



全日病 NEWS 2020.12.15

No.977

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

医療資源重点外来を制度化する報告書を了承

厚労省・医療計画見直し等検討会

あくまで病院の手上げにより地域で明確化

厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)は12月3日、「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能等に関する報告書」を了承した。外来機能報告制度を創設し、病院・有床診療所からデータを集め、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)(以下、医療資源重点外来)を位置付ける。そのような外来を地域で基幹的に担う病院を明確化する。

その病院は、紹介状なしの受診患者に定額負担を課することが義務化される。このため、定額負担の義務化は、あくまで病院の「手上げ」であることを確認した。現段階では、病院が率先して医療資源重点外来を担うインセンティブが小さいため、今後、診療報酬を含め、外来機能を明確化するための制度設計が具体化されていく見込みだ。

誤解を与える名称つけてはいけない

紹介状なし外来受診で定額負担を課す病院を拡大することが、全世代型社会保障検討会議の中間報告に盛り込まれ、その検討については、課題ごとに厚労省の審議会等が分担した。

医療保険制度上の課題は社会保障審議会・医療保険部会、選定療養などの具体的な負担額や要件は中央社会保険医療協議会となった。同検討会は、外来医療の明確化やかかりつけ医機能の強化を検討課題とした。コロナの影響で議論が一時ストップしていたが、2月以降、6回の議論を行い、今回その結果を報告書にまとめた。

報告書では、人口減少・高齢化により、都市部では外来需要が大きく増加する一方、多くの地域では外来需要は減少する。限られた医療資源をより効果的・効率的に活用するため、外来機能についても分化・連携を図る必要があると指摘している。その場合に、外

来機能は多様だが、データを含めこれまで議論の蓄積がない。まずはデータの蓄積・分析を行い、外来機能全体のあるべき姿を明らかにすることの重要性を、報告書は強調している。

そのため、医療資源重点外来を明確化することに着目した。病院・有床診療所は、医療資源重点外来に関する医療機能を都道府県に報告。その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組みの進捗状況を共有し、必要な調整を行う仕組みの創設だ。

医療資源重点外来の基準は、◇医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来◇高額等の医療機器・設備を必要とする外来◇特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)により設定する。具体的な内容は、「専門的に検討を進める場」で協議する。

これに関して、日本医師会常任理事の城守国斗委員が、「コロナの感染拡大では、当初PCR検査が制限された中で、CT検査がコロナ患者の発見に寄与した。今回の外来機能の明確化がCT装置の台数に地域で制限をかけるようなことにつながってはならない」と主張した。厚労省は、「現時点でCT装置の保有制限につながる方向性は含まれていない」と回答した。

なお、これまでの議論で参考とされた医療資源重点外来の試算の前提となる「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」の項目では、Dコード(検査)・Eコード(画像診断)・Jコード(処置)のうち、地域包括診療科で包括範囲外とされているもの(脳誘発電位検査、CT撮影等の550点以上)を用いており、CT検査は重点的な医療資源に含まれている。

また、医療資源重点外来は現時点で

仮称だが、「紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来」を提案する意見があった。また、高度で優れた外来をイメージさせる呼称にすると、政策目標とは逆に、初診患者を誘導してしまうおそれがあるため、慎重な検討が必要との意見が相次いだ。

外来機能報告制度では、地域医療構想の病床機能報告と同様に、国がNDB(ナショナル・データベース)などのデータを医療機関に提供し、医療機関は病床機能報告と一体的に、外来の実施状況を都道府県に報告する。将来的には、全国統一システムを完成させた医療機能情報提供制度のデータ活用も検討する。

外来機能報告を行う医療機関は、病院・有床診療所とし、無床診療所は除いた。無床診療所は任意で外来機能を都道府県に報告することができる。

都道府県知事の権限も設ける

医療資源重点外来を地域で基幹的に担う病院を明確化する仕組みを構築するに当たっては、国がそのような外来の需要を参考値として示し、その参考値に該当する病院を地域の協議の場で議論し、決めることになる。

その際に、入院と外来を一体的に議論する観点から、地域医療構想調整会議を活用することが提案された。また、紹介患者への外来が基本であることが患者にわかるよう、広告可能とする方向だ。

また、病院では診療科ごとに地域における外来の機能は異なることから、今後、専門的な検討の場で協議する。

都道府県知事に持たせる権限も、病床機能報告制度と同様に検討する。具体的には、「対象医療機関が外来機能報告をせず、または虚偽の報告をした場合は報告徴収または報告是正の命令



