



全日病 NEWS 12/1

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.860 2015/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

改定後の1年で収支が大幅に悪化。東京は半数が収支赤字

全日病2015年度病院経営調査 実調と異なる結果。前改定の影響が一般200床以上に顕著。DPC病院も赤字に転落

全日病が実施した2015年度病院経営調査(15年5月対象)の結果、会員病院の医業収支率は14年5月の104.6%から99.8%へと4.8ポイントも落ち込み、赤字に転落していることが分かった。総収支率も前年の104.6%から100.2%へ4.4ポイントも減少した。

収支率の低迷はとくに東京地区に顕著で、医業収支率が101.3%から98.5%へ、総収支率も101.0%から99.0%へと低下、いずれも100%を下回る収支赤字となっている。

収支率が100%を割り込んだ病院の割合は、医業収支では前年の25%から37%へ、総収支でも24%から36%へと、ともに急増している。

とくに、東京地区は医業収支率100%未満の病院が52%と過半数を占めた。総収支率でも100%未満が47%と半数近くにのぼり、東京の病院はぎりぎり黒字を確保していた14年5月から前改定の影響が浸透した15年5月にかけて、収支が大きく暗転している。

これを総収入額に対するキャッシュフロー額の比率(推計キャッシュフロー率)でみると、マイナス(0%未満)したがって自己資金では足らずに借入金に頼らざるを得ない病院の割合は、収支の暗転を反映して、全体で22.8%から31.5%へと急増した。

もともと収益が低迷していた東京地区は32.6%から35.3%へと微増にとどまったが、指定都市は17.7%から34.0%へ、其他地区の病院も22.8%から30.3%へとマイナスの病院の割合が一挙に高まり、資金繰りに苦しむ病院が全国的に急増している。

例えば、指定都市でいうと、医業収支率100%未満の割合は20%から34%へ、総収支率の同割合も21%から33%へと、東京地区以上に赤字病院の割合が増加したことが背景にある。

収支率の変化を病院種別でみると、とくに「一般病床のみ」の病院に収支悪化が目立ち、医業収支率は14年の103.1%が15年には97.8%へと5.3ポイント、総収支率も同じく102.8%が98.2%へと4.6ポイントと激減している。他の病床種別も軒並み収支率が悪化しているが、「一般・精神病床併設」を除くと100%以上を確保しており、収支悪化は一般病床により顕著となっている。

その中でも200床以上の病院はより収支悪化が大きく、医業収支率は103.3%から98.7%へ、総収支率も103.0%から99.0%へと低下。200床未満も含むDPC対象病院も、医業収支率が102.2%から97.5%へ、総収支率が102.0%から98.0%へ、それぞれ激減した。

実質マイナス改定となった前改定が



病院全体の収支率を押し下げたことは明らかであるが、加えて、前改定が企図した急性期病床の再編・効率化が、一般病床の200床以上とDPC対象病院の経営悪化を招いていることがよく分かる結果となった。

1病院当たりの支出の構成割合(病院全体)をみると、給与費は55.6%から56.8%に増えたが、医薬品費、給食材料費、診療材料費、経費などの費用はどれも割合を下げていることから、診療報酬の人的要件やチーム医療への対応等で従事者の増員に対応した結果、費用の増加に収入が追いつかないという構造がうかがわれる。

15年の医療経済実態調査によると、一般病院(全体)は損益差額を前々年(度)の-1.7%から前年(度)の-3.1%へと悪化させる中、医療法人は+2.1%から+2.0%へと黒字で推移している。

これを踏まえ、支払側は実調結果に対する見解(11月20日の中医協総会)で、「医療法人と個人病院は黒字を維

持している」あるいは「DPC病院の損益差額率をみると医療法人・国立・社保法人は黒字である」との認識を表明している。

通年調査の実調と単月調査の全日病調査との違いがあることに留意が必要ではあるが、医療法人が回答病院の82.0%を占める全日病調査と実調の間には、医療法人とDPC対象病院の収益率など、無視できない乖離がみられる。

病院経営調査報告は、その末尾(結果の総括)で、「地域医療提供体制の崩壊につながらないよう、診療報酬改定では十分なプラス改定が必要である」と警告している。

●猪口副会長のコメント

今回の調査結果は、過去のものと比較できないほどの経営悪化を示した。このままでは、民間病院の経営は立ちいかなくなる。この結果を早急に公表し、2016年度診療報酬改定に反映しなければならないと考えている。

全日病「2015年度病院経営調査報告」の「結果の総括」から

会員を対象に15年5月の収支状況について調査。回答は987病院(40.6%)。そのうち医療法人は809病院(82.0%)。また、DPC対象病院は298病院(30.2%)。病床別では「一般病床のみ」が392病院(39.7%)、「一般・療養併設」が361病院(36.6%)と多かった。

●収支率はいずれの地域も14年より悪化した。総数で37%が赤字、東京は52%が赤字である。推計キャッシュフロー率も同様に悪化した。病床種別でも、一般病床、療養病床、一般・

療養併設のいずれも悪化。病床規模別でもすべての規模で収支悪化を認めた。DPCの有無別にみても、対象病院、準備病院、非対象病院いずれも悪化を認めた。

●14年5月に7対1であったのは291病院。15年5月時点で、そのうちの269病院が7対1、20病院が10対1であった。同期間に、7対1から2病院、10対1から6病院が地域包括ケア病棟へ転換している。

●14年調査と15年調査の同一回答

(691病院)の比較では、病床利用率の増加、外来患者数の減少、従業員数の増加、入院単価の減少、外来単価の増加を認めた。

●15年調査では、14年調査から連続して、ほとんどすべての種別の医療機関で、さらなる収支率の悪化を認めた。14年4月は全体で+0.1%の改定率であったが、消費税増税分を含まない実質の改定率は-1.26%であった影響が15年5月のデータに反映されたことも一因と考える。また、

7対1あるいは10対1から地域包括ケア病棟への移行など、病床の再編に伴う入院1人1日当たり単価の減少も原因と考えられる。

●16年度の改定では、①「重症度、医療・看護必要度」等7対1要件の見直し、②地域包括ケア病棟要件の見直し、③慢性期病床の見直し等が行なわれると考えられる。地域医療提供体制の崩壊につながらないよう、診療報酬改定では十分なプラス改定が必要である。

居住費用負担の適用拡大や受診時定額負担導入に「慎重検討」を求める

経済・財政一体改革推進委員会 社会保障WG 厚労省が財務省要求に回答。「診療報酬の特例」にも難色

経済財政諮問会議に付設された「経済・財政一体改革推進委員会」の社会保障WGの11月16日の会合で、厚労省は、社会保障分野の工程表策定作業に向けた改革課題に対応する施策の概要や検討・実施時期等を明らかにするとともに、改革課題に関して財務省が要求する具体的方策に対する同省の見解を示した。

その中で、①入院時の居住費用(光熱水費相当)負担を医療区分2・3患者へ、さらには難病等患者を除く全病床へと拡大すべき、②かかりつけ医以外を外来受診した患者に定額負担を導入すべき、③2025年の必要病床数に関して20年時点の中間目標を設定すべき、④「診療報酬の特例」の活用に向けてGLを策定すべき、⑤民間医療機関に対する転換命令等都道府県権限の一層の強化を図るべき、などとする財務省の要求に対して、以下のような厚労省の見方を明らかにした。

①については、医療区分2・3患者へ

の拡大には「医療の必要性が高いことから慎重な検討が必要」とし、一般病床等への拡大にも「入院は治療する場として住まいとしての機能はない」などの留意点を示した上で、「慎重な検討が必要」とした。

②に関しても、「過度の受診抑制を招くおそれ」や「将来にわたり7割を維持するとしている2002年健保法等改正法附則第2条との整合性」などの留意点を示し、慎重に臨むべきとの意向をのぞかせた。

③には、「算定基準のない中間目標によって行なうより、2025年の必要病床数に対する都道府県ごとの進捗率によって行なうことが適当」と反論。

④に関しても、「同じ医療サービスの自己負担が地域で異なることになり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題について整理が必要」と疑問視。

⑤については、「昨年6月の医療介護

総合確保推進法で、都道府県が民間医療機関に行使する権限を新たに設けたところ。追加的な措置は、これら権限の行使状況を勘案した上で検討」とし、検討を先送りすべしとの考えを表明した。

経済・財政一体改革推進委員会は「骨太方針2015」で定められた「経済・財政再生計画」について、主要な課題に前倒しで取り組む集中改革期間(16~18年度)を中心に、その進捗管理・点検・評価を担っており、現在、年末をめどとする工程表策定作業を進めている。

同委員会の下で、社会保障WGは「経済・財政再生計画」に掲げられた改革課題の中の社会保障分野を担当しており、10月29日の会合で、工程表に明記する課題の改革方向性と実施時期に関する財務省の見解を聞き、同席した厚労省に検討と回答を求めた。

11月16日の会合で、厚労省は、「経済・財政再生計画」にあげられた課題に関連した施策の概要とその検討・実

施時期等を報告するとともに、10月29日に示された財務省の意見に対する見解を明らかにしたものの。

社会保障WGはこの日をもって工程表策定に関する下作業を止め、改革課題に関する関係省の意見やWGの見解を整理した報告を経済・財政一体改革推進委員会にあげ、以降の検討作業を同委員会に委ねる。

