



# 全日病 ニュース

## 2020.5.1 No.962

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

## 電話・オンライン診療の初診料は214点

### 中医協総会 緊急経済対策に盛り込まれた特例対応を了承

中医協総会は4月10日、持ち回り開催により、初診からの電話・オンライン診療の診療報酬上の対応を了承した。特例の電話・オンライン診療の初診料は通常の288点より低い214点となった。対面が原則の診療において、新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた緊急経済対策により、特例的な取扱いを認める。受診履歴のない患者も対象となるため、厚生労働省は3カ月ごとに実態を把握し、検証する。

新型コロナウイルスの感染状況に応じ、電話・オンライン診療による診療や処方、「再診」において、これまで段階的に特例措置を拡大し、診療報酬上の取扱いを示してきた。診療は対面が原則であり、厚生労働省は、初診での実施には慎重で、「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」でも委員からは慎重は意見が目立った。しかし、規制改革推進会議の後押しなどもあり、今回の緊急経済対策で、可能とした。

初診から電話・オンライン診療を行うにあたっては様々なケースがある。

電話などで患者が医療機関に連絡し、診療が不要と医師が判断する場合は、「健康相談」の範疇になり、診療報酬の対象外である。対面診療が必要と判断されれば、「受診勧奨」として、通常どおり来院が促される。

診療が必要で電話・オンライン診療が可能と判断された場合は、今回の特例の対象となる。今回の対応では、医療機関に患者の受診履歴がない場合も対象で、電話・オンライン診療が可能

な医療機関を厚労省がリスト化し、患者はリストで受診先を選ぶことが想定されている。

医療機関は初診料や処方料、処方箋料を算定できる。初診料は「電話等を用いた初診料」として、通常の288点より74点低い214点。処方料(42点)、処方箋料(68点)は変わらない。ただし、受診中の患者に対し新たな症状で電話・オンライン診療を行った場合は、診療報酬上は初診扱いとはせず、電話等再診料(73点)を算定する。

慢性疾患を抱える定期受診患者で、電話・オンライン診療を行う前から、「情報通信機器を用いた場合」が「注」に規定されている管理料を算定する患者は147点をあわせて算定できる。

具体的には、特例疾患療養管理料や

生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料などを算定している患者である。

薬局は、医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話などによる服薬指導を行った場合、調剤技術料、薬剤料、特定保険材料、薬剤服用歴管理指導料などを算定できる。医薬品の処方、横流しのリスクがあるため、一定の制限を設ける。

また、通常のオンライン診療料でも特例的な対応を講じる。具体的には、「1カ月あたりの再診料等(電話等再診は除く)およびオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること」の規定は、新型コロナウイルス感染が拡大している間は適用しない。

なお、オンライン診療における診療報酬の変更は現時点ではこれのみ。今回の電話・オンライン診療の特例は、基本的には、電話等再診料の枠組みで整理しているためだ。

## 外来と入院で診療報酬上の特例的な対応を了承

### 中医協総会 新型コロナ患者に救急医療管理加算が算定可能に

中医協総会は4月8日、医療機関における新型コロナウイルスの感染防止対策を評価する診療報酬上の特例的な対応を了承した。7日に閣議決定された政府の緊急経済対策に盛り込まれたもので、一般の医療機関が新型コロナウイルス感染者を受け入れることを想定し、外来診療と入院管理における感染予防策の評価を既存の診療報酬項目を準用し、算定できるようにした。

外来では、新型コロナウイルス感染疑い患者への感染予防策を講じた診療を評価するため、「院内トリアージ実施料」(1回300点)を算定できるようにする。「院内トリアージ実施料」は通常、夜間・休日・深夜の受診患者の緊急度に応じて診療の優先順位づけを行うトリアージを実施した場合に算定できる。

算定の際に求める必要な感染予防は、

「新型コロナウイルス感染症診療の手引き・第1版」に則った対策を求める。手引きに、受診時刻や入口等の調整(時間的・空間的な感染予防策)を行った上で、患者を受け入れるなどの方策が記述されている。

入院では、緊急に入院が必要と判断された新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価として、「救急医療管理加算1」(1日950点)を最長で14



日間算定できるようにする。「救急医療管理加算1」の算定要件である「緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者」とみなす。施設基準の届出は不要で、通常の算定日数の限度は7日となっている。

また、さらに手厚い対応を4月18日の事務連絡で実施した(2面参照)。

今後は、感染症病棟や一般病棟で新型コロナウイルス感染症患者の受け入れが困難な場合が想定される。このため、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟や療養病棟入院基本料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合、それぞれ在宅患者支援病床初期加算(300点/日)や在宅患者支援療養病床初期加算(350点/日)を算定できることも明確化した。

