



全日病 ニュース

2022.9.1 No.1016

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

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を新設

中医協総会 来年度からオンライン資格確認を原則義務化

中医協(小塩隆士会長)は8月10日、厚生労働大臣から諮問された「医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱い」を答申した。来年度から医療機関などにオンライン資格確認等システムの導入を原則義務付けるとともに、診療報酬の評価としては、10月から、現行の電子的保健医療情報活用加算を廃止し、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を新設する。

また、同日、10月から実施する看護の処遇改善も答申した(4面参照)。

これらは、骨太方針2022に、「オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付けるとともに、…関連する支援等の措置を見直す。2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す」と明記されたことを踏まえた対応だ。

2023年度から、「患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた

場合」に、医療機関などでオンライン資格確認ができることが原則義務となる。療養担当規則にそのような規定を明記する。ただし、現在紙レセプトでの請求が認められている医療機関などは例外となった。また、オンライン資格確認に係る体制に関する事項を院内に掲示することも義務となる。

オンライン資格確認の導入の原則義務付けとあわせ、医療機関などに対して、オンライン資格確認ができる体制を整えるための財政支援を拡充するとともに、診療報酬における加算の評価も見直すことになった。

2022年度診療報酬改定で導入した電子的保健医療情報活用加算を廃止し、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を新設する。

電子的保健医療情報活用加算に対しては、患者がマイナンバーカードを使って、オンライン資格確認を行うと、健康保険証を使うよりも患者負担が上がることなどに対し、オンライン資格確認の普及にむしろ逆行するとの指摘などが出ていた。今回、オンライン資格確認が原則義務化されることに伴い、評価体系を変更した。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算は初診時のみの評価で、施設基準を満たす医療機関において、オンライン資格確認により患者の情報を取得した場合などは2点、そうでない場合は4点となる。

施設基準では、①オンライン資格確認の体制を有していること(厚生労働省ポータルサイトに運用開始日の登録を行う)②患者に薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して診療等を行うことをホームページや院内に掲示することを求めている。

また、初診時の問診票の標準的な項目を新たに定め、薬剤や特定健診の情報は、オンライン資格確認により取得されることを明示する。問診票の標準的な項目は近く公表するとしている。

厚労省は、診療情報を取得・活用する効果として、「薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の状態を把握できる」、「特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる」ことをあげた。今後、オンライン資格確認のシステムを通じて閲覧できる診療情報が増えれば、さらなる医療の質向上を

期待できることになっているとしている。

医療情報化支援基金による医療機関などへの補助も見直される。

病院に対しては、過半数以上の病院で、実際の費用が、補助金の事業額の上限を超過していることを踏まえ、現行の補助上限額を見直す。顔認証付きカードリーダーは3台まで無償提供されており、ネットワーク環境の整備やレセプトコンピュータ、電子カルテの改修などの経費の補助が拡充される。

例えば、顔認証付きカードリーダーを1台導入する場合、2021年4月～2022年6月6日までは、105万円を上限に2分の1補助(事業額210.1万円)であったが、2022年6月7日～2022年12月31日までは、210.1万円を上限に2分の1補助となり、420.2万円の事業額に対応できるようになる。

支払側が「容認できない」と主張

中医協の議論では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設に対し、支払側の委員が反対した。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「オンライン資格確認により、患者が医療の質向上を感じることで、環境が整っていない。実質的には初診料の引上げになる」と指摘し、「容認できない」との姿勢を示した。

これに対し、日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「現状でメリットを感じにくいのは、患者も医療機関、薬局も同じ。普及率が5割を超えればこの状況は変わる。普及するまでは、行政、保険者、医療機関・薬局が痛み分けして、頑張るべき」と訴えた。

意見が分かれたため、厚労省は、①関係者それぞれが取り組みを加速させる②国民・患者の声をよくきき、調査・検証を行う③関係者が連携して周知することなどを盛り込んだ附帯意見を作成。支払側はこれを確認した上で、加算の新設を受け入れた。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- ▶ 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- ▶ その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合 7点(初診) 4点(再診) / 利用しない場合 3点(初診)
【調剤】マイナ保険証を利用する場合 3点(月1回) / 利用しない場合 1点(3月に1回)

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設(令和4年10月～)

(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点(6月に1回)**、2 **1点(6月に1回)**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること(対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局)。
- ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。(厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと)
- ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用(※)して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。(留意事項通知)

(※) この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的な項目を新たに定めること(薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報を薬剤服用歴に記録することを求める予定)

診療情報を取得・活用する効果(例)

<p>医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の状態を把握できる。 ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。 	<p>問診票の標準項目を新たに定める(イメージ)</p> <p>問診票(初診時)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 今日の状態 ● 他の医療機関の受診歴 ● 過去の病歴 ● 処方されている薬 ● 特定健診の受診歴 ● アレルギーの有無 ● 妊娠・授乳の有無 ● …… <p>※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。</p>	<p>薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。 ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。
--	---	---

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、更なる医療の質の向上を実現

本号の紙面から

次期医師確保計画を議論	2面
診療報酬改定シリーズ④	3面
看護処遇改善評価料を答申	4面
医療部会が感染症対応を議論	5面
静岡学会のプログラム	6面
医療人財マネジメント⑤	7面
厚生労働大臣に加藤氏就任	8面

清話抄

医師の働き方改革と睡眠時間

いま進められている医師の働き方改革により、「長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現」の中で、「労働時間に関する制度の見直し」「勤務間インターバル制度の普及促進等」「産業

医・産業保健機能の強化」などがうたわれた。しかし、医師の応召義務と医師の健康管理との間でジレンマに陥る医療関係者や管理者が多いものと思われる。医療の現場においては、「フリーアクセス」かつ、緊急対応などきめ細かく高い質を提供する日本の医療は、「患者のために」「医療の向上のために」という崇高な理念と長時間労働に支えられているといっても過言ではない。

特に、医師の働き方については、労働時間の制限よりも、睡眠時間の確保

が重要であり、1日6時間以上の質の高い睡眠時間が確保できれば、ストレス度や抑うつ度に大きな変化を生じさせないとされた。つまり、慢性的な睡眠不足にあれば、持続的な注意力の低下があり、医療事故にもリンクする危険性がある。以前、運転事業者の睡眠障害に起因する重大事故の原因と防止対策について調べたところ、アメリカでの宇宙飛行船の事故や山陽新幹線で発生した居眠り運転による事故は、いわゆる睡眠時無呼吸症候群(SAS)に

よるものであり、質の高い睡眠が十分にとれず、その為に、居眠り運転による重大な事故を起こしたものである。

特に、人の命を守る医師は、なおさら自身の健康管理や時間外労働時間に対する支援体制が必要となり、十分な質の高い睡眠時間の確保は絶対条件でもある。これからは、医療勤務環境改善支援センターの活用や産業医・衛生委員会の活性化も重要となろう。

(諸岡信裕)

主張

多職種連携によるチーム医療 ～2024年度診療報酬改定に向けて～

多職種連携によるチーム医療が必要だと言われはじめて20年あまり経つような気がする。

チーム医療において重要なことは、患者さんを中心とした職種を超えたフラットな関係作りと密な情報共有であると思う。

今の診療報酬体系を眺めてみると、施設基準と各職種の人員基準が基本部分として規定されており、更に成果(ア

ウトカム)によって細分化されているが、各専門職のキャリアの部分の評価はなされていない。具体的に言うと、専門職にどのような知識や技術があるかが、それに対する直接的な評価はないということである。

一方、リハビリテーション(リハビリ)において、訓練士(セラピスト)が患者さんに対して個別対応することを前提として、疾患別に1単位20分で診

療報酬上の評価がある。これはあくまでもリハビリというプロセスに対する評価であり、セラピストのキャリアの部分の評価ではない。

この疾患別リハビリというのは、チーム医療が盛んに叫ばれる中、セラピストに対してのみの評価である。今やリハビリはセラピストによる訓練時間のみならず、多職種が色々な生活の場面で関わっている。それらの多職種による総合的な結果が、アウトカムに繋がっている。疾患や状態に応じて、どの職種がどのような訓練をするのが一番妥当かどうかを多職種で検討・判断し、最高のアウトカムを出すことが

