



# 全日病 NEWS 7/15

## 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 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.828 2014/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省 紹介なき大病院受診に新たな自己負担を提案

医療保険部会 部会は初診への導入で合意。再診には慎重論も。入院食費の自己負担も引き上げへ

7月7日の社会保障審議会医療保険部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、紹介状なく大病院を受診する患者の自己負担額を引き上げる方法として複数案を提示。部会は、少なくとも初診について、新たな自己負担を課すことで合意した。

事務局は、また、療養病床に入院する65歳未満患者と療養病床以外の病床に入院する全患者の入院食費の標準負担額を引き上げる考えを提起、部会は、その方向で議論を進めることで概ね一致した。

これらの見直しはプログラム法にもとづくもの。厚労省は次期通常国会に改正法の提出を予定しており、医療保険部会は年内に具体案をまとめることになる。(2面に関連記事)

昨年12月に成立したいわゆるプログラム法に書き込まれたうち、「療養の範囲適正化・負担の公平確保」にかかわる課題として、事務局はこの日の医療保険部会に次の4点を提示し、検討を求めた。

- ①紹介状なしで大病院を受診する患者の新たな自己負担の新設
- ②入院時食事療養費・生活療養費の見直し
- ③国保保険料の賦課限度額と被用者保険における標準報酬月額上限の引き上げ
- ④国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

プログラム法で、①に関しては「機能分担を推進する観点から」と、②については「在宅療養との公平を確保する観

点から」と、説明されている。

現在、200床以上の病院を紹介状なく受診する初再診の患者からは、初再診料の定率自己負担以外に、当該病院は届出の上で特別料金を徴収することができる。いわゆる選定療養の適用である。

この制度の活用は任意であるため、実施している病院は、初診でも、200床以上が全国に2,657ある(2012年医療施設調査)うちの1,204施設(200~8,400円。平均2,085円)にとどまり、再診になると111施設(300~8,000円。平均981円)ときわめて少ない上、額もまちまちだ(12年7月1日現在)。

一方、この制度の活用を推進するために、対象病院の初再診料を低めに設

定するという診療報酬の上でも誘導措置がとられている。

この両面からの方策によっても大病院には紹介状をもたない患者が後を絶たないということで、厚労省は、この日の部会に、かなり思い切った高額負担の導入を提案した。

提案は次の3案からなり、いずれかをベースに具体案に絞り込まれる。

(1)初再診の一部負担金に定額を上乗せし、当該患者は初再診料相当額を負担する(10割負担とする)

(2)初再診の一部負担金に定額を上乗せし、当該患者は初再診料相当額を上回る額を負担する(10割を超える負担とする)

(3)初再診の一部負担金に加えて、別途、保険給付の枠外で定額を負担してもらう  
しかも、各案とも、現在の選定療養による自己負担制度は継続するという考え方にたっている。

「考え方の方向性はよいが、今改定で対象が拡大された措置の効果の検証を進めながら慎重に議論すべきだ」と述べた鈴木委員(日医常任理事)は、「対

象は特定機能病院を中心に見直しを進めてはどうか」と注文。

さらに、「初再診の両方に導入した方がよい」とした上で、「初再診料相当分プラスアルファでどうか」と10割を超える自己負担となることを容認。「高額療養費の対象とはしない」ことを求めた。

一方、白川委員(健保連副会長)は、提案の主旨に賛成を表明しつつも、選定療養適用による変化の検証を基に検討すべきとした。

その上で、「新たな負担は(選定療養の平均額の)2,085円以下ということはないだろう」と一定水準の額となることを認めたが、他方で、「再診については慎重に考えるべきだ」と発言。当面は初診を対象に導入するという見解を表わした。

再診も対象とすべきかについては、他の委員からも「もっと議論されるべきである」とする慎重論が出た。

対象病院に関して、一部の委員からは「200床以上でよい」という声があった。同時に、「機能分化がより求められる500床以上は1万円の定額負担に



してはどうか」と、中規模と大規模の間で線引きするという案も示された。

他方で、「対象病院を病床数で決めるのか、機能で考えるのか。2つのケースを試しながら議論を進めてはどうか」と、これまでの病床規模主義に異論を唱える声もでた。

事務局が示した「定額負担」設定に関する3案に対しては、少なからぬ委員が、一部負担金と合わせて初再診料相当額を上回る水準とする第2の案を支持。保険給付の枠外で別途定額を課すという第3の案に対しては、「大病院の医療費を増やす結果になるだけだ」(小

林委員=全国健康保険協会理事長)など、支持する声は出なかった。

この第3の案に関連して、堀委員(日歯常務理事)は「定額負担という言い方が気になる。表現を変えてはどうか」と注文をつけた。

コスト等診療実態と関係なく患者負担額を設定する方法が給付と受診の抑制につながることを懸念したものと思われるが、事務局は「この案は定額負担を前提としたものではない。あくまでも、紹介状をもたない患者への対応をどうするかという問題に限定した提案である」と釈明した。

