全日病ニュース NEWS 2019.10.1 No.949

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:info@ajha.or.jp

「矜持―今こそ示せ、医療人のプライド」をテーマに愛知学会開く

第61回　全日本病院学会 in 愛知　地域医療構想めぐり官民の役割分担で熱い議論

「第61回　全日本病院学会in愛知」が9月28・29日、愛知県支部の担当で開催された。テーマは「矜持―今こそ示せ、医療人のプライド」。人口が減少し、社会の支え手が少なくなる中で、病院は大きな変革を迫られている。直近では、地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策という、いずれも病院の存立を脅かしかねない課題がある。学会直前の26日には、再編統合の再検証の対象となる424の公立・公的病院が公表された。それもあり、民間病院と公立・公的病院がどう役割分担し、地域の医療提供体制を構築するかをめぐり、熱い議論が展開された。そのほか学会では、病院経営に直結する課題をめぐって様々な企画が行われた。

太田圭洋学会長は講演で、人口減少社会を見据え、地域医療体制は必然的に、紆余曲折を経ながらも、病院の機能分化・連携、地域包括ケアシステムの構築へと進み、質の高い効率的な経営を行わないと病院は生き残れなくなると強調した。民間病院はこれまで公立・公的病院との役割分担の下、地域医療を守り支えてきた。学会テーマを「矜持」とした理由はそこにあり、「今こそ、我々は医療人のプライドを示し、変革に向き合おう」と訴えた。

日本医師会の横倉義武会長も講演で、「民間の中小病院が日本の地域医療の多くの領域を担ってきた。テーマは非常に時宜にかなったもの」と述べた。

学会企画では、公私の役割分担を含め、「競争」よりも「協調」を重視して地域医療を話し合う地域医療構想に関連するシンポジウムを充実させた。

「官民格差徹底討論!!」と題したシンポジウムでは、官民の病院を代表する識者がお互いの主張を展開したが、それでも民間に代替できる医療機能は、補助金が投入されない民間病院が担うのが望ましいとの意見で一致した。実績の乏しい公立・民間病院は病床削減などダウンサイジングが望ましいとの方向性でも異論がなかった。

働き方改革をめぐっては、厚生労働省の鈴木康裕医務技監が講演で「経営やワーク・ライフバランスの問題であるとともに、医師の『資格』問題にもなる」と指摘。時間外労働規制違反が罰則を伴うため、医道審議会の免許停止を含む行政処分の対象になり得るとした。

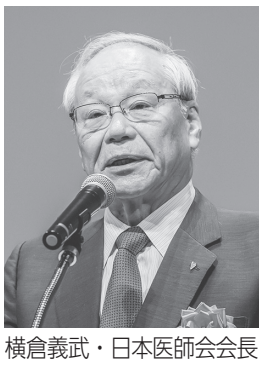
学会企画では、そのほか、ムダを省く効率的な経営を学ぶ「トヨタのものづくり」、人手不足と働き方改革を背景とした「令和時代の職場環境作り」、本人の意思を尊重するための「地域包括ケアとACP」、技術革新が目覚ましい「AI・IoTと地域医療」、介護労働者不足問題で期待される「医療介護と外国人労働者」、地震大国日本で不可避の「必ずくる震災でも病院が機能するために」、病院経営を支える「病院事務職の矜持」、来年度から様々な対策が進む「医師偏在の現状」とともに、各委員会企画などが実施された。

（全日病ニュースでは、10月15日号、11月１日号、11月15日号で愛知学会の模様を紹介します）

太田圭洋・愛知学会長

猪口雄二・全日病会長

鈴木康裕・厚生労働省医務技監


横倉義武・日本医師会会長

大村秀章・愛知県知事

来年度改定の基本方針策定に向け議論開始

社保審・医療部会　地域医療構想の診療実績データの取扱いも議論

社会保障審議会医療部会（永井良三部会長）は９月20日、2020年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を開始した。全日病会長の猪口雄二委員は、改定に当たっての基本認識として、働き手不足が深刻になることの記載が重要だと強調するとともに、中医協で改定の個別項目の議論が終盤を迎える12月初旬に基本方針が策定されることに違和感を表明した。

診療報酬改定は、医療保険部会・医療部会が基本方針を12月初旬に策定し、内閣が12月中下旬に改定率を決定。それに基づき、厚生労働大臣は中医協に改定内容を諮問する形を取る。しかし、実際は、中医協が夏までに全体の方向性を議論し、秋以降は個別事項を論点とする本格的な議論に入っている。

猪口委員は、「（基本方針を意味あるものにするのであれば）もう少し早く出すべきで、９月頃に出れば中医協の議論に間に合う」と述べた。厚労省からの返答はなかった。

改定の基本認識としては、◇健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障の実現」◇医師等の働き方改革の推進◇患者・国民に身近な医療の実現が例示された。

猪口委員は「医師の働き方改革の推進」が例示されたことについて、「政府の働き方改革があるから、医療従事者の業務負担の軽減や業務効率化が必要というよりも、今後の人口減少社会、働き手・支え手不足が深刻であることがより重要だ」と強調した。

改定の基本的視点は、概ね近年の改定を踏襲している。財政的観点では、医薬品の適正化に関して列挙しており、◇後発医薬品の使用促進◇残薬や重複投薬、薬剤耐性、ポリファーマシーへの対応や長期処方時の適正使用等◇費用対効果評価◇市場実勢価格を踏まえた適正な評価―などを示した。

そのほか、地域医療構想や医師の働き方改革をめぐる議論を行った。

地域医療構想については、再編統合が必要な公立・公的病院の診療実績データを分析して、再検証することになっている。公立・公的病院や自治体に関係する委員からは、「山間部、離島・へき地など公立・公的病院が不可欠な地域があり、その地域の体制を維持すべき」、「再編統合の必要のある病院として公表されれば、医師・看護師が離れてしまう」などの意見が相次いだ。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は「中小病院よりも大病院で診療実績が多くなるのは当たり前。病床当たりの診療実績などを考慮すべき」と指摘。厚労省は「病院の効率性を示す追加データは提供したい」と回答した。

清話抄

医師の働き方改革の解決方法

医師の労働時間短縮を目指し2024年４月から医師の時間外労働の上限規制が適用されることとなった。今回の枠組みでは、上限時間だけでなく、医療政策を含めた様々な措置が講じられるため、医事法制として位置づけることが必要とされ、医師に適用される時間外労働の上限規制については、労働基準法に基づく省令で罰則付きの上限時間が設定されることとなった。

今回、厚労省が示した論点で、医師の働き方改革の対応が、医事法制の中で明確に位置づけられることになる。小生のような古い世代の医師には隔世の感があるが、労働者としての医師の心身の健康を守ることは、医療機関の責任者にとっては患者さんの生命を守るとともに大変重要なことであると考える。

解決方法の一番に位置づけられるのが、やはり医師から特定行為ができる看護師や認定看護師等他業種へのタスクシフティングをいかにスムーズに行うかである。

また、主に内科系で取り入れられている一人主治医制より、複数主治医制にいかに移行させるか、また、いかに、患者さんの診療情報を各主治医間で共有できるかが、カギとなるであろう。また、重症な患者さんに対応するためには、ある程度医師の絶対数が必要となり、私の専門とする循環器内科等は、地域医療において交代勤務とするためには、医師を特定の医療機関に集中させる必要があろう。そのためには、循環器疾患もがん拠点病院のように、ある程度拠点病院化が必要と考える。

数々の難問があるが、2024年までに、各医療機関・行政・大学病院等で知恵を出し合って、解決していかなければならない最重要事項の一つであろう。

（松木高雪）

主張　災害に強いresilienceな社会とは

1995年の阪神淡路大震災の経験が、日本の災害医療を大きく転換させたことは異論のないところである。これを契機に災害拠点病院が指定され、残された医療資源を有効に使うためにトリアージが普及し、災害拠点病院支援のDMATが組織され、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備が行われ、ヘリコプターによる広域搬送も拡充されてきた。

2011年東日本大震災では、沿岸部の大病院が津波被害にあったり、ライフラインの途絶から機能不全に陥ったりしたことなどから、災害拠点病院のさらなる強化充実が図られた。

一方、地域医療に対する中長期的支援が地域全般の医療機関に不可欠との認識から、全日本病院協会はAMATを、日本精神科病院協会はDPATを組織し、JMATも強化された。さらに災害医療コーディネーターの有用性が確認され、その任用が各都道府県で進められた。

2016年の熊本地震では中長期化する避難生活から災害関連死が問題となり、災害時要配慮者に対する支援として保健活動の重要性が唱えられ、災害医療は保健衛生と統合する形での保健医療調整本部を都道府県が設置することとなった。

こうした流れを見てみると、1995年の阪神淡路大震災の時以来大きく変わったことは、災害に備えるということである。それまでの災害は関東大震災や大火、空襲などで地域全体に何も残らない悲惨なイメージであった。しかし阪神淡路大震災では残るものが残って、残った施設が大奮闘をした。「災害に強い施設を残すことが可能だ」というパラダイムシフトこそが阪神淡路の経験がもたらしたものである。最近提唱されているresilienceな社会とは、災害後速やかに復興を遂げる社会のイメージだが、災害が来ても社会の要となる施設を残し、そこを起点に外部から支援を行い、計画に従って復興を遂げていくというようなことだと思う。

