



全日病 ニュース

2021.3.1
No.981

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

病院の医業利益率は1～3ポイント悪化

3病院団体 第3四半期の病院経営状況調査の結果を記者発表

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体は2月16日、新型コロナウイルスの感染拡大の影響を把握するための2020年度第3四半期の病院経営状況調査の結果を記者発表した。第3四半期においても病院の外来・入院患者の減少は続いており、病床利用率も前年同期で3ポイント以上の減少が確認された。医業利益率も1～3ポイントの悪化だ。新型コロナ第三波の到来で第4四半期のさらなる悪化が避けられない見通しだが、政府の緊急包括支援交付金は、各都道府県で給付にばらつきがあり、全国平均で申請に対し約6割の入金しかなく、病院経営の改善のために早急な対応が望まれる。

全日病の神野正博副会長は会見で、「新型コロナの影響による病院経営の悪化が改善していない。この間、医療従事者はエッセンシャルワーカーとして働き、ずっと緊張状態の中にある。新型コロナ患者を増やさない取り組みを続け、重症者を減らし、医療従事者の負担軽減につなげてほしい」と訴えた。

3団体に加入する4,410病院に調査を依頼。回答は1,481病院、有効回答は1,475病院(有効回答率33.4%)。1,475病院のうち、新型コロナの重点医療機関は385病院、協力医療機関は411病院、

診療・検査医療機関は748病院(下表参照)。新型コロナ患者を受け入れた病院は10月で29.6%、11月で35.6%、12月で40.2%。一時的外来・病棟閉鎖があった病院は10月で7.6%、11月で10.0%、12月で13.3%となっている。

赤字病院と黒字病院の割合を2019年と2020年で比較すると、2019年10月は全病院で赤字病院の割合が30.1%、2020年10月は31.8%で大差ない。しかし2019年11月の32.8%に対し2020年11月は46.2%、2019年12月の63.7%に対し2020年12月は65.8%と、再び悪化の兆しが出始めた。なお、12月は賞与が費用の人件費に入るため、赤字病院が増える傾向にある。

外来・入院患者、手術等をみても、新型コロナの影響が続いていることがわかる。特に11月が顕著で、1病院当たり月平均の外来患者数は2019年の9,195人に対し2020年は8,285人、入院患者延数は2019年の6,805人に対し2020年は6,368人、手術件数(手術室)は2019年の196件に対し2020年は183件に減った。一方、緊急手術は2019年の31件に対し2020年も30件で同水準を維持した。救急患者受入れ件数は2019年の459件に対し2020年は385件に減った。

神野副会長は会見で、「患者の受診

抑制が続き、手術や検査など通常医療が減少していることは、病院の収入減の要因でもあるが、住民にとって病気が進行するリスクが増加することにもなっている」と指摘した。

病院の経営指標も11月の対前年比での悪化が目立つ。コロナ患者受入れ病院(513病院)の医業利益率は2019年の3.8%に対し2020年は0.4%で、3.4ポイントの悪化だ。費用はあまり変わらず、収益減の影響が大きい。収益全体では3.6%減、健診・人間ドック等収入は7.2%減、室料差額・その他医業収入は4.5%減である。2020年12月の医業利益率は▲20.2%と二桁の赤字だが、前年同期比では2.2ポイントの悪化だ(下図参照)。

コロナ患者の入院を受け入れていない病院の医業収益率も2019年11月の4.6%に対し2020年11月は1.7%で2.9ポイントの悪化だ。一時的外来・病棟閉鎖のあった病院の医業収益率は2019年11月の3.5%に対し2020年11月は▲3.5%で7ポイントの悪化。2020年12月の医業利益率は▲27.8%に及び、対前年同期比では6.4ポイントの悪化となっている。

冬季賞与については、1,475病院のうち減額支給した病院が38.1%あった。

新型コロナ患者を受け入れた病院(614病院)で43.3%、一時的外来・病棟閉鎖のあった病院(219病院)で41.6%。

政府の第一次補正予算、第二次補正予算、予備費による緊急包括支援交付金など支援の申請に対する入金率は、全体で59.7%。1,334病院の申請額5,568億円に対し入金額は3,326億円となっている。ただ、都道府県によるばらつきも大きい。最も高いのは東京都の87.8%だが、最も低い徳島県は24.4%。一方、都道府県独自支援策は417病院を対象に、申請額174億円に対し入金額は136億円で入金率は78.2%。

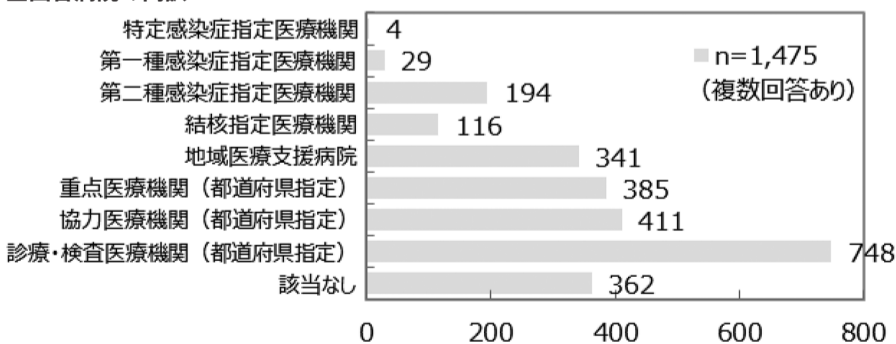
4月から12月の経営指標もまとめた。9カ月間のデータがある病院(911病院)の医業利益率は、2019年の▲1.0%に対し2020年は▲5.6%で4.6ポイントの悪化。うち新型コロナ患者を受け入れた病院(498病院)は2019年の▲1.3%に対し2020年は▲6.5%で5.1ポイントの悪化、コロナ患者を受け入れていない病院(413病院)は2019年の0.6%に対し2020年は▲1.5%で2.1ポイントの悪化。これに支援金を加味すると、全体で1.1ポイント、コロナ患者受入れ病院で1.0ポイント、受入れなし病院で1.4ポイントまでマイナス幅は縮小した。

これらの結果を踏まえ、全日病の津留英智常任理事は同会見にて、「いま新型コロナ患者は減少傾向にあるが、病院・介護施設でのクラスター発生が増えているのを大変心配している。ワクチン接種体制を含め行政も病院も手一杯の状況だが、1、2月での悪化が懸念される次の四半期の状況を踏まえ、適切な支援を行ってほしい」と求めた。

■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あり)

(単位:千円) ※数値は平均値	10月分 n=429 平均病床数: 451			11月分 n=513 平均病床数: 427			12月分 n=580 平均病床数: 414		
	2019年	2020年	前年比	2019年	2020年	前年比	2019年	2020年	前年比
医業収益	1,146,829	1,147,207	0.0%	1,023,589	986,940	▲3.6%	1,004,879	981,363	▲2.3%
入院診療収入	740,588	743,738	0.4%	671,245	649,056	▲3.3%	660,970	640,995	▲3.0%
外来診療収入	353,052	350,952	▲0.6%	304,472	292,659	▲3.9%	298,643	295,850	▲0.9%
健診・人間ドック等収入	21,168	20,859	▲1.5%	19,013	17,652	▲7.2%	17,668	16,607	▲6.0%
室料差額・その他医業収入 ※補助金・繰入金・支援金除く	32,021	31,659	▲1.1%	28,860	27,573	▲4.5%	27,598	27,911	1.1%
医業費用	1,094,760	1,109,050	1.3%	984,586	982,826	▲0.2%	1,184,874	1,179,129	▲0.5%
医薬品費	214,121	207,550	▲3.1%	185,875	176,947	▲4.8%	194,579	189,380	▲2.7%
診療材料費	128,884	134,792	4.6%	114,258	113,756	▲0.4%	122,025	120,584	▲1.2%
給与費	507,371	515,810	1.7%	464,728	471,403	1.4%	644,268	643,253	▲0.2%
その他経費	244,384	250,898	2.7%	219,726	220,720	0.5%	224,002	225,912	0.9%
医業利益	52,069	38,157		39,003	4,114		▲179,996	▲197,766	
医業利益率	4.5%	3.3%		3.8%	0.4%		▲17.9%	▲20.2%	

■回答病院の内訳



第9回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第9回臨時総会を開催します。

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二

項目	内容
□第9回臨時総会	目的事項 報告事項
日時	2021年3月27日(土) 午後1時～午後2時(予定)
会場	全日本病院協会 大会議室 東京都千代田区神田猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7F Tel. 03-5283-7441
目的事項	(1) 2021年度事業計画について (2) 2021年度予算について (3) 2020年度事業計画の一部変更について (4) 2020年度補正予算について (5) 理事の辞任について (6) その他

