

## 「これまでの議論の整理（案）」 について議論

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1月12日に総会を開き、厚生労働省が示した「2022年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」について議論した。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、整理案で「地域包括ケア病棟について、一般病床および療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、それぞれの役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の要件および評価のあり方を見直す」との記載に言及。「それぞれの役割と書かれているが、地ケアにおいて一般病床と療養病床の役割は違うとも読める。地ケアの役割は3つだが、一般病床と療養病床では違うのか」と確認を求めた。

厚生労働省保険局の井内努医療課長は「一般病床と療養病床は特性が違うというデータを示してきたが、その事実を踏まえて『それぞれの役割』と記載した。地ケアに求められる3つの役割は一般病床も療養病床も変わらないので、書き方を考える」と答えた。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「紹介受診重点医療機関において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う」とする記載について「新たな評価を行うことには同意していないので、今後の議論で検討してほしい」と要望。さらに「かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価」の項目について「これだけでは十分でない。1号側はかかりつけ医の報酬体系を提案したが、引き続き議論してほしい」と要望した。

### ●明細書無料発行の経過措置の期限は未定

佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、整理案に記載されていない事項として、診療明細書の無料発行について意見を述べた。「1号側は明細書の無料発行を診療報酬の意見書で主張したが、今日まで議題に上がっていないことは遺憾だ。明細書発行の前提となるレセプト電子請求の義務化がすべての医療機関で徹底されていないが、電子請求開始と同時に明細書発行を義務化することが合理的」と主張し、「電子請求を免除されている医療機関と調剤薬局の推移を示してほしい」と要望した。

間宮清委員（日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は、「今回の改定で無料発行の推進が事務局から提案されると思っていたが、今日まで具体的な提案がされていない。正当な理由があれば患者から求められた時に発行すればよいことになっているが、正当な理由は2010年度診療報酬改定から導入された要件だ」と指摘。そのうえで、「すでに12年が経過しているが、その間にレセプトコンピュータや自動入金機の入替が進んでいないのか。正当な理由をいつまで認めるのか」と疑問を呈した。

井内医療課長は「実態を見ながら中医協で議論していく」と発言するにとどめた。

## ●オンライン資格確認「新たな評価」で賛否分かれる

オンライン資格確認に対しても意見が集中した。

松本委員は「オンライン資格確認システムの活用により、診断および治療等の質の向上を図る観点から、新たな評価を行う」との記載について、「あまねく医療機関と調剤薬局でオンライン資格確認が導入される必要があるが、費用負担を含めて保険者はシステム導入に協力している。1号側は中医協の議論でも『新たな評価』は明確に否定しているので、修正を主張する」と述べた。

これに対して長島公之委員（日本医師会常任理事）は、「オンライン資格確認はデータヘルス改革の基盤であり、質の高い医療に直結するので、当然この記載を残すべきだ」と反論した。

一方、安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「オンライン資格確認はすべての医療機関で使われていない。使われていないものを評価するよりも、すべての医療機関に導入するほうが先。ただし、導入促進のために時限的に評価するのなら理解できる」と強調した。

医療情報②  
中医協  
総会

## 急性期一般入院料の要件厳格化に支払側が猛反発

1月12日に開かれた中医協総会で、厚生労働省は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、A項目・B項目・C項目の条件を変更した場合に急性期一般入院料1・4・5・6の基準を満たす医療機関割合のシミュレーション結果を報告した。

治療室用の重症度、医療・看護必要度についても、救命救急入院料2・4及び特定集中治療室管理料1～4の患者に一定の条件を適用して、基準を満たす患者の割合と施設基準を満たす治療室割合のシミュレーション結果を報告した。

そのうえで論点として、以下を提示した。

### ■一般病棟用の必要度の評価項目について

- ▼A項目から「心電図モニターの管理」の削除、B項目から「衣服の着脱」の削除
- ▼A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数
- ▼「点滴ライン同時3本以上の管理」の薬剤種類数、C項目の「骨の手術」の日数

### ■特定集中治療室用の必要度の論点について

- ▼A項目の「心電図モニターの管理」およびB項目を評価項目から除いたうえ、判定基準を「A項目3点以上」に見直す
- ▼レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入し、各入院料における該当患者割合を現行との差の実態を踏まえた設定にする