病院に関しても、耐震化はもちろん、あらかじめ自家発電などの準備をしてBCPを作成することがresilienceな病院ということになる。どれだけ多くのものを残せるかが勝負だ。そうしたものに対する大いなる補助を期待したい。

（猪口正孝）

診療実績を分析し公立病院の再編統合の再検証を要請

厚労省・地域医療構想WG　ダウンサイジングを含めた協議求める

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」（尾形裕也座長）は9月6日、地域医療構想の実現に向け、公立・公的病院の再編統合を行うための診療実績データの活用方針などで合意した。主要9領域の多くで診療実績が特に少ない病院と、近隣にありながら医療機能が類似している病院を再編統合の対象に位置づける。再編統合という場合に、病床削減などダウンサイジングを含むことも明確化した。

地域医療構想の実現に向けては、多くの地域医療構想調整会議で2025年を想定した構想区域内の病院の役割の方針で、公立・公的病院の改革プランの合意が得られている。しかし、その内容をみると、現状追認が大部分で、公的病院に至っては、2025年に全体の病床が逆に増える結果になっている。

このため、厚労省は、診療実績データを用いた再検証を行う必要があると判断。同WGにおいて、すべての病院の診療実績データを分析し、調整会議で活用する方法を議論してきた。

同日、合意を得た再検証のイメージは右図のとおりである。

まず、9領域（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能）を分析し、多数の項目で「診療実績が特に少ない」場合に、再検証の対象となる。人口区分ごとに、各項目の診療実績に一定の水準（下位33.3パーセンタイル値未満）を設け、その水準に満たない項目が「特に診療実績が少ない」と判断される。

子ども病院など特定の領域に特化している病院もあるので、その点は考慮する。委員からは、例えば、がんの重症度やステージに応じた診療実績の把握に関して質問が出た。厚労省はいくつかの指標は提示するとしたが、詳細な診療実績は、現場の実態を踏まえた調整会議での協議により判断することが重要になるとの考えを示した。

次に、「類似かつ近接」の分析を行う。類似というのは、各分析項目について、構想区域内に一定数以上の診療実績を持つ病院が2つ以上あることである。その場合に、実績上位グループが明確に分かれない「横並び型」と、実績上位グループと下位グループの差が大きく分かれる「集約型」があり、それぞれを分類する方法も整理した。

「近接」というのは、お互いの病院が一定の距離内にあることだが、距離の検討に当たっては、公共交通機関の状況が各構想区域で異なることや、夜間や救急搬送の所要時間を考慮する観点から、自動車での移動時間（20分）を用いるとしている。

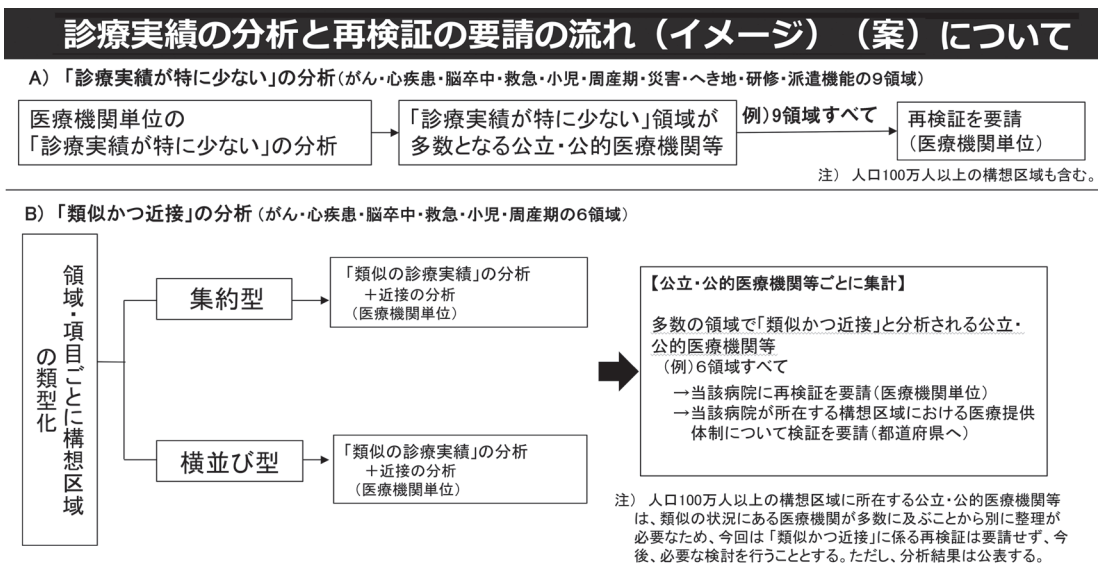
なお、人口100万人以上の構想区域の場合、医療提供体制や競合状況が複雑であることから、「類似かつ近接」を判断することが困難であり、再検証の要請は行わず、引き続き考え方の整理を行うことになった。

これらの方法により、診療実績データを分析し、その結果を厚労省が都道府県を通じて調整会議に提供する。再編統合の必要性が特に必要と判断された公立・公的病院の具体的な対応方針は、調整会議で改めて議論されることになる。

また、民間病院との代替可能性が高い地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の診療実績の分析については、別途実施するとしている。

さらに、公立・公的病院の「再編統合」の意味を明確化した。「医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや機能の分化・連携、集約化」、「不足のない医療提供の観点から、機能転換・連携」を念頭に検討を進めることが重要とし、必ずしも病院の統合を意味しないことを確認した。見直し例として、「周産期医療を他医療機関に移管」、「夜間救急受入れの中止」、「一部の病床を減少」、「（高度）急性期機能からの転換」を示している。

全日病副会長の織田正道委員は、「現状で、公立・公的病院の非稼働病棟の中には、再稼働を計画しているところが多数ある。医療需要が低下する中で、再検証による再編統合のダウンサイジングを進めるためにも、病床を削減する方針を明確にすべきだ」と主張した。



約30万人の追加的需要の把握でKDBデータを活用

厚労省・在宅医療WG　都道府県に厚労省がデータ提供

厚生労働省の「在宅医療及び在宅医療・介護連携に関するワーキンググループ」（田中滋座長）は9月6日、都道府県が在宅医療・介護サービスの需要を的確に把握するための国保データベース（KDB）の活用方法を議論した。KDBは在宅医療・介護サービスの需要の把握に有効とされ、約30万人の追加的需要の把握に活用するため、都道府県にデータ提供を行う予定だ。

高齢化により、在宅医療・介護サービスの需要が増加している。これに加え、介護療養病床等が2024年3月末に廃止されると、入院患者が在宅や介護施設に移行すると見込まれる。また、療養病床の地域差の是正や一般病棟の長期入院患者の減少も合わせると、全国計で約30万人分の在宅医療や介護サービスの追加的需要が生じると推計されている。

これらの状況を踏まえ、各地域でサービスの必要量を把握するため、KDBの活用を促している。しかし、昨年度の調査で、実際に都道府県と市町村の協議の場でデータを活用したのは13都府県のみ。不使用の理由では、「時間的な制約、経費の発生、技術的な困難さ」などが指摘された。厚労省は、今年1月末に通知を発出し、都道府県が取り組む事項を整理している。

追加的需要を見込んだサービスの整備目標の設定には、詳細なデータ提供が必要になる。厚労省は、こうした整備目標のデータを来年3月までに提供する。療養病床の医療区分1の状態で退院した高齢者の退院後6カ月間の在宅医療・介護サービスを把握し、サービスの利用者数の割合などを示す。在宅医療を提供している医療機関数や患者数などのデータも提供する。

さらに、都道府県向けの研修会や活用事例の紹介なども実施する。

厚労省は、KDBでは国保・後期高齢者以外の被保険者は把握できないことや、データに「訪問看護療養費」が含まれないことも指摘。委員からは特に、医療的ケア児など小児のデータが欠如することを懸念する意見が出た。

在宅医療圏域ごとに退院支援ルール

第7次医療計画の中間見直しに向けた議論では、退院支援ルールをすべての在宅医療圏域で作成したのが15都道府県にとどまることが説明された。厚労省は、今年1月に通知を発出し、在宅医療への円滑な移行に向け、関係者が協議し、在宅医療圏域ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であることを周知している。

全日病副会長の織田正道委員は、織田病院が属する圏域で退院支援ルールの運用が始まったことを報告。「急性期、回復期、慢性期の各段階で退院支援のあり方は違うが、介護も含めた話し合いの場を地域で作ることが重要であると改めて感じた」と述べた。その上で、「退院支援に積極的な病院とそうでない病院があるが、退院支援ルール策定は、地域の底上げにつながる」と強調した。

