



全日病 ニュース 2021.10.15

No.996

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

新型コロナの感染防止対策を補助金で継続支援

厚労省・事務連 4月からの入院感染症対策実施加算などは廃止

厚生労働省は9月28日、新型コロナの感染拡大に対応した診療報酬の特例である感染症対策実施加算などが9月末で廃止となることに伴い、「感染防止対策の継続支援」を事務連絡した。新たな補助金でかかり増し費用を直接支援するとしている。また、新型コロナ患者への診療に対する診療報酬の特例的な対応を拡充する。

同日の閣議後会見で、田村憲久厚労相は、「感染防止ということ、今まで報酬に一定程度上乘せをして、かかり増し経費等の対応をしてきた。これを10月以降、どのように取り扱うかということで、以前から皆様方からも質問をいただいていたが、かかり増し経費の部分に関しては、直接支援する補助金により、支援を継続することにした」と述べた。

今年4月から実施した医科外来等感染症対策実施加算(5点)や入院感染症対策実施加算(10点)など医科・歯科・調剤、訪問看護の特例の加算は9月30

日で廃止した。この期限は、昨年12月の田村憲久厚労相と麻生太郎財務相の折衝での合意のとおりだが、新型コロナの状況を踏まえて、延長の必要性の判断を行うことも確認していた。

また、介護や障害福祉における新型コロナの感染防止対策に伴う、かかり増し費用を賄うための基本報酬の0.1%特例も予定どおり打ち切られた。

なお、昨年12月15日から実施している小児特有の感染予防策の特例的な評価は、10月1日から点数が半分になる。6歳未満の乳幼児の診療で、医科の100点が50点、歯科の55点が28点、調剤の12点が6点になる。こちらも大臣折衝での合意のとおりで、半分になった後、来年3月31日で廃止となる予定だ。

10月以降は、「医療、介護、障害福祉における感染症対策について、そのかかり増し経費を直接支援する補助金により支援を継続する」。医療について、執行は国直轄とし、申請手続きは

できるだけ簡素な方式として、迅速な対応を目指す。詳細は交付要綱で示される。

上限は、病院・有床診療所(医科・歯科)で10万円、無床診療所(医科・歯科)で8万円、薬局、訪問看護事業者、助産所で6万円となっている。

介護では、地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていたすべての介護施設・事業所に6万円を上限に補助する。

障害福祉では、都道府県等向けの補助金の枠組みを活用し、同様に基本報酬の0.1%特例の対象としていたすべての障害福祉サービス等事業所に対して、3万円を上限に補助する。

これらは当面年内を期限としている。

コロナ患者への診療報酬特例を拡充

今回の継続支援では、補助金対応とあわせ、新型コロナの診療に対する診療報酬の特例的な対応の拡充も行う。

外来においては、「診療・検査医療

機関」における新型コロナの疑い患者への特例拡充で、これまでの院内トリアージ実施料(300点)に加え、二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定でき、合計550点となる。自治体のホームページで公表している医療機関である必要がある。この取扱いに限り、今年度までの期限を設けている。この措置は季節性インフルエンザへの対応でもある。

また、外来でのコロナ患者へのロナブリーブ投与の場合、救急医療管理加算1(950点)の3倍の点数(2,850点)を算定できる。その他の場合は救急医療管理加算1(950点)を算定できる。

在宅では、自宅・宿泊療養者への緊急の往診で、コロナ患者へのロナブリーブ投与の場合は、救急医療管理加算1の5倍の点数(4,750点)を算定できる。その他の場合は、救急医療管理加算1の3倍の点数(2,850点)を算定できる。

あわせて歯科、調剤、訪問看護の特例拡充の内容も示している。

9月28日の「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その63)」の事務連絡で詳細を示しており、同日から適用された。

入院医療に関する作業グループの最終報告を受ける

中医協・入院医療等分科会 2022年度診療報酬改定の重要資料

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1日、同分科会の作業グループの最終報告を了承した。入院医療に関する詳細なデータとともに、様々な指摘が盛り込まれており、2022年度診療報酬改定に向けた議論の重要な資料になる。あわせて、厚生労働省から、2021年度調査の速報値も報告された。

診療情報・指標等作業グループからは、◇重症度、医療・看護必要度◇リハビリテーションの診療実績◇慢性期医療の診療内容—の検討結果が報告された。

特定集中治療室等については、特定集中治療室等に入院する患者の状態を判断する上で、現状の「重症度、医療・看護必要度」が妥当であるかについて、議論が行われた。

特に、B項目(患者の状況等)の妥当性が議論になり、旭川赤十字病院院長の牧野憲一委員は、「B項目は『患者の状態』と『介助の実施』で成り立っている。例えば、『食事摂取』における『患者の状態』が、食事ができない状態であれば、食事の『介助の実施』はできない。『移乗』についても同様である。B項目は特定集中治療室等には向かないのではないか」と述べた。

