



全日病 ニュース

2018.10.1

No.926

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

医療機関の消費税問題で厚労省に要望書を提出

日病協 税制上の仕組みと補てん不足の救済措置求める

日本病院団体協議会は9月12日、医療機関の消費税問題に関する要望書をまとめ、厚生労働省の鈴木俊彦事務次官に手渡した。8月29日に四病院団体協議会・三師会としてまとめた提言内容と歩調を合わせ、控除対象外消費税問題を解決するための税制上の新たな仕組みの創設を求めた。また、2014年度に実施した診療報酬での補てんに不足があったことが一因で生じている病院経営の悪化に救済措置を講じるべきと主張した。

要望項目は右記の表の通りで、4項目からなる。控除対象外消費税問題に対応した診療報酬による補てんにおいて、全体での不足があり、さらに、病院の類型により、ばらつきが大きいことを指摘。特に、大規模急性期で不足が大きく、経営が悪化していることへの対応を訴えている。

項目①は、補てん状況の検証で、厚労省の計算間違いにより、不足が明らかになるのが遅れたことを問題としている。3年前の検証でわかっていれば、2018年度診療報酬改定で対応することもできたが、来年10月まで放置されることになり、傷口を深めたとの認識を示した。計算間違いは厚労省への信頼を失わせることにもつながり、今後詳細な調査が中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で行われることが必要とした。

項目④も、消費税5%から8%への引上げ時の2014年度の診療報酬による対応で、補てん不足があったことに関連する。病院全体の補てん不足は90.6%、特定機能病院に至っては61.4%である(2014年度)。この状況は来年10月まで続くため、「有効な救済措置」を求めた。

ただ、鈴木事務次官は、診療報酬で時限的な救済措置を講じることは難しいとの認識を示すとともに、前回の診

療報酬改定でも病院経営の実態をみて、総合的な対応を行っているとの回答があったという。要望書提出後の会見で、日病協の山本修一議長は、「経営が悪化した病院に、低利の政策融資を与えることも一つの考え」と述べた。

項目②と③は、四病協・三師会の8月29日の提言に歩調を合わせている。消費税10%以降の対応として、診療報酬で補てんした後に、個々の医療機関で生じる控除対象外消費税の過不足に対しては、新たな税制上の仕組みにより対応することを求めている。

診療報酬による補てんについては、

現状の補てん方法は医療機関ごとのばらつきが大きいことを踏まえ、「病院類型別に公平となる」ことを強調している。ただ、どれだけきめ細かく補てんしたとしても、必ず個別の医療機関で過不足は生じるので、新たな税制上の仕組みによる対応が不可欠となる。

全日病の猪口雄二会長は会見で、「病院関係者には、依然として、診療報酬を課税化して、個別の医療機関ごとに還付を受けられる『課税化』を主張する意見もある。しかし、政治的に、あ



鈴木次官(左)に要望書を手渡す山本議長(中央)と猪口会長(右)

るいは国民の理解を得る上でも、診療報酬の課税化はかなりハードルが高い。このような状況で、新たな税制上の仕組みが創設され、個別の医療機関で控除対象外消費税の過不足に対応できるようになれば、我々の主張は満たされると言える」と述べた。

医療機関の消費税問題に関する要望

近年、病院経営は悪化しており、特に大規模急性期の経営悪化は顕著である。控除対象外消費税が経営悪化の大きな要因となっており、今回それを裏付けるように、2014年度診療報酬改定における消費税引上げ相当額の補てん結果の計算違い、さらに補てん不足が公表されたので、その経過を簡単に述べる。

2014年4月、消費税が5%より8%に引き上げられた。その際、非課税である社会保険診療報酬においては、初診料、再診料、入院基本料、等に消費税分を補てんするという手法がとられた。

2015年2月、四病院団体協議会、日本病院団体協議会は、病院に関する消費税補てん状況の調査を行い、全体の補てん率は平均値76.1%、中央値84.2%でばらつきが大きい。特に400床以上の病院では70.5%しか補てんされていない、等を発表した。また全国医学部長病院長会議も、国立大学病院における補てん率は60%台に過ぎないと発表していた。

しかし、2015年11月、厚生労働省の調査結果では補てん率全体102.07%、病院102.36%、特定機能病院98.09%、等であり「補てん状況にはばらつきはみられるものの、マクロではおおむね補てんされている」ということが公式見解とされた。

ところが2018年7月になって、2015年の調査では計算違いがあり、実際の補てん率は、2014年度全体90.6%、病院82.9%、特定機能病院61.4%等、2016年度全体92.5%、病院85%、特定機能病院61.7%、等であったことが発表された。

日本病院団体協議会は、厚生労働省が行う調査の信頼性が失墜したともいえるこのような結果を受け、消費税問題への対応として下記を要望する。

記

- ① 今回の診療報酬における補てん不足、計算違いの原因について、詳細な調査を行うとともに、その結果をすべて公表すること。
- ② 医療機関における2019年10月の消費税引上げ時の対応については、今後方針が決定される。仮に診療報酬での対応が必要となった場合、上記調査の結果も踏まえ、すべての医療機関、特に病院機能別に公平となる補てんを行うこと。
- ③ 診療報酬による対応は②の手法を用いても、個々の医療機関における補てんのばらつきは必ず残る。そこで、各医療機関の消費税補てん相当額と控除対象外仕入れ税額を比較し、補てんの過不足がある場合、税制上での対応を可能とする新たな仕組みを創設すること。
- ④ 病院経営の悪化の原因となっている控除対象外消費税、特に2014年度以降の補てん不足に対し、有効な救済措置を創設すること。

都道府県の医療政策人材の育成を目指す

中央医療対策協議会が初会合

厚生労働省の中央医療対策協議会(中対協、議長:鈴木康裕医務技監)の初会合が9月20日にあった。都道府県の医療政策人材の養成・確保を目指し、育成のあり方などを検討する。年度内

に論点整理を行い、都道府県の人材育成や政策に反映させることを目指す。

改正医療法等が成立し、医師偏在対策など医療政策において都道府県に大きな役割と権限が与えられた。一方で、

都道府県の医療政策遂行能力は十分ではないと指摘されている。中対協は、主に都道府県担当者の人材育成を目的に設置された。都道府県に医師偏在対策を主に担う地域医療対策協議会(地対協)があるが、そこでの事務局機能の向上などを狙っている。

会議は非公開で、各界からの代表が構成員として参加。病院団体からは、神野正博・全日病副会長が参加した。

初会合では、医師をはじめとした多様な関係者との調整能力が最も重要との認識を共有した。人事慣習など都道府県における人材育成の難しさが指摘されるとともに、好事例の横展開や研修の必要性なども指摘されたという。

清話抄

ありがとう! —AMATに感謝—

この度は、西日本豪雨災害では全国の会員の皆様から多くのご支援をいただき、心より感謝し、御礼申し上げます。被災当初の7月9日より16日までの8日間、AMATを1日に5班、多い時で10班を全国14病院から派遣してい

ただき、被災地中心部である真備町の3つの小学校の避難所で緊急診療や巡回診療に大活躍していただきました。

特に有難かったのは、熊本地震や東日本大震災にも出動した実践経験の豊富な筑波記念病院・小關隊(モービルICU)と南多摩病院・朽木隊(高規格救急車)が先遣隊として派遣され、初めから岡山県庁の災害対策本部と、被災現場の倉敷市保健所に密接に連絡を取りながらDMATと連携した有効な救助活動ができたことです。

そして災害早期のDMAT(1日~

3日)、早期から初期のAMAT(1日~7日)、2~3週間目までにはJMAT(4日~14日)や地区医師会や地元医師会へ展開した救護活動が行われました。映像で見た病院も3週間目には、自院敷地に仮診療所を立ち上げ、来年2月には病院も復活しようと必死に頑張っておられます。

今回の災害は、メインの高梁川の水位が支流の小田川よりも高くなり、小田川支流へ逆流し個々の小堤防が先に決壊し、徐々に上がった水位が突然3~6mを超え、大変広域な水没となり、

避難の判断が遅れた方々や、2階や屋根に逃げるのでできなかった高齢者や、在宅で頑張っていた要介護のご老人が多く犠牲となりました。

このような状況はどこでも起こりうることであり、今の異常気象による集中豪雨災害は日本中どこでも起こり、しかも数年に一度とかではなく、毎年でも日本のどこかが被災する状況が想定されます。私たち全日病のAMATの益々の強化が重要と痛感しました。

(佐能 量雄)

主張

医療分野におけるイノベーション

鹿児島県は26の有人離島を有し、全国でも有数の離島県である。その中には無医地区もあり、ドクターヘリや船舶を利用しての緊急搬送などを行う地域もある。

1997年に厚生労働省が「遠隔診療通知」を発表し、当初は離島やへき地を例示していた。2003年と2011年に一部改正が行われ、2015年にはオンライン診療の先駆けとなる「SNSや電子メール・写真」を診療に組み込む通知があったことは記憶に新しい。

このような制度の変化と技術の進歩

に伴い、遠隔診療は離島やへき地だけでなく、在宅医療の推進や介護との連携などにも活用され始めている。

技術の革新は情報通信の分野だけにとどまらず、手術支援ロボットやロボットスーツ、診療補助としてのAI（意思決定支援システム）など医療現場における技術の進歩も目を見張るものが出てきている。

昨今ではこれらを組み合わせた「I o M T (Internet of Medical Things)」(注※：一般的にはI o T (Internet of Things) であるが、医療分野において

はMedicalを付随している)を活用した新しい医療の形が大きな期待を寄せている。

【一般的なIoTのプロセス】

①モノ：センサー（熱、心拍数、動体、尿量等）やカメラ等の機器による情報収集

→②へ情報の送信

②データ（クラウド）：情報の蓄積（データ）と情報の分析（AI）

→③へ過去の症例や効果のあった治療方法などから分析を行う（治療方針等の助言作成）

③人（患者）：AIの分析結果をもとに、フィードバックして新しいアクション（治療や医学的管理）へ

→①に戻り引き続き医学的管理を行う

さらに、AIへの「ディープラーニング（深層学習）」なども始まっており、いずれ「人の代理行為を行う」ことができるのではと期待される半面、一部メディアでは「人にとって代わる時代が来るのでは」と懸念する声も上がっている。

AIが分析する際の材料（情報源）は医学的エビデンスに基づく「結果」である。技術が革命的に進歩しても、導き出される結果に至る過程を考え、実行できるのはAIではなく人である。目的が患者本人の生活を支えることであれば、「人とAIが作り出す新しい医療の形」も生み出されていくべきではと私は考える。

（銚之原大助）

都道府県の在宅医療の目標設定に向け議論の整理案

厚労省・在宅医療介護連携WG

KDBなど市町村単位の情報把握が課題

厚生労働省は9月10日、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(田中滋座長)に、需要の増加に見合う在宅医療の供給体制を整えるための方策に関して、議論の整理案を示した。同日の議論を受け、さらに整理した上で、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告する。

超高齢社会を迎え、今後高齢者の医療・介護需要は急増する。現時点でも、多くの地域で在宅医療の供給は需要に対し、不足している。療養病棟や介護施設の需要も大きい。医療資源が限られているので供給を増やそうとしても限界がある。一方、2040年を過ぎると医療・介護需要はピークを迎え、人口減少が本格化することを考えると、ベッド数は増やすべきではないという見方もある。

厚労省の推計によると、在宅医療の需要は2025年に約100万人、いわゆる「追加的需要」で約30万人の純増を見込み、約130万人程度と推測している。

「追加的需要」とは、療養病棟で医療の必要性の低い入院患者の一定数が退院するとともに、西高東低の療養病床数の地域差が縮小することを想定し

た需要のこと。入院から在宅への移行分となる。一般病床の長期入院患者の一定数が早期退院することも見込むが、こちらは主に外来で対応できると想定されている。

この追加的需要を含め、在宅医療の需要に対応するため、どのように提供体制を整備するかを、都道府県は医療計画に記載している。しかし、今年度からの6年間の医療計画を都道府県別に比べると、目標の設定などにおいて、ばらつきが大きいことがわかった。特に、介護のサービス量の見込みが十分にできていない府県があり、その把握に有効と考えられるKDB（国保データベース）を活用しているのは、13都道府県にとどまっている。

KDBは、市町村単位で保健・医療・介護のデータを集積している。在宅医療圏域は二次医療圏単位だが、市町村単位の介護サービス量を見込まなければ、在宅医療に必要な供給体制を把握できない。

このため、議論の整理案では、KDBの活用を促すことにした。ただ、KDBを活用するには、専門的な知識・技術が必要になる。全日病副会長の織

田正道委員は、「KDBをもう少し使いやすくして、市町村の状況が把握できる工夫をすべき。生活する現場により近いところで、考えることが大切だ」と述べ、都道府県に対し、市町村や地域の提供体制を見える化できる体制づくりを求めた。

議論の整理案は、基本的には医療計画の3年目の中間見直しで設定する具体的な整備目標を目指している。しかし、それまで待っていると、2025年間に合わなくなるので、都道府県がすぐに着手すべきものとして、議論を整理している。

また、都道府県に対しては、医療政策部局と介護保険担当部局の役割分担を図ることが強調された。保健所の活用も明記された。さらに、医師会や病院団体などと課題を共有し、計画的な取り組みが行われるよう、課題解決に向けたロードマップの作成を求めている。

入退院支援ルールの策定促す

在宅医療には基本的に、①退院支援②日常の療養支援③急変時の対応④看取りの4つの機能があるとされる。

退院支援については、在宅医療圏ご



とに入院退院支援ルールを策定することを明記した。現状で退院支援ルールを決めているのは15都道府県。策定していない都道府県には、先進事例を参考に策定を促す。あわせて、同ワーキンググループとしても、入退院支援ルールの議論を今後行いつつ、取組み状況を確認していく。

急変時の対応では、まずは後方支援の病院を確保することが課題となる。さらに、病院は後方支援の役割だけでなく、地域の実情に応じて病院が積極的に在宅医療に加わり、診療所と連携することも重要と明記した。

急変時の対応と看取りに関しては、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組みが診療報酬でも位置づけられたことを受け、終末期医療での意志決定を支援するため、介護従事者への研修なども含め、地域住民への普及・啓発を進めていくべきであると指摘している。

控除対象外消費税の補てん不足を要因分析

中医協・消費税負担分科会

相対的に病院の消費税負担が大きく

厚生労働省は9月19日の中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」(荒井耕分科会長)に、医療機関の消費税負担に関して、2014年度診療報酬改定時の対応で補てん不足が生じたことの原因を分析した結果を示した。医療費シェアや課税経費率、算定回数に見込み違いがあり、病院の消費税負担が相対的に大きくなったことが、主要な原因であるとした。

2014年4月に、消費税が5%から8%に引き上がるのに合わせ、控除対象外消費税問題に対応するため、2014年度診療報酬改定時に、初再診料と入院料を対象に、診療報酬の点数を引き上げた。約2,200億円の財源を使い、病院に1,600億円、診療所に600億円を配分した。

基本的な考え方は、医療機関の課税経費率を算出し、そこから医療経済実態調査を基に控除対象外消費税の負担がどれだけ生じているかを把握。それに見合う補てんを「消費税分の補てん点数」×「補てん点数項目の1年分の算定回数」で充当した。

このため、補てんにばらつきが生じ

たとすれば、①その後の医療費シェアの変化②その後の課税経費率の変化③補てん点数項目の1年分の算定回数の見込みが実際と異なることに原因があると考えられる。ただ、そもそも医療機関の消費税負担は個々に異なるため、どの医療機関でも必ず誤差が生じる。

2014年度改定時に用いた2012年度実績の医療経済実態調査における病院の課税経費率は25.8%。それが2014年度には28.3%、2016年度に27.8%に若干上がっている。一方、診療所は22.2%ではほぼ変わっていない。医療費シェアをみると、病院は2012年度と2014年度が50.4%、2016年度が51.8%と若干上がった。診療所は2012年度が21.8%、2014年度が21.3%、2016年度が20.7%と若干下がった。医療費シェアや課税経費率が想定より上がると、負担する控除対象外消費税が増える。

初再診料の算定回数が全体で減る

また、初再診料・外来診療料の算定回数は、「総じて病院の占める割合が減少傾向にある」ことがわかった。2014年度改定の補てんでは、病院全体

と診療所全体の課税経費率に基づいて、控除対象外消費税を計算している。それに見合う補てんが行われれば、その時点で両者に不均衡は生じない。しかし、診療所に配分した財源(600億円)の範囲内で、初再診料の点数設定を行ったため、その後の初再診料の算定回数に変化が生じれば、補てん状況に影響を及ぼす。

さらに、初再診料の算定回数は、全体でも減少傾向にあり、全体での補てん不足の一因と厚労省は推定した。

病院は入院料を大きくりに分類したため、ばらつきが大きくなっている。基本的には、「一般病棟入院料」「療養病棟入院基本料」「結核病棟入院基本料」「精神病棟入院基本料」の分類である。一般病棟が一律の補てんになっていることから、全日病会長の猪口雄二委員は、「入院基本料以外の収入が多い急性期大型病院で補てん不足が大きくなる傾向があるのは明らか」と訴えた。ただ、同時に「病院で支出と収入を項目ごとに明確に対応させることは、外来と入院の区分けでもできない」と述べ、診療報酬による正確な補てんは