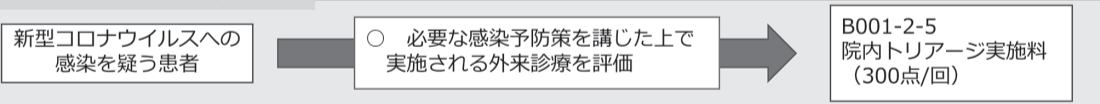
全日病会長の猪口雄二委員は、すでに一般の医療機関が新型コロナ患者に対応し始めていると強調するとともに、「施設基準等で求めている各種の研修の要件について、さらに柔軟な取扱いを検討してほしい」と要望した。

感染予防策を講じた診療の評価では、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療で、「二類感染症患者入院

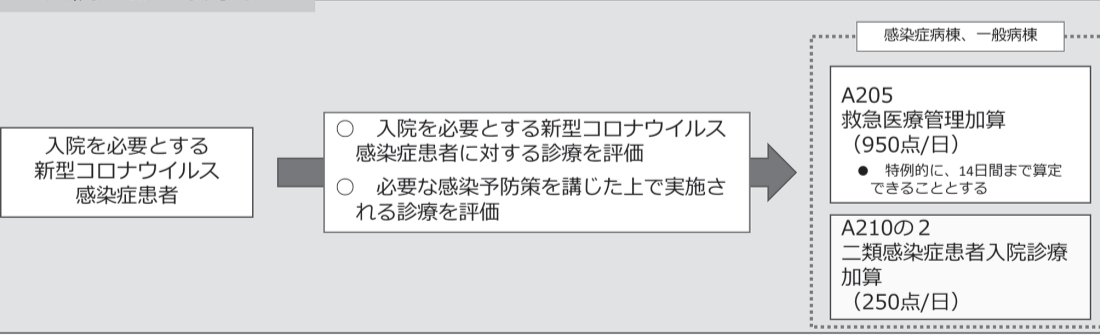
### 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

○ 新型コロナウイルス感染症患者の外来診療及び入院管理について、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」を踏まえた診療報酬上の特例的な対応(案)は、以下のとおり。

#### 外来における対応



#### 入院における対応



## 清話抄

### 新型コロナウイルス対策と従来の医療課題

新型コロナウイルスによる感染拡大はとどまるところを知らず、国内でも多くの業界に多大な影響を及ぼしています。特にわれわれ医療者は日々感染

者への対応や院内感染対策、病床確保など大変な思いで対応されていることと思います。

本来であればこの時期は新年度に入ったばかりで、病院経営においては新年度の事業が始まり、新入職員入職など新たな気持ちで意気揚々とスタートを切っている時期なはずでした。ましてや今年4月は、2年に一度の診療報酬改定ということで、改定された項目を十分チェックし、それぞれ自院に関係するところはくまなくチェックし

対応しはじめていた時期でもあったはずです。

他にも従来の課題である医師の働き方改革や地域医療構想などについても引き続き取り組まなければなりません。しかしそれらの課題すらも頭の片隅に追いやってしまう新型コロナウイルスの問題は、今我々医療従事者が最大限取り組まなければならない非常に大きな問題となっています。

新型コロナウイルスに対する対応を考えて行く中では、地域医療構想にお

ける病床削減や機能分化の問題、また相次ぐ医療従事者の感染や濃厚接触者の自宅待機における職員不足は働き方改革にも影響する部分があり、従来の医療界での課題がこの新型コロナウイルス対策にも関わってきていると考えられます。

今後従来の課題も忘れることなく、世界共通の課題である新型コロナウイルス対策に全力で取り組んでいきたいと考えております。

(黒澤 一也)

# 主張

## 医療体制の整備は 平時の安全保障である

今世界は、新型コロナウイルス(COVID-19)の感染で大変な状態である。感染者数が増えるにつれ、医療崩壊が心配されており、一部の国ではすでに崩壊しているといわれている。日本でも4月になってから感染者が急速に増加しており、都会では医療崩壊が心配されている。それでも日本はまだ良い状態といわれる。それは皆保険制度と医療の充実によると思う。感染者が急速に増加すると日本でも医療崩壊

が起り得る。地域医療構想は「地域に必要な病床を整備する」という目的なのに、経済界やマスメディアは「ベッド削減」が進んでいないと盛んに非難している。医療の整備と提供は、平時の安全保障である。医療界は医療の必要性をもっと主張しなければいけない、今が大きなチャンスである。今の新型コロナウイルス感染で日本だけの損失でも100兆円を超えるかも知れない。医療にお

金をかけて医療体制を整備しておけばこの額は大幅に減少する。政府・経済界・マスメディアもこの事を理解し考え方を考えるべきである。人口減少社会でどの様に医療を整備して行くか。保険給付の範囲をどうするか。自己負担をどうするか等を考慮した上で皆保険制度を守って行かなければならない。今回の新型コロナウイルス感染を含めて地震・台風・豪雨等の自然災害は毎年でも起りそうである。このような災害時への対応も考えておき、対策を準備しておく必要を感じる。医療圏や県単位で災害時に利用できるベッドの確保を地域医療構想に義務付ける必要がある。これは今の医療費の枠でな

く、別予算で行い、日本を守る制度が必要となる。一般の病院でも感染症に対応する構造や対応を改めて考える必要が出てきている。災害派遣チームは感染症の対応を強化する必要を感じている。幸いに日本は、国民性や体制強化で十分に可能な知識や能力を持っている。医療費を削減した国や、皆保険制度のない国では今回の新型コロナウイルス感染が広がっている。日本での感染の終息が早く来る様に願っている。(4月6日記) (木下 毅)

# 新型コロナ重症患者対応の特定入院料を倍増

## 中医協総会 中等症対応では救急医療管理加算を倍増

厚生労働省は4月18日、新型コロナウイルス感染症の重症・中等症患者への診療報酬を倍増させる対応を事務連絡した。17日に、安倍晋三首相が「重症者の命を救うため、懸命に治療している医療従事者に対し、診療報酬を倍増するなど処遇の改善に取り組む」と発言したことを受けたもので、中医協総会を持ち回りで開催し決定した。今回の対応は3点の特例的な対応からなる。①重症の新型コロナウイルス感染症患者の治療の評価の倍増②患者の重症化等を防ぐための管理および医療従事者の感染リスクを伴う診療の評価③新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続きなどの柔軟

な対応一である。以下で順にみていく。重症な患者とは、ECMO(体外式心肺補助)や人工呼吸器による管理など呼吸器を中心とした臓器不全の患者で、その重症患者が入院する特定入院料の診療報酬を倍増する。具体的には、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のそれぞれの入院料の点数が2倍になる。また、特定の患者については算定できる日数も延長する。具体的には、「急性血液浄化(腹膜透析を除く)を必要とする状態、急性期呼吸窮迫症候群または心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者は21日」、「ECMOを必要とする状態の患者は35日」としている。感

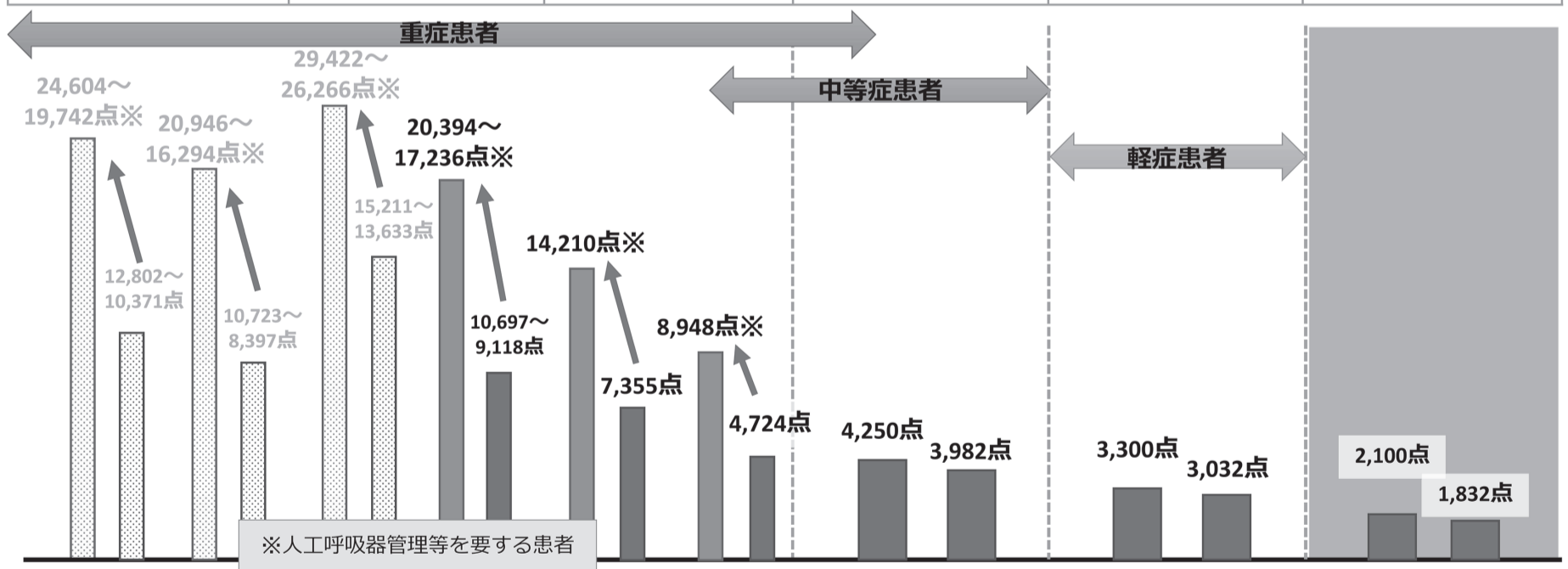
染リスクに配慮した手当てとしての加算も2~4倍とする。酸素療法が必要な患者を想定した中等症以上の患者の重症化や、他の患者または医療従事者への感染を防ぐための診療の評価では、入院料ではなく、救急医療管理加算の2倍相当の加算を算定できるようにする。「救急医療管理加算1」は950点で2倍の1,900点を通常7日までを14日まで加算できる。なお、4月8日の事務連絡の対応では、新型コロナウイルス感染症の患者に対して、「救急医療管理加算1」が14日まで算定できることや、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を算定できることを示していた。

新型コロナウイルス対策の緊急事態宣言が発出されたことに伴い、本号はページ数を減らして発行させていただきます。

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴う手続きなどの柔軟な対応では、通常の入院医療とは異なる体制を臨機応変に整えることが必要であることから特例措置を講じる。一般病棟で新型コロナ感染症患者を受け入れた場合でも、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と同等の人員配置を整えた病床であれば、簡易な報告により、各点数を算定できるようにする。また、救命救命入院料は通常、院内からの転棟では算定できないが、患者の同意を得た上で、入院経路を問わず算定できるようにする。

### ●新型コロナウイルス感染症患者(中等症・重症)の受入れに係る特例的な対応

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	急性期一般入院基本料(中等症以上の患者)	急性期一般入院基本料(軽症の患者)	(参考・従来の評価)急性期一般入院基本料
治療室内に常時医師配置	治療室内に常時医師配置	医療機関内に常時医師配置	(医師配置の基準なし)	(医師配置の基準なし)	(医師配置の基準なし)
入院料2 23,604~18,742点(看護配置 2対1) 入院料1 20,446~15,794点(看護配置 4対1) +1,000点(入院料1:500点)	入院料1 28,422~25,266点(看護配置 2対1) 入院料3 19,394~16,236点(看護配置 2対1) +1,000点	入院料1 13,710~6,855点(看護配置 4対1) 入院料2 8,448~4,224点(看護配置 5対1) +500点	1,650~1,382点+450点 +1,900点+250点 (看護配置 7対1~10対1)	1,650~1,382点+450点 +950点+250点 (看護配置 7対1~10対1)	1,650~1,382点+450点 (看護配置 7対1~10対1)



# 中医協会長に小塩隆士・一橋大教授が就任

## 中医協総会 当面の課題は薬価調査の実施方法

中医協総会は4月8日、7日付けで退任した田辺国昭会長の後任に、公益委員の小塩隆士氏(一橋大学経済研究所教授)を会長に選出した。小塩委員は挨拶で、「新型コロナウイルスの感染拡大により、日本の医療は緊急事態にある。中医協としても地域医療を守るため、迅速・的確に対応して、危機克服に貢献したい」と述べた。また、退任に際し、田辺会長は任期中の中医協の審議を振り返り、3点を

指摘した。1点目は、妊婦加算の凍結・廃止に触れ、「医療機関など供給側だけでなく、患者など需要側の行動を考える必要がある」と述べた。2点目は、オプジーボなど高額薬剤の保険収載が保険財政全体に与える影響を懸念した。3点目に総論として、「医療保険制度を守るため、絶えず制度を見直していくことが大事だ。しかし、急激な変化はリスクが大きい。慎重さと迅速さのバランスが求められる」と述べた。

また、公益委員には、永瀬伸子委員(お茶の水女子大学教授)が加わった。日本経団連の委員は、宮近清文委員から眞田享委員に替わった。新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、中医協は同日、オンライン方式で総会を開催した。当面、新型コロナウイルスへの対応が必要であることか、中医協を特例的に、持ち回りで開催することを認めることを了承した。一方、薬価制度抜本改革によって、

2年に一度の薬価改定の中間年にも全品目の薬価調査を実施し、価格乖離の大きな品目について、薬価改定を行うことになっている。9~12月に薬価調査を実施するには、6月には実施準備に入らなければならない。このため、薬価調査の実施方法を薬価専門部会で早急に議論していくが必要になる。支払側の委員は、薬価改定の議論は持ち回り開催にはせずに、オンライン方式など議論の場を設定することを求めた。診療側委員からは、薬価調査を実施する上でも平時の状況ではないなど、現場への負担も考慮し、2021年度の薬価改定は行わない選択肢を含めて考えるべきと主張する意見が出た。

# 医療事故調査等支援団体として制度の普及・定着に取り組む 病院における医療事故調査を支援

全日病の委員会を紹介するシリーズの第6回は、医療事故調査等支援担当委員会の細川吉博委員長にご登場いただきました。医療事故調査制度が2015年10月からスタートして間もなく5年。全日病は、医療事故調査等支援団体の一つとして、医療機関における医療事故調査を支援する活動を行っています。委員会の取り組み状況について、細川委員長に聞きました。

## 医療事故調査制度の 運営をフォロー

——まず、医療事故調査等支援担当委員会の役割について教えてください。

医療事故は、患者さんにとって、また患者さんのご家族にとってたいへん残念な出来事であり、我々、医療従事者にとっては避けなければならぬことです。

また、最善を尽くしたにもかかわらず、不幸な事故によって医療者が罪に問われたり、不当に逮捕される事態はなくさなければなりません。

医療事故調査制度は、医療事故をめぐる長い議論を経て2015年から始まりましたが、この制度が普及・定着し、医療に対する信頼と安心の確保につながるように我々医療従事者も努力しなければなりません。医療事故調査等支援担当委員会として、医療機関の院内調査を支援し、制度運営をしっかりとフォローする必要があると考えています。

——医療事故調査制度によって、医療事故が発生した場合に、医療機関は院内事故調査の実施が義務づけられていますね。

医療事故が発生した場合、まず遺族に説明を行うとともに、医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）に報告した上で、速やかに院内事故調査を実施することが求められます。また、医療事故調査を行うに当たっては、原則として外部の専門家の支援を受けながら調査を行うとされています。

全日病は、医療事故調査等支援団体の一つとして医療機関の医療事故調査を支援する役割を担い、この活動を進めるために当委員会が設置されました。当委員会の支援内容は、表1の通りですが、会員病院に限らず、広く門戸を開いています。また、遺族からの質問や相談にもできる限り対応することとしています。

医療事故調査等支援団体には、全部で29の団体・事業者がありますが、病院が相談できる窓口として全日病が支援団体の役割をはたすことは大切なことだと思います。病院の力になり、頼られる存在になるように取り組まなければなりません。

私は、昨年度に常任理事に就任したのを機に当委員会の担当になりましたが、先輩方が取り組んでこられた事故調査と医療安全の蓄積の厚みを感じています。前委員長の飯田修平先生や副委員長の永井庸次先生、東邦大学医学部の長谷川友紀先生、弁護士宮澤潤先生をはじめ、多くの専門家の先生方にこの委員会の活動を

いろいろな意味で支えていただいている、これは全日病の強みだと思います。

医療事故は起こらないことが一番いいのですが、医療という行為の性質上、アクシデントは避けられません。万が一、事故が起こった場合には、調査を行って原因を究明するとともに、自院のスタッフを守る必要があります。そのためには制度についての理解を深めるとともに、積極的に全日病の支援を活用し相談していただくことが大切だと思います。全日病の支援について、会員病院に知っていただくことも当委員会の役割であると思っています。

## 相談窓口を積極的に 活用してほしい

——委員会の具体的な活動についてお聞きします。医療事故調査等支援の相談窓口を開設していますが、活動状況を教えてください。

全日病のホームページに相談窓口（表2）を設け、医療事故調査の支援に対する依頼や相談を受け付けているほか、院内調査に関する専門家の派遣を行っています。2018年度には、3件の相談があり、これに応じて3件の専門家の派遣を行いました。2019年度は、5件の相談があり、同様に5件について専門家を派遣しています。

初めて当委員会に相談される時は、敷居が高いと感じられるかもしれませんが、病院の状況に応じて上手に窓口を利用している病院もあります。患者さんの遺族との話し合いがこじれて、困っている病院は少なくないと思いますので、積極的に活用していただければと思います。

## 研修会を通じて 院内事故調査の方法を習得

——もう一つの活動の柱は、研修会の開催ですね。

2019年度は、3つの研修会を開催しました。

「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題研修会」は、病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的とし、座学で半日の研修となっています。

医療の安全確保は、医療機関および医療従事者に課せられた責務ですが、重大な医療事故を経験することは稀ですし、また、医療事故が発生する状況は様々であり、その対応は必ずしも標準化されていません。このため、事故発生後の対応は困難となるのが通常です。

全日病では、2011・2012年度に「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」を実施し、その結果を『院内医療事故調査の指針』としてまとめています。また、2014年には、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」（代表研究者 西澤寛俊）を行い、院内事故調査のガイドラインに関する研究を行いました。2017年には、院内医療事故調査の具体的な方法がわからないという声に応えて、『院内医療事故調査の考え方

と進め方』を出版しています。

このように全日病では、医療事故調査制度が発足する以前から調査研究を重ね、相当の蓄積を持っています。それを活かして事故対応の手法を広く会員病院に学んでいただくための研修会を実施しています。

また、「院内事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会」は、『院内医療事故調査の指針』を教材に、院内医療事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的としています。2日間の日程で、グループワーク形式で事例をもとに事故報告書の作成までの手順を学びます。講師は、西澤班（「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」）の協力者である宮澤弁護士や飯田先生、永井先生、長谷川先生にお願いしています。

## 医療事故調査制度を 運営面から改善

もう一つの研修会が、「医療事故調査制度事例検討研修会」です。この研修会は、医療事故調査等支援団体として、運営面から制度の改善に寄与したいというねらいがあります。

医療事故調査制度に対して遺族や報道関係者から指摘されていることとして、報告事例が少ない、あるいは報告すべき事例が報告されていないという点があります。その要因としては、報告事例の判断の誤りがあると考えられています。

そこで、この研修会では、医療事故が発生した際に、医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を取り上げ、グループワークによって、対象事例の考え方を学ぶこととしています。

——2020年度の研修会については、どのような予定でしょうか。

2020年度についても同様の研修会を実施する予定であり、開催日程は表3の通りです。新型コロナウイルスの影響で、6月の日程は中止または延期を検討していますが、確定した段階で、ホームページや全日病ニュースでお知らせします。

これらの研修会は、「医療安全管理者養成講習会」（全日本病院協会・日本医療法人協会共催）の継続認定の研修会に該当し、医療安全対策加算の施設基準で求められている「医療安全対策に係る研修」となります。このように医療安全の取り組みは、診療報酬でも評価されていますので、積極的に活用していただきたいと思います。

## 事故原因を究明し 医療安全に活かす

——最後に会員病院に対して一言。

医療事故は、患者さんの家族にとって辛い出来事であると同時に医療従事者にとって一生を左右するような出来事です。医療安全の取り組みを通じて事故を未然に防止することが第一ですが、必ずしも過失がなくても不可抗力で起こることもあり得ることを念頭に置いて対応する必要があります。

医療事故調査制度の目的は、調査を通じて事故の原因を究明し、再発防



止を図ることにあります。事例を集めて振り返りつつ、安全確保の取り組みを進めることが大切であり、そのことを通じて誰もが安心して受けられる医療をつくっていく必要があると思います。制度の趣旨をご理解いただき、当委員会の支援活動をご活用いただきたいと思います。

——ありがとうございました。

表1 医療機関への支援内容

①医療事故調査制度全般に関する相談
②医療事故の判断に関する相談
③院内事故調査の手法に関する助言
④院内事故調査報告書の作成に関する助言
⑤院内事故調査委員会の設置・運営に関する助言
⑥院内事故調査に関わる専門家の派遣

表2 医療事故調査等支援相談窓口

電話番号	03-5253-7441
電子メール	anzenshien@ajha.or.jp
FAX	03-5283-7444
受付時間	9:30～12:00 13:00～17:00 (土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)

表3 2020年度の研修会開催予定

<b>1 医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題研修会</b>
第1回 2020年6月28日(日)
13:00～18:00
(中止・延期を検討中)
第2回 2021年2月28日(日)
13:00～18:00
<b>2 院内事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会</b>
2021年2月13日(土)・14日(日)
1日目: 13:00～18:30
2日目: 9:00～17:00
<b>3 医療事故調査制度事例検討研修会</b>
2020年10月18日(日)
10:00～16:30

