



# 全日病 NEWS 3/1

## 21世紀の医療を考える全日病 2015

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.842 2015/3/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 検討すべき点や今後の作業課題を残す新型法人

【社保審医療部会】 疑問と反対の声も。部会は「了承」なく議論を打ち止め。厚労省は法案作業へ

厚生労働省は2月18日に社保審の医療部会を開き、「医療法人の事業展開等に関する検討会」がとりまとめた新型法人(地域医療連携推進法人=仮称)制度の創設と医療法人制度の見直しに関する検討結果を示すとともに、3月下旬までに通常国会に医療法一部改正法案を提出する旨を報告した。

新型法人に対しては、多くの委員から疑問が相次いだほか、一部内容に異論を唱える声もあがった。一方、事務局(厚労省医政局総務課)も、総務省や文科省との協議や政府内部での細部検討など、作業課題が多々積み残されていることを明らかにした。

しかし、議論半ばで、座長は「事務局は本日の意見を今後の検討に生かしてほしい」と締めくくり、別の報告へと移った。

事務局は「この件で再度開催することはない」とし、医療部会は医療法改正案を了承したとの認識を示した。(4・5面に地域医療構想関係の記事、5面に医療部会資料から特定行為研修制度省令案と病床機能報告速報第2弾を掲載)

### 新型法人 自治体病院と大学法人が参加できる道筋を関係省と協議

事務局は、医療部会に、医療法人関連の報告と併せて、(1)新型法人制度創設にともなう参加法人間の病床再編にかかわる基準病床制度の特例案を提示した。

新型法人の参加法人には「病床過剰地域であっても、病院間における病床の融通を認める基準病床数の特例」を検討する、というものだ。

また、(2)地域医療構想策定ガイドラインの検討状況、(3)地域医療介護総合確保基金の執行状況、(4)医療事故調査制度施行にかかわる省令・通知の議論状況、(5)医療機関の勤務環境改善に向けた体制整備の施行状況と、医療介護総合確保推進法に規定された事項の現時点での進捗状況を一括して報告。

さらに、(6)看護師による特定行為の研修制度については省令案を、(7)臨床

研究中核病院に関しては承認要件の案を提示、それぞれの質疑に応じた。

事務局による、医療介護総合確保推進法施行および新たな医療法改正事項に関する説明と資料から、以下の点が明らかとなった(医療法改正事項の概要は本紙2月15日号既報)。

- ①新型法人内の病院間の病床融通を可能とする基準病床制度の特例は、当該病床の合計数が増えないことが前提となる。
- ②新型法人による共同購入等事業と独禁法との関係は政府部内で今後検討する。
- ③自治体病院の新型法人への参加には一定の障壁があるため、総務省との間で、それが可能となるような法的措置を検討することになる。
- ④厚労省としては大学法人の新型法人への参加を想定している。文科省におい

て大学病院の別法人化を検討するとしているが、それも関連した課題に入る。

⑤医療法人における会計基準適用、外部監査、計算書類公告の義務化は負債額が100億円以上を想定しているが、具体的にはこれから検討する。

⑥2014年10月に施行された、医療機関における医療勤務環境改善を相談等支援する支援センターは、すでに14都府県で設置済である(15年2月6日現在)。

その内訳は、直営が5県、一部委託が1都、委託が8府県(県医師会へ委託が3県、県病院協会へ委託が3県、私立病院協会へ委託が2府)で、14年度中に24都府県で設置予定となっている。

⑦14年度計画における基金の執行状況は、確実に不足する場合に限定したため、病床の機能分化・連携に関する事業への配分は全体の約20%にとどま

るが、15年度は地域医療構想の達成に向け、同事業へ重点配分したい。

公民への配分比率は、公的病院・自治体立などに24.6%、民間病院・医師会などに71.4%、その他が4.0%。基金の造成は、12月に25県、1月に16県、2月に1県で、2月18日現在5県が未造成である。

基金に関して、西澤委員(全日病会長)は、「14年度の都道府県事業計画に各地の病院は対応できなかったため、15年度は十分な周知を厚労省に要望した。しかし、すでに動き出している15年度分についても全国の病院に周知が徹底されていない。中には、病院の相談等を門前払いしている県もある。病院団体が介在することも検討するが、十分周知できる措置をとってほしい」と発言し、善処を求めた。

### 新型法人「病床規制の特例」に反対の声も

異例の2年続く医療法改正となる新型法人制度の創設と医療法人制度の見直しに対しては、多くの委員から多彩な疑問や意見が示された。

中川委員(日医副会長)は、新型法人制度案の一部修正の提案を行なう一方、病床規制の特例に対して、「これは地域医療構想調整会議マターではないか。直ちに了解とはいかない」と事実上否定。邊見委員(全国自治体病院協議会会長)も特例案に反対を表明した。

これに対して、土生総務課長は、「特

例は地域医療構想と整合性を保つ機能転換に有効な措置である。構想と整合性をもたないものは都道府県知事が認めないだろう。では、どういうケースが該当するかは、本日の議論を踏まえて、さらに検討したい」と、今後の議論の余地を残す口ぶりで答弁した。

しかし、永井座長(自治医科大学学長)は、「事務局は本日の意見を踏まえ、さらに、検討を加えてほしい」と議論を引き取り、次の議論へと移った。



## 経済財政諮問会議 「保険料上昇は賃上効果を相殺する」と医療費削減を求める

2月12日の経済財政諮問会議は「中期の経済財政の展望と財政健全化」をテーマに議論した。

同日の閣議では「2015年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」が決定され、20年度の基礎的財政収支(PB)黒字化に向けて、経済再生と財政健全化の具体的な計画を2015年の夏まで

に策定することが決まった。

これを踏まえ、諮問会議には「中期の経済財政に関する試算」が示され、20年度のPBは、経済成長による税収増によって、昨年夏試算の対GDP比-1.8%から-1.6%程度に改善されるといふ予測が示された。

この試算で、社会保障関係費に関し

ては、15年度の31.5兆円から20年度には37.2兆円に、約5.7兆円増えると想定された。

この日の諮問会議で、民間議員は「PB対GDP比を2020年度までの5年間で2015年度比3.3%程度改善する」ことを提言、歳出改革に強く取り組むことを政府に求めるとともに、「医療費全

体の適正化・抑制は待ったなしの重要政策課題」と論じた。

民間議員の主な視点は、賃上効果を相殺させる健保の保険料引き上げの回避である。

ある民間議員は、「賃上げを一生懸命しているのに、保険料が増えると実質賃下げになってしまう。社会保障の削減と医療費のカットをしていくことが、賃金を上げていくためにも重要である」と、率直な心情を吐露した。

### 清話抄

最近、医療情報の取り扱いに関して、ビッグデータ等と個人情報保護の関係を含めて議論が進んできている。昨年公布の医療介護総合確保推進法、それらに伴う基金、医療法改正、地域包括ケアシステムの構築等、医療界、特に病院団体にとって喫緊の課題が山積の

状況である。このような中、医療機関側の準備が着々と進んでいるかという点、準備不足の感が否めないのは私だけであろうか。

病院にはデータは山ほどあるが、そのデータを意味あるものにした情報は少なく、それら指標を測定・モニタリングしている病院はさらに少ない。DPCデータやNDBの活用を意図している国に対し、今後、院内情報のデジタル化を含めたデータウェアハウスの構築は

必須である。

それにはITの導入が必要であるが、これらはあくまで道具であり、どのように使うか、どのような解析ソフトにするか、どのようにゴミを入れないようにするかが重要である。

一方で、データセンタという、多職種協働で院内コミュニケーション良く情報を収集・管理・フィードバックする体制が必要である。その際、法的には医療安全、医薬品安全等に要求されていた

管理者の他、今後、医事、経理、診療情報管理士を超えた専用のデータ管理者が必須になるのではないかと考えている。

もちろん、医療事故報告に関しても、事象事例(分子)のみに焦点を当ててではなく、事故が起きていない事例(分母)にも目を向けて説明責任を果たしていくには、分母を測定すべきデータセンタによる日常的なデータ管理が必要になってくる。(庸)

# 主張

## 介護現場を、やりがいと効率化をもたらす通信端末で再構築してはどうか

高齢化率とは65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合である。今後の少子高齢化に対応するには、分母(総人口)を減らさない、分子(高齢者人口)を増やさない対策が鍵となる。分子を増やさない方法として、元気な高齢者(アクティブシニア)を増やすことが考えられる。すなわち、分子から分母へ移ってもらうのである。

地域包括ケアシステムの目的の一つはそこにある。可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、コミュニティごとにアイデアを捻出することにより、団塊の世

代を含む高齢者を分母に出来る限り居続けてもらうのである。

この際、病院として留意すべきことは、例えば、自立度の高い高齢肺炎患者が入院した場合、肺炎そのものは治癒したが、安静が過ぎてADLが低下した状態、すなわち廃用症候群(生活不活発病)を新たに生んだ状態で退院させないことであろう。

一方の分母、少子化に関しては、特に介護分野における人員不足は顕著となっており、平成27年度介護報酬改定では処遇改善金の交付がアップされると共に、医療介護総合確保基金における介護分では、マンパワ

ーに関するアイデアを広く募集しているところである。

裏返せば、即効性のある解決策が見いだせないのが実情であろう。有効な打開策の一つとして、仕事にやりがいを持たせながら介護職員一人当たりの生産性向上を図ることが考えられる。

どうしたらいいのか。今、若い世代にとってスマホ・タブレットなどの通信機器は日常生活の一部として欠かせないツールとなっている。確かに、SNSを含むネット社会には考慮すべき点も多々あろうが、彼ら、特に若い介護職員に対し、規律の遵

守を前提とした上で、日常業務のツールとして使わせるのである。

医療・介護以外の他業種を経験したことのある、フレキシブルな「頭の若い」彼らの通信機器に対するスキルやアイデアを、新たな「生産力」として業務に入れ込み、応用させるのである。

少子高齢化の時代を乗り切るには、「今どき」の若さを見守る管理者サイドの度量の大きさが求められると同時に、考えもつかなかった業務改善に繋がる絶好のチャンスと言えるのではないだろうか。

(HT)

## 20年先を見据えた保健医療のビジョンを策定

【保健医療2035】 40歳代の懇談会を設置。非公開で自由討議。6月に報告書

塩崎恭久厚生労働大臣は私的諮問機関として「保健医療2035」策定懇談会の設置を決め、2月13日の記者会見で発表した。

「20年後の2035年を見据えた保健医療政策の、骨太のビジョンを打ち出す」ことが目的で、そのビジョンにもとづいて、順次、短期・中長期の政策課題に着手していくとの考えによるものだ。

同懇談会は社会保障政策に精通した30歳代～40歳代の研究者等10人(医師4人を含む)からなり、2月25日に初会合をもった。

構成員には厚労省の40歳代前半の企画官クラス4人が加わり、有識者という立場から外部メンバーと対等の議論を行なうという異例の会合となった。

懇談会には横倉日医会長を含む4人がアドバイザーに就いたが、議論には加わらない。

初会合の挨拶で、塩崎大臣は、1月にダボス会議(世界経済フォーラム年次総会)に出席した際、先進国で最初に「少子高齢化社会」に到達した日本に世界から注目が集まっていることを実感。

「日本のモデルを構築して世界の信頼を得なくてはならない」と考え、それには、「より将来を見据えた長期ビジョンをつくる必要がある」であり、「その将来も現役であるだろう若い世代のアイデアに依拠する」考えにいたったことを明らかにした。

初会合はフリートークに終始。その中で「診療報酬改定といった目先の課題にとらわれない長尺のビジョンが必要」との考えを確認したほか、健康や医療の質を測定かつ評価していく必要、インセンティブを活かした制度・政

策を利用すべき、などの意見が出た。

会合後の記者会見で、事務局(社会保障担当参事官室)は、会合を非公開とした理由を「若い世代だけに大勢の傍聴者の前で発言することに慣れていない」と説明したが、1つの理由に、厚労省職員が自由に発言できる環境を確保する狙いがあるようだ。

10回ほどの会合で議論をかさね、6月末に報告書をまとめる予定だが、報告書は、必ずしも自由な意見の集約に終わるわけではなく、「当面の改革課題や展望も盛り込み」、施策の基礎と

なり得る内容に収斂させるとの考えを事務局は明らかにした。

ただし、「一般の審議会のように事務局が提出する資料が議論をリードするかたちはとらない」とした。

安倍首相は、この夏までに「経済再生と財政健全化の実現を目指した計画」を策定する方針だが、懇談会が集約する医療・健康の長期ビジョンが、政府による財源視点の社会保障改革論に都合よく利用されないかとの懸念も残るところだ。



▲冒頭の挨拶で塩崎厚生労働大臣は「健康医療2035」策定懇談会に寄せる期待を語った。

## 開設許可を指定都市に移譲。ただし、都道府県による条件付与には従う

2月23日の厚生労働関係部局長会議で、厚労省は、政府の「事務・権限の移譲等に関する見直し方針」(2013年12月20日閣議決定)にもとづいて、昨年の通常国会で関連法が成立し、この4月に施行が予定されている、①国から地方公共団体、②都道府県から指定都市への各種事務・権限の委譲のうち、医政局の所管事項を要旨以下のとおり説明した。

いずれも、現在、政省令を整備する作業が進められている。

(1) 二以上の都道府県の区域にわたる医療法人の監督等の権限の移譲

○二以上の都道府県の区域にわたる医療法人の監督等の権限を、主たる事務所の所在地の都道府県知事へ移譲する。○主たる事務所の所在地以外の都道府県知事が、当該医療法人に対して適当な措置をとることが必要と認める場合には、主たる事務所の所在地の都道府県知事に対して、その旨の意見を述べる事ができる。

(2) 医療関係職種の養成施設等の指定権限等の移譲

○看護師、理学療法士、作業療法士等医療関係職種等の、①養成施設の指定、②施設に関する変更の承認・届出、③養成施設指定の取消しに係る事務・権限

を地方厚生局から都道府県に移譲する。(施行は4月1日を予定)

(3) 国開設病院等の開設の承認権限等の移譲

○国の開設する病院等の開設承認・監督の事務を地方厚生局から都道府県等(診療所・助産所は保健所設置市等)に移譲する(構造設備基準・人員配置基準を満たす場合は都道府県知事は許可しななければならない)。

<留意事項>

○主務大臣から厚生労働大臣に対する病院の開設・増床等の事前協議や病院・診療所の専属薬剤師配置義務の例外は、引き続き設ける(国開設病院等の病床は、引き続き、公的医療機関に対する許可の制限や病床数の増加等に対する勧告の対象とはならない)。

○施設人員の増員又は業務停止命令、

施設の使用制限命令等及び管理者の変更命令は、移譲後も引き続き、主務大臣に対する申出に留める。

(4) 病院の開設許可等の権限移譲

○病院の開設許可及びそれに付随する事務(変更許可、休廃止届、開設許可取消等)を指定都市に移譲する。

○移譲に当たっては、閣議決定(2013年12月20日)を踏まえ、次の措置を講じる。

①病院の開設許可及び病床数等の変更指定都市の市長は、許可に際して、開設地の都道府県知事に同意を求めなければならない。

※病床数と病床種別以外の変更は、都道府県知事の同意は不要

※病院の開設・増床等の許可等は、仮に都道府県知事が医療計画の観点から同意をしない場合であっても、指定都市の市長は構造設備・人員配置等に關

する基準を満たす限り、病院の開設・増床等の許可を与えなければならない。ただし、都道府県知事は当該同意をしなかった医療機関に勧告をすることができる。なお、公的医療機関等については、都道府県知事が同意をしなかったときは許可を与えない。

②地域医療構想の達成推進のための条件付き許可

指定都市の市長は、病院の開設・増床等の許可に際し、都道府県知事から地域医療構想の達成推進のために必要な条件を付すよう求めがあったときは、当該条件を付すものとする。医療機関が当該条件に従わない場合、都道府県知事から、勧告、措置命令、公表の求めがあったときは、指定都市の市長はそれぞれに従うものとする。

### 中医協総会 次期改定に向けた議論を開始。第1弾は「在宅医療」

2月18日の中医協総会は、次期改定に向けて、在宅医療について議論した。事務局(厚労省保険局医療課)は、訪問診療、訪問看護とともに「外来応需体制の運用のあり方」を課題にあげた。

宮崎医療課長は、在宅医療の重要な課題の1つに認知症対策をあげた。ま

た、診療報酬上の課題として、「患者の疾患別対応に対する評価が薄いという点が議論の1つになる」との認識を示した。

これまで、フリーアクセスを堅持する立場から、外来専門の保険医療機関は認めていないが、宮崎課長は「これ

は、法令上、明確に規定された要件ではない」とし、「提供範囲内の被保険者の求めに応じて、医学的に必要な場合の往診や、訪問診療に関する相談に必需することなど、客観的な要件を示すことを検討してはどうか」と、検討の方向性を論点で示した。

# 取りまとめできず。最後の会合も意見の不一致を残す

医療事故調査制度 座長に調整を一任。不調の際は再度の会合。合意できなければ両論併記

2月25日の「医療事故調査制度の施行に係る検討会」は、医療事故調査制度の省令・通知案の考え方をまとめた報告を見込んで4時間15分にわたる議論を行なったが、意見一致にいたらず、山本和彦座長(一橋大学大学院教授)に調整を一任した。

山本座長は調整がつかない可能性を想定し、次回に検討会の追加開催を予定、それでも合意に達しないときは「両論併記もやむを得ない」としている。その場合、医療事故調査制度は、医療界の一致をみることなく施行を迎えることになる。

そうした事態を避けるため、事務局(医政局総務課医療安全推進室)だけでなく、日医と四病協の関係者も最後まで調整の努力を続ける意向を表明。この日の検討会で、日医と四病協の構成員は基本的に事務局案を支持し、とりまとめに務めた。

(1) 事故発生に対する医療機関の判断プロセス、(2) 事故発生のセンターへの報告の内容と期限、(3) 事故に関する遺族への説明内容、(4) 院内調査の方法等、(5) 調査結果のセンターへの報告内容、(6) 調査結果の遺族への説明の内容と方法、(7) センターに対する調査の依頼、(8) センターが行なう調査の内容、(9) センター調査の結果の医療機関と遺族への報告、(10) センター調査の結果の取り扱い、(11) 医療事故の定義――。

以上の11点が、医療法に規定された医療事故調査制度の枠組みを、具体的な運用規定に落とし込むために、省令・通知に明記されなければならない論点である。

このうち、(1)～(4)と(7)(8)は、これまでの議論から、概ね合意されている。意見の隔たりが大きいのは、院内調査報告の遺族への交付の可否についてだ。

遺族への説明について、事務局は「口頭または書面(報告書又は説明用資料)もしくはその双方の適切な方法により

行なう。調査の目的・結果について、遺族が納得する形で説明するよう努めなければならない」と提案、報告書を渡すか否かの判断を医療機関に委ねた。

これに対して、「遺族が納得する説明は難しい。理解を得るよう努める」にすべきではとの声があがる一方、「原則報告書を交付し、口頭で説明するとすべきでは」と、報告書の交付を明確に打ち出すことを求める意見が出た。

このやりとり、堺構成員(日病会長)は、日病が実施した医療事故調査制度に関する会員の意識調査結果を引用、「74%の会員が報告書を遺族に渡すことは当然と考えている。制度が定着していけば、この率はさらに高くなるだろう」という認識を示した。

西澤構成員(全日病)会長も「全日病の内部でも報告書の交付は当然という感覚で議論されている」と発言。高宮構成員(日精協常務理事)も「日精協としてこれ(事務局案)でいい」と述べ、主要な病院団体が事務局案を支持した。

しかし、遺族への説明における“納



得」という表現の削除、報告書の交付につながる表現の一切の排除を求める構成員も意見を譲らず、いったん事務局が修正した文案を示したものの、「当初の案の方がベター」とする意見も出るなど、とりまとめの成案を得るにいたらず、議論は膠着した。

あるいは、医療事故の定義に関しては、「当該死亡・死産を予期しなかったもの」「予期しなかった」の解釈で意見が分かれた。

事務局案は、①当該医療の提供前に当該患者等に死亡が予期されていると説明していた場合、②同じく、死亡が予期されているを診療録等に記録していた場合、③当該医療提供の従事者等や医療安全委員会からの聴取で死亡が予期されていたと認められた場合、のいずれにも該当しないケースを「予期しなかった」とみなす、というもの。

これに対して、主に遺族側の構成員から、「①と②は分かるが、③は曖昧で、色々なケースが『予期しなかった』に該当しないと判定されかねない。③は限定的なケースであるという縛りを入れてはどうか」と、異議を申し立てた。

この意見にも、「限定的な条件を付与する必要はない」と反対が出たため、

松原構成員(日医副会長)は、「③を根拠とするのは合理的理由がある場合とする、としてはどうか」と修正提案を行ない、西澤構成員も賛意を示した。この提案に、遺族側よりも医師側の一部構成員が反発。議論は行き詰った。

こうした堂々巡りの議論が続いた結果、意見が一致しない論点は7項目にも達した。

通常の検討会であれば、座長は阿吽の呼吸で取りまとめを宣したり、「座長一任」をとりつける。しかし、医療事故調査制度の難しさを知る山本座長は、「全員が全論点で一致しない限りとりまとめとはしない。多数決は採用しない。権限のない座長に一任されても解決しない」と訴え、構成員に歩み寄りを求めた。

多くの構成員は、「時間がない。次回と言わず、個別のすり合わせで意見調整ができないか」と、とりまとめへの熱意を示した。

しかし、自説に固執する構成員から“小異を捨て大同につく”心気は示されず、検討会は座長まかせの調整となり、不調の場合は再度最後の会合にとりまとめを期待することを確認して散会した。

医療事故調査制度の創設(2015年10月)に向け、我々はどうすべきか

## 再発防止に繋げることが事故調査の目的

具体的運用の検討と周到な準備が重要。医療機関・従事者への情報提供・教育も喫緊の課題



常任理事 公益財団法人東京都医療保健協会理事長・院長 飯田修平

### はじめに

第6次医療法改正で医療事故調査制度が成立し(2014年6月)、全医療機関に“医療に起因する予期しない死亡”事例の院内調査と第三者機関への報告が義務化された。2015年10月に実施される。しかし、医療機関及び医療従事者の対応は十分とは言えない。

重大な医療事故の経験はまれであり、

対応が標準化されていないので、事故発生後の対応が困難である。また、組織防衛(リスクマネジメント)としての、法令遵守、訴訟対策、刑事訴追回避のためヒヤリ・ハット報告収集、事故防止対策委員会設置、賠償責任対策等が主であり、医療安全確保(セーフティマネジメント)の視点は十分ではない。

### 『院内医療事故調査の指針』を出版

筆者等は、医療事故発生時に行うべき院内調査の手法及び報告方法の指針を医療関係者に提示し、院内医療事故調査の標準化を図ることを目的に、厚生労働科学研究費研究事業「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」(主任研究者・飯田)を実施。本研究を基に『院内医療事故調査の指針』(メディカ出版)を2013年に出版した。

本指針は、重大な医療事故経験の少ない医療機関が事故直後から利用でき

るように、いつ、どこで、誰が、何をすべきかを時系列で明確に記載しているため、本指針を参考に、各医療機関は、医療事故調査組織を整備する際に、自院の特性を勘案して、時系列に沿って適切な対応を取ることが可能である。また、病院団体、学会、職能団体、第三者機関、行政などの関連団体においても、本指針を基に、それぞれの立場から、専門家派遣、教育研修実施などの支援策を検討することを期待する。

### 医療事故調査の目的

医療事故調査とは、医療事故の原因究明を目的とする情報収集、原因分析のすべてをいう。すなわち、原因究明による再発防止が目的である。患者・家族の納得や補償も重要であるが、事故調査とは別の枠組みで検討すべきである。

この大前提を堅持しない限り、原因究明・再発防止は困難である。しかし、ほとんどの事故調査検討会で両者の混同があり、議論が迷走する要因となっている。両者は、他分野の事故調査、諸外国における医療事故調査では明確に分離されている。

### 医療事故調査に関する検討の経緯

日本法医学会の異状死ガイドラインと国立病院政策医療課の「リスクマネジメントマニュアル作成指針」によって医師法21条が拡大解釈され、診療関連死

を警察に届け出るべきという風潮が広まったため、医師法21条が医療事故調査に関する検討の中心課題となった。しかし、筆者は、医師法21条の立法の趣旨

に立ち戻れば良いので、改正の議論は必要ないと、一貫して主張し続けてきた。

その中で、厚労省は、原因究明・再発防止を目的に「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を2011年8月に設置した。そして、筆者が一貫して主張してきたように、原因究明・再発防止と過失認定・補償は目的が異なるということで、別の枠組みで検討することになった。

その分科会として「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が設置され、2012年2月から2013年5月にかけて計13回の議論が行なわれた。検討部会は、事故調査と医師法21条は別の問題であるということで合意し、医師法21条と関連させることなく、事故調査のあり方を検討した。

筆者は両検討会の構成員として議論に参加したが、これは一大転換点であった。

### 医療事故調査の意義

医療事故調査においては、事故の発生とその事実経過を把握し、背景にある要因・原因を抽出すること(根本原因分析 RCA: Root cause analysis)が重要である。ついで、根本原因に対する対策を立案し、実施し、その経過や結果を評価する。

合意事項は、『「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について』として、1年半ぶりに再開された親検討会に報告され、承認された(2013年7月)。

本検討会の意義は、医療事故調査に関する第三者機関設立に関して合意がなされ、厚労省が医師法21条に関する解釈を立法の趣旨に戻して明確にしたことにある。

そして、医療事故調査制度の成立を受け、厚生労働科学研究費研究事業「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」(主任研究者・西澤)において院内事故調査の指針の検討が2014年7月に始まり(2015年3月に報告書を提出予定)、並行して「医療事故調査制度の施行に係る検討会」が2014年11月に設置され、施行にかかわる省令・通知事項が検討されてきた。

### おわりに

医療事故調査制度に反対し、できない理由を並べる人がいる。また、目的と異なる、あるいは、根拠ない発言をする人がいる。

法制化され、施行(2015年10月1日)ま

で時間がないので、目的達成のためには、具体的運用の詳細な検討と周到な準備が重要である。また、対応が遅れている医療機関と医療従事者に対する情報提供と教育が喫緊の課題である。

# 将来の医療需要と病床必要量の推計方法で省令案

## 厚労省 地域医療構想策定GL検討会まとめ前に意見募集を開始

厚労省は、医療介護総合確保推進法に規定された措置のうちの2015年4月および同10月施行事項にかかわる省令案をまとめ、2月16日にパブリックコメントに付した。省令事項は、地域医療構想(新医療法=前出推進法による改正後の医療法)、保険者協議会(同「高齢者の医療確保法」、看護師等の届出制度(同「看護師等の人材確保促進法」)の3つ。

このうち、地域医療構想に関しては、

①地域医療構想区域の設定基準、②将来病床数必要量の算定方法、③病床機能報告の公表方法、④地域医療構想達成のための措置、などが医療法施行規則で規定される。

地域医療構想にかかわる省令案の内容は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」で概ね合意されているものだが、検討会のとりまとめ作業と並行した意見募集となった。

レセデータも加えて補正したものを参考に、具体的な点数を規定する予定。

※3 当該段階の患者に行われる診療行為の例を参考に具体的な点数を規定する予定。

○慢性期機能に係る性・年齢階級別の入院受療率は、療養病床入院患者のうち当該区域に住所を有する者から回復期リハビリ入院料の算定患者及び医療区分Ⅰの一定割合の患者を減じた数に、以下の①から②の間で都道府県知事が定める補正率を乗じて得た数に、障害者施設等入院基本料等算定患者のうち当該区域に住所を有する者を加えて得た性・年齢階級別の数を、当該区域の性・年齢階級別人口で除して得た数とする。

①都道府県単位の療養病床入院受療率(※)の全国最小値を当該区域の療養病床入院受療率(※)で除した数

②都道府県単位の療養病床入院受療率(※)の全国最大値を全国中央値(都道府県単位)に低下させる割合を、当該区域の療養病床入院受療率(※)と都道府県単位の療養病床入院受療率(※)の全国最小値の差に乗じて得た数に、都道府県単位の療養病床入院受療率(※)の全国最小値を加えて得た数

※療養病床入院患者のうち、当該都道府県の区域又は当該区域に住所をもつ者から回復期リハビリ入院料算定患者数と医療区分Ⅰの一定割合の患者を減じて得た性・年齢階級別の数を、当該都道府県の区域又は当該区域の性・年

齢階級別人口で除して得た数の合計数(入院受療率)に、性・年齢階級別人口で調整を行なったもの

(5) 地域医療構想達成のための措置

○病院の開設、病床数増加や病床種別変更の許可にあたって付す「省令で定める条件」(新医療法第7条第5項)は、当該区域における既存病床数が地域医療構想に定める将来病床数の必要量に達していない病床の機能区分に係る医療を提供することとする。

○都道府県知事が開設者・管理者に説明を求めることができる「省令で定めるとき」(新医療法第30条の15第4項)は、①協議の場における協議が調わないとき、②都道府県知事から求めがあった病院等が協議の場に参加しないこと等により当該協議を行なうことが困難であると認められるとき、とする。

○都道府県知事が、構想区域における病床機能区分に応じた既存病床数が将来病床数の必要量に達していない医療を提供すること等必要な措置を、開設者・管理者(医療法に定める公的医療機関等に限る)に指示することができる「省令で定めるとき」(新医療法第30条の16第1項)は、①協議の場における協議が調わないとき、②都道府県知事から求めがあった病院等の開設者・管理者が協議の場に参加しないこと等により当該協議が困難であると認められるとき、③協議が調った事項を関係者が履行しないとき、とする。

### 地域医療構想関係の省令案(要旨)

(2) 将来の病床数の必要量の算定方法

○機能区分ごとの将来病床数の必要量は、構想区域ごとに、病床機能区分ごとの医療需要(性・年齢階級別将来推計人口に機能区分ごとの性・年齢階級別入院受療率を乗じて得た数の合計数)を、当該区域と他区域との間で増減を調整した上で、当該病床の機能区分に係る病床稼働率で除したものとす。

○この場合に、

①高度急性期機能の性・年齢階級別の入院受療率は、医療資源投入量(出来高点数)が、救命救急棟やICU、HCUに加え、診療密度が高い治療から一般的な標準治療へ移行する段階に相当する点数(※1)以上の医療を受ける患者のうち、当該区域に住所を有する者の性・年齢階級別の延人数を当該区域の性・年齢階級別人口で除して得た数、

②急性期機能の性・年齢階級別の入院受療率は、医療資源投入量が①の点数

未満で、かつ、急性期の治療が終了し、投入量が一定程度落ち着いた段階に相当する点数(※2)以上の医療を受ける患者のうち、当該区域に住所を有する者の性・年齢階級別の延人数を当該区域の性・年齢階級別人口で除して得た数、

③回復期機能の性・年齢階級別の入院受療率は、投入量が②の点数未満で、かつ、在宅等でも実施できる医療やリハの密度に相当する点数(※3)以上の医療を受ける患者のうち、当該区域に住所を有する者の性・年齢階級別の延人数を当該区域の性・年齢階級別人口で除して得た数、

※1 当該段階の患者に行なわれる診療行為の例を参考に具体的な点数を規定する予定。

※2 DPC入院期間のⅡ・Ⅲにおける全疾患の平均医療資源投入量をⅡ・Ⅲの各患者数で加重平均したものにNDBの

## 「急激な見直しで医療提供体制が崩壊する恐れもある」

### 地域医療構想の策定方法に都道府県が疑問と懸念を表明

全国知事会は地域医療構想策定ガイドライン案に対する意見をまとめ、2月12日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」に提出した。

意見には、将来の医療需要推計方法に対する疑問や構想を推進していった

場合の激変に対する懸念などが表明されるなど、権限を与えられた都道府県の戸惑いが示されている。

都道府県が地域医療構想策定をどうみているかを知るために、以下に、意見の要旨を掲載する。

の入院受療率を全国最小もしくは中央値を目標として取り組むことが提示されているが、その場合、2025年の医療需要の見込みが現状から極端に減少することとなる都道府県も想定され、きわめて困難になるところが生じる。地方の実情に応じた現実的措置や地域性を踏まえた推計を補正する仕組みなどを考慮されたい。

・国は、仮に病床を削減しても、円滑に在宅や介護への移行や活用などが進むような施策を講じるとともにその全体像を分かりやすく示し、地域医療構想の策定により入院患者が追い出されるなどネガティブなイメージを与えないように努めること。

・また、現在、療養病床で対応している患者について、2025年にどのように対応するかについては、在宅医療・介護サービスの充実と合わせて対応でき

るようにすること。

(2) 基準病床数制度との関係の整理

・現在、都道府県が整備可能な病床は基準病床数制度により制限されており、推計された必要病床数を整備することができない地域が存在するため、早急に基準病床数制度と必要病床数の関係を整理するとともに、都道府県が地域の実情や課題に応じて基準病床数を算定できるよう、規制の弾力化を図ること。

(3) 推計方法の詳細の公表及びデータの提供

・DPCデータやNDBデータ等様々なデータを用いて必要病床数を推計しているため、関係者が推計方法や推計結果が持つ意味を理解することが困難である。推計方法の詳細や推計に用いた根拠を公表すること。

3. 協議の場の設置・運営(定量的な基準の必要性)

・今回の推計において各医療機能区分の定義として用いられた出来高換算の点数が現行の報告項目には含まれていないため、いずれの病棟が機能を変更すべきか判断できないことから、早急に、定量的な指標を策定すること。

### 全国知事会「地域医療構想策定ガイドラインに対する意見」(要旨) 2月12日

地域医療構想には次のような課題があると認識しており、地域の医療関係者及び住民の理解を得られる現実的な構想とするために、国は真摯に対応されたい。

1. あるべき将来の医療提供体制について

(1) 病床機能の再編の必要性及び病床機能の明示

・今回の推計方法において、該当する患者が多くの病院・病棟に分散していると考えられる高度急性期機能や、今後、急性期機能からの転換により更な

る拡充が求められる回復期機能について、どのような病棟を想定しているのか明示すること。

2. 地域医療構想の策定について

(1) 医療現場の混乱の回避

・急激な見直しにより、現在の医療提供体制が崩壊するおそれもあることから、将来のあるべき姿が現状と著しく乖離している場合は、医療現場や住民に混乱をきたすことがないように運用できるものとする。

・特に、慢性期の医療需要は療養病床

高血圧 年 有・無 有・無

糖尿病 年 有・無 有・無

高脂血症 年 有・無 有・無

神経疾患 年 有・無 有・無

脳卒中 年 有・無 有・無

循環器疾患 年 有・無 有・無

呼吸器疾患 年 有・無 有・無

消化器疾患 年 有・無 有・無

泌尿器疾患 年 有・無 有・無

婦人科疾患 年 有・無 有・無

骨格疾患 年 有・無 有・無

香煙症 年 有・無 有・無

内分泌疾患 年 有・無 有・無

その他 年 有・無 有・無

## 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

# 「平均稼働率を高度急性・急性・回復各期の病床数で傾斜的に配分」

## 病床必要量推計に用いる機能ごとの病床稼働率。全国部局長会議に提示

厚生労働省は2月23日に全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)を開き、都道府県の医政担当者に2015年度の重要施策を説明した。

冒頭の挨拶で、山本副大臣は「15年度中に介護の人材確保に関する総合施策を打ち立てる」ことを明らかにした。

医政局所管の施策に関しては、土生総務課長が、この4月に施行される地域医療構想の策定、10月に施行される看護師の特定行為研修制度、15年度執行から介護分が加わる地域医療介護総合確保基金、通常国会に提出する医療法改正法案などの概要を解説した。

地域医療構想には2025年の病床必要量が明記される。その推計方法について、同省はすでに、「医療機能ごとに将来の医療需要(1日当たりの入院患者数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻す」案を示している。

この病床稼働率について、この日の資料には、「出来高算定病院の平均病床利用率〇%を基本として、医療機関全体の当日退院患者分を勘案して〇%を加えて病床稼働率とし、高度急性期、

急性期、回復期の病床数で傾斜的に配分」と記述された。

この病床稼働率に関して、2月12日の地域医療構想策定GL検討会で、厚労省は「回復期を90%と設定し、それをもとに急性期と高度急性期に割りつけると、高度急性期は75%、急性期は78%となる」案を提示したが、どういう根拠でそれぞれの病床稼働率が導かれるかまでは説明していない。

資料に記された「(各機能区分の)病床数で傾斜的に配分」という記述を踏まえると、「病床数」とは2025年の「あるべき病床数」であり、したがって、きわめて政策的な病床稼働率の設定とみることができる。

その地域医療構想は、これまで医療計画という病床規制策で終わっていた都道府県にとって、機能別に効率的な病床配置を可能とする有効なツールとなり得る。

土生課長は「国保運営の中心となることも含め、都道府県の役割はますます重要となる」と述べ、各都道府県の担当者に、新たに手に入れる権限と責任に対する自覚を促した。

基金に関して、土生課長は、どういう計画で提供体制改革や人材確保等を進めて行くか「2025年までの工程表を作成してほしい」と要請。その上で、「15年度の基金は、病床機能分化・連携を推進するための基盤整備事業に重点化していく」考えを明らかにした。



病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況(速報値=第2報) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 2月12日

|  | 高度急性期   | 急性期     | 回復期     | 慢性期     | 計         |
|--|---------|---------|---------|---------|-----------|
| 2014年7月1日の医療機能別病床数(許可病床) 集計対象中、未選択の病床が9,774床ある |         |         |         |         |           |
| 一般病床   | 176,078 | 531,039 | 55,626  | 77,709  | 840,452   |
| 療養病床   | 115     | 2,039   | 46,867  | 240,147 | 289,168   |
| 合計   | 176,193 | 533,078 | 102,493 | 317,856 | 1,129,620 |
| 構成比  | 15.6%   | 47.2%   | 9.1%    | 28.1%   | 100.0%    |
| 6年が経過した日における医療機能予定別の病床数(同) *報告のあった病床のみを記載      |         |         |         |         |           |
| 一般病床   | 184,154 | 503,698 | 77,397  | 78,529  | 843,778   |
| 療養病床   | 97      | 3,298   | 54,900  | 231,132 | 289,427   |
| 合計   | 184,251 | 506,996 | 132,297 | 309,661 | 1,133,205 |
| 構成比  | 16.3%   | 44.7%   | 11.7%   | 27.3%   | 100.0%    |
| 2025年7月1日時点の医療機能予定別の病床数(同) *報告のあった病床のみを記載      |         |         |         |         |           |
| 一般病床   | 105,442 | 248,039 | 40,939  | 40,094  | 434,514   |
| 療養病床   | 66      | 1,881   | 31,304  | 114,037 | 147,288   |
| 合計   | 105,508 | 249,920 | 72,243  | 154,131 | 581,802   |
| 構成比  | 18.1%   | 43.0%   | 12.4%   | 26.5%   | 100.0%    |

\*1月26日時点でデータクリーニングが完了した病院6,407施設(86.3%)、有床診5,159施設(64.5%)のデータを集計した。

### 社会医療法人

## へき地医療に、拠点病院に医師を派遣する場合の基準を追加

厚労省医政局の医療経営支援課は、社会医療法人の認定要件の1つである救急医療等確保事業実施のうち、へき地医療に関する基準の改正案をまとめ、2月11日に意見募集を開始した(期限は3月12日)。

「日本再興戦略 改訂2014」に「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」方針が明記され、「年内に検討し、制度的措置を速やかに講ずる」とされた事

項の1つで、「医療法人の事業展開等に関する検討会」(2月9日)で見直しが合意されたもの。

ただし、見直しの具体的内容は明らかにされてなく、今回の意見募集によって、新要件に盛り込まれる基準の詳細が明らかとなった。施行日は2015年4月1日。

へき地の医療に係る基準を改正し、へき地にある診療所に対する医師派遣を要件とする現行基準に対して、新た

に、へき地医療拠点病院に医師を派遣する場合の基準を設けるとするのが見直しの内容。

具体的には、現行の基準を満たす場合のほか、新たに以下の①～③の基準のすべてを満たす場合に社会医療法人の認定を行なうとしている。

①開設する病院は、へき地の患者を受け入れるための病室その他へき地医療を行なうために必要な施設・設備を有すること。

②当該病院が、その所在する都道府県の医療計画に、へき地医療事業の医療連携体制にかかわる施設として記載されていること、また、当該病院が、へき地医療拠点病院が医師を派遣するへき地診療所の患者を受け入れる体制を常に確保していること。

③当該病院が、へき地医療拠点病院に対する医師の延派遣日数が純増で106日以上であって、当該へき地医療拠点病院からへき地診療所に対する医師の延派遣日数又は当該へき地医療拠点病院のへき地における巡回診療の延診療日数が純増で106日以上であること。

医療部会「特定行為及び特定行為研修に関する省令案」から 2月18日 \*1面記事を参照

○手順書の記載事項は、①患者の病状の範囲、②診療の補助の内容、③手順書の対象となる患者、④特定行為を行なうときに確認すべき事項、⑤医療の安全を確保するために医師との連絡が必要になった場合の体制、⑥特定行為を行なった後の医師に対する報告の方法、とする。

○特定行為研修は、①共通科目(315時間)、②区分別科目(21区分)、により構成される。既に履修した科目は、当該科目の履修状況に応じ、全部又は一部を、区分別科目にあってはその時間数の一部を免除することができる。指定研修機関は、特定行為を手順書により行う能力を有していると認められる者に、区分別科目の時間数の一部を免除することができる。

○指定研修機関の指定を受けるためには、次の基準に適合しなければならない。

- ・特定行為研修の内容が適切であること。
- ・特定行為研修の責任者を適切に配置していること。
- ・適当な指導体制を確保していること。
- ・特定行為研修の実施に関し必要な施設及び設備を利用することができること。
- ・実習を行う施設について医療に関する安全管理のための体制を確保していること。
- ・実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書を作成していること。
- ・特定行為研修管理委員会を設置していること。

・指定研修機関の指定を取り消され、その日から起算して2年を経過していないこと。

○指定研修機関に設置する特定行為研修管理委員会は、その構成員に、①特定行為研修に関する事務を処理する責任者又はこれに準ずる責任者、②同委員会が管理するすべての特定行為研修の責任者、③医師、歯科医師、薬剤師、看護師他の医療関係者(外部の者に限る)を含まなければならない。

○特定行為研修の受講者の修了に際しては、特定行為研修管理委員会が評価を行ない、指定研修機関に対して当該評価を報告するとともに、指定研修機関が、当該特定行為研修の修了を認めることとしたときは、速やかに、①氏名、看護師籍の登録番号及び生年月日、②修了した特定行為区分の名称、③修了年月日、④特定行為研修を行なった指定研修機関の名称を記載した特定行為研修了証を交付する。

○指定研修機関は、特定行為研修修了証を交付したときは、交付の日から1月以内に、特定行為研修を修了した者に関して、当該特定行為研修修了証に記載される事項を記載した報告書を厚生労働大臣に提出する。

○指定研修機関は、帳簿を備え付け、①氏名、看護師籍の登録番号及び生年月日、②修了した特定行為研修の特定行為区分の名称、③開始年月日及び修了年月日、④修了した共通科目及び区分別科目、⑤共通科目及び区分別科目に係る評価を記載し、指定の取消しを受けるまで、これを保存する。

### ○特定行為及び特定行為区分

| 特定行為区分                                | 特定行為   |
|---------------------------------------|--|
| 呼吸器(気道確保に係るもの) 関連                     | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置調整  |
| 呼吸器(人工療法に係るもの) 関連                     | 侵襲的陽圧換気の設定変更、非侵襲的陽圧換気の設定変更、人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量調整、人工呼吸器からの離脱                                    |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連                   | 気管カニューレの交換   |
| 循環器関連                                 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理、一時的ペースメーカーリードの抜去、経皮的心肺補助装置の操作及び管理、大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度調整                   |
| 心臓ドレーン管理関連                            | 心臓ドレーンの抜去  |
| 胸腔ドレーン管理関連                            | 低圧胸腔内持続吸引器の設定及び設定の変更、胸腔ドレーンの抜去   |
| 腹腔ドレーン管理関連                            | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む)  |
| ろう孔管理関連                               | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換   |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理) 関連          | 中心静脈カテーテルの抜去   |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの管理) 関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入   |
| 創傷管理関連                                | 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法   |
| 創部ドレーン管理関連                            | 創部ドレーンの抜去  |
| 動脈血液ガス分析関連                            | 直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ラインの確保  |
| 透析管理関連                                | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                     | 持続点滴中の高カロリー輸液投与量調整、脱水症状に対する輸液による補正   |
| 感染に係る薬剤投与関連                           | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与   |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連                     | インスリン投与量の調整  |
| 術後疼痛管理関連                              | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連                         | 持続点滴中のカテコラミン投与量調整、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量調整、持続点滴中の降圧剤投与量調整、持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液投与量の調整、持続点滴中の利尿剤投与量調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                     | 抗けいれん剤の臨時投与、抗精神病薬の臨時投与、抗不安薬の臨時投与   |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連                         | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整   |

# 国保法等改正法 医療費適正化計画に医療費目標。超過時は必要な措置

医療保険部会 入院時食事代引上、大病院受診時定額負担、患者申出療養は16年4月施行

2月20日の社保審医療保険部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、通常国会に提出する国民健康保険法等一部改正法案の骨子を報告した。

改正法案は国民健康保険法、健保法、船員保険法、高齢者の医療確保法の各一部改正からなり、高齢者の医療確保法には、全国医療費適正化計画と都道府県医療費適正化計画に計画期間(6年間)の医療費水準目標を定め、目標を著しく上回る場合は必要な対策を講じるという規定が書き込まれる。

入院時食事代の段階的引上げ、紹介状なしの大病院受診時の定額負担、医療費適正化計画の見直し、患者申出療養の創設はいずれも2016年4月1日の施行となる。

事務局は、また、国保の見直しに関する国と地方(国保基盤強化協議会)の協議結果を報告。国保運営の財政主体となる都道府県に様々な財政支援、インセンティブ、政策ツールを与える方向性を明らかにした。

したがって、今回の医療保険制度改革は、都道府県に国保運営の責任主体を引き受けさせるとともに、効率的な医療提供体制を導く地域医療構想とそれと整合する医療費適正化計画の策定

によって、医療費水準と病床数の目標・工程、そして必要な措置の権限を付与するものとなる。



## 社保審医療保険部会「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」(要旨) 2月20日

### 1. 国民健康保険の安定化

- ・国保への財政支援の拡充により財政基盤を強化する。
  - ・2018年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、国保運営に中心的な役割を担う。
  - ・都道府県と市町村に国保事業運営協議会を設置する。都道府県は国民健康保険団体連合会に加入することができる。
- ### 2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入
- ・被用者保険者の後期高齢者支援金に段階的に全面総報酬割を実施する。
- ### 3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代に調理費が含まれるよう段階的に引上げる(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者は除く)。
  - ②特定機能病院等は、必要に応じて患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講じるものとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)。
  - ③標準報酬月額の上限額を引き上げる。
- ### 4. その他
- ③医療費適正化計画の見直しと予防・健康づくりの促進

- ・全国医療費適正化計画に計画期間における医療費水準目標を定め、目標を著しく上回ると認める場合は必要な対策を講じる。
  - ・都道府県は、地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を都道府県医療費適正化計画に設定する。
  - ・保険者の保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者自助努力への支援を追加する。
  - ④患者申出療養を創設する。
- (施行期日は2018年4月1日。ただし、3及び4の③④は16年4月1日)

## 国保基盤強化協議会「国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)」の骨子 2月12日

- 2015年度から保険者支援制度を拡充(約1,700億円)、17年度以降はさらに国費を毎年約1,700億円投入、毎年約3,400億円の財政支援で財政基盤を強化する。
- ①精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等自治体に責めない要因に対する財政支援の強化
- ②医療費適正化に向けて努力している自治体を支援する「保険者努力支援制度」の創設
- ③財政リスクの分散・軽減のために財政安定化基金を創設
- ④著しく高額な医療費に対する医療費共同事業への財政支援の拡充
- 18年度から都道府県が国保運営の中心的な役割を担う。

- (1) 都道府県の業務
  - ・都道府県内の統一的な国保運営方針の策定
  - ・国保運営協議会の設置
  - ・医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの分賦金の額を決定
  - ・市町村が参考とするための標準保険料率等を算定・公表
  - ・不正請求事案における不正利得回収等、市町村の事務負担の軽減 等
- (2) 市町村の業務
  - ・保険料の賦課・徴収と分賦金の都道府県への納付
  - ・個々の事情に応じた資格管理・保険給付の決定
  - ・保健事業(レセプト・健診情報を活用したデータ

- 分析に基づくデータヘルス事業等)
- ・地域包括ケアシステム構築のための医療介護連携等
- 改革により期待される効果
  - ①地域医療構想を含む医療計画の策定者である都道府県が国保の財政運営にも責任を有する仕組み ⇒ これまで以上に良質な医療の効率的な提供に資する。
  - ②財政安定化基金も活用しつつ、一般会計繰入を解消。
  - ③標準システムの活用や統一的な国保運営方針等により、市町村事務の効率化と標準化
- 今後も国保基盤強化協議会等で国保制度全般について検討、所要の措置を講じる。

# 社会福祉法人制度改革案まとまる。通常国会に改正法案を提出

社会保障審議会福祉部会 財務規律の確立と地域社会への貢献を具体的に提言。行政の関与も強化

2月12日の社保審福祉部会は社会福祉法人制度改革案を提言にまとめた。社会福祉法人に、①公益性・非営利性の徹底、②公益財団法人等と同様の

ガバナンスの強化と透明性の確保、③財務規律の確立と地域社会への貢献を求めるもので、余裕財産の地域公益事業への投入、地域における公益的な取

り組みの責務、指導・監査等行政関与の強化などの措置案が盛り込まれた。制度創設以来の大改革となる。改革案は社会福祉法改正法案にまと

められ、3月上旬をめどに通常国会に提出される。厚労省は併せて、制度改革実施に向けたガイドライン等の作成作業を進めるとしている。

## 社会保障審議会福祉部会報告「社会福祉法人制度改革について」(要旨) 2月12日

- 理事の義務と責任を法律に明記する。理事長を代表権を有する者として位置づけ、権限と義務を法律に明記する。理事会を法人の意思決定機関に位置づけ、その権限を法律に明記する。理事等に対する特別背任罪、贈収賄罪が適用される法制上の枠組み規定を整備する。
- 評議員会に理事等の報酬や選任・解任等重要事項の議決権を付与、かつ、評議員の権限・責任を法律に明記する必要がある。
- 監事の権限とともに、理事会への報告義務、監査報告の作成義務や監事の責任を法律に明記すべきである。
- 一定の法人に会計監査人による監査を義務づける必要がある。対象は、①収益10億円以上(対象を段階的に拡大)②負債20億円以上のいずれかに該当する法人とすることが適当。
- すでに役員報酬総額や役員報酬基準を含む書類の閲覧が義務化されているが、新たに、定款、貸借対照表、収支計算書、役員報酬基準を公表することを法令上位置づける必要がある。また、すでに通知で指導している現況報告書(役員親族等との取引内容を含む)も、役員区分ごとの報酬総額を追加の上、閲覧・公表することを法令上明記することが必要である。
- 適正かつ公正な支出管理として、特に、①適正な役員報酬を担保するための役員報酬基準の策定と公表等、②特別の利益供与の禁止と関連当事者との取引

- 内容の公表、③会計監査人の設置を含む外部監査の活用(再掲)に取り組むことが必要である。
- 役員報酬等は定款の定め又は評議員会決議で決定する必要がある。理事、監事、評議員に対する報酬等の支給基準を定め、公表することを法律で義務づけることが必要。役員等の区分ごとの報酬総額(職員給与・賞与としての支給を含む)を公表するとともに、個別役員等の報酬額(同)は所轄庁への報告事項とすることが必要。
- 特別の利益供与を禁止する規定を法令上明記することが必要である。
- 注記事項で開示対象となる関連当事者の範囲に、①当該法人を支配する法人もしくは当該法人によって支配される法人又は同一の支配法人をもつ法人、②評議員及びその近親者、に係る要件を加えることが必要。関連当事者との100万円を超える取引を現況報告書及び現行社会福祉法人会計基準における財務諸表の注記事項とすることが必要である。
- 社会福祉法に、支援を必要とする者に無料又は低額料金により福祉サービスを提供することを社会福祉法人の責務として位置づけることが必要である。
- 社会福祉法人が保有する全財産(貸借対照表上の純資産から基本金と国庫補助等積立金を除いたもの)を対象に、当該財産額から事業継続に必要な最低限の財産(控除対象財産額)を控除した財産(負債との重複分は調整)を導き、これを福祉サービスに再投下可能な財産額として位置づけることが適当である。

- 控除対象財産額は、①社会福祉法に基づく事業に活用している不動産・設備等、②事業の再生産に必要な財産、③必要な運転資金を基本に算定することが考えられる。その詳細な内容は、制度実施までの間に専門的見地から検討の上、整理する必要がある。控除対象財産額は、ガイドラインに従い、用途を明記した財産目録及び「控除対象財産計算書」を作成し、所轄庁に毎年度提出することが必要である。
- 控除対象財産額を算定し、内部留保から控除した結果、再投下可能な財産額(再投下財産額)がある法人は、①社会福祉事業等投資額(利用者負担の軽減措置や小規模事業への投資額を含む)、②「地域公益事業」投資額、③他の公益事業投資額の順に検討の上、再投下計画を作成する必要がある。
- 「再投下計画」は、評議員会の承認を得た上で、公認会計士又は税理士の確認書を付して所轄庁の承認を得ることが必要である。
- 社会福祉法人に対する立入検査等に係る必要な権限規定を整備するとともに、勧告・公表の規定を整備することが必要。その際、一定要件を満たす、適切に対応している法人には定期監査実施周期の延長や監査項目の重点化等を行なう仕組みを導入することが適当。
- 社会福祉法人の合併は評議員会の議決(特別議決)事項とするとともに、必要な規定を整備することが必要である。

病院医療ソーシャルワーカー研修会開催の報告

# 機能分化・連携と地域包括ケアの中、重要性を増すMSWの役割

## 日本で初めて?! MSW・看護師・事務の3職種で語り合う病院MSW研修会

プライマリ・ケア検討委員会副委員長 小川聡子

晴天の建国記念日となった2月11日と12日、全日病の「病院医療ソーシャルワーカー研修会」が日本医療社会福祉協会との共催で開催された。

専門職としての医療ソーシャルワーカー(MSW)業務だけではなく、チームの中、組織の中のMSWの機能や役割を学び、会員組織において真に求められる人材を育成することが研修会の目的で、昨年から3回目の開催である。

初日は西澤会長の開催趣旨を含めた挨拶で始まり、猪口副会長には「地域包括ケアと病院」と題して、地域包括ケア病棟の役割、地域包括ケアと入院医療の連携、医療連携のための病院マーケティングについて講演していただいた。

日本医療社会福祉協会佐原会長には、「医療機関のソーシャルワーカーの存在」をテーマとする講演をしていただいた。

佐原会長の話の中で、日本の福祉の歴史は1,300年前にさかのぼり、MSW協会の歴史は61年あるということを知った。

2日目は、NTT東日本関東病院の原田主任SWより、「課題解決のための組織内システム構築—SWの院内外へのアプローチ」と題して、組織内でMSW部門を確立するノウハウや教育体制などについて、高知県立大学社会福祉学部の井上講師からは、「多職種連携に

おける専門性の視点とジェネラリストの視点」として、退院支援は患者の望みをかなえることではなく、院内外のプロセスであることを、それぞれご教示いただいた。

研修会参加の要件は、各病院のMSW、看護師、管理部門の3職種からなる3名(2名でも可)とした。

このような組み合わせの研修会はおそらく日本で初めてではないだろうか。少なくとも全日病では初の試みであった。

これをもっとも有効にするのはグループワークである。初日は職種ごとに、①MSWの現在行っている仕事、②MSWにやってほしい役割、③MSWがやりたい仕事、について議論し、課題を抽出。

MSWの仕事の幅の広さ、各職種間での認識の違いを共有した。

2日目はワールドカフェ方式で、「地域包括ケアの中の私たちの病院を位置づける」「病院全体で取り組む退院支援とは」「困難事例への取り組み—具体的な事例を通して」について議論した。

席替えをしながら出会いの場を増やし、参加者がすべての課題について忌憚のない意見交換を行い、3職種が垣根なく語り合う雰囲気が2日間を通して醸成されていった。

最後に、プライマリ・ケア検討委員会の丸山委員長は、参加者に向けて、機能分化と医療連携の高度化に貢献できるMSWの仕事が今後ますます重要性を増してくること、その仕事は、組

織的にその地位の確立に取り組むことにより、地域包括ケアシステムの中で地域に貢献し続ける病院でいることができる、と激励された。

今回の研修を通して、病院MSWの仕事が見える化されていないこと、その評価が不明確であること、などの課題も明らかになった。

有意義で、参加者の笑顔が印象的な研修会となった。また、多職種が集まった研修会だからこそ新たな気づきを得ることができた。全日病の、これからの研修会の一方法を示したように思う。

病院MSWの研修会は2015年度も2回予定している。より多くの病院の参加を期待する。



### 2014年度第9回常任理事会の抄録 2014年12月13日

#### 【協議事項】

##### ●災害時医療支援活動指定病院の指定

本会の災害時医療支援活動指定病院にいずみ記念病院(小泉和雄理事長)を指定することが承認された。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された。  
群馬県 北関東循環器病院 理事長 市川秀一  
高知県 南国中央病院 副理事長 山本康世  
高知県 高陵病院 理事長 北川 素  
大分県 曾根病院 理事長 曾根 勝

別途1人の退会があり、在籍正会員は2,422人となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●2014年度病院経営調査の結果

本会の2014年度病院経営調査の結果が報告された。

##### ●長野県北部地震に係る被害調査結果

長野県北部を震源地とする11月22日の

地震(最大震度6弱)に関する会員病院被災状況について「特段の被害はなかった」旨の報告があった。

##### ●病院機能評価の審査結果

2014年11月7日付で以下の5会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

##### □主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎一般病院1  
北海道 札幌南青洲病院 更新

東京都 八王子消化器病院 更新

◎一般病院2  
北海道 時計台記念病院 更新

栃木県 宇都宮記念病院 新規

◎精神科病院  
大阪府 さわ病院 更新

11月7日現在の認定病院は合計2,279病院。そのうち本会会員は998病院と、会員病院の41.3%、全認定病院の43.8%を占めている。

報告される。  
●災害時医療支援活動指定病院の指定  
本会の災害時医療支援活動指定病院に医療法人有誠会手束病院(手束直胤理事長)を指定することが承認された。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された。  
埼玉県 秀和総合病院 理事長 坂本 徹  
東京都 東海大学医学部附属東京病院 院長 松嶋成志  
長野県 穂高病院 理事長 古川 穰  
福岡県 ゆうかり医療療育センター 所長 本廣 孝

別途3人の退会があり、在籍正会員は2,423人となった。

賛助会員として以下の入会が承認された。  
リード エグジビション ジャパン株式会社(東京都、代表取締役社長・石積忠夫)

#### 【主な報告事項】

##### ●プライマリ・ケア検討委員会副委員長の選任

プライマリ・ケア検討委員会(丸山泉委員長)の副委員長に小川聡子氏(医療法人社団東山会調布東山病院理事長・院長)が選任された旨の報告があった。

##### ●病院機能評価の審査結果

2014年12月5日付で以下の24会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

##### □主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎一般病院1  
北海道 千歳豊友会病院 更新

岩手県 川久保病院 更新

宮城県 松田病院 新規

埼玉県 小林病院 更新  
東京都 木村病院 更新  
岐阜県 山田病院 更新  
佐賀県 やよいがおか鹿毛病院 更新  
熊本県 杉村病院 更新  
鹿児島県 小原病院 更新

##### ◎一般病院2

北海道 勤医協中央病院 更新

北海道 王子総合病院 更新

北海道 札幌東徳洲会病院 更新

山形県 山形済生病院 更新

茨城県 ひたちなか総合病院 更新

埼玉県 上尾中央総合病院 更新

千葉県 新松戸中央総合病院 新規

東京都 葛西昌医会病院 更新

大阪府 岸和田徳洲会病院 更新

兵庫県 西宮協立脳神経外科病院 更新

愛媛県 済生会今治病院 更新

福岡県 新行橋病院 更新

沖縄県 中頭病院 更新

##### ◎慢性期病院

山口県 昭和病院 更新

##### ◎精神科病院

北海道 函館渡辺病院 更新

12月5日現在の認定病院は合計2,276病院。そのうち本会会員は1,001病院と、会員病院の41.3%、全認定病院の44.0%を占めている。

## 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

慢性期医療に関するアンケート結果

# 医療療養病床 25:1 廃止に8割が反対。しかし2/3は転換予定先を決める

介護療養病床 約9割が「病院」の継続を希望。65%が転換予定なし・未定

副会長 安藤高朗

全日病の「慢性期医療検討プロジェクト」は、平成27年度末に経過措置終了を迎える医療療養25:1病床の現状を把握するために、「慢性期医療に関するアンケート調査」を昨年10月に実施した。併せて、障害者施設と特殊疾患病棟の状況、地域包括ケア病棟への転換についても簡単なアンケートを行った。

10月時点で療養病床を有する1,339の会員病院に調査票を送付、478病院(35.7%)から回答があった。

25:1の医療療養病床をもつ115病院の入院患者像をみると、病床数6,608床、入院患者数6,100名、病床利用率92.3%、平均年齢81.7歳、医療区分2と3の合計が57.9%だった。超重症児(者)準超重症児(者)は4.3%、慢性期維持透析は1.3%にとどまっている。

退院経路をみると、在宅復帰率は60%に達している。リハビリの内容は、脳血管疾患が51.2%と過半を占めており、

機能を維持するためのリハビリが主体とみられる。

25:1の「廃止」には79.1%が反対としているが、2/3の病院は転換予定先を考えている(「未定」と「無回答」の合計は33%)。転換先としては、医療療養病床(20:1)、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟の順だった。

次に、障害者施設入院基本料を算定している69病院へのアンケートでは、10:1が69.6%と大半で、病床利用率は89.6%。患者病態は、重度肢体不自由者46.3%、重度意識障害者17.7%、超重症児(者)準超重症児(者)17.5%となっている。

特殊疾患病棟入院料を算定している32病院における特殊疾患病棟の病床利用率は82.8%。患者病態をみると、超重症児(者)準超重症児(者)29.0%、人工呼吸器3.8%だった。

回答のあった全478病院に地域包括ケア病棟への転換をたずねたところ、届出済18.6%、届出予定21.3%と、約4割が転換という結果になった。届出を行わない理由としては、「算定要件を満たせない」「医師、看護師を集められない」「データ提出が困難」など、基準面でハードルが高いという声が多かった。

慢性期医療と同時に、「廃止」から「再編」の方向に進むことになった介護療

養病床に関しても、現状を把握するためにアンケート調査を実施した。昨年10月時点で介護療養病床を有する390の会員病院に調査票を送付、177病院(45.4%)から回答があった。

介護療養病床数10,451床に対して入院患者数9,569名と、病床利用率は91.6%となっている。入院患者の平均年齢は84.8歳と高く、要介護度は4と5で89.37%に達している。認知度も日常生活自立度Ⅲ～Mで84.1%に達している。医療処置は、経鼻栄養・胃ろうが57.4%と多い。退院先は死亡が34.9%と高いが、自宅と介護施設の合計も32.3%ある。

次に、機能に関するアンケートのうち、「最も対応が適している」「対応できる」の合計で、特別養護老人ホームと老人保健施設よりも介護療養病床が優れていたのは、「看取り」「医療的管理」「嚥下機能訓練」「経管栄養」「夜間急変時」であった。

看取りは94.1%と可能なケースはすべて対応していると推察される。医療的管理の対応は9割近くに達するが、対応不十分が11.8%あった。嚥下機能訓練は76.4%。経管栄養はほぼ100%。夜間急変時対応は85.3%。医師が常駐していることが大きいとみられる。

一方、他施設対比で介護療養病床が劣っていたのは、「認知症」「認知症合



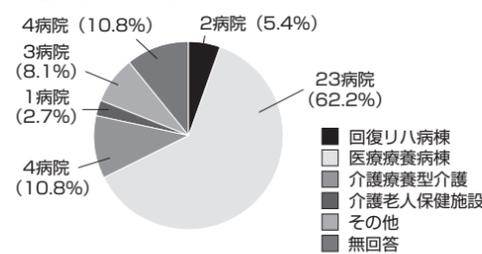
▲常任理事会で調査結果を報告する安藤副会長

併症」「リハビリテーション」「在宅復帰機能」「ショートステイ」であった。認知症と認知症合併症は療養機能強化型の要件項目であるが、アンケートでは6割強しか対応できていなかった。

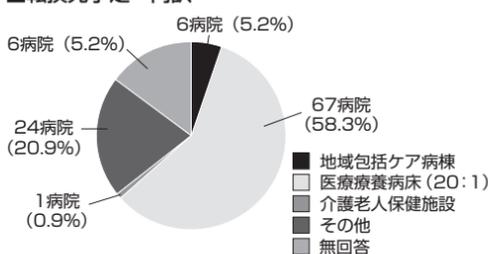
リハビリも88.7%あるが、他施設比では不十分である。在宅復帰機能については、老健>介護療養>特養の順と妥当な結果となったが、介護療養病床としても改善の余地があるのではないかと。ショートステイについては53.9%にとどまり、全施設で最低となっている。

今後の形態としては、「病院」を希望する回答が9割前後に達した。転換に関しては、「予定なし」と「未定」で65%となった。転換先としては、医療療養病棟、転換老健、回復期リハ病棟の順だった。

### ■各施設の予定している転換先について



### ■転換先予定 内訳



## 補填率 65.3%の病院が100%未満。病床数が増えるほど低下

消費税率引上分の補填率 四病協と日病協が共同で調査。病院全体で344億円不足の可能性

四病院団体協議会と日本病院団体協議会が共同で実施した「医療機関における消費税に関する調査」の結果(最終報告)がまとまり、2月27日に発表した。昨年4月の8%引き上げに対応して診療報酬に相当額を上乗せしたが、その補填率は病院全体(中央値)としては84.2%にとどまった。

調査は、2014年8月から9月にかけて、四病協と日病協に所属する1,075病院を対象に実施され、433件の回答が寄せ

られ、有効回答303件について集計が行われた。

補填率は、消費税率引き上げ前の事業年度の実績をもとに、税率引き上げによる経費の増加分と診療報酬の補填分を推計することによって算出した。

その結果、補填率は、50%未満が回答病院の4.6%、50%以上100%未満が60.7%、100%以上150%未満が20.8%、150%以上が13.9%と病院間のばらつきが大きかったが、全体の中央値は84.2%となった。

補填率が100%未満の病院は65.3%と、全体の2/3にのぼったが、補填率が低い病院には、給与率が低い、減価償却率が高いという特徴がみられた。

補填率を病床規模別にみると、200床未満は中央値が99.4%を示したものの、200~399床は88.3%、400床以上は73.9%と、病床数が増えるほど補填率は低下、全体の中央値は84.2%であった。

総額補填率(個々の病院の補填率ではなく、一定範囲の病院における補填額総額の経費増総額に対する比率)でみた補填率は、76.2%であった。

それを病床規模別にみると、200床未満が99.2%、200床以上400床未満が87.2%、400床以上が70.5%と、どの規模クラスでも補填不足の可能性が分かった。

調査結果について、四病協・日病協の報告は、以下の点に留意するよう求めている。

- ①消費税率引き上げ前の主に13年度の会計データを用いて補填率を推計したもので、引き上げ後の14年度の正確な実態を捕捉したものではないこと。
- ②今回は2014年4月の5%から8%への3%引上分を調べたもので、それまでの5%については対象としていないこと。

報告は、今回の結果をもとに全国8,540病院の消費税補填の過不足を推計すると、不足額は総額344億円に達する可能性がある、としている。

### ■補填率の分布状況

| 補填率          | 病院数 | 分布割合(%) | 給与比率(%) | 減価償却率(%) |
|--------------|-----|---------|---------|----------|
| 50%未満        | 14  | 4.6     | 49.2    | 7.8      |
| 50%以上100%未満  | 184 | 60.7    | 52.5    | 6.6      |
| 100%以上150%未満 | 63  | 20.8    | 56.9    | 4.3      |
| 150%以上       | 42  | 13.9    | 63.3    | 3.4      |
| 合計           | 303 | 100.0   | 54.7    | 5.7      |
| 補填率の中央値(%)   |     | 84.2    |         |          |

### ■病床規模別分類

|          | 病院数 | 病床規模別総額補填率(%) | 中央値(%) | 給与比率(%) | 減価償却率(%) |
|----------|-----|---------------|--------|---------|----------|
| 全体(床)    | 303 | 76.2          | 84.2   | 54.7    | 5.7      |
| ~199床    | 96  | 99.2          | 99.4   | 58.7    | 4.9      |
| 200~399床 | 96  | 87.2          | 88.3   | 56.3    | 5.5      |
| 400床~    | 111 | 70.5          | 73.9   | 49.8    | 6.7      |

## 2015年度介護報酬改定説明会、2会場に550人

全日病が主催する「2015年度介護報酬改定説明会」が2月24日に東京都内で開催された。当初はメイン会場(定員450人)のみであったが、定員を上回る参加希望が寄せられたため、急遽クラウド型ビデオ会議を配備した全日病の大会議室

を第2会場(100席)として確保、計550人の参加を得た。

講師は厚生労働省老健局の迫井正深老人保健課長。90分にわたって、15年度介護報酬改定の全体像と主要項目として留意点について詳しく解説した。



あんしんとゆとりで仕事に専念

## 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