

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.649 2020.11.17

医療情報ヘッドライン

産業医の要件見直しへ オンライン対応可能な範囲も整理

▶規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ

「傷病名の告知」がEHR実現の前提に 患者への情報提供の仕組みは別途検討

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

週刊 医療情報

2020年11月13日号

地域医療構想、
新興感染症への対応も視野に

経営 TOPICS

統計調査資料

令和元年度

最近の医療費の動向 / 概算医療費(年次版)

経営情報レポート

自立支援・重度化防止の取組を推進
2021年度介護報酬改定の方向性

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要
第三者評価の必要性和受審の効果
訪問審査終了後のスケジュールと認定留保

産業医の要件見直しへ オンライン対応可能な範囲も整理

規制改革推進会議 医療・介護ワーキング・グループ

政府は11月9日、規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループを開催。産業医の要件見直しについて議論が展開された。

日本経済団体連合会(経団連)が「遠隔で職務を行う専属産業医の選任を認めるべき」「専属産業医が非専属産業医を兼務できるよう移動要件を撤廃すべき」の2点を要望したことに対し、厚生労働省は今年度中に「オンラインで実施可能な範囲、その際の留意事項等について整理」する方針を提示。少なくとも産業医のオンライン対応についての“ガイドライン”が示されることとなりそうだ。

7割近い事業場が「産業医の確保が困難」

職場のメンタルヘルス対策のため、企業は産業医の設置が義務付けられている。従業員数50人以上の事業場では1名以上、同3,001人以上の事業場では2名以上を選任しなければならない。また、1,000人以上の事業場では「専属産業医」を選任する必要がある。一方、「平成30年3月 産業医需要供給実態調査事業報告書」では、簡単に産業医を選任できない実情が明らかとなっている。1,000人以上の事業場のうち68.6%が「産業医の確保が困難」と回答しているのだ。

その最大の理由が「勤務地」であり、常勤産業医の91.3%が職務を行ううえで重視するとの結果も出ている。「確保が困難ならば、複数の事業場を兼務してもらえばいい」と考えるのが自然だが、「2つの事業場間を1時間以内で移動できる」という要件があり、これも簡単ではない。経団連が前出の要望2点を挙げたのは、こうした事情があるからだ。

当然、ICTの活用が前提になるが、健康診断や巡視を除くストレスチェックや面接指導、その他従業員からのメンタルヘルスの相談などはオンライン対応でも十分に可能。

効率的な産業医の配置が可能となり、産業医不足解消の一助となることが期待できる。

それにより、各事業場に適した産業医の配置が見込めるため、メンタルヘルスケア環境の底上げにもつながるだろう。

規制改革担当相は常駐義務の見直しを表明

この経団連の要望を後押しするのが、河野太郎規制改革担当相だ。10月の講演会で、常駐義務の見直しを進める考えを表明。「本当に選任でいいとイケないのかを考えると、そうでなくていいのが結構ある。人口が減る中で専任の常駐をやっていたら物事が回らなくなる」と発言している。デジタル化の推進に力を注ぐ菅義偉内閣の方針もあり、厚労省としても無視できないのが正直なところだろう。とはいえ、対面を重視したい意向は強いようだ。この日の会合では、産業医側として三井化学の統括産業医、土肥誠太郎氏が意見を表明。「事業場外から遠隔で職務を行う専属産業医の選任を認めるのではなく、現状でICT等の活用により実施可能な産業医業務の拡大が適切」「産業医による緊急時の対応ができないリスクを抑制するために、一定の常駐性を残すべき」とした。

厚労省としては、この土肥氏の考えをベースに折衷案を出す方向性を模索していると見られるが、政府側がそれで納得するのかわいか、今後の対応を見守りたい。

「傷病名の告知」がEHR実現の前提に 患者への情報提供の仕組みは別途検討

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は、11月6日の健康・医療・介護情報利活用検討会で、デジタル版の個人医療データであるEHR（Electronic Health Record、電子健康記録）の実現は、「傷病名を患者に告知すること」を前提とする方針を示した。さらに、救急時に適切な医療が提供できるようにするため、「特定の傷病に対する長期・継続的な療養管理が確認できるよう」、レセプトの「医学管理等」「在宅療養指導管理料」の情報も得られるようにする。