患者さんにとって重要である。

更には、健康保険の種類や自治体によっては、この疾患別リハビリの上限を規定しており、診療報酬において全国一律で規定されているリハビリの一部の査定が行われている。

これらの状況は、多職種連携によるチーム医療を行っている我々としては、到底納得できるものではない。

2024年度の診療報酬改定の際には、医師の働き方改革もスタートする年でもあり、患者さんにとってベストな、多職種連携によるチーム医療がやり易い診療報酬を再考して頂きたいと切に思う。(中尾一久)

次期医師確保計画に向けて「地元出身者枠」の活用など議論

厚労省・地域医療構想・医師確保WG

医学部恒久定員内に設定し地元定着に期待

厚生労働省の地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は8月10日、2024年度からの第2期医師確保計画に向けて、医学部定員における地域枠や地元枠の設定、周産期の医師確保などを議論した。医師不足の都道府県に定着する医師を増やすため、医学部恒久定員内に「地元出身者枠」を設定することも検討していく方向だ。

同WGは、2024年度からの第8次医療計画に盛り込む医師確保計画を各都道府県が策定する際に参照する「医師確保計画策定ガイドライン」の見直しに取り組んでいる。

8月10日の会合では、医学部の恒久定員内への地域枠や地元枠の設置を促進するための取組みを議論した。現在、恒久定員内に地域枠を設置しているのは21道府県にとどまっている。地域枠は別枠方式で選抜を行うもので、地域枠の卒業生には当該都道府県内で一定期間、医師として従事する要件を課す。

一方、「地元出身者枠」とは、地元出身者のみが出願できる枠で、必ずしも別枠で選抜を行うものではなく、従事要件を設けなければいけないわけではない。従事要件を課さない地元出身者枠を恒久定員内に設置しているのは、現在は3道府県のみである。

厚労省は、医師不足の都道府県に定着する医師を増やす観点から、恒久定員内に「地域枠と比較して都道府県が柔軟に運用できる地元出身者枠も活用することが考えられる」と提案した。

また、大学に地域枠や地元出身者枠を設置して医師確保を行う際には、医師養成や配置について大学と都道府県が連携して検討していくことが重要との方向を示した。

委員からは、「地元出身の出願要件を設けた地域枠と、地元出身者枠の設定は医師確保に有効」「今後、臨時定員が減少していけば恒久定員内に地元出身者枠を設定しなければいけない」などの意見が出された。

周産期の医師養成を進める方針

WGでは、産科・小児科の医師確保についても議論した。周産期医療に携わる医師は長時間の時間外労働となる割合が高いことから、厚労省は、医師の派遣調整や勤務環境の改善(タスクシェアやタスクシフト)、地域枠等によって小児科や産科・産婦人科の医師養成を進めていくことを提案した。この提案に異論はなかった。

全日病副会長の織田正道委員は、「一般病院では産科・産婦人科医療を非常勤医師でカバーしている面がある。分娩件数から産科医師の必要数を推計したら、都道府県がそれを目指してどのように医師数を増やすかを具体的に示してもらいたい。好事例を示すだけではなく、ある程度の形を示すべき」と提案した。

また、次期医師確保計画では、産科医師偏在指標を精緻化する方向で一致した。分娩を取り扱う医師数を、2018年の指標算出時には把握することがで



きなかったが、現在は三師統計により把握できるようになったため、精緻化が可能になる。

計画の効果を把握する手法を議論

医師確保計画策定ガイドラインでは、医師確保計画の効果を測るため、医師確保計画の見直し時において、最新データに基づく医師偏在指標と、目標を達成した場合の医師偏在指標を比較することを求めている。

2024年から2026年の第8次前期医療計画には、2020年から2023年の第7次医師確保計画の評価結果を記載することになる。医師偏在指標の算出には、詳細なデータである三師統計を用いるのが望ましいが、その時点で得られる最新の三師統計は2020年12月末時点のデータとなり、2023年までの第7次医師確保計画の施策の効果を反映したものとならない。

そこで厚労省は代替のデータとして、毎年度の医師数の把握が可能な病床機能報告のデータを活用することを提案した。今後、各都道府県における医師確保計画の効果の測定・評価方法の好事例を横展開する考えも示した。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「ICTを駆使して、最新のデータをもっと早く得られるようにしてもらいたい」と要望した。また、病床機能報告では無床診療所の医師数が把握できないことにも懸念を示した。厚労省は、「さまざまな統計があるので、活用できるデータが他にないか、検討していきたい」と述べた。

同WGは、8月10日の会合までで、次期医師確保計画策定ガイドラインに向けた論点を一通り議論したことになる。9月からは、各論点について、より具体的な方向を固める第2ラウンドの検討に着手する見通し。

都道府県が恒久定員内に設置する地域枠及び地元出身者枠(R3)

恒久定員合計：都道府県内の大学医学部における恒久定員の合計

恒久定員内地域枠：都道府県内の大学医学部恒久定員における、当該都道府県の地域枠数(当該都道府県の従事要件がある枠)

恒久定員内地元出身者枠：都道府県内の大学医学部恒久定員における、当該都道府県地元出身者枠数(従事要件がない枠)

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠
		全体	うち、地元出身の出願要件あり				全体	うち、地元出身の出願要件あり	
北海道	312	7 (2%)	7	67 (21%)	滋賀	105	6 (6%)	6	0 (0%)
青森	105	35 (33%)	20	0 (0%)	京都	207	2 (1%)	2	0 (0%)
岩手	95	0 (0%)	0	0 (0%)	大阪	510	0 (0%)	0	0 (0%)
宮城	205	63 (31%)	0	0 (0%)	兵庫	213	3 (1%)	0	0 (0%)
秋田	100	0(0%)	0	0 (0%)	奈良	100	0 (0%)	0	25 (25%)
山形	105	0 (0%)	0	0 (0%)	和歌山	90	20 (22%)	0	0 (0%)
福島	85	0 (0%)	0	0 (0%)	鳥取	85	7 (8%)	5	0 (0%)
茨城	103	0 (0%)	0	0 (0%)	島根	100	14 (14%)	14	0 (0%)
栃木	110	0 (0%)	0	0 (0%)	岡山	215	0 (0%)	0	0 (0%)
群馬	105	0 (0%)	0	0 (0%)	広島	105	5 (5%)	5	0 (0%)
埼玉	110	0 (0%)	0	0 (0%)	山口	100	28 (28%)	28	0 (0%)
千葉	240	5 (2%)	0	0 (0%)	徳島	100	0 (0%)	0	0 (0%)
東京	1,404	0 (0%)	0	0 (0%)	香川	100	0 (0%)	0	0 (0%)
神奈川	414	27 (7%)	10	0 (0%)	愛媛	100	5 (5%)	5	0 (0%)
新潟	105	0 (0%)	0	0 (0%)	高知	100	10 (10%)	5	0 (0%)
富山	100	0 (0%)	0	0 (0%)	福岡	430	0 (0%)	0	0 (0%)
石川	212	0 (0%)	0	0 (0%)	佐賀	98	0 (0%)	0	18 (18%)
福井	105	0 (0%)	0	0 (0%)	長崎	100	0 (0%)	0	0 (0%)
山梨	105	15 (14%)	15	0 (0%)	熊本	105	0 (0%)	0	0 (0%)
長野	105	0 (0%)	0	0 (0%)	大分	100	3 (3%)	3	0 (0%)
岐阜	85	3 (4%)	3	0 (0%)	宮崎	100	15 (15%)	15	0 (0%)
静岡	105	0 (0%)	0	0 (0%)	鹿児島	100	0 (0%)	0	0 (0%)
愛知	410	0 (0%)	0	0 (0%)	沖縄	105	5 (5%)	5	0 (0%)
三重	105	15 (14%)	15	0 (0%)					

文部科学省調べ(他県の大学に設置している恒久定員内地域枠・地元出身者枠等を除く。)

「特別料金」の増額に伴う消費税で疑義

四病協・総合部会

厚労省に改めて整理求める

四病院団体協議会は8月24日、総合部会を開いた。紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合の「特別料金」の増額が10月に始まるため、厚生労働省から、周知に関する説明を受け

た。しかし、患者に請求する消費税をめぐり疑義が生じたため、改めて整理を求める形となった。

「特別料金」の増額では、初診の場合の最低金額が5千円が7千円になる

が、2千円が保険給付から差し引かれるため、医療機関の収入は変わらない。しかし、例えば、これまで消費税込みで5,500円を患者に請求していた場合、今回の増額で請求額を7,700円とする

