



# 全日病 ニュース

## 2020.9.1

### No.970

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

## 三位一体の議論を着実に進めることを確認

医療部会 神野副会長は状況変化踏まえた対応求める

社会保障審議会医療部会(永井良三部会長)が8月24日、5か月ぶりに開催された。新型コロナの影響で止まっていた地域医療構想・医師の働き方改革・医師偏在対策の三位一体の議論を今後着実に進めていくとの認識を共有した。これらの課題に新型コロナの状況がどう関わってくるかについては、委員から様々な意見があった。オンライン診療やデータヘルス改革などICTを活用した医療体制の推進の議論も進めていくことも確認した。

新型コロナに対しては、「最重要の課題として、スピード感をもってこれに全力を注ぐ」。行政の具体的な課題としては、◇局所的な病床数の不足◇医療機関間の役割分担◇マスクなど感染防護具、人工呼吸器など医療物資の確保・備蓄一をあげた。医療現場の課題では、◇患者の医療機関への受診控

え◇局所的な病床数の不足◇特定の診療科における医師・看護師不足一に対応する必要があることを強調。これらを踏まえた医療提供体制の構築の議論を進めていく。

同日は、全日病の猪口雄二会長に代わり委員となった神野正博副会長が初参加した。猪口会長の日本医師会副会長就任に伴い、医療部会の委員は神野副会長が代行することになっていた。神野委員は、厚生労働省の今後の課題の整理を踏まえ、3点を指摘した。

まず、「これまで病院は他産業と同様に、効率性を重視し、在庫を極力少なくするJust-in-timeを進めてきた。しかし新型コロナでサプライチェーンが途切れ、個人防護具の入手も困難になった。Just-in-case(念のため)がリスク顕在化の際の対応として求められ、在庫にもある程度余裕を持た

せることが大事になった」と指摘。その体制をどう構築するかが、地域単位での整備を含め、重要になるとした。

次に、オンライン診療について、「3密を避けるため、オンライン診療は有効な手段になる。しかし、OTCより強い効果の薬を手軽に入手するといった目的で使われると、保険財政的にもよくない。薬の処方では一定の制限が必要かもしれない」と述べた。

また、今後、地域医療構想・医師の働き方改革・医師偏在対策の三位一体の議論を進めていくことになるが、新型コロナを踏まえ、従来のスケジュールを見直す必要があると指摘した。

一方、データヘルス改革は今後、具体的な情報の取扱いが課題になる。厚労省は今後2年間で実行する当面の計



画を説明。医療情報の有効活用が、新たな日常に対応するデジタル化を通じた強靱な社会保障につながる。今後2年間は「全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大」、「電子処方箋の仕組みの構築」、「自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大」を実行する。神野委員は、PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)などICT活用をさらに進めることが、「医療・介護連携、生活支援に役立つ」と期待を示した。

## 「重症度、医療・看護必要度」の経過措置の半年延長を提案

中医協総会 特例措置の拡大を含め、近く事務連絡を発出

厚生労働省は8月19日の中医協総会(小塩隆士会長)に、2020年度診療報酬改定で設けた9月30日までの経過措置の一部を、半年間延長することを提案した。入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準の見直しなどがある。また、新型コロナの感染拡大に伴い、現状で実施している基本診療料の様々な施設基準の特例措置の拡大も提案した。

ただ、支払側の委員は配慮の必要性は認めつつも、「エビデンスのない大雑把な対応で、現時点で賛成とは言えない」(幸野庄司委員・健康保険組合連合会理事)と主張。厚労省の提案は会長預かりとなり、近日中に事務連絡として特例措置の取り扱いが示される。

厚労省は同日、新型コロナによる医療機関における診療報酬への影響を整理した。まず、新型コロナ患者を受け入れている医療機関では、体制の変更により、看護師などの配置が変動している。例えば、新型コロナ疑い患者のための外来体制を組むために、他部門から人員を再配置しなければならない。新型コロナ患者の入院では、多床室の個室化や動線の確保、病棟機能の変更、勤務体制の再編などで人員の再配置が必要になる。

新型コロナ患者を受け入れていない医療機関でも、患者の受療行動の変化により、実績要件が満たせなくなるかもしれない。急性期病棟では、学会の声明や厚労省の事務連絡などを踏まえ、手術や検査を延期している。患者の退院調整も難航している。それにより、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者数の減少や平均在院日数の長期化が起きる。回復期病棟でも、急性期病棟からの患者の減少や退院調整の難航により、回復期リハビリテーション病棟ではリハビリ効果に係る実績指数の低下、地域包括ケア病棟では診療実績指数の低下などが発生している。

また、新型コロナのまん延防止のため、連携する医療機関同士の会議や研修が滞り、参加人数の調整やWEB開催の実施によっても、平時と同様の運用は困難であり、施設基準で求められている体制要件を満たせない場合がある。

厚労省の提案はこれらの状況を踏まえた提案となっている。

2020年度改定の9月30日までの経過措置では、◇急性期一般入院料などの「重症度、医療・看護必要度」◇回復期リハビリテーション病棟入院料1・3の「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」◇地域包括ケア病棟入

院料(特定一般入院料の注7も同様)の診療実績の半年間延長を提案した。経過措置の対象は他にもあるが、患者の受入れ実績が関わるものを半年間延長の対象とした。

また、現状で実施されている基本診療料の様々な施設基準の特例措置については、新型コロナ患者を受け入れた医療機関だけでなく、「職員が新型コロナに感染し、または濃厚接触者となり出勤ができない医療機関」も同様に取り扱う。これまでは新型コロナ患者を受け入れた医療機関に「平均在院日数」や「重症度、医療・看護必要度」、「在宅復帰率」などで、施設基準を満たしていなくても、満たしているとみなす特例措置を講じていた。また、「その他の実績要件等」も特例措置に加える。

緊急事態宣言が出された場合、これらの特例措置は「すべての医療機関」が対象となる。緊急事態宣言が一部の都道府県であっても、「すべての都道府県」を対象とする。特例措置の期間は月単位で判断する。

### 診療側は賛成し支払側が難色示す

これらの厚労省の提案に対し、診療側からは賛意が示された。日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、特例的な

取扱いは、「緊急事態宣言の発令で判断するのではなく、今年3～5月と同様の状況になった場合」とするなど、より柔軟な対応を求めた。日本病院会副会長の島弘志委員は、「急性期一般入院料4については元々、経過措置が来年3月末までになっており、それに合わせることで、厚労省の提案は妥当」と述べた。

しかし、支払側からは異論が出た。経過措置の延長について、健保連の幸野委員は、「新型コロナが医療機関に影響を与えていることは理解するが、エビデンスもなく、一律に対応すれば、来年3月末にどう判断するのか。また延長になって切りがなくなるのではないかと懸念を示すとともに、「一律対応ではなく、地方厚生局が個別対応で判断すべき」と主張した。

特例措置の取扱いについては、協会けんぽ理事の吉森俊和委員が、「新型コロナ患者を受け入れている医療機関と、そういう体制を整えずに院内感染が起きてしまった医療機関を同等に取り扱うことに違和感がある」と述べた。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「新型コロナの感染状況は地域により濃淡があるが、100%の医療機関が(患者減や感染防止対策など)新型コロナの影響を受けている」と理解を求めた。

## 清話抄

ネットでの大反響から学んだこと

いくつかの仮説とシミュレーションを重ねて作った新型コロナの全体像を説明する「7段階モデル」に関するインタビュー記事が、7月17日に東洋経済オンラインに掲載された。

Facebookなどで急拡散、推計300万

人から500万人にこのロングインタビューが読まれた。その結果、数本のテレビのオファーをいただくなど、驚きの連続の日々がしばらく続いた。

千を超えるネット上のコメントに目を通した。感覚的な数字であるが、5～6割が「賛同」、2～3割が「そうだったらいいな」、2割が「否定から誹謗中傷」であった。「同じ文章を読んでも、人によってかくも感じ方が違う」ことを痛感した。

データがない中、モデルの開発方法

にいささかの不安があったが、以下のコメントが「この方法も、あり」という確信と勇気をくれた。「この「新説」を読んだ時、私は「宇宙物理学」の仮説の立て方に似ている、と感じました。わかっている事実(理論)と新たに観測された結果を元に、見えない姿(本質)を推測し、論理的に矛盾の無い仮説を組み立て、それをまた様々な観測結果により検証し、論理的に仮説の精度を上げて本質に迫る、これが「宇宙物理学」だというのが私の認識なので

す。新型コロナウィルスの拡大により日本中、世界中で起こってきた様々な事実を整理して論理的に矛盾の無い仮説を組み立て、判っている範囲で検証してみたら今回の「新説」に行き当たったと私は理解しました」。このコメントを見た時、私以上に私の言ったことを上手く説明できる人がいることに驚いた。

ネットのコメントは怖いですが、時には大きな学びや励ましを提供してくれる。(高橋泰)

# 主張

## 地域医療BCPの構築

今、この瞬間も、住民のいのちと健康と生活を守る活動にご尽力されている全日病会員の方々に心から敬意を表します。COVID-19は、世界各国で蔓延し、医療体制や経済活動に多大な影響を与えています。現時点での感染拡大防止策は十分なレベルとはいえ、第2波も想定される状況です。

このような非常事態下、7月4日未明に熊本県南部を襲った豪雨は、人吉・球磨、水俣・芦北地区を中心に30以上

の病院・診療所で浸水被害が発生し、医療機器や医薬品、コロナ対策の防護服も流されるなど壊滅的被害を受けた施設もあり、地域の医療や保健衛生に深刻な打撃を与えています。1か月が経過した執筆時点でも地元だけで地域医療を支え、復旧させるのは困難な状況です。

日本列島は台風季節を迎えます。パンデミック下で自然災害等が起きる複合災害の発生時に医療機能を維持す

るには、現状の医療機関の事業継続計画(BCP)では逼迫する場面も多くなると予想されます。マンパワー不足が、クラスターの増加、感染者の爆発的増加につながる可能性が高くなります。

