



# 全日病 NEWS 2/1

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.840 2015/2/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 介護報酬 実質-4.48%。かつてない負の改定!

2015年度医療保険等の改革案決まる 都道府県の医療費目標、大病院外来定額負担、入院時食事代引上等、医療保険改革案も決まる

政府は1月14日に2015年度の政府予算案と税制改正大綱を閣議決定。それに先立つ1月11日に、塩崎厚生労働大臣と麻生財務大臣は15年度の社会保障予算について大臣折衝を行ない、介護報酬等の改定、15年度消費税増収分を投入する社会保障の充実・安定化施策、医療保険制度改革等に関して、合意に達した。

その結果、15年度介護報酬の改定率は-2.27%と決まった。マイナス改定は06年度以来9年ぶり、下げ幅は過去最低の03年度改定(-2.3%)につぐものとなった。ただし、「収支状況などを反映した適正化等」は-4.48%とされ、空前絶後の負の改定が強行された。

15年度介護報酬改定に関して、1月9日の社保審介護給付費分科会は、介護療養型医療施設の新たな報酬の創設を含む改定方針(審議報告)をとりまとめている。

大臣折衝を踏まえ、安倍首相を本部長とする社会保障制度改革推進本部は1月13日に「医療保険制度改革骨子」を決定。これを受け、厚労省は通常国会に提出する健保法等改正法案の作成に着手した。

一方、15年度予算案において、介護も対象となる15年度の地域医療介護総合確保基金は、国と地方で計1,628億円(医療904億円、介護724億円)となった。各都道府県は、早くも1月内に事業案を示すよう事業者に求めており、全国の病院と病院団体は早急の対応が求められている。(厚労省関係の15年度予算案・税制改正大綱は2面、介護報酬改定関係および介護にかかわる基金は3面に掲載)

「医療保険制度改革骨子」には、(1)18年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、都道府県が医療費の見込みを立て、医療費水準及び所得水準を反映した分賦金(国保事業に要する経費)の額を市町村ごとに決定すること、(2)被用者保険者の後期高齢者支援金について、総報酬割部分(現行制度では3分の1)を段階的に引き上げ、17年度から全面総報酬割を実施する、(3)保険者が、加入者の予防・健康取組に応じたヘルスケアポイントの付与や保険料への支援等を実施できることを明確化する、ことなどが明記された。

さらに、医療提供にかかわる分野に関しても、以下の事項などが書き込まれた。

①都道府県は、国が定める指標を踏まえ、医療費水準と医療の効率的提供に関する、地域医療構想と整合的な目標を医療費適正化計画に盛り込む(都道府県は地域医療構想策定後に、見直しを行なった18年度からの第3期計画を

前倒して実施する)。

②入院時食事代(現行1食260円)を段階的に引き上げるなど、入院時食事療養費を見直す。

③紹介状なしで受診する場合等に5,000円~1万円の定額負担を患者に求める選定療養の実施を、16年度から特定機能病院と500床以上の病院に義務化する。

④患者申出療養(仮称)を16年度に創設する。

1月9日の社保審医療保険部会に提示された「医療保険制度改革骨子(案)」は、一部の数字が空白であったり、協会けんぽの国庫補助率、入院時食事療養費等、所得水準の高い国保組合の国庫補助の項目が「調整中」とされるなど、審議結果とりまとめの文書と言えないものであった。

しかし、それら未定部分がその後の政治折衝で埋められ、原文のまま1月13日の社会保障制度改革推進本部に出され、「医療保険制度改革骨子」として決定された。

その1月9日の医療保険部会で、多くの委員は「議論がつくされていない」と不満の声をあげたが、「1月14日までに15年度予算編成を終えないとならない」という政治的要請の前に、やむなく「改革骨子」をまとめさせられたというの



▲社会保障予算について折衝する塩崎厚労大臣(中央)と麻生財務大臣(右隣)

が実態だ。

「議論がつくされていない」1つが「紹介状のない外来受診に選定療養として定額負担を求める」という項目だ。

実は、事務局(厚労省保険局総務課)は、10月15日の同部会に「紹介状のない外来受診における患者負担」として3とおりの考え方を提案しているが、その中で、現行の選定療養とは別に患者負担を求める、つまり、定額負担と選定療養は併用できるとしていた。

委員からそのことを質された事務局は、10月15日の提案を「3割負担との関係で詰めなければならない点がある」と棚上げしてみせた上で、「任意で徴収するというのがこれまでの選定療養。今回はそれを大病院に義務づけるということだが、それを実施した上で、すでに提案した考え方の問題点を詰め、(法的整合性について)弾力化する中でその実施を考えたい」と、曖昧な説明を行なった。

「選定療養として実施するのであれば中医協の議論ではないか」との質問には、「法的に義務化するもの(なので部会の議論となる)。制度の細部は中医協の仕事になる」といったん応じながら、「(この制度が)法的に選定療養に当たるか否かは不明確だ」と先の言をひるがえした。

委員から「選定療養というからおかしい。単に、大病院に定額負担を導入するというのではないか」と質された事務局は、「おっしゃるとおり。我々

は、つい、選定療養ということが頭にあったが、それは微妙な話。よく検討したい」と引き取った。そのため、この議論はいったん終わったが、社会保障制度改革推進本部が決定した「医療保険制度改革骨子」は、同部会に示したものとかなり変わっていない。

外来の定額負担導入は、かつての「受診時定額負担」議論を思わせるところがある。定額負担を選定療養とすると保険給付の枠外となるが、では、診療行為としては保険給付の範囲で完結するものに、給付対象外の選定療養の併用を、健保法や療担規則等でどう強制(義務化)できるのか、疑問は残るところだ。

この方法が可能となると、大病院の要件を変えるだけで、例えば200床以上やあらゆる病院に選定療養として定額負担の導入ができ、事実上、「受診時定額負担」が成立する。

部会後の本紙の質問に、事務局の担当官は、「選定療養と言いきれるか、実はまだ検討の余地が残っている。本当は、(受診時定額負担を想起させる)定額負担という言い方も好ましくない」と漏らした。

入院時食事療養費の見直しも、本来は「入院時食事療養費・生活療養費」とされ、療養病床の65歳以上の取り扱いを他病床まで拡げるかなどの論点を含んでいたが、対象病床すら明らかにされることなく入院時食事療養費の値上げのみを決める、曖昧なものとなった。

## 医療は14年度と同額の904億円、介護は724億円

2015年度の地域医療介護総合確保基金 都道府県 1月より関係者ヒアリング。2月には事業量を国に提出

□2015年度地域医療介護総合確保基金の執行スケジュール(案)

時期	医療分	介護分	共通
1月中旬	①都道府県に事業量(事業内容、規模等)の調査を依頼 *12月に実施済	①都道府県に事業量(整備予定、規模等)の調査を依頼 *事業メニュー案の提示	
2月頃	②都道府県より事業量の提出	②都道府県より事業量の提出	厚生労働関係部局長会議
3月頃		③事業量に関するヒアリングを実施	全国医政関係主管課長会議、全国介護保険担当課長会議 *交付要綱等案の提示
予算成立後	②' 都道府県より事業量の見直し提出	④都道府県へ内示 ※必要に応じ、人材確保事業を対象に追加ヒアリング・追加内示を実施	基金の交付要綱等を発出 ※都道府県計画の提出依頼(様式例を提示)
5月頃	③事業量ヒアリング実施		都道府県より都道府県計画案の提出
6月頃	④都道府県へ内示		
7月頃	⑤交付申請 ⑥交付決定	⑤交付申請 ⑥交付決定	都道府県より都道府県計画の提出

1月14日に閣議決定された2015年度予算案で、15年度の地域医療介護総合確保基金は、国と地方で計1,628億円となった。内訳は、医療の分が14年度と同規模の公費904億円(うち国費602億円)、15年度から対象となる介護の分は公費724億円(うち国費483億円)。

基金の対象事業は、医療は、①地域医療構想の達成に向けた医療施設・設備の整備事業、②居宅等に関する医療提供事業、③医療従事者の確保事業、15年度から始まる介護は、④介護施設等の整備事業、⑤介護従事者の確保事業、となる。

厚労省が都道府県に送付した資料に

よると、都道府県は1月より関係者ヒアリングを開始。2月には調査を踏まえた整備予定等の事業量を厚労省に示し、それに関する厚労省のヒアリング(医療分は5月頃、介護分は3月頃)に応じる。

介護に関しては3月末と見込まれる15年度予算の成立後に内示が示されるが、医療分の内示は6月頃になり、正式な交付決定は7月と見込まれている(スケジュールを別掲)。

都道府県から厚労省に基金事業の計画が提出されるのは5月とされているが、その前に事業量の算出(医療・介護とも2月頃)が行なわれるので、各施設は、まず、そこに必要と思われる事業案を反映させる必要がある。

「清話抄」は2面に掲載しました。

# 主張

## 看護師の特定医行為を有効に活用せよ

昨年6月のいわゆる医療介護総合確保促進法の成立により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、特定行為を行う看護師の研修制度が本年10月から施行されることとなった。

厚生労働省のチーム医療推進会議の下に、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループが2010年5月に組織され、以後足かけ4年、36回に上る議論が重ねられた。その間に当初の特定看護師という名称こそ見送られたが、研修制度を終了した看護師が、包括的指示のもとで診療の補助の一環としての特定行