問題をややこしくしているのが、レセプト病名

EHRは、患者一人ひとりの医療情報を確認できる共通情報プラットフォームだ。正確な服用薬剤や透析の有無、手術・移植歴などを照合できれば、より適切な医療を迅速かつ効果的に実施できる。一方で、患者にとっては非常にデリケートな個人情報となるため、どこまで情報を提供するかは厳正に設定しなければならない。とりわけ傷病名は、取り扱いが難しい情報のひとつだ。近年はがんを告知するのは珍しくなくなっているが、難治性がんやステージによっては当然慎重に対応せざるを得ない。さらに問題をややこしくしているのが、「レセプト病名」の存在だ。「レセプト病名」とは、本当の傷病名ではなく、保険請求のためレセプトに記載した傷病名のこと。検査に対応した病名を記載しないと保険請求が認められないことから、実際には胃がんではなくても「胃がん疑い」などと記される。なぜその検査をしたのか、主治医が事細かく説明してくれればいいが、そうではない場合やしっかりと理解できていない場合、レセプトと連

携したEHRに照会して「実は重い病気なのかもしれない」と不安に陥る可能性も考えられる。しかし、EHRを推進することは、救急時でも迅速に対応できる医療体制を確立するには欠かせない。

また、健康寿命延伸のためにはセルフケアが肝となるだけに、患者本人も情報にアクセスできるようにすることが重要となる。

今までは患者の事情や患者の家族からの要望も踏まえ、医師ベースで告知するか否かを決めていたのが、一気に告知義務化へと舵を切った格好であり、パラダイムシフトが起きたといっても過言ではないだろう。

電子カルテの標準化に向け

国際規格「HL7 FHIR」も提案

また、この日の会合では「電子カルテの標準化」についても厚労省からの提案があった。

現状、多数のベンダーが存在している状況だが、EHRの実現を目指すならばデータ連携は必須であり、そのためには規格の標準化が欠かせないからだ。

厚労省が提案した規格は「HL7 FHIR」。

HL7は、コンピュータ間で医療情報のデータ連携を標準化するための国際規格で、V2（テキスト）、V3（XML）、CDA（V3の進化版）、FHIR（Web通信）があり、医療情報交換のための標準規格として実装しやすいと海外から注目されるFHIRを選択。

もちろん、電子カルテ自体を統一規格にするのがベストだが、多数のベンダーが入り込んでいる状況下での策としては現実的かつ拡張性も期待できるといえよう。

地域医療構想、 新興感染症への対応も視野に

厚生労働省は11月5日、「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえた地域医療構想の考え方について議論した。この日厚労省は、感染拡大時における個々の医療機関の取り組みについて、以下の3つが必要としたうえで、論点を整理した。

感染拡大時における個々の医療機関の取り組み

患者が入院する場所の確保（病床、病床以外の部屋・スペース等の活用）
 感染症患者に対応するマンパワー（医師、看護師等）の確保
 感染防護具、医療資機材等の確保

感染拡大時における個々の医療機関の論点

新興感染症等の感染拡大時に一般の医療提供体制への影響を最小限にとどめる観点から、地域の医療機関の間で役割分担等を機動的に進めるために必要な取り組みや、医療機関の間での連携・支援の取り組み等について整理しておく必要がある

新興感染症等の感染拡大時において、感染症患者の受け入れ体制の確保に向けて個々の医療機関ごと、また、地域の医療機関の間で必要な取り組みを進めることができるよう行政・医療関係者が平時から認識を共有しつつ、有事の際に機動的に対応するための枠組みを設定（医療計画への位置付けなど）する必要がある

枠組みの構築に当たっては、地域の行政・医療関係者の中で、医療資源の状況など地域の実情を踏まえた取り組みが進められるよう必要な情報・データ（今般の新型コロナウイルス感染症における対応状況など）を共有しつつ、議論・取り組みを進めていく必要がある

また、地域医療構想との関係については、「地域医療構想調整会議において新興感染症等への対応の観点も踏まえて協議を行いながら引き続き着実に進める必要がある」「2025年まで残すところ5年を切ったなか、25年以降を見据えた具体的な工程についても議論を進めていく必要がある」との考え方を示した。またこの日は、以下の4参考人と岡留健一郎構成員（日本病院会副会長）が、自院でのCOVID-19への対応状況を報告した。（以下、続く）

