



# 全日病NEWS

## 2023.5.1 No.1031

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

### 高齢者施設内で対応できる医療のあり方など議論

厚労省・同時報酬改定に向けた意見交換会

高齢者施設・障害者施設等における医療と認知症をテーマに設定

厚生労働省の「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」の第2回が4月19日に開催された。今回のテーマは、「高齢者施設・障害者施設等における医療」と「認知症」。高齢者施設などにおいて、利用者を医療機関に退所させずに、施設内で対応できる医療のあり方などが議論になった。認知症については、医療機関での認知症への対応向上策やできるだけ拘束を行わないようにする取組みが議論になった。

「高齢者施設・障害者施設等における医療」では、介護医療院や介護老人保健施設の利用者に、必要な医療が適切に提供される対応が課題となった。常勤医師の配置が義務ではない特別養護老人ホーム、医師の配置が義務ではない特定施設や認知症対応型グループホームでは、外部からの医療提供のあり方がより課題とされた(下図参照)。

例えば、介護医療院の場合、医療提供が内包されている施設であり、提供可能な医療として、酸素療法を行うことのできる施設が約91%、静脈内注射が約82%、喀痰吸引が84%と高い割合になっている。一方で、退所者の約20%が医療機関への退所であり、そのうち一定の割合が、肺炎や尿路感染症の一般的な疾患であることから、施設ごとで対応可能な医療ニーズに差があ

る可能性が考えられた。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、「高齢者施設などへの医療提供は、基本的には、外部に頼るよりも自施設での対応をまず考えるべき。外部から医療提供を行う場合は、在宅療養支援診療所・病院や地域包括ケア病棟を含め、高齢者施設などを地域が面として支える体制が重要」と述べた。健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、「人材も医療保険財政も厳しい状況なので、まずは自施設で最大限の医療機能を発揮してほしい」とした。

高額薬剤が増えていることを踏まえ、基本的な医療提供が介護保険からの給付となっている介護老人保健施設において、抗悪性腫瘍剤など医療保険で出来高算定できる薬剤の拡大を求める意見や、高齢者施設などへの特定行為研修を修了した看護師による訪問看護の積極的な活用を促す意見も出た。

高齢者施設などの運営基準では、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。この協力病院について、特定機能病院などを選んでいる施設が一定数ある。厚労省は、「医療機関の持つ医療機能と、緊急時の相談対応や往診等の医療提供など施設や入所者が求める医療内容が、必ずしも一致しな

い場合がある」と指摘。多くの委員が、厚労省と問題意識を共有した。

厚労省からは、医療機関へ退所した場合の退所先の病床種別について、「地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等を除いた一般病床が大半を占めているが、要介護者に適した入院医療を提供する観点からは、患者の状態に応じた医療機関との連携を進める必要がある」との考えが示された。

#### 老健施設での減薬の取組みを推進

高齢者施設などにおける薬剤管理については、高齢者施設などに、ポリファーマシーが懸念される利用者が多くいることから、常勤の医師や薬剤師の配置がある施設においては、減薬を含めた取組みをさらに推進し、その他の施設では、薬局などの薬剤師が、医師や施設職員と協働しながら、薬剤管理指導を行うことが課題となった。

全国老人保健施設協会会長の東憲太郎委員は、施設において、かかりつけ医と連携した減薬などの取組みを評価する介護報酬のかかりつけ医連携薬剤調整加算をあげて、「まだ、算定率は少ないが、薬剤を調整する大事な機会となるので、算定が増える取組みを行ってほしい」と強調した。なお、診療報酬では、かかりつけ医の側で、

介護老人保健施設と連携して、情報共有し、減薬が行われた場合を評価する薬剤適正使用連携加算がある。

感染症対策については、コロナ禍で、高齢者施設などでクラスターが多く発生し、施設内で外部からの医療支援を受けつつ、コロナ患者が療養するという状況が生じた。診療報酬においては、高齢者施設などへの往診やオンライン診療を評価する特例が実施されている。将来的な新興感染症等に備えた感染対策では、平時から高齢者施設などの感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が発生した場合の対応として、医療機関との連携を強化する必要がある。その際に、医療機関側が◇感染対策に関する助言◇職員の派遣を行うことが課題とされた。

委員からは、2022年度診療報酬改定で新設した感染対策向上加算などの施設基準で求められる医療機関間、行政医などとの連携で、高齢者施設などを含めることの提案などがあった。

#### 医療でも身体拘束減らす取組みを

認知症への対応については、◇医療機関・介護保険施設等における認知症の人への理解や認知症対応力を向上させるための取組み◇多職種で連携しながらのBPSDへの対応や未然に防ぐケアを推進するための方策◇認知機能や生活機能などを適切に評価するための方策◇医療現場等における身体拘束の問題を含め、適切な認知症ケア提供を進めるための方策などが課題となった。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「介護では身体拘束ゼロを目指しているのに対し、医療ではやむを得ないということになっている。療養病床ではさまざまな工夫で対応できるようになってきた。急性期でも対応が必要だ」と指摘した。日慢協常任理事の田中志子委員は、「身体拘束ゼロは根性論ではできない」と述べ、マニュアルを整備し、評価の定まった方法論に基づき実施する必要性を強調した。

### 介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

- 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。
- ※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。
- ※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等			緊急時施設診療費	緊急時施設療養費	医療保険で給付
特殊な検査 (例:超音波検査等)					医療保険で給付
簡単な画像検査 (例:エックス線診断等)					医療保険で給付
投薬・注射 検査(例:血液・尿等) 処置(例:創傷処置等)	特定診療費	介護保険で給付	特別診療費		医療保険で給付
医学的指導管理					医療保険で給付
	介護療養型医療施設	介護医療院 (I型・II型)	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	

本号の紙面から	
診療報酬改定DX対応方針	2面
全国医政関係主管課長会議	3面
コロナ報酬特例で疑義解釈	4面
医療従事者委員会の紹介	5面
医療DX人材育成プログラム	6面
医療機関経営状況調査の結果	7面

### 清話抄

#### 「病院DX」が盛んに議論されています

ネットワークセキュリティやスマホ端末を活用した業務改善は、大事な論点だと思いますが、「リアルタイムな患者情報をどう経営に活かすか」という点については議論が深まりません。

確かに、EFファイルや様式1が作成され、病院経営のデータ分析は進歩しましたが、EFは月単位で作成され、患者病名や入院経路、手術有無等の属性情報がまとめられる「様式1」は、退院後に作成されます。

特に、ケアミックス病院では2ヶ月近い入院期間の方も多く、様式1を元に分析を進める場合、直近3ヶ月のデータは、すべて揃っていません。

一方、データが揃う3ヶ月以上前のデータ分析を進めても、患者さんは全

て退院されており、ベッドコントロールや加算/指導算定漏れの改善、人員配置の妥当性や適切な病床編成の検証などについて、「意思決定」が数ヶ月遅れることとなります。

最近入院EFに医師コードを入れることも必須ではなく、医師パフォーマンスを分析する上で不便を感じることもあります。

外来では、様式1は存在せず、外来EFには、来院時間や診察医の情報がありません。

病院の患者データは、企業で言う「顧客データ」です。このデータが、リアルタイムで把握できず、不足している情報が多いことに関する具体的な議論が深まらないことは、非常に残念です。

電子カルテ中の「入院診療計画」や「アナムネ情報」、オーダーリングデータ、EFファイル作成の週単位化など、患者データをよりリアルタイムで活用するための具体的且つ実用的な仕組みに関する議論が不可欠だと考えています。

(井内徹)



# 主張

## 「第8次医療計画」における地域に密着した中小病院

「第8次医療計画」の基本方針が告示され、作成指針等也都道府県に通知された。都道府県では、これらの基本方針や作成指針に則すると共に、地域の実情に応じて2024年度から始まる「第8次医療計画」の策定に取り掛かる。「第8次医療計画」には、新たに加えられる「新興感染症」も含め、地域の医療提供体制全体を視野に入れ記載項目が多岐にわたる。その中で現行の医療計画における課題を踏まえてワーキンググループが設けられ集中的に議

論されたのが、「地域医療構想及び医師確保計画」、「外来機能報告」、「在宅医療及び医療・介護連携」、「救急・災害医療提供体制」等であった。これらの計画遂行に当たっては共通の課題が浮かび上がってくる。そして注目すべきは、これらが地域に密着した中小病院(以下、地域密着型病院)に関連することが多く含まれていることであり、そのキーワードは、「かかりつけ医機能」、「在宅医療」である。まず2025年までの取組となっている

「地域医療構想」においては、入院医療の機能分化と連携を進めながらも、「かかりつけ医機能」や「在宅医療」等も対象に取り込み2040年に向けたバージョンアップの必要性に言及している。さらに「外来機能報告」においては、実施状況を踏まえて「かかりつけ医機能を担う医療機関」と、紹介患者中心の「紹介外来重点医療機関」に大別されることになる。全日病の会員病院の多くが地域密着型病院であることから前者に属すると考えられる。今後、都市部においても急速に後期高齢者人口が急増、殊に85歳以上が顕著となる。この年齢層は当然老化による複数の疾病や障害を併せ持ち治療の

