



# 全日病 ニュース 2018.10.15

## No.927

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

## 「成熟社会における医・食・住」をテーマに全日病学会開く

第60回 全日本病院学会 in 東京 参加者3,200名を超える

「第60回 全日本病院学会 in 東京」が10月6・7日、東京都支部の担当で「成熟社会における医・食・住」をテーマに東京・台場で開催された。参加者は3,200名を超え、障がい者スポーツと医療との係わりを考える企画をはじめ、AI、IoTの第一人者による特別講演、さらに地域医療構想や医師の働き方改革に関するシンポジウムなど多彩なセッションが行われ、日常の診療活動から視野を広げ、成熟社会における医療や病院のあり方考える機会となった。

成熟社会とは、量的拡大を追求する経済成長が収束し、精神的豊かさや生活の質の向上を重視する平和で自由な社会を意味する。

2年後の2020年には、東京でオリンピック・パラリンピックが開催される。学会ではパラリンピックを支援する思いから、特別講演「障がい者スポーツと医療との係わり」を企画。パラリンピアン三阪洋行氏(元ウィルチェアラグビー日本代表)が講演した。三阪氏は高校時代の事故により頸椎を損傷し車椅子の生活となったが、ウィルチェアラグビーと出会ってチャレンジする喜びを知ったと話し、「障がいがあっても支援を得ることで同じ場所で暮らしていくことができる」と述べた。

成熟社会は、多様性を認め、誰もが暮らしやすい社会である。急速に進歩するAIやIoTのテクノロジーがそれを後押ししている。2日目午前の特別講演では、筑波大学の山海嘉之教授(CYBERDYNE株式会社代表取締役社長)が、世界初のロボット治療器機HALを紹介。障害によって失われた機能を蘇らせる研究成果は参加者を驚かせた。

成熟社会では、高度経済成長時代にデザインされた政策を若い世代の視点から変えていく必要がある。1日目の

市民公開講座では、AIや食の分野で活躍する若手起業家が講演したほか、2日目の特別鼎談では、小泉進次郎衆議院議員が「人生100年時代」を展望し、人口減少を強みに変える新たな社会モデルを提案した。そのほか、全国各地で街づくりに取り組む新進気鋭の建築家による講演など、学会テーマに沿って多彩な企画が行われた。

開会式で挨拶した猪口雄二学会長(全日病会長)は、「どのセッションに参加しても満足いただけるプログラムを用意した」と述べ、積極的な討論を呼びかけた。

来賓として挨拶した厚生労働省の鈴木俊彦事務次官は、2025年の先を見据えた新たなビジョンづくりに取り組んでいることを紹介。支え手である生産年齢人口の急減という困難な課題を克



服するため、健康寿命の延伸や医療・介護サービスの生産性向上に取り組んでいくと説明した。

日本医師会の横倉義武会長の代理として中川俊男副会長が挨拶し、「診療所とともに医療の根幹をなす病院が果たす役割は重要だ」と述べ、学会の成果に期待した。東京都医師会の尾崎治夫会長は「在宅医療を進めるには、後方から支援する病院が必要であり、全日病の協力が不可欠」と述べた。

四病院団体協議会を代表して挨拶し

た日本病院会の相澤孝夫会長は、「医療だけでなく介護、福祉、住まいを含めて支えていく必要があり、地域とともに生きる病院が強く求められている」と祝辞を述べた。

開会式に続いて、厚労省の吉田学医政局長と猪口学会長による特別講演が行われ、その後、各会場に分かれてシンポジウムやパネルディスカッション、演題発表が行われた。(全日病ニュースでは、11月1日号、15日号、12月1日号で東京学会の様相を紹介します)



## 医師の働き方改革と救急・災害医療を議論

厚労省・社保審医療部会

地対協の通知について解釈文書を要望

社会保障審議会・医療部会(永井良三郎会長)は9月26日、厚生労働省より医師の働き方改革、救急・災害医療提供体制に関する検討状況について報告を受け、議論した。審議項目ではなかったが、厚労省が7月に発出した地域医療対策協議会運営指針に関する通知について、解釈文書を発行するよう求める意見が委員から出された。

厚労省は9月に再開した「医師の働き方改革に関する検討会」の議論の状況を報告した。

医師の当直をめぐって厚労省は、いわゆる「寝当直」など、ほぼ診療がない状態もあると説明したが、委員からは、「救急患者が来たら対応するとの契約なら、結果的に1件も救急がなくても、病院内で過ごすことで医師にとって心身の負担であることには変わらない。オンコールも同様だ。タイムスタディには見えない医師の心身の負担をどう軽減していくか、議論してほしい」と求める意見があった。