全日病会長の猪口雄二委員は、「治療をして、ある程度病状が落ち着いたら、介助をできるだけ少なく、患者ができるだけ自分でできるようにすることが試みられている中で、現状のB項目のように、『介助の実施』をスコア化して評価するというやり方は、ナンセンスのようにも見える」と述べ、見直しが必要との考えを示した。

DPC/PDPS等作業グループからは、DPC/PDPSの運用に関して報告があった。DPC対象病院については、

2020年度改定での整理を踏まえ、DPC対象病院になじまない可能性のあるDPC対象病院を分析し、なじまないのであれば、DPC制度から退出してもらいルールを検討する方向で議論が行われた。

具体的には、「医療資源投入量の少ない病院」、「在院日数が短い病院」に着目し、全体の分析を行うとともに、この2つの観点で、「外れ値」に相当するDPC対象病院に対して、ヒアリング調査を実施し、実態を調べるようになった。

分析やヒアリング調査では、DPC対象病院の様々な実態が示された。

その中で、DPC対象病棟から回復期リハビリテーション病棟に転棟する場合に、転棟までの日数が極端に短く、「回復期病棟への転棟前に、一時的にDPC対象病棟を利用している実態」があることがわかり、リハビリ目的のDPC対象病棟での入院は「不適切」との指摘が作業グループからあった。

猪口委員も、「リハビリ目的で、DPC対象病棟を一時的に利用することは望ましくない。DPC対象病棟で手術や急性期の治療を行い、状態が落ち着いたら、他病棟に転棟するという本来のあり方に見合う設定とすべき」と述べた。

また、治療目的での手術が定義されている診断群分類の場合であれば、他院からの転院と自院への直接入院とで、医療資源投入量の傾向に違いはないとのデータも示された。これを受け、他の委員からは、診断群分類を適切に設定することで、「不適切」の状況の是正を図るべきであり、「外れ値」のDPC対象病院が、「DPC制度から退出すべきである」との意見は分科会では出なかった。

治療室の有無を強調する資料提示

2021年度調査の速報値では、2020年度調査と同様に、治療室の有無などにより、急性期の病院を区別するような資料が提示された。

例えば、◇特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)の病院はすべて、特定集中治療室など治療室がある◇急性期一般入院料1の病院の8割超に何らかの治療室があり、ハイケアユニット入院医療管理料の届出が最も多い◇治療室のない病院は300床未満で多い—などのデータが示された。

猪口委員はこれに対し、「確かに、中小の急性期一般入院料1の病院であれば、治療室がない病院が少なくない。大病院と比べれば、救急も手術も少ない。規模を考えれば当然のことであり、規模を考えると当然のことであり、中小病院が急性期の機能を果たしていないということではない。それを強調するのではなく、広い地域を圏域とする基幹病院と、地域の急性期病院はそれぞれ役割が異なるということを説明することのほうが大事だ」と、厚生労働省の資料に対して発言した。

2021年度調査の速報値では、医療機関の情報システムの管理体制やサイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況などの調査結果も示された。

全日病常任理事の津留留智委員は、急性期一般入院料1でも、1割弱の病院が電子カルテを導入していないとのデータ(2019年9月時点)を踏まえ、「医療の質の向上の観点から、電カル導入は必須に近い状況だが、多額の投資が必要。サイバーセキュリティの体制を整えるのにも、SEを雇っていたり、雇わなくても外部委託の費用がかかる」と述べ、診療報酬のさらなる評価が必要であると訴えた。また、「DXの時代に入らないうち、AI・ICTを含め患者

サービスの向上につながる技術が次々と出てくる。これらを患者のための医療の質向上として、診療報酬上でどのように評価していくのかの検討が必要になる」と強調した。

厚生労働大臣に後藤茂之氏

岸田文雄氏を総理大臣とする内閣が4日に発足し、後藤茂之氏が厚生労働大臣に任命された。旧大蔵省出身の後藤氏は、衆院長野4区選出で当選6回。自民党では厚生労働部会長や政務調査会会長代理、国会では衆院厚生労働委員会委員長や同委員会筆頭理事など厚生労働関係の要職を務めてきた。



就任にあたって記者クラブで、「厚生労働行政は多岐にわたり、国民の命と暮らしを守っていくために重要な政策課題がたくさんあり、身の引き締まる思いだ。まず新型コロナ対策が本当に重要な課題であり、全力を傾ける。また社会保障制度改革も全世代型社会保障ということで取り組んできたが、しっかりと検討を続けていく」と抱負を述べた。

また、1日付け人事で、厚生労働事務次官に吉田学・内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長が就任し、迫井正深・同室次長が同室室長に昇格した。

