



全日病 NEWS

2022.4.1

No.1006

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

【対談】自見はなこ参議院議員・猪口雄二会長

医師の働き方改革に強い危機感

議員活動から見た医療政策の課題を聞く

新型コロナウイルスの感染拡大は未だに収束の兆しが見えないなか、医療制度改革の議論が再開した。地域医療構想や医師の働き方改革など、コロナ以前から継続する課題への対応が求められる。参議院議員として、国会審議を通じて医療政策に深くかかわってきた自見はなこ先生と猪口雄二会長に今後の医療改革について語り合っていた。

成育基本法の成立に尽力
子ども家庭庁の創設につながる



猪口 国会審議の真最中で、大変お忙しいときだと思います。最初に、医療における男女共同参画社会や子ども家庭庁の創設に向けた取組みについてお聞きします。

自見 忙しい時期ではありますが、子ども家庭庁の創設など有意義な仕事をさせていただいています。

私が参議院議員に当選したのは、2016年7月。その後、超党派の議員連盟の事務局長を務め、立法化に尽力したのが、成育基本法です(2018年12月に成立)。約四半世紀にわたり小児科医、産婦人科医らが立法の必要性を訴えてきたもので、妊娠期に始まり、小児期、思春期を経て成人に至る一連の成育過程において、子どもたち一人ひとりの健やかな発育を目指し、各種施策を講じることが目的です。

その中に、成育過程にある者(子ども)やその保護者、妊産婦に成育医療等を包括的に提供するためには、行政組織を見直し、子ども庁を創設することが必要と書き込んでおきました。

その立法事実に基づいて、私は自民党議員の有志とともに、子ども庁の創設に向けた勉強を始めて、そのための法律案を閣議決定して国会に提出する

ところまでかかわることができました。新たな「庁」ができるのはすごいことで、100年に一度の奇跡です(笑)。

子ども家庭庁の3部門のうちの一つが成育部門であり、まさに成育基本法が子ども家庭庁の生みの親です。専任の大臣を置き、予算も増えます。子どもを産み育てることの負担が大きい中で、国が抜本的に支援策を見直して支えることは大変重要です。

これは、子ども・子育ての予算を厚労省のシーリング(予算の上限)からはずすという意味もあります。厚労省予算の中に入っていると、子どもの医療費を増やすと、高齢者医療費を減らさなければなりません。必要な子ども予算を確保するために、厚労省の外に出るということです。

一方、昨年の医学部受験では、女性の合格率が初めて男性を上回りました。女性医師が子育てをしながら、仕事ができる環境づくりが急務です。男性医師も昔よりは育児に参画しているので、このあたりで本格的に考え方を変えていかないとだめです。

猪口 そうですね。ただ、現実的には医師になって数年で結婚し、出産・育児となると、どうしても仕事量としては減ってしまう。そうすると、全体としての医師の定員の問題が絡んできます。

自見 確かに、医師の定員の問題はもう一度考えた方がいいと思います。女性医師の増加と働き方をきちんと見込んで、現状の医師需要の試算が成り立つかを確認する必要があります。

マンパワーが圧倒的に
不足していた保健所

猪口 新型コロナ対応の質問に移ります。自見先生は、初期の段階で、厚生労働大臣政務官としてダイヤモンドプリンセス号に乗り込み、その後も対応に当たってきました。

感染拡大が始まって3年目となった現在でも収束にいたらず、特にオミクロン株は、ピークアウト後もなかなか新規感染者が減りません。この状況をどうみていますか。

自見 いろいろな見方があると思いますが、この20年間、保健所を再編し、人員を減らしてきたのは問題があったと思います。今回、そのしっぺ返しを受けたと考えざるを得ません。

保健所のマンパワーが圧倒的に不足していることに気づいた市区町村長や知事は、人的な手当てを行っています。一方で、それに気づかず、保健所だけ

にまかせている自治体もあります。その違いは大きいです。

行政組織の連携も課題です。自治体の中での保健部局と医療部局の連携もそうですし、政令指定都市と都道府県の連携の問題もあります。東京では、23区と都の連携の問題となりますが、行政組織の横軸の連携の悪さがある、それが壁となって我々を苦しめているという実感がありました。

猪口 日本全体で保健所をどうするかが問題となっているときに、各自治体で保健所の対応が違って、我々から見ると、指揮命令系統を含め立ち位置が不明瞭で、相談に行っても、埒が明かないという感じです。

自見 保健行政は都道府県知事に命令権がありますが、政令指定都市と都道府県の間には埋めがたい溝がありますから。新型コロナの第一波のときに、県から言われたのは、政令指定都市から数字が上がってこないで、県として数字が出せないということでした。日頃から連絡を取り合ってもいないので、意思疎通ができなかったのでしょうか。どちらかというとな人的な課題であると感じました。

それから予想以上に、書類による契約業務が多いのです。例えば、発熱外来を医療機関にお願いする場合でも、契約書の文言を一つ変えると、すべての契約書を取り直さなくてははいけません。集団契約で一括するなど賢いやり方を行っている自治体もありますが、とにかく書類が多いことは問題です。これを効率化できれば、マンパワーの割き方も変わってきます。

猪口 例えば、行政検査は保健所を通さないとできません。ところが、第一波、第二波では、目詰まりが起きて、検査が十分にできませんでした。検査ができるようになり、患者が増えたら、今度は健康観察もできずに自宅療養となっています。その繰り返しで、ついにオミクロン株では、届出だけであとは患者・家族と医療機関等にまかせるという状況になってしまいました。

やはり、新型コロナの感染拡大のような災害に近い状況では、国が明確に方針を決めて、それに従わないと、全体の統制が取れません。

自見 ただ、指示の出し方にも問題があります。私が厚生労働大臣政務官に就任していた2020年の半年間でも、国からの事務連絡が700通出ています。これを都道府県の保健福祉部長が全部読んで、知事を始め議員や関係団体に説明しているかという、難しいのではないのでしょうか。方針を示すこととあわせて、国がわかりやすい事務連絡

を出す訓練をしたほうがいいですね。
猪口 そうですね。我々も行政文書のプロではないので、大量の文書が来ると、ずっと頭に入ってこない(笑)。
自見 要点に大きなマルを付けるなどして、一文で文意が伝わるように、わかりやすくしてほしいですね。

病院は余裕がない中で
コロナに対応した

猪口 オミクロン株がピークアウトしてもなかなか減らない状況ですが、それでも経済を回さなければいけないので、まん延防止等重点措置は解除されることになりました。感染予防と経済活動のバランスの中でやっていかないといけない。そのへんの難しさをどうみていますか。

自見 圧倒的多数の国民がワクチンを打つことですね。オミクロン株は、デルタ株の前に流行したアルファ株とほぼ同じ毒性で、違いは多くの国民が2回目のワクチン接種を終えていて、集



団免疫ができています。集団免疫があるから、このくらいの重症度で済んでいるのであり、3回目のワクチンを圧倒的多数の国民が打つことが非常に重要です。

しかし、いま3回目のワクチン接種が遅れています。

猪口 私の地元の江東区でも、3回目のワクチン接種会場の予約は空いています。若い人は、ワクチンで熱が出て苦しむのなら、むしろ、コロナにかかってしまったほうがよいと考える人が多いようです。全体のことを考えればそれではだめなのですが。

自見 そのような行動が自分たちの社会経済生活を制限する原因になってしまうことをもっと広報・周知する必要がありますね。

(2面に続く)

本号の紙面から

シリーズ医師の働き方改革②	3面
診療報酬改定説明会	4~5面
病院機能評価の座談会	6~7面
第8次医療計画等検討会	8面

新型コロナ対応で強く感じているのは、全国に地域医師会があり、そのネットワークがあるからこそ、ここまでの対応ができたということです。発熱外来からワクチン接種、自宅療養者の管理まで、保健所が手一杯になっているところで、有効に働きました。

それから、病床に関しては、余裕のない中で対応していることを、政府はどこまでわかっているのかなと思います。ホテルのチェックイン・チェックアウトではないのであって、1人の患者が退院するのに、どれだけソーシャルワーカーがかかわって対応するか、後方支援ベッドとか、自宅に帰るのであれば家族の支援とか、1人の患者に対して、どれだけの手間がかかるのかが理解されていないと感じます。

猪口 アメリカでは病院の稼働率は5割程度です。日本の急性期では75%ぐらいまで上げないと経済的にやっていけません。地域包括ケア病棟など回復期では、85%ぐらい必要です。そのような状況で、新型コロナに対応するとなったら、一般診療を抑制せざるを得なくなります。