ことが考えられる。

この場合、医療機関の収入は変わらないのに、患者に請求する消費税が200円増えることはおかしいとの意見が出た。

厚労省は、「特別料金」に対する消費税の考え方はこれまでと変わっていないことなどを説明したが、今回の増額に伴う消費税の取扱いについての整合的な理由が不十分と指摘された。

診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応④

療養病床入院料について ～摂食嚥下機能回復体制加算、緩和ケア・障害者施設等入院料等の見直し～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員 田蒔正治

【初めに】

療養病床については大きく二つの改定ポイントがあった。一つは療養病床入院料2の経過措置注11(以下注11)の見直し、二つ目は中心静脈栄養の実施に係る見直しである。これによって摂食嚥下機能の回復に必要な体制として、摂食嚥下機能回復体制加算が新たに設けられた。また、障害者施設等入院基本料が見直され、重度意識障害を有さない脳卒中患者は、療養病床入院料の評価体系による点数算定に変更された。

【療養病床入院料の見直し】

中心静脈栄養の実施に係る見直しとして、摂食・嚥下機能の回復に必要な体制を有していない病棟の場合、中心静脈栄養実施患者は医療区分3から2の算定となった。なお、今年3月31日時点で療養病床入院料1・2の場合は、必要な体制が確保されているとして今年9月30日まで経過措置あり。また、同時点に同病棟で中心静脈栄養を実施している状態が継続している間は区分3の算定が可能となった。

そして注11において、「医療区分2・3該当患者割合が5割未満」「看護職員配置20対1を満たさず、25対1以上」の場合、療養病床入院料2が85%から75%に減算と経過措置が2年間延長された。さらに注11についてFIMの測定に係る見直しが設定された。疾患別リハビリテーション算定患者にFIM測定を月1回以上行っていない場合、出来高で一日につき2単位までという制限が課された。また、医療区分2の疾患別リハビリ算定患者にFIM測定を行っていない場合は、医療区分1の点数算定となった。なお、これらの変更には今年の9月末までの経過措置がある。

【摂食嚥下機能回復体制加算について】

厚生省より示された資料(右図)では、中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を推進するため、摂食嚥下支援加算の名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更した。点数を3区分にして、新たに算定要件・施設基準を設けた上位基準(加算1・2)と療養病床の区分(加算3)を追加した。算定要件に全員・月1回以上のFIM及びFOISを測定することが明記された。地方厚生局への年1回の実績報告(平均値から患者ごとの開始時と直近の測定値に

変更)も必要。施設基準に加算1・2は摂食嚥下支援チームを設置し、医師または歯科医師、適切な研修を修了した看護師または専従の言語聴覚士、管理栄養士であり、STは専従要件とされた。ST等の人員確保が難しい医療機関が増えそうだ。実績で加算1は鼻腔栄養・胃瘻・中心静脈栄養患者の経口摂取回復率35%以上と高く、加算3は嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者が1年2人以上となった。

【障害者施設等入院料等の見直しについて】

障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者(重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者・難病患者等を除く)について、患者が病棟に入院してから90日までの間に限り、療養病床入院料の評価体系を踏まえた点数設定に変更された。なお、療養病床入院基本料の医療区分3(スモン・24時間監視・管理状態・人工呼吸器管理等)に相当する場合、従来からの点数を算出(出来高)する。

特殊疾患病棟入院料においても同様の取扱いとなった。栄養サポートチーム加算(200点・月1回)が対象病棟と

して新たに加えられ、新設の看護補助体制充実加算、報告書管理体制加算(7点)も算定可能となった。

【緩和ケア病棟入院料の見直しについて】

緩和ケア病棟入院料については、評価の見直しが行われ100点減算となった。一方で患者の状態に応じた入院医療の提供をさらに推進するため、疼痛の評価等を実施した場合に、緩和ケア疼痛評価加算100点が新設された。

算定要件に緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」「新版がん緩和ケアガイドブック」「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改定に関する研究」等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とし、疼痛の評価、その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、一日につき100点が所定点数に加算された。

【まとめ】

今回は療養病床においては療養病床入院基本料1・2に関する点数や施設基準の変更はなかったが、注11の見直し

として、25%減算とし、経過措置が2024年3月末までの再延長となった。さらに当該病棟での疾患別リハ算定が多いことから月1回以上のFIMが課された。

また、医療区分3における中心静脈栄養の実施割合が高く、摂食嚥下機能の回復に向けた摂食嚥下機能回復体制加算が新設され、療養病床も加算3が追加された。高齢化社会が進む中で、フレイル・サルコペニア対策に栄養・リハビリは欠かせないが、摂食嚥下支援チームの設置(特にST確保)と実績記録(FIM等)・報告がキーワードとなる。今後、中医協等において医療区分の根本的な見直しも議論されるかもしれない。

また、障害者施設等入院基本料等の見直しがあり、重度意識障害を有さない脳卒中患者を療養病床入院料の医療区分で評価されたことで、今後、療養病床入院料への算定見直しが一層進むことも予測される。

最後に、データ提出加算が障害者施設等入院料・特殊疾患病棟入院料・緩和ケア病棟入院料等で要件化(経過措置あり)されたことも注目が要だ。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進-①

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

- 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

現行	改定後												
<p>【摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)】 摂食嚥下支援加算 200点(週1回)</p> <p>【算定要件】 ・摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ・内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上) ・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上) ・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施</p> <p>【施設基準】 摂食嚥下支援チームを設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 専任の常勤医師又は常勤歯科医師* ➤ 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了)* ➤ 専任の常勤言語聴覚士* ➤ 専任の常勤薬剤師* ➤ 専任の常勤管理栄養士* ➤ 専任の歯科衛生士 ➤ 専任の理学療法士又は作業療法士 <p>*の職種は、カンファレンスの参加が必須</p> <p>入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告</p>	<p>(改)【摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)】</p> <table border="1"> <tr><td>摂食嚥下機能回復体制加算1</td><td>210点(週1回)</td></tr> <tr><td>摂食嚥下機能回復体制加算2</td><td>190点(週1回)</td></tr> <tr><td>摂食嚥下機能回復体制加算3</td><td>120点(週1回)</td></tr> </table> <p>【算定要件】 ①内視鏡下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施(月1回以上) ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施(週1回以上) ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施</p> <p>【施設基準】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>加算1</th> <th>加算2</th> <th>加算3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 摂食嚥下支援チームの設置(ST以外は全員専任) ・医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士 ・カンファレンスに参加;必要に応じてその他職種 </td> <td> 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告 </td> <td> 療養病床入院基本料のうち、療養病床入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上 ・摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告 </td> </tr> </tbody> </table>	摂食嚥下機能回復体制加算1	210点(週1回)	摂食嚥下機能回復体制加算2	190点(週1回)	摂食嚥下機能回復体制加算3	120点(週1回)	加算1	加算2	加算3	摂食嚥下支援チームの設置(ST以外は全員専任) ・医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士 ・カンファレンスに参加;必要に応じてその他職種	摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告	療養病床入院基本料のうち、療養病床入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上 ・摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告
摂食嚥下機能回復体制加算1	210点(週1回)												
摂食嚥下機能回復体制加算2	190点(週1回)												
摂食嚥下機能回復体制加算3	120点(週1回)												
加算1	加算2	加算3											
摂食嚥下支援チームの設置(ST以外は全員専任) ・医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士 ・カンファレンスに参加;必要に応じてその他職種	摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告	療養病床入院基本料のうち、療養病床入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上 ・摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告											

全施設の出産費用の平均は46.7万円

社保審・医療保険部会

厚生労働省は8月19日の社会保障審議会・医療保険部会(菊池馨実部会長)に、「出産費用の実態把握に関する調査研究(2021年度)」の結果を示した。全施設の平均出産費用は46.7万円であった。

約500万件の出産請求データを公知の統計情報と突合し、分析した。その結果、出産費用は、年間平均1%程度で上昇しており、2020年度の室料差額

引上げに向け調査を実施

を除いた公的病院の平均出産費用は45.2万円、全施設の平均出産費用は46.7万円であることがわかった。

公的病院は、私的病院や診療所よりも平均出産費用が低い傾向にある。私的病院は、高額帯にバラツキが大きく、平均出産費用を引き上げている

分析では、地域の所得水準や物価、医療費水準、私的病院割合、妊婦年齢などが出産費用の違いの要因となって

いた。最も影響が大きい要因は所得水準であった。

約350人の妊産婦へのアンケート調査の結果では、出産場所選択の理由として「アクセス距離」「施設ブランド」「設備環境」「スタッフ対応」の比重が高い傾向にあった。出産場所の決定時にもっと欲しかった主な情報としては、「費用」「医療体制」「付帯サービス」などがあがっている。

都道府県別(平均値)では、東京都が最も高く55万3,021円。50万円を超

えるのは他に茨城県(51万5,129円)だけ。一方、最も低いのは佐賀県の35万1,774円であった。

政府の骨太方針2022には、少子化対策・子ども政策として、「出産育児一時金の増額」が明記されており、出産費用の実態にあわせた出産育児一時金の増額は、政府の既定路線になっている。

出産育児一時金は現在、原則42万円である。このうち、出産費用が40.8万円、1.2万円は産科医療補償の掛金となっている。出産費用などの実態にあわせ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で規定されている。

看護職員処遇改善評価料の新設を答申

中医協総会 165通りの点数を設定し、最高点は340点

中医協(小塩隆士会長)は8月10日、厚生労働大臣から諮問された「2022年度診療報酬改定(看護の処遇改善)」を答申した。看護職員処遇改善評価料を新設し、165通りの点数を設定する。最高点は340点となった。9月中旬に関係法令を発出し、10月から実施する。前回の8月3日の資料で、看護職員処遇改善評価料の概要は示されていた

が、今回、同日の議論を踏まえ、点数について、中医協として合意した。看護職員処遇改善評価料は、地域で新型コロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、2022年10月以降収入を3%程度(月額平均1万2,000円相当)引き上げるために新設した。なお、今年2月から、対象者も同一

である看護職員等処遇改善事業補助金により収入の1%程度(月額平均4,000円相当)の処遇改善を実施しているため、実質的には8,000円相当の引上げとなる。

看護職員処遇改善評価料の施設基準は、①救急医療管理加算を届け出ている医療機関であり救急搬送件数が年間200件以上②救急医療対策事業実施要項に定める「救命救急医療センター」、「高度救命救急センター」、「小児救命救急センター」を設置している医療機関であること。2020年度の病床機能報告データによると、2,812施設が該当する。

賃金改善措置の対象者は、当該医療機関に勤務する看護職員等であり、看護補助者や理学療法士、作業療法士、その他コメディカルである職員(非常勤を含む)も対象に加えることができる。看護職員等とは、保健師、助産師、看護師、准看護師としている。

その他コメディカルである職員としては、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、「その他医療サービスを患者に直接提供している職種」をあげている。ただし、薬剤師は含まれない。

過不足を小さくする対応を図る

処遇改善の原資となる看護職員処遇改善評価料は、165通りの点数となった。1~145番目までは1~145点の1点刻みだが、145番目から146番目は5点刻みとなり、評価料146は150点、146番目からは10点刻みで165番目が最も高い340点となる。看護職員数に応じた必要額と診療報酬収入の過不足をできるだけ小さくするために点数設定



を行った結果だ。

点数設定を行う際に実施したシミュレーション結果では、入院料のみに点数を設定するモデルで、1~100点までだと全医療機関の97.7%をカバーでき、1~120点までにするると99.0%、1~145点までにするると99.5%をカバーできることがわかった。最新のデータ(2022年5月)である特別調査を用いたシミュレーションでは、補助金を申請した医療機関における最高点は、339点であった。

100点を越える医療機関の特徴としては、三次救急やこども・周産期医療の専門病院が多かった。

ただ、145点を越える医療機関のデータをみると、100床未満の小規模病院が多かった。新型コロナの影響で、一時的に患者が減少したために、高い点数を設定しないと、処遇改善の必要額が得られなくなっていたとの推測もできる。

シミュレーションは特定の時点のデータを基にしているため、今後、処遇改善に必要な点数は患者数や看護職員の数により、各医療機関で、変動する可能性が高い。このため、入院・外来医療等の調査・評価分科会や総会では、どこまで精緻な点数設定とすることについて、様々な議論があった。

結果的には、特別調査での最高点である339点にも対応できる340点まで点数を設定することになった。一方で、145点を越える点数については、点数間の刻みを大きくした。

各医療機関が算定する点数については、所定の数式に看護職員等数や入院患者数を代入し、特定の数値を得て、その数値を看護職員処遇改善評価料の区分に当てはめると、点数が与えられるという仕組みになっている(左表を参照)。

看護職員処遇改善評価料の施設基準における点数設定

看護職員処遇改善評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における看護職員等の数(保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。以下同じ。)及び延べ入院患者数(入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。)を用いて次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

$$【A】 = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額 (当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

別表2 看護職員処遇改善評価料の区分

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

感染症対応の医療機関への減収補償の仕組みを提案

社保審・医療保険部会

健保法には保険医療機関の感染症対応への協力を明記

厚生労働省は8月19日の社会保障審議会・医療保険部会(菊池馨実部会長)に、感染症対応のため特別な協定を締結した医療機関への減収補償の仕組みを提案した。財源は、広く国民で支える仕組みとするため、公費と保険料とする。ただ、保険者は反対している。また、感染症対応に保険医療機関が協力することを、健康保険法に明記するとの案も出された。

秋の臨時国会への提出が見込まれる感染症法の改正については、厚労省が感染症に対応する医療機関の抜本的拡充の対応策を示しており、8月17日の社保審・医療部会でも議論された。その中に、感染症対応のため特別な協定を締結した医療機関への減収補償の仕組みがある。厚労省は医療部会での議論を受け、減収補償の仕組みの具体的なイメージを示した。

提案では、「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」は、協定に基づく対応により一般医療の提供を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療の提供をすることから、減収補償を行うための方法を設けるとしている。

補償額は、感染症医療の提供を行っ

た月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う。事業実施主体は都道府県で、費用負担者は国、都道府県、保険者(被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療広域連合)一とした。

費用負担者に保険者が含まれたことに対し、保険者側は反発。健康保険組合連合会副会長の佐野雅宏委員は、「新興感染症に対応する医療インフラは本来全額公費で賄うべき。コロナ禍に匹敵する事態が起こったとしても、診療行為がないにもかかわらず保険者が費用負担をすることはおかしい」と訴えた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「方向性には賛同できる。しかし、パンデミックの初期段階に、お金がないから病床が動かなかったわけではない。医師・看護師が不足したことが理由だ。お金を出すことより、いかに医療機関が有事に備え、人員・物資を含めた余裕が持てるかが重要。その視点が入っていない」と指摘した。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、感染症対応に保険医療機関が協力することを、健康保険法に明記することについて、「平時にお

いても協定を結ぶことは理解できるが、今後、どのような感染症が発生するかわからない。もちろん新型コロナを参考にして決めることはいいと思うが、実際に新たな感染症が起きたときの対応はそれぞれ異なるはずだ」と述べ、柔軟な対応が行われることが担保できるような規定とすることを求めた。

オンライン資格確認システムを議論

医療保険部会は同日、オンライン資格確認等システムについて議論した。厚労省は、来年3月末までに概ねすべての医療機関・薬局がオンライン資格確認等システムの運用を開始することを目指している。ただ、運用開始は8月14日現在で全体の26.8%の約6.2万施設。

運用開始を加速化するため、各都道府県単位で地方厚生(支)局、社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険連合会に担当者を置き、連携して関係者への働きかけを行う「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置する方針を明らかにした。

一方、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会の三師会の「オンライン資格確認推進協議会」と厚労省合同での説明会を8月24日にユーチューブで



配信することも示された。

電子処方箋のモデル事業については、今年10月から1年間実施するモデル事業の4地域を選定している。

具体的には、①山形県酒田地域(日本海総合病院、アイン薬局、共創未来あきほ薬局他)②福島県須賀川地域(公立岩瀬病院、さくら薬局他)③千葉県旭地域(国保旭中央病院、調剤薬局マツモトキヨシ、とまと薬局、日本調剤、毎日薬局、ヤックスドラッグ他)④広島県安佐地域(安佐市民病院他)の4地域となっている。

電子処方箋管理サービスの運用開始は2023年1月を予定しており、2025年3月には、概ねすべての医療機関・薬局が電子処方箋システムを導入することを目指している。厚労省は、そのための支援も加速させる考えだ。

猪口委員は、「かなり早いスピードで、電子処方箋システムの導入が進んでいく。通信環境が十分ではない地域への配慮や、セキュリティの面での確実な対応をお願いする」と述べた。

