



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2015 NEWS 4/15

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.845 2015/4/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

地域医療構想策定が施行。関係政省令、告示、GL示さる

地域医療構想 「将来の病床数の必要量の算定方法」の具体的な計算式が明らかに

昨年6月に制定された医療介護総合確保推進法に規定された「地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置」が4月1日に施行された。(3面に関連記事)

施行に伴い、同省は3月31日に「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」がまとめた地域医療構想策定ガイドラインを公表するとともに、GL策定を告知する同日付の医政局長通知(医政発0331第53号)にGLと医療提供体制の確保に関する基本方針の一部改正を添付し、各都道府県知事に、指定都市、保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等への周知を要請した。

併せて、同構想策定にかかわる政省令を3月31日付で公布するとともに関係事項を告示(いずれも4月1日施行)。同日付で地域医療構想策定を含む推進法の一部施行を伝える医政局長通知(医政発0331第9号)を都道府県知事宛に発出し、関係政省令・告示の周知を求めた。

都道府県を対象に地域医療構想の研修会を開催

厚労省は、地域医療構想の策定を開始する都道府県に対して、策定に必要なデータの提供を順次進める方針だ。およそ夏までにはデータ提供が完了する見込みで、各都道府県における構想策定作業は夏以降本格化するとみられる。

政省令・告示のうち、平成27年政令第138号(整備政令)は地域支援事業など介護保険法施行令の改正を中心に関係政令を整備。平成27年厚生労働省令第57号(整備省令)は地域医療構想にかかわる医療法施行規則の改正等を規定。

さらに、平成27年厚生労働省告示第194号(公表方法告示)は病床機能の報告事項を細かく定め、同告示第198号は「医療提供体制の確保に関する基本方針」(告示第70号)に「地域医療構想に関する基本的な事項」と「地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」を追加し、改正した。

また、医政局長名による推進法の一部施行通知は、慢性期機能を含む「将来の病床数の必要量の算定方法」を、具体的な計算式を使って明らかに説明している。

同省は、また、都道府県の職員を対象に、構想策定を支援する研修会を6月から9月にかけて実施する。

地域医療構想策定ガイドラインを基に、各種データの分析と活用の方法、構想策定の留意点、構想実現にいたる

過程に求められる施策、地域医療構想調整会議など医療関係者等との連携などが研修のテーマとなる。

厚労省は、都道府県の医療計画策定を支援するために、13年度から「医療計画作成支援データブック」の配布と研修会を実施しているが、地域医療構想の策定についてもデータブックの提供を行なっている。

研修会では、DPCやレセプトなどNDB

医療・介護情報の分析・検討WG 医療費適正化計画が俎上に

将来の医療需要の推計とそれにもとづく医療費目標の設定について検討している「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」の医療・介護情報の分析・検討WGは3月31日の会合で医療費適正化計画を俎上にのぼらせた。

これまで検討してきた2025年の医療需要と病床の必要量に関しては、前回(3月11日)に厚労省が最終的に固めた推計方法を了承。それを軸とする地域医療構想策定GL案は、親会議である専門調査会が3月17日の会合で了承している。

このため、WGは、その推計方法を用いて、現在、2025年の医療機能別の需要と必要病床数の都道府県別・2次医療圏別の算定を進めている。

その一方で、今国会に提出されてい

るデータ等から各構想区域の問題点を抽出し、それをどう課題にしていくかが行政に求められている。

都道府県に示されるデータは概ね調整会議にも提供される。したがって、同じデータから、都道府県と市区町村あるいは医療関係者等がどう課題と目標を共有していけるかが、研修会の主題となる。

「国民健康保険法等の一部改正法案」の高齢者医療確保法改正事項には、2016年4月1日施行の事項として、医療費適正化計画に「計画期間における医療に要する費用の見込みに関する事項」を記載することを国と都道府県の義務とすることが盛り込まれている。

一部改正法が成立すると、国と都道府県には、地域医療構想と整合性をもった医療費目標を盛り込んだ第3期医療費適正化計画(本来は2018~23年度)を前倒して策定し、実施することが求められる。

したがって、WGは、前出の需要と必要病床数推計値を5月をめどに算定した後は、それをもとにした医療費の見込額を導き、省令あるいは大臣告示として各都道府県に示すことになる。

診療側、初再診料の引上が必要との認識を示す

中医協総会 2016年度改定に向け「外来医療」で1回目の議論

4月8日に開催された中医協総会は、2016年度診療報酬改定に向けたテーマとして「外来医療」を取り上げ、1回目の議論を行なった(4面に関連記事)。

議論の参考として提示された資料の解説において、事務局(厚労省保険局医療課)は、(1)大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進する必要、(2)重複受診と重複投薬を減少させる取

