



全日病 ニュース

2022.3.1 No.1004

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

日本医師会・四病院団体協議会が改定答申を受け会見

2022年度診療報酬改定

猪口会長が今回改定の入院医療における注目点に言及

中医協総会(小塩隆士会長)は2月9日、2022年度診療報酬改定を後藤茂之厚生労働大臣に答申した(次頁参照)。これを受け、日本医師会・四病院団体協議会は同日、会見を開き、2022年度改定に対する見解を示した。

全日病の猪口雄二会長は、まだ答申段階であり、3月上旬を予定する告示・通知等が出ていないため、確定的な解釈を行うのは困難と指摘しつつ、◇高度急性期に対する手厚い評価◇一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)の評価項目の適正化と該当患者割合における200床未満の病院への配慮◇地域包括ケア病棟入院料等での求められる役割に応じた評価に注目し、説明を加えた。今後、詳細を検証し、病院への影響を見極めたいとの考えを示した。

高度急性期への手厚い評価を行う

猪口会長が注目した3点について、中医協の個別改定項目の整理に従って、その内容をみていく。

急性期入院医療の評価については、中医協の議論の中で、特定集中治療室など治療室を持ち、手術や救急搬送などの体制・実績により判断される「高度かつ専門的な診療を実施する病院」を、その他の急性期病院と分けて評価する方向性が、厚生労働省の資料から示されていた。

その方向性は、今回改定で一部実現されており、特に、高度かつ専門的な急性期医療を担う病院に対する評価がいくつも新設された。

まず、急性期一般入院料1への加算である「急性期充実体制加算」がある。点数は1日につき、7日以内が460点、8日以上11日以内は250点、12日以上14日以内が180点となっている。施設基準の詳細は明らかになっていないが、「地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること」、その



会見で発言する猪口全日病会長。

ような「実績を十分有していること」、名称等変更後の「感染対策向上加算1」の届出などを求めている。

特定集中治療室等に対しては、「重症患者対応体制強化加算」(3日以内は750点、4日以上7日以内は500点、8日以上14日以内は300点)、「重症患者初期支援充実加算」(1日300点)、「重症患者搬送加算」(重症患者の搬送で1,800点)などが新設されている。

「必要度」は適正化とあわせ配慮も

一般病棟用の「必要度」については、前回改定に引き続き今回改定の議論でも、中医協の診療側と支払側の意見の隔たりが大きく、合意形成が困難となったため、公益委員による裁定が行われることになった。

その結果、A項目(モニタリング及び処置等)の評価項目が、厳しく見直された。具体的には、◇「心電図モニターの管理」の項目の廃止◇「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更◇「輸血や血液製剤の管理」を1点から2点に変更一を行う。

日本医師会の中川俊男会長は会見で、「心電図モニターの管理」の項目の廃止について、新型コロナに対応している急性期病院への影響を懸念し、「残念」と述べた。

日本医療法人協会の伊藤伸一会長代行は、「心電図モニターの管理」の廃止により、内科系の技術が低く評価されてしまうことを懸念する。超高齢社会で内科系の治療を必要とする患者が増えている。内科系の疾患への対応が多い病院への影響がどうなるかを詳しく検証する必要がある」と訴えた。

日本病院会の相澤孝夫会長は、「必要度」が急性期の患者像を把握するためというよりも、7対1の看護配置の病棟を減らすために使われている。急性期にふさわしい患者像を把握するという本来の目的のための指標を別に考えるべきだ」と提案した。

猪口会長は、「必要度」は毎回の改定で内容が変わって、(厚生労働省と現場の)イタチごっこ状態になっている。規則をどんどん増やして、厳しく縛るやり方を進めているが、それは地域医療にとって、あまりよいことではない。医療課も2年に1回の改定作業であるので、抜本的な改革はできない。個人的には、本質的なあり方を考える



左から、中川日医会長、相澤日病会長、猪口全日病会長、伊藤医法協会会長代行、長瀬日精協副会長。

チャンスはどうにかして作れないものかなと思っている」と、抜本的な対応が必要との考えを示した。

一方で、猪口会長は、今回の「必要度」の見直しで、評価項目は厳格化されたが、該当患者割合については、特に、200床未満の病院に対し、配慮が行われたと指摘した。

地ケア病棟入院料は広範な見直し

地域包括ケア病棟入院料等については、広範な見直しが実施される。

猪口会長は、「急性期からの受入れと在宅等からの受入れ、在宅支援という地ケア病棟等の3つの機能の役割に応じて、評価を収斂させている方向にあるが、今回、特に、一部の医療機関には厳しくなる見直しが行われたという印象だ。方向としては、急性期病棟と地ケア病棟がある病院は、地ケア病棟を急性期病棟のポストアキュートの機能だけで使うのではなく、地域包括ケアの中で、ちゃんと患者を在宅に戻す役割を果たしてくださいという考え方が根底にある」と説明した。

今回の地ケア病棟入院料等の見直し

では、例えば、地域包括ケア病棟入院料2・4における自院の一般病棟から転棟した患者割合の要件を、「400床以上」から「200床以上400床未満」の病院にも拡大するとともに、減算率が10%から15%に厳格化される。

一方、地域包括ケア病棟等を算定する病棟等が療養病床である場合は、5%の減算率を設ける。ただし、救急医療を実施する体制を整備している場合などは減算されない。そのほか、自宅等からの患者の受入れなど実績要件の厳格化など広範な見直しが実施されている。

本号の紙面から

中医協が2022年度改定答申	2面
救命救急センターの評価了承	3面
中医協資料	4~5面
(2022年度改定の個別改定項目)	
シリーズ・医師の働き方改革	6面
コロナ医療体制の新強化策	7面
サイバーセキュリティ対策	8面

第10回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第10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

□第10回臨時総会
 日時 2022年3月26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楽町2-8-8
 住友不動産猿楽町ビル7F
 Tel. 03-5283-7441

目的事項
 報告事項
 (1) 2022年度事業計画について
 (2) 2022年度予算について
 (3) 2021年度事業計画の一部変更について
 (4) 2021年度補正予算について
 (5) その他

清話抄

ジェンダー平等

「ジェンダー平等」とは性別にかかわらず、平等に責任や権利や機会を分かちあい、あらゆる物事を一緒に決めることができることである。

これは、「違い」に対する人間が感じ

る恐怖、違和感の克服と、「責任」のうでの覚悟ある発言、行動がなされる社会かどうかではないか。

新型コロナウイルス感染症も3年目にはいり、自分たちも普通に感染するという「慣れ」は、医療機関スタッフへの差別を減らした。

アイスランド首相(女性、2017年に41歳で就任)は、2018年に賃金に性差が出ることを禁止する法律を定めた。2008年リーマンショックの際、アイスランドは財政が破綻する危機に陥った。

男性中心の経営がコンプライアンスの意識を欠如させたと政府が分析し、女性を積極的に登用する社会への転換を図った。以後、成長率は高まり、ジェンダーギャップ指数で世界トップとなる。

かの国の躍進は、危機を乗り越えるため、人々が「責任」と「覚悟」と「利他」を中心に物事に取り組んでいった結果だ。女性だから選ばれたという数合わせでは到底到達できない。その努力に値する「目指す未来」を描き、共有する。

それができている社会、国、組織がどれくらいか、が課題なのだろう。

コロナ禍で、日本の非正規雇用者の生活苦が表面化した。ステイホームで家庭内暴力も増えた。女性が、男性と同等の賃金で雇用されるならば、子育てや介護も男性と女性の同等の役割シェアがセットでないと、女性の努力だけでは無理である。12月の日経新聞の私の履歴書は、赤松良子さん(男女雇用機会均等法立案、制定に関わる)だった。考えさせられた。(小川 聡子)

主張

集約化の名のもとでの 巨大病院づくりは正しいのか？

コロナ禍を振り返ると、感染拡大当初は感染防止資材が不足し、財政的な支援もなかったことから、多くの民間病院はなかなか対応できなかつたが、感染防止資材や補助金等が整備されるにつれて積極的な対応を行ってきた。

東京ではコロナ入院患者全体の約5割、大阪では軽症～中等症患者の6割以上の受け入れを民間病院が行い、沖縄でも多数の患者治療を行ってきた。大阪は第4波において全国でも特段厳

しい状況におかれていたが、二次救急を主体で受け入れしながら、軽症・中等症に対応する民間病院はコロナ用確保病床以上の患者受け入れを行い、さらにコロナ重症患者の入院診療も担った。その経験による対策を講じて準備できたと考えている。第6波においても、軽症・中等症の6割以上の患者を受け入れ、加えて重症患者対応も積極的に対応している。

このようにコロナ禍でも民間病院は重要な役割を担ってきた。しかし、今回の診療報酬改定では、地域に密着している中小民間病院が切り捨てられる内容が見受けられ憂慮している。

そもそも日本の病院の7割は200床以下で、その多くが民間病院だという認識が薄いのではないか。欧米のコロナ禍で医療崩壊を起こした要因は、行き過ぎた急性期病院の集約化だと考えている。いわば巨艦主義が失敗したわけで、このことは検証されるべきと警鐘をならしてきた。

これからの高齢社会における医療に必要なものは、高齢者救急、がん治療、在宅医療と認知症等の治療だと思われ

るが、一番重要なことは地域包括ケアシステムの中で高齢者救急を担う二次救急をいかに円滑に運用していくかではないだろうか。

それには、脳卒中、骨折、肺炎、心不全などのいわゆる高齢者に多い疾患をしっかりとカバーできる二次救急病院が中心で、ケアミックスという形態であればさらに高齢者に優しい医療を提供できるだろう。小回りの利く地域密着型の民間病院がこれからの医療提供体制において重要であり、守られる必要があることを主張したい。

(加納繁照)

今回改定で評価できる入院医療以外の項目

日本医師会・四病協会見

中川俊男・日医会長が見解示す

中医協総会が2月9日に、後藤茂之厚生労働大臣に2022年度診療報酬改定を答申したことを受けて開催された日本医師会・四病院団体協議会の会見では、日医の中川俊男会長が、入院医療以外の分野で、今回改定で評価できる見直しとして3点を指摘した。

具体的には、◇新型コロナなどに対応できる感染防止対策への評価◇不妊治療の保険適用を含めた子ども・子育て支援に寄り添う評価◇チーム医療として対応する医師等の働き方改革への支援—をあげた。

中川会長は、新型コロナ対応として現在も診療報酬の時限的・特例的な取扱いがあり、2022年度改定での恒久的な取扱いでも、医療機関の感染防止対

策などの診療報酬を充実させたことを評価した。

恒久的な対応として、◇感染防止対策加算の見直しとあわせ、外来感染対策向上加算(6点・患者1人につき月1回)、連携強化加算(3点・患者1人につき月1回)、サーベイランス強化加算(1点・患者1人につき月1回)を新設したこと◇地域包括診療料・地域包括診療加算の算定要件に、「当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること」が加わったこと◇機能強化加算に「定期予防接種を実施」していることの配置医師要件が加わったことなど—をあげた。

その上で、これら見直しにより、かかりつけ医機能の充実につながると

指摘した。

子ども・子育て支援に寄り添う

不妊治療の保険適用をはじめとした今回改定での対応については、「診療報酬が子ども・子育て支援に寄り添うということのメッセージだと受け止めている」と述べた。小児科・産科等の医師が中心になるとしつつも、子ども・子育て支援に寄り添うことは、かかりつけ医機能の充実・強化につながることもであると主張した。

今回改定での具体的な対応としては、◇不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価として、「養育支援体制加算」(入院初日・300点)の新設◇ヤングケアラーの実態を踏まえ

た入退院支援加算1・2の対象患者の見直し◇医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の評価(退院時薬剤情報管理指導連携加算(退院時1回150点))や主治医と学校医との連携(診療情報提供料(I)の見直し)◇小児かかりつけ診療料の見直し—をあげた。

看護職員の処遇改善を評価

チーム医療として対応する医師等の働き方改革への支援としては、「前回改定で一步を踏み出し、それをさらに進める改定となった」と評価した。個別では、本体改定率の0.20%を充てて、看護職員の処遇改善を実施することに言及した。2月から実施される補助金による対応と同様に、看護職員以外の医療従事者の処遇改善も可能となるような制度設計とするとともに、各職種間で不公平をなくすために、医療機関が処遇改善を行った場合に、「追加負担をしなくて済む仕組み」を求めた。

中医協が2022年度診療報酬改定を答申

中医協総会

診療側・支払側の代表、小塩会長が改定論議を振り返る

中医協総会(小塩隆士会長)は2月9日、2022年度診療報酬改定を後藤茂之厚生労働大臣に答申した。中医協の場では、小塩会長が佐藤英道厚労副大臣に答申書を手渡した。2022年度改定は、薬価・材料価格改定を含め、医科・歯科・調剤の各分野にわたり、さまざまな改定内容を盛り込んでいる。今後、告示・通知の発出を経て、4月から改定が実施される。経過措置が設定されている項目も数多い。

佐藤副大臣は、答申を受け取った上で、「長期間にわたり、精力的に議論された集大成を頂戴した。今回は新型コロナ発生後の初めての改定。感染拡大により明らかになったさまざまな課題を踏まえ、効率的で質の高い医療提供体制のための議論が中医協で行われたと受け止めており、答申を受け、関係法令の発出など、今後は施行に向け万全を期す。附帯意見に記載された20項目の残された課題についても、真摯に対応する」と述べた。

小塩会長も、改定論議を振り返り発言した。「今回改定では、本格的な高齢社会を迎えるなかで、制度の効率性と持続可能性を高めるという中長期的な課題、新型コロナの感染拡大というリアルタイムの課題、不妊治療の保険

適用やオンライン診療などの新たな課題への対応という、3つの課題に答える連立方程式を解かなければならない異例の改定となった。しかし、極めて精力的・真摯な議論が行われ、ベストな解を得ることができた」と強調した。

2024年度改定に向けては、「新型コロナの状況を含め、事態は流動的だが、改定の効果について、エビデンスを確認しながら、しっかりと検証していく必要がある」と述べた。また、「診療報酬の仕組みが複雑になっており、わかりやすく情報公開を進めることの重要性も指摘された」と述べた。

医療現場に問題あれば迅速に対応

診療側の日本医師会常任理事の城守国斗委員と、支払側の健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、それぞれ各側を代表して、総括的な意見を披瀝した。

城守委員は、個別改定項目には言及せず、新型コロナの爆発的な感染拡大が生じている現状に対する認識の共有を求めた。

具体的には、「前回改定の施行と同時期に新型コロナの感染拡大があり、その後も収束せず、感染拡大が何度も押し寄せ、その対応に医療機関は疲弊している。新型コロナに対応しながらの2022年度改定の議論は、例年通りとはいかず、さまざまな困難があったが、日程的には、例年通りの予定で答申までたどり着くことができた。しかし、今まさに第6波が猛威を振るっている。無理な