本号の紙面から

岡山学会特集IV 委員会企画	2~4面
医道審・医師臨床研修部会	4面

非医師・非歯科医師への事業承継

若手経営者育成事業委員会

若手経営者育成事業委員会委員長 須田雅人

若手経営者育成事業委員会は岡山学会で、『非医師・非歯科医師理事長への事業承継』と題した委員会企画を行った。90分間の枠で3名の演者による講演と質疑応答およびディスカッションという構成で実施した。演者としては、我々の委員会活動にこれまで何度も参加してくれており、すでに地域医療を推進する大切な担い手となっている、浜脇整形外科病院(広島県)の浜脇澄伊理事長に「医師でない私が理事長になるまで」、清水病院(埼玉県)の清水大貴理事長に「三代目理事長としての私の役割」、八反丸リハビリテーション病院(鹿児島県)の八反丸哲史副理事長に「なぜ、非医師の僕が次期理事長候補なのか?」というタイトルでそれぞれの発表を行っていただいた。

少子高齢化が叫ばれ続ける我が国において、地域に根ざした医療に対する意識は、以前よりも年々強くなっている。信頼と実績に裏打ちされる、この地域医療の永続性を考える上で、今回論点にする非医師・非歯科医師の理事長就任実現は大変重要な問題であり、

多くの人々の理解が必要となっている。今回のセッションでは、非医師・非歯科医師の者が医療法人を率いることにおける都道府県ごとに異なる行政との折衝の経験談や非医師・非歯科医師であるメリット・デメリットなども交えて講演を進めてもらった。また、法人の形態についても話し合いが行われた。3名・3法人のうち、承継後も持ち分あり医療法人のままに現在に至っているのは2法人、持ち分なしは1法人であり、その選択をした経緯についても詳細に聞くことができた。

オンライン会場からの質問としては、
1. 承継が兄弟姉妹で紛糾することはないのか? その対策は?
2. 承継後も持ち分あり医療法人の形態を選択したのは何故か?
3. さらに次の代を考え、自分の子供にどのように話をしているか? というものが挙げられた。

1については、承継時に兄弟姉妹に対し財産権の精算を行い、法人との関係を明確化した理事長や、院長である妹自身の理事長就任辞退意思を事前に

明文化するという回答もあった。

2は継承時の法人財産次第で、持ち分ありを踏襲するのも一手という考えもあった。また、将来的には地域との関わり合いをより深め、そのニーズを積極的に汲み上げて地域で存続するためのビジョンを明確化するとともに、同族理事を全て廃して地域と一体的な法人を目指すという考えも紹介された。

3については、演者の三者も座長も皆同じように、自分の子供らに自分の好きな道を歩むのが良いと考えており、医師になることを強要したことはないとの意見であった。

最後に大田泰正副委員長が閉会の挨拶



医療安全管理体制相互評価を進めるために

医療の質向上委員会・医療安全担当委員会

医療の質向上委員会・医療安全担当委員会 今村康宏

医療の安全確保は、我々医療従事者全員が取り組まなければならない必須の責務である。言うまでもなく医療安全の根底には、医療の質向上に向けたたゆまぬ取り組みがあり、その結果として安全確保が可能となる。医療安全と医療の質向上は不可分である。

そして、医療機関で行っている種々の取り組みを自己評価し、他者から評価され、また他者を評価する機会を持つことは、組織とその担当者にとり大変意義深いことである。

2018年4月の診療報酬改定では、医療安全対策地域連携加算が新設された。しかし、相互評価の方法や内容は標準化されていない。標準化された同一の考え方、同一の評価基準、同一の評価表で、自己評価し、他院の評価を受けることが重要である。こうした経緯で、当委員会では医療安全対策地域連携加算に適切に対応するために、飯田修平委員長が中心となり「標準的安全管理点検表」を作成した。

本企画は、同制度の意義を理解していただくとともに、標準的安全管理点検表を用いて相互評価を実践する際の参考にしていただくことを念頭に企画した。当然ながら、限られた時間内に

相互評価のすべての内容をお伝えすることは不可能であり、当委員会で毎年開催している医療安全相互評価研修会(1日半コース)受講をお勧めしている。お互いの情報交換の礎となる人脈形成にも役立つ本研修会に是非参加をお待ちする。

【企画の趣旨】
 座長の飯田修平委員が本委員会企画の趣旨について説明。評価の標準化・一般化を目的として当委員会で作成した「標準化医療安全管理体制相互評価点検表」を紹介した。

相互評価は、お互いの質の向上を目的とした非常に大切な取り組みである。特定機能病院の承認要件でもピアレビューの実施が規定されている。厚労省通知、疑義解釈を紹介して、現状について問題点を含めて説明した。