各医療機関では、複合災害に対応できるようなBCPを早急に作成する必要があります。リソースの被害状況を判断基準としたBCP策定は、感染症対策に限らず自然災害でも十分に活用できると考えます。各医療機関がBCPの観点からリソースベースで対応可能な業務を考慮し、それぞれの役割を果たすことで地域医療として事業継続をしていくことが肝要です。熊本県南部豪雨の教訓を活かし、各医療機

関でBCPを見直すと共に、中核病院、自治体を中心とした地域医療BCPを推進していく必要があります。地域医療BCPでは、災害拠点病院や関係各機関が緊密に連携し、患者の移送やリソースの融通・避難所の運営等を検討する必要があります。

COVID-19との共存を目指す新しい生活は始まったばかりです。被災地での感染拡大の防止対策や各医療機関のBCPを情報共有し、医療機関の事業継続だけでなく、地域の医療継続、さらには広域的な医療支援体制の構築につなげていければと考えております。(山田一隆)

# 初診からのオンライン診療の実態を検討会が検証

## 厚労省・オンライン診療検討会

## 特例措置は当面継続 不適切事例は指導

厚生労働省の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(山本隆一座長)は8月6日、4月にオンライン診療の特例措置が始まってから3か月間の実績を検証し、当面、特例措置を継続することを了承した。要件を守っていない事例も一部にあり、厚労省は都道府県に不適切事例について指導するよう求めた。

新型コロナウイルスの感染拡大により、感染を恐れて医療機関への訪問を控える患者が増加したため、厚労省は4月10日に事務連絡を出し、特例的に初診からのオンライン診療と電話診療を可能にした。

この特例措置は、新型コロナの感染が収束し、患者が医療機関を安心して受診できるようになるまでの時限的な措置。厚労省は検討会に、4月から6月までの3か月間の実績を報告した。

7月末時点で、オンライン診療または電話診療を実施できる医療機関は1万6,202機関で、うち初診からのオンライン・電話診療を行うとしているのは6,801機関。

実際に実施された初診の件数をみると、5月は電話診療5,461件、オンライン診療2,807件。緊急事態宣言が5月末に全国で解除された影響か、6月の初診件数は減少して電話診療3,536件、オンライン診療1,659件だった(図)。

患者は「0～10歳」の小児が最も多く、電話診療の28.30%、オンライン診療の37.41%を占めた。次に多いのが30代。61歳以上の患者の割合は比較

的少なく、電話診療では12.5%、オンライン診療では5.5%だった。

オンライン診療を行った診療科をみると、多いほうから順に内科36.5%、小児科34.9%、皮膚科13.9%だった。電話診療では、内科56.1%、小児科24.1%、耳鼻咽喉科7.3%だった。

オンライン診療・電話診療の特例措置では、初診で麻薬・向精神薬を処方してはいけないとされている。しかし、これに反して麻薬に分類されるコデインリン酸塩やジヒドロコデインリン酸塩、向精神薬のマイスリーやエチゾラムなどが処方されたケースがあった。

特例措置では、診療録などで患者の基礎疾患の情報が把握できない場合に、処方日数は7日間を上限にするよう定めているが、電話診療の5%に当たる300件、オンライン診療の3%に当たる196件で、8日間以上の処方が行われていた。

厚労省は、これらの特例措置の要件を遵守しない事例について、都道府県に情報を提供し、医療機関への指導を行うよう求めた。厚労省としても特例措置の要件を改めて周知する考えだ。

患者の住所と医師の所在とを比べてみると、北海道や岩手県に住む患者が、遠い東京都の医師の診療を受けるなど、距離が大きく離れたケースがあることもわかった。

厚労省は、急変時に対面診療に切り替える場合にも治療が継続できるように、オンライン・電話診療の対象はおおむね同一の二次医療圏内に生活・活

動拠点をもち患者に限ることが望ましいとの方針を示した。

実績の検証を踏まえ検討会は、当面、特例措置を継続する方針で一致した。新型コロナウイルス感染の状況から、まだ終了する時期ではないと判断した。

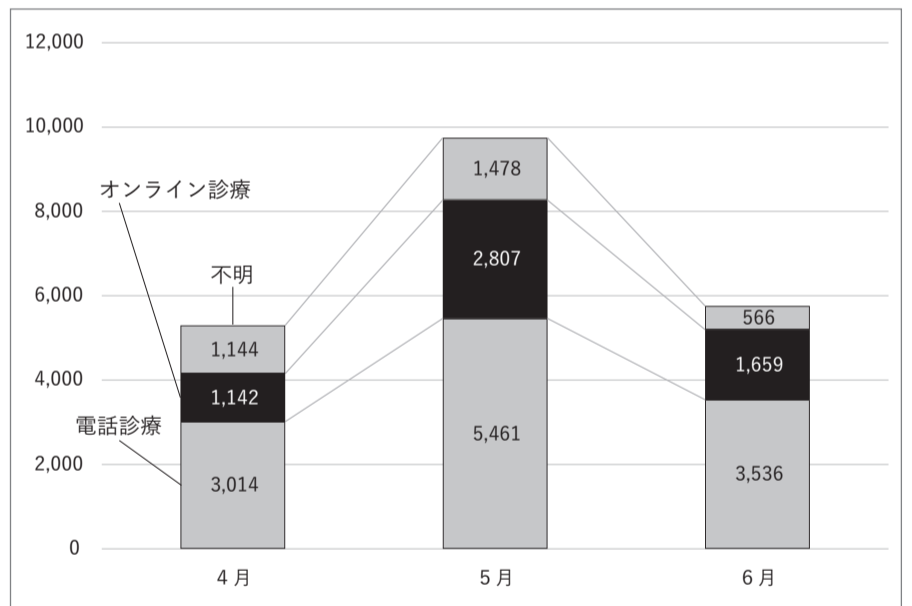
厚労省は、特例措置の終了時期は、「院内感染のリスクが低減され、患者が安心して医療機関の外来を受診できる頃」としてきた。これについて日本医師会の今村聡委員は、「新型コロナの感染拡大の状況と、患者が安心して医療機関の外来を受診できることを、リンクさせないでほしい」と訴えた。患者が安心して医療機関を受診できる



ようにするための環境整備が進んでいることも強調した。

検討会は今後、原則として3か月ごとに、特例措置の検証を行う予定。厚労省は、特例措置の実施状況をより詳しく把握するため、オンライン・電話による診療について、追加調査を行う。

電話・オンライン別 初診の件数



# 新型コロナへの対応と医療機関への影響を厚労省が整理

## 中医協総会

## 小児科と耳鼻咽喉科の患者数が激減

厚生労働省は8月19日の中医協総会(小塩隆士会長)に、新型コロナへの対応とその影響を論点とし、資料を示した。資料では、全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体の病院経営状況調査の結果を含め、これまでの経緯や患者数の変化の状況などが示された。これまで大量に出してきた事務連絡なども時系列で整理している。

新型コロナの国内の発生状況を見ると、8月17日24時時点で、上陸前であるクルーズ船事例を除き、陽性者数は5万6,685人、入院治療等を要する者は1万3,062人、うち重症者は243人、退院または療養解除となった者は4万2,284人、死亡者は1,115人、確認中は240人、PCR検査実施人数は121万4,145人である。

重症者割合は80代以上が5.8%、70代以上が3.9%、60代以上が4.9%、死

亡率は80代以上が19.9%、70代以上が9.5%、60代以上が2.9%となっている。

新型コロナは医療現場に様々な影響を与えている。感染拡大を防止するため、「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第2.2版」では、個人防護具や換気など新型コロナ患者を診療する上での情報を整理し、新型コロナウイルス感染症対策推進本部は医療提供体制における対応を定期的に、事務連絡している。

学会からは、例えば、日本消化器内視鏡学会は、新型コロナ患者等に対して、「緊急性のある場合においてのみ消化器内視鏡診療の施行を推奨」し、日本麻酔科学会は全患者の気道操作中の「医療義務基準を高めることを推奨」する。このように、すべての医療機関に対して、新型コロナを踏まえた様々な対応が要請されている。

## 新型コロナによる患者減の状況示す

患者の受療行動も変わった。社会保険診療報酬支払基金と国保連合会を合わせたレセプト件数では、対前年同月比で、医科は3月が89.8%、4月が81.0%、5月が79.1%に下がっている。入院は3月が96.2%、4月が88.6%、5月が85.7%、外来は3月が89.6%、4月が80.8%、5月が79.0%で、入院・外来とも減少しているが、外来の減少幅の方が大きい。

診療科別では小児科と耳鼻咽喉科で特に減少幅が大きいことが確認されている。最も下がった5月の対前年同月比は、小児科で53.9%、耳鼻咽喉科で58.3%である。下げ幅の大きい順にみると、次いで眼科が67.6%、内科が75.2%、外科が78.1%、整形外科が80.5%、産婦人科が89.3%、皮膚科が97.4%となっている。また、地域別で

は、3月以降は、特定警戒都道府県の減少幅が全国よりも大きい。

病院と診療所の比較では、若干診療所の減少の方が大きい。

訪問看護ステーションの報告でも、半数以上(52.4%)が「全体的に訪問回数が減った」と回答している。訪問回数が減った理由としては、「家族・利用者の意思」との回答が最も多い。

また、新型コロナの特例対応では、新型コロナ患者などを受け入れ、特定集中治療室管理料などと同等の人員配置とした病棟は、簡易な報告により、該当する入院料を算定できることを、4月18日付けで事務連絡している。簡易な報告による入院料の算定をみると、累積で、ハイケアユニット入院医療管理料が4,751床、救命救急入院料が839床、特定集中治療室管理料は552床、総計が6,142床となっている。

## 診療報酬改定シリーズ●2020年度改定への対応①

## 重症度、医療・看護必要度の見直し

医療保険・診療報酬委員会 副委員長 太田圭洋

2020年4月に診療報酬改定が行われた。急性期の病院に対しては、入院料の根幹にかかわる重症度、医療・看護必要度(以下、必要度)に大幅な見直しが行われたことから、多くの病院に影響が出ることが予想される。本来であれば、各病院が新たな必要度基準への対応にさまざまな取り組みに苦勞しているところであるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応、それによる経営状況の悪化から、それどころではなくなっている病院がほとんどだろう。

しかも、もともと9月末まで(入院料4では2021年3月末まで)は経過措置が設けられていることから、現在まで直接の影響を受ける状況でなかったこと、また、昨今の新型コロナウイルス第2波と思われる急激な感染拡大のもと、なんらかの診療報酬上の臨時的対応として救済措置が継続される可能性も高いことから、内部で必要度見直しへの対応の議論も対策も行われていない病院も多いのではなかろうか。しかし、経過措置や診療報酬上の臨時的対応もいつかは終りを迎える。病院経営管理に携わる者はそのことを十分理解し必要な対応を行っていただく必要がある。

まず、しっかりと今回の改定における重症度の見直しの内容をご確認いただきたい。大きく分けて、①各入院料に求められる施設基準の見直しと②評価項目、判定基準の見直しがある。

入院料に求められる施設基準の見直しとして、図に示すように、急性期一般入院料1では、従前30%(必要度Ⅱでは25%)であった必要度が、31%(同29%)に基準が引き上げられている。また許可病床400床以上の医療機関においては、必要度Ⅱを用いることが要件とされた(9月末までの経過措置あり)。

評価項目、判定基準の見直しは、さらに複雑である。「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準が削除されたことに加え、A項目の「免疫抑制剤の管理」が注射剤に限った評価となった。さらにA項目での救急に関する評価が変更

された。具体的には必要度Ⅰでは救急搬送後の入院の評価が2日から5日へ、必要度Ⅱでは、新たに、入院日に救急医療管理加算ⅠもしくはⅡ又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定している患者は、入院後5日間はA項目の評価対象とされた。C項目に関しても、大幅な見直しが行われている。入院での実施割合が9割以上の手術(2万点以上)及び検査が追加され、C項目の評価対象日数もさまざま延長されている。

今回の必要度見直しは、病院の機能分化の一環として、急性期一般入院料1の算定病床数を削減させることを目的としている。中医協では基準をどの程度にするか診療側、支払い側の意見が対立し調整がつかず、前回改定と同じく公益裁定に持ち込まれた。今回の31%/29%という基準は中医協に出された資料によると、現在の病院の下25%タイル値で切られたことになる。

すなわち4分の1の病院が、なにも対策が行われないと急性期一般入院料1が算定できなくなるところに線が引かれたということである。かなり厳しい数値であり、対応が必要となる病院も多いはずだ。

## 重症度、医療・看護必要度Ⅱへの移行を促す

また、今回の改定は必要度Ⅱへの移行を促す意図がちりばめられている。400床以上の病院が必要度Ⅱの評価が必須になったことに加え、必要度Ⅱでも救急関連の評価が加わるなど、今後必要度Ⅱの評価に誘導されていくことが予想される。先ほど述べた基準31%/29%も、必要度Ⅱの方がシミュレーション上はすこしやさしいところで線が引かれている。必要度Ⅱの測定には専用のソフトが必要であり、現在、その測定ソフトの妥当性評価が日本病院

会で行われている。今後のことを考えると、一度、自院が必要度Ⅱでどれくらいの数字になるのか把握しておいた方が良いでしょう。

全体として、今回の必要度の見直しは、外科系疾患に強く重症患者対応の多い大規模病院には追い風になるものの、内科系疾患の対応が多い中小病院には厳しい見直しとなっている。特に「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準が削除されたことにより、大幅に必要度が下がった病院も多い。必要度は3か月の実績が求められるため、9月末までの経過措置終了後になんの臨時的救済策もとられない場合、6月～8月の実績で入院料を届ける必要が出てくる。新型コロナウイルスへの対応で大変な時期ではあるが、再度、今回の改定内容を確認いただき、適切に対応いただきたい。

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -③~⑤

## 急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

## 入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

## 評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
  - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
  - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価



	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊髄麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

## 該当患者割合の施設基準

	現行 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	- / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	- / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%

	見直し後 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	- / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病床に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病床に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病床に限る

4

## 保健所とかかりつけ医の連携、PCR検査で質問

## 衆院・厚生労働委員会

安藤高夫衆議院議員(自由民主党・全日病副会長)は8月19日の衆院・厚生労働委員会で、新型コロナウイルス感染症に関連して、保健所とかかりつけ医の連携やPCR検査の拡充について質問した。

新型コロナウイルス感染症の軽症者・無症状者の多くは、ホテルや自宅で療養している。安藤議員は、かかりつけ医が療養中の患者の情報を得ようとしても、個人情報であることを理由に保健所の対応が遅く、「診療の障害になっている」と指摘。見解を求めた。

厚生労働省の正林督章健康局長は、自宅療養・宿泊療養中の患者に対するフォローアップが重要とした上で、都道府県に対し、患者のフォローアップ体制を整備するよう要請していると説明。「フォローアップ業務は医師会等に委託することを想定しており、地域

## 安藤議員が新型コロナウイルスに関連して政府の見解を問う

の医師が必要な情報を把握することが可能である」と答えた。

一方、保健所の負担軽減が課題であるとし、自治体に対し、外部委託が考えられる保健所業務のリスト化、ICTを活用した保健所業務の効率化などの支援を行っていることを報告した。都道府県に対しては、全庁的な協力体制の下、必要な人員体制を確保するよう要請していることを説明した。

安藤議員は、情報連携がしっかり行われることによって、保健所業務が軽減されると指摘するとともに、個人情報に関しては患者とかかりつけ医が事前に書面で契約を結ぶことが有効ではないかと提案した。

## PCR検査の全例実施を求める

続いて安藤議員は、PCR検査体制の拡充について質問。院内感染やクラ

スターを防ぐために医療機関・介護施設の入院・入所時にPCR検査や抗原検査の全例実施を求める声があることを紹介し、厚労省の見解を求めた。

正林健康局長は、入院患者や施設の入所者は重症化リスクが高いことから、感染対策の強化が重要とした上で、医療機関や高齢者施設で感染者が発生した場合、感染が疑われる者へのすみやかな検査を実施することが重要と説明した。また、医師が必要であると認める場合には、施設の入所時に検査の実施を可能とする取扱いを示していると述べた。

その一方で正林局長は、全例PCR検査を実施することについては、PCR検査が100%の感度を持たないことから、医療資源を圧迫するおそれがあるほか、本来必要のない行動制限を強いられるおそれもあることに留意する必要があると述べた。

あると述べた。

これに対し安藤議員は、職員を含めて定期的な検査の必要性を指摘した。その上で、医療機関への補填、医療法人への寄付の税額控除、精神科救急病院の絞り込みを含めたコロナ交付金に対する都道府県のローカルルールは是正について言及した。

最後に安藤議員は専門医の育成について質問。地方の大学では、リハビリテーションの講座がない大学があると指摘し、地方で専門医を育成できない事情があるなら都市部で教育すべきという声があることを紹介し、見解を求めた上で、厚労省内にリハビリテーションを扱う部署があるとよいのではないかと提案した。

厚労省の迫井正深医政局長は、日本専門医機構では、通常のシーリングとは別に、都市部と地方の両方で研修を行うことができる連携プログラムで採用するなど、診療科と地域医療に配慮した研修が行われていると説明し、実情を丁寧に把握しながら、取り組みたいと答えた。

●特別寄稿● 新型コロナウイルス感染症の対応

# 新型コロナウイルス感染症を想定した病院BCPの策定



(株) 日立製作所ひたちなか総合病院名誉院長 永井 庸次

## —地域を視野に入れたBCPが求められる

新型コロナウイルスの感染が拡大する中で、感染症パンデミックに対するBCPの重要性が認識されています。院内感染が発生した際に的確に対応し、医療機能を維持・継続するにはBCPが不可欠。新型コロナの対応では、病院単独の事業継続にとどまらず、行政や医師会、近隣の医療機関も含めたBCPが課題となっています。新型コロナウイルスを想定した病院BCPの留意点について、永井庸次常任理事にご寄稿いただきました。

### 病院BCPの必要性

事業継続計画(Business Continuity Plan: BCP)とは感染症パンデミック、風水害、大地震などの大災害の被災時でも事前にあらゆるリスクを想定して事業継続を可能にする計画です。医療機関が診療を継続し、急激に増加する新型コロナウイルスなどの感染症患者への対応とその他の慢性疾患の患者への医療を平時よりも少ない職員で提供するための、診療継続の方法についてあらかじめ検討したものです。東日本大震災被災経験と新型インフルエンザ等対策特別阻止法(特措法)施行から、医療界でBCPの理解が深まりました。

しかし、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)パンデミックはわが国の病院BCPの課題を露呈しています。病院単独で医療は成立しません。医療は社会と法の中に存在します。事業継続には、地域医療における自院の位置付けに基づいたBCPが必要であり、1病院単独のBCPではなく、行政、医師会、近隣医療機関との連携・共同でBCPを作成します。

### 新型コロナウイルス感染拡大に備えてBCPで想定すべき事態

新型インフル特措法では、特定接種の申請にBCPが必要ですが、2019年現在、病院BCP作成率は25%に過ぎません。既存の新型インフル用BCPをCOVID-19用に改訂するか、新規に作成する必要があります。

新型インフルとCOVID-19ではパンデミックのステージ分類が異なります。前者では未発生期、海外発生期、国内発生早期、国内感染期、小康期、再燃期に分けられますが、後者では感染ゼロ散発段階、感染漸増段階、感染急増段階、感染爆発段階に分け(分科会資料)、病床の逼迫度合い、人口10万当たりの療養者数、PCR検査陽性率、人口10万当たりの1週間の新規感染者数、前週と今週の新規感染者数の比較、感染経路不明者の割合を指標に活用します。BCPとはこれらのステージに合わせた自院の病院機能の事前対応策の計画です。厚労省の患者推計モデルを参考にした地域のCOVID-19患者・重症者予想数に基づいて、自院のキャパシティに合わせたBCPを作成します。

COVID-19用BCPでは、①実効性の事前検証、②行政・医師会・近隣医療機関との連携、③検査体制・个人防护具(PPE)の不足事態の想定、その際、保健所関連のPCR行政検査以外に、自院等の地域外来・検査センターによ

る保険適用行政検査の導入検討、④無症状感染者からの院内感染の想定、⑤2年以上の長期的なパンデミック継続の想定、⑥ウイルスの病態を含め行政・学会等の情報の刻々変化する事態の想定、⑦受診抑制や外来・病棟の縮小・閉鎖による病院経営悪化の想定、⑧感染・濃厚接触による自宅待機以外に患者・医療従事者へのデマや誹謗に伴う職員のモチベーション低下・離職を想定する必要があります。看護師の10～40%欠勤などのシミュレーションを実施して、多様な要因による職員欠勤の影響を加味したBCPを作成します。

BCP作成に伴い、保健所対応、帰国者・接触者外来、救急外来、患者・職員発熱対応、手術・内視鏡等対応、ベッドコントロール、患者・家族対応など、COVID-19関連業務のマニュアル作成と周知が必要です。また、パンデミックだからこそ、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム(HER-SYS)への対応を含め、情報部門の強化体制が問われます。

### 新型コロナウイルス感染症の院内感染において想定すべき事項

感染対策に必要なCOVID-19情報です。①ウイルス接触後平均5～6日(1～14日)で発症します。②飛沫、接触感染が主体ですが、最近ではマイクロ飛沫感染(換気が重要)も重要視されています。③感染力は発症前48時間から発症後8日程度です。発症直後が最大で8日目以降急速に低下します。④発症後平均5日入院し、発症8日目あたりで呼吸困難が出現し、2～3週(現在7日)入院し、死亡例は20日程度です。⑤80%は軽微の症状で終始し、15%は重症化し、5%は重篤化(人工呼吸器、ECMO装着など)しますが、2%は無症状のままです。⑥無症状のままの感染者と症状出現前2日間の無症状時期の感染者双方に感染力があります。⑦感染源は、50%は有症状感染者、40%は無症状感染者(先の2つのカテゴリー患者)、10%は環境(接触感染)由来です。⑧感染力(実効再生産数:1.5前後)、致死率(2%前後)がある程度高い割には感染率が高くありません。院内感染ルートは、①診断された患者または疑い患者、②診断されていない、または疑われていない患者、③同僚などの医療従事者などです。病院では、患者・職員から感染を受けやすく、いったん感染が発生すると院内感染が生じやすいリスクがあります。

BCP院内感染対策計画は、①院内発生状況把握、②PCR検査、③環境整備、④感染予防策、⑤医療提供体制、⑥病院管理で構成します。

PCR検査は、①患者診断、②公衆衛生(行政検査)、③健康社会(企業の従業員健康管理)、④患者発生動向調査・サーベイランス(社会・経済活動)、⑤院内感染防止に活用します。しかし、その適応は原則入院治療の必要な肺炎患者でウイルス性肺炎を強く疑う症例です。軽症例には勧めない学会もあります。医療界に過度の負荷をかけないようにすること以外に、有病率の低い集団では偽陽性率が高く、偽陽性患者が感染者対応を受けるリスクがあるこ

とが、その理由です。

しかし、現在PCRの特異度(陰性者を陰性者と判定する率)は100%近い精度で、有病率10%以下でも偽陽性は高くなく陽性的中率も低下することはありません。一方、感度(陽性者を陽性者と判定する率)は70%程度で、感染者10人に3人はPCR陽性になりません。従って、BCP院内感染対策では、患者・濃厚接触者の一覧表作成とともに、PCR陰性でも濃厚接触者の患者・職員の2週間程度のモニタリングを入れます。

なお、感染症指定医療機関、帰国者・接触者外来設置医療機関が検査協力医療機関を申請すれば、保健所を通じた衛研等での行政検査の他に、保険適用行政検査が可能になり、保健所、自院、地域外来・検査センター(PCRセンター)、民間検査機関に検体提出できます。他の医療機関も検査協力医療機関を申請すれば同じです。申請要件は、適切な感染対策と検査実施準備(教育・訓練、マニュアル整備、責任者配置、標準手順書作成など)、検体搬送準備、PPE備蓄、陰圧ブース設置などです。検査方式は、検査ボックス、ウォークスルー、ドライブスルーがありますが、医師会等が取りまとめて都道府県に一括申請しています。

環境整備では、ゾーニング、コホーティングを計画します。ゾーニングとは感染区域と非感染区域を明確に分けることで、院内のレッド・イエロー・グリーンゾーンを決定します。スタッフステーションを非感染区域に、脱衣等のスペースを準感染区域に設置して、感染者とそれ以外の人との動き・流れが交差しないようにします。コホーティングとは入院患者を感染者、濃厚接触者、それ以外の患者に区別し、それに従い、病室・病棟、患者・体温計などの専用用品、医療従事者を振り分けることです。環境対策、感染廃棄物の適切な処理も計画します。

感染予防策では、教育・訓練を含めて標準予防策・感染経路別予防策の周知・徹底計画を立てます。PPE、消毒薬等の必要数・備蓄量及びサプライチェーン確保の計画が必要です。PPE不足時は厚労省の再利用に関する通知を参考にします。

医療提供体制では、感染者との接触を減少させる業務フローの再構築・改訂が重要であり、①ガラス・プラスチック・ビニールカーテン越しの受付・薬局業務、②待機手術・慢性疾患患者診療の延期、③感染者への対応職員の制限、④原則面会禁止、⑤テレメディスン(電話診療)の採用、⑥外来玄関での体温・マスク着用などのトリアージなどを計画します。院内感染の発生と職員欠勤の影響に基づき、外来・入院の縮小・閉鎖計画の検討もBCPには必要です。病院が集合建屋か分散しているのかで、その対応も異なります。

病院管理では、(1)職員の市中感染や同僚からの感染防止と(2)感染患者や疑い患者からの医療提供時の感染防止を計画します。(1)では、①3密を避けて行動する、②共有物を減らす、③職員食堂など集団での食事機会を減らす、④医療機器を頻回に消毒する、⑤職員の集団モニタリングを励行する、⑥発熱などの有症状の職員は出勤させず、自宅隔離を計画します。(2)では、

①各種感染予防策の実施(医療従事者以外の一般職員・受付・案内係などの標準感染予防策遵守を含む)、②診察室・病棟の可能な限りの個室化(換気に注意する)、診察後の室内換気の励行(換気できない部屋ではエアコンを切り換気扇を回す、医療従事者を流れの上流に配置、患者との距離を1メートル以上離す)、③上気道・エアロゾル発生手技中のサージカルマスク・N95着用、④消毒薬含有クロスによる聴診器・体温計・血圧計などの消毒、⑤院内移動患者のサージカルマスク着用、⑥聴診器の代用で呼吸数・酸素飽和度測定による患者状態把握などを計画しますが、最後に、⑦感染を想定していなかった救急患者・入院患者からの職員感染が多いことから、非感染病棟入院患者の発熱時対応マニュアルもBCPには必要です。個人的には入院患者(手術患者を含む)、外来・救急患者、職員(一般職を含む)の定期的なPCR検査が院内感染予防には必要だと思いますが、これにはPCR検査のキャパシティや感染症法など法的規制の問題があります。

BCP院内感染発生時対応計画は、①院内感染実態把握、②発生時対応、③感染拡大防止対策、④医療提供維持対策で構成されます。院内感染発生時には、適切なPCR検査による感染源としての患者・職員のスクリーニング、早期診断による隔離、院内感染対策の実践、感染・濃厚接触者職員の補充、外来・病棟の縮小・閉鎖等が必要ですが、職員・行政・マスコミ・地域住民への説明もマニュアル化してBCPに入れます。BCPでは、部分的・全体的施設閉鎖の想定はありますが、一律の部分的・全体的施設の縮小・閉鎖想定には注意が必要です。指揮命令系統を明確化し、保健所との連携体制(患者・濃厚接触者の一覧作成とリスク評価に基づいたPCR検査、積極的疫学調査の協力、院外移動の職員・入院患者の追跡支援、感染の疑われる病棟やその閉鎖期間の指示等)、職員感染者の入院等の指示、濃厚接触者の自宅待機指示(帰宅時には公共交通機関の使用を控える)、他の職員への出勤前・出勤時の体温・体調チェックの徹底、医療提供体制維持への適切な人材配置、全職員への感染予防策の教育・訓練、感染管理委員会による職場巡回強化、リアルタイムな情報収集・共有・発信、対外窓口の設置・一元化などを踏まえて検討することが肝要です。なお、職員のデータは個人情報ですので取り扱いに注意します。

### BCP策定の手順と運用

実効性のあるBCPでなければ無意味です。BCPは職員全員、可能なら行政、近隣医療機関、医師会と共同作成します。その策定には、事業継続マネジメントシステム(BCMS: Business Continuity Management System)の概念を取り入れ、BCPを最新で効果的・効率的に維持・管理する仕組みが必要です。リスク評価、教育・訓練・演習、必要データの一元化などを活用し、PDCAサイクルを回し、必要な箇所を是正・改訂します。改訂のない

BCPは使われない、使えないBCPです。当院BCPの主なところを示します。

#### (1) 危機管理体制

①COVID-19対策本部体制、②BCP発動基準(本部体制：各責任者と推進体制、本部設置基準、BCP発動・解除基準)、③情報収集(自院等の医療機能・患者状況・職員就労状況等のデータ、COVID-19疫学データ、保健所・厚労省などの行政・各種学会の指示・ガイドライン)、④PPE/医薬品等の在庫・流通状況把握、⑤外来・入院・健診対応方針、⑥職員対応方針、⑦外部機関との連絡・連携体制、⑧職員・患者・地域住民への対策周知等に関する危機管理体制をBCPで構築しています。各種データをモニタリングし、BCPの想定以上の事態が生じたときはクライシスマネジメントを検討します。

#### (2) 病院機能のパンデミックステージ別設定

ステージ1(感染ゼロ散発段階)では、相談センターからの帰国者・接触者外来や一般外来・救急からの疑い患者の受診と保健所からの要請による感染者の感染病床(当院では陰圧室2床)入院を想定しています。外来診療では、

帰国者・接触者外来の設置(設置場所、患者待機場所、受付対応口、担当部門等)、入院診療では、陰圧室・入院病室準備、入院ルート確保、医師・看護師の配置等、職員健康管理では、健康スクリーニング、PPE配備、濃厚接触者発生時の自宅待機指示などを設定しています。

ステージ2(感染漸増段階)では、感染者が広がり、外来患者や職員(医療従事者、一般職)の感染発生の可能性を否定できない状況を想定しています。面会制限、外来の一部閉鎖(内視鏡、心臓カテーテル等：当院では人工透析、化学療法、放射線治療は建屋が離れており継続します)や縮小(長期処方、Fax処方、テレメディスン(電話診療))の検討、地域外来・検査センターの開設、訪問診療・健診機能の縮小の検討などを設定し、HCUと病棟一部の感染者用病棟への転用も検討します。入院患者に感染が発生した場合は発生病棟の閉鎖とともに、ステージ3と同様に対応します。

ステージ3(感染急増段階)では、感染がさらに拡大し、職員・外来患者の感染とともに、単一病棟入院患者からの感染発生を想定しています。発生病棟閉鎖、外来の一部閉鎖の検討、手術制限(緊急手術のみ)、一部病棟の

感染病棟への転用や健診機能の閉鎖の検討などを設定しています。社会的には飲食店等の自粛要請が予想されます。陰圧室2床、感染者用転用病棟の20%以上、HCUの20%以上に感染患者が入院している可能性があります。なお、ステージ2と3では、患者・職員の動線の検討、帰国者・接触者外来の継続、各部門対応と職員の異動・配置の見直しなどを設定しています。

ステージ4(感染爆発段階)では、複数病棟から複数の入院患者の感染を想定しています。一部病棟の感染専用病棟への転用拡大、外来機能の縮小・閉鎖の検討、感染発生病棟の閉鎖、手術中止、入院患者・新規入院予定患者対応の見直しなどを設定しています。陰圧室2床、感染者用転用病棟の50%以上、HCUの50%以上に感染患者が入院している可能性があります。緊急事態宣言の発出を伴うかどうかは8月19日時点では明らかではありません。ステージ4が継続する場合はBusiness Contingency Planを考慮しますが、感染が消長すれば消退期に入ります。

当院ではステージ分類に沿って職員の2週間先までの行動計画をマトリックス化して公表して好評です。いずれにしても、事前にBCPとして、自院の医療機能とその運用をステージ毎に

マトリックス化し、個々の導入・解除基準を決めておく必要があります。この間の各種状況を鑑みるに、病院は自らの能力・努力でこのパンデミックによる難題を克服するしかありません。職員・患者・地域を守るために、BCP策定が病院の喫緊の課題です。

#### 【参考文献】

- 1) 医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について：新型コロナウイルスに関連した感染症対策に対する厚生労働省対策推進本部クラスター対策班接触者追跡チーム
- 2) (株)日立製作所ひたちなか総合病院新型インフルエンザ等対応事業継続計画書
- 3) 新型コロナウイルス感染症診療の手引き第2.2版：令和2年度厚生労働行政推進調査事業補助金、新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 一類感染症等の患者発生時に備えた臨時的対応に関する研究
- 4) PCR検査の利用の手引き：保険適用の行政検査を中心に：日本医師会 COVID-19有識者会議COVID-19感染対策におけるPCR検査実態調査と利用推進タスクフォース中間報告書解説版

## 医師事務作業補助者の負担軽減効果など示す

### 実態調査結果

### 病院にとっては加算の充実と実務者の確保が課題

日本医師事務作業補助研究会(矢口智子理事長)は8月5日、医師事務作業補助者の実態調査の結果を公表した。診療報酬などで多くの文書提出が求められる、医師の負担になっている。実態調査では、医師事務作業補助者による負担軽減効果が示されるとともに、診療報酬の加算の充実が、病院の医師事務作業補助者の配置のインセンティブになることが示唆された。

医師事務作業補助者は、2008年度診療報酬改定で医師事務作業補助体制加算が創設されたことにより、全国的に普及してきた。その後の診療報酬改定でも、点数の引上げや対象病院の拡大があり、医師事務作業補助者は年々増加している。現在、約4万人が病院で業務に従事していると推計される。2020年度改定でも、点数の引上げと対象病棟の拡大があった。

2018年の届出数は「加算1」が1,859施設、「加算2」は969施設で合計2,828施設。調査は2019年3～4月に実施。

1,686施設と医師事務作業補助者3,135人から有効回答を得て集計した。

医師事務作業補助体制加算状況を見ると、病床数に対する医師事務作業補助者の配置は、20対1(加算1で758点、加算2で710点)が最も多く18.0%、次いで15対1(同970点、同910点)が17.9%、25対1(同630点、同590点)が10.6%である(点数は2020年度改定後)。

医師事務作業補助者の配置効果の質問では、加算の届出ありの病院の96.9%が「医師の事務負担軽減」で「よくなった」と回答した。「よくなった」の回答は、「医師の残業時間」で49.0%、「チーム医療」で50.5%、「患者サービス」で66.3%だった。医師事務作業補助者の回答では、86.6%が「医師の負担、働きやすさ」に効果があったと回答した。

医師事務作業補助者が実施している業務で最も多いのは、「保険会社様式診断書」(82%)、次いで「病院様式診断書」(78%)、「介護保険主治意見書」

(71%)、「外来検査の指示」(67%)、「外来診察予約・変更や調整」(66%)となっている(複数回答)。

勤務環境の評価については、「勤務時間が安定している」ことや、「女性が長く続けられる仕事である」という肯定的な意見が多い一方で、派遣やパートなどの勤務形態が多く不安定であるとの回答も4割以上となっている。医師事務作業補助者は、女性が圧倒的に多く、96%を占める。

医師事務作業補助者の経験年数は、「1年未満」と「10年以上」が多く、両極端に分かれる。年代では40代が最も多く、経歴は「他業種からの転職」が4割を占める。雇用形態は「正社員」が過半数を占める。ただ雇用形態については、法人形態で違いがある。例えば、自治体病院では正職員が13%に過ぎず、契約社員・パートタイマー・派遣職員がその他を占める。一方、医療法人では78%が正社員である。

## 保険局医療課長に井内努・安衛部労働衛生課長が就任

### 厚労省人事

### 医政局総務課長には熊木氏、医事課長には伯野氏

厚生労働省は8月1日、7日、11日付けで幹部人事を行った。保険局医療課長には、井内努・労働基準局安全衛生部労働衛生課長が就任した。井内氏は、1996年大阪市立大医卒。2001年まで大阪市立大学医学部付属病院などに勤務し、同年厚労省に入省。保険局総務課保険システム高度化推進室長、健康局難病対策課移植医療対策推進室長などを経ている。

また、新設の老健局認知症施策・地域介護推進課長には、笹子宗一郎・政策企画官が就任している。

その他の主な人事は以下のとおりとなっている。

#### 【大臣官房審議官等】

◇大臣官房審議官(医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当) = 間隆一郎(大臣官房総務課長)◇大

臣官房審議官(健康、生活衛生、アルコール健康障害対策担当) = 依田泰(内閣官房内閣審議官(内閣官房副長官補付))◇大臣官房審議官(子ども家庭、少子化対策担当) = 大坪寛子(大臣官房審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策、国立高度専門医療研究センター担当)◇大臣官房審議官(医療保険担当) = 鹿沼均(大臣官房会計課長)◇大臣官房審議官(医療介護連携、データヘルス改革担当) = 横幕章人(大臣官房審議官(医療保険担当)◇大臣官房地域保健福祉施策特別分析官 = 佐々木裕介(医政局総務課長)◇大臣官房国際保健福祉交渉官 = 武井貞治(国立研究開発法人国立がん研究センター理事長特任補佐)◇東海北陸厚生局長 = 北澤潤(横浜検疫所長)◇近畿厚生局長 = 武

田康久(独立行政法人医薬品医療機器総合機構(理事長特任補佐))

#### 【保険局】

◇保険局総務課長 = 須田俊孝(医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課長)◇保険局国民健康保険課長 = 森田博道(子ども家庭局総務課少子化総合対策室長)◇保険局高齢者医療課長 = 本後健(社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室長)◇保険局調査課長 = 西岡隆(年金局総務課年金数理官)

#### 【医政局】

◇医政局総務課長 = 熊木正人(保険局国民健康保険課長)◇医政局医事課長 = 伯野春彦(医政局研究開発振興課長)◇医政局研究開発振興課長 = 笠松淳也(環境省大臣官房環境保健部参事官)

#### 【老健局】

◇老健局認知症施策・地域介護推進課長 = 笹子宗一郎(政策企画官)

#### 【健康局】

◇健康局総務課長 = 竹林経治(健康局難病対策課長)◇健康局健康課長 = 鷲見学(外務省国際協力地球規模課題総括課企画官)◇健康局難病対策課長 = 尾崎守正(老健局振興課長)◇健康局結核感染症課長 = 江浪武志(健康局がん・疾病対策課長)◇健康局がん・疾病対策課長 = 古元重和(医薬・生活衛生局血液対策課長)

#### 【医薬・生活衛生局】

◇医薬・生活衛生局血液対策課長 = 中谷祐貴子(岡山県保健福祉部長)◇医薬・生活衛生局総務課長 = 込山愛郎(保険局高齢者医療課長)◇医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課長 = 巽慎一(年金局事業企画課長)◇医薬・生活衛生局生活衛生課長 = 成松英範(子ども家庭局家庭福祉課長)

# 5月の医業収益率は4月より悪化、6月はわずかに回復

## 3団体病院経営調査 7月以降の感染拡大で再び視界不良

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体は8月6日、2020年度第1四半期の病院経営状況調査の結果を発表した。病院経営は新型コロナの影響で、4月に大幅に悪化し、5月はさらに悪化し、6月はわずかに回復した。しかし7月以降の感染拡大で、状況は依然として視界不良の状況が続いている(第一報は8月15日号に掲載)。

調査期間は7月13日～8月3日で、3団体に加盟する全病院(4,496病院)を対象にメールで調査票を送付し、1,459病院の回答を得た(有効回答率32.5%)。前回調査では4月のみの状況だったが、今回は4月～6月の第1四半期を対象期間とした。病院経営状況調査は今後も引き続き実施する。

赤字病院の割合をみると、全病院で4月は2019年度の47.1%から69.4%に増えた。5月は34.8%から62.8%に増えた。6月は55.5%から67.7%に増えた。コロナ患者受入れ・受入れ準備病院に限ると、4月は54.4%から82.1%、5月は40.9%から80.0%、6月は68.2%から82.1%まで赤字病院の割合が高まる。

経営指標の比較では、全病院の医業収益率は4月が▲9.1%、5月が▲8.4%、6月が▲12.1%。2019年度と比べると、4月は10.5ポイント、5月は12.3ポイント、6月は5.8ポイントの落ち込みとなった。6月の落ち込みは4月、5月に比べ、わずかに改善したが、賞与月であるため、医業収益率は二桁のマイナスである。

コロナ患者受入れ・受入れ準備病院の医業収益率は4月が▲11.4%、5月が▲11.1%、6月が▲14.8%。2019年度と比べると、4月は12.4ポイント、5月は14.8ポイント、6月は7.1ポイントの落ち込みで、全体より悪い。一時的外来・病棟閉鎖病院だと、医業収益率は4月が▲16.2%、5月が▲16.3%、6月が▲19.3%。2019年度と比べると、4月は16.8ポイント、5月は20.0ポイント、6月は10.5ポイントの落ち込みになるほど悪化した。

また、賞与の支給状況をみると、減額支給の割合は全体で27.2%、コロナ患者受入れ・受入れ準備病院で23.3%、一時的外来・病棟閉鎖病院で24.3%となっている。

これらの結果を受けた総括では、「全病院の外来患者・入院患者ともに、4月は大幅に減少したが、5月はさらに悪化しており、6月には入院・外来患者数は、わずかに回復の兆しはみえるものの、医業損益は大幅な赤字が継続していた。特に新型コロナ患者を受け入れた病院、外来や病棟の一時閉鎖に至った病院では、6月に至るも10%を優に超える大幅な赤字が継続しており、コロナ患者に対する診療報酬上げが行われたものの、経営状況の悪化に歯止めはかからなかった」とまとめた。

また、コロナ患者を受け入れなかった病院も、第1四半期を通じて対前年で経営が悪化していることも指摘した。

### 病院への直接的な財政支援が必要

同日、記者会見で日本病院会の相澤孝夫会長は、「病院の経営はこれまでずっと厳しかったが、新型コロナの影響でさらに厳しくなった。6月になってやや回復したと思ったら、7月に入り、また感染が拡大してきた。このような状況が半年続けば、病院経営は壊滅的な状況になる」と危機感を示した。その上で、第二次補正の予備費などを

念頭に、病院に対する直接的な支援が必要と訴えた。

続いて全日病の猪口雄二会長が補足的に2点を指摘。まず、「東京都の病院が輪をかけて経営状況が悪い」と述べ、東京都の医業利益率の落ち込みが、2019年度と比べ、4月が21.0ポイント、5月が23.1ポイント、6月が12.2ポイントと全国平均の2倍程度悪くなっていることを示した。賞与も3分の1程度が減額になっているとした。

続いて、第二次補正予算で新型コロナ患者の受入れの有無にかかわらず、支給される感染症対策の補助金について、「国による支給の趣旨が都道府県に伝わっておらず、減額査定が行われているとき。趣旨が徹底され、満額支給されるよう求める」と述べた。

また、第二次補正予算は新型コロナ対策への補助であることを踏まえ、「経営が厳しい病院は、福祉医療機構により低利・無利子の特別融資などでなんとかしのいでいる。しかし、借金だからいざ返さなければならず、この状況が長期間続けば持たない」と、直接的な財政支援の必要性を訴えた。

相澤会長も、「病院はいま、ケガで出血しショック状態に陥っている。まずは輸血に相当する緊急の直接的な支援が必要だ。その後は、診療報酬での対応を議論すべき」と述べた。

記者からは、「診療報酬は医療サービスの対価であり、医療サービスが変わらないのに、患者負担が増えることに国民の納得が得られない」との意見があるがどう答えるか」との質問が出た。

これに対し相澤会長は、「実際に国民に、医療提供体制を守るのにこれだけの費用が必要であると状況を説明し、議論すべきだ。きちんと説明していないのに、勝手に理解が得られないと決めつけるのはおかしい」と反論した。

日本医療法人協会の加納繁照会長は、「控除対象外消費税問題が依然として、病院の負担になっている。医療を課税にすれば、国民負担は増えるが、(診療報酬に上乘せられているため)内税が外税に変わるような側面もある。きちんと説明すれば、一定の理解は得られると思う」と課税化の議論を求めた。

また、猪口会長は、新型コロナの感染拡大に対応するための体制確保について、「ホテルなどの施設の確保が進まず、自宅は難しいとして、軽症者が病院に来ることが起きている。病院は中等症以上の患者を対象にすべきで、もう少し軽症者の施設を増やしてほしい」と国や自治体に対応を求めた。

また、今回の病院経営状況調査では、様々なデータを集計している。



医業利益率を入院基本料別にみると、一般病棟入院基本料では4月が▲10.4%、5月が▲10.6%、6月が▲13.8%、2019年と比べた落ち込みは4月が11.1ポイント、5月が13.5ポイント、6月が6.3ポイント。回復期リハビリテーション病棟入院料では4月が9.8%、5月が11.7%、6月が5.6%、2019年と比べた落ち込みは4月が1.1ポイント、5月が2.9ポイント、6月が2.8ポイントとなっている。

地域包括ケア病棟入院料等では4月が▲7.8%、5月が▲8.1%、6月が▲17.5%、2019年と比べた落ち込みは4月が9.1ポイント、5月が7.8ポイント、6月が10.8ポイント。療養病棟入院基本料では4月が▲2.1%、5月が2.4%、6月が▲3.6%、2019年と比べた落ち込みは4月が6.4ポイント、5月が5.2ポイント、6月が3.5ポイントとなっている。回復期や慢性期は、急性期よりも遅れて新型コロナウイルスの影響が来る傾向があるが、すべての病院が影響を受けている。

### ■コロナ患者受入状況における経営指標の比較(有効回答全病院)

n=1,407

(単位:千円)	4月分 平均病床数: 266			5月分 平均病床数: 266			6月分 平均病床数: 266		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	514,154	465,951	-9.4%	515,398	436,464	-15.3%	516,334	492,086	-4.7%
入院診療収入	340,078	311,468	-8.4%	342,208	294,901	-13.8%	341,446	321,936	-5.7%
外来診療収入	149,391	134,481	-10.0%	148,597	124,326	-16.3%	146,033	145,853	-0.1%
健診・人間ドック等収入	7,198	3,927	-45.4%	8,326	3,076	-63.1%	10,157	7,540	-25.8%
室料差額・その他医業収入	17,487	16,074	-8.1%	16,268	14,162	-12.9%	18,698	16,756	-10.4%
医業費用	506,779	508,230	0.3%	495,296	472,953	-4.5%	549,079	551,600	0.5%
医薬品費	92,295	91,611	-0.7%	78,718	71,565	-9.1%	78,854	82,086	4.1%
診療材料費	56,351	52,921	-6.1%	50,200	41,152	-18.0%	51,434	50,049	-2.7%
給与費	243,776	247,760	1.6%	252,753	252,210	-0.2%	303,380	304,499	0.4%
その他経費	114,358	115,938	1.4%	113,625	108,026	-4.9%	115,412	114,967	-0.4%
医業利益	7,374	-42,279		20,102	-36,488		-32,745	-59,514	
医業利益率	1.4%	-9.1%		3.9%	-8.4%		-6.3%	-12.1%	

### ■コロナ患者受入状況における経営指標の比較(コロナ患者入院受入・受入準備病院)

(単位:千円)	4月分 n=485 平均病床数: 419			5月分 n=489 平均病床数: 416			6月分 n=459 平均病床数: 418		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	986,621	876,315	-11.2%	972,891	803,989	-17.4%	988,310	932,322	-5.7%
入院診療収入	643,230	573,027	-10.9%	635,957	528,954	-16.8%	643,466	595,260	-7.5%
外来診療収入	299,073	269,231	-10.0%	293,859	246,121	-16.2%	292,971	293,697	0.2%
健診・人間ドック等収入	12,525	6,294	-49.7%	14,433	4,886	-66.1%	17,313	12,869	-25.7%
室料差額・その他医業収入	31,793	27,763	-12.7%	28,642	24,028	-16.1%	34,560	30,496	-11.8%
医業費用	976,937	976,403	-0.1%	936,235	892,921	-4.6%	1,064,215	1,070,483	0.6%
医薬品費	196,975	194,366	-1.3%	166,509	151,604	-9.0%	168,805	176,018	4.3%
診療材料費	120,407	111,285	-7.6%	106,254	85,137	-19.9%	110,775	106,360	-4.0%
給与費	444,947	452,455	1.7%	457,266	457,032	-0.1%	570,083	573,337	0.6%
その他経費	214,608	218,297	1.7%	206,206	199,149	-3.4%	214,552	214,768	0.1%
医業利益	9,685	-100,088		36,656	-88,932		-75,905	-138,161	
医業利益率	1.0%	-11.4%		3.8%	-11.1%		-7.7%	-14.8%	

### ■入院基本料別\_経営指標の比較(一般病棟入院基本料)

n=742

(単位:千円)	4月分 平均病床数: 320			5月分 平均病床数: 320			6月分 平均病床数: 320		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比
医業収益	710,130	642,467	-9.5%	711,185	596,799	-16.1%	713,534	676,392	-5.2%
入院診療収入	464,269	421,471	-9.2%	465,757	395,811	-15.0%	465,146	434,171	-6.7%
外来診療収入	213,666	194,807	-8.8%	213,419	178,969	-16.1%	209,883	210,014	0.1%
健診・人間ドック等収入	10,098	5,489	-45.6%	11,653	4,216	-63.8%	14,179	10,725	-24.4%
室料差額・その他医業収入	22,096	20,701	-6.3%	20,356	17,803	-12.5%	24,327	21,483	-11.7%
医業費用	705,423	709,326	0.6%	690,656	660,140	-4.4%	766,580	769,525	0.4%
医薬品費	130,595	130,981	0.3%	113,202	103,166	-8.9%	113,116	117,881	4.2%
診療材料費	82,889	78,229	-5.6%	74,301	61,032	-17.9%	76,014	73,729	-3.0%
給与費	334,693	340,285	1.7%	346,754	346,793	0.0%	417,179	419,111	0.5%
その他経費	157,246	159,830	1.6%	156,400	149,148	-4.6%	160,270	158,804	-0.9%
医業利益	4,707	-66,859		20,528	-63,340		-53,045	-93,133	
医業利益率	0.7%	-10.4%		2.9%	-10.6%		-7.4%	-13.8%	

# 中小病院の病院機能評価認定率向上を目指して④ 初めてのオンライン支援を実施して

岩淵泰子(病院機能評価委員会 特別委員、看護アドバイザー)

本来なら2020年7月29日に榎村病院を訪問し、ケアプロセスを中心に医療機能評価受審の支援をする予定であった。

しかしながら、6月末より新型コロナウイルス陽性者が徐々に増え、7月中旬には、東京都は200名越えの感染拡大の状況が続き、また、香川県ではクラスターが発生したため、病院側の要請で急遽オンラインによる支援に変更した。

当日は14時から看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・事務の方々が参加し、自己紹介と打ち合わせ後、1領域の看護領域に関する合同面接から始めた。説明と同意については、方針・基準・手順書を現在作成中であったが、説明の範囲や同席者のルールも明確にして、遵守することが望まれる。医療安全管理については、事前にマニユア

ルを送って頂き確認できたため、細かな点まで話し合うことができた。医療安全管理指針の若干の修正、医療機器安全管理体制組織図は医療安全管理体制組織図に変更、さらに医療安全管理規定の審議事項へ研修に関する事項の追加、インシデント・アクシデントレポートの提出しやすい工夫、分析手法の理解と指導の必要性等をアドバイスした。臨床倫理の方針については、患者様の権利とした方が良い文面が見受けられたので検討が必要と思われた。

次に、PPTで2領域に関する説明を行い、榎村病院の場合は1病棟をじっくり確認する方向であることや電子カルテをスムーズに作動できない場合を想定し、紙で出力しておいても良いことを説明した。

続けて症例に沿って、ケアプロセス調査を実施したが声が聞こえなくなっ

たりすることが度々あり、オンラインでの支援の難しさを感じた。誤認防止については、入院患者の場合は明確であったが、外来患者の場合や検体の場合においても明文化して周知することが望まれる。また、マーキングやタイムアウトについても明確な手順が必要である。フェイスシートには、延命治療の有無を数項目記載していたが、ACPとの関連とは異なる情報収集であると説明があったため、地域包括ケア病棟はACPが診療報酬の加算要件になっていることから、指針等の確認を促した。他に、急変時の対応やリスク評価、症状緩和、身体拘束等についてのやり取りができた。

オンラインでは電子カルテの確認が思うようにできなかったが、本審査では記録を確認しながら進めるので、記録は重要であることを認識して頂きた

い。

その後、iPadを利用し病棟の概要説明が行われた。ある程度整理はされていたが、感染性医療廃棄物にはバイオハザードマークを貼付し、汚物処理室には「関係者以外立ち入り禁止」の掲示が必要と思われた。また、救急カーットの鍵管理および麻薬保管庫の鍵が誰でもわかるように入れており、早急の対応を望みたい。

すでに改善活動は始まっている

オンラインでの支援は、実際に目と目を合わせて行う場合と違い、こちらの思いが十分に伝わらないのではないかと少々不安だったが、参加者の一生懸命さが伝わり、ある程度理解はされたものと思う。終了時間が18時30分まで延長したが、病院スタッフの前向きな対応から、すでに改善活動は始まっており、確実に質は向上していると推察する。新型コロナウイルス感染症の収束を願い、本審査前に一度訪問できたら嬉しく思う。

## 病院医療機能評価受審(看護部門1・2領域中心) アドバイスを受けて

医療法人春風会 榎村病院 病棟看護師長 大西 八代美

この度、看護部門(1・2領域)におけるケアプロセスの実際について、看護担当の岩淵先生より多くのアドバイスをいただくことができました。

当初は、岩淵先生に当院に訪問していただく予定でしたが、コロナ禍の感染拡大の影響を受け、インターネットによるオンライン会議を活用しての講義とアドバイスをうけることとなりました。

オンライン会議の実現には、全日本病院協会の全面的なサポートならびにご協力をいただき誠にありがとうございました。当院側のネット環境の不具合等で途中音声や映像が途切れる状況の中、岩淵先生も大変ご苦労されたと思います。予定時間も超過し関係者の皆様には、紙面をお借りしお詫び申し上げます。

今回のアドバイスのポイントは、地域包括ケア病棟として地域医療を支え

役割を果たすために、

○患者本位の診療・ケアが提供されているか

○安全や感染予防への取り組みがなされているか

○各職種間での連携がなされチームとしての機能が発揮されているか

○実際に沿ったマニュアルが整備されているか

などについて解説していただきました。

当院ではベッド数37床のすべてを地域包括ケア病棟として運用しています。在宅や施設での転倒による骨折や肺炎患者様など急性期を対象とする方や、近隣の総合病院よりご紹介いただく患者様の転院受け入れ、夏休みや冬休みなど長期の休みの間に形成外科的手術療法を必要とする小児など、患者様の疾患は多岐にわたっています。

病床利用率は90%を下回ることは少

なく、煩雑な思いを持ちながら来院時から退院されるまで、各職種がそれぞれの役割を果たしながら患者様の健康回復に取り組んでいます。職種間である程度ルール化されてはいるものの、情報の共有不足や明文化されていないことなどで、曖昧になりがちな院内のルールが数多くあります。

病院機能評価受審に向けて、アドバイスをいただく中、当病院が掲げている「患者中心の医療」「質の高い安全な医療」「地域住民に信頼される医療」を実践していくため、マニュアル整備や基準の見直しをはじめ、多職種間連携強化のため十分な議論や検討を重ねていく必要があることが明確となりました。

病院長より常日頃から「看護の質向上のため取り組むように」とのご指導をいただいておりますが、牛歩のごとくで、なかなか前に進むことができませ

んでした。職員の意識を変えるには、職員一人ひとりが自ら変化の必要性について気づき、患者様を支える病院組織の一員としての役割を果たすために自覚を持つことが必要です。受審までたどり着くには大変な作業となると思いますが、地域住民からより信頼される病院となるために、全職員が同じ目標を目指し組織的に取り組んでいくための手がかりを得ることができました。

病棟ラウンドは、慣れないインターネットを活用したオンライン会議により解説しづらい状況の中、岩淵先生の指示のもと、当院職員がiPadを使ってリモート映像を送信して先生に見ていただく手法により、岩淵先生から多くのアドバイスをいただくことができました。

今回は、当院の準備不足もあり、多大なるご苦労とご迷惑をおかけいたしました。

この場をお借りし御礼申し上げます。

## 耐震性のある病院は76%で1.5ポイント上昇

厚生労働省は8月17日、2019年の病院の耐震化率を公表した。耐震化率は病院全体で76.0%(6,318病院)となり、2018年調査の74.5%から1.5ポイント上昇した。未耐震の病院のうち、73病院は前年度末までには耐震化が行われていると回答している。

調査は全国8,315病院のうち、8,311病院の回答から集計した。政府は、「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」(2018年12月閣議決定)で、今年度末までに病院全体の耐震化率を80%とする目標を定めている。

すべての建物に耐震性があつたのは

6,318病院(76.0%)、一部の建物に耐震性がある病院は633病院(7.6%)、すべての建物に耐震性がない病院は113病院(1.4%)、耐震診断を実施しておらず、耐震性が不明な病院は1,247病院(15.0%)となっている。

また、一部または全部の建物に耐震

性がなく、震度6～7程度の地震で建物が倒壊・崩壊する可能性が高い構造耐震指標(is値)が0.3未満の建物がある病院が246病院(3.1%)ある。

一方、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院・救命救急センターの耐震化率は92.4%でから1.7ポイント上昇した。ただ、耐震性が不明である災害拠点病院等は4病院、is値が0.3未満の建物がある病院が27病院ある。

2020年度 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月22日

### 【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。

埼玉県 医療法人仁栄会所沢緑ヶ丘病院

理事長 土江 博人

他に退会が5件あり、在籍正会員数は合計2,548会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。

東京都 医療法人社団東京桜十字恵比寿桜十字クリニック

院長 小島 洋一

東京都 医療法人社団東京桜十字城山ガーデン桜十字クリニック

院長 栗原 竜一

他に退会が2件あり、在籍準会員数は合計100会員となった。

●賛助会員として以下の入会を承認した。

日本エアーテック株式会社

(代表取締役社長 平沢真也)

データライブ株式会社

(代表取締役 山田和人)

賛助会員は合計108会員となった。

●テレワーク規定の制定を承認した。

●就業規則の改正を承認した。

●寄付金等支援事業における公益事業の変更の届出を承認した。

●大分県支部長の交代を承認した。

●沖縄県支部長の交代を承認した。

●外国人材受入事業「監査特別構成員」の選任を承認した。

### 【主な報告事項】

#### ●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会・薬価専門部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。

●新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査(2020年度第1四半期)結果が報告された。

#### ●病院機能評価の審査結果について

主たる機能

【3rdG:Ver.2.0】～順不同

#### ◎一般病院1

沖縄県 北中城若松病院 更新

#### ◎一般病院2

東京都 東邦大学医療センター大橋病院 新規

#### ◎慢性期病院

新潟県 豊浦病院 更新

7月3日現在の認定病院は合計2,155病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の40.3%を占める。

●討議事項として、「新型コロナウイルスにおける各地域の病院の状況等」をテーマに意見交換を行った。

# 臨床研究医の募集の開始は9月23日を予定

## 日本専門医機構 40名でスタートし最低100人目指す

日本専門医機構(寺本民生理事長)は8月24日に会見を開き、来年度から始まる臨床研究医の募集日を9月23日とすることを発表した。2週間程度で合否を判断し、10月半ばに合格者に通知する。一般の専攻医の募集は10月下

旬または11月初旬とするため、臨床研究医に落ちても、一般の専攻医の研修に応募することができる。臨床研究医は、専門医資格を取得中に大学院・研究所に所属し、医学研究に従事する医師。7年間のコースで、

研究においては2本以上の英文雑誌での発表を課す。研修は責任医療機関が管理し、カリキュラム制とする。一般の専攻医と異なり、都道府県別・診療科別の募集上限(シーリング)の枠外で募集する。このため、医師偏在

を助長し、地域医療への影響を懸念する指摘がある。寺本理事長は、大都市に集中する可能性があるとしつつ、「今回の募集は40名で全体の0.5%程度で心配はない。今後は最低100名ぐらいいまで増やしたいと思うが、それでも1%程度。シーリング逃れには厳しく対応するが、日本の医療・医学を背負っていく医師を育てたい」と述べた。なお、人数は責任医療機関の手上げにより配分する。

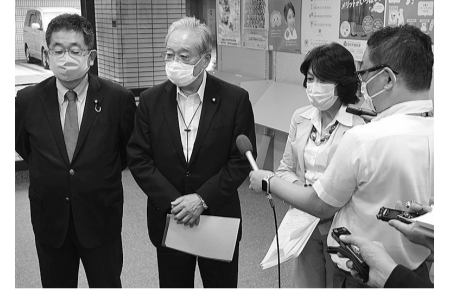
# 医療機関への支援とPCR検査の充実で提言書

## 超党派「医師国会議員の会」すべての医療機関への支援必要

超党派「医師国会議員の会」(鴨下一郎会長)は8月18日、新型コロナの拡大を踏まえ、加藤勝信厚生労働大臣に提言書を提出した。医療機関の経営支援の必要性を強調するとともに、委託契約を締結していなくても、医療機関がPCR検査を実施できることを明確化することなどを求めた。同日は、自民党の羽生田たかし参議院議員、立憲民主党の阿部知子衆議院議員、共産党の小池見参議院議員が加藤厚労相に提言書を手渡した(写真)。

医療機関の経営支援については、すべての医療機関の経営が困難になっており、「特に小児科や耳鼻咽喉科の状況が悪い」と指摘した。新型コロナ以外の医療の提供体制を十分に確保するため、「地域全体の医療機関の経営状況が健全でなければならない」とし、新型コロナの指定病院以外の医療機関の助成が必要と主張した。PCR検査については、多くの医療機関にとって、国が求める委託契約は困難であり、患者が新型コロナの感染

を疑い、かかりつけ医を受診しても、PCR検査をすぐに受けることができない状況を問題視。行政委託検査の契約を事後的に認めることで、PCR検査を可能にすべきとしている。その場合に、行政検査の委託契約が未締結であっても、医師が必要と認められた患者によるPCR検査の実施料、判断料の一部負担金は公費で措置する。検体の梱包料や輸送料も補助することを求めた。集中的な検査を実施する上では、新



左から小池参院議員、羽生田参院議員、阿部衆院議員。規感染者数や検査件数、陽性率などの情報を住民に開示し、感染震源地(エビセンター)を明確にする。感染震源地の住民や事業者・在勤者に対して、手動的にPCR検査を実施することが必要とした。

# 新型コロナと通常の2本立てで税制改正要望を提出

## 四病協 医療機関への補助金の非課税化など求める

四病院団体協議会は8月19日、加藤勝信厚生労働大臣に2021年度税制改正要望を提出した。新型コロナの感染拡大を踏まえ、通常の要望と新型コロナ関連の緊急要望の2本立てとした。通常の税制改正で15項目、新型コロナ関連で4項目の要望を行った。新型コロナ関連ではまず、医療機関に給付される補助金を非課税にすることをあげた。医療機関の経営状況が悪化し、病院は財政的補助を期待している。その補助について、すでに給付された補助金に遡って非課税とすることを求めた。国民や企業からの寄附を非課税とすることも、過去に遡って適用すべきとしている。医療機関などに対しては現在、1年間に限り、税や社会保険料の支払いが困難な場合の猶予措置がある。2つ目に、これをさらに長期間、延長することを要望した。3つ目に、2022年1月31日まで中小

企業を超えて対象が拡大された欠損金の繰戻還付制度について、すべての法人が利用できるようにするとともに、遡って法人税の還付請求ができる期間を5年程度に拡充することを求めた。地方税も同様の措置とし、欠損金の繰越期間も延長すべきとしている。感染症対策で支出が増加している人工心肺装置やマスク、防護具、消毒薬など設備投資・消耗品は、緊急的に資金的裏づけのないまま購入したものである。このため、4つ目として、即時償却や税額控除、償却資産税の全額免除、消費税相当額の補助など税制優遇措置を要望した。5つ目は、医療機関を運営する財団法人が、2期連続で純資産が300万円になった場合に、自動的に解散手続きが取られることに対する要望。医療機関を運営する一般社団法人または公益財団法人は全国に200法人程度あるとされ、地域医療を担っている。この

ため、即座に解散となる法の運用について、5年程度の猶予を求めた。再編統合での税の不公平是正を求める通常の税制改正要望の項目の多くは例年と同様だ。控除対象外消費税問題の抜本的解決をはじめ、事業税の特例措置の存続、法人の特殊性を踏まえた優遇税制の拡大・要件緩和など幅広く15項目を整理し、要望している。控除対象外消費税問題については、消費税が10%に上がり、さらなる引上げも想定される中で、「医療機関の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためにも、この問題を抜本的に解決する必要がある」と強調している。消費税が10%に上がった2019年10月に診療報酬改定が行われ、急性期病院に対する一定の配慮がなされた方式で、診療報酬に対する補てんが行われた。しかし、「画一的補てん方式には、個々の医療機関の仕入税額が考慮されてい

ない。どれほど補てん方式を精緻化しても、税負担の不公平性は解消し得ない」と指摘。社会保険診療報酬に対する消費税を原則として課税に改め、仕入税額控除を認めることを主張した。地域医療構想関連では、「医療機関同士での再編統合による資産等の取得を行った場合における不動産取得税および登録免許税の減免措置」を要望した。現状では、公立・公的病院同士、または公立・公的と民間病院が再編統合した場合は、取得した資産の不動産取得税等は非課税とされる。しかし、民間同士の再編統合、または公立・公的と民間が再編統合し、民間が運営主体となった場合は、不動産取得税が課税されるという不公平がある。このため、病院は民間を含め、基本的には非営利の運営であることを踏まえ、地域医療構想を推進するため、病院同士で再編統合を行う際の必要な土地、建物の取得において、不動産取得税等の減免措置を講じることを要望した。

### ■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース (48名)	2020年9月25日(金) 【全日病会議室】	13,200円(17,600円) ※昼食代、資料代を含みます	個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的とした研修。グループワークを通じて実践的な知識を身に付けるプログラムとなっています。
第1回「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 (100名)	2020年9月27日(日) 【全日病会議室】 新型コロナウイルスの関係で集合研修が難しい場合は、オンラインでの研修とします。	11,000円(16,500円)(税込)	医療事故を経験することはまれであり、事故発生後の対応は困難です。本研修会は、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ています。「医療安全管理者養成講習会」の継続認定の研修会に該当します。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンスコース (48名)	2020年10月8日(木) 【全日病会議室】	23,100円(税込) 資料代含む	個人情報保護に関する理解不足に対応するため、初級編として「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」を実施。アドバンスコースでは弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてより深い議論を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
医師事務作業補助者研修東京開催 (84名)	2020年10月15日(木)、16日(金) 【全日病会議室】	33,000円(税込) テキスト代、昼食代含む	「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的に、平成20年度に新設。当研修は、診療報酬の同加算を算定するための研修要件を満たしている。研修終了後レポートを提出した人には、研修証明となる「修了証」を授与する。
第1回 医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2020年10月18日(日) 【全日病会議室】 新型コロナウイルスの関係で集合研修が難しい場合は、オンラインでの研修とします。	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代を含みます。	全日病は、医療事故調査等支援団体として、支援依頼に対応しています。本研修会は、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中心に取り上げ、演習形式で制度に対する理解を深めることを目的としています。