



全日病 NEWS

2022.12.1

No.1022

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

新型コロナの病床確保料を減額しない判断を可能に

厚労省 緊急包括支援金の取扱い事務連絡を見直し

厚生労働省は11月21日、「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)の実施に当たっての取扱い」を事務連絡した。9月22日の取扱い事務連絡を見直したもので、都道府県知事の判断により、特段の事情がある医療機関に対しては、病床確保料の調整を行わないことができるようになった。また、特例的な病床確保料の支給でも配慮があった。

9月22日の取扱い事務連絡では、10月1日から、一定の要件に該当した場合に、新型コロナ緊急包括支援交付金による病床確保料を調整する措置が示されていた。具体的には、即応病床使用率が50%未満で、かつ病床確保料を受ける医療機関の収入額(診療収入額と病床確保料の合計額)が新型コロナ

流行前の診療報酬収入額の1.1倍を超える場合に、1.1倍を超える分の病床確保料が調整される減額措置となっていた。

今回の見直しでは、病床確保料を調整する措置について、都道府県知事の判断により病床確保料を調整しない対象を以下のように整理した。都道府県には、該当する医療機関について、厚労省に相談することを求めている。

◇周産期、小児、透析、精神の4診療科
◇地域のコロナ病床確保に中核的な役割を果たす基幹的医療機関、構造上の事情により病棟単位でコロナ病床を確保・運用する医療機関、都道府県知事がそれらに類する特段の事情があると認める医療機関
◇2022年10月1日から2023年3月31

日までの即応病床使用率が50%以上の医療機関

9月22日の取扱い事務連絡から、新たに2つの場合が加わった。特に、「都道府県知事がそれらに類する特段の事情があると認める医療機関」という項目が加わったことで、柔軟な取扱いが可能となった。

即応病床使用率の算定にあたっては、感染拡大期において、都道府県がフェーズを引き上げた際に、即応化してから最大2週間に限り、新たに即応化された即応病床について、算定対象から除外できることとしている。

また、周囲にコロナ入院受入医療機関が乏しい医療機関については、医療機関の収入額が、1.2倍を超えた場合に限り、調整対象となる。

調整においては、2019年1月1日から2019年12月31日を新型コロナ流行前の診療収益の期間とし、2022年1月1日から2022年12月31日までの診療収益と比べる。2019年の診療収益が、休診などの特別な事情により例年よりも低い水準の診療収益となっている場合には一定の配慮が講じられる。

また、診療報酬収入額が新型コロナ流行前の診療収入額の1.2倍を超えていても、特例的に3%を上限に病床確保料を支給する措置が講じられる。9月22日の取扱い事務連絡では、1.1倍を超える場合の特例措置であった。

なお、9月22日の取扱い事務連絡と同様に、協力医療機関の病床確保料は2022年9月30日で終了した。

「医師確保計画の見直しに向けた意見のとりまとめ」を了承

厚労省・第8次医療計画等検討会 歯科医師・薬剤師・看護職員の確保策も整理

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11月11日、全国の医師偏在の是正を目指す「医師確保計画の見直しに向けた意見のとりまとめ」を大筋で了承した。また、第8次医療計画に反映させる歯科医師・薬剤師・看護職員の確保策についても、概ね合意を得た。

「意見」は、「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」がまとめたもの。主に、医師確保計画策定ガイドラインの改定に向けた見直しの内容を盛り込んだ。医師偏在指標により、「医師少数」「医師多数」「それ以外」の県・区域を把握し、医師少数の県・区域の医師数を増やすことなどを主要な目的としている。

今回の医師確保計画の見直しでは、医師の多寡を判断する医師偏在指標において、三師統計で把握する複数の医療機関に勤務する医師の状況が、一定程度、指標に反映されるよう算出方法を変更するなど、精緻化を図る。診療科間の偏在の指標への反映は、現段階では技術的に困難だが、すでに公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることを都道府県に求める。

医師少数スポットについては、原則として市区町村単位で設定する。これまでは設定単位が、都道府県により異なり、医療機関を「スポット」として設定する場合もあったので、単位を明確にする。ただ、へき地や離島では、市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とする。

医師少数都道府県の目標医師数が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位3分の1に相当する医師偏在指標に達するための必要な医師数であることはこれまで通りだ。一方、すでに目標医師数に達していると判断される医師少数都道府県以外の取扱いも明確に定めた。それによると、医師少数都道府県以外の都道府県の目標医師数は計画開始時の医師数を上限とし、その範囲内で各二次医療圏の目標医師数

を設定するとしている。

これに対し、全日病副会長の織田正道委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員は懸念を表明した。加納委員は、「例えば、高齢者救急は都会で今後急増する。子育て支援を含めより多くの医師を必要とする働き方の変化も起きている。医療需要が増える地域に対して、それに逆行する医師数を抑制する「枠」をはめるのはおかしい」と訴えた。

織田委員は、「医師偏在指標はあくまで、相対的な医師の多寡を表す指標であり、医師少数都道府県以外で、医師が足りているというわけではない。診療科別の医師数も反映されず、精緻な指標にもなっていない。指標を機械的に適用することは避けるべきだ」と強調した。

厚労省は、地域の医療提供体制の維持を考慮し、必要な医師数を確保するために、指標を機械的に適用することはせず、目標医師数の設定を行うべきであるとの考えを示した。全国医学部長病院長会議理事の大屋祐輔委員も、医師の働き方が、いままに変わりつつあるので、医師の必要数の前提となる医師需給推計を含めたデータの妥当性の検証を継続していくことを求めた。

医学部における地域枠・地元出身者枠の設定をめぐるのは、都道府県が「地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設定について、積極的に大学と調整を行う」とした。地域医療を担う医師を養成する観点では、都道府県、大学、関係機関が連携して、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」としている。

病院薬剤師などの確保策

歯科医師・薬剤師・看護職員の確保が議題となり、厚労省からそれぞれの取組みについての説明があった。

歯科医師の確保については、病院における歯科医療提供の例が示された。

入院患者や要介護者の口腔の管理を行うことで、在院日数が削減されることや、肺炎発症を抑制することが知られるようになった。地域の実情を踏まえ、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職との連携を推進することが重要とされている。

地域医療介護総合確保基金を活用した事例では、徳島県歯科医師会が主体となり、歯科標榜のない病院において常勤の歯科衛生士を配置し、入院患者に口腔ケアを提供する事業を行っている。このような取組みの推進を次期医療計画ガイドラインに反映させることを了承した。

薬剤師の確保については、病院薬剤師と薬局薬剤師のそれぞれの役割を明確にした上で、地域の薬剤師の就労状況を把握し、地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じることを医療計画に記載することなどが決まった。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した薬剤師就学資金貸与事業が紹介された。都道府県が策定するプログラムを満了すると、修学資金の返済を免除される。プログラムでは、都道府県が、薬剤師が不足する地域・医療機関として、都道府県が特に指定する医療機関における就業期間を定めている。また、実績はゼロだが、四病院団体協議会などが、さらに使いやすい事業とすることを要望を行っており、現在、厚労省で検討中であることの報告があった。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、薬剤師就学資金貸与事業について、「是非、病院薬剤師の増加につながるよう、効果的な仕組みにしてほしい」と期待を示した。また、「就業先として病院が選ばれるためには、例えば、管理薬剤師になる要件に、病院での勤務を義務付けるなどの規則が導入されれば心強い」と述べた。

看護職員の確保については、◇「マイナンバー制度を活用した看護職員の人材活用システム」などを活用した都



道府県ナースセンターによる復職支援や離職防止の取組みの推進◇訪問看護の必要量の推計を参考とした訪問看護に従事する看護職員確保の推進◇特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成の推進一が論点となった。

このうち、「特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成の推進」については、2025年に向けてさらなる在宅医療の推進を図るために、特定行為に係る看護師の研修制度が2015年10月に制度化された経緯がある。一方、最近では、コロナ禍もあり急性期の専門性の高い看護師の養成に注目が集まった。

織田委員は、2025年に10万人を目指しているにもかかわらず、2022年9月の看護師の特定行為研修修了者は6,324人。訪問看護ステーションに勤務する看護師は200人程度(2020年末)に過ぎないことを踏まえ、「全日病でも特定行為研修指導者講習会を開催し、後押ししているが、目標と比べるとだいぶ差がある。在宅医療を支えるために制度が始まったということに忘れずに、医師の判断を待たずに行動できる『総合力』の高い看護師を養成してほしい」と強調した。

厚労省の担当者も、「制度の一丁目一番地は、在宅医療を支える看護師の養成であると認識している」と述べた。

本号の紙面から

医療法人の経営情報DB構築	2面
診療報酬改定シリーズ⑦	3面
静岡学会・委員会企画	4~6面
ARROWS Ⅲrd 登場	7面
星北斗参議院議員が初登壇	8面

主張

医師の働き方改革に向けて

2024年に施行される医師の働き方改革に向けて、各医療機関においては苦勞されていると思います。

私は現在、宮崎県医師会の常任理事として、勤務環境改善支援センター(勤改センター)の担当を務めており、また勤務環境改善評価センターのサーベイヤーに選任され、研修を受けてまいりました。

医療機関の宿日直許可制度に関して

は、当初「このままでは、救急医療は継続出来ない」など多くのご意見があり、勤改センターにおいて、研修会の開催、大学病院との意見交換、社労士アドバイザーによる相談等を行ってまいりましたが、不安の声が止まず苦悩しておりました。しかし、厚生労働省における直接の相談窓口の設置により、いくつかの医療機関において、宿日直許可が取れるようになりました。

現在、当県においては、社労士アドバイザーを増員し、丁寧に相談に努めておりますが、一方で、宿日直許可の取得が無く、未だにその動きが無い医療機関もあり、勤改センターより積極的に制度の説明を行うように努めております。

勤務環境改善評価センターのサーベイヤーの研修を受けて、この医師の働き方改革においては、医師の労働時間

短縮に向けて、労働管理体制を構築し、届け出、周知など多くの体制整備、書類作成など取り組みの評価を受けることが必要になっています。

今後、宿日直許可だけでなく、労働時間短縮に向けての取り組みに関しても、研修会の実施、相談業務に早急に対応していく所存です。

(池井義彦)

医療法人の経営情報データベース構築で報告書まとめる

厚労省・経営情報DB検討会

職種ごとの給与費は「任意」、公表時は医療法人をグルーピング

厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースのあり方に関する検討会」(田中滋座長)は11月8日、報告書を大筋でまとめた。2023年度中にデータベースを構築するため、社会保障審議会・医療部会に報告した上で、来年の通常国会での法律改正を目指す。

医療法人の事業報告書等については、今年3月の医療法施行規則改正により、アップロードによる届出が可能となり、都道府県でのインターネットの利用などによる閲覧が行われることになる。住民などからの請求があった場合に、事業報告書等を「閲覧に供する」ことは都道府県の義務である。

今回のデータベースは、これとは別に、新たな制度として構築するものだ。その目的は、国民に医療が置かれている現状・実態の理解を促すとともに、効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築のための政策の企画・立案等に活用するためとしている。背景には、政府の骨太方針2022に盛り込まれた「経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備する」との文言がある。

また、全世代型社会保障構築会議の中間整理には、「看護、介護、保育などの現場で働く人の処遇改善を進めるに際して事業報告書等を活用した費用の見える化などの促進策のパッケージを進めるべきである」と明記されている。

新たな制度では、現行の事業報告書等に含まれる損益計算書よりも詳細な経営情報の提出を医療法人に義務付ける。ただし、対応が困難な医療法人は対象外とする。具体的には、法人税制度で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)が適用されている医療法人は、除外することにした。

提出が求められる経営情報は、「政策活用性の向上」と「医療法人への業務負担」の双方の観点から、「病院会計準則」を踏まえ、検討する必要があるとした。損益計算書は対象となる事業を病院と診療所に限定した上で、医療機関ごとの経営情報を求める。貸借対照表は現行の法人単位の事業報告書等を活用する。

ただ、複数の医療機関を開設する医療法人の中には、施設別に損益計算書を作成していない法人が約3割あることが調査結果から示されており、制度開始後の一定期間は、提出内容の簡素化を認めるなど経過措置を設ける。提出時期についても、現

行の事業報告書等と同時期が望ましいとしつつ、負担が増加する医療法人には配慮し、猶予を設けるとした。

今回の医療法人の経営情報のデータベース構築が求められている理由の一つに、全世代型社会保障構築会議の公的価格評価検討委員会などが、データベースによる「現場で働く医療従事者の給与上の処遇の把握」を求めていることがある。そのためには、「職種ごとの年間1人当たりの給与額」の把握が必要となるが、医療機関の財務情報として把握することは、簡単ではない。

報告書では、「職種ごとの年間1人当たりの給与額」は「職種ごとの給与費の合計額」と「職種ごとの延べ人数」により算出できるため、既存調査を活用することで対応可能になると指摘。「職種ごとの延べ人数」は病床機能報告制度によって把握できるとした。一方、「職種ごとの給与費の合計額」は、医療法人により職種ごとの細分化が困難な場合や細分化できる範囲も異なるため、その区分方法も含めて、提出を「任意」とした。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「職種別の給与費のデータを作成している医療法人は少ない。これまでも求められてこなかった。今回の対応では、現状で出せるもの以外のデータは『任意』にしてほしい」と

念押しした。

医療従事者の職種ごとの給与額を把握することには、他にも、特に病院団体の委員から、さまざまな懸念が示された。日本医師会常任理事の今村英仁委員は、例えば、ある病院で薬剤師の雇用が一人だけであるなら、個人の給与が報告対象になってしまうと指摘した。

報告書では、このような懸念に対し、「『職種ごとの年間1人当たりの給与額』は、例えば、年俸制を採用している病院では退職金見合いの金額も含んでいる場合や、医療機関ごとに勤続年数や経験、保有する資格情報等がさまざまであるため単純に医療機関間で比較できないこと」などに留意すべきとしている。

これらを踏まえ、新たな制度で提出を求める経営情報の「病院会計準則」をベースにした具体的な項目を示した。

匿名化して国民に情報を公表

国民への公表方法については、個別の医療法人ごとの情報を公表するのではなく、「例えば、属性等にに応じたグルーピングによる分析等」の結果を示す。国民に医療の現状・実態の理解を得るためには、そのほうが全体像を示すことができ、理解が深まるとの考えを示した。

個別の医療法人の経営情報を公表してしまうと、SNSなどの発達した現在では、公表されたデータが「悪意的に利用される可能性」がある。また、グルーピングにより匿名化しても、施設数が限定される地域などでは、個別の医療機関の特定につながりかねないことから、配慮が求められた。猪口委員も、「個別の医療機関の経営情報を公表しないことは、必ず守ってほしい」と強調した。

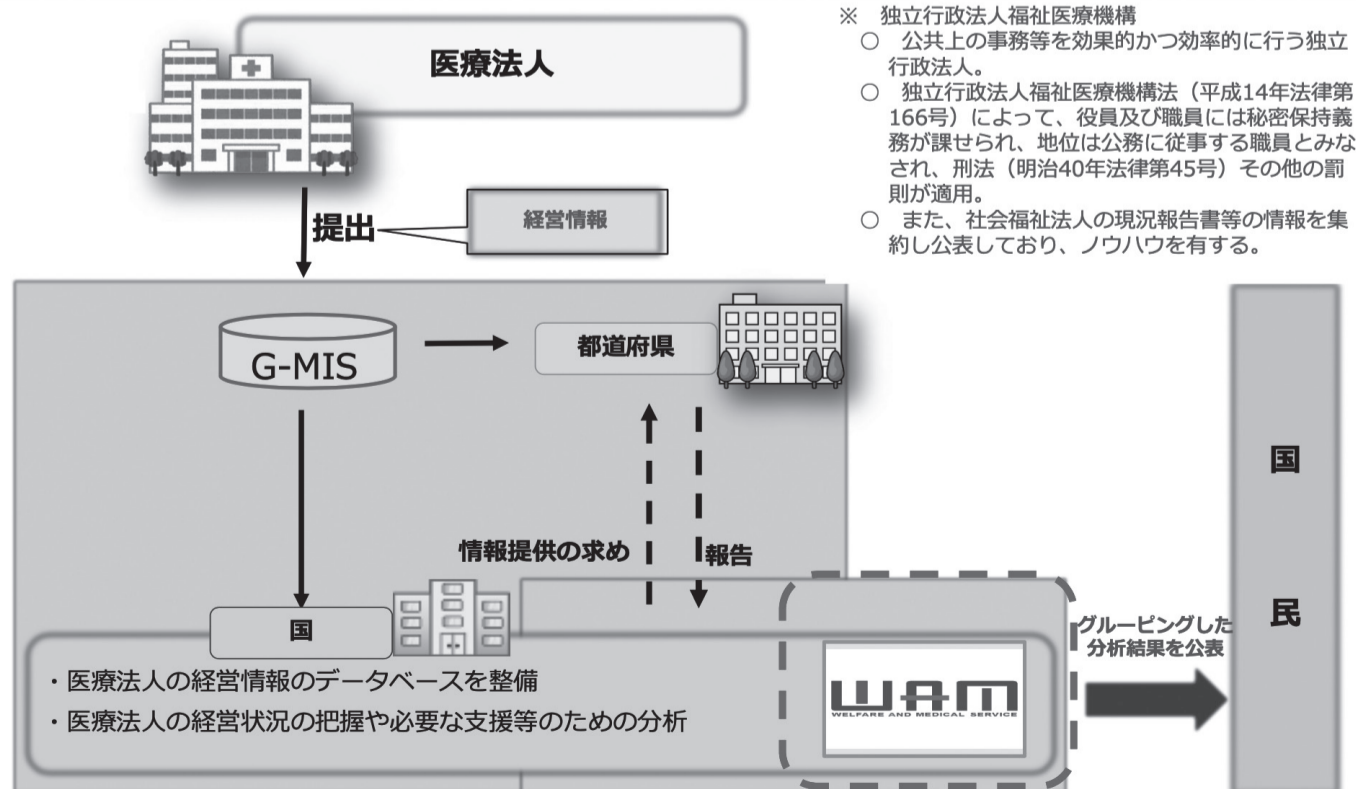
なお、具体的な公表については、今後の検討課題となる。

また、データベースを研究者などが活用する第三者提供制度についても、今後の課題となる。データベース構築後のデータの充実を見据えた施行期日を設定し、それまでに提供対象となる情報の内容や利用目的の限定方法、再識別させないための方法、漏洩リスクの低減などの制度の詳細を慎重に検討するとした。

最後に、検討会開始前の調査研究事業で、医療法人以外の医療機関の経営情報のデータベース化も検討すべきとされたことに対し、新たな制度では、「医療法人以外の設置主体を対象とすることは難しい」とした。一方で、他の公開情報を収集し、連携させて活用することが、「医療の現状・実態を表す上で有用」と指摘した。

(参考) 運用のイメージ

「医療法人の経営情報のデータベース」の運用に当たって、国と独立行政法人の関係性を踏まえ、独立行政法人福祉医療機構(WAM)を活用して進めることを検討中。



※ 独立行政法人福祉医療機構

- 公共上の事務等を効果的かつ効率的に行う独立行政法人。
- 独立行政法人福祉医療機構法(平成14年法律第166号)によって、役員及び職員には秘密保持義務が課せられ、地位は公務に従事する職員とみなされ、刑法(明治40年法律第45号)その他の罰則が適用。
- また、社会福祉法人の現況報告書等の情報を集約し公表しており、ノウハウを有する。

診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応⑦

DPC/PDPS、短期滞在手術の見直し、新型コロナウイルスの対応について ～感染防止対策加算の見直し等～

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員 森永真彰

これまで医療保険・診療報酬委員会では、「診療報酬改定シリーズ」を毎月連載してきたが、今回でシリーズ最終となる。

【DPC/PDPS】

今回2022年度改定では、DPC/PDPSの全体像については大きな変更はなく、▼医療機関別係数の見直し、▼算定ルールの見直し、▼退院患者調査の見直しが行われた。改定により傷病名数は前回改定より増減はないが、診断群分類数は169増の4,726、包括対象の分類数と支払い分類数は共に74増の4,064と2,334となった。

1 医療機関別係数の見直し

基礎係数や機能評価係数Ⅰは現行の設定方法、評価手法を維持となった。機能評価係数Ⅱ(9項目→10項目)の中でも地域医療指数は、<へき地>評価を「へき地医療拠点病院の指定かつ主要3事業を年12回以上」と定め、災害拠点病院指定以外へはBCPの策定が盛り込まれた。新たな項目の<感染症>評価では、新型コロナウイルス感染症に係る病床確保(新型インフルエンザ患者医療機関にも該当する場合はさらに加算)やGMISへの年間参加割合を評価に追加し修正した。保険診療指数は保険診療の質的改善に向けた取組みを令和6年度からの評価を検討と明記された。

2 診療報酬改定(出来高体系)の反映

診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度の1年間のみ)

3 算定ルールの見直し

短期滞在手術3に相当する診断群分類や、その他手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについて、点数設定方式Dにて算定することとなった。評価数は95分類から153分類に増加した。

治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。(急性心筋梗塞050030xx99000x

狭心症、慢性虚血性心疾患050050xx9900xx 050050xx9910xx 050050xx9920xx 心不全050130xx9900xx 股関節、大腿近位の骨折160800xx99xxxx)入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期(入院期間Ⅰ)をより重点的に評価する体系に見直された。

4 退院患者調査の見直し

様式1へは5項目が追加され、1項目が簡素化された。

【短期滞在手術等基本料の見直し】

▼短期滞在手術等基本料1は(イ)麻酔を伴う手術、(ロ)イ以外の手術に区分され、全身麻酔を伴う短期滞在手術が行われる日に麻酔科医の勤務が配置要件となった。▼短期滞在手術等基本料2は廃止、▼短期滞在手術等基本料3の対象手術のうち入院外での実施割合が高い手術・検査が新たに追加され、該当検査・手術が19から57に拡充され、既存の手術等に

ついては実態を踏まえ評価を見直すこととなった。

【感染対策向上加算】

2021年12月10日社会保障審議会医療部会で示された2022年度改定の基本的視点と具体的方向性で、4つの方針の筆頭に(1)新型コロナへの対応が明記された。地域での新型コロナ感染対策を、医療連携を踏まえて点ではなく面として体制強化するために、従前の「感染防止対策加算」を改め、「感染対策向上加算」を新設、診療所については、「外来感染対策向上加算」を新設した。

「外来感染対策向上加算」を届け出る診療所においては、「感染対策向上加算1」に係る届出を行った医療機関との連携を要件とし、「連携強化加算」を新設、さらに地域や全国のサーベイランスに参加し、情報提供体制を取ることで「サーベイランス強化加算」が新設された。

ただし、改定後の通知文書にて、「感染対策向上加算1」の要件は「コロナ

重点医療機関」であるとし、「同加算2」は「コロナ協力医療機関」であることとされた。「感染対策向上加算1」の届出医療機関は「指導強化加算」算定のために診療所等の囲い込みや、「連携強化加算」算定を目指す診療所への対応、合同カンファレンス参加施設としての駆け込み申請等で混乱を生じた。また「感染対策向上加算2」や「感染対策向上加算3」の届出医療機関についても、「連携強化加算」や「サーベイランス強化加算」を算定するために、従前の「感染防止対策加算」で既に地域で感染防止対策ネットワークを構築していた地域医療連携においては、既存の体制枠組みの見直しを迫ることとなり、医療現場に少なからず混乱を招くことになった。

【まとめ】

新型コロナウイルス感染症を取り巻く環境は、今後も日々変化を続けるため、より医療現場に即した診療報酬体系の構築を期待して、今後の中医協での審議を注視していきたい。

令和4年度診療報酬改定 I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組-①

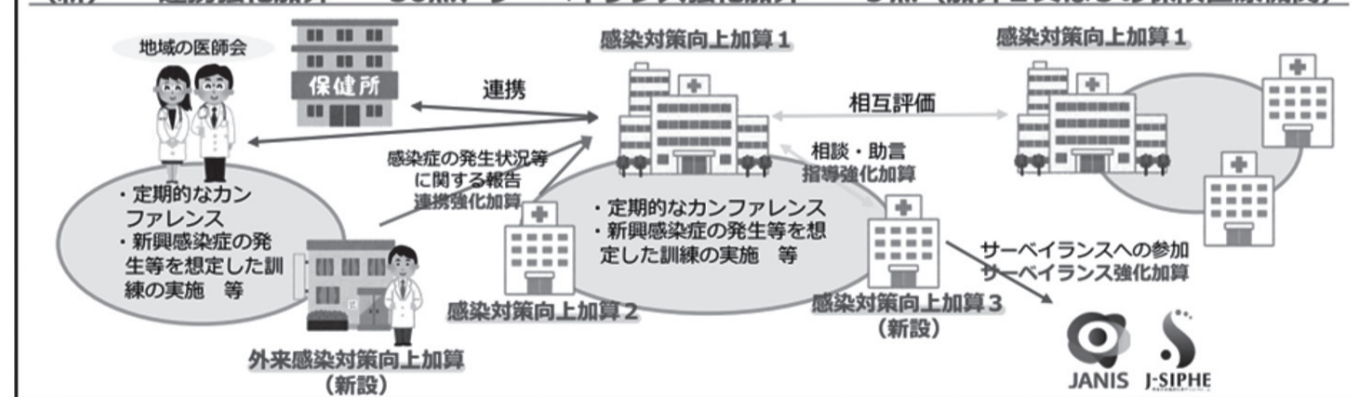
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

▶ これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直し。

現行	改定後
【感染防止対策加算】 感染防止対策加算1 390点 感染防止対策加算2 90点 (新設)	(新)【感染対策向上加算】 感染対策向上加算1 710点(入院初日) 感染対策向上加算2 175点(入院初日) 感染対策向上加算3 75点(入院初日、90日毎)

▶ 感染対策向上加算1の保険医療機関が、加算2、加算3又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算2、加算3の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点(加算1の保険医療機関)
(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点(加算2又は3の保険医療機関)



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

静岡学会・看護師特定行為研修委員会

厚生労働省医政局看護課の後藤友美室長から、看護師特定行為研修制度の現状報告があり、制度開始後6年の本年3月時点で約4,800人の修了者であったものが、9月では約6,000人と弾みがつき始めたことが報告された。量的拡大とともに、今後の質的拡大、実際に臨床現場での業務拡大の仕組みを整えるタイミングであるという認識に立つべき時と示唆された。

大型病院として上尾中央病院の小林郁美看護科長は、現在37人の修了者が活躍し、200件/月の特定行為を実施

し、その80%が日中であることを示した。課題として、院内周知とし、指示を得るためのテンプレート化の工夫、また取って指示を得るために直接指示として確認しながらの特定行為実施を行うといった工夫を示した。

中型病院として恵寿総合病院の船山真理子副看護部長は、29人の修了者が40件/月の特定行為を実施し、特定行為研修修了者の勤務表を院内で共有して、特定行為が発生した時の応援体制を組んだことや、クリティカルパス内に特定行為指示を組み込むことによる

実施件数を増やす工夫を示した。

かがやき訪問看護ステーション前橋の村松真吾管理者からは、指示医が別組織であり、かつ90人とも多い中で周知不足が問題になっている実態が示され、その中の工夫として、地域におけるSNSを利用した情報共有をあげた。地域での手順書の共有化を図る必要性が示された。



総合討論で、看護師のキャリアパスの中に本制度をいかに位置づけるか。それによる看護師の底上げとチーム医療のキーマンとしての好事例の収集・周知が重要とされた。

地域密着型病院に求められる医師像

静岡学会・プライマリ・ケア検討委員会企画

全日病総合医育成プログラムでは、病院で働くいわゆるベテラン医師を主な対象に、診療領域の幅を拡げ、チーム医療の要とすることを研修目的の一つに育成を進めている。しかし、病院で必要とする全体のニーズから考えると、そのごく一部の育成しかできていない状況にあり、地域や病院管理者からみて、総合医が求められる存在かどうか、どう増やしていけるかを考える場として本企画を開催した。

冒頭、座長の井上健一郎委員(社会医療法人春回会井上病院 理事長)から、企画趣旨とともに総合医育成プログラム受講者及び管理者へのアンケートの結果が示された。研修に一定の成果を感じる一方、時間的・人員的懸念が受講を妨げているとの結果を受け、地域密着型の病院に求められる医師像がどのようなものであるか、また、どう増やすかという問いが投げかけられた。

小川聡子講師(医療法人社団東山会調布東山病院 理事長)からは、大都市における地域密着中小病院管理者の

立場から講演があり、自院で取り組んでいる救急医療と介護が一体になった包括サービス「生活支援型急性期病院」の実践が紹介された。専門医が相互にサポートしあいながら専門領域外の診療を行うことにより、医局全体として総合医的機能を担保することで地域の「かかりつけ病院」として機能している現状が紹介された。

園田幸生講師(社会医療法人石川記念会HITO病院 副院長)からは病院総合医としての立場から、自院所属11名の総合医によるフロアマネジメントの実践を紹介。DX推進との相乗効果により、共診の実施、円滑な情報共有に伴う診療の質の向上と働き方改革推進、病棟回転率の向上に寄与していることが示された。

織田良正講師(社会医療法人祐愛会織田病院 副院長)は地域で活躍する病院総合診療医の立場から、自院の実践を紹介。地域の病院では現場の医師には、地域で何が求められているのかを察知して取り組む必要があるという

マインドの必要性を訴え、地域の現場では総合医的役割を担う医師が求められるということを示した。

木下力講師(医療法人永生会南多摩病院 事業部長)はコメディカルの立場から、看護師等他職種へのヒアリングから得た意見の紹介があった。病院総合診療医が職種横断的に様々な相談に応じていること、チームマネジメント面、診療トラブルへのフォローなど、コミュニケーション面での貢献の大きさが示された。木下講師は、総合的医療の担い手は、地域貢献、事業運営への貢献、多職種への影響の面等から、中小急性期病院に必要な存在であると示した。

総合医育成プログラムの研修コーディネーターも務めている前野哲博講師(筑波大学医学医療系 教授)からは、地域には総合医が必要であり、そのためにプログラムを活用してほしいという結論がまず示された。一方、専門医の育成に時間がかかる状況下では、今いる医師の中から育てるしかないこと、さらに総合医として活動するには「能力」と「マインド」の両面が必要であり、プログラムや現場での実践を通

じて醸成していくことは可能との見解を示した。

総合討論では、総合医としての「マインド」面を巡り多くの議論が交わされた。総合的な診療体制の事業運営上の重要性への指摘があり、地域や患者が何を求め、それに対して何ができるのか考えることが重要という総合医としての心構えが示された。また、「マインド」は最初からあるものではなく、醸成する環境を作るのが管理者の役目であり、組織がそうしたマインドを価値として認めることが重要ではないかとの意見が示された。園田講師は、幅広い診療を行ってきたシニア世代の医師のキャリアを生かすため、総合医というキャリアの選択肢を示していくことが重要となるという考えを述べた。

最後に、座長を務めた牧角寛郎委員長(社会医療法人聖医会 サザン・リジョン病院 理事長)から、会員病院の多くは、地域密着型病院を目指しているが、そのためには、今後総合診療専門医や総合医的視点を持った医師が必要になるとの結論が示され、今回の議論を総合医育成プログラムに反映し、発展させていく決意を述べ、本企画を締めくくった。

法改正後に病院救命士は今後どこまで活躍できるか

静岡学会・救急・防災委員会企画

2021年10月のいわゆる救急救命士法の改正・施行により、救急救命士は病院内で救急救命処置を実施することが可能となった。しかしながらすべて無条件で解禁されたわけではなく、現時点ではいくつかの制限があることに留意しておかななくてはならない。それは、対象者の制限、場と期間の制限、実施者の制限である。

救急救命処置を実施することが許される対象は、重症傷病者に限られる。また実施可能な場所は、主として救急外来とされ、期間は当該傷病者が病棟に入院するまでの間と定められている。実施者の制限とは、事前に必須教育を修了していること、さらには所属する地域MCの認定を

受けていることが要求されていることによる。救急救命士が実施可能な救急救命処置のうち28行為の実施に際しては、救急医学会と臨床救急医学会が合同で作成したガイドランなどで定められた「医療安全」「感染対策」「チーム医療」など3項目の受講修了が必須とされた。また、特定行為と称されてきた医師の具体的な指示に基づく気管挿管や乳酸リンゲル液による静脈路確保やアドレナリンの静脈内投与など5行為の実施には、地域MCの認定が必要とされている。

このような種々の制限が存在してはいるものの、必要な研修を修了し、認定を得れば、対象傷病者を救急外来で受け入れて必要な救急救命処置

を行い、入院までの間、救急救命士は医師や看護師と共に身に付けた技量をいかんなく発揮して救急医療提供に貢献することができる。働き方改革が進む救急医療の現場において、医師や看護師のタスクシフトの重要な担い手になることは間違いないだろう。

今回の委員会企画では「法改正が救急救命士の活躍に繋がっているか?」をテーマに、救急救命士を育成している立場から2名、実際に病院に勤務している救急救命士の立場から2名の方々の講演を拝聴した。

救急科医師である田邊晴山氏からは、救急救命士制度の発足から法改正に至る経緯をご説明いただき、公務員たる消防機関の救急救命士を育成している立場から、病院救急救命

士の長期雇用における課題について問題提起があった。同じく教育機関に所属している中澤真弓氏からは、消防機関での救急救命士としての実務経験を踏まえて、これからの救急救命士の養成について問題提起があった。

現場で勤務している渡部晋一氏と蒲池淳一氏からは、病院内で救急救命士が果たすことができる種々の幅広い役割について紹介があった。

これらの講演を踏まえて、救急救命士の歴史から現状を振り返り、救急医療と災害時医療での救急救命士の活躍の展望まで、聴衆とともに活発な議論を深める場となった。

最後に筆頭座長の山本保博特別委員からは、「救急救命士たるもの医療職として生涯研鑽を積むべき」とのエールが送られ、委員会企画が締めくくられた。

病院におけるDX推進事例紹介

静岡学会・広報委員会企画

広報委員会は「病院におけるDX推進事例紹介」と題し、病院DXに関する先進的な取り組みを行っている3病院にお話しいただいた。発表されたご本人からの講演要旨を掲載するので参考にされたい。

「次世代基盤となる病院DX」 社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長 石川賀代

医療を取り巻く環境は激変期にあり、加えて2024年は、医師の働き方改革を含め様々な施策が開始される。当院では、ミッションである「誰からも選ばれ信頼される病院を目指す」を改革の基盤として、2017年からICTの利活用を進めてきた。

スマートフォンがキーデバイスとなり、チャット機能の活用、電子カルテの閲覧、WEB会議の参加、教育コンテンツの参照などが可能となることで、働き方改革に向けた環境の醸成を目指している。グループチャットは、多職種間の情報共有、行動承認により、モチベーションの向上や離職の防止につながっている。医師においては、院外

から電子カルテにアクセスできることで、時間外の救急外来からの緊急呼び出しにかかる時間数が減少し、医療の安全性を担保し、メリハリのある働き方が可能となった。事務系スタッフの働く環境もフリーアドレスとし、テレワークに対応でき、多様な働き方を提供している。マニュアル参照や教育コンテンツがアプリ上で閲覧可能となることで、時間と場所を選ばずに学べる環境につながっている。

今後も、患者、スタッフや地域住民など、次世代に信頼される病院への変革を図っていきたい。

「AI・ICTを地域医療でいかに活用するのか」

社会医療法人祐愛会織田病院 副院長 織田良正

当院は病床数111床の急性期病院である。入院患者の年齢層は年々高齢者の割合が増加し、2020年度は75歳以上が56%、85歳以上が29%に上っている。自宅に戻ってからの生活に不安を抱える患者も多く、限られた資源で地域医療を支えるためには、急性期病院とは

いえ入院中はもちろん在宅においても「生産性の向上」が必須である。

当院では1999年から電話回線での遠隔診療を開始したが、デバイスの進化に伴い、クラウド化した電子カルテの在宅医療での活用や患者宅のテレビを用いた遠隔診療など、20年以上前からICTの活用に積極的に取り組んできた。

2019年からはスマートベッドシステムを全ベッドに導入し、夜勤看護師の廊下滞在時間は減少、仮眠時間は増加した。在宅医療では、生体情報(主に呼吸数、心拍数)を遠隔でモニタリングし、自宅の患者のデータを見える化することで、患者情報が院内からも共有しやすくなった。外来診療では、かかりつけの患者に対するオンライン診療を行っており、2020年4月からの約2年半で4,500件を超え、さらに発熱外来ではAI問診をフル活用している。

少子高齢化の進む地方でこそ、AI・ICTを活用し「適切なケアを効率的に」行い、地域医療を支え続けていきたい。

「医師の働き方改革に伴う他職種業務の負担分散を目的にしたIoT・ロボットの活用事例」

医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院 事務長 芦原教之

2020年からはじまった新型コロナ

ウィルス感染症の拡大は、医療業界のあり方において大きな転換期となり、さらに、2024年の医師の働き方改革、2025年の地域医療構想という医療機関のあり方を問われる時期が迫っている。今後の医療提供体制ならびに環境は大きく変化することが予測され、安定した経営が大きな課題となる。この課題を解決するべく、ロボット・ICTの活用が必須である。

ICTは業務の効率化・合理化を行う目的で導入をすべきである。喫緊の課題である医師の勤怠管理でピーコンを用い、医師の打刻をストレスフリーとし、事務職の管理業務の負担を軽減することが可能となった。

さらに、当院で導入した3本のロボットならびに9本の実証事例から、ロボットの可能性と現場でのあるべき姿を知ることができた。医療サービスでのロボットの活用方法は、人が行う業務すべてをロボットに代替するのではなく、人とロボットがひとつの業務を共同し行うハイブリッド型でないと活用は難しい。

最後にロボットの導入費・維持費は、医療機関にとっては高額であるため、ロボット・ICTの促進での大きな障壁となる。今後、この課題をロボット企業とともにどのように解決していくかが必要である。

病院事務長研修及び看護部門長研修の成果

静岡学会・医療従事者委員会企画

医療従事者委員会では事務長研修、看護部門長研修を行っている。従来は集合研修の形であったが2020年度は新型コロナウイルス感染症蔓延のため中止となり、2021年度は全面WEB形式、2022年度は集合とWEBを併用するハイブリッド形式で再開している。2022年度はそれぞれ延17日、9日の研修を行い、各人の病院の経営改善をテーマにディスカッションし、最終日には研修のまとめとなる共通課題の解決方法をグループごとに集約して発表をしてもらう。

せっかく計画を立てて実行したのだから、それがどのようにうまくいったのか、あるいはうまくいかなかったのか、うまくいかなかったのであれば、その原因は何かを皆で議論しようということで、フォローアップ研修会が行われている。

フォローアップ研修では事務、看護でそれぞれほぼ全グループに発表をしてもらうが、事務、看護が混じって発表し、お互いに議論をするという形で開催する。共通する論点もあれば、職種特有の問題もあるが、違う立場でみることでかえってお互いの理解が深ま

るといことで好評であった。

今回の全日本病院学会in静岡は3年ぶりに対面の学会となった。2021年度の研修受講者のうちフォローアップ研修で発表してもらった演題の中から、さらに代表演題ということでそれぞれ1演題ずつを発表してもらった。

当日は池上直己教授(慶應義塾大学)、萩原正英氏((一社)経営支援機構 代表理事)のコメントをいただきながら活発な質疑応答が行われた。それぞれの部門の発表者からのコメントを記して、当企画の総括としたい。

【代表発表2題の演者の感想】

事務部門：医療法人 宮若整形外科医院 事務長 松岡 洸

第19回事務長研修はすべてオンライン形式で行われ、同期受講者に直接対面するのは当日(第63回全日本病院学会in静岡)が初めてでした。切磋琢磨した仲間として不思議な親近感を覚え、広報強化チームメンバーまた同期の仲間にお会いできたことで新たな繋がりと自院改革への意欲が更に高まりました。

自院の広報改革にあたり、基礎知識を共有し現状分析の上、アクションをおこすためのチェックシートを活用できたことが良かった点と考えています。広報に携わる職員の重要性を再認識し、思いやりや声掛けができるようになり、現場調整業務上、幅広く対応できるようになりました。看護部長研修発表を聴講できたことも、現場の問題・課題を知り、足並みを揃えていく立場として参考になる点が多数ありました。

今後の目標として、自院の成長と自院での広報の取り組みが皆様と共有できる事を楽しみに励んでいきたいです。

看護部門：社会医療法人社団健脳会 千葉脳神経外科病院 看護部長 木戸 淳子

2021年度は新型コロナウイルス蔓延状況下にて、すべてWEB形式での研修でした。この研修のキーワードは「イノベーション」です。中小規模病院だからこそできる、働きやすい職場環境から看護の質向上へ、イノベーションをおこせるのではないかと思います。

研修では、グループ課題を具体的に

構成する手法、母体となる経営について、部門長だからこそ押さえてほしい考え方等、課題展開手法を学びました。今回、Aグループが担当したのは、「人材雇用と定着」です。人材確保を「採用」と「定着」の2つに分け、「採用」「教育」「多様な勤務形態」「良好な人間関係」の4項目を課題体系として取り組みました。

様々な視点からの考察は、視野を広げる良いきっかけとなり得ました。WEB研修でもグループ共有できたことは、目指す状態が合致していたからかもしれません。

多岐にわたる課題の改善を継続することで、看護師が「魅力ある職場で、やりがいを持ってイキイキと働き続けられる職場」となり、患者も職員も輝く看護の提供に少しずつでも繋がっていくのではないかと思います。

「選ばれる病院」になるための柔軟な「職場環境改善」に向けた取り組みは、今まさに法人の強みとなり得る時代になっているのではないのでしょうか。

この度は、学会発表に臨むこととなり、井上先生をはじめ諸先生方には、様々な気づきと、チャンスを頂きました。貴重な指導を賜り誠にありがとうございました。

医療事故調査制度への医療機関の対応と課題

一適切に報告できる院内体制の構築

静岡学会・医療安全・医療事故調査等支援担当委員会企画

医療事故調査制度が施行されて7年経つが、未だに多くの病院では本制度の理解、認知が浅く、この制度が十分に活用されていない現実がある。この制度は死亡患者の遺族に対して死亡原因を究明することで、安易に刑事訴訟に踏み切られない可能性、さらにはそのような訴訟から医療従事者を守る結果に繋がると考えられる。これらは本委員会の主催するセミナーなどでも強調してきた。今学会においても更なる理解を得られる場として開催した。

講演では初めに飯田修平委員から本セミナーの趣旨説明ののち、大前提として「全死亡例を管理者が把握する必要がある」ことを強調した。特に報告の際、医療に起因する点、予期しない

事例についての解釈が多くの団体にて異なる点を指摘し、事故調査の報告は医療行為の過誤、過失の有無ではないこと、対象とするのは医療に起因して予期しない死亡例であることを強調した。

続いて永井庸次特別委員からは、管理者として医療事故調査制度における対象事例が示された。事故発生時での管理者業務について、医師法第21条との関連について説明し、医療事故調査制度の役割、職員への対応などについても示された。特に本年度から医療法第25条第1項にて立入検査時には医療事故に対する講習会などへの参加状況の確認があることも知らされた。本制度を円滑に運営するためにも職員教育

さらには地域住民への周知、啓蒙の必要性を強調された。

長谷川友紀特別委員からは、医療事故調査委員会における外部委員としての役割、活用方法について講演された。外部委員は公平、中立性を確保し、質の確保、有効的である必要があるとした。改めて本制度の目的は医療安全の確保であって、個人追求ではなく、その結果として必ずしもその原因が究明されるとは限らなく、併せて再発防止になるとも限らない点を示された。外部委員は当該病院の状況に配慮が必要であり、最終判断は管理者にあるとのこと。結語として事例から学び改善していくことが組織の構築、育成になると強調された。

宮澤潤特別委員からは、適切に報告できる院内体制について法律家の立場から講演された。なぜ報告が少ないのか?それは医療関係者として、報告後

医療安全・医療事故調査等支援担当委員会 副委員長 細川吉博

どのようになるのかを知らないため、不安があり、この法の趣旨の理解が必要と指摘した。管理者への報告は決して責任追及が目的ではないとした。遺族への報告では院内調査報告書をもとに話しあうことで、長引く民事訴訟が回避され、さらに示談されることで刑事罰に問われることも少ない点を示した。センター報告を行い、その上で遺族もしくは病院の申し立てによりセンター調査となることで個人の責任追及ではなく、その事故の経過、責任所在が明らかになり、遺族と話し合うことで訴訟の可能性が減少する点を強調された。

その後、飯田委員を座長にパネルディスカッションがあり、本制度に対してフロアーから多くの質問があり、演者からの適切な答えを得られることで、出席者のさらなる本制度の理解に繋がったと思われた。

病院と企業の連携で治療と仕事の両立を支援

静岡学会・人間ドック委員会企画 両立支援の体制づくりを解説

当委員会企画は、「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」をテーマに10月2日に行われ、四日市看護医療大学名誉学長の河野啓子氏と産業医科大学両立支援科学准教授の永田昌子氏が企業との連携による両立支援や病院における体制づくりについて講演した。

冒頭、座長の西昂常任理事(当委員会委員長)から企画の趣旨を説明した。一億総活躍時代にあっては、病気をもちながら働く方への重要性が増しており、厚生労働省からも「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が発行され、治療と仕事の両立に向けて支援体制の充実が図られてきた。診療報酬においても、2018年度の改定で、療養・就労両立支援指導料が新設。2020年度には、相談支援加算が追加された。

両立支援ガイドラインは、治療が必要な労働者が業務によって病気を増悪

させることがないよう、就業上の適切な配慮を行うなど事業場における具体的な取組みをまとめたもの。2016年に発行され、その後、毎年改訂を重ね、がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病の留意事項を記載している。

早期からの支援が必要

河野氏は、ガイドラインに沿って、両立支援の流れを説明した。まず、①労働者が支援に必要な情報を収集して事業者へ提出②事業者は就業継続の可否や治療に対する配慮について産業医等の意見を聴取③事業者が主治医及び産業医の意見を勘案して就業継続の可否を判断し④就業継続可能と判断した場合、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容・実施時期等を事業者が決定し実施する一流れとなる。事業者は、周囲の関係者が支援の必要性や具体的内容がわかるように、両立支援プラン/職場復帰プランを作成する。

河野氏は、企業と医療機関が連携して支援を行うには、お互いの役割と考え方を理解しておくことが必要と指摘。「医療関係者は事業場における産業保健体制やその活動を踏まえて支援することが求められる」と述べた。

病気による精神的な動揺や不安から、早まって退職を選択してしまう場合もある。がんと診断された就労者の2~4割が離職しているが、その57%が治療開始前の離職だ。河野氏は、早期からの支援が必要と強調。「病気を理由に働くことをあきらめないように支援してほしい」と呼びかけた。

両立支援コーディネーターが説明

永田氏は、療養・就労両立支援指導料の手順を説明した上で、勤務情報提供書や主治医意見書の作成について述べた。勤務情報提供書は、患者と事業者が作成し、主治医に提出する。主治医は、患者に療養上必要な指導を実施

した上で、企業の産業医に主治医意見書を提出、もしくは患者の診療に同席した産業医に就労と治療の両立に必要な内容を説明する。

永田氏は、産業医科大学病院での取り組みをもとに両立支援の進め方を説明した。同病院では、職場での困りごとを聞いて、両立支援の希望があれば、両立支援コーディネーターが治療と就労の両立について説明している。過去4年間に両立支援を行った960件のうち、主治医意見書を発行したのは4分の1で、多くの場合は説明のみにとどまっている。

病院内の体制では、両立支援担当者のチームづくりが必要になる。患者相談窓口の看護師や社会福祉士が候補となるが、「両立支援コーディネーター研修の受講から始めてほしい」と永田氏。

チームづくりに当たっては、両立支援に関心のあるドクターを見つけることが大切で、「モデルとなる診療科をつくって、事例を回してみるとよい」と助言。モデル事例をもとに、他の診療科に拡大していく手順を説明。「両立支援は手間がかかるが、体制をつくって取り組んでほしい」と呼びかけた。

中小病院はいかに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

静岡学会・病院機能評価委員会企画

当委員会企画は10月2日9時から10時30分まで開かれ、53名の参加といつてもより参加者が多いと思われた。まず座長の木村厚常任理事からこの企画の説明があった。全日病の会員のおよそ32%が日本医療機能評価機構の病院機能評価認定を受けているが、特に全日病の会員に多い中小病院での認定率が低い。人、物、金が少ない全日病会員であるが、そこを何とか援助していきたいという思いで始まった受審支援モデル事業である。

中小病院で応募してきた1病院を選び、機能評価支援事業を無料で行って認定に持って行き、その模様を全日病ニュースや学会で発表していただき、会員病院の受審増につなげたいという事業である。

今までも全日病ニュースなどに発表しているが、今回はその報告の一環として、2つの支援受託病院の代表と、当委員会委員の2名にご講演いただいた

後、フロアの参加者も交えて討論したいと考えた。

まず当委員会の第1回目の支援病院である、香川県の榎村病院理事長の榎村重樹先生に講演いただいた。榎村病院は香川県高松市の隣の三木町にあり、高齢化率が高い地域である。病院は37床で全床地域包括ケア病棟である。病院として3つの理念はあったが、地域で生き残れる中小病院となるためには課題が多く、組織の基盤整備の方法、良質なサービス提供を行うためには病院の質の担保となるものが必要と考え、機能評価受審の意義が病院組織の道しるべとなると考えた。当委員会委員の熱心な支援があり、結果として一般病院Iで認定されただけでなく、リハ部門ではSランクも獲得できたことは喜ばしいとのことであった。

2番目は当委員会委員で担当副会長である群馬県伊勢崎市の美原記念病院院長の美原盤先生の講演であった。美

原先生は実際に榎村病院の支援に行った経験と機能評価の意義について話された。まず病院の理念、ミッション、基本方針、目標とはいかなるものであるかを説明し、そのうえで榎村病院の病院理念と年間目標につき具体的に説明された。

第I領域の面接のポイントを代表にあげてみよう。①ストラクチャー・プロセス・アウトカムを意識する。②継続的な改善活動をアピールする。前回の受審時と何が変わったのか？③プレゼンテーションの担当者を決めて、必要に応じて資料をプリントアウトしておく一等であった。

3番目は広島県福山城西病院看護主任の入江美紀さんであった。同病院は一般病床33床(うち地域包括ケア病床6床)、療養病床28床。透析ベッドが53台あり、人工透析が中心の病院である。2022年の4月に機能評価機構の本審査を受けるはずであったが、新型コロナの蔓延、幹部職員の退職などで予定が延び延びになっていた。ここで諦めたら、何のための支援かわからないので、引き続き受審支援事業を継続し

ているところである。

城西病院での最大の問題は各部署で様々な書類が存在し、さらに更新ができていなかったことであり、共通書類の把握と書類の様式と書式の統一を行い、感染マニュアルや医療安全マニュアルの更新、今までなかった高齢者虐待や患者離院マニュアルなどの作成を行った。

最後に、当委員会の看護アドバイザーであり、福山城西病院の支援を行っている木村由起子委員に講演をお願いした。木村さんは、オンライン支援はPCを使用し、70枚の写真を参照しながら行ったと述べた。さらに訪問による支援として①マニュアル類の内容確認②入院患者への処方指示と処方箋の在り方③紹介患者と先方とのやり取りと患者への説明一等を行ったと説明した。

その後、当委員会で行っている病院機能評価受審支援事業について、その歴史や現状についてグラフや数値を示して説明があった。まとめとして、①病院機能評価は院内全体の質改善②職員全体で取り組み、誇れる病院となる一ことが病院機能評価認定の意義であるとした。

その後フロアの参加者も交えて4つの質問に答えてお開きとした。

医療安全管理体制相互評価の意義と院内体制構築 —厚労科研費研究の初年度の成果報告—

静岡学会・医療の質向上委員会・医療安全担当委員会合同企画

本企画の趣旨

2018年4月の診療報酬改定では医療安全対策地域連携加算が新設された。しかし、相互評価の方法や内容は標準化されていない。こうした経緯から、当委員会では飯田修平委員が中心となり、医療安全対策地域連携加算に対応した「標準的安全管理点検表」を作成した。現在に至るまで本点検表は医療界唯一の標準化した点検表である。さらに本点検表の改定版を2022年度中に刊行すべく現在編集作業に取り組んでいる。

今回の委員会企画では、本制度の意義と点検表を用いた相互評価の実際を紹介するとともに、飯田委員を代表研究者として進行中の令和3年・4年度の2か年計画の厚生労働科学研究費補助金事業「医療機関の医療安全の連携の現状把握及び促進する手法の開発に関する研究」について、これまでの成果や今後の事業展望について報告した。

なお、相互評価のさらなる理解のためには当委員会で毎年開催している医療安全相互評価研修会の受講をお勧めしている。お互いの情報交換の礎となる人脈形成にも役立つ本研修会への参加を是非お待ちする。

講演内容

①座長の飯田修平委員から令和3年度の結果概要と令和4年度の計画を以下のようにご説明いただいた。

<方法>国立病院機構、労働者健康安全機構、国立大学病院長会議、私立医科大学協会、南大阪医療安全ネットワークに、インタビュー調査を実施。病床規模で層化抽出した3,166病院を対象にアンケート調査を実施。さらに全日本病院協会の医療安全管理相互評価研修プログラム受講者391名に、研修内容の評価や改善点等について、アンケート調査を実施した。

<結果>評価者研修を実施する団体はなく、評価基準や評価方法の標準化が課題である。各団体が重点項目を重視する傾向があり、医療安全体制に関わる基礎的な部分の標準的評価項目と評価方法(評価者の研修等)の確立が必要である。アンケート調査の有効回答率は20.7%(654/3,166)であった。約8割の病院が同じまたは隣接する市区町村の医療機関と相互評価を実施している。研修受講者対象のアンケート調査の有効回答率は40.9%(160/391)であった。約9割の受講者が研修内容に満足していた。

<結論>相互評価の前提として、医療安全管理相互評価体制構築並びに標準的な評価項目、評価方法、評価基準、評価者の資質の均てん化が必須である。標準的相互評価点検表、テキスト、研修内容と方法の再検討は、今後の課題である。安全管理者養成講習会と同様

の標準的研修プログラム、標準的教材を制度化する必要がある。

<今後の展望：令和4年度>アンケート調査結果に基づき、他医療施設との連携を含む医療安全活動に積極的に取り組む医療施設を対象に、半構造化インタビュー調査を実施する予定。調査を通して、相互評価実施の際の評価方法や連携体制における好事例を収集する。また、令和3年度に行った各調査の結果を分析し、標準的な相互評価点検表の地域での活用推進策の検討を行い、効果的な相互評価を実施するための標準的な教育プログラムを開発し実証する予定である。

②永井庸次特別委員から、今回の厚労科研でのアンケート、インタビューの結果と評価について報告いただいた。

③長谷川友紀委員から、点検表の概要と相互評価の実際の留意点について説明いただいた。

④練馬総合病院の安藤敦子師長(専従安全管理者)から、自院での経験をもとに相互評価実施における院内体制構築について解説いただいた。

2022年度診療報酬改定を振り返る

静岡学会・医療保険・診療報酬委員会企画

新型コロナ禍で2回目の改定となる2022年度診療報酬改定では、入院基本料の大幅な見直し、重症度、医療・看護必要度の見直し、地域包括ケア病棟の要件の厳格化等の極めて厳しい改定が断行された。団塊世代が後期高齢者となる2025年の直前に行われる、2024年度医療・介護の同時改定の序章とも言える極めて厳しい内容であり、たとえコロナ禍であっても、診療報酬改定による医療提供体制改革の手は決して緩めないという厚生労働省・財務省の強い意志が示された。

前回2020年度診療報酬改定では、各入院料の見直し、重症度、医療・看護必要度の見直しが行われたものの、新型コロナウイルス感染症の影響で経過措置延長が繰り返され、また新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時

的取扱い通知(いわゆるコロナ特例・同補正)による実績要件の救済措置等もあり、医療現場に於いては現実的に大きなインパクトを感じることなく経過した。その後の中医協の議論でも、入院医療、感染対策、オンライン診療、不妊治療等、多岐にわたる検討が行われたが、新型コロナウイルス感染症による医療機関へのダメージ等を考慮すれば、恐らく大胆な改定は行えないはずとの見方があった。しかし、この期待は見事に外れた。

今回の委員会企画では、「2022年度診療報酬改定を振り返る」として、3人の演者による講演後、猪口雄二会長の司会のもと、総合討論を行った。

まずは、①社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院理事長の太田圭洋先生より、「2022年改定はどの様な改定だったのか?～その概要、意

義について総論～」として、診療報酬制度の成り立ち、その仕組み、今回改定のポイントと、その影響について総論的に講演いただいた。

次に②医療保険・診療報酬委員会の津留英智委員長(社会医療法人水光会宗像水光会総合病院理事長)より、「2022年改定はどの様な改定だったのか?～急性期における重症度、医療・看護必要度について～」として、急性期一般入院料の見直し、重症度、医療・看護必要度の見直し、特に心電図モニターの管理が廃止されるに至った、入院・外来医療等の調査評価分科会での議論、中医協での議論、公益裁定までのプロセスについて、また高度急性期への高点数の配分についての課題、2024年度改定に向けての注意点について講演があった。

最後に③医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長の仲井雄培先生より、「最大で最強の地域包括ケア病棟

ver.2.0」として、今回改定での地域包括ケア病棟に対する要件の厳格化の問題、今後の地ケア病棟のあり方、その課題と方向性についても講演をいただいた。

その後の討論では、「重症度、医療・看護必要度の心電図モニターの管理廃止」について、医療現場への影響と今後の見通し、必要度Ⅱに移行する動きとコロナ特例で急性期一般入院料Iへの影響はある程度限定的との見通し、コロナ特例が今後廃止になった場合の地域医療への影響について、高度急性期とその他一般急性期の医療機能の格差の問題、新型コロナウイルス病床の運営の問題と一般入院診療の両立の問題、いわゆる新型コロナウイルスの出口戦略についても意見が交わされた。今回2022年度改定が地域医療、特に急性期医療にどのような影響を与えるのかについて、今後ともしっかりと注視していくことが重要であるという点で、認識が共有された。

MEDI-ARROWSⅢrd 登場

医療の質向上委員会では、ニッセイ情報テクノロジーの協力を得てDPC分析事業に取り組み、同社のMEDI-TARGETを活用して会員病院の経営分析をサポートしてきた。このほどMEDI-TARGETが全面的にリニューアルされ、MEDI-ARROWSⅢrdとしてリリースされた。分析事業に参加している病院から、新たな分析システムの評価と期待を寄せていただいた。

新ARROWSⅢrdへの期待

公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 質保証室 室長 小谷野圭子

当院は東京都西北部を医療圏とする一般病棟224床の急性期病院である。2004年よりDPC準備病院、2006年6月からDPC対象病院となった。全日病でDPC分析事業が開始された2007年7月より、本事業に参加し、MEDI-TARGETにはDPC対象病院となった2006年6月からのデータを取り込んでいただいた。

DPC対象病院になった当初は、現MEDI-TARGETの出来高ー包括比較、入院期間尺度など、定型分析を中心に使っており、特に代替薬品リストは有用で、後発品への置き換えが円滑にできた。その他、既存パスの評価や新規パス作成に向けての基礎資料作成のために、パス分析機能も使用している。入院前後の外來での診療内容も併せて分析できることが興味深い。しかし、

何よりも優れているのは自由分析機能で、条件さえきちんと確定できれば、様式1、入院DEFファイルから、整理された形で様々な情報を引き出すことができ、診療部門とともに様々な分析を行うことができた。ただし、いろいろとできる代わりに、マニアックなシステムでもあり、初心者には敷居の高いシステムであることも否めなかった。

この度、システムが刷新され、生まれ変わったARROWSⅢrdを先行利用させていただいたので、将来への期待も込めてコメントを述べさせていただきます。

データ準備段階においては、厚生労働省提出データのままでのファイル名で何度でも上書きアップロードでき、所要時間も大幅に短縮されたことから、

データ管理者のストレスがなくなった。また、病院の独自データも追加可能となったことで、これまで、データ抽出後に他のデータと結合、整理していた作業が不要になる。

定型分析では、とにかく視覚的に見やすいことから、担当者が分析した結果を経営層に提供するのではなく、経営層が自らシステムを操作して閲覧する形に流れを変えることができた。

自由分析では、これまでと同様に条件を設定したデータ抽出も可能だが、ほかにも、ダッシュボードによく使う条件があらかじめセットされている。例えば、病院情報の公表の全指標はワンクリックで集計できる。ただし、病院情報公表の目的のひとつは、「医療機関のDPCデータの分析力と説明力の向上」であるので、システムにすべ

てお任せではなく、院内で集計した結果の答え合わせとして使うのがよいだろう。

当院では、ニッセイ情報テクノロジーのDPCコーディングソフトMEDI-DPC CodeFinderとH2オブション(看護必要度集計、チェックツール)を導入しており、リアルタイムのデータ抽出やコーディングチェック、看護必要度の精緻化はこれらのソフトでまかなっているが、ARROWSⅢrdでもこれらのチェックができるのは心強い限りである。

新しい分析の要望等をあげると、実装を検討していただけるので、これからもまだまだ成長し続けることと期待できる。

ぜひ一緒にARROWSⅢrdを育てていきましょう！

MEDI-ARROWSⅢrdを導入した初心者のつぶやき

医療法人済衆館 済衆館病院 業務部 部長 水野照夫

当院は1914年に現在の愛知県北名古屋市で開院し、今年で108年になる。

医科、介護合わせて375床(病棟構成の詳細は図参照)、27の診療科を標榜しており、急性期から慢性期・在宅をカバーしている地域の中核病院である。

当院の経営分析における課題は、病床構成がほぼ1/3ずつのケアミックス病院であり、単純に集計を行うと他院比較がしづらい面がある。例えば、急性期後に回復期へ移行する際は、院外への転院より院内への転棟の方が受入れのハードルが低く、待機日数も短くなる傾向があり、平均在院日数が短縮傾向を示す等である。

また、比較対象となる当院と同様の構成の医療機関が少ないので、比較先

の選定が難しい上に、指標を当院に提示可能か、の問題もある。

当院は先述の通り長年の歴史があり、昔から使用している指標の方が作成する側、見る側(経営層)共に見慣れており、理解しやすいことや時系列での比較(縦の比較)がしやすい等があげられる。

これは、指標の多くが当院独自の指標であり、独自の集計基準にもなりやすい。当時の担当者が集計しやすい指標や集計するのに都合の良い指標が選択されていたり、当時の経営層から指示された指標が必要に応じて追加されており、他院比較(横の比較)がしづらくなっている。

ただし、DPCの指標(HP掲載)・機能評価の指標・外部へ提出する指標は、

当院の指標と異なるまたは集計基準・対象が異なる場合があり、その都度集計を行っていた。

最近ではDPC分析事業やQI事業に参加し、毎月集計を行う土台ができつつある。そこで、さらなる向上を目指し、MEDI-ARROWSⅢrdを導入し、使用を始めてみた。

感想としては
・参加医療機関との比較が容易に行える(対象の切り替え可能)。
・指標が統一され比較内容に信憑性が増す。
・PDF出力し、印刷可能。
・ロジックツリー等の画面で目標値の達成度合いや他院比較で色別に表示され、瞬時に判断可能。
・患者マップは患者の居住エリア

別に大きさ、色で表示。
・ログインは物理キーからアプリによるワンタイムパスワードに変更。
・データのアップロード時にファイル名変更の必要無し。
・各指標において改善シミュレーションがしやすく、改善提案も表示。
直感的に操作できそうなシステムであると考えられるが、使用経験が浅いので、使いこなせていないと自覚しているが、今後このシステムを使い続けて改善提案の裏付けの提示が出せれば良いな。と考えている。

図 当院の病床構成	
・急性期：2病棟	108床+1病棟 6床(コロナ対応病棟)
・回復期：2病棟	60床(地ケア)+50床(回リハ)
・慢性期：2病棟	93床
・緩和ケア：1病棟	20床
・介護医療院：1病棟	38床

事務長視点での活用ーMEDI-TARGETとの比較も含めて

社会医療法人恵和会 帯広中央病院 事務部長 森山 洋

当院は北海道帯広市(十勝2次医療圏)にあり、2019年10月1日に同一法人の2つの病院(おびひろ呼吸器科内科病院(49床)、黒澤病院(99床))を移転統合して開設した148床のケアミックス病院です。

旧おびひろ呼吸器科内科病院が2007年よりDPC準備病院となり、同時にMEDI-TARGETを導入し、2008年に全日病のアウトカム評価事業、2010年には医療の質評価・公表等推進事業に参加。統合後2年経過し、今年度からDPC支払病院となりました。

MEDI-TARGET時代、事務長視点として、主に転帰・再入院率、死亡率などを診療の質指標として、他院の診

療機能の推移がわかる地域シェア分析機能を中期計画策定時の指標、判断材料として活用していました。

MEDI-ARROWSⅢrdへのバージョンアップに当たり、やはり地域シェア分析機能がどう変わるのかに一番注目していましたが、「マーケティング(外的環境分析)」と名称が変わり、GoogleMapを利用した患者数推移マップ(バルーン表示)機能が追加され、設定期間での患者数増減も色別表示され、画面もグラフィック的に非常に見やすく進化しました。

その他、トップ画面でのKPIロジックツリーや機能評価係数、他院・DPCグループ群との比較レーダーチャート、

機能評価係数別改善優先度判定など、自院の経営判断に直結する指標が端的かつ簡潔に表現され、より経営者の判断に寄与する機能が充実しました。

診療の質評価の面でも患者特性分析画面(内的環境分析)では退院時基準とともに請求月単位の分析も可能になり、主治医別の入院期間別分布グラフなども標準装備されました。加えて自由分析も汎用性の高い項目はダッシュボードで選択できるので、より簡便に分析機能を利用できるようになりました。

以上、MEDI-ARROWSⅢrd機能向上と画面の見やすさの改善などを紹介しましたが、今後も改良が必要な点として、あまりにグラフ化された分析画面が簡単に見られるようになった半面、

データを医師、管理者に見せる上では、データの前提たる抽出条件、比較病院の設定などにより結果、見え方が全く変わってくるので、注意が必要です。設定作業は多少複雑になりますので、「見せ方」も含めて慣れが必要です。また、一画面で見られる情報量が増えたこともあり、画面のスクロールが必要なことが多いことは改良の余地がありそうです。

いずれにしろシステムとしては劇的な正常進化であり、ユーザーたる会員病院の臨床現場での診療の質、経営の質向上に寄与すると思われます。今次、ユーザー会の設立準備も進めることとなり、さらなる改良に向け協力していきたいと思っております。

病院経営を強力に支援! MEDI-ARROWSⅢrdの特徴

『パッと』全体概況を把握し、『じっくり』詳細な分析までをMEDI-ARROWSⅢrdで行えます。データ分析担当者の業務負荷軽減はもちろん、経営層(院長・看護部長・事務長など)や地域連携室等の各部門担当者まで、病院経営に携わる皆様の積極的なデータ活用も支援します。(定型分析機能20ライセンスをご提供)

1.『パッと』全体概況を確認

在院日数は? 入院収入は? 新患者数は? 入院・外來単価は?等の誰も

が気になる指標が、経営層の方でも『パッと』把握できます。複雑な操作は不要。システムに不慣れな方でも直感的な画面操作で分析指標を閲覧することができます。

(代表的な機能)

・KPI分析：重要な経営指標のみを表示。目標達成状況*を瞬時に把握。
*経営指標の目標設定は利用病院で設定いただきます。

・ロジックツリー：経営状況の全体像を漏れなく1画面で把握。課題の特定が

簡単に行え、解決策検討もスムーズに。
2.『じっくり』課題原因の特定までを分析

特定した課題の原因把握に向けて『じっくり』データを掘り下げて分析が行えます。データ分析担当者が把握したい詳細情報もワンクリックで表示。課題特定から原因把握までを一気通貫で対応可能です。さらに充実したアフターフォローも完備。特に、専門スタッフによる分析代行サービスを活用することで、分析時間が十分に確保

できない方、分析に不慣れな方へも高度な分析を提供します。

(代表的な機能)

・改善効果シミュレーション：ベンチマークを基準(目標設定)に、改善効果を予測
・マーケット分析：入院患者の地域性を地図上に表示
・機能評価係数分析：各係数の状況を他院の状況も見ながら把握。改善に向けた深堀分析が可能

厚労省が後期高齢者の保険料見直し案示す

社保審・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会(田辺国昭部会長)は11月17日、後期高齢者医療制度の見直しを議論した。厚生労働省は、介護保険を参考に、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率を見直す案を示した。そのため、後期高齢者の保険料負担について、①現行、年額66万円の賦課限度額の80万円への引上げ②所得割率の引上げ一を行うことを論点とした。

後期高齢者支援金は、75歳以上の高齢者が被保険者である後期高齢者医療

猪口会長は後期高齢者の急激な負担増に懸念を表明

制度を支援するために、健保組合や市町村国保が拠出している。後期高齢者医療制度の財源構成は、被保険者による保険料収入が約1割、現役世代からの支援金が約4割、公費が約5割である。

この負担率について、現行の仕組みでは、「現役世代人口の減少による増加分を高齢者と折半するように高齢者負担率を見直している」。現役世代の減少のみに着目しており、高齢者世代・現役世代のそれぞれの人口動態に対処できないため、制度を見直す。結果として、後期高齢者の負担増となる。

後期高齢者の保険料については、賦課限度額が2022年度で年間66万円となっている。これを80万円まで引き上げる。国民健康保険ではすでに85万円となっている。ただし、後期高齢者医療制度は個人単位であり、国保は世帯単位である。また、保険料を構成する均等割部分と所得割部分の比率を見直し、今回の制度改正に伴って低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮する。

これらの見直し案に対し、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、後期高齢者の負担が急増するこ

とに懸念を示し、経過措置を設けるなどの対応を求めた。

これらの財政影響は、2024年度満年度ベースで、◇後期高齢者820億円増◇協会けんぽ300億円減◇健保組合290億円減◇共済組合等100億円減◇国保80億円減とした。この財政影響の試算には、今回の医療保険改革で議論されている出産育児一時金の引上げと負担のあり方の見直し、被用者保険間の格差是正の見直しの影響は含まれていない。

また、厚労省は、第4期医療費適正化計画(2024～2029年度)の見直し案を提示した。現行の目標をさらに推進するために、重複投薬・多剤投与の適正化を進めることや、特定保健指導にアウトカム評価を導入する方向性が示された。

感染症対応の設備整備への支援と人材確保を訴える

国会 星北斗参議院議員が厚生労働委員会で初登壇

感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備などを図るための感染症法等改正法案の参議院厚生労働委員会で審議が、11月15日に行われた。自民党の星北斗議員(全日病理理事)が初登壇し、病院の理事長として、また県医師会担当役員として、新型コロナウイルス対応に奔走した経験を踏まえ、感染症に対応する医療機関の設備整備への支援と人材確保の必要性を訴えた。

星議員は、「新型コロナで、国民が一番心配したのは、自分が感染したときにしっかりと入院医療を受けられるかであったと思う。しかし、感染拡大の当初は入院体制・病床確保が思うように進まなかった」と述べた。その理由として、「大多数の医療機関の構造が、動線分離や検査場所の確保、ゾーニングを想定しておらず、物理的な課題があった」ことと、「医療機関で新興感染症に対応できる医師・看護師などが確保できなかった」ことをあげた。

その後、政府の財政支援もあり、新

型コロナ対応の取組みが進んだ。星議員は、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の医療機関の設備整備にどれだけの支出があったかを質問した。

厚生労働省の榎本健太郎医政局長は、「交付実績は2020年度で約1,366億円、2021年度で約1,403億円」と回答。星議員は、「それ程の金額が投入されたことに感謝と驚きを感じる。それだけ事前の体制、準備ができていなかったことの裏付けともいえる」と述べた。

その上で、今回の感染症法等改正法案における医療機関への設備整備の支援について質問した。榎本医政局長は、「今回の法案では、都道府県と協定を締結する医療機関に対する施設整備の一部を国が補助できることを盛り込んでいる。都道府県の予防計画を踏まえ、必要な支援の内容を検討したい」と説明した。感染まん延時ではない平時に、「感染症指定医療機関に支出されているような運営費の補助は行われるのか」との星議員の質問には、「協定を締

結する医療機関は、平時は一般医療を提供するために稼働している。平時の運営費に対する補助は想定していない」と回答した。

星議員は、「新興感染症の感染拡大時に、より多くの医療機関が対応することのできる、いわば感染症に強い国を目指すため、すべての医療機関に対する財政支援が必要だと考える」と述べ、加藤勝信厚労相に適切な対応を求めた。

人材確保については、新型コロナ対応で都道府県ナースセンターを通じた潜在看護師の活用の実績を質問。榎本医政局長は、「2020年4月から2022年10月までで延べ3万427人をワクチン接種会場や宿泊療養施設に派遣。ただし、病院への派遣は329人ととどまる」と回答した。星議員は、「復職して、急に新型コロナの最前線の現場に行く心構えも訓練もすぐにはできないことは理解できる。平時から、感染症対応の専門性の高い人材育成が課題だ」と



強調した。

その観点で、自衛隊の予備自衛官を参考にした「災害等即応看護師等事業」の創設を提案したが、これに対する政府からの直接の回答はなかった。

加藤厚労相は、「潜在看護師の活用については、即戦力を求めるニーズが病院にあり、マッチングがうまくいかなかったところがある。潜在看護師ではなく、専門性の高い看護師を養成し、派遣するための事業にも取り組んでいる」と説明した。星議員は、「感染症に立ち向かうのは機械や設備ではなく、結局は『人』。そこへの投資をどう考えるかだ」と述べ、締めくくった。

2022年度 第7回常任理事会の抄録 9月30日

【主な協議事項】 ●全日本病院協会災害時医療支援活動指定病院を承認した。 愛媛県 社会医療法人石川記念会 HITO 病院 理事長 石川 賀代	災害時医療支援活動指定病院は合計121施設となった。 【主な報告事項】 ●審議会等の報告 「中央社会保険医療協議会総会」「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「循環器病対策推進協議会」「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。 ●ベトナムにおけるプロモーション等の実施結果について報告された。 ●MEDI-TARGET リニューアル	(MEDI-ARROWS IIIrd) について報告された。 ●2022年度病院経営定期調査【3団体合同】中間報告について報告された。 ●新型コロナに関する財政支援策について説明があった。
---	---	---	--

■ 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。
(第5期)総合医育成プログラム (WEB 開催) 50名	2023年1月7日(土) 開講式・医療運営コースⅠ 2023年1月8日(日) 医療運営コースⅡ ※その他のスケジュールはホームページで確認	440,000円(550,000円)	全日病・総合医育成プログラムは、全日病が日本プライマリ・ケア連合学会と筑波大学との協力で提供する「診療実践」「ノンテクニカルスキル」「医療運営」の3分野34単位からなるオンラインを中心とした総合医の育成プログラム。6年目以上の全医師を対象とし、現在の勤務を続けながら「プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せる」スキルを学ぶことができる。
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	2023年1月12日(木) 全日病会議室 (新型コロナの流行状況によりWEB開催に切り替える可能性もある)	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とした研修会。座学だけの受け身の研修ではなく、全日病の個人情報相談窓口実際に問い合わせがあった事例を用いたグループワークを実施することで、より実践的な知識を身に付けることができる。
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。