者からは食費と居住費を合わせた標準負担額を徴収。うち、食費は、材料費と調理費の計554円のうち460円(医療区分1の場合)が自己負担となっている。

したがって、療養病床の65歳未満と他の一般・精神等病床の入院患者には、調理費相当の食費と居住費の負担が課せられていない。

事務局は論点で「現行の入院時食事療養費」を取り上げ、「調理費相当分等についても今後自己負担を求めていくべきかどうか」と提起した。一見すると、

入院時食事の標準負担額260円を460円に引き上げる案とも思われるが、「調理費相当分等についても」と表記されており、見直しの対象が、療養病床の65歳以上患者が負担している居住費に及ぶ可能性もある。

議論の中で、複数の委員が、療養病床における標準負担額を65歳で線引きして負担の内容を分けていることに強い疑問を唱えたが、入院時食事の自己負担を調理費相当分を含めたものに見直す方向は概ね支持した。

### 一般病床等患者の居住費は検討の対象外か?

入院時の食事については、現在、食材料費相当額について標準負担額(1食

640円の中の260円)を徴収しているが、療養病床に入院する65歳以上の患

### 【医療保険部会に事務局が提示した論点】

#### □紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担のあり方

- 定額負担を求める保険医療機関(大病院)の範囲をどうするか。
- 現行の選定療養の取扱いや、大病院の外來診療の在り方をどう考えるかという視点等を踏まえ、
- ①初診について、定額負担を求める(求めない)患者・ケースはどういうものか(例/救急搬送患者等)。
- ②再診について、定額負担を求める(求めない)患者・ケースはどういうものか(例/病状が安定した後の再診等)。
- 定額負担の額をどうするか。また、療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか。
- 新たな定額負担は高額療養費の対象とするか。

#### □入院時食事療養費(入院時生活療養費)の見直し

- 国民会議の報告書やプログラム法の規定を踏まえ、在宅療養との公平を確保する観点から入院時食事療養費(入院時生活療養費)をどのように見直すか。
- 具体的には、現行の入院時食事療養費においては、食材費相当分を自己負担として求めているが、調理費相当分等についても、今後自己負担を求めていくべきかどうか。
- 自己負担を引き上げる場合、どのような者に配慮すべきか。

仮称

### 「医療介護総合確保促進会議」を設置。総合確保方針を提言

医療計画(地域医療構想)、介護保険事業計画、新基金事業計画の基となる方針

厚生労働省は7月9日付で保険局に医療介護連携政策課を新設、医療費適正化対策推進室を同課に移管した。医療介護総合確保促進法の成立にともなうもので、地域包括ケア体制の構築に向け、省内の体制を強化することが目的(3面に関連記事)。

厚労省の組織改正は基本政策の取りまとめや各局間の政策調整を行なう大臣官房審議官にも及び、これまで「医療保険、医政、医療・介護連携担当」だけであった審議官を「医政担当(老健局・保険局併任)」と「医療保険、医療・介護連携担当(医政局・老健局併任)」に分け、2審議官による専任制とした。

医療介護連携政策課の初仕事は「医療介護総合確保促進会議(仮称)」の設置となる。

医療介護総合確保推進法を構成する「地域における医療介護の総合確保

促進法」は、都道府県医療計画(地域医療構想を含む)や介護保険事業(支援)計画の基本方針(指針)の基本事項、両計画の整合性確保に関する事項、さらには、新基金の都道府県授業に関する基本指針などを盛り込んだ総合確保方針を国が定めるとしており、かつ、その策定にあたっては「関係者から構成される医療介護総合確保促進会議を開く」としている(同法第3条3項)。

したがって、前出会議は、今後の医療計画、介護保険事業計画、新基金の都道府県事業計画のベースとなる考え方と今後の方向を示す場となる。

厚労省は、同会議を今年度は7~8月に2回開催して基本的考え方をまとめ、9月上旬に総合確保方針および新基金の交付要綱等を告示する方針。さらに、11月以降に第3回会議をもち、新基金の交付状況等の報告を行なう予定だ。

# 出産育児一時金の42万円据え置きを決定

医療保険部会 国保の都道府県運営で国と地方の協議進まず。保険料上限の引き上げも俎上に

7月7日の社会保障審議会医療保険部会は、プログラム法にもとづいて事務局(厚労省保険局総務課)が提案した、(1)国民健康保険料徴収の賦課限度額と被用者保険標準報酬月額の上限の引き上げ、(2)所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の削減について議論した。(1面に関連記事)

保険料収入を増額させる手段は保険料率と賦課限度額の引き上げという2つであるが、保険料率の変更は被保険者全員に影響が及ぶのに対して、賦課限度額見直しの影響は高所得層にとどまる。

国保料徴収の限度額と被用者保険標準報酬月額の上限は、所得に応じて保険料負担を上げて給付は診療報酬等にもとづいて一律になされるために、給付と負担のバランスが失われることで被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から設定されている。

