



全日病 NEWS 2016 2/1

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.863 2016/2/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

地域包括ケア病棟 手術・麻酔は外出し。急性期大病院の参入は規制

2016年度診療報酬改定 改定方針示される。72時間計算の弾力化で支払側・診療側いぜん対立。答申は2月10日か

1月27日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、2016年度診療報酬改定の原案となる「点数の入らない点数表」を提示し、詰めの議論を求めた。これまで議論を重ねてきた改定項目の内容を体系的に整理したもので、各種要件の数値や点数を除くと、16年度に実施される新たな診療報酬の姿がほぼうかがえる(4・5面に概要を掲載)。

それによると、7対1入院基本料に関しては、一般病棟用「重症度、医療・看護必要」と在宅復帰率のしほりを強化、さらに短期滞在手術等基本料3の対象を9項目も拡大、さらなる移行を促すものとなっている。

厚労省は、今回は平均在院日数の短縮には手をつけずとしているが、短期滞在手術項目の増加は当然に平均在院日数に影響を及ぼす。加えて、一部病棟の10対1への移行を促す「病棟群単位の届出制度」の導入や地域包括ケア病棟入院料の充実見込みも手伝っ

て、一定の移動が生じるものと期待している。

一方、10対1入院基本料に関しては、看護必要度加算3を新設して重症患者受け入れの評価の充実を図る一方、200床超病院にデータ提出加算の届出を要件化するというように、7対1につぐ急性期病床としての整いを求めるものとなっている。

注目すべきは地域包括ケア病棟入院料で、議論の最終局面で「手術・麻酔の外出し」が浮上。「点数の入らない点数表」によると、集中治療室等をもつあるいは

許可病床500床超の病院には届出を1病棟に限定するという制約が課せられる。

「手術・麻酔の外出し」は急性期病棟の地域包括ケア病棟への移行を促すとともに、地域に密着した病院には増悪期の在宅患者に提供できる急性期医療の範囲が広がるため、同病棟の活性化が見込まれるところだ。

もうひとつの注目点は、夜勤看護の評価を強化すること、夜勤シフトを困難にしている72時間ルールの弾力運用となる計算方法の変更である。

この、月平均夜勤72時間の計算から外れている月夜勤16時間以下の看護職員をある程度計算に加えるという見直し案に異議を唱えてきた支払側は、1月27日の中医協でも反対の姿勢を崩し

ていないため、結論が出るのは答申ギリギリとなりそうだ。

一方、病床数の増加が顕著な回復期リハビリ病棟入院料には、アウトカム評価の導入や初期加算・早期加算の要件強化などが打ち出されており、厳しい改定となりそうだ。

このほか、退院支援評価項目の再編や在宅医療の報酬体系の再度の見直しも、今回の改定方針原案にあらかたの内容が示された。「点数の入らない点数表」にはDPCに関する見直しの方針も盛り込まれ、16年度以降のDPC運用のあらかたがあきらかになった。

中医協は、改定方針原案にもとづく詰めの議論を数回行ない、早ければ2月10日にも答申が見込まれる。



介護療養と25対1病床の移行先となる3施設別に機能・特性を整理

新たな施設類型 社保審に諮る案まとまる。現行施設の転換と既存施設+居住施設がベース

2018年3月末で廃止が決まっている介護療養病床と医療法看護配置の経過措置が終わる療養病床25対1の転換先となる「新たな施設類型」について検討を重ねてきた「療養病床の在り方等に関する検討会」は、1月15日の会合で社会保障審議会に提案する整理案をまとめ、1月28日に公表した。(8面に詳細記事を掲載)

整理案は、医療区分Iを中心とした長期の医療・介護が必要な者を対象とした、既存病床とは異なる「新たな施設類型」として、まず、既存病床を活用する医療内包型と医療施設に居住施設を併設した医療外付け型を想定。さらに、前者を医療と介護の必要度で2つに分けた、つごう3タイプを提唱。

そのうち、医療内包型の2タイプを「長期療養に対応した施設(医療提供施設)」と位置づけた。その上で、サービスの特徴、利用者像、医療機能、介護機能ごとに3タイプの施設特性を示し、「新たな施設類型」が提供するサービスの各モデルとした。

そして、「新たな施設類型」を医療・介護サービスの密度の高い順から「案1-1」「案1-2」「案2」として区分、

全体を療養病床20対1と特定施設入居者生活介護の間に位置づけた。

3タイプは当該既存施設からの移行を第一義とし、そのために必要な規制の緩和や6.4㎡等にかかわる経過措置の必要を認めているが、一般病床等からの参入を否定していない。

また、「実際の移行先は、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から自ら選択する」と記し、自主的判断に委ねる選択肢を提供するとの考えを明確にしている。

以上を含め、整理案で示された3タイプのサービスは、前回(12月25日)に事務局(厚労省保険局医療介護連携推進課)が示した案(たたき台)と基本的に変わっていない。



▲検討会に臨む土屋常任理事(写真右端)

事務局が提示した整理案に対して、構成員である全日病の土屋常任理事は「現行制度の継続をぜひ認めてほしいが、万一それができなかつたらこの案がベターではないか」とした上で、「た

だし、分かりやすい枠組みがよい。3種類の相互の違いをもっと明確にしてほしい」と、さらなる精緻化を求めた。

他の構成員からも解釈上の疑問や修正意見が多く出たが、最終的にその趣旨を概ね了承し、修正案は遠藤久夫座長(学習院大学経済学部教授)に一任、28日の公表となった。

2016年通常国会 施政方針演説で介護提供体制の充実を強調

第190回国会が1月4日に召集され、6月1日までを会期とする150日間にわたる通常国会の幕を開けた。

安倍首相は1月22日の衆参本会議で施政方針演説を行ない、アベノミクス新三本の矢の3つ目に位置づけた「安心につながる社会保障」の柱である「介護離職ゼロ」の目標を中心に、2016年度社会保障施策の方針を語った。

2025年に向けた社会保障・税一体改革は、14年度成立の医療介護総合確保推進法と15年度成立の医療保険制度改革関連法の各施行が進められ、16年度は法的な制度改正の谷間となっていることもあり、医療保険制度改革への具体的な言及はなかった。

ただし、今国会では、前通常国会で継続審議となった「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律案」と「社会福祉法等の一部を改正する法律案」の審議が始まっている。

施政方針演説で、安倍首相は「今後25万人の介護人材を確保していく」こ

とを明言した。昨年末の一億総活躍国民会議で、20年度までに整備する在宅・施設サービス整備の目標値を約50万人分と12万人分引き上げる新方針を掲げ、新第3の矢に盛り込んだ。

これを受け、厚労省は最近の試算で20年度までに確保すべき介護人材をそれまでの20万人から5万人引き上げて約25万人と推定したが、その数がこの演説で明言されたため、いわば政府の目標数となったわけだ。

これを踏まえて、15年度補正で基金(介護分)が積み増しされたほか、16年度予算案でも介護人材確保関連予算が増額されるなど、関連分野に種々の影響が生じた。

この追加修正にもなつて、昨年2月に公表された「2025年に不足する介護人材は約30万人」とする見直しも修正される見直しになるなど、介護人材確保の問題は深刻味をさらに増しつつある。(6面に介護人材に関する関連記事)

■第190回国会における安倍首相の施政方針演説から

「介護離職ゼロ」という明確な目標を掲げ、現役世代の「安心」も確保する社会保障制度へと改革を進めていく。

在宅介護の負担を軽減する。特養やサ高住など多様な介護の受け皿を、2020年代初頭までに50万人分整備する。介護施設には首都圏などの国有地を安く提供する。

介護福祉士を志す学生には返還を免除する奨学金制度を充実する。いったん仕事を離れた人が復職する場合には再就職の準備金を支給する。あらゆる施策を総動員し、今後25万人の介護人材を確保していく。

介護休業の分割取得を可能にし、休業中の給付を40%から67%に引き上げる。所定外労働の免除、短時間勤務などを可能とし、仕事と介護が両立できる社会を創り上げていく。

□「療養病床の在り方等に関する検討会」構成員の土屋常任理事の談話

今回(第7回)でこの検討会は終了となる。この検討会の目的は「慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うこと」であることが最後の最後まで強調され、検討を終えた。

具体的な療養給付をどこで行うのか、新たな類型はどのような人員配置となるのか、現行の介護療養病床と医療療養病床(25:1)の機能は本当に維持されるのか等々、真剣に議論すべきところは社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うとされた。

多くの構成員が参加して行った検討会であったが、最前線で働いている私どもの考えがどれほど制度に反映されるかとなると不安が残る検討会となった印象は私だけであろうか。とにかく医療従事者が納得し、国民に満足頂ける制度の構築を望みたい。

厚労省関係の会議に初めて出席させて頂いた。このような機会を与えて頂き心より感謝申し上げます。お役には立てなかったが現場の声を少しでも発することはできたのではないかと考えている。

清話抄は2面に掲載しました。

主張

地域医療構想の鍵は関係者間の合意形成。ファシリテーターが必要

今年診療報酬改定の年である。年末には「診療報酬、本体0.49%増で決着 28年度改定」という記事が各紙に掲載された。

しかし、全日病の調査によると、ネット改定率は-0.84%だが、通常の市場拡大再算定の分を上乗せするとネット改定率は-1.03%に、さらに、特例的再算定を加味すると-1.31%と、前回は上回るマイナス改定となる。

この背景には国家財政の厳しさがあり、医療費への賦寄せがあると考えるを得ない。高齢化が進み、国

家の経済状況がこのまま回復しなければ、今後の医療費に関しても抑制の道が続くのではないかと懸念する。

医療費の他にも医療を取り巻く問題は山積している。

まず、地域医療構想では、かなりの地域で大幅な病床削減が行われると予想される。この構想には、都道府県ごとにガイドラインを策定することが盛り込まれている。

これには、病床削減や転換による在宅医療への移行が都道府県へ委ねられ、関係者間で合意形成することが盛り込まれている。

この合意形成こそが地域医療構想をうまく進めるキーになっていると感じる。時代の先を読み、なおかつ、様々な意見を中立公平な見解で舵をとることが出来るファシリテーターがいなければ、この構想は空中分解するだろう。

次に、地域包括ケアシステム構想では、医療と介護の連携や在宅復帰が益々重要となるが、専門医偏重の現在の医師教育ではこの構想もうまくいかないだろう。成功させるには、医師の養成課程を見直す必要がある。大学には、総合診療医を養成し、

現場へ送り出すシステム作りを期待したい。

他にも様々な問題があるが、これらの問題をいかに乗り越えられるか甚だ不安だといわざるを得ない。しかし不安がってばかりいても仕方ない。

2016年の干支は「丙申」だ。丙は「明らか」、申は「実が固まってくる年」と表現される。今後へ向け、これまでの試行錯誤や努力が良い方向へ「形」となり見えてくることに期待したいと思う。(NS)

「病床機能の分化・連携」の評価指標は「7対1病床・患者の縮小」?

経済財政諮問会議

外来定額負担のKPIは「500床超病院外来患者の60%」。厚労省方針に明記

経済財政諮問会議が1月21日に開かれ、2016年前半の検討課題として、(1)「600兆円経済」の実現、(2)消費税率の再引き上げを円滑に行なえる環境の創出、(3)経済・財政再生計画の着実な推進の3つを中心に議論を進めていくことを確認した。

16年前半の検討課題に関する議論は6月の骨太方針に収められていく。

甘利経済財政政策担当大臣は、検討課題を明らかにする中で、(1)の中に健康長寿を含む「公的分野の産業化の推進」を位置づけるとともに、(3)では「改革工程表のレビュー、社会保障等に係る給付・負担の在り方についての検討」をテーマにあげ、17年度予算編成に向けた取り組みを含め、引き続き社会保障制度改革に取り組む考えを明らかにした。

会議事務局である内閣府は、この日の会合に、「経済・財政再生計画」に沿った取り組みの概要を示す各府省の公表資料を提出した。

その中で、厚労省における取り組みは「社会保障制度の充実・機能強化と

重点化・効率化を進め、経済再生・財政健全化の両立に寄与するため、以下の施策に取り組む」として、「歳出抑制効果」と銘打った、①医療・介護提供体制の改革、②予防・健康づくり等の推進(成長力強化効果)、③診療報酬・調剤報酬改定、薬価を含む医薬品等の改革の3点に整理されている。

そして、①については「地域医療構想」「医療費適正化計画(外来医療費の地域差の縮小を図る)」「地域差の分析による介護費用の適正化」が、②では「予防インセンティブ」「がん対策」「データヘルス」が、③においては「診療報酬改定」「後発医薬品の使用促進」「かかりつけ薬剤師・薬局の推進」がそれぞれ取り上げられている。

このうち、「予防インセンティブ」では、「保険者の医療費適正化への取組を促すための指標を検討し、2015年度中に決定する。この新たな指標の達成状況に応じ、保険者努力支援制度の趣旨を2016年度から国保の特別調整交付金の仕組みに反映する」と、保険者インセ

ンティブ強化の施策について説明。

その上で、保険者インセンティブにかかわるKPI(重要業績評価指標)として以下の項目をあげている。

◎健康寿命(2020年までに1歳以上延伸)
◎健診受診率(2017年度特定健診受診率70%以上、2020年までに40~74歳の特定健診を含む健診受診率を80%)

◎糖尿病等生活習慣病の患者数(2022年度までに糖尿病有病者の増加の抑制1,000万人)

◎メタボ該当や高血圧等生活習慣病リスク(2020年までにメタボ人口2008年度比25%減、2022年度高血圧の改善=収縮期血圧の平均値の低下/男性134mmHg、女性129mmHg)

◎後発医薬品の使用割合(2017年央70%、2018年度から2020年度までの早い時期に80%以上に引き上げ)

以上のKPIは、健診やレセプトなどの情報を分析して加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な保健事業に取り組む「データヘルス」のKPIにも採用されており、厚労省は、当事業の

普及を図りつつ保険者インセンティブを推進する考えだ。

一方、「診療報酬改定」に関しては、主要な狙いとして「病床の機能分化・連携」と「かかりつけ医のさらなる普及」を打ち出している。

そして、前者に関しては、「入院基本料等に応じた適切な病床数(7対1入院基本料を算定する病床数【縮小】、患者数【縮小】)を、後者については、「紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入(大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合=500床以上の病院で約60%)」をそれぞれKPIとする考えを示した。

その上で、「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、中医協において、引き続き、病床機能の分化・連携を促す上で適切な評価等を検討する」とし、7対1病床とその患者の数の縮小割合を重要な指標とする「病床機能の分化・連携」を、同時改定に向けてさらに追求していく方針を明らかにしている。

産業競争力会議

地域医療連携推進法人 市場創造の施策に位置づけ、大学病院参加へ規制を緩和

1月25日の産業競争力会議は「2015年度産業競争力強化のための重点施策等に関する報告書」をまとめるとともに、「産業競争力の強化に関する実行計画」「成長戦略の進化のための今後の検討方針」について合意した。

「2015年度重点施策報告書」は、「戦略市場創造プラン関連」の項目で、「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり(保険者におけるデータヘルス計画の作成とレセプト情報等の分析にもとづく保健事業)などとともに「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設」を取り上げ、「当該新制度を活用した大学附属病院の別法人化の具体的な仕組みについては平成27年12月に案を公表した。平成27年度中に制度上の措置を行うべく検討を行っている」と書き込んだ。

「平成27年12月に案を公表した」というのは、12月11日の同会議実行実現点検会合で、厚労省と文科省が大学病院を地域医療連携推進法人に参加させる

ための環境整備への取り組み状況を報告し、その資料が公開されたことを指している。

政府が提唱した「非営利ホールディングカンパニー」は、昨年9月に成立した医療法改正において地域医療連携推進法人制度というかたちで創設され、来年4月に施行される。

一般社団である地域医療連携推進法人の社員には病院等の医療機関を開設する医療法人ほかの非営利法人が参加できる。したがって自治体病院や大学病院も参加できるわけだが、現実にはそれぞれに参加を拒む法的問題があるため、規制緩和を図る必要がある。

そうした中、この会合で、文科省は大学病院を別法人化するスキームを示し、岡山大学をモデルケースとして実現を図る方針を明らかにするとともに、そのために、附属病院の大学からの分離を禁じている大学設置基準(文科省令)を16年度にも改正する意向を示した。

厚生労働省も、同会合で、岡大病

院、岡山市民病院、岡山労災病院、岡山日赤病院、岡山済生会病院、国立医療センターを社員とする一般社団法人(岡山大学メディカルセンター)を設立し、地域医療連携推進法人の認可を得た上で、地域の公立病院や民間病院と連携を組んだ「岡山21世紀型地域ネットワーク」を構築する構想を紹介した。

1月25日の産業競争力会議は、同会議の15年度重点施策であった「非営利ホールディングカンパニー創設」の進捗結果を前出どおり報告書にしたためるとともに、「産業競争力の強化に関する実行計画案(2016年版)」にあらためて地域医療連携推進法人制度の創設を盛り込み、「平成29年4月日途の施行に向けて、必要な政省令整備等の所要の措置を速やかに講じる」とともに「大学附属病院を大学から別法人化できるよう、平成27年度中に制度上の措置を目指す」と記した。

同会議の「実行計画(2016年版)」には、医療分野の施策として、地域医療連携推進法人制度のほか、ヘルスケア

産業の創出支援、マイナンバー制度のインフラを活用した医療等分野への番号制度の導入、地域医療情報連携ネットワークの普及促進、医療介護費用の適正化等医療介護政策へのデータの一層の活用、個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与が書き込まれている。

地域医療連携推進法人制度の実現という目標は、産業力競争会議の「成長戦略の進化のための今後の検討方針案」にも掲げられている。

「検討方針案」は、地域医療連携推進法人制度の実現という課題を、「GDP600兆円に向けた戦略的成長市場の拡大」を図る施策課題の「質の高いヘルスケアサービスの成長産業化」の項に、「ヘルスケア産業の創出支援」「医療・介護等分野におけるICT化の徹底」「日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化」と並べて書き込み、同制度の普及が市場創造を図る重要な施策に位置づけられていることを示している。

清話抄

介護療養型医療施設の今後

厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」は、慢性期ニーズに対応する新たなサービスタイプの選択肢案を了承した。しかし、検討会案はあまりにも拙速すぎるのではないかと懸念する。

検討会の目的は「介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的

な改革の選択肢の整理等を行うこと」とされている。ところが、「療養病床の在り方」の「対応案」には「存続」という「選択肢」がない。

唯一検討会構成員からの発言として「介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべきが「その他」として付記されたのみである。

介護保険制度発足と同時にスタートした、介護療養病床の廃止が平成17年12月の第37回介護給付費分科会で唐突

に提案され、1か月半後の第39回の分科会では廃止に向けて、法的手続を残すのみとなった。当初は3000億円の国民医療費の削減効果があるとの説明だったが、「在り方等検討会」では全く議論されていない。

また、「医療が必要ではない」とこの根拠になった調査では、「医師による指示の見直し頻度」という質問が公表された文書では、あろうことか「直接医療提供頻度」にすり変わっていたということもあった。

我々は借金の山を抱えながら国を信じ、一生懸命に患者さん達のことを思い、働いてきたのである。

今後、この介護療養病床と医療療養病床の処理は、社会保障審議会・医療部会や介護保険部会に委ねられるが、廃止期限の再延長を再度選択肢に上げるべきであろう。

医療・介護現場に混乱を生じさせないことと経営の成立を最優先に、現場を見据えた丁寧な議論を願いたいものである。(紘)

16年度に5疾病5事業と病床規制の方法など医療計画を見直し

全国厚生労働関係部局長会議 改正医療法は9月に医療法人のガバナンス強化等、来4月に連携推進法人を施行

2016年全国厚生労働関係部局長会議が1月19日に開かれ、厚生労働省は都道府県の担当者に2016年度施策の重点事項を説明した。

厚生関係分科会において、武田政策統括官(社会保障担当)は2017年4月引き上げ予定の消費税に導入される軽減税率に触れ、「28兆円程度とされる社会保障充実の財源は軽減税率の導入によっても変わることはない」と言明。

16年度の社会保障施策については、「改正医療法の一部施行がある以外法的に大きな改革はない」としつつも、「主要な改革は経済・財政一体改革における18年度までの集中改革期間に取り込まれる」とし、昨年末の改革工程表に盛り込まれた社会保障関連44項目に対する都道府県の協力を求めた。

さらに、アベノミクスの新・第3の矢として「安心につながる社会保障」が打ち出され、その中で、「介護施設、在宅サービス及びサービス付き高齢者向け住宅の整備量約12万人分を前倒し・上乘せし、約50万人分以上に拡大する」方針等が昨年11月に打ち出されたことを指摘。

その一環として、介護人材対策を加速化させるために、15年度補正予算(1月20日に成立)で119億円のほる地域医療介護総合確保基金(介護分)の積み増しが行なわれたと説明した。

次に登壇した神田医政局長は、地域医療構想の策定を進める上で様々なデータから構想区域ごとの課題を的確に抽出することが重要と訴え、その拙速を戒めた。

他方、都道府県にとまどいが見られる療養病床必要量の推定に関しては、療養病床の転換先となる新類型の詳細決定と当該医療機関の対応に数年かかると展望。それとは別に「療養病床の必要数を立てるという作業は進めてほしい」と要請した。

医政局が配布した資料の「医療・介護制度見直しの今後の3年のスケジュール」(別掲)によると、16年度にすべての都道府県で策定が見込まれている構想には、17年度以降「進捗管理および適宜見直し」という工程が組込められている。

つまり、厚労省は、新類型の確定と当該医療機関における対応によって療養病床の必要量が変わっていくなど、構想が「適宜見直し」される可能性を認めているわけだ。

医政局長は、また、16年度の地域医療介護総合確保基金に関して、全国知事会から居宅等事業と医療従事者の確保・養成事業への配分を増すよう求められているとし、「基金創設前までの国庫補助で実施してきた事業に十分配慮し、都道府県と十分な意見交換を行なって配分額を決定していく」意向を明らかにした。

続いて梅田審議官は、昨年9月に成

立した改正医療法について、(1)医療法人のガバナンス強化と分割、社会医療法人認定要件の見直しは今年9月をめどに、(2)地域医療連携推進法人の創設と医療法人の外部監査は17年4月をめどに、2段階で施行されると展望。

また、医療事故調査制度に関して、「医療安全支援センターに遺族等から相談が寄せられた場合は必要に応じて医療機関に情報提供」することを、「医療機関から相談があった場合は医師会など支援団体の窓口を紹介」するなど、都道府県の協力を求めた。

このほか、医政局の配布資料には、15年度末に「医療計画の見直し等に関する検討会」を設置し、18年度からの第7次医療計画に向けて、①5疾病5事業の見直し、②基準病床数と必要病床数の考え方、③地域医療構想ガイドライン見直しなどの検討を始める旨が明記された。

◆2016年全国厚生労働関係部局長会議における医療提供体制の説明から

□神田裕二医政局長

都道府県には、地域医療構想の策定にあたっては、データから課題を抽出し、それを構想に掲載していただきたい。例えば、がん、脳卒中、心筋梗塞等の主な疾患に対応できる医療機関の分布や提供されている医療などを把握し、しっかり分析していただきたい。

DPCデータを利用すると、診療科にほぼ対応しているMDC別に集計することによって、各医療機関の有する医療機能を把握したり、地域で欠けている医療機能がないかを確認したりすることが可能となる。

15年度内に20の県が策定を予定しているが、拙速にならないよう、構想区域ごとの課題をしっかりと抽出していただきたい。それが構想策定後の話し合いの出発点となるからだ。

療養病床であるが、介護療養病床は17年度末で廃止となる。療養病床の暫定的な配置基準である25対1も原則17年度末で廃止となる。その後施設としてどういものが考えられるか、「療養病床の在り方等に関する検討会」が施設類型の案をまとめた。

これに関して、(都道府県から)よく、「療養病床の方針が決まっていないので、療養病床の数を決められない」という声を聞く。しかし、(新たな施設類型の)施設基準や人員配置を決めるのはこれからであり、報酬が決まるのは早くても18年度の同時改定である。そうしたことを言っていると、いつまでも地域医療構想が決まらない。

現実的には、具体的な施設基準や人員配置基準が決まり、各療養病床における患者の状況や施設建物の年数あるいは資金償還計画がどうであるかを考えつつ、同時に報酬水準をみながら、後施設のどこに移っていくかの検討が進んでいく。

したがって、構想の段階で、どの施設がどの類型に転換するかが決まらなると病床数が決められないという話ではない。それはそれとして、療養病床の必要数を立てるといふ作業を進めていただきたい。

地域医療介護総合確保基金の医療分については、16年度も「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分していく。ただ、全国知事会からの要望もあり、居宅等事業と医療従事者の確保・養成事業は基金創設前までの国庫補助で実施してきた事業に十分配慮し、都道府県と十分な意見交換を行なって配分額を決定していきたい。

ただし、都道府県の皆さんには、他の財源を使えないかということも検討していただきたい。15年度まで使えた地域医療再生基金はもう使えなくなるので、その事業の一部が地域医療介護総合確保基金に入ってくる。したがって相当な需要増が見込まれるので、他の財源でできるものは、まずそれを検討していただきたい。

マンパワーに関しては、骨太の方針にもとづいて、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見直し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を設け、その下に、医師、看護職員、理学療法士・作業療法士ごとに分科会を設置した。このうち医師需給分科会がすでに始まっている。

医師偏在については都道府県からも色々ご意見をいただいている。こうしてほしいということがあれば検討の参考にするので、私どもにお寄せいただきたい。

次に専門医であるが、すでに12月から研修プログラムの申請受付が始まっており、5月末までに研修プログラムの審査・認定が行なわれる。専門医機構は、

申請が出た段階で全国的な偏在が明らかであるような場合は可能な限り修正するとしている。

専門医機構は「全国の研修プログラムの偏在の是正、不当な圧力等に対する不服申立て等に係る方針」を公表しており、「わが施設群の連携施設にならないと医師を派遣しない」といった不当な圧力等を受けた場合には不服申立てができるようになっている。何かあればこの制度を活用していただきたい。

各都道府県には、医師会、大学、病院団体等地域の関係者が専門医制度について協議する場を設け、本来的には研修基準を満たしているにもかかわらず、そうした病院が研修プログラムから取り残されることがないように、調整をしていただきたい。

専門医機構に申請があがってきたものはこちらからも情報提供したいと考えているが、都道府県においても、どこにどのようなプログラムが策定されているか、定員はどうかといった情報を把握し、問題があるようなケースは専門医機構に言っていただきたいが、非常に大きな問題がある場合は私どもにご意見をお寄せいただきたい。

◎梅田珠実審議官

昨年9月に医療法一部改正法が成立・公布されている。この改正法は2段階に分けて施行される。

第1段階は改正事項の内、医療法人のガバナンスの強化、分割、社会医療法人認定要件の見直しについては、9月をめどに施行する。第2段階としては、地域医療連携推進法人制度の創設と医療法人の外部監査を17年4月をめどに施行する予定で作業を進めている。

このうち、地域医療構想を推進する1つの選択肢となる地域医療連携推進法人は新しい制度であり、都道府県には、今後新たに認定業務が発生するので、制度上の疑義等があれば厚生労働省に適宜ご相談いただきたい。

昨年10月から医療事故調査制度が始まっている。この制度については、地域医療介護総合確保推進法(14年6月25日公布)の附則第2条にもとづいて、公布後2年以内に、①医師法第21条による届出と本制度による報告のあり方、②医療事故調査のあり方、③医療事故調査・支援センターのあり方について、見直



しが行なわれる。各都道府県には、医療安全支援センターに遺族等から本制度の医療事故に関する相談が寄せられた場合は、相談者の了解を得た上で必要に応じて医療機関に情報提供いただくなど、適切に対応いただきたい。

また、各都道府県には医師会などに支援団体の窓口が設けられている。医療機関から本制度に関する相談があった場合は窓口をご紹介いただきたい。

医療用医薬品の価格妥結率は、14年度診療報酬改定で未妥結減算が導入された結果、昨年9月の妥結率は大幅に改善された。その一方で、単品単価取引は進展せず、特定卸、特定品目、特定機関のみ妥結する傾向が出てきたとの指摘もある。

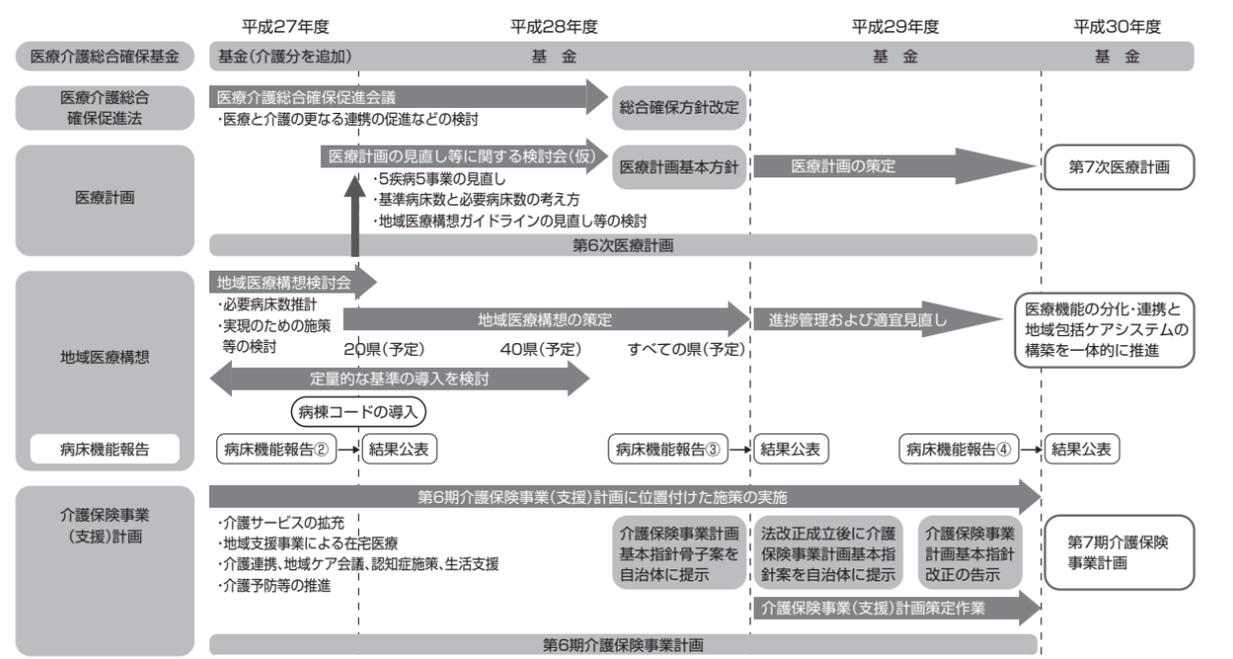
各都道府県には、医療用医薬品の流通改善の促進に関する提言の趣旨をご理解いただき、早期妥結・単品単価契約の進展など、所管の医療機関への指導と働きかけをお願いしたい。

2015年病床機能報告の集計数 (15年7月1日の医療機能別病床数=許可病床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	167,202	559,868	70,479	79,492	877,041
療養病床	0	1,944	50,931	243,744	296,619
合計	167,202	561,812	121,410	323,236	1,173,660
構成比	14.2%	47.9%	10.3%	27.5%	100.0%
構成比(14年度)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(注)12月13日までに7,004病院(95.0%)、5,815有床診(80.3%)が報告済み。そのうち、12月2日時点でデータクリーニングが完了した6,644病院(90.1%)、4,355有床診(60.2%)のデータを集計した。集計対象のうち未回答の病床が22,092床分あり、上表には含めていない。

□医療・介護制度見直しの今後3年のスケジュール



2016年度改定の方針

短期滞在手術等基本料3の対象を9項目増やす

2016年度診療報酬改定案「個別改定項目について」から 1月27日中医協総会 ※1面記事を参照

□一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の見直し

1. 評価項目及び基準の見直しを行う。

【項目の見直し】(略)

【基準の見直し】

次のいずれかの基準を満たすこと

・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上

・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上

・手術等の医学的状況に係る得点(M得点)が1点以上

●地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の基準

・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点(M得点)が1点以上

2. 一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合要件について見直しを行う。 ※経過措置あり

□重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価の充実

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要」の見直しに伴い、10対1入院基本料について、該当患者を受け入れている割合に応じて、看護必要度加算の評価を見直す(看護必要度加算3の新設)。 ※経過措置あり

□病棟群単位による届出

一般病棟入院基本料の届出において、7対1から10対1に変更する際に限り、保険医療機関が平成28年4月1日から○年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[施設基準]

(1)届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近○月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。

(2)4病棟以上の保険医療機関が届け出る場合、1つの入院基本料病棟の数は複数とすること。

(3)病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成○年○月○日の期間に行われること。

(4)当該届出の措置を利用した場合には、平成○年○月○日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の○分の○以下とすること(特定機能病院は除く)。

(5)当該届出措置を利用した場合は、原則として、7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はおきかないこと。

□在宅復帰率の要件見直し

1.7対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する棟について、自宅等に退院した患者の割合に関する基準を見直す。

改定案/現行規定に「有床診療所入院基本料(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る)」「有床診療所療養病棟入院基本料(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る)」を追加する。

2.地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1を算定する病棟(病室)について、自宅等に退院した患者の割合に関する基準見直しを行う。

改定案/(1.と同様)

総合入院体制加算は3区分で評価

□短期滞在手術等基本料3の見直し

1.短期滞在手術等基本料3について、対象となる手術等を拡大するとともに、包括とされた部分の出来高実績点数に応じた評価の見直しを行う。併せて、診療形態に大きな変化がみられた項目や年齢によって出来高実績点数に大きな違いがみられた項目について、評価の精緻化を行う。

2.短期滞在手術等基本料3の包括範囲について、一部に高額医療を要する患者がみられことから、包括範囲の見直しを行う。

□総合入院体制加算の実績要件等見直し

総合入院体制加算について、加算1について化学療法の要件見直しを行うとともに、新たに急性期患者に対する医療の提供密度関連要件等を追加。加算

2について、一定程度の実績を満たすことを要件とし、新たに認知症・精神疾患患者等の受入れ体制に関する要件を追加した上で評価の見直しを行う。 ※経過措置あり

総合入院体制加算1 240点

総合入院体制加算2 ○点(新)

総合入院体制加算3 120点

「脳卒中患者」は医療区分で点数分ける

□地域包括ケア病棟入院料の見直し

1.地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から手術・麻酔の費用を除外する。

2.集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数に制限を設ける。

[算定要件]

以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

救命急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料

ただし、平成28年1月時点で既に届け出た病棟等についてはこの限りではない。

□療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者割合に応じた評価

療養病棟入院基本料2の施設基準に「当該病棟の入院患者うち、医療区分2又は3の患者割合が○割以上」を追加する。ただし、当該基準又は看護職員の配置(25対1のみ)を満たさない病棟が、別に定める下記の基準を満たしている場合には、平成○年○月○日までに限り、所定点数の○分の○を算定できる。

[別に定める基準]

(1)療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。

(2)平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。 ※経過措置あり

□療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直しを行う。

□療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する要件を次のように変更する。

[施設基準](抜萃)

②当該病棟から退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。

④自院又は他院の一般病棟・地域包括ケア病棟(病室)から当該病棟に入院し、自宅・居住系介護施設等に退院した年間の患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く)の数を当該病棟の年間平均入院患者数で除した数が○分の○以上であること。 ※経過措置あり

□障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

1.障害者施設等入院基本料の見直し

(新)7対1及び10対1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合 ○点

医療区分1に相当する場合 ○点

(新)13対1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合 ○点

医療区分1に相当する場合 ○点

(新)15対1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

医療区分2に相当する場合 ○点

医療区分1に相当する場合 ○点

[算定要件]

当該病棟に入院する重度の意識障害者(脳卒中後遺症に限る)の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。区分3

相当のものは、従来通り、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定する。

[包括範囲]

特掲診療料の包括範囲については療養病棟入院基本料と同様とし、入院基本料基本料等加算については、障害者施設入院基本料の規定に従う。ただし、特殊疾患入院施設管理加算については算定しない。

2.特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料の見直し(略)

□医師事務作業補助体制の評価

1.医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師が患者の診療中に行う文書作成補助業務(診断書・診療録の代入力)に限り、業務の場所を問わず、「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

2.20対1補助体制加算について、現行は15対1補助体制加算と同様の施設基準を満たすこととされているが、25対1、30対1、40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和する。また、75対1、100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「○名以上」に緩和する。

3.50対1、75対1、100対1補助体制加算の対象に療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加する。特定機能病院については、加算1に限り、届出を可能とする。

夜間看護の評価を強化

□看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

1.月平均夜勤時間数の算出にあたり、計算に含まれる者の要件を見直す。

[入院基本料の施設基準](抜萃)

カ月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間については、次の点に留意すること。

①専ら夜勤時間帯に従事する者は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。

②夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務の時間を含む)で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

③7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が○時間<以下・未満>の者は含まないこと。

④7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が○時間<以下・未満>の者は含まないこと。

キ 削除

2.月平均夜勤時間超過減算の算定額を見直す。

3.月平均夜勤時間数の基準のみを満たさなくなった場合に算定する夜勤時間特別入院基本料を新設する。

(新)夜勤時間特別入院基本料

(1)入院基本料の○分の○に相当する点数

(2)(1)の点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、特別入院基本料に○点を加えた点数

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

□夜間看護体制の充実に関する評価

1.7対1又は10対1の病棟で看護職員の手厚い夜間配置をしている場合及び看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合に、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

【看護職員夜間配置加算】

1 看護職員夜間12対1配置加算

イ 夜間看護体制が充実している場合 ○点

ロ イ以外の場合 ○点

2 看護職員夜間16対1配置加算 ○点(新)

2.7対1又は10対1等を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置の区分を見直すとともに評価を充実し、看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

(1)看護補助者の夜間配置の評価

【急性期看護補助体制加算】

イ 夜間○対1急性期看護補助体制加算 ○点

ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 ○点

ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 ○点

(2)看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

(新)夜間看護体制加算 ○点

2016年度改定の方針

地域包括診療科から救急病院等要件を外す

3. 13対1等を算定する病棟に看護補助者の夜間配置の評価を新設する。

(新)夜間75対1看護補助加算 ○点(1日につき)

4. 看護補助加算(13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料を算定する病棟)を算定する病棟において、看護補助者の夜間配置を含めた看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組をしている場合の評価を新設する。

(新)夜間看護体制加算 ○点(入院初日)

□常勤配置の取扱いの明確化

1. 施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法に定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、当該休業を取得している期間については、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことを原則認める。

2. 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週〇時間以上の勤務で常勤の取扱い明確化

□手術・処置の時間外等加算1施設基準見直し

手術・処置の時間外等加算1については、算定施設届出の際に算定する診療科を列記しているが、全科届出の場合には、1日当たりの当直医師数(常勤であること。ICU等に勤務する医師は除く)に応じて、手術前日の当直回数の制限を緩和する。

□認知症に対する主治医機能の評価

認知症の患者に対する主治医機能について、評価を新設する。

(新)認知症地域包括診療科 ○点(月1回)

[施設基準]

地域包括診療科の届出を行っていること。

□地域包括診療科等の施設基準の緩和

地域包括診療科及び地域包括診療加算の施設基準を緩和する。

【地域包括診療科】[施設基準]

イ 病院の場合

①(第2次救急医療機関、救急病院、病院輪番群制病院であること)(削除)

□退院支援に関する評価の充実

1. 病棟への退院支援職員配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ、実態を踏まえた評価を新設する。

(新)退院調整加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 ○点(退院時1回)

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 ○点(退院時1回)

[算定要件]

(2)現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。(抜粋)

②各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後〇日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。

[施設基準]

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。(抜粋)

(1)退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ただし、退院支援業務について、最大2病棟まで併任することが可能。

2. 退院調整加算について、入院日数に応じた評価を廃止するとともに、名称を「退院調整加算2」に改める。

□退院直後の在宅療養支援に関する評価

退院直後に、入院医療機関の看護師等が患者等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を新設する。

(新)退院後訪問指導科 ○点(1回につき)

(新)訪問看護同行加算 ○点

建物、人数、訪問回数で評価を区分

□在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

1. 特定施設入居時等医学総合管理料について、当該管理料の算定対象となる対象施設を見直すとともに施設入居時等医学総合管理料へ名称を変更する。

[施設入居時等医学総合管理料の対象施設]

①養護老人ホーム、②軽費老人ホーム、③特別養護老人ホーム、④特定施設、⑤有料老人ホーム(新設)、⑥サ高住(新設)、⑦認知症グループホーム(新設)

2. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料について、

(1)月1回の訪問診療による管理料を新設

(2)重症度が高い患者をより評価

(3)「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化

●在宅時医学総合管理料

1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

2. 月2回以上訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

3. 月1回訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

●施設入居時等医学総合管理料

1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

2. 月2回以上訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

3. 月1回訪問診療を実施している場合

①単一建物診療患者が1人の場合

②単一建物診療患者が2～9人の場合

③①及び②以外の場合

(新設) 頻回訪問加算 ○点

(新設) [別に定める状態]

3. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料における「同一建物居住者」の名称と定義を見直す。

【在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料】

[単一建物診療患者の人数]

当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」という。ただし、在宅時医学総合管理料に限り、保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の〇%以下の場合には単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

4. 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居等の見直しに伴い、在宅患者訪問診療料の評価見直しを行う。

病院からの訪問看護は点数を引き上げ

●在宅患者訪問診療料

1 同一建物居住者以外の場合 833点

2 同一建物居住者の場合 ○点(新)

イ 特定施設等に入居する者の場合(削除)

ロ イ以外の場合(削除)

□休日の往診に対する評価の充実

往診料について、緊急行うものや夜間・深夜だけでなく休日に実施した場合についても加算として評価を行う。

□在宅医療における看取り実績に関する評価の充実

1. 機能強化型の在宅支診及び在宅病のうち、緩和ケアに関する十分な経験を有し、十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関に対する評価を新設する。

2. 在宅療養実績加算について、実績の段階等に応じた評価の精緻化を行うとともに、医学総合管理料の見直しに伴う評価の見直しを行う。(略)

□病院・診療所からの訪問看護の評価

病院・診療所からの訪問看護をより評価するために、在宅患者訪問看護・指導料等を充実する。(略)

□紹介状なしの大病院受診時定額負担導入(略)

□データ提出を要件とする病棟の拡大

1. 届出病床数が一定以上の病院に限り、10対1入院基本料の施設基準にデータ提出加算の届出を要件化する(200床未満の病院を除く)。※経過措置あり

2. データ提出加算に係る評価を充実する。

□回復期リハ病棟におけるアウトカムの評価

回復期リハ病棟を有する保険医療機関について、

当該病棟におけるリハの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、回復期リハ病棟入院料の算定患者に1日6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハ病棟入院料に包括する。

[算定要件](抜粋)

(2)効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者(計算対象から除外される患者を除く)についての、①の総和を②の総和で除したものが一定数未満である状態をいう。

①退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時FIM得点(運動項目)を控除したもの

②各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの

(3)在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は(2)の算出から除外する。また、入棟日に次に該当する患者は毎月の入棟患者数の〇分の〇を超えない範囲で(2)の算出から除外できる。

① FIM 運動項目得点が〇点以下のもの

② FIM 運動項目得点が〇点以上のもの

③ FIM 認知項目得点が〇点未満のもの

④年齢が〇歳以上のもの

(4)高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の〇%を超える保険医療機関は、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。

(5)在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で〇点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

※経過措置あり

□体制強化加算の施設基準見直し

体制強化加算に専従医師が病棟外業務を行う場合の点数を新設する(体制強化加算2)。

□ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

ADL維持向上等体制加算を増点し、内容を充実する。

□初期加算、早期加算の要件等の見直し

1. リハビリテーション料の初期加算、早期リハ加算の対象を急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限る。疾患別リハビリテーション料における初期加算、早期リハ加算の算定起算日を見直す。※経過措置あり

2. 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。※経過措置あり

□廃用症候群リハビリテーション料の新設

廃用症候群に対するリハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。※経過措置あり

要介護者(外来)の維持期リハは来3月まで

□要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

1. 要介護被保険者等(入院中の患者を除く)に対する脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハの提供は、原則として平成30年3月までとする。

2. 要介護被保険者等に対するリハについて、機能予後の見通しの説明、目標設定支援等を評価する。※経過措置あり

3. 医療保険と介護のリハビリテーションについて、併給できる期間を拡大する。(略)

□心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の評価を充実するとともに、循環器科、心臓血管外科の標榜を求めている施設基準を緩和し、循環器科又は心臓血管外科の医師等がリハを実施する時間帯に勤務していればよいこととする。

□救急患者の受入れ体制の充実

1. 時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算を算定可能とする。

2. 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

□救急医療管理加算1の対象患者の拡大

1. 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法が必要なものを加算1の対象に加えるとともに評価をより充実し、加算2の評価を適正化する。

18年度からのインセンティブ強化へ「保険者共通評価基準」を導入

特定健診・特定保健指導 第3期計画に向けた見直し作業を開始。保険局・健康局が合同検討会

第3期特定健康診査等実施計画(2018年～22年)の策定に向けて、医療費適正化計画に資するとともに、保険者のインセンティブ強化につなげる特定健診・特定保健指導の見直しを検討するために、厚労省は「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」(在り方検討会)を設置するとともに、1月8日に「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」(健診・保健指導等検討会)との合同検討会を開催した。

合同検討会では、(1)技術的な事項である特定健診・特定保健指導に関するエビデンスの収集・分析等は在り方検討会(事務局・健康局健康課)で検討し、(2)法令改正などの制度的事項は健診・保健指導等検討会(事務局・保険局医療費適正化対策推進室)で議論し、(3)両検討会は必要に応じて合同検討会を開いて結果を共有するとともに共同でとりまとめることで一致するとともに、見直しに向けた検討の今後の進め方で合意した。

また、当面の日程として、①1月内に在り方検討会をもち(1月19日に開催済)、以降定期的に開催する、②3月頃に健診・保健指導等検討会を開いて第3期計画期間における具体的な実施のあり方について議論を開始し、以降、定期的に開催する、③16年半ばに合同検討会で特定健康診査項目に関する見直しの中間とりまとめを行なう、ことを確認した。

在り方検討会は11年12月の設置以降特定健診・保健指導のあり方について議論を重ね、「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」をまとめた13年

4月に閉会となった「健診・保健指導の在り方に関する検討会」に代わるもの。

一方、11年4月に設置された健診・保健指導等検討会は、08年度の特定健診・特定保健指導制度導入に先立って06年8月から07年3月まで設置された「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」を、現名称に変えた上11年4月に再開し、特定健診保健指導の制度上の課題を中心に検討を行ってきた。

この1月6日には、「今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標について」をとりまとめている。

今回、担当部局を越えて合同検討会を開いた直接の契機は、「特定健康診査等基本指針」にもとづいて5年ごとに見直す実施計画の第3期分を前に、特定健診・特定保健指導の関連事項の見直しを検討することが目的だ。

一方で、健診・保健指導等検討会は14年度以降、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証」について議論する一方で「保険者共通のインセンティブ指標」の検討を重ねるなど、医療費適正化にどう資する特定健診になっているか、また、そうした保健事業の成果を後期高齢者支援金の加算・減算制度など保険者の奨励・支援にどうつなげていくかというテーマの議論を展開してきた。

これは、「日本再興戦略」や骨太方針2015に「保険者の保健事業の取組に対するより一層の効果的なインセンティブとなるようインセンティブ強化について制度設計を行う」ことが明記され

たためだ。

その際、保険者個々の特性はあるものの、インセンティブ強化に際しては、数値目標(KPI)を取り入れた検証可能なものにする必要があるため、健診・保健指導等検討会は保険者共通のインセンティブ指標を検討、この1月6日に「共通的に評価する指標」を提案した。

それは、①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、②特定健診・特定保健指導に加えて他の健診実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の実施状況、糖尿病等の重症化予防の実施状況、④広く加入者に対して行う予防・健康づくりの実施状況、⑤加入者の適正受診・適正服薬を促す取組みの実施状況、⑥後発医薬品の使用促進の実施状況という、6つの指標からなる。

そして、「今後、保険者種別ごとに、これを指針として、既存の保険者の取組状況や好事例の取組等も踏まえ、具体的な評価基準の内容、評価基準の当てはめ方等について検討していくことが適当」とした上で、データヘルスが本格化する2018年度以降はその取り組みを評価指標に加えていくことが望ま

しいとの考えを示した。

今回の合同検討会がテーマとする特定健診・特定保健指導は、こうしたインセンティブ指標の軸となるもの。

「共通的に評価する指標」は、保険者が取り組む保健事業の評価基準について、「当面は取組の実施状況に着目した指標(いわゆるアウトプット指標)を中心とするが、可能な限り、数値等の客観的に取組状況が測れる、取組の成果に着目した指標(アウトカム指標)としていくことが望ましい」とも提起している。

それだけに、単に実施率や受診割合等の向上を求めるだけでなく、予防効果をより高める健診項目や保健指導実施の枠組み等の改善が期待されることになるわけだが、この共通評価指標は、18年度から実施される保険者の予防・健康づくり等に対する新たなインセンティブ(別掲)に、何らかの形で採用される予定だ。

したがって、第3期計画に向けた見直し議論は、特定健診・保健指導の内容だけでなく、その効果的な実施方法と評価の方法等、保険者にとってもきわめて真剣な対応を迫るものとなっている。

□新たなインセンティブ制度

現行(2017年度)

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				
指標	特定検診・保健指導の実施率				

見直し後(2018年度～)

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定(各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定)				

外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会

外国人介護福祉士の確保へ、EPA枠の積極活用を検討

技能実習生の対象職種への追加に続き、介護人材として外国人の養成強化を企図

「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会」が1月21日に1年ぶりに再開され、「経済連携協定(EPA)の有効活用」をテーマに、その改善策の検討を開始した。

この日は、EPAにもとづく介護福祉士候補者を受入れている2施設にヒアリングを実施するとともに、同制度の受入れ調整機関である国際厚生事業団からEPAを積極活用するための改善策を開いた。

同検討会は、日本再興戦略(改訂2014)に、①外国人技能実習制度の対象職種に介護分野を追加する、②介護福祉士資格等を取得した外国人留学生の就労を可能とするための制度設計等を行なう方針が打ち出されたことを受け、(1)技能実習生の受入れのあり方、(2)国家資格取得者に在留資格が付与された場合の運用のあり方等、(3)EPAのさらなる活用方策を検討課題として、2014年10月30日に設置された。

日本再興戦略(改訂2014)は現行技能実習制度について「2015年度中の新制

度への移行を目指す」方針を掲げ、長時間労働や賃金未払いなどの問題点が指摘されてきた外国人技能実習制度の適正化・充実化を図るために、技能実習の監理団体を許可制とし、技能実習生に対する人権侵害行為に禁止規定や罰則を設けるなど新たな制度設計を定める「技能実習法案」が昨年の通常国会に提出された。

この法案は昨年の通常国会では審議未了で継続審議となったものの、今国会で早期の成立が見込まれている。

同検討会は、「技能実習法案」を見据えた昨年1月にとりまとめた「中間まとめ」で、外国人が介護を担うことなど様々な懸念に対応する具体的方策に向けた検討事項を整理した上で、「新たな技能実習制度の施行と同時に職種追加を行うことが適当」と結論づけた。

また、「養成施設に留学し、介護福祉士資格を取得した者に在留資格を認めることが適当」とし、具体的な制度設計を進めるべきと提起した。

したがって、新たな外国人技能実習

制度における介護人材の育成は前出法案の成立後に、「中間まとめ」を踏まえつつ、施行に向けた政省令通知が出される見込みだ。

技能実習制度への介護分野の追加は、産業競争力会議の産業競争力強化のための15年度重点施策にも位置づけられている。

かくて、同検討会に残された課題は、18年度から始まって、現在、インドネシア、フィリピン、ベトナムの3カ国から介護福祉士候補者を受け入れているEPAの積極活用をどう図るかという点になる。

EPAを活用した介護福祉士候補者の受入数(入国者数)は2,106人(15年10月1日現在)。ベトナム人の受け入れが始まった14年度以降急増している。一方、11年度までに国家試験の受験資格を獲得したのは622人で、そのうち317名(51.0%)が合格している。

国際厚生事業団の調査によると、職員、利用者・家族の約8割が介護福祉士候補者の感想を「良好」または「概ね良好」と回答、「あまり良くない」は1～2%に過ぎ

ないというように現場の評判は良好だ。

再開した検討会で、国際厚生事業団は、「1施設当たりの年間受入れ人数を1名から認める(現在は2名以上)」「介護型有料老人ホームやサテライト型施設等での受入れを認める」などの方法で受け入れ人数の拡大を促すことを提案。

国家試験合格率を高める策としては、「(上限4年に加えて一定条件で1年間の滞在延長が可能という)滞在期間延長の引き続きの実施」や「学習支援事業の強化」などの策を、資格取得者の定着を促進するためには、「呼び寄せた資格取得者の家族の就労制限を緩和する」「資格取得者は訪問介護等に従事できるようにする」「資格取得後の研修等の恒常的実施」などの措置が必要といった意見を述べた。

国際厚生事業団の意見は現場の声を反映したもので、ヒアリングを受けた2施設も概ね同様の意見・要望を示した。

検討会は次回会合で論点を整理し、15年度内をめどに報告をとりまとめる予定だ。

■育児・介護休業法

介護休業分割取得や所定外労働免除制度など改正案を了承

厚生労働省の労働政策審議会は1月15日、塩崎恭久厚生労働大臣から諮問があった「雇用保険法等の一部を改正する法律案要綱」に対して概ね妥当と答申した。

同要綱は、雇用保険法、労働保険徴収法、高齢者雇用安定法、男女雇用機会均等法、労働者派遣法、育児・介護休業法のあわせて6本の法律改正を図る一括法の内容を示すもの。

そのうち、育児・介護休業法の改正

では、①93日を限度として、対象となる家族1人につき3回の介護休業が取得できる、②要介護状態にある家族を介護する労働者(労使協定で定める一定の者を除く)が対象家族を介護するために請求した場合、事業主は、事業の正常な運営を妨げる場合を除いて所定労働時間を超えて労働させてはならないなど、③子の看護に関する休暇(改正)、④介護休暇(改正)、⑤介護

のための所定外労働の制限(新設)、⑥介護のための所定労働時間の短縮等の措置(改正)、⑦職場における育児休業等に関する言動に起因する問題に関する雇用管理上の措置(新設)という各規定が改正・新設される。

答申を受け、厚労省は法律案を今通常国会に提出するが、この一括法の成立によって、各事業所には、業務上の取り扱いのほか就業規則(育児・介護休業規程)の変更が求められることになる。

訃報

全日本病院協会顧問の宮芳久氏(東淀川病院名誉院長)が昨年12月に逝去された。享年94歳。

宮顧問は1983年4月に常任理事に就任。1993年4月から97年3月まで理事を務めた後、97年4月より顧問を就めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

四病協賀詞交歓会

安倍首相が出席・挨拶。政府と病院団体に改定率の評価が分かれる

四病院団体協議会は2016年の賀詞交歓会(新年の集い)を1月8日に東京都内のホテルニューオータニで開催、政界74人、厚生労働省等省庁46人など675人が参加した。

四病協を代表して挨拶した加納繁照医法協会会長は、2016年のキーワードに、地域医療構想、消費税、診療報酬改定、参議院選挙の4つをあげた。

そして、「2025年の必要病床数推計値は参考値に過ぎない。あれをもって病床削減目標としてはならない。また、今回の改定率はネットで2回連続のマイナスとなった。今後の議論で少しでもよい改定となることを願っている。

さらに、10%への引き上げ時には、ぜひとも抜本的な解決をお願いしたい」と焦眉の課題に対する病院団体の思いを述べ、「来るべき参議院選挙では病院団体こそで力を発揮できるようにがんばりたい」と結んだ。

これに対して、塩崎恭久厚生労働大臣は「+0.49%は我々ががんばった結果」と本体報酬がプラスとなったことを強調。「この改定では、かかりつけ医とプライマリケアの推進に取り組むとともに、がん、認知症、小児の在宅や救急医療にも配分しなければいけないが、一方で、重症度評価の合理化もしないとならない」と、16年度改定に対する思いを語った。

また、医療法改正で創設された地域医療連携推進法人に触れ、地域包括ケアを支える医療機関連携として「これがどう使われるのか。我々としては、これがよい結果をもたらし、そこから新しい

発見が生まれればいいなと思っている」と、期待感を表わした。

改定率について、横倉義武日医会長は、挨拶で「医療機関経営は厳しいが、わが国の財政状況がよくないことを理解し、医療人もしっかり覚悟していかなければならない」との認識を示した。

賀詞交歓会の終了間際に安倍晋三首相が会場に到着し、挨拶に立った。

総理大臣として初めて四病協賀詞交歓会に出席した安倍首相は、挨拶で「診療報酬の改定率に対しては色々な議論があったが、なんとかこの会に出席できる水準であったのではないかと場内を笑わせながら、本体プラスの改定率を自負。

その上で、「医療に携わる皆さんが誇りと自信をもって国民の健康を守る、この仕組みはしっかりと私もま



もっていききたい、そのための予算も確保していききたいと思っている。今年伊勢志摩で開かれるサミットでは保健も大きなテーマとなる。日本の優れた医療保健を世界に広げていくことは私たちの使命でもある。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに対して日本がリーダーシップをとっていききたい」と、わが国保健医療への思いを語った。



2015年度 第8回常任理事会の抄録 2015年11月21日

【主な協議事項】

●医療事故調査等支援担当委員会の委員名簿「医療事故調査等支援担当委員会」の委員名簿が承認された。

●災害時のAMAT初動対応について 本会「災害時医療支援活動規則」の改正と「AMAT活動要領」の修正が承認された。

●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。千葉県 中原病院 理事 中原徳弥 東京都 東京さくら病院 理事長 岡本和久 和歌山県 紀和病院 理事長 佐藤雅司 他に1人の退会があり、在籍正会員は2,450人となった。

賛助会員として以下の入会が承認された。有限責任あずさ監査法人(本社・東京都、代表者・酒井弘行理事長) 賛助会員は89会員となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

中医協総会、診療報酬基本問題小委員会、DPC評価分科会、調査実施小委員会、費用対効果評価専門部会、社会保障審議会医療部会、医療介護総合確保促進会議、医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWG、療養病床の在り方等に関する検討会、がん登録部会、新型インフルエンザ等対策有識者会議について報告があり、質疑が行われた。

●健保連との人間ドック事業連絡会

本会ほかの人間ドック事業団体と健保連による連絡会について報告があった。

●各種研修会等の開催

11月から2月にかけて開催される研修会等について報告があった。

●病院機能評価委員会のアンケート

会員病院を対象とする病院機能評価に関するアンケートを実施する旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果

10月2日付で以下の14会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能(3rdG/Ver.1.0以降 順不同)

◎一般病院 1

福島県 かしま病院 更新

東京都 大田病院 更新

大阪府 摂津ひかり病院 更新

大阪府 寝屋川ひかり病院 更新

長崎県 宮崎病院 更新

沖縄県 宜野湾記念病院 更新

◎一般病院 2

北海道 小樽病院 新規

千葉県 千葉友愛会記念病院 更新

東京都 東京警察病院 更新

大阪府 第一東和会病院 更新

◎リハビリテーション病院

東京都 田無病院 更新

◎慢性期病院

奈良県 奈良東病院 更新

福岡県 香椎原病院 新規

熊本県 鴻江病院 更新

10月2日現在の認定病院は合計2,248病院。そのうち本会会員は1,021病院と、会員病院の41.7%、全認定病院の45.4%を占めている。



2015年度 第9回常任理事会の抄録 2015年12月19日

【主な協議事項】

●マイナンバー制度に関わる規程等の制改定 本会としてマイナンバー法に規定される安全管理措置義務に対応して、本会の、①「特定個人情報等の適正な取り扱いに関する基本方針」の制定、②「特定個人情報の適正な取り扱いに関する規程」の制定、職員就業規則等の改定が承認された。

●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。北海道 国立病院機構北海道がんセンター 院長 近藤啓史

埼玉県 かわぐち心臓呼吸器病院 理事長 竹田晋浩

和歌山県 河西田村病院 理事長 田村公之

福岡県 産業医科大学病院 院長 佐多竹良

福岡県 産業医科大学若松病院 院長 鈴木秀明

他に5人の退会があり、在籍正会員は2,450人となった。

準会員として以下の入会が承認された。神奈川県 横浜東口クリニック 院長 関根千秋 準会員は70人となった。

賛助会員として以下の入会が承認された。エム・シー通商株式会社(本社・東京都、代表者・内田敏代表取締役) 賛助会員は89会員となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

中医協総会、診療報酬基本問題小委員会、DPC評価分科会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、社会保障審議会医療部会、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会、療養病床の在り方等に関する検討会、医療従事者の需給に関する検討会、医療従事者の需給に関する検討会・医師分科会、看護職員需給見通しに関する検討会、チーム医療推進方策検討WGについて報告があり、質疑が行われた。

●各種研修会等の開催

2016年2月に開催される研修会等について報告があった。

●全日本病院協会病院防災訓練の実施

2015年度病院防災訓練実施計画について報告があった。

●病院機能評価の審査結果

11月6日付で以下の8会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能(3rdG/Ver.1.0以降 順不同)

◎一般病院 1

東京都 春山記念病院 更新

宮崎県 橘病院 更新

◎一般病院 2

千葉県 千葉徳洲会病院 更新

京都府 三菱京都病院 更新

◎慢性期病院

埼玉県 笠幡病院 更新

◎精神科病院

神奈川県 横浜相原病院 新規

熊本県 くまもと青明病院 新規

宮崎県 国見ヶ丘病院 更新

11月6日現在の認定病院は合計2,246病院。そのうち本会会員は1,024病院と、会員病院の41.8%、全認定病院の45.6%を占めている。

■現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時・会場	参加費:会員(会員以外)	備考
第2回業務フロー図作成講習会(30病院 ※)	2月12日(金) 10:00~17:15 全日病会議室	1病院(3~4人)48,600円 (同 75,600円)	業務改善に必要な医療従事者向けの業務フロー図の作成方法等を演習形式で学習します。※1病院3~4名(医師、看護師、事務職)での参加を想定しています。詳細は全日病HPをご参照ください。
第3回AMAT隊員養成研修(名古屋会場)(60名)	2月13日(土)・14日(日) 愛知県名古屋 日本海員救済会名古屋救済会病院	54,000円 (64,800円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。 ・会員病院には、AMAT隊員登録証・AMATベスト・AMATヘルメットをお渡しします。
第5回院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (「医療事故調査支援団体」研修会)(120名)	2月13日(土)・14日(日) 全日病会議室	27,000円 (32,400円)	院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を演習によって習得することを目的としています。
第2回医療機関トップマネジメント研修 インテンシブコース (36名)	3月5日(土)・6日(日) 全日病会議室	75,600円 (75,600円)	・医療機関トップマネジメント研修修了者以外の方も参加できます。 ・懇親会(1日目終了後)への参加を希望される方は別途10,800円いただきます。
平成28年度診療報酬改定説明会 (1,350名)	3月14日(月) 13:30~16:00 東京都新宿区 ベルサール新宿グランド	8,640円 (16,200円)	参加費は資料代「点数表改正点の解説」を含みます。

整理案は療養病床転換のモデル。他病棟からの参入や新設は今後の議論

療養病床の転換先となる新たな施設類型 規制緩和や経過措置は社保審の議論次第。18年3月までに解決すべき問題が山積

1月15日に開かれた「療養病床の在り方等に関する検討会」は介護療養病床と療養病床25対1の転換先となる「新たな施設類型」として3タイプからなる「新たなサービスモデル」の案をまとめ、社保審の議論に付す整理案とした。(1面記事から続く)

検討会では、整理案の原文に対して、構成員から様々な疑問や意見が出た。鈴木構成員(日医常任理事)は、まず、「現行施設の再延長を含めて社保審の議論に付すべき」と発言。また、「3タイプよりも、日医・四病協が提言(11月27日)した医療内包型と医療外付型の2タイプの方が分かりやすい」と指摘した。

また、実効性を高める見地から、新たな施設類型は「療養病床からの転換を前提とすべきであり、その際、6.4㎡と多床室を前提にしないと話は進まない。そのためには経過措置の期限は建て替えまでとすべきであり、転換が終わるまでは現行の報酬を維持すべきではないか」と注文。

さらに、「この転換が(療養病床の必要量をカウントする)地域医療構想の中で(必要病床として)認められるようにしなければならない」と、他方、介護保険適用となる場合は「介護保険事業計画による量的制限をするべきではない」と訴えた。

同構成員の意見に対して、事務局(厚労省保険局医療介護連携政策課)は、「再延長との意見は整理案に添付する『構成員からの発言』に盛り込んである。また、看取りとターミナルの24時間体制という点で案1を2つに区分したが、大きくは医療内包型と医療

外付型である」(城医療介護連携政策課長)と、あるいは「介護給付の対象施設が転換する場合は問題はないが、医療保険適用から介護保険に移っていく場合は介護保険事業計画の事業量との調整が必要になる」(佐原老健局老人保健課長)などと答えたが、経過措置の期限と地域医療構想における必要病床への位置づけに関しては答弁を控えた

6.4㎡と多床室を前提とすべきという意見には、他の構成員から「住まいの機能が軽視されてないか」といった疑問の声もあがった。

転換元については、「今回は(療養病床からの)転換に限った話だが、まったくの新設や他病棟からの参入については、基準も含めたこのモデルの制度化を論じる中で議論されるのではないか」(城課長)との認識を披露。

この点について、検討会後のブリーフィングでは、「このモデル案は、療養病床単体も、一般と療養のケアミックスのところも想定している。まったく新たに新設して参入してくるケースについては現時点では結論を出していない」(城課長)とも説明した。

やはり構成員からの、「(医療内包型には)医師と看護師の存在が想起されるが、それ以外のスタッフがみえてこない」との疑問には、「20対1病床と同様にリハや栄養管理士等も重要な

スタッフと考えている」(佐原課長)との認識を示した。

また、「利用者がどれに入所するかは自由なのか」との質問には、「どちらの保険適用となるか、どんな条件となるかで利用者は変わってくる。また、利用者を相互排他的とするか、柔軟にするかは今後の議論次第だ」(迫井地域

医療計画課長)とした。整理案で「実際の移行先は各医療機関が対応案の中から自ら選択する」とされた箇所に関しては、ブリーフィングで、「20対1に移るところもあるだろうし、老健にいくという選択肢もある。それらも含め、新たな選択肢を用意したということだ」(城課長)と説明した。

複数部会でバラバラな結論への懸念。社保審は合同開催か

このように疑問や意見は多々出たものの、「具体的な議論は社保審で行なわれる。検討会は、議論の素材として新類型の大枠を示したに過ぎない」というのが事務局の認識だ。

では、社保審での議論はどうなるのか。介護療養病床廃止に関連した事項を議論する介護保険部会と医療法の看護配置基準にかかわる経過措置廃止問題を議論する医療部会が検討の場として想定されているが、医療保険適用の問題が絡む場合は医療保険部会も議論に参加することになる。

この点に関して、構成員からは、複数部会でバラバラな議論がなされる結果、部会によって異なる方針が出ることへの懸念が示された。

検討会では合同でやるというアイデアも出たが、委員の数が多すぎるとい難点がある。ブリーフィングでは「代表制とかWG方式などの別形式という方法もあり得る」(城課長)との案が語られたが、今後、開催形式を決め、委員を絞り込み、日程を調整するなどの

段取りを考えると、社保審における議論開始は「3月末から4月初め」もあり得る。

介護療養病床は法的に廃止されるので当然に介護報酬は支払われなくなる。看護配置の経過措置が切れる25対1療養病床は医療法上の指導の対象となる。その期限は2017年度末だ。

したがって、「社保審での議論の結果、新類型を創設する上で法改正が必要となれば、2018年度に間に合わせなければならない」(城課長)ため、法案要綱をまとめる上では17年末が期限となるが、同時改定の議論に間に合わせるためには、17年秋までには基準や人員配置の結論を出さなければならない。

施設の制度設計、基準・人員配置、規制緩和と経過措置、適用保険制度、助成金を含む財政の見通し、転換する病床と患者数の予測等々、実務的にも難題が控える中、ひとまず、社保審に委ねる原型の案がまとまったということになる。

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けてーサービス提供体制の新たな選択肢の整理案について」から 1月28日

2. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件 (抜粋)

(新たな選択肢に求められる条件)

○具体的に、新たな類型については、次のような「利用者の視点」と「実現可能性の視点」が必要となる。

《利用者の視点》

- 提供されるサービスの内容が、利用者の状態(医療の必要度、要介護度など)に即したものであること
- 生活の質(QOL)等の観点も踏まえ、長期にサービスを利用する場として、適切な生活空間が確保されていること
- 費用面から見て、利用者にとって負担可能なものであること

《実現可能性の視点》

- 地域のマンパワーで対応可能な形

態であること

- 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

3. 考えられる選択肢

(本検討会における新たな選択肢の整理)

○現行の介護療養病床・医療療養病床(25対1)が提供している機能を担う選択肢として、新たな選択肢を考えるに当たって、「住まい」の機能の強化を中心とすると、

- ①医療を内包した施設類型
- ②医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型(*)の類型が考えられる。

※現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

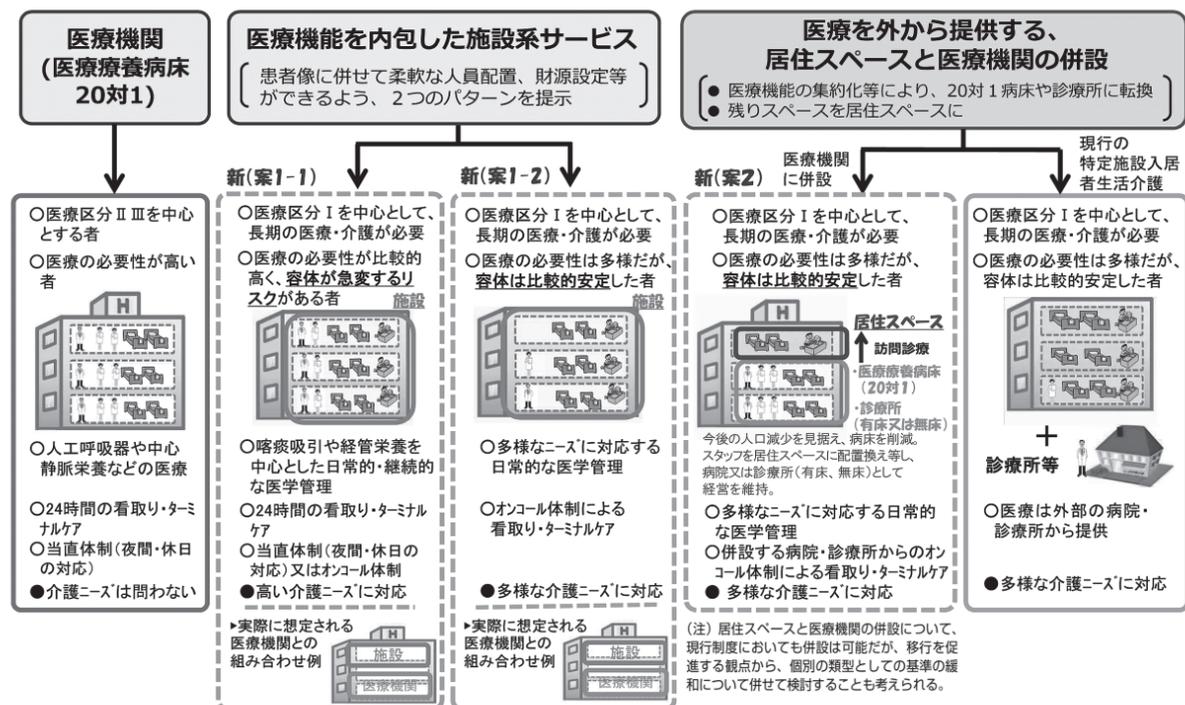
○その上で、現行の介護療養病床・医療療養病床(25対1)が提供している機能を担う選択肢として、別表のような対応案が考えられる。

○また、実際の移行先は、各医療機関

が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から、自ら選択することとする。

○この新たな類型と既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に即した多様な機能(サービス)を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。

■図 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型(イメージ)



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

■表 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

サービスの 特徴	案1 医療内包型		案2 医療外付型
	案1-1	案1-2	案2
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス
利用者像	長期療養に対応した施設(医療提供施設)	病院・診療所と居住スペース	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分Iを中心 ・長期の医療・介護が必要
医療機能	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
介護機能	高い介護ニーズに対応	多様なニーズに対応	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア