



全日病 ニュース

2021.6.15 No.988

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

2020年度の医業利益率▲4.3ポイントの悪化

病院経営状況調査 コロナ交付金など支援金により改善みられる

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体は6月3日、病院経営状況調査の結果を公表した。2020年度第4四半期とともに、2020年度全体の状況が示された。2020年度の医業利益率の対前年度比は▲4.3ポイント。新型コロナウイルスの影響で病院の経営が悪化した。新型コロナウイルス緊急包括支援交付金など支援金を加味するとプラス2.1ポイントに改善する。だが、それでも医業利益率自体は赤字であり、各病院のばらつきも大きい。

同日のオンライン会見で、全日病の猪口雄二会長は、「国・都道府県からの支援金を受け取ることで、全体では何とか病院の経営をつなぐことができると見通せる結果だ。しかし、クラスターの発生などで厳しい状況の病院もある。影響は千差万別で、支援金がないと対応は難しい。国に対しては、引き続きの支援を求めていく」と発言した。

3団体は新型コロナウイルスの感染拡大による病院経営への影響を把握するために調査を実施し、これまで第1～3四半期の結果を公表してきた。今回第4四半期の結果がまとまったため、2020年度全体の状況を把握することができた。各四半期調査の回答病院は一致しないため、すべての四半期調査に回答した716病院の結果を集計した。

2019年度と2020年度の医業利益率の推移をみると、2020年度は2019年度と比べ、全病院で▲4.3ポイント、コロナ患者受入れ「なし」病院で▲1.4ポイント、コロナ患者受入れ「あり」病院で▲4.7ポイント、一時的・外来病棟閉鎖病院で▲6.1ポイントとなっており、いずれも悪化している。医業利益率は全病院で▲6.1%、コロナ患者受入れ「なし」病院で0.1%、コロナ患者受入れ「あり」病院で▲7.0%、一時的・外来病棟閉鎖病院で▲8.4%で、コロナ患者受入れ「なし」病院のみ、赤字ではない水準である(右の表を参照)。

これに慰労金を除いた支援金を加味した医業利益率の推移をみると、全病院で2.1ポイント、コロナ患者受入れ「なし」病院で▲0.3ポイント、コロナ患者受入れ「あり」病院で2.4ポイント、一時的・外来病棟閉鎖病院で2.3ポイントとの結果だった。コロナ患者受入れ「なし」病院を除けば、支援金の効果が大きいことがわかった。

ただ、各病院の医業利益率の変化の

分布をみると、かなりばらつきが生じている。コロナ患者受入れ「あり」病院でも、支援金を加味した医業利益率が、マイナスになっている病院がかなりある。また、支援金により改善したとしても、多くの病院が赤字傾向であることに変わりはない。日病の島弘志副会長は、第四波となる4月以降の感染拡大が、さらに状況を悪化させている可能性があることに懸念を示した。なお、新型コロナウイルス緊急包括支援交付金などの入金状況は3月末の集計であるため、申請額に対し、国・都道府県を合わせ、約75%となっている。

医業収益が減少し利益率が悪化

2020年度の経営指標をみると、新型コロナウイルスの影響が色濃く出ている。医業

収益の項目で、特に影響が大きいのは健診・人間ドック等収入であり、全病院で▲12.6%、コロナ患者受入れ「あり」病院で▲13.7%、コロナ患者受入れ「なし」病院でも▲6.3%である。

入院診療収入は、コロナ患者受入れ「あり」病院が▲5.0%で、相対的に影響が大きく、外来診療収入はコロナ患者受入れ「なし」病院が▲3.7%で相対的に影響が大きい。一時的・外来病棟閉鎖病院の入院診療収入は▲6.4%、外来診療収入は▲3.6%である。

医業費用の項目では、病院全体で医薬品費が▲2.2%で下がっているのに対し、給与費は0.7%で上がっている。医業費用全体では▲0.3%でほぼ横ばいであり、医業収益の低下が医業利益率の赤字拡大に結び付いていることが

わかる。

第4四半期の指標もマイナス目立つ

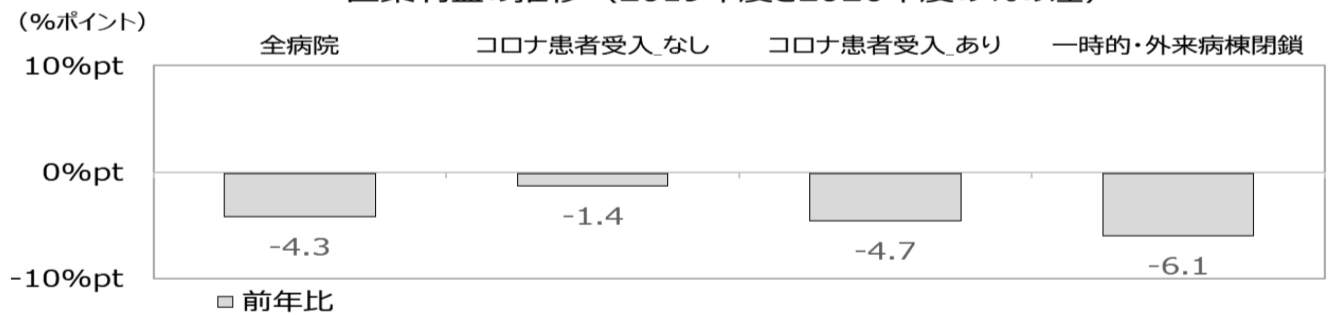
2020年度第4四半期の状況を概観する。調査対象数は4,410病院、回答病院は1,277病院、有効回答率は29.0%となっている。対前年度比でマイナスが目立つが、新型コロナウイルスの影響は2020年が始まってから顕在化したため、比較が難しい状況になっている。

