



全日病NEWS

2023
1.1/15合併号
No.1024

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

賀正



2022年1月12日 厚労省の医師需給分科会が2023年度の医師養成総数は削減しない方針をまとめた。



2月9日 日本医師会・四病院団体協議会が2022年度診療報酬改定答申を受け会見を行った。



3月26日 全日病が第10回臨時総会を開催し、2022年度事業計画・予算などを報告。



4月1日 自見はなこ参議院議員と猪口雄二全日病会長が対談を行った。



4月13日 中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が看護の処遇改善に向けた議論を開始する。



5月17日 岸田文雄首相がかかりつけ医機能の制度整備を求める(写真は官邸ホームページから)。



6月18日 全日病が第10回定時総会を開催し、2021年度の事業報告を行い、決算を承認した。



6月25日 全日病会長の猪口雄二氏が、松本吉郎日本医師会会長のもと、副会長に当選した。



8月10日 中医協が2022年度診療報酬改定(看護の処遇改善)を答申。



9月5日 社会保障審議会・医療部会が感染症危機への対応めぐり議論。



10月1・2日 「ポストコロナ時代を生きる」をテーマに全日本病院学会in静岡を開催。

本号の紙面から	
年頭所感	加藤勝信厚生労働大臣 松本吉郎日本医師会会長
副会長・常任理事のご挨拶	2・3面
新春座談会Ⅰ	自民党国会議員が議論
新春座談会Ⅱ	医療DXをめぐる議論
第8次医療計画に新興感染症対応を記載	8面

年頭の挨拶

明けましておめでとうございます。皆様におかれましては、つつがなく2023年の新春をお迎えのことと、心よりお慶び申し上げます。

昨年を振り返りますと、新型コロナウイルス感染症への対応に追われる中で、4月には診療報酬改定があり、看護職等への処遇改善、重症度、医療・看護必要度の見直し、不妊治療の保険適用、紹介状なし受診の定額負担の見直しなどが行われました。その他新型コロナの特例対応や経過措置もあるため、こうした改定が病院にとってどのような影響を及ぼしているのか、判断が難しく、引き続き注視が必要と考えております。

さて、本年は、コロナ禍により明らかとなった医療体制等の諸問題の解決に向けて、様々な動きが加速していくものと思われまます。有事の際の医療提供体制を確保するための感染症法の改正、医師の働き方改革、地域医療構想、医師確保計画、第8次医療計画、かかりつけ医機能の法定化など、医療機関にとって極めて重要な施策が進められます。さらに、医療DXの推進や2040年を見据えた全世代型社会保障制度の構築など、将来に向けた動きも加速すると思われまます。

コロナ禍において、多くの病院が疲弊している中で、いずれの施策も地域の医療提供体制及び個々の病院の経営に大きな影響を及ぼすものです。全日病としても組織をあげて、日本医師会や他の病院団体と協同し、引き続き様々な課題に対応していく所存です。

また、新型コロナウイルス感染症についても、その収束を願いつつ、コロナ患者に対応する医療現場に対しての十分な支援が引き続き必要と考えております。

当協会の事業活動の主でもある様々な研修事業は、コロナ禍においても開催できるようオンライン化を進め、多くの研修会がオンライン開催を軸とするようになりました。

研修内容により、対面での開催、オンライン開催、の適切な方法を各委員会で検討のうえ実施しております。今後とも、会員の皆様方のニーズに合った、質の高い研修事業を行ってまいりますので、各種研修会へ是非ともご参加いただければ幸いです。

また、2019年より開始しました技能実習による外国人材受入事業は、コロナ禍による入国制限も解除され、ベトナム・ミャンマーからの介護人材の受入を再開しており、現在約100名の実習生が全国各地の会員病院で実習を行っております。さらに、今後は特定技能による受入の実施も検討しているところです。

昨年10月には、第63回全日本病院学会in静岡が3年ぶりに現地で開催されました。会員の皆様や多くの関係者の方と久しぶりに対面でお会いすることが出来、感慨もひとしおでした。静岡学会に関わられた全ての皆様方に改めて感謝申し上げます。

本年は、10月に広島県支部長である大田泰正学会長のもと、第64回全日本病院学会in広島が「未来の子どもたちへ～脱高齢ニッポン!～」をテーマに広島市で開催されます。会員の皆様方からの多数のご参加を心よりお願い申し上げます。

全国の病院数は昨年9月末時点で8,156と年々減少しておりますが、当協会の会員数は、昨年12月現在で2,542を数え、引き続き日本で最大の病院団体でございます。

コロナ禍から脱却し、新たな時代を見据えて、健全な病院経営、質の高い医療提供体制を構築するために、執行部一同、そしてすべての会員とともに、一致団結して日本の医療、地域医療を支える病院団体として活動していく所存です。

本年も、ご指導、ご鞭撻のほどよろしく申し上げます。

公益社団法人 全日本病院協会 ◆ 会長 猪口雄二



2023年 年頭所感

厚生労働大臣 加藤勝信

新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。本年も皆様健康に一年を過ごすことができますことを祈念いたします。

2020年から続く新型コロナウイルス感染症への対応について、最前線である医療現場で、日夜、地域の医療を守っておられる医療従事者の皆様に、改めて感謝と敬意を表します。

昨年12月、病床や医療人材の確保などの備えを平時から行うことにより、感染初期から速やかに立ち上がり、有効に機能する医療提供体制の構築を図るための、感染症法等の一部改正法が成立しました。厚生労働省では、同法の施行に向け、2024年度から開始する第8次医療計画の検討ともあわせて、詳細の検討を進めております。

このほか、2024年度には、医師の働き方改革の施行、診療報酬と介護報酬の同時改定も控えておりますが、将来においても質の高い医療サービスを継続的に提供できるよう、医療界の皆様とともに、地域医療構想やかかりつけ医機能が発揮される制度整備などに、着実に取り組んでまいりたいと思います。

国民の皆様安全・安心な医療を提供できるよう、本年も、医療関係者の皆様のより一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。年頭の挨拶とさせていただきます。



公益社団法人 日本医師会会長 松本吉郎

明けましておめでとうございます。

昨年は、これまでで最大規模となる「第7波」を経験しましたが、新たな変異株の出現など、今後の動向はなお予断を許しません。そのような中であっても、全国の医療の現場で培われた知見をもってすれば、必ずやこの感染症を克服して穏やかな日常を取り戻し、明るい未来へと繋げていくことができるものと確信いたします。

日本医師会は、昨年11月に「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～(第1報告)」を公表しました。「地域における面としてのかかりつけ医機能」は、医療機関間の連携とネットワークにより、更に強く発揮され、そこから得られる膨大な知見は、わが国の医療提供体制を充実・発展させる上での貴重な財産となります。

この他にも、医師の働き方改革や、次の感染症への対策、次期医療計画と介護保険事業計画等の策定、更には診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の「トリプル改定」に向けた社会保障財源の確保など、重要課題は山積しています。一つ一つの課題に対して、総力を挙げ、兎のような素早さと勢いで取り組んで参る所存です。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



2023年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 織田正道

明けましておめでとうございます。

現在、第8次医療計画に向けて、新興感染症を含む5疾病・6事業の議論と共に、地域医療構想及び医師確保計画、外来機能報告、在宅医療及び医療・介護連携など広範囲に及ぶ検討が行われています。かなり細かい内容になっていますので、会員病院にとって重要と考えられる点を取り上げ、各都道府県で策定されるこれからの1年間、全日病ニュースや研修会を開催しお伝えして参りたいと思います。

さて、ウィズコロナから、ポストコロナに向けての動きが始まりました。大きく社会が変化する中ではありますが、会員の皆様と共に、希望に満ちた一年になりますことを祈念して、年頭のご挨拶といたします。



副会長 安藤高夫

新年あけましておめでとうございます。

今年には2024年に実施される医療・介護・障害のトリプル改定、そして医師の働き方改革への準備の最終年です。ガス・電気・物価高騰等や「かかりつけ医」に関する議論など、懸念事項は数多くありますが、全日本病院協会は猪口雄二会長のもと、「頼れる全日病」「提言する全日病」「戦う全日病」として、コロナ禍においても患者様のために医療を続けている会員病院の皆様のための取組みを行って参ります。