飯田班で行っている相互評価の研究(厚労科研)にご協力をお願いをした。

【相互評価点検表の役割】
 永井庸次特別委員が相互評価点検表の役割について解説した。

点検表は医療安全の適・不適を測る尺度であり、院内の医療安全管理体制の構築と組織的運用を問うもの。手順やマニュアル、教育の有無だけでなく

遵守状況を検証する。

心得・留意事項として、病院全体で展開し、個人ではなく組織の仕組みと成果を評価すること、データの傾向を観察すること、進行中の状況についてランダムに選択して評価すること、改善策を検討実施すること、などが強調された。

【相互評価の留意点】
 長谷川友紀東邦大学教授が点検表の概要と相互評価の実際の留意点について説明した。評価には総括的評価と形成的評価がある。相互評価は後者であり、「改善すること」が目的である。

評価の留意点について、仕組みがあるかないか、横展開がされているか、持続性はどうか、などを複数の情報源で確認することが大切。評価の目的を理解して、確認の機会を失しない事実確認を行う。

ルールのチェックポイントについて説明。策定はどこの部署がしているか、範囲や承認のしくみ、内容について(粒度が適切か)、業務フローとの整合性についての監査の仕組みがあるか、ルールの順守率はどうか、などを把握することが重要。

相互評価は日々の活動が組織的に実

施されているかを点検できる上、継続的な組織の質改善のチャンスともなる重要な取り組みであることを強調した。

【相互評価の実際】
 練馬総合病院の安藤敦子師長(専従安全管理者)が、相互評価の実際について、評価を受ける側、評価する側から実際の経験をもとに解説した。評価の実際の場面を彷彿とする臨場感ある内容であった。まとめとして、「地域連携」という視点から、地域での医療者間の相互評価による改善活動を通して地域における安全文化の醸成につなげる視点が大切であると強調した。

【質疑】
 相互評価の実際における留意事項やコツについて、また今後の展望などについて、講師間で意見交換した。

評価者の訓練も大切な課題であり、これに対する研修として当委員会で行っている医療安全相互評価に関する研修会のご案内を飯田座長が改めてした。

相互評価の副産物として、評価活動後は地域の医療機関の担当者間でお互いに顔が見える関係になり、密に情報交換をしやすくなったと安藤講師が報告した。

アウトカムが求められる保健指導

人間ドック委員会

保健指導実施者に求められる能力を説明

「医療職のためのこれからの特定保健指導」をテーマに2人の講師が特定保健指導をめぐる最近の動きを紹介した。

女子栄養大学大学院客員教授の岡田邦夫氏は、「企業の健康づくりではアウトカムが求められるようになってきている」とし、効果的な保健指導の進め方について述べた。岡田氏は、保健指導を通じて行動変容をおこすことが重視されていると指摘。「健診結果と生活習慣の関係を説明し、問題点を把握した上で、対象者が何をすべきか自ら考えてもらうように誘導することが保健指導の役割だ」と述べた。

「行動変容を促す保健指導を行うには個別対応だけでなく、組織や環境を視野に入れて指導しなければいけない」と述べ、そのための能力が保健指導のマネジメントを担う者に求められていると強調した。例えば、禁煙を進めるには個人に禁煙指導を行うと同時に、組織として受動喫煙対策を進め、職場内を禁煙とするなど、個別アプローチと組織アプローチの両面から取り組むことが重要となる。

職場の風土や会社の考え方を変えて、職場全体として健康意識を高め、従業員の行動変容を促す考え方が主流に

なっている。「知らず知らずのうちに行動が変わっていく環境」をつくるのが大切で、そのための仕組みをつくるのが保健指導において重視されていると説明した。

四日市看護医療大学名誉学長の河野啓子氏は、特定健診・特定保健指導制度の概要を説明した上で、標準的な健診・保健指導プログラムについて述べた。同プログラムは、制度が始まる前年の2007年4月に発表され、その後、第2期、第3期にあわせて改訂され、現在は2018年度版。

プログラムは、健診・保健指導事業

にかかわる者に求められる能力を示している。例えば、保健指導実施者に求められる能力では、相談・支援の技術として、認知行動療法、コーチング、ティーチングの手法をあげている。これらの能力を身に付けるために研修ガイドラインが定められていて、受講者のニーズに応じて職種・経験別のプログラムが示されている。

2018年度版のプログラムでは、標準的な質問票が改訂され、「役に立つ質問表になった」と河野氏。特に「食事を噛んで食べ時の状態」の質問が加わったことは意義が大きいと述べた。

また、宿泊型の保健指導プログラム(スマートライフステイ)が導入されたことを評価。「食事内容を実際に体験することで、行動変容の効果がある」と述べた。

災害時における外国人弱者の安全を守る

救急・防災委員会

救急・防災委員会特別委員

山本保博

災害医療の根幹のひとつである災害弱者に関して、在日外国人の被害の大きさから考えてみたい。日本で長期間滞在している300万人程度の外国人は東南アジアや南アメリカ、アフリカ、中東などが多いようだ。