清話抄

医師の師訓と応召義務 VS 医師の働き方改革

医師師訓:「医師は、自ら天職をよく承知していなければならぬ。ひとたび、この職務を選んだ以上、もはや医師は、自分自身のものではなく、病める人の

ものである。もしそれを好まぬなら、他の職業を選ぶがよい。」

応召義務(医師法第19条):「医師などの職にある者が、診療行為を求められたときに正当な理由がない限り、これを拒んではならない。」

医師師訓と応召義務は、かつて医師の職業倫理や規範として、我々医師のみならず、社会的な期待と共に国民に周知され、医師の過重労働に繋がってきた側面がある。今までの我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働

により支えられてきたと言っても過言ではないし、看過できないとも思う。

昨今の医療現場においては、患者トラブルに伴う医師の負担感や医師の長時間労働勤務環境等のために、医師の健康への悪影響や過労死が問題になっている。そのような中で、医師の働き方改革に関する検討会において、「医師も一労働者である」という位置付けがなされた。であるならば、医師も労働者として労働基準法等が適応されることになる。法律というのは、すべて

の人が、「公平に、平等に」ということであろう。

しかしながら、公平や平等というのは、すべての人が皆同じであることではなく、立場が違えば、皆が同じではないということ、互いに認識することではないかと思う。ましてや今のコロナ禍において、医師が医師の師訓や応召義務を無視して、「医師も一労働者である」と言って、時間外労働をしないとするならば、誰が国民の命を守るのであろうか? (中尾一久)

主張

コロナ禍における民間病院の役割

全日病の会員病院(以下、会員)は、規模は中小病院から大病院まであり、さらにその医療機能も多岐にわたっている。よって、それぞれの地域における役割は異なっているが、唯一共通する点は、その多くが民間病院であり、これまで補助金等の支援もなく、その上、大半に法人税等が課せられていることである。一方で公立・公的病院は、すべて非課税であり、さらに公立には多額の繰入金が入る。当然、民間病院は、公立・公的病院に比べ相対的に経営基盤が弱い。このコロナ禍において

厳しい経営に先行きを危惧している会員も多い。

そのような中、感染拡大の第3波が起り、再度の緊急事態宣言が出され、マスコミ等から、新型コロナ受入病院(以下、受入病院)の割合が民間病院は少ないと、病床逼迫の原因であるが如き、一方的な報道がなされ残念な思いをされた会員も多いと思う。しかし、改めて新型コロナ受入実績ありの病院数(民間の地域医療支援病院含)を見直した集計(1月10日)では、全国で民間793、公立439、公的465と民間病

院が最も多く、大きな誤解であったことが分かる。民間の受入病院は、風評被害など経営環境の悪化等を覚悟の上で、使命感を持っての受入である。さらに、その他の民間病院においても、近隣の受入病院と協力して、新型コロナ以外の救急患者を積極的に分担している病院も多い。

さて、新型コロナ発生から1年が経ち、多くの知見を得た。その中で医療関係者が理解を深める必要があるのは、新型コロナ患者は、症状が軽快し退院基準を満たしていれば感染力は極めて低くなり、日常の医療に適用しているスタンダードプリコーションを行っていれば、厳格なゾーニングの必要もないことである。現在、新型コロナ患者の中には高齢者が増えてきており、急

性を過ぎ退院基準を満たしても体力や身体機能低下など引き続き入院加療を要する場合も多く、転院先となる回復期医療やリハビリを提供できる後方支援病院の確保が喫緊の課題となっている。

そのような中、1月の理事会・常任理事会・支部長会合同会議において、まだ続くであろうコロナ禍において、会員病院の中で大病院は積極的に受入病院となり、ゾーニングが難しい中小病院は地域の受入病院の後方支援病院としての存在意義を示そうという前向きな意見が相次いだ。このように民間病院が新型コロナに積極的に関わることが、今後の医療提供体制の議論の中で重要な意味を持つことは論を俟たない。(織田正道)

人口100万人以上の区域の「類似かつ近接」の分析は困難

厚生省・地域医療構想WG

診療実績の乏しい公立・公的病院の再編統合

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)は2月12日、地域医療構想の実現に向け、公立・公的病院の再編統合を求め、対応方針の再検証における、人口100万人以上の構想区域の取扱いを了承した。

人口100万人以上の構想区域は、病院数など医療資源の密度が他の人口規模の区域と比べ相当高く、今後も医療需要が増大する見直しにある構想区域も多いという事情がある。このため、「類似かつ近接」の指標による病院選定での再検証は当面求めないことにした。各々で現状の病院の診療実績を分析するなど、役割を再確認するなどの対応を図ることになる。

同ワーキンググループがこれまで議論してきた地域医療構想の実現に向けた取り組みでは、病院の診療実績を分析し、(A)がん・心疾患・脳卒中など9領域すべてで診療実績が特に少ない(B)がん・心疾患・脳卒中など6領域すべてで医療機能が「類似かつ近接」に該当する一という2つの指標を採用した。それを使って、診療実績の乏しい公立・公的病院を抽出し、再編統合などの再検証を要請する病院を選ぶ作業を行った。

その結果、厚生省は、2019年9月26日の同ワーキンググループで、424の公立・公的病院が再検証の要請対象になったとの試算結果を示した。

その際、人口100万人以上の構想区域は分析結果の適用が難しく、除いている。また、424の公立・公的病院の再検証の要請については、新型コロナの感染拡大の状況を受け、当初の再検証の期限を先延ばししている状況にある。

今回、厚生省は人口100万人以上の構想区域の分析結果を示した。なお、人口100万人以上でも(A)の指標に関しては、そのまま適用される。数十病院の公立・公的病院が該当する。問題は、(B)の指標による病院の選定が妥当であるかということになる。(B)の「類似かつ近接」とは、6領域すべてで類似の機能を持つ病院が、自動車で20分以内の近い距離にあることを示している。

人口100万人以上の構想区域をみると、医療資源が他の構想区域と比べ、相当高いことがわかる(右表参照)。人口50万人以上100万人未満の構想区域より、小さい面積の中に、約2倍の病院が存在する傾向がある。特に、民間病院が多く、公立・公的を合わせた平均の10.5病院に対し、民間は67.2病院

となっている。

民間の療養病床(2,992床)が多いのも特徴である。ただ、日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一委員は、「人口比で見れば、人口100万人以上の構想区域の療養病床は決して多くはない」と指摘した。

「類似かつ近接」の分析では、「99%の病院で同一構想区域内に車で20分以内に別の病院がある」、「車で20分圏内に10を超える他病院がある病院が半数以上を占める」ことなどがわかった。また、人口100万人以上の半数以上の構想区域で、今後も人口が増加し、高齢者を中心に医療需要の増大が見込まれる。

このため、現時点で人口100万人以上の構想区域で「類似かつ近接」の指標によって、再検証を要請する公立・公的病院を選ぶことは難しいとの結論になった。

全日病会長の猪口雄二委員は、結論には同意しつつ、「人口100万人以上の構想区域にある人口や病院数は、全国でも相当数を占める。そのままよいわけではない。もう少し小さい規模で議論するため、二次医療圏の見直しも含め構想区域を小分けにするなど、何かよい方法を考える必要がある」と述べた。

病床機能報告制度を毎年データに

2021年度以降の病床機能報告制度が議題となった。これまで6月単月の診療実績データだけを報告していたのが、毎年データになるなど、様々な変更点があるためだ。公費レセプトも対象に加えるなど実態把握の精度を向上させる考えだ。具体的には、2021年度の診療実績を2022年10月に報告することになる。

一方で、活用頻度の低い報告を除外することや、国から提供されたデータについては、コンピュータのシステム上、自動的に月別・病棟別に報告様式に反映されるよう運用上の工夫も行うとしている。猪口委員は、「新型コロナで医療機関は疲弊している。作業量を増やさないようお願いしたい」と厚生省に求めた。

また、報告項目の見直しでは、「稼働病床数」の取扱いなどが論点となっている。病床機能報告における「稼働病床数」は、「過去1年間に最も多くの入院患者を収容した時点で使用した病床数」と定義されている。

逆に言えば、一度も入院患者を収容しなかった病床数を除いた病床数だが、猪口委員は、「1日でも使ったらカウントされるというのは不合理」と指摘。「許可病床数」とほぼ近似しているということもあり、削除する方向で検討