為を実施できる制度となった。

その後、昨年組織された医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会での議論の末、「特定行為とは、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識技能が特に必要とされるもの」として、38行為が厚労省令によって定められることとなった。

そもそもの目的は、超高齢化がさらに進む2025年に向け、「さらなる在宅医療等の推進を図るためには、

個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師を計画的に養成する」とされている。

一方、その研修に関して、315時間の基礎研修に加えて特定行為区分ごとに講義や実習が必要となる。前者は指定研修機関(eラーニング可)で、後者は実習施設と認定されれば自院でも可能となる。

この制度については、看護師が実施した場合の責任体制などで、多くの意見がある。しかし、38行為には

既に現場の看護師が実施しているグレーゾーンのものが多々ある。今回、法的にもその実施が認められたものと理解したい。

ならば、病院管理者は、急性期から在宅まで自院で必要とする特定行為をイメージしながら、それに見合った看護師養成の必要性を考えるべきであろう。それこそが、高齢社会の中で真の地域包括ケアを回すためのエンジンとなるのではなかろうか。

全日病として、地方の中小病院でも負担が少ない研修制度の設計を模索したい。(K)

## 2015年度予算案決まる。医療・介護の自然増は3,000億円

政府は1月14日に2015年度予算案を閣議決定した。一般会計の歳出総額は96兆3,420億円。14年度当初予算より4,596億円の増加にとどめたため、新規国債発行額は前年度から4.4兆円程の大幅な減額となり、公債依存度も38.3%と、14年度の43.0%から大きく縮小される。

15年度の消費税増収は国・地方で8.2兆円(14度は5兆円程度)。このすべてが、他財源の活用を含め、「社会保障の充実・安定化」に投入される。

まず、「安定化」(年金)に3.02兆円。続いて「充実」に1.36兆円(うち国が単独負担する国費は0.68兆円)が費やされる。

「充実」のうち、国と地方で負担する公費5,189億円(同2,392億円)が子供・子育て支援に投入される。医療分野については、国保等の保険料軽減措置の拡充、国保への財政支援拡充のほか、地域医療介護総合確保基金に1,628億円(同1,085億円)が投入される。

そのほか、介護職員の処遇改善に784

億円(同396億円)、「良好なサービスを提供する事業所等への配慮」に266億円(同135億円)、認知症施策の推進など地域支援事業の充実、介護保険1号保険料の低所得者軽減強化、などに使われる。

こうした消費税増収分の使途を含む15年度の社会保障関係費は31兆5,297億円(32.7%)で、前年度から1兆30億円(3.3%)増えた。国の予算案としては、増えうちの5,826億円が「社会保障の充実・公経済負担の増」に投入されるこ

とになる。

一方、社会保障関係費等からなる厚生労働省所管の予算案は29兆9,146億円と、14年度から8,693億円(3.0%)増となった。そのうち社会保障関係予算は29兆4,505億円で、14年度から9,231億円(3.2%)増えている。

ただし、概算要求の段階で4,400億円とされた医療・介護の自然増は約1,400億円圧縮され、3,000億円に抑えられた。

### □2015年度厚生労働省所管予算案から(括弧内は14年度当初予算)

#### ■安心で質の高い医療・介護サービスの提供

1. 医療・介護連携の推進 2兆8,294億円(2兆7,634億円)

●地域医療介護総合確保基金による医療・介護提供体制改革【一部新規】1,085億円(602億円)

2. 医療提供体制の機能強化 349億円(389億円)

#### ●地域医療確保対策

- ①地域医療構想作成のための研修の実施【新規】11百万円
- ②女性医師が働きやすい環境の整備【新規】21百万円

③専門医に関する新たな仕組みの構築に向けた支援 3億円(3.4億円)

⑤特定行為に係る看護師研修制度の実施に向けた取組【一部新規】2.7億円(39百万円)

⑥医療事故調査制度の実施【新規】5.4億円

●2014年度改定における消費税財源の活用分 392億円(353億円)

3. 安定的で持続可能な医療保険制度の運営の確保 11兆1,939億円(10兆8,638億円)

●各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 11兆1,631億円(10兆

8,373億円)

#### ●国民健康保険への財政支援の拡充【新規】

①国民健康保険への財政支援の拡充 832億円

②国民健康保険の財政安定化基金の創設 200億円

●被用者保険の拠出金に対する支援 308億円(265億円)

●協会けんぽの国庫補助割合等について(一部再掲)9,948億円(1兆189億円)

4. 安心で質の高い介護サービスの確保 2兆7,767億円(2兆7,107億円)

●介護保険制度による介護サービス

の確保【一部新規】2兆7,109億円(2兆6,899億円)

①介護保険制度による介護サービスの確保【一部新規】2兆6,201億円(2兆6,201億円)

②地域支援事業の充実【一部新規】798億円(698億円)

平成27年度から新たに以下の取組を実施する。【新規】37億円

・在宅医療・介護連携の推進13億円(地域の医療・介護関係者による会議、在宅医療・介護関係者の研修等。市町村単位。新たに1/6程度程度の市町村で実施)

・地域ケア会議の開催 24億円

## 2015年度税制改正大綱 社会医療法人の新認定要件と医療法人分割の税制措置を盛り込む

政府は1月14日の閣議で2015年度税制改正大綱を決定した。社会保険診療報酬に対する事業税非課税と医療法人の社会保険診療報酬以外にかかわる事業税軽減措置とともに存続が認められたほか、高額医療用機器の特別償却制度

は、対象機器を見直した上で2年延長された。

新たに、2県にまたがって救急医療等確保事業を行っている社会医療法人、あるいは、へき地診療所への医師派遣等を行なっている社会医療法人にそれ

ぞれ認定要件を設ける場合の現行税制の適用、医療法人分割制度の創設を前提とした税制上の措置と、15年度に見込まれる施策に対する税制が盛り込まれた。

厚労省の15年度税制改正要望に書き

込まれた「個人の健康・予防の取り組みに向けたインセンティブの導入等に伴う税制上の措置」や「社会福祉法人制度等の見直しに伴う税制上の措置」は認められなかった。

### 2015年度厚生労働省関係税制改正の概要(健康・医療関係)

○社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続

○医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る軽減措置の存続

○高額な医療用機器に係る特別償却制度の適用期限の延長

○社会医療法人の認定制度見直しに伴う税制上の所要の措置

社会医療法人制度における次の認定要件の見直しが行われる場合に、非課税措置等を引き続き適用等する。

①二都道府県にまたがって救急医療等確保事業を行っている要件について、医療法人の基幹病院が所在する

2次医療圏と隣接する市町村に診療所が所在し、相互の都道府県の医療計画に記載されている場合に、その病院が救急医療等確保事業を行っているときは、要件を満たすこととする。

②へき地診療所への医師派遣等に関する要件について、へき地医療拠点病院への医師派遣及び当該拠点病院からへき地診療所への医師派遣等が純増で年間106日以上実施するときも、その要件を満たすこととする。

○医療法人の分割に関する制度見直しに伴う税制上の所要の措置

医療法人の分割制度の創設を前提に、資本又は出資

を有しない法人については、適格分割の要件判定に当たって、株式継続保有要件を除外する。

○医療に係る消費税の課税のあり方の検討

(検討事項)医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率10%が予定される中、抜本的解決に向けて適切な措置を講ずることができよう、診療報酬に含まれる仕入れ税額相当分を「見える化」することなどにより実態の正確把握を行う。税制上の措置については、こうした取組みを行いつつ、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る。

## 清話抄

医療(病院)を中心とする街作りを

少子高齢化による地方都市の消滅がささやかれている中で、地域再生ないし創生が叫ばれている。かつて、町は城や神社仏閣などを中心とする城下町や門前町として形成され、これを支え

る商工業が地方経済を活性化させてきた。さらに、市街地の一部または外側に雇用と税収の安定のために、行政は工業団地、商業団地などを誘致してきた。

市場経済中心のなかでバブルが弾けた後は、発展途上国の躍進や日本における人件費の高さを理由として、国際競争力の向上をめざした企業の海外進出が盛んになった。ひいては雇用

と税収の確保にも事欠き、地域経済が落ち込んでしまったのが現状であり、こうした中で日本は人口減少社会を迎えることになる。

地域経済が落ち込み、人口減少とともに患者数が減れば、医療の必要度も減少する。経営の困難さから、病院の減少や消滅が生じ、医療崩壊が起これば、地域社会の崩壊を一層速めることになりかねない。

安全で、安心できる社会の構築のために医療は必須のアイテムである。一方で、医療を必要とする患者や医療従事者がいなければ医療経営は成り立たない。地域も病院も互いに共存が求められている。

かつての城や神社仏閣などを中心とする町づくりから、地域住民が必要とする病院(医療)を中心とする街づくりが必要になっている。(卓)

# 改定率-2.27%で決着、実質は-4.48%。

2015年度の介護報酬 15年度予算案の介護報酬財源国費分は14年度当初予算と同額に



▲塩崎厚生労働大臣は記者会見で、麻生財務大臣との閣僚折衝の結果を淡々と報告した。(1月11日)

2015年度介護報酬の改定率は表向き-2.27%で決着したが、実質は-4.48%という、介護保険史上最悪のマイナス改定となった(1面記事を参照)。

15年度の介護報酬関連予算には、消費税増収分の活用を得つつ、①給与を月1.2万円相当引き上げる介護職員処遇改善加算の拡充に+1.65%を確保する、②中重度要介護や認知症の高齢者を受け入れる事業所、地域密着の小規模事業所に対する加算措置に+0.56%を確保する、2つの措置が含まれる。

したがって、-2.27%の予算枠の中で+1.65%と+0.56%を確保するという、実質4.48%のマイナス改定が強行された。

大臣折衝の内容を整理した文書(大臣折衝事項)には、「収支状況などを反映した適正化等 ▲4.48%」と書き込まれた。介護による収入にかかわる報酬は4.48%削減するが、介護従事者給与原資の一部になる処遇改善加算と小規模事業所に対するインセンティブを補填するので、トータルとしては-2.27%に落ち着くという論理である。

厚労省内には、「やっぱり-2%以下にはできなかったか」という慨嘆と「2.5%以上の下げ幅をよくここまで回復した」という評価と、2つの声が行きかった。

1月8日夜に、塩崎厚生労働大臣と麻生財務大臣は非公式な会談をもった。2%台後半から3%の範囲でマイナスとすることを求める麻生大臣に、塩崎大臣は「介護事業者によって差はあるものの、どこも楽ではない。経営悪化によってサービス低下をきたさないよう配慮すべき」と、マイナス幅の圧縮を要求した。

しかし、麻生大臣は「国の財政状況は厳しい」と強硬な姿勢を崩さなかった。

## 14年の介護実調が大幅引き下げの根拠。その実調に改善の方向

一方、14年の介護事業経営実態調査によると、収支差率は、特定施設12.2%、通所介護(デイサービス)10.6%、特養8.7%、介護療養型8.2%などと高く、全サービスの加重平均も8%程と中小企業平均の2.2%と比べると高水準にあるとし、「全体として-6%程度の適正化が必要」と財務省は主張してきた。

その結果、14年度の介護報酬改定は、収支適正化ということで、報酬全体を

翌9日の会見で、塩崎大臣は「かなり幅広い問題を意見交換した。単に改定率の話だけでなく、制度のあり方や機能の仕方などいろいろなことが議論に出た」と、社会保障全体の予算配分が主題であり、介護報酬はそのうちの1つでしかないという認識を披露。

その結果については、「引き続き協議する。具体的な内容を言う段階ではない」と述べるにとどまり、改定率は白紙という建前を貫いた。

しかし、1月9日に、麻生大臣は安倍首相に-2.27%で臨む方針を示し、了解をとりつけている。1月11日昼に行なわれた公式の大臣折衝で合意に達したものの、実質は1月8日の非公式会談で決まったといえる。

厚労省は2%を割り込んだ線での決着を望んでいたが、財務省は「2%後半から3%までが最低限」との姿勢に終始した。しかし、介護事業者や与党の一部が強く反発する中、当初の過去最大の下げ幅となる2%後半を実現したいとする財務当局が軟化、下げ幅を過去最大(-2.3%)よりギリギリ小さくすることで決着する案が浮上した。

その結果、15年度予算案における介護報酬財源の国費分が2兆6,201億円となる-2.27%で調整がついた。2兆6,201億円は14年度当初予算と同額となる。財政中立とする—これが-2.27%の真意であった。

財務省は「介護報酬を約1%下げると介護費用は約1,000億円減少する」と指摘してきた。したがって、今回の引き下げで、給付費と利用者負担合わせて2,270億円が節減されることになる。それは、介護事業者にとっては、介護報酬が実質的に4,480億円減ることを意味する。

4.48%下げ、他方で、消費税増税分という安定財源を確保して、介護職員の処遇改善(+1.65%)と地域包括ケアシステムの構築に資する小規模事業所支援(+0.56%)を行なう予算配分が実現、基本的に財務省の意向が貫かれた。

財務省が「-6%の適正化が必要」と主張した根拠に使われた14年介護事業経営実態調査は、毎回改定前年の、決算月が多い3月を対象に4月に実施され

るが、回収率は5割を下回っている。しかも、単月調査である上、客体が毎回違っていることもあり、かねてから、その精緻度が疑問視されてきた。

14年の調査に対しても、例えば、前回の3.5%から12.2%へと収支差率が急増した特定施設について、全国特定施設事業者協議会は「昨年、特定協から野村総研に委託して実施した特定協の独自調査では、収支差率は8.7%であった。12.2%というのは疑問が残る結果である」との声明を発表。

収支差率が8.7%とされた上、高水準の内部留保蓄積で批判にさらされてきた特養についても、全国老人福祉施設協議会は「我々の独自調査では収支差率は4.3%でしかない」と反論している。

介護事業経営実態調査等介護事業をめぐる調査手法の設計は、介護給付費分科会でも、かねてから見直しを求める意見が出ていた。

そういう意味からは、1月11日の「大臣折衝事項」に、「次回の介護報酬改定に向けては、サービス毎の収支差その他経営実態について、財務諸表の活用の在り方を含め、より客観性・透明性の高い手法により網羅的に把握できるよう速やかに所要の改善措置を講じ、平成29年度に実施する介護事業経営実態調査に確実に反映させる」と明記されたことの意義は大きい。

それでも、財務省は、さらに「今後、収支差率を中小企業の水準より低い水準とすることも検討すべきではないか」と提案している(14年10月8日財政制度分科会)。

## 介護給付費分科会

### 「審議報告」をまとめる。2月6日に改定案

1月9日に開催された社保審の介護給付費分科会は、介護保険サービスの人員・設備・運営基準等の改正を答申するとともに、2014年度介護報酬改定の基本方針となる「審議報告」をとりまとめた。

「審議報告」とりまとめを受け、事務局(厚労省老健局老人保健課)は次回は2月6日に開催すると宣し、そこで15年度介護報酬改定案を提示することを示唆した。

「審議報告」の内容は、12月19日の分科会に提示された案(1月1日号既報)に若干の修正が加えられているが、その内容はほぼ変わっていない。

処遇改善加算に関して、迫井老人保健課長は「加算の今後は現時点ではなんともいえない。色々な可能性がある」と見通しの言明を控えた。

介護療養型に関しては、「(廃止方針は)法的には既定である。新たな介護報酬の設定は、新たな制度的枠組みを設けるといってではなく、報酬上の新たな評価に過ぎない。介護療養型の

だが、常勤労働者で福祉施設介護職員の平均給与額は21.9万円と全産業平均の32.4万円より10万円以上少なく、勤続年数も5.5年と、全産業平均の11.9年の半分にも満たないのが現状だ(厚労省「2013年賃金構造基本統計調査」)。

そうした中で、一体改革の2025年シナリオは12年度より約100万人多い250万人の介護職員が必要と推計。その有力な手段として処遇改善加算を設け、今回も、当初1人月額1万円の増額という案を1.2万円に積み増しした上、前改定で「処遇改善加算は次期改定まで」とした方針を変え、今改定でも加算を継続した。

しかし、このほど厚労省が各都道府県から受けた報告をまとめたところ、2025年に確保できる介護職員数は全国で220万人程にとどまり、現在の処遇改善等をもってしても、30万人不足すると推計されることがわかった。

介護職員確保の難しさは介護給付費分科会でもしばしば語られており、委員からは「給与待遇だけではだめ。産休・育休を含めた待遇の底上げ、さらには誇りの持てる職場づくりが欠かせない」との声があがっている。

そうした職場環境をつくるためには、安定的な収益の確保が欠かせない。中小企業以下の収支差率で要介護高齢者に献身的サービスを提供するスタッフに支える職場環境を提供していけるのか、財政的視点のみで2025年を乗り切ろうとする財務省の考え方に疑問はつきない。

あり方は審議会で総合的な議論をしていただく」と述べるにとどまった。

「審議報告」には、次回の改定では診療報酬との同時改定も見据えた対応が必要であるとして、居宅サービスについて、「一体的・総合的な機能分類や評価体系となるよう引き続き検討する。その際、事業所単位のサービス提供に加えて、例えば地域単位のサービス提供も含め、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供のあり方についても検討する」ことが書き込まれた。

この「地域単位のサービス提供」について、迫井課長は、「現行介護報酬の基本はサービスごとの事業所単位である。しかし、それを越えた範囲で、人員配置や報酬評価を考える必要がないかという意味である」と説明。

地域の考え方については、「地域の捉え方は様々だろう。現時点では行政単位まではいかないと思うが、今のところフワツとしている」と言葉を濁した。

## 15年度基金(介護分) 介護施設等整備に634億円、従事者確保に90億円

各都道府県は介護の事業量を2月20日までに厚労省に提出。3月前半にヒアリング

厚生労働省老健局の高齢者支援課と振興課は連名で、「『地域医療介護総合確保基金』を充てて実施する事業について(介護分)」と題した事務連絡を1月16日付で各都道府県に送付した。

2015年度の基金は、新たに、(1)介護施設等の整備事業、(2)介護従事者確保事業、を対象とする。

事務連絡は、15年度基金の介護分724億円について、(1)は公費で634億

円(国423億円、都道府県211億円)、(2)は公費で90億円(国60億円、都道府県30億円)と内訳を示した上で、(1)と(2)に関する各都道府県の事業見込量と事業内容を把握するため、調査票を2月20日までに同省に返送するよう協力を求めている。調査票作成にあたっては「市町村の意見等を十分に踏まえる」よう要請している。

