



# 全日病 ニュース

## 2021.5.1

### No.985

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

## 2022年度診療報酬改定に向け要望書

日本病院団体協議会 入院基本料の大幅増点など6項目盛り込む

日本病院団体協議会の齊藤正身議長は4月16日、厚生労働省の濱谷浩樹保険局長あてで、井内努医療課長に2022年度診療報酬改定の要望書を手渡した。今回は第1報であり、2022年度改定の議論が本格化する秋以降に個別具体的な項目を盛り込んだ第2報を提出する予定。第1報の段階では、総論的な要望をまとめている。

要望書の趣旨と6項目の要望を右表に示した。2020年度改定は、医師の働き方改革への対応などで、本体0.47%のプラス改定となった。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大により、多くの病院の経営が急激に悪化し、地域医療の維持が非常に不安定な状況にある。病院経営を維持するには、今後の新興感染症への備えを含め、病院医療への診療報酬上の評価の拡充と継続が必要であることを訴えた。

「適切な入院基本料の設定」では、新型コロナウイルスに対応しながら、医療提供体制の改革を行うためには、病院の入院基本料の大幅な増点が必要であると示した。

「働き方改革、多職種協働、タスクシェア・タスクシフトを進めるための診療報酬上の評価、基準緩和」では、

病棟で多職種の医療従事者が協働できるよう、診療報酬上の評価や配置基準の見直しなどを求めた。救急救命士、特定看護師、臨床工学技士については、新たな診療報酬点数の加算の設定が必要とした。人員配置基準の緩和も引き続き主張した。

「地域における医療機能の分化・連携を推進するための診療報酬上の評

価」では、入院中に他院を受診する場合の入院料の減算制度を抜本的に見直すべきとした。特定入院料算定病棟や医療療養病棟での高額薬剤の出来高請求を認めることも求めた。

「医療におけるICTを推進するための診療報酬上の評価」では、医療の質向上と効率化にICT化の推進は不可欠であるが、投資が多額となり、経営

を圧迫している。このため、ICT化のコストを賄うための診療報酬の評価を要望した。また、医療と介護で互換性のある電子カルテシステムの基準を示すべきとした。

「救急医療の充実と評価」では、2020年度改定で新設された地域医療体制確保加算の算定要件の緩和を要望した。夜間休日救急搬送医学管理料と救急医療管理加算の見直しも引き続き求めた。

「食事療養費の見直し」では、ほぼすべての病院で大幅な赤字が生じていることから、食事療養費を適切な水準にすることを訴えた。

### 2022年度(令和4年度)診療報酬改定に係る要望書【第1報】

2020年度に実施された診療報酬改定では、改定の基本方針として、健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現に加えて、医師等の働き方改革の推進、社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和などが掲げられ、本体0.47%のプラス改定(救急病院における特例的対応+0.08%)がなされた。

しかし、複数の病院団体の調査で明らかになったように、新型コロナウイルス感染症の拡大により、多くの病院の経営が急激に悪化し、地域医療の維持が非常に不安定な状況となっている。また、医療の効率化を追求するのみではなく、今後の新興感染症の到来に対応するには、ある程度幅を持った病床稼働も必須であることが明らかとなった。したがって、政府の緊急包括支援交付金による病院医療への支援の継続はもちろんのこと、病院経営を維持するには、病院医療への診療報酬上の評価の拡充と継続が必要である。

日本病院団体協議会は、このような厳しい環境下での改定であることを踏まえ、医療提供体制の更なる向上と持続可能性を追求するために、次期診療報酬改定において、傘下の病院団体共有の項目を中心に以下の6項目を要望する。

- ①適切な入院基本料の設定
- ②働き方改革、多職種協働、タスクシェア・タスクシフトを進めるための診療報酬上の評価、基準緩和
- ③地域における医療機能の分化・連携を推進するための診療報酬上の評価
- ④医療におけるICTを推進するための診療報酬上の評価
- ⑤救急医療の充実と評価
- ⑥食事療養費の見直し

## 病院団体や都道府県医師会の新型コロナ対策に日医が補助

日本医師会 企業・個人からの寄付を財源に受入病床確保を支援

日本医師会は4月14日、新型コロナウイルスの感染拡大を受け、都道府県医師会や病院団体支部などによる新型コロナウイルスの受入病床確保のための調整業務などに対して、日医が補助金を支給することを公表した。同日の会見で、日医の猪口雄二副会長(全日病会長)が支援の内容を説明した(写真)。

猪口副会長は会見で、「さまざまな企業や個人から頂いている寄付を財源に、各地域で取り組む新型コロナ対策の必要な費用を援助したい」と述べた。

補助金の支給は、日医の「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保調整事業」として実施するもの。今年2月3日にまとめた日医・四病院団体協議会・全国自治体病院協議会で構成する新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議の「新型コロナウイルス感染症患者の病床確保等に向けた具体的方策に基づく。

補助の対象は、都道府県医師会や病院団体・支部の協議会などによる情報共有活動、受入病床の確保、後方支援病床の確保(マッチング等)を行う場合とする。

さらに、クラスターが発生し、当該施設だけでは対応が困難となり、地域として支援する必要があると判断した高齢者施設や福祉施設等に対し、協議会などの枠組みを活用して、要員の把握や患者・入所者の受入れを行う場合も支援するとしている。

対象経費の例として、◇協議会等の開催費(WEB会議ツール利用料、交通費、日当、事務職員人件費、会場利用料その他)◇協議会等による情報共有ツールの開発・運営費◇受入病院と後方支援医療機関とのマッチングシステムの開発・運営費◇患者受入医療機関・後方支援医療機関(高齢者施設・福祉施設等)に対するゾーニング支援・

教育研修費◇患者受入医療機関や後方支援医療機関への医療従事者派遣時の特別手当◇クラスターが発生し、医療機関・他施設への入院・転所が困難な高齢者施設・福祉施設等に対する看護師・介護職員の派遣費(特別手当、感染時の保険料等)をあげた。

これらは例であり、これらに限定するものではないとしている。財源は「篤志による使途が指定された寄付金」であり、新型コロナ対策以外の目的の場合には使えない。また、国・地方自治体の補助事業により相当額が支給される場合も対象外となる。超過分は補助対象となる。

なお、会議費については、都道府県から医師会等に対する委託費として、厚生労働省の「医療搬送体制等確保事業」の対象とすることが可能となっている。

申請は、日医事務局地域医療課に対



して行う。申請回数は、都道府県医師会の補助の上限額に達するまでとしている。

### 本号の紙面から

次期改定スケジュール了承	2面
キムリアなどの薬価引下げ	3面
病院機能評価事業で座談会	4面
機能評価受審実地指導受けて	5面
WEBセミナー「病院給食問題」	6面
医療法等改正案が衆院で可決	7面
地域医療従事にインセンティブ	8面

## 清話抄

### 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針

2018年に非がんに対して厚生労働省健康局がん・疾病対策課により、「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」の取りまとめが行われた。循

環器疾患による心不全だけでなく、疾患軌道の類似した呼吸不全、脳血管疾患について緩和ケアの考え方の周知が求められ、上記ワーキンググループの取りまとめが日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(両学会)の各ホームページに掲載された。

2019年秋、両学会ではCOPD・間質性肺炎などによる呼吸不全に対して「非がん性呼吸器疾患 緩和ケア指針」作成委員会(富井啓介・津田徹委員長)を立ち上げた。COVID-19対応で多忙

の中、呼吸器専門医だけでなく、緩和医療専門医、病院勤務医と在宅医療医、看護師および理学療法士など、様々なコラボレーションによって現時点でのエビデンスと経験を凝集し、4月23日よりの呼吸器学会総会に合わせてホームページに公表した。

呼吸不全では、増悪により身体機能は改善、悪化を繰り返す、どの時点から緩和ケアを開始するか判断が難しく、呼吸リハビリテーションの早期からの導入が重要である。また、呼吸リハビ

リテーションの介入がないまま最終末期を迎えることがないよう、情報を密にし、患者を孤立させないことが重要である。

そのためには、「脳卒中・循環器対策基本法」のように、法的な整備を行うことが待たれるが、呼吸不全を来す疾患の中で一番多いCOPDは90%以上が喫煙に関与するものであり、タバコ対策も政策の中で遅々と進まない日本において、前途多難である。

(津田 徹)

# 主張

## コロナ患者受け入れ病院に継続的な支援を

2021年1月7日に発出された2回目の緊急事態宣言が3月21日に全国的に解除されたが、新規感染者数の下げ止まり状態が続いており、多くの医療機関において病院経営に対する影響が厳しい状況に変わりはない。

昨年から政府も相次いで診療報酬、各種補助金、慰労金などの支援策を打ち出した。診療報酬の外來部分では新

型コロナウイルス感染症が疑われる患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外來診療について、院内トリアージ実施料：300点/回の算定、6歳未満の乳幼児に対して、小児初再診、診療料にかかわらず患者ごとに100点の算定が可能となった。入院部分では重症及び中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、専用病床

の確保などを行った上で受け入れた場合、2倍に引き上げた評価を更に3倍に引き上げた。

緊急事態宣言の期間については、外出自粛要請等による患者の受療行動の変化等の理由により、定数超過入院や看護配置等の施設基準を満たすことができなくなる可能性を鑑み、全ての医療機関を「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」に該当するものとみなす事とするなど診療報酬の特例的な対応は評価できるものであった。また、様々な補助金、慰労金などの支援策も非常に有効で、院内で

の感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援もコロナ患者受け入れ病院にとってはありがたいものである。

しかしながら、その支給されるタイミングは都道府県によりまちまちである。病院の危機的経営状況を鑑みても、迅速な対応と、いずれ収束に向かう過程での段階的な補助金等の支援策の継続を願いたいものである。

(Y.N.)

# 次期診療報酬改定の検討スケジュールを了承

## 中医協総会 6月下旬から主要論点を議論し、9月に意見を整理

中医協総会(小塩隆士会長)は4月14日、次期診療報酬改定に向けた検討スケジュールを了承した。6月下旬の夏から秋にかけて、次期改定の主要な論点をまとめ、9月に意見を整理する。その後、各種調査結果を踏まえ、本格的な議論を開始する。中医協の議論の進め方は毎回の改定ごとに異なるが、今回は新型コロナウイルスの影響もあり、議論の開始は比較的遅めになる。支払側の委員からは、通常改定より課題が多いとして、「できるだけ早く議論すべき」との要望が出た。

検討スケジュールは下記の図表のとおり。厚生労働省は6月下旬までに主要な論点に関わる資料を準備し、次期改定の議論に入るとの方針を示した。ただ、新型コロナウイルスの感染状況によっては、日程が変わる可能性も指摘した。秋以降は、2020年度改定の影響を検証した診療報酬改定結果検証部会や入院医療等の調査・評価分科会の報告があり、医療経済実態調査の結果も出る。それらを踏まえた本格的な議論に入る。諮問・答申は通常どおり来年2月頃とする予定だ。

医師の働き方改革への対応などが重要課題となった2020年度改定では、第1ラウンドを春から夏にかけて、第2ラウンドを秋以降とした。2018年度改定は医療・介護同時改定であったため、年明けすぐに改定の議論が始まっている。それと比べると、今回改定の議論の出足は遅い。背景には、新型コロナウイルスの感染拡大があると考えられる。

日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、「新型コロナとの戦いは長期戦に入った。医療機関はそれぞれの機能に応じて役割分担し、連携して対応しているが、疲弊している。今回示された検討スケジュールに異論はないが、今までの改定論議とは、異なる状況にあることに留意すべきだ」と強調した。

また、「検討スケジュールに『医療機関等における消費税負担に関する分科会』の予定が入っていない。2019年10月の消費税率10%への引上げに伴う診療報酬での対応に関しては、医療機関等への補てん状況を継続的に検証することになっていたと思う」と質問した。

厚生労働省は、いわゆる控除対象外消費税の診療報酬による補てんの状況は、医療経済実態調査をあわせて把握する方針であると説明するとともに、補てん状況の一定の把握と分析を行った上で、分科会を開催する方針を示した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「日本病院団体協議会としても、消費税引上げに伴う診療報酬による補てんの状況を注目している」と把握を求めた。医療経済実態調査については、「今回、単月調査は実施するのか」と質問した。単月調査は、新

型コロナの影響で、2019年度と2020年度の医療機関の決算データを比べても、2020年度改定の影響を把握することが困難であることから、新型コロナの影響が軽微な、できるだけ直近の単月の調査を別途実施するというもの。しかし、現状で新型コロナの感染拡大が全国で再び生じている状況にある。厚生労働省は、5月の中医協総会で判断するとの考えを示した。

一方、支払側の委員は、厚生労働省が示した検討スケジュールよりも、議論を早く開始することを要望した。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「新型コロナの感染拡大で、人々の健康意識・受療行動が変わった。それを踏まえた検討が必要になる。40を超える診療報酬特例の検証も重要だ。社会活動のICT活用の広がりやオンライン診療の緩和もある。この1年で学んだ様々な教訓を次期改定で活かしたい。これらを議論するのに、この日程では足りない」と述べた。

厚生労働省は、「これまでの延長線上とは違う状況であるのは指摘のとおり。夏以降にそのような観点での議論がしっかりとできるように準備したい」と回答し、様々な課題に対応するためにも、6月下旬までに、厚生労働省事務局として、それにふさわしい資料を準備するとして、理解を求めた。

支払側委員と専門委員が交代  
支払側委員2名の交代があった。全

国健康保険協会の吉森俊和理事が退任し、4月5日付けで安藤伸樹理事長が就任した。染谷絹代・静岡県島田市長が4月5日付けで退任し、末松則子・三重県鈴鹿市長が就任した。任期は2年間となっている。専門委員では、塩野義製薬株式会社の石牟禮武志・医薬開発本部渉外部長が就任したが、前任者からの引き継ぎであり、任期は今年10月末となっている。

### DPC対象病院が合併し病床減少

中医協総会は同日、DPC対象病院の合併を了承した。社会医療法人善仁会・宮崎善仁会病院と社会医療法人善仁会・市民の森病院が2021年4月1日に合併し、宮崎善仁会病院となり、合併後もDPC/PDPSを継続する。合併前の宮崎善仁会病院の病床数は106床(DPC算定病床数も同数)、市民の森病院は108床(同)で、合併後の宮崎善仁会病院の病床数は199床となり、15床の減少となる。

### 不妊治療の保険適用めぐり議論

不妊治療の実態に関する調査研究の結果が報告された。菅義偉内閣は2022年度改定で、不妊治療の保険適用を拡大する方針を示しており、その間の対応として、体外受精・顕微授精の治療に対する助成金を今年1月1日から拡充し、30万円とした。中医協において不妊治療の保険適用をめぐる具体的な議論が今後行われることになる。時期

としては、同調査結果を踏まえ、学会がガイドラインを作成する6月以降に開始する予定となっている。

同調査結果では、自由診療の不妊治療では、医療機関により各治療の実施率や価格に差があることが明らかとなった。委員からは、不妊治療を保険適用とすることの意味づけから、保険適用する場合の安全性・有効性を担保する方法を含めた治療の範囲、働き方との関係まで様々な意見が出された。

日本病院会副会長の島弘志委員は、「保険適用の範囲を拡大することに異論はない。しかし、不妊治療の技術は多様で、しかも進展している。すべてを保険適用とすることはできない。その場合に、保険外併用療養費の仕組みを含めた検討が必要になると思うが、それでよいか」と質問し、厚生労働省は同意した。

池端委員は、「大枠では賛成だが、不妊治療を保険適用にすると、保険事故として認めることになる。産みたい人の希望を叶えるのはよいが、産まない権利の侵害にならないか心配だ」と指摘。厚生労働省は、「不妊治療を強要するようなことがあってはならない」と断言した。

日医の城守国斗委員は、「不妊治療は、通常の医療と異なり、男性と女性の両方が関わる。費用負担の問題もその観点で整理する必要があるし、胚凍結の場合は、夫婦関係が成立しているかをその間、確認しなくてはならない。意思決定や倫理的な面の課題がある」と述べた。お茶の水女子大学教授の永瀬伸子委員は、海外の制度の把握を求めるとともに、働き方など医療以外の問題とあわせた議論が必要と主張した。

## 次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール(案)

	2021年										2022年		
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
中医協総会				次期改定の論点等		次期改定に関する議論					諮問・答申・附帯意見		
				意見の整理									
診療報酬改定結果検証部会		2021年度調査実施		2021年度調査総会報告									
保険医療材料専門部会	議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取					とりまとめ	総会報告			
薬価専門部会	議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取					とりまとめ	総会報告			
費用対効果評価専門部会	議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取					とりまとめ	総会報告			
医療技術評価分科会	技術提案書募集			提案書評価		先進医療会議とりまとめ、報告					とりまとめ	総会報告	
入院医療等の調査・評価分科会	2020年度調査報告、議論			2021年度調査実施		報告、議論		とりまとめ	総会報告				
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査	2021年度調査実施								総会報告				

# テリルジーとキムリアの薬価を引下げ

中医協総会

費用対効果評価制度で初の価格調整を了承

中医協総会(小塩隆士会長)は4月14日、本格運用が始まって初めてとなる費用対効果評価制度の対象医薬品の価格調整案を了承した。慢性閉塞性肺疾患(COPD)の治療薬であるテリルジーと白血病等の治療薬であるキムリアで、両薬とも薬価を下げるとの結果になった。発作性夜間へモグロビン尿症等の治療薬であるエルトミリスも同日、費用対効果評価の対象とすることを了承した。

