



全日病 NEWS 7/15

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.851 2015/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「病棟群単位の入院基本料」が1位項目。72時間規定の見直しも

2016年度診療報酬改定 日病協が改定要望の第1弾。「重症度、医療・看護必要度」の再検討も求める

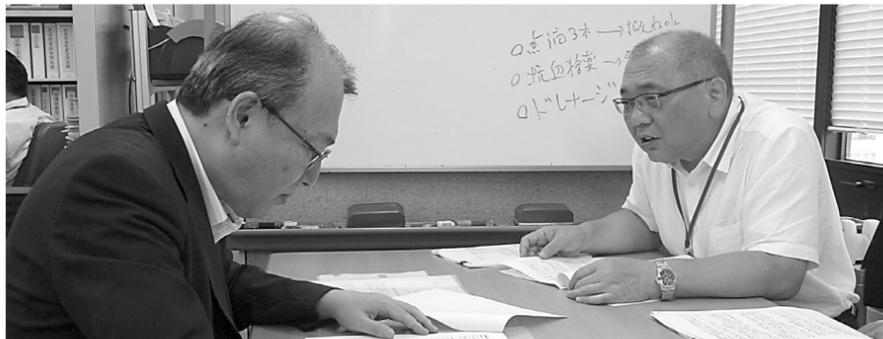
日本病院団体協議会は「入院基本料の病棟群単位での選択性導入」など10項目からなる2016年度診療報酬改定で実現を求める要望事項をまとめ、7月3日に、猪口雄二診療報酬実務者会議委員長(全日病副会長=写真右側)が宮寄雅則医療課長(写真左側)と面談の上、提出した。

今回の10項目は、16年度改定に向けた要望の第1弾となる。要望事項は、診療報酬実務者会議において、日病協を構成する12団体から集めた現行診療報酬の見直し課題を集約する中で、最大公約数というべきものを抽出するかたちでまとめられた。

日病協は、今後も見直し点の追加要

望を行なう予定で、今回の要望項目を、中医協の審議に早期に取り上げるべき最優先事項に位置づけている。

その中で「病棟群単位の入院基本料」を1番にあげ、各病棟群内で看護師の傾斜配置を可能とすることを求めた。入院基本料に関連して、永年の要望である「看護職72時間ルール」に加え、新



たに「重症度、医療・看護必要度」の各見直しを提起。

前改定で新設された「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」の評価に関しては急性期対応を出来高払いと

すること、同じく、前改定で見直された「処置・手術の休日・時間外・深夜加算」についても、算定を困難にしている病院勤務医の負担軽減・処遇改善に係る要件を緩和することを求めた。

日病協 16年度改定の要望事項(要旨)

(1) 入院基本料の病棟群単位での選択性導入

単独もしくは複数の病棟で病棟群を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料算定をできるようにすること。その際、病棟群内での看護師数傾斜配置も可能とすべきである。

(2) 看護職の夜勤72時間ルールの見直し

開始から10年となる次期改定で、72時間ルールのあり方や今後の方向性、制度撤廃等について、柔軟かつ十分な議論がなされることを要望する。

(3) 入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

現行の評価項目は急性期の病状を必ずしも反映していない。また、高度急性期、急性期、回復期等の病床機能は患者像が異なるため、一律の項目による運用は本来の病床機能と異なる評価となってしまう

い、各病床機能向上の弊害となる可能性が高い。病床機能と患者病態像を加味した多くの観点から抜本的に見直すことを要望する。

(4) 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

コスト分析手法が確立していないために、消費税の影響など、的確な経営指標を得ることが困難となっている。国の政策として、より精緻かつ多面的なコスト分析が進められることを要望する。また、ICT化を推進するため診療報酬上の評価を要望する。

(5) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価

急性期の対応(手術、麻酔、輸血、高度な処置等)は出来高払い等に変更することを要望する。

(6) 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し

入院中の他医療機関受診時の減額措置を撤廃し、当該入院主病名以外の治療は他医療機関の保険請求

を可能とすることを要望する。

(7) 医師事務作業補助体制加算の見直し

全病床種別で算定可能とするよう要望する。

(8) 維持期リハビリテーションの継続

2016年4月1日以降も維持期リハの継続を認めることを要望する。

(9) 処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の要件緩和

施設基準(病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制)の要件緩和を要望する。

(10) 調剤薬局の役割の明確化、院内調剤と院外調剤の不均衡是正

調剤薬局の役割を明確化するとともに、外来処方における院内処方と院外処方の技術料(調剤料等)格差の不均衡是正を要望する。

消費税分を除く社会保障費は2020年度まで年5千億円増に抑制

骨太方針&日本再興戦略 16年度改定の評価に「病床機能に応じた点数と要件」「収益」の視点を求める

経済財政諮問会議は6月30日に産業競争力会議と合同会議を開催し、総理大臣に対する答申として「経済財政運営と改革の基本方針2015」(骨太方針2015)を決定するとともに、「日本再興戦略」の改訂版(「日本再興戦略」改訂2015)をとりまとめた。

諮問会議後に安倍政権は臨時閣議を開催、「骨太方針2015」、「再興戦略 改訂2015」、「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」、さらに、規制改革会議が6月16日にとりまとめた「規制改革実施計画」をそれぞれ決定した。

骨太方針において、政府は、2020年度の基礎的財政収支黒字化をめざす「経済・財政再生計画」を定めた。

その「経済・財政一体改革」を強力に進めるために、経済財政政策担当大臣の下に政府横断的な組織(プラットフォーム)を設け、健康増進・予防等の社会保障サービスと公共サービスのイノベーションの2領域を対象に、新たな市場創出のモデル事例を全国展開につなげる取り組みを展開する、としている。

また、経済財政諮問会議に専門調査会(経済・財政一体改革推進委員会)を付設。社会保障等のWGを設けて、主要な改革に前倒しで取り組む集中改革期間(16~18年度)を中心に経済・財政一体改革の進捗管理・点検・評価を行なう方針だ。

閣議決定された政府方針において、社会保障関連の施策は、財政健全化と

いう錦の御旗の前に、歳出改革の恰好のターゲットとされた。

骨太方針は、安倍政権の過去3年間に社会保障関係費の実質的増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)となっていることを踏まえ、「その基調を2018年度まで継続していく」とし、かつ、「2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせて行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」とした。

消費税率引上げ分は、もっぱら、医療介護総合確保基金と介護労働者の賃金引上げなど改革目的に適合した社会保障の充実に投入されるので、レギュラーな施策の財源の増加は、20年度まで、高齢化にともなう自然増として年間5,000億円以上は認めないというわけだ。かくて、向う5年間、診療報酬の引き上げは見込めない公算が強い。

医療費目標 1人当たり医療費の都道府県別格差半減を目指す

歳出改革として、骨太方針は、社会保障における「公的サービスの産業化」として、「企業等が医療機関・介護事業者、保険者等と連携した新たなサービス」と「健康サービスや在宅医療・介護

の拡大に対応した新たなサービス」の市場化をめざす方針を打ち出した。

「インセンティブ改革」については、「後発医薬品の利用率向上など保険者の努力に応じて負担すべき金額や交付

を受ける金額を増減させること」や「診療報酬・介護報酬を活用したインセンティブの改革を通じて病床再編、投薬の適正化、残薬管理、医療費の地域差是正等を促す」方向を提示した。

その中で、公的保険外サービスの産業化を促す観点から、「医療法人や医療関係者が実施可能な業務の範囲など、障壁となっている規制がないか検証し、グレーゾーン解消制度等の活用も含めて必要な対応を検討・実施する」ことが明記された。

具体的施策をみると、医療提供体制については、地域医療構想による病床の機能分化・連携や都道府県ごとの医療費水準と医療提供の目標を設けた医療費適正化計画の策定(国は15年度中に目標設定の標準的算定方式を示す)など、概ね既定の方向を掲げている。

このうち、医療費目標に関しては、「都道府県別の1人当たり医療費の差を半減させることを目指す」ことが明記された。字句どおり解釈すると、「20年度までに1人あたり医療費の都道府県格差を半分に圧縮せよ」となる。

この医療費適正化計画に関連して、「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の方針の検討」を行なうことも書き込まれた。

外来医療費に関しても、「重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う」ことが盛り込まれた。関連して、「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担」の検討を求め

ている。

16年度改定に関しては、①費用対効果の試行的導入、②機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、③収益状況を踏まえた適切な評価、④患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の見直し、などの方針が示された。

「日本再興戦略 改訂2015」では、「農林水産業、医療・介護、観光産業の基幹産業化」が大きな目標にあげられた。

そのうち、医療・介護に関しては、①次世代ヘルスケア産業の創出支援、②医療の国際展開、③医療等分野における番号制度の導入、④地域医療情報連携ネットワーク・電子カルテの普及促進、⑤医療等分野の政策へのデータ活用の一層の促進の5つが「鍵となる施策」とされた。

このうち、医療の国際展開においては、「高品質な日本式医療サービス・技術の国際展開(医療のインバウンド)」を、2020年までにしとげるべき中核的プロジェクトである「改革2020」(成長戦略を加速する官民プロジェクト)の1つに位置づけている。

番号制度に関しては、17年7月以降の早期に医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、「医療機関の窓口で個人番号カードを健康保険証として利用する」ことを可能とする方針が掲げられた。

また、ICT化推進の一環として、「次期改定時に、診療報酬におけるICTを活用した医療情報連携の評価の在り方を検討する」ことが盛り込まれた。

当面の主な審議事項を確認。16年度改定基本方針の議論にも着手

医療保険部会 医療保険制度改革関連法の事項、「経済・財政一体改革」の工程具体化が中心

社会保障審議会の医療保険部会が7月9日に開かれ、5月に成立した医療保険制度改革関連法に規定された改正事項のうちの医療保険制度関連について、施行に向けた審議を進めることを了承した。

併せて、6月30日に閣議決定された「骨太方針2025」「日本再興戦略 改訂2015」「規制改革実施計画」に盛り込まれた医療保険関係の事項も、今後、議論の俎上にあげていくことを確認した。

医療保険部会は、こうした検討課題のうち、2015年末に結論を迫られる事項を中心とした、今後の審議テーマを了承した(別掲)。

この日の部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、医療保険制度改革関連法(持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律)に関する衆参両院の附

帯決議を紹介した。

そのうちの参議院厚生労働委員会による附帯決議には、紹介状のない大病院受診時の定額負担について、「導入に当たっては、定額負担の対象とならない症例等、事例の明確化を行うこと」と明記された。したがって、運用方法を検討する中で除外規定が論点の1つとなるとみられる。

事務局は、また、骨太方針、改訂成長戦略、規制改革計画に記された相当な件数にのぼる医療保険関連の課題についても報告。各年度の予算編成とも関係する「経済・財政一体改革」の工程を具体化していく議論を行なう必要を明らかにした。

「あげられたかなりの部分は見直しの検討であり、法的対応を明確に示したものは限定的である」としつつも、経済財政諮問会議に「経済・財政一体改革」

の進捗をチェックする専門調査会が設置されることを指摘、同部会の審議もチェックの対象となることを示唆した。

事務局は、さらに、医療保険部会の当面の議論テーマと並行して、16年度診療報酬改定に向けた基本方針の検討作業に着手するとして、渡辺医療介護

連携政策課長が次期改定の背景など議論の前提状況を説明。

18年度までの3ヵ年の「医療と介護の一体改革に係るスケジュール」を示し、「医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進する」視点も踏まえて、12月初旬にかけて基本方針を策定するよう求めた。

医療保険部会の今後の主な審議事項

●改正法の施行関係 国保改革

国保基盤強化協議会などで議論、その結果を部会に適宜報告・議論 医療費適正化計画、後期高齢者支援金の加算・減算措置など

内閣官房の「専門調査会」や「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」などで議論、その結果を部会に適宜報告・議論

紹介状なし大病院受診の定額負担、患者申出療養

いずれも主に中医協で議論

●短時間労働者の適用拡大 16年10月の適用拡大に向けた対応に関する議論

●診療報酬改定に向けた検討 次回改定の基本方針に関する議論

●骨太の方針「経済・財政再生計画」改革工程の具体化に関する議論

四病協 「専従常勤の解釈に複数の常勤・非常勤による時間換算を認めるべき」

四病院団体協議会は、現行診療報酬の施設基準に規定されている専従の常勤従事者に関する解釈について、「複数の常勤従事者の勤務時間割合や非常勤従事者の勤務時間数の合算による常

勤換算も認めるべき」とする要望をまとめ、7月3日、厚生労働省保険局長宛に提出した

日病協の2016年度改定要望書とともに、四病協医療保険・診療報酬委員会

の猪口雄二委員長(全日病副会長)が宮崎医療課長に手渡した(1面記事を参照)。

専従の常勤従事者に関しては、疾患別リハの施設基準においても、「医療機

関の定める所定労働時間を全て勤務する者」のみしか認めないという解釈で運用されており、四病協は4月2日に同趣旨の要望書を提出している

全日病 「重症度、医療・看護必要度」の見直しを要望

全日病は会員病院を対象に実施した「重症度、医療・看護必要度に関するアンケート調査」の結果をまとめ、7月3日に厚労省の宮崎医療課長に提出するとともに、2016年度改定における「重症度、医療・看護必要度」の見直しに際し、(1)数項目の有り無しで判断するのではなく、例えばDPCデータを利用する

など、多数の項目から医療的に手のかかる状態を判断すること、(2)せん妄やBPSDに代表される治療の受け入れ困難な状態を十分加味すること、(3)それぞれの病棟・病床の目的に適合する項目を抽出することの3点を考慮するよう要望した。日病協と四病協の改定要望書とともに提出した(1面記事を参照)。

で十分受け入れられていることが分かった。回復期リハでは、その他の急性期病棟と若干異なる評価となったが、これは、本来の病棟機能が異なるので当然であろう。また、地域包括ケア病棟は、急性期と回復期の中間に位置するような結果であった。

このことは、現行の「重症度、医療・看護必要度」は診療報酬算定上受け入れなければならないが、実際には、他に手のかかる状態像が数多く存在していることを示している。

特に、せん妄やBPSDは、ICU等の急性期ユニットから回復期リハ、地域包括ケアにいたるまで、もっとも手のかかる状態のひとつであることが示された。

以上より、「重症度、医療・看護必要度」の見直しに際して、以下の3点を考慮するよう要望する。

- (1) 数項目の有り無しで判断するのではなく、多数の項目から医療的に手のかかる状態を判断する(例えばDPCデータの利用)。
- (2) せん妄やBPSDに代表される、治療の受け入れ困難な状態を十分加味する。
- (3) それぞれの病棟、病床の目的に適合する項目を抽出する。

病院医療の現場において、「重症度、医療・看護必要度」に適合する入院患者を選択するような診療行為は、断じて避けなくてはならない。入院医療の必要性に応じて診療行為が行われ、結果として医療の質の向上に貢献できる「重症度、医療・看護必要度」の制度設計が求められる。

全日病「重症度、医療・看護必要度に関する調査」の結果から

医療現場における「手のかかり具合」という観点から、現状の「重症度、医療・看護必要度」をどう評価しているか、また、現行項目以外の手のかかると想定される項目としてどういう状態像があるかについて1月から2月にかけて、

会員病院(療養病床のみ・精神病床のみを除く1830病院)に調査を行なった結果、664病院(36.3%)より回答を得た。

【まとめ】

調査の結果から、現行「重症度、医療・看護必要度」の各項目は、医療現場

入院医療等の調査・評価分科会 神野委員 障害者施設等 脳卒中患者の評価を療養病棟並びとする考えに反論

7月1日の「入院医療等の調査・評価分科会」は、2014年改定の入院医療実態調査(14年実施分)の結果を踏まえ、慢性期入院医療と短期滞在手術等基本料について議論した。

慢性期入院について、事務局(厚労省保険局医療課)は、在宅復帰機能強化加算、療養病棟入院基本料2、医療区分の項目、脳卒中患者に関する評価の4点から調査結果を分析。

在宅復帰機能強化加算については、加算を届け出ている医療機関に急性期病棟など他院からの入院よりも比較的退院が容易な自宅からの入院の割合が高い傾向があるとして、2つの入院経路を分けることなく評価することの見直しを提起。併せて、在宅復帰率の計算1ヵ月未満の入院を除外していることの是非を検討するよう求めた。

一方、退院支援専門職員の配置と早期退院に相関性があるとして、届出病棟に退院支援専門職員の配置など退院支援機能の強化を求める必要を論点にあげた。

療養病棟入院基本料2については、「医師の指示見直しを必要としない患者」の割合と「看護師による定時観察のみで対応できる患者」の割合が相関していると

指摘。療養病棟入院基本料1のように重度患者の割合の基準を設ける方向での検討を提起した。

医療区分については、うつ状態、褥瘡、頻回の血糖検査、酸素療法の評価方法を精緻化することを提案。状態像が療養病棟の対象患者と重複している特殊疾患病棟や障害者施設に入院する脳卒中患者については、包括範囲や点数等を同一にする方向での検討を求めた。

短期滞在手術等基本料に関しては、「3」の手術の中に包括範囲の出来高実績点数にばらつきがあるものがあるとし、当該手術について点数設定の方法を見直す必要を指摘。併せて、算定件数が少ない手術を整理するという見直しを提案。

さらに、透析患者を取り上げ、「総点数が平均的な症例を大きく上回る傾向にある」として、加算方式等による対応の必要を示唆した。

事務局が提示した論点に対して、神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、とくに、障害者施設と特殊疾患病棟の評価見直しを示唆する論点を取り上げ、「調査結果をみると、状態が不安定で医療の必要性が高い患者が療養病棟よりも多く入院し

ている。脳卒中の患者にしても障害者施設のレベルの配置と報酬が必要な患者が多い。十把ひとからげにみるのは正しくない」と指摘、安易に現行評価を見直すことに強い危惧を表わした。

事務局が提示した論点

慢性期入院医療

○在宅復帰機能強化加算

・在宅復帰率又は病床回転率の評価に当たって、自宅からの入院と他院からの転院を区別して在宅等への退院を評価することをどう考えるか。併せて、在宅復帰率の算出から、1ヵ月未満の入院を除外していることの影響についてどう考えるか。

・在宅復帰機能強化加算の届出病棟における一層の退院支援機能の強化についてどう考えるか。

○療養病棟入院基本料2

・医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料2の病棟にも医療の必要性の高い患者を受け入れることを促すべきではないか。

○医療区分の項目

・「看護師による定時の観察のみで対応できる者の割合」が比較的高い、う

つ状態、頻回な血糖検査、酸素療法等の状態や、褥瘡について、医療区分の評価に当たって、よりきめ細かな状況を考慮するべきではないか。

・「指定難病」の疾患が増加したことを踏まえた対応についてどう考えるか。

○脳卒中患者に関する適切な評価

・脳卒中患者について、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料における、包括範囲や状態を踏まえた評価方法についてどのように考えるか。

○短期滞在手術等基本料

・現行の対象手術等に包括範囲出来高実績点数にばらつきがみられる項目が存在することから、より実態に即した点数のあり方についてどう考えるか。また、その際に、そもそも算定件数が少ない項目についてどう考えるか。

・短期滞在手術等基本料の対象患者のうち、透析患者など総点数が平均的な症例を大きく上回る状態に関する対応について、どう考えるか。

・短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、治療方法等が標準化されたために在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在するが、これらの取り扱いをどう考えるか。

「不足している機能を充足する」ことが地域医療構想の目的

回復期、「在宅等」、診療科の配置、認知症、人材の需給等の課題が明確に



「地域医療構想について」(要旨) 厚生労働省医政局地域医療計画課長 北波 孝 *全日病支部長・副支部長会議(6月20日)における講演から

6月15日に内閣官房の調査会が推計した2025年の必要病床数が公表されたが、これは、ガイドラインの推計方式にもとづいてデータから機械的に推計したものであり、私は単なる参考値であると受け止めている。

2011年に「社会保障と税の一体改革」で2025年の病床数を算出したときは、平均在院日数が2割減る仮定した結果、160万床が130万床になると推計された。当然ながら、病床稼働率の設定しだいで病床数はいかようにも調整できる。今回は急性期を78%に設定したが、一体改革の推計のように70%で設定すれば病床数は多く出る。

地域医療構想をつくるに当たって、都道府県は、患者の出入りとか医療機能の過不足を踏まえ、地域で医療をどう組み立てていくかを考える中から10年後の姿を描き、そこで必要な病床数を求めていく。それと、今回の推計値が異なるのは当然あり得ることである。

各都道府県には6月10日にデータセットと推計ツールを渡した。したがって、すでに都道府県は単純な計算ができる。今後、各都道府県は計算値を見ながら医療関係者とも議論していくことになるだろう。

したがって、皆さんの地域でも、県が地域医療構想の調整会議の編成を進める、あるいは、まずは2次医療圏ごとの必要病床数を推計した上で、患者の出入りも含め、構想区域をどう設定するかを考えるプロセスに入るだろう。ぜひとも、それぞれの病院で診療している患者像を踏まえて、意見交換をしていただければと思う。

今回の推計も、大切なことは、病床数だけでなく、疾病別の需要など、医療提供の内容がどう変わるかということをよくみることにある。地域医療構想は「不足している機能を充足する」ことが一番大きな趣旨である。この「不足している機能を充足する」という意味をどう考えるか。これが非常に重要である。

「充足する」というと新規に整備する

回復期の患者像は幅広い。定義を精緻化する必要がある

では、2025年の推計値をどう捉えるべきか。今回示されたものは、病床の機能というよりも患者像と捉えていただいた方がよい。つまり、高度急性期や急性期などの病期に該当する患者がどのくらい発生するかという見込みを病床数に換算したものであり、したがって、これがニーズだと考えていただければよい。

同じ医療機能区分にもとづくものに病床機能報告があるが、これは定義を踏まえつつも、自院はこういう機能をもっていると各医療機関が地域で表示している機能ではないか。

しかし、需要としてみると、それとはズレが出てくる。病棟にはいろいろな病期の患者がおり、病床報告ではそれを見て1つの機能を選択している。しかし、医療需要の推計は、各病期の患者発生量を、病棟単位ではなく地域横断的にみているわけであるから、両者は概念的に違う。

ところで、この推計値をみると回復期が非常に増えている。この回復期には「状態が安定して退院するまでの間

知事に稼働している病床を閉鎖させる権限はない

「不足している機能を充足する」上で、高齢化に伴って増加する回復期ニーズ

という発想が思い浮かぶが、構想をつくるにあたって、「10年後のピーク」を踏まえて提供体制を整えるという考え方は正しいのかという問題がある。それは、2025年以降、多くの地域で高齢者の数が減少をたどるからだ。そこで、ガイドラインには、2025年だけでなく、2040年の人口予測のデータを付した。

「不足している機能を充足する」方法は、具体的には地域医療構想の調整会議で話し合っていたわけだが、その際、各医療機関の施設の耐用年数とか建て替え計画というもの大きな意味をもってくる。

地域医療構想には時間軸と空間軸という視点がある。それは、構想で示される10年後の需要を単に認識・共有するだけでなく、それに向けて、地域と各医療機関がどういう段取りを組んでいくかという課題があるからだ。

すなわち、10年という時間軸で、それぞれの医療機関がどのような形で建て替えをしたり、経営路線を変更していくかというかたちで「あるべき姿」に合わせていく、これが地域という空間で集合され、2025年の需要に対応していくわけである。

医療機能の過不足を見越していち早く転換した医療機関が有利になると、あたかも陣取り合戦を思わせる「先陣争い」を懸念する向きもあるようだが、地域医療構想というのは、地域全体としてどういう医療需要があって、それに対してすべての医療資源がどういう形で医療を提供していくといいかを追求していくものであり、先に変化した方が有利という陣地取りのような話でない、と私は思う。

各医療機関として法人経営の最適化を追求するという面は当然あることだろうが、今回、新たな視点として求められているのは、地域全体すなわち住民からみて、医療提供が最適化されているのかということである。これは非常に難しいかじ取りになるかと思うが、この2つを両立させていくことが重要ではないか。

の患者」が含まれており、決してリハビリだけではないのだが、病床機能報告の報告をみると、回復期の機能を限定的に捉えている方が多いように思う。

リハビリを受けている患者は当然ここに入るが、この病期の患者像は皆さんが思っているよりも広いと考えている。この点では、病床機能報告で用いた回復期の定義に限定的と思わせる面があり、これから、その辺りを精緻化していこうと考えている。

例えば、高度急性期の病棟にも広い範囲の患者像がある。当然ながら、高度急性期の病床に高度急性期の患者だけが入るわけではないということが前提としてあるわけで、この判断のブレをどう考えるかということもこれから検討していきたいと考えている。

あるいは、病床機能報告の報告事項等は2013年のデータに基づいているため、地域包括ケア病棟などの新たな類型をどこに分類するか、まだ未整理の部分がある。2015年度の報告には間に合わないが、これも、報告のときに迷わないよう議論をしていきたい。

への対応をどう図るかという問題だけでなく、周産期とか小児医療を考えた

ときに、診療科の配置のバランスをどう図るかというのが非常に大きな問題になる。10年後には人口も減り、医療人材の確保が難しい地域が出てくる。そういうときに当然ながら集約をしていく、まさに分化と連携が必要になってくるわけで、これは非常に大きな論点になることだろう。

また、今後は2025年の需要を推計できるので、医師数、看護師、それから回復期にかかわるOTやPTがどのくらい必要になるかというの、洗い直しをしたいと考えている。

さらに、推計結果をみると、在宅等については今よりも大きく充実させないと増えていく医療ニーズに対応できないという地域もある。この整備ができなければ、今の病床で受けざるを得ないことになる。

この受け皿については多様なサービスの選択肢を考えていく必要があり、少し柔軟に考えなければならぬと思っている。

ガイドラインは認知症への対応にも触れている。認知症の方はどこで医療を受けるのが一番適当であるのかは、あまり前提をおかずに議論をする必要があるか考える。

総務省は3月に新公立病院改革ガイドラインを策定した。地域医療構想と整合的に公立病院改革を進めるという趣旨であり、公的病院も地域医療構想の議論に積極的にかかわっていくことになる。厚生労働省としても、公的病院等に、地域医療構想調整会議に積極的に協力してほしいと申し入れをしている。

さて、都道府県知事が講ずることができる措置であるが、知事には稼働している病床を閉鎖させる権限はない。医療を提供しているところは必要な病床であるので、そこを強制的に削減するというのではないと申し上げたい。

地域医療構想の基本的なコンセプト

推計値における「在宅等」の受皿は柔軟に検討したい

【質問と回答から】

○知事が講ずることができる措置は医療審議会の意見を聞いて行なわれるとされているが、現在の医療審議会に席を占める医療機関は公的がほとんどだ。民間医療機関の割合が増えるよう国から指導していただけないか。

北波 都道府県の医療審議会については、調整会議も含めて、国として、こういう構成にしろとは言えない。しかし、医療審議会における地域医療構想関係の審議は、基本的には、意見聴取も含めてオープンとすることが求められるので、ある程度歯どめはきくのではないか。調整会議の方はガイドラインで地域の医療関係者がきちんと参加できる体制をとるとされており、協議テーマに関係した院長や理事長は参加できるはずだ。不具合がいろいろあるというのであれば、個別に教えていただければ、私どもも県と相談したい。

○回復期は、あくまでもリハビリというところを中心にお考えなのか、地域包括をさらに発展させた形とか、あるいは違った名称を今後考えていくのか、お聞かせ願いたい。

北波 回復期機能の患者の状態像をみると、退院調整を含めて大分広い概念になっているので、現在の定義では狭く捉えられがちである。実際の患者像をみると、その位置づけをよく考えないとならないと思っている。具体的

は、医療需要が変化するに当たって不足している機能をいかに充足させるかということである。当然ながら、総需要は限定されるので、結果として既存病床の機能が別に転換をするという話になると思うが、だからといって、機能を動かさないところに行政が手を加えるということはない。

稼働しない病床の削減の要請というのがあるが、これは、1つの病棟で何床かが空いているのを目ざとく見つけて召し上げるという話ではなくて、病棟全体が動いていない場合に、不足している機能を充足する方に使うといった対応をしていくという話である。

いずれにしても、地域医療構想は10年程の中長期的な計画であるので、ただちに何かをするというわけではない。むしろ、今回の推計から需要がどう変化していくかをよくみていただきたい。全体の病床数だけでなく、主要な疾患ごとのデータもあるので、そういう中身の変化というのをもよくみていただく必要があるのではないか。

したがって、需要推計に引きずられるのではなく、それはそれできちんと認識をしていただく必要があるが、肝心なことは、各医療機関が、想定される患者像と実際の患者像との差が本当なのかどうかをみて、今後どういう機能を果たし、どういう特色を地域で果たしていくのかというビジョンを積極的に出していただくことである。

ところで、保険局の事業で、病床転換助成事業というのがある。療養病床と一般病床のうちの療養病床と同一の病院内にある病床に医療から介護への転換の支援をするというものだ。

地域医療介護総合確保基金(医療分)は基本的に介護に移る案件は対象にしていけないので、医療から介護への転換で考えるときに、この助成金というのも活用の範囲に入れていただきたい。

は、地域包括ケア病棟をどこに位置づけるかという点がある。病床機能報告ではほとんど急性期期で出しているもので、適切な表示方法を考えたいと思っている。検討会議を再開し、この点を含めて検討していく。

○内閣官房の調査会の推計は無視してもよいか。

北波 この推計はガイドラインの方法に則って行なわれており、あくまでも単純に計算すると、こうなるということである。私は、全体のトレンドをみると、こういう形は当然あるかと思う。これを認識していただいた上で、地域の具体的な需要を踏まえ、提供体制について議論していただく必要がある。ただし、地域で算定される数字はこれとは違うものになる。そういう意味からもこれは参考にするべき値である。

○私がいる人口5万の地方都市で、年間20人ほどの孤独死がある。在宅に戻そうにも、一人暮らしなどはケアが行き届かない。多大なりソースが要る在宅は非常に難しいと思うが。

北波 推計では「在宅等」というのが、そういった帰れない人たちをどうするのか、今の介護サービスやサ高住などで受け切れるのか、検討していく。慢性期の病床以外の方をどこの場で、どういうところでやるか、これは前提なしに考えていきたい。

療養病床のあり方と在宅等の医療提供のあり方について議論

介護療養と医療療養経過措置廃止への対応も議論。法改正も視野

厚生労働省は、医政局(地域医療計画課)、老健局(老人保健課)、保険局(医療介護連携政策課)の3局合同による「療養病床のあり方等に関する検討会」を設置、7月10日に初会合をもった。

地域医療構想における2025年の必要病床数推計で「在宅医療等で対応する」とされた慢性期患者の受皿を検討することが一義的な目的だが、併せて、2017年度末で廃止が予定されている介護療養病床の取り扱いや、同じく医療法の6対1と5対1(診療報酬では25対1)各看護の経過措置が終了する医療療養病床の今後の位置づけを含め、2025年に向けた慢性期の需要に対応した医療提供体制のあり方が検討される。

厚労省は、地域差を含めて在宅医療・介護の供給体制に課題が山積している現在、その単なる整備を進めるだけでは、療養病床を全国的に削減していく地域医療構想の実現は難しいと受け止めており、介護施設だけでなく、高齢者の住宅も含めた地域の居住空間に医療を提供していく新たな施設とサービスの類型化が必要と考えている。

そうした視野の下、重度な医療を必要とする療養病床の患者と様々なサポートの組み合わせで地域で生活できる患者のすみ分けを明確にするべく、この検討会で、療養病床以外で療養を継続できる慢性期患者に医療を提供する施設とサービスの選択肢を洗い出す方針だ。厚労省の幹部は「タブーのない議論をしていただく」と本紙に語った。

年内に提言をまとめ、年明け後に、社

会保障審議会の医療部会や介護保険部会等に提案をあげ、法改正を含む制度改革に向けた各論の議論に着手。16年の通常国会で必要な法改正をすませ、報酬とそれに関係した施設・人員等の基準は18年の診療報酬・介護報酬同時改定で実現することを考えている。

検討会は医師8人を含む16人の構成員からなり、座長に遠藤久夫学習院大学教授を選出した。全日病の関係では土屋繁之常任理事(土屋病院理事長)が構成員となった。

初会合の冒頭、二川一男医政局長は「2025年を見据えると、今までの施設類型にとらわれない考え方が必要」と述べ、「様々な選択肢を用意していただきたい」と挨拶した。

事務局(保険局医療介護連携政策課)は、検討会の検討事項を、(1)介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方、(2)慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床以外の医療・介護サービス提供体制のあり方、の2点に集約して示した。

また、昨年実施した慢性期に関する横断調査の結果を資料として開示。特養、老健施設、介護療養病床、医療療養病床における患者・入所者の実態の一端を、患者・利用者の状態像、入退所の状況、提供されている医療等の状況の各面から明らかにした。

事務局は、さらに、論点(たたき台)(別掲)を示し、議論を促した。

初回ということでフリートークに終始したが、構成員からは、以下の

ような意見・提案が示された。この日の議論を踏まえ、事務局は次回9月の会合にさらなる論点を提示し、議論の深化を図る考えだ。

- ・療養病床的な機能は今後も必要だが、対象となる状態像や入院期間の議論が必要
- ・患者像に応じた施設体系を構築すべきではないか
- ・医療区分の見直しを考える時期にきている
- ・医療区分の地域差を示すデータを踏まえて議論すべきだ
- ・「時々入院はほほ在宅」という考え方で臨むべきではないか
- ・例えば、サ高住や老人ホームを併設した病院が考えられないか

□論点(たたき台)

- 慢性期医療のあり方として、例えば、次のような視点について、どのように考えるか。
 - ・病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す医療
 - ・病気を治すだけでなく、患者の生活全体を視野に入れた「治し、支える」医療
 - ・尊厳をもって人生の最終段階を迎えることを支える医療 等
- 慢性期医療の提供体制等のあり方について
 - 今後の慢性期医療のあり方を踏まえ、医療提供側に求められる機能には、どのようなものがあるか。
 - 上記(1)の機能を果たすための医療

提供形態としては、「療養病床のように医療スタッフを内包して提供する形」と、「在宅医療のように、住まいを拠点として医療を外から提供する形」に大別されるが、それぞれの提供形態のあり方や、選択肢を考える上での条件等(患者像等)をどのように考えるか。

(3)上記(1)(2)の論点も踏まえつつ、療養病床で主に対応することが求められる患者像をどのように考えるか。また、患者像を踏まえた療養病床における医療のあり方をどのように考えるか。その際、例えば、次のような視点や慢性期医療の役割等を踏まえて、どのように考えるか。

- ・病気と共存しながらQOLの維持・向上が図られるよう、在宅復帰や在宅生活の継続を支援する
- ・継続的な医学管理を行い、人生の最終段階においても穏やかな看取りを支える 等

さらに、上記を踏まえた以下のような論点について、どのように考えるか。

- ①人員体制のあり方、②施設や設備のあり方、③報酬を含む制度上の位置づけのあり方、④医療計画、介護保険事業計画上の位置づけや施設等の整備に対する財政支援のあり方
- (4)療養病床以外の医療・介護サービス提供体制のあり方
 - 療養病床における医療等のあり方も踏まえ、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための、療養病床以外の医療・介護サービス提供体制のあり方について、どのように考えるか。

専門調査会のWG 厚労省が「介護費用の地域差分析」の現況を説明

政府の社会保障制度改革推進本部に付設された専門調査会の医療・介護情報の分析・検討WG(主査・松田晋哉産業医科大学医学部教授)は、7月1日、介護費用の地域差分析について、厚生労働省から現況等の説明を受けた。

要介護認定率や1人当たり介護給付費の地域差については、「骨太方針2015」で、「(状況)分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取り組みを一層促す観点から、制度的な対応を含めた検討を行なう」方針が打ち出された。

しかし、厚労省は現状で給付費の地域差分析ができていないことを認めた上で、第7期(2018年度～2020年度)以

降の介護保険事業計画を策定する中で、各保険者による給付費分析を通じて保険者機能の強化を推進する必要があるとして、「現在、給付費にかかわる地域差の分析ツールについて構築を進めている」ことをWGで明らかにした。

厚労省は、地域差を生じる要素として、①要支援・要介護認定率、②サービス受給率、③サービス利用者1人1月当たりの費用を想定、まずは、第1号被保険者1人当たりの給付月額を全国、都道府県平均と比較する方法を考えている。

地域差を含む介護保険の費用と供給を含む実態の「見える化」をめざして、厚労省は現在、介護保険総合データベ

ースの構築とその活用ツールの開発に取り組んでいる。

データベースは要介護認定の状況把握と介護・医療関連情報の「見える化」推進に用いられているが、この「見える化」によって、全国、都道府県、2次医療圏、老人福祉圏、市町村、日常生活圏別の実態が客観的かつ容易に把握できるようになるとしており、これをベースにした地域包括ケアの「見える化」を実現したいとしている。

地域包括ケアの「見える化」は今年の10～12月に1次設計の開発を終える予定で、早ければ7月にも1次運用が始まるという。10月からは2次設計の開発に入り、16年度4月からの3次設計・開

発を経て、17年度からの3次運用をもって実現する予定だ。

こうした地域包括ケア「見える化」の試みは、しかし、市町村による現状分析・課題抽出、医療・介護関連計画の実行管理、サービス見込み量等の将来推計の各支援が主たる目的。その中の現状分析・課題抽出機能に「介護費用の地域差分析」を加えるというのが、「骨太方針2015」の要求ということになる。

この日のWGは、また、2015年医療保険制度改革関連法の成立によって高齢者医療確保法に規定されている医療費適正化計画に、地域医療構想と統合的な「医療の効率的な提供」と「医療費の水準」の各目標を盛り込むことになったことを受け、厚労省から、医療費適正化計画の現状等の報告を受けた。

2015年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月23日

【主な協議事項】

- 2014年度の事業報告・決算報告

2014年度の事業報告、決算報告および監査報告がそれぞれ承認を得た。
- 全日病の支部長名簿

新たな支部長名簿が示され、承認された。47支部のうち4支部で支部長が交代した。
- 全日病の顧問・参与等名簿

新たな顧問・参与の名簿が示され、承認を得た。
- 支部の業務委託にかかわる変更

青森県支部事務局および岡山県支部事務局業務委託契約(覚書)の変更が承認された。
- 全日病「災害時医療支援活動指定病院」

標記指定の申請があった6会員病院の指定が承認を得た。同指定は計118病院となった。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された(5月入会分)。

北海道 恵庭第一病院 理事長 西澤寛俊
宮城県 川崎こころ病院 院長 竹内 靖
茨城県 水戸済生会総合病院 院長 村田 実
茨城県 小川南病院 理事長 諸岡信裕

- 群馬県 東邦病院 院長 佐野 潔
- 東京都 セントラル病院分院 理事長 安藤高夫
- 東京都 セントラル病院松濤 理事長 安藤高夫
- 神奈川県 平塚市民病院 病院事業管理者 別所 隆
- 神奈川県 大和市立病院 院長 五十嵐俊久
- 神奈川県 古川病院 理事長 古川健太郎
- 石川県 石川県済生会金沢病院 院長 若林時夫
- 兵庫県 IHI播磨病院 院長 西川梅雄
- 高知県 聖ヶ丘病院 院長 久我哲郎
- 福岡県 米の山病院 院長 後藤良三
- ほかに6人の退会があり、在籍正会員は2,439人となった。
- 準会員として以下の入会が承認された(5月入会分)。
- 大阪府 JOH&PARTNERS UMEDA CLINIC 理事長 城 孝尚
- 準会員の在籍数は68人となった。
- 賛助会員として以下の入会が承認された(5月入会分)。
- 株式会社エス・エム・エス(本社東京都、代表取締役社長・後藤夏樹)
- 有限会社塚本興業(本社神奈川県、代表取締役・塚本秀樹)
- 賛助会員は88人となった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告

中医協総会、入院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会等の報告があり、質疑が行なわれた。
- 「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」

2014年度厚生労働科研の標記研究について報告があった。
- 「看護管理士」認定・更新制度

標記制度の2015年度導入について説明があった。
- 「看護師特定行為に係る指導者育成事業」

全日病が2015年度より開始する標記事業について説明があった。
- 研修会等の開催

7月～9月に開催が決まった8件の研修会等の説明があった。
- 2014年度人間ドックに関する調査

標記調査を実施する旨の説明があった。
- 地域医療構想に関するアンケート調査の結果

全支部を対象に実施した標記アンケートの結果が報告された。
- 幹事指定病院・副幹事指定病院の指定結果

災害時医療支援活動指定病院における幹

事・副幹事指定病院として新たに6会員病院を指定した旨の報告があった。指定病院は計118となった。

- 病院機能評価の審査結果

4月3日付で以下の10会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

◎一般病院1

大阪府 寺元記念病院 更新

兵庫県 笹生病院 更新

沖縄県 北中城若松病院 更新

◎一般病院2

北海道 名寄市立総合病院 更新

大阪府 大阪府済生会茨木病院 更新

大阪府 清恵会病院 更新

大阪府 医誠会病院 新規

福岡県 福岡市民病院 更新

◎リハビリテーション病院

神奈川県 さがみりハビリテーション病院 更新

◎慢性期病院

福岡県 若杉病院 更新

4月3日現在の認定病院は合計2,265病院。そのうち本会会員は1,005病院と、会員病院の41.3%、全認定病院の44.4%を占めている。