



全日病 ニュース

2018.9.15

No.925

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

この度の台風21号および平成30年北海道胆振東部地震により、被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。

控除対象外消費税問題で税制上の仕組みを提言

四病協・三師会 個々の医療機関ごとに補てんの過不足に対応

四病院団体協議会と三師会(日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会)は8月29日に、連名で「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組み」の提言をまとめ、発表した。消費税10%への引上げの際に、控除対象外消費税の診療報酬による補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに補てんの過不足がある場合は、申告により対応する税制上の仕組みを創設することを提言。医療に対する消費税の課税化は、国民の理解を得るのが困難としつつ、補てんの過不足への対応を税制上の仕組みとすることを求めている。

全日病の猪口雄二会長は会見で、「補てんの過不足に税制上の仕組みで対応するという点で、今回の提言に賛同した。控除対象外消費税問題については、補てんが十分とされていたのに、厚生労働省の計算間違いで不足していたことが明らかになった。これだけが原因ではないが、病院経営は厳しくなっている。診療報酬の対応では、個々の医療機関にばらつきが生じるのは明らかであり、正確な補てんが不可欠となる。今回の提言の方向で対応を図ることができれば、病院経営は将来的に助かる」と訴えた。

控除対象外消費税を診療報酬で補てんする現在の仕組みは、医療機関によって補てん額にばらつきが生じるの

は避けられず、根本的な解決を図るには、医療に対する消費税を課税とし、患者に負担を求めるべきだという意見がある。しかし、国民の理解を得るのは難しく、実現のハードルは高いという認識がある。

診療報酬補てん不足と控除対象外仕入れ税額相当額を比較して計算

提言の内容は、表の通りで、このような仕組みを運用するには、診療報酬による補てん額と、控除対象外仕入れ税額を正確に把握し、過不足を計算する必要がある。

補てんの状況については、1989年の3%、1997年の5%、2014年の8%、2019年10月(予定)の段階がある。厚生労働省は消費税5%までは、診療報酬でマクロ的に補てんされているとの立場だ。消費税3%では上乗せ率0.11%、消費税5%では0.32%で合計0.43%。医療界には、個別の上乗せした診療報酬項目が一部なくなってしまったため、補てん不足が生じているとの疑念がある。

消費税8%での対応では、全体で補てんすべき額の1割程度の補てん不足があることが明らかになった。病院の補てん率は85%ほどである。施設間の補てんばらつきが大きく、提言では、「ばらつきを丁寧に検証し是正する必要がある」とした。診療所や精神科病

院の補てん率は100%を超えているが、消費税5%までの部分を含めれば、補てん不足になることを強調している。また、2018年度改定では、入院基本料の再編など診療報酬が大きく変わったため、それへの対応も求められる。

消費税10%の際にも、消費税8%時と同様に、診療報酬による対応が必要とした。

薬価と特定保険医療材料は、そのまま仕入れ税額が計算できるので、補てん不足は発生しない。ただ、交渉の際に、「逆ざや」が生じる問題があるので、それを解消しつつ、現状の仕組みにしている。

一方、個々の医療機関ごとに控除対象外仕入れ税額を把握するため、新たな仕組みの適用対象は、「消費税および所得税について実額計算で申告を行っている医療機関等に限る」。具体的には、①消費税の免税事業者②消費税の簡易課税事業者③所得税の概算経費の特例(四段階制)を利用している事業者一を適用対象外とした。

提言では、医療に対する消費税の課税転換を求める意見があるとしつつも、「社会保障である医療に対する消費税の課税は国民(有権者)の広い理解を



提言を発表する四病協と三師会の代表

表 提言のポイント

診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額を比較し、申告により補てんの過不足に対応する。

診療報酬への補てんについては、消費税率10%への引上げ時に医療機関等種類別の補てんのばらつきを丁寧に検証し是正する。その後の診療報酬改定でも必要に応じて検証、是正を行う。

得るのが難しく、政治的に極めて実現困難な現状にある」との認識を示している。

しかし、その上で、「控除対象外消費税問題解消は待たなしであり、あらためてこの問題の解消のための税制上の新たな仕組みを提言した」と明記した。そして、この点が、四病協と三師会が賛同した理由であると、四病協の各代表は発言で強調した。

