



全日病 NEWS

2025.12.1
No.1091

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

<https://www.ajha.or.jp> / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

神野会長とキーパーソン Vol. 3 日本医師会・松本吉郎会長

全日病・神野会長「今後の地域医療は3つのレイヤーで考えるべき」 日医・松本会長「『治し、支える医療』をしっかりと担う病院・診療所が大事」



全日病の神野正博会長が2040年に向けた医療提供体制の確保などをめぐってキーパーソンと語り合うシリーズ第3弾の最終回には、日本医師会の松本吉郎会長にご登場いただく。「10年来の仲」と語る間柄。話は2024年1月1日に発生した能登半島地震後の支援活動に関する話題から、医業承継の話へと展開していった(以下、敬称略)。

「能登半島地震の際は2回も入ってください、ありがとうございました」

神野 まず改めてお伝えしたいのは、能登半島地震の直後には支援で計2回も入ってくださり、ありがとうございました。大変、心強く感じました。

松本 1月と2月でしたね。大変な時はお互い様です。あの時は、免震の建物に損傷がなかったことに大変驚きました。そもそも備えの重要性を痛感した次第です。免震か否かで損傷の具合がかなり違いましたね。

神野 そうですね。幸い、私のところで免震の建物はまったくの無傷、医療機器が1台も壊れず、鏡餅のみかんも落ちませんでした。

松本 あのようなことも見越して、きちんと手当をしていた。先生にはそういった先を見る目と、先手を打てる決断力があり、すごいと思います。

神野 ありがとうございます。そういう意味では、あの震災後に先を見て、私が経営するクリニック1カ所と老健1カ所、そして特養1カ所の継続を譲めました。

松本 残念ですね。撤収ということで

すか。病院からはかなり離れたところですか。

神野 そうです。調査をしたら基礎が曲がっており「無理です、使えません」という判断だった。「じゃあ建て替えるか」とも考えましたし、補助金を申請すれば幾らかはもらえるかもしれません、建てたら40年。ただでさえ人口が少なくなってきたところに地震で道はたくさん潰れてしまい、人もさらにいなくなってしまった。やめる決断をしました。

松本 なるほど。

神野 利用者さんたちには申し訳ないけれど、車に乗って30分のところには私たちが運営する別のデイサービスの施設があるので、そちらを利用してくださいね、外來もいろんな送迎を利用すればなんとかなるという感じで落ち着きました。このような決断をしたので、過疎地の承継問題については、よくわかっているかもしれません。

「都会と地方、どちらを優先という話ではない。必要な医療を支えるべき」

松本 医師会もいろいろと承継問題を検討してきましたけど、やっぱり一番重要なのは経営ができるか否かという点。だから、まだ患者さんがあまり減っていない段階で、人口動態の推計を見てもそんなにすぐに劇的に減る地域でなければ、承継者は見つかります。見つかるが、今後は患者さんの ΔQ (Quantity =量)、が減ってきててしまうので、地域住民に必要な医療を引き続き提供するためには、診療報酬以外に何かを投入して支えてあげないといけない。

神野 今いる人たちが生きていくための医療を維持するためには診療報酬とは別に、税金等々での措置などが必要ですよね。

松本 おっしゃる通りで、診療報酬の単価の話になれば、都会は都會で家賃が高いとか人件費、経費がかかるから上げてくれと言うし、地方は地方で ΔQ が急激に減るから上げてくれという話になるので、もうどちらを優先するという話ではないと思います。特に小児科や産科は維持できるだけの土台を作つてあげた上で、診療報酬でなんとかしてもらうような話をしないといけません。

「急性期拠点機能」の考え方で一致
「本来は重症患者の対応を行う病院」

神野 ΔQ の話が出ました。有病率の高い高齢者が増えてくる中で、 ΔQ はどうしても増える。そこに対して「高齢者は医者にかかるな」というようなことは絶対に言わしちゃいかんのは当然です。診療報酬の ΔP (Price = 価格、値段)、を上げてくれという話をすると、どうしても財務当局や財政制度等審議会(財政審)などでの議論は「じゃあ ΔQ を下げましょう」という話になる。 ΔQ を減らせば ΔP をちょっとあげても全体の面積=財源は変わらないと言う。どう抗うか、「必要な医療を考えれば本質的ではないよね」とどう説得するかが重要です。

松本 財政審の議論を見ていると、どう考えても医療機関へのアクセスを減らそうと考えている。アクセスを阻害するような案、検査の回数やOTC類似薬の話もそうです。それから明らかに総額管理を狙ってきていて、そのため財務省が主張するかかりつけ医の制度化も、いわゆる Δ 丸めの話にどうしてもなる。非常に危険な発想だと思います。

神野 2040年を見据える「新たな地域医療構想」の関係でも病床数の削減を前提とする集約化がキーワードです。「医療機関機能」として「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点機能」等に分け、整備していくますが、この「急性期拠点機能」の検討過程が問題だと思っています。目安として人口規模20~30万人当たりに1カ所、いわゆる「治す病院」として「急性期拠点機能」を整備するわけですが、要件として救急車の台数などを検討しています。ただ、まさか脱臼や盲腸は「急性期拠点機能」では診ないですよね?

松本 もちろん。

神野 しかし現実は、「断らない救急」などの名目で三次救急の医療機関が軽症も含めて受け入れてしまっている。本来は、軽症者を断る病院であるべきだと思います。「急性期拠点機能」を担う病院は、他の病院がギブアップした/する患者さんを診る病院だという考え方を徹底させないとまずい。

松本 わかります。日本医師会は以前から、二次救急と三次救急の役割分担を明確化すべきと訴えています。二次救急で診ることができる患者さんが三次救急に搬送されるのは医療機能の分化・連携の面から適切ではないと主張してきました。三次救急が必要な方はそちらに搬送するというのが理想で、三次救急で治療が終わればまた下り搬

送で地域に戻すのが原則だろと言っています。

神野 ありがとうございます。地域において「病院に通えない高齢者の医療」は、今後3つのレイヤーで構成されると考えています。1つ目は、急変時に「高齢者救急・地域急性期機能」で受け、集中治療や高次の医療が必要な場合には「急性期拠点機能」へ上り搬送するというレイヤー。2つ目は、在宅や協力関係にある介護施設での軽度の症状悪化には往診や訪問看護などで対応し、難しい場合は「高齢者救急・地域急性期」の病院を頼るというのがレイヤー。そして3つ目に、日常診療に対応する送迎ありの外来や訪問診療・看護+オンライン診療というレイヤーです。それぞれの役割分担が地域医療提供体制の確保に極めて重要です。

松本 おっしゃる通り、特に「治し、支える医療」のところをしっかりと担う病院・診療所が大事だと思いますし、医療機関が担う役割に注目すべきです。患者さんの搬送に限って言えば、地方によっては「救急車なんてとんでもない」と言って自家用車で運ぼうとするところもあるし、タクシーを利用する場合もある。2024年度の診療報酬改定で創設した「協力医療機関」の考え方方が浸透してきており、協力関係にある介護施設から運ばれてくるケースも増えてきています。救急車の台数で医療機関の機能を判断すると、本来の役割を見誤りますし、救急車の奪い合いにもなってしまう。

神野 その通りです。三次救急が Δ 断らない救急をやつしたら、働き方改革とは逆行するので医師が疲弊し、地域からはどんどん医師がいなくなってしまいます。

松本 それから、現在はインバーンションなど全身麻酔なし、開頭、開腹、開胸なしでも対応できるケースがどんどん増えてきています。例えば全身麻酔の件数だけを取り上げて「急性期拠点機能」の指標にするのではなく、さまざまなデータを基に地域で協議できるようにすることが大切です。

(2面につづく)



本号の紙面から

地域包括医療病棟、緩和か	2面
事故調の課題で報告書	3面
2040年体制で議論	4面

リハビリDXで業務を変革

5面

総合医の育成で拓く未来

6面

「病院給食の大改革」で議論

7面

AI等の活用を診療報酬で評価

8面



(1面のつづき)

神野 ありがとうございます。ぜひ、こここのところは地域の病院を応援していただきたい。医療経済的にも、なんでもかんでも「急性期拠点機能」というふうになりかねません。誤嚥性肺炎1つ取り上げても、二次救急と三次救急では全然点数が違ってきますからね。

松本 はい、もともとそう思っています。それから、二次救急の病院で「急性期拠点機能」になり得る医療機関としての役割を果たしている病院もあります。人口規模当たりの目安が先行して医療界に心配が広がっていますが、30万人規模の地域に1カ所という急激な集約化にも違和感がある。集約化は課題というのはわかりますが、ここは相当慎重に地域の診療所や中小病院等との役割分担なども考えていく必要があります。そうでないのであれば、反対せざるを得なくなります。

**集約化と均てん化、国民に対し
「誰かが言わなければならぬ」**

神野 地域によっては、疾患別の医療圏を作るなどの動きがあるようですが、「同じ保険料を払っているんだから、ちゃんと医療を受けられないとおかしい」という人口減少地域の方々にどう

応えるかが今後の大きな話になると考えています。

松本 本当に大きな話です。それこそ産科であればアクセスを考えた上での集約化などが必要なのでしょうが、できれば陣痛が起きて30分以内、長くても1時間以内で分娩施設まで辿り着かないと大変なことが起こる可能性があります。アクセスを考えると本当に難しい話だなと思いますよね。

