



# 全日病 ニュース

## 2021.2.15

### No.980

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

## 四病協・日医・全自病がコロナ病床確保策まとめる

### 病床確保対策会議

### 都道府県医師会と病院団体支部が協議会

四病院団体協議会・日本医師会・全国自治体病院協議会による「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」は2月3日、新型コロナウイルス感染症患者の病床確保などに向けた具体的方策をまとめた。会見した全日病の猪口雄二会長(日本医師会副会長)は「民間を含め一定規模の病院はすでに対応しており、受入病床を増やすことは簡単ではないが、対策会議を続け全国の好事例などを発信したい」と述べた。

新型コロナウイルスの感染拡大を受け、日医や各病院団体は各都道府県医師会や都道府県病院団体・支部に対し、行政と連携し、病床が逼迫している地域におけるさらなる受入病床の確保を検討する旨を要請している。この要請の実効性を確保するため、日医と病院団体は対策会議を設立し、すでに講じられている地域の取組みを支援するとともに、以下のような具体的対応策を推進することを決めた。

まず、都道府県医師会と都道府県病院団体・支部が連携して協議会を立ち上げ、都道府県行政との間で連携をとる。その際、都道府県内の病院団体が統一化されている場合は、そこが都道

府県医師会との窓口になるが、統一化されていない場合は、四病協構成団体支部・全自病支部が相談して窓口を作る。なお、すでに都道府県医師会と都道府県病院団体・支部の間で、連携体制が構築されている場合、対策会議はそれを尊重し、支援に努める。

次に、対策会議は◇協議会による情報共有の仕組みの構築・活用◇受入病床の確保策◇後方支援病床の確保策◇宿泊療養施設や自宅療養の充実◇地域の医師・看護師等の派遣等による支援一に関する情報を集約し、必要な施策を講じるとした。

「協議会による情報共有の仕組みの構築・活用」では、次のような情報を随時発信し合う中で、必要な調整を図る。「都道府県内における感染患者発生状況」「地域ごとの病床使用率、宿泊療養施設の使用率」「不足する医療器材等の支援要請」「病床確保、感染防止、医師等の派遣に関する財政支援策、関係法令上・診療報酬上の取扱いに関する情報」「その他、感染患者受入に資する情報」一。

「受入病床の確保策」では、協議会や地域医療構想調整会議で、都道府県

調整本部などと連携し、受入病床の確保を行う。①新規に新型コロナウイルス感染症の入院加療を要する患者を受け入れる病院②すでに同患者を受け入れている病院で、増床や他の疾患患者用病床の転用により、受入病床の拡大を行う病院に対し、情報提供や医師・看護師等の派遣を行うことを対策会議として支援する。

「後方支援病床の確保策」では、急性期を過ぎ、引続き入院加療を要する新型コロナウイルス患者の転院について、協議会もしくは地域医療構想調整会議などで、転出希望病院と転入可能医療機関の組み合わせの決定を行う。あわせて、転入可能病院となる病院に対し、新型コロナウイルス患者の退院基準の周知徹底とその理解促進を図る。

具体的方策では、「受入病床、後方支援病床の確保は緊急性があるため、協議会はWEB等を活用し、頻回かつできるだけ多くの病院が参加できるように工夫する」ことを強調した。



「宿泊療養施設や自宅療養の充実」では、行政から地域医師会への健康フォローアップ業務委託を推進し、医師・看護師・事務職などの派遣を行うとしている。

最後の「地域の医師・看護師等の派遣等による支援」では、地域の実情に応じて、JMAT(日本医師会災害医療チーム)、DPAT(災害派遣精神医療チーム)、AMAT(全日本病院医療支援班)などの枠組みを活用する。また、新規で新型コロナウイルス患者を受け入れる病院への技術指導員の派遣や、受入病院からの患者引き受けなど、必要な対策の立案・実行を対策会議が支援する。

## コロナ重症化リスクの判定に用いる臨床検査を了承

### 中医協総会

### 血清中の「インターフェロン-λ3」を測定

中医協総会(小塩隆士会長)は2月3日、新型コロナウイルス重症化リスクの判定の補助に用いる臨床検査の保険適用を了承した。製品はHISCL IFN-λ3試薬(シスメックス)で、血清中の「インターフェロン-λ3」を測定し、新型コ

