



全日病 ニュース

2022.11.1

No.1020

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

「ポストコロナ時代を生きる」をテーマに静岡学会

第63回全日本病院学会 in 静岡 医療をめぐる多くの課題が浮き彫りに

「第63回全日本病院学会 in 静岡」(土田博和学会長)は前号既報の通り、10月1・2日の両日に、「ポストコロナ時代を生きる」をテーマに開催された。3年ぶりの現地開催となった静岡学会では、ポストコロナを見据え、医療をめぐるさまざまな課題に目が向けられ、活発な議論が行われた。この2年間、コロナに翻弄されてきた。しかし、コロナなしでも、医療に多くの課題が生じていることが浮き彫りになった。

静岡学会では、多彩なプログラムが準備された。本号では、1~4面で学会企画の記事を掲載する。

1日目は、松本吉郎・日本医師会会長が医師会の役割、福島靖正・厚生労働省医務技監が政府のコロナ対応、土田学会長が未来の医療の姿などに関し、講演を行った。フリーアナウンサーの笠井信輔氏は「今!患者用病室Wi-Fiを開設しなければならない理由」を訴えた。

シンポジウムでは、「ポストコロナ時代の病院経営」、「どうする?データヘルス集中改革」について、演者が発表を行った。病院がポストコロナを生き抜くための、さまざまなアイデアが披露された。特別企画では、静岡を代

表する医療産業の最先端の状況を報告する「未来は今」をテーマとした発表があった。

2日目は、「ポストコロナ時代の地域医療構想」、「ポストコロナ時代のタスクシフト」をテーマとしたシンポジウムが行われた。どちらも、コロナのあるなしにかかわらず、解決しなければならない課題だ。「プラネタリーヘルスからみた地方の医療機関の可能性」と題した講演では、山間部の統合医療を活用した地域



医療の取組みが紹介された。市民公開講座「しぞーカルネッサンス」では、静岡ならではの町おこしの取組みや大井川鐵道の挑戦が語られた。

国民に信頼され医師の期待に応える医師会

静岡学会・特別講演1 松本吉郎 日本医師会会長

日医会長への就任時に、「地域から中央へ」、「一致団結する強い医師会へ」、「医師の期待に応える医師会へ」、「国民の信頼を得られる医師会へ」の4つを掲げた。診療所・病院を問わず現場の意見をきき、それを「地域から中央」に届けるためには、「一致団結する強い医師会」であることが重要だ。医師会だけでなく、医療界全体としてとらえてほしい。そして、しっかりと実行力で行動し、国民の信頼と期待に応える。医師会の役割とは、国民



の健康と生命を守ることであり、地域医療を支えることである。

地域医療にはさまざまな役割がある。私は、勤務医から開業医になる医師に、

地域に根差す医師会の役割を伝え、地域の医師は、自分の医療機関だけを守ればよいということではいけないということを繰り返し話している。

地域医療を具体的に言うと、「地域の時間外・救急対応」、「行政・医師会等の公益活動」、「地域保健・公衆衛生活動」、「多職種連携」などがある。

「地域の時間外・救急対応」は、単独の医療機関で体制を確保する場合と、他の医療機関との連携で確保する場合がある。公益活動には、警察業務への協力や防災会議、地域ケア会議への出席、介護保険認定審査会などがある。地域保健・公衆衛生活動は母子保健、学校保健、産業保健、予防接種などさまざまである。「多職種連携」は最近、特に重要な活動になってきた。在宅医療ネットワークやケアカンファレンス、ACPなど自院にいないだけでは対応できないものになっている。

これらのすべてを一人の医師で行うことはできないが、みなで取り組めば、地域を面として支えることができる。

現場の意見を中央に届け、政策に反映させるためには、厚生労働省をはじめ政府の省庁との連携も重要だ。カウンターパートナーとして、意見を交え協力し、連携していきたい。

国会議員に対しては、特に自民党の有力議員に複数回面会し、医療現場の実態を説明し理解を求めている。羽生田俊先生は厚労副大臣の労働担当として医師の働き方改革に、自見はなこ先生は内閣府大臣政務官として、こども家庭庁の創設などに邁進している。星北斗先生・桜井充先生・藤井一博先生も参議院議員に当選され、力強く感じる。

病院団体と地域医師会の連携も非常に重要だ。税制改正要望項目に関しては、控除対象外消費税という難しい問

題がある。確かに、高額な設備等に投資する病院にとっての負担は大きく、切実な課題だと思う。

軽減税率という案があるが簡単ではない。一つの方向性だと思うが、検討を続ける。

組織率強化については、医師たる者には、医師会活動に参画して、地域医療を担ってほしいという気持ちでお願いしている。臨床研修に専心している方々には、医学部卒業後5年間の会費減免期間を設けるなどの対応を講じている。

かかりつけ医機能については、日医・四病院団体協議会の提言(2013年8月)が基本である。骨太の方針2022に明記された「かかりつけ医機能の制度整備」について、かかりつけ医機能を強化することは重要だが、いきなり「登録制」にするとか外来を「包括払い」にすることは、日医として反対する。

かかりつけ医はあくまで患者が選ぶもので、必要なときに適切な医療にアクセスできる現行制度を維持すべきである。

次の感染症危機に備えるための対応で法改正

静岡学会・特別講演2 福島靖正 厚生労働省医務技監

主に新型コロナ対策について話をする。9月26日に全国一律で、新型コロナ患者の全数届出を見直すなど、Withコロナに向けた新たな段階における療養の考え方を示した。発生届は65歳以上、入院を要する方など4類型に限定し、重症化リスクの高い方を守るために、保健医療体制の強化、重点化を進める。症状が軽いなど、自宅で療養開始を希望される方は、検査キットでセルフチェックし、陽性の場合、健康フォローアップセンターに連絡して自宅で療養してもらうことになる。

新型コロナの感染状況をみると、感染者数は累積で2千万人、死者数は4万5千人を超えているが、欧米と比べると、人口当たりの比率で感染者数も死者数も低い。2020年の感染初期の頃も現在も



コロナ対策は失敗しているとの指摘が少なくないが、そんなことはないだろうという気持ちがある。医療現場の方々の協力のおかげでこのような状況になっていると思う。

新たな変異株が出なければ、このまま感染者数は減少していくと考えられるが、そこはわからない。このため、新型コロナ病床の確保、診療・検査医療機関(発熱外来)の取組みを継続するとともに、高齢者施設等における医療支援を強化する。ワクチン接種は進めないといけない。特に、若い方々のオミクロン株対応のワクチン接種率が上がることを期待している。

オミクロン株になって、若い方の感染が増え、重症者は減った。亡くなる方についても、人工呼吸器やエクモを装着しないケースが増えている。これは感染により基礎疾患が悪化して亡くなる方が増えているということだ。季節性インフルエンザと比べると、まだ高齢者では重症化率、死亡率とも新型

コロナのほうが高いが、若い方では近づいてきている。ただ、数字のベースが違うので、単純な比較はできない。

これまでの取組み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について説明する。感染症法等の改正では、医療提供体制の強化として、①感染症に対応する医療機関の抜本的拡充②自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等③広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等を講じる。

感染症に対応する医療機関の抜本的拡充では、平時において都道府県と医療機関の間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従った医療の提供を求める。医療機関に対し、協定の履行を促す措置を設ける一方で、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。

自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等でも、平時において都道府

県と医療機関等との間で、医療の提供や健康観察の実施について協定を締結する。医療人材の確保では、国による医師・看護師等の派遣や、患者の搬送等を円滑に進めるための調整の仕組みを創設するとともに、DMAT(災害派遣医療チーム)等の派遣・活動の強化に取り組む。

新型コロナの対応の中で病院に関しては、「病院の規模が小さく、病床の融通が利かない」、「感染症患者とその他の患者を別々に収容するような構造になっていない」、「場所はあっても、スタッフが足りない。手厚く配分するには2個病棟を閉じて、1個病棟分を生み出さねばならない」といった問題があると思う。

すぐに解決できる問題ではないが、現場と十分にコミュニケーションをとって解決していきたいと考えている。

本号の紙面から	
静岡学会・シンポジウム	2面
静岡学会・学会長講演等	3面
静岡学会・シンポジウム等	4面
診療報酬改定シリーズ⑥	5面
救急医療職種あり方検討会	6面
MEDI-TARGETをリニューアル	7面
病院機能評価受審支援事業	8面

主張

本邦における医療提供体制の現状と改革

第8次医療計画(2024～2029年)に関する検討会において、医療提供体制の改善についても討議されております。

医療提供体制の国際比較に関しては、2018年から2019年におけるOECD(経済協力開発機構:38カ国)加盟国との比較について報告されています。

人口100万人対の病院数は、日本は第3位(65.79病院)で、コロンビアが第1位、韓国が第2位でした。

人口1,000人対の全病床数は、日本

は第1位(12.84床)で、韓国が第2位、ドイツが第3位でした。

人口1,000人対でCurative careを行う病床数は、日本は第1位(7.96床)で、韓国が第2位、ドイツが第3位でした。

65歳以上の人口1,000人対の長期療養病床数は、日本は第3位(8.82床)で、韓国が第1位、チェコが第2位でした。

全病床の平均在院日数は、日本は第1位(27.3日)で、韓国が第2位、ハンガリーが第3位でした。

人口1,000人対の医師数は、オーストリアが第1位、ノルウェーが第2位、リトアニアが第3位であり、日本は第27位(2.49人)でした。

人口1,000人対の歯科医師数は、リトアニアが第1位、エストニアが第2位、ルクセンブルクが第3位であり、日本は第8位(0.81人)でした。

人口1,000人対の薬剤師数は、日本は第1位(1.9人)で、ベルギーが第2位、イタリアが第3位でした。

人口1,000人対の看護師数は、ノルウェーが第1位、スイスが第2位、アイスランドが第3位であり、日本は第7位(11.76人)でした。

これらの結果より、本邦においては非常に質の高い医療提供体制が認められます。一方で、医師数が非常に少ないことなどが課題となっており、今後の「医師の働き方改革2024」などが重要となると思われます。