厳格化を実施すると、医療現場が崩壊し取り返しのつかない影響を及ぼす恐れがある」との懸念を示した。

その上で、「中医協の改定論議では、支払側とは意見の異なることがあったが、医療現場の状況をしっかりと把握しつつ、問題があれば迅速に対応する必要があるということでは、意見は同じであると思う」と、認識の共有を支払側に求めた。

なお、城守委員は、個別改定項目と答申書附帯意見の議論を終えた2月2日の中医協総会において、改定論議を振り返り、懸念される事項として2点を指摘している。

1つ目は、中医協で議論されるべき改定の詳細な事項まで、中医協以外の場で決められることが増えていることだ。改定率を決めた昨年12月21日の後藤厚労大臣と鈴木俊一財務大臣との大臣折衝での決定事項で、不妊治療の保険適用や看護職員等への処遇改善、リフィル処方箋導入の改定率への影響まで定められたことや、入院医療の評価の適正化の方針などが明記されたことが背景にある。

城守委員は、「中医協は、社会保障審議会の基本方針を踏まえ、エビデンスに基づき、医療保険財政も勘案し、診療報酬改定を議論している。これまでも、政治色の強い政策については、中医協以外で方針が決まることはあった。しかし、中身の詳細まで中医協以外で決められることが増えているのはいかがなものか」と述べた。

2つ目は、医療技術などの保険適用を決める際の要因について、「安全性・有効性のあるものは速やかに保険

適用するという考え方で対応している。しかし、最近は『利便性』という要因が重視される議論が増えている。利便性も大事だが、有効性・安全性が大前提であることを理解してほしい」と述べた。初診からのオンライン診療の要件設定や点数設定で、経済界や規制改革推進派の意向が働き、日医と意見が対立し、中医協では公益裁定での決定になったことなどが背景にある。

機能分化が推進できたと評価

支払側の松本委員は個別項目にわたって、詳細に意見を述べた。

まず、「新型コロナの感染拡大があり、団塊世代が2024年にかけて後期高齢者に達していく時期であるという前例のない局面での改定の議論だった」と指摘。その両方に対応するための観点で、今回の改定において、「医療資源投入量に応じた評価を設定し、入院医療・外来医療の機能分化を推進する方向での改定を一定程度行うことができた」と評価した。

利便性を含め、患者へのサービスを向上させる観点としては、かかりつけ医機能を評価する機能強化加算の趣旨の明確化やオンライン診療の評価の設定、リフィル処方箋の導入などが実現したことを評価した。

一方、急性期から回復期、慢性期にわたり入院医療の機能分化を図りつつも、「重症度、医療・看護必要度」に関しては、課題が残るとの考えを示した。

外来医療の機能分化では、紹介状なしの受診時定額負担が新たに義務化される一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関に対する入院診療の評価(入院初日800点)が設けられたことに対し、実際に、紹介受診重点医療機関の手上げが一定数出てくるかについては、今後の動向を注視するとの姿勢を示した。



小塩会長が佐藤副大臣に答申書を渡す。

救命救急センター充実段階評価の取扱い案を了承

厚労省・災害医療WG

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」(遠藤久夫座長)は2月9日、2021年の救命救急センター充実段階評価の取扱い案を了承した。新型コロナの影響を受けた8項目を除外して評価した上で、2019年より評価が下がったセンターに対しては個別にヒアリングを行って評価することとなった。

救命救急センターの充実段階評価はS・A・B・Cの4段階評価で、医療提供体制推進事業費補助金と診療報酬に反映される。評価の結果に基づき、補助金では交付算定基準額に乗じる係数が100～80%、診療報酬では救命救急入院料の加算が1,500～500点となっている。

2020年の充実段階評価は、新型コロナの影響を踏まえて一部の項目を評価の対象外とする例外的な対応を行っている。救急医学会のアンケートの結果、新型コロナの影響があると示唆された「年間に受け入れた重篤患者数(来院時)」など16項目すべてを除外して評価した。

その後、厚生労働行政推進調査事業

新興感染症にもDMATが対応

の「救命救急センターの現況に関する研究」で、2020年と2021年の充実度評価の項目を比較すると、有意な実績の低下を認めたのは除外対象とした16項目のうち7項目だった。

7項目は、◇年間に受け入れた重篤患者数(来院時)◇救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員◇地域の関係機関との連携◇救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況◇救急救命士の病院実習受入状況◇医療従事者への教育◇災害に関する教育—となっている。

2021年の救急医学会へのアンケート結果では、「研究」で実績の有意な低下を認めた7項目で、前年と同様に実績が低下していることを確認。加えて、「脳死判定および臓器・組織提供のための整備等」は前年よりも大きな影響を受けたとし、合計8項目を除外して評価することを決めた。

2021年の充実段階評価は、S評価73施設(2020年104施設)、A評価199施設(同189施設)、B評価21施設(同2施設)、C評価2施設(同0施設)と試算されている。

DMAT活動要領の改正を報告

ワーキンググループでは厚労省から日本DMAT活動要領の改正が報告された。同8日付けで改正された活動要領では、新型コロナの経験も踏まえ、「新興感染症に係るDMATの活動の位置づけ」が盛り込まれた。

改正ではほかに、◇保健医療調整本部とDMAT都道府県調整本部の関係の明確化◇搬送調整業務における災害医療コーディネーターとDMATの役割の明確化◇災害発生時のDMAT自動待機および解除基準の見直し◇都道府県DMAT調整本部立ち上げの目安の明確化—の内容を示している。

厚労省の報告に先立ち、DMAT事務局の小井戸雄一参考人が新型コロナに対するDMATの活動を発表した。新型コロナ対応を踏まえた取組みとしては、DMAT活動要領を改正して、新興感染症等のまん延時の対応を追記するとともに、感染症対応の研修や訓練の実施、必要な装備の確保などのDMAT体制事業の拡充を求めた。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、今回の活動要領の改正について、「新



興感染症に対応するためにDMATが活動することに問題はないが、感染症の専門家との関係性が明確になっていない。その辺りの整理はどうなのか」と質問した。

小井戸参考人は、「DMATが感染症の専門家といかに連携するかが一番大きなテーマとなる。今後、DMAT事務局のなかにも感染症の専門家が常勤・非常勤で入ることが望ましい。ただ、感染症の専門家を支援するために本部機能を充実させることが目的であって、DMATが前線に出て、感染症の治療を直接行うわけではない。これまでDMATがやってきた新型コロナに対する取組みを、今後は本来業務の中に入れていくことになる」と答えた。

勤務医が働き方改革への気づきを持つ方策を

厚労省・情報発信作業部会

情報発信内容の具体案を概ね了承

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会の「勤務医に対する情報発信に関する作業部会」(馬場秀夫座長)は2月16日、勤務医に対する医師の働き方改革に関する情報発信内容の具体案について、概ね了承した。勤務医が働き方改革への気づきを持つための方策を盛り込んでいる。

作業部会では、医師の働き方改革の当事者であるものの、多忙等により情報が届きにくい勤務医に対し、広く伝えるための方法論を検討している。

具体案では、実際に情報周知を行う医療機関内の関係者の負担軽減のため、「基礎編」と「詳細編」を整理したコンテンツを作成するとした。また、行政や医療関係団体を通じた周知に加え、ウェブサイトによる発信などを行うとした。

厚生労働省は、「制度内容の周知に当たり、勤務医の予備知識が少ない可能性を念頭に置く必要がある。医師の働き方改革に関する気づきや興味を勤務医が持つための最初の入り口として、所属医療機関内での関係者による発信が効果的である」と説明した。