松岡伸一・苫小牧市立病院院長

大谷順・雲南市立病院事業管理者

若林健二・東京医科歯科大学学生体集中管理学講座講師 / 医学部附属病院病院長補佐

大澤秀一・平成立石病院院長

COVID-19影響で 地域医療構想の先送りを求める声

厚生労働省は11月5日、社会保障審議会医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学学長）の会合を開き、「医療計画の見直し等に関する検討会における地域医療構想の議論の進捗状況および外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等の議論」について検討した。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえた医療提供体制構築に関して、国は論点を3つに整理。医療連携体制の構築（医療計画）と外来機能の分化・連携の論点については「医療計画の見直し等に関する検討会」で、将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携（地域医療構想）については、「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、それぞれ集中的に審議を行っている。この日の会合では、10月21日の地域医療構想WGで、以下の3つを事務局が論点として提示したと報告。

感染拡大時の受け入れ体制確保についてどのように考えるか

公立・公的医療機関等に対する「具体的対応方針の再検証」などの取り組みにどのような影響があるか
今後の人口構造の変化を踏まえ、どのような工程で議論・取り組みを進めていくか

同WGで示された、以下などの意見を紹介した。

新興・再興感染症には余裕がないと対応できない（一般病棟を休ませて人員・スペースを確保した）

ICUを止めると救急対応と手術ができなくなり重症例をどのように受け入れるかが最大の問題

地域医療構想の病床必要量は平時での医療資源の適正配置であり感染症等を対象としていない

再検証が必要な公立・公的医療機関にコロナ対応を行っている医療機関が多く含まれている

2025年まであと5年を切ったなか、今後の具体的な工程の議論を進めておく必要がある

一方、10月29日の「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」では、「そもそも病院経営ができるのかというところまで話が及んでいる」「現在の非常事態において公立・公的病院の再検証のスケジュールを見直すべき」などの声が上がったとした。

こうした報告に対し、平井伸治委員（全国知事会／鳥取県知事）は、「北海道では新規感染者が1日100人を超えており、大都市のみならず地方でも広がりを見せており注意すべき段階」と指摘。「優先すべきはCOVID-19から命を守ること。医師確保、働き方改革にも関連することではあるが、今は地域医療構想を議論ができる状況ではない」とし、先送りを提言した。

相澤孝夫委員（日本病院会会長）も、「今はインフルエンザ流行にも対応しなければならず、まだ先が見えない。そうした対策をしっかりと行い、それを検証・反省した後に地域医療構想を議論すべき」と同調した。（以下、続く）

週刊医療情報（2020年11月13日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

令和元年度 医療費の動向 / 概算医療費

厚生労働省 2020年8月28日公表

概算医療費の年度集計結果

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するため、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。

このたび、令和元年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

本資料における医療費は速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。

概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当します。

【調査結果のポイント】

令和元年度の医療費は43.6兆円となり、前年度に比べて約1兆円の増加となった。

医療費の内訳を診療種別に見ると、入院17.6兆円（構成割合40.5%）、入院外14.9兆円（34.1%）、歯科3.0兆円（6.9%）、調剤7.7兆円（17.8%）となっている。

医療費の伸び率は+2.4%。診療種別に見ると、入院+2.0%、入院外+2.0%、歯科+1.9%、調剤+3.6%となっている。

医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は0.8%。診療種別に見ると、入院0.3%、入院外1.4%、歯科+0.3%となっている。

1日当たり医療費の伸び率は+3.2%。診療種別に見ると、入院+2.3%、入院外+3.5%、歯科+1.7%、調剤+3.7%となっている。

【医療費の動向】

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年度
医療費（兆円）	41.5	41.3	42.2	42.6	43.6
医療費の伸び率（%）	3.8	0.4	2.3	0.8	2.4
受診延日数の伸び率（%）	0.2	0.7	0.1	0.5	0.8

1日当たり医療費の伸び率	3.6	0.3	2.4	1.3	3.2
--------------	-----	-----	-----	-----	-----

1 制度別の概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総 計								
	医療保険適用								公 費
	75 歳未満	被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上		
			本 人	家 族					
平成 27 年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成 28 年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
(構成割合)	(100%)	(57.0%)	(30.4%)	(16.3%)	(12.5%)	(26.7%)	(3.4%)	(37.9%)	(5.0%)
平成 30 年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
(構成割合)	(100%)	(56.5%)	(30.8%)	(16.6%)	(12.4%)	(25.7%)	(3.4%)	(38.5%)	(5.0%)
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(55.9%)	(31.0%)	(17.0%)	(12.2%)	(24.9%)	(3.2%)	(39.1%)	(5.0%)
-	1.01	0.33	0.41	0.31	0.01	0.08	0.04	0.64	0.04