を進めることになった。

箱モノより人の確保がより重要

「重点支援区域」の報告もあった。厚生省は新型コロナ禍を踏まえ、全国一律のスケジュールを設定して、地域医療構想の推進を求めることはしないものの、地域の判断による取組みに対しては、財政的・技術的な支援を実施するとの姿勢を明確にしている。その代表的なものが「重点支援区域」だ。これまで11道県14区域が選定されている。

全日病副会長の織田正道委員は、地域医療構想の推進において、回復期・慢性期の地域医療構想の推進の議論が深まっていないにもかかわらず、柳井構想区域(山口県)への支援が、回復期・慢性期のみの病床転換となっていること理由を質問した。厚生省からは、「島が含まれていて特殊」という以外に明確な回答はなかった。

また、支援全体の考え方として、織田委員は、「箱モノをいくら整備しても、医師・看護師などが集まらなければ意味がない」と、医療従事者の確保がより重要と強調した。

人口区分ごとの構想区域の状況

○ 人口100万人以上の構想区域は、人口50万人以上100万人未満の構想区域より小さい面積の中に、約2倍の病院が存在する傾向。

構想区域	区域数	平均(構想区域あたり)										
		平均病院数				平均病床数				常勤換算 医師数	人口 (千人)	上段:面積 下段: 可住地面積 (km ²)
		公立	公的等	民間	合計	公立	公的等	民間	合計			
100万人以上	25	3.8	6.7	67.2	77.7	1,378	2,654	6,652	10,684	2,984.1	1,627.3	578.5
						14	32	2,992	3,039			305.5
50万人以上 100万人未満	55	3.0	3.7	29.7	36.3	839	1,226	2,654	4,719	1,252.5	695.3	799.5
						24	26	1,590	1,640			366.8
20万人以上 50万人未満	100	2.8	2.4	14.0	19.1	593	735	1,046	2,374	518.8	322.9	1,313.7
						36	29	754	819			478.9
10万人以上 20万人未満	77	2.3	1.1	7.6	11.0	367	275	421	1,063	193.2	145.0	1,061.0
						37	14	426	477			315.1
10万人未満	82	1.7	0.5	3.2	5.4	220	109	134	462	74.7	61.7	1,237.1
						24	12	183	219			269.2

【出典】

・令和元年度病床機能報告(精査中)
・平成31年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)
・国土地理院「平成29年全国都道府県市区町村別面積調」

※ 公立・公的等・民間については、個別医療機関の2025年に向けた具体的な対応方針策定時に設定した定義を令和元年度病床機能報告時に時点修正したもの。

公立: 令和元年度病床機能報告時に開設主体を以下の通り報告された病院

公的等: 令和元年度病床機能報告時に開設主体を以下の通り報告された病院または特定機能病院、地域医療支援病院

民間: 上記以外の病院

・都道府県
・市町村
・地方独立行政法人
・独立行政法人国立病院機構
・独立行政法人労働者健康安全機構
・厚生連
・国民健康保険組合及びその連合会
・共済組合及びその連合会
・国民健康保険組合

・日赤
・国民健康保険団体連合会

コロナ回復患者の受入れを介護施設で評価

事務連絡 30日間、退所前連携加算(500単位)を算定可に

厚生労働省は2月16日の事務連絡で、新型コロナウイルス回復患者を受け入れた介護保険施設が介護報酬の特例的な加算を算定できるとの取扱いを示した。具体的には、退所前連携加算(500単位)を30日間、算定できるようにする。受入れでは、定員超過減算が適用されず、指定等基準、基本サービス費・加算の施設基準における柔軟な取扱いも適用される。

同日の閣議後会見で田村憲久厚労相は、「新型コロナから回復した患者を受け入れる医療機関に対しては、今までいろいろな対応ということで、診療報酬の加算等もしてきた。医療機関だけでなく、新型コロナウイルス感染症基本対処方針にも書いてあるが、高齢者施設での受入れを促進することもお願いしており、これをさらにも促進する意味もあり、介護報酬上の特例的な評

価を行う」と述べた。
事務連絡(新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第18報))によると、対象となるのは介護保険施設(介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院)。医療機関から、新型コロナウイルス感染症の

退院基準を満たした患者(当該介護保険施設から入院した者を除く)を受け入れた場合に算定できる。
「当面の間のコロナ陽性時に治療に当たっていた入院医療機関や行政との連携」、「入院以前に利用していたケアマネ等とのサービスの調整のために行う、利用していたサービスの確認とそれを踏まえたサービス提供」、「健康観察・健康管理など看護師等の専門職によるケアも含めた体制整備」を適切に評価するものとしている。適用は2月16日から。ただし、特例加算を2・3月に算定しても、請求は5月審査分以降となる。

医療法等改正法案成立後の制度化に向け様々な意見

社保審・医療部会 医師養成課程の改正に伴い国家試験や医学教育の見直しも必要

厚生労働省は2月8日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、医師の働き方改革や医師養成課程の見直し、新型コロナを踏まえた医療計画の見直し、地域医療構想を推進するための支援、外来機能報告制度の創設などを盛り込んだ医療法等改正法案が閣議決定され、国会に提出されたことを報告した。

厚労省は、医療事故が生じた場合の対応は個別事案により異なることや、責任の所在は医療機関の診療体制によるとしつつ、今後詳細な検討が必要になるとした。ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子委員は、医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)の理事の立場で、医学部卒業時に一定の臨床能力を備えていることが、国際的な医学部教育の流れであることなどを説明した。

厚労省は、取組みを進めることのできる地域や病院に対して、重点的な支援を実施する構えだ。
今回の法案に関わる支援としては二つある。一つは、2020年度に創設した「病床機能再編支援事業」である。2020年度は一般財源で195億円を措置したが、今後は同水準の財源で、消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金における全額国負担の事業として、位置づけ、そのための改正を行う。



る。病院の再編が公立・公的の大病院建設になって、民間病院を圧迫することのないよう対応してほしい」と述べた。

委員からは、法案成立後も制度の具体化に際し、様々な検討課題があることから、地域の医療提供体制、医師や医療従事者のキャリア形成に大きな影響を与えると考えられる改革の実現に向け、様々な意見や要望、懸念が示された。

全日病副会長の神野正博委員は、「今回の改革は、医師国家試験のあり方を真剣に検討することが大前提になる」と指摘。医学部5・6年次の診療参加型臨床実習を重視し、医学部から臨床研修への流れをシームレスにするためにも、医学知識習得に偏っていると指摘される医師国家試験の見直しが不可欠と強調した。国立病院機構理事長の楠岡英雄委員は、「student doctorが制度化されれば、臨床研修の見直しも課題になる」と述べた。

「病床機能再編支援事業」は、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえ、病床機能を再編し、自主的な病床削減や病院統合を行う医療機関に対し、財政支援を実施するもの。2021年度も195億円(全額国庫負担)を確保したが、**右下表**をみると、2020年度の内示額は合計60.6億円にとどまっている。新型コロナの影響と考えられる。

なお、このような内容を含む「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」の概要をみると、◇長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等(2024年4月1日に向け段階的に施行) ◇医療関係職種の業務範囲の見直し(2021年10月1日施行) ◇医師養成課程の見直し(2025年4月1日、2023年4月1日施行) ◇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付け(2024年4月1日施行) ◇地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(2021年4月1日施行) ◇外来医療の機能の明確化・連携(2022年4月1日施行) ◇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(公布日施行)一が盛り込まれている。

特に、議論では、医師養成課程の見直しにより、共用試験(臨床実習前OSCE(Objective Structured Clinical Examination)、CBT(Computer Based Testing)に合格した医学生が臨床実習として医療を行うことができる旨を明確化することについて、歓迎する意見とあわせ、医師の質が下がりがねないことや医療事故が発生した場合への懸念が示された。

地域医療構想を推進する新たな支援
地域医療構想については、新型コロナの感染拡大を踏まえ、全国一律で工程を決めて推進することは困難としつつ、2025年に向け着実に病院の再編統合などに取り組むとの姿勢は、厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」などで確認している。

もう一つは、病院の再編に関する税制優遇制度だ。厚生労働大臣が認定する複数医療機関の再編・統合の計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇する。再編計画については、地域医療構想調整会議において、地域医療構想と整合性がとれているものであるかの協議を事前に実施する必要があるとしている。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「特に大都市においては、民間の中小病院が様々な役割を果たしてい

