



# 全日病 ニュース

## 2021.8.15

### No.992

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

## 病床の機能分化と医師の適正配置を議論

厚労省・地域医療構想・医師確保計画WG コロナ禍の状況踏まえ検討

厚生労働省の「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(WG)」の初会合が7月29日に開かれた。前身の地域医療構想WGに医師確保計画の検討が加わった。病床の機能分化・連携の取組と、地域の医療ニーズに応じた医師の適正な配置を一体的に検討することが狙いだ。地域医療構想はコロナ禍により停滞気味だが、人口減少・高齢化が進展する中で、地域の医療需要に見合った医療提供体制を地域で作る必要性は高まっている。

検討事項としては、◇地域医療構想策定ガイドラインと医師確保計画策定ガイドラインの改定◇地域医療構想と医師確保計画のガイドライン改定に関連するその他の事項をあげている。座長には、地域医療構想WGと同じく、尾形裕也・九州大学名誉教授が就いた。

地域医療構想・医師確保計画WGは、外来医療機能等WGなどとともに、「第8次医療計画等に関する検討会」に所属する。都道府県が策定する医療計画の中に、5疾病・6事業および在宅医療の医療体制と併せて、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画などが含まれており、改正医療法の成立を受け、会議体の組換えが行われた。

地域医療構想ガイドラインは、各地域の構想区域で適切な取組が進むように都道府県が参考とするもので、地域医療構想の国の考え方が示されている。厚労省はその考え方を実現させるため、例えば、診療実績の乏しい公立・公的病院を診療実績データにより割り出し、該当した病院に対して、病院の再編統合を進めることの検証を要請するなどの取組を進めてきた。

しかし、コロナ禍により、公立・公的病院の再編統合の再検証期間が延長となり、今に至る。補助金を活用した重点支援区域などでの取組は強化しているが、停滞感は否めない。

初会合では、委員から、新型コロナウイルスの感染拡大により、地域医療構想における機能別の適切な病床数だけでなく、感染症対応のための病床確保をどうするかという論点が出てきたことから、実態を改めて把握し、必要ならガイドラインを見直すべきといった意見が相次いだ。

全日病会長の猪口雄二委員は、地域医療構想を推進するための取組における意思決定が地域によっては歪められている現状を指摘した上で、「都道府県の医療審議会や構想区域の調整会

議の法的権限をもう一度整理し、関係者に明らかにしてほしい」と要望した。

全日病副会長の織田正道委員は、地域医療構想における機能分化の前提となっている、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の区分に関する提案を行った。具体的には、「病床全体では、急性期が過剰で、回復期が不足しているとのデータが示される。しかし、病院にとって、回復期は選びづらい。一方で、急性期の中には、サブアキュートがかなり含まれ、地域包括ケアの機能を担っている。そこで、『地域包括ケア機能』を4機能に加えれば、病院からの理解が得られやすくなるのではないか」と述べた。

### 医師偏在対策を強力に進める

医師確保計画については、強力な医師偏在対策を実施し、医師少数区域等において必要医師数を確保することを目指し、これまで「医師需給分科会」で議論が行われてきた。しかし、次期医師確保計画の策定に向けては、同WGで議論を行うことになった。

医師需給対策の中では、医学部定員における地域枠の拡充や、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度に

期待が集まっているが、効果が発揮されるのは、卒業し医師になり、臨床研修を経験し、一般的な医師養成課程を終えてからなので、時間がかかる。

猪口委員は、「医師確保計画では、医師少数区域等に医師が移動することを促す施策が検討されることになる。その場合に、どの診療科の医師がどれだけいるかをきちんと把握すべきだ。また、総合医の位置づけが重要になる。総合的な診療能力を持つ医師が増えれば、医師少数区域等で大変役に立つ。ぜひ、そのような医師の機能を考えた医師確保計画の議論をお願いする」と述べた。

そのほか委員からは、「医師不足地域にある大学の医学部定員増を認めるべき」、「医師少数区域等を判断する大変重要な指標である医師偏在指標は最新データで更新すべき」、「若い医師に魅力のあるキャリアパスを示さなければ地域に医師は定着しない」、「人口の高齢化だけでなく、医師の高齢化も考慮する必要がある」などの意見があった。

今後の予定として、地域医療構想については、各地域の状況を把握しつつ、地域の協議・取組みの促進策を検討する。来年夏以降に、2025年以降を見据えた枠組みのあり方を検討する。医師確保計画についても、現状を把握しつつ、次期医師確保計画ガイドラインの改定に向け、来年中にとりまとめを行う予定だ。