一方、厚労省は社保審医療保険部会を中心に、工程表策定に向けた課題への対応方針をめぐる検討と議論を進めており、大きな論点となる入院時居住費用負担の拡大や定額負担についても年内に検討結果をまとめ、経済・財政一体改革推進委員会に報告したいとしている。(工程表策定にかかわる財務省意見と厚労省の見解は6面、医療保険部会における議論は8面にそれぞれ概要を掲載)。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

医療施設もテロ対策に無縁ではない

昨今のフランスでのテロ(TERRORISM)の報道は、オウム事件以来の平穏な日々を過ごしてきた我々にとって他人事ではなく、間近にテロの恐怖が迫ってきた事を実感させた。

島国という好立地条件からか、大半の国民は中東関連の報道にも遠い国の出来事として重きを置いて来なかった様だが、最近日本も何時標的にされるかわからない情勢となっている。

以前に制定されたテロ対策特措法は国際的対応が主体で、国内の発生事例に対処する意味合いは少なく、来年のサミットや5年後のオリンピックを

控えた我が国に対し、何らかの不穏集団がテロを仕掛ける可能性は高まっていると判断すべきであろう。

医療施設は暗黙の了解?でテロ等の対象外になると期待はするが、海外では医療施設をターゲットにした事件は枚挙に暇がない。振り返って我々の施設はどうであろうか。銃の乱射や爆弾の未然防止と言っても現状の病院では空港の様なセキュリティチェックは非現実的だが、全くの無防備では(半)公的機関としての責務を果しているとは言えない。

米国の様な銃社会で無いが故に銃創等の対処に手慣れた者は少なく、

研修も必要であろう。オウムの際には化学兵器が使用されたが、可能性のある毒物に関しては診断、治療の講習や情報提供が必要となろう。

サイバーテロに対しては影響が広範に及ぶ可能性があり、脆弱な電子カルテシステムを抱える我々にとっては中々有効な対処法はなく、セキュリティの強化に加え自力での早期復旧訓練と日々の紙運用の訓練位しか無さそうである。

唯でさえ運営環境の厳しい医療機関にはこれら諸対策の費用捻出は可成りの影響があるが、自身の存立維持のためには不可欠の費用となる

う。唯一の利点と成り得る事は各対策を講じる際の諸種作業が施設の総点検となり、様々な整備や修復、改善に繋がる可能性がある事で、むしろその為の必要経費と合理的に理解するほうが得策かもしれない。

各種の大規模災害に対する訓練は徐々に充実してきているが、様々なテロに対しての対策・訓練は、中々現実味が無いが故か十分に行なわれて来なかった。テロの未然防止は出来ないまでも、被害を最小限に留めるための対策は残念ながら必要な事となりそうである。

(YN)

「平成28年度予算の建議」

財政制度等審議会 マイナス改定を要求。厚労省に自然増の2千億円近く削減を求める

財政制度等審議会の財政制度等分科会は11月16日と20日の会合で財務大臣宛の「平成28年度予算の編成等に関する建議案」について検討、11月24日に財政制度等審議会としてとりまとめた。同日、同審議会の吉川洋会長(東京大学大学院教授)が麻生財務大臣に提出、麻生大臣はその後開催された経済財政諮問会議に報告した。

「建議」は、2016年度予算編成における社会保障費の取り扱いについて、骨太2015の「経済・財政再生計画」に明記された、「社会保障費の増加が高齢化による増加分に相当する伸び(3年間で1.5兆円)となっている基調を2018年度まで継続していく」方針を確実に達成するよう求めている。

その上で、厚労省の16年度概算要求における自然増6,700億円に言及。「当審議会としては、確実に高齢化による増加分の範囲内(5,000億円弱)にしてい

くことを求めたい」とした。

こうした論理を踏まえ、16年度改定について、「(直近10年間の)物価・賃金の動向に比較して診療報酬本体は高止まりしている。(中略)診療報酬本体について、一定程度のマイナス改定が必要と考えられる」との認識を示した。

したがって、財務省は、6,700億円と5,000億円弱の差の2,000億円近くを予算要求から削減せよと厚労省に迫るわけだが、この削減を実現する方法は主にマイナス改定となることが必至だ。

報告を受けた11月20日の経済財政諮問会議で、民間議員は口々に「16年度改定はマイナス改定とすべき」「マイナス改定は不可欠だ」と発言。甘利内閣府特命担当大臣は「本日の議論を反映した上で、明日以降、与党の御意見も伺った上で、次回の諮問会議で来年度予算編成の基本方針を諮問・答申する」と述べて、会議を終えた。

平成28年度予算の編成等に関する建議(概要) 諮問会議に提示した麻生大臣の資料より

II. 財政健全化に向けた取組と28年度予算編成

・「経済・財政再生計画」で掲げられた改革検討項目の具体的内容及びその実

施時期を明確にすることが不可欠。

・28年度予算編成は「経済・財政再生計画」初年度の予算であり、当該計画の成否は28年度予算にかかっている。

概算要求

計画で示された「目安」から逸脱することがあってはならない。

□社会保障(下線は編集部による)

28年度の社会保障関係費の伸びは、改革工程表の策定や診療報酬改定・薬価改定等を通じて、「経済・財政再生計画」初年度にふさわしいものとなるよう、確実に高齢化による増加分の範囲内(5,000億円弱)にしていく必要。

(1) 改革工程表の策定

検討・実施時期を大きく3つに区分しつつ、改革の方向性等と併せて明確化。

I. 最優先で速やかに検討・実施すべき事項

- ・高額療養費制度/高額介護サービス費制度の見直し(高齢者と現役世代の上限額の同水準化等)
- ・医療・介護を通じた光熱水費相当額に係る費用負担の公平化(患者負担の原則全ての療養病床への拡大)など

II. 速やかに検討・実施すべき事項で法改正を要するもの

- ・病床再編や地域差是正に向けた都道府県の権限の強化
- ・介護納付金の総報酬割化
- ・かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担の導入

- ・スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の引下げ など

III. できる限り早い時期に検討・具体化すべき事項

- ・後期高齢者の原則2割負担化
- ・前期高齢者納付金の総報酬割化 など

(2) 28年度診療報酬改定

薬価改定に加え、診療報酬本体のマイナス改定や診療報酬関連の制度改革を通じ、28年度の社会保障関係費全体の実質的な伸びを高齢化による増加分の範囲内とすることを目指すことが基本。

●薬価・医薬品等に係る改革

- ・28年度薬価改定を適切に医療費の伸びの減に反映。3年連続薬価改定を踏まえ、頻度について遅くとも30年央を目途に結論。
- ・後発医薬品価格の更なる引下げ、特許切れ先発医薬品価格の引下げ措置の見直し、特許切れ先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付を超える部分の患者負担化。

●調剤報酬に係る改革

- ・報酬水準全体の引下げを図りつつ、真に「かかりつけ薬局」の機能を果たしている薬局を重点評価(調剤基本料・調剤料の引下げ、薬学管理料の重点評価)。

日医総研 新たに医療介護提供体制の地区町村別データを公表

日本医師会総合政策研究機構(日医総研)は11月11日、日医総研ワーキングペーパーとして、「地域の医療提供体制の現状-都道府県別・2次医療圏別データ集」2015年度版と政令指定都市を含む全国1917市区町村の医療介護資源を網羅した「地域の医療介護提供体制の現状と将来-市区町村別データ集(地域包括ケア関連)」を、ホームページで公表した。

「地域の医療提供体制の現状」は、全国の2次医療圏別の医療施設、医療従事者、介護施設やサービス職員の多寡、急性期と慢性期入院医療の密度、在宅医療に関わるデータを共通の指標を用いて示している。

地域医療構想や地域医療計画の策定の参考に資するために、医療を中心とした資源の地域分布を数値、指標あるいはマップで示しており、2012年から毎年更新、今回が第4版となる。

これに対して、「地域の医療介護提供体制の現状と将来」は今回新たにまとめられ、2015年度版(第1版)として公表された。

地域包括ケアシステム構築に際した基礎資料に供することを目的に作成したもので、「地域の医療提供体制の現状」に準拠した方法で、2040年までの人口動態予測や高齢者・要介護者の現状のほか、医療介護に関する、人的資源、費用、施設・事業所数と定員、利用者数な

ど、介護を中心とした数値情報を2次医療圏かつ市区町村別に掲載している。

「2次医療圏別データ集」にはない、グループホームや特定施設あるいは訪問介護や通所介護など居宅サービスの

事業所数、介護サービスにたずさわる主要職種の従事者数などが市区町村単位で把握されているため、医療介護の事業所や施設が中長期の経営戦略を立てる際に役立つだけでなく、地域包括ケアを構築していく上で資源的な過不足などを探る上でも参考となるデータ集となっている。

医療事故調査制度、開始1ヵ月で20例の事故報告

日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)が11月13日に発表した「医療事故調査制度1ヶ月の状況」(10月31日現在)によると、全国の医療機関から医療事故に該当するとして報告があった事案は20例であった。

一方、同機構に寄せられた相談件数は250件(内容別では)に達した。

相談の多くは医療機関からで、「医療事故報告の範囲やその判断」に関するものが約25%、支援の求め方に関することを含めた「院内調査」に関する相談が24%、相談や報告の「手続き」に関するものが22%、「センター調査」に関する内容が5%という割合であった。

清話抄

大分県病院協会と病院学会

大分県病院協会は1952年(昭和27年)4月に県内病院間の親睦及び情報交換などの目的で発足した。1981年(昭和56年)11月に第1回大分県病院学会が県医師会館で開催され、翌年から大分吉村薬品(現アステム)の会場に移り、参加者も徐々に増加してきた。

