



全日病 ニュース

2020.10.1

No.972

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

菅政権が発足、安倍政権の路線を継承

自民党・両院議員総会で菅氏を総裁に選出 厚生労働大臣に田村憲久氏

安倍晋三前首相の後継を決める臨時国会が9月16日に開かれ、菅義偉氏が第99代首相に指名された。同日夜には自民・公明による連立内閣が発足。官房長官には加藤勝信厚生労働大臣、厚生労働大臣には田村憲久氏が就任したほか、麻生太郎副総理・財務相、茂木敏充外相、西村康稔経済財政・再生相らが再任した。

自民党役員人事では、二階俊博幹事長、森山裕国会対策委員長が再任。総務会長に佐藤勉氏、政調会長に下村博文氏、選挙対策委員長には山口泰明氏を充てた。

これに先立ち安倍氏の後任を選ぶ自民党総裁選が9月14日に行われ、菅氏が新たな総裁に選出された。総裁選は、国会議員票の394票と、47都道府県連の各3票(141票)の計535票で争われ、菅氏が7割に当たる377票を獲得した。岸田氏は89票、石破氏は68票だった。新総裁の任期は、2021年9月まで。

新総裁に選出された菅氏は15日の自民党臨時総務会で、「役所の縦割り、既得権益、悪しき前例主義を打破する。



辞任表明をする
安倍前首相
首相官邸ホームページより
(https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/statement/2020/0826kaiken.html)

規制改革を進めて国民のために働く内閣を作っていく」と述べて、組閣に臨む考えを示した。

16日の組閣後に記者会見した菅首相は、新型コロナウイルス対策を最優先の課題とし、経済

との両立を目指す考えを示した。また、行政のデジタル化に向け、「デジタル庁」を新設する方針を示した。

18日には、副大臣・大臣政務官が決まり、厚生労働副大臣には三原じゅん子参院議員(自民)と山本博司参院議員(公明)、大臣政務官には大隈和英衆院議員(自民)とこやり隆史参院議員(自民)が就任した。

安倍前首相が持病の再発で辞任

安倍前首相は8月28日に記者会見し、持病の潰瘍性大腸炎が再発したことを理由に辞任する考えを表明した。前首

相は、「国民の付託に自信を持って応えられる状態になくなった」ことを辞任の理由として説明。「コロナ禍の中、職を辞することになり、心よりお詫び申し上げます」と陳謝した。

2012年暮れに発足した第2次安倍政権は、憲政史上最長となる7年8か月に及んだ。金融緩和を中心とする経済政策「アベノミクス」を推進。2012年夏の自民・公明・民主の3党合意に基づく社会保障と税の一体改革を引き継ぎ、2014年4月と2019年10月の2回にわたって消費税率を引き上げ、一体改革を完結した。その後、全世代型社



第99代首相に指名された菅義偉氏
首相官邸ホームページより
(<https://www.kantei.go.jp/>)

会保障の構築を目指して検討会議を立ち上げたが、新型コロナウイルスの感染拡大により中断。検討会議の最終報告は今年末に延期され、全世代型社会保障改革の結論を得ることなく辞任することとなった。

全日病会長・副会長に、新政権に対する期待と安倍前首相へのことばを寄せていただいた。

新政権への期待と安倍前首相へのことば

猪口雄二会長

安部前首相におかれましては、長きにわたり首相をお勤めいただき、日本経済をより強力に再生されましたことが最大の功績であったと深謝しております。今後はお体を大切になさいますことを祈念しております。

菅新政権では、早くも「デジタル庁」の創設が謳われております。日本のICT関連事業は縦割り感が強く、国家としての戦略が気弱だったと思います。これを機として、包括的かつ効率的なICT国家を創造していただきたいと思っております。オンライン診療については、基本的な医学・医学のあり方を遵守したうえで、適応していただきたいと思っております。

神野正博副会長

安倍総理は政権交代後の平成から令和の時代の転換点で日本の国力強化と安定に尽力された。心から感謝したい。

そして、菅・新総理には、唱える行政改革やデジタル化に期待したい。一方で、皆保険や文化など変えてはならぬもの、変えねばならぬものを見据えながら邁進いただきたい。

安藤高夫副会長

長期にわたり重責を担われた安倍晋三前総理大臣に敬意を表するとともに、菅義偉新総理大臣にお祝い申し上げます。新内閣においては、加藤勝信先生が官房長官、田村憲久先生が厚労大臣に任命され、日本の社会保障にとって最高の布陣となっています。今後の政策に心より期待しています。

織田正道副会長

安部前首相には、長期にわたり身を粉にして総理大臣の重責をお勤めいただき心より感謝とお礼申し上げます。菅新政権には、先進国の中で大きく後れをとってしまったデジタル行政の不備を改めるべく「デジタル庁」の創設

を突破口に、縦割り行政を打破し、ピンチをチャンスにして前進されるよう期待します。

美原盤副会長

医療は政策と切り離して考えることはできません。医療人としてもっと政治を身近にとらえなくてはならないと認識しております。新政権には国民の健康に対してよりよい政策の実践を期待し、安部前首相にはこれまでのご苦勞に感謝するとともに、ご健康のご回復をお祈り申し上げます。

中村康彦副会長

新型コロナウイルス感染症による未曾有の事態の中、医療機関の重要性が再認識され、地域医療の存続と持続性が確保される支援を新政権には期待したいと思っております。安倍前首相には歴代最長の政権運営をされましたことに心より敬意を表するとともに、体調のご回復をお祈り申し上げます。

中等症Ⅱの新型コロナ患者への診療報酬増額

中医協総会

救急医療管理加算3倍を5倍に

中医協総会(小塩隆士会長)は9月14日、持ち回り開催により、新型コロナ患者への治療に対応した診療報酬の特例を了承した。一般病棟などに入院する中等症以上の新型コロナ患者に対する救急医療管理加算の3倍相当(2,850点/日)の加算について、呼吸不全となる中等症Ⅱ以上の患者に対しては、5倍相当(4,750点/日)を加算できるようにする。

新型コロナ患者への診療報酬の特例

では、重症患者だと特定集中治療室管理料や救急救命管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に入院することが想定され、各入院料の3倍の診療報酬が加算できる。

一方、中等症患者の場合、急性期一般入院料1など一般病棟での入院が想定される。その場合、入院料ではなく救急医療管理加算1(950点/日)の3倍の診療報酬を加算できる。

今回の対応は、中等症患者の中で、

呼吸不全兆候のある中等症Ⅱの患者への診療報酬を手厚くするもの。中等症Ⅱの患者は、診療や巡回の頻度増に加え、頻回の検査が必要になる。いったん人工呼吸器を離脱できても、臨床経過中のいずれの時点でも、病状が急速に悪化することがあるからだ。

このため、中等症の患者への対応として評価していた「1日3回のバイタルチェック」、「一般血液、生化学、尿検査の実施」、「抗ウイルス薬投与の検討」のほかに、敗血症・多臓器不全の併発を念頭に、「酸素療法の開始」、「動

脈血液ガス分析・画像検査等の実施」、「ステロイド薬等の投与を検討」の評価を加えた。これに相当する評価として、救急医療管理加算の3倍の点数を5倍の点数に引き上げた。

中医協委員からは、診療側・支払側の双方から賛意が示された。ただ、支払側の委員からは、「これまでの対応と同様、5倍とする根拠が定性的な理由にとどまっており、定量的な根拠が示されていない」(吉森俊和委員・協会けんぽ理事)といった指摘が出た。

なお、今回の特例は、予備費を活用した一連の新型コロナ対策の一環で、9月14日に厚生労働省と財務省が合意し、国費10億円を措置した(2面参照)。

清話抄

「新しい生活様式」への変換「ピンチをチャンスに」

新型コロナウイルス感染の脅威が国内・海外で続いている。この感染症は飛沫・接触経路で伝播し、とくに密閉・密集・密接、いわゆる「3密」が揃うところで大きく拡大することが分かっており、マスク装着、手洗いや身体的

距離確保といった基本的な感染対策の実施といった「新しい生活の様式」への変換が求められている。

また、この感染症は若年者では軽症で、かつ発症2日前から伝播リスクがあるという伝播拡大のしやすさと、基礎疾患を有する者、あるいは高齢者では重症化しやすいという、疾患の重篤さを併せ持つという非常にやっかいな特徴を有する。

一方、医療や介護現場は若年者を中心とした人という資本がないと成り立

たず、現場そのものが「3密」が揃うところである。そのサービス対象は重症リスクを有する人である。これが医療機関・介護施設でクラスターが発生しやすい真因である。

どのようにして「新しい生活様式」に変換させていくのか、どの施設も模索が続く、苦勞していると思われる。しかしながら、これを契機にこれまでの課題を見直すという機会ととらえることもできる。感染対策の必要性は新型コロナウイルス感染症だけではなく、

インフルエンザやノロウイルス、また世界的に問題となる薬剤耐性菌対策としても求められており、強化する機会である。人と人が直接接触できない問題もIT化を図るといふきっかけとも考えられる。

