



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2015

# NEWS 3/15

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.843 2015/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 2015年度介護報酬改定 療養機能強化型、算定要件の詳細が示される

全国介護保険担当課長会議 厚労省 告示と主な通知の案を提示。関連通知とQ&Aも追って発出

厚生労働省は3月3日の「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」で、2015年度介護報酬改定の報酬告示および同告示と基準省令にかかわる通知の各改正案を都道府県の担当者に示した。また、2015年度介護報酬改定の概要を説明する資料の中で、介護療養施設サービスに新設された療養機能強化型の算定要件の詳細(別掲)を明らかにした。

### 「介護療養型も看取りへの対応が求められる」

指定居宅サービスの基準省令に関する通知案(「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」)には、訪問リハの運営基準に、同一事業者が訪問リハと通所リハを提供する場合に両サービスの運営の効率化を図ることができるという見直しの具体的な内容が、また、リハビリテーション会議の構成要員等が、それぞれ明記された。

報酬告示の通知案(「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式令の提示について」)には、経口移行計画(経口移行加算)と経口維持計画(経口維持加算)の様式例が新たに示された。

留意事項の通知案(「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基

準及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」)には、介護保健施設サービスに新設された追加加算(入所前後訪問指導加算Ⅱ)について、その策定が算定要件となる「生活機能の具体的な改善目標」と「退所後の生活に係る支援計画」の内容が明示された。

新たな処遇改善加算に関しては、「手続きなど対応の具体的な内容は追って示す」(迫井老健局老人保健課長)とされた。

告示等の改正は3月11日に締め切るパブコメの終了後に公布される。この日の会議で提示された告示と通知の改正案は現時点のものであり、追って、その他の関係通知や疑義解釈が発出される予定だ。

### 老健 新設の入所前後訪問指導加算(Ⅱ)は看取りも視野

会議における15年度介護報酬の説明で、迫井課長は、「リハビリテーションマネジメントの強化」と「看取り期における対応の充実」が重要なテーマとなっているとの認識を披露、説明に多くの時間を割いた。

看取りについては、今回の介護報酬改定では、全般に、居宅サービスにおける看取り介護加算の報酬を底上げするとともに、小規模多機能型居宅介護にも「看取り連携体制加算」を新設するなど、看取り評価の充実化に力が注がれた。

同課長は、また、介護保健施設サービスに新設された入所前後訪問指導加算(Ⅱ)を取り上げ、「この加算は(退所後支援計画において)在宅における看取り期までを視野に取めたものである」

と説明。さらに、こうした考えは介護療養型医療施設にも貫かれているとして、新設された療養機能強化型の要件にターミナルケアの計画の策定と多職種共同によるその実施が盛り込まれた意義を明らかにした。

療養機能強化型に関しては、すでに5つの算定要件の概要が明らかにされているが、会議の資料にその詳細が示された(別掲)。

その介護療養型医療施設について、同課長は、「今回の評価は、その法律的な位置づけ(18年3月廃止)を変えるものではない。しかし、現に存続しているもので、求められている機能を果たしているところを評価した」と述べた。

### 療養病床推移の報告を3ヵ月毎に都道府県に要請

会議の資料で、老健局の老人保健課は「療養病床再編成の状況に関する厚生労働省への情報提供」をあらためて各都道府県に要請した。

療養病床の動向について、同課は療養病床再編施策を実施した2006年7月以来、都道府県宛の事務連絡で毎月の療養病床数推移の情報提供を要請、12年度からは3ヵ月ごと(7月、10月、1月、4月)の病床推移の報告を受けてきた。

その後、14年8月には、同趣旨の要請を、医政局総務課長、保険局介護連携政策課長、老健局老人保健課長の連名通知に切り替え、以後、遅延のない報告の提出を求めてきた。

今回の要請は、18年3月末に控える介護療養型医療施設廃止への対応策を検討する上で、全国の介護療養型の転換状況および医療療養病床の動向をより早くかつ正確に捕捉する必要性に迫られ



▲15年度介護報酬改定について説明する迫井老人保健課長

ていることから、各期限の報告が未提出の県に対してもあらためて協力を求めた。

14年8月の通知では、療養病床に限らず、一般病床数と精神病床数の推移についても情報の提供を求めている。

### 療養機能強化型(A・B)の算定要件

(1) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。	重篤な身体疾患を有する者	①NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ②Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態または連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ③各2日以上人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受審によるものであっても差し支えない。 イ 常時低血圧(収縮期血圧が90 Hg以下) ロ 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの ハ 出血性消化器病変を有するもの ニ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ④Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ⑤連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ⑥現に経口により食事をしている者であって、著しい接触機能障害を有し、造影撮影または内視鏡検査により誤嚥が認められる(咽頭侵入が認められる場合を含む)状態 等
	身体合併症を有する認知症高齢者	①認知症であって悪性腫瘍等と診断された者 ②認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、ⅣまたはⅤに該当する者 等
(2) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、喀痰(かくたん)吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50(Aの場合、Bについては30)以上であること。	経管栄養の実施	経鼻経管または胃ろうもしくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、過去1年間に経管栄養が実施されて経口維持加算を算定されている者は、経管栄養が実施されている者として取り扱う。
	インスリン注射の実施	自ら実施する者は除く
(3) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10(Aの場合、Bについては5)以上であること。 ①医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者。 ②入院患者・家族等の同意を得て、患者のターミナルケアに係る計画が作成されている。 ③医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行なわれている。	ターミナルケアの割合	(3)の基準①～③のすべてに適合する入院患者の入院延日数が、すべての入院患者等の入院延日数に占める割合が、基準を満たすこと。
	生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。	生活機能を維持改善するリハビリテーション
(5) 地域に貢献する活動を行なっていること。	地域に貢献する活動	地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互および地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資するなど、地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること 等

### 全日病の経営セミナー第8弾

## 地域医療構想について北波課長と松田教授が詳しく解説

全日病の「2025年に生き残るための経営セミナー」第8弾が3月1日に本部会議室で開催され、150人が参加した。地域医療構想について、厚生労働省医

政局地域医療計画課の北波孝課長(写真)と産業医科大学の松田晋哉教授が解説、参加者からの質問に答えた。

北波課長は、2025年の医療需要を推計する方法を具体的に説明した上で、「将来の医療需要をみるということは10年後のニーズを医療機関で共有すること」と構想の意義を明らかにした。

そして、「10年後の姿を共有し、そこに、どういう形で分化・連携を進めてい

けばいいのかを実務的に話し合っていた場である」と協議の場(地域医療構想調整会議)の役割を整理。さらに、調整会議の運営イメージを分かりやすく紹介した。

医療機能ごとの需要(患者数)を推し量る上で用いられるC1、C2、C3という診療報酬点数による境界に関しては「需要をはかるためのツールに過ぎない」と指摘。

「3,000点以上の患者は高度急性期だということではなく、高度急性期の需要をみるためには3,000点で1回切っ

みよう、急性期と回復期の間は600で切ってみようかということに過ぎない。したがって、個々の患者についてみれば、600を超えている人でも安定期に入っていたら回復期だろうし、安定期に入っていないければ、例え500でも急性期である」と説明。実際の臨床経過を示すものではなく、推計上の指標に過ぎないとの認識を示した。

一方、松田教授は、地域医療構想の策定と調整会議に用いられるデータの内容を詳しく解説。データが示す医療提供体制の過不足から医療機関が自主的に次の行動を選択していくというのが地域医療構想推進のプロセスである、という認識を表わした。(次号に詳細)



# 厚労省 7対1からの移行促進、病床機能に対応した患者像の明確化を示唆

中医協総会 16年度改定 入院医療を総括的に議論。診療側鈴木委員、四病協追加提言の反映を求める

3月4日の中医協総会は、2016年度診療報酬改定に向けた検討作業の第2弾として入院医療を取り上げ、その1回目の議論を行なった。

事務局(厚労省保険局医療課)は入院医療をめぐる診療報酬に関する包括的な課題を明らかにし、当面の論点(別掲)を提示。その中で、「7対1算定病床はやや減少したが、依然すべての種別の中で最も多い」と指摘。引き続き、16年度改定でも7対1からの移行を促す方策の検討を提起した。

また、「急性期医療が提供されていることを評価する指標(平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」など)からみたとき、医療機関の幅広い多様性がある」として、「緊急性の高い患者や、高度な医療を要する患者の受け入れを評価する」仕組みの検討を求めた。

地域包括ケア病棟(病床)には、そのさらなる増加を促す方向を示唆した。

一方、回復期リハ病棟や療養病棟に関して、嚥下障害の併発など日常生活機能の低下傾向が在宅復帰の妨げになっているとして、「様々な心身機能への対応や介護サービスなど社会資源の利用に関する調整が鍵を握っている」と指摘、対応策の検討を促した。

入院患者の嚥下障害等ADLの低下は、今後、地域包括ケア病棟(病床)に

対しても留意が求められていくとみられる。

他方で、回復期リハ病棟について、「受け入れる患者像やリハの効果は医療機関の間で大きな多様性も認められる」とも指摘。患者像やリハ提供要件の見直しを示唆した。

慢性期に関しては、まず、療養病床における入院受療率や平均在院日数等の地域差の存在と、「在院日数が長い場合ほど病状の見通しが不変な患者や死亡退院する患者の割合が大きくなる傾向」を指摘。

加えて、今回の介護報酬改定で介護療養型医療施設が担う機能が重点的に評価されたこと、さらに、特殊疾患病棟入院料・障害者施設等入院基本料等の対象患者像が療養病棟と重複していることに言及。

その上で、「長期療養を担う病床における可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方」と併せて、「病床の機能に応じて適切に受け入れるための状態像に応じた評価のあり方」を提起した。

事務局の論点は、一層の機能分化を進めるために、それぞれの病床機能に応じた対象患者の厳格化とそれにふさわしい医療の提供をより評価する方向を、16年度改定のベースにおく考え方を表わすものとなった。

達した。

ただし、7対1と地域包括ケア病棟(病床)はともに、データ提出加算の届

出にこの3月末まで経過措置が認められているため、具体的な移行状況が判明するのは4月以降となる。

## 支払側「療養病棟9区分評価の是非を俎上にあげるべき」

16年度改定にかかわる入院医療に関する初めての議論の冒頭に、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は発言を求め、診療側として、入院にかかわる診療報酬見直しの基本的な考え方を明らかにした(別掲)。

その中で、日医と四病協の合同提言(13年8月)を取り上げ、前改定の議論で「在宅の急変は急性期医療の対象であるが、一部は地域包括ケア病棟で対応する」と整理された考え方を引き続き堅持すべきであると述べた。

さらに、合同提言を踏まえた四病協の追加提言(13年11月)に触れ、そこで四病協が提唱した「地域医療・介護支援病院」を、地域包括ケアの中で在宅医療を支える担い手として、専門特化した中小病院や有床診ともども評価すべきであると論じた。

回復期リハ病棟に関しては、要件に

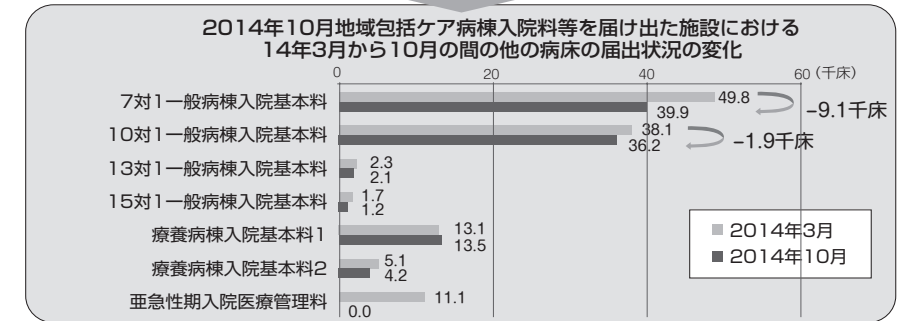
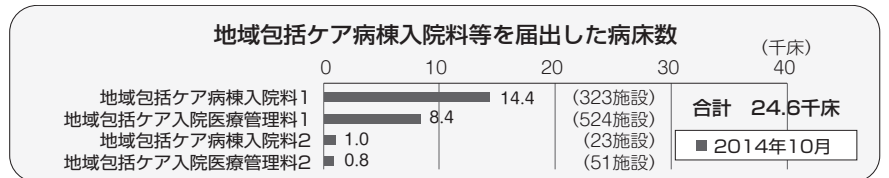
追加された「重症度、医療・看護必要度」A項目の見直しを提起した。

同じく万代委員(日病常任理事)は、急性期医療の定義を従来指標のままでもいいか再検討する必要があると提起。地域包括ケア病棟に関しては、経過措置が終わった後の実態を15年度入院医療調査に追加することを提案した上で、「要件や評価のあり方をより移行しやすいものとするべきではないか」と述べた。

これに対して、支払側の白川委員(健保連専務理事)は7対1病棟が小幅な減少にとどまったことに遺憾の意を示し、「すべての要件にわたって(7対1からの)病床転換を促すような見直しを期待する」とコメント。

さらに、地域包括ケア病棟(病床)の機能の再整理を、さらには、「療養病棟入院基本料の9区分の評価がどうか悪いかの議論もされるべき」という見解を表わした。

## 地域包括ケア病棟の届出状況



## 14年10月現在 一般7対1の減少数は約1万4,000床にとどまる

事務局は、また、14年度改定後の一般病棟7対1の届出状況(14年10月)を報告した。それによると、7対1から約2万8,000床が他入院料に移ったが、他入院料から約1万3,000床が7対1に移行した結果、7対1病棟は、約38万床(14年3月)から約36万6,000床へと約1万4,000床の減少にとどまった。

7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の変化をみると、10対1が1万6,000床(約170施設)、回復期リハ病棟1が1,300床(約30施設)、地域包括ケア病棟1が6,500床(約150施設)それぞれ増加している。

一方、地域包括ケア病棟(病床)の届出は合計で2万4,600床となり、亜急性期入院医療管理料の1万1,100床の倍に

## 鈴木委員の発言(要旨)

急性期に関しては、日医と四病協の合同提言に基づき、急性期には重症、中等症、軽症があり、急変は急性期であるが、その一部は亜急性期すなわち現在の地域包括ケア病棟でも診ることができるという前回の整理を、今後も継続させるべきである。その上で、急性期の大病院は高度急性期から急性期医療に特化できるようにすべきである。

前回の改定以降、急性期大病院の一部に、空床を埋めるためにケアミックス化や病院の分割を行なう動きもあるが、病床を削減して診療密度を上げるべきと考える。とくに、毎年一般会計から7,000億円も繰り入れている公立病院は率先して病床を削減すべきである。

次回改定では、そうした、高度急性期と急性期に特化して地域の最後の砦となる病院には、さらなる評価が必要と考える。

前回改定で創設された地域包括ケア病棟・病床をさらに増やすために、次回改定でも一層の評価が

必要である。地域包括ケア病棟・病床は、本来、かかりつけ医機能を持つ中小病院のためにできた病床である。かかりつけ医機能を持つ200床未満の病院は、地域包括ケアシステムの中で、有床診や診療所とともに中心的役割を果たす貴重な資源である。

前回改定で四病協が追加提言した「地域医療・介護支援病院」は、病室単位の急性期病床を残しながら地域包括ケア病棟・病床を中心に地域のかかりつけ医の在宅を支える機能を持つものであり、次回改定では、専門特化した中小病院や有床診とともに、在宅支援を行なう中小病院や有床診を評価すべきである。

回復期リハ病棟は創設以来著しい成果をあげてきたが、高齢化の進展により対象患者の重度化も進んでいるため、回復期リハの対象患者像を明確にする必要がある。前回改定で「重症度、医療・看護必要度」A項目が要件に入ったため、必ずしも回復期リハ病棟にふさわしくない重症患者が増えて

いるとの指摘もあり、A項目の見直しの検討も必要である。

高齢化の進展に伴い療養病床の入院患者も重度化しており、療養病棟入院基本料2の患者の重度化が進行することが考えられる。いずれにしても医療療養病床には今後より重度者の受皿としての役割が求められるだろう。

15年度介護報酬改定で介護療養病床の機能は確保する考えが示されたが、日医としては病院としての存続が必要であると考えている。すなわち、重度者の受皿として介護療養病床の廃止は難しくなるのではないかと考える。

障害者施設等入院基本料の病棟には医療療養病棟より重症な方が入院しており、なお出来高払いの継続が必要である。さらに、特殊疾患病棟には重度の難病で長期療養の必要な方が多く入院している。両方の病棟ともその機能に応じた適切な患者の入院の継続が必要である。

## 入院医療(その1)の課題と論点(要旨)

### ●急性期医療

- ・14年度改定で7対1病床は減少したが、依然すべての種別の中で最も多い。
- ・急性期医療を評価する指標に平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」などが用いられているが、こうした指標からみたとき、医療機関の幅広い多様性がある。
- ・医療資源を有効に活用して、質の高い医療を確保するためには、急性期病床がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的医療提供体制の構築を推進する必要がある。

### 【論点】

急性期病床の機能分化を進めるため、緊急性の高い患者や高度な医療

を要する患者の受け入れを評価するとともに、連携や在宅復帰を図る方策をさらに検討すべきではないか。

- 地域包括ケア病棟・病床、回復期入院医療
- ・高齢化により日常生活機能の低下した患者が増えており、在宅復帰を進めるためには、心身機能への対応や介護サービスなど社会資源の利用に関する調整が鍵を握っている。
- ・「地域包括ケア病棟」の整備が進み、急性期から回復期への移行の円滑化が図られている。
- ・回復期リハ病棟は病床数やリハの提供単位数が急激に伸びている一方、受け入れる患者像やリハの効果は医療機関の間で大きな多様性も認められる。

### 【論点】

- ・14年度改定の影響を分析しながら、地域包括ケア病棟をはじめとする地域包括ケア体制の強化のあり方や円滑な医療連携を進める方策を、さらに検討を進めるべきではないか。
- ・回復期リハ病棟の実情を踏まえつつ、その機能が一層適切に発揮される評価のあり方を検討すべきではないか。

### ●慢性期入院医療

- ・療養病床では入院受療率や平均在院日数等に大きな地域差がみられる。
- ・在院日数が長い場合ほど、病状見通しが不変な患者や死亡退院患者の割合が大きくなる傾向がある。また、医療区分ごとの患者割合等に療養病

棟入院基本料1と2で違いがある。

- ・14年度改定で在宅復帰を促す見直しが行なわれ、15年度介護報酬改定では、介護療養型が担っている機能について重点的な評価が行われた。
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等の入院基本料等は対象が定まっているが、意識障害を有する脳卒中など、状態像が療養病棟と重複している場合もある。

### 【論点】

密度の高い医療を要する患者を病床の機能に応じて受け入れる、状態像に応じた評価についてどう考えるか。また、長期療養を担う病床で可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

# 二川医政局長「地域医療構想のGLは今年度内に必らず示す」

全国医政関係主管課長会議 北波地域医療計画課長「15年度の基金は分化・連携事業を優先して採択する」

厚生労働省医政局は3月10日に全国医政関係主管課長会議を開催、都道府県の担当者に15年度の医政関係重要施策について説明した(4面に関連記事)。

冒頭に挨拶した二川医政局長は、「医療介護総合確保基金は法定の制度であり、当面続く。消費税引上げの延長で、(医療の分は)15年度は前年度と同額になったが、来年度は、その(増額の)確保に努めてまいりたい」と述べた。

この4月に施行される地域医療構想策定に関しては、「予定より少し遅れているが、必ずや今年度内にガイドラインを示すことをお約束する」と言明。

また、10月施行の看護師の特定行為研修制度に言及、「特定行為はとくに在宅の分野で求められる。看護師にはぜひ

研修に参加してほしい。都道府県には研修施設の確保に取り組んでいただきたい」と強調した。

さらに、施行時期を10月に迎える医療事故調査制度についても、「省令、告示、通知を示すとともに、ガイドラインも早期にまとめた」と意欲を表わした。

この医療事故調査制度について、総務課の担当官は、省令案を3月にパブコメにかけて年度内に公布、告示・通知事項も年度内に示し、4月以降に、それらにかかわる指針の策定を進めるという当初スケジュールを示した上で、「検討会の協議がまだまとまらず、日程は予定より少し遅れる」ことを認めた。



願う。この件でいくつかの都道府県と個別に相談しているが、十分にご検討いただきたい。

なお、昨年臨時国会に提出され、廃案となった特区改正法案の中で、医師以外の者を理事長に選出する際の要件を法令上明記し、基準を満たす場合は迅速に認可することが検討された。この法案は今国会に再度提出されるので、ご留意いただきたい。

●医療法人の国際展開に関しては、昨年の医政局長通知で、現地法人に出資する際のルールを明確にした。なお、厚生労働省は、医療法人がどのような国際展開にかかわる業務を行なっているか情報を蓄積していきたいと考えている。当該医療法人からは毎年報告をいただくことになっているが、都道府県におかれても、積極的な情報提供をお願いします。

●医療法人の経営の透明性確保とガバナンス強化のために医療法を改正し、「一定規模」以上の医療法人に、会計基準の適用と外部監査および計算書類の公告を義務づける。「一定規模」をどうするかは、ただ今、検討中である。

●昨年6月に成立した独立行政法人通則法改正法等がこの4月に施行される。これに伴い、国立病院機構の職員は非公務員となる。

国立病院機構に対する国の運営交付金は、現在、国期間分の退職給付費用

や臨床研究事業費用等に限定されており、11年度より、救急を含む診療事業には交付されていない。国立病院機構は、診療事業に関しては、診療収入や地方自治体からの補助金等で運営されており、一般の医療機関と変わりがない。

小児救急医療支援事業等に対しては補助金が交付されている例が見受けられるが、救命救急センター運営事業等には交付されていない例も見受けられる。都道府県におかれては、国立病院機構が地域医療にさらに貢献することができるよう、ご配慮をお願いしたい。

15年度より、国立病院機構の看護師等養成所に対しても運営交付金による財源措置を行わないことになった。基金を活用することが可能とされており、併せて、ご配慮願いたい。

●独立行政法人年金・健康保険福祉整理機構(RFO)を改組して昨年4月に発足した独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)は、医療計画の5事業やリハビリテーション等で地域の医療介護を担っているが、JCHO法によって、原則として国からの運営交付金は公布できない。このため、都道府県が行なう補助事業等に該当するものについては、引き続きご配慮願いたい。

JCHOの各病院は、各地域で開催される協議の場に積極的に参加すること

## 「全国医政関係主管課長会議」における主な発言

### □地域医療計画課 北波課長

●地域医療構想のGLは間もなくまとまる。それに続いて省令・通知を出すので、それに基づき、4月より策定作業に入っていただきたい。都道府県における作業を支援するために、策定に使うデータ分析等に関する研修会を、6月～10月にかけて3回開催するので、積極的な参加をお願いしたい。

●15年度の基金には介護の分が加わった。県の基金としては1つだが、国からの交付金としては別であるため、双方の流用はできない。ただし、双方に流用できる執行の方法を調整してつくるので、追って通知する。

15年度の医療分の配分は、機能分化・連携のための基盤整備事業に重点的に配分する。都道府県は、基盤整備の将来の事業量を見込んで2025年までの工程表を作成してほしい。そうした中長期の展望の下、工程表に沿って毎年度の計画を作成していただく。(その最初として)15年度は分化・連携の事業を

優先して採択する。

●耐震改修促進法一部改正法の施行によって、3階以上および床面積5,000m<sup>2</sup>以上の病院は15年12月末までに耐震診断を受けることが義務化された。未了の病院には耐震診断を受けるよう指導をお願いしたい。

●厚労省は終末期という表現を「人生の最終段階における医療」に変えた。都道府県においても、公文書や広報等で、この名称を使っていただきたい。

### □医療経営支援課 佐藤課長

●医療法人の非医師理事長については一定条件の下で認可できるとされてきたが、14年6月閣議決定の「規制改革実施計画」で、「医師または歯科医師以外の者が不当に門前払いされる事態があれば当該自治体に改善を促す」とされた。したがって、各都道府県には、一定の要件を設けてこれを満たさない場合は門前払いをするなどの取り扱いをすることなく、候補者の経歴等を総合的に勘案して認可の判断をするようお

## 「保健医療2035」策定懇談会 「全国一律ではなく、地域の視点からビジョンを考えるべき」

20年後の2035年を見据えた保健医療政策の骨太のビジョンを打ち出すことを目的に、厚生労働大臣の私的諮問機関として設置された「保健医療2035」策定懇談会の第2回会合が、3月9日に開催された。

この日は、3つのグループに分かれて、①医療の質と効率をどう図るか、②予防と健康に関する施策のあり方、③わが国医療のグローバル化をテーマに自由討論が行なわれた。

懇談会には塩崎厚生労働大臣も参加、各グループを回って意見に耳を傾けた。グループ討論では、エビデンスにも

とづく医療の質の測定、sin tax(煙草など健康に有害な商品に対する課税制度)、予防に対する報酬を含む健康・予防にかかわるインセンティブ、食の考え方を見直す必要、国際的に活躍できる人材の育成、公衆衛生に関するノウハウの輸出など、色々な案が語られた。

出席者には地域やコミュニティの視点から保健医療を考えていくべきとの問題意識も強く、全国一律の制度に頼るのではなく、地域地域の実情に即した施策や制度運用を図るべきとの声が多くあがった。

事務局(政策統括官付社会保障担当

参事官室)は「次回からはビジョンの大枠を固める議論にしていく」との考えを示したが、6月のとりまとめまで議論の時間は決して多くない。しかも、「20年後を予測するデータが乏しく、現時点で確

たる資料も人口動態の推定しかない」(小野崎事務局長)という問題もある。

高齢社会のニーズと医療費の問題を踏まえ、若手の有識者がどこまで斬新なビジョンを打ち出せるか、注目される。

**第2回臨時総会 開催のご案内**

下記日程で第2回臨時総会を開催します。 公益社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

□第2回臨時総会 議題 (1) 2015年度事業計画について  
 日時 2015年3月28日(土) (2) 2015年度予算について  
 午後2時30分～午後4時(予定) (3) 2014年度事業計画の一部変更について  
 会場 全日本病院協会 大会議室 (4) 2014年度補正予算について  
 東京都千代田区猿樂町2-8-8 (5) その他  
 住友不動産猿樂町ビル7F

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

