

次期診療報酬改定の方向性について 基本方針等を踏まえた改定ポイントの解説

中林 梓

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 代表取締役



中林 梓
(なかばやし あづさ)
株式会社 ASK 梓診療報酬研究所
代表取締役

講師経歴

■ 略歴

札幌出身

病院・診療所対象のコンピュータ・インストラクターを経て、医事運用、経営コンサルティングに従事。

平成9年(1997) ASK 梓診療報酬研究所を設立。

請求もれ、経営改善、在宅医療等をテーマに、分析・セミナー講演・執筆活動を行なう。

現在

診療報酬に関する各種研究、医業収入診断、経営改善指導、医事運用コンサルティング、在宅医療運営指導、レセプト精度診断、診療報酬請求に関する医師・看護師向けの各種教育研修・セミナーに携わる。

医業経営コンサルタント。

■ 研修講師実績

全国公私病院連盟

厚生年金事業団

静岡県病院協会

広島県病院協会

新潟県病院協会

北海道病院協会

日本病院会

各厚生連

神奈川県看護協会

静岡県看護協会

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ(MMPG)

日本医業経営コンサルタント協会 他

■ 執筆活動

『日経ヘルスケア』

『医事業務事情』

その他

■ 著書

『医業・介護事業経営はこう変わる』

(株)TKC 出版

『病医院の経営・会計・税務』(共著)

(株)TKC 出版

診療所開業マニュアル(共著)

日経 BP 社

その他

■ 所在地

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所

●本社(郵便・宅配便 送付先)

札幌市東区北33条東9丁目1-20

Tel 011-753-0408 Fax 011-753-0428

※本講演は平成21年12月10日時点での中協情報等を元にしたものです。

はじめに

皆さま、こんにちは。中林と申します。前の改定のおきもこちらでお話をさせていただきました。今回もお呼びいただきまして、ありがとうございます。通常、この時期の改定の話ですと、すでに改定率が出て内容的にもだいたい明らかになっているのですが、皆様方もご存じのように今回はまだ改定率も出ておりません。今日の私の話は今、中医協で審議されていて、おそらく来年の改定で変更になるであろう項目、特に皆様方の業界で関係するようなものがどこになるのかと、細かい点数の話まではできませんが、プラスになりそうところとマイナスになりそうところを分けて予想してみようと思います。なお、最初にお話しておきたいのですが、今日お話することはあくまでも私の予想です。外れても責任がもてないということでご容赦いただきたいと思います。

その前提で改定率を予想しますと、実は事業仕分け前に、厚生労働省は3%アップだ、5%アップだ、大盤振る舞いで入院基本料10%アップだといった情報が出ていました。しかし、事業仕分け以降、パタッとトーンが変わりました。なるべくメリハリをつけた改定であまりプラス分をつけないようにしようというトーンになり、さらにここ2日間、一切の情報がなくなっています。ということは、そこから予測するに、3%アップというのはあり得ないかもしれません。こうした情勢ですから、長妻厚生労働大臣や荒木専務次官は、どうしてもプラス改定でなければならないというトーンでお話しをされています。では、改定率はどれくらいかということになると、今のところ、財源という観点からみて1%アップがいいところで、3%アップはちょっとないのではないかと思います。私としては、今の情勢からみると1%あればよかったかなというところまでトーンダウンしてきていると思っています。

さて、ではプラス改定ということになれば、いわゆる薬と材料で5000億、

薬1.23%、材料が0.13%と、あとどれくらいプラスできるかは財源にかかってくるので、そうなるあまり期待もできないかなというところですが、ただ、そのプラスがごく僅かだとしても、プラスになる分野と苦しくなる分野とに分かれます。その内容が今、中医協で審議中ということです。それでは、資料で追いかけてみることにしましょう。

診療報酬見直し項目

最初の資料は民主党がマニフェストに載せているものです。今日は、全部を読み上げません。おそらく皆さんも民主党のマニフェストはご覧になっていると思いますので、来年の改定で気をつけてみたい部分だけを言いたいと思います。

まずは、やはり急性期病院です。急性期というものに関してはわりと評価をしていると思います。療養病床では、食費・居住費を含めた包括払いということを行っています。それは来年の改定には間に合わないと思います。しかし、一応民主党としてはそうした腹積もりがあるということです。そして3番目に書いているのは、将来的な包括払い、つまり入院です。超急性期・回復期・維持期は当面は出来高払いとするが、と書かれていますが、それは今残っている出来高払いのことです。しかし、将来的には包括にしていきたいということが、入院に関しては見

