



# 全日病 ニュース

## 2020.3.1

### No.958

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

## 2020年度改定の答申受け、日医・四病協が会見

### 診療報酬改定 猪口会長「効率的な病院運営に向け一定の対応図られる」

中医協(田辺国昭会長)は2月7日に総会を開き、前号既報のとおり、2020年度診療報酬改定を加藤勝信厚生労働大臣に答申した。答申を受け、厚生労働省は4月の実施に向け、3月上旬に告示・通知等を発出するべく準備を進めている。今号では、2月7日の中医協総会と、同日行われた日本医師会・四病院団体協議会、支払側委員の会見の様相を伝える。

中医協は2月7日、答申内容を了承。田辺会長が小島敏文厚生労働大臣政務官に答申書を手渡した。小島厚労政務官は、「2020年度改定は、医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進が重点課題となった。医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進や効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上も図った。20項目の附帯意見についても、真摯に対応する。今後とも国民皆保険を堅持し、質が高く効率的な医療提供体制に向けて、検討してほしい」と述べた。

答申に際し、診療側と支払側がそれぞれ総括的な発言を行った。

診療側を代表し、日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、「医師等の働き方改革に対しては、診療報酬の0.08%の特例的な対応と医療介護総合確保基金の増額があり、評価している。基金の取扱いでは、民間医療機関を含め、地域医療で特別な役割を果たしている医療機関に、確実に支援が行われるよう求める。医療従事者に対する負担軽減策は引き続き検討していく必要がある」と強調した。

入院医療に関しては、「地域包括ケア病棟の見直しで、大病院とそれ以外の病院に鮮明な形で線が引かれるなど、大病院には急性期医療をしっかりとやらせてもらうというメッセージが込められている」と指摘。さらに、政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告を念頭に、「今後、外来医療の分化が議論されるが、かかりつけ医機能の評

価をあわせて議論していくべきだ」と述べた。

支払側を代表し、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、医師等の働き方改革や医療機能の分化・強化、連携の推進に幅広く対応したことを踏まえ、「全体として、一歩前進する改定になった」と評価した。一方で、2018年度改定で導入した初診料の加算である「機能強化加算」の見直しは「半歩前進」と述べ、加算の趣旨を患者に伝えるなど当初の意見が反映されなかったことに不満をにじませた。

また、医師等の働き方改革への対応で新設した「地域医療体制確保加算」など勤務医の負担を軽減する計画の策定が求められる診療報酬項目に対しては、「労働時間短縮のアウトカムを含め、計画の進捗を検証する」ことを今後の課題とした。

#### 「うまく財源を割り振った」と評価

日医・四病協の会見では、全日病の猪口雄二会長が、中医協委員としての立場を踏まえ、改定内容の評価を行った。本体改定率がプラス0.55%と2018年度改定と同水準だった今回改定について、「全体として、うまく財源が割り振られたのではないかと述べた。

医師等の働き方改革への対応では、2024年度の医師の時間外労働規制の施行を見据えた対応だけでなく、人口減少が進み、働き手不足が深刻になる中で、看護師や薬剤師の配置を評価する診療報酬項目の人員配置基準の緩和などが幅広く実施されたことを、あわせて評価した。「まだまだ動いてみなければわからない部分も多いが、医療の質を担保しつつ、各病院がそれぞれ工夫して効率的な運営を考えられる体制が一定程度できた」と述べた。

入院医療に関しては、地域包括ケア病棟の見直しに言及。「考え方は整理されてきたと思う。だが、大病院の地域包括ケア病棟の取扱いについて、今回の見直しでよかったのかは今後検証する必要がある」と述べた。その上で、「高齢者の生活を支える地域密着型の病院が担うべきで、中核病院ではない。ポストアキュートだけの役割だと回復期リハビリテーション病棟と何が違うんだという話になる。地域密着型病院がある程度の救急医療も担い、地域で完結できる医療を目指すことが望ましい」と、本来的な役割を強調した。



#### 都会の病院で救急の取り合いを懸念

日本医師会の横倉義武会長は、かかりつけ医機能の推進として、「地域包括診療加算」に、複数の医療機関の連携で24時間対応を行うことを認める「時間外対応加算3」の届出を施設基準に加えたことを評価した。小児かかりつけ診療料の算定対象を「3歳未満」から「6歳未満」に拡大したこともあげた。妊婦加算を廃止し、妊婦に限らず診療情報の提供を評価する「診療情報提供料(Ⅲ)」を新設したことも今回改定の成果とした。

急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の基準値が「30%以上」から「31%以上」になったことには、「厳しい水準」と述べた。「改定のたびに評価項目・判定基準が変わり、現場は苦慮している。どの入院料を選択しても、病院が安定して経営できる診療報酬が必要だ」と訴えた。

日本病院会の相澤孝夫会長は、今回の医師等の働き方改革への対応が、「地域の救急医療で大きな役割を果たしている病院の医療の継続に役立つことを願う」と述べた。全世代型社会保障検討会議の中間報告が、200床以上の一般病院にまで受診時定額負担を拡大することを盛り込んだことも踏まえ、「全体を見渡して、病院の機能分化を考える視点が強まっていると感じる」と述べ、改革の方向性に警戒感を示した。

日本精神科病院協会の山崎学会長は、医療費の財源確保をめぐり、「薬価財源だけを充てる習慣がついてしまった。財政中立でこちらを減らして、あちらを増やすというやり方が続いている。新規の財源を充てるべきだ」と訴えた。また、介護報酬の処遇改善加算が手当てされたことで、「医療から介護に介

護人材が流出している」と危機感を表明。「介護保険で補てんするなら、医療保険でも補てんすべき」と主張した。

入院時食事療養費が「人件費や委託費が高騰しているにもかかわらず、25年間据え置きかれ、食費にかかるコストが病院経営を圧迫している」ことも指摘し、次期改定での引上げを求めた。

日本医療法人協会の加納繁照会長は、年間2千件以上の救急搬送を要件に新設された「地域医療体制確保加算」などを念頭に、救急医療を担う病院が競合する大都市で、「病院間で救急の取り合い」が起きることに懸念を示した。「救急車は自治体が運営しており、中核的な救急医療の多くを自治体病院が担っている」と不安も示した。

二次救急に対しては、夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算の見直しなどをあげ、一定の配慮が行われたことを評価した。「超高齢社会で高齢者の二次救急を担う病院の役割が大きくなっている。脳卒中や心不全、肺炎、骨折が代表的で、特に都会では、民間主体でできると思う」と主張し、救急医療の体制が確保できる診療報酬の必要性を強調した。

#### 看護必要度は実質「4%」の厳格化

支払側委員の会見では、健保連の幸野理事が、急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の基準値が「31%以上」になったことについて、「わずか『1%』の引上げだが、評価項目・判定基準を、基準値が下振れする方向で見直しているの、実質的には「4%程度の厳格化だ」と指摘。「今後、病床転換が進むことを期待する」と述べた。



## 清話抄

### 日本人の美德

2020年度診療報酬改定が大詰めを迎える中、私達自身も、激変する医療環境に向けて自らが変化を恐れず立ち向かう覚悟を持つべき時なのだろう。一方で、地域医療を支える一員として、

また法人を運営する経営者として、医師偏在、少子高齢化、働き手の減少、労働時間規制、働き方改革、数々の難題が次から次へと私達に押し掛かるが、この難題に特効薬はない。

この数十年の間に、人が変わり、世代が変わり、大きく時代が変化し、社会に情報が溢れている。私達を感じる以上にその変化のスピードは速く、時代のうねりに押し流されそうになりながら、必死で新たなヘルスケア変革を起こしたいともがいている。おそらく

