



全日病NEWS

2023.4.15

No.1030

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

http://www.ajha.or.jp / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

猪口会長が4期目の会長職を目指す意向を表明

臨時総会

2024年度に向けて病院を取り巻く課題が山積

全日病は3月25日、第11回臨時総会を開催し、2023年度事業計画・予算および2022年度事業計画の一部変更・補正予算の報告が行われた。冒頭挨拶では、猪口雄二会長が、4期目の会長職を目指す意向を表明した。猪口会長は、2024年度に向け、医師の働き方改革、医療・介護・福祉のトリプル報酬改定、第8次医療計画の策定、地域医療構想の見直しなど病院を取り巻く課題が山積しており、現執行部を多く変えることは望ましくないとの考えを示し、現体制の継続を求めた。また、厚生労働省の審議会などの委員に、若手を登用し、経験を積んでもらい、将来の幹部候補を育成する意義も強調した。

将来の全日病担う人材を育成

猪口会長は冒頭挨拶で、2024年度に向け、課題が山積していることを説明した。

医師の働き方改革は2024年度に施行され、新たな時間外労働基準が適用される。大学病院などで働く医師が、時間外労働を減らせば、一般病院での当直医の確保が難しくなるおそれがある。一般病院としては、宿日直許可を取得することで、労働時間の適用除外とすることが課題となる。猪口会長は、大学病院などの多くは、上限1,860時間の特例措置の指定を受けると予想されるが、「まだまだ進んでいないので、あと1年でどうなるか、非常に心配している」と懸念を示した。

2024年度のトリプル改定に向けては、中医協や介護給付費分科会で、それぞ

れの報酬改定の議論が始まり、3月15日には両者の委員の一部が参加する意見交換会も開催されている。猪口会長は、「夏以降に議論が本格化する」と予想した。

第8次医療計画も2024年度にスタートする。これまでの5疾病5事業および在宅医療に、今回はコロナ禍を踏まえ、新興感染症対応が6事業目に加わった。また、医療計画には、医師確保計画、外来医療計画なども含む。近く厚労省が、第8次医療計画の指針を示し、都道府県は2023年度中に計画を策定するので、猪口会長は、都道府県の議論に参加し、意見を述べていくことを求めた。

一方、地域医療構想は2025年までの構想となっている。2025年以降の地域医療構想の方針を決めるため、2023年度に厚労省の「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」などで議論が行われると想定される。猪口会長は、「例えば、(高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分のうち)急性期と回復期の位置づけもまだ定まっていない」と指摘。地域の実情に沿った地域医療構想とするための議論に、積極的にかかわる必要性を強調した。

さらに、現在、国会で審議されている「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」に、かかりつけ医機能の制度整備が盛り込まれている。猪口会長は、実際にかかりつけ医機能が明確化され、都道府県がそれを公開するための具体案がまとまるのは、2024年度以降になるとしつつ、全日病にとっての意義を示した。

具体的には、「地域包括ケアの中で、在宅医療や高齢者施設等をバックアップする病院が、超高齢社会において不

可欠になっている。全日病の会員病院の多くは地域の中小病院であり、かかりつけ医機能のあり方をしっかりと考えていくことが必要だ」と述べた。

その上で、猪口会長は、「このような状況で、役員の多くが変わるといことは避けたい。みなさまに認めて頂ければ、次期も続投したい。また、今後の全日病を背負っていただける方に、国の審議会等の委員に入ってもらい、経験を積んでほしいということも考えている。そのために、次期執行部の体制をどうするかを定時総会までの間に、みなさまと相談したい」と述べた。

広島市で全日本病院学会を開催

続いて、織田正道副会長が2023年度事業計画を説明した。



猪口会長が指摘したさまざまな課題を踏まえ、全日病として日本医師会や四病院団体協議会、日本病院団体協議会などの団体と協力し、

根拠に基づく提言や要望活動などを行っていく方針を示した。

新型コロナウイルスについては、会員病院などに対して、厚生労働省・内閣官房など政府の最新情報を随時、提供するとともに、新型コロナウイルスに対応している病院への支援策を引き続き要望していくとした。



第64回全日本病院学会は、2023年10月14日、15日に、広島県支部を中心に、大田泰正支部長を学会長として、広島市において開催する。

教育・研修事業では、開設者・管理者、医療従事者、医療安全管理者、特定健診担当者などを対象とした研修のほか、総合医育成事業、病院の多職種リーダー研修会、看護師特定行為研修指導者講習会など30を超える研修会、セミナーなどの開催を予定している。