神野 能登北部にはもうすでに産科医が1人もいませんので、臨月になったら七尾に来て待機するという形になってしまっています。まずこのような集約化が産科で起こっていますが、これから普通の内科や外科でも起こります。本当に私が地方の、そして被災地にいる人間としては、おそらく住民の希望を全て叶えることは無理です。山の中の一軒家まで、あまねく医療・介護サービスを、そしてもちろん行政サービスをも含めて提供するのは無理ですよと、誰かが言わなければなりません。せめて麓の町まで下りてきていただいて、集まって住んでくださいと。

松本 やはり誰かが勇気を出して言うべきだと私も思います。在宅医療も、1件のためにものすごく時間をかけて訪問するなど現実的ではない。やはりQが少なくなってしまうところでは医療が成り立たなくなってくる。こうしたことは医療提供者側に責任を押し付けるのではなく、国や地方行政が考えていくべきです。我々も経営については何も保証がない中で、工夫して、人材確保や設備投資等の原資となるはずの利益をある程度得ると叩かれる。倒産しないよう苦しいところを助けてくれるわけではなく、かといって倒産するときは自己責任だと言われる。やはり論理がおかしいと思います。



神野 さきほどのPとQの話もそうですが、私たち医療者、医療界が言っているだけではダメという感じがしています。外から見たら、また病院や医師会が自分たちに都合が良いように勝手なことを言っていると見られて終わってしまう。マスコミも含めて国民を味方にしなければならない。

松本 先日、テレビ番組に出演した際にも、やはり日本の医療の素晴らしい点について言わせてもらいました。誰もが安心して暮らしていくために医療機関は不可欠であり、守っていかなければならないという話をしました。番組では国立大学病院の例をあげて話しましたが、病院は約7割が赤字で、医療・介護は公定価格で運営しているので、大学病院だけでなく、他の大病院も中小病院も、診療所も介護施設も、みんな厳しい状況であると説明しておきました。

神野 私も8月にテレビ番組に出演した際に、病院も診療所も大変なんだというデータをしっかり見てほし

いとお伝えしました。

松本 ただし、ステレオタイプに医者は儲けているというイメージを持たれています。「病院が大変なのはよくわかったけど、医療費が上がるの嫌」となってしまう。コロナ禍で、本当に我々が頑張ったから人口当たりの重症者や死亡者が少なく済んだ。今後も続けて、しっかりと頑張っていくので、能力に応じて少し負担してもらえないだろうか、ということを理解してもらいたい。財政審では、診療所を悪者のように扱っていますが、日本の医療全体がいい方向に進まなければ、医療提供体制は成り立たない、病院と診療所等、すべての機能がバランス良く成り立つなければ2040年は迎えられません。

神野 中医協でもデータが出て、診療所の半分くらいは赤字だというのは、健全な業界ではありません。共に引き継ぎ力を尽くしましょう。残念ながら時間がききました。本日はありがとうございました！

松本 まずは年末まで死に物狂いで、かなり踏ん張らなければならない覚悟をしています。引き継ぎよろしくお願いします。ありがとうございました！



「地域包括医療病棟入院料」の要件緩和へ前進か

中医協総会

「何らかの見直し、で診療側と支払側の委員が一致

2024年度の診療報酬改定で創設した「地域包括医療病棟入院料」について、主な対象とする高齢者への対応を踏まえ、施設基準など一定の要件を見直す方向で2026年度の診療報酬改定に向けた検討が進みそうだ。11月5日の「中医協総会」(小塩隆士会長)で診療側の委員らが要件緩和を求めるのに対し、支払側の委員が一定の条件で施設基準の見直しを是認する構えを見せる場面があった。

「高齢」は独立した入院危険因子

厚労省は同日の総会で、「患者要件やアウトカム評価として厳しい施設基準が設けられており、算定を検討する医療機関からは満たすことが困難との声がある」との状況を示した上で、△85歳以上では、85歳未満との比較で在院日数の中央値が5～6日長いなど高齢であることは在院日数延長の独立した危険因子△高齢や要介護者では

ADLが低下する患者が多い△頻度の高い内科系疾患において出来高実績点数のうち入院料に包括される点数の割合が高く、手術を行う疾患とは差がある△手術が行われない症例は、手術が行われる症例に比べ、救急搬送からの入院、緊急入院いずれの割合も高く、特に高齢者においては手術が行われない症例の大半が緊急入院△包括内出来高実績点数は手術のない緊急入院群が最も高く、最も点数の低い手術ありの予定入院群より平均で440点ほど高い一との課題を提示。その上で、論点として以下の2点を示した。

○高齢者の生理学的特徴や地域包括医療病棟における診療の現状を踏まえ、より高齢の患者を入院させることへの負のインセンティブを生まない観点から、平均在院日数やADL要件等のアウトカム評価の在り方について、どう考えるか。

○地域包括医療病棟に求められる、高齢者に頻度の高い疾患や緊急入院の受け入れを促進する評価の在り方について、例えば、地域包括医療病棟の入院料は患者によらず一律であるが、手術のない緊急入院の患者は手術を行う患者と比べ、包括範囲内で実施される医療が多いが出来高で算定できる医療は少ないこと等を踏まえ、どのように考えるか。

「ADL低下の割合5%未満」の緩和などで可能性

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、地域包括医療病棟について「今後も増やしていくべき病棟」との考えを示し、「施設基準の緩和により、コンセプトが損なわれることは避けるべきだが、評価体系の見直しに異論はない」と方向性を示す。「ADLの低下した患者の割合を5%未満にするという要件については、ADLが低下しやす

い患者が多い場合の救済措置として検討の余地がある」「高齢者ほど在院日数が長くなる傾向が明らかであり、高齢者への対応を主な目的として作った地域包括医療病棟で在院日数が長くなることは一定程度理解できる」などと述べた。

診療側からの要望は多岐に渡るが、「ADL悪化患者割合5%未満」の見直しについては日本医師会常任理事の江澤和彦委員や全国自治体病院協議会副会長の小阪真二委員ら複数の委員が言及。見直しの方向で検討が進みそうだ。

このほか、「管理栄養士の配置を選択制とすべき」(江澤委員)との意見や、「緊急入院であるかどうか、手術があるかどうかで包括点数に差をつけることは、実際に病棟で必要なコストを評価する上でも許容できる」(日本医療法人協会副会長・太田圭洋委員)などの意見があった。

清話抄

決断の時?

全国の病院、病床数は減少の一途という。30数年前、介護保険制度も療養病棟もない頃、156床の病院と100床の老健施設の経営を引き継いだ。医療保険・介護保険制度の変化に応じて何度も改編し、54床の地域包括ケア病床と

135床の介護医療院となった。

今、患者数はコロナ前の水準に戻ったが収支は戻らない。黒字と言っても中小病院は高々2～3%の利益率だから急激な物価・人件費の高騰があれば簡単に利益は吹っ飛ぶ——という説明に納得はするが現然としない。今回、共通部分の必要経費をきちんと按分して、病院と介護施設の収支を比較したこと、施設は黒字で病院は大赤字であった。現在の診療報酬体系では、急性期医療はやればやるほど赤字である。

思いきって病院を廃止して、介護医療院と付属診療所に改変した方が、経営は安定するだろう。

前記試算を手伝ってくれたコンサルの担当者は「近い将来、決断の時が来ます」と言う。確かに、介護医療院でも高齢者肺炎などの治療をやっている。外来診療に力を入れ、在宅医療にもっと注力できる。何より、診療しながら金繕りの心配をしなくてよい。

けれど一方、救急告示病院として地域の二次救急の一端を担っている。

年々減っているが分娩もやっている。創業以来70年、病院は地域社会の完全な一部である。つまり病院廃止の決断は、地域医療に対する責任の放棄ではあるまい。

まず必要なのは、不当に低い診療報酬の改善と、思い切った財政援助の要求か。この一文を書いている今、自民党総裁選とその後のドタバタ劇の長大な政治空白の只中にある。病院経営危機は待ったなし、なのにである。

(丹野 尚)

主張

高齢者救急のカオスを整理する突破口

これまで本邦の救急システムは重症度別トリアージと救急病院機能をマッチさせた1次から3次の階層的アプローチで構築されてきた。しかし近年このシステムが適合しない場面が増えており、飲酒交通事故などの高エネルギー外傷や脳卒中などではこのアプローチは効果的だ。しかし今日、気が付けばそれらの症例は明瞭に減少し量的範疇は併存症があり社会的背景の複雑な高齢者疾患に移行してしまった。

たとえばショックバイタルであれば、90歳を超えperformance status不良で高度医療に忍容性のない症例でも高次機関に搬送されるなどの歪みが顕現化している。これでは今後の人口動態に追いつかず、喫緊のシステム改変の必要性に疑いはないが、短絡路は見出せていません。

高齢者救急のカオスを整理する1つのアプローチはターゲットの層別化であろう。高齢者救急の対象は均一では

ない。2つの変数として被医療度と被介護度をおくと、医療介入の程度と自立度／介護・社会資源の利用具合で層別化できる。例えば一人暮らしで自立した高齢者など低医療／自立群にはオーバートリアージを恐れず従来の救急システムで対応を行なうべきだ。一方、長期滞在医療施設や在宅医療を受けているような高医療／介護群では誤嚥性肺炎などが多く救急搬送を避ける方策をあらかじめ採るのが望ましい。また、医療介入が軽度でも居住系高齢者施設の入所者など低医療／高介護群は嘱託医などの係わりのもとに事前の対応をすべきターゲットになる。このような

居住系施設や在宅患者に対する平時のメディカルコントロールは今後重要だ。令和6年の診療報酬改定では、医療と介護の連携・推進が謳われ、協定を結ぶ病院と施設間での往診や入院にそれぞれ600点、200点などが加算された。これを良い契機として、重症度別トリアージとは切り分けた救急体制が、高齢者施設と地域密着型病院の間で確立されることは1つの突破口になるだろう。地域密着救急搬送では、平時の準備や連携関係が基盤だ。この際、情報共有、本人・家族への事前説明や救命士を活用した病院救急車による搬送などが特記されるだろう。(小平祐造)

医療事故調の課題への対応策で報告書、制度施行10年の節目に

医療事故調等検討会

全曰病・今村常任理事「よい形でまとまった」

厚生労働省の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」(山本和彦座長)は10月29日、医療事故調査制度(医療事故調)に関する課題への対応策をまとめた報告書案について大筋で了承した。医療機関における医療安全管理委員会が把握する重大事象を明確化するほか、医療安全管理者を医療法に基づく制度上の位置づけを明確化する。また、医療事故に関する記録の保存と「医療安全管理指針」に医療事故の該当性を判断するプロセスの明記を必須とする。医療事故の判断に携わる者は研修を求める。

同検討会で構成員を務める全曰病の今村康宏常任理事は全曰病ニュースの取材に対し、「医療安全のさらなる質向上や国民の制度に関する理解に向けて、よい形で報告書がまとまった」と評価した。

医療事故調の創設から10年 法改正はせず、省令・通知で対応

医療法に基づく医療事故調の創設から10年目にあたる2025年、厚労省は医療安全施策に関する課題を整理し、対応策を検討する目的で同検討会を設置。議論の末、今回の報告書に盛り込む「対応策」については法律改正を伴わない事項が並ぶ結果となった。厚労省は、省令改正や通知などで対応する予定だ。

医療界では周知の事実だが、医療事故調は長年の議論を経た集大成として2015年に改正医療法に基づく制度が発足。医療事故が発生した場合に第三者機関である日本医療安全調査機構が運営する「医療事故調査・支援センター」への報告や院内事故調査の実施、遺族への説明などが義務づけられた。2002年に策定した「医療安全推進総合対策」で、すべての医療機関、助産所に対し事故報告等の医療安全管理体制の確保が義務づけられ、医療事故調査への機運が高まってからは約13年を経ている。途中、厚労省における検討で制度の骨格まで固まったに思われながらも白紙に戻るなどの経緯もあった。

医療に関する事故をめぐる議論では、医学的・学術的な専門性の高い情報と、国民・市民感情とが複雑に絡み合うため、一定の方向性を見極めるには大変

な困難が生じるのが常となっている。今回、医療事故調の創設10年で制度のより良い運用を目指す対応策がまとめた意義は大きいと言える。

報告書では、「医療機関同士が相互に医療安全の取組を評価し改善する取組み」についても言及し、特定機能病院を含めたさらなる推進を求める。

患者への影響度が高い12事象を列挙 「医療安全管理委員会」に報告

報告書の主な内容は「医療機関における医療安全管理体制」に関する事項と「医療事故調」に関する事項で構成。「医療機関における医療安全対策」では、院内で重大事象を把握する仕組みの向上が課題とされ、医療安全管理委員会が把握すべき重大事象を明確化。具体的には、厚生労働科学研究(厚労科研)に基づき、回避可能性が高く、患者への影響度が高い、12事象(A類型、下図参照)を位置づけた。

現状は、報告すべき事例の範囲について明確な規定や具体的な例示はない。厚労科研において具体事象のリストを作成されたことから、「病院等において医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めることが適当」と判断した。厚労科研において「患者への影響度が高い回避可能性は必ずしも高くない」と分類された12事象(B類型、同)については、「病院等において医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めるよう努めることが適当」との考えをまとめた。

重大事象を把握する役割を担う「医療安全管理者」については、医療法に基づく制度上の位置づけを明確化する。「医療安全管理委員会と連携し、当該医療機関の医療安全に責任を持つ者またはその責任者から指示を受けて業務を行う者」と定義し、事務職等が担うことも想定。「医療有資格者であることや特定の研修を修了すること等を求めず、多くの医療機関がその機能に応じて適切に医療安全管理者を配置できるようにすることが適当」との考えをまとめた。すでに約95%の病院において配置されているが、すべての病院での配置を目指す。

さらに、医療安全管理者に対しては、医療安全管理者指針に則った研修の受講が推奨されるべきとの考え方から、「研修を受講しやすい環境整備を推進する」重要性も指摘する。「適切な医療安全管理者の継続学習の内容」に関して厚労科研などによる検討の必要性に言及するとの方向性が決まった。

全曰病は日本医療法人協会との共催で継続講習を実施中。同検討会で構成員を務める今村常任理事は、「どのような研修が必要されているかについて、厚労省と定期的に意見交換を行うなどして、質の向上に努めたい」と述べた。また、研修を実施するにあたって、物価高騰などの影響で費用が嵩んでいる実態を報告し、財政的支援も要望した。

医療機関の管理者に対しては、「医療機関で重大事象が発生した際に、管理者が適切にガバナンスを発揮し、対応を進められるよう、必要に応じて管理者が医療安全管理委員会等と連携しながら、個別の診療の継続の可否の判断を含めて、必要な対応を行えることを明確化すべき」とした。医療機関の管理者が医療事故調に関する研修を受講すべきとの考えも盛り込む。

医療事故調における医療事故に関する判断の質向上も目指す。医療法施行規則に基づき医療機関が把握した全死亡・死産事例をチェックするなど、医療事故の該当性を判断するプロセスを各医療機関の医療安全管理指針に記載するよう求める。遺族への説明も同プロセスに含め、各プロセスにおける「判断結果および理由等に関する記録及びその保存」も求める。

医療事故≠医療過誤

「医療事故の定義」一般的な認知を

センター調査結果報告書の公表について、「本検討会において様々な意見があったことから、論点を整理した上でさらなる検討が必要と考えられる」との表記にとどめる予定だ。

同検討会では、患者・弁護士の委員から、公表を主張する意見もあったが、悪意をもった者の活用などが懸念され、医療側の委員の多くが反対。報告書の項目として「国民への制度に関する普及促進」を設け、「制度が国民に広く周知、理解されることは、制度の円滑な運用の上で最も重要」と記す方向性で決着。今村常任理事は、同記載に賛同した上で、「医療事故と言うと、まだ医療過誤とイコールと誤解される。国民に医療事故の定義を知ってもらうことが、医療従事者が制度のプロセスに委縮せずに前向きに取り組んでいくことにつながる」と述べ、さらなる周知の必要性を強調した。



検討会に臨む今村常任理事

A類型 定義：患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象

- ①手術等の侵襲的手技^{*1}における患者、部位、手技又は人工物の取り違え
- ②手術等の侵襲的手技^{*1}における意図しない異物の体内遺残
- ③薬剤又は栄養剤等の投与経路間違い(経消化管／非経消化管投与の取り違え又は経静脈／髄腔内投与の取り違え)
- ④ハイアラート薬の過剰投与(インスリンの予定量の10倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与又は抗がん剤の過量投与)
- ⑤既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の投与^{*2}による死亡又は後遺障害
- ⑥意図しない不適合な血液又は血液製剤／成分の輸血又は臓器の移植
- ⑦放射線治療における照射線量の設定間違い、照射部位の間違い又は累積線量の誤認
- ⑧栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道への留置
- ⑨気管切開チューブの迷入による死亡又は後遺障害
- ⑩医療用ガスの取り違え、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡又は後遺障害
- ⑪医療機器の誤使用又は故障による死亡又は後遺障害
- ⑫重大な検査結果^{*3}の確認、伝達又はフォローアップの失敗による死亡又は後遺障害

*1 手術室以外で行われるもの、カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺(末梢血管穿刺等の軽微なものを除く)を含む。

*2 アレルギー・禁忌情報を把握した上で、リスク・ペネフィットを医学的に判断して投与した場合を除く。

*3 検査結果には検体検査・画像検査・生理学的検査・病理学的検査が含まれる。重大性の定義は各病院で設定する。

B類型 定義：患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象

- ①手術等の侵襲的手技^{*1}における以下の事象：術中心停止、大量出血^{*2}、周辺臓器損傷^{*3}又は予定外の再手術
- ②硬膜外麻酔又は脊髄も膜下麻酔に関連する血腫による死亡又は後遺障害
- ③気道確保困難又は食道挿管による死亡又は後遺障害
- ④鎮静による死亡又は後遺障害
- ⑤カテーテルによる検査又は治療における高線量被曝^{*4}
- ⑥生体情報モニターのアラームへの対応に関連する死亡又は後遺障害
- ⑦肺血栓塞栓症による死亡又は後遺障害
- ⑧脳空気塞栓症
- ⑨分娩に関連する母体の死亡又は後遺障害
- ⑩入院中の患者の自殺又は自殺未遂
- ⑪転倒・転落による死亡又は後遺障害
- ⑫ベッド柵による挟まりまたは拘束具の使用による死亡又は後遺障害

*1 手術室以外で行われるもの、カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺(末梢血管穿刺等の軽微なものを除く)を含む。

*2 各病院で明確な基準を設定する(例:術中ショックを伴った大量出血)

*3 カテーテル治療における血管穿孔、消化管内視鏡における消化管穿孔を含む

*4 各病院で明確な基準を設定する(例:3Gy以上)

厚労省資料を一部改変



2040年に対応できることが目標、ストラクチャーではない

地域医療構想&医療計画検討会 全日本病院・猪口副会長「プロセスやアウトカムの指標も必要」

全日本病院の猪口正孝副会長は10月31日、構成員を務める厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、「新たな地域医療構想」を策定し2040年に向けた体制を構築する際の考え方として、「体制が取れればよく、目的はストラクチャーを作ることではない。ぜひそのような指標を示す必要がある」との考えを示した。具体例として、高齢者救急の所要時間や高齢者の医療費など、プロセスやアウトカムに着目した指標を検

討すべきと主張した。

また、前回会合に引き続き「医療機関機能」について言葉の定義があいまいと指摘。「不必要的高額医療を避け、急性期拠点機能の疲弊を防ぐためにも役割分担は重要」と述べ、各医療機関機能の定義をガイドラインで記載するよう求めた。

自治体立病院のあり方についても触れ、特に大都市部において地方交付税を有効活用する観点で検証が必要と訴えた。過疎地域の医療を守るために必

要な自治体立病院と大都市部で民間病院と競合する公立病院の役割は明らかに異なるとの理由だ。

85歳以上の救急搬送75%増加 年代が上がると手術等の割合は減少

医療機関機能の関連では同日、厚生労働省が2040年の医療需要について2020年から2040年にかけて85歳以上の救急搬送が75%増加する見込みであるとのデータを提示。一方、65歳以上の高齢者では年代が上がるにつれ手術や処置が

必要な患者の割合が減少するとのデータも示した。

消防庁のデータに基づく「年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計」では、85歳以上の救急搬送は、2020年時点でも1カ月11.7万件、2025年時点では同13.9万件、2040年には同20.5万人となる。85歳以上の救急搬送件数は急増が見込まれるもの、入院中の手術や処置の割合は低い。DPCデータに基づき入院中の手術・処置に関して集計したところ、最も割合が低いのは85歳以上で、「入院中手術有」が27%、「入院中1000点以上処置有」は4%、「入院中手術又は1000点以上の処置有」は29%となっている(図表)。

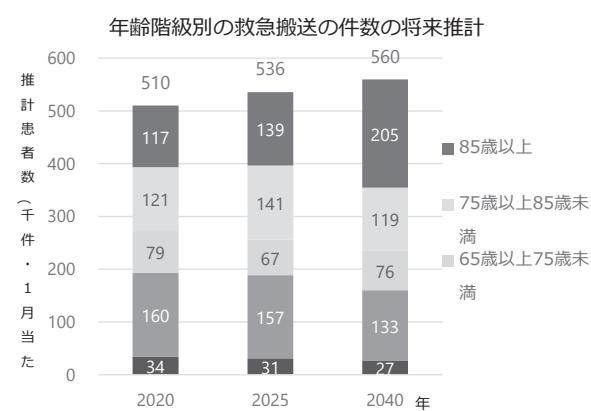
2023年のDPCデータに基づき、85歳以上の患者に多い傷病名の一覧も提示。具体的には上位が△食物及び吐物による肺臓炎5.8%△うつ血性心不全5.1%△コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの3.6%△肺炎、詳細不明2.7%△転子貫通骨折 閉鎖性△尿路感染症、部位不明2.3%△大腿骨頸部骨折 閉鎖性2.0%△細菌性肺炎、詳細不明1.6%△体液量減少(症) 1.6%△腰椎骨折 閉鎖性1.4%の順となっており、「急性期入院医療等を算定する病棟」における傷病の28.4%を占める。

厚生労働省は、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における上位15疾患の傷病名との突合により合致する傷病名が多いとの状況も示し、「一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行なっている患者の受け入れ等を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要」との考えを示した。

2040年の医療需要について

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加し、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加することが見込まれている。
- 65歳以上の高齢者でも年代が上がるにつれ、手術等を行う患者の割合は減少する。

救急搬送の増加



各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	41%
75歳以上	35%	6%	37%
85歳以上	27%	4%	29%

高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる

AIで病院の収益を増やし費用を減らす経営改革につなげる

第66回 全日本病院学会 in 北海道 「病院での生成AI最新活用事例」をテーマに長英一郎氏が講演



全日本病院学会in北海道(以下、北海道学会)の「学会企画5」では、10以上の医療法人の監事を務め「医療のための生成AI実践ガイド」の著者でも知られる東日本税理士法人代表社員の長英一郎氏が、「病院での生成AI最新活用事例」をテーマに講演した。生成AIが医療機関の業務を改善させていく具体的な事例を提示した上で、既存業務で職員の労働時間を減らす効果だけでなく、最終的に「病院の収益を増やし、費用を減らす経営改革に結びつけることが重要」と強調した。

生成AIの活用では医療・介護以外の他の業界が先行していることを踏まえ、「これまで高額な制作費と時間を要した教材が、AIによって短時間・低コストで作れるようになり、医療の情報提供を根本から変える可能性がある」との見方も示した。一例として「Heygen」を取り上げ、文章を入力するだけで、

まるで実写のような動画を自動生成する機能を説明。文字により適切な指示を出せる前提だが、誰でも簡単に低コストで目的に応じた動画作成が可能になる。「医療教育や患者説明用の映像制作においても、活用が今後、急速に進む」と断言した。

生成AIをはじめロボットやICT機器を活用した病院の業務改善の事例については、北海道学会の他の企画発表でも様々な事例があったとの感想を述べた。ただ、「業務時間短縮がアウトカムの事例はいくつもあったが、人員削減に結びついている事例発表は見ていない」と指摘し、収益を増やし費用を減らす経営改革と生成AIの活用を結びつけることが重要との考えを示した。

効率化したい病院業務3選。

長氏はまず、効率化したい病院業務3選として「紙からの転記」「電話メモ入力」「患者説明」をあげた。その上で、それぞれの業務について、生成AI活用の事例を紹介した。

「紙からの転記」の効率化策では、FAXで送信された紹介状をGoogleのAI Studioを用いて画像から文字を読み取り、自動的にテキスト化した。認識率は99%に達したという。

「電話メモ入力」の効率化策では、外来や病棟で頻発する電話対応について、iPadと音声認識アプリを組み合

わせ、自動で文字を起こす。メモ書き業務を減らさずだけでなく、情報共有のミス防止にもつながる。ただ、大声で話す人が周囲にいるとその音声も拾ってしまうという課題もある。

「患者説明」の効率化策では、動画作成により患者や家族への基本的な説明を代替してもらう活用方法となっている。ChatGPTで台本を作り、AIイラスト生成でキャラクターを創作。音声合成ツールと組み合わせ、アニメーション動画として出力した。

こうした取組みは、既存の市販ソフトを組み合わせるだけの「ノーコード開発」。「ChatGPTといくつかのツールを組み合わせるだけで、現場が自分たちでAIシステムを作れる時代になった」と語った。

収益を増やし費用を減らすAI活用

次に、「AIで収益を増やし、費用を減らす経営改革」の様々な手法を具体例を交え紹介。

例として、院内で目的に応じた様々な端末が空間を占有してしまっている状況の改善や、AI等を活用した業務改善の取組みを発表・実践した職員に手当を支給する制度などをあげた。様々なシステムをAI電子カルテに統合する方法や、独自botから独自秘書のようなエージェントAIに発展させている例もあるという。

中医協総会などにおける検討では、

医師事務作業補助について生成AIによる文書作成補助システムやRPAを活用したICT利用により、労働時間の短縮効果などが得られている場合の診療報酬上の評価が論点になっている。

長氏は、「AIが人の仕事を奪うのではなく、人がAIを使ってより良い医療を提供する。その発想の転換こそが、これから医療経営に求められる視点」だと述べた。

長氏が強調するのは、「AIを業務削減の手段にとどめない」という視点だ。例えば、AIによるデータ分析を用いた経営指標の可視化や、患者説明動画を活用した満足度の向上。AIが作る教育教材を地域連携の共有資産にすることも可能だ。それらはすべて、中長期的に医療機関の「信頼」「効率」「収益」を同時に高められる可能性がある。

IT導入と言えば、専門家に頼らなければならず、医療機関は高いコストを払ってシステムを導入してきた。また医療・介護業界は保守的・リスク回避的な事業者が多く、新技術を真っ先に試すイノベーターは多くない。しかし、生成AIは医療現場の人々が自らの課題を自らの手で解決できる手段になり得る。長氏は、医療機関がAIによってどう新しい価値を生み出すかが新たな目標となるとの展望を示し、「生成AIが今後の医療の形を確実に変え」と強調した。

リハビリDXで業務の枠組みを変革し患者体験の質向上

第66回 全日本病院学会 in 北海道

「リハビリテーションから見たDXの現状と未来」をテーマに金子教授が講演

北海道学会の「学会企画8」では、東京都立大学人間健康科学研究所の金子文成教授が、「リハビリテーションから見たDXの現状と未来」をテーマに講演した。金子教授は、リハビリテーション医療におけるDXは、単なる業務効率化にとどまらず、患者体験・納得感・治療成果を向上させるための業務の枠組みの変革であることを強調した。今後はAI・VR・クラウドの統合を通じて、情報プラットフォームを通じたリハビリ医療を確立し、医療従事者・患者双方にとって価値の高い医療提供を実現することが展望として示された。

リハビリテーション医療におけるデジタルトランスフォーメーション(DX)の現状を概観すると、デジタル技術を使いこなす理学療法士などリハ職におけるデジタル対応専門職の育成が進んでおり、アメリカなどではデジタル技術を用いたリハビリが一般的となっているという。日本でも「リハビリテーション医療デジタルトランスフォーメーション研究会」が設立され、学術集会や教育セミナーを通じて、医療職・エンジニア・企業が連携し、臨床現場

のデジタル化を推進している。

実際の取組例として、AIを活用したりハビリ予後予測や、自動化ソフト(RPA)による事務作業の効率化などがあげられる。金子教授が示した事例では、帯広北斗病院(北海道帯広市)では、AIによる脳卒中患者の運動機能予測の実践がある。札幌市内の病院ではデータ入力をロボットに任せることで、医療スタッフが付加価値の高い業務に集中できるようになったという。さらに、バーチャルリアリティ(VR)を用いた麻痺肢の運動訓練など、身体感覚を変化させる新しい治療手法の研究も進む。市販ヘッドマウントディスプレイを使い、指の可動域などを自動計測・記録できるようになった。

金子教授によると、新技術の導入は複雑化を伴うため、最適な治療選択を支援するために機械学習を活用した治療提案システムも検証中である。歩行解析の自動化など、データ活用による効率的なリハビリ支援が進んでいる。

患者体験の変化としては、在宅向けのオンライン理学療法サービス(例:エボケア)が登場し、遠隔で専門職の

指導や動画解析によるフィードバックを受けられるようになった。

金子教授が中心となって進めているプロジェクトの紹介もあった。この取組みは2015年頃に構想が始まり、慶應義塾大学や札幌医科大学などが参加した日本医療研究開発機構(AMED)の研究プロジェクトを通じて発展した。リハビリ機器やVR技術、歩行支援ロボットなど、先端的なリハビリ技術を統合し、患者に最適な治療を提案する「スマートリハ」構想を具現化したものである。

この理念を継承し、2020年に設立した株式会社INTEP(金子教授が取締役)では、クラウド型情報プラットフォームを開発し、「リハビリの現場で実際に行われているOODAループの一連の流れを、一気通貫で支援することで業務時間の削減と診療の標準化を実現する」ことを目指している。

このプラットフォームは、リハビリ現場のあらゆるデータ(関節可動域、筋力、自由記載、動画など)を統合的に蓄積し、解析・可視化するシステム。音声入力や映像保存によって記録作業

を効率化し、AI解析によって身体機能や認知機能を「見える化」する。これにより、患者属性に応じた標準的なクリニカルパスを提示し、最適治療提案へつなげることを狙ったものだ。

AI機能の医療機器承認には課題があるものの、データ活用による診療支援の実装は進んでいる。これまで記録が煩雑で残しきれなかった情報を効率的に整理・活用することで、「医療職の負担軽減と診療の質向上の両立が期待できる」と金子教授は指摘した。

患者へのヒアリングでは、リハビリ中に「自分がどのような状態で、どの方向に回復しているのかが分からぬ」という声が多く、将来予測やデータ提示の不足が課題としてあがつた。数値やスコアリングによって回復過程を可視化できれば、患者がより主体的に治療に向き合えると金子教授は感じており、これはまさにDXがもたらす意義の一つと考えられる。



「分身ロボットで人類の孤独を解消したい」

第66回 全日本病院学会 in 北海道

寝たきりの人も働くカフェも運営、ロボット開発者・吉藤オリィ氏



ロボット開発者の吉藤オリィ氏(オリィ研究所代表)は10月11日、北海道学会で講演し、自身が開発・デザインした分身ロボット「OriHime(オリヒメ)」(上写真)をはじめとする人が操るロボットで「人類の孤独を解消したい」と語った。脊髄性筋萎縮症(SMA)や筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症(ALS)など寝たきりの人でも働く「分身ロボットカフェ」(東京都中央区日本橋)の運営などを主導。分身ロボットの社会実装を進めている。

吉藤氏の研究者としての原点は高校時代。段差でも傾かない電動車椅子の新機構を発明し、2004年に世界最大の科学コンテストISEFでGrand Award

3rdを受賞した。その後、大学在学中に「OriHime」を開発。このほかALS患者が視線で操作する意思伝達装置や、車椅子パリアフリーマップ「WheeLog!」なども手掛ける。

「分身ロボットカフェ」では現在100名以上が「OriHime」のパイロットとなり、遠隔操作でロボットを通じて実際に接客の仕事をしている。

きっかけは自身の体質

遠隔ロボットで大学の授業に出席

吉藤氏が「OriHime」の開発を始めた契機は自身の病弱な体質により学校へ行くことが難しかったこと。大学の授業に出席できず、遠隔での受講を提案したところ却下されたので、自身の顔を型取りし首から上を模した遠隔操作できる簡易ロボットを作った。機知に富む行動で

幸い、出席が認められ「OriHime」の開発に繋がる端緒を掴んだ。

講演会場では、実際にSMA患者が遠隔で操作する「OriHime」でデモンストレーションも実施。パイロットを務めたマサさんは「分身ロボットカフェ」でも働く。一番面白かったエピソードを聞かれ、「ペッパー君がお客様として来たこと」と回答。「漫画を見ているようだった」と話し、会場を笑いで包んだ。

吉藤氏は、「分身ロボットで、たとえ寝たきりでも、会いたい人に会いに行く、家族や友人の旅行や買い物に同行することができる」と語った。

平均寿命と健康寿命の差は約10年

「分身ロボットで自身の介護を」

吉藤氏は「寝たきりになったあとの

キャリアを考えたことはあるでしょうか」と問い合わせた。現在の平均寿命と健康寿命の差が約10年であることも言及し「人生最後の10年は日常生活に制限がある」と指摘。「寝たきりの先輩」と称するSMAやALSの患者さんたちとのロボット開発を通じて、「どう生き方が自分らしいのか」を考えているという。



将来の目標については、「究極は、分身ロボットを使って自分の介護を自分でできるようにしたい」と語った。現在はカフェから街へ出て、移動困難者が街歩きガイドを行うことのできる「肩乗りOriHime」を開発中だ。

AIやDXが医療を変えて人が関わる意味を忘れない

第66回 全日本病院学会 in 北海道

「アフターコロナの病院のあり方について考える」をテーマに丸田氏が講演

北海道学会の「特別講演4」では、産婦人科専門医でタレントの丸田佳奈氏が、「アフターコロナの病院のあり方について考える」をテーマに、医師になった経緯など個人的な経験を語りつつ、病院のあり方について想いを語った。地域全体で患者の生活を中心に据えた包括的な医療を支える体制を構築することや、AIやDXが医療を変えていくても、人が関わる重要性を強調した。

丸田氏は北海道・網走で生まれ育った。網走は刑務所の街の印象が強いが、実際には流水や監獄博物館、オホーツク海の自然など、観光都市としての魅力にあふれているという。実家は「丸田組」という土木会社で、丸田氏は雪に、夏は潮風にさらされながら働く家族の背中を見て育った。

医師を志すようになったのは、高校時代に患った摂食障害がきっかけだった。摂食障害の苦しみの中で、「身体や心の仕組みを知りたい」「なぜ人は病

むのか」を考えるようになった。その頃テレビで放映されていた「振り返れば奴がいる」にも心を動かされた。

最近では、テレビやメディアに出演する機会が増えた。番組の現場に立つと、「医療をどう伝えるか」という難しさを丸田氏は痛感するという。スタジオでは活発な議論が展開されても、現実の医療現場はその何倍も複雑なため、理想と現実の間で悩んでしまうと語った。

美容医療を含む自由診療の現状についても言及。選択肢の多様化や利便性がある一方で、医師の判断や倫理観が問われる場面が多いと指摘した。高額診療を行な際も、患者本位の姿勢や医師としてのモラルを常に意識することの重要性を強調した。

日本の医療制度の話にも触れた。時代とともに医療政策の重点は変化し、高度経済成長期には病床数を増やすことが国策とされたが、最近は地域医療構造などにより、病床の機能分化・連

携が推進され、全体としての病床数は減少傾向にある。2020年以降の新型コロナは、医療提供体制の脆さを浮き彫りにした。急性期病院は感染症対応に追われ、通常診療が制限され、経営が一気に悪化。政府の対応により財政的には一息つくことができた。

一方、報道では「医療機関が補助金で焼け太りしている」といった誤った印象が流れることもあった。丸田氏は、「現場を知る者として、これは非常に残念なこと」と強調。実際には、補助金は感染対策や人件費補填など一時的な措置が多く、経営基盤を継続的に支えるものではなかったためだ。「むしろ、医療は常に綱渡りの状況で、余裕などほとんどない」と指摘。新型コロナ感染拡大の収束した現在、物価・賃金の高騰が病院経営を苦しめており、医療従事者が「使命感」で現場を守っている現実を、もっと正確に伝えていく必要があると訴えた。

