



全日病 ニュース

2021.4.1 No.983

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

医師の働き方改革など医療法等改正案が国会で審議入り

医療法等改正案 新興感染症等に対応し医療計画も見直し

政府の「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」が3月18日、衆議院本会議で審議入りした。厚生労働委員会の審議は24日から始まった。田村憲久厚生労働大臣は、本会場で趣旨説明において、質が高く適切な医療を効率的に提供するために、今回の改正の実施が必要と強調した。野党からは、新型コロナなど新興感染症等への備えを含め、病床削減や現状の医療提供体制の見直しを進めることへの懸念が示された。

田村厚労相は18日の本会議で、「今後とも人口減少や人口構造・医療需要の変化が見込まれるとともに、新興感染症等への備えと対応が一層求められる中で、医師の働き方改革と地域医療の確保の両立、医療専門職が自らの能力を活かし、より能動的に業務に取り組むことの推進、新興感染症等に対応した地域医療計画の見直し、地域医療構想の実現などを通じて良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確立するため、この改正法案を提出した」と法案の趣旨を説明した。

改正法案の主な内容は以下の通りとなっている。◇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◇その他として、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―。

田村厚労相の趣旨説明に対し、立憲民主党の山川百合子議員、公明党の高木美智代議員、日本共産党の宮本徹議員が質問した。なお、立憲民主党・共産党、国民民主党、社民党は議員立法で、医療従事者に再び慰労金を支給するとともに、慰労金の対象を子ども子育て支援施設にも広げる「新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等を慰労するための給付金の支給に関する法律案」を提出しており、同法案も医療法等改正案とあわせて審議されることになった。

立憲の山川議員は、「我が国の国民皆保険を基盤とする医療提供体制の柔軟さがコロナ禍においても、緩衝材として働き、各国と比べて被害を抑制しているのではないかと。この制度を見直すよりも、今は医療従事者を慰労金で支援し、病床削減やリストラは、コロナ禍が収まってから、じっくりと取り組めばよいのではないかと」質問した。

これに対し田村厚労相は、「今回の法案は医療従事者のリストラを前提にしたものではない」と答弁した。その上で、病床機能再編支援事業について、「新型コロナ対応の医療では、重症、中等症、軽症、回復した患者の各段階で、各病院が機能に応じて役割を果たしており、医療機能の分化・連携が重要であることが改めて認識されている。この制度は医療機能の分化・連携を進

め、必要なダウンサイジングや統合を支援するために措置した」と説明した。

公明党の高木議員は、医師の働き方改革に関して、「公明党は、新型コロナも踏まえ、法案作成過程で、医師労働時間短縮計画の実施を医療機関が一律に開始するのではなく、できるところから始められるようにすべきと主張した」と述べ、厚労省の社会保障審議会・医療部会での了承後の与党審査での法案変更の説明を求めた。

田村厚労相は、「公明党の指摘も踏まえ、医療機関の状況に応じて時短計画に取り組めるようにした。具体的には、2024年4月までの間、時短計画と計画に基づく取組みについて、一律一斉に義務づけるのではなく、現在、長時間労働の医師が勤務している医療機関に対しては、努力義務としつつ、特例水準の指定を希望する医療機関については、第三者評価を受ける前に、時短計画の作成を求める案としている」と回答した。

共産党の宮本議員は、「国は病床削減を進める方針だが、これ以上、医療機関の余力を削いで、新型コロナに対応できるのか。病床削減の方針を改め、感染症に強い日本をどう作るのかを議論すべきだ。新型コロナの病床確保が



最大の課題であり、今やるべきことは、医療機関への支援であり、医療従事者への二度目の慰労金だ」と訴えた。

田村厚労相は、新型コロナの病床確保の基本姿勢として、「今回の感染拡大で認識された課題を整理し、次の感染拡大に備え、病床確保を進める。病床だけでなく、自宅・宿泊療養を含め療養場所を確保するなど患者の症状に応じて、療養先を決定し、退院につなげるための調整を円滑に進める必要がある」と述べた。

現状の支援策としては、「新型コロナの患者を受け入れた病院に対しては、強力な財政支援を用意するとともに、医療人材確保の観点では、医療スタッフの派遣や自衛隊の災害派遣も用いて、通常の圏域を超えた支援で対応している。そのために、医療従事者の派遣のための支援額を倍増したほか、人工呼吸器やECMOを使える人材の研修を実施している。やれる策を総動員して、人材確保を進めている」と理解を求めた。

医療事故調査制度の2020年の結果を報告

日本医療安全調査機構

院内調査結果の報告件数は過去5年で最も低い

日本医療安全調査機構(高久史磨会長)は3月22日、医療事故調査・支援センターの2020年の年報を公表した。2020年度の医療事故発生報告件数は324件で、制度発足後、年度単位で集計可能な過去5年で最も低い件数だった。院内調査結果報告件数は355件で、患者死亡から院内調査結果報告までの期間の平均は、176日となっている。センター調査への依頼件数は27件で、81.5%が遺族からの依頼となっている。

医療事故発生報告件数の推移をみると、2016年が406件、2017年が370件、2018年が377件、2019年が373件で、2020年の324

件は最も少ない。新型コロナの影響があるかは不明だ。起因した医療では、手術(分娩含む)が157件で最も多く、次いで処置が55件、投薬・注射が19件、診察が17件となっている。手術の内訳では、開腹手術が27件で最も多く、次いで経皮的血管内手術が22件、開胸手術と腹腔鏡下手術が19件、その他が17件となっている。

病床規模別に報告実績をみると、病床が多いほど、報告件数も多くなる。900床以上の病院では、80.8%で報告実績がある。400床～499床で報告実績がある病院は35.7%。200床～299床

で報告実績のある病院は15.1%。

医療事故調査発生報告から1年以上調査している理由としては、105件の回答のうち、「委員会開催のための日程調査に時間を要している」が25件でもっと多い。次いで、「報告書の作成に時間を要している」が22件、「遺族への調査結果の説明やその後の対応に時間を要している」が18件が多い。解剖は36.9%で実施している。死亡時画像診断(Ai)の実施状況は34.4%となっており、解剖とAiの両方の実施が23.4%を占める。

センター調査の状況では、累計の院

内調査結果報告件数(1,627件)のうち、センター調査は141件で8.7%。センター調査に依頼した理由では、依頼が医療機関の場合、33件のうち、「院内調査結果の検証をしてほしい」が19件で多い。依頼が遺族の場合、「院内調査結果に納得できない」が353件のうち、343件で大部分を占める。

本号の紙面から	
診療報酬の経過措置を再延長	2面
2020年度改定の結果検証出る	3面
猪口会長にコロナの現況きく	4面
医療法等改正案の概要【資料】	5面
眞鍋課長が介護報酬改定解説	6面
安藤副会長が厚労委で質問	7面
ポリファーマシー対策を了承	8面

清話抄

医療機関において最も重要な「安全」について

医療機関においても「安全」は、最も重要な分野です。「ハインリッヒの法則」によれば1つの重大事故の背景には29の軽微な事故があり、さらにそ

の背景には300のインシデントが存在し、その300が「ヒヤリ・ハット」とも言われています。「ヒヤリ・ハット」はヒューマンエラーがきっかけになることもゼロではありません。再発防止には「全員が事態を理解し、共感し、同じ轍を踏まないためにその気になる」ことが大事だと思います。

これまで当法人では「ヒヤリ・ハット」事例は、始終がビッシリと長文で記載されたレポートが提出され、関連会議で共有されていますが、全職員が

「真の共有」をして、日々の業務に活かすことが極めて重要です。今年度からは、どんな小さなことでも、見逃さないで報告することは勿論、ある航空会社の取り組みを参考に書式を大きく変更し、絵の上手い下手は気にせず、できるだけイラスト入りで「ヒヤリ・ハット」を吹き出しでの解説入りで記載し提出することとし、イラストがメインの報告書をバックヤードの全職員が目にする掲示板の隣にA4サイズで掲示することにしました。

現在では、仲間と共有しようとして心を込めて描いたであろう「うっかり」、「ヒヤリ・ハット」事例のイラスト入りレポートが、現時点で15事例が掲示されており、歩く職員が立ち止まって、仲間の事例を振り返りながら、頷きながら、共有している姿を目にするようになりました。

医療機関にとって安全の確保は、最も重要な課題として取り組んでいかなければなりません。

(江口 有一郎)