## 全日病など5団体が菅総理から協力要請受ける

全日病など医療関係5団体は8月3日、菅義偉総理大臣と首相官邸で意見交換を行った。新型コロナウイルスの感染が全国で急拡大しているを受けて、政府は2日の関係閣僚会議で、感染拡大地域においては、緊急的な対応として、入院を重症者や重症化リスクの高い患者等に重点化し、入院患者以外は自宅

療養を基本とする方針に転換することを決めた。菅総理は、この考えを説明し、協力を要請するため、医療関係団体を総理官邸に招いた。

菅総理は冒頭、「こうした方針の実施に当たっては、医療関係者の方々の理解が不可欠。一致団結してこの難局を乗り越えていきたい」と決意を表明

した。

これに対し、全日病の猪口雄二会長は、「コロナ患者を受け入れている病院には、より一層の受け入れを求め、それ以外の病院も地域での後方支援やワクチン接種など、各病院が対応できる最大限の努力を続ける。これは、財政的な支援がなければ成し得ないもので



あり、政府による支援を引き続きお願いする」と述べた。その上で、入院患者の扱いについては、現場の判断を尊重することを求めた。

## 感染拡大を食い止める強いメッセージ求める

四病協など医療関係9団体が緊急声明を発表

新型コロナウイルスの感染が全国的に拡大していることを踏まえ、四病協をはじめとする医療関係9団体は「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」をまとめ、7月29日に発表した。首都圏など感染者が急増している地域に対して早急に緊急事態宣言を発令するよう要請。感染拡大を食い止めるためにあらゆる手立てを尽くすことを政府に求めた。感染収束の目途がつくまで、テレワーク・直行直帰を推奨するとともに、ワクチン接種を進め、できるだけ早く完了させることを要望した。

全日病の猪口雄二会長は、「東京は感染爆発に差し掛かった。1～2週間でもどのようなことになるか恐怖を感じる」と述べ、政府に対し、人流を止めるために強いメッセージを出すことを訴えた。

緊急声明に加わった9団体は、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本

精神科病院協会、東京都医師会。

### 危機感の共有と対策の実施を訴える

東京都を対象に緊急事態宣言が7月12日に発令されたが、東京都の新規感染者は増加を続け、そのスピードが速くなっている。

9団体の緊急声明は、救急搬送困難事案が全国の代表的な都市部で増加し、特に新型コロナウイルスの感染疑い例が大幅に増えていると指摘。感染再拡大により医療が逼迫しているとして、「爆発的感染拡大を避けるために危機感の共有と対策が必須」と訴えた。

全国の都道府県は、第3波、第4波の経験を踏まえ、病床・宿泊療養施設確保計画を作成し、新規感染者の増加に対応するための病床数・居室数を確保している。緊急声明は、「病床確保計画が実際に機能するよう、医療界を挙げて重症・中等症・後方支援等のそれぞれの役割を担っていく」と決意を表明した。しかし、病床や陰圧室、マンパワーが不足している上に、準備病

床を即応病床に移行するには、少なくとも10日から2週間を要することを説明し、急激な感染拡大が続けば病床の逼迫は避けられないと訴えた。「平時ならば救えた生命を失うことはあってはならない。医療者はできる責務はすべてまっとうする」と強調し、政府に対して、感染拡大を食い止めるためにあらゆる手立てを尽くすことを要請している。

### ワクチン接種に協力姿勢を強調

緊急声明は、新型コロナウイルスのワクチンについて、「強い使命感を持って集団接種と個別接種の体制を構築し、ワクチン接種を進めてきた。希望されるすべての方が迅速かつ確実に接種を受けられるよう、今後も万全な体制を確保する」としてワクチン接種に協力する考えを表明した。しかし、「ワクチンが確実に供給されなければ、接種の責務も果たせない」とし、政府に対して、十分かつ安定的なワクチンの供給を要請した。



### 【緊急要請】

- 1 首都圏をはじめ感染者が急増している地域に対し、早急に緊急事態宣言を発令すること。あわせて、緊急事態宣言の対象区域を全国とすることについても検討に入ること。
- 2 感染収束の目途がつくまで、徹底かつ集中的にテレワークや直行直帰を推奨すること。
- 3 40歳から64歳までの方とリスクの高い疾患を有する方のワクチン接種を推進し、できるだけ早く完了させること。

### 本号の紙面から

- 中医協総会が働き方改革議論 2面
- 医療資源重点外来の詳細示す 3面
- 四病協が税制改正要望を了承 4面

# 医師の働き方改革に対応するため、診療報酬の評価を検討

## 中医協総会 地域医療体制確保加算や医師事務作業補助体制加算の拡充求める

中医協総会(小塩隆士会長)は7月21日、2022年度診療報酬改定に向け、個別項目の議論を行った。個別項目は、「働き方改革の推進」、「医薬品の適切な使用の推進」、「不妊治療の保険適用」、「歯科用貴金属材料の基準材料価格改定」。第一ラウンドでの議論であるため、まだ具体的な論点は示されていないが、診療側・支払側の委員からは、全体的な課題についてさまざまな意見が出された。

