

《地域医療情報No9》

「地域医療構想」の次のターゲットは、「回復期」病床の在り方と、「外来地域医療構想」へ！

「新型コロナウイルス対策」で医療体制確保に揺れる中でも、「地域医療構想」の計画進行と、新たな『外来版—地域医療構想・機能報告制度』の検討を進める！（「医療計画」見直し検討の中で議論）～4月中に「中間とりまとめ」の方向

3月18日に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」では、

(1)「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲を明確化する

① 類型 1:「入院の前後」の外来

→ 次のいずれかに該当する「入院」の前後 30 日間の外来

→ ▼ 手術(診療報酬の K コード)の算定 ▼ 処置(J コード)のうち「DPC で出来高算定可能なもの」(1000 点以上)を算定 ▼ 麻酔(L コード)を算定 ▼ DPC 算定病床の入院料区分 ▼ 短期滞在手術等基本料 2・3 を算定—

② 類型 2:「高額等の医療機器・設備」を必要とする外来

→ 次のいずれかに該当するもの

→ ▼ 外来化学療法加算を算定 ▼ 外来放射線治療加算を算定 ▼ 短期滞在手術等基本料 1 を算定 ▼ 550 点以上の検査(D コード)、画像診断(E コード)、処置(J コード)(地域包括診療料において包括範囲外とされている脳誘発電位検査、CT 撮影など) ▼ 手術(K コード)を算定 ▼ 病理(N コード)を算定—

③ 類型 3:「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材」を必要とする外来

→ 次のいずれかに該当するもの

→ ▼ ウイルス疾患指導料を算定 ▼ 難病外来指導管理料を算定 ▼ 診療情報提供料(I)を算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来—

(2) 医療機関から「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について報告を求め、実態を把握する

報告については病床機能報告制度に倣い、「国がレセプトデータから『医療資源を重点的に活用する外来』実施状況を集計し、それを各医療機関に提示し、医療機関がチェックする」仕組みとする

(3) 地域の医療関係者等で協議し、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する

協議の場については、入院と外来を一体的に検討するために「地域医療構想調整会議」とし、機能分化に向けて都道府県知事へ一定の権限を付与することなど

この(1)ー(3)の枠組みについて、外来医療の機能分化を進めるため、▼地域の医療資源には限りがあるため、「『医療資源を重点的に活用する外来』を基幹的に担う医療機関」を明確化し、そこに医療資源を重点化・集約化していくことで資源の有効活用が可能となる点▼症例の集約化によって「医療の質の向上」が期待できる点▼明確化により「患者に分かりやすい外来医療提供体制」の構築にも資すると思われる点ーなどを考慮したものとする

厚労省は、「検討会で(1)の類型を固め、その後、類型の詳細を新設するワーキンググループで専門的に詰めていく」考えを示しました。

また(2)の報告制度については、対象医療機関をどう考えるかが大きな論点となります。「外来を行うすべての医療機関」に報告を求めるのではなく、「病院等に限定して報告を求める」形となりそうです。

さらに(3)の明確化に関しては、厚労省から「手法と効果」の考え方が新たに示されています。

(A)「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確化するに当たり、「国で一定の基準を示す」とともに、それを参考に地域の実情を踏まえる仕組みとすることが考えられる

(B)「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、地域の医療関係者間で「●●病院は、紹介患者を中心に診て、状態が安定した後に逆紹介してくれる医療機関である」との共通認識ができ、また患者にもそれが分かりやすくなり、自治体・保険者が「外来医療のかかり方」を住民・加入者に周知・説明しやすくなる(地域における患者の流れの円滑化)

(C)地域における患者の流れがより円滑になることで、「勤務医の外来負担の軽減」「医師働き方改革」「病院の外来患者の待ち時間の短縮」にも資する

厚労省は病床規模別に「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況データを提示。そこでは、例えば、全外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」割合は「大規模病院になるほど高くなる」ことなどが明らかになっています。

検討会では4月中に中間取りまとめを行い、その結果をもとに社会保障審議会の医療部会・医療保険部会等で「紹介状なし外来受診患者からの特別負担徴収義務の拡大」に関する制度設計を今夏(2020年夏)までに行うことが求められています。

《外来地域医療構想》の背景

「全世代型社会保障検討会議」が昨年(2019年)末に、大病院における「紹介状なし外来受診患者」に対する特別負担の金額について、▼初診時5000円・再診時2500円を増額する▼徴収義務対象を『200床以上の一般病院』に拡大し、外来医療の機能分化を促す一などの方向性を示しました。▼そして社会保障審議会・医療部会等や検討会で、ベースとなる「外来医療の機能分化」「かかりつけ医機能の推進」に関する方向性を固める▼「対象病院」や「金額」「医療保険の負担を軽減する仕組み」などを議論するーという2つのルールで議論を進めることになりました。検討会では(1)外来機能の明確化(2)かかりつけ医機能の強化(3)外来医療のかかり方に関する国民の理解促進ーの3点を検討テーマとして議論を進め、4月に中間取りまとめを行います。このうち(1)に関しては、▼「医療資源を重点的に活用する外来について、医療機関ごとにその機能を明確化し、地域で機能分化・連携を進めていく枠組み」を検討する▼検討に当たっては、病床機能報告や地域医療構想などの既存制度との整合性、エビデンスを踏まえる一方向が確認されました。地域の医療資源には限りがありますから、「医療資源を重点的に活用する外来」を「どの医療機関でも実施できる」ように整備することは不可能です。一定の医療機関に「重点化・集約化」していくことがどうしても必要であり(機能分化・集約化)、さらに「どの医療機関が『医療資源を重点的に活用する外来』を行っているのか」を患者・国民に分かりやすく情報提供していくことが必要になる(可視化、見える化)と厚労省は考えています。また多くの地域では「外来患者数がすでに減少傾向」にあり、医療機能の重点化・集約化は「医療の質」向上や、「経営の質向上」にも大きく関係してきます(少なくなる患者、少なくなる医療人材を奪いあい続ければ、共倒れもありうる)。