



# 全日病 NEWS 7/1

## 21世紀の医療を考える全日病 2014

発行所/公益社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.827 2014/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 2013年度事業報告を報告、13年度決算を承認

### 第2回定時総会 武見議員「概算要求前後に消費税非課税問題対応の輪郭がみえてくる」

全日本病院協会の第2回定時総会が6月21日に開催され、2013年度決算案を承認した。また、2013年度事業報告が報告された。

総会后に、厚生労働省医政局の梶尾雅宏指導課長が「医療提供体制の制度改革について」と題して講演、医療介護総合確保推進法の概要と政府の骨太方針等で示された医療分野の課題について解説した。

梶尾課長は、政府から「非営利ホールディングカンパニー型法人」の枠組の導入が提起され、その制度化の検討が当面の重要課題となっていると説明する中で、「今出ている名称をそのまま使うとは限らない」と発言。同法人の創設が既定事実であることを認めた。(7面に関連記事。8面に講演要旨)

事業報告は定款で理事会の決議事項とされたため、5月17日に開かれた第1回理事会で承認され、総会では報告事項という取り扱いとなった。

2013年度の決算は経常収益計が6億4,868万7,464円、経常費用計が6億3,181万1,632円で当期経常外増減額は4,550万5,832円と、本部事務所移転等によって経費が大きく増えたにもかかわらず、ほぼ前年度並みの黒字を確保した。

総会の冒頭挨拶で、西澤寛俊会長は、

2025年に向けた改革に「主体的、積極的に取り組んでいく」全日病の姿勢をあらためて明確にした。

そして、病院のあり方委員会が2025年の医療提供体制と病院のあり方に関する検討に着手したことを明らかにするとともに、その結果をまとめる「病院のあり方に関する報告書」第7版は「2050年、2060年までも視野に収めたものとなる」と展望した。

さらに、2025年に生き残るためとい



う趣旨で5月から始めた経営セミナーに言及。7月9日の第3回セミナー以降も月1~2回の開催を予定していること、地方開催も検討していること、会員から希望するテーマを受け付けることなど、執行部の方針を表明。

その上で、会員病院との議論を通して改革に主体的に立向かう民間病院の知恵を結集していきたいと述べるなど、経営セミナーに対する執行部の期待感を表わした。

第2回定時総会には来賓として、武見敬三参議院議員、横倉義武日本医師会長(代理中川俊男副会長)、野中博東京

都医師会長が出席、それぞれ挨拶した。

武見参議院議員は、消費税の10%への引き上げを決める時期を迎え、通常国会の終了を受けて、これから医療非課税をめぐる議論が本格化すると状況を説明する中で、課税への転換と軽減税率の適用の可能性に慎重な見方を示した。

その一方で、8月の概算要求の前後には控除対象外消費税負担解消策の輪郭がみえてくると述べ、決着に向けた水面下の動きは最終局面を迎え、補填をめぐる枠組み案が近々表面化すると情勢を展望した。

## 医療・介護の一体化した提供体制構築を指向

### 「医療介護総合確保推進法」が成立。病床機能分化に自律メカニズムを導入

一体改革にそって医療・介護の提供体制等を整備する「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」が6月18日の参議院で可決・成立、6月25日に公布された。

法案を審議してきた参議院厚生労働委員会は、6月17日に、22項目からなる附帯決議を可決した。(5面に関連資料)

19の法律を一括改正する「医療介護総合確保推進法」は、医療提供体制に関しては、医療機関による病床機能報告制度を創設、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4カテゴリーから現在と将来の機能を病棟ごとに選択して報告。それを踏まえて各都道府県は医療計画の一部として地域医療構想(ビジョン)を策定し、2025年に向けて医療機能の“適正な”分布を図る仕組みを導入することになる。

この制度は、一般病床と療養病床の合計数で規制する基準病床制度と異なり、一般病床に病床機能ごとの規制を導入する仕組みとなる。ただし、既存病床の削減が求められることはない。

規制をかける方法として2025年の病床必要量が機能ごとに導かれ、それを上回る量の機能について、まずは医療機関等による「協議の場」で調整が試みられ、それが不首尾な場合は都道府県知事による機能転換や増床の中止要請等が行なわれる。

こうした機能分化・連携を含む提供体制の充実化を支援する手段として、消費税増収分を活用して新たな基金を各都道府県に設置することが法定化された。

一方、医療計画に関しては、地域医療構想との一体策定に加え、その内容も介護保険事業支援計画との一体化と整合性の確保が原則となり、ダブル改定の2018年度以降、計画期間も6年に延長して介護と足並みを揃え、在宅医療など介護と深くかかわる部分は中間年(3年)見直されるというように、医療と介護に、計画部分の相互依存関係がつけられる。

こうした基礎的部分の連携を踏まえ、各市町村は地域ケア会議の設置と活動

強化を果たし、地域包括ケアを支える医療・介護提供者の連携を実現していく。

そのために、「医療介護総合確保推進法」は「在宅医療・介護の連携推進」を恒久的制度として介護保険法に位置づけるとともに地域支援事業の包括的支援事業に組み込み、その推進を市町村の責務とした。

消費税増収分を活用する新たな基金は、こうした、地域包括ケア構築に向けた事業にも投入される。

このように、「医療介護総合確保推進法」は、第6次の医療法改正を医療提供

体制の改革で終わらせず、介護提供体制と内的に連動するメカニズムを内包した総合提供体制に向かわせるものとなった。

その一方で、原因究明と再発防止に特化した医療事故調査制度の創設や医療機関への勤務環境改善システムの導入、あるいは、診療補助における特定行為の明確化とそれを実施するための

### 附帯決議「基金配分は官民の公平性に留意すること」

22項目からなる「医療介護確保推進法」の附帯決議には、基金の配分に当たって「官民の公平性に留意すること、病床機能の再編に当たって「医療機関相互の協議が尊重されるとともに、保険者及び地域住民の意見が反映されるよう配慮すること」などとともに、医療事業の経営の透明性を高める

研修制度や看護師等免許保持者に対する届出制度の新設など、医療の質を制度的に支える仕組みを法制化した。

他方で、「要支援」向けサービスの市町村事業への移行、一定以上所得者の2割負担、「補足給付」要件への資産追加、特養新規入居者の原則要介護3以上への限定など、「自助の精神がなければ社会保障は維持できない」(6月17日の参院厚生労働委員会における安倍首相の答弁)との観点から、とくに、介護保険サービスの利用者には厳しい改正となった。

ために「一定の医療法人の計算書類の公告を義務化することについて検討すること」が盛り込まれた。

また、「診療の補助として医行為を行える新たな職種の創設等について、関係職種の理解を得つつ検討を行うよう努めること」も書き込まれた。(5面に附帯決議)

## 医療費適正化計画に地域医療構想と整合した目標設定を求める

### 骨太方針等を閣議決定 非営利HC型法人を明記。医療法人分割規定の新設、社会医療法人の要件見直しも

6月13日の規制改革会議は「規制改革に関する第2次答申」をまとめた。また、6月24日に開催された経済財政諮問会議・産業競争力会議合同会議は「骨太の方針」(経済財政運営と改革の基本方針2014)と「日本再興戦略改訂版」をとりまとめた。

これを受け、政府は6月24日に「骨太の方針」「日本再興戦略改訂版」「規制改革実施計画」を閣議決定した。(3面に概要)

経済財政運営の指針となる「骨太の方針」は、社会保障給付について「自然増も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく」と断言。

地域医療構想にもとづいて中長期的な工程管理を行なうPDCAマネジメントを実施して「医療提供体制の再編と併せて在宅医療・介護を進める地域包括ケアの推進を図ることにより、入院の適正化を図る」と明記した。

医療保険制度に関しては、地域医療構想と整合する医療費水準や医療提供目標を伴うものへと医療費適正化計画を見直して2015年の医療保険制度改正に向かう方針を打ち出した。

薬価改定については「その頻度も含めてあり方を見直す」と記すにとどまった。

昨年策定した日本再興戦略を書き改めた改訂版は、「戦略市場創造プラン」の「新たに講ずべき具体的施策」に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設と分割規定の新設、附帯業務の拡大、社会医療法人の要件見直しからなる医療法人にかかわる規制緩和、さらに「患者申出療養(仮称)」創設などの方針を盛り込んだ。

規制改革の第2次答申を施策方針に整理した「規制改革実施計画」は14年度に取り組む規制緩和項目を5分野249

項目に整理、それぞれの実施時期を明確にした。

その中で、これまでの保険外併用療養費(選定療養)の仕組みを大きく変えて混合診療に踏み込む「患者申出療養(仮称)」の骨格を明らかにした。

また、プライマリ・ケアを担う医師の育成とその提供体制の整備、「急性期医療を担う医療機関にのみ7対1入院基本料が適用される」といった7対1病床のあり方を取りあげるとともに、「医療機関の質の評価」や「医療資源の適正配置」など、医療提供体制から診療報酬にまでおよぶ現行の法規や規定にまで踏み込み、規制課題ごとにとるべき措置の内容を示している。

2面に「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」の議論を掲載。

「清話抄」は4面に掲載しました。



# 主張

## 薬剤の効果的使用と薬剤費の削減は重要な課題

当協会が実施した「諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究事業(老人保健事業推進費等補助金)」で、昨年11月に、オランダとイタリアを視察した。

オランダでは、認知症の薬は、初回はGPではなく専門医による処方が必要とする、処方に関してMMSEのスコアによる制限があるなど、一定の制約がある。

イタリアでは、初回か継続かを問わず、認知症の薬を処方できるのは専門機関(UVA)のみとなっており、

GPとの役割分担が明確になされている。また、保険適用となる範囲はMMSEスコアにより一定の基準が設けられている。あるいは、施設入所になると、基本的に認知症薬は使わないことになっている。

このように、諸外国の事例からは、認知症治療における薬物処方をできる主体を制限するといった方法や、薬物の使用に一定の基準を設けていることが確認された。

しかし、日本では認知症薬が多く使われているのが現状である。主治医の判断で使われており、一応の基

準はあるものの、あまり厳重には守られていない様である。

かつて、介護給付費分科会で、認知症の会の代表が介護老人保健施設や介護療養型医療施設に入所・入院すると認知症の薬を切られてしまうので困ると改善を求めたことがある。投薬中止の難しさがうかがえる話だが、多用されているくらいはあるようだ。

抗生剤や高血圧薬などは効果判定が行い易いが、認知症薬は効果判定が行いにくいいため、漫然と使われる傾向がある。当院でも認知症薬の中止はなかなか難しい状況にある。他の

薬剤も漫然と使われている傾向があるのではないかと。しかし、医療費の増大がいわれる現在、薬剤費の削減を図っていく必要がある。

今年4月の診療報酬改定では本体と薬価が切り離されたが、薬の使用を減らすことは医療費全体の削減につながる。見かけの収入が増えても、薬剤費支出が増えてしまえば収支はマイナスになる。特に、定額性の収入が多い病院では、薬剤の効果的使用と薬剤費の削減は、医療の質とともに経営面からも重要な課題といえよう。(KT)

# 厚労省 親法人に持分なき社団、子法人に非営利法人を想定

医療法人の事業展開等に関する検討会 親法人 子法人の過半数を確保。「1社員1個」の議決権も柔軟運用—厚労省が提案

6月27日に約3ヵ月ぶりに開かれた「医療法人の事業展開等に関する検討会」は、日本再興戦略改訂版(6月24日閣議決定)で「年内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年中に講じることを目指す」とされた非営利ホールディングカンパニー型法人制度(非営利HD法人)の具体的な議論を開始した。

事務局(厚労省医政局指導課)は、「最低月1回、必要ならば数回開催し、年内に結論を出す」と、早期のとりまとめを要請した。

事務局は、非営利HD法人(親法人)に持分のない社団法人を、社員法人(子法人)に持分ある医療法人を含む非営利団体を想定した上で、親法人が円滑

に運営されるために必要な制度的措置をどう図るかを提起。

①親法人と子法人における経営方針共有の仕組み、②子法人における経営自主性の確保、③グループ内の資金融通のあり方、④親法人の地域要件、⑤親法人の非営利性担保と透明性・適正性の確保、などを論点にあげた。

一方、今村委員(日医常任理事)は、医療法人の一類型として「統括医療法人(仮称)」を創設。医療法人、医療施設等を開設する社会福祉法人、個人立病院または個人立診療所の開設者が社員となって地域医療機関の有機的連携を図る、という構想を提案した。

この日は初回とあって議論は総花的

なものとなったが、親法人における議決権について、事務局は「1社員1票では出資へのインセンティブは減るだろう。1社員1票でやる場合も、例えば、例外を設けるとか、一定の案件のみに限るとか、柔軟に考えることもできるのではないか」と、1社員1個の議決権にこだわらない考え方を示した。

持分なきを堅持するものの、議決権

の面で多数支配の可能性は残してインセンティブとするとも受けとれる論法に、委員からは、「非営利非配当と出資は矛盾しないか。色々みえない話だ」という声もあがった。

検討会は併行して医療法人の分割や社会医療法人の要件見直し等も検討するため、非営利HD法人をめぐる議論はタイトなものとなるのが予想される。



### 非営利HD法人制度に係る主な論点(要旨)

#### □非営利HD法人の検討の方向性(4月2日の資料から)

- ①社会にどう貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定し、共有する。
- ②社員法人はHD法人が行う意思決定に従って法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。(社員法人の社員総会または評議員会の過半数をHD法人やその理事または社員が占める)
- ③社員法人のヒト・カネ・モノを有効に活用する。(非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。HD法人が介護事業等の株式会社に出資できるようにする)

#### □法人の在り方に関する論点(6月27日の資料から)

- (1) 社員法人の独自性を保証しつつ、HD法人の意思決定等を制度的に共有する仕組みをどのように作っていくか。
- ①社員法人がHD法人の理念を共有する旨の意思決定を行うことをHD法人の要件とするとともに、職員に理念の浸透を図る旨の努力義務を整備してはどうか。
- ②HD法人の意思決定は、社員法人の運営の一つ一つに口を出すものではなく、地域の医療・介護提供体制の構築に必要な大方針を決め、その範囲で社員法人が自主的に運営できるようなものとするべきではないか。
- ③HD法人の意思決定として、法人の規模に応じて債務を負担することや中核病院等の機能・病床を制限するなどが考えられる。HD法人の意思決定が柔軟に行えるようにするためにどのような仕組みを設けるべきか。
- ④HD法人の意思決定のうち社員法人が共有すべきものは通知する手続などを整備してはどうか。
- ⑤社員法人がHD法人の意思決定に従

- って運営することを担保する仕組みとして、どのようなものが考えられるか。
- ⑥社員法人の独自性を保証するために、HD法人から脱退できるようにしてはどうか。
- (2) HD法人と社員法人の間で資金の融通を行う仕組みをどのように作っていくか。
- ①HD法人と社員法人の間及び社員法人同士の間の資金融通手段は出資、融資、寄附及び債務保証としてはどうか。(HD法人は社員法人に対する資金融通のみならず、介護事業を行う会社や医薬品等の共同購入、シーツクリーニングを一括で行う会社設立の出資も可能とする。他に追加すべきものがあれば、個別に検討した上で追加してはどうか)
- ②HD法人や社員法人は、融通した資金が個人に帰属してしまうことのないよう、法人の剰余金となり得る寄附や債務免除により法人の剰余金となり得る融資及び債務保証は、社員法人である持分あり医療法人に行うことはできないとすべきではないか。
- ③医療法人等の剰余金が他法人の収益事業に使われるなどのないよう、資金融通の目的は「地域の医療又は介護の充実」に限定することが必要ではないか。
- (3) HD法人は非営利法人(非営利性が確保された社団法人)となるよう、以下

- の点について必要な整備を行うべきではないか。
- ①HD法人が社員に剰余金又は剰余財産の分配を受ける権利を与える旨の定款の定めは、その効力を有しないものとすべきではないか。
- ②HD法人の社員は剰余金又は剰余財産の分配を受ける権利を有しないことと出資義務を負わないこと及び法人財産に対する持分を有しないこととすべきではないか。法人もHD法人の社員になることができるが営利法人はなることはできないとすべきではないか。
- ③HD法人の社員法人は非営利法人のみとするべきではないか(配当禁止が法定されている持分あり医療法人も含む)。
- 事業の在り方等に関する論点
- (4) HD法人に地域要件を設けることをどう考えるか。地域要件を設ける場合、地域の範囲をどう考えるか。
- (5) HD法人が制度の目的等に従って設立・運営されることを確認する仕組みはどのようなものが考えられるか。
- (6) 比較的規模が大きくなるHD法人の透明性と適正性の確保を図るべきではないか。
- 【HD法人の運営の透明性と適正性を図る主な仕組み】
- 運営の透明性
- 貸借対照表等の官報、インターネッ

- ト等による公告、公認会計士又は監査法人による外部監査の実施
- 運営の適正性
- 監事の権限の明確化及び独立性の担保、一定割合以上の社員の請求による業務執行に関する検査役の選任、社員による理事の行為の差し止め、理事等のHD法人に対する損害賠償責任等の明確化及び当該責任の免責に関する手続の明確化、HD法人の組織に関する訴えなど訴訟や和解及び非訟事件に関する手続の明確化
- (7) 仮称であるHD法人制度の正式名称はどのようなものがよいか。
- 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル
- 自治体中心型/都道府県や市町村が呼びかけてHD法人を創設。必要に応じて、自治体が出資したり、自治体幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能。
- 中核病院中心型/社会医療法人や大学病院など急性期医療等を担う中核的な法人が、回復期や在宅医療を担う医療法人や介護を担う社会福祉法人に呼びかけてHD法人を創設する。
- 地域共同設立型/都道府県医師会や地区医師会が中心となって区域内の医療法人や社会福祉法人等に呼びかけてHD法人を創設する。

#### ■新規募集開始の研修会(詳細な案内は全日病HP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
第9回 医療機関トップマネジメント研修コース(30名)	2014年9月~15年1月 全日病会議室	300,000円	【受講要件】 現在、理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方(各病院1名)
第2回AMAT隊員養成研修(60名)	9月19日、20日 国立病院機構九州医療センター(福岡県福岡市)	50,000円 (60,000円)	・受講要件は全日病HPを参照してください。
特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)(40名)	9月27日、28日、 10月4日、5日 全日病会議室	50,000円 (60,000円)	・受講要件は全日病HPを参照してください。 ・本研修は厚生労働省告示第十号(2008年1月17日付)の食生活改善指導担当者研修の基準を満たしています。



「経済財政運営と改革の基本方針2014」から 6月24日閣議決定 \*1面記事を参照

**■社会保障改革**

**●基本的な考え方**

医療・介護を中心に社会保障給付は「自然増」も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある。医療介護情報のICT化により「見える化」を進め、各地域を比較した結果を踏まえて医療介護支出の効率化・適正化を図る。世代間・世代内の負担の公平を図るため、負担能力に応じた負担を重視する制度への転換を進める。

**●医療・介護提供体制の適正化**

医療提供体制については、関係者間での協議及び都道府県による実効性のある措置等を通じて、病床の再編等を含め、早急な適正化を推進する。その際、地域医療構想を策定し、病床数等の目標設定と政策効果の検証を行なう。医療提供体制の再編と併せて在宅医療・介護を進める地域包括ケアの推進を図り、入院の適正化を図る。

平成27年の医療保険制度改革に向け、地域医療構想と統合的な医療費水準や医療提供の目標を設け、

医療費適正化計画の見直しを検討する。

上記の取り組みと歩調を合わせ、第6期以降の介護保険事業計画の策定に当たり、市町村と都道府県は2025年までのサービス見込量、給付費、保険料を推計する。

**●保険者機能の強化と予防・健康管理の取り組み**

国保については、財政運営を担っていく都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等を総合的に判断できる体制や、市町村の保健事業等に対する分権的な仕組みの構築について、平成27年通常国会への法案提出に向けて検討を進める。

