



# 全日病 ニュース

## 2022.4.15 No.1007

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

## 2022年度の事業計画・予算を報告

### 第10回臨時総会 10月に全日病学会in静岡を開催

全日本病院協会は3月26日に第10回臨時総会を開き、2022年度事業計画・予算および2021年度事業計画の一部変更・補正予算について報告した。

#### 地ケア病棟に厳しい診療報酬改定

冒頭に挨拶した猪口雄二会長は、まん延防止等重点措置が3月21日で終了したことについて、「経済を回す必要があり、制限を緩和する方向にある」と述べる一方で、春休みや卒業式で多くの人が動く時期であることから、「次の第7波の到来が心配だ」として、医療の負担が増えることを懸念した。



4月から実施された診療報酬改定については、「高度な急性期にいろいろな点数がついた」とする一方で、改定率0.43%のうち0.2%は看護の処遇改善、0.2%は不妊治療の保険適用に充てられることから「残りはあまりない。それでいて、いろいろな点数が設定されたということは、どこかにマイナスがなければいけない」と指摘。

「おそらく一番厳しいのは地域包括ケア病棟だ。様々な減算規程ができて、しかも減算が2つあると掛け合わせる

ことになった」とし、回復期リハビリテーション病棟とあわせて「このあたりが今回改定の財源なのかという気がする」と述べ、診療報酬・医療保険委員会での改定の問題点を検討する考えを示した。

#### 2024年はたいへんな年に

猪口会長は、「2024年がたいへんな年になる」と述べて見通しを示した。2024年度は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービスのトリプル改定が予定されるが、「相当厳しくなる。保険料や税を払う人口が減っていくなかで、医療費と介護費をどこまで確保できるかがポイントになる」と述べた。

医師の働き方改革も2024年度から始まる。猪口会長は、「一番の問題は病院が宿日直許可を受けられるかどうかだ」と述べ、宿日直許可基準の緩和を求めて3月18日に四病協と日本医師会、全国有床診療所連絡協議会が厚労大臣に要望書を提出したことを報告した。

2024年度から始まる第8次医療計画については、地域医療構想の対応を重視。「2025年度以降の地域医療構想をどうするかが大きな議題になる。どのように見直していくかを含めて、全日病の意見を述べていきたい」と強調した。

総会は、新型コロナウイルスの感染防止の観点から、来賓の招待は控え、

全日病の大会議室にて21名が出席して開かれた。

報告事項として、①2022年度事業計画、②2022年度予算、③2021年度事業計画の一部変更、④2021年度補正予算が議題となった。定款上、事業計画および収支予算は理事会の決議事項とされており、2月26日の理事会で決議された内容が報告された。

#### 悪化した病院経営を立て直す

織田正道副会長が、2022年度事業計画の前文を読み上げ、引き続き新型コロナウイルス感染症の対応を第一に取り組みむとともに、新型コロナの影響で悪化した病院経営を立て直すために必要な支援策を検討・要望していくと述べた。

また、4月に実施された診療報酬改定や外来機能報告制度、医師の働き方改革の段階的施行、地域医療構想や医師確保計画など医療提供体制に関する重要施策をあげ、「いずれもすべての病院に影響を及ぼす問題」として、日医や四病協、日病協と連携して、根拠(データ)に基づく提言・要望活動を行う方針を説明した。

第63回全日病学会in静岡は、10月

1・2日にアクトシティ浜松などを会場として開催する予定である。また、夏期研修会は、8月28日に京都市において開催する。

続いて、中村康彦副会長が2022年度予算を説明。経常収益は前年度より2,243万円増の8億2,362万円。経常費用は前年度より2,347万円増の8億2,313万円となり、その結果、2022年度の当期一般正味財産増減額は49万円となった。2021年度事業計画の変更については、織田副会長が報告した。2021年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、多くの事業の実施を見送ることとなったほか、全日病学会in岡山を完全WEB開催に変更した。教育・研修では、新たに「改正救急救命士法施行に伴う必須項目講義」などを開催した。

2021年度補正予算では、受託事業や補助金事業が決定したことによる変更や新型コロナウイルス感染症寄附金の増による変更を反映した結果、補正後の経常収益は11億1,433万円、経常費用は11億355万円となり、経常増減額は924万円となった。

## 遠隔医療のさらなる活用を医療部会で議論

### 社保審・医療部会 基本方針を2022年度中に策定

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は3月28日、遠隔医療をさらに活用するための基本方針の策定に向けた議論に着手した。今後、地域医療において遠隔医療が果たす役割や情報セキュリティなどを議論し、2022年度中に基本方針を策定する予定だ。委員からは、医師間での遠隔医療の活用

に期待を寄せる声があがった。昨年6月に政府が閣議決定した規制改革実施計画には、2022年度に「オンライン診療のさらなる活用に向けた基本方針を策定し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める」ことが盛り込まれていた。

今年1月には、厚生労働省が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の一部を改訂。初診からのオンライン診療を可能とし、そのための条件を定めた。

これらを踏まえて厚生労働省は、オンライン診療のみではなく、専門医と地域の医師との間で行われる症例に関する「遠隔相談」なども含めた「遠隔医療」

を推進するための基本方針を策定することとし、医療部会に協議を求めた。今後、遠隔医療を活用した好事例も集める方針。

厚生労働省医政局の熊木正人総務課長は、「指針ではオンライン診療のルールやガイドラインを定めた。今回は、前向きに、オンライン診療を活用するための基本方針をつくる。議論のなかで、規制の見直しが必要ということになれば、指針改訂の議論にもなりうる」と述べた。

基本方針策定に向けた検討の視点として、◇地域の医療提供体制の確保のために遠隔医療が果たすべき役割◇国・都道府県・医療関係者のそれぞれが取り組むべき内容◇患者・住民の理解を進めるための取組み◇個人情報の取扱いや情報セキュリティのあり方が例示された。

厚生労働省は遠隔医療に含むものとして、地域の病院がX線画像やMRI画像などを遠隔地の大学病院等の専門医に電子的に送付し、専門医が画像診断を行う「遠隔画像診断」の事例や、手術中に手術執刀医と遠隔地にいる病理医がリアルタイムでコミュニケーションを取り、病理診断を行う「遠隔病理診断」の事例も示している。

#### 遠隔医療を医師偏在の解決策に

全日病副会長の神野正博委員は、「遠隔診断や遠隔診療は、医師の地域偏在・

診療科偏在の解決策となりうる。有効に使えるところで私たちが工夫することが重要だ」と述べた。

厚生労働省の資料に遠隔相談や遠隔診断、遠隔診療という用語が使用されていることに言及し、「診断を含まない『相談』と、診察して病状を判断するが治療なしの『診断』、診断に治療も加わる『診療』の用語を今後は明確に分けて、使

用してほしい」と厚生労働省に要望した。

日本医師会副会長の今村聡委員は、「医師と医師の間の、いわゆるDtoDの遠隔医療は、医師の偏在や働き方改革に対応するために、どんどん進めるべきだ。AIの活用も避けては通れない」と述べた。

このほか、委員からは「遠隔医療に医療費抑制効果があるとの実証研究は世界的にない。必要以上に遠隔医療が使われすぎていないか、検証が必要」との意見も出された。

永井部会長は、遠隔医療の質の担保が非常に重要との考えを示した。

## 医師の働き方改革で要望書を提出

四病院団体協議会と日本医師会、全国有床診療所連絡協議会は3月18日、後藤茂之厚生労働大臣に、医師の働き方改革に関する要望書を提出した。特に、宿日直許可基準の緩和を求める内容となっている。

医師への時間外労働規制が2024年度から実施される予定の中で、大学病院などからの医師の派遣先の病院で宿日直許可が得られなければ、医師の引揚げが起りかねない。しかし、現状の宿日直許可基準は厳しく、地域により対応も異なるという問題がある。

このため、要望書では以下のような項目をあげて、緩和を求めた。

◇睡眠時間が不十分な日が月に5日以内であれば認める◇救急等が発生しても、平日の労働時間と比べ、一定割合以内なら認める◇分娩機関での対応が月8～12件程度であれば認める一など。あわせて、「宿直は月8回、日

直は月4回まで認める」、「派遣元と派遣先の宿日直回数を分ける」、「連日の宿日直を認める」ことなども訴えた。



#### 本号の紙面から

診療報酬改定の疑義解釈	2面
外来機能報告制度を施行	3面
医師少数区域認定医師調査	4面



# 2022年度診療報酬改定の疑義解釈を示す

## 厚生省 不妊治療やDPCなどを除いても医科で257問に回答

厚生労働省は3月31日、2022年度診療報酬改定の疑義解釈を示した。医科では、不妊治療とDPCなどを除き257問の質問に回答している。不妊治療には90問、DPCには15問、費用請求に関しては28問に答えた。そのほか、歯科診療報酬、調剤報酬、訪問看護療養費、材料価格基準の質問に回答している。以下で、医科診療報酬に関して、主要な内容をみていく。

情報通信機器を用いた初診料について、「注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診」を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか」との質問には、「初診料(288点)のみを算定する」とした。

計算式が変更された紹介率・逆紹介率の「初診の患者数」とは何かとの質問には、「初診の患者数とは初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた患者の数を指す」とした。

