

日 時 平成31年1月11日（金） 13：00～16：07

場 所 日本病院会 会議室

出席者 相澤 孝夫（会長）

末永 裕之、万代 恭嗣、岡留健一郎、島 弘志、大道 道大（各副会長）

牧野 憲一、中村 博彦、高木 誠、中井 修、中嶋 昭、新江 良一、直江 知樹、
武田 隆久、森田 眞照、生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

竹中 賢治、梶原 優、石井 孝宜（各監事）

望月 泉、土屋 誉、窪地 淳、丸山 正董、山森 秀夫、木村健二郎、松本 潤、
仙賀 裕、中 佳一、岡部 正明、山田 哲司、井上 憲昭、阪本 研一、山本 直人、
松本 隆利、楠田 司、金子 隆昭、諸岡 芳人、野原 隆司、木野 昌也、佐藤 四三、
佐々木順子、松本 宗明、成川 守彦、難波 義夫、中川 義信、細木 秀美、平野 明喜、
藤山 重俊、松本 文六、石井 和博（各理事）

堺 常雄（名誉会長）

宮崎 瑞穂（顧問）

高久 史麿、邊見 公雄、今泉暢登志、木平 健治、楠岡 英雄、篠原 幸人（各参与）

原澤 茂、毛利 博、澄川 耕二（各支部長）

木村 壯介（医療の安全確保推進委員会）

永易 卓（病院経営管理士会 会長）

阿南 誠（日本診療情報管理士会 会長）

総勢67名の出席

相澤会長の開会挨拶の後、定足数65名に対して出席40名（過半数33名）で会議が成立している旨の報告があり、万代副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入（退）会について

平成30年度第5回常任理事会（12月）承認分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・株式会社星医療酸器（会員名：星幸男代表取締役）

〔賛助会員の退会2件〕

①B会員・医療法人愛成会愛成クリニック（会員名：石川純至理事長）

②D会員・1名

平成30年12月22日～平成31年1月10日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会1件〕

①医療法人・医療法人社団誠馨会 千葉メディカルセンター（会員名：景山雄介院長）

〔賛助会員の退会1件〕

①A会員・株式会社Open Health Initiative（会員名：詫摩直也代表取締役）

平成31年1月11日現在 正会員 2,481会員
特別会員 166会員
賛助会員 263会員 (A会員119、B会員115、C会員4、D会員25)

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼4件)

- ①公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会／第23回日本医業経営コンサルタント学会愛知大会における後援名義使用
- ②厚生労働省／2019年度「看護の日」及び「看護週間」の協賛
- ③公益社団法人日本生体医工学会／「第25回第1種ME技術実力検定試験および講習会」の協賛
- ④一般社団法人日本経営協会／「自治体総合フェア2019」協賛名義使用

(継続：委員等依頼依頼1件)

- ①厚生労働省健康局／「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」への参画〔就任者…小松本副会長（四病協からの選出）〕

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

万代副会長より報告を受け、下記11施設を認定承認した。

(新規1件)

- ①長野県・昭和伊南総合病院

(更新10件)

- ①東京都・医療社団法人 同友会 春日クリニック 人間ドック・健診センター
- ②岡山県・日本赤十字社 岡山赤十字病院
- ③兵庫県・医療法人社団 朝日ビル中院クリニック
- ④東京都・独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター
- ⑤兵庫県・一般財団法人 京都工場保健会 神戸健診クリニック
- ⑥大阪府・社会医療法人 生長会 ベルククリニック
- ⑦大阪府・社会医療法人 大道会 帝国ホテルクリニック
- ⑧福岡県・医療法人 親愛 ステーションクリニック
- ⑨京都府・医療法人社団 石鎚会 田辺中央病院
- ⑩長野県・地方独立行政法人 長野市民病院 健診センター

4. 病院総合医育成プログラム認定承認について

中理事より、本年は43施設を承認いただきたい旨の提案があり、承認された。これにより、昨年の91施設と合わせ、合計134施設となった。

5. 第71回日本病院学会学会長について（案）

万代副会長より、第71回日本病院学会学会長について、相澤会長が石井和博医療法人おもと会大浜第一病院理事長とすることを提案している旨の報告があり、承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会その他の報告があり、了承した。

(1) 第19回支部長連絡協議会 (11月17日)

望月理事より、以下の報告があった。

- ・各都道府県支部の今後のあり方と規程等の変更について、3月の理事会と社員総会の承認を経て改定することを確認した。また、各支部に配分される事業活動費の処理について議論したほか、日本病院会本部の役員と混同しないよう、「支部理事」「支部幹事」等の言葉を使うこととなった。
- ・会員の拡充について、介護医療院に病床全てを転換しなければ日本病院会の会員でいられることを確認した。
- ・各支部の活動事例について意見交換を行った。

(2) 第6回診療報酬検討委員会 (1月10日)

島副会長より、以下の報告があった。

- ・2020年度の診療報酬改定について、第1陣としてかなりの要望をいただいているが、日本病院会の委員会の委員の先生方や支部長の先生方にも、要望があれば、1月31日までに出していただきたい。
- ・分野ごとに分けて検討し、最終的に検討会で取りまとめた上で、日本病院会の理事会に諮り、第1弾の要望とする。
- ・入院時食事療養に関するアンケートでいろいろな意見をいただいているので、取りまとめて厚生労働省に提出したい。