ICTの活用を更に進める観点から、各保険者が、レセプト・健診等のデータを利活用した後発医薬品の使用促進、頻回受診の抑制、公的保険外サービスの活用を含む予防・健康管理(データヘルス)を進める中で、医療費の効率化の効果等を指標とした評価を含むPDCAサイクルの取り組みを促す。レセプトデータ等への社会保障・税番号等の番号の導入について早急に検討を進める。

**●介護報酬・診療報酬等**

平成27年度介護報酬改定では、社会福祉法人の内部留保を踏まえた適正化を行ないつつ、介護保険サービス事業者の経営状況等を勘案して見直すとともに、介護職員の処遇改善、地域包括ケアシステム構築の推進等に取り組む。今後の診療報酬改定に向けて、費用対効果の観点の導入や医療提供者に良質かつ効率的な事業運営を促す報酬の在り方を検討する。

**●薬価・医薬品に係る改革**

診療報酬の調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討。その際、一定期間内の処方箋を繰返し利用するリフィル制度について検討する。薬価調査・薬価改定の在り方は頻度を含めて検討する。

**●地方財政改革の推進**

地域医療構想の策定に合わせ、今年度中に新たな公立病院改革ガイドラインを策定する。

**●財政の質の向上**

社会保障・税番号制度の導入とその活用拡大、さらにデータの利活用に向けて取り組む。

「日本再興戦略改訂版」から 6月24日閣議決定 \*1面記事を参照

**■健康産業の活性化と質の高いヘルスケアサービスの提供**

今回の改訂戦略では、①医療介護等を一体的に提供する新たな法人制度の創設などにより医療介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現することで、医療介護の持続性と質の向上を両立すること、②健康増進・予防へのインセンティブを高めることにより公的負担の低減と公的保険外の多様なヘルスケア産業の創出を両立すること、③保険外併用療養費制度の大幅拡大により多様な患者ニーズへの対応と最先端技術・サービスの提供を両立すること、の3つを重点とする。

**◎非営利ホールディングカンパニー型法人制度の創設(2015年中に措置を目指す)**

・上記制度を活用した他病院との一体経営のために、大学附属病院を別法人化できるよう必要な制度設計等を進める。(2015年度中の措置を目指す)

**◎個人に対する健康・予防インセンティブの付与**

・医療保険制度に個人へのヘルスケアポイントの付与や現金給付が可能であることを明確化し、普及させる。個人の健康・予防の取組に応じて財政上中立的な形で各被保険者の保険料に差を設けることも検討する。(2015年度中に所要の措置)

**◎保険外併用療養費制度の大幅拡大**

・新たな保険外併用の仕組み(「患者申出療養(仮称)」)の創設

・先進的な医療へのアクセス向上(再生医療、医療機器分野を追加)

・費用対効果の観点を2016年度を目途に試行導入し、費用対効果が低いとされた医療技術は継続的に保険

外併用療養費制度が利用可能となる仕組みの検討・治験に参加できない患者の治験薬へのアクセスを充実させる仕組み(日本版コンパッションエッセ)の2015年度からの導入

**●外国人技能実習制度の見直し(対象職種の拡大)**

介護分野については、経済連携協定に基づく介護福祉士候補者の受入れ及び介護福祉士資格をもつ留学生に就労を認めることとの関係を整理、年内を目途に検討し、結論を得る。

**●新たな就労制度の検討**

我が国で学ぶ外国人留学生が介護福祉士等の特定の国家資格等を取得した場合、引き続き国内で活躍できるよう、就労を認めることについて年内を目途に制度設計を行なう。

**■新たに講ずべき具体的施策**

**●効率的で質の高いサービス提供体制の確立**

**①医療・介護等を一体的に提供する非営利HC型法人制度の創設**

医療法人制度で法人が社員になることができることを明確にした上で、複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利HC型法人制度」を創設する。

その制度設計に当たって、非営利HC型法人への非営利法人の参画(自治体、独立行政法人、国立大学法人等を含む)、意思決定方式に係る高い自由度の確保、グループ全体での資金調達や余裕資金の効率的活用、当該グループと地域包括ケアを担う営利法人との連携等を可能とするため、医療法人等の現行規制の緩和を含む措置について検討を進め、年内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年中に講じることを目指す。

さらに、非営利HC型法人制度を活用した他病院との一体的経営実現のために、大学附属病院を大学から別法人化できるよう制度設計の検討を進め、年度内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年度中に講じることを目指す。

併せて、自治体や独立行政法人等が設置する公的病院が非営利HC型法人制度に参画できるよう、必要な制度措置等について検討する。

**②医療法人制度に関する規制の見直し**

以下の事項について年内に検討し、制度的措置を速やかに講じる。

・医療法人の分割

・医療法人が所有する遊休スペースを介護施設・高齢者向け住宅等の用途に使用することを目的とした賃貸事業を認める等、附帯業務の範囲を拡大する。

・社会医療法人の一層の普及を図るため、地域の実情を踏まえた認定要件とする。

③医療品質情報の更なる開示、介護サービスの質の改善・「医療の質の評価・公表等推進事業」を活用して、自治体病院等の公設・公的病院について病院間の横比較を可能とするようなデータの開示を促す。

・DPCデータの第3者提供の本格的な運用に向け、本年度より試験的に運用を開始する。

・介護サービスの質評価に向けた仕組み作りを本年度末までに検討し、結果を公表する。

**④看護師・薬剤師等医師以外の者の役割の拡大**

看護師、介護福祉士、薬剤師等の医師以外の者が携わることができる業務の範囲の在り方について検討し、結論を得た上で、必要に応じて年内に所要の措置を講じる。

「規制改革実施計画(健康・医療分野)」から 6月24日閣議決定 \*1面記事を参照

**■「患者申出療養(仮称)」の創設(2015年度措置)**

保険外併用療養費制度に「患者申出療養」を創設し、患者の治療の選択肢を拡大する。このため、次期通常国会に関連法案の提出を目指す。

**■革新的な医薬品・医療機器の価格に関する制度の改善**

**●医療材料等に対応する手技料の適切な算定(16年改定に合わせて検討・結論)**

再生医療等製品を使用する手術で難易度に応じた適切な手技料を算定できるよう検討し、結論を得る。

**■最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築**

**●医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画の連携(次期医療保険制度改革において検討・結論)**

医療計画、介護保険事業支援計画及び医療費適正化計画の見直し時期を一致させるとともに、相互の関係性をより明確にすることを検討し、結論を得る。

**●医療計画における保険者視点の導入(医療介護総合確保法案施行の15年4月1日に合わせて措置)**

医療計画の策定に当たり、保険者の意見を取り入れる仕組みを構築する。

**●医療計画の内容の充実(14年度措置)**

14年3月の厚生労働省「健康・医療・介護分野におけるICT化の推進について」を踏まえた医療計画となるよう、都道府県に周知する。また、2次医療圏の範囲は、都道府県が地域の実情に応じてより主体的に検討すべきことを改めて周知する。

**●医療資源の適正配置(14年度措置)**

地域ごとの人口当たり医師・看護師数、医療機器数、診療科ごとの医師数を把握し、都道府県が公表する

仕組みを構築する。また、相対的に医師不足と判断される地域や診療科への就業インセンティブを充実させる。

**●医療機関の質の評価【①は15年度早期措置。②は14年度措置】**

①DPCデータ等を用いた定量的な指標に基づき、医療機関外の組織等が医療の質の評価・公表等を実施する際、実施医療機関を拡大する措置を講じる。また、公表する評価指標の範囲拡大を促す措置を講じる。

②とくに自治体病院等の公設・公的病院にいち早くこれらの取組を進める。

**●必要病床数・非稼働病床数の把握及び特例病床制度の活用(必要病床数の将来推計の重要性と特例病床制度の活用の周知、病床稼働状況の調査は14年度措置。非稼働病床の削減方策は14年度検討・結論)**

都市部を中心に必要病床数の将来推計の重要性を周知するとともに、医療計画の見直し時期にかかわらず、病床規制の例外措置である特例病床制度を地域の実情に応じて活用するよう周知する。また、医療機関ごとの病床の稼働状況について調査、実効性のある非稼働病床の削減方策を検討し、結論を得る。

**●7対1入院基本料の在り方の検討(16年改定に合わせて検討・結論)**

急性期医療を担う医療機関にのみ7対1入院基本料が適用されるよう、7対1入院基本料のあり方を検討し、結論を得る。

**●プライマリ・ケア体制の確立【①は14年度措置。②は15年度結論、16年度措置。③は15年度結論】**

①プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成に向けて、卒後の教育・研修制度や資格の更新制度、継続的な研

修の検討に対し、必要な支援を行う。

②プライマリ・ケアを専門に担う医師の広告制度の見直しを行う。

③プライマリ・ケアを専門に担う複数の医師が連携して24時間の対応を行う取組を支援する等、プライマリ・ケアの提供体制を整える措置を検討し、結論を得る。

**■生活の場での医療・介護環境の充実**

**●在宅診療を主として行う診療所の開設要件の明確化(14年度検討・結論、結論を得次第措置)**

**●特養における要介護者の医療環境の改善(14年度検討・結論)**

**■保険者機能の充実・強化に向けた体制整備**

**●保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入(14年度検討・結論、結論を得次第措置)**

**■医療機関の経営基盤の強化**

**●医療法人の経営の透明化・適正化(14年度検討・結論)**

・一定規模以上の医療法人に外部監査を義務づける

・医療法人の理事長と理事に忠実義務、損害賠償責任等を課し、責任範囲等を明確化する

・メディカルサービス法人と医療法人との関係の適正化など医療法人が法令等遵守体制を構築するための方策

**■看護師の「特定行為」の整備**

**●「特定行為」の対象を見直す枠組みの検討(14年度検討・結論)**



# 美原委員に同調、「Ⅲ群のあり方を見直すべし」の声相次ぐ

DPC評価分科会 基礎係数の配分比重にも疑問が。Ⅰ群を含め医療機関群見直しの可能性強まる

6月23日に開かれた診療報酬調査専門組織DPC評価分科会は、(1)診断群分類点数表の見直しに係る検討課題等と(2)医療機関群のあり方等についてをテーマに、次期改定に向けたDPC制度検討の最初の議論に着手した。