### 医療の質下げずに働き方改革に対応

「働き方改革の推進」への対応が2020年度改定に引き続いての重要課題となっているのは、勤務医の過重負担が解消されていない状況で、2024年度から医師に対する時間外労働上限規制が適用されるためだ。時間外労働規制の特例水準の指定を受けない病院は、勤務医の時間外労働時間を年間960時

間以内(休日労働を含む)に取めなければ、法律違反となってしまう。

2020年度改定では、この問題に対応するため、さまざまな改定を行った。特に注目されたのが、「地域医療体制確保加算」(入院初日520点)である。勤務医の負担軽減など適切な労務管理等を実施することを前提に、救急医療体制の実績がある病院を対象にした。具体的には、年間の救急自動車・ドクターヘリによる搬送件数が2千件を超える病院が対象となった。

地域医療体制確保加算の要件は満たせず、このままでは医師の時間外労働時間規制に違反してしまう病院に対しては、地域医療介護総合確保基金による補助金で支援する仕組みも設けた。

地域医療体制確保加算の算定状況を見ると、2021年3月時点で940病院。400床以上の病院が6割近くを占める。算定回数は各月60万回前後で推移して

いる。2020年度診療報酬改定では、本体改定率0.55%のうち、0.08%を地域医療体制確保加算等に充てるために措置した。見込みに近い回数で診療報酬が算定されていると計算できる。

日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、「地域医療体制確保加算がさらに有効に活用されて、継続していくことが大事」と述べる一方で、地域医療介護総合確保基金については、「使い勝手が悪い」と指摘。「救急搬送が2千件未満の病院でも、過酷な医療現場となっている病院が多くある」と述べ、地域医療体制確保加算の拡充など診療報酬での対応に切り替えるべきであると主張した。

また、医師の働き方改革への対応を図る上で、「勤務医の勤務環境の改善は長年の課題だが、大切な視点は勤務医の勤務環境の改善だけでなく、医療の質を落とさないことだ。医療現場

を支えるための評価をお願いする」と強調した。支払側の委員とも「医療の質を落とさない」という点では、意見が一致した。

診療側の主張は、医師の労働時間短縮を図ることで、大学病院などが市中病院に医師を派遣するのが困難になり、地域医療を脅かす状況を避けるということに重きを置いている。これに対して、支払側の主張は、医療の質を担保するために、入院料などの人員配置基準を緩和することは慎重に検討すべきという意味での発言が多かった。

