



全日病NEWS

2023.4.1

No.1029

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

診療報酬特例や病床確保料の減額を伴う見直しを決定

コロナ対策本部 コロナの感染症法上の位置付け変更に伴う措置

政府は3月10日、新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等」を決定。加藤勝信厚生労働大臣は会見で、今後の感染拡大に備えて、新型コロナに対応する医療機関の拡大を求めるとともに、2024年度に向けては、医療提供体制を通常時に段階的に移行させる考えを示した。このため、診療報酬の特例や補助金は縮小する。これまでは全額公費負担だった患者負担は、一定の支援は継続させつつも、インフルエンザ並みの自己負担が生じる(4面参照)。

5月8日から新型コロナの感染症法上の位置付けが5類になり、医療提供体制も通常体制に戻していく。2024年度の診療報酬改定では、コロナ対応を組み込んだ報酬体系を構築する方針であり、新型コロナ対応の医療提供体制を解消する時期として2024年度が念頭に置かれている。ただし、夏・冬には新たな感染拡大が生じる可能性がある。見直し内容は、その都度検証し、必要に応じて対応を図る。

外来では、現状で約4.2万の対応医療機関を最大6.4万に増やすことを目指す。新型コロナ患者であることを理由にした診療拒否は応招義務の「正当な事由」ではないことが明確化される。一方で、設備整備や個人防護具を確保し、診療の手引きなどわかりやすい啓発資材も作成・周知するとしている。医療機関名公表は当面継続する。

入院では、現状で約3千の対応病院から、すべての病院が対応する体制を目指す。約3千の重点医療機関等は重

症・中等症Ⅱの患者に重点化する。これまで受入れ経験のある重点医療機関以外の病院に対しては、軽症・中等症Ⅰの患者の受入れを積極的に促す。特に、高齢者を中心に「地域包括ケア病棟」などでの受入れを推進する。

入院調整は原則、医療機関間での調整となるが、円滑な移行に向け、行政による調整の枠組みを残し、病床逼迫時に支援する。病床状況の共有のため、各地域でこれまで構築してきたシステムの活用を推進するとともに、G-MISの入力項目の簡素化等の改良も行う。

ICU等の特例点数を半分に

診療報酬については、同日、中医協を持ち回り開催し、見直しを了承した。見直しは5月8日から基本的には9月末日までの取扱い。主な見直しは以下のとおりだ。

【外来・在宅医療】

外来で、感染対策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療で「院内トリアージ実施料」(300点)を算定できる特例は、「対応医療機関の枠組みを前提とし、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形で8月末までに移行」に該当すれば引続き算定できる。該当せず、院内感染対策を実施する場合は147点となる。一方で、発熱外来を公表している場合に算定できた二類感染症患者入院診療加算(250点)(3月は147点)の特例は廃止となる。

初診を含めコロナ患者を診療する場合に、救急医療管理加算(950点)を算定できる特例は147点に減点される。ただし、入院調整を行った場合は引続き950点を算定できる。一方、抗体カ

クテル療法のロナブリーブを投与すると救急医療管理加算の3倍を算定できる特例は終了となる。

在宅等への緊急往診で救急医療管理加算の3倍の2,850点が算定できる特例は1倍の950点になる。ただし、介護保険施設等への緊急往診に限り、引続き2,850点を算定できる。介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者にオンライン診療を実施する場合も950点を算定できる。感染予防策を講じた上での疑い患者に対する往診等での300点の算定は継続する。

【入院】

新型コロナ患者の重症者の特定集中治療室管理料など特定入院料については、通常の3倍の点数が算定できる特例が講じられてきた。これにより、通常の点数より8,448～3万2,634点の増点となっていたが、各点数の1.5倍の評価に変更し、2,112～8,159点の増点となる。中等症のコロナ患者への急性期一般病棟での入院医療において、救急医療管理加算の4～6倍の点数が算定できる特例も、2～3倍の点数に変更となり、1,900～2,850点となる。

一方、新型コロナ患者に対する診療で、介護やリハビリ、退院調整の業務が増えていることや対応医療機関の拡大を目指していることを踏まえ、地域包括ケア病棟などでの受入れを促進するため、地ケア病棟などで新たに950点が算定できるようになる。

新型コロナ回復患者への診療では、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)の特例は継続するが、30日まで1,900点を上乗せできる特例等は廃止となる。14日目までは950点を上乗

せできるが、750点の算定は60日で打ち切りとなる。

また、感染対策を講じた診療や個室管理、リハビリテーションにおける特例も継続する。

そのほか、さまざまな施設基準等の変更がある。2022年度改定で対応されている電話・オンライン診療などの特例も見直されることになる。

病床確保料も半分に減額

病床確保料の補助単価の上限は、これまで診療報酬の特例の引上げに合わせて引き上げてきた。このため、診療報酬特例の見直しに連動させ、半額となる。

具体的には、重点医療機関で特定機能病院等の集中治療室の補助上限額は43万6千円から21万8千円に下がる。重点医療機関で一般病院の補助上限額は30万1千円から15万1千円に下がる。一般の医療機関の補助上限額は9万7千円を維持する。ハイケアユニットやその他病床も減額となる。

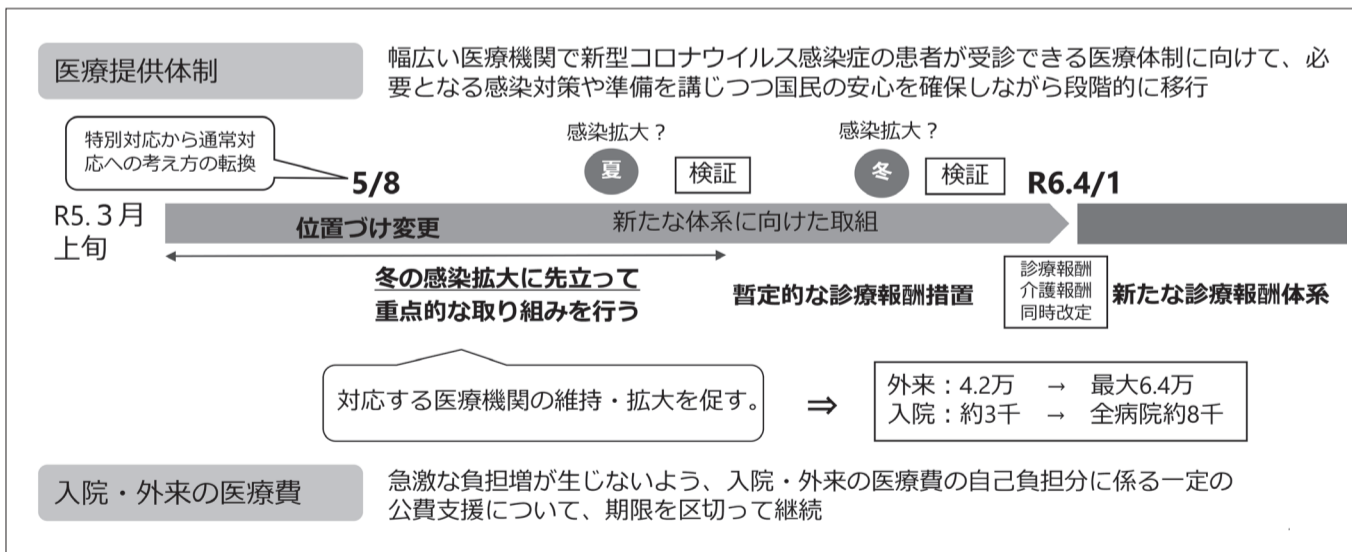
休止病床の補助上限数については、即応病床の場合で、現在1床あたり2床が上限だが、1床が上限となる。その他病床の上限は、4床が2床になる。

患者負担も新たに発生することになるが、期限を区切った一定の公費支援がある。外来では、コロナ治療薬が公費となる。入院では、高額療養費の自己負担限度額から2万円を減額する(2万円未満の場合はその額)。これらの措置は9月末日まで。検査費用の公費負担は終了する。これらの対応により、基本的には、インフルエンザでの自己負担と大差ない水準となる。

例えば、外来で75歳以上だと、新型コロナ治療薬を用いた診療で、患者負担は1,240～1,390円、インフルエンザだと1,330～1,480円。新型コロナ治療薬に公費支援がなければ、1万670～1万820円となる。入院では、2万円が減額され、75歳以上で住民税非課税世帯だと、インフルエンザより低い。

本号の紙面から

医療計画の感染症対応了承	2面
医療介護連携で意見交換会	3面
コロナ体制を見直し【資料】	4面
医師の働き方改革セミナー	5面
インボイスへの対応【寄稿】	6面
ゾコーバ錠の薬価収載了承	7面
次期診療報酬改定で要望書	8面



全日病など10団体が物価高騰への支援を要望

全日病など医療・介護関係10団体は3月17日、「医療機関・介護事業所等における光熱費等の物価高騰に対する支援に関する要望」を加藤勝信厚生労働大臣に提出した。光熱費をはじめさまざまなサービスの価格が高騰しているなかで、国が公定価格を定めている診療報酬・介護報酬においては、価格転嫁ができず、医療機関・介護事業所などの経営に大きな影響が生じている。

要望書では、「医療従事者などが諸物価の上昇に対応し、生活を維持するための処遇の改善も喫緊の課題となっている。しかし、現在の経営環境での対応は困難であり、人材の確保にも支障が出かねない状況にある」と指摘。「もはや、経営努力のみでは対応することが困難な状況になっている」と訴えた。