### 感染防止対策に数多くの質問

新型コロナの経験を踏まえ、大きく見直された感染防止対策関連の項目に対しては、多くの質問が出ている。

感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」に該当する医療機関は、「現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関」とした。感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」に該当する医療機関は、「現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関」とした。外来感染対策向上加算と感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」に該当する医療機関は、「現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関」とした。

外来感染対策向上加算や感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催または参加することは可能かの質問には、「不可」と回答した。

外来感染対策向上加算や感染対策向上加算の届出医療機関間の連携については、①特別の関係にある保険医療機関と連携している場合②医療圏や都道府県を越えて連携している場合は、認められるかとの質問があった。回答では、①は可能、②は新興感染症の発生

時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能とした。

感染対策向上加算1の施設基準で求める看護師の「感染管理に係る適切な研修」については、◇日本看護協会の認定看護師教育課程「感染管理」◇日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」の専門看護師教育課程◇東京医療保健大学感染制御学教育研究センターが行っている感染症防止対策に係る6か月研修「感染制御実践看護学講座」が該当するとした。

### オンライン診療での外来管理加算

情報通信機器を用いた再診で、外来管理加算が算定できるかとの質問には、「外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行う必要があるため、算定不可」とした。

### ビタミン剤を薬剤に含む場合とは

「重症度、医療・看護必要度」のA項目の「注射薬剤3種類以上」については、ビタミン剤を薬剤種類数の対象に含めることができる具体例をあげている。例えば、「患者の疾患または症状の原因がビタミンの欠乏または代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取する

ことが困難である場合」や「重湯等の流動食および軟食のうち、一分粥、三分粥または五分粥を食している場合」などをあげた。

救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、具体的にはどのような処置を指すのかとの質問では、「現時点では、イレウス用ロングチューブ挿入法、内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す」とした。

医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」については、次のような回答があった。

例えば、「他の医療機関での勤務経験を通算することは可能か」に対する回答は「不可」。「雇用形態(常勤・非常勤等)にかかわらず、勤務経験を通算することは可能か」に対する回答は「可能」。「5割以上の配置は、実配置数か、配置基準の数か」との質問には、「配置基準の数である。なお、配置基準の数については、施設基準通知「第4の2医師事務作業補助体制加算」の1の(2)を参照すること」とした。

また、病床種別の異なる病床を有する医療機関において、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能であるが、同一医療機関が医師事務作業補助体制加算1と医師事務作業補助体制加算2の届出を併せて行うことはできないとした。

# 看護職員処遇改善に向けた調査・分析は分科会で議論へ

## 中医協総会 入院医療等分科会の所掌分野には外来医療が加わる

中医協(小塩隆士会長)は3月23日の総会で、10月から実施予定の診療報酬による看護職員の処遇改善の仕組みについて「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で議論することを了承した。ただ、分科会では、必要な調査・分析にとどめ、仕組みはあくまで総会で議論し、決定することを確認した。

看護職員の処遇改善では、2月から9月までは補助金により看護職員1人当たりの収入を1%程度(月額4千円程度)引き上げる対応を講じており、10月以降は診療報酬により3%程度(月額1万2千円程度)引き上げるための対応を行う。2022年度診療報酬改定のプラス0.43%の財源のうち、0.2%分を充てることになっている。

制度設計は、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考にする。

現在の補助金対応の対象者は、すべての看護職員ではなく、地域でコロナ医療や救急医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象としている。看護職員以外の他の医療従事者の処遇改善にも充てられるよう、柔軟な対応を可能としているが、医療機関への補助金の額は変わらず、その分看護職員に充てる額は少なくなる。

同日の中医協では、診療報酬による制度設計の難しさを指摘する意見が相次いだ。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「診療報酬でどのように評価するか。基本診療料の上乗せか加算か。新たな評価の新設か。いずれにしろ、診

療報酬の対応であれば、患者数の変動による収入の増減の影響を受ける。介護報酬の処遇改善加算等との違いを含めさまざまな課題がある」と述べた。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、城守委員と同様に、看護職員の人数に応じて決まる処遇改善の財源を患者数に応じて決まる診療報酬で確保するため、「過不足が生じる」ことへの対応が論点になると指摘した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「介護職員への処遇改善と異なり、看護職員の処遇改善は、対象が限定されるため、看護職員の差別化につながりかねない。大臣折衝で決定されてしまっているため、中医協で議論できない論点かもしれないが、結果的に(公的・公立病院に急性期病院が

多いため)官民格差も広がる可能性がある」と懸念を示した。

日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、「看護職員の処遇改善に確実に反映される仕組み」とすることを求めた。

また、「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は、これまで「入院医療等の調査・評価分科会」の名称であったが、「外来」を加えることを同日の総会で了承した。2022年度診療報酬改定で、「外来データ提出加算」が新設され、外来患者の診療内容に関するデータを継続的に把握できる体制が整うことが期待できることなどを踏まえた。

「外来」の詳細な分析については、分科会の下での「診療情報・指標等作業グループ」で行うとした。松本委員は、「外来医療の専門家を必要に応じて追加してほしい」と要望した。

# 特例のC-2水準の審査組織の運用方法などを確認

## 厚生省・医師の働き方改革推進検討会 対象技能は三次医療圏単位の医療に限らない

厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(遠藤久夫座長)は3月23日、医師の時間外・休日労働の上限時間の特例の一つであるC-2水準の対象であるかを審査する審査組織の運用方法を確認した。また、厚生省から、医師の働き方改革に関する政省令等の状況や「勤務医に対する情報発信に関する作業部会の議論のまとめ」の報告を受けた。

C-2水準は、医師免許取得後6年目以降の医師が、先進的な手術など高度な技能を取得するために、一定期間集中的に診療業務を行う場合を想定している。C-2水準の適用を希望する医師は計画書を作成し、指定された医療機関に申請。審査組織が審査を行った上で、認定される。

そのような医療技術としては、「先進医療を含む医学的研究や医療技術の進歩により新たに登場した技術」だけでなく、「(日本専門医機構)の基本領域の専門医取得段階では、独立して実施できる等の高いレベルまで到達することが困難な技術」も含まれ得る。

これを踏まえると、「高度に専門的な医療を三次医療圏単位またはより広い領域で提供する」という条件にあてはまらない医療技術を含む。このため、C-2水準の対象は、より小さな医療圏単位で医師育成を行うことが適当である対象技能も対象とし、三次医療圏単位に限定しないことを明確にした。

C-2水準の適用の可否を判断する審査組織については、2021年度に準備に向けた委託事業を実施している。委

託事業を通じて、以下のようなことを確認した。◇対象技能は個別性が高いため、網羅的に研修予定症例の基準を設定することは困難◇同一の技能であっても総研修期間は一律ではない◇対象技能の該当性は複数の専門家による審査を行うことで、透明性が担保できる一などが示された。

なお、C-2水準の対象技能となり得る具体的な考え方は、改正医療法の施行後、審査組織による審査事例を重ねる中で、定期的に見直しを行っていくとしている。

### 政省令を公布し施行に向け準備

医師の働き方改革に関する政省令等については、2022年1月19日に公布されている。医師の時間外・休日労働の

法律が施行される2024年4月に向け、2022年4月1日には、医師の労働時間短縮等に関する指針や医療機関勤務環境評価センターに関する事項が施行された。医療機関勤務環境評価センターに関する事項では、センターの指定手続きや業務規程の内容、評価事項などが定められている。

「勤務医に対する情報発信に関する作業部会における議論のまとめ」については、医師の働き方改革への行動変容を促す方策として、委員から、幅広い世代・診療科の医師・他職種・事務職員が参加する「医療機関内での意見交換会の実施」の意義を強調する意見が相次いだ。このため、医師労働時間短縮計画作成のガイドラインでも位置づけることにする。

# 最近の循環器病対策の動向に関し報告を受ける

## 厚労省・循環器病対策推進協議会

## 支援センターモデル事業の進捗や2022年度診療報酬改定

厚生労働省の循環器病対策推進協議会は3月30日、厚労省から、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業の進捗や2022年度診療報酬改定での循環器病対応など、最近の循環器病対策の動向に関して報告を受けた。また、厚生労働科学研究班の研究結果が示された。協議会長には、永井良三・自治医科大学学長が再任された。

2022年度の循環器病対策の予算は、新規の脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業(2億円)や厚労科研研究費等補助金(14億円)など約18億円。支援センターモデル事業は、患者・住民への循環器病に関する情報提供などを中心的に担う医療機関に支援センターを設置するもので、まずは全国に10都道府県程度において先行的に実施するとしている。

厚労省は、現在28都道府県から申請があり、これから10都道府県程度に絞り込むと説明した。委員からは、予算制約上、絞り込みが必要であることには理解を示しつつ、「選定から漏れた都道府県に対しても、情報提供を行うなど一定の関与を求めべき」との要望があった。

また、本事業になってからは全都道府県への設置が想定されるが、人口や面積の大きい都道府県には、複数の支援センターを設置することも検討してほしいとの意見があった。

2022年度診療報酬改定での循環器病に関連する項目の報告もあった。

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入院する患者の「回復期リハビリテーションを要する状態」に、「急性心筋梗塞、狭心症発作

