

ムの派遣を要請できることを、約5.6万のすべての高齢者施設等に連絡・要請窓口を周知済みとしている。

一方、協力医療機関を確保している、または自治体が指定する医療機関や医療チームの往診・派遣を要請できると確認できている高齢者施設等は、約3.6万施設で65%にとどまる。往診・派遣に協力する医療機関数は3月14日時点の約2.2千機関から、約3.1千機関に増やした。

引続き、すべての高齢者施設等が往診・派遣を要請できることを確認していく。また、施設内療養を行う施設への補助の拡充(最大15万円を30万円に

倍増)を7月末まで延長・全国拡大するとした。

転退院先の病床確保に関しては、療養解除前の転院先として、3月14日に約900床であったのを4月22日までに約1,200床を確保した。転入院支援のための即応病床への緊急支援(1床450万円)も7月末まで延長する。

そのほか、長期入院のコロナ患者のための後方支援医療機関(約3,500機関)などへの自治体の転院調整機能を強化するとともに、コロナ患者非受入病院においても、入院患者が陽性となった場合には、自院で治療・療養する体制の構築を推進するとした。

第3期がん対策推進基本計画の中間評価案を了承

がん対策推進協議会 6月から第4期基本計画に向けて議論

がん対策推進協議会(山口建会長)は4月28日、第3期がん対策推進基本計画の中間評価案をおおむね了承した。同日の協議会で出された意見の中間評価への反映の仕方は会長に一任された。がん対策推進協議会は6月以降、第4期がん対策推進基本計画に向けた議論に着手する予定だ。

第3期がん対策推進基本計画は、2017~2022年度までの6年を目安に定められた。その途中の3年をめぐりに中間評価を行う予定だったが、コロナ対応等により議論が後ろ倒しになり、第3期の最終年度に中間評価をまとめ

ることとなった。

同日の協議会に示された中間評価案の大きなポイントは2つ。一つは、がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化が進められてきているが、地域により、また医療機関により、がん医療の進捗に差があると問題提起したこと。引き続き、がん診療提供体制のあり方に関する検討が必要としている。もう一つは、がんに関する正しい情報の提供と国民への普及啓発をより進める必要があるとしたこと。効果的な手法を検討するよう、提案している。

がんの死亡率については、75歳未満のがんの年齢調整死亡率が着実に減少している。がん検診受診率は、上昇傾向ではあるが、多くの領域で目標を達成できなかった。

同日の議論では、人材育成について意見が相次いだ。

中間評価案では、各専門職種に関してがんに関わる研修事業等を進めているが、「地域間及び医療機関間における差がある」と記載している。がんゲノム医療コーディネーター等、順調に増加している職種もあるが、今後がん医療のあり方を踏まえて人材育成を

文部科学省と連携して進める必要があるとした。

これに対して、委員からは「第4期の計画を議論する時間が短いため、より明確に記載するべきだ」、「ゲノム医療等のビッグデータを扱うにはかなり専門的な人材が必要なので、大学で育成することが必要だ」、「医療情報の格差を埋めるための人材も育成してほしい」といった発言があった。

山口会長は、「今後の人材育成と人材の有効活用のあり方については、さらなる検討が必要だ。文科省とも連携し、医療団体や職能団体、各種学会、拠点病院等の協力を得て、人材育成を推進する必要がある」と述べた。

病院の在院・外来患者数が過去最大の減少率

医療施設調査・病院報告 病院数も62施設減少し、8,238施設

厚生労働省は4月27日、2020年の「医療施設(静態・動態)調査(確定数)」と「病院報告」の結果(年報)を公表した。対前年比で、病院数は62施設減少し、8,238施設となった。病院の1日平均在院患者数は同5.6%減、1日平均外来患者数は9.9%減で、ともに過去最大の減少率となった。

2020年10月1日時点で、病院は8,238

施設、病床数は150万7,526床(前年比62施設の減、2万1,689床の減)だった。一般病院は7,179施設で67施設減少(うち療養病床を有する病院は3,554施設で108施設減少)、精神科病院は1,059施設で5施設増加となっている。

一般診療所は10万2,612施設、病床数は8万6,046床(同4施設の減、4,779床の減)、歯科診療所は6万7,874施設、

病床数は61床(同626施設の減、4床の増)だった。

病院の人口10万人に対する常勤換算医師数は全国平均192.7人で、都道府県別では最多が高知県の316.9人、次いで徳島県の275.1人、最少が埼玉県の137.8人、次いで茨城県の153.6人となっている。