病床機能再編支援補助金の内示額(2020年度) 単位:百万円

北海道	293	大阪府	229
青森県	75	兵庫県	144
岩手県	147	和歌山県	146
宮城県	259	島根県	81
秋田県	343	岡山県	243
山形県	394	広島県	430
福島県	48	山口県	266
茨城県	19	徳島県	27
千葉県	3	愛媛県	101
石川県	70	高知県	190
福井県	125	福岡県	470
長野県	303	佐賀県	72
岐阜県	74	長崎県	41
静岡県	187	熊本県	486
愛知県	61	大分県	70
三重県	130	鹿児島県	304
京都府	228	合計	6,060

医師養成課程の見直し

1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化 2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生の能力を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」(臨床実習前OSCE、CBT)については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。

<改正の内容>

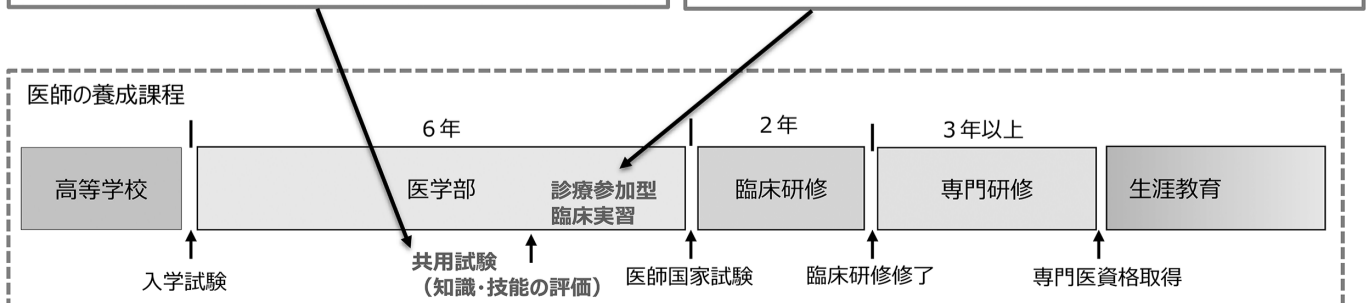
大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする。**

<背景>

- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。

<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験に合格した医学生について、医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができることとする。**」



【資料】新型コロナウイルス感染症に伴う医療機関の支援策

政府は、新型コロナウイルス感染症に対応するための医療提供体制を確保するため、第1次、第2次の補正予算と予備費により、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金などで約3兆円を措置した。これに加えて、第3次補正予算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た。

昨年11月以降の第3波の感染拡大では、12月25日に国の直接執行による予備費の活用で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、受入体制強化のための補助を実施。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た。

第1次、第2次、第3次の補正予算による支援策をまとめた。

第1次補正予算(2020.4)

①新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の創設 国費1,490億円

診療報酬では対応が困難な空床確保、宿泊療養の体制整備、応援医師等派遣などを支援

②診療報酬の特例的な対応 重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引き上げ など

③マスク、ガウン、フェイスシールド、消毒用エタノール等の確保、医療機関への配布、人工呼吸器の輸入・国内増産による確保

第2次補正予算(2020.6)

①新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大(全額国費により措置) 16,279億円

●既存の事業メニューについて、事態長期化・次なる流行の波への対応として増額 3,000億円

そのほか、1次補正の都道府県負担分(1,490億円)を国費で措置

●新規の事業メニューとして、以下の事業を追加 11,788億円

①重点医療機関(新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床の確保等 4,728億円

新型コロナウイルス感染症患者対応のため、重点医療機関として病床を整備した医療機関に対し、患者の迅速な受入体制確保の観点から、患者を受け入れていない病床に対する空床確保料として、相当額を補助する。

医療機関の定義

- 重点医療機関：新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関
 - 協力医療機関：新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関
 - 一般の医療機関：重点医療機関・協力医療機関以外の医療機関
- 都道府県が指定

補助単価

重点医療機関・協力医療機関：ICU 30.1万円、HCU 21.1万円、その他 5.2万円

※療養病床である休止病床は1.6万円

一般の医療機関：ICU 9.7万円、重症者・中等症者病床 4.1万円、その他 1.6万円

院内感染が発生した医療機関：院内感染により、実質的に専用病棟となっている医療機関について、都道府県が認めた場合、遡及して都道府県が認めた期間、重点医療機関として指定されたものとみなす

②重点医療機関等における超音波画像診断装置、血液浄化装置、気管支ファイバー等の設備整備の支援 30億円

整備対象設備：超音波画像診断装置、血液浄化装置、気管支ファイバー、撮影装置、生体情報モニター 等

③患者と接する医療従事者等への慰労金の支給

都道府県から役割を設定された医療機関等に勤務し、患者と接する医療従事者や職員に対し、慰労金として最大20万円を給付する(その他病院、診療所等に勤務し患者と接する医療従事者や職員に対し、慰労金として5万円を給付する。)

④新型コロナウイルス感染症疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策 1,518億円

⑤医療機関・薬局等における感染拡大防止等のための支援 2,589億円

②診療報酬の特例的な対応(2次補正とは別途の措置)

重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対応可能な医療体制の構築に向けて、患者の診療に係る実態等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとする。(令和2年5月26日付け事務連絡発出)

①重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価の見直し

●重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を3倍に引き上げる。

※例：特定集中治療室管理料3(平時)9,697点 → 臨時特例(2倍)19,394点 → 更なる見直し(3倍)29,091点

●中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の3倍相当(2,850点)の加算を算定できることとする。

②重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

●重症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を追加する。

●中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者を追加する。

③長期・継続的な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価

●中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとする。

●新型コロナウイルス感染症から回復した患者について、転院を受け入れた医療機関への評価を設ける。重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

④疑似症患者の取扱いの明確化

●新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化する。

③福祉医療機構の優遇融資の拡充等 貸付原資として1.27兆円を財政融資

●貸付限度額の引上げ：「病院7.2億円、老健1億円、診療所4,000万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の12か月分」の高い方

●無利子・無担保融資の拡大：「病院1億円、診療所4,000万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の2か月分」の高い方

●6月の資金繰り対策としての診療報酬の概算前払い

予備費を活用した更なる支援(2020.9)

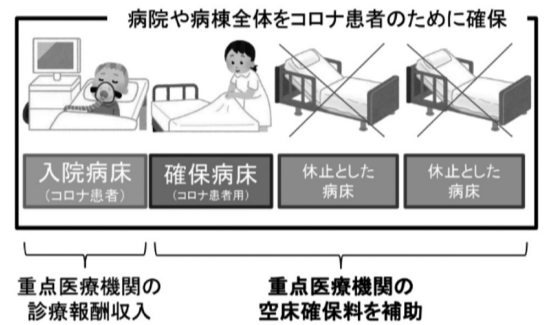
一次・二次補正による医療機関等支援(計1.78兆円)に加え、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保するため、予備費を活用し、緊急的に更なる支援を行う。1兆1,946億円

①新型コロナウイルス感染症患者の病床・宿泊療養体制の整備 7,394億円

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を増額し、10月以降分の病床や宿泊療養施設を確保するための経費を補助する。

②新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ 1,690億円

新型コロナウイルス感染症患者の入院に係る診療報酬の更なる引上げを特例的に行う。また、緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料等を引き上げる。



- 診療報酬の特例的な対応**：中等症患者のうち、呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)を算定できることとする。
- 重点医療機関の体制整備(特定機能病院等の病床確保料の更なる引上げ) 緊急包括支援交付金の増額(予算額：1,679億円)**
 - ・緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料について、診療報酬の引上げに合わせて、特定機能病院入院基本料等を踏まえて引き上げる。
 - ※特定機能病院と同程度に新型コロナの重症患者を受け入れている病院についても、特定機能病院と同様に病床確保料を引き上げる。(ECMOによる治療を行う患者が延べ3人以上の月又は人工呼吸器による治療を行う患者が延べ10人以上の月がある医療機関)
 - ・特定機能病院等以外の重点医療機関の病床確保料について、診療報酬の引上げに合わせて引き上げる。
 - ※4月1日に溯って適用

【重点医療機関の病床確保料】

病床の種別	補助基準額(二次補正)
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

【重点医療機関である特定機能病院等】		【重点医療機関である一般病院】	
病床の種別	補助基準額(今回)	病床の種別	補助基準額(今回)
ICU病床	436,000円	ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円	HCU病床	211,000円
その他病床	74,000円	その他病床	71,000円

③**インフルエンザ流行期への備え**

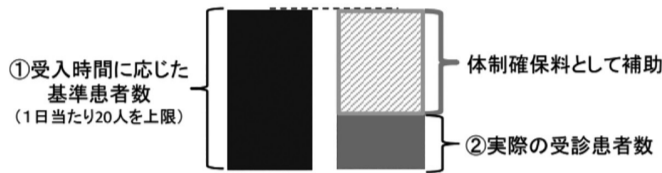
- インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援 2,170億円**
都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関について、体制確保のための補助を行う。また、発熱患者の電話による相談を受ける医療機関等に対して、相談に要する費用を補助する。