国保料の限度額(2014年度)は医療分67万円を含む年間81万円で、医療分の限度額でみると年間の給与収入1,000万円(給与所得780万円)以上が該当するが、その世帯の割合は2.66%に過ぎない。

一方、2007年度以降据え置かれている健康保険の標準報酬月額の上限は121万円で、その該当者の割合は0.95%ときわめて少ない。

したがって、両者とも上限の引き上げで増収となる保険料はそれほど大きな額とはならないが、社会保障制度改

革国民会議報告書やプログラム法は、「世代内の公平を図る観点から」負担能力に応じた保険料負担を求める観点から、それらの見直しを提起した。

議論において、被用者保険の委員は「法改正をしてまですべきことか」と慎重な対応を求めたが、他方で、国保の関係者は保険料率の保険者間格差が大きいことに触れ、「保険料賦課方式や保険料率の平準化を図る中で賦課限度額を見直さないと、年収500万円の人でも1,000万円の人でも年間81万円を負担するという矛盾が生じる」と指摘、拙速な対応を戒めた。

一方、「国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し」は、164(被保険者数302万人)ある国保組合に対する国庫支出金を減額するというもの。補助金は12年度で3,234億円あり、経常収入(8,284億円)の39%に達している。

したがって、その減額は国保の各組合には大きな痛手となるが、国保組合の1人あたり保険料負担の平均は一般業種の組合の8割と低水準であることもあり、「国民の負担の公平を図る観

点から」補助金を見直す提案に、日医と日歯の委員を除くと、特段の異論は出なかった。

また、出産育児一時金に関して、事務局は現行42万円の据え置きを提案した。

4月の医療保険部会は、在胎週数を32週以上、出生体重1,400g以上とする補償対象基準の見直し結果にもとづいて産科医療補償制度の掛金を3万円から1.6万円に引き下げて、15年1月以降の分娩から適用することを決めた。

掛け金の減額にもかかわらず、出産育児一時金42万円を据え置くという提案は、前回の改定から4年半が経過し、平均的な出産費用は増加しているというデータにもとづくもの。

この考えに保険者の委員は「納得できない」と反発したが、「次期見直しに向けて改定のルールを定めること等を条件に了承してはどうか」という遠藤部会長(学習院大学教授)の提案を受け入れたため、部会として42万円の据え置きを了承した。

この日の部会に、事務局は「国保基盤強化協議会の中間整理案」を報告した。

国保基盤強化協議会は、プログラム法に「財政運営をはじめとして国保の運営は都道府県が担うことを基本とし、

その保険料の賦課・徴収、保健事業の実施等に関する都道府県と市町村の役割分担を明らかにする」ことが明記されたことを受け、国と地方3団体とで協議を重ねる場として今年1月に設置された。

「中間整理案」は事務担当レベルによるWGの協議の結果をまとめたもので、今後、政務レベルの協議に移行するための中間まとめとなる。

「中間整理案」は、「国保が抱える財政上の構造問題の解決を図ることが国保の運営を都道府県が担う前提条件」とし、「追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策と効果を明らかにすることが必要である」としたが、医療保険制度改革の議論が進展していないことから、「現時点で追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策を明らかにできる状況にはない」と公費投入の見通しを棚上げし、具体策も「例えば、財政安定化基金の創設や2年を一期とした財政運営の導入」などの例示にとどめた。

その一方で、追加公費に関しては「後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生じる国費を活用する」可能性に言及した。

## 公的保険外の新産業創出や医療の国際展開等で中長期の施策

「健康・医療戦略」案 「健康・医療戦略」案を意見募集。閣議決定へ

内閣官房の健康・医療戦略室は7月4日に「健康・医療戦略」案を発表し、意見募集を開始した。7月14日まで受け付ける。意見募集を経て「健康・医療戦略」案は閣議決定にもちこまれる。

「健康・医療戦略」は先の通常国会で成立した健康・医療戦略推進法にもとづ

いて策定されるもので、健康・医療にかかわる、日本医療研究開発機構(来年4月誕生)を活かした先端的研究開発の施策とともに産業競争力向上と新産業創出そして国際展開に関する基本的施策等を総合的・計画的に推進する中長期の計画をまとめたもの。

10年程度を視野に入れつつ、2014年度からの5年間を対象としている。策定から5年後をめどに見直しが行なわれるが、フォローアップの結果によっては随時見直される。

健康・医療戦略は、6月10日に設置された、全閣僚を構成員とし、内閣総理

大臣を本部長とする健康・医療戦略推進本部が推進にあたる。健康・医療戦略担当大臣には菅義偉内閣官房長官が任命されている。

「健康・医療戦略」案の骨子は以下のとおり。

### 「健康・医療戦略」案から

#### ○健康・医療戦略の位置付け

日本経済再生に向けた成長戦略「日本再興戦略」が2013年6月に閣議決定され、「日本産業再興プラン」「戦略市場創造プラン」「国際展開戦略」の3つのアクションプランが掲げられた。その「戦略市場創造プラン」に「国民の『健康寿命』の延伸」が掲げられ、2030年の在るべき姿として、