事務連絡は、また、調査結果にもと

づいて、高齢者支援課と振興課が、都道府県に対するヒアリングを3月4、5、9、10日に実施することを明らかにしている。

事務連絡に添付した資料は、「介護施設等の整備」対象事業に、(1)地域密着型サービス施設等の整備への助成、(2)介護施設の開設準備経費等への支援、(3)特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善の3課題をあげ、(3)の中に

「介護療養型医療施設等の老人保健施設等への転換整備について支援を行う」と記した。

「介護従事者の確保」対象事業に関しては、①(求職者の介護分野への)参入促進、②資質の向上、③労働環境・処遇の改善の3点をあげている。③の事業例には「介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援」があげられている。

# セミナー企画の動機 「未曾有の改革にいかに会員病院を支援すべきか」

## 第7弾計10回開催。参加者は1,234人。92%が「役に立った」と回答

西澤 全日病は、昨年5月から「2025年に生き残るための経営セミナー」を開始しました。1月の分を含めると第7弾計10回開催し、参加者は合計1,234人に達しています(開催記録を別掲)。

このセミナーをどうして開催しようと思ったかをお話しする前に、まず、我々が今置かれている状況と、そうした状況に全日病としてどのように立ち向かってきたかを再確認したいと思います。

現在、2025年に向けていろいろな改革が進められています。それは、病床機能報告、地域医療構想、医療事故調査制度、看護師の特定行為研修制度、さらには医療法人制度改革など、かつてない広がり規模をもつダイナミックな改革と言えます。

これに対して、我々は、基本的には、積極的かつ主体的に対応していくべきであると考えています。では、全日病は病院団体としてどういう手を打ってきたのか、そして、今後どういう支援策を会員に提供していくのか。

今までの活動を振り返ってみると、国民に質の高い医療を提供していくことが大切という考えに立って、そのためには各医療機関が質向上と医療安全を確保し続けていくための組織づくりを「病院のあり方に関する報告書」など

で呼びかけるとともに、組織医療を支える、看護師長、事務長を初めとする従事者に対する講習会や病院経営のトップマネジメントなど、幾多にわたる研修活動を毎年やってきました。

「病院のあり方に関する報告書」では、また、将来の日本の医療のあり方とそこにおける病院のあり方を提言してきました。こうした、我々の取り組みは内外に評価されてきたと思っています。その反面、直近の問題にどう対応するかということには、十分触れることがなかったとも思います。

2025年に向けた改革は各病院が単独で立ち向かうのは余りにも難しいテーマです。そこで、会員病院が改革の諸課題をどう受け止め、どう対応すべきかを、厚生労働省担当官の解説と会員病院の事例を踏まえつつ、集団討議できる場を提供すべきではないかということで、この「経営セミナー」を企画した次第です。

そういうことで、「経営セミナー」は、最初から、医療制度だけでなく、診療報酬さらには介護報酬など、病院経営に大きな影響を与える各分野の課題を次々に取り上げる、いわばシリーズとして企画、セミナーごとに3人の副会長に担当していただくようにしました。

### 「地域包括ケア病棟」と「データ提出加算」は追加を開催

神野 2025年で医療の枠組みが大きく変わろうとしています。その動きは、特に今年以降、極めて大きな改革となって表れようとしています。そうした目先の変革を会員病院にどう伝えるかということで、私達は色々な企画を考えました。

全日病には今19の委員会がありますが、各委員会は継続性をもつ事業を歳月かけて推進していくという使命がある中、「経営セミナー」には迅速かつ機動的な動きが期待されます。

「地域包括ケア病棟への移行」(第3弾)は、元々、猪口先生の医療保険・診療報酬委員会で重要な課題となってきましたが、私が企画した「これからどうなるDPC対象病院」(第4弾)は、産業医科大学の松田教授との意見交換から

浮上してきたテーマです。その流れで、「データ提出加算のためのデータ作成(コーディング研修)」(第5弾)もやるべきだろうということになりました。

この「地域包括ケア病棟」と「データ提出加算」は参加希望が大変多かったので追加開催、中でも、地域包括ケア病棟(病床)は2回も追加することになりました。我々としても、今までにない手ごたえを感じたセミナーであったかと思っています。

これからは、急性期だけしかやらないという病院が少なくなってくるという予測のもと、もう少し幅広い視野から、いろいろな医療機能の選択につながる考え方や事例というもの、これからも提供していきたいと思っています。

### 解釈異なる地方厚生局に医療課から通知という副産物

猪口 私は第1弾で「平成26年度診療報酬改定の全体像を考える」を担当し、続いて、今お話のあった地域包括ケア病棟(病床)を担当しました。地域包括ケア病棟(病床)を選ぶ病院は多々あるだろうということで企画したのですが、参加希望が定員100名に300名を超えてしまったため、結局3回になってしまいました。

医療課の担当官からも説明をいただいたため、質疑もかなり活発に展開されました。担当官を前にした質疑なので、疑義解釈にもまだ出ていない部分のはっきりした点もあり、参加者は大変参考になったのではないのでしょうか。

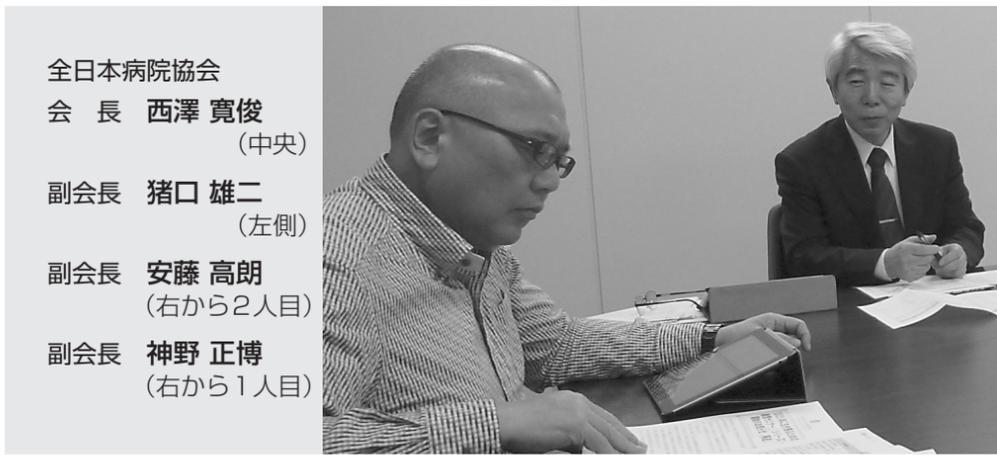
参加者からは地方厚生局によって対応や解釈が異なっている事例が少なからず出ました。それに関しては、委員会から医療課に正式に質問し、その結果、医療課から各地方厚生局に通知が出されるということもあるなど、開催意義は大変大きかったと思います。

参加者からとったアンケートによると、非常に多くの病院が地域包括ケア病棟(病床)への移行を考えていることが分

かりました。これに関しては、その後全会員病院を対象に調査を実施しました。間もなく集計が出ると思います。

ただ、平均在院日数が縮んでいく中で、空いた急性期の病棟や病床を地域包括ケアにもっていく病院が相当数出ると、自院の中で急性期から地域包括に回してリハをやって退院させる病院完結型が増え、地域完結型として地域包括ケアを中心しようと思っている病院にとっては、急性期から受け入れる患者の数が見込みを下回ることにならないかということが危惧されます。

そこら辺は、病床機能報告制度を経て地域医療構想が策定されていく中ではっきりしていくのですが、それぞれの病院が地域の中で、地域の在宅とか施設等との連携を本当に密にしていく。すなわち、かねてから提言してきた地域一般病棟みたいなものを真剣に実現していかないと、中小病院はますます厳しくなるという感じがします。そういうような視点からも、こうしたセミナーを今後も続けていきたいと思っています。



全日本病院協会  
会長 西澤 寛俊 (中央)  
副会長 猪口 雄二 (左側)  
副会長 安藤 高朗 (右から2人目)  
副会長 神野 正博 (右から1人目)

### 「介護療養病床の熱い思いが行政に伝わったのではないか」

安藤 今まで、我々はややもすると急性期や回復期を中心に議論してきましたが、全日病会員の半数近くが慢性期のベッドを持っているということ、そして、実際に会員の皆さんからもぜひ慢性期あるいは介護のセミナーもやってほしいという要望が多かったこともあり、私は「超高齢社会での介護療養病床の重要性」(第6弾)と銘打ったセミナーを企画しました。

介護療養病床は法律上は廃止となっていますが、厚労省の老健局も必要な機能は残していこうとしており、やや複雑な情勢になっています。名称はともかく、実質上は存続されると思います。

そこで、セミナーでは、老人保健課の迫井課長に来ていただき、その辺りのお話をうかがいました。その後、実際に介護療養型医療施設として頑張っている会員病院から事例発表ということで、一つは看取り、もう一つは認知症の身体合併症について、どういう取り組みをしているのか発表していただきました。それを受けて、参加者が8班に分かれてグループディスカッションをしました。

グループディスカッションでは、介護療養型医療施設でどんな医療を行っているのかということ、今後チャレンジをしたいこと、さらには、それを含めて行政に提言をしたいことを論じていただきましたが、非常に活発な意見が出ました。恐らく、介護療養型医