感染症に対応する医療機関への減収補償のあり方など議論

社保審・医療部会

「診療報酬とは別の枠組みで対応すべき」神野委員

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は8月17日、「現行の感染症法等における課題と対応等」、「遠隔医療のさらなる推進」、「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」をめぐり議論を行った。「感染症に対応する医療機関の抜本的拡充」に関して、協定を締結する医療機関に対する減収補償のあり方などで委員から様々な意見が出た。

感染症対応の医療機関

「現行の感染症法等における課題と対応等」については、内閣官房の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」の報告書に基づき、新型コロナウイルス感染症対策本部決定の「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染危機に備えるための対応の方向性」に沿って、課題と対応の方向性が示された。

その中の「感染症に対応する医療機関の抜本的拡充」に関して、「都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療協議会における調整の枠組みを設ける。…平時から必要な病床を確保できる体制を整備する」との方針が示されている。協定に沿った履行を確保するための措置としては、「一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組み」を創設するとしている。

全日病副会長の神野正博委員は、「減収補償の仕組みの創設が記載されているが、病床、人員、PPE(個人防護服)などの確保の財政支援を診療報酬の枠組みでやるのか、それともそれとは全く違う別の枠組みでやるのかを明確にしていきたい。例えば、自衛隊や消防組織は、非常時に備えて平時に訓練などを行っている。これに対して医療機関は、日常で一般医療を提供している。その意味では、非常時のための病床、人員、PPE(個人防護服)などは、診療報酬とは別枠で対応すべきものであると強く思う」と述べた。

健康保険組合連合会専務理事の河本

●診療科別の時間外・休日労働1,860時間超の医師の割合

診療科 (集計の便宜上、厚生労働省において19診療科及びその他に分類した)	所属 医師数	時間外・休日労働 1,860時間超 の医師数	時間外・休日労働 1,860時間超 の医師の割合
1 内科	12,340	220	1.8%
2 小児科	2,508	70	2.8%
3 皮膚科	1,602	4	0.2%
4 精神科	1,534	12	0.8%
5 外科	4,883	248	5.1%
6 整形外科	2,257	48	2.1%
7 産婦人科	2,128	150	7.0%
8 眼科	1,791	11	0.6%
9 耳鼻咽喉科	1,476	18	1.2%
10 泌尿器科	1,306	21	1.6%
11 脳神経外科	1,321	76	5.8%
12 放射線科	2,075	6	0.3%
13 麻酔科	2,408	41	1.7%
14 病理	635	7	1.1%
15 臨床検査	184	0	0.0%
16 救急科	1,400	43	3.1%
17 形成外科	848	14	1.7%
18 リハビリテーション科	375	2	0.5%
19 総合診療	515	11	2.1%
20 その他	2,132	32	1.5%
合計	43,718	1,034	2.4%

滋史委員も、「事業継続確保のための減収補償に必要な経費は、公費によって賄われるべき」と主張した。その上で、「『感染症まん延時等』とあるが、感染症まん延時以外に、減収補償を行う場合があるのか」と質問。厚生労働省は、「ここでの減収補償は『感染症流行初期』に限定される」と説明した。

さらに、第8次医療計画の事業に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されたことを踏まえ、今後のスケジュールについての質問があった。厚生労働省は、現在、第8次医療計画検討会において、各分野の議論が進められているが、新興感染症等については、秋の臨時国会で感染症法等改正を行う予定となっており、それを踏まえ、その内容が第8次医療計画に盛り込まれるよう対応するとの考えを示した。

産業医科大学教授の松田晋哉委員は、「足りないのは、病床というよりも人員」と強調。「医師、看護師などをあらかじめ登録し、非常時に活躍してもらう仕組みが求められる」と提案した。減収補償の財源については、「広く国民一般に負担してもらう財源がよいと思う。例えば、地域医療介護総合確保基金が考えられる。保険料も使って一定程度プールする仕組みも一案だと思う」と述べた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「特に大都会において、感染症まん延時は公的・公立病院だけではカバーできないので、民間病院が対応しなければならない。その時に、公的・公立病院に対しては、補助金はじめ平時から財政支援があるが、民間病院にはない。民間病院に対する支援をどう考えればよいか」と質問。厚生労働省は、「今回の減収補償の仕組みは、公立・公的病院、協定を締結した病院であれば、民間、公立・公的の別なく対応するものと考えている。民間病院であっても、減収補償の対象になる」と回答した。

オンライン診療の場所拡充の是非

遠隔医療のさらなる推進については、規制改革実施計画(2022年6月7日閣議決定)が「通所介護事業所や公民館等の身近な場所での受診を可能とする必要がある…デジタルデバイスに明るくない高齢者等の医療の確保の観点から、オンライン診療を受診することが

可能な場所や条件」の検討を求め、成長戦略フォローアップ(2021年6月18日)が「自動車を活用してオンライン診療を行う場合の課題や事例」の整理、普及を求めていることを踏まえ、議論が行われた。

「医療は医療提供施設または患者の居宅等で提供されなければならない」と医療法で規定され、それは「オンライン診療の適切な実施に関する指針」でも適用されることになっている。

医療提供施設は、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局、その他の医療を提供する施設と定義される。

「居宅等」は、「老人福祉法に規定する養護老人ホーム等のほか、医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所」を含み、療養生活を営むことができる場所としては、「患者のプライバシーが十分配慮された環境」であることや、「清潔が保持され、衛生上、防火上及び保安上安全と認められる場所」とされている。

なお、「患者が勤務する職場等」も、療養生活を営むことができる場所として認められている。

厚生労働省は、オンライン診療を可能とする場所として、「通所介護事業所や公民館等の身近な場所」、「自動車」をどう考えるかを論点とした。

神野委員は、「85歳以上になると医療・介護を必要とする人は6割近くになる。まさに、医療機関には通えない人がどんどん増えてくることを背景に、オンライン診療を普及させる取組みには賛成する。Maas(マース：Mobility as a Service)の話も出たが、自動車が診療所になってもよいし、Maasを使った送迎も考えられる。また、論点に、『医師と患者間のD to Pの形式や、看護師が同席するD to P with Nの形式も想定する』とあるが、withホームヘルパーも考えられる。オンライン診療の費用に、訪問看護や訪問介護の費用を勘案することも検討しなければいけない」と述べた。

他の委員からは、「通所介護事業所や公民館では、患者の日常生活等の事情の情報を得ることは難しい。通所介護事業所や公民館に行ける人は、医療機関にも通えるはず。Maasで患者の傍らに来ることができるのであれば、自宅でオンライン診療ができるよう配慮すべき。患者を自動車で移動させることにこだわるべきではない(角田徹委員・日本医師会副会長)」、「公民館は、壁が薄いなど患者のプライバシーが確保できない可能性がある。Maasも医師不足地域に限るなど一定の範囲に抑えるべき(佐保昌一委員・日本労働組合総連合会 総合政策推進局長)など慎



重な意見も出た。

厚生労働省は、オンライン診療の実施に当たっての基本理念として、◇患者の日常生活の情報も得ることにより、医療の質のさらなる向上に結びつけていくこと◇医療を必要とする患者に対して、医療に対するアクセシビリティ(アクセスの容易性)を確保し、よりよい医療を得られる機会を増やすこと◇患者が治療に能動的に参画することにより、治療の効果を最大化すること—を示している。

1,860時間超は大学病院の2.4%

医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査については、時間外・休日労働時間が年通算1,860時間相当超の医師数が多い大学病院の診療科別の集計が示された。全体では、所属医師数(4万3,718人)のうち2.4%(1,034人)が、1,860時間を超えていた。

2022年3・4月に実施した調査では、大学病院本院および防衛医科大学校病院のうち、副業・兼業先を含めた時間外・休日労働時間は、82病院中20病院(24%)の把握にとどまった。今回、大学病院本院等に対し、改めて調査(2022年5月25日～7月8日)を行ったところ、100%の病院から回答があり、副業・兼業先の勤務実績の把握状況は90%(2,803診療科のうち2,522診療科)まで高まった。自院の勤務実績の把握状況は100%であった。