不可能であることを強調した。

補てんは全体的に不足し、ばらつきが生じている状況を踏まえ、厚労省は、消費税が10%に上がる際の対応について、①課税経費率は直近の2017年度の医療経済実態調査の結果を用いる②算定回数の見込みでは、NDBデータの通年の実績データを用いる③補てん状況は速やかに検証する一を提示。委員から概ね了承を得た。

支払側委員から医療提供体制の動向を見込んで、見込み違いを減らすことを考えるべきとの意見が出たが、猪口委員は、「未来を見越して正確に補てんしようとするのも無理。定期的に検証し、結果に基づき、できるだけ補てん不足が生じないよう対応することしかできない」と述べた。

一方、2014年度改定時の対応の検証で計算間違いがあり、正しい検証ができなかったことについて、厚労省が対応策を示した。NDBデータと、DPC対象病院が厚労省に提出するデータを突き合わせるなど、他のデータからの確認を行い、複数の職員で入念に対応していくとした。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応⑨

ICTの活用(生産性向上、効率化、オンライン診療等)、医療従事者の負担軽減(働き方改革)

医療保険・診療報酬委員会 委員 福井 聡

これまで2018年度診療報酬改定について5月より毎号シリーズとして診療報酬委員会の各委員が執筆してきたが、今回の9回目で最後を迎える。最終回の今回はICTの活用、医療従事者の負担軽減を中心に述べていく。

第1回の津留委員長執筆の中で「我が国の医療・介護が抱える基本的な問題の一例として人口減少、少子高齢“多死”社会の到来、高齢者人口増加の都道府県偏在の問題」について触れているが、この問題に対する答えの1つとしてICTの活用が挙げられることに異論を唱える人は少ないのではないだろうか。労働人口の減少を補うためには、効率化、生産性を向上していかなければ、継続した地域包括ケアの実現は難しい。

制約が大きいオンライン診療

今回その特徴を捉える大きな改定の1つとしてオンライン診療料が新設された(図1)。この遠隔診療は、特定疾患療養管理料を算定する患者、小児科療養指導料を算定する患者など、対象疾患に限られ、誰でも突然オンライン診療を受けられる訳ではないものの、働きながら疾病を抱え、医療機関に頻りに診察を受けに行くことができない患者からすると、非常に有難いシステムであろう。このようなシステムが上手く機能すると、患者の定期的な受診を促し、重症化を防ぐ予防医療の側面も見えてくる。さらに大きな枠組みでみた場合、離島やへき地など医療資源が限られた地域での診療体制の構築にも役立つ可能性は十分にあるだろう。

また、在宅医療などの分野でも十分な可能性を見出せる。医療機関までの遠距離や交通手段がなかなかない地域は勿論、都会で移動が難しい高齢者にとっても非常に便利なツールとなる。

なお、一部の医療機器の遠隔モニタリングや、条件付きではあるがオンラインによる看護師と連携した在宅での看取り(死亡診断)も可能となっている。近年、親の介護のために仕事をやめなければならない介護離職などの問題が一部報道されているが、このようなオンラインによるシステムが、これからの将来社会に大きな影響を与えるだろうと考えている。

しかし、このような患者側の状況に対し、医療機関側は厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う必要があり、細則に従う必要がある。具体的には医療機関内でリアルタイムに診察を行う必要があるほか、緊急時には概ね30分以内に直接診療が可能な事(離島・へき地の患者や小児科療養指導料、難病外来指導管理料を算定する患者など一部の患者を除く)、さらに、対面診療の間隔は3か月以内、療養計画の策定、同一医師による6か月以上の対面による継続診療が必要なことなど複数の条件が並ぶ。

加えてオンライン診療を行う患者は全体の1割以内にしなければならないという制約があるため、数が増えてきた場合には患者数のカウントおよびコントロールも必要になるであろう。このように医療機関側には様々な条件があり、設備投資も必要であるが、今回の診療報酬ではオンライン診療料70点と通常の再診料よりも低く、指導料に

2018年度診療報酬改定 II-2-1 遠隔診療の評価②

図1 オンライン診療料の新設

▶ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

【算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診療を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていただい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診療を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診療を行う。
- オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診療を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診療を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

【施設基準】

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

対しての評価も100点と決して医療機関側のメリットは多くない。また、同月に患者が直接来院し、再診料の算定があると、オンライン診療料の請求はできなくなる。つまり、行ったオンライン診療が遡って無報酬となったりする可能性もあるのだ。これから、各機関や団体から様々な調査でその影響が示されるかと思うが、実情に即した規則、患者側、医療機関側共にメリットのある制度となることを期待する。

働き方改革に沿った改定

こまでは直接的な患者への遠隔診療について述べてきたが、今回の改定ではさらにICTを用いた遠隔診断や医療機関相互間でのカンファレンスについても改定されている。この内容は特に医師の働き方改革への取り組みの1つになるのではないかとと思うが、具体的には画像診断、病理診断に関し、週3回以上かつ24時間以上勤務する医師は自宅等保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定することができることとされた。従来は常勤の医師が夜間、休日に撮影した画像の読影と限られていた条件が緩

2018年度診療報酬改定 III-1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善①

図2 各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件	
	【医療資源の少ない地域の場合】	
感染防止対策加算 【施設基準】	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること	
入退院支援加算1 【施設基準】	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。	
退院時共同指導料1、2の注1 【算定要件】	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。	
退院時共同指導料2の注3 【算定要件】	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。	
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 【算定要件】	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面を実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。	
在宅患者緊急時等カンファレンス料 【算定要件】	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っているとき 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っているとき	
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 【算定要件】	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っているとき	
精神科在宅患者支援管理料2のイ 【算定要件】	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面に参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。	
精神科在宅患者支援管理料2のロ 【算定要件】	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。	

和された形だ。

小さな子供がいるなど、家庭の事情がある医師にとって週3日以外を自宅勤務とすることができるのは働きやすい改定となったのではないかと。

また、これまで対面でのカンファレンスが求められていた診療報酬項目についてもICTを用いたもので一部可能となった。対象となる診療報酬は感染防止対策加算、入退院支援加算1、退院時共同指導料など8種にのぼり、以前は急患対応や出張などで参加ができなくなると基準を満たすことができなくなったが、そのリスクが軽減された形だ。

なお、すべてのカンファレンスに直

接出席しなくてよい訳ではなく、それぞれの項に条件があるので留意したい(図2)。

以上、今回のICTに関連した改定について述べてきたが、このような診療体制の広がりがこれからの少子高齢化に対応する地域医療への対応策として機能することを切に願う。

最後に、これまで9回に渡り連載で各委員の想い、考えをこの紙面に描いてきた。これらのことが紙面を読んでいただいた皆様、さらには医療の現場で活躍する皆様の大きな知力となり、医療業界のさらなる発展となることを願い、最後の締めくくりとしたい。

NDBと介護DB連結データ活用の検討の進め方を了承

厚労省・医療介護データ等有識者会議

第三者提供の費用負担など議論

厚生労働省の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」(遠藤久夫座長)は9月6日、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)を連結させたデータ活用に向けた今後の検討の進め方を了承した。年内をめどに、報告書をまとめ、社会保障審議会医療保険部会・介護保険部会に提出する。同日は、主に連結したデータを第三者に提供する場合の論点をめぐって議論した。

NDBと介護DBの連結では、同検討会が7月19日に中間報告をまとめている。秋以降は、来年の通常国会に法案を提出することを見据え、法制面での残された課題を整理するとともに、実際にデータを活用する場合のシステム面を含めた対応を検討することとしている。

法案を提出する上で、必要な検討項目として厚労省は、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(保健医療分野の他の公的データとの関係整理など)一をあげている。このうち、中間報告後の残された課題として、今後の主な論点となるのは、◇第三者提供◇データベースの整備・保守管理◇オープンデータ等の取扱い一となる。これらは現在のNDBでの運用が参考になる。

一方、介護DBは、現在第三者提供の準備段階であることから、本格実施の状況をみながら、運用を考える。

同日は、連結データの第三者提供を議論のテーマとした。NDBも介護DBも国の施策に用いるために、法令により収集しているが、第三者提供も行っている。個人の特定につながる情報は削除し、個人情報ではない形で提供している。ただ、特定地域の希少疾病など、個人が特定される可能性もあるため、10人以下の項目になる集計は行わ

ないなどの対応を取っている。

第三者提供の論点としては、◇迅速な審査にするための効率的な体制◇審査の前段階の提供申出のチェックの時間短縮◇基礎知識の習得など利用者支援◇データを安全に提供・利用する環境◇データ処理ができる人材の養成◇第三者提供を実施する業務の体制◇利用者負担一が示された。

基本的には、現行のNDBの実施状況を参考に検討した。NDBでは、利用者からの申請書を国が審査するのに約1カ月、データ提供の契約とデータ抽出・処理に約1~2カ月かかっている。また、利用者が委託業者から申請支援を受けながら、申請書を作成するには、約2~3カ月程度かかると言われる。

委員からは、審査期間を出来るだけ短縮できる体制整備を求める意見が相次いだ。それには充実した人員体制が必要になる。NDBで申請書類を



チェックする体制としては、厚労省から「申請支援を担っている委託先は4人、受け付ける厚労省事務局は2人」との説明があった。

また、連結データにおいては、位置づけや運用が改めて法制化されるため、それを審査する体制も現行の有識者会議から格上の会議体に変更される可能性が厚労省から指摘された。

利用者負担をめぐっては、様々な意見が出た。実費程度を支払ってもらいたいという意見がある一方で、公共的な目的のために幅広く利用してもらうため、費用徴収は必要ないとの意見もあった。また、製薬企業が利用する場合など、最終的に収益に結びつく場合と純粋に公益的な目的である場合があるため、「民間・行政・アカデミアと提供先で負担に差を設けるべき」との提案が出た。

医療機能情報制度にかかりつけ医機能の報告を追加

厚労省・医療情報あり方検討会

医療広告ガイドラインQ&Aに1項目追加

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(尾形裕也座長)は9月12日、医療機能情報提供制度の報告事項の見直しを了承した。かかりつけ医機能に関する情報を、医療機関から都道府県への報告事項に加える。

医療機能情報提供制度は、医療機関が年に1回以上、医療機能に関する情報を都道府県に報告し、都道府県がその情報を住民・患者に提供する仕組み。住民・患者の医療機関の選択を支援することが目的だ。

厚労省は同検討会に、医療機能情報提供制度の報告事項として、◇かかりつけ医機能◇病院の機能分類◇医療機器による医療被ばく線量の管理——などの追加を提案し、委員からは異論がなく、了承された。これを受けて、厚労省は今年度中に省令等を改正する予定だ。

かかりつけ医機能については、診療報酬上の①地域包括診療加算②地域包括診療料③小児かかりつけ診療料④機能強化加算一の届出状況を報告することとした。

さらに、実際に果たしている機能として、「日常的な医学管理・重症化予防」や「地域の医療機関等との連携」「在宅療養支援、介護等との連携」「適切かつわかりやすい情報の提供」の計4項目について、実施の有無を報告する。

この4項目は、日本医師会と四病院団体協議会が平成25年にまとめた合同提言において示した「かかりつけ医機能」に基づいて定められた。

病院の機能分類については、がん診療連携拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等、小児がん拠点病院、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院であれば、報告することとした。

医療被ばくについては、CTや血管造影用X線装置などの医療機器のうち、新しいものには線量表示機能があるが、従来から使われている機器には同機能がないものもある。

線量表示機能をもつ医療機器の有無や台数は、患者が医療機関の選択をする際に参考になる情報であることから、報告事項へ追加することとした。

その他、介護医療院や、診療録の開示請求時の料金なども、報告事項に追

加することが了承された。

かかりつけ医機能の情報を報告することについて、委員からは、「将来はゲートキーパー的な役割をもつ総合診療医の情報を提供することが必要だが、それまでの間は、診療報酬で定義される『かかりつけ医機能』をもつ医療機関を周知することが大切だ」との発言があった。

厚労省の迫井正深審議官は、2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書について触れ、「外来医療には将来的に『緩やかなゲートキーパー機能』の導入が必要という方向で報告書がまとめられた。そのとき、実際にどこの診療所がそういった加算をとっているかわからないという意見があった。そこで、診療報酬の算定状況と実際に果たしている機能を、地域の方々に伝えるために、報告項目への追加を提案した」と説明した。

医療機関が費用を負担する 検索サイトの体験談も規制対象に

同日の検討会は、前回からの継続審議となっていた、医療広告ガイドライ



ンのQ&Aの1項目について、厚労省が示した修正案を大筋で了承した。同日の議論であがった意見を反映して該当の項目はさらに修正され、近くQ&Aに追加される。

議論されたのは、「医療機関の検索が可能なウェブサイトに掲載された、治療等の内容または効果に関する体験談は、広告規制の対象か」という問いへの回答。厚労省は、「検索が可能なウェブサイト」について、広告料や登録料、予約システム利用料などとして医療機関が費用を負担していることが明らかな場合には、医療広告規制の対象とし、そのサイトに体験談は掲載できないとの解釈を示した。

消費税率引上げに伴う介護人材の処遇改善で議論

厚労省・介護給付費分科会

介護福祉士以外にも柔軟な運用認める方向

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は9月5日、来年10月に予定されている消費税率引上げに伴う介護人材の処遇改善について議論した。今後、月2回のペースで会合を開いて議論を深め、12月に審議報告を取りまとめる予定だ。

処遇改善の柔軟な運用に賛成意見

厚労省の資料から介護人材と産業計の賃金を比較すると、介護職員(平均年齢41.3歳)は勤続年数6.4年、賞与込み給与27万4千円であるのに対し、産業計(同41.8歳)は勤続年数10.7年、賞与込み給与36万6千円である。介護職員の方が、勤続年数が4年ほど短く、給与も4分の3程度にとどまっている。

介護人材の処遇改善については、昨年12月に閣議決定した「新しい経済政

策パッケージ」で、「経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員のさらなる処遇改善を進める」として、勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠とし、公費1千億円程度を投じて処遇改善を行う方針を示した。一方で、「他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める」と明記。来年10月の消費税率の引上げに伴う介護報酬改定で実施する方針が決まっている。改定による処遇改善全体の規模は2千億円程度となる。

厚労省は現行の介護職員処遇改善加算に、上乗せの加算を設定し、新たな要件を満たした場合に算定できる仕組みとする方向で検討を進める考えだ。この日の会合では新たな要件のポイン

トとなる「重点化」と「柔軟な運用」について意見を求めた。

日本医師会の委員は、「介護職員の処遇改善を基本としつつ、一定の割合の範囲内で事業所に裁量を認めてはどうか」と述べ、他職種への柔軟な対応を認めるよう求めた。

全国老人保健施設協会の委員は、潜在介護福祉士が40万人に上ることから勤続年数10年以上の介護福祉士に着目して処遇改善を進めることを支持するとともに、「柔軟な運用では、リハ職や看護職、ソーシャルワーカーにも使うことを認めていただきたい。ただ、介護職の処遇改善が損なわれては意味がない。基本は介護職に多くを使うべき」と主張した。他にも複数の委員が同様の意見を述べた。

日本介護福祉士会の委員は、「他の



介護職員などの処遇改善に柔軟に対応し、全体の底上げを図ること自体は否定しないが、本来の趣旨であるインパクトが薄まることなく、経験・技能を有する者、介護福祉士が実感できる処遇改善としてほしい」と求めた。

報酬改定で関係団体からヒアリング

税率引上げに伴う介護報酬の上乗せに関しては、控除対象外消費税負担の現状等について医療・介護の関係団体からヒアリングを実施することが厚労省から示され、了承された。30団体に事前照会を行い、「意見有り」と回答した団体から意見を聴取する。

【資料】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についての提言—消費税率10%への引上げに向けて—

※8月29日 三師会・四病院団体協議会

1. 新たな仕組みの提言

医療機関等(病院、一般診療所、歯科診療所、薬局。以下同じ)の控除対象外消費税問題の解消に向け、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会は、これまでの税制改正要望で非課税還付方式を要望してきた。

これについて、仕入れ税額を控除し、還付を受けることが認められるのは課税に限ってのことであるため、財政当局から消費税の基本的な仕組みと相容れないとの指摘があった。この点は十分に承知している。しかし、社会保障である医療に対する消費税の課税について国民(有権者)の広い理解を得ることは困難である。

そこで、控除対象外消費税問題の解消に緊急を要する中、医療界が一致団結できる具体的な対応として、新たな仕組みを提言する。

新たな仕組みの提言

(1) 仕組みの概要

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(以下、消費税補てん額)と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額(医薬品・特定保険医療材料を除く)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%への引き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。