その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態」が追加された。委員からは、循環器病に対するリハビリの重要性が認識される中で、診療報酬での対応が図られたことを歓迎する一方で、疾患の範囲がまだ不明確との指摘があった。

地域包括診療料・地域包括診療加算の対象患者には、「慢性心不全」が追加された。これについては、委員から慢性心不全の患者への対応は、脂質異常症や高血圧症とは異なるので、かかりつけ医の対応能力の向上を図る対策が必要との指摘があった。

厚労科研研究事業では、複数の報告があったが、その中に、新型コロナの感染拡大による受診控えなどの状況を踏まえた循環器病の医療提供体制の構築に向けた研究の報告があった。

それによると、新型コロナの感染拡大が生じた2020年1～3月において、それ以前と比較して循環器急性疾患の入院治療は16%減少したという。心臓手術後の外来リハビリテーションの日数も有意に減少していた。

これに関して、「循環器病の発症率が下がったのか」それとも「循環器病が発生したにもかかわらず、医療機関での受入れができなかったのか」との質問があった。

回答では、「科学的なエビデンスは得られていない」としつつ、「医療機関の機能は、新型コロナの感染拡大により、低下したが、受入れ機能は保ったので、受入れができなかったということはきいていない。軽症患者が受診を抑制した影響はあると思う」との説明があった。

# 医師・歯科医師・薬剤師統計を公表

厚生労働省は3月17日、2020年医師・歯科医師・薬剤師統計の結果を公表した。2020年12月31日現在で、医師数は33万9,623人で、2018年の前回調査より1万2,413人(3.8%)増。歯科医師数は10万7,443人で、前回より2,535人(2.4%)増、薬剤師数は32万1,982人で1万6,933人(3.4%)増となっている。女性の割合は、医師22.8%、歯科医師25.0%、薬剤師61.4%となり、いずれも上昇した。

医師数は、性別で見ると、男性医師数が26万2,077人で、前回に比べて6,625人(2.6%)増加した。女性医師数は7万7,546人で、前回に比べて5,788人(8.1%)増加し、医師全体に占める女性医師の割合は22.8%となった。

年齢階級別では、「50～59歳」が6万7,525人(20.9%)と最も多く、次いで「40～49歳」が6万7,406人(20.8%)、「30～39歳」が6万6,210人(20.5%)。すべての年齢で男性の占める割合が多くなっている一方、年齢階級が低くなるほど女性の割合は高く、「29歳以下」

では36.3%となった。

医師の主に従事している施設・業務の種別をみると、「医療施設の従事者」は32万3,700人で、全体の95.3%と大多数を占め、前回に比べ1万1,737人(3.8%)増加。「介護老人保健施設の従事者」は3,405人で全体の1.0%、前回より17人(0.5%)の増加となっている。

「介護医療院の従事者」は298人で、全体の0.1%。制度開始年に行われた前回調査と比べて、243人増加した。

医療施設の従事者のうち、「病院の開設者または法人の代表者」は5,142人、「病院の勤務者」は15万3,851人、「医療機関附属の病院の勤務者」は5万7,481人、「診療所の開設者または法人の代表者」は7万2,586人、「診療所の勤務者」は3万4,640人である。

施設の種別に年齢階級をみると、病院と医療機関附属の病院では「30～39歳」、診療所では「60～69歳」が最も多い。平均年齢は、病院では47.2歳、医療機関附属の病院では39.3歳、診療所では60.2歳となった。