療施設の熱い思いが行政に伝わったのではないかなと思っています。

それで、第7弾ということで、1月22日に「これからの医療療養病床の役割を考える」と題したセミナーを開催しました。

実は、医療療養病床の問題はまだ十分議論されているとは言えません。特に今後、医療法上の経過措置が廃止されると見込まれる25対1をどうするのか、それから、在宅復帰を促していこうということのできた在宅復帰機能強化加算がどう活用されているのかということを含めて、医療課の考えをうかがうとともに、会員病院から医療療養病床の活用事例を示してもらい、それをもとにグループディスカッションを行なっています。

西澤 私の方の関係では、厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室の佐々木室長をお招きして、「医療法等改正案の全体像～新たな財政支援制度への対応、病床機能報告制度とは」(第2弾)を開催しました。

佐々木室長から、医療介護総合確保基金や病床機能報告制度を含む医療介護総合確保推進法の概要を分かりやすくお話していただいたわけですが、検討会で一連の議論に参加してきた私自身も、基金と報告制度に関して会員病院にぜひ留意してほしい点を解説させていただき、参加者からの具体的な疑問にも的確に答えることができたと思っています。

### 6回に厚労省が講師参加。「勉強になった」との声も

西澤 すべてのセミナーで参加者にアンケートをお願いしました。それを見ると、実に92%の方から、セミナーは「役に立った」との評価をいただきました(グラフ参照)。

また、10回のうちの6回に厚労省担当官の参加をいただくことができ、先ほどの猪口先生のお話のように、ある程度、厚労省と意見交換ができるというサブ効果もあったかと思っています。そういう意味からもセミナーは効果的であったと思います。

神野 私の関係では医療課の田村課長補佐と中下主査で、つごう5回も来られました。ご感想をうかがったところ、「現場の意見が聞いて勉強になった」という実直なお答えでした。そういう意味では、これからは遠慮せず若い厚労官僚をお呼びしてもいいかなと思いました。

それと、そのセミナーで使ったQ&A集が参加者から好評だったので、後日不明な点を補筆してホームページで公開したのですが、『月刊/保険診療』から希望があって、転載を認めたという副産物も生まれています。

安藤 慢性期としては、やはり今回の介護報酬改定で非常に大きな影響が避けられませんが、とくに、介護療養病床には新しく5つの機能からなる強化型が創られますから、それにどうきちんと対応していくのかというのが大きな問題になります。

また、地域包括ケアということでは、病院を中心に、老健、特養、通所、訪問と多様な事業を展開している医療法人が多い中、どのように連携して地域のためになっていくかということテーマにセミナーをやってみてはどうかと思っています。

猪口 基金については昨年の経験を踏まえて、2015年度にどう対応すべきかという点があります。とくに、15年度は介護も基金の対象となることもあるし、地域による温度差もだいぶありますから、一回はやるべきではないのでしょうか。それと地域医療ビジョンのこともありますね。もしかしたら、ホールディングカンパニーの問題もあるかもしれませんね。

(5面に続く)

# セミナーは今後も継続。タイムリーなテーマを臨機応変に企画

「地域包括ケアに向け、参加病院は地域の機能分化・連携の中心になる」ことを期待



(4面から続く)

**西澤** 基金については、とくに病院団体からの要望への対応に顕著ですが、都道府県によっていろいろと差がありますから、重要なテーマと言えますね。とくに、地域医療構想を推進する上で基金は非常に重要なツールとなりますから、我々としてもいろいろと情報を集めながら効果的なセミナーを打っていく必要があると思います。

地域医療構想の中で「協議の場」が

設けられますが、ここに病院としてどう関与していくか、都道府県の病院団体の役割が非常に重要になってきます。そういうものもセミナーの重要なテーマになると思います。

ということで、基金、病床機能報告制度、地域医療構想、あるいは「協議の場」など、やるべきテーマは本当にたくさんありますので、ますます、副会長の先生方と一緒に具体化していかなければならないと思っています。

## 地域包括ケア病棟は重要テーマ。医療事故調査GLも企画対象

**神野** 事故調査制度は近々ガイドライン案がまとまろうとしています。非常に病院の関心事ですので、ある程度の流れができた時点で、1回セミナーを実施したほうがいいのではないのでしょうか。

**西澤** それはすぐに計画したいですね。  
**猪口** 地域包括ケア病棟(病床)の届出状況に関してはアンケート調査を実施していますから、その集計をまっ、また、セミナーを打つ必要があるのではないのでしょうか。

**西澤** 分かりました。調査結果を基に、地域包括ケア病棟(病床)をどう考えるか、また、実際にどうやっているかということを全日病としてきちんと示していく責任があると思います。恐らく、会員病院の3分の1以上が関係してくるのではないのでしょうか。そういう病院を中心に、研修をやるだけではなく、具体的な声を聞きながら、この病棟を今後きちっとしたもの育てていくという立場から、セミナーを企画できればと思います。

それ以外のテーマについても、理事等の役員や委員会からも希望をうかがいながら、新しい課題を含め、臨機応変に企画していきましょう。

**安藤** 例えば病床機能の組み合わせとか、地域で成功している病院の話も非常に参考になると思います。そういう

成功事例のセミナーもあっていいですね。

**西澤** 確かに、このセミナーは双方向だと思います。我々が一方的に情報を提供するというのではなく、参加した各病院が様々な事例をもちよりながら考えていただく、その中から新しい試みが出てきたら、それをまたフィードバックしていただくという、そういう展開になっていくと会員病院にも非常に参考になるのではないかと思います。

さらに言えば、そこから、全日病が今後何をしなければならないかということも見えてくるのかなと思います。そういう意味からは、同じテーマを様々な角度から深めていくシリーズ物もありかなと思いますね。

いろいろな改革が同時進行しています。この改革の全体像を示すというのは1回や2回では無理でしょうが、どういうテーマをどう企画すれば、病院のトップだけでなく、医師や事務長を初めとする現場の皆さんに喜んでいただけるのか、私もそれなりに期待感をもって今後に臨んでいきたいと思っています。ぜひ我々正副会長が中心になって、役員の方々の協力を得ながら、この「2025年に生き残るための経営セミナー」を継続、かつ、成功させていきましょう。

## 改革内容を認識していない病院が多い。参加病院に啓発を期待

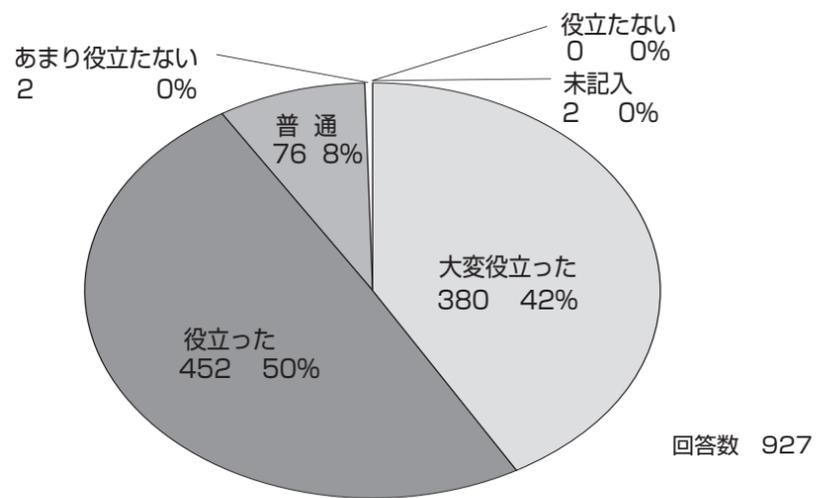
**猪口** 先日久しぶりに地元の医師会の病院部会に顔を出したのですが、驚いたのは、例えば地域医療ビジョン1つとっても、具体的な内容があまり知られていないんです。そこで、私なりに説明していくうちに、では部会でちゃんと説明をしろということになって、仕事が増えてしまいました。(笑)しかし、これはまずいと思いましたね。  
**神野** 地域の医師会の病院関係の皆さんは、診療報酬に関しては詳しいけれど、意外に、医療制度のことはご存知ないですね。

**安藤** 私の地元医師会の病院部会も同じで、八王子市内だけでも4病院が地域包括ケア病棟を届け出ていますが、地域包括ケア病棟が創設されたことがまだ十分に浸透していないようです。

**西澤** 今回の「経営セミナー」に参加してくれた病院は、今後の病院の舵取りに積極的な気持ちを持っている病院だと思うのです。であればこそ、このセミナーで、新たな触発と認識を得てもらって、地域に戻ってから、そういう情勢認識やいい意味の危機感、あるいは全国でがんばっている病院の創意工夫というものを伝達してくれるといいですね。

言い方を変えますと、これからの地域包括ケアの中心となる病院として、地域の中で病々連携や病診連携さらには介護との連携の中心となって、地域における真の機能分化・連携の主役になってもらいたいものです。もちろん、全日病として、そういう病院をさらに力強く支援していきたいと思っています。