3月24日の中医協で示された費用対効果の評価案に基づき、価格調整を行った。評価案段階での費用対効果の結果は、年齢など治療対象の集団により異なっていたが、加重平均して、一つの品目としての価格調整率を算出し、薬価引下げに反映させた。

テリルジー100エリブタ14吸入用(グラクソ・スミスクライン)の場合、現行薬価の4183.50円が4160.80円に下がる(▲0.54%)。ビレーズトリエアロスフィア(アストラゼネカ)やエナジア(ノバルティスファーマ)も、テリルジーの類似品目との位置づけで、テリルジーの分析結果に準じるとの取扱いとなっており、同様に薬価が下がることになる。

キムリア点滴静注(ノバルティスファーマ)は、現行薬価の3,411万3,655円が3,264万7,761円に下がる(▲4.3%)。

これらの価格が適用されるのは7月1日。医療機関における在庫への影響などを踏まえ、一定の猶予期間を置いた。

キムリアの費用対効果の算出では、「再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病(B-ALL)」と「再発又は難治性のCD19陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)」に分けて、患者の年

齢層が異なる各集団で、ICER(増分費用効果比)による費用対効果評価を行った。しかし、それぞれの結果に対する患者割合を資料で示さなかった。

健康保険組合理事の幸野庄司委員は、「納得できない。評価において重要な指標であるのに、企業秘密ということにされて、開示されない。患者割合が示されなければ、それぞれの対象集団での費用対効果評価の結果がわかっても、最終的になぜその価格調整率になったのかわからない。この制度は透明性が大事なはずで、悪い前例になってしまう」と述べた。

これに対し、厚生労働省は、「薬価の上市前の段階なので、企業秘密の取扱いになる。費用対効果評価専門組織の

議論では、患者割合を確認している。ただ、透明性の観点は重要で、今後、事例を積み重ねる中で考えたい。報告書作成の際にも配慮する」と理解を求めた。

また、同日の中医協総会では、エルトミリス点滴静注(アレクシオンファーマ合同会社)についても、費用対効果評価の対象とすることを了承した。発作性夜間へモグロビン尿症に対するソリリス点滴静注(エクリズマブ)を比較対照薬としたICER(円/QALY)の結果は、「費用増加」であり、キムリアなど同様に、薬価引下げの価格調整になると見込まれる。

費用対効果評価の結果をみると、薬価収載の際の薬価算定組織の検討で有

用性加算の理由となった「投与間隔の延長によるQOLの向上」が費用対効果評価においては、「定量的なQOLの向上として評価することはできない」との結論になった。慶應義塾大学教授の中村洋委員は、「薬価専門組織と費用対効果評価専門組織の評価結果が異なるときに、情報共有をどうするかなど調整の仕組みを考える必要がある」と指摘した。

また、同日の中医協で保険償還価格を了承した再生医療等製品のイエスカルタ点滴静注(第一三共)については、類似薬効比較方式(I)で算定し、キムリア点滴静注が比較薬になる。この場合、比較薬としてのキムリア点滴静注の薬価に、費用対効果評価の価格調整は反映されない。しかし、イエスカルタ点滴静注を費用対効果評価の対象品目とし、価格調整を行う際は、キムリアと同様の価格調整が行われ、薬価が下がることになる見込みだ。

<価格調整後の薬価>

No	銘柄名	成分名	会社名	規格単位	現行薬価	調整後薬価	薬効分類	費用対効果評価区分	適用日*6
1	テリルジー100エリブタ14吸入用 同30吸入用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル・ウメクリジニウム臭化物・ピラントロールトリフェニル酢酸塩	グラクソ・スミスクライン	14吸入1キット 30吸入1キット	4,183.50円 8,853.80円	4,160.80円 8,805.10円	外229 その他の呼吸器官用薬	H1(市場規模が100億円以上)	2021年7月1日
2	ビレーズトリエアロスフィア56吸入	ブデソニド・グリコピロニウム臭化物・ホルモテロールフルマル酸塩水和物	アストラゼネカ	56吸入1キット	4,150.30円	4,127.60円	外229 その他の呼吸器官用薬	H5(テリルジーの類似品目)	2021年7月1日
3	エナジア吸入用カプセル中用量 同高用量	インダカテロール酢酸塩・グリコピロニウム臭化物・モメタゾンフランカルボン酸エステル	ノバルティスファーマ	1カプセル 1カプセル	291.90円 333.40円	290.30円 331.50円	外229 その他の呼吸器官用薬	H5(テリルジーの類似品目)	2021年7月1日
4	テリルジー200エリブタ14吸入用 同30吸入用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル・ウメクリジニウム臭化物・ピラントロールトリフェニル酢酸塩	グラクソ・スミスクライン	14吸入1キット 30吸入1キット	4,764.50円 10,098.90円	4,738.50円 10,043.30円	外229 その他の呼吸器官用薬	H5(テリルジーの類似品目)	2021年7月1日

No	銘柄名	成分名	会社名	規格単位	現行薬価	調整後薬価	薬効分類	費用対効果評価区分	適用日*9
1	キムリア点滴静注	チサゲンレクルユーセル	ノバルティスファーマ	1患者あたり	34,113,655円	32,647,761円	ヒト細胞加工製品(ヒト体細胞加工製品)	H3(単価が高い)	2021年7月1日

## 2022年度薬価改定に向け議論の進め方を了承

中医協・薬価専門部会等

調整幅2%の引下げの是非で賛否

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は4月21日、2022年度薬価改定に向けた課題と今後の議論の進め方を了承した。2020年度改定と2021年度改定の骨子に記載されている事項とこれまでに問題提起された課題などについて、関係業界や薬価算定組織からの意見聴取を踏まえつつ、議論を深めていく。

2021年度の中間年改定では、今後の薬価改定に向け、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立させ、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、既収載品目に係る算定ルールの適用の可否などを含め検討を行うとしている。

次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方

次期薬価改定に向けた主な課題(案)

(1) 令和2年度及び令和3年度薬価改定の骨子に記載されている事項

- 新規後発品の薬価算定
- 基礎的医薬品の薬価改定
- 診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方

(2) これまでに問題提起された事項等

- 原価計算方式の在り方(開示を高める方法)
- イノベーションの適切な評価
- 改革工程表2020の記載事項(参考参照)

(3) その他

- 関係業界からの提起事項
- 薬価算定組織からの提起事項 など

今後の議論の進め方(案)

- 薬価専門部会において、今後、関係業界や薬価算定組織からの意見聴取も行いつつ、検討項目を整理した上で、議論を深めることとしてはどうか。

が求められている。

新経済・財政再生計画(改革工程表2000)では、◇新薬創出等加算対象品目を比較する場合の薬価算定の見直しや長期収載品の段階的価格引下げの期間のあり方◇新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いの検討などを明記している。

これらの課題を踏まえ、議論を進めていくことに異論はなく、了承された。

日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、「今日は個別具体的な課題に言及しないが、医療保険制度の持続可能性とイノベーションの評価、国民負担の軽減と医療の質向上の観点で、中医協で議論が進められなければならない」と、他の会議での議論が先行することがないようにけん制した。日本薬剤師会常務理事の有澤賢二委員は、「2021年の中間年改定の結果、医療機関・薬局・卸・製薬会社にそれぞれどのような影響があったのかをきちんと把握すべき」と要請した。

協会けんぽ会長の安藤伸樹委員は、「中間年改定については、2021年度は新型コロナの影響の下での例外的な対応であったので、これを前提とせず、改めて通常の改定ルールを中長期的な課題として議論すべき。また、薬価改定における調整幅2%が妥当であるの

かは議論になる」と述べた。

健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、個別的な課題に踏み込んだ。◇中間年改定での薬価改定の範囲の拡大◇原価計算方式での営業利益率の引下げ◇長期収載品の価格引下げの期間の短縮◇調整幅2%の引下げ◇薬価改定で市場実勢価格との乖離率だけでなく乖離額も考慮一などを主張した。

支払側委員が調整幅2%の引下げに言及したのに対し、松本委員は、「我々は引上げが必要だと考える」と述べた。

費用対効果評価の議論の進め方了承

費用対効果評価専門部会においても、2022年度改定に向けた今後の議論の進め方を了承した。また、部会長に荒井耕・一橋大学教授、部会長代理に中村洋・慶應義塾大学教授が選出された。

費用対効果評価専門部会は2012年5月に設置され、4年間の議論を経て仕組みができ、2016年4月に試行的運用が開始。2019年4月に本格運用が始まり、4月14日の前回の部会で初の価格調整案が了承されている。

薬価専門部会と同じく、2019年2月20日の費用対効果評価の今後の検討についての骨子などを踏まえ、関係業界や費用対効果評価専門組織からの意見聴取を行いつつ、議論を深める。支払側委員がテリルジーやキムリアの価格調整幅が小さかったことを問題視したのに対し、日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「引下げ幅が小さいから見直すべきというのはおかしい。医薬品の価値をみるもので、査定のようにするのはいけない」と述べた。