(3) ICDコーディング研修会 (12月15日～16日)

武田常任理事より、69名の参加を得て研修会を開催した旨の報告があった。

(4) 第3回診療情報管理士教育委員会 (1月10日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・後期科目試験の合否判定を行い、合格率は約90%だった。
- ・基礎課程の小委員会は、来年度も継続してスクーリングを開催する東京、大阪、福岡の3会場の講師を集め、講師会を開催することとした。専門課程は、第6回の診療情報管理士の現況調査アンケートの内容について検討した。
- ・第1回認定試験以降の診療情報管理士に対し、医師事務作業補助者コースを受講しなくても修了証明書を発行することとした。
- ・第12回診療情報管理士の認定証授与式は、TKPガーデンシティで開催する。
- ・新たにウェブのクラウド上で受講生を管理するシステムの構築を検討した。

(5) 第3回日本診療情報管理学会生涯教育委員会 (1月10日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・GHWCなど、世界的に診療情報に携わる人の教育を変えていく動きがあり、診療情報管理士に対する教育体制の議論を進めていく。それに合わせて生涯教育も考えていく。
- ・専門学校は多く出てくるが、指導者は毎年7、8人しか出てこない。教育機関に対しても指導者をとることを進めていくことの検討を行っている。
- ・診療情報関係の学会、認定団体も増えており、それに対してポイントを与えて継続していただくことを話し合っている。

(6) 専門医制度に関するアンケートについて

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・専門医制度に関して、現場ではどう考えているか、偏在の問題をどう受けとめているか、臨床研修医や専攻医のシフトに影響がないか、これからどうすればよいか等を記載していただくアンケートを実施した。

(7) 入院時食事療養に関する意見について

島副会長より、以下の報告があった。

- ・入院時食事療養に関する意見を、委託費・人件費について、給食用材料費について、その他の3つに分けて、頂戴した。
- ・平成29年6月の厚生労働省の実態調査で、患者1人1日当たりの収支が大幅に悪化していることがわかっているが、人員の確保が難しいことや、全ての給食をつくっている施設が収支的に赤字であることを切々と訴える意見をいただいている。
- ・今回の結果を厚生労働省の医療課長に提出するだけでなく、診療報酬検討委員会でも、要望事項として要望項目の中に入れていきたい。

(8) 平成30年度病院経営定期調査

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

- ・回答数は1,168病院、回答率は26.4%で、有効回答数は1,111病院だった。有効回答を経年比較すると、病床規模別では、20床から99床が94.5%の大幅な増となるなど、各規模ともかなり増えている。また、開設主体別では医療法人の割合が増え、病床区分別では療養病床が増えている。
- ・1病院当たりの診療収益の前年比は、平均値で見ると、入院プラス外来が+0.90%、入院が+1.51%、外来が-0.48%で、大きな変動はないが、中央値で見ると、入院・外来ともにマイナスの中央値となり、多くの病院が減収になっていることがわかる。病床規模別では、病床規模が大きいほど収入増病院の割合が増えており、特に500床以上では入院・外来ともに一番高い。
- ・1人1日当たりの診療単価は、入院・外来を含め、前年比で単価増病院の割合が7割近い結果となり、2%台のプラスとなった。入院は全体で4万5,789円で前年比+2.38%、内訳として、DPC対象病院は5万6,922円で前年比+2.53%、DPC対象外病院は3万976円で前年比+2.00%で、外来は1万3,151円で前年比+2.51%だった。病床規模別では、入院も外来もあわせて、病床規模が大きいほど単価増病院の割合が大きく、500床が最大で、入院が+3.37%、外来が+5.20%となった。
- ・延べ患者数の前年比は、全病院で、ほぼ全ての区分で入院・外来ともマイナスとなっている。入院については、病床規模に合わせて延べ患者数増の割合が多くなるが、200~299床はちょうど底になっている。外来は、病床規模に合わせて延べ患者数減の割合が多くなる。DPC対象病院も同様の結果で、全病院よりも顕著に200床を底にして増減している。
- ・入院患者延べ数と平均在院日数の関係については、平均在院日数が短くなり、患者数が減少した病院が36%が一番多い。収益を見ると、平均在院日数の増減に関係なく、延べ患者数が増加すると収益が増になり、延べ患者数が減少すると収益は減となる。急性期一般入院料1に絞り込んだ場合も同様の結果となった。
- ・診療行為別点数は、入院は全体で+2.10%で、手術・麻酔料の+5.08%、DPC包括評価部分の+5.50%が大きな要因である。一方、入院料等の-1.8%は、短期滞在手術3が包括評価に含まれたことによる。外来は全体で+2.58%、医学管理・在宅は+4.55%、注射料は+9.27%だった。入院のDPC対象病院、対象外病院もほぼ同様の結果となった。
- ・一般病棟入院基本料を平成30年3月と6月で比較すると、7対1の557病院は急性期の1にスライドしているが、10月の予定では505病院に減り、無回答が81病院に増えることから、約9%が6月の段階で1に移行することに不安を抱えていることが見てとれる。急性期の2への変更は12病院。10対1の273病院は、急性期3はゼロで4~7に分かれ、13対1は地域一般の1と2、15対1は地域一般の3にほぼスライドしている。
- ・一般病棟入院基本料、急性期一般1から7・地域一般1で、重症度、医療・看護必要度に関連して、Iで届け出をしているのが64.4%、IIが3.6%で、様子見の経過措置とIを合