また、同日、医療機関内での意見交換会について実施報告がされた。

意見交換会は、医療機関における医師の働き方改革を推進するためのアプローチの検討のため、医療機関内での医師の働き方改革に対する世代・立場間の受け止めの違いについて、認識共有あるいは相互理解を深める目的で実施。東海大学医学部付属病院、聖路加国際病院、社会医療法人愛仁会千船病院の3医療機関で、厚労省の立会いのもと開催された。

聖路加国際病院副院長の山内英子委員は、自院での意見交換会について報告。診療科、性別、役職の異なる医師4名を3つのグループに分けてディスカッションを行った。参加者は、厚労省の資料をもとに作成したeラーニングの受講により、事前に基礎知識を得た状態で臨んだ。実施後のアンケートでは、「(異なった立場の)様々な意見を聞くことができた」との意見が多くあがった。

山内委員は、「ワークショップは、情報発信の戦略として有効。事前のeラーニングも参加者の知識量を一定にするのに有用だった。全国の医療機関でも、労働時間短縮計画の策定に向けてこうした取組みを進めていただき、各病院での課題の抽出の場としてほしい」と述べた。



委員からは、全国の各医療機関で意見交換会を開催するためのツールの提供や、インセンティブを含め意見交換会の制度化を求める意見が相次いだ。

2024年以降、B水準またはC水準を適用するため都道府県からの指定を受ける前提として、労働時間の短縮に関する計画案の提出が必要なことから、「時計計画策定のための一手として院内の意見交換会を実施すべき」との意見もあがった。

厚生労働省は、意見交換会等で使用するツールを、具体案に加えることを検討するとした。また、検討会との協議の上、医療機関における意見交換会の制度化に向けた検討を進めるとした。

循環器病総合支援センターモデル事業の公募案を了承

厚労省・循環器病支援委員会

センターを全国10都道府県に設定して先行実施

厚生労働省は2月17日、循環器病総合支援委員会の初会合を開いた。厚労省が2022年度に行う、全国10都道府県程度に循環器病総合支援センターを設けるモデル事業の公募要綱案を大筋で了承した。

同委員会は、2019年12月1日に施行された「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき閣議決定された循環器病対策推進基本計画(2020年10月27日)を踏まえ、同計画に定める目標などを達成するために、循環器病対策推進協議会の下に設置された。

相談・生活支援などの総合的な取組みを進めるため、同委員会の検討事項に、◇循環器病総合支援センターに必要な要件の検討◇モデル事業で実施された循環器病総合支援センターが、効率的に支援を行うことができたかを検証◇より実効性のある総合支援のため

の提案—を置いた。

構成員は6名で、委員長は、宮本享・京都大学医学部附属病院院長が選出された。他の構成員は、川勝弘之・循環器病(脳卒中)経験者、木澤見代・日本看護協会常任理事、坂田泰史・大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学教授、中澤よう子・神奈川県医務監、早坂由美子・日本医療社会福祉協会理事となっている。

センターが包括的な支援体制を構築

同日は、厚生労働科学研究・特別研究・野出班報告による循環器病総合支援センターの設置要件案の報告を受け、それに即した循環器病総合支援センターモデル事業の公募要綱案を大筋で了承した。

循環器病総合支援センターは、循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するために、専門的な知見を有し、地域の情報提供などの中心的な

役割を担う医療機関との位置づけだ。

地域の病院やかかりつけ医と連携し、患者や地域住民に情報提供・相談支援を行う。「地域医療機関の診療および患者支援機能の向上が可能となる」、「国民がワンストップで必要な情報を得られるとともに、より効率的かつ質の高い支援が可能となる」ことが期待される。

センター事業の公募要綱では、応募資格として、◇脳卒中・心臓病の急性期を含む入院医療を提供している◇循環器病患者支援、リハビリテーション等の取組み、適切な情報提供・相談支援、緩和ケア、後遺症を有する者への支援、治療と仕事の両立支援・就労支援、小児期・若年期から医療が必要な循環器病への対応ができる◇都道府県内および近隣の循環器病の診療を行っている医療機関と連携できる—などをすべて満たすことをあげた。

事業内容としては、◇患者・家族の

相談窓口の設置◇住民への情報提供、普及啓発◇地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、勉強会などの開催◇データベース事業が開始した際には、データ入力・入力支援—などがある。

ただ、同日の議論で、データ入力・入力支援については、実施主体の位置づけなどを再度整理することになった。また、「予防」の概念をセンターモデル事業に取り入れることも合意した。そのほか、多岐にわたる相談が寄せられることが想定されるため、そのための体制づくりや人材育成の重要性も指摘された。

また、努力義務として、「急性期から回復期および維持期まで一貫性を持ったリハビリテーション治療の提供等の取組の推進」や「超高齢社会の対応と地域包括ケアシステムとの協働」、アドバンス・ケア・プランニングに関する情報提供などを努力義務とした。

中医協資料／2022年度診療報酬改定における個別改定項目

2022年度診療報酬改定における個別改定項目から、抜粋して掲載する。

2022年2月9日

○急性期充実体制加算の新設

【1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-①】

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新)	急性期充実体制加算（1日につき）	
	1 7日以内の期間	460点
	2 8日以上11日以内の期間	250点
	3 12日以上14日以内の期間	180点

【対象患者】
高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

【算定要件】
高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に算定する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

【施設基準】
(1) 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。

- (2) 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。
- (4) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
- (5) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (6) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (7) 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

(新) 精神科充実体制加算 30点

【対象患者】
高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者

【算定要件】
精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に算定する。

【施設基準】
(1) 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
(2) 次のいずれにも該当すること。
イ 精神科を標榜する保険医療機関であること。
ロ 精神科病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

○コロナ特例等に係る対応

【1-1 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応-①】

① 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

第2 具体的な内容

1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。

2. 「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26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。

3. 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

（※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

4. 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。

（※2）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

○重症患者対応体制強化加算の新設

【1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑥】

⑥ 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新)	重症患者対応体制強化加算	
	イ 3日以内の期間	750点
	ロ 4日以上7日以内の期間	500点
	ハ 8日以上14日以内の期間	300点

【対象患者】
特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者

【算定要件】
重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に算定する。

【施設基準】
(1) 当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。
(2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置

- されていること。
- (3) 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (4) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。
- (5) (4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
- (6) 医師、(4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
イ 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
- (7) (4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
- (8) (4)に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
- (9) 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(4)に規定する看護師であることが望ましいこと。
- (10) 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合も差し支えない。
- (11) (4)に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
- (12) (4)に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟におい

て勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めないこと。
(13) 特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価表を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

○地域包括ケア病棟入院料の見直し

【1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑭】

⑭ 地域包括ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受け入れが6割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ実績が前三月で30人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数（100分の100）を算定する。

改定案	現行
【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあつては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点	【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。（中略）

数）を算定する。（中略）	
【施設基準】 (10) 地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。 イ 当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。 ロ 当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。 ハ 救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。	【施設基準】 (新設)
【経過措置】 二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であつて、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、同年九月三十日までの間に限り、当該病棟又は病室については、第九の十一の二の(10)に該当するものとみなす。	【経過措置】 (新設)

○標準規格の導入に係る取組

【II-5 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価-③】

③ 標準規格の導入に係る取組の推進

第1 基本的な考え方

医療機関等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定期報告における報告内容を見直す。

第2 具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定期報告において、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改定案	現行
【診療録管理体制加算（入院初日）】 【施設基準】 3 届出に関する事項 (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。 (2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式により届け出ること。	【施設基準】 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