- ①効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会
- ②医療関連産業の活性化により、必要な世界最先端の医療等が受けられる社会
- ③病气やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会の実現を目指すこととされた。

14年6月24日に「日本再興戦略改訂」が閣議決定され、引き続き「国民の『健康寿命』の延伸」実現に向け、「公的保険外のサービス産業の活性化」等について、新たに取組むべき施策が掲げられた。

今般、健康・医療戦略推進法に従い、本戦略を策定する。

#### □世界最高水準の医療の提供に資する医療分野の研究開発等に関する施策 (略)

#### □健康・医療に関する新産業創出及び国際展開の促進等に関する施策

##### 【健康・医療に関する新産業の創出】

##### ○新事業創出のための環境整備

・「医・農商工連携」など、地域を活用した産業育成を図るため、地域版「次世代ヘルスケア産業協議会」の全国展開を図り、新事業に関するモデル実証事業を支援する。

・高齢者自身やNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企業等による多様な生活支援サービスを充実す

る。

・自治体による新しいヘルスケア社会システム(公的保険外の民間サービスの存在を考慮した地域保健等)の確立を目指す。

・介護・医療の関連情報を国民も含めて広く共有(「見える化」)するためのシステム構築等を推進するとともに、地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携を推進する。

・医療機関と連携した生活習慣病の基礎疾患に関する重症化予防事業等を実施する。また、糖尿病が疑われる者等を対象に「宿泊型新保健指導プログラム(仮称)」を本年度に開発し、試行事業等を経た上で、その普及促進を図る。

・各保険者によるレセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、データ分析に基づく保健事業の実施を推進する。

・特定健診の受診率向上に向けたインセンティブであるヘルスケアポイントに関する実証事業を実施する。また、後期高齢者支援金の加算・減算制度について具体策の取りまとめを行う。

・健康投資を行う企業が評価される仕組みとして、東京証券取引所における新たなテーマ銘柄「健康経営銘柄(仮称)」の設定、「コーポレート・ガバナンスに関する報告書」やCSR報告書等への「従業員等の健康管理や疾病予防に関する取組」の記載を進める。

・企業・健康保険組合の健康投資を評価し、また、健康増進に係る取り組みを企業間・健康保険組合間で比較可能とする指標を構築する。

##### ○国際医療事業を通じた国際展開

・MEJ(メディカルエクセレンスジャパン)を国際医療事業推進の中核組織と位置づけ、医療サービス等の国際展開に向けて、我が国の医療機関や企業等が海外で自立的・継続的な形で医療サービス事業等を提供する拠点構築等を支援する。

#### ○高齢者等が安心して健康に暮らせる住宅・まちづくり・交通の実現

・民間資金の活用を図るため、ヘルスケアリートの活用に向け、高齢者向け住宅及び病院(自治体病院を含む)等の取得・運用に関するガイドラインの整備、普及啓発等を行う。

#### ○医療・介護・健康分野のデジタル基盤の構築

・健康・医療戦略推進本部の下の「次世代医療ICTタスクフォース」を「次世代医療ICT基盤協議会(仮称)」へと発展的に改組する。

・地域包括ケアを行うため、医療データと介護データの共有化に必要な標準化を行う。

#### ○医療適正化と国民の健康増進の総合的な推進

・DPCデータをレセプトと同時にオンラインで厚労省に提出できるように検討する。急性期病院に加え、慢性期病院等についてもDPCデータによる集計・分析を試みる。

・レセプトデータ、特定健診データ等を連携させた国保中央会の国保データベースシステムを市町村国保等が利活用し、地域の医療費分析や健康課題の把握等の実施により、医療介護情報の統合的利活用を推進する。

#### ○達成すべき成果目標

(2020年までの達成目標)

- ・健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を拡大(4兆円→10兆円)
- ・海外に日本の医療拠点を創設(2カ所→10カ所程度)(2020頃までの達成目標)
- ・健診受診率(40~74歳)を80%(特定健診を含む)(2030年までの達成目標)
- ・日本の医療技術・サービスが獲得する海外市場規模を5兆円
- ・国民の健康寿命を1歳以上延伸
- ・メタボ人口を2008年度比25%減

# 「地域における公益的活動の実施義務明記を検討すべき」

社会福祉法人のあり方見直し報告書 「福祉の実績関心ある者が参入できる仕組みとなるよう」認可要件の見直しを提起

6月16日に開催された「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」は、2013年9月から12回にわたって議論を重ねてきた社会福祉法人制度見直しの方向性に関する考え方をまとめ、厚労省は7月4日に報告書を公表した。

