



# 全日病 ニュース

## 2021.8.1

### No.991

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

## 地域包括ケア病棟等と回復期リハ病棟を論点に議論

中医協・入院医療等分科会

求められる機能と発揮している機能を分析

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7月8日、2022年度診療報酬改定に向け、回復期の入院医療をテーマに議論を行った。地域包括ケア病棟入院料・管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料が論点となった。厚生労働省は、それぞれの入院料等が求めている機能と、現状で発揮されている機能との違いを示す資料を示した上で、委員の意見を求めた。

### 地ケア病棟の3機能の偏りを分析

地域包括ケア病棟入院料は2014年度診療報酬改定で創設された。①急性期治療を経過した患者の受入れ②在宅で療養を行っている患者等の受入れ③在宅復帰支援の3つの役割を担うことが期待され、創設以来、届出病院数・病床数ともに、増加傾向にある。

これらの3つの機能をバランスよく担うことは、地域包括ケアの中核を担う病院のモデルになり得る。ただ、地域包括ケア病棟入院料を算定する病院の3つの機能の担い方の実際をみると、さまざまな違いがあることがわかる。

例えば、許可病床数200床未満が対象の入院料1では、自院の一般病棟からの転棟割合は、ゼロ%の病院が3分の1ほどで最も多く、8割を超える病院はほぼない。一方、許可病床数400床未満が対象である入院料2(400床以上の場合)は自院の一般病棟からの転棟割合が6割未満でなければならない)では、ゼロ%の病院はわずかで、自院の一般病棟からの転棟割合が90%以上の病院が最も多いという結果になっている。

他のデータからも、自院・他院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入れが少ない病院が一定数存在することが示された。一方で、逆に、自宅等からの受入れが多く、自院・他院からの受入れが少ない病院が一定数存在している。

ただ、自院の一般病棟からの転棟割合が6割未満の病棟の在宅復帰率(平均値で86.2%)と、6割以上の病棟の在宅復帰率(同85.3%)をみると、あまり差はみられない。また、緊急患者の受入れ患者数は一部の入院料の要件になっているが、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病院で、救急を実施していない病院が一定数あることも示された。

入棟元によって、患者の状態には差

がみられる。自宅等から入棟した患者では、「腰椎圧迫骨折」の患者が最も多く、次いで「肺炎」や「心不全」が多かった。一般病棟から入棟した患者では、「大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折」が多かった。また、平均在棟日数は、自宅等から入棟した患者で相対的に、平均在棟日数が短い傾向にあった。

地域包括ケア病棟が3つの役割を担うことが期待されている中で、「自院の一般病棟からの転棟が多い病院や、救急を実施していない病院など1つの機能に特化しているように見える病院がある」と厚労省はデータを解釈した。

これに対し委員からは、「地域の実情が異なるので、地域包括ケア病棟が異なる機能を持つのは当然。ただ、自院からの転棟割合の患者が100%というのは、少し違うのかなと思う(井川誠一郎・日本慢性期医療協会常任理事)との意見が出た。

### DPC/PDPSからの転棟の状況

全日病会長の猪口雄二委員は、2020年度改定で適正化された改定内容の状況を質問した。2020年度改定では、DPC対象病院において、一般病棟から地域包括ケア病棟に患者を転棟させる時期が、DPC/PDPSの点数を地域包括ケア病棟入院料が上回るタイミングに偏る病院が確認されたことから適正化された。具体的には、地域包括ケア病棟に転棟後も各診断群分類の期間Ⅱまでは、DPC/PDPSの点数を算定することになった(地域包括ケア病室の場合は従来どおり期間Ⅲまで)。

これを踏まえ、猪口委員は、「一般病棟から地域包括ケア病棟に患者が転棟する時期などの変化を含め、2020年度改定の見直しにより、DPC対象病院の転棟の状況がどうなっているのかを分析してほしい」と要望した。他の委員からも、同様の要望が相次ぎ、社会保険診療報酬支払基金医科専門役の井原裕宣委員は、「2020年度改定により、転棟・転室のタイミングの変化が起きているかの傾向だけでも把握してほしい」と述べた。

地域包括ケア病棟では、リハビリを必要とする患者に、1日2単位以上の疾患別リハビリテーションを提供する必要がある。だが、3割超の患者にリハビリが提供されていない。厚労省は、これに関するデータを示した。患者の入棟元別に過去7日間のリハビリ単位

数の平均値をみると、「特別養護老人ホーム」、「軽費老人ホーム、有料老人ホーム」、「その他の居住系介護施設」で1日2単位以下となっていた。

これに関して、全日病常任理事の津留英智委員は、「介護老人保健施設からと特養などからの患者像は、類似していると思うが、リハビリ単位数で違いが出ているのはなぜか」と質問した。厚労省の担当者は、「わからない」と回答した。ただ、地域包括ケア病棟の入棟元として、「一般病棟」と「自宅等」と「その他」は機能的に区分されており、老健は「その他」に含まれると説明した上で、「別の切り口での分析も試みたい」と回答した。

### 心臓リハビリがFIMで効果あり

回復期リハ病棟についても、さまざまな議論が行われた。

厚労省が、心臓リハビリテーションの効果の資料を提示した。入院心臓リハのプログラムに則って、効率よく、運動能力を回復させることで、FIM(機能的自立度評価表)が改善するとのデータが示された。現状では、回復期リハ病棟の入院患者の「回復期リハビリテーションを要する状態」に心大血管疾患リハビリテーションは含まれていないことから、導入の是非をめぐり議論が行われた。

猪口委員は、「心臓リハのイメージは、心臓血管外科の近くの病室などで、術後や急性期の患者を対象に実施するというもの。ほかの疾患別リハビリテーションの状態とは少し毛色が違うと感じる。回復期リハ病棟で実施する場合には、循環器病に起因した廃用性症候群の状態の患者へのリハビリだと思うので、導入するのであれば、その括りに入ると思う。ただ、もう少し詳細なデータがないと、判断できない」と述べた。

これに対し厚労省は、「今回は効果があるというデータだけを示した。次回以降、心臓リハに対するニーズとその背景、回復期リハ病棟に導入する場合の問題点などを整理して示す」と説明した。

### FIMの経年的な低下について議論

津留委員は、入棟時FIMが診療報酬改定の直後に、低下する傾向が経年的にみられることについて、発言した。「日本医療機能評価機構の病院機能評



分科会はオンライン方式で開催

価の認定病院とそうでない病院を比べると、入棟時・退棟時FIMに差があるという論考がある。今回のデータは、平均値で出しているが、病院により差が大きくなるならば、それがなぜであるのかを分析することが必要であると思う」と述べた。

FIMの経年的な変化をみると、退棟時FIMはゆるやかな上昇傾向があるものの、あまり変化がないのに対し、入棟時FIMは実績評価導入後の3回の診療報酬改定後に下がっている。例えば、2015年度と2016年度では3.1ポイント、2017年度と2018年度では1.5ポイント、2019年度と2020年度では1.8ポイント下がっている。

入棟時の患者のFIMが低く判定される方向での「恣意的な評価」の可能性があり、委員からは、FIM以外の指標も実績評価の指標として検討することを主張する意見があがった。

なお、2020年度は2019年度と比べ、発症から入棟までの日数が24.2日から29.5日まで伸びているが、これは前回改定で発症から2か月以内の入棟と言う要件が廃止されたことと、新型コロナの影響で転棟までの時間が長くなったこと等が考えられる。

そのほか、◇回復期リハ病棟1~6の中で、受入れ患者の状態の違いがあった。入院料1では脳血管系の患者割合が高く、入院料5・6では骨折等の患者割合が高かった◇入棟時FIMでの重症者の受入れでは、入院料1・2と比べ入院料5・6で入棟時FIMの点数の低い患者割合が低い一などの傾向が確認された。

### 本号の紙面から

外来機能報告等WGが初会合	2面
機構専門医の広告可能を了承	3面
中医協総会が外来医療を議論	4面
救急救命士活用の規定を了承	5面
病院のあり方委員会が報告書	6面
中医協総会が調剤報酬を議論	7面
日病協が疾患別リハなど議論	8面

## 清話抄

### 老健でのクラスターの体験

2021年4月、COVID-19の第4波のさなか。私どもの法人内の施設では利用者・家族さんに、COVID-19に罹患した時の対応について意思確認を行っていた。ほぼ全員が施設での治療を希望されていた。その施設の認知棟でク

ラスタが発生し、1週間で職員13人、利用者15人が陽性となった。当時、県内の病床は逼迫し、入院できない在宅待機患者が急増していた。また、保健所、行政も多忙のため1週間以上何の支援もなかった。重症者をグループ内の病院に転院させることも考えたが、環境の変化による混乱が予想されたこと、家族が転院を希望しなかったことから全員施設内で治療を行った。