当直明けの勤務のあり方を検討会で議論するよう求める委員もいた。

医師需給や医療の質の観点から、医師の働き方改革は慎重に進めるべきと

する意見もあった。「働き方改革をして労働量が減るのなら、医師を増やさないと現場がまわらない。労働基準監督署が立ち入り調査を行った病院では、土曜外来を廃止するなど、診療体制が悪くなっている。急速に働き方改革を進めて医療現場が崩壊するようなことがあってはならない」と主張した。

厚労省の吉田学医政局長は、「働き方改革の検討会の委員は、医師の働き方改革を進めるといふ基本認識のもと、地域医療への影響を考慮するとともに、タスクシフティングや勤務環境改善など医療においても新しい方向へと踏み出す必要があるという視点ももっている。国民の医療のかかり方についても検討すべきであり、こういった複合的な“連立方程式”の中で医師の働き方改革の問題を解いていくということ。働き方改革の結果、日本の医療がよくなるよう、従来のルールや実態を見直すことが出発点だ」と説明し、理解を求めた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、働き方改革の議論を医師需給の検討に「しっかり反映してほしい」と厚労省に訴えた。

災害時の患者搬送体制に課題

厚労省は「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の議論の状況を報告した。

全国知事会の参考人からは、AMATや日赤の救護班等、DMAT以外の災害医療チームについて、「各県レベルで調整するのは難しい」として、国レベルで調整することを議論してほしいとの要望が出された。

他の委員からは、先の北海道胆振東部地震災害において、停電した病院から、人工呼吸器や人工透析の患者を他病院に搬送する手段が不足したとの報告があった。

厚労省の鈴木健彦地域医療計画課長は、「患者の搬送体制には課題があると認識している。議論をしていく」と述べた。

地対協通知の解釈文書示す

委員より、7月25日付けで厚労省が都道府県知事宛てに発出した通知について、都道府県に混乱が生じているため、解釈の文書を出してほしいとの要望があった。

厚労省が「地域医療対策協議会運営



指針について」と題して発出した通知では、都道府県が設置する地域医療対策協議会(地対協)の構成員の属性を細かく指定し、人数を極力絞るべきなどと定めている。国は都道府県の施行状況を毎年度フォローアップし、必要に応じて都道府県に改善を求めるとも明記している。

これについて、委員は「国ががんじがらめにして、都道府県を監視するとも読める。都道府県にそう思われているので、早急に文書を出してほしい」と求めた。鈴木地域医療計画課長は「県の組織をがんじがらめに縛ろうという意図はない」として、通知を解釈する文書を発出する考えを示した。

このほか、ACPの取組み状況と2019年度概算要求の概要を厚労省が報告した。厚労省はACPの愛称を一般に募集し、1,070件の応募があった。ACP愛称選定委員会が審査し、11月ごろに決定する。

# DPCデータ提出が要件化される病院の範囲を変更

中医協・総会

## 2018年度診療報酬改定の経過措置見直し

中医協総会は9月26日、DPCデータの提出が入院基本料等の要件となっている病院の範囲を変更することを了承した。2018年度診療報酬改定でDPCデータ提出が求められる病院の範囲を拡大し、経過措置で実施は来年4月となっているが、体制が整わない病院があることから経過措置を見直す。また、来年10月の消費税引上げに向けた議論のスケジュールを決めた。

2018年度改定では、データ提出加算の算定が義務化される病院を拡大した。具体的には、「7対1・10対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料」から「急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6(許可病床200床以上)、療養病棟入院基本料(許可病床200床以上)」となった。

新たにDPCデータ提出が義務化される病院に対しては、1年の経過措置を設け、来年4月実施となっている。

DPCデータ提出に関するこれまでの実績とデータ収集の重要性からデータ提出を求める病院の範囲を拡大することになった。しかし、体制を整えるのが難しい病院があるとの指摘も出ていた。例えば、病院としては、データ提出の対象外である精神科の診療が中

心でも、一部が療養病床で許可病床が200床以上になってしまう場合も存在する。このように、病院全体では精神科を主に担う病院などは、当初の議論の想定外であったことから見直しを決めた。