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業 国による直接執行 2,068億円

都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)が、発熱患者等専用の診察室(時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む)を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

補助基準額 13,447円×(受入時間に応じた基準患者数-実際の発熱患者等の受診患者数)

- ・基準となる患者数は、1日あたり20人を上限として、体制確保時間に応じて設定。
- ・実際の受診患者が上記基準より少ない場合に、その人数に応じて補助金を交付。



体制確保時間(1日あたり)の例	補助上限額(1日あたり)
7時間	約26.9万円
4時間	約15.4万円
2時間	約7.7万円

【体制確保時間7時間、実際の受診患者が5人の場合の例】
13,447円×(①基準患者数(20人)-②実際の受診患者数(5人))=約20.2万円/日

- ※自院のかかりつけ患者や自院に相談のあった患者のみを受け入れる場合は、基準患者数の1日あたり上限は5人。
- ※実際には全く発熱患者等の受診を受け入れない場合は補助を減額。

インフルエンザ流行期に感染症疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援 国による直接執行 682億円

都道府県の登録に基づき発熱した救急患者等の新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れて診療を行う救急・周産期・小児医療機関に対する支援を行う。

- 補助基準額**
- ・許可病床199床以下 1,000万円
 - ・許可病床200床ごとに 200万円を追加
 - ・新型コロナ患者入院受入割当医療機関の場合は上限額に 1,000万円を追加

④**医療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 10億円**

新型コロナウイルス感染症への対応を行う医療機関において、勤務する医療資格者が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助する。

第3次補正予算(2020.12)

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、第3次補正予算を活用して、重症患者等の病床確保をはじめ、地域の医療提供体制を守るための措置に万全を期す。

①**更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援(十加算措置の追加) 国による直接執行 12/25予備費 2,693億円**

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。

補助基準額

- 確保病床数に応じた補助(①~③の合計額)
- 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
※2020年12月25日から2021年2月28日までの最大の確保病床数



(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 2020年12月25日から2021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

②**重症患者等の受入病床確保の支援**

- 新型コロナからの回復患者の転院支援【国費：2.5億円】**
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医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げる。
※これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算(1倍)250点 → 今回の見直し 二類感染症患者入院診療加算(3倍)750点
- 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化【既存予算により対応】**
医師・看護師等を新型コロナ患者受入医療機関に派遣する場合、新型コロナ緊急包括支援交付金により、派遣元医療機関等への補助が可能であるが、これを更に支援するため、重点医療機関に派遣する場合の補助上限額を引き上げる。
(医師 1時間7,550円→15,100円、医師以外の医療従事者 1時間2,760円→5,520円、業務調整員 1時間1,560円→3,120円)

②**地域の医療提供体制を守るための感染防止等**

- 小児科等への支援 診療報酬の特例評価【国費：68億円】** 3次補正予算(2021年3月まで)の額(2021年4月~は当初予算に計上)
小児特有の感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に
 - ・医科においては、100点(2021年10月からは、50点)
 - ・歯科においては、55点(2021年10月からは、28点)
 - ・調剤についても、12点(2021年10月からは、6点)
 に相当する点数を、特例的に算定できる。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応(2021年4月~) 2021年度予算

「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策を講じることについて、以下の点数に相当する加算等を算定できることとする。

- ◆初診・再診(医科・歯科)等については、1回当たり5点
- ◆入院については、入院料によらず、1日当たり10点
- ◆調剤については、1回当たり4点
- ◆訪問看護については、1回当たり50円

【資料】新型コロナウイルスワクチンの接種体制整備

新型コロナウイルス感染症の収束を目指して、ワクチンの接種がはじまった。米国ファイザー社が開発した新型コロナウイルスワクチンについて承認の可否を判断する厚生労働省の薬事・食品衛生審議会の部会が2月12日に開かれ、国内の治験結果を検討し、承認を了承した。これを受けて、医療従事者への接種が2月17日からスタートした。厚生労働省の説明会資料などから新型コロナウイルスのワクチンの接種体制を確認してみる。

●改正予防接種法に基づき準備進める

政府は、新型コロナウイルスのワクチン接種に向けて、昨年12月に予防接種法を改正し、急ピッチで準備を進めてきた。

ワクチン接種の体制整備などを盛り込んだ予防接種法等改正案は12月2日に参院本会議で全会一致で可決、成立。新型コロナウイルスを予防接種法の「臨時接種」の特例に位置づけ、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により市町村が予防接種を実施する体制をつくる方針を示した。接種にかかる費用は無料とし、国が負担。健康被害が生じた場合の救済措置を設け、製薬企業の損害賠償を国が肩代わりする契約を結べるようにした。

政府は、今年前半までに国民全員分のワクチン確保を目標とし、米ファイザー、英アストラゼネカ、米モデルナの3社とワクチンの購入に向けて交渉を進めてきた。海外製のワクチンを導入する場合も、国内で実施する治験で安全性と有効性を確認する必要がある。ファイザーのワクチンが先行して、承認を受けた。

●ワクチンの接種体制の基本設計

・国の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施。

・市町村は住民向けの接種体制を構築し、接種を希望する方は原則、居住地(住民票所在地)の市町村で接種を受ける。

・ワクチンの接種場所は、医療機関、市町村が設ける会場いずれでも実施できる。

接種場所の原則と例外

・身近な地域において接種が受けられる仕組みとして、市町村は住民向けの接種体制を構築する。

・接種を希望する方は原則、居住地(住民票所在地)の市町村で接種を受けることとする。

ただし、長期間入院又は入所している方等、やむを得ない事情がある場合には、居住地以外の市町村で接種を受けることができることとする。

●ワクチンの接種にかかる業務の効率化(事務負担の軽減)

・新型コロナウイルスワクチンの接種・流通業務を効率化し、関係者の事務負担を軽減する観点から、市町村と実施機関(医療機関)の間で締結されるワクチン接種の委託契約について、それぞれをグループ化し、グループ同士で包括的な契約(集合契約)を実施。

・接種券と一体になった接種済証を発行し、接種時に記入して交付。接種情報は市町村の予防接種台帳

で管理・保存。

・居住地外(住民票所在地外)で接種が行われた場合には、費用の請求・支払い事務を国保連で代行することにより、市町村や実施機関(医療機関)の負担軽減を実現。

接種記録

・接種の対象者に対し、接種券と一体になった接種済証を発行し、接種時に必要事項を記入し交付する。
・接種を受けた者や接種したワクチン等の情報については、市町村の予防接種台帳で管理・保存する。

●医療従事者等接種の概要

・感染リスク及び医療提供体制の確保の観点から、医療従事者等を接種順位の上位として接種を実施。

・医療従事者への接種体制は、都道府県が調整し、医療関係団体や医療機関が協力して確保。

対象者

・感染リスク及び医療提供体制の確保の観点から、以下を対象として実施。

- ・病院・診療所・薬局や、自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務で、新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者に頻繁に接する業務を行う職員
- ・新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊職員