医師の宿日直や自己研鑽の取扱いで論点示す

厚労省・医師の働き方改革検討会 来年1月までに骨子まとめる

厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会(岩村正彦座長)は9月3日、年度内のとりまとめに向けて今後の検討の進め方を整理するとともに、宿日直や自己研鑽の取扱いを議論した。厚労省が宿日直や自己研鑽に関する論点を示した。引続き、医師に適用する時間外労働の上限規制や勤務環境改善策の検討を行い、来年1月までに骨子をまとめることを了承した。

今後の議論の進め方については3点に整理。①今後目指す医療提供の姿(国民の医療のかかり方、タスク・シフティング等の効率化、医療従事者の勤務環境改善等)②医師の特殊性を含む医療の特性③医師の働き方に関する制度上の論点(時間外労働の上限時間数の設定、宿日直や自己研鑽等の取扱い等)である。9~12月にこれらの観点で議論を行い、1月までに骨子をまとめる。また、医療者の負担軽減につながるための国民の医療のかかり方に関しては、別途懇談会を設置する予定だ。

労働時間規制の対象外となる宿日直

厚労省が宿日直に関する調査結果を示した。それによると、医師の宿日直には、様々なパターンがある。整理すると、①いわゆる「寝当直」などほぼ診療がない状態②一定の頻度で診療が

発生。ただしある程度の仮眠や自己研鑽に充てる等の自由利用が可能な時間がある③日中と同程度に診療が発生するもの一に大別できる。

宿日直の時間をすべて時間外労働に含めると、支払い義務が生じる割増賃金は過大になる。宿日直に伴う医師の負担感も大きく、健康確保や医療安全のために1人の医師の宿日直を減らすことも課題だ。

現行の労働基準法では、「監視または断続的労働」に従事する者で、使用者が労働基準監督署長の許可を受ければ、時間外労働規制の適用外となり、手当はあっても、割増賃金は支払われない。医師の宿日直も基準を満たせば、適用外の許可を得ることができる。

しかし、現状の医師の働き方では、この許可を得るのは難しく、ほとんどが宿日直に該当しない恐れがある。そこで、基準の考え方を維持しつつ、医師の働き方に合わせる形で、基準を見直すことが論点になった。現行の宿日直規定は1949年に出されたもので、医療現場の実態も変わっている。

厚労省は、宿日直に該当する基準を考える論点として、◇病棟当直で、少数の要注意患者の状態変動について、問診等の診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行う◇非輪番日等の外

来患者の来院が通常想定されない休日・夜間で、少数の軽症の外来患者やかかりつけ患者の状態変動について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行う一を示した。

このような業務であれば、時間外労働規制の適用外とする見直しだ。この案に賛意を示す意見が委員から出た。

一方で、「一律の基準で実施すれば、医師不足の地域では大変なことになる。宿日直の実態を地域・診療科別にもう少しきめ細かく把握することが必要だ。労働基準監督署長が医療の特殊性を理解できるかということも心配だ」との懸念も示された。

なお、適用外の許可を得ている場合でも、昼間と同様の労働を行った場合は、割増賃金の支払いが必要になる。

また、基準を見直しても、通常的时间外労働に相当する宿日直も少なくないため、宿日直が明確化されれば、多くの病院で割増賃金が増えると考えられる。厚労省は、賃金支払いの適法性を確保しようとするれば、①医師の給与体系の見直し②診療体制の縮小③賃金原資の確保が選択肢になると指摘。これに対しては、「給与体系の見直しとは、基本給を下げ、その分を割増賃金に回すということか。基本給の引下げは避けるべきだ」との意見が出た。

時間外労働になる自己研鑽とは?

自己研鑽については、様々な行為がある中で、時間外労働に該当するものとしにくいものをどう切り分けるかが論点となった。基本的には、使用者の指揮命令下に置かれており、使用者の明示または黙示の指示があれば、労働時間に当たる。

厚労省は、時間外労働に該当しない事例として、◇病院外で行われている学会や勉強会で、使用者の指示がなく業務時間外に任意で参加◇使用者の指示がなく、業務時間外に任意で行っている執筆活動一をあげた。

