

医業経営情報 REPORT

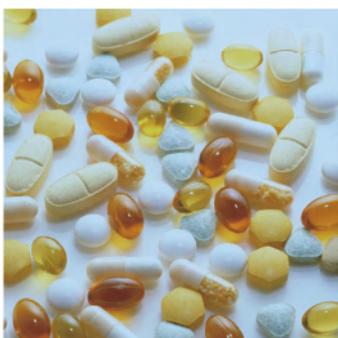
9 | 2014

制度改正

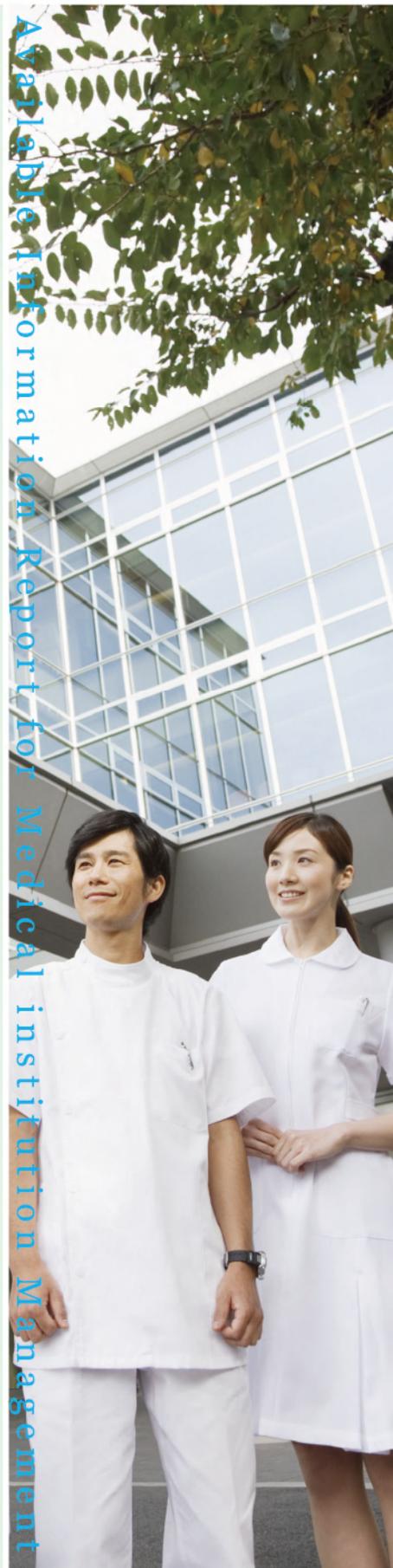
制度改革を加速させる

今後の医療・介護をめぐる 政策方針

- ① 示された今後の医療・介護に関する政策方針
- ② 病床機能報告制度と地域医療構想の策定
- ③ 医療介護総合確保促進法による基本方針



Available Information Report for Medical Institution Management



1 | 示された今後の医療・介護に関する政策方針

1 | 「骨太の方針」にみる医療・介護の方針

本年6月24日、政府は経済財政諮問会議による「経済財政運営と改革の基本方針 2014（骨太の方針）」を閣議決定しました。

医療・介護に関わる主な内容は下記のとおりです。

◆「骨太の方針」に明記された医療・介護関連項目

【経済財政運営と改革の基本方針 2014】 骨太の方針

- 地域医療構想（ビジョン）を基に病床の再編を含め医療提供体制の適正化
- 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みをさらに活用
- レセプトデータなどへの社会保障・税番号の導入について検討
- 社会福祉法人の適正化、介護職員の処遇改善
- 一定期間内の処方せんを繰り返し利用する制度（リフィル制度）の検討

【具体的な項目】

- 医薬品、医療機器の保険適用の評価での費用対効果の観点の導入
- 調剤技術料、薬学管理料の妥当性等の検証、リフィル制度等の検証
- 長期収載品の薬価見直しの仕組みの効果等の検証
- 市場実勢価格を適正に反映できるよう薬価調査、薬価改定のあり方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度も含めた検討 等

骨太の方針では、「社会保障給付についていわゆる『自然増』も含め聖域なく見直す」と明記されたほか、病床再編による医療提供体制の適正化を早急に進めるとも記しており、先に成立・公布された医療介護総合確保推進法に基づく各改正とも併せて、経済再生と財政健全化の双方に取り組むことが掲げられました。

そのほか、政府内の産業競争力会議による「日本再興戦略改訂 2014（成長戦略）」、規制改革会議の「規制改革実施計画」も同日閣議決定となり、それぞれにおいて医療・介護分野について政策方針が示されています。

2 | 「成長戦略」における医療・介護の位置づけ

(1) 成長戦略における健康関連分野の方針

「日本再興戦略改訂 2014（成長戦略）」では、「医療・介護などの健康関連分野をどう成長市場に変えてゆくか」という観点にたち、新たな保険外併用療法として患者申出療養（仮称）の検討などが盛り込まれています。

◆「成長戦略」に示された医療・介護関連項目

【日本再興戦略改訂 2014】 成長戦略

- 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
⇒ 2015 年中に措置
- 新たな保険外併用療法の検討＜患者申出療養（仮称）＞
⇒ 来年通常国会に法案提出
- 個人に対する健康・予防インセンティブ（ヘルスケアポイント、現金など）の付与
⇒ 2015 年中に措置
- 大都市圏の高齢化に伴う医療・介護需要への対応 ⇒ 2015 年度末まで
- 介護分野国家資格を取得した他外国人留学生の活用 ⇒ 年内
- 看護師、薬剤師などの業務範囲のあり方検討 ⇒ 年内

【具体的な項目】

- DPCデータの第三者提供の本格的な運用に向け今年度より試験的に運用開始
- 再生医療、医療機器について専門評価機構を立ち上げ
- 患者申出療養として導入すべき事例を把握する仕組みの構築

(2) 規制改革実施計画における医療・介護に関する方針

規制改革会議でまとめられた「規制改革実施計画」においては、稼働していない病床を把握し削減するための方針策定など、医療・介護関連分野における財政健全化の実践に向けた基準や要件の明確化、方針などが示されています。

既に年度内の措置が決定している社会福祉法人の内部留保の取り扱いに関しては、法人運営の透明性確保について、問題を指摘する声が多かったことから、適正化に向けた基準が公表されるとみられています。

◆「規制改革実施計画」に示された医療・介護関連項目

【日本再興戦略改訂 2014】 成長戦略

- 非稼働病床の実効性ある削除方針を検討 ⇒ 本年度結論
- 在宅医療を主として行う診療所の開設要件の明確化 ⇒ 本年度結論
- 7：1入院基本料のあり方検討 ⇒ 本年度結論
- プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成 ⇒ 2016年度改定まで
- 社会福祉法人の内部留保の位置づけ明確化 ⇒ 本年度中に措置

【具体的な項目】 ～規制改革実施計画

- 患者申出療養の創設
- 患者のQOLの向上効果がどの程度あるかを客観的に評価する指標や実質的な医療・介護費用の削減効果の指標をイノベーションの評価に活用する仕組みの検討
- 再生医療等製品を使用する手術で難易度に応じた手技料を算定できるよう検討
- 急性期を担う医療機関にのみ適用されるよう7：1入院基本料のあり方を検討
- プライマリ・ケアの提供体制を整える措置の検討
- 在宅診療を主に行う医療機関に対し外来応需体制を求める運用のあり方を検討

3 | 患者申出療養(仮称)の概要

来年度の通常国会法案提出を目指し、医療保険が適用される保険診療と、適用されない保険外診療（自由診療）を併用しても医療費の自己負担は自由診療部分のみとする「患者申出療養制度」の枠組みについて、現在も検討が進められています。

混合診療の拡大につながるといわれる同制度は、政府の規制改革会議（岡素之議長＝住友商事相談役）が安倍晋三首相に提出した第二次答申に盛り込まれたもので、新たな成長戦略の目玉でもあり、保険診療や国民皆保険制度を脅かす存在という意見もみられます。

一方で、「成長市場」と位置付けられた医療・介護分野の活性化と将来の保険適用を目指すなかで、未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に保険外併用療養として使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に定める仕組みであることから、患者の意向に沿う医療提供の可能性も持っており、様々な立場から議論の対象となっています。

患者申出療養では、臨床研究中核病院（現在 15 カ所）が主体となる制度として考えられがちですが、将来的には能力の高いかかりつけ医が臨床研究中核病院・大学病院と連携して推進する立場となることが期待されます。

◆患者申出療養の対応方針<現在の判明分:抜粋>

- 医師が治療の内容や安全性・有効性などを患者に対して十分説明し、患者が理解、納得したうえで申出することを前提
 - ⇒ 対応医療機関の安全・適切な診療体制が整っていることを確認し、診療内容に応じて、できるだけ患者に身近な医療機関で、迅速に受診できるようにする。

(1) 対応医療機関

未承認の診療に関する豊富な知見を有する臨床研究中核病院と患者に身近な地域の医療機関が、診療内容に応じて連携協力を図りながら、患者からの申出に係る診療をできる体制を構築

- * リスクの高いものは大学病院や地域の基幹病院、リスクの低いものは対応可能な地域の病院で受けられるようにする ⇒ 患者からの申出に対応できない場合は、実施可能な医療機関に紹介

(2) 承認までの期間

① 「患者申出療養（仮称）」としての前例がある診療

臨床研究中核病院の他、患者に身近な医療機関（協力予定医療機関等）が、患者から申出を受け、前例を取り扱った臨床研究中核病院に対して申請（共同研究の申請）

- ⇒ 申請から原則 2 週間で臨床研究中核病院が判断

② 「患者申出療養（仮称）」としての前例がない診療

臨床研究中核病院が、患者から申出を受け、国に対して申請

- ⇒ 申請から原則 6 週間で国が判断

- * 患者に身近な医療機関を最初から対応医療機関（協力医療機関）として申請（共同研究の申請）する場合は、その医療機関で受診できるようにする。

(3) 対応医療機関の充実<略>

また、最も重視される安全性・有効性等の確認については、(1) 国において、専門家の合議で安全性・有効性を確認（エビデンスのある診療はできるだけ対象とする方針）、(2) 保険収載に向け、治験等に進むための判断ができるよう、実施計画を作成し、国において確認するとともに、実施に伴う重篤な有害事象や実施状況、結果等について報告を求める（長期的な評価が必要なものも対象）、(3) 実施計画の対象外の患者からの申出があった場合は臨床研究中核病院において安全性、倫理性等について検討を行った上で、国において専門家の合議により実施を承認、という 3 点が示されました。

患者に身近な医療機関として、地域のかかりつけ医である診療所が「協力予定医療機関」となることも十分想定されることから、今後公開される情報については関心を持っていることが求められるでしょう。

2 | 病床機能報告制度と地域医療構想の策定

6月18日の参議院本会議で可決、成立した「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」（医療介護総合確保推進法）は、医療法や介護保険法等の19の改正法の一括法で、同月25日に公布されています。

これを受けて、厚生労働省は7月25日、医療介護総合確保促進会議の初会合を開催し、地域医療構想などの基本方針となる「総合確保方針」の策定について検討を開始しました。

1 | 医療介護総合確保推進法の主要項目

(1) 医療法に関連する項目

◆医療法関連項目

- ① **病床機能報告制度**：地域医療構想（ビジョン）の策定、都道府県知事の権限強化
- ② **医療計画の見直し**：在宅医療の確保目標等追加、6年ごとに見直し
- ③ **医療従事者の確保**：都道府県知事による医師派遣、研修体制整備の協力要請
- ④ **医療従事者の勤務環境の改善**：厚生労働大臣による指針
- ⑤ **医療法人の合併**：社団と財団の合併を可能に、持分なし法人への移行促進
- ⑥ **臨床研究中核病院**：厚生労働大臣の承認
- ⑦ **医療事故調査制度の見直し**：「医療事故調査・支援センター」

上記の改正のうち、中心となるのが病床機能報告制度の創設と地域医療構想（ビジョン）の策定です。

病床機能報告制度については後述しますが、都道府県は、本制度で報告された情報を基に医療需要を勘案し、機能別の必要病床数や将来の見通しをまとめた地域医療構想を策定して医療計画に反映させることになります。

さらに、地域医療構想を確実に実現するための措置として、医療関係者や保険者で構成される「協議の場」を設け、構想の達成に必要な事項を検討するとしました。そのうえで、この協議の結果である決定事項に従わない医療機関に対しては、都道府県がペナルティーを科すことも可能としています。

(2)介護保険法に関連する項目

◆介護保険法関連項目

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化する
*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、月額上限あり）
- 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

改正介護保険法では、市町村の権限強化と患者の自己負担見直しが柱となっており、事業者の指定権者を都道府県から市町村に移譲するなど、利用者の居住地の市町村が細やかなサービス提供を可能にするほか、在宅医療との共同・連携を図るため、介護保険事業計画と医療計画との整合性を確保する改正がなされました。

2 | 病床機能報告制度の導入

(1)病床機能報告制度が10月に開始

病床機能報告制度は、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日における病床の機能（以下、「基準日病床機能」という。）及び基準日から一定期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）並びに入院患者に提供する医療の内容等の情報について、都道府県知事に報告が求められるというものです。

この情報をもとに、将来の医療需要と各医療機能の必要量を「地域医療構想」として都道府県単位で示し、医療機能の分化と連携の協議を通じて、病床数の適正化を図るとされました。

(2)具体的な報告内容

8月以降、本制度の詳細が明らかとなり、医療機関が報告すべき具体的内容が示されています。

◆医療機関が報告する医療機能

各医療機関は病棟単位で、「現状」と「6年先の予定」について、以下の4つの医療機能のいずれかを選択し、都道府県に報告する	
高度急性期機能	●急性期患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	●急性期患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	●急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ●特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	●長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ●長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

*医療機能を選択するための判断基準

⇒ 制度導入当初は具体的な数値を示すことは難しいため、「定性的」基準を参考に各病院が独自に判断するが、厚労省が将来的には「定量的」な基準を策定する予定

【例】高度急性期

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室
小児集中治療室、総合周産期集中治療室 等

各医療機関は、提供する医療の具体的内容を病棟単位で報告する	
構造設備	7月1日時点の状況を、国が整備する全国共通サーバに送付する。
医療の内容	レセプトに病棟コードを付記して請求する。厚生労働省がNDB（後述）より集計。 *平成26年度については、医療の内容は病院単位で報告する（次期改定以降は病棟単位）

今後、病棟単位での報告となることから、現行のレセプトには、「どの病棟でどのような診療が行われたか」という情報は含まれていませんが、次期診療報酬改定時期にあわせて、「病棟コード」が入力できる様式に変更することとなりました。

また、医療機関は病棟コードを入力したレセプトで請求を行い、国のナショナル・データベース（NDB、下記*参照）に届いたデータを厚生労働省が集計し、都道府県に提供するという仕組みが準備されています。

*NDB：ナショナルデータベース「レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム」
NDBデータ：国が保有するレセプト情報、特定健診情報及び特定保健指導情報のデータ

本年度は、医療機関は7月1日現在の構造・人員配置の状況を10月中に報告することとなります。医療内容については、7月審査分のレセプトが集計されて、これらの報告内容を基に、都道府県は本年度中に地域医療構想を策定することとされています。

さらに今後、毎年7月1日時点の状況とその6年後についての医療機能を報告することが求められています。この「6年」は、医療計画の計画期間に合わせたもので、6年より前に医療機能を変更する予定があれば、その時期も報告する必要があります。

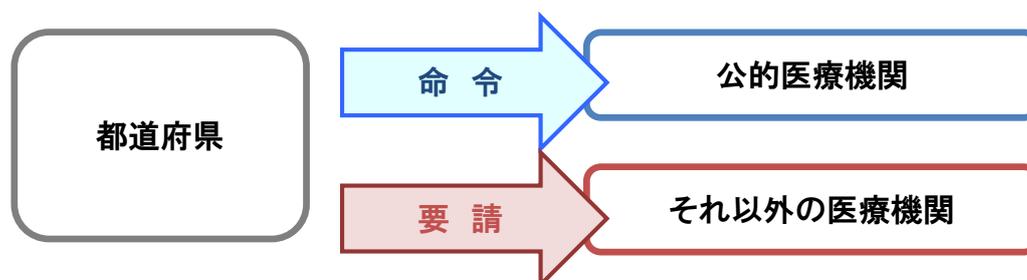
(3)病床数の適正化に関する都道府県の権限

病床機能報告制度によって集計された医療機能の情報は、地域医療構想策定のベースになるとともに、今後の医療確保のための「協議の場」でも活用されます。

具体的には、地域医療構想において定めた医療機能の必要量から、仮に「過剰」と判断された病床があり、これを十分な理由なく増やそうとする医療機関に対し、病床転換の中止を求めることが可能になります。

現在は休床中の病床を有している診療所や病院にあっては、今後の医療需給状況から、再度稼働させることが難しくなる事態も想定されます。

◆都道府県が「病床転換中止」を求める場合 ～公的とそれ以外の違い



3 | 医療介護総合確保促進法による基本方針

1 | 「総合確保方針」の策定へ

厚生労働省は、医療介護総合確保推進法（以下、「確保推進法」）の成立を受けて、地域医療構想などの基本方針となる「総合確保方針」の策定について検討を重ねています。

総合確保方針では、新たな財政支援制度の基金の財源を充てて実施する都道府県事業に関する基本的事項も、その中に含んでいます。

また、総合確保推進法に基づき医療介護総合確保促進会議が設置され、7月25日に初会合が開催されています。この促進会議の場で、総合確保方針が検討されるのです。

(1) 総合確保方針策定に向けた論点

医療介護総合確保推進法に規定された総合確保方針は、超高齢社会を見据えた医療・介護提供体制の改革に向け、地域医療構想を反映させる医療計画や介護保険事業支援計画などの基本方針を定めるもので、19の法改正の一括法である確保推進法の具体化に向けて、各計画に落とし込むまでの方向性と枠組みを示すものと言えます。

◆ 総合確保方針に盛り込むべき事項についての論点 ～厚生労働省

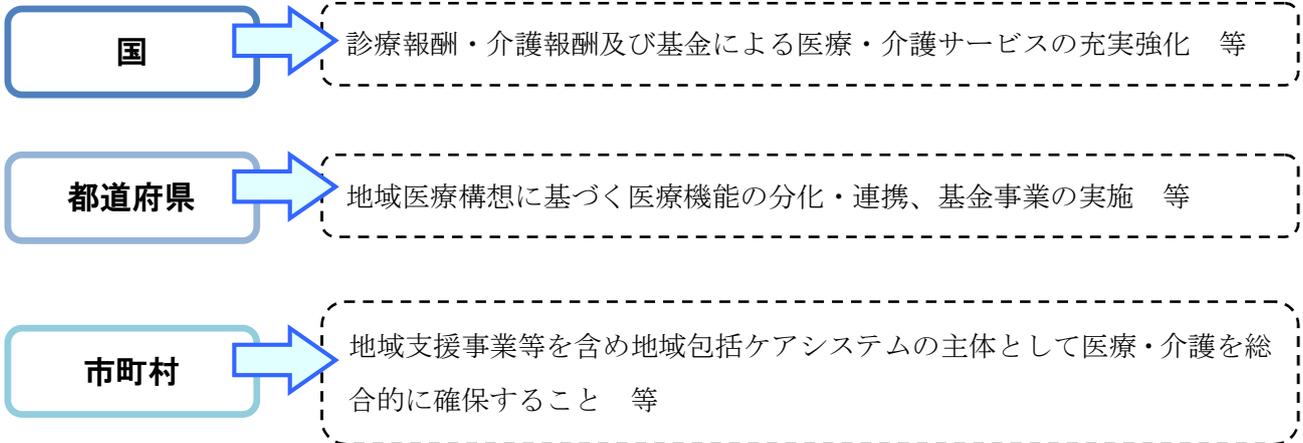
- ① 医療・介護の総合的な確保の意義と基本的な方向
- ② 医療計画基本方針および介護保険事業計画基本指針の基本となるべき事項、医療計画および介護保険事業支援計画の整合性の確保
- ③ 総合確保推進法に規定する都道府県計画および市町村計画の策定・整合性の確保
- ④ 新たな財政支援制度（基金）
- ⑤ その他

◆ 意義と基本的な方向性

- 急性期医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく提供される体制の整備
- 「地域包括ケアシステム」の構築
- 医療・介護従事者間の他職種連携

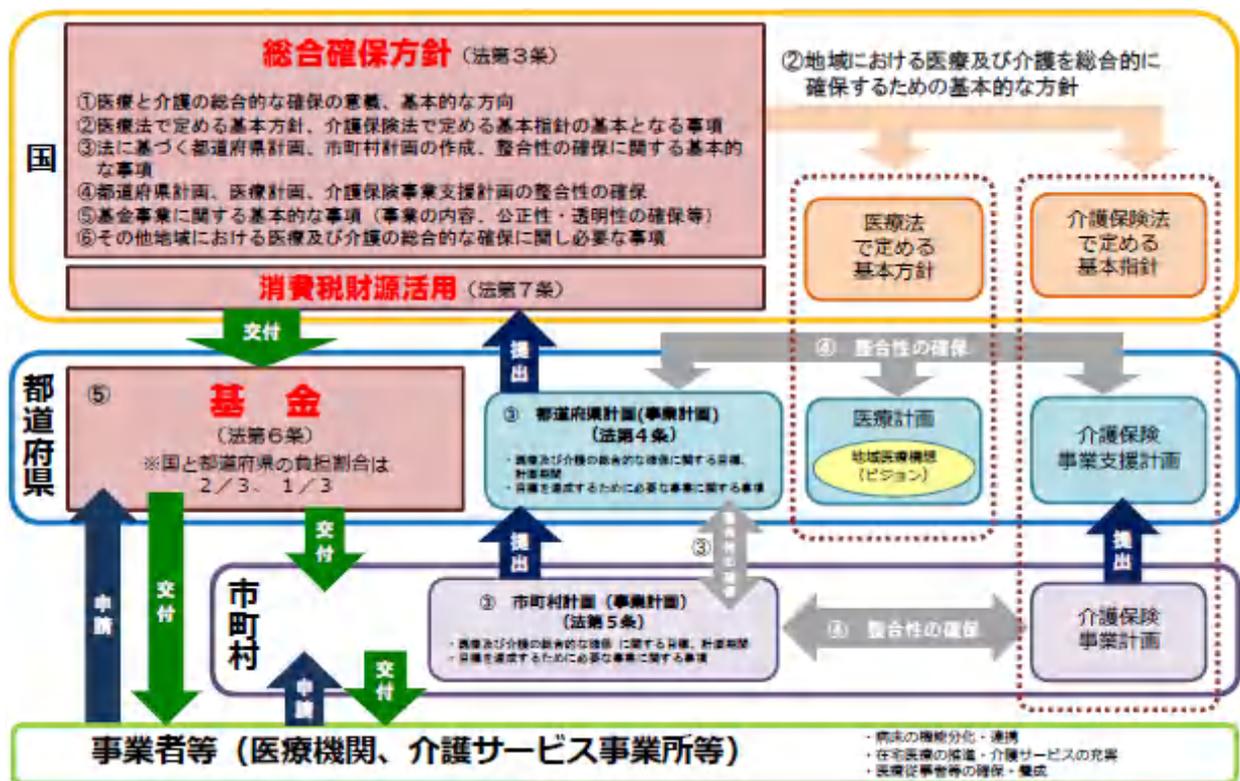
また、今後、確保推進法の具体化に向けて、国や都道府県、市町村が果たすべき役割としては、次のような項目が示されています。

◆国、都道府県および市町村の役割



(2)総合確保方針の枠組み

◆地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み



※ 法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

出典：厚生労働省保険局 医療介護連携政策課 資料

2 | 介護分野における法・制度改革への対応方針

在宅医療との協働が重視されていることから、介護保険事業についても法・制度改革について、対応が求められる医療機関も多いはずです。

介護保険制度改革の準備として、厚生労働省・全国介護保険担当課長会議において説明された内容から、確認しておくべき事項を整理します。

(1) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進に関しては、制度改革により新たに創設される推進事業の概要案が示されています。

◆在宅医療・介護連携推進事業の内容

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

(2) 特養の特例入所に関する要件

今回の法改正により、平成27年4月から特養ホームの新規入所者は原則として要介護3以上に限定されることが決定しています。

ただし、要介護1～2である場合でもやむを得ない事情があるケースについては、入所が認められるものとされ（特例入所）、この要件に関する検討が行われていましたが、今般指針の骨子案が示されています。

要介護度の軽重だけでなく、対象者が在宅生活に困難な事情がある場合には、特例的に入所を認める判断基準として、4つの要件案がまとめられています。

◆特例入所の要件(勘案事項)の骨子案

- 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態であるか否か。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態であるか否か。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であるか否か。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難であるか否か。

上記によると、「やむを得ない事情」とは、要介護1～2であっても、認知症や知的・精神障害等、深刻な虐待の疑いのほか、単身世帯・介護者が高齢・病弱などの理由によって、在宅生活が困難な状況にあると認められる場合と定義されています。

これらに該当するとしても、必ずしも特例入所が認められるわけではありませんが、枠組みを示すことにより、入所適応者を判断することになるとみられます。

(3)デイサービスをめぐる見直し

①小規模デイの見直し

小規模通所介護については、法改正によって平成28年4月から地域密着型通所介護に移行し、その対象は「利用定員18人以下の事業所」となる予定です。

介護報酬上の小規模事業所の定義は、「前年度の1月あたりの平均利用延べ人員が300人以内」とされていますが、固定的な基準が必要として、新たに規定されます。

現在の通所介護事業者数は3万9500件を超えていますが、うち介護報酬上の小規模事業所は約2万1670件で、全体の約55%を占めている状況であるため、固定的な利用定員の定義が導入されることにより、影響を受けるケースは少なくありません(平成26年5月審査分)。

②お泊りデイサービスへの対応

「お泊りデイサービス」については、届出制の導入、事故報告の仕組みの構築、情報公表の推進等の対応が予定されています。具体的には、平成27年4～7月を届け出期間として10月から情報公表、同年4月1日から市町村への事故報告が実施されるスケジュールとなっています。

医業経営情報レポート

会社を伸ばす人材を確保する！ 人材募集・選考・採用のポイント

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】森田 務 公認会計士事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。