自見 今回の状況で、一般診療がどうであったのかはきちんと検証しないと行けませんね。新型コロナ対応でさまざまな要求があったけれど、予定入院がどれだけ待たされたか、あるいは外来受診ができなかったかなど、「見える化」する必要があります。

猪口 国も厚生労働科学特別研究事業等を含め、データは取っているようで、我々も3病院団体の経営調査結果などを提供し、協力しています。

あとは海外比較。日本の病床確保が問題だったと指摘されるけど、もともと日本は先進国の中で、入院率が高い。海外ではよほど重症にならないと入院させてもらえません。死亡率などの指標をみても、日本の方がよいわけで、客観的な比較を行ってほしいです。

自見 新型コロナ患者への医療費は、日本ではすべて公費でみていますが、外国ではどうなのかということも、データを確認する必要がありますね。

宿日直許可基準は柔軟な取扱いが必要

猪口 さて、医師の働き方改革は、時間外労働の罰則規定の施行が2024年度から始まるので、あと2年です。法的な規則は決まっていますが、実際に社会に適合させる取組みは、まさにこれ

からであり、不透明なところがたくさんあります。がちがちの規則を見直さないと大変な問題になります。そこで組上に載せたいのは、労働時間制限の適用除外となる宿日直許可基準の取扱いです。

まず、連続当直が認められません。東京の病院で常勤し、土日は釧路で当直する場合も連続当直は認められないので、不効率だと思います。産科の場合は、週に1、2回分娩があったらもうだめです。もう少し柔軟な取り扱いにしないと、産科も救急も、特に二次救急が大変なことになると危惧しています。現在、病院団体としての対応を考えているところです。

規則は山ほどできたけど、それを現場が理解していないという問題もあります。大きな病院でも、管理職クラスは、一定程度把握しているとしても、一般の医師は全然知らない。こんな状況で本当に2024年度に施行して大丈夫なのかと心配になります。

自見 私もいま政治活動の中で最も緊張感を持って考えているのが、医師の



働き方改革です。当初の予定では、2024年度までの準備期間は設けられていたはずでしたが、新型コロナウイルスが来て、医師労働時間短縮計画の策定や特例水準の認定などのプロセスを含めた準備作業を、非常に限られた期間で実施しなければならない状況にあります。

宿日直許可基準の取扱いについては、各病院にどう対応するのかと聞くと、当直を受ける側の病院は「バイトが来ないなら医療を縮小せざるを得ない」というし、当直を出す側の病院は「宿日直許可を取っていない病院にはバイトは出せない」という、にらめっこの状況になっています。

医療崩壊の可能性も 国に実態調査求める

猪口 一県一医大のようなところでは、関係者が膝詰めで話し合っ、ちゃんと議論していると聞いていますが、大都市では、行政も把握できていないし、現場では取捨がつかえません。医師の働

き方改革を現実的なものにしないといけません。

自見 これは法律で決まっているので、法律を変えようとすると、来年の通常国会に法案を出す必要があります。法制局の事前審査や審議会等での合意形成を得る時間を含めると、少なくとも夏までには見直し案を固めなくては、間に合いません。

現在、自民党で田村憲久前厚生労働大臣を座長に、私が事務局長を務める「医師の働き方改革の施行に関するプロジェクトチーム」があり、まずは実態調査を政府に求めています。このまま進むと、特に二次救急や産科を担う民間病院がやっていけなくなるという強い危機感がありますが、調査でまず実態を明らかにしないと行けません。

猪口 公立・公的も民間も含め、基幹病院でも、人に余裕はなく、大学病院に頼っています。大学病院としても若い医師がどうやって生活していくのかという問題を突きつけられます。しかし、それでも、期限が近づかないとなかなか現場は動きそうにない。

自見 私もこの問題については、前から警鐘を鳴らしてきたのですが、党内でもなかなか伝わらず、ようやく関心を持つ人が出てきました。ただ、この問題は、民間病院から見る風景、大学病院から見る風景、若い学生や研鑽を積んでいる研修医・専門医から見る風景、それから知事から見る風景が違います。これらを複合的に見ないと、うまくいきません。

猪口 確かにそのとおりで、我々のような医師と、現場で働いている若い医師の感覚は全然違います。

ただ、いまの状態を壊して、すぐに新しい形ができるわけではない。まずは壊さずに、もう少しやり方を考えないと、大変なことになります。

自見 大学病院の医局長の意向で、医師の引揚げが起きると、医療崩壊の引き金になる可能性もあります。大学病院に入局する医師も減るかもしれません。

猪口 同じ大学の医局によっても、医師の労働時間が違うので、大学としての方針を決めにくい。それぞれが時間外労働基準のA水準、B水準、連携B

水準、C水準のどれを選んでくるのか。本当に心配が多いですね。

政治の力学で政策が決まる 診療報酬改定に反映

猪口 2022年度診療報酬改定では、不妊治療の保険適用がありました。

自見 菅義偉内閣の方針がなかったら、実現しなかった政策です。自由診療の領域で発展してきた不妊治療の医療技術を保険適用するにあたっては、技術的に非常に苦勞したと思います。4月以降、どれだけの医療機関が保険診療に移行するかを注視していきたいと思っています。今回初めての保険での評価であり、次期診療報酬改定で見直しがあるかも含め、少なくとも6年間は観察しないと、どのあたりに取れんするかは見えてこないでしょう。

猪口 看護職員の処遇改善もあります。診療報酬で上乘せられても困るとい話もあります。対象も限られていて、ある病院では処遇が改善され、違う病院では改善されないというもおかしい。処遇を改善してもらうのは助かるという見方もありますが、このやり方はどうなのかという思いがあります。

自見 政治の立場からすると、少し見方が違います。

岸田政権は、医療・介護・保育の処遇改善を打ち出しましたが、本来、政策を考えると、介護と保育の処遇改善はいいのですが、医療については診療報酬全体のパイの配分があるので、手を付けるべきではなかったと思います。ただ、政治の力学から考えると、このような政策になるのは当然の流れでもあります。

3年前の参議院全国区の得票数で、1位は看護連盟でした。岸田首相が総裁選を勝ち抜くために一番票の数の多い看護連盟の要望を受け入れるのは当然です。看護連盟の支援を受けて、政権についたのであれば、それに報いるために政策面で配慮することになります。

猪口 1位が看護連盟として、2位はどこですか。

自見 薬剤師連盟です。その要望を受けて、リフィル処方箋が今回実現したとみえています。

政治において数は力であり、団体の持つ組織票の数は、どの順番で要望をきくかという優先順位に直結することになります。これは政治の世界では当たり前のことです。ただ、納得はしていませんし、これによって医療政策のバランスが崩れることを心配します。

猪口 政治の力学によって政策が決まるという現実を直視せざるを得ません。その意味で、自見先生にはますます力を発揮していただかなければなりません。

本日は、お忙しいところありがとうございました。

清話抄

どこへ向かうのか ポストコロナの地域医療構想 ～第8次医療計画

2015年4月から始まった地域医療構想の策定ですが、当初から予想されていた通り、スムーズには進んでいないようです。加えてここ2年以上、新型

コロナウイルス対策に手一杯で議論は進んでおらず、地域医療構想調整会議の開催もままなりません。「2025年に必要となる医療機能と必要量を、2025年の推計値を元に、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組み」に残された期間はあと2年ちょっと。間に合うとは思えません。

また、新型コロナ直前の2019年9月に発表された「再編成・統廃合の対象となっていた424病院(追加を含めると440

病院)」の多くが、地域の医療キャパシティを越えた感染患者を積極的に受け入れ、医療崩壊を防ぐことに役立つ事実をどう評価するのか。平時での余剰医療キャパシティを、今後の地域医療構想にどういう形で反映させていくのか、再見直し基準すら議論されていません。

病床機能と病床数に関しても、単純に「高度急性期・急性期」という乱暴な分類ではなく、疾病毎に、専門医の養成・配置もセットで行っていく必要があ

ります。また、医師だけではなく、新興感染症に適切に対応できる看護師の育成や配置、高齢者施設でも感染症に対応できる介護体制の見直しなど、多職種の人材確保についても議論が必要です。

医療・介護に効率重視の考え方は必要だと思いますが、平時と緊急時・災害時の両方に対応できる柔軟な医療・介護システムを創ることが地域医療構想だと思います。皆さまはどうお考えでしょうか。(宍倉 朋胤)

