



# 全日病 NEWS 6/15

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.849 2015/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 医療保険改革関連法が成立。国保と医療費適正化に大改革

### 都道府県に医療提供体制と医療費の整合的運営の責任。保険者の役割も重視

2015年医療保険制度改革関連法案が5月27日の参議院本会議(写真)で可決され、成立した。

国民健康保険法、健康保険法、船員保険法、高齢者医療確保法、支払基金法の各一部改正を一括した「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」で、5月29日に公布された。

これに伴い、政府は前出法の関係政令を、厚生労働大臣は関係省令をそれぞれ制定、5月29日に公布した。

同法の成立によって、都道府県は2018年度から国保の財政運営の責任主体となるとともに国保運営の中心的役割を担うことが決まった。

地域医療構想の推進を初めとする、今後出てくるであろう医療費抑制と医療提供体制整備の責任を都道府県に負

わせる仕組みが「国保の財政責任」である。

市町村の関係者からは「国保制度創設以来半世紀ぶりの大改正」といった声もあがっているが、今回の医療保険制度改革は、過去のどの改革よりも大きな意義をもつものとなった。

給付の面では、「入院時食事療養費」の自己負担額が2回にわけて引き上げられる。病床種別の指定はなく、一般と療養(65歳未満)から精神、結核、感染症にいたるまでの負担増となる。その総額は1,200億円にのぼることが国会の審議で明らかにされている。

改正法に盛り込まれた患者申出療養や紹介状なし大病院受診時の定額負担については、今後、中医協や社保審医療保険部会で詳細が検討されることになる。



明した。

そのイメージは、地域医療構想における将来の医療需要が医療費目標となるが、中間年や各年次のチェックでその目標とそれを下支えする行動目標が達成できないと判明したときは、厚労

省が提供するデータやツールを活用してその要因を分析、医療介護総合確保基金を活用した医療機関の取り組みと国保の保険者努力支援制度や保険者協議会を介した保険者の取り組みを喚起して、目標達成を目指すことになる。

#### □2015年医療保険制度改革関連法の骨子

##### 1. 国民健康保険の安定化

①国保への財政支援の拡充により財政基盤を強化する。

②2018年度から都道府県が財政運営の責任主体となる。

2. 被用者保険者の後期高齢者支援金を段階的に全面総報酬割とする。

##### 3. 負担の公平化等

①入院時の食事代に調理費が含まれるよう段階的に引上げる

(療養病床の65歳未満患者以外の全入院患者が対象。現行の1食260円を16年度に360円、18年度に460円。低所得者、難病等患者は対象外)

②紹介状なしの大病院受診時に定額負担を導入

③健康保険の標準報酬月額の上限額の引き上げ

##### 4. その他

①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講じる

②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助を所得水準に応じた補助率に見直す(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように調整補助金を増額する)

③医療費適正化計画の見直しと予防・健康づくりの促進

・医療費適正化計画の期間を6年とする

・都道府県は計画の中に地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を設定する

・保険者の保健事業に予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加する

④患者申出療養の創設(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】2018年4月1日。ただし、4の①は公布日(5月29日)、2は公布日および17年4月1日、3と4の②～④は16年4月1日。

#### 「医療費目標」で医療費適正化計画と地域医療構想が連携

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「地域医療構想と整合的な目標」を盛り込むことが決まった。目標は「医療の効率的な提供の推進」と「医療費の水準」からなる。

これまでの医療費適正化計画は、「医療費の見直し」(必須記載事項)と特定健診の実施率などの「住民の健康の保持の推進に関する目標」と後発医薬品の使用促進や平均在院日数短縮からなる「医療の効率的な提供の推進に関する目標」(ともに任意記載)を推進する、比較的シンプルなものであった。

しかし、改正によって、「医療費の見直し」を立てる因子に「病床機能の分化及び連携の推進の成果」が加えられた上で、後発品の普及等を追加した「行動目標の達成による医療費適正化効果」を踏まえた「医療に要する費用の見込み」と定義が変わり、さらに、要因分析と対策実施を必須化するPDCAサイクルを回していく上で「医療に要する

費用の目標」と呼称されることになる。

医療費の「見直し」を「目標」とすることに全国知事会から強い反対の声があがったが、見直されることなく改正法が通った。この医療費目標の算定方法と「行動目標」は推計式等が厚生労働省から都道府県に提示される。

目標達成が難しい場合に要因を分析して当該要因の解消に向けて関係者と協力して必要な対策を講じるという「要因分析・対策実施」は、都道府県の努力義務として改正法で新設されたものだが、そのベースにあるのは「地域医療構想に基づく医療提供体制の整備」と「医療保険者の取組の進捗状況管理」である。