ロナの中等症Ⅱ以上の呼吸不全になるリスクを判定するのに用いる。

保険点数は340点。「D013 肝炎ウイルス関連検査 14 HBV ジェノタイプ判定」の点数を準用。測定方法は「2ステップサンドイッチ法を用いた化学発

光酵素免疫測定法」。臨床試験で、検査結果と重症度の一致率は86.4%。

新型コロナウイルス感染症と診断された患者で、医師が重症化リスクがあると判断した場合に、検査を実施する。2回以上算定する場合は、前回の検査結果が

基準値未満であることを確認しなければならない。外来での入院の必要性の判断などで、年間の使用患者数11.5万人、販売額7.8億円と予想した。

### 本号の紙面から

厚生労働部局長会議から	2面
病院にBCP策定促す	3面
新型コロナウイルス特措法等改正が成立	4面

## 新型コロナウイルス回復患者の受入れで救急医療管理加算を算定

### 厚労省事務連絡

### 感染拡大受け、後方支援の機能の強化図る

厚生労働省は1月22日、新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえ、診療報酬による新たな医療機関への支援策を事務連絡で示した。新型コロナウイルス感染症から回復した患者の受入れについて、従来の特例の二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)に加え、救急医療管理加算(950点)を90日まで、入院料に加算して医療機関が算定できるようにする。急性期病院の病床逼迫を受け、後方支援の機能を強化することが狙いだ。

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その34)」で示した。適用は1月22日からとなっている。

救急医療管理加算を新たに算定できるのは、新型コロナウイルスの退院基準を満たし、入院の勧告・措置が解除された回復患者。最初に転院した医療機関における入院日を起算日として90日を限度に算定できる。2回目以降の転院についても算定できるが、最初に転院した医療機関における入院日が起算日となる。

例えば、療養病棟入院基本料1入院

料Aの場合、入院料は患者1人当たり1日で1,813点。これに二類感染症患者入院診療加算の3倍の750点と救急医療管理加算の950点をあわせ、3,513点を算定できる。

また、新型コロナウイルス患者として入院し、特定集中治療室管理料等の算定上限を超えてもなお、ECMOが必要な場合や、ECMOを離脱したものの人工呼吸器からの離脱が困難である患者への取扱いも示した。そのような患者に対しては、特定集中治療室管理料等の算定上限を超えても、算定できるようにする。適用は1月22日から。

新型コロナウイルスからの回復患者に対する救急医療管理加算の算定は、回復期リハビリテーション病棟入院料などでも認められる。

田村憲久厚労相は1月22日の閣議後会見で、「新型コロナウイルスが回復をするまでの間、つまりコロナは治ったが、その後自宅に帰るまでの間、受け皿として病床が必要なので、そこをこういう形でしっかり確保した上で、新型コロナウイルス病床というものを増やしていく」

と述べた。

なお、療養病床については、1月13日の事務連絡で、新型コロナウイルス患者を受け入れた場合、一般病床とみなして病床確保料の対象にできるようにしている。診療報酬では、都道府県から受入れ病床として割り当てられた療養病床に、新型コロナウイルス患者を受け入れた場合、一般病棟入院基本料の特別入院基本料(607点)の算定となる。これに入院期間に応じた加算や二類感染症患者入院診療加算、救急医療管理加算の3倍の点数を加えると、厚労省の計算だと、1日当たり4,007点が算定できる。

### 中医協での審議を経ずに事務連絡

1月27日の中医協総会(小塩隆士会長)では、1月22日のこのような診療報酬の特例の事務連絡をめぐって議論が行われた。

特に、新型コロナウイルスの回復患者を受け入れた療養病床などが、救急医療管理加算を特例で算定できることを、中医協の了承を得ずに決定したことに対し、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委

員が苦言を呈した。厚労省は、「同様の考え方の特例はすでに中医協で認められているので、今回はその範囲を広げたという認識。このため事務連絡で明確化を図った」と理解を求めた。

厚労省の説明によると、これまで一般病床で、新型コロナウイルス患者が回復するまでを想定して、特例で救急医療管理加算を算定できるようにしてきた。それを今回は、「途中で療養病床などに転院するということを想定し、これまでの特例の考え方を流用して、その範囲を広げたということ。元々、一般病床で完結させることを考えたが、感染拡大で状況が変わり、それに合わせた」という。

日本医師会の松本吉郎委員は、「診療側として、今回の進め方に異論はない。新型コロナウイルスが感染拡大している中での迅速な対応であり、まったく問題ない。新型コロナウイルスの回復患者で転院する流れが目詰まりしている問題があり、診療報酬で改善できる対応として実施された。コロナ患者受入れ病床として割り当てられた病床は、一般病床の対応として考えるということによって理解できる」と述べた。

