



全日病 NEWS 10/15

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.834 2014/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

16年改定 DPC見直しの方向決まる。DPC分科会報告を了承

診療報酬基本問題小委員会 小山分科会長「重みづけ変更でⅢ群の評価が適正になる」

中医協の診療報酬基本問題小委員会が10月8日に3ヵ月半ぶりに開かれ、DPC制度にかかわる報告・承認事項について審議した。

DPC評価分科会から受けた報告・承認事項は、(1)DPC制度に関する検討結果(中間とりまとめ)、(2)2014年度特別調査の実施、(3)13年度DPC導入影響調査(退院患者調査)の結果、の3件。基本小委は(1)と(2)について了承した。

係数Ⅱ項目間の重みづけ変更も粗上か

このうち、2014年度の特別調査は、以下の3テーマを取り上げて実施する。調査対象にはDPC準備病院も含まれる。

- ①分院に機能を移していると思われる大学病院の実情把握(ヒアリング)
- ②不適切なコーディング事例がみられる現場実態の捕捉(ヒアリング)
- ③激変緩和の対象となった病院の現状確認(アンケート)

①については、分院におけるⅡ群要件の実績と本院のそれとの差が少ない医療機関および精神科病床をもたない医療機関が、②に関しては、実際に選択された診断群分類番号とEFファイル等から抽出してコーディングした診断群分類番号の乖離率が高い医療機関、③は14年度改定で激変緩和の対象となった医療機関がターゲットとなる。

13年度DPC導入影響調査の「退院患者調査」について、DPC評価分科会は、その結果を「在院日数の短縮や他からの紹介の増加等、従来から認められる傾向が引き続き認められたが、13年度から新たに生じた変化は認められなかった」と要約した。

この報告に対して、診療側の中川委員(日医副会長)は、退院時転帰における「治療」の割合が、DPC対象・準備病院とも年々低下しているのに対して、

出来高病院は上昇傾向にあることを指摘。

「報告は『治療+軽快に着目した場合、全ての病院類型で若干の増減はあるものの、経年的な変化は認められない』としている。しかし、平均在院日数が短縮していく中、治療の割合の低下をどう考えるのか」と質した。

これに、小山信彌分科会長(東邦大学医学部特任教授)が「必要であれば、分科会で再度、見直しをしたい」と答弁したところ、中川委員は「ということであれば、報告結果は(基本小委として)認められない」としたため、「13年度退院患者調査」の結果報告はDPC評価分科会に差し戻されることになった。

近年の中医協では異例のできごととなった。

「DPC制度に関する検討結果(中間とりまとめ)」は9月5日の分科会でまとめられたときの案を修正することなく、この日の基本小委に提示された。

そのポイントは以下のとおり。

- ①ICD-10(2013年度版)への対応は次々回改定以降とする方向で検討する。
- ②重症度を考慮した評価は、MDCのうち01、04、05、06、07、10、12を対象に、CCPマトリックスを用いて下4桁



に対応する範囲の精緻化を図るものとし、MDC作業班で検討を進める。

③Ⅰ群は大学病院本院とする枠組みを維持し、ヒアリングを実施して、今後の取り扱いを検討する。

④Ⅱ群は地域における機能を要件とし、絶対値による基準値を検討する。

⑤Ⅲ群の細分化は行なわない。

⑥調整係数の置き換え完了に向けた枠組みとして、基礎係数と機能評価係数Ⅱの重みづけを見直す(機能評価係数Ⅱの重みづけを拡大して医療の質向上に対する努力をさらに評価する)。

⑦特別調査(アンケート)を踏まえた上で、激変緩和措置の方向性を決める。

このうちの⑥に関して、診療側鈴木委員(日医常任理事)は「Ⅲ群病院の評価が十分ではないという声がある。そこを重点的に見直す方向で検討してほしい」と注文をつけた。

これに対して、小山分科会長は「重みづけを変えることで、とくにⅢ群の病院の評価が適正になされるものと考えられる」と答弁した。

一方、厚労省保険局医療課の佐々木

企画官は、「重みづけの見直しについては、基礎係数と機能評価係数Ⅱの関係だけでなく、係数Ⅱの7等分の重みづけも見直してはどうかという議論もあった」ことを明らかにした。

こうした議論に、診療側万代委員(日病常任理事)は「重みづけを変えるというが、やり方によっては現場は大混乱する。どのように変えるのか、案を固める前に一度(基本小委への)報告がほしい」と、慎重な手順を踏むよう求めた。

支払側の榊原委員(愛知県半田市長)も、「Ⅱ群とⅢ群というのは経営の根幹にかかわる。地方の(自治体)病院は救急搬送は重症度にかかわらず受けざるを得ない。田舎でがんばっている病院も救われるような評価の仕方を考えてほしい」と要望した。