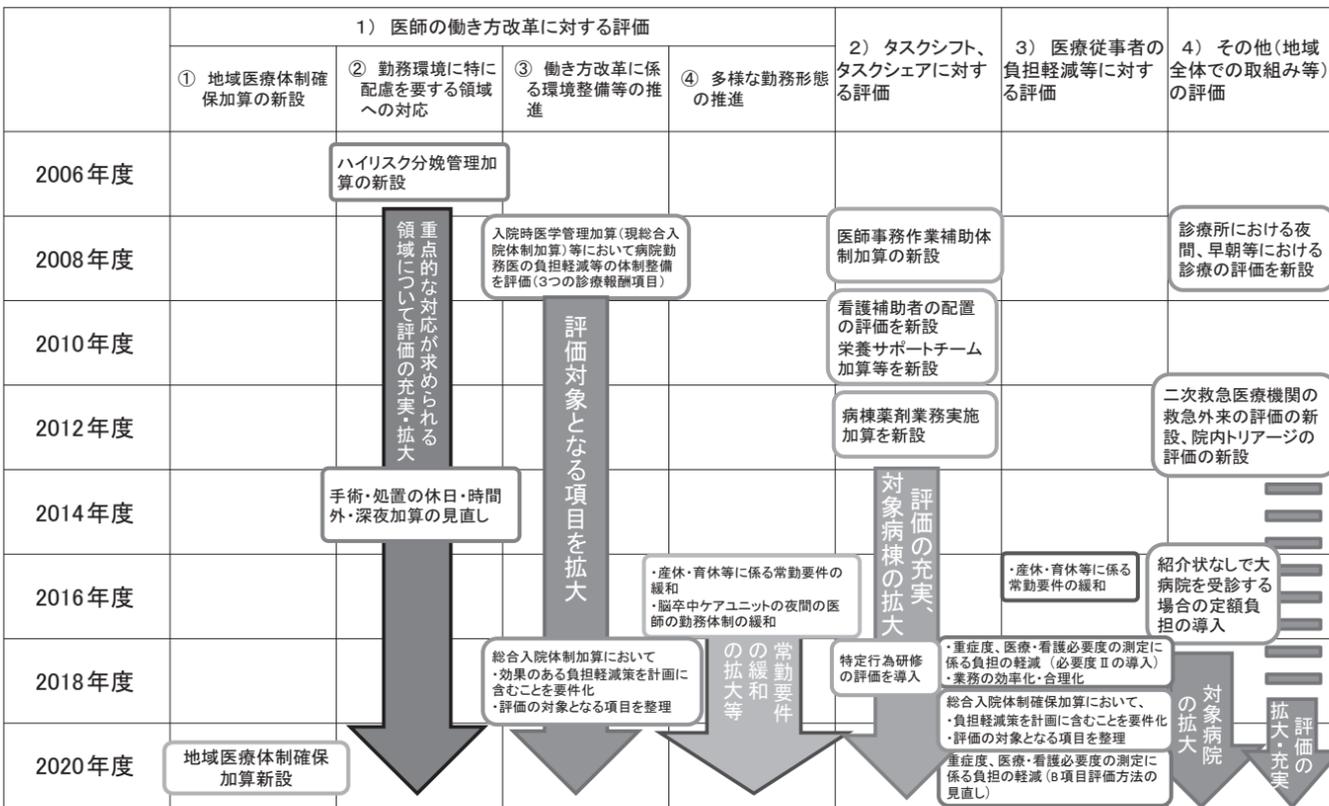
勤務医の負担軽減の方策として、大きな期待が寄せられているのがタスクシフト・シェアである。診療報酬では特に、医師事務作業補助体制加算の効果が中医協の検証調査で確認されている。数次の改定を経て、拡充を図ってきた。松本委員は、「拡充されてきたことは評価しているが、急性期医療での対応が中心であるので、算定対象が広がるよう要件を見直すべき」と主張した。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「回復期や慢性期でも算定できるようにすることが必要」と述べた。

日本病院会副会長の島弘志委員は、2020年度改定で診療報酬の医療従事者の常勤配置・専従要件の要件緩和が実施されたことを踏まえ、「医療従事者が偏在している。医療の質が低下しないことを前提に、柔軟な対応が可能となるよう、さらなる緩和を検討してほしい」と訴えた。

池端委員は、特定行為研修を修了した看護師の養成について、10万人を目標としていながら、足元で滞っていることを指摘した上で、「急性期での養成が中心になっている。慢性期、在宅、介護施設で活躍できる特定看護師が増えるような評価が必要だ」と主張した。

なお、長時間労働が常態化している勤務医負担軽減の対応策については、2020年度改定以前にも、さまざまな対応を講じてきている(左図を参照)。

## 診療報酬における働き方改革に向けたこれまでの取組について



# 専門組織からの意見書を了承。価格調整制度の改善目指す

## 中医協・費用対効果評価専門部会 これまでの医薬品や医療機器の評価の運用踏まえ提案

中医協の費用対効果評価専門部会は7月21日、費用対効果評価専門組織からの意見書を了承した。医薬品や医療機器の費用対効果評価制度の運用状況を踏まえ、改善点を提案した。また、公益側の荒井耕委員(一橋大学大学院教授)の退任に伴い、部会長に、公益側の飯塚敏見委員(東京大学大学院教授)が就任した。部会長代理には、中村洋委員(慶應義塾大学大学院教授)が指名された。

### 中医協委員の指摘に対し改善策

医薬品や医療機器の公定価格に対して、費用対効果評価を行い、価格を調整する制度が始まり、さまざまな品目への適用が決まった。その分析結果や価格調整に対しては、中医協委員から問題点を指摘する意見が多く出ている。意見書では、それらの問題点の改善策を提示し、今回了承を得た。改善策の一部を以下で紹介する。

#### ○患者割合のデータが非公表

分析対象集団の患者割合が企業から「非公表」とされたことに対しては、「公

表することが困難である理由」の説明を求めることになった。患者割合が不明のままでは、品目の価格調整の透明性が失われるとの指摘が出ていた。

#### ○分析対象集団の一部が分析不能

対象品目の費用対効果評価の分析において、分析対象集団の一部が「分析不能」とされた場合があった。これに対しては、現時点で「一定のルールを定めることは困難であり、引続き個別の事例への対応を行いながら、事例を収集しつつ、検討する」ことになった。

例えば、うつ病・うつ状態の治療薬であるトリンテリックス(武田薬品工業)の分析では、分析データの不足により、一部の分析集団が「分析不能」となった。当該集団を除外した上で、全体を評価したが、中医協委員からは、全体の評価を左右する分析集団が除外されれば、妥当な評価を判断できないとの指摘が出ていた。

#### ○企業が分析期間を超過

費用対効果評価の企業による分析が想定期間(品目指定から9カ月)を超過しても終わらない場合の取扱いにつ

いて、現行で規定はない。意見書では、妥当性の認められない分析期間の超過を防ぐため、そのような場合の取扱いを「明確化する」ことが提案された。

#### ○効能追加時の取扱い

医薬品や医療機器が保険収載された後に、その品目に新たな効能が追加されることがある。分析期間中に効能追加がある場合、原則として効能追加分の分析も行われる。その場合は、分析期間が通常の9カ月を超えて長引くことになる。しかし、その期間について明確な規定はない。このため、分析期間の延長に対しては、「妥当と考えられる期間」を設定することになった。

複数の効能追加があった場合は、9カ月以内に追加された効能だけを分析の対象とし、それを超えてから追加された効能については、評価終了後に改めて品目指定の可否を検討するとした。

#### ○効果同等で費用増加の取扱い

分析の結果、「比較対照技術に対し効果は同等であり、かつ費用が増加する」とされた品目については、現行で区分設定や価格調整の規定がない。こ

のため、「分析結果が費用増加となった場合の区分を設けるとともに、原則、当該区分の価格調整係数は、最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして、価格調整を行う」との対応を決めた。

#### ○薬価算定組織との評価の違い

医薬品の薬価を検討する薬価算定組織と、薬価などの費用対効果評価を検討する費用対効果評価専門組織の判断が異なる場合が、これまであった。

例えば、発作性夜間ヘモグロビン尿症などの治療薬であるユルトミリス(アレクシオンファーマ)の評価では、薬価算定段階では「投与期間の延長」(既存薬と比べ、注射の頻度が4分の1に減少)が加算の理由となった。しかし、費用対効果評価段階では、定量的な健康関連QOLの改善がみられず、逆に「費用増加」と評価された。

こうした状況に対し意見書では、両組織は「異なる観点から評価を実施している」とした上で、「まずは、それぞれの組織で情報を共有する」とこととどめた。

# 一般名処方「変更不可欄」めぐり応酬

中医協総会

不妊治療の保険適用では総会で技術の評価も議論

2022年度診療報酬改定に向け、7月21日の中医協総会で議論された個別事項では、「医薬品の適切な使用の推進」と「不妊治療の保険適用」なども議題になった。以下で、議論の内容を紹介する。

「医薬品の適切な使用の推進」については、重複投薬やポリファーマシー、残薬などへの対応などととも、バイオ後続品やフォーミュラの推進を含めた後発医薬品の推進が論点となった。

後発品については、日本医師会常任理事の城守国斗委員が、昨年生じた一部の後発品メーカーの不祥事を機に、安定供給に問題が生じていると指摘。一般名処方が増加傾向にあるが、現行の処方箋様式を維持し、後発品への変更を認めないとの指示を残すことを求めた。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も「処方箋の『変更不可』にチェックをする場合、ほとんどのケー

スが患者からの訴え」と述べ、現状どおりを求めた。

これに対し、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は「患者が先発品を希望しても、後発品の効能・効果は先発品と同じであることを説明し、納得を得るのは医師の業務だ」と発言。「処方箋の変更不可欄は、役割を終えたので見直すべき」と主張した。城守委員は、「患者主体の医療という面もある。医師から説明はするが、患者が納得せずにどうしても先発品が欲しいと言うことがある。それは患者の権利だ」と反論した。

後発品の使用促進は、医療費適正化の観点から、2020年9月までに後発品の使用割合を数量シェアで、80%とすることを目指し、対策を進めてきた。しかし、後発品メーカーの不祥事により、後発品の信頼が低下。その影響もあり、実績は78.4%で、80%の目標は

達成できなかった。政府はこれを踏まえ、全体ではなく、すべての都道府県が2023年度末までに80%とすることを新たな目標とした。

目標達成に向け、診療報酬・調剤報酬ではさまざまな加算等を設けている。しかし、財務省などは、調剤基本料における後発品推進の医療費削減額と加算等の費用対効果が見合っていないと主張し、減算措置を基本とする仕組みへの切り替えを求めている。支払側の委員からも、費用対効果を検証すべきとの意見が出た。

不妊治療の技術を個別に評価

「不妊治療の保険適用」については、政府は昨年、少子化対策として不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、不妊治療の保険適用を実現する方針を示してきた。昨年9月には、菅内閣の基本方針として、不妊治療の保険適用

を実現することが閣議決定されている。昨年12月の「全世代型社会保障改革の方針」では、不妊治療の保険適用を「2022年度当初」から実施する方針を明記。厚生科学研究費補助金の研究班の報告や学会によるガイドラインを策定し、これに基づき中医協で議論をして、2021年度中に詳細を決定することとしていた。

同日は、6月23日に日本生殖医学会が公表した「生殖医療ガイドライン」が示された。厚生労働省は、このガイドライン等に基づき、中医協総会で不妊治療の医療技術等の有効性・安全性の確認を進める方針を示した。

さらに、現時点で有効性や安全性が確認できず、保険適用しないものの、将来的に保険適用を目指す医療技術等については、先進医療等の保険外併用療養費制度を活用する方向を示した。

医療機関から先進医療の申請があった場合は、その申請を受理し、まず先進医療会議で技術的な審議を進める。先進医療として実施するか、保険適用を行うかは、2022年度診療報酬改定のタイミングで決定する予定だ。

# 医療資源重点外来の基本的な考え方を示す

外来機能報告WG

昨年の報告のとおり3分類

厚生労働省は7月28日の「外来機能報告等に関するワーキンググループ(WG)」(尾形裕也座長)に、来年度に施行する外来機能報告制度の報告項目案と、報告により位置づけられる「医療資源を重点的に活用する外来」(以下、医療資源重点外来)の基本的な考え方を示した。

医療資源重点外来の基本的な考え方は、昨年12月に「医療計画の見直し等に関する検討会」がまとめた「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」に沿った内容となっている。具体的には、①入院前後の外来②高額等の医療機器・設備

を必要とする外来③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)の3分類が対象となる。

医療資源の量は、診療報酬の点数で測られるため、診療報酬の算定状況により、3分類の該当割合をみる。例えば、①では、◇手術◇処置のうちDPC入院で出来高算定されるもの(1千点以上のもの)◇麻酔などがある。②では、◇外来化学療法加算◇外来放射線治療加算などが外來治療や、検査・画像診断・処置のうち地域医療包括診療料で包括範囲外(550点以上)の点数などが対象だ。

ただ、①ではDPC入院で1千点以

上の処置、②では地域医療包括診療料の包括外(550点以上)であるため、整合性を図るため、「1千点に統一すべき」との意見が出た。

③は、診療情報提供料Iを算定した30日以内に、別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関の外来」。◇ウイルス疾患指導料◇難病外来指導管理料の算定は、昨年の議論で除外されたが、復活を求める意見もあった。

②に含まれると想定される人工腎臓を算定する透析の外来については、賛否両論があった。透析を多く実施している病院・有床診療所が、医療資源重点外来に位置づけられる可能性があり、警戒感が示された。ただ、一般外来が全体で多ければ、医療資源重点外来には該当しないと考えられる。

外来機能報告項目については、医療資源重点外来を抽出するための項目と、地域の協議の場に資するものに分かれる。あわせて、医療資源重点外来を担う医療機関となる「意向の有無」をきく。救急医療の実施状況も別途把握す

る。高額医薬品を使う外来は、今回は報告の対象に含まない方向だ。

また、外来機能報告は病床機能報告と一体的に実施する。このため、スケジュールも合わせることになる。

これらの提案を踏まえ、全日病副会長の織田正道委員は、「透析を含めて、病院は専門外来と一般外来の両方を行っている」と指摘。このため、医療資源重点外来を担う病院は、外来機能報告制度による報告内容から、自動的に指定されるものではなく、「病院の意向をきくことが前提」と釘をさした。

また、外来機能報告と病床機能報告を一体的に行うことの意義を強調した。病院の機能が全体として把握されることになるので、入院と外来の整合性のある情報が収集されるべきと述べた。

さらに、「病院の機能の中心は入院であり、外来・入院・在宅医療とつながる。かかりつけ医機能の議論も別に行うとのことであるし、この会議の当面の議論が医療資源重点外来に特化したものになるのは仕方ないとしても、それらを念頭に置かないと、本来の外来機能を把握することはできないことに留意してほしい」と要請した。

# 四病協がコロナ特例や予算措置の継続を要望

四病院団体協議会は7月29日、田村憲久厚生労働大臣宛てで「10月1日からの新型コロナウイルス感染症に対する財政支援および診療報酬措置の要望」を迫井正深医政局長に手渡した(右下写真)。

新型コロナ対策では医療機関に対し、緊急包括支援交付金や診療報酬などによる財政支援を政府は行っている。しかし、予算措置上は基本的に、これらの対策の期限は9月末日までとなっている。

要望では、措置が9月末日になっていることに「非常に危機感」があると訴えた。その上で、10月以降も「全国の病院が新型コロナ感染症患者の増加に対応しながら、地域の医療を守るた

