



全日病 ニュース

2017.9.1

No.901

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

新専門医制度の来年度開始に一定の理解

厚労省・医師養成等検討会

全国市長会が地域医療への配慮を念押し

厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)は8月9日、新専門医制度への対応を協議した。来年度の制度開始を目指す日本専門医機構の説明に対し、委員の多くが理解を示した。ただ全国市長会の立谷秀清委員(相馬市長)は、新専門医制度が地域医療に悪影響を与える可能性が依然としてあるとの考えを表明した。

機構は新専門医制度の開始を当初の2017年度から1年延期する方針を決定して以降、医師偏在の拡大など地域医療への悪影響が生じないように、新整備指針や運用細則を改訂し、来年度の実施に向けて準備を進めてきた。

塩崎前厚労相が談話を発表し 地域医療への配慮を求める

8月2日には、塩崎恭久前厚労相が機構の吉村博邦理事長と面会し、談話を発表した。談話は、指導医や専攻医が基幹病院に集中するなどの懸念を「完全に払拭するに至っていない」と指摘。都道府県協議会だけでなく、厚労省に対しても、学会ごとの専攻医の応募状況や配属状況などを迅速に報告し、「万が一、地域医療に影響を与える懸念が生じた」と厚労省が判断する場合には、「機構と学会に、実効性ある対応を求める」と釘を刺した。

塩崎厚労相の談話に対し、吉村理事長は8月4日の会見で強く受け止めることと表明するとともに、制度の改善が必要と判断すれば、研修内容の修正を学会に依頼することを明確にした。あわせて、専攻医の不安を払拭するため、新専門医制度の来年度開始を宣言。10月初旬を目途に、基本19領域の専攻医の一次登録を始め、12月中旬には二次登録を実施。研修を希望するすべての専攻医が参加できるように、年内に調整する意向を示した。

相馬市長が新制度に懸念を表明

これらの経緯を踏まえ、9日の検討会では、改めて新専門医制度開始に向けて議論した。冒頭、立谷委員が「機構が来年度開始を宣言したことは違和感がある」と述べた上で、「都道府県の格差が大きく、都道府県協議会が実施状況をチェックするのは困難ではないか」と質問した。

これらに対し、機構の松原謙二副理事長は、「地方自治体の首長の意見を重く受け止める。専攻医が不安に感じている、走りながらでも進めていく必要がある、来年4月に開始したい」と理解を求めた。

厚労省は都道府県協議会について、(6月27日に)通知を出し、担当者への説明会も開催しており、体制整備が進められている状況を説明した。

日本医療法人協会の加納繁照委員は、「総合診療専門医の研修内容が、まだ具体的に示されていない」として現況を尋ねた。松原副理事長は、研修の整備規準等を近日中に機構のホームページに掲載する予定であるとともに、整備規準等に基づいた研修内容が都道府県協議会で諮られると述べた。その上で、「総合診療専門医の研修が都市に集中すれば、本末転倒なので十分注意して対応する」と述べた。

また、加納委員は、今後の制度の運用で問題が生じれば、同検討会を通じて、是正を求める意見を出すことができるかと厚労省に質問した。厚労省は、「この検討会で議論できる」と述べ、卒前・卒後の一貫した医師養成のあり方の検討とあわせ、同検討会を当面継続させる考えを説明した。

そのほかの委員からも、更新要件の緩和など、来年度の制度開始に関連する質問が出たが、全体としては、真摯に対応するという機構側の説明を受けて概ね了承する形となった。



ただ最後に、吉村理事長が「最初の専門医の認定では、(年次ごとに研修場所や研修内容を定める)プログラム制を原則とするが、その後の認定では、(年次を定めず、到達目標を達成すれば受験資格を得られる)カリキュラム制を柔軟に活用する」と発言すると、立谷委員が「プログラム制が原則だと専門医取得のハードルが上がる。プログラム制に拘泥するならば、全国市長会として反対する」と反論する一幕もあった。

山形と島根の医師養成の 取組みを紹介

同日の検討会では、地域の医師養成の取組みについて、山形県と島根県の事例が紹介された。

山形県については、山形大学医学部を中心とする蔵王協議会(嘉山孝正会長)の紹介があった。地域医療適正配置委員会を組織し、個々の病院長の主観的な要望ではなく、地域の人口や年齢分布、医療機関数や医師数など医療資源を分析したエビデンスに基づき、医師の需給調整を行っている。

また、山形大学医学部では、退職後の「リフレッシュ研修」を実施しており、過去10年間で、医師17名、看護師64名が再就職した実績がある。嘉山会長は「これを全国規模に拡大させれば、

大きな効果がある」と強調した。

加納委員は蔵王協議会に民間病院の代表が加わっていないことに対し、「民間病院の意見をどう反映させているのか」と質問。嘉山会長は「地域の状況はよく把握できているので、個々の委員が民間病院の意見を汲み取って発言している」と回答するにとどめた。

島根県は「しまね地域医療支援センター」の取組みを紹介した。同センターは、①若手医師のキャリア形成支援②研修体制の充実支援③研修医の確保④ワークライフバランスの推進⑤医師不足状況の把握・分析—などを実施している。

キャリア形成支援では、地域枠・奨学金貸与者全員の登録を求め、就職希望の確認を行っている。学生・研修医と各医療機関との意見交換などを実施しながら、関係者との調整を経て、キャリアプランを作成。初期・後期研修の県内実施や、義務履行の県内勤務の早期実施などを促すことで、地域定着を目指している。

島根県の担当者は、県内の後期研修医のうち、地域枠等の医師の占める割合が5年間で4%から24%に増えるなど、一定の効果が出ていることを示した。今後の課題としては、「若手医師が充実した研修を受けられる体制を構築する」ことをあげた。

全日病の会員数が2,500を超える

8月は5会員増の2,504に

全日病の会員数が2,504となり、初めて2,500を超えたことが8月19日の常任理事会で報告された。8月の新規入会が8会員あり、退会の3会員と合わせて、7月の2,499から5会員の増

加となった。

新規入会を都道府県別にみると、広島4、東京3、千葉1だった。7月23日に広島市で開催された夏期研修会に際して、広島県支部が入会の働きかけ

を行った結果により、4会員の入会があった。

全日病の会員数は、2016年度に44会員の増加があり、2,500会員は目前となっていたが、新執行部発足後の夏期研修会を契機に2,500会員を達成した。

病院を取り巻く環境が大きく変わる中で、全日病は国民が求める質の高い医療を提供するための調査研究と政策提言に取り組んでいる。会員数のさら

なる拡大により、日本の病院、とくに民間病院の力を結集する必要がある。



清話抄

地域医療にも求められる治療と仕事の両立支援の意識

一般医療機関に初めて解放された両立支援コーディネーター(以下、Co)養成研修会を受講した。これまで意識して来なかったこれからの医療のあり

方を考えさせられた有意義な研修会であった。

2015年度から労働者健康安全機構が治療就労両立支援モデル事業の一環で全国の労災病院のMSW等の医療職を対象にCoの養成を始めていたが、政府の働き方改革実行計画の中に「治療と仕事の両立に向けて、会社の意識改革と受入れ体制の整備を図るとともに、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添うCoのトライアングル型のサポート体制を構築する」と明記され、厚生

労働省が2020年までに国内で2000人を目標として養成するとして、今年度から一般へ門戸が解放され、その第1回目の研修会であった。現在、がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスの4分野の分かりやすいマニュアルが同機構のHPから無料でダウンロードして活用することができる。

病気を治療しながら仕事をしているひとは、労働人口の3人に1人を占める。我々医療者も患者さんが生きがいを感じながら働けるような医療のあり

方を考えることが求められ、医学教育においても2018年度から導入される医学部教育のモデル・コア・カリキュラムでも両立支援は盛り込まれた。

両立支援の推進は、診療の際に医療者による「検査や治療にあたって、お仕事や日常生活でお困りのことや懸念されることはありますか?」という配慮と声かけによってすべてが始まるということであり、それは地域の病院を含むすべての医療の現場においても求められる姿勢であろう。(江口有一郎)

主張

五ゲン主義の勧め —住みよい世にするために—

「智に働けば角が立つ。情に棹させば流される。意地を通せば窮屈だ。とかくに人の世は住みにくい。」と感じるこの頃である。わたくしは、つぶしの利かない元外科医であり、越す国もなければ、芸術の嗜みもない。“主張”を書籍や雑誌に書いて気分転換を図ろうとしても、次々と新たな難問が発生するので、居心地の悪さは軽減しない。意見の相違は苦にならない。しかし、意見の根拠が分からない・理屈が通らないのでは、議論も賛成も反論もでき

ない。このことは、個人や病院間の問題に限らず、国や団体組織においても該当する。さまざまな場面で、“居心地の悪さ”があった。目的からそれた議論や運用、また、手段の目的化が多いからである。

例えば、ヒヤリ・ハット報告を考えよう。一時、ヒヤリ・ハット報告数の増減や、報告事例の分類に関する報告が多かった。筆者は、多いほうが良いのか少ないほうが良いのか、分類してその後何をするのかを質問したことが

ある。ヒヤリ・ハット報告収集の目的は、事例を集積し、分類し、それぞれの要因・原因を究明し、対策を検討し、実施し、結果を評価して、医療の質を向上させ、再発を防止し、結果として安全を確保することである。これは、品質管理の基本的考え方である目的思考である。

何事にも目的がある。目的を達成するためには、目的に適合した方法・手段を選択し、その方法・手段に適した使い方をしなければならない。そのため、状況を的確に把握し、状況に合わせて方法・手段を用いなければならない。

原理・原則に基づいて、現場で現実に現物で実行すること、理論と実践の両立が重要である。これを五ゲン主義という。机上の空論ではいけない。

また、誰かがやるだろう、自分は関係ない、‘考えるのは自分であり、実行するのは他人’ではいけない。自分あるいは自分たちが実践するという意識がないと、他人事では真剣には考えない。これを、当事者意識という。運用を考えない計画は、絵に描いた餅と同様である。

役割に応じて当事者意識を持ち、五ゲン主義を実践して、住みよい世にするようではないか。(飯田 修平)

国内初の脊髄性筋萎縮症の高額治療薬を薬価収載

中医協・総会 東日本大震災と熊本地震に伴う特例は半年延長

中医協総会(田辺国昭会長)は8月23日、10品目7成分の医薬品の薬価収載を承認するとともに、薬価収載に伴う処方日数制限の取扱いやDPC制度における高額な医薬品への対応を決めた。新薬では、難病の脊髄性筋萎縮症に対する国内初の治療薬であるスピラザ髄注12mg(バイオジェン・ジャパン)に注目が集まった。また、東日本大震災と熊本地震の診療報酬の被災地特例の期限は2018年3月31日まで延長することになった。

スピラザ髄注12mg(一般名:ヌシネルセンナトリウム)については、指定難病である脊髄性筋萎縮症(SMA)に対する標準的な治療薬が、これまで存在せず、国内では今回が初となる。薬価は既存薬がないため、原価計算方式で算定。薬価で見込む平均的な営業利益率は14.7%だが、医薬品の革新性

などを評価する加算率は、過去4番目に高いプラス35%とし、19.8%となった。なお、加算率が最も高かったのは抗がん剤のオブジーボのプラス60%である。

このため薬価は高額になり、1瓶(12mg 5mL)で932万円。今回は乳児型の適用でピーク時の患者数は294人、年間の薬剤費予想は97億円とした。9月に乳児型以外に適用が広がる予定だが、追加的な患者増は120人、22億円と想定している。厚生労働省はその後、市場が急激に拡大することは考えにくく、医療保険財政への影響は限定的との見方を示した。

医療機器では、血糖値およびケトン体を測定するFreeStyleリブレ(アポットジャパン)などを保険収載した。費用は特定保険材料ではなく、技術料で評価する。全日病会長の猪口雄二会

長は、同測定器が在宅自己注射指導管理料等の加算(血糖自己測定加算)として、1カ月の測定回数に応じた技術料を算定することを確認した。

被災地特例の利用は10件に

また、東日本大震災と熊本地震の被災地特例の期限を半年間延長した。期限は9月31日までとなっていた。

東日本大震災に伴う被災地特例の利用件数は、7月時点で5件。岩手県が2医療機関(うち歯科1)、宮城県が2医療機関、福島県が1医療機関となっている。福島は3月末からの利用で、1減1増した。福島の1減で、看護配置の不足に対する特例の利用はなくなった。患者の定数超過入院に対する特例の利用が3件で最も多く、仮設の建物で保険診療ができる特例が内科で1件、歯科で1件となっている。



震災から6年が経過しており、厚労省は特例の解消に向けた努力を求めている。このため、これまで通り、現在特例を利用している医療機関に限って、継続を認めるが、「解消時期の一定の用途を示す」ことを求めることにした。

熊本地震に伴う特例の利用は、5件となっている。対象は熊本県のみ。仮設の建物で保険診療ができる特例の利用が4件で多く、建物損壊の被害が大きかったことが伺われる。熊本地震の特例では、被災の影響で診療報酬の施設基準を満たせなくなった場合の利用を原則とするなど、東日本大震災に伴う特例と同様だが、特例の解消時期を示すことは求めてない。

試行的導入での支払い意思額調査結果の反映は断念

中医協・費用対効果評価専門部会 過去の研究成果を活用

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は8月9日、費用対効果評価の試行的導入の進め方を協議。厚生労働省は、試行的導入の段階で支払い意思額の調査結果を反映させることを断念し、過去の研究成果を活用し、医薬品や医療機器の費用対効果の「よい・悪い」を判断することを提案した。支払側の委員は、試行的導入での活用が困難であることは認めつつ、支払い意思額の調査を早期に実施する必要があると主張した。

費用対効果評価の仕組みで、費用対効果の「よい・悪い」を判断するには、増分費用効果比(ICER)を用いる。その際に、評価の基準となる金額を定めておく必要がある。このため、一般国民を対象にした支払い意思額の調査を予定している。同専門部会では、これまで支払い意思額の調査設計を議論してきたが、いくつかの疑問や懸念があり、まとまっていない。

一方、試行的導入の対象となっている抗がん剤のオブジーボなど13品目の価格改定は、次期診療報酬改定とあわせて実施する予定になっている。そうすると、年内に価格調整の目的をつける必要があり、年末までに、支払い意思額の調査設計をまとめ、調査を実施し、結果を集計・分析して13品目の価格改定に反映させる方法を決めなければならない。厚労省は日程から考えて、支払い意思額を反映させることは難しいと判断。13品目の価格改定では、過去に研究者などが実施した調査結果を

参考にすることを提案した。

試行的導入後の制度化の段階では、新たに支払い意思額の調査を実施して、その結果を反映させることが求められる。迫井正深医療課長は「先延ばしするのではなく、できる限り同時並行的に議論を進める」と述べ、理解を求めた。

厚労省は、支払い意思額に関する過去の研究成果として、対象者数や調査方法の異なる4例を示した。それによると、健康な状態で生存期間が1年延びる効果(1QALY)に対し、どれだけの金額を支払う意思があるかを質問し、社会としての負担(保険料・税金)では「520~740万円」や「350~1,370万円」など幅のある数字が得られている。また、個人の自己負担としては、「470~540万円」、「450~550万円」との結果が示された。

ただこれまでの議論で、一般国民に自己負担だけでなく、保険料や税金を含めた医療保険全体の財政を考慮した回答が期待できるかについて、疑問が示されていることを踏まえると、支払い意思額の調査設計には、なお時間を要すると考えられる。

厚労省の提案に対し、試行的導入において新たな支払い意思額の調査結果を反映させることは難しい点については合意を得た。しかし特に支払側委員が、「試行的導入と制度化の段階で用いる評価基準が大きく異なるとしたら問題がある。試行的導入の際にも、新たな支払い意思額の調査結果を把握しておく必要がある」と主張。予定通り

調査を年度内に実施することを求めた。これを受け厚労省は次回詳細なスケジュールを示し、調査実施が可能かを判断してもらう対応を取るとした。

倫理的、社会的影響等に関する観点

今回、同部会は、費用対効果評価における「倫理的、社会的影響等に関する観点」を整理した。総合的評価(アプレイザル)では、増分費用効果比(ICER)による機械的な計算だけでなく、一定の価値観に基づいた判断を加えて、価格改定を行う仕組みを想定している。

具体的には、①感染症対策といった公衆衛生的観点での有用性②公的医療の立場からの分析には含まれない追加的な費用③長期にわたり重症の状態が続く疾患での延命治療④代替治療が十分に存在しない疾患の治療⑤イノベーション⑥小児の疾患を対象とする治療—を考慮すべき項目の候補としている。厚労省はこれらの項目のうち、「小児の疾患を対象とする治療」を除外することを提案し、了承を得た。

「小児の疾患を対象とする治療」は、対象者が少ないため治療薬の開発が遅れる傾向がある。しかし費用対効果評価の仕組みでは最初から対象から外しているとの指摘が出ていた。厚労省は、成人を対象とする治療薬でも、実態として小児に用いられている治療薬があるため、考慮する観点に含めたと説明していた。しかし今回、考慮する観点を具体的な判断基準を用いて定めるに



当たって、除外することを決めた。

また、イノベーションに関しては、費用対効果評価を行う前の価格算定で、イノベーションの評価を実施しているため、「二重評価」といった指摘が出ていた。このため、今後の価格改定の方法を検討する中で、それぞれの整合性も踏まえながら、取扱いを整理する。

日程的にも調査結果の反映は不可能

8月23日の同専門部会で厚労省は、試行的導入と制度化の議論に分けて、詳細なスケジュールを示した。

試行的導入では、10月半ばに価格改定の方法をまとめる。その後は非公開の費用対効果評価専門組織で、13品目に対する価格改定案を年内にまとめる予定だ。11月以降は、制度化に向けた議論を開始。年内に骨子案を固める。

制度化の際に用いる「支払い意思額に関する調査」は、11月に調査を開始したとしても、結果報告がまとまるのは来年2月末~3月になる見通し。このため、試行的導入で調査結果を活用するのは不可能であることが明らかになった。今後は試行的導入と制度化において、支払い意思額の考え方をどう反映させるかが課題となる。

後発品や長期収載品、新薬創出等加算の論点を整理

中医協・薬価専門部会

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は8月9日、薬価制度の抜本改革に向けた4月中旬以降の議論を整理した。①後発医薬品②長期収載品③新薬創出等加算④イノベーションの評価について、論点となった事項を明記した。今回の整理を踏まえ、抜本改革に向けたより具体的な議論が始まる。

後発品については、◇薬価のあり方◇価格帯◇中間年の薬価改定を論点とした。

薬価のあり方については、先発品の5割を原則(10品目を超える内用薬は4割)とする価格のさらなる引下げが課題となる。価格帯については、後発品の品目数が多く、価格のばらつきも大きいことから、現在3つの価格帯を設定している。価格帯の集約化が課題だが、ばらつきが大きいと実勢価格よりも価格が引上げられる品目と引き下げられる品目が増えることから、公平性の観点から議論が必要とした。後発品は実勢価格と薬価とのかい離率が高くなりがちなので、中間年の対象品目をどのように絞り込むかも議論となる。

抜本改革に向け今後具体的な議論に入る

長期収載品については、「長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換する」との抜本改革の方針に則った対応が求められる。後発品への置換えが進まない長期収載品のさらなる引下げとともに、経済財政諮問会議などの要請を踏まえ、先発品と後発品の差額を患者負担とすることや置換えを進めるための診療報酬での対応が、引続き検討対象となる。後発品の数量シェア8割が目標となっていることから、長期収載品に対しては厳しい改定が行われる方向だ。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算は、抜本改革の方針で、革新的新薬創出を促進するため、ゼロベースで抜本的に見直すとしている。厚労省は多岐にわたって、論点を示した。これまでの運用でドラッグ・ラグの解消と後発品への置換えが進んだことに対し、一定の評価を与えた。その上で、◇対象医薬品の範囲◇対象期間◇対象となる製薬企業の要件などを検討項目とした。

対象医薬品の範囲については、現在平均かい離率を超える新薬は対象とな

らないが、平均かい離率が直接的に、革新性を評価する指標ではないとの指摘がある。また、平均かい離率を指標とすることで、薬価高止まりの弊害を生む側面がある。さらに、必ずしも革新性があるとはいえない新薬も対象になっているとの指摘も少なくない。

対象期間については、現在「後発品が上市されるまで」と「薬価収載から15年」の短い方となっている。後発品は先発品の特許期間終了後に上市される。企業努力により早く上市すると、加算の対象期間を早期に終了することになり、企業のインセンティブを損ねるとの指摘があり、検討課題とする。

対象となる製薬企業の要件では、具体的な指標が例示された。①新薬開発投資率②世界同時開発(国際共同治験)の実施③産学連携への取組みの達成度や充足度に応じて、加算額に段階を設ける仕組みだ。未承認薬・適応外薬の開発要請に適切に対応することを求める点については、「当然」と位置づけた。

イノベーションの評価については、類似薬効比較方式で算定した場合に比



べ、原価計算方式で算定した場合の評価が低いことを論点とした。ただし製造原価など原価計算方式の算定根拠が不明確との指摘があり、原価計算方式の正確性・透明性の向上を課題とした。

議論の整理では、これらの論点を明示するとともに、それに対する委員の意見を添付した。

また、同日の議論では、「後発品への置換えが進まないのは、後発品メーカーが多すぎるため」、「精神神経剤や免疫抑制剤は後発品に変更しにくいとの実感がある」、「後発品への置換えが進まない長期収載品に対する特例引下げ(Z2)の効果をみたい」、「新薬創出加算の金額は増加傾向にあり、加算終了後の引下げ額を多くすることや、長期収載品の引下げで財源を確保すべき」などの意見が出た。

療養病棟の医療区分の設定に一定の妥当性

中医協・入院医療等分科会

中医協の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」(武藤正樹分科会長)は8月4日に療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料等、有床診療所入院基本料をテーマに議論した。また、24日に一般病棟入院基本料などについて議論した。

療養病棟については、厚生労働省が現行の医療区分が医療の必要度を反映したものとなっていることを示すデータを示した。また、今年度で看護配置基準の特例が切れるため、25対1の取扱いが課題となる。

療養病棟入院基本料については、介護療養病床とともに、医療法施行規則の人員配置特例の経過措置が、今年度で期限を迎えることに伴い、看護配置25対1の療養病棟入院基本料2の取扱いが今後の重要課題となる。医療法の規定で看護配置4対1未満(診療報酬では20対1未満)が認められなくなるためだ。

これを踏まえ、保険者側の委員が「介護療養病床と25対1の患者像が類似しているとのデータも踏まえ、25対1は廃止すべき」と主張した。これに対し療養病棟を経営する委員は、「20対1は医療区分2・3の患者を8割集めなければならない。25対1は前回改定で5割に上げたばかりで、それを満たせない場合の特例措置もある。いきなり20対1になるというのはハードルが高いので、段階的な対応を検討すべき」と配慮を求めた。

療養病棟入院基本料の区分で用いられる医療区分の詳細なデータを厚労省が提示した。

例えば、医療的な状態が「常時、不安定」の患者の割合は、医療区分3が14.7%、医療区分2が3.6%、医療区分1が2.0%だった。医師の診察の頻度では、週1回以下の患者の割合は医療区分3が37.4%、医療区分2が55.8%、医療区分1が67.1%だった。看護提供頻度でも同様の傾向がみられ、医療区分の1、2、3の順で医療必要度が高いことが示唆され、医療区分の妥当性が一定程度確認できた。

看護配置25対1の取扱いが課題

これを受け、董仙会理事長の神野正博委員は、「今回は医療区分を見直す議論はしなくてよいのではないかと述べた。今年度の調査においては、医療の必要度を判断する質問として適切ではないと指摘された「医師の指示の見直し頻度」だけでなく、他の指標とあわせて、医療必要度を調査したことも評価した。また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が合計1名以上配置されている病院で、在宅復帰率が高いとのデータに対し、「嚙下リハに関わる言語聴覚士だけの効果をみたい」と厚労省に依頼した。

療養病棟における死亡退院が4割であることを踏まえ、「看取り」に関する機能のあり方も課題となった。厚労省は「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」の医療従事者や介護職員の認知度が低いことを問題点として指摘した。看取りの機能に関しては、委員から「死亡退院が4割だが、すべてを看取っているわけではなく、治療の結果、残念ながら亡くなる患者も少なくない」と、療養病棟の多面的な機能を評価すべきとの意見が出た。

また、神野委員は、「地域医療構想では医療区分1の7割を介護施設・在宅等に移行させるとしているが、医療区分1の患者の4割が、医学的な理由で入院を継続しているとのデータが今回示された。これを医政局と共有してほしい」と指摘した。

障害者施設等入院基本料は適正化

一般病棟の障害者施設等入院基本料については、2016年度診療報酬改定で、難病患者など本来入院が想定される患者とは異なる患者が、実際には、多く入院しており、その患者像が療養病棟と類似していた。このため、療養病棟の評価に近づける改定を行った。具体的には、脳卒中の後遺症による重度の意識障害の患者の入院基本料について、医療区分1・2に該当する場合は、引下げを行った。

今回は、障害者施設等入院基本料の

患者のうち、「重度の肢体不自由」の患者の状態像を分析した。その結果、◇重度の肢体不自由の患者は障害者施設等入院基本料全体の半数以上◇重度の肢体不自由の患者のうち、医療区分1の患者の割合は、療養病棟入院基本料1より多い一などがわかった。これらを踏まえ、次期改定では、「重度の肢体不自由」の患者の入院基本料を対象にした改定を行うことが示唆された。

有床診は機能に応じた評価を要請

有床診療所についても様々なデータが提示された。有床診は現在約8千施設で、減少傾向にあり、都道府県のばらつきが大きい。標榜診療科では、内科系が34%で最も多く、次いで、外科系(13%)、産婦人科(10%)、整形外科(7%)、リハビリテーション科(7%)となっている。年齢階級別の入院基本料の算定割合をみると、入院基本料1~3では、65歳以上の患者が約75%を占める。

入院の1日あたり平均点数は、眼科と耳鼻咽喉科が最も高く、8千~9千点台で、手術が多い。一方、その他の診療科が2千点前後で、入院基本料の占める割合が高く、診療科で大きな違いがある。

これらを踏まえ、神野委員は「様々な有床診がある。少なくとも専門的な医療を担っている有床診と、地域包括ケアシステムを担っている有床診を区別して分析をしないと、診療報酬の評価を議論することができない」と述べた。他の委員からも、「数床の有床診から20床に近い有床診まで規模により、役割や経営状況が異なる」、「地域医療に不可欠な産科・小児科、看取りなどを担う有床診を支援する体制が必要」など、担う機能に応じて、有床診を評価すべきとの意見が相次いだ。

7対1、10対1の関係などを議論

8月24日の入院医療分科会では、◇一般病棟入院基本料◇入院支援◇地域包括ケア病棟等を課題とした。

一般病棟入院基本料については、7



対1と10対1の平均在院日数と「重症度、医療・看護必要度」(看護必要度)の該当患者割合の関係などから、両者の機能が重なる病棟が少なくないことがわかった。一方で、7対1は看護必要度を満たす患者が一定割合以上であることが要件で、10対1は加算であるなど評価基準が異なり、点数の差も大きい。神野委員は、10対1の手厚い看護配置に対する評価を求めた。

看護必要度について事務負担が大きいとのデータが示され、負担軽減が課題となった。その際、看護必要度のA項目(モニタリングおよび処置等)、B項目(患者の状況等)、C項目(手術等の医学的状況)の各項目を診療報酬項目に代替させて、患者の重症度を把握することが論点となった。だが、それぞれ定義が異なるため、代替可能かを整理する必要がある。例えば、A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を診療報酬のG004「点滴注射」に代替させられるかなどを検証する。委員からは賛同する意見が相次いだ。

入退院支援については、入院前を含めた入院早期の支援の取組みが論点となった。入院基本料等の要件である在宅復帰率は、必ずしも在宅に復帰することを評価する指標ではないので、名称の見直しを検討する方向だ。

地域包括ケア病棟入院料の分析では、自宅等から入院する患者と急性期病棟から転棟する患者を比べると、自宅等から入院する患者の方が重症となっている。厚労省は、両者の違いの評価を検討する上で地域包括ケア病棟等の「救急・在宅等支援病床初期加算」を例示。これは急性期病棟からの転棟や自宅等から入院した患者に対し14日を限度に算定できるもので、機能の違いを評価する上で参考になるとした。

介護サービスの質の評価と事業者インセンティブを議論

社保審・介護給付費分科会

議論が一巡、次回に関係団体のヒアリング実施

社会保障審議会・介護給付費分科会(分科会長=田中滋慶名誉教授)は8月23日、(1)介護サービスの質の評価と自立支援にかかわる事業者インセンティブ、(2)介護人材確保対策、(3)区分支給限度基準額の3点を取り上げて議論した。この日の議論で、2018年度介護報酬改定に向けた議論は一巡し、9月からは第2ラウンドの議論に入る。9月6日と13日に四病協を含む24団体を招いてヒアリングを実施する予定だ。

(1)の事業者インセンティブのテーマは、直接には「事業者における自立支援の実績を介護報酬でどう評価するか」というもの。ここには「介護報酬以外の評価のあり方」も論点に入る。

「自立支援の実績」としては、アウトカムとしての「要介護度の改善」が分かりやすいが、こうした視点からの評価は、介護予防の通所介護と通所リハにおける事業所評価加算を除くと、今の介護報酬にはない。

ただし、要介護度によらない状態等の改善を評価する項目としては、老健における在宅復帰・在宅療養支援機能加算(在宅復帰を評価)、訪問リハ・通所リハにおける社会参加支援加算(リハを通じた社会参加を評価)がある。

介護の質の評価をめぐり議論

このテーマについて、事務局(老健

局老人保健課)は、自立の概念を紹介した上で、事業者における自立支援に向けた介護サービスの質の評価をストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つの面で試みてきたこれまでの経緯を説明した。

その上で、アウトカムに関しては、例えば要介護度や自立度の改善に着目した場合も、その変化は「様々な要因が複合的に関連した指標であり、利用者個人の要因による影響が大きい」ことから単純に事業者の評価に使えるか疑問があるとした。

また、「様々なサービスを組み合わせさせて利用している場合が多く、提供される介護サービスのどれが効果的であったかの判断が困難である」として、特定の報酬項目で評価することは難しいとの見解を表明。さらに、「事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある」と指摘した。

このように自立支援につながる介護サービスの質の評価については、一義的にはどのような指標で質を測るかという問題があるが、同時に、身体機能だけでなくQOLや社会活動への参加、あるいは参加意欲といった精神状況等も対象とすべきかという評価範囲の問題もある。

この日の議論では、委員の多くが現時点ではエビデンスに乏しく、適切な評価指標は見出せない指摘。まずは「データの収集を行うべき」とする意見が大勢を占めた。そのためには、診療報酬におけるデータ提出加算などのインセンティブを設けてはどうかとの提案も出た。

こうした意見に対して、介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業を手がけている松田晋哉委員(産業医科大学教授)は「エビデンスはあるが、現場には届いていないようだ」と述べ、そのいくつかを披露した。松田委員は「どういうケアマネジメントがなされれば効果が出るかという点を10年間研究した結果、明らかなエビデンスが得られている」と述べ、「ケアマネジメントの継続性」が鍵になっているとの認識を示した。

介護サービスの質評価の議論は緒についたばかりだが、骨太2017は、2018年度介護報酬改定で「自立支援に向けた介護サービス事業者に対するインセンティブ付与のためのアウトカム等に応じた介護報酬のメリハリ付け」を求めており、今後の議論が注目される。

処遇改善加算IVとVの廃止を提案

(2)の介護人材確保対策として、厚労省は前回の改定で実施された介護職



員処遇改善加算のうち加算IV(キャリアパス要件のI・IIと職場環境要件のいずれかを満たす)と加算V(いずれも満たさない)を2018年度改定で廃止する考えを提示した。加算のIVとVはいずれも取得率が1%程度にとどまっている。

多くの委員は廃止に賛同したが、日本労働組合総連合会の伊藤彰久委員は「加算IVとVを取得している事業所は小規模な介護療養、介護老健、通所介護などだ。これらの切り捨てにつながることはすべきではない」と廃止に強く反対した。

(3)の区分支給限度基準額では、訪問系サービスで減算の適用を受ける場合が論点になった。事業所と同一敷地内・隣接敷地内にある集合住宅に対する訪問介護等の報酬は減算されているため、減算された報酬の単位数で区分支給限度が管理されると、減算を受けない人との間に不公平が生ずるという問題がある。多くの委員が、「区分支給限度基準額の費用の算定は減算前の単位数で計算すべき」と主張した。

がん診療連携拠点病院の指定要件見直し議論がスタート

厚労省・がん拠点病院指定WG

厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ(WG)」は、8月23日の初会合で、サブWGを設けて「がんゲノム医療中核拠点病院」の指定要件を検討することを決めた。また、現行指定要件について総論的な議論を行った結果、「医療安全」や「支持療法」などを追加することを確認。さらに、診療実績や当該2次医療圏におけるカバー率なども見直す方向で議論を進めることで概ね一致した。

同WGは、2017年度から始まる第3期がん対策推進基本計画(案)を踏まえ、がん診療連携拠点病院等の整備指針を策定するために6月21日の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で設置が決まった。この日は座長に西田俊朗国立がん研究センター中央

病院長を選んだ上で、がんゲノム医療の提供体制構築に向けて、「がんゲノム医療中核拠点病院」(仮称)の指定要件をサブWGで検討することを了承した。

続いて、拠点病院等の現行指定要件についてフリーディスカッションを行った。指定要件に関して厚労省は、「医療安全」「支持療法」「質の格差の解消(第三者評価や拠点病院間の定期的な実地調査など)」「指定要件を満たしていない可能性がある病院に対する指導方針」を項目として追加することを提案。WGは基本的に同意した。

厚労省はあわせて、手術療法、放射線治療、化学療法、緩和ケア、病理診断にかかわる診療体制と人的配置の再検討を提起。また、地域および都道府県のがん診療連携拠点病院の要件に

なっている診療実績の数値とカウント方法、さらにはカバー率(当該2次医療圏のがん患者の2割程度の診療実績)を見直すことや、相談支援センターについても業務内容の再検討や診療従事者の配置を検討し、相談支援の実績を要件とすることについても議論を求めた。

これに対して構成員からは、外来における看護師や相談支援センター従事者の配置を要件に組み入れるなどの提案があった。一方で、「要件の複雑化は事務の煩雑化を招くので好ましくない」「病理医、臨床検査技師、相談支援のSWは確保しにくく、人的要件の引上げは拠点病院の絞り込みにつながりかねない」「診療実績の厳格化は慎重にやらないと患者の集中化が進みかねない」など、現実とかけ離れた要件となることへの懸念が表明された。

また、「指定要件にISOや病院機能



評価など代替可能なものを認めるべきではないか」との声もあった。

厚労省は、同WGの議論を来年3月に終え、2018年度早々にがん診療提供体制あり方検討会に報告した上で新たな指定要件を決定。2018年度の早期に整備指針化し、2019年度の指定から適用する考えだ。

なお、拠点病院等の整備は2017年4月1日時点で、各種の連携拠点病院が合計400カ所、地域がん診療病院は34カ所となっているが、今も空白の2次医療圏が69ある。

がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件を検討

厚労省・がんゲノム医療中核拠点病院サブWG

厚生労働省の「がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)等の指定要件に関するサブワーキンググループ」の初会合が8月23日に開かれた。がんゲノム医療を提供する体制を整備するため、中核となる拠点病院の指定要件を検討する。座長には、国立がん研究センター中央病院の西田俊朗院長が選出された。

がんゲノム医療は、ゲノム情報を解析して患者ごとのゲノム変異を明らかにし、その結果に即して行う医療。がん対策推進基本計画(案)でも、がん医療の充実を図るための1項目として記載されている。

6月に公表された「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書は、がんゲノム医療の提供体制を構築

するに当たって、通常のがん医療とがんゲノム医療を一体として提供する必要があるとし、がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)をがん診療連携拠点病院の仕組みに位置づけ、すべての都道府県でがんゲノム医療が提供可能となることを目指す考えを示した。報告書は、2017年度中にがんゲノム中核拠点病院を指定することを求めている。

同日開催された「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」においてサブWGを設置して、がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件を検討することが了承された。サブWGは3回程度の開催でとりまとめを行い、遅くとも10月初めには検討結果を同WGに報告する予定。

がんゲノム医療は、ゲノム情報の解析とそれに基づく医学的判断が前提で、高度の専門性が求められる。遺伝子関連検査としては、既存治療薬の選択に際してコンパニオン診断が行われているが、コンソーシアム懇談会報告は複数の遺伝子をセットで検査する「遺伝子パネル検査」について、薬事承認を経て保険診療として実施することを求めた。パネル検査を実施する医療機関として、がんゲノム医療中核拠点病院が想定される。

中核拠点病院では、遺伝子パネル検査と検査結果の解釈が可能であることが求められるほか、検査の結果、遺伝性腫瘍の原因となる遺伝子の変異が発見されることを想定して専門的な遺伝

子カウンセリングの実施体制も求められる。さらに、未承認薬や適用外薬へのアクセスを確保するため治験や先進医療の実施体制も必要となる。

また、コンソーシアム懇談会報告は、患者のアクセスを考慮して中核拠点病院と連携して診療に当たるがんゲノム連携病院が必要とした。中核拠点病院と連携病院の連携のあり方についても、サブWGで検討することになる。

初会合では、がんゲノム医療に関するこれまでの検討状況を厚労省が説明したほか、遺伝子関連検査の精度管理や遺伝子カウンセリングの実施体制について構成員が発表した。

その後、がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件について、◇パネル検査を実施できる体制がある◇パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有しているなど、コンソーシアム懇談会報告書が示した8項目にそって具体的に検討した。

病院機能評価の受審を支援し、認定率向上を目指す 第三者の目で評価を受けることが病院機能を高める

全日病の委員会を紹介する連載は今回が第2回目。病院機能評価委員会の木村厚委員長に、同委員会の仕組みや病院機能評価の認定を受ける意義などを聞いた。

日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定率は近年減少傾向にあり、受審のインセンティブが不十分であることなどが指摘されるが、木村委員長は、第三者の目で審査を受けることが病院経営の改善や医療の質の向上につながると強調した。

評価項目を検討し 機構に提案

一病院機能評価委員会の活動を紹介します。

病院機能評価委員会の役割は、多くの会員病院に日本医療機能評価機構の実施する病院機能評価を受けてもらうよう働きかけ、受審を支援することです。そのために、原則1カ月に1度の委員会を開くとともに、年2回のセミナーや全日病学会でのパネルディスカッションを企画しています。

日本医療機能評価機構の依頼で、特に「一般病院1」(地域医療を支える中小規模病院)の評価項目について検討し、その結果を意見としてまとめ、提出しています。また、「一般病院1」以外に「慢性期病院」の評価項目の検討も行うことを要望しています。

病院がその地域で果たしている機能や規模によって、評価の方向や内容が異なるのは当然です。全日病の会員の多くを占める中小病院の機能を適正に評価できるよう、評価項目を検討することは、委員会のもう1つの重要な仕事です。

ただ病院機能評価を受けている病院は2,177病院(2017年7月7日時点)で、日本の病院全体の約26%にとどまります。以前は30%を超えていたのに下がってきてしまいました。その中で、全日病会員病院の認定率は35.1%で、全体の認定率を上回っています。しかしながら、まだまだ不十分であり、これをいかに引き上げていくかが課題です。

特に、100床以下の中小病院の認定率が低いことが問題です。「一般病院1」は、中小病院向けの審査基準ですが、中小病院の中でも病床数の多い100～200床の病院が大半で、100床以下の認定率が少ない。評価項目を見直すことなどによって、受けやすくなるような工夫は行っているのですが、そこだけを優遇するわけにもいかず、難しいところです。

住民の信頼を得る上で 機能評価は必要

一病院機能評価を受ける意義について教えてください。

機能を評価する際の基本的な視点として、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価があります。これまでは、ストラクチャー評価が中心でしたが、プロセス評価も取り入れるようになりました。今後はアウトカム評価を導入していく必要があると思いますが、適切な指標を入れるのは簡単ではありません。

なぜ、病院機能評価を受けるべきなのかというと、第一に、病院が住民の

信頼を得る必要があるからです。私の病院(木村病院)もそうですが、民間病院は院長・理事長の苗字を冠している病院が多いですね。一種の家業に近いところがあって、経営に必要な組織が整っていない病院が少なくありません。

第三者の視点が入りにくく、経営に関しては、院長や事務長など少数の幹部がすべてを決めがちで、他の職員は自らの責任の所在を理解せず、業務改善が必要な状況であっても、病院内部の視点で物事を考えてしまいます。

これでは住民の信頼を得ることはできません。医療の質を上げ、病院の機能を向上させるために、行政に上からいわれるだけでなく、医療者が自らお互いにピアレビューをし、経営体としての組織を作っていくべきなのです。手前味噌ですが、医療を提供する体制がここまで発展してきたのは、病院機能評価が果たした役割が大きかったと考えています。

第三者評価の開始から 機能評価に長くかわる

一木村先生が、病院機能評価に取り組むようになったのはいつ頃からですか。

日本医療機能評価機構が設立されたのは1995年ですが、その前から機能評価にはかかわっていました。最初は、東京都私立病院会の青年部会で「JCAHO研究会」をつくって機能評価の勉強をしていましたが、1990年に全国規模の組織として「病院医療の質に関する研究会」を立ち上げ、第三者評価をはじめようになりました。

評価項目は現在のような厳密なものでありませんでしたし、サーベイヤーの訓練も十分に受けていませんでしたが、第三者の目でチェックすることが大切であると考え、お互いの病院を訪問して、評価していました。そういうわけで、機能評価には長くかかわっていますね。

一医療の質の向上に病院機能評価が果たしてきた役割は大きいと思います。しかし、国民にはあまり知られていないように思います。

多くの国民が、病院機能評価を知るに至っていませんね。でも、医療界ではある程度、知られるようになりました。例えば、医師や看護師などが求職する際に、病院機能評価を得ていることが、病院を選ぶ理由の一つにあげられるようになっていきます。

病院機能評価に対して、「仲間同士で評価し合っても意味がない」という人もいます。しかし、それは逆であり、医療のことを知っている医療者が自ら第三者評価を行うことに大きな意味があります。住民や患者、行政の視点も重要ですが、それだけでは病院の機能は向上しません。

セミナーや訪問指導を通じて 受審を支援

一会員病院に対してどのような支援を行っているのですか。

会員病院に対する相談事業や受審支援を行っています。年2回のセミナーと全日病学会の委員会企画、病院機能評価を受ける会員病院への訪問指導などがあります。

昨年の熊本での全日病学会では、更新を辞退したが、その後問題点を克服し、再更新した3病院の話を書きました。更新しなかった理由としては、「中小病院も大病院と同様の取組みが求められる」、「費用が高い」、「受審準備にかかる作業が膨大」などの問題点が指摘されました。

その後、医療事故に対する関心の高まりなどの背景の中で、認定制度の改善などもあり、再更新。認定を受け続けることが、「病院の理念の見直し」、「医療の質向上や安全、経営の改善」につながることを確認することができました。

石川学会で 機能評価のメリットを説明

一9月の石川学会はどのような企画になりますか。

認定を更新する病院は減っている中で、病院に更新を促すインセンティブが重要になります。そこで、金沢の全日病学会では、病院機能評価が病院経営にいかに関与したかについて発表する企画にしています。具体的な数字で経営への効果を示してもらうことや、看護部門での職場改善の効果を講演してもらう予定です。

全日病学会の前日には、金沢で機能評価受審支援セミナーを開催します。以前は、評価項目の説明が中心でしたが、最近は内容を絞って、評価を得る手法について、実際に受審した病院に話してもらうなど、より実際のセミナーにしています。人数も絞って、グループワークを中心とする形式で開催したいと思っています。

病院機能評価の認定を得るには、セミナーだけでは不十分であり、最近は訪問指導にも力を入れています。アドバイザーを病院に派遣して、半日ほどかけて評価を行います。受審しても、認定水準に達せず、改善要望事項が示され、認定が留保される場合もありますが、全日病のセミナーと訪問指導を受ければ、1回で認定を得ることができると自信を持っています。

一度認定を受けると、「もうわかったから今後は自分たちだけでやる」と考え、更新をやめてしまう病院があります。けれども、自分たちだけでみると必ず甘くなります。第三者が評価することが必要で、そのために病院機能評価があります。

また、病院機能評価は病院の機能が向上していくことを前提としているので、同じ水準であれば、更新の意味がなく、評価も得られません。

機能評価受審の インセンティブ

一100床以下の病院の認定率が低いということですが、原因は。

事務的な能力の問題が一番大きいと思います。職員がぎりぎり仕事をしていて、そこまで手が回らない現実があります。そこで、必要になるのは院長の決断であり、それがあれば一気に進みます。院長が病院の理念を示し、職員を説得する。それができれば、事務的な作業はそこまで大変ではないと思います。ただ、努力に見合うインセンティブがあると判断してもらうこと



が大切で、この点は改善の余地があるでしょう。

一インセンティブを持たせるには何が必要ですか。

まだ国民への認知度が低いので、周知・広報が必要です。広く知られるようになれば、受けたいと思う病院は増えるでしょう。日本医療機能評価機構には、もっと積極的に宣伝してもらいたいですね。

先ほどの話のように、病院に就職を希望する医療従事者にとって、機能評価によって一定水準以上の病院であるという評価があれば、安心できます。さらに、病院が業務改善を進めるときにも、病院が組織化されていけば、外部の環境変化に早く適応できると思いますし、経営的にもよい影響を与えているはずです。

確かに、病院機能評価の認定が診療報酬で評価されれば、大きなインセンティブになるでしょう。しかし、認定率が3割を下回る現状では、厳しいのではないのでしょうか。診療報酬で評価されるためにも、認定病院を増やしていく必要があると思います。

病院機能評価委員会としては、認定率が上がるよう取組みを着実に進めていきます。訪問指導の回数を増やし、セミナーの内容も充実させていきます。受審を迷っている病院があれば、気楽に相談してもらい、事務負担の大きさなどを心配する中小病院の不安などに、適切に応えていきたいと思っています。

一お忙しいところ、ありがとうございました。

病院機能評価委員会・委員

| | |
|-------|--------|
| 委員長 | 木村 厚 |
| 副委員長 | 土屋 繁之 |
| 委員 | 朝見 浩一 |
| 委員 | 鈴木 紀之 |
| 委員 | 内藤 誠二 |
| 委員 | 山本 真 |
| 特別委員 | 岩渕 泰子 |
| 特別委員 | 市川 幾恵 |
| 特別委員 | 木村 由起子 |
| 特別委員 | 坂本 憲枝 |
| 特別委員 | 遠矢 雅史 |
| 特別委員 | 中嶋 照夫 |
| 特別委員 | 長谷川 友紀 |
| 担当副会長 | 美原 盤 |





民間病院として生き残るには

医療政策が大きく変わりつつある中で、経営の一翼を担う病院事務長の役割はますます大きくなっています。シリーズの第2回は、永生会法人本部の大沢正行副本部長にご寄稿いただきました。

民間病院に厳しい時代

社会保障費の一部である診療報酬及び介護報酬の引き上げは今後期待することができないなか、自院としてどのように経営改善を図り、健全経営を維持することができるのか、民間病院としてどのように方策を講じる必要があるのか、地域別の格差を捉えながら経営改善に着手していかなければ、民間病院の今後は大変厳しい前途多難な経営が待ち受けているに違いないと感じている。そこで、どのような改善に着目し方策を企て、実行していくのかを考えてみたいと思います。

一つ目は、病院の新規建設時の留意点(インシヤルコスト)と、新病院運営開始後の毎年の固定費及び診療材料費等の変動固定費(ランニングコスト)の軽減。二つ目は、現状運営している病院の高額医療機器の更新やランニングコストの削減。三つ目に人材育成による接客(接客)サービスマナーの向上と新患リピーターの重要性。地域性に妥協せず、世相のベンチマークを自ら打破してコスト削減に取り組まなければならないということ、この辺りにフォーカスし、経営改善の一助となれば幸いです。

新規開設時のコスト削減

病院の老朽化により建て替えを検討する病院は多く存在することと推察いたしますが、オリンピック開催によるといわれる建築職人の労務費や建築資材や鋼材市場流通価格の上昇が叫ばれている中、建設施工費全体のコスト高をフレーズに、好業績の建設業界に踊らされている感が否めないところ。ここでの焦点は、新病院建設時の高額医療機器の導入費用や、医療機器を含めたその他備品購入費と、瑕疵責任後2年目以降の保守点検業務委託維持管理費等について、初期導入時の事前交渉の大切さを理解しなければならないということです。

昨今、病院建設時において高額医療機器を含む導入備品調達を総合ディーラー(コンサルティング)に依頼し、トータル備品の提案並びに価格交渉の

一括一任化を耳にすることがあります。一括一任化を耳にすることがあります。一括一任化は、国公立病院において従来の導入価格を打破する手法としてここ数年間頻度が高く、ディーラーを利用して、民間にもこの手法が降りてきたということになります。考察しますと、あらゆる面に一括一任化できることは、価格交渉業務の簡略化が可能になることは言うまでもありませんが、民間病院として導入価格面で優位に立てるといことは皆無に等しいのではないのでしょうか。

しかし、民間病院として納入価格の妥当性を理解されていない病院ではこの限りではありません。病院側として機器メーカーや機種を予め決定し、当該メーカー一本で価格交渉することも同様に無防備過ぎると言えます。ましてや2年目以降の保守形態や保守料金を一切交渉せず、後になってメーカー側から提示され保守契約に至ることは、保守価格交渉権も得られず、メーカーの言いなりになることとなります。つまり導入以前に納得いくまで交渉したうえで、ランニングコストをダウンすることが可能になるわけです。

例を挙げますとCT導入時、診療報酬の算定要件もあり16列以上を導入することが標準化になりつつありますが、メーカーによっては320列もすでに商業化しています。CT本体やオプションも含め、インシヤルコストは、いくらになるのでしょうか。それは、最初からメーカーや機種を事前決定せず、複数メーカーの同種同様の機種を選定し、同じ土俵上で、2年目以降の保守料金も同時に提案してもらって、相応なる事前交渉に時間を費やし、交渉することが肝要であります。従前のように国公立病院以下、順列に納入価格が暗黙の裡に決定され、民間病院に最低価格で納入されていた時代は終わりを告げ、コンサルタントが仕切り始めた昨今では、官民納入価に大きな乖離はなくなってきました。ベッド数百台を新規に購入(更新)するならば、さて値引き率は? ベンチマークを確認してみましょう。60%の値引きをしても例えば大満足なのでしょうか。この業界は思うように値引き交渉ができなくなっていると感じます。「もっと値引きしてくれ」「安くしてくれ」といって納入価が下がるのであれば、購買専任担当者など必要ありません。従前より価格交渉のテクニックを駆使して、失敗を繰り返しながらあの手この手で惜しまない努力をしてきた病院(法人)には、相応の値引き率が今現在提供されているはず(私から掛け率を申

し上げるわけにはいきませんが)。トータルコスト削減について、新規開設時において予め瑕疵責任後の保守料の契約を担保しておく必要があります。

既存病院のコスト削減

次に、では既存の病院でのコスト削減をどのように取り組むのかを考えてみます。まず思いつくところとして、業務外注委託(アウトソーシング)先を見直すことが必要です。

これはDPC病院、出来高算定病院であっても格差はありません。外注先を変更することによるプラス効果とマイナス作用があることを優先に考えなくてはなりません。業種ごとの特性があることも予め理解しておく必要があります。血液等検体検査委託、患者(職員食)給食委託、院内清掃(トータルビルメンテ含む)委託、医事業務委託、滅菌消毒業務、寝具類の洗濯業務等が代表的な外注委託項目になりますが、ここで大切なことは、日常より外注先業者との相互関係にWin Winの関係を構築することが重要です。ここでは血液等検体検査及び医事業務委託について考えていきます。

検体検査につきましては、概ね大手6社の配下のもと地方の検査受託会社をそれぞれグループ化しています。地方では単独での資本力で活躍している業者もありますが、検査委託会社を変更しようとする場合には、次に変更しようとする委託候補先が、現在委託している会社の傘下でないことを予め確認しておく必要があります。近年の経験談ですが、現在取引の委託先が保険点数の65%前後の料率であり、新規で委託先に選定した会社は料率10%の1年間保証にて契約に至る事例がありました。もちろん精度管理も十分に事前確認しなければならぬところ。委託外注の一部としてFMS方式やランチという方法も選択肢の一つであり、現状を考慮した見直しが必要になります。また電子カルテやオーダーリング接続との相互関係や、夜間緊急対応時の関連性等、さまざまな部門に与える影響は大きく、全職員の理解と協力なしには検体検査委託業者の変更は一筋縄にはいきません。

医事業務委託の際の留意点

医事業務委託について考えてみましょう。当該事業所では実労働時間は7.5h/日、月平均勤務日数21.3日。医

事業務委託につきましては、受託会社からの職員本人給与の年間支給額が異常に低いケースが多々見受けられますが、業務委託範囲を予め契約書に記載し、契約前にしっかり確認しておかないと、後々にトラブルに発展することがあるので注意する必要があります。記載していない事項を開始後に依頼しますと、追加請求を要求されることがしばしば見受けられます。委託費用削減を考える場合、現状で医事業務委託先を変更することを考えるよりは、委託を廃止し直採用に切り替えることで、過去の経験上大きなコスト削減が可能になると予測されます。逆に直採用で人件費高騰の折には、全面委託に切り替えることで削減も可能ということもあり得ることです。

人件費・委託費に触れましたが、医事職員のスキルアップと接客マナーも考えなくてはなりません。ここでは接客マナーの一層の強化を考えます。皆様もご承知の通り20年も前から对患者に「様呼び」の活動をしきりに思慮したものでしたが、昨今においてはそれぞれの病院に定着した呼び出し方法で固定してきたものと思います。

呼び方のみならず接客マナー研修も一頃盛んに全国各地で研修会も開催されていました。もちろん今でも院内での研修会を開催されていることと推察いたしますが、これからの時代が接客マナーの真価を問われる本番であると思っています。クレマーと言われる患者・家族が増える一方、テレビやマスコミ報道等の影響もあり、接客対応によってはクレマーの感情を高ぶらせてしまうことになりかねません。徹底した研修・指導・教育が必要な時代に突入したといえるのではないのでしょうか。特に外来新患対応の善し悪しで継続したりピーター化や病院の評判を大きく左右されることは言うまでもありません。

外来患者数の日々の増減の状況によっては、自院の方向性を思案しなくてはならず、もはや待ち受けの姿勢では生き残ることは不可能であり、衰退の一途を辿ることになります。本シリーズも重要な改善項目の一つと言えるのではないのでしょうか。様々な意味合いにおけるコスト削減は永遠のテーマであり、これで十分ということはありません。その時の経済環境や時の政治情勢、また国内外の商品市況の動向によっても変化することになります。コンサルタントに頼ったところで、相手も会社を挙げての商売です。これらを踏まえ肝に銘じながら皆様の飽くなき挑戦、経営改善をご期待申し上げます。

システム改修でレセプトと特定健診データの突合率が改善

厚生労働省・レセプト情報提供に関する有識者会議

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」は8月10日、オンサイトリサーチセンターの第3者利用に向けて利用規約を協議したほか、第3回NDBオープンデータ公表のスケジュールを確認した。オープンデータの公表は、2018年3月以降になる見通し。また、レセプトデータと特定健診等データの突合の状況が報告され、突合率は87.6%に改善した。

オンサイトリサーチセンターは、厚生労働省のレセプト情報・特定健診等情報

データベース(NDB)と通信回線で結んで利用できる施設で、データの探索的利用が可能。東京大学と京都大学に設置され、試行利用の段階にある。この日は、オンサイトリサーチセンターの本格運用に向けて利用規約など諸規定を検討。有識者会議に申し出た範囲内のデータ利用に限定することなどを確認した。

NDBオープンデータは、第1回が昨年10月に公開され、第2回が間もなく公開される予定。第3回は、2016年

度のレセプトと2015年度の特定健診情報を集計対象とし、研究者等から寄せられた要望事項を検討の上、集計表を作成する。英語版も作成する方向だ。

また、レセプト情報・特定健診等情報データベースは、レセプトと特定健診のデータからなるが、2つのデータを突合できない問題が発生していた。

NDBは、個人を特定できないように匿名化しているが、匿名加工の際に被保険者番号等からハッシュID(特定の法則の乱数)を発生させ、これに

よって同一人物のレセプトデータと特定健診データを突合する仕組み。しかし、一部の保険者では、レセプトの被保険者番号は全角、特定健診の被保険者番号は半角で出力しているため、同一人物であっても異なるハッシュIDとなり、不突合の原因となっていた。この問題に対応するため、匿名化システムの改修を行い、突合率の改善を図った。

2015年度のデータでみると、改修前の突合率は25.7%であるのに対し、改修後は87.6%に改善している。なお、突合率は、特定健診を受診した者を分母とし、そのうち医療機関にかかってレセプトが確認された者を分子として計算するので、100%にはならない。

政府の災害対応訓練でDPATとAMATが初めて連携し、医療活動訓練を実施

2017年7月29日、政府主催の大規模地震時医療活動訓練が近畿地方を中心に行われ、全日本病院協会からは大阪府や兵庫県、東京都のAMATが参加した。

訓練は、和歌山県南方沖を震源地とするマグニチュード9.1、最大震度7の地震が発生、大阪府内沿岸部には最大5メートルの津波が発生したという想定で行われた。

全日病大阪府支部の災害時医療支援活動幹事指定病院である加納総合病院にAMAT活動拠点本部を設置。全日病救急・防災委員会の加納委員長が本部長として自ら陣頭指揮に立ち、被災会員病院の安否確認やEMIS入力などの病院支援など9項目のミッションを

実行した。

特に今回の訓練では、全日病会員病院である社会医療法人北斗会さわ病院の緑川医師(DPAT事務局)と大阪府行政職員の訓練コントローラーの皆様



加納本部長訓示



大阪府災害医療本部



DPATと協働した医療搬送

派遣精神医療チーム)とAMAT(全日本災害時医療支援活動班)が連携し、大阪府庁に設置された災害医療本部での指揮通信ミッションや、身体合併症を有する精神科患者医療搬送ミッションを実施することが出来た。

今後、四病院団体協議会(日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、全日本病院協会)内の相互支援・連携強化を図り、四病協の災害時医療支援活動班としてのAMAT活動に資する有意義な訓練であった。

○訓練参加医療機関(あいうえお順)

- 赤穂中央病院
- 大阪暁明館病院
- 加納総合病院
- 河北総合病院
- 川崎病院
- 平成立石病院
- 南多摩病院

地域医療構想や調整会議の対応を協議

理事会・支部長会

9月18日に各支部の担当者招き意見交換会を開催

全日病の新たな執行部が発足して初めてとなる理事会・支部長会が7月22日に広島市で開かれ、地域医療構想をテーマに討議した。ディスカッションを重視する新執行部の方針に沿うもので、当日は審議会・検討会等の報告は概要にとどめ、30分を討議の時間にあて、織田副会長の進行で意見交換を行った。地域医療構想に民間病院の主張を反映させるには調整会議への対応が重要であることを確認した。

討議では織田副会長が、医療計画の見直し等に関する検討会・地域医療構想ワーキンググループの議論を紹介しながら、地域医療構想の進捗状況を説明した。

地域医療構想は、2025年において実現すべき医療提供体制の姿を示すものであり、その実現に向けて地域の関係者が協議する場として地域医療構想調

整会議(以下、調整会議)が設けられている。

地域医療構想では、将来推計人口など統計データをもとに2025年の病床の必要量を病床機能ごとに推計している。この病床必要量と病床機能報告制度を通じて報告された現在の病床数を踏まえ、2025年の医療提供体制構築にむけて協議するのが調整会議の役割だ。

2015年の病床機能報告と2025年の病床の必要量を比較した資料が地域医療構想WGに提出されている。急性期機能では、全国341の構想区域のうち328区域において病床機能報告が病床の必要量を上回る(将来において病床過剰と判断される)。一方、回復期は、336区域において、病床の必要量が病床機能報告を上回り(将来において不足)となり、対照的な結果となっている。また、慢性期は、270区域で病床機能

報告が病床の必要量を上回り、過剰と推計されている。

こうした状況で、各地の調整会議の議論がはじまっているが、注意しなければならないのは公立病院の動きだ。公立病院は、新公立病院改革ガイドラインに基づいて、改革プランを策定している(公的病院についても、公立病院と同様のガイドラインが示される予定)。

新公立病院改革ガイドラインによると、公立病院の役割として、地域医療構想を踏まえた役割や地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割などが記載されているが、織田副会長は、「これらはまさに、これまでの地域に根ざした民間病院の役割を引き取ったようなもの」と指摘。「官が民を圧迫する典型的な例である」として、公立病院や公的病院のプランは調整会議

に提出されることから、「調整会議でしっかりチェックする必要がある」と述べた。

さらに織田副会長は、都道府県によっては、調整会議で実質的な議論ができない場合もあるとし、「調整会議に出てくる前の段階で公立病院のプランをチェックすべきだ」と提案した。

織田副会長の提案に各県の支部長から賛同する意見が相次いだ。一方で、都道府県の病院協会と行政の関係など、地域によって大きく状況が異なることから、全日病執行部のリーダーシップを期待する声もあった。

こうした声を受けて全日病では9月18日(月・祝)に地域医療構想に関する意見交換会を開催する。各支部で調整会議に参加している担当者を中心に参加を求め、情報交換と議論を通じて今後の対応を検討する考え。貴重な機会となることから、各支部の積極的な参加を呼びかけている。

2017年度 第5回常任理事会の抄録 8月19日

【主な協議事項】

●入退会の状況(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会を承認した。

千葉県 社会医療法人社団正朋会 穴倉病院
理事長 穴倉 朋胤

東京都 医療法人社団豊寿会熊川病院
理事長 新谷 幸義

東京都 公益財団法人河野臨床医学研究所品川リハビリテーション病院
理事長 横山 孝

東京都 医療法人社団瑞雲会高田馬場病院
理事長 中本 謙

広島県 医療法人社団杉原会西福山病院
副理事長 杉原 正大

広島県 医療法人社団輔仁会太田川病院
理事長 満田 一博

広島県 医療法人社団広島厚生会 広島厚生病院
理事 米川 智

広島県 医療法人ハートフルアマノリハビリテーション病院 理事長 天野 純子

他に退会が3会員あり、正会員は合計2,504会員となった。

●人間ドック委員会の委員の追加を承認した。

●埼玉県支部事務局業務委託書の変更を承認した。

●第6回病院機能評価委員会の地方

(石川)開催を承認した。

●地域医療構想に関する意見交換会(各支部参加)の開催を承認した。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会」、「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「中央社会保険医療協議会保険医療材料専門部会」、「中央社会保険医療協議会総会」、「中央社会保険医療協議会DPC評価分科会」、「中央社会保険医療協議会入院医療等の調査・評価分科会」、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。

●平成30年度税制改正要望書、平成30年度予算概算要求要望書が報告された。

●講習会、研修会について

「若手経営者の会ナイトフォーラム」、「平成29年度第2回災害時のBCP研修(大阪会場)」、「平成29年度第2回「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」」、「平成29年度個人情報管理・担当責任者養成研修会(アドバンスコース)」、「平成29年度「第2回業務フロー作成講習会」」、「高齢者医療研修会(旧総合評価加算に係る研修)」、「平成29年度看護師特定行為研修指導者講習会実施者(タスクフォース)養成研修会」、「第3回TQO(総合的質経営)の

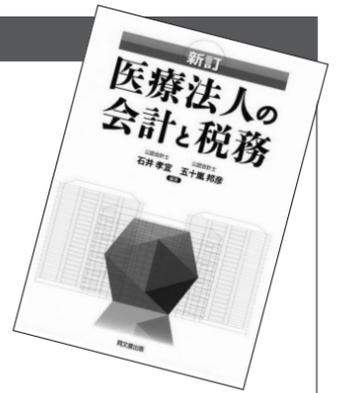
一冊の本 book review

新訂 医療法人の会計と税務

著者●石井孝宜 五十嵐邦彦

発行●同文館出版 定価●5,800円+税

平成27年9月に可決・成立した第7次改正医療法の2本柱のうちの1つが「医療法人制度の見直し」である。ここに盛り込まれた「ガバナンスの強化」は昨年9月1日に施行、「経営の透明性の確保」については本年4月2日に施行された。本書は、これらの改革を織り込んで刷新されたもので、医療法人制度の全体像と医療法人の会計・税制・政務に関する事項が体系的に整理・解説されている。医療法人の会計責任者はもとより、病院経営者・経営管理者も手元に置いておきたい一冊。



医療への適用-医療と社会と法-研修会」、「平成29年度第1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」の概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(3rd G: Ver.1.1 ~ 順不同)

◎一般病院1

青森県 メディカルコート八戸西病院 新規

熊本県 西日本病院 新規

北海道 協立病院 更新

北海道 北成病院 更新

東京都 柳原病院 更新

京都府 千春会病院 更新

福岡県 福西会病院 更新

長崎県 上戸町病院 更新

◎一般病院2

北海道 製鉄記念室蘭病院 新規

北海道 北海道がんセンター 更新



岐阜県 博愛会病院 更新

福岡県 米の山病院 更新

大分県 大分三愛メディカルセンター 更新

◎リハビリテーション病院

滋賀県 琵琶湖中央病院 新規

◎精神科病院

大阪府 国分病院 更新

7月7日現在の認定病院は合計2,177病院。そのうち、本会会員は877病院と、会員病院の35.1%を占めている。

●討議事項として、「介護医療院について」、「医師の働き方改革について」をテーマとして掲げ意見交換を行った。

地域包括ケア病棟協会がオブザーバ参加

日病協・代表者会議 日本リハ病院・施設協会は加入へ

日本病院団体協議会は8月18日、日本慢性期医療協会の推薦で日病協への加入を希望している地域包括ケア病棟協会(仲井培雄会長)のオブザーバ参加を、期限は設定せずに認めることを了承した。正式加入は決定していないが、次期診療報酬改定の議論で、地域

包括ケア病棟の取扱いが重要課題になっていることから、同協会の意見も参考に、日病協としての考えをまとめていく意向だ。

地域包括ケア病棟については、急性期からの受入れ(ポストアキュート)、在宅等からの緊急時の受入れ(サ

ブアキュート)で、診療報酬の評価を分けることが検討されている。しかし同日の代表者会議では、評価を分けるには慎重な議論が必要との認識で一致。2016年度改定の調査結果を見極めて判断すべきとの意見が多かった。2016年度改定で手術・麻酔が包括外になった

ことの変化も確認し、地域包括ケア病棟の実態を把握する。

また、オブザーバで3カ月間参加していた日本リハビリテーション病院・施設協会(栗原正紀会長)の日病協加入を了承した。そのほか、次期診療報酬改定に対する第2回目の要望内容も議論した。

医療計画と介護保険事業計画の整合性確保で通知

厚労省 追加的需要は在宅医療と介護保険施設で案分

厚生労働省は8月10日、来年度からはじまる第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画における在宅医療等の整備目標とサービス見込み量の整合性を確保するための考え方を示した通知を都道府県あてに発出した(医政地発0810第1号・老介発0810第1号・保連発0810第1号)。

地域医療構想では、慢性期機能から

の転換分を踏まえ2025年における介護施設・在宅医療等の追加的需要を推計している。通知は、各構想区域における追加的需要を2025年における市町村の性・年齢階級別人口で案分して市町村ごとの追加的需要を推計する方法を示した。この値から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点である2020年度及び第7次医療計画の終了時

点である2023年度の値を比例的に計算する。具体的には、2018年度から2025年度までの8年間、毎年同じ量が増加すると仮定して比例的に逆算する。

介護施設・在宅医療等の追加的需要は、基本的に療養病床からの移行によるものであるとし、医療療養病床と介護療養型医療施設から介護医療院等の介護施設への移行を念頭に置く必要が

あると指摘。転換意向調査により把握した見込み量を追加的需要の下限として設定する。地域医療構想により推計した追加的需要に満たない部分は在宅医療と介護保険施設で対応する分を案分して、在宅医療の整備目標に反映させることとしている。

なお、転換意向調査については、8月10日付けで事務連絡が示されている。調査対象は、各都道府県に所在する療養病床を有する病院・診療所(介護療養型医療施設を含む)で、現在の療養病床の届出病床数と、今後の見込みなどを聞くこととしている。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

| 研修会名(定員) | 日時【会場】 | 参加費 会員(会員以外) | 備考 |
|---|---|--|---|
| 第2回 災害時のBCP研修(大阪会場) (60名) | 2017年10月14日(土) 【TKP ガーデンシティ東梅田】 | 20,000円(21,600円) (税込) | 地震や台風など災害が発生した場合でも自院の事業を継続し、復旧を速やかに遂行するために作成するBCP(事業継続計画)の研修。今回の研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明や大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応を把握する。 |
| 個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース (90名) | 2017年10月26日(木) 【全日病会議室】 | 22,680円 (税込) (資料代含む) | アドバンスコースでは、弁護士3名を招き、初級編の「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」ではできなかった法の解釈について、より深い議論を行う。参加者には受講認定証を発行する。 |
| 第2回 業務フロー図作成講習会 (20病院) | 2017年11月3日(金) 【全日病会議室】 | 48,600円(75,600円) (税込) (昼食代、書籍代含む) | 業務改善は業務フロー図に始まり、業務フロー図に終わる。今回の課題では、①紹介患者受入れ②結核疑い患者対応③造影CT検査④死亡事故(アクシデント)発生から院内事故調査開始まで、から希望の課題を選択する。 |
| 高齢者医療研修会(旧「総合評価加算に係る研修」) (100名) | 2017年11月4日(土)、 11月5日(日) 【AP秋葉原】 | 54,000円(81,000円) (税込) (昼食代、テキスト代含む) | 「総合評価加算に係る研修」が昨年度より日本老年医学会との共催となり、名称を「高齢者医療研修会」に変更した。総合評価加算の施設基準である「総合的な機能評価に係る適切な研修(16時間以上)」に該当し、座学とワークショップの2日間の受講で修了証を発行する。厚生労働省の指摘で1日のみの参加は不可。 |
| 看護師特定行為研修指導者講習会実施者(タスクフォース)養成研修会 (100名) | 2017年11月19日(日) 【全日病会議室】 | 1,500円 (税込) (昼食代) | 厚生労働省補助事業としての実施。特定行為研修の質を担保するための指導者講習会を全国各地で開催できるよう、指導者の講習会の講師を養成することを目的とする。厚労省医政局長通知で規定する指導者講習会。 |
| TQM(総合的質経営)の医療への適用-医療と社会と法-研修会 (40名) | 2017年11月22日(水)、 11月23日(木) 【北海道医師会館】 | 70,200円(91,800円) (税込) (テキスト、宿泊費、昼食、懇親会費含む) | 医療への総合的質経営(TQM)を目指す上で、情報の利活用と保護に関わる基本的な考え方を医療・社会・法のそれぞれの観点で検討する。主題に関する講義と参加者によるグループワークによる合意形成、討議を行う。 |
| 「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 (100名) | 2017年11月24日(金) 【全日病会議室】 | 10,800円(16,200円) (税込) | 各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日本病院協会・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。 |

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066