注 1. 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
 「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総 計								
	医療保険適用								公 費
	75 歳未満	被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上		
			本 人	家 族					
平成 27 年度	3.8	3.3	4.9	6.4	3.2	1.8	0.5	4.6	3.4
平成 28 年度	0.4	1.4	1.3	2.8	0.0	4.2	0.9	1.2	0.9
平成 29 年度	2.3	1.0	3.9	5.3	1.4	2.2	0.1	4.4	1.8
平成 30 年度	0.8	0.2	2.1	2.7	0.0	2.7	0.8	2.4	0.1
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	0.8	2.7	3.9	1.8

2 診療種類別の概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成 27 年度	41.5	33.4	30.6	16.4	14.2	2.8	7.9	0.16	22.1
平成 28 年度	41.3	33.6	30.7	16.5	14.2	2.9	7.5	0.19	21.7
平成 29 年度	42.2	34.3	31.4	17.0	14.4	2.9	7.7	0.22	22.1
(構成割合)	(100%)	(81.2%)	(74.3%)	(40.2%)	(34.1%)	(6.9%)	(18.3%)	(0.5%)	(52.4%)
平成 30 年度	42.6	34.8	31.9	17.3	14.6	3.0	7.5	0.26	22.0
(構成割合)	(100%)	(81.8%)	(74.8%)	(40.6%)	(34.2%)	(7.0%)	(17.6%)	(0.6%)	(51.8%)
令和元年度	43.6	35.5	32.5	17.6	14.9	3.0	7.7	0.30	22.6
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.6%)	(40.5%)	(34.1%)	(6.9%)	(17.8%)	(0.7%)	(51.9%)
-	1.01	0.69	0.64	0.34	0.29	0.06	0.27	0.04	0.57

注1．入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
注2．総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成 27 年度	3.8	2.5	2.6	1.9	3.3	1.4	9.4	17.3	5.4
平成 28 年度	0.4	0.5	0.4	1.1	0.4	1.5	4.8	17.3	2.0
平成 29 年度	2.3	2.1	2.1	2.6	1.6	1.4	2.9	16.4	2.1
平成 30 年度	0.8	1.6	1.5	2.0	1.0	1.9	3.1	17.0	0.4
令和元年度	2.4	2.0	2.0	2.0	2.0	1.9	3.6	15.9	2.6

最近の医療費の動向/概算医療費(年次版)令和元年度の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

自立支援・重度化防止の取組を推進

2021年度介護報酬 改定の方角性

1. 2021年度介護報酬改定に向けた基本的な視点
2. 自立支援を促す通所・訪問系サービス
3. 看取り機能を強化する入所系サービス
4. その他事業所の方角性と今後の経営戦略



本レポートは、2020年10月23日（金）、(株)吉岡経営センター主催医療経営セミナー「改正介護保険法の概要と介護報酬改定の事前対応策」（講師：株式会社リンクアップラボ 酒井 麻由美氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

参考文献

医療経営セミナー「改正介護保険法の概要と介護報酬改定の事前対応策」レジュメ
厚生労働省：社会保障審議会（介護給付費分科会）

1

医業経営情報レポート

2021年度介護報酬改定に向けた基本的な視点

■ 新型コロナウイルス感染症が介護事業所に与えた影響

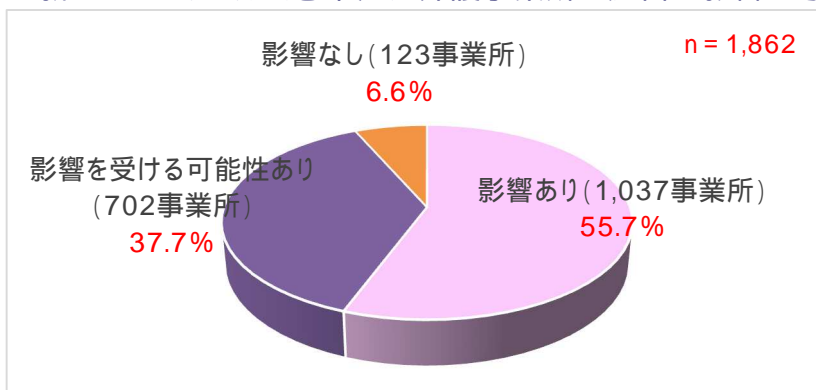
昨今の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、各事業所においては、感染症対策を講じながら必要なサービス提供の確保に取り組んでいます。高齢者には基礎疾患を抱える者も多く、重症化するリスクが高い特性がある中で、介護事業所におけるクラスターも発生しています。今後は感染症への対応力を強化し、感染症対策を徹底しながら必要なサービスを継続的に提供していく体制を確保していくことが課題となります。

一般社団法人全国介護事業者連盟が公表している「新型コロナウイルス感染症に係る経営状況への影響について『緊急調査』第二次分 集計結果」では、新型コロナウイルス感染症の影響を受けたと回答した介護事業所は55.7%で、半数以上の介護事業所が経営に影響があるという結果となっています。

2020年4月の介護事業所の状況(調査期間5月6～12日)

介護事業所 種別	事業所数	割合	介護事業所 種別	事業所数	割合
特別養護老人ホーム	40	2.1%	グループホーム	383	20.6%
有料老人ホーム	200	10.7%	ショートステイ	34	1.8%
通所介護	727	39.0%	その他	168	9.0%
訪問介護	310	16.6%	合計	1,862	100.0%

新型コロナウイルス感染症が介護事業所の経営に影響を与えた割合



■ 介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

こうした新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて、2021年介護報酬改定に当たっての基本認識は感染症や災害への対応力強化を含めた内容となりました。

2

自立支援を促す通所・訪問系サービス

■ 自立支援に向けた取組を評価

(1) 生活機能向上連携加算の要件緩和について

通所介護・認知症対応型通所介護・短期入所生活介護における生活機能向上連携加算算定率が4パーセント未満と低い状況です。その一つの要因として、算定にかかるコスト・手間に比べて単位数が割にあわないことが挙げられます。そこで、外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するため、訪問介護等における算定要件と同様に、ICT活用を認めることと、連携先を見つけやすくするための方策も検討されています。

生活機能向上連携加算の算定要件等

単位	生活機能向上連携加算 200 単位 / 月 個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位 / 月
要件	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数 200 床未満のもの又は当該病院を中心として半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。 リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を 3 月ごとに 1 回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護においても同様
（出典）社保審 20201009 介護給付費分科会第 187 回資料

(2) 入浴介助加算の見直し

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・通所リハビリテーションにおける入浴介助加算について、事業所の中には、単に利用者の心身の状況に応じた入浴介助を行うのみならず、利用者が自立して入浴を行うことができるよう、自宅での入浴回数の把握や、個別機能訓練計画への位置付け等を行っているところもあります。

こうした状況を踏まえ、入浴介助加算の見直しが検討されています。具体的には、報酬を 2 段階に設定する案が検討されています。

入浴介助加算の算定要件等

単位	50 単位 / 日
要件	入浴中の利用者の観察（ ）を含む介助を行う場合に算定。 （ ）自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても加算の対象となる。

(出典) 社保審 20201009 介護給付費分科会第 187 回資料

3

医業経営情報レポート

看取り機能を強化する入所系サービス

■ 短期入所サービスは基本報酬や人員配置要件などが論点

(1) 併設型かつ定員20人以上の事業所の人員配置基準を緩和

(介護予防)短期入所生活介護における看護職員の配置基準は、原則介護職員又は看護職員について常勤換算方法で3:1で配置することとされており、必ずしも看護職員を配置する必要はないとしています。

一方、併設型かつ定員20人以上の事業所のみ、看護職員を常勤で1人以上配置する要件があり、その要件を見直し、他の類型と同様の配置要件とする方向です。

(介護予防)短期入所生活介護 人員配置基準の概要

- (介護予防)短期入所生活介護においては、医師、生活相談員、介護職員又は看護職員、栄養士、機能訓練指導員、調理員その他の従業者を配置することとしており、具体的には以下のとおり定められている。
- このうち、介護職員又は看護職員については常勤換算方法で3:1の配置を求めており、必ずしも看護職員を配置する必要はないが、併設型かつ定員20人以上の事業所に限り、常勤で1人以上の配置を求めている。