主張

リスクに対応した新型コロナ対策を

新型コロナウイルス感染症の収束は未だ目途が立たない中、緊急事態宣言期間がさらに延長されることになった(その後、解除)。どうも我が国の新型コロナウイルス感染症対策については行政と専門家がじっくりいっていないように見受けられ、メディアの報道にも偏りが目立ち、釈然としないものを感じざるを得ない。

「新型コロナウイルスが国内に入ってきた時点での水際作戦として、コストを負担してでも小さなリスクでも潰

すことは防疫戦略として適切な選択である。しかし、この作戦は短期集中に限るべきであり、市中感染が見られるようになったら対象のリスクの可能性を層別化し、多少のリスクは受容できるグループにおいては日常の生活を優先し、新型コロナウイルス対策はより高リスクの対象に絞って行う持続作戦に速やかに移るべきである」という専門家の意見は十分に納得できるものである。

感染が収束するのは、多くの人々が

罹患するか、ワクチンを接種し集団免疫が確立することが必要とされている。しかし、我が国の現状では、早期に集団免疫が確立するとは思われない。現時点で求められるのは、死を予防することであり、重症者を出さないことである。感染者を出さないことではない。重症にならないなら、感染は必ずしも悪いことではない。

ステイホーム政策は、高齢者にとっては死を予防するものであるが、新型コロナウイルス感染症に罹らなくてもその他の原因により遅からず死亡する可能性は高い。一方、若年者にとって新型コロナウイルス感染症は必ずしも重篤な疾患ではなく、むしろ、この政策によって生じる不況による経済的損

失や精神的ダメージは高齢者と比較すると圧倒的に大きいと思われる。だからこそ、将来を考えるとこれからの社会を担う若年者に焦点を当てた政策がなされるべきであろう。

臨床の現場で新型コロナウイルスに感染した認知症高齢者に対して高度の治療が実施されているのを見て、すっかりしない気持ちになるのは小生だけだろうか。このようなことを述べると高齢者を大切にしないのかと批判されることは容易に想定される。決して大切にしないと断言しているのではなく、時流に流されない、科学的根拠に基づいた、きめ細かい施策を期待しているのである。

(美原 盤)

2020年度改定の経過措置をさらに半年間延長

中医協・総会・入院医療等分科会 入院料等の基準の調査結果示す

中医協総会(小塩隆士会長)は3月10日、新型コロナの医療機関への影響を踏まえ、実施を今年3月末まで半年間延長していた2020年度診療報酬改定の「重症度、医療・看護必要度」の基準値など入院料等の見直しの経過措置について、9月末まで、さらに半年間延長することを了承した。

具体的な対応は3点。①「重症度、医療・看護必要度」や回復期リハビリテーション病棟の実績指数、地域包括ケア病棟入院料の診療実績の基準を満たしているものとする取扱いは2021年9月30日まで延長②地域医療体制確保加算の救急搬送受入れ実績など施設基準等で年間実績を使用している項目は、2021年9月30日まで、2019年の実績値での判定を認める③DPC制度は、2021年度の機能評価係数Ⅱは据置き、激変緩和係数は撤廃する(右下表を参照)。

なお、②の施設基準等の年間実績の対応で、コロナ病床を割り当てられている医療機関は、2022年3月末までの延長が認められる。

今回、再延長を判断するにあたり、入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也座長)において医療機関の状況の調査結果が報告されたが、医療機関の新型コロナ患者の受入れがどの程度、診療報酬上の実績に影響を与えたかということについて、詳しく分析できていない。このため、医療機関には、実態把握のためのデータ提出を再延長期間に求めることにした。

医療機関には実績の記録とともに、基準を満たしていない場合は、その項目や実績値、新型コロナ対応の有無、基準を満たさなくなった理由などの届出を求める。再延長の期限が切れる10月以降の判断が適切に行えるよう、医療機関の実情を把握できるようにする。

2020年度改定調査の速報値を報告

同日の入院医療等の調査・評価分科会に、2020年度診療報酬改定の2020年度調査の結果の速報値が報告された。

「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等、地域包括ケア病棟入院料等や回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等、療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しなどが、2020年度調査の項目となっている。これらは2020年度改定の影響をより適切に把握するため、2021年度調査と2回に分けて実施することになっていた。

ただ、これらの見直しは経過措置が延長されているため、実施されておらず、2020年度改定の影響を把握する調

査結果にはなっていない。

調査票の回収結果をみると、全体的に回収率が向上した。急性期一般入院基本料等の区分では、2018年度調査の39.3%から49.6%に上がった。地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料等は35.9%から43.4%、療養病棟入院基本料は28.0%から35.8%に上がった。調査票の工夫や、病院団体による協力依頼のアナウンスなどの効果があったと推測される。

調査結果について、コロナ対応があった医療機関となかった医療機関の違いに着目して分析した。調査では、以下の①～④のいずれかに該当すれば、「コロナ対応」の医療機関になる。コロナの影響の詳細な把握は現状では難しいが、医療機関にコロナが広範な影響を与えていることは明らかであるといえる。なお、厚生労働省は、6月にもう少し詳しいデータを提出すると回答している。

4つの該当項目は、①新型コロナ感染症患者等を受け入れた医療機関等②新型コロナ対応の医療機関に職員を派遣した医療機関③学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった医療機関等④新型コロナ感染症に感染、または濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等一と幅広く、1つでも該当すればコロナ対応を行った医療機関となる。

急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」について、新型コロナの感染が拡大した2020年4～6月の状況を見ると、基準値を下回る医療機関が2019年度より多くなった。その期間で、コロナ対応を行った医療機関では、コロナ対応を行わなかった医療

機関より基準値を下回る医療機関が多い。ただ、その違いは明確ではない。2020年4～6月で、基準値を下回る急性期一般入院料1の医療機関の状況を見ると、コロナ対応を行った医療機関で基準値のばらつきが大きく、コロナ対応を行わなかった医療機関で比較的小さいという結果だった。

急性期一般入院料1の重点医療機関の割合は45.8%(平均受入可能病床数は21.9床)、協力医療機関は25.3%(同4.5床)となっている。

地域包括ケア病棟入院料・管理料1では、2020年11月時点で、地域包括ケアの実績要件を満たしていない医療機関は、コロナ対応を行った医療機関のほうが、コロナ対応を行っていない医療機関よりも多かった。回復期リハビリテーション病棟入院料1では、2020年7月時点で、2019年度ではリハビリテーション実績指数の基準を下回っていなかったが、2020年度では下回る医療機関があった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料において、重点医療機関の割合は入院料1・管理料1で2.8%(平均受入可能病床数は9.0床)、入院料2・管理料2で24.0%(同14.9床)、協力医療機関は入院料1・管理料1で27.1%(同2.7床)、入院料2・管理料2で29.2%(同4.0床)。回復期リハビリテーション病棟入院料1・2では、重点医療機関の割合は5.6%(同19.2床)、協力医療機関の割合は16.2%(同3.2床)。療養病棟入院基本料では、重点医療機関の割合は入院料1で2.2%(同8.3床)、入院料2で6.7%(同6.7床)、協力医療機関の割合は入院料1で7.4%(同3.3床)、入院料2で4.4%(同2.6床)となっている。

●経過措置等の考え方

	令和2年度	令和3年度
1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置 ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等	令和3年3月31日まで、経過措置適用中	本来 令和3年4月1日より新基準適用 基準を満たすものとする取扱いについて、令和3年9月30日まで延長
	令和3年3月31日まで、令和元年の実績値で判定中	本来 令和3年4月1日より令和2年の実績を適用し、判定 令和3年9月30日まで令和元年(平成31年)の実績値で判定可 ※ただし、コロナ病床を割り当てられている医療機関においては、令和4年3月31日までとする。
	2. 施設基準等において年間実績を使用 例) ①地域医療体制確保加算における救急搬送受入れ件数 ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数 ③個別の処置、手術等(腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など)	令和3年3月31日まで、令和元年の実績値で判定中
3. DPCの係数の改定 ①機能評価係数Ⅱにおける前年実績による改定 ②激変緩和係数の撤廃	・機能評価係数Ⅱは令和3年3月31日まで、平成30年10月～令和元年9月の実績値で判定中 ・激変緩和係数は令和2年度のみ調整中	本来 機能評価係数Ⅱは令和3年4月1日より令和元年10月～2年9月の実績を適用し、判定 令和3年度の機能評価係数Ⅱは据置き、激変緩和係数は撤廃

