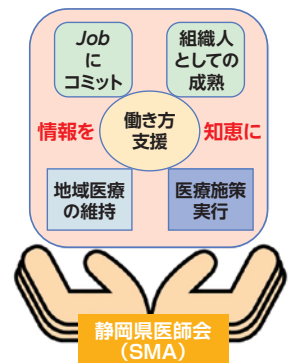


勤務医委員会 NEWS (静岡県医師会)

Vol. 18 (2022年4月号)

新年度のご挨拶が遅れ申し訳ありませんでしたが、この4月はどこの医療機関も新しい職員を迎え、希望にあふれた時季かと思いません。新型コロナウイルス感染症の蔓延状況は相変わらずですが、診療報酬改定の詳細も色々と見えてきた状況下、新たな取り組みにも是非チャレンジしていきたいところです。

本号 (Vol.18) では、2022年度の診療報酬改定において、病院で働く勤務医が注目すべき内容事項の解説を行うとともに、静岡県医師会として今年度も取り組んでいく各種事業について紹介したいと思います。



(診療報酬改定)

今回の改定では、基本的視点および具体的方向性として「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」を掲げていますが、実際の算定項目を見る限り、感染症対応などもふまえた病院の機能分化の更なる推進と医師の働き方改革への支援、そして、医療におけるICTの利活用促進とサイバーセキュリティへの配慮、リフィル処方箋の導入で代表される新たな医薬品管理が気になります。それらに関して、代表的な改定項目等を取り上げ解説します。

【急性期充実体制加算】

今回の改定で一番の目玉とされているのが「急性期充実体制加算」です。具体的には、急性期一般入院料1または特定一般病棟入院基本料を申請している医療機関で14日間を限度に算定できる加算（1日につき、7日以内：460点、8日～11日：250点、12日～14日：180点）ですが、従前からあった「総合入院体制加算（14日以内を限度に、加算1：240点、加算2：180点、加算3：120点）」と比較して破格の点数が設定されています。その分、その施設基準や算定要件（図1）はとても厳しく、県内でもこの加算を申請できる医療機関は数施設程度ではないかと思われます。実際、これまで「総合入院体制加算1」は精神患者の入院受け入れを算定要件としていたことから、県内では聖隷三方原病院しか算定で

きませんでした。が、「総合入院体制加算2」を算定していた静岡県立総合病院や聖隷浜松病院などの基幹病院（8施設）や「総合入院体制加算3」を算定していた6施設にとって、極めて魅力的な加算として検討対象になっていることは間違いありません。急性期充実体制加算では精神患者の入院受け入れを必須要件としていないことから、今回、手挙げする医療機関が先の15施設からいくつ出てくるのかが注目されます（特定機能病院は総合入院体制加算も急性期充実体制加算も対象外です）。

とはいえ、全身麻酔手術が年間2,000件以上、緊急手術が年間350件以上といった施設基準のハードルは決して低くないものと考えます。さらに、院内心停止を減らすための方策である「院内迅速対応チームの設置」や「特定の保険薬局との間で不動産と賃貸借取引がない」といったユニークな施設基準が今回示されており話題になっています。

いずれにせよ、これまで国が地域医療構想の中で「高度急性期」と「急性期」の峻別にこだわっていたことが、今回の改定で、ある程度その方向性が具現化したものと言えます。また、今回の新型コロナウイルス感染症への対応でいえば、この種の加算が取れる病院では人工呼吸器やECMO等の管理が当然求められるのだと思います。次回は、2025年を前に最後の医療介護同時改定が行われますが、そこで国の考える「高度急性期」病院の最終形が示されるような気がします。