ができ、これに医療機関が従わない場合はその旨を公表することができる」ことを報告書に明記した。

医療資源重点外来は、紹介患者を基本とすることから、地域医療支援病院の機能と重なる部分が大きく、違いがわかりにくいとの指摘がある。報告書では、今後、専門的な検討を進める場で、特定機能病院や地域医療支援病院以外であっても、紹介患者を基本とする医療機関を、地域の基幹的な医療機関として明確化すると整理している。

かかりつけ医機能は今後の課題

報告書における、かかりつけ医機能の強化については、外来機能の明確化の文言よりも抽象的なものにとどまった。基本的な考え方は、2013年の日本医師会・四病院団体協議会の合同提言に示されているが、制度的な位置づけに結び付く整理とはなっていない。

検討会においては、特に日本医師会の委員が、「年内に結論を得るには、かかりつけ医機能の本質的な議論を行う時間的余裕はない。まずは、定額負担が義務化される病院を拡大する上で、その対象となる病院の外来機能を明確化する議論に集中せざるを得ない」といった意見を主張したことが背景にある。

その結果、かかりつけ医機能については、「かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る」ことや、国民・患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を探るよう、医療機能情報提供制度の周知に取り組むことなどを報告書に盛り込んだ。

医療・検査体制や医療機関への経営支援

国民医療を守る議員の会

2.9兆円の新たな予算確保を提言

国民医療を守る議員の会は12月4日、医療社会保障財源確保に関する提言を行った。第3波ともいえるコロナの感染拡大を踏まえ、第2次補正予算の予備費や第3次補正予算を見込み、総額2兆8,993億円の対策を盛り込んだ。医療・検査体制の拡充や医療機関の経営危機への支援策が中心だ。

全日病副会長の安藤高夫衆議院議員らが、鴨下一郎会長代行とともに田村憲久厚生労働大臣に提言を手渡した。

要望事項は、◇PCRセンターの設置・維持(更新)◇ベッド確保・コロナ専門病院の整備(既存・新規)◇地域医療維持交付金(更新)◇抗体検査(既存)◇研究開発費(既存)◇PPE確保(既存)◇地域介護維持交付金(更新)◇介護老人保健施設の経営支援(既存)◇I-MAT(事件現場医療派遣チーム)派遣体制の確立(更新)一。

合計7兆3,711億円を積算し、第1次補正予算(2,267億円)、第2次補正

予算(2兆9,426億円)、第2次補正予算の予備費(1兆3,025億円)からなる、これまでの対応分を差し引いた2兆8,993億円を要望額としている。

検査に関しては1日40万件的体制を確保し、検査センターを全国に1,100か所設置することを求めた。1日30万人の発熱・呼吸器感染症が警戒され、インフルエンザが1日10万件とすると、コロナ検査は最低20万件が必要。さらに、積極的疫学調査やエピセンター抑制、ハイリスク者保護のためのエッセンシャルワーカーの検査用を加えると、40万件となる。抗原検査の大幅拡充も訴えた。

コロナ専門病床は5万床が必要と見込んだ。重症者ICU、中等症用コロナ専門病院・モバイルホスピタル、軽症用宿泊療養施設(ホテルに医療やモニタリングシステムの導入)、空床確保を含め十分な財源を確保すべきとした。特例の「診療報酬5倍」は「確かに効果

がある」と指摘しつつ、コロナ患者受入れ病院の減収は大きく、「減収額は5割をはるかに超えるという試算もある」と指摘した。

コロナ対応以外の医療機関も受診抑制により減収の影響は甚大だ。提言では、「倒産すれば、医療崩壊が起きるリスクがある」と強調。「冬の第3波対策で最も重要なのは、これらの医療機関にも、1日40万件以上必要になるコロナ検査を行ってもらうなど、コロナ対応の医療体制に加わってもらうことである」と主張した。

医療機関の財政支援としては、地域医療維持確保給付金の創設や無担保・無利子融資枠の拡大、休業補償など医療機関に対し、「これまでにない高い水準で支援するべき」と要望した。

PPEの費用が高騰した際の支援や国内生産体制の確保、介護施設でクラスターが発生した場合にI-MATを派遣できる財政支援も求めている。

窓口負担2割への引上げで医療界が慎重な対応求める

四師会をはじめ医療・介護関係の41団体で構成する国民医療推進協議会(中川俊男会長)は12月2日に総会を開催。75歳以上の高齢者に対する患者負担2割への引上げについて、「慎重な対応を求める」との決議を採択した。

中川会長は、コロナへの不安から、医療機関への受診控えが続いているような時期に政策を進めることは、「国民の信頼は得られない」と訴えた。

窓口負担の引上げについては、政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告で、方向性を決めている。しかし、その範囲をめぐり年内の最終報告とりまとめに向け、調整が続いている。