## 医療事故調査等支援担当委員会・委員

委員長	細川 吉博
副委員長	永井 庸次
委員	飯田 修平
委員	小谷野圭子
委員	中澤 信
委員	西澤 寛俊
委員	森山 洋
特別委員	坂本 憲枝
特別委員	長谷川友紀
特別委員	藤田 茂
特別委員	宮澤 潤
担当副会長	美原 盤

# 日本専門医機構が今年度の専攻医募集のシーリング案を報告

## 医道審・専門研修部会

## 今回の上限設定を継続しつつ精緻化を図る

医道審議会の医師分科会医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は4月10日、日本専門医機構から2020年度の専攻医募集のシーリング案(募集人数の上限設定)の報告を受けた。基本的には、2019年度に実施し、厚生労働省が推計した必要医師数の推計に基づく都道府県別・診療科別の上限設定を継続する。その上で、都道府県や学会の指摘を踏まえ、精緻化を図った。

なお、同日は新型コロナウイルスの感染拡大を受け、会議という形はとらず、委員に資料を送付し、メールで意見を受け付ける方法で開催した。

国は医師養成の段階でも医師偏在対策を進めている。卒後2年間の臨床研修制度と異なり、専門研修は国から独立した日本専門医機構が運営を担うため、直接的な関与はできない。このため、地域医療に関わる点について、都道府県の地域医療対策協議会の意見を受け、厚生労働大臣が意見を述べる形で、専門研修段階の医師偏在対策に

与している。

2019年度募集のシーリングで初めて、都道府県別・診療科別の上限設定を導入した。基本的には、勤務時間で換算した足元の医師数がすでに、2024年に必要とされる医師数を上回っている都道府県別の診療科が、シーリングの対象となった。募集上限は、直近の採用実績から、必要医師数を上回る分の一定割合を引いた数とした。

ただ、これらの計算を厳格に反映させると、激変になり混乱が生じる。そこで、研修期間の半分がシーリング対象外の都道府県での研修であることを求める連携(地域研修)プログラムを定めた。

さらに、◇地域枠医師や自治医科大学出身医師は対象外とする◇シーリング数が5人を下回る場合は対象外とする◇地域貢献率の算出で都道府県内の医師少数区域の研修期間も考慮する一などの対応も加えた。

### 精神科に指定医連携枠を設ける

このようなシーリングを2019年度募集で初めて実施し、大きな混乱は生じなかった。しかし、日本専門医機構には学会などから様々な意見が寄せられた。特に、シーリングが厳しく設定された精神科などからは、推計に対する疑念が示された。都道府県からも、より実態に合ったシーリングの実施が求められた。

このため、日本専門医機構は機構内に協議会を設置。専門家や厚労省の担当者を交え、シーリングの改善策を議論した。その結果が、今回のシーリング案となった。まず、医師の所在地など基礎数字を最新のデータに反映させている。その上で、前回採用した配慮も継続しつつ、新たな改善策を加えた。

具体的には、◇過去の実績との激変をより緩和するため、シーリング数の合計(通常+連携)の下限を昨年の95%とし、95%に満たない数は連携プログラム(都道府県限定分)として追

加する◇研修期間が4年以上の診療科の連携プログラムの連携先研修期間は1年半以上とする◇精神科について地域における精神保健指定医を確保するため、指定医連携枠を設ける一などを行う。

東北を中心に都道府県から要望の強かったブロック別の連携プログラムの導入は、現段階では準備が十分に整っておらず、今回は見送った。

機構はシーリング案を踏まえ、学会のプログラム審査を経て、7月中旬に地対協に提示。9月中旬の同部会で最終的な了承を得て、10月半ばに専攻医の募集を開始する予定だ。

### 10月中旬募集に向け準備を進める

日本専門医機構の寺本民生理事長は4月20日に会見を開き、シーリング案の了承を理事会で得たことを報告。新型コロナウイルスの影響も懸念されるが、当面は予定通り10月中旬の募集開始に向け準備を進める方針を示した。

# 食費相当分の標準負担額の軽減措置で不適切事例

## 厚労省

## 2018年度診療報酬改定の回りハ病棟入院料の新設分が反映されず

厚生労働省は4月10日、療養病床に入院する患者の一部に対し、標準負担額の軽減が適切に行われていなかったことを公表した。2018年度診療報酬改定の際に、回復期リハビリテーション病棟入院料の新設分が軽減措置に反映されていなかったため、厚労省は同日付で告示を改正した。

入院時生活療養費は、療養病床に入

院する65歳以上の患者が負担すべき食費・居住費の一部を支給するもの。患者が負担する標準負担額は、基準額から入院時生活療養費を差し引いたもので、患者の状態や所得状況に応じて、軽減措置が講じられている。

一方、回復期リハビリテーション病棟は、2018年度診療報酬改定前の入院料が1～3までだったが、2018年度改

定により、回りハ病棟入院料4～6が新たに新設された。

しかし、新設の入院料における軽減措置が告示に反映されなかった。このため、65歳以上で療養病床に入院する回りハ病棟入院料4～6を算定する患者の一部で、本来の軽減措置が行われない事態が生じた。

厚労省は対応策として、同日付で告

示を改正し、負担額が適切に軽減されなかった1,017人に対し、所得区分に応じ1人平均約1,900円または約3,600円の差額分の給付を行うとしている。

なお、今回の告示対応は保険局医療課所管ではなかったため、再発防止のため、所管課との情報共有を深め、法令対応のリスク管理を徹底させるとしている。

### 2020年度 第1回常任理事会の抄録 4月18日

#### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 福島県 公益財団法人ときわ会磐城中央病院 院長 政井章
  - 千葉県 学校法人国際医療福祉大学国際医療福祉大学成田病院 院長 宮崎勝
  - 鳥取県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部鳥取県済生会境港総合病院 院長 村脇義和
  - 大分県 医療法人顕秀会石垣病院 理事長 山本記顕
- 他に退会が5件、正会員から準会員への会員種別が1会員あり、正会員は2,552会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
  - 沖縄県 シンワメディカルリゾート宮古島 院長 榎本小弓
- 準会員は98会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
  - 東京都 Ubie 株式会社 代表取締役 阿部吉倫
  - 東京都 株式会社トーホー

- 代表取締役社長 横澤裕一 賛助会員は107会員となった。
- 2019年度事業報告書・事業実績説明書(案)について承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
  - 「新型コロナウイルス関連」、「中央社会保険医療協議会総会」、「社会保障審議会医療部会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「循環器病対策推進協議会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「新型コロナウイルス感染症に関する健診施設への影響度調査」、「会員登録情報の変更」の報告があり、質疑が行われた。
- 病院機能評価の審査結果について(2月分・3月分)
  - 主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同
  - ◎一般病院1
    - 三重県 永井病院 新規
    - 埼玉県 池袋病院 更新
    - 埼玉県 小林病院 更新

- 千葉県 辻仲病院柏の葉 更新
- 東京都 墨田中央病院 更新
- 東京都 荒木記念東京リバーサイド病院 更新
- 愛知県 増子記念病院 更新
- 兵庫県 大西脳神経外科病院 更新
- 福岡県 長田病院 更新
- 福岡県 杉循環器内科病院 更新
- ◎一般病院2
  - 北海道 函館五稜郭病院 更新
  - 宮城県 みやぎ県南中核病院 更新
  - 大阪府 育和会記念病院 更新
  - 福岡県 新行橋病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
  - 北海道 苫小牧東病院 更新
  - 東京都 竹川病院 更新
- ◎慢性期病院
  - 愛知県 積善病院 更新
- ◎精神科病院
  - 北海道 札幌太田病院 更新
  - 大分県 衛藤病院 更新
- 2月7日現在の認定病院は合計2,163病院。そのうち、本会会員は880病院と、全認定病院の40.7%を占めている。

- (3月分)
- 主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同
- ◎一般病院1
  - 埼玉県 三井病院 更新
  - 神奈川県 戸塚共立第2病院 更新
  - 兵庫県 ベリタス病院 更新
  - 岡山県 中島病院 更新
  - 大分県 大久保病院 更新
- ◎一般病院2
  - 北海道 名寄市立総合病院 更新
  - 北海道 札幌共立五輪橋病院 更新
  - 福島県 総合南東北病院 更新
  - 滋賀県 草津総合病院 更新
  - 大阪府 医誠会病院 更新
- ◎慢性期病院
  - 東京都 回心堂第二病院 更新
  - 鹿児島県 指宿浩然会病院 更新
- ◎精神科病院
  - 大阪府 美喜和会オレンジホスピタル 更新
- 3月6日現在の認定病院は合計2,159病院。そのうち、本会会員は882病院と、全認定病院の40.9%を占めている。

#### ■ 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
2020年度第1回医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(100名) 【新型コロナウイルスの影響により日程変更】	2020年9月5日(土)・6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(税込) (33,000円(税込))	同講習会は2018年4月の診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するため、2018年度より開催。2018年12月に出版した「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」をテキストとし、相互評価の実務を想定したプログラムになっている。