その上で、以下の2点を要望した。
◇医療機関・介護事業所等が光熱費

を含む医療と介護の提供に必要なコストの上昇に対応できるよう、必要な財政措置を予備費の活用を含め早急に講じること

◇医療機関・介護事業所等が医療・介護従事者に対して物価高騰下においても適切に処遇を改善できるよう、必要な財政措置を予備費の活用を含め早急に講じること

なお、10団体は以下のとおりとなっている。日本医師会、日本病院会、



全日病、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会、日本介護支援専門員協会、日本福祉用具供給協会。

主張 介護の力

今更だが高齢化社会だ。われわれ病院の患者層(マーケット)も変わってきている現実を直視すべきだ。おそらく多くの年配会員が現役世代のころの救急搬送の内容は、交通事故や労災事故で血だらけの患者が主だっただろう。それが心筋梗塞や脳卒中など急性疾患患者に代わり、最近では慢性疾患や要介護者の急性増悪と変化しているのだ。

実際、DPCデータから見る75歳以

上患者の入院病名は、決して死因の1位を占めるがんではない。誤嚥性肺炎14.2%、肺炎・急性気管支炎・急性細気管支炎 9.0%、股関節大腿近位骨折7.3%、腎臓または尿路の感染症5.6%、心不全5.3%、脳梗塞4.0%、胆管(肝内外)結石・胆管炎2.4%であり、緩解と再燃、入退院を繰り返す疾患のオンパレードだ。

また、厚生労働省の資料によると、75歳以上高齢者の要介護認定率は

31.5%、85歳以上高齢者のそれは57.8%だ。この数字は、病院にかかる前から要介護者であり、病院外来に通えない高齢者の増加ということに他ならない。

このマーケットの変化に対応するためには、これまで通りの病院のあり方で済むはずはない。急性期医療はPFM(Patient Flow Management)として、治療後速やかな、回復期、在宅・介護との連携を図るべきである。病院へ通えない患者に対する訪問診療や訪問看護などの在宅医療とそれを支える「かかりつけ医機能」を持つ地域密着病院の強固な連携を図るべきなのだ。

さらには、オンライン診療の主戦場は、働き盛り世代ばかりではなく在宅高齢

者かもしれない。

この高齢者の入院の場においては、医療としての診療部門や看護部門の力だけでいいのか。入院する前からの要介護者の増加のなかで、看護による療養上の世話だけでいいのだろうか。急性期たりとて、初期対応は看護であろうが、すぐに介護の力が必要となる。

われわれは、病院医療において、介護の力を活かすため、今こそ医療保険と介護保険の混合を主張すべき時ではなかろうか。そして、看護助手ではない、介護福祉士・介護士が自らの誇りとアイデンティティのもとで働ける環境を創り出そうではないか。

(神野正博)

第8次医療計画の新興感染症対応をまとめる

厚労省・第8次医療計画検討会

確保病床数や発熱外来の数値目標はあくまで目安

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3月9日、第8次医療計画から新たに計画に加わることになる「新興感染症発生・まん延時における医療」のとりまとめ案を了承した。社会保障審議会医療部に報告するとともに、予防計画との整合性を図った上で、すでに確定している5疾病・5事業および在宅医療とあわせ、第8次医療計画の指針とする。都道府県は、指針に従って第8次医療計画を来年度中に策定。2024年度からの開始となる。

次の新興感染症が何かを現時点で予測することは困難だが、これまでの教訓を生かすことのできる新型コロナ対応を念頭に計画を策定する。実際に発生した新興感染症が事前の想定と大きく異なる場合は、国が適切に判断し、その感染症に合わせて、都道府県と医療機関の協定の内容を見直すなど、状況に応じた機動的な対応を行う。

順次、対応医療機関を拡大

都道府県と流行初期医療確保措置の協定を結んだ医療機関は、新興感染症が発生し、「全国かつ急速なまん延により国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがある等の新興感染症」である旨の厚生労働大臣の公表後に対応が要請される。その前の段階では、現行の感染症指定医療機関が対

応する。感染症指定医療機関は2022年12月時点で345病院となっている。

厚生労働大臣の公表後、流行初期医療確保措置付きの協定締結医療機関には、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うことなどが求められる。流行初期医療確保措置とは、感染症医療を行った月の診療報酬が、流行前の同月を下回った場合に、その差額を支払う措置だ。これは新興感染症の支援のあり方が決まるまでの措置であり、新型コロナ対応で言えば、新型コロナ対応の診療報酬特例や補助金が準備されるまでの間の暫定的な対応との位置づけである。

3か月程度を想定した一定期間経過後は、公的医療機関を中心に他の医療機関も加わり対応する。厚生労働大臣の公表後6か月後をめどに、順次速やかにすべての協定締結医療機関での対応を目指す。

実際の必要病床数などは、新型コロナ対応と同様に、各都道府県がフェーズ設定の考え方にに基づき、対応する。一方、国は、改正感染症法において、感染症発生・まん延時における、広域的な人材の派遣や移送などの総合調整権限が盛り込まれたことや、感染症等に関する新たな専門家組織の機能強化の議論を踏まえ、司令塔機能を果たす。都道府県が医療機関と協定を締結する際には、新型コロナ対応の実績を参

考に、関係者間で協議を行い、各医療機関の機能と役割を考慮する。通常医療の確保の必要性も強調された。

とりまとめでは、各医療措置協定について、◇病床◇発熱外来◇自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係◇後方支援◇人材派遣の項目で整理している。

約1.5万人に対応できる病床確保

協定締結医療機関による病床確保では、新型コロナの重点医療機関の施設要件を参考に、酸素投与・呼吸モニタリングを行うことができ、都道府県の要請後、2週間以内をめどに即応病床とすることを求められる。あわせて、医療従事者の確保が重要となるので、自院の医療従事者への訓練・研修などを通じ、対応能力を高める。

数値目標は、新型コロナが発生し約1年後の2020年冬の新型コロナ入院患者(約1.5万人、うち重症者約1,500人)に対応できる体制を想定した。新型コロナでは、総病床数400床以上の重点医療機関(約500機関)で約1.9万床の対応規模があった。1医療機関で30病床を想定すれば、500医療機関で1.5万床になる計算だ。

協定締結医療機関による発熱外来では、新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件を参考に、時間・空間分離を行った発熱患者等専用の診察室

を設け、院内感染対策を適切に実施できる体制が求められる。

数値目標は、新型コロナが発生し約1年後の2020年冬の新型コロナ外来患者(約3.3万人)を想定。総病床数200床以上で入院が可能な診療・検査医療機関(約1,500機関)が、例えば1日20人以上を診療すれば、約3.3万人の対応規模になるとした。

病床確保では400床以上、発熱外来でも200床以上の病院が目安とされたことについて、全日病副会長の織田正道委員は、その規模の病院でなければ対応する必要がないという誤ったメッセージを送ってしまうことを含めて、「病床数の目安を持ち出すと混乱する」と注意を促した。厚労省の担当官も、「新型コロナ対応の数字を上回る体制ということで例示した。誤解を招かないよう、目安に過ぎないことを丁寧に説明していきたい」と述べた。

また、想定を超えるような事態が生じた場合には、数値目標を変更することがとりまとめに盛り込まれた。

他の委員からも、「非常に多くのことが書かれていて、簡単には理解できない文言もある」(岡岡健一郎委員・日本病院会副会長)なかで、時間を経るにつれ、数字が独り歩きし、数字をあわせることだけが都道府県の目標になってしまうことを懸念する意見が出た。

一方、診療所も、感染症対応ができる場合は、できる限り協定を締結することを求める。すべての医療機関に、協定締結の協議に応じる義務があるが、都道府県は、地域における感染症医療と通常医療の役割を確認し、感染症対応を行うことができない診療所にも連携を促す考えだ。

自宅・宿泊療養者には、各機関や事業所が連携し、往診やオンライン診療、訪問看護、医薬品対応などを行う。数値目標は、新型コロナで対応した最大値として、2022年12月時点の約2.7万医療機関、約2.7万薬局、約2,800訪問看護ステーションを目指す。

入院調整については、「都道府県において、連携協議会等を活用し保健所や医療機関、高齢者施設等との連携強化を図る」。病床がひっ迫する恐れがある際には、新型コロナ対応の実績を参考に、国が入院対象者の基本的な考え方を示し、都道府県が、「地域の関係者間で、入院対象者等の範囲を明確にしなが、患者の療養先の振り分けや入院調整」を行うことになる。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、地域の関係者がリアルタイムで受入可能病床情報を共有できる仕組みについて、「できるだけ早く全国統一のシステムを整備してほしい」と要望した。

協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

○平時において、都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、**医療機関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築する。**

○**感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保する。**

平時	公立・公的医療機関等 (NHO・JCHOを含む)	特定機能病院/地域医療支援病院	民間医療機関
協定締結プロセス	①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標(確保すべき病床の総数等)をあらかじめ予防計画・医療計画に規定する。 ②さらに、 都道府県知事は、計画に定めた病床の確保のため、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、各医療機関と協議を行う協定案(病床の割り当て等)を策定の上、各医療機関と協議を行い、結果を公表する。		
協定締結の担保措置	全ての医療機関に対して、 予防計画・医療計画の達成のために、必要な協力をするよう努力義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 協定締結の協議に応じる義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 都道府県医療審議会の意見を尊重する義務 を課す。 協定の協議が調わない場合に、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、再協議を行うプロセスを明確化		