○紹介状なし受診の定額負担の見直し

【I-4 外来医療の機能分化等-①】

① 紹介状なしで受診する場合の定額負担の見直し

第1 基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

- 1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の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から、「紹介受診重点医療機関(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)」(※)のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。

(※) 令和3年改正後の医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

改定案	現行
【保険医療機関及び保険医療費担当規則】 (一部負担金等の受領) 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第百二十五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、同法第四条の二第二項に規定する特	【保険医療機関及び保険医療費担当規則】 (一部負担金等の受領) 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第百二十五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、及び同法第四条の二第二項に規定する特

○紹介受診重点医療機関の評価

【I-4 外来医療の機能分化等-②】

② 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院診療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

「紹介受診重点医療機関(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)」における入院診療の提供に係る評価を新設する。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800点

- 【算定要件】
(1) 外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
(2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

○地域医療体制確保加算の見直し

【II-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保-①】

① 地域医療体制確保加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

改定案	現行
【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 620点 【施設基準】 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)	【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 520点 【施設基準】 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)
第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。 ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号1A	第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 (新設)

○電子的保健医療情報活用加算の新設

【III-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-③】

⑬ オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を利用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を利用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 初診料 注14 電子的保健医療情報活用加算 7点
再診料 注18 電子的保健医療情報活用加算 4点
外来診療料 注10 電子的保健医療情報活用加算 4点

【対象患者】
オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

【算定要件】
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

(※) 初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定

改定案	現行
237「ハイスルク分擔管理加算若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発031第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。	(新設)

- 2. 医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。

改定案	現行
【地域医療体制確保加算】 【施設基準】 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」(以下「時短計画作成ガイドライン」という。)に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。	【地域医療体制確保加算】 【施設基準】 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況を把握し、課題を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負

改定案	現行
(削除)	担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討したうえで、必要な事項を記載すること。 ア～キ (略)
2 届出に関する事項 ③ 令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、1の③及び④の基準を満たしているものとする。	2 届出に関する事項 (新設)

改定案	現行
特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。)であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

- 2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】
医科：200点 / 歯科：200点
【再診の場合】
医科：50点 / 歯科：40点

- 3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】
医科：7,000円 / 歯科：5,000円
【再診の場合】
医科：3,000円 / 歯科：1,900円

改定案	現行
【療担規則及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める告示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二号第四号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 七千円 (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 三千円	【療担規則及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める告示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二号第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 五千円 (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 二千五百円

- 4. 除外要件(定額負担を求めないことができる患者の要件)について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】
○ 「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。
【初診の場合】
○ 「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。
【再診の場合】
○ 「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治療協力者である患者」を削除する。

【施行日等】
(1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
(2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置を設ける。

点数に加算する。
【施設基準】
(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
(3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- 2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を利用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 調剤管理料 注5 電子的保健医療情報活用加算 3点

【対象患者】
オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

【算定要件】
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

(※) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

【施設基準】
(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
(3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

医師の働き方改革の経緯と概要、施行に向けた取組み

2024年度から医師に時間外労働の上限規制が適用され、「医師の働き方改革」がはじまります。これに伴い、医療機関では労働時間の短縮や健康確保措置等の準備を進めていることとされています。そこで本紙では、会員病院の参考としていただくため、シリーズ『医師の働き方改革に備える』を企画しました。第1回は、特定社会保険労務士の浅見浩さんに医師の働き方改革の経緯と概要、病院が準備すべき内容について解説していただきました。

1. 医師の働き方改革の経緯

2018年6月29日に「働き方改革」関連法が成立し、2019年4月から労働時間の上限規制が開始されました。これにより、従来は特別条項付の36協定を締結すれば時間外労働の時間数に制限はありませんでしたが、特別条項をつけても原則として年720時間以下、1か月最大100時間未満の上限が導入されました。しかし、診療に従事する勤務医（診療従事勤務医）については、時間外労働規制の対象とするものの、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、医療界参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の働き方の実現を目指し、2年後をめどに規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、改正法の施行期日の5年後（2024年4月）を目途に規制を適用することとし、結論を得るとされました。

その後、厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」で議論され、2019年3月に報告書がまとめられました。2019年4月からは「医師の働き方改革の推進に関する検討会」へ引き継がれ、2020年12月に中間とりまとめを公表し、現在に至り、検討会の議論を踏まえ、診療従事勤務医に関する時間外労働の上限時間や原則的な上限時間を超える場合の追加的健康確保措置などが逐次公表されています。

2. 特例水準の概要

診療従事勤務医については、特別条項をつけない36協定の場合、一般労働者と同じ月45時間、年360時間が適用されますが、特別条項をつけますと年960時間まで延長することができます。さらに、地域医療確保に必要な場合や、研修医や高度技能の育成に必要な場合等については、都道府県の指定を受けることにより、休日、時間外労働の上限を年1,860時間まで延長することができます。これは、現場の必要に応じて36協定を年1,860時間まで協定することができることを意味します。なお、B水準、連携B水準は2035年度末までに解消する目標とされています。

診療従事勤務医の2024年4月以降の時間外労働上限規制は、表1の通りとなります。

3. 追加的健康確保措置

診療従事勤務医は2024年4月よりA水準であっても、一般労働者の上限とされる年720時間を上回る時間外労働の上限が設定され、さらにB水準、連携B水準、C水準の場合は、A水準の約2倍となる上限が設定されることから、以下の通り診療従事勤務医の追加的健康確保措置が義務付けられます。（A水準は努力義務）

①連続勤務時間制限

労働基準法上の宿日直許可を受けている場合を除き、28時間までとなります。

②勤務間インターバル

当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で通常の日勤後の次の勤務までに9時間のインターバルの確保が必要です。当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、連続勤務時間制限を28時間とした上で、勤務間インターバルは18時間となります。当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤と同様、9時間のインターバルを確保することとします。

③代償休息

連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合の代償休息の付与方法については、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の取得又は勤務間インターバルの延長のいずれかによることとされますが、疲労回復に効果的な休息の付与の観点から以下のような点に留意する必要があります。

- ・勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる
- ・代償休息を生じさせる勤務の発生後、できる限り早く付与する
- ・オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、仕事から切り離された状況を設定する

また、代償休息は予定されていた休日以外で付与することが望ましく、特に面接指導の結果によって個別に必要な性が認められる場合には、予定されていた休日以外に付与することとされています。

④C-1水準が適用される臨床研修医

連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを徹底することとし、連続勤務時間制限15時間、勤務間インターバル9時間を必ず確保することとされています。また、24時間の連続勤務が必要な場合は勤務間インターバルも24時間確保することとなります。

4. 医師労働時間短縮計画

医師の労働時間短縮については、2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）を解消することとされています。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準

対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされており、各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととなります。

医師労働時間短縮に向けて医療機関に推奨される事項は下記の通りとなります。（「医師の働き方改革に関する推進検討会」2021年8月4日資料より）

①適切な労務管理の実施等に関する事項

- ・医療機関は、雇用する医師の適切な労務管理を実施することが求められるとともに、自院における医師の働き方改革の取組内容について院内に周知を図る等、医療機関を挙げて改革に取り組む環境を整備すること。
- ・地域医療確保暫定特例水準の指定を受けた医療機関においては、36協定で定める時間外・休日労働時間数について、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務に必要なとされる時間数であることを合理的に説明可能な時間数を設定するとともに、当該医療機関の労働時間短縮の取組実績に応じて見直しを行うこと。

②タスク・シフト／シェアの具体的な業務内容に関する事項

- ・各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして良質かつ適切な医療を効率的に提供するためにタスク・シフト／シェアを行う業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずること。

③医師の健康確保に関する事項

- ・医師の副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成すること。
- ・副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転を行う場合のように休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間を確保するため、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること。
- ・災害時等に、追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第速やかに、十分な休息を付与すること。
- ・面接指導において、面接指導実施医師が何らかの措置が必要と判定・報告を行った場合には、その判定・報告を最大限尊重し、面接指導対象医師の健康確保のため必要な措置を講ずること。

④各診療科において取り組むべき事項

- ・各診療科の長等は、各診療科の医師の労働時間が所定時間内に収まるよう、管理責任を自覚し、必要に応じ、業務内容を見直すこと。
- ・特にタスク・シフト／シェアの観点

から業務を見直し、他の医療専門職種等と協議の場を持ち、効率的な業務遂行に向けた取組を計画し、実行すること。

⑤医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルにおける具体的な取組に関する事項

- ・医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間短縮に向けた計画の作成、取組状況の自己評価を行うこと。
- ・医師労働時間短縮計画については、対象となる医師に対して、時間外・休日労働の上限及び同計画の内容について十分な説明を行い、意見聴取等により十分な納得を得た上で作成すること。
- ・各医療機関の状況に応じ、当該医療機関に勤務する医師のうち、時間外・休日労働の上限が年960時間以下の水準が適用される医師についても医師労働時間短縮計画を自主的に作成し、同計画に基づいて取組を進めること。

⑥特定高度技能研修計画に関する医療機関内における相談体制の構築（C水準関係）

- ・特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるよう、医療機関内において、医師からの相談に対応できる体制を構築すること。

以上の内容を踏まえて各医療機関は医師労働時間短縮計画を作成することになりますが、B水準、連携B水準、C水準の指定を受ける場合、2024年度以降の計画の作成は評価センターの審査を受ける際に必要となります。（2023年度末までの計画は努力義務）

医師労働時間短縮計画については、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の資料に「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン(案)」(2021年8月4日)、「医師労働時間短縮計画ひな型／作成例」(2021年7月1日)が公開されていますので、これらを参考にして作成に取り組むのがよいでしょう。

5. 宿日直許可の考え方

医師の夕方から翌朝までの「当直」とされる時間帯や休日の「日直」とされる業務の実態は様々ですが、労働密度がまばらであり、労働基準監督署長の宿日直許可を受けた場合には労働時間規制を適用除外されます。このため、医師の労働時間を管理するうえで宿日直許可のある時間帯と宿日直許可のない時間帯を切り分けて実態把握することが求められます。

宿日直許可を受けるためには宿日直許可申請を行う必要がありますが、宿日直許可申請はまず「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」と添付書類を労働基準監督署へ提出します。その後、労働基準監督官による実地調査が行われ、労働基準監督署長による許可（あるいは不許可）が出される流れとなります（次ページへ続く）

表1 時間外労働上限規制の特例水準

A水準	特に手続きや指定を受けることなく年960時間までの延長が可能
B水準	院内で年1,860時間まで延長が可能
連携B水準	院内では年960時間まで、副業・兼業先での勤務時間を通算して年1,860時間まで延長が可能
C-1水準	臨床研修医、専攻医が基礎的な技能や能力を修得するため年1,860時間まで延長が可能
C-2水準	医籍登録後臨床従事6年目以降の医師に高度技能育成のため年1,860時間まで延長が可能

表2 宿日直許可申請書の添付書類例

・宿日直当番表
・宿日直日誌や急患日誌等
・宿日直中に従事する業務内容、業務内容ごとの対応時間が分かる資料（電子カルテのログや急患日誌等を基に作成）
・仮眠室等の待機場所が分かる図面及び写真
・宿日直勤務者の賃金一覧表
・宿日直手当の算出根拠が分かる就業規則等
※上記の内容は例示であり、これら以外の資料を求められることもあります。

ます。
 許可申請書の添付書類例は表2の通りです。
 また、実地調査では対象医師へのヒアリングも行われ、夜間外来の有無や夜間の過ごし方(睡眠時間等)、臨時で診察するときの具体的な業務内容・頻度・時間等が確認されますので、これらの内容については事前によく確認しておくといでしょう。
 宿日直許可は1勤務当たり何件まで外来対応が認められるのか、どれくらいの時間まで実働してもよいのかなど、

分かりづらい点も多いため、事前に労働基準監督署へ相談することをおすすめします。労働基準監督署へ相談しても法違反を指摘して行政指導を行う、あるいは改善報告を求めることはありません。

6. 副業・兼業の取扱い

医師の副業・兼業は、医師労働時間短縮計画でも触れられている通り、主たる勤務先は、派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、連続勤務時間制限、勤務間インターバル

を遵守できるようなシフトを組むとともに、主たる勤務先・副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限(通算して時間外・休日労働の上限規制の範囲内)を医師との話し合い等により設定しておくとされています。
 特に2024年度以降、B水準、連携B水準、C水準の指定を受ける医療機関は、医師の副業・兼業先での労働時間を自己申告により把握し、副業・兼業先での労働時間も含めて所定の労働時間内に収める管理が求められます。派遣医師が副業・兼業先で宿日直勤務を

行う場合は、副業・兼業先が宿日直の許可を得ているかどうかが非常に重要となります。これは、宿日直許可を受けている勤務は労働時間に該当しませんが、宿日直許可を受けていない勤務は労働時間として加算しなければならないためです。このため、夜間、休日診療を派遣医師に任せている医療機関で、まだ宿日直許可を受けていない場合は、早めに宿日直許可の申請を検討するのがよいでしょう。

オミクロン株の特性を踏まえた医療体制の強化策

岸田総理 医療関係者との意見交換会で発表

岸田文雄総理大臣は2月17日の日本医師会など医療関係者との意見交換会で、新型コロナのオミクロン株の特性を踏まえた医療体制の強化策などを発表した。ワクチン接種を加速化させるとともに、外来と自宅療養の対応強化や医療人材派遣の支援、転院や救急搬送受入れ促進策がある。
 ワクチン接種については、早期に1日100万回を達成するという目標に向け、「すべての手段をフル稼働させ、医療機関、自治体、国が協力して加速化させる」と述べた。全国の医師会・看護協会に、特に働きかけを要請した。
 外来と自宅療養の対応強化では、発熱外来のさらなる拡充と、一部の地域で実施機関名が非公表となっているこ

とから、公表を求めた。あわせて、まん延防止等重点区域において、電話等による初・再診を行った場合の診療報酬の特例加算を1人250点から500点に倍増させる。岸田総理は、「多くの方が自宅で療養されているなか、こうした取組みも活用して、対応を強化してほしい」と述べた。
 具体的には、昨年8月16日から実施している、自宅・宿泊中の新型コロナ患者に対する電話等を用いた初診・再診を行った場合の診療報酬の評価として、二類感染症患者入院診療加算(1日250点)を算定できる特例対応について、同加算の2倍相当(500点)を算定できるようにする。対象は、「保健所から健康観察に係る委託を受けてい

る医療機関」と「診療・検査医療機関」(公表している医療機関に限る)に限定される。同日から実施された。
 医療人材の派遣は、東京と大阪で、臨時の医療施設を合計1,000床増設することを踏まえたものだ(8面参照)。そこへの看護師などの派遣を支援するため、看護師を派遣する場合の派遣単価を1.5倍に拡充し、1時間8,280円とする。
新たな病床確保で450万円補助
 転院や救急搬送受入れの促進については、新規感染者数のピークは過ぎた状況であっても、病床使用率の上昇はしばらく続くことから、新型コロナ対応の拠点病院が、より症状の重い患者へ