り組みを強化する必要、(3)残薬の発生を抑制する新たな取り組みを検討する必要、(4)主治医機能を評価する地域包括診療料・地域包括診療加算の届出施設を増やしていく必要を示唆、今後の外来議論の柱としていく方向性を示した。

一方、診療側を代表して鈴木委員(日医常任理事)は、大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに進める

ことに賛同するとともに、重複投薬や残薬については処方医と薬局等薬剤師との連携を、さらに、残薬対策として長期処方の制限を提唱。

一方、前改定で新設された地域包括診療料と同加算に関しては、「かかりつけ医機能の評価については、わが国の医療提供体制を大きく変える可能性もある」との認識を表わし、「検証調査の結

果をみながら、じっくりと考えるべきである」と述べた。

他方で、初・再診料、外来診療料に関しては「コスト上昇に対応するためにはさらなる充実が必要である」と、引上げを求める考えを表明した。

次期改定課題のうち、大病院の外来にかかわる取り組みに関しては、通常国会に提出された「国民健康保険法等の一部改正法案」に「紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入」があるため、中医協は、同法案成立後に、「定額負担の導入」を踏まえた診療報酬上の新たな措置について議論することになる。



2015年度介護報酬改定 生活機能維持改善リハと地域貢献の基準を示す

療養機能強化型 算定施設に全患者のDPCコード(上6桁)記載を求める

厚生労働省は3月末にかけて2015年度からの介護報酬に関する老人保健課長通知および同課発の事務連絡を都道府県等宛に送付し、今回の介護報酬改定に関する詳細な規定と解釈を示した。(2面に「療養機能強化型」に関する留意事項とQ&Aを掲載)

その中で、介護療養施設サービスに新設された療養機能強化型の要件のうち、「生活機能を維持改善するリハビリ」と「地域に貢献する活動」の基準の具体的な考え方を示した。

このうち、当該病院との地域住民と連携・協力活動および入院患者等と地域住民との交流を求める地域貢献要件に

関しては、15年度に限り、16年度中に実施する場合も認められるとされた。

また、療養機能強化型の算定施設には、短期入所療養介護を除く全患者について、医療資源を最も投入した傷病名をDPCコード(上6桁)を用いて記載することを求めた。ただし、DPCコードの記載は15年度は努力義務とし、詳

細は別途通知するとしている。

Q & Aでは、複数の病棟をもつ病院において病棟単位で療養機能強化型を届け出ることとはできないとの解釈が示された。

同省は、また、昨年6月に制定された医療介護総合確保推進法における介護保険制度関係の4月1日施行(一部規定は8月1日施行)にともなう整備政令、整備省令、整備告示を3月31日に公布するとともに、老健局長名による施行通知(老発0331第11号)と介護保険計画

課長名による留意事項通知(老介発0331第1号)を、それぞれ3月31日付で発出した。

整備政令(介護保険法施行令の一部改正)は、①2割負担となる第1号被保険者の所得基準、②自己負担限度額が44,400円となる要介護被保険者等の基準、などからなる。

整備省令(介護保険法施行規則の一部改正)は、①要介護被保険者に対する負担割合証の交付、②要介護等認定更新時の有効期間を原則12ヵ月(上限24ヵ月)とする、③包括的支援事業に位置づけられた在宅医療・介護連携推進事業にかかわる医療・介護関係者への研修等を事業内容に定める、などからなる。

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」が完成

厚生労働省は「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.1」をまとめ、3月31日付の老人保健課長通知に添付して都道府県等宛に発出した。「手引き」には、地域ケア会議など「医療・介護関係者が参画する会議」の役割と作業内容などが詳しく解説されている。

在宅医療と介護の連携事業は、これまで、在宅医療連携拠点事業(2011～2

年度)、在宅医療連携推進事業(13年度～)として医療関係予算を活用して実施されてきたが、昨年6月に成立した医療介護総合確保推進法における介護保険法の改正で地域支援事業の包括的支援事業の中に在宅医療・介護連携推進事業として位置づけられ、介護保険財源を活用して市区町村が主体となって取り組む事業となった。

具体的には、地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力し、地域の医療・介護関係者が参画する会議の開催、在宅医療・介護連携に関する相談の受付、在宅医療・介護関係者の研修等の取組を実施するというものだが、市区町村は、その実施を地区医師会等に委託できる。「手引き」は、15年度以降開始され、

18年度からは全国の市区町村での取り組みが義務化される在宅医療・介護連携推進事業を推進する上の全国的標準を示す資料として作成された。

そのため、前出通知には、「本事業を実施するにあたっては、事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と協議するなど、本事業の円滑な実施に向けた、地域における医療・介護関係者との連携が重要であることを申し添える」と記された。

療養機能強化型 病棟単位の届出は不可。DPCコード記載は15年度は努力義務

療養機能強化型に関する留意事項 ※「指定居宅サービス及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の一部改正通知(3月27日、老介発0327第1号ほか)から *1面記事を参照

3. 短期入所療養介護費

(5) 病院又は診療所における短期入所療養介護

②病院療養病床短期入所療養介護費(i)(ii)、(iii)、(v)若しくは(vi)若しくは(Ⅱ)(ii)若しくは(iv)又はユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ)(Ⅲ)(V)若しくは(Ⅵ)を算定するための基準について

イ 当該介護療養型医療施設における短期入所療養介護について、適用すべき所定単位数の算定区分については、月の末日においてそれぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、届出を行った月から当該届出に係る短期入所療養介護費を算定することとなる。(ただし、翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く。)

ロ 施設基準第14号ニ(2)(二)aについては、ハに示す重篤な身体疾患を有する者とニに示す身体合併症を有する認知症高齢者の合計についてハに示す方法で算出した割合が、基準を満たすものであること。ただし、同一の者について、重篤な身体疾患を有する者の基準及び身体合併症を有する認知症高齢者の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとする。なお、当該基準を満たす利用者については、給付費請求明細書の摘要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること。

ハ(「重篤な身体疾患を有する者」の定義=省略)

ニ(「身体合併症を有する認知症高齢者」の定義=省略)

チ 施設基準第14号ニ(2)(四)における「生活機能を維持改善するリハビリテーション」とは、以下の考え方によるものとする。

a 可能な限りその入院患者等の居宅における生活へ

の復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の間によって、療養生活の中で随時行なうこと。

b 入院中のリハビリテーションに係るマネジメントについては平成21年度介護報酬改定においてリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成18年3月27日老老発0327001)で考え方等を示しているところであるが、生活機能を維持改善するリハビリテーションについても、この考え方は適用されるものである。

c 具体的には、患者ごとに解決すべき日常生活動作上の課題の把握(アセスメント)を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、当該目標を達成するために必要なリハビリテーションを、機能訓練室の内外を問わず、また時間にこだわらず療養生活の中で随時行い、入院患者等の生活機能の維持改善に努めなければならないこと。

リ 施設基準第14号ニ(2)(五)における「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。

a 地域との連携については、基準省令第33条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行なう等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、療養機能強化型介護療養型医療施設である医療機関においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行なうこと。

b 当該活動は、地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資

するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

c 当該基準については、平成27年度に限り、平成28年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしていっているところであるが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましいものであること。また、既に当該基準に適合する活動を実施している医療機関においては、更に創意工夫を行うよう努めることが望ましい。

7. 介護療養施設サービス

(9) 所定単位数を算定するための施設基準について

②療養型介護療養施設サービス費(i)(ii)、(iii)、(v)若しくは(vi)若しくは(Ⅱ)(ii)若しくは(iv)又はユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ)(Ⅲ)(V)若しくは(Ⅵ)を算定するための基準について

3の(5)②を準用する。この場合において、「当該基準を満たす利用者については、給付費請求明細書の摘要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること」とあるのは、「当該基準を満たす患者については、給付費請求明細書の摘要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること。また、すべての患者(短期入所療養介護の利用者を除く)について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて記載すること」と読み替えるものとする。

なお、DPCコードの上6桁を用いた傷病名については、平成27年度中においては記載するよう努めるものとし、詳細は別途通知するところによるものとする。

2015年度介護報酬改定 介護療養型医療施設に関するQ&A *事務連絡「2015年度介護報酬改定に関するQ&A」(4月1日)から

●療養機能強化型の基本施設サービス費に係る届出について

Q 複数の病棟を有する病院の場合、病棟単位で療養機能強化型の基本施設サービス費を届け出ることができるか。

A 病棟単位で届出を行なうことはできない。

Q 療養機能強化型の基本施設サービス費に係る「算定日が属する月の前3月間」とは、どの範囲か。

A 療養機能強化型の介護療養型医療施設においては、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前3月間のことをいう。ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき、前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。

Q 療養機能強化型の基本施設サービス費に係る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の占める割合などの要件については、都道府県への届出を毎月行なう必要があるのか。

A 届出内容に変更がなければ毎月の届出は不要である。

●療養機能強化型の基本施設サービス費に係る要件について

Q 医療保険適用の病床と介護保険適用の病床が混在する病棟の場合、介護保険適用病床の入院患者のみで要件を満たす必要があるか。

A 貴見のとおりである。

Q 一人の者について、認知症高齢者の日常生活自立度がⅣであって、かつ、喀痰吸引を実施している

場合、「身体合併症を有する認知症高齢者」及び「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射を受けている者」のそれぞれに含めることができるか。