引き続き日本の医療・介護を支える病院の皆様方の「現場の声」を各所にしっかりと届けるとともに、日本医師会や介護団体等と連携し、医療政策や社会保障政策に全力で取り組んでいくことを改めて決意しているところです。本年もご指導のほど宜しくお願いします。



副会長 美原 肇

明けましておめでとうございます。

地域医療構想、地域包括ケア、働き方改革、そしてコロナ対策…。様々な課題に対し対応を迫られる中、新しい年を迎えることになりました。病院運営は本当に厳しいものだと実感する今日この頃です。

このような状況下だからこそ、会員病院は一致協力、それぞれの病院が機能を向上、地域に貢献することを目指さなければならないと認識しております。そのために全日病として何ができるのかを考えています。

本年もよろしくお願い申し上げます。



副会長 中村康彦

明けましておめでとうございます。

昨年も新型コロナウイルスにより、窮屈な生活を強いられた一年でした。

また世界情勢などによる石炭や液化天然ガスの高騰、止まらぬ円安の影響により、電気代等の光熱費が例年の約4割増となるなど、病院経営において非常に厳しい状況が続いております。本年は2024年に開始される「医師等の働き方改革」に向け最終段階の準備にあたる年となります。更なるタスクシフト・タスクシェアの推進や負担軽減を実現しなければなりません。皆さまと情報を共有し体制の強化を図って参りたいと思います。本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



副会長 神野正博

新年明けましておめでとうございます。

毎年毎年、診療報酬改定や制度改革対応で忙殺される。2040年の社会構造の変化に対応すること、すなわち、人が少なくなってもよい暮らしができる社会を作る必要性に関しては、国もわれわれ病院も共通認識だ。その上で、何をもち解決策とするかは同床異夢かもしれないし、余計なお世話は不要だ。

人間は進歩か退歩かのいずれかであって、その中間はないと言われている。現状維持と思うのは、実は退歩している証拠である。進歩のために五感を研ぎ澄ませて社会の変化を感じよう、いいことに感動し、正しくないことに憤りを覚えよう。それが、病院運営の「基本のき」ではないだろうか。



かかりつけ医機能の制度整備を進める

全世代型社会保障構築会議

今後の社会保障改革の方向示す報告書

政府の全世代型社会保障構築会議(清家篤座長)は12月16日、報告書を取りまとめた。人口減少の流れを止めるために少子化対策を推進する考え方や、超高齢社会に対応する医療・介護サービス提供体制を確立する方向を示している。かかりつけ医機能が発揮される制度整備については、基本的な考え方が示された。

岸田文雄首相は同日の全世代型社会保障構築本部で、「政府としては本報告書に基づき、改革を進めていきたい」と述べた。報告書に盛り込まれた医療提供制度や医療保険制度の課題については、次期通常国会に向けて法案作成

を進めるよう厚生労働省に指示した。少子化対策の財源については、「来年度の骨太の方針に、こども予算の倍増を目指していくための当面の道筋を示す」と述べている。

報告書では、少子高齢化・人口減少社会に対応するために舵を切る歴史的転換期にあると指摘。子育て費用を社会全体で分かち合い、安心して子育てができる環境を整備することが何より重要とした。今後も超高齢社会が続くことから、社会保障給付については「負担能力に応じて、全ての世代で、公平に支え合う仕組みを早急に強化する」との考え方を示した。さらに、医療・

介護ニーズの増大に応える人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぎとしている。

医療機関・患者の「手挙げ方式」

報告書は、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の基本的な考え方を示した。かかりつけ医機能の定義は、現行の医療法施行規則に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきとしている。

かかりつけ医機能を複数の医療機関が緊密に連携して実施する際には、地

域医療連携推進法人の活用も考えられるとした。

かかりつけ医機能の活用については、「医療機関、患者それぞれの手挙げ方式」、すなわち患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式を提案。患者が医療機関を選べるように、医療機能情報提供制度を拡充するとともに、かかりつけ医機能を医療機関が自ら都道府県に報告する制度を創設する方向を示した。また、地域で、かかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきと指摘している。

今後の改革の工程において、かかりつけ医機能を発揮するための制度整備は、直近の課題に位置付けられた。

かかりつけ医機能の実現に向けて、今回の制度整備を「第一歩」とみなし、2023年には具体化の検討を早急に進めるべきとしている。

2023年 謹賀新年

全日本病院協会 常任理事(50音順)

常任理事 池井義彦

新年明けましておめでとうございます。

COVID-19の感染拡大から3年が経過し、世の中はwithコロナとなってきました。2024年の様々な改定に向けて大切な1年となります。会員の病院において混乱が生じないように、支部長として行政との話し合いでしっかりと意見を述べ、会員への情報発信に努めていきたいと考えております。

常任理事 医療従事者委員会委員長 井上健一郎

明けましておめでとうございます。

医療従事者委員会では事務長や看護部門長、コメディカルの多職種協働のための研修を行ってきました。一昨年はすべてWeb化にて行いましたが、昨年は一部対面も混じえての研修となり、遠方の参加が容易になるとともに実のある研修になったと思います。本年もご指導よろしく申し上げます。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年あけましておめでとうございます。本年は、コロナ以前とは違った環境のなかで、通常医療中心に移行せざるをえず、経営上困難な判断も増えてくると思います。執行部を支え、会員病院の経営に資するように活動いたします。本年もよろしく願いいたします。

常任理事 医療の質向上委員会／医療安全・医療事故調査等支援担当委員会委員長 今村康宏

新年あけましておめでとうございます。平素よりのご厚情に心より感謝申し上げます。医療安全は医療の質向上のもとに構築される、という原則をいつも忘れず、本年も与えられた使命をしっかりと果たして参りたいと存じます。何卒ご指導を宜しくお願い申し上げます。

常任理事 学術委員会委員長 大田泰正

新年明けましておめでとうございます。昨年は全日本病院学会in静岡が3年ぶりに現地にて開催されました。今年10月14・15日には、広島での学会開催を予定しています。学会テーマ「未来の子どもたちへ」としており、皆様のご参加をお待ちしています。

常任理事 大橋正實

新年あけましておめでとうございます。WEB会議にすっかり慣れて水道橋を訪れることもなく2年以上が過ぎ去りました。やはり顔を見ながらの会議は大切だとつくづく思います。北海道支部もいよいよ世代交代の時期を迎え私達世代の役員も2年後の全日病学会北海道大会を最後の締めくくりとして退くことになりそうです。新しい若い役員に衣替わりしますが、今後とも宜しく願い申し上げます。

常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照

明けましておめでとうございます。新興感染症対応も含めたAMAT隊員養成研修会及び、今年度より開始した改正救急救命士法施行に伴う必須項目講義(eラーニング研修)に積極的な受講をいただき、感謝申し上げます。皆様のお役にたてるよう内容の充実を図って参りますので、本年もよろしく申し上げます。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

明けましておめでとうございます。当委員会は月1回ハイブリッドで行っております。事業としては病院機能評価受審支援事業、そのモデル事業、支援セミナー、全日病学会参加などです。今年も精一杯頑張ります。どうぞ機能評価に申し込んでください。

常任理事 医業経営・税制委員会委員長

若手経営者育成事業委員会委員長 須田雅人

明けましておめでとうございます。医業経営税制、国際交流・外国人人材、若手経営者育成事業の各委員会活動を通し、全日病に貢献し全国の会員同志の一助となれるよう尽力する一年にしたいと思っております。

常任理事 田蔭正治

明けましておめでとうございます。昨年は終わりのないコロナ禍の中、診療報酬改定がありました。電力・食料品等の物価高騰の中、防衛費増税も叫ばれています。我が国の社会保障費の堅持を願い、地域医療に一層尽力して参ります。本年もよろしくお願い致します。

常任理事

医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

明けましておめでとうございます。医療保険・診療報酬委員会では、令和6年トリプル改定に向け、中医協での議論が形骸化し、内閣府・財務省からの横暴なごり押し政策によって、医療現場が混乱しない様に、他団体とも協力してしっかりと注視したいと思っております。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

明けましておめでとうございます。コロナ騒動の早い終息を願うとともに、当協会の活動の国の施策への反映が望まれます。当委員会もこの見地に立って活動をしてまいる所存です。今年も宜しく願い申し上げます。