# 医師の働き方改革関連など医療法等改正法案を閣議決定

## 政府 医療計画の見直しや外来機能報告制度の創設も含む

政府は2月2日、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、国会に提出した。医師の働き方改革関連の法律事項をはじめ、医師養成課程の見直し、新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療計画の見直し、外来機能報告制度の見直しなど幅広い内容を含んでいる。

法案の概要は、◇長時間労働の医師の労働時間短縮および健康確保のための措置の整備等◇医療関係職種の業務範囲の見直し◇医師養成課程の見直し◇新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置づけ◇地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組みの支援◇外来医療の機能の明確化・連携◇持

ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長一となっている。

医師の働き方改革関連では、2024年度から医師に対する時間外労働の上限規制の適用の開始に向けた措置を講じる。

具体的には、①勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成②地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設③当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施一を盛り込んだ。法案が成立すれば、2024年度に向け段階的に施行される。

医療従事者のタスクシフト/シェア

の推進では、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大などを行う。「診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律」、「臨床工学技士法」、「救急救命士法」が対象になり、2021年10月1日に施行するとしている。

医師養成課程の見直しでは、共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化する。医師だけでなく、歯科医師も対象となる。共用試験を医師国家試験の受験資格要件とすることは2025年4月1日から、医学生が医業を行うことができることの明確化は2023年4月1日から施行としている。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療計

画の見直しでは、記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。2024年度からの第8次医療計画での記載を想定し、2024年4月1日からの施行としている。

地域医療構想の実現に向けては、医療機関の再編統合などの取組みを支援するため、2020年に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、国が全額を負担する仕組みとする。地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律を改正する。施行は2021年4月1日。さらに、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

外来医療の明確化・連携では、医療機関に対し、「医療資源を重点的に活用する外来」の報告を求める外来機能報告制度を創設する。2022年4月1日からの施行としている。

# 都道府県に新型コロナ交付金の積極的な活用求める

## 厚生省・部局長会議

## 迫井医政局長が医療機関・医療従事者への支援策を説明

厚生労働省は1月26日、2020年度全国厚生労働関係部局長会議を説明する動画をYouTubeに掲載した。医政局の迫井正深局長が、新型コロナの感染拡大を踏まえた医療機関の支援策を説明した。都道府県に対しては、「新型コロナに最前線で立ち向かっている医療機関、医療従事者を支援し、地域の医療提供体制を維持・確保するため、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金などを積極的に活用してほしい」と述べた。

迫井医政局長は、新型コロナの感染拡大を踏まえた医療機関の支援策をはじめ、2月2日に閣議決定した医療法等改正法案に盛り込んだ内容とあわせ、◇医療計画・地域医療構想◇医師偏在・医療人材の確保◇医師・医療従事者の働き方改革の推進◇オンライン診療などの状況を説明した。

新型コロナ対応における医政局の役割は、地域の医療提供体制を確保するため、医療機関や医療従事者を支援することが中心になる。医療機関の支援では、第一次、第二次の補正予算と予備費で、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金などにより、約3兆円を措置している。

これに加え、第三次補正予算案では交付金を増額したほか、国の直接執行による診療・検査医療機関などの医療機関等への感染拡大防止の補助や、重点医療機関に医師・看護師等を派遣する場合の派遣元医療機関に対する補助の増額などを実施している。

看護職員の確保では、各都道府県看護協会が看護職員の応援派遣が可能な医療機関の把握を進めるとともに、有事の際に、都道府県が県外からの応援派遣を受け入れる場合、都道府県看護協会を通じ、日本看護協会に要請する仕組みを構築している。「都道府県と都道府県看護協会には、事前に応援派遣の協定・連携をするようお願いしている」と迫井局長は述べた。

第三波ともいわれる12月に入ってから感染拡大への対応では、12月25日、国の直接執行による予備費の活用により、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、対応に当たる医療従事者を支援し、受入体制を強化するための補助を行うことになった。1月7日には新型コロナ患者のための病床を新たに割り当てられた場合の加算を創設している。

この事業では、医療機関が国へ補助申請を行うに当たり、都道府県が病床の逼迫を申し出る必要がある。このため、迫井局長は、「病床確保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体制を強化する必要があると判断した都道府県は、速やかな申出をお願いしたい」と強調した。

### 地域医療構想は着実な取組みを確認

医療計画については、新型コロナを踏まえた今後の医療提供体制が、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論され、昨年12月15日に考え方がまとまった。その結果、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加することになった。