結果は、医業利益率の2020年と2021年の変化で、全病院で1月が▲3.7ポイント、2月が▲4.9ポイント、3月が▲0.5ポイントとなっている。コロナ患者受入れ「なし」病院では1月が▲1.9ポイント、2月が▲3.8ポイント、3月が2.9ポイント。コロナ患者受入れ「あり」病院では1月が▲4.2ポイント、2月が▲5.3ポイント、3月が▲1.6ポイント。一時的・外来病棟閉鎖病院では1月が▲6.6ポイント、2月が▲9.5ポイント、3月が▲4.1ポイントとなっている。

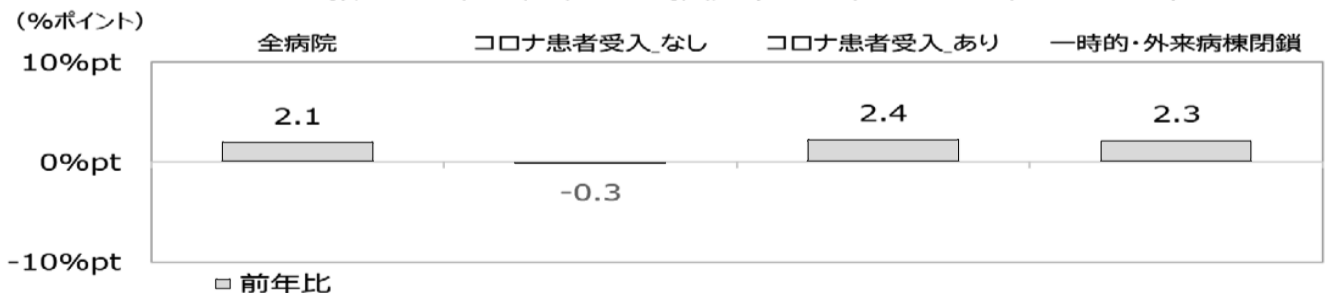
2020年度の経営指標

(単位:千円) ※数値は平均値	平均病床数: 308			n=716 平均病床数: 168			n=264 平均病床数: 390			n=452 平均病床数: 385			n=272		
	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比	2019年度	2020年度	前年度比
医業収益	8,023,737	7,680,540	-4.3%	2,699,608	2,647,373	-1.9%	11,133,406	10,620,266	-4.6%	11,016,358	10,368,469	-5.9%	11,016,358	10,368,469	-5.9%
入院診療収入	5,294,651	5,058,963	-4.5%	1,912,068	1,889,924	-1.2%	7,270,319	6,909,906	-5.0%	7,191,255	6,730,859	-6.4%	7,191,255	6,730,859	-6.4%
外来診療収入	2,327,202	2,258,299	-3.0%	617,618	594,883	-3.7%	3,325,720	3,229,852	-2.9%	3,281,072	3,161,851	-3.6%	3,281,072	3,161,851	-3.6%
健診・人間ドック等収入	153,243	133,984	-12.6%	64,262	60,225	-6.3%	205,214	177,064	-13.7%	207,923	175,093	-15.8%	207,923	175,093	-15.8%
室料差額・その他医業収入	248,642	229,294	-7.8%	105,660	102,342	-3.1%	332,153	303,444	-8.6%	336,108	300,666	-10.5%	336,108	300,666	-10.5%
医業費用	8,171,562	8,149,491	-0.3%	2,660,016	2,645,959	-0.5%	11,390,695	11,363,943	-0.2%	11,273,419	11,236,895	-0.3%	11,273,419	11,236,895	-0.3%
医薬品費	1,357,781	1,327,249	-2.2%	279,599	268,545	-4.0%	1,987,516	1,945,607	-2.1%	1,974,886	1,917,483	-2.9%	1,974,886	1,917,483	-2.9%
診療材料費	861,600	831,401	-3.5%	193,578	196,225	1.4%	1,251,773	1,202,389	-3.9%	1,226,096	1,175,636	-4.1%	1,226,096	1,175,636	-4.1%
給与費	4,056,899	4,086,486	0.7%	1,522,226	1,529,580	0.5%	5,537,328	5,579,900	0.8%	5,537,891	5,585,228	0.9%	5,537,891	5,585,228	0.9%
その他経費	1,895,281	1,904,356	0.5%	664,614	651,610	-2.0%	2,614,078	2,636,049	0.8%	2,534,545	2,558,548	0.9%	2,534,545	2,558,548	0.9%
医業利益	-147,824	-468,951		39,592	1,414		-257,289	-743,677		-257,061	-868,427		-257,061	-868,427	
医業利益率	-1.8%	-6.1%		1.5%	0.1%		-2.3%	-7.0%		-2.3%	-8.4%		-2.3%	-8.4%	