※ その他、現在講じている、診療報酬の臨時的取扱い(看護配置等)の対象となる医療機関等における「新型コロナウイルス感染症患者等」に新型コロナウイルス感染症から回復した患者(特例点数を算定している場合)を含むことを明確化する。

ただし、これらは地域包括ケア病棟・管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟等の割合・数ではなく、病院全体の割合・数である。

これらの調査結果を踏まえ、全日病会長の猪口雄二委員は、新型コロナが医療機関全体に甚大な影響を与えていることを指摘した上で、「コロナ対応を行った医療機関では、一般病棟だけでなく、地域ケアや回復期リハでも基準や実績が下がる傾向がみとれる」と指摘。また、「この調査の後に、第三波が来た。現在も新型コロナの影響が続いている」と述べ、経過措置の判断において、それに配慮した対応が必要との姿勢を示した。

全日病常任理事の津留英智委員も、第三波の状況に対する懸念を表明。「コロナ対応を行っていなかった医療機関でも、その後、クラスターが発生して、コロナ対応を行わざるを得なくなった医療機関がある。また、病院団体の経営状況調査で、特に経営状況が悪化した集団があり、クラスターの発生によるものと想像される」と述べ、新型コロナの影響が大きい医療機関を把握できる詳細なデータを求めた。

入院医療等の調査・評価分科会の終了後に開催された総会では、同様の調査結果が報告され、経過措置の延長の是非を議論した。

日本病院会副会長の島弘志委員は、「医療機関のこの1年は未知との遭遇とそれとの戦いの連続だった。まだ平時には戻っておらず、経過措置の据え置きはやむなしだ」と述べた。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「今回の調査結果をみると、コロナ対応の有無で、あまり差が出ていない。データに基づき、次の延長の判断を行うため、基準を満たさなくなった理由などをしっかりと把握すべきだ」と強調した。

新たな感染拡大に備えた病床確保計画求める

厚労省・事務連絡

緊急避難的な対応では一般医療を制限

厚生労働省は3月24日、「今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」を事務連絡した。いつ来るかわからない新型コロナの次の感染拡大時を想定し、都道府県に病床確保などの体制整備の見直しを求める。一般医療を制限せざるを得ない状態に陥る、今冬の1日あたり最大患者数の2倍程度を見込んだ緊急避難的な対応と、一般医療との両立が可能な体制整備の2本柱で計画の策定を求める。4月中に方針を決定し、5月中に全体の体制整備を完了することを、厚労省は都道府県に要請している。

3月18日に、政府の新型コロナウイ

ルス感染症対策本部において、「緊急事態宣言解除後の新型コロナウイルス感染症への対応」が決定された。対応の一つに、「一般医療の機能を守りつつ機動的に適切なコロナ医療を提供するための医療提供体制の充実」が盛り込まれた。事務連絡は、その具体的な内容を盛り込んだものだ。

新たな体制整備ではまず、感染者数の大幅増に備えた対応方針を早急に検討する。今冬の1日あたり最大感染者数の2倍程度を想定し、その時の最大療養者数(入院、宿泊療養、自宅療養の患者)を、国が示す方法に基づき算出。最大療養者数に見合う患者の療養

先を確保し、入院・退院調整ができる計画とする。これは、一般医療を相当程度制限せざるを得ない状況で、時限の緊急避難的な対応と位置付ける。

一方、一般医療との両立を図る対応でも、患者受入れが実際に可能な病床を最大限確保する体制整備を求める。その際、昨夏の療養者数の推計を基本としつつ、現在の確保病床数以上を確保した計画に見直す。医療機関間の役割分担の徹底や医療従事者確保、後方支援病院確保などにより、病床を最大限積み上げ、5月中に新たな病床・宿泊療養計画とすることを要請している。その際の地域の協議・合意では、地

域医療構想調整会議の場などを活用し、二次医療圏を基本に一定の圏域で協議を行うことを求めている。また、医療機関が確保する最大コロナ病床について、「最終的に、医療機関と個別に書面で合意を得ること」とした。

新たな計画を実施するため、国は一連の患者対応の状況や一般医療への影響度合いを確認するための項目を示す。具体的には、療養先調整中人数や後方支援医療機関への待機件数などで把握する患者の目詰まり、救急搬送困難事例件数、ICU使用率などをあげ、一般医療への影響を把握する。

モニタリングにより、新規感染者数の増加が2週間後に、一般医療と両立させる計画で積み上げた病床を超えてしまう見込みの場合や、短期間で急激に感染者が増加する場合は、緊急避難的な対応に切り替える。

医師の働き方改革への対応や新型コロナの影響を調査報告

中医協総会

2020年度改定の結果検証の特別調査

厚生労働省は3月24日、中医協総会に診療報酬改定結果検証部会でまとめた2020年度診療報酬改定の結果検証の特別調査(2020年度調査)の結果を報告した。調査内容は多岐にわたるが、病院の外来における定額負担や新型コロナの影響、医師の働き方改革への対応に絞って、結果を概観する。

2022年度改定に向け、2020年度改定の結果を検証するための特別調査は11項目あり、うち5項目を2020年度調査で実施している。具体的には、①かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その1)②精神医療等の実施状況調査(その1)③在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査④医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)⑤後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査一が実施された。

2020年度調査の回収率は、前回の調査と比べ、回収率が若干低下する傾向がみられた。回答率向上策を実施しつつも、新型コロナによる影響も一定程度把握するため、質問項目が増えたことや、新型コロナに対応する医療機関の負担感が大きかったことなどが影響したと考えられる。

200床以上の約9割が定額負担あり

病院の外来における定額負担の状況を見ると、初診時では、一般病床200床の病院のうち、2019年10月には88.3%であった「定額負担あり」の割合が、2020年10月には89.9%となった。2020年度改定で定額負担が義務化される病院が拡大した影響があるが、定額負担が義務化されていない一般病床200床以上の病院の選定療養の徴収状況をもとに、2020年10月は76.7%で2019年10月の75.0%よりも上がっている。

定額負担が義務化されていない一般病床200床以上の病院の定額負担の金額の平均値は2020年10月で、2,283円、中央値で2,200円となっている(右表参照)。

かかりつけ医調査では、緊急事態宣言期間中の患者の受療行動の調査結果が示された。緊急事態宣言が出た4月1日から解除された5月31日までの、患者の対応と健康影響をきいている。医療機関への質問で、「受診間隔の延長」にみられる患者の受療行動の変化に際して行った対応の結果、患者への健康影響が「ほとんどなかった」と回答した医療機関は66.3%であった。

健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「7割近くが影響ないと回答したことは興味深い。医療の適切なかかり方を考える上で深掘りすべきデータだ」と述べた。しかし、これに対しては、診療側から「3割もいることが問題と考えるのが自然」(池端幸彦委員・日本慢性期医療協会副会長)との意見が相次いだ。

地域医療体制確保加算届出病院の状況

2020年度改定では、医師の働き方改革への対応が重要な課題となり、様々な対応が行われた。特に注目されたのが、地域医療体制確保加算(520点)で、救急車などによる救急搬送が年間2千件以上であるなど救急医療の実績や、勤務医の負担軽減・処遇改善の体制を整えることが施設基準となっていた。しかし、新型コロナの患者を受け入れる病院と役割が重なる傾向があり、その影響が懸念されている。

地域医療体制確保加算の届出状況を見ると、2020年10月時点で、200床～399床の76.6%、400床以上の病院では、97.4%が届け出ている。新型コロナ専用の病院・病棟を設定する重点医療機関の88.3%が地域医療体制確保加算を届け出ている。2020年4月から11月1日までの間に、一度でも医療提供状況に変化があったかをたずねる質問への回答では、地域医療体制確保加算を届け

出ている病院は、「入院」「手術」で制限を設けた割合が高くなっている。

地域医療体制確保加算の施設基準である医師の負担軽減策では、「医師事務作業補助者の外来への配置」(87.9%)、「院内保育所の設置」(79.9%)、「当直翌日の業務内容の軽減(当直翌日の休日を含む)」(66.7%)の実施割合が高い。

新型コロナの働き方への影響

新型コロナが人々に行動変容を促し、ICT機器の活用など医療従事者の負担軽減につながる面もあった。新型コロナが与えた働き方における「よい影響」も、調査ではきいている。それによると、地域医療体制確保加算を届け出ている病院と届け出していない病院のいずれでも、「患者数が減った」、「対面によるカンファレンスや会議等が減った」、「ICTの活用が進んだ」などがあがった。一方、「悪い影響」では、「患者数が減った」、「出勤できない職員が発生した」、「メンタルヘルスに支障をきたす職員が発生した」、「職員の勤務体制を変更する必要が生じた」などがあがった。

