



全日病NEWS

2023.7.15 No.1036

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

地ケア病棟での高齢者救急をめぐる議論

中医協総会 2024年度診療報酬改定に向け入院医療全般がテーマ

中医協総会(小塩隆士会長)は7月5日、2024年度診療報酬改定に向け、入院(その1)をテーマに議論を行った。入院医療全般を取り巻く状況をはじめ、急性期から回復期、慢性期まで幅広い領域が取り上げられた。

その中で、委員から最も多くの発言があったのが、増加する救急搬送への対応であった。特に、地域包括ケア病棟等(地ケア病棟)のある病院での高齢者の救急搬送の受入れをどのように評価するかということをめぐる、診療側から、「強引な診療報酬による誘導」(長島公之委員・日本医師会常任理事)を懸念する様々な指摘があった。

長島委員は、救急医療の診療報酬の評価について、「これまでの改定では、高度急性期に対する評価を重視してきたため、二次救急を担う医療機関への評価が不十分な状況になっている。医療計画がテーマとなった総会でも議論したように、三次救急からの下り搬送や出口問題に対応することへの評価を含め、二次救急の評価の充実を検討すること」を求めた。

その上で、「高度急性期、急性期病棟と地域包括ケア病棟の機能分化を推進するための手段として、診療報酬で強引に誘導するやり方は現場に混乱を招きかねない」との懸念を示した。

日医常任理事の江澤和彦委員は現場の実態から、高齢者救急搬送に対する考え方を示した。

まず、原則として、「在宅や介護施設からの入院患者は、病態にふさわしい場所に入院することが望ましく、例えば、脳梗塞や心筋梗塞で、ご自身が治療を望まれる場合は、高度急性期、急性期病棟で治療すべき。一方、誤嚥性肺炎や尿路感染症の場合は、対応可能な地ケア病棟で受け入れることを考

える場合が出てくる。ただし、地ケア病棟は看護配置が13対1で、救急医療管理加算も算定できない。対応できる救急医療には限界があることを認識すべきだ」と強調した。

その上で、「大切なことは、介護施設や高齢者向け住宅と、地ケア病棟のある在宅療養支援病院など中小病院が、顔の見える良好な連携体制を構築すること。平素から連携が取れていれば、救急車による救急搬送よりも、介護施設などの職員の付き添い、あるいは医療機関が患者を迎えに行く緊急入院が多くなる」と述べ、救急医療における現場の実態を踏まえた評価を行うことを主張した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、地ケア病棟が担う高齢者救急について発言した。「2024年度の同時報酬改定に向けた意見交換会でも、高齢者救急を地ケア病棟で受け入れることが論点になった。だが、高齢者救急を一括りで語るのは非常に危険。緊急手術で治した後に自宅に戻るような場合もたくさんある。現場でも、地ケア病棟が中心の病院は、身の丈に合った救急医療を行っているのが実態であって、地域の関係者の間で、それぞれの判断基準を持っている」と述べた。

また、江澤委員と同様に、関係機関が顔の見える医療介護連携体制を構築していれば、患者の病態に応じて、介護施設職員の付き添いなどさまざまな手段を通じた適切な救急搬送が行われることになるため、地域の柔軟な取り組みに対応した診療報酬の設定をすべきであるとした。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「急性期一般入院料1でも65歳以上で要介護、ADLが低い患者が増えている。リハビリ職員の数

は急性期病棟よりも地ケア病棟のほうが多く、地ケア病棟のほうが望ましい患者も、急性期病棟に入院していると思われる」と述べつつ、「診療側から現場の実態を踏まえた意見が出たので、それはしっかりと頭に入れて、下り搬送や出口問題に対応することの議論を進めたい」と一定の理解を示した。

急性期一般入院料1が微増

入院医療全般に対して、支払側が求めたのは、政府の骨太方針にも明記され、長年の課題とされる医療機能の分化・連携であった。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「次期改定は、団塊世代がすべて75歳以上になる2025年の最後のタイミングである。超高齢社会でも持続可能な医療提供体制とするために、医療機能の分化・連携を進めなければならない。しかし、(看護配置が7対1の)急性期一般入院料1をみると、2020年から2022年にかけて、わずかに増加している。高度急性期、急性期の病棟が、重点的な医療を必要とする患者が入院する病棟にふさわしいものとなるため、機能分化を図ってほしい」と求めた(下図参照)。

松本委員も、急性期一般入院料1が2020年から2022年にかけて、わずかに増加していることを問題視。「2022年度改定の効果を検証した上で、かなり踏み込んだ対応が必要」と語気を強めた。2022年度改定での「重症度、医療・看護必要度」(必要度)の見直しについて、「A項目の心電図モニターが廃止となったが、(200床未満の)基準値が下がり、影響が相殺されてしまっている。まだまだ急性期病床が過剰である可能性は残っている」と指摘した。

急性期については、2022年度改定で

導入した急性期充実体制加算が議論になった。同加算は、「コロナに対応した医療機関の役割等を踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している体制」を評価する点数となっている。

長島委員は、同加算が総合入院体制加算と併算できないことから、「両点数は役割が違うはずであり、地域医療への影響を検証する必要がある」との懸念を示した。松本委員は、算定しない理由として、手術や全身麻酔の実績など施設基準が満たせないとの回答が多かったことから、「加算の趣旨を踏まえると、要件緩和はあり得ない」とけん制した。

また、日本病院会副会長の島弘志委員は、「2022年度改定で、特定集中治療室用の『必要度』にも『II』が導入され、看護職員の負担軽減が図られた」と述べた上で、ハイケアユニット用の『必要度』を用いる救命救急入院料1・3やハイケアユニットにも『II』を導入すべきと主張した。

FIMの評価は出口が大事

回復期リハビリテーション病棟入院料については、リハビリテーションの効果を測定するために導入したFIM(日常生活動作の指標)をめぐる議論が行われた。

2022年度改定で、入棟時・退棟時FIMの値の経年変化をみると、入棟時FIMが明らかに低下しており、FIM利得を上げるための操作であることが疑われ、第三者評価が努力義務となった。議論では、複数の支払側の委員が、第三者評価の状況を把握して示すことを求めた。

一方、池端委員は、「入口よりも出口のほうが大事で、FIM利得が上がるリハビリテーションを施設内で行って、運動・認知機能が改善した後に、自宅等に戻ったら、また急激に落ちてしまっているかもしれない。継続して把握しFIMがよくなっているかを確認していくことが大事だ」と主張した。

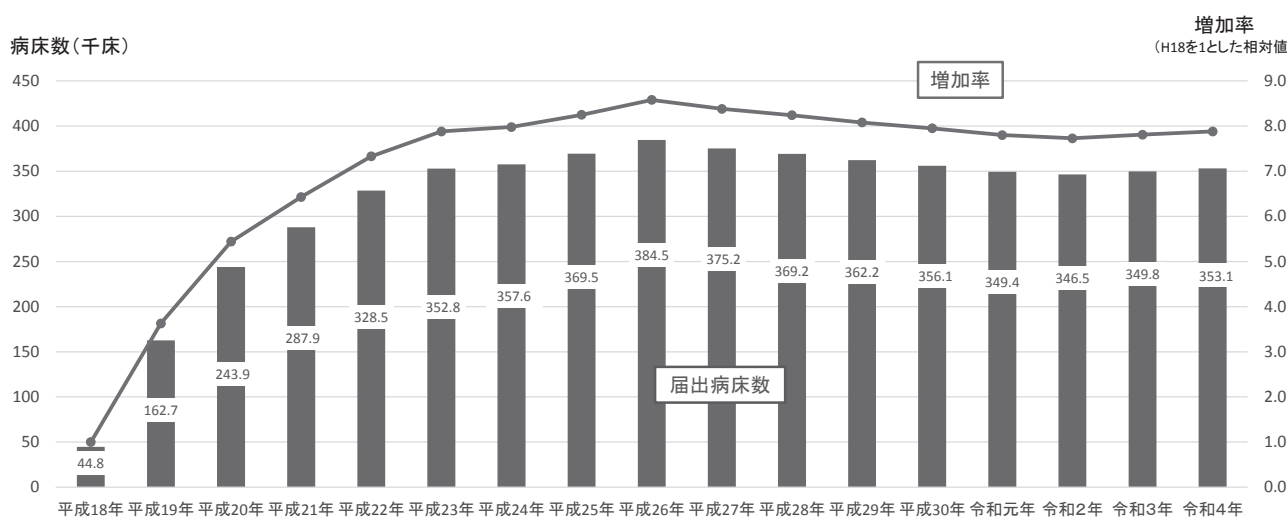
療養病棟入院基本料については、経過措置の取扱いが議論になった。

療養病床の医療法施行規則における人員配置基準では、一定の要件を満たす医療機関に対して経過措置が認められているが、その期限が2024年3月31日となっている。診療報酬においては、2022年度改定で、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置が2年間延長された。

注11では、療養病棟入院基本料2の基準を満たせず、一定の基準を満たす場合に、25%の減算を受けた上で、入院基本料を算定できることが規定されている。長島委員は、「丁寧に対応し、入院患者に混乱を招かないようお願いする」と求めた。松本委員は、「経過措置が残ることはあり得ないので、きちんと廃止して、療養病棟のあり方を議論したい」と述べた。

看護配置7対1の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向であったが、近年横ばいである。



[H18.4] 7対1入院基本料創設	[H20.4] 重症度・看護必要度の導入	[H24.4] 重症度・看護必要度 該当患者割合基準の見直し (10%→15%) 平均在院日数要件の見直し (19日→18日)	[H26.4] 重症度、医療・看護必要度 A項目の見直し 在宅復帰率要件の導入	[H28.4] 重症度、医療・看護必要度 A・B項目の見直し/C項目の追加 該当患者割合基準の見直し (15%→25%) 在宅復帰率の見直し (75%→80%)	[H30.4] 重症度、医療・看護必要度 IIの創設 該当患者割合基準の見直し (25%→30%) 判定基準の追加 C項目の評価の見直し	[R2.4] 判定基準の見直し A項目、C項目の見直し 救急患者の評価を充実 該当患者割合基準の見直し (30%/25%→31%/29%)	[R4.4] A項目の見直し 重症度、医療・看護必要度 II対象病院の拡大 該当患者割合基準の見直し 200床以上: (31%/29%→31%/28%) 200床未満: (28%/25%)
------------------------------	--------------------------------	--	--	--	---	--	--

出典:各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

本号の紙面から

医療情報加算のネット調査	2面
病院機能評価受審支援事業	3面
介護人材育成の覚書を締結	4面

次期中医協委員に太田圭洋氏を選出

日本病院団体協議会は6月23日、中央社会保険医療協議会の病院団体代表委員の候補として、日本医療法人協会副会長の太田圭洋氏を選出することを

決定した。現中医協委員の鳥弘志・日本病院会副会長が今年10月に任期を終えるため、その後任となる。日病協では、診療報酬実務者会議が

推薦する候補を了承する形を取っている。太田副会長は、長く診療報酬実務者会議の委員を務めており、現委員長。2024年度診療報酬改定の議論が本格化

する10月以降の中医協の議論に臨むことになる。

全日病では愛知県支部長の役職にある。また、政府の新型コロナ対応では、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボードに、病院代表のメンバーとして参加してきた。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算でネット調査

中医協総会 問診票記載の手間軽減などでマイナカードを利用した受診のメリットを実感

厚生労働省は6月21日の中医協総会(小塩隆士会長)に医療情報・システム基盤整備体制充実加算にかかるインターネット調査の結果を報告した。マイナンバーカードを保険証として利用した人にとって、「問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った」ことが、認知されたメリットの中では、「実感」につながっていることが確認できた。

同加算は、医療機関などがオンライン資格確認システムを導入し、マイナンバーカードで受診した患者の医療情報などを取得・活用している場合に算定できる。2022年度改定で導入した電子的保健医療情報活用加算を廃止し、昨年10月に新設した。旧加算は、初診でマイナンバーカードを利用した患者のほうが、患者負担が上がることへの批判があった。新加算では、マイナ保険証を利用したほうが、患者負担が下がるようになっている。

また、昨年12月23日の中医協では、今年4月1日から12月31日までの特例

措置として、初診時の点数の引上げなどを行った。その際に、この点数について、「早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聞き…医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うこと…」が附帯意見において求められていた。

なお、同日の総会で了承した2022年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(2023年度調査)においても、「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況」を調査することになっている。

実施時期は2023年5月2日～15日で、インターネットを通じ、マイナンバーカードを健康保険証として使って受診した有無別に各1,000人、合計2,000人を対象に調査を実施した。

結果をみると、マイナンバーカードを健康保険証と一体化している人は全体の6割。そのうち、直近3か月以内にマイナンバーカードを健康保険証として利用したことがある人は約2割で

あった。医療情報・システム基盤整備体制充実加算を知っている人の割合は、直近3か月以内のマイナンバーカード受診歴ありの場合で約6割。受診歴がない場合で約4割となっている。同点数の点数差を知っている人の割合は前者で約7割、後者で約4割であった。

マイナンバーカードを健康保険証として利用することのメリットとしては、「薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がない」、「問診票に記載する内容が少なくなり手間が減る」、「高額療養費の自己負担上限が窓口でわかるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなる」などがあげられる。

調査結果では、これらのメリットの認知度は、各項目で概ね2～3割程度。全体としてみると、少なくとも一つ以上のメリットを認知している割合は、約5割弱となっている。また、「医薬品の重複や飲み合わせの問題等がわかり処方調整できること」のメリッ

トは、年代が高いほど認知度が高いという結果だ。

また、「問診票に記載する内容が少なくなり手間が減る」については、メリットとして認知していると回答した人の約4割が、実際にメリットを「実感」している。一方、メリットとして認知していると回答しなかった人では、「実感」している人の割合が18%で差があった。

調査結果を踏まえ、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「マイナンバーカードの保険証利用を普及させるには、患者・国民にきちんとわかりやすく丁寧な説明が不可欠になる。現状で生じている不安を払拭する確実な対策を国に求めたい」と述べた。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「診療報酬で評価するということは患者へのサービスが対価に見合わないといけない」と強調するとともに、特に、高齢者でメリットを実感している割合が低いことを問題視した。

卒後臨床研修プログラムの第三者評価めぐり賛否

医道審・臨床研修部会 受審医療機関からヒアリングを実施

厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会(国土典宏部会長)は6月22日、医師臨床研修制度の見直しについて議論した。NPO法人卒後臨床研修評価機構(JCEP)が実施している卒後臨床研修プログラムの第三者評価について、JCEPとJCEPの優良表彰を受けた2つの受審医療機関から、現状について報告を受けた。

委員から、「今後、第三者評価の義務化に向けて検討を進めるべき」といった意見があがった。その一方で、項目の妥当性や現場への負担感の増加、

JCEPの運営体制などの課題のさらなる検討が必要であり、「義務化は時期尚早」とする意見も相次いだ。

最初に、JCEP専務理事の福井次矢参考人がJCEPの活動状況を説明した。JCEPは臨床研修病院における研修プログラムの評価や研修状況の評価を国内で唯一実施する機関であり、2023年5月1日時点で、卒後臨床研修を実施する1,028病院中、287病院がJCEPの認定を受けているとした。

JCEP認定病院に対して行ったアンケート結果では、「国の制度として、

すべての臨床研修病院が第三者評価を受審しなくてはならない(義務化)としたほうがよいと思うか」という問いに、63%が「はい」と答えたと報告した。第三者評価の義務化を求めるとともに、さらなる評価制度の見直しに向けて意欲を示した。

次に、昭和大学病院院長の相良博典参考人が、受審に係る対応を説明。相良参考人は「義務化に向けては、病院の規模間によって評価項目等が高いハードルとなる可能性も考えられるため、段階的な評価等も考慮した慎重な

議論が必要と考える」と述べた。

立川相互病院副院長・臨床研修センター長の山田秀樹参考人は、「職員同士学びあう病院文化・職場作りの構築にも寄与し、医療の質向上に資する取り組みと考える。第三者評価の義務化が望ましい」と述べた。

参考人からの報告を受け、千葉大学医学部附属病院院長の横手幸太郎委員は「義務化にあたってはさまざまなファクターをもとに、慎重な議論を行う必要がある。ネガティブな面をポジティブな面が上回ると確信をもった上で進めるべき」と述べた。この意見に多くの委員が賛同した。

2024年度専攻医募集シーリングは前年度と同じ数値で

医道審・専門研修部会 子育て支援加算は引き続きの検討課題

医道審議会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は6月22日、2024年度の専攻医募集のシーリングについて、日本専門医機構から2022年度と同様の数値にするとの提案を受け、了承した。2022年度の導入を見送った子育て支援加算は、2024年度も導入せず、子育て支援策の中で、専門研修部会と機構が継続して検討することになった。

日本専門医機構理事長の渡辺毅参考人が、2023年度の専攻医採用と2024年度の専攻医募集について説明した。

2023年度のシーリングでは、新型コロナウイルスの影響で採用数が例年と異なる動きをしていると考えられたため、既存のプログラムのシーリング数を2022年度と同数としている。

また、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設または年通算の時間外・休日労働時間が1,860時間を超える医師等が所属する施設を1年以上連携先とする「特別地域連携プログラム」を通常募集プロ

グラム等のシーリングの枠外として別途設けた。

一方、特別地域連携プログラムの設置を条件に、原則1人を、基本となるシーリング数に加算を行う「子育て支援プログラム(案)」は、地域偏在を助長する懸念があることや、加算の要件が十分に検討されていないといった意見を受け、2023年度専攻医募集においては実施しなかった。

その結果、2023年度の専攻医は、すべてのシーリング対象の都道府県・診療科において、シーリング数内で採用されたことが報告された。

渡辺理事長は、2023年度のシーリングの効果について、「東京都など大都市圏の医師数が減少し、その周辺県で増加している例を認めるが、必ずしも全国すべての医師少数県での専攻医数の増加には至っていない」と述べた。その上で、「今年度中にシーリングの詳細な検討・評価を実施する予定であり、検証結果を踏まえ、改めてシーリ

ングのあり方の検討が必要である」との認識を示した。

なお、2023年度に導入した特別地域連携プログラムの全採用数は60人。診療科別では、内科21人、精神科15人、小児科8人の採用があった。連携先は都道府県別では茨城県が18人で最も多かった。渡辺理事長は、「専攻医の期間に他県でも学べる貴重なプログラムであり、来年度も専攻医の積極的な応募を期待したい」と述べた。

シーリング数は委員の了承得る

2024年度のシーリング数については、2023年度と同じ数値とすることを提案した。理由として、「シーリングの効果検証は、日本専門医機構としても今年度中に開始する方向で準備を進めており、シーリング数も拙速に更新するのではなく、同検証の結果を踏まえて検討すべき」ということをあげた。

子育て支援加算についても、日本専門医機構と医師専門研修部会とで、子



育て支援の案として、検討を継続することが望ましいとした。

2024年度のシーリング数については、委員から了承を得た。

ただ、日本病院会常任理事の牧野憲一委員や日本精神科病院協会副会長の野木渡委員は、現状のシーリングが、地域偏在改善の効果を上げているかの検証を強く求めた。また、子育て支援加算についても、「子育て支援と加算を結びつけることには疑問がある」、「シーリングとは別枠で子育て支援策を考えるべき」、「子育て支援のインセンティブをシーリングに反映させることは困難だ」など、導入に慎重な意見が多く出された。

2022年度病院機能評価受審支援事業⑤ 最終病院訪問支援 最後まで気を抜かず職員全員で認定を獲得したい

医療法人社団翔嶺館 札幌優翔館病院 院長 北川真吾

受審支援モデルとして選定され、5回目の投稿です。今回は、病院機能評価受審支援事業のアドバイザーの先生3名(診療領域、看護領域、事務領域)の最終訪問指導を受けての内容となります。

最終訪問指導は、実際の機能評価受審では2日間に分けて行う評価を1日で指導していただきました。2回目の訪問指導の際にご指摘いただいた取り揃える書類関係の内容の不備、病棟ラウンドでの医療材料の管理の仕方や医薬品の定数管理の不備を4ヶ月で改善したつもりで当日を迎えました。

書類や病棟の整備は前回よりも改善されていますとお言葉をいただきましたが、ケアプロセスの場面では準備不足が露呈してしまいました。自分た

ちの選んだ症例だったため、人前でプレゼンをするという思慮に欠け、全く練習をしておりませんでした。説明するものを紙媒体で準備するのか、電子カルテ上でお示しするのかも決めておらず、見ていただきたいところを的確にお示しできず、ケアの流れに沿った話者の段取りもできておらず、お恥ずかしい状況でした。

最後の講評では、具体的なアドバイスはもちろんたくさんいただきましたが、土屋先生から「受審日までもう少し。みなさんで気持ちを一つにしてください。」とアドバイスをいただいたのが心に響きました。

次の日には、院内全体の反省会を開き、今後の進め方のスケジュールを共有しました。また、週に1回、各部署

訪問を行い書類の確認とサーベイヤからの質問に対しての受け答えの練習、それとは別に院内全体で集まったのケアプロセスの練習を実施しています。

全日病のアドバイザーの先生に初めてご指導いただいたのは、ちょうど1年前でした。あつという間の1年で、夏休みの宿題ではないですが、もっと計画的に準備できていたらという思いもあります。

また、この病院機能評価の受審に向けての準備は大変良い経験となりました。日々、我々は患者様に医療を提供しており、それらを患者様やご家族様または代理人様にわかりやすくお示しするためのツールや、新入職員の指導のためのツールなどを整備することの重要性を再認識いたしました。また、

それらを確実に文書や言葉にアウトプットすることによって病院機能評価に関わった全ての職員が当院の医療に対する理念や方針などについての理解が深まったと思います。

本受審まで残すところ後1ヶ月です。最後まで気を抜くことなく、職員全員で病院機能評価の認定を獲得したいと思います。

最後になりますが、このような機会を与えてくださった全日病のみなさま、遠いところまでご足労いただき貴重なお時間を割いていただいたアドバイザーの先生のみなさまに感謝いたします。ありがとうございました。

病院訪問支援により見違えるほど受審準備が進んだ

病院機能評価委員会 副委員長・診療担当 土屋繁之
看護担当 柴田雅子
事務担当 朝見浩一

病院機能評価受審支援事業のモデル病院である、札幌優翔館病院(一般86床・医療療養48床 計134床)は、今年度、初受審する予定で準備をしています。

昨年8月に事務管理領域の受審支援、今年1月に診療・看護領域の受審支援を経て、今回は、最終病院訪問として、受審支援につながる受審支援プログラムに沿って、模擬サーベイを実施しました。

本審査と同様に、合同面接調査から部署訪問、そのほか、病棟におけるケアプロセス調査、カルテレビュー、事務領域面接調査等を行い、各評価項目における準備状況を確認しています。

まず、診療領域ですが、今年1月に

お邪魔した時とは見違えるほど受審準備が進んだ印象でした。初回訪問時、薬剤部門の業務整理と院内感染対策構築が必要と感じていました。薬剤部は狭く、薬剤師数が少ないという厳しい環境で多くの業務を求められる部門ですが、病院機能評価が求める基準までの準備はとて大変だったと思います。また、感染対策ではサーベイルンスで得られた結果を評価し、現場に情報提供して改善につなげていく仕組みが構築されており、一定水準に達していると感じました。今後は、病院機能評価が求める基準が何を意味しているか解説集を読み込んでいただき、理解を深めていただければ準備万端ではないでしょうか。

次に看護領域ですが、前回の訪問支援の結果を受け、急性期病棟や中央材

料室の物品配置や整理整頓、輸液ポンプの管理など大きく改善されていました。また、医療安全管理マニュアルを細かく整理し、必要な項目が追加され改定されていました。6月からの管理方法の変更等の項目も多くあり、病院機能評価の受審を機会に質改善に取り組みされた結果だと思います。ケアプロセスでは、多職種協働の取り組みを具体的に説明し、ケアの実態がわかるように役割分担するなど、チーム医療の取り組みを強調すると、貴院の良さが伝わるのではないかと感じました。本審査に向けて、いくつか改善する点もありますが、スタッフで協同して取り組み、無事本審査を受審することを期待しています。

最後に事務領域ですが、各評価項目

の質疑応答の場面では、前回訪問した昨年8月よりも、病院機能が格段に向上している印象を受け、また、職員の病院機能評価受審に向けた意気込みも感じることができました。特に事務領域では規程・マニュアルの整備等、事務側で整備しなくてはならないものが数多くありましたが、前回の指摘を踏まえて、時間をかけて準備されており、すでに一定水準まで達していると思いました。

今後も応募動機にもあった「より質の高い医療を提供したい」とする目標が達成できるよう、引き続き、本審査に向けて全職員がOneTeamとなって乗り切っていただき、無事に認定されることを祈念しています。

マイナカードで資格確認できなかった場合の対応を了承

社保審・医療保険部会

資格情報不詳のままレセプト請求が可能に

社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)は6月29日、マイナンバーカードで受診した患者の保険資格が確認できなかった場合でも、患者が3割など自己負担分のみの支払いですみ、医療機関もレセプト請求ができるようにすることを了承した。

オンライン資格確認は全国で導入が進み、87.9%の病院で運用が始まっている。ただ、機器トラブルやデータ誤登録などによりマイナンバーカードによる資格確認が行えず、保険料を納めている患者が医療機関の窓口で10割を負担せざるを得ないケースが発生している。そこで厚生労働省は、マイナンバーカードで資格確認ができない場合の対応案を示した。

マイナンバーカードで資格確認ができない場合、可能であれば、患者のマイナポータルの画面表示や保険証で資

格を確認する。それもできない場合は、患者に「被保険者資格申立書」を記入してもらう。それにより、患者は、10割負担ではなく、3割など通常通りの自己負担分の支払いで受診できる。

これらのプロセスを経ても患者の資格情報が確認できない場合に、保険者番号・被保険者番号が不詳のまま、医療機関はレセプト請求を行うことができるようにする。

その後、審査支払機関で可能な限り、患者が加入する保険者を調べる。最終的に保険者が特定できなかった場合には、災害等の際の取扱いを参考に、保険者等で負担を按分することとした。

日本医師会副会長として出席している猪口雄二委員は、患者の被保険者番号等が不詳のまま医療機関がレセプト請求を行う方法を示すよう求めた。厚生労働省は、「実務上の詳細を整理して速

やかに示し、周知したい」と答えた。

また、猪口委員は、転職して新しい保険者の保険証が発行されるまでの間に受診した患者が、医療機関の窓口で医療費の10割を支払わざるを得ない問題がこれまでも発生していると説明。マイナンバーカードで速やかに新しい資格が確認できるようになれば、新たな保険証の発行を待つ必要がなくなる。「保険者でのデータ登録がすばやく間違いなく行われることにより、この10割負担の問題は解決される」と述べ、保険者へ協力を求めた。

厚生労働省は、転職で資格情報が変わった場合や、マイナンバーカードで初めて受診するときには念のため保険証も持参することを推奨していく。

医療費適正化計画基本方針を了承

同日の医療保険部会では、第四期医



療費適正化基本方針を了承した。2024～2029年度の第4期医療費適正化計画を都道府県が策定するに当たったの基本方針を国がまとめた。後発医薬品の推進や、効果が乏しい医療・医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化などの目標を都道府県が設定する。猪口委員は、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の支援が盛り込まれたことを評価した。厚生労働省は、医療・介護の双方から同事業を後押しする方針であると説明した。

オン資格確認利用推進本部を厚生労働省に設置

厚生労働省は6月29日、オンライン資格確認利用推進本部の初会合を開いた。マイナンバー法等改正法が成立し、2024年秋から健康保険証との一体化が

行われる。一方、マイナンバーカードをめぐる様々なトラブルが最近報道されている。本部のもとで取り組む対策により、オンライン資格確認が医療現

場で円滑に運用されることなどを目指している。

加藤勝信厚労相は、冒頭挨拶で、「オンライン資格確認の利用の推進に向け

たスケジュールを具体化するとともに、諸課題への対応の進捗状況の一つひとつ確認し実行を図る。こうした取り組みを通じ、国民のみなさんの信頼を確保するとともに、オンライン資格確認のメリットを丁寧に伝え、国民に実感してもらえるようにする」と述べた。

ベトナムのタンドン大学と介護人材育成に関する覚書を締結！

外国人材受入事業会議(担当役員 山本 登)

全日病は2023年6月5日、ベトナム北部ハイズオン省にあるタンドン大学(University of Thanh Dong Vietnam)と介護人材育成に関する覚書の調印式を行った。

同大学は医療、看護を始めとした22の専攻を擁する私立大学で、これまで

ベトナムの病院等で高い就職率を誇り、一方ドイツの病院へ就職させるプログラムがあり海外人材派遣も既に実施されている。

また私立大学ゆえ、柔軟な教育課程を編成することが可能で、実習及び日本語教室も備えられている。今回その

知見を生かし、日本の病院で就労を希望する学生に対し在学中から日本語、介護教育を行い、当事業会議の方針である高度人材育成を推し進めることをお互いに確認した。

この模様はベトナム国内でもテレビ放映された。今後の動きに期待したい。



がん患者の登録情報の加工基準をGLなどで明確化

厚科審・がん登録部会

全国がん登録及び院内がん登録の課題を議論

厚生労働省の厚生科学審議会・がん登録部会(辻一郎部会長)は6月19日、全国がん登録及び院内がん登録の課題をめぐり議論を行った。がん患者の個人情報保護しつつ、他の公的データベース(DB)との連携も可能となる適切な加工基準を法令またはガイドライン(GL)などで明確化する方向だ。

また、全国がん登録及び院内がん登録における課題と対応方針の中間とりまとめ案が示された。まだ議論していない項目は空白になっており、引き続きとりまとめに向けた議論を行う。

がん患者の情報を登録する際には、個人情報保護のため、個人情報保護法における「匿名加工」と同等の加工基準で処理することが、がん登録推進法で求められている。しかし、加工基準が明確に規定されておらず、匿名化情報の是非の判断が運用上で行われ、他制度の取扱いとの関係が不明確であり、「判断がぶれるおそれがある」ことが課題となっている。

厚労省は、がん登録推進法の特徴を踏まえ、個人の権利利益を保護しつつ、がん登録情報の利用を促進するための

適切な加工基準が必要と指摘した。

その上で、対応策として、がん登録情報の「匿名化」では、がん登録情報の適切な第三者提供を可能とするため、「他の公的DBとの連結等も見据え、個人情報保護法の匿名加工情報相当の加工基準及び他の公的DB等で用いられている基準を参考にしつつ、がん登録推進法における匿名化の加工基準を法令またはガイドライン等で明確化」することの検討を提案した。

あわせて、公表される調査研究の成果によって、特定の個人や病院などが

第三者に識別されないようにするなど「識別行為の禁止」の義務についても法令上の整備を行うとした。

これらに対し、複数の委員から、がん登録推進法のために独自の加工基準を策定するのではなく、個人情報保護法の「匿名加工情報」の加工基準に沿って基準を設定することが望ましいとの意見が出された。一方で、希少がんは「仮名加工情報」を用いるなど、ほかの加工基準を考える余地があるとする意見もあった。また、他の公的DBとの整合性や連携を図る上で、個人情報が漏洩するリスクを適正に管理する必要があるとの指摘もあった。

医務技監に迫井氏、老健局長に間氏、健康局長に大坪氏

加藤勝信厚生労働大臣は6月27日の会見で、7月4日付発令の幹部人事を発表した。医務技監に迫井正深・前内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付、新型コロナウイルス等感染症対策推進室長)、老健局長に間隆一郎氏・前大臣官房総括審議官、健康局長は大坪寛子・前大臣官房審議官(医政、精神保健医療担当)が就任した。大島一博厚生労働事務次官や伊原和人保険局長、榎本健太郎医政局長は留任している。

厚生関係等の他の幹部では、厚生労働

審議官に田中誠二・前職業安定局長、大臣官房長は村山誠・前雇用環境・均等局長、医薬・生活衛生局長は城克文・前大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官、社会・援護局長は朝川知昭・前大臣官房審議官(総合政策、年金担当)、政策統括官(総合政策担当)は鹿沼均・前大臣官房付、内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付、全世代型社会保障構築本部事務局審議官)、政策統括官(統計・情報システム管理、労使関係担当)は森川善樹・前中央労働委員会事務局審議官(審査担当)、大臣官房

総括審議官は黒田秀郎・前内閣官房内閣審議官(内閣総務官室)が就任する。

中村博治・政策統括官(総合政策担当)は内閣官房へ出向し、内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付、新型コロナウイルス等感染症対策推進室長)に就任する。

迫井医務技監は、東大医学部卒。1992年に厚生省に入り、2012年に老健局老人保健課長、2015年に医政局地域医療計画課長、2016年に保険局医療課長。2021年から内閣府の新型コロナウイルス等感染症対策推進室長。

間老健局長は、東大法学部卒。1990年に厚生省に入り、2015年に年金局年金課長、2020年に大臣官房審議官(医政、医薬品等産業振興等担当)、2021年に大臣官房審議官(医療介護連携、データヘルス改革等担当)、2022年から大臣官房総括審議官。

大坪健康局長は、東京慈恵会医科大学医学部卒。2008年に厚生省に入り、2018年に内閣官房内閣審議官(内閣府本府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室次長)。2022年から大臣官房審議官(医政、精神保健医療担当)。

■ 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
災害時のBCP研修 60名	2023年8月3日(木) WEB開催	22,000円(23,100円)	災害時でも事業を継続し、復旧を速やかにするために作成する計画がBCP(事業継続計画)。今回の研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題について、「気付き」を得ていただく。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 100名	2023年8月5日(土) 2023年8月6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	2018年度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研修会。現時点で研修会の開催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。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 80名 事務管理領域 60名	2023年9月30日(土) WEB開催	8,800円(13,200円)	日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の受審を支援するセミナー。第1部では事前にVer.3.0改定に関する動画を視聴し、セミナー当日にその内容を踏まえた質疑を行う。第2部では、従来通り「診療・看護合同領域」「事務管理領域」に分かれ、提出していただく課題(評価項目)をもとに講師と意見交換する。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関西発着 20名 福岡発着 20名	2023年10月30日(月)～ 11月4日(土)	成田発着 343,200円 関西発着 361,200円 福岡発着 347,200円	今年で45回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
医師事務作業補助者研修	2023年6月14日(水)～ 2024年5月31日(金) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円 (1アカウント・90日間有効)	2008年度に新設された「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的とし、診療報酬改定の都度、評価が拡大されている。今回の講義内容でも、診療報酬改定や法改正等を踏まえ、一部見直しを図った。本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。