社会福祉法人に対しては、11年に「多額な内部留保をためこんでいる」という

批判をなされたことを契機に批判が強まり、13年6月の規制改革実施計画で財務諸表の公表が、同月の日本再興戦略では財務諸表公表と規模拡大など経営高度化の仕組みの構築が、さらに、8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、医療法人ともども法人間合併や権利移転ができる制度改正と非課税

にふさわしい社会貢献が提言されるにいたり、その後も、規制改革会議で介護事業等における株式会社やNPOとのイコールフットイングについて検討が重ねられ、現在にいたっている。

こうした指摘を受け、厚労省は検討会を設置して多面的な見直しを行なった結果、(1)地域ニーズへの対応、(2)

財務諸表等の開示、(3)ガバナンスの確保、(4)他経営主体との公平性(イコールフットイング)などの論点を中心に、制度改革の方向性をまとめたもの。

今後、厚労省は報告書に沿って15年の通常国会に社会福祉法改正案などを提出するとしている。報告書に盛り込まれた論点は要旨以下の通り。

## 社会福祉法人制度の見直しにおける論点(要旨) \*検討会報告「社会福祉法人制度の在り方について」から

### 1. 地域における公益的活動の推進

・社会福祉法人に地域における公益的活動の実施義務を明記することを検討すべきである。

・地域における公益的活動を特別の事情なく実施しない法人は行政指導の対象とすることを検討すべきである。

### 2. 法人組織の態勢強化

・理事等の執行権限とこれに応じた責任を明確にする。

・非営利法人としての活動を外部・地域に「見える化」し、第三者の目による点検や評価をいつでも可能とするなど、法人活動の透明性と信頼を高める。

・すべての社会福祉法人に評議員会を設置することを検討すべきである。複数の社会福祉法人が共同で評議員会を設置する仕組みも検討すべきである。

・一定規模以上の法人には、理事会の下に法人本部事務局を設置するなど、組織の見直しを検討すべきである。

・資金管理を施設単位から法人とすることを検討すべきである。

・法人運営に関する理事の損害賠償責任、特別背任罪の適用等を、併せて、

賠償責任補填の考え方の適用を検討すべきである。

### 3. 法人の規模拡大・共同化

・合併・事業譲渡の要件や手続の見直しを検討すべきである。

・組織再編の手段として分割の手続を検討すべきである。

・経営者は複数法人の理事を兼務できるよう、必要な規制緩和を検討すべきである。

・社会福祉法人は事業から生じた剰余金を法人外へ拠出することができないが、社会福祉事業や地方公共団体が認定した事業には拠出できるよう、規制緩和を検討すべきである。

・複数の非営利法人が社団型の社会福祉法人を設立できる仕組みを検討すべきである。

・社団型の社会福祉法人に評議員会の設置する仕組みを検討すべきである。

### 4. 法人運営の透明性確保

・全ての社会福祉法人は財務諸表等をホームページで公表すべきあり、財務諸表等の公表は法律上の義務とするこ

とを検討すべきである。

・剰余金については、目的を持った積立として整理することや積立の目的や積立額について、法人が利用者や地域住民などに説明責任を果たす仕組みを検討すべきである。

・社会福祉法人に定款や役員名簿、役員報酬規程等の公表の義務付けを検討すべきである。

・社会福祉法人に対する補助金の額を公表することを検討すべきである。

・客観的指標を用いた法人の経営状況診断を行ない、地域住民等への説明責任や社会福祉法人経営支援に資する仕組みを導入すべきである。

### 5. 法人の監督の見直し

・財務に係る監査については、外部監査の活用を積極的に図るなどの見直しを検討すべきである。

・法人監査の中で、定款内容や理事会等の開催状況だけでなく、地域における公益的活動の実施状況やサービスの質向上の取組も確認する等、監査の仕組みの変更を検討すべきである。

・社会福祉法人の設立認可は資産だけ

を基準にしているが、それに加え、NPO等における事業実施やボランティア等での活動実績を重要な要件とするなど、福祉への実績あるいは関心・理解のある者が参入できる仕組みとなるよう見直しを検討すべきである。

・一定の規模以上社会福祉法人には公認会計士等の専門家による外部監査を義務付けることを検討すべきである。

・会計帳簿は財務諸表の作成元となる書類であり、適時・正確な会計帳簿が作成されることが重要であるため、社会福祉法においても必要な法令の整備を検討すべきである。

・所轄庁だけでなく、国も全社会福祉法人の現況を把握する仕組みを構築すべきである。

・所轄庁に提出する事業計画書に受審の有無を記載させるなど、多くの法人で第三者評価の受審が進むよう具体的な方策を検討すべきである。

・ISOや地域で社会福祉法人の取組を評価する仕組みなど、福祉サービスの質を担保する方法として広義の第三者評価の枠組みを活用していくことを検討すべきである。

## 医療情報DB基盤整備事業のあり方検討会

6月10日に開催された「医療情報データベース基盤整備事業のあり方に関する検討会」は、医療のビッグデータを収集、分析、活用するための基盤整備に関する提言をまとめ、厚生労働省は7月1日にその報告書を公表した。

厚労省と医薬品医療機器総合機構(PMDA)は1,000万人規模の医療情報データベースの構築を試み、全国に10の

## 1,000万人規模のDBの本格運用へ、報告書で課題を整理

拠点医療機関を設けて情報を収集、薬剤疫学的手法によりデータを抽出・分析し、医薬品等のリスクやベネフィットの評価を行なうなど安全対策に活かす「医療情報データベース基盤整備事業」を、2011年度から5年計画で進めてきた。

この事業は日本再興戦略(13年6月14日に閣議決定)の「戦略市場創造プラン」にも盛り込まれているが、厚労省の行

政事業レビュー公開プロセス(13年6月)では「事業全体の抜本的改善が必要」との評価を受けたため、その事業のあり方を再検討して政策に反映することを目的に同年12月に検討会を設置、16年度以降の本格運用に向けた課題等をあらためて整理したもの。

報告書は、10拠点の基盤整備を進め、試行期間に見込む300万人規模の患者データから具体的な成果を出し、その実績を踏まえて新たに1,000万人規模のデータベース整備を目指すべきであると論じている。

同時に、体制整備に必要な予算・人員の確保、本格運用開始後に必要となる人材の確保・育成と費用負担の枠組み構築に向けた検討が引き続き必要であると、直面する課題を整理した。

同時に、体制整備に必要な予算・人員の確保、本格運用開始後に必要となる人材の確保・育成と費用負担の枠組み構築に向けた検討が引き続き必要であると、直面する課題を整理した。

## 医療介護総合確保法が6月25日に一部施行

通常国会で成立した医療介護総合確保法が6月25日に公布かつ一部施行されたが、同日付で同法の施行に伴う関係省政令と告示の整備等にかかわる政省令および告示が公布・施行された。

これに伴い、厚生労働省は同日付で、医政局長、社会・援護局長、老健局長の連名による通知(医政発0625第1号、社援発0625第1号、老発0625第1号)を各都道府県等に発出、市町村や管下医療機関・関係団体等への周知を要請した。

施行された法律は、(1)地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進法の一部改正、(2)前出促進法一部改正に伴う経過措置、(3)診療放射線技師法の一部改正、(4)社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法、の4項。

このうち(1)の内容は主に以下からなる。

①題名を「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に改正する。

②厚生労働大臣は地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)を定めなければならないこと。

③都道府県及び市町村は、総合確保方針および地域の実情にもとづいて、医

療及び介護の総合的な確保のための事業計画(都道府県計画と市町村計画)を作成できること。

④都道府県計画は医療計画および都道府県介護保険事業支援計画との整合性を図り、市町村計画は市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図るこ

と。

⑤都道府県が事業計画に要する経費を支弁するための基金を設ける場合には、国は必要な資金の3分の2を負担する。国が負担する費用は増加する消費税の収入をもって充てること。

(3)の内容は、病院・診療所以外の場所で、診療放射線技師が胸部エックス線検査を行なう場合は、医師・歯科医師の立会いがなくても実施できるこ

と、(4)は介護福祉士の資格取得方法の見直しに関する規定の施行期日を2015年4月1日から16年4月1日に延期する、というもの。

また、老健局は同日付で介護保険計画課長と振興課長連名の通知を発出、同日に施行された整備省令の施行に伴う介護保険法関係の留意事項を各都道府県に示した。

## 厚労省 組織改正で医療介護連携を強化。老健局長に初の医系技官を起用

厚生労働省は7月9日付で厚生労働省組織令の一部を改正する政令を公布、「医療介護連携」「医政」「医薬品等産業振興、国際医療展開」をそれぞれ専任で担当する大臣官房審議官の設置、保険局に医療介護連携政策課の設置、医政局の指導課を地域医療計画課にあらためる、などの組織改正を行なった。

厚生労働省は、また、7月11日付、14日付で幹部級の人事異動を発令した。医政局長に事務官の二川一男氏が、老健局長には初めて医系技官の三浦公嗣氏が就いた。

医政局の地域医療計画課(旧指導課)は医療計画、医師確保対策など地域医療関係の施策に特化、医療法人の関係は医療経営支援課に移管される(1面に

関連記事)。

### ■主な幹部の異動

△厚生労働審議官 原 勝則 △大臣官房長 蒲浦基道

【大臣官房審議官】  
△医政担当(新設) 福島靖正 △医薬品等産業振興、国際医療展開担当(新設) 飯田圭哉 △医療介護連携担当(新設) 吉田 学

【医政局】  
△医政局長 二川一男 △地域医療計画課長(旧指導課長) 北波 孝 △医療経営支援課長(旧国立病院課長) 佐藤美幸

【健康局】  
△健康局長 新村和哉 △がん対策・健康増進課長 正林章督 △結核感染症課

長 井上 肇

【医薬食品局】

△医薬食品局長 神田裕二

【社会・援護局】

△社会・援護局長 鈴木俊彦

【老健局】

△老健局長 三浦公嗣 △高齢者支援課長 辺見 聡 △振興課長 高橋謙司

【保険局】

△保険局長 唐澤 剛 △高齢者医療課長 藤原朋子 △医療介護連携政策課長(新設) 渡辺由美子 △医療課長 宮崎雅則

【政策統括官】

△政策統括官(社会保障担当) 今別府敏雄 △参事官(社会保障担当参事官室長併任) 梶尾雅宏

# 4会員病院が地域包括ケア病棟(病床)届出の根拠等を披露

## 全日病の経営セミナー「地域包括ケア病棟への移行」に150人の参加。8月上旬に同内容で2回追加開催

全日本病院協会は「2025年に生き残るための経営セミナー」の第3弾として「地域包括ケア病棟への移行」というテーマを選び、7月9日に本部会議室で開催した。

セミナーで、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の選択事例として4つの会員病院が、届け出を決めるにいたった背景と同病棟(病室)活用のプランを披露。また、それらの施設基準や算定要件に関する参加者の細かな質問に厚労省の担当官が答えた。

地域包括ケア病棟に対する会員病院の関心はきわめて高く、定員100人に300人を超える申込みがあったため、急遽定員を150人に増やして対応した。このため、執行部は、8月7日と8日に、同じ内容のセミナーを2回追加開催することを決めた。

この日のセミナーには厚労省保険局医療課の田村圭主査が招かれ、14年度改定で新設された地域包括ケア病棟(病室)の特徴と要件のポイントを説明、疑義解釈における重要箇所を解説した。その中で、これまで、①急性期からの受け入れ、②緊急時の受け入れ、③在宅・生活復帰支援の3つとされてきた地

域包括ケア病棟(病室)の機能を「データ提出を含めた4つが主な役割である」と述べ、入院患者データの収集によって「亜急性期・回復期」の患者像と医療提供内容を分析していくことが厚労省にとって重要な課題になっているとの認識を吐露した。

事例紹介では、恵寿総合病院の神野

正博理事長(全日病副会長)と芳珠記念病院の仲井培雄理事長が地域包括ケア病棟入院料について、大倉山記念病院の西本育夫事務長と寿康会病院の戸口慶広理事が地域包括ケア病棟入院医療管理料について、各病院が置かれた環境と医療資源の実態と今後の展望を踏まえた選択動機等を具体的に語り、ケースメソッドとした。

いずれも、医療提供の確かな理念と冷静なケースミックス分析、そして医療環境の変化に対する予測に支えられた決断であることがうかがえる、説得力ある事例発表であった。

その中で、神野副会長は、「7対1は普通の病院に過ぎない。高度急性期をするならそれ以上の配置が必要となる」

と指摘した上で、「今後は、例えば、HCU加算と地域包括ケア病棟(病室)が組み合わさっていく可能性もある」と、今後の機能分化と連携に新たなモデルが増えたとの認識を披露した。

さらに、医療と介護を地域で連携させる地域包括ケアの視点から同病棟の役割を洞察し、「包括というが、実は統合が重要となる。院内で、地域で、どう統合した意思決定をつくっていくか。つまりはガバナンスが求められる」のが地域包括ケアであり、地域包括ケア病棟であり、医療と福祉の連携であり、かつ、それらを成功させるカギであると述べた。

グループ内に高度急性期を含む医療機能をまんべんなく整備してきた芳珠記念病院の仲井培雄理事長は、今後は



「高度急性期は得意分野に注力」し、その分他機能の質量アップに力を注ぐとともに、他との連携を活かしつつ、DPCから地域包括ケア病棟に移行する患者の流れを療養病床や老健等を加えた流れとし、それを地域に広げて「地

域内の患者の流れを創る」ことが大切と語り、「これまでの自院はデパート型ケアミックス病院であったが、今後は、地域包括ケアミックス病院になる」と宣言。その成功の「カギはガバナンスである」とした。

であらためて厚労省に投げかけ、正式な回答を得た後に、会員に発表するようにしたい」としている。

さらに、不明な解釈に拘泥する地方

厚生局についても「委員会に相談いただければ、我々が間に入って医療課の指導を得るなど、解決に努めたい」(猪口副会長)と述べた。

### 医療保険・診療報酬委員会 地域包括ケア病棟の疑義解釈を再度整理。後日会員に公表

同セミナーでは、事前に参加者から地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)に関する質問をもらい、医療課の田村主査から回答を得た。

しかし、中には即答できずに持ち帰るといった難問もあった。また、参加者から「地方厚生局の解釈と異なる」と

指摘される疑義解釈もあった。

こうした、今後も、医療課による疑義解釈の追加が見込まれる地域包括ケア病棟をめぐる算定要件の問題点について、この日のセミナーを担当した医療保険・診療報酬委員会(委員長・猪口雄二副会長)は「委員会で整理した上

