

2014.09.02

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

# 医療経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

「がん患者・経験者の就労支援～検討会」開催  
土日の化学療法・放射線治療外来の一層の整備を

厚生労働省

医療機関における携帯電話等の使用指針公表  
診療室等、各エリアの使用ルール設定が詳細に

総務省

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成26年6月末概数)

## 3 経営情報レポート

高齢者ケアの将来とは  
慢性期医療の課題と今後の展望

## 4 経営データベース

ジャンル: 医療経営 サブジャンル: 成年後見人

成年後見制度の概要  
成年後見登記制度とは

## 医療情報

### ヘッドライン ①

厚生労働省  
「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」

## 「がん患者・経験者の就労支援～検討会」開催 土日の化学療法・放射線治療外来の一層の整備を

厚生労働省は8月15日、「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」の報告書を公表した。

6月23日に開かれた最終会合では、厚労省の提示した報告書案に修正意見が出されたが、修正内容を座長に一任することとなっており、今般、この修正を加えた報告書の確定版が公表されたものである。修正に当たっては、「記述を噛み砕く」「就労支援をより充実させる項目を追加する」などに焦点を絞り、具体性と簡易性を特に強調したという。

報告書本文全体を俯瞰すると、がん患者・経験者が治療と仕事を両立させるうえでの課題について、(1) 患者視点、(2) 医療機関視点、(3) 企業視点、に分けて分析している。

(1) 患者視点：「がんそのものによる症状、がんに対する治療に伴う身体的問題、就労継続等への不安など心理的問題が生じる」「『仕事を辞め治療に専念する』との決断をしまいがち」「上司に相談しにくい」「企業規模が小さい場合には、主要な職員のがん罹患が経営に大きな影響を及ぼす（追加項目）」ことなどがあげられた。

(2) 医療機関視点：「治療を最優先に考えるため、患者が働いていることへの意識が少ない」「主治医と企業の産業医等との連携が不十分なケースがある」などの課題がある。

(3) 企業視点：「がん患者に対してだけ特別に配慮することは難しい」「がんに対する知識が十分でなく、具体的な対応策がわからない」「国際競争にさらされる中で、患者への取組みを十分に行う余裕がない場合もある（追加項目）」といった状況が浮かんできている。

こうした課題を克服するために、報告書はさまざまな方面に対して要請・提案を行っている。まず、がん患者・経験者とその家族には、「医療機関から受けた情報を企業に説明し、自身の病状に応じて、自分ができることを伝

える」よう求めている。

がん医療の砦となる「がん診療連携拠点病院」には、次のような要望を行っている。

- 主治医が、病状を考慮したうえで「今すぐに仕事を辞める必要はない」旨を伝える
- 「仕事を持った者」としての観点も踏まえた治療方針となるように配慮する
- 平日昼間に通院できないがん患者を対象とする「平日夜間」「定期的な土曜・休日」における外来化学療法・放射線治療などを実施する
- 就労に関する相談支援・情報提供体制を整備する（社会保険労務士等の専門家との連携や、地域で活動するがん患者会を通じた情報提供、リーフレット等の整備など）

さらに今般の最終修正において、「拠点病院以外の医療機関においても、拠点病院の取組みを参考にしながら、個々の医療機関の機能や地域の実情に応じた取組みを行うことが望ましい」との提言が追加されている。

また、企業に対しては、次のような要望を行った。

- 人事労務担当者、上司、同僚などが、それぞれの立場でがん患者・経験者の就労上の課題や配慮事項について把握し、がん患者・経験者が相談しやすい環境を整える
- がん患者の治療や検診受診のため、時間単位や半日単位の休暇制度、短時間勤務制度の導入など、柔軟な働き方等について検討を行う
- 主治医や看護師、産業医等と連携し、継続的な状況把握を行う
- 人事労務担当者、上司、同僚など、がん患者・経験者が働くうえで密接に関わる者に対し、がんについての正しい知識を身につけることを目的とした研修や講演会等を実施する

関係する日医や日看協をはじめとする医療関係団体、都道府県の担当部局等に対しては、「がん患者・経験者の就労支援に関する普及啓発」などを積極的に行うよう求めている。

## 医療機関における携帯電話等の使用指針公表 診療室等、各エリアの使用ルール設定が詳細に

総務省は8月19日、電波環境協議会がまとめた「医療機関における携帯電話等の使用に関する指針等」を公表した。使用ルールを制定する際の考え方や、携帯電話端末を使用可能な場所での医用電気機器との離隔距離の目安（約1メートル）などが示された。この指針は病医院の規模等は問わず一律とする。

指針では、診療室などエリアごとの使用ルールの設定が細部にわたっているため、医療機関ではぜひ参考にしてほしいという。各病院運営責任者や関係者の対策等に役立つ必読内容となっている。

### （1）一般的な注意事項

各医療機関でルールを設定するに当たり、注意すべき主な事項は次のとおりである。

#### ① 離隔距離の設定

携帯電話端末からの電波は、端末からの距離が遠くなるにつれて減衰することから、一定の離隔距離を確保すれば、医用電気機器への影響は防止することができると考えられる。一方、医用電気機器に密着して使用した場合は大きな影響が発生するおそれがあるため、医用電気機器の上に携帯電話端末を置くことは禁止することが必要である。離隔距離については、医用電気機器の電磁両立性に関する国際規格で用いられている推奨分離距離等を参考にして、影響が懸念される医用電気機器から1m程度離すことを目安とする。

なお、医用電気機器を使用している患者（体外式ペースメーカー使用者等）が付近にいる場合、同様に医用電気機器からの離隔距離を設定することが必要である。

特に影響が懸念される医用電気機器は、汎用輸液ポンプ、注射筒輸液ポンプ、血液浄化装置、体外式ペースメーカー、人工呼吸器、補助循環用バルーンポンプ駆動装置、経皮式心肺駆動装置、補助人工心臓駆動装置、閉鎖循環式定置型保育器等。

#### ② マナーの観点

共用空間での携帯電話端末による通話等は、他の患

者の静養を妨げるおそれがあるため、各医療機関においてマナーの観点を考慮した使用制限を設けることが適切である。具体的なルールの内容は、各医療機関の状況を勘案して、それぞれ検討・設定すること。

#### ③ 個人情報、医療情報の保護

携帯電話端末には録音、カメラ機能を備えるものが多いが、個人情報の保護、医療情報漏えいの防止の観点から、医療機関でのそれらの機能の使用は、原則として控えられることが適切である。そのため、必要に応じて、各医療機関の状況を勘案したルールをそれぞれ検討・設定すること。

### （2）エリアごとの使用ルールの設定

① 待合室、ロビー、食堂、廊下、エレベーターホール等  
通常は医用電気機器が存在しないエリアであるため、マナーには配慮しつつ、通話等を含めて使用可能とすることができる。ただし、医用電気機器を使用している患者がいる場合、医用電気機器から設定された離隔距離以上離すこと。また、使用が制限されるエリアに隣接している場合は、必要に応じて使用制限を設定すること。なお、歩きながらの使用（歩きスマホ）は危険であるため、控えるよう注意喚起をすること。

#### ② 病室

このエリアで通常使用されている医用電気機器は限定されており、携帯電話端末の使用による医用電気機器への影響の程度は比較的少ないと考えられる。よって、このエリアは携帯電話端末を使用可能とすることができる。ただし、影響が懸念される機器が存在する場合もあるため、医用電気機器からは設定された離隔距離以上離すこと。

多人数病室の場合は、通話等は、病室内の他の患者の静養が妨げられる可能性があるため、制限を設ける等の配慮がなされることが望ましい。なお、メール・WEB閲覧等の音が出ない使用は他の患者の静養を妨げる可能性は低いと思われるが、必要に応じて、夜間の使用を禁止するなどの制限を設定すること。

この他、③ 診察室、④ 手術室、集中治療室（ICU等）、検査室、治療室等、⑤ 携帯電話コーナー、携帯電話専用室等のルール設定についても紹介されている。

# 医療施設動態調査

(平成26年6月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 2 施設の減少、病床数は 29 床の減少。  
 一般診療所の施設数は 19 施設の増加、病床数は 338 床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 17 施設の増加、病床数は 増減無し。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

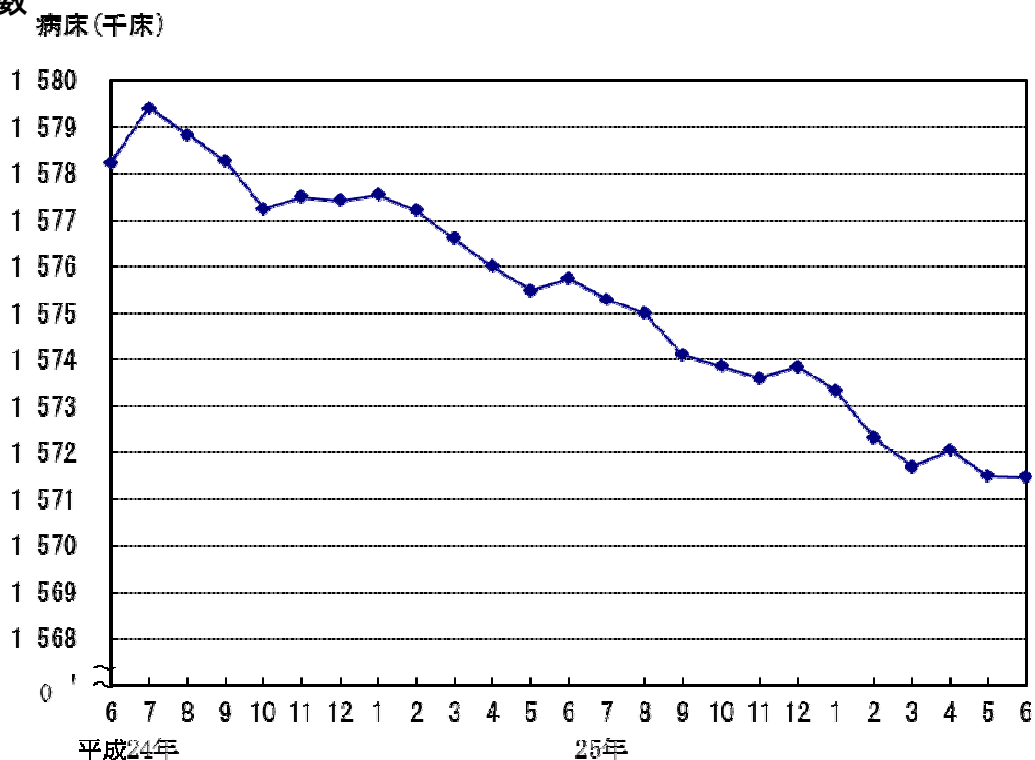
	施設数				病床数		
	平成26年6月	平成26年5月	増減数		平成26年6月	平成26年5月	増減数
総数	178 063	178 029	34	総数	1 686 879	1 687 246	△367
病院	8 506	8 508	△2	病院	1 571 461	1 571 490	△29
精神科病院	1 066	1 065	1	精神病床	339 009	339 131	△122
一般病院	7 440	7 443	△3	感染症病床	1 760	1 772	△12
療養病床を有する病院(再掲)	3 851	3 856	△5	結核病床	6 380	6 431	△51
地域医療支援病院(再掲)	480	479	1	療養病床	328 361	328 177	184
				一般病床	895 951	895 979	△28
一般診療所	100 752	100 733	19	一般診療所	115 328	115 666	△338
有床	8 667	8 694	△27				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 144	1 150	△6	療養病床(再掲)	11 622	11 693	△71
無床	92 085	92 039	46				
歯科診療所	68 805	68 788	17	歯科診療所	90	90	-

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

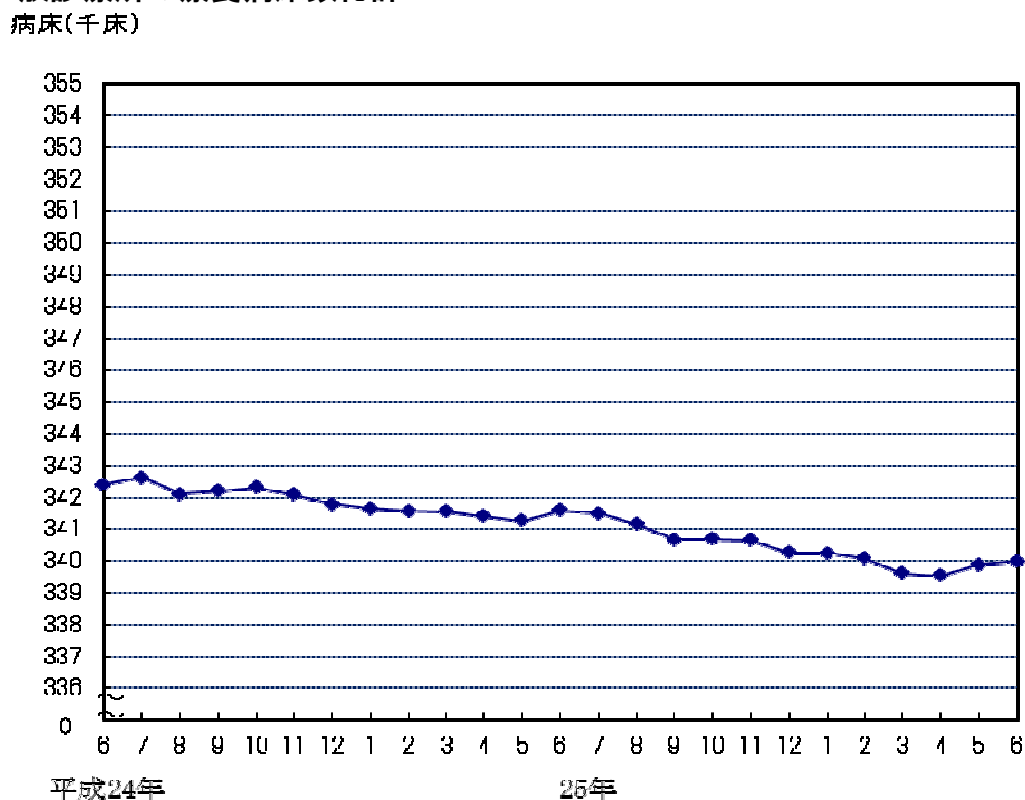
平成 26 年 6 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 506	1 571 461	100 752	115 328	68 805
国 厚生労働省	14	5 635	29	—	—
独立行政法人国立病院機構	143	55 237	—	—	—
国立大学法人	48	32 722	137	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	1	—	—
国立高度専門医療研究センター	8	4 357	2	—	—
その他	57	16 292	1	—	—
都道府県	25	3 805	366	2 260	1
市町村	203	55 233	246	188	7
地方独立行政法人	657	140 123	2 974	2 429	267
日赤	88	33 172	16	—	—
済生会	92	36 829	214	19	—
北海道社会事業協会	78	21 838	53	10	—
厚生連	7	1 862	—	—	—
国民健康保険団体連合会	107	34 098	69	64	—
全国社会保険協会連合会	—	—	—	—	—
厚生年金事業振興団	10	2 065	331	3	2
船員保険会	46	14 701	171	10	5
健康保険組合及びその連合会	2	460	16	—	1
共済組合及びその連合会	275	67 328	705	350	135
国民健康保険組合	5 722	856 740	39 288	81 358	12 277
公益法人	110	55 834	177	65	16
医療法人	199	34 422	8 726	319	32
私立学校法人	84	13 958	320	284	48
社会福祉法人	54	11 944	2 043	30	14
医療生協	146	30 604	607	322	83
会社	297	29 130	44 260	27 598	55 915
その他の法人	8 506	1 571 461	100 752	115 328	68 805
個人	14	5 635	29	—	—

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



# 高齢者ケアの将来とは 慢性期医療の課題と今後の展望

## ポイント

- 1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷
- 2 チームケアが重視される今後の慢性期医療
- 3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立
- 4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望



### ■本レポート作成にあたり

平成24年12月6日、株式会社Bizアップ総研において収録された「慢性期医療の課題と今後の展望」（講師：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授 高木安雄氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。

※無断転載複製禁止

# 1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷

## ■ 高齢者介護は誰が担ってきたのか

高齢者が疾病や加齢によって介護を必要とする状況になった場合、その担い手はこれまでは主に患者（高齢者）の家族でした。

介護保険制度の導入以降は若干変化もあるようですが、配偶者間を除くと、従来日本においては、嫁（息子の妻）が高齢者介護を支えてきたという経緯があります。

このように家族の関係や情を基盤とする介護の提供（いわゆる家族介護）は、提供者側の負担や不安も大きく、長期間継続することは非常に困難な状況になります。さらに、家族だけで行う介護の範囲には限界もあり、国や地方自治体による積極的な関与への期待も生じていました。

高齢者ケア政策は長く福祉の一環として行われ、老人医療費無料化など医療の視点に偏重して展開してきましたが、高齢化の進展とともに、福祉から保険へと大きく舵を切ることとなったのです。

## ■ 措置・福祉から保険へ移った高齢者ケア施策

高齢者医療の拡充は、社会の高齢化に伴って医療費の増大を招いたことから、「措置制度」を起点とする施策方針を見直し、医療と介護の境界線を明確化したうえで、新たに当事者にも応分の負担を定め、契約に基づいて介護サービスを提供する、という介護保険制度が導入されました。

診療報酬においても介護を念頭に置いた評価項目が設けられていましたが、介護保険制度導入以降は、改定の度に医療保険と明確に区分する政策誘導が行われています。

### ◆ 高齢者ケアと関連する診療報酬：包括化と慢性期医療評価の見直し

年代	高齢者ケアに関連する改定項目
1990年	介護力強化病院での「入院医療管理料」
2000年	介護保険制度：「介護療養型医療施設」
2004年	急性期入院医療：「DPC支払制度」
2006年	慢性期入院医療：「療養病棟入院基本料」⇒ 介護療養病床の廃止方針〈凍結〉

このような政策を推進してきた厚生労働省は、現在、医療・介護サービス提供体制にかかる改革の方向性として、「2025年頃までに現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築する」ことを明示しています。



## 2 チームケアが重視される今後の慢性期医療

### ■ 慢性期医療の現状と抱える課題

慢性期医療を提供するうえで最も重要なポイントは、医療と介護をリンクさせることです。これらを担う専門職が、各サービス利用者の生活を支えるという観点に立つと、専門職の協業と分業、そして他職種間の連携を図る必要があります。

これによって、専門職間で相互補完的に全人的なケアを実現し、当事者本人の尊厳を守るサービス提供を実践することにつながります。

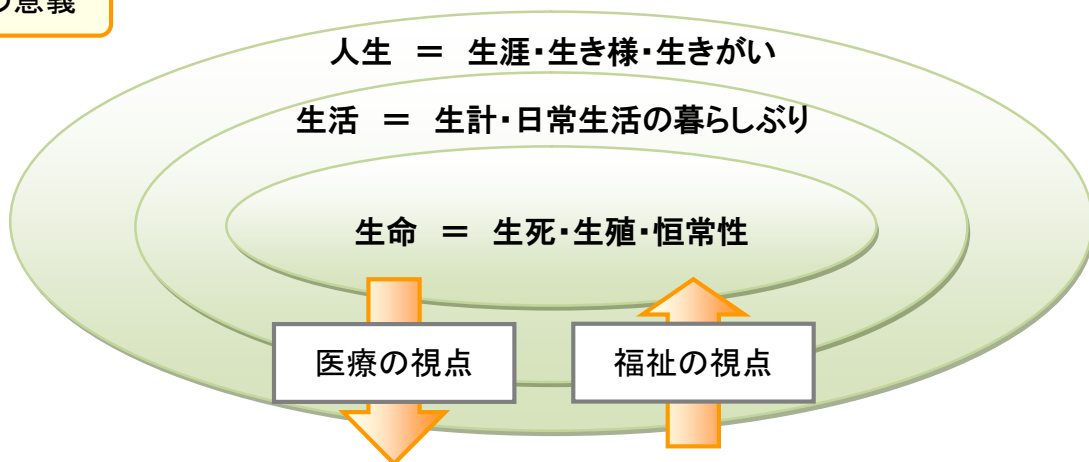
### ◆ 専門職の視点とLifeの重層的構造

- Life、人間を支援する専門職者の協業と分業による他職種連携の追求
  - 医師・看護師等の医療専門職
  - 介護福祉士・社会福祉士等の社会福祉専門職
- 専門職による相互補完的なケアによる全人的ケアの実現
- 生活や人生の領域では「いちばんの専門家は当事者である」

QOLの観点からは、「Life」の意義を、下記の図のように「生命」「生活」「人生」と重層的にとらえています。これと同様に、医療と介護の間にも、双方の視点で専門職としての問題意識を持ち、ケアの提供において相互に補完的な役割を果たすことが、高齢者ケアにとっては重要になるのです。

### ◆ Lifeの重層的構造と視点の補完性

#### Lifeの意義



出典：「保健医療ソーシャルワーク論」田中千恵子（2008）

### 3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立

#### ■ 介護保険サービスと医療提供ニーズの交差をめぐる現状と課題

##### (1) 介護保険サービスの変化と課題

介護保険サービスを提供する事業者数も増加し、競争の激化に対応すべくサービスは変化する一方、新たな課題も顕在化しています。

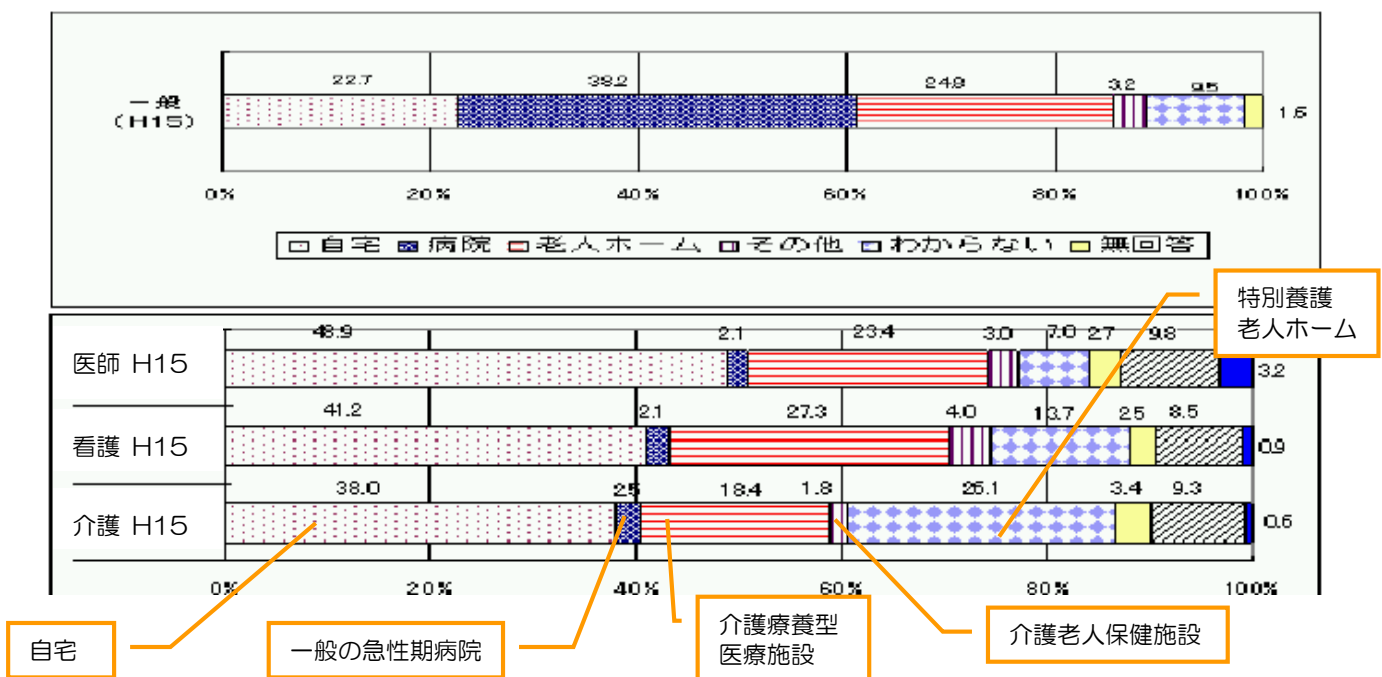
社会保障費負担の見直しと併せて、高齢者人口が増大することで、住み慣れた地域での生活を継続しながら、サービス全体の量の拡充とニーズの多様化に対応する介護サービスの今後のあり方は、2025年を見据えた大きな検討課題になっています。

##### (2) 終末期医療と介護保険サービスの関わり方

「どこで終末期を迎えたいか」という問いに対し、療養先として希望する場所として、自宅だけでなく長期療養を目的とする病院や特別養護老人ホームを挙げる方も多くあります。こうした点からも、終末期医療に対して介護保険サービスがどのように関わるかが、今後重視されてくるでしょう。昨今開設が増えている「サービス付高齢者向け住宅」は、終の棲家としての選択肢の充実を求める声に応えたものといえます。

#### ◆ 終末期医療に対する国民の意識（一般患者、医師・看護・介護職：平成15年調査）

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最後まで療養したいですか。



出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」調査結果（平成16年7月同検討会報告書）

## 4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望

### ■ 国と厚生労働省が示す 2025年医療・介護の将来像

#### (1) 地域包括ケアシステムは「チームケア」の実践

厚生労働省は、今後の高齢者ケア政策の柱として、地域包括ケアシステムに大きな期待を寄せています。前述のように、人口1万人程度の中学校区をひとつの地域連携ネットワークと捉え、様々な職種が協働する「チームケア」を地域で実践しようというものです。

#### ◆ 医療・介護の将来像：地域包括ケアシステムへの期待

- 地域ケアを支える人材の役割分担と協働
- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアの参画  
⇒ 専門職への支援、生産性・効率性の向上
- 自助 → 互助（地域でのサポート） → 共助（保険制度） → 公助（生活保護等）
- 地域（人口1万人、中学校区）の力を再生させる途

#### (2) 社会保障・税の一体改革における医療・介護再編の位置づけ

社会保障・税一体改革においても、自宅・地域での生活を基盤としつつ、必要に応じて医療や介護サービスを受給できるシステム構築は、「全ての人がより受益を実感できる全世代対応型社会保障制度」の確立に不可欠であると示しています。そのため、地域包括ケアシステムの早期確立が求められているのです。

#### ◆ 介護サービスをめぐる改革方針と地域ケア連携の関連性

##### 【介護サービスの改革項目】

- 介護サービスの多様化と機能強化
- 居住系サービスの拡充
- 認知高齢者に対するサービス強化
- 地域密着型の施設サービス
- 利用者のニーズを踏まえた介護施設機能強化

##### 【地域における医療連携】

- 地域における医療機関の連携強化と在宅医療サービスの充実
- プライマリケア機能強化と訪問診療等の強化
- 地域包括ケアシステムの整備



## 成年後見制度の概要

成年後見制度の仕組みについて教えてください。



認知症や知的障害、精神障害があるなど判断能力の不十分な方は、財産管理や身上監護（介護、施設への入退所などの生活に関する配慮）についての契約や、遺産分割などの法律行為を自分で行うことが困難であり、また悪徳商法などの消費者被害にあうおそれがあります。

このような判断能力の不十分な方（成年に達した者）を保護し、支援するのが成年後見制度です。成年後見制度は、「法定後見制度」と「任意後見制度」により構成されています。

医療機関の場合、身体的および精神的に疾患等を抱えている患者や、あるいは高齢のため自分で責任ある判断・行為を行うことができない方も少なくなく、こうした制度の適応・活用についても留意が必要です。成年後見制度の概要は、次のとおりです。

### ①軽度の精神上的の障害のある方にも対応した法定後見制度

法定後見制度には、通常から判断能力が欠けている方のための「後見」、判断能力が著しく不十分な方のための「保佐」、判断能力が不十分な方のための「補助」の3種類があります。「補助」は、自己決定権の尊重のため、本人の同意の下で特定の契約などの法律行為について「補助人」の支援を受けられることとしたものです。

### ②適切な保護者の選任が可能

本人の保護体制を充実するために、家庭裁判所が事案に応じて適切な保護者（成年後見人・保佐人・補助人）を選べるようにしています。そのうえ、保護者の複数選任や、法人を選ぶこともできます。また、成年後見監督人などが選任されることもあります。

### ③自己決定と本人の保護を重視した任意後見制度

任意後見制度は、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、本人が十分な判断能力があるうちに、予め自らが選んだ代理人（任意後見人）に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約（任意後見契約）を結び、公正証書を作成しておく制度です。これにより、本人の判断能力が低下した後に、任意後見人が、任意後見契約で決めた事務について、家庭裁判所が選任する「任意後見監督人」の監督のもとで、契約締結の代理など、本人の意思に沿った適切な保護・支援をすることが可能になります。

### ④身寄りのない方の保護

身寄りがないなどの理由で、申立権者（本人、配偶者、四親等内の親族など）がいない方の保護を図るため、市町村長に法定後見（後見・保佐・補助）の開始の審判の申立権を与えています。

## 経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 成年後見人



### 成年後見登記制度とは

成年後見登記制度の概要と利用方法について教えてください。



成年後見登記制度は、成年後見に関する事項を登記することにより、その情報を開示する制度です。

#### ■成年後見登記制度の概要

成年後見登記制度は、成年後見人などの権限や任意後見契約の内容などをコンピュータ・システムによって登記し、登記官が登記事項を証明した登記事項証明書（登記されていないことの証明書を含む）を発行することによって登記情報を開示する制度です。

つまり、成年後見制度の当事者（本人・成年後見人）となっているか否かを、登記によって公示しているのです。

#### 【成年後見登記の申請とその時期】

後見開始の審判がされたときや、任意後見契約の公正証書が作成されたときなどに、家庭裁判所または公証人の嘱託によって登記されます。

また、登記されている本人・成年後見人などは、登記後の住所変更などにより登記内容に変更が生じたときは「変更の登記」を、本人の死亡などにより法定後見または任意後見が終了したときは「終了の登記」を申請する必要があります。この「変更の登記」「終了の登記」の申請は、本人の親族などの利害関係人も行うことができ、これらを含め登記の申請は、書留郵便による送付申請が可能です。

なお、登記事務については、東京法務局の後見登録課で全国の成年後見登記事務を取り扱っています。

#### ■成年後見登記制度の利用

成年後見人が、本人に代わって財産の売買・介護サービス提供契約などを締結する場合に、取引相手に対し「登記事項証明書」を提示することによって、その権限などを確認してもらうという利用方法が考えられます。

また、成年後見（法定後見・任意後見）を受けていない方は、自己が登記されていないことの証明書の交付を受けることができます。近年では、一定の年齢を超えた利用者に対し、銀行等金融機関に新たに口座開設、また不動産売買等多額の取引において、「成年後見登記制度に基づく登記されていないことの証明書」の提出を求められるケースもあります。