A できる。

Q 一人の者について、喀痰吸引と経管栄養の両方を実施している場合、要件に適合する者は1人と数えるのか、2人と数えるのか。

A 1人と数える。

Q 「重篤な身体疾患を有する者及び身体疾患を有する認知症高齢者の占める割合」(以下「重度者割合」という)及び「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の割合」(以下「処置実施割合」という)の算出に当たっては、月の末日における該当者の割合による方法(以下「末日方式」という)又は算定日が属する月の前3月間において、当該基準を満たす患者の入院延べ日数が全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合による方法(以下「延べ日数方式」という)のいずれかによることとされているが、例えば、重度者割合については末日方式、処置実施割合については延べ日数方式による算出としてもよいか。また、末日方式と延べ日数方式のどちらを用いるか月ごとに決めることとしてよいか。

2015年度予算が成立

2015年度予算案が4月9日の参議院本会議で可決され、成立した。14年度内に成立するめどが立たなかったため4月11日までの暫定予算が3月20日に成立しており、執行年度に食い込んだ成立となった。

社会保障関係費は29兆4,505億円と、14年度当初予算に比べて3.2%の増加となった。

A 重度者割合と処置実施割合は必ずしも同一の方法で算出される必要はない。また、月ごとに用いる方式を決めても差し支えない。いずれの場合も病棟日誌等の算定の根拠となる記録を整備しておくこと。

Q 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の占める割合などの算出における「入院患者数」については、外泊中の入院患者は含まれるのか。

A 含まれる。

Q 療養機能強化型の基本施設サービス費に係る要件のうち、「ターミナルケア」に関するものについては、算定日が属する月の前3月間について要件を満たす必要があるが、平成27年3月以前の入院患者等について、ターミナルケアに係る計画を作成せずにターミナルケアを行っていた場合、要件を満たさないこととなるか。

A 平成27年3月31日までにターミナルケアを開始した入院患者等に限り、ターミナルケアに係る計画を作成していない者についても、適切なターミナルケアが行われていた場合には、当該計画を作成の上でターミナルケアを実施したものとして取り扱って差し支えない。

そのうち、「医療・介護サービスの提供体制改革」に、地域医療介護総合確保基金1,628億円を含む3,307億円が投入される。また、国保への財政支援強化など「医療・介護保険制度の改革」の財源として3,054億円が計上された。

予算成立を受け、厚労省は基金の交付要綱等の発出を急ぐとともに、介護分を先行させ、早ければ5月連休明けにも基金額を各都道府県に内示する予定だ。

2次医療圏と異なる区域は可能。最後は構想区域が2次医療圏に

地域医療構想 急性期と回復期の患者の対象を広げる

地域医療構想の策定は4月1日をもって施行され、これに関連した政省令・告示が3月31日付で公布され、同日付の厚労省医政局長通知(医政発0331第9号)は、地域医療構想の策定を含む医療介護総合確保推進法の4月1日施行事項について解説、その周知かつ留意を求める旨を各都道府県知事に要請した。

以下に医政局長による施行通知の内容を整理した。(1面記事を参照)

急性期、回復期、慢性期は構想区域内で対応が望ましい

●構想区域の設定に関する基準

医政局長による施行通知は、構想区域について、2次医療圏を原則としつつ、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を考慮して、地域における病床の機能分化・連携の推進にふさわしいと認められる区域を単位として設定すると簡潔に記しているが、GLは「現行の2次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能」と明記している。

その上で、2018年度からの次期医療計画で「2次医療圏を構想区域と一致させることが適当」とし、構想区域を新たな2次医療圏とすることを提唱している。

2次圏と異なる区域設定に市町村単位のデータ処理の課題

●将来の病床数の必要量の算定方法

施行通知は「将来(2025年)の病床数の必要量の算定方法」を算定式を明示している。算定の具体的な方法はGLに詳しく示されているので、ここでは、施行通知で明らかにされた算定方法の注釈を踏まえ、留意すべき点を以下のように整理してみた。

・「年齢階級」は、原則、5歳ごとの年齢による階級とする。

・構想区域ごとに定める性別・年齢階級別入院受療率は、病床の機能区分ごとに定める以下の医療資源投入量(1日当たりの診療報酬の出来高点数=入院基本料相当分とリハビリ料を除く)の医療を受ける入院患者等のうち、当該区域に住所を有する者の性別・年齢階級別の数を当該区域の性別・年齢階級別人口で除して得た数、とする。

①高度急性期は医療資源投入量が3,000点以上とする。

②急性期は600点以上3,000点未満とするが、そうした医療を受ける入院患者には、175点以上600点未満の医療を受けていても、早期リハビリ加算を算定する患者で、リハビリ料を加えた医療資源投入量が600点以上となる者を含む。

③回復期機能は225点以上600点未満の医療もしくは主にリハビリを受ける入院患者、または、これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者とする

医療計画の5疾病5事業の圏域設定について、厚労省は「従来の2次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する」(07年7月20日付の指導課長通知・医政指発07200001)ことを求めたが、GLでも、「急性期、回復期及び慢性期の機能区分はできるだけ構想区域内で対応することが望ましい」との考え方から、構想区域の設定を経て、人口規模、面積、アクセスに大きな差がある既設圏域の見直しが可能と、その道筋を示した。

したがって、構想区域の設定問題は、医療関係者にとって、地域医療構想を策定する中できわめて重要なテーマになるとみられる。

が、175点未満でも、リハビリ(回復期リハを除く)を受け、かつ、リハビリ料を加えると175点以上となる者を含む。「主としてリハビリを受ける入院患者」とは回復期リハ病棟入院料の算定患者とする。「これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者」とは、在宅復帰に向けて調整を要する者(医療資源投入量175点以上225点未満)とする。

・慢性期機能の入院受療率は、構想区域に住所を有する慢性期入院患者に別定の範囲で都道府県知事が定める補正率を乗じた数に、障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該区域の性別・年齢階級別人口で除して得た数とする。ただし、別定の要件に該当するときは、補正率により算定した2025年における病床数の必要量を2030年までに達成すればよいものとする。

ここで、慢性期入院患者とは、療養病棟(特別)入院基本料、有床診療養病床(特別)入院基本料を算定する入院患者から医療区分1の患者の70%相当数を除くものとする。「障害その他の疾患を有する入院患者」とは、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料および特殊疾患入院医療管理料を算定する患者とする。

・地域医療構想には、構想区域における将来の居宅等における医療の必要量も定める。

「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」は、(1)~(4)の合計数とする。

(1)当該区域に住所を有する慢性期入院患者のうち、①医療区分1の70%、②入院受療率の地域差解消によって在宅の医療需要として推計する患者数(①を除く)の合計数。

(2)当該区域に住所を有する225点未満の医療を受ける入院患者のうち、①在宅復帰に向けて調整を要する者(175点以上225点未満)、②回復期リハ病棟入院料の算定患者、③リハビリを受ける患者でリハビリ料を加えた投入量が175点以上となる医療を受ける者の数を控除して得た数。

(3)2025年の人口に訪問診療の受療率を乗じた数。

(4)2025年の人口に当該区域の老健施設入所者の入所需要率を乗じた数。

以上の算定方法において、「175点以上600点未満であっても、早期リハ加算を算定し、かつ、リハビリ料を加えると600点以上となる入院患者は医療資源投入量が600点以上3,000点未満(急性期)に含まれる」、「175点未満であっても、リハを受け、リハビリ料を加えると175点以上となる入院患者は医療資源投入量が225点以上600点未満(回復期)に含まれる」、「医療資源投入

量が175点以上225点未満は在宅復帰に向けて調整を要する者として225点以上600点未満(回復期)に含まれる」という点で、医療機能区分の基準の緩和が図られた。これは、厚労省が病院団体等医療関係者の要請を受け入れたためだ。

各都道府県はこの算定式にしたがって自県と各2次医療圏の病床の必要量を導くわけだが、全国単位の必要量はすでに厚労省の手で算出されており、各都道府県が算出した数字を積算すれば、厚労省が出した全国の合計数に一致することになる。

各都道府県が算出した2次医療圏ごとの数字は5月以降に示されるとみられるが、問題は、都道府県に提供されるNDBのデータは都道府県と2次医療圏単位からなる各種数値であるため、現行圏域と異なる構想区域を設定する場合に、その医療需要と必要病床量をどのように算定するかである。

人口等は市町村単位で把握できるが、患者の出入りを市町村単位でつかまえるためにはレセデータを患者住所から追跡し直すことになるため、都道府県には面倒な作業となりかねない。

これが、2次医療圏と異なる構想区域設定の障害となるのか、医療関係者にとって関心の1つとなろう。

調整会議の運営とともにデータの分析・活用が重要に

●地域医療構想を実現するために必要な措置に関する規定

施行通知は、標題に関する説明の「勧告、命令等に従わない病院等に対する対応」の中で、都道府県知事は、公的医療機関等が命令・指示に従わない場合には、①医療機関名の公表、②地域医療支援病院の不承認または承認取消し、③(一定条件の下で)管理者の変更命令等の措置を講じることができる、と明記されている。

これはGLにより詳しく説明されているが、施行通知では、地方への権限移譲に伴う政令(平成27年政令第128号)の施行に伴い、今後、指定都市の市長が病院の開設の許可等に関する事務・権限を行なうが、その場合も前出①~③の取扱いは変わらないこと、また、医療法において、指定都市の市長は都道府県知事による地域医療構想の達成の推進のための勧告・命令等の趣旨を尊重することになっている旨を明らかにしている。

●地域医療構想策定後の取り組み

構想策定後の取り組みについては、GLでは重要な部分として地域医療構想調整会議のを中心として詳しく説明されているが、法令上の規定を伝える施

行通知は策定後の取り組みに触れていない。しかし、地域医療構想の実現に向けた取り組みは、まさに、調整会議の運営のいかんにかかっているといっても過言ではない。

調整会議については、過剰な機能への病床転換を志向するあるいは要請等を受けた病院と地域の医療や保険者等関係者との協議のあり様にもっとも関心が集まっているが、それと並んで重要なことは、地域医療構想が策定されるまでの間に、調整会議あるいは各病院が、各都道府県から提供されるデータをどう読み込んでいくかという作業であり、そこから導かれるシミュレーションやベンチマーク等の作業が各病院の今後の行き方を左右するとみられる。

しかし、多くの病院はデータの分析や活用に不慣れであり、DPCデータの扱いに精通している病院でも、地域や都道府県単位の、しかも将来推計のデータとなると、アナリストの数は少ないと思われる。

この分野は医師会をはじめとする医療団体が主導的な役割を發揮することが期待され、病院団体に新たな役割が求められようとしている。

規制改革会議の健康・医療WG

次期改定に向け、湿布薬の保険給付に一定の上限を検討

規制改革会議に付設された健康・医療ワーキンググループは、4月7日の会合で、市販品類似薬の保険給付のあり方の見直しに関する論点を整理し、以下の検討課題を確認した。

(1)健保連の調査結果を踏まえ、まずは湿布薬に関し、保険給付に一定の上限を設けることや第一世代湿布薬の保険適用のあり方について、検討すべきではないか。

(2)健保連に調査結果で「一般用医薬品としての利用も可能と考えられる」とされた候補成分について、スイッチOTC化を検討すべきではないか。

健康・医療分野及び保育分野に関す

る規制改革事項の検討を行なう健康・医療WGは、選択療養制度の原案をまとめた後も、今年6月の規制改革会議答申に向けて、精力的な議論を重ねている。

この日は、前回(3月19日)に実施された健康保険組合連合会のヒアリングを踏まえ、市販品類似薬をめぐる検討の方向性を固めた。

その内容が、「湿布薬の保険給付に一定の上限を設けること」と「一般用医薬品としての利用も可能な成分のスイッチOTC化」の検討というもの。

ヒアリングで、健保連は、①市販品類似薬のうち第一世代湿布薬を保険給

付から除外すべきである、②湿布薬について、処方枚数等に一定の上限を設定すること(湿布薬処方の標準化)も検討すべきである、③セルフメディケーションを推進するためにスイッチOTC化を進めるべきである、と提言している。

スイッチOTC化について、健保連は、「医療用医薬品の有効成分のうち一般用医薬品としての利用も可能と考えられる候補成分検討調査報告書」(日本薬学会)から、OTC候補のうち4分類6成分を対象に推計した結果、「対象医薬品をOTCに移行した場合、日本全体で約1,500億円の医療費削減効果が見込め

る」と提起している。

市販品類似薬の保険給付制限は、すでに、2012年診療報酬改定で「すべてのビタミン製剤について単なる栄養補給の目的での投与は算定不可とする」ことが、14年改定では「入院中の患者以外の患者に対するうがい薬の単独処方については、処方料(処方せん料)、調剤料、調剤基本料(調剤技術基本料)、薬剤料が算定できない」ことが実現されている。

いずれも、行政刷新会議や行政改革推進会議による「事業仕分け」の結果を反映したもので、今回の規制改革会議の前出方針も確定すれば、中医協の審議を経て、16年度診療報酬改定に反映される公算が強い。

医療課長「大病院外来は定額制とともに診療報酬の措置も引き続き検討」

中医協総会

地域包括診療料の届出施設(14年7月)は29都道府県に122。病院はわずかに13

4月8日の中医協総会は2016年度診療報酬改定に向け、「外来医療」について1回目の概括的な議論を展開した。(1面記事を参照)

16年度改定に向けた外来に関する議論の課題として、14年度改定の答申書附帯意見は、以下の3点をあげている。(1)初再診料、時間外対応加算等について引き続き検討する。(2)主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方等の状況を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討する。(3)処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討する。

これを踏まえ、事務局は、「外来医療に対する診療報酬上の評価」「外来医療全体の受診動向」「外来の機能分化」「受診行動」「主治医機能」という5つの視点から外来医療の現況データを提示、議論に付した。

14年度改定の結果検証のうち、外来の機能分化・連携に関する調査はこの6月に実施されるため、結果が出るのは秋以降となる。また、医療保険制度改革として「紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入」が実現する見通しだ。

したがって、正確な実態と制度変更を踏まえた本格的な議論はまだ先になるが、事務局は、この日のデータから、

次のような点を指摘した。

- ①病院の診察時間は長くなる傾向にあるが、病院の待ち時間は短くなる傾向にある。
- ②外来に対する勤務医の負担感は徐々に軽減されている。
- ③「重複受診」は高齢者だけでなく、小児にも比較的多い。
- ④「重複投薬」は比較的小児に多い。薬局による疑義照会から推計すると、重複投薬は年間約117万件に達する。
- ⑤薬局による疑義照会から推計すると、「残薬に伴う日数・投与回数の調整」による薬剤費削減効果は約29億円となる。
- ⑥1回に7種類以上の処方が行なわれる頻度は診療所よりも病院で高い。院外処方1件あたりの処方日数も病院で長く、診療所は短い傾向にある。

以上の指摘等を踏まえると、外来の機能分化・連携の推進に向けた診療報酬上の取り組みは徐々に効果を表わしてきているが、大病院における非紹介患者の割合はいぜんとして高く、同時に、「重複受診」「重複投薬」「残薬」への対応がより重要な課題となっているとする事務局の問題意識がみえる。

このうち、「重複受診」「重複投薬」「残薬」への対策として登場したのが前改定における地域包括診療料と同加算であるが、改定後(14年7月)の届出数は、地域包括診療料が29都道府県に122施設(うち病院は13)、地域包括診療加算は全国で6,536施設と少なく、し

かも、都道府県間のばらつきが大きい。

議論にあたり、事務局(厚労省保険局医療課)は、16年度改定に向けた外来医療の課題を、「外来の機能分化・連携を推進する方策や、重複投薬や残薬を減らす方策、主治医機能の強化を含め、外来診療の質の向上と

地域包括診療料と同加算の拡充に支払側は慎重な構え

議論の冒頭、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は、支払側を代表して、外来に関する概括的な見解を表明した。その骨子は以下のとおり。

- ①「残薬」に関しては長期処方の制限を検討する必要がある。また、入院時持参薬の制限(DPC対象病院)において常備薬は認めることを検討する必要もある。さらに、重複投薬への対応も含め、かかりつけ医が薬局等の薬剤師と連携して対応していくことが必要。
- ②(地域包括診療料と同加算による)かかりつけ医機能の評価はわが国の医療提供体制を大きく変える可能性もあることから、検証調査の結果を踏まえ、じっくりと考えるべきである。
- ③処遇改善や光熱費・施設整備費等のコスト上昇に対応するため、初再診料や外来診療料はさらなる充実が必要である。

鈴木委員は、「かかりつけ医(の機能を担う医療機関)には中小病院も含まれる」ことを強調した上で、前改定で新設された地域包括診療料と同加算について「服薬管理をかかりつけ医の業務と確認したことや院内処方を基本としたことは評価する」など、「日本医師会は、これはかかりつけ医の評価の道筋をつくったものと考えている」と肯定する一方で、その拡充など今後の展開に関しては、地域医療に与える影響



▲診療側(左側の列)は初再診料等の引上げが必要との認識を示した

効率化を図る方策について、平成26年度改定の答申書付帯意見も踏まえ、更に検討していくべきではないかと整理した。

が大きいことを理由に、「ゆっくりと進めるべきである」と注文をつけた。

これに対して、支払側の白川委員(健保連専務理事)は、外来医療への対応について、「前改定で実施した措置等の傾向を引き続き行なっていく方向で臨むべき」とした上で、「大病院外来の問題は定額負担の導入が決まった後に議論すべきだが、それによっても分化は大幅には進まないだろう。いろいろな角度から策を考えないとならない」との認識を表わした。

また、重複処方等に関しては「薬剤師の役割が非常に大切だ」と発言。長期処方の制限の検討については「処方期間を議論することには賛成する」と、さらに、「主治医機能の強化という方向は診療側と同じだ」とも述べ、支払側の考えに同調した。

ただし、「初再診料の底上げという考え方は受け入れられない」として、報酬引き上げについては診療側と一線を画した。

大病院外来の定額負担に関して、宮崎医療課長は「改正法が成立後に中医協で審議していただくが、その直接的内容にとどまらず、色々な面から機能分化を考えていくことになるのではないかと、引き続き診療報酬上の措置を検討する必要を認めた。

■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(消費税込)	備考
平成27年度 医療安全管理者養成課程講習会(200名)	・第1クール(講義) 5月29日~30日 ・第2クール(講義) 7月17日~18日 ・第3クール(演習) ※備考を参照 (全日病会議室)	会 員 83,160円 会員以外 103,680円	・本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしており、「認定証」は研修証明となります。 ・第3クルールの日程は全日病HPをご参照ください。(第3クール演習の参加は第1、2クール受講修了者に限ります)

医療法改正法案、社会福祉法等改正法案を国会に提出

政府は4月3日に「医療法の一部を改正する法律案」および「社会福祉法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、国会に提出した。

医療法一部改正法案には、(1)地域医療連携推進法人制度の創設、(2)医療法人制度の見直し(①医療法人経営の透明性の確保とガバナンスの強化、②医療法人の分割等、③社会医療法人認定基

準の変更)が盛り込まれた。

このうち、①は、公認会計士等による監査・公告、特殊な関係がある事業者との取引状況に関する報告書の作成、理事の忠実義務・任務懈怠時の損害賠償責任等からなる。

③の社会医療法人の認定基準の見直しは、「複数都道府県で開設し、省令で定める基準に適合する社会医療法人は

当該施設が所在する都道府県知事だけで認定できる」および「認定を取り消された場合に、一定要件に該当し、救急医療等確保事業の継続の実施計画を作成して都道府県知事の認定を受けたときは、収益業務を継続して実施できる」こととなる。

社会福祉法等の一部改正法案は、経営組織のガバナンスの強化、事業運営

の透明性の向上、財務規律の強化、地域における公益的取り組みの実施責務、行政の関与の強化などの社会福祉法人制度改革が主な内容となる。

政府は、3月3日に国民健康保険法等の一部改正法案の国会提出を終えているが、その中には、①都道府県が国保財政運営の責任主体となること、②入院時食事代の段階的引上げ、③紹介状なしの大病院受診時の定額負担、④医療費適正化計画に医療費水準の設定、⑤患者申出療養の創設、などが盛り込まれている。

障害者病棟、特殊疾患病棟等のあり方で検討体制

四病協 地域医療構想と診療報酬における慢性期の位置づけについて対応策を検討

3月25日に開催された四病院団体協議会の総合部会は、地域医療構想策定ガイドライン案と中医協総会に示された次期改定の入院医療をめぐる厚労省の考え方について検討した。

その結果、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料等の病棟を慢性期機能と位置づけ、その病床を一般病床から移行させる施策が打ち出す方向で厚労省の検討が進んでいるとの認識で一致。四病協として対応策を検討することを決めた。

具体的な検討体制は4団体の会長が協議の上決定する。

地域医療構想策定GLでは、「一般病床の障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)は、慢性期機能の医療需要とする」とされ、療養病床、在宅あるいは介護施設等における療養の対象とみ

なされている。

一方、中医協では、前改定答申の付帯意見で「療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方」が検討課題とされたことを受け、入院医療に関する2014年度調査でその実態の捕捉が行なわれるが、その結果を前にした3月4日の総会に、医療課は「特殊疾患病棟等における機能に応じた評価のあ

り方」を検討テーマに掲げたことから、特定除外患者と同様の出来高・包括の選択制導入といった措置が打ち出される可能性が出ている。

日医との合同提言プロジェクト再開を確認。日医に申し入れ

3月25日の総合部会は、入院医療をめぐる議論の中で、13年8月にまとめた日医・四病協合同提言のプロジェクトを再開することで一致。

総合部会では「障害者病棟等は高度急性期の受皿として欠かせない」「特殊疾患病棟等の患者は地域医療構想策定GLの機能区分指標で急性期に位置づけられる患者が少なくない」などの意見が相次ぎ、地域医療構想と16年度改定の両面から対応策を検討する方針を決めたもの。

今後の、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の議論で日本医師会との連携体制を再構築することを決め、日医に申し入れることを確認した。

四病協 疾患別リハの専従要件で「複数非常勤の常勤換算」を要望

四病院団体協議会は、疾患別リハの施設基準において専従は常勤者に限るとされている運用解釈の見直しを求め、要望書を作成、4月2日に、猪口雄二医療保険・診療報酬委員会委員長(全日病副会長)が厚労省保険局長宛に提出した。

疾患別リハの専従要件は、2006年度

改定時の疑義解釈で「雇用形態は問わないが非常勤の者は含まれない」とされたまま今日にいたっている。

これに対して、四病協の医療保険・診療報酬委員会は、「政府が推進する『女性の活躍推進』や『仕事と家庭の両立支援』等のワークライフバランスを重視した働き方を希望する労働者が増

えており、短時間雇用者数は増加傾向にある」ことから、「複数の非常勤従事者の常勤換算を認めるべき」とする見解をまとめ、宮崎医療課長に面談の上、要望書を手渡したもの。

同委員会は、これを機に、人員確保の視点から各種の専従要件について見直しの必要の有無の検討を進める方針だ。