医業利益の推移 (2019年度と2020年度の%の差)



支援金を加味した医業利益の推移 (2019年度と2020年度の%の差)



ワクチンの個別接種で新たな財政支援

事務連絡 1日50回以上の接種でさらに上乗せ

厚生労働省は5月25日、新型コロナウイルスワクチンの医療機関での個別接種を促進するため、接種費用を上乗せする財政支援策を事務連絡した。

病院が、通常診療とは別に、特別な接種体制を確保した場合で、かつ1日50回以上の接種を週1日以上達成する週が、7月末までに4週間以上ある場合には、医師1人1時間当たり7,550円、看護師1人1時間当たり2,760円

を追加で病院に交付する。自治体が行う集団接種体制と同様の取扱いで、費用を補助する形となっている。

診療所・病院が1日50回以上接種した場合には、1日当たり定額10万円を交付する。上記の上乗せ支援に追加して受けることができる。

現行の接種費用は原則、1回当たり2,070円(時間外プラス730円、休日プラス2,130円)だが、今回の新たな財政

支援はこれとは別に交付されるものだ。現行の接種費用はワクチン接種対策費負担金(4,319億円)として措置している。新たな支援は、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援金の予算を充てている。

診療所の場合は、週100回以上の接種を7月末までに4週間以上行う場合、週100回以上接種した週の接種回数に対して、1回当たり2,000円を追加で交付する。週150回以上の接種を7月末までに4週間以上行う場合は、週

150回以上の接種をした週の接種回数に対して、1回当たり3,000円を追加で交付する。同一日に10万円の補助との重複はできない。

医療機関への交付は、都道府県が行う。財政支援の対象期間は、5月10日の週から7月末まで。

本号の紙面から

改正医療法施行へ議論開始	2面
医師偏在対策のあり方議論	3面
四病協が予算概算要求で要望	4面

改正医療法の施行に向け制度設計の議論開始

社保審・医療部会

かかりつけ医機能を担う医療機関の明確化も必要

改正医療法が5月21日に成立したことを受け、社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は6月3日、それぞれの改正事項の施行に向け、具体的な制度設計の議論を開始した。改正事項は多岐に渡るため、分野ごとに検討の場を設ける。同日の部会では病院団体から、紹介状なしの受診で定額負担を課す病院を拡大する議論が、外来医療機能の明確化・連携を進めるための議論に先行することのないよう釘をさす意見が相次いだ。

外来医療の機能を明確化・連携させるための改正では、2022年度に外来機能報告制度を創設し、外来機能の情報を収集し外来機能を分析する。外来機能の報告は病院・有床診療所は「義務」で、無床診療所は「任意」となっている。目的は、「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」を位置付けることだ。そのような医療機関の外来は紹介患者が中心とな

る。

全日病副会長の神野正博委員は、制度設計のための議論に費やされる時間が少ないことを指摘した上で、「制度の目的を『大病院指向がある中で、日常の医療はかかりつけ医機能を担う医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、他の医療機関を受診し、さらに逆紹介により身近な医療機関に戻る患者の流れを円滑にするもの』としている。そうであれば、紹介を受ける医療機関だけでなく、かかりつけ医機能を担う医療機関も明確にならなければ、患者にとってわかりにくい」と述べた。

さらに、かかりつけ医機能を担う医療機関が明確化される前に、「紹介状なし受診で定額負担が課される病院を拡大する議論を行うのはナンセンス」と強調し、「医療資源重点外来を担う医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関の位置付けはセットで議論すべき」と釘をさした。

病院団体の委員からは、神野委員と同様の意見が相次いだ。厚生労働省は、これらの意見に留意して、検討を進める意向を示した。外来機能の明確化・連携の推進は、外来医療計画を含む第8次医療計画に基づき実施されるため、第8次医療計画に関する検討の場の下に、ワーキンググループを設けて議論する。

各検討会等で具体的な議論始まる

医師に対する時間外労働規制は2024年度から適用される。それまでに段階的に制度を施行する。特に、◇労働時間短縮計画の作成◇医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価◇専門医資格など高度技能習得のための特例水準の審査組織による個別審査◇都道府県による特例水準対象機関の指定—などを行う必要がある。

今後の施行準備では、追加的な健康確保措置の詳細や医療機関勤務環境評

価支援センターの運営に関する事項など厚労省令で規定する内容について、すでにある「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催する方針が示された。