地域医療構想については、病床の必要量の推計・考え方など基本的な枠組みは維持しつつ、着実に取組みを進めていくことを確認した。地域医療構想の実現に向けた今後の工程では、「新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県などと協議し、この冬の感染状況をみながら、改めて具体的な工程の設定を検討する」としている。

一方、2020年度に創設した「病床機能再編支援制度」は、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業として位置づけ、全額国庫負担とする旨の法案を通常国会に提出する。法案が成立した場合でも、2020年度と同様の支援内容と条件になる。

また、地域医療構想の実現に向け、医療機能の分化・連携を推進していくため、国による助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」の選定については、現在11道県14区域が選定されている。申請は随時募集しており、「引き続き申請の検討をお願いしたい」と迫井局長は要請した。

税制改正では、厚生労働大臣が認定した共同再編計画に基づく、再編統合のために取得した資産について、登録免許税の税率を軽減することになった。

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等については、「医療計画の見直し等に関する検討会」で昨年12月11日に報告書がまとまった。

報告書では、外来医療の明確化に向けて、データに基づく議論を地域に進めるため、①医療機関から都道府県に、外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)②外来機能報告を踏まえ、地域

の協議の場において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行うとしている。

具体的には、協議促進や患者のわかりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を明確化する考えだ。「医療資源を重点的に活用する外来」は、医療機関が外来機能報告で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定される仕組みとしている。

### 特例水準適用の病院の把握求める

医師偏在対策については、各都道府県が2019年度に策定した医師確保計画・外来医療計画により、地域の実情に応じた取組みを進めている。2021年度予算では、地域医療介護総合確保基金の医療従事者確保の予算の区分で、対前年度同額を計上している。

2020年度から、医師少数区域等で診療や保健指導、他の医療機関との連携などに一定期間従事した者を、厚生労働大臣が評価し、認定する制度が始まった。認定医師が勤務する医療機関に対しては、研修受講料や旅費などを補助することとしているため、迫井局長は周知を求め、医師少数区域等における認定医師の勤務の促進に期待を示した。

医師養成課程を通じた医師確保対策については、2022年度以降の医学部定員は大学医学部・受験生へ配慮する観点から、暫定的に2020・2021年度と同様の方法で設定するものの、2023年度以降の臨時定員については、2021年度春までをめぐりに検討を行うことになっている。

また、医学部入学定員の恒久定員内に地域枠を設定することを2022年度から地域の実情に合わせて推進することとしており、都道府県が協議を進めることを迫井局長は求めた。

医師・医療従事者の働き方改革については、都道府県に医師の働き方改革の周知や労務管理の支援とともに、医療機関単独での取組みでは困難な場合に、リーダーシップを発揮し、医療のかかり方を含めて、地域の医療提供体制のあり方や医療機関間の機能分化・連携のあり方を検討することを求めた。医師の時間外・休日労働の上限規制の水準(A水準/連携B水準/B水準/

C水準)がある中で、医療機関がどの水準を適用するかの想定を立てて、効果的な支援・対策の実施につなげることも、迫井局長は要請した。

オンライン診療については、安全性と信頼性をベースに、初診を含めて原則解禁する方向で検討が進められている。受診歴があることを原則とした上で、受診歴がなくても診療情報提供書などの情報が得られる場合は、初診からのオンライン診療を認める方向だ。現行の時限的・特例的な取り扱いを実施しながら、夏をめどに考え方の骨格をまとめ、秋に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改訂する。

### 医療保険制度改革の方針を説明

保険局については濱谷浩樹局長が、医療保険制度改革やデータヘルス改革を説明した。医療保険制度改革は、昨年12月に全世代型社会保障検討会議と社会保障審議会医療保険部会がまとめた改革の内容であるとしている。

紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度については、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進するため、対象病院を拡大し、金額を引き上げ、その分を保険給付範囲から控除する方針が示された。

現行の仕組みの対象は「特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院」だが、これに「200床以上の紹介患者への外来を基本とする医療機関」を追加する。「紹介患者への外来を基本とする医療機関」は、今後創設される外来機能報告の仕組みで明確化される予定である。

濱谷局長は「初診では現在、2,800円程度保険給付があり、定額負担を5千円としているが、ここから2千円程度を控除して、これを定額負担に上乗せするようなイメージだ」と説明した。「かかりつけ医を受診して、紹介にもとづいて大病院を受診するのが本来の姿であり、紹介状なしの患者の定額負担は、あくまで、例外的、限定的な取扱いだ」と述べた。

