



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2015 NEWS 2/15

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.841 2015/2/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

### 介護療養型 新要件「療養機能強化型」の単位決まる。いずれも現行以下

2015年度介護報酬改定 14年介護実調で高い収支差率の介護サービスが大幅引き下げの狙い撃ちに

2015年度の介護報酬が決まった。2月6日に開催された社保審介護給付費分科会は、15年度介護報酬改定にかかわる厚生労働大臣の諮問に、「諮問書の介護報酬単位見直し案を認める」旨答申した。(2面に15年度介護報酬単位の抜粋を掲載)

実質-4.48%となった新たな介護報酬は、通所介護、特定施設、介護老人福祉施設の下げ幅が著しく、次いで、グループホーム、訪問介護、介護療養型医療施設も単位数を大きく減らした。

14年の介護事業経営実態調査で高い収支差率を示した介護サービスが狙い撃ちされた。

その中で、病院・診療所の訪問看護費は6~20単位と、2.3%~2.5%引き上げられた。さらに、訪問看護に看護体制強化加算が設けられた。訪問リハには社会参加支援加算が新設された。

介護老人保健施設は在宅復帰・在宅

療養支援機能加算が21単位から27単位へと増え、入所前後訪問指導加算を組み替えた加算(Ⅱ)は480単位と20単位増える。

介護療養型医療施設に関しては、重篤・身体合併認知症の患者、一定処置の患者、ターミナルケアの患者の各割合等を新たな要件に加えた「療養機能強化型A・B」という2タイプの評価が新設された。AとBの別は前出患者割合の違いである。

具体的には、療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)の(ii)と(v)が「療養機能強化型A」、同(Ⅰ)の(iii)と(vi)、さ

らに、同(Ⅱ)の(ii)と(iv)が「療養機能強化型B」の範疇となる。これ以外にも、ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)と(V)がA、同(Ⅲ)と(VI)がBに該当する(太字傍点は新設の報酬類型)。

病院が介護保険施設として存続して

□「療養機能強化型」はぎりぎりの報酬—安藤副会長の談話

介護療養型医療施設は療養機能強化型のAとBが創設され、存続の道が残された。

算定要件をみると、医療処置、リハビリ、地域貢献活動の3要件はクリアできるが、認知症とターミナルケアで難儀する医療機関が多いかもしれない。

点数については、強化型Aを取ったとして、サービス提供体制強化加算や処遇改善加算の増額を得て、ト

いくつかの評価(報酬)カテゴリーというわけだが、いずれも現行単位数を越えることはない。介護療養型の各施設は、報酬水準が下がる中でコストが上積みされる新要件を引き受けるという苦渋の選択を迫られることになる。

ントンを維持するのが精一杯。しかも、介護福祉士の増員や賃金改善が追加コストとして求められる。

処遇改善は一見朗報であるが、医療療養病床と介護療養病床を有する場合、医療に従事する介護職の賃金改善は自腹で補填している法人も多い。それでも、病院として存続する道を残してほしいというのが、病院経営者の偽らざる気持ちではないか。



### 新型法人の報告まとまる。政府との調整待ちの部分も

非営利新型法人の創設 認可や運営の基準は現行医療法人がベース。曖昧な点も多く、懸念の声も

2月9日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」は医療法人制度に大きな影響をおよぼす改正に関する議論の結果を報告にとりまとめた。

その内容は、医療法人を主たる対象とする非営利新型法人の創設、医療法人経営の透明性確保やガバナンス強化など運営面の規制強化、医療法人の分割規定や社会医療法人認定解消に伴う経過措置といった規制緩和からなる。

いずれも「日本再興戦略 改訂2014」の求めに応じたもの。

医療法改正事項として2月18日の社保審医療部会の審議にかけた後に、与党と政府部内の調整を経て法案化、3月中下旬をめどに通常国会に提出する。新型法人の施行は2017年4月以降になる見通しだ。(4面に報告要旨を掲載)

報告によると、新型法人の名称は「地域医療連携推進法人」を予定、法人格は一般社団法人とする。

地域医療構想の単位地域を基本に設立されるが、新型法人が定める事業対象地域を都道府県知事が認めればその限りではない。

認可に際しては医療法人ほかの非営利法人の複数参加が必須要件となるが、介護事業などの地域包括ケアを推進する事業のみを行なう非営利法人も参加できる。したがって、配食サービスなどを手がけるNPO法人も参加法人になることができることになる。

また、多地域に病院等を展開している法人も、新型法人事業方針の対象を当該地域の病院等に限った上で参加することができる。つまり、日赤や済生会だけでなく、国立病院機構や大学法人も参加法人になることができる。

ただし、自治体病院に関しては、自治体側(総務省)との調整がついていないため、ペンディングとされた。社会福祉法人の参加も、現在進行中の制度改革議論後に検討することになる。

事務局は、参加法人となる「非営利法人」の範囲をどう線引きするかは与

党や政府との調整に委ねられる、としている。

これら参加法人に関して、報告は、前回の検討会では「営利法人を参加法人・社員とすることは認めない」となっていた箇所を、最終案で「営利法人、営利法人を主たる構成員とする非営利法人を、参加法人、社員とすることは認めない」と修正、営利法人介入の可能性をより排除する内容とした。

前回案からの修正は、ほかにも、「統一的な連携推進方針(仮称)については、地域医療構想と整合性を確保する」「非営利新型法人の役員については、親族等の就任制限要件を設定する」「都道府県知事は、認定の基準を欠くに至った場合等に、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、勧告・措置命令・認定取消をすることができる」、などがある。

いずれも、構成員の意見を反映させたもので、医療法人と同様の非営利性確保を目指したものだ。

このうち、地域医療構想との関係については、この日、西澤構成員(全日病会長)の要求で、前文に「(非営利新型法人は)地域医療構想と整合性を図る」という趣旨の追加修正が認められた。

このほかにも、「新型法人を地域医療に貢献する手段として明確に位置づけるべき」「非営利性の担保をより強化す

都道府県知事の裁量に委ねる部分も

新型法人の枠組は、一般社団の法人格をもつ新たな法人類型を医療法に位置づける特異さはあるものの、その認可基準や運営の考え方は、おおむね現行医療法人をベースとしている。しかし、報告に明記された骨組みだけでは、解釈に曖昧さが残るのも事実だ。

例えば、剰余金の配当禁止を打ち出す一方で、「地域包括ケアを推進するため、非営利新型法人の設立趣旨の達成に必要な範囲内にある関連事業を行う株式会社」に、株式保有割合を「一定割合以上とすることを条件に出資できる」としている。

これは、介護事業や健康・予防等を行なう株式会社への、経営権を確保した出資の容認であるが、子会社が赤字に陥った際の貸付や委託料等支払による経営支援の是非には触れていない。経営(権)を維持するための諸手段が剰余金の流用となる可能性が、それがまた当該株式会社の配当につながる可能性もあり、難しい問題である。

議決権に関して、「原則として社員は各一個の議決権を有するが、定款で別段の定めをすることができる」とした上で、それによって「不当に差別的な取扱い」や「財産の価額に応じて異なる取扱い」となることは禁じているが、1社員1議決権のタガを外したときに、経営主導権をめぐる紛争が多々起こることは予想に難くない。

べき」といった意見が構成員から相次いだ。いずれも、前出西澤提案と同様の問題意識に立つものだ。

このように、報告は新型法人の骨格あるいは考え方の方向とイメージを示したもので、今後の政府内の調整に委ねられる部分が少なくない。また、事業範囲地域や理事長要件など、都道府県知事の裁量に委ねる部分が少なくない。

したがって、具体的にどういった認可や運営の基準となるかは、政省令や通知、あるいはモデル定款や運営管理指導要綱を待つことになるが、それらは検討会ではなく、厚労省の裁量で策定される。

この点に関して、検討会では、「報告にまとめられた内容は、今後、政府との間で色々調整されるのではないかと、報告どおりの制度となるかどうかを危ぶむ声も出た。

中には、「新型法人は、決して、地域包括ケアを推進するという立場から議論されたわけではない」「新型法人に手上げる医療法人はないだろう」という否定的・悲観的な観測まで出た。

今回まとめた内容では医療経営の大規模化や集約は難しいとみる立場と、今回の案でも今後の地域医療に懸念が残るという立場と、それぞれに疑問を残す新型法人案となった。

検討会後の報道陣の質問に、担当官は「政府との調整で(報告の内容に)変更が生じないとは言えない」と語ったが、日本再興戦略の方針とはいえ、地域医療の立場からは、曖昧さばかりが目につく内容となった。



# 厚労省 高度急性期75%、急性期78%、回復期90%を見込む

地域医療構想策定のガイドライン GL案は最終局面。全国知事会は構想実施に懸念を表明

厚生労働省は2月12日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」に、これまでの議論をまとめたガイドライン案を提示した。

この日は、GL案に先立って、2025年の医療需要(患者数)を推計する基本的な考えとそれを病床数に換算する方法、併せて、病床機能報告制度で報告された各医療機関の情報の公表方法、に関する議論が行なわれた。

前者の考え方によって、2025年の、構想区域ごと医療機能ごとの病床数(必要病床)を推計する方法が確立される。また、後者の公表によって、構想区域の住民だけでなく、医療機関が圏内の機能ごと病床の現状と将来展望を把握することが可能となる。

GL案の策定プロセスと策定後の協議の場(地域医療構想調整会議)の設置・運営に関する考え方は、すでに整理されている。事務局(厚労省医政局地域医療計画課)は、次回(2月26日)の会合でGL案の合意を得たいとしており、全国の病院にきわめて大きな影響を与える地域医療構想制度は大詰めを迎えた。

この日、全国知事会は、激変の可能性が強い地域医療構想に強い懸念を表明し、厚労省に善処を求めた。

GLには地域医療構想を策定するプロセスが明示され、その中で、構想区域ごとに医療機能ごとの2025年の医療需要を推計、それにもとづいて必要量(必要病床数)を設定する方法が書き込まれる。

医療需要推計の方法について、GL案は「医療需要は、医療機能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能)ごとに算出する。このうち、高度急性期、急性期、回復期は13年度のDPC及びNDBのデータに基づき、住所地別に患者を配分した上で、構想区域ごとの性年齢階級別の入院受療率を医療機能別に算定し、これに当該区域の2025年の性年齢階級別人口を乗ずることによって算出する」と整理した。

残る慢性期機能に関しては、「(その中には)在宅医療等により対応することが可能と考えられる患者が一定数いるという前提で、そのうち、どの程度を慢性期の病床、あるいは在宅医療等に対応するかは、療養病床の入院受療率に地域差があることも踏まえ、医療資源投入量とは別の指標により、設定する」とした。

ここまでは、これまでの議論で概ね確認されている。事務局はこの日、医療需要(患者数)の推計方法をあらためて整理、次のとおり示した。

- (1) 13年度のデータから患者を住所地別に配分、区域ごとの性年齢階級別の入院受療率を算定し、2025年における性年齢階級別人口を乗じて、医療機能別の患者数を推計する。
- (2) その患者数に次の調整を加える。
  - ① 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他構想区域に所在する医療機関により提供される量を増減する。
  - ② 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、他の構想区域に所在する医療機関により提供される量を増減する。
- (3) ②をもとに病床利用率等を用いて必要病床数を算出する。

以上は、高度急性期、急性期、回復期の必要病床数推計方法であるが、では、患者がどの機能に該当するかはどうかの区分はどうするのか。

区分は医療資源投入量の多寡で判断するとし、投入量は疾患別のDPCデータを出来高換算し、かつ、入院

基本料を除いた点数で区分するとしていた事務局は、この日、高度急性期と急性期の境界は3,000点、急性期と回復期の境界は600点強、回復期と慢性期の境界は225点を目安にするという考えを提示した。

こうして13年度の機能別の患者数が算定され、それを構想区域ごとに補正し、それに2025年の人口予測を乗じて患者数を導びくことになる。

その上で、病床利用率等を用いて患者数を病床数に換算するわけだが、その方法について、北波地域医療計画課長は、以下のように説明した。

病床稼働率は1時点の利用率にその日の退院患者数を加えたもの。現在、一般病床の1日の退院患者は3万9,000人ほど。これを89万床で割り戻すと4.4%となり、基本的には、病床利用率に4.4%を加えたものが病床稼働率となる。

ちなみに、出来高算定病院の病床利用率は76.9%で、これに4.4%を加える(81.3%)。これがベースになる。その上で回復期を90%と設定、それをもとに急性期と高度急性期に割りつけると、

### 療養病床受療率 厚労省「A案からB案の幅の中で各区域で設定可能」

慢性期に関しては、事務局はこの日、以下の考え方を提案した。

- 慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者の推計は以下の考え方にもとづく。
- (1) 一般病床の障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料の算定患者)は慢性期の医療需要とする。
  - (2) 療養病床の入院患者については、医療資源投入量とは別に以下の考え方で、慢性期機能と在宅医療等の医療需要として計算する。
    - ① 医療区分Ⅰの患者の70%は将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
    - ② その他の入院患者について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を計算する。
    - ③ 療養病床で回復期リハ病棟入院料の算定患者は回復期の医療需要とする。
    - ④ 一般病床でC3基準(225点)未満の患者は在宅医療等の医療需要とする。

上記のうち、「入院受療率の地域差を解消していく」方法として、事務局は、すでに、補正した将来の入院受療率目標の設定方法として、A案(すべての2次医療圏が、県単位の全国最小レベルまで入院受療率を低下させるかたちで設定する)、B案(最も受療率の高い2次医療圏を県単位の全国中央値レベルまで低下させ、他の医療圏も全国最小との差を等比的に低下させる)」という2案を提案している。

このA案・B案について、この日、地域医療計画課の佐々木在宅医療推進室長は次の考えを明らかにした。

地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めて患者数を推計する。その目標としては、現在ある療養病床入院受療率の地域差を縮小しつつ、地域が一定

高度急性期が75%、急性期が78%となる。慢性期については92%で設定してはどうかと考えている。

こうして、2025年の機能別必要病床数の推計方法が明らかとなった。この考え方は、政府の社会保障制度改革推進本部に付設された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」のWGが検討している方法そのものである。

病床稼働率を高く設定するほど必要病床数は減る。西澤構成員(全日病会長)は、「平均在院日数が短縮していけば病床稼働率は下がる。一体改革シナリオでは、急性期の平均在院日数は9日、稼働率は70%としている。この点を吟味すべきだ」と再検討を求めた。

中川構成員(日医副会長)も、「(事務局が考えている)稼働率は、高度急性期、急性期、回復期とも高い」との認識を示した上で、稼働率は都道府県の裁量で決められないかと質した。これに対して、北波課長は「医療需要と必要病床数の推定方法は全国一律となる」という考え方を繰り返し強調した。

の幅の中で目標を設定することとするため、B案としてはどうか。これをより正確に申し上げると、B案を含め、A案からB案までの幅の中で各構想区域で設定が可能としてはどうか。

つまり、A案とするかB案とするかは都道府県の判断にまかせるということである。高度急性期、急性期、回復期の病床稼働率は全国一律にするが、療養病床入院受療率の目標は都道府県の裁量としたのは、激変によって、とくに、慢性期の医療提供に混乱が生じることに強い不安を感じている全国知事会の意見が反映している。

しかし、この不整合さに、あるいは、それでもタガがはめられた中での都道府県裁量という方法に、多くの構成員から批判の声があがった。

西澤構成員は「療養病床の受療率は、例えば長野と高知では5倍違うが、2次医療圏になると20倍もの差になる。これでは受療率の補正方法がA案でもB案でも同水準にもっていくのは至難の業だ。受療率の違いには様々な事情がある。全国一律にするのではなく、都道府県にきちんと裁量を与えないと無理ではないか」

地域医療構想策定の全体像が示されたGL案にも様々な意見があがったが、その中で、中川構成員の「構想区域は2次医療圏に合せて設定するというのであれば、まずは、次の医療計画見直しで2次医療圏を見直すべきではないか」という意見に、北波課長は「そう考えている。まずは構想区域を設定し、次の医療計画はそれに合わせて見直しをいただく」と答弁。18年度からの第7次計画で、2次医療圏を地域医療構想区域に合わせて変更する方針を明らかにした。

### ■現在募集中の研修会(詳細は全日病HPを参照)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費	備考
平成26年度第17回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム(80名)	3月14日(土) 16:30~19:20(全日病会議室)	会員・会員以外とも無料	「2020年東京オリンピックに向けたマスコットキャラクター」(仮)が今回のテーマです



**一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に「個人情報漏えい保険」が追加されました**

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

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

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