医師の負担軽減を図る狙いも含め、タスク・シフト/シェアを進めることでは、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の業務範囲の見直しがある。これらは今年10月に施行される。救急救命士が救急救命行為を実施できる場所の範囲を病院前から救急外来まで広げることについては、救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会で議論する。

新型コロナの感染拡大を踏まえた新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置づけに関しては、第8次医療計画に向けた基本方針を改正する中で、具体的な記載項目を検討する。第8次医療計画に関する新たな検討の場を設ける。同日の議論では、自治体の新型コロナ対応で混乱がみられたため、保健所が中心になる感染症法の予防計画と医療計画との整合性を図るべきとの意見が、複数の委員から出た。

医療経済実態調査で6月単月調査の実施を了承

中医協総会

直近のデータ把握を重視

中医協総会(小塩隆士会長)は5月26日、医療機関の経営状況を把握するための医療経済実態調査について、直近2事業年度の決算データとあわせ、6月単月の調査を実施することを了承した。2022年度診療報酬改定の議論を行う上で、できる限り直近のデータを把握することが重要との認識で一致した。

診療報酬改定の参考となる医療経済実態調査は通常、直近2事業年度の決算データを集計する。2022年度改定に向けての調査だと、2020年度改定の改定前後の2019年度と2020年度のデータとなる。2020年度改定による影響を把握するためだ。しかし、2020年に入ってから新型コロナの感染拡大が始まり、直近2事業年度のデータを集計しても、新型コロナの影響を除外して、2020年

度改定の影響を把握することは困難になった。

そこで厚生労働省は、新型コロナの感染収束を期待して、今回の調査が実施可能なぎりぎりの時期まで待って、単月調査を追加して実施することを提案していた。実務上、実施可能な最も遅い月は6月とした。その時に新型コロナが医療機関に与えている影響が小さければ、2020年度改定の影響を把握できるという考えだ。

これに対し、診療側の委員は、ぎりぎりまで待つとしても、新型コロナの影響を免れることは難しく、回答する医療機関の負担が増えることから、実施には慎重な判断が必要と主張し、単月調査の実施については、5月の中医協総会で判断することになっていた。

今回、実施の是非の判断が必要な時

期となり、中医協総会で議論が行われた。状況は、期待した新型コロナの感染収束には至っておらず、新たな感染拡大が生じている。それでも、厚生労働省は、「できる限り直近のデータを把握することは意義がある」と主張。収益項目と費用項目をできるだけ簡素化した上で、2019年度6月、2020年度6月、2021年度6月の3カ年の単月データを調査対象に追加することを提案した。

また、6月は賞与月であり、新型コロナの影響で賞与を減額している医療機関があることを踏まえ、給与費のうち、賞与を区別して把握する必要があるとした。

単月調査の実施については、診療側・支払側双方とも、できるだけ直近のデータを把握するという趣旨に対し、賛意を示した。ただ、診療側の委員か

らは特に、調査結果について慎重な分析が必要であることが強調された。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、単月調査実施の目的が、新型コロナの影響が少ない時期のデータを把握することから、直近のデータを把握することへと意味合いが変化したことを確認した上で、「新型コロナの感染状況はかなり地域差がある。調査結果の分析においても、地域差を考慮する必要がある」と述べた。

他の委員からも、新型コロナ患者受入れの有無やワクチン接種事業への協力状況などにより、医療機関への影響は異なると予想されることから、2022年度診療報酬改定の参考資料とする際は、様々な留意が必要との意見が相次いだ。

一定の患者情報で初診からのオンライン診療認める

オンライン診療指針見直し検討会

過去の受診歴がない場合の要件で

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5月31日、初診からのオンライン診療を認める場合のルール作りに向けた議論を再開した。6月中に骨格を固め、秋を予定するオンライン診療の指針見直しに反映させる。同日の議論では、健康診断の結果など一定の患者情報が得られれば、受診歴がなくても、初診からのオンライン診療を認めることを確認した。

新型コロナの感染拡大という異常事態において、初診からの電話・オンライン診療が特例的に認められている。しかし、これは特例であり、新型コロナが収束すれば、特例は終わる。一方で、新型コロナを踏まえた「新たな日常」の議論の中で、オンライン診療の推進は政府方針となっている。

昨年10月の厚労相・情報通信技術担当大臣・規制改革担当大臣の会合では、「安全性と信頼性をベースに、初診を含めオンライン診療は原則解禁する。その場合に、電話ではなく映像があることを原則とする」ことが合意された。これを踏まえ、同検討会で具体的な検

討を進めることになった。

昨年12月の議論では、初診からのオンライン診療を認める場合に、過去の受診歴があることを基本とすることを共通認識とした。ただし、過去の受診歴がなくても、かかりつけ医などから情報提供を受けられる場合は認めるとの考えで概ね一致した。同日の検討会でも、そのことを再確認した。具体的には、①過去の診療録②診療情報提供書③健康診断の結果④地域医療情報ネットワークが例示されている。