薬剤師が確保できず加算取れない

病棟における薬剤師の関与の状況では、薬剤師が配置されている病棟に勤務している医師に、薬剤師の関与が多

い業務をたずねると、「退院時の薬剤情報管理指導」が83.3%で最も高い。次に多いのは、「患者からの情報収集(投薬歴、持参薬等)」(81.1%)となっている。病棟薬剤師を配置することで、医師の負担軽減に効果があるとの回答が多かった業務でも、同様の結果となっている。

2020年4月～9月の期間に、病棟薬剤業務実施加算を届け出ている病院で、届出のために行った対応で最も多かったのは、「薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直し」(60.3%)であった。病棟薬剤業務実施加算を届け出していない病院が、届け出していない理由で最も多かったのは、「薬剤師の人数が不足しており、病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため」(86.0%)であった。

池端委員は、「病棟薬剤師への期待は大きいですが、病院が薬剤師を確保するのは大変。待遇にも問題があるが、薬局に行ってしまう薬剤師が多い。診療報酬の評価があれば、状況は変わる」と、次期改定での対応を求めた。

そのほか、「重症度、医療・看護必要度」の記録時間・業務負担の変化を見ると、2020年度改定により、B項目の「根拠となる記録」が不要になったことや、必要度Ⅱに変更したことについて、看護職員の「記録時間が短くなった、または負担が減った」との回答が4～6割程度あり、一定の負担軽減が図られていることが示された。

<初診時の定額負担の設定金額及びその分布>

初診時の定額負担の設定金額(平均値)は2019年10月時点で3792.4円、2020年10月時点では4403.9円であった。初診時の定額負担の設定金額は、2020年度診療報酬改定の対象病院で変化があったほか、特定機能病院、一般病床200床以上の病院(特定機能病院・地域医療支援病院以外)でも、より高い額を設定する病院の割合が増加した。

初診時の定額負担の設定金額

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
全体	2019年10月	618	3,792.4	1,982.2	3,300.0	11,000.0
	2020年10月	631	4,403.9	1,908.3	5,500.0	11,000.0
特定機能病院	2019年10月	59	6,284.6	1,857.6	5,500.0	11,000.0
	2020年10月	59	6,390.5	1,960.1	5,500.0	11,000.0
許可病床400床以上の地域医療支援病院	2019年10月	199	5,474.1	456.4	5,500.0	8,800.0
	2020年10月	205	5,473.8	450.4	5,500.0	8,800.0
許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院	2019年10月	136	3,023.7	1,244.5	2,875.0	5,500.0
	2020年10月	139	5,418.6	183.1	5,500.0	5,500.0
一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	2019年10月	222	2,095.5	1,193.5	2,000.0	5,620.0
	2020年10月	226	2,283.1	1,324.3	2,200.0	5,620.0

初診時の定額負担の設定金額分布

	施設数(件)	1,000円未満	1,000円以上2,000円未満	2,000円以上3,000円未満	3,000円以上4,000円未満	4,000円以上5,000円未満	5,000円以上6,000円未満	6,000円以上	無回答
全体	2019年10月	628	4.0	17.0	18.8	11.0	1.1	44.1	2.4
	2020年10月	639	3.0	12.8	10.8	5.2	0.2	64.3	2.5
特定機能病院	2019年10月	59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	81.4	0.0
	2020年10月	59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	79.7	0.0
許可病床400床以上の地域医療支援病院	2019年10月	206	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	94.7	1.9
	2020年10月	206	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	97.6	1.9
許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院	2019年10月	139	2.9	12.2	33.8	30.9	4.3	13.7	0.0
	2020年10月	145	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	95.9	0.0
一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	2019年10月	222	9.5	40.1	32.0	11.7	0.5	6.3	0.0
	2020年10月	227	8.4	36.1	30.4	14.5	0.4	9.7	0.0

(注)・初診時の定額負担の設定金額について記入のあった施設を集計対象とした。
・2020年度の各施設区分情報によって集計を行った。
・許可病床数は施設の回答により分類を行った。

新型コロナウイルス対策における民間病院の役割 データに基づく冷静な議論が不可欠

政府は新型コロナウイルスの感染を抑えるために、1月7日に一都四県を対象に緊急事態宣言を発出。一定の成果をあげたことから、緊急事態宣言は3月21日に解除された。この間、新型コロナ患者の病床を確保するため、全日病は会員病院に対し、コロナ患者受入れを要請するとともに、行政や医療関係団体と協力して医療提供体制の確保に取り組んできた。

感染第3波を踏まえて、ウィズ・コロナの状況にどのように対応するかを猪口雄二会長に聞いた。

緊急事態宣言は解除されたが 感染状況は油断できない

—緊急事態宣言が3月21日に解除されましたが、現在の感染状況についてどう見えていますか。

2か月半に及ぶ緊急事態宣言によって、新規感染者数はピーク時より大幅に減少し、一定の成果がみられるとして緊急事態宣言が解除されましたが、首都圏は下げ止まりから増加傾向にあり、リバウンドの懸念もあり、警戒を緩められる状況にはないと思います。

変異株が広がる兆候もみられるので、感染の第4波も念頭に置いて医療提供体制の確保に努める必要があると考えています。

民間の受入病院は 公立・公的よりも多い

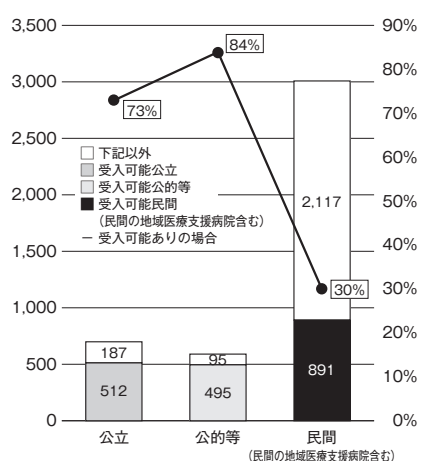
—この間の動きをふり返ってみたいのですが、感染拡大の第3波が押し寄せた中で、民間病院の新型コロナ患者受入れが少ないことを問題視する報道が相次ぎました。

年末に感染者が急激に増え、年が明けると東京で1日2千人を超える感染者が報告されるようになり、病床逼迫が懸念される事態になりました。医療崩壊を起こさないために、コロナ患者の受入れ病床を増やさないといけないという状況で、報道が過熱して、民間病院が新型コロナ患者を受け入れていないという論調がみられました。

感染者数が減少すると同時にこうした報道は影をひそめています。この問題は冷静に考える必要があります。

まず、報道の根拠となったデータですが、厚生労働省が地域医療構想ワー

図 公立・公的等・民間(民間の地域医療支援病院含む)別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び割合



キンググループに出した資料です。G-MISで報告のあった全医療機関のうち、高度急性期・急性期病床を有する医療機関(4,201医療機関)で、新型コロナ患者の受入れが可能な医療機関は、公立で69%、公的で79%、民間で18%というデータが示されました。このような数字を根拠に、「民間病院は2割しか受け入れていない」との判断がされたのです。

しかし、データの中身をよくみる必要がある。これは病床機能報告で高度急性期・急性期の機能を持つと報告した医療機関が対象でした。病床機能報告は、病院が主に担っている機能を報告しているもので、2~3病棟のケアミックス病院で、1病棟でも急性期病棟があれば急性期と報告している病院は少なくありません。

また、設立主体の分類にも注意が必要です。この資料では公立病院は、ほぼ自治体病院ですが、公的病院は「公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関」であり、様々な設立主体を含んでいて、国立病院機構や日本赤十字、済生会などのほか、民間病院の地域医療支援病院も公的病院に入っているのです。コロナ患者を多く受け入れている大学病院など特定機能病院も公的病院の位置づけです。大きな民間病院は地域医療支援病院であることが多いのですが、そこが公的病院にカウントされていたのです。

厚労省は追加資料を提示し、1月10日までに報告があった分として、地域医療支援病院を民間に含めました(図)。そうすると、受入れ可能な民間病院の割合は30%まで上がります。ただ、多くの人は、それをみただけでは「それでも少ない」と言うかもしれません。