- わせると93.6%だった。病床規模別に見ると、必要度Ⅰ・Ⅱとも、200床以上に比べて200床未満が苦戦している状況となった。なお、必要度ⅠからⅡへの届け出変更については、変更予定なしが77%、予定ありが21.2%であった。
- 療養病棟入院基本料は、平成30年3月時点で、268病院のうち、療養1が216病院、療養2が66病院、1と2両方届け出ている病院が16病院であった。同年6月は、療養1が21病院、療養2が45病院となった。経過措置項目の準備状況は、看取りの指針については作成済みが76%で、介護医療院への転換予定については、予定ありの病院が5%、予定なしの病院が65.9%であった。
 - データ提出加算の届け出状況は、平成30年4月から新たにデータ提出加算対象となった病院に絞って見ると、既に届け出をしている病院が37.9%であった。一方、準備中の病院は35.7%で、そのうち2018年中に届け出る予定の病院が69.2%、2019年が27.7%だった。
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料は、平成30年6月時点で、回復期リハビリテーション病棟1の届け出となっているのは、一般は190病院中77病院（40.5%）、療養は103病院中39病院（37.9%）であった。一般は、3月の99病院から一旦減少したが、10月は88病院と戻している。
 - 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）は、地域包括ケア病棟入院料2の割合が最も多く、一般442病院の63.1%、療養38病院の47.4%に上った。平成30年3月から6月にかけて、入院料1は、210病院中7病院が経過措置で残ったが、9月末までの経過措置のため、全てが2に移行することになる。
 - DPC/PDPSの改定について、医療機関群における実績要件を比較すると、DPC標準病院群511病院の平均値で4つの要件が基準値を上回っていた。その達成割合を見ると、手術実績要件は92%の病院が未達であった一方、内科系の重症な内科診療の評価である実績要件3A（症例割合）及び実績要件の3B（DPC算定病床当たりの症例数）は、7割近い病院が満たしていた。また、9要件のうち8要件の基準を満たしている病院は15病院で、その全てが診療密度が不足していた。平成30年6月時点での医療機関別係数の前年同月比較を見ると、大学病院の本院群の下位25パーセンタイル値の下にDPC特定病院群の75パーセンタイル値が入り、特定病院群の25パーセンタイル値の下にDPC標準病院群は75パーセンタイル値が入っている。機能別の分布を見ると、地域医療支援病院、救命救急センター、災害拠点、がん診療連携拠点病院、臨床研修病院の組み合わせで、有する機能が多いほど機能評価係数2は高く、DPC特定病院群よりもDPC標準病院群のほうが高い傾向があった。
 - 医業損益への影響について、平成30年6月時点の経常利益を前年同期比較すると、赤字病院割合は54.1%から53.8%へ改善、減益病院は52.3%となっている。医業利益ベースでは、赤字病院割合は59.9%から59.7%へ改善、減益病院は52.9%となっている。病床規模別で見ると、病床規模が大きくなるほど赤字割合が増えている。100床当たりの平均では、医業収益が0.9%の増、医業費用が1.4%の増で、100床当たり-115万円と赤字が拡大している。経常利益ベースでも684万円から731万円に赤字が拡大している。費用、収益の内訳では、減価償却費、研究研修費、経費等が減少している。増益となった黒字回復病院を見ると、給与費、委託費、設備関係費が圧縮されており、赤字病院群では委託費、設備関係費、減価償却費の増加の影響が大きかった。
 - 医業損益への影響について、平成28年度と平成29年度で年度比較すると、経常利益ベース、医療利益ベースともに、赤字病院割合が減少し、増益病院は5割を超えた。100床当たりの平均及び1病院当たりの損益で見ると、医業利益、経常利益とも改善されているものの、いずれも赤字であった。
 - 3期比較は、日病だけのデータとなるが、平成28年6月期から平成30年6月期までの同月

比較で3期を見ると、診療収益は、入院、外来、入院＋外来のいずれも右肩上がりで増収となった。1日当たりの診療単価は、入院については29年は横ばい、30年はアップし、外来については、2年続けて増えている。延べ患者数は、入院については、29年は増、30年は若干の減少、外来については減少傾向が続いている。経常利益、医業利益を見ると、ともに改定年度は赤字割合の病院が増え、翌年に少し戻し、また改定年度で悪くなるというのを繰り返していることがわかる。

- ・4期比較も日病だけのデータとなるが、平成27年6月期から平成30年6月期までの同月比較で4期を見ると、診療収益は、入院、外来、入院＋外来のいずれも毎年確実にアップしている。単価は、入院については28年、29年がマイナス、30年は若干戻ってほぼ27年並みとなっている一方、外来は伸び続けている。延べ患者数は、入院は28年、29年と少し伸びたが、30年に戻ってしまい、外来は毎年減少している。経常利益、医業利益を見ると、3期比較と同様、ともに改定年の28年に悪化、29年に戻して、30年はまた悪化している。通年で平成26年度から29年度の4期を比較すると、経常利益、医業利益ともに、27年度、28年度にかけて赤字病院の割合が増加していたが、29年度で若干戻した。
- ・まとめると、平成29年6月と30年6月の前年同月比較では、診療単価は入院・外来ともに2%を超える単価増だったが、延べ患者数の減少の影響もあり、入院が増収、外来が減収、入院＋外来が微増だった。延べ患者数は、入院は微減、外来はほぼ全区分で減少傾向だった。医業利益、経常利益は、赤字病院割合はわずかに改善が見られたが、全病院平均では赤字額は拡大し、増収・減益となった。
- ・平成28年度と29年度の年度比較では、医業利益では改善が見られるが、赤字が続いている。経常利益では、補助金等の繰り入れによって医業外収益が確保され、赤字幅が大幅に減少した。増益病院の傾向を見ると、医業費用では、給与費の抑制、設備関係費の削減、設備投資の先送りによる短期的な経営回復とも考えられ、病院経営の厳しい状況は続いていると思われる。黒字、赤字病院の格差も拡大している。
- ・今回の平成30年度診療報酬改定は、一般病棟や療養病棟を初め入院料の経過措置項目も多く、今年10月の消費税率10%への増税などで、病院経営が一気に悪化する懸念があり、今後の病院の動向に注視が必要である。
- ・今回の調査は1,100病院だったが、年々増加するよう、調査項目の見直しも図りたい。

(9) 平成30年度医療安全実態調査

医療の安全確保推進委員会の木村委員長より、以下の報告があった。

- ・現在、会員病院を対象に、医療事故の調査制度に関するアンケートを行っている。
- ・日本医療安全調査機構でこの制度を担って3年4カ月たち、事故の発生報告は1,200件を超えている。そのうち約900件が院内調査を終え、報告書が届いている。その900件のうち約80件が、センター調査の依頼が来ている。
- ・病院規模別に見ると、規模の大きいほど事故の発生が多く、800床程度で、1施設当たり年間0.8件、200床程度で20年から30年に1件という割合になっている。
- ・この調査は、前回、設立主体や病院規模が均等化されて報告いただけた。
- ・この制度は、調査をみずから行い、そのプロセスを医療安全につなげるものであり、今後発展させていきたい。

2. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第10回医療保険・診療報酬委員会（1月4日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・12月12日及び12月19日開催の中医協の報告が行われた。それに対して、以下のような意見が出された。
 - ・医療経済実態調査の「主たる診療科目」を回答する際、40の診療科目から1項選ぶが、診療科による消費税の補填の状況の議論が出てくるのではないか。そうすると、補填について、病院ごとだけでなく、診療科ごとのばらつきも出てくるのではないか。
 - ・控除対象外消費税の補填問題については、日本医師会から解決済みとの見解が示されたが、今後は「課税」を議論していかなければならないのではないか。
 - ・中医協総会で補填がされているが、この補填を文字であらわすのはよくないのではないか。
 - ・消費税を、急性期一般、急性期と地域一般、回復期と急性期に分けて診療報酬を分配する案は反対すべきだ。
 - ・現在の一般病棟でやると、例えば一般病棟と地域包括ケアを組み合わせている病院の費用区分は難しいのではないか。
 - ・「救急医療管理加算」に関して、管理加算ではなく、救急医療体制に関する評価だとわかりやすい。
- ・妊婦加算が中止となる。来年の診療報酬改定で変更する。

3. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（12月20日）

高木常任理事より、以下の報告があった。

- ・災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター等の重要インフラの緊急点検結果が報告された。自家発電の燃料タンクの容量及び水をそれぞれ3日以上確保するという要件を満たさなかった病院は、822病院中、タンクに関しては114病院、水に関しては157病院に上った。
- ・救急救命士は、現行、医療機関に救急搬送をするまでの救命救急処置が行えるだけで、医療機関では救命処置をなかなか行えない。しかし、現実には民間の医療機関等に救急救命士が働いており、救急救命士の質を確保しつつ、救急救命士が医療機関等で仕事ができるように法改正を急ぐべきだとの意見が出された。ただ、厚生労働省としては、現行の法律の拡大解釈で対応したいと考えているようである。

(2) 第17回地域医療構想に関するワーキンググループ（12月21日）

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想の実現に向けた必要な対策を講じるための課題の整理のため、今後、数回にわたって多様な主体からのヒアリングを行うことが了承された。
- ・9月末時点における地域医療構想調整会議の議論の状況は、新公立病院改革プラン対象病院は39%、公的医療機関等2025プラン対象病院は52%が合意済みだが、全医療機関ではまだ19%で、今後の議論の加速化が求められる。今後は、しっかり協議して合意に至ったか等、プラン合意に至るプロセスの適切性について検証する段階に入っていくと思われる。
- ・ヒアリングが終わった後、調整会議における協議の限界として、各市町村の首長の選挙のたびに公約に上げられる、病院をつくるということ自体が大きな縛りになるのではないかと、これから問題になっていくだろうという意見があった。

(3) 日本専門医機構 第4回総合診療医検討委員会（12月21日）

(4) 第26回医師需給分科会（12月26日）

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(5) 第1回非感染性疾患対策に資する循環器病の診療情報の活用の在り方に関する検討会 (1月9日)