の対応に注力できるよう、それ以外の医療機関が、早期に退院する患者を積極的に受け入れることを期待する対応と位置づけている。
 具体的には、都道府県が2月1日以降に、新型コロナ患者の病床を追加で確保し、即応病床とした医療機関に対し、まん延防止等重点措置が解除されるまでの特例として、1床当たり450万円を上限に補助する。対象経費は、2022年2月1日から3月31日までの人件費・感染拡大防止などに必要となる費用(人件費は補助額の3分の2以上)としている。
 また、救急搬送困難事案が増加していることを踏まえ、一時的に患者を受け入れる病床の確保のための病床の新規確保に対しても、1床当たり450万円の支援金を設ける。岸田総理は、「地域における医療機関間の連携がさらに進むよう、願います」と述べた。
 具体的には、東京都または政令指定都市のうち、まん延防止等重点措置区域の指定を受けた地域において、新型コロナ病床を5床以上確保し、救急搬送件数が年間1,000台以上である医療機関が対象。1医療機関当たり上限2床であり、確保病床とは別の病床とする必要がある。また、病床利用率が70%以上であり、病床確保料の対象外の病床でなければならない(左表参照)。
 高齢者施設における医療体制の強化では、高齢者施設で感染した利用者のうち、軽症で入院を必要としない利用者が、施設内で安心して療養できるよう、高齢者施設のかかり増し経費への補助を、施設内療養者1人当たり最大15万円から30万円に増額するとしている(1日1万円を2万円に増額)。
 対象は、まん延防止等重点措置区域の施設等であって療養者数が、小規模施設(定員29人以下)では2名以上、大規模施設(定員30名以下)では5名以上を超える場合。限度額は小規模施設で1施設当たり200万円、大規模施設では500万円となった。

転院・入院・救急搬送にかかるコロナ患者・コロナ疑い患者の受入拡大を図るための緊急支援 国直接執行

○ 感染者の増加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ている中で、入院4日間経過後の病状が落ち着いた患者を受け入れる病床など、新型コロナ患者の病床を緊急に確保することにより、転院・入院を円滑化するとともに、新型コロナ疑い患者搬送受入体制を強化することにより、救急困難事案の発生を極力抑制する。

1. 対象医療機関

- (転入院支援)
 - 都道府県から2月1日以降に、新型コロナ患者の確保病床を追加で割り当てられ、即応病床とした医療機関(転院受入病床等のコロナ病床を確保すること。)(救急搬送受入支援)
 - 政令指定都市または東京都の中で、まん延防止等重点措置区域の指定を受けた地域において、コロナ病床を5床以上確保かつ救急搬送件数1,000台/年以上の医療機関として都道府県が必要性を認めた医療機関(ただし、2月又は3月(まん延防止等重点措置が解除されるまでの間)の1日あたりの救急搬送の受入実績が同年1月の受入実績を上回っていること)
 - ※いずれの医療機関とも、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。G-MIS等に必要な情報の入力を実施し、入院受入状況等を正確に把握すること。

2. 補助基準額(まん延防止等重点措置が解除されるまでの間の特例)

- 新たに確保した病床における即応病床数及び追加的に確保した一時受入病床数※に応じた補助
 2月1日以降、新たに設けた新型コロナ患者の即応病床数及び新型コロナ疑い患者を一時的に受入れる病床数×450万円
 ※新型コロナ疑い患者を一時的に受入れる病床は1医療機関あたり2床を上限とすること。確保病床とは別途確保することとし、既存の確保病床数は維持すること。当該病床の2月(当該病床を確保した日以降)及び3月(まん延防止等重点措置が解除されるまでの間)の病床使用率が70%以上であること。また、当該病床は病床確保料の対象とはならない。

3. 対象経費

- 令和4年2月1日から令和4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/救急対応を行う医療従事者の人件費(新型コロナ対応等手当、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。従前から勤務する職員の基本給も、当該職員の処遇改善を行う場合は補助対象とする(新型コロナ患者受入以降に行った処遇改善を含む)。
 - ・ 新型コロナ等対応手当の額(一日ごとの手当、特別賞与、一時金等)、支給する職員の範囲(コロナ病棟に限らず、例えば外来部門、検査部門等であっても、新型コロナ対応を行う医療従事者(事務職員等も含む)は対象となり得る)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。ただし、当該病床で働く医療従事者の人件費の十分な確保及び処遇改善を優先するものとする。
 - 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に委託できる。
 - ・ 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4500万円の場合、②の経費への補助金の使用は1500万円が上限となり、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3000万円以上となる。

2021年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月22日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 大阪府 医療法人伯鳳会大阪中央病院
 院長 根津 理一郎
 他に退会が4会員あり、正会員は合計2,535会員となった。
- 会員種別変更について了承した。
- 賛助会員として、以下の入会を承認した。
 株式会社テレコム
 (代表取締役 堀越寛生)
 賛助会員は、合計113会員となった。
- 2022年度会議予定表(案)について承認した。
- 2021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。
- 新型コロナウイルス感染症への対応に対する寄附金について承認した。
- 特定技能1号(外国人)受入れに伴う費用等について承認した。
- 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会委員の退任及び医療従事者委員会委員の交代について承認した。
- 各都道府県支部規約の改正について承認した。
- 千葉県及び鳥取県支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 「新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード」「中医協総会、薬

- 価専門部会、保険医療材料専門部会、診療報酬基本問題小委員会、費用対効果評価専門部会」「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」「第8次医療計画等に関する検討会」「第8回医療従事者の需給に関する検討会及び第40回医師需給分科会」の報告があり、質疑が行われた。
- 内閣府による立入検査結果について報告が行われた。
- 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
 大阪府 関西医科大学くずは病院
 広島県 荒木脳神経外科病院

- 一般病院2
 秋田県 市立秋田総合病院
 兵庫県 ツカザキ病院
- リハビリテーション病院
 高知県 高知病院
 12月3日現在の認定病院は合計2,054病院。そのうち、本会会員は858病院と、全認定病院の41.8%を占める。
- 「かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業検討委員会」について報告があり、かかりつけ医機能や総合医の役割をめぐって意見交換した。

抗原定性検査キットの購入希望を厚労省が受付

新型コロナ 在庫量が不足する医療機関に対応

厚生労働省は2月18日の事務連絡で、新型コロナのオミクロン株の感染拡大により、抗原定性検査キットの需要が増加したことから、医療機関からの緊急的な購入希望を厚労省が受け付け、医薬品卸売販売業者からの供給につなげる仕組みを整備したことを示した。

新たな仕組みでは、抗原定性検査キットの在庫量が、1週間当たりの行政検査の実施実績の過去最大数を下回った医療機関が対象となる。

購入希望は厚労省のウェブサイトの専用フォームで受け付ける。受付期間は2022年2月18日～3月31日まで。特

定のメーカー・製品を指定することはできない。1箱25キットであるため、販売数量は25の倍数になる。

キットの購入は有償で、備蓄を目的とした購入はできない。返品もできない。販売条件などは、医療機関と医薬品卸売販売業者で協議し、国は関与し

ないとしている。

厚労省は1月27日の事務連絡で、需給が安定するまで、医薬品卸売販売業者やメーカーに対して、優先度に応じた供給体制を確保することを依頼している。しかし、地域的な需要の偏りなどが報告されていることから、対応を図ることになった。

東京・大阪で臨時の医療施設を1,000床確保

厚労省 看護師派遣は国立病院機構や JCHO に要請

厚生労働省は2月15日、新型コロナのオミクロン株の感染拡大に伴い、国と都道府県の協働により、ホテルを活用した宿泊療養施設を臨時の医療施設に転換するなどして、新たな病床などを確保する方針を示した。東京と大阪で、約1,000床を確保した。

対象者は、軽症・中等症Ⅰ。ニーズの高い高齢者を中心に、一部は妊婦を想定する。酸素投与も準備し、2月中旬から順次運用を開始した。

東京は合計660床で、医療強化型と

して、品川プリンスホテル(港区)のイーストタワーと、コンテナなどを設置した立飛(立川市)の敷地で350床。高齢者支援型として、旧東京女子医大東医療センター(荒川区)や都立公社病院で250床。妊婦支援型として、都立公社病院で60床を確保する。イーストタワーの確保分には、妊婦支援型の40床を含む。

大阪は合計350床で、スマイルホテル新大阪(大阪市)で150床、他の大規模医療・療養センターで200床を確保する。

スマイルホテル新大阪は、高齢者施設などへの往診や入院待機ステーションへの応援派遣の拠点にもなる。

これら臨時の医療施設を国は全面的に支援する。このため、公立・公的病院から看護職員を約200人派遣することになった。

具体的には、2月9日に厚労省は、国立病院機構と地域医療機能推進機構(JCHO)に対して、東京と大阪の臨時の医療施設に医療人材を派遣することを要求した。派遣期間は2月中旬から

3月末までで状況に応じて、延長があり得るとしている。

要求は、国立病院機構法第21条第1項、地域医療機能推進機構法第21条第1項に基づく。

また、厚生労働省関連3法人(日赤、済生会、労災病院)にも、所管局長から文書要請を行った。他の公立病院にも各府省から要請を行っている。

さらに、派遣される看護師の派遣単価は1.5倍に拡充し、1時間8,280円とした。なお、1月20日の労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会などの審議を経て、へき地以外の臨時の医療施設への看護師などの労働者派遣を可能とする労働者派遣法施行規則が改正されている。

看護職員収入引上げの対象に薬剤師を追加することを要望

日病協・代表者会議 対象医療機関の線引きにも疑問の声

日本病院団体協議会は2月8日、厚生労働省の伊原和人医政局長に、2月から実施された看護職員等処遇改善事業補助金による賃金改善の対象職種に、薬剤師を追加することを要望した。同事業は、医療機関に勤務する看護職員に対し、収入の1%程度(月額4,000円)引上げを実施するものだが、医療機関の判断で、他の医療従事者の賃金改善にも充てることができる。ただ、薬剤師は除外されていた。

薬剤師が除外されたのは、看護職員

より収入が高いためと厚労省は説明している。しかし、日病協は、一般病院全体の薬剤師の平均給与は、医療経済実態調査によると、月換算で45.8万円であり、看護職員の42.2万円と比較し、大きな差はないと主張。対象職種に薬剤師を追加することを要望した。

なお、賃金改善を行うことができる看護職員以外の職種として、現状では、看護補助者、理学療法士・作業療法士などが対象となっている。

また、対象病院が、「地域でコロナ

医療など一定の役割を担う医療機関」に限定されている。具体的には、「救急医療管理加算を算定する救急搬送件数が年間200件以上の医療機関と三次救急を担う医療機関」となっており、対象職種だけではなく、対象医療機関の選別も行われる。

2月16日の四病院団体協議会でも、このことを問題視する発言が多くあり、医療機関間の不公平感を増大させるとともに、地域の医療機関連携にも支障を生じさせるとの懸念が出た。

さらに、10月以降は、看護職員の収入の3%程度(月額12,000円)に水準を引き上げた対応を診療報酬改定により実施することが決まっている。補助金は、病院の看護職員数に応じて金額が決まる。

しかし、診療報酬であると、患者数により病院の収入が決まるので、看護職員数に応じた収入にはならず、不整合が生じるので、制度設計が困難という理由を含め、今後、病院団体としての考え方を整理することが必要との意見が出されている。

病院のサイバーセキュリティ対策に懸念を表明

四病協・総合部会 国からの補助金を要望するため、必要額を試算

四病院団体協議会は2月16日、総合部会後に会見を開いた。日本病院会の相澤孝夫会長が、医療のデジタルトランスフォーメーション(DX)を推進させる政策が講じられている中で、サイバーセキュリティ対策が病院で十分に整えられていないことを懸念する意見が相次いだことを報告した。安全性を担保した上で、オンライン資格確認や電子処方箋などの普及を図るべきと相澤会長は強調した。

病院のサイバーセキュリティ対策が、他産業と比較して脆弱であることを指摘し、国からの補助金を求める考えを示した。必要となる費用の試算結果も明らかにした。2022年度予算案はすでに閣議決定され、国会で審議されているため、2022年度の補正予算での対応を含め要望を行う見通しだ。四病協としては、要望内容を含め病院のサイバーセキュリティ対策を考えるための委員会を立ち上げる。

病院は他産業と同様に、医療のDXに取り組んでいる。国もオンライン資格確認、電子処方箋など様々な政策を講じている。しかし、昨年秋には、徳島県の公立病院がランサムウェアによるサイバー攻撃の被害を受ける事態も生じた。厚生労働省は、「医療情報シ

ステムの安全管理に関するガイドライン」を今年度中に改訂する方針を示している。

日病の大道大副会長は、これまで閉鎖的で安全性が高いとされてきた病院のシステムが他のシステムと接続する機会が増え、リスクが高まっていると指摘した。ただし、病院のシステムは完全に閉鎖されているわけではないので、これまでもリスクは高かったが、多くの病院が対応できていない現状も強調した。

その理由として、「他業種では、サイバーセキュリティ対策の費用を商品の価格に転嫁できるが、診療報酬ではそれができない。病院経営の中で、どうしても、できるだけ低い費用で行いたいという気持ちが働いてしまう」と訴え、公費の投入が不可欠との考えを示した。

他業種と合わせた必要額を試算

補助金の水準の参考とするため、サイバーセキュリティ対策に必要な費用を試算した。試算の方法は以下のとおりだ。

他産業では収益に占める情報通信関連の予算の割合は2%程度である。このうち、サイバーセキュリティ対策の

費用は15%以上が計上される割合が高いという。これらの割合を前提に、病院に当てはめて試算を行った。

会員病院へのアンケート結果から、現状のサイバーセキュリティ対策の費用の回答を踏まえ、必要な費用から現状の費用を差し引き、不足額を算出。追加的に必要になる補助金額を示した。

その場合に、サイバーセキュリティ対策への投資がこれまで困難であった病院業界にとって、急速なサイバーセキュリティ対策の底上げが求められるため、はじめの数年間は、必要最低水準の15%ではなく、その2倍程度(30%)の投資が必要とした。

病床規模別に1病院当たりの年間の必要補助金額を試算した結果を下表に示した。

セキュリティ予算の必要公的補助金額

病床規模	対IT予算費15%試算 (公助の必要最低水準)	対IT予算費30%試算 (公助の十分水準)
20床~99床	N/A(0円)	300万程度
100床~199床	400万程度	1200万程度
200床~299床	1100万程度	2600万程度
300床~499床	2100万程度	5000万程度
500床~	5600万程度	1億3000万程度