## ●「中小病院を後ろから鉄砲で撃つような改定だ」

要件の厳格化を導く方針が反映された論点に対して、診療側からは反発が相次いだ。

城守国斗委員（日本医師会常任理事）は「要件を厳格化する議論には到底賛成できない。新興感染症にも対応できる医療提供体制を構築するのなら、急性期入院料の評価はむしろ現行よりも充実させることが自然な流れであるはずだ」と強調した。

そのうえで、心電図モニターの管理の削除案に言及。「現行の必要度では内科系の評価が十分でない。削除すると手術割合の多くない内科系病棟に大きな影響を与えることを理解してほしい。要件を厳格化する改定はあり得ない」と訴えた。

治療室の必要度でB項目を削除する提案が示されたことには「治療室で4対1や2対1の手厚い看護配置を行っている根拠を示すのがB項目であることを認識してほしい」と要望した。

同様に島弘志委員（日本病院会副会長）は「必要度の評価項目を大きく変えることは、急性期の医療施設にとって多大な影響がある」と述べた。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は「今回のシミュレーションから中小病院が相当なダメージを受けることが分かっている。2～3割の病院が基準を満たさなくなることは到底理解できない。

コロナ第6波への対応が求められている病院を後ろから鉄砲で撃つような改定は認められない」と主張。さらに「病院経営は痩せ馬がムチで叩かれながら『頑張れ』と言われて走り続けているようなもので、要件の厳格化で餌まで取り上げられたらモチベーションが続かない」と訴えた。

## ●支払側、シミュレーション結果に基づく議論を主張

一方、支払側からは、シミュレーション結果に基づく評価の見直しを求める意見が続いた。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「急性期一般入院料の必要度の議論では、そもそも何のための議論かを意識することが重要。現状では基準と患者割合にかなりの差があり、患者増は刻一刻と変化するとはいえ、3分の2以上の患者が基準を満たさないという基準のあり方がこのままでよいのか」と問いかけた。

そのうえで「入院分科会から心電図モニターは患者の状態を反映しているとは言えないと指摘された。

改定率の大臣折衝でも医療機能や患者の状態に応じた評価が入院医療に求められると指摘されたことを踏まえて、シミュレーション結果に基づいて見直しの議論を進めるべきだ」と主張した。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「急性期一般入院料は必要度を用いて評価してきた経緯があるので、この歩みを進めることが医療現場の取り組みの観点からも必要」と述べ、急性期一般入院料1について「基準値のさらなる引き上げや、必要度1と2の格差をどう考えるかが検討課題として残っている」と指摘した。

## 歯科用貴金属材料価格、 年4回改定で意見一致

1月12日の中医協総会では、歯科用貴金属材料価格の随時改定の方法として、昨年12月22日の中医協総会で示された、以下の3つの案が取り上げられた。

- ① 現行のまま（変動幅が告示価格の±5%、±15%を超えた場合に改定する）
- ② 変動幅が一律に告示価格の± $\alpha$ %（例：5%）を超えた場合に改定する
- ③ 変動幅にかかわらず、素材価格に応じて年4回改定する

3つの案に対して林正純委員（日本歯科医師会常務理事）は「素材価格をより高感度に反映できる年4回の改定が適切だが、医療機関の事務負担が増えるので円滑に対応してほしい」と述べ、「素材価格の変動に対応するため代替材料の開発を推進してほしい」と付言した。

支払側からは松本真人委員（健康保険組合連合会理事）が「年4回改定の案は否定しないが、周知の手続きを速やかに行うことが条件。事務負担を考えれば改定は年4回が限界」と林委員の意見に概ね同意した。

## 第5次中間とりまとめを概ね了承 ～医療従事者の需給に関する検討会など

厚生労働省は1月12日、医療従事者の需給に関する検討会（座長＝森田朗・東京大学名誉教授）と医師需給分科会（座長＝片峰茂・長崎市立病院機構理事長）の合同会議を開き、厚労省が示した「医師需給分科会第5次中間とりまとめ（案）」について、座長預かりで了承した。

今後、2024年度以降の医学部定員数等の議論については、「第8次医療計画等に関する検討会」や「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」の場に移る。