医師の働き方改革を通じた未来志向のチームビルディング

2024年度からの本格実施が予定される「医師の働き方改革」。法的ルールの遵守にとどまらず、魅力的な病院づくりにつなげる必要があります。働き方改革に備えるシリーズの第2回は、ハイズ株式会社代表の髙英洙さんに未来志向のチームビルディングについて執筆していただきました。

【はじめに】

これまでに経験したことがない速度で高齢化社会が迫り、新型コロナウイルス感染症、地域医療構想、医師偏在問題などの外部環境の激変も進みつつある医療界。多様かつ多量な医療・介護ニーズに応えなければならない過酷な医療現場では、医師をはじめ多くの医療職が過重労働を強いられています。そのような環境下で、いよいよ2024年4月から医師の働き方改革が本格的にスタートし、より高い生産性を追求する働き方が求められています。

この改革は、医師の時間外労働時間の上限規制がA水準では960時間、B水準/連携B水準/C水準では1,860時間となり、法的拘束力を有する大きなパラダイムシフトとも言え(図)、働きすぎといわれて久しい医師の厳しい労働環境に大きなメスが入ることとなります。同時に、病院経営の観点からは、少ない人的資源の中で、法的ルールを順守しつつ、労働生産性の向上と職員のやりがいの両立を目指すという難解な連立方程式を解いていかないとなりません。だからこそ、医療現場と経営の両者が、業務負担の見極め、要・不要業務の切り分け、適切な業務を適切な職種への移管等の取り組みをともに考えていくことが重要となります。

院内の働き方改革推進のメインエンジンの一つとして、多職種を巻き込んだタスクシフト/シェアがあり、多くの医療機関では取り組み始めています。タスクシフト/シェアは多職種協働を基本とするチーム医療と強い親和性を持っており、より良いチームならタスクシフト/シェアはより一層加速します。本稿では、医療機関における働き方改革を効率的かつ効果的に推進するためのチームづくりについてお伝えします。

【チーム医療とタスクシフト/シェア】

昨今の医療現場は単独職種でものごとが解決する場面は少なくなってきており、チーム医療全盛期であり、多職種協働が共通認識となってきています。

チーム医療とは、一人の患者に対し、複数の医療専門職がチームで連携して治療やケアに当たることを指し、患者を中心に様々な医療者がそれぞれの価値を提供し、医療の質を高めることが目的です。実際のところ、医療の高度化・複雑化が進む中で、単一職種のみですべてをまかなうことが困難になってきているため、病院では多くの専門職がチーム制で働いているのが現状と言えるでしょう。

さらに、複数の専門職の視点が入ることで医療ミスや抜け漏れを未然に防ぐ安全網にもなり、医療安全上の効果も期待できます。だからこそ、業務を各専門職に適切・適時・適者に割り振り、個々のプロフェッショナルが責任と矜持を有しつつ、その専門スキルを十分に生かし、患者への提供価値を極大化することができる労働環境の創出がチーム医療の重要視点となってくるのです。つまり、効果的かつ効率的なタスクシフト/シェアを実施することで、個々の専門職のスキル発揮の場を創出し、その職種のやりがいやモチベーションを高めることができ、チーム医療の付加価値向上につながっていくことが期待されています。このように、これからの医療機関運営では、働き方改革視点とチーム医療視点の両視点を有するタスクシフト/シェアが当たり前の時代となっていくでしょう。

さらに、厚生労働省「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」では6分野、約280項目をタスクシフト/シェアの優先業務として列挙しており、それらをベースに改正医療法を通じて多くの医療職のさらなる業務範囲が広がることとなりました。医療政策の面からもタスクシフト/シェアが後押しされておき、その波はどんどんと大きくなってきています。ただ、やらされ感・押し付け感満載のタスクシフト/シェアは短期的効果を上げることができるかもしれませんが、自律性・自立性のチーム文化の醸成にはつながらず、長期的にはどこかで息切れし、人的資源の量的投入で課題解決を図るこれまでと同じの力技に舞い戻りかねません。タスクシフト/シェアを実行する診療科や部門におけるチームでは、タスクシフト/シェアを“される”側のモチベーションマネジメントが重要となってくるのです。つまり、チーム内のモチベーションを保ちつつ、チーム医療における業務の効率的分担を狙い、各

専門職種がその能力を存分に発揮できる場の創出が必要となります。

【良いチームとは何か】

効率的にタスクシフト/シェアを実現するために、まずは良いチームを創る必要があります。チーム医療を実践している現場リーダーや管理職の方々は日夜、良いチームづくり、いわゆるチームビルディングに苦心していると思われる。良いチームは自然発生的にはなかなか出来上がらず、リーダーの意識的建設が必須となり、リーダーのマネジメント力が問われる領域です。そこで、チームビルディングのポイントを3つの視点から見てみましょう。

①仲良しグループからの意識的脱却

チームとは、異質な人間がある目標を達成するために熱意を持って助け合う組織であり、単なる人の集まりであるグループとは異なります。また、チームビルディングとは、同一のゴールを目指し、複数メンバーが個々の能力を最大限に発揮しつつ一丸となって進んでいけるような効果的な組織づくりやチームをまとめる手法のことです。つまり、「優秀なリーダー的存在である〇〇さんとお手伝いをしてくれる人達」という構図からの脱却をしなければなりません。優秀な人が「手が足りないから手伝ってくれ」というのでは、メンバーは主体的に関われないため、モチベーションが低下し、チームとしてのパフォーマンスはあまり長続きしないものです。「ひとりの優秀な人」対「その他大勢」の構図ではなく、チームメンバーそれぞれが対等かつ有機的に作用する関係性が重要となります。

②心理的安全性の醸成

チームメンバーに主体性を出してもらうには、率直かつ建設的な本音の意見が場にどんどん出てくるようなチームの雰囲気作りが必要です。そのためにも最も必要なのは、メンバーの心の安心安全(心理的安全)の確保です。対人関係においてリスクある行動を取ったときの結果に対する個人の認知の仕方は様々ですが、「無知・無能、ネガティブ、邪魔だと思われる可能性のある行動をしても、このチームなら大丈夫だ」と信じられるかどうかはチームのベースラインとして極めて重要です。だからこそ、チームリーダーが率先して、チーム内の次の3つの意識を排除することを心がけましょう。

1. 「無知・無能」の排除: 「あいつは分かってない」
2. 「邪魔」の排除: 「あいつは不要だ」
3. 「ネガティブ」の排除: 「あいつはダメだ」

3つの意識は知らず知らずのうちにチーム内に蔓延し、公式・非公式な言動としてチーム内の各所に出現し始めます。阻害され始めたチームメンバーはその空気を鋭敏に読み取り、チームとの心理的距離を取り出し、仕事へのモチベーションを低下させ、チームへの帰属意識を薄くし始めます。だからこそ、リーダーが日常的に会議等の場で、3つの意識の排除を徹底してチーム内で周知することが重要となります。

③チーム目標はSMART (スマート) に

チームを同じ方向に動かすためには目標設定は重要です。ただ、やみくもにリーダーが求める目標だけを押し付けてもチームメンバーは付いてこれない場合もあります。その際は、“SMART”を意識して目標設定することがポイントです。

Stretch (ちょい高め): ちょっと頑張ってみるくらいのレベル

Measurable (測定可能): 数値化にこだわってみる

Achievable (達成可能): 無理難題では挫折するので要注意

Realistic (現実的): 今ある資源を活用できるように

Time-related (期限付き): だらだらしない

タスクシフト/シェアにおいて、医師が忙しいからという理由で何でもかんでもチーム内のメンバーにどんどん業務を渡していったら受け手側の業務はオーバーフローしてしまい、モチベーションも低下しかねません。“SMART”を意識しつつ、どのタスクをいつまでにどれくらい渡していくのか、その成果指標は何にするのか等の目標をしっかりとチーム内で話し合ってから、実際のタスクシフト/シェアを始めてみるのが重要でしょう。

チームビルディングにもチームマネジメントにもリーダーは不可欠です。医療機関では診療科長や師長等の管理職がリーダーに当てはまることが多く、臨床現場では職種として医師が該当する場合もあるでしょう。そのリーダー自身が、“良いチームを作りたい”、“作っていきこう”と強く望み、上記3つのポイントを意識的に実践していくことが必要と考えられます。