座談会

病院機能評価受審支援モデル病院事業

# 機能評価受審病院の拡大を目指して 受審支援プロジェクトの取組みを振り返る

病院機能評価委員会(木村厚委員長)では、病院機能評価の受審率向上キャンペーンの一環として、香川県の榎村病院を対象として、受審支援のモデル事業を実施し、その取組みを全日病ニュースに報告していただいた。1年間の受審支援プロジェクトを振り返り、課題や今後の展望を話し合っていた。

### ●機能評価受審プロジェクトの目的

美原 病院機能評価委員会では、会員病院の機能評価受審を支援するモデル事業を実施し、1年間にわたって香川県の榎村病院を支援してきました。今日は、支援プロジェクトを総括する意味で座談会を行いたいと思います。まず、プロジェクトの目的を確認していただけますか。

中嶋 全日病の会員の多くは中小病院であり、受審準備を担う人手の不足から、受審が進んでいないことが課題です。そこで、病院機能評価運動を提唱した鈴木紀之さんの意志を引き継いで、このプロジェクトを実施することになりました。診療、看護、事務管理のアドバイザーが継続的に支援を行い、支援を受ける病院には経済的負担は求めないことにしました。私たちの支援は、受審の準備を支援するのであって、認定を請け負うものではありません。

岩淵 日本の病院の6割は民間病院であり、中小病院が多い中で、これらの病院が第三者評価を受け一定のレベルに達すれば、日本全体の医療の質向上につながります。



岩淵委員

支援する病院を選ぶに当たっては、その病院の取組みを知ること、自分たちも機能評価を受けようという気持ちになる病院を選びたいと考えました。それが、地域包括ケア病棟を持つ37床の榎村病院だったということです。

### ●新型コロナの状況下で支援を実施

美原 最初に現地を訪問したのは中嶋さんでしたね。

中嶋 昨年6月4日に病院を訪問しました。機能評価のイロハや1領域と4領域の主要な評価項目を解説し、受審準備で取り組むべき内容を説明しました。残りの時間で院内を回って若干のアドバイスをしました。

美原 榎村病院は初めて受審する病院です。受審までの準備作業について、私たちの支援はタイムキーパー的な役割を果たしたのでしょうか。

中嶋 そこまで関与できたかというところと反省はあります。

美原 コロナウイルスの影響もありましたね。岩淵さんは、コロナの関係で1回目の現地訪問ができなかったんですね。

岩淵 6月に訪問予定でしたが、延期となり、7月29日にリモートで支援を行いました。榎村病院の方々と面識がない状況でしたから、言葉には注意を払いました。1領域の看護に関する合同面接の注意点を説明し、続いて2領域の講義を行い、その後、iPadを使って病棟を拝見しました。事前に医療安全管理マニュアル等を送って頂きましたので、だいたいの状況はわかりました。

美原 実際に訪問するのと、リモートで支援するのは違うでしょうね。

岩淵 全く違います。

中嶋 私もリモートで支援を行いました。先に訪問していたのでだいぶ違いました。

岩淵 訪問して面識を得てからリモートで行うという順番だったらよかったと思います。10月6日にもリモートで支援を行いました。この時は病院からの質問を受ける形でした。具体的な質問が多く、説明に納得していただけたと思います。3回目の12月9日に初めて病院を訪問しましたが、「百聞は一見に如かず」でした。現場を見ることで明確にアドバイスすることができたと思います。

美原 診療と看護の支援で病棟を回って見て、これは実際に見ないとわからないなと思ったことがありました。感染性廃棄物の扱いなどですね。

岩淵 その部分はみてよかったと思います。また、中材では、オートクレープのボウイー・デックテストを実施していませんでしたので、なぜ必要かを説明し至急行うように促しました。

### ●更新の受審と新規受審との違い

美原 私は、8月28日に病院を訪問しました。この時の反省点として、少しテクニックに走りすぎたかなと感じています。プレゼンテーションの仕方など受審のテクニックを説明しましたが、もっと基本的なことを話した方がよかったかなと思います。

また、更新の受審と初めての受審の違いを感じました。更新の場合はストラクチャーとしての書類が整っていることを前提で審査が進みますが、初めての受審ではそこが十分とは限りません。まず、基礎的なストラクチャーがしっかりできているかを見ないといいけません。

中嶋 全日病ニュースのレポートにも書きましたが、初回受診の病院においては準備作業に当たっての誤謬があると感じました。書類を作ることは何か、自分たちが書類をどう活用するかという意識が大切ですが、サーベーターが納得するような書類を作ろうとしていました。サーベーターにOKをもらうにはどういうレベルを目指すべきかという意識だったようですが、それは違うと伝えました。A4版1枚であってもいいから、自分たちの病院のものを作るべきと指導しました。この点は最初に受審する病院が陥りやすいところかと思っています。

美原 その指摘は重要ですね。認定を得るために、うわべを取り繕うのではなく、評価機構が求めることの本意は

何かを考え、それに対応していくということが理解されるといいですね。

美原 ケアプロセスについてはどうでしたか。

岩淵 改善の余地があると思いました。マニュアルは整っていましたが、それをうまく説明できるかどうかです。自分たちのやっていることを明確に話せればいいと思います。

美原 どういう患者をケアプロセスで選ぶかを明確に意識してほしいと思いました。その病院が地域で果たす役割は何かメインなのか。サブアキュートを受け入れるのか、ポストアキュートを受け入れるのか、どのような機能を持っているかを理解し、それを意識してケアプロセスの患者を選んでほしいと思います。

### ●今後に向けての反省点

美原 今回、1年間を通して支援したわけですが、順番としては、診療、看護、事務管理の部門別に院内を回ってアドバイスをした上で、その総仕上げとして実際の受審のシミュレーションをするという流れでしたが、これは今後に続くいいやり方だと思いました。

反省点としては、訪問と訪問の間の支援の仕方ですね。どんなことでもメールで質問してくださいと言ったのですが、質問はほとんど来ませんでした。中嶋 私には若干の質問がありました。遠慮があったのかもしれませんが。

美原 もう少し日常的なやりとりがあった方がスムーズに進むと思います。せっかく支援を受けるのですから、うまく利用してほしいなと思いました。美原 このプロジェクトは、今年度も続けることが決まっていますが、今後の進め方やこれから受審を目指す病院に対してアドバイスはありますか。

中嶋 機能評価は大きな病院だけのものではないということが今回の支援プロジェクトを通して、榎村病院にわかってもらえたのではないかと思います。機能評価を受けることは簡単ではありませんし、いろいろたいへんなこともあるので、それを乗り越えるエネルギーがないと挫折してしまいます。私が感じたのは、受審準備を通じて病院の組織力が高まったということです。おそらく榎村病院の職員一人一人は自分のミッションのうちのコアの部分に忠実に取り組んできたと思います。今回、院内の規定を作ったり、業務マニュアルを作ることを通じて自分たちの足元を見たのではないかと思います。そのことによって、自分たちの業務を見直し、質の向上について考え、そういうことも自分たちの仕事だということがわかったのではないのでしょうか。



中嶋委員

岩淵 病院をよくするためには、客観的な評価が必要であることを広く言わないといけないのだと思います。です

出席者(文中敬称略)

- 全日本病院協会 副会長  
診療アドバイザー 美原 盤
  - 病院機能評価委員会 特別委員  
看護アドバイザー 岩淵泰子
  - 病院機能評価委員会 特別委員  
事務管理アドバイザー 中嶋照夫
- 病院機能評価委員会による受審支援のレポートは以下の号に掲載されました。  
5月15日、6月1日、7月15日、9月1日、9月15日、10月1日、2月1日

から、第三者評価を受審してほしいというのですが、今回の榎村病院の取組みはとても意味があると思います。37床の病院でも標準化した医療を実施できることを知れば、受審する病院が増えると思います。

岩淵 反省点をあげると、最初の自己評価票でCの自己評価が多かったのもう少しやっているのではないかと助言したところ、次の自己評価票ではSの評価が増えていました。自己評価の視点について、もう少し踏み込んでかわった方がよかったと思います。美原 自分たちの病院だけ見ているとそうなるかもしれません。その意味では、全日病のセミナーを利用して



美原副会長

らったらいと思います。セミナーには、多くの病院が参加し評価項目についてディスカッションします。初めて受診する病院も、そういう場に

参加することで自分たちの立ち位置を理解できると思います。ぜひ全日病のセミナーに参加してほしいと思います。岩淵 医療の質向上を目指して一緒に考えようというスタンスで参加してほしいですね。

美原 機能評価機構が機能評価のデータブックを発行しています。同じくらいの規模の病院がどうやっているかを知る意味で、データブックは参考になると思います。他の病院の取組みを知ることによって自分たちの病院の身の丈に合った取組みができます。