基本小委後の本紙質問に、佐々木企画官は「個別の論点はまだ流動的だが、重みづけの見直しを議論する以上、係数Ⅱの7項目も粗上へのぼる可能性がある。基礎係数との割合とは別に、7等分の重みづけを見直すだけでも評価の大きな変化となる」と述べた。

2014年度実施入院医療調査の概要を決める

入院医療等の調査・評価分科会 事務局「本調査には地域包括ケア病棟を促すというメッセージが込められている」

中医協・診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」が10月9日に4ヵ月ぶりに開かれ、入院医療に関する調査のうち、2014年度に実施する調査の概要を固めた。

2014年度調査の実施概要案は中医協総会に諮った上で調査票に起され、年内に実施、年度内に結果報告がまとめられる。

14年度の入院医療調査は、14年度改定の重要項目である、(1)一般病棟入院基本料等と総合入院体制加算、(2)地域包括ケア病棟入院料(管理料)、(3)療養病棟入院基本料等慢性期入院医療、(4)有床診入院基本料、(5)医療資源の少ない地域における評価、が対象となる。

これ以外の、経過措置によって実施がずれ込む特定除外制度の廃止や一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」ほかの一般病棟入院基本料等の見直し項目は15年度の調査となる。

調査票を送る医療機関の数は、前回の(1)が7対1と10対1の1,800施設(前回と同数)、(2)は地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、13対1・15対1の1,500施設(前回と同数)、(3)は療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟の1,800施設(前回は2,200)が予定されている。

12年の同時期に実施した前回調査の回答率は軒並み10%以下で、療養病棟が辛うじて10.6%というようにきわめて低かったため、追加調査が行なわれ

た。この日も、委員からは低い回収率への懸念が示されたが、事務局(厚労省保険局医療課)は「調査票の分量は前回より3割ほど減らした」と説明したものの、回答率の見込みは手控えた。

入院医療調査の結果は16年度改定議論の有力な資料となる。前改定では、低回答率をDPCのデータで補足した上で、いささか強引なデータ流用を行ない、中医協総会レベルの見直し議論を誘導したため、事務局は改定後の総会で、「診療報酬調査専門組織の各分科会は中医協の議論で必要とされるデータとその分析結果を提供する場である」とその位置づけの再確認をさせられた。

この日の分科会後のブリーフィングでも、事務局担当は「調査結果を分析する場というのが、この分科会の大きな前提である」との見解を表明した。

調査票には、地域包括ケア病棟入院料(管理料)届出施設に「地域包括ケア病棟における病棟の管理」を聞く項目が設けられる。この質問の趣旨につい

て、事務局は「当該病棟の役割、機能、位置づけをどう考えているか聞くためだ」と答えたが、ブリーフィングでは「自由記載よりも選択方式を考えている」と説明した。

そのブリーフィングで、担当は、この調査の第1の意義を「本調査には地域包括ケア病棟を促すというメッセージが込められている。その進捗状況と影響具合を把握して次につなげたい」と語った。

その上で、本調査は、短期滞在手術、在宅復帰率、「重症度、医療・看護必要度」等の把握を可能とし、入院前後の患者の居場所などから患者の流れも読み取れる縦断調査であるという認識を披露した。また、全施設にたずねる在宅復帰率については計算式を統一する方針であることを明らかにした。

事務局が示した調査概要の案に対して、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、「調査の対象日は1日なのか」とたずねた。

「基本はそうだが、項目によっては1週間あるいは1ヵ月間の状況を答えていただく」という事務局の答弁に、神



野委員は「亜急性期や慢性期の患者は不定期な状態変化を繰り返すので、1日で切ると実態よりも低い数値が出やすく、その少ない数値を分析で排除されると実態を見誤る恐れがある。きちんと精査する、あるいは追加調査する態勢をとる必要があるのではないか」と述べ、留意を求めた。

この意見に、事務局は「患者の状態変化を、例えば1ヵ月調べるといった項目の追加は可能。ご提案いただいた」と応じた。

池端委員(医療法人池慶会理事長)は「同じ在宅復帰率でも、療養病棟の在宅復帰機能強化加算には1ヵ月以上入院という縛りがあって他とは違う。共通した条件と療養病棟固有のものとの両方のデータをとるべきではないか」と提案、事務局はその考えを首肯した。

分科会は、修正意見の反映を武藤分科会長に委ね、事務局案を了承した。

特定行為 手順書の記載事項で事務局案の4項目を了承

看護師特定行為・研修部会 41の行為案は12行為についての議論継続を確認。特定行為区分は一定の結論

研修を修了した看護師が手順書にもとづいて特定行為を実施する制度の具体案を検討している医道審議会の「看護師特定行為・研修部会」は、10月2日の会合で、(1)特定行為とする診療補助の内容、(2)研修単位とする特定行為の区分、(3)手順書について議論。特定行為区分に関して一定の結論を得たほか、手順書の定義と記載事項は事務局(厚生労働省医政局看護課)が示した案で臨むことで合意した。手順書の記載事項は、今後、省令で正式に定められる。