時代の流れで、2003年11月より医療技術部および社会福祉部が加わったため、参加人員の増加により、会場を別府市のB-コン・プラザに移した。その後の医療崩壊の危機的な状況に遭遇し、医療従事者の結末が高まり、参加人数は年々増加をたどり、2011年以降は2,500名を超えるまでになった。2011年11月の学会には全日病の西澤寛俊会長をお迎えし、「全日本病院協会の今後の活動方針と医療情勢」の話の伺い、その後も全日病の先生方に大分まで足を

を運んでいただき、其々のテーマで感動的な話を伺った。

今年の学会テーマは「病院の質とマネージメント力のさらなる向上を~医は不仁の術、努めて仁をなさんと欲す~」であった。副題は華岡青洲の弟子で中津藩医を務めた大江雲澤の言葉で、「医術は仁術だけではない。悪にも善にもなりうる。だからこそ、ありとあらゆる努力をして初めて仁を成すことができる」という意味で、リスクマネージメントを指すと言われてい

る。今回の特別講演は全日病常任理事の飯田修平先生をお招きし、「病院の質をさらに向上させるためには」をテーマで話していただいた。

今後も全日病の先生方の教えを頼りに、医療の質の向上に努めていきたいと考えている。

また、この機会に各病院での危機管理をしっかり行い、足並みそろえて医療危機を乗り越えてゆきたいと思っ

(洋)

厚労省「報告で機能選択を変えた医療機関に都道府県への報告を求める」

地域医療構想策定GL等に関する検討会

病床機能報告と地域医療構想に疑問と批判が相次ぐ。事務局は再度提案へ

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」が11月26日に3ヵ月ぶりに開かれ、事務局(厚労省医政局地域医療計画課)から、各都道府県における地域医療構想策定の進捗状況等について報告を受けた。

そのうちの「進捗状況」(回答は10月20日現在)によると、構想の策定予定時期は、①2015年度中が20府県(43%)、②16年度半ばまでが21都道府県(45%)、③16年度中が4県(8%)、④未定が2県(4%)と、都道府県の約9割が政府の経済財政諮問会議等が求める「16年度中に策定を終える」予定であることが判明した。

構想策定を担う会議(医療審議会、WG、構想区域レベルの会議は除く)は全都道府県で設置を終え、かつ1回以上開催している。最多は東京都ですでに6回開催している。

構想区域ごとの会議については、すべての構想区域で開催した県が32(68%)に達しており、一部区域で開催した県は6(13%)、未実施の県は9(19%)と、8割の県で開催が試みられている。

構想区域ごと会議の未実施は、青森県(圏域ごとのヒアリングを先行)、福島県(11月下旬以降開催予定)、埼玉県(策定後に開催予定)、新潟県、富山県(11月から開催予定)、石川県、山梨県、長野県、香川県(11月から開催予定)、福岡県(11月下旬から開催予定)。

構想区域の設定に関しては、37都道府県が「2次医療圏と同じ」(予定を含む)と回答。その他の県は、群馬、千葉、新潟、長野、静岡、香川の各県が「検討中」、福島県は「一部統合」、神奈川県は「合併を検討中」、愛知県は「一部合併」、三重県は「変更予定」と回答している。

事務局は、また、15年度病床機能報告の「報告様式1(病床が担う医療機能と構造設備・人員配置等)」の報告状況(11月8日24時現在)を明らかにした。提出を終えた全国の医療機関は1万1,196(提出率76.2%)。このうち1,838(16.4%)の医療機関に単純ミスがみられたため、再提出を求められている。

事務局は「病床機能報告の改善に向けて」と題した資料を提示し、同検討会として検討すべき課題を明らかにした。

そこには、15年度の報告には「同じ機能を選択している病棟もそこで行われている医療の内容等は必ずしも同等でなかったり、同程度の内容と思われる医療機関でも、異なる機能を選択している報告例もあった」と指摘。

まずは、病床機能報告がもつ「地域の医療機能を把握し、地域医療構想の策定や見直しのための基礎資料」という役割に資することを目的に分析を行ない、「より適切な病床機能報告が可能となるような見直し」に向けた検討を行なってはどうかと、続いて、病床機能報告がもつ「地域医療構想策定後、地域における医療機能の分化・連携のための取組状況を把握する」というもう1つの役割に向けて「活用可能となるよう、報告項目の追加・見直しを視野に入れた」検討を行なってはどうかと提起した。

このための分析作業として、15年度と16年度の報告は、構造設備・人員配置等は病棟単位だが、医療内容に関する項目は病院単位のため、「まずは医療機関全体として実施している医療の内容に着目した分析を行なう」ことを提案。

そして、その「分析の例」として、「急

性期を選択している病棟における『幅広い手術の実施』の状況」「回復期を選択している病棟における『疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーション』の状況」などをあげた。

その上で、16年度の報告以降は病棟コードを活用した分析が可能となることから、「その点も含めた分析方法について今後検討が必要」とした。併せて、病棟コードの使い方とシステム改修の概要を次回の検討会に報告することを明らかにした。

さらに、「年1回の病床機能報告の際に各医療機関における自主的な取組状況等の報告を求め、それらの報告も踏まえ、各都道府県は地域医療構想の達成に向けた取組を進める必要がある」と述べ、「その取組状況を把握する具体的事項等について検討する必要がある」と、さらなる検討課題を明示した。

前段の検討課題について、事務局は、「各医療機関における自主的な取組状況等の報告(イメージ)」として以下をあげ、「定期的な報告を求めることにしてはどうか」と提案した。

①対象となる医療機関

前年度報告以降、病床機能を変更もしくは次回報告までに変更を予定している医療機関

②報告を求める項目の例

基金の活用状況、病床機能の転換の取組内容(どのような施策で何床転換したか)等

また、都道府県に対しても、①調整会議における検討状況(開催回数等)、②当該期間で病床機能を変更した医療機関数および病床数、③病床機能の変更につながる地域における取組の好事例、④地域医療介護総合確保基金の活用状況等を国に報告するよう求める、

とした。

この日の議論は、まず、事務局が提示した資料内容の確認から始まったが、やがて、病床機能報告制度と地域医療構想をめぐる認識の再確認を求める質疑応答・意見表明へと転じた。

その論点は、①内閣官房の調査会が公表した「必要病床数」の解釈(単なる推計値に過ぎず、具体的には各構想区域の協議から積み上げられるべきものではないか等)、②医療機能区分の解釈(急性期の定義とは、回復期の定義とは等)、③病棟と医療機能の関係性(地域包括ケア病棟が慢性期を選択してはいいないか等)、④病棟と病院の関係性(病棟機能以外に病院には外来、在宅、予防といった複合機能があり、地域医療にとっては病院機能こそ重要ではないか等)、⑤構想の目的(不足している機能を充足させることが目的であり、過剰な機能の削減が目的ではない等)、⑥各構想区域の協議に対する都道府県の位置づけ(必要病床数の実現を金科玉条とする県庁の指導に対する懸念等)など、多岐にわたり、構成員の間に病床機能報告と地域医療構想の目的や進め方に多大な疑問と不満があることをうかがわせた。

構成員の質問に答える中で、事務局は「病床機能報告で前年度に選択した機能を変更することは問題ない」との認識を示した。ただし、現実には、事務局は「都道府県における地域医療構想策定後の取組」の中で、当該医療機関には都道府県への報告を求めるなど、医療機関選択に行政として介入すると受け取れかねない姿勢をみせている。

この日の議論を受け、事務局は提案事項を修正・整理したものを次回会合に提出、再度議論を求める方針だ。

医療部会・医療保険部会で基本方針概ね固まる

2016年度改定基本方針 多剤・重複投薬の表記で日医と保険者が対立。連合が保険外併用療養に懸念表明

2016年度診療報酬改定の基本方針について、社保審の医療部会(11月19日)と医療保険部会(11月20日)は、厚労省が示した文案をもとに、議論を展開した。両部会とも厚労省案の大筋に特段の異論はなく、意見は主に追記事項と書き振りをどうするかに終始した。

その中で、医療部会では、西澤委員(全日病会長)が、原案の参考資料で前回改定(2014年度)の改定率が「0.10%」と表記されていることを取り上げ、「これは消費税増税分への対応を含めたもの。それを除いた実質は-1.26%ではないか」と指摘。中川委員(日医副会長)も厚労省の認識に異論を唱え、書直しを求めた。

事務局は両委員の指摘を受け入れ、名目(+0.10%)と実質(-1.26%)を併記するかたちで修正することを約した。

両部会に、厚労省が提示した改定基本方針の原案は前回示した骨子案(11月1日号参照)に委員からの意見を一定盛り込んだ上で成文化したもので、次の構成からなる。

1. 基本認識

(1)超高齢社会における医療政策の基本方向
(2)地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築
(3)経済成長や財政健全化との調和

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1)地域包括ケアシステムの推進と医療

機能の分化・強化、連携に関する視点【重点課題】

(2)患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点
(3)重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

(4)効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

3. 将来を見据えた課題

原案のうち、重点課題とされた2-(1)の「具体的方向性の例」には、ア.医療機能に応じた入院の評価イ.チーム医療の推進、勤務環境の改善、業効率化取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保ウ.地域包括ケアシステム推進のため取組強化エ.質の高い在宅医療・訪問看護の確保オ.医療保険制度改革法も踏まえた外来の機能分化

という項目が掲げられ、項目ごとに「具体的方向性の例」が列挙されている。

このうちのイについて、菊池委員(日看協副会長)は「具体例に看護師の夜勤制限を加えてほしい」と求めたが、部会長の永井氏(自治医科大学学長)を初めとする医療系の委員から「医療従事者の負担軽減に含まれている」との指摘が相次ぎ、加筆は否定された。

医療保険部会の委員でもある菊池氏は同部会でも同様の発言を行なったが、保険局の城医療介護連携推進課長は

「医療部会では医療従事者の負担軽減に含まれているということでご了解を得た」と説明、同部会も事務局の説明を受け入れた。

基本認識の3に「保険外併用療養等について広く議論が求められる」という表現があるが、医療部会における「この保険外併用療養とはなにを指すのか」との質問に、保険局の宮崎医療課長は「患者申出療養や外来の選定療養」等をあげた上で、「選定療養に関しては政府の方針で学会等から意見を聞くシステムを設けて(継続的に)見直す方向である」旨を説明。

「保険外併用療養等の検討に時間軸の表記がない。2018年をめどとすべきでは」との質問には、「3にあげられている検討事項は2018年に限られない。もう少し長いスパンで解釈されるべき」として表現を見直す意向を示した。

これに関連して、平川委員(連合)は「保険外併用療養は医療部会で特段議論されていない。それが改定基本方針に出てくるのはいかがなものか」として、削除を求めた。医療保険部会でも連合の新谷委員が「3にあげられているセルフメディケーションや保険外併用療養ということに懸念を感じる。その前段に、「患者の権利を踏まえつつ」という表現を書き加えてほしい」と要求、支払側ながら保険範囲にかかわる議論に神経をとがらせていることをうかが

わせた。

一方、医療部会で、2-(4)に「行き過ぎた長期処方(是正)」を書き込むよう求めた中川委員(日医副会長)に対して、宮崎医療課長は「個別のテーマは中協の審議に委ねたい」と否定。これに、同委員が「ならば、同箇所(例)に記されている“多剤・重複投薬を減らすための取組”は削るべきでは」と応酬。しばし、“多剤・重複投薬”をめぐる議論が交わされた。

その結果、永井部会長から「この議論は各論に入り込んでいる」との指摘を受けた城課長は「そういうご意見であれば削除するのにはやぶさかではない」と応じた。

このやりとりは医療保険部会でも再現されたが、ここでは、保険者や連合など多数の委員から「多剤・重複投薬の削除に絶対認められない」という意見が相次いだ。参考人として出席した日慢協の中川副会長も保険者等と同様の見解を表明するなど医療部会とは趣の異なる議論となった。この結果、厚労省は多剤・重複投薬の書き振りに工夫が求められることになった。

こうした応酬はあったものの、両部会とも総じて細部にわたる議論が主となるなど、改定基本方針の大筋は概ね固まったといえよう。厚労省は次回12月初旬に最終案を提示し、とりまとめを見込んでいる。

訪問診療の報酬体系さらに改編。患者の重症度を報酬に反映 居住場所の区分を変え、患者数に応じて点数を細分化

中医協総会における2016年度改定の審議は個別項目の論点がより具体的となり、改定のポイントが目に見えるよ

うになってきた。以下に11月11日、11月18日、11月20日、11月25日における議論の要旨を紹介する。

11月11日の中医協総会 在宅医療(4)

◎患者の状態に応じた評価に関する論点

- ・在宅時医学総合管理料等では重症度に関わらず評価されているが、「別表7・8」等に含まれている疾病・処置等を参考に、長期にわたって医学管理の必要性が高い患者には疾患・状態等に応じた評価を行なうことにしてはどうか。
- ・また、在宅時医学総合管理料等では患者の状態に関わらず1ヵ月に2回の訪問が要件となっているために医学的に必要な回数を超えて診療が行なわれている場合があるため、1ヵ月1回の訪問による医学管理を評価することにしてはどうか。

◎患者の居住場所に応じた評価のあり方に関する論点

- ・高齢者向け集合住宅と居宅等では在宅医療に係る状況が大きく異なるが、特定施設等以外の集合住宅と比べて特定施設等に対する訪問診療に要するコストが低いとはいえないことから、居宅等と高齢者向け集合住宅とで評価を分けることにしてはどうか。
- ・同一日同一建物の診療人数毎に1人当たりの診療・移動時間には差があることから、同一建物における診療報酬上の評価を細分化してはどうか。
- ・同一建物における診療報酬上の評価は同一日に診療を行なった場合にのみ適用されるため、個別に患者を訪問する効率性の低い診療が行なわれていることから、集合住宅内の診療患者数に応じた評価にしてはどうか。その際、一般のアパートや団地等で複数患者を診療した場合等には一定の配慮をしてはどうか。

◎小児在宅医療に関する論点

- ・機能強化型の在宅療養支援診療所等の実績要件として、在宅看取り実績だけでなく、超重症児等に対する医学管理の実績を追加してはどうか。

◎機能強化型訪問看護ステーションに関する論点

- ・機能強化型訪問看護管理療養費算定要件の年間看取り件数に在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者を含めてはどうか。
- ・機能強化型訪問看護ステーションの実績要件として、看取り件数だけでなく、超重症児等の小児を24時間体制で受け入れている実績も追加してはどうか。

◎退院直後の在宅療養支援の強化に関する論点

- ・退院直後の一定期間に入院医療機関が行なう訪問指導を評価してはどうか。

- ・訪問看護提供体制確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価してはどうか。

◎在宅医療における保険医療材料等に関する論点 (略)

◎複数の実施主体による訪問看護を組み合わせさせた利用に関する論点

- ・病院・診療所と訪問看護ステーションの2ヵ所からの訪問看護は、複数の訪問看護ステーションからの場合と同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限ってはどうか。
- ・複数の訪問看護ステーションから訪問を受けている利用者に同一日に2ヵ所目のステーションが緊急訪問しても診療報酬が算定できないという現行取り扱いを見直してはどうか。

◎在宅薬剤管理に関する論点 (略)

【主な議論】

同一建物にかかわる評価の細分化や同一日同一建物の評価を患者数に応じたものにするなど事務局の新たな在宅報酬再編案に対して、診療側中川委員(日医副会長)は、「前改定での見直しは在宅医療のモラルハザードをなおすことに意義があった。そういう意味で我々も受け入れた」と述べた。

その上で、「集合住宅内の診療患者数に応じた評価」という点を取り上げ、「例えば、1人～〇点、5人～〇点、10人～〇点というようにすると、在宅専門のネットワークをもつ医療機関は何人診てもいいということになり、モラルハザードが生じないか」と疑問を呈し、「現場への影響は大きい。ぜひ慎重に検討いただきたい」と論じた。

「長期にわたって医学管理の必要性が高い患者には疾患・状態等に応じた評価を行なう」という考え方に対して、診療側猪口委員(全日病副会長)は、「提案の趣旨は分かるが、一方で、発熱など短期の状態急変などにもそれなりに手がかかるというのが在宅をしている者の実感だ。短期な患者に対する訪問診療にも十分な評価をお願いしたい」と要望。

さらに、在医総管と特医総管の月2回以上訪問という要件を月1回にするという提案に対して、「2回を1回にしたからといって単純に半額にするという考え方はとらないでほしい」とも注文。

居住場所による段階的評価に関して、「在宅医療は患者の重症度つまり手のかかり具合と移動時間の2面から整理されるべきだ。そう考えると居住場



所によって評価を分けるという整理の仕方はいなくなる」との認識を示した。

また、病院からの訪問看護の評価を引き上げる案に対しては、「訪問看護を行なう看護師が非常に少なくなってきたが、訪問リハも同様だ。病院・診療所からの訪問看護と訪問リハの評価をともに引き上げてほしい」と、新たな論点を提起した。

松原委員(日医副会長)も、月1回の訪問を評価するという提案に「ぜひこれをやってほしい」と賛成しつつ、「単に半分の評価という結果にならないようお願いしたい」とした。

病院からの訪問看護の評価に関連して、福井専門委員(日看協常任理事)は「医療機関と訪問看護ステーションの看護師が共同して訪問することを評価し

11月18日の中医協総会 外来医療(3)

◎主治医機能の評価について (1) 地域包括診療料、地域包括診療加算に関する論点

- ・高血圧症、糖尿病、高脂血症以外の疾患を有する認知症患者に、介護に関連する療養の指導を含めた継続的・全人的な医療を行なうとともに薬剤投与の適正化など適切な服薬管理を行なう場合に、主治医機能として評価してはどうか。

(2) 小児における主治医機能の評価に関する論点

- ・小児医療について、当該医療機関で慢性疾患の継続的管理、急性疾患や時間外への対応、必要に応じた専門医療機関への紹介等を行なう他、健康管理を総合的に実施し、継続的かつ全人的な診療を行う主治医機能を評価してはどうか。その際、現行の小児科外来診療料の評価方法を基調としつつ、3歳以降も一定年齢まで引き続いて評価してはどうか。

◎紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養に関する論点

- 定額負担を求めめる大病院の範囲
- ・特定機能病院に加えて500床以上の地域医療支援病院としてはどうか。
- ・500床以上について、一般病床以外をどう取り扱うか。一般病床であって

てほしい」と新たな提案を行なった。

一方、支払側は、幸野委員(健保連理事)が、「訪問看護に関する今回の提案は、在宅医療で要支援や自立した患者も診ているという現状の改善が目的だ。したがって、自立した人や通院できる人は訪問看護の対象から外すことを検討すべきではないか」と問題提起した。

その上で、「退院直後に入院医療機関が行なう訪問指導」については「期間を限るよう」求めた。

同じく支払側の平川委員(連合総合政策局長)は、「居住場所による評価のところに“一般のアパート等に配慮する”とある。小規模な集合住宅への不適切な訪問を容認することにならないようにしてほしい」と注文した。

も、児童福祉法に基づく指定発達支援医療機関や医療型障害児入所施設などの取り扱いをどうすべきか。

- 定額負担を求めない患者・ケース
- ・現行制度でも負担を求めない「緊急その他やむを得ない事情がある場合」(救急の患者・公費負担医療の対象患者・無料低額診療事業の対象患者・HIV感染者)は定額負担を求めないことにしてはどうか。緊急に該当するかどうかの判断は、現行制度と同様、医療機関に委ね、緊急以外の事情に該当する場合は例外なく対象外としてはどうか。
- ・その他、定額負担を求めない患者・ケースとしてどのようなものが考えられるか。

- 定額負担の金額(初・再診)
- 初診時(例)— 3,000円程度、5,000円程度、10,000円程度
- 再診時(例)— 1,000円程度、初診時特別料金最低額の約4分の1、同じく約2分の1

- ・徴収する最低額を国が設定してはどうか。その上で、定額負担の額をどう考えるか。
- ・医科歯科併設の医療機関で医科・歯科で異なる金額とすることについて、その額を含めどう考えるか。

(5面に続く)

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 7,500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 8,000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 9,000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

厚労省 夜勤看護基準の要件緩和を提案。支払側は反発

夜勤時間超過減算の期間延期と特別入院基本料に代わる新たな入院料も提案

(4面から続く)

○定額負担を導入した場合の初診料や外来診療料

・定額負担を徴収する場合の初診料と外来診療料の評価、また、現行の紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点制については、現状を維持しつつ、今後、定額負担の導入による外来の機能分化の状況等を踏まえ検討してはどうか。

【主な議論】

この日は14年度改定の結果検証調査(15年度実施)の3項目(胃瘻の造設等実施状況、リハビリテーション、明細書無料発行の実施状況)について速報が報告された。

この調査結果速報に、「維持期リハの要介護被保険者のうち標準的算定日数を超えた期間別の外来患者数」があり、回答した201病院で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群以外)を算定している患者は2,441人に達していることが出ている。

「介護保険のリハへの移行が困難と見込まれる理由」という問に対する病院側の回答には、「患者に医療から介護へ移行することの理的抵抗感が大きいから」「介護保険のリハでは医学的に必要なリハが提供できないと考えられるから」「通所リハではリハの質が不明であるから」「介護保険のリハでは患者の医学的リスクに対応できないから」など、医療と介護の連携がうまくいっていない現実を反映した理由があげられている。

猪口委員は、この事実を取り上げ、「多くの患者が期間を超えてリハビリテーションを受けている。その理由も具体的にあげられている。こうした現状をみると、介護保険への移行は困難と考えざるを得ない。現行制度の継続をお願いしたい」と発言、経過措置として続いてきている「維持期リハ(13単位)」を、さらに継続するよう求めた。

11月20日の中医協総会 入院医療(5)

この日は支払・診療各側から2015年実調結果に対する見解が表明された。

損益差額が-1.7%から-3.1%へと一般病院の赤字幅がさらに拡大した実調結果に対して、支払側は「医療法人と個人病院は黒字を維持している」「療養病床60%以上の病院は安定して黒字

この発言に松原委員も賛同した。

結果検証調査に関しては、平川委員も胃瘻造設について取り上げ、「造設が減っていない。しっかりと原因を究明していくべきだ」と発言した。

外来の議論としては、診療側の松本委員(日医常任理事)が、「平成18年改定で病診の再診料が同一にされた。これを別々に戻すことも1つの選択肢ではないか」と論じた。さらに、現行の紹介状なし大病院外来受診時の選定療養について、「我々は7剤投与の減算規定を問題視している」と述べた。

新たに提起されている選定療養について、宮崎医療課長は、「その額としては、平成25年度厚労科研の調査研究によると、5,000円以上の定額負担を設定することで、軽症の場合に当該病院の受診を控える可能性があることが示唆される」とした。

松原委員は、「(現行の選定療養では)特別料金を再診料で徴収できている医療機関が少ない」ことから「これがきちんととれるような仕組みとすべきだ」と主張。

一方、中川委員は地域包括診療料や地域包括診療加算の届出医療機関が伸び悩んでいる現実を指摘し、「あまりにも要件が厳し過ぎる。緩和への道筋をつけてほしい」と要望した。

診療側の万代委員(日病常任理事)も、「とくに病院の要件が厳し過ぎる。救急医療の指定まで必要とは思えない。これを改善して、加算ともども主治機能が発揮できる環境を整えるべきではないか」と論じた。

幸野委員は、まず、再診料を基に戻すことに強い反対を表明。選定療養については、①大病院の範囲は提案どおりでよい、②500床については一般病床でよい、③金額は5,000円が妥当、④再診料の定額は高めの設定がよい、など具体的な考えを明らかにした。

を確保している」など、一般病院における収益の状態は様ではないと主張。

一方、診療側は、一般病院は「すべての病床規模別で連続赤字」を記録、「特に、大病院で赤字が拡大」していることを指摘し、実質マイナスの前改定の影響の大きさを訴えた。

11月25日の中医協総会 入院医療(6)

援などの取組や、多職種によるチームがこうした取組を支援することの評価を設けてはどうか。

◎地域加算の見直しに係る論点
・級地ごとの差を広げる方向で国家公務員の地域手当が見直されたが、診療

報酬の地域加算も同様に見直すことについてどう考えるか。級地ごとの差を拡大する場合に、財政中立的に実施する観点から入院基本料の水準を調整することについてどう考えるか。

◎看護職員の夜勤に関する論点

・夜勤に関する診療報酬の基準や評価は経営を揺るがすことではなく、超過の予防や改善を図ることが目的。このことや夜勤従事者確保の観点を含め、そのあり方をどう考えるか。

・月平均夜勤時間数を入院基本料の要件とする現行の考え方は維持してはどうか。

・その上で、
①子育てや家族の介護を担う看護職員を含め、より多くの看護職員で夜勤体制を支えられるよう、月平均夜勤時間計算の対象を一定程度拡大するなど、計算方法を見直してどうか。

②月平均夜勤時間超過減算の算定に至っても3ヵ月間で職員を確保することが難しいことから、入院基本料に応じた看護配置を満たすことを前提とし、勤務環境の改善等一定の取組を要件とした上で減算期間を延長するとともに、当該期間経過後に経営を維持しつつ早期の回復を促すよう、超過減算よりも低い入院料を設定してはどうか。

◎医療資源の少ない地域に配慮した評価に関する課題と論点

・対象地域に関する現行の要件を見直した上で評価を継続してはどうか。

・対象地域に関する要件について、①患者流出率の要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件としてはどうか、②一部が離島となっている2次医療圏も対象地域に加えてはどうか。なお、見直しの対象となる地域で現在当該評価を届け出ている医療機関には一定の配慮を行なうことにしてはどうか。

・当該評価に係る要件は10対1を算定している医療機関も対象としてはどうか。

【主な議論】

地域加算の見直しに関して、宮崎医療課長は委員からの質問に、「財源の枠を変えることなく、ただし、級地間の差は広げるとい方向の見直しである」とあらためて説明した。

これに対して、猪口委員は「介護保険における地域区分による加算は3%~18%もの範囲で実施されているが、診療報酬に関しては0.5%程度しかない。しかし、都会と地方とのコストの差はきわめて大きい。よく実態を踏まえて見直してほしい」と要望した。

事務局は、月平均夜勤時間の計算対象に、現在は計算から外されている月16時間未満の夜勤を加えることなどを

示唆。月平均夜勤時間超過減算に関しても、その期間の延長と期間経過後に看護職員が足りない場合に特別入院基本料となることを、減算と特別入院基本料の間に新たな入院料を設けて「救済」するなどの緩和策を提案した。

この日の議論は、主に「看護職員の夜勤に関する論点」に集中した。

支払側は、連合の委員を中心に、この規制緩和策に強く反対した。「夜勤計算の見直しで短時間夜勤の看護師は雇用機会を増やす反面、それ以外の看護師により多くの夜勤指示が出ないとも限らない」と発言するなど、この見直しが看護師の既得権喪失につながる可能性を懸念する立場からの反対意見が相次いだ。

猪口委員は、まず、「はたして2人夜勤で安全なのか。拘束禁止の下の認知症患者、緊急入院など、2人ではとても足りない。しかし、月平均夜勤72時間以内という規定が増員を困難にしている」と論じ、安全と質の面から病棟の夜勤看護職員を増やす必要と、それに対して現行規定がその実現を妨げている実態を明らかにした。

その上で、看護師の数と労働時間等を全国一律に、あるいは病院の類型・規模や機能を見直しして規制する現在のやり方をやめ、「患者の状態など院内の状況をみて各病院が判断していくようにしていくべきだ」と論じ、さらに、「看護師不足の中、看護師に厳しい労働条件を押し付ける病院には看護師が集まらない」と、あるいは、「夜勤時間の少ない人がカウントされれば、その分多目の人の負担は減るのではないか」などと述べ、支払側の懸念は杞憂にすぎないと訴えた。

中川委員も「ワークライフバランスからみても、それぞれの状況にあった自由で柔軟な働き方を認めるべきではないか」と述べ、支払側に理解を求めた。

宮崎医療課長は「看護師夜勤に関する(規制の)原則は変えずに、どう現場の要望に応じていくかだ。ここでは、とりあえず16時間以下の看護職員が計算に入っていない点をどうするかと提案させていただいた。しかし、こうしたことによって一部職員の負担が増えたり、人員節約の手段に使われると問題だ。それをさせないようにしつつ、計算の対象に入れてはどうかということだ」と、提案の趣旨をあらためて説明した。

一方で、猪口委員は昼間に少しでも勤務した看護職員は夜勤専従として認められないことを指摘し、「その点を見直し、全体に柔軟な運用ルールとするよう検討をお願いしたい」と、新たな論点を示した。

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**

※ 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 (ガイドブック料金を除く)
	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 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

財務省「**転換命令等民間に対する都道府県権限強化**」を、厚労省「**しばらく様子を見たい**」

社会保障WG 「**必要病床数達成へ2020年に中間目標を設定**」との財務省の求めを厚労省が否定

経済・財政一体改革推進委員会 社会保障WG「社会保障分野の工程表策定作業に向けた関係省の意見」から
*財務省の意見は10月29日、厚労省の施策説明と見解は11月16日時点。1面記事を参照。

(1) 医療・介護提供体制の適正化

①地域医療構想による医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進

【財務省の意見】

- ・病床機能報告制度について、遅くとも2016年10月に用いることができるよう、地域医療構想と整合的な定量的基準を策定。
- ・16年度末までに全都道府県で地域医療構想を策定。
- ・2025年段階の医療機能別病床数の達成、20年時点の中間目標の設定。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

- ・病床機能報告制度の定量的基準は、現在、検討を進めている。
- ・地域医療構想の進捗管理は、算定基準のない中間目標によって行なうより、2025年における医療機能別の必要病床数に対する都道府県ごとの進捗率によって行なうことが適当。

②慢性期の医療・介護ニーズに対応する提供体制の制度的な見直し

【財務省の意見】

- ・療養病床の地域差是正に向けた診療報酬上の対応(医療区分2・3の要件厳格化、医療区分1の配置基準緩和・報酬引下げ)。16年度改定で対応。
- ・介護療養病床は17年度までに廃止しつつ、厚労省検討会の結論等も踏まえ、効率的な受け皿への転換を含め、慢性期に対応した効率的サービス提供体制を構築。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

□関連施策の概要、検討・実施時期等(厚労省) *当説明は⑤⑥に共通

◎医療費適正化指標の検討

医療費適正化基本方針見直しの前提として外来医療費の地域差の「見える化」を行なう。その上で、外来医療費適正化の指標について検討する。

◎医療費目標の検討

入院医療費については地域医療構想が実現した場合の医療費の算定式を策定。外来医療費については、当該適正化目標が達成された場合の医療費適正化効果を織り込んだ医療費の算定式を策定。

◎検討の場・検討スケジュール

専門調査会の「医療介護情報の分析・検討WG」で年内目途に大枠の方針を定める。その上で、年度内に医療費適正化基本方針を告示。

16年度改定に向けて、中医協で、慢性期の患者が必要とする医療密度のよりきめ細やかな評価等について検討。

③医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化

【財務省の意見】

- ・難病患者や小児慢性特定疾患患者等を除く全病床で居住費の患者負担化。
- ・(居住費負担の医療区分2・3への拡大)速やかに関係審議会等で検討、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、速やかに実施。
- ・(一般病床等への拡大)速やかに関係審議会等で検討、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、遅くとも17年通常国会に所要の法案を提出。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

- ・医療区分2・3は医療の必要性が高く、居住費負担を求めることには慎重な検討が必要。
- ・一般病床等への拡大については次のような課題に留意し、慎重な検討が必要。

a. 入院患者の負担増について、国民の理解を得ることができるか。

b. 入院は治療する場で「住まい」としての機能はないことから、居住費の負担を求めることができるか。

⑤データに基づき外来医療費の地域差を分析し、地域差を是正

⑥医療費水準等の目標を設定する医療費適正化計画を各都道府県が策定、都道府県別の医療費の差の半減を目指す。国が15年度中に標準的算定方式を示す。

◎KPIに関する考え方

(外来医療費の適正化に係るKPI目標)

- ・対応する政策手段の有無も踏まえ、地域差の減少が可能な指標をKPIとして設定(具体的には専門調査会WG等の議論を踏まえて検討)。

・例えば、特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用状況、重症化予防の取組状況、重複・多剤投与の状況等を指標することが考えられる。

・各指標は本年度中に検討、新たな医療費適正化計画の中で毎年度の進捗管理を行なう。

(医療費適正化計画に関するKPI)

地域医療構想を策定した都道府県は、医療費適正化計画を策定する観点からKPIを検討する。

までの策定については、各都道府県における地域医療構想の策定状況を踏まえる必要がある。

・医療費適正化計画に盛り込む項目・数値は専門調査会WGの分析を踏まえて設定。

⑨かかりつけ医普及に向けた診療報酬上の対応と外来時定額負担

【財務省の意見】

- ・地域包括診療料の普及に向けた必要な要件緩和等。
- ・かかりつけ医以外を外来受診した時に日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入
- ・診療報酬上の対応は16年度改定から見直し。
- ・受診時定額負担については、速やかに関係審議会等で検討を開始し、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも29年通常国会に法案を提出。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

- ・16年度改定に向けて、前回改定で創設した地域包括診療料の影響等を踏まえ、中医協でかかりつけ医機能の更なる強化について検討。

・16年4月から紹介状なしの大病院受診に定額負担を

導入。具体的な医療機関の範囲、金額、例外ケースについて中医協で検討。

・受診時定額負担については次のような課題に留意する必要がある。

- a. 受診が多い高齢者を中心に患者負担が増えることに国民の理解が得られるか。
- b. 「負担能力に応じた負担」という考え方に反するという批判がなされるおそれ。
- c. 過度の受診抑制を招くおそれ。
- d. 給付割合は「将来にわたり100分の70を維持する」という法律の規定との整合性。

⑩都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する取組

(ii) 高確法第14条診療報酬特例の活用

【財務省の意見】

「診療報酬の特例」の活用に係るGLの策定。速やかに検討を開始し、16年中にGLを取りまとめ

【財務省意見に対する厚労省の見解】

- ・見直し後の医療費適正化計画や地域医療構想等を踏まえる必要。また、地域によって同じ医療サービスに対する自己負担が異なることになり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題について整理が必要。

(iv) 都道府県の体制・権限の整備の検討等

【財務省の意見】

・民間医療機関に対する転換命令等都道府県の権限の一層の強化。

・速やかに関係審議会等で検討を開始し、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも17年通常国会に所要の法案を提出。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

・昨年成立した医療介護総合確保推進法に、自主的な取組だけでは分化・連携が進まない場合、都道府県が民間医療機関に、不足している医療機能への転換の要請、勧告、勧告に従わない場合の医療機関名の公表等を行なうことができる権限を設けたところ。

・追加的な措置については、これらの権限の行使状況を勘案した上で検討。

(4) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

④(iv) 介護保険における利用者負担の在り方等

【財務省の意見】

・医療制度との均衡を踏まえて、65～74歳について原則2割に見直し、75歳以上の高齢者についても原則2割負担を導入。

・(65～74歳)28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも29年通常国会に所要の法案を提出。

・(75歳以上)できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめ。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

介護保険における利用者負担のあり方等については、本年8月から一定以上所得者の自己負担割合を2割に引き上げたところ。施行状況も踏まえつつ、今後のあり方を検討する。

(5) 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革

④薬価改定のあり方

【財務省の意見】

・薬価改定のあり方について、18年度までの改定実績(17年中の薬価調査)も踏まえ、頻度を含めて検討。薬価改定の頻度は遅くとも30年央を目途に結論。

【財務省意見に対する厚労省の見解】

薬価の毎年改定は、創薬意欲への影響、流通現場への影響、薬価調査・改定のコスト等の課題があり、慎重な検討が必要。

「療養病床の在り方等に関する検討会」速報

新たな類型で厚労省と日医・四病協が踏み込んだ提案

11月27日の「療養病床の在り方等に関する検討会」は、療養病床転換先となる新たな施設類型をめぐり、より踏み込んだ議論を展開した。

事務局(厚労省保険局医療介護連携政策課)は、論点で、新たな類型の利用者イメージを「後期高齢者で要介護度4以上」「医療必要度は低いが容態急変のリスクもある」と整理。

「住まい」の機能とともに、介護、日常的医学管理程度の医療、夜間休日の医療、生活機能維持向上のりハ、看取り・ターミナルケアが求められるとした上で、(1)医療を内包した施設類型、(2)医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型等を例示した。

鈴木構成員(日医常任理事)は、日医・四病協連名による文書を提示し、方向

性として、①特例部分と医療機関の併設型(医療外付型)、②特例部分と医療機関の複合型(医療内包型)が概ね考えられるとした。

①は「医療機関は適切な規模で存続、新たに特例的機能を持たせ」た上で、「特例部分に必要な医療は併存する医療機関から外付け提供する」。医療機関に「病院(20対1)・有床診・無床診」を

想定、「施設・人員は特例部分と医療機関との一部共用を認める」とした。

②については、「現行の老健・特養より手厚い医療提供が可能な入所施設(近隣医療機関との連携も含め、当直/24時間の医療対応や看取りが可能な体制とする)」と論じた。

両案は重なる部分が多いが、鈴木提案は「施設」という概念を控え、かつ主に機能面で論じている。この日は事務局案と日医・四病協提案を軸に議論が展開された。事務局は年内に1回開催し、年明けのとりまとめを見込んでいる。

報告

法改正に伴い「全日病 個人情報保護指針」を改訂。本会HPに掲載予定

常任理事（個人情報保護担当） 飯田修平

個人情報の保護に関する法律（以下個人情報保護法）及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利

用等に関する法律（以下マイナンバー法）の一部を改正する法律が公布された（平成27年9月9日）。

個人情報保護法改正の趣旨

「本法律案は、個人情報の保護及び有用性の確保に資するため、特定の個人を識別することのできる符号を個人情報として位置付けるとともに、当該符号の削除等により個人情報の復元ができないように加工した匿名加工情報の

取扱いについての規律を定め、個人情報等の取扱いに関し監督を行う個人情報保護委員会を設置するほか、預金等に係る債権の額の把握に関する事務を個人番号利用事務に追加しようとするもの」が改正の趣旨である。

その概要は表のとおりである。

表 個人情報保護法改正の概要

1. 個人情報の定義の明確化	
個人情報の定義の明確化 第2条第1項、第2項	特定の個人の身体的特徴を変換したもの（例：顔認識データ）等は特定の個人を識別する情報であるため、これを個人情報として明確化する。
要配慮個人情報 第2条第3項	本人に対する不当な差別又は偏見が生じないように人種、信条、病歴等が含まれる個人情報については、本人同意を得て取得することを原則義務化し、本人同意を得ない第三者提供の特例（オプトアウト）を禁止。
2. 適切な規律の下で個人情報等の有用性を確保	
匿名加工情報 第2条第9項、第10項、 第36条～第39条	特定の個人を識別することができないように個人情報を加工したものを匿名加工情報と定義し、その加工方法を定めるとともに、事業者による公表などその取扱いについての規律を設ける。
個人情報保護指針 第53条	個人情報保護指針を作成する際には、消費者の意見等を聴くとともに個人情報保護委員会に届出。個人情報保護委員会は、その内容を公表。
3. 個人情報の保護を強化（名簿屋対策）	
トレーサビリティの確保 第25条、第26条	受領者は提供者の氏名やデータ取得経緯等を確認し、一定期間その内容を保存。また、提供者も、受領者の氏名等を一定期間保存。
データベース提供罪 第83条	個人情報データベース等を取り扱う事務に従事する者又は従事していた者が、不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用する行為を処罰。
4. 個人情報保護委員会の新設及びその権限	
個人情報保護委員会 (H28.1.1施行時点) 第50条～第55条 (全面施行時点) 第40条～ 第44条、第59条～第74条	内閣府の外局として個人情報保護委員会を新設（番号法の特定個人情報保護委員会を改組）し、現行の主務大臣の有する権限を集約するとともに、立入検査の権限等を追加。（なお、報告徴収及び立入検査の権限は事業所管大臣等に委任可。）
5. 個人情報の取扱いのグローバル化	
国境を越えた適用と外国執行当局への情報提供 第75条、第78条	受領者は提供者の氏名やデータ取得経緯等を確認し、一定期間その内容を保存。また、提供者も、受領者の氏名等を一定期間保存。
外国事業者への第三者提供 第24条	個人情報保護委員会の規則に則った方法、または個人情報保護委員会が認めた国、または本人同意により外国への第三者提供が可能。
6. その他改正事項	
オプトアウト規定の厳格化 第23条第2項～第4項	オプトアウト規定による第三者提供をしようとする場合、データの項目等を個人情報保護委員会へ届出。個人情報保護委員会は、その内容を公表。
利用目的の制限の緩和 第15条第2項	個人情報を取得した時の利用目的から新たな利用目的へ変更することを制限する規定の緩和。
小規模取扱事業者への対応 第2条第5項	取り扱う個人情報が5,000人以下であっても個人の権利利益の侵害はありえるため、5,000人以下の取扱事業者へも本法を適用。

すなわち、個人情報保護法改正で、個人情報の定義が明確になり、要配慮個人情報や匿名加工情報が定義され、個人情報取扱事業者の除外規定が削除され（以上法第2条）、特定個人情報保

護委員会を改組して権限を強化した個人情報保護委員会が設置（法第50条）される（平成28年1月）。また、個人の処罰規定が新設された。

マイナンバー法改正の趣旨

マイナンバー制度の利用範囲を金融や医療などの分野に広げることが改正の趣旨である。

大量の個人情報流出問題を受けて、日本年金機構がマイナンバーを扱う時

期を来年1月から最大で1年5か月、マイナンバー制度と基礎年金番号を結びつける時期を再来年1月から最大で11か月、それぞれ遅らせることにした。

2015年度第7回常任理事会の抄録 10月17日

【主な協議事項】

- 2016年度事業計画・予算編成作業日程
2016年度事業計画および予算編成の作業日程が承認された。
- 学術委員会の委員交代
藤田民夫氏（名古屋記念病院名誉院長）から今村康宏氏（済衆館病院理事長）への学術委員会委員の交代が了承された。
- 医療事故調査等支援団体業務の細則
「医療事故調査等支援団体」となった本会の支援業務等を規定した細則（「医療事故調査支援団体業務について」）が承認された。
- 全日病「個人情報保護指針」の改訂
個人情報保護法等の改正法に伴う、認定個人情報保護団体としての本会個人情報保護指針の改訂案が承認された。
- 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。
千葉県 新東京病院 理事長 中村孝雄

東京都 稲波脊椎・関節病院 理事長・院長 稲波弘彦
奈良県 奈良春日病院 理事長 久富充廣
和歌山県 堀口記念病院 理事長 保田昇平
愛媛県 済生会今治第二病院 院長 堀池典生
他に2人の退会があり、在籍正会員は2,448人となった。
賛助会員として以下の入会が承認された。
株式会社エスコ（本社・東京都、代表取締役・高木康則）
賛助会員は88人となった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
中医協総会、入院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、社会保障審議会医療部会、健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会、医師臨床研修制度

個人情報保護指針の改訂の経緯

認定個人情報保護団体は、個人情報保護指針を策定する際には、消費者の意見を聴くと共に個人情報保護委員会に届け出る義務がある（法第53条）。実施予定の平成28年1月までに全日病個人情報保護指針を改訂し、個人情報保護委員会に届け出る前に、理事会の承認を得なければならない。

法改正を反映した厚労省ガイドライ

ンに基づいて、全日病個人情報保護指針を改訂しなければならないが、11月末現在、厚労省ガイドラインは公表されていない。したがって、改正法文に基づいて、消費者の意見を聴いて、全日病個人情報保護指針改訂案を作成し、理事会の承認を得た。厚労省ガイドラインが改訂され次第、反映する予定である。

個人情報保護指針の改訂の概要

個人情報保護法の条文番号の追加削除が多いが、その変更に関しては本稿では割愛し、内容の変更追加の一部を紹介する（詳細はホームページを参照＝掲載予定）。

I. 1. 目的等の項に、「この度、2015年9月の個人情報保護法改正に伴い、本指針を大幅に改訂した。ただし、厚生労働省ガイドラインの最新の改定は2010年9月17日であり、2015年9月の個人情報保護法改正には対応していない。したがって、厚生労働省ガイドラインの個人情報保護法の引用部分は、条文及び条番号共に改正個人情報保護法を用いた」を追記した。

II. 個人情報の適正な取り扱いの確保についての項に、「⑤当概要配慮個人情報、本人、国の機関、地方公共団体、第76条第1項に掲げるその個人情報保護委員会規則で定める者により公開されている場合 □その他前各号に掲げる場合に準ずるものとして政令で定める場合」を追記した。（参考：個人情報保護法第15条、第17条）（利用目的の特定）「五 当概要配慮個人情報が、本人、国の機関、地方公共団体、第76条第1項に掲げるその

個人情報保護委員会規則で定める者により公開されている場合。六 その他前各号に掲げる場合に準ずるものとして政令で定める場合。」を追記した。（参考：個人情報保護法第17条、第19条）（適正な取得）「法第十七条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、予め本人の同意を得ないで、要配慮個人情報を取得してはならない。」（データ内容の正確性の確保等）「法第十九条 個人情報取扱事業者は、利用目的の達成に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つとともに、利用する必要がなくなったときは、当該個人データを遅滞なく消去するよう努めなければならない。」と修正した。

（参考：個人情報保護法第23条）修正、（参考：個人情報保護法第24条、25条、26条）追記、（参考：個人情報保護法第296条、第3027条）修正追記、11.匿名加工情報取扱事業者の義務 追記、（参考：個人情報保護法第36条、第37条、第38条、第39条）追記、資料に“個人情報保護法およびマイナンバーに関する用語”を追記した。

■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
第4回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会 (200名)	12月22日(火) 13:00～18:00 (全日病会議室)	10,800円 (16,200円)	・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習得することを目的としています。 ・本研修会は「医療安全管理者養成講習会」(全日病・医法協共催)の継続認定の研修会に該当します。
第8回 看護師特定行為研修指導者講習会 (広島会場) (50名)	平成28年1月10日(日) 9:55～17:30 (広島県広島市・TKPカーテンシティ広島3F「ダイヤモンドホール」)	10,000円 (10,000円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。
平成27年度個人情報管理・担当責任者養成研修会ベシツクコース (東京会場) (90名)	平成28年1月13日(水) 10:00～16:30 (全日病会議室)	12,960円 (17,280円)	・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ます。 ・対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者。
平成27年度 第2回 病院医療ソーシャルワーカー研修会 (120名)	平成28年2月10日(水)、 11日(木・祝) (全日病会議室)	21,600円 (29,160円)	・参加条件等は全日病HPをご参照ください。 ・本研修は日本医療社会福祉協会の認定する認定医療社会福祉士のポイント認定対象となります。

の到達目標・評価の在り方に関するWG、療養病床の在り方等に関する検討会について報告があり、質疑が行なわれた。

●療養病床に関するアンケート調査の中間報告

医療療養病床・介護療養病床に関するアンケート調査の中間結果が報告された。

●研修会等の開催

「2025年に生き残るための経営セミナー」第11弾、臨床研修指導医講習会等、各種研修会等開催予定について報告があった。

●病院機能評価の審査結果

9月4日付で以下の15会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能 (3rdG/Ver.1.0以降 順不同)

○一般病院 1

埼玉県 豊岡第一病院 更新

石川県 金沢有松病院 更新

愛知県 かわな病院 更新

京都府 洛和会音羽記念病院 更新

愛媛県 貞本病院 更新

福岡県 芳野病院 更新

佐賀県 小柳記念病院 新規

○一般病院 2

北海道 天使病院 新規

群馬県 日高病院 更新

大阪府 枚方公済病院 新規

兵庫県 赤穂中央病院 更新

○慢性期病院

高知県 高知総合リハビリテーション病院 更新

福岡県 東筑病院 更新

鹿児島県 水間病院 更新

○精神科病院

秋田県 秋田緑ヶ丘病院 更新

9月4日現在の認定病院は合計2,257病院。そのうち本会会員は1,021病院と、会員病院の41.8%、全認定病院の45.2%を占めている。

高齢者の患者負担見直しに賛否。外来定額負担には戸惑いと慎重論が大勢

【社保審医療保険部会】「経済財政再生計画」工程表の課題で議論。年内に部会意見のとりまとめ

11月20日の社保審医療保険部会(写真)に、事務局(厚労省保険局総務課)は「経済財政再生計画」の工程化にかかわる課題の議論を求めた。

骨太2015で定められた「経済財政再生計画」に関しては、その計画初年度(2016年度)を前に、計画でかけられた社会保障分野改革課題の実施見通しを年内に工程表に落とし込む作業が、経済財政諮問会議に付設された「経済・財政一体改革推進委員会」社会保障WGの手で進められている(6面を参照)。

工程表には改革課題に関する取り組みの方向性と実施時期等が書き込まれる。したがって厚労省は、医療保険制度の審議を担う医療保険部会の意見を踏まえた上で施策方針を工程表に反映させる必要があるからだ。

この日事務局が提起した課題は、大きくは、(1)医療・介護を通じた居住費負担の公平化、(2)高齢者の患者負担のあり方、(3)外来時の定額負担の3件。

(1)については、①医療区分Ⅱ・Ⅲの患者に居住費負担を求めるべきか、②65歳未満の療養病床患者に居住費負担を求めるべきか、③療養病床の65歳以上患者の居住費負担額を1日320円から370円への引き上げるべきかの3点が論点として提起された。

医療保険における居住費負担は、現在、「入院時生活療養費」の給付というかたちで療養病床に入院している65歳以上患者を対象に導入されているが、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者は除外されている。これを、Ⅱ・Ⅲだけでなく、65歳以下にまで対象拡大するとともに、現行の65歳以上患者の負担額を引き上げるとというのが、「経済財政再生計画」が突きつけた宿題である。

この日の医療部会では、「一般病床や精神病床も対象とすべきではないか」との意見も出た。

(2)では、75歳以上は1割という後期高齢者の自己負担割合と、2割負担の70~74歳について、14年4月以降70歳になる者が対象という段階適用によって14年3月末で既に70歳に達している者は1割を継続するという特例措置の見直しが課題にあげられた。

さらに、被保険者の所得に応じて設定され、同一医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合でも同月の複数医療機関における一部負担金を合算することができ、かつ、70歳以上には外来上限が設けられている高額療養費制度も見直しの対象となる。

(3)に関しては、「かかりつけ医の普及の観点から」ということで、例えば地域包括診療料や地域包括診療加算を算定する医療機関を通さずに外来受診した場合に定額を徴収するという考え方が経済財政諮問会議等で提言されていることを受けたもの。

11年に医療保険部会で取り上げられて否定された受診時定額負担の事実上の再現だが、医療費抑制という視点ではなく、「かかりつけ医の普及」という視点が打ち出されている点が目新しくなっている。

こうした課題について、事務局(厚労省保険局総務課)は、(1)に関する論点では、「医療・介護を通じた療養病床の在り方等については、現在、療養病床の在り方等に関する検討会で議論が行われており、その後、医療部会、介護保険部会等で制度改革に向けた議論が行われることとされているが、こうした議論との関係をどう考えるか」と提起。

居住費の負担は医療の必要性が低い者が入所する別の施設体系の中で解決するという選択肢もあるとの考えを示唆している。

あるいは、(2)についても、「国民全



体の納得が得られるよう検討する必要」「高齢者の適切な受診の確保を基本としつつ、生活への影響などを考慮すべきではないか」「患者負担だけではなく、保険料も含め総合的に検討する必要があるのではないか」と指摘するなど、課題を提起する一方で、論点で慎重な検討を求める必要を示唆している。

保険者とくに被用者保険の委員からは、「高齢者の自己負担割合は見直すべき」「居住者負担は医療区分Ⅱ・Ⅲだけではすまないだろう。いちど幅広く議論してはどうか」「(後期)高齢者の2割負担はどこかで覚悟する方向で議論されるべき」など、患者負担の見直しに前向きな意見が示された。

これに対して、後期高齢者の保険者は「高齢者の負担は総合的に検討されるべきで慎重にお願いしたい」(横尾全国後期高齢者医療広域連合協議会

長)と反応、別の顔をのぞかせた。

ただし、それら保険者も外来受診の定額負担に対しては、「政策の狙いがよく分からない。政策効果をよく見据え、慎重に議論すべきだ」(白川健保連副会長)と戸惑いを隠さない。

連合の委員は「将来にわたって7割給付を維持するという大原則にそぐわない政策には反対だ」(新谷副事務局長)と強く反対した。

保険者以外の委員では、医療費抑制のために患者の負担を引き上げるという方向性は理解するものの、具体的な制度改革には慎重かつ(保険料負担、予防や保健事業の強化、財源議論など)総合的な検討を求める声が大勢を占めた。

事務局は年内にもう1回議論して部会の意見をまとめた上で、それを踏まえつつ、工程表の策定に厚労省施策の考えを反映させる方針だ。

四病院団体協議会 賀詞交歓会(新年の集い)開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の四団体は、2016年の賀詞交歓会(新年の集い)を、下記の要領で開催します。

日時 ● 2016年1月8日(金) 午後5時30分~午後7時30分
(受付開始 午後4時30分)

会場 ● 東京都内 ホテルニューオータニ ザ・メイン宴会場階「鶴の間」

会費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問合先 一般社団法人日本病院会 総務課
Tel.03-3265-0077 Fax.03-3230-2898

到達目標・評価の在り方に関するWG

神野副会長「臨床研修は一般病院におけるスーパーローテーション研修が適当」

医師臨床研修部会に付設された到達目標・評価の在り方に関するWGは、10月28日の会合で四病院団体協議会に対するヒアリングを実施、神野正博全日病副会長が医師臨床研修制度に対する四病協の見解を述べた。

その中で、超高齢化社会に対応した地域包括ケアシステムの構築に向かう中、プライマリ・ケアの基本的診療能力を身につけるとともにチーム医療や医療・介護の連携を学ぶためには、高度急性期から在宅まで幅の広い疾病をみる一般病院でスーパーローテーションの研修を受けることが適当であると強調。医

師臨床研修制度の専門研修化を目指す動きに、病院団体の立場から反対した。

同WGは、医師臨床研修制度の次回見直しに向けて、到達目標や評価方法のあり方を検討するために設置され、これまで、日本内科学会ほかの主要学会、日本専門医機構、卒後臨床研修評価機構、日本医師会などから意見を聞いてきた。

この日はヒアリングの最後として、四病協のほか、全国医学部長病院長会議、聖マリアンナ医科大学医学部、東京慈恵会医科大学が意見陳述した。

WGはヒアリング結果も踏まえてさ

らに議論を深め、16年度中に検討結果をまとめて医師臨床研修部会に報告。厚労省は、同部会の手でまとめられる新たな到達目標と評価方法を20年度の研修から適用させる方針だ。

□神野副会長の意見陳述(要旨)

16年度改定の基本方針案の基本認識でも、超高齢社会における医療政策の基本方向として「地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築」が示されている。この方向性を見据えながら医師の臨床研修のあり方を考えなければならない。

臨床研修はプライマリ・ケアの基本的

診療能力を身につける場であり、専門分化していく専門医教育の場ではない。基本理念は「医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ」としており、臨床研修では医療から介護にいたる様々な問題や課題への対応も求められる。

地域の一般病院は、高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅と、幅の広い診療領域に対応する一方、地域包括ケアを支え、医療・介護の連携やチーム医療を推進している。

したがって、基本理念に従えば、臨床研修の場は、病床機能報告で高度急性期と名乗り出ている病院ではなく、一般病院の方が適当である。また、スーパーローテーションを見据えた診療科を経験しないと、こうした広い知識は身につかないと考える。

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