### ●受審準備のプロセスは大きな蓄積

美原 今回、支援に行って自分たちの病院が20年前に初めて受審したときのことを思い出しました。審査が終わったあと、みんなでバンザイをしたことを覚えています。職員全員が団結して取り組み、大きな達成感がありました。はじめて受審したときに得たものはとても大きいし、それが医療の質の向上に向けた継続的な取組みにつながっていると実感します。ですから、最初はたいへんかもしれないが、ぜひ頑張りたいと思います。

それでは、最後に一言ずつお願いします。

中嶋 今回、1年という期間でしたが、榎村病院の職員の努力でここまでたどりついたことは病院として大きな蓄積になったと思います。できたら、全日病のセミナーで榎村病院の経験を話してくれるといいと思います。

岩淵 反省点はありますが、やることはやったと思っています。あとは榎村病院がPDCAサイクルをどう回すかですね。その辺は、院長のリーダーシップに期待したいと思います。

美原 それではこの辺で。本日はどうもありがとうございました。

# 第2回機能評価受審のための実地指導を受けて

島田寛之(医療法人春風会榎村病院 事務長)

先般、第1回実地指導で、岩渕泰子先生に来院して頂き、懇切丁寧かつ具体性に富んだご指導を行って頂きました。職員一同、機能評価に向けて実感を掴んだ上で、2回目の実地指導に臨ませて頂きました。今回は、美原盤先生・岩渕泰子先生・中嶋照夫先生が来院され、病院全体の緊張が極限に達した状態で、実地指導は始まりました。

私たちは第1領域と第4領域についてはアピールポイントも含めパワーポイントでプレゼン資料を準備し、サーベイヤーの方々に十二分に満足してお帰り頂こうと考えておりました。これが甘かったのでしょうか。冒頭、中嶋先

生より『進行はこちらでやりますので、質問に答える形をお願いします』と伝達され、陣地がいきなり逆転する思いがしました。パワーポイントでプレゼンするつもりでしたので、記憶も曖昧な中、先生方の質問が矢継ぎ早に襲い掛かってきました。完全に玉砕状態で簡単な質問にも、きちんと回答できず『自信を持って回答して下さい』と励まされる有様でした。昼休みになり顕著な疲労感だけが体の中に沈殿していました。

午後は、診療・看護部門と事務部門に分かれての模擬審査でした。私は、事務部門として中嶋先生のご指導を受

けましたが、午前中が酷い状況でしたので『どうなるのだろうか』と不安に駆られていたところ、中嶋先生がポツリと『私も機能評価を何回も受けていますが、途中から早く帰ってくれないかなと思う事もありますよ』と心遣いをして頂き、かなり気持ちが楽になりました。

そして、いよいよ最後の講評となりました。結果は散々なものであろうと予測していましたが、先生方からは、『前に訪問した時より改善され、何より職員の意識が高まっている事が感じられました』『私達は色々細かい事を言いますが、これは一つの指標であり、皆

さんから現実的な医療の状況をサーベイヤーに示して頂いてもよいのですよ』とのお言葉があり、胸を撫で下ろしました。職員一同慣れない作業で必死になって取り組んだ甲斐があったと心より感じただいです。

機能評価は病院の現状を客観的に映す鏡です。そして一つの事に職員が丸となって取り組む事で、連帯感が強まり、離職防止にも繋がります。所属する事を誇りに思える組織になる事、機能評価は間違いなくここに繋がって参ります。一度前向きになった組織は、日々研鑽を重ねる事が日常になります。

今回の支援を受けて、機能評価受審は、患者様から常に評価され続け、その期待に応え続ける事を組織全体で考えるようになるきっかけになると確信しました。

## 健保法等改正案が国会で審議入り

衆院・本会議

高齢者の自己負担見直しが焦点

「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が4月8日、衆院本会議で審議入りした。翌4月9日から厚生労働委員会での議論が始まった。改正案には、「後期高齢者の自己負担への2割負担導入」が盛り込まれ、議論の焦点となる。

野党は、現役世代の負担上昇を抑えるという改正案の趣旨に理解を示したが、コロナ禍で受診抑制が起きていることを踏まえ、高齢者の自己負担見直しはさらなる受診抑制を招きかねないと懸念を示した。これに対し菅首相は、2割負担の対象者を一定の所得以上の人に限定した上で、3年間の配慮措置を講じることで、受診抑制が生じないように対応していると説明して理解を求めた。

立憲民主党は、後期高齢者への2割

負担の導入を見送る代わりに、後期高齢者の賦課限度額を引き上げることを可能にする対案を提出。政府提出の改正法案とあわせて審議される。

現役世代の負担上昇を抑える

後期高齢者の自己負担見直しは、安倍晋三首相(当時)が2019年9月に立ち上げた全世代型社会保障検討会議と社会保障審議会・医療保険部会で議論されてきた。まず、2019年12月に全世代型社会保障検討会議がまとめた中間報告で一定所得以上の人について2割負担を導入する方針が示され、社会保障審議会の医療保険部会で対象範囲や配慮措置が議論された。2割負担の対象範囲は与党が協議して方向を固め、2020年12月15日に閣議決定された全世代型社会保障検討会議の最終報告に盛り込まれ、これを踏まえて改正法案が

提出された。

4月8日の本会議で法案提出の趣旨を説明した田村憲久厚生労働大臣は、「少子高齢化が進展し、2022年度以降、団塊世代が75歳以上の高齢者となり始めるなか、現役世代の負担上昇を抑えながら、すべての世代が安心できる社会保障を構築することが重要だ。このような状況を踏まえ、医療保険制度の負担と給付を見直すとともに、子ども・子育て支援の拡充や、予防・健康づくりの強化等を通じて、すべての世代が公平に支え合う全世代型の社会保障制度を構築することを目的として、この法律案を提出した」と述べた。

議論の焦点は、後期高齢者の窓口負担への2割負担の導入。現行の1割負担から2割負担に変わる対象者の範囲は、現役並み所得者以外の後期高齢者医療の被保険者のうち、「課税所得が

28万円以上かつ年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上)」。長期にわたり頻繁に受診する患者への配慮措置として、施行後3年間は、外来受診の1か月の負担増額を最大でも3,000円に抑える。施行は、2022年度後半とされている。

このほか、改正法案では医療保険の給付と負担に関わるものとして、◇傷病手当金の支給期間の通算化◇任意継続被保険者制度の見直し一が盛り込まれた。

子ども・子育て支援の拡充に関するものとしては、◇育児休業中の保険料の免除要件の見直し◇子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入一がある。予防・健康づくりの強化に関する事項では、保健事業における健診情報等の活用促進が盛り込まれた。

また、改正法案には国保の取組みの強化や、医療扶助へのオンライン資格確認の導入に関する改正が含まれている。

## コロナ患者受入病院に診療報酬の概算払いを提案

財務省・財政制度等審議会

コロナ患者に対応していない医療機関の補助金は見直し

財務省は、4月15日の財政制度等審議会・財政制度分科会(榎原定征分科会長)で、新型コロナに対応する医療機関への政府の支援の方法を抜本的に見直すことを提案した。東日本大震災時の診療報酬の概算払いのように、新型コロナ患者受入病院に対して、現状の緊急包括支援交付金に代えて、新型コロナ拡大前と同水準の診療報酬を毎月支払うことを検討すべきとした。あわせて、新型コロナに対応していない医療機関に対しては、これまで講じてきた補助金を見直すことを求めている。

政府はこれまで新型コロナ患者受入れ病院に対して、収入面の対応として、緊急包括支援交付金により、新型コロナ患者受入病床と休止病床への病床確保料を支払うとともに、昨年末から1床当たり最大1,950万円の支援を実施している。その規模は約1.6兆円であり、2020年度の歯科、調剤を含めたすべての医療機関の減収見込み額約1.7兆円に匹敵する。

病院の減収額は約0.9兆円で、新型コロナ患者を受け入れる役割を担っている病院の割合は病院全体の4分の1弱である。これらを考慮すると、全体としては、「新型コロナに対応する医療機関の減収を補い得る額が措置されている」と、補正予算や予備による対応の十分さを財務省は指摘した。

全日病、日本病院会、日本医療法人

協会の3団体による「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」の結果をみても、「支援金が申請に沿って入金されれば、医業収益の前年からのマイナスを補うことが見込まれる」と主張した。

一方、新型コロナ患者の診療に対しては、累次の診療報酬上の特例的な対応が講じられている。医療機関に減収が生じるのは、特例対応が不十分で、コロナ禍以前の水準の診療報酬を確保することができないためである。財務省は減収対応について、「診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然」と指摘。診療報酬上の対応の方が、執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性があり、医療機関の事務負担も軽くなる。国による支援の透明性も増すと説明した。