今年2月の全国厚生労働関係部局長会議で、保険局は「必要な対策の実施に係る概念整理(イメージ)」を都道府県等に示し、国、都道府県、医療保険者、医療機関等がそれぞれの役割の下で医療費抑制を推進していく新たな医療費適正化計画の目標達成の枠組を説

## 「自然増を高齢化要因に限定、年平均0.5兆円程とすべし」

#### 財政健全化計画等に関する建議 歳出改革で財務省が要求。マイナス改定や地域医療構想を強力に推進する措置を提起

財政制度等審議会(会長・吉川洋東大大学院教授)は6月1日に今後の財政運営のあり方を「財政健全化計画等に関する建議」にまとめ、麻生財務大臣に提出した。麻生大臣は同建議を同日の経済財政諮問会議に報告した。

建議は、2020年度に国と地方の基礎的財政収支(PB)の赤字解消を目指す財政運営の基本的考え方として「歳出改革を柱とする」ことを宣言。

社会保障については、「歳出の伸びを「高齢化による伸び」に相当する範囲内に抑制すべく、医療・介護を中心として歳出改革に取り組む」方針を掲げ、「『団塊の世代』が75歳の仲間入りを始める2020年代初頭までに制度改革を実施に移す必要がある」と提起した。

社会保障関係費について、その「自然増」には、診療報酬の薬価部分に市場実勢価格を上回る過大要求があることや診療報酬本体に高齢化による影響以外に「医療の高度化等」など様々な

要素が織り込まれていると指摘し、社会保障費全体の伸びを「高齢化による伸び」に相当する範囲内にする必要があるとの見解を表わした。

具体的には、直近3年間の高齢化によ

る伸びが年平均0.5兆円程度であることから、その範囲内に抑えるべきとした。

その上で、医療関係の歳出改革に関しては、①「地域医療構想」と整合的な配置基準と診療報酬体系の構築、②老人

## 四病協4団体が医療事故調査制度の研修会を共催 1年以内に医師法21条届出制度の見直しについて議論

四病院団体協議会の4団体は6月3日に「医療事故調査制度」研修会を共同開催した。

10月1日に施行される医療事故調査制度については5月8日に医療法施行規則一部改正省令が公布され、同制度の運用事項を定めた医政局長通知も同日付で発出された。夏にかけての第3者機関の指定と支援団体の告示をもって制度の構築を終えようとしている。

そこで、医療事故調査制度の創設に深く関与した四病協として、同制度の

周知を図るとともに、その正確な理解を促す取り組みが必要との認識から、病院団体個別の研修活動に先立って、共同の研修会を企画した。

会場となった東京都内の日本病院会セミナールームは200人でうまった。

四団体各代表の意見表明に続いて登壇した厚生労働省医政局総務課の大坪寛子医療安全推進室長(写真)は、省令・通知に定められた医療事故調査制度の仕組みと留意点を詳しく解説、さらに、参加者の質問に答えた。

保健施設などと整合的な療養病床の配置基準と報酬水準、③「地域医療構想」において都道府県の勧告等に従わない病院の報酬単価の減額等措置、④改革が進まない地域の報酬単価の調整、⑤標準的な外来医療費算定式の設定、⑥診療報酬と介護報酬のマイナス改定、⑦受診時定額負担・免責制の導入、などを求めた。



その中で、医療事故調査制度を定めた医療介護総合確保推進法の附則に、同法の公布(2014年6月25日)から2年以内に、①医師法21条の届出と同制度の届出のあり方、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をそれぞれ見直すことが明記されていることを指摘、1年以内に21条問題の議論が始まるとの認識を示した。



# 「2025年～40年に東京圏の医療介護は供給不足に」

## 日本創成会議 供給体制の構造改革、高齢者集住化との一体整備、高齢者の地方移住などを提言

主に民間人からなる政策提言組織の日本創成会議は6月4日、東京圏の人口の高齢化によって将来の入院需要と介護需要が著しく増加するとの推定結果を発表、高齢者の地方移住などの対策を検討すべきと提言した。

同会議は、昨年5月に、低出生率と大都市圏とくに東京への人口集中によって多くの地域が消滅に追い込まれていくと警鐘を鳴らし、地方創生への取り組みを訴えている。

今回は「東京圏高齢化危機回避戦略」と銘打ち、人口の高齢化と一極集中が続く東京とその周辺部における2025年～2040年にかけての医療・介護の需要と供給体制を2015年との対比で推定した。

提言には、全国344の2次医療圏の「医療・介護の余力度」を示す同会議構成員の高橋泰国際医療福祉大学大学院教授の資料を添付。東京圏高齢化の危機を余力のある地方との連携で乗り切るべきとした。