結果をみると、1,860時間を超えていた割合が最も高かったのは産婦人科の7.0%で、次いで、脳神経外科の5.8%、外科の5.1%、救急科の3.1%、小児科の2.8%、総合診療と整形外科の2.1%となっている。最も低いのは臨床検査の0.0%、次いで、皮膚科の0.2%、放射線科の0.3%、リハビリテーション科の0.5%、眼科の0.6%、精神科の0.8%となっている。所属医師数の多い内科(1万2,340人)は1.8%であった(左表を参照)。

なお、現状で、時間外・休日労働が年間1,860時間を超える医師には、「(外勤先の)宿日直許可の取得」、「タスクシフト/シェア」、「外部からの医師派遣」、「院内の勤務体制の見直し」などを行い、1,860時間を超えないようにしなければならない。960時間以内であれば、医師への時間外労働規制のA水準となるが、960時間を超える場合は、B水準、連携B水準、C水準のいずれかの特例を受ける必要がある。

一冊の本 book review

『実践 医療現場の行動経済学：すれ違いの解消法』

著者●大竹文雄 平井啓

出版社●東洋経済新報社

定価●2,400円+税

大好評の中、今号で最終回を迎えた本紙連載「行動経済学的視点から考える医療人材マネジメント」で講師を務められている平井啓先生の最新著書。2018年にご紹介した『医療現場の行動経済学 すれ違う医者と患者』の続編。題名に「実践」と銘打たれている通り、臨床・公衆衛生の現場における行動経済学応用の事例が多く紹介されている。特にACPやステロイド治療、内服投薬事故などのテーマについては、病院における治療・業務に対して直接的かつ具体的なヒントを数多く得ることができるだろう。「バターナリズムではないインフォームドコンセント」を心がけてきた医療者ほど強く感じるであろう「医療の現場でナッジを使うことに対する直感的な疑問」も、本書を読めば納得・解決するはず。よりよい医療を提供していくために、すべての医療スタッフに読んで欲しい1冊。(安藤高夫)



第63回全日本病院学会 in 静岡 10月1・2日に浜松で開催

静岡学会のプログラムが確定 ポストコロナ時代の病院経営、地域医療構想を討論

第63回全日本病院学会 in 静岡(土田博和学会長)が10月1・2日に『ポストコロナ時代を生きる』をテーマに静岡県浜松市で開催される。このほど、そのプログラムが確定した。

新型コロナウイルスの感染拡大の教訓をもとに、ポストコロナの病院経営を展望する学会となる。地域医療構想による機能分化と連携がメインのテーマだ。また、ICTの活用による医療情報の利活用も課題であり、学会テーマに沿った充実したプログラムが用意されている。

ポストコロナを展望した多彩なプログラムを用意

学会1日目は、開会式に続いて日本医師会の松本吉郎会長、厚生労働省の福島靖正医務技監が特別講演を行う。その後、土田学会長が講演し、学会テーマに込めた思いを述べる。

続くシンポジウム1では、『ポストコロナ時代の病院経営』をテーマに討論する。新型コロナで病院経営は大きな打撃を受けたが、その影響は診療科や病院の特性によって様々。新型コロナの影響を検証し、今後の方向を考え

る。

シンポジウム2『どうする? データヘルス集中改革』では、政府が進める医療DXの取組みをとり上げる。マイナンバーの保険証利用が始まり、オンライン資格確認のシステムを通じて、特定健診や薬剤情報が活用できるようになった。医療情報の利活用を通じて、質の高い医療につなげることが課題となる。

2日目午前のシンポジウム3は『ポストコロナ時代の地域医療構想』がテーマだ。日本総合研究所の翁百合氏と名古屋記念財団の太田圭洋理事長が学会のメインテーマを話し合う。シンポジウム4『ポストコロナ時代のタスクシフト』では、医師の働き方改革の実施を見据え、タスクシフトによる勤務医の負担軽減の具体的な方策を話し合う。

1日目午後の特別企画『未来は今』では、静岡に拠点を持つ浜松ホトニクスとテルモから、最先端技術の活用について聞くほか、静岡県が進める「ファルマバレープロジェクト」の報告を受ける。

2日目最後のプログラム、市民公開講座『しぞーカルネッサンス』は、静

岡のまちづくりがテーマだ。大道芸や演劇を楽しめるまちづくりや、SLを観光資源として活用する大井川鐵道の取組みを聞く。

そのほか、特別講演3では、「今! 患者用病室Wi-Fiを開設しなければならない理由」、特別講演4では「プラネ

タリーヘルスからみた地方の医療機関の可能性」のテーマで講演が行われる。

指定演題では、「新型コロナウイルス感染症が現場に与えたインパクト及び今後の対策について」で、10題の発表が予定されている。

また、委員会企画では、合計15のセッションを用意。各委員会の活動を踏まえた発表が行われる。

静岡学会は、3年ぶりに現地開催で行われる予定だ。学会に参加し、交流を深めるとともに、ポストコロナの病院経営のヒントを持ち帰ってほしい。あわせて、風光明媚な静岡県を堪能する機会としてはどうだろうか。

「第63回 全日本病院学会 in 静岡」の開催概要

開催日◎2022年10月1日(土)・2日(日)
学会長◎土田博和(全日病静岡県支部支部長、フジ虎ノ門グループ会長)
実行委員長◎甲賀啓介(コミュニティーホスピタル甲賀病院院長)
会場◎アクトシティ浜松
事前参加登録◎2022年3月1日(火)～8月12日(金)
参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	33,000円	11,000円	13,200円	—
当日登録	39,000円	14,000円	16,000円	2,000円

懇親会◎2022年10月1日(土) 18:30～
ホテルクラウンパレス浜松
参加費は事前登録:2,200円、当日登録:3,000円
*事前参加登録は終了いたしました。学会当日、会場にて参加登録をお願いいたします。
*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申込みください。
<https://amarys-jtb.jp/ajha63/>

「第63回全日病学会 in 静岡」主なプログラム

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場
大ホール	中ホール	31 会議室	41 会議室	43+44 会議室	52+53+54 会議室

第1日(10月1日)

開会式 8:30～9:00					
特別講演1 9:00～9:30 松本吉郎 日本医師会会長					
特別講演2 9:30～10:00 福島靖正 厚生労働省医務技監					
学会長講演 10:00～10:30 土田博和学会長					
シンポジウム1 10:40～12:10 「ポストコロナ時代の病院経営」 甲賀 啓介 石井 孝宜 大石佳能子 相良 吉昭	委員会企画1 10:40～12:10 病院のあり方委員会 「地域包括ヘルスケアシステム構築の取組み」	委員会企画2 10:40～12:10 高齢者医療介護委員会 「居宅における医療ニーズ(訪問看護とリハビリテーション)の把握とその提供実態に関する調査研究事業結果」	委員会企画3 10:40～12:10 若手経営者育成事業委員会 「非医師理事長への事業承継・第2弾」		
シンポジウム2 13:40～15:10 「どうする? データヘルス集中改革」 大林 尚 渡辺幸子	委員会企画4 13:40～15:10 外国人材受入事業会議 「介護技能実習 受入施設からの報告 ～実習現場ってどうなっているの?～」	委員会企画5 13:40～15:10 プライマリ・ケア検討委員会 「地域密着型病院に求められる医師像」	委員会企画6 13:40～15:10 救急・防災委員会 「法改正後に病院救命士は今後どこまで活躍できるか」		
特別企画 15:10～16:55 「未来は今」 小倉 隆 長谷川英司 植田 勝智	委員会企画7 15:10～16:40 広報委員会 「病院におけるDX推進事例紹介」	日本医業経営コンサルタント協会企画 15:10～16:40 「コンサルタントがみるCOVID-19後の医業経営戦略」	委員会企画8 15:40～16:40 医療従事者委員会 「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果—代表演題の発表—」		
特別講演3 17:00～18:00 「今! 患者用病室Wi-Fiを開設しなければならない理由」 笠井信輔					

第2日(10月2日)

シンポジウム3 9:00～10:30 「ポストコロナ時代の地域医療構想」 翁 百合 太田圭洋	シンポジウム4 9:00～11:00 「ポストコロナ時代のタスクシフト」 舟越 亮寛 本田 和也 門井 洋二 伊藤康太郎	委員会企画9 9:00～10:30 医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 「医療事故調査制度への医療機関の対応と課題—適切に報告できる院内体制の構築—」	指定演題 9:00～9:50 「新型コロナウイルス感染症が現場に与えたインパクト及び今後の対策について1」	委員会企画10 9:00～11:00 人間ドック委員会 「治療と仕事の両立支援」の推進—「病院医療スタッフと産業保健スタッフとの連携—」	委員会企画11 9:00～10:30 病院機能評価委員会 「中小病院がいかんして機能評価を受審するか。～受審支援モデル事業について～」
		委員会企画12 10:30～12:00 医療の質向上委員会 「医療安全管理体制相互評価の意義と院内体制構築—厚労科研究費研究の初年度の成果報告—」	指定演題 10:00～10:50 「新型コロナウイルス感染症が現場に与えたインパクト及び今後の対策について2」		
特別講演4 11:00～12:00 「プラネタリーヘルスからみた地方の医療機関の可能性」 山本竜隆					
市民公開講座 14:00～15:30 「しぞーカルネッサンス」 甲賀雅章 山本豊福	委員会企画13 13:30～15:00 医療保険・診療報酬委員会 「2022年度診療報酬改定を振り返る」	委員会企画14 13:30～15:00 看護師特定行為研修委員会 「働き方改革に備えよ～手順書を活用したこれからのチーム医療の展望」	委員会企画15 13:30～15:00 医業経営・税制委員会 「人事考課について考える」		
閉会式 15:30～16:00					



行動経済学的視点から考える医療人財マネジメント

～メディカルスタッフが最高に活躍できるための心くばり～

第5回 適材適所に人材を配置するのは難しい！

当企画は、行動経済学の視点から病院の経営マネジメントを見直し、病院のリーダーがチームメンバーを伸ばすことで、全体のパフォーマンスやクオリティを上昇させることの支援を目的としている。

前回(第4回)は「どうして若手スタッフは話が通じないのか?」という、はるか昔から人類が苦しんできた悩みについて、その原因をひもとき、e-learningを活用して若手を伸ばす教育法について取り上げた。

今回(最終回)は、「適材適所に人材を配置するのは難しい!」と題して、理想の人材配置を考えていく。当企画が会員の皆様の参考となれば幸いです。

江口 病院経営者のよくある悩みとして、適材適所に人材をどう配置するかという問題があります。理想の人材配置とはどのようなものなのでしょうか?



江口有一郎氏

石川 診療科や病棟を飛び越えて横断的に動ける人員を作るのがいいと思います。縦割り組織だといつまでたっても推進力が上がらないのですが、皆がより横断的に動くことで多くのチームが活性化すると感じています。

江口 それはどのようなチームなのですか?

石川 チームリーダーは医師で、そのチームがマネジメントして教育したり加算を取ったり新患数を増やすような活動を行います。経営陣は各チームが医療の質と経営の両方を成り立たせていけるように、より動きやすい環境をヒアリングして、法人としてできることをサポートするような形にしています。病院の方針とズレない内容で、リスクがあまりないなら、やりたいことを応援するという姿勢です。何事もトライ&エラーであり、ダメならすぐやめればいい、という感覚でないと提案が出てこないと思っています。

江口 その提案はどのようなプロセスで上がってくる仕組みですか?

石川 病院内のSNSに書く場合もありますが、お金がかかる場合は稟議書を提出してもらいます。チーム内でシミュレーションをしてもらって、それが良かったらOKが出るのはかなり早いです。



石川賀代氏

江口 自ら自走してやりがいを感じられる仕組みだと思います。やりたいことがあるのに、聞く場所が分からないで保留しているうちに、人間は忘れてしまうものですね。思いつきやアイデアをパッと出せる仕組みは大きなメリットです。

平井 シンプルで、意思決定のコストが低いと思いました。大きな組織になるほど、意思決定のコストがとて高くなります。書類を作ってこの会議に通して…などと想像するだけで多くの人は萎えますよね。

江口 このような仕組みに対して中間管理職もすぐ賛成しましたか?

石川 いや、そんなことないですよ。職種や年齢、個人の特性や性格によって反応が異なりますので、一度にすべての部署でパッとうまくいくとは言えません。そういう部署には別の仕組みを入れないとなかなか難しいです。

平井 人材の配置については「ニューロダイバーシティ」の導入を試みています。その人の特性や性格を多様性と捉え、得意なこと、不得意なことをチェックして、それに合った仕事の仕方を見つけていこうとする取り組みです。

石川 当院の事務チームを作るときに、ストレンクスファインダー®(米国ギャラップ社が開発した、人の才能を見つけ出すツール)を使ってみたことがあります。私の特性を皆に開示してメンバー構成を考えることもしたのですが、まだ成果が出ているとは言えません。とはいえ、何をやるにしても自分の特性を知ることで成果を上げやすくなると思うので、面白いツールだと思います。

江口 適材適所は難しいですよ。特に中間管理職は昔ながらの年功序列で決まるので、管理職が不向きの方が就くこともあり得ます。院内で人事が固定しがちなところもあって、部署によっては1+1が100になるところもあるのでは、1+1+1が2にしかならないところもあるのです。それは管理職のスキルなのかモチベーションなのか…スタッフは頑張っているのですが、リーダーによってその頑張りとその部署のみならず法人全体として良いアウトプットにつながっていない気がします。

石川 企画や調整ができる人、ガンガン動ける人を組み合わせて横断的なプロジェクトチームを作ってはいかがですか。まずは絶対成果が出ることをやらせて自信を付けさせて、小さな成功体験を積み重ねていながら、だんだん難しい課題に挑戦していくような道筋を付けてあげるといいと思います。

江口 成功体験を得られて褒められる環境ならば、次々とアイデアが出てくる和気藹々とした良いチームが育てられると思います。現場のなかでちょうどいい課題を見つけるのが悩ましいところですよ。

平井 以前、大学でこんな組織改革案を考えたことがあります。それは職能ごとに管理するだけの組織と、職種に関係なくプロジェクト管理をするリーダーのいる組織を別立てにするという二重構造です。職能管理は年功序列で

<登場人物紹介(敬称略)>

講師: 平井 啓(大阪大学大学院人間科学研究科准教授)

先輩経営者: 石川賀代(社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長・病院長)

新米経営者: 江口有一郎(医療法人ロコモメディカル副理事長/ロコモメディカル総合研究所所長)

記事作成: 田中留奈(伝わるメディカル/佐賀大学大学院)

上げていき、業務はプロジェクトで管理していくほうがスッカリすると思

いました。それに加えて、給料も職能に応じて年功序列的にベアアップし、プロジェクトの成果でボーナスがもらえるようにする。そうすると、職種や年齢に関係なく、成果を上げて給料をたくさんもらう人が出てきますし、仕事への動機付けもできますよね。

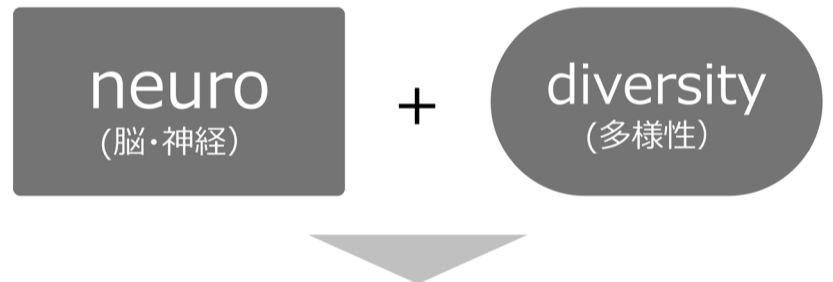


平井 啓氏

江口 そのほうが働く側としても目的がはっきりして楽しそうですね。

平井 残念ながらこの案は採用されなかったのですが、参考になれば幸いです。(終わり)

図 ニューロダイバーシティの考え方



人の 脳や神経、認知 のあり方や特徴の 違いを 多様性と捉え 理解し尊重 すること

新しい働き方、人材育成への導入

厚労省が概算要求まとめる

厚生労働省は8月25日、令和5年度予算案の概算要求をまとめた。厚労省

予算案は33兆2,644億円で対前年度比6,340億円増となった。大部分を占め

る年金・医療等の経費は31兆2,694億円で同5,376億円増となっている。

新しい資本主義の実現など重要施策に対する重要政策推進枠には1,694億円を要望している。新型コロナ対策の

経費については金額を定めない事項要求であり、予算編成過程で検討する。

医療では、医療DXの推進や地域医療構想の推進、医師偏在対策、医師等の働き方改革などを重点施策とした。

2022年度 第4回常任理事会の抄録 7月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 埼玉県 医療法人社団鴻愛会
 - こうのす共生病院
 - 理事長 神成 文裕
 - 富山県 医療法人財団恵仁会
 - 藤木病院
 - 理事長 藤木 龍輔
 - 兵庫県 医療法人社団甲北会
 - 甲北病院
 - 院長 近藤 幹
- 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,539会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 北海道 医療法人鴻仁会深瀬医院