変化しない者は淘汰され、今の世代の価値観を捉えて、変化した者だけが生き残る時代なのかもしれない。

日本人の美德とされた「勤勉」「誠実」「義の思想」「高い技術や力、創造力」など継承されている部分もあるが、本来の日本の社会が持っていた温かさや人々の笑顔が失われているような気がしている。目の前の事に立ち向かうあまり、あまりにも近視眼的に物事を捉えたと、悲観的な内向きな発想になるのではないかと。

今日私達が当たり前の事としている日々の生活が、どんなに恵まれ、素晴らしいものなのか、感謝して過ごす事、多くの経験のある高齢者から学ぶ事、悲観的な事ばかりではないように思う。日本人の良さはもっと強く大きなもので、どんなに大きな課題でも必ず乗り越えていく力がある事を今こそ信じ、同志と共に前進していきたい。

(石川賀代)



# 主張

## 働き方改革と連携を推進する診療報酬改定

2年に一度の診療報酬改定の年を迎えた。昨年12月に本体プラス0.55%で合意と発表があった。本体0.55%の引上げは数値上では、2018年度改定と同じだが、この時は、診療報酬本体は薬価・材料等を差し引いたネット改定率はマイナス0.9%、さらに薬価制度改革を含めるとマイナス1.19%だった。今回は、診療報酬財源が複数から拠出されるため、ネット改定率は公表されていないが、単純に薬価・材料等を差

し引くと全体でマイナス0.46%となる。全体でのマイナス改定は4年連続となり、今回の改定でも厳しい状況が読み取れる。2018年度の改定で大枠の舵取りを行ったため、今回は前回は踏襲するロジック部分の改定が主となり、中でも大きく注目すべきキーワードは働き方改革と連携だと感じる。今回、はじめて『働き方改革』を診療報酬に反映させることが決まった。

賛否両論あったが、2040年の医療体制を見据え、医療従事者の負担軽減、医師の労働時間の削減を推進するような内容となるだろう。医師業務のタスク・シフトやタスク・シェア、チーム医療など多職種連携が求められることになるが、コメディカル等受け手側の負担が増えては本末転倒である。診療報酬に反映といっても簡単にはいかないのではないだろうか。様々な法整備を含めた考慮が必要だろうと感じている。「連携」は従来のチーム医療だけにとどまらない。地域包括ケアシステムを推進する取り組みも診療報酬に反映される。従来の自院の多職種連携だけ

でなく、他の医療機関や他の介護等との「連携」がさらに進むと予測している。紹介状なし外来受診の定額負担の拡大が議論されているが、紹介、逆紹介のターゲットにも変化が出てくるだろう。常に連携をとる体制を築いておかなければ経営は益々厳しくなるだろう。今年は東京オリンピック・パラリンピックも行われ、日本に大きな変化の風をもたらしてくれることだろう。医療界も時代の変化に合わせ、よりよい医療が提供できるような「変化」のある1年となることを期待する。(西 昂)

# 医師養成課程の偏在対策全体を分科会が議論

## 医師需給分科会 総合診療医のあり方と必要数も検討

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」(片峰茂分科会長)は2月13日、医師養成課程における医師偏在対策全体を今後、分科会として検討していくことを決めた。総合診療医のあり方を含め、必要な養成数も考える。同分科会は、近くマクロ需給推計を行い、将来の必要数を見込んだ上で、医師養成数の見直しを議論するが、実効性のある医師偏在対策の検討も引き続き続ける。

医師養成課程においては、地域枠を含め医学部入学の段階、臨床研修制度の段階、専門医研修の段階がある。医道審の医師臨床研修部会や専門研修部会などが別に設定されているが、お互いが調整しつつ、同分科会が全体の偏在対策をまとめる方向だ。なお、専門医研修は日本専門医機構が行っているが、医療法により、国は都道府県の意見を聴いた上で、必要な措置を求めることができる(右図参照)。

総合診療医のあり方と必要数の推計も課題に盛り込んだ。ただ、名称を含め総合診療医については、委員から様々なイメージが示され、共通認識と目指す方向性を一致させることが、今後の課題となった。その際に、キャリアパスを描けないことが、総合診療医が増えない大きな理由との指摘が相次

いだ。全日病副会長の神野正博委員は、「日本専門医機構の総合診療専門医を専攻する医師はまだ少ない。しかし、医療機関で総合医的な医療を行っている医師は少なくない。全日病では、総合医育成事業を実施しており、医師のキャリアパスの一助としている。他の医療団体も総合医育成事業を実施しており、そのような医師も数に入れて議論する必要がある」と主張した。

### 都道府県別診療科ごとの必要医師数 病院勤務医の推計で医師不足顕著に

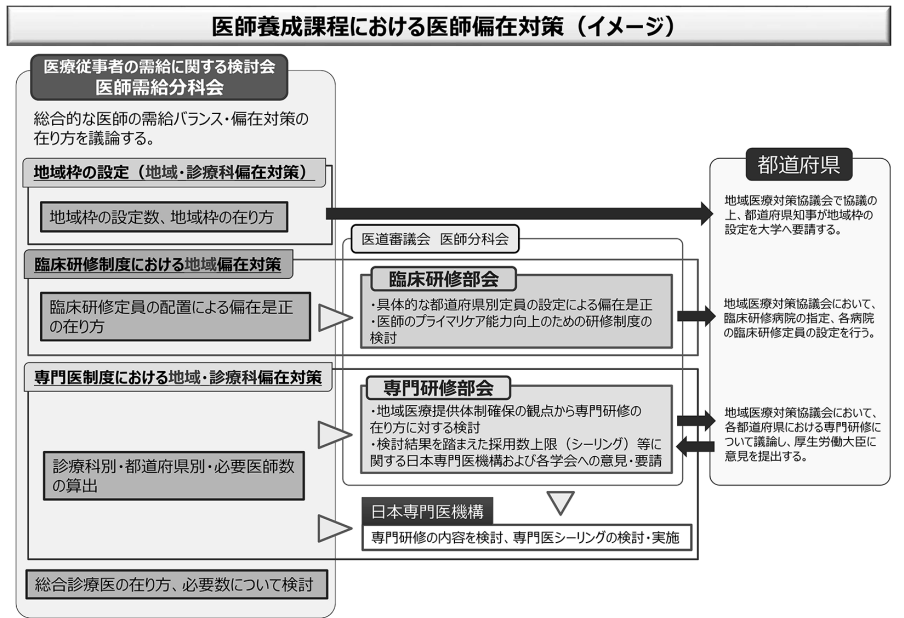
専門医研修の段階で、日本専門医機構は今年度の募集から、従来の大都市のある5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)に対する募集人数上限(シーリング)をやめて、新たに都道府県別診療科ごとのシーリングを導入した。その基になっているのが厚労省の推計である。今回厚労省は推計を精緻にする観点から、技術的な提案を行い、分科会として了承した。

具体的には、①基礎データを最新のものに更新する必要があるときや、医師確保計画の策定サイクルに合わせて、推計を見直す②算出結果は目安であり、施策に利用する際は、幅を持たせて運用する③地域の実態や総合診療医のあ

り方などを検討する視点を持つ。また、前回の分科会で、診療科別必要医師数の推計において、追加的に、病院勤務医だけの試算をすることを決めた。同日、厚労省が机上配布で暫定版の計算結果を提示した。神野委員は、推計結果の特徴を質問。厚労省は、「全体の推計結果よりも、病院勤務医の推計結果のほうが、将来の必要医師数と現状の医師数の差分が大きく出る傾向が示された」と述べ、



医師不足の現状が顕著に表れることを説明した。診療所で働く医師が多い診療科ほど、その傾向が強まるが、神野委員は、「病院勤務医の比率が正しいか。資料をみると、(精神科医など)異論のある診療科もありそうだ」と精査を求めた。