## 施設・業務の種別にみた医師数

各年12月31日現在

	令和2年(2020)		平成30年(2018)		対前回	
	医師数(人)	構成割合(%)	医師数(人)	増減数(人)	増減率(%)	
総数	339 623	100.0	327 210	12 413	3.8	
男	262 077	77.2	255 452	6 625	2.6	
女	77 546	22.8	71 758	5 788	8.1	
医療施設の従事者	323 700	95.3	311 963	11 737	3.8	
病院の従事者	216 474	63.7	208 127	8 347	4.0	
病院(医療機関附属の病院を除く)の開設者又は法人の代表者	5 142	1.5	5 183	△ 41	△ 0.8	
病院(医療機関附属の病院を除く)の勤務者	153 851	45.3	146 508	7 343	5.0	
医療機関附属の病院の勤務者	57 481	16.9	56 436	1 045	1.9	
臨床系の教官又は教員	30 384	8.9	28 688	1 696	5.9	
臨床系の大学院生	5 576	1.6	5 849	△ 273	△ 4.7	
臨床系の勤務医	21 521	6.3	21 899	△ 378	△ 1.7	
診療所の従事者	107 226	31.6	103 836	3 390	3.3	
診療所の開設者又は法人の代表者	72 586	21.4	71 709	877	1.2	
診療所の勤務者	34 640	10.2	32 127	2 513	7.8	
介護老人保健施設の従事者	3 405	1.0	3 388	17	0.5	
介護老人保健施設の開設者又は法人の代表者	373	0.1	349	24	6.9	
介護老人保健施設の勤務者	3 032	0.9	3 039	△ 7	△ 0.2	
介護医療院の従事者	298	0.1	55	243	441.8	
介護医療院の開設者又は法人の代表者	31	0.0	4	27	675.0	
介護医療院の勤務者	267	0.1	51	216	423.5	
医療施設・介護老人保健施設・介護医療院以外の従事者	9 419	2.8	9 331	88	0.9	
医療機関の臨床系以外の大学院生	738	0.2	730	8	1.1	
医療機関の臨床系以外の勤務者	3 011	0.9	3 019	△ 8	△ 0.3	
医療機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者	1 474	0.4	1 476	△ 2	△ 0.1	
行政機関・産業医・保健衛生業務の従事者	4 196	1.2	4 106	90	2.2	
行政機関の従事者	1 805	0.5	1 835	△ 30	△ 1.6	
産業医	1 308	0.4	1 231	77	6.3	
保健衛生業務の従事者	1 083	0.3	1 040	43	4.1	
その他の者	2 775	0.8	2 448	327	13.4	
その他の業務の従事者	777	0.2	723	54	7.5	
無職の者	1 998	0.6	1 725	273	15.8	

# 紹介受診重点病院を明確化する外来機能報告制度を施行

## 厚労省

## 政省令、告示の交付とあわせ施行通知を出す

病院や有床診療所が外来機能を都道府県に報告し、それを踏まえ、医療資源を重点的に活用する外来を担う「紹介受診重点病院」などを明確化する制度が4月1日から始まった。厚生労働省は同日、施行通知を出して、政省令、告示の内容を周知するとともに、「外来機能報告等に関するガイドライン」などを添付した。

ガイドラインは、「第8次医療計画等に関する検討会」の下にある「外来機能報告等に関するワーキンググループ」が3月17日にまとめたもの。外来機能報告を踏まえた「地域の協議の場」の運営を円滑に進めるために策定した。厚生労働省は都道府県に、ガイドラインを参考としつつ、地域の実情に応じて、「地域の協議の場」を運営することを求めている。

外来機能報告の実施主体は、入院機能を持つ病院と有床診療所である。無床診療所も任意で報告することができ、医療資源を重点的に活用する外来の可能性が高い場合に、都道府県が報告の意向を無床診療所に確認する。

医療資源を重点的に活用する外来と

は、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来②高額の医療機器・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)である。これらを把握するために診療報酬の算定状況を含め、必要な機能の報告を求める。報告方法は告示に規定している。

基本的には、病床機能報告と同様で、「ファイル等に記録する方法」と「レポート情報による方法」がある。

具体的な項目としては、「紹介受診重点外来の実施状況」、「紹介受診重点病院または紹介受診重点診療所となる意向の有無」、「地域における外来医療(紹介受診重点外来を除く)の実施状況に係る事項並びに人員の配置状況及び医療機器等の保有状況その他の必要な事項」がある。

紹介受診重点外来を除く外来医療の実施状況には、紹介率・逆紹介率や医療従事者の配置状況、高額の医療機器・設備の保有状況が含まれる。

「地域の協議の場」の議論では、医療資源を重点的に活用する外来の基準に該当しない医療機関であっても、「紹

介受診重点医療機関」となる意向があれば、紹介率・逆紹介率などの状況を活用して、「紹介受診重点病院」などになることができるとされており、そのための情報も収集する。

また、2022年10月1日以降は、「紹介受診重点医療機関」のうち、一般病床200床以上の病院は、紹介状がない患者などの外来受診時の定額負担の対象となる。この定額負担では、定額負担を徴収しない場合の除外要件が定められている。

ガイドラインでは、「地域の協議の場」の議論において、こうした除外要件も踏まえつつ、「紹介受診重点病院」などの基準に該当しても、地域に他に受診することができる診療科がない場合など、地域や医療機関の特性に配慮することを求めている。

施行通知ではそのほか、政省令、告示について、以下のような内容を周知している。

政令では、外来機能報告の義務付けの対象から、「刑事施設、入所者施設等の中に設けられた病院または診療所および皇室用財産である病院または診

療所(宮内庁病院等)」を除外した。

省令では、外来機能報告が加わることから、現行の規定で10月1日から10月31日までとなっている病床機能報告の報告期間を、集計などの実務の実態に照らし、10月1日から11月30日までの2カ月間に延長することを示した。

告示では、病院や診療所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として、厚生労働大臣が定めるものとして、類型としての「紹介受診重点病院」、「紹介受診重点診療所」の追加や、医療従事者の専門性に関する事項の追加などを行っている。

今後の予定をみると、4月以降、対象医療機関の抽出とNDB(ナショナル・データ・ベース)のデータで、報告事項を対象医療機関別に集計する。9月頃に、対象医療機関に外来機能報告を依頼し、対象医療機関にNDBデータを提供するとともに、報告用ウェブサイトを都道府県が開設する。

10～11月に、都道府県は対象医療機関からの報告を受け、12月頃に集計をとりまとめる。来年1～3月に「地域の協議の場」の議論を経て、「紹介受診重点病院」などが公表される。

# 公益通報者保護法の一部改正について

公益通報者保護法の一部改正があり、事業者は下記の措置をとらなければなりません。(令和4年6月1日施行)

- 事業者は次の事項を義務付け(中小事業者(従業員数300人以下)は努力義務)
  - ・公益通報対応業務従事者(※)を定めること
    - (※)公益通報の受付、調査是正措置に関する業務に従事する者。例えば、コンプライアンス部門に所属する者や担当役員などが想定される。
  - ・公益通報に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の必要な措置(窓口設定、調査、是正措置、不利益取扱い及び通報に関する情報の漏えいの防止のための措置等)をとること
  - ・上記の具体的な内容について指針を策定
  - ・実効性確保のために行政措置(助言・指導、勧告及び勧告に従わない場合の公表)を導入
  - ・公益通報者を特定させる事項について守秘義務を導入
  - ・守秘義務を違反した場合、罰金30万円以下の刑事罰

平成16年より公益通報者保護法が公布され公益通報(労働者が不正の目的でなく勤務先における刑事罰の対象となる不正を通報すること)したことを理由として降格・減給、その他の不利益な取り扱いが禁止とされたが、近年も社会問題化する事業者の不祥事が後を絶たず、早期是正により被害の防止を図ることが必要とされ、

- ①事業者自ら不正を是正しやすくするとともに、安心して通報を行いやすく
- ②行政機関等への通報を行いやすく
- ③通報者がより保護されやすくする

ことを目的として公益通報者保護法の改正がなされたとのことです。詳細は消費者庁ホームページ「公益通報者保護制度」([https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer\\_partnerships/whistleblower\\_protection\\_system/](https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_partnerships/whistleblower_protection_system/))に記載されていますので、対象となる従業員数300人以上の事業者においてはこの対策の検討をよろしくお願いします。

# 高齢者施設への支援を強化

厚生省・事務連

オミクロン株の再拡大に備える

厚生労働省は4月4日、オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた対応について事務連絡を出した。オミクロン株の全国的な感染状況が、緩やかな減少から1週間の移動平均が増加傾向となり、流行再拡大に備えるべき状況となっていることから、特に、高齢者施設等における医療支援のさらなる強化を図る必要があるとの考えを示している。

都道府県の感染制御・業務継続支援チームに対しては、高齢者施設等の入所者に新型コロナウイルス感染者が発生した場合、連絡・要請から24時間以内に、感染制御・業務継続支援チームの派遣を想定した体制を求めた。

高齢者施設等では、感染制御・業務継続支援チームの派遣を含め、新型コロナウイルス陽性者が発生した場合の専用相談窓口を設け、周知する必要がある。

また、すべての施設等が、医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制であることを確認する。具体的には、往診・派遣を要請できる協力医療機関を事前に確保していることや、自治体が指定する医療機関や医療チームの往診・派遣を要請できることを確認する。

都道府県の高齢者施設等への医療支

援の体制構築では、都道府県の医療関係部局と介護関係部局が密接に連携し、地域の医療関係者・施設関係者、さらには市町村の福祉部局と協議しつつ、対応していくことが重要とした。国としても、「伴走型の個別に相談できる体制」を構築するとしている。

新型コロナウイルスの高齢感染者の受入れを想定したコロナ対応病床のさらなる確保や回転率向上に向けた対応強化では、以下のような対応を図るとした。

◇臨時的医療施設をはじめとする既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員配置(介護職員、リハビリ専門職員等)、環境整備を行うことにより、高齢感染者の受入れのキャパシティを高めるよう働きかける。

◇地域包括ケア病棟、慢性期病棟等のうち、一定の感染管理が可能な医療機関に対し、高齢の感染者の療養解除前の転院を含めた積極的な受入れを働きかける。その際、病床確保のための財政支援のほか、感染管理の専門家の派遣などの支援を行う。

◇あわせて、確保病床の回転率の向上に向け、コロナ対応医療機関以外の医療機関に対し、後方支援医療機関として、療養解除後の高齢患者の受入れを行うよう、積極的に働きかける。