さらに、DX(デジタルトランスフォーメーション)など時代や病院のニーズに応える新規研修を検討する。また、全日本病院協会認定総合医、病院管理士、看護管理士、保健指導士、メディカルクラーク、ドクターズクラークなどの資格認定事業も実施する。現在、常設委員会は23設置されており、各委員会を中心に多方面にわたる事業を展開する。

また、2023年度予算が報告された。経常収益は7億1,862万円で対前年度比1,900万円減、経常費用が7億1,822万円で同614万円減となり、経常増減額は40万円となっている。

事業計画の変更を反映した2022年度補正予算の経常収益は7億3,773万円、経常費用は7億2,437万円で経常増減額は1,336万円となっている。

幅広い医療機関が対応する体制に移行

厚労省・事務連絡

コロナの位置づけ変更で「病床確保計画」など見直し

厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部は3月31日、「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『病床確保計画』等の見直しについて」を事務連絡した。5月8日からコロナの感染症法上の位置付けが5類になることに伴い、3月10日に示された医療提供体制の移行・公費支援の具体的内容を踏まえ、都道府県のコロナの「病床確保計画」なども見直される。厚労省は、これまでコロナ患者を受け入れてこなかった医療機関を含め、幅広い医療機関で入院医療に対応する体制を求めている。

「病床確保計画」では、コロナの位置づけ変更後も、感染拡大が生じることを想定し、あらかじめ都道府県と医療機関が感染状況に応じたフェーズを設定。コロナ病床を計画的に確保することを継続する。ただし、行政の関与を前提とした限られた医療機関による対応から、幅広い医療機関による自律

的な通常の対応に移行する。事務連絡では、重点医療機関などは「重症者・中等症Ⅱ患者」に重点化し、病床確保によらずコロナ患者が受け入れられる取り組みを目指すことを強調した。

さらに、10月以降は、病床確保を要請しないことを想定し、入院調整を医療機関間で行う体制に移行する。5月8日以降の確保病床以外でのコロナ入院患者の受入れの状況を踏まえ、9月末に向けて、順次確保病床を減らしていく。協力医療機関は5月7日で廃止となる。

自院の患者は自院でコロナ対応

事務連絡では、「入院体制関係」と「入院調整体制関係」について、以下のよう「留意事項」を示している。

都道府県は今後のコロナの入院患者数を推計。9月末までに減らしていく現行の確保病床と「コロナ受入れ経験がある医療機関」、「新たな医療機関」

で、その入院患者数を受け止める。「入院体制関係」の「留意事項」では、10月までに、重点医療機関以外でも、コロナ入院患者の受入れ経験のある医療機関のすべてが、新たにコロナ患者の受入れを行うことが望ましいとした。

一方、「新たな医療機関」では、コロナ以外の疾患が原因で受診・入院している患者が陽性であると判明した場合は、引き続きその医療機関で可能な限り継続して治療を受けることを徹底することから始めるよう求めた。

また、地域包括ケア病棟や地域一般病棟での受入れが今後の対応で期待されていることを踏まえ、高齢者施設などからの受入れを念頭に、その見込み数を設定するとの考えが示された。

「入院調整体制関係」の「留意事項」では、入院調整の進め方について、「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り組みを進める」としているが、コロナ患者は、「コロナ

の症状が軽症・中等症Ⅰと判断される場合であっても、基礎疾患の増悪や虚弱体質の高齢者の状態悪化等により入院が必要となる患者がいることに留意」した移行の取組みを求めた。

「宿泊療養施設確保計画」については、隔離のための宿泊療養施設が5月7日で廃止となり、高齢者や妊婦の療養のための宿泊療養施設が、自治体判断で経過的に9月末まで継続する。このため報告においては、療養対象者を明確化することになっている。

「臨時の医療施設等確保計画」についても、臨時の医療施設が5月8日以降は廃止が基本となり、計画は終了する。ただし、健康管理の臨時拠点や、特に必要と判断される場合の医療施設としての存続も当面可能としており、その機能などに応じて、◇宿泊療養施設の確保居室◇医療施設の確保病床のいずれかの位置づけを行った上で、両計画に反映させるとしている。

本号の紙面から

診療報酬のコロナ特例見直し 2面
情報システムGLを第6.0版に 3面

診療報酬のコロナ特例の見直しの詳細が明らかに

厚労省・事務連絡

初診からの電話・オンライン診療の特例は7月末まで

厚生労働省は3月31日、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」を事務連絡した。政府が3月10日に示した5月8日以降のコロナ対策における診療報酬上の取扱いについて、明確にしている。電話・オンライン診療の特例の取扱いは、3月10日時点で明らかになっていなかったが、7月末で終了することがわかった。また、施設基準に関する特例の取扱いについては、別途、事務連絡で示すとしている。

なお、今回の取扱いは、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況などを検証しながら、必要な見直しを行っていくものとしている。その上で、2024年度の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応として整理される。コロナの感染状況を注視しつつではあるが、基本的には、コロナ対応の診療報酬の特例は、今後、順次縮減・廃止が行われ、2024年度には解消されるものと考えられる。

8月以降は通常のオンライン診療

外来の特例については、電話・オンライン診療の取扱いを以下に示す。

電話・オンライン診療の特例は、7月31日で終了となる。7月31日までは、特例での初診からの電話・オンライン診療として、初診料の注2に規定する点数(214点)が算定できる。

ただし、8月1日以降も情報通信機器を用いた診療を実施する場合は、2022年度改定で新設された初診料の注1のただし書きに規定する点数(251点)を算定できるように、7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出なければならない。

慢性疾患を有する定期受診患者などに対し、電話・オンライン診療を行った場合も、7月31日までは電話等再診料(73点)や外来診療料(74点)を算定できる。再診の場合も初診の場合と同じく、8月以降も情報通信機器を用いた診療を行う場合は、再診料または外来診療料の注1ただし書きに規定する点数(73点)を算定できるように、7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出る必要がある。

コロナ禍で、医療機関への受診が困難になりつつある状況があり、緊急的な対応として、電話・オンライン診療の特例が実施された。一方、2022年度改定では、恒久的な取扱いとして、初診からのオンライン診療の評価を新設するとともに、オンライン診療における評価の基準を緩和する方向で見直した。ただし、コロナ禍の特例ほど緩い基準ではない。

8月以降もオンライン診療を実施するためには、厚労省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制など、通常の基準を満たす必要が出てくる。また、初診からの電話診療は特例のみの取扱いであり、7月31日で終了する。

また、外来での疑い患者の診療において、受入患者を限定しない医療機関として、発熱患者を診療する旨を公表している外来(いわゆる発熱外来)で、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合は、引続き院内トリアージ実施料(300点)を算定できる。「受入患者を限定しない医療機関」の要件を満たさない、受入患者を限定する医療機関が、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合は147点となる。

なお、「受入患者を限定しない外来対応医療機関」に8月末までに移行す

るのであれば、300点を算定できる。

特定入院料等の評価は半分に

入院における特例の取扱いは、以下のように従来の評価が半分になる。重症のコロナ患者が入院する特定集中治療室管理料などの特定入院料別の点数は3倍から1.5倍(6,336~2万4,476点)となり、中等症のコロナ患者が入院する一般病棟等の救急医療管理加算1(950点)の4~6倍の点数は2~3倍(1,900点、2,850点)になる。介護保険施設等からの受入で地域包括ケア病棟等で950点を算定できる特例も設けた。

なお、救急医療管理加算1は2022年度改定で1,050点になったが、特例では950点を基準とすることになっている(以下、同じ)。

入院での感染対策の特例は、基本的に継続した評価が行われる。特定集中治療室管理料など特定入院料別に異なる倍数で、二類感染症患者入院診療加算(250点)に相当する点数が引続き算定できる(500~1,000点)。

それ以外の入院料でも、二類感染症患者入院診療加算の点数が引続き算定できるほか、個室または陰圧室に入院させた場合は、二類感染症患者療養環境特別加算(300点、200点)が算定できる。初日はコロナ疑いでも算定できる。

その他の入院関連の特例では、◇地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟で、コロナ患者を入院診療した場合、在宅患者支援病床初期加算(300点)を算定できる◇療養病棟入院基本料を算定している病棟でコロナ患者を入院診療した場合、在宅患者支援療養病床初期加算(350点)を算定できる一ことなどを示している。

なお、在宅患者支援病床初期加算も2022年度改定で見直されているが、特例では300点としている。

「簡易な報告」今後はできない

ハイケアユニット入院管理料などと同等の人員配置をした病棟で、新型コロナ患者を受け入れる場合に、簡易な報告により、各入院料を算定できる特例について、すでに報告を行っているのであれば、引き続き各入院料を算定できる。しかし、今回の事務連絡以降(3月31日以降)に、新たに届出を行うことはできない。

回復患者の評価も一定の見直し

コロナの回復患者の転院受入れの特例は、減額の方向で見直されるものの、一定の特例の評価は継続する。引続き入院管理が必要な患者を受け入れた病院は、どの入院料であっても、最初に転院した医療機関における入院日を起算日として60日まで二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)を算定できる。さらに、14日まで救急医療管理加算1(950点)を算定できる。

高齢者施設等における特例については、従来の特例を継続した上で、オンライン診療を行った場合の新たな評価が設けられる。従来の特例では、高齢者施設等の入所者に緊急に求められた往診を実施した場合は、救急医療管理加算1の3倍(2,850点)を算定できる。新たな特例では、往診ではなく、看護職員とともに施設入所者にオンライン診療を実施した場合に、救急医療管理加算1(950点)を算定できる。

入院調整における特例は、今回、新たに評価されるものだ。コロナ患者の入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行い、診療情報提供料(I)を算定する場合は、救急医療管理加算1(950点)を算定できる。

そのほか、在宅医療、検査、歯科、調剤を含め、さまざまな特例の見直しについて、明らかにしている。

薬剤費のマクロ経済スライドの考え方を議論

厚労省・医薬品有識者検討会

座長が薬剤費のデータベース構築を提案

厚生労働省の「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」(遠藤久夫座長)は4月4日、薬剤費のマクロ経済スライドの考え方について議論した。委員からは、「医療費と切り離して議論することは不適切」などの意見があがった。

薬剤費総額に係るマクロ経済スライドとは、シンクタンクの新時代戦略研究所(INES)が2021年5月に提言した仕組み。INESは、大半の先進国では薬剤費の対GDP比が増加する一方で、日本では減少する見込みを示した。その上で、今後、日本で薬剤費を少なくとも経済成長率に見合う程度まで伸ばせるよう、あらかじめ薬剤費総額の成長率を一定の値に設定することを提案。その成長率にあわせて、薬価改定を実施するという考え方を提案している。これにより、インベーションを阻害することなく、財政の持続可能性も担保できるとした。

この提案には、財務省が強い関心を寄せている。財務省は昨年4月の財政制度等審議会財政制度分科会において、薬剤費の適正化を検討する流れのなかでINESの提案を引用し、「給付費の伸びと経済成長率の整合性をとっていくことには一定の合理性がある。関係者において建設的な議論が進展すること

を期待したい」との考えを示していた。

同検討会では昨年10月にINESから提言についてヒアリングを行ったが、4日の検討会でも改めてINESの提言について議論した。

上智大学の香取照幸委員は、「薬剤費をGDPと比較するのなら、まず医療費とGDPを比較してからになる」と述べ、薬剤費のみを切り出して対GDP比を考慮し、議論することは不適切との考えを示した。

他方、INESの理事でマクロ経済スライドを提案した研究会メンバーでもある法政大学の小黒一正委員は、「財政との調和を図りながら、少なくともGDP成長率に沿うように薬剤費を伸ばす仕組みを検討することを、検討会の報告書に盛り込んでほしい。財務省が欲しがっているのは、財政的な予見性だ。薬剤費については、財政当局と交渉の余地がある」と訴えた。

医療費について小黒委員は、「現状では診療報酬本体を議論するのは難しいと思う」と述べた。

香取委員は、医療費と薬剤費の関係について、「いま医療費は、GDPを上回って伸びている。財務省は基本的に、医療費をGDPの範囲内あるいは予算統制の範囲内に収めるという考え方だ。医療費を下げるための調整弁として、

薬価改定が行われている。改定すれば薬価が下がるような仕組みをつくって、薬価で財源を出している」と説明。その上で、「もし薬剤費の対GDP比の話報告書に盛り込むのなら、大きな問題として、『薬価を、財源を出すための調整弁に使うことを止めてほしい』ということを実は書かなければならない」と主張した。

他の委員からも、「薬価が財政の調整弁にされていることが医薬品の一番の根本の問題だ」(中央大学・三浦俊彦委員)との声があがった。

青山学院大学の三村優美子委員は、「薬価制度を修正することで解決できる財政上の問題と、国が産業政策として

対応すべき問題とのバランスを取りながら進めていくことが重要」と主張した。

データベースは安定供給にも資する

一方、遠藤座長は、「個人的な意見」として、薬剤費に関するデータベースを新たに構築することを提案した。

INESの対GDP比分析も含め、これまでの薬剤費の分析の多くは、外資系の情報コンサル会社の情報を使用している。遠藤座長は、「同社の最大のクライアントは製薬会社である。政策を海外の民間会社のデータをもとに議論することに問題がある」と指摘。その上で、「国が主導して、薬剤費のデータベースをつくる必要がある。在庫を把握して安定供給に繋げることもできるはずだ」と述べた。委員からは、賛成する意見が出された。

同検討会は次回の検討会で報告書の素案を議論する予定だ。

一冊の本 book review

『ネットワーク化が医療危機を救う』

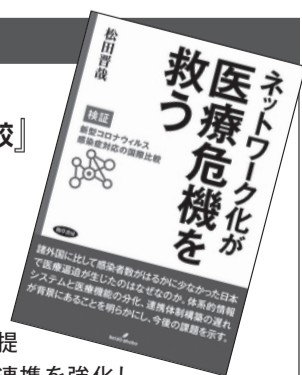
検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較

著者●松田晋哉

出版社●勁草書房

定価●3,850円(税込)

医療・介護のデータ分析の第一人者である松田晋哉教授の最新作。新型コロナウイルス感染症対応時の種々のデータおよび国際比較から、医療介護サービス提供体制の課題が丁寧に分析されている。地域の医療連携を強化し、自院が医療機能を発揮していくためにも、本書は大いに参考となるだろう。特に終章に記された「提言」はすべての医療従事者にご必読いただきたい。(安藤高夫)



医療情報システムの安全管理ガイドラインを改正「第6.0版」に

厚労省・情報利活用検討会

医療機関にサイバー攻撃に対するセキュリティ対策求める

厚生労働省の健康・医療・介護情報利活用検討会(森田朗座長)は3月29日、同検討会の下部組織である各ワーキンググループのそれぞれの検討状況について報告を受けた。具体的には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の第6.0版改定や、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とする仕組み、全国医療情報プラットフォームを用いて共有する介護情報、電子処方箋の運用などの検討状況が報告された。

健康・医療・介護情報を医療機関などが取得し、それを活用する場合の本人同意のあり方をめぐり議論も行われた。認知症であるなど本人同意を得ることが難しい場合がある。本人の不利益になってしまうのであれば、本人同意の規制を緩和し、情報の利活用が妨げられない仕組みを求める意見が相次いだ。

サイバーセキュリティ対策を検査

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の第6.0版改定については、「医療等情報利活用ワーキンググループ」の検討状況の報告があった。2023年4月から医療機関・薬局に対して、オンライン資格確認のシステム導入が原則義務化される。これに伴い、概ねすべての医療機関などで、ガイドラインに記載されているネットワーク関連のセキュリティ対策が必要になる。これを踏まえ、ガイドライン全体の構成を見直すとともに、別添でサイバーセキュリティ対策のチェックリストなどを作成し、第6.0版に改正することになった。

今後、第6.0版に対するパブリックコメントを募集し、その結果を踏まえ、5月中旬に第6.0版を公表する予定となっている。

また、医療法施行規則第14条第2項を新設し、医療機関の管理者が遵守すべき事項として、サイバーセキュリティの確保において必要な措置を講じることを追加する。「必要な措置」としては、最新の医療情報システムの安全管理に関するガイドラインを参照の上、サイバー攻撃に対する対

策を含めセキュリティ対策全般について適切な対応を行うことを求めるとしている(下図参照)。

安全管理ガイドラインに記載されている内容のうち、優先的に取り組むべき事項については、厚労省がチェックリストを作成し、各医療機関で確認できる仕組みとする。

これに伴い、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱の項目に、サイバーセキュリティ確保のための取組み状況を位置付けることになった。一般病院に対しては、原則毎年実施の保健所による立入検査で、病院管理、人員配置、構造設備などの状況とともに、医療情報システムのセキュリティ対策の検査も受けることになる。

慶應義塾大学教授の印南一路委員は、「サイバー攻撃とセキュリティ対策はいたちごっこ。ここまでやれば大丈夫というものはない。それでも保健所から対応不足と指摘されるセキュリティ対策がどの程度であるかの例示を示さないと、保健所も医療現場も混乱し、独自ルールが横行するガラパゴス化が生じかねない」と指摘した。

また、全国で医療情報を確認できる仕組みが拡大しているなかで、機微な情報であることから、特段の配慮が必要とされ、運用を遅らせていたものとして「手術情報」があった。これについては、個別に同意を得る仕組みとした上で、2023年5月11日から、医療機関・薬局における情報共有の運用を開始することが報告された。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「全国で医療情報を確認できる仕組みを普及させるにあたって、どんなメリットがあって、どんなリスクがあるのかを国民に対して、丁寧に説明し、理解を得ていくことが重要だ」と強調した。

電子カルテ情報を閲覧可能に

全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とする仕組みについては、「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」が報告書をまとめた。

全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための情報の標準化の方法としては、HL7 FHIRのデータ交換方式を用いる。6情報(傷病名・アレルギー情報・感染症情報・薬剤禁忌情報・救急時に有用な検査情報、生活習慣病関連の検査情報・処方情報)と2文書(診療情報提供書・退院時サマリー)から標準化を進め、段階的に拡大する。

標準化した電子カルテ情報は、電子カルテ情報交換サービスを通じて共有する。各医療機関が電子カルテ情報交換サービスに医療情報を送信する、いわゆるPUSH型の方法を用いる。これらの仕組みは、オンライン資格確認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開発する。

患者からの同意取得において、現場の負担を軽減する観点から、文書情報・6情報は、「患者本人の同意なしで電子カルテ情報交換サービスへ登録した上で、医師による告示状況や閲覧に関する同意取得等により閲覧可能な情報を制御する方向で検討する」としている。医療機関での患者の6情報の閲覧に関する同意では、「まずは顔認証付きカードリーダー使用時に同意を取得する仕組みとして、各情報の閲覧に一括で同意する仕組みなどを考慮しつつ、患者の利便性を確保できる仕組みについて引き続き検討を進める」としている。

LIFEなど介護情報も閲覧可能に

全国医療情報プラットフォームを用いて共有する介護情報については、介護情報利活用ワーキンググループがまとめた対応方針において、「要介護認定情報」「請求・給付情報」「LIFE情報」「ケアプラン」が候補となったことが報告された。今後、閲覧・共有する具体的な情報の範囲や標準化方針を個別に検討するとしている。

電子処方箋の状況を報告

電子処方箋については、1月26日の運用開始以来、3月19日時点で1,808

施設(病院7、医科診療所93、歯科診療所5、薬局1,703)において、稼働中であることが報告された。厚労省によると、システム・運用面で「これまで大きなトラブルなく概ね順調に稼働している」という。一方で、導入施設からは、◇リフィル処方箋◇口頭同意による重複投薬・併用禁忌に該当する過去の薬剤情報の取得◇院内処方の課題が指摘されている。

リフィル処方箋に対しては、今秋を目途に、運用主体である電子処方箋管理サービス側の改修を行うとともに、技術解説書を改訂し、各施設での追加改修を準備可能とする予定であるとしている。

口頭同意による重複投薬等チェック結果の取得に対しては、患者が不同意を選択した場合や、患者が診察室などで口頭同意を行った場合は、対象薬剤を表示できるよう改めるとした。今春頃に技術解説書を改訂し、各施設でシステム改修を可能とする予定だ。

院内処方に対しては、現状、電子処方箋管理サービスが院外処方箋のみを対象とし、網羅的に患者の薬剤情報をカバーするためには、お薬手帳アプリなどによる院内処方時の薬剤情報など情報保管が必要となる。今後、電子処方箋の院内処方への機能拡充を検討していくにあたり、厚労省は、具体的な課題を関係部局と連携しながら検討するとの考えを示した。

日本病院会副会長の大道道大委員は、「病院は7施設しか参加していない。何がボトルネックで普及が進まないと考えているのか」と質問。厚労省の担当官は、「オンライン資格確認システムの原則義務化に伴う対応で、ベンダーのリソースが逼迫しているということがあると思う」と回答した。大道委員は、「病院としては、大規模なシステム改修が必要になると、費用面を含め足踏みしてしまう。隘路を突き崩してほしい」と要望した。