でも、民間病院の大部分は200床以下の中小病院です。1病院あたりの病床数が少ない上に、急性期だけでなく、回復期・慢性期の機能も果たしているため、感染防止対策として、動線を引くのも人材を確保するのも難しい。例えば、2~3病棟のケアミックス病院が、1病棟を新型コロナ専用の病棟にして対応した場合、ゾーニングが難しく、人員的にも無理があります。

また、受入れ可能医療機関の割合だけでなく、受入れ可能病床数を示してほしいと思います。病床数は時々刻々と変わるので、難しいのはわかりますが、民間病院の受入れ医療機関の数は、公立・公的よりも多いですし、東京や大阪など、特に病床が逼迫した地域では、民間病院のほうが新型コロナ患者を受け入れていることも知ってほしいのです。

関係団体が協力し コロナ患者の受入病床確保

—感染拡大による病床逼迫が伝えられる中で、四病院団体協議会・日本医師会・全国自治体病院協議会は新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議を設置し、2月3日に報告書をまとめました。

病院団体や日医は、1月から病床が逼迫した地域における病床確保の要請を行っていますが、地域の取組みをさらに支援するため、協議会を立ち上

げました。病院団体や日医は全国組織ですが、新型コロナの感染拡大に直面するのは各地域です。地域の中で関係者が調整する際に、我々が支援できることとしては、まずは情報共有があります。受入れ医療機関や患者数、病床数などを把握し、公的な支援として何があるのかを把握し、情報提供する役割です。

人材派遣では、JMAT(日本医師会災害医療チーム)やAMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)が活動します。特に、AMATは救急車を持つ病院が参加しているので患者を移送することもできます。また、行政は、保健所を通して、受入れ医療機関の調整を行っていますが、医療機関同士がウェブ会議などで、より具体的なことに踏み込んで、調整したほうが早い場合があります。

特に課題になったのが、後方支援の役割で、民間病院の新型コロナ患者の受入れが少ないと言われているときに、新型コロナからの回復患者を受け入れるという重要な役割が与えられる形となりました。さらに、自宅・宿泊療養している患者に、健康状態の管理を含めて、地域の医療機関がどう関わっていくかも重要課題となりました。

そのような調整においても、都道府県単位できちんと調整ができていけばよいですが、例えば県境などでは、病院団体や医師会が関係を取り持ったほうがよい場合があります。

このような医療側の取組みに応じて、厚労省は、2月16日に「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」(事務連絡)を示し、地域の関係団体の協力のもと、地域の会議体を活用して医療機能に応じた役割分担を明確化した上で、病床確保を進めることなどが示されました。後方支援では、新たに診療報酬や介護報酬の特例が設けられるなど、我々と歩調を合わせた対応が図られています。

介護施設における クラスター発生を懸念

—新型コロナの感染拡大の状況もある程度、落ち着いてきました。

いま心配しているのは、介護施設でクラスター発生が多いことです。それに対して、どのような医療の支援ができるか。災害医療コーディネーター、感染管理の支援を行う医療従事者などの支援チームやDMAT・DPATを派遣することになっていますが、クラスター発生がさらに増えれば、対応できなくなってしまうでしょう。

また、財政的な支援について、補助金の活用をより柔軟にし、どの補助金を使うことができるかも明確にしたいと思っています。なお、「高齢者施設等における感染防御・業務継続の支援のための体制整備等について」(2月10日・事務連絡)では、人材確保に緊急包括支援交付金が活用できることが示されましたし、2021年度介護報酬改定では、感染症対策に一定の報酬の上乗せが行われることになっています。

介護施設の中でも、特に介護老人



保健施設は、一定の医療が介護報酬の中に包括されてしまっているため、クラスターになってしまった場合に、実際にかかった費用がきちんと請求できるか確認する必要があると思います。

見通しが見えない 2022年度診療報酬改定

—地域医療構想の議論は、新型コロナの感染拡大でストップしていますが、着実な推進が求められます。新型コロナ対策でも医療機関の機能分話が、ポイントの一つになっています。

厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(2月3日開催)では、再編統合の再検証を要請する公立・公的病院を抽出する作業において、人口100万人以上の構想区域の「類似かつ近接」の分析は困難との結論になりました。

当然の話で、人口30万~50万人で病院の数が30施設ぐらいの構想区域であれば、顔の見える関係での議論が可能ですが、大都市では無理です。例えば、東京都は100万人を超える構想区域ばかりですし、人口150万人で、病院が100施設あったら、もう話し合いになりません。大都市の二次医療圏(=構想区域)は見直さざるを得ないと思います。

—2022年度診療報酬改定の議論が始まりますが、新型コロナへの対応で、様々な特例が設けられたほか、2020年度改定の経過措置の延長も続いており、異例づくめの状況です。

新型コロナが収束して、東京オリンピック・パラリンピックも開催され、通常の状態に戻ることを願っていますが、こればかりはわかりません。2020年度改定の入院基本料や入院料の見直しは、経過措置の延長が続き、改定結果を全く検証できない状況です。コロナ特例もどうなるか。当面、9月まで算定できることになっている特例の医科外来等感染症対策実施加算や入院感染症対策実施加算の取扱いは大きな議論になるでしょう。

そうはいつても、次期改定に向けた課題は少なくありません。オンライン診療の見直しや、不妊治療の保険適用があり、特に外来機能の明確化が重要課題となっています。将来的に、消費税の引上げが予想される中で、いわゆる控除対象外消費税についても、個別の病院単位では診療報酬による補てんにばらつきがあることは明らかであるため、今のやり方では限界があると考えています。

—ありがとうございました。

【資料】医療法等改正案の概要

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。法案は、医師の働き方改革をはじめ、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、外来機能報告制度創設など幅広い内容を含んでいる。同法案は、3月18日の衆院本会議で審議入りした。法案の概要は以下の通り。

●改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

I. 医師の働き方改革：

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(医療法)⇒2024年4月1日に向け段階的に施行

○これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

○こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。

○地域医療提供体制の改革や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供するタスクシフト/シェアの推進と併せて、医療機関における医師の働き方改革に取り組む必要がある。

【対策】

○長時間労働を生む構造的な問題への取組

- ・医療施設の最適配置の推進(地域医療構想・外来機能の明確化)
- ・地域間・診療科間の医師偏在の是正
- ・国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

○医療機関内での医師の働き方改革の推進

- ・適切な労務管理の推進
- ・タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)⇒一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発

■時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用(2024.4～)⇒医療法改正で対応

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A(一般労働者と同程度)	960時間		努力義務
連携B(医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了	義務	義務
B(救急医療等)			
C-1(臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2(高度技能の修得研修)			

<地域医療等の確保>

- ・医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
- ・評価センターが評価
- ・都道府県知事が指定
- ・医療機関が計画に基づく取組を実施

<医師の健康確保>

- ・面接指導：健康状態を医師がチェック
- ・休息時間の確保：連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

II. 医療関係職種の業務範囲の見直し(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)⇒2021年10月1日施行

○関係団体(全30団体)から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施。

○ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「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」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。

○下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

【診療放射線技師】

○R I検査のために、静脈路を確保し、R I検査薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為

○医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

【臨床検査技師】

○超音波検査において、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了後に抜針及び止血する行為

○採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液(ヘパリン加生理食塩水を含む)に接続する行為

○静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

【臨床工学技士】

○手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為

輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤(手術室等で使用する薬剤に限る)を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為

○心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為

○手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

【救急救命士】

○現行法上、医療機関に搬送されるまでの間(病院前)に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来(※)においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

III. 医師養成課程の見直し(医師法、歯科医師法)

- ①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、
- ②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。

⇒①は2025年4月1日/②は2023年4月1日施行等

■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

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。

■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

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。

IV. 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(医療法)⇒2024年4月1日施行

<背景>

○新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響(一般病床の活用等)

○機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

<概要>

都道府県が作成する「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

○詳細(発生時期、感染力等)の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似

⇒いわゆる「5事業(※)」に追加して「6事業」に

※5事業：救急医療、災害時における医療、へき

地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)

○今後、厚生労働省において、計画の記載内容(施策・取組や数値目標など)について詳細な検討を行い、「基本方針」(大臣告示)や「医療計画作成指針」(局長通知)等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施

⇒第8次医療計画(2024年度～2029年度)から追加

V. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(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)⇒2021年4月1日施行

○2020年度に創設した「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付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

<背景>

○地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む医療機関に対し、病床機能や医療機関の再編を行う際の課題(雇用、債務承継、初期投資など)に対応するための支援が必要