そのほか、第7次医療計画の中間見直しの在宅歯科医療に関する数値目標の指標例が示され、概ね了承された。

医師のタスクシフティング・タスクシェアリングで提案書

四病協　薬剤師や看護師ができる業務の明確化など求める

四病院団体協議会は９月６日、「医師のタスクシフティング・タスクシェアリング」の提案書を厚生労働省の吉田学医政局長に手渡した。2024年度から適用される医師への時間外労働規制に対応するには、医師と他業種とのタスクシフティング・タスクシェアリングを進めることが重要になる。四病協は多岐にわたる業務分担の議論をこれまで積極的に行ってきた。その結果を５項目の提案にまとめた。

①薬剤師業務②看護師③臨床工学技士④医療現場における救急救命士⑤麻酔業務―のタスクシフトについて、具体的に提案している。基本的には、７月26日の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」で発表したものと同じ内容になっている。

現行法の枠内で解釈の明確化求める

薬剤師業務については、病棟内で薬剤師を現行法の枠内で積極的に活用することを提案している。病棟薬剤師が勤務している一部の病院では実施されている事例があるものの、多くの病院では、限定的な活用にとどまっていることから、現行法で可能な業務を改めて明確化することを求めている。

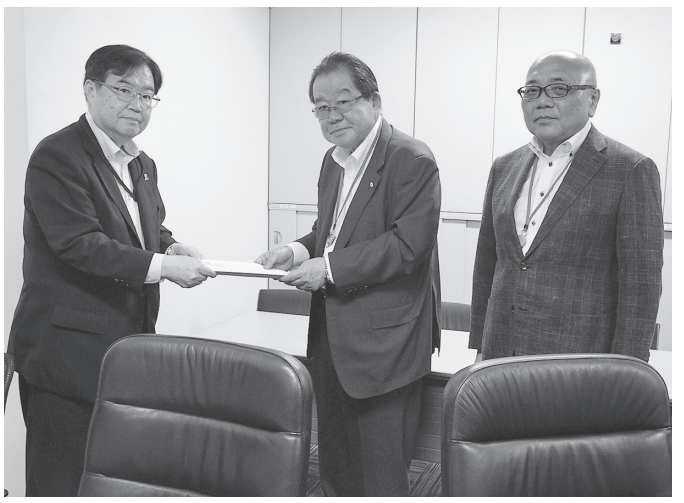
例えば、「薬剤の種類や投与量、投与方法、投与期間の変更などについて、事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施する」ことが薬剤師には可能である。主治医に処方提案を行うこともできる。

業務の具体例はすでに厚労省通知（医政発0430第１号・平成22年４月30日）で示されており、医師の包括的指示と同意がある場合は、医師の確認を必要とせず、薬剤師が主体的に業務を行うことが望まれるとした。

看護師についても、現行法の枠内で、医師の包括的指示の下で行うことのできる業務の明確化を求めた。看護師の特定行為の研修制度が今年度からスタートしている。四病協の提案は、特定行為よりも一般的な医療における診療の補助を想定したもの。医師の一括した指示により、患者の状態に応じて看護師が柔軟に対応し、一定範囲の医行為を行う臨床現場が広がることを期待する。

看護師に対する包括的指示のあり方は、「チーム医療の推進に関する検討会」報告書（平成22年３月19日）で４項目が示されている。これに基づき、改めて早急な検討が必要と訴えた。

臨床工学技士については、現行法の枠内で対応するのが基本としつつ、「業務範囲の見直しと拡大」と位置づけ、業務範囲の整理次第で、法改正が必要になる可能性も指摘した。現行法で実施可能な業務については、「基本業務指針2010」などで示されている。


左から吉田医政局長、岡留日病副会長、猪口全日病会長。

具体的には、「心・血管カテーテル業務における清潔野で使用する生命維持管理装置およびカテーテル関連機器の操作および接続」、「人工呼吸装置の運転条件および監視条件の設定および変更」、「血液浄化装置の先端部のバスキュラーアクセスへの穿刺および抜去」、「手術領域における生命維持管理装置の先端部の接続または抜去」など14項目が示されている。

これらのうち、業務移管が実際に進んでいないものは、周知を図り、研修を実施するとともに、実施可能な業務の再整理を求めた。

救急救命士については、現行法では活動範囲が傷病者の発生場所から救急用自動車内、医療機関に到着するまでとなっている。四病協の提案は、まずはER（緊急救命室）での救急救命措置の実施であり、法改正が必要とした。ER以外でも病棟や外来などで、患者の容態が急変した場合に備えた救急救命士の配置ができるよう法整備を求めた。

一方で、医療の質を担保するため、「これまで以上に研修や定期的なトレーニングを行っていくシステムを構築することが不可欠」とした。

麻酔業務については、現行の医療現場の麻酔医不足に危機感を示した。手術の際の麻酔は、麻酔専門医が行うという風潮がある中で、麻酔標榜医が麻酔を担う体制が通常になれば、麻酔医不足を緩和することができるとの期待を示した。麻酔標榜医や経験のある医師が「自家麻酔」を行うことが、軽度の麻酔においては、推奨されることが望ましいとした。

専攻医募集のシーリングで緩和要請まとめる

医道審・医師専門研修部会　地域枠や自治医大の医師に配慮

医道審の医師分科会医師専門研修部会（遠藤久夫部会長）は９月11日、専門医研修における専攻医募集のシーリング（上限設定）に対する日本専門医機構への要請を大筋でまとめた。都道府県の地域医療対策協議会などの意見を踏まえ、上限設定を一定程度緩和することを求めている。日本専門医機構は理事会での了承を得た上で、要請内容をシーリングに反映させ、10月をめどに専攻医募集を開始する予定だ。

来年度の研修の募集が今秋から行われる。今回の募集では、これまでの５都府県（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）だけに適用されていたシーリングが、診療科別・都道府県別に設定される。厚労省が新たに開発した医師偏在指標がすべての二次医療圏の医師の過不足を明らかにし、きめ細かなシーリングの設定を可能とした。さらに、神奈川と愛知は医師多数地域ではないこともわかったためだ。

日本専門医機構は厚労省の考えに従い、シーリングを設定。募集上限は、医師少数区域のある都道府県との連携プログラムを組むことなどにより、激変を避けたが、大きな変革となる。

一方、昨年成立した改正医師法により、専門医研修については、都道府県の意見を聴いた上で、厚生労働大臣が必要な措置の実施を日本専門医機構に要請できるようになった。今回、専門研修部会がシーリングに関して議論を行い、要請内容をまとめた。

2020年度開始の研修プログラムに対する具体的な提案は３点。①地域枠の医師と自治医科大学出身の医師をシーリングから除外する②過去の採用数が少ない都道府県別診療科などは過去２年の採用数のいずれかが10未満であるとしたシーリングについて、過去２年の採用数のうち、大きいほうとする③地域貢献率の算出では、シーリング対象外の都道府県において研修する期間に加え、都道府県の医師少数区域で研修する期間も含める―となった。

①は地域枠や自治医科大学出身の医師は、特定の地域の診療に従事することが義務づけられており、シーリングで不利益が生じることを避ける。ただ、関係者に調整で、当初のシーリングに合うよう配置されることを期待する。

②は採用数がそもそも少ない都道府県診療科に対しては、原則通りの計算方法を用いずに、柔軟な対応とする。

③の地域貢献率は、研修期間全体に対するシーリング対象外の都道府県で研修を実施している期間の割合。都道府県は地域貢献率が高いプログラムに優先して定員を配置する。地域貢献率の分子はシーリング対象外の都道府県の研修期間だが、当該都道府県内の医師少数区域の研修期間も含める。

また、研修の場所と期間を制限しないなど、育児や介護などライフイベントに柔軟に対応するためのカリキュラム制を速やかに整備し、日本専門医機構や学会のHPで公開することを求めた。同日の部会では、日本内科学会などが、実質的にはカリキュラム制に対応していると説明したが、委員から「専攻医には伝わっていない」との意見が相次ぎ、周知の必要性が強調された。

そのほか、地域枠で医学部に入学し、特定の地域での診療従事要件などが課されている専攻医の取扱いを決めた。具体的には、◇採用プロセスにおいて、各専攻医の特定の地域への従事要件等の有無を確認する◇従事要件の確認のため、本人同意の下、臨床研修制度と同様に、従事要件の内容は厚生労働省を経由し、日本専門医機構に提供する◇一定の従事要件に反する医師を都道府県の合意なく、専門研修プログラムに採用することはできない―とした。

一般社団法人　全日病厚生会の
病院総合補償制度
全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ
病院向け団体保険制度
病院賠償責任保険（医師賠償責任保険）
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O　保険（役員賠償責任保険）
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度
従業員向け団体保険制度
勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険
●お問合せ　（株）全日病福祉センター（取扱幹事代理店）　〒101-0064　東京都千代田区神田猿楽町2-8-8　住友不動産猿楽町ビル7F　TEL.03-5283-8066

鼎談　「医療ＩＴの今後に関する提言」をめぐって

医療情報化支援基金は何を目指しているのか

病院の現場に役立つIT化を期待

健康保険法等の改正により、本年10月、医療情報化支援基金が創設されるが、現段階で詳細が明らかにされていない上に目的や方策も不明確な部分がある。こうした状況を踏まえて、全日病は８月、「医療ITの今後に関する提言」をまとめ関係方面に示した。そこで、提言をまとめるにいたった経緯や医療ITの今後の取組みについて、ご議論いただいた。

出席者（文中敬称略）

飯田修平
全日病医療の質向上委員会副委員長
医療ITの今後検討プロジェクト　リーダー
公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 理事長・院長

永井庸次
全日病医療の質向上委員会委員長
医療ITの今後検討プロジェクト　サブリーダー
株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院名誉院長

長谷川英重
OMGアンバセダ・WfMCフェロー

※座談会は９月１日に行われました。

８月に医療ITに関する提言まとめる

飯田　医療ITの今後検討プロジェクトで、「医療ITの今後に関する提言～特に相互運用性に関して～」をまとめ、理事会の承認を得て全日病ニュース９月15日号に掲載しました。そこで、提言をまとめるに至った背景を知ってもらうため、紙面を借りて話し合いたいと思います。プロジェクトのサブリーダーである永井常任理事と海外のIT事情に詳しい長谷川さんにご出席いただきました。

昨年の秋頃から、永井さんと医療ITについて考える必要があるという話をして、医療の質向上委員会の中にプロジェクトを立ち上げることにしました。特にアメリカで、FHIRが普及しており、これについて早急に勉強する必要があると感じていました。７月30日には、この問題について、研修会（医療ITの今後―特にFHIRの動向について）を行い、大きな反響がありました。

今年度の予算で、医療情報化支援基金の300億円が認められ、そのうちの150億円を電子カルテの標準化に向けた支援に当てることになりました。その後、健康保険法改正が成立し、10月から基金が創設されることが決まりました。こうした状況を踏まえ、事業が動き始める前に提言を出そうということで、プロジェクトメンバーの協力を得て、８月に提言をまとめました。

飯田修平氏

提言の目的は、一部の専門家、あるいは医療界にとどまらず、国をあげて医療ITの今後について考え、実運用する上での論点を明らかにすることです。この提言がその契機になることを期待しています。

150億円で電子カルテの標準化を進める

飯田　医療情報化支援基金は、発想は悪くないのですが、なかなか難しいと思います。基金には、二つの事業があり、一つはオンライン資格確認の導入に向けたシステム整備の支援であり、もう一つは、電子カルテの標準化に向けた電子カルテシステム等導入の支援です。今日は、オンライン資格確認には触れないこととし、電子カルテの標準化に絞って議論します。

これまでも情報化の補助金がありましたが、はっきり言ってばらまきであり、国として一定の枠組みをつくることに使われませんでした。今回も同様の危惧があります。予算を使うのであれば、きちんとした枠組みをつくる必要があります。来年度予算でも支援基金に300億円の予算がつきそうです。それだけのお金があるのであれば、病院の現場に役立つ形で使ってほしいのです。病院における運用を考えずに、情報システムを整備しても動きません。電子カルテに限らず、きちんとした業務フローがなければ情報システムは実現しないのです。

永井さんから、医療情報化支援基金の概要を説明してもらえますか。

永井　医療情報化支援基金の趣旨として、「国が指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステム等を導入する医療機関等にその導入費用を補助する」と書かれています。その上で、国が指定する標準規格として、医薬品や病名等の標準コードや医療情報の出力形式などを想定しているとし、具体的な要件は、有識者の意見を踏まえて検討すると説明されています。

飯田　せっかく医療情報化支援基金ができますが、このままでは、過去の失敗を繰り返すことになるのでないかと危惧しています。医療情報化支援基金の問題点については、提言の中で指摘しました。

まず、事業の詳細に関して未定、あるいは公表されていない、目的・方策が不明確であることが問題です。そのことと関連しますが、用語の定義が不明確です。「電子カルテの標準化」と「電子カルテシステム等」を使い分ける意味がわかりません。EMR・EHR・PHRを区別せず使っているので、明確に定義して議論すべきです。

過去の失敗を危惧するというのは、医療情報システムの相互運用性確保を目的に、厚生労働科研費で研究を開始したものの、政策変更により中断した経緯があるからです。

クリニカルパス等に基づいた試みもありましたが、病院全体の運用には至りませんでした。

また、標準といいながら、標準化されていない部分が多くあります。例えば、厚労省の電子カルテ補助金の要件であった、SS-MIX2（Standardized Structured Medical Information eXchange 2）があります。これ自体はいいのですが、拡張ストレージというのがあって、電子カルテの大部分の情報は、拡張ストレージになっていて、この部分の互換性がないのが問題です。

また、データの利活用に際して、個人の権利（個人情報保護）が軽視されがちであることも気になります。

EMR・EHR・PHRのいずれにおいても、相互運用性が必須であり、目的に応じて、要求事項・仕様が異なります。いずれにしても、システム全体の統一ではなく、データの有効利活用のためのデータの相互運用性の確保が大切です。そのためには、データの規格を統一した上で、インターフェイスを整備する必要があります。

永井　医療情報化支援基金は電子カルテの標準化を支援するものですが、電子カルテといってもいろいろあるので、何を意味しているのかわからない。どういう電子カルテを導入するときに補助をするのかが見えません。

標準化といっていますが、厚労省が認めている医療情報のコード体系は17くらいありますが、それで足りるのかどうか。それは、標準化しようとする医療情報によって変わってきます。相互運用によって医療機関同士でお互いの情報が見られるようにすることと、電子カルテの中身（EMR）を標準化するのでは、標準化の内容はまったく違ってきます。今までの標準化がうまくいっていないのだから、現在の標準化では足りないことは明らかでしょう。

相互運用については、全国で20数カ所で地域医療情報ネットワークがありますが、全部うまくいっていません。補助金が出る間はいいが、出なくなると挫折します。このあたりの反省がありません。

情報化支援基金の目的が大切で、電子カルテを標準化するのか、相互運用を標準化するのか、仕組みを標準化するのか、見えていないことが非常に懸念されます。

さらに情報の標準規格を決める機関が不透明です。厚労省の保健医療情報標準化会議は、この２年間、開かれていないので、これで基金が動くのか心配なのです。

海外の医療ITの動き 情報の標準化に政府が関与

飯田　次に長谷川さんから、諸外国の医療ITの状況を説明してください。EMR・EHR・PHRの違いについてもお願いします。

長谷川　通常、電子カルテというと、病院内で情報を一元化して利用しようというもので、これはEMR（Electric Medical Record）と呼ばれます。これに対して、ヨーロッパでは、一つの病院ではなく、地域や国全体で医療情報を使えるものにしようと取り組んでいます。これが、EHR（Electric Health Record）ですね。日本の電子カルテは、きめ細かい情報を集めていますが、ヨーロッパではみんなで使うことを前提にして、情報の範囲を限定し、2000年頃から国レベルで情報の標準化を進めています。

一方、PHR（Personal Health Record）は、生涯を通じた個人の健康記録であり、異なる医療機関や施設に分散している健康・医療情報を個人単位に収集管理する仕組みです。PHRを標準化することは難しいとされています。

ヨーロッパで進めているEHRは、GP（日本のかかりつけ医に当たります）の扱う情報を幅広く使うようにしようということです。日本の病院における電子カルテを共有する話とはレベルが違います。

アメリカは、医療ITに関して非常に積極的な国です。2005年に法律を制定し、アメリカ全土の患者の情報を医療者が共有して診療を行うシステムをつくろうという試みが始まりました。また、情報化を司るナショナル・コーディネーターを任命しています。これは大きなポイントだと思います。

ところがこの試みは、2008年に挫折しました。患者の情報を集めて、誰が

「医療ＩＴの今後に関する提言」をめぐって　鼎談

政府が医療ITに中心的な役割をはたす

EHRを進めるヨーロッパ、医療ITの標準化に積極的なアメリカ

責任を持って管理するか、そのコストを誰が負担するかというビジネスモデルができなかったのです。また、プライバシーの管理をめぐって意見がまとまらなかったという事情もあります。

その一方で、マイクロソフトやグーグルがPHRの考え方を提案しました。個人の医療情報をこれらのIT企業に任せれば、アメリカ全土で使えるようになるというものですが、ナショナル・コーディネーターが待ったをかけました。医療情報を個々の企業に任せることはできないと言って、この提案を否定し、その後、アメリカではPHRは軽はずみに使うことができなくなりました。

2008年にオバマ政権が登場すると、医療政策に大きな転機がありました。オバマ政権は、国の責任で医療情報の標準化を進める姿勢を打ち出し、それを実現するために３兆円を投入したのです。この資金を使って、標準的な電子カルテを開発するとともに、それを導入した病院にインセンティブの助成金を提供しました。この時の電子カルテは、非常に簡単なものです。この医療改革に最も抵抗したのは開業医ですが、抵抗を和らげるために、インターネットを活用して、誰でも使える電子カルテシステムをつくりました。紙に書いてファクスで送るようなイメージと思っていいのですが、非常に簡単な仕組みなので、瞬く間に全米に広がりました。

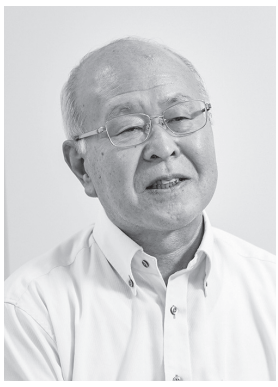
大手の病院が電子カルテをみんなで使えるようにしようと取り組んでいましたが、うまくいかなかった。これに対し新しい方式は、開業医に普及しました。４年間で、病院も含めて、アメリカの90％の医療機関に普及しています。こういう形で、EHRを実現したわけです。ヨーロッパもそうですが、医療情報の標準化については、国がお金を出して責任を持って進めているのが特徴です。一見すると、ラフな面もありますが、基本的に実現しています。

FHIRが目指すもの アメリカ政府のねらい

飯田　さて、FHIRの話に入りたいと思います。

医療情報の標準化に取り組んでいる米国のHL７協会は、電子保健医療情報の相互運用性の標準規格として、FHIR（Fast Healthcare Interoperability Resources）を進めており、我が国でも、注目されるようになりました。

長谷川　FHIRがアメリカでリリースされたのは、５年前の2014年ですが、最初は恐る恐る使っていて、様子見の状況だったのです。ところが、アメリカ政府が強力に推進するようになって、ヨーロッパを含めて関心が高まっています。


長谷川英重氏

どんなイメージかというと、これまでのHL７がコンピュータを前提にした本格的なシステムであるのに対し、FHIRはスマートフォンと小さなサーバやパソコンを組み合わせた感じで、オンラインですべて対応する仕組みです。

永井　アメリカでは、政府がテコ入れして、かなり強引にFHIRを推進していますが、その理由は何でしょうか。

長谷川　FHIRは、患者と医療者が臨床データを通じてお互い共通の認識をしようという考え方に立っています。それが医療を進める上での最低の条件であるというのが、アメリカ政府の認識です。

永井　そうすると、患者もFHIRの情報を使えるということですね。患者が所有できる医療情報であり、それを医療機関も見ることができる。さらに患者は、どの病院に行っても自分の医療情報を使えるということですか。

長谷川　その通りです。

永井　患者が自らの医療情報を管理できるわけですね。今後、センサーが発達して、いろいろな生体情報が容易に収集できるようになるでしょう。それらのデータを患者が所有して、生活習慣病を管理し、自ら行動変容していく。患者が所有する医療データを医療機関に連結するという意味で、FHIRが使えると理解しています。

長谷川　患者や医療者が、あらゆる場所で情報にアクセスして利用できるというのがアメリカ政府の考えていることで、それは実現するでしょう。しかもプライバシーもきちんと保護しています。誰が患者の情報にアクセスしたか、全部ログが残るようになっています。

さらにアメリカ政府が重視しているのは、患者のexperience（経験）です。研究成果によると、患者のexperienceが一番価値が高いことがわかっている。患者本人が経験したことや感覚などを参考にすることによって、医療の質を上げることができるからです。

活発な議論の中で FHIRが生まれる

長谷川　FHIRが生まれた基盤になったCIMI（Clinical Information Modeling Initiative、臨床情報モデリング構想）という組織があります。リーダーは、ユタ大学のStanley Huff博士で、アメリカのHL７協会の会長にもなった人です。CIMIは、2010年に世界中の医療情報のエキスパートを集めて臨床に関するモデルを検討しました。それを踏まえてCIMIは、臨床データを統一して管理できる仕組みをつくる必要があるとISOに提案しました。2012年から３年間のプロジェクトがはじまり、世界中の研究者がオンラインで議論しました。その後、CIMIはHL７の傘下に入り、作業グループとして活動しています。

CIMIは、議論の過程ですべてのツールやレジストリをオープンにしていました。FHIRはそういう環境の中で、オーストラリアの研究者が編み出したデータモデルであり、HL７協会に寄贈されました。

飯田　FHIRは、JSON（JavaScript Object Notation）やXML（Extensible Markup Language）で記述できることが大きなメリットです。これらは、一般化された言語であり、病院のSEもわかります。もう一つは、REST（REpresentation State Transfer）が重要です。FHIRなら、JSONやXML、RESTに自動的に変換できるので、非常に汎用性が高いですね。

永井　Web API（Application Programming Interface）も大事な機能です。ここにいろいろなソフトを集めていくことで、汎用性が高くなり、相互運用性がよくなるのがFHIRのいいところです。

永井庸次氏

飯田　FHIRの意義は認めていますが、FHIRも完成したものではないし、問題点もあります。このまま導入するのは時期尚早であろうと考えています。

医療情報の標準化を どう進めるのか

飯田　電子カルテシステム全体を標準化しようという動きがありますが、それは無理です。ベンダーの囲い込みを排除するために、同じ電子カルテシステムをつくって、それに補助金を出すと考えているようにも見えますが、それはあり得ません。データのやり取りができるようになれば、電子カルテシステムがどの会社のものであろうとかまわないのです。そのためにデータ形式を標準化し、インターフェイスを定めておけばいい。システム全体を同じにする必要はありません。

長谷川　EMRに関しては、世界的にみても相互運用性を意識した標準はないのです。

一方、EHRに関しては、ISOやHL７などで標準化の取組みが続けられてきました。病院間や地域間、また国をまたがって医療情報を交換できるようにするのがEHRです。

飯田　アメリカでは、EHRの定義が三つあって、basic EHRには経過記録のあるものとないもの、もう一つが全部そろっているcomprehensive EHRです。comprehensive EHRは、我々が言っているEMRに等しいものです。

長谷川　なぜそのように分けるかというと、レベルによって普及しやすさが全然違うからです。すべてを含むEHRはそう簡単に広がらないのです。最初は、データの範囲を狭くして普及させて、普及したものを基にしてデータの範囲を広げていくのが、アメリカのやり方であり、信頼を得ています。

飯田　FHIRには、80％ルールがあって、標準としては80％を決めて、現場の多様性は20％の拡張で表現しようという考え方です。これは仕方ないですが、残りの20％を勝手につくられても困るので、何らかの標準が必要です。

長谷川　とても大事な部分で、アメリカのIOM（Institute of Medicine）が提唱したやり方です。すべてをきちんと決めようとすると、無限に時間とお金がかかるので、まず80％でよしとして、あとは徐々に標準化していこうということです。

アメリカのHL７協会でも、かなり限定した形で標準化を進めているのですが、各病院がそれをモデファイする場合のルールを標準化しています。アップデートする際に、標準に入れる部分について同意をとって標準化している。ヨーロッパでもこのやり方で進めています。標準化の進め方は、丁寧に議論し、説明する作業がものすごく大事です。

永井　標準物と実装の問題ですね。日本は、標準物を大事にするけれども、実装がバラバラで、ベンダーによって違います。アメリカでは、実装の部分についてもモニタリングして、監査しているわけです。

飯田　日本でもそこにお金を使ってほしいです。

長谷川　アメリカでは、勝手にシステムをつくらせないために様々な組織がつくられています。医療情報の標準化は、勝手にやっていたら、絶対に実現できません。何を共通にするかという意思統一をして、そのための手段やツールを用意するために予算を使っています。

医療情報化支援基金の 目的を明確に

飯田　海外の医療ITの事情について聞きましたが、かなり日本の状況と差があるようです。こうした海外の動きを踏まえ、医療情報化推進基金についてどう考えるか、永井さんにお願いします。

永井　一番大切なのは、基金の目的をはっきり明示することです。何の目的で、この基金を使おうとしているのかが見えません。

アメリカを見ると、標準物をつくる組織と標準物がきちんと実装されていることを監査する組織など、様々な組織が官民合同で立ち上がっています。これに対し、日本ではモニタリングの組織がありません。そこにお金をかけるべきだと思います。電子カルテそのもの（EMR）は個々の病院がベンダーとつくればいいと思いますが、その上の相互運用性のところは、国がきちんと仕様を公開しながら進めるべきです。

飯田　厚労省の標準に則った電子カルテに更新する場合に、補助金をつけると言っていますが、それでは相互運用性は実現できないということを強調したいのです。全体像をはっきりさせて、段階的に進めるにしても、どこから着手するかを示していただきたい。

また、FHIRは、今のままで使えるとは思いませんが、今一番有力であり、世界標準になりつつあります。疑問点を確認しながら、日本でもFHIRを導入する準備をしてほしいし、国として取り組んでほしいのです。HELICSで標準を決めてから、それを国として決めるのは逆ではないかと思います。

今日はありがとうございました。

中医協が次期改定に向け第2ラウンドの議論開始

中医協総会　最新のデータで2018年度改定の影響を把握

中医協総会（田辺国昭会長）は９月11日、次期診療報酬改定に向けた第２ラウンドの議論を開始した。厚生労働省が今後の改定の論点となる事項について、2018年度改定の影響をみるため、最新のデータを反映させた資料を示した。委員からの追加資料の要請などが中心で、同日は、改定に関わる議論には至らなかったが、次回以降、本格的な議論が行われていく模様だ。

入院医療の現状では、一般病棟入院基本料の届出施設数・病床数が緩やかに減少傾向にある。療養病棟入院基本料も同様の傾向にあるが、療養病棟入院料１の届出施設数・病床数は増加傾向にある。一方、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設数・病床数は増加傾向にある。

日本医師会の委員からは、「大規模の公立・公的病院が経営的な観点で、地域包括ケア病棟への転換を増やしているとの指摘がある。病院の規模別・開設者別のデータを示してほしい」との要望が出た。

外来については、2018年度改定で導入された機能強化加算をめぐり、応酬があった。支払側の委員が「地域包括診療加算が横ばいで伸び悩んでいるのに対し、同じくかかりつけ医機能を評価する機能強化加算の算定は一気に進んだ感じだ。だが、かかりつけ医機能を評価した加算になっているかは疑問で、今後議論したい」と発言。これに対し、日本医師会の委員は、「施設基準や算定要件が大きく異なる。比較しても意味がない」と反論した。

機能強化加算（80点を初診料に加算）は地域包括診療加算や在宅時医学総合管理料などを届け出ている200床未満の病院と診療所が算定できる。2018年７月１日時点の届出医療機関数は病院が1,048施設、診療所が１万1,793施設で６月審査分の算定回数は178万3,064回。病院の14.3％、診療所の11.6％が届け出ており、１施設当たり139回の算定という計算になる。

一方、再診料に加算する地域包括診療加算は2018年７月１日時点で、病院と診療所を合わせて5,524施設が届け出て、６月審査分で125万9,825回の算定がある。１施設当たり228回という計算になる。

個別事項では、オンライン診療に関連する診療報酬の算定が少ないことに注目が集まった。

2018年７月１日時点の届出医療機関数は病院が65施設、診療所が905施設だが、算定回数は６月審査分でオンライン診療料が65回、オンライン医学管理料が15回、オンライン在宅管理料が４回、精神科オンライン在宅管理料がゼロ回にとどまる。委員からは要件緩和の是非を含め、普及が進まない理由の現状把握が求められた。

算定が少ないものではほかに、がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援のために2018年度改定で新設した療養・就労両立支援指導料と相談体制充実加算が、６月審査分でそれぞれ10回、５回であることへの現状把握も要請された。

チーム医療の推進で、薬剤師の病棟業務を評価する病棟薬剤業務実施加算１については、医療機関に２人以上の薬剤師配置が要件となっており、中小病院では厳しいとの指摘があることから、全日病会長の猪口雄二委員が、それとの関連での現状把握を要請した。

また、CT・MRIの共同利用の状況が示された。CTの共同利用の算定回数（各年の６月審査分）は2016年が２万2,049回、2017年が２万2,880回、2018年が２万4,118回、MRIの共同利用の算定回数は2016年が１万2,226回、2017年が１万5,669回、2018年が１万7,519回と緩やかな増加傾向にある。

厚労省は、2016年度改定で放射線撮影の診療報酬に共同利用の要件を設けた結果、共同利用が一定程度、進んでいると説明。しかし、支払側の委員は、「CT・MRIの全体の算定回数も伸びている。圧倒的多数は共同利用を行っておらず問題」と述べた。

選定療養の状況を報告

2018年７月１日時点の選定療養の状況が報告された。病床数130万6,259床のうち、いわゆる差額ベッド代を設定しているのは、26万7,590床で約２割を占める。１人室の１日当たり平均徴収額は7,097円、最高額は37万8,000円。２人室の平均は3,099円、３人室は2,853円だった。病床数が200床以上の病院で受けた初診の平均額は3,251円、最高額は１万800円となっている。

猪口会長がリハビリテーション料の要件緩和求める

中医協総会　入院時のポリファーマシー対策も論点

中医協総会（田辺国昭会長）は９月18日、次期診療報酬改定に向け、リハビリテーションと医薬品（重複投薬・入院時のポリファーマシー対策・バイオ後続品）を議論した。全日病会長の猪口雄二委員は、リハビリテーションについて、様々な要件緩和を提案した。

猪口会長はまず、廃用症候群リハビリテーション料の算定でレセプトに添付する患者の評価表について、「高齢者の増加とともに、廃用症候群リハビリテーション料の算定が増えている中で、個々の患者の評価表を作成するのが非常に手間になっているときく」と述べ、評価表の見直しが必要とした。

また、疾患別リハビリテーション料の中で、呼吸器の算定は最も少なく、全体の８％にとどまる。最も高いのは運動器の47％、次いで脳血管疾患等の40％である。猪口会長は、「疾患別リハビリテーション料の中で、呼吸器の算定が少ないのは、要件が厳しいことも理由の一つである。高齢者の肺炎などを想定し、算定しやすくなるよう見直してほしい」と要望した。

摂食機能療法については、開始後３ヵ月を過ぎると、１人の患者に１カ月に４回しか算定できないため、嚥下機能回復の効果を高めるためにも、それ以上の回数が算定できるよう見直しを要望した。また、専従要件の「専従」の概念自体の緩和を主張した。

一方、厚労省からは、計画書作成の業務を軽減する論点が示された。リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション総合実施計画書では算定対象の患者像が多岐にわたるため、複数の書式を設けている。現場の実態を踏まえ、記載項目や様式を今後整理する。

より効果的なリハビリテーションを提供するため、ロボットやＦＥＳ（機能的電気刺激）を用いた療法も論点にあげた。脳卒中ガイドラインにおいて、歩行補助ロボットを用いた訓練が位置づけられていることなどが示され、これらの技術を用いたリハビリテーションの診療報酬での評価が示唆された。

医薬品をめぐる論点では、重複投薬の防止のため、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整を行うことを評価する方向性が示された。現行では、認知症地域包括診療料・加算で「通院医療機関や処方薬をすべて管理」を要件としているが、「在宅患者に対する24時間対応」に次いで、診療所の負担が重い項目との調査結果が出ている。

入院時のポリファーマシー対策では、薬剤総合評価調整加算（退院時に250点）で退院時に内服薬が２種類以上減少した場合に算定できる。今回は、減薬の結果だけでなく、「総合評価し調整する取組み自体」を評価することが提案された。国立長寿医療センターでは、多職種連携の取組みで処方見直しが行われる。このような先行例を踏まえた取組みが評価されると考えられる。

また、医療機関が薬局に対して、患者の退院時に処方薬の変更や中止の理由などの情報を提供することを診療報酬で評価することも論点となった。

バイオ後続品については、後続品を推奨する情報提供や、切換え時の患者への説明を評価する方向性を示した。

がん遺伝子パネル検査に基づく患者申出療養を承認

厚労省・患者申出療養評価会議　がんゲノム医療中核拠点病院で適応外薬を使用

厚生労働省の患者申出療養評価会議（福井次矢座長）は９月12日、遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療を、患者申出療養として実施することを承認した。同会議は研究計画書の事前審査を進めていたため、患者の申請からわずか10日で実施が認められた。

同会議は昨年から、遺伝子パネル検査の結果に基づいて患者申出療養の申請を希望する患者が出てくることを想定し、準備を進めていた。あらかじめ複数のがん種・遺伝子異常の患者に対応可能な研究計画書の事前審議を行ってきた。

審議してきたのは、遺伝子パネル検査を受けて遺伝子異常があることが判明した患者に、適応外薬を投与し、治療経過のデータを収集するという研究計画。国立がん研究センター中央病院が事務局となり、がんゲノム医療中核拠点病院で実施する多施設共同研究だ。

前回の会議で事前審議を行ったものの、研究計画書や患者への説明文書に不備が指摘されたため、了承に至らなかった。修正後の研究計画書が12日に同会議に提出され、了承された。

この研究計画書に基づいて患者申出療養を実施できるのは、がんゲノム医療中核拠点病院に限られるが、構成員は「地理的な問題や施設のキャパシティの問題が生じる可能性があるので、早急に実施施設を拡大する方向で検討すべき」とコメントした。

この研究計画書の枠組みに合致する患者から患者申出療養の申し出が９月２日になされ、12日の会議で審議・承認した。

患者は固形悪性腫瘍で、手術や化学治療、放射線治療を受けたものの病状が悪化している。先進医療として遺伝子パネル検査を受けた結果、遺伝子異常があるとわかり、その治療についてエキスパートパネルで適応外薬が推奨されたため、患者申出療養の枠組みで適応外薬の使用を申請した。

この治療にかかる総費用は約55万６千円。保険給付されず患者負担となる費用（患者申出療養分）は約36万７千円で、保険診療の患者自己負担分は約５万７千円。患者負担の合計は約42万４千円になる。なお、適応外薬として使用する薬剤はノバルティス社からの無償提供となるため、薬剤費に関する患者負担はない。

現在の研究計画は複数のがん種・遺伝子異常の患者に対応可能な形式としているものの、医薬品はノバルティス社の製品に限られる。国立がん研究センター中央病院は現在、他の製薬企業からも協力を得られるよう、交渉を進めている。

医師の働き方改革をテーマに経営セミナー開く

宿日直基準の見直し・医師の研鑽の取扱いを解説

全日病は９月６日、『医師の働き方改革への対応』をテーマに「2025年に生き残るための経営セミナー」を開き、厚生労働省の担当官から宿日直基準の見直しや医師の研鑽の取扱いについて説明を受けたほか、民間病院における働き方改革の事例紹介を行った。また、猪口会長が、タスクシフト・タスクシェアリングに関して四病協が提出した要望について報告した（３面参照）。

医師の働き方改革に関する検討会が３月末に報告書をまとめ、2024年度から適用される時間外労働の上限規制および健康確保措置の方向性を示した。また、７月１日には宿日直基準や医師の研鑽の取扱いの通知が示された。

セミナーでは、厚労省労働基準局労働条件政策課の安里賀奈子・医療労働企画官が医師の働き方改革の動向について講演。「労働力人口の減少により、他業種との間で働き手の獲得競争になる。医療を未来につなげるためにも勤務環境の改善に取り組む必要がある」と強調した。

2024年４月から医師に適用される時間外労働の上限には３種類の水準がある。診療従事勤務医に適用されるＡ水準は、一般労働者と同等水準の年960時間／月100時間が上限となる。一方、2024年の段階ですべての医師がＡ水準で働くとすると、１万人が不足すると推計されるため、2035年までの暫定措置として、1,860時間を上限とするＢ水準が設定された。Ｂ水準は、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息）が前提となる。また、技術を習得するため、一定期間集中して働く必要がある場合としてＣ水準（1,860時間が上限）が設定された。各医療機関は、2024年４月に上限規制が適用されるまでの５年間で自らの状況を分析して労働時間の短縮に取り組む必要がある。

宿日直基準の例示を見直す

医師の働き方改革に関する検討会の議論を踏まえて、宿日直基準の通知を見直し、７月１日付で発出された。宿日直許可は、労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくても労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働として労働基準監督署の許可を受けた場合に労働時間規制の適用除外とする取扱い。通知は、従来の許可基準を変更するものではないが、近年の医療現場の実態を踏まえて、許可対象となる業務の例示を見直した。例えば、病棟当直においいて、何人かの要注意の患者がいて、具合が悪くなった場合に看護師に指示を出すような業務の場合は宿日直として認められる。

また、診療科を限定したり、病棟を限定して宿日直許可をとることが可能となり、許可が取りやすくなった。時間帯を限定することも可能で、例えば午後11時以降に患者がほとんど来ない場合は11時以降で宿日直許可を取ることができる。

研鑽に関するルールをつくる

医師の研鑽の取扱いを示した通知も７月１日に発出されている。自由な意思に基づき、上司の指示なく行う研鑽は労働時間に当たらないと考えられるが、個々の医師が行う研鑽が労働であるかどうかは、医師の経験などを踏まえて上司が業務上必須と考えるかどうかによる。これを労基署が判断することはできないため、研鑽が労働時間に該当するかどうかのルールを病院で決め、ルールに基づいて上司がチェックし、記録として残しておくことが求められる。

また、通知では、研鑽の類型をあげて考え方を示している。例えば、「手技を向上させるための手術の見学」は、業務上必須ではない見学を上司の明示・黙示による指示なく行う場合、一般的に労働時間に該当しない。ただし、見学中に診療を行った場合は労働時間に該当する。また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合は、見学の時間すべてが労働時間に該当する。

事例紹介では、HITO病院の石川賀代理事長がiPhoneを活用した情報共有により業務効率を高めた取組みを報告したほか、平成立石病院の大澤秀一院長が、救急科と救急救命士科を設けたことにより、救急業務の負担を軽減した取組みを報告した。

診療実績データ提出の要件化の対象病院を拡大へ

中医協・入院医療等分科会　短期滞在手術等基本料は想定と実態で齟齬

中医協の入院医療等の調査・評価分科会（尾形裕也分科会長）は９月19日、次期診療報酬改定の入院医療の課題として、診療実績データ提出の要件化と短期滞在手術等基本料の見直しを論点とした。診療実績データ提出の対象病院は前回改定に引き続き、拡大させるべきとの考えで概ね一致した。

診療実績データの提出の主な目的は、DPC対象病院と同様に、包括評価となっている部分の医療提供の中身を把握することである。データ提出の対象病院は段階的に広げており、2018年度診療報酬改定では、すべての急性期一般入院料と地域包括ケア病棟、200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料と療養病棟入院基本料に拡大している。

次期改定でも拡大を行うとすると、回復期リハビリテーション病棟５、６と療養病棟入院基本料の200床未満が対象になる。厚生労働省は、仮に50床以上に拡大した場合、経過措置の対象を含め、回復期リハ病棟では62.3％から87.2％、療養病棟では29.5％から91.7％に上昇すると説明した。

また、回復期、慢性期や精神病院で必須の項目である要介護度やFIMのデータ提出を、急性期病棟にも拡大することにも、賛成する意見が多かった。ただ、全日病副会長の神野正博委員は、方向性に賛意を示しつつ、病院によりデータ提出が可能な体制は異なるため、現場の状況を踏まえた対応を求めた。

提出データの質の高さを評価する提出データ評価加算については、未コード化傷病名の割合を引き上げるなど、基準を見直すとの論点が示された。

短期滞在手術等入院基本料についても、見直しの方向性が示された。厚労省の分析により、当初想定した日数や医療資源投入量と齟齬がある事例が多くあることがわかったからだ。

特に、一泊２日を想定した短期滞在手術等基本料２で10日前後入院する対象手術が多く、ばらつきも大きく、算定回数も少ないなど、想定と異なる状況になっていた。委員からは、「重症な患者だと入院期間が長くなりがち」との指摘のほか、「『２』はすでに役割を終えた」との意見があった。

短期滞在手術等基本料３については、外来で実施される対象手術が散見されることを確認した。一方、「３」は４泊５日までの入院の医療資源投入量を包括した報酬なので、入院で実施するインセンティブになってしまっていることを、厚労省が指摘。見直しの必要性を示唆した。なお、DPC対象病院は「２」、「３」を算定できない。

「基準２のみ該当」で様々なデータ

「重症度、医療・看護必要度」の追加調査の結果が示され、「基準２」の妥当性が議論された。「基準２」は、2018年度改定で導入した基準で、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」に該当すれば、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしやすくなる。2018年度改定でせん妄や認知症の患者の負担に配慮したためだ。しかし、同分科会で厚労省が提出するデータから、急性期病棟にふさわしくない患者が該当しているとの指摘が出てきた。

追加調査では、『基準２のみに該当』の患者の状況が様々なデータで示された。神野委員は、「『基準２のみに該当』はけしからんという風潮がある中で、何らかのイベントがあり、『基準２のみに該当』することになったとのデータがあり、心を強くした」と述べ、『基準２のみに該当』が急性期病棟の患者の重症度を測る評価指標として、一定の妥当性があると主張した。

一方、「重症度、医療・看護必要度」の「Ｉ」で、『基準２のみに該当』した患者の１日当たり医療資源投入量がゼロの患者が約４～５割を占めるとのデータも示された。これに対しては、「医療資源投入量がゼロというのはあり得ず、実際の医療提供が記録されていない」との指摘があり、記載の不備の問題とされた。ただ、『基準２のみに該当』の患者は、療養病棟の患者と病態が近く、急性期の指標としては、適正化の議論が必要との意見も複数の委員から出ている。

療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分の追加調査の結果も示された。医療区分３の該当項目で「中心静脈栄養」の割合が高く、入院基本料を満たすために、患者を選んでいる施設があるのではないかとの指摘がある。該当患者の半数以上が180日以上の在院期間があり、感染リスク上の観点からの懸念もある。

追加調査では、中心静脈栄養の該当患者割合が10％未満の施設が最も多かったが、50％以上の施設もあった。日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「90％以上該当の施設もあり、そこは患者を集めていると言わざるを得ない」と述べた。

なお、日本麻酔科学学会の「安全な中心静脈カテーテル挿入・管理」の手引書によると、「留置期間が長いほど感染のリスクが高まる」と指摘しているが、期間は明示せず、「臨床的必要性に基づいて決めればよい」としている。

また、地域包括ケア病棟で行われている手術（短期滞在除く）は、「水晶体再建術」と「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」が多いことがわかった。

2018年度診療報酬改定後のデータ提出加算に係る現況

・2018年度診療報酬改定を踏まえ、新たにデータ提出が必要とされた病棟を有する病院は約2,500病院。
・これらの病院には、許可病床数等に応じた経過措置（1年又は2年）が設けられている。

許可病床数等／病棟	200床以上	200床未満50床以上	50床未満又は、保有する病棟が１のみの場合
７対１、10対１（許可病床数200床以上）、地域包括ケア病棟数	データの提出が必須		
10対１（許可病床数200床未満）、回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須 ただし、2019年3月31日まで経過措置		データの提出が必須 ただし、2020年3月31日まで経過措置
回復期リハビリテーション病棟5、6、療養病棟	データの提出が必須 ただし、2019年3月31日まで経過措置 (※)	データの提出は不要	

※当該病院の許可病床数全体としては200床以上となるが、回リハ5,6及び療養病棟が200床未満の医療機関については、新たに2020年３月31日まで経過措置の対象とした。

厚生労働大臣に加藤勝信氏が再任 第４次安倍再改造内閣

第４次安倍再改造内閣が９月11日に発足した。厚生労働大臣には、前自民党総務会長の加藤勝信氏が再任された。前回は2017年８月から2018年10月まで厚労相に在任した。東大経卒、大蔵官僚出身の63歳。自民党厚生労働部会長、内閣官房副長官、一億総活躍担当相などを歴任している。

11日の会見では、「再び担当することになり重責を担ったとの思いを新たにするとともに、また一からスタートとの思いだ」と述べた。今後、給付と負担の議論が本格化することに対しては、「2025年あるいは2040年を見据え、社会保障をどういう体制にするか、その中で、どういう負担と給付が必要なのかという問題が出てくる。もちろん財政健全化も大事だが、いたずらに財政が厳しいから負担を求めるという議論ではない」と語るにとどめた。

厚生労働副大臣には、橋本岳衆院議員（自民）、稲津久衆院議員（公明）、厚生労働大臣政務官には自見はなこ参院議員（自民）と小島敏文衆院議員（自民）が就任した。橋本副大臣の担当は医療・福祉、自見政務官の担当は労働・年金・子育て支援。

全世代型社会保障検討会議が初会合

政府　年内に中間まとめ。来年6月に最終報告

政府の全世代型社会保障検討会議（安倍晋三議長）は９月20日、初会合を開いた。少子化・高齢化やライフスタイルの多様化に対応し、誰もが安心できる社会保障制度の検討を行うために発足した。負担と給付の問題も重要なテーマとなる。医療や年金、介護など社会保障の制度を所管する厚生労働省と同会議との関係も注目される。

９月19日、内閣官房に検討会議の事務を担当する全世代型社会保障検討室を立ち上げた。室長には杉田和博内閣官房副長官、室長代行に古谷一之内閣官房副長官補が就いた。

議長代理の西村康稔・全世代型社会保障改革担当大臣が初会合後に会見。検討会議の概要を説明した。議長は安倍晋三首相が務め、財務大臣、官房長官、総務大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣の５関係大臣と、有識者が委員として参加する。

初会合で社会保障の現状と今後の進め方を確認した。

その上で、①これまでのような社会保障の見直しでなく、社会保障システム全体を改善②70歳まで就業意欲のある人の就業機会を作るための制度を法制化③人生100年時代に対応するために高齢者、子ども、子育て世代、現役世代が安心できる、年金をはじめとする社会保障全般を議論―することを決めた。

西村大臣は、「財政のみの視点で社会保障を議論するわけではない。安心できる社会保障システムを次世代に引き継いでいくために検討する」と強調した。委員の構成については、「関係省庁の審議会の代表に集まってもらった。中小企業、地方、若者、女性の視点を取り入れる。与党も、社会保障改革について幅広い層からヒアリングを行うと聞いている。全世代が安心できる社会保障を検討する」とした。

加藤勝信厚労大臣は会議で、「全世代型社会保障制度の構築は、厚労省の最大のミッション。団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年を見据え、社会保障制度全体をトータルに議論していく」と発言した。

年内に中間とりまとめを行い、必要な関係法案を来年の通常国会に提出する。介護関連法案、年金関連法案、高年齢者雇用安定法改正案などが想定される。来年６月に最終報告をまとめ、骨太方針2020に明記される運びだ。

入院時食事療養費の引上げが必要

四病協・総合部会　日本メディカル給食協会から説明聞く

四病院団体協議会は９月25日に総合部会を開き、日本メディカル給食協会から入院時食事療養費の現状について説明を聞いた。同協会の千田隆夫専務理事は、人件費や食材料費の上昇により、給食部門は厳しい運営になっていることを説明し、入院時食事療養費の増額が必要と訴えた。

入院時食事療養費は、消費税が３％から５％に引き上げられた平成９年に1,920円になり、その後、引上げは行われていない。平成18年には、１日単位の算定から１食単位の算定に改められたほか、特別食加算が減額された。消費税５％から８％の増税の際に見直しは行われず、10月の10％への引上げに際しても見直しはない。

一方、最低賃金の引上げに加え、人手不足の影響を受けて人件費が高騰している。働き方改革によって今後さらなる人件費の上昇が予想される。また、輸入品を中心に食材費のコストが上昇しているほか、物流費高騰の影響も受けている。

こうした状況から協会の加盟各社は委託費を値上げせざるを得ず、150床未満の病院では委託単価が入院時食事療養費の収入（1,920円）を上回っているという。委託しない場合でも、病院の給食部門は規模の大小を問わず、赤字傾向にあると説明した。

日本メディカル給食協会の説明に総合部会では、セントラルキッチン方式を検討してはどうかとの意見があった。

終了後に会見した日本精神科病院協会の長瀬輝誼副会長は、「病院団体としても問題と認識している。患者に転嫁しない形で何らかの方策を考える必要がある」と述べ、日病協と連携して対応する考えを示した。

病院と薬局の調剤技術料の格差解消を求める

日病協・代表者会議　次期改定に向けた課題

日本病院団体協議会は９月26日に代表者会議を開き、会議後に長瀬輝誼議長と相澤孝夫副議長が会見を行った。次期診療報酬改定に対する第２弾の要望書を10月に提出するため、議論を続けていることを報告した。修文の可能性があるため、要望書の内容は明らかにしなかった。

次期改定については、中医協でも議論されている課題として、院内調剤と薬局での調剤の技術料の格差の解消を求める意見が上がったという。

長瀬議長は、「薬局調剤には多くの加算があり、院内調剤との格差の原因になっている。病院は薬剤師の人件費に悩んでいる。チェーン薬局に就職する薬剤師が多く、病院は薬剤師を確保しにくい。薬学教育が６年制になったが、病院は給与面で対応していない。国は、対策を検討してほしい」と述べた。

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会の議論については、医師の働き方改革への対応において、労働時間管理の柔軟な運用ができる方向での検討を求める意見が出ているとした。

10月中旬から専攻医募集

専門医機構　都道府県・診療科別にシーリング

日本専門医機構の寺本民生理事長は９月24日に会見し、2020年４月に専門研修を開始する専攻医の募集を10月15日から開始すると発表した。都道府県別・診療科別のシーリング（採用上限）も示した。

日本専門医機構がまとめた2020年度専攻医募集のシーリング案の考え方について、医道審議会・医師分科会医師専門研修部会が５月に了承。9月11日には、同部会の議論を踏まえて加藤勝信厚生労働大臣が、９月13日に日本専門医機構に要請を行った。地域枠医師および自治医科大学出身医師はシーリングの枠外とすることなどを求めた。

これを受けて日本専門医機構は９月20日の理事会で厚労相の要請についての対応を協議し、同日付で厚労相への回答書を送付した。寺本理事長は「大臣の意見は概ね賛同できるもの」と述べた。

日本専門医機構は９月24日の会見で都道府県別・診療科別に決定したシーリングも発表した。医師少数区域などへの従事要件が課されている地域枠医師と自治医科大学出身医師はシーリングの対象外とした。採用数の年次変動が大きい都道府県別診療科では、過去２年の採用数の大きいほうを上限とした。計算上、採用上限が「５人」以下となるところには、上限を設定しなかった。

寺本理事長は、「いい方向になって嬉しいが、専攻医募集に当たっては混乱が生じる可能性がある。当初は９月から専攻医募集を開始する予定だったが、一定の準備期間を設けて10月15日からの募集とする」と述べた。

専攻医の一次募集は10月15日から11月15日まで。12月16日に採否結果が応募者に通知される。二次募集は12月17日から2020年1月10日まで。二次募集の採否結果は２月５日に通知される。その後は、空きのあるプログラムの専攻医募集が行われ、その採否は３月５日に通知される。

■ 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）	日時【会場】	参加費 会員（会員以外）	備考
厚生労働省委託事業「看護師の特定行為研修における指導者養成の効果検証に係るデータ収集事業」看護師特定行為研修指導者講習会（福岡会場）（50名）	2019年10月27日（日）【TKP ガーデンシティ博多新幹線口５階「プレミアムホール」】	11,000円（税込）（昼食代、資料代含む）	「看護師の特定行為研修における指導者養成の効果検証に係るデータ収集事業」の実施団体として、「看護師特定行為研修指導者講習会」を開催する。指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者が対象。今年度中に東京、新潟、仙台、岡山、福岡で計９回開催を予定している。
看護師特定行為研修指導者講習会（東京会場）（50名）	2019年11月2日（土）【TKP ガーデンシティ PREMIUM 秋葉原２Ｆ「ホール2Ｂ」】	11,000円（税込）（昼食代、資料代含む）	同上
看護師特定行為研修指導者講習会（東京会場）（50名）	2019年11月3日（日）【TKP ガーデンシティ PREMIUM 秋葉原２Ｆ「ホール2B」】	11,000円（税込）（昼食代、資料代含む）	同上
看護師特定行為研修指導者講習会（岡山会場）（50名）	2019年11月17日（日）【TKP ガーデンシティ岡山4Ｆ「バンケット4Ｂ」】	11,000円（税込）（昼食代、資料代含む）	同上
看護師特定行為研修指導者講習会（東京会場）（50名）	2019年12月22日（日）【TKP ガーデンシティ PREMIUM 秋葉原２Ｆ「ホール2B」】	11,000円（税込）（昼食代、資料代含む）	同上

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F／ TEL（03）5283-7441／ FAX（03）5283-7444