全日病の猪口雄二会長も出席。

救命救急センターの充実段階評価に配慮することで一致

厚労省・救急災害あり方検討会

コロナで実績が維持できない病院への対応

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)は12月4日、救命救急センターが多くコロナ患者を受入れていることを踏まえ、救命救急センターの補助金の水準や診療報酬の算定で使われている充実段階評価において、配慮を行う考えで一致した。

救急搬送の件数がコロナの影響で減少している。東京都の場合、消防庁の出場件数は対前年比で4月が75.9%、5月が77.1%、6月が85.2%、搬送人員は4月が72.5%、5月が74.7%、6月が82.9%。全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体の病院経営調査(1,235病院)でも、救急患者受入件数は4月が66.3%、5月が66.9%、6月が76.2%と、3割を超える落ち込みがあった。

一方、救命救急センターはコロナ患者を多く受け入れている。救命救急センターの92%がコロナ受入医療機関となっており、86%が受入実績のある医療機関である。

また、人口100万人以上と人口10万人未満のいずれにおいても、救急車の受入台数が多く、救急の活動度が高いほど、コロナ患者受入医療機関の割合が増加する傾向がみられた。200床未満、200床以上400床未満のいずれの病床規模においても、同様の傾向が確認されている。さらに、救急者の受入台数が多く、救急の活動度が高いほど、人工呼吸またはECMO(人工肺とポンプを用いた体外循環回路による治療)を使用したコロナ患者を受け入れている。

通常の救急患者が減少し、コロナ患者を受け入れている状況は、救命救急センターの救急診療体制や患者受入実績などを評価する充実段階評価にマイナスの影響をもたらす。充実段階評価は、救命救急センター運営事業費の補助額や診療報酬の救命救急入院料加算の施設基準に使用されており、放置す

れば、救命救急センターの運営に支障が生じるおそれがある。

日本救急医学会は11月9日、コロナ対応のため、「診療体制の変更や機能・研修体制の制限、受入患者数の変動などが生じている。段階的な充実度の改善について、本年中の評価については格別な配慮」を実施することを要望している。委員からも、「救命救急センターのモチベーションを下げてはいけない」(長島公之委員・日本医師会常任理事)といった意見が相次いだ。

厚労省は、「例年と同様の評価は困難」とした上で、充実段階評価への影響の実態把握を行い、影響を受ける項目があった場合、その項目を除外して評価することなどを提案した。委員からは複数の賛同する意見が出たが、2020年度の点数は2019年度と同じ点数で評価すべきとの提案もあった。

診療報酬における充実段階評価では、1月の実績を来年度の評価に反映させる。厚労省は次回の検討会で具体案を示し、配慮措置を決める意向だ。

また、二次救急医療施設でコロナ患者を受け入れた医療機関が31%にとどまっていることに対し、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「特に都市部では、二次救急が一般の医療を担い、救急救命センターがコロナ対応を行う役割分担を図ったことにより、医療崩壊が起きなかった」と強調した。

感染症対応の医療支援チームが必要

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部の地域支援班DMATの活動状況が報告された。DMAT事務局員19名が厚労省参与となり、4月15日～10月30日の間、約1,500人がクラスター発生病院の情報収集や地域派遣班の派遣調整などを行っている。

「感染制御の体制が十分でない病院や施設が最もリスクの高い集団であるが、災害医療の考え方をういた適時・適切な支援を行うことで、コロナの過

剰死亡を抑えられる可能性があることを示唆した」と報告した。

具体的な評価点では、◇支援が遅れ、死亡者が多い病院や施設では、体制が確立する前に多くの死亡が出ており、適切な医療・介護が受けられなかったことによる全身状態悪化の可能性が考えられた◇早期支援を行うと施設に戻るまでの日数が短縮されるなど、早期に病院・施設を立て直すことが可能である一などを指摘した。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、東京都で感染拡大が発生し、地域支援班DMATの支援を得つつ、感染症対策の専門家を集めた東京iCDCの設置やコロナ感染症専用病院の設立などを踏まえ、「DMATは今回機動的な対応を行い、その機能を果たしていると思うが、元々、災害対応を目的に設置された医療支援チームである。今後は感染症対策専門の医療支援チームを設けることを含め、総合的な感染症対策のため、両者をうまく使っていくことが必要になる」と述べた。

有事に際に病院船をどう活用するか

病院船の検討状況も示された。病院船とは、「災害時多目的船のうち、災



害時等において船内で医療行為を行うことを主要な機能とする船舶」。東日本大震災を機に検討が始まったが、建造に莫大な費用がかかることや、平時の活用性の低さが課題となった。コロナの感染拡大により、再び注目され、厚労省は補正予算に検討の予算を計上している。