これらを踏まえ、新型コロナの流行が収束するまでの臨時の措置として、「今後、新型コロナ患者受入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金に代えて、前年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき」と提案した。

具体的には、①一定程度新型コロナの入院患者を受け入れていること②当該医療機関において、医療従事者の処遇を維持・改善することを条件として、前年同月ないし前々年同月水準いずれか多い方の診療報酬総額を基準として、

同水準が維持される診療報酬を支払う一といった仕組みを示している。

なお、日本医師会も昨年6月に、診療報酬の概算払いを求める要望を政府に行っているが、新型コロナ患者を受け入れていない医療機関に対しても、概算払いを適用することを求めている。

医療機関の経営状況の把握の範囲を広げることも提案した。社会福祉法人はWAM NETにより、99%の法人が情報公開を行っており、法人全体(約2万法人)の分析・集計も公開されている。これに対して、医療機関は医療法人について、都道府県に提出する損益計算書など事業報告書が閲覧可能となっているが、基本的に書類は都道府県に保管されるにとどまる。

財務省は、社会福祉法人のように、医療法人についても、事業報告書を電子開示システムにアップロードし、データベースとして整備することが、医療経済実態調査と比べても、「有意義な仕組み」であると指摘、「可及的速やかに実現すべき」とした。

改革なくして診療報酬改定なし

医療提供体制についても、様々な課題を指摘した。その上で、2022年度診療報酬に向けては、「医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし」と断言。地域医療構想やかかりつけ医機能の明確化、医師の働き方改革への対応

を進めるための診療報酬改定を行うべきであるとした。特に、医療提供体制改革においては、「民間医療機関の対応が鍵を握るからこそ、民間の経営原理に働きかけることができる診療報酬の役割が舵取り役として極めて重要」と指摘した。

消費税を5%から10%に引き上げる社会保障・税一体改革においては、医療提供体制の改革を行うために、消費税財源を用いた。具体的には、医療機関の機能分化・連携、在宅医療を推進するための地域包括診療加算や、医師の働き方改革に対応するための地域医療体制確保加算は消費税財源を活用することと整理された。

財務省は「とりわけ消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には、診療報酬増が保険料負担・患者負担の増加をもたらすことを踏まえれば、改革を通じて、その効果が国民に還元されるものでなければならない」と強調した。

また、診療報酬以外の取り組みとして、大病院と中小病院の外来における機能を明確化し、機能分化を進めるために定額負担を拡大する取組みをさらに進めるとともに、「緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の推進は不可欠」と指摘。診療所における「かかりつけ医」機能を法制上明確化(制度化)することを求めた。

WEBセミナー 『どうする？ 病院給食問題』

# 病院給食問題の解決を目指して

## 人手不足とコストの上昇で収支が悪化、病院経営上の課題に

全日病のWEBセミナー第6弾『どうする？ 病院給食問題』が3月11日に開かれ、大幅な赤字となっている病院給食問題の解決方法をめぐって議論した。セミナーには、過去最高の132病院が参加し、関心の高さをうかがわせた。

### 3年前のセミナーをきっかけに病院給食問題に着手

全日病は、2018年7月に病院給食をテーマに『2025年に生き残るための病院経営セミナー』を行い、これをきっかけに「病院給食のあり方検討特別委員会」を設置し、病院給食問題に取り組んできた。病院給食は、全部委託、一部委託、直営のいずれの形態においても収支マイナスとなり、厳しい状況が続いている。セミナーで挨拶した中村康彦副会長(医業経営・税制委員会委員長)は、「現在の診療報酬では、給食費の引上げは認められない可能性が高い。病院、給食事業者、現場の立場から様々な意見を聞いて、局面を乗り切っていきたい」と述べた。

セミナーでは、医業経営・税制委員会副委員長の今村英仁氏(今村総合病院理事長)が座長を務め、給食事業者の立場から日本メディカル給食協会の千田隆夫専務理事、病院現場の立場から上尾中央医科グループ栄養部の渡辺正幸部長が発言した。

### 病院給食制度の問題

総論を担当した今村氏は、病院給食制度の変遷や人材確保の課題を述べた。

そもそも病院給食は診療報酬に包括されていたが、1994年に入院時食事療養費制度が創設され、診療報酬制度からははずれることになった。病気でなくても食事はするので、すべてを治療と考えるのは無理があるというのがその理由だが、保険給付の対象としては継続することになった。その後、2006年に大きな見直しがあり、1日単位から1食単位の算定となる。入院時食事療養費(I)は1日1,920円から1食640円に、特別食加算は1日350円から1食75円に変更された。一方、自己負担は平均的な家計の食費を勘案して改定され、一般の標準負担額は2018年から460円となっている。これにより、1食当たりの保険給付は、640円-460円=180円となっている。

2006年の見直しが影響し、病院給食の収支は大幅に悪化した。中医協の調査によると、患者1人1日当たりの収支は、2004年に168円の黒字だったが、2017年には661円の赤字となっている(全面委託の場合)。原因として、①単価減による減収、②委託費増加、③光熱費増加が考えられる。とくに委託費は、ここ数年で値上げを要求されるようになり、折り合いがつかずに給食業者が撤退する事態も生じている。

「病院給食は赤字だと思っていたが、いつの間にか赤字になっている。現場の声をしっかり受け止めていなかったことが問題を悪化させてしまったのではないか」と今村氏。調理師の人手不足や光熱費の推移などから、ここ5~10年で赤字幅が拡大し、病院経営上無視できない問題になっていると指摘した。

### 介護保険における給食

2000年にはじまった介護保険では、給食は基準食事サービス費として保険給付の対象だったが、2005年の改正で保険給付の対象外となり、低所得者に対して自己負担分を補足給付として補助する形となった。補足給付は、支払い能力に応じて第1~第3段階があり、負担限度額が定められている。第4段階は、補足給付の対象外だ。施設利用者の61%、ショートステイ利用者の29%が補足給付の対象となっている(2019年3月)。

介護保険では、基準額が1日単位で定められ、現在1,392円となっている。病院給食に比べて単価が低く設定され、2005年以降変更がなかったが、この8月から1,445円となり、53円の引上げとなる。補足給付の変更内容は表1の通り。

病院給食と介護給食の違いを表2に示した。病院給食の食種数は150~200食種であるのに対し、介護給食は10~20食種。病院給食は、介護給食に比べ食種数が多いものの、1日当たりの食費の差は528円だ。補足給付の対象とならない利用者には、施設側で値段を設定ができる。

### 人材の確保

病院給食部門が赤字になっている理由の一つに人件費の高騰がある。とくに調理師の人材不足が顕著だ。新型コロナの影響で、調理師の昨年の有効求人倍率は低下したが、調理師免許の交付数は年々減少しているため、コロナ後に再び人材不足になるのは確実だ。

一方、管理栄養士は診療報酬における役割が変わり、高い専門性が求められるようになってきている。病院において継続教育をどのように行うかが課題だ。介護報酬においても、栄養ケア・マネジメントが強化されている。栄養マネジメント強化加算では、LIFEによるデータ提出が要件となっているほか、管理栄養士・栄養士が計2名以上の場合に算定できる科学的介護推進体制加算が新設された。今後、介護事業所でも管理栄養士の獲得競争に参入するこ

とが予想され、医療系と介護系の連携が重要となる。

### 問題解決に向けた全日病の活動

全日病は、2018年11月に「病院給食のあり方検討特別委員会」を設置し、入院時食事療養費制度の改善に向けて検討を重ねてきた。2019年1月には、厚生労働省に提言書を提出して制度の改善を求めた。

2020年の診療報酬改定に当たって要望した5項目のうち3項目が改定に反映されている。内容は、働き方改革に資する規制の緩和や帳票類の整理による負担軽減などである。今村氏は、今後も病院給食制度の改善に向けて活動を続ける考えを示した。

### 給食事業者の課題

日本メディカル給食協会の千田専務理事は、給食事業者が直面している厳しい経営状況を報告した。

人手不足や人件費の高騰を理由に給食を外部委託する病院が増加。同協会加盟の227社が給食業務を受託している病院・介護施設は約1万4,200で、ベッド数では137万床に上る(2020年3月)。病院給食の市場規模は、2018年に1兆1,600億円だが、ここ数年変わっていない。そのうち44.7%が委託の市場である。

2006年の入院時食事療養費の変更の影響を受けて、給食受託会社の経営が悪化。人件費や食材費が高騰する中で、赤字受託を回避するため値上げ要求をせざるを得ない状況にある。千田氏は「安価な受託価格は影をひそめ、受託価格は上昇傾向にある」と説明した。

