



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2014 NEWS 3/1

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.819 2014/3/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

14年度は「設備人員は病棟単位、医療は病院単位」で報告

病床機能報告制度 枠組みで概ね合意。次期改定以降は電子レセで病棟単位の報告。報告項目は引き続き検討

2月26日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は、2014年度から施行される病床機能報告制度について、前回(12月27日)に引き続き「医療機関からの報告方法」をめぐる議論に加えて、「具体的な報告項目」の検討を開始した。

事務局(厚労省医政局総務課)は、報告制度における報告事項は、(1)構造設備・人員配置等、(2)医療の具体的な内容の2つからなるとした。

その上で、(1)のデータは医療機関から全国共通のサーバー(医政局が管理)に送られ、同省が集計・蓄積等運営した上で、都道府県に提供すると説明。

(2)のデータについては、病棟コードを付記した電子レセプトをこれまでどおり審査支払機関に送り、審査支払機関からNDB(ナショナルデータベース)と同じサーバーに格納され、病棟ごとの医療内容に関する項目を全国共通のサーバー(医政局が管理)に送り、同省が集計・蓄積等運営を行ない、都道府県のデータ活用を供する、と解説した。このシステムで、NDBのサーバーに病棟コードが付記されたレセデータが格納されたことをもって、医療機関か

ら都道府県に報告したものとして取り扱われる。

また、病棟コードを付記した電子レセはあくまでも診療報酬請求明細書であり、病床機能報告制度関連のデータは、健康保険法等ではなく、医療法の位置づけになる。また、NDBと同じサーバーに格納されるなどNDBの枠組みを活用するが、病床機能情報収集の根拠や目的は、NDBの根拠法である高齢者医療確保法ではなく、医療法の規定にもとづくことになる。

つまり、報告制度から得たデータは、NDBのデータと区分けされ、地域医療ビジョン策定等のためにのみ利用されることが担保されることになる。

この仕組みの開始時期について、事務局は診療報酬改定にともなうシステム改修と併せて実施したいと提案した。その場合に、次期16年度改定と来年10月にあり得る10%引き上げに伴う消費税改定と、タイミングが2つある。

事務局は「来年10月の消費税改定」を想定しているが、「結論は検討会で出すべき」というのが基本的スタンスだ。

問題は、病棟単位の電子レセが活用できない14年度の対応をどうするかで

ある。事務局は、「構造設備・人員配置等に関する項目は病棟単位で、医療の内容に関する項目は病院単位で報告する」案を提示した。

その一方、14年度の報告データを用いて同年度中に地域医療ビジョンGLの検討を行なう日程が決まっているため、機能区分選択に資する病棟単位の定量的指標(基準)の検討を14年度から進められるよう、同年度の厚労科研で指標抽出の研究を行ないたいとも説明した。

報告の開始については、今国会で法案が成立すれば報告制度は今年10月1日の施行となるため、構造設備・人員配置等は「7月1日現在の状況を10月1日～10月末日までに都道府県に報告」、医療の内容は「7月審査分レセデータをもって集計を行なう」と提案した。

報告時期に関して、事務局は、開始当初は1ヵ月分とするが、安定したデータが望ましいことから「3ヵ月分のレセデータを集計することが好ましい」と考えている。この点について、この日の検討会で医療系の委員は、季節変動が大きい地方によってはどの季節をとるかでデータが大きく異なると主張、再

検討を求めた。報告開始および報告対象の時期については、次回に再度議論する。

最後に、事務局は、医療内容に関する具体的な報告項目の案を提示。「医療機能(現状、今後の方向性)」を初めとして、構造・設備・人員配置等の項目には各種病床数、職種別の職員数、算定する入院基本料・特定入院料などをあげた。

一方、医療内容を表わす項目には、入棟前や退棟先の場所別を含む入院患者の動向、一定範囲の手術・処置の件数、以下診療報酬の算定項目を活用したインデックスとして、重症患者への対応、救急医療、合併症の管理、急性期を脱した患者の受入・在宅復帰への支援、リハビリ、長期療養患者の受入、重度の障害者等の受入などの案が並んだ。

これらには、まだイメージの域を出ないものもあり、例えば、「病棟ごとの『主とする診療科』」など、病院によっては判断に悩む項目もある。

この日の検討会は、報告時期を除く報告の仕組みを大筋で了承したが、具体的な報告項目に関しては細かな検討が必要ということで一致、引き続き検討を確認した。



四病協総合部会 14年度改定に疑問と懸念相次ぐ。「まさにマイナス改定だ」

四病院団体協議会は2月26日の総合部会で2014年度診療報酬改定の結果について意見を交わしたが、「大変厳しい内容。まさにマイナス改定だ」と嘆じる声も聞かれるなど、否定的な評価に終始した(4・5面に改定内容の続報)。

「医療法改正による対応に先駆けて」(改定基本方針)機能分化に取り組んだ今改定に「社会保障制度改革国民会議に沿った内容そのものだ」という声があがったように、各団体とも、一体改革が本格的に始まったと受け止めている。

改定内容は通知を待たないと具体的なことは分からないとしつつも、各団体は、「現場に大きな影響を与えるのは必至だ」「見直しの内容に疑問と懸念がある」など、とくに重視する改定項目を取り上げ、意見を表明した。

もっとも激震となる「一般病棟用の

重症度、医療・看護必要度」に関しては、自院を例に「該当患者の率は16%から13.5%に減ってしまう」との報告が示され、見直し効果がきわめて大きいことがあらためて明らかにされた。

ただし、「重症度が医療の質に結びつくとは思えない」と、その効果を疑問視する意見もあった。

いわゆるスーパーICU(特定集中治療室管理料1または2)については、「20m²要件をクリアすべく廊下の改修を検討している大規模病院がある。年間1.5億円の増収という」例を紹介し、高度急性期を目指す動きが地域医療に与える影響を懸念した。

救急医療管理加算「その他」該当患者の50%減算によって「2次救急の各病院は2,000万円から3,000万円の減収になる」と報告した役員は、2次救急が評価

されなかった今改定に強い疑問を投げかけた。

受皿として期待される地域包括ケア病棟に対しても、「患者は重い病態で7対1からくる。それを60日で帰すのは難しい。理念は分かるが要件が現実的ではない」「一見高い点数だが、意外としばりが多い。届け出は簡単ではない」「在宅の救急患者に、包括でどこまで対応できるか疑問だ」など、厳しい意見が相次いだ。

主治医機能を評価する地域包括診療料には、「要件が破格。これでは病院は参入できない」と否定的な見方が示された。

こうしたミスマッチは7対1の在宅復帰率にも言え、「対象が慢性期の強化型等に限定されると意外とクリアは大変ではないか」との指摘も出た。

厳しい声は、「新設項目はどれも要件が厳しくて取れない。自院の試算は-1.2%だ」と精神科からも出た。

在宅では、在医総管や特医総管における同一建物の75%減算に、「まじめな在宅医は途方にくれている」との声も。こうした極端な振れ方は現場を疲弊に追い込む。

診療報酬に詳しい役員1人は、「7対1の絞り込みや在宅の75%減算など、梯子がはずされるケースが少なくない。現場への影響を考え、診療報酬に継続性を貫いてほしい」と指摘した。

こうした意見に同調、「受給率に満たない減算やDPCの指導医療官派遣の評価など、本来の診療報酬と関係のない措置が入ってくるのはいかにもおかしい」と、今改定の特異性に疑義を示す意見もあった。

清話抄

この4月には診療報酬改定があるが、今回は、重点課題として「医療機能の分化・強化と連携」、「在宅医療の充実」が謳われている。

2011年に示された社会保障・税一体改革成案に基づいて改革は行われており、地域包括ケアシステム実現に向けて、いよいよ「病床機能報告制度」が始

まる。自院の持つ医療機能を各都道府県に自主申告するようになっており、これに基づいて、2次医療圏毎に医療機能を4区分に当てはめる。

その後、都道府県は「地域医療ビジョン」を策定し、地域の医療提供体制の将来像を示す事になっている。医療機関の機能分化・連携を実効的に推進するための協議の場が「医療審議会」となっているが、協議を無視する場合には厳しい措置を設けるとされている。

ここで、各医療機関の意向がどのくらい汲み取られるかは全く不明で、様々な問題が発生するのではと危惧される。

在宅医療の充実のために主治医機能、在宅療養支援診療所(病院)、後方病床等が評価されたが、在宅医療推進事業にどこまで「かかりつけ医」が対応できるか大変疑問である。我々病院にも一般病棟の特定除外制度廃止、短期滞在手術等の見直し、7:1一般病棟のみならず、地域包括ケア病棟から療

養病棟に至るまで在宅復帰率を求めている。

35万床を超える7:1一般病棟からの追い出しにあって、地域の公的病院までが回復期病床等へ転換するとなれば、これまでの地域医療連携に支障が出て、地域包括ケアシステムの実現は頓挫する。

性急な在宅復帰率を掲げるだけでなく、医療現場や地域住民の声をよく聴いて頂きたいものだ。(田)

主張

プロフェッショナル・オートノミーの原点に立ち戻ろう それは、我々提供者のみならず、国と自治体にも求められる

医療事故問題や専門医制度など、最近、プロフェッショナル・オートノミー(以下PA)がキーワードの事象が多い。PAの訳である「医師の専門家としてのじりつ性」を簡単に考えている向きも多いであろうが、「じりつ」は自立ではなく自律であり、過去においては権力から患者を守ることが主であったし、最近では利益相反が内在している事象に対して使われることが多い。守られるべきは医師の立場ではなく、患者の権利であり、医療の向上により国民や患者の権利が守られるとの視点が大事である。

医療法の改正により、医療事故に関しては院内事故調査委員会を設置することになりそうである。

これまで医療界は「最善の努力をしたにもかかわらず、医療知識のない者たちによって刑事訴訟にさらされ、罪人にされることはたまらん」という論理を展開し、医療崩壊の要因の一つとしてきた。これからはPAの視点から、自らを律することができるのか大いに試されることになる。

専門医制度は学会によって認定基準に格差があり、標準化されていないことが問題視され、PAのもとに

国が関与しない独立した第三者機関「日本専門医機構」設立に向けて動き出している。総合診療専門医に注目が集まっているが、学会を含めた既得権者たちの主張と社会の要求とをどのように取りまとめるか、難題ではある。

中小病院は専門医研修ができないことで若手医師に敬遠される傾向にある。研修施設として、既得権者である大病院のみを優遇しないように注視していく必要がある。

今般、病床機能の報告制度から地域医療ビジョンが策定され、病床移行を医療機関が自主的に行うように

医療法が改正される。さらに、地域包括ケアと地域完結型医療における多職種連携においても関係機関の自主的取り組みが求められている。

医療・介護の提供者ばかりPAが問われているが、自治体も自らの自治体病院の病床廃止や移行というPAが求められる。国は都道府県に丸投げして終わりでは済まない。病床移行や地域連携に経済的な裏付けがなければ、結局機能しなくなり、国民が泣く。財務省から国民の生存の権利を守るために厚労省にもPAを発揮してもらいたいものである。

(I)

収益業務の容認、非医師理事長の届出制などを提起

規制改革会議の健康・医療WG 医療法人のガバナンス・業務の規制緩和を議論。非営利ホールディングの枠組みも

規制改革会議の健康・医療WGは2月18日の会合で「医療機関のガバナンス及び業務」と題して医療法人をテーマに議論を行ない、論点に、①医師以外の理事長就任の届出制、②外部監査の義務づけ、③医療法人理事長・理事の責任範囲の明確化、④非営利ホールディングカンパニー型法人制度の検討、⑤医療法人の収益業務の容認などをあげた。

医療法人経営のあり方をテーマとした「医療機関のガバナンス及び業務」は、同WGが昨年9月5日に打ち出した「主な論点」に盛り込まれた。

論点には非営利ホールディングカンパ

ニーの枠組みも検討すべきとして取り上げられているが、対象に、持分のない医療法人と社会福祉法人をあげている。

「主な論点」のうち、「当面の最優先案件」とされた「保険診療と保険外診療の併用療養制度の検討」と「介護・保育事業等における経営主体間のイコールフットingの確立(社会福祉法人と株式会社・NPO)」は、昨年末までに基本的な方向性が明確にされている。

規制改革会議は今年6月に昨年7月以降の議論結果を答申にまとめるが、その中で、「医療機関のガバナンス及び業務」についても結論を打ち出す方針だ。

際の認可を不要とし、届出制とすべき。届出制の要件は過度に狭いものとならないようにすべきではないか。

(2) 医療法人経営の透明化・適正化

医療機関の信頼性向上に向けて、医療法人の経営の透明性を高めるべきではないか。

・MS法人と医療法人との関係の明確化に向けた方策を検討すべき。

・一定規模以上の医療法人には外部監査を義務づけるべきではないか。

・医療法人の理事長・理事の責任の範囲等は、他の非営利法人と同様、法令等で明確に定めるべきではないか。

・医療法人の理事長が反社会勢力でないことの確認は、医師・歯科医師であるかどうかにかかわらず行なうべきではないか。

(3) 地域における医療機関のネットワーク化

地域の医療ニーズに的確に対応し、より効率的に医療資源を活用することが可能な経営の仕組みとして、地域の医療機関の経営統合の仕組みを検討すべきではないか。

・非営利ホールディングカンパニー型法人の制度を検討すべき。また、非営利ホールディングカンパニー型法人に参加する医療法人は持分なし医療法人に限定した上で、社会福祉法人の参加も認めるべきではないか。

(4) 医療法人の業務範囲の拡大

医療法人の業務範囲について自由度を高め、医療法人の源を多様化するとともに、より患者のニーズに合ったサービスの提供を可能とすべきではないか。

・医療法人に、コンタクトレンズ等の医療機器やサプリメント等の食品の販売を可能とすべきではないか。

「医療機関のガバナンス及び業務」に関する論点(案)

(1) 経営経験豊かな人材の活用による医療法人経営の効率化

医療法人において、企業等で実績を残した経営経験豊かな人材を意思決定

に生かしやすい仕組みとすべきではないか。

・一定要件を満たす医療法人は、医師・歯科医師以外の者が理事長になる

介護療養型医療施設の廃止問題

田村大臣 存続の可能性を示唆。「実態調査踏まえ必要あれば残す判断も」

2月21日の衆議院厚生労働委員会で、田村憲久厚生労働大臣(写真)は、2017年度末で廃止されることになっている介護療養型医療施設の問題について、「(病床の)名前をどうするか、あるいは今のまま(の基準)でいくかは別として、まずは実態調査を行ない、その結果を踏まえて、必要があるのであれば残していくことも含めて判断していきたい」と述べた。

清水鴻一郎議員(維新の会)の質問に

対し、介護療養病床の存続の可能性を示唆したもの。

厚労省は06年に、療養病床37万床を医療療養病床の25万床に減らし、介護療養病床を12年度末に全廃するという法改正を行なった。しかし、老健等への転換が進まないため、11年の介護保険法改正で廃止の期限を6年延長。その際、国会で「実態調査にもとづいて判断する」旨が附帯決議された。

06年4月に12.1万床あった介護療養病

床は、その後多くが医療療養病床に転換するなどしたため、7.4万床(12年10月)まで減床したものの、現在も医療が必要な重度の要介護患者を受け入れている。

田村大臣は関係になる前は「療養病床問題を考える国会議員の会」の一員であったが、厚労省内には、病床機能の分化を踏まえて医療と介護が連携していく上で一定数の介護療養病



床は不可欠との考えが強まっており、これまでの全廃方針を見直し、機能や基準の見直しも含め、一部存続の方向で検討が進んでいる。

プログラム法に従い社会保障制度改革推進本部を設置

関係閣僚が中長期的な社会保障制度改革について検討

政府は7名の関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部を設置し、2月14日に第1回会合を開いた。

12月に成立したプログラム法(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)にしたがって設置されたもので、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を受け持つ。

政府は、プログラム法に明記された「有識者からなる社会保障制度改革推進会議」も近々設置する方針だ。

初会合で、本部長をつとめる安倍首相は、「2014年度を改革の第一歩とすべく、この本部を司令塔とし、社会保障制度改革にしっかり取り組んでいき

たい」と挨拶した。

田村厚生労働大臣は社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方について報告。

「医療・介護については、地域の効率的・効果的な医療体制の確保や地域包

括ケアシステムの構築などを図るため医療介護総合確保推進法案を提出したほか、診療報酬での対応、都道府県単位での基金の設置等を図っていく。医療保険制度の改正法案は来年常会への提出を目指す、14年度は70~74歳の

規制改革会議

混合診療導入を6月の答申に盛り込む方針

昨年7月以降、保険診療と保険外診療の併用療養制度をめぐる問題を最優先案件の1つに掲げてきた規制改革会議は、昨年12月20日に「改革の方向性」に関する意見(別掲)を中間的に整理、混合診療の導入を支持する考えをあらためて鮮明にした。

この方向に沿ってさらに議論を重ね、今年6月の答申までに最終意見をまとめるとしている。

【改革の方向性】

1. 患者が自らの治療に対して納得した上で治療内容を選択できるようにすべきである。その際、患者が自ら判断で

患者負担の見直し、高額療養費制度の見直し、国保・後期高齢者医療の低所得者保険料軽減の拡充などを図る」などと説明した。

新藤総務大臣は、「地域医療ビジョンの策定や国保の都道府県化の推進など、地方自治体に深く関わる改革が進められる。総務省としても、引き続き、地方の協力と理解が得られる改革となるよう取り組んでいきたい」と述べた。

きるだけの十分な情報を手に入れる(患者と医師との間の「情報の非対称性」を埋める)ための仕組みを併せて導入することとする。

2. 医師が専門家として最適の治療を選択する裁量権を持てるようにすべきである。その際、医師のモラルハザードを防ぐために、治療内容を客観的にチェックする仕組みを併せて導入することとする。

21条含む医療事故調査のあり方を2年以内に検討、必要な措置

改正医療法14年10月、地域医療構想は15年4月、医療事故調査は15年10月に施行

医療法と介護保険法等を一括改正する法案が通常国会に提出された(2月15日号既報)。一括改正法案は「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律案」(医療介護総合確保法案)と題し、16にもおよぶ法律の改正を図ろうとしている。

そこには、医療事故調査制度、特定行為実施看護師の研修制度、移行課税を猶予する認定医療法人、地域医療支援病院と公的病院の医師確保への協力義務、病院・診療所の勤務環境改善措置努力義務など、多岐にわたる制度の

創設等が盛り込まれている。

だが、医療介護総合確保法の最重要課題は、その名称から分かる通り、医療計画と介護保険事業(支援計画)を連動させるとともに、都道府県による医療・介護を包括した提供体制の総合整備計画を可能とする法的整備であり、その軸となるのは、都道府県医療計画制度下で病床の機能分化を強く推し進める地域医療構想(地域医療ビジョン)の策定で、医療法第5章に「第3節 地域における病床の機能の分化及び連携の推進」を追加した。

また、今回の医療法改正の大きなできごとは医療事故調査制度の創出で、第6条の10として2項が追加され、診療に起因した予期しない死亡が生じた病院等の管理者に「医療事故調査・支援センター」への報告と院内調査を課した。

医師確保に関しては、地域医療支援病院と公的病院に医師確保への協力義務を課す一方で、都道府県に、医療従事者の勤務環境改善に関する支援活動の努力義務を課すだけでなく、無料職業紹介事業や労働者派遣事業の実施を認めた。

保健師助産師看護師法に書き込まれ

る特定行為を実施する看護師の研修制度において、一定の枠組みの中で選択的にカリキュラムを運営する指定研修機関に対する厚労大臣の立入と検査権限が組み込まれた。

医療介護総合確保法案は、附則に、(1)医師法21条を含む事故報告・届出のあり方を見直し、この法律の公布2年以内に法制上他の必要な措置を講じる、(2)特定行為の研修制度が一般看護師による特定行為の実施を妨げるものではないことを関係者に周知する、ことなどを書き込んだ。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案要綱」の概要

第一 改正の趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の措置を講ずる。

第二 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」の一部改正

◎題名に関する事項

題名を「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に改める。

◎目的に関する事項(略)

◎総合確保方針、都道府県計画及び市町村計画に関する事項

1. 厚生労働大臣は、地域における医療及び介護を総合的に確保する基本方針(総合確保方針)を定めなければならない。総合確保方針には、医療法第30条3第1項の基本方針及び介護保険法第116条第1項の基本指針の基本事項、公正性及び透明性の確保、その他基金を充てて実施する都道府県事業に関する基本的な事項等を定める。

2. 都道府県と市町村は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療及び介護の総合的な確保のための事業(地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設及び設備の整備に関する事業、居宅等における医療の提供に関する事業、公的介護施設等の整備に関する事業、医療従事者及び介護従事者の確保に関する事業等)の実施に関する計画(都道府県が作成するものを「都道府県計画」と、市町村が作成するものを「市町村計画」という)を作成する。

計画を作成するに当たっては医療計画及び介護保険事業(支援)計画との整合性を図る。

◎基金に関する事項

都道府県が、都道府県事業(都道府県計画に掲載された事業)に関する経費を支弁するために基金を設ける場合に、国は必要な資金の3分の2を負担する。国が負担する費用は、増加する消費税の収入をもって充てる。

第三 医療法の一部改正

一 地域における病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

1. 病床機能報告制度

一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日における病床の機能(基準日病床機能)及び基準日から一定期間が経過した日における病床機能の予定(基準日後病床機能)並びに入院医療内容等の情報を都道府県知事に報告しなければならない。

2. 地域医療構想の策定

都道府県は、医療計画に、地域医療構想(構想区域ごとの、機能区分ごとの将来病床数の必要量等に基づく将来の医療提供体制に関する構想)、その達成に向けた病床機能の分化と連携の推進に関する事項等を定める。

3. 地域医療構想を実現するために必要な措置

(一) 都道府県は、構想区域等ごとに、診療に関する学識経験者の団体他の医療関係者、医療保険者等の関係者との協議の場を設け、地域医療構想の達成の推進に必要な事項について協議する。

(二) 都道府県知事は、病院開設等の許可に、当該構想区域における既存病床数が将来の病床数の必要量に達していない医療を提供すること等、地域医療構想の達成に必要な条件を付することができる。

(三) 都道府県知事は、1の報告について、基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合等に、当該構

想区域における当該基準日後病床機能の病床数が将来病床数の必要量に既に達しているときは、当該病院等の開設者・管理者に、都道府県医療審議会でその異なる理由等の説明等を求めることができる。それを踏まえ、当該理由がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、基準日病床機能を基準日後病床機能に変更しないこと等を要請(公的医療機関等には命令)することができる。

(四) 都道府県知事は、協議が調わない場合等には、病院等の開設者・管理者に、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該構想区域における既存病床数が将来病床数の必要量に達していない機能区分の医療を提供すること等の必要措置をとるよう要請(公的医療機関等には指示)することができる。

(五) 都道府県知事は、構想区域における療養病床と一般病床の数が基準病床数を超過している場合に、公的医療機関等以外の医療機関が正当な理由なく、許可を受けた病床に係る業務を行っていないときは、当該医療機関の開設者・管理者に、病床数削減の措置をとるよう要請することができる。

(六) 病院等の開設者・管理者が(三)(四)(五)の要請に従わない場合は、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病院等の開設者・管理者に勧告を行うことができる。当該勧告もしくは(三)の命令又は(四)の指示に従わない場合には、都道府県知事はその旨を公表することができるとともに、地域医療支援病院又は特定機能病院の承認を取り消すこと等ができる。

(七) 医療計画を策定・変更するときに、あらかじめ意見を聴く対象として、保険者等が都道府県ごとに組織する保険者協議会を追加する。

4. 居宅等における医療の充実と医療・介護の連携推進のための医療計画の見直し

(二) 医療計画に、居宅等における医療の確保の目標に関する事項及び居宅等における医療の確保に係る医療連携体制に関する事項を追加する。

(三) 都道府県が医療計画を変更する頻度は6年(居宅等における医療の確保の達成状況等は3年)ごととする。

5. 病院及び病床を有する診療所の開設者・管理者と国民の役割

地域における病床の機能の分化及び連携の推進に係る病院、病床を有する診療所及び国民の役割を位置づける。

二 医療従事者の確保等に関する事項

1. 都道府県知事は、特定機能病院、地域医療支援病院及び公的医療機関等の開設者・管理者他の関係者に、医師の派遣、研修体制の整備その他医師不足地域の病院・診療所の医師確保に関し協力を要請することができる。

三 医療従事者の勤務環境の改善等に関する事項

1. 病院・診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善等の措置を講ずるよう努めなければならない。厚生労働大臣はそのための指針を定める。

2. 都道府県は、医療従事者の勤務環境改善に関する相談、情報の提供及び助言等の援助その他の勤務環境改善に必要な支援に関する事務を実施するよう努める。

四 医療法人の合併に関する事項(略)

五 臨床研究中核病院に関する事項(略)

六 医療の安全の確保のための措置に関する事項

1. 病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故(医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産で、当該管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの)が発生した場合には、医療事故調査・支援センターに報告した上で、必要な調査等を行い、その結果を医療事故調査・支援センターに報告するとともに、遺族に対して説明しなければならない。

2. 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は当該医療事故の遺族から依頼があったときは、必要な調査等を行い、その結果を当該管理者及び当該遺族に対して報告しなければならない。

第四 介護保険法の一部改正(略)

第五 保健師助産師看護師法等の一部改正

一 保健師助産師看護師法の一部改正

特定行為(診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、高度かつ専門的な知識及び技能等が特に必要な行為として厚生労働省令で定めるものをいう。)を手順書により行う看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、一定の基準に適合する研修を受けなければならない。

第六 外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律の一部改正(略)

第七 看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正

看護師等は、病院等を離職した場合等に、住所、氏名等を都道府県ナースセンターに届け出るよう努めなければならない等看護師等の就業の促進に関する所要の措置を講ずる。

第八 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部改正

持分あり医療法人は、持分なし医療法人への移行に関する計画を作成し、これが適当である旨の厚生労働大臣の認定を受けることができるものとする等所要の措置を講ずる。

第十一 施行期日等(附則)

一 施行期日

この法律は公布の日又は2014年4月1日のいずれか遅い日から施行する。ただし、次に掲げる事項は、それぞれ次に定める日から施行する。(附則第一条関係)(一)医療法の改正は2014年10月1日(地域医療構想の策定と「必要な措置」は2015年4月1日、医療事故調査の仕組みは2015年10月1日)

(二)介護保険法の改正は2015年4月1日(ただし、利用者負担割合の見直しは2015年8月1日など改正事項によって異なる)

(三)保健師助産師看護師法等の改正は2015年4月1日(看護師の特定行為の研修制度は2015年10月1日)

(四)外国医師臨床修練制度の改正と持分なし医療法人への移行に係る改正は2014年10月1日

(五)看護師免許保持者等の届出制度は2015年10月1日など

二 検討規定等

(一)政府は、第三の六の調査(医療事故調査)の実施状況等を勘案し、医師法第21条の規定に基づく届出及び医療事故調査・支援センターへの医療事故の報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センターの在り方を見直すこと等について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後2年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずる。

(二)政府は、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで行われる特定行為が看護師により適切に行われるよう、医師、歯科医師、看護師その他の関係者に対して特定行為の研修制度の趣旨が当該行為を妨げるものではないことの内容の周知その他の必要な措置を講ずる。

(三)政府は、この法律の公布後1年を目途として、介護関係業務に係る労働力の確保のための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(四)その他、この法律の施行に関し、必要な経過措置等を定めるとともに、関係法律について所要の改正を行うこと。

短期滞在手術3(5日以内)は全包括かつ平均在院日数から除外

地域包括ケア病棟 算定該当外患者は特別入院基本料を算定(一般病棟の場合)

主要な項目別みる2014年改定

改定資料の「個別改定項目について」「別紙1 診療報酬の算定方法」から整理(下線部が見直し項目。基本診療料の点数は消費税分を含む)。*2月15日号を参照。

□「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」
「一般病棟用の重症度・看護必要度」から名称を変えるとともに、項目を見直す。

◎項目の見直し(A項目)

1. 創傷処置

①創傷処置、②褥瘡処置のいずれか1つ以上該当する場合

血圧測定(削除)、時間尿測定(削除)

2 呼吸ケア(略痰吸引のみの場合を除く)

3 点滴ライン同時3本以上

4 心電図モニター

5 シリンジポンプの使用

6 輸血や血液製剤の使用

7 専門的な治療・処置

①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用した場合)、②抗悪性腫瘍剤の内服、③麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合)、④麻薬の内服・貼付、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の使用、⑦昇圧剤(注射)の使用、⑧抗不整脈剤の使用、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴、⑩ドレナージの管理

*7対1入院基本料は「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること(救急救命治療室を算定する医療機関を含む)。

*「重症度・看護必要度」見直しの激変緩和措置として、10対1の急性期看護補助体制加算及び13対1の看護補助加算1の施設要件の当該基準を10%以上から5%以上に下げる。

□特定集中治療室管理料

重症度の名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に変更する。

1. より診療密度の高い診療体制の特定集中治療室の評価(新) 1 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 13,650点
ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点

(新) 2 特定集中治療室管理料2

イ 特定集中治療室管理料
(1) 7日以内の期間 13,650点
(2) 8日以上14日以内の期間 12,126点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
(1) 7日以内の期間 13,650点
(2) 8日以上60日以内の期間 12,319点

[施設基準]

①専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。

②専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20㎡以上である。

③専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。

④「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」のA項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

2. 従来の特定集中治療室管理料1及び2は3及び4に変更し、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要

度」の新たな評価基準を設定する。

(改) 3 特定集中治療室管理料3

イ 7日以内の期間 9,361点

ロ 8日以上14日以内の期間 7,837点

(改) 4 特定集中治療室管理料4

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 7日以内の期間 9,361点

(2) 8日以上60日以内の期間 8,030点

[施設基準]

「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること。

[経過措置]

14年3月31日に当該入院料の届出を行っている治療室は、15年3月31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

□ハイケアユニット入院医療管理料

1. 重症度・看護必要度を「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に変更するとともに、項目(A項目)の見直しを行う。

【評価項目の見直し】

A項目

1 創傷処置

①創傷処置②褥瘡処置のいずれか1つ以上該当する場合

2 蘇生術の施行

血圧測定(削除)

時間尿測定(削除)

3 呼吸ケア(略痰吸引のみの場合を除く)

4 点滴ライン同時3本以上 (以下略)

2. 評価の見直し

(改)ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点

[施設基準]

看護配置常時4対1

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度がA項目3点以上かつB項目7点以上の患者が8割以上。

(新)ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点

[施設基準]

看護配置常時5対1

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度がA項目3点以上かつB項目7点以上の患者が6割以上。

[経過措置]

14年3月31日に当該入院料を届出している治療室は、14年9月30日までの間、従前のハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

□短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) 2,800点 → 2,856点

2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 4,822点 → 4,918点

(改) 3 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合) 5,703点 → (点数は手術・検査ごとに設定。包括範囲は全診療報酬)

ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳未満に限る=削除)、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(削15歳未満に限る=削除)、下肢静脈瘤手術2硬化療法、

下肢静脈瘤手術3高位結紮術、内視鏡的結腸ポリリーブ・粘膜切除術2長径2cm以上、痔核手術2硬化療法(四段階注射法)、子宮頸部(陰部)切除術、終夜睡眠ポリグラフィ1携帯用装置を使用した場合、終夜睡眠ポリグラフィ2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合、終夜睡眠ポリグラフィ31及び2以外の場合、小児食物アレルギー負荷検査、前立腺針生検法

(以下は短期滞在手術基本料1から3に変更)

腋臭症手術2皮膚有毛部切除術、関節鏡下手根管開放手術、水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの、水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合、乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満、内視鏡的結腸ポリリーブ・粘膜切除術1長径2cm未満

(以下は短期滞在手術基本料2から3に変更)

胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)、下肢静脈瘤手術1抜去切除術、子宮鏡下子宮筋腫摘出術 *短期滞在手術等基本料1および短期滞在手術等基本料3を算定した患者(6日目以降も入院している患者を除く)は平均在院日数の計算対象から除く。

□療養病棟にかかわる評価

◎慢性維持透析管理加算の新設

(新)慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)

[算定要件]

①療養病棟入院基本料1を届け出ていること

②自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。

◎超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の見直し

療養病棟(床)における超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大するとともに、一部を除き、一般病棟の算定日数に上限を設ける。

[算定要件]

①出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に算定する。

②ただし、上記以外の場合であって、(療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を除く病棟又は病床において=削除)重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く)、重度の意識障害者(脳卒中後遺症の患者及び認知症の患者は2012年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る)、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等は、基準を満たしていれば当面の間、当該加算を算定できる。

(新)③当該加算は、一般病棟の患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者を除く)においては、入院した(5面に続く)

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

在医総管や特医総管における同一建物患者は75%もの減算

許可病床200以上 毎年9月末までの受結率5割以下は初再診料を減算

(4面から続く)

日から起算して90日を限度として算定する(適用は2015年4月1日から)。

◎在宅復帰機能強化加算の新設

(新)在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)
[施設基準]

①療養病棟入院基本料1を届け出ていること

②在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること

③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3の患者は14日以上)継続することを確認していること

④病床回転率が10%以上であること

□地域包括ケア病棟

(新)1 地域包括ケア病棟入院料1 2,558点
(新)2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,558点
(新)3 地域包括ケア病棟入院料2 2,054点
(新)4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,054点

注1 (前段階)当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室の病棟が一般病棟であるときは一般病棟入院基本料の特別入院基本料の例により、療養病棟であるときには療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等もしくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る)の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転院した日から14日を限度に、救急・在宅等支援病床初期加算として1日150点を加算する。

注6 診療に係る費用(看護職員配置加算=新設、看護補助者配置加算=新設、救急・在宅等支援病床初期加算=新設、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る)及びデータ提出加算、地域連携診療計画退院時指導料(I)、在宅医療、摂食機能療法、人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く)は、地域包括ケア病棟入院料1又は2、地域包括ケア入院医療管理料1又は2に含まれる。

□大病院の紹介率・逆紹介率

1. 500床以上の全ての病院(一般病床が200床未満を除く)は、紹介なしに受診した患者等に係る初診料と外来診療料を適正な評価とする。

初診料 209点(紹介のない場合)
外来診療料 54点(他へ紹介したにもかかわらず当該病院を受診した場合)

[経過措置] 2015年3月31日まで

(新)2. 対象病院は、一部薬剤を除き、原則的に30日分以上の投薬に係る評価(処方料、処方せん料、薬剤料)を60/100に適正化する。

[経過措置] 2015年3月31日まで

[算定要件]

①特定機能病院と許可病床500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設。

②許可病床数500床以上の全ての病院(①および再診料算定病院を除く)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設。(新設)

③年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生(支)局長等に報告する。(新設)

□在宅不適切事例の適正化

1. 同一日の同一建物複数訪問時の点数を新設して適正化するとともに、在支診・在支病以外の評価を引き上げる。

【在宅時医学総合管理料】

1 在支診又は在支病で別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合
(1) 処方せんを交付する場合 5,000点
(新)同一建物の場合 1,200点
(2) 処方せんを交付しない場合 5,300点
(新)同一建物の場合 1,500点

ロ 病床を有しない場合 (略)
2 在支診又は在支病(1に規定するものを除く)の場合
イ 処方せんを交付する場合 4,200点
(新)同一建物の場合 1,000点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合 (略)

【特定施設入居時等医学総合管理料】

1 在支診又は在支病で別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合
(1) 処方せんを交付する場合 3,600点
(新)同一建物の場合 870点
(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点
(新)同一建物の場合 1,170点

ロ 病床を有しない場合 (略)
2 在支診又は在支病(1に規定するものを除く)の場合
イ 処方せんを交付する場合 3,000点
(新)同一建物の場合 720点
ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
(新)同一建物の場合 1,020点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合 (略)

2. 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【在宅患者訪問診療料】

1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 (改) 200点
2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居 (改) 100点

[算定要件]

①訪問診療を行った日における当該医師の在宅患者診療時間(開始時刻と終了時刻)、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬請求書に添付する。(新設)

②訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

3. 同一日の同一建物の訪問看護は、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

(1) 医療機関の場合

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

1 保健師、助産師又は看護師等による場合
イ 同一日に2人
(1) 週3日目まで (改) 555点
(2) 週4日目以降 (改) 655点
ロ 同一日に3人以上(新設)
(1) 週3日目まで (改) 278点
(2) 週4日目以降 (改) 328点

2 准看護師による場合(略)

4. 保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止する。

□機能強化型訪問看護ステーション

1. 看護職員数、24時間対応、ターミナルケア療養費等算定数、重症者の受け入れ数、居宅介護支援事業所の設置等の要件をすべて満たしている場合、機能強化型訪問看護管理療養費として充実した評価を行う。

(新)機能強化型訪問看護管理療養費1 12,300円
(月の初日の訪問の場合)
(新)機能強化型訪問看護管理療養費2 9,300円
(月の初日の訪問の場合)

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

①常勤看護職員7人以上(サテライトの看護職員も含む)
②24時間対応体制加算の届出を行っている。

③訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。

④特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。

⑤指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。

⑥地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

①常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)

②24時間対応体制加算の届出を行っていること。

③訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。

④特掲診療料の施設基準等の別表第7※に該当する利

用者が月に7人以上。

⑤指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。

⑥地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

2. 機能強化型、従来型を問わず、訪問看護事業所について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行う。

□在宅における褥瘡対策

1. 訪問看護において、褥瘡のリスク評価及び褥瘡患者数等の報告を行う。

【訪問看護管理療養費】

[算定要件]

褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。

[届出書の記載事項の報告]

褥瘡患者数等について、毎年7月1日に報告を行うこと。

2. 多職種から構成される褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者で既にDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に、カンファレンスと定期的ケア等を実施した場合に評価を行う。

(新)在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

[算定要件]

①当該医療機関内に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。アまたはイのうち、1名は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する者であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者であること。

ア) 医師
イ) 看護師
ウ) 管理栄養士

(ただし、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者が当該医療機関にいない場合であっても、訪問看護ステーションもしくは他の医療機関の褥瘡対策チームと連携している褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師がカンファレンスに参加し、在宅褥瘡対策チームの一員として褥瘡ケアを行った場合にも算定できる)

② チーム構成員は、以下の内容を実施すること。

ア) 初回訪問時に、患者宅に一堂に会しケア計画を立案する。
イ) 初回訪問以降、月1回以上チーム構成員のそれぞれが患者を訪問し、その結果を情報共有する。
ウ) 初回訪問後3ヶ月以内に対策の評価及び計画の見直しのためカンファレンスを行う。
エ) 1年間のケアの実績を報告する。

□在宅自己注射指導管理料の見直し

1. 在宅自己注射指導管理料の指導内容を明確化した上で、頻度に応じた点数を設定する。

【在宅自己注射指導管理料】

1 (改)月3回以下 100点
2 (改)月4回以上 190点
3 (改)月8回以上 290点
4 (改)月28回以上 810点

2. 導入初期については別に加算を行う。

(新)導入初期加算 500点

[算定要件]

①在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。

②導入初期加算は 新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、さらに1回に限り算定することができる。

□初再診料に導入された受結率

許可病床が200床以上の病院において、毎年9月末までに、薬価基準収載医薬品取引の受結率が5割以下の場合は、初診料、再診料、外来診療料を引き下げる。

(新)初診料 282点 → 209点
(新)再診料 72点 → 53点
(新)外来診療料 73点 → 54点

意見募集

ケアマネ研修を改正。「医療との連携を重視した実践的課目」を導入

厚生労働省は介護支援専門員および主任介護支援専門員の研修課程を見直すために「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」(2004年厚生労働省告示第218号)および「介護保険法施行令第37条の15第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準」(06年厚生労働省告示第265号)の改正案をまとめ、2月21日に意見募集を開始した。募集期間は3月22日まで。いずれも4月1日施行となる。

見直しは、「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の「議論の中間的な整理」(13年1月7日)を踏まえたもので、「介護支援専門員実務研修」「介護支援専門員実務従事者基礎研修」「介護支援専門員(更新)研修」「主任介護支援専門員研修」の4研修が対象。

新たな「介護支援専門員実務研修」は、任意受講であった「実務従事者基礎研修」を統合した上で、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」「チームマネジメント」「ケアマネジメントの展開」などを

追加、より実践的な研修内容にあらためている。

また、より専門的な知識・技術を習得できるように「介護支援専門員専門研修」のⅠとⅡを設け、後者を資格更新研修とした。

Ⅰには「医療との連携及び多職種協働」とともに認知症、リハビリ、看護など専門知識を活用した「ケアマネジメント演習」の課目を新設。Ⅱは、居宅と施設に分けた課目選択制をやめ、双方の受講者が相互に抱える課題等を事例の一般化を介して理解する「ケアマネジメントの実践事例の研究及び発表」を新設、演習で扱う事例には「入退院時の医療との連携」を加えた。

さらに、それぞれに修了評価の実施を導入した。

06年度に地域包括支援センターへの配置が必置となった主任介護支援専門員は、これまで「64時間以上」の研修だったが、今回の見直しで「70時間以上」となり、新たに「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現」の課目が導入された。

ネジメントプロセスの概観(2時間)、実習オリエンテーション(1時間)

講義・演習/自立支援のためのケアマネジメントの基本(6時間)、相談援助職としての基本姿勢と相談援助技術の基礎(4時間)、利用者や多職種等への説明と同意(2時間)、チームマネジメント(2時間)、ケアマネに必要な基礎知識・技術(19時間)、実習振り返り(3時間)、ケアマネの展開(28時間=基礎理解3時間、脳血管障害事例5時間、認知症事例5時間、筋骨格系疾患と生活不活発病の事例5時間、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病の機能不全事例5時間、看取り事例5時間)

○専門研修(Ⅰ)計56時間 別途修了評価を実施。

講義/介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状(3時間)、ソーシャルケースワークとコミュニティソーシャルワーク(3時間)、ケアマネジメント実践倫理(2時間)、ケアマネに必要な医療との連携及び多職種協働の実践(4時間)、個人学習と相互学習(2時間)

講義・演習/ケアマネ実践の振り返りと学習課題の設定(12時間)、ケアマネジメント演習(28時間=リハビリ・福祉用具の活用事例4時間、看取り等における看護サービス活用事例4時間、認知症事例4時間、入退院時等における医療との連携事例4時間、家族支援事例4

時間、関係機関との連携事例4時間、地域密着型、施設等状態に応じた多様なサービス活用事例4時間)、意見交換・講評・ネットワーク作り(2時間)

○専門研修(Ⅱ)計32時間 別途修了評価を実施。

講義/介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開(4時間)

講義・演習/ケアマネジメントの実践事例の研究・発表(28時間=リハビリ・福祉用具の活用事例4時間、看取り等における看護サービス活用事例4時間、認知症事例4時間、入退院時等における医療との連携事例4時間、家族支援事例4時間、関係機関との連携事例4時間、地域密着型、施設等状態に応じた多様なサービスの活用事例4時間)

○主任介護支援専門員研修 計70時間 別途修了評価を実施。

講義/主任介護支援専門員の役割と視点(5時間)、ケアマネジメントにおける倫理的課題に対する支援(2時間)、ターミナルケア(3時間)、人材育成と業務管理(3時間)、運営管理におけるリスクマネジメント(3時間)

講義・演習/コミュニティソーシャルワーク(6時間)、ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現(6時間)、スーパービジョン(18時間)、個別事例を通じた指導・支援の展開(24時間)

介護支援専門員等に係る研修カリキュラム(案)

○介護支援専門員実務研修 計87時間 別途修了評価を実施。
講義/介護保険制度の理念・現状とケアマネジメント(3時間)、ケアマネに係

る法令等の理解(2時間)、地域包括ケアと社会資源(3時間)、ケアマネに必要な医療との連携及び多職種協働の意義(3時間)、人権と倫理(2時間)、ケアマ

医療・福祉の雇用数は607.6万人。産業中最大の増加率

2月18日に発表された毎月勤労統計調査の2013年分結果確報によると、労働者全体の平均月間現金給与総額は前年と同水準の31万4,054円であった。

現金給与総額のうち、所定内給与は前年比0.6%減、所定外給与は1.8%増、特別に支払われた給与は2.1%増で、実質賃金は0.5%減となった。

産業別にみると、医療・福祉の現金給与総額は29万2,737円(事業所規模30人以上は33万5,988円)と前年を0.9%(同0.1%)下回った。所定内給与は1.1%減(0.3%減)、所定外給与は0.6%増(0.8%増)、特別に支払われた給与は0.5%減(0.7%増)であった。

常用雇用数と労働異動率(事業所規模5人以上)は産業全体で4,612.9万人と前年より0.8%増えた。入職率(2.06%。0.03ポイント増)が離職率(2.05%。前年比0.01ポイント増)を増加率ともども上回り、雇用増加の兆しをみせている。

これに対して医療・福祉(同)は、入職率(1.96%。0.07ポイント減)が離職率(1.78%。0.06ポイント減)を大きく上回り、パートを含む常雇用数は607.6万人と、前年より3.3%増加した。

医療・福祉の常雇用数は、一般労働者(1.4%増)よりも、主にパート労働者(8.1%増)の増加に支えられているが、常雇用数の増加率および入職率と離職

率の差はともに16産業中2番目に大きく、医療・福祉は雇用増加を牽引する産業となっていることがうかがえる。

09年(+4.1%)、10年(+3.7%)、11年(+3.7%)、12年(+4.0%)と、09年以降

□医師の給与(2013年賃金基本統計調査から)

企業規模	全体(10人以上)	10~99人	100~999人	1,000人以上
平均像	41歳。勤続年数5.5年。所定内実働159時間、超過実働13時間。	55.7歳。勤続12年。所定内169時間、超過0時間。	45.6歳。勤続6.2年。所定内158時間、超過8時間。	36.3歳。勤続4.1年。所定内158時間、超過18時間。
現金給与額	833.2千円	1175.2千円	1074.3千円	643.2千円
所定内給与額	753.2千円	1166.0千円	1007.1千円	545.8千円
年間賞与他特別給与額	720.1千円	412.1千円	692.8千円	778.2千円

医療・福祉の常雇用数は16産業中最大の伸び率を示しているが、同期間の入職率と離職率の差(プラス値)も医療・福祉が常に最大であった。

また、2月20日に公表された2013年の賃金基本統計調査によると、企業規模10人以上における医師の給与は平均83万3,200円であった。

新人看護職員研修GLの改訂版が完成

中小病院により分かりやすく見直す。到達目標に「死後のケア」を追加

厚生労働省は新人看護職員研修ガイドライン(GL)の改訂版をまとめ、2月24日に公表した。

新人看護職員研修は2010年4月より努力義務化されたが、研修内容の標準化を図る必要があるなどから、厚労省は11年2月にGLを作成、その中で適宜の見直しを提起している。

その後、研修は、新人看護職員不在施設を除くと9割の施設で実施される

にいたり(11年の医療施設静態調査)、厚生労働科研によって研修の実施状況も把握され、地域で複数病院が連携を組んで実施するなどの事例も報告される中、臨床現場の変化など、改善されるべき問題点も現出した。

そのため、厚労省は昨年11月に「新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会」を設けて検討を重ねた結果、到達目標の項目表現や到達目安

の一部修正、到達目標設定にかかわる例示の追加等を行ない、改訂版をまとめたもの。

改訂版は、これまで研修ができていない医療機関でも実施しやすくなるよう、GLの本文や到達目標をより分かりやすい表現に変えたり、GLの活用を促すために具体的な活用例を追加するなど内容の充実を図っている。

具体的には、看護技術についての到達目標で、「止血」を「外傷性の止血」とするなど、どのような技術を指すのか明確になる表現を随所に追記したほか、1年内の評価時期に関しても、1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月、1年という時期を明示した

にとどまった現行版に対して、各時期ごとの評価視点を追記した。

また、各施設の状況を考慮して「1年以内に経験し到達を目指す項目」から外し、かつ、到達目標のレベルを「Ⅲ。演習でできる」とした上で、「死後のケア」を追加した。超高齢化を踏まえた対応である。

その一方で、「自施設における研修計画を立て、その中で外部組織を活用した研修の位置づけを明確にしておくことは重要」と記すなど、現行GLにもまして、中小病院に、地域の他病院との連携体制を確保する中で研修体制を確保する考え方を明示している。

防火設備の緊急点検結果

10.7%の施設に建築基準法違反。無届増改築にも多くの違反が

国土交通省は2月5日に、病院および有床診の防火設備に対する緊急点検の結果を発表した。昨年10月に福岡市の有床診で発生した火災を受けて行なったもので、防火設備については、10.7%の施設で建築基準法違反が指摘された。

対象は、建築基準法別表第一に規定する、病院と有床診のうち、①地階又は3階以上の建物を診療に供するもの、または、②診療に供する床面積が合計

300㎡以上(平屋建を除く)のいずれかに該当する1万6,087施設。

点検事項は、(1)無届増改築等の有無および当該部分の建築基準法令状況、(2)防火設備の状況(管理状況を含む)の2点(いずれも1月15日現在)。

点検によって、3.4%(541施設)に無届による増改築等が把握され、そのうちの71.9%(389施設。点検全体の2.4%)は「建築基準法令に関する違反」であった。

さらに、建築基準法違反のうちの56.8%(221施設。点検全体の1.4%)が防火設備関係の違反、50.6%(197施設。点検全体の1.2%)が耐火建築物関係の違反であった。

一方、管理状況を含む防火設備の状況に関しては、10.7%(1,724施設)で建築基準法令の違反が把握された。

違反の主な内容は、防火設備の閉鎖又は作動の状況が52.9%、区画に対応した防火設備の設置状況が25.0%、常

時閉鎖防火戸の固定状況が23.7%、閉鎖又は作動の障害となる物品の放置が21.0%などであった。

耐火建築や防火設備は建築基準法をベースに、一部消防法で細かく規制されている。福岡市の火災事故を受け、消防庁は厚労省の協力の下、有床診療所火災対策検討部会を昨年10月に設置し、スプリンクラーや防火戸設置義務化の議論を進めている。

また、厚労省は2013年度補正予算案に、スプリンクラー等整備事業(医療施設等施設整備費補助金)として101億円を計上したが、同補正予算は2月6日に成立している。

四病協

医療法人会計基準案をまとめる。1人法人と小規模法人は適用外

四病院団体協議会は医療法人会計基準案を作成、2月26日の総合部会で承認した。医業経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会長)に付設された会計基準策定小委員会(委員長・五十嵐邦彦公認会計士)が報告書にまとめた。

四病協は医療法人制度改革前の2006年9月に「医療法人会計基準検討報告書」をまとめているが、関係者すべての理解を得るにはいたらず、日の目をみずに終わっている。

その後、金融商品取引法に裏づけられた法人債を発行する社会医療法人が創設されるとともに、医療法人の財務諸表は広く閲覧可能とされた。

その一方、事業報告書等の様式改正

によって、医療法人の財務諸表は、それまでの「病院会計準則」「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいたものから法人全体の数値をまとめたものに改められたため、制度上の齟齬はなくなったものの、明確な会計処理基準が存在しないという矛盾に直面した。

そこで医療法人が依拠する会計原則は、医療法第50条の2の規定「医療法人の会計は、一般に公正妥当と認められる会計の慣行に従うものとする」ということになった。

これを踏まえ、「報告書のポイント」は、「一般に公正妥当と認められる会計の慣行を具体化する1つとして取りまとめた」と記している。

報告書は、冒頭に、「医療法人会計の現状」と「検討の経緯と基準制定の考え方」を記し、医療法人会計基準とその注解を説明。「個別論点と実務上の対応」で詳細に展開、「現行の省令、通知への影響」と「病院会計準則適用ガイドラインについて」と題して現行会計処理との関係性を整理。最後に「本報告を前提とした計算書類のイメージ」で持分ありを対象にした例を示している。

その中で、①1人医療法人への適用は前提としていないこと、②医療法人のすべての会計制度を網羅的に規定したものではなく、医療法人全体の計算書類にかかわる部分のみを対象としていること、③企業会計の手法は他の民

間非営利法人の会計基準に取り込まれている範囲に限定していること、などの考え方を明らかにしている。

適用対象について、会計基準策定小委の五十嵐委員長は「小規模の医療法人も適用外と考えている」と説明した。

昨年3月15日の衆議院厚生労働委員会で、田村厚労相は、医療法人会計基準策定をめぐる状況の質問に、「現在、四病院団体協議会を中心に検討を再開しており、厚労省としても、この取り組みを注視している」と答弁した。

四病協が再びまとめた医療法人会計基準案に厚労省がどう対応をみせるか、あらためて議論が求められるところだ。

日本専門医機構

3月設立に向け定款、理事等を決める

専門医の評価・認定を担う第三者機関の日本専門医機構は、2月13日に組織委員会を開き、定款を承認するなど、3月の設立登記に向けた手順を決めた。

定款に明記する理事の定数は「20名以上25名以内」とし、設立時は理事22名と監事3名で臨むこと、代表理事に

は(社)日本専門医制評価・認定機構理事長の池田康夫氏が就くことをそれぞれ承認した。

設立時の社員は、当初、組織委員会を構成する5団体(日本医学会、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会、日本専門医制度評価・

認定機構)のうち、日本専門医制度評価・認定機構を除く4団体を予定していたが、定款がない四病協は「設立時社員となる事はむずかしい」ため設立後に社員として参加する方法をとり、残る3団体を設立時社員として定款に書き込むことを決めた。

また、設立後には四病協以外にも、公益財団法人医療研修推進財団、公益財団法人医学教育振興財団などの参加

を承認。さらに、外科系専門医連絡協議会、内科系専門医連絡協議会なども社員として参加することを可能とすることで合意した。

日本専門医機構は組織委員会以外にも5委員会で設立準備を進めてきたが、そのうちの総合診療専門医には、神野正博全日病副会長、丸山泉日本プライマリ・ケア連合学会理事長(全日病常任理事)が委員として参加している。

2013年度 第9回常任理事会の抄録 2013年12月14日

【主な協議事項】

●介護保険制度委員会の委員追加

介護保険制度委員会の委員として、仲井培雄氏(石川県・芳珠記念病院理事長)の就任が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。
埼玉県 埼玉西協同病院 院長 吉野 肇
埼玉県 河合病院 理事長 河合逸郎
千葉県 船橋市立リハビリテーション病院 理事長 石川 誠
東京都 第一病院 理事長 野村明子
東京都 青木病院 管理者 青木 誠
大阪府 朋愛病院 院長 左川 均
和歌山県 山本病院 理事長 山本博晟
岡山県 重井医学研究所附属病院 院長 福島正樹

愛媛県 済生会今治病院 院長 松野 剛
在籍会員は2,456人となった。
賛助会員として以下の入会が承認された。
株式会社ケアネット

(大野元泰代表取締役社長・東京都千代田区)
一般社団法人全日病厚生会
(猪口雄二理事長・東京都千代田区)

【主な報告事項】

●「病院職員のための認知症研修会」の開催
標記研修会を2014年1月11日・12日に全日病本部で開催する旨の報告があった。

●「医療機関トップマネジメント研修フォーアアップコース」の開催
標記研修会を2014年3月1日・2日に全日病本部で開催する旨の報告があった。

●「若手経営者の会」の開催
標記会合を2014年2月1日に全日病本

部で開催する旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果

11月1日付で以下の14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 柏葉脳神経外科病院 更新
千葉県 斎藤労災病院 更新
三重県 みたき総合病院 更新
高知県 くぼかわ病院 更新
鹿児島県 厚地脳神経外科病院 更新

◎一般病院2
神奈川県 海老名総合病院 更新
静岡県 静岡市立静岡病院 更新
福岡県 福岡徳洲会病院 更新

◎リハビリテーション病院
東京都 いずみ記念病院 更新

◎慢性期病院
北海道 洞爺温泉病院 更新

神奈川県 新戸塚病院 新規
兵庫県 立花病院 更新
福岡県 岡部病院 更新

◎精神科病院
鹿児島県 福山病院 更新

11月1日現在の認定病院は合計2,357病院。そのうち、本会会員は975病院と、会員病院の39.7%、全認定病院の41.4%を占めている。



2013年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 2014年1月9日

【主な協議事項】

●生命保険共済事業の廃止

本会の「生命保険共済事業」を2014年度より一般社団法人全日病厚生会に移管するため、今年度をもって当協会の事業を廃止する件が承認された。

●平成26年度事業計画(案)

2014年度事業計画案と予算案がともに承認された。

●「全日本病院協会災害時医療支援活動指定病院」の申請等

本会の「災害時医療支援活動指定病院」に対する会員病院の申請受付開始が承認された。

●秋田県支部長の交代

秋田県支部の新たな支部長に白山公幸氏(藤原記念病院院長)が就いた旨の報告があり、承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。
北海道 岩見沢江仁会病院 理事長 上田康夫
東京都 八王子消化器病院 院長 原田信比古

別途3人の退会があった結果、在籍会員は2,455人となった。

【主な報告事項】

●第1回病院医療ソーシャルワーカー研修会の開催
標記研修会を2月5日・6日に全日病本部で開催する旨の報告があった。

●「医療のTQM 七つ道具」研修会の開催
標記研修会を2月11日に全日病本部で開催する旨の報告があった。

●第16回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催
標記研修会を3月15日に全日病本部で開催する旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果

12月6日付で以下の18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
埼玉県 坂戸中央病院 更新
東京都 木場病院 更新
東京都 南町田病院 更新
福岡県 宗像医師会病院 更新
宮崎県 藤元上町病院 更新
沖縄県 アドベンチストメディカルセンター 更新

◎一般病院2
北海道 札幌南三条病院 更新
埼玉県 川口市立医療センター 更新
埼玉県 三郷中央総合病院 更新
千葉県 安房地域医療センター 新規
神奈川県 横浜労災病院 更新
鹿児島県 サザン・リージョン病院 更新

◎リハビリテーション病院
千葉県 船橋市立リハビリテーション病院 新規
静岡県 すずかけヘルスケアホスピタル 新規
福岡県 小倉リハビリテーション病院 更新

◎慢性期病院
埼玉県 富家病院 更新
静岡県 神山復生病院 更新
大阪府 松谷病院 更新

12月6日現在の認定病院は合計2,355病院。そのうち、本会会員は981病院と、会員病院の39.9%、全認定病院の41.6%を占めている。

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

規制改革会議等から経営規模拡大や透明化等の要請

社会福祉法人の在り方等に関する検討会 財務公表、取引公正化、外部監査義務化等の見直しが決定。特養への(株)参入は否定

社会福祉法人のあり方をめぐる議論が大詰めを迎えている。厚労省の「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」は、この5月をめどに報告書をまとめるが、検討テーマの1つである財務諸表公表の義務化に関しては一定の結論を出した。

しかし、全国に19,407ある社会福祉法人のあり方について、政府の各種諮問会議は、財務諸表の公表以外にも様々な見直しを求めている。

社会福祉法人の見直しはこれまでも多々検討されてきたが、社会福祉事業をめぐる特有な歴史もあって、大きな改革は見送られてきた。政府の要求にどこまで応えるのか、同検討会の議論の行方が注目されている。

財務諸表に関して、事務局(社会・援護局福祉基盤課)は、すでに昨年11月の検討会に、①財務諸表の電子化とインターネットでの公表を義務化する、②所轄庁に提出する財務諸表を含む現況報告書の電子化を義務づける、③(3割強の法人がHP未設置のため)財務諸表公表が完全実施できるまでの間は、未設置の法人は財務諸表を所轄庁のHP

で公表するという方針を示し、合意を得ている。

これを踏まえ、厚労省の古都賢一大臣官房審議官は、2月4日の規制改革会議に、「すべての社会福祉法人に、2013年度以降の財務諸表のネットでの公表を義務づける。公表方法は今後検討していくが、今年度中に必要な通知改正を行なう」と報告した。

政府から「合併や権利の移転」含む様々な改革の要求

社会福祉法人に対しては、現在、規制改革実施計画(13年6月閣議決定)で①財務諸表公表の義務化(14年度当初から措置)が、日本再興戦略(同)では、財務諸表の公表に加えて、②法人規模拡大の推進等経営の高度化が、社会保障制度改革国民会議報告書(13年8月)では、③非課税扱いにふさわしい国家や地域への貢献、④経営の合理化・近代化と大規模化や複数法人の連携、⑤(ホールディングカンパニーの枠組みのような)合併や権利の移転等を速やかに行なえるような制度改正、の検討・措置が求められている。

政府のこうした措置要請の背景には、多様な開設主体による社会福祉サービスの競い合いと、それによる、サービスと経営主体の質的量的拡充を図るといった発想がある。

こうした要請を受けて厚労省は昨年9月に検討会を設置し、前出の④⑤以外は大筋、総理の諮問会議が求める方向で議論が進められてきた。

一方、規制改革会議は昨年12月20日に、「介護・保育事業等における経営管理の強化とイコールフットイング確立に関する論点整理」を行ない、(1)補助金や非課税などの優遇措置を受けている社会福祉事業者のガバナンス確立と経営基盤強化を行なう必要がある、(2)多様な事業者がサービスの質や多様性を競い、豊富なサービスが提供されるよう、経営主体間のイコールフットイングを確立すべきであるとした上で、具体的課題をこう提起した。

- ①財務諸表の情報開示
- ②補助金等の情報開示
- ③内部留保の明確化
- ④法人役員の親族や特別利害者の取

引内容の開示等、調達の公正性・妥当性の担保

- ⑤理事会や評議員会、役員等の役割や権限、責任の範囲等の法的明確化
- ⑥第3者評価受審率の数値目標策定
- ⑦一定事業規模の法人に対する外部機関による会計監査の義務化
- ⑧所轄庁の指導・監督を強化するための監査ガイドラインの策定等
- ⑨行き詰った法人に対する、措置命令等行政処分先駆けた助言や勧告制度の創設

厚労省は、検討会の議論を踏まえ、2月4日の規制改革会議に「論点整理」に対する回答を行なうとともに、2月20日の検討会にその内容を提示した。

- (1)社会福祉法人の財務諸表はインターネットによる公表の義務化を決定した。
- (2)補助金等の情報開示については、財務諸表公表の際に国民に分かりやすく示すためにもちいる標準様式の中で、法人単位の補助金の収入状況等も明確となるよう検討する。
- (3)内部留保の明確化についても、①において、目的別の積立も明確となるよう検討する。
- (4)調達の公正性・妥当性の確保に関しては、2015年度よりすべての社会福祉法人が適用対象となる新会計基準で、社会福祉法人と関連当事者の一定の取引は財務諸表に注記しなければならないとしている。財務諸表公表の標準様式の中で明確となるよう検討する。
- (5)経営管理体制に関して、現行の社会福祉法では法人の内部組織について一部規定がなされていないものも見受けられるため、法令での明確化等について検討する。
- (6)第3者評価については受審率を向上

させる方策を検討する。(7)現在、通知で、一定規模以上の法人は特に積極的な外部監査の活用を求めているが、外部監査の義務化などを含めた適正な会計処理を行うための方策をあらためて検討する。

(8)所轄庁には、法人監査に係る基準として、「社会福祉法人指導監査要綱」を

示しているが、必要な見直しを検討する。(9)経営の悪化している法人には経営状態を把握できる経営判断指標の構築を検討している。現在も、所轄庁等は、①業務または会計の報告・検査要請、②措置命令、③業務停止または役員の解職勧告、④解散命令を行なうことができるが、勧告手続の明確化等を検討する。

営利法人との間にイコールフットイングは可能か？

規制改革会議の「論点整理」は、前述の社会福祉法人の経営強化に続いて「経営主体間のイコールフットイング」を取り上げ、「介護・保育分野は営利法人と非営利法人が共存し、同種のサービスを提供する特殊な市場である。多様な経営主体がサービスの質を競い、利用者の利便が高まるよう、経営主体間のイコールフットイングを確立すべきではないか」と論じ、以下の課題を提起した。

- ①特養など施設の経営主体は社会福祉法人等に限定されている。参入規制を緩和すべきである。
- ②社会福祉法人には補助金や非課税措置などの優遇措置がとられている。株式会社やNPO法人が参入することを踏まえ、経営主体間で異なる財政上の措置を見直すべきである。

これに対して、厚労省の回答は、要旨以下のとおり見直しの必要を否定した。

- (1)特養は重度で低所得の高齢者が多く入所しており、低所得者の負担軽減措置を実施しているなど、公益性と経営の安定性を担保する必要がある、その設置主体は地方公共団体や社会福祉法人等に限定されている。また、今後、さらに重度の要介護者を支える施設として、新規入所を要介護3以上に限定する制度改正を検討している。
- (2)社会福祉法人は、非営利法人として、低所得者や生活困窮者の対応など一定規制の下での事業実施や、地域の福祉ニーズへの対応が求められるため、補助金や税制優遇等を受けている。営利法人にはそうした規制がなく、事業の効率性を追求して利益を上げることが可能であり、社会福祉法人と営利

法人等ではそれぞれ異なる役割を有している。

社会福祉法人で組織された全国社会福祉協議会(全社協)も、12月5日の規制改革会議で、「現状において社会福祉法人と株式会社等は、法人の目的、形態や規制等が異なっており、イコールフットイングは成り立たない」と厚労省と同じ考えを述べ、「イコールフットイングを実現するならば、株式会社が社会福祉法人を設立して社会福祉事業を担うべきである」と主張した。

社会福祉関係者が多数を占める「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」(2月20日)は、厚労省が示した規制改革会議に対する回答をみて、「社会的役割の異なる営利法人と社会福祉法人の間にイコールフットイングは成り立たない」など、主にイコールフットイングの面から規制改革会議の主張を否定する意見が相次いだ。

そうした中、座長の田中滋慶大大学院教授は「株式会社とだけでなく、医療法人や学校法人など、非営利性の高い団体とのイコールフットイングも検討すべきではないか」と指摘、視点を変えた議論の必要を認めた。

規制改革会議が主張する特養の開設主体を多様化する対象には医療法人も入る。


社会福祉法人制度改革の先には、医療法人も視野に入れた“ホールドカンパニー”の枠組み創設、したがって医療法人と社会福祉法人の連携等の議論もあり得る。医療法人にとっても、社会福祉法人制度改革議論の行方が注視されるどころだ。

一冊の本 book review

『医療経営白書 2013年度版 成長産業としての医療を担う』

編集 / 吉原健二(日本医療経営実践協会代表理事)、堺 常雄(日本病院会会長)
西澤寛俊(全日本病院協会会長)、日野頌三(日本医療法人協会会長)
山崎 學(日本精神科病院協会会長) 定価●5,250円(税込)


本書は、現政権の示す方向性に即して医療を「成長産業」として考え、これをもとに地域医療をけん引していくといった「攻めの視点」に立った経営を行う上で重要な手引書となる。医療経営の「重要ポイント」を「政策関連」と「業務関連」に分けて整理。また、2013年度の医療業界の最新経営動向をトピックスとしてわかりやすく紹介している。日本再興戦略によって医療がどう変わるのかを考えたうえで医療機関として何を成すべきなのかを考える上で必読の書である。(T)



有能な人材確保に貢献します

全国の病院厚生年金基金に、ぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、省コストで充実した年金を支給し、優秀な人材の募集・確保に貢献します。



- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 優秀な人材の募集、確保・定着に寄与。

- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 将来の不安解消による労働意欲の向上。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道 ☎011-261-3172	兵庫 県 ☎078-230-3838
秋田 県 ☎018-824-5761	奈良 県 ☎0742-35-6777
山形 県 ☎023-634-8550	和歌山 県 ☎073-433-5730
福島 県 ☎024-522-1062	鳥取 県 ☎0857-29-6266
茨城 県 ☎029-227-8010	島根 県 ☎0852-21-6003
栃木 県 ☎028-610-7878	岡山 県 ☎086-223-5945
群馬 県 ☎027-232-7730	広島 県 ☎082-211-0575
埼玉 県 ☎048-833-5573	山口 県 ☎083-972-3656
千葉 県 ☎043-242-7492	徳島 県 ☎088-622-1602
東京 都 ☎03-3833-7451	香川 県 ☎087-823-0788
神奈川 県 ☎045-222-0450	愛媛 県 ☎089-921-1088
新潟 県 ☎025-222-3327	福岡 県 ☎092-524-9160
富山 県 ☎076-429-7796	長崎 県 ☎095-801-5081
石川 県 ☎076-262-5261	熊本 県 ☎096-381-3111
長野 県 ☎0263-36-4834	大分 県 ☎097-532-5692
静岡 県 ☎054-253-2831	宮崎 県 ☎0985-26-6880
滋賀 県 ☎077-527-4900	鹿児島 県 ☎099-227-2288
京都 府 ☎075-255-1312	沖縄 県 ☎098-869-3521
大阪 府 ☎06-6776-1600	