



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2015 10/15

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.857 2015/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

ICU 薬剤師配置案に「病棟薬剤師加算」の特定入院料への拡大を対置

入院医療等の調査・評価分科会 神野副会長が提起。7対1転換の選択肢拡大へ「病棟群単位の入院基本料」も主張

厚生労働省は10月1日の診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」(写真)に2015年度入院実態調査の結果を提示。分科会は入院医療に関する議論を再開した。

14年度入院実態調査の結果を分析した結果はすでに8月の中医協総会に報告されており、16年度改定に向けて入院医療検討課題を抽出する後半の議論となる。

15年度調査の主たるテーマは、①一般病棟(7対1・10対1)における特定除外制度見直しの影響、②特定集中治療室管理料の見直しの影響、からなる。2,000施設に調査票を送り、814施設(病棟数2,130、患者数68,081人。ICU等の患者数は2,548人)から回答を得た(回収率40.7%)。

特定除外制度の見直しに関しては14年度調査でも取り上げられているが、今回15年度調査は見直しに対応した医療機関の取り組み内容など、より詳しい実態の把握に努めた。

その結果、7対1と10対1とも、90日超患者における「非医学的理由で入院する割合」がほぼ20%以下に下がっていることが判明。神野正博委員(社会医療法人財団董仙会理事長、全日病副会長)は「病院が努力した結果だ。評価されるべき」と評した上で、「本当に、患

者が困っていないか、自院・他院を含めた再入院率を調査すべき」と求めた。

特定集中治療室管理料について見直した結果を調べた部分では、「重症度、医療・看護必要度」のA項目に高い相関性をもつ項目があることやA項目3点の患者の医療密度が相対的に低いなど、ICUの重症度評価項目の問題点が浮き彫りにされた。

委員は概ねA項目の組換えや評価重みづけの変更に賛成しており、見直し課題として中医協への報告に盛り込まれるのは必至となった。

事務局は、また、ICUを薬剤師必置とすることを提案した。この提案に、神野委員は「人員配置基準というかたちで人を増やしていくのか、それとも医療の内容に応じて配置を評価していくのかで、考え方が分かれる」とした上で、後者の考え方に立つとき、チーム医療として薬剤師の役割はさらに重要になっていることから、ICUに限定するのではなく、病棟薬剤師業務実施加算を特定入院料にも広げるかたちをとるべきとの認識を示した。

ICUをもつ比較的大きな病院が対象となった15年度調査は、地域包括ケア病棟に関して、7対1や10対1からの転換意向、その使われ方、機能に対する各病院の考え方についても調べた。



それによると、利用実態はほとんどが自院および他院急性期病棟からの受皿であった。

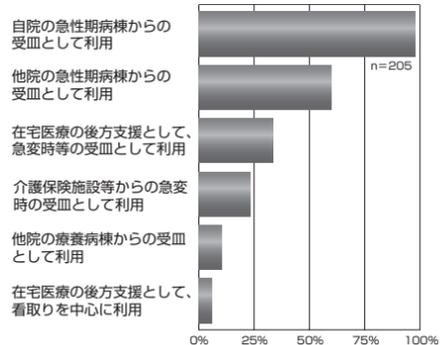
この結果について、神野委員は「ICUをもつような7対1や10対1の病院が併設する地域包括ケア病棟・病床はポストアキュートという使い方になる。その場合、在宅の急変患者は7対1や10対1に入院してから地域包括ケアに転換することになる。調査結果をみると、7対1や10対1の中に地域包括ケア病棟・病床を考えているところが少なくない。

そこで、日病協が提案しているように入院基本料を病棟群単位で算定できれば、7対1と10対1あるいは13対1が併存し、その中に地域包括ケア病棟・病床を併設していく余地が生まれることだろう」と論じ、サブアキュートという使い方を増やしていくとともに、7対1からの転換の選択肢を増やすこと

になる病棟群単位の入院基本料を検討するよう求めた。

この日の意見を踏まえて事務局は今回の入院医療分科会にとりまとめ案を提示する。そこで合意が得られれば、10月後半から、中医協を舞台に、16年度改定に向けた入院医療の具体的な議論が展開されることになる。

■地域包括ケア病棟の利用趣旨 ※複数回答あり



調査結果に対する事務局の分析と論点から

- 特定除外制度の見直しについて
 - ・90日超患者について、7対1の98%、10対1の80%が出来高算定を選択していた。
 - ・出来高算定患者を平均在院日数の算出に含めることで、平均在院日数の算出値が0.5日程度延長していた。
 - ・患者の退院先については自宅や一般病床以外の病床が大半であった。
 - ・特定除外制度の見直しに伴って何らかの取り組みを行なった医療機関では90日超患者の減少割合が多かった。取り組みの内容は、「退院支援や

- 相談窓口の充実」の他、7対1では「他の医療機関との連携強化」や「他医療機関への転院促進」が、10対1では「自院の他病棟への転院促進」が多くみられた。
- 特定集中治療室管理料の見直しについて
 - ・ICUにおける「重症度、医療・看護必要度」について、A項目が2点であっても医療密度の高い患者が入院している一方、A項目が3点の患者は相対的に医療密度が低いことや、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジ

- ポンプ」にのみ該当する患者の割合が極端に高い医療機関がみられることを踏まえ、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすための条件についてどう考えるか。
- ・現状における薬剤師の配置状況や、薬剤師配置による効果を踏まえ、ICUにおける薬剤師の配置についてどう考えるか。
- その他
 - ・ICU等を持つ7対1・10対1入院基本料届出医療機関では、地域包括ケア病棟に入院している患者の約80%が

- 自院の急性期病棟からの転棟患者であった。また、当該病棟の利用趣旨としても、ほぼ100%の施設が「自院の急性期病棟からの受け皿として利用」していた。
- ・7対1病棟において地域包括ケア病棟を届け出していない理由としては、入院患者の状態・ニーズと合致していない又は制度の成行を見極めたいとする回答が多かった。10対1病棟においては、その他、スタッフの確保や在宅療養支援病院の届出等を満たすことが難しかったとの回答もみられた。

構成員から病院併設型住宅・病床転換型住まいの提案

療養病床の在り方等に関する検討会 土屋常任理事「医療の質、患者、病院経営者、医療従事者等の面からも検討すべき」

10月9日に開かれた「療養病床の在り方等に関する検討会」に、事務局(厚生労働省保険局医療介護連携政策課)は、「さらにご議論いただきたい事項(骨子)」と題した文書を提出し、年内とりまとめに向けた議論の具体化、加速化を促した。

文書からは、下記諸点のように、医療、老健、保険3局が共有しているとみられる現時点の視点がうかがえる。(1)医療療養(25対1)と介護療養の経過措置は2017年度末まで。具体的な改革の選択肢を整理する必要がある(2)主に医療療養(20対1)が担っている比較的医療の必要性の高い患者に対する機能は引き続き維持する。(3)比較的医療の必要性が低く、介護ニーズを併せ持つ方々に看取りやターミナルケアを中心とした長期療養と一定の医療処置を実施する機能も確保していく必要がある。

(4)こうした観点を踏まえ、現状の療養病床の施設・設備を活用するなどの新たな選択肢を考える。その際、療養病床からの転換が容易(施設整備等に多額の費用を要さない)なこと、医療費の適正化に資すること、低所得者にも配慮したものであることが必要。(5)上記を踏まえると、「医療」「介護」「住まい」の機能を組み合わせた新たな選択肢を検討してはどうか。例えば、①要介護度は比較的低いが一定程度の医療が必要な、自宅等での生活が困難な人向けの医療と住まいが組み合わさった機能、②要介護度が高く、一定程度の医療が必要な人向けの長期療養を支える機能、③一定程度の医療が必要な人向けのショートステイなど在宅療養を支援する機能などが考えられる。(6)その際に、法的な位置づけや人員配置と施設の基準など制度上の枠組みについても、新しい類型を含めて複数

の選択肢を検討する。事務局のこうした問題提起に応えるかのように、この日は構成員から「病床転換型の住まい」が提案されるなど、一歩踏み込んだ議論が展開された。構成員からは、医療区分1の要介護度の高い患者を想定した上で、①25対1の一部を「病院併設型の住宅」に向けてはどうか、②(サ高住の併設といった)「医療+住まい」に対して「(既存医療施設の)敷地・建物に手を加えて住まいとする」考え方があるなど、具体的な施設類型が提案された。

内閣改造 塩崎厚生労働大臣は留任

第3次安倍改造内閣が10月7日に発足、厚生労働大臣には塩崎恭久氏が留任した。厚生労働副大臣には竹内譲氏(衆議

院・公明党)、とかしきなおみ氏(衆議院・自民党)が、厚生労働大臣政務官には三ツ林裕巳氏(衆議院・自民党)、太田房江氏(参議院・自民党)がそれぞれ就任、厚生労働3役の人事は塩崎大臣のみが統投となった。

支払側 大病院の外来定額負担で病院「増収分」の帰属に言及

中医協 定額に伴う初再診料の取り扱いも検討対象。患者申出療養制度の骨格を了承

9月30日の中医協総会は、事務局(厚生労働省保険局医療課)が提示した患者申出療養制度に関する制度設計の骨格案(別掲)を了承した。同制度は2016年4月に施行される。厚生労働省は、この内容にもとづいて、必要な省令、告示、通知の準備を進める方針だ。

この日は、外来医療(2)として、「紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養」について検討した。

紹介状なしに受診した患者に選定療養を適用して定額を徴収することを医療機関の責務とするという制度で、その運用の骨格として、事務局は別掲の考え方と論点を提示した。

支払側の鈴木委員(日医常任理事)は、対象病院を「特定機能病院+500床以上の地域医療支援病院」とすることに賛意を示した。対象外の患者についても現行制度の基準に準じるべきとした上で、「緊急性の判断は現行どおり医療機関に委ねるべき」とした。

金額については「再診時は初診時の半分程度でいい」としたが、初診時の金額は発言を控えた。当該医療機関の初再診料に関しては「基本的に現行のままでよい」とした。

このほか、支払側からは、対象外とするケースに「がんなど検診からの受診」「被災者(被災地)」「別の診療科に

通院中の患者」を加えるべきとの意見があった。

支払側の白川委員(健保連副会長)は基本的に現行制度の考え方を踏襲すべきという意見を表明。緊急性についても「医療機関の判断に委ねるのは当然である」とした。

ただし、金額に関しては「病院によって金額が異なるというのはどうか。大学病院とそれ以外とで分けるといようにシンプルにした方がいい」と、地域医療支援病院の500床という区切りに関しても「規模ではなく、機能という視点から議論していくべきではないか」と、事務局案に異論を唱えた。

