



全日病 ニュース

2022.10.1

No.1018

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

医師偏在指標の精緻化をめぐる議論

厚生労働省・地域医療構想等WG 病院と診療所、診療科別の把握に技術的課題

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9月21日、医師偏在指標をめぐる議論を行った。全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員らが、医師偏在指標について、「病院と診療所を区別すべき」、「診療科別の実態を把握すべき」と発言をしていたことを受け、厚労省が指摘事項を検討するとともに、データを示した。医師偏在問題の解決のため、医師偏在指標の精緻化を図りつつも、一定の技術的課題が残ることが明らかとなった。

医師偏在指標は、従来の人口10万人あたりの医師数に、医療ニーズや医師の性別・年齢分布などを加味した医師数の指標。それを都道府県や二次医療圏ごとに並べ、上位3分の1を医師多数、下位3分の1を医師少数、それ以外を医師中程度と区分している。

病院と診療所の区別については、三師統計と患者調査を用いて、一定の仮定を置き、試算を行った。その結果、病院の都道府県別の医師偏在指標は、全体と比べ、相互に4県の変動があった。二次医療圏別では、相互に61区域の変動があった。全体では医師多数と判断され、病院のみでは医師中程度と判断された都道府県は1県、二次医療圏は12区域にとどまった。一方、診療所では、全体の指標と比べ、相互に19県の変動があった。二次医療圏では、相互に134区域の変動があった。

猪口委員は、「病院と診療所を分けて分析することで、理解が深まった。特に、診療所の場合で区分の変動が多いことがわかった。全体の医師偏在指

標以外の数値も把握して、偏在状況を判断することが大事だ」と述べた。

また、今回の分析では、病院・有床診で入院・外来それぞれに対応する医師の分類が不可能であることから、一律の仮定を置いた。これに関し、全日病副会長の織田正道委員は「診療所が少なく、病院が外来を多くなっている地域もある」と指摘。分析結果の妥当性に限界があることを指摘した。

受療率の設定で意見分かれる

医師偏在指標で用いる受療率については、医師偏在指標の数式の分子に用いる受療率として、「県別受療率」と「全国受療率」のどちらを用いるかを論点とした。受療率とは、人口に対する患者の割合であり、受療率が高いとより多くの医師が必要となり、受療率が低いと、より少ない医師で充足する。

受療率は全国的に西高東低の傾向にあり、入院受療率と相関が高い。猪口委員は、「受療率と相関が高い入院受療率は、療養病床の数が影響している。療養病床の医師の配置基準は急性期よりも少ないので、それで補正する方法も考えられる」と指摘した。

奈良県立医科大学教授の今村知明委員は「『全国受療率』を用いるべきだ。『県別受療率』を用いると、現状追認になってしまう」と主張した。他の複数の委員も入院受療率の「現状追認」を回避するため、「全国受療率」を用いることに賛同した。

一方、全国医学部長病院長会議理事の大屋祐輔委員は、「『現状追認』としないことは大事だが、どのような背景

でその受療率になっているかを考えないと、地域の特性を壊すことになりかねない」と慎重姿勢を示した。

2017年と2020年のどちらの受療率を用いるかということも論点となった。3年に1度の患者調査の直近は2020年だが、2020年は新型コロナの影響が大きかった時期に当たる。2017年は、5年前だが、新型コロナの影響は排除することができる。この論点については、2017年の受療率を用いることで概ね合意を得た。

ただ、2020年の患者調査をみると、入院受療率は低下している一方で、一般診療所の外来受療率は上昇しているとのデータが示された。

猪口委員はこれについて、「とても驚いた。2020年は新型コロナの影響で、受療率が低下し、医療機関の経営にも大変な影響を与えた」と理解している。それを裏付けるデータもある。外来受療率が上昇したというこのデータは、診療所が新型コロナの検査を一生懸命やったということを示していると思うが、たまたま検査が多い調査日のデータかもしれない。それも含めて2020年の受療率を用いることは歪みをもたらす可能性がある」と述べた。

診療科別の医師偏在指標を議論

診療科別の医師偏在を考えることは、猪口委員をはじめ病院側の委員が強く主張してきたことだ。しかし厚労省は、三師統計や患者調査などのデータでは、「診療科別の医師の労働時間を把握するにはサンプル数が十分でない」、「傷病名と診療科の対応関係が明確でな

い」など技術的な課題のため、診療科別の偏在指標の算出は困難と説明している。

一方、産科・小児科は、他の診療科よりも診療科と疾病・診療行為の整理が一定程度可能であり、地域偏在に早急に対応する必要性がより高い診療科であるため、暫定的に、診療科別医師偏在指標を示すことになっている。

このため、他の診療科の医師偏在指標を作成することは今回も行わないが、三師統計により、診療科別医師数の把握は可能であることから、三師統計のデータを踏まえつつ、「必要な施策」を検討することを概ね了承した。「必要な施策」とは、それぞれの二次医療圏における地域の協議により講じる施策であり、そのための参考資料として三師統計などを活用することが求められた。

厚労省はこれに関連し、人口10万人あたりの都道府県や二次医療圏別の診療科別医師数のデータを示した。

織田委員は、内科の臓器別専門医数が記載されているデータなどに対し、「二次医療圏単位であれば、19の基本診療領域での偏在を考えることが大事だ。臓器別専門医の数をどこまでそろえればよいのかということも、これからの議論になる」と指摘。地域医療を支える医師をどのように確保するかという観点で、診療科別医師数の偏在や二次医療圏の範囲を検討すべきであることを強調した。

本号の紙面から

新加算算定できない場合示す	2面
診療報酬改定シリーズ⑤	3面
10月の診療報酬改定【資料】	4・5面
かかりつけ医機能めぐり議論	6面
全世代型社会保障構築会議	7面
病院の耐震化率を公表	8面

新型コロナに対応する医療機関への財政支援の継続を要望

四病協 加藤厚労相宛てに要望書を提出

四病院団体協議会は9月8日、加藤勝信厚生労働大臣に、「新型コロナウイルス感染症に対する財政支援および診療報酬措置の延長に関する要望」を提出した。新型コロナの財政支援の一部は9月30日が期限と定められているため、10月1日以降も財政支援が継続することを求めた。

要望書では、「緊急包括支援交付金や診療報酬等における対応により、さまざまな形で医療機関の経営を支援していただいている」と、政府のこれま

での対応を評価している。

その上で、「当面の間、新型コロナの収束は期待できず、これまでの経営支援のための措置が本年9月末までとされていることに、病院団体として大変危惧している」と指摘。「経営上の支援や病床確保・整備のための支援、診療報酬上の配慮や補助金・交付金による対応を10月1日以降も継続していただきたい強く要望する」とした。

なお、9月13日に「令和4年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事

業(医療分)の事業の継続について」の事務連絡が出た。新型コロナ緊急包括支援事業(医療分)について、ワクチン関連事業以外についても、当面継続する方針が示された。

ただし、「継続に際し、病床確保料について、疑似症患者向けの病床を確保する『協力医療機関』の補助区分を廃止し、コロナ病床等への転換を図るなど、コロナ診療の強化や通常医療との両立を促進するための見直しを行う」としている。



加納繁照・日本医療法人協会会長が岡本利久・厚労省医政局総務課長に要望書を手渡し

清話抄

保健所機能と行政サービスの限界

中核市という制度がある。筆者の地元もその一つであるが、現在62の市が指定をうけており、保健所を設置することになっている。特に地方では医師である保健所長を確保するのは難し

く、また、中核市を除いた医療圏を県立の保健所がカバーするということがあって、地域医療構想などでもなかなか上手く議論が進まないのはご承知のとおりである。

コロナ禍にあって、保健所機能の充実が叫ばれているが、私が秋田県の保健所に奉職した1989年には、保健所黄昏論や不要論が渦巻いており、保健所と福祉事務所を統合して所長を事務職に、医師はスタッフとして配置するという提案がなされたこともあった。隔世

の感がある。医師を筆頭に、薬剤師、保健師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士などの専門職を抱えた保健所は、地域の健康の砦であり、市町村保健事業が十分に育っていなかった当時は特に重要性が高かったと認識しているが、行政改革や小さな政府といった流れの中で、肩身の狭い思いをしたことを覚えている。

もう一つの機能として児童相談所的機能が注目されるが、強制力がないこともあり、現場では相当の労苦ととも

かしさが混在しているようだ。昨今の育児放棄や虐待などの増加や陰湿化、隠匿化は、行政のそれだけでは賄いきれないことを明かにしており、事業者、地域住民やボランティアなどの力を借りなければ到底御しきれないと感じている。

保健所を含め、地域住民へのサービスを行政だけに押し付けることで解決できない多くの事象に、現時点での制度を超えた各般の努力が求められている。(星 北斗)

主張

患者家族を訴えるということ

ハラスメント対策は病院として喫緊の課題です。当院では患者家族のペイシェントハラスメントを契機に患者家族に対する裁判を行っています。もともと当院かかりつけの高齢患者さんが緊急に入院となり、処置に伴い有害事象が発生し緊急手術等を行い、一命をとりとめたという事例です。

その後の入院において付き添っていた患者家族から病棟看護師に対し頻回の暴言などのハラスメント言動が続き、数人の看護師の離職、それに伴う病床の閉鎖も行うことにもなったため、家

族の病棟への立ち入りを禁止する措置をとっていたところ、同家族から面会妨害禁止の仮処分の申し立てがあり、最終的には最高裁の判断で家族の請求は棄却されました。

一方で、病院側としては病状がある程度落ち着いて急性期を脱して療養型施設、転院または自宅への退院が可能であろうとのことで当院からの退院を勧めています。現在に至るまで4年間余り退院に応じてもらえないため、患者家族を相手取り訴えを起し「患者の転院・退院に協力せずに患者を不

当に居座らせ続けていること」の違法性を主張しています。裁判所の判断がどのようになるかはわかりませんが、入院中に患者家族に対して裁判を起こすことになってしまいました。

応召義務の観点からは求められたら診療を拒否できない(入院継続をしないといけない)という考え方もある様ですが、そのためには医療側と患者側に信頼関係・協同関係があることが前提であり、患者本人のみではなく患者をサポート・支援すべき患者家族にも診療協力義務が認められて初めて診療が成立するものと考えられています。本例ではそのような関係が家族との間にない事により退院させることは正当化されるのではないかと考えています。

ただし、裁判所から家族に対し転院・退院に協力する義務があるという判断が出たとしても、現実問題として家族としては何かあったら必ず救命してくれる病院でなくては転院しないと言っていた経緯もあり、この患者さんを受け入れてくれる病院・施設あるいは在宅医を捜すことは容易ではありません。「患者家族も患者同様に病んでいる」と教えられてきた身としては割り切れない思いもあるのですが、患者家族に過剰な期待をさせないとともに、医療側としては地域で協同してこのような患者家族とは対峙する体制を作ることができないかと思案するところです。(井上健一郎)

オン資システム用いた情報を活用しない場合は新加算算定できず

中医協総会

医療情報等体制充実加算の施設基準満たさないことを明確化

厚生労働省保険局の眞鍋馨医療課長は9月14日の中医協総会(小塩隆士会長)で、10月から診療報酬改定で新設される医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、患者がマイナンバーカードを持参して、オンライン資格確認システムを導入している医療機関を受診したにもかかわらず、同システムを用いた患者の診療情報を活用できない場合は、加算そのものを算定できないことを明確化した。事務連絡で趣旨を周知することも検討する。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員が、オンライン資格確認システムを導入した医療機関の中に、患者の医療情報を閲覧できないように設定する医療機関があると指摘。「医療情報が閲覧できなければ、患者がメリットを実感できなくなる」と主張し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算を

算定できないことを速やかに周知すべき」と要請した。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準では、「当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと」を定めている。

また、同日の中医協が最後の出席となった日本医師会常任理事の城守国斗委員が、退任の挨拶の中で中医協の現状に対し、要望を行った。城守委員は、「中医協の守備範囲が狭められているという指摘を最近多く受ける」と発言。「守備範囲を狭めてはいけない。中医協の存在意義をしっかりと示してほしい」と求めた。

2022年度診療報酬改定では、本体0.42%のプラス改定のうち、看護の処遇改善で0.20%分、不妊治療の保険適用で0.20%分。さらに、リフィル処方

箋導入による医療費低減効果としてマイナス0.10%分、小児の感染防止対策の医科分の加算措置の廃止でマイナス0.10%分を見込むことが、後藤茂之厚生労働大臣と鈴木俊一財務大臣の折衝で決められた。このような経緯が念頭に置かれたものとみられる。

特に、看護の処遇改善においては、制度設計の大枠も大臣折衝段階で決められ、中医協はそれに従って点数の配分を行う方法を考えるだけとなり、これまでになく、中医協で議論できる幅が狭められたとの意見が、四病院団体協議会や日本病院団体協議会などからも出ている。

城守委員は、「中医協は、全体の改定率の中で診療報酬の配分を考え、個別の診療報酬項目の算定要件・施設基準を決める。その際には、地域の医療提供体制をゆがめることがないように、政策の中身に踏み込むこともあるし、

その政策がきちんと機能するように主体的に関わらなければいけない」と強調した。

DPC対象病院の合併の報告

中医協総会は同日、DPC対象病院の合併の報告を受けた。2022年9月1日付けで、市立川西病院(兵庫県川西市)と医療法人協和会協立病院(兵庫県川西市)が合併し、川西市立総合医療センターとなり、合併後もDPC/PDPSを継続する。

市立川西病院の総病床数は250床、医療法人協和会協立病院の総病床数は313床で、合併後は405床となり、158床減少する。うち、市立川西病院のDPC算定病床数は178床、医療法人協和会協立病院のDPC算定病床数は265床で、合併後は405床となり、38床減少する。合併後は405床のすべての病床がDPC算定病床となる。

2021年度医療費は44.2兆円で4.6%の伸び

医療費

2020年度の反動で高い伸びだが、対前々年度比では1.4%

厚生労働省は9月16日、2021年度の医療費の動向を公表した。概算医療費は44.2兆円と、対前年度比4.6%の高い伸び率だが、対前々年度比では1.4%(1年当たりに換算した伸び率は0.7%)の増

加にとどまる。新型コロナの影響を強く受けた2020年度の▲3.1%の反動で、対前年度比の医療費は大きく伸びた。しかし、新型コロナのない年度との比較では、通常の伸び率よりも低く、

2021年度も新型コロナの影響が色濃かったと言える状況だ。

特に、入院医療費は、対前年度比の伸び率でも2.8%にとどまり、対前々年度比では▲0.3%(同▲0.2%)である。

2020年度の対前年度比▲3.0%からは回復したが、マイナスが続く。一方、歯科医療費は、対前年度比が4.8%、対前々年度比でも4.0%(同2.0%)であり、回復してきている。

入院外は、対前年度比が7.5%と高い伸びを示した。対前々年度比では2.9%。ただ、1年当たりに換算した伸び率は1.4%であり、まだ戻っているとは言えない状況にある。

新型コロナの影響という点では、受診延日数をみると顕著だ。受診延日数は近年、減少傾向が続き、2020年は対前年度比▲8.5%と大きなマイナスだった。2021年は同3.3%でプラスだが、対前々年度比は▲5.5%であり、近年の傾向よりも減少が大きいことがわかる。

一方で、1日当たり医療費は上昇している。新型コロナの影響が大きかった2020年度が、対前年度比5.9%で高い伸びを示した。2021年度は同1.3%で、対前々年度比では7.3%の伸び。1日当たり医療費の伸びがなければ、医療費の伸びはもっと落ちていた。

また、主傷病が新型コロナのレセプトを集計した医療費は約4,500億円で、全体に占める割合は1.0%である。

2020年度以降、新型コロナという特殊な状況下にあるが、医療費は近年、「人口増」「高齢化」「診療報酬改定等」の影響で基本的に動いている。具体的には、2021年度の対前年度比伸び率の4.6%のうち、人口増の影響が▲0.5ポイント、高齢化の影響が1.1ポイント、薬価改定を含む診療報酬改定等の影響が▲0.9%となっている。これらの影響を除くと、2021年度の対前年度伸び率は5.0%に高まる。

- 令和3年度の概算医療費は44.2兆円。前年度と比べると、前年度の新型コロナウイルス感染症の影響等による減少の反動もあり、金額で2.0兆円、伸び率で4.6%の増加となった。
- 一方、新型コロナウイルス感染症の影響の少ない前々年度と比べると、^{※1}1.4%の増加となっており、その内訳を見ると、受診延日数は▲5.5%と減少し、1日当たり医療費は7.3%増加している。

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
概算医療費	41.3	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2
対前年増減額	▲0.2	0.9	0.3	1.0	▲1.3	2.0
伸び率	▲0.4	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6
(休日数等補正後)	(▲0.4)	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲3.7)	※2 (4.7)
受診延日数	▲0.7	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3
1日当たり医療費	0.3	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3
人口増の影響	▲0.1	▲0.2	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.5
高齢化の影響	1.0	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1
診療報酬改定等	▲1.33		▲1.19	▲0.07	▲0.46	※4 ▲0.9
上記の影響を除いた概算医療費の伸び率	0.0	1.3	1.1	1.6	▲3.4	5.0

令和3年度
対前々年
※1 1.4
※2 (4.7)
※3 (0.8)
▲5.5
7.3

※1 対前々年比の1.4%の増加は2年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると0.7%の増加。以後、次ページ以降についても、対前々年比は2年分の伸び率である点に留意が必要。
 ※2 令和3年度の休日数等の対前年度差異は土曜日が1日多かったことから、伸び率に対する休日数等補正は+0.1%。
 ※3 令和3年度の休日数等の対前々年度差異は日曜・祭日等が4日少なく、土曜日が1日多く、休日でない木曜日が1日少なく、また、前々年が閏年であったことから、伸び率に対する休日数等補正は▲0.6%。
 ※4 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したものを。
 (参考) 主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を集計すると、令和3年度で4,500億円(全体の1.0%)程度。

外来医療の強化、機能分化について

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員(社会医療法人名古屋記念財団) 太田圭洋

【1. 紹介受診重点医療機関入院診療加算】

2022年度の診療報酬改定では、医療機関の機能分化を進める観点から検討されてきた紹介受診重点医療機関の制度化に伴い新たな点数(紹介受診重点医療機関入院診療加算)が新設された。紹介受診重点医療機関において入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、新たな評価が行われたものである。

紹介受診重点医療機関とは、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とされ、医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、高額等の医療機器・設備を必要とする外来、特定の領域に特化した機能を有する外来)として設定された初診、再診の割合が一定基準以上の医療機関が、地域で同役割を基幹的に担う意向がある場合に、紹介率・逆紹介率なども参考に地域医療構想調整会議で協議され2022年度末から指定されていくことになる。

医療資源を重点的に活用する外来を、各医療機関がどれくらい行っているかは各医療機関から提出されているレセプトデータから計算されることとなる。しかし重点医療機関になるかどうかは、あくまでも各医療機関の意向が前提であり、基準を満たす場合でも医療機関が手上げしない場合には、紹介受診重点医療機関になることを強制されるものではない。

今回設定された紹介受診重点医療機関入院診療加算800点は、地域医療支援病院が入院初日に1,000点の加算であることから、医療機関にとってかなり魅力的な点数に設定されたといえる。しかし紹介受診重点医療機関になった場合には、特定機能病院、地域医療支援病院と同様に紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する義務が発生する。2022年10月から定額負担の額は初診で5,000円以上、再診で2,500円以上であったものが、初診で7,000円以上、再診で3,000円以上に引き上げられることとなった。また初診料から200点、再診料から50点が保険給付範囲から控除される制度も始まる。そのためかなりの高次機能の病院以外では、基準を満たしたとしても、紹介受診重点医療機関になるための手

上げを行う病院は少ないのではないかと予想されている。

ちなみに、今回の医療資源を重点的に活用する外来の計算において、高額等の医療機器・設備を必要とする外来として、外来化学療法や放射線治療を行う外来などと同様に、「Dコード、Eコード、Jコードのうち地域包括診療料で包括範囲外とされているものを算定している外来」も計算されることになっており、J038人工腎臓を請求している外来も含まれることになっている。私の運営する144床の病院は、外来患者に占める透析患者の割合が高く、現在決められている計算方法では、紹介受診重点医療機関の基準を満たす可能性が高いと考えている。そのため本制度が始まった場合に手上げをすべきか否かを検討した。しかし今回設定された紹介受診重点医療機関入院診療加算800点は、200床以上の病院に限定されてしまった。そのため、たとえ紹介受診重点医療機関として調整会議で認められたとしても診療報酬上のメリットを享受できないため手上げは

行わない予定である。

【2. 電子的保健医療情報活用加算から医療情報・システム基盤整備体制充実加算へ】

2022年度改定で新設された電子的保健医療情報活用加算は、わずか半年間で廃止となり、10月から医療情報・システム基盤整備体制充実加算に衣替えすることとなった。

電子的保健医療情報活用加算はオンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等取得し、当該情報を活用して診療等実施することに係る評価として初診時に7点、再診時に4点として新設された本改定における医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応の目玉の点数であった。

しかし、マイナンバーカードを持参した患者が、持参しない患者より自己負担が増えることがマスコミで報道され批判されたことにより、期中に新たに厚生労働大臣から中医協に諮問が行われ中医協で議論された結果、同加算は廃止され、新たに医療情報・システム基盤整備体制充実加算が新設される

こととなった。

今回の加算は、施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合に4点、オンライン資格各確認等により情報を取得等した場合に2点とされ、マイナンバーカードを持参し利用した患者の自己負担が減る制度となった。

また今回の変更の際して、2023年度より保険医療機関には医療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療養担当規則の改正も行われた。一部の現在、紙レセプトでの請求が認められている一部の医療機関を除き、すべての保険医療機関は2023年4月までに同システムを整備する必要がある。

今回の期中の異例の改定は、中医協の外部が診療報酬改定に大きな影響を及ぼした事例の一つとなった。近年、個別の診療報酬項目に関して中医協以外の関係者がさまざまな関与する例が増加しつつあり、一部では中医協の形骸化との指摘も出されている。今後、今回のような対応が安易に行われぬよう我々も注視していく必要がある。

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】

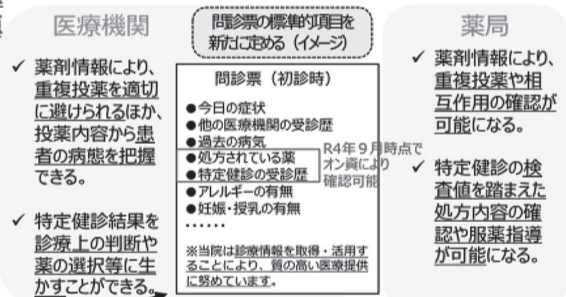
- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること(対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局)。
- ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。(厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと)
- ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用(※)して診療等を行うこと。

【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項目を新たに定めることを予定(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、当該情報等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)



流行初期医療確保措置の費用負担などを議論

社保審・医療保険部会

保険者が負担しても保険料の上昇にはならない

社会保障審議会医療保険部会(菊池馨実部会長)は9月8日、政府が2日に決定した「次の感染症危機に備えるための対応の具体策」に基づく感染症法改正の内容の報告を受けた。厚生労働省は、流行初期医療確保措置の費用を保険者が負担しても、保険料の上昇にはつながらないとの見解を示した。

次の感染症危機に備え、政府はあらかじめ医療機関と協定を締結し、感染症流行初期の医療を確保する方針。協定を締結した医療機関に対しては、感染症初期でも感染症流行前と同じ収入を確保できるように「流行初期医療確保措置」を新たに講ずる。

措置は、感染症に対する診療報酬の

特例措置や補助金が充実するまでの一時的な支援との位置づけ。協定を結んだ医療機関が感染症医療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に、その差額を措置により支払う。

措置に関する費用は、公費と保険者で負担割合が1対1となるよう折半する。各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することが示された。保険者からの拠出金については、前期高齢者財政調整・後期高齢者支援金といった保険者間の財政調整を実施する。

感染症の初期にこのような措置で医療機関の収入を確保した後、感染症対

応が進み、診療報酬の上乗せや補助金が設けられたあとには、措置を終了する。補助金が設けられ、診療報酬の収入と補助金を合わせた額が前年度の診療報酬収入を上回る場合には、その差額について精算を行い、措置の費用負担を行った保険者等に返還する。

前回の医療保険部会では、保険者が措置の費用負担を行うことに反対意見が相次いでいたが、2日の議論でも慎重意見が多数出された。措置期間を短期間にとどめるべきとの意見に対し、厚生労働省は、「たとえば最初の3か月といった短期間を基本とし、必要に応じて延長や前倒しして終了することを検討したい」と返答した。

日本商工会議所の藤井隆太委員は、措置の費用を保険者が負担することによる保険料負担への影響を質問した。厚生労働省は、「措置は、協定を結んだ医療機関を対象に、流行前の診療報酬収入を下回った分を補償するもの。感染症発生前の医療費をベースに保険料が設定されていることから、保険料全体が増加するとは考えにくい」と答えた。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「新型コロナの流行が始まった頃は、医療機関に個人用防護具(PPE)もなく、検査もできず、一方で、通常医療の患者も来ないという状況が続いた。2カ月前の診療報酬は入ってくるが、その後の見通しが持てなかった」と述べ、「流行初期医療確保措置」の必要性に言及した。一方で、「どのような感染症が来るかはわからない。感染症によっては、さらに柔軟な対応が必要になる」と指摘した。

資料／10月実施の診療報酬改定内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算及び看護の処遇改善

中央社会保険医療協議会(中医協)は8月10日、後藤茂之厚生労働大臣(当時)の諮問に対して、「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について」及び「看護の処遇改善」を答申。これを受けて厚生労働省は9月5日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(令和4年厚生労働省告示第269号)、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和4年厚生労働省告示第270号)及び「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和4年厚生労働省告示第271号)を官報告示し、10月1日より適用することとした。関連の通知及び事務連絡の内容を抜粋して示す。

○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について

1 経緯

医療DXの基盤となるオンライン資格確認については「経済財政運営と改革の基本方針2022」(令和4年6月7日閣議決定)において、保険医療機関・薬局に令和5年4月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直すこととされた。

これを踏まえ、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見直しを行う(令和4年8月10日中医協答申)。

2 概要

(1) オンライン資格確認の導入の原則義務付け(令和5年4月1日施行)

- ① 保険医療機関及び保険薬局は、患者の受給資格を確認する際、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は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないこととする。(保険医療機関及び保険医療養担当規則第3条第1項及び第2項関係等)
- ② 現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・保険薬局については、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外とする。(同令第3条第3項関係等)
- ③ 保険医療機関及び保険薬局(②の保険医療機関・保険薬局を除く。)は、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対応できるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこととする。(同令第3条第4項関係等)
- ④ このほか、保険医療機関及び保険薬局は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しなければならないこととする。(療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等)

(2) オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の見直し(令和4年10月1日適用)

保険医療機関・保険薬局のオンライン資格確認の導入の原則義務化等を踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価を廃止し、初診時等に患者の薬

看護職員処遇改善評価料の新設①

▶ 地域で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、令和4年10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

(新)	看護職員処遇改善評価料1	1点	(1日につき)
	看護職員処遇改善評価料2	2点	
	↓		
	看護職員処遇改善評価料165	340点	

【算定要件】
・看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

【施設基準の概要】
(1) 次のいずれかに該当すること。
イ 救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で200件以上であること。
ロ 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。
(2) (1)のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の前々年度1年間(新規届出の場合は、前年度1年間(※1))における実績とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、当該実績が同イの基準を満たさなかった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。
(3) 当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金(基本給、手当、賞与等を含む。)の改善を実施しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。
(4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
(5) (3) 賃金改善の合計額の3分の2以上(※2)は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ること。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。
※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくペア等水準を維持することで足りるものとする。

剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して診療等を実施し質の高い医療を提供する体制及びオンライン資格確認等システムによる患者情報の取得の効率化を考慮した評価体系とする。

具体的には「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(令和4年10月1日適用)。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。

ただし、健康保険法(大正11年法律第70号)第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。

- イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。
(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。
- ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式54を参考とする。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準

1 施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下「オンライン資格確認」という。)を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関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。
ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

2 届出に関する事項

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

○看護の処遇改善について

1 経緯

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)等を踏まえた、地域で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とする、収入を1%程度(月額平均4,000円相当)引き上げるための措置として、令和4年2月から9月までの間、「看護職員等処遇改善事業補助金」事業が実施されているところ。

令和4年10月からは、同閣議決定等に基づき、収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための措置として、診療報酬において「看護職員処遇改善評価料」を新設するもの(令和4年8月10日中医協答申)。

2 概要

- (1) 対象となる医療機関
次のいずれかに該当する医療機関
ア 救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、

救急搬送件数が年間で200件以上であること。

- イ 救命救急センター等を設置している保険医療機関であること。
- (2) 対象となる職種
ア 看護職員(看護師、准看護師、保健師、助産師)
イ 医療機関の判断により、看護補助者・理学療法士・作業療法士等のコメディカルの賃金改善に充てることが可能
- (3) 看護職員処遇改善評価料の要件等

入院日数に応じて支払われる入院基本料等に、それぞれの医療機関の看護職員数と延べ入院患者数に応じて、点数を上乗せする。

それぞれの医療機関の必要点数 =
看護職員の賃上げ必要額(それぞれの医療機関の看護職員数 × 12,000円 × 社会保険負担率)
／それぞれの医療機関の延べ入院患者数 × 10円

本評価料による収入の全額については、看護職員等の賃上げに充当することを求めるとともに、本評価料による収入の3分の2以上について、看護職員等の賃金のベースアップに使用することを求める。

また、本評価料を算定する医療機関に対し、看護職員等の賃金改善額と本評価料による収入額を記載した計画書及び実績報告書の提出を求める。

3 対象医療機関におけるスケジュール

- 9月対象医療機関において届出・算定に向けた準備
- 10月1日～看護職員処遇改善評価料の算定開始
- 10月1日～10月20日地方厚生(支)局へ施設基準に係る届出書を提出

A500 看護職員処遇改善評価料

看護職員処遇改善評価料は、地域で新型コロナウイルス感染症に係る医療など一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(区分番号「A400」の「1」短期滞手術等

基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回算定できる。

看護職員処遇改善評価料の施設基準

看護職員処遇改善評価料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、以下のとおりとする。

1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準

(1) 以下のいずれかに該当すること。
ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(ロ) 救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプター(救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。)による搬送件数(以下「救急搬送実績」という。)が、年間で200件以上であること。

イ 「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は第5「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(2) 救急搬送実績については、以下の取扱いとする。

ア 救急搬送実績は、賃金の改善を実施する期間を含む年度(以下「賃金改善実施年度」という。)の前々年度1年間における実績とすること。

イ アにかかわらず、新規届出を行う保険医療機関については、新規届出を行った年度に限り、賃金改善実施年度の前年度1年間における実績とすること。

ウ ア及びイにかかわらず、令和4年度中に新規届出を行う「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とすること。

エ 現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、賃金改善実施年度の前々年度1年間の救急搬送実績が(1)のアの(ロ)の基準を満たさない場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間における救急搬送実績が100件以上である場合は、同(ロ)の基準を満たすものとみなすこと。ただし、本文の規定を適用した年度の翌年度においては、本文の規定は、適用しないこと。

(3) 当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師(非常勤職員を含む。))をいう。以下同じ。)に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金(基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。))を含む。以下同じ。)の改善を実施しなければならないこと。

この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関に勤務する看護職員等に加え、当該保険医療機関の実情に応じて、当該保険医療機関に勤務する看護補助者、理学療法士、作業療法士その

他別表1に定めるコメディカルである職員(非常勤職員を含む。)も加えることができること。

(4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならないこと。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

(5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。

ただし、「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

(6) 当該評価料を算定する場合は、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含む。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(短期滞在手術等基本料1を除く。))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。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1)とする。

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

(7) (6)について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする。「看護職員等の数」は、別表3の対象となる3か月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は別表3の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、別表3のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

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
--

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表3の対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

(8) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(9) 当該保険医療機関は、(3)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する手続き等

(1) 看護職員処遇改善評価料の届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績を要しない。ただし、救急搬送実績については、1の(2)によること。

なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものとする。

新規届出の場合

例：令和5年10月1日から算定を開始する場合

・③から④の前日までの期間については、前年度(①から②の前日まで)の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断

・④から⑤の前日までの期間は、前々年度(①から②の前日まで)の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断

・⑤から⑥までの期間は、前々年度(②から④の前日まで)の救急搬送実績により1(1)ア(ロ)の適合性を判断(下図を参照)

(2) 地方厚生(支)局長は、看護職員処遇改善評価料の届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知すること。看護職員処遇改善評価料(1～165)(看処遇1～165)第号

(3) 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の

1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。ただし、1の(6)及び(7)に基づき算出する【A】に従って区分の変更を届け出る場合については、別表3に従い、「算定を開始する月」の最初の開庁日まで要件審査を終え、届出を受理した場合に、「算定を開始する月」の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。

なお、令和4年10月20日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

3 届出に関する事項

(1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(6)及び(7)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、様式1を用いること。

(2) 1の(6)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、様式2により新規届出時及び毎年4月において、新規届出時及び毎年7月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。

(3) 毎年7月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を様式3により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

(4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、様式4により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

(5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

(別表2、様式1、2、3、4は略)



かかりつけ医の具体的な機能や定義を論点に議論

厚労省・第8次医療計画検討会 かかりつけ医個人の機能と地域で担う機能は区別すべき

厚生労働省の第8次医療計画検討会(遠藤久夫座長)は9月9日、かかりつけ医機能をめぐり議論を行った。厚労省が、「具体的なかかりつけ医機能」、「かかりつけ医機能の意義と定義」、「かかりつけ医機能を発揮させるための制度整備」を論点として示し、各委員による幅広い観点でのフリーディスカッションにより、議論を深めた。

かかりつけ医機能については、新経済・財政再生計画の改革工程表2021で、かかりつけ医機能の明確化とそれが有効に発揮される具体的方策を2022～2023年度に検討を進め、結論を得ることになっている。ただ、骨太方針2022に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」ことが明記されたことから、関係者の注目を集めている。

結論の期限が2023年度であるとはいえ、来年度までに一定の考え方がまとまっていないと、第8次医療計画には反映できない。また、2024年度診療報酬改定や医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画にも関わるため、検討の加速化を求める意見が出た。

厚労省は同日、「受診の場面からみた、保健医療のニーズ」のイメージを示し、かかりつけ医機能として担われることが想定される具体的内容を示した(右図を参照)。「発症前」、「発症・急性期」、「回復期」、「慢性期」、「急変時・看取り」の各ステージに応じて、7つに分類した。具体的には、「予防」、「初診」、「逆紹介」、「継続診療」、「高齢者医療」、「地域との関わり」、「共通するもの」が示されている。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「かかりつけ医個人が担う機能と、地域や医療機関の連携により担う機能を区別したほうがよい」と指摘。「例えば、予防に関するものや継続診療の提供は、かかりつけ医個人が担う機能だが、在宅患者の急変時対応や看取りなど、高齢者医療に特有の24時間365日対応する必要がある医療は、地域や医療機関の連携により担う機能と考えるべきだ」と主張した。

また、現状の都道府県の医療機能情報提供制度における「かかりつけ医機能」(8項目)が住民・患者にあまり知られておらず、項目を改善した上で、住民・患者に積極的に周知すべきとの意見が複数の委員から出たことに関連しても発言した。

猪口委員は、「『地域の医療機関等との連携』や『在宅医療支援、介護等との連携』など4項目は、報告する内容を充実させたほうがよい。しかし、それ以外の4項目はすべて診療報酬の項目であり、今回のかかりつけ医機能の議論の結果により変わり得る項目であるため、ここでその是非を議論するのは難しく、位置づけが異なる」と指摘した。

診療報酬の項目としては、「地域包括診療加算」、「地域包括診療料」、「小児かかりつけ診療料」、「機能強化加算」がある。これらの報告について、報告されている医療機関数と、その診療報酬を届け出ている医療機関数が異なるとの問題も指摘されていた。

一方、健康保険組合連合会専務理事の河本滋史委員は、「かかりつけ医機能を明確化し、それを担っていることを行政に届け出ることにした上で、住民・患者に見える化することが求められる。健保組合もそれをサポートすることができ、そのためには、被保険者

がどの医療機関のかかりつけ医を受診しているのかを確認することも必要になってくる」と述べた。

全日病総合医研修などを活用

かかりつけ医の定義については、日医・四病院団体協議会が2013年8月8日に発表した提言が知られている。「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」であることを基本に、具体的な機能を列挙している。

全日病副会長の織田正道委員は、「基本的には、これを骨格に、かかりつけ医個人の機能と、地域や医療機関の連携により担う機能を区別した上で、デジタル技術の活用や地域包括ケアシステムなど最近の重要な視点を加えれば、かなり網羅されたものになると思う」と述べ、かかりつけ医の定義とした。

また、政府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告」

(2022年6月15日)が、「かかりつけの医療機関が組織的に関わる仕組み」がないために、地域の医療機関が果たすべき役割を果たさず、「要請」に基づく対応をせざるを得なかったと記述していることに対し、違和感を表明した。

具体的には、「この報告書が前提としているのは、新型コロナの第1波から第3波にかけてで、まだ新型コロナの性格も不明で、PPEが不足し、検査も満足に受けられなかった時期だ。それがオミクロン株になって、今は中小病院を含め地域の医療機関が積極的に対応している。もっと新しい知見に基づいた議論も行ってほしい」と求めた。

その上で、有事と平時の関係について、「平時から医療機関連携ができていく地域は、有事になっても連携がうまくいく傾向がある」と指摘。「平時を基本とし、その上で有事の役割分担を明確化することが大切である」と述べた。

かかりつけ医機能の明確化が求められること背景として、増加する高齢

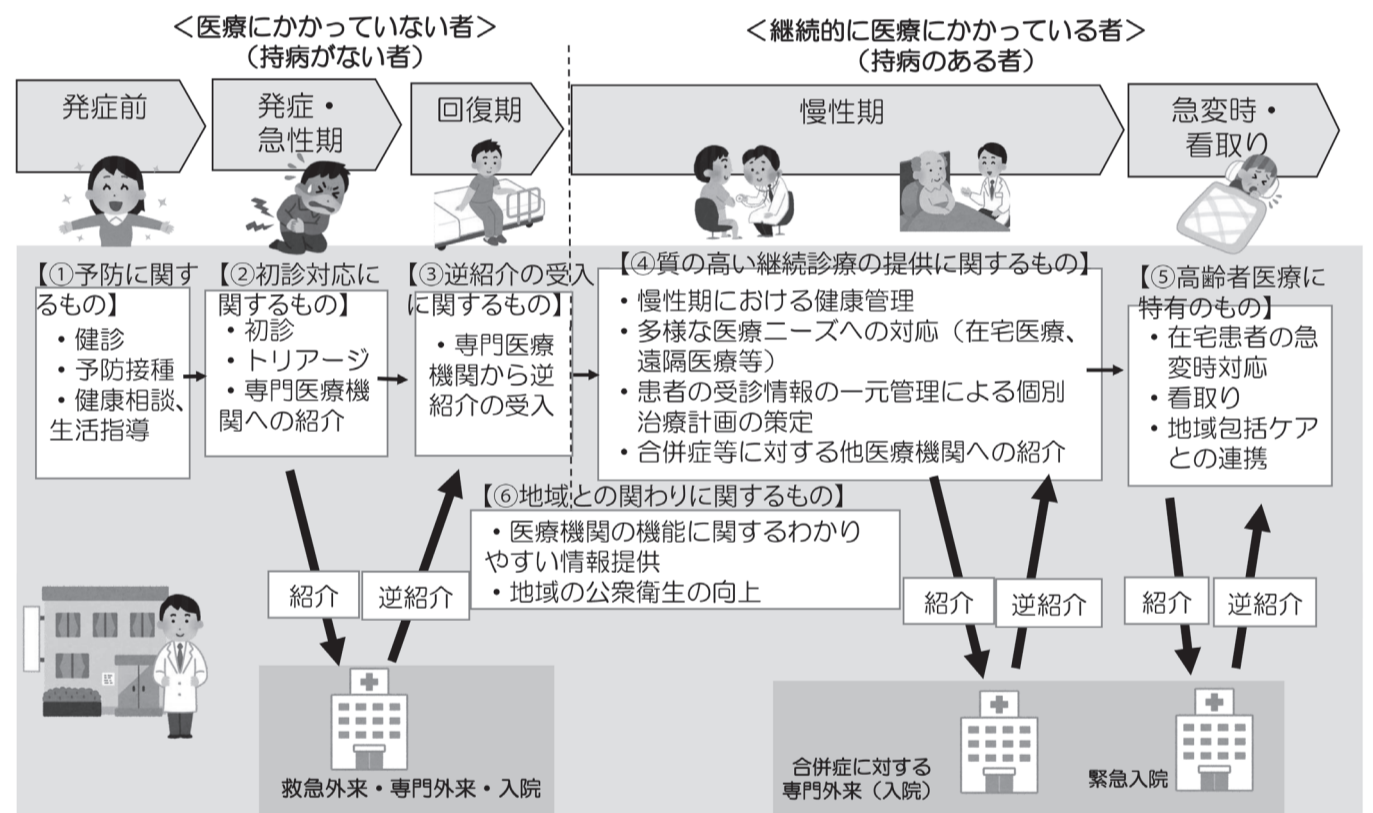


者医療と在宅医療に対応する医師が不足しているという問題がある。

織田委員は、「複数疾患を抱える高齢者に対応するため、総合的な診療能力を持つ医師が求められるが、日本専門医機構の総合診療専門医の育成を待っている時間はない。日医のかかりつけ医機能研修制度や総合医育成プログラムを修了した医師の積極的な活用が解決策の一つになる」と主張した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「紹介受診重点外来を担う病院は200床以上で、200床未満の地域密着型の中小病院は、かかりつけ医機能と入院機能を担うことになる。そこへの評価をしっかりと考えてほしい」と強調した。

受診の場面からみた、保健医療のニーズ



受診の場面からみた、保健医療のニーズの具体的な内容

内容の分類	具体的な内容
① 予防に関するもの	ア 健診(特定健診の実施、がん検診の実施、健診の受診勧奨等) イ 予防接種の実施 ウ 健康相談・生活指導
② 初診の対応に関するもの	エ 初診(初診患者への診療等) オ トリアージ(緊急性的確な判断等) カ 専門医療機関への紹介
③ 逆紹介の受入に関するもの	キ 専門医療機関からの逆紹介の受入
④ 質の高い継続診療の提供に関するもの	ク 慢性期における健康管理 ク サ 多様な医療ニーズへの対応(在宅医療、遠隔医療等) シ 患者の受診情報の一元管理による個別治療計画の策定(複数併存疾病への対応、服薬の一元管理、チーム医療のコーディネート等) ス 合併症等に対する他医療機関への紹介
⑤ 高齢者医療に特有のもの	セ 在宅患者の急変時対応(24時間対応等) ソ 看取り(ターミナルケアの提供等) タ 地域包括ケアとの連携(主治医意見書の作成等)
⑥ 地域との関わりに関するもの	チ 医療機関の機能に関するわかりやすい情報提供 ツ 地域の公衆衛生の向上への協力(学校医、産業医、休日診療所当番への参加、災害時の診療への対応、新興感染症への対応等)
⑦ ①～⑥に共通するもの	テ 医療機関の機能に関するわかりやすい情報提供 ト 新しい医療技術の研鑽を積む

増加する医療費を公平に支える仕組みを検討

全世代型社会保障構築会議

岸田首相が3つのテーマの検討を指示

岸田文雄首相は9月7日の全世代型社会保障構築会議で、「今後3年間で団塊の世代が後期高齢者となるなか、負担能力に応じて、すべての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みが必要」と発言。給付と負担の問題に着目し、医療・介護制度の改革を前進させるための検討を同会議に求めた。

今後、「子ども・子育て支援の充実」、「医療・介護制度の改革」、「働き方に中立な社会保障制度等の構築」の3つのテーマごとにチームを設け、年末に

向けて議論する。「医療・介護制度の改革」のチームの主査には、増田寛也座長代理(東京大学大学院客員教授)が就任する予定だ。

岸田首相は、同会議の中間整理(2022年5月17日)や骨太方針2022に基づき、同会議の検討方針を示した。

中間整理や骨太方針2022では、医療・介護制度の改革に関し、「後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担のあり方等各種保険制度における負担能力に応じた負担のあり方、給付と負担のバランス等

の総合的な検討」、「2040年を見据えた医療・介護提供体制のあり方など医療・介護制度の改革」が必要との考えが示されている。

医療・介護提供体制のあり方については、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」、「地域医療構想の推進」、「地域包括ケアシステムの進化」などの言及があり、検討項目にあげられると考えられる。

少子化については、「新型コロナの中で、出生数が将来人口推計よりも7年程度早く減少するなど、危機的な状

況にある」との認識を岸田首相は示した。このため、出産育児一時金の「大幅な増額を早急に図るとともに、育児休業期における給付の拡充」の検討を指示した。「親の働き方に関わらない子どもの年齢に応じた切れ目のない支援強化のあり方」も検討する。

勤労者皆保険の実現に向け、働き方に中立な制度への見直しも行う。岸田首相は、「非正規雇用の方々を取り巻く課題の解決や労働移動の円滑化のために必要となる政策等について検討をお願いする」と述べた。

流通・薬価制度の改善に向けた議論に着手

厚生労働省・医薬品有識者検討会

座長に遠藤久夫・学習院大教授

厚生労働省の「医薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会」は8月31日、初会合を開いた。流通や薬価制度の問題点と改善策を検討し、今年度末にとりまとめを行う予定。座長には遠藤久夫・学習院大学教授が就任した。

有識者検討会は、「革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市」や、「医薬品の安定供給」といった観点から、流通と薬価制度を議論する。まず現行制度の問題点を整理して中間まとめを行い、それらに対する改善策を年度末にまとめる見通し。

冒頭にあいさつした伊佐進一副大臣は「薬価と流通には危機感を抱いている」と述べ、「日本の市場の魅力をもう一度取り戻すことが、国民に質の高い

薬を届けることにつながる。大所高所の視点で議論してほしい」と要請した。

流通を議論する場としては「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」、薬価制度を議論する場としては「中医協」がある。

元中医協会長の遠藤座長は、「既存の会議体では事務局から示されるアジェンダに対応するのに精一杯で、制度全体の見直しを議論する機会はまだない」と指摘。「当検討会は既存の会議体より自由で多面的、包括的な視点での議論が求められている」と述べ、検討会設置の意義を強調した。

同検討会は、大学教授など8名の有識者で構成。初会合では、座長を含む8名全員が自らの問題意識を述べた。

次回は製薬業界からヒアリングを行う予定。委員からは、流通や薬価制度

に関する提言を行ってきたシンクタンクの議論も参照すべきとの提案がなされている。

遠藤座長は、検討会の議論がめざすのは「世界のイノベティブな医薬品を日本においてできるだけ上市してもらおうという、いわゆるドラッグラグ解消という話」なのか、それとも「日本の製薬メーカーの今後の国際競争力を増強すること」なのかを明確にするべきとの考えを示した。

前者については、過去の薬価制度改定の流れを振り返り、2010年以降、新薬創出・適応外薬等解消加算を導入するなど、大きな制度改正が立て続けに行われてきたことにより市場の不確実性が増し、企業にとって日本の医薬品市場は予見可能性が低くなっていることの問題を指摘した。



後者については、「現状、外資企業のほうがイノベーションを評価する加算の影響を受けている。この薬価制度のもとで、日本企業の開発力強化を図ることは難しいのではないかと述べた。日本の製薬企業を育成し、開発力強化を進めようとするのなら、「ベンチャーの育成や産学共同、税制など、薬価とは別の施策で対応すべきではないか」と主張した。

同検討会は9月22日、検討事項に「産業構造の検証」を追加し、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」と名称を変えて再スタート。委員4名が加わった。

現役世代急減踏まえ「社会保障の人材確保」をテーマに白書

厚生労働省

人への投資、サービス改革・労働環境の改善などへの取組み促す

厚生労働省は9月16日、厚生労働白書を公表した。その年ごとのテーマを設定している第1部では、「社会保障の人材の確保」と題し、現役世代が急減していく人口構造を踏まえ、医療・福祉サービスのあり方や人材確保に関する今後の方向性をテーマとした。

現状と見通しの中で、厚労白書では、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面は変化していることを強調した。かつては、「高齢者の急増」による現役世代の負担面からの社会保障制度の持続可能性が強調され、その課題は残っている。だが、それ以上に、社会保障を支える人材をどのように確保するかが最重要課題となっている。

すでに減少に転じている現役世代人口は2025年以降、さらに減少が加速する。2040年に必要と見込まれる医療・福祉就業者数は1,070万人であるのに、その時点で確保が見込まれる就業者数は974万人と推計される。

医師については、2008年以降医学部臨時定員を増やし、毎年約3,500~4,000人増加しており、2029年頃に需給が均衡すると推計されている。しかし、全国ベースでは均衡するとしても、地域別・診療科別偏在という課題は依然として残っている。

看護職員の就業者数は、新規養成・離職防止・復職支援の取組みにより増加している。1989年の80万2千人と比

べると、2019年は168万3千人であり、ほぼ2倍となっている。ただ、医師と同様に地域別・領域別偏在への対応が必要とされる。

介護職員は、累次の処遇改善の取組みがなされ、月額7.5万円の賃金上昇があった。それもあって、介護職種の離職率は2019年に初めて産業計を下回り低下傾向にある。具体的には、2019年の介護職種の離職率は15.4%、産業計では15.6%となっている。

厚労白書では、安定的な医療・福祉サービスを提供していくために、人材確保・イノベーションの導入の取組みを紹介している。

具体的には、◇地域の実情に応じた

取組み◇人(未来)への投資◇サービス改革・労働環境の改善一をあげた。地域の実情に応じた取組みでは、「医学部入学定員の地域枠の設定」、「在宅医療・訪問看護に対応可能な看護職員の養成」を指摘している。人(未来)への投資では、看護職員や保育士、介護・障害福祉職員などへの処遇改善に言及した。

サービス改革・労働環境の改善では、「ロボット・AI・ICT」によるオンライン診療や介護ロボットの導入支援を活用しつつ、「タスク・シフト/シェア」や「多様な人材の確保・参入促進」、「組織マネジメント改革」を行っていくことの重要性を示している。

2022年度 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月27日

【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。
山口県 社会医療法人同仁会
周南記念病院
院長 橋谷田 博
他に退会が5会員あり、正会員は合計2,535会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。
東京都 医療法人社団ひさわ会
久野マインズタワー
クリニック
理事長 近藤 泰理
愛知県 松河戸クリニック
院長 岡島 巖
熊本県 医療法人桜十字メディ
メッセ桜十字クリニック

理事長 倉津 純一

準会員数は合計116会員となった。
●田村憲久衆議院議員の顧問委嘱について説明があり、承認された。
●ベトナム、ミャンマーにおけるプロモーション等の実施について説明があり、承認された。
●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。
●事務局長の交代について説明があり、承認された。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中医協総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会」、「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」、「医療介護総合確保促進会議」、「循環器病対策推進協議会」、「厚生科学審議会がん登録部会」、「社会保障審議会医療部会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会」の報告があり、質疑が行われた。
●医療機関・介護事業所等における物価高騰への支援の拡充に関する要望について報告された。
●ベトナム・ミャンマー介護技能実習生の入国等について報告された。

●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
東京都 天本病院
岡山県 瀬戸内市民病院
長崎県 上戸町病院
熊本県 桜十字熊本東病院
◎リハビリテーション病院
岩手県 いわてリハビリテーションセンター
7月8日現在の認定病院は合計2,041病院。そのうち、本会会員は848病院と、全認定病院の41.5%を占める。

病院側の委員が感染症法改正案の議論に加わるべき

日病協・代表者会議

次の感染症危機に備えるための対応の具体策で

日本病院団体協議会は9月16日に代表者会議を開き、最近の医療行政などについて意見交換を行った。社会保障審議会・医療部会などに、感染症法等改正案に盛り込む内容などが示されたが、実質的には報告に過ぎず、病院を運営する立場の委員が、政策決定過程に加わっていないことを問題視する意見が相次いだという。

政府の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

まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」では、都道府県等と医療機関等が協定を締結し、感染症医療の実施について、国・地方公共団体が講ずる措置に協力し、協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表する仕組みなどを講じるとしている。

これらの決定は、社保審・医療部会などに報告されたが、コロナ本部の決定事項であり、厚生労働省内の審議会としても、具体案了承の権限があるの

は、厚生科学審議会・感染症部会となっている。代表者会議終了後の会見で、地域医療機能推進機構理事長の山本修一副議長は、「病院のマネジメントに関わる人が、政策決定の最初の段階に加えらるべき」と述べた。

また、薬剤師の養成数の過剰が指摘されている中で、病院薬剤師の不足に関して議論が行われた。具体的には、病院に勤務する薬剤師を増やすために、薬剤師の卒後研修に、病院実習を必須化することが「選択肢の一つとしてあ

り得る」(山本副議長)との考えを示した。

そのほか、日本私立医科大学協会参与の小山信彌議長が、代表者会議の中で、国民のマイナンバーカードの普及率が5割程度であり、マイナンバーカードを使ってオンライン資格確認ができる医療機関などがまだ少なく、閲覧できる医療情報もまだ患者にとって利便性が高いとは言えない状況に対し、懸念を示す意見が出席者から出たことを紹介した。

病院の耐震化率は78.7%で1.4ポイント上昇

厚労省

2021年度の病院耐震改修状況調査

厚生労働省は8月26日、2021年度の病院の耐震改修状況調査の結果を公表した。病院の耐震化率は78.7%で対前年度比1.4ポイント上昇した。調査に回答した全国8,222病院のうち、6,467病院となっている。このうち、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率は94.6%。771病院のうち、729病院となっている。

国土強靱化アクションプラン2015により2018年度までに災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率を89.0%とすることが目標となっていたので、この目標は達成している。

一方、「防災・減災・国土強靱化のための3か年緊急対策」(2018年12月閣議決定)で、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

ていた。しかし、新型コロナの影響などにより、耐震整備に遅れが生じている。厚労省は、2022年度中には80%を達成すると見通している。

なお、耐震性がない建物とは、1981年以前に建築された建物であって耐震診断の結果、Is値0.6未満(震度6強程度の地震により倒壊または崩壊する危険性がある)の建物をいう。

耐震化されていない病院の状況は、「一部の建物に耐震性がある」(586病

院)、「すべての建物に耐震性がない」(99病院)、「建物の耐震性が不明」(1,070病院)、「2021年度までにすべての建物が耐震化される予定」(13病院)となっている。

また、耐震性がない建物がある病院のうち、震度6強程度の地震で倒壊または崩壊する危険度が高い「Is値0.3未満の建物を有する病院」も219病院ある。

都道府県別では、病院の耐震化率の高い順で、静岡県(92.4%)、宮城県(91.2%)、山形県(91.0%)となっている。低い順では、福島県(65.9%)、京都府(67.7%)、山口県(71.6%)。

医療機関の介護職への処遇改善を要望

東京都病院協会

新加算または診療報酬上の対応を求める

東京都病院協会(猪口正孝会長)は9月20日、医療機関に勤務する看護補助者(介護職)の「処遇改善」を加藤勝信厚生労働大臣に要望した。医療機関で働く看護補助者(介護職)の処遇実態を把握し、医療機関に対しても介護

保険制度と同様の、新たな加算または診療報酬上の対応を求めた。

政府は介護職員の月額9千円の賃金引上げを、今年2月から9月までは補助金で、10月からは介護報酬で実施する。対象施設となる介護施設には、医

療系サービスとして、「介護療養型医療施設」と「介護医療院」が含まれる。しかし、両者の多くには医療施設が併設されている。

そのため、多くの施設で医療機関に所属する看護補助者へも、同等の金額

の賃金引上げを「持ち出し」で行っているという。

都病協は、「医療機関で働く看護補助者(介護職)の業務は、介護施設で介護職を行う業務とほとんど変わらないにもかかわらず、診療報酬による看護補助者(介護職)への評価は限定的であり、国が『同一労働、同一賃金』を進めているなかで、こうした賃金格差が生じることは不合理である」と主張した。

■ 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参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
「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。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(WEB開催) (100名)	2022年10月22日(土) 2022年10月23日(日)	27,500円(33,000円)	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための講習会。現時点で、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、感染管理加算と同様に、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である。本講習会はそれを先取りしたものであり、制度の理解と実践を目的としている。全日病・日本医療法人協会が交付した「医療安全管理者認定証」を継続更新するための研修に該当(1単位)する。
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もとに、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が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。
医療安全推進週間企画・医療安全対策講習会(WEB開催) 150名	2022年12月12日(月)	5,500円	厚生労働省が推進する「医療安全推進週間」の取組みを促進させることを目的とした講習会。全日病と日本医療法人協会の主催で実施した「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当する。
医療ITの現状と課題 WEB セミナー (病院情報のデジタル化と先進的活用事例) 100名	2023年1月22日(日)	5,500円(8,800円)	医療DXはデジタル化を活用した医療機関の業務革新が肝要。病院医療情報のデジタル化により、医療DXの成果をあげている病院の先進的事例についての講演を予定する。