不妊治療の保険適用については、来年の夏以降、中医協で議論するとのスケジュールを示し、「2022年の年明けに決定し、2022年度から保険適用したい」と述べた。標準的ではない治療を念頭に、不妊治療に保険外併用の仕組みを活用していく考えも示した。

# 返戻再請求を2022年10月にオンライン化する方針

厚労省・審査支払機能あり方検討会

審査結果の不合理な差異解消に向け工程表案

厚生労働省は1月22日、審査支払機能の在り方に関する検討会(菊池馨実座長)に、オンライン請求の促進に向けて、2022年10月に医療機関等における返戻再請求をオンライン化する方針を示した。

医療保険事務全体の効率化を図り、オンラインで請求を行っている医療機関と薬局でデジタル化をしているメリットを最大化するため、厚労省は紙レセプトを極力減少させる必要があるとしている。

現状、審査支払機関から医療機関に返戻されたレセプトの再請求は、出力紙レセプトで再請求することが可能となっている。

厚労省は、2021年10月から、オンライン請求を行っている医療機関等へ審査支払機関がレセプトを返戻する際、

紙で行うことをやめ、オンラインによる返戻のみとする方針を示した。医療機関が行う返戻再請求については、紙媒体で返戻されたレセプトの再請求を除き、2022年10月からはオンライン化する方針を示した。

保険者による再審査申出に関しても、2021年10月には大規模保険者について、2022年10月からはすべての保険者について、オンラインによるものとする方針だ。

この厚労省案に対し、日本医師会の松本吉郎委員は、進め方が性急だとして反対を表明した。松本委員は、「オンライン資格確認の導入で、現在145万件ある資格過誤返戻がどれほど減るかを見極めた上で、再請求のオンライン化に取り組めばよい」と述べた。他方、厚労省案に賛成する意見も出され

た。

返戻再請求をオンラインで実施するためには、オンライン請求の機能が備わっていない請求システムを利用している医療機関は、オンライン請求の機能をシステムに追加する必要がある。オンライン請求機能をもつ請求システムを導入している医療機関でも、その機能を開放していない場合があり、そのような医療機関ではオンライン請求のために開放作業が必要になる。

また、厚労省は同日、審査結果の不合理な差異の解消に向けた取組みの工程表のたたき台を示した。

国保の総合システムについては更改が2024年4月に予定されており、そこで国保と支払基金のコンピュータチェックを整合的にすることをめざす。審査基準の統一に向けては、両機関



の審査委員の併任を順次進める。支払基金と国保連の審査基準の統一に向けて、連絡会議で両機関間の調整を進める。

同日、支払基金の神田裕二理事長は、連絡会議とは別に、ブロック単位でも両機関の基準を調整する仕組みをつくることを提案した。国保中央会の原勝則理事長は、「ブロックの単位が支払基金と国保は違うが、協議に応じたい」と答えた。

# 災害発生リスクの高い地域の病院に優先的にBCP策定促す

厚労省・救急災害医療あり方検討会

浸水被害を含めた災害対策マニュアルも策定

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は2月3日、医療機関がBCP(業務継続計画)を策定することを広めるための対応案を了承した。災害発生リスクの高い地域に所在する医療機関や周産期母子医療センター、救急救命センターに対し、優先的に策定を促す取組みを求める考えだ。

近年の大規模災害や新型コロナウイルス感染症の発生など、医療機関によるBCP策定の重要性が増している。現在、災害医療拠点病院に義務が課されているが、病院全体では25%程度(2018年度)の策定率。厚労省は、2020年4月までに計20回の研修会を開催するなど策定率向上に取り組んでいる。

今回、厚労省は将来的に全医療機関が策定することが望ましいとしつつ、災害時に果たす機能やリスクに鑑み、優先的に策定を促す医療機関を明示した。一つは、これまで非常用自家発電装置や給水設備を優先的に整備してきた医療機関で、周産期母子医療センターや救急救命センターが該当する。次に、災害発生リスクの高い地域に所在する医療機関をあげた。病院については、各自治体が作成するハザードマップで、地震・洪水・土砂災害などのリスクが高い地域にある施設を対象として、重点的に策定を促すとした。これに対し全日病常任理事の猪口正

孝委員は、基本的な考えに賛意を示した上で、「東京23区など人口規模が大きい地域では、自治体からハザードマップが示されているとしても、災害リスクの高い病院がわかりにくい。各地域の災害リスクがもう少し明確になり、自治体がきちんと周知すれば、病院によるBCP策定も進めやすくなる」と述べた。