同日の議論では、「健康診断の結果さえあれば、初診からのオンライン診療ができるというのはよくない」との懸念が示された。一方で、どの情報があればオンライン診療を可能とするかは、医師と患者の裁量にまかせるべきで、「あまり細かく決めるべきではない」との意見が多かった。将来的に、PHR(パーソナルヘルスレコード)の活用を期待する意見もあった。

身体に装着しバイタルサインを計測する機器など、デジタルデバイスにより得られる医学的情報についても、薬事承認の位置づけなどを踏まえ、今後、

取扱いを検討することになった。

直近の電話・オンライン診療の実績

時限的・特例的な電話・オンライン診療の2021年1～3月の実績が示された。分析の結果、2020年度からの過去3回の調査結果と同様の傾向がみられた。具体的には、◇電話・オンライン診療の患者は小児・勤労世代が多い◇軽症と思われる患者が中心◇一部で物理的に大きく離れた地域で診療が行われている◇一部で禁止されている麻薬・向精神薬の処方が行われている—との特徴がある。

厚生労働省は、特例措置の要件を守っていない医療機関に厳正な対処を実施する姿勢を示した。都道府県に確実な指導の実施を依頼するとともに、追加的な情報収集を求め、違反を繰り返す医療機関への指導を徹底する。違反事例は、1～3月で全体の1.1%となっている。初診からの麻薬・向精神薬の処方方は75件、基礎疾患の情報がない患者への8日以上処方方は298件あった。

電話・オンライン診療を実施する医療機関と患者の居宅が県境を越えて難



れている事例は、5.3%あった。初診からのオンライン診療のルール作りに関する議論では、かかりつけ医との関係を持たせ、緊急時の対応ができる体制を確保する観点などから、両者の距離をある程度制限することが検討されている。ただ、同日の検討会では、「二次医療圏で完結しないオンライン診療が有効な医療がある。せめて、三次医療圏まで広げるべき」との意見が出た。

電話・オンライン診療の実施状況を概観すると、電話・オンライン診療の実施を登録した医療機関は、全体の11万898施設に対し、1万6,843施設で約15%。今年3月までの1年間で最も実施件数が多かったのは今年2月の9,956件。このうち電話診療が6,980件、オンライン診療が2,624件、不明が352件で、電話診療がオンライン診療の約2.7倍となっている。

医師偏在対策のあり方を改めて議論

医師需給分科会 医学部定員臨時増員の延長継続を踏まえ

厚生労働省の医師需給分科会(片峰茂座長)は6月4日、医学部入学定員の臨時増員の延長が続く現状をめぐり、医師偏在対策のあり方を議論した。全国知事会などから臨時増員の延長継続を求める意見が出ている中で、委員からは、現状の医師偏在対策の効果を疑問視しつつも、臨時増員は予定通り段階的に廃止すべきとの意見が相次いだ。

医師不足問題に対応するため、2007年度から医学部入学定員の臨時増員が始まった。2020年度に増員数は933人に達した。2019年度末が一部の臨時定員の期限であったが、2020～2021年度は延長され、2022年度も、新型コロナウイルスの影響で十分な議論が行えず、延長を決めた。2023年度以降の取扱いが課

題だが、受験生に周知するため、早急に結論を得る必要がある。

一方、医師の需給推計によると、現状ではマクロで医師は不足するが、2029年頃に労働時間換算での医師需要に対する医師供給数は均衡し、その後、医師は過剰になる。これを踏まえ、同分科会は、医師の増員は段階的に抑制する必要があるとの結論を出している。

同時に、医師偏在を解決する必要があるため、地域枠の拡充を中心に、強力な医師偏在対策を行っていく必要がある。ただ、地域枠を拡充しても、地域医療で活躍する医師の養成には時間がかかるという問題がある。

全日病副会長の神野正博委員は、「医師偏在対策を実施していても、実感と

して地方の病院に医師は来ていない。最近では、地域偏在と診療科偏在とは別の偏在問題が生じている。例えば、多数の医師が在籍する在宅医療を専門に提供する医療機関がある。また、最近のワクチン接種など特定の医療に従事する潜在女性医師の集団がある。これらが新たなニーズであるならそれを加味して、医師需給問題を考える必要がある」と指摘。地域医療の現場の医師不足を訴えた。

他の委員からも、「医師偏在対策が効果を上げている実感がない」との意見が多かった。また、診療科偏在の問題を指摘する意見が相次いだ。具体的には、「コロナ禍でも忙しい診療科とヒマな診療科に分かれた。医師を柔軟



に動かすことが課題」、「総合診療医を医学部の教育課程に明確に位置付け、キャリアパスを確立しないと選ぶ医師は増えない」、「診療科偏在解決にシニア医師の活用を考えていくべき」といった意見が出た。

歯学部定員を医学部定員に振り替えられる制度については、「歯学部を持つ大学と持たない大学で不公平がある」ことから、廃止が検討されている。2020年度の振替枠の合計は44人。ただ、振替枠をそのまま廃止するか、一定枠を医学部の地域枠などとして活用するかは今後の議論。厚労省は今回の会合で、整理案を提示する考えを示した。

