

地域包括ケア病棟の評価、 支払側は「3つの役割」を必然視

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は11月12日に総会を開き、入院（その3）として、回復期入院医療について議論された。

厚生労働省は論点として、以下を示した。

- ▼地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価のあり方
- ▼回復期リハビリテーション病棟入院料5・6のあり方
- ▼回復期リハビリテーション病棟入院料実績要件のあり方
- ▼回復期リハビリテーションを要する状態のあり方
- ▼特定機能病院におけるリハビリテーションのあり方

地ケア病棟入院料の評価については、入院医療等の調査・評価分科会が「求められる3つの役割について、役割の一部しか担えていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき」と見直しを求めている。

この指摘に対して城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「3つの役割を均等に評価するものではない」と反論。近隣に在支診や在支病があるか否かなど地域の医療提供体制の違いによって、受け入れ件数や自院からの転棟件数など3つの役割には濃淡が生じることを理由に挙げた。一方、支払側からは、眞田享委員（日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理）が「地ケアの3つの役割をどこまで担えているのかを評価すべきだ」と主張するなど入院医療等分科会の指摘に同意する意見が相次いだ。

●回リハ病棟入院料5・6のあり方で意見分かれる

厚労省が示したデータでは、回リハ病棟入院料5・6を算定している病院は実績指数が上がらず上位に移行できない例が多いとされた。

これに対し城守委員は「回リハの入院料体系は2018年度改定で見直され、前回改定はリハビリ実施指数や入院患者要件などを見直したが、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮すれば大幅な見直しをすべきでない」と主張。「5・6から上位に行けない原因を分析すべきで、5・6を廃止する方向での議論は暴論に近い」と強調した。これに安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は反論。「入院料5または6にとどまるなど実績要件を長期間満たしていない場合には、上限年数を設ける検討をしてはどうか」と提言した。さらに城守委員は、回リハ病棟入院料の実績要件の評価方法には「病院機能評価の利活用が示されているが、十分に普及しているとは言い切れない状況なので要件化ではなく実態に合わせた利活用が望ましい」と主張。また、特定機能病院におけるリハのあり方には「特定機能病院のリハは通常のリハと大きく異なっているので、少し違った評価方法も検討に値するのではないか」とした。

入退院支援加算への ヤングケアラー追加で意見一致

11月12日の中医協総会では、「入院横断的個別事項」がテーマとなった。
厚生労働省は論点として、以下を挙げ、議論を求めた。

- ▼データ提出加算・診療録管理体制加算
- ▼医療情報システムの安全管理の評価
- ▼入退院支援加算の評価
- ▼入退院支援加算でのヤングケアラー支援評価
- ▼救急医療管理加算の判断基準
- ▼治療早期からの回復に向けた取り組み
- ▼病棟における栄養管理の評価
- ▼周術期における栄養管理の取り組み
- ▼褥瘡対策チームによる取り組みの評価

城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、データ提出加算の届出が困難な理由として、以下ことが調査で明らかになったとし、この実態を踏まえて「これらの対応には一定の時間を要するので、十分な配慮が必要」と主張。医療情報システムの安全管理の評価は「医療機関全体の問題なので、診療報酬よりも補助金のほうがよいのではないか」と提言した。

- ▼電子システムを導入していない
- ▼診療録管理体制加算では要件を満たせない

入退院支援加算の評価については「入退院部門の設置や専従の人員配置などを理由に届出が困難な場合もあるので、要件の検討が必要」と指摘。入退院支援加算にヤングケアラーを追加する提案には「良い取り組み」と評価し、支払側も同意した。

厚生労働省保険局の井内努医療課長は、データ提出加算において提出されたデータの利活用に言及。「データは中医協での議論に資するように活用したい。委員からの示唆があれば活用できるかどうか我々の能力の範囲内で考えてみたい」と答弁した。

●救急医療管理加算の判断基準明確化を

救急医療管理加算の判断基準については、城守委員の「JCS（意識レベル）ゼロの患者に緊急性の高い処置を行っていることを踏まえ、指標だけでなく治療も併せて、緊急入院の必要な患者を把握する方法の検討が必要」との意見に対して、支払側は基準の明確化を求めた。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「患者の状態を適正に評価すべく算定基準を明確化すべきだ」と主張、さらに松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「指標と治療を組み合わせた基準を検討してほしい」と訴えた。

他の論点については、城守委員が、治療早期からの回復に向けた取り組みに「診療報酬外でも取り組んでいる医療機関があるので評価が必要」と指摘。さらに病棟における栄養管理の評価および周術期における栄養管理の取り組みについては「医療機関の管理栄養士が柔軟な関与