### 緊急調査 205病院が地域包括ケア病棟(病室)参入を予定

7月9日の「地域包括ケア病棟への移行」に関する経営セミナーの冒頭で挨拶した西澤会長は、全会員病院を対象に、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届け出に関する緊急調査を行ったことを報告、その中間集計の一端を明らかにした。

調査は6月末に実施され、7月8日まで545病院から回答を得た。

その結果、すでに44病院が届出を終

えており、その内訳は入院料が20病院(うち療養は1病院)、管理料は24病院であった。

また、今後の届け出を予定しているのは161病院で、入院料は66病院(療養は10病院)、管理料は95病院という内訳であった。

この結果、計205病院が地域包括ケア病棟(病室)への参入を見込んでいることが判明した。

# テーマはプライマリ・ケア。病院の立場から再考

## 第56回全日本病院学会in福岡 11の委員会がプログラム参加。非営利ホールディングカンパニーも狙上に

「第56回全日本病院学会in福岡」が、福岡県支部(陣内重三支部長)の担当で、

9月20日、21日に福岡市のヒルトン福岡シーホークで開催される。

テーマは「病院医療をプライマリ・ケアの現場から考える―地域の未来を診療所と共に」。地域包括ケアの体制構築に向けて改革が進む中、病院の立場から、プライマリ・ケアのあり方をあらためて問い直そうというメッセージである。学会の準備に当たる実行委員会(津



留英智委員長)は一般演題の受け付けを締め切っているが、登録数は500件に達している。

プログラムは最終調整に入っており、7月末に確定する見通し。その中で、委員会が企画するプログラムは11本とこれまでに多く、委員会の積極的参加が福岡学会をより盛り上げている。

そこで、今回は委員会企画の概要を報告。次号で、実行委員会の企画を中心に福岡学会の目玉を紹介する。

### 福岡学会 委員会企画の概要

委員会名	プログラムのタイトル(テーマ)
1日目/9月20日(土)	
医療制度・税制委員会	医療法人の今後の運営について―非営利ホールディングカンパニーについて
医療の質向上委員会	多職種協働チームの改善事例
病院機能評価委員会	新評価体系でS評価を目指す
広報委員会	病院の広報戦略～先進的な広報活動を知る～
医療従事者委員会	人材活用会社の活用の実態
介護保険制度委員会	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報告
2日目/9月21日(日)	
病院のあり方委員会	地域包括ケアシステムと医療介護連携
人間ドック委員会	教育講演・日医認定産業医研修会
救急・防災委員会	想定される巨大地震におけるAMATの役割
医療保険・診療報酬委員会	平成26年度診療報酬改定とは
若手経営者育成事業委員会	地域特性や病床特性に応じた病院経営―地域や病院特性から病院の戦略を考える



### 第56回全日本病院学会 in 福岡

テーマ	「病院医療をプライマリ・ケアの現場から考える―地域の未来を診療所と共に」	
学会長	●陣内重三(福岡県支部長)	
日時	●9月20日(土)・21日(日)	
会場	●ヒルトン福岡シーホーク	
参加費	●事前登録の場合	
	会 員	理事長・院長 3万円 左記以外 1万円
	一 般	1万2,000円
	当日の場合	
	会 員	理事長・院長 3万5,000円
	一 般	上記以外 1万2,000円
	一 般	1万5,000円(学生1,000円)

# 初のADL維持向上等体制加算研修。137名が受講

全日病は7月5日、6日の2日間、本部大会議室で初のADL維持向上等体制加算研修を開催、137名が参加した。

2014年度診療報酬改定で、7対1病棟

と10対1病棟にリハ専門職を配置して急性期におけるリハの実施を評価するADL維持向上等体制加算が新設されたが、その施設基準に、リハビリテーシ

ョンの研修を修了している常勤医師の配置が盛り込まれた。

今回の研修はその要件を満たすために、3年以上のリハビリテーション医

療の経験をもつ医師を対象として実施したもの。

本研修は厚労省の要件を満たすものとして、獨協医科大学医学部の協力を得て、2日以上かつ10時間以上の研修プログラムが生まれ、修了者には修了証が発行される。



### 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
2025年に生き残るための経営セミナー第3弾【追加開催】「地域包括ケア病棟への移行」(150名)	第1開催日 8月7日 第2開催日 8月8日 (いずれも全日病の会議室)	8,000円 (15,000円)	本テーマは7月9日に開催したところ、申込が多く、参加できなかった方が大勢であったため、同様の内容で追加開催するものです。 ・7日・8日とも同じ内容です。都合のよい開催日をお選び下さい。 ・いずれも7月9日と同様の内容です。
2025年に生き残るための経営セミナー第4弾「これからどうなるDPC対象病院」(150名)	8月16日 (全日病の会議室)	8,000円 (15,000円)	講師に産業医科大学医学部松田晋哉教授、社会医療法人緑社会金田病院金田道弘理事長(DPC評価分科会委員)を迎え、これからの地域戦略の立案に供するセミナーを開催いたします。