必要性は高くなるが、ADL低下や認知症有病率が高く通院困難であるため在宅医療を必要とする。そのような中、地域密着型病院は自らも外来診療や在宅医療に関わるだけではなく、地域の診療所(かかりつけ医)からの緊急入院要請にも対応し、地域全体における「かかりつけ医機能」の向上にも寄与することが重要になると考えられる。また、医療計画においては24時間365日体制が可能な在宅療養支援病院が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」としての指標に位置づけられることになり、今後その役割がさらに大きくなるのは間違いない。(織田正道)

# 診療報酬改定の実施時期を数カ月後ろ倒しに

## 自民党 医療DXの実現に向けた提言書を岸田首相に提出

自由民主党政務調査会の社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部の健康・医療情報システム推進合同プロジェクトチームは4月19日、「医療DX令和ビジョン2030」の実現に向けた提言書を岸田文雄総理大臣に提出した。電子カルテ情報の標準化に関連し、中小規模を含むすべての医療機関へのクラウドベースの標準型電子カルテの導入・普及に対し、国が責任を持って取り組む姿勢を打ち出した。また、診療報酬改定について、施行時期を数カ月後ろ倒しにすべきとの考えを示した。提言では、医療DXが目指す姿や

PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の推進、二次利用の促進、ガバナンスの確保を含めグランドデザインを描いた上で、具体的に取り組む課題として、◇全国医療情報プラットフォーム◇電子カルテ情報の標準化等◇診療報酬改定DX一をあげている。全国医療情報プラットフォームでは、一時利用について、電子処方箋に続き、電子カルテ情報共有サービスを早急に構築し、医療機関間での共有のほか、自治体システムとも連携し、介護保険、予防接種、母子保健、公費・地方単独の医療費助成などの状況の共有も実現

する。電子カルテ情報共有サービスは、今後3文書6情報に頼ることなく、研究などに必要な情報や、画像などのデータも収集・共有するとしている。電子カルテ情報の標準化等では、クラウドベースの標準型電子カルテシステムの開発を最大のミッションとし、診療報酬改定DXで検討を進めている共通算定モジュールと連携できるものとする。中小規模の医療機関などの負担が最小限になるよう考慮しつつ、すべての医療機関への導入・普及を目指し、その実現は国が責任をもって取り組むとした。一方、すでに電子カルテ

を導入済みの医療機関の電子カルテ情報の標準化の取組みは、期間を定めて集中的に進める。診療報酬改定DXは、診療報酬改定に際しての新規項目の追加やコードの修正などの負担が、医療現場で大きいことから、負担軽減を図ることを目的とする。その背景には、各ベンダ・医療機関の運用システムの仕様が異なるほか、診療報酬自体が複雑という状況がある。このため、国が責任をもってマスタを改善・開発し、早急に提供するとともに、点数表のルール明確化・簡素化を図る。改定の施行時期についても数カ月後ろ倒しを検討する。

# 診療報酬改定実施の後ろ倒しの時期を今夏に決定

## 厚労省・医療DX令和ビジョン2030 診療報酬改定DX対応方針案を了承

厚生労働省の「医療DX令和ビジョン2030」推進チームは4月6日、診療報酬改定DX対応方針案を了承した。デジタル技術を最大限活用し、医療機関などの負担の極小化を目指すというゴールに向け、医療DX工程表に基づき、2024年度から段階的に実現する。診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しをいつから実施するかについては、中医協の議論を経て、今夏に決定する。診療報酬改定DXでは、4つのテーマを設定している。具体的には、◇共通算定モジュールの開発・運用◇共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善◇標準様式のアプリ化とデー

タ連携◇診療報酬改定施行時期の後ろ倒しなどがある。2年に1度の診療報酬改定では、4月の実施に間に合わせるため、短期間の集中的な対応があり、医療機関やベンダなどに大きな負担が発生する。4月1日の患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要があり、ソフトウェアのリリース後も、4月診療分のレセプトの初回請求(5月10日)までに、国の解釈通知などに対応しなければならない。これらの負担を軽減するため、各ベンダが行っている作業を一つにまとめることが考えられ、その方法として、

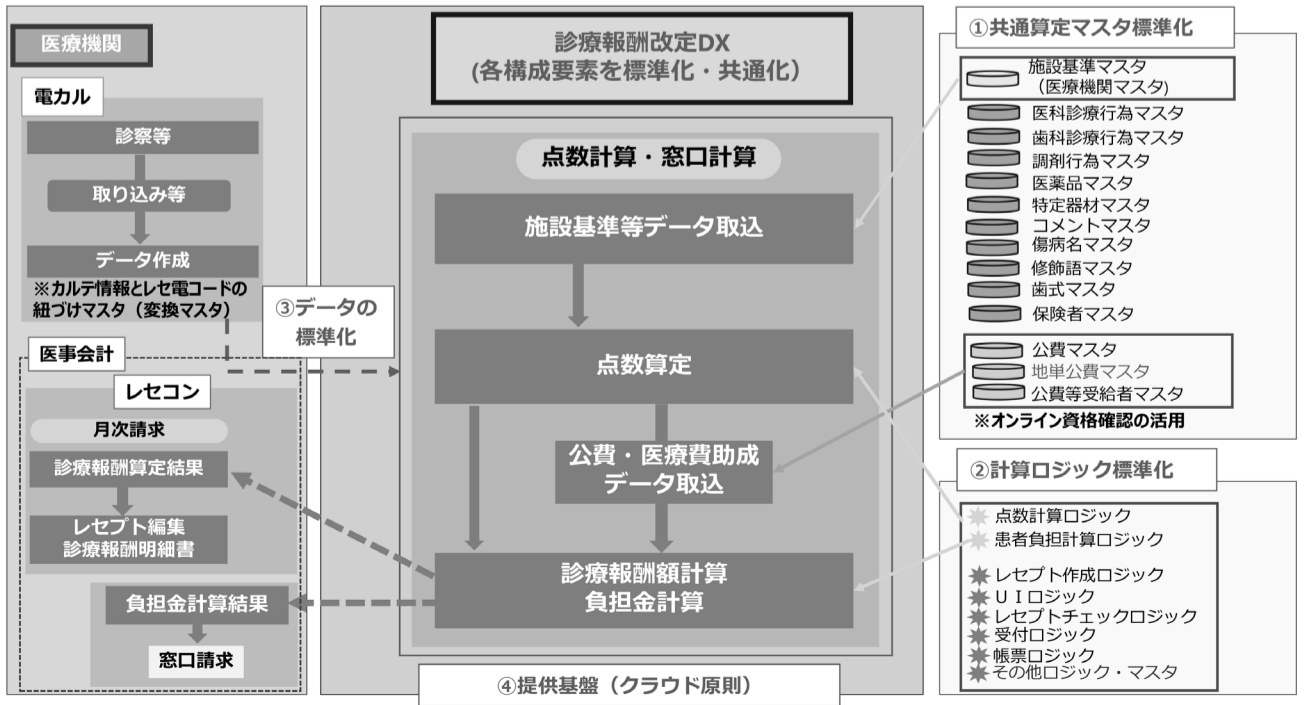
診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一的な電子計算プログラム(共通算定モジュール)の開発がある。共通算定モジュールは、①共通算定マスタ②計算ロジック③データの標準化④提供基盤(クラウド原則)の4つの要素で構成される。開発範囲は調査研究事業を踏まえ、関係者で検討するとしている(下図参照)。なお、ここでいうマスタとは、プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイルであり、ロジックとは、プログラムがデータ処理する際の手順・内容である。マスタについては、

ベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることが留意される。導入効果が高いと考えられる中小病院を対象に提供を開始し、徐々に拡大する。費用対効果を勘案して、取組みを加速化する。ベンダに生じる負荷軽減効果は、運用保守経費などを通じて、医療機関に確実に還元されるようにする。財政効果については、関係団体に要請するための確固たる根拠づくりのため、今夏までに精査・検証するとしている。また、診療所向けには、一部の計算機能よりも、総合的なシステム提供による支援のほうが、コスト削減効果が高いと考えられる。このため、現在、検討を進めている標準型電子カルテと一体型のモジュールを組み込んだ標準型レセコンをクラウド上に構築して、利用可能な環境を提供することも検討している。

厚労省は、診療報酬改定DXについて、各取組みを国主導のもと着実に実施。関係者間で調整の必要が生じた事項については、国において調整するとともに、最大限の財政支援・人的支援を実施する姿勢も明確にしている。今年度からは、診療報酬改定DXタスクチームを拡大し、関係者を構成員とするオープンな議論の場を設置するとともに、開発・運用主体を支援する。開発・運用主体である社会保険診療報酬支払基金に、共通算定モジュールの仕様や開発後の運用体制などの検討チームを設置。一方、地方単独事業公費マスタの作成や運用ルールについての検討は、検討チームのもとに、自治体や国保連合会を主な構成員に含む作業チームを設置し、事務局を国保中央会が担う。このような取組みを進め、診療報酬DXの最終ゴールに向けて、段階的に取組みを検証する柔軟で機動的な組織体制も早急に整備するとしている。

### 共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化(DX)

● 共通算定モジュールは4つの要素(①共通算定マスタ、②計算ロジック、③データの標準化、④提供基盤(クラウド原則))で構成。共通算定モジュールの開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討





# かかりつけ医機能の制度整備や医師の働き方改革

## 厚労省・全国医政関係主管課長会議

## 2023年度の医療提供体制関連の取組みを説明

厚生労働省医政局はこのほど、全国医政関係主管課長会議を開催し、2023年度の医療提供体制などに関わる政策について、都道府県担当者などに向け、説明を行った。現在国会で審議されている健康保険法等一部改正法案に盛り込まれているかかりつけ医機能の制度整備や、第8次医療計画の策定、紹介受診重点医療機関の決定、医師の働き方改革などに対する取組みが示された。

### かかりつけ医機能の制度整備

現在、健保法等一部改正法案が国会で審議中だが、医療提供体制に関連する項目に、「医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」がある。「かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて、医療・介護の各種計画に反映する」ことや、医療法人の経営情報データベース構築、医療法人制度の見直しがある。

医政局担当者は、「在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支える」ために、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が必要と指摘。医療機関の機能分化を進めている中で、一方に、「高度な手術が必要な患者、重症の救急患者等の確実な受入れ」を担う医療機関があり、他方に、身近な地域における医療・介護の連携体制を構築する地域包括ケアシステムの「結節点」となる医療機関を位置づけ、それをかかりつけ医機能を担当する医療機関とする考えが示された。

そのための改革として、「医療機能情報提供制度の刷新」(2024年4月施行)と「かかりつけ医機能報告の創設」(2025年4月施行)の2本柱がある。

「医療機能情報提供制度の刷新」では、かかりつけ医機能を定義した上で、国民・患者が医療機関を適切に選択できるように、医療機能情報提供制度の充実・強化を図る。医政局担当者は、「報告する項目を抜本的に見直し、見せ方についても、現状では各都道府県でまちまちであるので、全国統一化し、誰でもどこでもいつでも適切な医療機関を探すことのできるシステムを作りたい」と述べた。

「かかりつけ医機能報告の創設」では、慢性疾患を有する高齢者などを地域で支えるために必要なかかりつけ医機能を、医療機関が都道府県に報告する。都道府県知事はそれを地域の協議の場に報告するとともに、公表する。地域の協議の場では、例えば、在宅医療や介護との連携など、地域で不足するかかりつけ医機能を確保するための協議を行い、具体的方策を公表する。それを医療計画や介護保険事業計画に反映させる。

具体的なかかりつけ医機能や、協議の場での協議事項などは、法案成立後に有識者による会議で、議論されるとした。

医療法人の経営情報のデータベース構築では、すべての医療法人から損益計算書等の経営情報を報告してもらい、それをデータベース化し、収集した情報をわかりやすくする属性などに応じて、グルーピングした分析結果を公表する。医政局担当者は、「特に、医療従事者の給料を把握し、最終的には処遇改善につなげたい」と述べた。

地域医療連携推進法人は、「個人立医療機関・介護事業所等の参加を可能とする仕組みを導入」する。「現在、地

域医療連携推進法人は全国に33法人あり、従業員や許可病床のやり取りや高額医療機器の共同購入、共同出資などヒト・モノ・カネの融通が可能となっている。ただ、個人立医療機関等は個人資産と法人資産の経理区分が困難であるため、「カネの融通を除いた地域医療連携推進法人を創設する」と、医政局担当者は説明した。

持分の定めのない医療法人の移行計画認定制度の延長等も法案に盛り込まれている。医療法人については2007年度以降、非営利性を徹底する観点から、「持分あり医療法人」を新設できない。しかし、それまでに現存していた医療法人であれば、解散するまで「持分あり」が認められている。一方、「持分なし医療法人」への移行を計画する厚生労働大臣が認定した医療法人は、優遇税制を受けられ、その期限が2023年9月30日までとなっていた。

見直しでは、この認定医療法人制度を2026年12月31日まで延長するとともに、さらなる移行促進のため、認定から3年以内の移行期限を、認定から5年に緩和する。

医政局は、かかりつけ医機能の制度整備と関連する医療機能情報提供制度の状況も説明した。同制度は2007年4月から運用されており、提供している医療情報は約600項目に及ぶ。一方で、「都道府県ごとに機能や公表方法が異なる」、「複数の都道府県の同時検索ができない」などの指摘があり、公表情報の「粒度」や正確性の確保への対応も求められている。

このため、全国統一的な検索サイトの構築への作業が進んでおり、運用開始は2024年が予定されている。かかりつけ医機能報告に基づく情報提供については、その後の対応となる。さらなる追加項目の議論も行われている。

### 2025年以降の地域医療構想

2024年度から始まる5疾病6事業および在宅医療で構成する第8次医療計画の国の方針が概ねまとまり、2023年度中に、各都道府県が計画を策定することになっている。

第8次医療計画ではコロナ禍を踏まえ、「新興感染症発生・まん延時における医療」が新たに追加される。医政局担当者は、「都道府県の策定に、十分対応できる時間を確保できるよう、基本方針等を示す。それに基づいて2024年度からの第8次医療計画の策定作業をお願いしたい」と述べた。その際に、医師確保計画、外来医療計画にもかわる計画策定の基本となる二次医療圏については、「優先的に議論を行う」ことを求めた。

地域医療構想については、昨年末に第8次医療計画に関する検討会が意見のとりまとめを行っている。2025年までは、病床の必要量の推計や考え方など基本的な枠組みは維持し取組みを進める。データの特性だけでは説明できないほど、病床数と必要量に差が生じている構想区域については、要因の分析・評価を行い、結果を公表するとともに、必要な方策を講じるべきであるとしている。

地域医療構想の中長期的課題は今後2年で検討し、2024年度に各都道府県が2026年度からの新たな地域医療構想を策定する予定としている。

次期医師確保計画も2024年度からであり、現在、医師偏在指標の精緻化など医師確保計画ガイドラインの改正が

行われる。その際に、二次医療圏の設定が、医師偏在指標と密接にかかわるので、優先的な議論が求められた。医師の働き方改革や地域医療構想の取組みと一体的に推進する必要性も強調された。

予算は、地域医療介護総合確保基金が中心となる。そのほか、「キャリア形成プログラム」、「医師少数区域等で勤務した医師の認定制度」、「妊産婦モニタリング支援事業」などがある。

2023年度から、地域卒学生などに、キャリア形成卒前支援プログラムを適用することになっており、都道府県のキャリアコーディネーターを対象とした統一的なマニュアルを作成するとともに、全国のキャリアコーディネーターなどからの相談受付や研修などを行う予算も計上されている。

「医師少数区域等で勤務した医師の認定制度」は、2020年度から運用されている。医師少数区域などで一定期間、診療や保健指導に従事したことを厚生労働大臣から認定された医師は、地域医療支援病院の管理者として評価される。認定医師が勤務する医師少数区域などの医療機関に対し、研修受講料や旅費などを補助している。

「妊産婦モニタリング支援事業」では、周産期母子医療センターにおいて、地域の分娩取扱施設の妊産婦・胎児を、ICTを活用して遠隔でモニタリングし、適切な助言を行う体制のための補助事業を、2023年度も引き続き実施する。

地域医療介護総合確保基金は、2023年度予算案で1,736億円(公費)を確保した。このうち1,029億円が医療分となっている。

事業区分ごとの配分をみると、地域医療構想関連が200億円で、それとは別に、地域医療構想を達成するために、病床減少を伴う病床機能再編や医療機関の統合などを支援するための195億円がある。在宅医療や医療従事者の確保に関する事業には491億円、勤務医の労働時間短縮のための体制の整備に関する事業には143億円を充てる。

これまで各都道府県に配分された分の未計画額についても、2023年度計画で積極的に活用できるとの考えも示された。ただ、医療機関支援のソフト事業に関して、医療機能の分化・連携と一体的に行われる事業に限定されることや、事業の適切性の重点的なヒアリングを事前に行うことが指摘された。

### 紹介受診重点医療機関を報告

2020年度に始まった外来医療計画も、2024年度から見直しとなる。2023年度においては、外来多数区域における新規開業者が、地域で不足する医療機能を担うことの合意が得られた事項を、都道府県と医師会、市町村が情報共有しフォローアップを行うことや、医療機器の共同利用を進める方針が示された。

また、2022年度に外来機能報告が施行されたが、データ収集におけるプログラムに誤りがあり、医療機関からの報告が遅れている。医政局担当者は、今後のスケジュールについて、地域の協議の場を2023年5月から7月に開催し、結果をまとめ、紹介受診重点医療機関となる医療機関が決定した際には、速やかに報告することを求めた。

### 医療法人の経営情報データベース

健保法等一部改正法案に盛り込まれた医療法人の経営情報データベース構

築や、医療法人制度の見直しの説明もあった。また、医療法人の事業報告書等については、2020年3月に医療法施行規則を改正し、G-MISへのアップロードによる届出が可能となり、都道府県がインターネットなどの方法により、閲覧に供する対応が2023年4月から始まっている。

### 来年度から医師の働き方改革施行

医師の働き方改革による医師に対する時間外労働規制が2024年度から施行される。

医政局担当者は、施行に向け、「医療機関における適正な労務管理の徹底を促した上で、労働時間短縮に向けた取組み(タスク・シフト/シェアやICTの活用など)の促進・支援や医師確保、診療体制の見直しを含めた地域の医療機関の役割分担の見直しに取り組みとともに、医療勤務環境改善支援センターなどを通じた勤務環境改善支援のさらなる強化を図っていただきたい」と都道府県に求めた。

特に、連携B・B・C水準の医療機関の指定に向けては、これまで3回実施した準備状況調査に基づき、長時間労働の医師がいる医療機関に対して、必要な水準の指定申請を促すとともに、2024年4月までに労働時間の短縮がなされるように勤改センターを中心に、個別支援を行うことが都道府県に要請された。

その際、「宿日直許可取得の有無が労働時間や勤務シフトなどとの関係で、重要な要素になることが考えられるため、許可基準に照らし適合する場合には、取得に向けた支援をお願いする」とした。その上で、指定申請受付から指定までのスケジュール、指定に関する体制の整備などの確認を促した。

2023年度の地域医療介護総合確保基金でも、勤務医の労働時間短縮に向けた事業が用意されており、診療報酬の地域医療体制確保加算の対象とならない連携B・B水準相当の医療機関に対して補助される2022年度分の繰越し財源が活用できるとされた。

都道府県知事が指定する連携B・B・C水準の医療機関の評価は、日本医師会が担う医療機関勤務環境評価センターが行う。2022年10月から評価センターの受付が始まっている。申請した医療機関の労働時間の実績と労働時間短縮に向けた取組みを評価センターが評価し、都道府県と医療機関に評価結果を通知する。評価結果を受けた医療機関は、都道府県に申請。都道府県は医療審議会の意見をきいた上で、指定を行うという手順になっている。

このように、医師の働き方改革における都道府県の役割は大きい。勤務環境の改善においては、特に勤改センターの役割が期待されている。厚労省担当者は、その留意点として、次のようなことを指摘した。

◇医療経営アドバイザー関連経費を含む運営経費は地域医療介護総合確保基金を活用できる◇医療労務管理アドバイザー関連経費は労働局委託事業となっているが、2023年度はこれが強化されるため、従前以上に労働局との連携を図り、勤改センターによる個々の医療機関への積極的な訪問支援を実施してほしい◇勤改センターの重要性が大きくなるので、運営協議会を半期ごとに開催し、運営協議会を構成する団体から、さらなる協力を得ることに努めてほしい。



# コロナの診療報酬特例の見直しで疑義解釈を示す

厚労省・事務連絡

高齢者施設等からの入院等における特例の詳細など

厚生労働省は4月17日、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」にかかる疑義解釈を事務連絡した。5月8日以降に、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが5類になることに伴い、5月8日から新型コロナウイルス対応の特例的な診療報酬の取扱いが見直される。厚労省は、3月31日の事務連絡でその取扱いを示していた。今回、疑義解釈が出たため、医科関連の内容を紹介する。

## 外来で300点を算定できる対応

外来について、院内トリアージ実施料(300点)を算定できる「受入患者を限定しない外来対応医療機関」には、受入患者を限定しない形に、2023年8月末までの間に移行する外来対応医療機関を含めるとされている。算定開始時点で受入患者を限定している医療機関は、どのように2023年8月末までに移行する旨を示せばよいのかという質問があった。

その回答は、「受入患者を限定しない形での受入れを開始する時期(2023年〇月から)を示した文書を院内に掲示すること」となっている。

院内トリアージ実施料(300点)または特定疾患療養管理料の「許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合」の点数(147点)を算定する場合に必要な感染予防策とは何かという質問があった。

回答では、「『新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第9.0版』および一般社団法人日本環境感染学会の『医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版』等に示す内容に沿って、院内感染防止等に留意した対応を行うこと」としている。

## 感染対策向上加算の施設基準

感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、新型コロナウイルスの感染症法上の類型変更後において、どのような保険医療機関が該当するかという質問があった。

回答では、現時点においては、2023年1月1日以降に重点医療機関の指定

を受けていたことがある医療機関のうち、過去6カ月以内に新型コロナウイルス感染症患者(院内クラスターにより感染した患者など入院後に新型コロナウイルスであると判断された患者を除く)に対する入院医療の実績がある医療機関が該当するとしている。

感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について、新型コロナウイルスの感染症法上の類型変更後において、どのような保険医療機関が該当するかという質問があった。

回答では、現時点においては、地域の診療所からの要請等に応じて新型コロナウイルスを疑う患者を救急患者として診療し、新型コロナウイルスと診断する場合に、必要に応じて、当該患者の受入れが可能な体制を確保した上で、過去6カ月以内に新型コロナウイルス患者(院内クラスターにより感染した患者など入院後に新型コロナウイルスと診断された患者を除く)に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当するとしている。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(2022年3月31日・厚労省保険局医療課事務連絡)の間9は廃止した。

初診料の注11および再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算ならびに感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について、新型コロナウイルスの感染症法上の類型変更後は、どのように考えればよいのかという質問があった。

回答では、現時点においては、外来対応医療機関(「新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」(2023年3月17日付け厚労省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)において示す発熱患者等の診療に対応する医療機関をいう)であって、その旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない、または受入患者を限定しない形に2023年8月末までに移行することとしている。

なお、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(2022年3月31日・厚労省保険局医療課事務連絡)の間10は廃止

した。

## 入院調整の評価について

新型コロナウイルス患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行い、診療情報提供料1を算定する場合、救急医療管理加算1(950点)を算定できる。当該医療機関が入院調整を行わず、各都道府県・保健所設置市・特別区、医療関係団体、他医療機関、あるいは外部事業者等が入院調整をした場合に算定は可能かとの質問があった。

「算定は不可」との回答であった。新型コロナウイルスに感染した(疑いがある場合を含む)医師が無症状であり、自宅等で療養を行っており、その医師が患者に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行う場合、診療報酬を算定することは可能かとの質問があった。

回答は「可能」であった。ただし、情報通信機器を用いた診療を実施する場合は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(2018年3月(2023年3月に一部改訂))に示される医師の所在に関し、最低限遵守する事項を遵守することが求められた。なお、初診料、再診料または外来診療料注1ただし書きに規定する点数を算定する場合は、情報通信機器を用いた診療を実施した場所について、事後的に確認可能な場所であることが求められた。

介護医療院、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設に入所する者が新型コロナウイルスに感染した場合で、「往診ではなく、看護職員とともに施設入所者に対してオンライン診療を実施した場合は、救急医療管理加算1(950点)を算定できる」とされている。看護職員とは、「介護医療院等または介護老人福祉施設の看護職員またはオンライン診療を実施する医療機関の看護職員のどちらが対応してもよいのか」との質問があった。

回答は、「そのとおり」であった。なお、当該医療機関の看護職員が当該施設に赴いて対応する場合、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料および精神科訪問看護・指導料は別に算定できない。

## 高齢者施設からの受入れの評価

高齢者施設等における施設外への入

院等に係る特例について、「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」の要件として「ニ 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していることが望ましいこと」とある。介護保険施設等とは具体的にどのような施設を指すかとの質問があった。

回答では、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所が該当するとしている。

高齢者施設等における施設外への入院等に係る特例について、同様に、地域の介護保険施設等との連携について、具体的にどのような体制を想定しているのかとの質問があった。

回答では、以下が示された。  
◇介護保険施設等からの電話等による相談への対応ができること

◇介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルスに感染した場合について、当該患者またはその看護に当たっている者から新型コロナウイルスに関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合に往診を実施できること

◇やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合において、オンライン診療ができること

◇介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルスに感染し、往診またはオンライン診療を実施した際に入院の可否の判断および必要に応じた入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)ができること

新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルスの診療報酬上の特例の取扱いについて、2023年5月8日から変更することになった。2023年5月7日以前より入院している患者における2023年5月8日以降の特例の算定について、どのように考えればよいのかとの質問があった。

回答では、「2023年5月31日までの間は、変更前の特例に基づいて算定する。なお、2023年6月1日以降は、当該患者の入院日にかかわらず、変更後の特例に基づいて算定すること」となっている。

# コロナの入院調整でG-MISを引続き活用

厚生労働省は4月12日、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更による入院調整体制の移行に向けた医療機関等情報支援システム(G-MIS)の改修等について」を事務連絡した。医療機関等情報支援システム

(G-MIS)については、新型コロナウイルスの位置づけ変更後も新型コロナウイルス患者の入院調整における情報共有のシステムとして有効であることから、画面の変更などシステムを改修(4月26日)した上で、都道府県内での積極的な活用を

促している。

「地域病床見える化」機能では、都道府県内の病院、確保病床を有する有床診療所の受入可能病床を確認することができる。他の都道府県の情報は閲覧できない。情報共有の対象者(閲覧

可能な者)は都道府県・市区町村、病院と、G-MISのIDを所有する診療所、消防機関、保健所、とりまとめ団体、その他都市区医師会・都道府県医師会等の関係団体となっている。

空床状況・受入状況の項目として、  
◇報告日時◇受入可能病床数(重症者用は分ける)◇回復後患者用◇入院患者数◇確保病床数一などを表示する。

# 介護技能実習生(元全日病)が介護福祉士国家試験に合格!

外国人材受入事業会議

「高度人材育成コース」出身者で初の国試合格

2019年12月に来日し、医療法人社団永生会 永生病院(東京都)で技能実習3年間を優良に修了した、ベトナム人のブイ・ミン・ラムさん(現在は特定技能のビザで同法人にて就労中)が、今年1月に開催された介護福祉士国家試験に見事合格した。同試験の受験には、36か月以上の実務経験と介護福祉士実務者研修の修了が義務付けられて

いる中、来日から4年目で最短での合格となった。

今回の合格について同法人看護部担当者は、「ラムさんは来日当初から短中長期的な目標を明確に持ち、新型コロナウイルス禍によるイレギュラーな環境にも決して負けなかった。ラムさんの合格は、今後の外国人職員のモデルケースとなる」と、国家試験の合格を称えた。

ラムさんは、全日病外国人材受入事業会議が注力する「高度人材育成コース」出身者で、初めての国家試験合格者となった。

同事業会議(担当役員 山本登)では、今後も優秀な人材を会員へ提供し、他との差別化を図り、高度人材育成コースに傾注していく予定である。



ベトナム人看護補助者のブイ・ミン・ラムさん



# 病院運営に関わる人材の育成に取り組む 2024年度から2段階の経営管理の研修をスタート

全日病の委員会を紹介する本シリーズの第13回は、医療従事者委員会の井上健一郎委員長にご登場いただきます。病院事務長研修と看護部門長研修、多職種リーダー研修の内容と、今後の研修再編について聞きました。

## 病院運営に携わる人材を 協会内で育成することを目指す

——医療従事者委員会のご活動が目指すところについて教えてください。

病院のなかには多くの専門職がいます。それぞれの専門職のスキルを高めるための教育は従来から熱心に行われてきていましたが、病院を組織として運営していくための研修は従来、あまり行われていなかったのです。組織を運営できる人材は、自分たち自身で育成しなければならぬという思いで、全日病では22年前、まず病院事務長を対象にした研修を始めました。

その後、看護部門長にも、院長の右腕となって病院運営に携わってもらいたいということで、2005年から看護部門長への研修を始めたのです。

そうして、病院の運営管理を担える人材を育成することを目指して、当委員会では研修に取り組んできています。

全日病の会員には、病院だけでなく介護施設を運営されている方も多いのですが、そうすると、病院だけうまく運営できればよいというわけではなく、介護事業も含めた全体最適の視点をもつことが重要になります。

組織で働いていますと、つい自分の所属する部などの組織を守ろうとする気持ちが強くなってしまいがちです。しかし、みながそうでは病院全体はうまくまわらない。研修で、組織の『全体最適』を考えられる人材を育てていければ望ましいと思いますね。

——委員構成の特徴は。

全日病の委員会では珍しく、当委員会では医師以外の委員が多くなっています。全日病会員の医師6名、事務長3名、看護部門長5名で構成されています。医師はどうしても、医療や医局のほうに目が向きやすいのです。しかし、当委員会には病院運営の全体がわかっている事務長と、看護管理をよく知る看護部門の委員がいるので、この委員会では医師とは別の視点からの意見も出てくるのがいいですね。

## 医療従事者委員会・委員

委員長	井上健一郎
副委員長	牧角寛郎
委員	安藝佐香江
委員	大神修一
委員	木下 力
委員	古城資久
委員	齊藤靖枝
委員	坂 俊英
委員	高瀬裕子
委員	高橋素子
委員	高橋陽子
委員	中村秀俊
委員	仁科盛之
特別委員	池上直己
特別委員	萩原正英
担当副会長	織田正道

そして、病院管理の専門家である池上直己・慶應義塾大学名誉教授が特別委員として参加されています。

## 事務長研修では経営計画を策定 修了者は「病院管理士」に認定

——現在実施されている、「病院事務長研修コース」について具体的に教えてください。

病院事務長研修コースは、病院事務長または事務長を目指す方を対象に実施しており、2023年度には第21回を迎えます。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、病院管理機能、人材マネジメント、経営計画策定、共通課題検討など多岐にわたっています。

参加者には單元ごとに試験を受けてもらい、最終的には「自院の経営計画」を策定してもらいます。さらに、院長・理事長の意見を踏まえて、ブラッシュアップした経営計画を仕上げてもらおう。そこまでで全13単位、6カ月です。最後の評価試験に合格された方を「病院管理士」として認定します。

そして、研修を修了して6カ月後に「病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会」を受講することができます。自院で実際に半年間、経営改革を実践してみて、どうだったかということを発表する研修会です。病院事務長研修コースから、このフォローアップ研修会までが一つのタームです。

病院事務長研修で大事なものは、将来を見据えた課題解決です。“自分たちの組織は5年後に、あるいは10年後にどのようにあるべきか”ということイメージして、そこに向けて何をすべきかを考えてもらいます。

各病院には基本的に、組織として目指すべき理念や考え方があるはずで、参加者には、それと現実とのギャップに目を向け、あるべき姿に近づくためにどのように経営改革を行うべきかを考えることに取り組んでもらいます。ですから、参加者の事務長さんには、自院の理事長や院長と必ずコミュニケーションをとった上で、経営計画づくりを進めていただきます。

病院管理士の資格には更新制度を設けていまして、昨年度から知識をアップデートするための「病院管理士認定更新講座」をスタートしました。

病院管理士の認定期間は5年間で、更新には全日本病院学会への参加などの要件を満たすことが必要なのですが、病院管理士認定更新講座の受講はその認定要件のひとつになっています。

## 事務長と看護部門長が 一堂に会して病院経営を議論

——「看護部門長研修コース」についても教えてください。

看護部門長研修コースは、組織のトップマネジメントの一員として管理運営に参画できる看護管理者の育成を目指す研修です。病院事務長研修と似ている部分がありますが、看護は病院のなかでも人数の多い部署なの

で、「離職者を減らすにはどうすべきか」「看護職にいかにかスキルアップしてもらおうか」といった、人材のマネジメントに関わる部分も多く学んでいただけます。病院事務長研修よりもテーマは幅広く、問題解決的な取り組みも多くなっていますね。9日間で全7単位です。

他団体でも看護管理者向けの研修は行われているのですが、全日病の研修では、『病院経営』に関与できる看護部門長を育成することを目的とするとところが他団体と違います。研修では参加者が策定した経営改善計画を発表してもらいます。そして、審査に通った方を、看護管理士として認定します。

研修修了者は、病院事務長研修修了者と同様にフォローアップ研修会を受講できます。研修を受講した病院事務長と看護部門長が、一堂に会して発表するということが非常に重要なことです。同じ課題を考えていても立場が違えば視点が異なることがありますから。相互に刺激になっていると思います。

## コメディカルのリーダーにも 病院運営の視点を

——「多職種リーダー研修会」はどのような研修なのでしょう。

病院には理学療法士や臨床検査技師、診療放射線技師など、たくさんのコメディカルの職員がいます。彼らは専門職としてのスキルを磨こうと絶えず勉強されていますが、病院の運営を学ぶという視点は少し弱かったかもしれません。ただ、多職種協働が重要になるなかで、彼らコメディカルのなかにも、その職種のリーダーとなり、病院経営を考えられる人に育ってもらいたい。目の前の業務だけでなく、組織全体を見渡し、さらには経営に参画できるような人材を育成したいという思いがありました。

これまで病院事務長研修や看護部門長研修に、コメディカルの方が参加されたこともあるのですが、新たに研修を立ち上げようということで、2019年に多職種リーダー研修会を始めたのです。対象者は医師以外のすべての部門の管理者・リーダークラスまたはその候補者としており、1施設から複数名が同時に参加できます。一つの病院から診療放射線技師、理学療法士、管理栄養士と一緒に参加されたりしていますね。

参加者には、グループ討議のあと、課題解決策を発表してもらうのですが、非常に有意義な議論をされていますよ。

## 看護補助体制充実加算の師長研修 非会員も含め6千人が参加

——2022年度診療報酬改定で新設された「看護補助体制充実加算」を取得するための研修も実施されています。

看護補助体制充実加算をとるためには病棟の看護師長、病棟の全看護職員、看護補助者のそれぞれが研修を受ける必要がありますが、看護職員と看護補助者の研修は各医療機関で実施してかまわないことになっています。ただ、看護師長は、国、都道府



県または医療関係団体等が主催する研修を受けることとされていますので、全日病として2022年2月から準備して、「看護補助者の更なる活用のための看護管理者研修」を実施しています。

他団体も同様の研修を実施していますが、全日病の研修は全国的にも規模が大きいですね。昨年度は6,323名が修了しました。実はその半分以上が、非会員の病院からの参加者なんです。

運営はヴェクソンインターナショナル株式会社に委託していて、全日病としては研修の中身をチェックしながら、受講者を募集するという事務的な部分を担っています。

——現在、病院団体のなかでは、病院で介護を担う看護補助者の位置づけについて、議論があります。

病院での介護の仕事は“看護の補助”なのか、という問題がありますよね。病院での職域として「介護」というのがきちんと認められていないために、介護職が病院で働けば「看護補助者」や「看護助手」となってしまう。全日病の会員は介護施設も運営しているところが多いので、このバランスをいかにとるかは切実な問題だと思います。

一方、介護職員処遇改善交付金は介護事業所の介護職にしか交付されないという問題もあります。本来なら、病院・介護事業所で人材をローテーションさせることも考えなければいけないのですが、それも難しくなっています。

## 病院長・看護部門長研修を再編 人材紹介会社の情報提供に取組む

——今後の取組みを教えてください。

今後、病院事務長研修と看護部門長研修、多職種リーダー研修会を再編成する予定です。対象の職種を限定せずに、病院の経営管理を目指す人のための研修会とし、初級編と上級編というような2段階制にすることを考えています。

初級編の研修は、従来の多職種リーダー研修会の構成を核とします。上級編は、従来の病院事務長研修と看護部門長研修の一部を合わせたようなものになると思います。8月までに具体的な中身を固め、2024年度から新しい研修をスタートさせる予定です。

また、近年、人材紹介会社の存在感が増していますので、当委員会ではアンケート調査を行い、現状把握に努めています。また、人材紹介会社の団体である日本人材紹介事業協会の医療系紹介協議会とも交流して、情報収集を行っているところです。今後も、会員の皆さんが人材紹介会社を上手に利用できるような、情報提供していきたいと思っています。

——ありがとうございました。



医療DX人材育成プログラム

# 新研修が6月にスタート 病院内で医療DXの戦略を考えられる人材の養成をめざす

全日本病院協会広報委員会・特別委員/国際医療福祉大学・大学院教授 高橋泰

医療のDX化の遅れが国家的課題としてクローズアップされ、2022年5月に「医療DX令和ビジョン2030」の提言がなされ、2022年10月、官邸で医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）推進本部が開催された。これを受けて全日本病院協会は、医療DX推進に対応できる医療機関の人材育成事業として、自院の実状に合ったシステムやDX戦略が考えられ、価格交渉も含めたベンダーとの折衝ができる能力を有する人材を院内に育てるといったプログラムを開講する。

## 日本の病院にこれから必要となる情報関連人材

これから日本の病院の電子カルテは、電子カルテを導入していない病院では、後に説明する廉価で高性能なWEBカルテの導入が急速に普及する。一方既に電子カルテを導入した病院では、中小病院から大規模病院の順番でオンプレミスカルテからWEBカルテへの転換が進んでいくと予想される。

日本の病院にこれから必要となる情報関連人材は、上記の電子カルテの改革の流れと自院の電子カルテの立ち位置を見定め、どのタイミングでWEBカルテの導入あるいは転換を図るかの戦略（計画等）を立てられる人であり、また戦略（計画等）を基に電子カルテベンダーやネットワークの業者やクラウドサービスと交渉する能力がある人である。

本稿の目的は全日病の医療DX人材養成プログラムの概要を紹介することだが、その前に、日本の病院DX改革のゴールと、現在の病院情報システムの惨状について述べる。

## 日本の病院DX改革のゴール

新型コロナにより、社会では、在宅勤務が急速に普及した。在宅勤務を可能にするには、図1に示すように、①外部接続可能で、会社の基幹システムと会社や家のパソコンとが接続できること、②強固なセキュリティに基幹システムが守られていることが最低限必要な条件となる。更に、③モバイル端末と情報のやり取りができること、④音声認識などのクラウド上サービスを基幹システム上で手軽に利用できることも、在宅勤務には必要な条件といえるだろう。このようなことを可能にする技術を駆使した情報システムを用いることにより、社員はインターネットを介して「いつでも、どこでも、安全に」会社のシステムとつ

ながり、「高度なクラウドサービス」を利用することができる。

これらを支えるのは、インターネットの利点を最大限に引き出すプラットフォーム、データベース、ブラウザなどのWEB技術であり、WEB技術上に構築された電子カルテを、WEBカルテと呼ぶこととする。図1の「A株式会社→A病院」、クラウド内の「基幹システム→電子カルテ」と書き換えると、図1がWEBカルテの説明図になる。

## 日本の電子カルテの惨状

日本の病院情報システムの多くは、図2に示すように「オンプレミス」型電子カルテと、病院情報システムをインターネットとつながらない「閉域網」がセキュリティ対策の基本になっている。

「閉域網」とは、インターネットと接続していないネットワークを意味する。21世紀初頭の電子カルテ普及期は、現在と比べインターネット接続のメリットも小さく、インターネットと接続しなければ電子カルテがウイルスに感染する可能性は限りなくゼロに近いので、セキュリティの問題を考えずにすむ「閉域網」は悪い選択肢ではなかったように思える。しかし2010年以降、クラウドサービスを中心とするインターネットサービスが急速に発展し、インターネットと接続できないことによるデメリットが日増しに明らかになってきている。一方この間ベンダーが、(図2)右側に示すように閉域網に穴を作り、インターネットを介して病院情報システムを遠隔で管理するようになった。この穴からウイルスが病院情報システムに入り込むようになり、穴の開いた閉域網のセキュリティレベルの低さが、近年露呈するようになってきている。「オンプレミス電子カルテ+穴の開いた閉域網」という日本の標準的な電子カルテシステムを有する病院は、「電子カルテ用端末から利用者がインターネットを利用できないにもかかわらず、病院情報システムがウイルス感染の危機に曝される」という惨状に見舞われている。

## 日本の病院関係者が認識しておくべき3つの事実

我が国の病院DXの目指すべき方向は、図2に示した閉域網・オンプレミス電子カルテを、図1に示した世界標準の技術を用いたWEBカルテに移行することと言える。ここで日本の病院関係者が認識しておくべき事実が3つある。

第1は、クリニックの電子カルテの半数以上が、既にWEBカルテになっており、わずか月数万円の利用料のみで問題なく稼働していることである。クリニックのカルテの性能（複雑な記録内容や要望に対応する能力）は病院電子カルテに劣り、値段も安いので、病院の電子カルテの廉価版と考えられている方が多いが、実はセキュリティー、多施設とのデータ交換、モバイル接続、人工知能などの先端技術との相性などは、病院の電子カルテよりWEBカルテであるクリニックの電子カルテの方が格段に優れている。

第2は、日本のベンチャー企業の中に、中小病院用のWEBカルテを構築した企業が現れ、既に初期費用ゼロ、月数十万円の利用料のみで使い始めた病院が出始めていることである。第1の事実と合わせると、WEBカルテの波は、クリニックから中小病院レベルまで広がり始めている。

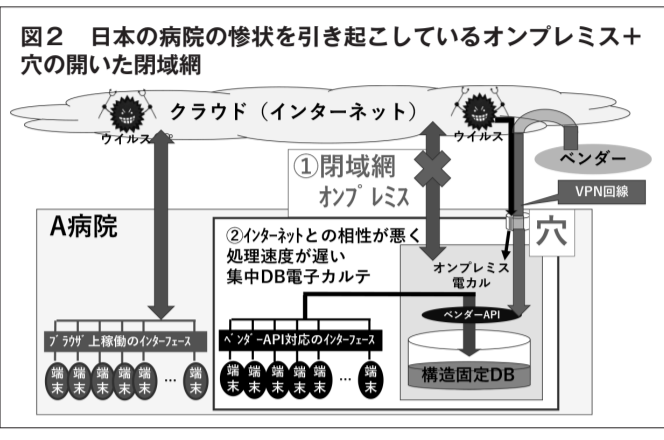
第3は、WEBカルテに使用されているインターネットの利点を十分に引き出した技術は、在宅勤務を実現している会社や、金融、交通、物流など多くの分野で広く活用されている技術であることである。一方、それらの技術が病院用電子カルテに導入されていないことにより、日本の病院は、WEBカルテが導入された場合より相当割高な費用を支払いながら、不便でセキュリティーの脆弱な電子カルテを使わざるを得ない状況になっている。

## なぜ日本の医療WEB化は、進まないのか

21世紀初頭より他の分野では、DX、特にWEB化を進めなければ他の企業に顧客を奪われるので、WEB化の推進は、企業にとっての死活問題であった。よって他分野の多くの企業は、大量の資金を投入し、ベンダーに強い圧力をかけたので、ベンダーも死に物狂いで企業のシステムのWEB化を進めた。

医療の分野では、DXやWEB化を行わなくとも患者は取られないので、DXは死活問題ではなく、病院にとって資金を投入して進めるような優先課題の高い問題ではなかった。よって、電子カルテベンダーもWEB化に向けた開発を進めないうちに20年の時が流れ、電子カルテベンダーが知識のガラパゴス化を起こし、WEB技術の対応ができなくなったのが、日本の病院の電子カルテの現状と思われる。

今、日本の電子カルテベンダーが一番やりたくないことは、おそらくオンプレミス・閉域網の電子カルテをWEB電子カルテに切り替えることであるだろう。なぜなら、WEB電子カルテを実現するには、これまで育ててきた電子カルテのプログラムのほとんどを捨てて、全面的に作り直しが必要になるからである。更に、日本の電子カルテベンダーには、WEBカルテを



作るのに不可欠なWEB技術に詳しい技術者がほとんどいないからである。

しかし、日本の病院関係者が認識しておくべきことが3つの事実で述べたように、電子カルテのWEB化の流れは、着実にしかも急速に進んでおり、更に国の方針の後押しもあり、大手の電子カルテベンダーも、WEB化カルテに舵を切らざるを得ない状況が、目の前に近づいてきている。

## 「医療DX人材育成プログラム」について

6月末から始まる「医療DX人材育成プログラム」の第1の目標は、電子カルテの改革の流れと自院の電子カルテの立ち位置を見定め、どのタイミングでWEBカルテの導入あるいは転換を図るかの戦略（計画等）を立てられる病院内人材の養成である。第2は、上記の戦略や計画に基づき、電子カルテベンダーやネットワーク・クラウドサービス業者と交渉する能力がある人を養成することである。プログラムは、WEBカルテの知識や自院の情報戦略の立て方を教える構成になっており、上記の目標を目指した内容になっている。

今回のプログラムは、Zoomを利用したオンライン形式で実施する。本プログラムの所定の課程（全受講時間の8割以上の出席、3回の確認テスト合格）を修了した受講者に対し、「全日本病院協会認定 医療DX責任者」として認定し、「修了証」を授与する。本プログラムは国が推進する「DX化に対応する人材育成」への研修要件を満たしており、「修了証」は研修証明となる。

なお、本プログラムは、厚生労働省人材開発支援助成金（事業展開等リスクリテラシー支援コース）の支援要件を満たした場合、研修経費や研修期間中の賃金の一部等の助成を受けることが可能である。条件を満たせば、厚生労働省 人材開発支援助成金「事業展開等リスクリテラシー支援コース」も活用することができ、研修費用を大幅に軽減することも可能である。

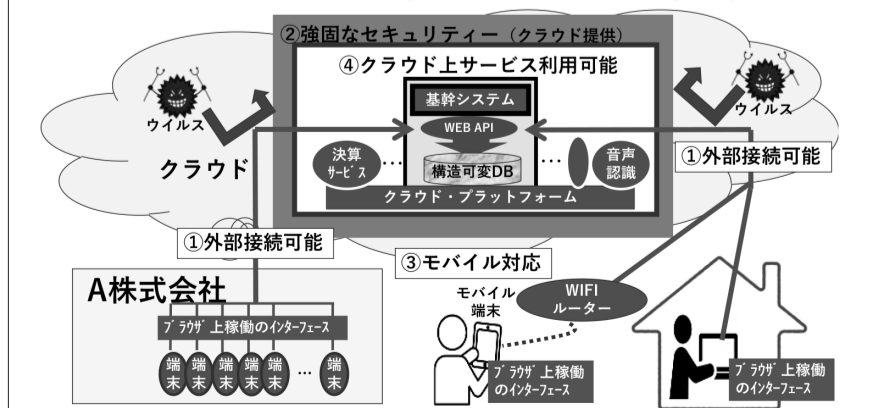
## 医療DX人材育成プログラム

研修日程：2023年6月29日～11月30日(全10回)

研修方式：Zoomによるオンライン研修、1病院3人まで受講可能であり、システムの担当者、自院の業務フローを熟知した医療職、経営に関わる方のチームで参加するのが望ましい

受講料：250,000円（会員病院）  
500,000円（非会員病院）

図1 在宅勤務を可能にする4つの必須条件を実現した21世紀の世界標準技術





# 健保法等一部改正案が国会で審議中

## 参議院厚労委 星議員がかかりつけ医の制度整備で質疑

かかりつけ医機能の制度整備などが盛り込まれている健康保険法等一部改正法案が国会で審議されている。4月12日の衆厚労委、13日の衆院本会議で、自由民主党・公明党・国民民主党の賛成多数で可決、参院に送付された。

4月19日には参議院での審議を開始。4月20日の参厚労委では、全日病理事の星北斗・自民参院議員が質問した。

この中で、かかりつけ医機能の制度整備では、医療機関の管理者が省令で定めるかかりつけ医機能などを都道府

県に報告することが義務化される。都道府県は、かかりつけ医機能の報告に基づき、地域での協議の仕組みを構築し、地域で不足するかかりつけ医機能などの協議を踏まえて、医療・介護の各種計画に反映することになっている。

星議員は、「(かかりつけ医機能の制度整備の)最初の地点が報告制度ということになる。報告の義務違反には罰則もあり、医療機関の管理者が報告しやすい環境整備が大変重要になる」と指摘した。

これに対して、厚労省榎本医政局長は、「都道府県の報告命令に、かかりつけ医機能対象医療機関が応じなかった場合は、過料を課することができる規定となっている。義務履行を課す仕組みは、病床機能報告制度や外来機能報告制度と同様であり、報告対象医療機関は有識者会議の議論を経て、省令に明確に規定する。報告では、医療機関から協力を頂く必要があり、関係団体等を通じて、丁寧に周知したい」と回答した。



また、星議員は、医療計画や総合確保方針をはじめ都道府県が作成する計画が膨大で「計画疲れ」が起きていると指摘。計画の整理統合を主張した。

加藤勝信厚労相は、「地方からも意見を頂いている。好事例も集めつつ重複部分を整理し、一体的に計画を策定する取組みを推進したい」と回答した。

# 2021年度と2022年度の3カ月の比較で赤字病院が増加

## 3病院団体 医療機関経営状況調査の結果を公表

全日病はこのほど、日本病院会、日本医療法人協会との3病院団体合同の医療機関経営状況調査の結果を明らかにした。冬の時期にあたる2021年12月～2022年2月の3カ月と2022年12月～2023年2月の3カ月の収支などを比較している。医業利益、経常利益と

もに、赤字病院の割合が増加するなど、さまざまな指標が悪化していた。2022年度診療報酬改定が、医療機関の経営状況を考慮したものになるよう、調査結果を厚生労働省に提出する。

調査期間は3月29日～4月5日であり、3団体に加盟する4,051病院を対

象にアンケート調査を実施。4月5日時点の回答数は690病院、有効回答数は630病院で、有効回答率は15.6%にとどまっている。

2021年12月～2022年2月の3カ月と2022年12月～2023年2月の3カ月を比較すると、医業収益の利益が赤字で

ある病院の割合は73.5%から77.0%に増加している。経常利益が赤字である病院の割合は43.3%から51.6%に増加している。新型コロナ、物価高騰関連の補助金を除くと、経常利益が赤字病院の割合は67.8%から72.2%に増加している(左下図参照)。

これらの結果から、次のような点を指摘することができる。

◇医業利益の比較では、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超える

◇2022年度の赤字病院の割合は2021年度より3.5ポイント増加

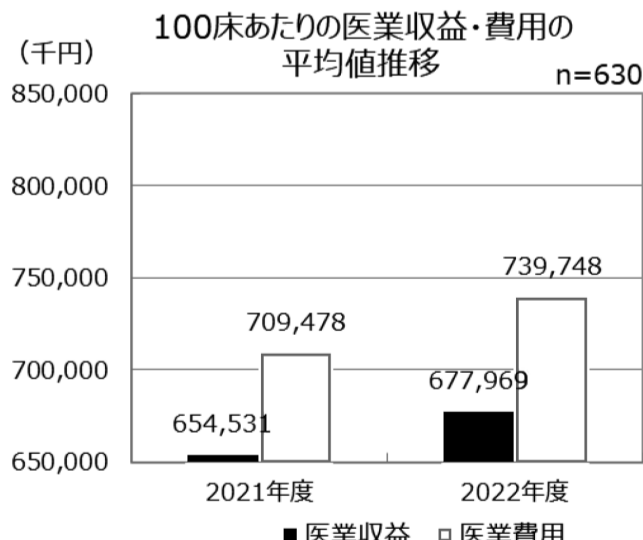
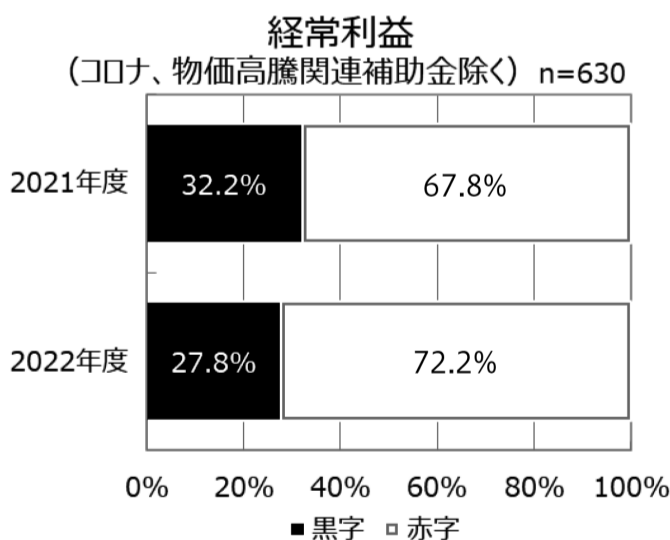
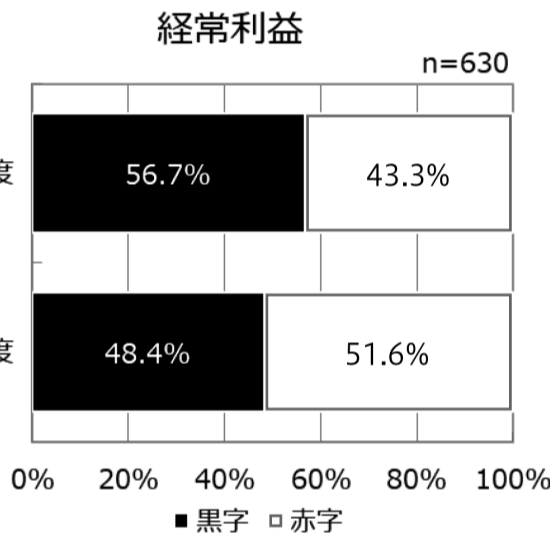
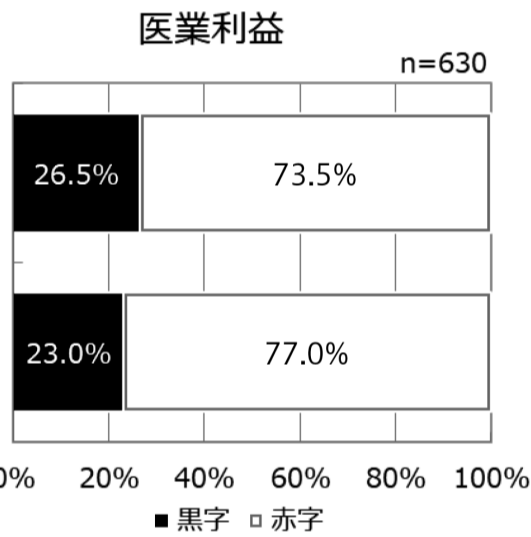
◇経常利益の比較では、赤字病院の割合が2021年度より8.3ポイント増加

◇経常利益からコロナ、物価高騰関連補助金を除くと、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が約7割。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より4.4ポイント増加

◇医業収益と医業費用の比較で、医業費用の伸びが医業収益の伸びを上回る  
◇電力、ガスなどの水道光熱費が前年比で4割以上増加

結果を踏まえ、2021年度と2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超え、経常利益においても補助金がなければ、ほとんどの病院が赤字経営となる「異常な状態にある」と指摘。現在の診療報酬に構造的な問題があると言わざるを得ず、「安定的な医療提供体制を確保するためには、大幅な入院基本料の引上げが必要である」と訴えている。

なお、回答病院の特徴をみると、病床規模では、100～199床が最も多く216病院、次いで、20～99床が100病院、500床以上が89病院となっている。開設主体別では、医療法人が328病院で最も多く、次いで自治体が104病院、その他公的が98病院となっている。地域別では、関東が最も多く149病院、次いで、中部が120病院、九州98病院となっている。



### 2022年度 第12回常任理事会の抄録 3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。  
静岡県 医療法人社団静岡メディカルアライアンス下田メディカルセンター  
院長 伊藤 和幸  
京都府 医療法人社団行陵会京都近衛リハビリテーション病院  
院長 児玉 直俊  
他に退会が3会員あり、正会員は合計2,544会員となった。
- 新型コロナウイルス感染症に係る寄附金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」、「社会保障審議会医療部会」、「電子処方箋推進協議会」、「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」、「第8次医療計画等に関する検討会」、「厚生科学審議会がん登録部会」の報告があり、質疑が行われた。
- ベトナム送出機関等の視察結果・業務協定等の締結について報告が行われた。
- 会員登録情報の更新について、報告された。
- 第45回ハワイ研修旅行の実施予定が報告された。

#### ●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  
群馬県 須藤病院  
兵庫県 三菱神戸病院  
島根県 益田地域医療センター医師会病院  
長崎県 泉川病院
- ◎一般病院2  
福島県 大原総合病院  
茨城県 筑波メディカルセンター病院  
埼玉県 伊奈病院  
東京都 厚生中央病院  
神奈川県 東戸塚記念病院

#### ◎リハビリテーション病院

- 北海道 高橋病院
- 香川県 三宅リハビリテーション病院
- ◎慢性期病院  
福岡県 赤間病院
- ◎精神科病院  
熊本県 弓削病院  
2月10日現在の認定病院は合計2,015病院。そのうち、本会会員は853病院と、全認定病院の42.3%を占める。

#### 【主な討議事項】

- 新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療提供体制等について討議した。

## ■ 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
病院医療ソーシャルワーカーと多職種で取り組む入退院支援研修会 100名	2023年6月3日(土) 2023年6月4日(日) 【全日病会議室】	22,000円(29,700円)	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会との共催により、病院施設における医療ソーシャルワーカーを含めた多職種を対象とし、集合研修によるワークショップ形式の研修会を開催する。
「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会 100名	2023年6月18日(日) 【全日病会議室】	11,000円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することが目的。プログラムは、医療事故調査制度の概要のほか、事故を疑う死亡事例発生後の対応、院外医療事故調査委員会の役割、医療提供側の弁護士の立場からの講演などで構成されている。
特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修) 40名	2023年6月13日(火) 2023年6月14日(水) 2023年6月15日(木) 2023年6月24日(土) 6月13日～15日はWEB開催 6月24日は全日病会議室	55,000円(66,000円)	特定保健指導の実施者育成を目的に、『厚生労働省告示第十号』(平成20年1月17日)食生活改善指導担当者研修に該当する30時間の研修として、「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)」を企画した。看護師・栄養士・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士が対象。
業務フロー図作成講習会 20病院	2023年7月1日(土) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	各医療機関における医療の質向上、経営の質向上を目的として、業務フロー図に関する講習会を継続的に開催している。自院で作成した業務フロー図を元に、業務フロー図作成と修正に関して検討していただく。
特性要因図作成研修会 20病院	2023年7月2日(日) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	医療事故調査制度の根本にある原因究明と再発防止のため、業務フロー図に基づく現状把握、ブレインストーミングによる特性要因図作成によって、改善すべき業務範囲と主要要因の抽出、それに基づく根本原因分析までを一貫して、座学、演習、グループ討議する研修会。
院内医療事故調査の指針・事故発生時の適切な対応研修会 70名	2023年7月8日(土) 2023年7月9日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。医療事故発生時の対応について系統的に体験していただくグループワークが中心。
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 150名	2023年7月16日(日) WEB開催	5,500円	昨年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者との間で討議する。本研修は病院管理士の継続要件③と看護管理士の継続要件②に該当する。
医療安全管理体制相互評価研修会—病院管理者・幹部が留意すべき事項— 60名	2023年7月17日(月・祝) 【全日病会議室】	16,500円(22,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。制度の理解とともに実践を目的とし、今回は、特に、「病院管理者・幹部が留意すべき事項」に焦点を当てている。
医療事故調査制度事例検討研修会 60名	2023年7月23日(日) 【全日病会議室】	13,200円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。発生した医療事故が医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択。eラーニングによる事前学習コンテンツのおさらいと質疑、事例に基づくグループ討議が中心のプログラム。
TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法—研修会【北海道開催】 40名	2023年7月29日(土) 2023年7月30日(日) 【道特会館】	55,000円(77,000円)	新型コロナを契機とする社会変革を振り返り、情報管理(個人情報保護、組織の情報資産管理、診療記録管理等)の切り口で組織運営の意思決定に関わる物事の基本的な考え方を医療、社会、法のそれぞれの観点から検討する。2日間にわたり主題に関して全般的な講義とグループワークを行う。
医療DX人材育成プログラム(100医療機関・最大300名)	2023年6月29日(木)～ 2023年11月30日(木) WEB開催	250,000円(500,000円)	医療DX推進に対応できる医療機関の人材育成事業として、基幹システムや電子カルテ等について、ベンダーに依存せず、医療機関の実状に合った使い勝手のよい仕組みを整備できる人材を育てることを目的としたプログラム(本紙6面参照)。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 100名	2023年8月5日(土) 2023年8月6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。現時点で研修会の開催の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
医療安全管理者養成課程講習会 第1・2クール(講義)はWEB開催 200名 第3クール(講義)は会場での開催 1回あたり約100名	第1クール(講義) 2023年6月24日(土) 6月25日(日) 第2クール(講義) 2023年7月21日(金) 7月22日(土) 第3クール(演習)【全日病会議室】 ①2023年9月9日、10日 ②2023年10月7日、8日 ③2023年11月11日、12日	87,890円(108,790円)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成することによって、安全文化を醸成し、医療の質向上を図ることを目的に開催する。課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として期間5年間の認定証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。