■「東京圏高齢化危機回避戦略」の骨子  
●2025年までの入院需要は全国平均で14%増が見込まれる中、埼玉県25%、千

葉県22%、神奈川県23%、東京都20%と、東京圏の増加率が最も高い。2025年から2040年まで入院需要は全国平均で7%増、東京圏の増加率も11～16%にとどまる。四国地方では入院需要の減少が始まる。

●2025年までの外来需要は全国で1.4%しか増えず、多くの地域で減少を始める。東京圏も3～7%と伸びは低い。2025年以降は全国ベースで2040年に-6%と落ち込み、東京都や神奈川県以外は減少をたどる。

●2025年までの介護需要は全国平均で32%増える中、埼玉県52%、千葉県50%、神奈川県48%と、東京圏は軒並み50%前後の高い伸びが見込まれる。これに対して、東京都は38%と周辺県より伸びが低い。

●一般病床は東京都市町村部や埼玉県等の患者が一定割合で東京都区部に依存しているが、療養病床に関しては、東京都区部患者の4割近くが同市町村部や埼玉県等に入院している。介護サービスでも、特定施設や老健施設で東京都の住民は周辺地域に依存しているな

ど、東京都は医療・介護の面で周辺地域に多く依存している。

●今後増大する東京圏の入院需要に東京都区部の医療機関は対応しきれない可能性が高い。しかも、周辺地域も高齢者が急増するため、身近な地域での医療体制の整備が急務となっている。「1人当たり急性期医療密度」で測ると、全国平均(1.0)に対して、埼玉県、千葉県、神奈川県は2次医療圏は0.6～0.8程度と、全国的に低い整備水準にある

●2015年の介護施設等の収容能力は、東京都区部は全国平均を大きく下回っているが、埼玉県・東京都多摩地域・神奈川県は上回る水準にある。ただし、2025年になると、埼玉、神奈川、多摩地域の介護収容能力はマイナスとなり、その幅は2040年にさらに拡大する。

●東京圏における医療介護体制の大幅な拡充を図る上で、土地の確保、高い

整備コスト、高い介護給付費単価、人材確保と、他地域と比べてより大きな制約が立ちあはばかる。

●東京圏の高齢化問題にどのように対応すべきか。

(1) 外国人介護人材の受け入れ、ICTやロボットの活用、「縦割り」サービスの統合化、サービス別資格の融合化、人材配置基準の緩和等による1人当たり付加価値の向上(賃金水準の向上)を図り、医療介護サービスの「人材依存度」を引き下げる構造改革を進める。

(2) 都市機能を集約していく中で、アクセスの改善や「空き家」の活用を含め、高齢者の集住化と医療介護体制の整備を一体的に促進する。

(3) 東京圏自治体の連携による、広域かつ長期にわたるサービス供給体制の整備。

(4) 定年前からの勤務地選択制度とお試し移住支援の導入、日本版「CCRC(米国のシニアコミュニティ)」構想の推進など、東京圏高齢者の地方への移住の促進。

訂正 6月1日号1面に掲載した「2015年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業の実施団体に全日病が選定された」ことを伝える記事で、「36項目からなる特定行為」と表記しましたが、「38項目からなる特定行為」の誤りでした。訂正の上、お詫びします。

財務省が建議

## 地域医療構想推進へ、勧告に従わない病院や改革が進まない地域の報酬調整を求める

「財政健全化計画等に関する建議」から ※「概要」と本文から建議の概要を構成。1面記事を参照

### Ⅱ. 各歳出分野における歳出改革の方針と具体的取組

#### 【社会保障】

・改革の時間軸は2020年度が鍵となる。「団塊の世代」が75歳の仲間入りを始める2020年代初頭までに、制度改革を実施に移す必要がある。2020年度に向けて、今後5年間の社会保障関係費の伸びを「高齢化による伸び」(年0.5兆円弱)の範囲内とする。

※今後5年間の社会保障関係費の伸びは、消費税増収分を活用した社会保障の充実等とあわせると+3.5兆円後半～4兆円程度(年平均2%以上)となる。

#### □医療・介護

##### ◎公的保険給付範囲の見直し

・後発医薬品使用割合目標を17年度内80%へと引き上げるべき、18年度から後発医薬品がある先発医薬品の保険給付額を後発医薬品価格までとする制度へ移行する必要。

・市販品類似薬の公的保険からの除外、受診時定額負担・免責制の導入

・次期介護保険制度改革における軽度者に対する介護保険給付の見直し(生活援助サービス及び福祉用具貸与等の原則自己負担化、通所介護等の地域支援事業への移行等)

・在宅療養との公平確保等(入院患者の居室代負担の見直し等)

##### ◎サービス単価の抑制

・薬価調査に基づく薬価のマイナス改定分は診療報酬本体の財源としない。薬価調査・薬価改定のあり方を見直す必要

・診療報酬本体と介護報酬のマイナス改定、調剤報酬の適正化

##### ◎負担能力に応じた公平な負担

・高額療養費制度の見直し、75歳以上の医療費定率負担の原則2割負担化、介護保険制度の2割負担対象者の対象拡大及び月額上限の見直し、金融ストックも勘案した負担能力判定の仕組みの導入

・前期高齢者医療費納付金と介護納付金の総報酬割への移行等

##### ◎医療の効率化等

・「地域医療構想」が確実に実施されるよう、次期改定における対応を含め、2020年までに極力前倒しで実施される

枠組みを構築すべきである。

①具体的には、まず、16年度から、「地域医療構想」と整合的な診療報酬体系を構築する必要がある。その際、病床機能の算定要件の厳格化を含め、「地域医療構想」に基づく病床の機能分化を実現する医師等の配置基準・診療報酬体系とする必要がある。

療養病床については、医療区分2・3の算定要件の厳格化を行う他、医師等の配置基準と報酬水準を老人保健施設などと整合的なものにしていく必要がある。

さらに、「地域医療構想」の実施に際して都道府県の勧告等に従わない病院の報酬単価の減額等の措置を講じる必要がある。

②基金や国保の財政支援のメリハリある配分を行ない、「地域医療構想」の策定や「医療費適正化計画」の改訂を迅速

に行い、不合理な地域差解消に取り組む都道府県に対する重点的な支援を行なう必要がある。

③16年度から、地域差の解消等に向けた改革が進まない地域において報酬単価の調整を現行制度に基づいて行なえるよう、運用基準の明確化を行う必要がある。

④16年度から、民間医療機関に対する他施設への転換命令を含め、病床の機能分化・地域差の解消に向けた都道府県の権限の更なる強化を行う必要がある。

⑤また、レセプトデータに基づく地域差の詳細分析を行ない、それを公開するとともに、国が標準的な外来医療費の算定式を速やかに示した上で、16年度から、各都道府県が策定する医療費適正化改革の中で不合理な地域差が解消されるようにしていく必要がある。

### 2015年度の臨床研修医

## 採用数は8,244人と過去最多。6都府県と大学病院の割合は過去最低

厚生労働省が2015年度に臨床研修医の募集を予定した全国1,018の研修病院・大学病院に実施した調査によると、同年度の臨床研修医採用数は14年度実績より452人多い8,244人と新制度後最多を記録、08年度に始まった医学部定員増の効果が表われた。

15年度の募集定員11,222人に対して73.5%の充足率となった。

大都市のある6都府県(東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県)における採用実績の割合は43.6%と前年度から0.8ポイント低下、過去最少となった。10年度から適用された都道府

県別募集定員上限設定の影響が年を追うごとに増している。

大学病院の採用実績は14年度の3,334人から3,436人と102人増えたが、全体に対する割合は42.8%から41.7%へとさらに落ち込み、制度開始後最少となった。

高血圧	年有・無	有・無
糖尿病	年有・無	有・無
高血圧症	年有・無	有・無
神経痛	年有・無	有・無
脳卒中	年有・無	有・無
循環器疾患	年有・無	有・無
呼吸器疾患	年有・無	有・無
消化器疾患	年有・無	有・無
泌尿器疾患	年有・無	有・無
婦人科疾患	年有・無	有・無
骨格筋症	年有・無	有・無
内分泌疾患	年有・無	有・無
その他	年有・無	有・無

## 一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

## (株)全日病福祉センター

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077



# 1割の病院で転換。新たな基準に高い実績で応える7対1病院

2014年度入院調査の結果 地域包括ケア病棟(病床)は国・公立・公的医療機関による届出が1/4を占める

厚生労働省の医療課は5月29日の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」に「2014年度入院医療等における実態調査の結果」(速報)を報告した。

同調査は、14年度改定後の、①一般病棟7対1入院基本料算定病棟の変化、②地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)算定病棟・病床の状況、③療養病棟入院基本料算定病棟の変化などを調べたもの。

14年改定前の入院調査が概ね10%前後であったのに比べると、今回の回答率は概ね30%前後と大幅に増加した。

調査結果によると、7対1から他入院料に転換した病棟を持つ病院は10%にすぎなかった。転換しなかった医療機

関は、80%以上が「施設基準を満たしている」ことをその理由にあげた。

「重症度、医療・看護必要度」A項目の見直しにもかかわらず、その該当患者割合は改定前と大きく変わることはなく、特定機能病院よりも高い割合を示している上、在宅復帰率は平均92%にも達するなど、7対1を算定している医療機関の多くはニーズに対応した医療の提供に自信をもっていることがうかがわれた。

調査は地域包括ケア病棟(病床)の実態を各面から探っている。その結果、国公立・公的医療機関による届出が1/4ほどあることが分かった。

また、自院・他院の急性期病床と自宅からの入棟が約9割を占めること、A

項目1点以上の患者は要件(1割)を大きく上回る2割にのぼること、リハを目的とする患者が3割いること、全体に高い在宅復帰率を示していることなどが判明、ポストアキュートとサブアキュートの機能を担う同病棟の特性がうかがえる結果となった。

この日の分科会は調査結果の報告を受け、概括的な意見を交換した。

その中で、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、水晶体再建術や腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の評価が実態にそぐわないとする回答が半数を超えた短期滞在手術等基本料3を取り上げ、「今のままでは重症患者をみると不利になるという現場の声をきちんと受け止める必要がある」と指摘。「DPCに戻すべきかを含めた議論を再度行なう」必要を提起した。

と指摘。「DPCに戻すべきかを含めた議論を再度行なう」必要を提起した。

神野委員は、また、リハを多く提供した場合の報酬を検討する必要に言及するなど、ポストアキュートとサブアキュートの機能の評価を1つに包括している地域包括ケア病棟の評価に疑問を唱えた。

さらに、療養病棟と障害者病棟の患者特性に共通点があるとした事務局資料に対して、「脳性マヒなど神経疾患が多い障害者病棟と療養病棟の違いも検討されるべきテーマである」と反論した。

同分科会は調査結果を中医協に報告した上で、16年度改定に向けて、調査結果分析の議論を開始する予定だ。

## 「2014年度入院医療等における実態調査の結果」(速報)の概要

●一般病棟7対1入院基本料について  
・届出医療機関の1割に他入院料への転換がみられたが、その転換先は10対1と地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)が主であった。

・「重症度、医療・看護必要度」のA項目は、改定の前後で、該当患者割合に大きな変化はなかった。

・7対1における在宅復帰率は平均92%で、ほとんどの医療機関が基準(75%)よりも高い値を示した。直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であったが、その患者の割合が低い医療機関も一定数ある。

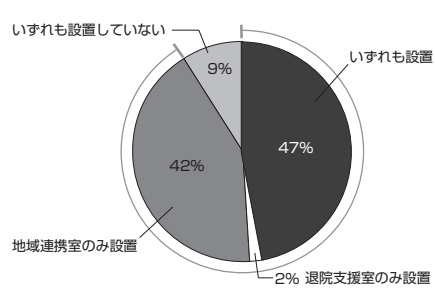
●特定除外制度の見直しについて

・90日超患者のほとんど(7対1は100%、10対1は93%)が出来高で算定している。

・90日超患者が減少した医療機関は7対1で56%、10対1で59%であったが、一方で、7対1の30%、10対1の21%の医療機関は増加している。90日超患者が減少した医療機関の約90%に退院支援室または地域連携室が設置されていた。

・90日超患者の退棟先は自宅が最も多く、自宅、療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

□90日超患者が減少した医療機関の退院支援



●短期滞在手術等基本料について  
・短期滞在手術等基本料3の対象項目

の多くに、過半数の医療機関が、実態にあわない点は「ない」と回答した。

・その一方で、水晶体再建術と腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術については、半数以上の医療機関が「複数回実施するために再入院が必要」「点数が低すぎて採算がとれない」ことから、実態にあわないと考えている。

●地域包括ケア病棟入院料について

・地域包括ケア病棟は7対1・10対1と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。開設者は、国1%、公立14%、公的7%、社会保険関係団体2%、医療法人55%、その他の法人18%、個人2%で、100~200床が過半数を占めるが、200床以上も一定程度存在している。

・地域包括ケア病棟の患者の入棟前は、自院の急性期病床(43%)、自宅(28%)、他院の急性期病床(18%)で約90%を占める。

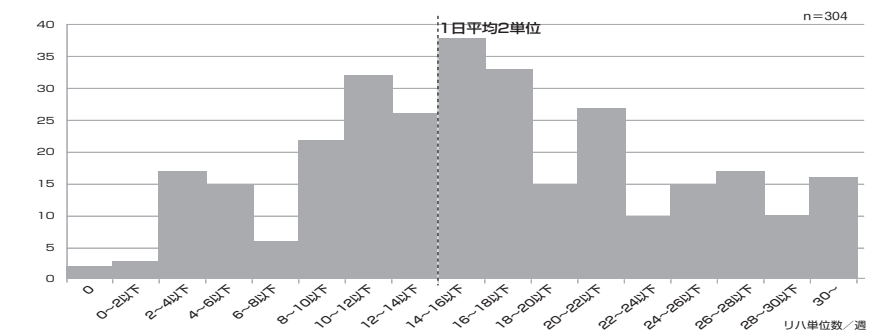
・入院理由は全体では「治療のため」(67%)が多く、「リハビリのため」は31%だが、他院の急性期病床から入棟した患者に関しては「リハビリのため」が88%を占めた。

・地域包括ケア病棟入院患者の疾患は骨折・外傷(50%)が最も多く、次いで、肺炎(18%)、脳梗塞(15%)等であった。入院患者のうち、A項目1点以上の患者は全体の21%と、基準の10%よりも高かった。項目別では、創傷処置(39%)、呼吸ケア(38%)、専門的な治療処置(19%)、心電図モニター(18%)の該当割合が高かった。

・入院患者の約半数は退院予定が決まっており、退院に向けてリハビリを実施している患者の割合が大きい。

・リハビリ対象患者に対するリハビリ提供単位数は、基準の1日平均2単位を中心に幅広い分布を示した。

□週あたりのリハ実施単位数と該当患者数(リハ対象患者のみ)



・入院患者の半数近くは入棟後15日以内の患者であり、30日以上入院している患者は全体の25%程度であった。

・地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多く、個別の退棟先は自宅や介護老人保健施設が多かった。

・医学的な理由以外の要因により退院できない患者の多くは、入所先施設確保の問題や家族の希望等が原因と回答している場合が多い。

●地域に配慮した評価の対象となった医療圏の医療機関等について

・病床数が50~150床規模のものが多く、医療機関当たりの医師数や看護師数が少ない傾向がみられた。

・連携する他の医療機関数は他の地域と比較して少ない傾向にあったが、介護サービス事業所等の連携先は多かった。

・診療報酬上の評価を活用している医療機関は少なく、その要因として、一定規模以上の病院等が除外していることや、医療従事者の不足、遠隔地で開催される研修への参加が困難であること等の理由があげられた。

●療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等について

・療養病棟入院基本料1の約25%で、在宅復帰機能強化加算が届出られてい

た。加算を届け出ている病棟は、届け出していない病棟と比べて在宅復帰率が高い、平均在院日数が短いといった特徴がみられた。

・加算の届出病棟の退院患者の流れは、自宅からの入院及び自宅への退院が多かった。これに対して、届け出していない病棟は自院・他院の急性期病床からの入院及び自宅への退院が多くみられた。

・医療区分が軽くなるにつれ医師による指示見直しの頻度は少なくなる傾向がみられ、医療区分2で約50%、医療区分3でも約30%の患者が、医師による指示の見直しをほとんど必要としない状態にある。医師による指示の見直しがほとんど必要のない患者のうち、医療区分3では「酸素療法」「中心静脈栄養」に該当する患者が特に多かった。医療区分2では「喀痰吸引」に該当する患者が特に多かった。

・療養病棟入院基本料、障害者病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料の届出を行っている病棟それぞれに脳血管疾患の患者が一定数入院しているが、そのうち、医師による指示の見直しをほとんど必要としない患者の割合は、療養病棟基本料1と障害者施設等入院基本料とが概ね同等で、特殊疾患病棟はさらに高い割合を示した。

## 一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設機械補償保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - マネーフレンド運送保険
  - 医療廃棄物排出事業者責任保険
  - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会  
お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0064 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. 03-5283-8066





# 厚労省 10月施行の看護師届出制度で留意点を通知

## 離職看護師同意の下、病院は届出の代行が可能―病院の役割が大きい看護師届出制度

昨年成立した地域医療介護総合確保推進法で看護師等人材確保促進法が一部改正され、離職した看護師等の届出制度がこの10月1日に施行される。これに伴い、同法施行規則(省令)が一部改正され、同じく10月1日に施行される。

厚生労働省は5月21日付で医政局看護課長名の通知(医政看発0521第2号「看護師等の人材確保に関する事項の施行について」)を各都道府県に発出、改正省令にかかわる留意事項等を示し、医療機関等への周知を要請した。

看護師等人材確保促進法改正の目的は、看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師)の確保を図るために、無料の職業紹介事業を行なう都道府県ナースセンターは、離職した看護師等を把握するとともにその復職を支援していく体制を強化する、という点にある。

法と省令の改正は、(1)看護師等に就業促進に役立つ情報の提供・相談他の援助を行なうことを都道府県センターの業務に追加する、(2)同センターは、公共職業安定所に加えて、地方公共団体他の関係機関との密接な連携の下に業務を行なわなければならない(都道府県その他の官公署に必要な情報の提供を求めることができる)、(3)看護師等は、病院等を離職した場合等に、住所、氏名等を同センターに届け出るよう努めなければならない、(4)同センターはその業務の一部を委託することができる、などからなる。

看護課長通知は、(2)における関係機関の1つに、各医療機関への導入が

努力義務化された「勤務環境改善マネジメントシステム」を支援するために各都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターをあげ、情報連携を求めた。

また、(3)については、「改正法の施行の際に現に業務に従事していない看護師等」も努力義務の対象であるとの解釈を示した。

さらに、改正省令において、「看護師等の免許を受けた後、保助看法の業に直ちに従事する見込みがない場合」も対象となること、また、「保助看法の業に従事しない」場合には、看護師等の免許を受けた後に進学する場合や社会福祉施設など「病院等」以外で保助看法の業に従事していた者が離職する場合が含まれること、「病院等」には診療所、助産所、介護老人保健施設、指定訪問看護の事業所が含まれること、などを明らかにした。

その上で、これらの規定に該当する以外の者もセンターに届け出ることができるとした。

届出は書面だけでなく、都道府県ナースセンターの全国機関である中央ナースセンターのホームページからでもできるとしている。

改正法には「病院等の開設者等による届出の支援」(努力義務)が規定されている。その支援の例として、通知は「離職する場合に、都道府県センターに届出を行うことが法律で定められている旨を情報提供し、届出を促すことや、当該看護師等の同意の下、当該看護師等

に代わって都道府県センターに届け出ることなどが考えられる」と記している。

したがって、病院を離職する看護師等の同意を得れば、当該病院が代理で届け出ることができるわけで、この制度における各病院の役割は大きい。

「病院等の開設者等」には、保助看法に規定する看護関連資格の学校、養成所、大学が含まれ、免許を取得したものの卒業後に保助看法の業に従事しないことが明らかとなっている学生・生徒または在学中の学生・生徒に、届出

制度に関する情報を提供もしくは教育を行なうことが「支援」となる。

通知は、さらに、(4)における「業務の一部を委託することができる」先として、「地域において医療に関する公益的な事業を実施する非営利法人等、当該業務を適切に実施する能力を有する法人や、自治体等の官公署等が考えられる」と説明している。

したがって病院団体も委託先になることが可能だ。ただし、無料の職業紹介事業は委託の対象とならない。

### 病院団体を含め、ナースセンターの運営を中央と都道府県で協議

通知は「地域の関係機関との連携体制の構築」という項目で、都道府県センターによる看護師等確保対策(届出の支援や業務の委託を含む)は、「医師会や病院団体等の地域の医療関係団体、都道府県労働局等の関係行政機関、その他地域の実情に応じて必要と判断する関係者を構成員とした既存の都道府県ナースセンター運営協議会等において十分に協議して進める必要がある」と指摘。

「日本看護協会、日本医師会及び病院団体等を構成員とした『ナースセンターの運営に関する中央における定期的な協議の場』が設けられた」ことを明らかにした。

看護師等確保対策の一環として、現在、中央ナースセンターは厚生労働省が日看協に、都道府県ナースセンターは各都道府県が都道府県看護協会に、

それぞれ運営を委託している。

この運営の効率化と質の向上を図るために、日医、全日病を含む四病協の4団体、全国自治体病院協議会を加えた「定期的な協議の場」が中央と各都道府県に設置される予定で、すでに、「中央における定期的な協議の場」は4月22日に第1回の会合を開いている。

「協議の場」は、今後、各都道府県でも順次設置される予定だ。

西澤寛俊会長は、第1回理事会・第2回常任理事会(5月23日)で、「潜在看護師の掘り起しは我々医療機関にとって大変重要なテーマだ。ナースセンターの運営は病院団体も加えたものとすべきとの主張が通って、この会合が実現した。各支部は、この会合が、今後、各都道府県でも開催されるということ認識してほしい」と発言、各支部に積極的な対応を求めた。

# 保険医の配置・定数の設定や自由開業・自由標榜の見直しを提案

## 「保健医療2035」提言集 有識者懇が提案。都道府県に医療費抑制の責任を負わせる仕組みも

厚生労働省内に設けられた30歳～40歳代の有識者からなる「保健医療2035」策定懇談会は6月9日に提言をまとめ、塩崎厚生労働大臣に手渡した。

提言は全体的に抽象的表現に終始しているものの、2035年までに予測される諸々のファクターを踏まえて国際的な展開を含む日本の保健医療のパラダイムを考察、ビジョンとした。

その中で、介護を含む、生涯を通じた健康・疾病管理を可能とするシステムの構築を提起するなど、「パッチワーク的な制度改正を繰り返してきた」医療行政に対置する理念を各領域で展開している。

各論では、医療制度面で、都道府県に医療費抑制の責任を負わせる仕組み、かかりつけ医の「ゲートオープナー」機能の確立、保険医の配置・定数の設定や自由開業・自由標榜の見直しなどを提案。かかりつけ医と他医師との受診で医療費に差をつける案も盛り込んだ。

塩崎厚生労働大臣は、省内に推進体制を設置して具体的な検討を進め、「できるものから着実に進めていきたい」と述べるとともに、2025年以降の保健医療を見据えたわが国初となる提言を経済財政諮問会議等に報告する意向を表わした。

### □「保健医療2035」提言集の骨子

●負担増と給付削減による現行制度維持を目的とするのではなく、新たな価値やビジョンを共有し、イノベーションを取り込み、システムとしての保健医療のあり方の転換をしなければならない。新たな「社会システム」としての保健医療の再構築が必要。  
●現物給付による診療報酬制度は確保した上で、必要な改革は行っていくべ

き。中医協の分析機能強化のために、各委員を支援する仕組みを確立することが必要。ただし、将来的には、中長期的な視点に基づいた制度改正を可能とするプロセスも検討すべき。

●複数年度にわたるマクロ的な社会保障予算の枠組み等により、関連制度や投入資源の両面から、介護を含む保健医療システム全体の最適化を行うべき。

●診療報酬や保健医療のシステム設計における地方公共団体や保険者等関係者の自律的な努力を支援するなど、分権的な仕組みも今後検討する。基礎的なサービスについては国が責任を持ち、規制のあり方を含めた改革を検討していく。

●医療技術の費用対効果を測定する仕組みを制度化・施行する。医療技術や保健アウトカムなどの評価を継続的に主導できる部門を厚生労働省内に設置する。医療機関のサービスの費用対効果の改善や地域医療において果たす機能の見直しなど、医療提供者の自律的努力を積極的に支援する。

●地域医療構想や地域包括ケアシステムを踏まえ、地域主体の保健医療に再編する。地域の状況やニーズに応じた保健医療を計画するために、制度横断的な地域独自の意思決定の場を構築する。地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する。地域差に関する総合的な要因分析をさらに進め、都道府県の責とすべき運営上の課題とそうでない課題を精査する。都道府県の努力の違いに起因する要素については、都道府県がその責任(財政的な負担)を担う仕組みを導入する。  
●診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減

算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部(例えば、加算の算定要件の強化など)を都道府県が主体的に決定することとする。

●将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行なう。地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する。今後10年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。

●2035年までの早期に喫煙者自体をゼロに近づけるため、たばこ税増税、たばこの広告・パッケージ規制、喫煙者に対する禁煙指導・治療、子ども防煙教育のさらなる促進などのあらゆる手

段を講ずる。

●NCDレベルのデータベースを全疾患に構築することや、DPC、NDB、KDB等の公的統計の質と量の両面での充実を図る。米国のHIPAAなどを参考にした法的整備や標準化などの統計の基本的基盤を確立、介護を含め、生涯を通じた健康・疾病管理を可能とする。

●公費(税財源)の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべき。

●それぞれの地域において、医師の高齢化や地域偏在などに伴い、不足する診療科及び診療内容について精査する必要がある。医療計画の策定責任者である都道府県は、その精査する過程で、総合診療を含め、不足している診療科別の地域医師確保計画を策定し、対策を講じるべき。具体的には、過当競争の診療科から不足する診療科に転科を促すための支援策を策定する。

### ■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
平成27年度 第1回 看護師特定行為研修指導者講習会(東京会場) (50名)	7月20日(月) 9:55~17:30 (全日病会議室)	10,000円 (10,000円)	・当協会は厚生労働省より、平成27年度「看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体に指定されています。 ・本講習会は特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会であり、指導者として携わる予定(可能性のある者を含む)の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者を対象とします。
平成27年度 第1回 医療機器安全管理講習会—医療現場における生体情報モニタの現状と課題について (150名)	7月28日(火) 13:30~16:50 (全日病会議室)	10,800円 (12,960円)	・本講習では、医療、産業、品質管理各々の立場から、研究参加病院の取り組みとともに米国の取り組みを含め、生体情報モニタの現状と課題について参加者と共に討議し、今後の方向性を検討します。 ・参加者として、病院管理者、医療安全管理者・専従者、医療機器安全管理者・専従者、臨床工学技士、生体情報モニタを日頃取り扱う病棟看護師長・看護師を想定しています。