<概要>

(1)病床機能再編支援事業を全額国費の事業として地域医療介護総合確保基金へ位置付け

○2020年度限りとして措置された「病床機能再編支援事業(※)」について、消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、全額国負担の事業として、2021年度以降も実施

※地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて、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

(2)再編計画の認定(税制上の優遇)

○複数医療機関の再編・統合に関する計画(再編計画)について、厚生労働大臣が認定する制度を創設
○認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇(租税特別措置法により措置)

VI. 外来医療の機能の明確化・連携(医療法)

⇒2022年4月1日施行

○医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<外来医療の課題>

○患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。

○人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

<改革の方向性>

○地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、

①医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。

②①の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。

⇒①・②において、協議促進や患者の分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

○医療機関が外来機能報告の中で報告し、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

⇒患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与

VII. その他 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

○移行計画認定制度の期限を2023年9月30日までとする。

介護報酬改定で感染症対策や科学的介護を推進する

全日病・介護報酬改定等説明会 改定財源はすべて基本報酬に充てる



全日病は2021年度介護報酬改定の説明会をオンライン開催した。厚生労働省老健局の眞鍋馨・老人保健課長の講演が3月8日～15日に映像配信された。眞鍋課長は、新型コロナの感染拡大を含めた2021年度介護報酬改定の背景とともに、主要事項の解説を行った。以下では、施設系サービスの見直しを中心に、その要旨をまとめた。

〇経営実態調査の結果から

介護報酬改定の議論の前に、介護事業経営実態調査を実施した。2020年度調査では、2019年度決算の対前年度比が老人保健施設で▲1.2%であるなど、厳しい結果が示された。影響を分析すると、人件費増の要因が大きかった。この状況も踏まえ、今回改定では、若干の濃淡をつけながら、プラス0.70%分の財源をすべて基本報酬に充てた。このうち、0.05%分は新型コロナに対応するための特例的な評価である。2021年9月末までの間、すべての基本報酬に0.1%分の上乗せを行う。

新型コロナの影響は、2020年4月・5月で「通所介護」、「通所リハビリテーション」、「短期入所生活介護」、「短期入所療養介護(老健)」の保険給付額や利用者数の減少に大きく出ており、手当てが必要ということになった。収入減だけでなく、支出増もある。支出増については、主に補正予算で対応した。

2021年度改定では5本の柱を設けた。①感染症や災害への対応力強化②地域包括ケアシステムの推進③自立支援・重度化防止の取組の推進④介護人材の確保・介護現場の革新⑤制度の安定性・持続可能性の確保である。「感染症や災害への対応力強化」以外は、前回改定と同様となっている。人口構造の変化など、変わらない課題に対し、連続性のある対応を行うことが重要である。

〇感染症や災害への対応力強化

介護サービスは、利用者やその家族の生活を継続する上で欠かせない。感染症や災害が発生しても、サービスが安定的・継続的に提供される必要がある。介護報酬や運営基準等、予算事業による対応を適切に組み合わせ、総合的に取組み、対応することが重要だ。

感染症対策の強化では、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練(シミュレーション)の実施等を義務化する。業務改善の取組みの強化では、業務改善に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等を義務化する。どちらも3年の経過措置を設ける。4月中旬に留意事項通知で示すが、小規模事業所を支援するため、法人全体で実施すればよいとの取扱いを考えている。

通所リハビリ等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合の特例措置を設ける。「同一規模区分内で減少した場合の加算」では、利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から5%以上減少している場合に、基本報酬の3%の加算を算定可能とする。「規模区分の変更の特例」では、前年度の平均延べ利用者数ではなく、利用者減の月の実績を基礎とした規模区分を算定可能とする。なお、5%以上の利用者減に対する新型コロナの特例は、年度当初から新たな仕組みが適用される。

〇地域包括ケアシステムの推進

2019年6月に認知症施策推進大綱が

閣議決定され、「共生」と「予防」を車の両輪とする施策が進められている。

今回改定では、介護に関わるすべての者の認知症対応力を向上させるため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務化する。3年の経過措置を設ける。各種研修については、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

看取りへの対応では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組みを老健施設では努力義務とし、看取り介護加算では要件化する。看取り介護加算では、死亡日45日以前の対応を評価する新区分を設ける。これまでは死亡日30日以前を評価していた。

医療と介護の連携では、医師等が居宅療養管理指導を行う際、居宅介護者の社会生活に目を向け、地域での様々な支援につながる情報を介護支援専門員等に提供することを努力義務とした。

老健施設に対して、短期療養の総合的な医学管理を評価する総合医学管理加算(275単位/日)を新設した。1回の入所で7日まで。在宅復帰・在宅療養支援という老健施設の機能に則り、呼吸が苦しいといった場合に、入院せず、短期入所することを評価する。

老健施設の介護報酬の見直しではほかに、所定疾患施設療養費やかかりつけ医連携薬剤調整加算の見直しがある。所定疾患施設療養費では、算定要件で、検査の実施を明確化するとともに、算定日数を延長する。対象疾患に「蜂窩織炎」を追加する。かかりつけ医連携薬剤調整加算では、入所時・退所時での、かかりつけ医との連携やCHASEの活用、減薬に至った場合をそれぞれ区分し、新たな加算を新設する。

介護医療院には、療養病床に1年間以上入院していた患者を受け入れる場合に算定できる長期療養生活移行加算(60単位/日)を新設する。入所日から90日間算定できる。介護療養型医療施設から転換した場合の1年以上の入院患者にも、算定することができる。

介護療養型医療施設に対しては、2023年度末の廃止期限までの円滑な移行に向け、検討状況の報告がない場合の移行計画未提出減算(10%/日減算)を新設する。意思決定に関しては、早く行ってほしいとの趣旨だ。

医療と関わるケアマネジメントでは、利用者が医療機関で診察を受ける際、介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携し、それを踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する(通院時情報連携加算50単位/日)。

〇自立支援・重度化防止の取組の推進

今回、この項目を大きく見直した。ポイントは大きく3つ。「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化」、「介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進」、「寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進」。科学に裏付けられた質の高いサービスを提供するのが目的である。

リハビリ、栄養、口腔の取組みは一体的な運用により、効果的な自立支援・重度化予防につながられる。例えば、口から食べるには嚥下訓練、座位を保つにはリハビリが必要で、それを長く維持するには、栄養を摂取し筋肉をつけないといけないといった具合である。管理栄養士の腕の見せ所でもある。

具体的には、加算等の算定要件である計画作成や会議は、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備する。栄養マネジメント加算は廃止し、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める。これらには3年の経過措置を設けた。また、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。

介護に関連する様々な情報を収集する体制が整いつつある。介護関連データの中で、通所・訪問リハビリ情報をVISIT、高齢者の状態やケアの内容等情報をCHASEという。2020年度から

CHASE・VISITを一体的に運用するにあたり、科学的介護情報システム(LIFE)との総称を用いる。

これに伴って新設する科学的介護推進体制加算などの加算は、単にデータを提出することに対する評価ではない。計画を作成し(PPLAN)、計画に基づくケアを実施し(DO)、利用者の状態、ケアの実績等を評価・記録・入力(CHECK)し、フィードバック情報により計画書を改善する(ACTION)というPDCAサイクルを回すことが重要になる。

〇介護人材の確保・介護現場の革新

介護職員に対する処遇改善は、これまでの実績を合計すると、月額75,000円となる。2018年度改定では新たな経済政策パッケージに基づき、経験・技能のある職員に重点化した特定処遇改善加算を導入した。特定処遇改善加算は、制度の趣旨は維持しつつ、平均の賃金改善額の配分ルールを各事業所の賃金体系にも合うよう、柔軟化した。

人員配置基準における両立支援への配慮では、複数の非常勤職員を常勤換算することや、週30時間以上勤務を常勤として認める。ハラスメント対策はすべての介護事業者に求める。介護現場は、若い人が多く両立支援が助けになる。ハラスメントに関しては、介護従事者が利用者から受けるハラスメントに対応する必要がある。

〇制度の安定性・持続可能性の確保

介護療養型医療施設は、2023年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進めるため、基本報酬を引き下げる。介護医療院の移行定着支援加算は、予定通り廃止する。介護職員処遇改善加算は上位区分の算定が進んでいることから、加算(IV)、加算(V)を廃止する。介護予防サービスにおける介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションは、1年超の長期利用の評価を引き下げる。

2021年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナに対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

〇日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

〇認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

〇看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

〇医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化

〇在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エントの定員上限の明確化

〇ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通達制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