万代副会長より、以下の報告があった。

- ・数回の検討会で夏ごろに報告書をまとめたい。
- ・非感染性疾患は、人から人へと伝わらないが、長期間にわたってゆっくり進行して問題になる。具体的な問題点としては、死亡原因としてかなりのボリュームを占め、悪性新生物に次ぐ死亡原因となるほか、介護が必要となった主な原因の構成割合としてもかなり多いことや、医療費について多くの割合を占めることが挙げられる。
- ・平成30年12月14日、議員立法により成立した脳卒中・循環器病対策基本法が公布された。その中でうたわれている情報の収集提供体制の整備について、この検討会が検討する。具体的には、循環器病センターや各学会のデータベースをもとに、今後、どのようなデータを抽出、調査していくかを話し合う。イメージとしては、JROADとDPCのデータを突合して、より悉皆性のある成熟したデータをつくりたいが、非感染性の脳卒中や循環器病の長期にわたるデータのとり方が問題となる。
- ・対象疾患として、脳卒中に関しては脳梗塞・脳出血・くも膜下出血、心血管疾患に関しては急性心筋梗塞・大動脈解離・心不全が挙げられるが、将来的には対象疾患を拡張するとともに、項目の拡張についても、今後話し合う。
- ・地方自治体との連携や、データのコントロールが、今後の課題となる。

4. 役員改選について

相澤会長より以下の報告があり、了承した。

- ・日本病院会の現在の理事・監事は5月25日予定の社員総会までが任期であり、2年ごと選出される代議員の改選とあわせて、同総会にて役員改選を行う。
- ・昨年9月29日に選挙管理委員会を設置して委員5名の委嘱を行い、12月13日に第1回選挙管理委員会を開催した。今後の予定は、2月1日が選挙告示、3月31日が代議員の選出報告書提出の締め切り日、4月13日が理事・監事の立候補届提出の締め切り日となっており、4月中旬に第2回選挙管理委員会を開催し、5月11日に理事・監事立候補者氏名を正会員に通知する。5月25日の旧社員総会において新代議員を選任し、新社員総会で理事・監事の選任決議を行い、新理事会において会長、副会長、常任理事の選出を行う。理事及び常任理事の数は公私病院の均衡を図るものとする。

5. 職員人事異動について

福田事務局長より、3名の人事異動について報告があった。

6. 平成30年度第5回常任理事会承認事項の報告について

報告は資料一読とした。

〔説明事項〕

1. 厚生労働省平成31年度予算について

厚生労働省医政局総務課長島課長補佐より、以下の説明があった。

- ・厚生労働省医政局の平成31年度予算案は2,190億円で、前年度の1,939億円から251億円の増となっている。また、補正予算案は238億円となっている。
- ・地域医療介護総合確保基金は、平成31年度予算案は公費ベースで1,034億円で、消費税率の10%へのアップに伴う消費税財源を充てることにより、前年度の934億円から100億円増の予

算計上となっている。

- ・新たに創設される（仮称）医療ICT化促進基金は、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、及び電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテ等導入の支援という、大きく2つの事業を対象としている。300億円規模の予算で、それぞれの事業に150億円ずつを想定している。この基金の国からの受け入れ先である支払基金と医療機関で、申請、交付の手続をするような流れを想定している。
- ・主要施策として、4項目を挙げている。1つ目の主要施策は上述の基金である。2つ目は、生産性向上、働き方改革の推進で、保健医療記録共有サービス実証事業のほか、新規事業であるTele-ICUや、働き方改革関係の予算である。3つ目は、質が高く効率的な医療提供体制の確保で、医師偏在対策の推進や救急・災害医療体制整備等のほか、訪日外国人の増加に伴い主要な言語に対応するための、医療の国際展開の推進に係る予算である。4つ目は、医薬品等の医療機器等の研究開発の予算である。
- ・補正予算は、一次補正は災害復旧のための予算で、94億円となっている。
- ・二次補正については、防災・減災、国土強靱化のための3カ年緊急対策として、災害拠点病院等の耐震整備や給水設備の整備、非常用自家発電の整備に43億円、在宅人工呼吸器使用患者のための簡易自家発電設備に3.5億円、EMISの機能拡充に2.8億円計上しているほか、それ以外の喫緊の課題として、有床診療所におけるスプリンクラーの整備に20億円、アジア国際共同治験環境整備・医薬品等市場活性化促進事業に19億円、医療施設等の災害復旧に50億円等の予算を計上している。

以上の説明に対し、質疑応答・意見交換を行った。

井上理事は、医療ICT化促進基金について、例えば民間の医療機関や公的医療機関が公立などの医療機関を支援して、カルテを共有したり電子カルテを受け手側のほうへ準備すること等に対して、基金は利用できるのか。支払基金ではなく、病院同士とか病院へ支援しないと問題があるのではないかと質問した。それに対し、厚生労働省医政局総務課長補佐（以下、「長島課長補佐」という）は、国から支払基金に300億円投入し、医療機関から支払基金に申請して、支払基金から医療機関に交付される。個別の医療機関からの申請が前提なので、例えば公的な病院と連携する際に標準規格の電子カルテを入れる場合は、直接、支払基金に申請する形になると回答した。

さらに、井上理事は、県なら県の支払基金に要請するという形なのか。今まで支払基金にそういう申請をした例はほとんどないと思うと質問した。それに対し、長島課長補佐は、具体的にまだ詰まっていないが、基本的には支払基金の本部で手続をすることになると思う。医政局でその経験はないが、保険局でそういう事務的なやりとりをした経験はあると回答した。