のできる仕組みを検討すべきだ」とした。

褥瘡対策チームによる取り組みの評価には、「栄養補給方法などをガイドラインに基づいて定めることは好ましい」とコメントした。

医療情報③
中医協
総会

定額負担の仕組みが理解困難、 両側から指摘

11月12日の中医協総会では、外来医療のあり方についても議論した。
厚生労働省は論点として、以下を示した。

- ▼紹介状なしで受診する場合等の定額負担
- ▼再診患者への定額負担の除外要件見直し
- ▼専門性の高い医療機関等の外来における紹介率・逆紹介率のあり方
- ▼「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」に係る評価のあり方
- ▼医療資源重点活用外来の評価

紹介状なしの定額負担について、城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「紹介率・逆紹介率の低い大病院の減算を参考にしながら、控除額は初診2000円、再診500円が適当」としたうえで、「医療機関が儲かるのではなく現場負担が増えるという分かりにくい仕組みなので、控除額の説明を国と保険者も積極的に周知してほしい」と要望した。

島弘志委員（日本病院会副会長）は「この仕組みは医療者にとって分かりにくい、国民にとってはさらに分かりにくく、医療不信を生じさせかねない」と危惧した。

支払側も同様に、安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）が「特定機能病院の定額負担5000円以上とのバランスを考えれば初診2000円は妥当」と指摘。城守委員からの要望には「保険者として加入者に分かりやすい広報を実施していく」と応じた。

一方、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、社会保障審議会医療保険部会が選定療養に対して、例外的・限定的な取り扱いとして一定額を保険給付範囲から控除する見直しを提案したことを問題視。「フリーアクセスを損なう建て付けになっている。例外的・限定的とあるのは、制度が成熟すれば廃止されるという理解でよいのか」と厚労省に確認を求めた。

井内努医療課長は「例外的・限定的な取り扱いには池端先生と同等の理解をしている。我々は『フリーアクセスの基本は守りつつ』と考えている」と答えた。

●定額負担の除外要件見直しに慎重論相次ぐ

再診患者への定額負担の除外要件見直しについては、城守委員が「再診時を中心に効果的な方向性を検討することは理解できるが、他の医療機関を受診できる環境にない地域もあるので

配慮が必要」と指摘した。

支払側は安藤委員が、「地域に当該診療科を標榜する医療機関がない場合、定額負担の徴収を認めないことを検討してもよいのではないか」と一歩踏み込んで提言した。

紹介率・逆紹介率のあり方については、城守委員が「定額負担に実効性を持たせるためにも、大病院からかかりつけ医への逆紹介をセットで対応する必要がある。紹介率と逆紹介率の割合についても検討してほしい」と要望した。

「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」には、城守委員が「入院料を評価する方向性には賛同したいが、地域医療支援病院入院診療加算との整合性を検討する必要がある」と指摘。さらに「医療機関によって入院と外来の比率が異なることに配慮した制度設計が可能かどうか、事務局に検討してほしい」と要望した。

同様に支払側もさらなる検討を求め、安藤委員が「医療計画の見直し等に関する検討会の議論を踏まえた複合的な検討が必要」と指摘した。医療資源重点活用外来の評価には、城守委員が「診療情報提供料（Ⅲ）を算定する事務局提案に異論はない」と述べた。

医療情報④
厚生労働省
分科会

追加接種は mRNA ワクチンを使用、対象は 18 歳以上

厚生労働省の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（分科会長＝脇田隆宇・国立感染症研究所長）は 11 月 15 日に会合を開き、新型コロナウイルスワクチンの追加接種について、1・2 回目のワクチンの種類にかかわらず mRNA ワクチンを使用することを了承した。

接種間隔は 2 回目終了からおおむね 8 カ月以上後としたが、自治体の判断により 6 カ月以上でも可能とされた。

●大臣通知の改正を通知

厚労省は 11 月 16 日付で、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について（指示）」の一部改正について」を、市区町村長に宛てて通知した。

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、実施期間を 2022 年 9 月 30 日までに延長し、追加接種を行う場合は、コロナウイルス修飾ウリジン RNA ワクチン（SARS-CoV-2）を使用し、対象者を 18 歳以上の者とするよう改正している。

●「手引き」の改定を通知

厚労省は同日付で、「『新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き』の改訂について」を、都道府県知事と市区町村長に宛てて通知した。

11 月 15 日の厚科審予防接種・ワクチン分科会で追加接種の実施についての方針がとりまとめられたこと等を踏まえ、手引きを改訂している。

オンライン診療、 初診は原則かかりつけ医

厚生労働省は11月10日、オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会（座長＝山本隆一・医療情報システム開発センター理事長）の会合を開いた。厚労省は、オンライン診療の申し込みから診療までの流れ（イメージ）を示したうえで、以下の5つの論点ごとに指針改正の方向性案を示し構成員に意見を求めた。方向性については概ね了承された。