また、BCP策定における今後の対応としては、◇都道府県を通じて定期的にBCPの策定状況を調査する◇「BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」は基本的に、大規模災害の発生を想定した計画だが、近年の状況に鑑み、浸水被害を含めた新たな災害対策マニュアルを策定する◇BCP策定研修事業について、座学はオンライン形式またはeラーニングとする。集合研修もオンライン形式を検討する—ことを了承した。

## EMISとG-MISの統合は困難

EMIS(広域災害・救急医療情報システム)とG-MIS(新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム)の運用のあり方をめぐり、意見を交わした。

新型コロナウイルス感染者を受け入れている病院の委員からは、複数のシステムに医療機関や患者の情報を入力しなければならぬ状況にあり、負担の軽

減を求める意見があがる一方で、EMISとG-MISは目的や機能が異なるため、統一的な基盤整備が望ましいが、現状での統合は困難と主張する意見が出た。

厚労省は、これらの意見を踏まえ、両システムで重複する入力項目を整理することや、1度のユーザー認証で複数のシステムの利用を可能にするなど、運用上の利便性を向上させることの検討を行う考えを示した。

## 救命救急センターの評価で配慮

2020年の救命救急センターの充実段階評価については、多くの救命救急センターが新型コロナ患者を受け入れていることを踏まえ、配慮を行うことを了承した。

新型コロナの影響が示唆される16項目を充実段階評価の「評価点」と「是正を要する項目」から除外する。

「評価点」では、10項目中8項目で影響があるとされ、「年間に受け入れた重篤患者数」や「地域の関係機関との連携」などが除外される。「是正を要する項目」では、20項目中10項目で影響があるとされ、「専従医師数のうち、救急科専門医数」や「救急救命センター長の要件」などが除外される。

あわせて、充実段階評価の段階的な引上げ(2020年実施分)は予定通り実施する。充実段階評価は2018年から、



それまでのA・B・C評価に加え、新たにS評価ができ、4段階となっているため、質の向上のため、段階的な引上げが実施されている。

16項目を除外して充実段階評価を試算すると、S評価の救急救命センターは2019年の76施設から92施設に増える。例外的な対応を行わず、2020年の実績が2019年と同一と仮定して評価区分の引上げを行った場合は、49施設まで減ることが示された。

そのほか、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、新型コロナ感染症患者の受入れが民間病院で少ないとの指摘があることに対し、「救急搬送で新型コロナ関連は1割程度。残りの9割は一般医療での救急搬送だ。民間病院が一般医療の救急搬送を担うことで、医療崩壊を防ぐことができたと確信している。役割分担が重要であり、そのようなことがわかる資料を提供してほしい」と厚労省に求めた。

# コロナ交付金で最大額は従事者慰労金の4,133億円

緊急包括支援交付金

交付実績を公表

厚生労働省は2月2日、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)の主な事業の医療機関等への都道府県別の交付実績(2021年1月15日時点)を公表した。様々な事業が実施されている中で、最も金額が大きかったのは、「従事者慰労金交付事業」の4,133億円(17万5,158件)、次いで、「重点医療機関体制整備事業」の3,603億円(1,196件)、「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の1,283億円(11万4,304件)となっている。

そのほかの事業では、「感染症対策事業のうち病床確保事業」が606億円(1,505件)、「感染症対策事業のうち宿泊療養施設確保事業」が323億円、「入

院医療機関設備整備事業」が144億円(668件)、「帰国者・接触者外来等設備整備事業」が40億円(755件)、「重点医療機関設備整備事業」が190億円(269件)、「救急・周産期・小児医療体制確保事業のうち設備整備事業」が721億円(700件)、「救急・周産期・小児医療体制確保事業のうち支援金事業」が609億円(1,332件)。

都道府県別では、東京都の「重点医療機関体制整備事業」が120件で809億円と最も金額が大きく、東京都の「従事者慰労金交付事業」の476億円(2万2,455件)より大きい。また、「重点医療機関設備整備事業」は実績がゼロの県も少なくない。

一冊の本 book review

## い肝ば い肝!

肝がん死亡率ワーストワンの佐賀県で何が起きたのか?

