



# 全日病 NEWS 2019.2.15 No.934

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

## 消費税10%に伴う医療機関の負担で公聴会

中医協 個々の病院に対応できる対策を引続き検討すべき

中医協は1月30日、2018年度診療報酬改定の公聴会を都内で開催した。消費税10%への引上げに伴う控除対象外消費税の問題に対し、診療側と支払側、患者側の立場の異なる10人が意見を述べた。青海市立総合病院の原義人病院長は、今回の対応はこれまでに比べれば、精緻な補てんになるとして、一定の評価を与えつつも、「個々の病院の補てん不足に対応できる対策を、引続き検討してほしい」と強調した。

2018年度改定は、2年に1度の通常改定と異なり、消費税が10月に10%に上がることに伴い、医療機関などに生じる消費税負担に対し、診療報酬に補てんを行うもの。これに関して、診療側と支払側、患者側の立場の異なる10人が意見を述べた。補てんの方法の考え方に対しては、概ね共通理解が得られたが、発言者の立場からそれぞれ意見や要望があった。

病院の立場からは、原病院長が発言。

まず、これまでの対応を振り返り、「消費税5%までの対応分は、その後の改定で曖昧になり、補てん状況がわからなくなった。8%までの対応では、ばらつきはあるが、マクロでは100%に近い対応だとされていたのが、検証に間違いがあり、実際は病院全体で85%の補てん率だった」と述べ、病院は補てん不足の厳しい状況に置かれていると訴えた。

その上で、「今回の対応では、シミュレーション結果によると、100%に近くなり、著明な改善が見込まれ、一定の評価ができる」と述べた。

他方、「それでも個々の病院に対応した補てんではない」と指摘。2019年度予算編成において、補てんに加えて、医療機器の新たな特別償却制度、基金の創設・増額などがあり、一定の配慮がなされたとしても、「個々の病院にどれだけ恩恵があるかはわからない」との懸念を示した。

このため、「個々の病院単位で補てん不足が検証できるようにし、不足があれば早急な改善が必要」とした。消費税が10%を超えて上げれば、控除対象外消費税の問題がさらに深刻になるため、個々の病院の補てん不足に対応できる対策を、中医協で引続き検討することを求めた。

東京都医師会の蓮沼剛理事も、検証の間違いにより、補てん不足が4年間放置されたことに「衝撃を受けた」と述べた。補てんの方法について、診療報酬の個別項目に補てんを行うと、後から検証を行うことが困難になるため、これまで通り基本診療料に対する上乗せとしたことに、賛意を示した。

そのほか、合計10名の意見表明があったが、補てんの方法の考え方に対しては、異論は出なかった。他方、特に、支払側の立場の発言者からは、医療が非課税であるにもかかわらず、税



額相当分が診療報酬に上乗せされ、税金・保険料・自己負担で賄っていることを多くの人が知らない」と指摘。公聴会以外でも、厚生労働省が国民に周知活動を行い、理解と納得を得る努力が必要との意見があった。

国民への理解という点では、今年1月1日から凍結された妊婦加算に対する言及もあった。支払側の立場の発言者は、「妊婦加算に関しては、やはり患者の視点での検討が欠けていたのではないかと。妊婦加算だけでなく、例えば、機能強化加算などにも似たような問題があるのではないかと」との問題提起があった。ただ、蓮沼理事は、「私の知る限り、現時点で機能強化加算に対する苦情はない」と述べた。

## 2024年の規制適用までに労働時間短縮を目指す

厚労省・医師の働き方改革検討会 医師労働時間短縮計画を策定

厚生労働省は2月6日の医師の働き方改革に関する検討会(岩村正彦座長)に、医師への時間外労働規制が適用される2024年までの5年間の猶予期間に、医療機関が医師労働時間短縮計画を策定し、計画的に労働時間短縮に取り組む仕組みを示した。都道府県などが支援するが、それとは別に専門的な見地で取組みを分析・評価し、長時間労働が改善されない医療機関を指導する組織も検討する。

新たな仕組みにより、現状で時間外労働が1,000時間を超える医師が働く医療機関の多くが5年後に、36協定を締結しても上限となる年間960時間を満たせるようにすることを目指す。

計画を実施しても条件を満たせない場合は、現在1,900~2,000時間が提案されている特例水準が適用されるが、特例水準が適用される医療機関をできるだけ少なくしたい考えだ。

医師労働時間短縮計画では、目指す

労働時間の「短縮幅」を見極め、PDCAサイクルを回して、実効性を高める。国が目標ラインなど具体的な指針を定め、都道府県は労働時間短縮と地域医療確保の両面から、状況を把握。特例水準が適用されそうな医療機関を特定しつつ、支援する。専門的な見地で、労働時間短縮が困難な医療機関の勤務環境改善に向けた分析や評価ができる何らかの組織の新設も検討する。

特例水準が適用される医療機関には、

追加的健康確保措置が義務化される。具体的には、◇連続勤務時間制限28時間◇勤務間インターバル9時間◇代償休息◇時間外労働が月100時間を超えた場合の面接実施—がある。都道府県がこれらの追加的健康確保措置が実施されているかをチェックするが、実施されておらず、都道府県が指摘してもなお、実施されない場合は特例水準の対象から外すことも明確化した。

また、「代償休暇」は「代償休息」とした。1日の休暇分(8時間)が累積してからではなく、時間単位で休息できるようにすれば、より早く付与することができ、取得可能性も高まるとの考えによる。1日単位の取得もできる。

## 消費税対応の診療報酬改定案

中医協総会 急性期一般入院料1は1,650点

消費税10%への引上げに伴う改定の主要項目

項目	改定案		
	現行	現行点数	改定後点数
初診料	282点	288点	18点
再診料	72点	73点	4点
外来診療料	73点	74点	4点
急性期一般入院料1	1,591点	1,650点	84点
地域一般入院料1	1,126点	1,159点	51点
療養病棟入院料1(入院料A)	1,810点	1,813点	44点
精神病棟入院基本料(10対1)	1,271点	1,287点	36点
特定機能病院入院基本料(一般病棟)(7対1)	1,599点	1,718点	152点
有床診療所入院基本料1(14日以内)	861点	917点	71点
救命救急入院料1(3日以内)	9,869点	10,223点	512点
特定集中治療室管理料1(7日以内)	13,650点	14,211点	711点
ハイケアユニット入院医療管理料1	6,584点	6,855点	344点
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,085点	2,129点	98点
地域包括ケア病棟入院料1	2,738点	2,809点	129点
緩和ケア病棟入院料1(30日以内)	5,051点	5,207点	291点
精神科救急入院料1(30日以内)	3,557点	3,579点	117点
認知症治療病棟入院料1(30日以内)	1,809点	1,811点	50点
地域包括診療料1	1,560点	1,660点	103点
在宅患者訪問診療料1(同一建物居住者以外)	833点	888点	58点

厚生労働省は2月6日の中医協総会(田辺国昭会長)に、10月の消費税引上げに対応する基本診療料の改定案を示した。支払側の委員から、改定案が示されるまでの厚労省の説明に瑕疵があるとの指摘があったものの、点数設定については、概ね了承を得た。近く根本匠厚労相に答申する。

主な診療報酬項目の点数は左表の通り。急性期一般入院料1をみると、現行の1,591点が1,650点に上がる。療養病棟入院料1(入院料A)は1,810点から1,813点のわずかな引上げ。2016年度の補てん率が61.7%と病院種別で最も低かった特定機能病院が算定する特定機能病院入院基本料(7対1)は1,599点から1,718点に大幅に上がる。

今回の対応は、消費税8%時の対応で、病院全体の補てん不足や病院種別ごとのばらつきが大きく、それを改善するため、手法を見直した。今回の手法で、前回分を含めた5~10%の対応とするため、前回の補てん分を取り除き、5%分を上乗せした。このため、2014年度改定前からの消費税対応分は急性期一般入院料1で84点となる。

5%分の上乗せ率は、急性期一般入院料や特定入院料(分類I)で6.0%、初・再診料で6.0%である。ただ、上乗せ率は1月初旬の配分案の段階では、

それぞれ5.5%、4.8%だった。厚労省は配分案の段階では、点数の整数化や財源内での調整などがあり、実際の上乗せ率ではないと資料に示していた。

しかし今回、実際の上乗せ率が提示されると、上乗せ率の変化に支払側の委員が異議を唱えた。厚労省は、前回のように補てん不足が生じないように、「2016年度から2019年度の医療費の伸び(約9%)を勘案し、一律に上乗せ率を調整した」と説明、理解を求めたが、「一律に9%で調整するのは納得できない。進め方が乱暴ではないか」と了承に難色を示した。これに対し、診療側の委員は、前回の上乗せ率は確定値ではなく、調整があることは共通理解のはずであったと主張。診療側の委員からは「理解不足」との指摘も出た。

全日病会長の猪口雄二委員は、「国民に診療報酬における消費税について知っていただく必要がある。また、今回、できる限りの精緻化を図ったが、元より限界がある。将来の医療費も正確な予測はできない。それよりも、結果を速やかに検証し、改善を図る必要がある。また、医療における消費税のあり方そのものを考える、より大きな議論が必要ではないか」と述べた。この意見に、支払側からも賛同が相次ぎ、概ね了承を得る形となった。

# 偏在解消目指す医師少数区域は指標で下位33.3%

厚労省・医師需給分科会

2036年に需給一致させる

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1月30日、新たな医師偏在指標により指定される医師少数区域と医師多数区域の基準を33.3%とすることを了承した。全国の二次医療圏のうち、下位33.3%が医師を増やす必要のある医師少数区域、上位33.3%が医師を増やせない医師多数区域となる。都道府県単位でも、同様に上位/下位33.3%を基準とする。

これを踏まえ、都道府県は医師確保計画を策定。様々な方策を総動員して、医師偏在の解消を目指す。

人口10万人対医師数が、医師の偏在を反映する指標として、適切ではないことから、医療ニーズや人口構成、医師の性・年齢などを考慮した医師偏在指標を開発。都道府県と二次医療圏ごとに指標を算出した結果、医師が相対的に少ない区域等と多い区域等が順番に並ぶ。それを3区分して、下位33.3%が医師少数区域、医師少数三次医療圏、上位33.3%が医師多数区域、

医師多数三次医療圏となった。

2020年度からの都道府県の医師確保計画に基づく医師偏在対策では、医師多数区域等から医師少数区域等に医師を動かすことで、医師の確保を図る。医師少数区域等は医師の確保を要請できるが、医師多数区域等ではできない。

具体的な偏在対策では、◇都道府県内での医師の派遣調整◇キャリア形成プログラムの策定◇医療機関の勤務環境の改善支援◇地域医療への知見を有する医師の大臣認定◇臨床研修病院の定員設定一を総動員し、実現を図る。さらに、大学医学部における地域枠・地元枠の設定を、都道府県の医師の多寡に応じてできるようにする。

特に、医師少数区域がある都道府県だけが、地域枠を設置・増員できるとの考えが示された。医師の養成数との関連で整理し、次回改めて議論する。

医師偏在対策の目標は、最も医師偏在指標が低い都道府県であっても、2036年には医療需要を満たす医師を確保することである。より詳細には、今

後の医療ニーズと医師養成数を踏まえた医師需給推計により、日本全体として需要と供給が均衡するのが2036年の見通しであり、その時点で、日本全体と同じく、都道府県単位でも需給を均衡させるということである。

2036年に向けて、3年間の医師確保計画のサイクル(初年度の2020年度は4年計画)ごとに、下位33.3%の解消を目指す。2036年までに、5回のサイクルがあり、毎回、下位33.3%の解消を達成することで、目標が実現する。このため、確保する医師の絶対数は初年度の計画で、最も多い数となる。厚労省は、「(全国で)5,000人より少ない数千人の規模」と説明した。

また、外来医師の偏在対策では、診療所の新規開業を計画する医師に、その地域の需要に対し供給量がすでに多いことを知ってもらうための外来医師多数区域を設定。その基準も、上位33.3%とすることを決めた。都道府県に情報提供し、開業に際して行動変容を促す仕組みを構築する。供給量が多



いにもかかわらず開業する場合は、地域で協議する場を設置し、在宅医療・初期救急医療・公衆衛生等の実施を求める。

医師少数区域に6カ月以上で認定

医師少数区域で6カ月以上勤務した医師を認定し、一定の病院の管理者要件にする制度の「一定の病院」は、当面、医師派遣・環境整備機能を持つ地域医療支援病院だけになることでも合意を得た。ただし、委員からは、実施状況を検証しながら、他の病院も検討すべきとの意見が相次いだ。さらに、認定医師でなくても管理者になれるとの特例が設けられたことに対し、厳格な運用を求めた。

なお、現在、医師少数区域に勤務する医師は約2万人と推計される。卒後3~9年目の医師と、卒後10年以上の医師では、認定要件に区別を設ける。

# 公・民の競合状況を議論すべきケースを示す

厚労省・地域医療構想WG

手術件数の少ない公立病院は再編・統合も

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1月30日、手術件数などにおける公立・公的医療機関と民間医療機関の競合について議論した。

厚労省は、公立・公的病院は地域の民間医療機関では担えない医療の提供に重点化すべきとの考えを示してきた。今回、特に「重点化」について構想区域で議論すべきケースを、手術件数の比較により4点、例示した。①当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1カ所程度存在する②一定

数実施している医療機関が多数存在する③手術を一定数実施するのは公のみだが、2カ所以上存在する④いずれの医療機関も実績が少ない。

特に手術の実施件数の少ない公立・公的病院については、再編・統合を含めて、その手術を民間も含め他の医療機関で実施するようにすることも検討するとの視点を厚労省は示した。全日病副会長の織田正道委員はこれに同意し、「構想区域の中で手術件数に明らかな差がある場合、公立・公的病院は機能の縮小も考えるべき」と主張した。

厚労省は今後、手術実績だけでなく、手術以外の診療実績や、構想区域の人口規模、交通事情などの条件も含め検討し、公立・公的病院の集約化の議論を深めるべきケースを絞り込む方針だ。3月に中間まとめを行う見通し。

高額な機器の配置状況を可視化

政府は2018年の骨太方針で、高額医療機器の配置の効率化を促進する方針を示した。2019年4月施行の医療法改正では、医療提供施設の設備や機器の効率的な活用について区域ごとに協議



し、その結果を公表するとしている。

これを踏まえて厚労省は、医療設備等の共同利用を進めるため、地域ごとに各医療機器の配置状況を可視化する指標を作成することをWGに提案し、了承された。地域ごとに、ニーズを踏まえた人口当たり台数を、CTやMRIなど各医療機器について示すようにする。医療機器の共同利用の状況についても、必要に応じて情報提供する。

# 不適切事例への対応でガイドライン見直し

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会

5月頃に改訂案まとめる

厚生労働省のオンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会(山本隆一座長)が、1月23日に初会合を開いた。ガイドラインの趣旨を逸脱するオンライン診療の不適切事例が報告されていることを受け、ガイドラインの見直しや不適切事例への対策などを検討する。今後、数回の議論を重ね、見直し案を5月頃にまとめ、ガイドラインを改訂する。

医師による診療は、患者と対面で行うのが原則。しかし、情報通信技術の進歩は目覚しく、その技術を活用した診療も求められている。厚労省は段階的に規制緩和を図っており、現在は、直接の対面診療と代替できることが確認されれば、情報通信機器を介し、遠隔的な診療を行うことを認めている。

昨年度末には、オンライン診療のルールを明確化したガイドラインを作成した。2018年度診療報酬においても、オンライン診療の報酬が設定された。規制改革会議はガイドラインについて、少なくとも年に1度は見直すことを要請している。

オンライン診療が明確に位置づけられた2018年度以降、様々な不適切事例の報告や報道がある。初診は対面とのガイドラインのルールを守らず、「ネットだけで薬の処方する事例が横行している」といった報道もある。

厚労省は同検討会に、ガイドラインの見直しを行う上で、オンライン診療を実施する医師が、遵守すべきルールの理解を深める仕組みが必要と指摘するとともに、ガイドラインの不明瞭な点

を明確化する考えを示した。また、オンライン診療の広告の適正化や、セキュリティリスクをウェブサイト上で確認できるようにする環境が必要とした。

検討事項としては、①オンライン診療とは異なるオンライン受診勧奨と遠隔健康医療相談の再整理②同一医師による診療原則の例外など診療行為に関する事項③看護師ができることの業務の明記等④オンライン診療を実施する医師の研修の必修化一をあげた。

委員からは、「不適切事例の多くは、そもそもガイドラインが求めているシステム環境を備えていない」、「診療報酬改定によるオンライン診療の実態がまだ把握されていない状況で、施設要件を変える話ができる段階ではない」、「患者側の理解が足りず、医師に処方



を押しやる事例などがあるのではないか」といった意見が出ている。

また、日本オンライン診療研究会の黒木春郎委員は、「感冒症状や軽微な症状への処方求められており、患者の利便性を考えた対応が必要」と要望した。一方、緊急避妊薬について、「初診からオンライン診療が可能と解釈している医師がいる」と指摘。その上で、「時期尚早」と慎重な姿勢を示した。

また、同日は、オンライン診療とは区別される「オンライン受診勧奨」と「遠隔健康相談」の改訂案を示し、概ね了承された。定義の明確化を図り、可能な事項をより詳しく書き込んだ。

# ACPと緊急時の事前指示書の見本をホームページに掲載

全日病は、ACPおよび緊急時の事前指示書の見本を作成し、1月25日にホームページに掲載した。2018年度の診療報酬・介護報酬改定で終末期においてガイドラインを踏まえた対応が複数の項目で算定要件となり、各病院ではACPを踏まえた対応が求められている。

ACP(Advance Care Planning)とは、患者が将来、自分の考えを伝えられなくなった時に備えて、これから受ける医療やケアについて、患者の考えを家族や医療従事者に明らかにし、文書に残す手順を指す。

全日病のホームページでは、ACPを踏まえた手順を踏むための書類とし

て、ACPの手引きやACPチェックシートを掲載したほか、参考資料としてポスターやACP簡易ガイドンスを紹介している。

また、緊急蘇生処置を行うかについて、あらかじめ希望を伺っておくための書類として、「重症時・急変時の治療方針確認書」を掲載している。治療

方針確認書の表面には、蘇生術の説明があり、裏面は重症時・急変時に治療方針の希望を確認して署名を頂く書式となっている(変更可能)。

これらの書類は、見本として掲載しているものであり、各病院で適宜変更してご利用いただきたい。各種見本は、全日病のホームページから、「主張・要望・調査報告」→「調査報告」→「その他調査報告」のリンクの後に、掲載されている。

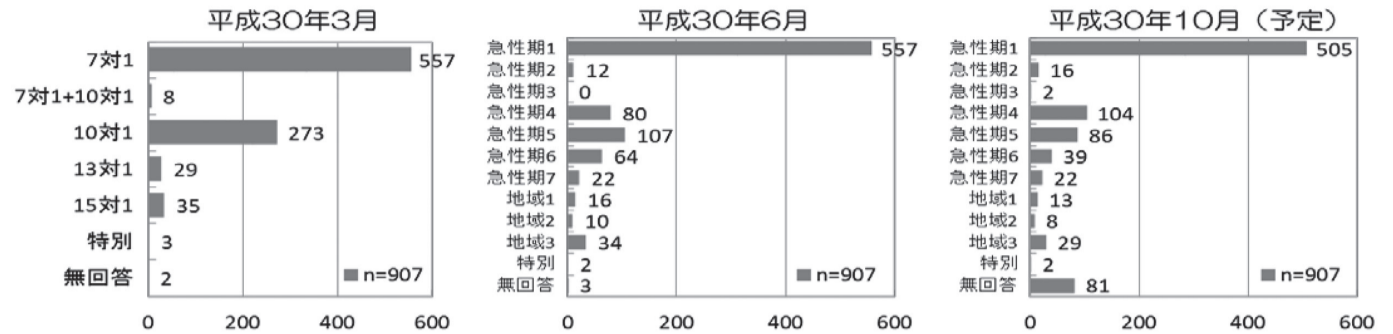
# 2018年度病院経営定期調査の概要

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会

## 3病院団体が初の合同調査 費用増が収益増を上回り、赤字幅が拡大

日本病院会、全日本病院協会および日本医療法人協会は、初めて3団体合同で病院経営定期調査を実施し、その結果を1月23日に発表した。1,000を超える病院の経営データを集計し、病院経営の実態を表す貴重な資料となっている。調査結果から、診療単価は増えているものの、費用増が収益増を上回り、赤字額が拡大。病院経営は依然として厳しい状況にあることが明らかとなった。

図1・一般病棟入院基本料の診療報酬改定への対応



### 有効回答の1,111病院のデータを集計

3団体は昨年度まで、個々に調査を実施していたが、今回初めて合同で調査を実施した。

調査は3団体に加盟する全病院(4,424病院)を対象に昨年8月23日～10月19日にEメールまたはFAXで実施。2017年6月と2018年6月の診療収益や1人1日当たり診療収入、延患者数、診療行為別点数、医業損益の前年比、2017年度と2018年度の医業損益の比較などを調べた。1,168病院が回答し(回答率は26.4%)、有効回答の1,111病院について集計した。

回答病院の属性をみると、日本病院会が実施した前回調査(2017年度、回答数:892病院)と比べ、200床以下の病院の回答が増え、20～99床は94.5%の増、100～199床は50.9%の増となっている。病床区分では一般が67.4%で最も多く、療養・ケアミックスが25.9%、精神が3.9%だった。療養・ケアミックスの割合が増えている。開設主体別では、医療法人が42.4%で最も多く、次いで自治体23.5%、公的14.9%だった。前回調査に比べ、医療法人が増えている。

### (概要)

2017年6月と2018年6月の診療単価を比較すると、入院・外来ともに2%を超える増加となったが、延患者数の

減少の影響により、診療収益は0.90%の微増となった。延患者数は、入院が-0.44%、外来は-3.21%となった。

2017年6月と2018年6月の医業損益を比較すると、経常利益が赤字の病院の割合は54.1%から53.8%に減少。医業利益が赤字の病院の割合は59.9%から59.7%へ減少し、わずかに改善がみられる。しかし、全病院の平均で費用増が収益増を上回り、赤字額は拡大した。

### (稼働100床当たりの医業収益状況)

稼働100床当たりの医業収益状況は表1の通りである。

医業収益は、入院診療が+1.5%、外来が-0.7%で、合計で0.9%の微増となった。

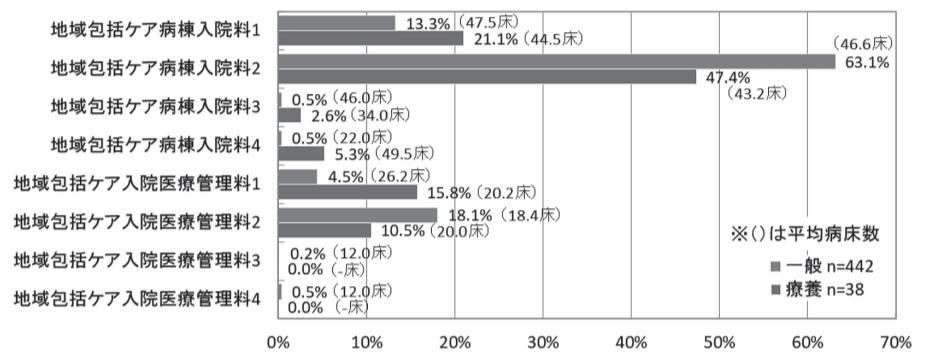
医業費用は+1.4%であり、委託費が+2.5%と大きく増加している。次いで給与費が、1.8%増加していた。費用増が収益増を上回り、2018年6月期の医業利益は-1,381万円、経常利益が-731万円へと赤字が拡大していた。

一病院当たりの医業損益は、全病院平均の経常利益が前年より143万円減少し-2,245万円。医業利益は、353万円減少し-4,240万円だった。

### (1人1日当たり診療収入(単価)の前年比)

患者1人1日当たり診療単価を2017

図2・地域包括ケア病棟入院料の診療報酬改定への対応



年6月と2018年6月と比較すると、入院は2.38%、外来は2.51%となり、ともに2%を超える増加となった。入院の内訳は、DPC対象病院が+2.53%、DPC対象外病院が+2.00%だった。

### 診療報酬改定への対応

調査では、2018年度診療報酬改定への対応を聞いた。一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等の調査結果は次の通り。

#### (一般病棟入院基本料)

2018年度診療報酬改定では、一般病棟入院基本料を再編し、急性期一般病棟入院基本料と地域一般病棟入院基本料に分かれた。改定前の2018年3月の一般病棟7対1入院基本料と2018年6月の急性期一般入院料1の病院数は同数(557病院)であり、7対1病床を有していた病院は、概ね7対1相当の看護配置を維持している状況がうかがえた。急性期一般入院料2へ変更した病院は12病院であった(図1)。

2018年6月時点の地域一般入院料への移行に関しては、概ね13対1(29病院)が地域一般入院料1および2(26病院)へ移行。15対1(35病院)が地域一般入院料3(34病院)へ移行している状況だった。

2018年10月の予定に関しては、急性期一般入院料1が505病院と減少し、無回答は81病院(8.9%)に増加していた。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度I」の基準を満たす割合をみると、200床以上では89.0%の病院が基準(30%以上)を満たしているが、200床未満で基準を満たす病院は57.9%だった。また、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度II」の基準(25%以上)を満たす病院の割合は、200床以上では90.6%で、200床未満では66.1%となっている。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度I」を届出している病院のうち、今後届出を変更する予定があると回答した病院が21.2%あった。その中で、「2018年中に変更予定」とした病院が52.6%、2019年1月～6月と回答した病院が36.2%であった。一方、77.1%の病院が変更の予定なしと回答した。急性期一般入院料2～7を算定して

いる病院について、急性期一般入院料1の基準を満たさない要件として、最も多かったのは、「重症度、医療・看護必要度I」が最も多く、63.2%であった。次いで、平均在院日数が36.4%、在宅復帰・病床機能連携率が35.7%となっている。

地域一般入院料1の基準を満たさない要件としては、地域一般入院料2を算定している病院では、「重症度、医療・看護必要度I」の測定・評価ができない」が最も多く88.9%であった。また、地域一般入院料3を算定している病院にあっては、平均在院日数(24日以内)をクリアできていない病院が最も多く、71.9%であった。

#### (療養病棟入院基本料)

療養病棟入院基本料を算定していると回答した病院は268病院であり、今回の改定により、療養1と2の両方の届出が不可となったため、2018年3月時点で療養2の66病院が、6月に45病院に減少していた。6月の届出病院数は、療養1が214病院(79.9%)、療養2が45病院(16.8%)であり、10月の予定では、療養1・2と経過措置1が減少する一方で、無回答、特別が増加していた。

医療区分2または3の患者割合は、療養病棟入院基本料1では、基準の80%以上を99.0%の病院が満たし、療養病棟入院基本料2では、基準の50%以上を85.4%が満たしていた。

また、療養病棟入院基本料1の届出病院で、在宅復帰率が50%以上の病院は、81.6%となっていた

#### (地域包括ケア病棟入院料等)

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)は、2区分から4区分に変更となった。一般病棟442病院の届出状況では、地域包括ケア病棟入院料2の割合が63.1%(平均病床数46.6床)で最も多く、次に地域包括ケア入院料1の割合が、21.1%(平均病床数44.5床)となっていた。

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の療養病床38病院の届出状況をみると、地域包括ケア病棟入院料2の割合が47.4%(平均病床数43.2床)で最も多く、次に地域包括ケア入院料1の割合が、21.1%(平均病床数44.5床)となっていた。

表1・稼働100床当たりの医業収支状況

科目 (単位:千円)	全病院(n=1,046)			
	平成29年 6月	平成30年 6月	差引 増減	前年比
①医業収益	198,128	199,851	1,722	0.9%
入院診療収入	131,153	133,075	1,922	1.5%
室料差額収益	2,866	2,879	13	0.5%
外来診療収入	57,677	57,253	-424	-0.7%
その他医業収入	6,700	6,832	132	2.0%
②医業費用	210,786	213,660	2,874	1.4%
給与費	112,621	114,649	2,028	1.8%
材料費	53,852	54,297	445	0.8%
医薬品費(再掲)	30,957	31,444	487	1.6%
診療材料費(再掲)	20,738	20,794	56	0.3%
委託費	13,644	13,990	346	2.5%
設備関係費	16,852	17,027	174	1.0%
減価償却費(再掲)	11,506	11,489	-17	-0.1%
研究研修費	812	806	-6	-0.7%
経費	10,943	10,928	-14	-0.1%
控除対象外消費税等負担額	1,841	1,855	14	0.7%
本部費配賦額	1,110	1,043	-67	-6.1%
①医業収益	198,128	199,851	1,722	0.9%
②医業費用	210,786	213,660	2,874	1.4%
③医業利益((①)-(②))	-12,658	-13,809	-1,152	
④医業外収益	8,876	9,441	565	6.4%
⑤医業外費用	3,017	2,880	-137	-4.5%
⑥経常利益((③+④)-(⑤))	-6,845	-7,314	-469	
医業利益率(③÷①)	-6.4%	-6.9%		
経常利益率(⑥÷①)	-3.5%	-3.7%		

# 現時点で法人間の病床機能の見直しや融通は未実施

## 厚労省・地域医療連携推進法人連絡会議

## 5法人が今後実施予定

厚生労働省は1月25日、地域医療連携推進法人連絡会議の初会合を開いた。現在、法人数は7つ。アンケート調査によると、現時点で、病床機能の見直しや病床の融通を実施している連携推進法人はなかった。多くは、医師の派遣・人事交流や医療・介護従事者、事務職の共同研修などで活用しているようだ。

地域医療連携推進法人は2017年度に制度化した。地域医療構想達成の選択肢の一つとして、医療機関相互の機能分担や業務連携を進めやすくするため、複数の医療法人などで設立する認定法人である。各法人が社員となり、社員総会を構成し、運営方針を決議する。業務を執行する理事会と意見具申を行う評議会を設ける。

2017年度には、尾三会(愛知県・東部地域)、はりま姫路総合医療センター整備推進機構(兵庫県・中播磨・西播磨圏域)、備北メディカルネットワーク、アンマ(ANMA)(鹿児島県・奄美大島南部町村地域)が発足。2018年度からは、日本海ヘルスケアネット(山形県・庄内医療圏)、医療戦略研究所(福島県・いわき医療圏)、房総メディカルアライアンス(千葉県・安房医療圏)が参加している。

初会合では、厚労省から各法人の回答によるアンケート調査結果が示された。競争よりも協調を重視する連携推進法人が、どのような点で効率性を高めているかなどを調べた。制度設計上、法人業務としては、◇診療科や病床の再編◇医師等の共同研修◇医薬品の共

同購入◇基金を設けて参加法人に資金貸付◇関連事業者への出資などができる。

アンケート調査結果をみると、現時点で、病床機能の見直しや病床の融通を実施している法人はなかった。はりま姫路総合医療センター整備推進機構と医療戦略研究所、房総メディカルアライアンスは、病床機能見直しを今後予定している。病床の融通は、はりま姫路総合医療センター整備推進機構と備北メディカルネットワーク、日本海ヘルスケアネットが実施する方針を示している。

なお、房総メディカルアライアンスは2018年12月1日発足で、まだ実施している業務がない。

多くの法人が実施しているのは、看



護師の派遣・人事交流と、医療・介護従事者、事務職の共同研修だった。また、7法人とも資金貸付のための基金を設けていない。年会費は5法人が徴収しており、日本海ヘルスケアネットの6万円から、はりま姫路総合医療センター整備推進機構の100万円まで金額には差がある。

県医師会や地域医師会との連携状況に関する参加法人への質問では、「十分」との回答が100%の備北メディカルネットワークがある一方で、はりま姫路総合医療センター整備推進機構では、75%が「やや不十分」と回答している。

# 外国人受入れ医療機関の選出要件固める

## 厚労省・訪日外国人医療提供検討会

## 選出されると多言語対応で補助

厚生労働省は1月25日、「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」(遠藤弘良座長)に、「都道府県における外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の選出要件を示した。検討会は年度内に、「自由診療における診療価格」も含め、訪日外国人旅行者等への医療の提供で一定の方向性を

まとめる予定だ。厚労省はその後、医療機関向けのマニュアルを作成する。

都道府県が3月末までに、「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」として、①都道府県単位で重症例を受け入れることが可能な医療機関(二次以上の救急医療機関)②二次医療圏単位で軽症例を受け入れることが可能な

医療機関を選出するとした。

選出された医療機関はリスト化され、ウェブサイトなどで広く公開。観光庁作成のリストとも一元化を図る方向だ。診療科や対応可能な言語などを記載する。リスト化される医療機関には、形式は問わず多言語での対応が可能であることを求める。言語の種類は医療機

関の実情に合わせて設定するとした。医療通訳者や電話通訳、デバイス等の形式は問わない。

また、二次医療圏単位で軽症例を受け入れることが可能な医療機関には、診療所・歯科診療所を含める。

さらに、都道府県が選出する医療機関に対しては、医療通訳者・コーディネーターの配置と、タブレット端末等の配置に対して、財政支援を行う。都道府県で医療機関の選出などを行う上での協議会を設置するための経費も支援する。

# 医師の時間外労働規制の上限は「安全域を設けて」

## 日病協・代表者会議

## 特例水準の設定で現場踏まえた設定求める

日本病院団体協議会は1月25日の代表者会議後に会見を開いた。山本修一議長(千葉大学附属病院長)は、年度内に決まる医師の時間外労働の上限の特例水準の設定について、「安全域を設けて、高く設定すべき」との意見が日病協の共通認識との見解を示した。厚生労働省案の特例水準1,900~2,000時間に対し、労働組合側が反対し、上限案の水準で議論が続いている。今後の議論で特例水準が、それより低くな

ることに懸念を示した形だ。

山本議長は、「上限設定以外の勤務環境改善策や規定に不確定要素が多い中で、上限には(厚労省案の1,900~2,000時間のように)安全域を設けて高く設定すべき。そうでないと患者の命や地域医療が守れない可能性がある」と述べた。医師の働き方を変える様々な対策を今後講じる方針ではあるものの、現に2,000時間以上働いている医師が1割いる現状を踏まえた対応

を求めた。

また、医師のアルバイトも上限時間に通算されるが、当直などでアルバイトに頼る病院への影響や上司の労務管理の難しさに懸念を示す意見が出ていることもわかった。当直や自己研鑽の取扱いなどを含め、慎重な議論が必要とした。

天皇退位と新天皇即位に伴う5月の大型連休における診療に対する要望を今後の日病協でまとめ、厚労省に提出



する方針も示した。特に、特定の病院に患者が集中することによる定数超過入院や、患者の状態像が変動することによる「重症度、医療・看護必要度」の点数減などに対応し、一定の特例を設けるなど、主に診療報酬に関わる事項を要望する方向だ。

# 病院経営定期調査の結果を発表

## 四病協・総合部会

## 3団体合同で実施の意義を強調

四病院団体協議会は1月23日に総合部会を開き、日本病院会、全日本病院協会および日本医療法人協会の3団体が合同で実施した病院経営定期調査について報告を受けて了承するとともに、医師の働き方改革の検討状況について意見交換した。

総合部会終了後の記者会見では、日本病院会の島弘志副会長と永易卓・診療報酬作業小委員会委員長が調査の概

要を説明した。島弘志副会長は、「対象病院が多くなることで正確なデータが出ることを期待した。病院経営の安定に資するデータづくりをしたい」と3団体合同調査の意義を強調した。一方、「昨年は自然災害が多く、データを提出できなかった病院があったことは残念」と述べた(調査結果は3面を参照)。

全日病の猪口雄二会長は、「もっと

回答が集まってほしかったが、次回からは増えると思う。経年変化を比較できるようになるほか、様々な比較ができるようになる。さらに詳しいデータにしていきたい」と述べた。

医師の働き方改革については、時間外労働の上限時間として1,900~2,000時間という特例水準が示されているほか、当直や自己研鑽などでも一定の方向が示されつつある。猪口会長は、「いまのところ医療側に配慮する方向にあるとする見方が多かった」と総合部会



の議論を紹介した。

そのほか総合部会では、ACPに関する参考書式について報告があった。四病協では、全日病の木村常任理事が担当している。ACPの説明や同意書など、各団体で作成している書式について説明があった。

### ■ 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
医療機関トップマネジメント研修 インテンシブコース (30名)	2019年3月9日(土)、10日(日) 【全日病会議室】	64,800円(税込) (テキスト代・2日目の昼食代含む)	医療機関トップマネジメント研修の修了者以外も参加できるコースで、「情報システム・活用」、「人事考課」、「メンタルヘルス」をテーマとする。いずれのテーマもケース教材を用いて、講義とグループ討議を行う。1日目の研修終了後に懇親会を企画している。
地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム「大規模マスマスガザリング災害時における災害弱者への対応について」(50名)	2019年3月8日(金) 【全日病会議室】	無料 (希望者による情報交流会は会費5,000円)	「マスマスガザリング災害」は、限定された地域に同一期間・目的で集合した多数の参加者と見物人に発生する被害で、救急医療のような予測可能な負傷者と災害医療のような予測不能な傷病者が発生するのが特徴。2020年東京オリンピック・パラリンピックを控え、このような災害に備えるため、フォーラムを開催する。