部会の議論は、まず、本制度における「医師(歯科医師)と看護師の法的責任」の確認から始まった。これは、前回(9月10日)の議論で委員の間に共通認識ができていなかったことが判明したため、事務局が省としての見解を明確にしたもの。

配布資料には、「特定行為の実施で事故が発生した場合の責任は個別の事例に応じて司法判断により決められるが、指示を出した医師(歯科医師)と特定行為を実施した看護師は、それぞれ個別具体的な状況における過失の有無に応じて責任が判断されることになる」(要旨)と明記され、部会はこの見解をあらためて確認した。

次に、特定行為として省令に書き込まれる41項目のうち「特に検討が必要な12項目」の取り扱いをどうするかを議論された。

「12項目」とは、昨年10月のチーム医療推進会議で合意した41の特定行為案に対して、関係方面からの意見にもとづいて「とくに注意を要する行為」を12件抜き出したもの。前回は議論されたものだが、議論を次に進める上で合意の積み上げが必要なことから、再度

の議論となった。

12項目を特定行為から除外することを求める意見がある一方、例えば、在宅系の委員からは「41の行為には急性期で求められるものが多い」「ほとんどが病院現場で必要な行為だ」といった違和感が示され、「特定行為を見直す期限を明確にしてはどうか」という注文も出るなど41項目そのものへの疑問も提示され、議論は再び制度創設で合意する前に戻りかねないものとなった。

ただし、多数の委員は既定の方針として、12項目を含む41項目をもって制度の具体的な設計を進めることを支持したため、桐野座長(国立病院機構理事長)は「12項目以外は了承とし、次回また議論したい」とする一方、「多くの委員は41項目を了承したと理解する」として、「(本日の)以降の議論は41項目を前提に進める」と締めくくった。

議論は、特定行為に関する研修のプログラムを組む基となる、特定行為をその類似性で分けて研修の最低単位とする「特定行為区分」の検討に移った。

「特定行為区分」について、事務局は2つのパターンからなるA・Bの2案を提示した。両案を比較検討した意見が示

される中、桐野座長は早い段階で「皆さんの意見によるとA案に沿って考えていくことになる」とまとめたが、岩澤看護課長は「とりあえず仮の結論ということにして、また議論してはいかがか」ととりなした。

3つ目の議題である手順書は、議論当初「プロトコル」と称されていた。医師の包括指示を具体的指示に落とし込む「作業指示書」ともいうべきもので、これによって個々の特定行為を実施する上での安全性が確保される。

したがって、手順書の記載事項が法令化されることによって、当該各看護師は、特定行為を実施する上でのスタンダードを得ることができる。

6月に成立した医療介護確保推進法で改正された保健師助産師看護師法は、手順書を「医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録」と定義。

そこに記載すべき内容を「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項」と規定している。

その「省令で定めるその他の事項」をどうするかということで、事務局は、①手順書の対象となる患者、②特定行為を実施するに際しての確認事項、③医師(歯科医師)への連絡体制、④行為実施後の医師(歯科医師)への報告方法、という4項目を提案した。

手順書は実施が見込まれる特定行為ごとに作成する。では、この手順書は誰が作るのか。桐野座長は「各病院が現場の状況を踏まえてつくるが、直接には、医師と(特定行為を実施する)看護師が話し合って詳しいことを記載することになる」と説明した。

「病院はよいが、(在宅医療を手がける)診療所が手順書をつくるのは大変だ。地域共通の手順書があってもよいのではないかと」の意見に、事務局は「省令は手順書のエッセンスを項目で示すものだが、連絡体制等の書き振りをどうするか検討したい」と答えた。

委員からは「日本救急医学会のプロトコルのような精緻なものが必要」「各病院で違った対応になるのではないかと」いった声もあがったが、神野委員(全日病副会長)は「連絡体制や報告方法は各病院で違うだろうが、それ以外はある程度標準化してもよいのではないかと」発言。各病院の手順書は記載事項を原則的に一致させることで一定の質を確保すべきとの見解を表わした。

桐野座長は「(事務局が提示した)4項目でよい」と議論をまとめた。

神野委員は、また、医師の個別的指示にもとづいて特定行為を実施する一般の看護師に対する院内研修は努力目標ではあるものの、法的義務ではないこと、したがって要件等の縛りがなくことの確認を求めた。

