

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社



東京海上日動

2022年(令和4年)3月24日
第299号
毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : https://tmha.net / E-mail : info@tmha.net tmha@mri.biglobe.ne.jp

会長談話

新型コロナウイルス感染症対策

季節的な医療事情もあり 一般医療のひっ迫が深刻

一般社団法人東京都病院協会会長 猪口 正孝



猪口 正孝

新型コロナウイルス感染症の第6波は、3月16日時点で新規感染者数1万221人と、2万人以上の感染者数を記録した2月初旬に比べれば減少傾向にあります。依然として高い水準を維持しています。

これにより、救急医療を中心に一般医療のひっ迫も深刻です。会員病院の皆様もご存じのとおり、冬季は一般の患の発生率が高くなる季節です。今年はその発生率が、コロナ禍前と同等の水準まで戻りつつあります。

東京都内の急性期病院・高度急性期病院の病床数は病床機能報告では約6万8000床となりますが、2013年の厚生労働省の医療資源投入量からの試算では約4万8000床と、格差があります。現在のコロナ禍では、急性期病院のなかでも、さらに急性期寄りの病院を中心に新型コロナウイルス患者を受

け入れていることを踏まえると、約4万7000床のコロナ受け入れ病院をつくり出すために、約1万床を転用していると考えられ、20%近くがコロナ病床に使われていることとなります。

また、救急現場では、今のように感染が蔓延する状況の場合、すべての救急搬送患者に対し新型コロナウイルスを疑って対応せざるを得ません。通常だと複数のブースに患者を受け入れ、並列で診ていきますが、現在は感染リスクからできません。そのため、1人の患者の処置が終わってから次の患者を受け入れるというように、診療効率は大幅に下がります。

このように、急性期医療のリソースや受け皿が減っているなか、例年と変わらない数で一般の救急患者が搬送されるのですから、当然一般医療のひっ迫を招きます。実際に、東京ルールの適用件数も、1月の一番厳しい時期には1日307件発生した日もありました。2月3月上旬の7日間移動平均でも、200件近い値で推移しています。いずれにせよ、このような状況下で、最前線で活動されている救急病院の労力は計り知れません。

必須の重症患者の割合はそれほど高くないのが幸いとも言えますが、今後、何らかの変異で重症化率も高くなると、非常に厳しいと思っています。とはいえ、徐々に減り始めた現状で踏みとどまりながら3回目のワクチン効果なども現れて、うまく収まってくることも望む次第です。

22年度診療報酬改定 急性期、地ケアは厳しい結果

新型コロナウイルス対応に迫られる一方、いよいよ2022年度診療報酬改定も出てきました。

その一つとして、急性期では「急性期充実体制加算」の新設などがありましたが、「急性期一般入院料1」を届け出ているか、救命救急センターまたは高度救命救急センターの設置など、厳しい要件を満たす急性期病院のみの算定というのは、少々偏り過ぎてはいないかとも感じます。それ以外の7対1の急性期病院、救急病院に関しては、重症度、医療・看護必要度の見直しでさらに厳しい状況に置かれるところも多いと考えています。

一方、それに輪をかけて厳しい結果となったのは、地域包括ケア病棟でしょう。在宅復帰率をはじめとする実績要件の厳格化のほか、算定項目によっては満たせなかった場合の減算評価も加わっています。

東京都病院協会としても、会員病院の皆様にごうした今次改定に関する情報を積極的に発信し、改定後の病院経営に活かしていただけるように協力していきたい次第です。

また、今後さらに重大となっていく問題としては、働き方改革の動向に注

目しています。最近では宿日直許可基準の申請等の話題が盛んに取り上げられていますが、根本的な問題はそこではないと危惧しています。

その一つに、給与の問題があります。たとえば、大病院の医師が宿日直への該当を理由に地域の病院へアルバイトに出られなくなったとします。地域病院にとっては医師が確保できなくなるのが大問題ですが、一方で勤務医にしてみても、その分の収入が急になくなるわけです。

