



全日病 ニュース

2022.8.1
No.1014

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

入院料への上乘せ145点超でも不足の病院への対応を議論

中医協・入院・外来医療等分科会

診療報酬による看護の処遇改善の制度設計

中医協の入院・外来等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は7月20日、診療報酬により実施する看護の処遇改善をめぐる、厚生労働省が示したシミュレーション結果を踏まえ、処遇改善の必要額に不足が生じる医療機関への対応のあり方を議論した。入院料への点数設定について、前回のシミュレーションで設定した100種類から、145種類まで増やすと、99.5%の医療機関がカバーできるが、それでも不足が生じる医療機関が直近データで8施設あることも示された。

前回の分科会では、厚労省が看護の処遇改善を診療報酬で行うために、入院料等の算定回数と看護職員数を紐づけて、それぞれに点数を設定した場合のシミュレーション結果を示した。

それによると、入院料に100種類の点数を設定すると、各病院への処遇改善の必要額と、上乘せ点数の合計額の過不足のばらつきを小さくすることができることが確認され、制度設計に向けた道が開けた。

ただ、ばらつきを小さくすることはできるものの、一定数の病院に過不足が生じてしまう。特に、処遇改善の必要額に対し、収入見込み額(診療報酬による上乘せ)が不足する病院が出てきてしまうことには問題がある。

このため、全日病常任理事の津留英智委員らは、「マックスで必要額にどれだけの過不足が生じているかのデータも示してほしい」と前回の分科会で要望。今回、厚労省が詳細なデータを示した。

前回のシミュレーションでは、8通りのモデルを設定し、過不足のばらつきの状況をみた。その中で、ばらつきが小さく、点数設定も簡素であるため、委員の間で、有力候補との賛同が得られている入院料のみ100種類の点数を設定するモデルの場合で、乖離額の状態をみていく。

8施設が145点超でも不足生じる

処遇改善の必要額に対し、収入見込み額が大きく不足するのは、モデルの上限である100点を超える点数を設定しないと、必要額に見合う収入見込み額が得られない場合だ。

例えば、直近のデータ(2022年5月1日時点)を用いた特別調査によると、100点までだと97.7%の医療機関をカバーし、120点までだと99.0%、145点までだと99.5%をカバーできる。大部分の医療機関に必要額が行き渡ることを期待できるが、いわゆる「外れ値」の病院が一定数生じる。

具体的には、145点を超える点数設定が必要となる医療機関は、特別調査のデータで8施設、前回シミュレーションのデータ(2020年7月等)で7施設、2019年度病床機能報告のデータで5施設となっている(下図を参照)。なお、特別調査のデータで、補助金を申請している医療機関の中で、最高点は339点となっている。

また、特別調査で、必要点数が100点を超える医療機関は37施設ある。その要因として、看護職員を手厚く配置していると考えられる医療機関が25施設あった。内訳は三次救急医療施設が19施設、子ども病院が6施設、周産期母子医療センターが16施設となっている。また、必要額が145点を超える8施設のうち6施設が100床未満の小規模の病院であった(重複あり)。

一時的な患者減をどう考えるか

これらの結果を踏まえ、全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「今回のデータでは、ベッド数が比較的少なく、看護職員の配置が手厚い病院で、必要額に不足が生じることがわかった。ただ、新型コロナの影響で、一時的に患者数が減ったために、高い点数の設定が必要になっている病院もあると思う。患者が減れば、高い点数を設定しないと、必要額に見合わなくなる。しかし、患者数が戻れば、点数をつけすぎることになってしまう」と指摘。「そのような場合まで加味して対応する制度設計とすることは難しいのではないかと述べた。

津留委員も、新型コロナの影響による一時的な変化である可能性を厚労省に質問した。厚労省は、必要額が145点超の医療機関は、2019年度病床機能報告のデータで5施設、2020年7月等の前回シミュレーションのデータで7施設、2022年5月1日のデータで8施設と、新型コロナの感染拡大の期間に増えていることから、新型コロナの影響が一定程度あると想定できるとの考えを示した。

産業医科大学病院医療情報部部長の林田賢史委員は、より高い点数を設定

すると、それに伴って患者負担も上昇することから、「点数設定で対応するより、別の方法で補てんする方法を考えた方がよい」と主張した。

入院料に加え、外来の初再診料にも点数設定を行うモデルに対しては、消極的な意見が多かった。

法政大学経済学部教授の菅原琢磨委員は、「外来を含めることには、メリット・デメリットがある。デメリットとしては、医療機能分化で外来医療を縮小する病院があることや、患者の受診抑制による患者減の影響が入院料より大きい。一定以上の所得のある後期高齢者への患者負担割合の引上げも10月からで時期が重なるため、丁寧に説明しないと批判を受ける恐れがある。一方、入院料だけの点数設定のほうが、結果検証もやりやすく、受診抑制も生じにくい」と指摘した。

健康保険組合連合会参与の中野恵委員は、「10月からは医療機関への問い合わせが増えると思う。せめて、新たな診療報酬の項目の名称だけでも、患者にとってわかりやすいものにしてほしい」と要望した。

また、津留委員は、現状の看護職員等処遇改善補助金を受けていることにかかわらず、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」の条件を満たせば、10月以降、確実に今回対応分の診療報酬を得ることができるかを厚労省に質問したが、厚労省は診療報酬収入が得られる「時点」については、中医協総会で議論されとの考えを示した。

看護職員等処遇改善補助金の申請時点において、新型コロナの影響で、救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台以上を満たせなかった医療機関に対する今回の診療報酬対応の取扱いについても、中医協総会で議論されると、厚労省は説明した。

高い必要点数となる医療機関の分析(特別調査・モデル①-②)

- 特別調査において必要点数が100点超となった医療機関について、
 - ① 令和2年度病床機能報告(令和2年7月職員数+NDBデータ等(令和2年10月~令和3年9月患者数) ※前回シミュレーションのデータ
 - ② 令和元年度病床機能報告(令和元年7月職員数、平成30年7月~令和元年6月患者数)のデータに置き換えて分析を行うと、以下のとおり。

【特別調査】		【①前回シミュレーション】		【②令和元年度病床機能報告】	
点数の範囲	施設数	点数の範囲	施設数	点数の範囲	施設数
101点~120点	22	0点~100点	19	0点~100点	27
121点~145点	7	101点~120点	6	101点~120点	0
146点~	8	121点~145点	5	121点~145点	4
		146点~	7	146点~	5

※ このほか、データなしが1件

補助金申請医療機関における最高点:339点

本号の紙面から

AMATを厚労省WGで議論	2面
診療報酬改定シリーズ③	3面
土田・静岡学会長に聞く	4面
シリーズ医療のDX①	5面
シリーズ医療のDX②	6面
医療人財マネジメント③	7面
星北斗氏が参院議員に初当選	8面

清話抄

物価高騰は国民生活のみならず医療経済を深刻化する。黙視すべからず。

ロシアによるウクライナ侵攻の先行きが見えない。穀物類を多く生産している2国からの輸出が急減し、新興国を中心に世界的な食糧危機が叫ばれて

いる。またエネルギー危機にも直面し、様々な面が日常生活へ影響を及ぼしつつある。すでに生じていた半導体などの品薄状況の中で、世界的なインフレや円安などの影響もあり、食料品をはじめとする日常必需品の高騰が始まっている。

そして、その影響が日常診療へも及び始めている。医薬品、医療用品、手術材料などの品薄、高騰化による日常診療への影響である。今後、光熱費をはじめとする様々な面での物価高がさ

らに国民の負担を深刻化させることであろう。

我が国の医療は診療報酬制度という枠組みで支えられ、医療費は抑えられている。様々な知恵を絞りながら、医療機関はその運営を行い、なんとか医療体制を維持して来たのが実情である。

収入が抑えられたままで、光熱費を含む物価の高騰が続けば、医療の採算は早晩合わなくなることは自明である。食事療養費一つとっても採算性には限度がある。しかし、食品だけに留まら

ない。物価が上がれば消費税額も上がる。品不足と物価高の中での医療経営には限度がある。医療機関が消費税を受け持つ一方で、低医療費政策が続けられており、医療者側だけで負担しきれない範囲は極めて少ない。

この事態を病院団体は黙視すべきでない。医療を守るために全日病は動かなければならない。社会問題として、早急に他団体や政治家をも巻き込み、対策を講じるべきであると訴える。

(藤井 卓)

主張

『Zへの処方箋』 ～そこに●●はあるのか?～

本年6月『骨太方針2022』が閣議決定され、7月の参院選の結果も踏まえ、しばらくは国政選挙の予定もないことから、K内閣つまりはZ省が勢いをつけ、この体制を維持したまま、今後は財政緊縮政策に邁進するものと思われる。医療界にとって大問題となる2024年には、医療・介護・障がいトリプル改定、第8次医療計画(医師の働き方改革、医師偏在対策、地域医療構想

等)、第4期医療費適正化計画等の様々な医療制度改革が行われる。当然のことながらZ省の圧力はこれまで以上に強くなり、各種の審議会や中医協等における議論のプロセスなどもどこ吹く風で、Z省は拡大する医療費を当然のごとく悪者に仕立て上げ、手段を選ばずここぞとばかりに医療費抑制政策を展開し、社会保障財源が無い等を理由に、消費税増税をチラつかせてくるこ