また、議論の前提として、「将来の医療水準を低下させない観点から、医師が有すべき高い自律性や資質の向上を損なわないことが重要」としている。

これらの論点に対し、委員からは、「自己研鑽の切り分けは難しい。やはり医師を対象とする新たな裁量労働制の検討が必要だ」、「明らかに自己研鑽とは言えないことで、長時間院内で過ごしている医師もいる。見極めが重要になる」などの意見が出た。



ICT、AIによって医療はどう変わるのか

夏期研修会を名古屋市で開催 医療の課題解決を支援するシステムに

全日本病院協会の2018年度夏期研修会が愛知県支部(太田圭洋支部長)の担当で8月26日、名古屋市の名古屋国際ホテルで開催され、ICTやAIと医療のかかわりをテーマに特別講演が行われた。研修会には、全国の会員病院から54人が参加し、大きく変わる医療の将来像について見識を深めた。

AIの登場で医師の役割が変わる

名古屋大学総長補佐の水野正明氏(名古屋大学医学部附属病院先端医療・臨床研究支援センター教授)は「ICTを基軸とした生涯支援型地域包括ケア―医療・介護連携から統合へ―」のテーマで講演。AI、ビッグデータ、IoTといった新たなテクノロジーの登場で、今後10～20年で医療は大きく変わると予測した。

疾病の体系は変わり、臓器別の医療は崩壊して内科や外科といった診療科の区別はなくなる。例えば、肺がんの遺伝子異常の一つであるALK遺伝子は、肺がんだけでなく、悪性リンパ腫や腎臓がん、神経芽細胞種にもみられる。ALK遺伝子の異常をもつがんをALKomaとして括れば、がんの発生臓器がどこであれ、ALK遺伝子の異常をもつがんはALK阻害剤で治療することができる。がん医療の分野では、診療科別に考える必要はなくなる。



疾病の診断・治療においては、AIが主導する時代がくる。コンピュータ診断で注目されるIBM Watsonは、260万件の医学論文を知識ベースとしてもち、人間よりも高い精度で診断で

きる。Watsonは「高性能の医学辞書」と考えられていたが、新しい世代のWatsonは論文に書かれていない遺伝子の異常を見つけることができるようになった。人間が気づかないことを機械が指摘するようになり、「診断と治療は人よりもAIの方が優れている時代が来る」(水野氏)。

新しいテクノロジーの登場によって、医師の真価が問われることになるが、医師の役割がなくなるわけではない。「AIは病人を診ることはできない。病気ではなく、病人を診る医師になることだ」と水野氏は述べた。

地域包括ケアはどう変わるか

2025年に向けて地域包括ケアが目指しているのは「高齢者の尊厳を支えるケア」。本人の生活スタイルや潜在能力を周囲が理解し、人格を尊重して、その人らしさを支えるケアである。そのためには徹底した自立支援が必要であり、①介護予防、②重症化予防、③生活支援に取り組んでいるが、成果をあげていないと水野氏は指摘する。「高齢者数は1.4倍になったが、介護対象者は2.5倍に増えている。これでは予防できていないとはいえない。介護対象者が増え続ける介護サービスをこのまま続けていいのか。尊厳を支えるケアのあり方を検証し、確立を目指す必要がある」と強調した。

愛知県では、地域医療介護総合確保基金を活用して、「在宅医療サポートセンター事業」に取組み、生涯支援型地域包括ケアを目指している。「事業を通じて県内のサービス事業者が一つの方向を見るようになった」のが最大の成果だ。

県内では、水野氏らが開発した「電子連絡帳」が広く使われている。これは医療・介護のチームの情報共有ツールだが、自立を支援する観点から患者・サービス利用者が利用する「電子支援手帳」を開発し、情報共有を図っている。

「電子連絡帳」と「電子支援手帳」はモバイル化し、スマホやタブレットなどの端末で利用できる。電話再診やモニタリングなどのオンライン診療にも活用している。

AIとは何か

帝京大学医療情報システム研究センター長の澤智博教授(医学部麻酔学講座)が「AIは医療をどのように変えていくのか」をテーマに講演した。

澤教授は、AIとは何かを説明。AI(Artificial Intelligence、人工知能)の定義は人によって異なるが、澤氏が示した定義によれば、「人間や動物によって示される自然知能(Natural Intelligence)と対比して機械によって示される知性」である。一方で、機械によって実現できるようになったことは、AIの定義から外れる。

1980年代の第2次AIブームの頃にAIと呼ばれた技術は、今日すでに実現し、AIとは呼ばれなくなった。当時は、医学知識をIF-THEN ruleでプログラミングしてコンピュータに与えた。しかし、IF-THEN ruleでは未知の課題への対応や矛盾するルールへの対応が難しい。

現在の第3次AIブーム(2000年～)は、機械学習(machine learning)が主流だ。正解を教えなくても、コンピュータが自ら試行錯誤を繰り返して学習する。

これまでのコンピュータは、人間が入力したり、データベースを与えたりしないと何もできなかったが、現在のAIは、自らの感覚器をもち、現実世界からデータを取得して、学習することができる。例えば、ドローンは周囲の状況を認識して障害物を避けて飛ぶことができる。外界と接するインターフェイスを持ち始めていることが現在のAIの最大の特徴であると澤氏は説明した。



AIを活かす医療情報システムはどうあるべきか

急性期病院であれば、全体の経費の2%程度を電子カルテに使っている。澤氏は、「医療情報システムが医学・医療の課題解決を支援するものになっているか、コストに見合うものになっているか、厳しい目でみていく必要がある」と述べる。

電子カルテの標準化の議論に関しては、「製品として標準化するのは難しい面があるが、システムからデータを取り出すときに標準化すればよいという考えがある」として、アメリカの実例を紹介した。アメリカでは、電子カルテ製品の認証制度があり、認証を受けるには標準化したデータを出力する機能が求められる。これにより、病院間のデータ連携が可能となっている。

「医療情報システムは単体の機械ではなく、システムであり、システムには設計が求められる。どうしたら、医療者がよい医療を行うようになるかを考え、システム実装するのが今後のシステムのあり方ではないか」と問いかけた。

研修会の最後に太田支部長が第61回全日本病院学会を来年9月28、29日に名古屋にて開催することを紹介し、幅広い参加を求めた。



厚労省予算は31兆8,956億円で過去最大

来年度予算概算要求 今後の予算編成で自然増を圧縮

厚生労働省は8月31日、財務省に対して来年度予算の概算要求を提出した。一般会計は31兆8,956億円で、対前年度比7,694億円増(2.5%増)となり、社会保障費の増加で過去最大の金額となった。大部分を占める社会保障費は29兆8,241億円で、その増加分のいわゆる自然増は6,179億円増(2.1%)となった。2019年度予算では、社会保障の伸びに対する枠は示されていないが、過去の経緯を踏まえ、今後の予算編成で自然増の圧縮が求められる見込みだ。

社会保障費の内訳は医療が11.7兆円、年金が11.8兆円、介護が3兆円、障害が1.6兆円、その他が1.7兆円である。さらに、医療の内訳をみると、協会けんぽが1.2兆円、国民健康保険が3.4兆円、75歳以上の後期高齢者医療制度が5.2兆円、生活保護の医療扶助など公費負担医療が1.9兆円となっている。

また、政府は予算のメリハリをつけるため、裁量的経費の削減額の3倍まで要望できる「新しい日本のための優先的課題推進枠」を設けている。厚労省は推進枠に2,425億円を要望した。

来年10月には、消費税を10%に引き上げることが予定されている。これに伴い政府は、「新しい政策パッケージ」

で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」のための施策を講じるとしている。その費用は消費税財源で賄うとしており、今後の予算編成過程で検討する。

3つの重点項目に沿って要求

厚労省の来年度予算の重点事項は、「人生100年時代を見据えた一億総活躍社会の実現」、「全世代型社会保障の基盤強化」の2つの柱に整理されている。具体的には、①働き方改革・人づくり革命・生産性革命②質が高く効率的な保健・医療・介護の提供③すべての人が安心して暮らせる社会に向けた福祉等の推進―で主要な施策をまとめている。以下で、①②の医療・介護に関連する予算要求項目をみていく。

①働き方改革・人づくり革命・生産性革命では、医療分野における生産性向上で今年度の1.9億円を大きく上回る24億円を要求した。ICUを遠隔から集中的に管理するTele-ICU体制の整備や電子処方箋の実証などを進める。介護・障害・保育分野における生産性向上でも74億円を計上した。