グループ内の他施設より多くの職員が応援に行った。感染した認知症の利

用者はプーニングを越えて徘徊したり、マスクを外したり。重症化して在宅酸素の装置を3台連結で使用した方もいたが、死亡者が出なかったことは幸いであった。希望する家族はPPEで面会してもらった。

今回のように施設内で治療した場合、補助金は人件費の一部を含め費用の半分も出ない。また、終息までの入所停止による損失、風評被害による関連サービスの売り上げ減が打撃であった。グループ内の病院に転院させた場合は

コロナ病棟の補助金が出て経営的には楽であったろう。

得た教訓：これは戦争、災害医療だ。行政の支援は期待できない、自助が重要。グループ内の迅速な協力、結束が明るい希望をもたらす。

提案：病院に劣らずCOVID-19に対処した施設にもっと経営支援をするべきだ。何故なら病院で診るより医療費削減に繋がり利用者の満足度が高いこともあるから。

(宮地千尋)

# 主張

## 外来機能報告制度の先の議論を

コロナ禍中において我々病院はコロナ感染患者、疑い患者、検査、ワクチンなど多くに対応しなければならない。一人の経営者がコロナ以外のことに思いを巡らすことはかなり困難である。厚労省もコロナ以外の動きを全く停止していたように見えていたが、おもむろに動きを再開し、着々と次の手を打ち始めているようだ。骨太の方針に基づいた医療計画の改定など、その姿が見え始めている。

全世代型社会保障検討会議が示す、重点外来基幹病院において紹介状のない患者に特別賦課徴収義務を課す問題は、外来機能報告制度を利用しながら一般病院の外来診療を地域医療支援病院のごとく扱うもので、かかりつけ医機能を果たしている地域密着型病院にとっては対応が難しくなることが想像できる。十分な診療報酬が入院医療についていて、病院が入院医療のみで経営できるならば、病院は入院に専念し、

診療所との連携によって入院患者を確保することに専念する。診療報酬の抜本的な見直しを行わない小手先の改善のみでは、良質な棲み分けは無理なのではないかと思う。

コロナ禍では顕著な受療抑制となっているが、外来診療規模の実態はむしろ現状に近いのではないかと。つまりこれまで医療側からの需要喚起が原因で、無駄な外来診療が含まれてきたとの憶測的な意見がある。受療抑制が原因の病気の進行はこれから見えてくるのであって、コロナ終息後しばらく経過をみて、その結果を踏まえてからしっかり議論すべきことである。

医療側が薄利多売にならざるを得ないのは、低廉な診療報酬が原因の一つであると思う。病院の外来においては平均一人20分以上時間を費やして、しっかり診療しても利益の出る診療報酬であれば、外来患者を増やさなくてもいい。

外来機能報告制度は、入院医療と外来医療のしっかりとした棲み分けのチャンスととらえて、診療報酬の抜本的な見直しにまで至ってくれることを期待する。エネルギーを吸い取られるような外来を、病院はやりたくないの気持ちは全病院共通なのではないかと思う。

(猪口正孝)

# 医療資源重点外来の制度化に向け議論を開始

## 厚労省・外来機能報告に関するWG

## 来年度施行のため年内に取りまとめ

厚生労働省の「外来機能報告等に関するワーキンググループ(WG)」は7月7日、来年度から施行される外来機能報告制度の仕組みの議論を開始した。来年度施行のため、WGは年内に、検討事項の結論を取りまとめる必要がある。「医療資源を重点的に活用する外来」(以下、医療資源重点外来)の名称を決定し、その外来を位置付けるために、病院・有床診療所が報告する外来機能の項目を定める。医療資源重点外来を地域で基幹的に担う医療機関についての国が定める基準や名称なども決めなければならない。

WGの座長には、尾形裕也・九州大学名誉教授が選出され、座長代理には松田晋哉・産業医科大学教授が指名された。

改正医療法が成立し、外来機能報告制度が創設されることになった。外来機能報告制度は、医療資源重点外来を位置付けるための制度だ。その上で、医療資源重点外来を地域で基幹的に担う医療機関を明確化することになる。明確化する上で、外来機能報告で報告される項目に関して、特定の外来機能の項目が一定割合以上であるなど今後検討する、国が示す基準を参考に、地域の協議の場で確認し、決定するというプロセスを経る。

他方、外来機能報告については、NDB(ナショナル・データ・ベース)を活用し、医療機関の事務は極力簡素化する方針となっている。

いわゆる大病院志向がある中で、日常で行う診療は、かかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが狙いだ。

一方で、2020年12月15日に閣議決定された全世代型社会保障改革の方針では、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」として、紹介状なし患者の受診での定額負担の対象について、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関のうち、一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する」とされた。さらに、「より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」と明記されている。

遅くとも2022年度初めまでに改革を実施できるようにすることも中間報告で明記されており、医療資源重点外来を地域で基幹的に担う医療機関が、定

額負担が義務化される医療機関となる可能性がある。ただし、あくまでそのような医療機関の決定は「手上げ」であることが、社会保障審議会・医療部会などで確認されている。

医療資源重点外来の基準については、すでに医療計画の見直し等に関する検討会で、一定の案が出ている。それによると、次の3つの基準に該当する外来が一定以上の件数である場合に、医療資源重点外来として位置付けられる方向だ。

具体的には、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来(手術やDPC入院で出来高算定できる処置、麻酔など算定した前後30日間の外来) ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来(外来化学療法加算、外来放射線治療加算、短期滞在手術等基本料などを算定) ③特定の領域に特化した機能を有する外来(診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来)一が候補としてあがっている。

検討会の委員からは、制度設計に向け、さまざまな意見が出された。

全日病副会長の織田正道委員はまず、かかりつけ医機能を担う外来の議論がどこでどのように行われるかが不明確なまま、外来機能報告制度の議論を先に進めることへの違和感を表明した。今年度実施されている「かかりつけ

医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業」の進捗などを、適宜報告することを厚労省に求めた。

次に、現状の地域医療支援病院と、医療資源重点外来を地域で基幹的に担う医療機関の機能が類似しており、その違いが不明確であることも指摘した。厚労省の担当者は、「特定機能病院や地域医療支援病院とは別に、紹介患者への外来を基本とし、状態が落ち着いたら、逆紹介により、再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確にするもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は重複しており、今後整理する」と説明した。

織田委員は、紹介率・逆紹介率をもとに評価する地域医療支援病院では、逆紹介率を高めるために、特定の医療機関に逆紹介が集中するなどの問題が生じていることを指摘した。

最後に、病院にはさまざまな診療科があるにもかかわらず、病院単位で医療資源重点外来を位置付けることの問題点を指摘した。織田委員は、「医師偏在や診療科偏在がある中で、人口規模の小さな地域では、機能分化が難しく、専門外来から一般外来までさまざまな機能を担っている病院がある。診療科ごとの違いがある中で病院単位で位置付けることには無理があるのではないかと」質問した。

これに対し、厚労省の担当者は、「現



状のNDBでは診療科ごとの分析には限界がある。現状で定額負担が義務化されている外来では、定額負担が免除される例外規定があり、機能の異なる診療科では、その考え方を適用することが、一つの論点になる」と回答した。

### 今後の検討スケジュールを示す

今後の検討事項をみると、①外来機能報告②医療資源を重点的に活用する外来③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④地域における協議の場⑤紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等一が列挙されている(下図を参照)。

外来機能報告については、NDBを活用できる項目と、できない項目を整理しつつ、具体的な報告項目を検討する。実際の報告については、現状の病床機能報告制度のスケジュールを踏まえ、検討する。医療資源重点外来については当該項目の選定とともに、そのような外来の名称も重要になる。地域における協議の場は、外来機能報告のスケジュールとあわせて、協議の進め方を検討する。参加者は地域医療構想調整会議のメンバーが想定される。

## 外来機能報告等の施行に向けた検討事項

改正法の施行に向けて、以下について決定していくことが必要。

- 外来機能報告をどのように行うか
- 「医療資源を重点的に活用する外来」について、外来のうち該当する項目
- 「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」について、国の定める基準
- 地域における協議の場でどのように協議するか
- 紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等をどのように進めるか 等

### ① 外来機能報告

- ・ 具体的な報告項目について、NDBを活用できる項目、できない項目ともに、検討
- ・ 報告スケジュールについて、病床機能報告のスケジュールを踏まえ、地域における協議の場の協議スケジュールとあわせて、検討 等

### ② 医療資源を重点的に活用する外来

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に該当する外来の項目について、考え方を整理して、検討
- ・ 呼称について、「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」の呼称とあわせて、検討 等

### ③ 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

- ・ 国の定める基準について、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院や特定機能病院の状況を踏まえ、検討
- ・ 呼称について、医療資源を重点的に活用する外来の呼称とあわせて、検討 等

### ④ 地域における協議の場

- ・ 協議スケジュール、協議の進め方、協議結果の公表について、外来機能報告の報告スケジュールとあわせて、検討
- ・ 協議の場の参加者について、地域医療構想調整会議の参加者を踏まえ、検討 等

### ⑤ その他の検討事項

- ・ 紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等について、すぐに取り組むことが可能なこと、時間を要することを整理しつつ、検討 等

# 日本専門医機構の専門医の広告可能を了承

## 厚労省・医療情報提供内容等あり方検討会 現状の56の専門医も広告可能

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあるあり方に関する検討会」(尾形裕也座長)は7月8日、日本専門医機構(以下、機構)が認定する基本診療領域(19領域)を医療法に基づき広告できる専門医とすることを了承した。機構の認定が今年秋から始まることを踏まえ、告示を改正する。サブスペシャリティ領域については、機構での議論が深まっておらず、考え方が整理されてから、再検討することになった。現状で広告できる専門医として認められている56の資格名については、引き続き広告することができる。

医療広告規制の告示改正では、機構が認定する専門医が広告できる専門医であることを基本とする。機構が認定する基本的な診療領域に限ると規定するため、サブスペシャリティ領域を広告するためには、改めて告示改正が必要となる。

また、機構認定の基本領域の専門医のほかに、「歯科医師の専門性に関する認定を受けた旨」、「厚生労働大臣に届け出た団体が行う薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する認定を受けた者」も広告できる認定制度に含まれる。

現状で広告できる専門医については、附則において、「当分の間、なお従前

の例により、広告することができる」とした。ただし、機構が認定する専門医と同一の基本的な診療領域に該当する旧告示で認めた専門医を同時に広告することはできない。同一の診療領域であれば、機構の専門医名が優先されるという考えだ。

広告できる専門医として、機構が認定する基本診療領域が基本となり、現状の専門医は附則での取扱いとなったのは、機構の設立趣旨を踏まえ、国民にわかりやすい専門医とするためだ。一方で、現状で広告できる専門医を今後、「広告できない」とすることは困難であり、現状どおり、広告を可能とする。NPO法人消費者機構日本常任理事の福長恵子委員は、「ダブルスタンダードは混乱するので、いつかは統一してほしい」と要望した。

機構の寺本民生理事は「専門医を乱立させず、国民にわかりやすいものにするとの観点で、機構は専門医を認定している。一方で、機構が認定しない専門医は、どちらかという国民にはわかりにくい、より専門性が高いと言える専門医であり、どちらかが上下という関係ではない」と両者の違いを説明した。

また、機構認定の19の基本診療領域の中で、総合診療領域は、他の診療領

域と比べ、実績が少ない。委員からは、今年秋の段階でどれだけの認定が行われるかの質問があった。

寺本理事長は、「総合診療医の研修を受けた医師は180人程度だが、新型コロナの影響で研修が不十分だったところもあり、現在80人強の登録となっている。今年秋の認定は100人ぐらいと予想している」と述べた。

### 医療機能情報提供制度の進捗

医療機能情報提供制度に関する全国統一的なサイトの構築の進捗状況の説明があった。同制度は、患者が病院などを適切に選択できるようにするための必要な情報を提供するもの。医療機関は、特定の情報を都道府県に報告することが義務付けられ、都道府県はその情報をわかりやすく提供しなければならない。

これまで都道府県は、独自のやり方で閲覧システムを構築してきたため、「スマートフォン対応や外国語対応など、搭載機能に差がある」、「公表情報の粒度や内容の正確性に差がある」などの問題が指摘されてきた。このため、全国統一的な検索サイトを、厚労省が構築することになり、2024年度までに新システムへの移行を完成させる方針で準備を進めている。

同日の検討会では、厚労省から全国統一システムの構築に向けた検討結果の報告があった。全国統一システムの基本方針では、情報を報告する病院の負担を軽減させることや、省令・告示が定める公表項目の選択肢は標準化することなどが決まっている。

その中で、多くの都道府県が独自項目として設定している「難病」については、「国が定める指定難病(333疾病)を標準的な独自項目として設定できる」とした。

これに対し、日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、「都道府県により、記載する場合と記載しない場合があるのは、全国統一的なサイトを構築する趣旨からみると、おかしいのではないか」と指摘した。厚労省の担当者は、標準的なフォーマットは作成するが、記載するかの判断は現状では都道府県の裁量ということを説明した上で、意見を踏まえ、改めて検討するとの意向を示した。

また、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「外来機能報告制度が来年度に施行される。全国統一的なサイトの運用より前に、外来機能報告が行われることになる。病院にとっては、複数の場所に複数の情報を報告することの負担は大きいので、重複する項目を整理するなど整合性を持たせて対応してほしい」と求めた。

### 医療広告規制の違反事例の分析

ネットパトロール事業の対応では、前回の検討会で委員から指摘が相次いだ点の回答があった。ネットパトロール事業で、違反が指摘された医療機関が自治体に報告された件数が、2018年度で80件あり、うち16件が「継続対応中」であったことから、「違反事例が放置されている」との指摘が前回の検討会で相次いだ。

この16件の内容を分析した。それによると、16件のうち、5件が2021年5月31日時点で対応が済みであり、7件は「一部対応済み」だった。「未対応」は4件あった。4件の具体的な違反内容をみると、「雑誌に紹介された院長に関する記事の掲載」や「著名人・有名人に関する記載」など不適切な事例が多く、虚偽広告など悪質な事例ではなかった。委員からは、決められた指導の手順に基づく厳正な対応を求める意見があった。

小森委員は、「消費者庁などからの要請で、広告規制に違反しているウェブサイトへの監視体制が強化され、ようやくここまで来たといった印象だ。当初の状況から、消費者からのクレームなどがどれだけ減ったのかという効果がわかるような報告もほしい」と要望した。

## 医療広告規制の見直し(イメージ)

医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項(平成十九年厚生労働省告示第百八号)

現行	見直し(案)
<p>第一条 医療法(昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。)第六条の五第三項第九号に規定する厚生労働大臣の定める事項は、次のとおりとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>二 次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する認定を受けた旨</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>へ 資格の認定に際して、医師、歯科医師、薬剤師においては五年以上、看護師その他の医療従事者においては三年以上の研修の受講を条件としていること。</p> <p>ト・チ (略)</p> <p>リ 会員及び資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること。</p> <p>第二条～第六条 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>第一条 医療法(昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。)第六条の五第三項第九号に規定する厚生労働大臣の定める事項は、次のとおりとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本歯科専門医機構(以下「専門医機構」という。)が行う医師又は歯科医師の専門性に関する認定を受けた旨(ただし、専門医機構が認定を行う専門性のうち基本的な診療領域であるものに限る。)</p> <p>三 次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う薬剤師、看護師その他の医療従事者(医師及び歯科医師を除く。へにおいて同じ。)の専門性に関する認定を受けた旨</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>へ 資格の認定に際して、薬剤師においては五年以上、看護師その他の医療従事者においては三年以上の研修の受講を条件としていること。</p> <p>ト・チ (略)</p> <p>リ 会員及び資格を認定した医療従事者(医師及び歯科医師を除く。)の名簿が公表されていること。</p> <p>第二条～第六条 (略)</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日)</p> <p>第一条 この告示は、令和〇年〇月〇日から適用する。</p> <p>(経過措置)</p> <p>第二条 この告示による改正前の医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項(以下この条において「旧告示」という。)第一条第二号に掲げる事項(この告示の適用の日までに厚生労働大臣に届け出た団体が行う医師及び歯科医師の専門性に関するものに限る。)については、当分の間、なお従前の例により広告することができる。</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、この告示による改正後の医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項(以下この項において「新告示」という。)第一条第二号に規定される専門性に関する認定を受けた医師又は歯科医師について広告する場合にあっては、当該医師又は歯科医師が認定を受けた新告示第一条第二号に規定される専門性と同一の基本的な診療領域に該当する旧告示第一条第二号に規定される専門性に関する認定を受けた旨を広告してはならない。</p>

※ 現時点ではイメージであり、詳細な文言については法制上の整理・修正があり得る。

一般社団法人 全日病厚生会の

# 病院総合補償制度

従業員向け  
団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 産業医等活動保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療事故調査費用保険
- 医療施設機械補償保険
- 介護サービス事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険
- 医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
- 経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

全日病会員病院および  
勤務する方のための  
充実の補償ラインナップ

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8  
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

# レセプト件数▲19.3%、点数▲13.1%

## 厚労省・診療行為別調査

厚生労働省は6月30日、2020年社会医療診療行為別統計の結果を発表した。新型コロナの影響で、レセプト件数が前年比で約2割減となり、点数も大きく減少。前年と比べて、全体のレセプト件数は▲19.3%、日数は▲19.2%、医療費に相当する点数は▲13.1%となった。一方、件数が点数を上回る幅で減少しており、レセプト1件あたりの点数は増加。1件あたり点数は、医科入院で5万7,074点(前年比5.3%増)、医科入院外は1,445点(同4.9%増)となった。

2020年は、4月から診療報酬改定(+0.55%)があり、新型コロナの感染拡

## 新型コロナの影響などで各指標が大きく減少

大が生じたことから、前年比で大きく変化した。ただ、厚労省は、影響分析を行うのは困難との見解を示している。

集計対象は、2020年6月審査分のレセプトのうち、NDB(ナショナル・データ・ベース)に蓄積されている全数。

医科入院の状況をみていく。1件あたり点数は5.3%増の5万7,074点、1件あたり日数は1.19日伸びて16.56日、1日あたり点数は▲2.3%の3,447点。

診療行為別に1日あたり点数の前年比をみると、1割以上減少した項目が多かった。「麻酔」が▲15.1%、「手術」が▲14.0%、「病理診断」が▲12.4%、「検査」が▲11.4%、「初・再診」が▲11.2%

となり、前年より大幅な減少である。

他方、1日あたり点数の4割弱を占める「入院料等」は6.4%増、「リハビリテーション」は10.1%増となっている。

医科入院を病院と診療所に分けると、病院の1件あたり点数は5万8,985点、1日あたり点数は3,480点、診療所の1件あたり点数は2万1,128点、1日あたり点数は2,286点。病院の種類別(1日あたり点数)では、特定機能病院が7,505点で最も高く、次いで一般病院の4,874点、療養病床を有する病院の2,545点、精神科病院の1,389点となっている。

DPC/PDPSは、1件あたり点数が

7.6%増の6万6,689点、1件あたり日数は0.51日増加して10.68日、1日あたり点数が2.5%増の6,244点である。

## 入院外で在宅と注射が大幅増

医科入院外では、1日あたり点数は7.0%増の979点、1件あたり日数は0.03日短縮して1.48日、1件あたり点数は4.9%増の1,445点となっている。

診療行為別にみると、前年比で「在宅医療」と「注射」が大幅に上昇した。1件あたり点数では「在宅医療」が127点(前年比29.9%増)、「注射」が190点(同20.2%増)、1日あたり点数では「在宅医療」が86点(同32.5%増)、「注射」が129点(同22.6%増)となっている。そのほかの項目を診療行為別に1日あたり点数でみると、「初・再診」は▲7.4%、「検査」は▲1.5%と減少した一方、「投薬」は9.0%増加した。

# 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の評価が論点

## 中医協総会

## 初診からのオンライン診療の診療報酬も検討

中医協総会は7月7日から、2022年度診療報酬改定に向け、本格的な議論を開始している。7月7日の議題のうち、「コロナ・感染症対応」の内容は本誌7月15日号に掲載した。今回は、「外来」の議論を紹介する。外来医療の機能分化から、かかりつけ医機能の評価、初診からのオンライン診療などが論点になった。

厚生労働省が、外来を取り巻く環境や診療内容・医療費の動向、診療報酬上の評価などを概観的に説明した。その上で、以下のような議論が行われた。

外来医療の方向性については、政府の社会保障制度改革国民会議の報告書(2013年8月6日)が、「フリーアクセスの基本は守りつつ、…『緩やかなゲートキーパー』の導入は必要」と指摘した。大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須」と明記している。政府はこれを踏まえ、政策を推進している状況にある。

その場合の「かかりつけ医」は、日本医師会・四病院団体協議会合同提言(2013年8月8日)の定義が想定されている。「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。

そのような方向性のなかで、2016年度に患者が紹介状なしで受診する場合に定額負担が義務化される病院が設定された。現在は、200床以上の特定機能病院と地域医療支援病院が義務化の対象となっている。今後、外来機能報告制度の進捗状況を踏まえ、新たな仕組みとした上で、さらに義務化の病院を拡大する議論が行われる予定にある。

日本医師会の城守国斗委員は、「外来機能分化の推進では、患者を地域に戻すことが極めて重要だ」と強調した。しかし、再診時の定額負担の徴収は件数が少なく、徴収を求めないことができる患者の状況も詳細に把握されていないことから、逆紹介率の要件を含め、患者が地域に戻る仕組みが重要であるとした。

日本病院会副会長の島弘志委員は、定額負担を義務化する病院の拡大で、一定額(2,000円程度)を保険給付範囲から控除する方針であることに対し、「新たに定額負担が義務化される病院だけでなく、すでに定額負担が義務化されている病院も、現状の5千円に足

して、7千円の定額負担になるのか」と質問。厚労省の井内努医療課長は、「既存と新規のすべての病院が含まれる」と回答した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「一定額を保険給付範囲から控除するという方針が、手法として理解できない。選定療養の本筋から外れてしまうのではないかと疑問を呈した。

## かかりつけ医機能の評価

かかりつけ医機能については、地域包括診療料や認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、機能強化加算などかかりつけ医機能を評価する診療報酬の算定状況などが報告された。城守委員は、「次期改定においても、かかりつけ医機能について、より一層の評価が図る必要がある」と強調した(下図を参照)。

一方、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「かかりつけ医機能をどうするのが最大の論点になる。患者はかかりつけ医に、ゲートキーパー的な役割を求めている」と述べ、かかりつけ医機能が発揮される形での評価を求めた。その上で、現行の機能強化加算などでは患者の視点が欠けているとし、「次期改定でかかりつけ医機能

の評価を抜本的に再構築すべき」と訴えた。

これに対し城守委員は「フリーアクセスは担保すべき。かかりつけ医を制度化して、かかりつけ医にかからなければ、他の医療機関にかかれない仕組みにすることは反対する」と述べた。

また、協会けんぽ会長の安藤伸樹委員は、現在の診療報酬については、「負担に見合うメリットが患者に提供されていない」と問題提起。「かかりつけ医機能が果たされることによる患者のメリットを明確にした上で、それに見合う評価を検討すべき」と主張した。

生活習慣病の評価については、生活習慣病管理料を算定している医療機関が減少傾向にあり、算定回数も増加していないことが厚労省から報告された。城守委員は、「生活習慣病管理料や糖尿病合併症管理料などは、いずれも算定回数は減少傾向である。カルテ・療養計画の記載がボトルネックになっている。もう少し使い勝手のよいものに要件等を見直すことを検討すべき」と提案した。

## 初診からのオンライン診療

オンライン診療については、現在は再診で「オンライン診療料」(71点)を算定できるが、対象患者などを限定し

ている。初診からのオンライン診療は算定できない。一方、2020年4月10日からの新型コロナの時限的な対応では、「電話等を用いた場合の初診料」(214点)が算定可能となっている。

政府は骨太方針で、新型コロナの時限的措置が終了した後も、初診からのオンライン診療を実施できる方向を示し、規制改革実施計画にも2022年度から初診からのオンライン診療を実施することが盛り込まれている。

診療側からは、初診からのオンライン診療を解禁することに慎重な意見が相次いだ。城守委員は「オンライン診療は、離島・へき地や難病など、解決困難な要因により医療機関へのアクセスが制限されている場合に対面診療を補完するもの」と強調。「オンライン診療のみで完結する医療はない」と断言し、オンライン診療と対面診療と組み合わせるべきだと主張した。

医政局が開く「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」では、規制改革推進会議の委員も参加して、初診からのオンライン診療の要件などを議論している。診療側と支払側の両者の委員から、診療報酬を設定する上で、「営利主義を利することのない仕組み」が必要との意見が出された。

## かかりつけ医機能に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(新設) 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 病院の場合「2次救急指定病院または救急告示病院」である必要があったところを削除。診療所における医師の配置基準を緩和。
	認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(新設) 複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
	小児かかりつけ診療料	(新設) 3歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成30年度	機能強化加算	(新設) かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を新設。
	地域包括診療料 地域包括診療加算 認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	(医師配置基準の緩和・在宅への移行実績を評価) ・診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 ・在宅への移行実績を評価する診療料1・加算1を設定。 ・加算について、24時間対応の要件を緩和。
	地域包括診療加算	(施設基準の緩和) 時間外の対応に係る要件を緩和。
令和2年度	小児かかりつけ診療料 小児外来診療料	(要件緩和等) 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	(要件見直し) 院内の掲示等の情報提供に係る要件について、必要に応じて専門医又は専門医療機関への紹介を行っている等を追加。また当該内容を持ち帰れる形で置くことを追加。
	診療情報提供料(Ⅲ)	(新設) 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。

# 救急外来での救急救命士活用へ委員会の構成を了承

## 救急・災害医療検討会

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会(遠藤久夫座長)は7月16日、改正救急救命士法の10月の施行に向けて、医療機関内に設置する「救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会」と院内研修の大枠を了承した。厚労省は近く省令案を公表し、パブリックコメントを募集したうえで、9月上旬に公布する予定だ。

5月に成立した改正救急救命士法により、10月から救急救命士が医療機関内の救急外来でも救急救命処置を実施できるようになる。医療機関に雇用され、救急救命処置を実施する救急救命士の資質と業務の質を担保するため、前回の検討会では、①救急外来で救急救命士を活用する医療機関には「救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会」を設置する②医療機関は救急救命士に研修を実施する一の2つの方向を決めた。今回、①②のより具体的な規定を議論した。

医療機関が設置する委員会について、前回の議論では「メディカルコントロール(MC)を理解した医師または看護師をメンバーにすることを必須とすべき」との意見があり、全日病常任理事の猪口正孝委員が反対していた。

16日の検討会では、厚労省が「委員構成を含めた委員会運営に関する事項については、医療機関ごとに実情を踏まえて検討することが基本」とした上

## 「救急救命処置を指示する医師」をメンバーに

で、必須とする委員会の構成員を「救急救命処置を指示する医師、医療安全管理委員会の委員、その他の当該委員会の目的を達するために必要な委員(救急外来に従事する看護師など)」と提案し、了承された。MCを知る医師は、必須の構成員とはならなかった。

委員会では、あらかじめ救急救命処

置に関する規定を定める。この規定において、救急救命処置を指示する医師も定めておく。

なお、厚労省の規定のほかに、「望ましい内容」が日本救急医学会・日本臨床救急医学会によるガイドラインとして示される。

同日の検討会では、ガイドライン案

が示された。日本医師会常任理事の長島公之委員は、ガイドライン案に対して医療関係団体が意見を伝える機会を設けるよう要望した。

院内研修については、医療安全・感染対策・チーム医療などの研修項目案が示され、了承された。院内委員会がこれらの項目について、学会のガイドラインも参考にしつつ、研修内容を定めることになる。

### 医療機関の救急救命士の資質と業務の質の担保のための取組み

**救急救命士を雇用する医療機関は、当該救急救命士に救急救命処置を実施させる場合は、救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会(以下「委員会」という。)を設置すること。**

#### 【委員構成】

- 委員会は、救急救命処置を指示する医師、医療安全管理委員会の委員、その他当該委員会の目的を達するために必要な委員(救急外来に従事する看護師など)により構成すること。

#### 【救急救命処置に関する規程】

- 委員会において、あらかじめ、救急救命士が実施する救急救命処置に関する規程を定めること。
- 当該規程において、実施する救急救命処置の範囲及び救急救命処置を指示する医師を定めること。
- 医療機関は、救急救命処置を指示する医師、その他救急救命士と協働する医療従事者に対し、当該規程の内容及び救急救命処置を実施する救急救命士(研修を受講した救急救命士)について周知を行うこと。

※ なお、医療安全の確保等を目的とした既存の院内委員会が存在する場合には、当該院内委員会をもって、救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会と兼ねることとして差し支えない。

**委員会において、国が示す研修項目について、学会が示すガイドラインを踏まえつつ、あらかじめ、当該医療機関で救急救命士に対して実施する研修内容に関する規程を定め、医療機関はそれに基づき研修を実施すること。**

#### 【研修内容に関する規程及び研修実施状況の管理】

- 医療機関において、研修の実施状況(受講者名、受講日時、実施した研修項目)を記録し、当該者を雇用する間、保存すること。
- なお、研修方法については、eラーニング形式の研修等、学会・団体・民間企業等が実施する外部の研修を活用することも可能であること。その場合も、医療機関において、研修の実施状況(受講者名、受講日時、実施した研修項目)について記録・保存すること。

#### 【救急救命処置の検証に関する規程】

- 医療機関において、救急救命処置の実施状況に関する記録を管理すること(救急救命処置録等)。
- 委員会において、救急救命処置の実施状況に関する検証方法等に関する規程を定めること。
- 委員会において、当該規程に基づき検証を実施するとともに、必要に応じ、救急救命士が実施する救急救命処置に関する規程や研修内容に関する規程について見直しを行うこと。

\* 厚生労働省が実施する救急医療機関の実態調査の中で、救急救命士の雇用状況、研修の実施状況、検証の実施状況等について把握を進めていく。

# がん診療連携拠点病院の指定類型の変更を了承

## 厚労省・がん拠点病院指定検討会

## 石巻赤十字病院などを「特例型」に格下げ

厚生労働省のがん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会(藤也寸志座長)は7月15日、がん診療連携拠点病院の指定類型の変更を了承した。がん診療連携拠点病院の基準を満たせず、「特例型」に格下げとなるのは4病院。格下げの指定年限は2022年度までとなっている。また、基準を満たさないが、勧告にとどまる病院は5病院となった。

今回の指定類型の変更にあたり、厚労省は、基準を満たせなかった項目に

関して、新型コロナの感染拡大による影響は認められないと説明した。

なお、「特例型」は、2019年より前に指定された拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、経過措置として設けている指定類型である。

石巻赤十字病院(宮城県)は専従常勤病理診断医の不在により基準を満たせず、地域がん診療連携拠点病院の「高度型」から「特例型」への変更になる。「高度型」から「特例型」への変更は、「一

般型」を挟んで、2段階格下げだ。

委員からは、「要件を満たした場合に、『高度型』に戻すのか、『一般型』になるのか。いきなり戻すのではなく、一段階ずつ上げていくべき」との意見が出た。一方で、「病理診断医は元々少なく、地域偏在もあり、今後も大きく増える見込みはない。病理診断医の退職の度に、このようなことが起こるのは望ましくない。病理診断は遠隔での対応も進んでいるので、要件においても何らかの対応を考える必要があ

る」との提案があった。

「一般型」から「特例型」になるのは、公立藤岡総合病院(群馬県)、東海大学付属八王子病院(東京都)、南和歌山医療センター(和歌山県)の3病院。基準を満たせない項目はそれぞれ、「専従院内がん登録中級者」、「医療安全研修の受講」、「専従院内がん登録中級者」となっている。

一方、秋田赤十字病院(秋田県)は「特例型」だったが、専従放射線治療医の基準を満たし、地域がん診療連携拠点病院に復帰する。

勧告を受けた病院は5病院で、都道府県がん診療連携拠点病院である茨城県立中央病院(茨城県)と山梨県立中央病院(山梨県)、地域がん診療病院である、みやぎ県南中核病院(宮城県)、県立大島病院(鹿児島県)、高島市民病院(滋賀県)となっている。

都道府県がん診療連携拠点病院は、都道府県に原則1病院整備される中核的な病院であるため、指定取り消しになることへの影響が考慮された。地域がん診療病院についても、当該医療圏が空白の医療圏になることが考慮され、勧告にとどめた。

検討会の冒頭で、正林督章健康局長は、「がん診療連携拠点病院については、日本全国のがん診療に地域格差があることを踏まえ、それを是正し、均てん化を進めるために制度化した。がん診療の底上げを図ることが目的だ。その後、かなりのスピードで指定進み、相当な数になった。しかし、拠点病院の数は増えたが、『名ばかり』『看板だけ』の拠点病院があるとの指摘を受け、要件を厳格化し、満たさない病院は外すという作業を始めた。2018年にも医療安全、技術の推進の観点で踏まえ、厳格化の見直しを行っている」と説明した。

## がん診療連携拠点病院等の種類(H30.7月 整備指針)

### 地域がん診療連携拠点病院

- ・ がんの医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- ・ 診療体制、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制等について満たすべき要件がある。

### 地域がん診療連携拠点病院(高度型)※新設

- ・ 拠点病院の必須要件を満たし、望ましい要件を複数満たす。
- ・ 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている、高度な放射線治療の実施が可能、相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備、医療安全に関する取組、等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に同一医療圏に1カ所のみ指定。

### 地域がん診療連携拠点病院(特例型)※新設

- ・ 平成31年以後に既指定の拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に経過措置的に指定類型を見直す。

### 都道府県がん診療連携拠点病院

- ・ 都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。

### 国立がん研究センター

- ・ 我が国全体のがん医療の向上を牽引していくために、医師、その他の診療従事者の育成、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

### 特定領域がん診療連携拠点病院

- ・ 特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する医療機関を指定する。

### 地域がん診療病院

- ・ 隣接するがんの医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に1カ所整備する。

# 会員病院の意思決定支援を目的に報告書を刊行

## —2021年版は2040年を展望し、『地域包括ヘルスケアシステム』を提言



病院のあり方委員会 委員長 徳田 禎久

「全日病の委員会」シリーズの第10回は、病院のあり方委員会の取組みを紹介し、徳田禎久委員長に、寄稿していただきました。

### 1998年の委員会設置以来 9冊の報告書を刊行

病院のあり方委員会では、質の高い効率的な医療提供体制等に関して、現実的で必要不可欠と考えられる内容の提言と全日病の活動方針を作成し、会員病院の意思決定を支援することを目的として、1998年以来、8冊の報告書を作成してきたが、このほど9冊目となる「病院のあり方に関する報告書2021年版」を刊行した。

新しい報告書は、2040年を見据えて全日病はどう活動すべきか、各病院の対応はどうすべきかを検討したものである。

ここでは病院のあり方委員会の20年の歩みをふり返るとともに、2021年版の提言内容を紹介することとした。

表1に、報告書の概要一覧を示した。

病院のあり方委員会の開設は、1998年6月当時の秀嶋宏会長の諮問により時限的に設置された「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会」にさかのぼる。

当時、医療制度・医療保険制度の大きな見直しが始まったことに加え、介護保険の導入が決まり、「医療ビッグバン」が始まったことを認識するとともに、護送船団方式を維持することは限界にきており、会員自身の意識改革が必要となってきた。

病院が自らの判断に基づいて、将来のあり方を考え、目指す方向について意思決定をしなければならない時代となり、全日病の責務はその意思決定を支援することにあると考えた。

あわせて、全日病の活動の方向性について提言する役割も担っているとの認識の下に、報告書が作成された。

この過程で、時代に適合した理想的な医療提供体制を考え、会員病院

が目指すべき医療について検討することが必要との共通認識に至り、「病院のあり方委員会」が発足した。

本格的に活動を始めた病院のあり方委員会は、2000年、2002年、2004年と隔年で報告書をまとめた。これらの3冊の報告書では、会員病院向けに、病院はどうあるべきかについて基本的な方向性を示しつつ、標準的な治療を奨励するとともに、当時はほとんど語られることがなかった医療の質の向上をテーマに取り上げ、病院がどう取り組むべきかを示した。

また、政策立案関係者向けに医療基本法制定の必要性を訴えるとともに、時代に適合する理想的な医療提供体制に関する提言を行った。その中で、地域一般病棟の理念を提唱し、それが今日の地域包括ケア病棟の導入へとつながっている。

医療安全についても積極的に取り組み、厚生労働省の検討会に参加するとともに、医療安全に関する第三者機関の設置を提言した。

2007年版報告書では、3回の報告書で提言した内容の推移、実現の有無を検証するとともに、2006年に成立した医療制度改革関連法について、我々が主張してきた内容との整合性を検討し、課題解決の考え方を示した。「医療・介護提供のあり方」について再考するとともに「終末期医療のあり方」を世に問うた。

2011年版と2016年版の報告書では、高齢社会がピークに達する2025年の日本における医療介護提供のあり方を十分検討し想定される人口減少と高齢社会の進展、疾病構造の変化という確定的な社会構造変化を踏まえた現実的な議論こそが必要と捉えて、検討が加えられた。

2011年版報告書では、2025年の将来予測を9つのテーマ(医療圏/医療・介護提供体制/医療従事者/医療費/診療・介護報酬/医療の質/病院における情報化の意義と業務革新/産業としての医療/医療基本法)について検討を行い、現実に近い予測と理想的なあり方について述べた

が、2016年版報告書では、この内容に沿って、会員はどう考えるべきかという視点でまとめあげられた。

その間、2008年には、病院団体として初めての一般国民に向けた、冊子「日本の医療・介護を考える」を発刊した。全日病の紹介とともに、日本の医療・介護の実態を示し、2006年成立した「医療制度改革関連法」により国民や医療提供者の我々も大いに影響を受けることを伝え、これらに対する全日病の取組みを知ってもらおうのが目的であった。

### 2040年を見据えた考え方をとりまとめる

2021年版は、前回の2015-2016年版の報告書から5年が経ち、政府の政策に変化がみられることを踏まえて検討に着手した。地域医療構想や地域包括ケアシステムの方向性が見えてきた中で、医療介護分野に関する政府の関心は2040年を見据えた社会保障改革に移ってきたが、今後、財政難の中で病院を取り巻く環境は一層厳しくなると予想されることから、全日病として2040年を意識した考え方をまとめる必要があると考えた。検討から1年が経過したところで、新型コロナウイルスの感染拡大により、医療介護体制の弱点が露呈することとなったが、それは将来おこるべき問題が明らかになったものと認識し、この教訓を踏まえた医療提供体制の改革案を提示することとした。

報告書は、4章で構成されている。第1章では、20年前の報告書の実現内容をふり返った。第2章「想定される2040年の世界」では、人口・社会構造、経済・財政、環境問題、医療イノベーション、就業・住まい・経済力、政策(社会保障制度、社会保険制度、規制改革)の6項目について、将来予測を行った。第3章では、「2040年における理想的な医療介護提供体制」を実現するための提言を行い、第4章では、「会員へのメッセージ」をまとめた。

### 理想的な医療介護の提供体制を示す

報告書の中心となる第3章から、提言内容を説明したい。

これまで2025年を念頭に、地域医療構想や地域包括ケアシステムが進められてきたが、今回の報告書では、2040年を見据えて、『地域包括ヘルスケアシステム』を提言した。

現在、医療・介護に関する行政の管轄区分は、医療では都道府県が二次医療圏別に行われている一方、介護では市町村が担っている。地域医療構想、地域包括ケアシステムの議論が不十分なのは、管轄の相違がそれらの整合性・連携への障害ともなっていると判断。このため、医療が中心となり、都道府県が主導するシステムとして再構築することを提言した。

現在の二次医療圏は、日常の生活圏と乖離していることから、地域の主要な医療機関を中心とし、アクセス状況を踏まえた提供体制を考える。一定

の生活圏の中で地域の特性に合致した医療・介護・高齢者の住まい・生活支援を一体的に検討する『地域包括ヘルスケアシステム』として再構築するという内容。医療介護を統括して行うことになれば、医療保険と介護保険の利用も同時に可能とすべきであり、各々の報酬改定の時期も統一すべきである。医療介護関連の政府調査も実施時期を同じくすべきであると主張した。

『地域包括ヘルスケアシステム』では、医療・介護サービスと合わせて健康管理を重視し、一体となったシステムを目指している。全高齢者を対象として、医療提供者が行う諸検査に加え、身体機能・精神機能の客観的情報、介護や福祉の提供者からの日常生活に関する情報を集めた上で、これらの情報から介入条件を設定し、必要に応じて最適な支援が行われる体制とする。

現在も様々な情報が集められているが、全国一律の情報となっていない。そこで、全高齢者を対象に65歳を契機に諸情報の提供を義務付けることとし、行政および医療介護提供者による定型的な調査票によって訪問情報を収集し、関係者限定の自動更新システムも導入する。半年毎に定期的なチェックを行い、一定条件以上の問題が発生した場合には支援者会議において対応を決めるというシステムである。

地域医療構想、地域包括ケアシステムに、地域共生社会実現のための改正法の内容を含み、地域単位で医療機関を中心に、住民を守る体制に再構築することを目指すものである。都道府県は全体の統括を行い、その指導の下、市町村が具体的な行動計画を作成・実践するよう変革すべきと提言した。

### 国民皆健診制度の確立を目指す

今回は、健康・疾病予防を大きく取り上げることとした。残念ながら我が国の健診制度はOECDでも低い評価でしかない。健診制度全体を見直し、特定健診と企業健診等の内容を統一して義務化する必要がある。がん・骨粗鬆症・歯周疾患・ストレスチェック等「心の健康」を含め、整合性のとれたシステムとして構築する。また、健診センターを中心とする現受診体制では、健診後のフォローが十分でないため、かかりつけ医となる診療所や中小病院がかかわる体制に改めることとし、これらによって、2040年には『国民皆健診制度』を確立させようと謳った。具体的な取り組みが理解できるよう、情報収集/整理/保管する専門部署の設置や、支援会議と支援者の規定、介入の条件、AIによる経過評価・支援内容自動更新システムの導入についてコラムで示した。

このほか、人口減少の程度が異なる都市部と地方における在宅医療と居宅介護の在り方は区別すべきこと、医師の需給に関しては、医師不足対策に関して増加し続ける女性医師の寄与度は少ない事や働き方改革による就

表1 報告書概要一覧

1998年	「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」 医療制度・医療保険制度改革、介護保険導入等を「医療ビッグバン」の始まりと認識 「病院のあり方委員会」設置	時代に適合する理想的な医療提供体制 会員の目指すべきものを検討
2000年/2002年/2004年	「病院のあり方に関する報告書」(2000年/2002年/2004年版) 会員向け 病院の基本的あり方提示 標準的診療奨励 医療の質向上への支援 政策立案関係者向け 医療基本法の必要性 医療制度改革における提供体制のあり方提言(地域一般病棟) 医療安全に向けた第三者機関設置提案	
2007年	「病院のあり方に関する報告書」(2007年版) 「医療制度改革関連法案」成立後の課題解決に対する考え方提示	
2008年	(一般国民向け)「日本の医療・介護を考える」	
2011年	「病院のあり方に関する報告書」(2011年版) 2025年を想定した医療介護(現実に近い予想と理想的なあり方)	
2016年	「病院のあり方に関する報告書」(2015-16年版) 2025年に向け会員がとるべき対応 国の施策の紹介と病院経営	
2021年	「病院のあり方に関する報告書」(2021年版) 2040年を見据え「地域包括ヘルスケアシステム」を提言	

業時間の変化などから、現在の医師養成計画の再考を迫るべきと訴えた。同時に、総合診療医の育成推進や、地域枠医師の十分な活躍の条件なども提示した。想定される医療・介護従事者不足に対する外国人の受入れに関しては、移民・難民に関しても検討すべきとした。高齢者の定義を75歳とすべきことや、社会保障財源不足については給付費の使用目的・優先順位の再検討を、混合診療にはさらなる検討の必要性がある事など、様々な課題を取り上げた。医療介護需要の変化に対応した官民協調体制構築が必要とし、確実な集約化・連携の実現推進のためには、業種間の垣根を超え一定の参入条件下での株式会社も含めた統合、資本共用可能な「地域医療・介護・福祉連携推進法人」設立も提言した。

### 診療報酬体系に関する提言

診療報酬体系では、ほぼ過去の主

張を踏襲。外来は、通常診療を「かかりつけ医」にて行い、病院外来は紹介制専門的診療とし、全日病の主張した救急・休日夜間対応・在宅医療も担う「かかりつけ機能」を果たすため地域の中小病院との連携を制度化した上で、「開放病床」の利用促進や契約病院での診療所医師の手術の仕組みなども提唱した。新患／救急は出来高(DPC対象施設入院の場合救急部分を含む)、再診は、包括払い(疾患別対応 複合病変評価)、健康管理／健診並びに教育は保険者からの人頭払い(脳／心臓疾患・がん：早期発見システム導入)とした。

入院は、原則前回報告書と同様で、高度急性期・急性期はDPCに基づく1入院当たり定額、急性期／回復期は状態別包括PDPS(1日定額払い)、リハビリは客観的FIM評価を加味した包括PDPS+具体的な長期支援計画に対する定額報酬、慢性期は状態別包括PDPSで、日額定額の修正や要介護患者の評価など、その後の変化への対応を加味したものである。

長年の懸案である控除対象外消費税は廃止し、「原則課税」とすべきことをはじめて明記した。

### 会員へのメッセージ 地域の将来像と運営方針を確認

第4章「会員へのメッセージ」では、地域の将来像を確認し、2040年の当該地域における医療介護提供の必要性と各施設の理念運営方針の整合性の確認、普遍的な組織運営の留意点と質管理の重要性を示した。情報技術の積極的活用による組織運営・診療体制の構築についてはコラム付きで詳細に書き込んだ。また、震災や新型コロナウイルス感染症から学ぶBCPでは、コラムで「COVID19 のもたらしたものを」取り上げており、2040年を予測しながら、会員にはどう行動をとってほしいかをメッセージとして伝えた。最後に、「地域医療介護福祉連携推進法人」の認可に合わせ、地域特性を踏まえた医療機関間経営統合の必要性も示した。

その他、2040年には「価値観の変革」が当たり前の時代となること、「テレワークを利用した業務改革」も必須となるとの予測から、いずれもコラムとして取り上げている。

本報告書が会員にとって有益であること、全日病の今後の活動の基本として利用されることを願う次第である。

### 病院のあり方委員会・委員

委員長	徳田 禎久
副委員長	木下 毅
委員	飯田 修平
委員	川島 真之
委員	木村 厚
委員	高橋 肇
特別委員	長谷川友紀
特別委員	松田 晋哉
会長	猪口 雄二
担当副会長	安藤 高夫
担当副会長	織田 正道
担当副会長	神野 正博
担当副会長	美原 盤
名誉会長	西澤 寛俊

## 次期診療報酬改定に向け調剤報酬を議論

### 中医協総会

### 病院薬剤師の評価や施設内薬局への対応も課題に

2022年度診療報酬改定に向けて、中医協総会(小塩隆士会長)は7月14日、調剤報酬を議論した。対物業務から対人業務へのシフトを進める方向では一致しつつ、診療側は報酬上では両者のバランスをとることを求めた一方、支払側は、調剤報酬の財源構成を見直し、対人業務を評価する「薬学管理料」への配分を引き上げるよう要望した。

厚生労働省は、調剤について◇対物中心の業務から対人業務へのシフト◇政府の骨太方針などで掲げられた、かかりつけ薬剤師・薬局の普及、多剤・重複投薬への取組み、処方箋の反復利

用など◇オンライン服薬指導の3つの論点を示した。この中で、オンライン服薬指導については、かかりつけ医を原則とした初診からのオンライン診療と整合性のある仕組みにすることが重要との指摘があった。

調剤報酬の評価ではないが、病院薬剤師の評価をめぐる議論もあった。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、病院薬剤師は調剤薬局よりも給与が低いと指摘。「病棟の薬剤師の業務は高度化・多様化している。診療報酬での改善が必要」と強調した。

日本薬剤師会常務理事の有澤賢二委員からは、敷地内薬局の適正化を主張する意見があった。有澤委員は、「国立大学病院などの公的な医療機関を中心に、敷地内に保険薬局を誘致する動きに拍車がかかっている」と指摘。保険薬局の独立性が担保されないケースがみられると懸念を示し、「診療報酬上の対応や、制度の見直しなど、この流れを止めるための対応が必要だ」と問題提起した。

### 公益委員の発言めぐり応酬

公益で慶應義塾大学教授の中村洋委

員は、「現行の調剤基本料では大型門前薬局の方が患者の自己負担が低くなり、患者が経済的に誘導されるという、政策の目的からすれば『逆インセンティブの構造』になっている」と指摘した。中村委員は、今後は患者の自己負担割合が高くなると予想されるとし、「逆インセンティブの構造が強くなると、中小規模の薬局への影響が懸念される」と問題提起。その上で、「診療報酬体系に関わる構造的な問題がある。患者の視点や中長期的な視点で議論していくことが大切だ」と提案した。

中村委員の発言に対し、日本医師会の委員は「公益委員の役割は、支払側と診療側の議論がまとまらないときの調整役であり、必要以上に発言すべきではない」(城守国斗委員・日医常任理事)などと強く反発した。

## ロナプリーブを医療機関に譲渡

### 厚労省・事務連絡

### コロナ治療薬の特例承認受け

厚生労働省は7月20日、「新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬『カシリビマブおよびイムデビマブ』の医療機関への配分について(依頼)」を事務連絡した。新型コロナウイルス感染症の患者に対する治療薬である「カシリビマブおよびイムデビマブ」(販売名:ロナプリーブ点滴注セット)が、7月19日に特例承認されたことに伴うもの。全世界向けの供給量が多くなく、日本への流通量も限られる。このため厚労省が製造販売者から直接提供を受け、一般流通は行わず、医療機関の依頼に基づき、無償で譲渡するという方法を用いる。

「カシリビマブ(遺伝子組換え)およびイムデビマブ(遺伝子組換え)」の販売名は「ロナプリーブ点滴注セット300、同点滴注セット1332」、申請者は中外製薬。効能・効果は「SARS-CoV-2による感染症」で、「SARS-CoV-2による感染症の重症化リスク因子を有し、酸素投与を要しない患者が対象」。感染症の症状が発現してから速やかに投与する。発症から8日目以降に投与を開始した患者に対する有効性を裏付けるデータは得られていない。

現状で、安定的な供給が難しいことから、当面の間、重症化リスクがあるとして、入院治療を必要とする者が投与対象者となる。このため、ロナプリーブの供給を受けることのできる医療機関は、投与対象者を入院患者として受

け入れている病院・診療所とする。

想定される重症化リスク因子については、「50歳以上」、「肥満」、「心血管疾患」、「慢性肺疾患」、「1型または2型糖尿病」、「慢性腎障害」、「慢性肝疾患」、「免疫抑制状態」などをあげている。これらに該当する者で、医師が必要と判断した者とする。

ロナプリーブを希望する対象医療機関は、厚労省がロナプリーブの供給を委託した製造販売業者が開設する「ロナプリーブ登録センター」に登録し、同センターを通じて、配分依頼を行う。対象医療機関には無償譲渡される。当面の間は「ロナプリーブ点滴注セット1332」が配分されるとしている。

「ロナプリーブ点滴注セット1332」には、2回投与分の溶液が含まれる。1回分の溶液を抜き取った後のバイアルは、室温(25度まで)で最大16時間、または2～8度で最大48時間保存可能であり、最大保存期間内で2症例目に使用することができる。その際、「配分依頼時には使用予定のなかった2症例目に使用した場合および使用せずに廃棄した場合は、必ずロナプリーブ登録センターに登録」することを求めた。

事務連絡では医療機関向けに、質疑応答集を添付した。無症状者には投与できないことや、入院患者が対象であるため、「高齢者施設や自宅、ホテル療養中の患者」には投与できないことなどを示した。

## 病院の耐震化率が77.3%に

### 厚労省

### 年度末80%の目標には至らず

厚生労働省は7月20日、病院の耐震改修状況調査の結果を発表した。2020年の病院の耐震化率は77.3%で、2019年度の76.0%から1.3ポイント上昇した。このうち、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院・救命救急センターの耐震化率は93.6%で、2019年度の92.4%から1.2ポイント上昇した。

政府の「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」(2018年12月14日閣議決定)では、2020年度末までに病院全体の耐震化率を80%とする目標を定めている。今回の調査は2020年10月に実施したものだが、都道府県の回答では、2020年度末の見込みは全国で77.5%。目標の達成は厳しい。なお、

災害拠点病院・救命救急センターの耐震化率は2018年度末までに89.0%が目標となっており、達成している。

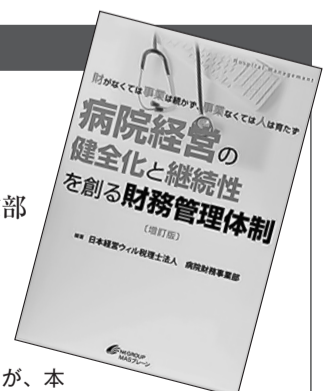
2020年度末の見込みを都道府県別にみると、耐震化率が80%に到達しているのは、青森県の80.9%、宮城県の89.7%、秋田県の80.3%、山形県の89.6%、茨城県の80.5%、群馬県の85.2%、埼玉県の81.3%、新潟県の81.6%、富山県の88.7%、石川県の80.4%、福井県の83.6%、山梨県の85.0%、静岡県の91.8%、三重県の80.6%、滋賀県の89.5%、奈良県の82.9%、鳥取県の83.7%、大分県の86.9%、宮崎県の81.0%、沖縄県の82.2%となっている。

### 一冊の本 book review

## 増訂版 病院経営の健全化と継続性を創る財務管理体制

編著●日本経営ウイール税理士法人 病院財務事業部  
発行●株式会社MASブレーン  
定価●2,200円(税込み)

誰もが経験したことがない一年となりました。だからこそ経営者や幹部は、これまで以上に経営に向き合う年にもなりました。経営は「浪漫と算盤」が大切と云われますが、本書は、客観的・俯瞰的に自法人をみるための、財務分析、月次決算、予算管理、中期事業計画などの考え方を、実務に即して整理されたものとなっています。数多くの実例が紹介されており、読み手がそのエッセンスをイメージし、理解を助けるように紹介されています。この時期にこそ大変参考になる書籍です。病院経営に携わる皆様は是非一読ください。(細川吉博)



# 疾患別リハのアウトカム評価や敷地内薬局めぐり議論

## 日病協・代表者会議 次期診療報酬改定に向けた議論の本格化受け意見交換

日本病院団体協議会は7月16日に代表者会議を開き、最近の医療情勢をめぐり意見交換を行った。中医協で2022年度診療報酬改定に向けた議論が本格化したことから、7月7日、8日、14日に開催された中医協の論点に関し、議論が行われた。特に、回復期リハビリテーション病棟などにおける疾患別リハビリテーションの評価や敷地内薬局の是非について多くの意見があった。

回リハ病棟や地ケア病棟のリハビリの状況については、入院医療等の調査・評価分科会で分析されている。厚労省がさまざまなデータを示し、一定の方向性を持たせた論点を提示するが、データの中には、母数が少なく、根拠に乏しいと考えざるを得ないデータがある。また、回リハ病棟のアウトカム評価であるFIM(機能的自立度評価

表)の実績指数で効果を判定しているが、一つの指数だけで効果を判定することの妥当性を問う意見があった。

日本リハビリテーション病院・施設協会会長の斉藤正身議長は会見で、「リハビリの効果は、FIMだけでは測れない。むしろ、患者との関わり方を含めたリハビリのプロセスを全体として評価してほしい」と述べた。ただ、日病協でも、リハビリの評価のあり方について、明確には整理されていないとして今後、議論したいとの考えを示した。

敷地内薬局については、さまざまな問題が含まれていることの説明が、日本私立医科大学協会参与の小山信彌副議長からあった。小山副議長は、地域の薬局を評価する調剤報酬が設定された結果、患者負担としては、地域の薬

局が最も高く、門前薬局や敷地内薬局で低くなってしまい、患者にとって、逆のインセンティブが働いてしまっているとした。また、病院の近くで医薬品が調剤されることは、患者にとってのメリットも大きいことから、医療政策としてちぐはぐになってしまっている現状を指摘した。

また、薬剤師の給与が病院よりも薬局のほうが高い傾向にあり、病棟薬剤師が病院で十分に確保できない背景に、医科・歯科・調剤の財源配分で、調剤報酬を充実させてきた経緯があるとし、病院で病棟薬剤師を確保するために、診療報酬での対応が必要との考えを示した。

「敷地内薬局を設置するなら、院内薬局に戻せばよい」との意見に対しては、病棟での薬剤師の業務が期待され

ている中で、調剤業務中心のかつての業態に戻ってしまうことは問題との意見も出ているという。

また、病院代表として、日病協が推薦する中医協委員である島弘志・日本病院会副会長と池端幸彦・日本慢性期医療協会副会長について、次期任期も引き続き推薦することを了承した。日病協では2年ごとに中医協委員を評価し、問題がなければ、3期6年の任期を委ねることにしている。

中医協の分科会である医療機関等における消費税負担に関する分科会の病院代表委員については、伊藤伸一・日本医療法人協会会長代行と川瀬弘一・日本私立医科大学協会(大学病院の診療報酬に関する検討会委員)を推薦することを決めた。日本医療機能評価機構の産科医療補償制度運営委員会の委員については、中村康彦・全日病副会長が推薦された。

# 寺本理事長が機構専門医の広告可能を報告

## 日本専門医機構

日本専門医機構の寺本民生理事長は、7月19日に会見を行い、厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(尾形裕也座長)で、機構認定の基本診療領域の専門医が、医療

法に基づき広告できる専門医として認められたことを報告した。夏から秋にかけて、19基本診療領域の認定が始まり、第1期の機構認定の専門医が誕生する。

一方、サブスペシャリティ領域については、機構での議論が整理されてお

らず、広告許可は出ていない。機構では今後、すでに機構認定され、基本診療領域との連動研修が行われているサブスペシャリティ領域が来年度には、広告可能となることを見込み、議論を進めていく。

機構認定の専門医ではないが、すで

に広告可能となっている専門医(56資格名)については、引続き広告できることになった。今後、機構認定の専門医と機構認定以外の専門医が並列することになる。従来の専門医の診療領域が、機構認定の診療領域である場合は、機構認定の専門医名を用いることになっている。ただ、寺本理事長は、「従来の専門医名を名乗る医師も出てくると思う」と述べた。

## ■ 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)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医師事務作業補助者研修(eラーニング研修)	2021年6月1日(火)~2022年3月31日(木) (アカウントの有効期限) ※アカウント情報通知書発行日から60日間	27,500円(税込) (1アカウント)	「医師事務作業補助者研修」をeラーニングで提供する。受講期限(60日間)内であれば、好きなタイミング(オンデマンド)で受講できる。受講修了後に所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を発行する。
業務フロー図作成講習会(20病院)	2021年9月4日(土) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3~5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、書籍代含む	医療の業務改善はもちろん、医療事故調査においても、業務プロセスの各職種内、職種間の流れを可視化し検討することは必須となる。業務改善は業務フロー図に始まり、業務フロー図に終わるといっても過言でない。特性要因図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
特性要因図作成研修会(20病院)	2021年9月5日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3~5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、書籍代含む	魚骨図とも呼ばれる特性要因図は、医療事故調査制度の根本原因分析の骨格をなす。親和図、特性要因図、業務フロー図を活用し、根本原因に至る講習会などを具体的事例を元に実施する。業務フロー図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
医療事故調査制度事例検討研修会(60名)	2021年9月26日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加のハイブリッド形式	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代含む	医療事故調査制度に対しては「報告事例数が少ない」「報告すべき事例が報告されていない」などの指摘が出ている。本研修会では、事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、1名の参加も可能。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会・アドバンスコース(48名)	2021年10月7日(木) 【WEB開催】	23,100円(税込)、資料代含む	初級編である「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用編として、事例研修を中心とした年1回の研修会を開催する。講師として弁護士3名を招き、法の解釈についてより深い議論を行う。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会(70名)	2021年10月9日(土) 2021年10月10日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加のハイブリッド形式	27,500円(33,000円)(税込) ※2日目の昼食代、書籍代含む	2011・2012年度の厚生労働科学研究費補助金「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」に基づく「院内医療事故調査の指針 第2版」を教材に研修会を開催する。事故発生時の対応を系統的に体験するグループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましい。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(100名)	2021年12月11日(土)、12日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	27,500円(33,000円)(税込) ※昼食代、テキスト代含む	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための医療安全管理体制相互評価の実務を想定した講習会。研修会の受講は施設規準の要件ではないが、近い将来、体制構築および運用の実態が問われることは必至と考えられる。