めにも、経営上の支援や病床確保・整備のための支援、診療報酬上の配慮、補助金・交付金の措置を継続すること」を求めた(4面の四病協総合部会の記事も参照)。



右から猪口会長、迫井医政局長、加納医法協会長

一冊の本 book review

## 日本再生のための「プランB」

著者●兪炳匡  
発行●集英社  
定価●1,012円(税込)

医師であり、医療経済学者でもある兪炳匡先生のご著書。インベーションを起こすことにより経済活性化を目指すという既存の日本再生策(プランA)では、1%の都市部に住む富裕層が利益を得るだけで、残り99%の人々は豊かになれない。そこで本書では、残りの国民の所得倍増を行うために、「予防医療教育の拡大」「地方移住促進」「北東アジア経済共同体の創設」の3つの策が「プランB」として提案されている。日本経済の現状を医療経済に基づいて論じられており、すべての方に一読してほしい一冊。

(安藤高夫)

## 2021年度 第3回常任理事会の抄録 6月12日

### 【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。  
福岡県 医療法人完光会今野病院  
理事長 今野完治

他に退会が4会員あり、正会員は合計2,541会員となった。

●準会員2会員の退会が報告され、準会員数は合計104会員となった。

●経済財政運営と改革の基本方針2021(原案)のうち、医療提供体制について記述されている内容について、説明があり、全日病としての対応について意見交換した。

●次期北海道支部・鳥取県支部・香川県支部支部長について説明があり審議した。審議の結果、承認され、次回の理事会へ提出することとした。

### 【主な報告事項】

#### ●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会 保健医療材料専門部会、総会」「医療従事者の需給に関する検討会」「救急・災害医療提供体制の在り方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。

●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4四半期)集計結果について報告された。

●第62回全日本病院学会in岡山の準備状況について報告があった。

●全日病ニュースの岡山学会委員会企画の編集方針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

石川県 南ヶ丘病院

◎一般病院2

東京都 立川病院

神奈川県 横浜新緑総合病院

奈良県 高の原中央病院

5月7日現在の認定病院は合計2,098病院。そのうち、本会会員は853病院と、全認定病院の40.7%を占める。

●5月21日に成立した医療法等改正のうち、外来機能の明確化・連携について説明があり、意見交換が行われた。

# コロナ補助金や診療報酬特例の10月以降の継続求める

## 四病協・総合部会 新型コロナ限定の対応含め税制改正要望もまとめる

四病院団体協議会は7月21日に総合部会を開き、9月末までが措置期限となっている新型コロナ対策の補助金や診療報酬の特例について、10月以降の継続を政府に要請することを決議した。また、2022年度税制改正要望と新型コロナ対応に限った緊急税制改正要望の内容を了承した。

新型コロナ対策の補助金については、基本的に財政措置が9月30日までとなっている。このため、10月以降も新型コロナ対策を継続して実施できるよう、適切な財政措置を政府に求めた。一方、診療報酬の特例である「外来における小児診療等に係る評価」と「各医療機関等における感染症対策における評価」は、規模縮小を含め、基本的に9月末までとなっている。両者については、10月以降も延長することを主張した。

「外来における小児診療等に係る評価」は、6歳未満の乳幼児への感染予防策を実施した外来診療等で、医科は100点、歯科は55点、調剤は12点を加算できるという特例である。10月以降については、「年度末まで規模を縮小した措置を講じることを基本の想定としつつ、単純延長することを含め、柔軟に対応する」ことが、昨年12月の麻生太郎財務大臣と田村憲久厚生労働大

臣との折衝で決まっていた。

「各医療機関等における感染症対策における評価」は、すべての患者の診療等に対する感染症対策の評価が必要との観点で、初再診(医科・歯科)は5点、入院は10点、調剤は4点、訪問看護は50円を算定できるというもの。10月以降については、「延長しないことを基本の想定としつつ、年度前半の措置を単純延長することを含め、柔軟に対応する」との取扱いとなっている。

### 総合診療医や病院薬剤師を議論

同日の総合部会では、総合診療医の育成や病院薬剤師の不足に関して、多くの意見が交わされた。

総合部会終了後の会見で、日本医療法人協会会長の加納繁照議長は、総合診療医について、「病院団体として独自の総合医養成の事業を実施している。しかし、総合診療医のあり方に関しては、さまざまな意見があり、もう一度議論し直す必要があると感じている。日本専門医機構の基本診療領域における総合診療専門医のカリキュラムに問題があるとの指摘がある。さらに、総合診療医がどれだけ普及するかが、医師需給を考える上で、医師をどれだけ増やす必要があるかの議論にも関係する」と、課題山積の状況を語った。