介護施設を整備し、介護離職ゼロの実現に向けた施策として、地域医療介

護総合確保基金による介護分を位置付けた。金額は今年度と同様に、483億円である。介護人材の確保・処遇改善では、60億円を要求している。

②質が高く効率的な保健・医療・介護の提供では、地域医療構想をはじめとした地域医療確保対策が645億円でもっとも大きい要求額となっているが、大部分は地域医療介護総合確保基金の要求額である。薬剤師・薬局の機能強化のためのモデル事業も含まれている。

医師偏在対策は120億円を要求した。先の国会で改正医療法等が成立したことを受け、医師少数区域などで勤務した医師の認定制度開始に向け、全国的な医師の配置調整を行う仕組みや、必要なシステムの構築などに関する調査・検討を行う。新専門医制度については、日本専門医機構の研修プログラムのチェック、都道府県と関係学会との調整の支援などを行うとしている。

災害医療体制の整備では、災害拠点病院とDMAT体制の強化や、医療施設等の耐震化を進め、災害医療体制の充実を図る。今年度の4.2億円から大幅増の55億円を要求した。災害医療体制は、厚労省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で具

体的な議論を進めている。

介護では、「自立支援・重度化防止に向けた取組みの強化」で207億円、「認知症になってからも安心して暮らし続けられる地域づくり」で112億円を計上した。健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくりは63億円。そのほかの健康対策では、受動喫煙対策で47億円、がんゲノム医療で58億円、肝炎対策で35億円、難病対策で11億円がある。

データヘルス改革の予算は443億円とし、今年度の172億円を大きく上回る予算を要求した。NDBや介護保険総合データベースなど各種データベースの連結や、全国的な保健医療情報データベースの整備に向け実証などを行う。2020年度からの本格運用を目指し、医療保険のオンライン資格確認システムを開発する。

保健医療分野の研究開発は合計686億円。日本医療研究開発機構(AMED)を中心に、革新的な医療技術を実用化するための研究開発などを進める。AI開発として、重点6領域(ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援)を置いた。

医療機関が外国人患者を受け入れる体制の整備では、19億円を計上した。外国人の相談にワンストップで対応できる体制整備や、医療機関における多言語コミュニケーション対応支援などに取り組む。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応⑧

医療介護の連携とリハビリテーション

医療保険・診療報酬委員会 委員 西本育夫

社会保障制度改革にかかる各法案の成立後、それぞれの地域において地域包括ケアシステムの構築が進められている。

「医療介護の連携の推進」については、その中心に位置づけられ、病院関係者のみならず世の中に広く知れ渡っている課題だと言える。

今回の改定は医療と介護の連携について、今まで以上に重点が置かれているように思えるが、医療と介護が交差する部分を中心に整理されているため、片側部分にあたる診療報酬側の内容だけを俯瞰しても、これが「医療と介護の連携について重要点」と理解するのは困難だと思う。

図1は、2018年3月5日の診療報酬改定説明会の資料だ。「医療と介護の連携の推進」として大きく4項目に整理されている。内容についても広く病院関係者が目にする資料なのでご存じの方も多であろう。

地域の連携体制がリセットされる

紙面の関係で全ての項目に触れることはできないが、この4項目で医療全体に影響する最も大きな変更点は介護医療院の創設だ。ご存じのとおり、今回の改定では療養病床削減の仕組みがより強力になり、多くの療養病床が介護医療院への転換を余儀なくされる。療養病床や介護医療院の改定後のポイントなどについては、このシリーズ第4回の田蒔委員の解説を参照して欲しいと思うが、この介護医療院の船出を後押しするような仕組みが診療報酬側にも盛り込まれている。

例えば、医療入院と介護入所の連携にとって一番大きな影響があるのは退院先の連携施設の見直しだ。従来は7対1病床→地域包括ケア病床→在宅復帰に一定の実績がある介護老人保健施設など、2014年改定からのルールによる連携の流れが定着していたが、今回の改定では地域包括ケア病床の中でも最も病床数の多い、在宅復帰率の要件がある上位点数病床から、介護老人保健施設への退院は対象から外れる。このため事実上連携が困難になった。反対に介護医療院への退院は、地域包括ケア病床に加えて、回復期リハビリテーション病床までも在宅復帰先として位置づけられ、回復期機能を受け持つ多くの病床から連携の食指が動く建付けとなった。

更に介護医療院への連携病床としては、この2つの病床に加えて一部の例外を除く多くの病床から注ぎ込むことができるよう設えられ、正に「介護医療院スペシャル」状態だ。

介護医療院の創設にあたり、従来からの連携体制に介護医療院を割り込ませるためにはやむを得ないルールかも知れないが、最初にお伝えしたとおり、既に各地域では介護老人保健施設を含め、それぞれの機能を活かした連携体制ができています。

今回の改定で、これまでの連携体制にリセットを掛けなければならない地域も多いと想像できる。また、地域内に介護老人保健施設はあっても介護医療院がないなど、連携体制に実質的な支障が生じてしまうケースも多いのではないかと考える。

その他の在宅復帰率の仕組みなどについてはシリーズ第7回の杉村委員の

2018年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進①

図1 医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ▶ ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- ▶ 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- ▶ 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- ▶ 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- ▶ 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- ▶ 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- ▶ 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- ▶ 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

解説が詳しいので併せて参照してもらいたい。

維持期・生活期のリハビリテーション

次にリハビリテーションについては、医療保険による要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリの実施が2019年3月まで延長して認められた。ただし、同年4月以降の算定を認めないことも明示されているため注意が必要だ。

この点については、医療保険の患者が介護保険に移行後も引き続き同じ病院でリハビリを受けられるようにするために人員配置等の施設基準が緩和された。2019年4月以降も医療機関において要介護・要支援被保険者のリハビリを実施する場合は、今年度中に対応を完了させる必要がある。緩和された大まかな内容などは右表を参照して欲しい。

また、リハビリの計画書も医療保険と介護保険の双方で使用可能な共通様式が新たに定められ、この様式を使用して医療保険から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供があった場合の点数も新設された。

必要とされる機能に自ら変化

今回の改定以降、病院などの医療施設は、一部制限はあっても、介護保険

【通所リハビリテーション施設基準の緩和】※介護予防通所リハビリテーションは含まない
◎診療報酬 2018年2月7日 第389回 中央社会保険医療協議会 総会資料より抜粋(一部加工)

	改定前	平成30年度改定後
面積要件	当該保険医療機関が疾患別リハと1時間以上2時間未満の指定通所リハの両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。	当該保険医療機関が疾患別リハと指定通所リハの両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。
人員配置	①疾患別リハの専従の従事者は、疾患別リハの実施時間中は当該リハの提供のみを行う。 ②専従の従事者以外の従事者は、当該医療機関の疾患別リハ実施時間内でも、疾患別リハに従事していない時間に、介護保険のリハに従事することが可能。	①以下の要件を満たしている場合、疾患別リハの実施時間中であっても、疾患別リハの専従の従事者が介護保険のリハに従事しても差し支えない。 ア、専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハに従事していること。 イ、専従の従事者が、疾患別リハを提供すべき患者がいない時間帯であること。 ②現行と同様
器具の共有	当該保険医療機関が疾患別リハと1時間以上2時間未満の指定通所リハの両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。	当該保険医療機関が疾患別リハと指定通所リハの両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。

◎介護報酬 2018年1月26日 第158回社会保障審議会介護給付費分科会資料より抜粋(一部加工)

	改定前	平成30年度改定後
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数×3㎡以上を満たしていること。	常時、介護保険の利用者数×3㎡以上を満たしていること。 ※1時間以上2時間未満の通所リハのみ
人員配置	同一の職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することが可能。	同じ訓練室で実施する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。 ※1時間以上2時間未満の通所リハのみ
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハの場合は、必要な器具の共有が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は共有可能。

利用の維持期・生活期のリハビリ提供のハードルが下げられるため対応の幅が拡大する。

反対に、従来の枠組みでは維持期・生活期のリハビリは、地域内のデイケアを提供している介護老人保健施設などと連携していたが、介護医療院の創設に併せて、その流れは先細りするだろう。

今回の改定の狙いは医療と介護の親

和性を高めるためであることは間違いない。しかしながら、従来からの関係にリセットが掛けられ、当面は混沌とした状況がそれぞれの地域で散見されることになると思う。

各医療機関は、連携地域内の自院の役割を再点検し、必要とされる機能に自ら変化させる努力と勇気が、更に必要になるのではないだろうか。

医療機関の消費税問題の解決で新たな措置

厚労省・税制改正要望

具体的な対応は明確にせず

厚生労働省は8月31日、財務省に来年度税制改正要望を提出した。焦点の控除対象外消費税の抜本的な解決に向けた対応では、来年度税制改正に際し、「個別の医療機関等の補てんの過不足について、新たな措置を講ずる」とした。税制上の問題を解決する仕組みと位置づけ、これまでのような診療報酬での補てんのどちらで対応を図るかは明確にできなかった。

新たな措置に関する文言は、「医療保険制度における手当てのあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担および患

者等の負担に十分に配慮し、関係者の公平性、透明性を確保しつつ検討を行い、2019年度税制改正に際し、この税制上の問題の抜本的な解決に向けて、個別の医療機関等の補てんの過不足について、新たな措置を講ずる」となった。

具体的な対応には触れていない。厚労省は、医療関係団体が税制による抜本的な解決を強く要望していることを踏まえた対応が必要と指摘している。また、医療機関の経営が厳しくなる中で、この問題が前向きな投資を一層難しくしており、国民に必要な医療を効果的・効率的に提供するための設備投資は積極的に進めていく必要があるとの認識も示している。

日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会の三師会と四病院団体協議会が8月29日、新たな税制上の仕組みを提言したことも踏まえ、厚労省は年末の税制改正大綱決定まで、控除対象外消費税の問題の「抜本的な解決」を図るため、財務省や与党、関係者と交渉を続ける考えだ。

訪日外国人に妥当な医療費を請求

東京オリンピック・パラリンピックに向け、政府をあげて訪日外国人を増やす取組みが進む中で、訪日外国人が日本の医療機関を受診する場合の税制上の対応も要望した。

訪日外国人が医療保険に加入してい

なければ、医療費は自由診療になるため、妥当な請求額をどう決めるかが課題だ。厚労省は、「訪日外国人の診療には、医療通訳や多言語に対応した院内案内等を準備する必要がある上、診療に要する時間は日本人より長くなる傾向があり、医療機関は通常の診療に比べて、多くの費用を負担する」と指摘。診療報酬より高額を請求することに妥当性があるとの考えを示した。

ところが、社会医療法人等には、「診療報酬と同一の基準により計算された額を請求する」という認定要件があるため、この認定要件の見直しを要望した。なお、社会医療法人のほか特定医療法人や認定医療法人も対象となる。そのほかの要望事項としては、◇試験研究を行った場合の法人税額等特別控除の延長および拡充◇高額な医療用機器に係る特別償却制度の適用期限の延長—などがある。

消費税の補てん不足問題を協議

日病協・代表者会議

日本病院団体協議会は8月24日に代表者会議(山本修一議長)を開き、控除対象外消費税の補てんが不足している問題の対応を協議し、日病協として要望を提出することで一致した。

2014年の消費税8%への引上げに伴う控除対象外消費税の負担に対応する診療報酬の補てんが当初の想定を下回り、補てん不足となったことが明らかになったが、総合部会では補てんに関

する計算ミスが生じた原因が明確でないことを問題とする意見が相次いだ。

控除対象外消費税問題に関して、三師会・四病協の提言(1面参照)を踏まえ、日病協として要望を提出することで意見が一致。要望の内容を検討した。終了後の会見で山本議長は、「消費税の負担によって病院が厳しい経営環境に置かれていることを訴えていきたい」と述べた。

そのほか総合部会では、診療報酬実務者会議から救急医療管理加算検討ワーキンググループの第1回医会合の報告があった。救急医療管理加算については、加算2に厳しい見直しを行うと、2次救急を担う民間病院の負担が大きくなるとして、幅広く認めるよう配慮を求める意見があった。引続きワーキンググループで検討を進め、診療報酬改定の提言に盛り込む見込みだ。

オンサイトリサーチセンターでガイドライン見直し

厚労省・レセプト情報等有識者会議

第3回 NDB オープンデータも公表

厚生労働省のレセプト情報等の提供に関する有識者会議(山本隆一座長)は8月29日、「オンサイトリサーチセンター(厚生労働省)におけるレセプト情報・特定健診等情報の利用に関するガイドライン」案を議論した。同センターは、厚労省が管理するNDBを