「ピンチをチャンスに」、組織の改善を図るきっかけとして新型コロナウイルス感染症をとらえるのはどうだろうか？

(川村英俊)

主張

アフターコロナの医療を考える

9月初めにおいて、新型コロナウイルス(COVID-19)感染の2回目の拡大は減少傾向にあるが、なんとか医療崩壊には至らなかった。

今回のCOVID-19感染症の流行を経験して、アフターコロナの医療はどのように変化するのか、今後の病院経営をどう考えて進めていくべきか、考える必要がある。

多くの医療機関において受診控えによる、外来患者数、入院患者数の減少、手術や検査の延期が生じている。これらにより、医療収入の減少が生じている。

また、オンライン診療を含め、ICTを活用した人との直接接触をさけたコミュニケーションの在り方が、社会全体に浸透しつつある。今後、ICT活用

に向けたICT環境を整えるための人材の確保が重要になってくると思われる。人材育成に向けた全日病の取り組みに期待したい。

次に、医療行政においても、COVID-19感染症拡大を経験したことにより、現行の医療体制の脆弱性、また現在進められている地域医療構想や働き方改革においても様々な問題点が見えてきたと思う。

平時の医療需要を基本とした病床数の削減、労働時間の規制を行って、今回のような感染症の拡大、広域災害が発生した場合に適切な医療提供が出来る

のか、再度考え直す必要があると考える。

今後の社会保障の在り方を考える中で、財政主導での平時の医療需要のみを基準とした考えでなく、感染症や災害等の非常時に対応出来る安全保障としての医療体制の構築が必要である。その中で、病床(Space)の確保だけでなく、医療機器(Stuff)の整備、人材(Staff)の育成も必要である。

我々病院経営者もアフターコロナに対応すべく、経営戦略の検討に迫られていると考える。

(池井義彦)

2022年度診療報酬改定に向け入院医療の調査項目を了承

厚労省・入院医療等分科会

新型コロナの影響どう勘案するかで様々な懸念

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は9月10日、2020年度診療報酬改定後、初めてとなる分科会をWEBにて開いた。新型コロナの影響を勘案しつつ、2020年度改定の入院医療の見直しの影響を検証し、2022年度改定に向けた議論を行う。全日病会長の猪口雄二委員は日本医師会副会長として、新委員に就任した。津留英智常任理事は、神野正博副会長の後任として、分科会に加わった。

分科会の当面の課題は、2020年度改定の附帯意見に盛り込まれた項目のうち、入院医療に関わる項目の影響調査を実施し、検証・評価することだ。猪口委員は、「6月まで中医協委員だったので、入院医療等分科会の調査結果がいかに重要であるかはわかっている。2022年度改定に向け、議論に協力していきたい」と挨拶した。

調査は、2020年度と2021年度の2回に分けて実施する。

2020年度調査は、①「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等(その1)②地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等(その1)③療養病棟入院基本料等(その1)④医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態一となっている。

2020年度調査は、11月までに調査票を作成し、11～12月に調査を実施。

分析を行った上で、3月以降に分科会に報告される。

ただし、「重症度、医療・看護必要度」の施設基準、地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件の見直しについては、2020年度改定後、半年間の経過措置があり、10月1日以降も、新型コロナの影響を考慮し、3月31日まで半年間、経過措置が延長されることになった。

このため、経過措置が設定されている項目は、経過措置終了後に調査期間を設けることを原則とし、それを踏まえて、2021年度の調査項目を設定する。

2021年度調査は、①「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等(その2)②特定集中治療室管理料等③地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等(その2)④療養病棟入院基本料等(その2)一となっている。

2021年度調査は、2021年5月までに調査票を作成し、6～7月に調査を実施。分析を行った上で、9月以降に分科会に報告される。例年、10月以降に、中医協総会で診療報酬改定の本格的な議論が行われる。

新型コロナの影響をどう織り込むか

これらの事務局案に対し、猪口委員は、「新型コロナが、特に急性期の病院に大打撃を与えている。入院や検査・

健診の延期、受診控えが起きており、従来の医療と変わってしまった。調査を実施しても、とても従来の調査結果と比較できる正確な値が出てくるとは期待できない。新型コロナと2020年度改定の影響を切り分けて把握することができるのか」と厚生労働省に質問した。

厚労省はまず、「データに基づく議論を行うため、調査結果は2022年度改定を行う際の重要な資料になるので、協力をお願いします」と述べた。その上で、「新型コロナの影響をどう織り込むか。現時点できちんとした回答はできないが、次回、調査票案を示すので、それに沿って答えたい。例えば、新型コロナ患者の受入れの有無などは施設を区別して把握する」と説明した。

この説明に対し津留常任理事は、「新型コロナ患者の受入れの有無だけでなく、重点医療機関なのか協力医療機関か、重症者を受け入れているのか、あるいは軽症者ばかりなのか、によっても異なるのでその調査評価は難しい。ただ、調査票が複雑になり過ぎることが無いように配慮が必要」と述べた。

また、猪口委員は、2020年度改定の附帯意見の「急性期の医療の標準化を進めるため、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」との文言に対し、分科会で



どこまで議論するのかを質問した。

厚労省は、DPC評価分科会が前回改定時から入院医療等分科会に吸収され、DPC/PDPSについては、DPC/PDPS等作業グループで詳細な分析を行い、その結果を入院医療等分科会で議論した上で、総会に報告したという経緯を説明。2022年度改定でもそのような方法を踏襲する方針を示した。

DPC/PDPSについては、DPC対象病院が増加し、様々な機能の病院が加わっている中で、DPC/PDPSにふさわしい医療機能を精査し、それに当てはまらないDPC対象病院を退出させるルールを作る方針が示されていたが、2020年度改定では具体的な検討は進まなかった。

元DPC評価分科会長で千葉大学副学長の山本修一委員は、「DPC/PDPSの分析により、パンドラの箱が開きかけた。開きかけた以上、進めなければいけないが、いろいろなハレーションが生じる可能性があるため、しっかりと対応すべき」と述べた。

予備費を活用した医療機関支援策を決定

政府

経営悪化に対しては資金繰り対策を拡充

政府は9月8日、一般会計の予備費を活用した新たな新型コロナ対策を閣議決定した。医療機関への支援では1兆1,946億円を計上。新型コロナ患者の病床確保やインフルエンザ流行期への備えのほか、診療報酬の引上げや医療機関の資金繰り支援などを盛り込んだ。また、第一次、二次補正の予算執行で都道府県に差があると全日病などが指摘したことを踏まえ、統一的で迅速な執行のため、国が直接給付する。

今回の対策の柱は3つ。①新型コロナに対応する医療機関への支援②インフルエンザ流行期への備え③地域医療の確保に必要な診療を継続する医療機関への支援である。

具体策は、◇新型コロナ感染症患者の病床・宿泊療養体制の整備(7,394億円)◇新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ(1,690億円)◇インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援(2,170億円)◇インフルエンザ流行期に感染症疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援(682億円)◇医

療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助(10億円)◇福祉医療機構の無利子・無担保融資等の拡充一などがある。

今回の対策は、第一次、第二次補正の執行が始まったばかりの状況であり、予備費の活用をめぐり財務省と厚生労働省の間で厳しい折衝があった模様だ。厚労省所管の新型コロナ対策における病床確保料や感染症対策の医療機関への支援は、慰労金を含め、第一次補正予算で1,500億円、二次で1兆6,000億円を確保。今回はインフルエンザ対応の外来体制の支援を除き、1兆円近くで合計2兆7,500億円程度となる。

なお、交付金は一次では国と都道府県の半分ずつの負担だったが、二次から過去に遡り全額国庫負担となった。

今回の対策で、最も金額が大きい病床・宿泊療養体制の整備は、第一次、第二次補正予算の新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金が9月分までの予算であったため、10月以降分を確保するもの。交付金事業では、新型コロナ患者・疑い患者を受け入れる重点

医療機関・協力医療機関に対し、新型コロナ患者を治療する入院料における特例的な診療報酬引上げに見合った病床確保料を補助している。

特定機能病院が担う重点医療機関の病床確保料は、費用に見合っていないという指摘を踏まえ、補助額を引き上げる。これまでのICU病床の30万1千円は43万6千円、HCU病床の21万1千円は据置き、その他病床の5万2千円は7万4千円とする。ECMOによる治療を行う患者が延べ3人以上または人工呼吸器による治療を行う患者が延べ10人以上の月がある医療機関が対象。それ以外の一般病院の重点医療機関の場合は、その他病床のみ7万1千円に引き上げる。4月1日に遡って適用する。

診療報酬の特例も手厚くする。中身は、9月14日の持ち回りの中医協総会で了承された(1面参照)。

また、新型コロナに対応する医療機関で、勤務する医療資格者が感染した際に、労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一

部を補助する。対象医療機関は重点医療機関・協力医療機関、帰国者・接触者外来、宿泊療養・自宅療養患者に対応する医療資格者が勤務する医療機関など。1人当たり1千円を上限に保険料の2分の1を補助する。

インフルエンザ流行期に備え、インフルエンザと新型コロナの症状が似ており、診断が難しいことから、発熱外来診療体制を整備することになった。このため、都道府県指定の診療・検査医療機関、電話相談を行う医療機関、受診相談センターへの補助を行う。

都道府県が指定する「診療・検査医療機関」への補助は、1日当たり20人の患者を想定し、それに満たない分を給付する仕組みだ。1人当たり単価は1万3,447円。ただし、自院のかかりつけ患者のみを受け入れる場合は上限5人、実際の受診患者がゼロの場合は補助額が半分になる。また、救急・周産期・小児医療機関が発熱や咳の症状のある患者を受け入れた場合の感染拡大防止対策などの補助も行う。

医療機関の経営悪化に対しては、資金繰り対策を拡充することになった。福祉医療機構の優遇融資の上限額を引き上げるほか、福祉医療機構と地域経済活性化支援機構(REVIC)の連携による病院経営支援を実施する。

診療報酬改定シリーズ●2020年度改定への対応②

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、療養病棟入院基本料

医療保険・診療報酬委員会 委員 杉村洋祐

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料については、それぞれの機能に着目し、求められている役割がしっかりと果たされているかどうかという視点で改定がなされたものと考えられる。実績要件の見直し、施設基準の見直し、また、同一医療機関内での転棟に係る算定の見直し、届出に係る見直しが中心だ。

まずは入院料、入院医療管理料1と3の実績要件についてだが、自宅等から入院した患者の割合について、改定前は1割以上、10床未満の病室は3カ月で3名以上が求められていたが、これが1割5分以上、10床未満の病室は3カ月で6名以上となり、自宅等からの緊急患者の受入れについても、3名以上から6名以上に改定された。

在宅医療等の提供については、実態に即した形で次のように改定されている。在宅患者訪問診療料の算定回数を、20回以上から30回以上に引き上げ、訪問看護については、院内の訪問看護であれば100回以上、併設の訪問看護ステーションであれば500回以上が要件とされていたところだが、それぞれ60回以上、300回以上と引き下げられている。開放型病院共同指導料の算定も要件として位置づけられていたが、そもそも、この指導料の算定がこれまで全国を見渡しても、どれだけあったのかと考えると、削除されたことは当然とも考えられる。

同一敷地内での介護サービスの提供についても、併設の事業所については、実績を有しなければ該当しなくなり、訪問リハビリテーション指導料の算定回数については30回以上、退院時共同指導料2の算定回数については、3カ月に6回以上と位置づけられた。退院時共同指導料2の3カ月に6回以上については、多くの医療機関でも現実的な回数ではないだろうか。

また、DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直しについてだが、これまで、他の病棟に転棟する場合は、その時点で地域包括ケア病棟入院料の算定となっていたが、転棟後もDPCによる算定期間がⅡまではそのままDPCでの算定を継続し、期間Ⅲになった時点から地域包括ケア病棟入院料を算定するように変更された。

入院医療管理料については、現行通りで変更なしとなった。これは、全国の平均的な在院日数が算定期間Ⅱ程度となっていることが大きく影響したようだ。あくまでも個人的な見解ではあるが、改定前の入院医療管理料を転室した時点で、地域包括ケア入院医療管理料の点数で算定するように統一されるものと予測していたが、全く逆の改定となった。もし、改定後の調査があ

れば是非、注目したいと考えている。

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直しについても、その持つ機能を最大限に生かすような視点で改定がなされたものと考えられる。地域包括ケア病棟入院料と同様に実績要件の見直し、施設基準の見直しに加え、日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し、そして入院患者に係る要件の見直しが挙げられる。

実績部分では、入院料1と2については重傷者の割合が3割以上で、日常生活機能評価が3割以上が4点、FIMで16点以上改善、入院料3と4だと重傷者の割合が2割以上で、日常生活機能評価が3割以上が3点、FIMで12点以上改善、また、リハビリテーション実績指数が入院料1については37以上を40以上に、入院料3については30以上を35以上に水準の見直しが図られた。

管理栄養士の配置に係る見直しも今回の大きな改定の一つであり、入院料1については常勤で専任の配置が要件となり、入院料2から6については常勤配置を行うことが望ましいこととされた。入院医療等の調査・評価分科会の調査結果で、入院料1を算定する医療機関の多くが専従または専任で配置していると明らかになったことや、配置している医療機関と、配置していな

い医療機関との比較で、退院時の体重の変化量やBMI変化量、退院時のFIM総得点に差があったことなどからの変更だと考える。人員不足の中では配置の難しさはあるものの、入院患者にとっては歓迎したい改定である。

入院患者に係る要件の見直しでは、日常生活動作の評価に関する取扱いの見直しが行われ、前述したFIMの実績指数の見直しに関するものだが、入棟した患者に対して入棟時点でのFIM、目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書に記載した上で説明し、患者ともしっかりと目標を共有し、患者の求めに応じ交付していくことが求められた。説明することから交付することに変更されている。よりしっかりとした対応が求められた形だ。

最後に、入院患者に係る要件に、発症からの期間に関するものが削除された。これは合併症等により、どうしても発症後に早い段階で急性期病棟から回復期病棟に転院、転棟ができなかった場合でも、受入れに支障をきたさないように削除されたものと思われる。これも大きな改定と考えられる。

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の評価の見直しについては、医療法上の経過措置の見直し方針や、届出の状況を踏まえ、入院基本料の経過措置の取り扱いが見直されている。看護職員配置20対1又は、

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ⑨、⑩

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上							
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-		1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		-		3月で6人以上		-	
地域包括ケアの実績※2	○		-		○		-	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		-		○		-	
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
 ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
 ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
 ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

新型コロナ緊急包括支援交付金の執行状況を公表

厚労省 交付が10月や11月になる都道府県も

厚生労働省は9月7日、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の執行状況を公表した。8月時点ですでに医療機関等への交付を実施した都道府県がある一方、交付開始予定時期を10月や11月としている地域もあった。

新型コロナウイルス感染症患者の入院病床の確保を支援する、感染症対策

事業の「病床確保事業」では、8月14日時点で交付開始は3府県。交付実績をみると、埼玉が62件・13億4千万円、京都が12件・6億7千万円、大阪が66件・18億9千万円。宿泊療養が可能な施設の運営などを支援する「宿泊療養施設確保事業」では34都道府県で交付が行われていた。

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関での医療資器材等の整備を支援する「入院医療機関設備整備事業」で交付実績があるのは岐阜で34件・1億2千万円、島根11件・2億8千万円、高知1件・百万円だった。

「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」では、交付実績

があるのは全国で大分のみ。大分では776件・14億7千万円を交付した。

厚労省は都道府県別に、主な事業の医療機関等への交付開始日(8月14日時点)も公表。8、9月中旬に交付を開始する都道府県が多いが、神奈川、福井、長野、広島、熊本、沖縄では一部事業、鹿児島では全事業で10月に交付開始予定とした。石川は、救急・周産期・小児医療体制確保事業の支援金事業の交付開始日を11月中とした。

厚労省は都道府県に、可能な限り早期に交付するよう求めている。

シリーズ●ICT利活用の取組み——その⑤

たくさんの病院がオンライン資格確認等システムに参画していただいています

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 山下 護

来年3月から、オンライン資格確認等システムが始まります。システム導入の意義や今後のスケジュール、医療機関に対する支援について、厚生労働省保険局の山下課長に解説していただきました。

1. マイナンバーカードで保険資格の確認がオンラインでできる(令和3年3月開始)

令和3年3月から、従来の健康保険証とは違い、顔写真が掲載され、ICチップがあるマイナンバーカードを利用し、保険資格の確認が受付で即時にできるようになる。病院の皆様から大変期待の高い「オンライン資格確認等システム」について解説する。

各医療機関(病院・診療所・歯科診療所・薬局)は、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会が構築している「オンライン資格確認等システム」とつながる。患者が、医療機関の窓口にある顔認証付きカードリーダーに自分のマイナンバーカードを置くと、マイナンバーカードのICチップを通じて、患者の確実な本人確認と加入する保険の資格がオンライン資格確認等システムから確認できる仕組みである。

この仕組みが実現すると、医療機関の窓口での保険証入力作業や資格過誤による返戻レセプトへの対応作業が大幅に解消されることになる。また、患者本人から同意を取得した上で、患者自身の過去の薬剤情報等をかかりつけ医・薬剤師等に提供することも実現できる。他にも、患者は、高額療養費の限度額認定に関する認定証の情報も取得できることとなる。なお、誤解のな

いように言うと、利用するのは「マイナンバーカード」であり、「マイナンバー」ではない。1人ひとりに付番されている12桁のマイナンバーを健康保険の現場で使うことはなく、あくまでもマイナンバーカードにあるICチップを使うこととなる。また、これまで医療機関の窓口で患者の健康保険証を預かっていた流れも変わる。患者自らマイナンバーカードを扱うので窓口の職員が患者のマイナンバーカードを預かることもない。

2. マイナンバーカードで保険資格を確認することの医療機関側のメリット(1) 保険証番号入力の手間の削減

現行の運用では、初診の患者が来た場合、医療機関の窓口で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関のシステムに入力する必要があった。また、来院が二度目以降の患者については、来院ごとに、健康保険証を確認し、患者が加入している保険が以前と替わっていないか確認するとともに、替わっていれば、医療機関の窓口で患者の新しい健康保険証の番号を入力し直していた。これが「資格確認」によって生じる事務である。

オンライン資格確認等システムが導入されれば、マイナンバーカードを通じて、患者の最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことができるため、職員による各種の患者情報の入力事務が省略できる。特に不特定多数の患者が来院する病院では、目に見えて業務の省力化を図ることができる。

(2) 資格過誤によるレセプト返戻作業の削減

オンライン資格確認等システムを導入することにより、患者の保険資格がその場で確認できるようになる。これにより、資格過誤によるレセプト返戻の場合、医療機関の職員は、患者に対して電話や手紙により連絡をとり、再申請に必要な正しい資格情報を収集する必要があるが、こうした資格過誤によるレセプト返戻作業を大幅に減らすことができる。

(3) 薬剤情報・特定健診情報の閲覧(資料1)

これまで世帯単位であった健康保険証の被保険者番号(後期高齢者医療制度は除く。)については、本年秋以降順次、従来の番号にさらに2桁の番号を追加することで個人単位の被保険者番号に替わる。これにより、来年2021年10月からのレセプトでは、2桁が追加された個人単位の被保険者番号でレセプトを請求することになる。

結果的に、これ以降、患者1人ひとりのレセプト情報から薬剤情報を抽出し、蓄積することが可能となり、患者の同意を得て、診療している主治医の方に見ていただく仕組みを構築する。特に、不特定多数の患者が訪れる病院では、外来での患者の聞き取りから、過去の治療歴等を正確に聴き取ることが難しい場合もあるだろう。そうした場合に、患者の同意を得て、薬剤情報を見ることができれば、患者の症状が薬剤情報から推測でき、より適切な診療ができるのではないかと。さらに、オンライン資格確認等システムには、1

人ひとりの加入者の特定健診の情報も格納されることから、例えば喫煙歴、血糖値なども見ることができる。

(4) 災害時における被災者への対応

通常時は、薬剤情報・特定健診情報を閲覧するためには、マイナンバーカードによる本人確認をした上で、患者本人が同意した場合に限られる。

一方で、災害時は特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認がなくても、薬剤情報・特定健診情報の閲覧ができるよう検討する。

災害で患者が普段飲んでいる薬剤を紛失等し、医療機関等で薬剤名を特定する必要が生じる場合などでも、オンライン資格確認等システムに参加していれば、薬剤情報等を閲覧することが可能となる。オンライン資格確認に参加していなければ、災害時の薬剤情報等の迅速な閲覧が出来ない。特に病院は、災害時に被災者の治療の拠点となることから、ぜひ参加していただきたい。

(5) 患者側の利便性向上

高額療養費制度の所得区分を示す限度額適用認定証は、加入者(患者)が保険者へ必要となった際に申請を行わなければ、発行されない。しかし、オンライン資格確認等システムに参加していただくことで、加入者から保険者への申請がなくても、医療機関等は患者の同意を得て、当該システムから加入者の限度額情報を取得でき、加入者は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなる。

資料1 薬剤情報・特定健診情報の閲覧

オンライン資格確認を導入いただければ、患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧できる。患者の意思をマイナンバーカードで確認した上で、有資格者等(薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等)が閲覧。

※ 特定健診情報は令和3年3月から、薬剤情報は令和3年10月から閲覧可能 <閲覧イメージ>

薬剤情報	
氏名	厚野太郎
性別	男
年齢	50歳

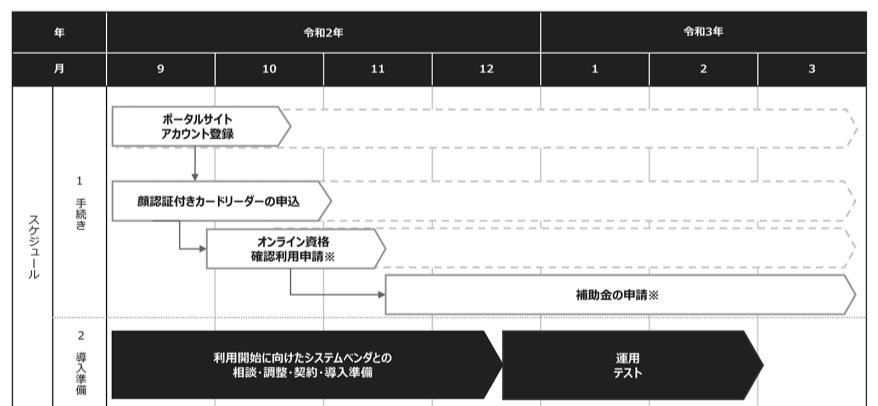
特定健診情報			
氏名	厚野太郎		
性別	男		
年齢	50歳		
身長	170.08	中性脂肪	140
体重	63.6	HDLコレステロール	125
血圧	79.5	LDLコレステロール	154
BMI	21.8	空腹時血糖	97
血圧等	67-106	HbA1c	5.1
肝機能検査	GOT(AST) 23	糖化血球	120
	GPT(ALT) 22	CRP	0.07
	LDH 160	RF定量	3未満

特定健診情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

資料2 利用開始に向けた準備スケジュール

オンライン資格確認に参加いただくには、「1 支払基金への申請手続き」と「2 システムベンダ等との相談・改修」の2つの作業が必要。

「1 支払基金への申請手続き」については、まずはポータルサイトへのアカウント登録。「2 システムベンダ等との相談・改修」については、まずは普段お付き合いのあるベンダの方等に相談。



※ 各申請時期はアカウント登録されている方にはメールでお知らせ。

資料3 医療機関等向けポータルサイト



アカウント登録でできること

- 最新情報をメールでお知らせ
- 顔認証付きカードリーダー申込
- オンライン資格確認利用申請
- 補助金申請

<https://www.iryohokenjyoho-portal-site.jp/>



オンライン資格確認 検索

お問合せ先：医療情報化支援基金
contact@iryohokenjyoho-portal-site.jp
☎ 0800-8007121 (通話無料)
平日 9:00~17:00

※ お電話でのお問合せは、混み合うことあるため、メールでのお問合せを推奨。

資料4 医療機関・薬局への補助

○ 顔認証付きカードリーダーは、医療機関及び薬局に無償提供。

○ それ以外の費用(①マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等)は、以下の上限額と割合で補助。

- (補助の対象となる事業)
- オンライン資格確認の導入に必要な資格確認端末の購入・導入
 - レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等のアプリケーションに組み込むパッケージソフトの購入・導入
 - オンライン資格確認に必要なオンライン請求回線の導入、既存のオンライン請求回線の増強
 - オンライン資格確認の導入に必要なレセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修 等
- ※ 電子カルテシステムの改修は、資格確認だけでなく、薬剤情報及び特定健診情報の閲覧のための改修を含む。

	病院	大型チェーン薬局 (グループで県庁舎の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
顔認証付き カードリーダー 提供台数	3台まで無償提供	1台無償提供	1台無償提供
その他の 費用の 補助内容	1台導入する場合 105万円を上限に 補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1/2を補助	2台導入する場合 100.1万円を上限に 補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1/2を補助	3台導入する場合 95.1万円を上限に 補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1/2を補助

※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額。

3. 医療機関における対応(今後のスケジュール(資料2)と国による支援策)

来年2021年3月から本格的に始まるマイナンバーカードによるオンライン資格確認の実現に向け、医療機関が円滑に顔認証付きカードリーダーの導入及び各医療機関のシステムの改修ができるよう、社会保険診療報酬支払基金が「医療機関等向けポータルサイト」(資料3)を構築している。おかげさまで、構築して1か月半で約42,000の機関に登録していただいている。このサイトを通じて顔認証付カードリーダーを選び、注文することができる。

また、資料4にあるとおり、自院でのシステム改修に要した費用の補助を用意しており、その申請もこのサイトから行うこととなるため、必ずアカウント登録をしていただきたい。

4. 今後の発展の可能性

医療機関の窓口、診療の現場、患者など、従来の医療機関での受診の流れを大きく変える「マイナンバーカードの健康保険証利用」及び「オンライン資格確認等システム」だが、この仕組みが医療を大きく発展させる可能性がある。すべての医療機関・薬局がオンライ

ン資格確認等システムに参加した場合を考えると、このシステムを通じて、全医療機関が一つのネットワークを構築することになるのだ。

それだけではない。もし、患者1人ひとりのレセプトの情報がオンライン資格確認等システムに格納されることになれば、薬剤情報だけでなく、治療や処置の内容、どの部位をどの診断機器で検査したのかという情報も患者ごとに確認することが可能となる。さらに、薬剤情報のデータベースにもなっている月ごとのレセプト請求について、仮に、患者負担を請求する時点で、処方内容のデータをオンライン資格確認

等システムに格納できるようにすれば、リアルタイムで処方情報が閲覧できるようになる。

もちろん、上記のような仕組みを実現するためには医療に関わるすべての方々の協力が欠かせない。私たちは、関係する皆様の協力を得ながら、すべての医療機関に参画していただけるよう、健康保険に加入する加入者により良い診療を届けるべく、「マイナンバーカードの健康保険証利用」及び「オンライン資格確認等システム」の構築に努力していきたい。

中小病院の病院機能評価認定率向上を目指して⑤ 実際の審査を想定してシミュレーションを実施

美原 盤(全日本病院協会 副会長、診療アドバイザー)

8月28日、香川県の榎村病院を訪問した。7月に行われた看護部門による支援はコロナウイルス感染症の問題でWEB対応となってしまったが、今回は実際に現地に赴くことができた。

前日に高松入りし、支援は10時から開始した。まず、病院概要説明のシミュレーションを病院長がPPTを用いて行った。病院概要説明に求められることは受審病院の特徴を明確に示すことである。一般病院1は地域医療を支える中小規模病院であり、概要説明に当たっては、地域の特徴(人口、高齢化率など)、地域の医療提供体制、その中で自院の立ち位置を明らかにすべきであり、地域包括ケア、地域医療構想を意識したプレゼンテーションが望まれる。

当該病院は、①整形外科を中心とした急性期医療、②地域の施設と連携したサブアキュート患者の受け入れ、③大学病院からのポストアキュート患者の受け入れ、といった機能を有していることが示された。これらの機能の中でどれがメインなのかを明らかにし、その機能を示すのに適当な症例をケアプロセスの対象患者として挙げるようアドバイスした。

次に合同面接のシミュレーションを

行った。実際の審査においても合同面接は病院長による病院概要説明に引き続き行われる。病院管理者・幹部以下、各部署の責任者が一堂に会して面接する意義は、病院長がリーダーとして病院スタッフをワンチームと纏め上げることにある。換言すれば、病院はどこを目指して運営されていくのか、それに向かって各部署は何をすべきかをスタッフが共有する重要な場であると捉えたい。

各項目ともサベイヤーが質問する内容は決まったものであり、どの項目に対し誰がどのように答えるかを準備しておくことよい。時間が限られているのでアピールしたいことをアピールできないまま終わってしまう恐れもある。そこで前もってアピールしたいことを図表などにまとめ、資料としてプリントアウトしておくことを勧めた。

資料の内容としては、具体的な取り組みとともにそのアウトカムとしての客観的データも示すとよい。そうすればサベイヤーにとっても評価コメントが書きやすくなる。参考資料として、当院受審時の合同面接の際に用意した資料を提供した。病院概要説明を受け「1.2 地域への情報発信と連携」は当該病院の強みであることが推察され、S

評価を受けることを狙って準備することを勧めた。

昼休み後、ケアプロセスのシミュレーションを行った。ケアプロセスの経験がないためやむを得ないが、準備が不十分であった感是否めない。訪問前にケアプロセスのやり方につき十分に伝えておかなかったことを反省し、申し訳なく思っている。症例の選択について、1例目は、前述したように当該病院のメインの機能を示す症例を、2例目はそれ以外の機能を示す症例を準備することが望ましい。また、1例目のケアプロセスにおいて評価できない項目に関しては(例えば輸血、身体拘束実施、死亡例など)、個別の項目ごとに症例を用意しておくことよいであろう。

当該病院は電子カルテシステムが運用されているが、実際のケアプロセスの際は電子カルテの画面上で実施するのではなく、必要な書類、説明するのに適切な診療記録はプリントアウトしておくことが時間を有効に使うためには有用である。例えば、入院時に行われる標準化された転倒・転落のリスク評価、持参薬のチェック、栄養評価などについて、その症例に関わった専門スタッフが、プリントアウトした資料

を提示し、説明することがチーム医療をアピールすることにつながる。

当該病院では、説明と同意について同意書は作成されていたが、これ以外にカルテ記載はなかった。医師による説明内容の記載、また、説明をどのように理解し受け止めているかなどの患者の反応について看護師の記載があるとよいと思われた。手術に関して術前訪問は、看護部門としては実施したいと思っているが行われていない。であるなら、審査の時に率直にその事実を伝えるべきであろう。これをサベイヤーが指摘することが、現場の意見を吸い上げ、病院機能の向上を後押しすることにつながると考えている。中小病院においてはマンパワー不足などの理由で実施したくてもできないことは多々あると思われるが、問題であることを認識し、放置しないでどのように補完したらよいか検討し、工夫する態度が必要であろう。

予定時間を大幅に過ぎてしまったため部署訪問は行えず、スタッフからの質問を受けた。薬剤部からはポリファーマシー対策についての質問があり、これに関する当院のマニュアル、薬事委員会の報告を資料として提供した。

受審に向けて準備していくに当たり、表面的に形を整えようとするのではなく、各項目の求めていることは何かを考え、医療の質におけるストラクチャー、プロセス、アウトカムを意識して対応を心がけたらよいと思われた。

病院医療機能評価受審支援相談事業を受けて

榎村重樹(医療法人春風会 榎村病院 院長)

まず初めに、当院は、全日本病院協会の会員病院の中でも最も多い中小病院の位置づけになります。

全国的に、日本医療機能評価機構の認定は、徐々に増えつつありますが、当院のような100床以下の病院になると、まだまだ敷居が高く、他人事のように考えがちであり、我々もそのように考えておりました。しかし、組織が徐々に大きくなり、また、我々の医療を取り巻く環境も日々変化し、より良質で、より安全なものが求められるようになってきました。

当院は、昭和34年に開院し、この地域に根差した、地元寄り添う、人にやさしい病院を目指して今日まで歩んできてまいりました。しかし、組織は1人のリーダーやスーパーマンが頑張っ

ても、決して、永く、上手に運営できるものではありません。

リーダーも高齢化しますし、スーパーマンも燃え尽きては、その組織は脆弱になり、やがて縮小、弱体へと自然の摂理に沿った生涯を終えることとなるでしょう。これを食い止める方法を見つけねばと、喘いでいたところ、出会ったのが病院機能評価です。病院組織の考え方、手法などが、簡潔に明瞭に記載されている教科書のようなものと出会うことができました。

医療組織の標準的な運営の考え方、指針、指標、コンセンサスの在り方等を含め、これから地域に医療という事業を残すための組織運営のアジェンダがまとめられていたのです。

これまで、私は、何か問題が起こる

度に、その時々で最良の方法を考え、目の前の問題をとりあえず、改善、解決することが、組織のリーダーの仕事であると考えていましたが、この度の全日本病院協会の機能評価受審支援をいただき、これからの病院組織はより優れた考え方のできる個人の集合体となり、永続的に事業継続できるよう、全職員で一丸となり、継続的な医療の質、病院管理の質の改善を行うことが大切と考えるようになりました。

そのために機能評価をうまく活用しPDCAサイクルをもとに当院の理念でもある、常に向上の志を持てるよう、目指すべき理念をしっかりと見据えたうえで、組織内での自浄作用が働き続ける機関へと成長し、組織として生まれ変わりたいと祈念いたしました。

榎本知也(医療法人春風会 榎村病院 事務部主任)

今回の訪問アドバイスは、第1・2領域およびケアプロセスの美原先生が来院され、約4時間のアドバイスを受けました。

美原先生から、受審に向けての準備

に関して「用意しておく資料」「担当者の明確化」「アピールポイントの整理」など丁寧なアドバイスいただきました。

また、審査当日を意識したシミュレーションに近い形で進められ、美原

先生の鋭い質問に当院職員が答えを窮する場面もありましたが、そのおかげで審査当日の雰囲気やイメージを確認することができました。ケアプロセスに関しては、症例の選び方とその重要

全国にも、我々のような、地方の中小病院ではあるが、その地域の安心、安全のため、ライフラインの役割を果たし続けることを求められている病院が、まだ多く残されていると思います。

我々の目的はその地域に健全な医療を継続できる地盤を、今、しっかりと準備しておくことではないでしょうか？その一助として、この病院医療機能評価支援事業は大変意義のあるものになると改めて確信いたしました。

最後になりましたが、この度は、お忙しい中、また、コロナ禍の折、当院へ遠方より訪問いただき、大変有意義なご指導を賜りました、美原盤全日本病院協会副会長様、岩渕泰子病院機能評価委員会特別委員看護アドバイザー様、中嶋照夫病院機能評価委員会特別委員事務管理アドバイザー様をはじめとした、全日本病院協会病院機能評価委員会の皆様方につきましては、誠にありがとうございました。この場をお借りしまして、心より御礼申し上げます。

性のアドバイスがありました。

また、ストラクチャー、プロセス、アウトカムそれぞれの根拠を示せるようにすることがこれからの課題と感じました。

人間ドック事業を通じて健診の質の向上に取り組む 保健指導で健康づくりを支援

全日病の委員会を紹介するシリーズの第8回は、人間ドック委員会の西昂委員長にご登場いただきました。人間ドック委員会は、1987年に日帰り人間ドック実施施設の指定事業を開始して以来、健診の質の向上に取り組んできました。西委員長に同委員会の活動内容を聞きました。