特に都内勤務・在住の場合、家賃や物価等の生活費の相場も他の道府県に比べて高いうえ、医学部進学なども含め、自分が受けてきたのと同水準の教育を子どもに注ぐには、それなりの教育費が必要です。そうした生活水準を大病院の給与だけで保てるかといえ、おそらく勤続10年の中堅医師でも難しいと思います。生活が維持できなくなれば、勤務医は大病院から去るでしょう。巡り巡って、大病院は職員を失う可能性があるのです。

そもそも、今後都内250もの救急病院すべてが、宿日直許可基準を取れるとは思えません。その場合、果たしてそれらの病院が非常勤の宿日直医の存在なくして成立するでしょうか。つまり、単に宿日直許可基準云々だけで解決できる問題ではないのです。

医師の心身の健康を守ることが今回の働き方改革の主眼であるならば、国はこうした根本的な問題に目を向けて対策を考えないと、一つ間違えれば、医師の健康も守られず、さらに地域医療まで崩壊するような事態を引き起こすのではないかと、そのような危機感を感じています。

特集 2022年度診療報酬改定

それぞれの病院機能の強化を念頭に
要件についての評価・減算を加える

2022年度診療報酬改定は2月9日の中央社会保険医療協議会(中医協)での答申、3月4日の告示等を経て、詳細が明らかになってきた。本企画ではそれらの内容をどう受け止め、病院経営に活かしていくかを語っていただいた。

概要

病床機能に踏み込む項目並ぶ
自院の方向性の明確化が重要

猪口 雄二

東京都病院協会副会長
寿康会病院理事長

『プラス0・43%』だが
内訳を見きわめるべき

2022年度診療報酬改定の改定率は全体でプラス0・43%となっているが、内訳までしっかりと読み込むことが求められます。

このうちプラス0・20%は看護の処遇改善のための特例的な対応で、職員への処遇には貢献しますが、医療機関の経営への上乘せとは異なります。また不妊治療の保険適用のための特例的な対応でプラス0・20%がありますが、こちらも対象となる医療機関はごく一部に限られます。

一方、リフィル処方箋でマイナス0・10%、小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来でマイナス0・10%とあります。これらを踏まえると、全体的にはプラス0・23%にとどまるのです。リフィル処方箋はどの程度の効果が出るかは不透明ですが、そう考えればプラス幅はさらに縮小されると考えられ、額面とりの「プ

ラス0・43%』とは捉えられないのではないのでしょうか。

また今回の改定率決定にあたっての財務大臣と厚生労働大臣の大臣合意では、財務大臣側からかなり具体的な取り組みについての要望が出ています。本来ならば中央社会保険医療協議会(中医協)で議論すべき内容にまで踏み込んでおり、中医協の独立性が危ぶまれるのではないかといった指摘が出たほどです。

財務省にも医療政策に精通した官僚がいますが、こうした状況下での改定であることを、医療機関としても認識すべきでしょう。

高度急性期は手厚く評価

「必要度」見直しは今後を注視

改定の全体的な方向性を見るうえで注目されるのは、やはり高度急性期医療の処遇です。「急性期体制充実加算」が新設され、総合入院体制加算を上回る点数がついています。かつ、要件も細かく定められており、高度急性期医

療をしっかりと評価しようという姿勢が鮮明になっています。

このなかで昨今問題視されていた病院敷地内の調剤薬局のあり方にも歯止めをかける要件が設定されました。特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない」という項目がそれです。医薬分業とそれを支える面分業、地域医療、地域包括ケアにおけるあるべき薬局の姿を考え合わせれば、敷地内薬局は絶対におかしいわけで、よく考えた項目だと思えます。

また特定集中治療室での臨床工学技士やメディエーターの配置を評価する加算が新設されるなど、細かいところに配慮している点も目を引きます。

急性期医療において、もう一つ大きな話題となっているのが「重症度、医療・看護必要度」における「心電図モニター管理」の除外です。急性期医療の現場で安否確認のために取りつけるのは当たり前と指摘されればそのとおりですが、この影響度は少し時間が経たないと見直しは難しいでしょう。

大局的には7対1病床をはじめとする急性期体制の見直しを着実に進めようとする姿勢がうかがえます。このことはDPC/DPDSの1日当たり定額点数の設定方式が、入院初期をより重点的に評価する形に変更になったことからも推察できます。入院期間Iはより厚みが増し、その分、入院期間II、入院期間IIIが目減りしているのです。「高度急性期」と「そうでない急性期」の色分けをさらに鮮明にしたいという意向があると考えられます。

病床機能の分化とそれぞれの機能強化は、急性期に限らず、医療政策の軸の一つであり続けています。地域包括

ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しも、内容は確かに厳しいですが、方向性を打ち出したと見ることもできます。また療養病棟中心の病院でも、「急性期病院に入院するほどではない症状の高齢者救急」の一部を担っていたりする必要が出て

てくると思います。

今回の改定を踏まえながら、自院が地域医療においてどのような役割を果たしていくのかという方向性を明確に示し、院内のスタッフの皆さんのモチベーションを引き上げていただきたいと思えます。

急性期医療

施設基準と加算の組み合わせや
細かい項目見直しで病院像を示す

上村 久子氏

株式会社メディフロー
代表取締役急性期体制充実加算で
急性期ブランドを確立

急性期病院の入院基本料を大きく改編した2018年度診療報酬改定やその整備を進めた20年度改定に比べて、今回の22年度改定は一見すると小ぶりな改定と言えるかもしれませんが、

ただ、細かい項目をいろいろ見直ししたり、施設基準と加算を組み合わせたりしており、結果的にそれぞれの病院には大きな影響を与えかねない内容になっています。

その象徴的なものが「急性期体制充実加算」です。これまで総合入院体制加算や地域医療支援病院など、「急性期ブランド」の構築が進められてきましたが、同加算はその最終形態という印象を持っています。

それだけでなく、同加算を算定できると、他のいろいろな加算がとれる仕組みになっています。なかでも注目しているのは「周術期栄養管理実施加算」です。1手術につき1回、270点を算定できます。点数の高さも目を引きますが、施設基準として総合入院体制

加算が急性期充実体制加算を届け出ていることが含まれています。

ここで専任の常勤管理栄養士の配置が定められており、急性期治療における栄養管理の重要性が強調されていることも注目です。

地域包括ケア病棟は
「減算」要件が目立つ

地域包括ケア病棟入院料・管理料に関しては、もともと、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援——の3つの役割を求められてきました。

従来の改定では、急性期病床を減らし、同病棟を増やすねらいもあったためか、「少なくともどれか1つ」を担っていれば評価されていました。今改定では「全部」を担っていないと十分な評価を得られない仕組みになっています。高度急性期医療が手厚く評価されているのと比べると、より一層、「減算」のイメージが色濃くなっているとも言えるでしょう。

①100床以上の病院の場合、入院料・

管理料1又は2では入退院支援加算1を算定していない場合は90%に減算

②入院料・管理料2と4で、自宅等から入棟した患者割合、自宅等から緊急患者の受け入れ、在宅医療の実績(6つのうち1つ以上)、の3つのうち1つ以上を満たさない場合は90%に減算

③入院料・管理料3と4で在宅復帰率70%を満たさない場合は90%に減算

④200床以上の病院の入院料・管理料2・4で、自院の一般病棟からの転棟した患者の割合が6割未満の場合は85%に減算

⑤療養病床の場合、「自宅等からの入院患者の受け入れが6割以上」など3つの要件いずれかを満たさなければ95%に減算

①は、多くの病院で入退院支援の体制が整っていることを踏まえればそれほど大きな問題にはならないように見えますが、ここで求める「入退院支援加算1」は入退院支援部門の人員配置のほか、2病棟に1人以上の入退院支援職員の配置が求められています。

規模の小さい病院ほど人員配置ギリギリで運営していることが多いので、各病院で十分な配置が行われているかどうか項目の要件と自院の体制を注意して見比べていただきたいと思います。

管理栄養士の配置を評価する項目が充実

今次改定の特徴として挙げておきたいもう一つのポイントが「チーム医療」に対する評価の充実です。なかでも先に述べたとおり、管理栄養士の配置に対する評価が目につきます。近年の診療報酬改定は、医師、看護師だけでなく、薬剤師やリハビリセラピストなどの医療専門職の配置を算定要件にする傾向がありますが、この流れを踏まえたものと見ていいでしょう。

先ほど、「周術期栄養管理実施加算」で専任管理栄養士の配置が求められていることをご紹介しましたが、このような評価は他にもあります。たとえば、「摂食嚥下加算」は「摂食嚥下機能回復体制加算1〜3」と名称変更され、要件、評価も見直されました。

従来に加算の施設基準では摂食嚥下支援チームの設置が求められ、専任の医師又は歯科医師、専任・常勤の認定看護師、専任の言語聴覚士、専任の薬剤師、専任の管理栄養士のカンファレンス参加を求めていました。チームの設置は今回も同じですが、医師又は歯科医師、認定看護師又は専任の言語聴覚士、管理栄養士の専任に絞られました。管理栄養士の配置を重視する姿勢がうかがえます。

同加算は鼻腔栄養が胃ろう、中心静脈栄養の患者が対象ですから、そういった患者の経口摂取回復は摂食嚥下支援チーム、それ以外の患者の低栄養対策は栄養サポートチーム(NST)が担当するといった分担策も検討できるでしょう。

管理栄養士をしつかり配置している病院は入退院がスムーズという印象が強いです。加算1で週1回210点という点数だけを見れば、病院として積極的に算定に向けて取り組むというモチベーションにはなりにくいかもしれません。しかし、食事摂取は患者の生活の質(QOL)改善においてとても大きな意味を持つことは確かです。対象患者はかなり多いはずですから、ぜひ算定に向けて取り組んでいただきたいと思えます。

管理栄養士や医師事務作業補助は点数算定以外の価値がある

医師事務作業補助者も同様です。医師事務作業補助体制加算点数が今回の改定でも上乘せになっています。点数が高いことだけを理由にして人員を配置するのではなく、病院に必要な職種として浸透していくと考えるべきです。

医師事務作業補助者の活用は、医師負担軽減策としても注目されており、慢性期医療「治す」「寄り添う」の内容充実をさらに進める

慢性期医療

この20年あまり、慢性期医療に関する医療政策は「治す医療」と「長期療養における寄り添う医療」という2つの役割を追求してきました。ただ漫然と治療を提供して現状を維持するという体制のあり方には厳しく手が入っています。介護療養型医療施設の廃止、介護医療院の新設や、25対1療養病棟廃止の方針はその代表例です。

実際、多くの慢性期病院ではこの2つの医療を追求し、療養を進めるなかで在宅に帰ることのできる人は帰すという医療のあり方が定着してきました。「治す医療」については、前回の2020年度診療報酬改定、そして今回

厚生労働省のデータでも勤務経験の長い医師事務作業補助者の活躍は現場からの評価が特に高いことが言われています。医療政策の大きな柱である「医師の働き方改革」の視点から考えても、重視すべきです。

こちらも管理栄養士の配置と同様、当該の診療報酬点数だけを見れば採算を取れないと考える方もおられるかも知れません。医師の本業に集中していただく環境を用意することで医療の質が安定し適切なケアを提供しやすい環境が整うという観点も必要ではないでしょうか。

田野倉浩治

東京都病院協会事務管理部会会長
永生病院事務部長

の22年度改定では、さらに新しい役割を求められていると感じています。すなわち、状態がある程度、落ち着いた患者であれば、早めに療養病棟で受け入れ、適切なリハビリの提供などを通じて状態を改善させ、早期の退院へ在宅復帰を促すというものです。

さらに言えば、慢性期病院も急性期から脱し、状態が安定した患者が来るのを待つだけでなく、他の医療機関や地域に自分たちから積極的に役割を果たすことも考えるべき時期に来ているのではないのでしょうか。そのため機会を今回の改定は用意しているのかもしれない。

当院では、退院して在宅療養を続ける患者様から具合が悪くなったので診てほしいというご要望があれば、すぐに病院で受け入れて診療する体制を整備しています。入院していた患者様や継続して通院している患者様の場合には病状を確認し、救急病院ではなくなるべく自院で受け入れられています。このように在宅療養患者についても、限定的ではありますが、すでに対応している慢性期病院があるのです。

日本慢性期医療協会の武久洋三会長が「慢性期救急」という考え方を提唱し、会員病院に対しても、需要が急増している高齢者救急の一部を担うよう呼びかけていますが、そうした動きもその流れの一環として認識すべきでしょう。

また「長期療養における寄り添う医療」では、より一層、質の充実が求められています。今次改定において、経過措置病棟入院料のなかでFIM測定が要件化されました。前回の改定で、すべての療養病棟入院基本料の要件としてデータ提出加算算定が盛り込まれています。主眼は国のデータ収集・分析かもしれませんが、それぞれの病院としてもせつかく集めたデータを有効に活用したいものです。

21年度介護報酬改定で新設されたLIFE(ケア)の質の向上に向けた科学的介護情報システムとの関連や相互乗り入れについても、軌道に乗るには少し時間を要するかもしれませんが、注目していく必要があると思います。

慢性期病院ではこれまで、データに頼らず、医師や看護師の経験則に基づいて治療方針が定まってきた側面があります。そうした経験則を可

視化する事によって慢性期医療の質を高めることが期待されます。診療に役立てることはもちろん、患者や家族の納得を得るためのツールとして活用することもできるでしょう。

特に慢性期病院は高齢者の終末期医療にかかわる機会が多だけに、こうした医療内容の可視化とそれに基づく患者との合意形成も検討することが求められているのではないのでしょうか。

介護医療院への転換もどこかで踏み切りを

今次改定は、項目としては、▽医療区分の見直し(嚥下機能評価等体制の要件化)、▽経過措置病棟の評価見直し―が目立つ程度です。18年度改定や20年度改定に比べれば落ち着いた改定と言えるかもしれませんが、これまで述べた路線を着実に進めています。

嚥下機能の要件化では、中心静脈栄養を実施している状態の患者について、患者の摂食機能の回復に必要な体制を備えていない場合は区分3から区分2に引き下げる内容が盛り込まれました。これも中心静脈栄養を漫然と実施するのではなく、状態改善に向けた取り組みを進めてほしいというメッセージとして受け止めるべきです。

これまで改定のあり方から考えると、いずれ実績が求められることも念頭に置くべきかもしれません。経過措置病棟の見直しは、25対1病棟について療養病棟入院基本料2の点数を75%に引き下げています。前回改定で85%に引き下げられ、今回はさらに引き下げた形です。ただ、25対1病棟の廃止は既定路線です。病院としては早めの対応を進めることが望ましい

でしょう。

介護医療院への転換もコロナ禍で一時的勢いがなくなっているとも聞きますが、やはりどこかのタイミングで踏み切りをつけるべきだと思います。

繰り返しますが、慢性期病院であっても、従来の医療のあり方や自院の都合に固執するのではなく、可能な限り患者のみならず、地域に寄り添っていくことが期待されているのです。

現場の声①

樋口 洋祐氏
社会医療法人社団森山医学会 事務局長

① 自院の概要

1982年に江戸川区西葛西でスタートした救急医療・脳神経外科の森山医学会は、急性期医療を担う森山記念病院293床(一般199床・療養94床)と回復期リハビリテーション医療を提供する森山脳神経センター病院(149床)を中心に一貫した医療介護の提供体制がある。

② 改定の影響

一般病棟の主な懸念点は、重症度、医療・看護必要度の評価方法を基準IIに変更が必要な点と、「心電図モニター」項目削除の影響。「急性期一般入院料1」を維持できるならば、新設される「急性期充実体制加算」の届出を目指して、院内体制整備や病院機能評価受審を進めたい。

地域包括ケア病棟は一般病棟からの転棟が多いと減算額が大きい。入棟すべき対象患者像を整理したい。各種実績のタイムリーな監視と各職種の協力

が重要な鍵となる。

回復期リハビリテーション病棟1は重症患者割合が変更された。急性期患者の早期受け入れと、早期在宅復帰の役割が一層重要になった。新たに対象となる心疾患患者に対して心大血管疾患リハビリテーションを実施できれば、患者はもとよりスタッフの専門性・モチベーションの面で良い影響を期待したい。

③ 「地域医療連携の充実と働きやすい病院」を目指す

「感染対策向上加算」で、地域の医療機関が連携して感染症対策を行う姿が示された。また、紹介重点医療機関の制度化など外来医療の機能分化の流れからすると、医療連携がますます重要となってくる。治療ユニットと救急医療・緊急手術の両方を充実させたい

医療機関は手術・処置にかかわる時間外加算の要件見直しにどう対処すべきだろうか。病院全体で勤務者の負担軽減、タスクシフトに真剣に取り組み、専門性を活かした仕事を行える環境を通じて働きがいを感じられるような病院を目指したい。

現場の声②

吉田 克己氏
社会医療法人社団光仁(会) 理事・法人本部長

① 自院の概要

葛飾区東金町の光仁会第一病院は、急性期病床89床(急性期一般入院料5)、地域包括ケア病棟12床(入院医療管理料2)、療養病床35床(入院料1)の全136床で、優秀な外科医が在籍する一方、現状は内科系疾患の入院患者が多い傾向だ。また、茨城県に総合

守谷第一病院(199床)がある。

② 改定の影響

まず、急性期では重症度、医療・看護必要度の見直しで、「心電図モニター」項目削除の影響が大きい。前回の2020年度改定での認知症・せん妄の除外も相当なダメージだったが、追い打ちを受けた形だ。何としても「急性期一般入院料5」は維持し、今次改定で新設された「看護補助体制充実加算」ほか、押さえるべき加算をしっかりと算定しカバーしたい。

地域包括ケア病棟は致命的ではないが、12床と小規模かつ自院内転棟が多いため、厳格化した在宅復帰率が要件だ。また、「地域包括ケア入院料2」の10%減算を回避すべく、「入院支援助加算」を2から1へ体制変更する準備と実績づくりを進めている。

療養病床は、ほぼ満床稼働で8割以上が中心静脈栄養だが、VE・VF検査ができる患者は少数だ。「摂食嚥下機能回復体制加算」を受け、検査から多職種カンファレンスに基づく充実した支援体制の流れを早急に確保したい。

③ 地域連携強化の時流に乗るべく体制強化を検討

今次改定は、コロナ禍でも各方面でかなり切り込んだ内容を打ち出してきたと同時に、特に200床以上で地ヶア中心の中規模病院は経営的影響が大きいのではないかと。

また、「感染対策向上加算」をはじめ、行政や地域の医療機関とのより積極的な連携や、基幹病院としての働きを評価する要件が全体的に増えた。今回の医療・介護同時改定も見据えてこの時流に自院を乗せるべく、地域戦略を検討していきたい。

東京きらぼしフィナンシャルグループ
きらぼし銀行

東京の地域医療を支える 病院を応援します。

医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp

photo © mapo - stock.adobe.com