(2) 適用対象

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開設者を対象とする。

消費税率5%までのマクロ的な比率の計算については、平成9年消費税率5%までの上乗せ率0.43%(平成元年0.11%、平成9年0.32%)が基本となる。

この上乗せ率0.43%については補てんが不十分であるだけでなく、その実在性にも疑問が残るが、ここでは、平成9年までの0.43%の上乗せはあるものとして、診療種類別(医科、歯科、調剤)の上乗せ率(以下、診療種類別修正上乗せ率)を計算する。

診療種類別修正上乗せ率の平成9年までの計算例として、平成26年については診療報酬本体報酬全体と診療種類別の上乗せ率の比が明らかであるので、その比を用いて計算する方法がある。また、平成9年は診療種類別の上乗せ率が明らかであるので、平成元年の分についてのみ、平成26年の比を用いて計算する方法もある。ここでは平成26年の比率で例示したが今後の検証を踏まえ最新の比率を用いることも考えられる。

新たな仕組みのスタートまでにこのような計算方法について検討し、消費税率5%までの診療種類別消費税補てん額について合意、決定する必要がある。

平成26年の補てんについては、平成27年の検証において、一般診療所、精神科病院で補てん率が100%超であった。しかし、消費税率5%までの部分を含めてみればいずれの診療種類においても補てん不足である。また、新たな仕組みをスタートする際には、補てんのばらつきを丁寧に検証し是正することとし、導入後も診療報酬改定の都度、補てんのばらつきを検証・是正する。

平成26年に消費税率が8%に引き上げられた際には診療報酬改定で初診料、再診料、各入院基本料などに消費税対応分が上乗せされたので、これらの上乗せされた個々の点数(×10円)に個別の医療機関等の算定回数を乗じたものが消費税補てん額になる。

なお、平成26年の診療報酬改定で消費税対応を行った初診料、再診料、入院基本料などの診療報酬項目で、その後、組み替えが行われたものや、点数が変更されたものについては、そのうちの消費税対応分が何点なのかを明確にしておく必要がある。また、平成26年に対応した個々の点数を活用して計算するためには、DPCの場合には該当部分を抽出するプログラムが必要であり、その際には厚生労働省の対応を要請する。

平成31年に消費税率が10%に引き上げられる時にも、平成26年診療報酬改定と同様の対応が必要であり、個々の点数に個別の医療機関等の算定回数を乗じたものが消費税補てん額になる。また、消費税率10%引き上げ時の診療報酬改定では、税率5%超8%までの部分の補てん状況について検証を行い、補てんのばらつきを是正した上で新たな仕組みをスタートさせることが肝要である。

2.2. 薬価・特定保険医療材料価格への対応

現在、薬価・特定保険医療材料価格(以下、薬価等)は次のように決まっている。

$$\text{改定後薬価} = (\text{消費税抜きの改定前市場実勢価格} \times 1.08) + (\text{改定前薬価} \times \text{調整幅}(2\%))$$

計算式の「×1.08」に消費税相当額が織り込まれているので、薬価等については現状の仕組みどおりとする。

薬価等には消費税相当額が含まれていることから、医療機関等の納入価は、以下のように交渉する必要がある。

$$\text{薬価} > \frac{\text{納入価(税抜)} \times 1.08 + (\text{改定前薬価} \times \text{調整幅}(2\%))}{1.08}$$

しかし、「薬価100、納入価(税抜)95」というふうにならなければならない。

$$\text{薬価} 100 < \frac{\text{納入価(税抜)} 95 \times 1.08}{1.026}$$

となり、いわゆる「逆ざや」が発生してしまう(数字は仮)。

このような逆ざやの発生を防ぐためには、薬価に含まれる消費税相当額を差し引いた価格を基準に納入価(税抜)の交渉が行われなければならない。現在、医薬品卸売業者に対しては、医療機関等との価格交渉にあたり、薬価に含まれる消費税相当額とそれを差し引いた価格とを区分して示すことが求められているが、十分に浸透していないので、これを徹底させる必要がある。特定保険医療材料についても同様の対応が必要である。

医療機関の材料費には、特定保険医療材料とその他の材料費があるが、特定保険医療材料価格には消費税相当額が織り込まれているので、本体報酬に含まれる消費税補てん額に対応する仕入れ税額は、「その他の材料費」に係る消費税だけである。しかし、医療機関の経理においては、特定保険医療材料とその他の材料費を区分して把握することが困難なケースもあるため、医療機関が両者を区分するための簡便な方法が必要である。

2.3. 小規模医療機関等への対応

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開設者に限ることとする。従って、以下①～③のいずれかに該当する場合は新たな仕組みの対象外とし、現行どおり診療報酬で対応する。

小規模医療機関等であっても、自ら

課税事業者を選択し実額計算で申告していれば適用対象となる。これにより、実額計算が困難な小規模医療機関等への影響を回避しつつ、自ら実額計算を選択して補てんの過不足に対応する道も開く。

【新たな仕組みの適用対象外】

① 消費税について免税事業者

課税売上が年間1,000万円までの事業者は、自ら課税事業者となる選択をしない限り、消費税の申告・納付の義務が免除される。これを免税事業者という。現在は自由診療等収入だけが課税売上であり、自由診療等収入が1,000万円以下であれば免税事業者になる。

② 消費税について簡易課税事業者

自由診療等の課税売上が年間5,000万円までの事業者には、簡易課税制度の利用が認められている。簡易課税制度とは、課税売上に係る消費税に一定割合をかけた金額を仕入れ税額控除とする制度である。

③ 所得税について概算経費の特例(四段階制)を利用している事業者

医療収入が年間7,000万円以下かつ社会保険診療収入が年間5,000万円以下の医療機関は、社会保険診療部分について一定割合(57%～72%)の概算経費により所得計算をすることができる。

3. 新たな仕組みの実現に向けて

平成元年に消費税が導入され、社会保険診療が非課税とされた。それ以来、控除対象外消費税の問題は、医療機関等の経営上極めて大きな負担となり、医療に係る税制の最重要課題を占めている。

その間、解決手段について様々な議論があり、課税転換を求める意見もあったが、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)の広い理解を得難く、政治的に極めて実現困難な現状にある。

しかし、控除対象外消費税問題解消は待ったなしであり、あらためて控除対象外消費税問題解消のための税制上の新たな仕組みを提言した。

今回の提言が、消費税の基本的な仕組みと相容れないという指摘もあるが、具体的な制度設計については各界の叡智もいただきつつ、医療界が一致団結して新たな仕組みの実現に向けて邁進してまいりたい。

個別の医療機関等における消費税補てん額の計算方法(試算)

	消費税率	本体上乗せ率	個別の医療機関等の消費税補てん額の計算
平成元年	3%	0.11%	「社会保険診療収入」×診療種類別修正上乗せ率 診療種類別修正上乗せ率の計算方法の確立が必要
平成9年	5%	0.32%	「社会保険診療収入」×診療種類別(修正)上乗せ率 平成9年の診療種類別上乗せ率は判明しているため、それを使う方法と別途修正上乗せ率を計算する方法がある。後者の場合、計算方法の確立が必要。
平成26年	8%	0.63%	個別の医療機関ごとに以下で求めた金額の合計が消費税補てん額になる。 (以下、診療報酬は一例) 初診料12点×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 再診料3点×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 各入院基本料(※)の上乗せ分(入院基本料によって異なる)×10円×個別の医療機関ごとの算定回数 ・ ・ ・ ※ 平成26年の地域包括診療料や一般病棟入院基本料などは平成28年、平成30年改定で再編されているが、そのうち消費税対応分がいくらであったかを明確にしておく前提で、その点数を用いる
平成31年	10%	(未定)	診療報酬で平成26年と同様の対応をする前提で、平成26年と同じ計算

2. 新たな仕組みの実現のための諸課題

2.1. 消費税補てん額の把握

新たな仕組みの実現に向けて、消費税補てん額を明らかにする必要がある。

過去の経緯を振り返ると、平成26年12月、自由民主党・公明党「平成27年度税制改正大綱」において、「個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額を『見える化』することなどにより実態の正確な把握を行う」こととされ、医療機関等の消費税問題に関する検討会で、原価構成の調査を実施した。

その結果、個々の「見える化」はきわめて困難であり、少なくとも消費税率5%までの部分については、マクロ的な比率で「見える化」を行う方が現実的であるということ、おおむねの合意が得られている。

またこの後、平成27年12月にとりまとめられた自由民主党・公明党「平成28年度税制改正大綱」で、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額の「見える化」に関する文言が削除されるに至った。

以上のことから、消費税率5%までの消費税補てん額については、マクロ的な比率を用いて把握することを提案する。

シリーズ●ICT利活用の取組み——その②

患者と診療情報を共有し信頼される病院に

社会医療法人宏潤会 大同病院

ICT利活用シリーズの第2弾は、院内の業務全般でICT化を進めてきた愛知県の大同病院。昨年、患者・家族との状況共有を進めるため、「カルテコ」を導入した。カルテコは、患者が自らの受診内容を保存・閲覧できるサービス。診療情報を患者と共有し、病院の透明性を高めることが信頼される病院の条件であるとの考えに基づく。ICTを活用して病院の業務を改善し、医療の質向上を目指す同病院の取組みを取材した。



大同病院の外観

カルテコで診療内容の理解を手助け

大同病院は、1939年に大同製鋼(現大同特殊鋼)の病院部門として開設。1985年に医療法人宏潤会大同病院になった。名古屋市南区という製造業が盛んな地域に立地している。主として高度急性期医療を担う約400床の病院だ。病院は入院医療や救急医療に特化。毎日千人の患者が訪れる外来を分離し、サテライトでも複数の診療所が対応する。宏潤会は、グループとして病院と診療所のほか、老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、特別養護老人ホームを有し、地域包括ケアネットワークの構築に寄与している。

大同病院はICTの活用で有名だ。早くから電子カルテを導入し、その機能を拡張する形で病院全体のシステム化を進めてきた。無線LANでモバイル端末をつなぐシステムにより、院内はもとより院外でも患者の医療情報を閲覧できる環境を整えている。

昨年4月には、患者が自分の端末で自分の検査値や処方を確認できる「カルテコ」というサービスを導入した。

カルテコは、病院と患者が診療情報の一部を共有することで、患者が自らの診療情報を保存・閲覧できるようにするWEBサービス(図1参照)。病院受診後に、スマートフォンなどの端末で、「医療機関情報」「症状リスト」「傷病名」「検査結果」「診療中に使われた薬」「処置・手術」「処方された薬」などをみることができる。メディカル・データ・ビジョン株式会社が提供するCADA(カーダ)という医療情報統合ICカードに登録することで、利用できる。



加藤彰裕部長

自分の病気であれば、ある程度は把握していても、家族の病名や薬などの受診記録を覚えているのは難しい。子どもを医療機関に連れて行って医師に過去の受診状況をきかれたときに、カルテコをみれば正確な情報を伝えることができる。専門用語の多い診療内容を記憶しておくのは容易ではないが、カルテコはそれを助け、病気を理解し、共有するのに役立つ。

カルテコで閲覧できる診療情報は、電子カルテの情報のごく一部であり、

どこまで情報共有を図るかは今後の課題でもある。それでも、患者・家族の利便性は大きいと加藤彰裕事務局長は考える。病気の受診でなくても、健診を受ければ、それが時系列で記録される。「健康管理や生活習慣の改善にも有効だ」(加藤部長)。

カルテコを利用する前提となるCADAの登録者数は今500人ほど。大同病院では、近く診察券やクレジット機能との統合も計画している。

試行錯誤で進めたICT活用

ICTの活用は、病院の様々な領域に及んでいる。ICT化の取組みについて、加藤部長にきいた。「今でも病院は閉鎖的なイメージがあると思います。しかし時代は変わり、患者は自らの医療情報を知りたいと考えています。医療情報の共有が求められていて、情報通信技術がそれを可能にしました。病院の業務を便利にするだけでなく、どうすれば医療の質を向上させ、患者の役に立つことができるかを、病院として追求してきました」と話す。

医療情報を患者と共有しようという考えを打ち出したのは、前理事長の吉川公章氏だ。前理事長の理念を病院全体で共有したことが、ICT活用を進める原動力になったという。

しかし、これまでの歩みを振り返ると、「試行錯誤の連続でした」と加藤部長は苦笑する。30年前の1988年に、医事会計システムを導入し、2003年に検査や処方など一部業務を電子化するオーダリングシステムを取り入れた。電子カルテは外来で2006年、病院で2007年に採用した。

2011年に電子カルテを中心とした全体のシステムを更新した。その後、周辺機器のネットワークを含む機能を拡張しながら、2017年に新たなバージョンAZ(all zone)に移行。現在に至る。

当初、システム部門の職員は加藤部長を含め2人だった。2人で全職員の1,000台のパソコンを管理した。これだけの数があると故障は頻繁におこる。すぐに交換する必要があるため、業者と連携してサーバ室に最新の状態で使えるパソコンを数台確保した。2人で各部署の様々な問い合わせのすべてには応えられないので、部署ごとにICTに詳しい職員を巻き込んで仲間にし、育成した。次第に、病院全体のICTリテラシーも向上していったという。

ICTリテラシーが向上してもシステム部門が暇になることはない。最近、患者の食物アレルギーを電子カルテに入力した後、次の食事ですぐ対応できる機能を求める要望があった。情報共有の時間差から生じる不具合の是正など、さまざまな要望がある。職員は6人になり、かつてより体制は整ったが、忙しさは相変わらずだ。システムが法人業務全体をカバーしているので、業務改善はシステム上で対応する必要がある。

VPN接続やFMCサービスを採用

大同病院のICTシステムをみてい

こう。まずは、充実したインターネット、イントラネットの環境がある。

例えば、VPN(Virtual Private Network)接続により、高いセキュリティを確保しながら、院内・院外の端末から無線LANで、電子カルテなど患者の診療情報を閲覧できる。セキュリティを高くすることで、仮想のプライベートネットワークを可能にしている。院外でも使えるので、施設間の移動や在宅医療でも、診療情報を閲覧することができる。

VPN接続により、ID-Linkも利用できる。ID-Linkは、株式会社エスイーシー(SEC)が開発した地域医療連携のためのネットワークサービスだ。電子カルテの情報をVPNを介して地域で共有するサービスで、電子カルテシステムを持たない診療所でも閲覧できる。救急などの場面で、専門医の判断を求める際に有効だ。宇野雄祐理事長が、現場の臨床医だった頃の経験を語ってくれた。

「私は消化器外科ですが、当直時に頭を強く打った患者が搬送されました。脳外科の専門医が当直していない場合など、ID-Linkを通じて、検査画像を送り、自宅で診てもらおうことで、緊急性を判断できました。ID-Link導入以前は、判断が難しいケースでは、専門医に病院に来てもらっていたので、大きな違いがあります」。

ID-Linkは、大同病院・診療所と他の診療所との情報共有でも活躍する。現在、10施設ほどと情報を共有することで、継続診療に役立っている。



図1 カルテコの画面

院内の携帯電話は、最新のサービスを導入して利便性を高めている。以前は、PHSと固定電話を併用する仕組みだったが、2016年にスマートフォンと固定電話やPHSを併用するFMCサービスに移行した。

従来の仕組みでは、エレベータや階段でフロアをまたぐ移動の度に、通話が切れる不便があった。FMCサービスでは、通信圏内であれば、直接の内線通話になるので、混乱が少なくなったという。

なお、病院内は電波に敏感な機械があるため、無線通信機器に関する規制

がある。2015年に、スマートフォンを使用しても問題がないとの判断が示され、規制が緩和された。これを受け、大同病院はFMCサービスに移行した。

患者にとっては、Wi-Fi環境が、院内で完備されていることが大きい。インターネットを通じ、動画通信などを、各自の端末で快適に楽しむことができる。



宇野雄祐理事長

大同病院は業務全般にICTを取り入れている。書類のペーパーレス化にも取り組み、様々な診療記録は基本的に電子化し、紙では保存しない。DACS(ダックス)というシステムを導入して統合管理を行っている。同意書など患者に紙で手渡し、確認してもらう必要のある書類についても、確認後は電子認証を行った上で、電子化し保存している。

ICTを医療安全に役立てる

宇野理事長は、ICTの活用により、利便性が向上し、業務が効率化したと判断している。しかし、ICTは導入時の負担が大きい一方で、費用対効果の定量的な評価が難しいという。診療報酬で収入につながるわけでもない。「費用対効果が明確でないことが、多くの病院がICT活用に躊躇する要因ではないか」と推測する。

その一方で、ICTは業務効率化だけを目的とする時代は過ぎ、医療安全などに役立てる段階に来ていると宇野理事長は指摘する。「医療の高度化に伴い、関わる人が増え、業務フローも複雑になる。その結節部にICTをうまくはめ込んで、業務自体を変えていく必要がある」と述べる。今後はAIやゲノム医療などへの対応も求められる。技術革新を医療現場に取り込むことが課題となる。

病院の業務全般で、ICT活用に取り組んできた大同病院。今後は、介護との連携が課題だが、近く医療と介護を統合するシステムも完成する予定だという。信頼される病院となるには、病院の透明性を高め、患者と診療情報を共有していく必要がある。こうした大同病院の理念が積極的なICTの取組みを支えてきたと言えそうだ。

医師の宿日直は実態に合わせて基準を見直す

厚労省・医師の働き方改革検討会 自己研鑽は労働とそれ以外を切り分け

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19日、宿日直と自己研鑽をテーマに医師の働き方改革の議論を進めた。宿日直では実態に合った基準の見直しが求められたほか、自己研鑽では労働とそうでないものの切り分けが課題となっている。応召義務に関する研究の中間報告も行われた。

宿日直基準を「現代化」

医師の宿日直については、次の3つに整理する考えが示されている。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するが、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である。

このうち、①であれば、現状でも病院の管理者が労働基準監督署長の許可を得ることで、割増賃金を支払う義務のある時間外労働ではなくなる。宿日直に手当てがあるほか、実際に診療があれば、その時間に対しては、割増賃金が支払われる。

しかし、①以外の場合では、現状で宿日直の許可を得ることは難しい。そこで検討会では、許可の考え方は維持しつつ、現代の医療の実態を踏まえて、許可対象となる業務を例示するなどの見直しを検討している。現行の宿日直基準は1949年に決めたもので、相当時間を経ており、その「現代化」を図る

という点では、同日の議論においても、概ね委員の共通認識を得た。

しかし、どのように「現代化」を図るかについては、意見は異なる。許可を与える労働基準監督署長が医療に対する十分な理解を備えているかについても疑問が呈された。さらに、医療者の間でも、病院や診療科によって実態が異なることから、一律な判断は難しく、きめ細かな実態把握が必要との意見が出ている。

これらの意見を踏まえ、年内の骨子のとりまとめに向け、他の論点を議論した後に、厚労省が具体案を提示することになった。

一方で、一般の労働者とは異なる働き方改革の規制を検討している中で、「当面の夜間・休日の医療提供体制の維持を理由に、医師について一般則とは異なる特例を設けることは、今回の改正法の趣旨からして困難と考えられる」と明確化された。

また、宿日直前あるいは宿日直後のインターバルの義務化の必要性を主張する意見もあった。一般の労働者に対する働き方改革では、インターバルは努力義務になっている。医師は宿日直を含め、連続勤務が多く、宿日直いわゆる「寝当直」であっても、疲労感や蓄積されるとの観点から、重要な論点になる方向にある。

自己研鑽の切り分け困難との意見も

自己研鑽については、労働とそうで

ないものに切り分けることが課題となっている。厚労省は前回、「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しているもの」、「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」を例示。これらは明らかに労働ではないものとして分類されるが、当てはまらないものをどう整理するか論点となっている。

仮に、切り分けることができれば、院内にいても割増賃金の対象にならない時間を労働時間から差し引くなど、管理者の時間管理が必須となる。

委員からは、「切り分けの基準を設けることができて、運用時に現場で必ず混乱が生じる。Q&Aに応じられる問い合わせ先やガイドラインの整備が不可欠になる」との意見が出た。

一方、自己研鑽を労働とそうでないものに切り分け、それを管理することは、医師の意欲を減退させる懸念があり、困難であるとの意見も根強い。その場合に、「宿日直と同じように在院時間のバルクで規制をかける案」などが出ている。また、「一括して自己研鑽手当てという形で包括的に評価する案」も提案された。

応召義務の体系的な整理が必要

医師の応召義務に関しては、岩田太主任研究者(上智大学教授)が「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈についての研究」



の中間報告を行った。

岩田主任研究者は、医師法第19条に規定する、いわゆる応召義務は、「医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない。私法上の義務でもなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない」と説明。実態としては、個々の医師の「診療の求めがあれば診療拒否をしてはならない、という職業倫理・規範として機能し、社会的要請や国民の期待を受け止めてきたもの」と整理した。

その上で、応召義務が「医師の過重労働につながってきた側面があるが、医師には応召義務があるからといって、当然のことながら、際限のない長時間労働を求めていると解することは正当ではない」と強調した。これまでいくつかの裁判事例があるが、いずれも例外的なケースを扱ったものであり、一般に適用する判例にはなっていないとの見解もあわせて示した。

これらを踏まえ、岩田主任研究者は、応召義務に関し、医師個人が過剰な労働を強いられることのないよう、個別ケースごとの体系的な整理が必要と主張した。

診療報酬の補てん不足に厳しい意見相次ぐ

理事会で消費税問題を討議

控除対象外消費税に対する診療報酬の補てん不足が明らかになったことを受けて、全日病は8月25日の理事会で、この問題を取り上げ討議した。出席した理事から、補てん不足分の返還を求めるべきなど、厳しい意見が相次いだ。

理事会では安藤副会長が、消費税問題をめぐる国会の状況を報告。「補てん状況の検証に間違いがあったことに対して、厚生労働省と現場には温度差があるように感じられる。公的調査の信頼性が揺らいでおり、後から調査結果を検証できるようにすることが重要だ」と指摘するとともに、国会内で勉強会を開催するなどして、「関心を高めていきたい」と述べた。

続いて猪口会長が医療機関等における消費税問題の経緯を説明。8月29日に四病協・三師会が共同でまとめた提言を記者発表することを明らかにするとともに、診療報酬の補てん不足の対応について考えを述べた。猪口会長は、医療機関によって補てん状況に差があ

ることから足並みをそろえるのは難しいとしつつも、「急性期病院全体として、何らかの主張を行いたい」と述べた。

また、補てん状況の計算間違いに関する厚生労働省の説明に不明な点があると、「日病協ではどこで間違いが生じたのかの詳細な調査を行うことを求める方向だ」と説明した。

消費税が8%から10%に引き上げられる際には、診療報酬の課税化も視野に入れつつ、一方で、診療報酬で対応する場合に備える必要があるとし、「病院種別により控除対象外消費税に多寡があるのは明らかなので、精緻化を求める」とした。

急性期の大型病院で補てん不足が大きく、経営が圧迫されていることから、福祉医療機構(WAM)による無担保低金利の融資が受けられるよう対応を図ることも一案であるとした。

猪口会長の報告に対し、出席した理事から次のような意見があった。

○消費税導入から30年経って診療報

酬での対応は無理があるのははっきりした。やはり課税化を主張しなければ駄目だ。

○今回の補てん不足に対しては、技術的に難しいとしても、返してくれというのが常識ではないか。

○診療報酬で対応するとしても、個別病院ごとの過不足はきちんと把握できるようにすべきだ。DPC制度の係数のような手法を用いれば精緻化することも可能ではないか。

○病院団体としてあるべき姿を主張すべきだ。理屈が通らないことにははっきり主張しない限り、それを認めたことになってしまう。

一冊の本 book review

医療管理

病院のあり方を原点からひもとく

著者●池上直己
発行●医学書院
定価●3,200円+税

病院が健全で安定した経営を維持していくためには、経営上の問題点を改善するとともに、中長期的な展望に立った経営方針や経営戦略を策定することが必要である。全日病の監事であり、医業経営・税制委員会と医療従事者委員会の特別委員を務めておられる池上直己先生の最新作は、医療の特殊性を踏まえた人事・財務の管理のあり方や、地域医療構想・医療連携などの外部環境の動向など、病院が健全で安定した経営を維持するための基本が具体的にコンパクトにまとめられている。

医療管理の教科書として、経営幹部、経営幹部候補者のみならず、すべての病院スタッフに読んで欲しい1冊。ケース・スタディとして掲載されている高橋肇広報委員長が行われた病院改革の過程も、非常に参考になるだろう。

2018年度 第6回常任理事会 9月15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。
 - 奈良県 社会福祉法人恩賜財団済生会御所病院 院長 中山正一郎
 - 熊本県 医療法人永田会東熊本病院 副院長 永田晃平
 - 正会員は合計2,522会員となった。
 - 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - アルファグループ株式会社(代表取締役 吉岡伸一郎)

他に退会が1会員あり、賛助会員数は合計100会員になった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「医師の働き方改革に関する検討会」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」、「医療介護総合確保促進会議」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の報告があり、質疑が行われた。
 - 外国人技能実習生受入事業(ベトナムタンホア医療短期大学における介

- 護技能実習生募集セミナー及び人材送出機関の訪問結果について)が報告された。
- 台風21号に係る被害調査結果・事務局対応クロノロが報告された。
- 2018年北海道胆振東部地震被害調査結果・事務局対応クロノロが報告された。
- 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
 - 東京都 田崎病院 更新

- 静岡県 市立御前崎総合病院 更新
- 徳島県 伊月病院 更新
- 一般病院 2
 - 福島県 大原総合病院 更新
 - 石川県 恵寿総合病院 更新
- 慢性期病院
 - 千葉県 富家千葉病院 新規
- 8月3日現在の認定病院は合計2,191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。

第3期計画の中間評価でがん予防の指標案示す

厚生省・がん対策推進協議会

受動喫煙防止や生活習慣改善を目指す

厚生労働省は8月30日のがん対策推進協議会(山口建会長)に、今年3月に閣議決定した第3期がん対策推進基本計画の中間評価を行うため、がん予防分野の指標案を示した。今後、同協議会で議論を続け、中間評価の指標案を固めて、3年後をめどに、指標に基づき評価を行う予定だ。

冒頭挨拶で、宇都宮啓健康局長は、当面のがん関連の施策に言及。「改正健康増進法や働き方改革関連法が国会で成立した。働き方改革については、医療界で幅広い議論が行われているが、がん患者の治療と仕事の両立を支援することも重要なテーマだ」と述べ、がんになっても働き続けられる環境を整

備することの重要性を指摘した。さらに、7月31日に、がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しの通知を発出し、小児がん拠点病院の指定要件も見直すなど、がん医療の均てん化を進めるとした。また、8月1日に第1回のがんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議を開催し、がんゲノム医療の進捗や方向性について、関係者によるがん対策の認識の共有を図っているなど、対策の推進状況を紹介した。

がん予防分野の指標案を厚生省が示した。がん対策では、がんの年齢調整死亡率を減らすという全体目標がまずある。がん予防などそれを達成するための個別目標が分野別にある。がん予

防には、がんにならないための1次予防と、がんを早期に発見し早期に治療することでがんによる死亡を減らす2次予防に整理される。

指標案として、1次予防では、◇妊娠中の喫煙率◇禁煙希望者の割合◇適正体重を維持している者の割合◇B型肝炎定期予防接種実施率◇ヘリコバクター・ピロリ除菌治療薬と胃がん罹患の関係◇精密検査未把握率—などが示された。

第3期計画では、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目指すほか、学校教育や様々なプロジェクトなど社会的な活動を通して、生活習慣病を改善する取り組み



を進め、生活習慣病のリスクを低減させる。

2次予防については、職域におけるがん検診の精度管理の方法を検討している。対策としては、「職域におけるがん検診に関するガイドライン」を策定し、普及させる。

今後は、第3期計画の開始後3年をめどに、中間報告を行うことを目指し、議論を続ける。中間報告により、計画期間全体の進捗状況を把握し、管理する。その結果に基づき、課題を抽出し、施策に反映させるとともに、第4期がん対策推進基本計画につなげる。

基金の今年度都道府県別内示額などを報告

厚生省・医療介護総合確保促進会議

新たに事業を評価する指標を導入

厚生労働省は9月14日の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)に、地域医療介護総合確保基金の2018年度の内示額など2016年度以降の基金の状況を報告した。2018年度の医療分は合計882.6億円、介護分は合計334.1億円。事業の成果が明確でないとの指摘もあり、新たに事業を評価する指標を導入することも決めた。

地域医療介護総合確保基金は、社会保障・税一体改革により、消費税財源を使って、地域医療構想の実現などを目的として創設された。2014年度から毎年度ほぼ同額を確保。医療分が約904億円(うち国費602億円)、介護分が約724億円(うち国費483億円)である。病床の機能分化・連携や在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保などで事業を区分し、使っている。

同日は、2018年度の内示額を含め、最近の執行状況が報告された。2014年度～2016年度の3年間の執行状況をみると、医療分は交付総額2,711億円のうち、執行総額は1,729億円で執行率は64%。介護分は交付総額1,448億円のうち、執行総額は876億円で執行率は60%。執行率が低迷しているが、厚生省は、複数年度にわたって実施する施設整備費の後年度の負担分を確保している事業があり、未執行額は今後解消される見込みであると説明した。

2017年度の交付状況では、公民の割合が示された。公的機関が28.4%で171.0億円、民間機関が65.7%で395.8億円を占める。最終的な交付先が未定

であるのは5.9%(35.6億円)となっている。委員からは、「公的機関で病院の統合・再編の議論が進んでいるのに、この割合はおかしい」との意見が出た。厚生省からは、公的機関よりも民間機関の数が多く、29年度ではこのような割合になっているが、今後は変化するかもしれないとの説明があった。

介護分は、「介護施設等の整備に関する事業」が583億円、「介護従事者の確保に関する事業」が77億円だった。公民の割合は、公的機関が2.0%で8.6億円、民間機関が80.7%で354.9億円と、民間機関が圧倒的に多い。

2018年度の内示額をみると、医療分は合計882.6億円。東京が66.4億円で最も多く、次いで大阪が57.0億円、茨城が42.2億円となっている。逆に、佐賀が4.2億円で最も少なく、次いで秋田県が5.0億円、大分県が6.3億円。基本的には、人口に比例するが、人口1人当たりで計算すると、人口が少ない県に配慮がある。また、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する方針も示されている。

「地域医療構想の達成に向けた医療機関の設備整備等」の事業に関しては、2018年度から医療機関のダウンサイジングに要する経費にも活用できることになった。ただ、約50億円の残額があり、追加募集する予定だ。

2018年度の介護分の内示額は、合計334.1億円。東京都が53.6億円で最も多く、次いで神奈川県が26.7億円、兵庫が26.0億円。逆に、山梨が0.4億円で最も

少なく、次いで福井・和歌山が0.7億円、大阪・大分が1.3億円である。

基金事業の事後評価の改善策を提示

基金事業の事後評価の改善策を議論した。地域医療総合確保基金では、基金の適正な運用のため、PDCAサイクルを回す中で、都道府県が事業評価を実施。計画が設定した目標が未達成の場合は、改善の方向性を記載し、国に報告している。

2016年度の国への報告をまとめたところ、◇具体的な目標設定が可能と思われるのに目標がない◇達成時期が記載されていない◇改善の方向性の記載がない—などの問題があった。2018年6月の総務省の行政評価・監視でも改善を求める指摘がある。

このため、具体的な目標設定や達成時期の記載を厳格に求めるとともに、主要な事業について国から評価指標を示すことにした。ただ、評価指標の一律の適用には、委員から配慮を求める意見がある。

全日病副会長の織田正道委員は、「都道府県担当者の力量に格差があり、どうしても違いが出てきてしま



う。目標や指標が明確に定まっていなくても、それを実現するノウハウが都道府県や地域に備わっていなければ改善は難しい」との懸念を示した。

平成30年度地域医療介護総合確保基金(医療分)

	基金規模		基金規模
北海道	30.6億円	滋賀県	7.7億円
青森県	9.7億円	京都府	23.6億円
岩手県	13.1億円	大阪府	57.0億円
宮城県	11.0億円	兵庫県	38.3億円
秋田県	5.0億円	奈良県	10.8億円
山形県	14.2億円	和歌山県	9.9億円
福島県	15.1億円	鳥取県	11.7億円
茨城県	42.2億円	島根県	18.9億円
栃木県	14.2億円	岡山県	13.1億円
群馬県	18.3億円	広島県	22.5億円
埼玉県	16.8億円	山口県	9.5億円
千葉県	34.6億円	徳島県	18.8億円
東京都	66.4億円	香川県	8.6億円
神奈川県	18.1億円	愛媛県	22.6億円
新潟県	12.5億円	高知県	9.3億円
富山県	12.7億円	福岡県	34.3億円
石川県	8.9億円	佐賀県	4.2億円
福井県	19.7億円	長崎県	12.2億円
山梨県	7.6億円	熊本県	19.7億円
長野県	7.2億円	大分県	6.3億円
岐阜県	7.1億円	宮崎県	39.2億円
静岡県	26.6億円	鹿児島県	12.6億円
愛知県	35.3億円	沖縄県	11.8億円
三重県	13.2億円	合計	882.6億円

※国費は基金規模の2/3

東洋羽毛

睡眠セミナー 無料サービスのご案内

米— 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずですよ —米

水と、空気と、睡眠と。

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。

正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

※セミナーは研修内容及び研修時間についてご相談の上、実施させていただきます。

※セミナーはご希望により何回でも承ることが可能です。

《テーマ例》

- ★睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- ★よりよく眠る為のヒント 睡眠6カ条
- ★体内時計を整えてよりよく眠る方法
- ★よく眠れる、眠りのお話!?
- ★眠る門には福来る!
- ★早起き・早寝・朝ごはんはいい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

TUK 東洋羽毛工業株式会社 〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺2-26-5

セミナーに関するご相談はお気軽にお問い合わせください

お客様相談室 **0120-410840**