接種場所

・全国で1,500か所の施設に、2月末までにデー

プフリーザーを配置。

・ディープフリーザーを配置した施設を拠点(基本型施設)として接種を実施するほか、ワクチンを冷蔵で近隣の医療機関等(連携型施設)に移送して接種を実施。

・基本型施設では1か所1,000人以上、連携型施設では1か所100人以上の接種を想定

先行接種者健康状況調査

・上記に先行して、4万人程度の医療従事者に対して先行的に接種を行うとともに、接種後の健康状況を調査。

・接種後に、症状の有無にかかわらず、健康状況を調査し、接種後の様々な症状の発生頻度などを早期に集計して情報提供。

・国が研究班を設置して、調査のために依頼する特定の医療機関で実施。

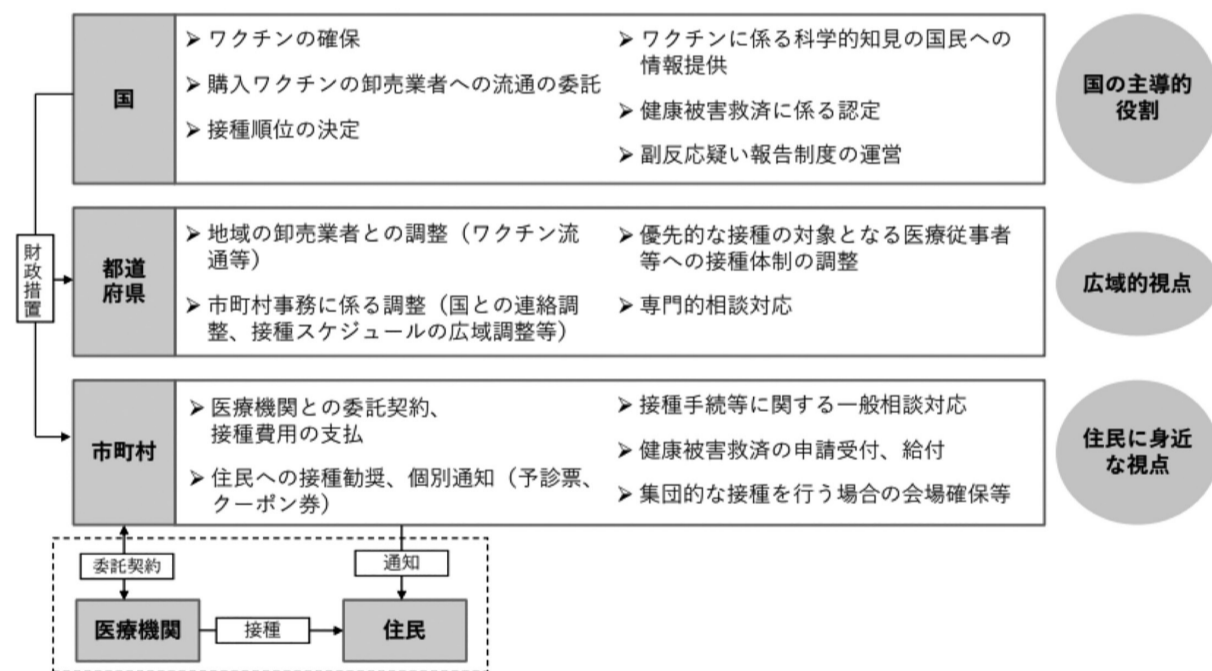
●新型コロナウイルスワクチン接種に係る実施体制の整備(第3次補正予算 5,736億円)

・国の主導のもと、必要な財政措置を行い、住民に身近な市町村が接種事務を実施し、都道府県は広域的観点から必要な調整を担う。

事業内容(下図参照)

・新型コロナワクチン接種を実施する医療機関に対する接種費用等に係る地方公共団体等への補助等

・補助率：国10/10



早期乳がんへのラジオ波焼灼療法が31件で最多

中医協総会

2020年度の患者申出療養制度の実施状況を報告

厚生労働省は2月10日の中医協総会(小塩隆士会長)に、患者申出療養制度の実施状況を報告した。2020年度(2019年7月1日～2020年6月30日)の間に認められていた患者申出療養は7技術。このうち、「経皮的乳がんラジオ波焼灼療法(早期乳がん)」(臨床研究中核病院=国立がん研究センター中央病院)の実施件数が39件で最も多かった。7技術のうち、2技術は実施件数がゼロ件だった。

2020年度に認められていた患者申出療養は以下のとおり。

◇パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療法(腹膜播種又は進行性胃がん)(臨中病院=東京大学医学部附属病院)

◇耳介後部コネクタを用いた植込み型補助人工心臓による療法(臨中病院=大阪大学医学部附属病院)

◇リツキシマブ静脈内投与療法(難治性天疱瘡)(臨中病院=慶應義塾大学病

院)

◇インフィグラチニブ経口投与療法(進行固形がん)(臨中病院=名古屋大学医学部附属病院)

◇経皮的乳がんラジオ波焼灼療法(早期乳がん)(臨中病院=国立がん研究センター中央病院)

◇マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療(根治切除が不可能な進行固形がん)(臨中病院=国立がん研究センター中央病院)

◇トラスツズマブエムタンシン静脈内投与療法(乳房外パジェット病)(臨中病院=慶應義塾大学病院)

2020年度の実績をみると、「経皮的乳がんラジオ波焼灼療法(早期乳がん)」が39件で最も多く、次いで、「マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療(根治切除が不可能な進行固形がん)」が20件。一方、「耳介後部

コネクタを用いた植込み型補助人工心臓による療法」と「トラスツズマブエムタンシン静脈内投与療法(乳房外パジェット病)」はゼロ件である。

7技術の総金額は約6千万円。うち保険外併用療養費である保険診療分が約3千万円、患者申出療養分が約3千万円。患者申出療養分が総金額に対して占める割合は52.4%となっている。患者申出療養分は原則自費負担だが、抗がん剤などは製薬企業から無償提供される場合が多く、自費負担は比較的強く抑えられている。

成熟化に向け発展途上の段階

厚生労働省と、規制改革推進会議など混合診療の解禁を推進する勢力との激しい議論の末に、2016年度から始まった患者申出療養制度は、先進的な医療を「身近な医療機関でも迅速に受けられるようにすること」も狙いの一つだったが、現状では、先進医療を実施する

ような大病院以外では実施されず、普及したとは言えない状況にある。

「経皮的乳がんラジオ波焼灼療法(早期乳がん)」についても、乳房への侵襲性の低さが注目される一方で、「標準医療」と比べ治療効果の優位性は認められておらず、「再発リスクが高い可能性がある」との指摘がある。技術を承認している患者申出療養評価会議では、「まだ制度の成熟化に向け発展途上の段階」(福井次次座長)との認識で議論が進められている。

過去5年間の実績をみると、2020年度は7技術が24施設で実施され、患者数は78人、総金額は約6千万円。2019年度は7技術が24施設で実施されたのは同じだが、患者数は38人で少なく、総金額は約5千万円だった。制度開始後初の実績の2017年度は、4技術が21施設で実施され、患者数は111人、総金額は約2.2億円と、現状より患者数が多かった。

顔認証付きカードリーダーの申込が低迷

社保審・医療保険部会

オンライン資格確認の進捗状況

厚生労働省は2月12日の社会保障審議会医療保険部会(田辺国昭部会長)に、3月下旬から本格稼働するオンライン資格確認稼働に向けた進捗状況を報告した。オンライン資格確認に必要な顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関は28.5%。厚労省は、3月時点で医療機関の6割程度で導入することを目指してきたが、3割弱にとどまっている。

内訳は、病院38.0%、医科診療所21.0%、歯科診療所23.3%、薬局44.6%。普及が低調となっている理由のひとつに、システムベンダーによるシステム改修費用の見積もりが過大になり、導入に踏み切れない医療機関があることが指摘されている。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸

彦委員は、「納得できないような見積もりをベンダーが持ってくることもあり、医療機関は導入に二の足を踏んでいる。厚労省がベンダーに働きかけているというが、これまでのところは、はっきり言って改善されていない」と指摘した。

厚労省の山下護医療介護連携政策課長は、大手システムベンダーに対して、「例えば、セットアップに20万円かかると書くだけでは医療機関側は納得できないので、ベンダーには、何人が時給いくらで何時間作業するかということまで見積もりで示し、医療機関が理解できる内容にするよう伝えている」と述べた。個別の医療機関からの相談にも対応しているという。

健康保険組合連合会副会長の佐野雅宏委員は、患者には、どこの医療機関がオンライン資格確認を導入しているかわからないことから、「混乱防止のため、当面は既存の保険証を使うことが確実だと、被保険者に伝えざるを得ない」と述べた。国民へのオンライン資格確認制度の周知においては、誤解を生まない工夫が必要だと指摘した。

一方、厚労省は、訪問看護のレセプトについて、2023年1月からオンライン請求を開始する予定であると報告した。協会けんぽ理事長の安藤伸樹委員は、これに同意した上で、医科と歯科のレセプト請求を紙媒体や電子媒体で提出するケースが未だあり、それに対応するために支払基金と国保連の事務が非効率的な作業を行っている指摘。

「できる限り早期にオンライン請求を100%にするよう、紙媒体でのレセプト請求は廃止する方針を出すべき」と求めた。電子媒体での提出を廃止する目標年限も定めるべきと主張した。

また、厚労省は医療保険部会に、2月5日に政府が健保法等の改正案を国会に提出したことを報告した。改正案には、後期高齢者の窓口負担割合を見直し、2割負担を導入することを盛り込んでいる。これに関連して、厚労省は、都道府県別に2割負担となる後期高齢者の被保険者数を示した。