新聞折込で調理師を募集しても応募はほとんどない状況で、人材確保は厳

しい。新規の募集より、離職者をなくすことを重視し、外国人技能実習生の活用にも力を入れている。

### 病院現場の課題

上尾中央医科グループの渡辺部長は、病院における食事提供の現状を報告した。

病院給食では、①栄養管理、②衛生管理、③提供食事の評価(提供状況、満足度)、④食材料費管理が求められる。特に衛生管理では、HACCPに基づく厳密な管理が要求される。入院時食事療養費の基準額は平均的な家計における食費を勘案して定められているが、「病院食の提供は家庭での食事提供とはかけ離れている」と渡辺氏。

病院給食では、1日3食を適時・適温で配膳する必要があり、「毎日滞りなく給食を提供するのはハードルが高い仕事」と述べ、給食業務に対する理解を求めた。

さらに多くの食種の食事を同時に提供する労力が病院における食事提供を難しくしている。患者のニーズに応えて質の高い食事提供が求められる一方で、入院時食事療養費の金額が上がらないことのギャップが病院給食部門の赤字を招いている。「このままでは委託側も受託側も共倒れになる」と渡辺氏は警鐘を鳴らす。

「問題は個別対応だ。質を求めるだけでは、立ち行かなくなる。食種の集約は考えざるを得ない」と強調。具体的な解決策として、給食事業者との契約内容を見直し、業務分担を変えてコストダウンを図る方法や、朝食に調理済食品を取り入れることで、早番の出勤時間と人数を減らすことなどを提案した。

**表2 病院給食と介護給食の違い**

- 病院給食➡病院の食種数は二次医療圏を担う急性期病院群で150~200食種  
値段設定ができない  
1,920円/日(3食)
- 介護給食➡食種数は10~20食種  
施設側で値段設定できる。  
補足給付の基準額は1,392円/日  
➡2021年度介護報酬改定で1,445円/日

表1 補足給付と介護保険法改正

(現行)				(改正内容)(2021年8月実施)			
利用者負担段階	対象者		1日の負担限度額	利用者負担段階	対象者		1日の負担限度額
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯(世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。) 全員が市町村民非課税である高齢福祉年金受給者	〔預貯金等の資産要件〕 単身: 1,000万円以下 夫婦: 2,000万円以下	300円 (1,392円との差額を補足給付)	第1段階	・生活保護受給者 ・世帯(世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。) 全員が市町村民非課税である高齢福祉年金受給者	〔預貯金等の資産要件〕 単身: 1,000万円以下 夫婦: 2,000万円以下	300円 (1,392円との差額を補足給付)
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額合計所得金額が80万円以下	同上	390円 (1,392円との差額を補足給付)	第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額合計所得金額が80万円以下	単身: 650万円以下 夫婦: 1,650万円以下	600円 (1,392円との差額を補足給付)
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	同上	650円 (1,392円との差額を補足給付)	第3段階①	・世帯全員が市町村民税非課税、かつ、本人年金収入等80万円超120万円以下	単身: 550万円以下 夫婦: 1,550万円以下	1,000円 (1,392円との差額を補足給付)
				第3段階②	・世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	単身: 500万円以下 夫婦: 1,500万円以下	1,300円 (1,392円との差額を補足給付)
第4段階(補足給付の対象外)	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		1,392円	第4段階(補足給付の対象外)	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		1,392円

※基準額は1,392円から1,445円に変更

出典：社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2019年12月27日)を一部改変

# 医療法等改正法案が衆院で可決、参院で審議入り



## 国会 衆院の可決の際は10項目の付帯決議つける

医療法等改正案が4月8日の衆議院本会議で、与党などによる賛成多数で可決された(表参照)。前日の衆院厚生労働委員会では、法案を可決するとともに、10項目の付帯決議がついた。4月16日には、参議院で審議入りしている。

同法案では、医師の働き方改革への対応や新型コロナを踏まえた医療計画の見直し、地域医療構想を推進する取組みに対する財政支援、外来医療の機能分化を図るための報告制度の創設などを盛り込んでいる。

付帯決議では、特に、医師の働き方改革や地域医療構想の推進、新型コロナの感染拡大により病院経営が厳しい状況に置かれていることへの対応などが明記された。医師の働き方改革に対しては、改革が地域医療に与える影響を懸念し、病院に財政支援を行うことや医師の労働時間短縮が確実に進む対策を要請した。地域医療構想の推進においても、新型コロナの感染拡大を踏まえた対応が求められるとともに、医療機関の経営状況を速やかに把握し、財政上の支援など必要な支援を講じるべきとした。

一方、立憲民主党などが提出していた医療法等改正案の修正案は、衆院厚生労働委で否決された。修正案では、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組みの支援に係る改正規定を削ることを求めている。

また、立憲などが提出していた子ども・子育て支援施設の職員や、薬局を含めた医療従事者などに2度目の慰労金を支給するための「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」の採決は行われず、廃案となった。

### 野党は病床削減への財政支援に反対

厚生労働委の採決においては、立憲の早稲田夕季議員、日本共産党の宮本徹議員、日本維新の会の青山雅幸議員が討論を行った。

立憲の早稲田議員は、政府案に反対し、修正案に賛成した。地域医療構想を推進するために、病床削減の取組みを財政支援することに反対し、「新型コロナの感染拡大により、病床確保が求められているときに、病床削減は行うべきではない」と述べた。

共産党の宮本議員も早稲田議員と同様に、「病床削減の加速化に反対」と訴え、政府案に反対し、修正案に賛成した。「新型コロナで一般医療にも深刻な影響が出ている。病床は、余力を持たせることが必要だ」と、効率化を追求することへの懸念を示した。

医師の働き方改革に対しても言及。「医師の時間外労働時間の基準は過労死レベル。長時間労働を是正するには、医師を増やすしかない。多くの病院は

医師不足を実感している。需給推計をやり直し、実態を踏まえて医学部入学定員の増員を続けるべき」と主張した。維新の青山議員は、政府案に賛成したが、医師の働き方改革を実施する上での課題は多く、宮本議員と同じく、医学部の臨時定員の維持や地域・診療科の医師・偏在対策の強化を要請した。

### 医師の働き方改革への懸念に回答

4月16日の参議院本会議では、参院本会議で田村憲久厚生労働相が法案の趣旨を説明するとともに、立憲民主・社民の川田龍平議員、公明党の竹内真二議員、日本維新の会の梅村聡議員、国民民主党・新緑風会の田村まみ議員、共産党の倉林明子議員が法案の内容に対する質問を行った。

立憲の川田議員は、新型コロナの感染拡大を踏まえ、「政府は、医療崩壊が起きた理由をどう考えているのか」と問うた。これに対し田村厚生労働相は、「国として、医療崩壊について明快、明確な定義を示しているものではないが、年明け以降の急激な感染拡大を受けて、大変逼迫した状況が続いている」との認識を示した。

その上で、「患者を受け入れる場面で医療従事者の確保が難しい場合や、一般医療との両立を図る中で受入れが難しい場合があったこと、患者の療養先調整や症状改善後の転院、退院の調整に時間を要したことなど、医療提供体制全体の中で課題があった」と説明した。

公明党の竹内議員は、救急救命士の業務範囲拡大での具体的な業務や想定される人材について質問した。田村厚生労働相は、「従前の病院前に加え、新たに、医療機関の救急外来において従前と同様の救急救命処置を行うことを可能とする。医療機関が雇用する救急救命士が担うことを前提に、安全性の担保の観点から、勤務する医療機関が実施する院内研修の受講を義務づけるとしており、今後、研修の詳細を検討する」と述べた。

女性医師が働きやすい環境づくりについても質問した。田村厚生労働相は、「医師の約5分の1、医学生約3分の1が女性であり、女性医師がキャリアとライフイベントを両立させ、希望に応じて働き続けられる環境を整備することは、医師の働き方改革を進める上でも必須の課題。もとより子育ては女性のみで行うものではなく、院内保育や病児保育環境整備、男性の育休所得も含め、医療機関内の意識改革等を推進することで子育て世代の医師の支援を行っていく」との姿勢を示した。

維新の会の梅村議員は、医師の働き方改革における医師の時間外労働の特例水準について、年間1,860時間まで認めるB水準や連携B水準を設けたこ

とを評価した。その上で、「すでに医師不足が深刻な地域では、医師の時間外労働の上限規制導入によって少ない医師の奪い合いが起き、病院勤務医の確保がますます困難になったり、他病院から医師の派遣が受けられなくなったりする可能性があるのではないか」と質問した。

田村厚生労働相は、「特に、連携B水準は、地域医療を支える上で必要な医師の派遣が謙抑的にならないよう設定したものであり、まずは、医師の派遣を行う大学病院等に対し、連携B水準の趣旨を丁寧に説明したい」と述べた。

国民民主の田村議員は、地域医療構想の推進について、「病病連携のためにも、公立・公的病院だけでなく、民間病院も併せた病床数再編の検討が必要だ。民間病院の議論の目安はいつ出るのか」と田村厚生労働相にたずねた。