その上で「医療保険部会に示した金額を試算する資料に、“病院の増収となる案”あるいは“保険給付を減らす案”など色々な記述があった。この定額負担をすべて病院の増収としていく考え方は疑問である。今現在も(料金の自由設定というかたちで)病院の増収を認めるかたちになっているが、責務とする以上、その考えはどうか」と疑問を呈した。

この論点は初再診料の設定に影響するものだが、同委員は「定額負担による収入増をどこが享受するかについて議論すべきではないか。保険者に還元するという発想もある」と論じた。

定額負担の議論は今後も続けられる。

□紹介状なしの大病院受診時の定額負担に関する論点

- (1) 定額負担を求める大病院の範囲は「特定機能病院および一定規模以上(例えば500床以上)の地域医療支援病院」としてはどうか。
- (2) 現行制度で特別料金の徴収が禁止されている患者・ケース(緊急その他やむを得ない事情がある場合等)には定額負担を求めない、としてはどうか。
- (3) 定額負担の対象としない患者の例外規定をどうするか。

- 現行制度では患者の緊急性は医療機関の判断に委ねているが、新たな制度において、軽症の患者を除くことについて、その範囲も含めてどう考えるか。
- (4) その他、定額負担を求めない患者・ケースについてどう考えるか。
- 例えば、地域に他に診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する場合は、定額負担を求めないとするこ

- とが考えられるのではないか。
- (5) 定額負担を最低金額として設定することについて、その金額を含めどう考えるか。
- 初診時の最低金額-3,000円程度、5,000円程度、10,000円程度
- 再診時の最低金額-1,000円程度、初診時特別料金最低金額の約4分の1
- * 現行特別料金の徴収金額(平均)は初診で2,394円(1,210施設)、再診で

- 1,262円(133施設)。
- * 厚生労働科研による調査研究は「一定規模以上の病院において初診時5,000円以上の定額負担を設定することで、軽症の場合に受診を控える可能性」を指摘している。
- (6) 定額負担を徴収する場合の初診料、外来診療料の評価についてどう考えるか。また、現行の、紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点の取り扱いをどのように考えるか。

□患者申出療養の制度設計(要旨)

【はじめに】

患者申出療養は、患者の申出を起点とし、先進的な医療を身近な医療機関で迅速に受けられるようにするもの。したがって、国において安全性・有効性等を確認し、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国が確認、実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めるとした上で、保険外併用療養費制度の中に位置付けるもので、「混合診療」を無制限に解禁するものではなく、国民皆保険の堅持を前提とする。

【患者申出療養としては初めての医療の実施までの取扱い】

○患者申出療養の対象とする医療の考え方

- ・ 保険収載を目指さないものは患者申出療養の対象とはせず、保険収載を前提に、一定の安全性・有効性等が確認されたものについて、患者申出療養の対象とする。
- ・ 患者申出療養は基本的に臨床研究として実施する。
- ・ 患者申出療養として実施される医療の類型は以下のとおり。
- ① 既に実施されている先進医療の身近な医療機関での実施
- ② 既に実施されている先進医療の実施計画対象外の患者に対する医療

③ 先進医療としても患者申出療養としても実施されていない医療

④ 現在行われている治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用

既に治験で使われている未承認薬の使用を希望する相談があった場合には、まずは主たる治験又は人道的見地からの治験につなげることを検討する。いずれの治験も実施されていない場合は、臨床研究中核病院が患者申出療養として実施できるか否か検討する。

○ 国における患者申出療養に係る審議・安全性・有効性等を審査するために国は患者申出療養評価会議(仮称)を開催、実施が承認された医療は、患者の申出を受理した日から原則6週間以内に告示する。

- ・ 患者申出療養評価会議(仮称)は定期的に開催、原則として公開し、審議過程及び結果を事後的に公開する。
- ・ 6週間以内に告示できない場合は、その理由を明確にするとともに、持ち回り開催でなく全体会議を開催して、慎重に議論を行なう。
- ・ 同会議は当該医療について、実施医療機関追加の判断指標として「実施可能な医療機関の考え方」および「実施医療機関の追加に係る取扱い」を定める。

- ・ 告示された医療は、意見書を作成した臨床研究中核病院で同会議に認められた実施計画に沿って実施できる。当該医療は、また、あらかじめ実施医療機関として実施計画に記載された医療機関(特定機能病院及び患者に身近な医療機関を含む)でも実施できる。

【患者申出療養として前例がある医療の実施までの取扱い】

- 実施医療機関の追加
- ・ 告示されて実施が可能となった医療は、前例がある患者申出療養として、臨床研究中核病院が実施医療機関を個別に審査し、追加することが可能となる。
- ・ 実施医療機関の追加を行なう場合も、患者から臨床研究中核病院に申出を行なう。臨床研究中核病院は実施医療機関の追加の審査を原則2週間で行なう。
- ・ 臨床研究中核病院は実施医療機関の追加を速やかに地方厚生(支)局に届け出る。実施が認められた医療機関は実施計画に沿って当該医療を実施できる。追加した医療機関に係る報告は患者申出療養評価会議(仮称)に報告する。
- 患者申出療養の実施計画対象外の患者について
- ・ 前例のある患者申出療養について

は、患者申出療養評価会議(仮称)で認められた実施計画で定められている患者適格基準から外れる患者など、実施計画対象外の患者に、当該医療を実施することはできない。実施計画対象外の患者に実施する場合には、患者から国に申出を行なう。

【患者申出療養の実施後に係る運用】

- 有害事象等の発生時の対応
- ・ 先進医療と同様に、重篤な有害事象等の可能性、被害が生じた場合の補償・治療の内容、費用等について、事前に患者又は家族に説明、文書により同意を得て、実施計画に記載する。
- ・ 有害事象等の発生時の対応も、先進医療と同様に行なう。
- 報告・情報公開のあり方
- ・ 国に報告された事項は、原則として厚生労働省のホームページで公開する。
- 患者申出療養を実施する場合の費用の取扱い
- ・ 患者申出療養は保険外併用療養費制度に位置付けられるものであり、その費用の額の算定に当たっては、先進医療と同様に、診療報酬の算定方法の例による。
- ・ 患者から患者申出療養に係る費用を特別の料金として徴収する場合は、先進医療と同様の取扱いとする。

非理事を医療施設管理者にすることができるとの解釈を変更

厚生労働省は9月30日付で医政局長通知(医政発0930第1号「医療法人が開設する病院等の管理者の理事就任について」)を都道府県知事宛に発出、通知の「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」および「病院又は老人保健施設等を開設する医療法人の

運営管理指導要綱の制定について」をそれぞれ一部改正し、「管理者を理事に加えないことができる場合」の解釈を、これまでの「多数の病院等を開設する医療法人で、離島等法人の主たる事務所から遠隔地にある病院等の管理者の場合」から、「当該法人が開設す

る病院等の立地及び機能等を総合的に勘案し、管理者の意向を法人運営に反映させるという医療法第4条第1項の規定の趣旨を踏まえた法人運営が行われると認められる場合」へ改めた旨を明らかにした。

新たな解釈について、「例えば、病院

等が隣接し業務に緊密な連携がある場合や病院等が法人の主たる事務所から遠隔地にある場合などが考えられるが、これらに限定されるものではない」との注釈をそれぞれの改正通知に明記した。

厚生労働省 5行為について看護師等に対する研修の実施を要請

厚生労働省は10月1日付で医政局看護課長名による通知(医政看発1001第1号「看護師等が行う診療の補助行為及びその研修の推進について」)を発出、同

日付で施行された特定行為に係る看護師研修制度に規定された行為には該当しないものの、侵襲性が高く、技術難易度も高いとみなされた診療補助行為

を5項目あげ、各医療機関で研修を行なうよう努めるべきとして、各都道府県に医療機関等に対する周知を要請した。

- 5項目は「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの挿管」「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの抜管」「直腸内圧測定」「膀胱内圧測定」「褥瘡又は慢性創傷における血管結さつによる止血」からなる。

医療等番号の制度設計へ議論を再開。年末までに結論

医療等番号制度 厚労省 既存NWのIDと併存する番号を支払基金と国保中央会が発行する案を提示

厚生労働省内に設置された「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」は9月30日に9ヵ月ぶりの会合をもち、医療等番号制度に関する議論を再開した。

また、同研究会を主催する政策統括官付情報政策担当参事官室は10月2日の「社保医療保険部会」(写真)に、医療等番号制度に関する議論の現状と今後の検討の方向性を報告した。

マイナンバー制度(個人番号制度)は、この10月から国民に対する12桁からなる個人番号の通知が始まり、2016年1月からは行政事務等における個人番号の利用がスタートするとともに、申請した国民に対する個人番号カードの交付が開始される。

マイナンバー制度は、行政機関等が保有する情報を情報連携の対象とし、社会保障・税・災害対策の分野で利用するというもので、番号法で、医療・介護等に関しては「保険料徴収等の医療保険者の手続」等に利用するとされている。

マイナンバー制度の工程では、17年7月をめぐり地方公共団体と医療保険者等による情報連携が開始されるため、マイナンバーを使った医療機関における被保険者資格のオンライン確認も可能になる。

こうしたことを踏まえ、政府部内には、患者情報の蓄積・研究等の視点からマイナンバー制度のインフラを活用した医療番号制の導入を求める意見が強く、安倍首相にいたっては健康保険証を含む公共サービスのカードを1枚に統合する旨を求める発言をしている。

これは、マイナンバー制度の個人番号カードに保険証の機能を合体させることになり、個人番号が患者の診療・健診等情報と紐づけられる可能性が生まれる。

個人番号制度の検討の初期段階では、医療情報は機微性が高いということから、医療分野はマイナンバーとは別の番号とする整理とされていた。

こうした経緯も踏まえ、医療等番号

の導入について検討してきた「医療等分野における番号制度の活用に関する研究会」は、中間報告(14年12月)で以下の考え方をまとめた。

①医療等の連携や健康・医療の研究等には医療等分野の番号を用いた情報連携が必要。

②行政機関と保険者は資格情報等をマイナンバーで管理するが、医療等で用いる番号はマイナンバーとは別に生成し、利用を希望する者が使う仕組みとする必要がある。

③その際、漏えいを防ぐために、電磁的な符号(見えない番号)を用いることが望ましい。

④医療保険のオンライン資格確認は資格情報とマイナンバーを紐づける個人番号制度のインフラを活用する方向で協議するが、個人番号カードを使う場合はマイナンバーが視認されない仕組みを検討する。

⑤医療等分野の情報連携に用いる番号のあり方は、オンライン資格確認で実現されるインフラの活用を含め、個人情報保護を含めた安全性と効率性・利便性の両面が確保された仕組みを検討する。

つまり、医療等の連携と研究のためには、各情報システムを超えて使える何らかの番号が必要であるが、マイナンバーとは別の電磁的符号を検討してはどうか。個人番号カードを用いて資格確認を行なう場合には、ICチップをカードリーダーで読み取るとともにカード面に12桁の個人番号が印字されないような工夫を加えてはどうか、というわけだ。

番号の「見えない化」は書面への書き取りや人を介在した漏えいを防止するためであるが、研究会には、「災害時に役に立つか」と疑問視する声もある。

日本医師会がこの7月に公表した「医療分野等ID導入に関する検討委員会中間とりまとめ」もマイナンバーの医療等分野での活用を否定。その上で、「医療等IDは利用目的別に個人に複数

付与する」と踏み込んだ考えを打ち出し、「全国で利用可能な安全・安心な医

療分野等専用の番号(符号)と制度の確立が急務」と提起した。

個人番号 医療番号研究会と医療保険部会に普及への悲観論

「日本再興戦略 改訂2015」は「マイナンバー制度のインフラを活用して医療等分野に番号制度を導入する」とし、「18年から段階的運用開始、20年までに本格運用」する方針を打ち出し、厚労省に「医療等分野における番号の具体的な制度設計や固有の番号が付された個人情報取扱ルールを検討、本年末までに一定の結論を得る」ことを課した。

一方、9月3日の国会で番号法・個人情報保護法改正法案成立、9月9日に公布され、特定健診・保健指導の事務と予防接種事務における接種履歴の連携等がマイナンバーの活用範囲に含まれた。

「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」は、こうした情勢を踏まえて、制度設計に向けた第2ラウンドの議論をスタートさせた。

この日、事務局(政策統括官付情報政策担当参事官室)は「切れ目ない医療等サービスを提供するために、医療等番号を使う場合に既存の医療ネットワークで用いられている様々な番号・符号を引き続き利用できる仕組みとしてはどうか」と提起した。

全国に約200ある医療情報のネットワークはそれぞれの番号(ID)をもっている。それらのネットワーク間で患者情報を共有する場合に、データを突合させるツールとして共通のIDが必要になる。

事務局は、住民票と1対1で対応しているため、被保険者が保険者を移動しても重複することなく識別できる機関別符号(個人番号カードの電子証明書と1対1で対応)を審査支払機関がもっていることから、それと医療等番号を1対1で対応させるために支払基金と国保中央会が番号の発行・管理機関となるとともに、その医療等番号を各ネットワークの管理用識別子と1対1で対応させることを提案。

これによって各ネットワークのIDはそのままにして、共通の番号がつくると説明。同様に、この医療等番号を各医療機関の機関別符号と1対1で対応させれば、各施設等で用いられている患者IDも引き続き利用することが可能

とした。

この方法は公的個人認証の仕組みを活用して行なうオンライン資格確認の方法(医療機関等は個人番号カードから電子証明書を読み取り、資格確認サービス機関に資格情報の照会・確認を行なう)の応用・変形である。

したがって、医療機関等が個人番号カードでオンライン資格確認をした際に、支払基金・国保中央会が当該医療機関等に本人を識別できる識別子を提供する仕組みとなる。

このオンライン資格確認にあたって個人番号の“見えない化”を検討するというのが厚労省のシナリオである。このシナリオのために、今国会で成立した国保法等一部改正法案で各保険者による事務の支払基金・国保連への共同委託を法的に可能としている。

10月2日の医療保険部会でオンライン資格確認と医療等番号に関する検討状況を報告した担当官は、18年にかけてオンライン資格確認のネットワークを構築、以後、その段階的な導入を目指すとし、18年から20年までの間に医療連携や研究分野における番号の活用を実施していくスケジュールを展望した。

この報告の中で「保険者が個人番号カードを被保険者証として認証する仕組みとした場合、被保険者証の提示は要しない仕組みにできる」と指摘、マイナンバーをベースに医療等番号の制度設計を考えていることを示唆した。

ただし、9月30日の研究会では多くのメンバーが、希望制であるマイナンバーのカード(個人番号カード)がいつまでどのくらい普及するかがまったく読めない状況で、個人番号カードと表裏一体に医療等番号の展開を考えることに疑問を表わす意見が相次いだ。

10月2日の医療保険部会でも、保険者の委員から「保険者としてマイナンバーの活用にメリットを感じていない。個人番号カードにしても、本人が申請の上役所に出向くというのでは(普及が)難しいのではないかと、先行きを不安視する声があがった。



「健康サポート薬局」の機能・基準・要件を提言

かかりつけ薬局の整備へ、基準満たした薬局の公表制度が15年度から開始

かかりつけの薬剤師・薬局を地域に整備していく上で、当該薬剤師・薬局が担う機能と基準を明確にした報告書(「健康サポート薬局のあり方について」)が、9月24日に公表された。

報告書は、①服薬情報の一元的な把握と薬学的管理・指導、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携強化という3つの視点からその定義(機能)を整理するとともに、具体的な基準を示している。

また、④受診の勧奨や関係機関への紹介等地域における連携体制の構築、⑤一定の研修を修了した実務経験を有する薬剤師の常駐、⑥パーティション等で区切られた相談窓口の設置等薬局の設備、⑦要指導医薬品等、衛生材料、介護用品等の供給、⑧平日一定時間以上、土日も一定時間の開局、⑨健康相談・健康サポートの体制といった面から、求められる要件を提示している。

報告書は、厚生労働省内に設置された「健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」がとりまとめた。

検討会は、今年6月の骨太方針2015に「かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討する」と明記されたことを受けて、厚労省の医薬・生活衛生局(旧医薬食品局)が6月に設置。

「かかりつけ薬剤師・薬局が、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援すること(健康サポート)を行うことに関する基準やその公表の仕組み」について検討してきた。

かかりつけ薬剤師・薬局の育成は、地域包括ケアシステムの構築に向けて薬剤師・薬局を地域の多職種連携に参加させていく、高齢患者の増加に対応するために重複投薬・残薬の防止に服薬管理の機能を強化する、予防・健康増進に取り組む地域住民のセルフメディケーションを促すために供給と指導・相談機能を向上させるなど、多様な面からその必要が指摘されている。

この“薬局改革”は調剤報酬と直接には連動しないものの、提供体制の改革として、薬局評価の見直しなど調剤報酬の適正化を促していくのは必至だ。

報告書とりまとめ最終局面の検討会(9月14日)では、大筋で報告書案の合意に達したものの、薬局の名称やOTC医薬品(一般用医薬品)の販売を要件にするかどうかで意見が分かれたため、判断を座長(西島正弘昭和薬科大学学長)に一任された。

公表された報告書は、名称を「健康サポート薬局」とする一方、OTCに関しては「基本的な薬効群を原則としつつ、地域の実情に応じて、当該薬局において供給する」と記すとどめ、厚労省が「一般用医薬品等を、原則とし

て中分類につき2銘柄以上の医薬品を取り扱う」と提案していた製品群や品目数などの盛り込みは見送られた。

厚労省は、薬局機能情報提供制度の報告事項に「健康サポート薬局」を追加し、どの薬局が「健康サポート薬局」であるかを地域住民に公表していくとしているが、同時に、より国民に周知させる方法を考える必要があるとの認識から、2015年度の健康サポート薬局公表制度の創設に向けてさらに検討を進めていく方針だ。

●構成員である安藤副会長のコメント

検討会では、地域に密着した小規模薬局の立場も十分に考慮するよう一貫して主張してきたが、最大のネックであった一般用医薬品の供給体制を厳密な要件にしなかったことは評価できる。

■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
「MEDI-TARGET」活用事例発表会(100名)	11月24日(火) (全日病会議室)	無料	詳細なプログラム等は全日病HPをご参照ください。
平成27年度保健指導士更新研修会(40名)	11月28日(土) (全日病会議室)	会員・非会員 共に 10,800円	・更新対象外の方も向学のため受講可能 ・ストレスチェック制度が義務化されることに伴い、メンタルヘルスという内容の予定。
業務フロー図講習会(30病院=グループ)	11月29日(日) (全日病会議室)	全日病HPを ご参照ください	参加費、詳細なプログラム等は全日病HPをご参照ください。

財務省「民間医療機関への転換命令等」知事権限拡大へ、医療法改正を提起

財政制度分科会 2020年度までの改革工程案に盛り込む。次期病床報告時の機能区分定量基準も

財務省は10月9日の財政制度等審議会財政制度分科会に「経済・財政一体改革の改革工程」案を示した。

6月の「骨太方針2015」には2020年度までの改革工程を今年末に策定することが明記され、「経済・財政再生計画」において、社会保障分野の検討事項として7分野44項目が、そのうち「医療・介護提供体制の適正化」には11項目14事項があげられている。

財務省主計局が示した改革工程案は、この検討事項ごとに検討・実施時期と検討・実施の方向性を具体化したもの。同省は経済財政諮問会議の専門調査会（経済・財政一体改革推進委員会）がまとめる改革工程に反映させるとともに、16年度予算編成にも反映させ、改革工程初年度として実現を図っていく考えを明らかにした。

改革工程案は、検討事項を、A(実施段階にある項目)、B(15年度中に行なうものが含まれる項目)、C(16年度予算案関連の項目)、D(検討時期・実施時期を今後検討し、明らかにしていく項目)に分類。

このうち、B事項にはKPI(指標)の早急な設定が、検討・実施時期が未定のD事項に関しては改革の方向性や実施時期等の具体化が必要、と提起した。

「医療・介護提供体制の適正化」において、B事項には医療費適正化計画と外来医療費の適正化(一部はD事項に位置づけ)が、D事項には「高齢者医療確保法第14条の活用」「病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備」「慢性期の医療・介護サービスに対応するサービス提供体制」等があげられている。

高齢者医療確保法第14条とは「厚生労働大臣は医療費適正化を推進するた

めに必要があると認めるときは、一の都道府県区域内の診療報酬を(全国一律の)診療報酬と異なる定めをすることができる」というもので、改革工程案は「速やかに検討を開始し、16年中に特例の運用に係るガイドラインを取りまとめる」と提起している。

法改正を要するものに位置づけられた「都道府県の体制・権限の整備」は「民間医療機関に対する転換命令等」都道府県知事権限のさらなる強化を指しており、「遅くとも17年通常国会」で医療法を改正し、医療費目標を盛り込んだ18年度からの第3期医療費適正化計画に間に合わせるべきとの考えを示している。

同じく法改正を要する「慢性期の医療・介護サービスに対応するサービス提供体制」に関しては、「年内目途の『療養病床の在り方等に関する検討会』の結論等も踏まえ、効率的な体制を構築」と記したが、具体的な時期は明記されていない。

地域医療構想に関しては16年度末までに策定を終えるとともに「20年時点の中間目標の設定」を盛り込むこと、また、医療機能区分の新たな定量的基準を設定して「遅くとも16年10月(次期病床報告時)に用いる」考えを明記。

さらに、医療費目標を盛り込んだ次期医療費適正化計画の策定を16年度末までに終えるべきとした。この次期医療費適正化計画に対して、改革工程案は、外来医療費の地域差を解消していく方策を反映するよう求めている。

地域医療構想について、厚労省は16年度半ばを策定のめどとし、次期医療費適正化計画も「最速で16年度から策定」としており、財務省の考えと基本的に一致している。

このほか、財務省の改革工程案は、7対1算定要件の一層の厳格化、病床4機能と統合的な点数・算定要件の設定、医

療区分2・3の要件厳格化、医療区分1の配置基準緩和・報酬引下げなど、16年度改定で取り組む課題を列挙している。

財務省の改革工程案「主要分野ごとの主な検討事項と工程表・KPIの概要」から

医療機能の名称	改革の方向性(案)	検討・実施時期(案)、KPIの在り方(案)
地域医療構想の策定等による病床の機能分化・連携の推進	・地域医療構想の早期策定と推進 ・病床機能分化の進捗評価等(PDCAの実施)に必須となる病床機能報告制度について、地域医療構想と統合的な定量的基準を策定	・遅くとも16年10月(次期病床報告時)に用いることができるよう、病床機能報告制度の新たな定量的基準を設定 <KPIのあり方> ・16年度末までに全都道府県で地域医療構想を策定 ・地域医療構想に示される2025年段階の医療機能別病床数の達成、20年時点の中間目標の設定
地域医療構想と統合的な都道府県医療費適正化計画の策定(医療費水準・提供体制に関する目標設定)	・都道府県における地域医療構想と統合的な医療費適正化計画の早期策定 ・標準的な算定方式を踏まえた具体的な目標の設定	・基本的に全都道府県で前倒し実施となるよう環境整備 <KPIのあり方> ・16年度末までに全都道府県で計画を策定 ・病床の4機能別の医療費や、後発医薬品の使用促進、重複・頻回受診・重複投薬の防止等の医療の提供に関する目標(具体的な項目・数値は今後の専門調査会WGの分析を踏まえて設定)
外来医療費の適正化(データに基づく地域差の分析とその是正)	外来医療費の地域差の要因等の分析、情報の公開、医療費適正化計画への反映等を通じた不合理な地域差の解消	・今年度中に分析を実施(解消策を次期医療費適正化計画に反映) <KPIのあり方> ・例) 疾病別・年齢別の受療率、1件当たり日数、1日当たり点数等、後発医薬品の使用状況、重複投薬・多剤投与の状況等(具体的な項目・数値は今後の専門調査会WGの分析を踏まえて設定)
療養病床に係る地域差の是正/慢性期の医療・介護サービスに対応するサービス提供体制	・療養病床の地域差は正に向けた診療報酬上の対応(医療区分2・3の要件厳格化、医療区分1の配置基準緩和・報酬引下げ) ・介護療養病床の廃止と効率的なサービス提供体制への転換	・診療報酬上の対応については16年度改定で対応 ・介護療養病床の廃止と転換については、17年度末までに予定通り介護療養病床を廃止しつつ、厚労省の「療養病床の在り方等に関する検討会」の結論等も踏まえ、効率的な受け皿への転換を含め、慢性期に対応した効率的なサービス提供体制を構築
都道府県の病床再編や地域差是正への支援(①基金のメリハリある配分(②)高確法第14条の活用(③)診療報酬における機能に応じた病床の点数・算定要件(④)都道府県の体制・権限の整備)	(i) 病床再編への重点化を継続・拡大 (ii) 高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)活用ガイドラインの策定 (iii) 7対1算定要件の一層の厳格化、病床4機能と統合的な点数・算定要件の設定(療養病床の地域差是正に向けた診療報酬の対応を含む) (iv) 民間医療機関に対する転換命令等、医療保険上の指定に係る都道府県の権限の一層の強化	(i) 15年度における基金のメリハリある配分を17年度以降も継続・拡大 (ii) 速やかに検討を開始し、16年中にガイドラインを取りまとめる (iii) 16年度(又は18年度)診療報酬改定で診療報酬体系における機能に応じた病床の点数・算定要件を措置 (iv) 速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも17年通常国会に法案を提出
かかりつけ医普及の観点からの診療報酬上の対応・外来時の定額負担	・地域包括診療料の普及に向けた必要な要件緩和等 ・かかりつけ医以外を受診した場合において個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入	・診療報酬上の対応は16年度改定から見直し ・受診時定額負担について、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、16年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも17年通常国会に所要の法案を提出

新たな施設類型案に既存施設を改修した「医療のついた住まい」

療養病床の在り方等に関する検討会 医療区分1の要介護度高い患者を想定。構成員からは疑問視、慎重な声

10月9日に開かれた「療養病床の在り方等に関する検討会」(写真)は、事務局(厚生労働省保険局医療介護連携政策課)が示した“さらなる議論事項”を踏まえ、慢性期の患者を受け入れる新たな施設類型をめぐって、一歩踏み込んだ議論を展開した。

この日の議論から、新たな施設類型の案として、既存療養病床(25対1および介護療養病床)を改修した、医療区分1の要介護度の高い患者を想定した「医療のついた住まい」が浮上、議論がこれに収斂していく可能性が生じた。

これに対して、他の構成員からは慎重な検討を求める意見が相次いだ。(1面を参照)

武藤構成員(国際医療福祉大学大学院教授)は医療区分2・3に該当する患者の割合を取り上げ、訪問診療では45%、介護療養では24.6%、医療療養は71.3%となっていることから、「在宅における2・3患者の割合は介護療養よりも高い。介護療養病床に入院する2・3の患者は在宅でみることができないのではないか」と問題提起。

その上で、「病院併設型の住宅が選択肢として考えられる。25対1の一部をこちらに回してはどうか」と提案した。廃止が予定されている介護療養病床からの転換も想定されていると思われる見解である。

同構成員の「介護療養病床の医療区分2・3患者は在宅へ」という発想は、後段に提案した「病院併設型の住宅」を意味したものと思われるが、この論法に従うと、20対1の医療区分2・3患者まで在宅の対象となりかねない。

訪問診療の患者の医療区分2・3が45%という点については、訪問診療に関するデータが標本数364と少ないことからデータの再吟味が求められる一方、複数の医療系委員から「同じ医療区分でも、施設にいるときと在宅とで

は意味が異なる。同じ基準で判断できない」との指摘も出るなど、武藤構成員の提案には、少なからぬ構成員が疑問を示した。

一方、田中構成員(慶応大学名誉教授)は、「医療と介護と住まいを組み合わせることが大切。介護の世界には色々な組み合わせがあるが医療の供給がない。医療には暮らしをベースにした施設がない。これから必要になるのは要介護度が高いが医療必要度が低い人に対するサービスだ。住まいをベースに介護を組み合わせ、そこに一定程度の医療を供給する。そうしたミックス型の施設が必要ではないか」とする見解を表わした。

また、「新たに医療+住まいの施設を考えるか、あるいは、(既存医療施設を活用して)同じ敷地・建物に手を加えて病床でもあり住まいでもある空間をつくり、人員基準を変えて同じスタッフがみていく」のかとも発言、選択肢の議論を絞り込む提案を行なった。

同構成員は「私は在宅論を述べているわけではない。医療がそばにある新たな施設を考えるべきと申し上げている」として、これまでの在宅強化論とは

一線を画したが、この提案は武藤提案の後段(病院併設型の住宅)とも重なるものがある。

こうした提案に池端構成員(医療法人池慶会理事長・池端病院院長)は賛同する旨を表明。20対1病床から取り残される「医療区分1の患者をどうみていくかが主要なテーマ」との認識を示した上で、「転換型老健でもできなかった医療を提供できるようにすべきであり、療養機能強化型の機能は残すべきだ」と論じた。

ただし、「利用者の負担水準を考慮しないとうまくいかない」ことから、「本人負担は医療療養とサ高住の間でおさめないとならない」とし、「今ある施設を利用していくべき」と主張した。

この提案に対しては複数の構成員から「6.4m²で住まいといえるのか」という疑問が示されるなど、検討会には慎重な向きも多い。

この提案に関連して、嶋森構成員(慶応大学元教授)は、主に看護師をさしながら、「こうした施設の人員基準を緩めて少しでも在宅医療に向かうようにしてほしい」と発言。池端構成員もその考えに賛成した。

鈴木構成員(日医常任理事)は、「今よりも負担額が増え、医療や介護が手薄くなる。これで患者や家族が利用したがるだろうか。このままではうまくいかない。もう少し実際的な問題を含めて考える必要がある」と述べ、新たな類型案の絞り込みなど性急な議論の



展開を戒めた。

土屋繁之構成員(医療法人慈繁会理事長・全日病常任理事)は、「新しい枠組みという考え方は確かに大切」とした上で、「病院では患者の状態を悪化させないためにかなりの手がかかっているが、在宅ではそこまでできないので、医療区分1の患者がすぐに2・3と病態を悪化させる可能性が高い。その結果、急変して病院に救急搬送されるケースが増えるのではないかと指摘し、医療区分1の患者も在宅で可能とする発想に強い疑問を表わした。

さらに、既存施設の転換論に対して、「25対1や介護療養病床はそれぞれ高いレベルの医療を提供している。それを新しい施設に転換させた場合に質の低下が懸念される。また、個人負担の増加が避けられない。それだけでなく、経営的な見直しへの不安、病院でなくなる転換で生活ができなくなる医療従事者が出る可能性があるなど、色々な問題が生じる」と指摘。

「はたして若いマンパワーが確保できるのか。何よりも、経営が立ち行かなくなる事態だけは避けたい」とも述べ、患者だけでなく、経営者や医療スタッフの視点からも検討する必要があるとの認識を示した。