この質問に、事務局は「ご指摘のとおりである」と答えた。

高齢化の下、入院に準じた在宅医療が求められる

第56回全日本病院学会in福岡 診療所のNWと高レベルの訪問看護、それを支える病院が不可欠

病院のあり方委員会企画 「地域包括ケアシステムと医療介護連携」から

松田晋哉産業医科大学医学部教授の講演(要旨)

福岡県の京築医療圏における今後の患者動向を推定すると、まず、外来患者の総数が減っていく。筋骨格系、循環器、眼科は1割ぐらい増えるが、それ以外は減っていく。

一方、入院は2割ぐらい増える。とくに増えるのは肺炎、骨折、脳血管障害である。脳血管障害の増加は、患者が急性期から慢性期へ積み上がっていくことを意味している。脳血管障害は医療計画に書き込まれてきたが、肺炎や骨折はほとんど記載されていない。

高齢者の増加によって急性期医療を必要とする患者も増える。その一方で、急性期医療は在院日数が短くなるので、急性期病院は連携体制が欠かせなくなる。つまり、ポストアキュートの病院が地域にないと、急性期医療は回らなくなる。

さらに、介護ケア、リハケア、ADLケアを必要とする患者が急増する。社会的入院の温床ということで療養病床を削ってきたが、今の入院受療率を前提とすれば療養病床は足りなくなる。

しかし、これ以上療養病床を増やせないのであれば在宅で対応するしかない。すなわち、今、入院医療で提供している医療を在宅で供給しなければならなくなる。

死亡数は年間160万~170万人に増える。これを病院で迎えることは難しいが、在宅死を増やすことも難しいだろう。その結果、ぎりぎりまで在宅で過ごして最期は病院で亡くなる、つまり、死に場所としての病院をシェアするということになるだろう。



そうすると、疼痛管理ができ、吐血や下血にも対応できる、スキルの高い訪問看護がなければ対応は難しくなる。そういう意味からも、これからは、在宅療養を支援する病院がとても重要になってくる。

しかし、1人の先生が24時間365日対応するという在宅療養支援診療所では無理があり、診療所がネットワークを組む体制をつくらないといけない。それには、ネットワークをつなぐとともに医療的に支援し、もしものときに入院を引き受ける病院と、ネットワークの中を自由に動く訪問看護がないと難しい。

このように、地域では、急性期からの受け皿機能と在宅ケアの支援機能を持った、亜急性期を担う病棟と老人保健施設みたいなものがきわめて重要になってくる。

次に、地域包括ケアという視点から考えたい。高齢社会において介護、医療機関が果たす役割は何か。それは狭義の医療・介護だけではない。

独居の後期高齢者が増える中、彼らの生活を地域で保証しない限り、在宅ケアを強いるのは残酷ではないか。まずは住の保証であるが、大切なことは高齢者を孤立させないということ、そして、食の確保と買い物支援など生活を支える仕組みをきちんと用意すること。つまり、医

療機関が持っている生活保障機能を地域に開放できないかということである。

青森県のクリニックは「浅めし食堂」を開いて高齢者の外出機会をつくっている。北九州市の「ふらて会」という病

地域包括ケアを支える統合とインテグレートッド

神野正博副会長「超高齢社会に向けた地域包括ケアのあり方を考える」(要旨)

今や地域で連携する医療が求められているが、まずは、急性期から回復期あるいは慢性期として在宅へと垂直に連携していく、医療の流れがある。次に、それに加えて医療と介護の連携もある。いわば縦軸と横軸からなる二次元で、まさに2Dなわけだ。

地域包括ケアというのは、この2つをきちんと整えることが大きな課題ではないかと思うが、実は、その先には3Dがあるのではないかと。

それは、高齢者には医療と介護の行き来が一生続くわけだが、それを時間軸で我々がどう管理できるかという視点である。さらに、その次には4Dがある。予防、セルフマネジメント、はセルフメディケーションといった日常の行為を我々の情報にどうつなげていくかという視点である。

さて、自院(恵寿総合病院)をみると、全病棟の43.8%が75歳以上であり、救急

院は農作業を通したりハを一般の高齢者にも開放して、生きがいづくりをやっている。

こうした門前町のような集いの場を確保して高齢者のアクティビティーを引き出す。医療機関はこういうこともできるのではないかと。

地域で高齢者が隔絶されるのではなく、高齢者と地域がまとまることのできる、そういう場所を提供する、ヨーロッパでいう「施設の社会化」という機能が、医療機関や介護施設にあってもいいのではないかと。

搬送されるうちの20%が85歳で、半数が75歳以上という実態がある。人口減と高齢社会化の能登半島でどうやっていくのかという問題に直面している。

人口の減少は大変な問題で、地域の崩壊は医療の崩壊となる。逆に、医療の崩壊は人口減少を加速させて地域を崩壊させる。たとえ民間病院であっても、我々には、地域を守るために安心を提供するというBCPの一躍を担っているという自負が必要だ。