著者●田中留奈

発行●NPO法人クレブサポート

定価●1,500円+税

肝硬変や肝がんの主な原因である肝炎ウイルスへの感染率が高い佐賀県において、感染率を下げ、肝がん死亡率ワーストワンを脱するためにどのような取組みが行われたのか。現在全日病の広報委員を務められている江口有一郎先生が佐賀大学医学部附属病院にお勤めだったときに、県職員や医療関係者、メディア関係者をはじめとした多くの方々とともに、情熱をもってウイルス検査勧奨から陽性者を治療につなぐ「佐賀方式」を確立していく様子がいきいきと描かれている。

官学民の連携や、各ステークホルダーをどのように巻き込んでいったのかということは、地域包括ケアをすすめている各地の会員病院の皆さまにとっても非常に参考になることと思う。ぜひ一読いただきたい。(安藤高夫)



# 顔認証付きカードリーダーの請求額が補助金上回る

## 四病協・総合部会 医療機関のオンライン資格確認等システム導入で

四病院団体協議会は1月27日に総合部会を開いた。マイナンバーカードを保険証として使えるオンライン資格確認等システムを3月から開始する準備を国は進めているが、問題が生じているとの指摘が相次いだ。

具体的には、医療機関は顔認証付きカードリーダーを3月までに購入すれば、補助金が支給される。しかし、ベンダーからの請求額が補助金を上回る

事例が出ているという。このため、四病協として実態を調査するとともに、厚生労働省に説明を求めるとの考えで一致した。

国は今年3月時点で、6割程度の医療機関・薬局がオンライン資格確認等システムを導入することを目指している。そのために、3月までにカードリーダーの申込を行った医療機関・薬局に限定して、一定の補助上限まで定額補

助を行う。カードリーダーは3台まで無償提供され、その他の経費についても、3台導入する場合だと、190.3万円までが補助される。

しかし、ベンダーからの請求で、補助金額を上回るものが相次いでいるとの報告が、総合部会であった。厚労省が想定する費用以外の費用が付加的に追加されるなどの事例があり、業界として適正な請求になるよう、まずは実

態把握を行う考えだ。

また、日本医師会と医療団体による新型コロナ感染症患者受入病床確保対策会議の開催状況については、新型コロナ患者受入病床を空けるために、新型コロナ回復患者の受入れ病床を増やすことが課題となっており、都道府県医師会と病院団体の支部の連携を強化する方策が課題になっているとの議論があった。

# 要請に応じない場合は「勧告」し、医療機関名を公表

## 特措法等成立 国・都道府県の医療関係者への権限を強化

感染症法の改正を含む新型インフルエンザ等対策特別措置法等の改正法案が2月3日、参議院本会議で可決、成立した。同日公布され、13日に施行された。感染症法の改正により、国や都道府県は医療関係者に対し協力の要請をし、正当な理由なく要請に応じなかった場合は、「勧告」できるようになる。正当な理由なく勧告に従わない医療機関名を公表することもできる。

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部改正」ではまず、「新型インフルエンザ等感染症」に「新型コロナウイルス感染症」と「再興型コロナウイルス感染症」を追加し、指定感染症の期限経過後(感染症法では2022年1月31日、検疫法では同年2月13日)も、必要な対策を講じることができるようにした。

国と地方自治体の役割・権限強化等では、厚生労働大臣が、新型インフルエンザ等感染症に関し、「緊急の必要があると認めるときのほか、都道府県知事などが感染症法等の規定に違反し、または規定に基づく事務の管理・執行を怠っている場合」は、都道府県知事などに対し、必要な指示ができることになった。

感染症指定医療機関が不足するおそれがある場合などは、都道府県知事が、保健所設置市長や医療機関その他の関係者に対し、入院などの総合調整を行う規定を設けた。

さらに、厚生労働大臣・都道府県知事は、緊急の必要があると認めるときは、「医療関係者・民間等の検査機関に必要な協力を求めることができる」とし、当該要請に正当な理由がなく

応じなかったときは勧告することができる(正当な理由がなく勧告に従わない場合は公表可)ことになった。現行法上も、医療関係者への協力要請の規定はあるが、これはそのまま維持する。

### 与野党の修正で罰則等の規定変更

入院勧告・措置の見直しでは、厚生労働大臣が定める感染症の感染者で、◇症状が重い者、重篤化するおそれがある者等◇宿泊療養等の協力の求めに応じない者(入院費用の自己負担徴収可)について、入院勧告・措置の対象とした。対象者が、入院措置に応じない場合または入院先から逃げた場合、当初案では、「1年以下の懲役または100万円以下の罰金」としていたが、与野党協議による修正で「50万円以下の過料」に変更された。