ただ、これまでの検討において、用途や課題について様々な指摘がある。猪口委員も、「反対するわけではないが、コロナのような感染症対応としては、莫大な費用をかけて海上に病院船を浮かべるよりも、陸上にある、普段は稼働していない遊休施設を用意しておくほうが、効率的なのではないか」と問いかけた。他の委員からも、病院船は地震や津波で病院など社会インフラが破壊された場合に、有用なものと指摘があった。

また、加納委員が全日病常任理事として、2019年度のAMAT活動報告を行った(下表参照)。

2019年度のAMAT活動報告(抜粋)

(自然災害対応)

令和元年8月の前線に伴う大雨

AMAT派遣◇8月29日◇活動場所：医療法人順天堂順天堂病院/佐賀県杵島郡◇活動隊員数：1病院(先遣AMAT1チーム3名)

令和元年房総半島(台風15号)

AMAT派遣◇9月10日～9月23日(待機含む)◇活動場所：医療法人社団千葉光徳会中沢病院/千葉県富里市、社会福祉法人太陽会安房地域医療センター/千葉県館山市◇活動隊員数：18病院(延べ52チーム170名)、待機隊員数：11病院(延べ17

チーム)

令和元年東日本台風(台風19号)

AMAT派遣◇10月13日◇活動場所：医療法人平成博愛会世田谷記念病院/東京都世田谷区◇活動隊員数：2病院(延べ2チーム8名)、待機隊員数：7病院(延べ7チーム)

(コロナ対応)

ダイヤモンド・プリンセス号

AMAT派遣◇2月11日～2月16日◇活動場所：クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号船内◇活動隊員数：7病院(延べ13名で医師9名、看護師1名、業務調整員1名、薬剤師2名)

地域医療構想の病床必要量は現状どおり

厚労省・地域医療構想WG

感染拡大時のための病床確保は負担が大きい

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11月25日、コロナなど新興感染症等への備えは医療計画などで対応しつつ、人口減少・高齢化を踏まえ、地域医療構想は着実に進めるとの方針を確認した。将来の人口動態を踏まえた病床必要量の推計も現状どおりとする。

コロナのような「新興感染症等の感染拡大時における医療」は医療計画の5事業の記載事項に追加し、対応できるようにする方向で議論が進んでいる。平時の負担を最小限にしながら、有事に機動的かつ効率的な体制を整えられるよう準備する考えだ。

一方で、地域医療構想の背景となっている人口減少・高齢化の中長期的な状況や見通しは変わっていない。厚労省は、地域医療構想の医療需要・病床必要量の推計を超えて、新興感染症等の感染拡大に備え、一定数の稼働病床を確保し続ける場合、その維持には追加的な負担が病院にかかり続けることになる」と指摘した。

このため、地域医療構想の基本的な枠組み(病床必要量の推計・考え方など)は維持しつつ、引続き着実に地域医療構想の取組みを進めていくことを

提案した。

再びコロナの感染拡大が起きている状況で、いま地域医療構想をどの程度の速さで進めなければいけないかの認識では、委員間で温度差があったものの、基本的な考え方では了解が得られた。

基幹病院新設ではない再編統合を

全日病会長の猪口雄二委員はまず、「コロナの重症者が増えて、重点医療機関のICUも埋まりつつある状況だ。感染拡大がこれ以上になれば、一般医療の制限が出てくる。重症者を受けきれなくなったときに、どこが医療提供体制をコントロールすることになるのか。そのような想定を行って、スピード感をもって対応しなければ大変なことになる」と現状に対する危機感を表明した。

その上で、地域医療構想における公立病院の再編統合で、複数の病院が病床をほとんど減らさずに、基幹病院を新設する事例が出ていることを指摘。「地域の医療提供体制の中で、その病院がどのような機能を果たすべきであるのかをきちんと議論してから、再編統合の形を決めるべきだ」と述べた。

全日病副会長の織田正道委員も、「大病院を再編統合し、箱ものを新築するのではなく、まずはダウンサイジングを検討すべき」と主張した。また、「ダウンサイジングした既存施設は、有事の際の新興感染症等の感染拡大時のバッファに用いられたいのではないかと提案した。前回のコロナ対応のヒアリングで、コロナ対応を公立病院が担い、一般医療が制限された分は近隣の民間病院が担った苦小牧市立病院を事例に引き合いに、「今後のモデルとして考えることができる」と述べた。

構想推進のため国が4つの支援

地域医療構想を着実に進めていくため、厚労省は今後、「公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組みを実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想の議論を活性化させる」との方針を示した。

