



全日病 ニュース

2019.9.15

No.948

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

「急性期、医療・看護必要度」の妥当性が論点に

中医協・入院医療分科会

回復期リハ病棟はFIMの適切性を確認

厚生労働省の「入院医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)は9月5日、次期診療報酬改定に向け、同分科会の診療情報・指標等作業グループの分析結果の報告を受けた。一般病棟の「急性期、医療・看護必要度」、療養病棟の「医療区分・ADL区分」、回復期リハビリテーション病棟のFIM(実績指数)について、次期改定の焦点となりそうな論点が見された。

2018年度改定では、「急性期、医療・看護必要度」で、B項目(患者の状況等)における「診療・療養上の指示が通じる」または「危険行動」に該当すれば、患者が基準を満たしやすくなった。認知症やせん妄の患者は一般の患者より「手がかかる」ことを評価したためだ。ただ、急性期の中小病院に有利な見直しであったとの指摘がある。

改定結果の調査では、この新たな基準(基準②)のみに該当する患者が、「病床規模が小さい病院」、「高齢者が多い病院」、「要介護が高い患者が多い病院」で多い傾向がみられた。保険者側の委員は、このような特徴を捉え、「高度な医療を提供する病棟であることを評価する指標として、違和感がある」と述べた。

これに対し、全日病副会長の神野正博委員は、「高度な医療を提供するというのであればその通りだが、基準②は看護の必要度という意味では適切な評価だ。手術後にせん妄状態になった患者を管理する体制は急性期病院にとって重要な機能。そもそも、急性期医療の必要度と看護必要度を合わせたものが、『急性期、医療・看護必要度』であり、両者は分けて考えなければならない」と述べた。

また、「高度急性期と急性期の病院があり、看護の必要度は、地域密着の急性期病院でより重要になる。それが否定されれば、地域の医療はなくなってしまふ」と、高度急性期に偏りすぎない「重症度、医療・看護必要度」が必要であると主張した。

一方、急性期の医療面を評価しているA項目の「専門的な治療・処置」やC項目(手術等の医学的状況)に対しては、外来でも多く実施されている治療・処置、手術があるため、入院で行われているものに重点化すべきとの意見が複数の委員から出た。

長期の中心静脈栄養の妥当性を議論

「医療区分・ADL区分」については、

前回の分科会と同じく、医療区分3に区分される「中心静脈栄養」の妥当性が議論になった。厚生労働省は中心静脈栄養について、「医療区分3の該当項目の中で48.3%と最も多い」、「患者の主傷病は脳梗塞が27%で最も多い」、「入院元は他院の一般病棟が44.6%で最も多い」などのデータを示した。

また、入棟日または調査基準日に中心静脈栄養に該当していた患者の在院期間は、710日以上が13.2%、366~700日が13.5%、181~365日が25.7%と、180日以上で半分を超えた。この結果に対し、委員からは「医学的見地から問題がある」との指摘が出た。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「急性期病院からの持ち込みが多い」と強調した上で、「医療区分3を維持する必要があるという面はある」とも述べた。また次回、協会アンケート調査の結果を示すとした。神野委員は、「長期間の中心静脈栄養は感染症リスクが高い。漫然と行われているのではなく、外す努力をしていることを示すことが大事」と指摘した。

FIMについては、2018年度改定でFIMによるリハビリテーションのFIM得点が一定以上であることを要



件とするアウトカム評価が導入された。改定後の状況を見ると、FIM得点は改定後に全体的に大きく上昇しており、入院料1では7.2ポイント上昇している。特に、退棟時のFIM得点は緩やかな上昇傾向にあるのに対して、入棟時のFIM得点が下がっていることが問題視された。FIM得点の平均値は実績指数導入時に3.1ポイント、2018年度改定後に1.5ポイント下がっている。神野委員は、「急性期病院が、患者の状態が悪いうちに、より早く回復期リハ病棟に送り、そこで集中的なりハビリを行っているの、全体の日数も短縮している」と指摘した。

ただ、急性期病院が早く送るという影響を除いても、入棟時のFIM得点が下がっているとのデータもあり、実績指数の適切性を確認する必要があるとの意見も出た。千葉大学附属病院長の山本修一委員は「人が人を判断するので、経営への影響を考慮して、仕方がない面もある」と指摘すると、森光敬子医療課長は、「関係者がみて、これは駄目だという判断はあり、第三者の評価を含めて、適切な評価が行われる必要がある」との姿勢を示した。

厚労省の2020年度概算要求は過去最大の32兆6,234億円

来年度予算

医療の要求額は11.9兆円

厚生労働省は8月27日、2020年度予算の概算要求を公表した。一般会計は過去最大の32兆6,234億円となった。対前年度比は2.1%増。大部分を占める社会保障関係費は30兆5,269億円で1.8%増となっている。医療は11.9兆円で年金に次いで多い。財務省は各省の概算要求を精査し、12月下旬に政府として2020年度予算案を決定する。診療報酬改定の改定率は例年通り、12月中旬頃に厚生労働大臣と財務大臣の折衝で固まる見通しだ。

一般会計の要求額は2019年度予算額より6,593億円多い32兆6,234億円となった。伸び率は2.1%。大部分を占める社会保障関係費は同5,353億円多い30兆5,269億円で、初めて30兆円を超えた。伸び率は1.8%。そのうち、年金が12.1兆円、医療が11.9兆円、介護が3.1兆円、障害が1.8兆円、福祉その他が1.7兆円となっている。

医療の11兆8,599億円の内訳をみると、全国健康保険協会(協会けんぽ)が1兆2,912億円、国民健康保険(国保)が3兆3,282億円、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度が5兆3,274億円、生活保護の医療扶助が多くを占める公費負担医療が1兆9,130億円となっている。

社会保障関係費の増加額は5,353億円となっているが、予算編成の基本方針ではこれまでの歳出抑制を継続し、高齢化による伸びに相当する伸びに抑えることが求められている。抑制額は明示されていないものの、最近の予算

編成では5千億円を下回る伸びに抑えてきた。このため、2020年度予算案においても、同程度の抑制が達成されるよう政府内で調整が図られる模様だ。

75歳を超えると、一人当たり医療費が急激に増えていく。ただ、2020年度は75歳に達する高齢者がちょうど戦中期にあたり、極端に出生数が少ない。このため、医療費の伸びも緩やかになっている。しかし、2022年から2025年度にかけては、団塊の世代が75歳に達する期間にあたる。

政府は2022年度以降に急増する社会保障関係費を圧縮するため、秋以降、「負担と給付のあり方」の議論に着手する方針だ。当面の予算編成で社会保障に対する厳しい抑制はないものの、負担の引上げと給付の抑制に向けた議論が今後本格化していくのは必至だ。

2020年度診療報酬改定については、薬価改定による財源が例年ほどには期待できない中で、他の財源ねん出策とあわせ、その水準が決まってくると考えられる。また、消費税率引上げの財源で実施する教育負担の軽減・子育て支援・介護人材の確保についても、予算編成過程で検討される。

優先課題推進枠には2,239億円要望

予算のメリハリをつけるために設けている優先課題推進枠には、2,239億円を要望した。最近の概算要求では、裁量的経費について、全体を1割削減した上で、重点項目に対しては削減額の3倍の予算を要望できる優先課題推

進枠を設けている。

優先課題推進枠を含めた重点項目では、「多様な就労・社会参加の促進」、「健康寿命延伸等に向けた保健・医療・介護の充実」、「安全・安心な暮らしの確保等」のテーマで要望を行った。その中で、「健康寿命延伸等に向けた保健・医療・介護の充実」の内容をみていく。

地域医療構想の推進に向けては、地域医療介護総合確保基金について、2019年度(国622億円)を超える水準の確保を目指す。新たに創設される医療情報化支援基金の財源確保(300億円)も見込む。医師偏在対策や医療従事者働き方改革の推進とあわせ、前年度比135億円増の979億円を要求した。

医師偏在対策では、「医師少数区域等の医師の勤務環境改善等の支援」、「総合診療医の養成支援」、医療従事者の働き方改革の推進では、「ICT活用やタスク・シフティング等の勤務環境改善・労働時間短縮に取り組み医療機関の支援・医療勤務環境改善支援センターによる医療機関の訪問支援」、「女性医療職等のキャリア支援、病院内保育所への支援」などがある。

災害医療対策では98億円を要求した。病院の給水設備・非常用自家発電装置の整備などにより、相次ぐ災害に備える。

介護の受け皿整備や介護人材の確保では、医療と同様に、地域医療介護総合確保基金について、2019年度(国483億円)を超える水準の確保を目指す。そのほか、「介護事業所における業務改善の成果の全国展開、介護ロボット・ICT等の介護事業所への導入

支援」、などで、前年度比19億円増の811億円を要求している。

また、自立支援・重度化防止に向けた取組みの強化では218億円、認知症施策推進大綱に基づく施策の推進では135億円を求めた。

健康寿命延伸に向けた予防・健康づくりは全体で1,025億円。「保険者のインセンティブ強化」、「生活習慣病の疾病予防・重症化予防等の先進的なデータヘルス事例の全国展開」などがある。

そのほか、◇感染症対策(155億円)◇がん対策(80億円)◇難病・小児慢性特定疾病対策(20億円)◇肝炎対策(35億円)◇ハンセン病対策(10億円)がある。

データヘルス改革、ロボット・AI・ICT等の実用化の予算要求は607億円で、前年度より116億円少ないが、これは医療保険オンライン資格確認に伴う中間サーバの改修が2019年度に終了するためである。保健医療分野等の研究開発は、前年度より116億円多い688億円。日本医療研究開発機構(AMED)における医薬品、医療機器・ヘルスケア、再生・細胞医療・遺伝子治療、ゲノム・データ基盤、研究開発基礎基盤などの研究開発支援を行う。

外国人患者の受入れ環境の整備では、「医療機関における多言語コミュニケーション対応の支援、医療機関等からの相談にワンストップで対応するための地方自治体の体制整備への支援」、「過去に医療費の不払等の経歴がある外国人に対して厳格な入国審査を実施するための仕組みの構築」をあげており、18億円を要求した。

健康確保措置が未実施の場合の行政処分の手順示す

厚労省・医師の働き方改革推進検討会 最終的にはB、C水準の指定取消し

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)は9月2日、時間外労働を年1,860時間まで認める特例水準で勤務する医師への実施を義務づける追加的健康確保措置が履行されない場合の処分の手順について、概ね了承した。

「面接指導・就業上の措置」は、月100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる者が対象になる。面接指導を行う医師としては、産業医のほか、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受けた医師も含むが、医療機関の管理者は含まれない。

休日を含み年1,860時間の上限が認められるB水準とC水準に該当する医療機関に従事する医師に対しては、月の時間外労働時間数にかかわらず、連続勤務時間制限・勤務間インターバルと、これらが実施できない場合の代償休息が義務化される。

これらの義務が履行されているかの確認は、医療法第25条第1項に規定する都道府県による立入検査で行う。立入検査は今でも原則、全病院に対して年1回実施されている。

追加的健康確保措置が未実施であった場合には、改善に向けた取組みが求

められる。具体的には、都道府県が医療勤務環境改善支援センターなどを通じ、支援を行うほか、必要に応じ地域医療対策協議会を活用した医師の確保や医療提供体制の機能分化・連携などの措置を検討する。

それでもなお、追加的健康確保措置が実施されない場合は、都道府県による改善命令が出される。改善命令に従わない場合は、B水準やC水準の取消しや罰則が適用される。この最終手段について厚労省は「伝家の宝刀」と位置づけ、基本的には、あくまで支援を主眼においた段階的な履行確保の枠組

みとの考えを示している。

医師労働時間短縮計画の大枠についても、概ね合意した。計画では、医師の労働時間を正確に把握し、短縮の目標を設定する。PDCAサイクルを回して、毎年度、労働時間短縮の進捗を確認し、取り組み状況の自己評価を行う。具体的な取組みでは、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組み」(2018年2月27日)などが想定されている。2021年度には策定する必要がある。

また、医療機関の労働時間短縮の取組みを評価する組織を設立する。詳細は未定だが、「都道府県から中立」した組織とする。評価結果は公表され、医療機関にフィードバック。結果を踏まえ、都道府県の勤改センターが医療機関を支援する。委員からは、勤改センターの機能強化を求める意見が相次いだ。

地域医療構想、医師偏在対策、働き方改革を一体で推進

厚労省・アドバイザー会議 医政局概算要求は2,351億200万円

厚生労働省は8月30日、医療政策研修会・地域医療構想アドバイザー会議を開催した。医政局の鈴木健彦・地域医療計画課長が冒頭に挨拶。「地域医療構想、医師偏在対策、働き方改革は密接に関連する。これらを一体的に進める必要がある」と強調した。その上で、それぞれの取組みの状況を説明した。

地域医療構想については、現段階での地域医療構想調整会議での合意が、民間医療機関との役割分担を踏まえ、

「公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるかを確認する」ため、診療実績データを分析しており、近く公表するとした。データに基づく議論が行われ、民間医療機関と公的・公立医療機関の適切な役割分担が行われることを求めるとした。

医師偏在対策については、昨年成立した改正医療法等に従って、様々な取組みがあり、都道府県による医師確保

計画の策定に向け、準備を進めているとした。特に、医学部入学定員の臨時増員分を医師少数区域への地域枠に変更していくなど、医師少数区域等で医師確保を図ることの説明があった。

働き方改革については、2024年度の医師の時間外労働規制の施行に向け、医師の労働時間を減らすため、医師の業務の他業種へのタスク・シフティングの議論などを進めていると述べた。

また、令和2年度概算要求の医政局

分が説明された。全体で2,351億200万円(うち優先課題推進枠が372億8,500万円)。対前年度比10.8%増となっている。地域医療介護総合確保基金の医療分は689億円を要望した。

基金以外の項目別では、◇地域医療構想の推進で2億円◇医師偏在対策で70億円◇医師・医療従事者の働き方改革の推進で59.3億円◇データヘルス改革で17.2億円◇災害医療で91.3億円◇救急・周産期医療体制で88.5億円◇創薬力強化で2.7億円◇研究開発で38.4億円を計上している。

東日本大震災に伴う被災地特例で福島がゼロ件に

中医協総会 国内初の遺伝子治療薬を承認

厚生労働省は8月28日の中医協総会(田辺国昭会長)に、東日本大震災に伴う被災地特例措置の利用で、福島がゼロ件になり、残りが3医療機関になったことを示した。現在の特例措置の期限は2020年3月末となっている。新規は基本的に認めないとの取扱いであるため、福島県での被災地特例は来年度末に終了する見通しだ。

現在の利用は3件(2019年7月時点)

で、岩手県が1件、宮城県が2件。岩手の1件は歯科診療所で、仮設の建物で保険診療を行うことのできる特例を利用している。宮城の2件はいずれも病院で、医療法上の許可病床数を超えて患者を入院させることのできる特例を利用している。

一方、平成30年7月豪雨による被災に伴う特例措置は、7医療機関(岡山4件、広島1件、愛媛2件)の実績が

あったが、2019年7月時点で利用はゼロ件となった。2019年9月30日までの期限であったが、期限を待たずに終了することになる。

同日の中医協は、国内初の遺伝子治療薬となるコラテジェン筋注用4mg(アンジェス)を承認した。効能・効果は、慢性動脈閉塞症(閉塞性動脈硬化症およびパーヴァー病)で、標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な場合に限定した。

原価計算方式で算定し、算定薬価は



一瓶60万360円、予測投与患者数は年間992人で販売額は12億円にとどまると推計している。日本企業が開発し、日本が最初に承認を受けた医薬品となる。収載予定日は9月4日。

特定機能病院の要件に第三者評価「受審」を追加

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

厚生労働省の特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)は8月23日、特定機能病院の承認要件に、第三者評価を受審することと、審査により改善すべきとされた項目の公表を追加することを決めた。

同検討会は、特定機能病院と地域医療支援病院の要件の見直し内容を議論してきた。今回、特定機能病院の要件見直しを含む「議論の整理」をまとめ

た。今後、特定機能病院の要件については省令を改正し、地域医療支援病院の要件について医療法を改正することになる。

特定機能病院の承認要件については、2017年6月の医療法改正の附帯決議で、第三者による病院の機能評価を特定機能病院の承認要件とすることが書き込まれた。これを受け、厚労省の検討会で議論を進めてきた。第三者評価の受審の結果である「認定」を承認要件に

すべきとの意見もあったが、反対意見があり、「受審」を承認要件とすることで決着した。

第三者評価において改善すべきと病院が指摘を受けた項目については、公表することも承認要件に加える。

厚労省は、第三者評価で指摘を受けた事項への対応状況を、地方厚生局が実施する立入検査で確認する考えを示した。

なお、特定機能病院を評価する第三



者は、病院が選択できることになっている。主に想定されているのは、現在も病院機能評価を実施している日本医療機能評価機構だ。委員からは、特定機能病院が病院評価機構を評価する、相互評価の仕組みを設けるよう要望する声もあった

来年度改定の第2弾要望書を10月めどに提出

日病協・代表者会議 DPC制度改定の影響も確認

日本病院団体協議会は8月30日に代表者会議を開き、来年度診療報酬改定に向けた第2弾の要望書を厚生労働省に10月めどに提出することを決めた。各団体から要望項目を募集し、診療報酬実務者会議で整理。5月にまとめた第1弾の要望書の項目に沿って、より具体的な個別項目を示す。

また、改定の方向性がみえてくる11

月以降に、追加的な要望を行うことも示唆した。

日病協の第1弾要望書では、◇働き方改革◇医療機関の機能分化・連携強化◇タスクシフティング・タスクシェアリング◇救急医療◇ICT活用と診療報酬の簡素化—の5項目への対応に関して、要望を行っている。

消費税増税に伴う10月改定を前に、

DPC制度の改定内容に関して議論も行った。

DPC制度の包括評価部分は、診療報酬の補てん以外に薬剤費も含まれているため、薬剤費の引下げ幅が大きければ、点数が下がる診断群分類もある。例えば、特定の高額な抗がん剤を用いる治療では、診断群分類が下がる傾向にある。これらを勘案して、DPC制



度の10月改定の影響を把握する必要があることを確認した。

診断群分類や機能評価係数Iは、そのような説明で点数の変化を説明できる。ただ、基礎係数などについては、「ブラックボックスの部分がある」との指摘が出ている。

医療ITの今後に関する提言

～特に相互運用性に関して～

公益社団法人全日本病院協会 医療の質向上委員会
医療ITの今後検討プロジェクト

はじめに

医療ITの今後に関する重要な政策が決定され、運用されようとしている。2019年10月には、予算措置がついた具体的な事業として発足する。しかし、その意義とおおよその内容を理解している人は医療界の一部にすぎない。その具体的な内容は不明確である。

本提言の目的は、一部の専門家・医療界だけでなく、国を挙げて「医療ITの今後」を考え、実運用する上の論点を明らかにすることである。本提言がその契機になることを期待する。

全日本病院協会 医療の質向上委員会の研究の経緯

公益社団法人全日本病院協会 医療の質向上委員会では、2003年頃から医療ITの要求仕様、相互運用性、業務フローに基づく多職種協働の医療、データマネジメント等に関して研究を継続している。

現状のままでは、我が国の医療ITは、諸外国の動向から取り残されると認識した。2018年から医療ITの今後検討プロジェクトを医療の質向上委員会に設置し、医療ITの今後に関して検討している。2019年7月30日には、検討の一部を、『2019年度 医療ITの今後 一特にFHIRの動向について』研修会で公開した。

医療情報化支援基金

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律が2019年4月発布され、2020年4月1日に施行される。改正の概要は、①オンライン資格確認の導入、②医療情報化支援基金の創設、③NDBと介護DB等の連結解析等、④高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等、⑤被扶養者等の要件の見直し、⑥審査支払機関の機能強化、⑦その他の7項目である。

この制度は2019年10月創設される予定で、2019年度予算で、医療情報化支援基金として300億円が確保された。対象事業は、以下の2つである。

- ① オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援(150億円)
 - ② 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援(150億円)
- 具体的には、後者は

- 1) 医療情報化支援基金を創設し、医療機関に対して電子カルテ導入の財政支援を行う。
- 2) 支援基金の対象は「国の指定する標準規格」を実装する電子カルテとし、医療機関間の情報連携等の医療分野のデータ利活用に資するものとする、と説明されている。

医療情報化支援基金の問題点

- 1. 事業の詳細に関しては、未定である、あるいは、公表されていない。
- 2019年5月以降に有識者会議を開催し、具体的な補助要件を決定予定とある。例えば保健医療情報標準化会議の活用が考えられるが、2018年以降開催された形跡がない。

- 2. 目的・方策が不明確である、あるいは、公表されていない。

目的は、電子カルテ導入医療機関増と医療機関間の情報交換円滑化の基盤構築と説明されているが、多額の資金を導入した相互運用(情報交換)が円滑にいけない現状をどのように変革するか方策が明らかでない。想定している電子カルテはEHRを意味するのか、EMRを意味するのか不明であることも、この目的、方策が不明確な理由でもある。医療分野のデータ利活用が単に医療機関間の情報連携だけを意味するのか、あるいは、PHRなど患者による医療情報活用までも視野に入れたものなのかも不明である。

- 3. 前項の②電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援に関して

- ① 「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分からない。明確にしていきたい。
- ・電子カルテは、EMR (Electronic Medical Record) を意味するのか。
- ・電子カルテシステム等は、EHR (Electronic Health Record)、PHR (Personal Health Record) のいずれか、あるいは両者を指すのか。
- EMRも含むのか。
- ・PHR・EHR・EMRを区別せず議論している。明確に定義して議論すべきである。
- ② 電子カルテ(EMR)に関しては、データ交換の相互運用性確保が最重要である。データ交換可能な標準的なデータの定義、種類、型を制定することが必須である。要素毎・分野毎の標準化・規格が制定されているものの、

診療・健康維持等に必要なデータの相互運用性に関するデファクトスタンダードがない。喫緊に、国家プロジェクトとして標準を制定する必要がある。目的に応じてデータの種類と型が決まる。標準の作成とともに、相互運用の実装をモニタリング・監査する国家組織が必要である。規定された標準が不完全であることの他、標準を導入してもその実装を標準化しなければ相互運用に不都合を生じる。標準化といっても、電子カルテ導入時か、情報交換か、あるいは両者かが不明確である。

- 4. 過去の失敗の繰り返しを危惧する。
- ① 医療情報システムの相互運用性確保を目的に、厚生科研究費研究を開始したが、政策変更により中断した経緯がある。

② クリニカルパス等に基づいた試みはあったが、研究段階、あるいは、一部の分野で運用されたが、病院全体の運用には至らなかった。現在、HELICS(医療情報標準化推進協議会)標準規格としてBOM(ベーシックアウトカムマスター)を審査中であり、日本医療情報学会と日本クリニカルパス学会でパスの標準データモデルを検討中である。

- ③ 業務フロー分析に基づく継続的な研究開発は、我々の活動以外にはなかった。研究、あるいは、一部の分野での運用はあったが、病院全体での実運用を考慮していなかった。
- ④ 標準といいながら、標準化されていない部分が多くある。

たとえば、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)は、標準化されていない拡張ストレージが問題である。

EMRの標準化は必要ない、また、しようとしてもできない。

- 5. データの利活用、公益目的を前面にし、個人の権利(個人情報保護)が軽視されがちである。この傾向は、EHR、PHRの議論で顕著である。

- 6. 相互運用性
- ① EMR・EHR・PHRのいずれにおいても、相互運用性が必須である。目的に応じて、要求事項・仕様異なる。
- ② システムの統一ではなく、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必要である。
- 医療ITの相互運用性、携帯性、2

次利用には標準化が必要である。

- ③ 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「FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)」を進めており、我が国でも、FHIRを基盤とした検討がされている。

- 7. FHIR
- ① FHIRは、HL-7(Health Level 7)で蓄積された標準規格である。
- ② 世界標準となりつつあるが、標準化されたりソースは一部でありまだ不完全である。また、80%ルール等については、我が国におけるリソース策定に関する標準化等、検討の余地がある。
- ③ EHR、PHRの基盤として、SS-MIX2とは異なる意義がある。
- ④ JSON(JavaScript Object Notation)、XML(Extensible Markup Language)等の汎用的な様式で表記できるので、汎用性・相互運用性が高い。
- ⑤ アプリケーション間の連携に、Web API(Application Programming Interface)のREST(REpresentation State Transfer)を使えるので、汎用性・相互運用性が高い。XMLもしくはJSONで操作結果を戻す。

結論

医療ITの今後の最大の課題は、標準化に基づく相互運用性の確保である。過去に、電子カルテに代表される、相互運用性確保の研究と試みがなされたが、標準制定には至らなかった。

国家レベルでの継続的取り組みが欠如していたからである。また、相互運用性の目的、対象、範囲が明確でなかったからである。

EMR、EHR、PHRを明確に区別した議論が必要である。それぞれの目的に応じた対応を検討するべきである。

まず、標準化すべきは、相互運用に必須の、用語の定義、分類、データの様式、データ交換手順等である。

また、改良の余地があるものの、世界標準となりつつあるFHIRが最有力であると考えられる。

今後の議論はFHIRを中心に進めるべきである。

なお、医療ITの相互運用性においては、情報セキュリティに関する検討が必須であるが、論点を絞るために、本提言では触れず、別の枠組みで検討することとした。

2019年度第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月24日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
- 岩手県 医療法人遠山病院
理事長 千葉 知
- 東京都 医療法人社団健育会石川島記念病院
院長 重田 洋平
- 兵庫県 医療法人社団六心会恒生かのこ病院
院長 頃末 和良
- 他に、退会が2会員あり、正会員は合計2,552会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
- 東京都 江東健診ビルクリニック
理事長 荒井 宗房
- 準会員は合計92会員となった。
- 各委員会委員長・委員案を承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
- 「中央社会保険医療協議会入院医療等の調査・評価分科会、薬価専門部会、総会、保険医療材料専門部会」、「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」、「新型インフルエンザ等対策指定公共機関情報連絡会」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
- 福島県 松村総合病院 更新
- 茨城県 勝田病院 新規
- 広島県 シムラ病院 更新

- 福岡県 牟田病院 更新
- 福岡県 篠栗病院 更新
- ◎一般病院2
- 宮城県 仙台徳洲会病院 新規
- 茨城県 ひたちなか総合病院 更新
- 埼玉県 新久喜総合病院 新規
- 兵庫県 神戸百年記念病院 更新
- 沖縄県 ハートライフ病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
- 鹿児島県 三愛病院 更新
- ◎慢性期病院
- 静岡県 熱川温泉病院 更新
- ◎精神科病院
- 大阪府 茨木病院 更新
- 7月12日現在の認定病院は合計



2,178病院。そのうち、本会会員は882病院と、全認定病院の40.5%を占めている。

- 討議事項として、「地域医療構想」をテーマに、京都府や愛知県などの地域医療構想の現状を踏まえて意見交換を行った。

戊辰戦争最大の悲劇を敗者の視点で語る

全日病夏期研修会・福島

会津藩主の子孫、松平保久氏が講演

全日病は8月25日、全日病福島県支部(土屋繁之支部長)の主催で夏期研修会を開き、会津松平家14代当主である松平保久氏が「会津の義〜戊辰150年の想い〜」をテーマに講演した。戊辰戦争最大の悲劇と言われる会津戦争に至った歴史の中に、愚直とも言える会津魂を持った人々がいた。松平氏は、敗者の視点での歴史が語られることも重要であると訴えた。

会津藩主初代・保科正之は三代将軍・徳川家光の異母弟にあたる。二代将軍・徳川秀忠と妾であったお静との間にできた子であり、司馬遼太郎は「会津松平家」というのは、ほんのかりそめの恋

から出発している」と書いた。このような出自が幕府への忠誠心につながっている。

時代が下り、日本が欧米列強から圧迫を受け、国のあり方をめぐり、騒乱が生じていた京都で、9代藩主・松平容保は京都守護職に就任する。家臣たちは「火中の栗を拾うもの」と進言し、松平容保も固辞するが、会津藩の始まりに言及する松平春嶽らの執拗な促しがあり、最終的に引き受けることになった。

当時、世論は「尊王攘夷」対「公武合体」、倒幕対「佐幕」に分かれていた。孝明天皇は「公武合体」を支持してお

り、会津・薩摩が長州を追い出した禁門の変では、松平容保は孝明天皇の喜びを伝える宸翰(天皇直筆の文書)を受けた。しかし、その後、孝明天皇の崩御、大政奉還など思いも寄らない展開があり、鳥羽伏見の戦いでは、幕府軍に参加し、敗北。徳川慶喜とともに江戸に逃れた。

江戸城が無血開城されても、明治政府軍は佐幕派への攻撃の手を緩めず、会津藩を「朝敵」と断定した。戊辰戦争で東北最後の戦いとなった会津の鶴ヶ城(会津若松城)の籠城戦では、明治政府軍の砲弾が連日、数千発撃ち込まれたという。城内は地獄絵図と化



し、城外では白虎隊の集団自決の悲劇も生じた。1868年9月22日に松平容保は白旗を掲げた。

講演した松平保久氏は「歴史は勝者により語られることが多い」と指摘し、「この戦に本当に大義はあったのか」と問いかけた。また、「敗北の将であり、民に苦痛を与えた。しかし、会津の人々は会津藩主松平家を慕ってくれる」と、歴史により形作られた地域の人間関係の強さに自信をみせた。

診療科・都道府県別のシーリングの問題点を協議し、年内に結論

日本専門医機構

今年度募集は予定どおり9月目指す

日本専門医機構の寺本民生理事長は8月26日の会見で、「専攻医養成数に関する検討協議会」の結論を年内に出す見通しを示した。協議会は、専攻医募集で今年度から導入する診療科別の都道府県上限設定(シーリング)の問題点を議論している。協議会の結論を出した上で、12月の医師・歯科医師・薬剤師調査の結果に基づき、1月に2020年度募集のシーリングを決定する。

昨年度の募集までは、大都市のある5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)だけに一律にシーリングを設定していた。今年度から、診療科別の都道府県別上限設定を導入する。厚労省が医師偏在対策を議論する中で、医師の働き方改革による時間外労働の上限を反映させた将来の必要医師数を推計

し、現状の医師数との過不足を示したため、それをシーリング設定に活用することにしたためだ。

新たな推計では、神奈川や愛知が医師多数県ではないことも明らかになり、きめ細かなシーリングが行われることになる。

しかし、厚労省の示した当初案は、特定の診療科や都道府県にとっては激変を伴うものだった。寺本理事長は、「例えば、東京の内科だと100人ぐらい減らす必要がある。これは難しいということで、(医師少数都道府県での研修期間を半分程度設ける)連携プログラムを設定するなど、緩和策を講じた」と説明。従来のシーリングと比べ、激変になることを避けた。

一方で、厚労省の推計に対し「実感

と異なる」との不信も根強くあった。このため機構に、「専攻医養成数に関する検討協議会」を設置。厚労省推計の技術的な問題点を議論することになった。協議会は8月中旬に2回開催し、9基本診療領域の話をきいた。1回目は脳神経外科、外科、産婦人科、小児科、精神科の5基本診療領域、2回目は内科、皮膚科、整形外科、眼科の4基本診療領域を対象とした。

協議会では、厚労省推計に対し、「大学病院で教育・研究を行う人員の配慮がなされていない」、「美容医療など自由診療が推計に含まれていない」、「入院と外来の比率はどうなっているのか」などの指摘があったという。

また、外科や産婦人科などシーリング対象外の基本診療領域についても、

「一向に専攻医が増えない」(寺本理事長)との問題があることから、シーリングとは別に診療科偏在を解決する手法を考えていく意向も示した。

協議会は、9月に2回、10月に地方自治体の意見をきいた後に、全体会議を開催し、12月に結論を出す。12月に足元の医師の従事場所や診療科の状況がわかる三師調査の結果が公表されるので、その数字を反映させ、来年1月に2020年度募集のシーリングを決定したい考えだ。

寺本理事長は、足元の数字の変化に応じた調整は行うものの、現場の混乱を避けるため、「シーリングの基本的な考えは当面変えるべきではないと厚労省に伝えてある」と述べた。

なお、今年度の専攻医募集については、予定通り、医道審議会の上で、9月の実施を目指す。

医師確保のため手術など特定領域での外国人医師の活用を検討

四病協・総合部会

外国の医学部出た日本人にも配慮

四病院団体協議会は8月28日、医師の働き方改革に伴う医師確保策のため、外国人医師の活用を検討することを決めた。現行では、日本の医師免許を持たないと日本で医師の業務を行うことはできないが、高度な手術や検査など特定の領域を定めて、限定的に可能にする制度を検討し、政府に提案する考えだ。あわせて、外国の医学部を出た日本人が日本で医師免許を取りやすくする制度見直しなど、日本の医療現場で働く医師を増やす様々な方策を検討していく。

会見した日本精神科病院協会の山崎学会長は、「医師の働き方改革で医師の労働時間が減る。それで、医師を増やせないとすれば、これまで通りの医療が提供できなくなるのは必然だ。医

師を増やすべきだ」と主張した。その上で、「国は将来人口が減少するから医師を抑制しようとする。しかし、もっと大事なのは今日、明日の当直医が病院にいないことではないか」と述べ、医師の働き方改革を控え、病院の勤務医確保が喫緊の課題であると強調した。

医師確保策として、外国人医師の活用などを検討する。アメリカやイギリスではインド人など外国人医師が一定割合で活躍しているという。言語の問題などがあるが、高度な手技や検査など特定の領域に限ってまかせることなどが想定される。

外国の医学部を出た日本人が日本で医師免許を取りやすくする方法も検討する。現行では、医師国家試験を受ける前に、受験資格の認定を厚生労働大

臣から受ける必要がある。最近では東欧諸国などの医学部に年間100人単位で日本人が入学しているとの報道もあり、厚労省も何らかの対応が必要との見解を示している。

国は医学部から臨床研修までのシームレスな医師養成システムの構築を目指しており、その推進も求める。山崎会長は、CBT・OSCE(共用試験制度)の整備など臨床実習を重視する試験が充実すれば、現行の医師国家試験は不要になる可能性にも言及した。また、医師国家試験の合格率が9割を下回る状況で、「年2回試験を実施すべき」と述べた。

これらについて、各団体から2名ずつ委員を選び、9月中旬に委員会を設置し、議論を開始する見込みだ。

医療の消費税問題の抜本解決求める

四病協の税制改正要望に関しては、8月27日の厚労省が財務省に提出する税制改正要望に盛り込まれなかったものの、「控除対象外消費税問題の抜本的解決」に向けて、引き続き交渉を続けていく姿勢を示した。

ただし、医療を非課税から課税に転換する場合には、現行の優遇税制の取扱いが課題となる。財務省から診療報酬の所得計算特例措置(いわゆる四段階制)の縮小・廃止などを要求されれば、診療所・歯科診療所と利害が対立してしまう。このため、病院に対する税制と診療所・歯科診療所に対する税制の取扱いを分けることができれば、医療界の意見を一致させることができるとした。

■ 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
臨床研修指導医講習会 (40名)	2019年10月12日(土)～10月13日(日) 【全日病会議室】	66,000円(税込) (88,000円(税込)) (昼食、夕食代・資料代含む)	全日病と日本医療法人協会との共催。病院における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導體制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につけることを目的とする。
高齢者医療研修会 (100名)	2019年11月2日(土)～11月3日(日) 【AP 秋葉原】	55,000円(税込) (82,500円(税込)) (昼食代、資料代含む)	全日病と日本老年医学会との共催。本研修は総合評価加算の施設基準に記載のある「総合的な機能評価に係る適切な研修(16時間以上)」に該当する。2日間の受講を修了した人には「修了証」を発行する。
看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会 (60名)	2019年10月20日(日) 【全日病会議室】	11,000円(税込) (昼食代含む)	看護師の特定行為研修の質の担保を図るため、同研修制度創設の背景や趣旨、内容等の理解を促進し、効果的に指導者講習会を開催できるよう研修プログラムを構成。参加者には「修了証書」を発行する。