# 医師の副業・兼業で緊急調査を実施

## 日医アンケート調査 労働時間通算の厳格化に危惧

日本医師会は1月29日、「医師の副業・兼業と地域医療に関する緊急調査」の結果を発表した。医師の働き方改革への対応が議論されている中で、副業・兼業問題が最大の懸念事項に浮上している。調査から、労働時間の通算が厳格化されることにより、大学からの派遣医師の引上げが起ることなどへの不安が大きいことがわかった。

医療機関調査では、8,343施設を対象にウェブでアンケート調査を実施し、44.5%の3,713病院から回答を得た。調査は昨年12月13日から28日に実施した。回答者の61%を医療法人が占める。次いで多いのが市町村の9%。

医師の常勤数は「5~9人」が最も多く、28.8%、次いで「1~4人」が28.5%、「10~19人」が16.6%となっている。非常勤数は「20~49人」が最も多く28.1%、次いで「10~19人」が24.4%、「5~9人」が17.6%となっており、非常勤医師が多いことが示された。医療機関として、「専ら医師を派遣する病院」は4.4%に過ぎず、「専ら医師を受け入れている病院」が83.3%

で大部分を占める。勤務医の副業・兼業を「病院長等が許可した場合のみ認めている」のは48.9%で、「各医師の自由意志にまかせている」は30.8%となっている。

労働法制上、複数勤務の労働時間は原則通算する必要があるが、「通算に反対」が28.0%を占めた。医師への労働時間規制が施行されることへの不安では、「宿日直体制が維持困難になる」が最も多く、79.8%だった。「派遣医師の引上げ」を懸念する意見は62.9%。施設基準の中で、医師の人員配置基準を満たせなくなることへの不安も上がった(複数回答)。

自由意見では、「都市部を除く全国の地域の病院の診療体制は、ほとんどが大学からの派遣に頼っている。一般の求人は医師にはそぐわない」、「これをやるなら競争原理が働く程度の医師の数の確保が必要だと思う」、「副業・兼業ありきで業界が回っており、病院に医師が常駐しなくてもよいかどうか国民レベルで議論が必要」、「兼業・副業の労働時間を把握すること自体が困

難。医師本人からの申告等がなければ無理である。申告しない医師も多い」、「副業・兼業は単なる労務の提供としてだけではなく、技能の錬磨や地域医療の経験としての意味を重視していく必要がある」など、様々な意見が寄せられている。

一方、大学病院・大学付属病院であ

る医育機関への調査では、副業・兼業に関する取扱いで、「病院長等が許可した場合のみ認めている」が74.5%で多く、「各医師の自由意志にまかせている」は5.5%に過ぎなかった。「労働時間の通算に反対」は43.6%で、医療機関全体よりも多かった。

同調査は、結果を踏まえ、「医師の働き方には様々なパターンがあり、一般の労働者と同じような副業・兼業への対応を医師の働き方へ単純に当てはめることによって、混乱が生じることを危惧する」とまとめている。

### 第9回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第9回臨時総会を開催します。

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第9回臨時総会	目的事項
日時 2020年3月28日(土)	報告事項
午後1時~午後2時30分(予定)	(1) 2020年度事業計画について
会場 全日本病院協会 大会議室	(2) 2020年度予算について
東京都千代田区神田猿樂町2-8-8	(3) 2019年度補正予算について
住友不動産猿樂町ビル7F	(4) 役員・支部長の年齢制限について
Tel. 03-5283-7441	(5) その他
	決議事項
	第1号議案 役員を選任について
	第2号議案 定款の変更について
	その他

〈正会員の皆様に〉  
臨時総会終了後(午後2時30分目途)に同会場で支部長・副支部長会を開催し、「医師偏在対策・医師確保計画外来医療計画の偏在等への対応について」(仮題)の講演を行います。今回の支部長・副支部長会は、特別講演として開催しますので、当協会正会員の皆様もご参加いただけます。



# 救急救命士の院内での活用で具体案

## 救急医療等検討会

## 救急外来に限定し救急救命処置を実施可能に

厚生労働省は2月6日、救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)に、救急救命士の院内での活用について、いわゆる救急外来に限定し、現状で認められている33項目の救急救命処置を重度傷病者に実施できるよう法改正することを提案した。救急救命士を院内で活用する案が具体化された形だが、まだ検討会で了承は得られておらず、次回以降のとりまとめを目指す。

医師の働き方改革に対応するため、タスク・シフト等の推進の一環として、救急救命士の院内での活用は、病院団体が強く主張しており、厚労省も積極的に検討を進めている状況にある。ただ、日本看護協会は現段階で反対姿勢を変えていない。救急救命士が救命率の向上を目指し、他の職種よりも、場所・行為を細かく限定した特殊な職種であることから、慎重な検討が必要だとする有識者の意見も出ている。

厚労省がこれまでの議論を踏まえ、①救急救命処置の対象者は、従来どおり重度傷病者とする②救急救命処置の範囲は、現行の33項目に限定する③場所はいわゆる救急外来まで一との具体案を提示した。

イメージとしては、消防署の救急救命士は搬送中に患者へ救急救命処置を行うが、医療機関に到着すれば、救急外来で救急救命士から医療機関に患者を引き継ぎ、消防署に戻る。院内の救急救命士は、救急外来で医師の指示の下、救急救命処置を行い、集中治療室など入院病棟に移す段階で、医師・看

護師に引き継ぐ。院内で救急救命士が救急救命処置を行うに当たっては、他の医療職種と同様に、医師から具体的な指示を受ける必要があるとしている。

救急救命士に認められている救急救命処置は、医師の包括的指示で実施できる28項目と、具体的な指示がないと実施できない5項目がある。28項目には、「胸骨圧迫」「圧迫止血」「経鼻エアウェイによる気道確保」などがあり、5項目にはエプネフリンや乳酸リンゲル液の投与などがある。これらの範囲であれば、傷病者に対して安全に医療を提供できると判断した。

「救急外来」については、診察室の有無やER体制を取っているかなど、様々な運用の形態があり、定義は難しい。一般的な概念として、入院あるいは帰宅になるまでの診察、検査、処置等を行う場と位置づけた。

入院中の急変への対応も問われたが、通常の病棟業務で、基準となる看護配置の下で、看護師が対応していると想定されるため、必要性は低いと判断された。急変時に他の医療職種が周囲にいない場合は、心肺蘇生などを救急救命士が行うことは、一般的な「緊急避難の法理」が適用される。

これらの仕組みで救急救命士が院内で救急救命処置を行うに際して、医療機関には相応の体制が求められる。

具体的には、◇指示に関する規定◇行為や範囲に関する規定◇研修体制◇検証の体制—を整備するとともに、院内委員会を設置する。現行では、メディカル・コントロール体制の下で、救急救

命処置が行われているが、院内では直接医師の指示を受けられるので、より安全性が担保できると考えられる。

研修については、救急救命処置の範囲を変更しないため、33項目に対するカリキュラムの変更は不要とした。一方で、救急外来で使用される医療資機材や医療過誤に関する知識などは、追加的に習得する必要がある。従来から院内で行われている他の医療職種と同様の研修とあわせて、新たに追加する研修について、①医療安全②感染対策③今回の検討会で議論された事項—の観点で、通知で明確にする方針が示された。