理事長 深瀬 晃一

- 準会員数は合計113会員となった。
- 新潟県支部長について説明があり、承認された。
- 宮崎県副支部長の交代について、報告された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協総会」第8次医療計画等に関する検討会「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」
 - 「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」
 - 「厚生労働省低炭素社会実行計画フォローアップ会

議」の報告があり、質疑が行われた。

- 第63回全日本病院学会in静岡における各委員会企画の全日病ニュース掲載に関する編集方針が報告された。
- 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
 - 栃木県 藤井脳神経外科病院
 - 一般病院2
 - 東京都 牧田総合病院
 - 山形県 日本海総合病院
 - 慢性期病院
 - 徳島県 保岡クリニック論田病院
 - 熊本県 悠紀会病院

○精神科病院

- 栃木県 鹿沼病院
- 6月3日現在の認定病院は合計2,046病院。そのうち、本会会員は848病院と、全認定病院の41.4%を占める。
- 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」について報告があり、意見交換した。
- 新型コロナウイルスの感染状況について、各地域の状況が報告された。

厚生労働大臣に加藤勝信氏

第二次岸田内閣 副大臣には羽生田俊氏、伊佐進一氏

岸田文雄内閣総理大臣は8月10日に内閣改造を行い、第二次岸田内閣を組閣した。厚生労働大臣には、加藤勝信・前自民党社会保障制度調査会長が就任した。加藤氏の厚労相就任は3回目、2020年9月には内閣官房長官も経験している。自民党では、2018年に総務会長を担った。

また、厚生労働副大臣には、元日本医師会副会長で自民党の羽生田俊氏、公明党の伊佐進一氏、厚生労働大臣政務官には、元日本薬剤師連盟副会長で自民党の本田顕子氏、診療放射線技師で自民党の畦元将吾氏が就任している。

加藤厚労相は同日、厚労省で就任あいさつを行い、「厚労省は、国民の生活、暮らしに密着する、重たい、責任のある仕事を担っている。3回目の就任だが、状況というものも変わっており、その重責は1回目、2回目と何ら変

わっていない。初心に立ち戻って、目の前の仕事にしっかりと取り組みたい」と述べた。

また、岸田首相からは5点の指示を受けたと報告した。具体的には、まずは新型コロナへの当面の対応として、医療提供体制から予防、発見から早期治療の流れをしっかりと進めていくことをあげた。対策の段階的な見直しを行い、「1日も早い社会経済活動の正常化を目指す」とした。

2点目は、次の感染症危機に備える観点から、「日本版CDCの創設や医療機関との協定の法定化など、感染の初期段階から迅速・効果的に対策を講じるための司令塔機能の強化、保健・医療提供体制の構築を進めること」をあげ、3点目は、「全世代型社会保障の構築のため、男女ともに仕事と子育てを両立できる環境整備を行う、勤労

者皆保険の実現・働き方に中立的な社会保障制度の構築、医療・介護提供体制の改革、そしてさらには保育、介護などの現場で働く人々の処遇改善等に取り組むこと」をあげた。

4点目は、「希望出生率1.8を目指し、誰もが結婚や出産の希望を叶えることができる社会づくりを進めること。安心して子どもを産み育てられる環境を整備すること」、5点目は、「同一労働・同一賃金、長時間労働の是正、中途採用あるいは経験者採用の抜本拡大などの働き方改革を推進すること」であるとした。

四病院団体協議会も8月15日付けで就任に際してのコメントを発表。「我々が考える最適な医療提供体制を実現できる厚生労働大臣として期待している。また、コロナ対応や診療報酬改定、医師の働き方改革など我々が直面してい

る諸課題に対して、あるべき姿の方向性を示しながら、次世代まで最適な政策を堅持していただけたと考えている。益々の期待を寄せるとともに、できる限りの協力をしていく」と伝えた。



【加藤勝信氏のプロフィール】

1955年生まれ。1979年東京大学経済学部卒。同年大蔵省入省。2003年衆議院議員初当選。2015年国務大臣(一億総活躍担当、女性活躍担当、再チャレンジ担当、拉致問題担当、国土強靱化担当)、2017年厚生労働大臣・働き方改革担当、拉致問題担当、2019年厚生労働大臣、働き方改革担当。

■ 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)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
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 (WEB開催) (70名)	2022年9月23日(金・祝) 2022年9月24日(土)	27,500円(33,000円)	「院内医療事故調査の指針(第2版)」を教材に、各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究(西澤班)」の研究協力者である宮澤潤弁護士や練馬総合病院の飯田修平理事長らを講師に招き、研修会を開催する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース(東京会場) 48名	2022年9月29日(木) 【全日病会議室】	13,200円(17,600円)	医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的に開催する。座学だけでなくグループワークを経験していただく。新型コロナの流行状況によっては、オンライン開催に切り替える。参加者には、「受講認定証」を発行する。
災害時の病院管理者等の役割研修 (WEB開催) 60名	2022年10月13日(木)	7,700円(11,000円)	本研修では、病院管理者等が大規模災害等発生時取るべき処置、役割等の留意点の説明と、発災を想定したシミュレーションを実施する予定。全日病の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の受入対応を想定した講義も予定している。
「QMS(Quality Management System)事例紹介」 WEBセミナー (100名)	2022年10月16日(日)	5,500円(8,800円)	医療が高度化、複雑化する中で、組織的に質を管理し、改善していくための仕組みである質マネジメントシステム(Quality Management System=QMS)について、導入している2病院(大久野病院(東京都)、飯塚病院(福岡県))が実際の取組みを発表する。また、早稲田大学理工学術院創造理工学部の棟近雅彦教授が講義を行う。
業務フロー図作成講習会 (WEB開催) 20病院	2022年10月29日(土)	49,500円(77,000円) (3~5名)/1病院	各医療機関における医療の質向上、経営の質向上を目的として、業務フロー図に関する講習会を継続的に開催している。自院で作成した業務フロー図を元に、業務フロー図作成と修正に関して検討していただく。業務フロー図の作成経験のない方でも作成できるよう参加申込病院には事前にサンプル、講義動画、テキストをお送りする。
特性要因図作成研修会 (WEB開催) 20病院	2022年10月30日(日)	49,500円(77,000円) (3~5名)/1病院	医療事故調査制度の根本にある原因究明と再発防止のため、自施設の具体的事例に対する業務フロー図に基づく現状把握、ブレインストーミングによる特性要因図作成によって、改善すべき業務範囲と主要要因の抽出、それに基づく根本原因分析までを一貫して、座学、演習、グループ討議する研修会。
特定保健指導実施者・初任者研修 (集合研修) (60名)	2022年11月3日(木・祝) 【全日病会議室】	22,000円(33,000円)	保健指導経験年数2年程度までの特定保健指導実施者に対して、厚生労働省プログラムの「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った研修を実施する。本研修は「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)食生活改善指導担当者」の更新のための単位(2単位)に該当する。現地での開催を予定しているが新型コロナの状況によりオンライン開催に変更する可能性がある。
病院管理士 認定更新講座 (オンライン) 50名	第1単位・2022年9月11日(日) 第2単位・2022年10月9日(日) 第3単位・2022年11月6日(日) 第4単位・2022年12月4日(日)	44,000円	全日病の医療従事者委員会では、2022年度から、病院管理士を対象とした『病院管理士 認定講座』を開講する。本講座は、事務長研修を修了して、病院管理士として活躍されている方を対象に、事務長として継続的に学習する場として、開講する。本講座を受講すれば、認定更新の資格が与えられる。
看護師特定行為研修指導者講習会 (オンライン) 32名	第4回・2022年11月20日(日) 第5回・2022年12月18日(日)	各回11,000円	全日病は厚生労働省より、「看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体を受託している。本講習会は、特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会であり、指導者として携わる予定の医師、歯科医師、看護師等の医療関係者が対象。特定行為研修の質の担保を図るため、当該研修制度の趣旨・内容等について、効果的に指導を行うことができる指導者育成を図る。参加者には「修了証書」を交付する。