この日示された「第5次中間とりまとめ（案）」では、歯学部振替枠（9大学／44人）は一定の役割が果たされたとして廃止すると明記し、廃止された枠については歯学部振替枠を有していた大学に限定せず各大学から要望可能として、医師不足の地域枠に割り当てるとした。

また、医師の養成数と医師需給推計について「地域枠等により全国レベルで医師数は毎年3500～4000人程度増加している」としたうえで、「今後の医師の増加のペースについては見直しが必要」と明記した。ただし、「第4次中間とりまとめ」で示した「将来時点の必要医師数」の新たな推計値は提示しなかった。

一方、地域枠については「地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えら

れ、恒久定員内で措置することが望ましい」とした。

24年度以降の医学部定員については『第8次医療計画等に関する検討会』等における検討状況を踏まえ検討する必要がある」として、具体的な方向性は明示しなかった。

これに対し小川彰構成員（岩手医科大学理事長）は、「そもそも働き方改革の細かい条件が大学や病院に周知されていないのが問題だ」と指摘。「働き方改革は総労働時間だけの問題ではなく、勤務間インターバルなどさまざまな追加的健康確保措置実施の条件が加えられている。現在、岩手医大では毎日70人程度の医師を地域医療支援で派遣しているが、こうした条件を順守すれば特定機能病院としての機能を果たせなくなる」として、働き方改革に合わせた医師需給推計の見直しを強く求めた。加納繁照構成員（日本医療法人協会会長）も、「働き方改革が地域に大きな影響を与えると認識している。そうした影響はまだ先の話で、中間とりまとめをしてしまうというのはいかがなものか」と同調した。

山崎學構成員（日本精神科病院協会会長）は、「大学教授を初めとした大学勤務医師の給与レベルが安過ぎるといった根本的な個々の問題を解決せずに、総論として中間とりまとめをする意味があるのか」と新たな論点を提示した。そのうえで「そもそも超過勤務をするのは医師が足りないからで、働き方改革をすれば、結局診療時間短縮や救急患者受け入れ制限などで不利益が患者に向かってしまう。現場の医師を増やすしかない」と訴えた。

相澤孝夫構成員（日本病院会会長）は、「病院数、病床数が減少するなか、開業医の数は増えている。どこの医師が足りないかといえば、病院で働く医師が減っている。そのことが中間とりまとめには全く書かれていない。医師の働く場の偏在について検討が必要だ」と主張した。

山内英子構成員（聖路加国際病院副院長）は、「昔と比べて女性医師が働く環境が大きく改善してきており、出産、子育て後に現場へ戻ってくる女性医師が増えてきている。今後、女性医師の割合は増えても働き方改革が進めば、ライフイベントがあっても女性医師が辞めずに働き続ける可能性も高まる」との考えを示し、医師の働き方改革のポジティブな側面を記述してはどうかと提言した。

議論を受けて「医療従事者の需給に関する検討会」の森田座長は、「新型コロナや医師の働き方改革、そして、女性医師の働き方などゼロベースにして議論しても、その途中でまた新しい変数が出てくるだろう。あくまでも今回は中間とりまとめなので、事務局が提示した案のトーンでとりまとめたい」と述べた。

医療情報⑤  
厚生労働省  
AB

## 療養・健康観察期間の 「適切な見直し」求める

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード」（座長＝脇田隆宇・国立感染症研究所長）は1月13日に会合を開き、直近の感染状況等の分析と評価について議論

し、取りまとめた。

全国の新規感染者数は、今週先週比が 8.5 と急速な増加が続き、直近の 1 週間では人口 10 万人あたり約 41 人となっているとした。新規感染者は 20 代を中心に増加、まん延防止等重点措置が適用されている地域を始め、首都圏や関西圏などの都市部のみならず、その他の地域でもこれまで経験したことのない速さで新規感染者数が急速に増加していると指摘した。これに伴い、療養者数が急増し重症者数も増加している。その要因として、オミクロン株の「市中感染」が拡大していることを挙げた。今後については、高齢者に感染が波及することで重症者数が増加する可能性を指摘し、留意する必要があるとした。また、引き続きオミクロン株への置き換わりの状況を含めた地域の感染状況に応じた監視体制を継続させるべきとも記載した。