2割負担となるのは、高齢者の被保険者全体のうち、20.5%。都道府県別にみると、神奈川県28.4%、千葉県25.8%となり、比較的所得の高い首都圏では2割負担となる人の割合が高い。他方で、秋田県12.6%、青森県12.7%など、東北や九州では2割負担の対象者割合が低い傾向がある。施行後3年間の配慮措置は、負担増となる被保険者の8割が受けられると想定される。

費用対効果評価の価格調整は再算定等と同じタイミングで

中医協総会

キムリアやテリルジーは年度内に評価結果を報告

中医協総会(小塩隆士会長)は2月10日、医薬品や医療機器などの費用対効果評価制度の運用で、中医協総会が評価結果を決定した後の対象品目の価

格調整について、新薬保険収載・四半期再算定と同じタイミングで審議することを了承した。告示や適用も四半期再算定等と同様の取扱いとする。

医療保険財政に影響を与えかねない高価な医薬品などが登場してきたことを背景に、医薬品や医療機器の公的価格を費用対効果の程度に応じて、引上

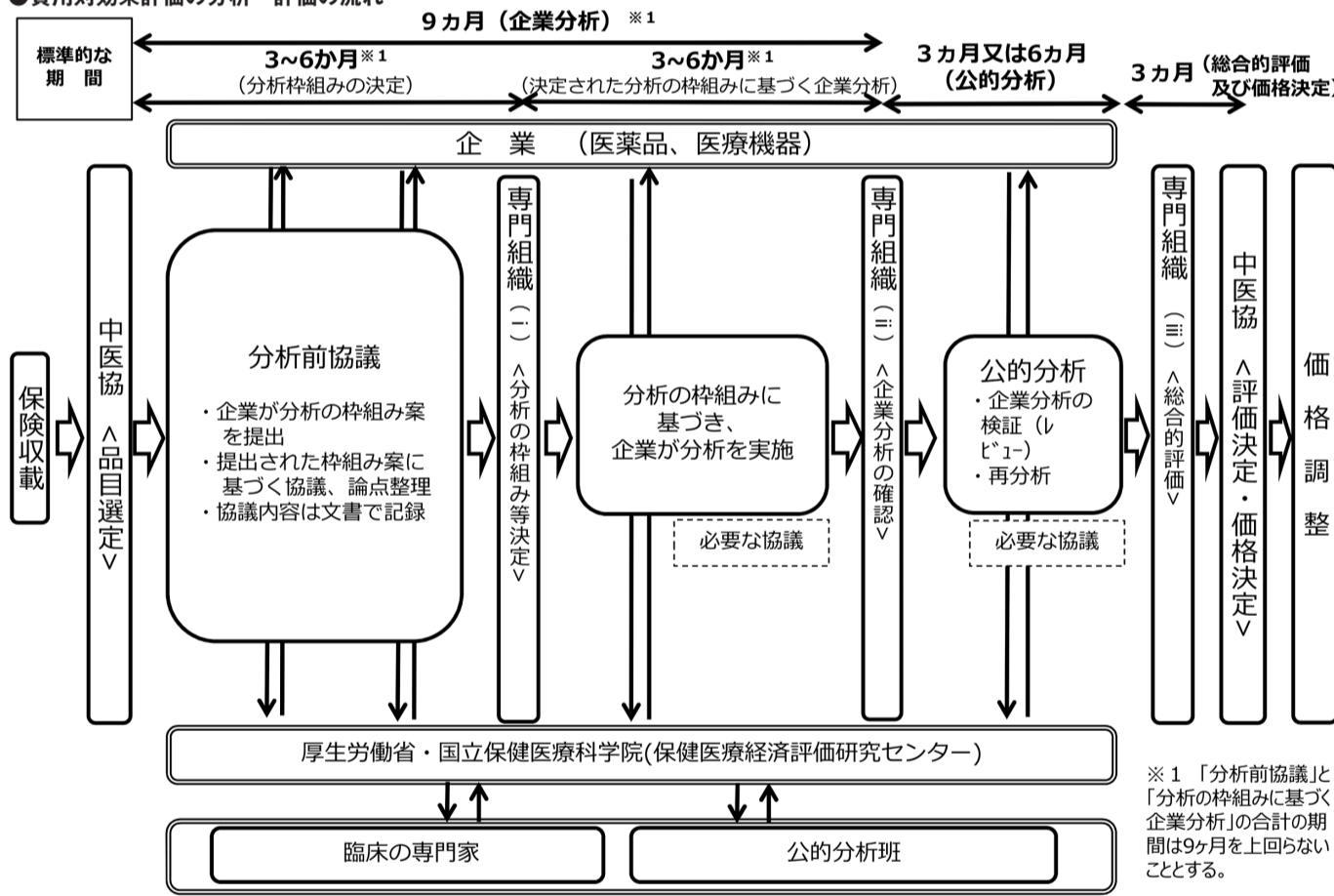
げや下げを行う費用対効果評価制度は、本格運用が2019年度から始まっている。2021年2月10日時点で、14品目が対象となっており、分析前協議や公的分析が行われている状況だ。

14品目の中で、白血病治療に用いるキムリア(ノバルティスファーマ)とCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の治療薬に用いるテリルジー100エリブタ(グラクソ・スミスクライン)については、評価の最終段階である総合的評価が実施されている。厚生労働省は年度内には、結果を報告できる見通しであるとの見解を示した。

今後、専門組織による総合的評価が終了し、中医協総会に報告され、審議の上、評価が決定される。その後、実際の価格調整が行われることになるが、中医協総会での評価の決定後の詳細については、これまでの議論では、決まっていなかった(左図を参照)。

今回、厚労省は、ICERの区分など費用対効果評価の決定後の価格調整や告示・適用などは、新薬保険収載・四半期再算定と同じタイミングで審議し、告示・適用は、四半期再算定と同様の取扱いすることを提案し、了承された。なお、新薬では告示後の適用は翌日だが、再算定においては、告示から3カ月後の月の1日付で適用されることになっており、費用対効果評価の価格調整の適用は再算定と同様の取扱いとなる。

●費用対効果評価の分析・評価の流れ



2020年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 奈良県 地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター
院長 菊池英亮
 - 愛媛県 社会福祉法人旭川荘旭川荘南愛媛病院
院長 岡部健一
- 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,541会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 千葉県 医療法人社団朝生会メディカルプラザ市川駅
理事長 加藤正二郎
- 準会員数は合計105会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 株式会社みらい
(代表取締役 萩原直樹)

- 株式会社マリネックス
(代表取締役 福田俊郎)
賛助会員は合計109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。
- 沖縄県支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。
- 栃木県支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。
- 青森県支部事務局の変更について承認した。
- 佐賀県副支部長の交代について報告された。
- 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。ハイブリッド形式で準備を進め、新型コロナの感染状況次第で完全WEBでも対応できるように準備することとした。

【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・調査実施小委員会」、「社会保障審議会・医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 「病院における高齢医療従事者の雇用・働き方ハンドブック」がまとまり、オンデマンド配信により普及セミナーを開催していることが報告された。
- 外国人材受入事業(国際人材交流課)ベトナム人介護技能実習生の入国について報告があった。

- 新型コロナウイルス感染症への対応に対する寄附金の報告があった。
- 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
 - 北海道 札幌南一条病院 更新
 - 大阪府 摂津ひかり病院 更新
 - 熊本県 江南病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 東京都 田無病院 更新
 - 鹿児島県 八反丸リハビリテーション病院 更新
 - ◎慢性期病院
 - 栃木県 とちぎメディカルセンターとちのき 更新
- 12月4日現在の認定病院は合計2,123病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の40.9%を占める。

給付費分科会が2021年度介護報酬改定案を了承し答申

すべての介護サービスに9月まで0.1%を上乗せ

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は1月18日、田村憲久厚生労働大臣から諮問があった2021年度介護報酬改定の告示案を了承し、答申した。新型コロナウイルス感染症に対応する特例的な評価として、全介護サービスの基本報酬に4月から9月末まで0.1%を上乗せするとともに、データベース「科学的介護情報システム(LIFE)」の構築を進め、自立支援・重度化防止に向けた取り組みを進める。パブリックコメントを経て、3月に公布される予定。運営基準等の改正省令は1月13日に答申され、同25日に公布された。いずれも施行は4月から。

基本報酬に0.1%を上乗せ

昨年末の田村厚労大臣と麻生太郎財務大臣の折衝により、全体の改定率はプラス0.7%とし、このうち新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として0.05%(2021年9月末まで)を当てることになった。これを踏まえ、原則として全サービスの基本報酬を引き上げるとともに、4月から9月末までの間、全サービスの基本報酬に0.1%を上乗せして評価することになった。厚労省は、「0.7%はすべて基本報酬に当てる」と説明している。また、基本報酬の単位数の引き上げについては、「経営状況や新型コロナウイルス感染症の影響により濃淡をつけている」とした。新たな加算の財源は、既存の加算の適正化・廃止分を当てるなどして財源をねん出した。