これに対し田村厚生労働相は、「地域医療構想に関しては、公立、公的、民間といった設置主体を問わず、地域における医療機能の分化・連携に向けた議論を活性化していくことが重要である。

### 医療法等改正案の10項目の付帯決議(衆議院)【要旨】

- ①医師に対する時間外労働の上限規制の適用に当たっては、大学病院等が地域の医療機関から医師を引き揚げるなどにより、地域の医療提供体制に影響を及ぼすことがないように、特定管理対象機関の指定制度の趣旨を周知徹底するとともに、地域医療提供体制の確保のために必要な支援を行うこと。
- ②医師の夜間勤務、特に、第二次救急医療機関や急性期病院における夜間勤務については、通常の勤務時間と同態様の義務を行う場合には時間労働として扱うなど、労働時間の適切な管理が必要な旨を周知徹底するとともに、交代勤務を導入する等により、夜間勤務の負担軽減を図る医療機関に対し、必要な支援を行うこと。
- ③医師の労働時間短縮を着実に進めるために、現行制度下におけるタスクシフトやタスクシェアの普及を推進するとともに、すべての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるよう、必要な検討を行うこと。
- ④医師の労働時間短縮に向けた医療機関のマネジメント改革を進めるため、医療機関の管理者、中間管理職の医師等に対し、労働法制に関する研修・教育を推進すること。
- ⑤医師の時間外労働・休日労働に対する割増賃金の支払状況や、健康確保措置の実施状況などの実態を踏まえ、診療報酬における対応を含め、医療機関への財政支援を講じること。
- ⑥医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に即した技能習得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験のあり方を迅速に見直すこと。
- ⑦子育て世代の医療従事者が、仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。
- ⑧地域医療構想については、各地域において、新型コロナの感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域包括ケアの観点も含めた地域における病床の機能の分化及び連携の推進のあり方について検討し、必要な取組みを進めること。
- ⑨新型コロナの感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域の医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正等に係る調整のあり方その他地域における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に関し必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講じること。
- ⑩医療機関の経営状況について速やかに把握し、医療機関に対し財政上の支援等必要な措置を講じること。また、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれのある感染症がまん延した場合等において、医療機関及び医療関係者に対する支援その他の必要な措置のあり方を検討すること。

## 2020年度 第12回常任理事会の抄録 3月13日

### 【主な協議事項】

- 正会員の入会について審議した。正会員の入退会はなく、正会員数は2,546会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。  
スタンレー電気株式会社  
(代表取締役社長 平塚 豊)  
賛助会員数は合計110会員となった。

### 【主な報告事項】

- 審議会等の報告  
「医療従事者の需給に関する検討会(医師需給分科会)」、「中央社会保険医療協議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・総会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 「全日本病院協会雑誌」査読作業の協力について依頼があった。
- 会員登録情報の更新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2  
静岡県 中東遠総合医療センター  
三重県 岡波総合病院  
大阪府 第一東和会病院  
鹿児島県 米盛病院
- ◎リハビリテーション病院  
北海道 西堀病院
- ◎慢性期病院  
埼玉県 埼玉あすか松伏病院

### 福岡県 東筑病院

- 北海道 三愛病院  
2月5日現在の認定病院は合計2,116病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の41.1%を占める。
- 新型コロナウイルス感染症と医療計画・地域医療構想および各地の重点支援区域の状況について報告があった。

# 専門医の更新で地域医療への従事経験をインセンティブに

## 日本専門医機構 データベースで研修情報を把握

日本専門医機構の寺本民生理事長は4月19日の会見で、専門医資格の更新の際に、「多様な地域」での診療に従事することのインセンティブを設ける考えを示した。具体的には、地域医療の診療に従事すれば、更新の際に、地域医療や医療政策の共通コースの受講が免状されるとのインセンティブを例示した。さらなるインセンティブの設定が求められるが、義務化はせず、各基本診療領域でより効果的な方法を考えてもらうとの方針だ。「多様な地域」を

どう定義するかも今後の議論になる。新たな専門医制度が日本専門医機構の下で始まって3年が経過し、それ以前に専門医になっていた医師も同制度の下で更新を迎えることになる。大都市への医師偏在を是正することが、新たな専門医制度の使命の一つであり、現状では、専攻医の募集において、医師が足りている場合は、都道府県別・診療科別のシーリング(上限設定)を設けるなど、偏在是正の対策が講じられている。

一方、同機構では、専門医機構データベース・研修施設情報(マイページ)を整備している。専攻医として登録し、どこに採用され、どのような研修を受けたかが記録され、機構のシステムにデータベースとして保管されている。稼働していないシステムが一部にあるなど、まだ完全稼働という状況ではないが、登録者数を考慮すれば、かなり大きなデータベースになるという。これをうまく活用すれば、地域での研修状況も把握できるようになる。

また、寺本理事長は、基本的な地域医療での診療従事を意味する「多様な地域」について、各学会や都道府県の地域医療対策協議会が具体的に設定する地域になるとの考えを示した。その上で、「専門的な病院での研修だけでなく、地域の医療機関で研修することが大事だ。地域で様々な経験をすることが、自己研鑽になる。若い医師を育てるという教育の面もある」と述べ、機構として地域医療での診療従事の促進に働きかける必要性を強調した。

# ワクチン接種で看護師等の労働者派遣を特例で解禁

## 厚労省・労政審 業務・場所・期間を限った限定的な対応

厚生労働省の労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会(鎌田耕一部会長)は4月13日、新型コロナウイルスのワクチン接種を担う各自治体の体制整備を支援する特例として、接種会場に対する看護師・准看護師の労働者派遣を可能とする省令改正案を了承した。業務はワクチン接種、場所はワクチン接種会場、期間はワクチン接種が予定される2022年2月28日までに限った限定的な取扱いとする。また、実施主体である各自治体が、ワクチン接種方法などの事前研修を行うことも要件とする。4月12日から高齢者(約3,600万

人)に対する接種も始まっており、同省は速やかに省令を公布・施行する考えだ。現行の法規制では、医療機関に対する看護師・准看護師の労働者派遣は原則禁止とされている。医療機関側が医療資格者を特定できず、チーム医療に支障が生じるおそれがあるというのが理由だ。ただ、2021年4月1日から政令が改正され、例外的にへき地の医療機関に限り、看護師等の労働者派遣が可能となった。これを受け、全国知事会などからは、円滑なワクチン接種に向けて必要な医療従事者を確保できる

よう、へき地以外の地域においても看護師・准看護師の労働者派遣を可能とするよう要望が出されていた。厚労省によると、3月25日時点で約1割の自治体(へき地:9.4%、へき地以外:7.3%)がワクチン接種に必要な看護師を1人も確保できていない。また、ワクチン接種の特設会場を設ける自治体のうち、へき地・へき地以外にかかわらず2割超(へき地:23.4%、へき地以外:21.8%)が特設会場の看護師が不足していると回答している。へき地の自治体に比べて、へき地以外の自治体は接種対象者が多いため、

より多くの看護師等の確保が必要だが、労働者派遣で看護師等の確保が可能なへき地の自治体に対し、へき地以外の自治体は直接雇用による看護師等の確保が必要となる。このため、自治体による接種体制の整備に支障が生じる懸念が指摘されていた。こうした状況に対し、労政審の使用者側は、「ワクチン接種は極めて重要な課題であり、各自治体の接種体制には万全を期すべきだ」として特例の措置を了承。労働者側も、「本来は直接雇用で人員を確保すべきだが、限られた期間内で接種が必要な事情を踏まえればやむを得ない」と容認した。

### ■ 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。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 (48名)	2021年5月27日(木) 【WEB開催】	13,200円(17,600円)(税込) ※書籍代含む	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目指し開催する。座学だけではなく、全日病に寄せられた相談事例を用いたグループワークも行い、より実践的な知識を身に付けるための研修。参加者には「受講認定証」を発行する。
「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。
「医師事務作業補助者研修」 eラーニング研修	2021年6月1日(火)~2022年3月31日(木) 【配信期間】 ※1アカウントで1名のみ受講可	27,500円(税込) (1アカウントで60日間有効)	2020年度まで2日間の集合形式で開催していた研修をeラーニングとして提供する。診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たしており、「受講修了証」は研修証明となる。eラーニングを受講終了後に、所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を授与する。
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づけられる。
災害時のBCP研修 (60名)	2021年6月22日(火) 【WEB開催】	22,000円(23,100円)(税込) ※1名につき1アカウント	BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、災害時の対応体制、対応方法の現状課題について「気づき」を得ることで、自院でのBCP/BCMの取組みのきっかけ作りとする。
看護師特定行為研修指導者講習会 (32名)	2021年7月4日(日) 【WEB開催】	11,000円(税込) ※資料代含む	特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会であり、指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者を対象としている。指定研修機関や指定研修機関と連携して実習等を行う施設で、効果的に指導できる指導者育成を図る。