



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2014

# NEWS 11/15

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 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル7F

TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.836 2014/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 介護療養型の類型に「療養機能強化型」を創設

### 2015年度介護報酬改定 必要な機能継続へ厚労省が提案。認知症、医療処置、ターミナル等が要件

11月6日に開かれた社会保障審議会・介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、介護療養型医療施設の現行報酬体系を見直し、新たに「療養機能強化型」(仮称)を創設、現行と基準報酬を分けることを提案。

①身体合併をもつ認知症患者が一定割合以上、②一定の医療処置を受けている患者が一定割合以上、③ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上、④生活機能を維持改善するリハの実施、⑤地域に対する貢献活動等を行なっていること、を要件にあげた。

委員からの「5つの要件を満たさない施設は今後どうなるのか」との質問に、迫井老人保健課長は「これからの議論だ」と回答を手控えた。

ターミナルケア(看取り)、医療ニーズへの対応、認知症の受入という機能の継続(存続)を企図した提案に、支払側の委員は強く反発、介護保険法に明記したとおり2018年3月末の廃止を主張した。しかし、分科会の大勢は事務局提案を冷静に受け止め、概ね支持した。



▲迫井老人保健課長

分科会後のブリーフィングで、迫井課長は、「療養機能強化型」の人員配置を現行基準より引き上げる考えは「現時点ではない。見直すのであれば、本日提案しておくべきだろう」と答え、介護療養型は2類型とも現行の人員基準で臨む考えを明らかにした。

「一定の医療処置」としては、喀痰吸引、経管栄養、膀胱留置カテーテル・導尿等排尿時の処置、24時間持続点滴が対象となる公算が強い。

ターミナルケアについて、同課長は「看取りの計画を全患者にはしていないというのは医療機関としては分かるが、介護保険施設である以上、ターミナルや看取りの機能を果たしていただ

きたいということで、今後の期待感をこめて要件案とした」と語った。

「療養機能強化型」の要件案のうち、「生活機能を維持改善するリハ」と「地域に貢献する活動」に関しては、「いずれも理念的な規定に近い形にしたい。あまり高いハードルにする考えはない」と説明。

「地域貢献活動の内容はこれから詰めていく。社会福祉法人改革の話は参考にはするが、施設の性格が異なるので、まったく同じということにはならない」と述べつつも、地域包括ケアを下支えする“新しい”介護保険施設を模索していく方向を示唆した。

「療養機能強化型」の基本報酬については、「現行要件の介護療養型よりは当然高くなるが、現在の報酬よりも高くなるかは、改定率が関係するので分からない」と言明を避けた。

人員基準が変わらなるとすると、当然に5つの新要件、実質的には、認知症、医療的処置、ターミナルケアと看取りの3つが報酬差となるが、認知症の受入を除くと一定の実施率を保って

いる。したがって新たなコストは実質上認知症関係といえる。

「療養機能強化型」の報酬は現在より高くなると受け止める向きが多いが、経営実態調査で介護療養型は一定の収支差を確保している。したがって、仮に財務省が求める6%ものマイナス改定になった場合にも引き上げられるという保証は必ずしもない。引き上げられたとしても小幅との観測もある。

一方、現行介護療養型の報酬は引き下げが必至で、老健施設への転換がさ

らに促される可能性が強い。

2018年3月末廃止となっている介護療養型の今後について、厚労省は転換意向を含む実態調査を行なっており、その結果を踏まえて介護保険部会で議論を開始する予定だ。

調査結果の公表時期について、迫井課長は「今年度内に公表するとはか言えない」と明言を避けたが、15年度介護報酬改定が決まった後に、「療養機能強化型」介護療養型医療施設を踏まえた議論がされるものとみられる。

### 老健施設

#### 在宅復帰強化型と在宅復帰・在宅療養支援機能加算を増点

同日の介護給付費分科会は介護老人保健施設の報酬見直し案も議論した。

事務局の提案は、在宅復帰強化型の老健施設を増やし、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定を促すために、リハ専門職の配置数を要件としつつ、評価を引き上げるとするもの。

入所前後訪問指導加算についても、

### 歯科衛生士等

#### 多職種のアプローチで摂食・嚥下機能の向上を目指す

この日の分科会は、また、介護保険施設における入所者等の経口摂取の維持・復帰の取り組みを強化するために、現行評価を見直す事務局案を了承した。

栄養改善に力点が置かれてきた経口摂取の維持・復帰の取り組みを歯科衛生士等多職種によるアプローチに変え、摂食・嚥下機能のより向上を目指すというもので、見直しの要旨は以下のとおり。

退所後の生活支援計画の策定を新たに評価する。

一定の要件で介護老人保健施設の看護・介護職員に非常勤職員を充てることできるという提案は、老健施設による訪問系サービスの提供を促すことが目的だ。

いずれの案も大筋で了承された。

①栄養管理を中心に評価してきた経口維持加算等を、咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた歯科衛生士等多職種による経口維持管理に対する評価とする。

②経口移行を目的に栄養管理を中心に評価してきた経口移行加算に、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能や食事介助方法の機能的な検討の評価を加える。

③療養食加算と現行の経口移行・経口維持加算との併算定を可能とする。



## 医療資源の投入量で病床機能を判断。入院受療率は地域差を補正

### 地域医療構想策定GL検討会 厚労省が2025年の医療需要推計方法を提案。論点多く、議論の時間は少なく

10月31日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局地域医療計画課)は、2025年の医療需要(入院と在宅)の推定方法を提示。検討会は主に入院需要について議論した(2面に関連記事)。

しかし、事務局案に多くの構成員から様々な疑問が示されたため、事務局が示した推定方法による試算をみた上でより具体的な議論を行なう必要を確認、この日の議論を終えた。

事務局は、次回(11月21日)に需要推定試算の結果を例示するほか、需要推定を踏まえた病床数算定の考え方を提案する予定だ。

2025年の医療需要は同年における病

床の必要量を算定する前提となるもので、いずれも地域医療構想に、したがって、GLにその推計方法が記載される。

事務局は、医療需要をもとに病床数を推計するとして、この日の検討会で医療需要推計方法の議論を先行させた。

一体改革の2025年モデルが医療改革の効果として見込まれた平均在院日数短縮等の仮定をもとに導かれたのに対して、この方法は、「DPCやNDBのレセプトデータを分析し、患者の状態や診療実態を一定程度推測することにより、より適切な推計を行う」と、事務局はその意義を謳った。

その核心は、患者が入院する病床の

機能を医療資源の投入量にもとづいて区分、患者数を機能別に算定し、それに地域差の補正を加えた上で入院受療率を導き、2025年の推定人口に乗じることで1日あたり入院患者数を機能別に推計、それを都道府県ごと、構想区域ごとに算出するというもの。

この事務局案に対して、構成員からは、入院受療率の地域差補正、救急患者の扱い、急性期後の患者の医療資源投入量による区分方法など論点が多々あることが示され、試算を踏まえるとはいえ、より時間をかけて精緻な議論を行なう必要があることがはっきりした。

しかし、一方で、政府の専門調査会

は、医療費目標を主眼としつつも需要と病床数の推定方法を確立しようとしており、検討会の議論との整合性が問われている。

加えて、検討会は1月中旬にGL案をまとめることを目標としており、事務局は、残り4回ほどの議論でとりまとめを見込んでいるが、2025年の医療需要と各機能必要量の推計方法以外にも、(1)あるべき将来の提供体制を実現する施策、(2)構想を策定するプロセス、(3)「協議の場」の設置・運営、(4)病床機能報告の内容の公表法等など、重要な議論が残されており、圧倒的に時間が足りないのが実状だ。

# 厚労省「回リハ以外の回復期患者を資源投入量等でどう区分するか」

地域医療構想策定GL検討会 高度急性期・急性期病床の医療資源投入量の傾向が異なる患者の扱いも重要な論点

10月31日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、事務局(厚労省医政局地域医療計画課)が示した2025年の医療需要(入院と在宅)の推定方法について議論したが、事務局が次回に示す試算を踏まえて再度議論を行なうことを確認した。(1面記事を参照)

事務局が示した入院(医療機能別)に関する需要の推計方法は、要旨以下のとおり(詳しくは別掲「推計の考え方」を参照)。

- (1) 基本的には2025年の人口推計に入院受療率を乗じて医療需要を推計する。
- (2) 推計に当たってはDPCやNDBのデータを分析する。
- (3) 都道府県と構想区域ごとの推計とするために、患者流出入と地域差(入院受療率等)を考慮する。
- (4) 入院受療率は、地域差の要因分析を行なった上で、補正を行なう。
- (5) 患者数の推計にあたっては、一定の仮定をおいて各機能を区分し、機能ごとに算出する。
- (6) 患者数の推計にあたっては、入院患者に提供された医療を出来高点数に換算した上で、医療資源投入量の多寡等をみることで患者と機能の関係を推量する方法が考えられる。
- (7) 需要推計に際しては疾病ごとの需

要も推計する。事務局案の最大のポイントは、医療機能別の患者数を算出する上で患者を機能別にどう区分するかという点で、医療資源投入量の変化を根拠に求めた点にある。

医療資源投入量の推移を急性期の定義に用いるという考え方は、病床機能報告にいたる急性期病床議論の過程で医療側から再三表明されたもので、結果的に、事務局は医療側の見解を踏襲したことになる。

DPCデータの分析を踏まえると、「入院日数の経過につれて医療資源投入量が逡減していく傾向がある」ことから、事務局は「入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期と急性期の患者数とする」と、また、「高度急性期機能については医療資源投入量が特に高い段階の患者数とする」と仮定。

さらに、「医療資源投入量が落ち着

いた後、退院までの段階の患者数を回復期機能・慢性期機能の患者数とする」と、そのうち「回復期リハが必要な患者数は回復期機能で対応する患者数とする」と、慢性期機能については、「まず、重度の障害者(重度の意識障害を含む)・筋ジス患者・難病等の患者数は慢性期機能で対応する患者数とする」と、それぞれ仮定した。

その一方で、事務局は入院需要の推計方法に関する問題点をあげたが、病床機能の区分に関連しては、以下の検討課題を示した。

- ①高度急性期と急性期の患者には、医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が続けられている患者もいる。
  - ②回復期機能・慢性期機能で対応するとされた患者(回復期リハが必要な患者、意識障害を含む重度の障害・筋ジス患者・難病等)以外の患者数を、医療資源投入量等によってどのように区分するか。
- 事務局が示したDPCデータの分析資料によると、医療資源投入量は、肺がんや急性心筋梗塞では入院直後から下がり始めて安定にいたり、入院日数の経過とともに患者数も大きく減少している。

しかし、多部位外傷(手術あり)は投入量が比較的長い期間高いまま推移し、急性白血病(手術あり)になるときわめて高い投入量が長く続き、入院日数に応じた患者数の減少割合も緩やかになっている。

こうした、急性期全体の傾向と異なる推移をたどる患者が多い疾患や病床をどう扱うか、また、入院してからどこまでの段階を高度急性期とみなすかなど、正確な需要を把握するためには、細部にわたる精緻な議論が求められる。

この日の議論では、入院受療率の補正の意味と必要性をめぐって全国一律とすべきか否かの質疑が交わされ、北波地域医療計画課長は「検討会の議論に委ねる」意向を表明した。

また、高度急性期と急性期の違いに関しては、「高度急性期をどの病院が引き受けるかは各県で考えるが、それに向けた考え方を事務局で出す」と述べ、高度急性期の病床は3次医療圏単位で見込む考えを示唆した。

この論を進めていくと、医療資源投入量でみていく話が行政の政策判断にすり替えられる可能性もあり、事務局の具体案が注目されることだ。

「地域包括ケア病棟はどこに入るのか」との質問に、同課長は回復期機能に該当するという既定の認識を表明したが、検討課題に「回復期機能・慢性期機能で対応するとされた患者以外の患者数を、医療資源投入量等によってどのように区分するか」とあるように、回復期の患者を急性期や慢性期とどう分けて医療需要に組み込むかはこれからの議論となる。



2025年の医療需要推計の考え方(文中の「検討点」という語は編集部が挿入したもので、事務局資料にはない)

## 1. 推計の基本的な考え方

- ・入院については医療機能ごとの医療需要を算出し、それを基に病床数を推計する。(病床数の推計は次回以降の検討とする)
- ・各機能の需要はDPCデータやNDBのレセプトデータを分析して算出する。2025年の高齢化進展によって増加する医療需要に対応した平均在院日数や在宅医療・外来等への移行についても、それらデータから推定する。
- ・さらに、都道府県及び構想区域ごと医療需要を算出するために、①患者の流出入、②入院受療率等の地域差、を考慮する。

## 2. 入院の医療需要について

入院の医療需要は1日当たりの入院患者数であり、基本的には、人口(性・年齢階級別)に入院受療率(人口10万人対入院患者数。性・年齢階級別)を乗じて算出する。よって、2025年の医療需要は同年の推計人口に入院受療率を乗じて算出する。

### (1) 疾病ごとの医療需要

各機能の需要を推計する際に疾病ごとの医療需要も推計する。「5疾病とそれ以外」又はDPCの「主要診断群18分類」とする

### (2) 都道府県及び構想区域における医療需要の考え方

- ・地域医療構想では都道府県と構想区域ごとに医療需要を算出、これを基に病床数を推計する。
- ・医療需要は患者の住所地を基に推計することとし、その上で、患者の流出(他区域医療機関へ入院)と流入(他の区域に住所を有する者の入院)を加味する。

### (3) 患者の流出入の加味の仕方

医療機能によって患者の流出入状況は異なることから、流出入を医療機能別に考えて加味する。検討点/現状の流出入状況が今後も続くと考えて推計すべきか、区域内で入院医療を完結する考え方に基づいて流出入を一定枠内で収めるべきかという論点がある。

### (4) 入院受療率の地域差

・患者の新規発生数と平均在院日数に影響される入院受療率には地域差があるが、単に現状の受療率

を用いるのではなく、地域差要因の分析を行った上で補正を行う。  
・その際に、平均在院日数の差に伴う医療機能別入院受療率の地域差について検証・分析を行った上で、補正を行う。

## 3. 各医療機能の需要

・各医療機能の患者数は、DPCデータやNDBのレセプトデータから診療実態を分析し、患者の状態を一定程度推測することにより、より適切な推計を行うことができる。

具体的には、平均在院日数だけでなく、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療実態を勘案した推計になると考えられる。そのため、患者に行われた診療を出来高点数で換算し、医療資源投入量の多寡を見ていくことが考えられる。

### (1) DPCデータの分析から分かること

#### ①医療資源投入量の逡減

・DPCデータの医療資源投入量と在院日数の関係を見ると、入院日数の経過につれて医療資源投入量が逡減していく傾向がある。

具体的には、入院初期は高密度な医療が提供され、資源投入量が特に多い状態があるが、その後医療資源投入量が減少し、一定の水準で落ち着くという傾向がある。

・疾患によっては、数日程度で医療資源投入量が落ち着くものから、1ヵ月を超えて、医療資源投入量が高い状態が続くものもある。

#### ②在院患者数の減少と医療資源投入量との関係

・疾患ごとに入院経過日数ごとの在院患者数を見ると、入院日数が経過するにつれて減少するが、一定日数以上経過後も少数の患者は入院を継続していることが分かる。

・こうした在院患者数の減少を上記医療資源投入量の傾向と照らしてみると、医療資源投入量が減少した後も在院患者はすぐには減少せず、日数が経過してから徐々に減少していることが分かる。

### (2) 医療資源投入量と各機能の患者との関係

・医療資源投入量の逡減傾向を踏まえ、各機能患者

数の推計に当たって、以下のような一定の仮定をおいて区分することが考えられる。

・入院受療率は、現在、機能ごとに地域差が生じていると考えられたため、単に現状の入院受療率を用いるのではなく、地域差要因の分析を行った上で補正を行う。

#### ①高度急性期機能・急性期機能について

・入院から投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期及び急性期の患者数とする。  
検討点/出来高換算点数でみた投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者も存在するのではないかと。  
・高度急性期機能については投入量が特に高い段階の患者数とする。

#### ②回復期機能・慢性期機能について

・①を前提として、医療資源投入量が落ち着いた後、退院までの段階の患者数を回復期機能・慢性期機能の患者数とする。回復期リハが必要な患者数は回復期機能で対応する患者数とする。

・慢性期機能については、まず、重度の障害者(重度の意識障害を含む)・筋ジス患者・難病等の患者数は慢性期機能で対応する患者数とする。

検討点/回復期リハが必要な患者、重度の障害(意識障害を含む)、筋ジス患者及び難病等以外の患者について、回復期機能・慢性期機能で対応する患者数を医療資源投入量等によって、どのように区分できるか検討する。

#### ③在宅医療の患者数について

・2025年の在宅医療患者数は、基本的には、イ)退院して在宅医療を受ける患者数(現状は入院しているが、入院医療の機能強化と効率によって退院し、在宅へ移行すると考えられる患者数)、ロ)現状で在宅医療を受けている患者数、の合計として考える。  
検討点/その際、必要な患者に過不足なく在宅医療が提供されるよう、イ)地域の在宅医療提供体制整備状況、ロ)上記イに係る地域差、ハ)適正・効率的な提供体制のあり方、などをどのように反映するか検討する。(在宅医療を実施する場所には、自宅のみならず、介護老人保健施設以外の介護施設等が含まれる)

# 法的な枠組を承認。協力病院は前例ある医療の実施が可能に

患者申出療養(仮称)の枠組み 中医協で運用ルールを検討。協力病院の要件如何で拡大も可能

11月5日の中医協総会は前回(10月22日)に続いて「患者申出療養(仮称)」の議論を行ない、制度の大枠について支払・診療両側とも承認した。総会は、引き続き同制度の運用ルールについて検討を進めることを確認した。

11月7日の社会保障審議会医療保険部会は次期通常国会へ提出する健保法等改正法案に書き込まれる「患者申出療養(仮称)」について検討した結果、法的な枠組みを了承した。

了承された枠組みにおいて、「患者申出療養」として初めての医療を実施する場合に、国への申請は臨床研究中核病院(以下「中核病院」)が行なって実施するが、中核病院が共同研究医療機関として申請すれば、特定機能病院も当該医療を実施できることになった。

「患者に身近な医療機関」が患者から申し出を受けた場合は、中核病院が申請すれば、「中核病院と連携して患者申出療養を実施する協力医療機関」となることができる。ただし、中核病院と連携した実施であり、具体的には「当該医療機関でも受診できる」とされた。

前例がある医療を他医療機関が実施する場合は、患者の申し出を受けた「身近な医療機関」は当該医療を実施した中核病院に申請、中核病院によって実施可能と判断されれば当該医療を実施できることになった。

その際、中核病院は国がつくる「実施可能な医療機関の考え方」を参考に「患者に身近な医療機関」の実施体制を

審査する。この「実施可能な医療機関の考え方」は、今後、中医協で内容を煮詰めていく。

このように、「患者申出療養」は全国で100に満たない中核病院と特定機能病院を中心に実施されることになるが、かかりつけ医を含む「患者に身近な医療機関」は、中核病院の協力医療機関として、前例がある医療に限って、中核病院の審査を経て実施できることになり、その「要件」は基本的に「実施可能な医療機関の考え方」で示される。

したがって、現時点で協力医療機関の役割は限定的であるが、要件の設定如何で、さらには、今後の制度の改正によって、その数を拡大していくことは十分可能となる。

中医協と医療保険部会で承認された「患者申出療養」枠組みの説明資料には、「中核病院の承認により、協力医療機関を随時追加する。厚生労働省は、中核病院に、協力医療機関をできるだけ拡大するよう要請する」と明記された。

また、枠組では、「患者申出療養」の対象となる医療が明確化された。

それによると、国内外で未承認の技術や医薬品等の使用以外に、先進医療の実施計画で対象から除外された患者に対する治療や治験の対象外とされた患者に対する治験薬の使用も「患者申出療養」の適用対象となる。

中医協と医療保険部会に示された「患者申出療養」の枠組みは要旨以下のとおりである。(4面に関連記事)



▲中医協総会で診療例は「患者申出療養(仮称)」を前向きに受け止めた上で、安全面の確保を求めた

実施しようとする特定機能病院は、患者の申し出に対応できる窓口機能(専門部署)を設けなければならない。

(2) 臨床研究中核病院からの申請

①申し出を受けた中核病院は、当該「患者申出療養」の実施が可能であると判断した場合、実施計画、安全性・有効性等のエビデンス、患者からの申し出であることを示す書類を添付の上、国に申請する。

②患者が特定機能病院に申し出た場合、中核病院は当該特定機能病院を共同研究医療機関として申請することができる。

(3) 国における安全性・有効性等の審査

①中核病院からの申請を受けて、国は「患者申出療養」に関する会議で安全性・有効性と実施計画の妥当性を確認する。

②国は申請から原則6週間で当該医療の実施可否を判断する。

③保険収載を目指すことを前提としていることから、明らかに疾病や負傷の治療とはいえないもの(編集部注・美容整形等)を除き、一定の安全性・有効性が確認されたものを患者申出療養の対象とする。

(4) 医療の実施

①申し出を受けた中核病院・特定機能病院で当該「患者申出療養」を実施する。

②申し出を受けた中核病院・特定機能病院以外の「患者に身近な医療機関」も中核病院と連携して「患者申出療養」を実施する協力医療機関となることができる。その場合は、当該医療機関を協力医療機関として最初から申請し、当該医療機関で受診できるようにする。

③国は、対象となった医療と当該医療を受けられる医療機関をホームページで公開する。

④定期的(少なくとも1年に1回)のほか、必要に応じ、実績等について中核病院から国への報告を求める。

3. 患者申出療養として前例がある医療を他医療機関が実施する場合

(1) 患者からの申し出

・患者は、中核病院等のほか、「患者に身近な医療機関」(かかりつけ医等も含む)に申し出る。

・「患者に身近な医療機関」が患者からの申し出に対応できない場合には、対応可能な医療機関を紹介する。

・患者は「患者申出療養」についてかかりつけ医等と相談することができる。その際、かかりつけ医等は患者からの相談に応じ、申し出るための支援を行なう。

(2) 「患者に身近な医療機関」からの申請

・「患者に身近な医療機関」が申し出を受けた場合、患者からの申し出であることを示す書類を添付の上、当該医療を実施している中核病院に申請を行なう。

(3) 中核病院における実施体制の審査

・申請を受けた中核病院は、「実施可能な医療機関の考え方」を参考に、「患者に身近な医療機関」の実施体制を個別に審査。申請から原則2週間で当該医療の実施可否を判断する。

・中核病院は、判断後、地方厚生局に速やかに届け出る。

(4) 医療の実施

・中核病院の承認により、協力医療機関を随時追加する。厚生労働省は、協力医療機関をできるだけ拡大するよう中核病院に要請する。

・対象年齢が適合しないなど実施計画対象外の患者からの申し出は、中核病院で安全性・倫理性等を検討の上国に申請し、国は「患者申出療養」に関する会議で個別に判断する。

## 患者の申し出から医療の実施までの流れ

1. 「患者申出療養」として初めての医療を実施する場合と前例がある医療を他医療機関が実施する場合とでは実施のプロセス・要件等が異なる。

2. 「患者申出療養」として初めての医療を実施する場合

(1) 患者からの申し出

①患者は臨床研究中核病院(以下「中核病院」)または特定機能病院に申し出る。申し出を受けた特定機能病院は中核病院に共同研究の実施を提案する。

②申し出に対応できない場合は対応可能な医療機関に患者を紹介する。

③中核病院および「患者申出療養」を

## 2015年度介護報酬「介護保険施設の報酬と基準の見直し案」

11月6日 介護給付費分科会 ※1面記事を参照

### 療養機能強化型介護療養型医療施設(仮称)の案

以下の要件をすべて満たす介護療養型医療施設を、医療ニーズや看取りへの対応が充実した施設として重点的に評価する。

【要件】

(1) 入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上であること。

(2) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること。

(3) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること。

(4) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。

(5) 地域に貢献する活動を行っていること。

### 介護老人保健施設の見直し(案)

1. 在宅復帰支援機能のさらなる強化

(1) 在宅復帰支援機能をさらに強化する観点から、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、以下を重点的に評価する。

・在宅強化型基本施設サービス費  
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算

(2) 入所前後訪問指導加算について、退所後の生活を支援するための要件を満たす場合に、新たに評価を行う。

【追加する要件】

①生活機能の具体的な改善目標を本人・家族とともに定めるとともに、退所後の生活も、施設と在宅の双方にわたる切れ目ない支援を行う計画を策定する。

②計画の策定にあたっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等によりカンファレンスを行う。

2. 看護・介護職員に係る専従常勤要件の見直し

介護老人保健施設の看護師、准看護師、介護職員は当該施設の職務に専従する常勤職員でなければならないが、当該施設に併設される介護サービス事業所に従事する場合に、その一部に非常勤職員を充てることのできる旨を明確にし、その要件を定める。

### 施設系サービスの口腔・栄養に関する報酬・基準(案) (省略)

## 「患者申出療養」の対象となる医療のイメージ

(1) 先進医療の実施計画(適格基準)対象外の患者に対する療養

高齢者、病期の進んだ患者、合併症を有する患者等

(2) 先進医療として実施されていない療養

一部の国内未承認・海外承認医薬品

等の使用、実施計画が作成されていない技術等

(3) 現在実施中の治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用

治験の枠組み内での柔軟な運用(日本版コンパッションエッセイ)では対応できない患者

## 「再生医療等製品」保険収載の基本ルール決まる

告示改正で中医協が答申。条件・期限付の薬事承認で保険収載が確定

11月5日の中医協総会は、「医薬品」と「医療機器」に加えて「再生医療等製品」の分類を新設した改正薬事法の施行(11月25日)にともなう措置の1つとして、事務局(厚労省保険局医療課)が提案した「再生医療製品に対する保険上の取り扱い方針」を承認した。

その内容は、①改正薬事法施行後に承認(条件・期限付承認を含む)された再生医療等製品の保険適用は、医薬品方式とするか、医療機器方式とするかを(医薬食品局と相談の上で医療課が)判断し、②薬価算定組織または保険医療材料専門組織で償還価格を検討の上、③中医協総会で薬価基準または材料価格に収載するかを決める、という

もの。

再生医療等製品の保険収載について、医薬品や医療材料と別の体系を作るかどうかは、引き続き中医協総会で検討するとした。

現在、医薬品と医療機器に関しては、①治験中の診療、②薬事承認後の使用、③適応外使用、④先進医療としての使用を保険外併用療養費制度における評価療養の対象としているが、再生医療等製品の治験等にかかわる診療等も同様の取り扱いとなる。

以上の事項を「評価療養告示」等に盛り込む告示改正について、総会は、厚生労働大臣に、諮問案どおりの内容を答申した。

# 医療・介護改革で初の議論。医療費水準の検討を踏まえる方向

社会保障制度改革推進会議 新たに医師等11人が専門委員に就任

政府の社会保障制度改革推進会議は11月6日、医療・介護分野の改革をテーマに意見を交わした。厚生労働省から二川一男医政局長が出席し、医政・老健・保険3局連名になる資料を用いて「医療・介護分野の改革の進捗状況」を報告した。

推進会議は今回が3回目。第2回会議(10月10日)では、子ども・子育てと年金の分野について、内閣府と厚生労働省から改革の進み具合の報告を受けて議論を行なっている。

議長の家清氏(慶應義塾長)は、第2回会議後の記者会見で、「年金支給開始年齢(引き上げ)の問題を議論する必要があると(私から)申し上げたほか、委員からは、子育て支援の財源を確保するために社会保険方式導入の議論が必要との意見も示された」と、議論の一端を披露した。

11月6日の推進会議では、まず、新たに選任された専門委員(医療・介護分野)が紹介された。専門委員は同会議の委員に不在だった医療・介護の専門家11人(別掲)からなる。名簿には「特に医療・介護サービス提供体制の改革を担当」との注釈がついた。



厚生労働省の二川医政局長は、医療介護総合確保推進法を踏まえた2025年に向けた医療・介護改革の現状を、(1)医療・介護サービス提供体制の一体的確保(総合確保方針と新基金)、(2)病床機能報告制度と地域医療構想、(3)医療従事者の確保とチーム医療の推進、(4)介護保険制度の改革、の4点から説明。

とくに、(2)に関しては「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」の議論内容に踏み込んで詳しく説明した。

二川医政局長の説明に対して、委員からは「医療と介護が有機的に関連づけられて改革が進められている」という肯定発言が出たが、一方で、新基金の効果を明示すべきとの声もあがった。

地域医療構想と新基金による事業計画の策定は都道府県が担う。さらに、国保の運営主体も市町村から都道府県に移行する。委員からは、こうした都道府県の役割に対する強い期待感を表明する意見も示された。

荒井専門委員(奈良県知事)は、「都道府県は各地の先進的事例を積極的に取り入れ、ベストプラクティスを国に示さなければならない」と述べた。

このほか、土居委員は、データから医療費等地域差の要因を掌握し、地域医療構想にその対応を盛り込む必要があると発言した。

これを受け、清家議長は「データに基づいて医療費

水準のあり方を検討することは重要な課題だ」と指摘、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査

会」の検討状況を踏まえつつ、議論を進める考えを明らかにした。

## □社会保障制度改革推進会議の専門委員(医療・介護分野)

荒井 正吾	奈良県知事
磯 彰格	全国社会福祉法人経営者協議会副会長
今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長
大島 伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター名誉総長
小山 剛	高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長
坂本 すが	公益社団法人日本看護協会会長
鈴木 準	株式会社大和総研主席研究員
鷲見よしみ	一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
田近 栄治	一橋大学大学院経済学研究科特任教授
山本 信夫	公益社団法人日本薬剤師会会長
和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

## 規制改革会議「患者申出療養」の厚労省案を高く評価

11月10日の規制改革会議は厚生労働省を招いて、「患者申出療養」(仮称)の検討状況について報告を受けた(3面記事を参照)。

会議後の記者会見で、岡素之議長(住友商事相談役)は、「(前例のない医療は)申請から6週間で結論を出すようにする流れが確認できた。実施する医療機関は臨床研究中核病院あるいは特定病院が中心になる中、患者の近くのかかりつけの病院のようなところでも治療を受けられる道も残すという意味で大変前向きな説明を受けた。我々は、厚労省が前向きな姿勢にあると受け止

めた」と厚労省案を高く評価。

さらに、「この制度が、評価療養の一部ではなく、独立した項目になるように検討を進めてほしいと求めたところ、(厚労省は)その方向で検討中とのことなので、その点も評価していいかと思っている」と、保険収載を目指す評価療養とは別制度の方向に向かう可能性に期待を寄せた。

その上で、岡議長は「本件はしっかりとフォローし、私どもが当初期待した形のものでできあがるようにしていきたい」とフォローアップに注力する考えを表明した。

## 日本医療の転換を支えるものはアウトカムの収集と評価

OECD「医療の質のレビュー」 OECDが超高齢化に備える医療施策の方向性を提言

OECDは日本医療に関する「医療の質のレビュー」報告をまとめ、11月5日にその概要を公表。超高齢化を踏まえた、プライマリケアと入院医療の課題を提示した上で、医療の質を測定・評価する情報基盤の整備とその活用を中心に、今後の医療施策の方向性に関する見解を明らかにした。

「医療の質のレビュー」は、加盟国に

おける医療政策と医療の質向上との関係を調査し、政策評価・提言として各国政府に提示するOECDの事業。

日本には今年3月に使節団を派遣、厚生労働省、日医、長野県を初めとする行政機関と医療関係者から得た資料等から分析を進め、このほど、その報告(サマリー)を公表した。全体版は2015年上期に発刊される。

入の進み方次第で何らかの頭割りの要素が適切である可能性がある。

日本の病院はアウトカムのデータを系統的に収集しておらず、病院の医療の質を監視・評価する可能性が低下している。OECDの中で日本は急性病床の数が最も多く、入院期間が最も長い。これらの病床の多くが、急性期以外の患者の利用など不適切に利用されているとみられる。

病院部門におけるもう1つの課題は医療機能の専門化と分化である。2014年の医療制度改革で都道府県に病床区分を報告する仕組みが導入された。政府の計画は治療のアウトカム改善を生み出すための重要なステップである。

現在の支払いシステムは、病院医療の過剰提供にインセンティブをもたらしている可能性がある。

病床の不適切な利用を削減する努力を奨励し、ケアの安全性及び有効性の監視を支援するために、日本は質の指標の収集と報告をさらに発展させる必要がある。幅広いアウトカム指標を用いて情報システムを強化し、病院部門全体に拡大することが望ましい。データの収集と監視が各病院で系統的かつ一貫した方法で確実に行われるよう、政府又は都道府県はこの方向でさらに

積極的な役割を果たすことができる。

改革のアウトカムへの影響を評価するために、強力な情報インフラが必要となる。オーストラリアやイングランドなど他OECD加盟国の経験が日本の指針となりうる。

同時に、日本はDPC(又は医療保険請求)などの既存データを活用して、病院のケースミックスのばらつきを比較し、病院の種類ごとに適切なケースミックスの範囲を特定できる可能性がある。これにより、病床機能分化のプロセスをさらに促進できる可能性がある。

日本におけるもう1つ重要な優先事項は、急性期後又は非急性の患者を病院以外に移行させることである。最も重要なこととして、医療の質を評価するために支払い制度をより効果的なものとし、病院サービスの過剰提供へのインセンティブに対処する必要がある。

医師不足に関連する病院と救急の供給不均衡に対応するために、日本は調和のとれた措置を取らなければならない。病院医師の数が地域のニーズと一致することを保証し、入院から外来への政策転換によって医師の業務量に追加負荷をかけないようにするためには、追加の仕組みが必要である。特に救急施設では、看護師への業務の再配分やより幅広い臨床チームの活用の可能性がある。

### OECD医療の質レビュー「日本—スタンダードの引き上げ」の「評価と提言」(要旨)

日本の医療制度の顕著な特徴は、サービスを何でも提供でき、医師はいずれの専門も標榜でき、患者は紹介なしで受診できる、緩やかな管理と高い柔軟性である。この制度には利点もあるが、超高齢化社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性がある。

日本は、相互の連携を確保した上で、明確に異なる医療機能(例えばプライマリケア、急性治療、長期療養)を区分するとともに、ケアの質を監視・改善するためのインフラストラクチャを、すべてのレベル(組織、地域、国)に組み込む必要がある。

日本の医療政策の優先事項は、何年もの間、緊密な財政管理である。これは、コストを抑制する上でうまく機能しており、緩和すべきではないが、今度は質の管理にも同等の注意を払うことが重要である。

日本の急速な高齢化を考慮すると、予防的・包括的な高齢者ケアに向けた明確な方向性が必要である。生涯を通じて一貫した予防的ケアを提供する、首尾一貫したプライマリケア部門が必要不可欠である。

日本のプライマリケアはこれまで有効であった。しかし、現在の在り方が最適な質と金額に見合った価値を提供しているかどうか、問題を提起する要因がいくつかある。特に高齢者の受

診率が高く、一部病院のデータでは計画外の再入院率が増加している。地域社会のサービスが、適切なケアの提供に四苦八苦している可能性があることを示唆している。

プライマリケアで実施されている活動とアウトカムに関して、日本で得られる情報は、他の国と比較してはるかに少ない。

新しいプライマリケア専門医である「総合診療専門医」を地域社会の一般医と区別するためには、明確な許可・認定基準が必要である。プライマリケアの主な機能が、メンタルヘルスケアのニーズを含む複数の複雑な医療ニーズを有する患者に対する包括的なケアの提供であることが重要である。

プライマリケアを支える情報インフラの開発が優先事項である。特に、新たなプライマリケア専門分野のガイドラインで定義される業務の範囲に結びついた指標を開発すべきであり、これをアウトカム及び患者の治療経験と可能な限り関連させる必要がある。

さらに、個人にかかりつけのプライマリケア医を登録するよう求める改革が、より効果的なプライマリケアの発展には必要条件であると考えられる。アウトカムによりインセンティブを与えられるよう、診療報酬の再構築を考慮すべきである。登録システム導

## 秋の叙勲等で7会員が受章

11月3日付で発令された2014年秋の叙勲・褒章で、全日本病院協会から以下の会員が受章した。

【旭日双光章】

青山 喬	医療法人せいざん 青山病院 理事長
半澤 一邦	社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター 理事長

吉田 壽	医療法人寿康会 吉田クリニック 理事長
【瑞宝小綬章】	
田中 浩夫	特定医療法人浩洋会 田中病院 理事長
細木 秀美	特定医療法人仁生会 三愛病院 理事長
【瑞宝双光章】	
稲見 研二	医療法人社団恵愛会 茨戸病院 理事長
【藍綬褒章】	
瀬川 豊	医療法人 瀬川病院 理事長