



全日病NEWS

2023.10.1

No.1041

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

高齢者救急の評価など中医協分科会が中間とりまとめ

中医協・入院医療等分科会 「重症度、医療・看護必要度」の見直しの文言で一定の歯止めかかる

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9月14日、中間とりまとめ案を大筋で了承した。高齢者救急をめぐる焦点となっていた一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)の見直しについては、全日病会長の猪口雄二委員(日本医師会副会長)や全日病常任理事の津留英智委員をはじめとした病院団体の委員の発言により、急性期病棟での高齢者受入れの評価を引き下げる方向での見直しに関する文言が、同分科会の診療情報・指標等作業グループからの中間報告よりも弱められ、一定の歯止めをかける形となった。

なお、DPC/PDPSと外来医療については、3面で紹介している。中間とりまとめは、◇一般病棟入院基本料◇特定集中治療室管理料等◇DPC/PDPS◇地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料◇回復期リハビリテーション病棟入院料◇療養病棟入院基本料◇外来医療◇外来腫瘍化学療法◇情報通信機器を用いた診療◇横断的個別事項一の項目からなる。入院医療にとどまらず、外来医療も含まれる。同分科会の名称にあるように2022年4月13日の開催から所掌事務に外来医療が加わった。

一般病棟入院基本料については、入院基本料の中で最も点数が高い急性期一般入院料と他の入院料との比較などが行われた。

例えば、「75歳以上に多い疾患のうち、『食物および吐物による肺臓炎』や『尿路感染症・部位不明』等は、急性

期一般入院料1に入院した場合と地域一般入院料1・2に入院した場合とで、1日当たりの医療資源投入量が大きく変わらない」、「75歳以上の『食物および吐物による肺臓炎』、『尿路感染症』は、全疾患の平均と比べ『専門的な治療・処置』の該当割合が低く、『救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態』の該当割合が高かった」といったデータが示された。

高齢者に多い疾患は急性期一般入院料1以外の入院料で診療できることや、「専門的な治療・処置」が必要でなくとも、高齢者救急であれば、急性期一般入院料1に入院させていることを問題視することを示唆させる文言である。これらに対して、「機能分化の推進や急性期一般入院料1における高度・専門的な医療を評価する観点から、急性期一般入院料1においては、B項目以外の項目による評価を重視すべきではないかとの指摘があった。一方で、急性期病棟におけるADLの低下した患者に対するケアの評価の観点から、B項目による評価は重要ではないかとの指摘もあった」という文言が中間とりまとめに明記された。

この部分に関しては、同分科会の診療情報・指標等作業グループからの中間報告の段階で、「7対1病棟に求められるような高度・専門的な医療を必要とする患者への対応を評価する観点からは、B項目はなじまない」という強い表現が用いられていた。しかし、9月6日の同分科会で、猪口委員や津留委員ら病院団体の委員からの強い意

見があり、中間とりまとめにあるような文言に落ち着いた経緯がある。

急性期一般入院料1の平均在院日数については、「90%以上の施設で施設基準(18日)よりも2日以上短い。届出病床数が小さい場合にばらつきが大きい」というデータが示された。平均在院日数が長い病棟では、特定集中治療室などを届け出ている割合が低く、地域包括ケア病棟または回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が高くなっている。

これを受け、「平均在院日数の区分による患者の状態や医療の内容の違いを踏まえれば、急性期一般入院料1の平均在院日数の短縮化が考えられる」との指摘があった。

また、「高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があるため、第三次救急医療機関等で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入れについても評価すべき」との指摘があった。なお、厚生労働省は、この文言中の「第三次救急医療機関等」には第二次救急医療機関が含まれていると説明した。

看護必要度とSOFAスコアを併用

特定集中治療室管理料等については、患者を評価する指標としてのSOFAスコアの可能性が議論された。

データでは、「入室日の看護必要度および入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。看護必

要度の該当、6点以上と比較し、SOFAスコア5以上、10以上の方が退院時の転帰とより相関していた」など、SOFAスコアの有効性が一定程度確認できた。

一方で、「入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合はばらついていた」とのデータもあった。

意見では、「RRS(Rapid Response System)を行っている病院では、SOFAスコアが上がる手前の人をICUで管理している」との指摘があり、「SOFAスコア単独で指標として使用することには慎重であるべき」との意見で概ね一致した。

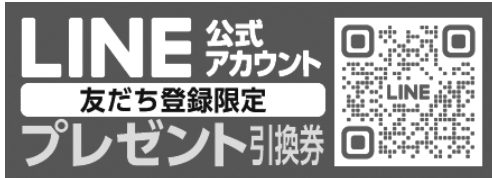
ハイケアユニット入院医療管理料の看護必要度については、適正化の必要性を指摘する意見が相次いだ。その結果、以下のような意見が指摘された。

- 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」は患者の状態や入室経路によらずほぼすべての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないか
- 重症度の高い患者への対応や常時監視の必要な治療の実施を評価する観点から、一部の項目について特定集中治療室用と同様に、点数に差をつけることが考えられるのではないか
- 一般病棟ではなく治療室に入室が必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を評価する観点からは、特定集中治療室用と同様に、B項目は(次頁に続く)

学会公式LINEアカウント開設しました!

全日本病院学会in広島では、公式LINEアカウントを開設しました。学会の各企画の情報、イベント情報、当日のご案内など、LINEで情報を配信していく予定です。登録くださった方には、大会当日に素敵なオリジナルグッズをご用意しています。

皆様、ぜひご登録ください!



厚生労働大臣に武見敬三氏就任

第二次岸田内閣第二次内閣改造が9月13日に行われ、厚生労働大臣に自民党の武見敬三氏が就任した。

武見氏は、元日本医師会会長の武見太郎氏のご子息。東海大学政治経済学部教授を経て、1995年に参議院議員に初当選。これまで当選5回。

14日に初の記者会見を開いた武見厚労相は、「新型コロナウイルス感染症への対応など、感染症対策の強化、さらに安心・安全なマ

イナ保険証を含む医療DX、医療・介護・福祉の向上に確実に取り組む」と述べた。

2024年度のトリプル改定については、「物価高騰や賃金の上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえて、患者・利用者が必要なサービスを受けられるよう、必要な対応を行っていくべきだ」との認識を示した。

厚生労働副大臣には宮崎政久氏、濱地雅一氏が就き、厚生労働大臣政務官には塩崎彰久氏、三浦靖氏が就任した。塩崎彰久氏は元厚生労働大臣の塩崎恭久氏のご子息。



本号の紙面から

入院医療等分科会のまとめ	2・3面
10月以降のコロナ対応方針	4面
電子カルテ共有で情報追加	5面
2022年度概算医療費を公表	6面
出産費用の見える化を議論	7面
医療DX人材育成③	8面

清話抄

空から学ぶ医療経営

医療や介護の質の向上に、長年、大空を舞台に働く方々や航空業界の考え方や行い方が参考にされてきました。医療安全やチーム医療、接遇等が代表的です。

昨年度から、医療安全の向上・事故

ゼロを目標に掲げ、元航空自衛隊の戦闘機パイロットで、現在は私と娘の自家用航空機操縦の指導教官を講師に招いています。実際の各事例分析と再発防止の助言を得たり、希望者が毎月、教官フライトに交代で同乗し、運航前ブリーフィングから運航、その後のデブリーフィングまで参加したり、安全への意識改革や座談会を継続して、効果を実感しています。

そして今年度から医食同源を見つめ直すべく、管理栄養士と調理師、看護

師、介護福祉士らの最高のチームによる「日本一美味しい病院給食のご提供プロジェクト」を企画し、日本航空にご指導いただいています。医療機関へのソリューション提供は、異業種である当社にとっても初めてのことで、同プロジェクトの両チームが綿密にミーティングを行い、ソリューションを最適化しながら進めています。病院食に関わる多職種が実際にファーストクラスに乗客として搭乗し、運航における安全・安心への取り組みや機内食

提供を含むホスピタリティ全体を視察。また、国際線ファーストクラスの機内食を監修する料理長らに病院厨房にお越しいただき、職員への実技指導や食に関する幅広い講話をいただいています。

何事にも成長には、成長したいという強烈な思いと実践が大切ですが、空の世界から多くのことを学ばせていただいている仲間のキラキラと輝く眼は、すでに成長を示しています。

(江口有一郎)

主張

有料職業紹介事業者とのトラブル

ここ数年、医師や看護師等の医療従事者の採用に当たって、民間の有料職業紹介事業者を利用する医療機関が多くなっています。厚生労働省の『職業紹介事業に関するアンケート調査』(平成25年12月実施)では、医師の場合は医局や関係機関からの紹介が27.4%、民間職業紹介事業者からの紹介が26.2%、看護師はハローワークからの紹介

が51.2%、民間職業紹介事業者からの紹介が39.6%となっています。古いデータなので現在ではトップが民間職業紹介事業者の可能性が高いと思われます。医局からの医師派遣が期待できない地方の医療機関にとっては、費用はかかるものの藁にもすがる思いです。しかしながら、有料職業紹介事業者とのトラブルも指摘されています。当