病院報告では、2020年中の1日平均

在院患者数が116万5,389人で、前年比5.6%、6万8,755人の減少。1日平均外来患者数は119万3,205人で前年比9.9%、13万1,624人の減少。

いずれも現在の統計形式を開始した1960年以降、最大の減少率となった。患者数の減少について、厚労省は、新型コロナの影響によるものとの考えを示している。

また、病院の平均在院日数は28.3日であり、例年の減少傾向から一転し、1.0日延伸した。

緊急承認制度と電子処方箋の創設へ 薬機法改正案を審議

国会 附帯決議に「かかりつけ医の検討」

緊急時に新しい医薬品を迅速に承認する制度と電子処方箋の創設を柱とする「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案」(薬機法等改正案)が4月19日、衆議院本会議において全会一致で可決され、同22日に参議院での審議が始まった。衆議院では、かかりつけ医機能の検討や電子処方箋導入に関する支援など、19項目の附帯決議が採択された。

政府が提出した薬機法等改正案の大



衆議院厚生労働委員会では4月15日に可決した。

きな柱の一つは、緊急時の薬事承認の新たな仕組みを設けること。現在、医薬品を早期に承認する取組みとして、特例承認制度等があるが、新型コロナウイルスワクチンや治療薬の日本での承認は海外諸国の認可より遅れた。新たな緊急承認制度はより迅速な承認を可能とするために、医薬品の安全性は従前と同じように確認をするものの、有効性は「推定」の段階で承認できることとする。

特例承認制度では、対象となるのは海外で流通されている医薬品に限定されたが、緊急承認制度では国内企業が世界に先駆けて開発し、国内で承認申請を行った場合にも対象となる。

法案のもう一つの柱は、現在は紙で行われている処方箋の運用を電子的に実施する「電子処方箋」の仕組みの創設だ。電子処方箋は、処方箋を電子化したデータを、オンライン資格確認等システムを拡張したシステムを通じてやりとりする仕組み。その運営は、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保

険中央会が担う。運用開始は2023年1月の予定。

医療機関と薬局を跨いで、患者が処方・調剤された薬剤の情報をもとに、電子処方箋管理サービスで重複投薬のチェックが可能になる。厚労省は、電子処方箋の普及により、重複投薬の抑制につながることを期待している。

電子処方箋の導入に向けて、後藤茂之厚生労働大臣は、予算額383億円(2022年度)の医療情報化支援基金を活用し、医療機関や薬局でのシステム導入を支援する方針を示している。

一方、立憲民主党は対案として、「新型コロナウイルス感染症に係る健康管理等の実施体制の確保に関する法律案」などを国会に提出した。かかりつけ医を制度化せずに、政府が新型コロナ対応で国民にかかりつけ医に相談するよう求めてきたことを批判。医療を受けられないまま自宅で症状を悪化させて亡くなる「自宅放置死」を今後、発生させないようにするために、「コ

ロナかかりつけ医」を創設することを求めた。

政府はこれに対し、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について迅速に検討する姿勢を示した。

衆院で採択された附帯決議には、「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について迅速に検討すること」、「コロナ医療対応を強化するためのかかりつけ医への支援等により、高齢者、基礎疾患を有する者等へのコロナ医療に対応するかかりつけ医が増加するよう、かかりつけ医の有効活用の推進を含め、必要な措置を講ずること」が盛り込まれた。

電子処方箋については、医療機関等への早期導入の支援や、負担への配慮が盛り込まれた。このほか、標準規格に準拠した電子カルテの普及促進に向けた医療機関への財政支援も盛り込まれた。

2022年度病院機能評価受審支援事業① 病院機能評価支援モデル病院事業について

病院機能評価委員会 副委員長 土屋繁之

2020年度から始まった病院機能評価受審支援モデル病院事業は見切り発進ながら少しずつ成果をあげていると自負している。支援により当該病院が見事認定されたことも成果の一つであるが、100床前後の病院が自院の機能について全く無関心なわけではなく、むしろいろいろな形で悩まれている姿を拜見することになり、この支援事業は決して無駄ではなくしっかり支援しなければならないと感じている。