□「経営セミナー」参加者のアンケート結果



□「2025年に生き残るための経営セミナー」開催記録

開催日	テーマ	プログラムおよび講師等	参加者数
<b>2014年</b>			
第1弾 5月11日	平成26年度診療報酬改定の全体像を考える	●講演「医療制度改革と診療報酬改定」(猪口副会長) ●講演「平成26年度診療報酬改定の全体像」(大倉山記念病院・西本事務長) ●質疑応答 ●総括(猪口副会長)	85人
第2弾 5月18日	医療法等改正案の全体像～新たな財政支援制度への対応、病床機能報告制度とは～	●講演「医療法等改正案の全体像～新たな財政支援制度への対応、病床機能報告制度とは」(厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室・佐々木室長、全日病・西澤会長) ●質疑応答 ●総括(神野副会長)	127人
第3弾 7月9日 8月7日(追加) 8月8日(追加)	地域包括ケア病棟への移行	●講演「地域包括ケア病棟入院料や入院医療管理料に関する疑義解釈について」(厚労省保険局医療課・田村主査) ●事例発表 ①恵寿総合病院・神野理事長 ②仲井芳珠記念病院・仲井理事長 ③大倉山記念病院・西本事務長 ④寿康会病院・戸口医事課長 ●総括(猪口副会長)	145人 152人 150人
第4弾 8月16日	これからどうなるDPC対象病院	●講演「DPC病院のこれからと病床機能報告制度」(産業医科大学医学部・松田教授) ●講演「競争から協調へ～地域に密着するDPC病院事例」(金田病院・金田理事長) ●質疑応答 ●総括(神野副会長)	153人
第5弾 8月13日 10月9日(追加)	データ提出加算のためのデータ作成・コーディング研修	●「データ提出加算の意義と手続き、データ作成等について」(厚労省保険局医療課・中下主査、健康保険医療情報総合研究所・伊藤氏) ●「診療情報管理士によるコーディングの実際」(恵寿総合病院・笹谷医事課長) ●質疑応答 ●総括(神野副会長)	155人 212人
第6弾 10月21日	超高齢社会での介護療養病床の重要性	●講演「超高齢社会を迎える中で介護療養病床をどう位置付けるか」(厚労省老健局・迫井老人保健課長) ●事例発表 ①京都南西病院・清水理事長 ②松谷病院・松谷理事長 ●グループディスカッション ●総括(安藤副会長)	55人
<b>2015年</b>			
第7弾 1月22日	これからの医療療養病床の役割を考える	●講演「医療療養病床について」(厚労省保険局医療課・田村課長補佐) ●事例発表 ①定山溪病院・中川院長 ②光風園病院・木下理事長 ●グループディスカッション ●総括(安藤副会長)	90人

### 「2025年に生き残るための経営セミナー」第8弾 開催のご案内 「地域医療構想(ビジョン)策定に病院はいかに対応するか」

病院の2025年に向けた生き残り戦略を考え、自院病床の今後のあり方を考える機会として、地域医療構想(ビジョン)の仕組みを理解し、検討の一助とするセミナーです。

日 時 ● 3月1日(日) 13:00～16:00  
会 場 ● 全日本病院協会 会議室  
(東京都千代田区猿樂町。JR総武線水道橋駅東口徒歩3分)  
定 員 ● 150人  
参加費 ● 会員8,000円 会員以外15,000円  
締 切 日 ● 2月20日(金)  
\*詳細は全日病ホームページの案内をご参照ください。

主催・申込先 全日本病院協会 事務局 (03) 5283-7441

# 協議の場(地域医療構想調整会議)の運営案が示される

## 地域医療構想策定GL検討会 入院受療率の補正目標案を「現状と著しく変更しないよう調整を加える」と修正

1月29日に開かれた「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、前回(12月25日)に続き、「2025年の医療需要の推計方法」について検討。事務局(厚労省医政局地域医療計画課)は、新たに「医療需要に対応する医療供給(医療提供体制)の確定方法及び策定後の実現に向けた取組」に関する考え方を明らかにし、議論を求めた(同検討会12月25日の記事を別掲)。

「医療需要の推計方法」に関して、事務局は、療養病床の入院受療率に地域差を縮める補正を加えた目標を設定するという前回の案に、「住民や現場が混乱を来すことがないよう、(2025年に向けた在宅医療等整備)関連施策が実現可能な範囲で調整の考え方を示す必要がある」と、修正を加えた。

修正は、入院受療率の補正目標設定に関するA案・B案の「いずれの場合であっても、現状と著しく変更することがないよう調整」というもの。ただし、そうした調整がA案・B案にどう組み込まれるのか、具体的な案までは示されなかった。

そのため、構成員からは、前回と同様に、入院受療率の補正をめぐる質問と意見が相次いだ。

入院受療率の地域差に関して、事務局は都道府県の数値は明らかにしたが、A案・B案の主語である2次医療圏の受療率は示していない。西澤構成員(全日病会長)はこの点を指摘し、「2次医療圏の受療率をみないとA案・B案の比較ができない」と、その提出を求めた。事務局は次回の提出を確約した。

医療需要推計に関して、この日は主に入院受療率をめぐるやりとりで終始したが、遠藤座長(学習院大学経済学部長)は、「データが十分でないために議論が収斂しない」と、議論をさらに継続する必要を認めた。

新しく提起された「医療需要に対応する医療供給(医療提供体制)の確定方法及び策定後の実現に向けた取組」とは、地域医療構想のGLで「地域医療構想の策定プロセス」と「策定後の構想実現に向けた取組」の内容や手順を明確にしようというもの。

「策定プロセス」は、(1)策定を行なう体制等の整備、(2)必要なデータの収集、分析、共有、(3)構想区域の設定、(4)構想区域ごとの医療需要の推計、(5)医療需要に対する医療提供体制の検討、(6)必要病床数の推計、(7)構想区域の確認、(8)将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討、からなる。

その中で、「構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数(病床数の必要量)を推計」する際に、「医療需要に対する供

給数(構想区域内の医療機関が入院医療を行なう患者数)の増減を見込む」必要があるとし、患者の流入推定を“必要病床数”の増減に反映させる必要を説明した。

こうして確定された推定供給数は病床利用率等をもちいて“必要病床数”に換算される。

一方、「策定後の構想実現に向けた取組」では、まず、「協議の場」(地域医療構想調整会議)で構想の達成に必要な話し合いが行なわれることから、同会議の設置・運営案が示された。

その上で、各医療機関における自主的な取組を、(1)将来目指していく医療の検討、(2)他医療機関の機能選択状況と2025年の機能別必要病床数等から地域における自院機能の位置づけの把握、(3)自主的な取組の開始、という3つのSTEPで説明。

(3)の自主的な取組の内容は、①

### 12月25日のGL検討会

## 入院受療率補正目標設定で2案。資源投入量推移の機能区分基準案も

12月25日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」に、事務局は、2025年の医療需要推計方法で、医療資源投入量の各医療機能を区分する基準の考え方(病床の機能別分類の境界点=表を参照)を提案した。

医療需要の推計の考え方については、これまでの議論で、「入院から医療資源投入量が落ちて段階までの患者数を高度急性期及び急性期の患者数とする」、「医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期の患者数とする」こと、その場合に、「高度急性期機能には、救命救急病棟やICU、HCU等に入院するような患者像も参考に、患者数を区分する基準を考える」ことが提案され、概ね確認されてきた。

以上の観点を踏まえ、事務局はこの日、新たに、医療資源投入量のベクトルにおいて、各機能を区分する境となる考え方を提示したわけだ。

一方、慢性期と在宅医療等の需要推計については、「現在は療養病床で入院しているが、2025年には在宅医療等で対応する」という政策的視点から、「(両者を)一体の医療需要ととらえ、そのうち、どの程度の患者を慢性期の病床で対応するか、在宅医療等で対応するかは、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることも踏まえ、医療資源投入量とは別の指標により設定する」という考え方を既に提案している。

これについても、事務局はこの日、「その際、療養病床の入院受療率には地域差があることから、この差を補正していくが、地域の在宅医療や介護施

機能ごとの病棟単位の患者の収斂、それに応じた体制の構築や人員配置の検討、②調整会議の協議で、地域における病床機能の分化・連携に応じた自院の位置づけを確認、③以上の取り組みの次年度病床機能報告へ反映、基金の活用等の検討など、さらなる自院運営の改善と地域における役割の明確化を図る、と整理した。

都道府県が行なう取組も、①病床機能報告により、現状と地域医療構想の医療需要・必要病床数との比較を行なう、②医療機能ごとに個別の医療機関の状況を整理し、各医療機関が転換の検討に資する資料・データを作成する、③必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関間の協議を進め、不足している機能への対策を検討する(早い段階で各区域の2025年までの整備計画を策定することが望ましい)、④2025年まで毎年検証を行ない、

整備計画の変更も含めて地域医療構想の実現を図っていく、と手順化。

さらに、調整会議については、「地域医療構想の策定段階から設置し、(策定に)関与させることが望ましい」とするとともに、「調整会議に参加する関係者は、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とする」と明記した。

地域医療構想の策定プロセスと策定後の取組は初めての提案である上、内容が多いこともあり、引き続き議論となった。

事務局によると、この日提示された文書がGLの概要となる。医療需要(患者数)の推定とそれを病床利用率で割り戻した“必要病床数”の具体的な数はGLに盛り込まれず、都道府県が算出する数を積にあげた結果が全国の需要と供給の推定値となるという。