図1 「急性期充実体制加算」の施設基準

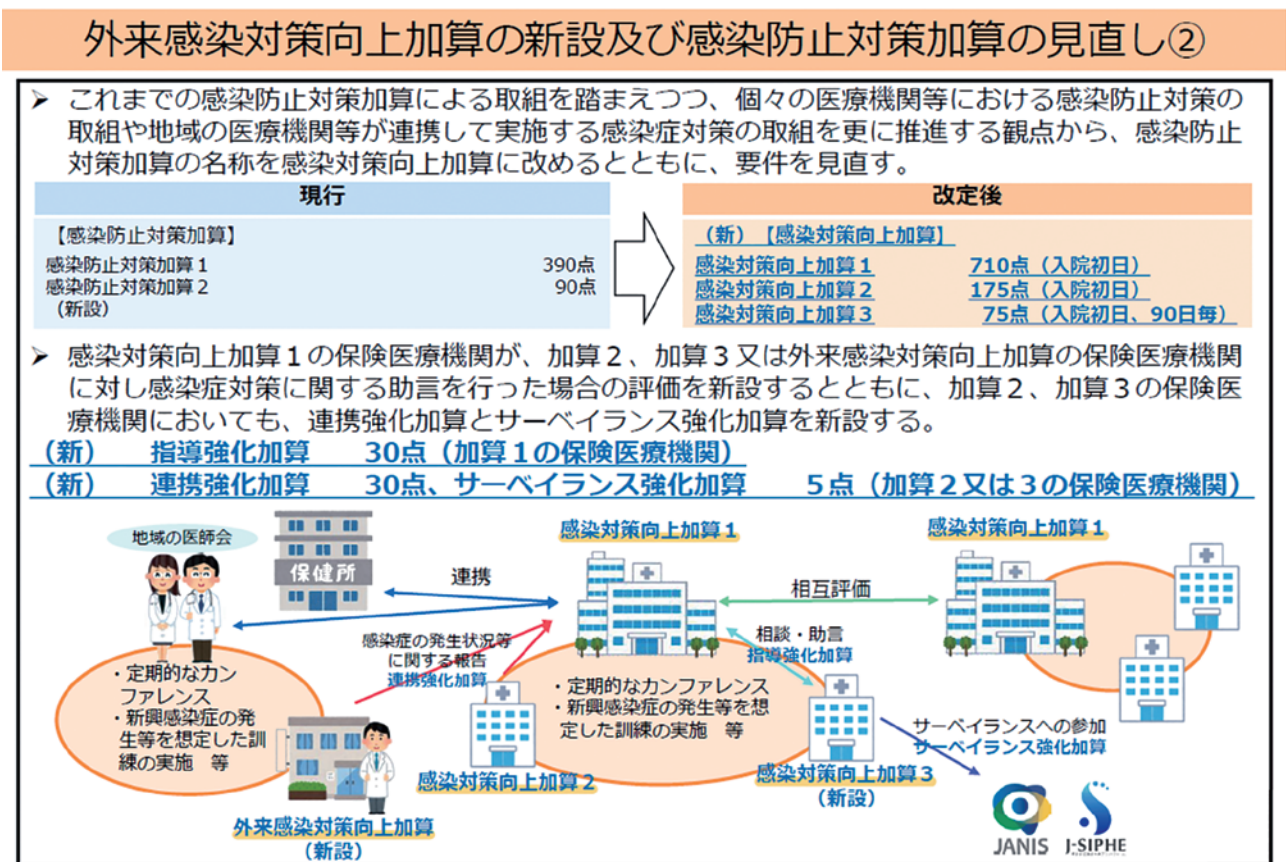
高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設	
急性期充実体制加算	
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない
24時間の救急医療提供	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター 満たす ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外來腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外未で実施可能であること。）
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退院患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転院したものの割合が、1割未満
外來機能分化に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを満たす ◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆ 紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない

[感染対策向上加算]

病院の感染対策部門において、これまで聞き慣れていた「感染防止対策加算（1・2）」の名称が「感染対策向上加算（1・2・3）」へと変更されるとともに、その施設基準等が大きく変化しました(図2)。その背景には、新型コロナウイルス感染症を含む(今後の)新興感染症への対応を意識した、医療機関の機能分化(差別化)促進があるように感じます。実際、「感染対策向上加算1」はとても高い点数設定にはなっていますが、従前の人員配置を重視した「感染防止対策加算1」とは異なり、地域の医師会や保健所等と連携して感染症患者を積極的に受け入れることを求めているほか、これまで別途加算設定されていた抗菌薬の適正使用に向けた監視体制の整備なども含んだ施設基準となっています。

また、今回は、病院だけでなく診療所に対しても、平時からの感染防止対策の実施や地域の医療機関との連携強化を期待する「外来感染対策向上加算」を新設したことが注目されています。これは、診療所におけるこれまでの発熱外来等への対応を評価したものと考えます。

図2 「感染防止対策加算」の見直しと「外来感染対策向上加算」の新設



[地域医療体制確保加算] と [医師事務作業補助体制加算]

医師の働き方改革を支援する趣意のもと2020年度の診療報酬改定で新設された「地域医

療体制確保加算」は、今回、算定点数が100点アップした一方で施設基準がやや厳しくなりました。もともと、同加算は「救急搬送2,000件加算」とも揶揄されるように、救急医療にかかわる実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間で2,000以上あることを施設基準として定めています。また、併せて「病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する計画」の作成を求めています。後者についてはこれまで比較的緩い要件になっていたように思います。ところが、今回の改定では、「医師労働時間短縮計画作成ガイドランに基づき『医師労働時間短縮計画』を作成すること」という具体的な施設基準が定められました。その背景には、2024年4月から動き出す医師の時間外労働規制への対応配慮があるのは間違いありません。医師の働き方改革に向けて、関係する医療機関においては、本格的な対応策等の取り組みを行わなければならないということです。

「医師事務作業補助体制加算」は2008年度の診療報酬改定で付設された加算ですが、これまでも算定点数の継続的なアップだけでなく、医師事務作業補助者の業務内容や主たる作業部署の制限などで様々な施設基準の変遷がありました。そのなかでも、今回の「加算1」における「当該保険医療機関で3年以上の実務経験を有する医師事務作業補助者が5割以上配置されていること」という施設基準には驚きを覚えます。その背景には日本医師事務作業補助研究会（日本医師事務作業補助者協会）によるアンケート結果がありますが、確かに実務経験が増えるにあたり業務遂行能力が高まることは理解できます。ただし、離職予防に向けて給与体系の変更が容易でない多くの医療機関において、現場で働く医師事務作業補助者のモチベーションをどう維持できるかが大きな課題となるのは間違いありません。静岡県医師会では、全国に先駆けて、全県レベルで医師事務作業補助者の生涯教育（静岡県の医療クラークを育てる会）に取り組んできましたが、県内の医療機関で働く実務者等の支援となっていれば嬉しい限りです。

[情報通信機器を用いた各種算定項目]

これまで厳格な要件のもと認められていた「オンライン診療」に関わる各種算定項目が、今回の改定において完全解禁に近い状況となりました。実際には、初診料・再診料・外来診療料に「情報通信機器を用いた場合」という算定点数が別途定められたほか、これまで限定的であった医学管理等（医学管理料）についても一定程度算定できるようになりました。いずれも、現行の対面診療よりは低い点数とはなっていますが、今後の広がりがあるのか注目される所です。ただし、患者及び担当医師の認証や保険証確認、オンライン処方箋のあり方などに多くの問題が残されており、現場的には慎重な対応が望まれるものと思います。

併せて、ここ数年、全国各地で起きている医療機関へのマルウェア等による被害に対して、サイバーセキュリティ対策の強化促進が大きな課題となっています。今回の診療報酬改定では、「診療録管理体制加算」の施設基準において、400床以上の医療機関では専任の医療情報システム安全管理責任者の配置と定期的な職員研修の実施を求めているほか、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制の確保も期待するとしています。それ以外にも、医療機関間の情報共有及び連携を効率的・効果的に行うために、標準規格の導入に係る取組として医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) の導入推進を求めるなど、医療機関に対して高い情報管理機能を今後求めていく姿勢を明らかにしています。

さらに、国策としてのマイナンバーカード推奨を後押しするように、初診料・再診料・外来診療料に「電子的保健医療情報活用加算」を新設することで、厚生労働省として大きく施策誘導している状況が今回の診療報酬改定では見え隠れします。

[リフィル処方箋]

2022年度の診療報酬改定では、医師による1回の処方に対し薬剤師がくり返し調剤対応できる「リフィル処方(リフィル処方箋)」という仕組みが導入されました。欧米ではずいぶん前から導入されているものの、日本ではこれから本格運用されることとなり、当面は混乱を極めるものと思われます。具体的には、症状が安定している慢性疾患の患者において、一定回数まで、同一の処方箋を反復利用できるという仕組みです(図3)。新しい処方箋の様式にある「リフィル可 (回)」に医師がチェックをして上限回数(現状は3回まで)を記載することで、患者さんは処方箋に記載されている投与期間分の医薬品をくり返し受け取ることができます。これまでも「分割調剤」といって、「薬剤の長期保存が難しい」、「ジェネリック医薬品に不安があるので一定期間お試し期間がほしい」、「薬剤師のサポートが必要」などの理由で、全体の投与期間の中で医師の指示のもと分割調剤を行う仕組みはありましたが、今回のリフィル処方とは根本的な概念が異なります。なお、リフィル処方箋の有効期限ですが、初回は従来の院外処方箋と同様に処方公布日から4日以内ですが、2・3回目の受け取り期間(有効期間)は、調剤予定日の前後7日以内となっています。また、処方箋の有効期間内(第2回・第3回の調剤日まで)は患者さんが当該処方箋を保管・管理することになりますので、紛失時の対応などを含めいまだ課題が残されているように思います。

いずれにせよ、勤務医も知っておかなければならない制度変更だと思いますのでご注意ください。

図3 リフィル処方箋の導入

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

➤ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

➤ リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行	改定後
<p>【処方箋料】 【算定要件】</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>	<p>【処方箋料】 【算定要件】</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合、<u>（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）</u>には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>

[その他]

そのほかにも、急性期一般入院基本料の算定要件にからんだ「重症度、医療・看護必要度」の見直しや、「術後疼痛管理チーム加算」「周術期栄養管理実施加算」「入院栄養管理体制加算」「重症患者搬送加算」「報告書管理体制加算」「養育支援体制加算」「成育連携支援加算」などの新設による新たな医療チームの設置、DPCの分岐や3段階評価の再編、外来機能報告制度などを見すえた紹介受診重点医療機関での選定療養費（定額負担）などが注目されています。

詳細については、関係書籍等を参考にしてください。

（「Welcome Seminar in Shizuoka 2022」の予定）

静岡県内の若手医師への教育支援と地域の医療関係者との交流を図る目的で、静岡県医師会では臨床研修医を主たる対象に「Welcome Seminar in Shizuoka」と「屋根瓦塾 in Shizuoka」をこれまで企画・開催してきました。ここ1-2年は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、屋根瓦塾については一時開催を断念した時期もありましたが、Welcome Seminarについてはオンライン対応のもと昨年度も3回開催でき、屋根瓦塾についてもオ

ンラインで2回開催することができました。今年度も感染症の動向が予測できない状況にはありますが、とりあえずWelcome Seminarについては下記の開催予定で計画しています。

なお、Welcome Seminarでは、臨床研修医に必須とされる研修プログラムの中で、自施設のみでの研修が難しいと思われる内容のもの（テーマ）について、静岡県医師会が主導的に開催し修了書を発行する形をとっています。下記の内容を見ていただければ分かりますが、県内外の著名な講師をお呼びしていますので、臨床研修医以外の先生方の聴講にも対応しています。県内の臨床研修病院には優先的にご案内・ご対応しますが、ご関心のある先生がいましたら事務局までご連絡ください。

【第1回】 5月14日（土）15：00～18：00

○テーマ：「法律と倫理」

講 師：浜松医科大学 医学部総合人間科学講座法学 教授 大磯義一郎 先生

○テーマ：「感染症」

講 師：静岡県立静岡がんセンター 感染症内科部長 倉井華子 先生

【第2回】 6月11日（土）15：00～18：00

○テーマ：「虐待（小児）」

講 師：和歌山県立医科大学 法医学講座 教授 近藤稔和 先生

○テーマ：「社会復帰支援」

講 師：静岡県医療ソーシャルワーカー協会 会長 中村 敬 氏

【第3回】 7月23日（土）15：00～18：00

○テーマ：「ACP」

講 師：浜松医科大学 地域家庭医療学講座 特任教授 井上真智子 先生

○テーマ：「緩和ケア」

講 師：聖隷三方原病院 副院長 森田達也 先生

(静岡県医師会主催の研修会等の予定)

・2022年5月14日（土）「第1回Welcome Seminar in Shizuoka 2022」

（於：県医師会館＋Web）

・2022年5月21日（土）「産業医研修会（実地）」（於：県医師会館）

・2022年5月22日（日）「産業医研修会（前期）」（於：県医師会館）

- ・ 2022年 6月11日（土）「第2回Welcome Seminar in Shizuoka 2022」
(於：県医師会館 + Web)
- ・ 2022年 6月26日（日）「産業医研修会（前期）」（於：県医師会館）
- ・ 2022年 7月 2日（土）「産業医研修会（実地）」（於：県医師会館）
- ・ 2022年 7月23日（土）「第3回Welcome Seminar in Shizuoka 2022」
(於：県医師会館 + Web)
- ・ 2022年 8月28日（日）「産業医研修会（3単位）」（於：県医師会館）
- ・ 2022年 9月10日（土）「産業医研修会（実地）」（於：県医師会館）

なお、プログラム等の詳細は下記事務局までお問い合わせください。

※今後の新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況によってはWebのみでの開催や中止となる場合もあります。

(文責：静岡県医師会副会長・勤務医委員会委員長 小林利彦)



* お問い合わせ先：静岡県医師会地域医療課

電話：054-246-6151 E-mail：drsupport@jim.shizuoka.med.or.jp