今後は、選択と集中の対象になるためにはどうすべきかということも考える必要がある。

地域包括ケアは、機能分化した医療機関同士あるいは介護事業者との連携が柱となるが、果たして、「お友達の関係」だけでいいのだろうかということもいえる。すなわち、これからは統合という考え方も必要になるのではないかと。

(3面に続く)

後期高齢者支援金 総報酬割全面導入に加え、前期高齢者の加入率を勘案

医療保険部会 厚労省が提案。負担がより増す健保連は猛反発

2025年に向けた医療保険制度改革として次期通常国会に提出する健保法等改正について二巡目の議論に入った10月6日の医療保険部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、(1)後期高齢者医療制度に対する被用者保険からの支援金について、全面総報酬割を導入するという従来からの案に加え、新たに前期高齢者の加入者数を按分する方法を加味する、(2)現金給付の条件を厳しくするという具体的な提案を行なった。

部会の委員は(2)に関しては大筋で賛成したが、(1)については、支援金の負担額が大幅に増える健保連の委員が強く反発した。

後期高齢者医療費は2014年度予算ベース15.6兆円で、患者負担(1.2兆円)を除く14.4兆円が保険給付されている。

その財源は、国、都道府県、市町村による公費が6.8兆円、高齢者の保険料が1.1兆円、保険料軽減措置や高額医療費の支援等に投入される公費が0.5兆円、そして、残りの6.0兆円が後期高齢者支援金によってまかなわれている。

後期高齢者支援金の負担内訳は、協会けんぽ2.0兆円、健保組合1.8兆円、共済組合0.6兆円、市町村国保等1.7兆円であるが、このうちの被用者保険者の分は、現在、3分の1を加入者の総報酬額、3分の2を加入者数(0~74歳)に応じて、保険者間で按分している。

しかし、比較的報酬額が多い健保組合や共済組合に対して中小企業主体の協会けんぽ(全国健康保険協会)に加入者割による負担を求め続けるのは無理があり、支援金を拠出するために、協会けんぽの平均保険料率は10.0%とほぼ限界に達している。

このため、社会保障制度改革国民会議報告書を受けたプログラム法は後期高齢者支援金における総報酬割の全面

実施を打ち出し、2015年通常国会への法案提出を明記した。

今回の事務局提案は、この既定方針を、協会けんぽにより有利なものへに改めるもの。具体的には、総報酬割に加えて「前期高齢者の加入率による調整を加味した計算方法」の採用である。

前期高齢者(65~74歳)の加入率は市町村国保が31.3%、協会けんぽが4.7%、健保組合が2.5%と、健保組合は収入が少なく給付が多い世代の割合が顕著に少ない。

この、前期高齢者の偏在による給付費の保険者間負担不均衡に対しては、現在、前期高齢者の加入率(74歳までの総加入者に占める前期高齢者の割合)に応じて各保険者の負担を調整する仕組みが導入されている。

一方、この世代が負担する後期高齢者支援金の負担割合は、3分の2には加入率調整が加えられ、3分の1は総報酬割という方法によって、被用者保険者間で按分されている。

この「加入率調整(2/3)

+総報酬割(1/3)」という計算方法を、前出後期高齢者支援金の被用者保険者間の按分に「加入率調整×総報酬割」というかたちで導入するというのが今回の提案だ。

したがって、新たな案は、総報酬という負担能力に前期高齢者の加入率を加味するため、報酬が高くて加入率が低い健保組合や共済組合に、さらに負担を求めることになる。

全面総報酬割を導入した場合に、健保組合の支援金負担額(15年度推計)は1兆9,300億円から2兆600億円へと1,300億円増加するが、加入率調整を加味すると2兆800億円へと1,500億円増加する。新たな案によって健保連の負担額は当初案よりもさらに200億円増えるわけだ。

一方、加入率調整の加味によって、協会けんぽは現在の2兆800億円から1兆8,400億円へと、負担が2,400億円も減



ることになる。その分、国は協会けんぽに対する補助金を減らすことができ、浮いた分を、全国知事会が運営を引き受ける前提条件としている国保の財政再建に投入できることになる。

こうした事務局案に、白川委員(健保連)は「(協会けんぽに対する補助金の減額を拠出金の負担軽減に回すべきという)我々の提案が受け入れられていない。怒りを感じる」と猛反発した。

健保連等の不満に対して、事務局は、①全面総報酬割の段階的な実施、②負担増となる被用者保険者の負担軽減措置を検討することを併せて提案した。

■現在募集中の研修会(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
2014年度医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会(200名)	12月11日(木) 13:00~16:00 (全日病会議室)	5,000円 (5,000円)	本講習会は全日本病院協会と日本医療法人協会の共催で実施する「医療安全管理者養成課程講習会」の講習(1単位)に該当します。
2014年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース (北海道会場)(90名)	11月27日(木) 10:00~16:30 (北海道医師会館 =北海道札幌市)	12,000円 (16,000円)	対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者で、医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的としています。