(1)の「診断群分類点数表の見直しにかかわる基本方針等についてあらかじめ整理を行なう必要がある」として、事務局(厚労省保険局医療課)は、①国際疾病分類改正への対応、②重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)への対応、③点数設定方式Dと短期滞在手術等基本料3のあり方に関する議論、の3点に関する検討を求めた。

①は、WHO勧告にもとづいてICD-10が現在の2003年度版から2013年版に改訂されることへの対応をどうするかという問題である。コードの削除50、コードの新設185、コード名の変更121(以上がWHO勧告による)、そして、日本医学会が定める用語に基づく用語適正化等545ヵ所と大幅な変更となる。ICDにかかわる改訂は社会保障審議会統計分科会の疾病・傷害及び死因分類部会での審議がすでに終わり、7月に厚生労働大臣宛に答申される予定。

ただし、法的には統計法(総務省)の管轄であるため、総務大臣から統計委員会への再度の諮問・答申を経て、来年1月1日付のICD告示一部改正で2013年版の法的根拠が定まり、1年以上の周知期間を経て国内適用という流れになる。

2013年版の採用によって、例えば、インスリン依存性糖尿病は1型糖尿病、インスリン非依存性糖尿病は2型糖尿病などの名称変更だけでなく、腎不全は急性腎不全と慢性腎臓病とに分けられて後者に病期別分類が導入されるなど細部にわたる変更が生じる。

したがって、コーディングのためにICD10対応標準病名マスターを改訂すだけにとどまらず、統計処理上の対応から、例えば、がん登録にも様式や表記上の変更が生じるなど、様々な影響が生じる。

伏見委員(東京医科歯科大学教授)は「場合によってはコード自体が変わる可能性もある。そのための調査も必要ではないか」と懸念したが、事務局

も、16年度あるいは18年度いずれの改定で対応することになるか、まだ何とも言えない」と、判断を控えている。

②のCCPマトリックス(CCPM)については、研究班を率いる伏見委員が重症度を考慮した評価の設計手法の概要を説明するとともに検討すべき点を提示した。

病態・重症度の違いを適切に評価し、分類を精緻化する必要があるが、分類数をこれ以上増やすことはできないという制約がある。

伏見委員は、手術処置と副傷病等の組み合わせにもとづく医療資源必要度分類(CCPM支払分類)を別途作成し、その分類対応表を現行の樹形図分類と対応させることで、樹形図の分岐にしたがって分類を増やすことなく、医療資源必要度に大きな影響を与える手術・処置をより重点的に評価することが可能となると、評価手法の概要を説明。

その有用性を確認するために、比較的症例数が多く、現行の分類では課題のある部分を先行的に検討してはどうかとして、肺炎、糖尿病、心不全、脳血管障害、慢性関節リウマチ、先天性心疾患などを部分的試行の対象にあげた。

委員からは、アップコーディングに使われないか、あるいは看護必要度を反映してはどうかといった質問が出た。これに対して伏見委員は「看護必要度は現在検討対象としていない」と答えた。

これに対して、美原委員(美原記念病院院長・全日病常任理事)は、認知症を例に、「マンパワーを要する疾患の評価はどうするのか」と質したところ、伏見委員は「認知症を伴うと在院日数が伸びるというデータがある」と答え、「手間のかかり具合」は重症度とは別の指標で評価されるという認識を示した。

これに関連して河野委員(千葉労災病院院長)は「認知症や合併症をどうするかというのがDRGに向けた課題だ。そうしたときにCCPの評価手法は重要な価値をもつのではないかと指摘。

これを受け、伏見委員は「CCPMを行なう中でDRGとDPCの比較が可能となる。その結果、例えばD方式を選択制で導入するといったDRGの拡大も考



えられる」と、DPCをDRGに近づける上でCCPMが重要なツールとなることを示唆した。

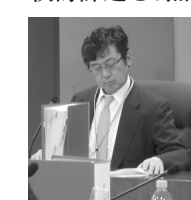
③の点数設定方式Dと短期滞在手術等基本料3のあり方に関して、事務局はDPC包括との整合性を探りながらも両者の対象の拡大を志向している。

12年度改定で試行的に導入された点数設定方式Dは在院日数の短縮に寄与することが実証され、今改定でも適用拡大された。一方、今改定で導入された短期滞在手術等基本料3はほとんどの病院が対象であり、DPC病院ではDPC算定より優先される。

いずれも「1入院あたりの包括支払に近い」制度だが、事務局は論点とし

## 「Ⅲ群独自の機能評価係数があってもいい」

もう1つのテーマである「医療機関群のあり方等について」で、事務局は検討課題を5点に整理した(別掲)。



議論の冒頭、美原委員(写真)は「医療機関別係数の中で基礎係数の割合がきわめて大きく、その比重が適正であるかを考えざるを得ない。しかも、Ⅲ群には種々の機能を持つ病院からなっているにもかかわらず、それを平均化するというのはアンフェアではないか。ⅡとⅢを分ける必要があるのかという意見もある。Ⅱのあり方を含め、群分けのあり方そして基礎係数のあり方を見直してはどうか」という問題意識を披露した。

この提起に、藤森委員(東北大学大学院教授)は「基礎係数の割合を下げ、その分を機能評価係数に回してはどうかという考え方なのか」と確認を求めたところ、美原委員は、「私はその考え方がいいと思う。それが(がんばっている病院の)インセンティブになる」という見解を表明した。

こうしたやりとりに、相川委員(慶

て「短期滞在手術等基本料3・点数設定方式Dの対象とすべき手術・検査等(について検討)」を提示する一方、短期滞在手術等基本料3に関しては、「DPC制度における短期滞

在手術等基本料3を算定する患者データの取り扱い」を検討するとともに短期滞在手術等基本料3とDPCとの整合性を高めるため、「MDC毎作業班で短期滞在手術等基本料3とDPC14桁コードを1対1で対応させる観点等も含めた診断群分類の見直しを行う」ことを提案した。

この問題に対して、委員からは「DPCのデータ分析から短期滞在手術等基本料3の患者のデータがなくなる」と指摘、対応策を求めた。事務局は「EFファイルで捕捉できるようにしている」と答えたが、データ提出に該当しない病院もあることから「事務局の考えを次回示す」とした。

慶応大学名誉教授)は「それに私も賛成だ。少なくとも次の改定ではⅢ群の体制は維持すべきと考えるが、Ⅲ群の枠内で機能評価係数をもって調整していく必要がある。とくに、専門病院には専門性に重点をおいた評価を考えるべきではないか」と述べ、美原委員に同調した。

美原委員の提起に、榎村委員(手稲溪仁会病院副院長)も同調。金田委員(社会医療法人緑壮理事長)は「がんばっているところを評価してほしいというのはその通りだ」と賛同した。

瀬戸委員(東大大学院教授)は「Ⅲ群なりの機能評価係数があってもいいかもしれない」と踏み込んだ意見を表明した。

一方、Ⅰ群に関しても、「大学病院本院という括りは無理がある」「Ⅰ群を解体しろとまでは言わないが、大学病院をレビューしてその再編に取り組むという考え方もある」といった意見が示され、分院に機能を移している本院が少なくないために機能実績のばらつきが大きくなっているⅠ群に対する分科会の評価が変わりつつあることをうかがわせた。

## 医療機関群のあり方に関する論点の整理

### (1) 医療機関群および基礎係数・機能評価係数Ⅱの基本的な考え方の整理

これまでの診療報酬改定の経緯や、医療提供体制全体の見直しの方針等を踏まえ、医療機関群と、基礎係数・機能評価係数Ⅱによる医療機関の機能評価のあり方についてどのように考えるか。

[考え方]

「基礎係数」および「機能評価係数Ⅱ」は、医療機関群別の評価となっており、医療機関群の考え方は、それぞれの医療機関別係数のあり方と共に検討する必要がある。

### (2) Ⅰ群のあり方について

大学病院本院を一律にⅠ群として評価することについてどのように考えるか。

[考え方]

大学病院本院の中には、病院によって地域において担う機能が様々であること、また分院に機能を移している病院等があることから、診療実態のバラツキが大きいのではないかと指摘がある。

### (3) Ⅱ群のあり方について

Ⅱ群の基本的な考え方「Ⅰ群に準じる病院」についてどのように考えるか。

[考え方]

Ⅱ群の基本的な考え方については、医療提供体制全体の見直しの方針等を踏まえ検討する必要がある。

### (4) Ⅲ群のあり方について

Ⅲ群を細分化すべきか。あるいは、細分化せず

機能評価係数Ⅱで評価する場合、どのような視点があるか。

[考え方]

Ⅲ群の中にも規模が小さくても、専門性の高い高度な医療レベル、医療の質を持った医療機関があり、必ずしも診療の科目数が多ければレベルが高いというわけではないことを踏まえ、見直しをしていくべきではないかと指摘がある。

### (5) 激変緩和措置のあり方について

激変緩和措置は現行のまま継続すべきか。継続すべきでない場合、どのような対応が必要か。

[考え方]

当該病院の地域医療における位置づけや診療内容等を踏まえ対応を検討する必要がある。

## 清話抄

### 在宅医療のようなもの

今回の診療報酬の改定で、私が特に印象深かったことは、今まで亜急性期と回復期のみで課されていた在宅復帰率が、急性期から慢性期に至るすべてのステージに、その要件や評価指標として導入されたことである。それを受け、病院は在宅復帰率を高めるため、まだま

だ医療が必要であろう重症患者を自宅に戻さざるを得ず、その結果、家庭の主婦の負担をさらに増やすことになる。

それは、近年少子高齢化時代に入り、働き手として期待されている女性の職場復帰を進めてきた国の方針と全く矛盾がしているのではないかと。たとえ、24時間の医療や介護の見守りサービスがあるとはいえ、決して患者を自宅で一人にすることは出来ず、主婦を再び家庭に閉じ込めることになりはしない

のか。果たしてそれが、理想の在宅医療の姿なのか。

また、どうしても自宅に帰れない重症患者は、その受け入れ先として様々な施設に引き取られていくが、最近では、重症患者を専門に引き受ける、まるで「医師のいない病院」のような有料老人ホームまでもが出現するに至っている。

今回の改定では、在宅時医学総合管理料や特定施設入居時等医学総合管理料などの訪問診療関連の診療報酬が大

きく引き下げられ、医師の訪問診療が減り、ますます在宅における医療の貧困化が問題になっており、患者や家族の不安は強まるばかりである。

果たして患者はどこにたどりつくのか。今後、「在宅医療難民」の出現も予想される。国が医療費適正化の名のもとに進めようとする在宅医療は、いったい誰のためのものなのか? 私には、それは「在宅医療のようなもの」にしか見えないが…。(斎)



# 一般病棟の調査 患者像把握めぐり医療課と委員の認識に齟齬

入院医療等の調査・評価分科会 一般病棟長期患者を安易な状態像で療養病棟に括ることに複数の反対意見

6月18日の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」は次期診療報酬改定に向けた2014年度改定項目に関する調査の実施方針について検討、つごう8テーマ(別掲)にわたる調査の実施概要を決めた。

8テーマのうち、経過措置期間を伴うために実施がずれ込む特定除外制度の廃止や一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」ほかの一般病棟入院基本料等に関する見直し項目は15年度の実施となるが、それ以外の6テーマは14年度に実施される。

入院分科会の調査方針は6月25日の診療報酬基本問題小委員会と中医協総会に諮られ、いずれも承認され、実施が正式に決まった。

6月18日の会合で、厚労省保険局医療課の一戸課長補佐は、一般病棟の調査については13対1や15対1も対象にするなど、項目の内容に応じて、できるだけ横断的調査としていく考えを明らかにした。

また、必要な項目については追加調

査を実施するとともにデータ提出加算から得られるデータも活用して実態捕捉につとめる意向を表明した。

今改定で創設された地域包括ケア病棟には急性期後と在宅急変の患者が混在する。神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、「サブアキュートとポストアキュートの別を明らかにしなければ地域包括ケア病棟の実態は把握できない」と工夫を求めた。

これに対して、一戸補佐は「調査票の中で患者の入院経路について検討する」考えを表明した。

神野委員は、また、7対1を追われた特定除外患者の所在を把握する必要に触れるとともに、障害者病棟や特殊疾患病棟等一般病床の長期入院を取り上げ、状態像だけでは患者の医療必要度が正確に捕捉できないと指摘、障害者自立支援の指標等を加味するなどの工夫が必要と主張した。

これについて、他の委員からは「看護必要度の調査を障害者病棟、特殊疾患病棟、療養病棟にも行なえば病院の包

括的な実態が分かる」とする声もあがったが、一戸補佐は、「ADLや医療区分、場合によっては介護必要度までを病棟横断的に調査したいと考えている」と、すでに過去にも実施されている調査手法で対応可能とする認識を示した。

こうしたやりとりにより、池端委員(医療法人池慶会理事長)は、療養病棟の立場から、「神野委員の意見に賛成だ。障害者や特殊疾患の患者の状態像は医療区分や看護必要度だけで判断すべきではない」と主張。

長期患者が一般病床から追われる結果、療養病棟に在宅復帰の見込みが立たない特殊な病態の患者が増えてきたことを明らかにした上で、「状態像が同じだから療養病棟に括ろうとする単純な発想はやめてほしい。長期間にわたって医療を提供する病棟は絶対に必要である」と、障害者病棟や特殊疾患病棟の縮減に反対した。

一方、宇都宮医長課長は患者像の指標に言及し、「看護必要度、医療区分、ADL、障害者総合支援法による障害支

援区分など様々なものがあるが、それらの指標を転用すれば調査しなくても必要なデータを集めることができるのか」と疑問を呈した。

その上で、「回収率との兼ね合いもあり、医療機関側がとりまとめやすく、かつ、今後の検討に資する調査としたい」と述べ、患者像把握に精緻な指標を用いることに反対した。

池端委員は、また、次期改定で医療区分と看護配置基準の見直しが議論される可能性をたずねた。

これに対して、一戸補佐は、介護療養型の廃止や医療法上の療養病棟看護配置経過措置の終了(2018年度末)を控えて、「どういふ対応が必要かということに資する調査とする必要はあるが、その対応が次期改定なのか次々期となるのかという問題があり、それに併せて医療区分の見直しも検討するのかということになるわけだが、いずれも調査結果をみて考えることになろう。ただし、今現在の事務局は、何も考えていない」と述べるにとどまった。

## ■「入院医療等の調査・評価分科会」の調査方針

### □2014年度の調査テーマ

#### ◎入院医療の機能分化・連携の推進について

##### (1) 一般病棟入院基本料等の見直し(その1)

調査対象／一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、救命救急入院料等を届出している医療機関等

調査内容／①90日超患者の患者像、患者の割合や退院支援の実施状況等動向、②重症度、医療・看護必要度の分布や基準を満たす患者割合の状況、③平均在院日数、受入先・退院先の状況や医療機関の動向、④短期滞在手術等基本料3の算定状況、診療状況 等

##### (2) 総合入院体制加算の見直し

調査対象／DPC病院、総合入院体制加算等を届出している医療機関等

調査内容／総合入院体制加算の算定状況、診療状況 等

##### (3) 有床診療所入院基本料の見直し

調査対象／有床診療所入院基本料等を届出している医療機関等

調査内容／有床診療所入院基本料の算定状況及び有床診療所の担っている機能等

##### (4) 地域包括ケア病棟入院料の創設

調査対象／回復期リハ病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料等を届出している医療機関等

調査内容／①地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ病棟入院料を算定している患者像の比較、②地域包括ケア病棟入院料等を届出している医療機関の機能、患者像、受入先・退院先等の状況及び医療機関の動向 等

#### ◎医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響とその在り方について

調査対象／地域に配慮した評価の対象となった医療圏にある医療機関等

調査内容／①12・14年度改定により評価した項目の算定状況、改定後の医療機関の動向、②対象となる2次医療圏における外来・入院・在宅医療等の状況 等

#### ◎療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療のあり方について

調査対象／一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院基本料等を届出している医療機関等

調査内容／①療養病棟入院基本料等を算定している医療機関における患者像、在宅復帰機能強化加算の算定状況及び受入先・退院先の状況、②障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料等を届出している医療機関における患者像、③一般病棟、療養病棟における超重症児(者)等の算定状況、患者像 等

### □2015年度の調査テーマ

#### ◎入院医療の機能分化・連携の推進について

##### (5) 一般病棟入院基本料等の見直し(その2)

調査対象／一般病棟入院基本料を届出している医療機関等

調査内容／入院期間が90日を超える患者の患者像、患者の割合や退院支援の実施状況等の動向 等

##### (6) 特定集中治療室管理料の見直し

調査対象／特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等を届出している医療機関等

調査内容／特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等を届出している医療機関における患者像 等

## 「医療介護総合確保法案に対する附帯決議」から(抜粋要旨) 6月17日参議院厚生労働委員会 \*1面記事を参照

### 一、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律の一部改正について

2. 都道府県に設けられる基金の配分に当たっては、実効性、公正性及び透明性が十分に確保されるよう、総合確保方針を策定し、官民の公平性に留意するとともに、成果を適正に判定するための事業実施後の評価の仕組みの構築を急ぐこと。

### 二、医療法の一部改正について

#### 1. 医療提供体制等について

ア 病床機能の報告に当たっては、医療機関に過度の負担とならないよう留意するとともに、地域医療構想の策定において将来における医療機能の必要量が適切に推計されるよう、都道府県に、適切な指針の提示や研修及び人材育成等の必要な支援を行うこと。

イ 病床機能の再編に当たっては、地域において医療機関相互の協議が尊重されるとともに、保険者及び地域住民の意見が反映されるよう配慮すること。

エ 医療従事者の勤務環境改善については、関係団体の意見を十分に尊重するとともに、取り組みが遅れている医療機関にも必要な支援がなされるよ

う、都道府県に十分な協力を行うこと。オ 国民皆保険の下で行う医療事業の経営の透明性を高めるため、一定の医療法人の計算書類の公告を義務化することについて検討すること。

#### 2. 医療事故調査制度について

ウ 医療事故調査制度の運営に要する費用については公的費用補助等も含めその確保を図るとともに、遺族からの依頼による医療事故調査・支援センターの調査費用の負担については、遺族による申請を妨げることにならないよう最大限の配慮を行うこと。

### 四、保健師助産師看護師法の一部改正について

1. 指定研修機関の基準や研修内容の策定に当たっては医師、歯科医師、看護師等関係者の意見を十分に尊重し、適切な検討を行うとともに、制度実施後は、特定行為の内容も含め、随時必要な見直しを実施すること。

2. 特定行為の実施に係る研修制度については、その十分な周知に努めること。また、医師又は歯科医師の指示の下に診療の補助として医行為を行える新たな職種の創設等については、関係職種の理解を得つつ検討を行うよう努めること。

### □医療介護総合確保推進法の主な改正項目の施行期日(1面記事を参照)

公布の日	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し)
2014年4月1日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
2014年10月1日	○医療法(病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団と財団の医療法人の合併) ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(持分なし医療法人への移行)
2015年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ○介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し等) ※地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進等は2018年4月、予防給付の見直しは2017年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し)
2015年8月1日	○介護保険法(一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補給給付の支給に資産等を勘案)
2015年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ○保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
2016年4月1日までの間にあって政令で定める日	○介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
2018年4月1日	○介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)