院でも最近トラブル被害がありました。紹介事業者から医師を紹介され、内定、成約、入職までは丁寧な対応であり、入職後の業務に問題ありませんでした。しかしその後、勤務時間(会議などの拘束時間)について採用医師から担当者に連絡して、あたかも病院側での対応の不備や不誠実さを架空のやりとりで吹き込み、当院に対しての不信感を増やし、まるで時期が来たら転職を促すかのような有様でした。有料職業紹介事業者が得た紹介手数料は所定の期間を過ぎたら返戻しない決まりから、

その後次の医療機関を紹介することも十分考慮されます。事業者・担当者の姿勢に大きく左右されますが、紹介を受ける医療機関としては基本的に求職医師への十分な情報提供(就業規則、福利厚生含め、採用後のトラブルやミスマッチを防ぐ)や円滑なコミュニケーションに努めることが肝要と感じました。ちなみに当院では紹介手数料の支払いが令和4年度は医師13,000千円、看護師8,000千円と合計21,000千円ありました。(細川吉博)

不要ではないか
3つ目の指摘については、「B項目の測定結果はADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても、特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべき」との意見もあり、両論併記の形となっている。

地ケア直入の医療資源投入は高い

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料については、実態調査により、救急搬送後に地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の特徴として、◇誤嚥性肺炎や尿路感染症が多い◇医療的な状態が不安定◇医師による診察の頻度、必要性が高い◇看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い◇リハビリテーション実施頻度、リハビリテーション実施単位数は低い—という傾向がみられた。

入棟経路別の医療資源投入量等は緊急搬送後、直接入棟の患者で包括範囲の医療資源投入量が多い傾向にある。救急搬送後直接入棟の患者の割合は、多くの病棟・病室で5%未満だが、129施設(7.8%)は15%以上であった。

これらを踏まえ、「地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべき」、「自宅等からの緊急患者の受入れをしっかりとやっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしている」、「救急搬送後直接入棟の患者ではリハビリテーションの実施頻度が低いが、直接入院だとリハビリテーションがすぐには開始できないことも多くやむを得ない」といった意見が出ている。

また、短期滞在手術について、「地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院

は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて、退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入れが多い地域包括ケア病棟とバランスよく受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要」との意見も出た。

運動器リハの適定量めぐり議論

回復期リハビリテーション病棟入院料については、「運動器疾患において、1日当たりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」および「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった」とのデータが示された。

これを踏まえ、運動器疾患に対するリハビリテーションについて、「実施単位数に応じた評価について検討が必要である」との指摘があった。ただ、これには、「科学的なエビデンスはあるのか」といった点を含め、様々な議論があった。津留委員は、リハビリテーション提供単位数の審査支払機関の査定基準が地域により異なることが影響している可能性を指摘している。

質の高い回復期リハビリテーション医療の提供に向けては、実態調査の結果を踏まえ、「入院栄養食事指導を実施していない回復期リハビリテーション病棟1については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべき」、「退院前訪問指導を推進すべきで、ICTの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべき」、「現在の回復期リハビリテーション病棟の地域貢献活動への参加を促

すべき」といった意見が出ている。

医療区分の分類は見直しへ

療養病棟入院基本料については、「疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1~3の組合せにより、医療資源投入量に2~3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある」とされた。具体的には、「医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか」との提案が出ている。

その際、「医療区分を細かく分類することにより、医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要」ということも求められた。

療養病棟入院基本料における中心静脈栄養については、最近の診療報酬改定において、嚥下機能の回復に努め、適切な栄養提供の手段が選択されることを促す診療報酬の設定が行われてきた。だが、中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%と少ない状況にある。

中間とりまとめでは、「診療ガイドラインにおいて、消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされている。また、療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない」との報告を引用。「中心静脈カテーテルについては、留置期間が長いほど感染のリスクが高まる」と指摘した。

委員からは、「中心静脈栄養が漫然と続いている可能性があるため、医学的根拠に基づき、腸を使った栄養管理へシフトし、過不足のない中心静脈栄養が行われるような促しが必要」、「中心静脈栄養の医療区分3としての評価は、経腸栄養が可能な患者は対象とせず、腸閉塞等の腸管が利用できない患者のみを対象とし、それ以外の患者についての評価は医療区分3から2あるいは1に引き下げるなど見直しが必要」との意見が出ている。

一方、経腸栄養が禁忌で静脈栄養の適応とされる疾患は、「汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定」とされているが、「これ以外にもあるのではないか」との意見も出ている。

身体的拘束と栄養への対応

横断的個別事項では、身体的拘束と入院支援、急性期のリハビリテーション・栄養等が取り上げられた。

身体的拘束については、ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は0~10%未満(0%含む)であるが、実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。「身体的拘束を予防・最小化するためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要であることや、急性期の医療機関においても身体拘束の最小化に取り組む必要」が指摘された。

入院支援では、入院料別の入院支援の特徴として、「入院加算の対象者における『退院困難な要因』は、急性期一般入院料では『緊急入院』、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では『ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要』が多い」ということなどが実態調査で示されている。

これを受け、「急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携をより進めるべき」との意見が示された。

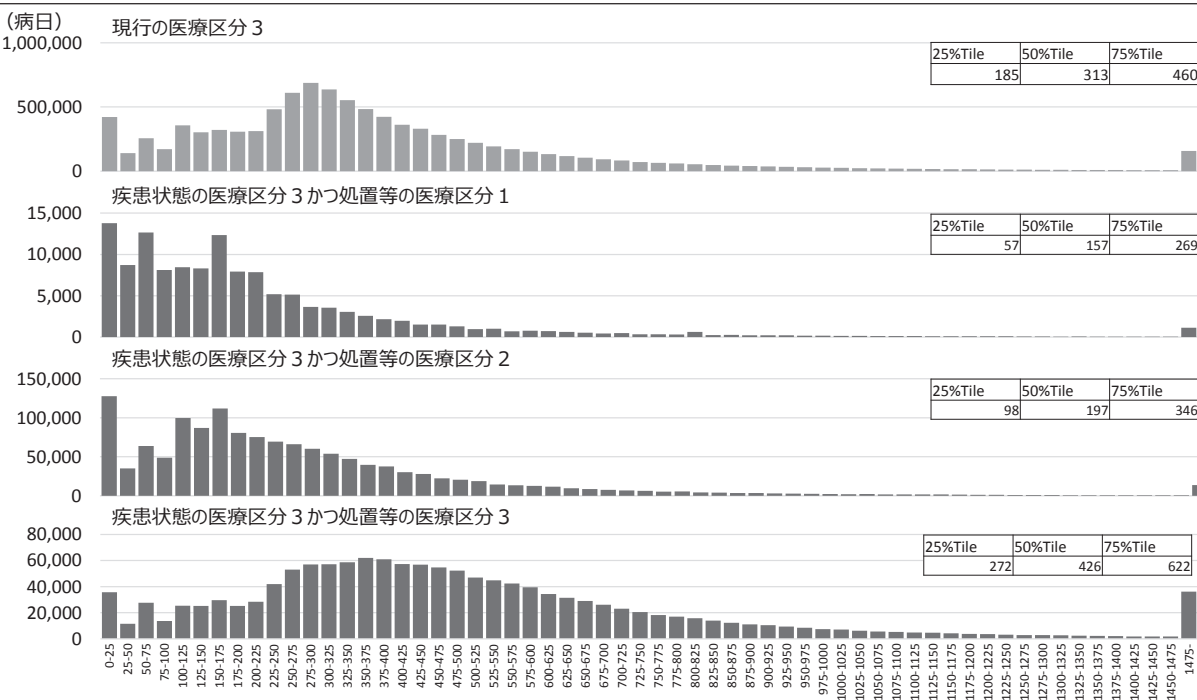
急性期におけるリハビリテーション・栄養等に関しては、様々な既存の診療報酬項目の改善が求められた。

急性期のリハビリテーションについては、ADL維持向上等体制加算の評価の不十分さが多くの委員から指摘された。届出施設数は2022年度で98施設に過ぎず、「点数設計を見直す必要がある」との意見が相次いだ。急性期病院において、休日を含めた早期からの切れ目のないリハビリテーションの提供が行われるための点数設計を求めることも重要な課題となった。

栄養管理については、入院患者に適切な栄養管理が実施される体制を病院が備えられるようにするため、栄養サポートチーム加算や入院栄養管理体制加算、入院栄養食事指導料、栄養情報提供加算などに関して、管理栄養士の確保や対象範囲の拡大の観点を含め、それぞれの課題に対して改善を図るための見直し求められた。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組み合わせ

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組み合わせによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日~令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日~令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード(入院料に包括される診療項目)を使用。

中間とりまとめにおけるDPC/PDPSと外来医療の内容

入院・外来医療等の調査・評価分科会の中間とりまとめについて、DPC/PDPSと外来の概要を報告する。DPC/PDPSについては、機能評価係数Ⅱの各係数の課題が示されたほか、DPC対象病院の退出基準の設定に向けた検討が行われた。外来では、かかりつけ医機能や外来腫瘍化学療法、オンライン診療などがテーマとなった。

DPC対象病院については、2018年度診療報酬改定に向けた議論で、診療密度や在院日数が平均から外れている病院はDPC対象病院になじまない可能性があるとの指摘があった。その後、医療資源投入量や在院日数を指標とした分析や、外れ値に該当する病院に対するヒアリングを実施するなど、DPC対象病院の退出基準を設けることを模索する検討が続けられた。

しかし、退出基準を設けるところまで議論は進まなかった。今回もそのような観点でのデータ分析があった。

同分科会でのデータ分析では、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関全体と比べても、患者数が少ないDPC対象病院があることがわかった。データ数が少ないDPC対象病院は、複雑性係数の値が高い傾向があり、データ数が1月当たり90以下の病院では、診療密度(相対値)が低い傾向にあった。

これらの点を踏まえ、急性期医療の標準化というDPC制度の趣旨を踏まえ、DPC対象病院の要件とその評価のあり方の両面から検討する必要があるとの指摘された。DPC対象病院の提出基準を設けるべきとの意見は、全日病会長の猪口雄二委員も含め複数の委員から出ており、中医協総会での今後の議論が注目される。

医療機関別係数の機能評価係数Ⅱについてそれぞれの課題が示された。

実態調査によると、2023年度の保険診療係数の減点対象となった病院は、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合(10%未満)で23病院(1.3%)、様式間の記載矛盾(1%未満)で4病院(0.2%)、未コード化傷病名の割合(2%未満)で6病院(0.3%)。各項目の基準を満たさないDPC対象病院はわずかであることから、「適切なデータの作成に係る基準をDPC対象病院の要件とするとも考えられる」との指摘があった。

効率性係数は在院日数短縮の努力を評価する係数だが、「診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関」に対しては、現状の算出方法だと、本来の趣旨にそぐわない評価になっているという指摘

があった。複雑性係数についても、「診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合」に、複雑性係数が高くなり、急性期入院など医療における評価という点で「不適当」との指摘があった。

救急医療係数については、高度な救急医療の実施や救急車の受入れ数を必ずしも直接評価する項目でないことから、評価の趣旨が明確になるよう、名称変更を含めた見直しを求める意見が出された。

地域医療係数については、大学病院本院群やDPC特定病院群において、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目があることから、評価項目や実績評価の手法の検討が求められた。また、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点からの、新たな評価の検討も行われている。

点数設定方式については、2022年度に点数設定方式Aで設定された診断群分類のうち、入院期間Ⅰで医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが明らかになった。このため、入院初期に患者を退院させた場合であっても、コスト回収ができるように見直すべきではないかとの指摘が

あった。また、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間Ⅱより早期に退院させた場合であっても、十分な評価ができるように検討すべきとの指摘があった。

オンライン診療は不眠症が多い

外来医療のかかりつけ医機能等については、特定疾患療養管理料などの位置づけが検討対象となった。高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれでも、再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料・加算、生活習慣病管理料の算定が極めて少ないことが問題視され、「医学管理の質の観点で、どのような診療報酬が相応しいのか」の検討が必要との指摘があった。

2024年度診療報酬改定で新設した外来腫瘍化学療法診療料については、従来の外来化学療法加算1を算定していた医療機関の9割以上が外来腫瘍化学療法診療料1に移行しているが、外来化学療法加算2を算定していた医療機関の外来腫瘍化学療法診療料2への移行は3割台にとどまっている。

外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている病院で、「化学療法を実施した実患者数」のうち、「1サイクルも外来で化学療法を行わずに、すべて入院で化

学療法を実施した実患者数」の割合の中央値は23.2%であった。診療科によって、外来・入院化学療法の実患者数には違いがあり、「小児科では外来で実施できるレジメン数の割合が少ない」という傾向があることもわかった。

外来腫瘍化学療法をさらに推進する観点から、緊急時に速やかに入院できる体制確保のため、他の医療機関との連携なども課題とされた。

情報通信機器を用いた診療については、2024年度改定から初診からのオンライン診療が一定の条件の下で可能となっている。オンライン診療の実施医療機関には偏りがあり、2022年10月の実態調査では、大半の施設では実績がなく、初診料では6施設(全体の2.4%)、再診料・外来診療料では23施設(同9.3%)で15回を超える算定の実績があった。

オンライン診療の初診、再診料・外来診療料の傷病名を分析すると、いずれにおいても「COVID-19」が最多であった。さらに、対面診療の割合が5割未満の医療機関のオンライン診療の初診、再診料・外来診療料の傷病名を分析すると、初診の傷病名は「COVID-19」が37.9%で最多であるものの、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%で最多であった。不眠症の診療の実態をさらに分析すべきとの指摘が出た。

機能評価係数Ⅱについて

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの(保険診療、複雑性、カバー率、地域医療)と、全医療機関において係数設定するもの(効率性、救急医療)がある。

上限値・下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療 (固定の係数値のため設定なし。)				群ごとに評価
効率性	97.5tile値	2.5tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5tile値	2.5tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

2023年度 第2回理事会・第5回常任理事会の抄録 8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。
 - 秋田県 医療法人弘仁会島田病院 院長 郡司 啓文
 - 埼玉県 医療生協さいたま生活協同組合ふれあい生協病院 理事長 雪田 慎二
 - 東京都 一般社団法人衛生文化協会城西病院 理事長 玉城 成雄
 - 静岡県 社会医療法人志仁会三島中央病院 院長 関 厚二郎
 - 大阪府 医療法人一祐会藤本病院 理事長 藤本 明久
 - 大阪府 医療法人相愛会相原第二病院 理事長 相原 宏司
 - 大阪府 医療法人錦秀会阪和病院

- 院長 大西 光司 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,562会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - パーストワン株式会社(代表取締役社長 元野 裕登)
 賛助会員は合計114会員となった。
- 北海道支部・青森県支部の支部長について承認した。
- 宮城県支部・高知県支部事務局業務委託覚書の変更を承認した。
- 愛知県支部規約の改正を承認した。
- 各委員会委員長、委員を承認した。
- 電子取引データの訂正及び削除の防止に関する事務処理規程の制定について承認した。
- 2023年度遊休財産対応について協議

- した。
- 【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、保険医療材料専門部会、薬価専門部会、費用対効果評価専門部会」、「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。
 - 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 等潤病院
 - 岡山県 松田病院
 - 一般病院2
 - 埼玉県 川口市立医療センター

- 東京都 池上総合病院
- 愛知県 総合大雄会病院
- 福岡県 原三信病院
- 宮崎県 古賀総合病院
- リハビリテーション病院
 - 富山県 池田リハビリテーション病院
- 慢性期病院
 - 福島県 寿泉堂香久山病院
 - 群馬県 内田病院
- 緩和ケア病院
 - 長崎県 出島病院
- 7月7日現在の認定病院は合計2,000病院。そのうち本会会員は835病院と、全認定病院の41.8%を占める。
- 【主な討議事項】
 - 2023年10月以降の新型コロナウイルス対応について討議した。

10月以降、新型コロナの病床確保料や診療報酬の特例を減額

厚労省 病床確保料は感染拡大I～Ⅲの期間のみに限定

厚生労働省は9月15日、10月以降の新型コロナの対応方針を公表した。政府は、病床確保料など補助金や診療報酬上の取扱いなどの特例について、来年度に向け、段階的に解消する方針を示してきた。10月以降も病床確保料などの補助金や診療報酬の特例は継続するが、減額となる。感染拡大が一定以上の段階に達しなければ、確保病床は設定されず、設定中の期間でないとも病床確保料は給付されなくなる。

しかし、足元で新型コロナは収束しておらず、再び感染拡大が起きるかもしれない。物価高騰・賃金上昇など病院経営を取り巻く環境が悪化する中で、新型コロナ患者への医療を提供する基盤が弱体化しつつある。全日病は新型コロナ患者を受け入れる病院の取組みの継続に懸念を抱いている。

常任理事会等で対応を議論

政府の新型コロナ対応が10月以降に見直されることになっていたことから、全日病は常任理事会等で議論を行って

きた。8月26日の理事会で各地の状況を聞くなど情報交換を行うとともに、政府の方針への対応を話し合った。9月16日の常任理事会では、見直しの政府決定を猪口雄二会長が説明し、内容を確認した。

猪口会長は、9月16日の常任理事会で、「今後は一定の感染拡大を超えないと病床確保料は支払われなくなる。最大の感染拡大を見込んだ『Ⅲ』の期間であっても、東京都の確保病床数は千床ぐらいいなり、現状の3分の1になってしまいます。そのぐらい、病床確保料が厳しくなる。さらに、診療報酬も引き下げられ、こうなると、もう新型コロナ患者は受け入れないという病院が相次ぐ可能性がある。感染拡大時に病床逼迫が起きるかもしれない。その時に、病院が新型コロナ患者を断ることが報道されれば、病院批判が再び出てくるといことも考えられる」との危機感を示した。

参加した常任理事からは、「感染症法上の取扱いが5類になっても、新型

コロナ患者は個室での入院とならざるを得ない。病院の都合による個室であるから差額ベッド料は請求できず、病院の負担が大きくなる。今回の見直しで、病院が積極的に新型コロナ患者受入れに協力するとは思えない」との意見が出た。

神野正博副会長は、「病床確保料がほとんど出なくなるのであれば、新型コロナ患者を診療した場合の診療報酬の特例はもっと手厚くすべきだ。どちらも下げられるというのでは、病院にとってよいことは何もなくなってしまふ」と述べ、適切なタイミングで、病院団体の考えを政府に訴えることを主張した。

このように、今回の見直しは新型コロナ対応に取り組む病院にとって、厳しいものとなった。猪口会長は、政府の対応は今回の決定で揺るがないが、各都道府県では異なった受け止めがあり、個別の支援を検討している都道府県もあることが報告された。以下で、今回の見直しの概要をみていく。

病床確保料は感染拡大時だけ

見直しの詳細は、9月15日に事務連絡された「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の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」、「令和5年秋以降の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」、「令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」に記述されている。

今回の見直しは、新型コロナの感染症法上の取扱いが2類相当から5類になったことに伴う、来年度の通常対応への完全移行に向けた移行期との位置づけで、冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保を図るための対策となっている。

確保病床によらない形での入院患者の受入れを進めていることから、病床確保料の対象となる確保病床は、引き続き重点化を図るとの観点で、厳格化が行われる。入院患者は、通常医療との公平性を考慮し、「重症・中等症Ⅱ」等とする。これは新型コロナ患者の全体の25%に相当する。

確保病床を設定する期間は、オミクロン株流行の最大在院者数(第7波または第8波)との比較で3つの段階に分類する。具体的には、一定の感染者数を超えるI～Ⅲの3段階を設定。Iの期間はピーク時の3分の1の在院者、Ⅱの期間はピーク時の2分の1の在院者、Ⅲの期間はピーク時の8割の在院者が発生していることを目安に都道府県が決定する。このI～Ⅲが病床確保料の発生する期間となる。

経過措置として10月の間は、段階Iに達しない都道府県でも、段階Iの即応病床数を上限に病床確保料の対象とすることができる。

病床確保料の金額については、重点医療機関の補助区分が廃止された。

補助単価の上限は、9月末までの補助単価の0.8倍となる。その結果、ICUの場合、特定機能病院等では1日17万4千円、一般病院では12万1千円。HCUの場合、一律1日8万5千円。その他病床の場合、特定機能病棟等では1日3万円、一般病院では1日2万9千円となっている。

休止病床の補助上限数は、即応病床1床当たり休床1床(ICU・HCU病床の場合は2床を上限)である。

入院料は1.5倍から1.2倍に減額

診療報酬上の取扱いは、9月13日の中医協総会で方向性を議論しており、9月15日の持ち回り開催の中医協で了承している。外来・在宅・入院・歯科・調剤のそれぞれにおいて、見直しが行われている(左表を参照)。

外来では、発熱外来など対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない場合の300点が147点となる。これに該当しない場合の147点は50点になる。初診時を含め新型コロナ患者に療養指導した場合の147点は廃止となった。新型コロナ患者の入院調整を行った場合の950点は100点となる。

在宅では、緊急の往診が950点から300点。介護保険施設等への緊急往診は2,850点と手厚い対応がなされていたが、950点になる。介護保険施設等において、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する場合の950点は300点になる。新型コ

診療報酬の取扱い(新型コロナの診療報酬上の特例の見直し)			
○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う(令和5年10月1日～)。			
新型コロナの類型変更(令和5年5月)に伴う方向性・考え方	令和5年9月まで	令和5年10月～	
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導(注)】 ※コロナブリーフ投与時の特例(3倍)は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	100点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 950点
	往診時等の感染対策を引き続き評価	950点 【介護保険施設等において、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する場合】	300点 【介護保険施設等において、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する場合】
		300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	50点 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

新型コロナの類型変更(令和5年5月)に伴う方向性・考え方	令和5年9月まで	令和5年10月～
入院	①重症患者 ICU等の入院料：1.5倍 (+2,112～+8,159点/日)	①重症患者 ICU等の入院料：1.2倍 (+845～+3,263点/日)
	②中等症患者等(急性期病棟等) 救急医療管理加算1：2～3倍 (1,900～2,850点/日)	②中等症患者等(急性期病棟等) 救急医療管理加算2：2～3倍 (840～1,260点/日)
	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例：地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合は加算(+950点/日)	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例：地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合は加算(+420点/日)
	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)	コロナ回復患者を受け入れた場合 500点/日 (14日目まで)
+	250～1,000点/日 (感染対策を講じた診療)	125点～500点/日 (感染対策を講じた診療)
	300点/日 (2類感染症の個室加算の適用)	300点/日 (2類感染症の個室加算の適用)
	250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	50点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	298点 (治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)	147点 (治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)
調剤	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： 2倍(+59点又は+45点) 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面500点、電話等200点を算定可)	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： 1.5倍(+30点又は+23点) 自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面：500点/200点を算定可)

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例(+147点/3月ごとに算定可)

コロナ疑い・確定患者への往診の評価は300点から50点となる。

入院では、新型コロナの重症患者に対するICUなどでの入院料が1.5倍(プラス2,112～8,159点)となっていたが、1.2倍(プラス845～3,263点)となる。中等症患者等に対する急性期病棟等での救急医療管理加算1の2～3倍(1,900～2,850点)の加算は、救急医療管理加算2の2～3倍(840～1,260点)になる。

介護保険施設からの患者などを地域包括ケア病棟などに受け入れる場合の950点は420点になる。コロナ回復患者を受け入れた場合の750点(14日まで

950点)は500点になり、算定できる期間が14日目までに縮減される。

入院に関するそのほかの特例についても、概ね点数が引下げとなった。

また、施設基準について、平均在院日数や手術の実績件数などの診療実績等に係る要件に関する特例は、原則として2023年9月30日で終了する。ただし、月平均夜勤時間数の変動や職員が一時的に不足した場合の特例は、該当する場合に地方厚生局への届出を求めた上で、3カ月を想定した一定程度の期間継続し、それにより施設基準を満たせなくなることはない。

コロナ治療薬で一定の患者負担

患者に対する公費支援は、これまで全額公費負担であったコロナ治療薬の費用に、一定の自己負担が発生するようになる。自己負担の上限額は負担割合が1割で3千円、2割で6千円、3割で9千円となる。重症化予防効果のあるラゲブリオの薬価は約9万円だが、9千円に抑えられる。

入院医療費については、高額療養費制度の自己負担限度額から差し引く金額について、これまでの2万円を1万円に減らした上で、公費負担を継続する。厚労省は、新型コロナの平均在院

日数は約7日で、インフルエンザの約6日とほぼ同様の状態に近づいているが、まだインフルエンザと同様に考えることはできないとして、公費支援を継続すると説明した。

高齢者施設等への支援については、感染者が発生した場合などのかかり増し経費の補助の一人当たり補助額の上限が1日4千円となる。施設内療養の補助は1人当たり1日で1万円が5千円に減額され、医療機関からのコロナ回復患者の受入れの場合の加算(500単位)の算定可能日数は30日から14日に縮減となる。

患者サマリーに「療養上の計画・アドバイス」の追加を検討

厚労省・医療等情報利活用WG

電子カルテ情報共有サービスで医療機関・患者が閲覧できる情報

厚生労働省は9月11日の健康・医療・介護情報利活用検討会の医療等情報利活用ワーキンググループ(森田朗座長)に、現在、開発を進めている電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーにおいて、傷病名などの6情報に加え、医師から患者への「療養上の計画・アドバイス」もマイナポータル上で閲覧

可能とする案を提示。委員から概ね合意を得た。ただ、日本医師会常任理事の長島公之委員は、医師の負担増になる可能性があることなどを懸念し、「丁寧な議論」を求めた。今後、同WGで議論を続け、詳細を詰める。

電子カルテ情報共有サービスは、全国の医療機関等や患者本人が電子カル

テ情報を閲覧できるようにするサービスで、政府が進める全国医療情報プラットフォームの一環である。6情報は、①傷病名②アレルギー③感染症④薬剤禁忌⑤検査(救急、生活習慣病)⑥処方となっている。ただし、処方については、電子処方箋管理サービスの中で取り扱うことを基本とすることになっ

ている。

今回の案では、6情報に「療養上の計画・アドバイス」が加わる。患者サマリーのイメージをみると、「1日〇分、〇〇程度の運動をしましょう。〇カ月ごとに血液検査を予定しています」などの言葉が並んでいる(左下図参照)。6情報だけでは、患者は自分が受けている医療の状況を十分には把握しにくい。医療DXによる患者のメリットが明確ではないとの指摘も出ており、厚労省が対応策を示した形だ。

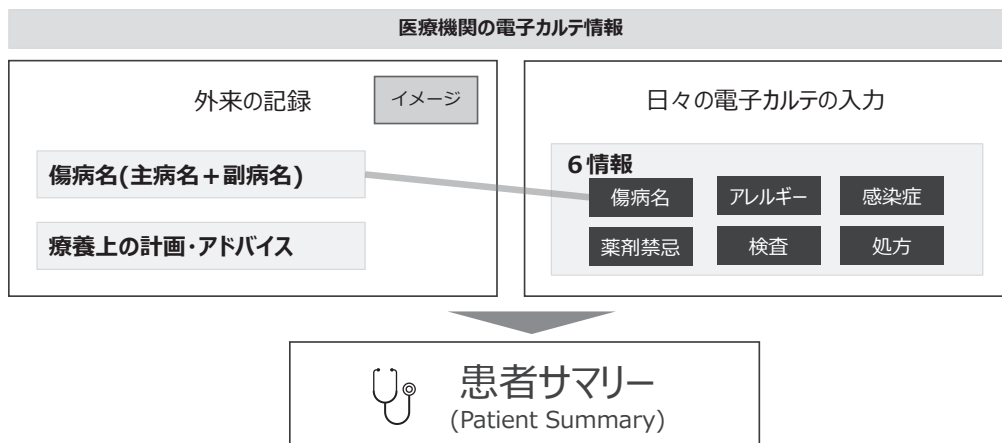
ただ、「療養上の計画・アドバイス」は自動的に抽出され、標準化される電子情報ではないので、医師などがテキストとして入力する必要がある模様だ。具体的な運用方法は今後の議論となるが、長島委員は「丁寧な議論」を行うべきであることを強調した。

また、現在、特定健診は閲覧可能となっているが、その他の健康診断結果報告書は、本人や実施主体に紙で送られることが多いのが実態で、結果取得まで時間がかかるほか、データ化のための事務負担が発生している。電子カルテ情報共有サービスで健診機関から迅速に健康診断結果報告書を共有し、閲覧することは技術的に可能であることから、サービス稼働時の実装を目指すことにした。

その際に、健康診断結果報告書の対象となる健診は、特定健診や後期高齢者健診、事業者健診、人間ドックなどとし、今後検討・調整する。対象実施機関は、医療機関や医療機関に併設の健診機関で、社会保障診療報酬支払基金のオンライン資格確認等システムを通じて、本人や医療機関などにデータ提供されることになる。

患者サマリー (Patient Summary) について

6情報をマイナポータル上で閲覧可能とする仕組みにあわせて、情報を整理し患者にとってわかりやすくまとめて表示してはどうか。



利用シーンの想定

- 患者が自分の病態を把握し、医師からアドバイスを受ける
- 患者が他院に受診する際に医療者に情報共有する
- 救急搬送時に医療機関に情報提供する項目とする

患者サマリーのイメージ (案)

患者サマリー (Patient Summary)																																																	
基本情報 おなまえ 性別 生年月日 年齢 保険者番号 被保険者証等記号 被保険者証等番号 枝番																																																	
プロフィール情報 薬剤禁忌 22/10 禁忌医薬品1 22/10 禁忌医薬品2 19/03 禁忌医薬品3 ... アレルギー 23/01 アレルギー-1 22/07 アレルギー-2 21/07 アレルギー-3 ... 感染症 梅毒 STS(RPR法) HBs (B型肝炎) HIV 梅毒TP抗体 HCV (C型肝炎)																																																	
かかりつけ医アドバイス、医療記録 前回受診日: 2023年7月10日 医療機関名 Aクリニック 医師氏名 厚生 太郎 最近の状況 良いです。 次回受診 1か月後です。 療養上の計画・アドバイス ・内服を継続しましょう。 ・1日〇分、〇〇程度の運動をしましょう。 ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。 ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。 ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。																																																	
おくり情報 アトルvastatin錠 10mg(ワン錠) 1錠 28日分 1日1回夕食後 フモチジン錠 10mg(NP) 2錠 28日分 1日2回朝食後 ノルバスク錠5mg 1錠 28日分 1日1回夕食後 メトグルコ錠500mg 1錠 28日分 1日2回夕食後 ... 代表的な検査項目結果 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2023/7/10</th> <th>2022/7/23</th> <th>2021/7/8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝機能</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOT(IU/L)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>GTP(IU/L)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>γ-GTP(IU)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖(mg/dL)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td>XXX(H)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>随時血糖(mg/dL)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>尿</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿糖(mg/dL)</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> <td>XXX</td> </tr> </tbody> </table> ※検査項目は要検討			2023/7/10	2022/7/23	2021/7/8	肝機能				GOT(IU/L)	XXX	XXX	XXX	GTP(IU/L)	XXX	XXX	XXX	γ-GTP(IU)	XXX	XXX	XXX	血糖				空腹時血糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX	HbA1c(%)	XXX(H)	XXX	XXX	随時血糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX	尿				尿糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX	尿蛋白	XXX	XXX	XXX
	2023/7/10	2022/7/23	2021/7/8																																														
肝機能																																																	
GOT(IU/L)	XXX	XXX	XXX																																														
GTP(IU/L)	XXX	XXX	XXX																																														
γ-GTP(IU)	XXX	XXX	XXX																																														
血糖																																																	
空腹時血糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX																																														
HbA1c(%)	XXX(H)	XXX	XXX																																														
随時血糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX																																														
尿																																																	
尿糖(mg/dL)	XXX	XXX	XXX																																														
尿蛋白	XXX	XXX	XXX																																														
主傷病名 胃の悪性新生物<腫瘍> 胃体部癌 副傷病名 潰瘍性大腸炎 潰瘍性大腸炎性関節炎																																																	

救急医療時に確認できる情報

救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み(ACTION1)」については、救急用サマリーの項目・期間を決めるとともに、救急医療時の医療情報閲覧フローなどを確認した。

救急時は通常時と異なるので、患者が意識不明であるなど、医師の判断により、生命の危険があると判断されれば、本人同意なしで、医師は救急用サマリーを閲覧可能と整理した。救急隊も閲覧可能とすることは総務省消防庁で検討している。

救急用サマリーの項目・期間は次のとおりとなった。◇受診歴(3カ月) ◇電子処方箋(45日) ◇薬剤(3カ月) ◇手術(3年) ◇診療(3カ月) ◇透析(3カ月) ◇健診(健診実施日を表示)。期間などは日本救急医学会や日本臨床救急医学会からのヒアリングも踏まえ、このような案になった。また、将来的には緊急連絡先やアレルギー情報の追加なども検討項目となっている。

2022年度概算医療費は46兆円、対前年度伸び率は4%

厚労省 コロナ禍以来3年間をならずと1.8%で高くない伸び率

厚生労働省は9月13日の中医協総会(小塩隆士会長)に、2022年度概算医療費を報告した。2022年度の概算医療費は46.0兆円で、対前年同期比4.0%の増加(プラス1.8兆円)となった。新型コロナウイルスの感染拡大以前である2019年度比では5.5%の増加。これは3年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると1.8%の増加となる。

近年の概算医療費の伸び率と比べると、「対前年度比で4.0%は高い数字だが、新型コロナウイルスの感染拡大が生じた3年間をならした数字である1.8%は高い水準とは言えない」と厚労省は判断している。

概算医療費は、医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求(レセプト)に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもので、労災・全額自費などの医療費は含まないが、国民医療費の約98%に相当する。

2022年度の概算医療費は、2021年度に引き続き2020年度の減少の反動や、新型コロナウイルスの患者が増えた影響などが

あり、対前年同期比では4.0%という比較的高い伸び率となった。内訳は、入院が2.9%(3年間をならした伸び率は0.9%)、入院外が6.3%(同3.0%)、歯科が2.6%(同2.2%)、調剤が1.7%(同0.6%)となっている。

外来が対前年同期比で6.3%と高い伸び率だが、診療科別の分析をみると推定できるように、特に小児科や耳鼻咽喉科で生じた新型コロナウイルスの感染拡大による当初の受診控えの反動や、2022年度診療報酬改定による不妊治療の保険適用の影響があると考えられる。

医療費を構成する要素である受診延日数は2.0%の増加、1日当たり医療費も2.0%の増加となっている。医療費の要因分析を行うと、人口増の影響がマイナス0.4%(人口減)、高齢化の影響がプラス0.9%、診療報酬改定等の影響がマイナス0.94%(診療報酬本体のプラス改定と薬価引下げの差)の影響を除いた増加率は4.5%となる。

また、主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を推計すると、2022年度で8,600

億円(全体の1.9%)程度だった。

厚労省は「2021年度は4,500億円で、その倍近く増えている。ただし、主傷病ということであるので、他の病気で受診し検査をしたら陽性であった場合や、新型コロナ陽性で他の病気の治療をした場合も含まれている」との説明があった。

なお、2022年度は休日数等の対前年度差異は、土曜日が1日少なく、休日でない木曜日が2日少なく、連休日が4日少なかったことから、伸び率に対する休日数等補正はプラス0.04%で、2022年度の概算医療費の補正後伸び率は3.9%となる。

産婦人科が高い医療費伸び率示す

対前年度同期比を年齢階層別にみると、1人当たり医療費は75歳以上で1.8%、75歳未満(未就学者除く)で4.0%、未就学者で10.9%。1人当たり受診延日数は75歳以上でマイナス0.5%、75歳未満(未就学者除く)で2.3%、未就学者で8.7%。1日当たり医療費は75歳以上で2.4%、75歳未満(未就学者

除く)で1.6%、未就学者で2.0%となっている。

医科診療所の主な診療科別の医療費の状況をみると、内科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科の増加幅が、他の診療科よりも大きくなっている。

特に産婦人科が、対前年度比で53.9%、2019年度比で63.1%と高い伸びを示した。これは2022年度改定で不妊治療の保険適用が行われたことによる影響が大きいと考えられるが、その他の影響もあると説明されている。対前年度比の受診延日数の伸びが8.0%であるのに対し、1日当たり医療費の伸び率が42.4%に達している。

小児科も対前年度比で30.8%、2019年度比で44.8%、耳鼻咽喉科も対前年度比で20.0%、2019年度比で9.6%と伸び率が高い。対前年度比は受診控えからの反動があると考えられる。しかし、小児科の2019年度比の44.8%は3年分であることを勘案しても高い伸びだ。2019年度比で受診延日数はマイナス3.1%でまだ回復していないが、1日当たり医療費の伸び率は49.4%と高い。多くの新型コロナウイルスの患者を小児科で診療した影響が大きいと考えられる。

「順調に回復は早計」長島委員

厚労省からの報告を受け、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「対前年度の数字だけみると、コロナ禍から回復しているように思うかもしれないが、医療機関の経営が回復しているわけではない。コロナ禍は医療機関を直撃し、ダメージは残っている。順調に回復していると判断するのは早計だ。対前年同期からの伸びは、受診控えからの反動、新型コロナウイルスの感染拡大、不妊治療の保険適用などの影響がある。感染症対策の継続にはコストがかかっており、物価高騰・賃金上昇などへの対応もある」と医療機関の経営が不安定であることを訴えた。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「概算医療費の結果に、コロナ禍の影響がさまざまな形で出ている。一方、2022年度改定における不妊治療の保険適用の影響が大きいこともわかる。不妊治療の保険適用についてもそうだが、リフィル処方導入や、看護職員の処遇改善のために新設した看護職員処遇改善評価料が、当初想定した予算の枠に収まっているかの検証も必要だ」と厚労省に求めた。

2022年度 医療費の動向

- 令和3年度に引き続き令和2年度の減少の反動や、新型コロナウイルス感染症の患者が増えた影響等があり、令和4年度の概算医療費は46.0兆円、金額で1.8兆円、伸び率で4.0%の増加となっている。また、その内訳を見ると受診延日数は2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加となっている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響の少ない令和元年度と比べると、医療費は5.5%の増加となっており、その内訳を見ると、受診延日数は▲3.6%と減少し、1日当たり医療費は9.4%増加している。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲1.3	2.0	1.8
伸び率 (①)	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6	4.0
(休日数等補正後)	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲3.7)	(4.7)	▲3.9
受診延日数	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0
人口増の影響 (②)	▲0.2	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.5	▲0.4
高齢化の影響 (③)	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9
診療報酬改定等 (④)		▲1.19	▲0.07	▲0.46	▲0.9	▲0.94
上記の影響を除いた概算医療費の伸び率 (①-②-③-④)	1.3	1.1	1.6	▲3.4	5.0	4.5

令和4年度対元年度比
5.5
▲3.6
9.4

※1 令和4年度の休日数等の対前年度差異は土曜日が1日少なく、休日でない木曜日が2日少なく、連休数が4日少なかったことから、伸び率に対する休日数等補正は+0.04%。

※2 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したものの。

(参考) 主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で8,600億円(全体の1.9%)程度。

新型コロナウイルスの病床確保料の過大交付額が500億円超

厚労省 患者の退院日の解釈の違いが過大交付の理由の大半

厚生労働省は9月8日、新型コロナ対応における政府から病院への補助金である新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)の病床確保料の過大交付額を公表した。会計検査院の指摘を踏まえたもので、過大交付額は2020年度と2021年度の2年間で500億円超となっている。すでに一部の都道府県では、医療機関からの返還が完了している。厚労省は、返還が未了である医療機関からの返還作業を速やかに進めることを都道府県に依頼している。

政府は、新型コロナウイルスの感染拡大に対応するため、病床確保料を設定している。病床確保料の対象には、新型コロナに感染した患者の入院を即時に受け入れる即応病床のための空床(即応病

床)と、即応病床のために休止する空床(休止病床)がある。補助条件額は、例えば、重点医療機関の場合、ICUなどでは特定機能病院等で1日43万6千円、一般病院で1日30万1千円、重点医療機関以外の一般病院では9万7千円であった。なお、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが2類相当から5類になったことにより、5月8日から病床確保料は、それまでの金額が概ね半額となっている。

過大交付の原因は主に3つであると分析されている。

1つ目は、患者が入院期間中は診療報酬が支払われるため病床確保料は交付対象外であるにもかかわらず、患者の退院日の取扱いについて、国と都道府県ごとに解釈が異なっていたという

もので、過大交付件数の95%を占めるという。

2020年度の過大交付額は、全体の1兆1,420億円のうち、225億円で2.0%(630医療機関)程度となっている。最も多いのは神奈川県で96億円、次いで東京都の48億円、沖縄県の16億円、北海道の12億円となっている。

2021年度の過大交付額は、全体の1兆9,053億円のうち、280億円で1.5%(901医療機関)程度となっている。最も多いのが東京都の71億円で、次いで沖縄県の36億円、神奈川県35億円、埼玉県の29億円となっている。

2つ目は、医療機関が都道府県に交付申請する病床に対して適用する補助上限額を誤ったというもの。2021年度の三重県のケースで、重点医療機関(一

般病院)がHCU病床(1日21万1千円)で申請したが、実際はその他病床(1日7万1千円)であった。5施設の医療機関で誤りがあり、過大交付額は1,595万円となっている。

3つ目は、即時に受入れできない病床に交付していたもので、金額は示されていない。

厚労省は9月8日付けの事務連絡で都道府県に対し、返還見込額が特に大きい医療機関や、他の医療機関に比べて病床使用率が著しく低い医療機関など、特に都道府県が必要と認める医療機関に対する現地調査の実施の検討も求めている。また、厚労省としても、「補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律」第15条に基づく都道府県への現地調査を検討している。

80歳以上人口が1割超に

総務省・高齢者の人口と就業状況の統計

65歳以上の高齢者人口割合は約3割

総務省は9月18日の敬老の日に、2023年9月15日現在の高齢者に関する統計を発表した。80歳以上人口が初めて1割を超えた。65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合は29.1%で、過去最高を更新した。

高齢者人口は、1950年以降、一貫して増加してきたが、2023年9月15日現在、3,623万人と推計され、前年から1万人減少した。他方、総人口に占める割合は29.1%で、前年に比べ0.1ポイント上昇して過去最高になった。

15～64歳の生産年齢の人口は7,398万人で、総人口に占める割合は0.1ポイント増の59.5%となっている。

高齢者人口を年齢階級別に詳しくみると、75歳以上人口は2,005万人で、前年から72万人増加し、初めて2,000万人を超えた。いわゆる団塊の世代が2022年から75歳を迎えていることにより、75歳以上人口が大きく増えたと考えられる。75歳以上人口が総人口に占める割合は16.1%で、前年に比べ0.6ポイントも上昇した。6人に1人が医療ニーズの高い75歳以上の高齢者であることになる。

80歳以上人口は1,259万人で、前年から27万人増加した。総人口に占める割合は、前年より0.2ポイント上昇して10.1%。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後も80歳以上人口の割合は上昇を続け、2035年には13.8%、

2045年には14.2%になる見通しである。

医療・福祉で働く高齢者が大幅増

2022年の高齢者の就業者数は912万人と過去最多を更新した。高齢就業者は、2004年以降、19年続けて増加している。15歳以上の就業者総数に占める高齢就業者の割合は13.6%と、前年に比べ0.1ポイント上昇した。就業者のおよそ7人に1人が高齢者ということになる。

就業率は、65～69歳は50.8%、70～74歳は33.5%、75歳以上は11.0%で、いずれも過去最高となっている。65歳以上の高齢者全体の就業率は25.2%で、前年から0.1ポイント上昇した。

高齢者の就業率は他国でも上昇傾向にあり、その中でも日本は他国より高い水準にある。例えば2022年のアメリカの就業率は18.6%、カナダは13.9%、英国は10.9%、ドイツは8.4%、イタリアは4.9%、フランスは3.9%。他方、韓国は36.2%で、日本を上回っている。

高齢就業者のうち、「医療・福祉」の業界で働く人は104万人で、10年前の39万人から65万人増加し、大きく伸びている。

高齢就業者を従業上の地位別にみると、「役員を除く雇用者」が529万人で58.7%と半数以上を占める。その雇用形態をみると、正規の職員・従業員は23.6%、非正規の職員・従業員が76.4%を占めている。

全日本病院学会 in 広島 「おもてなし」企画のご案内

10月14日(土)、15日(日)に広島市で開催される全日本病院学会 in 広島。参加者の皆様楽しんでいただけるよう、様々な「おもてなし」を企画しております。

■企業展示 スタンプリー

静岡大会でも大好評だった企業展示会場のスタンプリーを、広島大会でも実施いたします！

スタンプリーを集めた方には、「大田記念病院オリジナルだしバック」「三島ふりかけ ペンスタイル」「瀬戸内産小いわしのオイルサーディン」「折り鶴ブロックメモ」など、広島ならではの素敵なプレゼントをご用意しております。

企業展示は、広島コンベンションホールの2階で行います。皆様、ぜひお越しください！



■日本一のバーテンドーによるおもてなし

会場には、5月のG7広島サミットで各国首脳に供された「山野峡大田ワイナリー」のワインや、地元西条の名酒、紅茶などを試飲できるコーナーを設置いたします。

学会企画4「すみの部屋 ～ここでしか言えない話、聞けない話」では、会場の皆様にお好きなドリンクを楽しみながら、ゆったりと聴講していただけます。

10月14日(土)の懇親会では、広島市の「ご当地グルメ」の屋台を多数ご用意しております。さらに、全国バーテンドー・コンペティションでMVPに輝いたBar Roberta (広島・竹原)の堀内信輔氏による日本一のカクテルも楽しんでいただけます。

■ジョギングイベント(予定)

10月15日(日)の早朝、広島市内を楽しく走りませんか。

広島大会の実行委員も参加いたします。ぜひ気持ちの良い汗を流しましょう。

詳細は、準備が整い次第、学会HPの「サイドイベント」ページにアップいたします。



医療機関ごとに出産費用が見える化

厚労省・医療保険部会

1月以降に増額改定を決定した施設は26.5%

社会保障審議会・医療保険部会(田辺昭部会長)は9月7日、出産費用の見える化に向けた議論を行った。厚生労働省が、医療機関ごとに出産費用の見える化するための項目やウェブサイトのイメージ案を説明。来年4月から新設する見える化ウェブサイトで公表する方針を示した。出産費用の価格改定のアンケート調査の結果も報告された。出産育児一時金の引上げに伴い、2022年4月～2023年4月に増額改定を決定したのは1,718施設のうち、765施設(44.5%)であることがわかった。

昨年12月に同部会がまとめた「議論の整理」で、出産育児一時金を2023年4月から従来の42万円を50万円に引き上げるとともに、出産費用の見える化を実施する方針を打ち出した。

見える化においては、出産育児一時金の直接支払制度を活用している医療機関などに対し、①医療機関等の機能や運営体制等②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容③分娩費用や室料差額、無痛分娩等の内容(価格等)の公表方法④平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額の平均値—の公表を求めている。

公表項目等の詳細については、学識者・産婦人科医・保険者・当事者などで構成される「出産費用の分析等を行う調査研究の研究班」(代表＝田倉智之教授・東京大学医療経済学)が素案を作成。今回、医療保険部会に見える化の公表項目案を報告した。

公表事項は、①分娩施設の概要＝施設種別、年間の取扱分娩件数、実施される検査(新生児聴覚検査等)②助産ケア＝助産師外来・院内助産の実施の

有無、産後ケア事業の実施の有無③付帯サービス＝立ち会い出産実施の有無、無痛分娩実施の有無④分娩に要する費用等の公表方法＝分娩に要する費用・室料差額・無痛分娩に要する費用⑤直接支払制度の請求書データからの費用等＝平均入院日数、出産費用の平均額等、室料差額の平均額等、妊婦合計負担額の平均額—など多岐にわたる。

ウェブサイトについては、分娩施設画面で施設名を検索すると、分娩に要する費用などを閲覧することができるイメージ案が示された。

出産費用の直接支払制度を利用している医療機関・助産所は約2,300施設。年間分娩件数が20以下の施設は任意とする方向だ。

今後のスケジュールは、◇10月に直接支払制度の要綱改正◇10月～来年1月に医療機関等への周知・医療機関等からの情報の受付◇10月～来年3月に見える化に必要な情報の収集・整理◇来年1月～3月に見える化ウェブサイトの作成◇4月に見える化ウェブサイトでの公表開始—としている。

出産費用の見える化の公表事項については、保険者の代表から不満があがった。健康保険組合連合会副会長の佐野雅宏委員は、「今回のウェブサイトイメージ案では不十分。出産費用の内訳が記載されていない。妊産婦が適切に医療機関等を選択できるようにするため、総額だけではなく、出産費用の内訳を明らかにし、内容をわかりやすく説明する必要がある。内容の充実を図ってほしい」と要請した。

これに対し、全日病会長の猪口雄二委員(日本医師会副会長)は、「出産費

用の内訳を公表しても、提供する情報が複雑になりすぎ、かえって妊産婦にわかりにくいものになりかねない。もともと正常分娩は自由診療であり、一つひとつの診療行為の点数を積み上げて計算されるものではないため、内訳を示すことは困難」と実情を説明した上で、厚労省案を支持した。

出産費用の増額施設は44.5%に

厚労省は、全国の分娩施設を対象にした「出産費用の価格改定に係るアンケート調査」の結果を報告した。2022年4月～2023年4月の期間で、1,718施設のうち765施設(44.5%)が出産費用の増額を決めていた。また、出産育児一時金の増額が決まった2023年1月以降に増額改定を決定したのは456施設(26.5%)であった。

増額改定の理由(複数回答)としては、2023年1月以降に決めた施設では、◇水道光熱費や消耗品費等の高騰(87.6%)◇医療機器等の高騰(68.3%)◇医療者等の確保が難しく、人件費が増加した(62.7%)—が上位となっている。「出産育児一時金が引き上げられることになり、妊産婦の自己負担への影響が少ないと考えたため」と答えた施設は53.3%だった。

なお、2022年度の正常分娩の出産費用は平均48.2万円。最高は東京都の60.5万円、最低は熊本県の36.1万円。

子ども医療費助成の減額措置廃止

同部会は「子どもにとってよりよい医療のあり方」も議論した。自治体が子ども医療費を助成した場合に、国民健康保険の公費が減額される措置を廃



止することを、厚労省が提案した。

国民健康保険では、自治体が医療費助成でこどもの自己負担を軽減すると、負担軽減に伴い増加した医療費分の公費負担を減額する調整を行っている。これに対しては、子育て支援の観点から批判があり、未就学児までを対象とする医療費助成については、2018年度以降、減額調整措置の対象外とした。一方、2023年6月に閣議決定された「こども未来戦略方針」では、こども医療費助成について、減額調整措置を廃止することが示された。

こうした状況を踏まえ厚労省は、市町村の助成内容(自己負担や所得制限の有無等)を問わず、18歳未満までのこどもの医療費助成に係る減額調整措置を廃止する方針を示した。

ただ、こどもの医療費助成が拡充すれば、◇窓口での自己負担無償化等の拡充による被保険者(保護者を含む)の受診行動の変容◇抗菌薬の処方など医療機関での診療内容への影響◇小児医療提供体制への影響◇医療保険財政への影響—といった課題が生じる。厚労省は、抗菌薬の適正使用の取組みなどこれらへの対応策も提案している。

猪口委員は「費用負担を心配することなく医療が受けられることは、子育て世代にとっては心強く、大事な支援だと思ふ。ただし、コンビニ受診といった安易な医療機関の受診が増えれば、地域医療にも影響が出てくる。正しい医療のかかり方などの啓発活動も同時に実施していく必要がある」と述べた。

情報機器をWEB技術でつなげる10年後の「病院情報システム構想」の作成を

医療DX人材育成プログラム③ IT戦略のポイントも説明

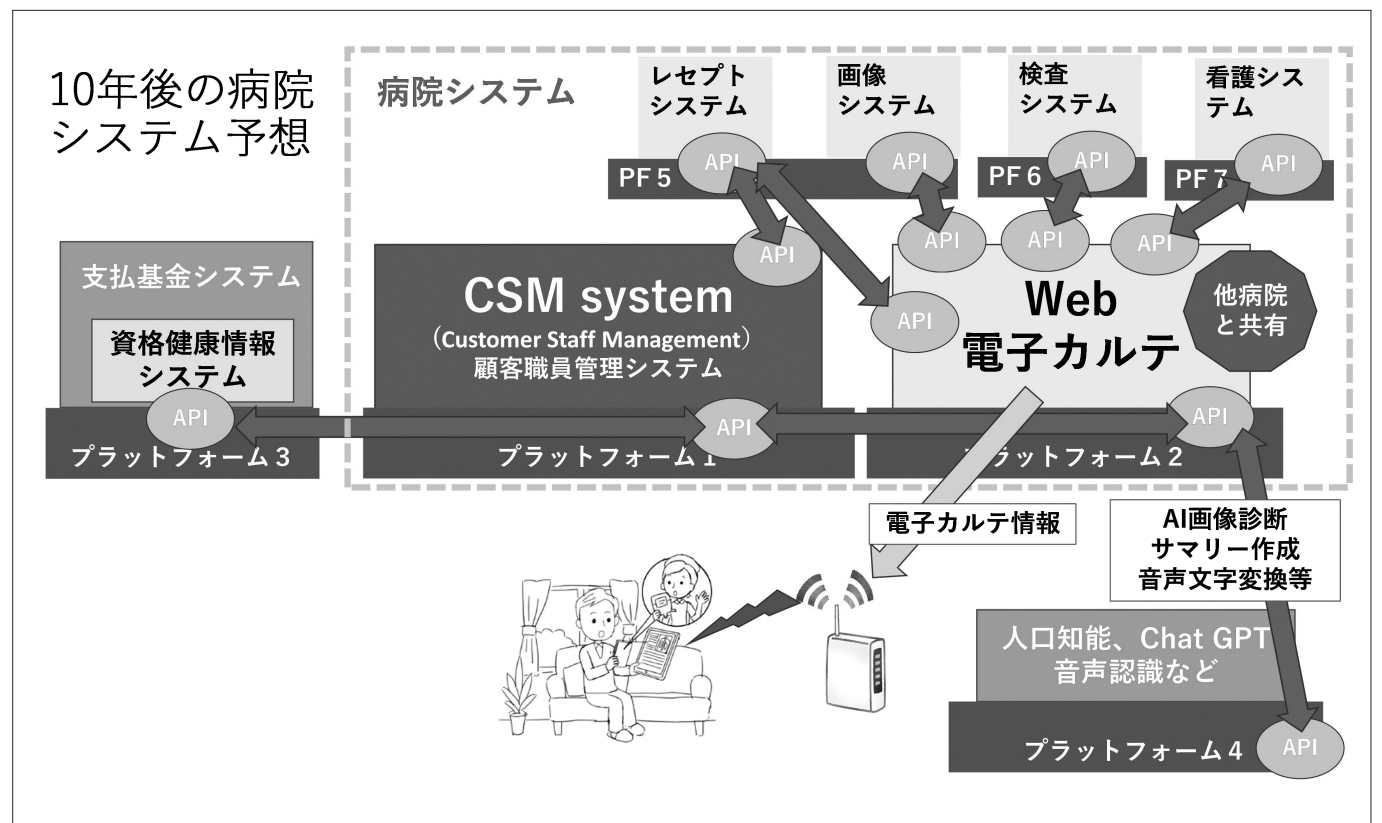
院内のDX化が適切に推進できる院内人材を養成する目的で、全日本病院協会は、広報委員会を担当委員会とし、日本医療教育財団、介護・医療見える化・効率化協会と共同共催で、「2023年度医療DX人材育成プログラム(全10回)」を開講した。今回は、第3回目の講習会の内容を紹介する。

第3回講習会が、8月17日(木)13時～16時にZoomで開催され、132病院、322人が参加した。前半の特別講義において高橋泰教授(国際医療福祉大学)は、毎年秋に東京ビッグサイトで開催されていたHOSPEX Japan(2022年度をもってクローズ)の2022年度展示のテーマビデオとして自らが手掛けた「MIRAI病院」の映像を用い、現在広く普及しているWEB技術を用いて全ての情報機器が繋がった病院の様子を、自宅からスマホで診療予約ができ、手続きや支払いが簡単になった「患者」、AI画像診断、サマリー作成支援、音声文字変換等の外部のサービスを、電子カルテのボタンを押す、画面のタグを切り替えるだけという気軽さで使えるようになる「診療」、病院の状況をリアルタイムで把握できる「マネジメント」の視点別に紹介した。

図は、上記MIRAI病院の情報システム図である。このシステムの特徴を一言で述べるならば、「電子カルテ、レセコン、患者スタッフ管理システム、周辺機器の情報モジュール全てがクラウド内のプラットフォーム上に移動し、全てのシステムがAPIを介して情報をやりとりできる」ということである。病院情報システムが図のように変わることにより、(1)新たな設備の追加をしなくとも、モバイル対応が可能になる、(2)セキュリティのレベルも大幅に向上する、(3)電子カルテのリプレースも必要なく、一つの電子カルテを病院ごとに分割して共同で利用するので、費用も現行の電子カルテより格段に安くなるなどのメリットを得ることができる。

ただし現状は、病院用WEBカルテを提供しているベンダーが2～3社で、しかも100床未満の病院用というようなWEBカルテ黎明期にある。また、周辺機器がクラウド化されておらず、電子カルテとの接続が大変な状況にある。

100床未満でこれまで電子カルテを導入していない病院は、周辺機器との接続の問題も少ないので、現状でもWEBカルテの導入は良い選択になると思われる。一方、200床を超える病



図：10年後の病院情報システムの予想図

院や急性期医療を行っている病院は、時期尚早である。しかしWEBカルテを提供しているベンダーの開発速度は速く、今後WEBカルテに参入してくるベンダーも少なからず現れる。1～2年で状況は大きく変わる可能性は高く、また、WEB化が早く進めば進むほど、WEBカルテの導入が簡単になる。各病院にとって大切なことは、病院として医療DXの理解を深め、自院の10年後を見据えた「病院情報システム構想」をまず作成し、工程表を作成し、その工程表に沿って機器の導入や入れ替えを進めることである。このようなことを考えられる人材を養成することが、この講座の目標であることを再確認して、前半の講座を終えた。

後半の小林土巳宏氏(株式会社MEMORI)によるシステム企画・デザインについての講義では、①システム企画の基礎、②システムデザイン(設計)の基礎、③IT戦略の立て方についての説明があった。

①のシステム企画とは、事業やサービスを実行するに当たってどのようなシステムが必要か、最適かを検討し、システムの計画から導入までを取りまとめていく仕事である。システム企画を進めるために必要な、システムを利用する院内の関連部署の業務やシステムニーズの把握や、実際にシステム設

計・構築を行う開発会社を選定し、構築するシステム全体の要望を伝える具体的な手法の説明が行われた。

②システムデザインとは、個々の業務を分析し、その業務に最も適したコンピューターシステムを設計することであり、具体的な業務分析の進め方やコンピューターシステムの設計の説明が行われた。

③のIT戦略とは、「ITツールを経営戦略の一部としていかに活用するか」という視点から経営を考える、医療機関の中長期的かつ具体的な方針・戦略」のことである。IT戦略を立てるポイントの説明が行われた。

最後にオンラインで講義内容の振り返りテストを行い、第3回の講習会が終了した。

一冊の本 book review

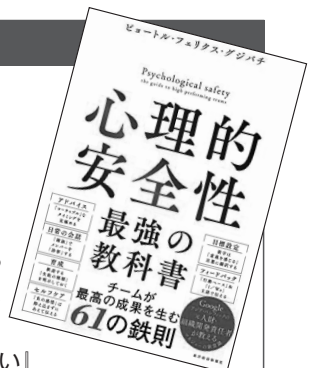
『心理的安全性 最強の教科書』

著者●ピョートル・フェリクス・グジバチ
出版社●東京経済新報社
定価●1,870円(税込)

目覚ましい成果をあげている注目の若手病院経営者たちが共通して言及するワードがある。「心理的安全性」である。心理的安全性とは「対人関係においてリスクのある行動を取っても『このチームなら馬鹿にされたり罰せられたりしない』と信じられる状態」を意味する概念で、約10年前にGoogle社が「心理的安全性が高まると、チームのパフォーマンスが向上する」と発表したことで世界中の企業が注目した。

少子高齢化に伴う従来からの諸課題に加えて医師の働き方改革施行等の大きな環境変化を目前とした医療業界では、それぞれの病院において個々の職員が本来の力を十分に発揮できる環境をつくりあげることが重要である。生産性を上げるための「心理的安全性」を理解し実践するためのヒントとテクニックが具体的に示された本書は、その一助となるだろう。幹部職員やマネージャー層には必ず読んでいただきたい1冊。職場以外でも役立つテクニックなので、すべての職員にお勧めしたい。

(安藤高夫)



■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンストコース(東京開催) 48名	2023年11月16日(木) 全日病会議室	23,100円	個人情報保護に関する事例検討を中心とした応用的な研修会として、講師として弁護士3人を招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてのより深い議論を行う。参加者には、「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンストコース」受講認定証を発行する。
病院管理者のためのユマニチュード (認知症対応メソッド)研修 80名	2023年11月26日(日) WEB開催	13,200円(17,600円)	日本ユマニチュード学会代表理事の本田美和子先生より、ユマニチュードの基本技術の紹介から医療施設で導入するための必要な研修デザイン、認証制度の紹介などについて講演いただく。
医師事務作業補助者研修	2023年6月14日(水)～ 2024年5月31日(金) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円 (1アカウント・90日間有効)	本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。