日本医療機能評価機構(以下機構)の審査を一度でも受けた病院にとっては病院機能を考えるためのプロセス、

ツールは受審するだけで提供され、自院の機能がどの程度なのかを実感できる。しかし、未受審の病院にとって機能評価は遥か遠い世界のように思っているのではないか。つまり実際に受審準備に取り掛からない限り機能評価がどんなものかを永遠に知ることができないと思われる。それこそ機構が最も危惧しているところではないか。

大病院は否応なしに機能評価を受ける環境を周りから求められ、仕方なく始めてもいろいろな戦術で受審に漕ぎつけることができる。しかし中小病院は業務が支障なく動き、ある程度経営

が安定していれば機能評価を知らなくても医療機関としての責任を果たすことができる。実はこの違いが大病院、中小病院との質の面での大きな違いとなっているのではないか。大病院であろうが中小病院であろうが医療の質の違いがあってはならないはずである。しかしマンパワーや資金面では明らかに違いがあるため受審に至るか、至らないかには大きな違いが出てくる。機構は病院を機能種別に落とし込み、評価の要素に沿って準備すればある程度のレベルで評価される病院となるよう導いてくれる。この事実をいかに中小

病院に知って頂くかが課題であり、そのきっかけとしてこのモデル事業があると思っている。

2021年度は新型コロナウイルス感染症の影響で思うような活動ができなかった。しかし今年も諦めずに公募したところ意欲ある病院に出会えた。札幌優翔館病院は受審動機として「よく働き遊べる職場づくりのため業務の標準化と平準化、客観的視点による自己評価と改善が必要」を掲げている。是非ともその意欲に応えられるよう努めたいと思っている。

医療の質向上は言葉で言うほどたやすくなく、日々の向上心の積み重ねがあって初めて目的に近づけると思う。機能評価受審がその一助となることは疑う余地のないことである。

病院機能評価受審に向けて

医療法人社団翔嶺館 札幌優翔館病院 院長 北川真吾

当院は、北海道の札幌市にある病院です。「札幌市」といっても皆さんが想像するようなテレビ塔が高くそびえ立つ街中ではなく、北端に位置する茨戸という地域にあります。

茨戸は発寒川、創成川、伏籠川が茨戸川へと流れ込む合流地点にあり、平地に畑などがある土地です。開拓地時代は、石狩川にはいくつもの川が流れ込み河口には沼が点在し、その中に茨戸があったそうです。茨戸は石狩と水陸交通の中継地点となり、漁村であり、農村であり宿場町のような趣もある活気にあふれていた地域だったようです。昭和6年には石狩川の一部の湾曲部分が切り離され茨戸川となり、宿場町としての役割を終え農村となりました。

一転し、昭和31年から茨戸では畑地で油田開発が行われ、最盛期には北海道内産油量の91%を占める油田となったそうです。しかし、徐々に産油量が減少し、昭和46年に原油の生産を中止し油田を閉じ、その後は畑地に戻り牧

歌的な風景の茨戸になりました。

現在の当院の周りには、広大な平地に畑と民家、そして特別養護老人ホーム、老健、グループホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など多岐に渡る介護施設が存在しています。また、地域住民の方たちがだんだんと高齢化してきており、当院では高齢者に特化した急性期～慢性期～在宅、そしてお看取りまで切れ目のない医療サービスを提供し、自然豊かな茨戸において高齢者医療の理想郷たることを目指しております。

2021(令和3)年6月1日に当院院長を拝命し、この10カ月、病院機能の転換を行ってまいりました。従前から提供しておりました高齢者医療の慢性期と在宅に加え、急性期の高齢患者を受入れ治療をし、リハビリを行って在宅へ帰ってもらうという一連の医療を提供すべく急性期患者の受入れに力を注ぎました。その結果として、2020年

度平均新入院人数17人/月が2022年3月単月で71人、2020年度全身麻酔の手術件数0件が2021年度40件、2020年度救急車受入件数6件が2021年度116件と一定程度の数字的な成果を出せました。

次に行うべき目標として、①患者様満足度の向上、②職員満足度の向上の2つを考えました。患者様満足度については、今よりも良いケア、今よりも質の高い医療を提供し満足度を向上したいと考えております。もう1つの目標である職員満足度については、業務の改善を行い「よく働きよく遊べる職場」を作り、同時に業績を上げていくということです。その2つの目標達成をするためには、業務の標準化と平準化、客観的視点による自己評価と改善が必要であると考えました。その手段を具体的に落とし込んだものが病院機能評価受審であると捉え、受審することを決定いたしました。

しかしながら、病院機能評価受審をゼロから経験したことがある者が院内

にはおらず、最初の一步をどのように進めればいいのかという不安と戸惑いが院内の雰囲気としてありました。そんな時、たまたま全日本病院協会の「病院機能評価受審支援相談事業 認定率向上キャンペーン」のお知らせを拝見し、経験豊富なアドバイザーがサポートして下さる事業だと知り、これだ!と申込みをしました。申込みから約1カ月後、落選したのだらうと諦めかけていたとき、選定の連絡をいただきました。この選定のお知らせは、真っ暗な道を前に最初の一步を踏み出せないでいる私たちに、遠くから一筋の光が差し込み、最初の一步を示してくれたかのように感じました。選定いただいたことを本当に感謝しております。

これから、札幌優翔館病院は職員一同、一意奮闘し病院機能評価の認定を勝ち取りにいきたいと思います。当院の奮闘ぶりを定期的に本紙へ投稿する機会を頂戴しております。恐らく、一歩進んで二歩または三歩下がる・・・のような歩みになるかと思いますが、当院の病院機能評価認定までの道りをご笑覧いただき、受審病院が増えるような取り組みに繋がれば幸甚です。

医療法人の事業報告書等の電子開示システムの構築求める

財務省・財政制度等審議会

地域医療構想の推進では地域医療連携推進法人制度の活用を強調

財務省は4月13日の財政制度等審議会財政制度分科会に、社会保障をテーマとした資料を示した。新型コロナ対応の国費投入の状況を踏まえ、効果的な財政支援を行うためにも、医療法人の事業報告書等をデータベース化し、一覧性のある電子開示システムを構築することを提案した。地域医療構想を推進する上では、地域医療連携推進法人制度の活用を必要と強調した。

政府は6月中に決定する予定の骨太方針2022に、2023年度予算案を念頭に、社会保障についての方針を盛り込む。

一方、四病院団体協議会は、電子開示システムの構築には明確に反対を表明している(4頁記事を参照)。

新型コロナ対応で16兆円を投入

新型コロナ対応としては、病床確保などを目的とした緊急包括支援交付金などにより、これまでで16兆円程度の国費を投入したことを示した。そのうち、医療機関や医療従事者への支援は、ワクチン接種費用を含め、少なくとも8兆円程度と見積もった。その結果、例えば、国立病院機構の経常損益は全体で600億円近い黒字となったという。民間の医療法人については、昨年末の

厚生労働省による医療経済実態調査の結果を示し、「コロナ関連補助金を含めれば、堅調であった」とした。

なお、医療経済実態調査では、医療法人の2019年度と2020年度を比較した損益差額は、コロナ関連補助金を除くとプラス0.1%、含めるとプラス2.3%となっている。

このような結果を踏まえ、財務省は、医療機関の財政支援にあたっては、「目的ごとに効果的な政策手法を考えるべきである」と指摘。減収への対応では、「感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬を支払う手法」が簡便かつ効果的と主張した。

さらに、医療機関の経営実態を「見える化」するため、「社会福祉法人のWAM NET」を参考として、「社会福祉法に準じた必要な法制上の措置を講じた上で、医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表し、一覧性のある全国ベースの電子開示システムを早急に整えるべきである」とした。

また、昨年夏の第5波において、即応病床と申告し、病床確保料を受け取りながらも新型コロナ患者の受入れを伴わなかった病床があったことを踏まえ、「要請先の病床が精神疾患・人工

透析・小児など特定の新型コロナ患者に特化した病床であったため受入れができなかったケースなど、病床の機能と患者像に乖離があるやむを得ないケースも存在する」とを含め、「運用実態の確認結果が公表されるべきである」とした。

地域医療構想の推進求める

医療提供体制については、地域医療構想の推進が十分に行われなかったことが、「新型コロナへの対応の足枷になったことは否定できない」との考えを示した。地域医療構想の目的は、人口当たりで諸外国と比べて多い日本の病院数・病床数が、医療資源の散在をもたらす、「低密度医療」を招いていることから、その弊害を是正することであると説明している。医療費と病床数との相関が高いことも指摘した。

地域医療構想を推進するにあたっては、「競争よりも協調」という観点を重視し、具体的には、グループによる一体的運営で、ヒト・モノ・カネ・情報を有効に活用できるとして、「地域医療連携推進法人制度の活用が望ましく、その普及を徹底すべき」と主張した。

外来医療については、かかりつけ医

機能の要件を法制度上明確化した上で、その機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定する制度導入を求めた。

大臣合意の診療報酬改定への反映

2022年度診療報酬改定については、昨年12月22日の改定率決定の際の大臣合意で、医療提供体制改革に資する個別の改定項目の見直しの方向性が盛り込まれ、改定内容に一定程度反映されたことが報告された。

具体的には、「看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化」の反映では、「重症度、医療・看護必要度」の厳格化をあげ、「重症者に限らず使用されている心電図モニター」の項目を削除したことを示した。

「外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し」の反映では、「かかりつけ医機能に係る加算において、算定要件とする他の診療報酬点数の届出について、算定実績がない場合の評価の厳格化」をあげた。

また、2022年度改定で導入されたりフィル処方箋の活用に、積極的に取り組む保険者を各種インセンティブ措置により評価することを提案した。

看護の処遇改善の診療報酬での制度設計に懸念相次ぐ

日病協・代表者会議 過不足が必ず生じることを前提とすべき

日本病院団体協議会は4月22日、代表者会議を開いた。今年度最初の会合で、10月から実施予定の診療報酬による看護の処遇改善や、医師の働き方改革をめぐる問題、2022年度診療報酬改定の疑義解釈などに関して、意見を交換した。

議長の小山信彌・日本私立医科大学協会参与からは会見で、以下のような報告があった。また、副議長には、山本修一・地域医療機能推進機構理事長が就任している。

看護の処遇改善を診療報酬改定により10月から実施するための制度設計を目指し、厚生労働省の中医協総会や入院・外来医療等の調査・評価分科会が議論を開始している。しかし、制度設計の難しさがあり、医療機関が想定通りの収入を得ることができないことや、医療従事者間に処遇改善における不

平が生じることに懸念が相次いだ。

現在、実施されている看護職員等処遇改善事業補助金においては、対象となる医療機関が特定されている。賃金改善の対象となる職種については、看護職員だけでなく、医療機関の判断で、他の医療従事者の賃金改善に充てることも可能だが、それにより、医療機関に支給される補助金が変わることはない。対象医療機関が救急医療を担う急性期病院に限られるため、賃金改善を受けられる看護職員とそうでない看護職員が出てくる。

10月以降の診療報酬改定の対応でも、これらの仕組みを踏襲する見込み。このため、様々な不公平が生じることへの懸念が相次いだ。介護報酬による介護職員への処遇改善で生じている問題を改めて整理すべきとの意見も出たという。

さらに、診療報酬で制度設計する場合には、看護職員数に応じた想定額と実際の診療報酬収入が、患者数の変動により一致しないため、控除対象外消費税対応のように過不足が生じることの問題を指摘する意見が出た。

控除対象外消費税では、医療機関の種類ごとに、想定通りの補てんが行われているかを検証した結果、補てん不足になっていたことがあった。どんなに精緻に制度設計を行ったとしても、個別の医療機関での過不足は必ず生じるため、そのことを前提に、制度設計を行うべきとの意見が出た。

宿日直許可基準の相談窓口を活用

医師の働き方改革については、宿日直許可基準の統一化や緩和を求めるため、各病院団体が、与党の会合に出席し国会議員への説明などを行っている

ことが報告された。日本医師会・四病院団体協議会などの医師の働き方改革に関する要望書を踏まえ、厚労省に宿日直許可基準の相談窓口がホームページに設置されたことから、各病院に活用が促された。あわせて、医師の偏在対策を推進することが、医師の働き方改革を実施することの前提になるとの意見も強調された。

2022年度改定の疑義解釈

2022年度改定の疑義解釈については、従来の感染防止対策加算が、新型コロナの経験を踏まえ、感染対策向上加算に改組されたことに関して、「加算1」の対象が、現時点では、新型コロナ対応の「重点医療機関」とされた。このため、従来の「1」を算定していた病院が、「重点医療機関」でなければ、新たな「1」を算定できなくなる問題が生じる。そのような医療機関が、少なからずあることが指摘された。

厚労省の議論の進め方に強い懸念示す

四病協・総合部会 医療法人の事業報告書の閲覧等に関し四病協で調査

四病院団体協議会は4月27日、総合部会を開催した。医療法人の事業報告書などを閲覧できるデータベース構築を想定した厚生労働省の議論の進め方に強い懸念が示された。また、地理的に遠い地域に居住する患者へのオンライン診療は望ましくないとの考えで一致した。

医療法人の事業報告書等については、電子化したデータを都道府県のホームページで閲覧できるようにするとともに、国がデータベース化して全国的な電子開示システムを構築することを政府は検討している。しかし、昨年11月2日の社会保障審議会・医療部会でも、病院団体の委員は、都道府県のホームページでの閲覧の方法では、謙抑的な開示の方法を求めるとともに、電子開示システムの構築については反対を表明している。

一方、財務省は、財政制度等審議会などで、電子開示システムの構築の必要性を主張し、政府の決定事項とした考えを示している(3頁記事を参照)。厚労省は、医療法人の事業報告書等

に係るデータベース構築のための調査研究事業企画検討委員会で、民間シンクタンクにアンケート調査を依頼。病院側の考え方の把握に役立てようとしている。ところが、四病協の出席者が、そのアンケート調査の結果に違和感を表明。偏ったアンケート調査になっていることを示すために、会員に対する緊急調査を実施し、今回結果が示された。

それによると、四病協調査では、都道府県のホームページでの事業報告書等の閲覧で「リスクの有無」が「ある」と回答した割合は73%、全国的な電子開示システムの構築への「反対」は80%であった。民間シンクタンクの調査では、この割合がずっと低く、調査結果は大きく異なるものであった。

調査の回答数は、四病協調査が会員病院を対象とし、729病院であるのに対し、民間シンクタンクの調査では、その半分程度となっている。

会見で、日本精神科病院協会の山崎学会長は、このような状況で今後の議論が進むことに、強い懸念を示し、「抗

議の仕方を考えなければいけない」と述べた。

遠隔医療については、2022年度診療報酬改定で初診からのオンライン診療の要件が設定され、従来のオンライン診療料等の要件から大幅な緩和が行われたことに懸念が示された。

例えば、オンライン診療を実施する医療機関が患者の容態の急変時に対面診療が困難な場合には、連携医療機関が対応することになっている。遠隔からオンライン診療を実施する医療機関が患者の医学管理を十分に行わず、患者が居住する地域の医療機関に委ねることは望ましくないとの考えが示された。また、自由診療によるオンライン診療の診療前相談で、自院への誘導が行われることへの懸念も示された。

一冊の本 book review

2020年代初頭の医療・社会保障

—コロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬—

著者●二木立
発行●勁草書房
定価●2,750円(税込)

日本福祉大学名誉教授の二木立先生の最新作。コロナ後の医療提供体制の見通しや安倍内閣・菅内閣における医療・社会保障政策の総括と岸田内閣下での動向など、様々なテーマが多面的な視点から分析され、評価されている。医療と政治の現状を知り今後の病院経営を遠望するためにも、第8次医療計画に盛り込まれた新興感染症対策を地域医療構想調整会議等で議論する前に背景や論点などを理解し確認しておくためにも、必ず読んでおきたい一冊。(安藤高夫)



■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
2022年度医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(WEB開催) (100名)	2022年6月25日(土) 2022年6月26日(日)	27,500円(33,000円)	2018年診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための講習会。現時点で研修会の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
2022年度個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(東京会場) ~医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法に対応するために~ (48名)	2022年7月14日(木)	13,200円(17,600円)	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的に開催する。参加者には「受講認定証」を発行する。座学だけでなく、全日病の個人情報相談窓口に関わり合いが実際にあった事例を用いたグループワークを経験することで、より実践的な知識を身に付けることのできる研修となっている。
2022年度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年度医師事務作業補助者研修(eラーニング研修)	2022年6月1日(水)~ 2023年6月1日(木)まで 配信	1アカウントあたり 27,500円 (アカウントの有効期限は 通知書発行から60日)	2021年度よりeラーニング形式で実施している「医師事務作業補助者研修」の講義内容に、診療報酬改定や法改正等を踏まえた見直しを行った。受講修了後に、所定のレポート等を提出した方には、「受講修了証」を授与する。当研修は、診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たしており、「受講修了証」は研修証明となる。