更に、Global noteによる報告では2021年における国際的な高齢化率(65歳以上)は、第1位が日本(28.70%)、第2位がイタリア(23.61%)、第3位がポルトガル(23.15%)であり、本邦における今後の質の高い医療提供体制が重要となると思われます。

(山田一隆)

ポストコロナ時代の病院経営

静岡学会・シンポジウム1

変化に対応するための体制づくりを議論

学会1日目のシンポジウム1では、「ポストコロナ時代の病院経営」のテーマで、コロナ禍を乗り越える中で見えてきた課題を考察した。

慢性期から急性期にシフト

コミュニティーホスピタル甲賀病院の甲賀啓介院長は、医療過疎地における病院経営について述べた。

多くの病院が新型コロナでダメージを受け、同病院は、外来患者数、病床稼働率ともに前年度を上回る実績を残した。その理由として甲賀氏は、医療過疎地のメリットをあげた。競合が少ない中で、必要最小限のサービスを提供することが出来た。

しかし、コロナ以前は、困難な状況にあった。近隣の公立病院に救急患者をとられて、空床が目立つようになっていた。また、周囲の病院が回復期の病床を増やしたため、紹介患者が減って経営は厳しくなった。

こうした状況に同病院は、新たな診療科の開設を検討する。DPCデータの分析から地域では循環器の診療機能が弱いことをつかみ、循環器領域に力を入れ、慢性期から急性期に軸足を移した。そのために手術室を設置し、医師を雇用、スタッフの教育を行った。

手術件数が増えると、自院の患者で回復期の病床を埋めることができた。

甲賀氏は、病院を改革するには医師だけでなく、広報や人事、財務を担う人材が必要だと指摘。とくに財務的な安定性を重視し、「ポストコロナに向けて拡大路線をとっていく」と強調した。

石井孝宜・石井公認会計士事務所所長は、ポストコロナの民間病院の経営課題を論じた。コロナは患者の価値観を変容させ、医療政策の見直しを促している。大きな変化に直面する可能性があり、「変化を恐れない覚悟と、そのための体制が必要になる」と指摘した。

長期にわたる病院医療費の抑制策によって多くの民間病院は経営体力が弱体化し、コロナによってさらなる体力低下をきたしていると石井氏。そのことを分析して自己評価し、行動することができない民間病院が増えていると警鐘を鳴らす。

「病院はこれから淘汰の時代に入る。すべての病院が生き残れるわけではない」と石井氏は述べる。事業継続の可能性・確実性について自己評価を行って、対策を立案し、実行することがトップマネジメントの課題であり、ポストコロナの時代の病院経営の課題だと強調した。

DXの活用で生産性をあげる

メディヴァ代表取締役社長の石井佳世子氏は、環境変化に対応するための中小病院の戦略について考えを示した。

一つは、コミュニティーホスピタルだ。地域包括ケアの核として在宅医療を支える存在になることである。二つ目は認知症への対応。認知症患者は手間がかかり、病棟で受け入れにくいのが、大石氏は認知症にやさしい環境デザインによって解決することを提案した。

三つ目は、DXの活用だ。お金をかけるのではなく、世の中にある仕組みを使うことで、生産性を上げることができると説明。時間・空間の制約を受けていたところにDXを活用することで新しい医療が見えてきたとし、「それをどう使うかはそれぞれの病院次第」と大石氏は提案した。

相良病院理事長の相良吉昭氏は、経済が萎縮していく日本において夢のある医療活動を行うには「価値の創造」が唯一の手段であるとし、自院の取り組みを報告した。

相良病院は、乳がんを専門とした「特定領域がん診療連携拠点病院」の認定をコアコンピタンスとして同業種・他業種との戦略的パートナーシップを結



んで成長してきた。全国各地の乳がん専門病院をグループ化し「さがらウィメンズヘルスケアグループ」を設立。本部機能を共有化して、医薬品や医療機器の共同購入を行い、効率的な経営を行っている。

また、日本で最多の乳がん手術を実施するグループのブランド力を生かしてシーメンスとパートナーシップ契約を締結。異業種との連携により、企業価値を高め活動の場を世界に広げている。

ディスカッションでは、企業規模や異業種との連携が話題となった。石井氏は、「単純再生産は経営的に難しい。成長感があることが夢につながる。これができるかどうか重要」と述べた。

大石氏も「ある程度の規模がないとこれからの時代は難しい」と述べる。DXやコンプライアンス対応などを個々の病院で取り組むのは無理があるとして、ボランタリーチェーンの仕組みを紹介。「企業に入ってもらって共通インフラをつくり、協働して生き残り策を考える仕組みが求められる」と提案した。

ポストコロナ時代の地域医療構想

静岡学会・シンポジウム3

巨艦病院が誕生し民間病院を圧迫、地域医療構想の副作用は明らか

学会2日目のシンポジウム3では、「ポストコロナ時代の地域医療構想」をテーマに議論した。

日本総合研究所の翁百合氏は、コロナで明らかになった医療提供体制の課題について述べた。国際比較を見ると、累積死亡者数、超過死亡数とともに日本は低い水準で「トータルで見て健闘したと言える」と(翁氏)。しかし、重症者数が1,000人に近づくと、病床逼迫が起きて、地域の総合病院に大きな負荷がかかった。

コロナの対応は各国とも試行錯誤だったが、ドイツやスウェーデンでは病床転換やICUの増設、病院間連携を柔軟に行っている。「日本は病床数が多いのになぜうまくいかなかったの

かという印象がある」と翁氏は述べる。

デジタル化の遅れも浮き彫りとなった。日本は、レセプトデータなどのデータベースは整備されているものの感染状況を把握するリアルタイムのデータを把握できなかった。また、IDに紐づいたデータを追えず、医療の質や医療提供体制の評価ができないことが課題であり、「改善する必要がある」と翁氏は指摘した。

コロナを経験して患者の受診行動が大きく変化。医療機関にかからない人が増えていることから、オンライン診療と組み合わせる必要があると翁氏は指摘。「データを最大限に活用して地域の実態を正確に把握した上で、2040年に向けて対応を考えていく必要がある」と提案した。

一度立ち止まって考える

名古屋記念財団理事長の太田圭洋氏は、地域医療構想の問題点を指摘し、今一度考える必要があると主張した。

コロナにより顕在化した課題に取り組むという理由で、地域

医療構想を加速化する動きがある。太田氏は、「地域医療構想はメリットもあるが、デメリットもあり副作用が出始めている。どのような形で加速化するのか」と述べる。

地域医療構想は、2025年を見据え、医療機能ごとに病床の必要量を推計し、地域の医療機関が協議して、推計値に近づけていこうという政策。急性期病床を減らす政策という誤解があるが、地域の医療機関の自主的な協議により、将来不足する医療機能を確保することが目的だ。しかし、地域医療構想で推計した必要病床数は、現場感覚と大きく違う。高度急性期、急性期が多く、回復期が足りないと言われるが、地域医療構想が想定する2025年まで残り3年だ。「本当に回復期が足りないなら、大混乱が起こっているはず。回復期は不足していない」と(太田氏)。

それにもかかわらず、回復期が足りないという理由で、公立・公的病院が回復期リハビリテーション病院に転換し、民業を圧迫する事態が起きている。

また、集約化の名目で病院を統合し、巨艦病院が誕生している。兵庫県の旧尼崎病院(500床)と旧塚口病院(400床)

が統合して、兵庫県立尼崎総合医療センター(730床)になった。病床数は減っているが、以前の1.5倍の超巨艦病院が設立された。もともと赤字の公立病院だったが、合併によって繰入金19億円から32億円に拡大。巨大病院が出来たことで救急が集中し、尼崎市内で2次救急を担っていた8病院のうち7病院が救急から撤退せざるを得なくなった。その結果、誤嚥性肺炎や股関節頸部骨折など軽症患者が巨大病院にいくしなくなり、コストのかかる医療提供体制になっている。「集約化すれば効率化するというほど、シンプルなものではない」と太田氏はいふ。

高齢者が急増するこれからの地域医療に巨艦病院はなじまない。地域包括ケアには2次救急が不可欠で、それには軽巡洋艦・駆逐艦のような小回りの利く病院が必要だ。

地域医療構想では、集約化すべき医療と分散化すべき医療という議論が行われていない。よくある疾患は地域密着の病院が支える形の医療提供体制が必要だが、「今の地域医療構想にはこうした視点が欠けているため、副作用が出始めている」と太田氏は訴えた。



翁氏



太田氏

弱体化する日本で医療はどう変わるか

静岡学会・学会長講演

土田博和 全日病・静岡県支部支部長

45年間になる医療活動の中で、書籍を出版したり、映画を製作したりもしながら、民間病院の苦悩する姿を見つめ、日本の病院がどうすればよくなるかを考えてきた。欧米の医療の経験から、わかってきたこともある。短期間であったが、参議院議員として永田町にも行った。医療に携わる若者たちが、鶴飼の鶴のように胸を張って生き抜ける環境を作らないといけない。

これから医療界にさまざまな変化が起きる。目の前の大きな変化では、医師の働き方改革が2024年度に始まる。医師の時間外労働時間に上限が設けられ、違反をすれば労働基準監督署により立入検査な



医師の働き方改革が2024年度に始まる。医師の時間外労働時間に上限が設けられ、違反をすれば労働基準監督署により立入検査な

どを受けることになる。労働基準監督官は逮捕権を持っているということを知っておいてほしい。

日本全体を考えると、経済的にも文化的にも弱体化してきている。

国の累積債務は1,000兆円を超え、医療費を多く使う高齢者が増える。少子化は、出生率の低下が話題になるが、生まれる人がどんどん減ることに注目する必要がある。地方は過疎化で疲弊し、担税力が弱まっている。国公立病院への補助金はまだ1兆円ぐらいあるが、そのうち限界が来るだろう。

医療機関の地域連携は、大学病院とその系列病院同士の壁が厚く、進まない。医師が壁を越えて自由に行き来できるようにならないと、うまく行かない。静岡県でもそうだ。

一方で、医療従事者の募集に人材派遣会社を使うと、高額な紹介料が取られる。医療に一生懸命取り組んでも、

こういうところに吸い取られてしまう。紹介料だけでなく、高額な医療機器や通信システムなどに多くの医療費が使われていることには、危機感を抱いている。医療機関の医師の確保については、医師と医療機関のマッチングが成約しても、手数料ゼロで運用するソフトを独自に作った。全日病に無償提供するので、是非活用して医療機関の負担を軽減してほしい。

出生者の減少を踏まえると、医師養成数をどうするかは難しい問題だ。40年以上前の1981年の18歳以上人口に対する医師数は227人に1人の割合だった。これが2027年には120人に1人、2050年には86人に1人になる。もともと日本の医師数は欧米諸国に比べると少ないので、ちょうどよいと考える人もいる。しかし、人口が3千万人減少する2050年を考えると、かなり厳しい状況になるのではないかと。

情報通信技術の活用は、医療の姿を大きく変える。マイナンバーカードを用いてアクセスし、閲覧できる医療情報が広がり、医療機関等でも共有される。将来的には、患者は自宅からスマホでAIによる問診と診断を受け、処方された薬は電子処方箋により調剤され、薬は宅配されるようになるだろう。AIの診断能力は確実に向上しており、分野により医師の経験を超えていく。利便性もあり、患者もAI診断に頼ると思う。

一方、医療機関の対面診療では、AI診断も活用しながら、診断し、治療・処置を行う。その場合には、広く浅く全科に対応できる「真の総合医」がかりつけ医を担い、必要に応じて「実力平均化した専門医」を紹介する機能分化が求められる。

地域連携においては、民間病院が担える医療は民間病院が担い、民間病院が担えない医療は公・準公的病院が担うとの役割分担を進めるべきだ。例えば、新型コロナのようなパンデミック時には、公的病院を専門病院とする英断が必要だ。

コロナの教訓を活かし医療DXを進める

静岡学会・シンポジウム2

マイナンバーカードの利便性向上も

シンポジウム2では、「どうする？ データヘルス集中改革」と題し、日本経済新聞社編集委員の大林尚氏と一般社団法人医療データ活用基盤整備機構理事長の岡田美保子氏が登壇した。

政府は2020年に「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」を発表。この集中改革プランは、①全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大②電子処方箋の仕組みの構築③自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大の3つの柱で、進められている。一方、新型コロナウイルス対応では、患者の管理に時間と手間がかかった実態があり、患者情報のデータ化が大きな課題として浮上している。

このような背景を踏まえて、大林・岡田両氏が講演を行った。

大林氏は、コロナ禍において、ヘルスケアのデジタル化の問題点が日本で

顕在化したと指摘。例えば米国ニューヨーク州マンハッタンでは、どこの病院でICUが空いているかがデジタルで一目瞭然になる仕組みがあると紹介し、日本でも医療のデジタル化を進めておけば「自宅療養のコロナ感染者が重症化した場合に、駆け込む病院を容易に探すことができたはず」と述べた。

大林氏は「デジタル化が進んでいけば、医療崩壊を防げたのではないかと。感染症との戦いはコロナが収まった後も続く。この体験を踏まえ、医療DXを治療に活かすことに教訓を得たので、次の感染症に備えて今からできることを進めていくべきだ」と訴えた。

政府が現在進めているデータヘルス改革については、「センシティブな情報を悪用する『不屈者』がいることを前提にシステムをつくるべきだ。悪用した人に厳罰を科し、誰がどのよう

な目的でその情報を見たかも検証できるようにする。デジタルでは必ず記録が残ることを世の中に周知し、『情報を盗まれるのではないかと』という人々の不安を解消するしかない」と述べた。

岡田氏は、オンライン資格確認システムで医療情報の閲覧ができることについて、「『よりよい医療が可能になる』と厚生労働省の資料にあるが、医療従事者ではない私にはよくわからない」と、効果を実感できる段階にまだ至っていないことを指摘。一方、オンライン資格確認システムを活用した資格確認の利用状況をみると、保険証による資格確認が大半で、マイナンバーカードを用いた資格確認は少なく、全体の0.5%ほどと説明した(7月時点)。

その上で、岡田氏はマイナンバーカードで受診した場合に閲覧可能となる医療情報がどれほど活用されている



かを示した(7月分)。マイナンバーカードで受診した件数に占める薬剤情報利用の件数の割合は、全体で47.2%。詳しくみると、病院22.9%、医科診療所57.6%、薬局60.8%。特定健診情報を利用した件数の割合は、全体では16.7%で、病院8.8%、医科診療所12.0%、薬局25.0%となっている。

岡田氏は、「薬剤情報の利用割合が医科診療所・薬局で比較的高いので、薬剤情報は必要性があると思う。ただ、マイナンバーカードで受診した件数が少ない。『新たな情報を薬局や診療所が閲覧することで医療の質が向上する』と言えるようになるためには、マイナンバーカードを用いた情報の閲覧自体が増えなければならない」と述べた。

病室 Wi-Fi は入院患者のライフライン

特別講演3に登壇したフリーアナウンサーの笠井信輔氏は、病室Wi-Fiの導入を聴講者に訴えた。2020年にステージ4の悪性リンパ腫に罹患し、4か月半入院した経験から、「新型コロナで誰も見舞いに来られない状況はとて



もきつかった。家族や友人、会社とつながることができるインターネット

トに救われた。病室Wi-Fiはライフライン」と語った。

電波環境協議会の2022年6月現在の調査結果によると、約9割の病院が、業務用としてWi-Fiを導入。ただ病室でWi-Fiが使える病院は3割にとどまる。

病室Wi-Fiの導入が進まない理由の1つに安全面に対する懸念がある。基本的に電子カルテは、閉鎖的なイントラネットで運用されている。開かれたネットワークであるインターネットとつながると、サイバー攻撃を受けるリスクが高くなるためだ。一方、病室

Wi-Fiはインターネットに接続することになる。

笠井氏は、Wi-Fiの電波には5GHz帯と2.4GHz帯の2種類があるため業務用と病室用で分けて使うことができることを説明。また、電波を分離できる中継器を設置すれば、電波が干渉したり、混線は起きないとした。

医療機器への影響については、病室Wi-Fi整備に関するセミナーで、厚生労働省の担当者が「医療機器は、国の基準で電磁波の影響を防ぐ能力を確保することになっており、安心して利用

できる」と明言したことを紹介した。

最後に笠井氏は、2021年にサイバー攻撃を受けた徳島県の公立病院のケースに言及。同病院はイントラネットで電子カルテを使っていたが、古いシステムでセキュリティ対策ソフトが動作に影響するため、セキュリティを停止していた。イントラネットなので問題視されなかったが、遠隔でメンテナンス作業をするため、ベンダーだけがシステムに接続できるようVPN装置を設置していた。VPNはプライベートなネットワークだが、その装置の不具合が放置されていたことも一因となった。笠井氏は、Wi-Fiが原因ではないことを強調した。

清話抄

当院における重点医療機関の取り組み

2020年2月にダイヤモンドプリンセス号の乗客から初めて新型コロナウイルス感染症患者が発生してから2年半余りの月日が経ちました。

当院は、2021年5月27日重点医療機関に指定され1年4か月の間、行政や青森市保健所と連携をとりながら約180人のコロナ患者を受け入れてきました。

また、当院は、血液透析を行っている患者も多く通院しているため、万が一コロナ患者となっても、安定した血液透析を受けられるよう重点医療機関の施設内に血液浄化装置を設置し、隔離透析や血漿交換を行えるようにしました。コロナの入院患者の中には、慢性腎不全の急性増悪を認め、血液透析

を導入することにより救命した例もありました。

第6波のオミクロン株流行で県内の感染者が急増し、高齢者施設等で重症化し夜間の緊急入院も対応することが多くなりました。第7波のBA.5に置き変わった後は、患者の入退院はめまぐるしく奮闘の日々が続きました。

入院した患者の半数以上は65歳以上の高齢者です。高齢者は基礎疾患を様々有しており、患者の病態は多種多様です。個々の基礎疾患の病態を限

く確認しながら、あわせてコロナの治療を行っていくことが重要であると感じております。

先日、静岡浜松で行われた第63回「全日本病院学会」に参加させて頂き、コロナでご苦労されている医療機関が重点医療機関のみならず非常に多いこともわかりました。新型コロナウイルス感染症の一刻も早い終息を願って、引き続き地域医療のため最大限の医療を提供できるよう尽くしていく所存です。

(村上秀一)

医療機器のDX、最先端の事例を紹介

特別企画 病理デジタル画像、スマートポンプ、3歩の住まい

特別企画では「未来は今」と題して、医療機器のDXにおける最先端の事例の紹介があった。毛利博氏(藤枝市立総合病院病院事業管理者)を座長に、小倉隆氏(浜松ホトニクス株式会社)、長谷川英司氏(テルモ株式会社)、植田勝智氏(ふじのくに医療城下町推進機構常務理事兼ファルマバレーセンター長)の3名が講演した。

冒頭、毛利氏が「医薬品・医療機器の生産額が全国1位を誇る静岡県は、世界一の健康長寿県の形成をめざして地域企業の高い技術力を活用しながら、モノづくり・ひとづくり・まちづくりを展開している。今後は、医療もICTを活用しながら、医療DXを推進する必要がある」と述べた。

小倉氏は、病理分野におけるDXとして、病理ホールスライド画像のデジタル化について紹介。組織・細胞ガラスライド標本を高解像度にデジタル変換した画像であり、◇複製が可能◇付帯情報の保存◇異なる染色標本を並

べて観察するなど、顕微鏡では難しい観察が可能◇保管が省スペース◇ネットワークを介した画像の共有・閲覧◇他のソフトウェアやプログラムと連携した画像処理や画像解析が可能といった利点があるとした。

今後は、AIによる業務管理、データ管理、統計処理、画像解析、診断支援、教育支援などの業務を支援するという。小倉氏は、「AIが最終的な責任をとれるわけではないので、ロボットが病理医に置き換わるということではない。診断支援のツールとして、人間とAIのコラボレーションといった視点が重要になるのではないか」との見解を述べた。

次に、長谷川氏が、輸液ポンプとシリジポンプのDXについて説明した。現在、輸液ポンプやシリジポンプは「効率の時代」に来ており、データ連携できるスマートポンプや、病院情報システムとの連携が求められていると強調した。

テルモ株式会社では、IoTを活用した投与データ管理に加え、バッグ、抗がん剤の暴露対策商品、クローズド輸液システムなど、さまざまな方法で安全を提供できるように商品を提供している。

長谷川氏は、「これからはモノからコトに、ソリューションを移していく必要がある。新型コロナによるパラダイムシフトや、働き方改革の追い風を受けて、さらにDXを進めていく必要があると感じている」と述べた。

最後に、植田氏が、静岡県のファルマバレーセンターが取り組む健康長寿自立支援プロジェクトの一つである「自立のための3歩の住まい」について説明した。

人生100年時代に向け、

高齢者の自立期間の延伸を図ることを目標としている。

2021年3月に敷地内に設置されたモデルルームには、◇ベッド中心に、水回りを一直線に配置した設計◇感染症対策のための抗菌効果のある壁材や、転倒時の衝撃吸収をする床材を使用◇高機能生活補助ベッドや歩行トレーニングロボットなどの積極的な活用◇次世代ディスプレイの導入やオンライン診療の活用といった特徴がある。

植田氏は、「今後、高齢化に伴い在宅医療を望む方が増えると思う。自立を支援できるような部屋で過ごしてもらい、長く自立した生活を送っていただければと考える。標準モデルの設計ができたところで地域の企業に参画してもらい、地域経済の発展にもつなげたい」と述べた。



小倉氏

長谷川氏

植田氏

病院のタスクシフト／シェアをどう進めるか

シンポジウム4 薬剤師、看護師、医師事務作業補助者、救急救命士の実態を報告

シンポジウム4では、「ポストコロナ時代のタスクシフト」と題して、石川賀代氏(石川記念会HITO病院理事長)を座長に、薬剤師の舟越亮寛氏(鉄蕉会亀田総合病院)、看護師の本田和也氏(国立病院機構長崎医療センター)、医師事務作業補助者の立場で門井洋二氏(八尾医療PFI株式会社)、救急救命士の伊藤康太郎氏(駿甲会コミュニティーホスピタル甲賀病院)が登壇し、それぞれの職種の実態が報告された。

冒頭、石川氏が「医師の働き方改革が迫る中で、多職種がチーム医療をどう展開していくべきか。人の配置にはコストがかかるので、しっかりとプランを立てる必要がある。さまざまな医療従事者がいる中で、意識をどう高めてもらうか、スキルをどう担保するか、業務をシェアする側の余力をどう確保するかなどが課題になる」と述べた。

薬剤師として舟越氏は、病院薬剤師のタスクシフト／シェアの実践について、亀田総合病院の経験を踏まえ、説明した。病院の調剤室での業務にとどまる「狭い調剤業務」から、薬物治療の一連のサイクルの中でチーム医療に参加する「広い調剤業務」に実践の場を広げていくことに向けた課題を示した。

診療報酬の病棟薬剤業務実施加算が2014年度に導入され、その後、対象の

拡大や充実が図られてきた。しかし、現状の評価では、中小病院にとっては、薬剤師を新たに配置するには十分な評価とは言えず、「病院全体として薬剤師の増員と診療報酬増点を働きかける必要がある」と述べた。

また、薬剤師の働き方改革としても、より臨床に即した場面での参画が求められており、薬剤師以外でもできる調剤業務のタスクシフト／シェアや調剤業務の機械化を図るべきとした。

看護師として本田氏は、離島からの救急患者などに対応する長崎医療センターでの経験から、タスクシフト／シェアに対して「診療看護師(NP)が貢献できること」を説明した。

診療看護師は日本NP協議会が認める教育課程を修了し、試験に合格した看護師のこと。国家資格ではないが、これまでグレーゾーンとされ、厚生労働省により再整理された、医師の診療の補助として看護師が実施可能な業務の6割以上が診療看護師による介入であるという。特定行為研修資格認定の21区分38行為の医療行為を実施できる看護師でもある。

あらかじめ策定した医師の包括的な指示の下、医師不在時や対応困難時の診療・処置、各種検査オーダー代行も実施する。現場の即戦力になるほか、病院経営上の効果も期待できる。「時間的・精神的に医師の負担軽減に貢献していることは間違いない」としつつ、

◇成熟不足◇資格のあり方◇養成、医療機関での受入れ、キャリアパスなどに課題があるとした。

PFI事業会社の社長として門井氏は、医師事務作業補助者の現状と課題を説明した。医師事務作業補助者は、診療報酬の医師事務作業補助体制加算が導入された2008年度の当時から、勤務医負担軽減の役割が期待されていた。厚生労働省調査でも負担軽減の効果が確認されており、医師事務作業補助体制加算はその後、拡充・充実が図られている。医師の業務をタスクシフト／シェアすることで、「医師の仕事の面積が小さくなる分、密度が濃くなる」と強調した。

また、課題として、人材教育・育成システム、業務範囲の整理、雇用・待遇面の充実をあげた。八尾市立病院では、「組織としての業務管理」を行うため、医師事務作業補助者を看護局の所属とし、教育・育成・評価といった一連の人事マネジメントを可能にしているという。

救急救命士として伊藤氏は、甲賀病院での救急車の運用の経験などを踏ま

え、病院で働く救急救命士の現状を報告した。2021年10月に救急救命士法が改正され、救急救命士の救急救命業務が、「病院前」だけでなく医療機関の救急外来でも実施できることになった。甲賀病院は救急医療を充実するため、2020年5月から救急救命士の採用を開始し、2021年4月に8名に増員、同8月に病院が運用する高規格救急車を導入した。

その結果、救急救命士の業務は、◇患者搬送◇救急外来◇院内急変対応◇各部門の補助へと広がった。伊藤氏は、甲賀病院において救急救命士と看護師が救急車に同乗するRRC運用を実施しているとしつつ、課題として「業務の棲み分け」と「教育体制」をあげた。今後の展望としては、「消防」と「病院」の救急救命士に2分化することが望ましいと述べた。



全日病学会を来年10月の広島学会につなげる

第63回全日本病院学会in静岡は10月2日の夕刻に、すべてのプログラムを終え、閉会式が行われた。

土田学会長は、実務を取り仕切った実行委員長の中賀啓介氏(コミュニティーホスピタル甲賀病院院長)をはじめ関係者に謝辞を述べるとともに、静岡学会の参加者数を報告した。参加者数は2,426人。内訳は、事前参加登録が1,192人、当日登録が423人、講師や学会スタッフなどその他が811人となっている。

その後、猪口雄二・全日病会長が、

来年10月に開催する予定の第64回全日本病院学会in広島を主催する大田泰正学会長に、「学会旗」を手渡した。

広島学会は、来年10月14・15日に広島コンベンションホールなどで開催する。学会テーマは「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!～」。

岡山学会の優秀論文を表彰

【最優秀論文】
「機械学習を用いた転倒要因の同定と転倒確率の予測 - 転倒アセスメントデータの分析 -」

医療法人社団 富山西総合病院看護部(筆頭著者・八崎小緒里氏)

【優秀論文】
「マイクロソフトパワーBIによるダッシュボードでデータドリブン経営に挑戦」
社会医療法人石川記念会HITO病院DX推進室(筆頭著者:佐伯潤氏)
「急性期病院における地域包括ケア病棟転入時の行動制限の現状と課題」

・カンファレンスの記録から・
社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院看護部(筆頭著者・石川琴音氏)



診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応⑥ 医師の働き方改革の推進、看護職員の処遇改善について

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員 西本育夫

医師の過重労働、とりわけ病院勤務医の過重労働の解消が叫ばれて久しい。そもそもは2007年5月に第一次安倍政権下の政府・与党により「緊急医師確保対策について」が取りまとめられたことに端を発する。その後の2008年の診療報酬改定以降、社会保障審議会からは毎回必ず病院勤務医の負担軽減についての方針が示されている。

今回の改定においても、重点課題の一つとして「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」と同様の方針が示された。また、これに加えて2021年12月22日の政府予算案を巡って後藤茂之厚生労働大臣と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝が行われ、本体改定率を+0.43%に決定した際、「医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し」等の改革を着実に進める方針も付記されている。

1. 医師やその他の職種の仕事方改革の推進等について

「地域医療体制確保加算の見直し」

2020年の診療報酬改定時に新設された項目であるが、今回の改定では520点→620点と点数が引き上げられ、年間2,000件以上の救急搬送患者の受け入れを必要とする要件の一部が緩和されて、「ハイリスク分娩管理加算」、「総合周産期特定集中治療室管理料」、「小児特定集中治療室管理料」、「新生児特定集中治療室管理料」のいずれかを届け出ている病院や総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターにおいては、年間1,000件以上で要件を満たす改定が行われた。

「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し」

看護職員の配置に係る加算、看護補助者の配置に係る加算など、看護業務の負担軽減に係る各種加算が軒並み5点引き上げられた。また、これらに係る項目についても一部が見直され、「11時間以上の勤務間隔の確保」、「夜勤の連続回数が2連続(2回)まで」のいずれかを満たすことが必須とされた。

看護職員夜間配置加算については(精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料)の施設基準における満たすべき項目の数について、2項目以上から3項目以上に変更された。

「医師事務作業補助体制加算の見直し」

今回の改定では、点数が高く要件も厳しい「加算1」、及びそれ以外の「加算2」のうち、「加算1」については「延べ勤務時間の8割以上において、業務が外来又は病棟で行われている」という従来の要件が、「3年以上の勤務経験者が5割以上配置されている」に置き換えられた。

院内で従事する場所の制限が撤廃され、より弾力的で実態に即した配置が可能となった。

そのほか、今回の改定では、手術及び処置の時間外加算1等に係る要件の見直し、特定行為研修修了者の活用の推進、病棟薬剤業務実施加算の見直し、診療録管理体制加算の見直しや標準規格(電子カルテの次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR)の導入に係る取組の推進などが変更・追加された。

ご存じのとおり、2024年4月から医師の時間外労働時間の上限規制が適用される。

即ち、今回の改定は各医療機関が医

師の働き方の仕組み作りを行う上での最終形となったことを意味している。

今回も医師の働き方改革を後押しするような改定が行われたが、対象となる医療機関は限定的で、医師の働き方の改革の仕組み作りを要するすべての医療機関をカバーするものにはなっていない。

夜間における看護業務の負担軽減の業務管理等の項目の見直しについては、改定ごとに満たすべき項目等の拡大や厳格化が行われている。今後については病棟等看護業務の実質的なスリム化に取り組まないと、要件を満たし続けることが厳しくなるであろう。

これらの点についてはよく理解しておく必要がある。

2. 看護職員等の処遇改善について

いささか唐突な感じもするが、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策(2021年11月19日閣議決定)」において、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、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を1%程度(月額4,000円)引き上げるための措置(看護職員等処遇改善事業補助金)を、2022年2月から9月まで実施することが決定され、これを受け継ぐ形で2022年10月以降の診療報酬での対応の検討が開始された。

今回の改定で社会保障審議会から発出された重点課題中の例としては、「令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進」と政府の方針が露骨に示されている。

10月以降については、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、具体的には看護職員処遇改善評価料が新設された。

今回の本体改定率+0.43%中、+0.20%は看護職員の処遇改善の原資として割り当てられている。余談ではあるが、この評価料(医療機関の収入にはならない)を除くと実質的な本体改定率は+0.23%だったのである。

施設基準としては、「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200件以上であること」または、「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」のいずれかに該当する必要がある。所定の算定式に基づき165通りの区分を届ける必要があり、毎年3、6、9、12月に新たに算出を行い、区分に変更がある場合は届出を要する。

なお、この処遇改善の支給対象者は看護職員に加えて、看護補助者、理学療法士など幅広いコメディカルへの支給も可能となっている。支給対象を看護職員だけに絞るか、その他の職種まで含めるかについては、それぞれの医療機関の判断とされた。

ただし、看護職員以外を支給対象とする場合においても、医療機関に給付される金額に変更がないため一人あたりの受け取り額は少なくなる。

個人的な所感であるが、支給の対象とならない医療機関に勤務する看護職員、支給の対象となる医療機関であっても、看護職員のみ対象、看護職員以外の職種まで対象など、職員の受ける処遇は一定ではない。本当に処遇改善に資するものなのか疑問を感じている。

医師確保計画における都道府県の目標医師数の設定を議論

厚労省・医師確保計画WG

医師少数県以外の医師数を減らすべきではない

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10月12日、医師確保計画をめぐる議論を行った。特に、医師少数県以外の都道府県が目標医師数を設定する場合の考え方について、基本的な方向性には賛同が得られたが、委員からさまざまな意見が出た。

医師確保計画では、医師多数区域と中程度区域の二次医療圏の目標医師数は、都道府県において独自に設定することになっている。しかし、医師多数区域と中程度区域が、計画開始時点の医師数より多い目標設定を行うと、医師少数区域の医師確保対策が十分にできない可能性が出てくる。このため、医師の地域偏在の是正を図る観点からも、目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定することを論点とした。

ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、新たに国が示す「計画終了時に計画開始時点の医師偏在指標を維持するために必要な医師数」を踏まえ、都道府県はその数を上回らない範囲で目標医師数を設定する。

また、医師少数県以外において、二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時点の医師数を上回る

場合は、都道府県の計画開始時点医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。

これは都道府県内の二次医療圏の目標医師数の合計が、都道府県の目標医師数の基準を上回ってしまう場合には、特定の二次医療圏の目標医師数を減らすことで、各医療圏に医師を「均す」ことを意味する。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「特定の二次医療圏の医師を均すよりも、二次医療圏を見直すことが先ではないか。大学病院がある二次医療圏は、専門医も多く、病院数も多い。交通の便などを考えても、医療圏の状況は地域によりさまざま。無理に均すと、混乱が生じかねない」と述べた。

全国自治体病院協議会会長の小熊豊委員も、「都会は専門医がたくさんいる。そこを減らすと、『最後の砦』の機能が弱ってしまう。都会の専門医を減らせというのは違うと思う」と訴えた。

一方、健康保険組合連合会参与の幸野庄司委員は、「医師少数区域以外はこれまで目標医師数を独自に設定できた。そこは基準を設けるべきだ。その上で、将来的には医療需要が減るので、

それを見込んで、計画開始時点を下回る目標医師数を設定してもよいのではないか」と主張した。

厚労省の担当官は、「現状で医師が多い地域は、専門性の高い医療を提供している、あるいは働き方改革で人員を増やしているかもしれない。全体のバランスを崩さないための穏当な方法ということで、『計画開始時点の医師数を上回らない範囲』という基準を提案している」と説明した。

奈良県立医科大学教授の今村知明委員は、「医師数を増やしている状況であるので、医師を減らすというよりも、増える医師をどう配分するかということであり、医師少数区域により手厚く配分することを考え、医師多数区域の医師を増やす努力はしないということだ」と説明した。

地域枠で選択する診療科も課題

地域枠・地元出身者枠の論点についても、さまざまな議論があった。

見直しの方向性としては、◇医学部定員の減員に向け、都道府県は、積極的に恒久定員内の地域枠や地元出身者枠の設置を大学と調整する◇キャリア形成卒前支援プランを通して、学生時代から地域医療に従事・貢献する医師

としての姿勢等を涵養し、有効な取組みについての情報共有を行う機会を定期的に設ける一などを講じる。

全日病副会長の織田正道委員は、「地域医療に従事・貢献する医師」として、地域枠の医師が選択する診療科について質問。文部科学省の担当官は、現状の地域枠で診療科の制限は行っておらず、さまざまな基本診療領域の診療科が選ばれているが、地域が求める診療科を選択する仕組みもあるとの回答があった。織田委員は、後期高齢者が増える中、総合的な診療能力を持つ医師の養成が求められていると強調した。

また、地元出身者枠については、一般枠の中に位置付けられ、特定地域での従事要件も課されないため、位置づけが不明確との指摘が出た。

最新データを用いて医師確保計画の効果を検証することでは、医師偏在指標の医師数に用いる三師統計の集計時期の問題で、次期医師確保計画を策定する2023年度までに、集計結果を反映させることができない。厚労省は、三師届・業務従事届のオンライン届出が今後始まることから、結果を早期に公表できるよう検討を進める考えを示した。既存の他統計との連携を含め、三師統計の充実化も図る方針だ。

救急医療の医療関係職種のあり方検討会が初会合

厚労省 「救急外来」における救急救命士の配置などを議論

厚生労働省の「救急医療の現場における医療関係職種のあり方に関する検討会」の初会合が10月13日に開かれた。2021年10月に改正救急救命士法が施行され、救急救命士が「病院前」だけでなく「救急外来」でも救急救命処置を実施することが可能になったことに伴い、「救急外来」における多職種の連携など病院前から医療機関内に至る救急医療を一体的に議論する。

座長には、遠藤久夫・学習院大学教授が就任した。四病院団体協議会を代表し、加納繁照・日本医療法人協会会長が参加する。

救急医療を取り巻く現状をみると、高齢化により救急搬送が増加し、救急医療に携わる医療従事者への負担が増加している。医師の働き方改革が直前に迫る中で、救急科の医師の14%が年1,860時間を超える時間外労働を行っている。救急医療を担う医師から、他職種へのタスクシフト／シェアを進め

る重要性は高いと言える。

そのような状況で、改正救急救命士法により、救急救命士が「救急外来」で救急救命処置を実施できることになった。また、救急救命士が実施できる救急救命処置の範囲の拡大も検討されており、2022年度中に結論を得ることになっている。

一方、救急現場における医師の業務の移管先としては、まずは行える業務の幅が広い看護師があげられる。しかし、現状で看護師の「救急外来」における業務実態は明らかになっていない。また、医療法において、看護師の外来における看護配置の基準はあるが、「救急外来」に特化した基準はない。

これらを踏まえ、今後、①救急外来における多職種の配置、連携等②改正救急救命士法の効果の検証③救急救命処置の追加・除外・見直しを論点とし、議論を進めていく。今年度中をめどに結論をまとめる考えだ。

同日は、2021年度の厚生労働科学特別研究「救急外来における医師・看護師等の勤務実態把握のための調査研究」(研究代表者＝任和子・京都大学大学院教授)の結果と、改正救急救命士法の効果を検証するために実施を予定するアンケート調査(研究代表者＝横田裕行・日本体育大学大学院教授)の検討状況が報告された。

任教授は、調査研究の結果、「専門性の高い看護師の配置により、医師から看護師への業務分担が推進できる可能性が示唆された」、「看護職員が救急患者受入れのための直接業務に携わることができる、応需率が高まる可能性が示唆された」と報告した。

これらを踏まえ、「専門性の高い看護師等の配置により、医師から看護師への業務分担が推進できる可能性」があると主張した。

昨年10月の改正救急救命士法の効果を検証するためのアンケート調査は、



2023年1月に実施し、3月に結果をまとめる予定。全国の救急救急センター(全国300施設)のセンター長、看護師長に「救急救命士の雇用状況」や「法改正についての認識」などをきく。救急救命士を雇用している場合には、それによる医師・看護師の負担軽減や救急車の受入れ実績、院内体制の整備状況なども把握する。

これに対し、日本医療法人協会の加納繁照委員は、「二次救急を担っている医療機関も救急救命士を雇用する施設が出てきているので、その状況も把握すべき」と求めた。

医療法人を特定しない経営情報のデータベースを国が構築

厚労省・経営情報データベース検討会 監督・指導が目的の事業報告書等とは別制度

厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」は10月19日に初会合を開催した。医療機関の経営状況の実態を把握するため、国が医療法人の経営情報のデータベースを構築する際に必要な事項を検討する。今年中には、一定の考えをまとめる。2023年度までにデータベースの構築が求められており、新たな制度による経営情報の提出は、2023年度の可能な範囲での早期に開始する予定だ。座長には、田中滋・埼玉県立大学理事長が選出された。

データベース構築の目的は、医療法人の監督・指導を目的とする事業報告書等とは異なることから、両者は別制度であることを明確にしている。

一方、医療法人の事業報告書等のデジタル化については、電子化した事業報告書等を都道府県のホームページなどで閲覧できるようにすることがすでに決まっている。2021年4月～2022年3月を会計年度とする事業報告書以降の事業報告書等は、医療機関等情報支援システム(G-MIS)への電子媒体のアップロードによる届出が可能になる。都道府県のホームページなどでの閲覧は2023年度以降である。

当面、従来どおり紙媒体による届出が可能となっているので、届け出られた紙媒体は、国が委託した事業者が都道府県から紙媒体を入手して電子化を行い、都道府県に電子データを提供するとしている。これらにより、全国の医療法人の事業報告書等の情報は、すべて電子化された状態で国に蓄積され、全国規模のデータベースを構築・活用できる体制になる。

厚労省は、データベース構築の必要性を強調する。理由として、◇新型コロナの感染拡大でも、医療機関支援などの政策を進めるためのエビデンスとしての医療機関の経営状況が把握できなかった◇医療法人は、運営の透明性が求められており、運営状況を明らかにすることにより、医療が置かれている現状と実態を把握することができる一などをあげている。

データベースを構築し、医療法人の経営情報を把握・分析できれば、これらの状況を改善できるとともに、「医療

従事者の処遇の適正化に向けた検討」や診療報酬改定の参考となる医療経済実態調査の把握が可能になるという。医療機関にとっても、マクロデータを自院の経営指標と比較することで、経営課題の分析に活用できると指摘した。

経緯を振り返ると、財務省は、財政制度等審議会財政制度分科会などで、「社会福祉法に準じた必要な法制上の措置を講じた上で、医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表し、一覧性のある全国ベースの電子開示システムを早急に整えるべきである」との考えを示すなど、医療機関の経営の極端な「見える化」を主張してきた。

これに対し、四病院団体協議会は、医療法人にとって機微な情報が含まれている事業報告書等が、誰にでもどこでもいつでも閲覧できるようにすることは、医療法人の機微な情報の不適切な利用につながると反対してきた。

今回の厚労省の提案は、個別の医療法人の事業報告書等そのものを開示する財務省案とは異なり、個別の病院が特定されないよう加工された情報によるデータベースだ。このため、検討会の構成員である全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員、日本医療法人協会副会長の伊藤伸一委員、日本精神科病院協会副会長の野木渡委員ら四病協に所属する委員も、基本的にはデータベースの構築に賛成した。

猪口委員は、「新たなデータベースで、より精緻な情報が求められたとしても、それが事業

報告書等に跳ね返ることのようにしてほしい」と念を押した。

その上で、各論点について議論が行われた。具体的には、◇制度の対象となる医療法人◇届出を求める経営情報◇病床機能報告・外来機能報告との連携◇国民への公表方法◇第三者提供制度◇医療法人以外の経営情報一が検討課題となった。

対象は、すべての医療法人を基本としつつ、「社会保険診療報酬の所得計算の特例措置(いわゆる四段階税制)が適用されている法人」は、除外する案が示され、概ね了承された。

届出を求める経営情報として、◇損益計算書は「病院会計準則」をベースにする◇貸借対照表は現行の事業報告書等によるものとする一との案が出た。ただ、届出内容の簡素化や届出時期についての経過措置は設ける方向だ。給与情報の把握では、職種ごとの年間1人当たりの給与額を把握するためのデータ提出が論点となり、猪口委員は



「任意」とすることを主張した。

病床機能報告・外来機能報告との連携については、連携は行いが、国で政策活用すること以外の活用は「慎重に議論することになった。国民への公表方法では、「属性等に応じてグルーピングした分析方法」を用いることで、医療法人が特定されない対応が求められた。第三者提供制度については、有識者による審査の仕組みを前提に、慎重に検討する。医療法人以外の医療機関の経営情報も他の公開情報を実務的に収集し、データベースと連携させる。

医療法第32条第1項の届出事項と経営情報案

(現行) 医療法第52条第1項の届出事項	経営情報案
<ul style="list-style-type: none"> ○事業報告書 ○財産目録 ○貸借対照表 ○損益計算書(法人全体の事業収益・費用等のみ) ○関係事業者との取引の状況に関する報告書 ○監査報告書 ○社会医療法人の役員報酬基準、保有資産目録、業務に関する書類 ○その他一定規模以上医療法人・社会医療法人債発行法人関係書類(閲覧対象外) 	<p>※下線ありは必須項目。斜体は任意項目。囲みは病院は必須項目、診療所は任意項目。</p> <p>施設別</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療収益(入院診療収益、<u>室料差額収益</u>、外来診療収益、その他の医療収益) <ul style="list-style-type: none"> ※入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益(患者負担含む)」及び「公費等診療収益」を別掲。 ※その他の医療収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。 ※診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。 ○材料費(医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費) ○給与費(給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費) ○委託費(給食委託費) ○設備関係費(減価償却費、機器賃借料) ○研究研修費 ○経費(水道光熱費) <ul style="list-style-type: none"> ※診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医療費用」の科目を設ける。 ○控除対象外消費税等負担額 ○本部費配賦額 <ul style="list-style-type: none"> ※診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医療費用の内数として記載。 ○医療利益(又は医療損失) ○医療外収益(受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益)、○医療外費用(支払利息) ○経常利益(又は経常損失) ○臨時収益、○臨時費用 ○税引前当期純利益(又は税引前当期純損失) ○法人税、住民税及び事業税負担額 ○当期純利益(又は当期純損失) ○職種別の給料及び賞与並びにその人数※ 病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用 <ul style="list-style-type: none"> 職種 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)、その他の医療技術者等(診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士)、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等(管理栄養士、栄養士、調理師)、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務(総務、人事、財務、医事等)担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士、その他の職員)

MEDI-TARGETをリニューアル DPC分析ツールMEDI-ARROWS IIIrd誕生

病院支援事業の一環として、MEDI-TARGETがスタートして15年。そして2022年10月、MEDI-ARROWS IIIrdとして新しく生まれ変わりました。製品コンセプトは「分析未経験者でも経営改善に導くスペシャリストへ」。

課題発見から解決策の検討までを一気通貫で支援します。
【特徴】
① 分析初心者の方でもパッと経営課題を把握できる。
② 課題の可視化だけでなく、改善ア

クションに導くような仕組みがある。
③ ユーザーに対しての充実したフォローサービスがある。

課題特定のために他院とベンチマークを行い、病院の「今」を見極めます。次に各種指標の判定評価でマイナス値(他院と比較して改善対策に取組みやすい)を洗い出し、改善に向けた活動コメントを確認。分析担当者は着目すべき点と、それに向けた対策がすぐに分かります。

分析コンテンツも多数取り揃え、自院の全体経営概況を捉えることができる「経営指標ロジックツリー」から、診療科別・疾患別といった細かい視点での分析を可能とする内的環境分析、患者を住所地(郵便番号)別に地図上にプロットし、集患が弱い地域の把握や、収益性の高い患者を多く紹介する医療機関などを把握するための外的要因分析が搭載されています。そのほかにも、多くの病院で取り組

まれている指導料・加算の算定状況把握や看護必要度の統計機能も搭載し、様々な病院経営課題に対して対策が検討できる構成となっています。また、分析のアフターフォローもさらに充実。分析指標の作成を代行する『詳細分析代行サービス』をはじめ、オンラインを積極的に活用した勉強会・お客様サポートも実施し、場所や時間に縛られない研修体制を目指します。(トライアルも募集中です!!)

【価格】

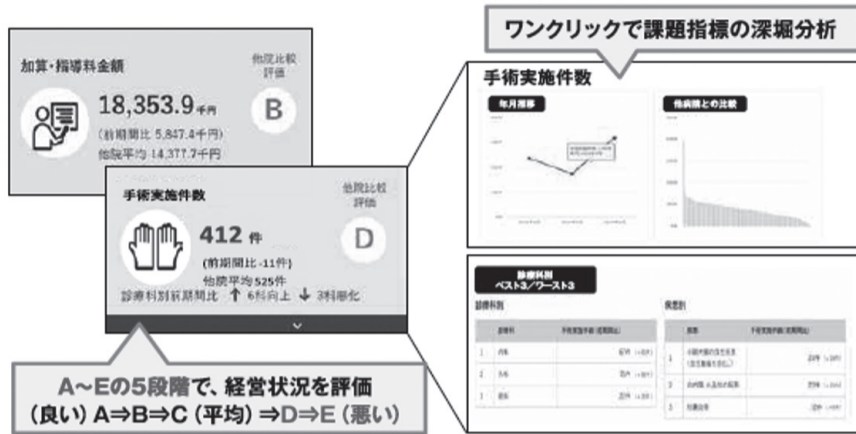
- ・フルパッケージ版：初期72万円、利用料84万円/年(200床の場合) ※1
 - ・Lite版：利用料60万円/年 ※2
- ※1 価格は病床規模により異なります。詳細は当会へ確認ください
※2 当会会員病院向けのプランとなります

【問合せ先】

公益社団法人 全日本病院協会
事務局(DPC担当)
東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL：03-5283-7441
FAX：03-5283-7444
E-mail：dpc@ajha.or.jp

経営指標ベンチマーク

他病院とのベンチマークにより自院の課題を特定



医療DXの効果を生むため人員配置基準の見直しを

社保審・医療部会

第8次医療計画等の検討状況の報告を受ける

厚生労働省は10月13日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、第8次医療計画等に関する検討会の検討状況の経過報告を行った。感染症法等改正法案を閣議決定し、国会に提出したことや、官邸に医療DX推進本部を設定したことも報告された。

第8次医療計画に向けた検討は、さまざまな分野にわたる。5疾病、5事業および在宅医療のほか、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画も含む。新興感染症への対応も新たに加わ

るが、感染症法等改正法案の状況に応じ議論する。なお、5疾病は健康局で個別に疾病対策の議論が行われている。

委員からは、それぞれの検討状況に対し、さまざまな意見が出された。ただ、計画の範囲が幅広く、多岐にわたるため、委員からは、全体を見通すことが難しいことや、グランドデザインがない中で、個別分野の議論が進むことへの懸念も相次いだ。

全日病副会長の神野正博委員は、各計画の個別分野の検討状況は了解し

つ、2点を指摘した。

一つには、総論として、「生産年齢人口の減少に対応するためには、マンパワーの確保だけでは不十分であり、DXやICTによる間接部門の効率の向上が不可欠」との指摘がある。これを踏まえ、「DXやICTにより、業務が効率化できれば、他の産業ではマンパワーを減らせる。しかし、医療では、人員配置基準の縛りがあるため、マンパワーを減らすことができないという



構造的な問題がある。医療のアウトカムを重視し、人員配置基準を見直す必要がある」と訴えた。また、5事業や介護を含めたオンラインを通じた情報共有の必要性も強調した。

次期診療報酬改定に向けた2022年度調査案を概ね了承

入院・外来等調査・評価分科会

DPC制度になじまない病院の調査も実施

中医協の入院・外来等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は10月12日、2024年度診療報酬改定に向け、(1)令和4年度入院・外来調査案、(2)DPC制度に関する令和4年度特別調査案を大筋で了承した。委員の指摘を踏まえた修正を行った上で、基本問題小委員会、総会に報告する。

分科会で実施する令和4年度調査の項目は、◇一般病棟入院基本料等の「重症度、医療・看護必要度」◇特定集中治療室管理料等の入院料◇地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等◇療養病棟入院基本料等◇新興感染症等にも対応できる医療提供体制◇医師の働き方改革に関する評価◇外来医療に係る評価等。

今年度から同分科会の検討事項に

「外来」が加わったため、オンライン診療を含め、外来関連の調査項目が加わる。また、「新興感染症等にも対応できる医療提供体制」「医師の働き方改革に関する評価等」も、これまでは分科会の調査項目ではなかった。分科会で議論される項目が増え、分科会の役割が増大している。

委員からは2022年度調査の評価票案などに対し、さまざまな意見が出た。修正内容は尾形分科会長に一任し、基本小委、総会に報告する。11~12月に調査を実施する予定だ。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、患者へのオンライン診療等の調査方法について、医療機関に外来受診した患者へのアンケート調査としていることから、「まだ、オンライン診療を活用する患者が少ない中

で、十分なデータが取れるような工夫が必要」と指摘した。厚労省の担当者は、「オンライン診療を実施している医療機関での調査とするなど、データが集まるようにする」と回答した。

全日病常任理事の津留英智委員は、入院患者票案の「入院した時の状態」について発言。「感染拡大当初の新型コロナ患者は人工呼吸器の装着などを必要としたが、オミクロン株による感染拡大では、そのような患者は減少し、基礎疾患を抱え、医療よりも介護を必要とする高齢患者が重症者用病床を占拠し、入院も長期化した。そのような状況では、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)がどれだけ関係者に共有されているかが重要になる。ACPの実施状況も質問に加えるべきではないか」と提案した。

DPC対象病院の診療実態を調査

DPC制度などに関する2022年度特別調査では、適切なDPC制度の運用を図る観点から、DPC制度になじまない可能性がある病院も含めたDPC対象病院の診療実態を調べる。医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブを評価している機能評価係数Ⅱに着目し、特別調査を実施する。

また、調査票の回収状況や各病院の機能評価係数Ⅱの取得状況を踏まえて、10施設程度のヒアリング対象を選定し、DPC/PDPS等作業グループに召集する。

2022年度改定の検討では、◇DPC対象病棟以外での受入れ目的に転院してきた患者を一時的にDPC対象病棟に入院させる実態がある◇「リハビリ目的」の入院など、必ずしも急性期の病態とは言えない患者も、DPC対象病棟に入院している—ことなどがわかり、一定の対応が講じられた。

2022年度 第6回常任理事会の抄録 9月10日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
神奈川県 公益財団法人横浜勤労者福祉協会汐田総合病院 院長 宮澤 由美
長崎県 医療法人医理会柿添病院 理事長 柿添 圭嗣
正会員は合計2,537会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
ライフケアパートナーズ

(代表取締役 矢野 美佳)
他に退会が1会員あり、合計113会員となった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 都道府県支部セミナーの再開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 浅草病院
大阪府 藤井病院
- ◎一般病院2
神奈川県 横浜南共済病院
神奈川県 昭和大学藤が丘病院
- ◎リハビリテーション病院
福岡県 聖マリアヘルスケアセンター