- ▼初診に必要な医学的情報
- ▼診療前相談
- ▼症状
- ▼処方
- ▼対面診療の実施体制

厚労省は、初診からのオンライン診療が可能な場合について以下の3つのケースを提示した。

- ▼かかりつけの医師に受診する場合
- ▼かかりつけの医師に準ずる一定の情報を持つ医師に受診する場合
- ▼それ以外について、オンラインで医学的情報の取得等を行い医師・患者双方がオンラインでの診療が可能と判断し、相互に合意した場合（診療前相談）

オンライン診療が可能かどうかの判断を下すうえで行われる診療前相談の考え方について、金丸恭文構成員（フューチャー株式会社代表取締役会長兼社長・グループCEO）は、「診療前相談であっても医師の専門性の提供に他ならず適切な対価が支払われるべき。そうでないと無理やりオンライン診療につなげるなどの弊害も考えられる」と訴えた。

黒木春郎構成員（医療法人社団嗣業の会理事長）は、「診療前相談はオンライン診療が可能か（対面診療が必要か）、救急車を呼ぶのかなどの医学的判断をする診療行為になる。オンライン診療ができないケースも含めて、最初からすべて診療行為のなかで考えればいい。また、相談窓口に対してメールやチャットで診断はできない」と述べた。

今村聡構成員（日本医師会副会長）は、初診からのオンライン診療の基本はかかりつけ医が対応するべきとの考えを示し、「オンライン診療は対面を補完するものであり、かかりつけ医の診療の一つの機能という整理になる。果たして、オンラインしかやらない医療機関が医療機関の機能として十分と言えるのか」と言及した。

これに対して、大石佳能子構成員（株式会社メディヴァ代表取締役社長）は、現状、オンライン診療がかかりつけ医の補完的な位置づけで受け取られているとしながら、「近未来においてオンライン診療は今の対面診療を大きく上回る情報量を持って効率的に行われる可能性があり、それが正しく育まれるような仕組みにする必要がある。診療前相談を始めとして、余りにガチガチなルールにするとオンライン診療に取り組む心ある医師が減ってしまう。オンライン診療しかやらないのは問題だが、専らオンライン診療をやるというのはありではないか。オン

ライン診療に対してやってみてもいいとする医師がリスクを感じるのではなく、後押しするようにガイドラインに書き込んでどうか」と提案した。

医療情報⑥
厚生労働省
医療計画検討会

COVID-19 対応でヒアリング実施 ～第8次医療計画等に関する検討会にて

厚生労働省は11月11日、第8次医療計画等に関する検討会（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）の会合を開き、新型コロナウイルス感染症への具体的な対応状況について3回目となるヒアリングを実施した。ヒアリングを受けたのは、以下の方々など。

- ▼瀬戸泰之・東京大学医学部附属病院病院長
- ▼西口幸雄・大阪市立十三市民病院病院長
- ▼篠崎裕子・沖縄県立八重山病院院長
- ▼泉並木・武蔵野赤十字病院院長
- ▼前田光哉・国立病院機構医務担当理事
- ▼小松幹一郎・神奈川県医師会理事

瀬戸参考人は、日本医科大学付属病院、東京医科歯科大学医学部附属病院と連携して後方支援医療機関連携コンソーシアムを構築し、調整本部として3つの大学病院の患者情報と35の後方支援医療機関の受け入れ情報による病院間マッチング（定員調整）を行った事例を紹介。今後の課題として、以下の5つを挙げた。

- ▼医療機関の役割分担・機能分化・相互連携
- ▼診療報酬上の措置、財政支援の拡充
- ▼自治体における医療政策のあり方
- ▼高度医療専門人材の育成強化
- ▼デジタル化の推進と情報の見える化

瀬戸参考人は、従来の急性期病院からコロナ専門病院への転換の取り組みを紹介。患者減少時（コロナの波と波の間）における職員のモチベーションの維持、各波での患者状況の違いによる医師・看護師の確保、誹謗中傷へのメンタルケアなどの課題を示した。

また、神奈川県医師会は、県庁が中心となり地域医療構想調整会議をプラットフォームとして活用（多くの医療関係者が必要な情報を迅速に共有）した「神奈川モデル」を紹介した。

医療情報⑦
政府
公表

コロナワクチン接種、2回目まで 終了は約9552万人に

政府が公表した新型コロナウイルスワクチンの接種実績によると、11月15日の一般接種は、1回目が1万4067回、2回目が6万6271回の、合わせて8万338回だった。

11月15日までの総接種回数は1億9482万8997回で、このうち高齢者は6542万4920回、職域接種が1922万8810回だった。

全体では1回以上接種者が9930万5487人で接種率は78.4%。このうち高齢者は3282万3664人で接種率は91.8%。2回接種完了者は、全体では9552万3510人で接種率75.4%、うち高齢者は3260万1256人で、接種率は91.1%。

医療情報⑧

11月17日

現在

国内の重症患者さらに減少、 78人に

厚生労働省のまとめによると、日本国内の新型コロナウイルスへの感染状況は、11月17日零時時点で、前日より154人増えて、合わせて172万5696人となった。

このうち、チャーター便による帰国者が15人、空港等検疫が4539人、国内事例が172万1142人。国内の死者は、前日から4人増え、1万8331人となった。

すでに退院等している人は、前日より263人増えて170万5929人となった。入院治療を要する1611人のうち、人工呼吸器装着または集中治療室に入室している重症者は、前日から4人減って78人だった。

11月15日までの国内（国立感染症研究所、検疫所、地方衛生研究所・保健所等）のPCR検査の実施件数は3591万4448件だった。

11月17日零時時点での都道府県別の陽性者数は、東京都が38万1990人（死亡3158人）で最も多く、次いで大阪府の20万2920人（死亡3058人）、神奈川県16万9097人（死亡1311人）、埼玉県11万5743人（死亡1054人）、愛知県10万6496人（死亡1158人）などとなっている。

●ロシアの陽性者数、900万人目前に

厚労省のまとめ(図表)によると、11月17日15時時点の世界の新型コロナウイルスへの感染状況について、米国では感染者が4730万人あまりに達し、死者数は約76万6000人となった。

インドでは、感染者が約3446万人で、死亡者は約46万4000人。ブラジルでは感染者数が約2197万人で、死者は約61万1000人。

このほか感染者が100万人を超えているのは、英国、ロシア、トルコ、フランス、イラン、日本などの、合わせて38の国と地域、10万人を超えているのは、合わせて113の国と地域。感染者が1万人を超えているのは165の国と地域。

ヨーロッパでは、英国で感染者が約969万人に達したほか、ロシアでも約899万人、フランスで約741万人となっている。

ドイツでは約 514 万人、スペインで 506 万人、イタリアで約 487 万人となった。

中南米では、ブラジルのほか、アルゼンチンで約 531 万人、コロンビアで約 504 万人、メキシコで約 385 万人、ペルーで約 222 万人の陽性が確認されている。

アジアでは、インドのほかインドネシアで感染者が約 425 万人となったほか、フィリピンで約 282 万人、マレーシアで約 256 万人、タイで約 203 万人、バングラデシュで約 157 万人となった。

中東地域では、イランで感染者が約 605 万人、イラクでも約 207 万人となっている。

アフリカ諸国では、南アフリカで感染者が約 293 万人、モロッコで約 95 万人となっている。

(図表) 国別の感染者・死亡者の状況

国・地域	感染者	死亡者	国・地域	感染者	死亡者
米国	47,309,008	765,811	カナダ	1,762,638	29,458
インド	34,456,401	463,852	ルーマニア	1,748,568	53,661
ブラジル	21,965,684	611,478	チリ	1,730,456	38,005
英国	9,686,363	143,598	バングラデシュ	1,572,948	27,928
ロシア	8,991,748	253,009	ベルギー	1,524,862	26,444
トルコ	8,459,089	73,973	イスラエル	1,338,233	8,148
フランス	7,413,180	119,225	パキスタン	1,280,362	28,628
イラン	6,051,642	128,406	セルビア	1,218,423	10,951
アルゼンチン	5,308,781	116,294	スウェーデン	1,185,093	15,094
ドイツ	5,144,827	98,278	ポルトガル	1,110,155	18,274
スペイン	5,061,045	87,745	ベトナム	1,045,397	23,270
コロンビア	5,036,287	127,865	カザフスタン	1,040,924	17,549
イタリア	4,873,075	132,893	オーストリア	981,904	11,807
インドネシア	4,251,423	143,685	ハンガリー	966,167	32,336
メキシコ	3,846,508	291,204	キューバ	959,307	8,284
ウクライナ	3,398,913	82,813	モロッコ	948,391	14,747
ポーランド	3,230,634	79,161	スイス	923,047	11,353
南アフリカ	2,926,348	89,504	ヨルダン	895,564	11,255
フィリピン	2,819,341	45,808	ギリシア	847,188	16,923
マレーシア	2,556,865	29,769	ネパール	817,672	11,482
オランダ	2,375,012	19,228	ジョージア	791,115	11,140
ペルー	2,216,832	200,695	アラブ首長国連邦	741,074	2,144
イラク	2,070,883	23,562	チュニジア	715,818	25,320
タイ	2,030,700	20,143	ブルガリア	662,739	26,676
チェコ	1,907,629	31,636	レバノン	654,068	8,596