



全日病 ニュース

2022.3.15 No.1005

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

地域医療構想など医療提供体制改革の進め方を確認

厚労省・地域医療構想等WG 猪口会長が現状の問題点の早期解決を求める

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3月2日、地域医療構想など医療提供体制改革の進め方を確認した。新型コロナが収束していない状況だが、厚労省は、人口構造や医療需要の変化への対応は喫緊の課題で、先延ばしはできないとの姿勢だ。

医療提供体制改革の今後のスケジュール(右下図参照)をみると、地域医療構想が2025年度までとなっている。2025年度は団塊世代がすべて75歳以上となる時期であり、高齢者医療費が急増し、医療制度改革の目安となる時期であるためだ。ただ、人手不足が深刻になる2040年度までを見据えた改革も重要。このため、2025年度以降の地域医療構想の考え方も示すべきとの意見が相次いだ。

全日病会長の猪口雄二委員は、2025年度以降の地域医療構想を考える際に、早期に現状の問題点を改善しないと、データ収集・分析を行う時間を含め議論が間に合わなくなると指摘した。特に、地域医療構想が想定する高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4区分の医療機能のうち、「回復期」が不明確であり、再整理が必要と主張した。

さらに、現状では病棟単位での報告を病院に求めているが、病院単位の機能を示さなければ、「住民にも、連携する診療所にもわかりにくい」と述べた。具体的には、高度急性期の大病院、地域包括ケアを支える二次医療圏における急性期病院、地域密着型の病院の3類型で示すのがわかりやすいと主張した。

また、厚労省は同日、「医療提供体制の国際比較」を提出した。医療提供体制の各指標における日本とOECD諸国との比較を様々なデータで示しており、その中に、人口千人当たりの病床数の比較がある。

猪口会長は、「日本は人口当たり病床数が突出して多いにもかかわらず、新型コロナの重症患者を受け入れる病床が少ないと揶揄された。しかし、同じ機能を持った病床数を比べれば、誤解は避けられる」と述べた。

提示された資料では、一般病床で比べると日本は世界一だが、高度急性期・急性期の病床数の比較では韓国、ドイツに次いで3番目となり、他の国との

比較でも大きな違いではなくなる。

医療機関の役割分担めぐり議論

新興感染症等にも対応できる医療提供体制を構築するために、人材を含めた医療資源を集約化すべきとの主張をめぐり議論も行われた。

全日病副会長の織田正道委員は、「新型コロナのオミクロン株の感染拡大でわかったことは、高齢者施設などでクラスターが発生した場合の(新型コロナの症状が軽症である)認知症や要介護の患者への対応は、地域に密着した病院が担うことが効率的であるということだ。そうしないと、大病院が重症者対応に集中できなくなる。地域の中

小病院は、一つの病院で対応できる患者の数は少ないかもしれないが、病院数が多いので、全体ではかなりの数になる」と説明。大病院をつくって、そこに設備と人材を集めれば物事が解決するといった意見に反論した。

他の委員からも、同様の意見が相次ぎ、重症患者への対応を担う医療機関と中等症・軽症患者への対応を担う医療機関との適切な役割分担が重要との見解で概ね一致した。また、新型コロナでも、変異株の種類により、必要となる医療提供体制の役割分担が異なるため、感染症の特性に応じた体制をその都度構築する柔軟性を備えることの重要性も指摘された。

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	...	2030年度	...	2036年度	...	2040年度
医療計画	検討会・各WGでの議論・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正	各都道府県での計画策定	第8次医療計画(2024~2029)			第9次医療計画(2030~2035)		第10次医療計画(2036~2041)		
新型コロナ対応	政府において対応の(5)まとめ	とりまとめ結果を踏まえた対応								
地域医療構想	地域医療構想(～2025)									
外来医療・かかりつけ医療機能	外来機能報告の実施準備(～9月頃)	報告の実施・集計(～12月頃)	地域の協議の場での協議・紹介受診重点医療機関の公表(～3月)	各都道府県での外来医療計画の策定	外来医療計画(第8次医療計画)			外来医療計画(第9次医療計画)		外来医療計画(第10次医療計画)
医師の働き方改革	医療機関の準備状況と地域医療への影響についての実態調査(複数回)の実施			(B)水準:実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討			2035年度末を目途に解消予定			
	実態調査を踏まえ、都道府県が圏域単位で地域医療への提供を検証し、地域の医療関係者間で地域医療の確保について協議・調整			(C)水準:研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証			2024年度より施行			