例外的に、2023年度末に廃止が決まっている介護療養型医療施設など、一部のサービスで基本報酬が引き下げとなっている。

9月末までの0.1%の上乗せ評価で増える単位数は区分支給限度基準額の算定にも含まれる。また利用者負担も増加する。

感染症や災害への対応力を強化

今回の改定では、新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえ、感染症や災害への対策強化が柱の一つとされている。

すべての介護サービス事業者に対し3年間の経過措置を設定しつつ、感染症対策の強化を図るための感染症発生やまん延に関する取り組みを求めるほか、業務継続の強化を図るためのBCP(業務継続計画)の策定を義務づける。

新型コロナに対応した通所介護の報酬の特例的な対応は3月末で廃止するが、感染症などで利用者が減少した場合、足下の利用者数に応じて柔軟に事業所規模別の各区分の報酬単価による算定を可能とする仕組みを導入する。

科学的介護推進体制加算を導入

利用者の自立支援・重度化防止と尊厳保持の観点から見直しを行った。リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの一体的な運用を目指す。寝たきり防止や褥瘡の管理、排せつの自立支援を強化するとともに、看取りの対応を充実させている。

ケアの質を高めるために、CHASE・VISITを一体的に運用し、データの

収集・活用を進めていく。一体的な運用に当たり名称を「科学的介護情報システム」(Long-term care Information system For Evidence:LIFE)に統一する。

取り組みを進めるために「科学的介護推進体制加算」を創設する。施設・事業所の全入所者・利用者に係るデータをLIFEに提出するとともに、状態の時系列変化などのフィードバックを受け、事業所単位でPDCAサイクルにより、ケアの質の向上を図ることを新たに評価する。

対象は、施設系(介護療養型医療施設を除く)・通所系・居住系・多機能系サービス。提出するデータはADL値や栄養状態、口腔機能、認知症の状況等。このデータの提出で、利用者1人につき月40単位を算定できる(施設系サービスでは加算(I)になる)。

施設系では、さらに疾病・服薬情報等のデータを提出する場合に算定できる加算(II)を設定する。老健施設や介護医療院は、利用者1人につき月60単位を算定できる。

長期療養生活移行加算を創設

介護医療院では、長期入院患者の受入れを推進するため、長期療養生活移行加算(60単位/日)を新設する。入所した日から90日間に限り算定が可能だ。

算定要件では、◇入所者が療養病床に1年間以上入院していた患者である◇入所に当たり入所者及び家族等に生活施設としての取り組みについて説明す

る◇入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与している—ことを求める。

療養病床の一部を介護医療院に転換して、療養病床の患者を受け入れる場合にも算定を可能とする。

移行定着支援加算は、2020年度末に廃止する。

介護医療院の薬剤管理指導(350単位/回、週1回、月4回まで算定可能)において、LIFEに入所者の服薬情報等を提出し、そのフィードバックを処方に活用する場合の加算を新たに設ける。同月の最初の算定時に、20単位を加算できる。

介護療養型の基本報酬引き下げ

介護療養型医療施設(老人性認知症疾患療養病棟を除く)について、令和2年度診療報酬改定の医療療養病床の評価の見直しを踏まえ、基本報酬を引き下げる。

介護療養型医療施設から介護医療院等への移行計画の提出を求め、計画を提出していない場合の「移行計画未提出減算」(▲10%/日)を導入する。厚労省が示す様式を用いて、2024年4月までの移行計画について半年ごとに都道府県への提出を求める。最初の提出期限は今年9月30日。以後、半年後を次の提出期限とする(2023年9月30日まで)。これを満たさない場合は、基本報酬から1日当たり10%の減算とする。減算は、次の計画の提出期限まで。

新型コロナウイルスワクチンを日本で初の承認

厚労省 2回筋肉注射し、発症予防効果は約95%。

厚生労働省は2月14日、米国ファイザー社の新型コロナウイルスワクチンを特例承認したと発表した。日本で初めて、新型コロナワクチンの製造・販売が承認された。承認されたのは、ファイザーとドイツのビオンテックが共同開発したメッセンジャーRNAワクチン「コリナティ筋注」(一般名:コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン)(有効成分名:トジナメラン)。

2月12日に開かれた薬事・食品衛生審議会の医薬品第二部会で、国内の臨床試験の結果を踏まえ、有効性と安全性を確認した。16歳以上を対象とし、3週間の間隔で2回接種する。マイナス75度の超低温状態で保管する必要がある。医薬品医療機器等法に基づく特例承認で、昨年12月の申請から2カ月というスピード承認だった。政府はファイザーとの間で、年内に約1億4,400万回分のワクチンの供給を行う契約を結んでいる。

翌15日、厚生科学審議会は予防接種法に基づきファイザーの新型コロナワ

クチンの接種を行うことを了承。接種期間や接種対象などを決めた。16日に予防接種法の政省令の改正が公布・施行され、田村憲久厚労大臣が接種を指示した。

田村厚労相は16日の会見で、「まずは医療従事者向けの先行接種を始める。その後、各自治体で体制を整備してもらいながら、高齢者、基礎疾患をお持ちの方、介護施設等の従事者、そして一般の方に接種する」と述べた。

河野太郎行政改革相も同日、ワクチン接種について会見し、翌17日から約4万人の医療従事者に、先行的に接種することを発表した。そのうち2万人に、継続的に健康状態を観察日誌に記入してもらい、ワクチン接種の安全性を調査することも明らかにした。

17日の朝、日本で初めての新型コロナウイルスのワクチン接種が国立病院機構・東京医療センターで始まった。最初に接種を受けた新木一弘院長は、接種直後に「私は注射が苦手だが、全然痛くなかった」と報道陣に笑顔を見

せた。新木院長は、「新型コロナワクチンを広く国民の皆さんに使ってもらうため、我々のデータも含め、先行研究の貴重なデータが解析されて役に立てば、ありがたい」と述べた。

ワクチンの接種期間は約1年間

新型コロナワクチン接種の期間は、2月17日から2022年2月28日までの約1年間。15日の厚生科学審議会の分科会で厚労省の担当者は、実施期間を1年とすることについて「できるだけ早く接種を終えるべきという意見と、猶予期間を持つべきという意見のバランスをとって、1年という提案にした」と説明した。

全額を公費で賄い、自己負担なしで接種できる。18日以上の間隔を置いて、2回、筋肉注射する。ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降。現時点では、ワクチンの感染予防の効果は明らかになっていないが、発症予防効果は約95%とされている。



ワクチン接種を受ける新木院長(東京医療センター)。

予防接種の対象者は16歳以上の人。ファイザー社のワクチンの適応対象が16歳以上であることによる。ただし、他の予防接種と同様に、明らかな発熱がある人や、重篤な急性疾患にかかっている人は接種不適当者とする。

接種対象には妊婦も含まれるが、妊婦には接種の努力義務は課さない。ファイザー社のワクチンが胎児に与える影響は必ずしも明らかになっていないため、接種を慎重に判断できるようにするためだ。厚労省は、「安全性に関して情報が得られ次第、情報提供を行っていきたい」としている。

先行接種の後に続く接種対象者の順番は、①医療従事者②高齢者(2021年度中に65歳に達する、1957年4月1日以前に生まれた人)③高齢者以外で基礎疾患を有する方や、高齢者施設等で従事されている人④それ以外の人—となる見込み。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HP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6弾】 どうする? 病院給食問題 (100施設)	2021年3月11日(木) 【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	委託事業者の撤退や大幅な赤字等多くの課題を抱える病院給食をめぐる、給食事業者側と病院側からの講演に続き、総合討論及び質疑応答を行う。
全日病WEBセミナー【第7弾】 働き方改革と病院総合医育成 ~コロナは誰が診る?~ (100施設)	2021年3月25日(木) 【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	討論①「あなたが考える働き方改革とは?」、討論②「医師間のタスクシェアリング=病院総合医は機能する?」、討論③「コロナはどうやって診る?誰が診る?」の構成で、コロナ対応の働き方を考える。
病院管理者のためのユマニチュード (認知症対応メソッド) (100名)	2021年3月20日(土) 【オンライン開催】	13,200円(17,600円) 1名当たりの参加費	高齢者認知症の対応として、患者・家族にとっても、職員モチベーションにも役立てられる「ユマニチュード」をテーマとした研修。