# 認定医師数は60人、岩手が32人で最多

厚生省

医師少数区域経験認定医師で初公表

厚生労働省は3月30日、「医師少数区域経験認定医師に関する調査」の結果を初めて公表した。2020年10月1日から2021年3月31日までに医師少数区域経験認定医師の申請を行った医師数は60人で、男性が50人、女性が10人となった。

年齢階級別では、30～39歳が31人と最も多く、次いで29歳以下が15人、50～59歳が7人となった。

認定に必要な業務を行った勤務地は、岩手県が37人と最も多く、半数を占める。次いで香川県が12人、東京都が7人となった。

出身地別の申請医師数は、認定業務勤務地別と同様の傾向であり、岩手県が32人で最も多く、次いで香川県が9人、東京都が6人。申請医師数のうち80%にあたる48人は、出身地と認定業

務勤務地が同じ都道府県となった。

また、申請医師数の91.7%にあたる55人が、認定業務勤務地の直後の勤務地は「該当なし」と回答。申請医師のほとんどが、引き続き認定業務勤務地で勤務していることがわかった。

医師少数区域等に所在する病院での勤務理由(複数回答可)をみると、「大学医局の人事異動」が28件で最も多い。次いで「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が15件、「医師少数区域等での勤務経験を得心したから」が11件、「給与等の処遇がよかったから」、「子育て、介護等の家庭の状況」が5件、「開業のため」、「地域貢献のため」が4件となった。

医師少数区域での勤務経験を肯定的に捉える意見が一定程度うかがえる。

申請医師の従事する診療科は、「内科など複数診療科」が11人と最も多く、次いで「消化器内科(胃腸内科)」が7人、「循環器内科」と「眼科」が6人、「内科」が5人となっている。主たる診療科は「内科」が12人と最も多く、次いで「消化器内科(胃腸内科)」が8人、「循環器内科」と「眼科」が6人、「整形外科」が5人となっている。

2018年の医療法改正により、医師少数区域において6カ月以上の勤務経験を有する医師を厚生省が認定する制度が創設された。

制度の創設に伴い、◇「認定医師であること」を広告できる◇地域医療支援病院の管理者は認定医師でなければならない◇研修受講料、旅費等の資格の維持に係る経費を支援一などのインセンティブが設けられている。

# 介護職員処遇改善で平均給与32.3万円

厚生労働省は3月24日、2021年度介護従事者処遇状況等調査結果を公表した。介護職員等特定処遇改善加算(特定加算)を取得している施設・事業所の介護職員の平均給与額は32万3,190円となった。

具体的には、特定加算Ⅰ・Ⅱを取得している施設・事業所の介護職員(月給・常勤)の2021年9月の平均給与額は、2020年9月と比べて7,780円増だった。そのうち、2021年度に新たに同加算を取得した施設・事業所では、2021年9月は29万3,800円で、前年比1万3,410円増となった。

介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを取得しているが、特定加算Ⅰ・Ⅱは取得していない施設・事業所の介護職員(月給・常勤)の平均給与額は28万6,850円で、前年比5,460円増だった。

調査は2021年10月に実施。8,812施設・事業所から回答を得た。

## ■ 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)	期日[会場]	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
「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)	2022年5月14日(土) 【WEB開催】	11,000円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を習得することを目的に、研修会を開催する。全日病・日本医療法人協会および四病院団体協議会が交付した「医療安全管理者認定証」を継続更新するための研修に該当(1単位)する。
医療安全管理者養成課程講習会 (第1・2クール:200名、第3クール:1回当たり約100名)	第1クール(講義) 2022年5月28日(土) 【WEB開催】 2022年5月29日(日) 第2クール(講義) 2022年7月2日(土) 【WEB開催】 2022年7月3日(日) 第3クール(演習) ①2022年9月3日(土)、4日(日) ②2022年10月8日(土)、9日(日) ③2022年11月5日(土)、6日(日) 【全日病会議室・WEBのハイブリッド形式】	84,700円(105,600円)	本講習会は、講義2クール(4日間)および演習1クール(2日間)の合計40時間以上にわたる厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラムで、これらすべての課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として認定期間5年間の認定証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。
第20回病院事務長研修コース (48名)	2022年5月～2023年1月(全13単位) 【全日病会議室】 (一部の単位はオンライン研修)	396,000円(506,000円) ※一部の宿泊費・食事代含む	医療従事者委員会が、受講者に対して、病院管理士として認定するための病院事務長研修コースを開催する。カリキュラムは、医療政策の動向や経営戦略、組織管理、財務会計・管理会計、院内コミュニケーション、人材マネジメントなど多岐にわたる。