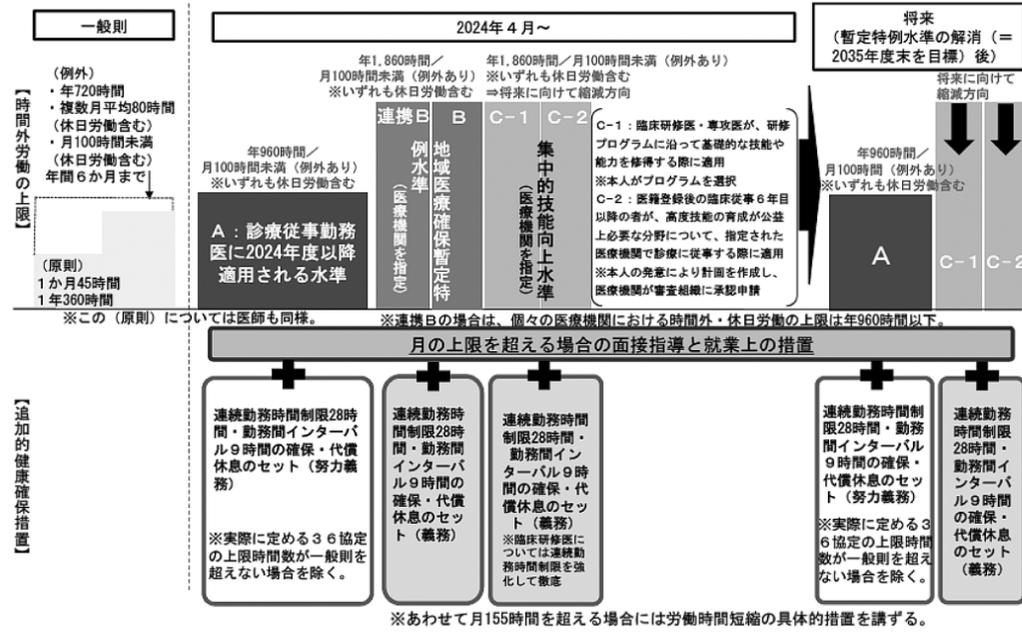
【働き方改革は“病院づくり”である】

多くの産業では「働き方」の多様化がスタンダードとなってきており、医療界も例外ではありません。働く者にとっては働き方の選択肢が多く、適切な労働時間を含めた良好な職場環境が好まれる傾向が高まってきています。産休・育休制度の充実、正規・非正規の様々な雇用スタイル、フレックス・時短勤務等の柔軟な働き方など、職員が魅力とを感じる様々な選択肢を用意しなければ医療機関は選ばれない時代がやってくるでしょう。働き方改革は法的なルールを守るための取り組みでもありますが、それ以上に、将来的に良い人材の離職を防ぎ、または外部から優秀な職員を獲得するための魅力的な「病院づくり」のための投資でもあるのです。

「ES (Employee Satisfaction) なくしてCS (Customer Satisfaction) なし」この経営の格言は医療機関にも当てはまります。職員満足度を高めることなくして、患者満足度の向上は望めません。働きやすく、かつ働きがいのある病院は、間違いなく優秀な職員から選ばれやすく、その先には質の高い医療を提供することで患者さんのさらなる笑顔を生みだすことができると考えられます。

働き方改革の真の意味は、職員が総力を挙げて取り組む“働きやすくかつ働きがいのある病院”づくりと言えるでしょう。

図 医師の時間外労働規制について



2022年度診療報酬改定説明会を全日病が開催 感染防止対策の観点で、前回に引き続きオンライン開催



厚生労働省保険局医療課課長補佐 金光一瑛

全日病は3月14日から21日まで、2022年度診療報酬改定の告示・通知等の発出に伴う改定内容の説明会をオンライン(映像配信)で開催した。新型コロナウイルスの感染防止対策の観点で、オンライン開催となるのは、2020年度改定に引き続き2回目となる。説明は、厚生労働省保険局医療課の金光一瑛課長補佐が行った。以下で、その発言要旨を掲載する。

改定率と特例対応、基本方針

2022年度診療報酬改定の改定率はプラス0.43%となった。うち看護の処遇改善のための特例的な対応(プラス0.20%)と不妊治療の保険適用のための特例的な対応(プラス0.20%)があり、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化(▲0.1%)、小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来(▲0.1%)を除くと、プラス0.23%である。

薬価等は▲1.35%であり、うち実勢価等改定が▲1.44%、不妊治療の保険適用のための特例的な対応がプラス0.09%である。材料価格は▲0.02%。

なお、上記のほか、新型コロナウイルスの感染拡大により明らかとなった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化など7項目が、政府の予算編成における決定事項として盛り込まれた。

看護職員の処遇改善については、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組みを、2022年度診療報酬改定において創設することになっており、今後中医協で議論される予定である。

社会保障審議会医療保険部会・医療部会が策定した2022年度改定の基本方針の重点課題には、「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の

構築」、「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革の推進」が位置づけられた。

急性期・高度急性期入院医療

急性期・高度急性期入院医療については、新型コロナウイルスの感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、さらに機能強化、連携が進むよう見直しを実施する。

一般病棟入院基本料は、患者の状態に応じた適切な医療が提供されるよう、「重症度、医療・看護必要度」による評価の適正化を実施するとともに、入院料の再編を含めた見直しを実施する。あわせて、高度かつ専門的な医療および高度急性期医療の提供に係る体制を有する医療機関を新たに評価する。

一般病棟入院基本料の急性期一般入院料は、「重症度、医療・看護必要度」の評価項目を見直す。「重症度、医療・看護必要度」の見直しは、公益委員による裁定で決着した。

具体的には、A項目の「心電図モニターの管理」の項目を削除し、「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更し、「輸血や血液製剤の管理」を1点から2点に引き上げた。該当患者割合を変更し、200床未満の病院に対しては緩和している。

また、200床以上の病院でも200床未満でも、「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」と、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価である「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の間に3ポイントの差を設けており、「Ⅱ」を選択すると満たしやすくなる。

急性期一般入院料の分類を7段階から6段階へ再編し、機能分化を後押しする。「Ⅱ」を用いた評価の要件化について、病床数200床以上の急性期一般入院料1まで拡大する。

高度かつ専門的な医療および高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合を評価する観点から、急性期充実体制加算を新設する。イ

メージとしては、全身麻酔の手術等の高い実績や、専門的な知識を有する医療従事者による集中治療とともに、重症救急患者に対する医療や、自宅や後方病床等への退院を支援する機能を評価する。

施設基準では、急性期一般入院料1を届け出ていることや、総合入院体制加算を届け出していないことなどを定めている。手術等や24時間の救急医療体制の実績要件では、300床未満の病院に対して、別の実績要件を設けた。また、精神科充実体制加算も新設している(下図を参照)。

また、術後疼痛管理チームによる疼痛管理の評価として、術後疼痛管理チーム加算を新設する。手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学管理を連携して実施した場合の評価として、周術期薬剤管理加算を新設する。管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理の評価として、周術期栄養管理実施加算を新設する。

救急医療管理加算については、「1」を950点から1,050点に、「2」を350点から420点に引き上げた上で、適用欄記載事項の見直しなどを行っている。対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書に記載することを要件とする。DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

一般病棟入院基本料の地域一般入院料は、データ提出加算を要件化し、データに基づく評価を推進する。

特定集中治療室管理料等

特定集中治療室管理料等は、早期の回復への取組促進や、新興感染症等の有事にも対応できる人材育成も踏まえた新たな評価を実施する。早期回復を目的とした取組みをさらに推進する。

具体的には、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を導入し、看護職員の負担を軽減する。「Ⅱ」では、該当患者割合

を下げている。新興感染症等有事にも対応できる体制の構築を図る観点から、重症患者対応体制強化加算を新設する。重症患者等に対する支援に係る評価を推進する観点から、重症患者初期支援充実加算を新設する。

重症患者対応体制強化加算では、5年以上の経験を有する専従の常勤看護師や5年以上の経験を有する専従の常勤臨床工学技士を各1名以上求めているほか、看護師2名以上を施設基準に設定している。「看護師2名以上」は、当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めることはできない。

重症患者初期支援充実加算では、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である入院時重症患者メディエーターが、医療従事者とともに、患者・家族に治療方針・内容等の理解・意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価となっている。

また、早期回復を目的とした取組みに係る評価の対象病室の見直しなどを実施する。早期回復を目的とした治療室において、ECMOなどを実施する場合の算定上限を延長するとともに、人工呼吸やECMOに係る新たな評価を設定する。

早期からの回復に向けた取組みでは、早期栄養介入管理加算を経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直すとともに、早期離床・リハビリテーション加算を含め対象となる治療室を見直す。

地域包括ケア病棟入院料等

地域包括ケア病棟入院料等は、①急性期治療を経過した患者の受入れ②在宅で療養を行っている患者等の受入れ③在宅復帰支援という3つの機能に応じた評価の見直しを行っている。在宅医療の提供や、在宅患者の受入れに係る評価を推進するとともに、自院一般病棟からの受入割合が高い場合の評価を適正化し、実態を踏まえた評価を推進する。

一般病床において地域包括ケア病棟入院料等を届け出ている場合は、救急告示病院等であることを要件化する。200床以上の病院で、自院一般病棟からの転床割合を6割未満とし、満たさない場合の点数は100分の85とする。在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げる。在宅復帰率の水準を引き上げることなどを行うとともに、100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化する(右図を参照)。

また、初期加算はきめ細かく見直ししており、特に、在宅患者支援病床初期加算において、老人保健施設からの受入れは300点から500点に増点している。自宅・その他施設では、300点から400点に増点している。

回復期リハビリ病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料は、質の高いリハビリテーションを推進する観点から、重症患者割合を引き上げるとともに、実績等の低い入院料を適正化して再編する。

入院料の分類を、6段階から5段階へ再編し、入院料5は新規届出用の入院料として設定する。具体的には、届出後、2年間の時限算定となるが、2年間というのは、診療報酬改定の間の2年間ではなく、各医療機関の届出か

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算	
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている(急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている) 敷地内禁煙に係る取組を行っている 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満:6.0件/年/床以上 ◆自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 ◆精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上(緊急手術 350件/年以上) 又は300床未満:6.5件/年/床以上(緊急手術 1.15件/年以上) ア 右のうち、4つ以上満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上 イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満:0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満:1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満:3.0件/年/床以上 ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上 (外來腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外來で実施可能であること。)
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退院患者(退院患者を含む)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転床したものの割合が、1割未満
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆病棟の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神科病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない

ら起算しての2年間としている。

入院料1・3については、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいとの規定を設けた。

また、回復期リハビリテーションを要する状態について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料は、療養病棟において、さらなる質の高い医療が行われるよう中心静脈栄養患者に係る要件を追加する。病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえ、経過措置病棟の評価を適正化する。

具体的には、中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化する。患者の摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合は、医療区分2の場合に相当する点数を算定する。

経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際のFIM測定を要件するとともに、FIMの測定を行っていない場合は、1日につき2単位までの出来高の算定とし、医療区分1の場合に相当する点数を算定する。経過措置病棟の入院基本料は100分の85から100分の75に相当する点数に適正化する。

障害者施設等入院基本料等は、重度の意識障害を有しない脳卒中患者への評価を、療養病棟入院料の評価体系を踏まえ見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

DPCや短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等基本料2を廃止し、2種類に再編し、対象手術も大幅に拡大する。短期滞在手術等基本料3の対象手術は19種類から57種類に増える。

DPC/PDPSは、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえたさらなる包括払いを進めていく観点から見直す。医療機関別係数には、新興感染症対応の評価を追加する。

医師等の働き方改革への対応

働き方改革の推進については、地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等を確保するため、各種の勤務環境の改善を図るとともに、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療を推進する。

地域医療体制確保加算は、一定の実績を有する小児・周産期医療に係る病院を加え、対象医療機関を拡大し、点数を引き上げる。

医師事務作業補助体制加算は、経験年数に応じた評価体系とし、点数を引き上げる。当該医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていることが加算1の施設基準になっている。

例えば、15対1の加算をみると、加算1の施設基準を満たせず、加算2の975点になったとしても、現状の加算1の970点よりも高い点数となっている。その他の配置区分でも同様である。

また、看護職員と看護補助者の業務分担・協働をさらに推進する観点から、看護職員と看護補助者に対して、より充実した研修を実施した場合などの新たな評価として、看護補助体制充実加算を新設する。

診療録管理体制加算は、適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガ

イドライン」を踏まえ、要件を見直す。具体的には、400床以上の医療機関に対し、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置し、当該責任者が職員に年1回程度の情報セキュリティ研修を実施することを求める。医療情報のバックアップ体制の確保が望ましいとの規定も設ける。

入退院支援加算は、連携機関数を増やすとともに、点数を引き上げる。連携機関との情報連携で、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)を認める。ヤングケアラーの実態を踏まえ、「退院困難な要因」に新たな項目を追加する。

データ提出加算は、データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、地域一般入院料や障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料などにも要件の範囲を拡大する。

外来医療の分化・連携等

外来医療では、機能の明確化と医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直し、200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲と定額負担の額等を見直す。定額負担を求めなくてよい場合については、初診と再診で共通の10項目を設けていたが、取扱いを別にして整理した。

一方で、紹介受診重点医療機関入院診療加算を新設する。地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

また、症状が安定している患者について、医師の処方により医師と薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に反復利用できる仕組みとして、リフィル処方箋を導入する。

また、リフィル処方箋により、処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しない。

電子的保健医療情報活用加算を、オンライン資格確認システムを通じて、患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することの評価として、新設する。2024年3月31日までは、マイナンバーカードを持っている患者がまだ多くないという実態を踏まえ、診療情報等の取得が困難な患者等に対しても、3点を算定できる。

かかりつけ医機能の評価

かかりつけ医機能の評価では、地域包括診療科・加算を見直す。慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に慢性心不全と慢性腎臓病を追加する。

かかりつけ医機能を有する医療機関等が、他医療機関の求めに応じて診療情報を提供した場合の評価は、診療情報提供料(Ⅲ)から連携強化診療情報提供料に名称を変更するとともに、算定上限回数を月1回に変更する。紹介受診重点医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者の診療情報を提供した場合についても、新たに評価する。難病やてんかんの患者など算定できる対象患者も拡大している。

機能強化加算は、評価を行うかかりつけ医機能を明確化する診療実績や、地域における保健・福祉サービス機能についての要件を追加する。小児かかりつけ診療料は、時間外対応に係る体制のあり方を考慮した評価体系に見直す。生活習慣病管理料は、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

感染対策向上加算やオンライン診療

個別改定項目では、新型コロナの感染拡大の経験を踏まえ、感染対策に係る評価の新設を行う。

診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画をさらに推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価として、外来感染対策向上加算を新設する。連携強化加算やサーベイランス強化加算も新設する。

感染防止対策加算を感染対策向上加算に改称し、平時からの個々の医療機関等における感染防止対策の取り組みや、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組をさらに推進する観点から要件を見直す。保健所、地域の医師会との連携や新興感染症等の発生を想定した訓練の実施、新興感染症等の発生時等に患者の受入体制を有し、公開することを求める。

より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、感染対策向上加算3を新設する。指導強化加算や連携強化加算、サーベイランス強化加算も新設する。感染対策向上加

算1でなくても、加算を含めれば、高い点数になるので、今回、手厚く評価したと考えている。

新型コロナ対応の診療報酬上の特例措置は継続する。施設基準関連の柔軟な取扱いも引き続き医療機関がコロナ患者を受け入れられるよう継続する。

情報通信機器を用いた評価の新設・見直しは、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえたものだが、「重症度、医療・看護必要度」の見直しと同様に、公益委員による裁定で決着した。

オンライン診療の初診料は、対面の場合の87%に相当する251点となった。オンライン診療の新たな再診料・外来診療料は73点となった。医学管理料についても、すべて対面の場合の87%に相当する点数を設定した。

小児入院医療管理料1～5では、不適切な養育が疑われる小児患者に対する支援体制を評価するため、養育支援体制加算を新設する。総合周産期特定集中治療室管理料では、胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援として、成育連携支援加算を新設する。

がん医療では、悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で、外来化学療法を実施する場合の評価として、外来腫瘍化学療法診療料を新設する。

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携を促す対応では、◇診療情報提供料(Ⅰ)注2における情報提供先に、児童相談所を追加する◇診療情報提供料(Ⅰ)注7における情報提供先に、保育所や高等学校等を追加する◇診療情報提供料(Ⅰ)注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援の対象患者およびアレルギー疾患を有する患者を追加する。

不妊治療の保険適用は、これまで原因を検索する検査や原因疾患への治療で保険適用されている医療技術はあったが、原因不明の不妊などへの治療のための医療技術についても、保険診療の対象とする。

不妊治療の診療の流れの中で、生殖医療ガイドラインにおいて、推奨度が高い医療技術が保険適用となる。一般不妊治療に係る評価の新設では、一般不妊治療管理料や人工授精がある。生殖補助医療に係る評価の新設では、生殖補助医療管理料や胚移植術などがある。

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること(ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ				8%以上			
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満(許可病床数200床以上の場合)(満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割未満(許可病床数200床以上の場合)(満たさない場合85/100に減算)	-
自宅等から入棟した患者割合	2割以上(管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上(満たさない場合90/100に減算)(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上(管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上(満たさない場合90/100に減算)(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
在宅復帰率	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合)(満たさない場合90/100に減算)							
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

中小病院と病院機能評価の可能性を語る

1年にわたって香川県・榎村病院を支援、認定取得までの取組みをふり返って

病院機能評価委員会(木村厚委員長)は、2020年度のプロジェクトとして、香川県の榎村病院(37床)を対象とする受審支援事業に取り組んだ。同病院は、1年間の準備期間を経て、2021年4月に本審査を受審し、10月に機能評価の認定を得た。

榎村病院の関係者とアドバイザーとして受審支援に当たった機能評価委員会のメンバーに、認定取得までの取組みをふり返っていただいた。司会は、同委員会の中嶋特別委員。

●病院経営の道しるべとして 機能評価を受審

中嶋 病院機能評価委員会では、2020年度の1年間を通じて香川県の榎村病院の受審支援に取り組まれました。実際の訪問は、診療、看護、事務管理の各領域でそれぞれ1回ずつ。また、コロナ禍ということもあり、リモートでも3回の支援を行いました(看護2回、事務1回)。そして、仕上げとして、3領域合同で模擬審査を行いました。

1年間の準備を踏まえ、榎村病院は昨年4月8～9日に本審査を受けました。6月3日に中間報告があり、そこでの指摘事項について7月に補充的審査の対応をして、最終的に10月6日に認定通知が届いたと聞きました。おめでとうございます。

全日病ニュースでは、支援プロジェクトの報告を合計8回にわたって掲載していますが、今日はそのまとめとして、受審病院の生の声を聞きたいと考え、座談会を行うことにしました。ぜひ率直な考えを聞かせてください。

まず、機能評価を受審しようと考えた理由から聞かせてください。

榎村 榎村病院は、1959年に開業して62年になります。2代目として私が病



榎村院長

院を引き継ぎ、昭和の時代から続いていた病院のシステムや経営をどう刷新していくかに悩む日々が続いていました。最初に行ったのは、組織図をつくることです。1人のトップとその他大勢というトップダウンの形では、これからの時代を乗り切れないと考え、組織づくりに取り組みました。

そのためには、標準的な物差しが必要だと考えましたが、最初は行政の立入検査をこなすのに精一杯でした。指摘事項を一つ一つクリアしながら、次第に具体的な組織づくりに取り組める基盤ができてきたので、機能評価認定を目指したいと考えようになりました。同時に、電子カルテ導入によるIT化と病棟再編を進め、2018年には全床を地域包括ケア病棟に移行しました。

機能評価に関しては、全日病の病院機能評価セミナーがとても参考になりました。病院運営の道しるべとして、ぜひ機能評価を受けたいと考え、受審支援のモデル病院に申し込んだところ、幸運にも選んでいただいたことが今回のご縁につながりました。

●機能評価をきっかけに 看護組織の向上に努める

中嶋 看護部長の大西さんは、機能評価に取り組まれていかがでしたか。

大西 この病院に就職してから、病棟再編や電子カルテ導入、そして機能評



大西看護部長

価とプロジェクトが続き、たいへんなどという思いでした。とくに機能評価は、看護部の組織が十分でない中で、合格点にたどり着けるのか、看護部が足を引っ張るのではないかという不安がありました。それでも各部門の協力を得て、看護のあり方、地域に根差した病院のあり方を模索しながら、少しずつ取り組んだつもりです。

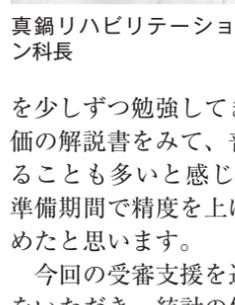
機能評価では、倫理的な問題が重要だと考えていて、身体抑制については岩淵先生のご指導を受けて、なんとか形にすることができたと思います。看護部が中心になって動かないと病院はうまく回りません。今回、合格することができましたので、さらなる向上を目指して、看護の組織がいいものになるように取り組みたいと思います。

中嶋 リハビリテーション科長の真鍋さんはいかがですか。

真鍋 以前から院長のビジョンを聞いていたこともあり、機能評価の受審に

ついては自分なりに理解し、準備してきたつもりです。院内の書類について、誰がどのように責任を持っているのか、病院の組織としてどのように連携をとるのかを少しずつ勉強してきました。機能評価の解説書を見て、普段から行っていることも多いと感じていましたので、準備期間で精度を上げる方向で取り組めたと思います。

今回の受審支援を通じてアドバイスをいただき、統計の使い方などを学ぶことができましたし、自分たちが何をしているのか、根拠を持って示すことの大切さを実感しました。



真鍋リハビリテーション科長

大西 C評価になったことで、岩淵先生のアドバイスもいただき、改善に取り組まれました。現在は、カンファレンスしながら、身体抑制の方法を検討したり、1日のうちで抑制をはずせる時間をつくるなどの工夫をしています。C評価を受けたことは、ケアに活かされていると思います。

●質向上のツールとして 機能評価を上手に使う

中嶋 続いて支援した立場からコメントをいただけますか。

美原 機能評価の認定取得、本当におめでとうございます。榎村病院の話を聞いて、機能評価を受ける病院が増えることを期待しているのですが、一方で、機能評価はいいことばかりではないと思うのです。

私の経験を言うと、最初の受審と更新の受審はまったく違います。最初の

ときは、何をやっていいかわからず、本当にたいへんで、審査が終わったときは職員全員で万歳と叫んだほどです。

今回、榎村病院は初めての受審で、いろいろ苦労もあったと思います。例えば、サーベイヤーはどうでしたか。「酷いことを言う」と思いませんでしたか。

真鍋 いや、私は楽しかったですよ。美原 そうですか。これも私の経験ですが、サーベイヤーからきついことを言われて、反論したこともありましたが、「アピールしてくださいね」と言われたのですが、どのタイミングでアピールしたらいいか迷いました。

美原 サーベイヤーも、いろいろ聞き出したいと思っているのだと思います。機能評価は、病院をよくするためのツールです。全部が全部、役に立つということではないかもしれませんが、いいサーベイヤーに当たったら、得るものも大きいと思います。その意味で、機能評価を上手に使うという考え方が大切だと思います。

岩淵 今回の榎村病院に対する中間評価を拝見しましたが、看護に対して厳しい評価だと感じました。そう思いませんか。

大西 思いました。

岩淵 結構きつい表現で記載されているところがありましたね。例えば、身体抑制がC評価でしたが、後日、マニュアルを確認させていただいたところ、実はサーベイヤーが指摘した内容は網羅されていたと思います。そこは、アピールする必要があったのかもしれませんが。

大西 C評価になったことで、岩淵先生のアドバイスもいただき、改善に取り組まれました。現在は、カンファレンスしながら、身体抑制の方法を検討したり、1日のうちで抑制をはずせる時間をつくるなどの工夫をしています。C評価を受けたことは、ケアに活かされていると思います。

美原 機能評価が質向上のきっかけになっていますね。

●モチベーションの低い職員を 巻き込んでいく

中嶋 みなさんの話を聞いていると、院長がビジョンを示し、職員が一丸となって走ってきたように聞こえますが、機能評価の取組みは長丁場になりますし、職員にとっては、日常業務にプラスして仕事が発生するわけです。そのため、多くの病院では、日常の忙しさの中で初期の熱意が薄れ、停滞する時期を経験するのですが、そのあたりはどうでしたか。

大西 思い返してみると、準備期間から審査を受けるまであっという間に過ぎたという印象です。モチベーションが下がる時間もないまま、受審まで来てしまったという感じです。

中嶋 看護師の中に「こんなことをやらされるなら辞める」という人はいなかったですか。

大西 そういう人は、いませんでした。各委員会の委員長も、合格点がとれるよう努力してくれました。準備期間はあったほうが良いと思いますが、いま

出席者(文中敬称略)	
【病院機能評価委員会】	
全日本病院協会 副会長	美原 盤
診療アドバイザー	
病院機能評価委員会 特別委員	岩淵泰子
看護アドバイザー	
病院機能評価委員会 特別委員	中嶋照夫
事務管理アドバイザー	
【榎村病院】	
理事長/院長	榎村重樹
看護部長	大西八代美
診療技術部長	
リハビリテーション科長	真鍋 裕
事務長	島田寛之