安藤常任理事は、各団体から予算について詳細な要望が出ていると思うが、それを受けてこういう数字が出てくるのか。日本病院会として、今まで予算要望はあまりしておらず、昨年あたりからやり始めたが、どれほどの効果があるものか感触を知りたいと質問した。それに対し、長島課長補佐は、当然、ほかの団体からも毎年要望は出ており、医政局各課で情報共有した上で、参考にしながら行っている。要望が全て予算要求に結びつくかは別として、要望いただいたら、次の年の予算要求には我々もしっかりそれを踏まえて対応していくと回答した。

さらに、安藤常任理事は、来年度も要望するつもりだが、それは厚労省の財務省に対する予算要求の後押しになるのかと質問した。それに対し、長島課長補佐は、要望書なりがあれば、説得するときの後押しになると回答した。

末永副会長は、新たな専門医の研修開始に伴う医師偏在対策として3億6,000万円計上されているが、これは専門医機構に対してこういう支援を行うと理解してよいのかと質問した。そ

れに対し、長島課長補佐は、専門医機構に対する手当てだけでなく、地域の医師偏在対策の観点でいうと、都道府県から専門医機構への声が届くよう、都道府県へのお金もここで手当てされていると回答した。

それを受けて、末永副会長は、今まで専門医機構は、いい専門医をつくるのが自分たちの使命で、地域偏在の解消は行政の仕事だと言っており、我々としては、新専門医制度が地域偏在をさらに助長させることになるのではないかという不安を持っている。専門医機構に支援していただくことは結構なことだが、今まで地域偏在は我々と関係ないと言っていたので、それが何に使われるか、きちんとチェックしていく必要がある。また、地方もこういうお金を使うことになると、これが本当に生かされるように、計画案などをチェックする必要があると、意見を述べた。

松本（隆）理事は、電子カルテの標準化はどういった内容なのか。各科の部門や看護システムなどと連動して動けるものなのか。また、支払基金は、請求の問題があり、チェッカーを配るという話も出ているが、それとの関係はどうなっているのかと質問した。それに対し、長島課長補佐は、急ごしらえで行っているところもあり、まだ詰める部分がある。電子カルテの範囲がどこまでなのか、付随する各診療科等とのオーダリングがどこまで入るのか等、引き続き内部で詰めるが、基準額の関係で難しいところがあると回答した。

さらに、松本（隆）理事は、言いたかったのは個別のことではなく、例えばデータの持ち方とかデータのやりとり等で、共通の仕様を決めるほうが、より大事ではないか。骨格部分だけ共通にしたほうが、むしろ効率がいいのではないかと質問した。それに対し、長島課長補佐は、いわゆるデータヘルス改革にできるだけ乗っていけるような事業を検討しており、データの持ち方としては、SS-MIX2などが射程に入ってくると考えていると回答した。

中理事は、平成30年度第二次補正予算案のその他喫緊の課題への対応について、アジア国際共同治験環境整備・医薬品等市場活性化促進は、緊急性のある補正予算を組んでやらなければいけないと考えているのかと質問した。それに対し、長島課長補佐は、お答えにくい部分だが、なかなか当初予算では通りづらいものを、とれるときにとっておきたいという思いもこもっていると回答した。

望月理事は、地域医療介護総合確保基金の対象事業が、1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業、2. 居宅等における医療の対策に関する事業、3. 医療従事者の確保に関する事業に決まっているが、これは全体の総額が決まっていて、例えば1の事業で余った金額を2、3の事業に回すことができるのか、それとも各事業できちんと余さずに使い切るのかと質問した。それに対し、長島課長補佐は、各事業に対する申請は均一ではなく、1は申請が少ないが、2、3は多い状況である。制度上、各事業間に間仕切りがあるわけではないが、財務省は地域医療構想を2025年までに進める必要がある、1の事業で余っても2、3の事業に流用したくないのが財務省の考えであると述べた。

安藤常任理事は、医療機関の施設または設備の整備に関する事業に関して、今般の税制大綱に控除対象外消費税の問題が詳しく記載されている。その中に、地域医療構想で合意された病床の再編等の建物及びその他附属設備云々と書いてあるが、この辺とリンクするのかと質問した。長島課長補佐は、基金での手当てと税制上の手当てなので、リンクするかどうかははっきり言えないが、全く別の制度なので、制度上リンクしているわけではないと回答した。また、厚生労働省医政局医療経営支援課西井氏（以下、「医療経営支援課西井氏」という）は、基本的に、地域医療構想の調整会議を構想区域ごとに開催しており、税制のほうは、そこで承認されたものに対して税制優遇がある。最終的には税務署も都道府県庁に確認するという形で、調整会議と連動する。確保基金は、基本的に、都道府県で地域医療構想と関連するものに対して出されるので、最終的に措置されるのは調整会議と絡んでくる。したがって、大もとは同じ調

整会議があって、そこから基金で措置されるものは基金で措置、税制で対応されるものは税制となると回答した。

さらに、安藤常任理事は、県の裁量が入るのかと確認した。それに対し、医療経営支援課西井氏は、確保基金のほうは都道府県が配分するので、その裁量的なものはあると思う。税制のほうは、都道府県庁が開いている調整会議で決まったことについて税制の対応があるが、そこに基金が出るかどうかは別問題。ただ、細かい手続とかが実はまだ詰まっていないところがあると回答した。

原澤支部長は、確保基金が1,000億円以上に増額されたのはよいが、その対象事業の上記1、2、3の分類に関して、県の会議でも、厚生労働省の意向があるため1を固定して、2、3になかなか動かせないとよく言われる。動かすのはOKだと厚生労働省から言ってほしいと要望した。それに対し、長島課長補佐は、地域で必要とされる事業は2、3のほうが多いという主張は、我々も財務省に対してしているが、2025年までの地域医療構想達成という大目標があるため、なかなかそのミシン目は揺るがない感じになっていると回答した。

さらに、原澤支部長は、転換しようとしても、転換の予算は微々たるもので、現下の人手不足や建築費の高騰等なかなか使われない。2、3の事業の需要が多いので、弾力的に運用したほうがお金を有効利用できるのではないか。また、基金も1,000億円ぐらいではなく、もっと大幅に増やしてほしいと述べた。

2. 働き方改革推進法における労働時間法制の見直しについて

厚生労働省労働基準局労働条件政策課前村氏より、以下の説明があった。

- ・働き方改革関連法は、昨年6月に成立、7月6日に公布された。少子高齢化により労働力人口が減少し、女性や高齢者にも活躍をしていただく必要があるが、そのためには長時間労働等を改善しないといけないということが、その背景にある。
- ・同法の内容は多岐にわたり、労働基準法だけでも多くのメニューがあるが、時間外労働の上限と年5日の年次有給休暇の取得義務の2つについて、特に留意する必要がある。時間外労働の上限は、中小企業や、一部の業種、職種の適用猶予や適用除外を除き、今年4月1日に施行される。年次有給休暇の取得は、適用除外等はなく、今年4月1日から施行される。
- ・高度プロフェッショナル制度やフレックスタイム制という選択肢も増えた。フレックスタイム制は、期間を平均して40時間以内になるように総労働時間を定め、その範囲内で始業、終業の時刻を労働者が自由に選べる制度だが、計算の基礎となる期間について、現在の上限は1カ月だが、改正後は3カ月になる。
- ・法定労働時間は、原則1日8時間、1週40時間以内とされている。それでおさまらない場合に、例外として、36協定（時間外労働・休日労働に関する協定）を労働者代表と使用者で締結するという仕組みになっており、改正法施行前の現在は、大臣告示で、月45時間・年360時間とされている。ただし、臨時的特別な事情がある場合は、この月45時間・年360時間の制限を超えて、年6回まで月45時間を超えた時間外労働することができ、年間も、特別条項で規定した範囲まで時間外労働ができることになっている。また、現在は、この特別条項に上限はない。
- ・改正法施行後は、法定労働時間は変わらず、36協定も締結できるが、月45時間・年360時間の上限は、大臣告示だったものが、法律に定めることとなった。また、臨時的特別な事情がある場合の特別条項にも上限が設けられ、年間で720時間、複数月平均で休日労働も含めて80時間、月で休日労働も含めて100時間未満となった。
- ・36協定の様式も新しくなる。様式第9号は特別条項がない場合、様式第9号の2は特別条項がある場合となる。以下、記載内容についてポイントを説明する。

- ・様式第9号については、業種や人数を記載するほか、法定労働時間を超える時間数及び所定労働時間を超える時間数について、1日、1カ月、1年のそれぞれ記載し、時間外労働できる範囲を決める。なお、所定労働時間を超える時間数の記載は任意となる。
- ・労働者代表の選出方法を記載し、使用者の名前を記載して押印し、労働基準監督署に提出する。
- ・様式第9号の2は2ページつづりで、1ページ目は様式第9号と同じ内容になっている。
- ・2ページ目が、臨時的特別な事情がある場合の内容になる。どのような場合に臨時的に限度時間を超えて労働させることができるかということと、業種及び人数を記載し、さらに、延長することができる時間数について、1日（任意）、1カ月、1年のそれぞれを記載する。
- ・1カ月の回数の欄は、月45時間を超えることができる回数を、年間6回以内の範囲で記載する。また、1カ月の時間数の欄は、休日労働も含んだ時間を100時間未満の範囲で記載する。
- ・1年の時間数の欄は、休日労働は含まない。720時間以内で記載する。
- ・月45時間の限度時間を超えて時間外労働させる場合には、一定の健康確保措置を設けることとなっており、その具体的内容を記載する。9つの具体例が列挙されており、それ以外にも10番目のその他として、労使で話し合って内容を決めることも可能だが、できる限り1から9の中から労使で話し合って選ぶことが望ましい。
- ・様式第9号及び第9号の2ともに、「上記で定める時間数にかかわらず、時間外労働及び休日労働を合算した時間数は、1カ月について100時間未満でなければならない、かつ2カ月から6カ月までを平均して80時間を超過しないこと」というチェック欄にチェックを入れる必要がある。
- ・法改正に当たって、36協定で定める時間外労働及び休日労働について留意すべき事項に関する指針が作成された。時間外労働・休日労働は必要最小限にとどめること、臨時的特別な事情がなければ限度時間を超えられないこと、健康確保措置を設けること等が、この指針の中で決まっている。
- ・時間外労働の上限規制の適用を猶予または除外される業務があり、その中に医師も含まれている。医師以外の事務員や看護師等は、今年4月1日から適用される。
- ・改正法の施行は今年4月1日からだが、時間外労働の上限規制が適用になるのは、対象期間が平成31年4月1日以降のものに限られる。したがって、それ以前に締結された36協定は、締結日から1年間は現行規定が適用されることとなる。
- ・特別条項における複数月平均80時間以内という制限については、施行前の期間は入らない。
- ・1日8時間、1週40時間を超える時間外労働の割増賃金率は、大企業は、現行、月60時間以下は2割5分、月60時間超は5割で、改正法施行後も同様である。中小企業は、現行、月60時間以下も60時間超も2割5分だが、2023年4月1日からは、月60時間の場合に、大企業と同じ5割に変更される。
- ・日本の年次有給休暇の取得率が低いことから、年次有給休暇の時季指定の制度が導入される。これにより、その年度に10日以上有給休暇が付与された社員に対して、使用者側から時季を指定して、5日間、年次有給休暇を取得させることが義務づけられる。
- ・この制度の対象になる労働者は、その年度に年次有給休暇が年10日以上付与された労働者であり、繰り越し分を含めて10日以上になる労働者は対象とならない。パートでも、フルタイムで働いて10日付与されていれば対象となる。
- ・5日の時季指定義務については、労働者がみずから取得した日数や計画的付与で取得した日数を、5日から控除することができる。したがって、労働者がみずから取得した日数及び計

画的付与で取得した日数で5日を満たす場合は、時季指定は不要となり、満たない場合は、5日に足りない分を時季指定することとなる。時季指定に当たっては、労働者の方の意見を聴取し、尊重するよう努める必要がある。

- ・繰り越した年次有給休暇から消化した場合でも5日にカウントすることができ、時季指定する5日から引くことが可能となる。
- ・年次有給休暇以外の特別休暇は5日にカウントできない。
- ・労働者が半日単位の年次有給休暇を取得していた場合は、時季指定の5日から控除することは可能であり、時季指定する場合も、労働者が希望すれば、半日単位の時季指定も可能である。ただし、時間単位年休は、その時間を5日から控除することはできず、時間単位での時季指定もできない。

以上の説明に対し、質疑応答・意見交換を行った。

牧野常任理事は、時間外労働の上限規制について、医師は5年間の経過措置で猶予されるが、医師と医師以外の一般職員とでは36協定の結び方が違ってくるのかと質問した。厚生労働省労働基準局前村氏（以下、「労働基準局前村氏」という）は、そう理解していただいて結構だと回答した。

また、牧野常任理事は、医師の時間外労働の上限はどうなるのか質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、医師は上限の適用はないと回答した。

中井常任理事は、医師の時間外手当の割増賃金はどうなるのか、また適用猶予はあるのか。質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、割増率の下限は2割5分と決まっているので、それ以上であれば事業所ごとに決められる。また、時間外労働の上限は適用猶予になるが、割増賃金に猶予はないと回答した。

楠岡参与は、医師の適用除外は長時間労働のところだけで、年5日の有給の指定は適用されるのかと質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、適用されると回答した。

また、楠岡参与は、時間外労働の上限と年5日の年次有給休暇の取得義務に違反した場合の罰則が導入されているが、どのような罰則が、誰に対して科せられるのかと質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、罰則の内容は、30万円以内の罰金または6カ月以下の懲役であり、使用者に科せられることとなる。ここでいう使用者は、法人の代表者であったり、その権限を代行する程度の権限のある者などが考えられるが、事実関係によって変わってくると回答した。

福田事務局長は、違反があった場合は是正勧告が入るのか、それともすぐに罰金、懲役が科せられるのか、質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、まずは行政指導からというのが原則になると回答した。

中村常任理事は、管理職だといわゆる残業代がつかないというのがあるが、公立病院だと医師は単なる労働者でも、医療法人等の民間病院だと、部長クラスの医師などがいて、管理職に相当するのではないかと思うが、それについてはどうなるのか質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、労働基準法第41条の適用除外規定により、管理監督者に該当すれば割り増しの部分は除外されるが、その該当性の判断については、役職名はついているけれども実質的にはそうではない場合もあるため、一律に判断するのは難しい。個別に見ていく必要があると回答した。

福田事務局長は、例えば4月1日に入社して、10月1日から有給休暇10日が付与され、その半年後の翌年4月1日にさらに10日の有給休暇が付与された場合、時季指定はどのようにするのか質問した。それに対し、労働基準局前村氏は、原則は、10月1日からの1年間で5日間の時季指定と、4月1日からの1年間で5日間の時季指定と、2回行うことになるが、扱いとして、按分する形で、この例では10月1日から翌々年3月31日までの1年半で、7.5日の時季指

定をすることも可能であると回答した。

安藤常任理事は、医療機関は労働集約型産業と言われており、予算や年収の規模は小さくても従業員の数が多くて大企業に区分されてしまう。それはやめてほしいと述べた。それに対し、医療経営支援課西井氏は、サービス業ということで100人未満だと中小企業という定義になってしまうということで、多分、100床ぐらいあると100人は突破しているだろうというところだが、そこは労働基準局の判断になるかと思うと回答した。

中島常任理事は、労働基準局としては通報があれば必ず入らなければならないということで、公立病院には半数以上入っている。前段階に、入るべきかどうかを検討する組織をつくってほしいと述べた。

以上で閉会となった。