オンライン診療の指針改訂に対し様々な質問

社保審・医療部会 診療前相談や医師の居場所などの明確さが求められる

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は2月28日、厚生労働省から「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂の概要や、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の第5次中間とりまとめの報告を受けた。全日病副会長の神野正博委員をはじめ、委員から様々な質問が出た。

今回のオンライン診療の指針改訂では、菅義偉前政権の方針を背景に、初診からのオンライン診療を可能とし、その場合の条件を整えるための見直しが行われた。「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行う場合は、オンライン診療の前に診療前相談を実施する必要がある。

診療前相談は、「診断、処方その他の診療行為は含まない行為」とされており、オンライン診療を実施することについて患者と医師が相互に合意する場としている。

神野委員は、「医師は患者の相談を聞きながら、臨床推論を行い、検査などを実施して鑑別する。臨床推論の段階から、診断は始まっているので、診療前相談と診断の垣根がわかりにくい。患者にとっても、どこからが保険診療でどこまでが保険診療でないのかがわ

かりにくいのではないかと質問した。

厚労省医政局の山本英紀医事課長は、「診療前相談は、考え方としては、医師・患者間で映像を用いたりリアルタイムのやり取りを行い、医師が患者の症状および医学的情報を確認する行為。適切な情報を把握し、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断するというものであり、診断は含まない」と説明するにとどめた。

また、神野委員は、医師が新型コロナ感染者の濃厚接触者になったために、自宅待機となり、患者が病院に来てオンライン診療を実施するという、自院(恵寿総合病院)での経験を踏まえ、オンライン診療には様々なパターンがあることから、オンライン診療が認められる明確な規準の整理を求めた。

山本医事課長は、医師の居場所を含め、様々なパターンがあることから、詳細を整理する必要があると答えた。

そのほか、委員からは、新型コロナの感染拡大に対応した時限的・特例的な電話・オンライン診療が実施されている現状で、2022年度診療報酬改定により、新たな点数や要件が設定されたことから、来年度からのオンライン診療の実施内容の明確化を求める意見が

上がった。

病院の医師不足の懸念相次ぐ

医師需給分科会第5次中間とりまとめに対しては、「2029年頃に需給が均衡し、その後人口減少に伴い将来的には医療需要が減少局面になるため、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要である」と明記されたことから、医師不足の現状が続くことを懸念して、病院団体の委員から意見が相次いだ。

具体的には、「将来的な女性医師の増加と働き方を見込んだ医師需給推計を示すべき」(加納繁照委員・日本医療法人協会会長)、「女性医師の増加を踏まえれば、男性医師の増員が必要」(山崎學委員・日本精神科病院協会会長)、「地域枠を増やしているが、症例が少ない地域ではなく、症例が多い地域で研鑽を積みたいという医師の気持ちはある意味当然」(相澤孝夫委員・日本病院会会長)、「病院の医師不足を解決するには、一定の診療所の開業制限が必要」(小熊豊委員・全国自治体病院協議会会長)などの意見が出た。

また、特別措置病室の防護措置・汚染防止措置の基準を了承した。



放射線医薬品等による治療を受けている患者の入院においては、原則、放射線治療病室に入院することが、医療法施行規則で規定されている。ただし、適切な防護措置・汚染防止措置が講じられている場合は、一般病室である特別措置病室に入院することができる。

このほど、呼気に放射能が検出されないなど特別措置病室での使用が想定されるルテチウムオキソドトロチドの薬事承認を踏まえ、特別措置病室の基準を明確にする。4月に改正医療法施行法規則を公布する予定だ。

放射線治療病室は初期投資や維持費が極めて高く、病床数が不足しているとの実態がある。

本号の紙面から
個人情報保護に関する調査報告 2面
2022年度改定の関係法令、通知 3面
AMAT 隊員養成研修を開催 4面

報告 2021年度 個人情報保護に関するアンケート調査報告

電子カルテ・オーダーリング等のシステム導入施設が8割超える



個人情報保護担当委員会 委員 森山 洋

情報開示請求を受けた施設が過去最高に

当会では、2006年より「個人情報保護法認定保護団体」の活動として、全会員施設を対象に個人情報保護管理に関する継続したアンケートを実施し、以来15年を経過した。

アンケート結果は例年本紙にて簡易報告を掲載している。全体報告については、協会のホームページに掲載するので、詳細はそちらを参照されたい。

なお、本年は経年評価は行わないこととした。

【調査方法等】

・調査票を病院個人情報管理担当者に①データ送信によるPDFファイル送信②メール利用による③郵送④FAXを併用送付し、自記入後記名で、郵送、FAX、PDFにて返送された。

