

医療、介護制度改革の最近の動向について

厚生労働大臣政務官 橋本 岳

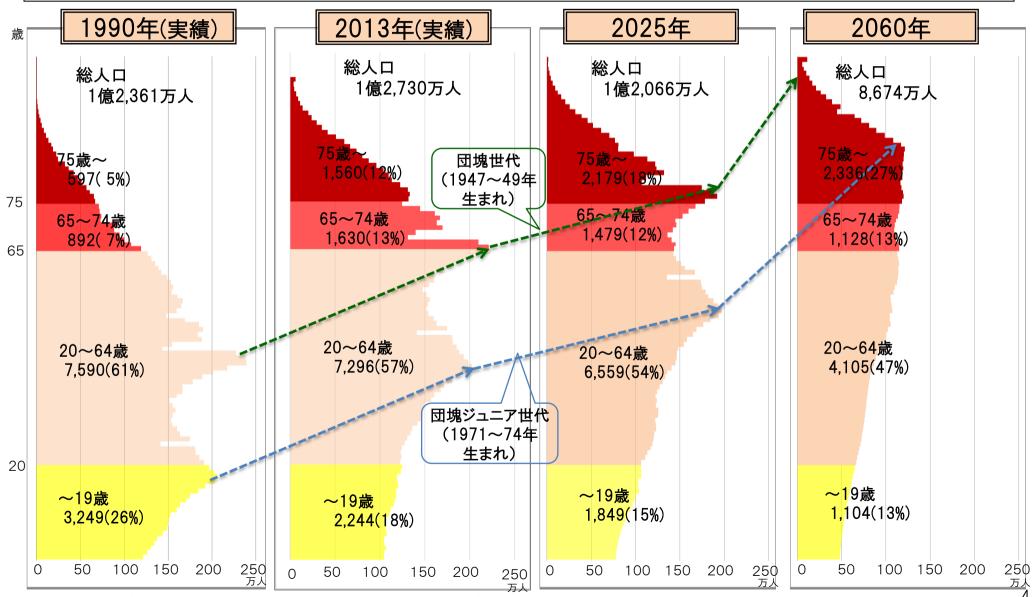
本日の講演内容

- ・ 社会保障制度改革の全体像について
- 国民健康保険法等の一部を改正する法律案について
- 医療法の一部を改正する法律案について (地域医療連携推進法人制度の創設及び医療法人のガバナンスの強化等)
- ・ 地域医療構想ガイドラインの検討状況について
- 医療事故調査制度の検討状況について
- 平成27年度介護報酬改定について

社会保障制度改革の全体像について

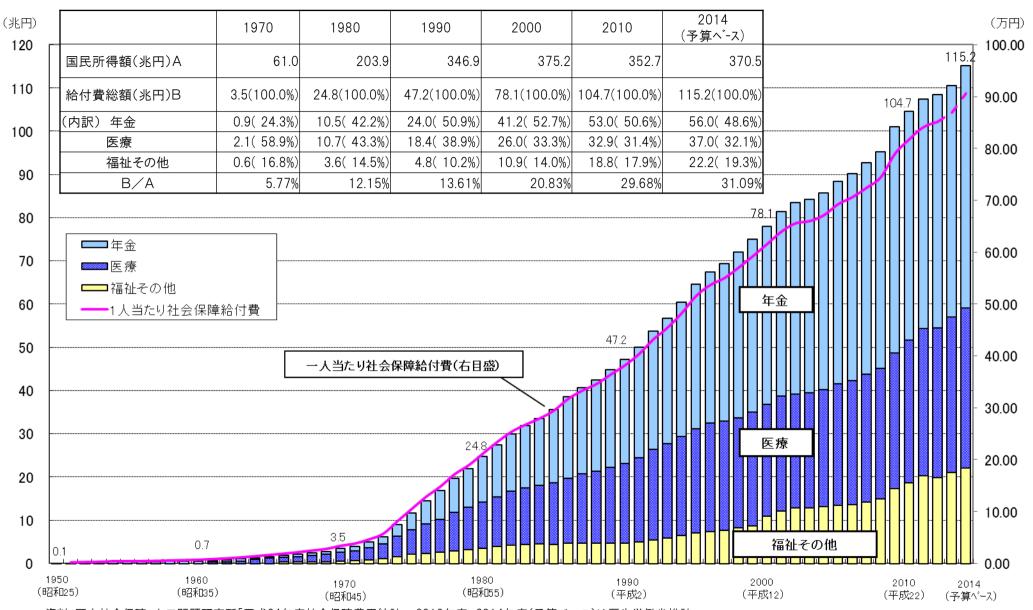
日本の人口ピラミッドの変化

- ○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- ○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障·人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位·死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

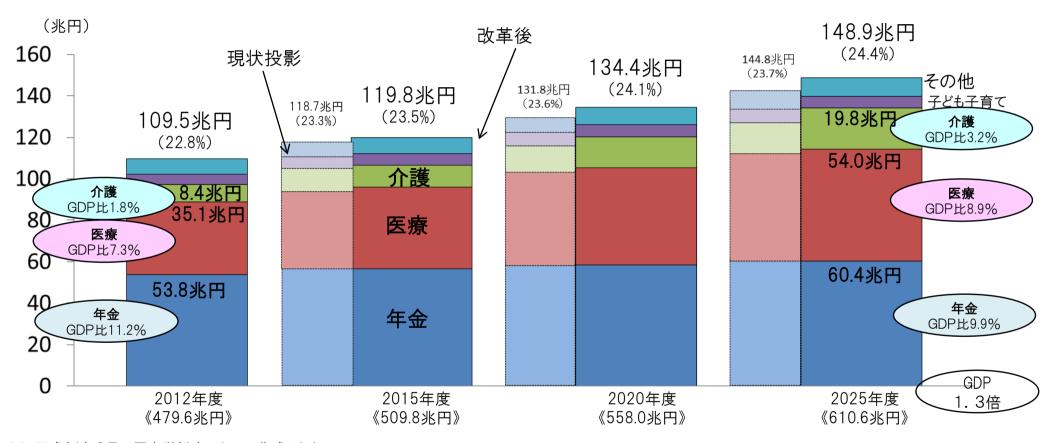
社会保障給付費の推移



資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成24年度社会保障費用統計」、2013年度、2014年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2014年度の国民所得額は「平成26年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成26年1月24日閣議決定)」 (注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2014年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障に係る費用の将来推計について

- ○給付費は、2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
- ○2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



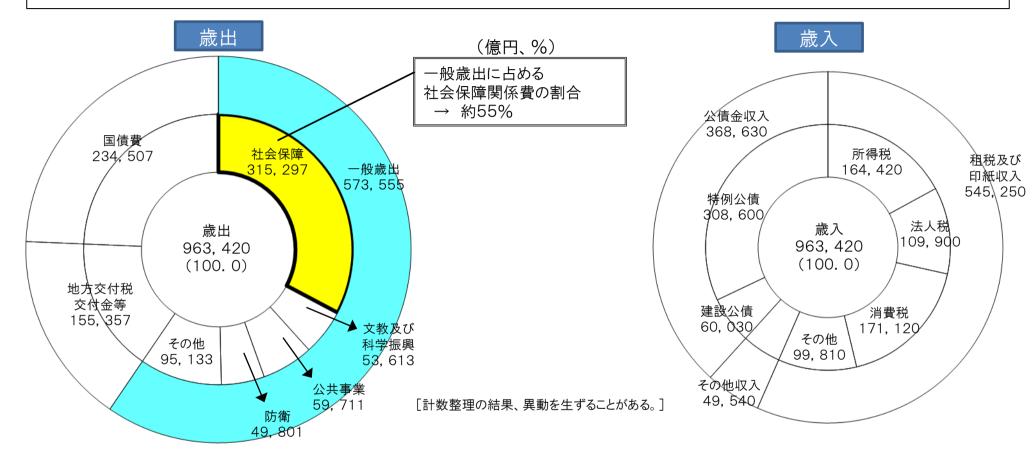
- ※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの
- 注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

- 注2:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。
- 注3:()内は対GDP比である。()内はGDP額である。

平成27年度 国の一般歳出と社会保障関係費

○ 国の一般歳出の約55%は社会保障関係費(高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増)



一般歳出に占める社会保障費の割合の推移 (億円)

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2015	963, 420	573, 555 (100%)	<u>315, 297(約55%)</u>
2010	922, 992	534, 542 (100%)	<u>272, 686(約51%)</u>
2005	821, 829	472, 829 (100%)	<u>203, 808(約43%)</u>
2000	849, 871	480, 914 (100%)	<u>167, 666(約35%)</u>

社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 社会保障国民会議

~ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

- → 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)
- → <u>平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)</u>

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年

安心社会実現会議

~ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府·与党社会保障改革検討本部

平成22年12月「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月~7月:社会保障改革に関する集中検討会議



- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- 社会保障·稅一体改革素案(平成24年1月6日政府·与党社会保障改革本部決定·閣議報告)

社会保障と税の一体改革の経緯②

平成24年2月17日:社会保障·税一体改革大綱閣議決定



○ 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月~: 社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



社会保障制度改革推進法 (自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法)

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 〇 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

<u>税制抜本改革法(消費税率の引上げ)/子ども・子育て支援関連3法/年金関連4法</u>が成立

平成25年8月6日:国民会議報告書とりまとめ



社会保障制度改革国民会議(委員は15名の有識者により構成(会長:清家篤 慶應義塾長))

- 改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

10月15日:社会保障制度改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案(社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案)の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 〇 改革推進体制の整備等について規定

12月5日:社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日:公布・施行



平成26年の通常国会以降: 順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、 次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出予定。

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2017年4月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については、これまで高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっていたが、 今回、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

社会保障の充実 1% 程度 +2.8兆円程度 社会保障の安定化 +11.2兆円程度 〇基礎年金国庫負担割合1/2の恒久化 3.2兆円程度 4% 程度 7.3兆円程度 〇後代への負担のつけ回しの軽減 高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていな。 い既存の社会保障費 〇消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増 診療報酬、介護報酬、子育て支援等 0.8兆円程度 についての 物価上昇に伴う増

〇子ども・子育て支援の充実

0.7兆円程度

-子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教 育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推 進・充実、「待機児童解消加速化プラン」の実施な

1.5兆円程度

〇医療・介護の充実

- 病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等、地域 包括ケアシステムの構築、医療保険制度の財政基 盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公 平の確保、難病、小児慢性特定疾病に係る公平か つ安定的な制度の確立 など

0.6兆円程度

〇年金制度の改善

- 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付、受給資 格期間の短縮 など

- (注)税制抜本改革法に沿って消費税率が平成29年4月に10%に引き上げられ、増収分が平成30年度に満年度化した場合、5%引き上げ分の14.0兆円程度のうち、1%程度の
 - 2.8兆円程度が充実に充てられる。

社会保障改革プログラム法 (持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- **少子化対策**(既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等)
- 医療制度 (病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、 国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70~74歳の患者負担・ 高額療養費の見直し、難病対策 等)
- 介護保険制度(地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等)
- 公的年金制度(既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等)
 - ※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、 医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

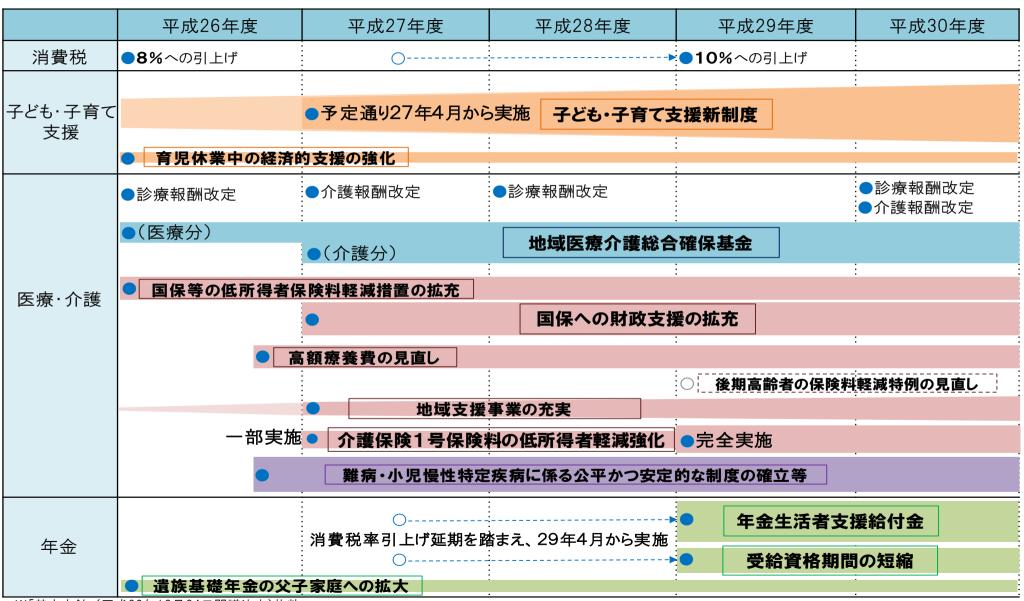
上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布日(平成25年12月13日)

(ただし、改革推進本部関連は平成26年1月12日、改革推進会議関連は平成26年6月12日)

社会保障・税一体改革による社会保障の充実に係る実施スケジュールについて



^{※「}基本方針」(平成26年12月24日閣議決定)抜粋

消費税率10%の実現は平成29年4月となるが、子育て支援、医療、介護など社会保障の充実については、可能な限り、予定通り実施する。誰もが安心できる持続可能な社会保障制度の確立を目指し、引き続き、その改革に取り組む。

社会保障・税一体改革による社会保障制度改革の今後の進め方について

	主な実施事項		
平成27年 1月~3月	○医療保険制度改革関連法案の提出(平成27年の通常国会) ·法案成立後、同法に基づき各種改革を順次実施		
平成27年度	〇子ども・子育て支援新制度の施行(平成27年4月~) ・待機児童解消等の量的拡充や保育士の処遇改善等の質の改善を実施 〇医療介護総合確保推進法の一部施行 ・都道府県において、地域医療構想を策定し、医療機能の分化と連携を適切に推進(平成27年4月~) ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(平成27年4月~) ・低所得者への介護保険の一号保険料軽減を強化(平成27年4月より一部実施、平成29年4月より完全実施) ・一定以上の所得のある介護サービスの利用者について自己負担を1割から2割へ引上げ等(平成27年8月~)		
平成29年度	○年金関連法の一部施行・年金を受給している低所得の高齢者・障害者に対して月額5000円の福祉的給付等を支給(平成29年4月~)・老齢基礎年金の受給資格期間を25年から10年に短縮(平成29年4月~)		
平成30年度	○国民健康保険の財政運営責任等を都道府県に移行し、制度を安定化(平成30年4月〜、医療保険制度改革関連法案関係) ○医療計画·介護保険事業(支援)計画·医療費適正化計画の同時策定·実施(平成30年4月〜)		

- ※1 ①厚生年金と共済年金の一元化及び②短時間労働者に対する厚生年金·健康保険の適用拡大については、予定どおり実施 (①平成27年10月~、②平成28年10月~)。
- ※2 年金制度については、平成26年財政検証を踏まえた制度改正を検討中。

国民健康保険法等の一部を改正する法律案について

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案の概要

1. 国民健康保険の安定化

- ○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化(27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- ○平成30年度から、<u>都道府県が財政運営の責任主体</u>となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の 国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施

(現行:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ

(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)

- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介 する等の措置 を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

4. その他

- ①<u>協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」</u>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<u>特例的な減</u>額措置を講ずる
- ② 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ·都道府県が<u>地域医療構想と整合的な目標</u>(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ·保険者が行う保健事業に、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
- ④ <u>患者申出療養を創設</u>(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】 平成30年4月1日(4①は平成27年4月1日、2は平成27年4月1日及び平成29年4月1日、3及び4②~④は平成28年4月1日)

国民健康保険の改革による制度の安定化(公費拡充)

- 国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充(約500億円)に加え、 毎年約3,400億円の財政支援の拡充等を以下の通り実施することで、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。
 - ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

○ <u>低所得者対策の強化</u>のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への 財政支援を拡充(約1,700億円)

<平成30年度から実施>(毎年約1,700億円)

- ○財政調整機能の強化(財政調整交付金の実質的増額)
- ○<u>自治体の責めによらない要因</u>による医療費増・負担への対応 (精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等)
- ○保険者努力支援制度・・・医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
- ○財政リスクの分散・軽減方策(財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等)等
 - ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等(平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円)
 - ・平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分
- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の 強化を図る。

国民健康保険の改革による制度の安定化(運営の在り方の見直し)

- ○<u>平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国</u> 保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化
 - ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
 - ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示(標準的な住民負担の見える化)
 - ·都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化·広域化等を推進
- ○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、 地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】 <u>都道府県が財政運営責任を担う</u> など中心的役割

> 都道府県が市町村ごとに決定した 国保事業費納付金を市町村が納付

> > →→和道府県

市町村

市町村

市町村

- ・国の財政支援の拡充
- · <u>都道府県が、国保の運営に</u> 中心的役割を果たす

市町村

市町村

市町村

国保運営方針 (県内の統一的方針)

給付費に必要な費用を、

全額、市町村に支払う(交付金の交付)

(構造的な課題)