○公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。

○感染症対応の社会医療法人については、協定(流行初期医療確保措置の対象)の締結を**認定の要件化する**。なお、協定に則った対応を行うよう**勧告→指示**した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得る。

感染症発生・まん延時	協定(医療提供義務を含む)に則った対応を行うよう、 指示→公表(指示違反) *NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要措置を行うことを求めることができ、これに応じなければならない。	協定(医療提供義務を含む)に則った対応を行うよう、 勧告→指示→公表(指示違反※) ※指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得る。	協定に則った対応を行うよう、 勧告→指示→公表(指示違反)
協定の履行確保措置等	保険医療機関の責務として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。		

現行の特措法では、協定の有無に関わらず、医療関係者(※)に対し、直接、患者等に対する医療等を行うよう指示できる旨の規定あり。
(※)医療関係の管理者の場合は、当該医療機関の医療関係者その他の職員を活用して実施体制の構築を図るとされている。

医療・介護の連携を進めるため意見交換会を開催

厚労省・同時改定に向けた意見交換会

要介護高齢者に対応した急性期入院医療もテーマに

厚生労働省の「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」が3月15日に開催された。2024年度に6年に1度の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等の同時改定があるため、診療報酬と介護報酬の連携・調整をより一層進める観点から、中医協と介護給付費分科会の委員の一部が参加する意見交換会とした。3回の開催を予定しており、同日は、①地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②リハビリテーション・口腔・栄養③要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療—をテーマとした。

ポスト2025年を見据え、医療・介護ニーズが増大する一方で、支え手は減少が見込まれるなかで、あるべき医療・介護の提供体制を実現していくことが求められている。また、限りある人材で増大する医療・介護ニーズを支えていくためには、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくことも重要になる。こうした背景を踏まえ、意見交換を行う場が設けられた。

なお、意見交換会の目的は、課題や方向性の共有であり、具体的な報酬に関する方針を定めることは行わない。

テーマとして、①地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②リハビリテーション・口腔・栄養③要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療④高齢者施設・障害者施設等における医療⑤認知症⑥人生の最終段階における医療・介護⑦訪問看護—を置いた。同日は、①②③をめぐり意見を交換した。

生活に配慮した質の高い医療

「地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携」は包括的なテーマだが、主

な課題では、「医療・介護連携」、「医療・介護DX」、「主治医と介護支援専門員の連携」などが示された。

「医療・介護連携」では、厚労省が、「医療においてはより『生活』に配慮した質の高い医療を、介護においてはより『医療』の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な情報提供や連携」、特に、在宅医療における医療・介護連携の推進の必要性を指摘。方向性において委員の賛同を得た。

「医療・介護DX」についても、推進の方向性では一致。日本医師会常任理事の長島公之委員は、医療・介護情報の標準化により、医療機関などの業務負担が減ることに期待を示すとともに、医療DXが逆に、医療機関の負担を増やしている場合があるとして、「本末転倒にならないように」と釘をさした。全国老人保健施設協会会長の東憲太郎委員は、「医療・介護等情報共有の基盤となる保健医療情報プラットフォームでも、医療が優先され、介護は遅れている。介護情報の活用を検討も同時に進めてほしい」と要望した。

「主治医と介護支援専門員の連携」では、介護支援専門員が医療機関との情報共有に負担を感じており、特に、「医療機関に時間を取ってもらうことが困難」との状況がある。退院時の連携でも、居宅介護支援事業者が「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」と感じており、医療機関側も「治療等の都合により、ケアマネへの退院の連絡が直前になる」との問題を指摘している。両者の情報共有の解決策として、「受診時に同行し主治医と面談」という方法が紹介された。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「かかりつけ医が連携のハブとなることに期待する」と述べた。

「リハビリテーション・口腔・栄養」

については、これらの取組みを一体的に推進することにより、重症化予防や自立支援につなげることが期待できるとされ、2024年度同時改定での対応が注目されている。厚労省は、医師をはじめ関係職種が、対象者を的確に把握し、速やかに評価や介入を行うことが重要であると強調した。

具体的な課題として、リハビリテーションでは、医療保険による急性期・回復期リハビリテーションから介護保険による生活期リハビリテーションへの円滑な移行、口腔では、医療機関・介護保険施設等・在宅と歯科医療機関との連携、栄養では、医療機関・介護保険施設等・在宅の間での情報共有と管理栄養士との連携などが示された。

日本慢性期医療協会常任理事の田中志子委員は、「生活機能を維持するためには、朝・夜の短時間のリハビリテーションが有効」と述べ、幅広いリハビリテーションの評価を求めた。日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、歯科衛生士や管理栄養士の不足が、一体的な推進を困難にさせていると訴えた。

要介護高齢者を地ケア等で受け入れ

「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療」については、厚労省が、「高齢者にとって一般的な疾患である誤嚥性肺炎や尿路感染症に対する入院医療を急性期一般病棟が担っている実態があり、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある」との状況を指摘。「生活機能が低下した高齢者(高齢者施設の入所者を含む)に一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入を推進するためどのような方策が考えられるか」を課題とした。

長島委員は、「急性期の介護力を強



化することも考えられるが、介護の必要性が高い患者は回復期等で受けることが重要。そのためには医療資源を急性期に集中させるのではなく、適切な機能分化と資源配分が求められる」と述べた。東委員は、「すべての救急患者に急性期病院が対応するのは非効率的。老健が提供する医療型ショートステイであれば、ADLを悪化させずに、在宅に戻ることができる」と強調した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「すべての病棟に介護人材を十分に配置することは難しいので、機能分化を図り、得意なことに集中することが大事だ。昨今の診療報酬改定でも、地ケア病棟が在宅の受け皿として、位置付けられてきている」と基本的な方針に賛同した。

最後に、人材確保の観点から、「要介護者等の高齢者に対する急性期の入院医療の質を向上させるための方策」が論点となった。田中委員は、現状で、病院の介護職が看護補助者に位置付けられていることを踏まえ、「介護を必要とする患者が増えている中で、(介護福祉士など)介護を担う職員を病院で適切に評価すべき」と強調した。

これに対し、松本委員は、「介護人材が不足する中で、(介護福祉士など)介護人材の急性期病院での配置を過度に促すことは望ましくない。看護人材で介護を担うことが原則だ」と述べた。

高齢者施設等でのクラスター発生時への対応に懸念

社保審・医療部会

新興感染症対応と通常医療の両立も求められる

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は3月20日、「第8次医療計画等に関する検討会」がまとめた第8次医療計画の「新興感染症発生・まん延時における医療」の部分の報告を受けた。とりまとめ案の内容自体には特に異論はなく、了承された。委員からは、医師が常駐していない高齢者施設等への支援のあり方や、新興感染症対応と通常医療の両立などをめぐり、さまざまな意見が出た。

全日病副会長の神野正博委員は、とりまとめ案の内容を評価した上で、自身の新型コロナ対応の経験を踏まえ、高齢者施設や障害者施設でクラスターが発生した場合の支援のあり方に懸念を示した。特に、高齢者施設等に対する支援について、「高齢者施設等の配置医師等の役割も重要」との文言があることに対し、「非常勤医師の場合、あまりにたくさんを要求して大丈夫なのかという思いがある。むしろ、外部からの医療機関などの支援を強力にしたほうがよい」と述べた。

厚生労働省の担当官は、「新型コロナ対応の実績でも医療チームの派遣や往診など外部からの支援が行われた。今回の新興感染症対応でも、都道府県と医療機関が協定締結する仕組みにおいて、医師が常駐しない施

設においても、支援の実効性が確保されるよう対応を協議してもらおう」と説明した。

神野委員は、高齢者施設等への外部からの支援が可能となるよう、必要な財政的措置を求めた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、とりまとめ案で、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関の基準について、「通常医療の確保を図るためにも、柔軟に当該協定を締結できる」としたことに関して質問。具体的には、ここでの「通常医療」が「脳卒中や急性心筋梗塞、術後に集中治療が必要となる手術」に限定されないことの確認を求めた。

厚労省担当官は、両立を図るべき「通常医療」が、これらの医療に限定されるものではないことを示すとともに、地域の「通常医療」が阻害されると考えられる場合は、流行初期医療確保措置の対象である協定締結医療機関が確保する病床の目安である30床は、「絶対の基準ではなく、複数の医療機関の分担で、30床程度を確保することもあり得る」と説明した。

また、市町村の委員からは、医療提供体制を確保するための体制は、基本的には、都道府県と医療機関の関係であるものの、新型コロナの感染症対応

で住民や事業者からの相談は、市町村が多く受けてきたとの実態が報告され、専門家の配置を含め市町村単位で感染症の相談に対応できる体制づくりが求められた。また、他の委員から、地域住民に、第8次医療計画の内容をわかりやすく提供することが、有事の際の対応に協力することの理解を得ることにつながるとの意見も出された。

看護師派遣の特例措置を廃止

新型コロナワクチン接種会場と臨時の医療施設への看護師の労働派遣については、2021年4月1日から、新型コロナに対応するため、本来はへき地以外では禁止されている労働派遣を特例措置として可能としてきた。5月8日から、新型コロナの感染症法上の取扱いを5類とすることに伴い、予定通り特例措置を2023年3月末で廃止することを了承した。労働政策審議会の職業安定分科会・労働力需給制度部会に報告し、同部会が決定する。

これまでの実績をみると、新型コロナワクチン接種のへき地以外の市町村集団接種会場での人材派遣会社による看護師の派遣は113自治体9,984人、都道府県大規模接種会場での派遣は、5自治体273人となっている。へき地以外に所在する新型コロナの臨時の医療



施設における派遣は3自治体7施設510人となっている。

5月8日以降、臨時の医療施設は、健康管理機能を持つ臨時の拠点としての利用を可能とするほか、都道府県が高齢者や妊婦の患者の受入れ、救急搬送への対応などのため、特に必要とする場合には、医療施設として当面存続する。看護師については、基本的には、直接雇用による確保を求める。

これまでの実績では、へき地以外の新型コロナワクチン接種の市町村集団接種会場での看護師の直接雇用は356自治体1万5,198人、都道府県大規模接種会場では5自治体366人となっている。へき地以外に所在する新型コロナの臨時の医療施設における直接雇用は8自治体23施設1,930人となっている。

そのほかの看護師確保策では、医師会や看護協会、管内医療機関などへの依頼や都道府県に在籍する看護師などの活用があった。

新型コロナの医療提供体制・公費支援の見直し^{【資料】}

2023年3月10日・新型コロナウイルス感染症対策本部決定

1.位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し

(1) 基本的な考え方

▶新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の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(平成10年法律第114号。以下「感染症法」)上の位置づけが5類感染症に変更され、医療提供体制は入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行していくことになる。

▶このため、新型コロナウイルス感染症対策にこれまで対応してきた医療機関に引き続き対応を求めるとともに、新たな医療機関に参画を促すための取組を重点的に進める。そして、暫定的な診療報酬措置を経て、2024年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定を通じて新型コロナウイルス感染症対応を組み込んだ新たな診療報酬体系による医療提供体制に移行させる。

この間、感染拡大が生じうることも想定し、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等を検証した上で、その結果に基づき、必要な見直しを行う。▶その際、各都道府県による「移行計画」の策定、設備整備等の支援を通じて、冬の感染拡大に先立ち、対応する医療機関の維持・拡大(外来の拡大や軽症等の入院患者の受入れの拡大)を強力に促す。

▶入院調整についても、冬の感染拡大に先立ち、「移行計画」などに基づき、まずは軽症等の患者から医療機関間による調整の取組を進める。秋以降は、その進捗を踏まえつつ、重症者等の患者について医療機関間による調整の取組を進めることを基本に対応する。これにより、病床確保を含む行政による調整から、他の疾病と同様に入院の要否を医療機関が判断し、医療機関間での調整を基本とする仕組みに移行する。▶上記の取組を推進するため、「地域包括ケア病棟」等での受入れの促進、医療機関間で病床の状況を共有しやすくする仕組みの普及など必要な支援を行うとともに、現行の支援策について必要な見直しを行う。

(2) 外来

【2023年3月上旬から着手する取組】

①感染対策の見直し

▶感染対策について、これまでの学会等のガイドライン(以下単に「ガイドライン」)の範囲内で最大限安全性を重視した対応から、ガイドラインに沿いつつ安全性だけでなく、効率性も考慮した対応へ見直す。

▶新たに対応する医療機関における感染対策のために必要となる設備整備や個人防護具の確保等に対して、必要な支援を行う。

②応招義務の整理

▶医師等の応招義務について、新型コロナウイルス感染症に患又はその疑いのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しない取扱いになることを明確化する。(注1省略)

③医療機関や地方自治体への周知(省略)

【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

▶各都道府県において、定期的に対応医療機関数(2023年2月時点で、全国で約4.2万)を把握しつつ、広く一般的な医療機関(全国で最大約6.4万)での対応を目指し、医療機関数の維持・拡大を促す。国は、都道府県を通じてその進捗管理を行う。その際、都道府県は、受け入れる患者をかかりつけの患

者に限定している医療機関に対して、地域の医師会等と連携の上、患者を限定しないよう積極的に促す。

▶対応医療機関について、各都道府県において医療機関名等を公表する仕組みを当面継続する。

▶国及び都道府県は、対応医療機関の維持・拡大に向けて、位置づけ変更を待たずに、積極的に取組を行う。

(注2、注3、注4省略)

(3) 入院

【令和5年3月上旬から着手する取組】

①地方自治体による移行計画の策定

▶各都道府県において、冬の感染拡大までの間、新たな医療機関による軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを進めること、医療機関間による入院調整を進めること等を内容とする9月末までの「移行計画」を4月中旬に策定する。

(【再掲】省略)

【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

①新たな医療機関による受入れの促進

▶全病院(約8,200)で対応することを目指し、重点医療機関等以外で受入れ経験がある医療機関(全国で約2,000)に対して、新たな軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す。特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」や「地域一般病棟」等の受入れを積極的に推進する。(注5省略)

▶また、受入れ経験がない医療機関に受入れを促す。

▶位置づけ変更前に確保病床を有していた医療機関(全国で約3,000)は、重症者・中等症Ⅱ患者の受入れへと重点化を目指す。

▶「移行計画」には、各都道府県において、直近のオミクロン株の流行時における入院者数を想定した上で、冬の感染拡大に先立ち、9月末までの期間で、これまで確保病床で受け止めてきた軽症・中等症Ⅰの入院患者について、位置づけ変更後、受入れ経験がある医療機関や「地域包括ケア病棟」等においてどの程度受入れを行うか、重点医療機関等で引き続きどの程度受け入れるか等、具体的な患者像を念頭に置きつつ、新たな医療機関による受入れの具体的な方針や目標等を記載する。

▶国及び都道府県は、対応医療機関の維持・拡大に向けて、位置づけ変更を待たずに、積極的に取組を行う。

(注6省略)

②病床確保料の見直し

▶診療報酬特例の見直し((6)診療報酬の取扱い)に連動して病床確保料の補助単価の見直しを行う。

▶また、通常の医療提供体制への移行を目指す中で、病床を効果的に活用する観点から、休止病床の範囲の見直しを行う。

▶病床確保料について、上記の形で9月末までを目途とした措置とし、その後の対応については「移行計画」に基づく冬の感染拡大に先立つ軽症等の患者に対応する医療機関の拡充や入院調整を医療機関間により行う取組の進捗状況等を踏まえ、必要な見直しを行う。(注7省略)

③救急医療(省略)

④臨時の医療施設の取扱い(省略)

⑤医療人材の確保(省略)

(4) 入院調整

【2023年3月上旬から着手する取組】

(【再掲】省略)

【位置づけ変更に伴うさらなる取組】

▶外来で新型コロナウイルス感染症の陽性が確定した患者の入院先の調整について、冬の感染拡大に先立ち、原則、医療機関間による調整への移行を促すため、以下の取組を行う。

・病床の状況を共有するため、G-MISやこれまで各地域で構築してきたシステムなどITの活用を推進(好事例の周知、G-MISについて入力項目の簡素化等、より使いやすくするための見直し等)する。その際、個々の外来医療機関における対応を支援するため、地域の医師会等と連携した取組を進める。

・円滑な移行のため、都道府県の取組の実情に応じて、当面、「入院調整本部」等の枠組みを残すことを可能とする(病床ひっ迫等に支援)。

▶各都道府県において、冬の感染拡大に先立ち、「移行計画」で定めた方針などに基づき、まずは軽症・中等症Ⅰの患者から医療機関間による調整の取組を進める。秋以降は、その進捗を踏まえ、重症者・中等症Ⅱ患者について医療機関間による調整の取組を進めつつ、病床確保にかえて重症者・中等症Ⅱ患者向けの対応を行った医療機関へ支援を行うことなどを検討する。

▶妊産婦、小児、透析患者については、都道府県における既存の調整の枠組みへの移行を進める。

▶入院調整については、現行でも、医療機関間による調整の取組が進められているところであり、地域の実情に応じて、位置づけ変更を待たずに、医療機関間による調整の取組を積極的に進める。

(5) 自宅療養者への対応(省略)

(6) 診療報酬の取扱い

▶新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、5月8日以降、外来等及び入院における診療報酬特例について、以下のとおり見直す。

▶また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、2024年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

①外来等

▶外来については、感染対策を一定程度評価しつつ、事務負担の軽減等に伴い新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る特例措置は見直ししていく。一方で、位置づけの変更に伴い必要となる入院調整等の業務を新たに評価する。・位置づけ変更後も必要となる、空間分離や時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策については引き続き評価した上で、受け入れる患者を限定しないことを評価する仕組みとする。・コロナ患者の診療に係る特例措置については、届出の簡略化といった事務負担の軽減等に伴い、見直しを行う。・一方で、位置づけ変更に伴い、今後は原則、入院調整等は各医療機関が実施することになることを踏まえ、これらの業務に対する評価を行う。

・また、入院の必要性が低い場合に施設内での療養を支援する観点から、介護保険施設等に対する緊急往診は引き続き評価する。

②入院

▶入院については、人員配置の効率化が図られている実態等を踏まえ、重症・中等症患者等に対する特例措置は見直ししていく。一方で、介護業務の増大等を踏まえ、「地域包括ケア病棟」等での患者の受入れを新たに評価する。

・重症・中等症患者等に対する特例措置、例えば救急医療管理加算4~6倍などは、入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等により、業務・人員配置の効率化が図られている実

態や、高齢患者増に伴う介護業務への対応の実態を踏まえ、見直す(4~6倍→2~3倍など)。

・介護業務の増大等を踏まえ、リハビリテーションや入院支援体制が充実した病棟(「地域包括ケア病棟」等)での患者の受入れを新たに評価する。・入院医療においても、リハビリテーション実施時も含め、必要な感染対策は引き続き評価する。

2.高齢者施設等における対応

▶高齢者施設には重症化リスクが高い高齢者が多く生活していることを踏まえ、入院が必要な高齢者は、適切かつ確実に施設から入院できる体制を確保しつつ、施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等の各種の政策・措置は、当面継続する。(注8、注9省略)

▶その上で、高齢者施設における感染対策、介護従事者の訓練、医療機関との連携強化などの取組を推進するためのさらなる方策を検討する。(以下省略)

3.患者等に対する公費支援の取扱い

▶位置づけ変更による急激な負担増を回避するため、医療費の自己負担等に係る一定の公費支援について期限を区切って継続する。

(1) 外来医療費の自己負担軽減

▶新型コロナウイルス感染症治療薬の費用(薬剤費)の公費支援については、夏の感染拡大への対応としてまずは9月末まで措置し、その後の本措置の取扱いについては、他の疾病との公平性に加え、国の在庫の活用や薬価の状況も踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討する。(注10省略)

▶新型コロナウイルス感染症治療薬以外の外来医療費については、他の疾病との公平性を踏まえて、自己負担分の公費支援は位置づけの変更により終了する。

(2) 入院医療費の自己負担軽減

▶新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費に関しては、他の疾病との公平性も考慮し、医療費や食事代の負担を求めるとなるが、急激な負担増を避けるため、今夏の感染拡大への対応として、まずは9月末まで、高額療養費制度の自己負担限度額から2万円を減額する措置を講ずる。なお、その額が2万円に満たない場合にはその額を減額する。

▶その後については、感染状況や他の疾病との公平性を考慮しつつ、その必要性を踏まえて検討する。

▶入院する新型コロナウイルス感染症患者の新型コロナウイルス感染症治療薬の費用については、外来医療費と同様、公費支援を実施する。

(3) 検査の自己負担

▶発熱等の患者に対する検査については、抗原定性検査キットが普及したことや他の疾病との公平性を踏まえ、自己負担分の公費支援は位置づけの変更により終了する。

▶引き続き、重症化リスクが高い者が多く入院・入所する医療機関、高齢者施設、障害者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を地方自治体を実施する場合には、行政検査として取り扱う。【一部再掲】

(4) 相談窓口機能(省略)

(5) 宿泊療養施設(省略)

4.その他(省略)

宿日直許可の取得を含め、来る医師の働き方改革の制度施行に対応

全日病は、2040年に生き残るための経営セミナー「医師の働き方改革」をWEB形式で2月28日に開催。全日病の大田泰正常任理事が司会を務め、藤川葵氏(厚労省医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室長補佐)と吉田純一氏(社会医療法人中央会尼崎中央病院理事長)が講演した。

藤川氏は医師の働き方改革の制度概要について解説。吉田氏は自院の経験をもとに、労働基準監督署への対応と、二次救急医療機関の宿日直許可の申請を中心に説明した。

藤川室長補佐の講演概要

我が国の医療体制を守り続けるためには、各地域で医療を持続的に提供できる社会の実現が必要である。そのためにはマンパワーの確保、医療機関の機能分化・地域連携を進めると同時に、様々な医療従事者が活躍し続けられる働きやすい環境づくりが求められている。また安心・安全な医療の提供が引き続き可能となる医師の働き方改革は、医師・患者の双方にとって重要である。

医師の時間外労働規制のポイント

医師に対する時間外・休日労働の上限規制が来年4月から適用される。医師の時間外労働規制のポイントをみると、その上限が年単位で定められており、A水準は960時間、連携B・B・C-1・C-2水準はいずれも1,860時間。医療機関は、いずれかの水準を選択しなければならない。連携B・B・C-1・C-2水準を目指す医療機関は、都道府県に指定申請を行う必要がある。

都道府県は、その指定申請を行った医療機関に、申請水準の内容に合致する年960時間を超える時間外・休日労働を行う業務が存在するかを確認し、都道府県医療審議会での議論を経て、医療機関を指定することになっている。

自院で働く医師が、副業・兼業先の労働時間も勘案し、全員がA水準である場合は、指定の申請は不要となる。しかし、A水準の医療機関であっても、時間外・休日労働が月100時間を超えることが見込まれる医師に対しては面接指導を実施する義務となっている点は忘れないでほしい。

また、連携B・B・C-1・C-2水準適用の医師に対しては、勤務間インターバルの確保が管理者に義務付けられるが、勤務間インターバルは勤務シフトとして予定することが大切。勤務間インターバル中の予定外の緊急業務への対応は可能だが、その場合は必ずその緊急業務に従事した時間を記録として残し、その業務に携わった医師へ、代償休息を翌月末までに付与する必要がある。

来年4月までに取り組むこと

医療機関は来年4月までに①勤務実態の把握②めざす水準の設定③必要な準備・取組を進めることが求められる。医療機関が、来年4月以降、A水準以外の水準を医師へ適用する必要がある場合は、2024年度以降の医師労働時間短縮計画(案)を作成し、評価センターの評価、都道府県知事の指定を受けな

くてはならない。

また、各医療機関において、面接指導の実施・勤務間インターバルの確保に向けた体制づくりを進めることになる。

水準指定に関しては、都道府県の手続きが数か月程度、評価センターの評価は最低4か月程度かかる。多くの医療機関の評価受審申込が、ある時期に評価センターへ集中すると、評価結果を受け取るまで4か月以上の時間を要する可能性もある。評価センターの結果は、都道府県への指定申請に不可欠。その結果が各都道府県の指定申請の期限に間に合うよう、可能な範囲で、評価センターの早期受審に努めていただきたい。

面接指導は、医師の当該月の時間外・休日労働100時間超えが見込まれる場合は、当該月に必ず面接を実施しなければならない。前月の労働時間実績で面接を行うのではない点に留意が必要。したがって、面接指導の時期は、医師の当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期で設定するのが望ましい。

長時間労働医師への面接指導に基づき、管理者は、◇面接指導実施医師の意見を聴くこと、◇労働時間の短縮など適切な措置を実施すること、◇面接指導実施医師の意見とその措置の内容を記録・保存すること、が義務付けられている。

労働時間の上限規制の適用除外となる「宿日直許可」の取得については、申請書類の確認・準備など非常に時間がかかることもあり、各地域の労働基準監督署や都道府県医療勤務環境改善支援センターに相談しながら、準備するのが一番スムーズである。昨年4月には許可申請に関する相談窓口を厚労省に設置したが、その窓口を介して許可につながった事例もある。許可件数は2021年の233件が22年には1,369件に増加している。

今般の改革については、医師の働き方改革特設ページ「いきいき働く医療機関サポートWeb (<https://iryoin-kinkankyou.mhlw.go.jp/>)」でも詳しく解説し最新情報を提供している。宿日直許可に関しては行政説明動画(約30分)や許可事例、また医師の働き方改革に関するFAQ22.11 (https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20221129_01.pdf)も活用してほしい。

医師労働時間短縮計画(案)を作成したら評価センターの受審が必要になるが、同センターのホームページで詳細情報を公開している。是非活用していただきたい。

医師の行動変容につなげるためには、医療機関での意見交換会の実施が非常に重要。その実施マニュアルも近く公表する予定だ。

吉田理事長の講演概要

当院は309床のケアミックス型の二次救急病院で、年間の救急車の搬送件数は約2,400件。約5年前の労基署の適時調査で厳しい指導を受け、それに1年かけて対応した経験があり、働き方改革には早い段階に着手した。宿日



左上が吉田純一理事長、右上が全日病の大田泰正常任理事、下が厚労省の藤川葵 室長補佐

直許可は昨年夏に申請し10月に受理された。

全日病加盟の8~9割の病院はA水準をめざすことになるだろう。慢性期・精神科・一次救急の病院は、それなりに対応が進んでいるようだが、二次救急病院は当院を含め宿日直許可が取れたところが始まった段階だと思う。

これまでの当院の歩みを振り返ると、2006~08年頃に深刻な看護師不足が続いたことから主に看護部門を中心に様々な改革を進め、職員も増員して有給休暇の取得率も9割くらいに上昇。ここ10年間は紹介業者を全く使わずに口コミやホームページでの募集等で看護師を確保できている。

労働基準監督署への対応

2018年に働き方改革関連法が成立した。当院では残業時間が900時間を超える医師はいないから大丈夫だろうと考えていたところ、同年6月に尼崎労働基準監督署の適時調査を受け、12項目は正勧告・指導、2か月以内の改善命令が下された。

それへの対応で一番困ったのは労基法32・34・37条違反で、医師当直、技師当直、事務当直、オンコールすべて法律違反とされた。すぐに各方面に相談したが即効策はないため、出来ることから順次改善を進めた。

当直に関しては、医師以外を優先して対応。技師と事務は「日勤~当直(翌朝終業)」を「夜勤(翌朝終業)」に改めて連続勤務時間を短縮。また夜勤手当の増額等で従前と変わらない給与を確保できるようにした。オンコールは原則廃止したが、緊急時の呼び出しは必要なので、診療科別など個別に検討し、年間の総額給与が変わらないよう増額するなどの対応を行った。

最後に残った医師の宿直については、当時は1949年に発出された宿日直届の規定が生きていたが、それをクリアすることは困難な状況であった。とはいえ周辺の他院も同様なので、労基署とも協議を重ね、公立公的病院などがきちんと対応するなど周辺環境が整うまでは現状のままでよいことを確認し、協議は2019年3月で一旦終了した。

こうした経緯をふまえて2024年4月に向けてA水準を達成すべく、検討・改善を本格化させた。

宿日直許可の申請では、2019年4月に施行された労働基準法第41条の規定をクリアすることが求められる。その中の「通常の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀であっても、一般的にみて睡眠が十分とりうるものであれば差し支え

ない」という規定への対応がポイントの一つだ。

2019年7月に発出された「医師、看護師等の宿日直許可基準について」では、「宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合は、一定程度の業務は可能と解釈できる内容となっている。また「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」(2017年1月)も出ている。それらをしっかりと読み込んで、自院に当てはめ検討することが必要だ。

宿日直申請に関する相談窓口が厚労省に、また都道府県別に「医療勤務環境改善支援センター」が設置されている。早めに相談して出来るところから着手するとよいだろう。また「宿日直許可申請の手引き」といったものも各支援センターから出ている。

許可申請は具体的に、①「許可申請書の作成等」と②労働基準監督官による実地調査の一の二本立てになる。

当院の実際の取組と工夫

申請の際に一番大切なのは、当直帯の勤務実態を詳細に把握しデータ化することだ。当院は3か月分のデータが求められた。申請書類から睡眠・休憩時間が十分にとれていると読み取れることも重要になる。

申請書類の作成では、◇病棟からの電話指示は2~3分◇病棟処置は10~20分◇救急外来での対応は問診・診察5~10分、処置・結果説明10~20分◇救急外来・病棟へ出向いている時間以外は休憩または睡眠とし、実地調査でそれを説明。そうした時間を超えて勤務することも時々あるが、労基署からは月平均ベースを見てもらった。

受診患者が多い時間帯(日祝の内科日直)は時間外勤務扱いで申請した。ちなみに夕刻から夜の早い時間帯に外来患者が多い病院の場合は、その数時間を宿直ではなく時間外勤務とすれば、宿日直の時間帯に休憩を十分取れているというデータをつくりやすいと思う。

具体的な時間管理では、Bluetoothのビーコンを利用して実態を把握。それを提出書類に落とし込んだ。そうした機器を用いなくても丁寧に実態把握を行えば申請書類は作成できると思う。

実地調査では、院内の見回り、実際に当直をしている医師の聞き取りが行われたので、当該医師と事務長が事前に入念に打ち合わせをした。担当官と十分なコミュニケーションをとるとともに、ワークシェアなど当院の取組みのPRも積極的に行った。

特別寄稿 インボイス制度への対応

2023年10月1日から消費税のインボイス制度が始まります

国税庁 課税部 軽減税率・インボイス制度対応室

2023年10月から消費税の適格請求書等保存方式(インボイス制度)がスタートする。インボイス制度への事前準備や売り手側・買い手側それぞれの留意点について、国税庁の担当者に解説していただいた。

1. インボイス制度の概要

(1) 導入の経緯等

2023年10月1日から消費税の適格請求書等保存方式(インボイス制度)が開始されます。インボイス制度は、複数税率に対応した仕入税額控除の方式であり、売手が買手に対して正確な適用税率や消費税額等を伝えるために導入されるものです。(図1)

(2) 消費税の仕組み

消費税は消費者が負担することを予定する税ですが、その消費税について納税をするのは、各取引段階において、消費者に物の販売や、サービスの提供を行った事業者となります。

(3) 医療等の非課税取引

消費税は国内において事業者が事業として対価を得て行う取引を課税の対象としていますが、社会政策的配慮などから、課税しない非課税取引が定められています。

医療に関連するものとして、具体的には、健康保険法、国民健康保険法などによる医療など社会保険医療の給付等は非課税取引とされており、

ただし、健康保険法等の規定に基づかない、美容整形、人工妊娠中絶、健康診断、医療相談料、診断書作成料、生命保険会社からの審査料、その他自由診療などは消費税の課税の対象とされています。

(4) 現行の仕組みからの変更点

インボイス制度では、これまでの請求書等に記載事項を追加していただく必要があります。具体的には、現行の「区分記載請求書」の記載事項に加えて、「登録番号」、「適用税率」、「税率ごとに区分した消費税額」を追加することとなります(図2)、必ずしも新しく適格請求書(インボイス)という書類を一から作成しなければならないわけではありません。

2. インボイス制度への検討事項・事前準備等(医療機関がインボイス制度に向けた対応を行うに当たって)

(1) インボイス発行事業者となるかどうかの判断

インボイス発行事業者となるかは事業者の任意であるため、以下の点から登録を受けるか検討することとなります。

① 売上先がインボイスを必要とするか

課税事業者は仕入税額控除のためにインボイスを必要としますが、例えば、消費者、免税事業者や課税事業者であっても簡易課税制度*を選択している事業者は、仕入税額控除のためにインボイスを必要としません。

したがって、売上先がインボイスを必要としない者のみである場合や売上げが非課税となる医療など、消費税が非課税のみの場合は、インボイスを交付する必要はないため、登録を受けないといった対応も考えられます。

*簡易課税制度とは、「消費税簡易課税制度選択届出書」を提出した課税事業者が、その基準期間における課税売上高が5,000万円以下の課税期間について、課税仕入れに係る消費税額を、実額ではなく、課税標準額に対する消費税額に事業区分に応じたみなし仕入率を乗じて算出した金額とする制度をいいます。医療、介護、福祉はサービス業の範囲に含まれ、一般的には第五種事業に該当します。

② 申告に係る事務負担の検討

インボイス発行事業者となると、基準期間における課税売上高が1,000万円以下となっても、免税事業者とはならず、課税事業者として申告が必要となります。なお、簡易課税制度を選択することにより、申告に係る事務負担を軽減することが可能です。

(2) 登録申請手続

インボイス発行事業者の登録を受けようとする事業者(登録を受けることができるのは、課税事業者に限ります。)は、納税地を所轄する税務署長に登録申請書を提出する必要があります。登録申請書は、e-Tax又

特設サイト
申請手続



図3 仕入税額控除の要件

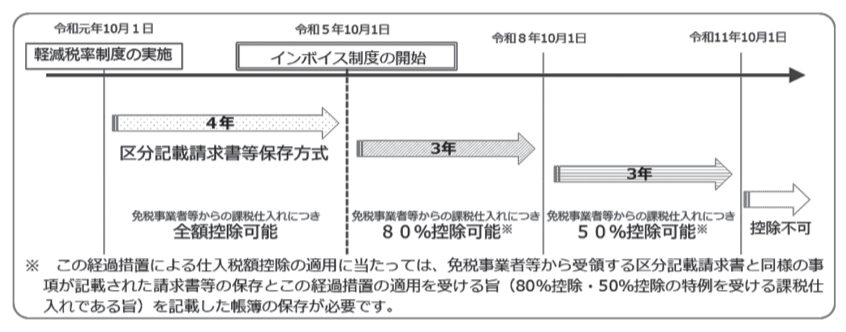
- > 一定の事項を記載した帳簿及びインボイスなどの請求書等の保存が仕入税額控除の要件となります。
 - 課税期間の末日の翌日から2月を経過した日から7年間保存する必要があります。
- > 免税事業者や消費者など、インボイス発行事業者以外の者から行った課税仕入れは、原則として仕入税額控除の適用を受けることができません。
 - ただし、一定の期間は、一定の要件の下、仕入税額相当額の一定割合を、仕入税額として控除できる経過措置が設けられています。

	~令和5年9月 【区分記載請求書等保存方式】	令和5年10月~ 【インボイス制度】
帳簿	一定の事項が記載された帳簿の保存	区分記載請求書等保存方式と同様
請求書等	区分記載請求書等の保存	インボイス等の保存

Point 簡易課税制度を選択している場合

- 簡易課税制度を選択している場合、課税売上高から納付する消費税額を計算することから、インボイスなどの請求書等の保存は、仕入税額控除の要件ではありません。

図4 免税事業者等からの課税仕入れに係る経過措置



は郵送により提出することができます。

なお、制度開始(2023年10月1日)からインボイス発行事業者となるための申請手続については、インボイス制度特設サイトの「申請手続」をご確認ください。

3. 売手側としての留意点

(1) インボイス発行事業者の義務

インボイス発行事業者には、取引の相手方(課税事業者に限ります。)の求めに応じて、インボイスを交付(データでの提供可能です。)する義務及び交付したインボイスの写しを保存する義務があります。

また、消費税が非課税となる医療などの取引のみの場合は、インボイスを交付する必要はありません。

(2) 留意点

インボイス発行事業者となった場合に準備や検討が必要になるのは、何をインボイスとするか、取引先への登録番号の通知や、インボイスとした書類、交付方法等の認識共有といったことが考えられます。

なお、インボイス発行事業者の登録を受けない場合や登録を受けた場合であっても相手方がインボイスの交付を不要とする患者(消費者)である場合は、従来の領収書に変更を加える必要はありませんので、患者に対し領収書等を交付する際の影響はありません。

付を受けた書類(請求書や領収証等)がインボイスに該当しない場合、その課税仕入れに係る消費税額を仕入税額控除の計算に含めることはできません。

継続的な取引については、仕入先がインボイス発行事業者の登録を受けるか事前に確認し、何をインボイスとするかについて、仕入先との間で認識を統一しておくことが考えられます。

また、免税事業者や消費者など、インボイス発行事業者以外の者から行った課税仕入れは、原則として仕入税額控除の適用を受けることができず(制度開始後6年間の経過措置があります)、仕入税額控除の適用を受けるためには、一定の事項が記載された帳簿とインボイスの保存が必要となります。

なお、簡易課税制度を適用する場合、仕入税額控除のためにインボイスの保存は不要です。(図3)

5. 免税事業者との取引

インボイス制度の下では、消費者や免税事業者又は登録を受けていない課税事業者といったインボイス発行事業者以外の者からの課税仕入れについては、仕入税額控除のために保存が必要なインボイスの交付を受けることができないことから、原則、仕入税額控除を行うことができません。

ただし、インボイス制度開始から一定期間は、インボイス発行事業者以外の者からの課税仕入れであっても、仕入税額相当額の一定割合を仕入税額とみなして控除できる経過措置が設けられています。(図4)

6. 2023年度税制改正(案)について

2023年度税制改正の大綱が2022年12月23日に閣議決定されました。当該大綱において、インボイス制度に係る改正(案)も掲げられています。

詳しくは、財務省ホームページの特設サイトをご覧ください。

*本文は、令和4年12月時点の法令に基づいています。

図1 インボイス制度の概要

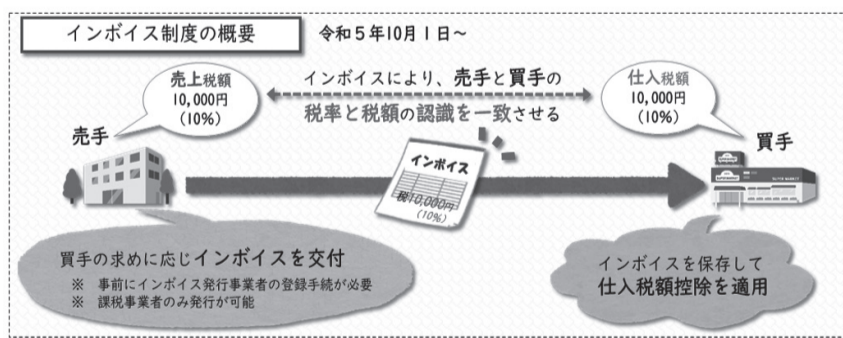


図2 区分記載請求書とインボイスの記載事項

【現行の区分記載請求書等保存方式】	【インボイス制度】
※ インボイス制度までの4年間における暫定的な仕入税額控除方式 ~令和5年9月 【イメージ】 請求書 ○○株式会社 株式会社 ●年●月分 請求金額 43,600円 ■月1日 割りばし 550円 ■月3日 牛 肉 ※ 5,400円 合計 43,600円 (10%対象 22,000円) (8%対象 21,600円) ※は軽減税率対象	令和5年10月~ 【イメージ】 請求書 ○○株式会社 株式会社 (T1234...) ●年●月分 請求金額 43,600円 ■月1日 割りばし 550円 ■月3日 牛 肉 ※ 5,400円 合計 43,600円 10%対象 22,000円 内税 2,000円 8%対象 21,600円 内税 1,600円 ※は軽減税率対象 【記載事項】 区分記載請求書に以下の事項が追加されたもの ① 登録番号 《課税事業者のみ登録可》 ② 適用税率 ③ 消費税額

4. 買手側としての留意点

インボイス制度の開始後も、売上げに係る消費税額から、仕入れに係る消費税額を控除(仕入税額控除)し、その差引税額を納税するという消費税の申告の方法は変わりませんが、仕入税額控除の適用を受けるためには、原則として、インボイス発行事業者から交付を受けたインボイスの保存が必要になります。このため、仕入先から交

電子カルテ情報交換サービスのあり方をWGがまとめる

厚労省・医療情報ネットワークWG

患者の同意なしに情報の登録が可能に

厚生労働省の「健康・医療・介護情報利活用検討会」の「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」(中島直樹主査)は3月9日、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための医療情報ネットワークの基盤のあり方および技術的要件を大筋でとりまとめた。電子カルテ情報交換サービス(仮称)に、患者の同意なしに電子カルテ情報を登録できることとした。WGはとりまとめを健康・医療・介護情報利活用検討会に報告する予定。

2022年6月の骨太方針において、全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化等を進める方針が示されたことを受けて、WGは電子カルテ情報を全国的に閲覧可能とする仕組みの検討を行った。厚労省は、電子カルテ情報を全国的に閲覧可能とすることで、医療機関同士の情報共有をより効率的・効果的に行うことが可能になるとしている。

データ交換にはHL7FHIRの規格を用いる。交換できる電子カルテ情報としては、①傷病名②アレルギー情報③感染症情報④薬剤禁忌情報⑤救急時に有用な検査情報、生活習慣病関連の検査情報⑥処方情報一の6情報と、診療情報提供書、退院時サマリーの2文書とし、将来的には段階的に拡大する。当初、文書情報として健診結果報告書も同システムで共有することを検討していたが、健診結果情報はHL7-FHIRの標準化を待たずして、自治体間やマイナポータルとの情報連携が開始されているため、まずは他の2文書(診療情報提供書、退院時サマリー)に関して進めることになった。

費用対効果の観点から、情報交換の仕組みは「PUSH型」とし、各医療機関から電子カルテ情報交換サービスに医療情報を送信するかたちとなる。開発は、オンライン資格確認等システムを運用している社会保険診療報酬支払基金が行う。

6情報と2文書は、現場の負担を軽減するため、患者本人の同意なしに電子カルテ情報交換サービス(仮称)に登録できることとする。

医療機関が6情報を閲覧することについては、患者が顔認証付きカードリーダーを利用する際に、一括で同意する仕組みなど、検討を続ける。

6情報に限っては、外来・入院にかかわらず、すべての患者の情報を電子カルテ情報交換サービスに登録することで、救急・災害時など緊急時にも医療機関間で共有したり、マイナポータルを通じて患者本人が確認できるシステムを構築する。

医療機関の負担軽減は今後の課題

今後、継続して議論すべき課題としては、退院時サマリーの取扱いや、医療機関での6情報登録の作業負担を軽減する仕組みなどをあげた。

厚労省は医療機関等が電子カルテ情報を共有することのメリットとして、



「患者の来院前に紹介先医療機関が文書情報を確認することが可能になる」ことや「紹介元医療機関をシステム上で特定できることで、提供者が不明確な状態での文書の受取りを防止できる」ことなどをあげた。

これに対し日本病院会副会長の大道大委員は、「患者が受診する前に、その病院の患者IDがない状態で、情報が来たことを主治医に伝えるのは難しい。また、提供者が不明確な状態の文書はあまり受け取ったことがない」などと述べ、厚労省が列記するメリットを実感しにくいと疑問を呈した。大道氏は、デメリットやシステムトラブルの際にどのようなことが生じるかということについても記載すべきと指摘した。

ゾコーバ錠の薬価は1治療単価で5万1,852円に

中医協総会

市場規模3千億円を超えた場合の市場拡大再算定も用意

中医協総会(小塩隆士会長)は3月8日、新型コロナ治療薬であるゾコーバ錠(塩野義製薬)の薬価収載を了承した。算定薬価は125mg 1錠で7,407.40円。1治療単価では5万1,851.80円となる。市場規模はピーク時(2年度)で、投与患者数が37万人、販売金額が192億円と予測。予測を超えて販売金額が増えた場合に薬価を下げる仕組みである市場拡大再算定については、3千億円を超えた場合の措置を新たに設けた。3月15日の収載となっている。

ゾコーバ錠は日本発の新型コロナの治療薬であり、高額な薬価が設定されて、投与患者数が増えると、医療保険財政に与える影響が懸念されることから、中医協総会において事前に、薬価算定の方法を決めた。中医協総会が決めた方法に則って、薬価算定組織で薬価算定が行われ、同日報告された。

複数の類似薬を選定し薬価算定

薬価算定の方法では、類似薬効比較方式(I)を用いた。

中医協総会は、「対象疾患の類似性」と、「投与対象患者の類似性」のどちらを優先するかによって、算定薬価が大きく変動することから、類似薬の中から複数の比較薬を選定するとの考えを示していた。ゾコーバ錠は新型コロナの治療薬ではあるが、重症化抑制効果が確認されておらず、重症化リスク因子のない軽症・中等症患者の症状を軽減する効果が確認されている。

これを踏まえ、比較薬は、新型コロナ治療薬のラゲプリオカプセル200mgと、インフルエンザ治療薬のゾフルーザ錠20mgの2つが選定された。両比較薬の類似性の程度をみると、効能・効果、薬理作用、投与形態などにおいて、同等の類似性が認められた。類似性を同等とみなし、2剤の1治療薬価の平均値を求め、1錠7,054.80円となった。

これに有用性加算(Ⅱ)Aの5%を加算した。ラゲプリオ、ゾフルーザのいずれとの比較でも、「薬理作用発現のための薬剤の標的分子が既収載品目と異なる」に該当したためだ。

市場規模はピーク時で、投与患者数37万人、販売金額192億円を予測している。第9波以降もこれまでと同様の新規陽性者が発生すると仮定し、第8波の陽性者数推計が1,200万人であることを踏まえ、陽性者の1.2%にゾコーバ錠が投与されると推計して、算出した。なお、2023年1月16日時点では、陽性者の0.2%に投与されており、潜在的な投与患者数を勘案した。

ゾコーバ錠に対しては、特例的な市場拡大再算定のルールを適用することとしている。通常市場拡大再算定では、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合に適用対象となるが、新型コロナでは感染拡大が短期間で急拡大するため、通常のルールに従うと、対応が遅くなってしまう。このため、新型コロナの患者発生状況やゾコーバ錠の出荷量を推計し、確定値を待たずに迅速に対応できるようにする。

年間販売額を四半期ごとに推計し、市場規模が巨額になった場合に備え、3段階の市場拡大再算定を準備した。年間市場規模が1,000億円超～1,500億

円以下の場合と1,500億円超になった場合の再算定は、既存ルールを適用する。さらに、3,000億円を超えた場合には、3分の2の薬価を引き下げる(▲66.7%)。厚生労働省は、これについて「万が一の措置」であるとの考えを示した。

委員は、中医協総会で決定した考え方に則って薬価が算定されたため、薬価算定案を了承した。ただ、支払側委員からは、「かなり高い価格に薬価が設定された印象」(松本真人委員・健康保険組合連合会理事)との意見が出た。

入念な禁忌の対象者確認求める

妊娠または妊娠している可能性のある女性に対して、ゾコーバ錠は「禁忌」となっている。厚労省は、投与対象については最新のガイドラインを参考にすることを含め、改めて留意事項通知を発出し、注意喚起を行う。厚労省ホームページに「妊娠と薬」の頁を新たに設ける。特に、医療機関に、患者が「妊娠していない」「妊娠する可能性がない」を入念に確認するよう求める。

2022年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月25日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 石川県 国家公務員共済組合連合会北陸病院
院長 増永 高晴
 - 大阪府 医療法人友誼会彩都友誼会病院
院長 中村 仁信
 - 大阪府 医療法人河内友誼会河内総合病院
理事長 高田 俊明
 - 福岡県 医療法人社団瑞月会福岡みつき病院
理事長 坪井 義夫
 - 宮崎県 医療法人社団和会平和台病院
理事長 山下 優子
- 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,545会員となった。
- 2022年度事業計画の一部変更(案)が承認された。

- 2022年度補正予算(案)が承認された。
- 2023年度事業計画(案)が承認された。
- 2023年度予算(案)が承認された。
- 新型コロナウイルス感染症に係る寄附金、並びに、遊休財産額への対応について説明が行われ、承認された。
- 第11回臨時総会(案)が承認された。
- 個人情報保護指針改訂が承認された。
- 育児・介護休業規程の改定について説明があり、承認された。

【主な報告事項】

- 役員選任に係る定時総会開催期日が報告された。
- 次期各都道府県理事候補者数が報告された。
- 次期各都道府県副支部長数が報告された。
- 審議会等の報告
「中医協総会、薬価専門部会、診療報酬基本問題小委員会」、「第8次医

- 療計画等に関する検討会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」「医療介護総合確保促進会議」の報告があり、質疑が行われた。
- 第64回全日本病院学会in広島における演題募集・参加募集要項が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について

□主たる機能
【3rdG:Ver.2.0】～順不同

- ◎一般病院1
 - 青森県 メディカルコート八戸西病院
 - 東京都 桜町病院
 - 神奈川県 湘南慶育病院
 - 愛知県 相生山病院
 - 福岡県 村上華林堂病院
 - 熊本県 嶋田病院
- ◎一般病院2

- 山形県 三友堂病院
- 岐阜県 博愛会病院
- 福岡県 千鳥橋病院
- ◎一般病院3
 - 東京都 日本医科大学付属病院
- ◎リハビリテーション病院
 - 千葉県 成田リハビリテーション病院

- ◎慢性期病院
 - 広島県 長崎病院
 - ◎精神科病院
 - 福岡県 本間病院
- 1月4日現在の認定病院は合計2,019病院。そのうち、本会会員は853病院と、全認定病院の42.2%を占める。

【主な討議事項】

- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の取扱いが5類となる2023年5月8日以降の医療提供体制等について討議した。

2024年度診療報酬改定で5項目の要望書

日病協 病棟における介護専門職の評価も求める

日本病院団体協議会は3月24日、2024年度診療報酬改定の要望書(第1報)を加藤勝信厚生労働大臣に提出した。第1報では、個別項目に関する要望には立ち入らず、実現するには大きな予算を必要とするものを含め、入院基本料の引上げなど5項目を要望した。

新型コロナ対応の感染症法上の位置付けが変更され、ウィズコロナ時代の地域医療が求められている。一方で、光熱費の高騰に加え、諸物価の上昇により、医療提供コストの大幅な上昇が続く、病院経営は逼迫している。また、岸田文雄首相が年頭に示した賃上げの実現要請に応えるため、医療従事者の処遇改善も課題となっている。

さらに、医師の働き方改革、医療DXの推進、感染症対策など病院が対応しなければならない課題が山積している。これらを踏まえ、5項目を要望した。

①入院基本料の適切な引上げ
エネルギーコストの上昇、物価上昇など医療提供コストの上昇に対応し、かつ医療従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、大幅な入院基本料の引上げを要望する。

②感染症対応のためのさらなる評価
病院には、病床種別を問わず高齢で基礎疾患を抱える多くの患者が入院しており、今後も新型コロナに脆弱な患者を守りながら、地域医療を提供する

ことが求められる。第8次医療計画に新興感染症が事業として加えられることもあり、病院が適切な感染対策を継続していくことができるよう、診療報酬上のさらなる評価を要望する。

③病院のICT推進のための評価
現在、国が進めている医療DXの推進は、今後の効率的な医療提供体制の構築に非常に重要。しかし病院の電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋システムなどの導入・維持管理は、病院経営の大きな負担となっている。また、昨今のサイバー攻撃へ対応するためのサイバーセキュリティ体制の構築にも、多額の費用がかかる。改めて、病院におけるICT

推進のための適切な評価を要望する。

④適切な食事療養費の設定
入院時食事療養費は、過去20年以上にわたり一食640円に据え置かれている。食材費、光熱費の高騰や人件費の増加により、近年、ほとんどの病院で病院の給食部門は赤字に陥っている。入院時食事療養費の適切な水準への引上げを、強く要望する。

⑤病棟における介護専門職の評価
近年、介護が必要な入院患者の割合が増加している。増え続ける高齢患者に対応するには、病院内で介護業務を担うスタッフの確保が不可欠。しかし病院の介護職は看護補助者と位置づけられ、国家資格を持った介護福祉士など専門職がやりがいを持ち専門性を発揮し働くことが難しく、病院の介護人材確保が非常に困難となっている。病院医療で、適切に介護専門職が位置づけられ評価されるよう要望する。

■ 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
「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会 100名	2023年6月18日(日) 【全日病会議室】	11,000円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に、本研修会を開催する。プログラムは、医療事故調査制度の概要のほか、全日病としての対応や事故を疑う死亡事例発生後の対応、院外医療事故調査委員会の役割、医療提供側の弁護士の立場からの講演などで構成されている。
業務フロー図作成講習会 20病院	2023年7月1日(土) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	各医療機関における医療の質向上、経営の質向上を目的として、業務フロー図に関する講習会を継続的に開催している。自院で作成した業務フロー図を元に、業務フロー図作成と修正に関して検討していただく。業務フロー図の作成経験のない方でも作成できるよう参加申込病院には事前にサンプル、講義動画、テキストをお送りする。
特性要因図作成研修会 20病院	2023年7月2日(日) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	医療事故調査制度の根本にある原因究明と再発防止のため、自施設の具体的事例に対する業務フロー図に基づく現状把握、ブレインストーミングによる特性要因図作成によって、改善すべき業務範囲と主要要因の抽出、それに基づく根本原因分析までを一貫して、座学、演習、グループ討議する研修会。
院内医療事故調査の指針・事故発生時の適切な対応研修会 70名	2023年7月8日(土) 2023年7月9日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。医療事故発生時の対応について系統的に体験していただくグループワークが中心。1日目はeラーニングによる事前学習コンテンツのおさらいとパネル討議、2日目はグループ討議・発表が主なプログラムになる。
医療事故調査制度事例検討研修会 60名	2023年7月23日(日) 【全日病会議室】	13,200円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。発生した医療事故が医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択。eラーニングによる事前学習コンテンツのおさらいと質疑、事例に基づくグループ討議が中心のプログラム。
TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法—研修会【北海道開催】 40名	2023年7月29日(土) 2023年7月30日(日) 【道特会館】	55,000円(77,000円)	新型コロナを契機とする社会変革への対応を振り返り、情報管理(個人情報保護、組織の情報資産管理、診療記録管理等)の切り口で組織運営の意思決定に関わる物事の基本的な考え方を医療、社会、法のそれぞれの観点から検討する。2日間にわたって主題に関する全般的な講義とグループワークを行う。
医療安全管理者養成課程講習会 第1・2クール(講義)はWEB開催 200名 第3クール(講義)は会場での開催 1回あたり約100名	第1クール(講義) 2023年6月24日(土) 6月25日(日) 第2クール(講義) 2023年7月21日(金) 7月22日(土) 第3クール(演習)【全日病会議室】 ①2023年9月9日、10日 ②2023年10月7日、8日 ③2023年11月11日、12日	87,890円(108,790円)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成することによって、安全文化を醸成し、医療の質向上を図ることを目的に開催する。課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として期間5年間の認定証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。
病院事務長研修コース (病院管理士認定) 48名	2023年5月～2024年1月 (全13単位) 【全日病会議室】	396,000円(506,000円)	本年で第21回目を迎える病院事務長研修は、全13単位を通し、各病院における環境分析、経営戦略などから、より実践的な経営改善計画を作成するコースとなっている。評価試験合格者を「病院管理士」として認定。受講者は現在所属している施設での職歴1年以上の病院事務長などが対象。