こうした中で、地域医療をどう守っていくのかについて丸田氏は、地方の医師偏在が進み、高齢化した医療従事者が地域医療を支えている状況に懸念を示した。医療機関が単独で生き残るのはなく、関係機関が連携することにより、地域全体で患者の生活を中心に据えた包括的な医療を支える体制を築いていくことが重要との考えを示した。

包括的な医療提供体制の構築は、国の制度設計にとどまらず、地域の医療機関、行政、住民が連携して取り組むべき重要な課題である。医療の効率化やデジタル化が進む時代であっても、患者に寄り添い、適切に支える医療従事者の手と声が不可欠だ。丸田氏は、「人が関わる意味を忘れてはならないと思う」と重ねて強調した。



総合医の育成で拓く地域医療の未来

第66回 全日本病院学会 in 北海道

プライマリ・ケア検討委員会企画



北海道学会の「委員会企画2」では、当協会と日本プライマリ・ケア連合学会の共同で2018年より実施している「総合医育成プログラム」について、井上健一郎委員(社会医療法人春回会理事長)が当事業等で受託した「総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業」について説明した。厚労省補助事業として、①総合医として働く魅力の発信、②知識・スキル研修、③診療の場の提供の三本柱で中堅医師のキャリアチェンジを支援。eラーニング導入や受講料の減免など受講環境を改善し、地域で幅広く診療できる医師の育成を目指す。総合医の拡充は、地域医療の維持に不可欠であると強調した。

同プログラムで講師を務める日本プライマリ・ケア連合学会理事長の草場

鉄周氏は、「日本社会で求められるプライマリ・ケア」を主題に、地域包括ケアと総合診療の役割を俯瞰。多職種連携による継続的・包括的診療体制の重要性を説き、在宅医療・緩和ケア・医療的ケア児支援など多様なニーズへの対応が必要と述べた。さらに、2025年4月施行予定の「かかりつけ医機能報告制度」に触れ、総合医の育成が制度を支える鍵となると語った。

佐々尾航講師(北海道立羽幌病院)は「地域小規模病院における総合診療医育成」をテーマに講演。羽幌病院では医師7名中6名が総合診療医として地域医療を担い、在宅・救急・予防医療を一体的に実践している。研修医や学生を多数受け入れ、学びと診療の両立、ワークライフバランスに配慮した勤務体制を整備。多職種連携による教

育環境が好循環を生み、若手医師の地域定着にも寄与していると述べた。

木佐健悟講師(俱知安厚生病院)は「郡部中規模病院での総合医育成の取り組み」を紹介。地域医療を支える中核として、外来・病棟・救急・訪問診療を総合診療科が一体で担う現状を説明した。内科と総合医の違いを踏まえ、専門性と総合性のバランスを取る難しさを共有。専攻医からベテランまで段階的な教育が必要であり、地域病院で学びながら実践力を磨く仕組みづくりの重要性を訴えた。

大迫政彦講師(鹿児島市医師会病院)は、総合医育成プログラムの第1期生として、「全日本病院協会認定総合医」資格取得後の歩みとキャリア形成を語った。現場での多様な経験を通じて、

総合診療の意義を再確認し、専門医から総合医への転換が自己成長に繋がると述べた。後進に向けて「学び直しを恐れず、地域に根ざす医療を実践してほしい」とエールを送り、プログラムがもたらす可能性と継続的支援の必要性を訴えた。

本企画では、教育体制・制度・現場実践の三方向から総合診療の未来像が明確化された。多職種と地域が連携し、「面で支える医療」を構築することが、日本のプライマリ・ケアの持続的発展への鍵となる。座長を務めた牧角委員長、横倉副委員長は、「キャリアの華麗なる転換」が医師個人の再出発のみならず、地域医療の再生にも直結すると締めくくった。

強調した。

最後に奈良理先生(手稲済仁会病院副院長)が札幌市の高齢者救急の現状と課題を報告。救急出動件数は令和4年に10万件を超えて、特に高齢者の搬送が増加している。独居や高齢夫婦世帯、要介護状態の患者が多く、金銭的理由で受診が遅れ重症化するケースもあり、さらに症状の訴えが不明確な高齢者も多く、対応が困難な場面が増えていると解説。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及が不十分であり、入院前からのケアマネージャーとの連携が重要とされた。また、急性期拠点病院での救急医と病院総合医が連携する新たなシステム構築を提案した。

討論では、猪口座長が高齢者救急の病院機能分類上の明確な位置付けの必要性について問題提起。加納先生は「集約化あるいは分散化すべき医療機関を明確化し、地域力を活かすべき」と述べられ、林先生は「地域の実態を正確に把握するデータ収集と災害を見据えた体制構築の必要性」を強調。上村委員長は「公立病院の合併問題の解決と広域連携の重要性」を、奈良先生は「北海道の多様な地域特性に応じた柔軟な対応の必要性」を、それぞれ指摘された。

「高齢者救急」をテーマにパネルディスカッション

第66回 全日本病院学会 in 北海道

救急・防災委員会合同企画

救急・防災委員会は北海道学会の「委員会企画3」で同学会との合同企画として「高齢者救急－現状と未来－」をテーマに、「大都市」と「人口の少ない地域」から各2名の演者をお迎えし、パネルディスカッションを開催した。冒頭、座長の猪口正孝先生(全日病副会長、令和あらかわ病院理事長)は、新たな地域医療構想における「医療機関機能」の協議が各地域で来年度以降に始まるタイミングで、高齢者救急の役割を再確認し、都市部と地方での「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の捉え方を議論する好機であると挨拶した。

最初に加納繁照先生(加納総合病院理事長)が、日本の救急医療の現状と高齢者救急の課題を俯瞰的に解説。「234876の法則」より日本の医療は民間病院が担っており、都市部では民間病院が面で、地方では公立病院が点で支えていると述べられた。また非課税の公立病院が年間8,500億円以上の補

助金を受けており、民間病院との競争条件の違いを説明。そして高齢者救急の増加傾向と民間二次救急病院の重要性を指摘した。特に、症状・微候・診断名不明確である高齢者の救急搬送が増加しており、高齢者救急の定義の不明確さを指摘、これらは二次救急病院が担うべきとも強調した。

続いて林秀樹先生(ホウエツ病院理事長)が徳島県美馬市の事例を報告。徳島県は公的病院の割合が高く、ホウエツ病院は民間の二次救急病院として地域密着型医療を提供。ヘリポートを設置し、ドクターヘリを活用して高度医療機関とも連携する体制を構築している。徳島県は既に2040年を超えた人口構成となっており、高齢者も減少傾向にある中で医療崩壊の兆しが見られ、地域格差の拡大が課題とされた。また、現存する地域の医療機関や施設の状況、環境をより詳細なデータで知り、さらに連携を重視する重要性を述べた。さらに将来的に南海トラフ地震の発生が

予測されており、災害医療体制の整備も重要だと述べた。

次に上村晋一委員長(阿蘇立野病院理事長)が熊本県阿蘇地方の現状を紹介。同病院は2016年の熊本地震で一時閉鎖を余儀なくされた経験があり、地域医療の脆弱性の中で阿蘇地方の救急搬送件数は新型コロナの影響はあるものの、10年間で4.5%増加し、高齢者(65歳以上)の割合は61%から68.8%に増加と、全国の傾向と同様である旨を報告した。また、在宅救急の状況として、自宅からの搬送割合が5年間で4.2%増加し、施設からの搬送も2.5%増加しているとも説明した。

一方、搬送高齢者では入院が必要な中等症の割合が54.2%から49.3%に減少している。上村委員長は「既に人口減少が起きている地域では入院を必要とする中等症の救急搬送が減少しており、地域を超えて病院同士が手を取り合い、診療所とも連携して入院確保のための体制を強化する必要がある」と

看護師の特定行為研修制度の見直し議論に提言へ

第66回 全日本病院学会 in 北海道

委員会コラボ企画 高齢者医療介護&看護師特定行為研修



今から10年前の2015年に看護師の特定行為制度が施行され、その設立背景として①超高齢化社会における医療ニーズの多様化②医師がいない地域医療や在宅医療の分野での看護師の役割拡大③医師のタスクシフト・タスクシェア等が挙げられる。現在(2025.9)特定行為修了者は、約1万4000人まで増えているが、厚労省が掲げる「目標10万人」まではほど遠く、修了者のほとんどが病院での勤務で、在宅医療の要となる訪問看護ステーションや介護施設を含めた高齢者施設にはごくわずかしかいないのが現状である。

今回の委員会コラボ企画では、この現状にフォーカス。制度の設立に尽力した当協会会長の神野正博先生からは、経緯を含めた全体像の説明があった上で、当会が目指す修了者はスペシャリ

ストではなくジェネラリストである旨を話された。続いて副会長の美原盤先生から、当協会が令和6年度に厚生労働科学研究費補助金事業で行った「介護保険施設における特定行為研修修了者に関する調査研究」の結果報告と介護保険施設における修了者の養成及び組織的配置と活動の現状を話された。特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院における特定行為修了者の従業率は3%程度で、設立背景と異なることがわかった。施設長の60%が特定行為を認知していないことも明らかになった。まずは施設長に特定行為修了者の有用性、特定行為の研修に費用負担・人的な手当が必要となることを、知つてもらうのが重要であると考えた。そのために特定行為研修を受けてもらうガイドラインを作成した。

現場からの報告として特定行為研修修了看護師2名にご登壇いただいた。急性期病院から社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院の大津千春氏と、社会医療法人祐愛会の介護老人保健施設ケアコートゆうあいの山口賢太氏である。

大津氏は、同法人が実施する研修で外部を含め計23名の修了者を輩出し、現在14名が在籍していると説明。特定行為は初回訪問のうちに手順書を確認して提供し、その記録はテンプレートで行うため、情報共有とデータの集積が進んでいる。スキルアップや後輩への指導は、褥瘡回診やRRS活動に携わっているとも報告した。課題として周囲の理解不足を挙げた。

山口氏は、法人の理念「Ageing in place」を達成するための取組みを紹介。特定行為研修修了看護師が、組織横断的にインスリン・Picc・酸素投与や褥瘡治療を提供している。その結果、ケア方法の統一・医療ニーズが高い人・緊急入院へ対応可能と報告した。

また、臨床推論を利用して脱水と判断し、手順書に従い輸液を行い、早期に改善できた症例を報告した。特定行為研修修了者の存在が、ケアの質向上・統一、早期発見につながると報告した。課題は同様に、特定行為をアピールできていないことであった。

指定発言では、当会特別委員の池上

直己先生が、看護師特定行為研修は急性期病院だけでなく、ケアミックスや療養型病院、さらには在宅においても貢献する点を強調。研修の共通科目に①「ケアマネージャーの役割」と②「看取りケア」を加える必要があると述べられた。

最後の総合討論では様々な討論があり大変盛り上がった。大津氏と山口氏からは、ケアミックス病院や老人保健施設に修了者の活躍の場が多く存在し、修了者の関与によりケアマネージャーの作成するケアプランの充実や、主治医の意見書作成に現場の実情を反映するなど良い影響も及ぼすとの話もあった。看取りケアにおいて修了者が関与する意義も説明された。

神野先生と美原先生からは、この制度が始まり10年を経過し、厚生労働省において制度の見直しが行われている今、池田先生ご提案の上記2点を共通科目へ追加するよう提案してはどうかとのご意見を頂いた。これを受け、合同委員会として厚生労働省に提言する方針を確認し、会を終了した。

「病院給食の大改革」をテーマにパネルディスカッション

第66回 全日本病院学会 in 北海道

医業経営・税制委員会企画



全日本医業経営・税制委員会は北海道学会の「委員会企画5」で「病院給食の大改革」と題し、3名の演者を迎えるパネルディスカッションを開催した。

座長：医療法人赤枝会

赤枝病院院長 須田雅人 氏

「病院給食改革に向けたプロジェクト」発足の背景と、持続可能性のある地域ぐるみの提供体制実現に向け、本企画をきっかけに地域内の病院・介護・居宅・学校・企業への配食をセントラルキッチンで担う方向を目指していく旨を説明した。

演者①：公益社団法人日本栄養士会

代表理事長 中村丁次 氏

「なぜ、病院給食は大事なのか～持続可能な病院給食を目指して～」

傷病者への給食や栄養管理は、患者の生命と生活の維持、疾病の治療と増

悪化防止を目的とした医療の一環という2つの特別な意味をもつて解説され、病態による栄養素の必要量や食事形態の違い、栄養アセスメント・栄養診断・栄養介入・モニタリング等による栄養ケアプロセスに基づいて実施する点など病院給食の4つの特徴を挙げた。さらに、普遍的価値として経口摂取の重要性を食欲や味覚、内分泌系や神経系の調節、食品に含有される未知の栄養・機能成分の摂取など6つの面から述べた。「病院給食は今後も医療の一環として運営されるべき」と主張。「持続可能性に向け、さらに患者満足度やコストパフォーマンスを高める必要がある」との認識を示し、「給食と臨床栄養管理の連携と最先端のAIやロボットを活用した調理・保存・流通のシステム化で、多領域・多職種の連携、行政の協力、開発費の投資、人材の養成が必要になる」と強調した。

演者②：森ヘルスケア・サポート株式会社
代表取締役社長 森清司 氏
「病院給食改革に向けたプロジェクトの取組みから地域包括栄養ヘルスケア

システム構築へ」

病院給食を取り巻く環境として、人手不足や様々なコスト上昇による収支の悪化、委託会社からの値上げ・撤退要請等に基づく持続可能性が危ぶまれている状況と、新たな取組み事例を報告。その上で、「病院給食改革に向けたプロジェクト」の概要として、5つの検討テーマ（基準統一・提供方法・規制緩和・対外発信・現場研修）を解説した。

1つの解決策として将来像「地域包括栄養ヘルスケアシステム」の構築に向け、地域におけるセントラルキッチンや完調品の集配センターにて病院・介護施設・在宅・学校・職場へ給食を提供するとのイノベーションアイデアについて言及した。

演者③：社会医療法人博愛会

理事長 細川吉博 氏

「セントラルキッチンに移行して～クックサーブからニュークックチル方式へ～」

厨房の課題から、「第3の道」として持続可能な食のインフラ「直営厨房+直営セントラルキッチン」を自ら構築した背景を解説した。

細川氏の「十勝セントラルキッチン

なないろ」は、ニューケックチル（再加熱カート配送）、クックチル（バルク配送）方式や、献立の統一、食種（病院71、老健15⇒全施設9）及び食形態（8⇒4）を標準化。博愛会メディカルグループ11施設（2000食/日）、外部施設21施設（1100食/日）へ提供している。

成果として、業務簡素化、作業環境改善、精神面・時間的な余裕による安定性と品質向上が図られ、パート化の実現や厨房人員削減、栄養管理業務への注力などの働き方改革にもつながり、単月黒字化した収支改善の状況にある。

細川氏は、課題としてメニューの多様化や配送体制をあげつつ、「未来の病院給食」を目指して「365日3食を、絶対に止めない仕組み」や「1日3度の食事の楽しみの提供」の実現に向け引き続き取組む決意を表明した。

パネルディスカッション

フロアから4名の方が食形態絞り込みへの苦労や医師の説得、患者の反応、栄養基準の集約や今後の拡げ方にに関する質問があがったほか、登壇者らに対し長期在院患者に関するアドバイスを求めるなど、活発な議論が展開された。

医療法等改正案の審議再開

臨時国会

上野厚労相が衆院で趣旨説明

2025年の通常国会へ提出した内閣提出法律案59件のうち唯一継続審議となつた「医療法等の一部を改正する法律案」（医療法等改正案）の審議が再開した。同法案は△「新たな地域医療構想」

の策定△医師偏在対策△医療DXの推進に要する事項で構成。11月19日、上野賢一郎厚生労働大臣が衆議院の厚生労働委員会で趣旨を説明。本格的な審議は同21日から始まった。

施行期日は一部を除き

2027年4月1日

上野厚労相は同法案の趣旨説明で「地域における医療提供体制について、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や、現役世代の減少等の課題に的確に対応できるようにするため、質が高く、効率的で持続可能な体制を構築することが求められている。こうした状況を踏

まえ、地域における医療機関の機能分化・連携を推進し、医師偏在の是正及び適正な医療の提供のための環境整備、並びに担い手が不足する医療現場における業務効率化の促進により、良質かつ適切な医療提供体制を構築する」と説明した。同法案の施行期日は、一部の規定を除き2027年4月1日となっている。

2025年度 第7回常任理事会の抄録 10月10日

【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。

北海道 医療法人新札幌整形外科病院

理事長 吉本 尚

愛知県 医療法人羊蹄会小牧よう

てい記念病院

理事長 中川 拓

福岡県 福岡県社会保険医療協会

社会保険大牟田天領病院

院長 向山 政志

宮崎県 一般社団法人藤元メディ

カルシステム藤元総合病

院

院長 前原 直樹

結果、在籍正会員数は合計2,589会員となつた。

●準会員として以下の入会を承認した。

大阪府 医療法人大阪桜十字桜十字グランフロント大阪ク

リニック

院長 木村 晋也

広島県 医療法人工ム・エム会ク

リニック広島健診

理事長 白川 泰山

結果、在籍準会員は合計176会員となつた。

●2026年度事業計画及び予算編成作業日程（案）について説明があり、審議の結果、作業スケジュール等が了承された。

●病院のあり方委員会特別委員の追加について説明があり、審議の結果、承認した。

・新特別委員：吉村 健佑
(千葉大学医学部附属病院 次世代

医療構想センター長 特任教授）

●人間ドック実施指定施設の申請について審議し、満場一致で可決確定した。

<人間ドック>

北海道 社会福祉法人北海道社会

事業協会帯広病院

院長 吉田 一郎

群馬県 医療法人石井会石井病院

院長 新井 正明

東京都 医療法人社団治成友シグ

マクリニック

理事長 田中 弦

神奈川県 医療法人横浜博萌会西横

浜国際総合病院

理事長 三瓶 建二

神奈川県 医療法人社団哺育会桜ヶ

丘中央病院

院長 島崎 猛

福岡県 医療法人清和会長田病院

理事長 長田修一郎

福岡県 医療法人徳洲会福岡徳洲

会病院

院長 乘富 智明

北海道 医療法人社団静和会静和

記念病院

院長 神山 俊哉

人間ドック実施指定施設は合計

429施設となつた。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会の総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会、費用対効果評価専門部会、保険医療材料専門部会、消費税負担に関する分科

会について報告があり、質疑が行われた。

「社会保障審議会・医療部会」について報告があり、質疑が行われた。

「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「医療事故調査制度等の医療安全に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

●第67回全日本病院学会in埼玉について

第67回全日本病院学会in埼玉のポスター等が報告された。

【開催概要】

開期：2026年9月12日（土）

・13日（日）

会場：ソニックシティ、

パレスホテル大宮

テーマ：医療人魂

～未来へ紡ぐ地域医療を彩

の國から～

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能（～順不同）

【3rdG: Ver.3.0】

○一般病院1

東京都 春山記念病院

東京都 墓田中央病院

神奈川県 戸塚共立第2病院

三重県 永井病院

○一般病院2

北海道 札幌徳洲会病院

北海道 手稻溪仁会病院

京都府 京都民医連中央病院

沖縄県 ハートライフ病院

◎リハビリテーション病院

静岡県 掛川東病院

北海道 釧路孝仁会リハビリテー

ション病院

北海道 花川病院

◎精神科病院

大分県 衛藤病院

9月5日現在の認定病院は合計2,168

病院。そのうち本会会員は902病院と、

全認定病院の41.6%を占める。

●厚労省、日医、各団体報告について

一般社団法人日本専門医機構理事会

（第16回）の報告が行われた。

【主な討議事項】

●地域医療構想のその先について

「新たな地域医療構想等に関する検討会」「地域医療構想及び医療計画等に</

医師事務作業補助の生成AI等活用に道筋か

中医協総会 診療側、支払側の双方から前向き意見

生成AI等による作業効率の向上や労働時間削減などの効果を踏まえた診療報酬上の評価について、2026年度の診療報酬改定に向けた具体化が進みそうだ。11月19日、中医協総会(小塩隆士会長)で医療関係者らが名を連ねる診療側の委員から前向きな意見が出たのに続き、医療保険者らの代表が並ぶ支払側の委員からも具体的な検討を求める意見が出た。医師事務作業補助の観点での活用を促す流れになりそうだ。

全日病の神野正博会長や津留英智常任理事が、「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)や中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)で求めてきた人員基準などの緩和とセットにした生成AIなどICTの活用による効率化・時間短縮等の評価となるかに注目だ。

いくつかの業務は、生成AIやICTで労働時間短縮や作業効率が上昇

厚労省は同日、働き方改革に関する検討事項のうち「医師事務作業補助体制加算」を議題とし、ICTを活用した医師事務業務の省力化等に関わる取組みや、「医師事務作業補助者が実施している業務とICT活用のイメージ」などを提示した。

「ICT活用のイメージ」では、文書作成支援システムによる「診断書等の文書作成補助」や、音声入力による「診療記録への代行入力」、Web問診やAI問診を活用した「診療前の予診」

などに加え、RPA(Robotic Process Automation)を活用した「臨床データに関する調査・代行入力」や「教育や研修、カンファレンス準備」、画像ファイリングシステムを使った「診療録や画像結果などの物的整理」などの事例を紹介した。

論点は大きく2つ

省力化の取組みの評価など

その上で、「医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される」との考えを示し、以下の2点を論点としてあげた。

- 地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少を踏まえ、地域医療体制確保加算における、年度毎の時間外・休日労働時間の上限基準の漸減について、今後のあり方をどのように考えるか。
- 医師事務作業補助において、生成AIを活用した文書作成補助システム等が、作業効率の向上や労働時間の削減効果を示していることを踏まえ、生成AI等のICTを活用して医師事務業務の省力化の取組を進めるにあたり、その評価についてどのように考えるか。

「試金石」「RPAなどに言及を」など前向きな意見が相次ぐ

日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、「現状、生成AIは医療機関の規模により、毎月20万円から50万円程度の費用がかかる」と指摘。その上で、「医療従事者の負担軽減は質の高い医療にもつながりますので、生成AIが活用できる評価に高めるとともに、(同加算の)対象病棟の拡大や要件緩和などについて積極的に検討すべき」との考え方を示した。使用する生成AIについて「どのようなものが対象となるのか、現場で運用しやすいよう、ある程度明確化しておくことが必要」とも述べた。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「生成AI等を使って、また医療DXを使って生産性を上げていくというものを診療報酬上で評価していくのか、一つの大きな試金石だろう」との見方を示し、「(医師事務作業補助者の)人数を少し減らしても継続して認めるというような形の対応の仕方もあるだろうし、別の加算等を作つて促すということもあるかと思う」と述べ、評価のあり方はさまざまと主張。「どのような形で診療報酬上、評価していくのが適しているのか、上手な方法というのもぜひ医療課の方でもご検討いただきたい」と求めた。

全国自治体病院協議会副会長の小阪真二委員は、「RPAが非常に有効」と指摘。「1人の医療事務採用者ができる仕事がもう飛躍的に増える。人員配

置をどれぐらい緩和できるのかという視点で、RPAという言葉も入れていただきたい」と述べ、RPA導入による効率化等も評価の対象であるとの方針を明確化すべきと訴えた。

保険者も賛成、「ICTの導入による省力化、さらに進めて」

健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、ICTや生成AIの活用による省力化による評価について、「実際に導入している施設はまだ限定的だが、補助者の配置だけでなく、こうした取組みを推進していく方向性は理解できる」と賛意を示した。「具体的に何人分の補助者に当たるのか、慎重に見極める必要はあるが、あくまで事務作業ということで一定の整理はできる」との見方も示した。

全国健康保険協会理事の鳥渕美夏子委員も、「ICTの導入による省力化を今後さらに進めていくよう、評価のあり方についても検討していくべき」と賛同した。

三重県桑名市長の伊藤徳宇委員は小阪氏と同様、RPAの有用性を評価。「生成AIとRPAを組み合わせることによって、これまでにない非常に大きな業務効率化が期待できる」との認識を示し、「しっかりとこういったものが現場で導入できるよう、診療報酬でも後押しを」と求めた。

院長には全人的な要素が必要、全日病・猪口副会長

地域医療構想&医療計画検討会 「医師少数区域等での勤務経験で縛るのは違う」

全日病の猪口正孝副会長は11月14日、構成員を務める厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、「医師少数区域等での勤務経験」を管理者の要件として求める医療機関の範囲拡大などについて「待った」をかけた。「管理者要件には全般的な要素があると思う」との認識を示した上で、「この要件で縛り

つけていくと、非常に限られた人間の中から病院が院長を決めなければならなくなる」との懸念を表明。「この要件以外にも、いろいろなものが加わるなど、他の要素とも組み合わせながら検討すべき」と述べ、さらなる検討を求めた。「病院の管理者の方から見て、知識と経験だけではなく、多職種を束ねるリーダーシップや、人事・総務的

な経営的な知識、将来の方向を決めるような総合判断力などが必要」と考えている。

地域医療支援病院に加え、公的医療機関、JCHO、NHO等への拡大案

厚労省は、「医師少数区域等での勤務経験」を管理者要件として求める考え方。同日の検討会では、管理者要件と

する医療機関の範囲について、これまで想定していた地域医療支援病院に加え、△公的医療機関△国立病院機構(NHO)△地域医療機能推進機構(JCHO)△労災病院にまで拡大する案を提示。さらに、「医師少数区域等での勤務経験」は原則で積み上げなども考慮しつつも1年間は必要との考えも示した。

■ 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
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 事務管理領域 60名 40名	2026年1月31日(土) 12:30~16:00	9,900円(14,300円)(税込)	毎年の恒例となっている病院機能評価受審の支援を目的とする2部構成のセミナー。第1部では、「診療・看護・事務管理」それぞれの最近の病院機能評価の傾向と対策に関する講演が主体、第2部は「診療・看護合同領域」か「事務管理領域」のそれぞれ少人数のグループに分かれて事前に提出いただく自院の自己評価調査票に基づき講師と意見交換する。「事務管理領域」の第2部では、意見交換の前に「押さえておきたい『3rdG: Ver. 3.0』のポイント」がテーマの講義も予定している。
QMS実践セミナー【演習編】 医療業務の見える化と標準化が経営を変える ~属人性からの脱却が、病院を強くする第一歩~ 60名	2026年2月14日(土) 10:00~16:00	15,400円(22,000円)(税込)	理事長、院長、看護部長、医療の質・安全担当者向けの内容として、業務の「見える化」や「標準化」、業務改善を目指してPFC(Process Flow Chart)などの活用を学ぶセミナーとして座学と演習で構成する。医療にQMS(Quality Management System: 質マネジメントシステム)を適用してきたQMS-H研究会の代表・金子雅明先生(東海大学教授)のご講演のほか、QMS実装例として、①調布東山病院(東京都、一般83床)、②川口市立医療センター(埼玉県、一般510床)、③大久野病院(東京都、回りハ・療養100床)が自院の取組みを共有する。演習では、PFCを用いた医療プロセスの標準化を学ぶ。なお、本研修会は全日本病院協会・日本医療法人協会及び四病院団体協議会が交付する「医療安全管理認定証」を継続更新するための研修(2単位)に該当する。