## 2014年度改定への対応—会員病院の報告

□10対1病院の進路選択／地域包括ケア入院医療管理料1を届出

**特医総管減算で大幅減収。急性期だけでは運営が困難**

2単位平均というリハ要件に疑問。在宅からの患者に対するリハ提供に支障も



医療法人財団興和会右田病院 院長 右田隆之

右田病院が立地する八王子市は人口約56万人で、市内には35前後の病院があり、その内、東京医科大学八王子医療センターと東海大学付属八王子病院の2つの大学病院が中核機能を担っています。

東京都休日全夜間診療事業に参画する指定二次救急医療機関は9つあり、すべて200床未満の中小病院です。同事業において、これら中小病院が救急車受入れ件数の約75%以上を占めています。

右田病院は今年で創立95周年を迎え、昭和30～40年代に竣工した旧病院建物が老朽化著しく、未耐震でもあったことから、医療施設耐震化緊急整備事業補助金を受けて、一昨年の平成24年に新築移転を果たしました。新築に際しては、患者療養環境や今後の医療政策を勘案して、病床面積を療養病床並みの8m<sup>2</sup>を確保しました。

当院は戦前から八王子の救急医療に携わり、現在は二次救急指定を受け、年間約3,500件の救急車搬送を受け入れています。

診療の柱は大きく3つあり、救急からの外傷や消化器疾患に対する外科診療と、乳癌や肺癌の検診から治療までの専門医療、そして後述のごとく高齢者医療です。

許可病床数82床の病床は一般病床10：1のDPC準備病院で、昨年9月の

DPC届出期限の時点で、法改正と診療報酬改定の動向が不明瞭なことから、対象病院への移行を控えることにしました。7：1の届出は積極的に考えていながら、看護師の人員不足で72時間の要件算定に不安があり、控えておりました。

平成25年度の病院稼働状況は、年間病床稼働率90.3%、平均在院日数18日、年間外来患者数1日平均171名です。

近年の高齢者の増加に伴い、高齢者救急の受入れが全国的に課題となっています。

すなわち、複数疾患を有し病態が複雑化かつ重症化しやすいこと、ADLの維持が困難なことなどの理由から、在院日数が長期化することが問題となりがちで、更に家族の精神的体力的理由(いわゆる介護疲れ)や介護・在宅療養環境の未整備などによるところも大きく、診療とは異なる次元でも入院期間の長期化が余儀なくされている一面もあります。

当院においても、急性期後(post-acute)の退院調整が捗らず、平均在院日数はここ数年で2～3日長期化しています。

この点を解消すべく、近隣の介護施設などからの診察依頼は積極的に受け入れる一方、往診に行くことで速やかな退院調整を行えるように連携をとってきましたが、今回の改定における特

医総管の大幅減算は当院にとって大きな減収要因となりました。在宅療養支援病院の届出までして体制を整えたにも関わらず、非常に残念です。

減収対策として、病床稼働を上げる方針を打ち出すにあたり、急性期一般病床だけでは退院調整が困難なため、その対策として、今回改定で創設された地域包括ケア入院医療管理料1を届出しました。

平成25年度実績を今回改定の基準に合わせて算定すると、在宅復帰率78%、重症度・医療看護必要度16%であり、当該施設基準の取得は十分可能と判断しました。

そして救急車搬送を損なわないような10：1病床と地域包括ケア病床数を割り出すために、疾病分析を実施して、当院が持つべき地域包括ケア病床数の算定を行いました。

地域包括ケア病床の日当点を約30,000円に設定して退院患者疾病データを集計したところ、入院日当点が30,000円を下回る在院日数は16日以降で、在院日数16日を超える症例の上位に大腿骨近位端骨折(手術有)、脊椎圧迫骨折、肺炎が該当し、在院日数や日当点、在宅復帰の可能性などから、地域包括ケア病床の病床数を4床部屋4室の計16床で届出することにしました。

届出直後の現状では、地域包括ケア病床への転床対象疾患は上記の整形外

科疾患に偏ってしまい、重症度・医療看護必要度の10%要件をクリアすることが難しくなっています。

また、高齢者の肺炎患者に対してはADL維持を図るための廃用症候防止のリハビリテーションが必要と考えますが、急性期病床からの転換でリハビリテーション2単位平均を求めることは、在宅復帰を求めすぎるあまり、過剰な要件に思えます。

国の意図するところは理解できますが、地域包括ケア病床の機能として、在宅からの急性増悪患者の受け入れを想定すると、この要件のためにリハビリテーションを受けにくい患者が出てくる可能性があり、質の低下を招くものと考えます。ご一考願いたいところ です。

今回の診療報酬点数改定の目的は、一括法案の制定と合わせて病床機能分化を強く推し進めることにあります。

しかし、先述にある通り、患者さんの経済的理由や家庭環境による要望などで退院や転院が捗らない事例が多い実状をご理解いただき、医療の現場に本質から外れた負担が掛からないような政策誘導をお願いしたものです。

今後、今まで以上のきめ細かい計画的な病院運営を心掛け、他施設との連携を密にとり、地域包括ケアシステムの一翼を担っていきたいと思います。

□7対1病院の進路選択／7対1の維持を決定

**10対1は経営的に厳しく、見送る。地域包括ケア病棟は次期改定で検討**

病院全体で「重症度、医療・看護必要度」とデータ提出加算に取り組む



財団法人 仁和会総合病院 医事課(非常勤) 高水間英文

平成26年度診療報酬改定から数ヶ月。通常この時期は、点数改正後最初の保険請求が終わり、少し息がつける時。しかしながら、今回の改正は、ご存知のように従来よりも経過措置の多い改正となっています。

経過措置にあるように、来年度も7対1入院基本料を算定するには越えなければならぬハードルがふたつあります。

そのひとつは一般病棟用の重症度、医療・看護必要度。これをクリアしなければなりません。そのためには日頃からの測定も大切ですが、各種研修会に参加し、漏れがないか常に確認する必要があります。

事務部としても看護部と連携を密にし、情報交換を行い、看護部だけでなく病院全体で取り組む、こういう姿勢が必要だと考えています。

もうひとつ大きなハードルとしてデータ提出加算があります。この加算は事務部というより医事課が中心となり、DPC委員会を設置してデータを作成、提出しなければなりません。データの作成も医事課だけでなく、看護部や医師を含め、病院全体で取り組む必要があります。その旗振り役として医事課の真価が問われることとなります。

当院は八王子市に位置し、病床数86床(一般病棟)、1日平均外来患者数499.8名、1日平均入院患者数64.5名の地域密着型の医療機関です。

今回の改正では、先述した7対1の見直しにより、いくつかの選択肢が検討されました。その選択肢の1つは地域包括ケア病棟入院料への移行です。

今回新設されたこの入院料。点数としては基本的には包括であるものの、かなり魅力的な設定となっています。この入院料については、院内でもかなりの議論が行われましたが、結論としては様子見。方向性としては7対1入院基本料を維持していくということに決まっています。

他の選択肢として10対1入院基本料という選択肢もなくはないのですが、経営的には厳しく、7対1入院基本料を維持するという方針になりました。しかし、地域包括ケア病棟入院料を届出することも、今後の経営を考えると常に考慮しなければなりません。

この地域包括ケア病棟入院料、施設基準には次の一文があります。「データ提出加算の届出を行っていること」

7対1入院基本料を維持する場合も、地域包括ケア病棟入院料に変更する場合も、いずれもデータ提出加算は届出しなければならないということです。よって今年度の前半はデータ提出加算に集中することとなります。

では、いつ届出をすれば来年度も4月から7対1入院基本料を算定することが可能になるのでしょうか。データ提出加算届出の締め切り日、今年度は4月20日となっています。しかし平成27年2月20日に届出を行った場合、平成27年度4月からの算定は不可となります。このように考えると最悪11月20日に届出を行わなければなりません。

しかし、11月20日届出というのはデータの不備等を考えると極めてリスクが高いと言えるでしょう。届出時期を

考えるのであれば、平成26年8月20日届出と思っています。この場合、もし仮に不備があった場合でも、11月20日再度届出ということも可能です。

提出ファイルは様式1、様式3、様式4、Eファイル、Fファイルとなります。様式3以外は診療データを基に作成しますが、基本的にはバンダー任せになりますが、様式1は、氏名や生年月日といった属性以外は、診療情報管理士や医事課職員が入力している医療機関が多いようです。この作業、かなり骨の折れる作業となります。

コーディングデータが作成でき、DPC委員会も終了したら、届出となります。届出を行いデータ提出となりますが、全てのファイルを厚生労働省のチェックソフトでチェックします。ここでエラーが出なければ統合ファイルが作成されます。

統合の際に相関チェックを行います。ひとつでもエラーが出たら統合ファイルは作成されません。以前の職場では、毎月20日を目標に各ファイルを作成し、私が統合ファイルを作成していました。

毎月同じ業務をしても、エラーがなかなか潰せないときもあります。慣れていてもこういうことが起こってしまいます。よって8月20日の届出をお勧めします。

せっかくなのでアドバイスをひとつ。統合ファイルを作成し、記憶媒体に保存する場合、1人で行わないようにしてください。以前は私が作成し、保存送していましたが、知り合いの病院がデータ遅延で1ヶ月算定不可となっ

てしまいました。

理由を尋ねたところ、「データが入ってなかった。」というものでした。それを聞いてから、私が保存したものを係長に渡し、媒体に記録されているファイル名を手書きし、それを再び私が確認して発送する。このような流れに変更しました。

このようにデータ提出は、かなり手間がかかると同時に神経をつかう作業となります。初めての医療機関であればかなりのストレスだと思います。のんびりせず、また焦りすぎず対応することが大切です。

データ提出が終わり、データの確認がとれば算定開始ですが、しかし、それがゴールではありません。毎月データを作成して発送する。これを継続しなければなりません。ゴールではなくスタートなのです。

また、データ提出加算は、点数だけではバンダーにかかる費用や人件費は出ないでしょう。少なくとも今回の改正では、急性期医療機関はデータ提出がスタンダードであるということがはっきりしました。