経過措置の見直しでは、回復期リハ病棟入院料5・6または療養病棟入院基本料を算定する病棟の病床数が「200床以上の場合」に義務化の対象とすることとし、精神病棟は除外することとした。一方、急性期一般入院基本料など病床数にかかわらず、データ提出を求める病院は見直しの対象としない。

全日病会長の猪口雄二委員は、「今回、精神科を主に担う病院が問題になったが、規模が小さい療養病棟の病院も、診療報酬が包括化されていることから、(個別の診療報酬項目を記載する)DPCデータ作成の体制は十分ではない。一方で、診療情報を集めることは重要であり、病院全体に広げる議論は、時間をかけて丁寧に行っていくことが重要だ」と見直しを歓迎した。

### 来年10月の消費税引上げに伴う対応

来年の消費税引上げに向けては、控除対象外消費税に対応するため、税制上の仕組みを創設することの如何にかかわらず、診療報酬による補てんは行う予定となっている。来年10月の引上

げに対応するため、薬価・材料価格改定を行うが、市場実勢価格を反映させた引下げも同時に行う。市場実勢価格を反映させた引下げについては、来年10月実施を厚生労働省は想定しているが、来年4月に実施すべきとの意見も政府内にある。

一方、2020年度改定の通常のスケジュールでは、来年9月の薬価調査に基づき薬価改定を行う。来年10月に薬価改定を行うと、9月調査は改定前なので、そのデータは使えない。このため10月以降に、調査を実施する必要がある。猪口委員は、「消費税引上げへの対応と2020年度改定のスケジュールは、あまりに複雑で、通常の妥結も見通せない。改革の進め方について、簡素化が必要だ」と要望した。

当面のスケジュールとしては、これらの問題に対応するため、まずは総会で関係業界からヒアリングを行う。あわせて、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」や「薬価専門部会・保険医療材料専門部会」の議論を踏まえ、年内に骨子をまとめる考えだ。

そのほか、北海道胆振東部地震の医療保険・診療報酬における対応が報告された。被災地の医療機関に対し、◇レセプトの提出期限の延長◇医療法上の許可病床数を超過する入院◇看護配置の変動◇平均在院日数、「重症度、



医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合が基準を満たさない場合—などでも診療報酬の算定を認める。被災地以外の医療機関に対しても、被災地の医療機関からの転院などで基準を緩和する。

### 概算医療費の伸び率は2.3%

厚労省が2017年度の概算医療費を説明した。それによると、医療費は42.2兆円で対前年度比2.3%(約0.9兆円)の増加となった。2015年度は画期的なC型肝炎治療薬の保険適用などで医療費は3.8%の伸びとなったが、2016年度はその反動で▲0.4%となり、高額薬剤の影響で医療費が大きく変動した。2017年度は最近の医療費の動向に見合う伸び率となっている。

概算医療費は労災や全額自費の医療費は含まないが、医療費全体の98%に相当する。2017年度の医療費の伸びは、休日数等の補正後でも2.3%である。

医療費の内訳をみると、入院が17兆円、入院外が14.4兆円、歯科が2.9兆円、調剤が7.7兆円となっている。1日当たり医療費の伸び率は2.4%、うち入院が2.0%、入院外が2.1%、歯科が1.3%、調剤が1.8%である。受診延日数の伸び率は▲0.1%となっている。

# 5疾病・5事業、在宅医療の取組み状況を報告

厚労省・医療計画見直し検討会

## 調整会議で個別疾病議論することに違和感

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は9月28日、今年度から始まった医療計画における5疾病・5事業、在宅医療の取組み状況の報告を厚労省から受けた。取組み状況を評価し、2020年度の中間見直しに反映させるとともに、次期医療計画につなげる。一方で、5疾病・5事業、在宅医療の提供体制を個別に、地域医療構想調整会議で議論することには、「違和感がある」との意見が相次いだ。

5疾病・5事業、在宅医療の提供体制の整備は、都道府県の医療計画の役割の一つ。5疾病・5事業は、◇がん◇脳卒中◇心筋梗塞等の心血管疾患◇糖尿病◇精神疾患◇救急◇災害◇へき

地◇周産期◇小児である。今年度が初年度で、3年後の2021年度に中間見直し、2024年度から次期計画が始まる。5疾病・5事業、在宅医療の状況は毎年収集し、同検討会で公表。課題を検討し、必要に応じ、中間見直しや次期医療計画に反映させる。

同日の検討会では、5疾病・5事業、在宅医療のそれぞれについて、報告があった。例えば、脳卒中では、「37都道府県が、脳卒中医療圏を二次医療圏と同一に設定」、「23都道府県が、地域医療構想調整会議で、脳卒中医療体制の議論を行っている」、「26都道府県が、急性期専門的医療を実施する医療機関と申し出た医療機関の実際の体制を確認している(t-PA投与、血管内治療

等の実績)」などが示された。

報告の多くは、健康局所管の各検討会などが検討してきた結果に基づく。ただ、調整会議が5疾病・5事業、在宅医療を議論の対象にしたかどうか、検証項目になっていることに対し、委員から違和感を示す意見が多く出た。

全日病副会長の織田正道委員は、「現状の調整会議は、公的医療機関等改革プランなどを材料に、医療機能の分化・連携の議論をするのが精一杯。疾病・事業別の議論を行う余裕はない。むしろ、超高齢社会では、複数の疾患を抱える患者が増えることへの対応が重要になる」と述べるとともに、疾患別の全国一律の指標を導入することに警戒感を示した。一方で、救急などの提供



体制は、「まさに、調整会議で議論すべき課題だ」と強調した。

そのほかの委員からも、「がんで認知症があり、心血管疾患を抱える高齢患者が増えている。複数疾患を抱える患者が増える中で、個別疾患の体制を考える必要がある」、「医療機能の分化・連携を図るといって調整会議の目的が曖昧になる」などの意見が出た。

これらの意見を受け、厚労省は今回の報告は、医療計画の記載項目の見直しが目的で、調整会議の役割を見直すものではないことを明確にした。医療計画見直しの議論として、今後、個別疾患の目指すべき提供体制について、アウトカム指標を含めた指標の導入などを検討していく方向だ。

# 国民・関係者への普及啓発を協議

厚労省・全国在宅医療会議WG

## 人材育成事業を評価の方針

厚生労働省の全国在宅医療会議ワーキンググループ(新田國夫座長)は9月26日、国民や関係者に向けた在宅医療の普及・啓発に関し、協議した。在宅医療に従事する医療関係者を育成する講師人材派遣事業を評価する方針が示されるとともに、国民向けの在宅医療のリーフレットを作成することを了承した。今後、親会議の全国在宅医療会議に報告する。

在宅医療に関わる関係者への普及・啓発では、地域で在宅医療を担うことができる人材を養成するための講師人材養成事業を実施。医師対象の「高齢者向け在宅医療」と「小児向け在宅医療」、看護師対象の「訪問看護」の3分野ごとに、研修プログラムの開発を行っている。相応の経験を積んだ医療従事者には、中央研修を受けてもらう。

中央研修は、「高齢者向け在宅医療」と「小児向け在宅医療」は2015年度から、「訪問看護」は2016年度から開始。これまでの参加者はそれぞれ約740名、約420名、約240名で、計約1,400名の人材を養成している。

当日のワーキンググループでは、3分野の主催団体である日本在宅ケアアライアンス、国立成育医療研究センター、全国訪問看護事業協会の代表から事業の内容や課題などの報告を受けた。

同事業について厚労省は、「養成された人材が地域でどのように活動しているかという実態は十分に把握できていない」ことを問題視。その上で、「来年度、同事業で養成した人材の活動状況の実態調査を3分野共通で実施することを検討している。具体的には、地

域での講師としての活動実績や研修後に必要な知識の習得につながったかを評価したい」と提案し、了承された。

全日病名誉会長の西澤寛俊構成員は、「人材育成事業に対して、積極的に取り組んでいることは評価したい。ただ、地域で研修を受ける対象者は、訪問診療の専門医師や、外来・在宅の両方を担う医師、病院所属で訪問診療する医師など幅広い。こうしたことを踏まえて事業を展開してほしい」と発言した。

### 国民向けのリーフレットを作成

国民への普及・啓発では、ワーキンググループ内の小グループから、2回の議論の結果が報告された。療養の際の選択肢の一つとしての在宅医療に対する理解が深まるよう普及・啓発のリーフレットを作成することとなった。



リーフレットは、外来に通院中の高齢者を対象に作成。自治体や医療機関等が使用できるよう簡易なものとし、三つ折り両面印刷1枚の様式で作成。地域の実情によってカスタマイズできるサンプルとして提供する。厚労省のホームページにリーフレットのパワーポイント版を掲載し、必要に応じて加工できるようにする。西澤構成員は、「利用者の方々の意見も取り入れ、みんなが手にしたいと思えるような、よいものにしてほしい」と要望した。

また、厚労省は、2017年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査事業の結果を報告。厚労省のホームページに掲載している岩手県釜石市など14地域の事例を集めた報告書の内容を説明した。

# 都道府県の医師確保策に向け医師偏在指標示す

厚生省・医師需給分科会

医師少数区域と医師多数区域を設定

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は9月28日、先の国会で成立した改正医療法等を具体化させる議論を始めた。同日は厚生省が、医師偏在指標を提案。医師少数区域や医師多数区域の設定などに用いることを想定している。全日病副会長の神野正博委員は、「ようやく空砲ではなく、実弾を伴った医師偏在対策が講じられる」と歓迎。委員から概ね了解を得た。

改正医療法等では、「現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す医師偏在指標」を導入することを定めている。それにより、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域を可視化し、都道府県知事が医師偏在の度合いに応じて、「医師少数区域」と「医師多数区域」を指定し、具体的な医師確保対策を講じられるようにする。基本的には、都道府県内で医師多数地域から医師少数地域に医師を動かす対策が検討されることになる。

現状では、医師偏在を表す指標として、人口10万人対医師数が一般的に用いられている。しかし、医師の性別・年齢分布や診療科などが反映されておらず、医師の偏在を統一的に測る「ものさし」になっていないとの問題があった。医師偏在を地域の実情に合った形で、適切に示す指標が求められていた。

今回、厚生省が提案した医師偏在指標は、人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による受療率の違いを調整したもの。現在の医師数を前提に、各種要因を調整した上で、地域ごとに相対的な医師の「多い・少ない」を判断する指標だ。したがって、日本全体でどれだけ医師数が必要かという議論は、医師の働き方改革の議論などを踏まえ、今後改めて実施する医師需給推計の検討の場に委ねられる。

同日も、理想の医師数を目指して、医師偏在指標を検討すべきとの意見が出たが、それは別の議論に譲り、今回の医師偏在指標においては、現状の医師数を前提とすることで合意を得た。一方、医師偏在指標への反映が必要

になる要因については、以下のように対応する。

患者の流出入については、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。これに関して、「訪日外国人が増加している中で、居住していない患者の動向の把握も必要」との意見も出た。また、東京と埼玉、神奈川など夜間人口と昼間人口が大きく異なる地域の調整も行う。

無医・準無医地区は、そもそも人口が少なく、医師偏在指標では医師少数区域にならない場合がある。このため、法律上、医師の確保を特に図るべきとされている地域については、一定の考え方のもと、医師少数区域に含める。神野委員は、医師少数区域に含める地域を考える上で、「社会的インフラの状況が医療へのアクセスに直結する。実態を把握するため、都道府県から十分な情報を得て検討する必要がある」と述べた。

地域住民の人口を性・年齢階級別に区分するだけでなく、医師数も、性別・年齢階級別に区分して、平均労働時間の違いを調整する。これにより、性・



年齢階級別に労働時間が異なる問題に対処する。入院外来別の医師偏在は今後、外来医療機能の不足・偏在を検討する際に改めて議論する。

診療科別の医師偏在は、喫緊の対応として先行的に、小児科と産科の指標の考え方を暫定的に提示した。周産期医療と小児医療は、医療計画に、特に政策的な対応が必要とされているにもかかわらず、医師数が相対的に少なく、増加割合も低く、人口当たり医師数の分布が他の診療科と異なることが背景にある。他の診療科と比べ、代表的な指標を作りやすいことも理由だ。

具体的には、産科では、15～49歳人口当たりの分娩数を基準として、指標を作成する。小児科では、15歳未満の人口をもとに指標を作成する。その際、小児科に限らず、内科医や耳鼻咽喉科でも診療があるため、医療需要の一定割合を小児科が対応していると考えられる。

# 日本専門医機構への意見を議論する部会が初会合

厚生省・医師専門研修部会

東京への集中やシーリングの超過に懸念の声

医道審議会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は9月28日、初会合を開催した。医師専門研修部会は、新たな専門医制度について、医師法に基づき、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣が述べる意見を審議する。同日の会議では、厚生省が示した省令案を了承するとともに、機構と学会への意見に盛り込むべき事項を議論した。次回、10月15日の会議で大臣の意見をまとめる予定だ。

今年7月の医師法改正により、厚生労働大臣が日本専門医機構や学会に対して意見を述べる際には、医師研修にその意見を反映させることが努力義務

となった。大臣が意見を述べる対象の団体は、厚生労働省令で定める。厚生省は同日の部会に日本専門医機構のほか18学会を含めて計19の団体を定める省令案を提示し、了承された。大臣は学会に対しても個別に意見を言えることになる。厚生省は、省令の施行通知案も部会に示した。

部会には、2018年度の専門研修プログラムの状況が示された。専攻医が都市部に集中し、地域医療に悪影響を与えることが懸念されてきたが、2018年度の都市部5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)における採用数は3,870人で、全体の46.0%にのぼった。

なかでも東京都では1,824人が採用され、全体の21.7%を占めた。2017年の初期臨床研修医数(1,350人)も上回った。地域医療を重視する観点から、東京への集中を懸念する意見があった。

日本専門医機構では、都市部への専攻医の集中を抑制するため、2018年度開始プログラムでは、5都府県については採用者数が過去5年の専攻医採用実績の平均値(シーリング)を超えないこととした。厚生省は2018年度専攻医採用数を示し、プログラム制とカリキュラム制を合計した人数で、小児科、精神科、耳鼻咽喉科、泌尿器科の採用数がシーリング上限を上回っているこ



とが明らかになった。

委員より、2019年度のプログラムのシーリングの状況を部会で確認すべきとの意見があった。厚生省は、専攻医の募集が終わった段階で、シーリングを確認する会議を開催する考えだ。また、「カリキュラム制を整備するように求めてきたが、検討が進んでいない」との指摘があった。厚生省はカリキュラム制研修を行う予定のない学会もあることを問題視し、大臣の意見に盛り込む考えを示した。

# 医療・介護連結データの迅速な提供に向けた方法を議論

厚生省・医療・介護データ解析基盤会議

介護データの第三者提供のなかで

厚生労働省は9月27日、「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」を開催した。レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)と介護保険総合データベース(介護DB)の連結に関して、オープンデータの扱いなどについて意見交換した。

有識者会議は、7月19日に「これまでの議論の整理」として、次の6つの論点について、一定の整理を行った。  
①データの収集・利用目的、対象範囲  
②第三者提供 ③実施体制 ④費用負担

⑤技術面の課題 ⑥今後の進め方。これらの論点のうち、データの収集・利用目的に関する法規制などは、法改正が必要なため、厚生省が法案提出に向けた検討を進めている。有識者会議では、さらに詳細な点について、検討が続いている。

なお、有識者会議は年内を目途に報告書を取りまとめ、社会保障審議会の医療保険部会と介護保険部会に報告する予定だ。

同日の会議では、データの第三者提

供に関する審査とデータ提供を迅速化する一つの方策である「オープンデータ」などについて議論した。

現在、NDBについてはオープンデータの公表を行っている。NDBはレセプト情報や特定健診情報など、機微性の高い情報が含まれるため、その詳細なデータを研究者等が利用するには、厳しいセキュリティ要件を満たす必要がある。さらに、データの抽出にも時間がかかる。とはいえ、必ずしも詳細なデータを必要とする研究者が多いわけではなく、基礎的なデータを見たいという研究者もいることから、厚生省は定期的に汎用性の高い基礎的なデータの集計票を作成し、オープンデータとして一般に公表している。

厚生省は、NDBと介護DBを連結したデータについても、今後、オープンデータを定期的に公表するのかどうか、研究者らのニーズを踏まえて検討していくことを論点として示した。

委員からは、「オープンデータは絶対に安全なものでなければいけない。医療と介護を連結したデータベースについても、絶対に安全で保守的なもの



としてオープンデータをつくり、利用者の声を聞きながらよくしていくという道筋が大切だ」との指摘があった。

介護DBについてはデータの第三者提供自体がこれから始まる段階で、オープンデータはまだ作成されていない。委員からは、医療と介護を連結したデータベースのオープンデータをいきなりつくるのではなく、まずは介護DBの第三者提供を行うなかで、研究者等からのニーズがあれば介護DBのオープンデータから作成して公表するほうがよいとの意見もあった。

医療と介護のデータベースは匿名性を確保しつつ、患者・利用者の「氏名(カナ)」「性別」「生年月日」の3項目を利用して連結する方向だ。厚生省は、将来的に導入が見込まれる個人単位被保険者番号についての準備状況も踏まえて、連結解析の技術的な対応については、さらなる検討が必要との認識も示している。