病院薬剤師の不足については、厚生省の「薬剤師の養成及び質向上等に関する検討会」の報告書に、薬剤師の病院における実務実習に関する文言が盛り込まれたことを「一歩前進」と評価した。

### 医療の消費税の課税化を主張

税制改正要望は2本立てとなっている。新型コロナ対策に関連する要望としては、4項目をあげた。コロナ禍において、医療機関の経営破綻を防ぎ、医療体制を確保・維持するための支援措置を盛り込んでいる。

「税金等の納付猶予期間の延長」では、新型コロナの影響により、税金等を一時に納付できない場合は、原則として、1年以内の期間に限り、税金や社会保険料の納付の猶予が認められるが、この猶予期間を1年以上とすることを求めた。

「欠損金の取扱いの拡充」では、欠損金の繰戻還付制度の適用対象法人の制限を撤廃し、すべての法人が当該制度を利用できるようにすること、遡って法人税等の還付請求ができる期間を5年程度に大幅に拡大(地方税も同様)することを求めた。欠損金の繰越期間の延長も要望した。

「感染対策のための設備投資等の支

出への税制上の支援措置」では、新型コロナ対策の設備投資等で、「即時償却または税額控除、償却資産税の全額減免、消費税相当額の補助等の税制上の優遇を図ること」を主張した。

「医療機関を運営する財団法人の純資産額による解散措置の緩和」では、医療機関を運営する財団法人が、純資産額の規定により、即座に解散となる法の運用について、5年程度の猶予期間を設定することを要望した。

2022年度税制改正要望としては、14項目を盛り込んだ。多くの項目は、昨年度と同様であり、1番目の項目には、「社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決」を位置づけた。

控除対象外消費税問題に対しては、診療報酬の上乗せにより補てんを行う方法を講じている。しかし、画一的補てん方式では、個々の医療機関の仕入税額が考慮されないことから、どれほど補てん方式を精緻化しても、税負担の不公平は解消しない。さらに、消費税引上げや新型コロナ対応のための設備投資の増加などが、病院における補てん不足を深刻化させている。こうしたことから、病院の社会保険診療報酬等に対する消費税は、原則として課税に改め、仕入税額控除を認めることを主張した。

## ■ 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) (アカウントの有効期限) ※アカウント情報通知書発行日から60日間	27,500円(税込) (1アカウント)	「医師事務作業補助者研修」をeラーニングで提供する。受講期限(60日間)内であれば、好きなタイミング(オンデマンド)で受講できる。受講修了後に所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を発行する。
医療事故調査制度事例検討研修会(60名)	2021年9月26日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWEB参加のハイブリッド形式	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代含む	医療事故調査制度に対しては「報告事例数が少ない」「報告すべき事例が報告されていない」などの指摘が出ている。本研修会では、事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、1名の参加も可能。「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。
個人情報管理・担当責任者養成研修会・アドバンスコース(48名)	2021年10月7日(木) 【WEB開催】	23,100円(税込) ※資料代含む	初級編である「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用編として、事例研修を中心とした年1回の研修会を開催する。講師として弁護士3名を招き、法の解釈について、より深い議論を行う。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会(70名)	2021年10月9日(土) 2021年10月10日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWEB参加のハイブリッド形式	27,500円(33,000円)(税込) ※2日目の昼食代、書籍代含む	2011・2012年度の厚生労働科学研究費補助金「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」に基づく「院内医療事故調査の指針 第2版」を教材に研修会を開催する。事故発生時の対応を系統的に体験するグループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましい。「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。
TQM(総合的質経営)の医療への適用-医療と社会と法-研修会(新型コロナウイルスを契機とする社会変革を切り口として)(40名)	2021年10月23日(土) 2021年10月24日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	55,000円(77,000円)(税込) ※会場参加では昼食代、WEB参加ではWEB運営費含む	組織運営の意思決定に関わる物事の基本的考え方を医療、社会、法の観点から検討する。行政、団体、医療機関、医療従事者それぞれの新型コロナへの対応を振り返り、今後の課題と展望も検討する。
機能評価受審セミナー(診療・看護合同領域80名、事務管理領域60名)	2021年10月30日(土) 【Zoomを用いたWEB開催】	8,800円(13,200円)(税込)	【診療・看護・合同領域】日本医療機能評価機構の訪問審査における「ケアプロセス調査」の形式に則って、意見交換・情報共有を行う。【事務管理領域】「3rdG:Ver.3.0」の予想、「3rdG:Ver.2.0」の解説、質疑応答・意見交換の3部構成。
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12月11日(土)、12日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	27,500円(33,000円)(税込) ※昼食代、テキスト代含む	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための医療安全管理体制相互評価の実務を想定した講習会。研修会の受講は施設規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と考えられる。