実情調査を踏まえて 人間ドック実施施設を指定

——まず、人間ドック事業について教えてください。

人間ドック事業では、日帰り人間ドック実施指定施設の指定を行っています。健康保険組合連合会(健保連)をはじめとする保険者と人間ドックの契約を結ぶために、人間ドックの施設として適切な事業所であることを確認しています。検査機器などがすべて基準に合格していることを確認し、人間ドック指定に当たっての諸条件をすべてクリアしている施設を人間ドック指定施設として指定しています。

——指定までの手順はどうなりますか。

人間ドック指定の申請があったら、人間ドック委員会の関係者に実情調査に行っていただきます。その結果を人間ドック委員会に報告し、検討した上で、総務委員会、理事会の承認を受けて指定しています。8月21日現在の指定施設は433です。

——実情調査では、どんなことを重視していますか。

人間ドックは、保険診療ではないので、プライバシーが尊重されていることを一番に重視しています。また、できるだけゆったりとした環境で健診を受けてもらうことも大切です。病院であれば、入院・外来の患者と動線を別にすることが望ましいですね。

健診は、病気でない人が自分の健康状態を確認するために来るのですから、治療のために来院する人と目的が違います。病院とは違う環境で健診を受けてもらうことが大切です。

また、病気を早期発見して治療することが健診の一番の目的ですが、利用者の多くは、異常がないことを確認して安心したいという思いで受診します。病気にならないように上手に日常生活を送り、健康を維持してもらうことが大事であり、保健指導を通じて、健康な生活習慣を支援できればと思います。

健診の質向上を目的に 健診団体連絡協議会が発足

——人間ドックを実施している他団体と健診団体連絡協議会をつくっているそうですね。

健診団体連絡協議会は、全日病のほか、日本人間ドック学会、日本総合健診医学会、日本病院会の4団体が集まり、2017年2月に発足しました。人間ドック健診を含めた各種健診の質の確保・向上を目的に、健診に関する情報の共有および各種検討を行っています。当番団体は、2年毎に交代し、現在は全日病が当番団体です。会議には、オブザーバーとして健保連も

参加しています。

——発足のきっかけは何ですか。

健保連から交渉団体として一つの団体を作ってほしいという提案があり、発足しました。検査項目の検討や健診内容の向上のためのルールなどについて、4団体と健保連が話し合う場となっています。

これまでの取り組みとしては、2017年に「職場におけるがん検診ガイドライン策定に関する要望」を厚生労働省に提出しました。2019年5月には、日帰り人間ドックの施設要件を同協議会として統一しています(適切な健保連人間ドック健診に望まれる要件)。

——健診のルール作りでは、どんなことを話し合っているのですか。

例えば、健診の判定結果について各団体で表現の仕方に違いがあり、統一に向けて話し合っています。A(異常なし)、B(軽度異常)、C(要医療)とランク分けすると、同じ検査データでも、Bになったり、Cになったりすることがあります。

ある施設では、「大丈夫でしょう」と言われ、別の施設では「もう少し検討した方がいいですね」と言われるのでは、利用者が戸惑うことになります。そのために判定区分基準の統一に向けて話し合いを進めていて、これまでの検討でかなりルールがはっきりしてきました。

——判定基準統一の見通しは、いかがですか。

判定基準のルールについて一定の合意はできましたが、それを実施していくにはある程度時間がかかると思っています。判定基準を変更するには、コンピューターのソフトを変えなくてはならないので、そのためのコストもかかります。現在のシステムを変えるのは大変なのでシステム更新の際にソフトの変更をお願いするのが現実的だと思います。

そのほか協議会では、健診施設から健保組合等に提出するデータを統一するための統一フォーマットの作成を検討しています。厚労省が特定健診・保健指導のフォーマットを基に法定健診の統一フォーマットを作成しているため、厚労省の各種審議会の動きを注視しています。

集合契約の料金を 保険者と交渉

——人間ドックや特定健診・特定保健指導を含め、保険者と集合契約の交渉をしていますか。

健診団体連絡協議会ができてからは、協議会の場で保険者も含めて話し合いをするようになっていて、年2回、会議を開いて交渉しています。健診の費用については、健診機関として要望を提出していますが、ほとんど通らないのが実情です。ただし、消費税の上乗せは認めてもらうようにしました。

人間ドックに限らず医療の現場は、同じ行為をしてもかかる経費は地域によって大きく違います。人件費を含めてコストに地域差があるのですが、診療報酬は全国一律です。集合契約の料金も同様で、全国一律で決まり

ますから、地域によっては厳しい料金設定になります。金額の決め方は非常に難しいのです。

人間ドック指定施設の 状況を調査

——人間ドック委員会では、人間ドックの実施状況調査をしていますね。

毎年、指定施設の状況を調査して、健保連に報告することになっています。

——最近の調査結果から、特徴的なことはありますか。

やはり高齢化を反映して、糖尿病や高血圧などの成人病が増えていますね。

その一方で、健康を意識している人も増えていて、運動したり、食事制限をしている人も増えてきたと感じます。

——保健指導の担当者向けの研修を実施していますね。

特定保健指導実施者の初任者研修(毎年実施)や経験者研修(隔年開催)、食生活改善指導担当者研修(隔年開催)を実施していて、修了者は全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)として認定しています。

しかし、今年は新型コロナウイルスの影響で研修を実施できていません。Webを使って研修ができないか現在検討しているところです。

契約のルールで 透視のX線装置は必要

——基本検査項目を実施していない施設に対して指定解除をすることもありますが、どのような事情でしょうか。

上部消化管のレントゲン検査はほとんど実施せずに内視鏡検査だけを行う施設があるのですが、健保連との契約はあくまでレントゲン検査を行うことになっているので、そのための機械がない施設は認められないということになります。契約には、胃透視で実施すると書いてあって、それが出来ない場合は胃カメラでも可とされています。

最近では内視鏡を希望する患者さんが増えているので、契約内容の見直しを提案しているのですが、保険者と意見の相違があり、見直しは実現していません。ルールに基づいた運用をしていないと健保連から指定の許可が出ないという事情があります。透視のX線装置は必要ないので置いていない施設は、大変心苦しいのですが、ご理解いただいた上で脱会していただいています。

——医療技術の進歩によって、医療現場ではレントゲンよりも内視鏡検査が中心となりつつあると思いますが、その辺の事情は保険者に理解されないのでしょうか。

保険者も分かっていると思いますが、透視の点数は893点、胃カメラは1,440点で547点の差があります。保険者としては、安い方の透視で行って欲しいということです。

内視鏡はこの20年ほどで一気に普及し、その診断能力は透視に引けをとらないと思いますし、異常を見落とすこともまずないと思います。内視鏡も

撮る角度によっては見落としがあるので、完全ではありませんが。

——透視の場合、見落としのリスクが高くなることはありませんか。

熟練した専門医が読影すれば問題はありません。人間ドックの読影に当たっては、専門医もしくは専門的知識を有する者による診断が必要であると決められていて、見落としをなくするために、ダブルチェック、トリプルチェックのルールもあります。

一定以上のレベルの医師が読影することは健診施設の責任です。無責任なことをしては人間ドックそのものの信頼が失われますので、健診の質を担保する仕組みをつくっています。

新型コロナの影響で 健診を中止

——人間ドック健診も新型コロナウイルスの影響を受けたことと思います。

3~5月にかけて人間ドックに対し、自粛要請がありました。7月の段階で、クラスターにならないよう注意しつつ健診を実施して結構であるという通知が健保連からあり、それを受けて人間ドック健診も再開し、今ではほぼ例年の状態に戻っています。企業によっては健診を制限しているところもあるので、全国的にはほぼ7割程度まで戻りつつあるという状況でしょうか。

——感染予防対策には手間がかかるとは思いますが、コスト的にはいかがですか。

通常の1.5倍くらいのコストになっていると思います。マスクは従来から着用していますが、新型コロナ対策で、これまでは使ってなかった場面で手袋をつけたり、一人一人の検査が終わったら、その都度、テーブルや椅子をアルコール消毒しているので、消毒液の量もかなり増えたと思います。手間はかかりますが、これをしないと利用者も納得されないでしょう。

——感染予防対策にコストがかかることは、保険者にも理解されるのでしょうか。

ぜひ、そう願いたいと思います。——ありがとうございました。



人間ドック委員会・委員

委員長	西 昂
副委員長	加納繁照
委員	池田誠
委員	伊藤伸一
委員	小關剛
委員	小平祐造
委員	西村直久
担当副会長	中村副会長

シリーズ●病院事務長が考えるこれからの病院経営⑤

医療法人社団 十善会 野瀬病院 法人本部長 林 政徳



利他の精神で、地域に貢献！ —病院事務長に求められる役割やスキル

病院の経営環境が厳しくなる中で、経営の一翼を担う病院事務長の役割はますます大きくなっています。シリーズの第5回は、野瀬病院(兵庫県神戸市)の林政徳法人本部長にご寄稿いただきました。

包容力と解決力を備え、最善を尽くすことが大切

私は、法人内の役割を大きく二つに分けており、スペシャリスト集団とジェネラリスト集団の役割を明確化しております。この二つの集団の一番の理解者であり良き相談相手であり、問題に対して逃げずにとことん向き合い解決していく力、すなわち包容力と解決力の両方がバランスよく備わっていることが必要と考えます。

当法人の組織体制は理事会の下部組織に部長会があり、それぞれの部門に担当部長が配置され、大小の検討事項を部門長が担当部長へ上申し部長会で検討し、必要なら理事会に部長会の案件として上申し決定する仕組みを構築しています。いろいろな部門が協力し合いながら病院を運営していく上で必要になってくるのが、部門間での相互理解であり、個人のスキルとしては傾聴力と何に対しても興味を持つことだと考えます。

そして、事務長にとって何よりも大切なことは最善を尽くすことであり、このくらい出来ていれば大丈夫とか、この場合はこれだけやれば等、最善を尽くさない場合、事業運営の上り坂、下り坂は対応出来ても「まさか」の事態への対応が出来なくなります。そして、想定外の問題に対して解決することが出来なくなり、組織の運営が停止します。この状況にならないためにもイレギュラーな出来事に対する対応力が必要不可欠と考えます。そのためにも逃げない、逃がさない、とことん解決する努力をする対応力、いざというときの事務長が組織にとって大切な存在になると考えます。

医療政策の方向と当院の対応

当法人が事業展開しております、兵庫県神戸市長田区は1995年の阪神・淡路大震災にて甚大な被害を受けました。そして、2020年の今、25年の歳月をかけて復興してまいりました。それでも震災前と比べても賑わいは戻らず、閑散とした状態だとマスコミはじめ、いろいろなところから残念な評価をされています。しかし当法人は今の地域を分析し、地域にマッチした医療・介護サービスをだけでなく、地域のみなさんとのコミュニティーを構築し提供することでこの地域になくはない存在となり、地域のみなさんにまた必

要としていただけたことに感謝しながら運営しております。地域にとって何が必要なのか、地域包括ケアシステムについてどう参画するのがいいのか等、その時に最善を尽くすことが大切だと考えます。

この地域は、震災によりたくさんの命が奪われ、震災後に人口が3分の1となりました。当院の外来患者数が1日約10人となり、震災後、経営の危機を迎えました。病床を介護療養へ転換し行き場のなくなった独居の高齢者の入院受け入れを積極的に行い、何とか経営を維持しておりました。そして2003年に今の理事長が診療部長として着任すると、今の地域に必要なことは何かを考え、外部の訪問看護師の訪問時に同行させてもらったり、整形外科医師でありながら、地域の医療を理解するために医師会の内科研究会に参加させてもらったり等、自分の時間を使い、自分の目で見て確認し方針を決定してきました。

地域には、少年野球チームやサッカーチームをはじめ、たくさんのスポーツチームが存在しますが、この地域で怪我をして当院に治療目的で来院されても入院や手術やリハビリが必要と診断されると、外部(中央区や須磨区や他の区)での治療を希望して、仕方なく他の医療機関へ紹介しないといけない状況でした。

また、高齢化率33%を超えた地域のお年寄りが転倒し怪我をしてしまう現状を目の当たりにして、患者さんや利用者さんでもある地域のみなさんのための医療・介護が実践されていないと残念な気持ちになりました。

だからこそ、この地域に必要なのは、地域急性期医療の充実と高齢者を支える介護の整備、予防医学であると考え、法人内での組織作りに取り組み、地域や近隣の「使い勝手の良い、都合の良い法人」を目指し、法人の理念でもある「愛情・丁寧・親切」を念頭に置き、法人運営に取り組んでいます。

病院に求められる経営改革と人材育成

診療報酬改定の対応につきましては、かなり早い時期から各部門長や役職者が何回も改定セミナーに参加し情報を集め分析し、医事課長と情報共有し改定前に整備されている状態となっております。だからといって、必要な治療は算定出来なくても医師の指示で行っていますので、各スタッフが納得のいく治療、その向こうには患者さんが納得の治療を受けていただいている証となると考えています。

まずは、患者さんをしっかり診察し、患者さんにとって最善策を提案することを一番に考え、当院で引き続き治療する、より専門的に治療が必要なら高

度急性期へ紹介する、長く治療が必要なら慢性期へ紹介する。これは、地域急性期医療を担っている当院にとって当たり前のことですが、経営のことだけを考えると見失ってしまい、入院のベッド稼働率を上げろ、オペ件数を増やせ、外来患者数を増やせ、という指示のような暴言が飛び交う法人になってしまいます。

新病院への移転(2014年)から今年の8月で7年目に入りました。私は、外部環境により入院のベッド稼働が落ちたり外来患者さんが減少したりした時には、「他の病院も一緒です」と言っていて、自分たちの法人の問題を他のせいにする、言い訳を考える、すなわち出来ない理由を探す法人になってはならないと常に考えております。だからこそ、日頃から地域のみなさんとつながりながら、困った時の十善会の理念(愛情・丁寧・親切)を実行することでいざという時には地域が助けてくれます。

2020年の1月から胃カメラ検査がほとんど予約されておらず、なぜ予約が入らないのかと聞くと「企業検診はだいたい12月までに済んでしまいますので、年明けの1月から3月は検診の閑散期ですので仕方ありません」と検診担当からの説明でした。私はすぐ地域の企業や自治会、婦人会等のあらゆる団体に連絡し、全ての胃カメラ枠を予約することが出来ました。その後、検診担当から「ありがとうございます」とお礼を述べられ、また医事課長や主任からも「すごいですね」と褒めてもらいました。

私は人材育成をしたことがありません。自分に出来ることを精一杯実行するだけです。経営改革や人材育成という言葉は、比較することが前提にあると考えています。前出の胃カメラの件も私が出来たことをやる、最善を尽くす、そして胃カメラの予約を埋めることで地域のみなさんが少しでも結果に対して留意し健康管理を意識していただきたいという思いを理解してもらおうこと、地域のみなさんの元気を守りたいと大袈裟ではありますが、このような考えでお勧めしたからこそ予約が埋まったと思っております。

ここで、私がいつも自分自身に言い聞かせているのが「自分の値打ちは他人が決める」です。胃カメラの予約を埋めた私が偉いのではなく、利他の精神で動いた結果であり、少しでもお役に立ててよかったと思う気持ちを大切にしたいと考えています。

経営会議、法人運営会議、その他たくさんの方の経営指針を検討する組織がありますが、根本は当法人に関わるすべての人たちのために何が出来るかを考えることが、素晴らしい組織であり人材であり、いつまでも地域に必要とさ

れる法人になると確信しています。

今後、重視すべき事業分野

今後、地域のために何が出来るかを追求し続けることが大切だと考えます。今、動き出そうとしているプロジェクトについて触れたいと思います。当法人より200m程南に大きなショッピングモールがあります。巨大なホームセンターと日帰り温泉施設、フィットネスクラブを同じ敷地内に所有しているこの地域にはなくてはならない存在であり、この地域にマッチングした素晴らしい企業です。この企業の社長と当法人の理事長による対談と各法人の見学会を、広報誌作成を理由に企画立案し、先方も快くお引き受けくださり実現しました。

先方の企業の目標は“都市緑化”、当法人の目標は“おせっかい好きの集団形成”この二つの目標をうまく融合させて一つの目標を共同で策定し、具体化していくプロジェクトが動き出します。緑に溢れた都市に、この地域の幼児から高齢者など全ての人が集う神戸市長田区オリジナルCCRC(多世代コミュニティ)を共同で運営する、参画してくれる仲間を増やし、いつのまにか巨大なおせっかい好きの集団が形成され、地域全体が人のために地域のために活動する集団になること。今回の対談で、社長と理事長は同じ年の52歳、夢は大きく持つ、人のご縁を大切に等共通点が多かったです。同じ価値観で地域のために取り組みやすいからこそ実現していく事業だと確信しています。一般企業と民間病院の“地域のための協働のあり方”を提言できるように具体的に少しずつでも進めていきたいと思っています。

最後に

私は医療メディエーターの勉強をし、人を評価したり嫌ったりすることがなくなりました。人の好き嫌いは人間関係を構築する上では必要ないと考えます。夢を語り、実現していく、事務長としてすべての出来事に興味を持ち前向きに捉え、いろんな人を巻き込んで最善を尽くすことが何よりも必要なことだと思います。逃げない、逃がさない、最善を尽くして取り組むことが人のためになります。

いろいろな難題が飛び込んでくる“まさか”が多い業界ですが、人の世だからこそ、人のご縁を大切に、人を評価することなく大切に思う気持ちが、より良い組織を育むと信じています。これからも全国の事務長と連携を図りながら、一緒に頑張りたいと思います。

7月の医業利益率の落ち込みは5.8ポイント

病院経営調査 6月に続き回復傾向示すが赤字は続く

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3病院団体は9月10日、7月分の病院経営調査の結果を公表した。回答した177病院全体の7月の医業利益率は▲4.4%で、対前年比で5.8ポイントの落ち込みだった。新型コロナの影響

で病院経営は4月、5月と悪化。6月にわずかに回復し7月も回復傾向を示したが、赤字が続いている。

今回調査は、第1四半期の調査で回答した病院から222病院を抽出し調査票を配布。177病院からの回答を分析

した(有効回答率80%)。177病院で新型コロナ患者の受入れの有無や医療機能の違いは区別していない。

回答病院の医業利益率の推移をみると、4月が▲17.4%、5月が▲18.4%、6月が▲16.0%、7月が▲4.4%。7月

になりマイナス幅が縮小した。対前年比での医業利益率の落ち込みは、4月が13.9ポイント、5月が17.4ポイント、6月が7.5ポイント、7月が5.8ポイントで、同傾向を示している。

7月の医業収益は、対前年比で▲6.3%、医業費用は▲0.8%。収入では、健診・人間ドック等収入が▲12.7%で悪いが、5月は▲69.7%まで下がっていた。入院は▲6.4%、外来は▲5.4%で、マイナス幅が改善しつつある。

2021年度専門医研修の厚生労働大臣からの意見を了承

厚労省・医師専門研修部会 日本専門医機構は臨床研究医の募集を開始

医道審議会・医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は9月17日、2021年度の専門研修プログラムに対し、厚生労働大臣が要請する意見を大筋で了承した。これを受け、日本専門医機構は2021年度専門医研修の募集を11月上旬に始める。また、一般募集に先行する今回初の臨床研究医コースの募集は9月23日に開始された。これらは9月18日の理事会で了承された。

専門医研修の募集では、診療科別・都道府県別のシーリング(募集上限)を設けるなど、大都市への医師偏在を避ける方策が設けられている。その際に、毎年度の募集の際には、都道府県や厚労省の意見を伺う必要がある。

今回の都道府県の意見を踏まえた厚生労働大臣による要請では、機構のシーリング案に対し、地域枠医師と自治医科大学出身医師はシーリングの枠外とするなど、これまでの対応に加えて、「過去3年の採用数の平均が少数(5以下)

の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする」を加えた。

また、各学会の専門研修プログラムについて、研修病院での研修期間の設定が、実質的な「シーリング逃れ」になっている事例などがあり、整備指針の見直しを機構に求めるとした。

具体的には以下のような事例があった。整備指針における専門医研修のプログラムでは、原則として、研修期間の3年間で、「基幹施設での研修は6か月以上とし、連携施設での研修は3か月未満とならないよう努める」というルールがある。シーリング対象外の研修を6か月のみとし、残りの2年半をシーリング対象の都道府県で研修を行う場合も認められる。シーリングは基幹施設が所在する都道府県にかかるためだが、「実質的なシーリング逃れ」(立谷秀清委員・相馬市長)と指摘された。

そのほかの不適切事例では、◇研修

先が未定の期間があるプログラムについては、募集を認めるべきではない◇具体的な内容が不明瞭なまま、カリキュラム制の研修を始めざるを得ない専攻医がいる。可及的速やかに改善すべき—などの意見があった。

機構の寺本民生理事長は23日の会見で、「現状の整備指針に違反しているわけではないが、そのような指摘があったので、必要な対応を検討しなければならない」と述べた。シーリング案については、専門研修部会の了承を得たので、機構は11月上旬に募集を始める。昨年度は10月中だったが、「3年間を経て、この日程で問題ないという感触を得た。今回うまくいけば、来年度も同じようなスケジュールになると思う」と寺本理事長は述べた。

一方、今回初の臨床研究医コースは一般募集に先じて9月23日に募集を開始した。臨床研究医についても、「シーリング逃れ」の懸念が出ているため、



初回は40名から始め、徐々に増やしていく予定だ。寺本理事長は改めて、「地域医療への影響を考慮すると、100名ぐらいを目指すことでは関係者の了解を得ている」と述べた。

臨床研究医は応募段階で、各学会から合計124コースが用意されている。例えば内科は20コース、外科は10コースある。脳神経外科、放射線科、病理、救急科はゼロである。募集の枠が40名であるので、応募が40名を超える場合は、応募者数に応じて、各診療科にコースを割り振る予定だ。選考結果は10月中旬に公表され、落ちた医師は一般募集に参加できる。

第一期生ベトナム人介護技能実習生が技能評価試験合格!!

外国人材受入事業 実習先病院担当者に国家試験対策の詳細を説明

昨年10月にベトナムから来日し、医療法人アンリー・デュナン会 深川第一病院(北海道)、医療法人正清会 金剛病院(大阪)、社会医療法人千秋会 井野口病院(広島)、特定医療法人杏林会 新生翠病院(熊本)で技能実習中のベトナム人介護技能実習生(以下、実習生)8名は技能評価試験に合格し、技能実習1年目から2年目に移行する

予定となった。

また、ほとんどの実習生は、日本語能力が3級レベルであり、今後は介護福祉士の国家試験合格を目指す。

この試験対策として、当会外国人材受入事業(担当役員=山本登常任理事)は、実習生に対する介護福祉士の国家試験対策の詳細及び方法について共通理解を図るため、9月に実習先の病院

担当者に対し説明を行った。同事業構成員で日本語教師でもある村上構成員(早稲田大学日本語教育センター非常勤講師)がWEBを活用し集合形式のプレゼンテーションを実施。9月から年末まで計10回(週1回1コマ90分)、WEBを活用した介護福祉士国家試験対策の短期集中講義を行う予定であるが、その後は先のプレゼンテーション

で共通理解を得られた病院担当者と実習生が自立して二人三脚で勉強を継続し合格を目指す。途中で疑問点や課題等が出てきた場合には個別相談を受け付けるが、あくまで自立学習が出来るようになることが狙い。

本件に関するお問い合わせは、国際人材交流課(直通電話 03-5283-7442、または gaikokujinzai@ajha.or.jp)まで。

■ 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
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2020年10月31日(土) 【全日病会議室】WEB参加も可	49,500円(77,000円)(税込) 1病院(3~5名) ※昼食代、書籍代含む	医療の業務改善はもちろん、医療事故調査でも業務の流れを可視化し検討することが必須。今回は新型コロナ感染疑い患者の受入れ対応を含め、課題の一つ選択してもらう。
特性要因図作成研修会 (20病院)	2020年11月1日(日) 【全日病会議室】WEB参加も可	49,500円(77,000円)(税込) 1病院(3~5名) ※昼食代、書籍代含む	医療事故の根本原因究明に至るための講習会を具体的な事例を基に実施している。今回は新型コロナ感染疑い患者の受入れ対応を含め、課題の一つ選択してもらう。
看護師特定行為研修指導者講習会(熊本会場) (18名)	2020年11月1日(日) 【TKP ガーデンシティネストホテル熊本あそ】	11,000円(税込) ※昼食代、資料代含む	「看護師の特定行為研修における指導者養成の効果検証に係るデータ収集事業」の実施団体として、「看護師特定行為研修指導者講習会」を開催する。
医師事務作業補助者研修(福岡開催) (65名)	第1日目(講義・演習)2020年11月12日(木) 第2日目(講義・演習)2020年11月13日(金) 【リファレンス駅東ビル貸会議室】	33,000円(税込) ※受講料、テキスト料、昼食代を含む	「医師事務作業補助体制加算」は医師不足解消の一助として注目されている。研修を修了し、レポートを提出した方に修了証を授与する。修了証は加算算定の研修要件を満たしている。
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12月12日(土)・13日(日) 【全日病会議室】ハイブリッド形式(会場参加またはWEB参加(ZOOM使用)いずれも可)で開催。自宅や職場からの参加も可能。	27,500円(33,000円)(税込) ※受講料、テキスト代、昼食代を含む	「医療安全対策地域連携加算」に適切に対応するため、『医療安全管理体制相互評価の考え方と実際』をテキストに、相互評価の実務を想定した講習会を開催する。



第3回 中外製薬医療 WEB フォーラム 2020.10.30 Fri 18:25 ~ 20:00

with/after コロナ時代における
「三位一体改革に備える病院経営を考える」
座長：董仙会恵寿総合病院 理事長 神野正博 先生

「地域医療構想調整会議の活性化、そして新型コロナ」
演者：祐愛会織田病院 理事長 織田正道 先生

「働き方改革に備える魅力ある職場環境作り」
演者：ペガサス馬場記念病院 理事長 馬場武彦 先生

CHUGAI 中外製薬 全ての革新は患者さんのために
Roche ロシュ グループ

「第3回中外製薬医療 WEB フォーラム」視聴は、「PLUS CHUGAI」会員登録が必要となります。「PLUS CHUGAI」と検索し(もしくはQRコードから)、会員登録を進めください。

PLUS CHUGAI ご登録方法*

- ①中外製薬ホームページへアクセス!
<https://www.chugai-pharm.co.jp/>
- ②「PLUS CHUGAI」と検索!



*会員対象：国内医療機関にお勤めの医師・歯科医師・薬剤師
*上記以外の医療従事者の皆さま方はID/PWが必要となります。詳細は、弊社担当MRにご確認ください。