しかし、現在の新型コロナ禍においては、わが国を訪問したいと考えている外国人は、入国手続きが複雑で時間もかかり、短期の観光ビザなどでの訪日は不可能に近いのが現状ではないだろうか。

東日本大震災による原発事故が発生した際のことだが(2011年3月11日)、東京の在留外国人があつという間に減

少し、1か月後の4月頃には全くといってよい程見かけなくなってしまった。

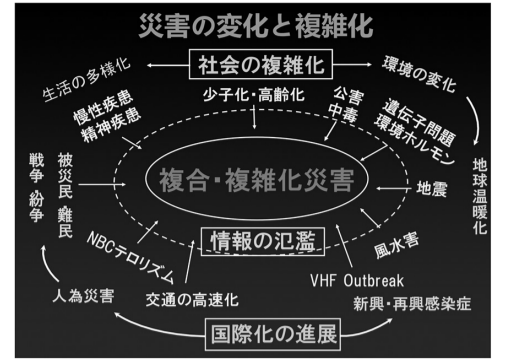
原因は簡単で、福島原発事故の放射線汚染は深刻でチェルノブイリ原発事故を経験している欧州とスリーマイル原発事故を経験している米国人は、特に心配しながら汚染状況を見守っていたという。

米国人で日本の医師国家試験にも合格しており、日本での臨床医療にも活躍しているDr. Edward Stimが東京にいたので事情を聞いてみたところ、彼の家族はニューヨークに帰り、1人で東京に残っているという。ほとんどの

アメリカ人は、米国政府が用意していたチャーター機で帰国したのだという。米国大使館が在留米国人を全員搬送するのは、政府の責任だと言っていた。

災害時にかかわらず、インバウンドに関して注意したい点を述べる。外国人の来日後には、内科系疾患が最も多く、続いて初期にはストレス疾患、脳卒中や心筋梗塞と言われている。平時における外科疾患では交通事故、転倒、転落、自殺未遂などが外国人の外科疾患の主な原因であるようだ。

外国人問題は、より大きな問題になってくるのは必然のことと考え、ま



ず災害時における外国人弱者をいかに安全・安心させ、命を守ることが出来るのかを考えなければならないだろう。

全日本病院協会における代表的な4人の先生方の講演内容は個々の先生方に譲るとして、私の委員会企画のポイントのひとつである災害弱者について災害時により大きな問題となるであろうと考えを述べてみた。

病院機能評価に対するCOVID-19の影響

病院機能評価委員会

病院機能評価委員会委員長

木村 厚

全日病学会in岡山は結局全面WEBで開催された。当委員会企画は8月22日(日)午前10時30分から12時まで開かれた。アクセス数は240人強であり、通常に比べ参加人数は多く見えるがどのくらいの時間滞在してもらったかわからないので、何とも言えないが、少なくとも関心は持っていただけたという事で、今後の学会の在り方の参考になると思われた。(他のすべての学会企画に言えることだが)

日本医療機能評価機構による訪問調査はCOVID-19により様々に影響を受けた。今回は4人の講師(すべて当委員会の委員)にそれぞれの立場からその影響を語ってもらい、皆様の受審の参考にして頂きたいと思った次第です。

まずは、当委員会の特別委員で日本医療機能評価機構の審査担当執行理事で東邦大学社会医学講座医療政策・経営科学分野教授の長谷川友紀先生に日本医療機能評価機構の対応について講演いただいた。訪問審査の実施状況では数は減少している。コロナの影響で対応が難しくなりキャンセルとなった病院が多く、またサーベイヤの健康上の理由から交代となった例もあったとのことであった。機構の訪問審査に対する基本的な考え方として、本質的

な価値はサーベイヤが実際に訪問し、相対してのやり取りにより、受審病院が気付かない事項を含めて、情報を的確に引き出すことができ、よりの確な評価、改善をもたらすものと捉えている。オンライン審査はあくまで緊急避難の位置づけと機構では考えている。

対策として認定期間の1年延長、延長審査の導入、バックアップSVRの導入、オンラインの積極的活用、評価項目改定への反映などである。詳しくは機構に問い合わせてもらいたい。

続いて当委員会委員で全日病副会長、公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院院長の美原盤先生に診療管理サーベイヤの立場から講演いただいた。先生は、COVID-19流行下の2020年2月から2021年7月の1年5か月の間に6病院の訪問審査の依頼を受けたが、そのうち2病院が病院の都合で中止となり、1病院がリーダーの都合で直前に交代となったとのことである。

実際の訪問審査では、合同面接で3密を避けるための工夫が必要で準備が重要であることが指摘された。また現場での感染対策の確認として、コロナ感染患者の受け入れについて、その場合のゾーニング、リモート面会などを確認している。

COVID-19を意識した評価項目として1.4.1 1.4.2 医療関連感染制御を挙げた。最後にCOVID-19流行期だからこそ当該病院が地域のニーズに応えていける活動をアピールされたいと締めた。