感染の急拡大で、医療機関、介護福祉施設では、職員とその家族の感染や濃厚接触による職場離脱が起きているとし、医療従事者で濃厚接触者となった場合、毎日検査等により勤務できることについて、再周知を徹底するよう求めた。また、感染者の療養期間と濃厚接触者の健康観察期間について、科学的知見に基づき、適切に見直していく必要があるとした。

医療情報⑥  
ファイザー  
株式会社

## COVID-19 経口治療薬を 承認申請

ファイザー株式会社は 1 月 14 日、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の経口治療薬候補「PF-07321332／リトナビル錠」の製造販売承認を申請したと発表した。日本も参加している国際共同第 2／3 相 EPIC-HR 試験の結果に基づくもので、特例承認を求めている。

PF-07321332 は、COVID-19 の治療を目的に創製された経口薬で、ウイルスの増殖に必要な酵素である SARS-CoV-2 のメインプロテアーゼの作用を阻害するよう設計されているという。リトナビルは、PF-07321332 の代謝（分解）を遅らせ、ウイルスに作用する濃度を長時間体内で維持するために併用する。

国際共同第 2／3 相 EPIC-HR 試験では、外来治療の対象となる重症化リスクの高い COVID-19 患者で、プラセボと比較して入院または死亡のリスクを 89%（症状発現から 3 日以内）および 88%（症状発現から 5 日以内）減少させることが示されたとしている。また、有害事象の発現割合は 23%で、プラセボ（24%）と同程度であり、おおむね軽度とした。

医療情報⑦  
日本慢性期  
医療協会

## 慢性期病院でも軽度・中等度 急変患者受け入れを

日本慢性期医療協会（日慢協）の武久洋三会長は、1 月 13 日の定例記者会見で、会員病院

をはじめとする慢性期病院でも、高齢者や慢性期の軽度・中等度急変患者を積極的に受け入れるべきだと強く訴えた。

会見で武久会長は、慢性期療養中の患者が種々の原因により在宅や施設で急性増悪した場合、以下などの病態であれば、慢性期治療病棟で入院治療を行うことが望ましいと主張。

▼誤嚥性肺炎 ▼低栄養 ▼褥瘡 ▼尿路感染症 ▼脱水 ▼その他の感染症

一方で、以下などは急性期救急が受け入れるとした。

▼心筋梗塞 ▼脳卒中発作 ▼骨折 ▼急性腹症 ▼悪性新生物

そのうえで、急病の傷病程度別の年齢区分別の搬送人員は、高齢者では87.2%が軽症・中等症で、年齢区分別の搬送人員は、成年以下がわずかに20年で20%減少し、高齢者が25%増加したとするデータを示し、「高齢者の軽度救急患者が救命救急センターに押し寄せたら、重度救急患者の受け入れに影響を及ぼす。軽中度の緊急処置が必要な高齢患者や高度な技術を要する手術の必要ない軽度救急患者は、地域多機能病院で解決できる問題だ」と主張した。

さらに、「病床規模が200床未満の中小病院を中心とした『地域救急』患者の受け入れ病院に対する手厚い評価をすべき」とし、地域医療体制確保加算の要件である年間救急搬送患者数2000件以上について、「1000件以上」程度に緩和するよう求めた。

### ●「看護補助者」待遇改善と名称変更も求める

またこの日武久会長は、病院介護職員の危機的状況について、緊急提言をした。武久会長は、「病院に勤務している介護職員は『看護補助者』と呼ばれ、その専門性をないがしろにされている」と指摘。病院に勤務する介護職員がそのまま冷遇されるならば、「病院に勤務する介護職員（看護補助者）はいなくなる」と危機感を示し、名称の変更などを求めた。

医療情報⑧  
政府  
公表

## コロナワクチン接種、 3回接種完了は112万人

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、1月13日の一般接種は、1回目が3950回、2回目が5623回の、合わせて9573回だった。

1月13日までの総接種回数は2億178万6647回で、このうち高齢者は6601万8696回、職域接種が1933万3787回だった。

全体では1回以上接種者が1億117万2002人で接種率は79.9%。このうち高齢者は3307万1750人で接種率は92.5%。

2回接種完了者は、全体では9949万5264人で接種率78.6%、うち高齢者は3294万6946人で、接種率は92.1%。

また、3回接種完了者は111万9381人で、接種率は0.9%だった。

医療情報⑨  
1月16日  
現在

## 国内の重症患者数の増加傾向続く、235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、1月16日零時時点で、前日より2万5742人増えて、合わせて185万2958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7669人、国内事例が184万5274人。国内の死者は、前日から6人増えて1万8431人となった。

すでに退院等している人は、前日より3501人増えて172万7464人となった。入院治療を要する10万1976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2人増えて235人だった。

1月13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4130万7210件だった。

1月16日零時時点での都道府県別の陽性者数は、東京都が40万3662人（死亡3178人）で最も多く、次いで大阪府の21万9100人（死亡3069人）、神奈川県17万6238人（死亡1320人）、埼玉県の12万1434人（死亡1059人）、愛知県の11万1506人（死亡1163人）などとなっている。

### ●陽性者10万人超、119の国と地域に拡大

厚労省のまとめ(図表)によると、1月16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6544万人あまりに達した。死者数は約85万人となった。インドでは、感染者が約3712万人で、死亡者は約48万6000人。ブラジルでは感染者数が約2298万人で、死者は約62万1000人だった。

このほか陽性者が100万人を超えているのは、英国、フランス、ロシア、トルコ、イタリア、日本などの、合わせて48の国と地域、10万人を超えているのは、合わせて119の国と地域。感染者が1万人を超えているのは169の国と地域。

ヨーロッパでは、英国で陽性者が約1525万人、死者が約15万2000人に達した。

フランスでは陽性者が約1401万人となった。死者は約12万8000人。ロシアでは陽性者が約1059万人で死者は約31万4000人。

このほか、イタリアで約855万人、スペインで約809万人、ドイツで約799万人の陽性が確認されている。

中南米では、ブラジルのほか、アルゼンチンで約 703 万人、コロンビアで約 551 万人、メキシコで約 435 万人、ペルーで約 250 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 427 万人となったほか、フィリピンで約 317 万人、マレーシアで約 281 万人、タイで約 231 万人、ベトナムで約 201 万人となった。

中東地域では、イランで感染者が約 622 万人、イラクでも約 211 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 356 万人、モロッコで約 104 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	65,444,262	850,060	タイ	2,308,615	21,898
インド	37,122,164	486,066	イラク	2,110,683	24,242
ブラジル	22,981,851	621,233	ベトナム	2,007,862	35,480
英国	15,246,179	152,395	ルーマニア	1,895,833	59,212
フランス	14,005,385	127,859	チリ	1,867,101	39,376
ロシア	10,592,433	314,166	ポルトガル	1,852,703	19,270
トルコ	10,404,994	84,622	イスラエル	1,773,629	8,304
イタリア	8,549,450	140,856	豪州	1,726,116	2,673
スペイン	8,093,036	90,759	スイス	1,666,441	12,469
ドイツ	7,988,210	115,627	ギリシア	1,650,088	21,888
アルゼンチン	7,029,624	117,989	バングラデシュ	1,612,489	28,136
イラン	6,218,741	132,044	スウェーデン	1,560,363	15,513
コロンビア	5,511,479	130,860	オーストリア	1,428,170	13,915
メキシコ	4,349,182	301,334	セルビア	1,425,147	13,045
ポーランド	4,298,375	102,270	スロバキア	1,414,154	17,252
インドネシア	4,270,794	144,167	ハンガリー	1,327,014	40,237
ウクライナ	3,929,950	104,663	パキスタン	1,324,147	29,012
オランダ	3,610,048	21,634	カザフスタン	1,134,598	18,293
南アフリカ	3,556,633	93,278	デンマーク	1,121,881	3,501
フィリピン	3,168,379	52,858	ヨルダン	1,097,474	12,974
マレーシア	2,805,337	31,781	アイルランド	1,092,736	6,035
カナダ	2,750,742	31,519	モロッコ	1,043,225	14,963
チェコ	2,587,147	36,828	キューバ	995,631	8,335
ペルー	2,496,542	203,265	ジョージア	990,183	14,425
ベルギー	2,410,731	28,612	ネパール	849,204	11,617