事務局は2月に2回の会合を予定、2月内に報告のとりまとめを見込んでいる。

設等の整備の見込みなどを踏まえて、地域が一定幅の中で補正する目標を設定してはどうかとして、「(療養病床)入院受療率の補正目標の設定案」を2つ示した(図を参照)。

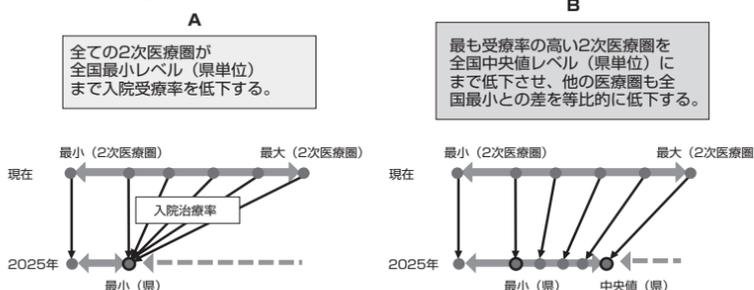
A案によると、全国344の2次医療圏に、全国最小県にまで入院受療率を劇的に低下させる補正目標が与えられる。これに対して、B案は各県でもっとも高い医療圏の入院受療率を都道府県の中央値まで低下させ、それと等比的に他の医療圏は都道府県の最小値に向けて入院受療率を低下させるというもので、明らかにB案の方が激変の回

避となる。

「境界点」をめぐる議論で、社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」に付設された「医療・介護情報の分析・検討WG」で医療需要推計方法を検討している松田構成員(産業医科大学医学部教授)は、「C1は診療報酬で1日3,000点、C2は1,000~500点」とする見解を表わした。

「病床の機能別分類の境界点」と「入院受療率の補正目標の設定案」はまだ漠としたものであるため、この日は十分掘り下げるにはいたらなかった。

### □入院受療率の補正目標の設定案



### □病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

	基本的考え方	患者像の例
高度急性期と急性期の境界点(C1)	対象が重症者に限られ、充実した人員配置等が要件となっているハイケアユニット等を退室する段階の医療資源投入量	人工呼吸器は離脱したが、抗菌薬治療等の標準治療が必要。画像や血液検査等による評価も継続して実施する必要がある状態。
急性期と回復期の境界点(C2)	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	抗菌薬治療等の標準治療は終了したが、経口摂取不十分や術後の体液排出のため、輸液管理や術後のドレーン管理は継続している状態。 (急性期の医療需要の考え方) 医療資源投入量が落ちていても、状態の安定化に向けて急性期としての医療が必要な患者もいることから、そうした患者をどのように見込むか。
回復期と慢性期・在宅医療等の境界点(C3)	療養病床または在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	輸液管理や術後のドレーン管理が不要となり、定期薬以外の治療は終了。 (調整期間の医療需要の考え方) 境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要をどのように見込むか。

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株)全日病福祉センター** TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

平成26年度個人情報保護に関するアンケート調査の中間報告

# 個人情報流出事件や立入検査の影響か。個人情報保護対応の風向き変わる

## 個人情報管理体制強化の傾向が顕著。調査の回答に大きな変化が

個人情報保護担当委員会委員 森山 洋

全日病では平成18年より認定個人情報保護法保護団体としての活動の一環として、毎年会員施設における取組みについてアンケート調査を実施してい

る。平成26年度も全会員施設を対象に7月～9月にかけて実施した。11月に単純集計を元にした中間報告がなされたので、傾向等について報告する。

でも加入施設数が初めて25%を超えた。電子カルテにスマートフォンの利用など、ICT技術の進展が、漏えいリスクに対する組織防衛の必要性をより現実的に受け止めさせているのかもしれない。

「院内研修の実施状況」では、「職員への周知徹底、意識向上の為に研修内容で工夫している点」で、「グループワーク」が減る一方、「DVD/ビデオの視聴」と「アンケートの実施」が共に増加、23.9%の施設で実施されるようになった。

自由記入欄には報道の実例紹介や、年に一度全職員に理解度テストを行っているという例も複数あった。各施設で研修内容を工夫していることが窺えた。

「外部の研修会への参加」では、参加者が個人情報保護担当者という施設が60%を超える一方、院長、事務長の参加が継続的に減少してその他職員の参加が32%に達し、現場レベルの参加者

が増加している傾向が読み取れる。

「診療情報の開示」に関しては、「開示請求があった」が75.6%と、平成18年の50.1%からみると大きく増加、もはや一般化したことがわかる。

開示請求者は、本人(65.4%)に対して、本人以外の警察(前年比2.8%増)、裁判所(前年比5.9%増)、弁護士(前年比7.4%増)、が増加傾向にある。件数推移の設問に対しても、29.2%の施設が増えたと回答している。開示に関わる費用請求もバラつきが少なくなり、落ち着いてきている印象である。

「当協会の個人情報保護法への取り組み」に対する回答をみると、「研修会開催の認知」が初めて70%を超えるなど、当委員会が積み重ねてきた活動が浸透していることが伺える。「認定個人情報保護団体であることの認知」が65%を超えたことはうれしい限りである。

### 回答数等

平成26年度は会員2,409病院に対して回答数が716病院(前年度678)、回答率は29.4%(前年度27.8%)であった。9年連続して提出頂いた病院は58(8.1%)であった。

昨年度と同様に、配布方法は、①データ送信によるPDFファイル送信、②郵送、③FAXを併用した。回答数と回答合計に占める割合は、①データ送信267件(37.3%)、②メール添付318件(44.4%)、③ファックス123件(17.2%)、④郵送8件(1.1%)、であった。

### 回答に見る今年度の特徴

今年はベネッセの個人情報大量流出事件の影響で、医療法に基づく保健所の立入検査時に個人情報保護管理体制の確認が重点項目になった都道府県もあり、あらためて自院の管理体制を見直した施設もあったようで、いくつか、特徴的な変化が見て取れた。

例えば、例年回答にほとんど変化がなかった「監査責任者の職種と役職」の設問では、これまで40%弱の回答があった「特に定めていない」が3.6%に激減。職種別には、これまで20%程度であった「医師」が49%に、同じく20%強であった「事務職」が36.7%に増加し

た。このような大きな変化は調査開始以来初めてで、立入検査等の影響があったと推察している(表参照)。

また、「(個人情報保護に関する)苦情があった施設」が増えたわけではないが、「個人情報保護対応に関する金銭的な補償(苦情等があった場合)」を行ったという回答が、例年0件もしくは1件程度であったところ、今年度は5件(8.3%)に増えている。これもアンケート開始以来初めてである。各施設における個人情報保護対応が重要になっていることを表す結果といえよう。

徐々に増加傾向であった「個人情報保護保険に加入」が初めて20%を超えた。保険加入の有無を単独にたずねた設問

### まとめ

全体傾向として、個人情報保護法に関わる社会の環境変化にともない、各施設での管理体制も順調に、かつ現実的に整備されてきていることがわかる。

その一方、各施設で、依然として日々の対応に現場レベルの悩みがある現状も自由記述等から浮かび上がる。

認定個人情報保護団体として全日病事務局が受ける相談件数も増加傾向にあり、個人情報保護管理者養成研修会も今年はキャンセル待ちが出る回もあ

った。私個人は、今年はベネッセの事件のことやソーシャルネットワークサービスの浸透等もあり、個人情報保護に関わる風向きが少し変わったように感じている。

個人情報保護法施行より10年を迎える平成27年度を前に、全日病のHPに掲載される今年度のアンケート結果を参考に、自院の個人情報保護管理体制を今一度見直す機会として欲しい。

### 全体傾向の考察

「個人情報保護法への組織的対応・準備」に関しては、全体の傾向として、規定整備のうち、「情報システムに関する保護規定」の整備率が経年的に増加傾向であったが、昨年初めて60%を超え、今年も61.7%となった。

同様に、「情報開示の規定整備」も昨年に続いて80%を超えたが、9年連続提出施設における整備率は94.8%にも達している。環境変化にともない、規定整備が現実に進んできていることが示唆される。

「個人情報保護法施行に際して実施した事項」に大きな変化はなかったが、

徐々に増加傾向であった「個人情報保護保険に加入」が初めて20%を超えた。保険加入の有無を単独にたずねた設問

表 個人情報保護規定に定める監査責任者の職種と役職

監査責任者	全 体										
	H26年 (n=716)		H25年 (n=678)		H24年 (n=994)		H23年 (n=1203)		H22年 (n=1113)		
	回答数(件)	構成割合(件)	回答数(件)	構成割合(件)	回答数(件)	構成割合(件)	回答数(件)	構成割合(件)	回答数(件)	構成割合(件)	
職 種	①医師	351	49.0	143	21.1	201	20.2	276	22.9	244	21.9
	②看護師	12	1.7	19	2.8	30	3.0	36	3.0	37	3.3
	③診療技術部門	3	0.4	8	1.2	9	0.9	12	1.0	12	1.1
	④事務職	263	36.7	154	22.7	231	23.2	245	20.4	275	24.7
	⑤情報システム担当者	16	2.2	15	2.2	14	1.4	21	1.7	16	1.4
	⑥診療情報管理担当者	14	2.0	19	2.8	31	3.1	32	2.7	22	2.0
	⑦その他	24	3.4	40	5.9	39	3.9	85	7.1	53	4.8
	⑧特に定めていない	26	3.6	269	39.7	410	41.2	464	38.6	429	38.5
未回答	7	1.0	11	1.6	39	2.9	7	2.7	25	2.2	

## 四病協賀詞交歓会 西澤会長が介護報酬のマイナス改定率を批判



「平成27年四病院団体協議会賀詞交歓会(新年の集い)」が1月15日に、東京のホテルオークラ東京で開催され、国会議員86人(代理を含む)、厚労省等省庁39人など、729人が参加した。