医師	1人以上(併設本体施設に配置されている場合であって、当該施設の事務所に支障を来さない場合は兼務させて差し支えない。)	
生活相談員	利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上(常勤換算方法)	生活相談員並びに介護職員及び看護職員のそれぞれのうち1人は常勤とする。
介護職員又は看護職員	利用者の数が3又はその端数を増すごとに1人以上(常勤換算方法) ⇒ ただし、併設型かつ定員20人以上の事業所にあつては、看護職員を常勤で1人以上配置	
栄養士	1人以上(※)	
機能訓練指導員	1人以上(※) / 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)	
調理員その他の従業者	当該指定(介護予防)短期入所生活介護事業所の実情に応じた適当数	

現行規定上の看護職員の配置の考え方

併設型かつ定員20人以上の事業所のみ、看護職員を常勤で1人以上配置する。

常勤で1人以上	単独型	併設型
定員19人以下	—	×
定員20人以上	×	○

併設事業所に係る規定の詳細

併設の定義	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護(予防含む)、地域密着型特定施設入居者生活介護等同一敷地内又は隣接する敷地内において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が特別養護老人ホーム等と一体的に行われているものをいう。
看護職員配置	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本体施設として必要な看護職員数の算定根拠となる「入所者数」には、(介護予防)短期入所生活介護の利用者数は含まない。 ○ 併設の(介護予防)短期入所生活介護事業所の定員が20人以上の場合には、当該事業所において看護職員を1名以上常勤で配置しなければならない。

(出典) 社保審一 20201015 介護給付費分科会第188回資料より引用

また、介護予防短期入所生活介護においても短期入所生活介護と同様に、基本報酬において初期加算相当分が評価されていることを踏まえ、自費利用を挟み同一事業所を連続30日以上利用している者に対して長期利用減算を適用することが検討されています。

4

医業経営情報レポート

その他事業所の方向性と今後の経営戦略

■ 看護小規模多機能型居宅介護と小規模多機能型居宅介護は自立支援評価

(1) 看護小規模多機能型居宅介護は自立支援・重症化防止の取組評価

看護小規模多機能型居宅介護においても、特養における自立支援・重症化防止の取組への評価である「褥瘡マネジメント加算」「排せつ支援加算」「栄養マネジメント加算」などを評価できるような方向性で議論が進められています。

特養における自立支援・重症化防止の取組への評価について

褥瘡マネジメント加算：1月につき10単位（3月に1回を限度）

排せつ支援加算：1月につき100単位（支援開始から6月以内）

栄養マネジメント加算：1日につき14単位

また、看護小規模多機能型居宅介護の登録者以外の短期利用について、登録者の緊急時を含めた宿泊サービス提供に支障がないことを条件に、宿泊室の空きを登録者以外の短期利用者に活用できるようにすることや、通所困難な利用者の入浴機会の確保を目的に訪問入浴介護を併算定できるような仕組みにすることが考えられています。

訪問入浴については、小規模多機能型居宅介護も同様の扱いが見込まれています。

(2) 小規模多機能型居宅介護は報酬設定の見直しへ

小規模多機能型居宅介護は基本報酬を含めて見直しが検討されています。

検討内容は以下の通りです。

小規模多機能型居宅介護改定に向けた検討事項

基本報酬については、要介護1と要介護3の報酬差は1月で11,793単位の違いがあり、経営の安定化を図る観点から、要介護度ごとの報酬設定のバランスを見直すこと

訪問体制強化加算を見直し、訪問回数が多い事業所を評価する仕組みを設けるなど

総合マネジメント体制強化加算は、事業所が利用者の役割発揮の場を提供している場合について、上乘せ評価を行うための新たな区分の新設と現行の単位数の見直し

登録定員を超過した報酬減算は、市町村が認めた場合に限り行わない扱いにする

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

第三者評価の必要性と受審の効果

第三者評価の必要性と受審の効果について教えてください。

病院をはじめとした医療機関が提供する医療サービスは、医師、看護婦等様々な専門職種の職員の技術的、組織的連携によって担われていますが、医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供していくためには、組織体としての医療機関の機能の一層の充実・向上が図られる必要があります。

もとより、質の高い医療を効率的に提供するためには、医療機関の自らの努力が最も重要であり、そのため医療機関が自らの機能を評価するいわゆる自己評価が実施されているところですが、こうした努力をさらに効果的なものとするためには、第三者による評価を導入する必要があります。