・会員病院2,537病院(前年2,552病院(前年比▲15))

・回答施設数419病院(前年623(前年比▲204))

・回答率は16.5%(前年24.4%(前年比▲7.9ポイント))と回答施設数、回答率ともに前年比で大幅減少した。

・経年評価のための連続提出施設は9年連続で21施設であった。

・調査期間は2021年11月24日から12月24日、更に回収率向上の為、最終的に1月7日まで締切延長した。

【回答率】

回答率は過去最も低い16.5%となり、初めて20%を割り込んだ。理由としては2点考えられ、1つは先行して設問が近いコロナ禍の個人情報に関わるアンケートを実施したことである。2つ目は、その影響で、調査時期が年末

年始の多忙期に後ろ倒しになった上に、期間が短くなったことだと推察している(表1)。

以下、設問群毎に結果・考察を概要報告する。

【設問1. 回答施設概要】

設立主体、病床構成については例年と比して大きな変化は見られなかった。しかし、回答病院の病床規模を例年と比べると、①99床以下の割合は例年27~29%であったが、本年は43.4%と大幅に増加した。一方、②100~199床は例年35~39%程度であったが、本年は16.7%に減少、③200~499床も例年25~30%程度が14.1%へと落ち込み、規模が大きな病院からの回答数が減った。

【設問2. 組織的対応】

2(1)個人情報管理責任者、(2)監査責任者の設置の有無、設置職種についての設問では、全体として特に変化は見られない。

2(3)規定、誓約書等整備では変化は見られなかった。(4)掲示物についてもホームページへの掲載を含めて60%程度が既に整備・対応している傾向に変化はない。

2(5)から(8)は情報システムに関わる設問である。

2(5)電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況では、①の電子カルテ・オーダーリングの両方を導入している施設割合が初めて7割を超え71.4%となった。②オーダーリングのみの9.1%と合わせると80.5%となり、ほぼ情報システム導入が標準といえる状態となった(表2)。

態となった(表2)。

(6)セキュリティ対策から(8)SNS制限までは、セキュリティ関連の設問だが、(7)個人情報の外部持ち出し制限実施内容の設問において、本年⑦持ち出しに当たって事前の申請および許可の項目を追加し、18%の施設で実施していることが新たにわかった。

【設問3. および4. 研修への取り組み】

設問3は院内、設問4は外部研修に関わる設問である。3.(1)院内研修実施の有無では、実施率は81.9%(前年81.1%)、(2)実施時期は入職時、単独、併催で約9割、(3)対象は全職員が93.9%、(4)開催回数は1回が60.1%、2回が25.1%、3回が14.3%で例年と全く変化はなかった。

設問4の外部研修の活用では、昨年来のコロナ禍による影響が見られる。4(2)参加職種、(3)主催者に変化はない。4(1)の設問では外部研修参加は、例年30%程度で変わらなかったが、昨年は16.5%となり、本年は更に13.1%まで減少した(表3)。

【設問5. 保険加入・苦情・補償/設問6. 相談・問合せ】

5(1)個人情報漏えい保険加入状況は、①加入しているが35.8%(前年30.7%)で、増加傾向にある。(2)苦情発生時の相談相手は、弁護士が41.7%(前年40.2%)だった。(3)苦情発生の有無と(4)金銭補償例の有無は、特に増加傾向はなかった。

6(1)個人情報保護に関する相談・問い合わせの有無では、①相談有りは例年と変わらず7%前後で推移。自由記載欄でも特別な傾向は見られなかった。

【設問7. 開示請求】

7(1)病院で定める正規の手続きを経た診療情報開示の請求を受けた施設は85.7%(前年78.2%)と過去最高を記録した。(2)開示請求者で、年々、

比率が上がってきた⑦弁護士が16.9%(前年14.0%)となり、ついに①本人の15.2%(前年14.1%)を抜いて1位となった。(3)不開示とした事例が1件以上あった施設は6.4%だった。(4)開示請求件数の傾向では、①増加したと回答した施設が29.4%だった(前年29.5%、過去年最高は35.9%)。(5)開示方法の周知方法、(6)開示費用について変化はなかった。

【設問8. マイナンバー制度・個人情報保護法改正】

2015年改正についての認知度は71.8%だった(前年70.1% 過去6年間の最高79.2%)。(2)改正への自院対応は80.7%(前年78.0%)。(3)法への対応内容では、規定の改訂、職員教育、システム改訂の順に多くっており、過去の傾向通りであった。(5)の具体的な対応の自由記入欄からは、マイナンバー手順の規定化、入院ネームプレートの撤去、電話取次方法の厳格化、外来呼び込みの番号化などの対応が多かった。

【設問9. 2020年改正/設問10. 2021年改正の認知度】

設問9の2020年改正の認知度は75.4%(前年49.6%)、設問10の2021年改正の認知度は63.2%で、それぞれ認知度が上がっており、対応について検討している様子が窺えた。

【設問11. (新設) COVID-19に関連した個人情報の取り扱い】

(1)COVID-19患者の行動歴など患者情報を保健所から求められたときの患者同意については、①同意を取るのが51.6%(前年57.3%)、②同意は要らないが46.3%(前年37.6%)で、同意は必要ないという回答が8.7ポイント増加した。

自由記述では、「非常事態であり個人情報保護より感染拡大防止が重要あるいは優先」、「感染症法15条や個人情報

表1 回収率等推移(過去9年抜粋)

回収状況	全体								
	2021 件数	2020 件数	2019 件数	2018 件数	2017 件数	2016 件数	2015 件数	2014 件数	2013 件数
調査対象病院数	2,537	2,552	2,556	2,519	2,504	2,484	2,445	2,409	2,442
回答施設数	419	623	779	576	719	679	524	716	678
回答率(%)	16.5	24.4	30.4	22.9	28.7	27.3	21.4	29.7	27.8

表2 電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況

導入状況	全体											
	2021年 (n=419)		2020年 (n=623)		2019年 (n=779)		2018年 (n=576)		2017年 (n=719)		2016年 (n=679)	
	回答数 (件)	構成割合 (%)										
①電カル・オーダーリング 両方	299	71.4	407	65.3	486	62.4	321	55.7	399	55.5	357	52.6
②オーダーリングシステムのみ	38	9.1	59	9.5	76	9.8	67	11.6	87	12.1	96	14.1
③どちらも導入していない	82	19.6	134	21.5	199	25.5	142	24.7	230	32.0	223	32.8
未回答	0	0.0	23	3.7	18	2.3	46	8.0	3	0.4	3	0.4

表3 外部の研修会への職員の参加の有無

職員の参加の有無	全体																	
	2021年 (n=419)		2020年 (n=623)		2019年 (n=779)		2018年 (n=576)		2017年 (n=719)		2016年 (n=679)		2015年 (n=524)		2014年 (n=716)		2013年 (n=678)	
	回答数 (件)	構成割合 (%)																
①はい	55	13.1	103	16.5	222	28.5	182	31.6	260	36.2	211	31.1	190	36.3	206	28.8	188	27.7
②いいえ	355	84.7	492	79.0	539	69.2	342	59.4	453	63.0	460	67.7	330	63.0	493	68.9	481	70.9
未回答	9	2.1	28	4.5	18	2.3	52	9.0	6	0.8	8	1.2	4	0.8	17	2.4	9	1.3

報保護法16条、23条等法令の定めるものだから」という回答が多くあった。(2) COVID-19 患者である職員の勤務中の行動歴を保健所から求められたときの職員同意については、①同意を取るが48.0% (前年49.1%)、②同意は要らないが50.6% (前年44.8%)だった。理由の自由記述欄は(1)と同様であった。

(3) 感染者等情報把握・管理支援システムを用いた陽性者等情報を、本人の同意を得ることなく把握・管理することについては、②やむをえないが52.7% (前年49.4%)、①公益のために必要が24.5% (前年21.7%)、③監視は良くないが6.0% (前年17.7%)となった。

(4) 感染者等情報把握・管理支援システムの効果については、①ある15.3% (前年14.6%)、②ややある40.1% (前年45.9%)、③あまりない33.4% (前年28.1%) ④ない7.6% (前年3.9%)となり、「あまりない」が5.3%

増加していた。

(5) 職員が感染、または濃厚接触者となった場合に、院内で氏名を公表してもよいと思うかの設問(本年新設)では、①公表してよい13.1%、②同意を得ればよい40.6%、③公表してはいけない44.2%と意見が割れた。

(6) ワクチン接種を受けたか否かの情報提供を職員に要請することをどのように考えるかでは、①問題ない28.2%、②状況により許容される58.7%、③してはいけない11.2%となり、こちらは①②合計で86.9%という高い割合となった。

昨年新設した(7)新型コロナウイルス感染症に関して、個人情報保護の観点から困ったことや迷ったことでは、①困ったことがあると回答した施設が前年の9.6%から6.6ポイント増加し16.2%となり、現場での混乱が増加した印象である。

【設問12. 当協会の個人情報保護法への取り組みについて】

(1) 認定個人情報保護団体としての研修会開催の認知度から、(6) 当協会ホームページ上の個人情報保護方針や規定集の例示の活用まで、ほぼ例年とかわらない認知度、参加率であった。

(7) 当協会の個人情報保護Q&A本(事例集)については、『医療・介護における個人情報保護Q&A—改正法の正しい理解と適切な判断のために(2020)』の認知度が46.1%となり、前回同様に5割(2017版)にとどまった。(8) 担当者として困っていること(自由記述)では、変わらず法律的判断や、教育・研修についての内容が目についた。

【まとめ】

個人情報保護法は、法施行後15年が経過し、マイナンバーへの対応や個人情報保護委員会設置などを主旨とした

2015年改正(2017年全面施行)に続き、2020年には、AI、ビッグデータ、越境する個人データ等に対応する改正が行われた。2021年改正では、制度の官民一元化や医療・学術分野における規制の統一など、環境の変化に対応するため、大きな改正がなされた。

そして、コロナ禍における医療機関の個人情報保護管理はかなりシビアな環境となっている。結果として現場での迅速な判断が必要になる場面は増えており、今年もWEBで開催した当委員会主催の研修やQ&A書籍発行を通して、医療・介護業界の現場に即した「リーガルマインドを持つ対応者」を養成していく必要があるとあらためて感じた。

最後となるが、本アンケートの回答・結果報告を自院の個人情報保護管理体制を見直す機会として、ぜひ活用頂きたい。

2022年度診療報酬改定の関係法令や通知出る

厚労省

「急性期充実体制加算」の実績要件などが示される

厚生労働省は3月4日、2022年度診療報酬改定の関係法令や通知・事務連絡を出すとともに、地方厚生局への説明資料をホームページに掲載した。施設基準で求められる実績要件が明らかになった「急性期充実体制加算」の詳細などをみていく。

急性期一般入院料1の加算として新設された「急性期充実体制加算」は、7日以内が460点、8日以上11日以内が250点、12日以上14日が180点であり、高い点数が設定された。

主な施設基準としては、◇急性期一般入院料1を算定している◇総合入院体制加算の届出を行っていない◇手術等の実績◇24時間の救急医療体制として、救命救急センターもしくは高度救命救急センターまたは救急搬送の実績◇救命救急入院料等の治療室の届出◇感染対策向上加算1の届出◇精神科リエゾンチーム加算または認知症ケア加

算1または2の届出◇「院内迅速対応チーム」の整備等を行っている◇療養病棟または地ケア病棟の届出を行っていない◇外来を縮小する体制を確保している一などがある。

ただ、具体的な実績については、答申段階では、「急性期医療を提供するにつき十分な体制の整備」、「高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有する」となっていた。

今回、その詳細が示された。「手術等の実績」は、「全身麻酔による手術が年2千件以上(緊急手術が年350件以上)または300床未満で年1床当たり6.5件以上(緊急手術が年1床当たり1.15件以上)」となった。さらに、満たさなければならない、いずれかの要件として、「異常分娩」、「6歳未満の手術」、各手術や化学療法などの実績がある。総合入院体制加算と比べても、高い実績が求められる施設基準だ。

24時間の救急医療提供の実績は、救命救急センターや高度救命救急センターでない場合は、「救急搬送件数が年2千件以上または300床未満で年1床当たり6.0件以上」とされた。さらに、自院または他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制なども求めた。

外来機能分化に係る取組では、「紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上」等または紹介受診重点医療機関であることを施設基準としている。また特定の保険薬局との間に不動産の賃貸借取引がない、ことも条件となっている。

DPC制度については、2022年度改定による見直しにより、各指標がどのようになったのかが示された。診断群分類による点数設定方式のうち、D方式(初日に入院基本料を除く報酬がすべて償還される)は、短期滞在手術等基本料3の大幅増により、95から153分類に増えた。DPC対象病院は、短

期滞在手術等基本料3を算定できない。

医療機関別係数のうち基礎係数は、DPC標準病院群が1.0395、大学病院本院群が1.1249、DPC特定病院群が1.0680となった。診断群分類数は2021年4月の4,557種類から2022年4月には4,726種類に増える。

オンライン診療の点数設定については、中医協の診療側と支払側の意見の隔たりが大きく、公益委員による裁定となった。裁定では、対面診療の初診料が284点で、「時限的・特例的な対応」の初診料が約75%の214点であることから、その中間程度の水準に、オンライン診療の初診料を設定した。この水準は約87%で、オンライン診療の初診料は251点となった。

オンライン診療の医学管理料等についても、同水準で点数設定する考えが示されており、今回資料で整理している。例えば、「特定疾患療養管理料」の100床未満の病院の場合は、対面診療の147点に対しオンライン診療は128点、「腎代替療法指導管理料」は同500点に対し同435点となった。いずれも約87%の水準となっている。

効果的な情報発信・周知の方策の議論の結果をまとめる

厚労省・勤務医に対する情報発信作業部会

医師の働き方改革の実施に向け解説コンテンツを作成

厚生労働省の「勤務医に対する情報発信に関する作業部会」(馬場秀夫座長)は2月25日、議論のまとめ案を大筋で了承した。同日の意見を反映させた上で、年度内に公表し、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」に報告する予定だ。

2024年度の医師の働き方改革の実施に向け、医療機関は勤務医にその周知を行う必要がある。しかし、勤務医は多忙であるがゆえに情報が届きにくい傾向にある。作業部会は、効果的な情報発信・周知の方策を検討するために設置された。

議論のまとめでは、「情報発信の内容」「情報発信手法・媒体」「医療機関内での行動変容を促す方策」に分けて、情報発信・周知の方策を整理した。

「情報発信の内容」では、「基礎編」と「詳細編」の2段階で解説コンテンツを作成することが適当であるとした。周知に当たっては、「医師の働き方改革と地域医療提供体制の確保を両輪として考えていく必要がある」ことを基本的な考え方としている。また、「すでに様々な学会や医療関係団体等において作成されている周知・啓発用の資料があるため、そのような既存の素材も活用しながら、解説コンテンツを作

成することが重要」とした。

「情報発信手法・媒体」では、アンケート調査の結果から、勤務医の大半が、医師の働き方改革に関する情報を主に所属組織(病院・診療科・医局等)や周囲(上司や同僚)から得ていることがわかり、医療機関内で積極的に情報発信に取り組むための周知用素材を作成することが課題となった。

その上で、◇認知度レベル別のeラーニング教材◇イラストを中心として一枚にまとめたスライドやポスター◇Q&A集◇妊娠・出産・介護中など置かれた状況に応じたケース別の情報◇メールマガジンの文章例—などを周知用素材として例示した。

「医療機関内での行動変容を促す方策」では、試行的な実施を踏まえ、医療機関内の様々な立場の医療従事者が参加する意見交換会が効果的であることを示した。

効果としては、主に「世代・診療科・職種間の医師の働き方改革に対する受け止めの違いについて相互理解につながる」、「自院内の課題の抽出やこれからの取組の決定に役立つ」、「一方的な周知にとどまらず、参加者本人の意識向上につながる」をあげた。

ただ、意見交換会については、「医

療機関の管理職および教授・診療科長等の上位世代の協力が不可欠である」といった意見や、実施に当たり事務部門等への負荷が生じるため、実務的に実施が難しい医療機関もあることから、配慮が必要との指摘があったことが明記された。

同日の議論でも、意見交換会の開催が促されるような医療機関側へのインセンティブを設けてほしいとの意見が相次いだ。今後、「医師の働き方改革

の推進に関する検討会」や他の審議会でも議論されるとみられる。

今後の周知活動の方向性としては、「事務部門の体制等が制約となって、院内の周知が遅れがちとなることが懸念される中小規模の医療機関等においても、着実に勤務医に対する周知活動が進むよう、周知用素材の提供等、周知に当たっての支援・負担軽減策を行政が講じていくことが求められる」ことも明記された。

一冊の本 book review

医者がすすめるクッキングリハビリ

著者●医療法人社団 誠和会 牟田病院

丸田淳司・小原由紀・萱嶋裕美

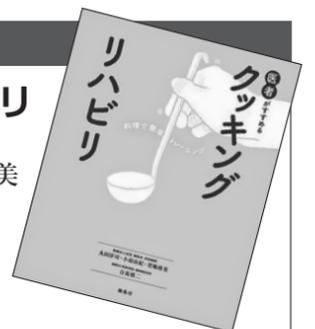
福岡大学医学部脳神経内科学教室

合馬慎二

発行●海鳥社

定価●1,980円(税込み)

全日病の会員病院である牟田病院の回復期リハビリテーション病棟において、早期の社会復帰と自宅での機能維持を目的として行われている「クッキングリハビリ」。患者自身がメニューを考案し、食材を揃え、実際に調理し、料理を楽しく食べながら、嚥下の状態もチェックするという一連の「食」を介したリハビリは、身体的・認知的機能だけでなく、自尊心や自己効力感といった「生きる力」という心の回復にもつながる。リハビリ科や栄養科のスタッフには是非読んでいただきたい。リハビリのポイントやレシピだけでなく、作り方の写真や美味しそうなきあがり写真も必見。退院後に自宅でできるリハビリとして、患者さまやご家族さまに紹介するのも良いだろう。(安藤高夫)



AMAT隊員養成研修をオンラインで開催

救急・防災委員会

災害医療活動を想定した研修に定員を超える参加者

当協会は災害時医療支援活動班「All Japan Hospital Medical Assistance Team (略称:AMAT)」を組織し、会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携を含めた災害医療活動が可能な体制の整備を目的とし、また、今年度も厚生労働省の「2021年度 災害医療チーム養成支援事業」の実施団体に選定されたことを受け、AMAT隊員養成研修(災害時医療支援活動に関する研修)を、講義及び実習を含めたプログラムにて2022年

2月4日から6日までの3日間にわたり、オンラインで開催した。

これまでのAMAT活動実績としては、2016年熊本地震、2018年7月豪雨、2019年台風15号及び19号におけるAMAT派遣後の行政、保健医療調整本部等との連携による医療支援活動の実施があげられるが、AMATの活動要領や標準医療資機材、災害時指定病院等のその他詳細な報告については、当協会HP (<https://www.ajha.or.jp/hms/amat/>)にて掲出しており、今後のさらなる体制強化に向けて事業展開

を予定している。

AMAT隊員養成研修のプログラム内容としては、災害概論-AMATの使命-、EMIS実習、ロジスティクスの基本・通信確保と衛星電話、トリアージ机上訓練、AMATの活動-演習と実動-等の講義に加え、発災時からの派遣シミュレーション、災害時要配慮者、感染制御、DSST実習(グーグルスプレッドシートによる情報共有訓練)、災害診療記録とJ-SPEED等の具体的な活動の訓練により構成され、定員120名を超える申込みがあった。

今回の当該研修の結果、AMAT隊員数は全国で1,283人となり、近年増加傾向にある豪雨災害や今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震等に対応するための体制整備としてさらなる隊員の養成が求められる。



救急・防災委員会
委員長
加納繁照

医療法人社団
直和会
平成立石病院
副院長 大桃丈知

地域医療構想の進め方の通知内容を了承

厚労省・地域医療構想等WG

議論の進捗状況を定期的に公表

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3月2日、年度内に発出する地域医療構想の進め方に関する通知の内容を了承した。民間・公立・公的病院の病床数や医療機能の見直しの具体的対応方針の策定や検証を行うことを求める。再検証要請対象の436の公立・公的病院に対しても今後2年間での回答を促す。

新型コロナの感染拡大により、地域医療構想を実現させる取組みは停滞しているが、新たに通知を示すことで、地域医療構想調整会議の活性化を期待する。これまで公立・公的病院に対する取組みを先行させてきたが、今後は

民間医療機関に対しても、厚労省が提供する客観的なデータをもとに、議論を加速させる考えだ。その際に、2024~2029年度の第8次医療計画に合わせた検討が必要となるため、2023年度までの議論を求めている。

また、2024年度から医師の時間外労働の上限規制が適用されるため、医師の働き方改革を実現させるためにも、医療提供体制改革を必要としている。

一方、国が医療提供体制改革を押し付けるのではなく、また、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、「地域の実情を踏まえ、主体的に取組みを進めるものである」ことを明確にする。

議論を活性化させるため、例えば、回復期については、算定している入院料や公民の違いを踏まえた役割分担、リハビリの状況、予定外の入院患者の状況などの観点での議論を提案した。

具体的な取組みとしては、民間病院に対しても、国が地域医療構想の取組みを補助金で支援する「重点支援区域の選定」を進める。公立病院に対しては、2021年度末までに策定する新たな「公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を策定することを求める。

検討状況は、都道府県が定期的に公表する。2022年度は、2022年9月と2023年3月に厚労省に報告した上で、



報告内容を都道府県のホームページに掲載する。病床数ベースと医療機関ベースで、対応方針の策定・検証状況を「合意・検証済」、「協議・検証中」、「協議・検証未開始」のそれぞれで達成度合いを数値で示す。

ただ、議論の達成度合いを示すだけでは不十分との意見が複数の委員から出た。厚労省は、あくまで地域や医療機関の自主的な取組みであることから、当面は議論の進捗を確認するにとどめるとの考えを示した。

急性期入院は「大変厳しい改定結果」との見解示す

日病協・代表者会議

2022年度診療報酬改定めぐり意見交換

日本病院団体協議会は2月25日の代表者会議で、2022年度診療報酬改定をめぐり、意見交換を行った。会議終了後の会見で、副議長の小山信彌・日本私立医科大学協会参加者は、急性期入院医療の今回改定の見直しについて、「大変厳しい改定結果になっている」との見解を示した。

2022年度改定では、一般病棟入院基本料1の加算である「急性期充実体制加算」や特定集中治療室管理料等の加算である「重症患者対応体制強化加算」の新設など高度急性期を担う病院への

手厚い評価が行われた。一方で、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」については、A項目の「心電図モニター管理」の項目の削除など厳格化が実施される。

このため、全体として急性期入院医療が高く評価されたとは言えないとの認識だ。特に、「中小規模病院への評価が低かったのではないかと述べた。

ただ、確定的な評価は、「急性期充実体制加算」などの新たな加算を含め、届出の施設基準の詳細を通知等で確認した上での判断になるとの認識を示し

た。

また、「急性期充実体制加算」は、総合入院体制加算とは併算できない。総合入院体制加算は14日間、「1」で240点、「2」で180点、「3」で120点を算定できる。一方「急性期充実体制加算」は7日以内の場合で、460点(その後、点数が下がる)を算定できるため、かなり高い点数であるとの受け止めが日病協ではあった。

小山副議長は、こちらについても「実績要件などを通知等で確認した上で、(高度急性期を担う)各病院がどの点

数を届け出るかを選択するだろう」と述べた。

地域包括ケア病棟入院料等の改定内容についても、「厳しい」との見解を示した。地域包括ケアなどの医療の実績を積んでいる病院であれば、在宅患者支援病床初期加算の引上げがあり、増収も期待できるが、そうでない病院に対しては、減算措置の拡大や新たな減算措置があり、「厳格化」の方針が徹底されたことへの懸念が示された。

来年度から議長に小山参与、副議長に山本修一・地域医療機能推進機構理事が就任することも決まった。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

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)	2022年5月14日(土) 【WEB開催】	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、研修会を開催する。全日病・日本医療法人協会および四病院団体協議会が交付した「医療安全管理者認定証」を継続更新するための研修に該当(1単位)する。
医療安全管理者養成課程講習会 (第1・2クール:200名、第3クール:1回当たり約100名)	第1クール(講義) 2022年5月28日(土) 【WEB開催】 2022年5月29日(日) 第2クール(講義) 2022年7月2日(土) 【WEB開催】 2022年7月3日(日) 第3クール(演習) ①2022年9月3日(土)、4日(日) ②2022年10月8日(土)、9日(日) ③2022年11月5日(土)、6日(日) 【全日病会議室・WEBのハイブリッド形式】	84,700円(105,600円)	本講習会は、講義2クール(4日間)および演習1クール(2日間)の合計40時間以上にわたる厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラムで、これらすべての課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として認定期間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。
「第20回病院事務長研修コース」の開催 (48名)	2022年5月~2023年1月(全13単位) 【全日病会議室】 (一部の単位はオンライン研修)	396,000円(506,000円) ※一部の宿泊費・食事代含む	医療従事者委員会が、受講者に対して、病院管理士として認定するための病院事務長研修コースを開催する。カリキュラムは、医療政策の動向や経営戦略、組織管理、財務会計・管理会計、院内コミュニケーション、人材マネジメントなど多岐にわたる。