次に看護管理領域から当委員会の特別委員で東京都看護連盟幹事長の岩淵泰子先生に講演いただいた。岩淵先生はサーベイヤとしての事前対応として、当たり前ではあるがマスクの着用と手洗い、うがいを頻回に行うことを心掛け、栄養バランス、睡眠時間の確保に努めた。おかげでここ1年半以上風邪をひいていないとのことであった。

COVID-19流行時における看護サーベイヤとしての視点強化項目として次をあげた。

<感染管理>医療関連感染を制御するための活動、ゾーニングの徹底
<看護管理>教育方法・人材育成・メンタルケア

<倫理的配慮>患者のメンタルケア
岩淵先生の指摘をまとめると、

- ①ゾーニングを明確にして、感染管理に自信を持つことが大切。
- ②生活様式の変化と同じように教育方法も検討する必要がある。
- ③感染管理に精通した人材育成が必須。

- ④コロナ禍と言って評価内容に大きな変化はない。
- ⑤トップ管理者のリーダーシップに期待。

最後に当委員会委員である医療法人社団愛友会伊奈病院事務長の朝見浩一先生に講演いただいた。事務管理領域でCOVID-19を意識した評価項目として2.2.1 4.1.2 4.1.3 4.2.3 4.3.1 4.3.2 4.4.1 4.5.2などを挙げている。それぞれの細かい説明があったが、長くなるのでここでは省略したいが、いくつかのポイントは示したい。

- ①新型コロナウイルス感染症に対する自院の役割やスタンスを明確にすること。
- ②リスクに対応する病院の機能存続計画(BCP)をはっきりさせること。
- ③日々の職員に対する健康管理体制。
- ④コロナワクチン接種率向上のための工夫。
- ⑤コロナ禍での職員のメンタルサポート体制。
- ⑥勤務において感染した際の労災手続きへの対応。

そして特に職員の教育研修を止めないために、WEB・オンライン研修などの機会の提供を模索していることを挙げていた。

以上の4人の講師の講演の後に参加者を交えての討論に入ったが、一般参加者からの質問はなく、座長、講師間の質疑にとどまった。WEBに慣れていないこともあり、今後に期待したい。

医療事故調査制度への医療機関の対応と課題

医療事故調査等支援担当委員会

医療事故調査等支援担当委員会委員長

細川吉博

開催の挨拶を細川が行った後、当委員会委員の飯田修平氏(練馬総合病院理事長)から医療事故調査制度の現状について説明した。自身の豊富な経験と多くの執筆の中から制度の本来の趣旨を述べ、特に病院管理者である院長は全死亡例を把握する義務があるにもかかわらず、十分になされていない現状を指摘した。この原因は制度に対する理解不足と、事例発生後の対応が十分にできないことである。

大きな要因は、事故の報告書が裁判に利用されるのではないかと危惧が医療者の根底にあり、また報道機関も報告が少ないことを報道していることが挙げられた。医療事故調査と事故対応は本来違うものであり、事故調査は原因究明が目的であり過失の有無を問うものではなく、特に医療事故対象事例の判断の間違いが多いことを強調した。

続いて当委員会副委員長の永井庸次氏(ひたちなか総合病院前院長)から

は、病院長としての対象事例の判断について一連の流れを話した。医療に起因したもの、予期しなかった死亡、死産について解説。予期していたとしたら、あらかじめ対策が必要とのこと。報告に対しての取り扱いに院内の統一見解を持たせるためには、医療事故に対する定義の解釈など職員教育が必須であるとのこと。院内医療事故調査委員会を発足した際には、人選・開催日程・報告書の注意点などについて指摘した。最近、保健所の立ち入り検査においても管理者のチェックがされているかが確認されているとのことである。

当委員会特別委員の長谷川友紀氏(東邦大学医学部教授)は、院外医療事故調査委員の役割として、自身の外部委員としての経験を踏まえて話した。調査委員会においては、その目的を明確化する必要がある、あくまでも目的は医療安全の確保であることから匿名性が重要とのこと。調査が円滑にいか

ない原因についても指摘し、この調査の意義は事例から学び医療の改善につなげることと結論付けた。

同じく当委員会特別委員である宮澤潤氏(宮澤潤弁護士事務所所長)は、法律家の立場から医療事故調査制度の目的について話した。制度として、この法律の目的は事故の原因分析と再発防止による医療安全の向上であり、何よりもこのことは患者家族との信頼関係の向上にも繋がるとのこと。医療事故の際、遺族は本当は何が起こったのかを知りたい。だが家族側から事故調査の申し立てができない状況ではどうしても裁判(刑事訴追、民事裁判)に頼る方向に進む。それは報道などを通じて病院のダメージにもなり得るため、それを避けるためにもこの制度を利用する意義があり、事故調査では医学的に問題があるかについても明確になる可能性があると話した。