四病協の担当団体として挨拶した全日病の西澤寛俊会長は、「社会保障が充実しなければ国民も幸福になれない。我々はその基盤を護っていきたい。そういう意味からは、我々病院団体も、

2025年に向けた改革には積極的に取り組んでいきたいと考えている」と、四病協が一体改革を議論していく上での視点を明らかにした。

だが、一転して、1月11日の閣僚折衝で決まった2015年度介護報酬の改定率に言及、「そうであるならば、今回の改定率は一体なんなのか。これでは(医療と介護の市場拡大に支えられる)経済成長は期待できない」とマイナス

改定を強く批判。

「このことは、四病協の各会長からも必ず触れてほしいと言われている」と述べ、介護報酬改定率に対する不満は四病協の総意であることを強調した。

一方、塩崎恭久厚生労働大臣は、「初めて医療のビジョンをつくることになった」など、祝辞の大半を地域医療構想と医療提供体制改革の意義に費やし、介護報酬改定へは言及することなく祝辞を終えた。

## 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。

- 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)

## 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。

- 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)

## 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 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

# 療養病床に期待される機能を熱く語る

全日病「経営セミナー」第7弾 「医療区分2以上が80%未満」の20対1病棟創設や20対1以上の評価を求める声も



全日病の「2025年に生き残るための経営セミナー」の第7弾が、「これからの医療療養病床の役割を考える」と題して、1月22日に本部会議室で開催され、90人が参加した。セミナーの参加者は異口同音に医療療養病床の役割がますます重要となっていることを指摘、その機能をさらに充実させるために取り組むべき課題を相互に確認した。

開会の挨拶で、西澤会長は「医療必要度の高い慢性疾患や認知症の高齢者はこれからますます増えていく。私は、今後も医療療養病床が担っている機能は必要になる」との認識を披露。

その上で、「療養病床25対1の医療法上の経過措置が2018年3月末で終了する」と指摘。療養病床をめぐる情勢の中で、25対1廃止にどう対応していくかが焦眉の課題となっていることを明らかにした。

基調講演として、厚労省保険局医療課の田村課長補佐は、療養病床再編以

降の診療報酬改定を概括、「療養病棟と障害者病棟、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」が次期改定で大きなテーマとなることを示唆した。

事例発表を行なった定山溪病院の中川翼院長と光風園病院の木下毅理事長は、それぞれに、自院療養病棟の現状と今後に向けた課題を明らかにした上で、ともに、20対1病棟の入院基本料の施設基準に「医療区分2以上が80%未満」を新設することを提案した。

10班に分かれたグループディスカ

ッションで、参加者は、医療療養病床として提供してきた医療の具体的な実践例を相互に紹介するとともに、今後に向けた、機能をさらに充実していく取り組みについて言意見交換した。

参加者は、ますます増加をたどる重度な長期療養患者を引き続き受け入れる中で、可能な限り在宅に戻すという役割が期待されていることを確認した上で、そうした医療療養病床に対する診療報酬等の力強い支援を求めたいと口々に語った。

グループディスカッションについて総括報告した安藤副会長は、「療養病床に期待される機能は、①療養病床として可能なポストアキュート、②療養病床として可能なサブアキュート、③難病を含む重度な長期療養患者の受け

入れ、④きちんとしたリハビリテーション、⑤ターミナルケアを含めた緩和ケア、⑥レスパイト機能を含む在宅支援、⑦認知症患者への対応、に整理できる」と参加者の声を整理。

その上で、「これらの機能を果たしていくためには、(1)20対1以上を評価するなど成果・実績を反映した診療報酬、(2)キャリアアップシステムなど人材確保ができる仕組みの導入、(3)全国一律ではなく地域や各療養病床の実情を反映した基準の設定などを国に訴えていく必要がある、とまとめた。

## 新型法人一般社団法人として認可。参加法人に基準病床制度の特例も

医療法人の事業展開等に関する検討会 厚労省が最終案。医療法人制度見直し等とともに通常国会で医療法を改正

1月30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)は新型法人制度の最終案を提示、次回(2月12日)にとりまとめたいと、議論を促した。

新型法人の最終案について、事務局は「政府および内閣法制局との協議を経て新型法人の骨格が固まった」と説明。内閣法制局の意見を受け入れ、名称案を「地域連携推進医療法人」から「地域医療連携推進法人」(仮称)に変えて、医療法に書き込む方針を表明した。

「地域医療連携推進法人」の法人格は一般社団法人となる。

これについて事務局は、「我々としては医療法人の1類型に位置づける考えであったが、新型法人の主たる業務は参加法人の統一的事業実施方針の決定で、必ずしも医療施設の運営ではない。地域医療連携の推進を旨とするのであれば、医療法人でなくてもいいのではないかと指摘をいただいた」と、法人格を変更した経緯を明らかにした。

その上で、「認可基準の中で医療法人の要件規定が援用される」と述べ、

一般社団法人を医療法に位置づける特異な措置となることに理解を求めた。

新型法人にかかわる医療法改正案には、(1)法人も一般の医療法人社団の社員になることができることの明確化、(2)参加法人における病院間の病床再編に基準病床数の特例を認める措置、も含まれている。

事務局は、新型法人制度とともに、(1)透明性確保とガバナンス強化を目的とする医療法人制度の見直し、(2)医療法人分割における適格分割の規定、(3)社会医療法人認定取り消し時の収益業務継続特例を併せて措置する医療法改正案を通常国会に提出する方針を表明。いずれも次回に合意をとりつけたいとした。

医療法人制度の見直しは、医療法人に対する、①MS法人との関係適正化など法令遵守体制の確立、②理事長・理事の忠実義務・損害賠償責任等の明確化、そして、一定規模以上の医療法人に対する、③医療法人会計基準の適用、④外部監査と計算書類公告の義務づけ、からなる。

の対象を当該地域の病院等に限る。

・統一的な事業実施方針の決定を新型法人の主な業務とする。

・基準病床制度の特例として、機能分化・連携を推進する上で参加法人の病床再編が有効な場合、当該病院等間の病床の融通を認める。

・新型法人による資金貸付、債務保証、出資を一定範囲で認めるが、租税回避となるような贈与は認めない。

・新型法人は、その設立趣旨の達成に必要な関連事業を行なう株式会社に対して、一定割合以上とすることを条件に出資できる。

・一般社団法人等への出資は、贈与とならない、基金への出資を認める。

・新型法人自身による病院等の経営は、新型法人の業務に支障のない範囲として知事が認可した場合に限り認める。

・社員は各一個の議決権を有するが、定款で別段の定めをすることができる。

・参加法人の予算等重要事項に対する

新型法人の関与の仕方として、意見聴取・指導を行なう一定関与と協議・承認を行なう強い関与のどちらにするかを、事項ごとに選択できる。

・一般の医療法人社団について、法人も社員になることができることを明確化する。ただし、営利法人は社員にならない。

・新型法人からの脱退については、貸付金の清算を条件として、任意に可能とする。新型法人の定款等で脱退手続を定めた場合でも、やむを得ない理由がある場合には、いつでも脱退可能とする。

・新型法人の理事長はすべて都道府県知事の認可を経る。

・新型法人における剰余金の配当は禁止する。新型法人の役員および社員に営利法人の役員を就任させない。

・新型法人には公認会計士等による外部監査の実施やホームページ等による財務諸表の公告を義務付ける。

■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
2015年度介護報酬改定説明会(400名)	2月24日(火) (東京都内 ベルサール九段)	5,000円 (7,000円)	参加費には15年度介護報酬改定の資料が含まれます。
平成26年度「医療の質評価・公表等推進事業」事業報告会	3月20日(金) 13:00~17:00 (全日病の会議室)	無料 (3,000円)	・「医療の質評価・公表等推進事業」参加病院の改善事例発表を中心とした事業報告会を実施します。 ・全日病会員病院、当事業及びMEDITARGET参加の非会員病院は無料で参加できます。
平成26年度第2回「院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会」(大阪会場)(120名)	3月21日(土) ~22日(日) (CIVI北梅田 研修センター)	25,000円 (30,000円)	・本研修は各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を、演習で習得することを目的とします。 ・本研修は全日病と医法協の共催で実施した「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。

「地域医療連携推進法人」(仮称)の骨子  
\*前回からの変更点を中心に整理。前回までの新型法人制度のポイントは12月1月号を参照

- ・都道府県知事は、一般社団法人のうち、一定の基準に適合するものを新型法人として認定する。
- ・医療法人等を社員とする社団型を基本とする。
- ・事業地域範囲内における病院、診療所、老健施設を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とす

- ることを必須とする。地域包括ケアの推進に資する事業のみを行なう非営利法人も参加法人とすることができる。
- ・営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。
- ・事業地域範囲を越えて病院等を開設している法人も、当該法人を参加法人とした上で、統一的な事業実施方針等

一般社団法人 全日病厚生会の

## 全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援!  
約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

**1 約500,000の福利厚生優待**  
**2 年間400%を超える利用率!**

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション **検索**

※ サービスは2015年4月から開始しますが入会申し込みは随時受け付けています。

### 福利厚生サービス導入のメリット!!

職員の 定着率向上	採用活動 強化	損金算入 可能	育児・介護 支援制度
--------------	------------	------------	---------------

#### 福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金	人数を問わず無料		
月会費	1~ 10名	4,500円/社	300円/名
	11~ 100名	400円/名	
	101~1,000名	390円/名	
	1,001~	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒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