常任理事 中尾一久

あけましておめでとうございます。看護師特定行為と在宅医療を担当しております。Withコロナ時代において、在宅コロナ診療を進めていく中で、看護師特定行為修了者の役割があるのではないかと考えております。本年も何卒よろしく願い申し上げます。

常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂

人間ドック指定事業は、日帰り施設が430となりました。人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存です。本年も宜しく願い申し上げます。

常任理事 細川吉博

新年明けましておめでとうございます。今年も全日病の委員会、セミナーなどを積極的に活用され病院経営に生かされますよう私たちもご支援させていただきます。

コロナ感染の先行きは不明ですが皆さんで協力し合い、より良い年になりますことを祈念しております。

常任理事

プライマリ・ケア検討委員会委員長 牧角寛郎

明けましておめでとうございます。プライマリケア検討委員会では、認知症研修会・MSW研修会・総合医育成事業さらに昨年より始まった病院の行う在宅医療研修会を4番目の事業として発展・拡大させていこうと思っております。本年もよろしく願いいたします。

常任理事 広報委員会委員長 宮地千尋

明けましておめでとうございます。広報委員会では全日病ニュースに新しい企画を取り入れ、ホームページの「会員お役立ち よもやま情報館」に魅力的な情報を提供し会員増加に寄与したいと思っております。また、DXに関するさらなる情報提供を行っていきます。本年もどうぞよろしく願い致します。

常任理事

個人情報保護担当委員会委員長 山田一隆

謹賀新年、心新たに2023年の佳き元旦をお迎えの事と思っております。2020年よりコロナ禍が始まり、昨年末より第8波が到来する大変な状況であり、全日病の目的である『日本全病院の一致協力によって、病院の向上発展とその使命遂行とを図り』が重要となっています。また、コロナ禍における個人情報保護管理にもしっかりと対応して参りましょう。

常任理事

国際交流委員会委員長

外国人材受入事業担当役員 山本 登

明けましておめでとうございます。昨年はハワイ研修を再開、WITH CORONAの時代に則した新たな研修を考える良い機会となりました。外国人材受入事業では、円安の影響下ベトナムからの実習生受入の減少が予想され、事業スキームを改変して、高度人材育成コースにミャンマーからの実習生受入を拡大する予定です。

全日病がかかりつけ医機能の考え方を示す

全日病は、政府において「かかりつけ医機能」が発揮できる制度整備の議論が進められていることを踏まえ、常任理事会で協議した内容をもとに、12月22日に「かかりつけ医機能に関する全日本病院協会の考え方」を公表した。以下にその内容を示す。

全日病は、かかりつけ医とは患者・国民が選ぶものであり、かかりつけ医機能とは医療機関が患者・国民に示すものであるという原則に立つ。この原則の下、厚生労働省が示すかかりつけ医機能の定義「身近な地域に

おける日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」を全面的に支持する。その上で、下記の方向性が重要と考える。

- 国民がかかりつけ医機能を利用するか否かを含めて医療の選択は国民の権利であって義務ではないこと。
- かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手上げ方式とすべきであること。
- そのため、医療機関は自らが有するかかりつけ医機能について、住民に情報提供を行うとともに、都道府県知事にも報告する。都道府県知事は、報告

された「かかりつけ医機能」に関する情報を国民・患者に分かりやすく提供すること。

かかりつけ医機能において、休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった2次救急機能や在宅医療の提供とその支援機能、さらには介護施設との連携機能において、「(地域に密着し)地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院」としての民間中小病院の役割が重要となる。

全日病は、この「地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院」に対して、かかりつけ医機能検討委員会を

組織し、以下の支援事業を行う。

- かかりつけ医機能の考え方を周知し、民間中小病院が積極的にかかわる準備を促す。
- 地域の診療所や他の中小病院への支援と連携を図る研修を行う。また、そのための情報共有の方策の研究、好事例の収集を行う。
- 日本プライマリ・ケア連合学会と協働し、全人的な医療と相談機能に必要な病院総合医育成事業の継続と拡大を図る。
- かかりつけの関係の確認を希望する患者に対して交付する適切な書式の検討を行う。など



かかりつけ医機能は医療機関の連携で実現

2023年の新年号では、社会保障に精力的に取り組む国会議員をお招きし、全日病役員と一緒に、これまでのコロナ対応やかかりつけ医機能、医師偏在問題など当面する課題を話し合っていたいただきました(取材日は2022年11月10日)。

安藤 まずは、元厚生労働大臣であり、今は自民党の社会保障制度調査会会長、全世代型社会保障に関する特命委員会委員長として、党の社会保障の議論のまとめ役となっている田村憲久先生に、医療提供体制や医療保険制度の全体像のお話をおきします。

田村 全世代型社会保障に関する特命委員会で活発に議論を行っています。社会保障全般について方向性を出すこととなりますが、2022年内に結論を出す必要がある差し迫った課題と、来年の骨太方針に向け詰めていく課題があります。医療提供体制については、2025年に向けコロナの状況を踏まえた地域医療構想の推進のための議論があります。その前に、地域医療計画(第8次医療計画)の策定、また、かかりつけ医機能をどう考えるかも大きな課題です。

かかりつけ医機能については、かかりつけ医がコロナ患者を診ない事例があったとの指摘を踏まえ、野党から法案が出ています。ただ、コロナのパンデミックに対応できる体制と、平時にかかりつけ医を持つことは違うものと、我々は考えています。

野党の議論では、イギリスのGP制度が念頭にあるようですが、若い方々は頻りに移動しますし、滅多に病院にかからない方々も多い。かかりつけ医を無理やり持たせるわけにもいきません。ニーズの多くは、慢性疾患を複数抱える高齢者にあり、いまでも多くの高齢者はかかりつけ医を持っています。問題は、緊急往診など在宅での対応が不十分な場合があることです。

ただ、医師が一人の診療所に、24時間365日の対応を求めることは無理でしょう。複数の医療機関が連携し急変時に対応する形を作っていただきたいと思います。かかりつけ医機能のあり方は、高齢者への医療をどうしていくかを中心に、考えるべきことです。もちろん、若い方々でも医療的ケア児を含めて日常的に医療を必要とする方々があります。その場合は、当然かかりつけ医を持っていたきたい。

しかし、日本は診療科ごとにかかりつけ医がいる状況ですから、GP制度のような制度が日本に馴染むとは思いません。日本の医療提供体制の現状を踏まえた議論が求められます。

羽生田 コロナ患者をかかりつけ医が診てくれなかったとの報道が一時期あふれました。ただ、かかりつけ医とい

うのは人によりとらえ方が全然違います。例えば、5年に1回かかればかかりつけ医だと考える人もいます。その意味でも、かかりつけ医機能の明確化が求められます。

田村 コロナのようなパンデミックで感染者がきちんと医療を受けられる体制づくりはもちろん必要です。今般の改正感染症法等により、都道府県と協定を結ぶ医療機関には、感染症発生・まん延時に必要な医療提供をお願いすることになります。法律改正により形はできますが、医療関係者の理解を得なければ、実際は動かないので、お互いがよく話し合い対応する必要があります。

ややもすると、日本の医療提供体制が脆弱でコロナへのパフォーマンスが非常に悪かったと公言する人がいます。私は全く違うとされていて、確かに、欧州に比べると中小病院がとても多く、有事に全体の役割分担が難しくなる側面はあります。しかし、平時にはアクセスがよいという強みがあり、そのような特殊性のなかで、最高のパフォーマンスが発揮されました。感染者の入院率は各国中、最も高い部類であり、その結果として、死亡率が大変低いなど、数字が物語っています。

非常に難しい状況で最大のパフォーマンスを上げたことに感謝しています。いわれない中傷に耐えながら頑張っていたいただきました。次にこういうことがあったときには、そこまでのご苦労はかけずに済むように、医療提供体制の構築を図る必要があると思っています。

織田 地域密着型の中小病院は、当初「何もやらない」という中傷を受けました。実際はそうではなく、特にオミクロン株が流行してから、多くの患者を中小病院が受け入れています。一方、第1波から第3波の時は、検査が十分にできず、発熱などの症状のある患者は直接病院で受け入れるのではなく保健所に連絡し指示を待つという対応を取っていました。それも誤解を受けた理由の一つだと思います。

田村 当初は未知のウイルスで、入院できる医療機関が少なく、検査も不十分でした。ウイルスの性質がだんだんわかり、多くの医療機関に対応をお願いできる状況になりました。そこが、国民にうまく伝わらなかった。当時、厚生労働大臣(2020年9月～2021年10月)であったので、反省すべき点です。**織田** 対応がわかってきてから、発熱外来でも入院でも多くの医療機関が積極的に新型コロナの医療に参加するようになりました。そこをみて、評価していただきたいと思っています。

それから、かかりつけ医機能の制度整備の話が出ました。やはり一人医師の診療所が、24時間365日対応するの



出席者(文中敬称略) 衆議院議員 田村憲久、参議院議員 羽生田俊、参議院議員 自見はなこ、参議院議員 星北斗、全日病副会長 織田正道、全日病副会長 安藤高夫(司会)

は無理なので、医療機関が連携し、地域という面でかかりつけ医機能を発揮する体制構築が重要です。

羽生田 これまでも夜間・休日に対応できる診療所を作って、みんなで負担を分け合うというシステムで対応してきました。これを充実させるべきです。

織田 全日病の会員病院を含め在宅療養支援病院は、いま全国に1500強あります。在支病が地域の医療機関と連携体制を作り、自らが在宅医療を提供しつつ、基本は、地域の在支診などが担うという病診連携を行うことで、体制を手厚くできると思います。



医師偏在問題と医師の働き方改革

安藤 羽生田俊先生は現在、厚生労働副大臣として労働分野などを担当し、医師の働き方改革に取り組まれています。自民党の医師の働き方改革に関するプロジェクトチームの座長でもありました。元日本医師会副会長でもあります。羽生田先生には、主に医師偏在問題についておききします。

羽生田 医師の偏在問題は医学部時代の教育や医師免許取得後の研修に起因する面もあるかもしれません。例えば、我々の時代は学生の時から先輩などとの交流を通じ、診療科を選ぶ過程がありました。いまはそれが少なくなっているとききます。あそこは大変な診療

科だからと、限られた情報で、避けてしまうこともあるかもしれません。

私の地元である群馬県は医師偏在が特に大きく、群馬大学のある前橋市と他の地域との間に顕著な医師偏在があります。群馬県の取組みは、基本的には県単位の医局制度のようなものを作るということです。県の地域医療支援センターが、大学や市中病院と連携し、医師不足地域に医師を派遣できるぐらいの強い機能を持ってもらいたいと思っています。

織田 診療科については、我々の時代はナンバー内科、ナンバー外科で、いまの臓器別診療科と違う、割と幅のある診療領域でした。派遣先の病院でも、さまざまな経験ができました。ほとんどの医師が細分化された診療科を選択する現状を是正すべきだと思います。

羽生田 医師数については、1980年代から医師数を抑制する政策がとられ、その後、医師不足がはっきりしたので2008年以降、入学定員を臨時に増員し現在は毎年9,000人を上回っています。いつかは医師過剰になり得るので、どこかの時点で区切りをつけなければいけないでしょう。一方、医師偏在を何とかしないと、地域の医師不足は解決しませんし、医師の働き方改革を進める上でも、医師の偏在対策を併せて行うことが重要です。

田村 厚労省の調査によると、タスクシフト等の推進を含めさまざまな努力により、法律の時間外労働時間の上限に収まる病院が増えています。ただ、調査期間が2か月ほどで、年間を通して対応できているのかは疑問です。2024年度までもうすぐです。施行後に「できませんでした」では済まないもので、きちんとチェックして、備える必要があります。

ある程度柔軟に対応できるようにし



田村憲久・衆議院議員



羽生田俊・参議院議員



自見はなこ・参議院議員



星北斗・参議院議員

病院も仕事と家庭を両立できる職場環境に

ないと、現場が困る。現場が困るということは、国民・患者が困ることなので、混乱が起きないように対応を考えます。

羽生田 医師の働き方改革は、コロナの感染拡大の前に決まりました。コロナ対応で予定した取組みができなかった病院への配慮が必要になります。

織田 コロナでは、職員が濃厚接触者となり出勤できず、特定の職員の業務が増大することがありました。

田村 労働基準法33条に「災害その他避けることのできない事由」があれば、労働時間を延長できる規定があり、それを使うことは考えられます。国民に安心した医療を提供するため、想定外の事態が起きたときに、何を変えられるのか、変えられないならどのような対応があり得るのかを検討します。

羽生田 タスクシフト/シェアの話に関連して、今まで一番効果があったのは医師事務作業補助者に対する診療報酬の加算ですね。ただ、算定できる病院に限られています。診療所も含め適用を拡大することによる医師の労働時間短縮への効果は大きいと思います。



子育て予算の倍増が必要

安藤 自見はなこ先生は現在、内閣府大臣政務官として、子ども家庭庁の発足に邁進されています。コロナの感染拡大直後には、厚生労働大臣政務官として、感染者が出た大型クルーズ船ダイヤモンドプリンセス号に乗り込み、感染防止対策に尽力されました。医師の働き方改革にも熱心に取り組まれています。

自見 コロナ対応はもう3年。現場のみなさんの貢献に感謝申し上げます。私はいま内閣府大臣政務官として、子ども家庭庁の設置準備に取り組んでいます。また、日本医師連盟推薦の議員であり、与党でたった一人の小児科医という立場もあります。

子ども家庭庁創設に向けた活動の理念は「こどもまんなか」で、子育て支援の予算倍増が大きな目的です。厚労省の子ども家庭局では、厚労省全体の予算上限によるシーソーゲームからい



左から織田正道・全日病副会長、猪口雄二・全日病会長、自見はなこ・参議院議員、田村憲久・衆議院議員、羽生田俊・参議院議員、星北斗・参議院議員、安藤高夫・全日病副会長

つまでも抜けられません。別の省庁を作れば、従来の財源の枠から出られると期待していますし、少なくとも全世代型社会保障の構築に舵を切る方向性を見出せます。

安藤 まさに、子ども家庭庁の立役者として活躍されています。

自見 本当にここまで来るとは想像できませんでした。奇跡的に、さまざま



な事象が合致した、うまく働いたと思います。特に、当時の菅義偉総理が縦割り行政打破をライフワークとし、また、不妊治療の保険適用など若い

方々への想いが強い政治家であったことが、実現への大きな力となりました。

羽生田 こども家庭庁創設にはみんなが賛同しました。

安藤 こども庁創設に向けた特設ホームページをみると、ものすごい数の勉強会や調査を実施していますね。

自見 自民党議員有志による特設ホームページは初の試みです。山田太郎参議院議員と私が共同事務局を務め、デジタル民主主義を心掛け、すべての活動を公開しました。Twitterの活用などの政治手法もとても勉強になりました。

織田 時代の要請を受けた大切な取組みだと思います。医療機関の立場では、医療的ケア児への支援が気になります。医療的ケア児が家族を含め家に閉じこもりがちな状況へのさまざまな支援が必要です。全面的に協力する姿勢ですが、医療機関への要望はありますか。

自見 あります。医療従事者で女性が多数を占める職種は看護師をはじめ少なくありません。女性医師も今後は4~5割を占めていきます。こども基本法では、事業主に子育てと仕事の両立ができる職場環境の整備を求めていますので、医療機関経営者の方々にも、大変苦しい状況だと思いますが、子育て世代が家庭を大事にできる環境をぜひ作っていただきたいです。

織田 そうしないと医療機関にも人材が集まらない時代になっていますね。

病院が地域のニーズを汲み上げる

安藤 全日病理事でもある星北斗先生が先の参議院選挙で当選されました。星先生には医療機関経営や診療報酬についておききします。

星 医療機関経営という診療報酬の話になってしまいがちですが、私は、あまり診療報酬が好きではありません。というのは、医療者としてプライドを持って地



安藤高夫・全日病副会長

域医療のために仕事をしていくときに、診療報酬に一喜一憂しすぎることは、正しくないように感じられるからです。多くの医療機関の経営状態が本当に厳しいなかで、1点でも高い診療報酬が得られる体制を整えることが、地域医療に求められることだと信じ、さまざまな取組みをしてきました。

しかし、私は国が医療機関を誘導するそんなやり方を考え直す時期に来ていると考えています。地域医療が求めていることを行政が考え、それやってもらうように診療報酬を決める、という「唯我独尊的」な気持ちがあるのではないかと思います。

地域のニーズは地域が知っていて、それに応えることが、医療機関の役割だと思います。そのニーズを満たすために、しっかりと背骨を与えるもの、それが診療報酬であるべきです。

医師偏在、人材不足の話がありました。しかし、現状は、何か一つの制度を変えれば、あるいは働きやすい環境を作れば人が集まるとは必ずしも言えない状況になっています。人口がどんどん減る中山間地域で、どのようなアプローチで医療を成り立たせることができるか。

従来の地域の枠組みをもう少し広げて、例えば、医療圏の間あるいは医療機関の間に取り残される人々がいる。そこに目を向けてその方々のニーズをしっかりと汲み取ることが、今後の医療経営を考える上で、大事です。地域医療構想や紹介受診重点医療機関の位置づけの議論もありますが、地域のニーズに即した形で実現すべきです。

星総合病院では、保育所や児童家庭支援センター、農業にも取り組んでいます。医療機関が運営しているから安心との声もいただきました。これまで医療機関の直接の対象ではなかった人々に向き合い、かかわると、信頼感が生まれ、それに応えようとする、損得抜きでやらざるを得なくなります。医療機関が医療にとどまらない地域のニーズに応えることが、新しい姿を生み出します。ただ、そのためには、お金も含め「余裕」が必要になります。

安藤 医療・介護を介した地域づくりに加わるということですね。

星 私はそれしか地方の医療機関が生き残っていく道はない気がします。



織田正道・全日病副会長

織田 今まで医療機関で待っていれば患者さんが来てくれるという時代でしたが、これからは医療機関がどんどん外に出て行かないとだめですね。

持続可能な医療保険制度に向けて

田村 地域医療構想は、急性期病床削減で財政負担を減らすという財務省的な考えが前面に出て、医療機関が警戒してしまった経緯があります。厚労省は地域で足りない医療機能を満たすための役割分担と説明してきたのですが、ただ、財政が厳しいことは事実です。

高齢化社会の入り口に立った1970年の社会保障費は3.5兆円、GDPは73兆円です。超高齢社会になった2020年頃の社会保障費は136兆円、GDPは540兆円ぐらい。社会保障費が40倍以上伸びているのに対し、GDPは8倍弱ぐらいです。社会保障給付費が伸びてもそれに比べて経済が成長すれば問題はないのですが、これでは財政的にも動きが取れなくなります。

いま予算編成で行っているのは、「あそこを削ってこちらに回せば3年ぐらいはつながる」という程度のことです。10年、20年先の持続可能な医療保険制度を考えたものではありません。厚労省はずっとその苦しみの中にいて、財政的な制約の中で予算を組んでいます。

党の特命委員会では、消費税の引き上げを含めて、安定財源を求める意見が出ています。子育て対策の費用も増えるなかで、今のやり方でやれというのは無理な話です。医療保険制度を破綻させないために、国民の理解を得るため、政治家が判断しなければならぬ時期に来ています。

自見 低所得者対応ではこれまである程度の対応があった一方で、中間層がこの20~30年ずっと苦しんできました。中間層が子どもを二人ほしいときに、経済的な理由で躊躇してしまう現実があります。子どもがいなければ国そのものが成り立ちません。少子化対策への社会全般の理解をさらに醸成し、支援のあり方を大きく見直す必要があります。

織田 今年度の出生数が80万人を下回る見込みです。危機的な状況であり、国民に説明すれば、多くの人は理解してくれるのではないのでしょうか。

田村 出生率がすぐに上昇しても、働き手になるのは20年以上かかります。それまで、どうやって社会保障制度を維持し、経済を回していくか。両者は密接に関連しており、経済が成長しないと社会保障制度を支えられません。

この大変な時代を乗り越えるために何が必要となるか、今後みなさんと一緒に考えていきたいと思っています。

コマンドセンターの情報でベッドコントロール



2023年新年号の座談会の第2弾では、医療DXと働き方改革をテーマとした。病院経営における情報通信技術などを活用した取組みが、医療の質向上や職員の働き方に対して、実際にどのような効果を上げているのか。現場の実践を通じた上手な使い方について話し合った。

現場の生産性と効率性のために活用

高橋 医師の働き方改革が1年3か月後に迫るなか、どこの現場も生産性を上げて、効率化することが求められるようになっていきます。

働く人の労働時間を短くしながら、チームとしてこれまでと同様の仕事量を人員を増やさず行うには、大きく分けて2つの方法があります。1つ目は、マネジャーがチーム全体の忙しさやスタッフの能力を把握し、余裕のある部署から余裕のない部署へ一時的に人を送り「チーム内の人員配置の最適化」を図る方法です。そしてもう1つは、現場の各スタッフが他のメンバーの忙しさを把握し、自発的にお互いを助け合うことです。この2つが合わさることにより業務が効率化し、働き方改革が可能になるのだと思います。

まずは蔭山さんから、マネジャーがチーム内の人員配置を最適化するために不可欠な病棟内の見える化する仕組みであるコマンドセンターの概要をお話いただけますか。

蔭山 私たちのコマンドセンターは、2021年の4月から稼働を開始し、今は主に入退院関連で運用しています。タイムリーに病棟ごとの稼働状況がわかるだけでなく、当該診療科の病棟が埋まってしまっている場合の救急患者受入病棟の優先順位なども教えてくれます。また、現在出勤中の看護師一人ひとりの力量を病棟毎に合計してチームとしての力量を算出し、これから起きる予定の業務量と比較することで「忙しさ」を可視化しています。これをもとに病棟間で応援が行われています。また、

NEWSも常時計算されており急変の予測が行われています。これをもとに事前に一般病棟からICUに患者さんを転棟するなど少し先の未来を予測しながら後手に回らず業務ができるようになります。さらに湖南メディカル・コンソーシアムに参加いただいている病院間での転入院を支援するシステムも構築しているところです。

高橋 次に、石川先生に、スマホ活用によりスタッフがお互いの状況を共有し効率アップを実現されているHITO病院の医療DXの取組みを紹介願います。

石川 当院は極めて人口減少と高齢化が予想される地域にあります。そのため2017年から「未来創出HITOプロジェクト」を始動しました。このプロジェクトでは、業務の効率化を行いながら、同時に、いかに医療の質を落とさずに維持するかを課題としてICTの利活用を進めています。

プロジェクトを始めたきっかけは、脳神経外科の常勤医が1人になると非常に危機的な事態に見舞われたことです。私たちの医療圏で、急性期の脳卒中の治療ができるのは当院だけなので、何とかして救急医療を継続しながら業務を効率化する必要がありました。

最初にチャットを導入したところ、ある程度効果があることが分かりました。さらに業務を効率化するために、まずはリハビリテーション部にiPhone100台を導入しました。段階的に導入数を増やし、現在は600台近い端末を活用しています。

チーム医療のなかで患者の情報共有がますます重要になる反面、働き方の

変化やコロナ禍で集合研修や臨床実習ができずに入職する人たちが増えてきました。このような背景があり、教育にもICTを活用し始めていて、少しずつピラミッド型の組織からネットワーク型の組織に移行しつつある状況です。

高橋 湖南メディカル・コンソーシアムでは、各病棟の忙しさをスコア化し、それに合わせてベッドコントロールしたり、スタッフを配置したりしているということでした。こうした取組みを始めた時には、どうしてもスタッフから反発があるのではないかと思います。そこはどうかだったのでしょうか。

蔭山 「忙しさ」もそうですが、「定性的」なものを「定量化」する作業を行う際には、正確なデータを出すことを目指すというよりも現場の納得性を最も大切にしています。実際、各業務の点数などは、すべて現場の看護師の意見で決めました。点数を決める時からスタッフに関与してもらったので、あまり反発が起きずに導入が進んだと感じています。

高橋 蔭山さんは、医療DXをうまく活用できるようにするためのポイントはなんだと考えますか。

蔭山 やはり現場の納得性がポイントだと思います。色々な人の意見を入れて作っていくことや、現場が欲しい数字を出すようにすることが重要です。経営側だけで必要性を考え、システムを作っても恐らく現場は使ってくれないのではないかと思います。また、そういったシステムを作りたいと現場からボトムアップされてくる組織文化も重要であると思っています。

高橋 石川先生はコマンドセンターをみて率直にどう思いますか。

石川 まるでコックピットのような感じ(笑)。当院の規模であれば、情報共有でカバーできる部分がある程度はあると思います。そう考えると必要な機能は、病床規模や急性期機能の密度により変わってくるのではないのでしょうか。

今の診療報酬の入院基本料では、「重症度、医療・看護必要度」で患者の重症度等を把握したら、そこに人員配置基準の施設基準が紐づいてきます。本来ならばそこまで人を投入しなくてもよい病棟もあると思います。効率化により人が少なくても回るのであれば、それを認めるようにしていかないと、メリハリのある働き方ができるように努力している病院と、そうでない病院の差は生まれません。

個人的には、本当に効率化や医療DXを進めるならば、人員配置や施設基準に踏み込まないといけないと感じています。

高橋 介護では2018年度介護報酬改定で見守りセンサーなどのICT機器を活用することで、夜勤スタッフの人数を減らすことができるようになりました。私は常々「ICT機器の導入とパートナーで人員配置基準を下げることで、

出席者(文中敬称略)

国際医療福祉大学教授、全日病広報委員会特別委員(司会) **高橋 泰**

社会医療法人石川記念会・HITO病院理事長、全日病広報委員会副委員長 **石川 賀代**

社会医療法人誠光会・法人本部本部長 **高下 浩之**

社会医療法人誠光会・法人本部副本部長、湖南メディカル・コンソーシアム・理事(事業局局長) **蔭山 裕之**

※座談会は2022年12月6日にオンラインで開催されました。
左から、高橋教授、高下本部長、蔭山副本部長、石川理事長

1丁目1番地だ」と主張していて、安倍晋三内閣時の未来投資会議の医療介護部門の副会長をしていた時にもこのことを強く訴えました。

そうした訴えや、多くの人が国に働きかけたことが奏功して、介護ではセンサー導入による人員削減が実現しました。医療においても先端機器導入による人員基準緩和を提言すべきであり、そのためには具体的なデータが必要です。石川先生や蔭山さんなどがICT導入による人員削減の可能性に関するデータを作ってくれば、医療においても先端機器導入を人員基準に読み替える提案も可能と考えます。

コマンドセンターなどを活用した業務の効率化は、間違いなくこれからの急性期病院のトレンドになると思います。一方で、病院の規模や機能によって必要な情報の使い方は異なるため、それぞれの施設や部署でシステムの運用は変わると思います。

蔭山 高度急性期を担う淡海医療センターのコマンドセンターでは、情報の更新頻度は最長10分、最短では更新した瞬間に情報が変わるように作っています。1日50人ほどの入退院がありベッドの回転が速いので、更新頻度を高めています。しかし湖南メディカル・コンソーシアムに参加されている回復期病院にお聞きしていると1日2回の更新で十分なようです。

高橋 石川先生、病院内にあるデータをどのようにしたら病院に活かせると考えますか。

石川 情報すべてをデータ化する必要はなく、必要な情報だけに限定してもよいですね。また経営数字はリアルタイムに見えることが大切です。特にコロナ禍では、最新データの閲覧とスピード感が非常に重要だと感じました。今後も社会情勢は大きく変わりますし、コスト面でも変動幅が激しいので、必要な情報をリアルタイムに見える状況を作っておく必要がありそうですね。

高橋 民間の中小病院がコマンドセンターを活用するにはどうすればいいか、あるいはどのような病院に勧められる

コマンドセンター (誠光会/湖南メディカル・コンソーシアム)

社会医療法人誠光会/地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム(滋賀県)では、同法人が目指す地域完結型医療を実現するために、複数の病院・施設間の転入院・入所をスムーズに行うための情報システムを備えたコマンドセンターが活躍している。デジタルの力を用いて、患者の転入院が発生する病院・施設が互いの稼働状況をタイムリーに把握し、あたかも一つの病院であるかのように病床管理を行うことができるシステムである。

例えば、急性期病院を退院する患者が発生した(患者が急性期病院を退院する)場合、あらかじめ設定しておいた回復期病院や慢性期病院、介護施設での患者の受入れ条件とのマッチングが自動的に行われる。このため、従来のように職員が電話などで空床状況を確認する必要がなくなる。また、「Capacity Snapshot」は、病棟別の稼働状況と緊急入院が発生した際の入院病棟優先順位を表示する。「Staffing Forecast」は、看護師の総力量点数と病棟業務を比較し、タスクスコアを算出。業務量の過不足を判断することができる。これらによりシステム導入以前には定性的にしか表せなかった「忙しさ」などの要素が定量的に把握できるようになり、判断の「納得性」も向上した。

スマホのチームチャットでチーム医療を強化

としますか。

石川 コマンドセンターは、地域医療連携推進法人や病床数がかなり大きく急性期機能が高い病院には、有用であると思います。病床規模によってそれぞれの病院が指標とするデータ数は違ってきますし、どのくらいコストを抑えられるかという点も重要です。

高橋 10年前であれば病院の職員のみで情報管理システムを作るのは不可能だったと思います。しかし現在は、RPAとSQLなどの習得が容易なコンピュータへの指示言語を理解できればシステムを構築できます。最近のプログラム開発は昔と比べ格段に容易になってきており、多くの病院でもスタッフがゼロから勉強し、自前のコマンドセンターを開発することは、十分できる開発環境が整っています。

実は、私が担当する大学院h-MBAコースのゼミ生(放射線技師)のSさんが、院長の命を受けてゼロから勉強を始めてわずか半年ほどで、自前で簡易版のコマンドセンターのようなシステムを作成しました。更に大学院の同級生のKさん(医師)が、その様子を見て自分の病院にコマンドセンターを作ろうと決意し、Sさんに開発手順を聴きながら、ベンダーの協力なしで、病院のスタッフと協力して作りあげました。両病院とも、毎朝病院幹部が集まり病院運営会議を開催するようになり、病床稼働率や収益が大きく改善しています。

私は20年前の電子カルテや病院情報システムは「馬車」、最近のシステムは「車」だとよく言っています。多くの人は、システムが馬車から車へと高度になったので素人にはますます手を出せなくなったと勘違いしていますが、実は馬車のほうがシステム構築や操作は難しく、車になって格段に簡単になったということです。多くの病院にぜひ参考にしてほしい事例です。

もう1点、地域医療連携推進法人であることとコマンドセンターの関係についても教えてくださいませんか。

蔭山 地域全体で医療を効率的に提供するためには、地域の病院それぞれが提供する医療機能を選択し、それを持ち寄ることで地域医療を完結していくことを目指す必要があると思います。その際には複数の病院が一つの病院のように患者さんに対し切れ目なく医療を提供できる仕組みが必要となります。転退院時に有用な情報ツールをコマンドセンターでは持っており、将来的には地域全体でのベッドコントロールが実施できるようになっています。

蔭山裕之 理事

スマートフォンをいかに活用するか

高橋 次はスマートフォンの話です。スマートフォンを全面的に導入したという大学病院でも、電話と写真のやり取りはするものの、それ以上の使い方をしないことが一般的なようです。HITO病院ではなぜ「カメラ付PHS」とは違うスマートフォンの活用ができるようになったのかを紹介して頂けますか。

石川 HITO病院では入院する患者の中心が高齢者であり、急性期病棟も120床ほどあります。入院前から退院後まで情報をいち早く収集し、様々な職種がチーム医療を展開しなければなりません。その際に情報共有の1つのツールとして導入したチャットの活用が、コロナ禍を機に急激に増えました。

非接触、非対面ということもあり爆発的にチームチャットのメッセージ数が増え、現在では月間約10万メッセージのやり取りがされています。相手の時間を奪わずに自分の都合で発信でき、相手も自分の都合で閲覧して、加えて既読機能もある。忙しい医療現場では医師に電話をしなければ仕事が終わらない職種も非常に多いのですが、チャットならストレスなく、心理的安全性が担保されるなかで、医師とやり取りができます。

これまで電話しかコミュニケーション手段がなかったり、メールではスピード感が足りなかったりするなか、思っていた以上に、チャットは医療の現場に合っていたと感じています。

高橋 チームでチャットを利用していると、病院の中で炎上するなどカオスな状態が起きないか心配です。そうした対策はどのように行っているのですか。

石川 チームチャットの作成はDX推進室が行い、職員が勝手にチームを作ることができないようになっています。

調査したところ、ダイレクトメッセージでのやり取りは1割程度。9割がチームチャットでやり取りを行っていました。チームチャットでは多くの職員が見ていることもあり、感謝のメッセージや絵文字も増えます。他の職員が発信するメッセージを見ることで、「こんなことを聞いてもいいのだ」とコミュニケーションの取り方を学ぶことも大きな成果だと感じています。

アンケートでは看護師の7割、セラピストの9割が「チーム医療が強化された」と実感していました。チャットを導入して3年ほど経ちますが、特に若い世代が恐る恐る質問することが減ってきたなど、私たちが思っていた以上に、波及効果があったと実感しています。

高橋 蔭山さんの方から、コミュニケーションツールを駆使し改革をしたHITO病院をどのように感じましたか。

蔭山 皆さんが気軽に活用してくれるために、最初の仕掛けをどのようにしたのか興味があります。大変上手くスタートされていますので、その点についてご教示いただきたいです。

石川 最初は平均年齢が29歳と若い世代が多いリハビリテーション部で活用を始めました。セラピストの単位数は1日18～19(1単位20分)を超えることを目標にしていたのですが、実際には17.8程度が多く、目標をなかなか超えないのが課題でした。

調査をしたところ、パソコンが空いていないためカルテの入力ができず、夕方以降に記入が溜まってしまい、時間外労働が増えているとわかりました。そこでスマートフォンの音声入力を導

入し、朝礼や終礼を廃止してチャット上の申し送りに変えたところ、セラピストの単位数が1単位上がり、時間外労働も減少しました。

その結果、元々のiPhoneの購入台数の費用を賄えたことが、成功事例としてできたのです。それなら他の部署でも同様にできるのではないかと導入数を段階的に増やしていきました。

当初は日勤帯のスタッフを中心に導入したのですが、セキュリティや教育に使う際に不都合が生じ、今はほぼ1人1台のiPhoneを導入しています。小さく始めて横展開していくのがHITO病院のやり方であり、基本的に使いたい人だけ使えばいいという考え方で全員に強制はしていません。一方で、DX推進室の中にHIA(ホスピタル・インフラストラクチャー・アーキテクト)という職種を導入し、新たな活用方法の開発と現場への教育を担っています。

蔭山 上手く活用してくれる「ファーストペンギン」をまずは選ばないといけないということですね。

石川 そうですね。チャットを導入したことで本当に電話は鳴らなくなりましたし、今では皆「チャットがない世界には帰れない」と言っています。

医師の場合は安全講習をして契約を交わした上で、外に持ち出す許可をしています。これも強制ではなく「持ち出したい人は持ち出してください」と個人の判断に任せています。例えば術後気になる患者がいたら、院外から電子カルテを確認できます。また、当直時には診療科ごとにオンコール当番がありますが、電子カルテの画像や検査データを見て自分が行く必要があるかと判断できます。

高橋 スマートフォンなどを活用して経営効率化に繋げるには、診療報酬の壁があると思います。医療DX導入の効果も病院の収入などに繋げていくためには、どのような制度、診療報酬の見直しが必要だと考えていますか。

石川 ICTを活用した効率化が経営改善につながる可能性があるとするれば、施設基準の見直しが行われることですが、それには時間がかかると思います。診療報酬や補助金の有無についてよく耳にしますが、基本的にICT基盤はインフラの1つですので導入して当然ではないかと考えています。

ICTを活用しなければ、高齢者医療の継続的な運営や働き手に選ばれる病院になることが難しくなっていくと感じています。あくまで課題解決の1つとしてのICTであり、それぞれの病院の課題解決のためのインフラ整備として考えていかなければ、今後は難しいと個人的には思っています。

地域に求められるあり方考える

高橋 今後、診療報酬における入院基本料の設定など、医療についても効率性の観点で、変わっていかねばならないと思います。ただ、入院基本料を変えることは難しいので、今のお話にあったように、まずは、残業を減らしてリハビリテーションの単位数を増やすようなところから、余裕を生み出していくのが基本ではないかと思っています。

最後に皆さんから経営理念や経営の基本的な考え方と医療DXの関係について、ぜひ聞かせていただけますか。

石川 私はやはりコロナが流行し始めた時に、立ち戻るべきところは何かをよ

く考えるようになりました。未来の自分たちのあり方やここから先も生き残るためにすべきことについて、目的をもって考えながら進むことが必要だと感じています。これから、経験値だけでは乗り切れない時代がやってきます。

今後は病院も淘汰や再編統合など生き残りをかけて変化し、恐らく5年後には見える景色も変わっていると思います。その時まで自分たちが変化し続けながら、地域に求められる医療のあり方を考えて病院運営をしていくことが重要なのではないのでしょうか。同時に、診療報酬に縛られるだけではなく、診療報酬外の利益をどう考えていくのかといった「両利き運営」が必要な時代だとも感じています。

医療DXについては極力、今あるものでできる効率化をしていくことが私たちの方針です。スマートフォンをはじめ企業とのさまざまな協働で、イノベーションを生み出していきたいと思っています。

蔭山 誠光会は、社会医療法人ですので明確なオーナーがいない法人です。さらに経営破綻寸前で土地建物をファンドに買われていたところから職員全員の努力で買い戻したという強烈な経験もあります。そういう意味では、職員がオーナーという一面も持っています。

ですから、私たちの経営は、確固たる経営哲学を持ち、Purpose経営を行っていくということではありますが、同時に職員がやりたいこと、面白いと思うことができる法人でありたいと思っています。こういった組織文化をベースにDXを含め様々な新しいことがトップダウンではなく、ボトムアップで、しかもアジャイルに実行されている現状を続けていきたいと思っています。まず私たちが様々なことに飛び込んでみて、良い効果が現れたものであれば、他の病院でも役立つでしょうし、医療業界全体の為ひいては世の中の為になると信じて挑戦し続けていきたいと思っています。

高橋 「人は困らないと変わらない」と私は思っています。うまく回っている組織ほど改革はやりにくいし、過去に成功した伝統的な企業ほど変わるのは大変と様々な事例で見ているところです。その意味では、困った状況で乗り込んだことはよいタイミングだったのかもかもしれません。

高下 私たちの改革が成功したのは、本当にタイミングが良かったと感じていますが、時代の変化に対応できる法人となるためには意識も含めてもっと改革が必要だと感じています。積極的に若い世代の意見も取り入れうまく次世代にバトンを繋げ、さらに法人を継続発展させていかなければならないと思っています。この対談を通じて法人がこの地域社会にとってどれだけの存在意義がありどう貢献できるのかを考え追及していきたいと強く思いました。

高橋 大変前向きな話をたくさん聞くことができ有意義な時間になりました。皆さん、ありがとうございました。



高橋 泰 教授



蔭山 裕之 理事



高下 浩之 本部長

第8次医療計画の地域医療構想に関する記載を了承

厚労省・地域医療構想・医師確保計画 WG

病院の再編統合の対応方針の策定率を指標に設定

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12月14日、第8次医療計画に盛り込む地域医療構想に関する記載について大筋で了承した。医療機関によるコロナ対応が続くなかでも、2025年までとしている地域医療構想の取組みを着実に推進するため、都道府県に対応方針の策定率と地域医療構想調整会議の実施状況の公表などを求める。

地域医療構想については、新型コロナウイルスの感染拡大により、2025年までの実現に向けた取組みに対する積極的な働きかけを国は控えている状況にある。しかし、超高齢社会や人口減少など、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。

このため、第8次医療計画における地域医療構想の記載では、「感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提」としつつ、従来どおり、「その枠組み(病床の必要量の推計・考え方など)を維持しつつ、着実に取組みを進めていく」との方針を強調した。

特に、急性期としての診療実績が少ないとされる再検証対象医療機関について、「これまでの方針に従って確実に取組みを行う」と明記した。

病床数は着実に減っている

一方、コロナ禍であっても、地域医療構想調整会議などでの議論は行われ、国から補助金が支出される「重点支援区域」の選定も進められている。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「病床機能報告のデータを見ると、病床数は着実に減っており、(2016年度末時点の)2025年の病床の必要量の推計値に近づいている。着実な取組みが地域で行われていると考えられるので、2025年までに地域医療構想を大きくいじるようなことはせずに、現状の方針のまま進めていくべきだ」と主張した。また、どのような病院の病床が減少しているかを把握することも求めた。