おそらく、この流れで行けば、10対1入院基本料を算定している医療機関も次回改正ではスタンダードとなることが考えられます。7対1入院基本料は次回改正で更なるハードルが設けられることになるでしょう。そのようになっても、地域包括ケア等への移行を敏速に対応できるよう、この2年間で準備しておく必要があると考えています。



# 西澤会長「本部と支部の連携で中央と都道府県の改革に対応していく」

14年度第1回の支部長・副支部長会 新基金で一層の情報提供を約す一方、各支部に主体的能動的な対応を求める

西澤執行部は6月21日に2014年度第1回の支部長・副支部長会を開き、「新たな財政支援制度(基金)」「診療報酬改定の問題点(疑義解釈について)」「会員増強」を議題に、各支部の役員と意見交換を行なった。

会議は、冒頭に、西澤会長が新基金制度について、猪口副会長が14年度改定の解釈問題について基調報告を行ない、その後、出席者が質問と意見を表明するかたちで進化した。

新基金制度に関する説明で、西澤会長は、都道府県に対する国のヒアリングは第1回を終え、7月に各都道府県から事業計画の基本案を聞く2回目のヒアリングをもって、都道府県における事業計画のディテール収集の工程は終わると指摘。

ただし、各都道府県とも、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護、医療従事者等の確保・養成という事業分野の予算枠を固めた段階であるため、各分野の枠内で個別事業の配分を変更する余地があるとして、「今からでもできるものがあれば最後まで取り組んでほしい」と、都道府県とぎりぎりまで折衝をするよう要請した。

その上で、執行部が5月現在で各支部から報告を受けた事業提案のリストを示し、「これを来年度以降の参考とし、

来年度こそ、各県で病院団体が一丸となって具体的な事業案を出してほしい」と訴えた。

新基金について、国は、医師会や病院団体等の関係団体と話し合うよう都道府県に指導している。しかし、出席者からは「県によって対応の違いが大きい」「公的中心という姿勢に変化がみられない」など旧態依然の都道府県を指弾する声相次ぎ、「都道府県と医師会に病院団体の意見をよく聞くよう申し入れすべき」あるいは「国に都道府県に対する指導を求めてほしい」などと、執行部にフォローを期待する発言が多く出た。

こうした声に、西澤会長は「今までは中央の対応である程度できたが、今は中央の動きが各県に及んでいる。したがって、これからは、中央で我々が働きかけ、その内容を支部に情報提供することによって支部の活動を支援していきたい」と執行部の考えを説明、本部と支部が連携の質を上げ、中央と都道府県の両面から行政に働きかける必要を論じた。

続いて猪口副会長は、改定後4ヵ月たっても疑義解釈が止まらず、疑義解釈の訂正も頻回に出る異例な事態に、「相当に思い切った見直しをしたものの齟齬が多い」と指摘。とくに会員病院から解釈

を求められる件数の多い項目を取り上げ、厚労省の見解も踏まえ、6月13日時点の解釈を整理した資料を示し、今後も疑義解釈の内容を注視するよう求めた。

□第2回定時総会における西澤会長の挨拶(要旨)

アベノミクスによって経済が好転したのはいいことであるが、医療を含む社会保障に関しては経済財政の視点のみから論じられている。経済成長は大事なことであるが、そのためには、質の高い医療を含めた社会保障の充実が大切ではないか。政府にはそのことを認識してもらい、しっかりとした社会保障制度の議論をしてほしい。

医療介護総合確保法が成立したが、これは、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築の2つが柱であり、我々全日病は改革に主体的積極的に取り組んでいきたいと考えている。

こうした改革の一環として2014年度改定が行なわれたが、その内容には疑問な点が多い。中医協で早く検証をし、もし変更の必要があれば速やかに対応していただきたい。

全日病の病院のあり方委員会は、今、2025年の医療提供体制と病院



のあり方についての検討を進めている。2050年、2060年までも視野に取めた報告書となることだろう。

2025年に生き残るためということで5月に経営セミナーを開始した。すでに第2弾を終え、7月9日には地域包括ケア病棟というテーマを予定している。単なる研修会で終わらず、できるだけ参加者と議論し、色々な意見をいただきながら、そこから何かを作り上げていきたいと考えている。

会員から希望するテーマがあれば伺いながら、月1~2回のペースで継続していきたい。今後は地方での開催も検討したい。

2025年に会員病院がそれぞれの地域で質の高い医療を提供して、地域包括ケアシステムの中で中心的な役割を担っていただきたいと考えている。我々全日病は、そのためにも改革に積極的に対応し、かつ、会員病院を支援していきたい。

## 7対1病院の45%が病棟変更を検討。中小病院ほどその傾向

福祉医療機構が調査。64%が転換先に地域包括ケア病棟入院料を想定

福祉医療機構が実施した2014年度改定の影響に関するアンケートによると、回答した病院の約6割が前年度並みの収入を見込む一方、9割以上の病院が前年度よりも支出が増える展望、増収減益を予測する病院が多数を占めた。

調査は、福祉医療機構の貸付先1,380施設(990法人)を対象に、14年度改定に伴う影響と病棟政策の方向性をたずねて5月に実施、201施設(172法人)より回答を得た結果を6月23日に公表した。

それによると、現在の病棟構成を維持した場合の収入見通しについては、「若干収入増」あるいは「ほぼ前年度を維持」と回答した病院の割合は59%、「若干の収入減」または「大幅な収入減」

と回答した割合は41%であった。

一方、支出については、「大幅な費用増」「若干の費用増」と回答した割合が93%にも達した。とくに、300床以上の病院は63%が「大幅な費用増」を見込んでいる。

この結果、「若干の利益減」「大幅な利益減」を見込む病院の割合は73%と多く、とくに300床以上の病院は89%にも達した

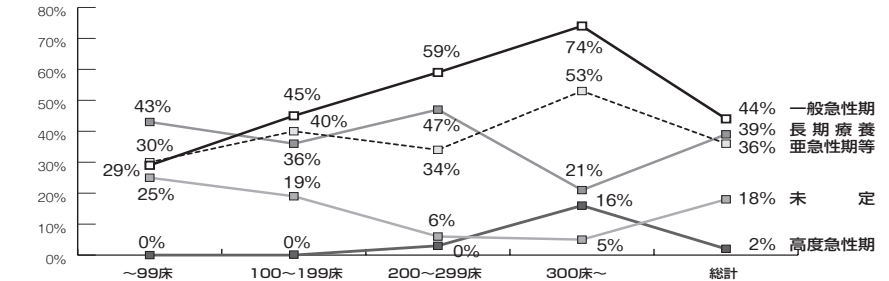
14年度改定への対応として、7対1病院の45%が何らかの病棟変更を検討している。その割合は、100床未満で70%、100~199床は56%と、病床規模の小さい病院ほど7対1からの一部もしくは全面撤退を視野に様々な試算を

行なっている。

7対1からの転換先として検討している病棟は地域包括ケア病棟入院料を選択する割合が64%と高く、次いで10対1が24%となっている。

また、2025年に向けてどのような機能

□各病院が目指す機能の方向性(複数回答)



を目指すかについては、病床規模が大きな病院ほど、「高度急性期」「一般急性期」を選択する割合が高く、病床規模が小さな病院ほど「亜急性期等」「長期療養」「未定」を選択する割合が高くなっている。

調査結果は14年改定の影響をうかがう上で興味深いものとなったが、しかし、回答のカテゴリーによっては標本数が少ないため、回答結果は参考にとどまるものと思われる。

日本専門医機構

## 四病協の社員参加を承認。組織体制が決まる

一般社団法人日本専門医機構(池田康夫理事長)は6月2日に第1回理事会を開き、四病院団体協議会(四病協)を社員として迎え入れることを承認した。これを受け、四病協は6月25日の総合部会で、同機構の社員として日本病院会の堺常雄会長を推薦することを決めた。

日本専門医機構の社員は、日本医学連合高久会長、日本医師会横倉会長、全国医学部長病院長会議別所会長、日本がん治療認定医機構平岡理事長、四病協の堺日病会長、18基本診療領域専門医制度各委員会の代表、からなる。

日本専門医機構の主な組織は、会務運営の調整に当たる運営委員会、専門医制度整備指針と新領域専門医制度を担当する専門医制度検討会、未分類・未認定領域の専門医制度を検討する未承認診療領域連絡協議会、専門医と研修施設・プログラムの認定を受け持つ「評価・認定部門」、そして常置委員会とAdhoc委員会からなる。

「評価・認定部門」は「専門医認定・更新部門」と「専門研修プログラム・研修施設の評価・認定部門」に分かれ、両

部門にそれぞれ基本領域19の専門医委員会とサブスペシャリティ領域29の専門医委員会が設けられる。

会務を支える常置委員会は総務・規約、財務、広報、データベースの4委

員会で構成される。このうち、データベース委員会は専門医と専攻医のデータベース構築を受け持つ。

必要とされるテーマを追求するAdhoc委員会には「がん診療の専門医に関する委員会」「総合診療専門医に関する委員会」「医療倫理・臨床研究に関する委員会」が設置された。

また、外部評価委員会が設けられ、第1回理事会で6人の学識者や患者代表の就任が承認された。

四病協の推薦で理事に就いた末永裕之日本病院会副会長の担当は「がん診療の専門医に関する委員会」に決まったが、同時に「総合診療専門医に関する委員会」にも出席が認められた。

## 一般・療養は面積基準を廃止。夜間職員13対1と13診療科は対象外

スプリンクラー設置義務 既存建物は2025年7月からの適用。基準案確定から実質11年間の猶予

スプリンクラー設備の設置義務化など医療機関の防災対策を検討する消防庁の有床診療所・病院火災対策検討部会は6月19日に報告書をまとめ、スプリンクラー設置義務の新たな基準を定めた。

病院に関しては、これまで3,000m<sup>2</sup>未満の病院は設置が義務化されていなかったが、一般病床と療養病床に関しては面積基準をなくし、設置を義務づける。精神、感染症、結核の各病床を一部有するものも含まれる。

ただし、夜間に13床当たり1名の職員(事務職を含む)に従事させている施設や、患者が避難困難でないと考えられる13診療科(産科、婦人科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、歯科、

こう門外科、泌尿器科、小児科、乳腺外科、形成外科、美容外科)のみの施設は設置義務の対象外となる。

また、防火区画を設けたり、燃えにくい材料の内装をこらして延焼を抑制する施設も対象外とされた。

有床診(療養病床または一般病床)は義務化の対象を現行の6,000m<sup>2</sup>から3,000m<sup>2</sup>に引き上げた上、夜間人員に関係なく、4床以上に設置を義務づける。特定13診療科や延焼抑制の施設は病院と同様に適用除外とされた。

このほか、150m<sup>2</sup>以上とされてきた消火器の設置基準は、入院設備を有する医療機関については「すべての施設」に、500m<sup>2</sup>以上とされてきた火災報知

設備(火災通報装置等)の設置基準も同様に「すべての施設」と改正される。

安藤委員(医療法人永生会理事長・全日病副会長)は、「13床当たり職員1名という配置は実際の火災で意味のあるデータといえるのか」と発言、新たな基準はなお検討の余地があるという意見を表明した。

新基準は7月から8月にかけてパブコメにかけられ、8月に消防法施行令の改正を閣議決定し、公布となる。

新基準は新建築については2016年4月の適用となるが、既存の建物は25年7月からの適用と9年間余の経過期間が設けられ、基準案の確定から実質11年間の猶予が認められる。



# 地域医療構想 地域の関係者が参画する「協議の場」をベースに実現

基金 病院団体は事業計画策定のプロセスに具体的提案をもって参画してほしい

厚生労働省医政局指導課長 梶尾雅宏

全日病第2回定時総会特別講演 「医療提供体制の制度改革について」 6月21日



で調整されるので、地域の関係者はそこに参画していただくことになる。

医療介護総合確保推進法が6月18日に成立した。施行時期は内容によってさまざまであるが、厚生労働大臣による総合確保方針の策定と基金による財政支援については公布の日に施行される。

病床機能報告制度ほか医療法関係の主な内容は10月1日の施行である。介護保険に関しては第6期介護保険事業計画に向けた制度改革があるので、主な改正は来年4月の施行となる。

地域医療構想(ビジョン)も2015年4月1日の施行であるが、地域医療構想のガイドラインが今年度中に作られるので、各都道府県が策定に着手するのは15年4月1日以降であり、地域医療構想ができるのは15年度後半以降、実際には16年度あるいは17年度になるかもしれない。

そして15年の10月に、医療事故調査の制度と特定行為の研修制度、看護師免許保持者等の届出制度などが施行される。

医療介護総合確保推進法はプログラム法にもとづいて今年の通常国会に提出されたわけだが、来年の通常国会には医療保険の改正法案が提出される。

ところで、消費税の増加分が投入される基金の使い道は国民に非常に注目をされている。地域医療再生基金のときは必ずしも地域の意見が十分には反映されなかったということもあり、公平性・透明性を確保するために、基金の計画は自治体だけで作るのではなく、地域の関係者の意見をきちんと聞いた上で作られる。しかも、目標設定してもらい、都道府県だけでなく国も評価・確認を行なって毎年の交付額に反映していくことになっている。

この基金は、補正予算で毎年積み増ししていった再生基金と異なり、法律に基づいて消費税の増収分を充てる制度として創設された。

全国一律の診療報酬点数に対して、地域ごとの必要性なりに配慮して基盤整備とか色々な仕組みづくりに充てるために、消費税財源のほかに補助金を投入し、診療報酬と組み合わせて地域の医療課題を解決していくということで作られた。

初年度の14年度は904億円が確保されたが、その使い道は医療分野に限定され、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実、医療従事者の確保や養成等の事業に使われる。そして、その計画を都道府県が策定するわけである。

すでに国は4月に都道府県に対して第1回目のヒアリングをした。この段階では、各都道府県がどのようなことを考

えているのか、あるいは、地域で医療関係者など色々な関係団体から話を聞いているのかという辺りをうかがった。

今回は、7月の前半か中旬に、その後の検討状況を聞く予定だが、その際に、何が地域の医療課題であると分析しているのか、そして、どういう事業をどういう経過で選んできたのかというようなことを含めてヒアリングする予定である。

このように、国による基本方針の策定があって、それにのっとった形で都道府県計画が作られ、それを評価して資金配分を決め、そして、都道府県には計画を作り直してもらい、それに対して秋に交付するというスケジュールとなる。

このプロセスに、病院団体は各地域でこういう事業が必要だということを提案をしていただきたい。黙っていても都道府県も聞きようがない。ただし、漠然とした話ではなく、つまり要望ではなく、この地域にはこういう課題があるからこういうことをしてはどうかという具体的な提案にして、計画に盛り込まれるというようにしていただきたい。

交付の条件等々は3月にお示ししている。こういったものを参考に、都道府県にこういう事業が必要だということをしつかり提案していただきたい。

どれだけの額を基金へ持ってくるかは、毎年度、夏の概算要求から年末の予算編成の間に議論をして詰めていくことになるが、その額が増えるかどうかの重要な背景となるのが、基金を使ってこういう事業を行なった結果、地域地域でこうした動きや成果が出ているという実績である。

では、基金をどう使うのか。先ほど申し上げた3つの分野のうちの病床の機能分化・連携で言うと、各都道府県で地域医療構想が作られ、その実現に向けてこういう事業が必要ではないか、例えば病棟の転換とか不足している機能のための開設とか、そういうことに使っていく。したがって、まずは、地域医療構想を作ることが大事な作業になる。

地域医療構想は、2025年をターゲットとして、入院・外来の医療需要はどうか、それに対応して、現状のままいくとどういう提供体制になるのか、しかし、変わらうとするとどういう提供体制になるのか。そういった情報を地域ごとで共有し、では、どういう役割分担でいくのがいいのか、その役割分担が変わっていくためにどういう助成措置なりをすればいいのかといったことを話し合っていく。これは、基本

的には地域における自主的な協議をベースに進められる。

ただし、それだけでいかない場合に、都道府県がペナルティー的なものも含めた行政措置でうまく動かせるようにしていくことになるわけだが、基本的には、その地域をどうつくっていくのかということを話し合う「協議の場」

## 「非営利ホールディングカンパニー型法人」も検討

次に、最近の動きを紹介したい。6月13日と16日に、骨太方針と成長戦略(再興戦略)の素案そして規制改革第2次答申が出た。この中に医療の課題もさまざま出ている。

例えば、骨太方針すなわち「経済財政運営と改革の基本方針2014」では医療費適正化計画が取り上げられ、来年の医療保険制度改革の中で見直すと言われていた。その言葉自体は出ていないが、医療費支出目標を各都道府県の計画に記載すべきといった議論もあり、地域医療構想でどういう目標設定をするかということも前提に、医療費の目標設定を検討すべきではないかということだ。

今回の改正によって、医療計画は介護保険の計画とリンクするべく5年から6年に改められる。したがって、医療費適正化計画も5年から6年への見直しを検討される。

去年の6月に一度つくった成長戦略だが、今回の改訂では、効率的で質の高い医療介護サービスを地域ごとにつくっていく手段として「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」を検討すべきとされたほか、医療法人制度に会社法の分割と同様の規定を設けるべきとか、あるいは附帯業務についても、例えば、医療法人敷地内の有休地に介護関係の事業所の賃貸をできるようにすべきではないかと、あるいは、社会医療法人の認定要件は地域ごとに設けることを考えるべきではないかなど、色々提起されている。

規制改革の答申にも医療計画に関係する論点が出ている。例えば、在宅専門の診療所、特養における医療、あるいは、一定規模以上の医療法人には一般法人と同様に外部監査や理事長等の責任範囲を明確化などを考えるべきではないか、といった具合だ。

これらの課題は今月中に閣議決定がなされ、いつまでに検討せよというスケジュールが示されよう。医療提供体制の改革は大体今回の法律で大きな方向性が示されているので、それに沿った形で検討を進めていけば対応は可能であり、新たな制度改革が要するという

話にはならないだろう。

医療法人にかかわる論点は、6月27日に再開される「医療法人の事業展開に関する検討会」で詰めていく。その中で、医療法人間の合併と権利の移転に関する制度等の見直しという課題については、別途、必要な制度的措置を行なうことになる。

法案審議の中で、一定規模の医療法人はインターネットで財務諸表を公告する必要があるという提案があった。これも、今後、検討していくことになる。

これらとあわせて、「非営利ホールディングカンパニー型法人」についても議論していく。親法人とは何をやる法人なのか、また、どういう法的要件とするか。あるいは、法人を社員とする案件をどう考えるか、非営利との関係をどう判断するか、どういう地域や単位で事業をするのか、透明性や適正性をどう担保していくのかなど、論点は多岐にわたる。

この「非営利ホールディングカンパニー」という仮称だが、我々はそういう名前でも制度をつくらうと思っているわけではない。では、実際に制度化したときにどういう呼称にするのか。これは結構大事な問題であり、中身にふさわしい名前をつけたいと思っている。

基本的には、親法人が大方針を決めてメンバーの法人はそれに従う。その上で、各メンバーがそれぞれの事業を展開していく。そういった形が円滑に営まれる仕組みを考えていくことである。

この4月で225に増えた社会医療法人についても、認定要件等を検討していくことになる。また、新たな基金だけでなく、地域医療構想や医療事故調査の仕組みなど、ガイドラインを策定するという重要な作業も目白押しである。

こうした作業に色々のご意見をいただきたいところであるが、同時に、ぜひ、地域地域の現場で都道府県にもしっかりと注文をつけていただき、都道府県の職員を指導するぐらいの気持ちで病院団体としての識見を示していただければと思っている。

## 一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

### ●病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療施設機械補償保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険

### ●従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

あんしんとゆとりで仕事に専念