同意取得の緩和を求める意見

同日の検討会では、医療介護情報を共有化し、医療介護の現場で活用する際の、本人同意の取得をめぐって、議論が行われた。

森田座長が、「例えば、認知症の方から同意を取得することの難しさがある。同意取得は本人意思を明確にするためだが、仕組みを理解していることが前提になる。しかし、理解できないために情報を活用できないと本人の不利益になってしまう。同意を得なくても、医療介護従事者が、本人のために医療介護情報を用いるのであれば、同意を得なくても信頼は得られるのではないかと問題提起した。

これに対して、森田座長に賛同する意見が相次いだ。具体的には、「差別的な取扱いにならないということであれば、同意取得は必要ない仕組みを考えるべき(印南委員)」「患者家族の権利が保全される仕組みを前提に、本人同意が不要な仕組みに賛成する。ただし、医療介護従事者が外部に情報を漏洩させない仕組みが不可欠になる」(山本隆一委員・医療情報システム開発センター理事長)などの意見が出た。一方、長島委員は慎重な検討を求めた。

医療機関の管理者が遵守すべき事項への位置づけ

これまでの本WGでの議論を踏まえ、下記の通り、医療機関の管理者が遵守すべき事項に位置づけた。

これまでのWGでの議論

- 医療機関のセキュリティ対策は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、各医療機関が自主的に取組を進めてきたところ。昨今のサイバー攻撃の増加やサイバー攻撃により長期に診療が停止する事案が発生したことから実施した緊急的な病院への調査では、自主的な取組だけでは不十分と考えられる結果であった。平時の予防対応として、脆弱性が指摘されている機器の確実なアップデートの実施等が必要。(第12回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ(令和4年5月27日))
- 令和4年度中に医療機関等の管理者が遵守すべき事項に位置付けるための省令改正を行う。(第12回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ(令和4年9月5日))
- 医療機関がサイバーセキュリティを確保するための一助になるような進め方が望ましい(第12回健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ(令和4年9月5日))

改正概要・対応の方向性

- 医療法施行規則第14条第2項を新設し、病院、診療所又は助産所の管理者が遵守すべき事項として、サイバーセキュリティの確保について必要な措置を講じることを追加する。
- 令和5年3月10日公布、4月1日施行(予定)
- 「必要な措置」としては、最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(以下「安全管理ガイドライン」という。)を参照の上、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ対策全般について適切な対応を行うこととする。
- 安全管理ガイドラインに記載されている内容のうち、優先的に取り組むべき事項については、厚生労働省においてチェックリストを作成し、各医療機関で確認できる仕組みとする。
- また、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱の項目に、サイバーセキュリティ確保のための取組状況を位置づける。

◎医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)

第十四条(略)

2 病院、診療所又は助産所の管理者は、医療の提供に著しい支障を及ぼすおそれがないように、サイバーセキュリティ(サイバーセキュリティ基本法(平成二十六年法律第四号)第二条に規定するサイバーセキュリティをいう。)を確保するために必要な措置を講じなければならない。

※ 下線を新設。

■ 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
病院医療ソーシャルワーカーと多職種で取り組む入退院支援研修会 100名	2023年6月3日(土) 2023年6月4日(日) 【全日病会議室】	22,000円(29,700円)	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会との共催により、病院施設における医療ソーシャルワーカーを含めた多職種を対象とし、集合研修によるワークショップ形式の研修会を開催する。2日間参加された方には「受講修了証」を発行する。日本医療ソーシャルワーカー協会の認定する認定医療ソーシャルワーカーのポイント認定対象でもある。
「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がない方でも作成できるよう参加申込病院には事前にサンプル、講義動画、テキストをお送りする。
特性要因図作成研修会 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。
医療安全管理体制相互評価研修会 —病院管理者・幹部が留意すべき事項— 60名	2023年7月17日(月・祝) 【全日病会議室】	16,500円(22,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。制度の理解とともに実践を目的とし、今回は、特に、「病院管理者・幹部が留意すべき事項」に焦点を当てている。
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。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 100名	2023年8月5日(土) 2023年8月6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。現時点で研修会の開催の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
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)	本年度第21回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。