最後に4名の演者により総合討議が行われ、医療事故に対しての報告件数

が少ない点を指摘され、それを改善する工夫として、病院として職員を守るという立場を管理者はしっかりと示すことが基本であると結論付けられた。

コロナ禍において完全WEB配信での企画となったが、多くの皆様にお聞きいただき、医療事故対応に対する関心の高さが窺えた。しかし、十分に活用されていない現状を見ると決して事故がないわけではなく、多くの病院においては報告する事例の判断に迷われているのかと推測する。

多くの演者の皆様が言われたように、この制度は職員を守り、病院を守ることにもつながり、結果的に患者家族との信頼関係を構築すると考える。皆様の病院でも今後さらにこの制度を利用され、生かしていられることを祈念致します。その際、当委員会を積極的に活用されますことをお願いしまして報告と致します。

病院が取り組む在宅医療

プライマリ・ケア検討委員会

後期高齢者の急増に備え、在宅医療への準備が必要

現在、新型コロナウイルス感染拡大に伴う入院抑制などで在宅医療のニーズは高まっている。外来医療需要は、2020～2025年にはピークアウトが予想されており、益々、医療経営の観点からも在宅医療への取り組みが重要となる。一方で、全日病会員病院が取り組む、望ましい在宅医療を考えたときに、その姿は地域の実情により異なっている。すなわち、大都市、地方都市、県庁所在地、医療資源の少ない地域等、それぞれに独自の在宅医療の姿が存在しうる。

今回の委員会企画では、在宅医療の現状と今後についてと病院の行う在宅医療の意義等について検討の後、大都市での在宅医療の事例、地方都市でICTを活用した在宅医療の事例発表を基に、病院が行う在宅医療がどのようにあるべきかの検討を行った。

全日本病院協会の猪口雄二会長からは、病院の行う在宅医療についての医療政策上の位置づけや診療報酬体系と

算定状況等について説明が行われた。現状の利用状況の推移にも触れながら、今後の病院としての取組みとして、訪問看護ステーションや地域の他施設との医療・介護連携の強化を図りつつ、現行の制度上は同じ扱いとなっている、いわゆる在宅患者と有料老人ホームや小規模多機能施設に入居している施設療養者について、切り分けた対応を行っていく必要が今後の課題として挙げられた。

医療法人社団東山会調布東山病院の小川聡子理事長からは、大都市である東京における在宅医療について、病院の取組みの紹介があった。人口流入と高齢者人口の増加が見込まれ、人口密度の非常に高い東京において、在宅医療の必要性が高い一方、調布市内でも在宅医療に取り組む医療機関がこの5年で11施設増え、24時間体制在宅医療の過当競争が起きている、いわゆる「レッドオーシャン化」の状況について説明があった。今後は強化型訪問診療と24

時間訪問看護体制の機能分化・役割分担の検討が必要となる可能性に言及した。

全日本病院協会の織田正道副会長からは、自身が理事長を務める社会医療法人祐愛会織田病院で取り組んでいる在宅医療について紹介があった。織田病院が属する佐賀県南部医療圏では在宅医療を必要とする85歳以上人口が急増している状況にある。病院独自の取組みとして、Medical Base Campと呼ばれる、ICTを活用しての在宅支援チームの動態管理、退院患者の自宅テレビを利用してのビデオ通話やベッドスキャン等により見守りを行う仕組みを用い、診療の効率化を図っている。

また、地域では60歳以上の年代のオンライン診療のニーズも増していることに触れ、限られた医療資源の中で地域医療をバックアップする仕組みとして、ICTの活用を一つの解として示した。

ディスカッションでは、在宅医療に

おける地域差、在宅専門診療所の拡大、医療資源の枯渇に伴う効率化の必要、在宅医療導入における“仲間作り”の難しさ、在宅における総合診療の必要等、現行の医療体制が抱える課題への言及があった。

また、在宅医療において、病院には自らが行う在宅医療と、在宅医療を行っているかかりつけ医の後方支援という役割が求められる中、多職種で連携しながら途切れない医療・介護を提供できるという利点があり、その円滑な運営には、地域のケアマネージャーや施設との顔の見える関係性が重要であるとの議論がなされた。

最後に、座長を務めた全日本病院協会プライマリ・ケア検討委員会の牧角寛郎委員長から、新型コロナウイルス感染拡大の影響に伴う受診控え、外来控えが続く情勢下、医療・介護両面のサービスを必要とする後期高齢者が急増する中で、経営の観点からも在宅医療にどのように向き合うか、あるいはその準備をしておくことが病院にとって肝要であり、本セッションが会員病院にとってその一歩を踏み出す一助となることを祈念し、本委員会企画を締めくくった。