◎慢性期病院

- 宮城県 石巻健育会病院
- ◎精神科病院
福岡県 中村病院
8月19日現在の認定病院は合計2,035病院。そのうち、本会会員は847病院と、全認定病院の41.6%を占める。
- かかりつけ医について、「第8次医療計画等に関する検討会」の議論が紹介され、意見交換を行った。

2022年度病院機能評価受審支援事業③ 事務管理領域を中心に初回訪問支援を実施

病院機能評価委員会委員 事務担当サーベイヤ― 朝見浩一

病院機能評価受審支援事業は、全日本病院協会の多くを占める中小病院に対して、受審準備から約1年を通じて支援する取り組みである。診療・看護・事務担当の各サーベイヤ―が受審支援チームを組み、モデル病院へアドバイスを行う。より多くの会員病院の機能評価受審に向けたハードルを下げ、受審病院が増えた結果として、医療の質向上に寄与することが目的となる。

今年度のモデル病院として、札幌優翔館病院(一般86床・医療療養48床計134床)が選定されている。「より質の高い医療を提供したい」といった応募動機のもと、病院機能評価受審の認定取得に向けて、自ら改善に向けて取り組むとした、強い意志を示されており、

8月23日に病院機能評価受審支援相談として初回訪問し、事務管理領域を中心にアドバイスをを行っている。

今回は、モデル病院への初回訪問となることから、支援相談におけるプログラムを作成し、オリエンテーション、病院機能評価の概要説明、事務管理領域を中心とした評価項目の解説、そのほか、実際の面接調査を想定した合同面接ロールプレイング、最後に、今後の準備の進め方や、意見交換、質疑応答を実施した。

病院機能評価の概要説明では、モデル病院の本審査予定が来年6月となることから、次期病院機能評価となる機能種別版評価項目(3rdG:Ver.3.0、以下V3.0)【2022年4月1日版】で公開さ

れている内容を踏まえて資料を作成し、説明を実施している。

次に、事務管理領域のポイントについては、V3.0で評価項目が一部変更となる項目や、評価結果としてB評価の出現率が多い事務管理領域の評価項目を15項目選定し、サーベイヤ―の視点から、ワンポイントアドバイスを付け加えて解説を実施した。

その後には、合同面接ロールプレイングとして、事務管理領域の評価項目:4.1.1・4.1.2・1.5.1の3項目について、実際の面接調査場面を想定した形で実施している。サーベイヤ―側から質問をして、病院側からは回答をしてもらい、回答内容を踏まえ解説を付け加えるといった手法である。最後には、質

疑応答を含め意見交換を実施し、今後の進め方についてなどアドバイスをを行っている。

今回の病院訪問支援では、事務管理領域を中心とした相談支援であったが、事務部門だけではなく医療技術部門の管理職の方々も参加され、真剣に取り組まれている姿が印象的であった。質疑応答の中で、いくつかのポイントについて解説をしているが、新たな気づきや発見もあったといった話があり、他の病院の取り組みについても、参考として情報提供をしている。

今後は、診療および看護の担当サーベイヤ―が病院を訪問し支援することとしている。病院機能評価は、医療の質改善のための手段であり、目的ではない。当該病院の応募動機でもある「より質の高い医療を提供したい」が達成できるよう、当事者意識を持ち、全職員が一丸となり、引き続き受審準備されることを期待したい。

認定取得に向けてモチベーションアップ

医療法人社団翔嶺館 札幌優翔館病院 院長 北川真吾

受審支援モデルとして選定され3回目の投稿です。今回は、病院機能評価受審支援事業のアドバイザー初回訪問を受けての内容になります。

初回訪問の当初の予定は6月3日でした。しかし、訪問日直前に当院の事情により延期を申し出ることになってしまいました。全日病の事務局の皆様、そして訪問アドバイザーの朝見先生に大変なご迷惑とお手数をおかけしたにもかかわらず、延期をご快諾いただきました。感謝申し上げます。

延期をお願いした6月から2か月が経過した頃、再度、初回訪問についての打診があり8月23日を初回訪問日として決定いたしました。訪問アドバイザーの朝見先生から、当初予定の6月にも資料を送信いただきましたが、仕切り直した8月の訪問日にあわせてさらに改訂した資料を事前に送信いただきました。この2か月の間に資料を改

訂して下さったのだと感じるとともに、この間、我々は受審に向けて少しでも前に進めることができていたのだろうかと反省しました。

訪問時のプログラムは、総論と各論、そして面接ロールプレイング、講評及び質疑応答・意見交換という流れでした。総論では、病院機能評価が目指しているもの、受審することの有益性などを解説いただきました。これは、今になって思えば、総論としての解説だけではなく、当院の各部署責任者に受審することの意義や認定を取得するプロセス、そして取得した後の継続した改善こそが重要であるということを書いてくださったのであろうと思います。

その次は、訪問審査の実際の進め方や評価方法、ケアプロセス当日の写真など、受審に対する実践的なイメージが持てるような解説をいただきました。実践的なイメージの後は、視点を変え

てもう一度受審する意義を解説していただきました。この総論の部分では、受審の意義や受審に対するモチベーションを繰り返しお聞かせいただくことで、各部署責任者に対し丁寧に意識付けをしていただいたのだと思います。

各論については、事務管理領域に特化したポイントで解説をいただきました。サーベイヤ―の先生たちも評価するためのマニュアルというのはなく、あくまで病院機能評価機能種別解説集に基づき、受審病院に対して書類の閲覧や質問をすることで評価をしているのだということを知りました。受審する側だけでなく、サーベイヤ―の先生たちも気力や知力の全エネルギーをかけて病院機能評価の認定を行っているのだと強く感じました。

プログラムの最後の質疑応答の場面では、病院機能評価に直結する質問だけでなく、常日頃、当院職員が感じた

り考えたりしていることに対しても真摯にお答えいただきました。患者の未収金に対する悩みや電子カルテ導入に対するアドバイスなど、朝見先生の発する言葉は穏やかではありますが病院への情熱を感じ、そういった意味でも当院職員に良い影響を与えてくださったと感じております。

当院のために病院機能評価を受審し認定を勝ち取るというのは当たり前なのですが、我々のために時間と労力を割いてアドバイスをしてくださったアドバイザーの朝見先生、そして訪問アドバイスをコーディネートしてくださった全日病の事務局の皆様、胸を張って「病院機能評価の認定を取得できました」という報告ができるよう、受審日までの残り9か月、職員同士で叱咤激励しながら目標に向かって進んでいきたいと思っております。

今回の訪問アドバイスは、具体的な事例に基づく今後の進め方だけではなく、認定取得に向けたモチベーションアップにも繋がりました。遠いところをご足労いただきましたことを感謝いたします。

平均在院日数の地域差縮減の是非をめぐり賛否両論

厚生労働省・第8次医療計画等検討会

基準病床数の算定式の設定で

厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)は10月7日、第8次医療計画策定に向け、「医療圏」、「指標」の論点を大筋で了承した。基準病床数については、算定方式で用いる平均在院日数の設定で、地域差縮減の是非をめぐり賛否があった。

医療計画の医療圏は二次医療圏だが、人口が100万人を大きく超える大都市圏の二次医療圏など、医療が完結する地理的範囲として適当ではないと考えられる場合がある。また、5疾病・5

事業および在宅医療のそれぞれの領域で、適切な医療圏が異なる場合もある。このため、必要に応じて医療圏を見直すことが促された。

二次医療圏は、医師偏在指標による医師多数地域と医師不足地域を設定するベースになるので、早急に決める必要がある。ただ、中長期的にもさらなる人口動態の変化が予測されることから、将来的な医療圏のあり方については、引続き検討する。

基準病床数については、それを導き

出す算定方式で用いる平均在院日数の設定において、平均在院日数の「地域差」が縮減していないことから、「地域差」の是正を進める観点から、平均在院日数を設定することが論点となった。しかし委員からは賛否両論があった。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「その地域の平均在院日数は、地域の介護施設や在宅医療の整備状況、療養病床の数と一般病床の使い方などさまざまな要因により、決まっている。それらのデータをみな

がら判断する必要がある」と述べた。

全日病副会長の織田正道委員も、「地域の受け皿の問題があるので、無理に地域差を縮小するべきではない。全体の平均在院日数はすでに縮減傾向にある」と同様に慎重姿勢を示した。

指標については、地域の現状や課題に即した施策を検討する上で、これまでの議論で、計画に基づき実施する活動とその結果として生じることを体系化して図示するロジックモデルの活用が有用と考えられた。このため、第8次医療計画においても、都道府県がロジックモデルを活用できることを国が指針で示すとともに、既存の研修会などを通じて、先駆的な事例の紹介を行うことが論点となり、了承を得た。

■ 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
AMAT 隊員養成研修 (WEB開催) 120名	講義研修 2023年1月6日(金) 実習研修 ①2023年1月7日(土) ②2023年1月8日(日)	11,000円(33,000円)	全日病は災害時医療支援活動班(AMAT)を組織し、会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携を含めた災害医療活動が可能な体制を整えている。厚生労働省の「2022年度災害医療チーム養成支援事業」の実施団体にも選定されている。
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。