考えると、必死になって取り組んだことで、みんなが同じ思いで取り組めたのだと思います。

中嶋 病院職員の中で、機能評価に懐疑的な雰囲気などはなかったですか。

真鍋 「忙しいのに、日常業務をしないでこれをするのか」という声はありました。自分自身がはっきりした考えを持って、取り組むことが大切だと思います。その背中を見せることで、そっぽを向いていた人も「せっかくの機会なのだからがんばろう」と考えてくれるようになりました。モチベーションの低い人も、一緒に巻き込んでいくことで最終的には火がついて、積極的に改善の提案を出すようになってくれました。

●患者の目線で考える 評価項目のねらいを理解

中嶋 事務長の島田さんはいかがですか。

島田 私はこの病院に来て1年半で、機能評価については解説書を一から読

み始めるという状態でした。職員から、「どうして機能評価をやるのか。ほかにやることあるのではないか」という声は実際に聞いています。私自身も解説書を眺めて、「これはたいへんだ」という思いでした。評価項目は多岐にわたり、行政の立入検査より細かいところを突いてきます。

行政の検査は、基準さえ満たしていれば文句を言われることはありません。しかし、機能評価は視点が違います。基準をクリアするかどうかではなく、患者さんがどう感じるかにポイントがあります。

最初はそのことがわからず、重箱の隅をつつくような評価項目を覚えなければならぬと考え、職員の質問にうまく答えられないこともありました。

しかし、アドバイザーのお話を聞くうちに、行政検査とは立ち位置が違うことに気づきました。あまり細かいことに気を取られるのではなく、まず患者さんの目線に立って、何が患者さんにプラスになるかを考えると、意外と答えは出ると考えるようになりました。

いまでも機能評価のすべてを理解しているわけではありませんが、職員の



島田事務長

職員の一体感を醸成、組織強化に大きな成果

ACPによる看取り支援は地域に根差した病院の役割

疑問には答えられます。何のために機能評価に取り組むのかと言えば、それは患者さんのためだということです。機能評価に取り組んで、病院の成長につながったし、私自身の成長につながったと思っています。

美原 その指摘はすごく重要ですね。評価項目に書いてあることを表面的に



美原副会長

クリアするのではなく、その項目の目的は何なのか、患者さんにどのような医療を提供しようとしているのかを意識することが大切です。評価項目は病院に何を求めているかを理解してほしいと思います。

●サーベイヤートとのやり取りを 模擬審査で体験

中嶋 支援の最終段階の山場として、3人のアドバイザーが榎村病院に行って模擬審査を行いました。これについては、どうでしたでしょうか。

榎村 模擬審査はとても役に立ったと思います。最初は、サーベイヤートという質疑応答になるのか、イメージがつかめなかったのが、想定問答をつくって何回もやり取りを繰り返し、準備しました。模擬審査を経験したことで問答にも慣れ、自分たちがアピールすべきポイントをまとめて答えることができるようになりました。ぶっつけ本番で審査を受けていたら、思いが通じないこともあったと思います。ご指導を受けて、サーベイヤートと対等に話せるようになりました。

島田 こちらの用意した資料で、こちらの主導で進めれば何とかなると考えていたのですが、実際には完全にサーベイヤートの主導で質問がきて、しかも高度な質問が多く、回答に詰まってしまうこともありました。正直に言うと、全日病の模擬審査が一番きつかったですね。模擬審査で厳しい質問を受けたおかげで、本番では落ち着いて対応できたと思います。

●職員の一体感をつくり 離職率が低下

中嶋 機能評価認定を取得したいまの気持ちを聞かせてくれますか。

大西 院内のエレベーターに『機能評価を受審しました。みなさんに選んでいただいた病院です』という掲示を貼っていますが、私自身が毎日それを見て、認定されたことの重みを感じながら働いています。

37床の病院が機能評価の認定をいただけるのだろうかという思いがありましたが、認定に向けてがんばってきたのだなと感慨深く、思い出しています。

真鍋 今回、全日病の受審支援を受けて本当に楽しかったです。アドバイザーに病院を見てもらって、自分たちの立ち位置を知り、自分に何が足りないかがわかりましたので、次に訪問し

ていただくまでに課題を一つ一つ、つぶしました。私は、そういうことが好きなので、楽しく取り組みましたし、積み上げていった結果が認定につながりました。光栄なことにリハ部門でS評価をいただけて、大きな達成感を感じることが出来ました。ありがとうございました。

島田 病院で一番大事なものは、組織の中の和であり、協力関係だと思います。今回、機能評価に取り組むうちに何となく職員の一体感が出てきて、一緒に何か一つのことに取り組むことが本当に大事だと感じました。

仕事を辞めたい理由の一つが、自分が必要とされていないと感じることです。機能評価に全員で取り組むことによって、自分が病院の一つの機能をつくっているという感覚をみんながもてたことが本当によかったと思います。

私は、事務職なので、医療の専門的なことはわかりませんが、今回の経験を通じて、中小病院が機能評価を受けることには絶対に賛成です。なぜなら、職員が一体感を持ってみんなががんばるからで、この経験はずっと残ります。離職率も確実に下がります。がんばった経験があれば、簡単には弱音を言わなくなります。

だめになっていく病院は何をしたらいいかかわらず、ばらばらと人が辞めていきます。伸びる病院は、一つのことに向かっていける病院だと思います。その意味で機能評価はわかりやすい目標だと思いますし、確実に病院はよくなり、職員のまとまりもつくれます。

小さい病院は、余力がないので、機能評価を受けるのは厳しいということもあると思います。でも、少し無理をして、機能評価にチャレンジすることで、病院の組織が強化されて、よりいいものになる。それは地域の患者さんにとって大きなメリットになるはずです。

●各部門が自ら考え 自主的に改善に取り組む

中嶋 院長先生は、いかがですか。

榎村 我々はラッキーだったと思っています。当院は37床で、全職員をあわせて100名足らずの小規模な病院ですが、小規模であるが故にみんなが同じ方向を向きやすいというメリットがあります。いい病院をつくれれば、それが病院のブランド力にもなります。「機能評価をとった病院で働いている」というスタッフの誇らしげな顔を見ることができましたし、職員が一人一人輝いて仕事をしているのを見ると、機能評価の取得によって蒔かれた種が少しずつ組織の中で芽を出しているのかなと思います。

各部門が自ら考える力をつけて、それぞれがよいと思うことを自主的に取り組むようになる。いい効果を生む種をたくさん蒔いていただいたと思っています。

●認定取得を機に さらなる質の向上を期待

中嶋 1年間、お付き合いして、榎村病院は機能評価の認定を取得しました。

プロジェクトの目標は達成されたでしょうか。反省も踏まえて、支援側のアドバイザーから一言ずつお願いします。

美原 お話を聞いて、職員の一体感を感じました。中小規模の病院であるからこそ、これだけのまとまり感があるのだなと思いました。職員のみなさんがまじめに取り組まれて、それが認定につながったのでしょうか。認定を取得するだけでなく質の向上につなげようとしている、つまり、機能評価の目指すところを実践されていると感じられ、今回お手伝いをすることができて本当によかったと思っています。

岩淵 病院の取組みがうまく波に乗って、認定に結び付いたことがお話を聞いてわかりました。病院によっては、機能評価の取り組みをきっかけとして、人間関係に亀裂が生じてしまう場合があると聞いています。「あの人はやった、この人はやらなかった」というように、溝が深まる原因になることもあります。榎村病院が一致団結してできたのは、院長をはじめ幹部職員の方々の人柄とリーダーシップなのだろうと思いました。

機能評価は、看護部が中心になって進めている病院が多いと感じていますが、榎村病院ではリハビリをはじめ、各職種と一緒に頑張ったと思います。

機能評価は、最終的に患者さんがどう満足するかということですので、そこを追求すればさらにいい病院になると思います。認定を受けて満足するのではなく、認定後こそが真価を問われます。今後に期待しています。頑張ってください。

●機能評価の次のステップ 病院の理念を実現

中嶋 機能評価の認定を受けて、次のステップをどう考えていますか。

榎村 受審支援を通じて、認定で終わりではなく、ここがスタートであることを教えていただきましたので、これから何ができるか、次に向かってどんなビジョンを掲げていくかを考える必要があります。

私たちの病院の理念は、地域に根差した医療・介護・福祉を通じて、患者さんの苦痛を取り除きたい、患者さんありきの施設でありたいということです。地域の患者さんやその家族のために日々取り組んでいるのであり、そのためにもっと機能を高めないといけない。この理念を病院全体に浸透させていきます。次の機能評価を受けるまでには、世の中もどんどん変わっていくでしょうから、我々もどう変わっていくかを模索しながら、次のビジョンを見つめて、PDCAサイクルをしっかりと回していこうと思っています。

実は認定を取得してから、社会福祉士を採用し、地域連携を立ち上げました。地域包括ケアシステムの中で、



榎村病院外観（ホームページから）

病院の役割を充実させていきます。また、看護補助者をケアサポーターという名前に変えて増員し、看護師の負担を軽減し、看護師が看護師らしい仕事に専念できるようにしたいと考えています。

大西 地域包括ケア病棟で、ACPによる看取りを進めたいと考えています。いままでは「病院で看取ってください」という人がほとんどでしたが、患者さん本人は家に帰りたいたいと思っているのに病院で最期を迎えていいのだろうかという思いがあり、ターミナルに向かっていく中で支援をしなくてはならないと考えるようになりました。

ACPの話し合いを進める中で、「家には連れて帰れない」と言っていた家族が少しずつ変わって自宅で看取ろうという思いになったケースもあります。家族にとっても後悔のない選択ができるような支援をしなければならないと思います。人生の最期を迎えるための支援をすることが地域包括ケア病棟の役割であり、私たち榎村病院の役割であると思いますので、ACPの取組みを実現させたいと思っています。

●全国の中小病院への メッセージ

中嶋 みなさんが手を取り合いながら形がつくれたことは素晴らしいことだと思います。



中嶋特別委員

組織の垣根があっても、うまくいかないことも多いのですが、そこを乗り越えて融和できました。機能評価の一番よいところが出たのかと思います。

このプロジェクトの目的は、全日病加盟の中小病院が、できるだけ機能評価に関与していただき、医療の質を高めていただきたいし、そういう病院が多く出ていただきたいということです。後に続く病院に対して、一言お願いします。

榎村 我々と同じように、2代目、3代目が病院を継承したが、事業がうまくいかない病院や今後の方向に悩んでいる中小病院は全国に数多くあると思います。

標準的な医療が出来て、地域で役割をはたす病院になれるかどうか。その一つの指標が病院機能評価であると思います。そのことを全国の中小病院に発信してほしい。迷走している病院が生まれ変わるきっかけになるかもしれませんし、職員が一致して病院の方向性を見極めることができるかもしれません。機能評価は大きな可能性をもたらすと考えます。

今回の受審支援を通じて、私たちの病院の身の丈にあったきめ細かいご指導をいただいたことに、感謝しています。

中嶋 それではこの辺で。今日は、ありがとうございました。

2040年を見据えた地域医療構想を議論

厚労省・第8次医療計画等検討会 二次医療圏の圏域の是非も問題提起

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4日、第8次医療計画の策定や地域医療構想の実現に向けた議論を行った。3月2日の「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」に厚労省が提出したものと同様の資料を基に議論を行ったが、同検討会では、人口構造の変化を踏まえ、医療・介護の労働力をどう確保するかといった論点での意見が多かった。

全日病副会長の織田正道委員は、今後の日本の人口構造の変化においては、地域差が大きいことを踏まえ、医療計画や地域医療構想が同じ二次医療圏を基盤に、医療提供体制を構築しようとしていることに対し、懸念を示した。特に、2025年から2040年にかけての人口変動の地域差が大きいこと、各地域の状況に見合った形で、医療提供体制が完結する範囲を柔軟に設定する必要があるとの考えを示した。

厚労省は、二次医療圏はこれまでの歴史的経緯もあり、医療提供体制を考える上で、基本になるものとの考えを示しつつ、都道府県に対しては人口の流入流出などの状況も踏まえ、必要に応じて見直しの検討を行うよう求めていると説明した。

埼玉県立大学理事長の田中滋委員は、「生産年齢人口が減少する以上、マンパワーの確保だけでは対応できない。DXやICT化による生産性の向上は、

コロナ対応だけではなく、2040年を見据えた対応でも重要」と述べた。また、今後は在宅医療のニーズも高まると指摘し、医療提供体制の整備を求めた。

全国医学部長病院長会議理事の大屋祐輔委員は、総合診療医の確保について、「日本専門医機構が認定する総合診療専門医を、若い医師に専攻させようとしている一方で、専門医としてある程度経験を積んだ医師が、総合医に転換するという議論があまりなされていない印象」と指摘。病院団体が実施している総合医育成プログラムも踏まえ、キャリアパスの一環として総合診療医を選択できるような制度の検討が必要と主張した。

在宅医療確保のための基盤整備を議論

厚労省・在宅医療WG 第8次医療計画策定に向けて

厚生労働省の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(田中滋座長)は3月9日、第8次医療計画策定に向けた在宅医療の基盤整備などを議論した。

同ワーキンググループは2024年度からの第8次医療計画に向けて、在宅医療に関して基盤整備や質の高い医療の提供体制、感染症拡大時や災害時などの提供体制を議論していく。

2回目となる同日の会合で厚労省は、外来患者数は2025年がピークとなり、その後は減少傾向になることを資料で提示。一方、在宅患者数は2025年以降も増加を続ける地域が多く、2040年以

降にピークを迎える二次医療圏が203あることを示した。

その上で厚労省は、必要な在宅医療のサービス量を確保するための将来の需要の設定や整備量のあり方、在宅医療を提供する医療機関のグループ化、多職種連携、在宅医療と介護の連携などを論点にあげた。

日本医療法人協会副会長の鈴木邦彦委員は、必要な在宅医療の整備量を確保するためには、在宅医療を提供する医療機関数だけでなく、在宅医療が必要な患者数を把握して対応する必要があると指摘。在宅医療の整備量の目標達成については、地域医療構想調整会

議で協議するべきと主張した。

在宅医療の基盤整備については、かかりつけ医機能をもつ診療所等が在宅医療を行うことを基本としつつ、「大都市では在宅医療専門の医療機関から協力を得る必要がある」と述べた。

日本医師会常任理事の松本吉郎委員は、1月に埼玉県で訪問診療を行っていた医師が患者家族に殺害された事件に言及し、医療者の安全確保について議論していくべきと訴えた。

さらに、多数の患者への在宅医療を担う医療機関が突然機能しなくなった場合に備え、「他の医療機関によるバックアップ体制が重要だ」と指摘した。



この他、在宅医療の整備量を検討する際には通院に利用できる公共交通機関の有無や、通院介助を行う事業者の整備状況も考慮に入れる必要があるとの意見などが出された。

ワーキンググループは夏までに1巡目の議論を行い、秋以降に取りまとめに向けて意見集約を図る予定だ。

2021年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月26日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
静岡県 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院
院長 荻野 和功
静岡県 医療法人社団綾和会 掛川東病院
院長 宮地 紘樹
正会員は合計2,536会員となった。
- 会員種別変更について了承した。
- 準会員として以下の入会を承認した。
東京都 医療法人社団兜中央会 中島クリニック
院長 中島 興治
準会員は合計110会員となった。
- 2021年度補正予算(案)について承認した。
- 2022年度事業計画(案)について承認した。

- 2022年度予算(案)について承認した。
- 第10回臨時総会(案)について承認した。
- 福岡県支部事務局の変更について承認した。
- 医療従事者委員会委員の交代について承認した。
- 規程の改正について承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協総会」「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」「社会保障審議会医療部会」の報告があり、質疑が行われた。
- 第63回全日本病院学会 in 静岡の募集要項について報告が行われた。
- 新型コロナウイルス感染症への対応

に対する寄附金の配分について報告が行われた。

●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
静岡県 川村病院
愛知県 愛知国際病院
兵庫県 三木山陽病院
- ◎一般病院2
北海道 砂川市立病院
茨城県 筑波記念病院
埼玉県 八潮中央総合病院
神奈川県 菊名記念病院
神奈川県 湘南厚木病院
京都府 武田病院
大阪府 大阪暁明館病院
広島県 脳神経センター大田記念病院

- 福岡県 福岡新水巻病院
- ◎一般病院3
大阪府 大阪医科薬科大学病院
- ◎リハビリテーション病院
東京都 初台リハビリテーション病院
福岡県 高良台リハビリテーション病院
- ◎慢性期病院
福島県 土屋病院
東京都 信愛病院

1月4日現在の認定病院は合計2,049病院。そのうち、本会会員は859病院と、全認定病院の41.9%を占める。

- 2022年度診療報酬改定の概要について報告があった。

■ 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 (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。