国の支援としては、①データ・知見等を提供②「重点支援区域」を選定し、積極的に支援③「病床機能再編支援制度」の法改正を行い、引き続き病床機能の再編を支援④税制優遇措置の創設



一を実施する。

具体的にみていくと、国が準備するデータ・知見等は地域医療構想調整会議に提供し、議論の活性化を促す。「重点支援区域」はこれまで2回の選定が行われており、現在検討中の区域があるという。「病床機能再編支援制度」は今年度導入されたもの。いわゆる病床買取り制度だが、来年度から消費税という安定財源を確保し、持続的な制度とする。税制優遇措置については、医療機関の再編統合で、民間医療機関が資産等を取得した場合に、公立病院と同様に税制が優遇されるようにするもので、厚労省は概算要求時に財務省に税制改正要望として提出している。

地域医療構想は2025年の人口減少・超高齢社会を想定し、制度設計された。2025年まで残すところ5年を切っており、期間を意識して取り組む必要性が指摘された。コロナという状況下でも、その状況を見極め具体的な工程を進めるべきであることを、厚労省は強調している。

新型コロナワクチンを無料接種、救済措置も

国会 予防接種法等改正法案が成立

新型コロナに対する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が12月2日、参議院本会議において全会一致で可決、成立した。コロナを予防接種法の「臨時接種」の特例に位置づけ、厚生労働大臣の指示の

下、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。

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ぶようにする。

政府は2021年前半までに国民全員分のワクチンを確保することを目標とし、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いる。海外製のワクチンでも、国内で実施する治験で安全性と有効性の確認が必要となる。衆参の厚生労働委員会では、採決に

当たって付帯決議を採択し、接種した場合のリスクとベネフィットなどの情報を迅速・的確に公表するとともに、接種の判断が国民の意思に委ねられていることの周知などを政府に求めた。

ワクチン接種による副反応に関しては相談窓口を設置し、国民に周知。海外情報も含め、医療機関・製造販売業者から迅速に情報を把握し、公開することにより、健康被害が拡大することのない対応を図るべきであるとした。

2020年薬価調査の市場実勢価格との乖離率は8.0%

中医協・薬価専門部会

回収率86.8%、妥結率は95.0%で従前と同水準

厚生労働省は12月2日の中医協・薬価専門部会(中村洋部会長)に2020年薬価調査の速報値の結果を報告した。薬価と市場実勢価格との平均乖離率は8.0%で、消費税増税時の改定で用いた2018年調査(中間年)の7.2%より大きく、2020年度改定で用いた2019年調査と同じだった。

2016年12月20日の四大臣合意で、「市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年も、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬

品改定を行う」ことが決まった。

前回の中間年は2019年度だが、消費税10%への引上げに伴う控除対象外消費税問題などへの対応で改定が2019年10月にあったため、中間年改定は今回が初めてとなる。しかし、新型コロナの感染拡大が生じ、薬価改定の是非は新型コロナの影響も勘案し、「十分に検討し、決定する」(骨太方針2020)となった。ただし、薬価調査は予定どおり実施することになった。

10月26日、菅総理は所信表明で、「各制度の非効率や不公平を正していく」との文脈で、「毎年薬価改定の実現に取り組む」と発言。11月25日の財務省の財政制度等審議会の建議では、「全

品改定を実施すべき」と踏み込んだ。医薬品の市場実勢価格の加重平均値に2%の上乗せを行っている調整幅の見直しにも言及した。薬価改定の是非は予算編成過程で決定されるが、関係業界とのヒアリングとあわせ、薬価専門部会で、実施する場合の方法を引き続き議論していく模様だ。

今回の調査では、通常は全数を対象としている卸売販売業者について、3分の2の抽出調査とした。購入サイドでは、病院は40分の1、診療所は400分の1、薬局は120分の1とし、9月分の取引状況を調べ、集計した。

新型コロナにより現場からは、通常取引が行われていないとの悲鳴が上がる。調査方法でも配慮が行われたが、今回の調査結果に対しては、薬価改定を行うとしても、薬価調査が取引価格をきちんと把握しているかをまずは確認する必要があった。

結果をみると、平均乖離率は8.0%だった。回収率は86.8%(4,259客体)で、2015年、2017年、2018年の調査より高かった。妥結率(薬価ベース)は95.0%で、これまでの薬価調査と比べ特に低いということはなく、2018年の91.7%より高い(左表参照)。

支払側の協会けんぽ理事の吉森俊和委員は、「例年と状況は異なるが、外形的には例年並みで特に注目すべき数字は見当たらない。薬価改定は可能だ」

と述べた。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員も「例年と遜色ない数字」と指摘。薬価改定の範囲を議論できる資料の提示を厚労省に要請した。