通信回線で結んだ端末で利用できる厚労省指定の施設で、厳格な情報セキュリティの確保などが求められている。

NDBの利用方法については、「レセプト情報・特定健診等情報の利用に関するガイドライン」があるが、今回、同センターでの取扱いを明確化するた

めに見直す。

厚労省は、同センターでNDBを利用する場合に遵守すべきルールを具体案を示した。同センターから、中間生成物を含めた成果物を外部に持ち出す場合も、従来の第三者提供データと同様のルールを適用することを提案した。

なお、同センター内で研究作業を行う際には、外部委託を認めないとしている。

また、8月28日に第3回NDBオープンデータを公表したことが報告された。オープンデータは、NDBデータを広く活用するため、汎用性が高い基礎的な集計表に整理したもの。厚労省のホームページで公表している。今回、特定保険医療材料が新たに加わった。

2018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25日

【主な協議事項】

●入退会の状況(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会を承認した。

岩手県 公益財団法人いわてリハビリテーションセンター センター長 大井清文

群馬県 一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院 理事長 大澤誠

神奈川県 医療法人社団葵会七沢リハビリテーション病院 理事長 新谷幸義

愛知県 医療法人桂名会重工記念病院 院長 高橋成夫

熊本県 医療法人社団恵生会勝久病院 理事長 岩下浩蔵

他に退会が4会員あり、正会員は合計2,520会員となった。

賛助会員として以下の入会を承認した。

株式会社早稲田エルダリーヘルス事業団(代表取締役 筒井祐智) 賛助会員数は合計100会員になった。

●特定費用準備資金等取扱規定を承認した。

●全日病個人情報保護規定の改訂を承認した。

●愛知県支部長と宮崎県支部長の交代を承認した。また、愛知県副支部長と宮崎県副支部長の交代が報告された。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会 医療機関等における消費税負担に関する分科会、総会、費用対効果評価専門部会」、「社

会保障審議会医療部会」、「医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。

●新たな在留資格(特定技能(仮称))を踏まえた今後の方針・予定などが報告された。

●准看護師試験事務の受託が報告された。

●病院機能評価の審査結果について □主たる機能【3rd G: Ver.1.1】～ 順不同

◎一般病院1
北海道 北彩都病院 更新
北海道 豊岡中央病院 更新
千葉県 柏戸病院 更新

京都府 西京都病院 更新
兵庫県 ツカザキ記念病院 更新
岡山県 宮本整形外科病院 更新
熊本県 川野病院 更新

◎一般病院2
京都府 武田総合病院 更新
大阪府 加納総合病院 更新
広島県 興生総合病院 更新
福岡県 原三信病院 更新
鹿児島県 川内市医師会立市民病院 更新

7月6日現在の認定病院は合計2,193病院。そのうち、本会会員は864病院と、全認定病院の39.4%を占める。

●消費税をテーマに討議した。

■ 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
人間ドック研修会—日本医師会認定産業医教育講演— (100名)	2018年10月6日(土) 【グランドニッコー東京 台場 B 1F「ファンタジー」】	無料 (但し、学会参加費については別途必要となります)	第60回 全日本病院学会 in 東京にあわせ、「人間ドック研修会」を開催する。日本医師会認定産業医研修会の承認のほか、「全日病 保健指導士」資格更新の単位(2単位)に該当する。
第14回看護部門長研修コース (48名)	第1単位 2018年10月12～14日(金～日) 第2単位 2018年12月7～9日(金～日) 第3単位 2019年1月25日～27日(金～日) 【全日病会議室】	全3単位9日間 237,600円(345,600円) (税込) (テキスト料、全単位宿泊費、懇親会費含む)	看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的として、経営感覚、イノベーション、実践力の3つの狙いを軸に講義・演習等を行い、原則3単位(9日間)の出席および課題の提出(医療従事者委員会にて審査)の条件を満たした方を「看護管理士」として認定している。病院の看護部門長もしくは次期看護部門長の参加を期待する。
高齢者医療研修会 (100名)	2018年11月3日(土)、11月4日(日) 【AP 秋葉原】	54,000円(81,000円) (税込) (テキスト料、昼食代含む)	旧「総合評価加算に係る研修」を日本老年医学会との共催で、「高齢者医療研修会」として開催する。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。座学研修1日・ワークショップ研修1日の計2日間の受講修了で修了証を発行する。