とはほぼ間違いのない。それではこの先、Z省の暴走にブレーキをかけるにはどうすれば良いのか?▼「医療費負担増分は赤字国債を刷りまくって、孫世代にそのツケを回す気か!」と言うZ省のお得意のロジックに煽られないように、我々は、医療・社会保障のあり方(その財源論についても)より戦略的なシンクタンクを持ち、国のバランスシートから財政の状況を正しく理解し共有する事、▼Z省・厚労省にいつでもデータで反論出来るよう、エビデンス・データを速やかに出せるための、より強力な総合的研究機関の設立や運営にある程度積極的に投資して行く事、

▼我が国の人口減少・少子超高齢社会問題においても、医療費は国家財政において必要悪では無く、むしろ財政運営健全化の道筋を正しく理解した上で、未来に対してより充実した医療の仕組みを我々の責務で資産として残していく事、▼これら未来の医療のあり方について共有できる、理解のある国政議員の仲間を一人でも二人でも増やしていく事、あるいは国政の場に我々の仲間をもっと送り込む事、これらには決して短期的な成果を求めるのではなく、中・長期的なマクロの戦略が必要になる。●●=戦略無くして我々民間医療機関の未来は無い。(津留英智)

AMATと他のチームとの連携や派遣病院への支援が課題

厚労省・救急災害医療WG

地震、水害、新興感染症に対応する災害医療体制を議論

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」(遠藤久夫座長)は7月8日、第8次医療計画の策定に向け、地震や水害の被災地や新興感染症の感染拡大が生じている地域に、専門的な研修・訓練を受けた災害医療チームを派遣する体制などをめぐり議論を行った。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、AMAT(全日本病院災害時医療支援活動班)の活動を説明するとともに、都道府県保健医療調整本部でのDMAT(災害派遣医療チーム)など他の医療チームとの連携や、職員を派遣する医療機関への支援が今後の課題であることを指摘した。

医療計画における災害医療への対応は、地震を想定したものから、豪雨災害や新興感染症を含めたものに広がっている。阪神・淡路大震災での反省から、災害医療体制の議論が始まり、2011年3月11日に東日本大震災が起きた。2016年には熊本地震、2018年には北海道胆振東部地震が発生し、その都度、災害医療体制の見直しを行っている。その間、豪雨災害も何度かあった。2020年に入ってから、新型コロナのまん延が続いている。

DMATは、大地震などの災害時に、地域に必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とする厚労省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チームである。2022年4月時点で、1万5,862人が研修済みで、2,040チームが指定医療機関に登録されている。

発足以来、DMATは地震災害を中心に活躍してきたが、最近の豪雨災害では、被災地でDMATに求められている活動が、必ずしも活動要領の記載

にそぐわない場面がみられた。

このため、活動要領の改正を2019年度に行う予定であったが、新型コロナの感染拡大を受けて延期となった。その間に感染症対応のチームも形成され、2022年2月に、新興感染症に関連する位置づけを含め、DMATの活動要領を改正している。

一方、政府の「新型コロナ感染症対応に関する有識者会議」(永井良三座長)は6月15日の報告書で、法令上の位置づけがないために、「既存の都道府県DMAT調整本部の機能が十分に活用されないなど、非効率な対応がなされるケースがあった」と指摘した。

厚労省はこれらを踏まえ、DMATを法令で位置付けることを含め、円滑な活動を可能とするための対応を論点とした。

DMATを法的に位置づけることに関しては、DMATでは医療機関の職員が、都道府県の指揮命令の下で災害医療に従事することから、事故時の補償や派遣時の待遇など「身分保障」の取扱いを確立するためにも、賛意を示す意見が複数の委員から出た。一方、DMAT活動の柔軟性を担保するため、現状通りを求める意見もあった。

調整本部へのAMAT参加を想定

その他の災害医療チームとして、AMAT、DPAT(災害派遣精神医療チーム)、JMAT(日本医師会災害医療チーム)、都道府県看護協会に登録する災害支援ナースが議題に上った。

AMATについては猪口委員が説明。「大規模災害では、中小病院は支援を受けにくい状況があり、互助的な組織として始まった。会員病院への支援物資の移送も行う。都道府県保健医療調

整本部においては、公的な災害医療チームに加わり、より柔軟に、必要性に応じ長期間滞在することができる。DMATなどの機能を補完する」などAMATの特徴をあげた。

概要は以下のとおり。◇全日病を中心に、四病院団体協議会の加盟医療機関で組織◇医師1名、看護師1名、業務調整員1名の3名が基本◇災害の急性期から亜急性期において、災害時要援護者にも配慮した医療支援活動を行う◇研修は、日本医療法人協会と協働で開催。日本病院会からも研修生を受け入れる—というものだ。

主な実績としては、◇平成28年熊本地震(活動期間:2016年4月15日～4月28日、活動隊員数:延べ11チーム43名)◇令和元年台風15号(活動期間:2019年9月10日～9月23日、活動隊員数:延べ52チーム170名)◇クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号における活動(活動期間:2020年2月11日～2月16日、活動退隊員数:延べ13名)などがある。

これらの活動を紹介した上で、調整本部での指揮命令システムに関し、要望を行った。具体的には、AMATが調整本部に参加する場合、調整本部の指揮命令システムの中で、AMATが考慮されていない場合があるので、災害医療の計画や研修において、AMATを含めた様々な災害医療チームが調整本部に参加することを想定することを求めた(下図参照)。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「AMATについても身分保障のために、DMATと同様に、派遣医療機関と都道府県が協定を結ぶことが望ましい」と主張した。また、「AMATを派遣する医療機関に対して、例えば、



DPC制度の機能評価係数の上乘せがあれば、負担の大きい民間病院からの参加が増えると思う」と述べた。

災害発生時の精神保健医療ニーズに対応する災害医療チームであるDPATについては、未だに新興感染症への対応が活動要領に明確化されていないことを踏まえ、活動要領の改正が課題とされた。

JMATについては、「主に、災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理」を担い、被災地の医師会と被災地以外の医師会が協働し、地域医療を取り戻すことが目的であると説明された。

新型コロナ対応では、宿泊療養施設やPCR外来などに合計で10万8,604人を派遣した。医師は3万8,888人、歯科医師は81名、薬剤師は2,334名、看護職は4万1,980人、その他の医療関係職種は4,101人、事務職は2万8,977人が参加した(2022年3月31日時点)。

災害支援ナースは1万2,511人が都道府県看護協会に登録されており、広域では日本看護協会が派遣調整を行っている。より安全を担保した位置づけとするため、事故補償や活動の対価が必要との訴えがあった。

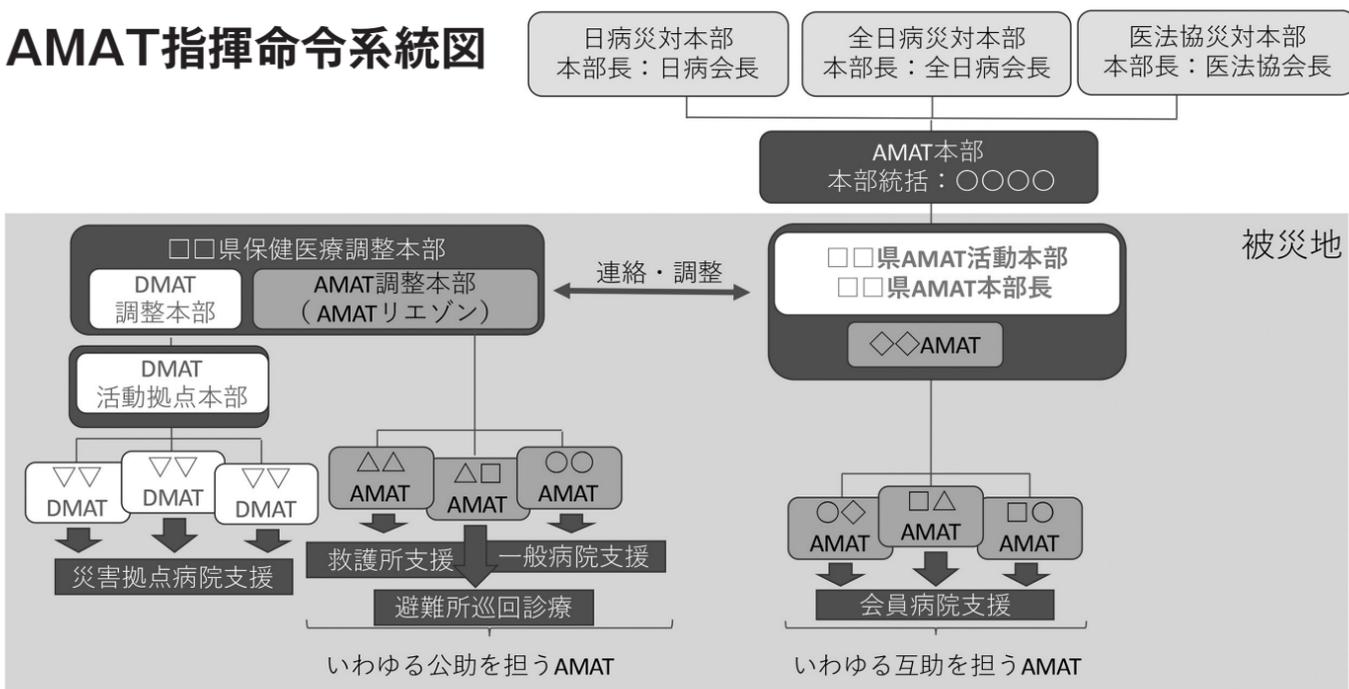
病院単独での対策の実施難しい

豪雨災害が毎年のように発生していることを踏まえた医療機関の浸水対策については、災害拠点病院などに対し、電気設備などの高所移設や止水板の設置など具体的な対応を求めることが論点となった。

