

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLifeSM
メットライフ生命

2016年(平成28年)8月26日

第232号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

地域医療連携推進法人制度の活用を考える

株式会社川原経営総合センター
事業推進企画室室長

田川 洋平氏



田川 洋平氏

I 地域医療連携推進法人の概要と検討状況

改正医療法の大きな柱のひとつである「地域医療連携推進法人制度」(2017年4月2日施行。以下、「連携推進法人」という)に注目が集まっている。本稿では、最近の検討状況を確認するとともに、病院が本制度をどのように活用しうるかを検討する。**地域医療構想に「連携推進法人」が登場する県も**

16年3月の産業競争力会議において、厚生労働省から活用に向けて検討が進んでいる7事例が紹介された。同会議では、石川県の社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正博理事長、岡山県の社会医療法人緑社会金田病院の金田道弘理事長が、それぞれの法人ですでに実践している取り組みをもとに、連携推進法人によって可能となることについて展望を述べた。ところで連携推進法人が検討された

議論を振り返ると、厚生労働省は第5回「医療法人の事業展開等に関する検討会」(14年6月)において、連携推進法人(当時は「非営利ホールディングカンパニー型法人」)の活用モデルとして、①自治体中心型、②中核病院中心型、③地域共同設立型を例示している。①で例示された自治体等の関連では、地域医療構想や新公立病院改革ガイドラインに沿った公立病院改革などを促進するひとつの手段(現時点ではあくまで可能性)として、連携推進法人が議論に挙がっている。

本年8月現在で確認できた範囲では、18都府県で地域医療構想を策定済みであり、このうち少なくとも岡山県、岐阜県、千葉県、3県で「連携推進法人」という言葉が使用されている。岐阜県では圏域ごとに、具体的な病院名とともに、連携推進法人も含めて今後のあり方を検討するとされている。

構想の「将来あるべき医療提供体制を実現するための施策」において、「医療機関相互の協調による効率的な医療提供体制を構築するため、研究会の立ち上げ等により地域医療連携推進法人制度の導入を含めて検討」と記載されている。

その他の一部の自治体でも、地域における病院の機能を将来的に検討するにあたって連携推進法人の活用も視野

に改革すべきといった議論がなされている。

連携推進法人の概要

制度の概要は以下のとおりである。

(1) 都道府県知事の認定

法人格は一般社団法人である。病院等に係る業務の連携を推進するための方針を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人が、都道府県知事の認定を受けることができる。

(2) 参加法人

参加法人として、病院等の医療機関を開設する医療法人等の非営利法人(省令事項。自治体等の開設者も含まれる)が2以上必要である。加えて、介護事業等を実施する非営利法人も参加できる。なお、医療法人が別に社会福祉法人を設立して特別養護老人ホーム等の介護事業のみを営んでいる場合の組み合わせ(1医療法人+1社会福祉法人)は認定されない。

(3) 主な認定基準

地域医療構想区域を考慮するという地理的制限がある。都道府県知事は認定にあたって地域医療構想との整合性に配慮するとともに、医療審議会の意見を聴くこととなっている。

(4) 実施する業務

病院等相互間の機能の分担及び業務の連携の推進、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入などの医療連携推進業務が挙げられている。参加法人間の資金貸付も可能とされている。また、一定の要件により、介護サービス等を行う事業者に出資することができる。一定の要件とは、剰余金の外部流出を防ぐものであり、100%出資に限るといったことが考えられる。出資要件は今後省令にて定められる。

(5) その他

代表理事は都道府県知事の認可によること(医師に限定されていない)、剰余金の配当禁止等の医療法人に対する規制に準じることとなる。社員は各一個の議決権である。ただし、不当に差別的取扱いをしないこと等を条件に、定款で別段に定めることも可能である。

また、地域医療構想の推進に必要なとされた場合には、都道府県知事が病院間の病床の融通を許可することができる。

本制度の性質―地域における「病床」「人材」等の医療資源の再配分

本制度の性質を厚生労働省の示す例

訂正

本紙231号一面「医療機能」の項14行目は、以下のように訂正します。

東京都の地域医療構想策定の基礎データでは、医療機能ごとの2025年の1日必要病床数は、高度急性期1万5888床、急性期4万2275床、回復期3万4628床、慢性期2万973床、そして在宅が19万7277人と推計しています。15年の病床機能報告での届け出数では、高度急性期2万3427床、急性期4万8327床、回復期8577床、慢性期2万3075床でしたので、これと比較すると、回復期では病床を大幅に増やさなければなりません。高度急性期、急性期、慢性期は減らすという構想になります。

編集部

図1 地域の病院ネットワークの法人化

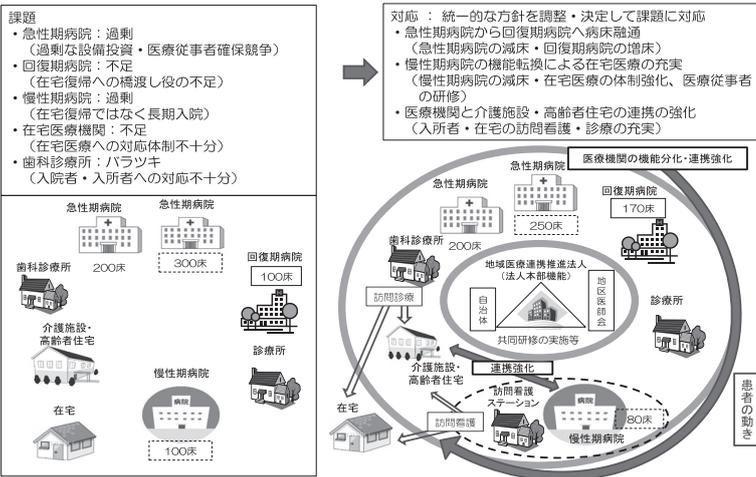


図2 地域の複数の総合病院のグループ化

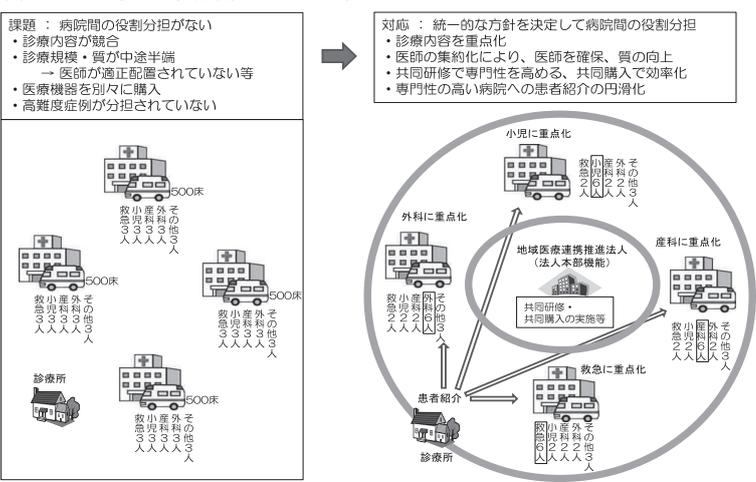


図2は急性期病院同士の連携であり、図1と比較すると同質性が高いため、共同研修プログラムなども作りやすく、共同購入等による経営効率化の余地も大きいと考えられる。

厚生労働省は別途、「統一した医療連携推進方針(イメージ)」

II 地域医療連携推進法人の活用可能性(地域における人材定着の仕組み)

地域における人材定着の観点から、本制度の活用可能性を検討する。

今後の医療機関の経営課題のひとつが人材の確保・定着である。今後の日本では

若者が毎年減少していく。医局による人材派遣機能は従来ほどではなくなり、人材斡旋事業者による医師確保によるコスト増が経営に重くのしかかる。看護師についても同様である。

また、医療従事者や幹部育成のキャリアパスという点では、単一病院の平均的規模(平成26年の医療法人立病院の約77%が200床以下)では限界もある。例えば、新卒で入職した看護師等の中には、3〜5年ほど勤めると他の病院での経験を積みたくなくなる者が出てくることもある。

複数の病院(法人)間の人事交流を可能にするこのメリット

ある県の地域医療対策協議会では、医師の地域偏在の改善策に関して、医師の人事交流はハードルが高いとしても、連携推進法人を人事の一元化の手法として活用し得るのではないかと議論がなされていた。

複数の病院が同一のグループ内にあるなど極端な例ではあるものの、一部参考となると思われる。人材採用は原則、地方厚生局の管轄エリアに似た「地域グループ(平均約23病院)単位で行われ、管理職はグループ内の病院等への異動がある。経営改善に成功した病院の管理職を、改善が必要な病院に異動させ、ノウハウを伝えることもできる。一般の看護師でも希望すれば異動も可能である。国立病院機構の看護師募集パンフレットには、病院間の異動があり「現在働いている病院にない医療分野を経験したい」というときに退職することなく希望に沿った

から考えると、地域の「ヒト・モノ・カネ情報・病床」の5つの医療資源を、地域においていったん(概念的に)集約し、それを連携推進法人の統一的な医療連携推進方針のもとに再配分する機能があると考えられる。

厚生労働省が示す2パターンをもとに、参加法人が享受できる経営上のメリットを検討する。

図1「地域の病院ネットワークの法人化」は、統合形態としては「垂直統合型」であり、急性期から慢性期、在宅までのさまざまな機能を有する機能がゆるやかに連携している。このような連携のメリットとしては、グループ全体でみると、診療報酬改定等の政策リスクを分散しやすくなる。この形は、

既に同一医療法人で複数事業展開を行う形で多数存在している。

現行制度下ではできないが、連携推進法人で可能となる点は参加法人間の病床融通である。病床過剰地域であっても地域医療構想の達成のために必要であれば可能とされている。

図1の総病床数は前後で700床と変わらず、病院ごとの病床数が増えている。300床の急性期病院から50床、100床の慢性期病院から20床、計70床が回復期病院に融通され、回復期病院は70床増床し170床となっている。これら病床の移動は、地域医療構想の一般的な傾向に沿ったものであり、病床融通にもなる事業は、地域医療介護総合確保基金の対象事業にも

マッチしやすいと考えられる。

経営的には、病院ごとに機能を分担することで、患者・医療従事者の獲得や設備投資の競争により経営体力を削がれることが少なくなる。

図2「地域の複数の総合病院のグループ化」は、似た機能の病院が連携する「水平統合型」である。いわゆる岡山大学方式に近い例と思われる。

この図では主に人材の再配置が強調されている。従来は3名平均であった各科の医師数が、連携推進法人では診療科ごとに集約され、重点化後の病院における特定の診療科の医師数は6人になっている。同じ診療科の医師同士が切磋琢磨でき、ワークライフバランス等にも、以前よりは配慮しやすくなるというメリットが想定される。

図2は急性

も提示している。その例では、グループ内の人材の再配置が意識されている。参加法人は4法人であり、3法人が病院・診療所を開設、もう1法人は特別養護老人ホームを開設している。

人材に関する項目では、まず「医師、看護師等のキャリアパスを構築し、人材の定着率の向上を図る。具体的には、〇〇病院の看護師・技師は、4〜5年目は〇〇診療所で勤務する。」とし、次に「医師の再配置を行う。さらに「訪問看護ステーションへの職員の再配置」も記載されている。

施設間での人事交流は、現在でも職員の抵抗感などもあり円滑にはいかないこともある。しかし、異なる機能での勤務を希望する職員が出た場合には、単一病院では退職せざるを得なかったケースも、引き続きグループ内に異動させることで留めておくことが可能となる。また、地域全体で見れば、違う機能の医療機関の事情・都合への相互理解が進めば、円滑な医療連携の促進にもつながる。

複数の参加法人が集まった研修や事業所内保育を共同で行うことができれば、それら事業は、地域医療介護総合確保基金の対象事業(医療従事者の確保に関する事業)にもマッチしやすくと考えられる。

働き方が可能である旨をアピールして
いる。

前出の医療機関の人材を巡る課題を
考えると、人材確保が難しい地域にお
いて、単一病院ごとに定着や育成を考
えてもおのずと限界がある。景気によ
っては他産業と人材獲得競争をしなけ
ればならない場合もある。対策のひと
つとして、複数の法人が連携推進法人
を設立して、共同研修や人事交流には

医療を国民により理解いただくために



自見はなこ氏

参議院議員 自見 はなこ氏

じまり、ゆくゆくは一元的なキャリア
パスを提供すること等を実現できれ
ば、人材が他の地域に流出せずに結果
的に病院に定着することにもつながっ
ていくのではないかと。
統合度合いが強い連携推進法人が出
てきた場合は、連携推進法人で採用を行
い、新規採用職員から処遇を統一して
いくことも考えらえる。

この部分には年金であって、医療費は増
加傾向にあるものの、その一部に過ぎ
ません。国民の間には誤解が根強く、
「社会保障費＝医療費＝高額医療費＝
医師が儲かっている」というような古
い構図がまだまだ大手を振って闊歩し
ています。こうした状況はそろそろ終
わりにするべきです。

さらに医療・介護は、セーフティネ
ットであると同時にある種の産業でも
あり、雇用を支え、納税にもつながっ
ていくものです。地域の中に医療機関
や介護施設があつて安心の社会をいろ
いろな側面から機能として支えてい
る、その意義を、広く一般社会にもつ
と理解していただけるよう私も今後力
を注いでいきたいと思います。

またこれからは医療人の多職種連携
が大切になりますが、多くの方に医療
人の扉を開いてほしいと考えていま
す。この考えを持つきっかけになった
のは、私が小児科医として医療に従事
していた頃にさかのぼります。非正規
雇用でお子さんが風邪をひくたびに

実現に向けた課題

現時点では、開設者を越えた人事交
流や異動は難しい。開設者ごとに職員
の身分、職員が加入する年金や保険
給与体系・退職金制度が異なるからだ。
異動時に、いったん退職扱いにするこ
と職員に不利益が生じる。厚生労働省が
示すイメージにおける人材の異動形態
は、一般的には「在籍出向」になると
考えられる。異なる開設者の法人が複

「退職に怯えながら」仕事をしている
シングルマザーと何人も会ってきた
た。このお母さんたちが、医療人の仲
間になつてくれたらどんなにいいか、
と考えたこともあり。限られた
パイ」といわれてはいるものの、准
看護師含めて大勢の方の適材適所の働く
場所を地域の中で知恵を出し合い政策
という形にして創出していく、医療の
知識をベースにもったケアマネジャー
となつて介護の世界と医療の世界を結
ぶ役割も考えられますし、これからの
保育のニーズや高齢化が進むなか、む
しろの出番は増えるだろうと考えていま
す。

私はこの1年半、日本医師連盟の候
補として日本を4〜5周し、地域の実
情をうかがうことができました。さま
ざまな規模の病院がそれぞれの役割を
務め、地域医療を守つてくださってい
ることを目の当たりにしてきました。
経営的な視点は研ぎ澄まされていらつ
しやるし、努力もされ、そのうえで十
分に公的な役割も果たされているので
す。さらに雇用機会を用意してくれる
貴重な存在でもあるのです。その知恵
を、ぜひとも教えていただきたい、お
願いたします。

数人つた場合には、相互間の出向によ
り職員に不利益がないように調整す
る必要がある。へき地や離島派遣の際
などにすでに行われている派遣形態等
を参考に、人材の異動を可能とする
ための病院・法人間の契約や、補完
的な人材の交換ができなかった場合に
経済的な補償の取り決めも必要になる
と想定される。

トとして「グループの継続」「意思決
定の継続」を挙げる。院長同士の人間
関係からスタートした連携を、事業承
継等に影響を受けずに永続的に維持す
る体制が可能となるという趣旨であ
る。

最後に
議論が開始された当初、非営利ホー
ルディングカンパニーという呼称から
も産業政策的要素が感じられた。

その後、厚生労働省の検討会での議
論を経て、地域医療構想実現の一手法
とされるなど、当初よりは医療現場に
親和性のある制度となつたように思わ
れる。

厚生労働省は連携推進法人のメリッ

病院実地指導・適時調査について

慢性期医療委員会レポート

慢性期医療委員会では7月27日の会
合で、病院実地指導・適時調査につい
ての報告が行われた。村山正道委員(医
療法人永寿会陵北病院事務長)が「4
月以降、実地指導・適時調査の手法が
変わってきており、厳しくなつたとの
評価も聞かれる」と述べたのに続き、
佐藤乃美・陵北病院医事係長が説明し
た。

報告を踏まえた議論では今年度から
適時調査の入力方が変わったとの見解

も聞かれた。それまでは通知が事前に
届いて訪問日時や提出書類のほか、当
日用意する帳票についても告知されて
いたが、4月以降は当日用意すべき帳
票については前日の朝、ファックスで
通知されたケースが出てきている。帳
票は常時用意しておくべきだと考える
が、現場への周知が遅れてしまう懸念
がある」との意見が聞かれた。

委員からは適正な保険診療を行う上
で必要不可欠な知識でありとても重要

であるので、今後もこのような報告を行ってほしいとの要望があった。

一般的に実地指導・監査の種類は①医療監視、②適時調査、③個別指導の3つがある。

医療監視は都道府県が医療法に基づく運営確認を目的に実施する。4月頃、対象病院には事前通知がある。東京都の場合は毎年1回というケースが多いが、他県では毎年といった地域も多い。

私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

僧侶であり、医師でもある私にとつて、多くの患者さんとの出会いのなかで、考えさせられることがじつに多くあった。振り返ると、今日まで私が学び取ってきたことは、そのほとんどが患者さんから教えられたことであると言っても過言ではない。そうした患者さんとの出会いのなかで、私はいつも仏教というもの、思いがめぐり、それがまた医療のほうへ戻ってくるという経験を繰り返してきた。

第14回 最終回

たとえば、「医学」と「医療」の違いである。これまで医学は長足の進歩を遂げてきた。大いに賛辞を送りたいが、これはある面、「死」に対する戦いではないかと思う。

医療がなすべきことは、この日進月歩の医学を駆使して、いかに生きていくかを追求する、究極的には「生」に対する戦いではないだろうか。単に病める人を治療するだけではなく、体の不自由な人には手を差し伸べ、心が病んでいる人には優しく語りかけて生きる力を与える。これが医療の基本である。

現在、関係者のあいだで話題になっているのが適時調査である。厚生局各都道府県事務所が届出された施設基準が維持されているかを確認するもので、時期については厚生局が任意で行っている。

医療機関側の準備としては事前提出資料の作成、届け出ている施設基準の要件、特に届出要件の職員の在職確認が重要となる。さらに前日までに施設基準ごとに要件を満たす根拠の帳票類をまとめておくことが必要となる。院

とと思うのだ。

私が若かった時代は、一分一秒でも命を承えらるのが医の倫理であるという教育を受けた。衰弱した患者には浴びるような輸血、輸液、強心剤を打ち、それが使命だという教育である。しかし、私は多くの患者さんとの出会いのなかで、そうしたことが果たして「命の尊厳」を考えた本当の「医療」なのだろうか深く考えさせられてきた。生命は尊重しなければならぬ。が、同時にまた「尊厳」も伴わなければならないはずである。

医療が向き合うべき「いのち」

「命の尊厳」という意味で、生物学的な「生命」と「いのち」を別に考える必要があるのではないか。そして人の生は単なる「生命」でなく「いのち」と考えるべきではないか。そして、「医学」は「生命」を扱うものかもしれないが、「医療」医療が向き合うべきは「いのち」なのだ。

では、「いのち」とは何か。仏教の言葉に「四苦八苦」がある。四苦とは「生老病死」、さらに「愛別離苦」「怨憎会苦」「求不得苦」「五陰盛苦」をあ

内掲示、設備の確認にも留意したい。必要な帳票としては入院診療計画書、褥瘡に関する診療計画書、退院支援計画書(特に退院困難患者の抽出に注意)、リハビリテーション総合実施計画書(ADLではなく活動量アップが重要)、栄養管理計画書には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載し、当該計画書の写しを診療録に貼付することが求められている。ま

わせて八苦という。生老病死とはいかに生き、老い、病み、死するかということであり、人間が生まれながらにして必然的に背負っているこの4つの苦しみを、いかにすれば幸せな人生に転換できるか―これが仏教の基本的な理念である。そして医療は、それを手助けするものなのだ。

少子高齢社会を迎えた今、医療者は難しい局面を迎えている。しかし、扱う対象が「生命」でなく「いのち」であり、「いのち」とは何なのかに思いを巡らせることができれば、自ずとるべき道も定まってくるのではないかと思う。

私は、医療は国民のものであるとの基本姿勢を持ち、平素から起居振舞にも意を注ぎ、謙虚で、権力を捨てて権威を保ち、信頼関係を築き、患者に喜ばれる医師、患者から幸福を頂く医師であるとともに、尊敬され信頼される医師像を構築したいと願ってきた。この精神は終始一貫し、揺らぐことはなかった。東京都医師会の輝かしい歴史の一駒に名を連ねることができたのは、この姿勢を評価していただいたものと思っている。あらためてお礼を申し上げ、連載の結びとしたい。

た防犯・防災上の観点からリネン庫が施錠されていない、清潔リネン以外の車いすが置かれるなど、使用用途が異なる場所がないかどうかもチェック対象となる。

また医療安全・院内感染防止対策などの部門では、要綱や指針はかならず確認されるし、議事録も用意しておく必要がある。さらにラウンドチェックの際は写真に残しておき、「取り組み前」「取り組み後」の様子がわかるよう記録しておくことも必要である。

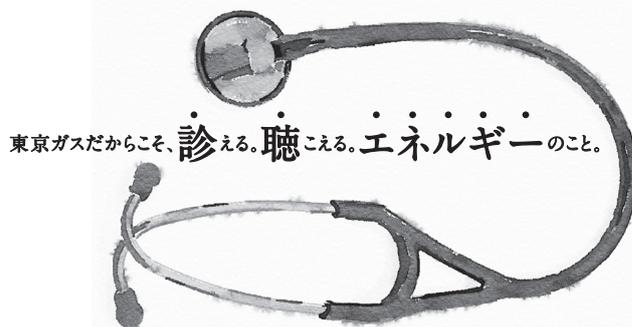
個別指導は厚生局、都道府県保険局、厚生労働省合同で実施し、診療報酬算定の精度確認が目的で、施設基準の届出や診療報酬算定に不正があったと推定されたときに行われる。対象も実施主体がリストアップした患者の診療全般で、レセプト等で「裏どり」したものを審査している可能性が高いとの見方もある。

入院基本料における基準は①入院診療計画、②院内感染対策、③栄養管理体制、④褥瘡対策、⑤医療安全管理体制の5つを満たすことが求められているが、「漏れ」が指摘されて返還対象になることもある。他県では最近、19億円の返還命令が出たケースが発生しているが、このなかには入院診療計画書作成の不備も指摘されている。

個別指導においては、各種管理指導料などの「指導管理」が盲点になりやすい。検査をしただけで指導料を算定してしまうケースがあるが、検査結果を踏まえたうえでカルテに治療内容や指導内容の具体的な内容等のコメントがないと「検査しただけでは指導にならない」ということで返還を求められるケースがあるので、注意が必要だ。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社

都市エネルギー事業部 公益営業部

東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735