

第 65 号

2021.9

年 6 回発行

愛知県日本病院会

支部ニュース

発行所 愛知県日本病院会支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内

TEL(052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail:jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本隆利

目次

○巻頭言

病院における TOYOTA
WAY の挑戦 1

○コロナによる激動の時代
の価値観について思う

2

○日本病院会報告
(9月18日)

3

○支部理事会
(9月7日)

5

愛知県日本病院会支部ニュー
スへのご寄稿のお願い

支部ニュースは、会員の皆様
の意見交換の場として会員の皆
様からの情報発信をお待ちして
おります。テーマ、字数の制限は
特にありませんので、ご寄稿よろ
しく願います。

巻頭言

病院における TOYOTA WAY の挑戦

副支部長 岩瀬 三紀

トヨタ生産方式 (TPS) は本来無駄を排除しつつ、質の向上も満
たす車の生産方式です。価値と価格を混同してはいけません。製造
原価が上がることにより価格が上がり、もし値打ち (価値) が不変
ならば顧客はその製品を買いません。暗黙知として受け継がれてき
たトヨタの価値観を理解しやすいように 2001 年 TOYOTA WAY が
体系付けられました。このやり方はトヨタウェイか? と問いつつ実
際にどう落とし込むか? を全員で議論し実行する過程が持続的成長
に欠かせません。私は病院経営も TOYOTA WAY の導入は有益と思
います。一方、医療では安全面でも考慮すればある程度の無駄はや
むを得ないが、無駄を排除する philosophy は大切です。TOYOTA
WAY の 2 本柱は『知恵と改善』と『人間性尊重』です。現状に満足
せずより高い付加価値を追求し知恵を絞り続けること、あらゆるス
テークホルダーを尊重し職員の成長を組織の成果に結び付けること、
この二つの行動がトヨタの DNA とも言えます。『知恵と改善』は
Challenge, Kaizen, Genchi Genbutsu からなり、『人間性尊重』は
Respect, Teamwork からなります。

当院は救急医療に注力し、断らない救急を実践してきました。当
直者全員参加の ER トヨタ当直日誌を電子カルテ上のトップページ
に視える化し、救急現場の多職種からの問題提起を共有しています。
正答とは限らないが病院長をはじめ病院幹部によるタイムリーな返
答は重要であり職員の育成になると同時に、Respect の表現でもあ
ります。また、毎週一病棟の病院長ラウンドも励行している。この

二つの愚直な実行は Genchi Genbutsu と Kaizen に繋がっています。また、全職員が共有すべき目標
はできる限り可視化し、Challenge しやすい環境作りを心がけています。

将来への Challenge や日々の Kaizen のためには、『人づくり』と Teamwork は欠かせません。上
司・部下が強固な信頼で結ばれ、教え・教えられる文化の醸成が理想です。当院では、各職場での
QC サークル活動を推進しています。本稿では、CT 予定患者の待ち時間カイゼン活動について紹介し

ます。当院 CT 予約患者のうち、30 分以上遅延した症例が月平均 34 人（5.1%）ありクレームにも繋がっていました。緊急検査が 1 日平均 29 件あり半数以上が ER 経由でした。30 分以上の待ち時間を 2.0%以下にすることを目標と定め、サークルメンバーは時間を要する造影検査に着目しました。血管確保は通常 3 分ですが、1 時間近く要する場合があります。そこで前室で撮影室入室前の血管確保を実施し、難渋症例では次の撮影予定者を優先しました。また、ER 患者の緊急度を明確化して、待ち時間状況に応じて撮影優先度を可変化しました。さらに VVR や造影剤アレルギー対策、患者説明、止血バンドの改善等多面的に対応し、30 分以上の割合が 0.9%と激減しました。平均待ち時間も 14 分から 8 分に短縮し、待ち時間なしの患者割合が 56%から 68%に改善できました。患者の待ち時間の改善については、三つの異なる職場で QC サークル活動が実施されました。はじめは緊急患者が存在しない健診センター、次は生理検査室、最後に ER からの重症救急患者も混在する CT 室と徐々に難易度は上昇しました。同テーマにつき複数の職場が相互に発表を傾聴し改善の糧を得て、PDCA サイクルを回す試みに着手しました。

長く続いているコロナ禍における感染対策と一般診療の両立は大変でしたが、各病院で Teamwork が発揮され Kaizen 活動がなされたことは間違いなと思います。まさに『疾風に勁草を知る』です。

（トヨタ記念病院 院長）

コロナによる激動の時代の価値観について思う

理事 今村 康 宏

平素より松本支部長はじめ支部の先生方におかれましては温かいご指導を賜り、心より御礼申し上げます。次から次へと新手が繰り出されるコロナへの対応に追われ、そこに開催に賛否両論渦巻いた東京オリンピック・パラリンピックの開催が加わり、出口が見えない闘いが続いています。医療業界のみならず社会全体が、その価値観の根底から覆されるような事態となつてすでに約 1 年半がたち、日々の業務、出張や学会の参加のありかたもすっかり様変わりし、人生の一部とまでなっていた夜の懇親会、いわゆる飲み会もなくなり、コミュニケーションの取り方にも大きな変化がもたらされました。

人間は弱い生き物で、何らかの生きる目標や希望がないとなかなか頑張れないものです。組織も同じで、組織の使命やヴィジョンの共有が業務改善の第一歩と言われる所以です。

コロナが顕在化した昨年度は「ワクチンが出れば元の世界に戻るかも？」と淡い期待を世界中が持っていたと思います。この「コロナ以前の世界に戻る」というのが、個人でも組織でも、そして社会としても一致した価値観であり目標であったと思います。しかしそう思つて各国が一生懸命ワクチン接種を進めても、人類の必死の知恵をあざ笑うかのようにデルタ株やラムダ株が猛威を振るっています。重症化を防ぐという点では一部勝つているとはいえ、感染者数という点では攻め込まれ続けている状況で、ワクチン接種の先に描いていた別天地は残念ながらまだ当分先のこととなってしまいました。

そんな矢先、テレビを観ていたら、東京オリンピックで新競技として採用となった競技でメダリストとなった選手たちについての特集をやっていました。スケボー金メダルの堀米選手は「順位よりいかに優れたパフォーマンスができたかが大切、順位は結果」というコメントをしていました。またボルダリング銀メダルの野中選手のところでは、試合前に出場者たちが国の枠を超えて、今から挑もう

とする「壁」をどう攻略するか、お互いに隠し立てすることなくディスカッションしている映像が流されました。この番組は朝に目が覚めて何となく観ていたものなのですが、ふと、これから必要とされる医療界の価値観にも通じるものがあるのではないかと感じたものでした。

私は何でも病院経営に結び付けて考えてしまう悪いくせがあります。堀米選手のコメントは、自院の地域で求められる価値の本質に立ち返れ、ということに通じますし、野中選手のところはそのまま地域医療構想の理想像、と言えるのではないのでしょうか。両選手には申し訳ないのですが、そのように置き換えてみるとまさにこれからの進むべき道を示しているような気がするのです。

本稿を書き上げているときはまさに第5波の真ただ中、愛知県でも日本でも連日過去最多感染者数が報じられています。発熱外来は従来の約4~5倍の人数で、陽性者率も極めて高い状況で推移しています。コロナ対応病床も極めて逼迫しているため、例えば抗体カクテル療法を1泊入院で行い、少しでも自宅での急変リスクを減らしつつ病棟を高回転で運用するなど、それぞれに必死の努力を続けています。他の一般病床も満床に近い状態で推移しており、救急搬送を断らざるを得ない場合も頻繁に起きています。こんな時は他のことは全く考えられず、ただ目の前のことをこなすだけになってしまいます。しかしこの波もいつかはおさまるはずで、水面下ではどんな動きがおきていて今後何が必要かを別の頭で考えていかねばならないと思うのです。

10月以降のコロナ補助金は何らかの形で継続されるのか、それとも診療報酬のかたちになるのか、本稿を起こしている段階ではまだ全く先行き不透明ですが、いずれにしてもおそらく現在よりは財務的に厳しい内容になるのではないかと危惧しています。それに伴い、感染者数次第とはいえコロナ診療に割いていた病床を一般診療に戻す動きがいつかは加速すると考えられます。コロナ病床の実数にそれを上回る空床分を加えた病床が、日本中のいたるところに出現するでしょう。

そのときに必要なことこそ、まさに今回のオリンピックが教えてくれたと感じるのです。自院が地域から本当に求められている機能はなんなのか、これから自院が求められるであろう需要は他にはないのか。それらの診療機能は自院でしっかりと質と量を担保できているか。そして周囲の医療機関の状況を踏まえて十分にお互いの機能について地域に足りないところを補うような話し合いはできているのか。そういった内部的・対外的なコミュニケーションが今後必須になるのではないのでしょうか。

目の前しか見えていないと痛感する毎日だからこそ、時には無理をしてでも余裕を作って俯瞰的な視野で地域の中の自院を見つめなおしてみたいものです。

(医療法人済衆館 済衆館病院 理事長)

日本病院会 2021年度 第3回定期理事会 2021.9.18 (WEB参加)

副支部長 谷口健次

【相澤会長挨拶】

・コロナウイルス感染症も落ち着きつつある。愛知県はまだ大変なようだが、このまま収束してくれることを期待している。

【承認事項】

1. 会員の入退会（正会員マイナス5）、関係省庁及び各団体からの依頼等
2. 人間ドック健診施設機能評価認定承認について 4病院の認定が承認された。

【報告事項】

1. 各委員会等の開催報告について

①医療安全管理者養成講習会

- ・第2クール（オンライン）終了。84名の参加、半数は医師であり良い傾向

②病院経営管理士通信教育

- ・第43期生、第44期生の前期スクーリングを開催（オンライン）。
- ・2年次：41名、1年次：46名の参加。1年次の初参加は20施設。医師は3名。

③救急・災害医療対策委員会

- ・水害BCPマニュアルの作成について：「水害対策アンケート調査報告書」を用いて検討。情報収集体制と指揮体制、応急処置、会員病院が実施している水害対策への工夫、職員教育などキーワードとして、マニュアル（案）の作成を進める。
- ・救急・災害医療提供体制の在り方に関する検討会の報告：改正救急救命士法の施行に向け、今後厚労省から示されるガイドラインをもとに委員会で議論する。

④日本診療情報管理学会

- ・第47回学術大会は完全WEBでの開催となった。配信は10月7日から。
- ・相澤病院から同姓同名、同生年月日患者のヒヤリハット事例の報告があった。
- ・評議員会で特別会員の推挙と、役員の再任が承認された。

2. 日病協について

- ・診療報酬実務者会議において、諸会議の報告と令和2年度診療報酬改定における経過措置等への対応についての意見交換があった。

3. 中医協について

- ・令和2年度に重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへ移行した施設は96施設。医療法人、公立が多く、200床未満と400床以上が多かった。
- ・Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設は、400床以上が8割以上であった。
- ・費用対効果評価に関する検討：保険収載後の評価になるため、検討期間が2年以上と長期になることが問題視されている。分析、評価の流れを見直して短縮を図る。分析不能例、効能・効果追加例の取り扱いをどうしていくかも課題。
- ・最適使用推進ガイドライン：キイトルーダの適応拡大（MSI-Highを有する結腸・直腸がん、乳がん）オブジーボ（腎細胞がん）カイトリル、オンダンセトロン（術後の消化器症状/悪心、嘔吐） MSI; microsatellite instability
- ・令和2年度診療報酬改定における経過措置等への対応について
すべての医療機関で令和3年9月30日まで経過措置適応中
重点、協力、コロナ患者受入病床を割り当てられている医療機関は令和4年3月31日まで延長、それ以外の医療機関は新基準適用（コロナ補正あり）
- ・令和2年度の医療費の動向：概算医療費は42.2兆円。対前年比3.2%減、金額で1.4兆円の減（過去最大）であった。受診延べ日数は8.5%の減少、1日当たり医療費は5.8%の増加。診療科はいずれもマイナス。小児科、耳鼻咽喉科の減少が大きい。オンライン診療料の届け出状況（平成30年－令和2年）：病院は65から479に、診療所は905から4,864に増加。

4. 四病協について

①医師の働き方改革の推進に関する検討会

・C2水準の対象分野と技能の考え方について：「C2水準の対象分野」において「C2水準の対象技能となりうる技能」であって、その「技術の習得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」が存在するものとするが、様々な意見が出てまとまらず。詳細はこれからさらに検討。

・医療機関勤務環境評価センターによる全体評価を含む評価結果について
ストラクチャー（労務管理体制）、プロセス（医師の労働時間短縮に向けた取り組み）、アウトカム（労務管理体制の構築と労働時間短縮の取り組みの実施後の評価）に分けて評価する。取り組み（行われている、改善の必要がある）、労働時間短縮（進んでいる、いない）労働時間短縮計画案（改善が見込まれる、見直しが必要）等の組み合わせを記載する方向。結果は都道府県により公表。

②在宅療養支援病院連絡協議会

在宅療養支援については、状態増悪時や家族のレスパイトなど様々な領域で入院が必要になることから、今後中小規模病院の役割の高まることが予想されるが、現在の基準要件をクリアできない病院も少なくない。地域の体制充実を図るために、常勤医師数、緊急往診・入院、看取りの実績等を緩和する要望を提出する。

【協議事項】

1. 外来機能報告について

外来機能報告等に関するWGで12月までに取りまとめ、令和4年4月施行。

国の示す目的・・・患者が外来機能の情報を十分得られず、大病院志向がある中、一部医療機関に外来患者が集中し、待ち時間や勤務医の外来負担等が生じている。かかりつけ医機能の強化と、外来機能の明確化・連携を進める。方向性としては、医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定することを想定。

・この取り組みのめざす最終的なイメージが不明瞭である。国の示す目的だけでは信じがたい。・医療費抑制が目的のベース（大規模病院の外来収益抑制、高額医療機器の抑制、薬品費の抑制など）にあるのは明らかである。・外来機能には地域性があり、地方都市では医療提供体制が崩れる懸念から、全国一律に行うのは受け入れがたい・・・等の意見あり。国の示す基準に沿った外来しかできなくなり、地域の医療情勢を考慮した方向に進まない懸念がある。議論の推移を注視しつつ、病院団体からも適宜軌道修正を図るような提言をしていく。

2. 宿日直許可基準（産科）について

日本産婦人科医会が「産科での宿直に、出産等に対応すること等はまれであり、宿日直の許可を与える」旨の要望あり。

・各委員から労基との交渉経過が報告された。労基の対応に地域差があることの問題点の指摘もあった。

（小牧市民病院 院長）

第3回愛知県日本病院会支部定例理事会議事録（抄）

日時：2021年9月7（火） 15：00～16：10

場所：名古屋 AT ビル 2階 B室

出席理事：松本隆利、岩瀬三紀、谷口健次、渡邊有三、今村康宏、河野弘、木村衛、後藤百万、
宇野雄祐、奥村明彦、浦野文博

出席監事：細井延行、両角國男

(定数報告)

・理事 15名のうち 11名の出席があり、理事総数の過半数を超えていることから理事会は成立している。

(報告事項)

1. 新型コロナウイルス感染症について

(1) 現状・課題等について

・新型コロナウイルスは、コロナウイルス科に属し直径 80～160nm、変異していく。デルタ株は水痘と同じレベルの基本再生産数で致死率は水痘より高い。

・コロナワクチン、治療薬共に開発が進んでいる。治療薬では「抗体カクテル療法」が重症化を押さええるとして注目されている。

・コロナワクチンの予防効果には限界があり、ブレイクスルー感染の報道もある。海外では3回目接種も始まっている。

・反省点として、新型コロナウイルス感染症を甘く見すぎた、脆弱な保健所機能に頼りすぎた、予算や人員の投入の遅れ・不足、統一した体制作りができなかった、検査(PCR等)を抑制してきた等があげられる。

・今後の対策として、全世界でワクチン、予防薬、治療薬の生産する、マスク・手洗い・3密抑制が重要、菅さと隔離の体制を確保すること、小児への感染対策の充実。

(2) 国の支援について

・新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関への支援策について8月27日に厚生労働省から説明があった。

・新型コロナ緊急包括支援交付金では、医療従事者を派遣する派遣元医療機関へ8月16日以降、宿泊療養施設、入院待機ステーションへ派遣した場合に対象となる。

・特例的な対応として、入院加療を実施している患者の診療に係る評価を3倍から4倍に引き上げる。呼吸不全管理を要する患者(中等症Ⅱ)以上の診療に係る評価を5倍から6倍に引き上げる。ハイリスク妊娠菅里加算(1日当たり)1,200点を3,200点にする。

・更なる病床確保のため、令和2年度の緊急支援に引き続いて緊急支援を行う。

(3) 愛知県の対応について

・患者受け入れ促進及び入院・手術の一時延期について、令和3年8月25日付けで愛知県知事から要請があった。各医療機関における陽性患者の受入人数は最大確保病床の85%以上とすること、重症患者病床については100%の受け入れをお願いする。

・コロナ病床確保のため医師が延期可能と判断した入院・手術の一時延期についても要請があった。

・FRESH-AICHIのシステム導入について、コロナ患者受け入れ病院の74.3%がシステム運営に協力している。Googleスプレッドシートを使っていることから①入力の簡便性、②情報共有の即時性、③個人情報の秘匿性を重視してシステムを構築している。

2. 医師の働き方改革について

(1) 第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 (8/4)

・厚労省は追加的健康確保措置の運用について、議論を行った。
・追加的健康確保措置はBC水準の指定を受ける場合には義務となり、A水準では努力義務とされている。基本的な考え方は、①通常の日勤や宿日直許可の対象となる宿日直に従事する場合は、始業から24時間以内に9時間の連続した休息、②宿日直許可のない宿日直に従事する場合は始業から46時間以内に18時間の連続した休息を与える必要がある。代休息はやむを得ない場合にのみ付与が認められる。

・厚労省はこのルールを厳格に適用することが困難な場合があるとし、1.臨床研修医に対する連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用について、2.15時間を超える業務に従事する場合の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制の適用について、一定の要件下で当該医師に対し、代償休息の付与を例外的に認める考えを示し、了承された。

1.初期臨床研修医については、肉体的・精神的な負荷が多いため、ほかの医師よりも厳しい健康確保措置（連続勤務時間制限の徹底、代償休息の必要がないようにする）を講じる必要があるが、このルールを厳格に適用した場合、研修期間の大部分を休日としなければいけないことが生じ、期待される研修効果が獲得できない恐れがある。こうした点をふまえ、①オンコールまたは宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合、②臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨明示した場合、③代休息の付与期限は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とし、困難な場合に限り翌月末までとする、の要件を満たした場合は代償休息の付与を認めることとする。

2.15時間を超える業務に従事する場合については、個人の医師が15時間を超える手術などが予定される場合は、代償休息の付与を前提として運用を認める。ただし健康確保の観点から代償休息は翌月末ではなく、当該業務終了後すぐに付与しなければならない、とする。

構成員より、宿日直許可については、医療法上で今後検討すべき課題とするのか従来通り労働基準法41条3号の適用除外としたままでいいのかななどの意見があった。

当日は、勤務パターン別の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用イメージ7パターン)が示された。勤務医のシフト作成が複雑で医療機関の負担となることが予想されることから、構成員からは働き方改革で求められる効率化の議論に逆行しているのではないかと、勤務環境改善支援センターなど公的なサポートが必要などの意見があった。

その他、国など行政や医療機関、医療関係者、国民向けに働き方改革を推進するにあたって取り組むべきことを示す「大臣指針」についても提示された。構成員から、実効性確保の仕組み、特に国の役割についても明記すべきとの意見があった。

(2) 第14回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 (8/23)

・厚労省は、C-2水準の対象分野と技能の考え方について具体的なイメージを提示した。

C-2水準は、「医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の医師が、先進的な手術技法など高度な技能を有する医師を成することが公益上必要な分野において、その技能の育成に関する診療業務を行う場合に適用される時間外労働時間の上限水準」とされている。

・厚労省は、C-2水準の対象技能を以下の①～③すべてに該当するものと整理した。

①日本専門医機構が定める基本領域（19領域）に該当するもの。

②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・手術技術(先進医療を含む)、または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 レベルまで修得・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に該当する技能。

③その技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務。

③については、1.診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない、2.同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない、3.その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶのいずれかに該当するものとした。

・医療機関勤務環境評価センターの評価項目と評価基準も提示された。B水準、連携B水準、C水準の指定を受ける医療機関は、労働時間短縮計画を作成し、追加的健康確保措置の体制を確立した上で、評価センターによる評価を受審し、都道府県から指定を受ける必要がある。

・第一段階として、医療機関は、○労務管理体制(ストラクチャー)、○労働時間短縮に向けた取り組み(プロセス)、○取組実施後の評価(アウトカム)の各項目について○×式で評価をうけ、第二段階として、当該医療機関での労働時間短縮の取組みが進んでいるかどうかについて「S、A~D」の5段階で全体評価を受ける。この場合、労働関係法令及び医療法に規定された事項である「労働時間短縮計画」および「追加的健康確保措置」の実施体制に改善が必要な場合は、評価保留となる。5段階の全体評価は公表される。

・2024年4月の上限規制適用にむけたスケジュールは、対象医療機関は2022年~2023年度に書面評価を受審し、D評価の場合は2023年度に追加で訪問評価を受ける必要がある。2024年以降は3年間を1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。

・全体評価が公表されることについて、例えばC水準などの高度な医療を実施する医療機関で時短の取組が相当程度進み、労働時間短縮の効果が出にくくなり、SやA評価を得ることが難しくなった場合、公表の仕方によっては当該医療機関が時短などに取り組んでいないといった誤った印象を与える可能性もあるといった懸念を示す意見が多数あり、公表の在り方については次回以降も検討する。

3. 第80回 社会保障審議会医療部会(8/5)

(1) 診療報酬改定の基本方針について

はじめに厚労省事務局が、令和4年度の診療報酬改定についてもこれまで同様に、①内閣が決定した改定率を前提とし、②社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定する「基本方針」に基づき、③中医協において具体的な診療報酬点数に関する審議を行った結果、実施されることを説明し、次期改定に向けた方針に関して委員に意見を求めた。

多くの委員から共通して、現状の新型コロナへの対応を踏まえ、平時と有事・緊急時の診療報酬体系の区別・整備、補助金と診療報酬の役割分担の整理が必要である等の意見が出された。

【委員からの主な意見】

・ここ10年ほど地域包括ケアシステムを完成させるために補助金と診療報酬の二本立てで誘導が行われてきたように思うが、今後の人口変化を見据えた医療体制のグランドデザインを早急に立て、それに沿った診療報酬体系をつくる必要があるのではないか(楠岡部会長代理国立病院機構)

・急性期の入院など、平時と緊急時を分けて考えることは重要だが、基本的には平時の継続性についてはこれまで同様の方針で改定を行っていくべきと考える。新型コロナ禍で活用の意が一層高まった

オンライン診療については、DXの時代に新しい技術をさらに活用していくということが重要であり、対面診療との報酬の違いが阻因になっているのではないかという意見もあるため、そうした点について検討していくべきと考える（井上委員／経団連）

・今般のコロナ禍を通して、感染症に対応できる医療提供体制を構築するという視点で考えても入院・外来医療の機能分化・強化、連携は重要な課題であり、特に外来関係ではかかりつけ医に対する国民の期待が高まったため「かかりつけ医」機能の強化は重要な課題と考える。他方、2022年は団塊の世代が後期高齢者に入り始めるタイミングでの改定であり、制度の安定性・持続可能性確保の観点から、効率化、適正化の取組は非常に重要である（河本委員／健保連）

・コロナ禍で明らかとなった日本の医療の課題を明確にすることが必要であり、①入院医療に対しての評価のあり方、現状の問題点、②病院の機能分化、連携の問題点、改善点、③今後人口が増加する高齢者の救急医療、④漸型コロナ患者も対象となる在宅医療の方向性について基本方針に書き込む必要がある。他の委員も言うように将来のグランドデザインがしっかりと描かれた上に、それを補完するのが診療報酬であるべきと考えるが、国の方向性が見えないのが心配である（相澤会長）

・高齢化が進んで医療と介護力相合化し、その領域がかなり大きくなっているが、その連携部分をどう評価するかが非常に重要であり、相澤委員が指摘した在宅の問題はまさにそれに該当するものであるため配慮していただきたい（松田委員／産業医科大学）

（2）改正医療法等の施行に向けた検討状況について

厚労省事務局は、5月に医療法等改正法が成立し、その施行に向けた検討状況について2点を報告。

①改正救急救命士法の施行に向けては『救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会』において、A. 救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会の設置、B. 医療機関が実施する研修と項目等について検討を行い、今後、厚労省において救急救命士の研修等に関する規程を整備する。また、当該検討会で問題提起された救急外来等への看護師の配置に関する基準等については新たな検討の場の設置を含めて検討する方針。

②令和6年度より開始される第8次医療計画の策定に向けては『第8次医療計画等に関する検討会』を中心に検討を行うが、その下に「地域医療構想及び医師確保計画」に関するものなど3つのワーキンググループを設置して議論していく。このほか第8次医療計画における救急・災害医療提供体制については同検討会の下に専門的な検討の場を設けて引き続き検討を進める方針。

【委員からの主な意見】

・救急救命士について、生産年齢人口の減少、少子化の中でそれぞれの医療格差がどの程度必要か、ぜひとも需給等についても十分配慮していただきたい（今村委員／日医）

・第8次医療計画の策定に向けた検討で一番心配するのはスケジュールである。外来機能報告等の取りまとめが本年12月となっており、この短い期間で外来という極めて複雑なものがまとめられるのか大変危惧している。また、「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」という検討課題について、外来機能と医療機関の機能を基幹的かどうかということによって区分しようとしているように見えるが、慎重な議論をお願いしたい。紹介状の無い外来患者の自己負担分の徴収については医療部会以外での議論かと思うがこちらも慎重に議論していただきたい（相澤会長）

（3）データヘルス改革に関する工程表及び今後の検討について

厚労省事務局は、国民が自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに患者本人が個覧できる

情報を医療機関や介護事業所でも閲覧可能とする仕組みの整備に向けて、厚労省内に設置された『データヘルス改革推進本部』の6月の会議にて策定された2025年度までの「自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備」など、データヘルス改革に関する4つの取組みの工程表を提示した。

このうち「医療・介護分野での情報利活用の推進」では、医療機関間で共有するデータ項目等を検討しているところであるが、2022年度には医療情報化の支援基金も活用しながら医療機関ネットワークへの組み込みを予定しているとされた。また、当該工程表に従って全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方をデジタル庁と調査検討するためのワーキンググループを、厚労省内に設置されている健康・医療・介護情報利活用検討会の下に設置することも報告された。

【委員からの主な意見】

・電子処方箋の共有化の一番の問題は10年以上前に医療安全の観点から1回処方に切り替えることと厚労省の検討会で決めたにも拘わらず処方箋標準様式が何ら定められていないことである。切り替えは大きな作業になるため十分な検討をお願いしたい（楠岡部会長代理国立病院機構）

→電子処方箋の安全性等も含めてどういった形で処方様式を定めていくことが有効であるかということも含めて議論する予定である（医政局医療情報技術推進室長）

・現在、健診情報の管理はバラバラでデータの電子的標準化もフォーマットの標準化も全然進んでいない中、来年度からシステムを改修してやっていこうとするのは拙速であり、まずはデータの管理者、活用方法の検討と基盤整備をお願いしたい（相澤会長）

（4）専門医に関する広告について

厚労省事務局は、専門医に関する広告について、7月に医療情報の提供内容のあり方に関する検討会が検討を行った結果、本年秋から認定開始となる日本専門医機構が認定する基本領域の専門医を広告可能とし、サブスペシャリティ領域については広告のあり方を検討するなどの対応案が承認されたため、本年手火からの適用を目指し厚労省が告示文書の見直しを実施していることを報告した。

【委員からの主な意見】

・当該検討会の対応案に賛成である。患者の受診に役立つ情報が広告されれば良く、細かく専門性の高い広告は役に立たない。そのあたりをふまえて厚労省には検討してほしい（釜菴委員／日医）

・医療法上、専門医以外に診療科名も広告できるが、19の基本領域のうち総合診療については「科」としての広告ができないのはわかりづらいため整理していただきたい（島崎委員／国際医療福祉大）

→現在、専門医もすべてが標模できるものではないが、必要な整理を試みたい（医政局総務課長）

（5）経済財政運営と改革の基本方針2021、成長戦略住2021年）及び規制改革実施計画要について厚労省事務局は6月に閣議決定された『経済財政運営と改革の基本方針2021』等の医療関係部分の主な記載内容について説明した。

感染症に関しては「感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する」とされた。また、『規制改革実施計画』には「オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化」が盛り込まれるなどされた。

愛知県日本病院会支部ホームページ

<https://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>