災害拠点病院であっても、浸水想定区域内に立地しているにもかかわらず、浸水対策を実施していない病院がある。浸水想定区域にある災害拠点病院は38%で、そのうち、浸水対策を実施していない災害拠点病院は22%、70病院ほどあった。災害拠点病院以外の民間病院では、浸水対策が不十分な病院がさらに多いと見込まれる。

猪口委員は、「病院単独で浸水対策を考慮したBCP(事業継続計画)を作るのは難しい。地域で病院の災害対策を支援するため、災害対策の達成度を診断し支援する公的な仕組みを整備してほしい」と求めた。

AMAT指揮命令系統図



診療報酬改定シリーズ●2022年度改定への対応③

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハ病棟入院料について

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会委員 増田好美

【初めに】

地域包括ケア(以下地ケア)病棟入院料、回復期リハビリテーション(以下回りハ)病棟入院料について、今回基本的な入院料の引き下げは行われなかった。しかし後述する様々な施設基準の厳格化により、地ケア病棟は基準を満たさない場合にはその減算全てが掛け合わせとなった。また回りハ病棟は実質4段階評価となり、重症患者割合が引き上げられ、結果として極めて厳しい改定となった。

【地域包括ケア病棟入院料の見直し】

地ケア病棟に求められる3つの役割(I.急性期治療を経過した患者の受け入れ、II.在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、III.在宅復帰支援)のバランスと救急対応について中央社会保険医療協議会(中医協)において議論され、複雑な施設基準(右図参照)の要件厳格化と、今までに無かった減算の掛け合わせというやり方で、地ケア病棟を有するどの医療機関においても頭を悩ます改定となった。今回、重症度、医療・看護必要度の見直しでA項目から「心電図モニター」が除外されたが、地ケア病棟においては、必要度Iで14%から12%以上に、必要度IIで11%から8%以上と若干引き下げにはなった。ただし、これは減算項目ではなく必須項目であることには注意が必要である。

【I.ポストアキュートについて】

自院の一般病棟からの転棟患者割合6割未満の要件を許可病床数200床以上の地ケア病棟2・4に拡大し、満たさない場合には15%減算となった。自院からのポストアキュートの割合が100%依存の急性期ケアミックス病院は多数存在しており、情け容赦ない梯子外しとなった。

【II.サブアキュートについて】

在宅患者の受入等に関しては、地ケア病棟1・3について①自宅等からの入棟患者割合を2割以上に、②自宅等からの緊急入院患者受け入れが3月で9人以上と実績要件を厳格化し、地ケア病棟2・4に関しては新たに要件を設置し、上記①、②及び③在宅医療等の実績をいずれか1つ以上満たすこととし、満たさない場合には10%減算とした。

一般病床には二次救急又は救急病院であること(許可病床数200床未満では救急外来や24時間の救急医療提供)が必須の要件とされた。

療養病床で地ケア病棟を算定する場合は5%の減算算定が要件となり、減算を回避するためには、(1)上記①を6割以上、(2)上記②を30人以上、(3)救急告示ありのいずれかを満たす必要があるとされた。

【III.在宅復帰支援について】

許可病床数100床以上の地ケア病棟1・2は入退院支援加算1の届出が義務化され、満たさない場合には10%減算となったが、専従の人員配置が必要なため、対応に追われている医療機関も少なくない。

また、在宅復帰率7割以上の要件が地ケア病棟3・4にも課せられることになり、満たさない場合には10%減算、地ケア病棟1・2は在宅復帰率7割2分5厘以上と引き上げられ、これは減算ではなく必須要件となっている。在宅復帰率は6か月平均であり、コロナ

対応をする中小病院の病床運営の中では非常に厳しい状況となっている。

【救急・在宅等支援病床初期加算の見直し】

急性期患者病床初期加算は、許可病床数400床以上か400床未満かと、一般病棟からの受け入れが自院か他院かの4区分になり、他院からの転棟は増点、自院からの転棟は減点となった。在宅患者支援病床初期加算については、介護老人保健施設からの入院かその他かの2区分に再編され、いずれも増点となった。ただし、介護老人保健施設の場合は、在宅復帰率の対象外であることに注意が必要だ。

【回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し】

回りハ病棟については、入院料5が廃止され従前の入院料6を入院料5とし、5段階評価になったが、新たな入院料5は新規届出から2年間に限るとされたため、実質は4段階の評価となった。また、新規入院患者に占める

重症患者の割合が、入院料1・2は4割以上に、入院料3・4は3割以上に引き上げられ、実績指数(FIM)が求められる入院料1・3には第三者評価を受けていることが望ましいとされた。回りハ病棟の対象に「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又は手術後の状態」が追加され、算定上限日数は90日以内とされた。

【まとめ】

今回、地ケア病棟ではポストアキュートの抑制、サブアキュート機能と在宅復帰支援の強化が、要件の厳格化等による減算の掛け合わせで断行された。回りハ病棟に対しては、急性期病棟から発症後や術後早期の重症患者の受け入れがより求められる厳しい改定となった。今回減算となっている項目等により、地ケア病棟及び回りハ病棟を有し地域を支える多くの中小民間病院にとってどのような影響が及んだのか、しっかりと検証を行い、次の2024年度の改定ではどのような評価となるのか注視すべきと考える。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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								

かかりつけ医機能のあり方をめぐり議論を行う

厚労省・医療計画等検討会

個々の医師や医療機関ではなく体制で整備すべき

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7月20日、第8次医療計画の策定に向け、5疾病・5事業の検討状況の報告を受けるとともに、外来医療提供体制との関連で、かかりつけ医機能を議題とした。

かかりつけ医機能については、骨太方針2022に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記されたことを踏まえ、議論が行われた。

全日病副会長の織田正道委員は、「開業医は臓器別専門医が多く、かかりつけ医全員に総合的な診療能力を求めて

も、無理がある。医師会や病院団体の総合医の研修プログラムを積極的に利用すべきだ。かかりつけ医機能を発揮できる体制を、地域として確保することが一番重要となる」と述べた。また、そのためには、オンライン診療を始め、医療DXを推進することが不可欠であることを強調した。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、コロナ禍を踏まえた課題として、かかりつけ医が取り上げられたことに対し違和感を示した。

「かかりつけ医は、日常の相談や学

校保健、産業保健、健診事業といった社会的な機能など平時の医療を担う。しかし、コロナ禍は平時でなく有事である。果たして平時と有事は同じでいいのか。むしろ、有事では、個々の医療機関というよりも、各医療機関が連携し、体制として対応を整備することが重要になる」と主張した。

一方、5疾病・5事業の検討状況は、健康局の担当課が説明した。

がんについては、がん診療連携拠点病院の要件見直しを進めるほか、空白の二次医療機関の解消のため、がんの

医療圏の再検討が促された。脳卒中および心筋梗塞等の心血管疾患については、循環器病対策推進基本計画の見直しを進める。

糖尿病については、指標の見直しを行うとともに、健康日本21や医療費適正化計画との連携を図る。精神疾患については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が昨年まとめた報告書で、精神障害にも対応した地域包括ケアの理念が示された。

委員からは、医療計画に記載する各疾病の指標やロジックモデルの統一に関する要望、がんにとどまらず5疾病全体で、空白の医療圏があることに関する調査への要望があがった。

コロナの教訓を踏まえた地域医療連携や医師の働き方の議論を「現地」で行いたい



第63回全日本病院学会in静岡が10月1、2日の両日、静岡県浜松市で開催される。土田博和学会長に学会テーマに込める思いや学会の見どころ、準備状況などをきいた。

従来型の現地開催を予定 最悪でもハイブリッドで

——静岡では、初めての全日病学会ですね。

前支部長の池田誠先生が3年前から準備を始め、2年前から私が学会長を仰せつかっています。具体的な実務は、実行委員長の甲賀啓介先生が取り仕切って進めていただいています。

静岡県は小さな県ですが、全日病会員のみなさんにとって有意義な学会となるよう鋭意準備を進めています。

——新型コロナウイルスの状況が心配ですが、どのような形で準備していますか。

今回は、現地開催とWEB開催のハイブリッドではなく、従来型の現地開催を予定しています。コロナの感染拡大が予断を許さない状況となっておりますが、最悪でもハイブリッドでの開催として、できれば現地でみなさんとお会いし、活発に議論ができることを楽しみにしています。

——学会テーマについて教えてください。

学会テーマは『ポストコロナ時代を生きる』です。新型コロナウイルスの感染拡大を経験して、見えてきたことは多いですが、ポストコロナでは地域医療連携の推進が必要だという問題意識を強く持っています。静岡でも、地域医療構想における機能分化・連携は、一向に進展してこなかった。そのことが、コロナにより露呈してしまいました。

一方、コロナの危機を乗り越えるために、全国各地で、様々な取組みが行われています。例えば福岡県では、コロナ病床の状況を県単位で共有し、重症度に応じ、適切・迅速に搬送するシステムをつくっていると聞きます。

みんなが助け合う地域医療連携の形を全国に広げるための起爆剤に、コロナの教訓を使えればと思っています。

また、オンライン診療を含めたICTは、地域医療連携にとって欠かせないツールになるはず。例えば、マイナンバーカードに健康保険証と保健医療情報を入力・活用する流れができていますが、そのために一番やってほしいことは電子カルテの統一化です。診療情報を共有すれば無駄な検査・投薬を減らし、機能的な地域連携が加速するでしょう。静岡学会では、ICT関連企業も加わり、医療とICTの関係を考える演題を用意していますので、大いに論じたいと思います。

地域医療構想やデータヘルス、タスクシフトなどテーマに議論

——静岡学会では、シンポジウムや特別企画、市民講座などの学会企画があります。それぞれ紹介をお願いします。

静岡学会では4つのシンポジウムを準備しています。シンポジウム1『ポストコロナ時代の病院経営』では、実

行委員長を務めるコミュニティーホスピタル甲賀病院の甲賀啓介院長、石井公認会計士事務所の石井孝宜所長、株式会社メディヴァの大石佳能子代表取締役社長、相良病院の相良吉昭理事長が登壇します。

新型コロナで病院経営は大きな打撃を受けましたが、その影響は診療科や病院の特性により様々です。政府の補助金や診療報酬の特例により、ある程度経済的に助かった病院がある一方、患者減だけが残って、経営的に苦しくなった病院もあり、二極化しているのではないのでしょうか。新型コロナの病院経営への影響を議論します。

シンポジウム2『どうする？データヘルス集中改革』では、日本経済新聞社の大林尚編集委員、グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンの渡辺幸子代表取締役社長が登壇します。

ポストコロナ時代の医療を考える上で、ICTの活用は必須です。特にオンライン診療については、病院団体、医師会、厚労省で温度差はあるものの、その必要性についての認識には違いはないと思います。

また、ICTを使って診療録をはじめレントゲンなど検査結果を情報共有することができれば、自ずと各病院の立ち位置が定まり、かかりつけ医の立ち位置も議論されると考えています。

かかりつけ医をめぐる議論が始まっていますが、海外では制度的に位置づけている国もありますし、その役割も日本と大きく違います。私の経験したアメリカの家庭医は、朝から赤ちゃんをとりあげ、次はアキレス腱のギプスを巻いて、その後は呼吸器の診察を行うといったように広く浅く総合的な診療を行います。

日本では、教育訓練の仕組みがないため専門医としてのかかりつけ医が育っていませんが、将来的には、受け持つ地域・人口割が決まったかかりつけ医を基本とする仕組みになると思いますので、そのあたりの議論も期待しています。

シンポジウム3『ポストコロナ時代の地域医療構想』では、日本総合研究所の翁百合理事長、名古屋記念財団の太田圭洋理事長が登壇します。コロナの教訓を踏まえて、学会のポイントになるテーマです。

地域医療構想がなぜ進まないかというと、公的病院と民間病院の連携が難しいことが理由の一つです。もう一つの理由は、大学医局の壁で、どこの大学から医師が派遣されるかということが連携を難しくしている。ポストコロナではこれらの障害を乗り越えて地域医療構想を進めることが必要です。

シンポジウム4『ポストコロナ時代のタスクシフト』では、亀田総合病院の舟越亮寛・薬剤管理部薬剤管理部長、長崎医療センターの本田和也・診療看護師(NP)・副看護師長、八尾医療PFI株式会社の門井洋二代表取締役社長、コミュニティーホスピタル甲賀病院の伊藤康太郎・救急救命士科主任が登壇します。

勤務医の負担を減らすためにタスクシフトは避けて通れません。例えば、救急救命士にもう少し医療に近づいてもらう、看護師に医師の仕事を分担し

てもらい、医療秘書に事務作業を担ってもらうことが重要です。

アメリカのグループプラクティスで2か月ほど勤務したときの経験ですが、医師は自分でカルテに記載することはしません。外来、手術記載にしる口頭で医療秘書にしゃべるだけで、次の日にはカルテに記載されていました。それが40年前の話です。日本でも医療秘書を徹底的に育てないと、医師は疲弊するなど痛感しました。

2024年度から医師の働き方改革が始まります。労働基準法の適応で悪質な違反事例は逮捕要件になりますから、確実に医師の時間外労働を減らす必要があります。ぜひ、タスクシフト・シェアの具体的な取組みの話聞いてほしいと思います。

静岡のまちづくりを紹介 大道芸とSLを観光資源に

特別企画『未来は今』では、浜松ホトニクス株式会社の小倉隆氏、テルモ株式会社の長谷川英司氏、ふじのくに医療城下町推進機構の植田勝智氏が登壇します。浜松ホトニクスとテルモは、静岡に拠点を持つ国際的な企業です。両社からは、最先端技術の活用について刺激的な話が聞けると思います。

医療城下町推進機構の植田さんからは、川勝平太知事が推進する「ファルマバレープロジェクト」の話が聞けると聞きます。富士山麓に広がる地域に医療健康産業クラスターを形成し、「健康増進・疾病克服」と「県民の経済基盤の確立」を両輪としたまちづくりに取り組んでいます。

市民公開講座『しぞーカルネッサンズ』では、株式会社シーアイセンターの甲賀雅章氏と大井川鐵道株式会社の山本豊福氏にご登壇いただき、静岡のまちづくりをテーマに話し合います。

静岡は、大道芸や演劇を気軽に楽しめるまちづくりで全国的に有名になりましたが、甲賀さんは大道芸ワールドカップIN静岡を立ち上げた方です。また、大井川鐵道は、島田市とタイアップして、SLが走る鉄道を観光資源としてまちづくりに活かしています。

——準備状況はどうでしょうか。演題の数は例年の全日病学会と同



じくくらい集まっています。やはり、コロナ関連の演題が多いのが特徴ですね。オンライン診療を含むICTの活用や医師の働き方改革、タスクシフト・シェア関連の演題も多く寄せられています。

参加登録が少し遅れていますので、締め切りを8月12日まで延長しました。静岡には、富士山があり、風光明媚な見どころがたくさんあります。浜松は鰻が美味しいところです。学会に参加しながら、ぜひ静岡を堪能してほしいと願っています。

——最後に静岡学会に向けたメッセージをお願いします。

コロナという貴重な体験を経て、ピンチをチャンスと捉え、「笛吹けど踊らない地域医療連携」を本気で進めないといけないと思います。民間も公的も頑張っている病院があるのに、相互の分担がうまくいっていない現実がある。そこに何かの気づきを与えるきっかけになるような学会にしたいです。

病院は売上に対して経常収益は数パーセントしかないのに、人材紹介の手数料でそれが消えていく問題も何とかしたいと思っています。学会でも話をしたいと思っているのですが、マッチングが成約しても病院が支払う手数料ゼロのソフトを作りました。医師の応募が少なく、活用できていませんが、全日病として活用してもらえると、大変うれしいです。

——ありがとうございました。

「第63回 全日本病院学会 in 静岡」の開催概要

開催日◎2022年10月1日(土)・2日(日)
学 会 長◎土田博和(全日病静岡県支部支部長、フジ虎ノ門グループ会長)
実行委員長◎甲賀啓介(コミュニティーホスピタル甲賀病院院長)
会 場◎アクトシティ浜松
事前参加登録◎2022年3月1日(火)～8月12日(金)
参 加 費◎

	協会会員		一 般	学 生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	33,000円	11,000円	13,200円	—
当日登録	39,000円	14,000円	16,000円	2,000円

懇 親 会◎2022年10月1日(土) 18:30～
ホテルクラウンパレス浜松
参加費は事前登録：2,200円、当日登録：3,000円
*事前参加登録は、オンライン登録にて受付いたします。
<https://www.c-linkage.co.jp/ajha63/pre-registration.html>
*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申込みください。
<https://amarys-jtb.jp/ajha63/>

我が国の医療DXに向けた取組について

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 水谷 忠由



本号から、『医療におけるデジタル・トランスフォーメーション(DX)』のシリーズ企画がはじまります。第1回は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課の水谷忠由課長にご執筆いただきました。

【はじめに】

我が国では、健康・医療・介護分野のデータが分散し、相互に繋がっていないために、必ずしも医療現場や産官学の力を引き出し、患者・国民がメリットを実感できる形となっていなかったとの指摘があります。このため厚生労働省では、これらのデータの有機的連結やICT等の技術革新により、健康寿命の更なる延伸や効果的・効率的な医療・介護サービスの提供を目指すデータヘルス改革を推進しています。

データヘルス改革が目指す未来は、四つの柱から成ります。一つ目は「ゲノム医療・AI活用の推進」です。二つ目は「自身のデータを日常生活改善等に繋げるPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の推進」で、こうした患者の医療情報など「医療・介護現場の情報利活用の推進」を進め、より質の高いサービスの提供を可能にすることが三つ目の柱です。そして四つ目は、「データベースの効果的な利活用の推進」です。

【マイナンバーカードの保険証利用(オンライン資格確認)】

昨年10月から、オンライン資格確認等システムの本格運用が開始されました。医療機関等の窓口で顔認証付きカードリーダーを置いていただき、マイナンバーカードの顔写真データと窓口で撮影した本人の顔写真とを照合するなどして本人確認が行われます。これにより、保険者からシステムに事前に登録された患者の直近の医療保険の資格情報が確認でき、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間などの事務コストが削減されます。

オンライン資格確認のメリットはこれだけではありません。カードリーダーには情報閲覧の同意画面があり、ここで患者から電子的に同意がなされれば、保険者からシステムに事前に登録された特定健診結果や薬剤情報も、医療機関等で閲覧できるようになります。これらの情報は、本人がマイナポータルを通じて確認できる情報です。オンライン資格確認の仕組みは、データヘルス改革の二つ目の柱のPHRの仕組みを基本に、三つ目の柱の医療現場での利活用を具現化したシステムと言えます。

薬剤情報等の閲覧にはマイナンバーカードによる本人確認が必要ですが、災害時には氏名・性別・生年月日・住所の4情報等による本人確認で閲覧を可能とする機能も備えています。この機能は、3月の福島沖を震源とする地震の際に、災害救助法が適用された宮城県・福島県を対象に、一定期間アクティブ化されました。

【オンライン資格確認の導入促進に向けて】

三師会では、医療機関間での情報共

有を進め、安心・安全で質の高い医療を提供していくデータヘルスの基盤としてオンライン資格確認の導入を推進していく必要があるとして、2月に推進協議会を立ち上げていただきました。この協議会には、厚労省やオンライン資格確認の実施機関である社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会、システム事業者の団体である保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS)がオブザーバーとして参加し、導入に当たって現場から提起された課題への対応等に取り組んでいます。

また、この4月から電子的保健医療情報活用加算が設けられました。外来でオンライン資格確認の仕組みを通じて過去の薬剤情報や特定健診結果等の情報を活用して診療等が行われた場合に、より多くの種類の正確な情報に基づいた総合的な診断や、重複する投薬を回避した適切な処方が行われることを評価して、初診料等に設けられた加算です。患者が従来の保険証で受診した場合等においても、オンライン資格確認を導入している医療機関等ではこうした体制が整えられていることを評価し、令和5年度末まで一定の点数を算定できるようになっています。

さらに、システムの導入に向けて、様々なルートを通じて個別の医療機関等への働きかけを行っています。医療機関等からの改修ニーズが増加し、これがシステム事業者の営業強化・体制強化に繋がっていくような好循環を創り出していきたいと考えています。

【オンライン資格確認の導入加速化に向けた「更なる対策」】

オンライン資格確認の導入状況を見ると、カードリーダーを申込済みの医療機関等は約6割、院内のシステム改修等が終了して実際に運用を開始した施設は約4分の1となっています(病院や薬局では約4割の施設で運用が開始されています)。こうした中で、厚労省では5月の医療保険部会に、来年3月末までに概ね全ての医療機関等での導入を目指すという目標達成のための3つの「更なる対策」を提案しました。

一つ目は、来年4月から、保険医療機関等におけるシステム導入について原則として義務化することです。保険医療機関及び保険医療費担当規則等の改正を考えており、具体的な内容は中医協で御議論いただきます。

二つ目は、医療機関等でのシステム導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する財政措置を見直すことです。現在、カードリーダーの無償配布のほか、院内のシステム改修等の費用について医療機関等への補助を行っており、この見直しを財政当局と議論します。また、電子的保健医療情報活用加算には様々な指摘がなされており、その取扱については中医協で検討します。

三つ目は、令和6年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指すこと、そして医療機関・薬局以外で保険証を利用している訪問看護や柔整あはき等のオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指すことです。マイナンバーカードの取得はあくまで任意ですから、

加入者から申請があれば保険証が交付される仕組みとすることは大前提となります。

こうした「更なる対策」は、去る6月に閣議決定されたいわゆる骨太方針2022に盛り込まれ、政府の方針となりました。今後、現場の声もよく伺いしながら、具体的な内容を決定してまいります。

【医療DXが目指す姿】

オンライン資格確認には、①全国の医療機関・薬局が安全かつ常時接続されている、②医療情報を個人ごとに把握し、本人の情報を確実に提供することが可能、③患者の同意を確実にかつ電子的に得ることが可能という特徴があり、今後のデータヘルスの基盤になると考えています。現在、医療機関等で確認できる情報は特定健診結果や薬剤情報のみですが、9月から透析や医療機関名等の項目が、来年5月から手術情報が追加される予定です。また、来年1月からはこの基盤の上に電子処方箋の仕組みを構築し、薬剤情報のリアルタイムでの共有を可能とする予定です。閲覧・活用できる情報は、さらに拡大を検討していきます。

ところで、5月に自民党の社会保障制度調査会とデジタル社会推進本部の合同PTにおいて、「医療DX令和ビジョン2030」が取りまとめられました。電子カルテの一次利用(PHR)も二次利用も十分とは言えず、患者が自らの健康・治療状況の把握が自由に行える状況になく、医療機関間での活用も極めて限定的、また新型コロナ危機においても医療情報収集が全く不十分であったとの現状認識の下、①「全国医療情報プラットフォーム」の創設、②電子カルテ情報の標準化、③「診療報酬改定DX」の三本柱で提言がなされています。

「全国医療情報プラットフォーム」は、オンライン資格確認等システムのネットワークを発展的に拡充し、レセプトや特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療(介護を含む)全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームとされています。オンライン資格確認等システムをデータヘルス基盤としていく考え方と軌を一にするものです。

電子カルテ情報の標準化については、HL7 FHIRの規格を活用して共有すべき項目の電子的な記述仕様や交換手順を策定し、まずは診療情報提供書・退院時サマリー・健診結果報告書の3文書等を対象として、順次拡大していくとされています。また、電子カルテ普及率の目標を2026年までに80%、2030年までに100%に設定し、未導入の一般診療所や非DPC病院向けに、官民協力により低廉で安全なHL7 FHIR標準の標準クラウドベース電子カルテが開発・活用されるための施策の推進も盛り込まれています。

「診療報酬改定DX」としては、各ベンダー共通のものとして活用できる診療報酬に係る「共通算定モジュール」を作成することや、改定の施行日を4月から後ろ倒ししてシステムベンダーの作業集中月を解消することなどで、医療機関等の業務システムのDXを通じて医療保険制度全体の運営コスト削減や保険者負担の軽減に繋げることが提言されています。

これらを強固なガバナンス体制を構築して推進していくため、総理を本部長とし関係関係により構成される「医療DX推進本部(仮称)」を設置することも謳われています。これらも、骨太方針2022に盛り込まれ、政府の方針となりました。

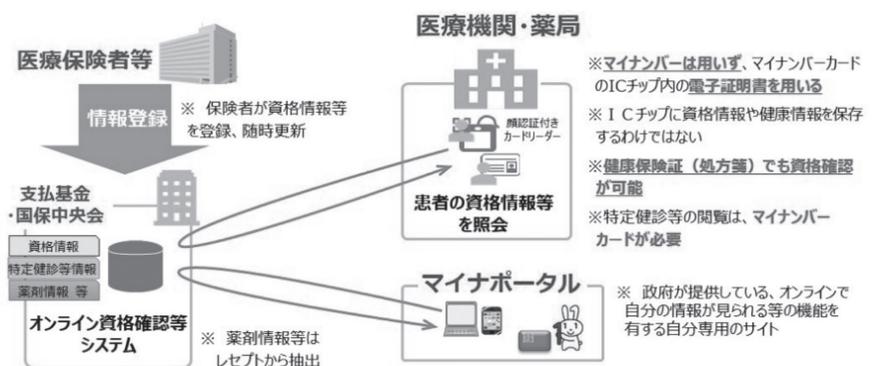
【終わりに】

今後のデジタル社会においては、医療機関等が患者の医療情報を有効に活用して、安心・安全でより良い医療を提供していくことが重要と考えます。オンライン資格確認等システムはこうしたデータヘルスの基盤となるものであり、その構築に向けて、医療現場の皆様の御協力を是非よろしくお願い申し上げます。

最後に私見を申し上げれば、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指すためには、国民一人一人が、自身の健康・医療情報に対するオーナーシップの意識を高めていただくことが重要ではないかと考えています。医療機関・薬局や保険者、民間事業者も含めた多様な主体が、こうした健康・医療情報を本人の同意の下に適切に活用することで、個人の予防・健康づくりを支援し、より効果的なものにしていけると期待しています。

オンライン資格確認(マイナンバーカードの保険証利用)の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等(加入している医療保険や自己負担限度額等)が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられる環境に。(マイナポータルでの閲覧も可能)



病院におけるサイバーセキュリティ対策

警視庁サイバーセキュリティ対策本部

本号では、医療(DX)シリーズの第1回と第2回を掲載します。第2回は、「病院におけるサイバーセキュリティ対策」について、警視庁サイバーセキュリティ対策本部のご担当者に執筆いただきました。

1 医療機関を取り巻く情勢について

警察庁によると、2021年のランサムウェア被害の業種別報告件数に「医療、福祉」7件(5%)が初めて計上されました。昨年10月末には国内の病院がランサムウェアの被害に遭い、2か月間に及んで正常な病院業務が滞ったという事案が発生し、今年に入っても複数の医療機関でランサムウェアの被害が発生しています。医療機関におけるランサムウェアの被害は直接、人命に係わる重大なインシデントです。

また、2021年11月に復活したマルウェア「エモテット」の被害も急増しており、医療機関においても多数の感染が確認されております。このような情勢を踏まえ、ランサムウェア及びエモテットの現状と対策に触れた後、病院におけるサイバーセキュリティ対策について記述していきます。

2 ランサムウェアによる被害状況と対策について

(1)ランサムウェアとは

ランサムウェアとは、身代金という意味を持つ「Ransom」とコンピュータに何らかの処理を行うプログラムなどを指す「Software」を組み合わせた造語です。

感染させた端末内のデータを暗号化するなどによって、利用できない状態にした上で、そのデータを利用できる状態に戻すことと引き換えに金銭を要求するマルウェアの名称です。

(2)ランサムウェアによる犯罪の傾向と特徴

警察庁により公表されている企業・団体等のランサムウェアの被害の件数は、年々増加しており、2021年(令和3年)下半期(85件)は2020年(令和2年)下半期(21件)と比べて約4倍になっており、企業・団体の規模を問わず被害に遭っています。

犯行手口は二重恐喝が82件(85%)となっており、この手口は企業が保有する機密データや個人情報データを事前に盗み出し、暗号化したデータを復号するための身代金を要求するのに加え、支払われない場合は盗んだデータを公開するという脅迫行為を行う手口です。

感染経路について、現在はVPN機器やリモートデスクトップなどの企業のネットワーク等のインフラの脆弱性を狙って侵入する手口が増えていますが、この他にも、改ざんしたWebサイトや、偽のWebサイトを閲覧させてランサムウェアに感染させるというもの、なりすましメール等を不特定多数に送り付け、添付したファイルやメール本文のURLをクリックさせて感染させるものなどがあります。

犯行の特徴としては、「RaaS(Ransomware as a Service)」と呼ばれるビジネスモデルが使用されていることです。これはソフトウェアを利用

する期間に応じて、料金を支払うことで使うことができるパッケージの「SaaS(Software as a Service)」のランサムウェア版で、ランサムウェア攻撃に必要なものをパッケージ化し、利用期間に応じた料金を支払うことで利用できるサービスのことです。

(3)ランサムウェアによる被害に遭わない、または、被害を最小限に抑える対策

○サイバーセキュリティ対策の基本ルール

・ウイルス対策ソフトやセキュリティソフトを導入する。
・OSやセキュリティソフト等のアップデートは必ず行う。
・被害に遭っているかもしれないと思った時の相談先、報告先を周知しておく。

○メールを悪用した犯罪の手口とその対策に関する注意喚起と啓発

従業員に対して以下の事項について啓発する。
・取引先からのメールであっても、添付ファイルを安易に開封しない。
・URL付きメールを受信した場合、安易にURLをクリックしない。
・マクロ付きのWordやExcel等の「コンテンツの有効化」ボタンは、安易にクリックしない。

○機密データなどのバックアップ

・バックアップデータはネットワークから物理的に切り離れた状態で保存する。
・二重恐喝に備えて、普段から使用している機密データについても暗号化した状態で保存する。

○脆弱性の修正

製品開発事業者の製品情報ページやJVN(JVN iPedia, MyJVN)のサイト等で脆弱性情報の発表とともに「パッチ」の公開を認知した場合は、できる限り早く「パッチ」を適用して、不備のない状態を保つ。また、パッチ適用前にアカウント情報が流出していることもあるため、必ず、パスワードの変更をする。

○パスワードポリシーの徹底

・パスワード設定はシステムで設定できる最大文字数で使用可能な文字を使い、利用者だけが覚えられる複雑な文字列を設定する。
・パスワードは、システム・機器ごとに違うものを設定する。
・生体認証やワンタイムパスワードなど、パスワード入力とは別の要素を取り入れた多要素認証を採用する。

○その他のセキュリティ対策

不審なメールを受信しないためのメールフィルタリング、WAFやUTM、EDRの導入、不審な挙動の履歴を確認できるログの取得などについても検討し、積極的な対策に取り組む。

(4)ランサムウェアに感染した場合の対応

・有線LANであればLANケーブルを抜く、無線LANであればWi-Fiルータの電源を切るなどして、ネットワークから隔離する。
・感染した端末内に復号に必要な情報等が残っていることがあるため、端末の電源を切らない。

・セキュリティ担当者に速報する。
・所管省庁や警察に通報・連絡する他、独立行政法人情報処理推進機構(通称:IPA)やJPCERT/CC(一般社団法人JPCERTコーディネーションセンター)に連絡して、事後対応の指示を受け行動する。

3 エモテットによる被害状況と対策について

(1)エモテットによる被害状況

エモテットとは、攻撃者から送信されるメールに添付されたマクロが埋め込まれたExcelやWordファイル、メール本文中の不正なURL、パスワード付きZipファイル、偽装されたPDF閲覧ソフト、不正なショートカットファイル等から感染するマルウェアです。これらのメールに添付されたファイルのマクロを実行(コンテンツの有効化)したり、偽装されたPDF閲覧ソフトやショートカットファイルをクリックすると、エモテットに感染します。

エモテットは2019年に流行して以降、世界中で猛威を振るっていましたが、2021年1月のEUROPOL(欧州刑事警察機構)による対策により、その脅威は去ったと思われました。しかし、2021年11月に復活し、今日に至るまで急速に感染が拡大しています。

エモテットに感染すると、端末やブラウザに保存されたメールアドレスやメール本文、メールアドレスのパスワード、更にはクレジットカード情報等が盗まれてしまう場合がある上、他のマルウェアに感染させられることもあり、その結果として、ランサムウェアに感染してデータが暗号化されるなどの被害に繋がるおそれもあります。

また、攻撃者はエモテットに感染した端末から窃取したメール情報を悪用し、過去にメール送受信履歴のある人に、正規のメール元を装って、なりすましメールを送るなどして、さらにエモテットの感染を拡大させるため、エモテットに感染すると、自組織内で横展開するだけでなく、取引先等にも展開して影響を及ぼします。

(2)エモテットに感染しないための対策

○システムのすべきこと

・OSやアプリケーション、セキュリティソフトを常に最新の状態に保つ。
・Officeのマクロの自動実行を無効化する。

○個人が注意すべきこと

・身に覚えのないメールに添付されたマクロ付きのExcelやWordファイルのマクロは送信元に確認するまでは実行しない。
・身に覚えのないメールに添付されたパスワード付きZipファイル、メール本文中のURLは送信元に確認するまではクリックしない。
・ショートカットファイルは絶対にクリックしない。
・身に覚えのないメールや添付ファイルを開いてしまった場合は、すぐにシステム担当者に連絡する。

(3)エモテットへの感染が疑われる場合の対応

・感染が疑われる端末をネットワーク

から隔離する。
・JPCERT/CCが公開している最新のエモテット専用の感染確認ツール「EmoCheck」で感染の有無を確認する。
・他のマルウェア感染の有無を確認するため、最新の定義ファイルに更新したウイルス対策ソフトでフルスキャンを実行する。
・感染したアカウントのメールアドレスやパスワードを変更する。
・漏洩した端末を初期化する。
・漏洩した情報が悪用され、被害を受ける可能性のある関係先に対する注意喚起を実施する。

4 病院のサイバーセキュリティ対策について

昨今の情勢から、本年5月27日に開催された厚生労働省の健康・医療・介護情報活用検討会 医療等情報活用ワーキンググループにおいて、平時の予防対応、インシデント発生後の初動対応、日常診療を取り戻すための復旧対応のための各種対応方針が示されました。その中で医療法第25条第1項に基づく立入検査の留意事項に、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版」に記載されたサイバーセキュリティ対策に関する項目が4つ追加されました。その中でもランサムウェアの被害に遭わないために、特に以下の2項目を徹底する必要があります。

一つ目が「PCやVPN機器等の脆弱性情報を収集し、速やかに対策を行える体制が確保されていること」です。最近の病院におけるランサムウェア被害の侵入経路のほとんどがVPN機器等の脆弱性を起因として流出した認証情報の悪用によるものです。電子カルテシステムをはじめとする各種医療機器が閉域網であっても、それらの保守管理等に使用するVPN機器等に繋がってれば、その脆弱性を突かれて侵入されてしまいます。院内のシステムがどこで外部に繋がっているのか、正確なネットワーク構成図を作成して外部との接続ポイントを明確にすることが必要です。また、医療情報システム会社等との契約を確認し、その責任分担を明確にして、脆弱性情報が提供され、パッチが適正に適用されるように見直しをするほか、JVN等の脆弱性情報を公開するサイトやサービスにユーザー登録をするなどして、タイムリーに脆弱性情報が収集でき、対策がとれる体制を確保してください。

二つ目が「診療継続のために直ちに必要な情報をあらかじめ十分に検討し、データやシステムのバックアップを確実にしていること」です。ランサムウェアの被害に遭った病院であっても、物理的に切り離れた状態でバックアップを行っていた病院は速やかに復旧することができています。物理的に切り離れた状態でバックアップがとれているのか、また、ランサムウェアの被害に遭った場合でも、バックアップデータを速やかに復旧することができるのかを確認しておいてください。

なお、上記項目以外にも、「不正ソフトウェア対策を講じつつ復旧するための手順をあらかじめ検討し、BCPとして定めておくとともに、サイバー

攻撃を想定した対処手順が適切に機能することを訓練等により確認すること」「医療情報システムの保守会社等への連絡体制や厚生労働省への連絡体制が確保されていること」についても立入検査の留意事項に追加されていますので、これらもしっかりと実施する必

要があります。最後になりますが、サイバーセキュリティ対策において何よりも重要なことは、全国の病院で発生している事案を他人事と捉えずに、自らの病院に当てはめて確認していくことです。特に最近においても、冒頭に申し上げた病

院の被害の原因であるFortinet社製のVPNの脆弱性による被害が度々あることから、その判断をする病院の経営層の方がサイバーセキュリティ対策の重要性をしっかりと認識し、時にはシステム担当者から意見がなされるかもしれませんが、真摯に耳を傾けて、必

要な対策を講じる必要があります。病院に対するサイバー犯罪の被害は人命に係わる重大なインシデントであるという意識をしっかりと認識し、安心・安全なサイバーセキュリティ対策に取り組んでいただくことを切に願います。

行動経済学的視点から考える医療人財マネジメント ～メディカルスタッフが最高に活躍できるための心くばり～ 第3回 なぜ情報伝達がうまくいかないのか？

当企画は、行動経済学の視点から病院の経営マネジメントを見直し、病院のリーダーがチームメンバーを伸ばすことで、全体のパフォーマンスやクオリティを上昇させることの支援を目的としている。

前回(第2回)は「どうしてタスクシフトが進まないのか？」と題し、責任と権限の委譲、業務の切り分け、皆が活躍できるプラットフォームづくりについて触れた。

今回(第3回)のテーマは、「なぜ情報伝達がうまくいかないのか？」という、病院規模に関わらずどの組織でも問題となり得るテーマを取り上げる。会員の皆様の参考となれば幸いである。

江口 私はPHSが嫌いです。PHSで連絡が来るときは耳が痛い話が多いので、PHS=コストのように感じてしまっていると思います。

石川 別の業務をしているときに妨げられることが多いですからね。

平井 PHSで一对一のやり取りをする際には、受ける側は「個人の損失」と捉えがちだと思います。実際は業務連絡であって個人が責任を負ったり、責められたりするような話ではないんですけど、何となく責める・責めないになりがちですね。

江口 そうですね。例えば「患者さんが眠れないと言うので眠剤を出してください」と言われると、医師としては「自分が眠らせていないのが悪い」と言われているような気持ちになるかもしれません。

石川 当院では全スタッフにスマホやタブレットを支給して、業務連絡はSNS上で行うようにしました。SNSの良いところは「一对多」の配信なので、誰かが必ず見ていることです。コ

メントも返信も誰かが見ているので変な返し方はできません。心理的安全性が自然に担保されているのです。そうすると若いスタッフの方が何でも聞けるようになるのです。医師に厳しいことを言われることもなければ、絵文字をもらったり、ありがとうと言われたりしたら、それを見ている皆が嬉しいですよ。

平井 可視化されて共有されることによって、個人の責任感や損失感が減るのではないかと思います。さらに、自分が答えなくても別の先生が代わって答えてくれるというメリットも生じるので、それがうまく回る秘訣なのかもしれません。

石川 今までは電話したら怒っていたような医師も、SNSなら自分のスキマ



石川 賀代氏

時間で見ることができます。今までは師長さんを介して電話をしてもらおうとか、回りくどいことをやっていたんですけども、そもそも連絡の多くが、医師からOKをもらったら済む用事ばかりなので、SNSのやりとりだけで終わることが多いですよ。ですから緊急時以外は電話が鳴らないのです。看護師さんたちはすごく楽になったと言っています。

江口 オベ中に定期処方方が切れたというSNSが入っても、オベが終わるまでは返事できないですよ。

石川 でも、スマホを持ってオベ室に入っているんで、1時間くらい待てば返事が来ます。一人医長だと困るのですが、何人か医師がいれば誰かは反応

します。江口 理事長から1年目まで、すべての職員が全部SNSでつながっているのですか？

石川 今はSNS上に1,300ぐらいのチームがあります。私も病棟のチームに入っています。

江口 そんなに！…放置されているメッセージはないのですか？

石川 病棟など業務関連のメッセージに関しては、大体誰かが反応してくれています。ただし、チームの中には活性化しないものもあるので、定期的にそういったところは消去するようにしています。

江口 SNSの導入はすんなり進んだのでしょうか？ 反対意見などはありませんでしたか？

石川 最初は懐疑的なんですけれども、実際にSNSを使ったら皆が楽になっ



江口 有一郎氏

ていることを実感するのです。自分も便利になるので反対はそれほどありませんでした。実は「使いたくなければ使わなくていい」と言っていますが、忙しい先生ほどSNSを使わなければいけなくなります。やっぱり便利なので使うのです。打ち込むのが苦手なら音声入力すればいいし、デジタルに疎い人でもスマホは使っていますから、電子カルテ導入時のようなことはなかったです。ベテラン職員をコントロールしようとしても無理で、情報通信を使ってそういう状況を作ってしまう方がいいのです。

江口 デジタル化によってそんなにス

<登場人物紹介(敬称略)>

講師：平井 啓(大阪大学大学院人間科学研究科准教授)
 先輩経営者：石川 賀代(社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長・病院長)
 新米経営者：江口 有一郎(医療法人ロコモメディカル副理事長/ロコモメディカル総合研究所所長)

記事作成：田中 留奈(伝わるメディカル/佐賀大学大学院)

トレスがなくなるとは…！
平井 心理的なコストがないのでしょうか。電話口でちゃんと説明しなければいけないとか、タイミングを間違えると怒られるのではないかなどと忖度することがなくなる。怒られるからといって報告が遅れるという損失回避を減らすことにもつながりそうです。

石川 SNSの書き込みの基本ルールとして、相手の中傷はやめてくれと言っています。さまざまな意見を言い合える関係性を保つためのルールです。皆さん、他人のメッセージや返信を見て、自分の発言が人に与える影響を自然に学習しているような気がしますね。



平井 啓氏

平井 トップがまず実践すれば、スタッフもそうせざるを得ないですよ。そうやって新人さんや若い人たちが反応すれば、他の方々も巻き込まれていって、問題なく運用できるようになるのではないのでしょうか。

入院・外来等分科会の調査方法を了承

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)は7月20日、2024年度診療報酬改定に向け

た入院・外来等の調査の進め方を了承した。2022年度改定の答申書附帯意見に明記された11項目について、2022年

度調査と2023年度調査の2か年で調査を実施する。

今回から、外来も検討事項に加わるため、非常に広い範囲の改定事項を分科会が取り扱うことになる。入院では、高度急性期・急性期から回復期、慢性

期までの医療機能をはじめ医師の働き方改革、新型コロナなどの感染症対策の評価、DPC/PDPSが調査対象となる。外来では、かかりつけ医機能の評価や専門医療機関との機能分化・連携、オンライン診療が調査対象となる。

2022年度 第3回常任理事会の抄録 6月11日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 福島県 福島医療生活協同組合 医療生協わたり病院 院長 北條 徹
 - 愛知県 医療法人幸会南陽病院 院長 山田 義明
 - 愛媛県 医療法人中川病院 理事長 中川 泰範
 - 鹿児島県 医療法人隆成会隆成会病院 理事長 阿久根 哲
 - 鹿児島県 社会医療法人天陽会 中央病院 理事長 厚地 良彦
- 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,538会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。

- 東京都 一般社団法人秀令会 M E P南青山 代表理事 大島 秀男 準会員数は合計112会員となった。
- 賛助会員として、以下の入会を承認した。
 - ヴェクソンインターナショナル株式会社(代表取締役 兼久 隆史) 他に退会が2会員あり、合計113会員となった。
- 事務局長の交代について説明があり、承認された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協総会、入院・外来医療等の調査・評価分科会」「社会保障審議会医療部会」「第8次医療計画等に関する検

- 討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 第64回全日本病院学会の開催について報告された。
- 2022年度病院経営定期調査について報告があった。
- 「地域包括ヘルスケアシステム」構築に関する調査協力依頼について報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能 【3rdG:Ver.2.0】～順不同
 - 一般病院1
 - 東京都 あそか病院
 - 東京都 調布病院
 - 京都府 京都武田病院
 - 兵庫県 聖隷淡路病院
 - 長崎県 光武内科循環器科病院
 - 一般病院2

- 千葉県 山王病院
- 東京都 荻窪病院
- 京都府 洛和会音羽病院
- 広島県 浜脇整形外科病院
- 沖縄県 中部徳洲会病院
- リハビリテーション
 - 熊川県 熊本託麻台リハビリテーション病院
- 5月6日現在の認定病院は合計2,042病院。そのうち、本会会員は845病院と、全認定病院の41.4%を占める。
- 二次医療圏等について、各都道府県(地域)の状況について報告があり、共有した。

全日病理事の星北斗氏が参議院議員に初当選

参議院選挙

日本医師連盟推薦の自見英子氏は2回目の当選



参院選で、初当選した星北斗氏。

第26回参議院選挙は7月10日に投開票が行われ、厚生労働関係の候補者の当落が明らかになった。全日病理事であり、前福島県医師会副会長の星北斗氏が、福島選挙区で自民党から出馬。41万9,701票を獲得し、初当選を果たした。

日本医師連盟が擁立した自見英子氏は、比例代表で21万3,369票を獲得し、自民党内8位で2回目の当選を果たした。自見氏は、安倍内閣で厚生大臣政

務官を務めた。

宮城選挙区では、民主党政権で厚労副大臣を務めた桜井充氏が自民党から出馬。47万2,963票を獲得し、5回目の当選となった。

神奈川選挙区では、菅内閣で厚労副大臣を務めた自民党の三原じゅん子氏が、80万7,300票で3回目の当選。滋賀選挙区では、菅内閣で厚労大臣政務官を務めた自民党の小鎌隆史氏が、31万5,249票で2回目の当選となった。

一方、介護・福祉団体の支援を受けた園田修光氏は、9万3,380票を集めたが、党内22位と届かず、落選した。園田氏は、参院厚労委員長や自民党厚労部会副会長などを務めた。

大分選挙区では、国民民主党の足立信也氏が18万3,258票を集めたが、落選。足立氏は民主党政権で厚労大臣政務官を務め、新型インフルエンザ対策や診療報酬改定に尽力した。

また、日本歯科医師連盟の組織内候

補である山田宏氏は、比例で17万5,871票を獲得し、党内10位で2回目の当選となった。

日本看護連盟の友納理緒氏と日本薬剤師連盟の神谷政幸氏は、ともに比例で初当選。友納氏は17万4,335票を獲得し、党内11位、神谷氏は12万7,188票を獲得し、党内17位となった。

急激なコロナの感染拡大に危機感を表明

日病協・代表者会議

救急外来で通常医療に支障が出始めている

日本病院団体協議会は7月22日の代表者会議終了後に会見を開いた。小山信彌議長(日本私立医科大学協会参与)は、新型コロナの直近の感染状況が、これまでと異なる水準で拡大していることから、医療提供体制の確保について危機感を表明した。

急激な感染拡大で、地域によっては病院の救急外来に患者が殺到している。山本修一副議長(地域医療機能推進機構理事長)は「熱中症をはじめ処置が必要な患者に対して支障が出始めており、大きな懸念を抱いている」と述べた。小山議長は、「感染者の多くが若年者で、症状もないということであるなら、病院には来ないという判断もあると思うが、国がそういうメッセージを出していない状況で、我々として統一見解は出せない」と述べた。

病院職員にも感染拡大が広がっており、病院職員の濃厚接触者が増えて、病院機能が低下する事態も生じている。千葉大学医学部附属病院では、濃厚接触者に抗原検査を実施し、陰性であれば勤務してもらう体制を整えたとの報告があった。ただ、家族が感染し職場に出ることが難しい場合や、濃厚接触者が勤務することに心理的な抵抗があり、勤務に結び付く濃厚接触者は一定数にとどまっているという。

また、現状でコロナ病床の利用率は逼迫していないものの、今後、感染拡大の継続に応じて、コロナ病床の利用率が上昇してくることに對しても、山本副議長は危機感を示した。

なお、厚生労働省は同日、「直近の感染状況を踏まえた追加的な取組」を発表した。対策は◇病床の確保等◇発

熱外来自己検査の体制整備◇医療機関・保健所の負担軽減◇濃厚接触者の待期間の短縮等◇財政支援の延長◇ワクチン◇治療薬の7項目となっている。

病床確保等では、7月6日の3.0万床から20日には3.5万床に増加させ、引続き、「最大確保病床数約5万床のフル稼働に向けた取組を要請する」とした。抗原定性検査キットを配布し、発熱外来を受診することに代えて、健康観察を受ける体制の整備も図る。

診療報酬による看護の処遇改善

診療報酬による看護の処遇改善の制度設計も同日の日病協で議論された。厚労省のシミュレーションにより、入院料に100種類の点数設定を行えば、処遇改善の必要額と入院料の算定回数

による収入額の過不足が一定範囲に収まることがわかり、その方法を基本とすることに異論はなかったことが報告された。

ただ、不足が生じる病院への対応では議論があった。7月20日の入院・外来医療等の調査・評価分科会では、入院料に145点まで点数を設定すると、三次救急、子ども、周産期の医療を担う病院の過不足も概ねカバーできるが、それでもごく少数の「外れ値」となる病院が出てきてしまうことが示された。

一方、過不足は、ある一時点の患者数により左右されるため、新型コロナの感染状況が影響している可能性が高いこともデータで示されている。「外れ値」の取扱いについては、中医協総会で慎重に議論して判断してもらいたいとの考えが示された。

また、外来の初再診料は含めず、入院料への加算のみとする場合は、なぜ入院の患者負担だけが増えるのかについて、10月までに厚労省がきちんと説明、周知することも求められた。

2023年度中間年改定の薬価調査方法を了承

中医協・薬価専門部会

改定の具体的な内容は12月の大臣折衝で決定

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は7月20日、診療報酬改定と同時期の通常薬価改定の中間年に実施する2023年度薬価改定に向けた2022年度の薬価調査の方法を大筋で了承した。前回の初の中間年改定である2021年度薬価改定と同様の方法で実施する。

中間年改定は、2016年12月の政府の

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」により、「大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きい品目について薬価改定を行う」ことになっている。実際にどの品目を中間年改定の対象とするかは、12月の来年度予算編成の大臣折衝で決定される見込みだ。

薬価調査は、2022年度中の一か月間

の取引分を対象とする。抽出調査とし、販売サイドでは、医薬品販売卸業者の営業所等の3分の2、購入サイドでは、病院の40分の1、診療所の400分の1、薬局の120分の1とする。

薬価調査の結果は、12月初旬に総会に報告され、その後、年末に向け中間年改定の詰めの議論に入る見込み。業

界からのヒアリングなどを経て、一定の結論をまとめて、総会に報告する。ただし、具体的な改定内容は、薬価引下げによる財政影響を見極めた上で、12月の大臣折衝で決定されることになる。

日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「調査方法は提案通りでよいが、現在、新型コロナの急激な再拡大が起きている。また、燃料費高騰を含めた物価高があり、医薬品の安定供給の障害も続いている。業界から丁寧なヒアリングを実施するとともに、幅広い観点での検討が必要になる」と述べた。

■ 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
看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会(WEB開催) 30名	2022年9月11日(日)	11,000円	看護師の特定行為に係る指導者講習会を企画または講師をしようとしている者が対象。当該研修制度創設の背景や趣旨、内容等について理解を促進し、効果的に指導者講習会を開催できるよう研修プログラムを構成した。研修修了者には「修了証書」を交付する。
機能評価受審支援セミナー(WEB開催) 【診療・看護合同領域】 80名 【事務管理領域】 60名	2022年9月11日(日)	8,800円(13,200円)	「診療・看護合同領域」では、日本医療機能評価機構の訪問審査における「ケアプロセス調査」の形式に則って、病院と講師が、抱えている問題点や今後の課題等を意見交換・情報共有する。「事務管理領域」は3部構成で、第1部では次年度改定する評価項目「3rdG:Ver.3.0」の予想、第2部では機能種別に「3rdG:Ver.2.0」の解説、第3部では事前課題から見えてきた問題点への対応について質疑応答・意見交換を行う。
2022年度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(WEB開催) (70名)	2022年9月23日(金・祝) 2022年9月24日(土)	27,500円(33,000円)	「院内医療事故調査の指針(第2版)」を教材に、各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を演習で習得することを目的に、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究(西澤班)」の研究協力者である宮澤潤弁護士や練馬総合病院の飯田修平理事長らを講師に招き、研修会を開催する。
「QMS(Quality Management System)事例紹介」WEBセミナー(100名)	2022年10月16日(日)	5,500円(8,800円)	医療が高度化、複雑化する中で、組織的に質を管理し、改善していくための仕組みである質マネジメントシステム(Quality Management System=QMS)について、導入している2病院(大久野病院(東京都)、飯塚病院(福岡県))が実際の取組を発表する。また、早稲田大学理工学術院創造理工学部の棟近雅彦教授が講義を行う。