病床機能報告による全体の病床数は、2015年で125.1万床。これが2021年には121.0万床、2025年見込みでは120.1万床まで減る見通しだ。一方、2016年時点の病床の必要量の推計値は119.1万床で1万床の差がある。病床の必要量は、地域医療構想の目標ではなく、目安に過ぎないが、地域が将来を見据えた病床機能の過不足の調整を進めた結果、病床全体が減少する結果となっている。

病床機能の変化を2015年と2025年見込みで比べると、高度急性期が14%から13%、急性期が48%から45%、回復期が10%から17%、慢性期が28%から

25%に変化している。参考値である2025年の病床の必要量では、高度急性期が11%、急性期が34%、回復期が31%、慢性期が24%となっている。

病床機能報告では、病棟単位で医療機能の「現状」と「今後の方向」を選択し、医療機関が都道府県に報告している。医療機関が自ら判断しているため、実態と乖離した報告が行われる場合があるとの課題が指摘されてきた。現状では、医療機能を判断する上で、参考として活用する「定量的な基準」も示されている。

全日病副会長の織田正道委員は、「『定量的な基準』を使って、地域医療調整会議の議論を行っている都道府県は64%となっている。実際、急性期と回復期の判断で、地域包括ケア病棟入院料を算定しているのであれば回復期であるとか、急性期を『重症』と『軽症』に分け、軽症急性期を回復期と考える奈良方式などは、多くの人が納得できる基準として使われている。頭ごなしに従わせる基準にしなくても、みんなが納得できる基準であれば、現場で活用されている。逆に、あまりに詳細なデータの活用は混乱を招いてしまう」と述べた。

一方、健康保険組合連合会参与の幸野庄司委員は、「公立・公的病院の地域医療構想の取組みは一定程度進んでいるかもしれないが、民間病院の取組

みが遅れている。ウイズコロナに向かっているなかで、今後は過度にコロナを引きずることなく、民間医療機関への対応に向けた積極的な議論を都道府県が行う必要がある」と求めた。

コロナ禍で地域医療構想の取組みが遅れている地域もある。このため、今回の記載では、「都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における協議の実施状況の公表を行う」と明記した。

また、病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量について、「データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域において、その要因の分析および評価を行い、その結果を公表する」とした。

地域医療構想をバージョンアップ

現在の地域医療構想は、2025年までの取組みとして進めており、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定程度進んだことから、2025年以降も地域医療構想を継続する考えだ。今後、中長期的課題について整理し、検討するとしている。2040年に向けた課題に対応できる地域医療構想にバージョンアップさせる。

新興感染症対応の医療計画への記載に向けて議論

厚労省・第8次医療計画検討会

新型コロナの実績踏まえ数値目標を設定

厚生労働省の第8次医療計画に関する検討会(遠藤久夫座長)は12月9日、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」が成立したことを受け、第8次医療計画に盛り込む新興感染症対応の記載に向けて議論を行った。基本的には、改正感染症法等の内容や予防計画の記載予定事項の整合性などを踏まえた記載とし、新型コロナ対応の実績を参考に、医療提供体制の数値目標などを設定する。

平時からの医療計画における都道府県の取組みとしては、感染症発生・まん延時の地域における医療機関の役割を明らかにしながら、「感染症医療提供体制」の確保と「通常医療提供体制」の維持を図る。予防計画では、感染症医療提供体制に加え、検査・保健体制の確保なども記載する。感染症発生・まん延時における5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)などについては別途、とりまとめが行われているが、共通となる考え方は、新興感染症等対応における医療の項目に適宜記載するとしている。

計画の策定にあたっては、「まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことのできる新型コロナへの対応を念頭に取り組む」。その際、新型コロナ対応において、感染状況のフェーズを設定していることを踏まえ、フェーズに応じた取組みとする。事前の想定と大きく異なる場合は、その感染症の特性に合わせて、都道府県と医療機関との協定を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

全日病副会長の織田正道委員は、「フェーズに応じた取組みとすることなど、感染症の特性に合わせて柔軟に

対応し、機動的に行動することが極めて重要だ。新型コロナでも、アルファ株、デルタ株、オミクロン株とそれぞれ感染力、病原性、毒性が異なり、違う対応が必要になった。やはり発生直後は、病棟単位でゾーニングができる大病院が役割を担い、感染症の性質がある程度わかった段階で、地域に根差した病院が対応する体制が望ましい」と発言した。

ストラクチャー中心に目標設定

厚労省は、医療計画への記載事項のイメージとして、以下の項目を示した。

(平時からの取組み)
◇都道府県と医療機関との協定の締結による対応可能な医療機関・病床等の確保
◇感染状況のフェーズに応じた病床の必要数や人材派遣の可能人数の設定など準備体制の構築
◇専門人材の確保
◇感染症患者入院医療機関と感染症患者以外に対応する医療機関の役割分担
◇院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有

(感染症発生・まん延時の取組み)
◇協定締結医療機関・流行初期確保措置付き協定締結医療機関における協定の履行
◇感染状況のフェーズに応じた準備体制の迅速かつ確実な稼働
◇感染症医療と通常医療に対応する医療機関間の連携・役割分担の実施

医療計画に記載する数値目標案については、新型コロナ対応の実績を参考にした。具体的には、◇流行初期医療確保措置による病床数◇流行初期医療確保措置で発熱外来に対応する医療機関数◇自宅療養者等に医療を提供する医療機関数◇後方支援を行う医療機関数◇医療人材の派遣可能人数◇個人防護具の備蓄量・医療機関数一などがある。

委員からは、「医療計画の数値目標はストラクチャー・プロセス・アウトカムの3つに分類されるが、今回の案はストラクチャーが中心となっている」(今村知明委員・奈良県立医科大学教授)との指摘があった。厚労省担当官は、「改正感染症法等の法定事項も踏まえ、まずはストラクチャーの数値目標が中心になると考えている。予防計画での記載も関係するが、将来的には、さらなる数値目標を検討したい」と回答した。

また、健康保険組合連合会専務理事の河本滋史委員は、「感染症発生・まん延時の医療提供体制の数値目標は、新型コロナの実績が参考にならざるを得ないと理解する。しかし、新型コロナ対応での病床逼迫は、全体の病床が足りなかったから生じたわけではない。人口減少、少子化も進行している。病床数の目標については、基準病床数を基本に考えるべき」と病床が増えることに警戒感を示した。

医療計画における新興感染症対応の記載については、今後、予防計画の基本方針などとの整合性を図りながら、議論をまとめる。改正感染症法等の2024年4月施行に向け、都道府県は2023年度中に予防計画・医療計画を策定する必要があることから、できる限り早く議論をまとめるとの考えが示された。

第8次医療計画の意見まとめる

第8次医療計画の意見のとりまとめ案については、新興感染症対応と地域医療構想関連(12月14日「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」で議論。上記記事を参照)を除いた内容について、概ね了承した。

前回の委員の意見を反映させた意見のとりまとめ案となっており、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員が指摘した有床診療所に関する文言などが追加された。

例えば、周産期医療では、「ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、ハイリスクでない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所等で取り扱う」との文言修正を行った。在宅医療の「急変時・看取りの体制」では、対応する入院医療機関に、「有床診療所」を追記した。

一方、冒頭の「医療計画全体に関する事項」では、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、「情報通信技術(ICT)の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている」との文言が明記されている。

これに関し、織田委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、互換性のない電子カルテが出回ってしまったことにより、医療機関の負担が大きくなってしまっている状況を踏まえ、デジタル化を図る上での基盤整備において、標準化されたシステムを導入する取組みが必要であることを強調した。

二次医療圏の設定については、「実務上の課題」から、「隣接する都道府県の区域を含めた医療圏が設定されていない」と書いてある。織田委員は、「実務上の課題とは何か」と質問。厚労省担当官は、「隣接する都道府県のそれぞれの関係団体との調整やデータ調整の作業などにおいて、ハードルがあると都道府県からきている」との回答があった。織田委員は、「隣接する都道府県との話し合いの場を広げてほしい」と求めた。