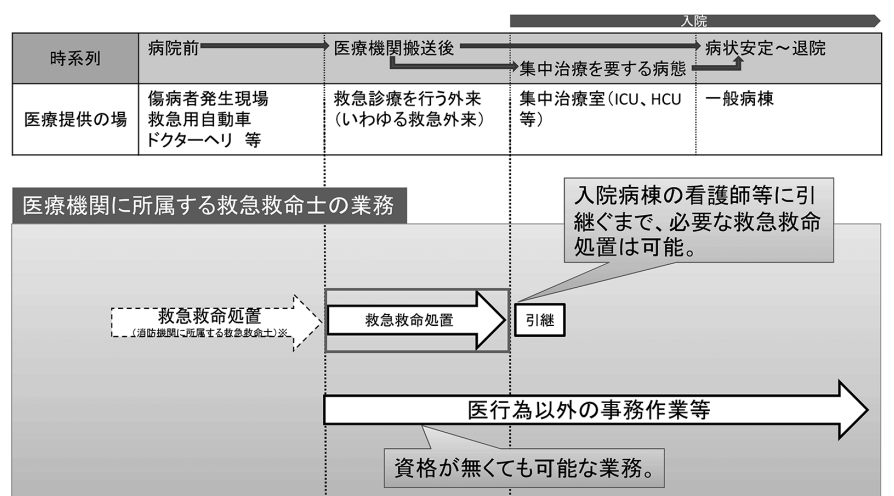
これらの提案を受け、委員からは様々な意見が出た。多くの委員は救急外来での救急救命処置の実施に賛意を



示したが、日本看護協会常任理事の井本寛子委員は、「これまで安全性を担保するために、行為・場所が限定されていた。場所を広げる場合に、安全性を担保できるかをもう少し明確にする必要がある」と慎重姿勢を示した。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「救急車による搬送だけでなく、ウォークインでの来院にも対応できることを明確にしてほしい」と要望した。

救急救命士の業務見直しについては、同検討会の議論の状況を、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」に報告することになっている。

医療機関に所属する救急救命士が行う主な業務のイメージ



※消防機関に所属する救急救命士は、病院到着後、直ちに傷病者を引き継いで自消防機関に帰署し、次の救急搬送に備える。(第18回検討会で合意を得た事項)

# 医療機関の評価の視点とするタスク・シフトの業務項目示す

## 厚労省・タスクシフト/シェア検討会

## 事例を医療勤務環境改善センターの助言に活用

厚生労働省は2月19日、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(永井良三座長)を開催した。現行制度の下で、タスク・シフト等が可能な業務のうち、特に推進する業務案を厚労省が示した。これらの業務項目を、評価機能が医師の時間外労働に関してB水準・C水準の指定を受けた医療機関に行う評価の視点に加える方向だ。

厚労省は、これまでのヒアリングで提案された現行制度下で実施可能な業務のうち、「医師側団体(病院団体を含む)から提案された業務」、「特に長時間労働を行っている」とされている複数診療科に関連する業務、「月間で削減可能と推計される時間数が長い業務」などの考え方で、特に推進する業務の項目を示した。

職種に関わりなく推進するものとして、◇説明と同意◇診察前の予診・問診◇各種書類の下書き・仮作成◇患者の誘導—をあげた。

職種ごとに推進するものは、表のとおり。看護師について特定行為、助産師について助産師外来・院内助産などをあげた。

これらの項目を中心に、どの職種にどの業務をシフト/シェアするかの判断は、それぞれの医療機関が行う。医療機関におけるタスク・シフト/シェアの取組みを推進するため、厚労省は、B水準・C水準の医療機関が医師の時間外労働の短縮に向けて策定する医師労働時間短縮計画の項目「管理者のマネジメント研修」、「医師全体に対する説明会」、「全職種の意識変革に関する

取組」において検討する方向を示した。さらに、評価機能がB水準・C水準の医療機関に行う評価の中で、タスク・シフト等の取組みの評価の視点に、厚労省が示す業務項目を加える案を示し、異論は出なかった。

厚労省はまた、評価機能による評価において、「S」「A」とされた項目について、評価結果と具体的な取組み内容を公表し、都道府県の医療勤務環境改善支援センターが医療機関に対して勤務環境改善を助言する際に活用すると案を示した。これに対して日本医師会の今村聡委員が反対。厚労省は、勤務環境改善支援センターの助言に活かせる仕組みであればよいとして、公表の仕方を見直す考えを示した。

### ◎特に推進する業務(職種別)

助産師	看護師
○ 助産師外来・院内助産(低リスク妊婦の検診・分娩管理)[2,3]	○ 特定行為(38行為21区分)[1] ○ 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコルに沿って、医師が事前に処方した薬剤の投与、採血・検査の実施[2,3] ○ 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づき、血液検査オーダー入力・採血・検査の実施[4] ○ 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助[5] ○ 注射、ワクチン接種、静脈採血(静脈路からの採血を含む)、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血[6,9,10~13] ○ 尿道カテーテル留置[18]
薬剤師	臨床検査技師
○ 手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務[1,2] ○ 事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更[3] <投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等> ○ 服薬指導、処方提案、処方支援[5,7,8]	○ 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作[1]<超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等>
診療放射線技師	医師事務作業補助者
○ 血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤー等の位置を医師と協働して調整する操作[2] ○ 医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー[8] <検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に伝達>	○ 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力[1]
臨床工学技士	
○ 手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し[1]<器材や診療材料等> ○ 医師の具体的指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等[2,8]	

※ ここでいう医師事務作業補助者とは、「医師の指示で事務作業の補助を行う業務に従事する者」を指し、診療報酬上の加算がとれているか否かは問わない。

の養成課程に必要な教育内容を追加し、すでに資格をもつ者には研修受講を義務づける案を示した。日本看護協会の斎藤訓子委員は、現行の教育カリキュラムの内容や医療安全の視点に基づき「看護師が行うほうが、医師の業務時間短縮のためには現実的」と慎重姿勢を示した。

猪口委員は、「タスク・シフト等は現行の業務に基づき議論するのではなく、将来的に十分な教育や研修を受けた人が安全に医療行為を行えるようにしていくという議論である。前向きな検討をお願いしたい」と述べた。

救急救命士の医療機関内での活用については、救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会から議論の状況が報告された。



# 中医協資料／2020年度診療報酬改定における個別改定項目

2020年度診療報酬改定における個別改定項目から、抜粋して掲載する。

2020年2月7日

## ○診療情報の提供に対する評価の新設

【Ⅱ-2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 -②】

### ② 診療情報の提供に対する評価の新設

#### 第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

#### 【対象患者】

- (1) 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
- (3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、を届け出ている医療機関に紹介された患者

#### 【算定要件】

- (1) 別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につ

66

## ○救急医療管理加算の見直し

【Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 -⑩】

### ⑩ 救急医療管理加算の見直し

#### 第1 基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件を見直す。

#### 第2 具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目A～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

現行	改定案
【救急医療管理加算】	【救急医療管理加算】
1 救急医療管理加算 1 900点	1 救急医療管理加算 1 950点
2 救急医療管理加算 2 300点	2 救急医療管理加算 2 350点
【算定要件】	【算定要件】
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間において継続して重症患者の状態であっても算定できる。	(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間において継続して当該状態であっても算定できる。
ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡	イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒	エ 急性薬物中毒
オ ショック	オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷	キ 広範囲熱傷

198

## ○外来医療の機能分化の推進

【Ⅲ-2 外来医療の機能分化 -①】

### ① 外来医療の機能分化の推進

#### 第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

#### 第2 具体的な内容

- 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて
  - 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲(特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院)について、特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)へ拡大する。
  - 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
  - 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

現行	改定案
【保険医療機関及び保険医療費担当規則】	【保険医療機関及び保険医療費担当規則】
【一部負担金等の受領】	【一部負担金等の受領】
第5条	第5条
3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第四条第一項に規定する地域医療支援病院(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床(第十一條第二項において「許可病床」という。)の数が四百以上であるものに限る。、及び同法第四条の第二項に規定する特定機能病院であるもの、法第七十條第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七條第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。、)を有する同法第四條第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床に係るもの数が二百未満であるものを除く。、)及び同法第四條の第二項に規定する特定機能病院であるもの、法第七十條第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

375

- き3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

#### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

67

- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

#### (新設)

#### (新設)

199

- 2. 紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲(特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院)について、1と同様に、特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)へ拡大する。

現行	改定案
【初診料】	【初診料】
【算定要件】	【算定要件】
注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。))の数が400以上である地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))に限る。であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。	注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))及び地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))に限る。であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

【経過措置】  
令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

376

## 中医協 答申書附帯意見

中医協は2月7日、2020年度診療報酬改定を加藤勝信厚生労働大臣に答申した。答申に当たり、20項目の附帯意見をまとめた。

### (全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとってわかりやすいものとなるよう検討する。

### (働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組みに係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価のあり方について引き続き検討する。

### (入院医療)

3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討する。

4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に

じた救急医療の適切な評価のあり方について引き続き検討する。

### (DPC/PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討する。(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価のあり方について引き続き検討する。

7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価のあり方について、引き続き検討する。

8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討する。

9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し適切な評価のあり方について引き続き検討する。

11 オンライン診療料の見直しや、オ

ンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価のあり方について引き続き検討する。

### (医薬品の適正使用)

12 重複投薬、ポリファーマシーおよび残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討する。

13 AMRアクションプランの進捗状況および抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量のさらなる削減を推進する。

14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組みについて、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進める。(歯科診療報酬)

15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価のあり方について引き続き検討する。

16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携および病診連

携の在り方等について引き続き検討する。

### (調剤報酬)

17 調剤基本料、調剤料および薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組み状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬のあり方について引き続き検討する。

### (後発医薬品の使用促進)

18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用のさらなる推進のために医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価のあり方や診療報酬におけるさらなる使用促進策について引き続き検討する。(医療技術の評価)

19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点から踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討する。

### (その他)

20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬のあり方について引き続き検討する。

2020年2月7日



重症度、医療・看護必要度の見直し

【Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一③】

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

- 1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。
(1) 重症度、医療・看護必要度Iの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後5日間に見直す。
(2) 専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。
2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、評価期間を見直す。
また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised). Lists medical procedures and their corresponding severity levels (A, B, C) and nursing care requirements.

310

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised). Lists emergency medical treatments and their evaluation periods.

- 3. 重症度、医療・看護必要度のA項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。)及びC項目について、重症度、医療・看護必要度Iにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。
4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を削除する。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised). Lists criteria for severity levels A, B, and C.

311

【Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一④】

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料2及び3の届出に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。また、急性期一般入院料2及び3について、重症度、医療・看護必要度Iを用いた場合も届け出られるよう見直す。

Table with 4 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised) for categories 1-6. Shows changes in severity level percentages.

312

Table with 5 columns showing evaluation criteria for various hospital categories (e.g., 7対1入院基本料, 看護必要度加算) and their corresponding severity levels.

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に以下に掲げる入院料等を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

313

- 急性期一般入院料6
7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))
7対1入院基本料(専門病院入院基本料)
7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)
看護必要度加算1
看護必要度加算2
看護必要度加算3
総合入院体制加算1
総合入院体制加算2
総合入院体制加算3
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算1
地域包括ケア病棟入院料
特定一般病棟入院料の注7

令和2年3月31日時点において現に急性期一般入院料4を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

令和2年3月31日時点において現に急性期一般入院料1若しくは2、急性期一般入院料1、2若しくは3又は急性期一般入院料4を届け出ているもの(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る)については、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ急性期一般入院料2、急性期一般入院料3又は急性期一般入院料4に係る重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、それぞれ別表の基準とする。

別表 (Separate Table) showing severity level percentages for categories 2, 3, and 4.

314

【Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一⑤】

⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

第1 基本的な考え方

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIの届出に係る要件を見直す。

また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。(特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。)

第2 具体的な内容

- 1. 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)の届出を行う保険医療機関であって、許可病床数400床以上のものについて、重症度、医療・看護必要度IIを用いることを要件とする。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised). Shows changes in evaluation criteria for acute care and specialized hospital categories.

315

せん妄予防の取組の評価

【Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一⑥】

⑥ せん妄予防の取組の評価

第1 基本的な考え方

急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

【算定要件】
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【施設基準】
(1) A100一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料に限る。)、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。
(2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

318

(一) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
(二) 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

- 2. B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。(特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。)

- 3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。(再掲)

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised). Lists criteria for severity levels and nursing care requirements.

316

ア・イ(略)
※ 特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。

317



シリーズ●ICT利活用の取組み——その④

# ICTを活用した次世代に対応する医療環境を目指して

社会医療法人石川記念会HITO病院 理事長石川ヘルスケアグループ 総院長 石川賀代

働き方改革や人材確保が課題となる中で、生産性を向上させるには、ICTの活用が不可欠だ。ICT利活用シリーズの第4回は、iPhoneの導入により、業務効率化の成果をあげているHITO病院の取り組みを紹介していただいた。

少子高齢化、人口減少が社会問題として大きくクローズアップされる中、病院の運営においても働き方改革や働き手の確保が大きな課題である。医療の質を落とさずに生産性を向上させ、効率化を図るためにはICTの利活用が必然であり、次世代に対応する医療環境や意識改革、多様化する時代に対応する柔軟性が組織に求められる。これらの課題に向き合うため2017年より未来創出HITOプロジェクトを通じて取り組んできた臨床現場でのICTの活用について記す。

## ICT活用の現状

未来創出HITOプロジェクトとは、病を診るだけでなく、人を診る医療を目指し、人がより良く生きるための医療のあり方を考えるという方針に基づき、HITO（人）を中心としたICT活用による未来を創出するプロジェクトである。また働き方改革の実現に向けても、ICT導入活用による業務効率化による時間、および個人の自己研鑽につながる時間の創出を目指し、多様な人材が協働出来る組織へと進化することで、高い成果、新しい価値を創造し続ける環境を目標としている。

同プロジェクトは2017年1月より活動を開始し、徐々に多職種に活動範囲を広げ、2019年6月より日勤帯に働くスタッフが300台のiPhoneを活用している。2019年4月、理事長直属の部署として、経営管理室内にICT推進課を設置し、医師(Clinical Transformation Officer：CTO)1名、事務担当者として経営管理室長、開発・運用担当者1名の3名の体制とし、プロジェクトメンバーには、病院長を含む各部署の管理責任者を配置、月2回のミーティングを実施し、現場のニーズに応えられる開発・導入を目指している。(図1)

現在、主な活用方法は、音声入力アプリ、iPhoneカルテ、業務用SNS、TV会議システム、院内マニュアルの電子化・動画化、カメラ・動画機能を用いた患者情報の共有、教育への応用、市販のアプリ活用による業務の効率化、ペーパーレス化の推進、カレンダー機能による多職種での退院情報の共有などがあげられる。(図2)

用した入力に切り替えた結果、患者介入1回当たりのカルテ入力時間が平均で174秒から55.3秒へ約70%短縮され、科内では患者介入量が1日9時間増加した。これにより、実施単位数が17.6単位から18.2単位に増加し、訓練終了後のカルテ入力時間減少により、時間外勤務が半減した。最近では、平均でスタッフ1人1日1単位の効率化が図られている。

アプリについては、AI音声認識とスマートフォンを活用したアプリをワークシェアリングサービスを提供する株式会社アドバンスト・メディアと共同開発し、現場の声を反映する事が出来た。これは、iOSのアプリから入力した情報をオンプレミスサーバー経由で時間や場所を選ばず、カルテシステムへ転送できるので、入力業務の効率化による働き方改革の実現につながるツールと考える。

音声入力を多職種に拡大していくためには、直接カルテへの入力が必然であると考え、2019年4月からは、もともと iPod touch用として存在したアプリに改修を加えた日本初のiPhoneカルテであるソフトウェア・サービス社の「Newtons Mobile」により、iPhoneでのカルテ閲覧と代行入力者を介さない音声入力が可能となった。これにより、現在、セラピストだけでなく、すべての医師や看護師、病棟薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなどにも導入し、多職種で利用されるようになった。

## 臨床現場でのICT活用の具体例

### ①業務用SNSの活用

チーム医療の現場では多職種での情報共有が必要であり、タイムリーな情報の共有が業務の効率化に大きな影響を与えると考え、業務用SNS「Cisco Webex Teams」を導入する事により、一対多のコミュニケーションが可能となった。報告業務についてはSNSの活用によって、看護師、リハビリスタッフの定例の朝礼・終礼の一部廃止、申し送りの短縮につながった。

また、緊急連絡以外の報告や伝達はSNSで行われるようになったため、直接の通話回数が減り、電話をかけるスタッフ、受ける医師ともにストレスが軽減した。また、必要があればiPhone上の「Newtons Mobile」のアプリを使用し、患者カルテの閲覧も可能となり、医師は患者の検査値や画像情報、服薬状況などを確認し、SNSで返信もできる。医師から担当のスタッフへの直接の指示も容易となり、メディ

カルスタッフが業務中であっても確認が可能となった。テキストで記録が残るSNSは、自分の余裕のある時間に自分の都合で対応でき、業務や治療に専念できるため、業務効率が向上する。多職種でのコミュニケーションが密になることで、確認や指示待ちに取られていた時間が削減され、本来必要な患者に向き合う時間が増え、患者サービスレベルの向上につながっていると考える。

iPhoneのカメラ機能を使用している写真や動画撮影により、医療度の高いケアが必要な患者に対して、経時的な変化や日常生活動作のケアの場面を多職種で共有する事ができ、安全に手技やケアが行え、またグループ内の介護施設への情報共有にもつながっている。

また、会議や委員会などの出席前にSNSに添付されたPDFの議題や会議資料を事前に閲覧できる事により、会議時間の短縮、事前の周知につながっており、モバイルを持ち歩けることによる確認作業の向上、ペーパーレス化の推進にもつながっている。

### ②業務マニュアルの電子化・動画化・テレビ会議システムの利用

緊急の処置が必要となる医療の現場においては、いつでもどこでもマニュアルが閲覧できて、何度でも確認できる利便性が求められる。そこで膨大な院内の業務マニュアルを電子化・動画化し、院内共有サーバーにアップロードする事によりiPhoneからの検索、閲覧が可能となった。新人や中途採用者の教育においても指導する側、される側の両者においての時間の効率化につながっている。マニュアルだけでなくこれまで紙で運用していた物品管理台帳や勤務表などは、アプリを使用し、電子化／PDF化することによりいつでも閲覧することができ、同時にペーパーレス化にもつながっている。

縦動線の長い当院のケアミックス型の病棟配置、遠方にいる家族とのタイムリーな情報共有を考えると、その場に居ながら会議やカンファレンスを実施出来ることは業務の効率化には重要である。そこでテレビ会議システム(Cisco Webex Teams、Hangout、ZOOM等)を用い、病棟間の遠隔カンファレンス、手術室内外での報告・相談、退院後の患者の遠隔言語訓練、また、遠方の患者家族との面談だけではなく、グループ内の多職種カンファレンスなどの使用を開始している。様々



HITO病院外観

なシーンでの活用が広がっており、場所に捉われない働き方が加速する可能性がある。

### ③カレンダー機能による多職種での退院情報の共有

ケアミックス型の病床の配置により、退院・転床時期の把握が病床の運営には重要である。これまでは病棟師長やMSWが紙のカレンダーで運用していた退院患者リストをカレンダー機能を持つアプリの活用に変更した。退院支援カンファレンスで各病棟スタッフが集まる時間が削減されただけでなく、リアルタイムな情報共有が病床稼働や入院受入れにもたらす効果もあり、カレンダーでの共有開始後、急性期病棟の在院日数の短縮がみられた。また、事前の情報を多職種で共有し、把握できるため、各々の職種が余裕を持って退院関連書類を作成することが出来るようになった。

## 今後の展望

人口構造が激変する「令和の時代」において、スマートフォン活用による働き方改革は「ひとを中心とした医療の提供」を実現するポイントである。だが、ICT活用ですべてを解決できるとは考えていない。多様な働き方に対応し、働くスタッフが意欲・能力を十分に発揮でき、尚且つ、生産性向上・効率化を実現していくためには、医療現場の慣習や組織風土に縛られないスタッフの意識改革と、医療環境の整備も重要である。当病院が掲げるブランドコンセプトを軸に、様々なテクノロジーの中心に「ひと」を置くことで、間接業務や事務作業にかかる時間を削減し、ICTの活用により、働き方改革を実行しながら、次世代の職場環境を構築していきたい。厳しい時代だからこそ、多くの病院で創意工夫を凝らすことにより、ヘルスケア変革の一助を担える可能性があるのではないだろうか。

## 音声入力・iPhoneカルテ導入の経緯

2018年のiPhone導入時、まずはリハビリテーション科の日勤帯の勤務者40名に配布した。当院のリハビリテーション科のスタッフは77名(PT39名、OT27名、ST11名)で、平均年齢29.55歳と若い組織である。リハビリテーション科にて業務量調査を行った結果、カルテ入力に多くの時間を費やしており、教育等の指導は、時間外に行われている事がわかった。そのため、まずは日常的にスマートフォンを活用している若い世代への導入を決定し、導入モデルとならないかと考えた。カルテ記載をキーボード入力からiPhoneの音声入力アプリ AmiVoice iNoteを活

## ICT推進体制【未来創出HITOプロジェクト組織体制】

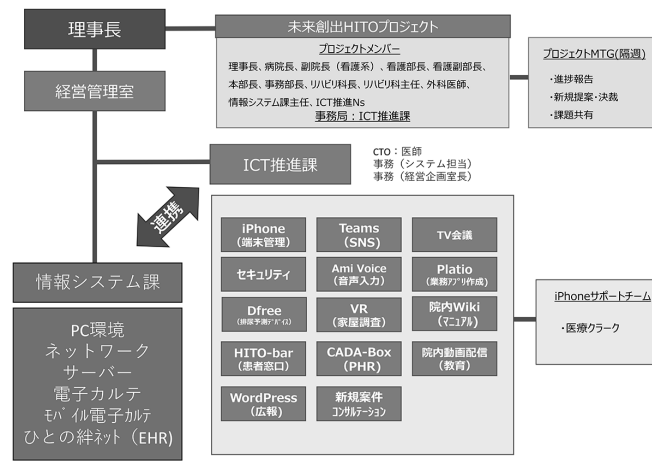


図1 ICT推進体制

	医師	看護師	薬剤師	リハビリ	栄養士	MSW	クラーク
電子カルテ							
音声入力							
業務用SNS							
内線							
グループウェア							
退院・転床カレンダー							
TV会議							
データベース							
排痰管理							
マニュアル							
動画共有							
VR・間取り作成							
患者面談予約							
電子書籍配信							
病棟業務管理アプリ							

図2 iPhoneにおけるソリューション一覧



# 患者申出療養を小児に拡大し改善

## 評価会議 遺伝子パネル検査後の分子標的治療で

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は2月13日、がん遺伝子パネル検査後の患者申出療養(マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分

子標的治療)の小児への拡大を了承した。同療養は、昨年10月に適用が始まり、16歳以上が対象だった。保険診療のがん遺伝子パネル検査で、保険適用外の分子標的薬が効果的と判

断された場合に備え、同療養が患者申出療養の対象となった。がん遺伝子パネル検査は小児も対象で、小児からの希望も想定されるため、改善する。ただ、国立がん研究センターの実施計画

では、小児は想定されておらず、計画の変更が可能かを検討。難しければ、新たな患者申出療養として申請する。また、患者申出療養では、保険外診療は基本的に自費だが、同療養についてノバルティス・ファーマが9種類の医薬品を無償提供している。これに、中外製薬のハーセプチンや小野薬品工業のオプジーボが加わり、合計15製品が無償提供される見込みとなった。

# 都道府県に重点支援区域の仕組みの活用を求める

## 厚労省 地域医療構想アドバイザー会議を開く

厚生労働省は2月14日、医療政策研修会および地域医療構想アドバイザー会議を開催した。都道府県の医療政策担当者や地域医療構想アドバイザーに対して、調整会議の活性化と重点支援区域の仕組みの活用を求めた。

厚労省の鈴木健彦地域医療計画課長は、昨年9月に公表した公立・公的医療機関等の個別の診療実績データについて、「あくまでも調整会議の活性化を図ることを目的としたもの。分析結果が病院の統廃合の方向性を決めるのではない」と強調した。「各地域が将来を見据え、データに基づき医療機関のあり方を調整会議で議論してほしい」と求めた。

地域医療構想重点支援区域について(右図上)、「重点支援区域は随時、募集しており、指定された区域には技術的な支援だけでなく、予算的な面の支援も行う。この仕組みをぜひ活用してほしい」と呼びかけた。

重点支援区域への厚労省による支援の内容について、担当官は「都道府県が求める内容をできるだけ遂行したい」と述べた。技術的な面での支援の例として、住民への説明や大学との交渉への介入、データ分析などをあげた。予算的な面での支援としては、病床ダウンサイジング支援の「上乘せ」や、「地域医療介護総合確保基金を100%つける」ことなどがあるとした。

2020年度予算案では、病床ダウンサイジング支援として新規に84億円が計上されている(右図下)。また、医療機能の分化・連携に向けた具体的対応方針に対する病院支援事業として9千万円が計上され、その中で重点支援区域に対して、国が直接助言を行うために必要な事項の整理やデータ分析を行うことが予定されている。

をうかがいたい」と述べ、協力を要請した。照会結果に基づいて、2025年度までのスケジュールなどを具体的に厚労省が定めていく。

### 厚労省が「回復期」の整理に着手

会議の参加者から、地域医療構想における医療機能4分類のうち「回復期」の内容が明瞭ではないとの声があがった。厚労省は、「今年度内に民間医療機関に関する議論に着手する。その際、『回復期』の機能を分析する予定だ。

回復期リハビリ病棟か、亜急性期病棟か、地域包括ケア病棟なのか、混乱されることが多いので、整理を試みたい」と述べた。

厚労省が1月に都道府県に示した民間病院の診療実績データは、現時点では確定できていないため、非公表とされている。参加者は「都道府県が精査をすれば、データを公表していいのか」と質問した。これに対し厚労省は、「今は確定前なので、非公表としている。確定後のデータについて、責任を押し



付けられると都道府県が困ると思うので、公表・非公表の扱いは、改めて国から示す」と述べ、当面、公表を見送るよう求めた。

## 重点支援区域について

### 1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこと**とされた。

### 2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行うこととする**。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要**。

### 3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、「**複数医療機関の医療機能再編等事例**」とし、以下①②の事例も対象となり得る。

- ①再検証対象医療機関(※)が対象となっていない再編統合事例
- ②複数区域にまたがる再編統合事例

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」(診療実績がない場合も含む。)が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」(診療実績がない場合も含む。)が6領域(人口100万人以上の構想区域を除く。)全てとなっている公立・公的医療機関等

#### 【優先して選定する事例】

- 以下の事例を有する区域については、医療機能再編を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。
- ①複数設置主体による医療機能再編を検討する事例
  - ②できる限り多数(少なくとも関係病院の総病床数10%以上)の病床数を削減する統廃合を検討する事例
  - ③異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
  - ④人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

### 4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

- 【**技術的支援**】
  - ・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
  - ・関係者との意見調整の場の開催 等
- 【**財政的支援**】
  - ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
  - ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

### 5 スケジュール等

重点支援区域申請は**随時募集**することとしており、**1月31日に1回目の重点支援区域(3県5区域)の選定を実施**。

#### 【1回目に選定した重点支援区域】

- ・宮城県(仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域)
- ・滋賀県(湖北区域)
- ・山口県(柳井区域、萩区域)

### 再検証対象外についても対応求める

厚労省の担当官は、1月17日付で医政局が発出した通知「具体的対応方針の再検証等について」について説明した。「『再検証対象医療機関(A9、B6)』に選ばれなかったから、調整会議で議論しなくていいわけではない。特に議論していただきたいのが「A9」(がん、心疾患、脳卒中など9領域すべてで診療実績データが特に少ない)と「B6」(6領域すべてで競合する医療機関と類似かつ近接)であるというだけだ。他にについて議論しなくていいわけではない。特に期限は区切らないが、診療機能に印が付いたところについては議論してもらいたい」と求めた。

人口100万人以上の構想区域の取扱いについては、「問題が複雑であり、この地域をこのままにしておくと、ずっと医師を“吸い続けて”いくことになってしまふ。議論していかなくてはいいけない」との認識を示した。

今後について、都道府県に「地域医療構想についての工程表をつくっていく上で、今の都道府県における『議論の状況』と『今後の進め方』のイメージ

## 地域医療構想の実現を図るための病床ダウンサイジング支援について

令和2年度予算案：84億円

- 地域医療構想の実現を図る観点から、病床ダウンサイジングや、統廃合により病床を廃止する際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助(国10/10)】
- 当該補助制度は令和2年度限りとし、令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費財税源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床ダウンサイジング支援を実施する。

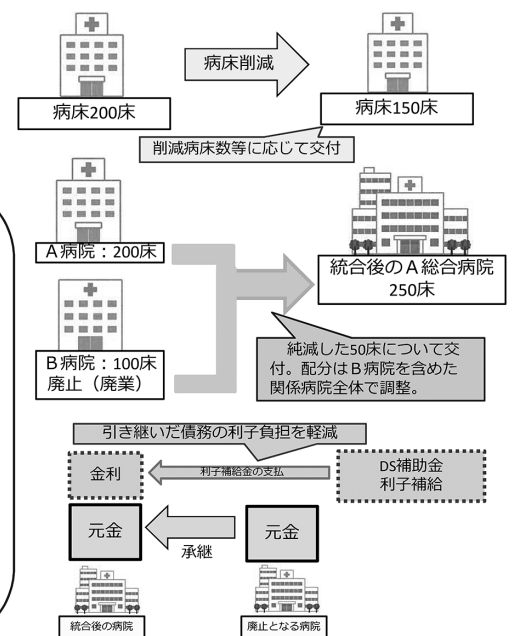
### 「病床削減」に伴う財政支援

稼働病棟より病床を削減した病院等(統廃合により廃止する場合も含む。)に対し、**1床あたり病床稼働率に応じた額を交付**。  
※病床数を稼働病床の10%以上削減する場合に対象。

### 「統廃合」に伴う財政支援

【**統合支援**】統廃合(廃止病院あり)を伴う病床削減を行う場合の**コストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付(配分は関係病院で調整)**。  
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援  
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。

【**利子補給**】統廃合を伴う病床削減を行う場合において、**廃止される病院の残債を統廃合後残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統廃合後病院へ交付**。  
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。  
※承継に伴い当該引継債務を金融機関等からの融資に借り換えした場合に限る。





# 新型コロナウイルスで船内の感染症対策に危機感を表明

## 四病協・総合部会 各団体の医療支援チームの対応協議

四病院団体協議会は2月19日、代表者会議を開き、新型コロナウイルスの感染状況をめぐり協議。横浜港に停泊している大型客船(ダイヤモンド・プリンセス号)に、各病院団体が医療支援チームを送っている状況で、医療従事者への感染防止対策が不十分であることに危機感を表明した。

会見で、日本精神科病院協会の山崎学会長は、「感染症対策の専門家による対応がない限り、DPAT(災害派遣精神医療チーム)は引き上げざるを得ない」と述べた。DPATは2月1日に新型コロナウイルスへの対応で本部を立ち上げ、大型客船へは6日以降、延

べ15人の医療従事者が船内に入っている。隔離された船内で感染が拡大している可能性が高いと指摘した。

四病協は、医療用マスクの需給逼迫を受け、全国の医療機関に不足が生じない対応も政府に要請する考えを示した。日本医療法人協会の加納繁照会長が、すでに感染者が発生している医療機関に医療用マスクが行き渡ることを前提に、「拠点病院だけでなく、地域の一般病院への供給も考慮してほしい」と強調した。地域の病院で医療用マスクが不足すれば、感染症対策だけでなく、手術など医療提供にも深刻な影響を及ぼしかねないとした。

最近の医療行政に対しては、厚労省の医師需給分科会が将来の必要医師数などを推計し、医学部入学定員の臨時増員分の削減を検討していることに対し、推計の全体に疑義があるとの意見が相次いだことが報告された。「地域の病院では医師不足が続いており、全体で医師は足りないとの認識だ。実態に合った前提で需給推計を行うべきだ」と主張した。具体的には、医師の働き方改革との整合性や女性医師が増えることへの考慮を求めた。医師養成数の削減の方針が先行していることに不満をにじませた。

薬剤師の養成と資質向上に関する検



討会を厚労省が予定していることについては、病院薬剤師が不足している現状を踏まえ、病院団体として積極的に発言していく姿勢を示した。薬剤師の総数は医師と同様に、養成数を抑制していく方向性にある中で、病院ではなく、薬局に行ってしまうことの制度的な対応などを議論していく。

# オンライン資格確認の導入に向け説明

## 厚労省 今年夏から医療機関のシステム整備がスタート

厚生労働省は2月18日、全国高齢者医療主管課長および国民健康保険主管課長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議を開催した。2021年3月からスタートするマイナンバーカードの被保険者証としての利用について、説明があった。顔認証つきカードリーダーの配布など、医療機関のシステム整備への支援は今年夏から実施される。

濱谷浩樹保険局長は、「オンライン資格確認について、今年は各方面でシステム改修などの準備を着実に進めていく。マイナンバーカードの保険証としての利用についても、取り組んでいく。医療機関にとっては患者の医療保険資格の本人確認がしっかりできるなど、さまざまなメリットがある。厚労省は、関係省庁と連携して、必要な支援に万全を期する考えだ」と述べた。

オンライン資格確認のシステムにおいては、患者は医療機関の窓口でマイ

ナンバーカードを提示した上で、PINコードを入力するか、カードの顔写真との照合をしてもらうことで、医療保険の資格確認を受ける。

顔写真との照合は、職員が目視でカードの顔写真と本人を見比べるか、または顔認証つきカードリーダーを利用する。資格確認は、従来から使用している被保険者証で行うことも可能だ。

厚労省はオンライン資格確認を推進するため、全保険医療機関に顔認証つきカードリーダーを配布する予定。厚労省はその財源として医療情報化支援基金を創設しており、2019年度予算では300億円、2020年度の予算案では768億円を計上している。医療機関のシステム整備は今年8月以降となる予定だ。

マイナンバーカードを被保険者証として利用すれば、患者は政府が運営するオンラインサービス「マイナポータル」で、薬剤情報や特定健診データ、

医療費通知の情報を確認できる。医療機関では、患者本人の同意があれば、医師らが患者の薬剤情報等を閲覧し、治療方針の決定や薬の処方それぞれの

情報を役立てられる。

また、災害時に特定地域の各医療機関でマイナンバーカードなしにレセプト情報を医師らが閲覧できる仕組みをつくる方針が説明された。災害時、患者が避難する際にマイナンバーカードを持っていなくても、医療機関を受診した際には、それまで処方されていた薬剤情報を見られるようにする。


一冊の本 book review

**“中堅どころ”が知っておきたい  
医療現場のお金の話**

イラストでわかる 病院経営・医療制度のしくみ

著者●中西 康裕、今村 知明  
発行●メディカ出版  
定価●3,080円(税込み)

病院が安定した医療を提供していくためには、経営と制度に対する理解が必須である。本書では「医療経営のリアル」として「病院人件費のしくみ」や「在院日数短縮の影響」、「72時間夜勤導入の経営的影響」など、普段の業務の延長で考えることができることが導入として示されており、経営の知識がない方も医療機関において経営の視点が大事な理由を理解しやすいだろう。「診療報酬のしくみ」や「病院収支のしくみ」もポイントをしばって解説されており、医療経営の基本を知るのに適している。職員対象の研修などでも使いたい、中堅職員必読の書。(安藤高夫)



## 2019年度 第3回理事会・第10回常任理事会・第2回支部長会の抄録 1月10日

### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。  
神奈川県 医療法人社団美里会瀬谷ふたつ橋病院  
理事長 藤原 里沙  
他に退会が2会員あり、正会員数は合計2,556会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。  
神奈川県 りつのクリニック  
院長 立之 英正  
他に退会が1会員あり、準会員数は合計95会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。  
株式会社アースアンドウォーター  
(代表取締役 山中正美)  
賛助会員は合計105会員となった。
- 2020年度会議予定表を承認した。
- 2019年度事業報告書・事業実績説明

書作業日程を承認した。

- 外国人材受入れ登録支援機関への登録申請を承認した。
- 若手経営者育成事業委員会委員を承認した。
- 広島県支部事務局の変更、広島県支部事務局業務委託覚書の変更を承認した。
- 山口県支部事務局業務委託覚書の変更を承認した。
- 全日本病院協会会員資格について第9回臨時総会に諮ることを承認した。
- 全日本病院協会役員・支部長の年齢制限を承認した。
- 全日本病院協会法人クレジットカード取扱規程を承認した。

### 【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険医療

材料専門部会、総会、薬価専門部会」、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」、「地域医療構想の今後の進め方に関する意見交換会」の報告があり、質疑が行われた。

### ●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  
青森県 南部病院 更新  
東京都 八王子消化器病院 更新  
大阪府 萱島生野病院 更新  
兵庫県 尼崎医療生協病院 更新  
熊本県 杉村病院 更新
- ◎一般病院2  
北海道 NTT 東日本札幌病院

- 更新  
大阪府 岸和田徳州会病院
- 更新  
兵庫県 西宮協立脳神経外科病院
- 更新  
兵庫県 新須磨病院
- 更新  
鹿児島県 相良病院
- ◎リハビリテーション病院  
北海道 札幌溪仁会リハビリテーション病院 新規  
熊本県 平成とうや病院 更新
- ◎慢性期病院  
神奈川県 赤枝病院 新規  
北海道 白石明日佳病院 更新
- ◎精神科病院  
大阪府 さわ病院 更新  
12月6日現在の認定病院は合計2,168病院。本会会員は878病院と全認定病院の40.5%を占める。

## ■ 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
2020年度医療安全管理者養成課程講習会 (第1・第2クール200名、第3クール100名)	第1クール(講義) 2020年5月8日(金)・9日(土) 第2クール(講義) 10月2日(金)・3日(土) 第3クール(演習) ①11月14日(土)・15日(日) ②11月28日(土)・29日(日) 【全日病会議室】	84,700円(税込) (105,600円(税込))	日本医療法人協会との共催。プログラムは厚生労働省の「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」に沿った内容。同講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしており、全日程を修了した人に授与される「認定証」は研修証明となる。
2020年度第1回医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2020年5月30日(土)・31日(日) 【全日病会議室】	27,500円(税込) (33,000円(税込))	同講習会は2018年4月の診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するため、2018年度より開催。2018年4月に出版した「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」をテキストとし、相互評価の実務を想定したプログラムになっている。