入院医療と居宅介護の情報共有で調査研究

高齢者医療介護委員会 市町村間・地域間で統一性のあるルールづくりを提言

「早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究」の報告書が、高齢者医療介護委員会でこのほどまとまった。要支援・要介護状態にある高齢者の入退院時における情報共有の課題について市区町村と医療・介護サービス提供側の両面から実態を調査した。医療機関の所在地と患者住所地とが異なるなど、地域をまたぐ入退院が多い実態を踏まえ、入院医療・居宅介護間の連携や情報共有のルールは、異なる市町村間・地域間で一定程度の統一性をもたせることが望ましいと提言している。

地域包括ケアシステムを構築するにあたり、「退院可能な入院患者の退院・地域移行」が円滑に進むことがカギとなっている。一方、退院や地域移行は、単に早期に実施されればよいというものではなく、退院後に介護や生活支援を必要とする患者は必要なサービスの選択・利用が可能となる必要がある。特に退院後も医療的なケアや管理が必要な患者は、医学上の留意事項が介護等のサービス提供者に確実に伝達されることが必要で、医療・介護関係者の適切な情報共有が求められる。

調査研究では、「入院医療と居宅介護との間の情報共有」を対象として、入退院の両時点における、「情報共有シートや地域連携パスの活用状況」「入退院支援における情報共有シートや地域連携パスの活用ルール化の状況」「情報共有シートや地域連携パスの活用にあたっての課題」等について、「市区町村の取組」と「ルールやパス等

を運用する医療・介護側の活用実態」の両面から把握・整理を行った。

そのうえで、抽出された課題をもとに、「情報共有シートや地域連携パスを用いて伝達する情報内容」や「情報共有シートや地域連携パスの伝達時期・伝達先」等の、あるべき姿について検討。入退院支援や地域移行プロセスの評価指標の構築や手順の標準化に資する知見を整理することを目的として実施した。

調査研究に当たって、①在宅医療・介護連携事業の実施主体である「市区町村」、②退院時に患者の送り出し元となる「病院」、③退院後に居宅介護に移行する患者のサービスのコーディネートを中心に担う「居宅介護支援事業所」の3つを対象に、アンケート調査やインタビュー調査を行った。

主要な調査結果は、以下の通り。

①アンケート調査において、「2020年9月の退院のうち、病院所在地と住所地とが同じ市区町村内である患者割合が7割程度未満」と回答した病院の病棟は41.3%にのぼる。退院調整にあたり病院とは異なる市区町村に帰る患者も多いため、市区町村ごとに入退院調整のルールが異なると、多くの病院が、複数ルールへの対応を求められるものと考えられる。

②「入退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村」によるアンケート回答をみると、当該ルールや様式について、「市区町村内に広く普及

しており、それを市区町村も把握している」旨の回答と、「普及状況を市区町村が把握していない」旨の回答とに二分された。また後者の回答数の方が多かった。

③病院向けおよび居宅介護支援事業所向けのアンケート調査において、入院医療と居宅介護間の連携・情報共有のルールに対する考えを問うたところ、大半のルール内容について、「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答が、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答よりも多かった。

④入院時における居宅介護側から入院医療側への情報提供の項目について、情報の受け手である病院の病棟にとって「特に重要」かつ「十分な情報が得られないケースが多い」項目のうち、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等が抽出された。

⑤退院時における入院医療側から居宅介護側への情報提供の項目について、情報の受け手である居宅介護支援事業所にとって「特に重要」かつ「十分な情報が得られないケースが多い」項目のうち、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」等が抽出された。

上記のうち、①や③を踏まえると、入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたってのルールには、市区町村をまたぐ入退院の多さを踏まえ、異なる市区町村間や地域間であっても、一定程度の統一性をもたせることが望ましいと考えられる。

地域の入退院支援ツールに関する評価指標を設定するに当たっては、◇ルールの普及や地域間の互換性が図られているか◇必要な情報の伝達がなされているか—の視点による評価が盛り込まれるべきである。

一冊の本 book review

Advance Care Planningのエビデンス 何がどこまでわかっているのか?

著者●森 雅紀 森田達也
発行●医学書院
定価●2,680円(税込)

2021年度介護報酬改定の基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において「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」等の内容に沿った取組を行うことが求められるようになった。今後、この方向性はますます強化され、同時にACPへの取組みもますます重要になっていくことは間違いないだろう。

本書では、ACPがどのように成立し、どのように発展しようとしているのか、さまざまな角度からの研究事例が挙げられている。各施設におけるACPへの取組みを深化させていく上で大いに参考となるだろう。また「ACPに関わる辺縁の研究領域」として「予後予測とACP」「行動経済学とACP」について論じた章もあり、今後のACPのあり方を考える上でも非常に重要な内容となっている。ぜひすべての職員に一読していただきたい。(安藤高夫)

中外製薬「PLUS CHUGAI」医療機関経営層向けコンテンツのご案内

第4回 中外製薬医療 WEBフォーラム 会員限定

2021.7.8 Thu 18:30~20:00

「2040年を見据えたこれからの日本の医療」

座長: 恵寿総合病院 理事長 神野正博先生 演者: 相澤病院 最高経営責任者 相澤孝夫先生

医療制度ショートセミナー 会員限定

病院運営のために知っておきたい医療制度を
さまざまな立場の専門家の方々に解説いただきます。

~医療の今と未来を描く~「Polar」

病院団体TOPの先生方からのメッセージや話題の診療報酬解説、
医療機関の先進取り組み事例等、病院運営の参考となるコンテンツをお届けいたします。

PLUS CHUGAI ご登録方法

① 中外製薬ホームページへアクセス!
<https://www.chugai-pharm.co.jp/>

② 「PLUS CHUGAI」と検索!

※会員対象: 国内医療機関にお勤めの医師・歯科医師・薬剤師
※第4回中外製薬医療WEBフォーラムをご視聴希望で、
上記以外の医療従事者の皆さま方はID/PWが必要となります。
詳細は、弊社担当MRIにご確認ください。

会員限定コンテンツをご覧頂くには「PLUS CHUGAI」への会員登録が必要となります。

感染症対策基金や財政救済基金の創設を提案

四病協 2022年度予算概算要求で要望書

四病院団体協議会は5月26日、田村憲久厚生労働大臣宛てで2022年度予算概算要求に関する要望書を提出した。人口減少・高齢化を踏まえた地域医療構想の推進などの取組みの重要性を指摘しつつ、「まずは新型コロナの感染拡大による医療崩壊の危機を乗り越えるための予算が必要」と強調している。新型コロナ対策としては、緊急時の感染症対策基金や医療機関の経営を支援する財政救済基金の創設を提案した。

感染症対策基金は、新型コロナのような新たな感染症のパンデミックに対応するためのもの。「事後的に経費を支弁できる柔軟性のある財政的支援が可能な基金」を要望した。

一方、財政救済基金は新型コロナの影響で経営危機に陥った医療機関を救済するための基金だ。福祉医療機構に

よる融資制度の拡充があるが、措置期間後に返済しなければならず、抜本的な解決にならない。このため、劣後債のような自己資本に近い形での資金供給により、「将来的に増加した純資産から返済することで、純資産を毀損することなく、医療機関の経営基盤を確立する」ことのできる対応を求めた。

医師の働き方改革関連では、医師の増員を主張するとともに、診療報酬以外の医師の人件費に対する予算措置を要望した。タスク・シフト／シェアを進めるための医療従事者の確保・養成、医療機関で働く介護職員の処遇改善、院内保育所の整備などへの財政支援もあげた。

また、総合的診療能力の獲得を促すキャリア支援事業を実施している病院団体に対する経費補助や、外国人技能

実習生受入れ事業への財政支援を要望した。

地域医療構想の推進に向けた病床ダウンサイジング支援については、病床削減に対する支援の増額とあわせ、稼働病床だけでなく、休床や許可病床からの削減に対しても国庫補助が行われるべきであるとした。

医療機関のICT関係では、マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認制度に対する補助については、3月末が期限となっていたが、4月以降に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対しても、実費の全額を補助することを求めた。オンライン診療を実施する医療機関への財政支援も新たに要望項目に設けた。

災害対策関係では、◇災害派遣精神医療チーム(DPAT)を有する病院へ

の補助◇防災設備や自家発電設備等の非常用設備の保守費に関する支援◇一般病院の耐震診断、耐震改修への支援◇医療施設等災害復旧費補助金の拡充一などを要望した。

そのほか、病院給食の抜本的な構造転換を行うための研究や、病院業務のタイムスタディ調査の実施に対する補助の要望などを盛り込んでいる。

看護協会の調査に改めて再考求める

同日の総合部会では、日本看護協会から同協会が実施する准看護師の業務に関する調査について説明を受けた。四病協は、同調査が看護師と准看護師の役割を比較し、病院団体の考える准看護師とは異なる役割に導くことを目的としているようにみえることを問題視している。

今回の説明でも、質問項目の表現などで若干の改善があったものの、全体の趣旨に変化はないことから、改めて同協会に再考を求めることになった。

救急外来での救急救命士の活用で院内委員会を設置

救急・災害医療検討会

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は6月4日、救急救命士が救急救命処置を実施できる場所について、医療機関に到着する前だけでなく、いわゆる救急外来にも広げることになったことを踏まえ、運用面の議論を開始した。救急救命士の質を担保するために、医療機関内に設置する委員会について、メディカルコントロール体制(MC体制)に関わる医師を構成員として必須化することの是非で議論があった。

改正医療法が5月21日に成立し、勤務医の負担軽減策として期待される医療従事者のタスク・シフト／シェアを進めるための改正も実施される。救急救命士の業務場所拡大の施行は今年10月。夏までに取扱いを整理する必要がある。

救急救命士が救急外来で救急救命処置を実施するにあたって、救急救命士の質を担保する必要がある。このため、厚労省は、同検討会がまとめた「救急救命士の資質活用に向けた環境整備に関する議論の整理」を踏まえ、2点の論点を提示した。①医療機関に所属する救急救命士の質の担保を目的とした

MC体制に関わる構成員の必須化めぐり議論

委員会の設置と②院内研修一である。

委員会については、◇実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定の整備◇研修体制の整備◇救急救命処置の検証を行う体制の整備◇組織内の位置づけの明確化を行うことを例示した。

救急医療の学会関連代表の委員からは、委員会の構成員にメディカルコントロール体制(MC体制)に関わっている医師を必須化することを主張する意見が出た。これに対し、全日病常任理事の猪口正孝委員は反対した。

学会関連代表の委員は、現状で救急救命士は、MC体制の下で質を担保して、業務を行っており、救急外来でもそれが必要と主張した。しかし、猪口委員は、「それは逆の理屈で、院外で医師の指示を直接受けられないから、MC体制が必要だということ。MC体制に関わる医師がいなければならないとすれば、二次救急を担う多くの病院で、救急救命士を活用できなくなってしまう」と述べた。

厚労省も、医療法における医療機関に設置を求めている医療安全管理委員会や院内感染対策委員会で、構成員に所属等の規定は設けておらず、救急救命士の業務の質を担保するための委員

会で厳格な規定を設けることは望ましくないとの考えを示している。

一方、日本医師会の委員は、医療機関の裁量を認めた上で、委員会設置の参考にするために、関連学会がガイドラインを作成することを求めた。これに対しては、多くの委員が賛同した。

救急救命士に医療機関が実施する研修については、就業前に必須の研修として、◇医療安全◇感染対策◇チーム医療一をあげた。救急救命処置の範囲に変更はないので、処置の質は担保されていると考えるが、院内と救急車内での環境の相違に着目した研修が必須とされた。研鑽として実施する上では、救急救命処置の研修は望ましいと位置付けている。

二次救急の半数がコロナ患者受入れ

厚労省は同日の検討会に、3月末時点までのデータを集計した医療機関の新型コロナ患者の受入れ状況を公表した。新型コロナ患者の受入れ実績があるのは、急性期病棟のある病院の48%、二次救急病院(三次救急除く)の52%、三次救急病院の95%、ICU等を有する病院の90%であった。病院の開設者別の集計結果は示していない。

また、ICU等の病床と新型コロナの死亡者数の関係のデータを提示した。日本のICU等の病床が対人口比で先進国の中では少なく、それが新型コロナに対応する上で悪影響を与えたとする報道がある。しかし、少なくともICU等の病床と死亡者数の単純比較では、そのような結果はみられない。

例えば、人口10万人当たりICU等病床数は、米国が34.7床、ドイツが29.2床、フランスが11.6床、イギリスが6.6床である。これに対して日本は14.4床である。

一方、ICU等病床当たりの死亡者数は、米国が5.671人、ドイツが2.393人、フランスが10.106人、イギリスが25.855人。これに対して日本は0.320人。先進各国で、ICU等病床数と死亡者数に、相関関係はみられず、日本は際立って死亡者数が少ないため、比較できる数字になっていない。

なお、この場合の日本のICU等病床は、診療報酬の定義により、「特定集中治療室管理料」、「救命救急入院料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」などの合計。諸外国の病院数のデータに、ハイケアユニットに相当する病床が含まれているため、それに合わせて集計し、合計18,121床、人口10万人あたり14.4床とした。

■ 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
病院医療ソーシャルワーカー研修会 (50名)	2021年7月24日(土)、7月25日(日) 【オンライン研修】 ※事前課題あり、事前オンデマンド聴講あり	22,000円(29,700円)(税込)	日本医療ソーシャルワーカー協会との共催により、病院に勤務する医療ソーシャルワーカーを対象に、オンラインによるワークショップ形式の研修会を開催する。本研修を2日間通して参加された方には「受講修了証」を発行する。認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象。
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2021年9月4日(土) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3~5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、 書籍代含む	医療の業務改善はもちろん、医療事故調査においても、業務プロセスの各職種内、職種間の流れを可視化し検討することは必須となる。業務改善は業務フロー図に始まり、業務フロー図に終わるといっても過言でない。特性要因図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
特性要因図作成研修会 (20病院)	2021年9月5日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3~5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、 書籍代含む	魚骨図とも呼ばれる特性要因図は、医療事故調査制度の根本原因分析の骨格をなす。親和図、特性要因図、業務フロー図を活用し、根本原因に至る講習などを具体的事例を元を実施する。あわせて業務フロー図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
個人情報管理・担当責任者養成研修会・アドバンスコース (48名)	2021年10月7日(木) 【WEB開催】	23,100円(税込)、資料代含む	初級編である「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用編として、事例研修を中心とした年1回の研修会を開催する。講師として弁護士3名を招き、法の解釈についてより深い議論を行う。