研修医の想定最大労働時間数を一覧表で示す

医道審・臨床研修部会

医師の時間外労働の特例

医道審議会の医師臨床研修部会は9月24日、医師の時間外労働の上限規制における臨床研修医への対応について、臨床研修プログラムに年間の想定労働時間を記載し、一覧表にして示す案を了承した。2024年度からの医師の時間外労働規制の実施を踏まえ、遅くとも、1年次が2024年度になる2023年度募集の臨床研修プログラムに、想定労働時間の明示を行うことにする。

医師の働き方改革関連の検討会での整理では、臨床研修医に対しては上限が年1,860時間となるC-1水準の適用が特例的に認められる。臨床研修プログラムの想定最大時間数が年960時間を

超える臨床研修病院は、そのことを明示し、特例対象の指定を受けた上で、臨床研修医を採用する必要がある。

臨床研修においては、複数医療機関にまたがるプログラムが多数存在することから、各施設における時間外・休日労働時間を明示することになる。厚生労働省は、臨床研修プログラムにおける基幹病院と各協力病院の想定労働時間数を明示する一覧表を例示。委員の合意を得た。労働時間だけでなく、おおよその当直・日直回数も記載するとしている。

医師の時間外労働規制が適用される2024年度以降に、1年次の研修が実施

される2023年度募集の臨床研修プログラムに、一覧表を明示する。すでに特例の指定を予定する臨床研修病院もあり、2022年度募集の臨床研修プログラムでの記載が望ましいことも示した。

また、「国際医療拠点」の実現を目指す千葉県と国際医療福祉大学に対し、臨床研修制度における配慮を行う提案が厚労省からあった。国際医療福祉大学の留学生20名が、国際医療福祉大学成田病院で確実に臨床研修を受けることができるように、2023年度の都道府県別の募集定員上限を定める際、必要な定員を千葉県に加算するとともに、研修医の募集・採用を医師臨床研修マッチング前に行うという提案だ。

しかし、全日病副会長の神野正博委員など多くの委員が、提案を了承する

には納得できる説明が不十分と指摘し、引続きの検討事項となった。

【訂正とお詫び】

全日病ニュース10月1日号2面の「次期改定に向けた入院医療に関する中間まとめを了承」の記事に誤りがありましたので、お詫びして訂正します。3段目・下から9行目に次の文章を挿入するとともに、3段目・下から1行目～4段目・上から7行目の文章を削除。

(追加)『評価の対象となる患者の明確化をめぐる』は、「救急患者は刻一刻と状態が変化するため、入院時の状態指標のみで評価することは難しい、との指摘があった一方、臨床現場での算定が簡便になるよう基準の定量化に努めたほうがよい、との指摘もあった」との分科会での議論の要旨を明記した。』

特区の全国展開の議論開始

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は10月4日、国家戦略特区における最先端医療の病床特例を全国展開する制度の検討を開始した。2021年度中に結論を得る方針であり、10月以降、国家戦略特区ワーキンググループで議論し、年度内に医療部会で方向性を決定する。

医療法では、基準病床制度を設けており、病床過剰地域では、公的医療機関等の増床はできない。しかし、特区で認められた場合は、増床が認められる。2014年の制度開始以降、ダヴィンチ手術やiPS細胞を用いた臨床研究と

しての再生医療など10事業者が特例を受けているという。

しかし、厚生労働省は、「最先端医療の対象が不明確」、「該当していることの客観的な担保に乏しい」、「特例の期間等が不明確」などの問題点を指摘。対象については、関係学会の推薦を得た保険収載されていない医療技術であることや、期間については都道府県が設定する案などを示した。

全日病副会長の神野正博委員らは、方向性には賛意を示しつつ、関係学会の範囲や期限の設定を含め、厳格な審査基準が必要であると強調した。

一冊の本 book review

中小病院でもできる 人材採用策・定着策

著者●石田秀朗
発行●メヂカルフレンド社
定価●3,080円(税込み)

医療の質と安全性を確保するという観点から、医療機関には人員配置基準という形でスタッフ数が定められている。中でも看護師に関しては必要数も多く、人材確保に苦勞している病院も多いだろう。

本書では、採用活動と定着という2つの視点から、さまざまな事例とともに看護人材確保の方策が紹介されている。「中小病院でもできる」という題の通り、比較的取り組みやすい内容も多く、人材確保に悩む病院にとっては大いに参考になるだろう。また、若手育成に悩むリーダーにも得るところがあると思う。人事部門だけでなく、各部署のリーダー層にもご一読いただきたい。

(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)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
2040年に生き残るための経営セミナー「医師の働き方改革」WEBセミナー (200病院)	【ライブ配信】 2021年11月10日(水) 【オンデマンド配信】 2021年11月17日(水)～12月16日(木)	8,800円(11,000円)(税込) ※1回の申込で最大3端末まで参加可能	厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会」での検討中の事項を含め、各病院が準備しなければならない事項・ポイントについて、実務面を中心に時系列で整理・解説する。
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。