## 新厚生労働大臣に根本匠氏 第4次安倍改造内閣が発足

第4次安倍改造内閣が10月2日に発足した。厚生労働大臣には元復興大臣兼福島再生担当大臣の根本匠氏が就任した。働き方改革担当大臣も兼務する。根本氏は厚生政務次官や内閣府副大臣、内閣総理大臣補佐官などを歴任してきた。

根本新大臣は、初登庁後の会見で今後の課題として、持続可能な社会保障制度の構築や働き方改革をあげた。

全世代型社会保障改革担当大臣を兼務する茂木敏充経済再生担当大臣との役割分担については、「全世代型の社会保障改革の中心は厚生労働分野だと思う。ただ、関連する省庁もあるため、茂木大臣が全体をみながら調整する。その意味で連携が必要だ」と述べた。



# 医師の働き方改革で要望書

## 四病協・総合部会 厚労省検討会に提出

四病院団体協議会は9月26日の総合部会で、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」に要望書を提出することを決めた。医師の働き方改革の議論が本格化していることを踏まえ、時間外労働時間の上限をはじめ応召義務、宿日直、自己研鑽など重要な論点

に関し、要望する。総合部会後の会見で、加納繁照議長(日本医療法人協会会長)は、地域医療の医師不足は解消しておらず、医師の働き方改革が医師需給の問題に深く関わることを訴えた。厚労省の検討会には、すでに日本外科学会や日本麻酔

科学会も要望書を提出している。また、控除対象外消費税の問題に関しては、厚労省の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で、診療報酬による補てんが十分であったかを検証しているが、加納議長は「ブラックボックスの部分が多く、我々が行う検証を難しくしている、それができるように要望していく」と述べた。電子カルテの標準化について、病院団体が強く要望しているにもかかわらず、厚労省の来年度概算要求に、それ



会見する加納繁照議長(右)と伊藤伸一・日本医療法人協会会長代行(左)

に関する予算要求がされていないことに、不満を示した。

# 補てんは基本診療料への上乗せが望ましい

## 日病協・代表者会議 他の項目への上乗せ求める意見も

日本病院団体協議会は9月28日に代表者会議を開き、控除対象外消費税問題や薬価改定などを中心に議論を行った。控除対象外消費税問題に対する診療報酬による補てんの手法は、これまで通り基本診療料に点数を上乗せすることが望ましいとの意見が多かった。薬価の毎年度改定については、実務的な作業の煩雑さや診療報酬改定財源の確保に関し、懸念が出た。

に、税制上の新たな仕組みが創設される場合でも、診療報酬での対応が必要になる。日病協では、その手法について、5%から8%の引上げの際と同様に、基本診療料への上乗せが望ましいとの意見が多かった。その他の個別点数に上乗せすると、複雑になり、補てん不足を後から検証することが難しくなるというのが理由の一つだ。

で行うが必要になる。日病協では、「基本診療料以外の補てんの検討にも踏み込むべき」との意見が出たという。薬価等改定については、消費税率引上げに伴い来年度中に行われるほか、再来年度には通常の改定が予定される。来年度は4月と10月の選択肢がある。毎年の改定については、医療機関の実務作業が煩雑になることや卸売業者との価格交渉で妥結が困難になることを指摘する意見が出た。毎年度の薬価改定になると、2年に一度の医科本体の

ただ、税制上の新たな仕組みが創設されなければ、診療報酬の補てんはできるだけ、ばらつきを少なくする手法



会見する山本修一議長(右)と長瀬輝副議長(左)

改定財源が減ってしまうことへの懸念も強調された。

また、電子カルテの標準化に向けて、日病協としての考え方を整理する方針を示した。現段階では、技術的な課題の共通認識が不足しているため、課題を明らかにする。

# 相次ぐ災害踏まえ、EMIS改善の方針で一致

## 厚労省・救急災害体制在り方検討会 操作性向上や入力項目の追加図る

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は9月27日、各地で相次いだ災害を踏まえ、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)を改善する方針で一致した。操作性向上や入力項目の追加、登録基準の設定などにより、災害時の入力率向上などを図る。ドクターヘリの運用上の課題も議論した。

ところが、7月豪雨、台風21号、北海道胆振東部地震において、情報が十分に把握されず、「電話やDMAT、保健所職員などが直接現地へ行き、確認するなどの全数調査を余儀なくされた」という。

フェースにして、多くの医療関係者が入力しやすい仕様とする。イノベーションを取り入れ、EMISアプリを開発して、タブレットやスマートフォンによる閲覧・入力も可能とする方向だ。また、通信途絶状況での対応も検討する。人力を用いず、自動的に入力される項目をできるだけ増やしていく意向も示された。入力率を上げるため、プッシュ型システムとし、訓練モードも設定する。

厚労省はEMISの問題点を、①システムの操作性が悪い②入力を促すプッシュ型システムとなっていないことから、病院の入力が少ない③断水時の給水支援、停電時の自家発電の燃料補給、非常用電源がない場合の電源車派遣に必要な入力情報が不足している一と整理した。また、停電時にインターネットが使えなくなる問題も指摘した。その上で、これらの課題に対応するための方向性を示し、概ね了承を得た。

また、北海道胆振東部地震では、長期の停電が予測されたため、透析診療所など病院以外の情報収集も必要になったので、インセンティブを設けた上で、特定の診療所の登録を義務化する。

操作性の改善では、EMISのバージョンアップを図り、円滑な動作を実現する。ユーザーに優しいインタ

入力項目の追加では、平時から入力する基礎情報として、貯水槽や自家発電機の有無、容量、燃料種別などをあ



げた。被災時に入力する項目としては、水や燃料の残量や枯渇するまでの期間などを示した。

ドクターヘリについては、現状で指摘されている課題を踏まえ、公立豊岡病院但馬救命救急センターの小林誠人センター長、東海大学医学部救命救急医学の猪口貞樹教授、全日本航空事業連合会ドクターヘリ分科会の辻康二委員長からヒアリングを行った。

一方、厚労省は今後の課題として、◇都道府県間の連携運用の強化◇ドクターヘリ特有の問題や運用方法の妥当性の検証◇安全性の観点から双発性エンジンの機体◇夜間運航の整備をあげた。委員からは様々な意見が出たが、引き続き議論の整理が必要となった。

# 在宅や介護など領域別のプログラムを設定

## 厚労省・看護師特定行為研修部会 パッケージ化し重複項目を整理

医道審議会・保健師助産師看護師分科会の看護師特定行為・研修部会(桐野高明部会長)は9月28日、特定行為に係る看護師の研修制度見直しの議論を開始した。厚生労働省は、在宅や介護、周術期管理など領域ごとに研修プログラムを設定。パッケージ化して、重複する研修項目を整理する方針を示した。

研修の質を担保するため、行為別の目標などを設定③制度の普及啓発と事務負担の軽減が示された。

もに、パッケージ化を進めれば、看護師に大きなチャンスとなる」と述べた。また、「恵寿総合病院では、7人が特定行為の研修を修了している。他の病院からも、eラーニングと実習を1年間受ける看護師もおり、こうした中小規模の病院の好事例を紹介してほしい」と述べた。

研修内容に関しては、在宅、慢性期、外科、周術期管理などの現場で活用しやすい領域を設定し、頻度の高い特定行為をパッケージ化することで、効率的で効果的なコース別の研修とする方向性が示された。

他の委員からも見直しの方向に賛同する意見が多かった。厚労省は、来年2月に見直しの具体策をまとめ、省令改正案を部会に提示。4月に省令と通

全日病副会長の神野正博委員は、「頻度の高い特定行為のパッケージ化には賛成だ。特定行為の区分の見直しと



知を改正する予定となっている。

特定行為研修の質の担保では、厚労省が行為別の到達目標の設定やフォローアップの研修の実施、研修修了者同士の情報交換の場の設定をあげた。

研修制度の普及・啓発では、シンポジウムやリーフレットの活用、「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」の充実を提案した。

# 放射線の安全管理5項目示す

## 厚労省・放射線管理検討会

厚生労働省は、9月28日の「医療放射線の適正管理に関する検討会」(米倉義晴座長)に、医療放射線の安全管理

のための指針案を示した。来年度以降、病院は医療被ばくに関して指針を作成する必要がある。厚労省は、指針に関し、5項目の基本的事項を示し、概ね了承を得た。来年度施行する省令にガ

イドラインを位置づける。5項目は、①基本的な考え方②安全管理のための従事者に対する研修③安全の確保を目的とした改善のための方策④放射線の過剰被ばくとその他放射線診療に関する事例発生時の対応⑤医療従事者と患者との間の情報の共有からなる。基本的な考え方では、医療

被ばくに関して線量限度を設定することは、「便益より害のほうが多いため、適切ではない」とした。その代わりに、「医学的手法の正当化と放射線防護の最適化」を重視する。

職員研修は、年に1回実施し、研修の実施内容を記録。他の医療安全の研修とあわせ、実施することを認める。