積極的疫学調査で、厚生労働大臣が定める感染症の感染者が、「質問に対して正当な理由がなく答弁をせず、もしくは虚偽の答弁をし、または正当な理由がなく調査を拒み、妨げもしくは忌避した場合」の「50万円以下の罰金」も「30万円以下の過料」になった。

「新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律」では、「まん延防止等重点措置」を創設し、営業時間の変更等の措置を要請できるようにした。住民に対しても、要請対象の「業態に属する事業を行う場所にみだりに出入りしないことその他の新型インフルエンザ等の感染の防止に必要な協力を要請することができる」ようにした。営業時間の変更等の措置に違反した場合の過料についても、修正の結果、金額を引き下げている。

また、現行法では緊急事態宣言中に開設できることとされている「臨時的医療施設」について、「政府対策本部が設定された段階から開設できる」との規定を設けている。

# 2022年度改定に向け医療経済実態調査の実施案を了承

## 中医協・調査実施小委 単月調査の実施は新型コロナ状況をみて判断

中医協の調査実施小委員会(秋山美紀小委員長)は2月3日、2022年度診療報酬改定の参考となる医療経済実態調査の実施案を了承した。通常の2年度分の損益データに加え、単月の調査を実施することについては、新型コロナの感染状況を注視しつつ、春頃に決定することになった。5月になって、緊急事態宣言が発令されている状況下であれば、実施は難しいとの考えを厚生労働省は示した。

前回の1月13日の小委員会に引き続き、医療経済実態調査の実施方法を議論した。2年度分の損益データだけでなく、新型コロナの医療機関の経営への影響が大きいため、2019年度と2020年度の損益データを比べても、2020年度改定の影響を把握するのが困難な状況だ。「重症度、医療・看護必要度」や地域包括ケア病棟・回復期リハビリテ

ション病棟の入院料見直しなどが、2020年度は経過措置が延長され、実施されていないという事情もある。

このため支払側の委員は、コロナの影響が小さいと考えられる単月調査の追加を主張していた。診療側は、医療機関の負担が大きく、単月調査を実施しても把握の難しさはあまり変わらないため、難色を示していた。今回、厚労省は、調査項目を簡素化した上で、新型コロナの感染状況を見極めて判断することを提案した。具体的には、5月までに新型コロナの感染状況を注視し、実施可能と判断されれば、6月の単月を調査する見通しだ。

### コロナ患者受入れ状況を把握

新型コロナの影響が、医療機関の新型コロナ患者の受入れ状況によって異なるという指摘に対しては、◇病院の

基本データの項目に「重点医療機関・協力医療機関の指定状況」を追加◇病院の基本データの項目に「新型コロナウイルス感染症入院患者の受入状況」を追加◇一般診療所の基本データの項目に「診療・検査医療機関の指定状況」を追加◇一般診療所の基本データの項目に「新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入状況」を追加—を行うことで対応する。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦(診療側)委員は、追加項目に賛意を示した上で、「新型コロナ回復患者を回復期、慢性期の病棟で受け入れることを評価する診療報酬の特例が講じられたところだが、受入れ状況を把握する項目を追加してはどうか」と提案した。

決算月が異なれば、新型コロナの医療機関への影響も異なるとの指摘に対

しては、厚労省から、「3月決算の施設のみを集計した結果も公表する」との案が示された。これに対しては、公益委員で一橋大学教授の新井耕委員が、「病院は全体の4分の3が3月決算。診療所は医療法人であれば18%に過ぎない。医療経済実態調査は様々な集計区分が設けられ、客体数が小さくなる区分があるので、客体により相当ぶれるリスクがある」と注意を促した。

有効回答率を向上させるための工夫も行う。具体的には、◇診療側関係団体への協力依頼を引続き実施。協力依頼先の追加◇回答のインセンティブを与えるため、調査票等とあわせて、経営状況のフィードバックの見本を送付◇フォントやレイアウト等を工夫し、より見やすく記入しやすい調査票に変更する◇記入者負担の軽減や誤記入防止の観点から、電子調査票の利用を促進する—を実施する。

### ■ 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
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。
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。
保健指導士更新研修会 WEB 開催 (150名)	2021年3月14日(日) 【WEB開催】	11,000円(税込) ※資料代含む	全日病認定の「保健指導士」(AJHAヘルスマネージャー)、「保健指導士」(AJHAヘルスマネージャー/食生活改善担当者)の資格者は、資格更新のための単位が加算される。資格をもたない方の受講も受け付けている。
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。