これに対し診療側の委員は、「新型コロナの影響は外形的な数字のみに現れるわけではない。薬価改定による国民負担の軽減も大事だが、医療崩壊を起こさせないことを優先させるべき。医療機関の経営への影響も大きい」(松本吉郎委員・日医常任理事)と訴えた。

また、医薬品卸売業の村井泰介専門委員は、医薬品卸の経営悪化の要因として、◇受診抑制と手術件数の減少などによる市場縮小◇累次の薬価改定による薬価引下げ◇感染拡大防止のため、価格交渉など接触回数的大幅な減少などを指摘。特に、「価格交渉のプロセスが今回は全く違った」と強調した。

薬価改定の範囲や方法では、支払側の吉森委員が「乖離の『率』だけでなく、『額』にも着目すべき」と提案。診療側の松本委員はそれに反対した。四大臣合意では「価格乖離が大きな品目」と明記しており、その点を明確にしていない。『乖離率』に着目すれば、後発医薬品や長期収載品が中心になるが、『乖離額』に着目すれば、薬価の水準が高いため乖離率としては相対的に小さくなりながら先発医薬品も幅広く対象に含まれることになる。

2021年(中間年)薬価改定に向けて今後中医協でどのような議論が行われるのか注視が必要となる。

薬価調査結果の速報値

項目	2015	2017	2018 (中間年)	2019	2020 (今回)
平均乖離率	8.8%	9.1%	7.2%	8.0%	8.0%
回収率 ()内は調査客対数	72.3% (6,280客体)	79.2% (6,291客体)	85.0% (6,153客体)	87.1% (6,474客体)	86.8% (4,259客体)
項目	2015	2017	2018 (中間年)	2019	2020 (今回)
妥結率※ (薬価ベース)	97.1%	97.7%	91.7%	99.6%	95.0%

※ 妥結率は、価格妥結状況調査の結果による。

乖離率の推移 (投与形態別)

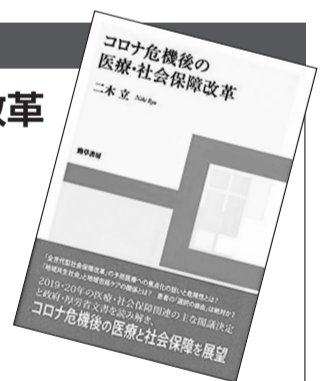
区分	2015	2017	2018	2019	2020
内用薬	9.4%	10.1%	8.2%	9.2%	9.2%
注射薬	7.5%	7.3%	5.2%	6.0%	5.9%
外用薬	8.2%	8.0%	6.6%	7.7%	7.9%
歯科用薬剤	-1.0%	-4.1%	-5.7%	-4.6%	-0.3%

一冊の本 book review

コロナ危機後の医療・社会保障改革

著者●二木 立
発行●勁草書房
定価●2,300円+税

日本福祉大学の学長を長年務められた二木立先生の最新作。本書では、目下の課題である新型コロナウイルス対応に関する政策と、最新の医療と社会保障改革に対する分析が多面的かつ明快に述べられており、その評価を総括的に理解することができる。コロナ後の政策は混乱の中ではなく、本書で分析された内容の延長上で行われることになる。今後の医療政策を見通すためにも、ぜひ読んでおきたい一冊。経営幹部はもちろんのこと、幹部候補、中堅職員にもお勧めする。



(安藤高夫)

2020年度 第8回常任理事会の抄録 11月21日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
佐賀県 一般社団法人 巨樹の会
新武雄病院
院長 藤田博正
他に退会が1会員あり、正会員数は2,546会員となった。
- 外国人材受入事業監査特別構成員の選任について承認した。
- 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。
- 第62回全日本病院学会 in 岡山の開催方式について協議し、新型コロナ

ウイルスの感染状況を勘案し、WEBを基本とした開催方式とする方向で検討することを承認した。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会・入院医療等の調査・評価分科会・診療報酬基本問題小委員会・薬価専門部会・診療報酬改定結果検証部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」、「医療介護総合確保促進会議」、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」、「社会保障審議会医療保

険部会」の報告があり、質疑が行われた。

- オンライン診療に対する見解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調査(第二四半期)報告について報告があった。
- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の交付状況等に係る調査について報告があった。
- 新型コロナウイルス感染症対応病院等に対する寄附金の配分について報告があった。
- 学術委員会主催WEBセミナー委員会企画アンケート等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
大阪府 友愛会病院 更新
 - ◎一般病院2
北海道 天使病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
徳島県 美摩病院 更新
 - ◎精神科病院
秋田県 秋田緑ヶ丘病院 更新
熊本県 くまもと青明病院 更新
 - 宮崎県 国見ヶ丘病院 更新
- 10月2日現在の認定病院は合計2,135病院。そのうち、本会会員は868病院と、全認定病院の40.7%を占める。

「人の移動」によるコロナの感染拡大に危機感を表明

四病協・総合部会 緊急包括支援交付金の交付状況を調査

四病院団体協議会は11月25日にオンライン開催で総合部会を開き、最近の医療行政をめぐる議論した。終了後の会見で日本病院会の相澤孝夫会長は、コロナの感染拡大の状況に危機感を表明。「人の移動が明らかに感染を拡大させている。是非止めるような対応を講じてほしい」と政府に訴えた。

相澤会長は、「感染拡大の地域では、コロナ対応の病床が埋まりつつある。一般の医療が提供できなくなり、医療崩壊が起こりかねない由々しき事態だ」と、病院団体として発言する必要性を強調した。

感染拡大防止事業に46%が申請

また、政府の第1次、第2次補正予算によるコロナの緊急包括支援交付金の交付状況等の調査結果を発表した。四病協に加入する病院のうち、1,828

病院の状況(11月17日～11月24日)を集計した(回答率34.1%)。

1,828病院のうち、重点医療機関のみは209病院(11.5%)、協力医療機関のみは452病院(24.7%)、重点医療機関・協力医療機関の両方は78病院(4.2%)、合計は739病院(40.4%)となっている。

調査対象とした重点医療機関体制整備事業は重点医療機関が、病床確保事業は協力医療機関が申請するものだが、回答では明確に区別されていない。救急・周産期・小児体制確保事業は都道府県に登録された救急病院や小児医療を提供する病院が申請する。感染症拡大防止等支援事業はすべての一般病院が申請できる。

調査結果をみると、「重点医療機関体制整備事業」の申請は311件(申請に対する割合は17.0%)、うち交付決定は171件(同55.0%)、「病床確保事業」

の申請は513件(同28.1%)、うち交付決定は415件(同80.9%)、「救急・周産期・小児医療体制確保事業」の申請は626件(同34.2%)、うち交付決定は310件(同49.5%)、「感染症拡大防止等支援事業」は718件(同39.3%)、うち交付決定は332件(同46.2%)となっている。

また、10月31日時点の病院の経営状況で、「通常通り」との回答は399件(21.9%)、「厳しい」は949件(52.0%)、「非常に厳しい」は478件(26.2%)であった。福祉医療機構による優遇融資の借入を受けている病院は410件(22.4%)となっている。

冬季賞与の支給予定は、「満額支給」が857件(47.0%)、「減額支給」が402件(22.0%)、「支給なし」が7件(0.4%)、「検討中」が559件(30.6%)といった状況だ。なお、国公立病院は人事院勧告により賞与が減額となっており、コロ

ナによる経営悪化ではなく、「減額支給」と回答している病院がある。

10月31日時点の都道府県別の緊急包括支援交付金の申請、交付決定、入院の状況も集計している。

「重点医療機関体制整備事業」で申請率が最も高いのは長野県の60.7%(交付決定は23.5%)、最も低いのは山形県、石川県、山梨県、奈良県、岡山県、徳島県、高知県、佐賀県の0.0%、「病床確保事業」で申請率が最も高いのは長野県の60.7%(同52.9%)、最も低いのは和歌山県、徳島県の0.0%となっている。

「救急・周産期・小児医療体制確保事業」で申請率が最も高いのは長野県の78.6%(同27.3%)、最も低いのは佐賀県の0.0%、「感染症拡大防止等支援事業」で申請率が最も高いのは山梨県の75.0%(同66.7%)、最も低いのは山形県の5.3%となっている。

受診時定額負担の基準で厳格な基準設定は避けるべき

日病協・代表者会議 外来機能分化の政策効果に疑問を呈する

日本病院団体協議会は11月27日にオンライン開催で代表者会議を開き、最近の医療行政をめぐる議論した。終了後の会見で日本病院会の相澤孝夫会長は、紹介状なし受診時の定額負担の対象病院を拡大する方針に関して、厳格な基準を設定することは避けるべきであるなど、様々な意見が出たことを報告した。

政府の全世代型社会保障検討会議な

どでは、200床以上の一般病院のうち、医療資源を重点的に活用する外来など一定の条件に該当する病院を新たな定額負担の対象とする方向で議論が進んでいる。しかし、「強制的に病院を指定する仕組みではないので、一律に線引きする条件を設定するのではなく、緩やかな目安にすべきと主張する意見があった」と述べた。

現状で大病院に課している定額負担

は、外来機能の分化を進める上で、「うまく機能していないのではないかと指摘し、対象病院拡大の政策効果に疑問を呈した。また、定額負担の徴収義務がある病院であっても、実際に徴収した患者が再診で0.1%であるなど、再診での定額負担徴収の実績が少ない。これについて、「特定機能病院でも再診の診療単価は高くないため、かかりつけ医への逆紹介を増やすことが重要

だ」と指摘した。

2024年度から施行される医師の時間外労働規制で、新たに「連携B水準」が設けられたことについては、大学病院などがその解消のため、派遣先の病院から医師を引き揚げる動きを加速させかねないとの指摘がある。このため、B水準(地域医療確保暫定特例水準)のように2036年度までの廃止を目指すのではなく「連携B水準」は、2036年度以降も残すべきとの意見が出たことが示された。

来年度の専攻医研修の第1次募集に8,715人が応募

日本専門医機構 カリキュラム制へは125人が応募

日本専門医機構の寺本生理理事長は11月24日、来年度の専門医研修の第1次募集の状況を報告した。8,908人の専攻医が登録され、うち8,715人が19の各基本診療領域のプログラムに応募した。12月1日から第2次募集を開始し、12月14日に締め切る。来年1月中には最終的な調整を行う。

プログラムへの応募で、プログラム

制は8,590人、カリキュラム制は125人だった。昨年の1次募集と比べ、耳鼻咽喉科や小児科、総合診療などでは、応募が減少した。外科や放射線科、精神科などでは増加している。コロナの影響が出ているかについて、寺本理事長は「これだけではわからない」と答えている。

また、来年度から基本診療領域のダ

ブルボード(複数の基本診療領域の専門医資格の取得)を希望する専攻医の研修が始まるため、対応方針が示された。現状で、整形外科とリハビリテーション科、内科と総合診療のダブルボードが認められている。今後の調整により、他のダブルボードも認定していく方針だ。

ダブルボードにおいても、基本診療

領域のプログラムの定員内での採用が条件となるが、地域枠対象者と同様にシーリング対象外として取り扱う。通常の専門医研修の応募では、都道府県別・診療科別にシーリング(募集上限)を設定している。

なお、ダブルボードの対象者は、「機構認定専門医として基本領域専門医を更新した者」、「2020年度中に機構専門研修プログラムの修了が予定される者」としている。

低酸素状態を判断する個別審査を廃止

産科医療補償制度 在胎週数28週以降なら補償対象に

日本医療機能評価機構の産科医療補償制度の見直しに関する検討会(柴田雅人理事長)は11月30日、報告書案を概ね了承した。産科医療補償制度における補償対象基準や保険料水準などの見直しを盛り込んだ。報告書案は一部修正した上で、厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会に提出。制度見直しは、2022年1月から実施される予定となっている。

産科医療補償制度は2009年1月に創

設された。分娩に際して、医療事故で脳性麻痺になった事例に対し、補償金を給付するとともに、原因分析を行う。2015年には補償対象となる脳性麻痺の基準や掛金を改定した。前回改定から5年経ち、見直しの時期を迎えたため、9月から検討を始めていた。

補償対象基準は現在、通常分娩で脳性麻痺になった子どもで、「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g以上」または「在胎週数28週以上で低酸素状態

による所要の要件に該当する場合」。後者は個別審査になるが、今回、「低酸素状態による所要の要件」を廃止し、一般審査に統合することを決めた。在胎日数28以降で、低酸素状態をデータで示すことができなくても、補償対象とする考えだ。除外基準は維持する。

また、補償対象者は制度創設時、全国的なデータがない中で、年間500～800人を見込んだ。しかし、2009年～2014年の実績に基づき試算すると、年



間455人(推定区間380人～549人)となった。この推計と制度見直しの影響を合わせ出産育児一時金に上乗せしている保険料水準を計算すると、1分娩当たり2.2万円。このうち掛金が1.2万円、保険料充当額が1万円となる。これに伴い、出産育児一時金に上乗せしている1.6万円の掛金は下がる見込みだ。

■ 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
AMAT 隊員養成研修 (災害時医療支援活動に関する研修) (40名)	2021年1月10日(日)【WEB研修】 2021年1月30日(土)【集合研修】 2021年1月31日(日)【集合研修】 2021年2月6日(土)【集合研修】 ※集合研修はWEB研修の受講者が対象となり、いずれか1日の出席	11,000円(33,000円)(税込)	AMATは今年度も厚生労働省の災害医療チーム養成支援事業の実施団体に選定されている。今年度はコロナ感染症対策として、12時間のうち6時間をWEBで、残る6時間の実習は通常200名規模の会場を定員40名程度を上限に実施する。これまで3名1チームの参加を要件としていたが、今回は1名の参加も可能。