



# 全日病 NEWS 2020.11.15 No.975

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

## 初診含めたオンライン診療の恒久的な取扱いの議論開始

### 厚労省・オンライン診療検討会 現状の特例は継続

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)が11月2日、オンラインで開催された。新型コロナの感染拡大に伴う電話・オンライン診療の特例的な取扱いを、当面続けることを了承した。あわせて、「初診を含めオンライン診療は原則解禁する」との政府の方針を踏まえ、恒久的な取扱いを年内に決める議論を開始した。

電話・オンライン診療の特例は、限定的な取扱いが続いており、3カ月ごとに実施状況を確認し、継続の是非を判断している。前回は8月6日の検討会で、特例を継続することを決めた。

特例の実施状況を見ると、10月末時点で、全医療機関数11万916施設のうち、電話・オンライン診療を実施できると登録した医療機関数は1万6,587施設で約15%を占める。6月末からはほぼ横ばいの状況にある。

実施件数は5月が最も多く、6月に下がり、7・8月は少し増加し、9月に再び6月の水準になった。医療機関当たりの実施件数は月7~8件前後で推移しているが、8月は11.7件と多かった。内訳は、電話診療が多い。オンライン診療は電話診療のおよそ3分の1である(下図参照)。

4月~6月の検証結果では、◇電話・オンライン診療の患者は小児が多い◇軽症と思われる患者が多い◇一部で禁止されている麻薬・向精神薬の処方があった一との特徴が把握された。

今回の検証で、7月~9月についても、「電話や情報通信機器を用いた診療は4月~6月と同程度の実施数」、「対象となっている患者や疾患等、診療の内容についても4月~6月と同様」、「一部で物理的に大きく離れた地域に対して診療が行われていたことや、要件を守らない処方等が行われていたことも同様」であることがわかった。

これらを踏まえ、特例を当面継続することに異論はなかった。ただ、リアルタイムの映像を用いるオンライン診療より電話診療が多いことに対し、電話診療では情報量が限られるため、「やめる時期を今後考えた方がよい」(山口育子委員・NPO法人理事長)との意見があった。

#### 安全性と信頼性をどう確保するか

恒久的な取扱いについては、すでに菅義偉首相が、「オンライン診療やデジタル教育の規制改革を行う」との方針を明確にしている。その後の田村憲久厚労相・平井卓也デジタル改革担当相・河野太郎行政改革担当相の三大臣会合では、「初診も含めオンライン診療は原則解禁する」ことが合意された。

その際に、「安全性と信頼性がベースになる」ことや「電話ではなく映像があることを原則にする」ことでも合意が得られている。また、10月30日の閣議後会見で田村厚労相は、「いわゆるかかりつけ医を対象にして、オンライン診療は初診も解禁というか恒久化する」と述べている。

厚労省はこれらを踏まえ、「安全性」と「信頼性」の課題を整理した。特に初診の際が問題になる。

「安全性」については、「診断が難しい症状がある」、「すぐに対面診療が必要な症状がある」、「受診歴がなく、電話診療の場合にそのようなリスクが増大する」といった問題がある。「信頼性」については、「電話のみだと本人確認が難しい」などの問題がある。

慶應義塾大学教授の権丈善一委員は、「かかりつけ医が関わればこれらの多くの問題を解決できる」と主張。ただし、かかりつけ医に一致した定義がなく、安全性と信頼性をどのように確保していくかは今後の課題になる。

また、オンライン診療を推進しても、それにより、「オンライン診療を行わない施設が淘汰される事態は避けるべき」との意見が複数の委員から出た。地域密着型の医療機関が、患者・家族や医療関係者と「顔の見える関係」を作り、地域包括ケアを推進する方向性に逆行しない対応が求められた。

オンライン機器にアクセスすることが困難な高齢者が少なくないなど、世代で異なるウェブリテラシーの問題も指摘された。テレビの政府広報を含めオンライン診療について、丁寧な周知を求める意見が出た。ベンダーを介して医療機関が紹介されるなど、オンライン診療のやり方がベンダー主導になってしまうことへの懸念も出た。

多摩ファミリークリニック院長の大橋博樹委員は、特例により初めてオン



ライン診療を行った結果を報告した。◇患者の生活の場をみる事ができた◇工夫によって診療をレベルアップできる一ことなどが発見できたという。

生活の場については、プライバシーの問題が残るが、患者が自宅等にいることにより、追加的な情報が得られるとした。診療のレベルアップについては、患者にペンライトを持ってもらうなどの工夫で、ある意味、オンライン診療という専門分野が生じるとした。

「全くの初診患者は怖い」と強調。「かかりつけ患者であれば、『いつもの比較ができる』」とし、いわゆる新患は困難であると述べた。

また、「対面診療では受診しないが、オンライン診療では受診する層がある」と指摘し、オンライン診療が受診のきっかけを作ることを指摘した。

また、新規に委員が7人加わった。新規委員は以下のとおり。権丈委員、津川友介委員(カリフォルニア大学助教授)、大橋委員、佐野雅宏委員(健康保険組合連合会副会長)、大石佳能子委員(株式会社メディアヴァ代表取締役)、佐藤主光委員(一橋大学教授)、鈴木美穂委員(NPO法人共同代表理事)。大石氏と佐藤氏は規制改革推進会議の委員でもある。

### 全日病がオンライン診療に対し見解示す

全日病は「オンライン診療に対する見解」をまとめ、10月29日に公表した。菅内閣がオンライン診療の初診からの「恒久化」を公約に掲げていることから、前向きな議論に資するため、全日病としての見解を示すこととした。オンライン診療の安全性と信頼性が担保されることが前提とし、全く情報が無い中で初診は誤診や医療過誤が起こる危険があると指摘している。10月17日の常任理事会で討議した内容をもとに見解としてまとめた。

オンライン診療の初診を含む「恒久化」を検討するにあたっては、安全性と信頼性が担保されることが前提である。

#### (オンライン診療における初診について)

- 通常、医師は、問診、視診、触診、聴診、理学所見、検査等のプロセスにより診断を行い、それらに基づいて治療を行っている。オンライン診療における初診で可能となるのは、問診および視診の一部であり、診療というより医療相談に近いものと考えられる。
- 初診は、その医療機関に初めて受診する場合と、受診歴はあるが診療期間が空いたため診療報酬上初診となる場合がある。後者は、患者の医療情報があるため診療可能なこともあると考えるが、前者の場合は、全く情報が無い中で診断・治療を行うこととなり、誤診や医療過誤が起こる危険がある。
- また、現在の医療ITの状況においては、患者・医師双方とも人物認証を確立することが困難である。まずは医療IT基盤の充実化を図っていくべきである。

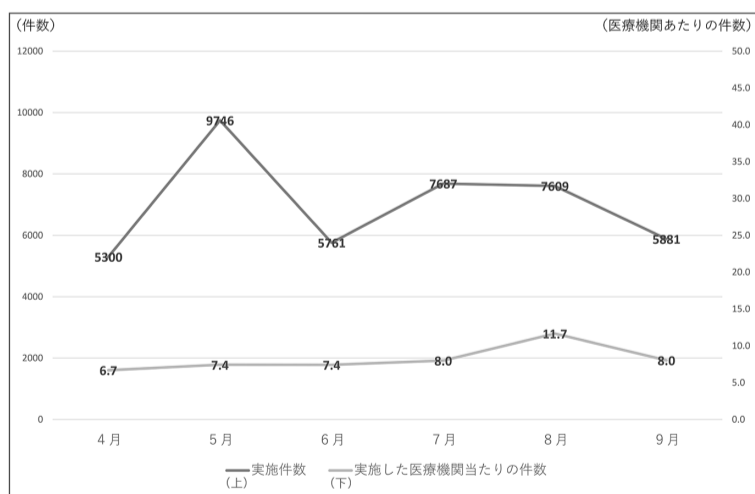
#### (オンライン診療が有効と思われるケースについて)

- オンライン診療は、通院が困難な高齢者に対する医療や在宅医療、医療過疎地や被災地などで通院・往診が困難な地域における医療などの場合は推奨すべきと考える。
- また、患者に寄り添うかかりつけ医、看護師、薬剤師等が遠隔地の専門医に相談、診断を仰ぐような仕組みも有効であろう。
- これらの場合も、オンライン診療のみではなく対面診療との組み合わせが必須である。

今後、オンライン診療の議論を進めるためには、初診・再診ともに専門分野ごとに可能な疾患を整理するとともに、オンライン診療が先進的に行われている海外の状況を調査し、長所や問題点を理解する必要がある。

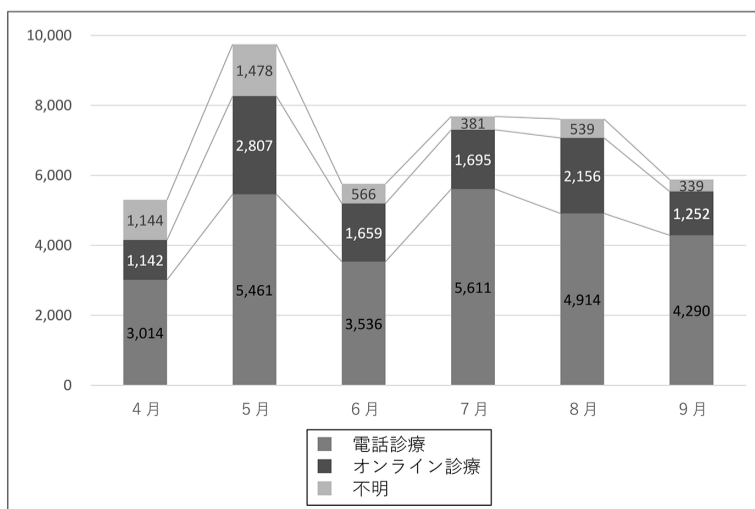
初診からの電話及びオンライン診療の件数(4月~9月)

初診からの電話及びオンライン診療の件数の推移及び実施した医療機関当たりの実施件数



初診からの電話及びオンライン診療の件数(4月~9月)

初診からの電話及びオンライン診療の件数(電話・オンライン診療別)



# 感染拡大時の連携などが構想の新たな課題に

## 地域医療構想WG 新型コロナ患者受入れ病院からヒアリング

厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)が11月5日にオンラインで開催された。地域医療構想でも、新型コロナのような感染症拡大時への対応を想定する議論が求められている。一方、人口構造の変化を見据えると、2025年へ向けた工程も明確化する必要がある。

同ワーキンググループは、他の審議会等の議論との整合性を図りつつ、進め方のスピード感では温度差があるものの、議論を着実に進めるとの認識を確認した。感染拡大時には、通常医療が制限されるため、それを引き受ける病院同士の連携も課題に上った。

はじめに、新型コロナ患者を受け入れた病院からヒアリングを行った。対象病院は、苫小牧市立病院(北海道)、雲南市立病院(島根県)、東京医科歯科大学病院(東京都)、平成立石病院(東

京都)、済生会福岡総合病院(福岡県)などの病院でも、感染拡大時は主にマンパワーを確保するため、病棟や病棟の一部を休止する対応を取ったことが示された。結果、通常の医療は縮小してしまう。

東京医科歯科大学病院は、753床のうち、新型コロナ対応で52床を確保、82床を休止した。重症患者を多く受け入れ、通常医療は一部制限している。全日病会長の猪口雄二委員は、「いつまでも続けられないと思うが、どのように本来業務に戻すのか」と質問。若林健二病院長補佐は、「日々悩む。持続可能な体制を作ることが問われている」と述べ、答えは出ていないとした。

平成立石病院は、「新型インフルのために整備した感染症病床があり、運よくそれを活用することができた」(大澤秀一院長)。ただ、感染拡大時には、

同フロアの別の病床も使い、専用病棟とし、延べ247人の新型コロナ患者を受け入れた。民間病院であるため、経営的に通常医療は続ける必要があった。それでも、感染症対策を徹底することで、1人の院内感染者も出さず、対応を続けることができていくという。

全日病副会長の織田正道委員は、ヒアリング結果を地域医療構想に関連させて発言。「特に、重症者の新型コロナ患者の受入れで、病床を休止せざるを得ない。通常医療が制限される分は、地域の別の医療機関が引き受ける役割分担が必要で、地域医療構想調整会議などを活用した連携が求められる」と指摘した。また、診療報酬でも評価がある多職種による感染防止対策チームなどで、連携を進めることを提案した。

厚労省は、一般医療に影響を与える感染症を、「国民の生命・健康に重大



な影響を与えるおそれがある感染症(感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など)の全国的なまん延等であって、医療提供体制に重大な影響が及ぶ事態」と定義したと説明。これを踏まえ、地域医療構想の進め方を同ワーキンググループで議論する必要があると説明した。

同日の議論は、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告される。その後、地域医療構想自体の見直しを含め、2025年に向けた工程や、診療実績の乏しい公立・公的病院の再編統合を視野に入れた検証期限の再設定などを、同ワーキンググループで議論し、一定の考えをまとめる予定だ。

# 厚労省が「医療資源重点外来」を位置づける仕組みを提示

## 厚労省・医療計画見直し等検討会 外来機能報告制度で把握し公表

厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)が10月30日にオンラインで開催され、外来医療の明確化をめぐる議論を行った。国が示す基準を参考に、地域で位置づける一般外来とは別の「医療資源を重点的に活用する外来」(以下、医療資源重点外来)を設ける案に対し、委員から様々な意見が出た。

同テーマを議論するのは3月18日の同検討会以来、半年以上ぶり。厚労省は、その時の資料を再整理し、今回提示した。医療機能の明確化については、入院医療が先行し、地域医療構想を推進するための病床機能報告制度や地域医療構想調整会議が設けられた。しかし、外来医療においても、人口減少や高齢化が進む中で、機能分化を図り、医療資源の効率的な配分を行うことが喫緊の課題となっている。

また、今回の議論は、全世代型社会保障検討会議の昨年12月19日の中間報告により、紹介状なし外来受診時に義務づける定額負担の対象を、200床以上の一般病院にまで拡大することが明記されたことが背景にある。これを考慮すると、「医療資源重点外来」を備える病院に対して、定額負担が義務化される道筋が想定される。

厚労省は、「医療資源重点外来」として、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来②高額等の医療機器・設備を必要とする外来③紹介患者に対する外来—をあげた。具体的な内容は今後さらに、専門的な検討を進める場において議論するとしている。

ただ、試算においては、次のように具体的な内容を示している。

試算では、「医療資源を重点的に活用する外来」とは、診療報酬の手術や麻酔、処置(DPC入院で出来高算定のもの)などを算定している場合。「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」とは、外来化学療法加算や外来放射線治療加算、検査・画像診断・処置のうち地域包括診療料の包括範囲外とされているものなどを算定している場合。「紹介患者に対する外来」とは、診療情報提供料1を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来としている。

右表に項目が整理されているが、3月18日の資料の「特定の領域に特化し

た知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」からウイルス疾患指導料と難病外来指導管理料を削除し、「紹介患者に対する外来」としている。

病院の外来について、これら3項目が該当する割合が「25%以上」である病院の割合をみると、特定機能病院は87%、地域医療支援病院は94%と大部分を占める。病床数では、500床以上の病院は78%だが、400～499床の病院は63%、300～399床の病院は55%、200～299床の病院は35%、100～199床の病院は20%と、下がっていく。

### 外来機能報告制度を創設

地域の中で、「医療資源重点外来」を明確化するため、これらの外来機能を報告する外来機能報告制度を創設する。都道府県の外来医療計画でも活用し、各医療機関の自主的な取組みの進捗状況を共有し、地域での調整に用いる。「医療資源重点外来」を、地域で基幹的に明確化するため、外来機能報告制度により報告し、公表する。紹介患

者に対する外来を基本とする医療機関であることが患者にわかるよう、広告可能とする。ただし、国の基準だけで報告対象の医療機関に決められることがないように、地域の協議の場で確認する仕組みとする。

また、地域医療構想が進まない場合の都道府県知事による権限を、外来機能の明確化に関しても、設けることも論点として提示した。

### 報告に診療所を含めるかで賛否

これらの厚労省案に対し、委員からは様々な意見が出た。

日本医師会の城守国斗委員は、「全世代型社会保障検討会議が結論を出す年内を考えると、かかりつけ機能を含む外来機能の本質的な議論を行う時間はない。大病院の外来の負担を軽減させるという目的を考えれば、報告制度の対象は病院・有床診療所だけにすべき」と主張した。

一方、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「『医療資源重点外来』に



該当する病院は25%であるのに対し無床診療所は5%だが、病院8,300施設に対し無床診療所は9万6千施設であり、数ではかなり違う。無床診療所を対象にすることも検討すべき」と提案した。

全日病副会長の織田正道委員は、「必要な外来機能は地域により異なるので、データで厳格に『医療資源重点外来』の基準を設定するよりも、手上げ方式で柔軟に対応した方がよい」と述べた。また、「診療科により病院の外来機能は異なる」と、病院として位置づけることの難しさを指摘した。

さらに、「『医療資源重点外来』の機能は、地域医療支援病院の機能と似ている。地域医療支援病院の再検討が必要ではないか」と問題提起した。

## 「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について

前回の検討会までにいただいたご意見を踏まえ、基本的な分析について、医療資源を重点的に活用する外来の設定について以下の修正を行った。また、精神科病院を除いて分析を行うこととした。

○ レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)(平成29年度)を基に、次の3つに該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定して、それぞれの実施状況について分析した。  
※ 地域における外来医療の機能分化・連携を進めていくためには、地域ごとの実施状況の分析が重要であるが、今回の議論のため、以下のように仮に設定し、全国的な実施状況の分析を行ったもの。

### ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

(例:がんの手術のために入院する患者が、術前の説明・検査や、術後のフォローアップを外来で受ける場合など)

- Kコード(手術)を算定
- Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定  
※1: 6000cm以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
- Lコード(麻酔)を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

### ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定  
※2: 脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード(手術)を算定
- Nコード(病理)を算定

### ・特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- ウイルス疾患指導料を算定
- 難病外来指導管理料を算定
- 診療情報提供料1を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来(紹介患者に対する外来)

# 費用対効果評価制度は拡大より分析結果の検証が先決

## 中医協総会 評価・分析を担う人材育成など体制の強化求める

中医協総会(小塩隆士会長)が10月28日にオンラインで開催され、医薬品などの費用対効果評価制度の今後の課題を議論した。経済財政諮問会議などから、保険収載の可否を含めた費用対効果評価制度の実施範囲・規模の拡大の検討が求められている。しかし、昨年4月から運用が始まり、まだ対象品目の分析結果も出ていないことから、まずは分析結果の検証が先決で、制度の拡大はその後の課題との意見で一致した。

経済財政諮問会議の新経済・財政再生計画の改革工程表2019に、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり、費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費を柔軟に活用・拡大すること」の検討を行うことが明記されている。一方、2019年4月から開始された費用対効果評価制度では、評価結果を保険償還の可否には用いず、価格調整だけに活用することになっている。

現況をみると、10月1日時点で12品目の分析が行われており、まだ結果は出ていない。具体的には、キムリア(ノ

バルティスファーマ)やエンハーツ(第一三共)、カボメティクス(武田薬品工業)、ゾルゲンスマ(ノバルティスファーマ)などが対象品目となっている。今年5月27日の中医協には、対象品目の一つであるテリルジー(グラクソ・スミスクライン)の企業分析の提出が2カ月遅れたことが報告されるなどの事態も生じている。

同日の議論では、保険収載の可否や制度の拡充は、「時期尚早」との意見が大半を占めた。日本医師会の松本吉郎委員は、「有効性・安全性が確認された医薬品などは保険収載することを原則に、費用対効果評価制度の議論を行ってきた。現行制度は保険償還の可否ではなく、価格調整に用いており、まずはその影響を検証し、その後に制度の課題を検討すべきだ」と述べた。

全国健康保険協会理事の吉森俊和委員も、「保険償還の可否を含めた検討も行うべきだが、まだ始まったばかり。実施状況の検証を速やかに行うとともに、海外事例などを把握しつつ、分析を行う体制の強化を図ることが重要になる」と指摘。厚生労働省に、体制の強化の状況を質問した。

厚労省は、医薬品などの費用対効果の分析を行う人材育成を図っていることなどを説明した。

具体的には、国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センターの人員が6名から8名に増員されたほか、聖路加国際大学・立命館大学・慶應義塾大学に公的分析を一部委託している。また、慶應義塾大学では、医療経済評価コース(HTAコース)を設定。現在、51名が参加しており、今年度中に26名が全単位を取得する見込みであることが示された。

小塩会長は、「費用対効果評価制度については、現行の体制を強化するとともに、運用の検証が重要との指摘が多かった。個別品目の分析結果はまだ報告されていない状況であり、評価が得られたものは速やかに報告を求めつつ、制度の成熟化を高めることが現状で必要なことである」と整理した。

### 2020年度調査の回答項目を調整

10月22日の入院医療等の調査・評価分科会がまとめた、2020年度診療報酬改定の影響と新型コロナの影響を把握するための2020年度調査の内容が、基



本問題小委員会と総会に示され、大筋で了承された。

ただ、病院に2021年4月以降の入院基本料をたずねる質問で、急性期一般入院料1を考えている場合の回答として、「施設基準を満たしており、職員の雇用に影響を与えることから、特に転換する必要性を認めないため」との項目がある。これについて、日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員が「シンプルに、施設基準を満たしているだけでよいのではないかと主張。回答の文言を調整することになった。」

また、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「医療機関への質問で、新型コロナ患者受入れの有無だけをきいている。受入れ人数は病院の規模などで異なると思うので、DPCデータを活用し、もっと詳細に把握すべきではないかと提案。厚労省は、実態調査とは別に把握する意向を示した。」

# 外国人患者受入れ体制の報告事項を了承

## 厚労省・医療情報提供検討会 全国統一的な検索サイトに病院の報告義務化

厚生労働省の医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会(尾形裕也座長)が10月29日にオンラインで開催され、医療情報提供制度に関する前回の議論を整理した。今後、開発に着手する予定の全国統一的な検索サイトに、医療機関が報告しなければならない外国人患者の受入れ体制の項目を定める告示案を了承した。

前回の議論では、報告義務のうち、「外国人の患者の受入れに関するサポート体制の整備」について、病院だけでなく、診療所や歯科診療所、助産所も対象とする方向で議論が行われた。義務は報告することであり、体制整備の有無ではないこと、また、外国人対応に積極的な診療所もあるためだ。

しかし、厚労省は今回、「外国人患

者対応の専門部署」がある病院は1.7%、「部署はないものの専門職員あり」の病院は1.9%に過ぎず、病院のみの報告事項とすることが妥当であると説明した。また、診療所などの任意の情報提供についても、告示で定める報告事項に基づく、全国統一システムであるため、情報の統一性が重要であり、任意の情報提供は、独自の医療機関ホームページなどで行うべきであるとの考えを示した。

NPO法人COML理事長の山口育子委員は、「診療所はやはりほとんど該当しないので、今回の整理でよいと思う。ただ、今後状況が大きく変わる可能性はあるので、その時々状況に合わせ、柔軟に見直すべき」と述べた。その他の委員も概ね賛意を示した。

一方、日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、外国人患者受入れ体制に関して報告義務のある3項目の関係や内容を質問した。3項目は、①対応できる外国語の種類②多言語音声翻訳機器の利用の有無③外国人の患者の受入れに関するサポート体制の整備一。

小森委員は、「①がヒト、②がモノによる対応として、ヒトによる対応を上位に置いているのか」と質問。厚労省は、「どちらが優れているというわけではなく、ヒトとモノを分けて報告してもらおう」と回答した。

また、③の外国人の患者の受入れに関するサポート体制の整備に関して、「病院に英語や中国語など外国語が流暢な職員がいた場合に、その職員が一時的に対応した場合でも該当する」こ



とを小森委員は確認。報告において、「職員の専任・兼任は問わない」ことが明確にされた。

全国統一的な検索サイトは、来年度から開発に着手し、医師の時間外労働規制が適用される2024年度までに運用させることを目指している。

医療広告に、「看護師が医療機関において手順書により特定行為を実施している場合の業務の内容」を記載する事項も整理された。「特定看護師」の記載が「専門性資格」を明示するものではないことなどに留意し、医師の働き方改革やチーム医療を推進している病院であることを示していることの観点を含め、広告例のイメージを示した。

# 医療計画に感染症拡大時への対応を記載へ

## 社保審・医療部会 地域医療構想の議論の先送りでは賛否

社会保障審議会・医療部会(永井良三分科会長)が11月5日にオンラインで開催された。都道府県が策定する医療計画の記載事項に、「新興感染症法等の感染拡大時における医療」を追加する方向性を了承した。また、新型コロナが収束していない段階で、地域医療構想をどう進めるかをめぐっても意見を交わしたが、意見が分かれた。

10月21日の厚生科学審議会・感染症部会で、新興感染症等の拡大感染時における医療提供体制が議論された。新型コロナのような新興感染症は、感染拡大時に、広く一般の医療提供体制に大きな影響を与えることがわかった。このため、感染症法で定める予防計画と医療計画の整合性を図りつつ、医療計画に新興感染症等への対応を加えることを厚生労働省が提案。感染症部会では了承され、医療部会に投げられる形となった。

想定される記載事項のイメージでは、

「平時からの取組み」として、◇感染症指定医療機関(感染症病床)等の整備◇感染防護具等の備蓄◇感染管理の専門人材の育成◇院内感染対策の徹底◇PCR検査等病原体検査の体制整備一が例示された。

「感染拡大時の取組み」としては、◇一般病床等での感染症患者の受入れ体制の確保◇臨時の増床、臨時の医療施設や宿泊療養施設の開設◇感染拡大時の人材確保の取組みがあがった。

なお、整合性を図ることになる予防計画の基本方針の見直しは、新型コロナの「事態が収束した段階」で対策の評価とあわせ、検討を行う予定だ。

委員からは、特に異論はなく、了承された。ただ、全日病副会長の神野正博委員は、「地域医療構想とも関連するが、感染拡大時に備え、余力のあるベッド・人材・資材を、国としてどう確保し、医療機関に提供するかの検討を行うべきだ」と求めた。

地域医療構想をめぐっては、公立・公的病院の再編統合の議論を先送りすべきとの意見が目立った。鳥取県知事の平井伸治委員は、全国知事会の考えとして、「今は新型コロナと戦うことが最優先だ。いったん先送りし、時期をみて、実りのある議論を行う方がよい」と述べた。全国市長会や全国町村会の委員も同様の意見を述べた。

一方、健康保険組合連合会常務理事の河本滋史委員は「人口構造が変化することが変わらない中で、地域が抱える問題はより深刻になる。限られた医療資源を有効に活用するため、地域医療構想の議論は粛々と進めるべき」と主張した。日本経済団体連合会の委員も同様の意見を述べた。

神野委員は、「このような『有事』において、立ち止まって考えるとの判断は英断と理解する。しかし、地域の人口減少は進む。『有事』と『平時』の対応の整理が求められるが、感染拡大時に



必要となる余力のあるベッド・人材・資材を『平時』の地域医療構想の枠組みで確保するならば、診療報酬でもその費用を手当てしなければならない。私は、『有事』のために余力を残す対応は、別の対応として、整理すべきものであると考える」と述べた。

### 外来機能の報告に診療所を含めるか

外来医療の明確化については、「医療資源を重点的に活用する外来」の基準を設定し、外来機能報告制度により把握し、地域の協議により、医療機関として位置づける仕組みが議論されている。これに対して、報告対象で病院・有床診療所に、無床診療所を加えるかで、賛否があった。神野委員は、「国民目線で外来機能を明確化する上で、一部の病院だけの機能を位置づけるのは、いかがなものか。すべての医療機関が報告するのが筋ではないか」と述べた。

# 病院における薬剤師確保策の検討の必要性示す

## 日病協・代表者会議 薬学部在学中や卒後での病院研修の提案も

日本病院団体協議会は10月23日、代表者会議を開催し、最近の厚生労働行政について協議した。会見した日本病院会の相澤孝夫会長は、地域の病院が薬剤師を確保できない問題で、様々な意見が出たため、確保策を検討する必要があるとの認識を示した。

薬剤師数は全体で増えている。しかし、政府の医薬分業方針もあり、薬局で働く薬剤師が増える一方で、病院では横ばいに近い状況が続く。病院に薬

剤師が集まらない状況について、代表者会議では様々な意見があった。

給与が薬局の方が高いという問題に対しては、診療報酬での対応が必要との意見が相次ぎ、院内調剤と院外処方との格差は正などが、中医協などで再度議論されることを求める意見が出た。

また、薬剤師が病院で働くことに関心を持ってもらうために、薬学部在学中や卒後に病院での研修を義務づけることの提案もあった。同日の代表者会

議では、全体の意見をまとめる時間はなかったが、引き続き確保策を議論していくことになった。

菅政権の下で、積極的に推進しているマイナンバーカードを活用した医療機関などでのオンライン資格導入について、厚労省の担当者が説明した。来年3月に運用が開始されるが、現状で顔認証付きカードリーダーの申込数が医療機関等全体の14.5%にとどまることから、周知が必要との認識を厚労省

担当者は示した。

顔認証付きカードリーダー自体は無償提供される。ただ、レセプトコンピュータや電子カルテの改修など、システム導入に伴うその他の費用の補助には上限額が決まっている。厚労省担当者は、大病院の場合だと実際の費用が補助の上限額を上回ってしまう可能性があるとして指摘した。

ただ、システムベンダ側が示している料金はもう少し下がることを見込んでおり、補助額の見直しとあわせ、関係者と調整が続けられているとした。

# 薬剤師需給調査について厚労省から説明きく

## 四病協・総合部会 薬剤師不足の解消に対応求める

四病院団体協議会は10月28日に総合部会を開き、薬剤師需給調査の実施について厚生労働省の担当者から説明を受けた。出席者から、薬剤師が不足し、病院では薬剤師を確保できない状況にあるとして、行政の対応を求める声が相次いだ。

薬剤師の需給調査は、「薬剤師の養

成及び資質向上に関する検討会」の議論を踏まえて実施するもの。薬学教育の6年制課程が2006年から始まり、薬剤師に求められる役割や業務内容が変化している。同検討会は、今後の医療需要の変化とともに、薬剤師に対するニーズや業務内容の変化を踏まえて需給調査を行う考え。

需給調査は、全国の薬剤師数のほか、地域別の薬剤師数を調査・推計する。推計の期間は、25年後の2045年。薬剤師の勤務状況を把握するため、薬局・医療機関に従事する薬剤師の働き方を調査することとし、薬局5,000施設程度、医療機関1,000施設程度、および各施設に従事する薬剤師25,000人程度

を対象にアンケート調査を行う。あわせて薬剤師の業務量を推計する際の参考とするため、10以上の薬局・医療機関でタイムスタディ調査を実施する。

厚労省の説明に対し、「薬剤師は過疎地だけでなく都市部でも不足で、募集しても採用できない」「需給調査をしている状況ではない」など、病院薬剤師の確保が難しい状況を訴える発言が相次いだ。薬学部6年制を踏まえて病院での臨床研修を実施し、病院が薬剤師を採用できる環境づくりを求める意見もあった。

# 循環器病対策推進基本計画

## 閣議決定 年齢調整死亡率の減少目指す

政府は10月27日、循環器病対策推進基本計画を閣議決定した。計画の策定は今回が初めて。2040年までに3年以上の健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少を目指し、予防や医療、福祉サービスまで幅広い循環器病対策を推進する。循環器病対策を進めるためにも、高齢化に伴い増大する需要に対応する地域医療構想の実現が求められていると指摘している。

2019年12月に施行された循環器病対策基本法に基づき、計画を策定した。最初の計画は2020年度から2022年度までの3年間を目安とする。第二期以降は6年計画とし、都道府県の医療計画など他の計画と整合性を図るよう定めている。

目標を実現するための施策の3本柱は、①循環器病の予防や正しい知識の普及啓発②保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実③循環器病の研究推進一となっている。

「保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実」では、◇健診の普及◇救急搬送体制◇医療提供体制

の整備◇患者支援◇リハビリテーション◇適切な情報提供・相談支援◇緩和ケア◇後遺症を有する者への支援◇治療と仕事の両立支援◇小児期・若年期への対策一などの項目を設けた。

救急搬送体制では、脳梗塞に対するt-PA療法(プラスミノゲン・アクティベータの静注療法)や機械的血栓回収療法の効果が確認されている中で、「国民があまねく享受できる状況になっていない」ことを問題視した。医療提供体制については、各地域で複数の医療機関で24時間対応を可能とするネットワークの構築の重要性を強調した。リハビリについては、急性期から開始し、回復期から維持期・生活期まで継続することを求めた。回復期以降の外来や在宅でのリハビリにも言及した。

「循環器病の研究推進」では、循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリなどの方法に資する研究開発を推進するため、基礎研究から診断法・治療法の開発までを産学連携や医工連携を図る。根拠に基づく政策立案の研究も推進するとしている。

## 2020年秋の叙勲で会員7人が受章

2020年秋の叙勲で全日病の会員から下記7人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章が授与された(敬称略・順不同)

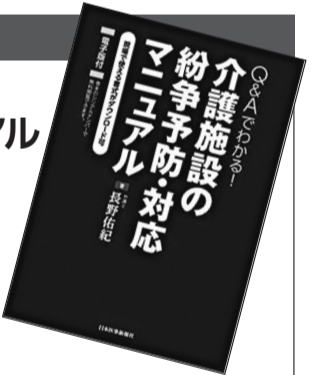
- 旭日双光章 相澤 潔 医療法人暁星会 三財病院 理事長
- 旭日双光章 白井 隆 医療法人白井会 田野病院 理事長
- 旭日双光章 江畑 浩之 医療法人松翠会 森園病院 副理事長
- 旭日双光章 保利 喜英 医療法人賛健会 城内病院 理事長
- 瑞宝中綬章 越智 隆弘 医療法人警和会 大阪警察病院 理事長
- 瑞宝小綬章 東郷 庸史 医療法人社団東郷会 恵愛堂病院 理事長
- 瑞宝小綬章 山田 實紘 社会医療法人厚生会 木沢記念病院 理事長

一冊の本 book review

**Q&Aでわかる！ 介護施設の紛争予防・対応マニュアル**

著者●長野佑紀  
発行●日本医事新報社  
定価●3,000円+税

本書では、介護事故、情報管理、高齢者虐待、安全確保、衛生管理、労務管理など、介護の現場にてよく見られそうなシチュエーション別に、管理・運営上の問題と具体的に実践的な解決案がQ&A形式で示されている。介護施設向けとして書かれているが、医療の現場でも十分に通用する内容である。全日病の医療事故調査等支援担当委員会で特別委員をお務めいただいている宮澤潤弁護士事務所に所属されている長野佑紀弁護士のご著書。マネジメント層だけでなく、看護・介護に携わる職員は必読である。直接患者様と接さない職員にも、ぜひ一読していただきたい。(安藤高夫)



## ■ 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
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2020年12月1日(火) 【全日病会議室】※ハイブリッド形式(会場参加またはZoomウェビナーによるWEB参加いずれでも可)で開催。自宅や職場からの参加も可能。	5,500円(税込)	厚生労働省が推進する「医療安全推進週間」における取組みとして、医療安全対策の意識向上、組織的取組みの促進などを図るため、講習会を開催する。全日病と日本医療法人協会の「医療安全管理者養成課程講習会」の講習(1単位)に相当する。
個人情報管理・担当責任者 養成研修会ベーシックコース (熊本会場) (48名)	2020年12月10日(木) 【熊本県医師会館】	13,200(17,600円)(税込) ※昼食代、書籍代含む	医療機関内に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指した研修会。事例を用いたグループワークを実施し、より実践的な知識を身に付けていただく。参加者には「受講認定証」を発行する。
医療安全管理体制相互評価者 養成講習会【運用編】 (100名)	2020年12月12日(土)・13日(日) 【全日病会議室】ハイブリッド形式(会場参加またはWEB参加(Zoom使用)いずれも可)で開催。自宅や職場からの参加も可能。	27,500円(33,000円)(税込) ※受講料、テキスト代、昼食代を含む。	「医療安全対策地域連携加算」に適切に対応するため、『医療安全管理体制相互評価の考え方と実際』をテキストに、相互評価の実務を想定した講習会を開催する。
災害時のBCP研修(WEB) (60名)	2020年12月17日(木) ※ZOOMを用いたWEB研修会	1名につき 22,000円(23,100円)(税込)	災害時に事業を継続し、復旧を速やかに遂行するために作成するBCP(事業継続計画)について、大規模地震を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制や対応方法の現状の課題への「気付き」を得て、自院の事業継続マネジメントの取組みにつなげる。