第三者評価の実施により、期待できる効果

1. 医療機関が自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものになります。
2. 医療機能について、幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができます。
3. 地域住民、患者、就職を希望される人材、連携しようとするほかの医療機関への提供情報の内容が保証されます。
4. 職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進されます。
5. 患者が安心して受診できる医療機関を増やすことになり、地域における医療の信頼性を高めることができます。

公益財団法人 日本医療機能評価機構の役割

日本医療機能評価機構は、第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人です。日本医療機能評価機構の運営を維持するため、保健・医療・福祉に関する団体・企業、被保険者を代表する団体、一般企業、個人等から広く出捐を募り、基本財産を設けています。運営費は、基金の果実、評価を受ける施設が負担する審査手数料、医療機能評価等に関する委託研究の受け入れ、その他の収入によって賄われています。

主な出捐団体

厚生労働省 / 日本医師会 / 日本病院会 / 全国自治体病院協議会 / 全日本病院協会 / 日本医療法人協会 / 日本精神科病院協会 / 日本歯科医師会 / 日本看護協会 / 日本薬剤師会 / 日本病院薬剤師会 / 健康保険組合連合会 / 国民健康保険中央会 等



ジャンル: 病院機能評価 > サブジャンル: 病院機能評価の概要

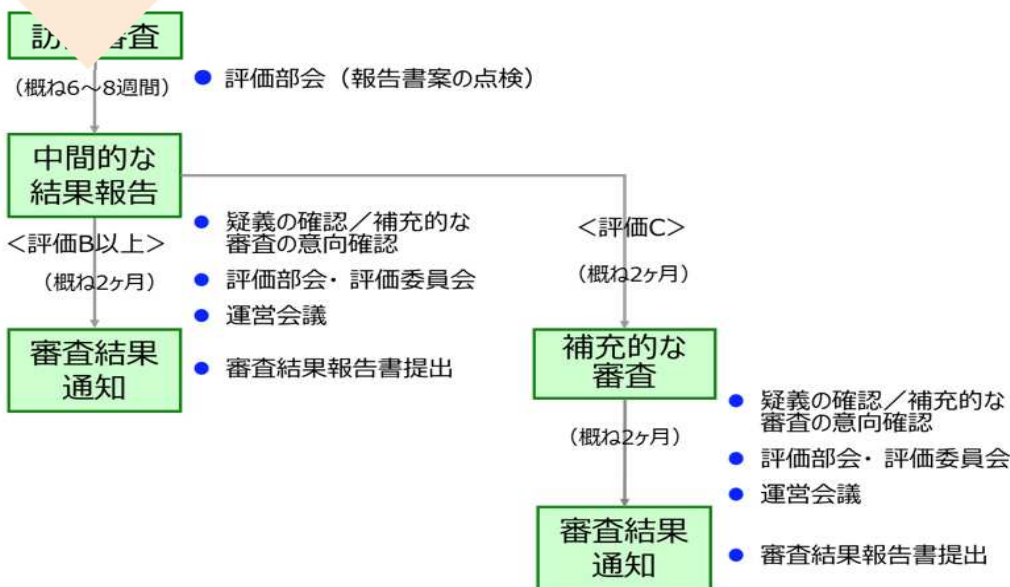
訪問審査終了後のスケジュールと認定留保

受審を終えた後の流れについて教えてください。
また、どのような場合に認定留保となるのでしょうか。

訪問審査が終わってからの流れは、下図のとおりです。改善要望事項がなく水準を満たしていると評価された場合には、認定証が発行されます。

認定証の有効期限は5年間です。

【訪問審査終了後のスケジュール】



認定留保について

改善事項と判断された項目が1つでもあると、認定が保留されます。この場合、審査結果報告書を受領してから6ヵ月以内に、改善要望事項に対して対応しなければなりません。尚、評点が「C」と判定されても、その取組み状況や、緊急性に鑑みて認定を受けられる例もあります。

【中項目における「評点C」の取扱い】

報告書指摘事項 (認定)	・ 中長期改善課題として認定
留意事項 (条件付認定)	・ 中期改善課題として認定
	・ 問題の重要性を指定する必要があるが、改善の緊急性は必ずしも高くない ・ 改善に向けての注意、取り組みを喚起する意味で別掲し、病院に明示される
改善要望事項 (認定留保)	・ 緊急改善課題
	・ 問題の重要性、改善の緊急性が高い
	・ この項目が満たされていないと「一定水準以上」であるとはいえない

- ・ 認定留保の病院に明示され、再審査の対象となる