〇地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応(地方分権提案)

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

〇介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

〇テクノロジの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

〇介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・会議や多職種連携におけるICTの活用

〇文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

〇リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

〇介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

〇制度の安定性・持続可能性の確保

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等の介護の推進

〇介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

〇介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

〇介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

〇寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・ADL維持等加算の拡充

〇寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

〇評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

〇報酬体系の簡素化

・長期利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

〇報酬体系の簡素化

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止

〇報酬体系の簡素化

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

〇報酬体系の簡素化

・月額報酬化(療養通所介護) ・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額(食費)の見直し

・基本報酬の見直し

安藤議員がクラスター発生の場合の支援を要請

衆院・厚生労働委員会

医療計画の記載事項にゾーニングに配慮した一般病床の確保を追加

自民党の安藤高夫衆議院議員(全日病副会長)は3月24日、医療法等一部改正案を審議した衆院厚生労働委員会で質問に立ち、新型コロナのクラスター対策や医療計画の見直し、医師のタスクシフト/シェアについて質問した。

安藤議員は、クラスターが発生した病院では、新規入院を止めるなど、経営的に大きな打撃を受けると指摘。コロナ患者を積極的に受け入れていくためにもしっかりと支援する必要があるとして厚生労働省の見解をたずねた。

山本博司副大臣は、コロナ患者を受け入れる病院が損失を被ることがないように支援することが重要と述べた上で、クラスター発生の場合は、重点医療機関の病床確保料の補助対象とするほか、診療報酬においてもコロナ患者の診療に加算していることを説明。さ

らに支援を受けても損失が生じた場合にどのような対応ができるか引き続き検討していくと答えた。

医療計画の記載事項で質問

医療法改正案では、医療計画の記載事項に新興感染症の対応を追加することとしている。安藤議員は、新興感染症に対応できる病床の確保が重要と指摘。新型コロナの経験を踏まえ、既存の一般病床を感染症病床に効率的に切り替えることができる病床のあり方を考えるべきだと主張。「ゾーニングの議論もすべきだ」と述べて、政府の見解を質問した。

厚労省の迫井正深医政局長は、新型コロナの病床確保に当たって感染者と非感染者が交わらないように時間的・空間的分離(ゾーニング)が重要と述

べるとともに、既存の一般病床を活用することが有効とし、医療計画の記載事項として、ゾーニングをはじめとする感染防御対策に配慮した一般病床の確保を追加する考えを説明。詳細な内容は今後検討したいと答えた。

安藤議員は、エビデンスに基づく建築・設計基準のガイドライン及びハード面の整備に対する補助が必要と要請した。

また、安藤議員は感染が拡大した際の対応を質問。東京では1月に2,500人を超える新規感染者があったが、今後これを上回る可能性もあると予想。重点医療機関が満床になった場合、症状が改善した陽性患者の転院も必要になるとし、退院基準を満たさない患者の転院も検討する必要があると述べた。

迫井局長は、新型コロナの対応にお



いて、各病院が機能に応じて役割を果たしていることを示した上で、コロナ患者の受入体制を確保するには、医療機関間の役割分担と連携が重要であると説明。地域の医療機関における役割分担や患者の状態に応じた円滑な転院など、医療機関の連携のあり方を医療計画の記載事項に加えることを想定していると答えた。

また、安藤議員は、医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアについて質問。迫井局長は、診療放射線技師など4職種について法改正を行い、業務範囲を拡大することを説明したほか、看護師特定行為研修修了者の活用を図っていくと述べた。

新型コロナを踏まえた診療報酬特例の算定状況を公表

厚生労働省は3月10日の中医協総会(小塩隆士会長)に、新型コロナに対応するための特例的な診療報酬の算定状況を把握するための、データを示した。2020年4月~7月のNDBデータを集計し、2019年と2020年の同時期の

算定状況をみた。特例的な診療報酬の取扱いが実施されていることで、2019年とは算定回数などが大きく変化している。

下図は、電話等再診料の算定状況である。コロナ禍で、受診抑制が生じ、

必要な受診が行われないことを避けるため、再診での電話・オンライン診療の要件を段階的に拡大してきた。このため、電話等再診料の算定回数は2019年の同時期と比べ、大きく増加している。2020年4月の算定回数は114万

9,882回で対前年同期比655%、5月は93万9,328回で同569%、6月で54万7,260回、同316%となっている。

規制改革推進会議などオンライン診療の拡大推進派の後押しもあり、初診からの電話・オンライン診療も可能となった。電話等初診料(214点)の算定は4月で2万5,636回、5月で2万9,761回、6月で1万5,939回。ただ、この間の対面の初診料の算定は、対前年同期比で4月が58%、5月が59%、6月が79%という落ち込みを示している。

救急医療管理加算(950点)は、一般病棟における新型コロナ患者の受入れを評価し、患者の症状に応じ、入院基本料に2~3倍の点数を算定できるようになった。このため、例えば、2倍の点数では、4月で8,260回、5月で1万850回、6月で472回の算定となっているが、対前年同期比で見ると、全体の算定回数は下がる状況となっている。通常の救急管理加算1の算定は、4月で同80%、5月で同85%、6月で同90%と下がっている。

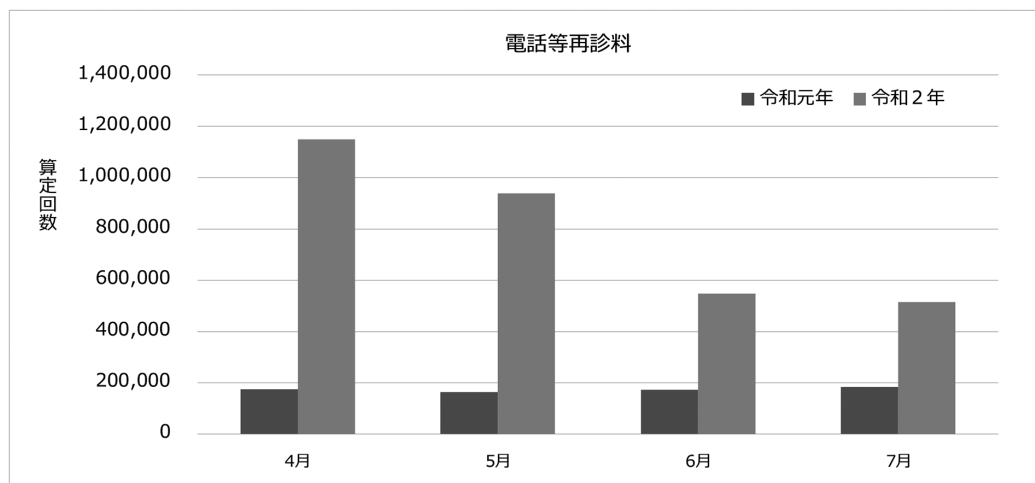
新型コロナ患者の入院における感染症対策を評価した二類感染症患者入院診療加算(250点)の算定回数は大幅増だ。2~4倍の点数を算定できる場合を含め、算定回数は対前年同期比で、4月で4,199%、5月で同3,908%、6月で同2,750%となっている。

電話等再診料

(単位:回数)

算定月	令和元年				令和2年			
	4月	5月	6月	7月	4月	5月	6月	7月
電話等再診料	175,687	165,170	173,008	184,138	1,149,882	939,328	547,260	514,102

算定月	4月	5月	6月	7月
対前年比(電話等再診料)	655%	569%	316%	279%



※ 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた診療報酬上の臨時的取扱いとして、2020年2月28日以降、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、電話等再診料(73点)を算定可能としている。(2020年2月28日付事務連絡)

出典: NDBデータ

2020年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月27日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 北海道 医療法人仁楡会仁楡会病院
理事長 丸晋太郎
 - 埼玉県 医療法人社団グロリア会前田病院
院長 本間浩彦
 - 千葉県 社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷佐倉市民病院
院長 佐藤慎一
 - 千葉県 学校法人国際医療福祉大学国際医療福祉大学成田病院
院長 宮崎 勝
 - 東京都 公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター
管理者 宮崎国久
 - 神奈川県 社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷横浜病院

- 院長 林 泰広
他に退会が1件あり、正会員は2,546会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 茨城県 医療法人社団桜悠会いそはらクリニック
院長 大曾根 健
- 他に退会が2会員あり、準会員数は合計104会員となった。
- 2020年度事業計画の一部変更(案)について承認した。
- 2020年度補正予算(案)について承認した。
- 2021年度事業計画(案)について承認した。
- 2021年度予算(案)について承認した。
- 第9回臨時総会(案)について承認した。
- 役員選任に係る定時総会開催期日のお知らせ(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。
- 【主な報告事項】
 - 次期各都道府県理事候補者数について報告された。
 - 次期各都道府県副支部長数について報告された。
 - 審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会総会・調査実施小委員会・診療報酬基本問題小委員会」、「社会保障審議会・医療部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会」、「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。
 - 福島県及び宮城県における地震対応について報告された。
 - 外国人材受入事業監理団体許可の更新について報告があった。
 - 外国人材受入事業介護技能実習生の

- 日本語教育支援(案)について報告があった。
- 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査(第3四半期)集計結果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
 - 佐賀県 なゆたの森病院 更新
 - 熊本県 天草慈恵病院 更新
 - 一般病院2
 - 福島県 寿泉堂総合病院 更新
 - 茨城県 牛久愛和総合病院 更新
- 1月4日現在の認定病院は合計2,121病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の41.0%を占める。
- 新型コロナウイルス感染症の状況等について、各支部から報告があった。

サブスペシャルティ領域の意見集約見送り

日本専門医機構 国民へのわかりやすさの観点で判断

日本専門医機構の寺本民生理事長は3月22日に記者会見を行った。年度内に固める予定だった機構認定のサブスペシャルティ領域について、意見がまとまらず、意見集約を見送ったことを明らかにした。早急に議論を進め、理事会で了承し、機構としての案をまとめた上で、4月中の厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師専門研修部会で了解を得たい考えだ。

寺本理事長は、「昨年12月までに各基本領域が認めたサブスペシャルティ領域について、レビューシートの記載

を求め、サブスペシャルティ領域検討委員会で議論し、一定の方向性が示された。しかし、理事会の議論では、様々な意見があり、まとめることができなかった」と述べた。

サブスペシャルティ領域については、基本診療領域と連動しているなど、地域医療に影響を与える可能性の高い23領域がすでに認定されている。それ以外で、現在候補となっている21領域の認定が議論になっている。寺本理事長は、「サブスペシャルティ領域専門研修細則に照らすと、かなり抑制される

との判断になるが、何を判断基準にして選ぶかということでも、意見が分かれている」と、議論が混迷している状況を伝えた。

考え方としては、「国民にわかりやすい診療科という観点で、機構は認定しなければならない。一方で、必ずしも国民にわかりやすさだけではなく、高度に専門的な領域はあり、そこは学会が自律性をもって、やればよいわけで、そこに上下関係はない」と説明した。ただ、国民へのわかりやすさという観点でも、意見が分かれるという。

また、社員への年会費の増額についても、了解が得られていないという。3月末の社員総会で了解が得られることを目指す。

機構による専門医研修が始まり、3年が経過。第一期の修了者が出ることに對し、寺本理事長はメッセージを發した。「紆余曲折もあり3年経った。機構の運営に大きな支障はなかったと考えているが、専攻医の方々にとっては、新しい制度の下での研修であり、新型コロナの感染拡大もあった。二重の意味での大変さがあったと思う。これらの状況ができるだけ専攻医に不利に働かないよう、機構として配慮したい。機構が認定する専門医が今後、医療現場で活躍していくことを期待する」と述べた。

サブスペシャルティ領域の新規認定に反対

四病協・総合部会 神野副会長らを通じて機構で主張

四病院団体協議会は3月24日に総合部会を開いた。日本専門医機構において、新たなサブスペシャルティ領域の機構認定の議論が進められていること

について、四病協として、新規認定は認めるべきではないとの考えで一致した。機構に理事として参加している全日病の神野正博副会長や日本精神科病

院協会の森隆夫副会長を通じ、機構の議論で、四病協の考えを主張する。

日精協の山崎学会長は、「日本専門医機構が発足し、19の基本診療領域が

認定された。その土台がまだしっかりしていないのに、サブスペシャルティ領域の議論に入るのが早すぎる。専門領域の細分化がどんどん進んで、国民にわかりにくい状況が改善されていない」と反対する趣旨を説明した。

現状のサブスペシャルティ領域の細則の基準に従えば、候補の診療科の認定は困難との認識も示された。

病院のポリファーマシー対策の始め方と進め方まとめる

厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会 モデル事業を来年度に実施し、9月に中間報告

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3月11日、「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)」を大筋で了承した。文言修正などを行った上で、近く厚労省ホームページ(HP)で公表する。また、同案を活用したモデル事業を来年度に実施する。

同案は、ポリファーマシー対策をゼロから始める病院向けの「スタートアップツール」と、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するための参考資料で構成されている。

様式事例集も作成し、国立長寿医療研究センターの「ポリファーマシー対策

チーム運営要領」や「持参薬評価表」、東京大学医学部附属病院の「持参薬評価テンプレート」など11様式を例示した。これらを活用したモデル事業を来年度に実施する。年度内に医療機関を公募し、数機関を選定。厚労省HPで公表する。2021年9月頃に中間報告を行う。中間報告では、業務手順書の効果

を検証するとともに、課題を確認する。ただし、効果については、薬剤数の減少や薬剤師の増加などではなく、業務手順書が「実際に医療現場でスムーズに活用できるものであることを確認する」(秋下雅弘座長代理・日本老年医学会理事長)との趣旨であるとしている。

第115回医師国家試験の合格率は91.4%

医師国試 自治医科大学は合格率が100%

厚生労働省は3月16日、第115回の医師国家試験の結果を発表した。医師国家試験の合格者は9,058人で合格率は91.4%だった。新卒者に限ると、合格者は8,649人で、合格率は94.4%となっている。合格者9,058人のうち、男性は6,019人で66.4%、女性は3,039人で33.6%。男性の合格率は90.4%、女性の合格率は93.4%で、女性のほう

が高い。合格者は女性が増える傾向が続いている。

過去10年の合格率は第113回が89.0%、第111回が88.7%、第107回が89.8%と90%を下回るが、それ以外は、90%～92.1%(第114回)の間にある。ただ、2007年度から医師不足に対応するため、地域枠を中心に臨時定員を段階的に増やしており、2013年度以降、

合格者数も増加している。2013年度入学の第107回の合格者が7,696人であるのに対し、第112回以降の合格者は9,000人を超えている。

合格率は新卒が高く、既卒の年次が下がるにつれ、低くなる傾向がある。第115回の合格率も、新卒が94.4%、既卒1年目が72.3%、既卒2年目が47.0%、既卒3年目が32.6%と下がっ

ていく。

合格者の男女比の傾向は過去6年で大きくは変わらないが、第115回と5年前の第110回を比べると、男性の比率が67.2%から66.4%に低下し、女性の比率が32.8%から33.6%に上昇しており、女性の割合が0.8ポイント高くなった。

大学別では、自治医科大学の合格率が100.0%で受験者全員が合格した。新卒に限ると、筑波大学医学群、東京医科歯科大学、信州大学医学部、自治医科大学が100.0%となっている。

■ 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
医療安全管理者養成課程講習会 (第1クール・第2クール:200名、 第3クール:100名)	第1クール(講義) 2021年5月15日(土)、5月16日(日) 第2クール(講義) 2021年6月25日(金)、6月26日(土) 第3クール(演習) 2021年10月2日～11月14日に日程を設定 【第1・2クールはWEB開催、第3クールは会場参加とWEB参加を併用】	84,700円(105,600円)(税込) ※テキスト代含む	安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身に付けた人材(医療安全管理者)を育成・養成するために開催する。診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たす。
「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5月30日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加でのハイブリッド形式で開催	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ために開催する。「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)の継続認定の研修会に該当する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2021年6月5日(土)・6日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加でのハイブリッド形式で開催	27,500円(33,000円)(税込) ※テキスト代、昼食代含む	診療報酬の医療安全対策地域加算に適切に対応するため開催。研修会受講は施設基準の要件ではないが、近い将来、体制構築および運用の実態が問われることは必至で、それを先取りするものと位置付けられる。
病院事務長研修コース (オンライン講座) (48名)	2021年5月～11月(全14単位、各単位1日間) ※Zoomを使用したオンライン開催	385,000円(495,000円)(税込)	病院事務長が対象。カリキュラムは、医療政策の動向や経営戦略、組織管理、財務会計・管理会計、院内コミュニケーション、病院管理機能、人材マネジメント、経営計画策定、共通課題検討など多岐にわたる。評価試験に合格すれば「病院管理士」として認定する。