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

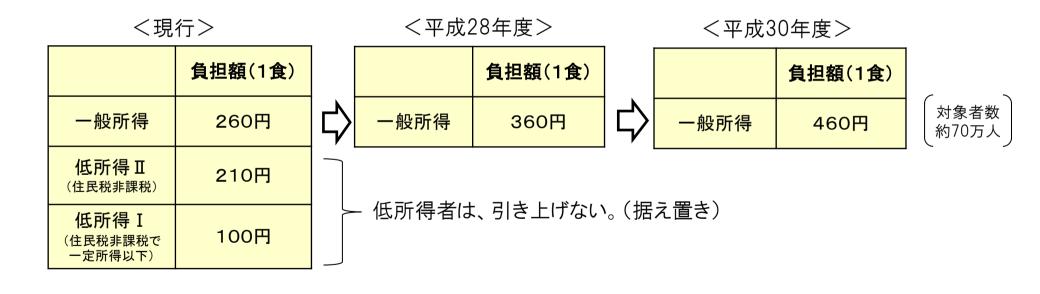
- ・ 資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ·保険給付
- 保健事業
- ※被保険者証は都道府県名のもの
- ※保険料率は市町村ごとに決定
- ※事務の標準化、効率化、広域化を進める
- 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

- 財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- 市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、 広域化を促進

なお、国の普通調整交付金については、 都道府県間の所得水準を 調整する役割を担うよう適切に見直す

入院時食事療養費等の見直し

- ○<u>入院時の食事代</u>について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、<u>調理費相当額の負担を求める</u>。
- ○低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。



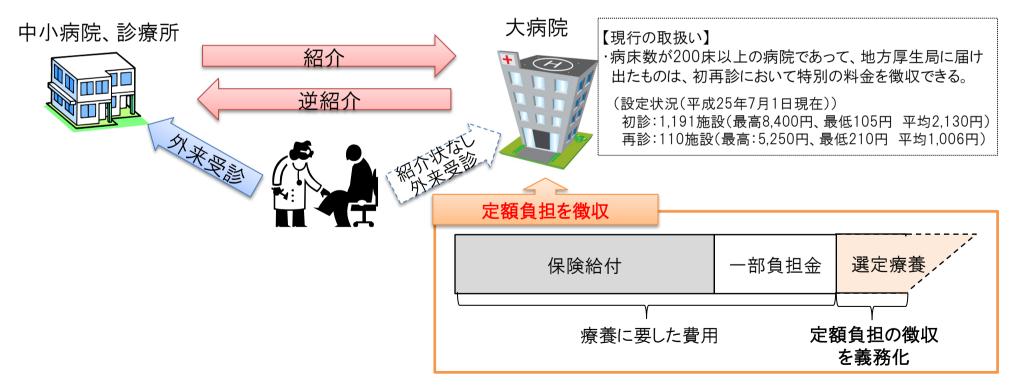
(食材費+調理費)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

(食材費)

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- ○外来の機能分化を進める観点から、<u>平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等</u>には、原則として、<u>定額負担を患者に求める</u>こととする(<u>選定療養の義務化</u>)。
- ○定額負担の額は、例えば5000円~1万円などが考えられるが、今後検討。
 - ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
 - ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



- ※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省 令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。
- ※ 定額負担の額は、例えば5000円~10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

患者申出療養の創設

○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、<u>患者からの</u> 申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、<u>患者申出療養を創設</u>(平成28年度から実施)

〈患者申出療養としては初めての医療を実施する場合〉







患者からの申出

- 臨床研究中核病院又は患者申出 療養についての窓口機能を 有する特定機能病院(全国86カ所) に申出
- 患者の申出を受けた特定機能病院は、 <u>臨床研究中核病院(全国15カ所)</u>に 共同研究の実施を提案。

臨床研究中核病院が、国に申請

機関としての申請も可能

●最初から協力医療

●かかりつけ医等と

滴官連携

原則6週間

患者申出療養の申請



■ 臨床研究中核病院は、特定機能病院やそれ以外の 身近な医療機関を、協力医療機関として申請が可能

患者申出療養に関する会議による審議



- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養の実施

- 申出を受けた<u>臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養</u>が開始
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療 機関は国がホームページで公開する

〈既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



患者からの申出

● 身近な医療機関に申出

身近な医療機関(かかりつけ医 等も含む)が、前例を取り扱った 臨床研究中核病院に申請

原則2週間

患者申出療養の申請

前例を取り扱った臨床研究中核病院



- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を 参考に、患者に身近な医療機関の実施体制 を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方 厚生局に届出

身近な医療機関で患者申出療養の実施



医療法の一部を改正する法律案について

(地域医療連携推進法人制度の創設及び 医療法人のガバナンスの強化等)

地域医療連携推進法人制度の創設について

世界経済フォーラム年次会議(ダボス会議) 安倍総理冒頭演説

~ 新しい日本から、新しいビジョン ~ (平成26年1月22日)

(前略)

40年以上続いてきた、コメの減反を廃止します。民間企業が障壁なく農業に参入し、作りたい作物を、需給の 人為的コントロール抜きに作れる時代がやってきます。

日本では、久しく「不可能だ!」と言われてきたことです。

これらはみな、昨年の秋、現に、決定したことです。

加えて、昨日の朝私は、<u>日本にも、Mayo Clinic のような、ホールディング・カンパニー型の大規模医療法人</u>ができてしかるべきだから、制度を改めるようにと、追加の指示をしました。

既得権益の岩盤を打ち破る、ドリルの刃になるのだと、私は言ってきました。

春先には、国家戦略特区が動き出します。

向こう2年間、そこでは、いかなる既得権益といえども、私の「ドリル」から、無傷ではいられません。

(後略)

「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日 閣議決定)(抄)

医療・介護等を一体的に提供する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

地域内の医療・介護サービス提供者の機能分化や連携の推進等に向けた制度改革を進め、 医療、介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現する。

このため、医療法人制度においてその社員に法人がなることができることを明確化した上で、 <u>複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」を創設する</u>。

その制度設計に当たっては、産業競争力会議医療・介護等分科会中間整理(平成25年12月26日)の趣旨に照らし、当該非営利ホールディングカンパニー型法人(仮称)への多様な非営利法人の参画(自治体、独立行政法人、国立大学法人等を含む)、意思決定方式に係る高い自由度の確保、グループ全体での円滑な資金調達や余裕資金の効率的活用、当該グループと地域包括ケアを担う医療介護事業等を行う営利法人との緊密な連携等を可能とするため、医療法人等の現行規制の緩和を含む措置について検討を進め、年内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年中に講ずることを目指す。

医療法人の事業展開等に関する検討会

1 設置の趣旨

医療法人に関しては、病床の機能分化・連携などを進め効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法人等の間の連携を推進すること等としており、日本再興戦略等において課題の検討が求められており、有識者による検討会を開催する。

2 審議事項

- ・ 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について
- ・ 医療法人の透明性の確保・ガバナンスの強化について
- ・ 医療法人の分割について
- ・社会医療法人の認定要件の見直しについて等

3 委員

田中 滋 慶應義塾大学名誉教授【座長】 猪熊 律子 読売新聞東京本社社会保障部部長

猪熊 律子 読売新聞東京本社社会保障部部: 今村 定臣 日本医師会常任理事

浦野 正男 全国社会福祉法人経営者協議会総務委員長

太田 二郎 全国老人福祉施設協議会総務:組織委員長

大道 道大 日本病院会副会長

梶川 融 日本公認会計士協会副会長

川原 丈貴 川原経営総合センター代表取締役社長

瀬古口精良 日本歯科医師会常務理事

鶴田 憲一

全国衛生部長会会長

西澤 寛俊 全日本病院協会会長

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科教授

長谷川 友紀 東邦大学医学部教授

日野 頌三 日本医療法人協会会長 松井 秀征 立教大学法学部教授

松原 由美 明治安田生活福祉研究所主席研究員

山崎 學 日本精神科病院協会会長

4 審議スケジュール・開催状況

25年12月 4日 医療法人等の間の連携の推進について

26年 4月 2日 非営利ホールディングカンパニー型法人制度に係る報告について等

26年 6月27日 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の検討に当たっての主な論点等について

26年 9月10日 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について等

26年10月10日 非営利新型法人制度の創設について等 26年11月27日 非営利新型法人制度の創設について等

27年 1月30日 地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について等

27年 2月 9日 地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて【取りまとめ】

3

第189回国会における安倍内閣総理大臣施政方針演説(平成27年2月12日)

[前略]

二 改革断行

[中略]

(患者本位の医療改革)

患者本位の新たな療養制度を創設します。世界最先端の医療を日本で受けられるようにする。 困難な病気と闘う患者の皆さんの思いに応え、その申出に基づいて、最先端医療と保険診療との 併用を可能とします。更に、安全性、有効性が確立すれば、国民皆保険の下で保険適用としてま いります。

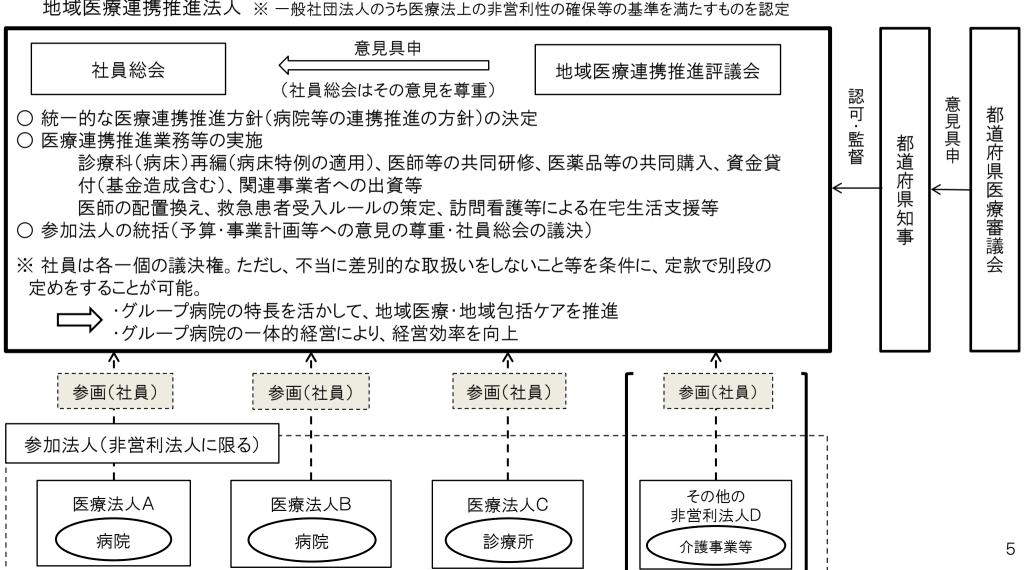
<u>医療法人制度の改革も実施します。外部監査を導入するなど、経営の明確化を進めます。更に、</u> <u>異なる機能を持つ複数の医療法人の連携を促す新たな仕組みを創設し、地域医療の充実に努めます。</u> <u>ます。</u>

[後略]

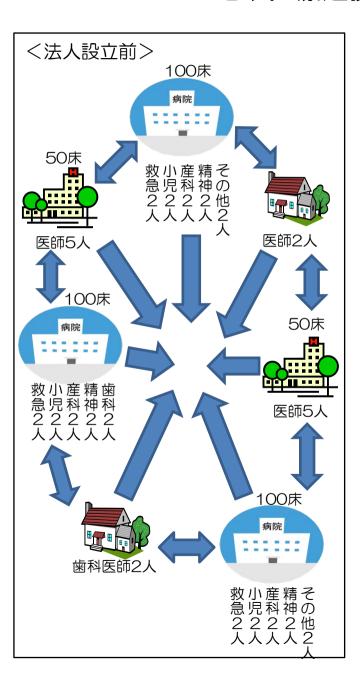
地域医療連携推進法人制度について(概要)

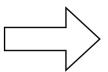
医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、 地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な 医療提供体制を確保。

地域医療連携推進法人 ※一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを認定



地域医療連携推進法人設立の効果・メリット(イメージ)





グループ内の 病床機能の分化・連携



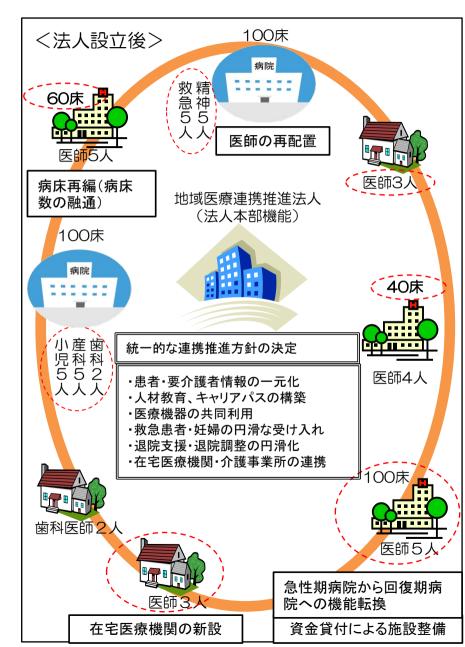
急性期病院 過剰 → 適正化



回復期病院 不足 → 充実



在宅医療機関 不足 → 充実



地域医療連携推進法人制度の創設による地方創生の取り組み(まち・ひと・しごと)

複数の病院(医療法人等)を統括し、一体的な経営を行うことにより、経営効率の向上を図るとともに、地域医療・地域包括ケアの 充実を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢とするとともに、地方創生につなげる。

グループ病院の一体的経営に より、経営効率を向上

- ・ブランドカによる価格交渉カの獲 得・共同物品購入によるスケールメ リット
- ・人事の一元化による人員の適正 配置
- ・在宅医療、在宅介護等に新たに 進出(グループ内からノウハウ・資金 を入手)
- ・資金融通によるグループとしての 資金の有効活用(現行制度では 医療法人の資金貸付不可)
- ・関連事業の株式会社への出資可 能(現行制度では医療法人の株 式出資不可)
- ・庶務業務の統一によるコスト削減



- · 事業規模約9000億円
- · 職員数約6万人

グループ病院の特長を活かして、地 域医療・地域包括ケアを推進

- ・グループ病院・介護事業所の相談・紹介
- ・患者・要介護者情報の一元的把握
- ・統一カルテ等のシステムによる重複 した検査の省略
- ・専門分野(専門診療科)へ機能特化
- ・退院支援・退院調整ルールの策定
- ・訪問看護・訪問介護による在宅生活の 支援
- ・救急受入ルールの策定・要介護者急変 時の円滑な対応
- ・医師・看護師・介護福祉士等のキャリア パスの構築による定着率の向上
- ・人事の一元化による過疎地域への医師 派遣の実施
- ・診療科(病床)の再編成
- ・在宅医療、在宅介護等に新たに進出(グ) ループ内からノウハウ・資金を入手)

※ 上記事項を実施するかどうかは各グループの決定による

医療法人のガバナンスの強化等について

- 医療法人の透明性の確保及びガバナンスの強化について
 - ・ 一定規模以上の医療法人について、会計基準(公益法人会計基準に準拠したものを予定)を法令で定めて適用するとともに、外部監査を義務付ける。
 - 一定規模以上の医療法人について、計算書類の公告を義務付ける。
 - ・ 医療法人といわゆるメディカルサービス法人を含む関係事業者との関係を、毎年度都道府県知事に報告 させる。
 - ・ 医療法人の理事会の設置、法人への理事の忠実義務、任務懈怠時の損害賠償責任等を規定する。
- 医療法人の分割について
 - ・分割計画書等を都道府県知事が認可すれば、医療法人を分割できることとする。
 - · 分割制度の対象は持分なし医療法人(ただし社会医療法人·特定医療法人は対象外)。
- 社会医療法人の認定要件の見直しについて
 - ・ 2都道府県にまたがる医療法人について、一体的に運営されている等の要件を満たせば、全ての都道府県知事ではなく、主たる病院のある都道府県知事だけで社会医療法人として認定できることとする。
 - 社会医療法人の認定取消時における救急医療等確保事業の継続に関する経過的制度を設ける。
 - ※ 認定取消時の一括課税の見直しについては、昨年末の与党税調において長期検討課題とされた。

地域医療構想ガイドラインの検討状況について

地域医療構想(ビジョン)の策定

○ 病床機能報告制度(平成26年度~)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、 都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。

→ 10月1日~11月14日までに今年度分の報告を受け付け。現在、集計作業中。

○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度~)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度中)。

(A病棟) 急性期機能 医療機関 医療機能 (機能が (B病棟) 見えに(い) を自主的に 回復期機能 選択 (C病棟) 慢性期機能 医療機能の現状と今 後の方向を報告 都道府県 医療機能の報告等を活用し、地域医療構想 (ビジョン)を策定し、更なる機能分化を推進

地域医療構想(ビジョン)の内容

- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿
- (2)2025年の医療需要及び各医療機能の必要量・ 構想区域ごとに推計
- (3)あるべき将来の医療提供体制を実現するための 施策等

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

1. 概要

- 都道府県は、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告 制度により医療機関から報告される情報も踏まえて、ガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、 医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。 さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討する こととしている。
- こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」 を開催。平成26年9月から検討を開始し、これまで8回の会議を開催。以下の検討事項について議論。

2. 検討事項

- 地域医療構想のガイドラインについて
- 協議の場の設置・運営に関する事項について
- 病床機能報告の公表等に関する事項について
- その他地域医療構想の策定及び達成の推進に必要な事項について

3. 構成員

- 遠藤 久夫 (座長、学習院大学経済学部部長)
- ·相澤 孝夫 (日本病院会副会長)
- ·安部 好弘 (日本薬剤師会常仟理事)
- ·石田 光広 (稲城市役所福祉部長)
- ・尾形 裕九 (東京大学政策ビッジョン研究センター特任教授)
- ·加納 繁照 (日本医療法人協会会長代行)
- · 齋藤 訓子 (日本看護協会常任理事)

- ·櫻木 章司 (日本精神科病院協会政策委員会委員長)·邊見 公雄 (全国自治体病院協議会会長)
- ·清水 信行 (東京都奥多摩町福祉保健課長)
- ·武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)
- · 土居 丈朗 (慶應義塾大学経済学部教授)
- ·中川 俊男 (日本医師会副会長)
- · 西澤 實俊 (全日本病院協会会長)
- ·花井 圭子 (日本労働組合総連合会総合政策局長)

- ·本多 伸行(健康保険組合連合会理事)
- ·松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センタ-COML理事長)
- · 渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部部長)
- ·和田 明人(日本歯科医師会副会長)

検討会における検討事項・開催経過

【検討会における具体的な検討事項】

- 1. 地域医療構想策定ガイドラインに盛り込む事項について
 - (1)あるべき将来の医療提供体制の姿について
 - ・ 今後の地域の医療提供体制の方向性 ・ 構想区域の設定の考え方
 - (2)2025年の医療需要の推計方法について
 - ・ 2025年時点の医療需要(入院・外来、疾病別)の推計方法
 - (3)2025年の各医療機能の必要量の推計方法について
 - ・ 2025年時点の各医療機能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能)の必要量の推計方法
 - (4)あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について
 - (5) 都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて
 - ・幅広い関係者との協議や住民の意見の聴取等
- 2. 策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営に係る方針について
- 3. 病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方等について
- 4. その他、地域医療構想の策定及び実現に必要な事項

【検討会の開催経過、今後の予定】				
平成26年9月18日 第1回	今後の地域の医療提供体制の方向性 / 構想区域の設定の考え方 等			
10月17日 第2回	構想区域の設定の考え方 / 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計方法 等			
10月31日 第3回	2025年の医療需要の推計方法 等			
11月21日 第4回	都道府県において地域医療構想を策定するプロセス			
	策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営に係る方針等			
12月12日 第5回	2025年の医療需要の推計方法 / あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策 等			
12月25日 第6回	2025年の医療需要の推計方法 / 病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方 等			
平成27年1月29日 第7回	2025年の医療需要の推計方法 / 地域医療構想の策定における医療需要に対応する医療供給(医療提供			
	体制)の整備及び策定後の実現に向けた取組 等			
2月12日 第8回	2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法 / 病床機能報告制度において報告される情報			
	の公表のあり方 / 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書(案) 等			
今年度内	ガイドライン等をとりまとめ、都道府県に発出(予定)			

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 〇 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。 よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日 当たりの入院患者数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

都道府県 が構想区 域ごとに推 計

	医療機能	2025年の医療需要
)	高度急性期機能	0000人/目
	急性期機能	0000人/目
	回復期機能	△△△△人/日
	慢性期機能	▲▲▲人/日



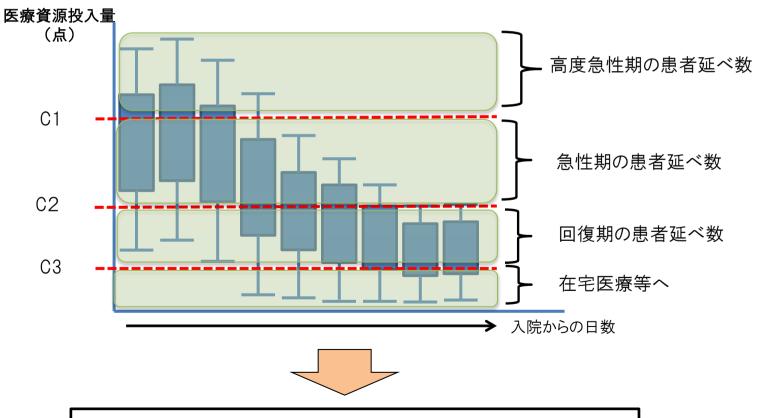
病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

2025年の病床数の必要量		
0000床		
□□□□床		
△△△△床		
▲▲▲床		

- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関する NDB(ナショナルデータベース)やデータ(DPCデータ)のレセプトデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したもの(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
 - ※ DPCデータでは、1入院について、1日当たりの医療資源投入量と入院日数の関係を見ることが可能。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

具体的な医療需要の推計イメージ

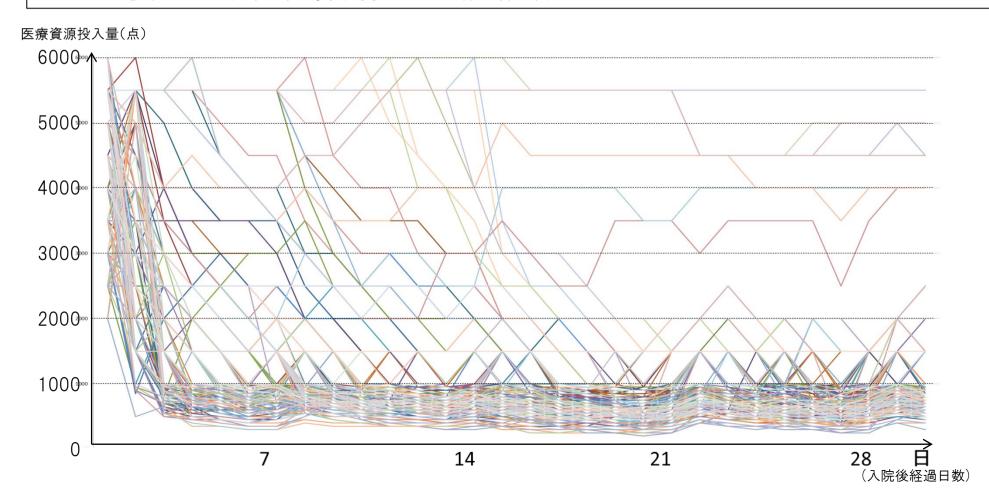
- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期の患者数、C1~C2の間にいる患者延べ数を急性期の患者数、C2~C3の間にいる患者延べ数を回復期の患者数として計算。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量(中央値)の推移(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

- 上記の分析を、推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255 の疾患について実施した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
- 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 入院初日から2~3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
 - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している



病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方【案】

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	〇点	救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定力 テーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤 等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評 価の頻度も下げていけそうである。 [例] 非侵襲的人工呼吸器 + 心エコー・心電図 + 観血的肺動脈圧測定 + 胸部レントゲン + 点滴管理 + 薬剤 + 血液検査
急性期		急性期における治療が終了	 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。
回復期	〇点	し、医療資源投入量が一定 程度落ち着いた段階におけ る医療資源投入量	[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着〈段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCデータの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。
		在宅等においても実施でき る医療やリハビリテーションの 密度における医療資源投入	 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およ
在宅等	O点	量 ○境界点に達してから退院調 整等を行う期間の医療需要を 見込む	びイレウス管によるドレナージを行っている。 [例] 補液+点滴管理+ドレーン

地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者のうち 一定数は、2025年には、在宅医療等(※)で対応するものとして推計する。
 - ※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく 分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととしてはどうか。
- また、療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮することを検討する。

【入院受療率の補正目標の設定案】A 全国最大レベル(県単位)の入院受療率 全ての二次医療圏が を全国中央値レベル(県単位)にまで低 全国最小レベル(県単位)まで 下させる割合を用いて、二次医療圏ごと 入院受療率を低下する。 に全国最小との差を等比的に低下する。 最小 最大 最小 最大 最小 最大 (二次医療圏) 二次医療圏) (二次医療圏)(県) (二次医療圏) (県) 現在 現在 入院受療率 入院受療率 2025年 2025年

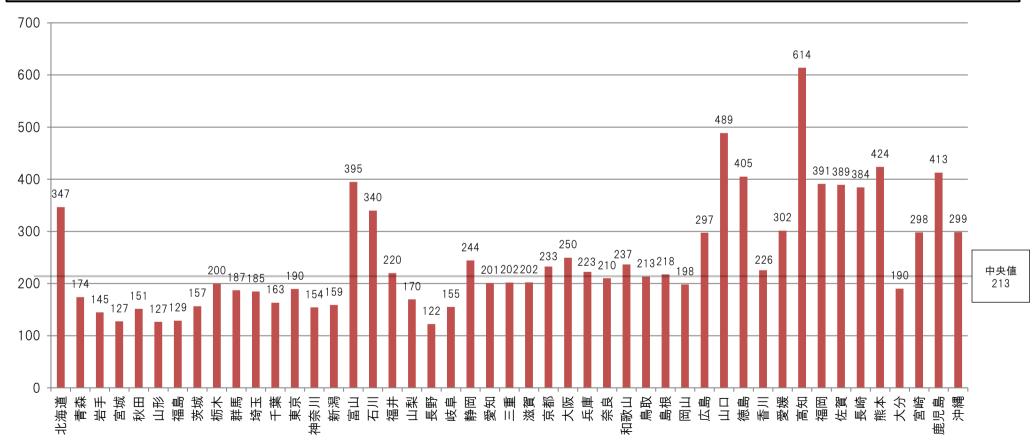
最小(県)

中央値(県)

最小(県)

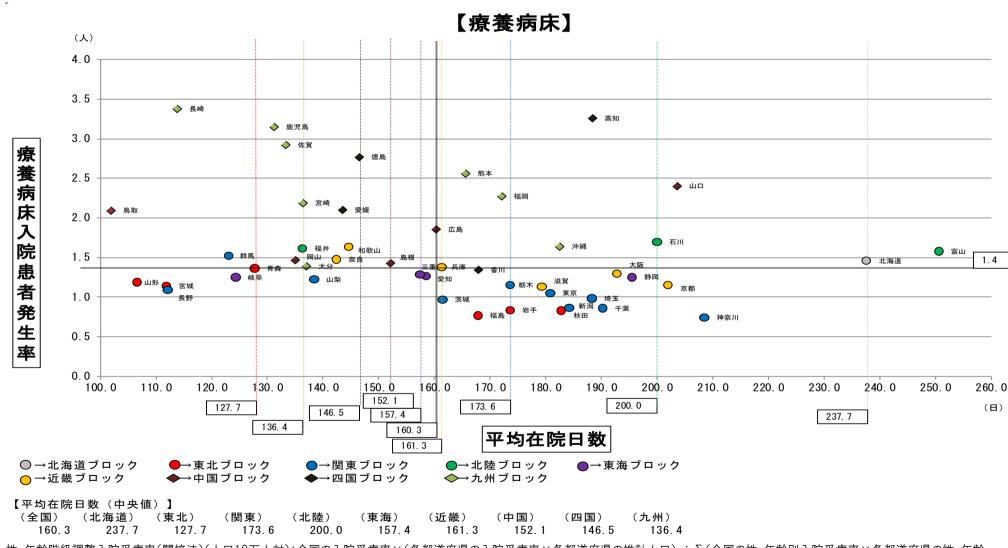
療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率(間接法)

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。 【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】 各都道府県の推計入院患者数:各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])× 全国の入院受療率



- 注:1)都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 - 2)福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 - 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

都道府県別 療養病床入院患者発生率(年齢調整後)・平均在院日数



性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対):全国の入院受療率×(各都道府県の入院受療率×各都道府県の推計人口)÷Σ(全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口)【出典】平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査

平均在院日数:【出典】平成25年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告の概況(厚生労働省大臣官房統計情報部)

療養病床入院患者発生率:性·年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対) ÷ 平均在院日数

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域 の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。
- ① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。
 - ※「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

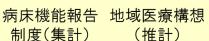


② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



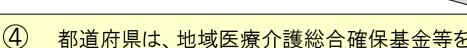
- ③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。
 - ※「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等から幅広く参加。 設置区域や参加者の範囲・選定は、地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。
 - ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制 と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足して いるか等を検討。
 - 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。







地域医療構想 調整会議



都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。 4

医療事故調査制度の検討状況について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の _____整備等に関する法律の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

- 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)
- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、
 - 消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
- 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)
- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け 43
- 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)
 - ①在宅医療·介護連携の推進などの<u>地域支援事業の充実</u>とあわせ、<u>予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、</u>
 - 多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き)
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ(平成27年10月1日施行)
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

施行期日(予定)

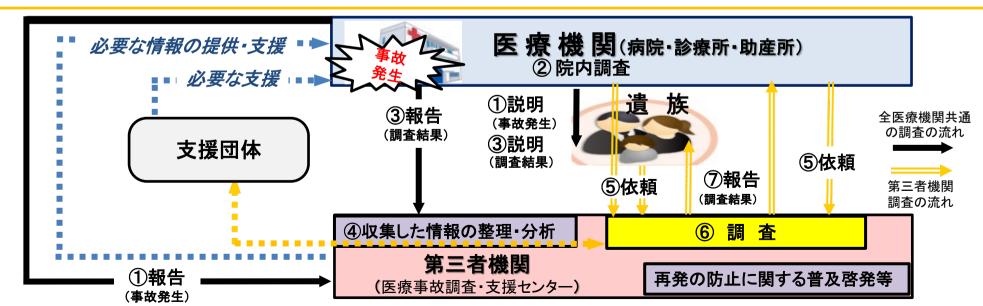
公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関(医療事故調査・支援センター)が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、医療法に位置づけ、医療の安全を確保する。
- 対象となる医療事故は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は 死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものとする。

調査の流れ:

- 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、**遺族への説明**(①)、**第三者機関へ報告**(①)、必要な**調査の実施**(②)、調査結果について**遺族への説明及び第三者機関(※)への報告**(③)を行う。
- 第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理·分析(④)を行い、医療事故の再発の防止に関する 普及啓発を行う。
- 医療機関又は遺族から調査の依頼(⑤)があったものについて、第三者機関が調査(⑥)を行い、その結果を医療機 関及び遺族への報告(⑦)を行う。
- ※(1)医療機関への支援、(2)院内調査結果の整理・分析、(3)遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査の実施、(4)再発の防止に関する 普及啓発、(5)医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に行う新たな民間組織を指定する。



(注1)支援団体については、実務上厚生労働省に登録し、院内調査の支援を行うとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。 (注2)第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

医療事故調査制度の施行に係る検討会

1. 目的

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成二十六年第八十三号)により医療法が改正され、新たな医療事故調査制度が平成二十七年十月一日より施行されることとされている。 厚生労働省は、制度の施行に向けて、厚生労働省令、厚生労働大臣告示、通知などを策定することとしており、これらの検討に当たって関係者の意見を聴取し反映させることを目的に、医政局長の私的諮問機関として本検討会を開催する。

2. 検討項目

医療事故調査制度に関する以下の事項

- 医療事故の報告等に関する事項
- 医療事故調査に関する事項
- 医療事故調査・支援センターに関する事項
- その他の事項

3有費成員

今村 定臣 大磯 義一郎 小田原 良治 葛西 圭子 加藤 良夫 河野 龍太郎

堺 常雄 鈴木 雄介 瀬古口 精良 髙宮 眞樹 田邉 昇 全国医学部長病院長会議 「大学病院の医療事故対策委員会」委員長 公益社団法人日本医師会常任理事 浜松医科大学医学部教授 一般社団法人日本医療法人協会常務理事 公益社団法人日本助産師会専務理事 自治医科大学はディカルシミュレーション センターセンター長 一般社団法人日本病院会会長 鈴木・村岡法律事務所弁護士・医師 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事 中村・平井・田邉法律事務所弁護士

土屋 文人 郁子 豊田 裕之 永井 西澤 實俊 福井 トシ子 謙二 松原 宮澤 潤 三佳 柳原 ○山本 和彦 山本 降司 滋人 米村 和田 仁孝

公益社団法人日本薬剤師会相談役 新葛飾病院医療安全対策室 セーフティーマネージャー 患者の視点で医療安全を考える連絡 協議会代表 公益社団法人全日本病院協会会長 公益社団法人日本看護協会常任理事 公益社団法人日本医師会副会長 宮澤潤法律事務所弁護士 ノンフィクション作家 ー橋大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科准教授 東京大学大学院法学政治学研究科准教授 早稲田大学法科大学院教授

○座長、五十音順(敬称略)

検討会における検討事項

(平成26年11月26日第2回検討会資料より抜粋)

- 1. 医療事故の定義について
- 〇 基本的な考え方
- 〇 死産について
- 医療に起因し、又は起因すると疑われるもの
- 当該死亡又は死産を予期しなかったもの(省令事項)
- 医療事故の判断プロセスについて
- 2. 医療機関からセンターへの事故の報告について
 - 医療機関からセンターへの報告の方法(省令事項)
 - 医療機関からセンターへの報告の事項(省令事項)
- 3. 医療事故の遺族への説明事項等について
 - 〇 遺族の範囲(省令事項)
 - 〇 遺族への説明事項(省令事項)
- 4. 医療機関が行う医療事故調査について
 - 〇 医療機関が行う医療事故調査の方法等(省令事項)
- 5. 支援団体の在り方について
 - 〇 支援団体(大臣告示)
 - 〇 支援内容
- 6. 医療機関からセンターへの調査結果報告
 - 〇 センターへの報告事項・報告方法(省令事項)
- 7. 医療機関が行った調査結果の遺族への説明について
 - 〇 遺族への説明事項・説明方法(省令事項)

- 8. 医療事故調査・支援センターの指定
- 9. センター業務①
 - 〇 センターが行う、院内事故調査結果の整理・分析
 - センターが行う、医療機関への分析結果の報告
- 10. センター業務②
- 〇 センターが行う調査
- 11. センター業務②
- センターが行った調査の医療機関と遺族への報告
- 12. センター調査に伴う遺族及び医療機関の費用負担
- 13. センター業務(3)
- 〇 センターが行う研修
- 14. センター業務(4)
- 〇 センターが行う普及啓発
- 15. センターが備えるべき規定(省令事項)
- 16. センターの事業計画等の認可(省令事項)
- 17. センターの事業報告書等の提出(省令事項)
- 18. センターの業務の休廃止の許可
- 19. センターが備える帳簿(省令事項)

検討会における主な論点・検討状況

I 医療事故の報告等に関する事項

1. 医療事故の定義について

第6条の10

法律

病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を**予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの**をいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

▶ おおむね合意している事項

- □ 医療に起因し、又は起因すると疑われるもの
 - 「医療」に含まれるものは制度の対象であり、「医療」の範囲に含まれるものとして、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)が考えられる。
 - 施設管理等の「医療」に含まれない単なる管理は制度の対象とならない。

□ 当該死亡又は死産を予期しなかったもの

- 当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの。
 - 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの。
- 二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの。
- 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)から の意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの。

I 医療事故の報告等に関する事項

2. 医療機関からセンターへの事故の報告について

法律

第6条の10 病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が 提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生 労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、**厚生労働省令で定めるところにより**、遅滞なく、当該医療事 故の日時、場所及び状況その他**厚生労働省令で定める事項を**第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

2 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たつては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他**厚生労働省令で定める者(以下**この章において単に「遺族」という。)に対し、**厚生労働省令で定める事項**を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

おおむね合意している事項

- 医療機関からセンターへの報告方法
 - 書面又はWeb上のシステムで行う。
- 医療機関からセンターへの報告期限
 - 個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告する。
- □ 死産した胎児の遺族の範囲
 - 胎児の父母の他、胎児の祖父母とする。
- □ 医療機関から遺族への説明事項
 - ○「センターへ報告する内容」について遺族へ説明する。

▶ 残されている検討課題

- 医療機関内での判断プロセス(センターや支援団体への相談)
 - 管理者が判断する上での支援として、センター及び支援団体は医療機関からの相談に応じられる体制を設けることとしてよいか。
- 医療機関からセンターへの報告事項
 - 病院等の管理者が医療事故調査・支援センターに報告を行う事項

Ⅱ 医療事故調査に関する事項

医療機関が行う医療事故調査について

第6条の11 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、**厚生労働省令で定めるところにより**、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下この章において「医療事故調査」という。)を行わなければならない。 2、3 (略)

法律

- 4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、**厚生労働省令で定めるところにより**、遅滞なく、その結果を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。
- 5 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たつては、あらかじめ、遺族に対し、**厚生労働省令で定める事項**を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

▶ おおむね合意している事項

■ 医療機関が行う医療事故調査の方法

- 病院等の管理者は、医療事故調査を行うに当たっては、以下の調査に関する事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で 選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うことにより行うものとする。
 - 診療録その他の診療に関する記録の確認
 - 当該医療従事者のヒアリング
 - その他の関係者からのヒアリング
 - 解剖、Aiの実施
 - 医薬品、医療機器、設備等の確認
 - 血液、尿等の検査

■ 医療機関からセンターへの報告事項

- 病院等の管理者は、院内調査結果の報告を行うときは次の事項を記載した報告書を医療事故調査·支援センターに提出して行う。
 - 日時/場所/診療科
 - 医療機関名/所在地/連絡先
 - 医療機関の管理者
 - 患者情報(性別/年齢等)
 - 医療事故調査の項目、手法及び結果

□ 医療機関が行った医療事故調査の遺族への説明事項

○「センターへの報告事項」の内容を説明する。

▶ 残されている検討課題

□ 医療機関から遺族への説明方法

○ □頭又は書面の適切な方法を管理者が判断することとしてよいか。

Ⅲ 医療事故調査・支援センターに関する事項

センター業務について① センターの行う整理及び分析

法律

- 第6条の16 医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。
 - 一 第6条の11第4項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
 - ニ 第6条の11第4項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
 - 三~七(略)

おおむね合意している事項

- □ センターが行う院内事故調査結果の整理・分析
 - 医療機関からセンターに報告された事例の匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化するなどして類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や再発防止策の優先順位を勘案して行うこと。
 - 病院等の管理者に結果の報告を行う際は、個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をすること。
 - 医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策の検討を行うこと。

センター業務について② センターが行う調査について

第6条の17 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は遺族から、当該医療事故について調査の依頼があつたときは、必要な調査を行うことができる。

法律

- 2 医療事故調査・支援センターは、前項の調査について必要があると認めるときは、同項の管理者に対し、文書若しくは口頭による説明を求め、 又は資料の提出その他必要な協力を求めることができる。
- 3 第1項の管理者は、医療事故調査・支援センターから前項の規定による求めがあつたときは、これを拒んではならない。
- 4 医療事故調査・支援センターは、第1項の管理者が第2項の規定による求めを拒んだときは、その旨を公表することができる。
- 5 医療事故調査・支援センターは、第1項の調査を終了したときは、その調査の結果を同項の管理者及び遺族に報告しなければならない。

おおむね合意している事項

- センターが行う調査の依頼
 - 医療事故が発生した医療機関の管理者又は遺族は、医療機関の管理者が医療事故としてセンターに報告した事案については、センターに対して調査の 依頼ができる。
- センターが行う調査の内容
 - センター調査(・検証)は、医療機関が行う調査の項目について行う。
- センターが行った調査の結果の取扱い
 - センターは、個別の調査の結果については、法的義務のない開示請求に応じないこととする。
 - (※ 証拠制限などは省令が法律を超えることはできず、立法論の話であることについても合意。)

▶ 残されている検討課題

□ センターが行った調査の医療機関と遺族への報告事項

平成27年度介護報酬改定について

平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

○ 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

- (1)中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応
 - 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
 - リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化
- (2)活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進
 - リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入
- (3)看取り期における対応の充実
 - 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価
- (4)口腔・栄養管理に係る取組の充実
 - 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

2. 介護人材確保対策の推進

- 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

平成27年度介護報酬改定の改定率について

- 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。
- また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率とする。

改定率▲2.27%

(処遇改善:+1.65%、介護サービスの充実:+0.56%、その他:▲4.48%)

(うち、在宅 ▲1.42%、施設 ▲0.85%)

(注1) ▲ 2. 27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。

(注2)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

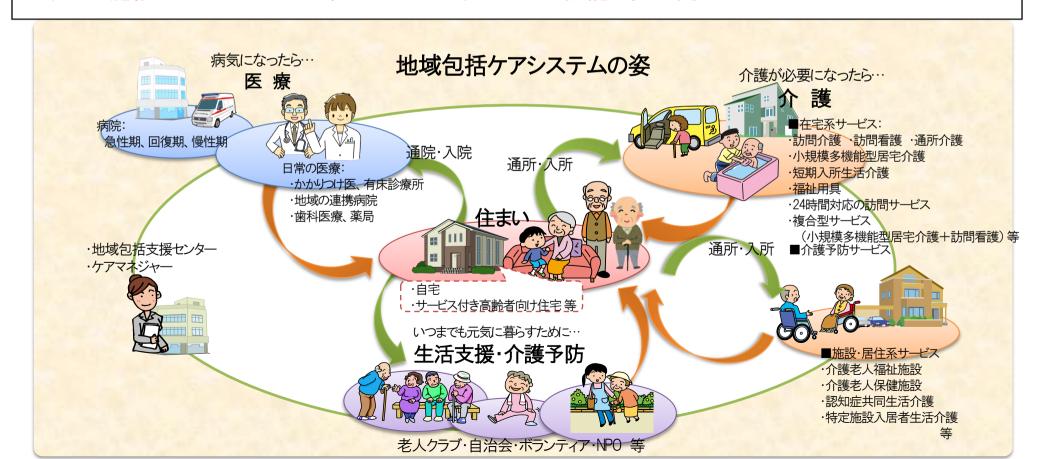
(改定の方向)

- ・中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- · 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員 の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- · 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1)地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

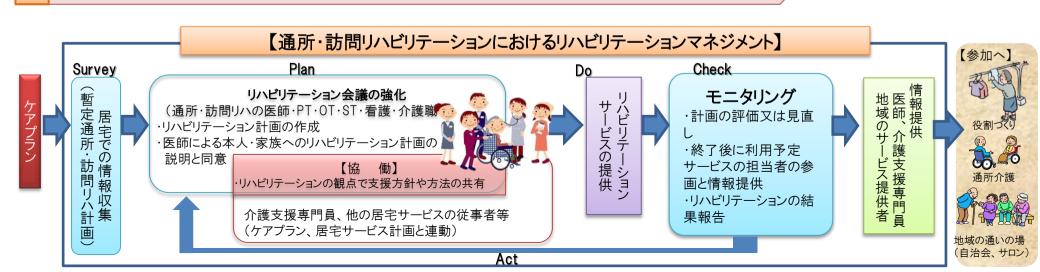
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回·随時対応型訪問介護看護を始めとした 包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



(2)活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

○ 「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進する ため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、 このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。





(3)看取り期における対応の充実

○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組を重点的に評価する。

- 施設内看取りへの理解不足
- 家族間の意見相違
- **●** 気持ちの揺れ
- 医療への期待大

ターミナルケアに係る計画の作成と多職種協働によるターミナルケアの実施を評価

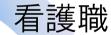
(介護療養型医療施設)

医師

- 看取り期の負担大
- 夜間·休日の対応苦慮
- トラブル回避のため看取りに消極的

(介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症 対応型生活介護、小規模多機能型居宅介護)

利用者



- 看護職員の時間外が増え、精神的・肉体的負担
- 介護職員の夜間不安大
 - 介護職員が看取りに不慣れ

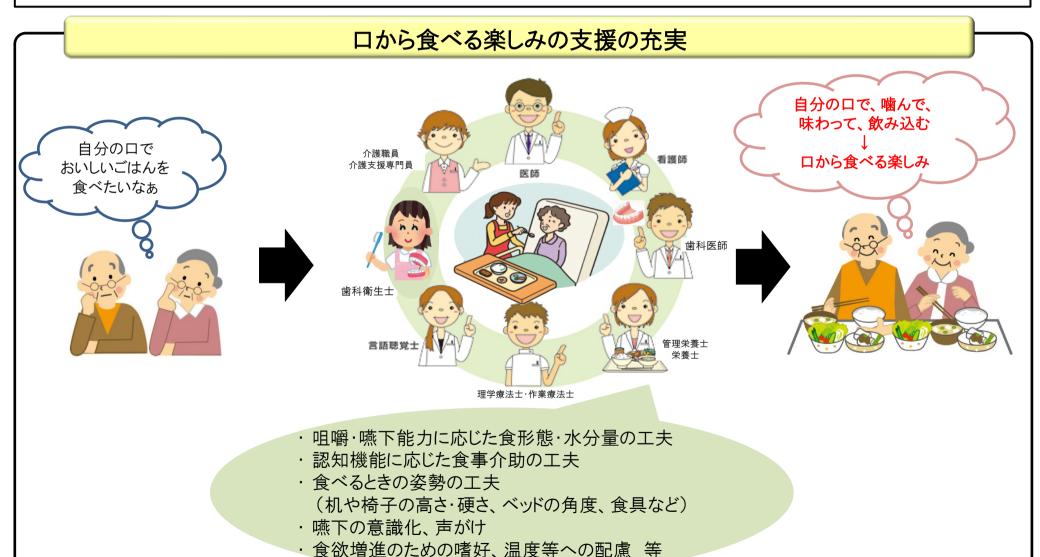
介護職

退所後の生活を含め、人 生の終末期まで切れ目な い支援計画を多職種協 働で策定を評価

(介護老人保健施設)

(4)口腔・栄養管理に係る取組の充実

○ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。



2. 介護人材確保対策の推進

○ 地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

介護職員処遇改善加算

● 介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、 労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乗せ評価を実施。

《新設の加算(更なる上乗せ評価)の算定要件》

- (1)キャリアパス要件
 - ①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
 - ②資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。
- (2)定量的要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

サービス提供体制強化加算

● 介護福祉士の配置が一層促進されるよう、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価。なお、当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含めない。

<介護老人福祉施設、介護老人保健施設等> 介護福祉士5割以上:12単位/日



介護福祉士6割以上:18単位/日(新設)

介護福祉士5割以上:12単位/日

(参考)介護職員処遇改善加算について - ①

加算のイメージ

加算 I 新設

加算Ⅱ (現行の加算Ⅰ) 加算Ⅲ (現行の加算Ⅱ) ※新加算Ⅱ×0.9

加算IV (現行の加算II) ※新加算II×0.8

算定要件

キャリアパス要件①

<u>及び</u>

キャリアパス要件②

新たな定量的要件を 満たす(平成27年4月

<u>満たす(平成2/年4月</u> 、<u>以降実施する取組)</u> キャリアパス要件①

<u>又は</u>

キャリアパス要件②

+

既存の定量的要件を満たす

キャリアパス要件① キャリアパス要件② 既存の定量的要件 のいずれかを満たす キャリアパス要件① キャリアパス要件② 既存の定量的要件 のいずれも満たさず

【新設の加算】

職員1人当たり 月額1万2千円相当

【現行の加算】

職員1人当たり 月額1万5千円相当 加算 I ~ IV (現行の加算 I ~ III)に 係る算定要件は、これまでと同様。



(参考)介護職員処遇改善加算について - ②

1. 加算算定対象サービス

サ は75/7	キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率			
サービス区分	加算 I	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算IV
·(介護予防)訪問介護 ·夜間対応型訪問介護 ·定期巡回·随時対応型訪問介護看護	8. 6%	4. 8%		
·(介護予防)訪問入浴介護	3. 4%	1. 9%		
·(介護予防)通所介護	4.0%	2. 2%		
・(介護予防)通所リハビリテーション	3. 4%	1. 9%		
·(介護予防)特定施設入居者生活介護 ·地域密着型特定施設入居者生活介護	6. 1%	3. 4%	 加算(Ⅱ)により算出し	 加算(Ⅱ)により算出し
·(介護予防)認知症対応型通所介護	6. 8%	3. 8%	た単位	た単位
·(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ·看護小規模多機能型居宅介護	7. 6%	4. 2%	×0. 9	×0. 8
·(介護予防)認知症対応型共同生活介護	8. 3%	4. 6%		
・介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設・(介護予防)短期入所生活介護	5. 9%	3. 3%		
·介護保健施設サービス ·(介護予防)短期入所療養介護(老健)	2. 7%	1. 5%		
·介護療養型医療施設 ·(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	2. 0%	1. 1%		

キャリアパス要件等の適合状況に関する区分

加算 I:キャリアパス要件(①及び②)及び定量的要件を満たす対象事業者

加算Ⅱ:キャリアパス要件(①又は②)及び定量的要件を満たす対象事業者

加算Ⅲ:キャリアパス要件(①又は②)又は定量的要件のいずれかを満たす対象事業者 加算Ⅳ:キャリアパス要件(①又は②)、定量的要件のいずれも満たしていない対象事業者

2. 加算算定非対象サービス

サービス区分	加算率
(介護予防) 訪問看護 、(介護予防) 訪問リハビリテーション、(介護予防)	祉用具貸与、
特定(介護予防) 福祉用具販売、(介護予防) 居宅療養管理指導、居宅介護支援	介護予防支援 0%

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

○ 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適性化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

サービス評価の適正化

●「骨太の方針」も踏まえた介護福祉施設サービスを始めとする各サービスの評価の適正化については、 各サービスの運営実態も勘案しつつ、1.及び2.の視点を踏まえた対応を実施。

集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

(1) 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護)

● 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。建物の定義は(2),(3)も同じ)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を10%減算。等

(2) 定期巡回·随時対応型訪問介護看護

- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対して提供する場合は、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算。
- (3) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
- 事業所と同一の建物の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに創設。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

● 通所介護、通所リハビリテーション等において、送迎を実施していない(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、片道あたり47単位を減算。

(参考)集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬【改定後】

	減算の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	
定期巡回・随時対応サービス	600単位/月 減算	・ <u>事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物</u> (養護老人ホーム、軽 費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住 する者	_
居宅療養管理指導	医師:503単位 → 452単位 等	・同一建物居住者。具体的には以下の利用者 ①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービス)などのサービスを受けている複数の利用者	・同一日に2人以上の利 用者を訪問する場合
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	①94単位/日 ②47単位/片道 減算	①事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、 当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっ ている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する 場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介 護事業者と異なる場合であっても該当する。 ②事業所が送迎を行っていない者	・やむを得ず送迎が必要と 認められる利用者の送迎 は減算しない

小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護

(別報酬体系)

·<u>事業所と同一建物</u>(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者

·利用者の居所(事業所 と同一建物に居住する か否か)に応じた基本 報酬を設定

(参考)集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬【現状】

	減算の内容	対象となる利用者	その他の条件
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	・事業所と同一建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高専賃に限る)に居住する利用者 ※事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。	·事業所と同一建物に 居住する実利用者の 数が30人/月以上
小規模多機能型居宅介護	1 ∪ 70 // 以 异-		·事業所と同一建物に 居住する実利用者の 数が登録定員の 80/100以上
居宅療養管理指導	医師:503 → 452単位 等	・同一建物居住者。具体的には以下の利用者 ①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービス)などのサービスを受けている複数の利用者	・同一日に2人以上の 利用者を訪問する場 合
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	94単位/日 減算	・事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当 該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場 合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当し ない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる 場合であっても該当する。	・やむを得ず送迎が必 要と認められる利用者 の送迎は減算しない
定期巡回・随時対応サービス	<u>減算なし</u>		_
複合型サービス	<u>減算なし</u>		_