(2面から続く)

統合とはガバナンスのことであり、ビジョンを共有化して、ひとつの意思で皆が動く形をいう。厚生労働省は地域包括ケアの「包括」をインテグレートしたすなわち統合・統括と言っている。

うまくいっている地域包括ケアにはリーダーシップを持つ者がいるが、きちんと意思を統一、統合、統括できるというのが地域包括ケアの本質ではないか。それをやらないとうまくいかないのではないかと考える。

地域包括ケアは全体で情報共有しないと回らない。ガバナンスによってこれを統括する地域をつくることのできるかということが、インテグレートした地域をつくる鍵になるのではないかと思う。

医療・福祉複合体の恵寿総合病院グループは、インテグレートした仕組みにす

るために、グループ内をオンラインでつないで1患者・1利用者・1IDとした上で、共通アセスメントも実現した。

これはグループだからできるが、地域でこれをつくるのはかなり大変だ。

データから自院ケースミックスと医療圏の実情を再確認すべし

シンポジウムから(敬称略)

徳田座長(病院のあり方委員長) 地域包括ケアを考えると時に担い手不足をどうするかという問題があり、いかにして効率化を図るのが問われる。そのためには集約化と連携が必須。集約化には、提供者側の協力と、サービスを受ける人をまとめる方法とがある。

地域で複数の医療機関が連携して一定範囲をまとめて診る、即ち医療を面で提供していく方法もある。いかに集

しかし、我々はこれを創り上げて、地域の皆さんはこれでやってほしいと、それぞれ、リーダーシップを発揮するという気概で取り組んでいくことが大切であるとも思っている。

中させるかという考え方が不可避であり、組織同士の統合という方法も必要だと思う。

会場質問 集中という場合に、そのやり方は地域地域の実情に合わせたきめ細かなものであることが必要。全国一律の考え方はうまくいかないと思うが。

徳田 私もそう思う。

会場質問 在宅に戻った後の医療が不足している。在宅患者に入院と同質の医療を提供する仕組みが必要ではないか。

松田 入院と介護の間に位置する、米

国のメディカルホームのような仕組みが日本でも必要になるだろう。先ほど、医療機関はもっとサ高住にかかわっていくべきと申し上げたが、高齢者の住は医療の提供しやすさを前提に考えなければならない。医療と住宅の複合体をどうつくっていくかである。その場合に有床診を活かすという方法もある。

徳田 本日の議論で、データが示すものをよくみることの重要性が示された。ぜひとも、自施設のケースミックスと医療圏の実情を確認し、その上で、地域包括ケアにどうかかわるべきかを再確認していただきたい。

2025年まで10年あるが、個人的には、もっとスピード感が求められると考える。大事なことは住民の参加である。皆さんには、地域に住民に対する地域包括ケアの啓発に努めていただくようお願いしたい。

非営利ホールディングカンパニー

「地域医療の確保と成長戦略と、異なる視点が交錯した議論に陥っている」

医療制度・税制委員会企画 「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」

座長を務める医療制度・税制委員会の中村康彦委員長は、テーマに「非営利ホールディングカンパニー」(以下「新型法人」)を取り上げた経緯を説明。「本当のところ、新型法人とは一体何なのかということを知りたい」と述べ、講師に招いた厚生労働省の梶尾雅宏参事官(社会保障担当)を紹介した。

梶尾参事官は、議論の出発点は「社会保障制度改革国民会議報告書」で、そこに「地域のネットワークづくりのためには競争より協調が必要」として、「医療法人等が容易に再編・統合ができるような見直し」が提起されたと説明。

その中で、新型法人を提唱した権丈委員(慶大教授)は主に適切な医療・介護提供体制をつくっていく視点にもとづいていたが、もう1人の増田委員(元総務大臣)は、医療・福祉が一体となっ

たまちづくりという地域再生の視点を打ち出していると指摘した。

その後、成長戦略を議論する産業競争力会議でとり上げられ、制度の創設が日本再興戦略に書き込まれたために、「議論が若干分りにくくなっている面がある」と解説した。

こうした経緯もあり、厚労省は、地域を支える医療福祉経営という面から「まち・ひと・しごと創生」の中でも新型法人を取り上げていること、また、税制も含めて検討していることを認めた。

新型法人に関する同参事官の説明は、概ね、厚労省の「医療法人の事業展開等に関する検討会」で示されている通りであったが、「合併に近いものもあれば、連携関係の緩やかなもの、あるいは行政主導による公立・公的病院など、様々なパターンが出てくるだろう」と、幅



の広い設立が可能となる枠組みが構想されていることを明らかにした。

シンポジストの星北斗氏(星総合病院理事長)は、①共同教育研修などの交流、②設備の共同利用など地域で連携を組む必要を認める一方、新型法人は「(子法人の)経営権が押し上げられてしまうと、我々は経営者ではなく単なる従業員になってしまう」と、率直な疑問を投げかけた。

医療制度・税制委員会特別委員である長谷川友紀氏(東邦大学医学部教授)は、議論の背景に急性期医療における再編と垂直統合という課題があることを明らかにした上で、子法人の独自性を保証し

つつ、親法人の意思決定等を制度的に共有する仕組みをいかに構築するかが新型法人の課題である、と指摘した。

さらに、①地域医療の確保をいかに図るかということと経済成長戦略は別ものであること、②事業主体としての法人効率化と地域医療は別ものであることをあげ、それらが混同して提案されているために議論がちぐはぐになっているとして、制度導入の目的を明確にすることが重要という認識を示した。

長谷川氏は、また、重要な論点として、①親法人と子法人の関係、②広域の事業展開を認めるかどうか、という点をあげた。

新型法人で厚労省が踏み込んだ論点と考えを示す

医療法人の事業展開等に関する検討会 幅の広い参加法人の類型、多岐にわたる論点課題で、早期の意見集約は困難か

10月10日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局医療経営支援課)は、新型法人(新たに「地域連携型医療法人」と仮称)の一步踏み込んだイメージと論点を提示し、議論の深化を図った。

事務局は、また、持分のない医療法人(社会医療法人と特定医療法人は除く)に株式会社と同様の分割を認める考えを示し、賛否を求めた。(議論の詳細は11月1日号に続報)

事務局は、新型法人の具体像を描く新たな論点として、以下の考え方を提示した。

- (1) 事業対象とする地域範囲は新型法人が定めて都道府県知事が認可する。
- (2) 新型法人には個人(診療所・病院)も参加できる。
- (3) 複数地域で病院等を開設している法人は当該地域の病院に限って参加を認める。自治体病院等も同様とする。
- (4) 社団型の場合に社員総会は各社員1議決権とする。
- (5) 新型法人に対する参加法人の関与は、①意見聴取・勧告を行なうという一定の関与、②協議・承認(不承認の場合は修正を指示)を行なう強い関与の、いずれかの選択制にする。
- (6) 新型法人の理事に地域の関係者を任命する。
- (7) 新型法人は原則として出資はできず、剰余金配当の禁止と残余財産の帰属先は現行医療法人制度と同様とする。
- (8) 新型法人の主な業務は複数の法人等における統一的な事業実施方針の決定とする。
- (9) 新型法人は参加法人等に資金貸付はできるが、贈与は認めない。
- (10) 新型法人に外部監査やHP等による財務諸表の公告を義務づける。

事務局は、以下の点については、論点の提起にとどめた。

- (11) 地域内の介護事業実施者の新型法人への参加の是非。
- (12) 新型法人の理事長要件。
- (13) 参加法人等からの管理運営経費の徴収の是非。
- (14) 関連事業(介護・共同購入等)を行なう株式会社への出資(一定条件を付することも含めて)の是非。
- (15) 新型法人自身が病院等を経営することの是非。

このうち、(3)は、例えば国立病院機構などの全国組織を想定し、その構成病院が当該事業地域で新型法人に参加できること、さらに、県立病院の場合も、個々の病院が当該事業地域の新型法人に参加できることを意味する。

では、それら全国組織と新型法人との間に方針をめぐる意見の違いが生じた場合はどうするか。事務局案は両者の間に「調整規定を設けた上で参加を認める」とした。

その前提には、当該事業地域であれば大学病院や市立病院等も参加可能とする考えがある。医療法人や社会福祉法人とも異なる開設主体の参加は政府の「日本再興戦略改訂2014」が求めていることでもあり、そのために、例えば、大



学病院であれば、文科省が関連する法規定の改正を図ることになっている。

構成員からの「地域連携型医療法人は医療法人の1類型と考えていいか」との質問に、事務局は「現在の医療法人の1つに位置づけることを念頭においているが、法制上の問題として、医療法に書き込むか否かはまだ検討中だ」と述べた後、「医療法を念頭に置きながら、新型法人の特殊性があればそれを反映した対応が必要かと…」と言い添えた。

つまり、医療法人の1類型として医療法に規定することを「念頭において」はいるが、新型法人の特殊性をどう反映させるかを考えたときに、法制上の取り扱いとしてそれが適切であるか否かの結論を出し切れていない…というわけである。

税法上の取り扱いを考えれば、新型法人は医療法に明記される必要がある。そして、参加法人が医療法人だけであれば新型法人は医療法人で何ら問題がない。

しかし、仮に、自治体、大学法人、独立行政法人(国立病院機構)等を開設者とする病院が新型法人の位置につく可能性を考えると、それを一律に医療法人と規定していいか、関係部局あるいは省庁との調整がついていないこともあり、事務局は歯切れのない答弁に

なったものと思われる。

この問題に関連して、抜本的な制度改革が予定されている社会福祉法人を代表する構成員から、難解な質問が出た。

社会福祉法人には、来春の通常国会に提出する社会福祉法改正で、公益法人と同等以上の経営組織、運営の透明性、余剰財産の福祉サービスと地域公益活動への再投下など公益性を担保する財務規律が課せられる。

そうした“公益並みの法人”と持分ある医療法人とが新型法人の下でグループを組んだ時に、新型法人を迂回するなどによって、社会福祉法人から持分ある医療法人に資金移動を行なうことは認められるのかという問題提起であった。

社会福祉法人の構成員は、また、参加法人の間には課税・非課税の別があり、会計基準も異なる中、新型法人として連結した財務諸表の作成・公開は可能かとも疑問を呈した。

新型法人に関する事務局の具体案は、これまで全体像が漠として隔靴搔痒の感があった中、あるいは議論の加速に資するものかとも思われたが、新たな論点は、具体的に議論すべき課題が多くかつ複雑なことを改めて明らかにしたに過ぎなかった。そのため、議論は逡巡を余儀なくされ、早期の意見集約の難しさを浮き彫りにした。

財政制度等審議会

財務省が15年度介護報酬マイナス改定を主張

10月8日の財政制度等審議会は2015年度予算における社会保障のあり方について議論した。

その議論に、財務省主計局は医療提供体制改革や15年度介護報酬改定などの論点を提示し、社会保障予算に対する財務省の見解を明らかにした。

医療提供体制改革に関する論点では、

- ①「目指すべき医療提供体制」とは、データ等から導かれる地域毎の医療提供体制から、さらに地域差の分析を踏まえて認められる不合理な差異(例えば受療率)を解消した医療提供体制とするべき、
- ②地域医療構想を15~16年度に策定後、16年度(遅くとも17年度)には、医療費水準目標等を明記した新た

な医療費適正化計画を策定すべき、ことなどをあげた。

15年度介護報酬改定については、「良好な収支差等を反映した介護報酬の基

本部分の適正化(少なくとも-6%程度)を行なうことにより、介護報酬全体としてはマイナス改定を行なうべきである」などと論じた。

国家戦略特区法改正 医師以外の理事長就任を都道府県知事の認可に

国家戦略特別区域諮問会議は10月10日に、臨時国会に提出する特区法改正案に、特区については、医師以外の者を理事長に選出する基準を法令で明記

した上で、当該基準を満たす場合に都道府県知事(現行は厚生労働大臣)が認可できるという規制緩和措置を盛り込むことを決めた。

医療事故調査制度運用GL案の研究班

「中間報告」まとまる。最終報告に向け、さらに議論を深化

医療事故調査制度運用のガイドライン案の検討を進めている2014年度厚生労働科「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」(研究者・西澤寛俊全日病会長)は、10月14日に中間報告をまとめた。

細部にわたる文章の修正は研究者である西澤会長に一任された。記者会見で西澤会長は「今日24日までは中間報告を公表できる見通しだ」と語った。

中間報告はプレス向けに発表した上で、全日病のHPに掲載する予定だ。

研究班がまとめた中間報告は、厚労省が設置を予定している医療事故調査制度の省令・告示等を検討する検討会に提出されて審議に供される。研究班は、来年3月の最終報告に向けて、さらに議論を深めたいとしている。

西澤会長によると、中間報告は、これまでの議論を、①制度の理念と骨格、

- ②医療事故の範囲、センターへの報告、遺族に対する説明、
- ③院内事故調査、④外部支援、
- ⑤調査結果のセンターへの報告、⑥センターの業務、⑦再発防止に向けた普及啓発、という7つの領域に分けて整理。

領域ごとに一致点の確認を行なうとともに、最終報告に向けてさらに議論が必要な点を明らかにしているという。



▲見て西澤会長は「中間報告がまとまった」と報告した

その上で、最終報告に向けた議論では、とくに、①遺族に対する説明と報告のあり方、②院内調査事項、③支援団体の範囲と支援内容について深める必要があるとの認識を示した。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

＜称号＞メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

＜称号＞医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

＜称号＞ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,700円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞患者接遇
- ＜学 科＞医療事務知識
- ＜実技Ⅱ＞診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,200円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞患者接遇・院内コミュニケーション
- ＜学 科＞医事業務管理知識
- ＜実技Ⅱ＞診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,300円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- ＜学 科＞医師事務作業補助基礎知識
- ＜実 技＞医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp