## 協会だより

-般社団法人 **福岡県医療法人協会** 

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県医師会館内 TEL(092)431-4845(代表)



友泉亭公園(福岡市城南区)(提供:福岡市)

第**62**号 October 2015

#### 協会だより

第**62**号

October 2015

#### 目次

1

役員より

17

シリーズ特集 平成27年度一般社団法人福岡県医療法人協会総会

- 1. 会長挨拶
- 2. 特別講演

「病床機能報告制度をふまえた病院経営のあり方」

公認会計士 長 英一郎氏

## 会長辞任挨拶

#### ▼名誉会長 大 塚

会との関わりは以下の様です。した。振り返ってみますと、私と医療法人協長い間、御指導御支援ありがとうございま

善に関する懇談会委員 成20年12月:厚生労働省 用医薬品の流通改善に関する懇談会委員。平 会委員長。平成16年6月:厚生労働省 月:四病院団体協議会 4月:日本医療法人協会副会長。平成13年11 合理事長、福岡県医療審議会委員。平成12年 会会長。平成10年6月:日本医療事業協同組 常務理事。平成10年6月:福岡県医療法人協 常務理事。平成9年4月:日本医療法人協会 会理事。平成7年4月:福岡県医療法人協会 協会理事。平成3年4月:福岡県医療法人協 療法人大成会開設。昭和46年4月:福岡医療 法人協会監事。昭和53年4月:日本医療法人 昭和34年1月1日開院。昭和39年3月:医 医業経営·税制委員 医療機器の流通改 医療

強会を開催したこと。又、山崎拓国会議員に務省、総務省、厚生労働省と自民党会館で勉税を希求して相沢自民党税調会長を通して財特記すべき事項は、消費税について原則課

10年間に亘り、自民党の厚生労働委員会での10年間に亘り、自民党の厚生労働委員会でのヒアリングで消費税をはじめ要望事項を請願した。一部を除き要望事項の達成はかなり困難であった。消費税については、目的を達成がきなかった。平成18年の社会医療法人の国税・地方税の非課税化等は満足できる成果であった。

日本医療法人協会50周年実行委員会で50周年医療法人協会50周年実行委員会で50周年を記載しました。あとがきには編集委員長をので50周年を療法人協会50周年実行委員会で50周

たしました。 した。又、日本医療法人協会の顧問を拝命い 人協会の名誉会長の称号を与えていただきま 会長辞任に際し、現会長より福岡県医療法

発展を希求して辞任の挨拶といたします。の鬼塚会長をはじめ協会会員・病院の益々のの鬼塚会長をはじめ協会会員・病院の益々の



# 会長就任のご挨拶

## 鬼塚俊

つかりました。 5月の総会、理事会に於いて会長職を仰せ

す。 肩に重く、浅学非才を思い知らされる毎日で大塚会長の後を受けての会長職、ずっしりと 長い間、当協会の会長を務めていただいた

総会で承認されました。 法人協会は平成27年度事業計画を定め、先の法のに会員皆様がご存知のように、日本医療

数ある事業計画の中でも、控除対象外消費 数ある事業計画の中でも、控除対象外消費 税問題は、医療界一丸となって取り組むべき 協会をはじめとする介護保険事業者団体とも 連携して取り組む必要があると考えます)他にも医療事故調査制度の施行に伴う会員への 支援、また地域医療連携推進法人制度や病院 不動産を対象とするリートに関する対応を筆頭に医療法人を取り巻く種々の税制の問題、 医療法人会計基準の普及、マイナンバー制度 に関する問題など、しっかりと取り組んでいかなければならない課題だと思います。

ない構想にする必要があります。の下に、県民の命と安心が損なわれることのの下に、県民の命と安心が損なわれることの題は、地域医療構想の策定です。効率化の名題は、地域医療構想の策定です。効率化の名の下に、県の医師会や

懸案の消費税問題に加え、昨年から新たに 多くの政策、制度が導入され、ただでさえ困 すますが、皆様のご協力、ご支援を賜りなが りますが、皆様のご協力、ご支援を賜りなが ら務めて参りますので、どうぞよろしくお願 いいたします。



# 副会長就任ご挨拶

## 合原正一

らず問題を残したのではないかと感ずるとこ 理事となり大塚前会長の医療法人問題に対す す。日本医療法人協会、福岡県医療法人協会 偉大な大先輩の大塚 量先生の薫陶を受けて 有能なブレインを配置して法律の隅々まで目 交渉するときには、自己研鑽と同時に周囲に ろもあります。国の政策などに、意見を述べ、 が、同時に時のリーダーとして後々に少なか でいく中で、先人のご苦労を多々感じました の制度、税務、運営、会計、歴史などを学ん な仕事が出来たらと思っています。医療法人 は会員の皆様方に少しでもお役に立てるよう る博識に触れ、勉強させて頂きました。今後 県医療法人協会の発展に寄与したいと思いま 来ましたが、今後は鬼塚新会長を補佐し福岡 の大役を仰せつかりました。今まで尊敬する 優秀な多士済々な方々が多い中で、副会長

す。 会員の皆様のご指導ご協力をお願いいたし

国難を克服しなければなりません。世界に冠財源不足にどう対処するか、英知を結集してのがあります。少子高齢化に伴う人材不足、年金などを取り巻く環境は、非常に厳しいも配りする配慮が求められるようです。今医療、



### 検死 案体 の現

#### 利 雅 彦

の協力依頼が増えるのでは。 統計によると、1日当たり28人、年間1万 る人が多い。東京全区では、2005年の 老人が増えており、孤独の最後を迎えてい どを推定することである。今、一人暮らしの て、医学的立場から死亡の原因や死亡時間な 死体検案とは、死因不明の死体を外から診 <sup>、974人の孤独死が報告されている。今</sup> 経験の少ない一般の医師にも、死体検案

進することを求めている。そして「死因究明 などの対策がとられている。 う。日医でも、一般の医師向けに、 に関する医師の育成が盛り込まれているとい 等推進計画」が決議され、その中に死因究明 しており、国と地方自治体に、死因究明を推 推進に関する法律」が2012年4月に成立 このようなニーズにより、「死因究明等の 1日講習

への立会いが求められ、事件性が疑われれば、 の前から警察が行う検視や死体発見時の調査 自殺などが検案の対象となる。医師は、検案 る交通事故死、転落死、溺死、焼死など、また、 死因不明の死者に加え、不慮の外因死であ

> なる。 たは警察から医師に検案が要請されることに 司法解剖となる。事件性がなければ、遺族ま

場合、事前に警察と医師会もしくは病院の取 り決めで、協力可能な医師のリストが作成さ 師(警察医)か、一般の医師である。多くの れているようだ。 検案を行うのは、 警察から嘱託を受けた医

といえる。例えば、熱中症による死因を、心 になる。 状況が把握できず、注意喚起もできないこと 不全、呼吸不全としていたら、熱中症の発生 定が〝予防できる死〟を防ぐことにつながる 死因の究明は非常に重要であり、死因の特

刻の推定、死亡原因の推定であるが、そのた とが求められる。 を使い、あらゆる手段で全身を丁寧に診るこ めには、日常診察と同じで、味覚以外の五感 検死の主な目的は、 死亡者の同定、 . 死亡時

既往症、救急搬送時の状況、警察の捜査状況 前の生活状況、死亡時・発見時の状況、 最初に、警察からの死者に関する情報、

> ぼれなどを確認できる。 活用できるが、刺切創口にも指を入れて刃こ する。病院での検案ではレントゲンやCTを かることもある。肛門などに指を入れて触診 皮下血腫の有無を診る、打診により異常がわ などを聞く。次に、死体をくまなく観察する。

温などから行う。 死亡時刻の推定は、 死斑や死後硬直、 直腸

簡易薬物スクリーニング検査などが行われ CRP,HbA1c,NT- proBNP などの生化学検査 TやMRIなどで死亡時画像診断をしたり 後頭窩、心臓、膀胱などを穿刺したり、C 死因を推定するために、胸腔、 腹腔、

死の性別の判定で性別判定が難しい場合も う。病死の3割、 カーや人工骨頭などの存在もわかるほか、焼 くい変化も検出できるし、また、 る。細かい骨折など、通常の解剖でわかりに も、Aiで死因を特定する有用情報が得られ できるという。また、解剖ができない場合で 骨折と出血の検出にAiが有効であるとい 外因死の9割で死因を推定 ペースメー



であり、こころして対応すべき現状である。骨業医にとっても、身近な医療行為のひとつ気につながることもあるという。女性では子宮が残るケースがあり、死者の同女性では子宮が残るケースがあり、死者の同

## 医療法人の承継

## **陣 内 重** 三

理事

してはならないことは医療法で規定されていて、何に関わらず公的なものである。営利目的に医療は公立であれ私立であれ経営主体の如、

医療法人制度は医療事業の経営主体が、経営と家計を明確に分離し、医療事業の非営利営と家計を明確に分離し、医療事業の非営利度と家計を明確に分離し、医療事業の非営利度と家計を明確に分離し、医療事業の経営に継続性を付与し、私人によるを療機関の経営に継続性を付与し、私人によるを療機関の経営に継続性を付与し、私人によるを療機関の経営に継続性を付与し、私人によるを表して、昭和25年の医療法改正で設定して、昭和25年の医療法改正で設定して、昭和25年の医療法改正で設定して、昭和25年の医療法改正で設定して、昭和25年の医療法改正で設定して、昭和25年の医療法改正で設定している。

れている。 はで商法上の会社(株式会社等)とも区別さば利法人であることを否定されていて、このとしてるが、一方、剰余金の配当禁止によりとしてるが、一方、乗余金の配当禁止により

があるが、公益法人のように税制上のさまざ等の届出義務といった公益法人のような規制剰余金の配当の禁止や都道府県知事への決算人ともいわれ、公益法人とは区別されている。医療法人は、営利法人と公益法人の中間法

まな優遇はない。

法律上の制度と意識との間にずれがある。から伝来した財産制度の意識が、続いていて、り前になっている。もらいタバコもそう。昔いる。本を貸したらまず返ってこないが当たいる。本を貸したらまず返ってこないが当た所有権」を基礎とする「私有財産制度」である。所有権」を基礎とする「私有財産制度」である。

(領地)を子息に譲り」そして幕府も承認し、日本的所有権の特徴をみている。親が「所領に、日本人には所有の概念が曖昧である。山に、日本人には所有が絶対とされているの資本主義では所有が絶対とされているの

製から息子へ所有権は移動したことになっても息子の所有権は絶対ではない。親も幕府も 後悔し、所領を取り返すことが出来る。これ 後悔し、所領を取り返すことが出来る。これ が「悔い還し」の権利である。資本主義的所 有権における自由度は無限大であるが、所有しているのを取り挙げる「悔い還し権」のある所有権は、資本主義的所有権の対極にあるる所有権は、資本主義的所有権の対極にあるる所有権は、資本主義的所有権の対極にある

一般に株式の本質として①利潤証券と②支配証券の2つの性格があるとされている。①支配証券は会社支配を目的とするものである。このほかに③残余財産分配請求権としての性格があり、これが物的証券とされている。①しかし会社が解散し残余財産の別面であり、これが物的証券とされている。①して株式を保有するというのは例外的であり、一般的ではない。

支配証券としての役割も現実にはあるのだによる持ち分は、医療経営をする権利で②のち分には①の利潤証券の面はない。医療法人医療法人では配当が禁止されているため持



票である。 寡、有る無しに拘わらず、社員も役員1人1 になれるわけではない。発言権は持ち分の多が、厳密には持ち分があっても、社員や役員

ただ持ち分については解散時に③残余財産 分配請求権があるため財務省は医療法人発足 以来、相続税を終始一貫して掛け続けてきた。 医療法人における持ち分は、医療経営をする権利であるがそれが出来る保証はない。持 ち分を放棄すれば、同時に承継の問題も医療 と対象があるため財務省は医療法人発足

解決しないのである。

# 民間医療法人に何をもたらすか||地域医療連携推進法人」は|

♥ 理 事

杉

健三

度が創設された。 との8月5日の衆議院厚生労働委員会において、政府提出の「医療法の一部を改正するいて、政府提出の「医療法の一部を改正するいで、政府提出の「医療法の一部を改正するの8月5日の衆議院厚生労働委員会にお

案されたものである。 医療の産業化による効率追求を眼目として発「地域医療連携推進法人」は、そもそもは

2013年8月の第19回社会保障制度改革との13年8月の第19回社会保障制度改革との13年8月の第19回社会保障制度改革と受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された日本を受けて、2014年6月に公表された。

推進法人」と決定されることとなった。を目的とするとして、名称を「地域医療連携と地域包括ケアシステムの構築に資することとの後、とってつけたように地域医療構想

を目指すものである。 として認定する仕組みとなって が、グループ内で病床の機能分化のための がの再配分、医師・看護師の再配置など運 送面あるいは医薬品や医療・介護用品の共同 として認定する仕組みとなって が、地域医療連 は、一般社団 といるの が、地域医療連 は、の法人は、同一医療圏内の複数の医療法

かと危惧せざるを得ない。
での有効的かつ効率的活用に有用であることを認めるにやぶさかではないが、これにより中小民間医療法人の地域医療提供体制の中での存続が脅かされる可能性があるのではないが、とれたより

結果、地域医療・介護領域における独占体制業者あるいは医療・介護従事者の囲い込みの的資源や財務的資源に恵まれた公的あるいは大学あるいは国立病院機構やJCHOなど人大学あるいは国立病院機構やJCHOなど人たのないは国立病院機構やJCHOなど人たののなりないは国立病院機構やJCHOなど人たが可能ないは、この制度に積極的に取り組むことが可能な

とで将来にわたり存続し地域に貢献していく中小民間医療法人が、このような体制のも民間の中小医療法人が、このような体制から民間の中小医療法人は地域医療提供体制から民間の関設者の独自の理念で運営してきた

ためにはどうすれば良いのであろうか。

を高め、地域住民にとって本当に必要な医療 率的かつ的確な医療提供へのインセンティブ を始めとする医療従事者のモラルを保ち、効 を可能にする一つの方法ではないかと考える。 ちつつ、一定の地理的範囲ごとに、その地域 形で一つの法人として経営統合するのではな を提供して行くあり方ではないだろうか。 の協調的連携こそが、法人開設者および医師 こそが中小民間医療法人の将来にわたる存続 で運営していくような緩やかなアライアンス 用器材の購入あるいは人的資源の育成を共同 医療機能の分担を図るとともに、薬品や医療 に存在する法人間で協調的調整を行うことで く、複数の法人がそれぞれの理念を独自に保 そして、このような民間医療法人どうしで 私は、「地域医療連携推進法人」のような

# 地域医療構想について

## 车 田 和 男

体改革」が本格化した。本年度になり、いよいよ「医療と福祉の一

その最大の眼目は「地域医療構想」

の実現

現在の病床区分である一般と療養の2種の病床群を、高度急性、急性、回復期、慢性の病床群を、高度急性、急性、回復期、慢性の心要な4種の機能別病床群に再編成し、本邦の高齢として現在の病床数を適正化するという「地として現在の病床数を適正化するという「地とに至る切れ目のない「地域包括ケア」を在宅に至る切れ目のない「地域包括ケア」を構築するというこの施策については、ご周知のことと思う。

運営に多大な影響が及ぶのは必至と考えられたき、全国的に約10万床は過剰とされている。なかでも、少子化と人口流出の影響である。なかでも、少子化と人口流出の影響である。なかでも、少子化と人口流出の影響である。なかでも、少子化と人口流出の影響では多大な影響が及ぶのは必至と考えられている。

討が開始されることになっている。各医療圏での病床数を適正化する具体的な検圏に「地域医療構想調整会議」が設置され、個問県も13に大別された各医療

き事態である。 は、地域社会の崩壊につながる由々したれば、地域社会の崩壊につながる由々したがながであり、その運営が危殆に瀕することがは、地域医療を担う民間医療機関の大半は医療

是非、本協会が、医師会そして各医療団体とスクラムを組んで、民間医療機関への影響を配がし、地域医療を堅持するための一翼となるために、本会の先生方のご支援、ご提言をお願いする次第である。



## <u>〈</u> 玉 の積極的関与の必要

#### 理事

## 義

光

革時代の到来である。 た。国民皆保険制度始まって以来の医療大改 る歳出削減はもはや国家の最大の課題となっ り、社会保障費、とりわけ医療費の抑制によ となるいわゆる2025年問題が刻一刻と迫 細っている。一方、団塊の世代が後期高齢者 縮小する中で、国家の財源たる税収は年々先 少子高齢化により我が国の生産年齢人口

て実に不気味である。 るわけであるが、精神科病床について具体的 とに各都道府県にて地域医療構想が策定され 26年度に行われた病床機能報告のデータをも な国の方針が未だ語られないのは我々にとっ ご存じのように一般病床については、平成

た。よって、このどれかの機能に特化する場 どのように区分されていくのであろうか。 慢性期の4つの区分だが、精神科は果たして これまで精神科は一般的には、一つの病院 一般病床は、高度急性期、急性期、 病院間での患者さんの移行が円滑に進む 回復期、慢性期の全てを担ってき 回復期、

のか大いに疑問がある。

療の場を病期によって移す事が良いかどうか ざるを得ない部分もあり、患者側にとって治 は懸念されるところだ。 特に精神科医療は主治医交代に敏感になら

中心の地域包括ケアシステムへの参加が求め 可能なグループホーム等は圧倒的に不足して 地域で患者さんを支える方針だが、受け入れ うことだ。国の精神保健福祉改革ビジョンは 患者さんが地域で生活する受け皿がないとい られるであろうが、その中で懸念されるのは、 しているのが現状である。 算度外視で精神科病院が近隣にて細々と運営 域住宅地への設置は敷居が高く、ようやく採 いる。精神疾患への偏見もまだまだ多く、 いわゆる社会的入院と言われる6万人程度の い。精神科においても一般病床と同じく在宅 だが、一旦動き出した改革の波は止まらな

国家的に地域への展開に向けて多くの受け皿 られたものと私は理解している。それならば、 国は精神科病院開設ラッシュの昭和30年代 精神科改革ビジョンはその反省の中で語 精神疾患患者の収容主義を容認してき

をつくり、精神科医療への積極的サポートが

はこの方面について国の積極的関与と精神科 必要と考えるのは至極当然と思われる。今後 医療へのサポートを願うばかりである。

# 雪に耐えて梅花麗し

佐田正之

今年米国球界から2人の投手が帰ってきの年俸は2人ほぼ同じ。しかし今置かれていてある。復帰の条件は松坂が3年12億円、黒である。復帰の条件は松坂が3年12億円、黒である。復帰の条件は松坂が3年12億円、黒

松坂はオープン戦で少し投げただけで公式 松坂はオープン戦で少し投げただけで公式 と罵びにおらず、ファンから「給料泥棒」と罵られているのに対し、黒田は7月28日現在 (原稿締切ぎりぎりに書いているのがばれるが)、7勝4敗で防御率25とまずまずの成績。 広島で行われたオールスター第2戦で先発もした。メジャー球団の21億円ともいわれた条件提示を蹴り、メジャーで過去に13人しか達成していない全30球団勝利という大記録達成 (デトロイトタイガースに対してだけ未勝利) も捨てて戻ってきただけに、その「男気」(今年の流行語大賞に選ばれるか)に注目が集まっている。

かくも対照的な2人であるがそれ以前の経

になり、松坂から1年遅れの2008年FA 勝を挙げてからは、 時代は補欠(3番手投手)で公式戦の登板は ソックスに移籍した。かたや黒田は上宮高校 トで約6億円といわれた)でボストンレッド 2007年鳴り物入り(移籍金は当時のレー 獲得、WBCでは2大会続けてMVPに輝き、 ランをやってのけた。ドラフト1位で西武ラ 連覇。夏の大会の決勝戦ではノーヒットノー 歴も結構対照的である。松坂は横浜高校時代、 ぐに大活躍とは行かなかったが、5年目に12 て、ドラフト2位で広島入団。そこからもす 大学に進学し、そこでようやく才能が開花し レンジしてそれでも駄目なら諦めようと専修 なし。野球をあきらめかけたが、もう一度チャ 人王。その後もエースとして活躍し、 イオンズに入団し1年目から16勝を挙げて新 「平成の怪物」と呼ばれ3年時に甲子園春夏 最優秀防御率、沢村賞などのタイトルを 主力として活躍するよう 最多

メジャー移籍以降、松坂は15勝、18勝とさ

権を行使してロサンゼルスドジャースに移籍

NO SET THE LAB AND A SET THE L

おいてもエース格の扱いを受けていた。て投げ続け、名門ニューヨークヤンキースにあったが、それ以外では毎年シーズンを通しあったが、それ以外では毎年シーズンを通しすがの活躍を見せるが、3年目以降はけがとすがの活躍を見せるが、3年目以降はけがと

対照的な野球人生を歩んで来た2人が対照的に評価が逆転してしまった原因はどこにあいたろうか。松坂はメジャーの練習方法はなじめずに自分のやり方を通そうとした。になじめずに自分のやり方を通そうとした。になじめずに自分のやり方を通そうと「アジャスト」が照的な野球人生を歩んで来た2人が対照

能力が違うのだろう。

「雪に耐えて梅花麗し」(梅の花は冬の厳しい寒さに耐えることで春に美しく咲く)は黒田の座右の銘であるが、見事に黒田の野球人生を表現している。中小の民間病院の置かれている環境も寒さ厳しい冬のようである。今後寒さはさらに厳しさを増すと予想されるが、黒田のようにアジャスト能力を発揮してが、黒田のようにアジャスト能力を発揮して何とか耐えていれば、春を迎えて花を咲かせることができるだろうか。

## の取り組み 八患者受け入れ

#### 黒 田 康 夫

おり年々増加しているとのことです。 方々を含めると90万人以上の方が来福されて り、また観光などで福岡市を訪れる外国人の いる在住外国人の総数は25,963人であ データ」によりますと、福岡市に登録されて 福岡市の「平成25年市民局 区政課

められてきております。 きるよう、体制の整備を行っていくことが求 ため、医療を必要とする全ての患者に対応で 救急車等で搬送されてくることが予想される このように今まで以上に多くの外国人患者が す。協会会員の皆様の病院におかれましても、 などで病院を緊急に受診しなければならない 外国人患者はさらに増えることが予測されま 今後、色々な事故や災害、また突然の病気

とも同様の業務提携を結ぶ目的で4名の医師 者の受入れなどを目的として業務提携を結ん が病院見学に来院されました。このような海 でおります。また昨年は韓国の「ヤンジ病院」 タッフの現地視察や医師・看護師の研修、患 業の一環としてタイの「バンコク病院」 福岡記念病院では、平成24年8月に海外事 」とス

> 場合など、さまざまなケースが考えられます。 院での受診を希望する場合や、福岡市近辺に 外の病院との提携により、外国から訪れて当 して医療機関の体制整備が求められます。 して医療を受けていただくための取り組みと いずれにしても、外国人患者が安全且つ安心 在住されている外国の方々が受診を希望する 当院においても体制を整備すべく

- 「厚生労働省 外国人医師臨床修練指定病
- インドネシア人・フィリピン人・ベトナム 「国際厚生事業団 人外国人看護師候補者受け入れ医療機関」 「日本医療教育財団 経済連携協定に基づく 外国人患者受入れ医
- なりました。 看護補助者が勤務しているため、院内では英 とそれぞれの指定を受けたことにより、 イタリア語など様々な言語が通用するように ログ語、ネパール語、インド語、フランス語 10数名の外国人の医師、看護師、 韓国語、中国語、 インドネシア語、 准看護師 タガ

支援と雇用の創出に取り組むとされており、 バル創業・雇用創出特区」として、創業の

support --益々外国人の方が増えてきます。 Members of association , let's prepare for

福岡市は国家戦略特区に指定され、「グロー

협회회원의 여러분, 조금 일찍 체제정비를! 協會會員的大家,為早眼體制整備 (協会会員の皆様、早目に体制整備を!)

# にあたってひとこと

#### 正 行

になると考えお引き受けしました。 私ののこり少ない管理者としての活動に参考 の、いろいろなご意見を伺うことが出来れば、 正行です。私設病院の高名な経営者の先生方 つかりました、戸畑共立病院の院長の下河辺 この度、福岡県医療法人協会の監事を仰せ

が8だそうです。 持分のない特定医療法人が19、社会医療法人 立が9、社団法人立が2,473、その中で 関の永続を期することを目的として設立さ 2011年3月時点で2,482、財団法人 れたとのことです。福岡県の医療法人数は、 県民医療の向上と医療法人である私設医療機 福岡県医療法人協会は1983年9月に、

れだけの病院が医療法人協会に加盟している 年4月時点で、病院数は462、病床数は がす可能性のある大変な変化です。 かはわかりません。この86,025床を巡 86,025床となっています。このうちど 検討が始まります。これは地域医療を揺る 福岡県の病院名簿を見ますと、2015 これから地域医療構想に沿って病床機能

> するのではと心配しています。 を考える時、救急体制の維持が必須です。こ 動車による医療機関種別搬送人員の状況で の病院機能が壊れると地域の救急医療が崩壊 いることになります。高齢化社会の地域医療 分以上が私設の医療法人立の病院に運ばれて れています。救急車搬送による救急患者の半 は、55%強の人が民間の私的医療機関に運ば 総務省のデータによりますと近年の救急自

それを補充して、地域を守っていました。し すが、地域の過疎化が一番の問題のように感 中した状態です。こういう問題を、大学病院 も同様のことが起きています。福岡都市圏は 修指定病院の地域ごとの研修医の定数をみて 偏在・一極集中しているように見えます。研 域に医師を派遣する機能が低下しています。 過疎地になります。今まで大学病院の医局が じます。医療環境の充実していないところは、 人口も研修医も集中しており、偏在・一極集 かし臨床研修医制度ができ、大学病院が、地 部の大学とその大学病院の医局に、医師が 地域を考えるうえで地域医療構想も大事で

> したという話はほとんど聞きません。 の管轄である文部科学省や九州厚生局が検討

そんな危機意識のない中、将来を考える検討 と地域医療は崩壊し、地域は過疎化します。 今後の人口の推計だけでまとまるものではな 様々な検討会が始まりますが、色々な地域の の場が、開かれようとしています。 いと思っています。地域に医師がいなくなる 特性があり、ガイドラインに沿ったものや 地域医療構想では、ガイドラインがだされ

のではと思っています。 県民医療の向上を考えた時、福岡県医療法人 ければ、地域と地域医療が崩壊していきます。 中の是正のためにいろいろな検討が行われな しいと思います。しかし、その偏在・一極集 住性・教育水準などいろいろあり、対応は難 目指した取り組みやかじ取りが、 協会の目的でもある、私設医療機関の永続を 偏在や一極集中の原因は都会の利便性や居 重要になる

#### 篠

原

俊

どうぞよろしくお願いいたします。 た、公認会計士、税理士の篠原俊と申します。 この度、監事の大役をご指名いただきまし

に受け止めているところでございます。 る」となっており、改めて役職の重さを真摯 ける監事の役割は「理事の職務執行を監査す 名かと拝察いたしますが、一般社団法人にお した。そのようなご縁もあっての今回のご指 など、福岡県医師会様とも関係が深くなりま 及び福岡県医師信用組合の監事をさせて頂く より公益財団法人福岡県メディカルセンター 合いさせて頂いておりますが、平成24年6月 私は開業以来長く医療機関の皆様とお付き

度を創設するとともに、医療法人について、 進するため、 貸借対照表等に係る公認会計士等による監 機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推 が成立する予定となっています。 律案」も国会へ提出され、近いうちに改正案 ており、 さて医療法人を取り巻く環境は常に変化し 法律案要綱における改正の趣旨には「医療 今回の「医療法の一部を改正する法 地域医療連携推進法人の認定制

> 及びガバナンスの強化に対する措置がなされ 整備する等の措置を講ずること」とされてお ています。 広告等に係る規定及び分割に係る規定を 医療法人においては経営の透明性の確保

として支援するといった目的に対し積極的な 性の確保、医療事業の継続性を制度上の仕組 要の規定を整備する」こととされています。 事業者との取引の状況に関する報告書を作成 を実施する」、「その役員と特殊の関係がある 書を作成し、公認会計士等による監査、 に該当する医療法人は、厚生労働省令で定め 組を医療法人へ持ち込んだ形となっておりま 員総会の決議による役員の選任等に関する所 損害賠償責任等を規定し、理事会の設置、 人に対する、理事の忠実義務、任務懈怠時の のを予定)に従い、貸借対照表及び損益計算 る会計基準(公益法人会計基準に準拠したも 、が、会計情報の内部外部双方における有用 これらは会社法における会社を規律する仕 具体的には、「厚生労働省令で定める基準 都道府県知事に届出る」、また「医療法

> 思っております。 する理解をさらに深めることが大切であると 監事職を遂行する上でも、これらの改正に対 意義が期待されているところです。 この度

す。 献できますよう尽力したいと考えておりま 様へ、監事という立場からではありますが貢 団法人福岡県医療法人協会並びに各会員の皆 これから2年の任期期間において、一般社



特別講演

#### 「病床機能報告制度をふまえた病院経営のあり方」

平成27年5月16日(土)

-般社団法人 **福岡県医療法人協会** 

○杉専務理事○七専務理事それでは、定刻を過ぎております。ただいまより一般社団法人福岡県医療ます。ただいまより一般社団法人福岡県医療

ございます。 司会の私は福岡県医療法人協会理事の杉で

まず、会に先立ちまして、新たに会長に選

と申します。よろしくお願いいたします。 ○**鬼塚会長** こんにちは。先ほどの役員会、たします。 出されました鬼塚先生よりご挨拶をお願いい出されました鬼塚

りたいというふうに思います。 協会は大塚先生なくしては考えられないので とでありました。このように福岡県医療法人 年には、 ました。 り監事、理事長を務められ、平成10年から今 法人協会が設立される5年前、昭和53年に日 おります。前会長の大塚先生は、福岡県医療 平成26年4月1日より一般社団法人となって 療法人協会、また加盟の各法人のご指導を賜 会長に就任していただきました。今後とも医 てご指導を賜りたく、先ほど大塚先生に名誉 あります。その功績により、今後も引き続い 日まで実に17年にわたり会長を務めてこられ した。福岡県医療法人協会では、昭和61年よ 本医療法人協会の理事に就任されておられま て、昭和60年に社団法人になりました。 昨年、 医療法人協会は、昭和5年に設立されまし 私が理事に就任いたしました平成10 大塚先生は既に会長歴7年というこ 私、 一般的に

いいたします。
いいたします。
いいたします。
いいたしますが、新会長ほやほやでござかますが、新会長ほやほやでござかますが、新会長ほやほやでございません。微比べまして相当若輩で力もございません。微比べまして相当若輩でけれども、大塚会長には若輩ではないんですけれども、大塚会長にいいたします。

ざいました。
といっただきまして、まことにありがとうごいでいただきます。皆様、きょうは多数おをしていただきます。皆様、きょうは多数おをしていただきます。皆様、きょうは多数おいでいただきまして、まるとにも はいましたけれども、きょ

をお願いいたします。では、座長の佐田先生より、講師の紹介等

○佐田座長一佐田座長一古古と申します。本日は座長を務めさせていた法人協会の理事をしております佐田病院の佐法人協会の理事をしております佐田病院の佐

演をしていただくことになりました。非常に演をして、今回大塚先生に頼みましてきょうの講をして、今回大塚先生に頼みました。ま常にして、今回大塚先生に頼みました。非常に満して、今回大塚先生に頼みました。それぐらい満員御礼でございました。長先生は非常に医療現場をよく知っていらっしゃって、公認会計士の方なのによく医療の現場を知ってい会計士の方なのによく医療の現場を知っていることで私も感銘を受けまして、今回大塚先生に頼みました。非常に演をして、今回大塚先生に頼みました。非常に

タイムリーな「病床機能報告制度をふまえた病院経営のあり方」ということで講演をしていただきます。簡単に先生の略歴を紹介させいただきます。簡単に先生の略歴を紹介させま、平成24年に東日本税理士法人社員、パートナーに就任されておられます。著書や文献トナーに就任されておられます。でいただきます。

。それでは、先生、よろしくお願いいたしま

# 機能報告制度をふまえた病院経営のあり方」



公認会計士 長 英一郎 氏

皆様、こんにちは。きのう長崎におりまして、長崎に2日間おりまして、それで東京に一旦帰って、きょう福岡に来まして、あしたも福岡にいるんですが、きょうはお手元に資テーマとしたお話です。きょうはお手元に資料が1部あると思うんですが、基本的にはそれをもとにお話をいたします。一部追加している資料もあるとは思うんですけれども、そのときには写真とかを撮っていただいて全然構いませんので、iPhone等で撮っていただければと思います。(資料映写)

真です。職員たちと一緒に見学というか、施ゆうあいビレッジという老健のデイケアの写院という病院がありますけれども、そちらのこちらにある写真は、隣の佐賀県に織田病

たいなというふうに思っております。織田病設体験をしたときの写真になります。織田病とないなというあいビレッジもそうなんですけれどを、今回の介護報酬改定の影響を受けてかなり対策に追われているところで、せっかく介めが、というあいビレッジもそうなんですけれどにの後の各医療法人の対応みたいなお話もしたいなというふうに思っております。織田病

とです。療養病床は介護療養病床と医療療養 かの都道府県と比べてかなり厳し目にやらな を初めとした医療費の削減というものは、 すから、ベッドの削減、それから入院医療費 費がたくさんかかっている県で、入院医療費 は、 つ目としてあるのが療養病床の再編というこ いと国の方が納得しないんじゃないかという はナンバーワンでかかっているということで くるだろうと。福岡県はご存じのとおり医療 ドの数というものがここまでで整理がついて がこの医療計画の見直しということで、 も、5年に1回見直しになって、 ということで、福岡県もそうなんですけれど す。2つ目としてあるのが医療計画の見直 があるわけです。そして、 診療報酬と介護報酬の同時改定があり 30年の4月の3 30年の4月 ベッ ほ

ことになっておりますけれども、この療養病 格化するという話が出ているので、そういう けれども、医療区分2とか3ですら要件を厳 なってきます。この後の資料でも出てきます けてかなり考えないといけないというふうに この医療区分1を抱えている病院にとって ち7割は在宅で診られるだろうというふうに 先日厚生労働省のほうが医療区分1の方のう 区分1の方がたくさん入院されている病棟と 棟入院基本料2の医療機関というのが、医療 ことになっています。経過措置で廃止という 類ありますけれども、療養病棟入院基本料2 しては30年の3月末をもって廃止ということ 在宅は当たり前ということになってきます。 意味では医療区分1の患者さんに関しては 言っているわけですから、そういう意味では いうことになりますけれども、まさにこれが、 に関しても30年の3月末をもって廃止という 療養病棟入院基本料1と2というふうに2種 になっていますし、医療療養病床に関しても、 病床がありますけれども、介護療養病床に関 診療報酬改定、それから30年の4月に向

年4月に向けていろいろお話がされている。年4月に向けていろいろお話がされているというのが、日本の国のプライマリーバランスをプラス・マイナス・ゼロに持っていくという目標が国際的な公約としてあるからです。だから、それに向けて30年の4月までにあるだから、それに向けて30年の4月までにあるだから、それに向けて30年の4月までにあるというものに関して整理をしていくということになってきます。

して地域医療構想ということで話し合いがされていくということですけれども、今週長崎れていくということですけれども、今週長崎に行ったんですが、長崎の市内に行きました。市内には成人病センターというところがあるんですけれども、そちらが今度建てかえを検討しているそうです。成人病センターはで検討しているそうです。成人病センターはのか、長崎市という病床過剰地域の中でそういった公立、公的という話が結構全国各地で起きていいのか、長崎市という病床過剰地域の中でそういった公立、公的といった病院が増床していいのか、長崎市という病床過剰地域の中でそういった公立、公的といった病院が増床していいのか、長崎市という病床過剰地域の中でそういった公立、公的といった病院が増床していいいのかという話が結構全国各地で起きています。

佐賀県の西部地域では言われている中でJCCHOの松浦病院というのが隣の町にあります。ここの松浦病院というのが隣の町にあります。ここの松浦病院というのが隣の町にありまども、佐賀県の伊万里市です。伊万里市は上

それが後で出てくる財務省のほうが意見とし

て出しているものになってきます。

何かと30

とされていたものが、8%以上ということで

発医薬品の使用割合を60%以上にすると目標

品の見直しということです。

30年の4月に後

4月に期限となるものがあります。後発医薬

でお話ししましたけれども、

ほかにも30年の

30年4月の大きな3つの出来事ということ

60%から80%に引き上げになっております。

うふうに個人的には思っています。きょう医 そういう動きをすべきなんじゃないかなとい 里の松浦の件もそうなんですけれども、まず 次だというふうに思っています。長崎市のこ やっぱりそういうふうに思うわけです。 ているわけではなくて、別に一般論とし 療法人協会の講演だからこういうことを話し 病院がベッドの削減とか機能の見直しとか、 は公立とか公的が襟を正して、その後に民間 の成人病センターの問題もそうですし、 直しというのはすべきであって、民間はその ほうがまず最優先で病床の削減とか機能の見 心だと思うんですけれども、公立とか公的 法人協会ですから恐らく民間の病院の方が 医療構想でポイントになってくるのは、 〇は建てかえをしようとしています。

その水戸の病院は全体の利益率が2%なんで ます。福岡でも多分そうじゃないでしょう 進んでいくということですが、M&Aがこれ なっています。この前訪問した病院は茨城県 100床未満の病院が非常に経営が厳しく から首都圏、関東の病院でもそうですが、 くなってないでしょうか。東京の病院、それ か。100床未満の病院はかなり経営が厳し からふえてくるだろうというふうに考えて おります。病院の集約化というのはこれから 化と病院の集約化というキーワードが載って これからのスケジュールの中で30年の うた。一般病床が30床、介護療養が40床です。 後に書いてありますけれども、 水戸だったんですけれども、 70床の病院で 各職種の変 4 月

返済できません、建築単価がこれだけ上がっ と思いますと。ダウンサイジングを思い切っ という計画はよくわかるけれども、もしやっ 討しています。でも、その病院に私は言いま けない。その水戸の病院は今度建て直しを検 字になっちゃう、もう病院としてはやってい 2%で5%のマイナスということは、もう赤 5%マイナスになりました。単純に言えば す。今回、介護療養病床の介護報酬の改定で うことをお話ししています。 ているんだから、もう難しいですと、そうい か、もっと高単価の病院でやらないととても ていただいて、地域包括ケアなり回復リハと てするか、もしくは介護療養病床とかはやめ られるかもしれないけれども、かなり厳しい 福祉医療機構から確かに30年返済とかで借り たら潰れますよ、借金返済できないですよ、 した。70床をそのまま70床として建てかえる

のも後でお話をいたします。 宅医療にかかわる各職種の役割の変化という 会職種の変化ということで、在

ております。後でお話も出てくるかと思うんております。医療法の改正というのがこれから国会のほうで審議されるんですけれども、医療法の改正の施行の時期ですが、28年の4月か29年の7月ということで予定しております。地域医療連携推進法人とか非営利ホールディングカンパニーというふうに呼ばれているものは29年の7月、それ以外の医療法の改正に関しては28年の4月というふうに予定しております。後でお話も出てくるかと思うんております。後でお話も出てくるかと思うんております。後でお話も出てくるかと思うんております。

ですけれども、これから恐らく医療法人は総会のシーズンだと思いますは5月末が決算総会のシーズンだと思いますけれども、医療法の改正によって理事とか監事の責任が重くなるというのがあります。任期が恐らく2年で訪れると思うんですけれども、この新しく就任される理事とか監事の方に医療法改正の内容をしっかりと伝えないといけないのかなというのがあるわけです。また後でその話は出てくると思います。

うのは大事なものになってきます。医療法人 こない情報だったりします。でも、同じ病院 があるということです。 きたいというふうに考えているのが厚生労働 りの医療法人を持ち分なしのほうに進めてい なっているものなんですけれども、 特有のお話でいくと、右下にある持ち分なし というくくりの中では、公立病院の改革とい 院の改革は厚生労働省の管轄ではなくて総務 との1つは、この公立病院改革です。公立病 イントになってきます。 いうのは前向きに進めていないというのがポ の移行のお話があります。これは既に施行に 会とか医療法人協会とかにはなかなか入って 省管轄です。総務省の情報というのは、 ております。きょう皆様方にお話ししたいこ け分割ができるようにするというふうになっ す。特に分割です。持ち分なしの医療法人だ 合併とか分割に関しても改正が入っていま 医療法の改正では、この右の真ん中にある でも、財務省は、 持ち分なしへの移行と 持ち分ありから持ち つまり、 税務リスク 医師

メリカのメイヨーカリニッカというのをモデスの方の大きで、アスの持ち分ありからなしに移行するときにはこの持ち分ありからなしに移行するときにはこの持ち分ありからなしに移行するときにはまがいるのは、

地域医療連携推進法人ってそもそも何かとい に入れるというふうになっています。 療構想圏域の中に含まれる法人だけがこの 定されると思うんですけれども、 うと地域医療構想圏域というのがこれから制 に二次医療圏が一緒のところだけ、 いうことです。2つ目のポイントとしてある 逆に言えば、株式会社はこの中に入れないと でも非営利に限定しているということです。 ては、このグループの中に入れるのはあくま りますけれども、まず1つ目のポイントとし 域医療連携推進法人はいろいろポイント は使えるんじゃないかなと思います。この な法人にこの地域医療連携推進法人というの のグループとして運営したいとかというよう 合体するまではいかないんだけれども、 うことなんですが、医療法人のグループです。 けれども、私のほうには結構相談を受けます。 あるのかというようなお話がよく聞かれます をよく聞きます。ここに手挙げをする法人は 連携推進法人って果たして使えるのという話 法人という形になりますけれども、 ルにして今進んでいます。地域医療連携推進 メリカのメイヨークリニックというのをモデ は、このグループの中に入れるのは基本的 その地 正確に言 地域医療 1 -があ

に入れるということになってきます。 も、この中に入れるものとして想定されてい も、この中に入れるものとして想定されてい あと想定されるのは、社会福祉法人、公益社団 あと想定されるのは、社会福祉法人、公益社団 あと想定されるのは、社会福祉法人、公益社団 あと想定されるのは、社会福祉法人、公益社団 おして想定されてい

をとるというものです。 も、これはあくまでも社団法人としての形式 をとるというものです。財団法人ではなく て、あくまでも社団法人としての形式 で、社員によって構成される法人というのが 地域医療連携推進法人ということになってき 地域医療連携推進法人ということになってき かたいなイメージになりますけれども、それ みたいなイメージになりますけれども、それ ので、人によって をとるというのが一番上にありますけれど

地域医療連携推進法人はどういう使い道があるのということになるんですが、3つ使い 高るのということになるんですが、3つ使い 道があります。ヒト・モノ・カネです。ヒト さるとか、それがヒトということです。モノ というのは何かというと、共同購入ができる ということです。別々の法人で購入するより も一体として購入したほうが安くなるという も一体として購入したほうが安くなるという とか、お金をグループ全体として借りたり れども、お金をグループ全体として借りたり

> になってきます。 くてもベッドを移すことができるということ することによって、買収という手続をとらな 域医療連携推進法人ということでグループ化 期を集約してBのほうを回復期機能にすると ポイントになります。この図にあるように、 う部分では、ベッドを融通できるというのも ちょっと言い忘れましたけれども、モノとい いと移すことができなかった。でも、この地 ベッドが欲しいとかというときには買収しな 通することができる。今まではほかの病院の か、そういうものをこの二次医療圏の中で融 A医療法人とB医療法人で、Aのほうに急性 きるとかというのがカネの部分です。そして、 れば、AからBにお金を貸し付けることがで あって、B医療法人がお金が苦しい状態であ

これが先ほどからお話ししているお話で、共同購入とか資金の融通をすることができる。そして、こんなこともできます。保証をなったができる、債務保証を認めましょうとか。あと、場合によっては外部の法人に対とか、ほかの法人に対して出資することができる。看護学校であるとか、ほかの法人に対して出資をして、それの配当も授受することができる。看護学校であるに、この地域医療連携推進法人と。一番上にありますように、この地域医療連携推進法人と。一番上にありますように、この地域医療連携推進法人というのは、イメージとしては法人本部です。みずから病にを運営することは基本的にはないけれども、それぞれの法人から委託料をもらって運営するというのが地域医療連携推進法人というのが地域医療連携推進法人ということです。基本的には、この地域医療連携できる。

医療法人がこの公的の中に入ります。

になります。 A医療法人、B医療法人といった法人が社員推進法人というのは法人が社員になります。

推進法人というのが1つの鍵になってきま

ベッドを整理する上でも、この地域医療連携

まさにこれがこれから30年4月に向

けて

す。病院をとにかく集約化させていきたい、

そういう思いになるわけです。

ちょっとややこしい言葉になりますけれど でこれは民間ではなくて公的です。 実をさせていこうという方向性です。 という話です。お金の蛇口を閉めるというこ という話が1つ目のポイント。そして、2 ます。ポイントは2つあります。1つ目とし 入れをしていたものを公的に対してもっと充 です。今まで公立病院中心に補助金とか繰り 1つキーワードがあります。公立から公的 てきます。補助金とか繰り入れに関しては こうというのが公立病院の2つ目の柱になっ 金とか繰り入れをしていたものを制限して とで、公立病院に今までじゃぶじゃぶと補助 目のポイントとしてあるのは、蛇口を閉める 営化したりとか、経営形態を変更していこう いるので、独立行政法人となったりとか、 務員として運営することがもう限界が見えて ては、経営形態を変更するという話です。 立病院改革ガイドラインというのが出ており 公立病院の改革は、27年の4月から新しい公 お話は変わりまして、公立病院改革です。 日赤とか済生会とか、医療法人では社会 公的って 民

ないかという話です。いった法人に対してもう少し充実させていけ

労働省です。農林水産省から厚生労働省へと が結構出てきています。例えば、JAという けれども、省庁をまたがって決めたりする話 けです。最近の政策の決め方の傾向なんです のは結構行われているわけです。 いう、そういった省庁をまたいだ改革という ます。社会医療法人になるということは厚生 会医療法人化するという方向で検討されてい 省が管轄する病院です。でも、今度JAを社 の病院なんですけれども、あそこは農林水産 病院があります。農協で運営されているJA て、総務省と厚労省がタッグを組んでいるわ の改革プランというのは総務省が管轄してい が管轄しているものです。そして、公立病院 のです。地域医療構想というのは厚生労働省 入ってきたのが、この地域医療構想というも テーマがあるんですけれども、今回新しく この公立病院の改革プランというのは

私、実は1ヵ月に1回、非公開の勉強会に出ています。その会に出てくるメンバーというのは財務省とか厚労省とか経済産業省とか、そういったメンバーの中に私も入れていただいていて、30代から40代ぐらいの若手に属すると言ってもいいのかもしれないんですけれども、そういった方々がこれからの社会保障のあり方を考えようという会です。それはクローズドな会なので公開されているものではないんですけれども、省庁をまたがってではないんですけれども、省庁をまたがってではないんですけれども、省庁をまたがってではないんですけれども、省庁をまたがっている。

轄していたような話に財務省がかなり口出し されています。こちらが思っている以上に結 話しているわけです。老人の医療費が今1割 とするようなネタが出てきたりします。 省のほうが論点をもう示しているわけです。 年ぐらい先にある話ですけれども、既に財務 をしてきています。診療報酬の改定はまだ1 で出てきますように、今まで厚生労働省が管 構国の財布というのは厳しくなっていて、 たいんだよねとか、そういった話がその中で 介護報酬もどっちとも3割負担に持っていき 割負担に上げたいんだよねとか、診療報酬も 負担とか2割負担だけれども、最終的には3 ている話とかを聞いていると結構怖いことを くは、地下鉄に移動するまでの立ち話で話し 立ち話でする話とかを聞いていると結構ぞっ のもあるんですけれども、この講演会の後に ています。勉強会ではこういう講演会という いうクローズドな勉強会でも積極的に行われ 話を戻しまして、公立病院のお話なんです もし

で運営していて、医療法人山本総合病院は事で運営していて、医療法人山本総合病院というところが、三重県の桑名市に桑名市民病院というと院があります。そこの桑名市民病院というと院があります。そこの桑名市民病院というとの合体しました。これが24年の4月から合体しています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人としています。桑名市民病院は独立行政法人というという。

きます。 んふえてくるんじゃないかという話になって形で公と民の合併というのもこれからどんど業譲渡した後に解散しています。そういった

組みです。建築費の単価はどんどん、どんど 10%交付税をふやしてあげましょうという仕 うのが絡んで新病院を建てかえした場合には というのが絡めば30%から40%に引き上げと 所化するとか、そういった再編ネットワー ほかの病院と合体したりとか、もしくは診療 民間病院にはないような仕組みです。でも、 借金の返済額のうち25%が補填されるという ども、これはどういう場面を想定しているの たほうがお金がもらえるということにな てかえをするよりもほかの民間とかと合体 けです。どう考えるのかというと、 るときにできるだけ国から補填してほしい ています。公立病院としても、 ん上がっています。そして、消費税も上がっ するとか、公公同士で合併するとか、そう いうふうになっています。公立と民間が合体 かえするときに借金するわけですけれども、 には25%ということで5%下がります。 まで
3割補填してくれていた。
これが基本的 に国からもらえるお金の割合です。それが今 かというと、公立病院が建てかえをするとき 27年の4月以降ということになるんですけれ から上が改正前、矢印から下が改正後です。 るという話の1つ目がこちらの話です。 公立病院の今回の改革、お金の蛇口を閉 ほかの公立、 民間病院と合体したいと 建てかえをす 単独の建

ているということです。いうような動きが総務省サイドからお話が来うふうに考えるんじゃないでしょうか。そう

今回改正になりまして、使っていないベッド 床に対してもお金が出るという民間病院が聞 たり70万7,000円。しかも許可されてい も天からお金が降ってきました。1ベッド当 かというと、公立病院は今まで何もしなくて が多分一番の目玉じゃないかと思います。何 700億円の削減が可能だと。公立病院の蛇 民間ベースの給与に全部引き直したら国全体 す。財務省はこういう試算をしました。仮に んですけれども、そういう改正がなされまし に対しては出さないという当たり前のお話な いたら怒るような話があるわけです。これが な仕組みでした。使っていないこの4階の る病床に対してお金が出るという非常に便利 口を閉める第2段のお話がこちらです。これ していますけれども、この給与格差の是正で に5,000億円削減したいという目標を出 で700億円浮くそうです。 医療費を1年間 給与格差の是正というのも大きな問 題

一方で、民間病院に影響するお話だと思うのが14%削減ということになっています。うのが14%削減ということになっています。がいら、福祉医療機構から今までどおりお金だから、福祉医療機構から今までどおりお金を借りるのが難しくなるかもしれない。そうすると民間の金融機関に頼っていかざるを得なくなってくる。

期でやっているところは回復期に行ってくだ 性期とか慢性期とかを減らしていきたい、 うのがあるわけですけれども、特に高度急 ジです。どこかの医療圏をちょっと想像して 二次医療圏の全体の病床数が一番上、1万床 返上していく。それから、なんちゃって急性 けです。だから公立とか公的がまず率先して ドを返上するというのはなかなかできないわ していく。そんなことをこれから話し合って らしていきたいと。高度急性期に関しては と。イメージとしてはこういう感じかなと。 して、これからみんなで話し合ってください 院が去年の10月に病床機能報告というのを出 を選択してください、それで、それぞれの病 ります。高度急性期、一般急性期、 で重要なお話をしましたけれども、 立とか公的が先なんだと。 さいとかという話に関しても、 いく。ただ、民間病院としては持っているベッ 1,500床から750床とかいう形で減ら いただきたいんですが、それぞれの内訳とい から7、500床に減らすとかというイメー 長期療養という形で4つの機能のうちどれか 病床機能報告と地域医療構想に絡む本題にな 般急性期も含めてなんですけれども、 大体ここまでで、いろいろ最近のトピック 民間の前に公 回復期

リテーション料を引いた点数で分けていく。は入院単価から入院基本料を引いてリハビいうのが示されています。境界点というのかを分けていくのかというのは、境界点とじゃ、どうやって高度とか一般急性期と

円ぐらい。そういう形で、入院単価に基づい 復期と在宅医療等のラインは1万5,000 じゃないか。そして、一般急性期と回復期 前で5万円ぐらいというのが1つのライン るのかなというふうに思っております。 大体そんな感じで試算してみると分かれてく て分けているわけではないんですけれども、 境目は2万5、000円ぐらい。そして、 入院基本料とかリハビリテーション料を引く いうふうに思っています。差し引く前ですね。 急性期と一般急性期の境目の入院単価という ほうから大まかな目安をご紹介します。 ではちょっとわかりづらいと思うので、 3,000点とか600点とか225点とか は、私は大体5万円ぐらいじゃないかなと 口

外です。逆に言えば、医療法人以外は公的 社会医療法人だろうと、特定医療法人だろう 等に含まれるのか、それ以外かでこれから 1年間一度も使ったことのない病床がある場 にあります。 的医療機関等は都道府県から命令される立場 けれども、これがすごく大事なところで、 命令と要請ということで言葉が違っています たところが公的医療機関等になってきます。 院、日赤、済生会、厚生連、JCHOとい 療機関等ということになってきます。公立病 と、一般の医療法人だろうと、みんなそれ以 言うと医療法人です。全ての医療法人です。 わってきます。それ以外というのは、簡単に 福岡県からの指導の仕方というのが全然変 これが大事な図になります。公的医療機関 つまり、 使っていないベッド、

というのが論点の2つ目になってきます。な 等のほうに行ってくださいとか、そういう話 切っているんだから慢性期のほうに在宅医療 るじゃないですかとか、1万5,000円を だって入院単価が2万5,000円切ってい 次の段階じゃないかなとなるわけです。 まず優先であって、民間病院というのはその 話しされる中で、やっぱり公立・公的病院が ので、これから地域医療構想の調整会議がお 若干言葉尻が違う。もう一つ論点としてある 請される立場です。命令と要請ということで に関しては返上してくださいというふうに要 のは公的医療機関等です。一方で、医療法人 合にはそれを返上しなければならないという 場合には1年間空けっ放しにしている病床 おたくは回復期に行ってください、 なんちゃって急性期でやっているとこ

それで、療養病床の削減のお話です。先ほの4月です。30年の4月に向けて介護療養病床も山を迎えてくる。その前に来るのが28年の4月からの診療報酬改定ということで、医療区分の要件の見直しというのが入ってきます。高知は3分の1、福岡は2分の1に減らすとかと言っているけれども、どうやって減らすのかと。患者さんだっているんだし、減らすのは難しいんじゃないのと。私も財務省とか厚労省の方に聞きました、と。私も財務省とか厚労省の方に聞きました、と。私も財務省とか厚労省の方に聞きました、たっな減らすのはできないでしょうと。でも、どうやって減らすのと、患者さんだっているんだし、減らすのはずきないでしょうと。でも、どうやって減らすのと、患者さんだっているが、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的につくれば、人院をさせておくことが経営的についる。

除々に減ってくるので、高知だって福岡だって に関しては全然整備されてないんじゃないかなというのが私の結論ですけれども、 それはさておいて、とりあえず療養病床を減ないかなというのが私の結論ですけれども、 それはさておいて、とりあえず療養病床を減ないかなというのが私の結論ですけれども、 それはさておいて、とりあえず療養病床を減らすと。福岡に関しては、 ここにあるように とうぐらい減らす、そんなイメージで進んでいるわけです。

基本料2に落ちちゃうわけです。入院単価 ちゃったわけです。そうすると療養病棟入院 58%に下がりました。 療区分2、3の割合が今現状で8%でした。 棟を持たれているところは、この3つの患者 等審議会で論点が出ていました。医療療養病 がくんと落とされます。 はなくて医療区分1ということになったら れたとしたら、医療区分2、3ということで 定しているんですが、この3つがもし除か 80%を超えている療養病棟入院基本料1を筧 定している病院だったんですけれども、 訪問した病院は、療養病棟入院基本料1を算 カウントしていただきたいんです。おととい 発熱)がどのぐらいいるのかというのはぜひ さん(常時観察、リハビリ30日以内、 ます。財務省のほうから、この前の財政制度 も、医療区分2、3に関しても論点が出てい は医療区分の1が優先になってきますけれど じゃ、どうやって減らしていくのか。まず 83%から58%に下がっ 特にその病院で多 脱水・

> だと。だったら地域包括ケア病棟をもう1病 うが得だったりとか、でもそれはナンセンス ちゃう。だったらもっと医療処置をもっと ことを考えています。 棟つくったほうがいいんじゃないか、そんな にいかないわけです。褥瘡だって治さない にはそうかもしれないけれども、そんな簡 つける、人工呼吸器をつける、それは理論 もっとふやせばいいんじゃないか、IVH ます。医療区分2、3のこの算定が厳しくなっ くってみようかとか、そういう話を考えてい で、さらにもう一つ地域包括ケア病棟をつ るとかなり単価が下がってしまうということ に移したんですけれども、もしこの改定があ 在宅復帰率50%以上の回転する医療療養病棟 包括ケア病棟に移しました。医療療養病棟は すけれども、療養病棟は26年の改定後は地域 はほかにも一般病棟があって3病棟あるんで は療養病棟を2つ持っているんです。正確に ふうに思っております。なので、その病院で でもありがちなお話なんじゃないかなという かったのは、常時監視の状態にある患者さん 結構な割合で占めていた。多分ほかの病院

残しの薬は当然ないし、そして在宅で常に訪かりつけ医をどんどんふやしていこうということでありましたけれども、今回の28年改定の目玉は薬の量を減らしていくという話が出いく。きのう行った病院でもこういう話が出いく。きのう行った病院でもこういう話です。特に在宅の患者さんの薬の量を減らしていました。薬に関しては、今回の28年改定ではかました。薬に関しているのでは、病性の薬は当然ないし、そして在宅で常に訪りていました。

ちゃったので、またくださいとか、そういう 価をしていこう、そういうお話が外来の論点 せないか、減らしているところに関しては評 です。でも、この薬の飲み残しを何とか減ら きないんだということをおっしゃっていたん れをチェックしようにもなかなかチェックで だん余っている残薬がふえてくるんだと。こ 話が結構来る。そうすると、だんだん、だん に認知症の患者さんとかが、薬がなくなっ 問看護とかで行っている患者さんはいいんだ の1つです。 れども、外来で来ている患者さんが、特

中心だったのが、それ以外の非DPC病院に めていければ高めの係数をとることができま 90%ということで、より高く後発医薬品を進 味では平均値という形で出てくるので、85%、 用割合を算定するわけですから、そういう意 れるかだと思うんです。去年の10月1日から 残っている中で、いかにこの8%に近づけら ように、ここから残り3カ月、4カ月ぐら 品係数というのは割合として結構占めている すけれども、DPC病院の方はこの後発医薬 PC病院の方も多分いらっしゃると思うんで だったのが80%に引き上げです。きょうはD うことで、60%が30年の3月末までの目標 うというのがこちらのお話です。先発医薬品 ことしの9月末までの実績で後発医薬品の使 ので、後発医薬品の割合を8%に引き上げる から後発医薬品にどんどん移していこうとい 薬の量だけではなくて単価も減らしていこ 今まで後発医薬品に関してはDPC病院

> ディスインセンティブを設けていこうじゃな 対しても後発医薬品のインセンティブとか かという話もあるわけです。

こうじゃないか、保険者であるとか、 という仕組みです。日本でそういう仕組みが テロールの数値とかヘモグロビンの数値とか かがあったときにドクターがサポートすると 管理とかを一手に引き受けていて、もしも何 方と同じような形なんですが、オランダの が27年の10月で拡大される特定看護師という 員の1つの姿になります。 看護師の特定行為 れども、まさにこれがこれからの訪問看護職 で、ナースプラティクショナーの方がいらっ の上の写真がオランダのかかりつけの診療所 が予防医療に係るお話なんですけれども、こ るので、後発医薬品の使用割合はどの病棟で 薬品の使用割合をふだんから数値としてとっ ほかの地域包括ケアとか医療療養で、後発医 あるとか、 入れられるかどうかというのは別問題とし が改善したときに診療所にお金が支払われる いう体制になっています。オランダはコレス ナースプラティクショナーはふだんの数値の のが出てくるわけですけれども、まさにこの しゃったのでちょっと写真を撮ったんですけ もとらないといけない数値になってきました。 超えておかないと逆に減算となる可能性もあ ているでしょうか。8%を超えておきたい、 これは予防医療の分野のお話です。こちら 出来高で算定している一般病棟、 ポイント制というのをこれからつけてい 医療機関に対して何らかのインセ それから 患者で

> 医療とか健診事業でのお話になってきます。 7対1がさ

ンティブが出るようにしようというのが予防

ないところというのがこれからは生き残って 度が高いところは加算をつけてあげますと わけです。でも、これは7対1だけで済まな しくするということなんですけれども、 在宅復帰率が30%超、そういったところがこ でいえば在宅復帰率50%以上、老健でいえば いくのが難しいんじゃないか。医療療養病棟 ている病棟。 療機関というのがこの在宅復帰の流れに乗 てきます。この太い矢印の中に載っている医 じゃないかなというのがこちらの文言になっ あげますとか、そういう形で誘導してくるん か、在宅復帰率が高いところは加算をつけ 1だろうとみんな下げて、重症度、看護必要 本料は、7対1だろうと10対1だろうと13 改定でも同じように来ると思います。入院基 けてあげるという方式でした。多分診療報酬 れて、頑張っているところに対して加算をつ 全サービスが基本サービス費をどんと下げら だったでしょうか。施設も在宅もかかわらず、 に財務省のほうから論点として出されている は入院基本料とかをもう下げるというのが既 達しない。前回の改定では7対1の要件を厳 していかないと4分の1削減という目標には らに厳しくということで、さらに8万床減ら いと思うんです。今回の介護報酬改定はどう 波に乗っているところになってきます。 入院のお話なんですけれども、 逆に言えば、この中に載って 今回

地域包括ケアの届け出の割合になりますけ

地域包括ケアはこれから競争の時代になって すと思ったって、そういう都合のいい患者さ りベッドが空いてくる。そして、福岡なんか どんどん頑張ろうとすると入院日数が短くな 感じで、地域包括ケアで在宅復帰にどんどん、 やっぱり空いてしまう。昔は医療療養病棟と どんどん稼働率が下がってきています。いろ らい持っているんですけれども、どんどん、 りもちょっと多めということになっていま れども、 いきます かる患者さんが来たりとか、そんなところで んがたくさん来るわけではなくて、手間のか くる。在宅復帰できる患者さんが欲しいんで アをどんどんつくってくると競争が激化して もそうなんですが、ほかの病院が地域包括ケ の1はベッドが空いちゃうわけです。そんな のを今は40日で回しています。そしたら3分 して運営していて60日ぐらいで回していたも の病院は地域包括ケア40日ぐらいで回してい んな要因はあると思います。在院日数が、そ い訪問した病院は地域包括ケア病棟を50床ぐ かなり厳しくなってくると思います。おとと 地域包括ケアに関してはこれから競争が 40日で回すとかなり高回転なので、 福岡はどうでしょうか。全国平均

念しているのはマルメにされることです。リメスが入るんじゃないか。回復リハで一番懸だというふうに考えられているので、かなりリハはやっぱり一般的には利益率が高い病棟リハはやっぱり一般では利益率が高い病棟

ルメにしてしまえば一番単純だと。ているものが、地域包括ケア病棟を参考にマハビリテーション料が今は出来高で算定でき

あともう一つは、福岡県でもう既に査定されていると思うんですけれども、運動器リハに関しては、4単位を超えては余り効果が変わらないというようなスタです。運動器リハに関しては、4単位を超えです。運動器リハに関して7単位以上は認め上の方のリハビリに関して7単位以上は認め上の方のリハビリに関して7単位以上は認め上の方のリハビリに関して7単位以上は認めかとかというのは福岡で多分査定があったりすると思うんですけれども、そういう年齢別で査定するとか。いずれにしても、この回別で査定するとか。いずれにしても、この回別で査定するとか。いずれにしても、この回別で査定するとか。いずれども、運動器リハに関しては今までとは違って利益部です。

大体ここまでで病院部門のお話をおおむねしたつもりなんですけれども、ここから介護報酬のお話をしていきます。介護報酬のお話をしていきます。介護報酬のお話をしていると思います。各サービスがこうなりまで、病院に与える影響という観点でお話ししたいたとかという話は今さらしてもあれなので、あくまでも病院に対する影響、それから診療報酬に向けてという観点でお話ししたいと思うんですが、まず介護報酬の改定率はと思うんですが、まず介護報酬の改定率はと思うんですが、まず介護報酬の改定率はのがありますので、あくまでも病院に対する影響、それからで、あくまでも病院に対する影響というのが恐らく診療報酬改定だって同じようなマイナスというのがあり得る。

うのもどんどん上がってくる。 とになるんですが、26年改定はなるべく早く も、介護の負担割合とか医療の負担割合とい 重くなってきます。消費税もそうですけれど 定です。利用者の負担もどんどん、どんどん 厳しくするんじゃないかというのが28年の改 在宅復帰率というこの3本柱の要件をもっと ども、平均在院日数、それから看護必要度、 数字3兄弟、私が名づけているものですけ と。それを受けて28年の改定が来ます。 在宅の看取りをふやしていこうじゃないか うというのが27年の介護報酬改定。そして、 自立度が3以上の方でも診られるようにしよ 家に帰ってねという在宅復帰がメイン。そし て、この家に帰った方が中重度とか認知症の 26年改定から28年改定までの流れというこ

の金額がどのぐらい持っているのかという バー制度というのが入ってくると、預貯・ 担とか決まっていました。これがマイナン 額で負担割合というのが1割負担とか2割負 になってきます。今までは給与とか年金の 合というのはどんどん上がってくる。 はなくて預貯金がわかってくるとこの負担 いうような議論が出てくるので、 割負担、3割負担でいいんじゃないのとかと 1,500万円持っているんだったら別に2 れているというデータがありますけれども、 は平均で1、500万円ぐらい預貯金を持た の10月から入ってきます。これが結構くせ者 そして、マイナンバー制度というのが27年 が明らかになってくるので、 高齢者の 収入だけで

合が上がってくるとどういうデメリットが経合が上がってくるとどういうだと、受診抑制とかけれども、ちょっと週1回で勘弁してください、外来だって日数をもうちょっと減らしたいんだ、入院の日数だって1日早く帰していたけれども、ちょっと数をもうちょっと減らしたいんだ、入院の日数だって1日早く帰していたけれどか、やっぱりそういうような経済的な関機というのが患者さん側に出てくるというのがこの負担の割合の変化というごとになってきます。

うにいつも思うんですけれども、病院の方は するのであれば、要介護度3から5の方の と持っているというのが大事なんじゃないか ループとして、もしくは連携している事業所 施設に行った方の医療区分が2なのか3なの れた患者さんの要介護度が幾つなのか、介護 じゃないかなと思っています。病院に入院さ 値をお互い知っているというのが大事なん 連携できているところ。具体的に言えば、 してあるのは医療と介護をうまく情報として ずという世界があるわけですけれども、これ と介護というのはすごく壁が厚いなというふ だ要介護度1とか2の方は受けられますよと 合が今現状ではこのぐらいです。 なと思います。そして、さらにデータを加工 か1なのかとか、そういうデータを法人グ から生き残っていける医療法人の1つの像と 介護のことはあまり知らず、逆はあまり知ら この写真はベルリンの壁の写真です。 そういう形で数値の把握の仕方の工夫を だから、 医 数

ます。するというのも大事なんじゃないかなと思い

介護報酬の改定はこういうやり方でやって介護報酬の改定はこういうやり方でやってきました。基本サービス費をみんな下げて、きました。基本サービス費をみんな下げて、と、こういうやり方が診療報酬でも来るんと、こういうやり方が診療報酬でも来るんと、こういうやり方が診療報酬でも来るんと、こういうのがすごく強調されました。共助自助というのがすごくなってくるので自助というがら自助へという流れになります。どの道、保険で見るものというのは、だんだん、だんけ政が苦しくなってくるので自助というが強調されていきます。きょう最後にご紹介している夢のみずうみ村というのが、まさに自助を促すような施設です。デイサービスで運営されているところであります。

こでそういう方を見られていたのに、 ば、そういう方をどこで診るのかという問題 難民の1つ。そして、医療で言うと医療区分 というのが財務省の本音ということになって 2に関してはもうつけないよと。逆に言え 給付に関しては、要支援者、要介護度1、 デイサービス、宅老所というのがあって、 1の方の行き場がなくなってくる。 逆に言え んどん出てくるんじゃないかということで の難民であり、医療の難民、そういう方がど きます。だから、これから出てくるのは介護 ば、要介護度3から5の方に限定していくよ :出てきます。せっかく佐賀県ではお泊まり こういうことも言っているわけです。 要介護度1、2、要支援の方というのも セーフ

ころとリンクしてきてしまう。当たりの部屋平米が73平米以上であるとか、定員に関しては9名以下でとか、4日を超えた員に関しては9名以下でとか、4日を超えた前する場合には報告書を出してほしいとか、確かに尊厳という意味では大事なことか、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超えたが、4日を超れたが、4日を超れたが、4日を超れたが、4日を対していたのに、1人をはいたが、4日を対していたが、4日を対しながが、4日を対しながものとかが、4日を対しなが、4日を対しなががえたが、4日を対しなが、4日を対しなが、4日を対しなが、4日を対しまなが、4日を対しなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4日をはなりが、4

機能訓練とかというのが入っているわけです。 ういう考え方です。そして、今回の介護報酬 も何かがあったらドクターのほうで診る、 察とかに関しては訪問看護職員がやり、 行為の拡大ということです。ふだんの病状 きっかけになるのが27年10月の看護師の特定 診察の矢印が出ていますけれども、これ 年4月に向けて変わっていく。この定期的 す。なので、介護職員に関しては30年4月で いか、そういう考え方が出されているわけで くても介護職員とか看護師でもいいんじゃな ハビリをやるのは別にPT―OT―STでな てやるのがPT-OT-STで、ふだんの 回の改定で計画とかアセスメントを中心とし す。PT―OT―STの役割というのが、 改定と関連しているのはこのセラピストで 医師とか看護職員、セラピストというのが30 職種の役割の変化というところでいくと、 在宅復帰をした後のリハビリに関しては、

持ってきているわけです。 負担とすべきじゃないか、そういう話まで 要支援者に対するサービスに関しては、もう すべきだと財務省が言っているのは、いわゆ 担とする。調理とか洗濯とか掃除とかに関し 生活援助です。これに関しては、原則自己負 す。それは財務省のほうでも言っていまして、 けです。そして、期間の制限だけではなくて 自己負担とすべきじゃないか、全額100% る総合事業です。市町村のほうに管轄を移す いてないですけれども、もう一つ自己負担に スに関しては自己負担なんだと。ここには書 て丸投げでお願いしている、そういうサービ こちらにありますけれども、特に訪問介護の つけないよというメッセージになってきま でもうつけないよ、家事援助に関してはもう いうのが行っていますけれども、これは保険 介護福祉士からこの矢印が右下に家事援助と い、そういう考え方が出されているわけです。 日常の生活を意識したリハビリをやってほし そういうようなメッセージが出されているわ

の看取りというのを施設でやってほしいと。 の介護報酬改定はかなり下げているわけです の介護報酬改定はかなり下げているわけです か在宅はある程度加算をつけてあげましょ う、特養だけじゃなくて老健、グループホー ム、有料老人ホームで加算をつけてあげま しょうと。施設での看取りがふえてくれば病 しょうと。施設での看取りがふえてくれば病 に影響してくる。特にこの看取りの中で老衰

> に思います。あともう一つは、入居者に対し ださいということを説明するからここで看取 取れている理由なんじゃないかなというふう けられるというのがこの有料老人ホームで看 看取りの場面になった場合でもすぐに駆けつ ドクター2名が訪問診療に行っていて、 くて夜もいるというのが1つ。もう一つは、 す。5人は全員病院に搬送せずに有料老人 ありますけれども、去年5人看取ったそうで えてくる。そうすると病院の稼働率が下がっ てくるということはないけれども、徐々にふ れている。そういうような施設がすぐにふえ て、ここで看取る、それを前提に入所してく いるかというと、看護職員が昼間だけではな いビレッジの有料老人ホームは全員看取れて ホームで看取ったそうです。なぜこのゆうあ ビレッジにある有料老人ホームです。27室 この写真は佐賀県の織田病院さんのゆうあ 何か

算をつけてあげますよと。とか5とか、そういった方を見てくれれば加とか5とか、そういった方を見てくれれば加ています。ただし、中重度の方、要介護度4特別養護老人ホームは5%から6%下がっ

動というのを取り組んでいる施設です。口で分ないと思います。東京の板橋区にあるマイライフ徳丸という78床の特別養護老人ホームです。なぜここの施設をご紹介しているのかです。なぜここの施設をご紹介しているのかというと、今回の介護報酬改定を受けてといきいうと、今回の介護報酬改定を受けてといます。東京の板橋区にあるマイラよりは、介護報酬改定の前から経口維持活を、実は特別養護老人ホームを見学しに行った

の1つだと思います。 食べられるようにVEを実施して嚥下機能を まうで、厚生労働省もモデルにしている施設 ようで、厚生労働省もモデルにしている施設 ようで、厚生労働省もモデルにしている施設 ようで、厚生労働省もモデルにしている施設

やっています。 込むかどうかをチェックするというテストもこれがネブライザーでクエン酸を出して咳きを使って嚥下の機能がどうなのか。そして、これがVEで実施する内視鏡です。内視鏡

チェックしています。食べたときの様子はどうなのかというのを食べたときの様子はどうなのかというのをの方の歯がどれぐらいの本数あるのかとか、改定を受けて、このラウンドをしてそれぞれこれがミールラウンドで、今回の介護報酬

これが食事、いろんなパターンの食事なんですけれども、すごくコストがかかっているそうです。これだけミキサー食とか、いろんな種類の食事をつくるとコストがかかるみたいで、委託の給食の業者がここ何年間で5回いで、委託の給食の業者がここ何年間で5回か。ここが大事なところで、933日からか。ここが大事なところで、933日からか。ここが大事なところで、933日からか。ここが大事なところで、933日からか。これはお手元の資料にありますでしょうか。これはお手元の資料にありますでしょうか。これはお手元の資料にありますでしょうか。これはお手元の資料にありますでしょう。

としても、今までは30日入院していたかもしとしても、今までは30日入院していたかもしれないけれども、12日で済んだとか、そうれないけれども、12日で済んだとか、そうと、こういうはそこに住まわれているわけですから、病院に入院されることは収入の減になるわけです。こういう経口維持活動に取り組むと、誤嚥性肺炎だけではなくてその他の入院も減ったそうです。その他の入院はどうい方、院が減ったのかというと、脱水であるとか尿路感染症、発熱、そういった患者さんの入院の延べ日数も減っています。

をれが介護報酬の影響であります。 をれが介護報酬の影響であります。 をれが介護報酬の影響であります。 をれが介護報酬の影響であります。 をれが介護報酬の影響であります。

の不足のところまで飛びます。
介護療養のここはいいですかね。介護職員

語の能力があるのかなということで一緒にラやっぱりこの介護福祉士の不足というのが一ない。この写真は、織田病院さんのゆうあいどす。この写真は、織田病院さんのゆうあいどかっぱりこの介護福祉士の不足というのが一

ここのゆうあいビレッジには今6人のインド すかというふうに聞いたら、ずっと佐賀県の ドネシアに帰りたいですか、ここにいたいで タッフがいないときに2人聞きました。 帰国しなくなってきます。織田病院さんのス ループになってくるので、やっぱりなかなか 6人とか10人になってくると結構1つのグ 結構あるんじゃないかなと思います。でも、 やしていかないと帰国するリスクというのが れるということであれば、人数をある程度ふ 制になるそうです。やっぱり外国人の方を入 シアでは看護師です。今度4人ふえて10名体 ネシア人の方がおられて、2人ともインドネ うではなくてカトリックの方もいるそうで、 というふうに思っていたんですけれども、 ども、実はカトリックです。私はインドネシ アってはみんなイスラム教なんじゃないかな この2人は、インドネシア人なんですけれ

これが最後にご紹介することにつながる生

それはさておいて、このデイサービスに関し

す。2,000円取られるんですけれども、に行ったんですけれども、見学料を取られま

うのは介護職員の不足に役に立つ。

じゃないかなというふうに思うんです。そん鹿島にいたいですと。多分これは本音なん

な感じでインドネシアの方が定着されると

業の段階ということで、2段階で卒業を設け サービスとか自宅に戻れるというのが次の卒 デイケアで専門的なリハビリを行い、デイ うにするというのが1つ目の卒業。そして、 という段階が2段階あります。病院から退院 も、病院から在宅復帰した後のリハビリに関 した後の流れということになるんですけれど して、まず訪問リハを入れ、そして通えるよ 鍵になってくるのが卒業という話です。卒業 介護のリハビリの考え方。そして、もう一つ 超えたリハビリに関しては減点する、これ リをやってください。だけれども、 も、退院した後3カ月の間で集中的にリハビ 3と6という数字が鍵になるんですけれど しては6カ月という制限が今回入りました。 活向上リハビリです。上が病院で、在宅復帰 6カ月を

上リハのモデルになっているところ。見学しとなんですけど、マシンを使ったリハビリとか歩行訓練が中心だったというのが今までのりハビリ。でも、確かにこのリハビリもいいんだけれども、それだけじゃないだろうというのが生活向上リハの考え方になります。これが最後にご紹介する夢のみずうみ村ということなんですけれども、山口に本部があるんですけれども、まさにここが生活向があるんですけれども、まさにここが生活向があるんですけれども、まさにここが生活向上リハなのかどうかということなんですけれども、まさにここが生活向上リハのモデルになっているところ。見学しとなんですけれども、まさにここが生活向上リハなのかどうかということなんですけれども、まさによりでは、

んじゃないでしょうか。れから生活向上リハをやりたいという思いな察しているということは、これをモデルにこ年の12月とことしの1月ということで2回視ては厚生労働省が2回視察したそうです。去

代表の方はOTです。OTなのでこういう を。仕事はやめたかもしれないけれども、ま す。経営理念は、「人生に定年はありません」 を、仕事はでめたかもしれないけれども、ま だ人生は定年してないんだと。

護度1、2の方が中心になっています。いです。やっぱり要支援の方、それから要介りますけれども、加重平均すると大体のぐら平均の要介護度は1というふうに書いてあ

別に集団活動に参加してもいいし、 うことで、それぞれメニューを自分で選んで、 やるのもよし、パソコンを見るのもよしとい る方がいるんじゃないか。ここの施設では りとかというのは嫌だというふうに考えてい 対5ということです。私も高齢者になったと すけれども、皆さんのデイサービス、デイケ に自分のやりたいサービスを選ぶことができ マグネットがありますけれども、朝来たとき んですが、みんなで歌を歌ったり体操をした の施設は男性が5割もいらっしゃいます。5 そのぐらいいらっしゃると思うんですが、こ すか。多分女性の割合が7割とか8割とか、 アはどうでしょうか。女性の方が多くないで これはすごくヒントになるなと思ったんで 多分同じ思いをするんじゃないかと思う マージャンをやるのもよし、カジノを 何をやっ

ます。あと達成したりするとユーメがもらえたりしあと達成したりするとユーメがもらえたりとか、

思ったんですけれども。

と座ったままだと出てこなくて、自分で取りと座ったままだと出てこなくて、自分で取りに行かないといけない。車いすの方でもそうだし、歩いて行ける方でもそうだし、自分のマイ食器を持って取りに行く。そして、返すときにも自分で返しに行ったり取りに行く。だから、その返しに行ったり取りに行ったりというのもリハしに行ったり取りに行ったりというです。食

けたりとか、たんすが至るところにあったりけです。やっぱりこういうちょっとした段差けです。やっぱりこういうちょっとした段差りとか、ちょっとした段差があったりするわりとか、ちょっとした段差があったりするわけです。から、ちょっとした坂道をつけたどの施設でもバリアフリー構造になっていどの施設でもバリアフリー構造になってい

ている。とか、あえて障害というか、ハードルを設け

だす。
があらえるとか、そういう仕組みになっていけれども、こういうリハビリをやれば何ユー線の駅を並びかえるというリハビリなんです。
通路にあるのもリハビリなんですね。
京葉

はやっぱり低いわけです。 行をされていました。だから要介護度としてが、4名の方だけが車いすで、あとは自立歩が、4名の方が通所されている方がいましたうということでやっていて、私が行ったときうということでやっていて、私が行ったとき

とができるんですけれども、どのぐらいもら が案内することも、それもリハビリなんだと 男性の方でした。病院の見学とか施設の見学 しまって、多分すごくもらえると思います。 えるんですかというのはちょっと聞き忘れて 案内をすることによってもユーメをもらうこ いう考え方になっています。もちろん見学の 利用者の方が案内してくれます。 てくれるわけですが、ここの施設の場合には しに行くと、普通そこのスタッフが大体やっ の写真に写っている方で、8歳の要支援2の けれども、実は見学を案内してくれた方がこ 常者の方が上るにも結構急だなと思うんです 階段がすごく急じゃないですか。 利用者の方 普通の

え方になっています。とか野菜をここに刺して、いう仕組みで、魚とか野菜をここに刺して、の先生になることもリハビリなんだというやなって料理教室をやっています。だから、その先生になることもリハビリなんだというや

リハビリなんだと。ころもあるようですけれども、調理も洗濯もよく掃除リハビリというのをやっていると

話もしたかもしれないんですが、病床機能報告をテーマにしたお話でした。長崎とか佐賀とか福岡というのはよく行く地域で、医療費とか福岡というのはよく行く地域で、医療費とか福岡というのはよく行く地域で、医療費とかなり注目している地域だと思います。いうものをかなり進めている地域だと思います。いうものをかなり進めていかないと思のほうは納得しないということだと思いますので、これから特に1年間、この地域医療構想調整会議というものが重要なテーマになってくる会議というものが重要なテーマになってくる会議というものが重要なテーマになってくると思います。

以上です。どうもありがとうございました。

拍手)

す。大塚先生。○佐田座長 長先生、ありがとうございませんでしょうか。何でも結構でした。せっかくの機会ですからフロアからごした。

というようなことが法律の原案の中に入って としては医療法人の非営利法人ということ う法律の構成になっています。 の連携推進法人の意向を聞かないといけない の法人が何か経営をやろうとするときは、 成される1つの大枠の、要するにホールディ 病院、自治体病院、そういう非営利病院で構 ところに限定するのかと思って、それで大学 うこと。普通の医療法人は収益事業に入って とを検討しておるということで、非営利とい 国会にこれが出ているんですよね。参加資格 ガイドイランで補足するという、 てはぼやかしているというか、後で通知なり しゃるとおりで、参加資格になる法人に関し 正案の新旧対照表の条文を見ると先生のおっ イドラインをつくるだろうとは思いますけど。 た姿は見えないけど、今後これについてのガ いるものですから、なかなかまだはっきりし ングカンパニーですよね。それで、それぞれ わゆる社会医療法人あるいは特定医療法人の いますね、だから非営利法人というのは、 で、それから医政局の総務課長、土生さんが、 大学病院、それから自治体病院が参画するこ ○長 そのとおりですね。今、医療法の改 ○大塚名誉会長 地域医療連携推進法、 多分そうい

○大塚名誉会長 それからもう一つ、経済

は控えろというようなことですけど、どうなは控えろというようなことですけど、どうなということを言っているけれども、中医協のということを言っているけれども、中医協のは控えろというようなことですけど、どうないは診療報酬をうんと下げろけるとか、あるいは診療報酬をうんと下げろけるのでしょう。

○長 結局あの辺は、厚労省もすごく賢い ○長 結局あの辺は、厚労省もすごく賢い なと思うんですけれども、財務省とか、あと 経済学者に言わせているというか、直接厚労 とでも厚労省と財務省がタッグで仲良く一緒 のデーマで話をしているので、そういう意味 でいくと、あの辺は情報共有もすごくされて いるので、何かうまく利用しているなという のが厚生労働省ですし、財務省としては立場 上やっぱり数字のことを言うということです けれども、中医協が話すような内容を先に話 しちゃっているので、越権行為というのは先 しちゃっているので、越権行為というのは先

○大塚名誉会長 私は厚労省の委員に ○大塚名誉会長 私は厚労省の委員に おしていたけど、厚労省もこの流れをどう集 として、そして原案をつくって審議会にかけ として、そして原案をつくって審議会にかけ として、そして原案をつくって審議会にかけ をしていましたけど、厚労省もこの流れをどう集 として、そして原案をつくって審議会にかけ を対していたけど、過剰病床に対しては絶対手を のけないというようなことを言っていました

るかもしれないですけど。思うので、なかなか言いづらいというのがあめ、一○長の松田先生もいろいろお立場があると

かにございませんか。 ○佐田座長 ありがとうございました。ほ

ないかということですね。 字を変えなくても振り落としはできるんじゃ 必要度に関しては、A項目を見直しをすれば ので、そういう意味では80%にしても85%に ども熊本の済生会病院とかあの辺が満たせな では3兄弟の数字で、例えば在宅復帰率に関 じゃなくて3分の1でも厚労省としては別に ない。どの辺の線でおさまるんでしょうか。 クとか白内障とか睡眠時無呼吸とか、 は短期入院を除外するということで、 図とか、 簡単に外すことができるので、酸素とか心電 してもいいというのが在宅復帰率です。看護 いということで75%にしたという経緯がある もとあれは90%以上にするつもりで、だけれ しては今75%以上とありますけれども、もと いいと思っているはずなので、そういう意味 もう7対1病床は離脱していかなくちゃいけ 病棟数字3兄弟ですか、あれを厳格化すれば で来るわけですけれども、多分先生が言った いということです。次の改定はあと1年以内 い。先生の講演では8万床ぐらいは減らした 日時点でたしか15万床ぐらいしか減ってな かなか減らないということで、 〇長 では、私のほうから。今7対1の病床がな あの辺を外せば簡単に15%という数 例えば、減らせる分には、4分の1 在院日数に関して 昨年の9月30 、ポリペ あの辺

を外すとか、そういうのがこの前あったと思うんですけれども、じゃ、カテーテル検査もらんですけれども、じゃ、カテーテル検査もとかパーセンテージとかというものだけではなくて、要件の設定の仕方を変えれば簡単になくて、要件の設定の仕方を変えれば簡単にかくですけれども、じゃ、カテーテル検査も

○佐田座長 ありがとうございました。 ○佐田座長 ありがとうございました。 さょうお集まりのところは全てが民間病院で すが、先生が言われる公的病院から減らしてほ たっている。公的病院は県知事の命令で病床 とっている。公的病院は県知事の命令で病床 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間 を減らすところは減らせと言われた後に民間

○長 そこで問題になってくるのは、この 地域医療構想のリーダーシップをとっている のは都道府県というのが、結構これがプラス・ マイナスがあって、マイナスが大きいと思う んですけれども、都道府県が主導になっている というと、立場上なかなか出せないというと ころもあると思うので、そこが問題をややこしく があると思うので、そこが問題をややこしく があると思うので、そこが問題をややこしく しているように思うんです。なので、都道府 県のほうもすごく国から言われて困っている と思うので、そういう意味でサポートする人 と思うので、そういう意味でサポートする人

きに、やっぱり毒が必要なんじゃないか。私きに、やっぱり毒が必要なんじゃないか。私きに、やっぱり毒が必要なんじゃないか。私だも、それはとんでもないとか、そういうれども、それはとんでもないとか、そういうれども、それはとんでもないとか、そういうことをマスコミなどを通じて発信するというのも1つのやり方だと思っていまして、地方のも1つのやり方だと思っていまして、地方のも1つのやり方だと思っていままと言うのもあれなんですが、それも1つのやり方かなと思っています。

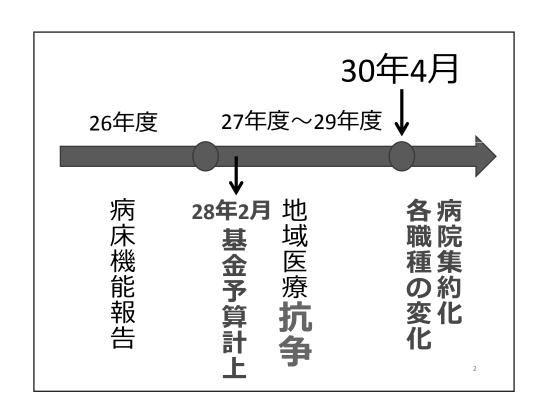
た。フロアからございませんか。 ○佐田座長 どうもありがとうございまし

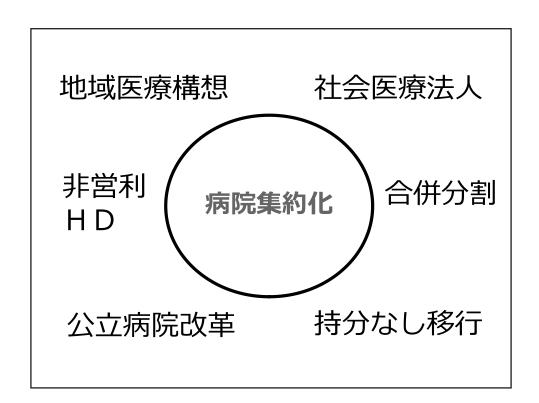
ありがとうございました。 ○杉専務理事 長先生、それから佐田先生、それでは、杉専務理事、お願いいたします。

とうございました。きます特別講演会を終了いたします。ありがきます特別講演会を終了いたします。ありがこれをもちまして平成27年度定期総会にお

でございました。(拍手) おお、引き続き、この会場を出られましてなお、引き続き、この会場を出られましておりまなお、引き続き、この会場を出られましてなお、引き続き、この会場を出られまして

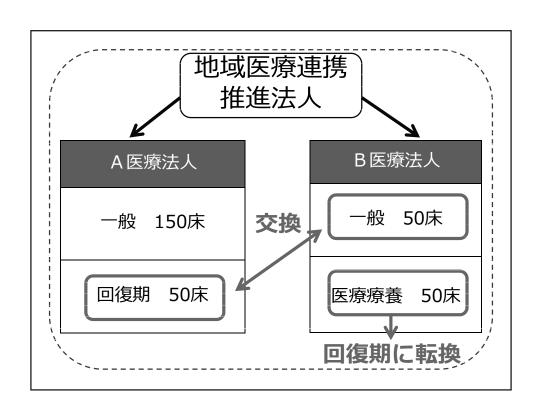


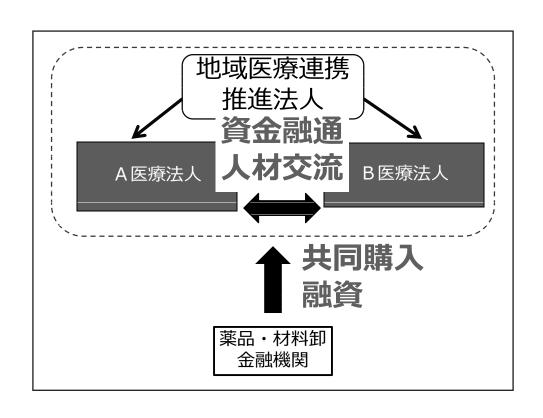


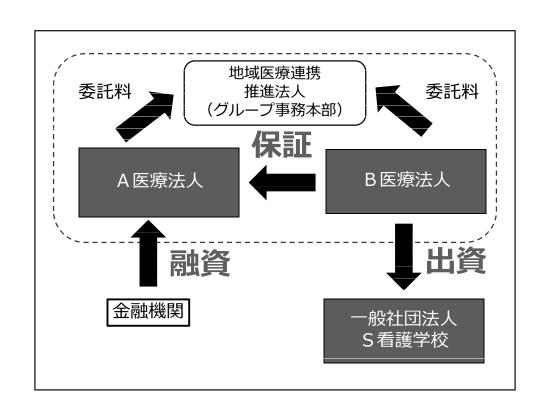


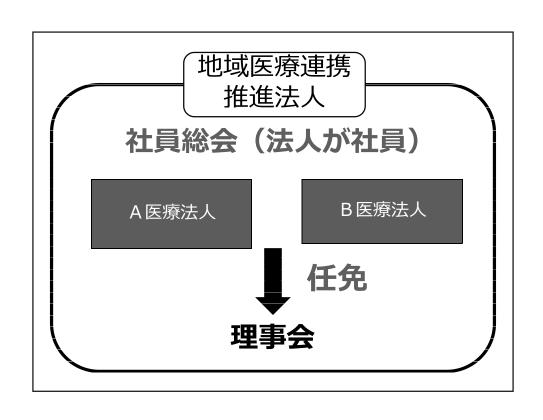
『日本にも、Mayo Clinicのような、ホールディングカンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべき』 (26年1月22日ダボス会議 安部総理)

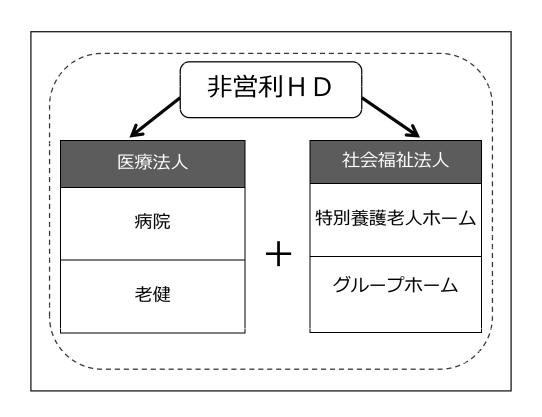


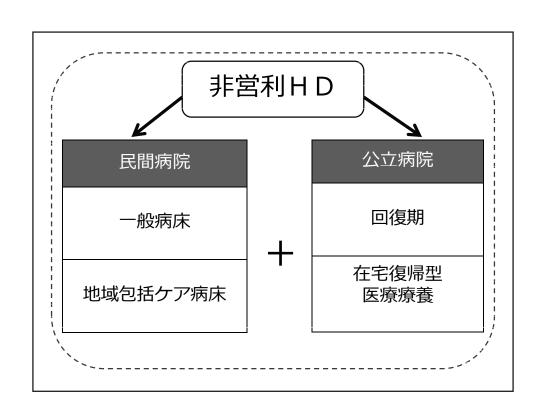






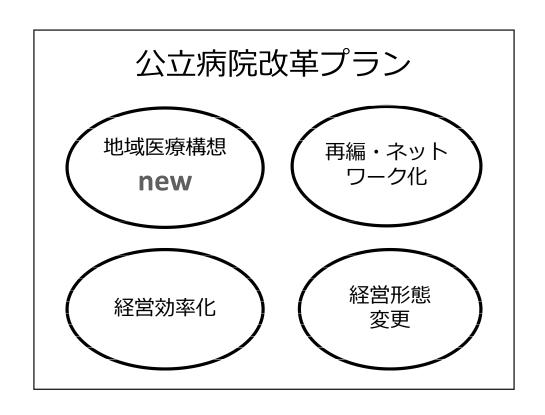




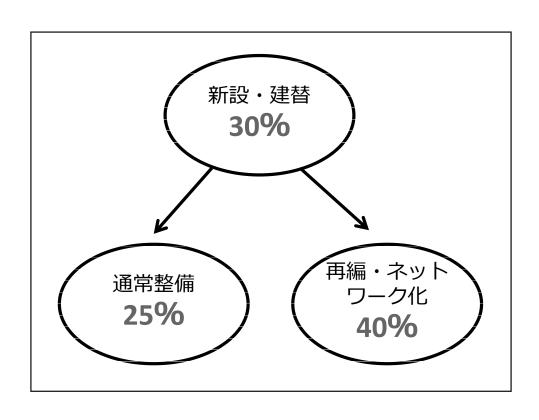


# 公立病院改革

「今年度中に、新たな公立病院改革ガイドラインを策定する。』 (6月24日 経済財政運営と改革の基本方針)



「地域医療構想を踏まえ、公立 病院が果たすべき役割を明確化 するとともに、**経営効率化や病 院間の再編**等を推進」



## 自治体病院職員と民間病院の給与格差

		自治体病院	民間病院	指数
		(千円/月)a	(千円/月)b	a/b*100
	医師(含歯科医師)	1,114	1,089	102
	看護師	372	339	110
	准看護師	363	290	125
	看護業務補助者	213	200	107
	薬剤師	420	346	121
	医療技術員	382	295	129
L	事務職員	359	286	126
	技能労務員	283	228	124

(出典)「病院経営実態調査報告(平成23年度版)」(全国自治体病院協議会)

# 100床に対し@70.7万円

公立病院				
4 F	50床	0 %		
3 F	50床	80%		

# 福祉医療機構→民間金融機関

(単位:億円)

	2 6 年度	2 7年度	
医療貸付	<b>1,536</b> △ <b>1</b>	<b>4</b> % 1,321	
介護貸付	<b>2,880</b> △0.	1% <b>2,</b> 865	

(福祉医療機構 27年度事業予算の概要)

### 高度急性期



回復期



### 一般急性期

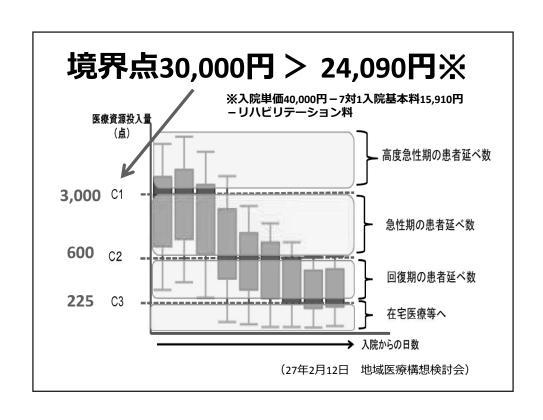


長期療養



2015年 10,000床			
高度急性期	1,500		
一般急性期	5,000		
回復期	1,000		
慢性期	2,500		

2025年 7,500床			
750			
3,000			
1,500			
2,250			

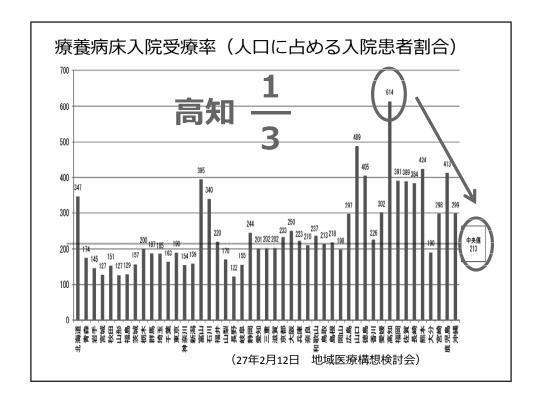


# .都道府県

回復期、長期療養への転換 遊休病床の削減



公的医療機関等 それ以外



### 『医療区分2、3の算定要件を厳格化 することが必要』

(27年4月27日 財政制度等審議会)

- ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施ししている状態(医療区分3)
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30日以内(医療区分2)
- · ・脱水かつ発熱を伴う状態(医療区分2)



かかりつけ医个

+

- · 重複投薬↓
- 残薬↓

24

『DPC病院の機能評価係数Ⅱの「後発 医薬品係数」について、入院医療で用いられる薬剤に占める後発医薬品の割合に 応じた加算の頭打ちを80%へ引上げ』

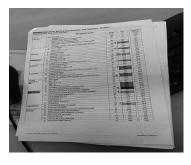
(27年4月27日 財政制度等審議会)

『非DPC病院に対する、後発医薬品使用割合に応じた診療報酬上の加減算措置の導入』

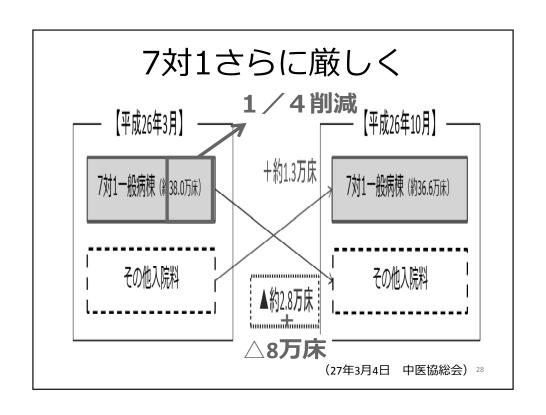
(27年4月27日 財政制度等審議会)



## 健康増進

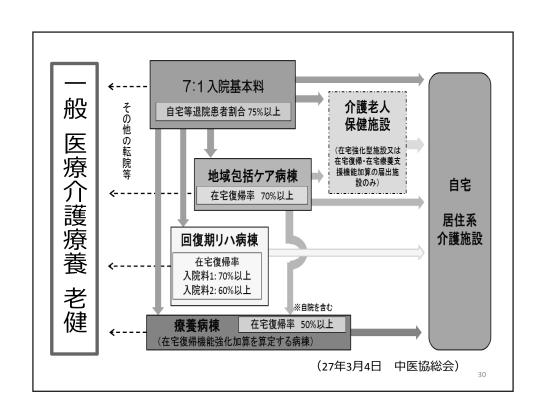


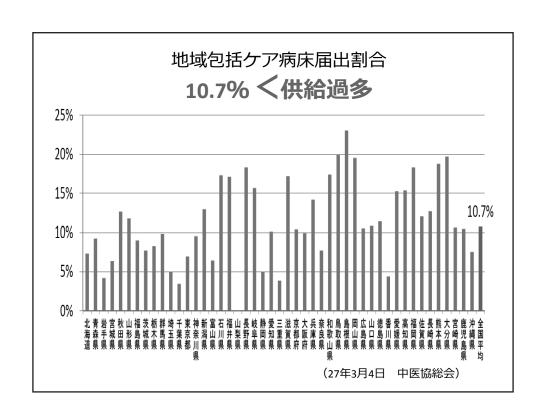
# 健康ポイント

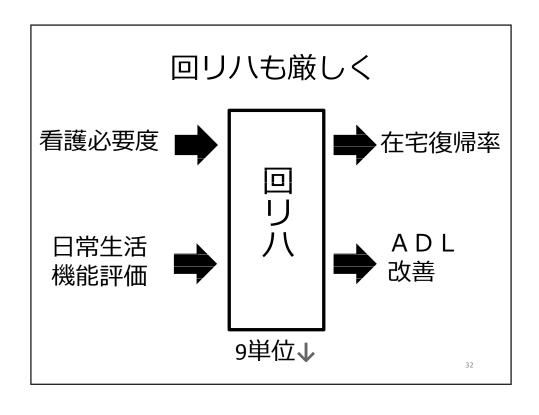


### 『7対1病床要件厳格化に加え、**同入 院基本料や各種加算を引下げて**15対 1病床等との収益差を縮小』

(27年4月16日 経済財政諮問会議)







### 27年介護報酬改定率

**△3.92%** 

H26診 在宅復帰

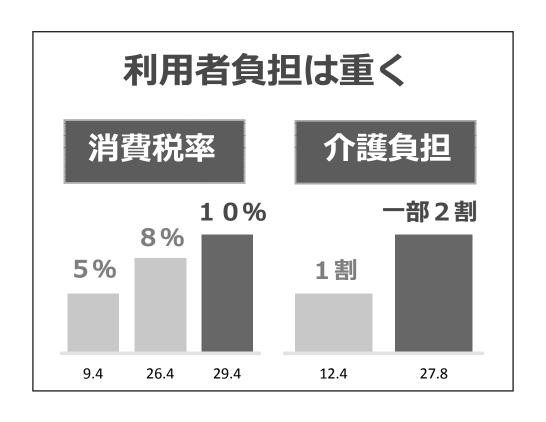


H27介

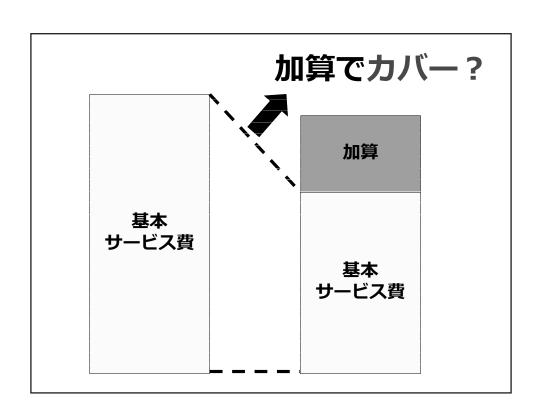
中重度・認知症 在宅看取り



H28診 病棟数字3兄弟







## 自分でできることは自分でする

<b>自助</b> 个 介護保険外	<b>互助 ↓</b> ボランティア N P O
<b>共助</b> ↓ 医療保険 介護保険	<b>公助</b> ↓ 生活保護 障害者福祉

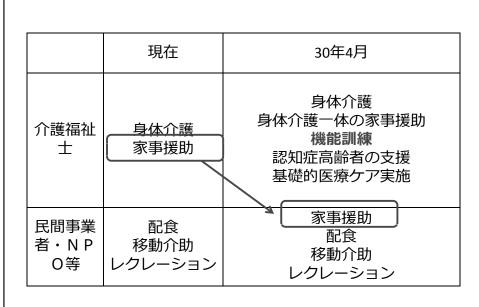
38

『(介護)給付については、ドイツ、韓国では中重度者のみが対象とされており、 日本の要支援者、要介護1、2に相当する軽度者は対象外とされている。』

(27年4月27日 財政制度等審議会)

	現在	30年4月
医師	定期的な診察 急変時の対応 看取り	在宅医療開始時の指導 急変時の対応・指示 看取り
看護職員	診療の補助 療養上の世話	病状観察 夜間を含む急変時の対応 看取り
セラピスト	リハビリ実施	<b>アセスメント・計画作成</b> 困難ケースリハ

(2010年4月6日 地域包括ケア研究会報告書)



(2010年4月6日 地域包括ケア研究会報告書)

41

『軽度者に対する生活援助は、日常生活で通常負担する費用であり、原則自己負担(一部補助)の仕組みに切り替える必要』

(27年4月27日 財政制度等審議会)

# 施設サービス

43

# 施設看取り个病院の稼働率→

100床あたり年間看取り件数 24.4~11

特養	老健	介護療養	有ホ サ高住 等	グループ ホーム
9.9人	5.8人	29.2人	6.0人	4.8人

## 特養看取り要因

老衰	51.8%
心不全	15.7%
肺炎	11.0%
がん	7.6%
脳卒中	2.4%

(平成21年度 特別養護老人ホームにおける看取り対応に関する調査研究事業)。



# 特養 ほぼ一律↓

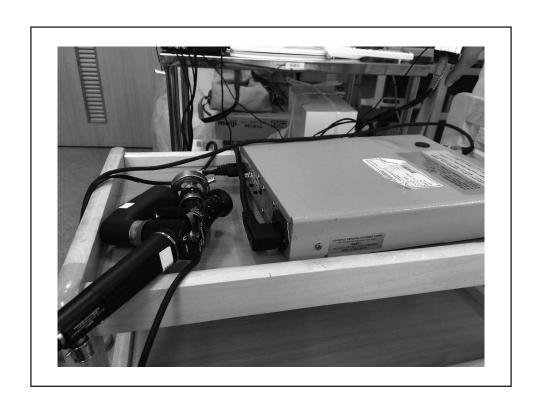
要介護 度	ユニット型	多床室	従来型個室
4 -	△5.6%	△5.6%	^ F 70/
$1\sim5$	$\sim$	$\sim$	△5.7%
	△5.7%	△6.3%	

要介護度**4~5 70%以上** or 認知症皿~ 65%以上 or 胃瘻・喀痰吸引 15%以上

特養 8.7% 地域貢献活動

48

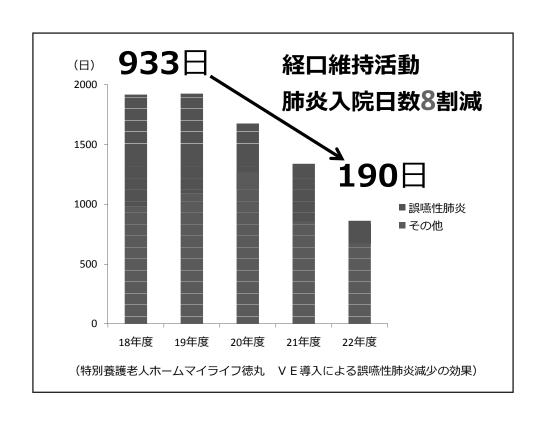












ターミナル 喀痰吸引 or 経管栄養 10%以上 50%以上

> 介護療養 8.2%

重篤身体疾患 or 認知症Ⅲb~M 50%以上

55

## 介護療養 強化型移行もマイナス

要介護	従来型 前	従来型	従来型	
度	→ 従来型 後	↓ 強化型 A	→ 強化型 B	
1~5	△5.2% ~	△1.0%	△2.5%	
	△5.3%			

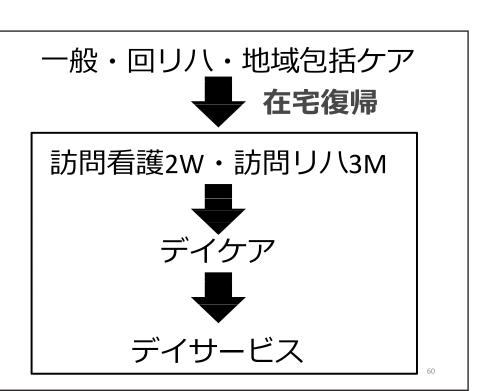
## 処遇改善加算 現場負担増

介護職員 不足感 **73.6**%

WLB・労基法









61





### 夢のみずうみ村 代表 藤原茂ブロゲ



日々の出来事やいろいろな思いを皆様にお伝えしていきます

### ○ おおつち事業の転換期

おおつちの子ども夢ハウス事業は、延べ人数何人の方々の「お志」が集まった結果だろう かと、今更ながらに思い、素朴な感謝の気持ちが沸き上がり、連帯感を強く意識すること ができます。

一方で、当初予定していた1億円募金は、目標額の4割を現在までに達成し、予定した事 業を展開してきましたが、募金活動のみでの運営ですので、おのずと限界が決まっていま

社会福祉法人の活動ではありますが、私どもの法人自体が赤字ですので、応援資金を捻出 するだけの余裕がございません。 しかし、活動重能は 脈カと子ども達が 2 0 歯を招えるまで結けていくことが宿命であ

ります。悪戦

ん。 マグキュド

### 藤原代表はOT





1948年山口県萩市生まれ 作業療法上 NPO法人夢の湖舎理事長、株式会社夢の みずうみ社代表取締役、琉球リハビリテーション学院長、日本作業療法士連盟相 談役 詳細 >>

> 2015年4月 木 金 土 日













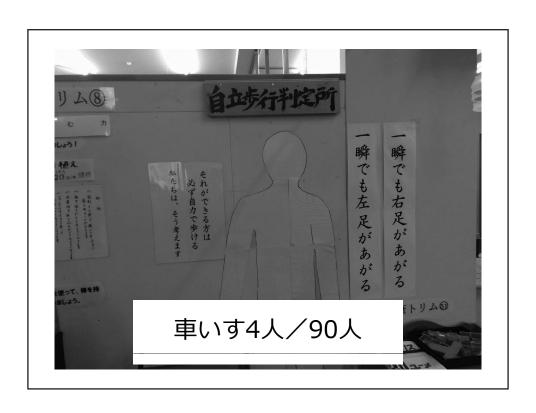






















### 一般社団法人福岡県医療法人協会役員等名簿

(平成27年5月16日~平成28年度に関する総会終結のとき)

役職	氏 名	医療施設名	住 所	Ŧ	T E L F A X
会 長	鬼塚 俊一	医療法人 聖峰会田主丸中央病院	久留米市田主丸町益生田892	839- 1213	0943-72-2460 0943-72-3293
副会長	合原 正二	医療法人 合原会	八女郡広川町長延608-2	834- 0105	0943-32-0120 0943-32-2491
理事	毛利雅彦	医療法人 桂雅会毛利外科医院	大野城市下大利1丁目17-1	816- 0952	092-571-3371 092-572-0542
//	陣内 重三	医療法人 井上会篠栗病院	粕屋郡篠栗町尾仲94	811- 2413	092-947-0711 092-947-0715
//	杉 健三	医療法人シーエムエス 杉循環器科内科病院	大牟田市大字田隈950-1	837- 0916	0944-56-1119 0944-56-2077
//	牟田 和男	医療法人社団誠和会 牟田病院	福岡市早良区干隈3丁目9-1	814- 0163	092-865-2211 092-865-5556
//	三野原義光	医療法人泯江堂 油山病院	福岡市早良区野芥5-6-37	814- 0171	092-871-2261 092-863-2641
//	佐田 正之	医療法人佐田厚生会 佐田病院	福岡市中央区渡辺通2丁目4-28	810- 0004	092-781-6381 092-724-9411
//	茂木 啓右	医療法人明和会 茂木病院	福岡市西区姪の浜6-1-20	819- 0002	092-881-0638 092-884-0222
//	黒田・康夫	社会医療法人大成会 福岡記念病院	福岡市早良区西新1丁目1-35	814- 8525	092-821-4731 092-821-6449
監事	下河辺正行	社会医療法人共愛会 戸畑共立病院	北九州市戸畑区小芝2-4-31	804- 0092	093-330-0032 093-330-0042
//	篠原 俊	篠原公認会計士事務所	福岡市中央区警固2-12-5	810- 0023	092-751-1605 092-741-2581

### 一般社団法人福岡県医療法人協会名誉会長・顧問名簿

役職	氏 名	医療施設名	住 所	₹	T E L F A X
名誉 会長	大塚 量	社会医療法人大成会 福岡記念病院	福岡市早良区西新1丁目1-35	814- 8525	092-821-4731 092-821-6449
顧問	横倉弘吉	医療法人 弘恵会ヨコクラ病院 (アルテンハイムヨコクラ)	みやま市高田町濃施394 (みやま市高田町濃施409)	839- 0215	0944-22-5811 0944-22-2045 T(0944-22-6751) F(0944-22-6833)

**※一般社団法人日本医療法人協会** 〒102-0071 東京都千代田区富士見2丁目6番12号

TEL 03-3234-2438 FAX 03-3234-2507