



全日病 ニュース

2021.2.1

No.979

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

政府が新型コロナの感染拡大防止で緊急事態宣言を発出

全日病が会員病院に新型コロナ患者の受入れを要請

菅義偉首相は1月7日、新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐため、東京、神奈川、埼玉、千葉の1都3県を対象に特別措置法に基づく緊急事態宣言を発出した。期間は8日～2月7日の1か月間。その後、14日に対象地域を拡大し、栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県の7府県が加わった。

緊急事態宣言を受けて、全日病はすべての会員病院に対し、新型コロナ患者の病床確保の協力を要請。感染者が急増している地域で急性期医療を担う病院に対し、新型コロナ患者の受入れを求めるとともに、都道府県からの病床確保の要請に積極的に協力するよう求めた。また、新型コロナ感染症からの回復患者の転院について、対応可能な病院は積極的な受入れを行うよう呼びかけた。

緊急事態宣言は、7日夕の新型コロナウイルス感染症対策本部で決めた。記者会見した菅首相は、「何としてもこれ以上の感染拡大を食い止め、減少傾向に転じさせる」と強調した。

緊急事態宣言の発出に伴い政府は7日、医療機関に対する新たな支援策を示した。新型コロナ対応の病床を増やした病院に450万円の補助を上乗せし、重症者向けの病床に対し合計1,950万円の支援を行う。厚生労働省は、1月7日付の事務連絡「新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ病床の更なる

確保について」で、補助額の加算について説明するとともに支援を活用し、病床の確保に協力するよう求めた。

補助額の加算は、12月25日に決定した緊急支援事業に上乗せするもの。緊急支援事業は、感染者の急増により病床が逼迫するなかで、新型コロナ患者の受け入れ病床と人員を確保するために予備費を活用して医療機関を支援するもので、補助基準額は、①新型コロナ患者の重症者病床1,500万円(1床当たり)、②新型コロナ患者のその他病床450万円(1床当たり)、③協力医療機

関の疑い患者病床450万円(1床当たり)。1月7日付で交付要綱を改正し、①と②の基準額にさらに450万円を上乗せすることを決めた。

首都圏はステージⅣの感染状況

新型コロナウイルスの感染者数は、昨年11月から急増し、年明け以降に全国各地で過去最多の感染者を確認。東京では1日に2,000人を超える日が続いた。新型コロナウイルス感染症対策分科会は、5日に緊急提言を行い、政府に対して緊急事態宣言の発出を要請。

4都県の感染状況について、重症者・死亡者が増加して通常の医療に深刻な支障が生じているとし、「ステージⅣ(感染爆発)相当の対策が必要な段階」と分析した。

民間病院が医療提供体制を担う

昨年1月に国内で最初の新型コロナの感染者が確認されて以来、全日病の会員病院は、治療方法や対処方法が明らかでないなかで、未曾有の感染症との闘いに立ち向かってきた。

特に急性期の病院は経営面で大きなダメージを受けるなかで、新型コロナ患者を受け入れ、治療に尽力してきた。また、新型コロナ対応病院をサポートする周辺の医療機関では、収入減が続くなかで、新型コロナ以外の救急患者の受け入れや入院患者の転院受け入れなど、地域の実情に応じて役割を果たしてきた。新型コロナ感染拡大の危機を乗り越えるために会員病院が一致団結して取り組む必要がある。

猪口会長が菅首相との意見交換に出席

医療提供体制確保のため、さらなる支援を要請

菅義偉首相と医療関係6団体との意見交換が1月14日に首相官邸において行われた。

菅首相および田村憲久厚生労働大臣、西村康稔新型コロナ対策担当大臣は、感染が拡大するなかで新型コロナウイルス感染症患者に対応していることに対し、感謝の言葉を述べるとともに、緊急事態宣言下でのさらなる協力を要請した。

全日病の猪口雄二会長は、新型コロナ

患者に対応している病院をサポートする後方支援病院に対して政府の支援を求めるとともに、地域における機能分担が重要になると指摘。「各医療機関が持っている医療資源を結集し、この難局を乗り越えなければならない。全日病2,500超の会員病院が一体となって取り組む」と決意を表明した。

日本医師会の中川俊男会長は、菅首相に対し、緊急事態宣言を全国に拡大するよう求めるとともに、新型コロナ

患者を受け入れる病床の確保に向けて病院団体と対策組織を設置する考えを示した。

意見交換には、政府から菅首相のほか、田村厚労相、西村大臣が出席。医療界からは、猪口会長のほか、日本医師会の中川俊男会長、日本看護協会の福井トシ子会長、日本病院会の相澤孝夫会長、日本医療法人協会の加納繁照会長、全国医学部長病院長会議の湯澤由紀夫会長が出席した。



左から全日病の猪口会長、看護協会の福井会長、日医の中川会長

コロナ患者受け入れ医療機関に緊急支援を決定

重症者受け入れ病床に1,500万円を補助

田村憲久厚生労働大臣は12月25日の閣議後会見で、コロナ患者受け入れ医療機関への緊急支援に2020年度予算の予備費から2,693億円を当てることを報告するとともに、新たな医療提供体制パッケージを示した。緊急支援では、年度内経費で、重症者受け入れ病床1床当たり1,500万円、その他病床と協力医療機関の疑い患者病床で450万円を補助する(6面参照)。

田村厚労相は、「感染拡大により一

部の地域で受け入れ病床が逼迫し始めており、対応する医療従事者に大変な負担となっている。こうしたなか、必要な病床を確保していかなければならず、受け入れるための従事者も確保しなければならないため、今年度内の緊急的な措置を講じる」と述べた。

人件費と感染防止の費用が対象

予備費2,693億円を使って実施する緊急支援は、コロナ患者の受け入れ病床

を割り当てられた医療機関に対して、コロナ対応を行う医療従事者を支援し、受け入れ体制を強化するための補助である。

病床計画の最終フェーズとなった都道府県、または病床が逼迫し受け入れ体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て国が認めた場合、当該都道府県においてコロナ患者・疑い患者の受け入れ病床を割り当てられている医療機関が対象となる。

本号の紙面から

医療部会が国会提出法案の内容を了承	2面
診療報酬改定シリーズ⑥ 地域包括ケア推進と入退院支援	3面
厚生労働省予算の概要	4面
2021年度税制改正大綱	5面
医療提供体制パッケージ	6面
病院機能評価認定率向上を目指して	7面
介護技能実習生が入国	8面

清話抄

感謝と畏(おそれ)

あの悪夢のような平成28年4月の熊本地震からもうすぐで5年を迎えようとしています。多くの関係者のご努力によって国道57号線は完全復旧し、新阿蘇大橋もあと1か月で完成という

ころまで来ることができました。全日病の皆様から温かいご支援を賜りました阿蘇立野病院も創造的復興のシンボルとして新たな気持ちで邁進してまいります。

昨年7月人吉豪雨の際に、AMATの研修を受講したスタッフと共に医療救護班として、人吉市内の4か所の避難所や人吉市以外を含む7か所の被災医療機関を巡回、慰問致しました。熊本地震後の避難所巡回を思い出しながら、その運営は確実に進歩していると

感心しました。これも住民、行政、ボランティアを含めた関係者の経験や士気の高さだといえましょう。

さて、天災のみならず感染症などの自然の猛威に、私たち人間は今のところ確実に防災する術を知りません。実は完全なる防災する術などそもそも無いのかもしれませんが。西洋の産業革命の産物を導入後、時間が経つにつれ実は私たちそのものが自然であるということをお忘れてはいませんか。

自然は計り知れないほどの恵みを私

たちに与えてくれます。一方で計り知れないほどの打撃を与えます。前者に対する感謝はすれど、後者に対する畏怖・畏れが特に近代以降薄れてきているのではないのでしょうか。医療を含めた文明が自然を克服できると勘違いしてはいませんか。

自然である自己ですら制御できないのに。自然に存する厳粛な真理、法則を慎む謙虚な態度こそ改めて私たち現代人に必要だと思考します。

(上村晋一)

主張

オンライン診療が成り立つ3つの機能

新政権からDX推進の狼煙が打ち上げられ、その象徴のようにオンライン診療の恒久的実施が叫ばれている。厚生労働省の抑制的な議論と並行して、医療の外にある規制改革推進会議等では無制限解禁論が渦巻いている。

確かに、患者の顔をロクにも見ず、コンピュータ画面を見ながら診療する医師を見ているとオンラインでいいのではと思う御仁もいよう。しかし、そういう医師は遠からずAIに駆逐されることだろう。患者の話聞き、身体

所見を丁寧に取る臨床推論は診断する以上必要だ。顔を見るだけでピタリを当てるのは魔術師の世界だ。

一方で、密を避けるためには非接触であり、リモートだ。そこで、原理主義的なオンライン診療への賛否ではなく、オンライン診療が成り立つ以下の3つの機能を提言してみたい。

①コンサルテーション機能

まさに受診相談だ。例えば、「めまいがする」時に、何科を受診すべきか

悩める患者は多い。それを、オンラインであらかじめ相談し、可能ならばしるべき専門家の診療につなぐ(紹介する)機能は、患者にとっても、医療者にとっても時間の無駄を省くことだろう。

②検査結果説明

対面診察で実施し、即時で結果が出ない検査結果(例えば、血液の特殊検査、内視鏡生検の病理診断結果など)の説明。その結果として次の治療計画につなげる場合には、その場での受診予約も必要だ。

③医療者を介した診療

オンライン診療は、医師対患者(D to P)をイメージすることが多い。しかし、これを医師対医師と患者(D to

D with P)、医師対看護師と患者(D to N with P)としたらばどうだろうか。患者の傍らにいたりかかりつけ医と遠隔の専門医がつながる、あるいは在宅や病棟の看護師が患者の画像を共有しながら主治医とつながり適切な治療に結びつける。医師の働き方改革対策にも資するに違いない。

どれも診療報酬はどうなるのかといった議論は必要だろう。しかし、医療の質が向上するのは確実だ。ならば、カネは後から付いてくると考えて、スマホでもタブレットでも使っていることから積極的な取り組みに挑戦する時ではないだろうか。

(神野正博)

医療計画見直しの報告などを了承

社保審・医療部会

各法案を通常国会に提出し成立目指す

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は12月25日、医療計画の見直しや外来機能の明確化の仕組み、医師の働き方改革など各検討会等がまとめた報告書などの説明を受け、了承した。厚生労働省は1月18日に始まった通常国会に各法案を提出した。

厚労省から、「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制に向けた考え方」、「外来機能の明

確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」、「医師の働き方改革の推進に関する検討会・中間とりまとめ」などの報告があった。

今後の医療提供体制に向けた考え方では、医療計画の5疾病5事業に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加する方針が示された。全日病副会長の神野正博委員は、これに賛意を示すとともに、「念のための備え

としての、病床あるいはヒト・モノ・カネの手当を診療報酬とは別枠で確保しておくことも計画に盛り込むべき」との考えを改めて示した。

また、民間病院においても公立・公的等とほぼ同数の病院がコロナ患者を受け入れているとの厚労省のデータに言及し、「一部に誤解が生じている」と周知を求めた。

外来機能の明確化では、紹介患者中

心の病院を位置づけ、紹介状なし受診患者への定額負担を義務化する仕組みに対し、日本病院会会長の相澤孝夫委員が、明確に反対した。神野委員は、外来機能報告制度など外来機能の明確化に向けた提案の一部を評価しつつ、「かかりつけ機能のあり方などももう少し詰めるべきことがあり、定額負担の対象拡大や金額の議論をするのは時期尚早」と述べた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「定額負担の対象である特定機能病院や地域医療支援病院は、診療報酬の特典がある。新たな対象病院にも報酬面の配慮を求める」と強調した。

厚生労働省が医療経済実態調査の実施案示す

中医協総会・調査実施小委

コロナの影響小さくするため単月データを追加

厚生労働省は1月13日の中医協の調査実施小委員会に、2022年度診療報酬改定の参考資料となる医療経済実態調査の実施案を提示した。2020年度診療報酬改定の医療機関の経営に対する影響を把握するのが目的だが、2020年度の事業年度データはコロナの影響を強く受けている。厚労省は、2020年度改定の影響を把握できるようにするため、コロナの影響が小さい単月データを追加して調査することを提案した。ただ、診療側は医療機関の負担が大きいなどの理由で難色を示しており、引続き議論を行うことになった。

なお、同日、調査実施小委員会の委員長に、秋山美紀・慶應義塾大学環境情報学部教授が選出された。

通常の医療経済実態調査の方法で、2020年度改定の影響を把握する場合は、2019年度と2020年度の2カ年の事業年度データを用いる。しかし、厚労省が公表する「最近の医療費の動向」によると、2020年4月～8月で医療費は対前年同期比▲6.2%となっている。コロナの影響で医療機関の医業収益が減少しており、単純に2カ年の事業年度データを比較しても、2020年度改定の影響を把握することは困難な状況だ。このため、コロナの影響が小さい月のデータを追加する提案があった。調査を作成する今年7月までで、実施可能な最後の月は今年6月であると、厚労省は説明した。

また、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金などのコロナ関連の補助金による収益は、その他の補助金と分けて把握する。病院であれば「その他の医業収益」、診療所であれば「その他の医業収益」として、別に項目を設ける。新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金は、従事者へ支払われる慰労金であり、医療機関によっては、損益計上している施設もあれば、預かり金として損益計上していない施設もあるため、損益に

計上しないとする提案もなされた。

これに対し、特に単月調査に関し、診療側は難色を示した。日本医師会副会長の今村聡委員は、「どの月もコロナの影響を免れ得ない。医療経済実態調査は医療機関の負担が大きく。回答率の低下につながる。また、2カ年の事業年度データとの違いの解釈も難しくなる」と述べた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「単月調査は支出の振り分けが大変で、負担が大きい。コロナの影響も、地域差やコロナ患者受入れの有無で異なる。分類して把握しようとする、回答数が少なくなり、調査の有意性が課題になる」と指摘した。

厚労省は、単月調査の回答が困難な場合でも、回答全体としては「有効」として扱うことや、費用項目の内訳の一部省略を検討することを補足した。

一方、支払側は賛成した。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「通常の医療経済実態調査を実施しても2020年度改定の影響を把握することは難しい。工夫して実施することが必要だ」と述べた。また、「重症度、医療・看護必要度」や入院料の見直しも経過措置が今年度まで延長となっていることから、「今年度で延長が切れれば、2020年度改定の影響を把握できる」と主張した。

厚労省はこれらの意見を踏まえ、今

回は結論を出さず、コロナの感染状況をみながら、引き続き議論するとの考えを示した。

不妊治療の保険適用めぐり議論

同日の総会(小塩隆士会長)では、不妊治療の保険適用をめぐり議論を行った。菅内閣は9月16日閣議決定の基本方針で、不妊治療への保険適用の実現の方針を決めている。これを踏まえ、社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は昨年12月23日に「議論の整理」をまとめた。「議論の整理」では、2022年度当初からの保険適用の実現と、全世代型社会保障検討会議が決めた工程表(下表参照)に沿って中医協で議論を進めることを求めている。

工程表では、3月末に実態調査の最終報告が出され、夏頃に学会ガイドラインがまとまるため、中医協での本格的な議論はそれ以降になる。また、保険適用までの間は、助成制度を大幅に拡充することが決まっており、所得制限を撤廃し、助成額を増額することになっている。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊について、新たな支援を実施することも2021年度予算案で措置された。

現状で不妊治療については、治療と疾病の関係が明らかで、治療の有効性・安全性が確立しているものを保険適用している。一方、原因が不明な不妊症

に対して行われる体外受精や顕微授精などは保険適用されていない。

治療技術には様々な特性があり、一律に保険適用するのは難しい。だが、現状では保険適用外の治療は混合診療になってしまう問題もある。このため、工程表では、保険外併用の仕組みの検討も明記されている。

倫理的問題もある。池端委員は、「不妊治療を保険適用にすると、子どもを産めないことが保険事故という取扱いになってしまう。子どもを望まない人への偏見につながる可能性がゼロではない」と指摘した。厚労省は、「不妊治療の保険適用は、少子化社会対策のパッケージとして、推進を図るものであり、里親・養子縁組制度の促進などもあわせて推進する。国民への広報と啓発を図る」と説明した。

日医の松本吉郎委員は、「医療保険部会などで様々な議論があったと思うが、中医協でしっかりと議論していく」と述べ、これまでの議論にとらわれずに議論を行う姿勢を強調した。

日本産科婦人科学会に不妊治療実施医療機関として登録されている622施設の医療機関に対する昨年秋のアンケート調査結果も示された(回収率49%で307施設)。

それによると、新鮮胚移植の費用の中央値は37万～51万円、凍結胚移植は43万～51万円であった。数値の幅は、排卵誘発剤の使用の多寡、体外受精であるか顕微授精であるかなど治療法の違いによる。これに対し拡充前のこれらの治療に対する助成額は、15万円(初回30万円)である。

工程表 不妊治療の保険適用

	2020(R2)年度				2021(R3)年度				2022(R4)年度～
	12	1	2	3	4～6	7～9	10～12	1～3	
助成金	<div style="display: flex; align-items: center;"> → 助成金拡充 </div>								
保険適用	<div style="display: flex; align-items: center;"> → 保険適用 (R4.4～) </div>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>12/14</p> <p>● ガイドライン検討</p> <p>● 工程提示</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>3月末</p> <p>● 実態調査最終報告</p> <p>※厚生労働科学研究費により助成</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>夏頃</p> <p>● 学会がガイドライン完成(予定)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>年明け</p> <p>● 準備期間</p> <p>● 保険適用決定</p> </div> </div>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">保険外併用の仕組みの手続き</div> </div>								

診療報酬改定シリーズ●2020年度改定への対応⑥ (最終回)

地域包括ケア推進に向けた地域連携と入退院支援について

医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

2020年度診療報酬改定からみた、地域連携と入退院支援

入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、施設間の連携を推進したうえで、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院・在宅復帰に向けて支援することを評価したものである。

2018年の診療・介護報酬同時改定では、地域包括ケアシステム構築のための取り組みを強化し、多職種間連携の強化が行われた。医療機関が患者に対して入院早期から退院直後まで切れ目のない支援を行った場合に入院支援加算として評価する見直しが行われ、従来の退院支援加算の名称が「入院支援加算」に変更された。また2020年診療報酬改定では、入院支援加算の届け出病院は平均在院日数が短い傾向であることが評価され、また一方で「入院支援および地域連携業務の関する十分な経験を有する看護師の配置は困難」との指摘があり、その点が緩和された。入院時連携に係る医療・介護報酬のポイントを表にまとめているのでご参考にして頂きたい。簡単に「入院支援」に関する2020年度改定の変更点をまとめると以下の通りである。

- ◆ 入院時支援加算は、入院前の支援の状況により2区分に再編された
- ◆ 入院支援加算に総合機能評価加算が組み込まれた(新設)(従来の総合評価加算は廃止)
- ◆ 人員配置の「常勤専従」の考え方が、「常勤換算」「選任」で可能となった

病院における入退院支援部門を有効かつ効率的に運営するためには

病床の機能分化と連携、平均在院日数の短縮、在宅復帰率等の評価より、効率的な入院医療を求められる時代においては、地域連携とベッドコントロール(入院調整)がその要であり、病院内部の入退院支援部門のスタッフは、病院内外での多職種連携を促進させ、効率的な病床運営に寄与するためにも、その生産性向上に向けたスタッフのスキルアップが欠かせない。現在では、どの病院でも入院支援部門にスタッフを配置し運営していると思われるが、地域における病院の専門性や医療機能、地域の疾病構造によっては、その算定件数にはかなりばらつきが見られると思われる。この入院支援部門の生産性向上のためにはいくつかの課題があげられる。

①対象となる患者の抽出をどのようにするのか、アセスメントの標準化

入院支援加算を算定するには、まず入院後3日以内(入院支援加算2は7日以内)に退院困難な要因を有する患者の抽出が必要となる。要因11の項目は以下の通りである。
ア) 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎の急性呼吸器感染症のいずれか、
イ) 緊急入院
ウ) 要介護状態であるとの疑いがあるが、要介護認定が未申請(主に65歳以上)
エ) 家族または同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
オ) 生活困窮者

カ) 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式に再編が必要(必要と推測される)
キ) 排泄に介助を要する
ク) 同居者の有無に関わらず、必要な養育または介護を十分に提供できる状態にない
ケ) 退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養を含む)が必要
コ) 入院を繰り返している
サ) その他患者の状況から判断して、ア)～コ)に準ずると認められる

上記項目のうち一つでも該当していれば算定対象となるため、スクリーニング、チェックシート等を活用し、介入必要性のアセスメントの標準化を図られるようにし、対象となる患者の抽出漏れの無いようにする必要がある。

②カンファレンスを効率的に

次に入院後7日以内(入院支援加算2はできる限り早期)に、多職種によるカンファレンスが必要となる。必須の職種は(病棟看護師、病棟に専任の入退院支援職員、入退院支援部門の看護師・社会福祉士)である。特に病棟に専任の入退院支援職員が中心となって、効率的に対象患者をリストアップし、患者別の基本情報、必要な退院支援等の情報をまとめて可視化し、如何に効率の良いカンファレンスの運営を行うかがカギとなる。

③退院支援への認識の共有について

患者が適正な入院日数で治療を受け、適正な場所へ退院して頂くために検討するあらゆる支援を含んでおり、特別

な行為や結果・成果を必ず求められるものではなく、退院支援の本来の目的を多職種でしっかりと共有しておくことも重要である。

④退院支援計画書のフォームについて

厚労省が公開しているモデル書式は自由記載の部分が多いため、より自院に適合するようチェックリスト化し、効率的な退院支援計画書を作成することも重要である。

⑤算定件数を上げるためには

退院困難な要因を有する患者の抽出で、特に(ア)(中でも認知症)、(イ)救急搬送、(コ)入院を繰り返すケース、が退院困難なケースの多くを占める要因となる。この3要因に該当する患者については、特に多職種でしっかりと対応して、結果として算定件数を上げることができるよう、日ごろから多職種による勉強会やカンファレンス等で、情報や成果をフィードバックし、常に運用面の見直しを図りながら実務レベルを上げておく必要がある。

最後に

入院支援には、普段から多くの多職種スタッフが関わることから、今後、入院医療等の調査・評価分科会や中協において、この「入院支援加算」の効果について医療現場からの様々なデータを分析し、次回2022年改定においては、「入院支援加算」に対して、働き方改革の視点からも、より実務に見合った高い評価が行われることを期待したい。

表 入院時連携に係る診療報酬(2020年改定)・介護報酬(2018年改定)のポイント

診療報酬			
診療情報提供料Ⅰ	250点	(新) 診療情報提供料Ⅲ	150点
歯科医療機関連携加算	100点	入院時支援加算Ⅰ or Ⅱ	230~200点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500~1,000点	介護支援等連携指導料	400点
早期離床・リハビリテーション加算	500点	(新) 早期栄養介入管理加算	400点
(精神科救急搬送患者地域連携受入加算)	2,000点		
在宅患者支援病床初期加算	300点	(精神科)地域移行実施加算	20点
在宅患者支援療養病床初期加算	350点	(精神科)リエゾンチーム加算	300点
周術期口腔機能管理後手術加算	200点	病院薬剤業務実施加算	120~100点
栄養サポートチーム加算	200点	薬剤管理指導料	380~325点
呼吸ケアチーム加算	150点	特定薬剤治療管理料	470~100点
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	500点	摂食機能療法	185~130点
(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算	100点	(新) 摂食嚥下支援加算	200点
(新) 排尿自立支援加算	200点	地域連携診療計画加算	300点
感染防止対策加算	390点	退院前訪問指導料	580点
感染防止対策地域連携加算	100点	疾患別リハビリテーション料	245~77点
抗菌薬適正使用支援加算	100点	リハビリテーション総合計画評価料	300~240点
薬剤総合評価調整加算	100点	(新) 運動量増加機器加算	150点
薬剤調整加算	150点	目標設定等支援・管理料	250~100点
開放型病院共同指導料Ⅱ	220点	入院栄養食事指導料	260~200点
退院時共同指導料Ⅱ	400点	(新) 退院時薬剤情報連携加算	60点
共同指導加算	2,000点	入院支援加算	1,200~190点
医師同土加算	300点	(新) 総合機能評価加算	50点
(新) (精神科)退院時共同指導料	700点	退院時リハビリテーション指導料	300点
介護支援等連携指導料	400点	入院栄養食事指導料	260~200点
退院時薬剤情報管理指導料	90点	(新) 栄養情報提供加算	50点
訪問看護指示料	300点	(精神科)救急搬送患者地域連携紹介加算	1,000点
特別訪問看護指示加算	100点	退院前訪問指導料	580点
診療情報提供料Ⅰ	250点	在宅療養指導料	170点
(新) 診療情報提供料Ⅲ	150点	リハビリテーション計画提供料	275~100点
(精神科)措置入院退院支援加算	600点		
外来栄養食事指導料	260~190点	訪問看護同行加算	20点
(新) 外来排尿自立指導料	200点	在宅患者訪問看護・指導料	1,285~530点
(新) 外来化学療法加算連携充実加算	150点	(通院・在宅)精神療法療養生活環境整備指導加算	250点
介護保険リハビリテーション移行支援	500点	(精神科)訪問看護・指導料	680~225点
(新) 遠隔連携診療料	500点	(精神科)複数回訪問加算	800~400点
(通院・在宅)精神療法	660~330点	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	300~255点
(精神科)在宅患者支援管理料	3,000~1,248点	訪問リハビリテーション費	292単位
在宅患者訪問薬剤管理指導料	650~290点	疾患別等専門プログラム加算	200点
居宅療養管理指導	560~379単位	(精神科)作業療法	220点
退院後訪問指導料	580点	在宅患者訪問栄養食事指導料	530~420点

*算定に当たっては、各病院、各事業所で最新の算定要件・施設基準をご確認下さい。



医療など自然増を実質3,500億円に抑え、社会保障費を抑制

厚労省予算案 コロナ禍踏まえ診療報酬は特例を設ける

政府は12月21日、2021年度予算案を閣議決定した。厚生労働省予算案としては33兆1,380億円を計上。大部分を占める社会保障関係費は32兆7,928億円、対前年度比1,609億円、0.5%増で、例年にない低い伸びだ。コロナの影響による医療費減を2,000億円見込んだため、実質的には3,500億円の増加となっている。

増加額を抑制した最も大きな要因は薬価引下げであり、▲1,000億円の効果がある。一方で、介護報酬(196億円)や障害福祉サービス等報酬(86億円)はプラス改定としている。

医療費を2千億円低く見積もる

医療費は、2020年度のコロナの感染状況を踏まえ、2021年度の医療費の伸びを想定し、通常より2,000億円低く見積もった。それを含めた実質的な伸びは3,500億円程度となるが、それでも最近の傾向では低く抑えている。

これについて財務省は、「高齢化による増加分におさめるという方針を着実に達成した」と誇っている。2021年度の医療や年金などのいわゆる自然増が4,800億円と見込まれた中で、制度化・効率化により1,300億円を削減し、3,500億円程度としたためだ。2020年度予算では、4,111億円だった。

1,300億円の削減の達成に寄与したのは、初の毎年薬価改定(▲1,000億円)と、これまでの制度改革の効果(▲700億円)である。逆に、介護報酬改定(196億円)や障害福祉サービス等改定(86億円)など給付増に寄与したのもあり、差し引きで1,300億円の削減となっている。

初めての中間年の薬価改定を実施

薬価改定は、国費ベースで1,000億円、薬価ベースで4,300億円の効果があった。2016年12月20日の4大臣合意で毎年薬価改定の方針が示されて以来、中間年改定が実施されるのは初めて。2019年度改定は10月の消費税10%への引上げに伴う薬価改定であり、中間年改定ではなかった。

対象範囲は、平均乖離率8%の0.5倍～0.75倍の間である0.625倍(乖離率5%)を超える品目とした。対象数は1万2,180品目で、全体の69%が該当する。中医協での医療側の主張と隔たる幅広い範囲が対象となった。

一方で、薬価の削減幅は、通常の2%の調整幅に加え、0.8%分を緩和する配慮は行われた。

なお、薬価改定以外のこれまでの制度改革の効果による700億円の削減は、主に2019年度から段階的に実施している後期高齢者医療制度の保険料の軽減特例の見直し(▲600億円)や、2020年度の介護保険制度改革(▲100億円)によるものだ。

介護報酬は0.70%のプラス改定

介護報酬改定(196億円)や障害福祉サービス等改定(86億円)はプラス改定となり、給付増に寄与した。診療報酬の対応(451億円)も別にあるが、特例的な対応との位置づけで、自然増の抑制手段にはなっていない。

2021年度介護報酬改定の改定率はプラス0.70%となった。給付の適正化を行う一方で、感染症などへの対応力強化やICT化の促進を行うなどメリハリのある対応を行う。プラス改定の水準は、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物

費への影響など介護事業者の経営状況を踏まえた。

プラス0.70%分のうち、0.05%はコロナ対応が必要となる、かかり増しの経費に充てる分とした。

このため、2021年9月末までの特例対応とする。ただし、10月以降も、「この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要に応じ柔軟に対応する」としている。

2021年度障害福祉サービス等報酬改定はプラス0.56%となった。福祉・介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、感染症への対応力強化などを踏まえた。介護報酬改定と同様に0.05%分は、コロナ対応が必要となる、かかり増しの経費に充てる分とした。2021年9月末までの特例対応だが、同様に「柔軟に対応する」としている。

感染症対策で診療報酬の特例

コロナ禍でも地域の医療提供体制を維持・確保するための診療報酬の特例的な引上げも実施する。感染予防策を講じた一般診療において、医科・歯科の外来で5点、医科・歯科の入院(1日)で10点、調剤で4点、訪問看護で50円(1回)を2021年4月から、それぞれ追加的に算定できる。

これまでの診療報酬の特例は、基本的にコロナ患者・疑い患者への診療を想定した手当だったが、今回は一定の感染症対策を求めるとしても、すべての患者に対して算定できる特例である。コロナの感染拡大により、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮し、医療機関が感染症対策を講じていることの評価だ。

これらの措置は2021年9月まで。だが、10月以降についての合意事項の文言は、「延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」となっている。

小児特有の感染予防策を講じた場合の特例的な評価は、2020年度第三次補正予算案により2020年12月15日から実施されている。小児特有の感染予防策を講じた上で、6歳未満の乳幼児を診療した場合、医科で100点、歯科で55点、調剤で12点を特例的に算定できる。

医科では、初診料の乳幼児加算(75点)と地域包括診療加算1(25点)の点数を準用し、合算した。歯科では、初診料の乳幼児加算(40点)、再診料の乳幼児加算(10点)、歯科外来診療環境体制加算2(5点)の点数を準用し、合算した。調剤では、薬剤服用管理指導料の乳幼児服薬指導加算(12点)を準用した。

2020年度内の財源は第三次補正予算案で措置するが、2021年度分は2021年度予算案で措置する。2021年10月以降、小児特有の感染予防策の評価は半分となり、医科が50点、歯科が28点、調剤6点となる。特例は2021年度末までの措置としているが、「必要に応じ、柔軟に対応する」としている。

そのほかのコロナ対応の様々な診療報酬の特例については、当面の間、継続する。

このような対応により、自然増を3,500億円程度に抑えることができた。ただ、2022年度から団塊世代が

75歳に達し始め、医療・介護などの費用が急増すると予想される。2021年度はその直前で、戦間期の低出生率が継続している期間に当たり、75歳に達する高齢者は比較的少ない。コロナの収束が見通せない状況ではあるが、来年度以降はさらに厳しい予算編成になる見込みだ。

コロナ以外の予算は例年並みを確保

2021年度予算案は◇ウィズコロナ時代に対応した保健・医療・介護の構築◇雇用就業機会の確保◇「新たな日常」の下での生活支援の3本柱で、コロナ対応を主眼にした「15カ月予算」の考えの下で構成しており、2020年度第三次補正予算との連動性が強い。

特に、医療提供体制を確保するため、2020年度第一次補正予算から矢継ぎ早に対策を打ち出しており、その金額は膨大なものだ。

主な対策をあげると、2020年度第一次、二次、三次補正予算と予備費をあわせ、◇緊急包括支援交付金等(4.3兆円)◇診療報酬対応(1千億円)◇福祉医療機構の資金繰り支援(1千億円、貸付枠1.9兆円)◇ワクチン確保等(1.7兆円)◇PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化等(3千億円)◇コロナ関連の研究開発等(2千億円)◇医療用物資の確保、その他のシステム整備等(8千億円)がある。単純に足し合わせると7.6兆円に上る。

「ウィズコロナ時代に対応した保健・医療・介護の構築」の2021年度予算案をみても、15カ月予算の中で、多くを補正予算等での財政措置に依拠してい

る対策が少なくない。例えば、感染防止に配慮した医療・福祉サービス提供体制の確保の予算は、2020年度第三次補正予算案で1兆6,422億円、2021年度予算案で533億円である。

一方、コロナ対策以外の医療提供体制確保策などの予算は例年に近い規模を確保している。地域医療介護総合確保基金の医療分は2020年度の1,194億円に対し、1,179億円を計上した(国分が851億円、地方分が328億円)。うち病床機能再編支援分は2020年度と同額の195億円となっている。

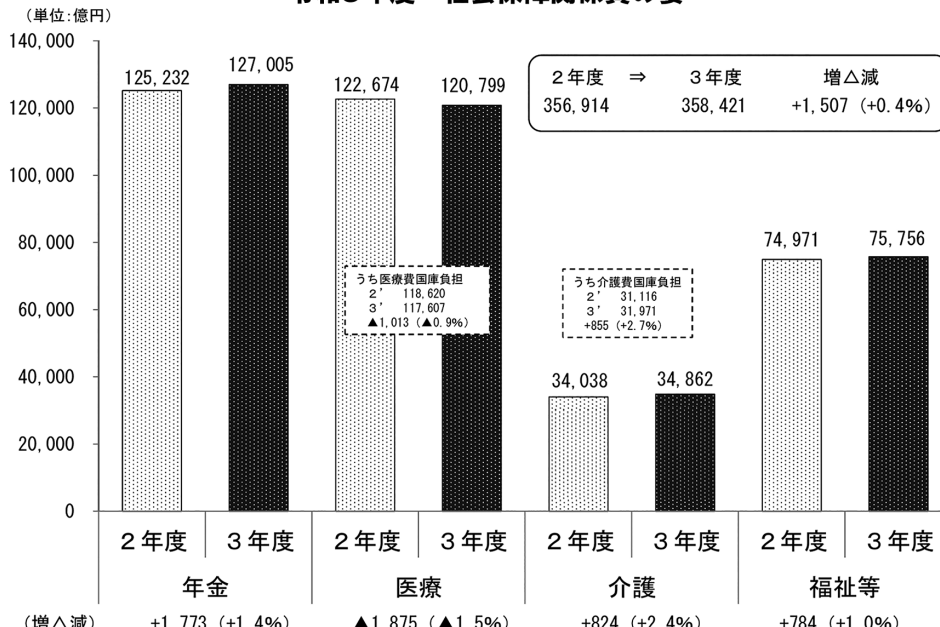
病床機能再編支援制度は地域医療構想の達成に向け、病院の「病床削減」と「病院統合」に財政支援を行うものだ。全額を国が交付。2020年度予算で創設した制度だが、2020年度は一般財源で措置した。2021年度以降は消費税財源で措置するため、法改正を実施することになっている。

地域医療介護総合確保基金の介護分も、2020年度と同じ824億円(国分が549億円、地方分が275億円)を確保している。

そのほかの項目でも2020年度と同水準の予算を確保した事業が多い。

地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革の推進等は2020年度の1,051億円に対し1,021億円(補正3.6億円)、介護の自立支援・重度化防止に向けた取組みの強化は同409億円に対し410億円、認知症施策推進大綱に基づく施策の推進は2020年度と同額、介護の受け皿整備・介護人材の確保は同1,096億円に対し1,093億円(補正133億円)、健康寿命延伸に向けた予防・健康づくりは同1,500億円に対し、1,493億円(補正98億円)となっている。

令和3年度 社会保障関係費の姿



令和3年度 厚生労働省予算概算要求における重点要求 — ウィズコロナ時代に対応した社会保障の構築 —

新型コロナウイルス感染症から国民のいのちや生活を守る

ウィズコロナ時代に対応した社会保障

ポストコロナ時代を見据えて、全分野におけるデジタル化を重点的に推進

ウィズコロナ時代に対応した保健・医療・介護の構築

- 感染防止に配慮した医療・福祉サービスの確保
- 地域医療構想の実現等による柔軟かつ持続可能な医療提供体制の構築
- PCR検査・抗原検査等の検査体制の充実、検疫所の機能強化、ワクチン・治療薬の開発・確保
- 保健所等の機能強化、HER-SYS等による情報収集の効率化・機能強化
- 感染拡大防止に向けた研究開発の推進
- 地域医療構想の実現等による柔軟かつ持続可能な医療提供体制の構築
- 地域包括ケアシステムの構築、認知症施策の推進、介護の受け皿整備
- 予防・健康づくり、PHRの拡充等のデータヘルス改革、全ゲノム解析等実行計画の推進
- 科学技術・イノベーションの推進、水道の基盤強化

ウィズ・ポストコロナ時代の雇用就業機会の確保

- 雇用の維持・継続に向けた支援
- 失業予防に向けた業種・地域・職種を超えた再就職等の促進
- 産業雇用安定センターによる出向・移籍あっせん等の推進
- 派遣労働者など非正規雇用労働者の再就職支援、新規学卒者への就職支援
- 医療介護福祉保育等分野への就職支援
- 就職氷河期世代・高齢者・女性・障害者・外国人などの活躍促進
- 男性の育児休業取得の促進
- 「新しい働き方」に対応した良質なテレワークの定着
- 最低賃金・賃金の引上げに向けた生産性向上等の推進、雇用形態に関わらない公正な待遇確保

「新たな日常」の下での生活支援

- 地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制の整備、生活困窮者等の支援
- 生活困窮者等への住まい確保・定着支援、住居確保給付金の支給等
- 成年後見制度の利用促進、自殺総合対策の推進
- 子ども食堂や子どもへの宅食等を行う民間団体等も含めた地域における子どもの見守り体制の強化
- 保育等の受け皿確保をはじめとした子どもを産み育てやすい環境づくりの推進
- 児童虐待防止対策・社会的養育の推進
- 産後ケア事業の推進・不妊治療に対する助成等の母子保健医療対策の推進、ひとり親家庭等の自立支援
- 障害児・者支援の推進、依存症対策の推進
- 戦没者遺骨収集等の推進

これまでの緊急対応策・令和2年度補正予算等

ポストコロナ時代の新しい未来

新型コロナ感染症患者受入病床確保対策会議が発足

日医・病院団体 後方支援など中小病院の役割が論点

日本医師会と病院団体による新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議が1月20日に発足した。病床逼迫が伝えられるなか、コロナ患者受入病床確保に向け、具体策を協議するために設置されたもの。日本医師会副会長でもある全日病の猪口雄二会長は、終了後に記者の質問に応え、「官も民もなく、コロナに対し医療界が一丸となって、提供体制を確保するとの決意で一致した」と強調した。

1月14日、日医、全日病、日本病院会、日本医療法人協会、全国医学部長病院長会議、日本看護協会は、官邸で菅義偉首相と意見交換会を開いている。その際に、日医の中川俊男会長が首相に、「医療崩壊がすでに進行している」と伝えるとともに、「コロナ患者の受入れが可能な医療機関は、躊躇なく受入れに努力すべきであり、そのための対策を検討する組織を設置する」との

考えを示したという。

これに対し菅総理は、コロナ患者に対応する医療機関に対しては、「最大限の支援を実施する」と発言するとともに、病床確保のため、国、自治体、医療関係者の一致団結を求めた。

会議冒頭の挨拶で中川会長は、「民間病院のコロナ患者受入れが少ないのではないか」といった指摘が出ていることを踏まえ、「あらゆる機会を通じて、具体的なデータを用いて、正しくないことは、示していく。コロナに打ち勝つためには、国民の協力が不可欠であり、まさに正念場を迎えている中で、国民に誤解を与えることは、収束への道を妨げる」と述べた。

これについては、例えば、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に資料が出ている。それによると、コロナ患者受入れ可能な高度急性期・急性期機能を持つ全国の病院

(4201病院)のうち、コロナ患者の受入れ実績は、公立が76%、公的等が76%、民間が76%と大差ない。しかし、コロナ患者受入れ可能な民間病院は全体の18%と低くなる。多くの民間病院は中小規模で、回復期や慢性期の機能を担っていることの証左である。

猪口会長は、「中小病院では特に、人的な面とゾーニングが難しく、やり切れていないとき。地域医療構想でも、急性期・回復期・慢性期と病院の機能分化を図ってきており、コロナの重症患者の対応は難しい。だから、後方支援に回るとか発熱外来を担うとかできることをやる。ワクチンの接種場所を含め、やれることは他にもいろいろある」と役割分担を強調した。

その上で、感染拡大により病床が逼迫している現状を踏まえ、「病床確保のため、さらにできることは何かを、地域の特性に応じ、考えなければいけ



ない。東京のように専門病院を作るのが、感染防止の面では安全だ。いずれにしろ、みなさんの意見を集約しつつ、考えていきたい」と意欲を示した。

中川会長も、感染防止対策が不十分だと、「クラスターの発生源になる可能性が高く、そうなってしまえば元も子もない。地域として医療提供体制をどう構築するかが重要になる」とした。

対策会議の参加団体は、日医と日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会となっている。

医療機関の再編で取得した土地・建物に優遇税制

税制改正大綱 社会医療法人の認定要件はコロナの影響に配慮

政府は12月21日、税制改正大綱を閣議決定した。厚生関係の税制改正では、地域医療構想の実現に向け、医療機関の再編に伴い取得した土地・建物に対する優遇税制措置を創設した。社会医療法人の認定要件では、コロナの影響に配慮し、緩和措置を実施する。

医療機関の土地・建物に対する優遇税制措置では、2023年度までの措置として、医療機関の開設者が共同再編計画に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地・建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を軽減することになる。

土地の所有権の移転登記では本則

1,000分の20を1,000分の10とする。建物の所有権の保存登記では本則1,000分の4を1,000分の2とする。不動産取得に伴う税負担が半分になる計算だ。

再編統合を検討している複数医療機関が、地域医療構想調整会議に諮った上で、共同再編計画を策定し都道府県を経由して厚生労働省に提出する。厚生労働省は地域医療構想における構想区域の2025年の必要病床数との整合性など所定の要件を満たすかを確認し、認定する。

社会医療法人の認定要件については、コロナの影響で救急医療等確保事業の実績を満たさないケースが想定される

ことから、特例的な認定要件を設定する緩和措置を実施する。

具体的には、現行の要件における基準値に、コロナによる実績の落ち込みを踏まえた一定の減少割合を乗じ、3会計年度平均を算出した数値を特例的な基準値とする。

また、患者や職員の罹患で医療機関全体や一部が休業した場合や、感染防止のため地方自治体から自粛要請を受けて医師派遣や巡回診療ができなかった場合、休業した日数や自粛要請を受けた日数に相当する件数を認定要件における基準値から控除する。

また、「医薬品、医療機器等の品質、

有効性及び安全性の確保等に関する法律」の改正による課徴金納付命令の導入に伴う所要の措置では、同法の課徴金制度における課徴金・延滞金は、損金・必要経費に算入できないとした。

医療用機器等の特別償却制度は一部見直した上で、制度の適用期限を2年延長する。見直しでは、診療所における全身用CTと全身用MRIの配置効率化を促すための措置を講じるとともに、対象機器の見直しを行う。

事業税における診療報酬の実質的非課税措置や医療法人に対する軽減税率は、「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」としつつ、引続き延長する。

全日病など9団体が「医療緊急事態宣言」

国民に感染予防を呼びかける

全日病をはじめとする医療関係9団体は12月21日、合同で記者会見を行い、新型コロナウイルスの急激な感染拡大を踏まえて「医療緊急事態宣言」を発した。新型コロナの感染拡大がこのまま続くとコロナ患者の受入れだけでなく、国民が通常の医療を受けられなくなると警鐘を鳴らした。国民に対して、「一人ひとりの粘り強い行動が感染拡大から収束へと反転する突破口になる」と強調し、3項目を宣言した。

宣言は、①国や自治体に国民への啓

発並びに医療現場の支援のための適切な施策を要請するとともに、②地域の医療及び介護提供体制を守り抜く決意を表明、③国民に引き続き徹底した感染防止対策をとることを呼びかけている。

急激な感染拡大に危機感

全日病の猪口雄二会長は、「コロナ患者が増え続け、重症者が入院するベッドが埋まりつつある。重症者のためのベッドは簡単には増やせない。患



左から東京都医師会の尾崎会長、日本医師会の中川会長、日本病院会の相澤会長、全日病の猪口会長

者増にベッド増が追いつかず、医療崩壊が近づいている」と危機感を表明した。また、新型コロナ患者の受入れ病床の確保のため、さらなる国の支援が必要とした。

参加した9団体は日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、東京都医師会。

病院のポリファーマシー対策で手順書を作成

高齢者医薬品適正使用検討会

厚生労働省の「高齢者医薬品適正使用検討会」(印南一路座長)は12月17日に会合を開き、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(案)をめぐって議論した。病院がポリファーマシー対策を体系的に進めるための手順書を作成しているもので、この日の意見を踏まえて内容を修正し、再度議論することとした。

同検討会は、高齢者の特徴に配慮した薬物療法を進めるため、2018年に「高齢者の医薬品適正使用の指針」(総論編)を作成。2019年には、療養環境別

の各論編をまとめている。

一方、同検討会が実施したアンケート調査から、「人員不足で対象患者の抽出や検討する時間を作れない」、「多職種連携が十分でない」など、病院がポリファーマシー対策に取り組む上での課題が浮かび上がった。このため医療機関で活用できる実践的なモデルや手順書が必要であるとの認識で一致。課題解決のためのツールを作成することとした。

「始め方と進め方」は、二つの目的に沿ってまとめられている。一つ目は、

ポリファーマシー対策を始める病院が取り組みの初期に直面する課題を解決するためのスタートアップツールとして活用できることであり、この内容を第1章にまとめている。職員の意識を調査し、院内の現状を把握した上で、対象患者数は対応可能な範囲で決めるなど具体的な手順を示しているほか、人員不足や多職種連携などの課題への対応策を示した。

二つ目の目的は、ポリファーマシー対策をある程度進めている病院が、業務手順書を整備し、より効率的に取り

組むための参考資料として活用することで、この内容が第2章にまとめられている。運営規定や人員に関する体制づくりについて述べた上で、処方見直しの具体的な進め方を説明。主治医との調整に加え、患者や家族の意向に配慮する必要があると述べている。また、処方見直しを院内で行った後においては、地域包括ケアシステムを担う医療・介護関係者との連携が欠かせないことから、地域の関係施設との連携についても記載している。

全日病副会長の美原盤構成員は、ポリファーマシー対策においては管理者の役割が重要であると指摘。「管理者はポリファーマシー対策に取り組む宣言を行う必要がある」と述べ、より強い表現で記載することを求めた。

新型コロナ患者増加に対応して医療提供体制パッケージ決定

緊急事態宣言発出に伴い450万円を上乗せ

新型コロナウイルスの感染者が急増している事態を受けて厚生労働省は12月25日、「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ」をまとめ、コロナ患者を受け入れる医療機関に対する支援として、2,693億円の予備費を活用した緊急支援事業の実施を決めた(下記参照)。

緊急支援事業は、病床計画の最終フェーズとなった都道府県、または病床が逼迫し受入れ体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て国が認めた場合、当該都道府県においてコロナ患者・疑い患者の受入れ病床を割り当てられている医療機関が対象。

医療機関は、申請時点で確保病床の病床使用率が25%以上であり、2020年3月31日まで、都道府県からの患者受入れ要請を正当な理由なく断っていないことが必要で、締め切りは2月28日。補助基準額は病床数に応じて、①重症者病床数×1,500万円②その他病床数×450万円③協力医療機関の疑い患者病床数×450万円である。

1月7日の緊急事態宣言の発出に伴って交付要綱を改正し、①と②に450万円を上乗せすることを決めた。医療提供体制パッケージは、最近の感染状況を踏まえ、第三次補正予算案などで講じる対策を含めた内容で、5本の柱からなる。12月25日付けで厚労省が事務連絡を発出している(「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」)。

【資料】感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ

I. 入院受入医療機関への緊急支援

○ 感染者の急増により、新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫し始めている中で、さらに必要となる新型コロナ患者の受入病床と人員を確保するため、今年度中の緊急的な措置として、新型コロナ患者の受入病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助を行う。(国直接執行)

1. 対象医療機関

○ 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の受入病床を割り当てられている医療機関

- ・ 都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ることも可能。
- ・ 医療機関は、申請時点で確保病床の病床使用率が25%以上であること*。医療機関は3/31まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は2/28までに申請を行うこと。

※ 令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床は除く。新たに割り当てられた確保病床は補助の対象。

2. 補助基準額

- 確保病床数に応じた補助(①～③の合計額)
- ① コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
- ② コロナ患者のその他病床数×450万円
- ③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円

〔1月7日付けの交付要綱改正〕

○ 緊急事態宣言が発令された都道府県において、緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算

「今般の予備費の適用以降新たに割り当てられた確保病床数(新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数)※1×450万円の加算※2

※1 令和2年12月25日から令和3年2月28日までに新たに割り当てられた確保病床
※2 緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3. 対象経費

○ 令和2年12月25日から令和3年3月31日までにかかる以下の①及び②の経費

① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費(新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの)

- ・ ①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。
- ・ 新型コロナ対応手当の額、支給する職員の範囲は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。

② 院内等での感染拡大防止等に要する費用(消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等)

- ・ ②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者へ委託できる。
- ・ ②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が7,500万円の場合、②の経費への補助金の使用は2,500万円が上限となり、補助基準

額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は5,000万円以上となる。

4. 所要額 2,693億円(令和2年度予備費)

5. スケジュール

- ・ 12/25(金) 予備費使用の閣議決定、交付要綱の発出、都道府県からの申出受付開始、補助金の申請受付開始。

II. 確保病床の最大限の活用

1. 感染が拡大し、医療への負荷が高まっているときの入院の考え方

- ・ 「診療の手引き」を改訂し、医師が入院の必要性を判断する必要がある場合に参考となるよう、重症化のリスク因子等を提示。
- ・ 感染拡大時に入院治療が必要な患者の考え方を地域で協議して活用している地域の取組事例を紹介。
- ・ 都道府県調整本部等が行う患者の入院調整や各医療機関の患者受入状況について、地域の医療機関間での情報共有(見える化)を促進。
- ・ 院内感染発生時には、必要な支援を行った上で、状況に応じてその医療機関で陽性患者の療養を実施。

2. 治療後、回復した患者を受け入れる後方医療機関の支援等

- ・ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)を算定。
- ・ 介護施設について、施設基準、人員基準等の柔軟な取扱いや暫定ケアプランの活用が可能との周知を行い、退院患者の受入れを促進。

3. 緊急時の柔軟な職員配置

- ・ コロナ患者等の受け入れ医療機関やコロナ患者等の受け入れ医療機関等に職員を派遣した医療機関では、診療報酬上の看護配置や月平均夜勤時間数等の要件を柔軟に運用可能と改めて周知。

4. 宿泊・自宅療養の活用

- ・ 病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力したうえで、なお、病床が逼迫する場合には、医師が入院の必要が無いと判断した無症状者や軽症患者は、高齢者等も含め宿泊療養・自宅療養を活用(丁寧な健康観察を実施)。

5. 既存施設・敷地の最大限の活用

- ・ ICUを含む多床室形式のユニット部分について、ゾーニングのための改修等による、既存施設を活用した病床増床の支援(臨時区画整備や簡易陰圧装置の設置等の支援について改めて周知)。
- ・ プレハブ病棟はゾーニングしやすい形で新たに設置できるため、医療従事者等が確保できる場合には、医療法の特例の活用等により、医療機関内の敷地内にプレハブ病棟を設置することが可能であること、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金により、簡易病室及び付帯する備品の整備が支援対象であることを明確化。

III. 院内感染時の対応策

1. 新型コロナ院内感染の早期収束支援

- ・ 院内感染発生時に早期の収束を実現するため、当該医療機関で取るべき、ゾーニング等の感染管理の方法、外部からの人的支援・物資支援、国の財政支援(重点医療機関の病床確保料、消毒・清掃・リネン交換等の感染拡大防止等支援)の活用について提示。

これらにより、無症状者や軽症患者等が当該医療機関で療養を継続することを可能とする。

- ・ 外来・入院受入れの維持や停止後の早期再開のための確認事項(ゾーニングや感染対策の対応状況等)を提示。

IV. 人材確保

1. 新型コロナ患者に対応する医療従事者の確保支援

- ・ 感染者の急増により、新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫し始めている中で、さらに必要となる新型コロナ患者の受入病床と人員を確保するため、今年度中の緊急的な措置として、受入体制を強化するための支援を行う(再掲)。

2. 看護師等の医療従事者派遣の支援

- ・ 新型コロナの影響で人員が必要となる医療機関に対して医師・看護師等を派遣する場合、緊急包括支援交付金の補助対象となることを明確化。(12/14より重点医療機関に派遣される場合の補助上限額引き上げ。医師：1時間7,550円→15,100円、看護師等：1時間2,760円→5,520円)
- ・ 都道府県ナースセンターに登録されている潜在看護師等を活用し、看護協会が調整して、宿泊療養施設等の人材を確保。
- ・ 潜在看護師等が新型コロナウイルス感染症関連施設に安心して就業するために必要な研修や効果的なマッチングスキームを検討。
- ・ 全国知事会を通じた看護師等の広域派遣。
- ・ 日本看護協会が各都道府県看護協会と調整し、県外医療機関に感染管理認定看護師を含めた看護師等の応援派遣をする仕組みの活用。
- ・ 重症者が多い地域に対して関係学会と連携して専門医等を派遣(ECMOnetの活用)。

3. 看護補助者等の確保や民間業者への委託による病棟業務の後方支援

- ・ 看護補助者の確保につなげるよう、看護補助者向けの感染対策に係る研修教材を作成し、周知。
- ・ 院内の消毒・清掃等の委託料等は感染拡大防止等支援の補助対象経費であることを明確化し、民間業者への委託を促進。
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を受託可能な民間業者の一覧を医療機関に提供。
- ・ コロナ対応のしわ寄せを受けるその他病棟等に対し、ハローワークによる看護補助者のマッチングを強化し、医療提供体制全体を支援。

4. 看護師等の育児環境の確保

- ・ コロナ患者受け入れ医療機関等の医療従事者等の子どもが他の医療機関の院内保育所に入所できるよう、柔軟な対応を依頼。
- ・ 保護者の勤務先等の状況のみをもって医療従事者等の子どもの保育所への登園を断ることは適切ではないこと等の周知徹底。
- ・ 子どもの預け先がなくなることで、医療従事者等が自宅待機、休職又は離職せざるを得ないような状況が発生しないよう、臨時休園を行う等の場合においても、医療従事者等の子どもについては代替保育の提供の検討を要請。

V. 高齢者施設等の対応策

1. 高齢者施設等での感染予防及び感染発生時の早期収束

- ・ 高齢者施設等での感染発生防止策や検査の引き続きの徹底。
- ・ 感染発生時の早期収束のための感染管理の徹底と感染症対応力向上。

中小病院の病院機能評価認定率向上を目指して⑥ オンラインおよび病院訪問による継続支援実施レポート

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)

2020年10月6日、進捗状況確認のため2度目のオンライン支援を行った。当日の質問は、「病棟目標はどこに貼るのか」「麻薬は鍵のかかる場所に収納しなければならないのか」「レスパイトをアピールしたいが良いか」「口頭指示と離院防止をフローシートにしているが良いか」さらに「外来看護や医療安全管理について」であったが、すぐに対応できるものであると思われた。

レスパイトをアピールするにあたっては他院と比し、どこが優れているのか明確にする必要があるだろう。外来看護については、安全に受診するための方策を明確にすること。医療安全管理については医療安全管理委員会と医療ガス委員会は別物なので指針の内容を検討すること(後日医療法の条例の違いをメールさせて頂いた)。また、タイムアウトの確認、滅菌の質保証の

ためのチェックは必須であることをアドバイスした。

しかし、オンライン支援には限度があり、百聞は一見に如かずと思い、病院側と話し合いの上、12月9日に訪問することとした。

12月9日、13時から17時10分まで、コロナ禍ではあったが、感染予防を徹底し病院訪問を実施した。院長・事務長・師長をはじめ9名の方々の参加を得て、まずは7月29日のオンライン講義(2領域)の復習を行い、次に「具体的にサーベイヤが何を聞くか」について説明した。その後、病棟、手術室、中央滅菌材料室、外来、リハビリ室を訪問した。

病棟においては、麻薬・向精神薬等は施錠管理とし、鍵はリーダー管理に変更されており、また、救急カートは、以前鍵管理をしていたが、すぐに使用

できるように改善されていた。リハビリ室は医師の指示により計画を立て、患者の同意書も取っている。365日毎日PTによるリハビリができず課題であるが、休日は看護師が実施し記録に残しており努力されていた。

課題と具体的アドバイス

以下、課題と思われる点とアドバイスの内容を挙げる。

- ①責任体制：病棟責任者が明示されていないため、責任者が誰なのか患者・家族へ明示する必要がある。
- ②診療記録：診療記録の監査がされていないため、診療録については、上司による点検でも可、看護記録の場合は定期的に質監査の実施が望まれる。病院としての略語は定めておくこと。
- ③誤認防止：タイムアウトは必須、記録にも残すこと。WHOの手術安全

病院医療機能評価受審支援相談事業を受けて

島田 寛之(医療法人春風会 櫻村病院 事務長)

私は、以前、静岡県の医療法人で勤務しておりましたが、今般縁がありまして、2020年11月付にて櫻村病院の事務長として赴任致しました。面接で機能評価受審との話を院長より受けた時『大病院が受けるものではないのか。そこまで背伸びしなくとも良いのではないか』が私の正直な感想でした。

ただ、一旦法人として決めた事だからやり遂げる事が仕事と考え、各部門の調整を進めて参りました。『何でこんな事をするの。今上手く回っているのだから、それでいいじゃない』と各部門で言われる事もありました。私自身も『機能評価は私たちのような中小病院で本当に必要なのだろうか、他に優先すべき事があるのではないか』との思いもありました。

職員より昨年7月全日病の岩淵先生からWEBアドバイスを受けているとお話は伺っておりましたが、各担当できちんと理解・整理されているのか

不明な点も多々ありました。WEB指導では、お互いの意思疎通も上手く伝わらず、不慣れなインターネット環境の中、上手く書類や現場等を提示する事が出来なかったのではと容易に推測される状況でした。対面でない『本当に聞きたいことはこれじゃないの…』といった状況は発生しがちになります。今回コロナ渦の中、感染対策を考えるのであれば、『実地指導はどうだろうか? WEBの方が良いのではないか』との思いもありました。

しかし、今回当院に岩淵先生が来て頂いた事で、随分指導が前向きに進行し、私自身『来て頂いて良かった』と心より感謝しております。医療の仕事は現場なくては成立し得ないものであり、書類・回答方法等現場でしか伝わらない面も多かったのです。岩淵先生に現場を見て頂き、意見や、機能評価で理解しづらい悩みの相談に乗って貰えた事で、色々な事が、少しずつ氷塊し霧

散する思いでした。今回岩淵先生より受けたご指導一つ一つをクリアしてゆき、4月の受審の際には胸を張ってサーベイヤに対峙出来るようにして参りたいと考えています。

実際の指導内容ですが、詳細に亘っており機能評価の解説集を掘り下げて話して頂いた面もあり、来ていただくサーベイヤに左右されるなどの印象を受けました。

項目1.1.1「患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている」について指導を受け、岩淵先生より、『ただ掲示すれば良い訳ではない、患者様が理解しやすく利用しやすい施設としての立場を堅持する事が大事なのだ』とお言葉を頂戴し、心が洗われる思いでした。行政検査等に慣らされすぎると、法律の文言さえクリアしていればよしとするといった感覚が自然と身についており、いつしか患者様の立場を忘れてしまっていたのではないかと自分を見直

チェックリストを参考にすると良い。マーキングは検討を要す。

④急変時の対応：早急に緊急コードを設定し周知されたい。

⑤医療関連感染：PPEは常に準備すること。感染性医療廃棄物(オムツ)へのバイオハザードマークの貼付、一次洗浄の場所の検討、清潔・不潔のゾーニング、速乾性消毒薬のモニタリングの実施。

⑥術前訪問：看護師による実施も考慮されたい。

⑦滅菌の質保証：生物学的点検の実施も必要である。

そのほか、医療機器の対応、疼痛スケール、身体抑制時の観察頻度、臓器提供の意思確認、患者の権利と責務、同席者のサイン欄の追加、注射薬の一施用、外来採血室のプライバシー保護については、課題として共有できたと認識し詳細な記載は割愛する。最後に、自己評価票は文章にして提出すると良い旨をお話しさせて頂き終了した。

2021年2月25日、再度、診療・看護・事務が揃って訪問予定であるため、質向上に向けて頑張った成果を楽しみにしたいと思う。

す機会を得られたと思います。

ほかにも手指消毒の回数・医療機器の日常点検・主治医不在時のマニュアル整備・院内緊急コードの設定・一次洗浄の場所設定等様々な指導をして頂きましたが、それは全て患者様に還元されるものなのです。

私たちは、行政検査や機能評価のために患者様に医療サービスを提供している訳ではない、全ては患者様への安心・安全なるサービス提供のためなのです。私たちの考え方を少しチェンジする事でサービスの質は格段に向上してくるのです。

今回機能評価を受審する事で改めて自分自身の仕事の意味を振り返る事ができた事は本当に意義のある事であり、その気づきを与えてくれた岩淵先生には感謝の言葉しかありません。次回2月に再度美原先生・中嶋先生と共に御来院頂けると伺っておりますので、職員一同楽しみにお待ちしております。機能評価受審に向けて期日は迫っておりますが、一つ一つ乗り越えてまいりたいと考えています。

日病協が薬価の中間年改定で意見集約へ

診療報酬実務者会議で議論

日本病院団体協議会は1月22日、代表者会議を開いた。日本病院会の相澤孝夫会長は会見で、初の薬価の中間年改定が行われることに対し、「日病協

としての考えを集約する必要がある」との認識を示した。同協議会の診療報酬実務者会議で議論を開始する。

2年に1度の改定であれば、医科・

歯科・調剤の本体改定と同時であり、本体プラス改定とするため、薬価財源が考慮されてきた。中間年ではそれが考慮されない可能性があるとともに、薬価差益の縮小や在庫価値の減損にもつながることを憂慮する意見が出た。

また、感染症法改正で、医療関係者に対する国・都道府県の権限を強化し、協力の「要請」が「勧告」に変更されることが検討されていることについて相澤会長は、「それぞれ異なる機能を持つ病院が、地域の中で協議し、面としてコロナ患者への医療提供体制を整えている中で、権限強化の法制化はいかがなものか」と述べた。

2020年度 第9回常任理事会の抄録 12月19日

【主な協議事項】

- 正会員の入会について審議した。退会が4会員あり、正会員数は2,542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	医療法人財団興和会みぎたクリニック
	院長 鴨 宣之
大阪府	大阪府医師会保健医療センター 所長 小川隆平

 この結果、準会員数は合計104会員となった。
- 2021年度会議予定表(案)について承認した。
- 2021年度定時総会に向けた日程(案)について承認した。

- 2020年度事業報告書・事業実績説明書作業日程(案)について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 全日本病院協会災害対応規則の改定について承認した。
- 第62回全日本病院学会 in 岡山の準備状況について説明を受けて協議した。完全WEB開催も視野に入れつつ、ハイブリッド開催を主体に検討し、新型コロナウイルス感染状況を踏まえて、開催方式を決定することを承認した。

【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」	「厚生科学審議会がん登録部会」	「地域医療構想に関するワーキンググループ」	「医療計画の見直し等に関する検討会」	「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」	「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」	「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」	「医師の働き方改革の推進に関する検討会」	「介護分野における特定技能協議会運営委員会」	「高齢者医薬品適正使用検討会」の報告があり、質疑が行われた。
------------------	--------	-----------------	-----------------------	--------------------	----------------------	---------------------------	--	----------------------	------------------------	--------------------------------

- 来年度のWEB研修運営に係る扱いについて説明があった。
- 新型コロナウイルス感染拡大による

病院経営状況調査(第二四半期)報告について報告があった。

●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

埼玉県	堀ノ内病院	新規
熊本県	くまもと南部広域病院	新規
石川県	金沢有松病院	更新
奈良県	奈良東病院	更新

◎精神科病院

新潟県	田宮病院	更新
-----	------	----

11月6日現在の認定病院は合計2,131病院。うち本会会員は868病院と、全認定病院の40.7%を占める。

介護技能実習生第2陣13名、第3陣30名が入国!

緊急事態宣言の下、感染予防を徹底して来日～外国人材受入事業～

2021年1月、ベトナムの人材送出国で教育中であった、介護技能実習生が約半年遅れて成田空港から入国しました。この緊急事態宣言下、入国措置が二転三転しましたが、既にビザが発給されている技能実習生は、猶予期間として1月21日午前0時までであれば入国が認められ、技能実習生本人、家族の強い希望もあり、今回ギリギリでの入国となりました。

入国後は隔離施設で2週間過ごし、その後、栃木県小山市にある講習施設において講習受講後、各地の病院において技能実習を開始する予定。この実習生はベトナムの医療短期大学看護学部等を卒業し、将来、介護福祉士を目指す気持ちを持った者が多数おり、希望者は技能実習1年日終了後、WEBを活用した介護福祉士国家試験対策入門コース(全日病主催)に参加(無料)することも可能であり、監理団体として学習支援を行っていく予定。

入国日、実習先の病院は下記の通り。

2021年1月5日入国

- ・医療法人良秀会 泉北藤井病院(大阪府)2名

- ・医療法人厚生堂 長崎病院(広島県)3名
- ・社会医療法人シマダ 嶋田病院(福岡県)1名
- 計6名

2021年1月8日入国

- ・社会医療法人博愛会 開西病院(北海道)1名
- ・医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院(神奈川県)3名
- ・医療法人康雄会 西病院(兵庫県)1名
- ・医療法人玉昌会 加治木温泉病院(鹿児島県)2名
- 計7名

2021年1月18日入国

- ・医療法人慈繁会付属 土屋病院(福島県)2名
- ・社会医療法人社団正志会 南町田病院(東京都)2名
- ・医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院(神奈川県)3名
- ・医療法人康雄会 西病院(兵庫県)2名
- ・特定医療法人茜会 昭和病院(山口県)2名
- 計30名

- ・社会医療法人石川記念会 HITO 病院(愛媛県)2名
- ・医療法人社団誠和会 牟田病院(福岡県)2名
- ・医療法人真正会 霞ヶ関南病院(埼玉県)2名
- ・医療法人誠壽会 上福岡総合病院(埼玉県)2名
- ・医療法人社団亮正会 総合高津中央病院(神奈川県)1名
- ・医療法人弘人会 まちだ胃腸病院(大阪)2名
- ・医療法人裕紫会 中谷病院(和歌山県)2名
- ・社会医療法人千秋会 井野口病院(広島県)2名
- ・医療法人二豊会 国見病院(大分県)2名
- ・医療法人至誠会 中村温泉病院(鹿児島県)2名
- 計30名

本件に関するお問い合わせは、国際人材交流課まで。
直通電話 03-5283-7442
e-mail : gaikokujinzai@ajha.or.jp



1月5日入国の実習生



1月8日入国の実習生



1月18日入国の実習生は、感染予防のため、防護服を着用(ハノイ空港にて)

1次募集とあわせ9,099人の専攻医が2次募集で内定

日本専門医機構 最終調整では135人が応募

日本専門医機構の寺本民生理事が1月18日に会見を行い、第2次募集までの2020年度の専攻医の募集状況を報告した。昨年12月に第1次募集が終了しており、2次募集の結果が1月5日に決まった。2次募集では682名の採用が決まり、1次募集とあわせ9,099人が内定しているという。

今後、最終調整を行い、今回の募集

が完了する。最終調整では135名が応募しており、別のプログラムに移動する専攻医も考慮に入れると、9,100人プラス数十名となる見込みだ。

臨床研修を終えた医師の9割以上が専門医を志向する状況のなか、寺本理事長は、地域医療への影響について、「診療科の状況を注視する必要がある」と指摘。今回は「外科が少し増えたが、

全体としてはこれまでどおり。地域医療を考える上で重要な総合診療も、前回と変わりなく200人程度となっている」と述べた。

また、2021年度は、日本専門医機構の下での専門医研修が4年目を迎えるため、新たな専門医が誕生していくことになる。寺本理事長は、2021年度の課題として、2021年度応募の選考の際のシーリングなどに加え、サブスベ

シャルティや専門医認定の更新の問題をあげた。

コロナの感染が拡大し、緊急事態宣言の下で専門医研修が行われていることについては、「特に内科などで、『プログラムのローテーションがスムーズに行われていない』、『本来の研修ができていない』といった声があがっている。それぞれの現場で柔軟に対応してもらおうということで、やむを得ない」と述べた。

■ 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
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2021年2月20日(土) 【全日病会議室】WEB参加も可	49,500円(77,000円)(税込) 3~5名/1病院 ※昼食代、書籍代含む	「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定のための研修に該当する。医師、看護師、薬剤師、事務等の多職種のチームでの参加が望ましい。
特性要因図作成研修会 (20病院)	2021年2月21日(日) 【全日病会議室】WEB参加も可	49,500円(77,000円)(税込) 3~5名/1病院 ※昼食代、書籍代含む	「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定のための研修に該当する。医師、看護師、薬剤師、事務等の業務に係る多職種のチームでの参加が望ましい。
全日病WEBセミナー【第3弾】 政府・新型コロナウイルス感染症対策分科会等の動向とWITHコロナ時代の病院経営 (100施設)	2021年2月23日(火・祝) 【オンライン開催】	11,000円(税込)(1施設当たり) 1施設4名まで同URLで入室可	政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会の委員である太田圭洋氏(全日病理事、社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院理事長)が講演する。
「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)	2021年2月28日(日) 【全日病会議室】 会場とWEBとのハイブリッド形式	11,000円(16,500円)(税込)	各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に開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定のための研修に該当する。
病院の多職種リーダー研修会—専門職から組織人へ—オンライン研修会 (48名)	第1会合 2021年2月26日(金) 第2会合 2021年3月12日(金) 第3会合 2021年3月26日(金) 【オンライン開催】	38,500円(49,500円)(税込) 1施設5名まで	医師や看護師対象の研修会は開催されているが、それ以外の職種の研修会が少ない、様々な職種のリーダーが目の前の業務のみに囚われることなく、病院全体の立場で自身の業務を考えられる人材育成のための研修会を開催する。
全日病WEBセミナー【第5弾】 RPAの医療機関への導入 (100施設)	2021年3月3日(水) 【オンライン開催】	11,000円(税込) 1施設4名まで同URLで入室可	RPA(Robotic Process Automation/ロボティク・プロセス・オートメーション)の医療機関への導入をテーマとする。
医師事務作業補助者研修 実践力向上セミナー オンライン開催 (250名)	2021年3月6日(土) 【オンライン開催】	7,700円(税込)	全日病・日本医療教育財団主催の医師事務作業補助技能認定試験の受験対策も兼ねる。
看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会 (30名)	2021年3月7日(日) 【オンライン開催】	11,000円(税込) ※資料及び修了証の発送費含む	「特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会」で講師をする人を育成する目的で開催している。受講要件は、看護師の特定行為に係る指導者講習会の受講経験がある者。
機能評価受審支援セミナー (診療・看護合同領域・85名、事務管理領域・85名)	2021年3月21日(日) 【オンライン開催】	8,800円(13,200円)(税込)	診療・看護合同領域では、事前アンケートに基づき、問題となっている課題について意見交換を行う。事務管理領域では、評価項目の解説と事前課題からみえる問題点への対応を課題とする。