民主党がマニフェストに盛り込んだ診療報酬見直し項目

- (1)急性期病院で包括払い制度の導入を推進し、クリティカル・パスを可能な限り導入
- (2)療養病床では食費・居住費を含めた包括払い制度を導入
- (3)超急性期・回復期・維持期は当面は出来高払いとするが、スタッフの充実度と成果を検証し将来的には包括払い制度に組み込む
- (4)後期高齢者医療制度の現在の外来医療費の「包括払いのような制度」は反対
- (5)医療情報の共有と患者負担軽減、医療連携推進の観点から、後発医薬品の普及、電子カルテによる診療情報の伝達網の整備を推奨、

資料 1

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

え隠れしています。4番目にあるのは、後期高齢者医療制度。これは一応3年後に廃止ですが、当面は今の制度のまま行って、新しい制度を考えようということです。診療報酬でいえば、後期高齢者と名称につくものはなくなる予定です。医療情報の共有というのは、電子カルテによる診療情報の伝達網の整備です。後発医薬品の普及も、民主党のマニフェストに入っています。

(資料1)

次に、救急、産科、小児、外科、へき地、災害の医療体制の再建があります。役割分担というのは前政権のときにも言っていました。そして連携ということも、厚生労働省的には関係します。医療の世界に短時間正規勤務制というものを導入したり、地域医療という言葉も出てきます。開業医による地域中核病院の外来診療や夜間診療の分担などもマニフェストに入っています。

(資料2)

そして、勤務医の不払い残業の是正というのも入っています。メディカルスタッフの職能拡大と増員、看護師等の業務範囲の拡大などの項目は、医師が大変だということから出てきています。今日は医療事務をなさっている方も多くいらしていますが、民主党は医療事務員(医療クラーク)の導入を支援すると言っています。そして、総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げていくということを民主党のマニフェストでは言っています。これは私ごときが言うのはおこがましいのですが、このことをハッキリとした目標として挙げてきたのは今回が初めてだと思います。(資料3)

地域医療を守る医療機関の入院には、在宅の後方支援などが考えられます。レセプトオンライン請求の推進では、十分なインセンティブを設けるとあります。あとは領収書の発行、外来

民主党がマニフェストに盛り込んだ診療報酬見直し項目

- (6)救急、産科、小児、外科、へき地、災害等の医療提供体制を再建する
- (7)医療機関の役割分担を考慮した連携を推進、短時間正規勤務制の導入、国公立病院などの定数を増やし、地域医療の維持に資する兼業を解禁
- (8)開業医による地域中核病院の外来診療や夜間診療の分担などを促進
- (9)専門医が研修医の指導医となる臨床研修システムの構築

3

資料2

民主党がマニフェストに盛り込んだ診療報酬見直し項目

- (10)医師の交代勤務制の導入を促進し、勤務医の不払い残業を是正し、当直を夜間勤務に改める
- (11)薬剤師、理学療法士、臨床検査技師などメディカルスタッフの職能拡大と増員を図る
- (12)専門的な臨床教育等を受けた看護師等の業務範囲を拡大し、医療行為の一部を分担
- (13)医師の事務を分担する医療事務員(医療クラーク)の導入を支援
- (14)総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで今後引き上げていく

4

資料3

民主党がマニフェストに盛り込んだ診療報酬見直し項目

- (15)地域医療を守る医療機関の入院については診療報酬を増額
- (16)レセプトオンライン請求推進のため診療報酬上の十分なインセンティブを設ける
- (17)医療費の内容と単価がわかる領収書が発行されるようにする
- (18)外来管理加算の5分要件は撤廃
- (19)がん対策として化学療法専門医・放射線治療専門医を養成

5

資料4

※本講演は平成21年12月10日時点での中協情報等を元にしたものです。

管理加算の5分要件の撤廃、がんの化学療法専門医・放射線治療専門医の養成、そして周産期における産科病院のネットワーク化の推進がマニフェストとして入っています。このほか、療養病床の凍結など、細かなところが出ております。以上が、民主党の医療に関するマニフェストです。（資料4, 5）

次に、社保審から出てきた基本方針、2つの重点課題と4つの視点です。まずは2つの重点課題について。今までは救急小児がありました。新しく産科、外科が医療の再建で入ってきました。外科のドクターが少なくなってきたり、産婦人科医が少なくなってきたり、というところから、視点として入ってきたものです。もう一つの視点が、病院勤務医の負担軽減です。これも医師が大変だということで、出てきています。（資料6）

次に4つの視点のほうですが、充実が求められる領域を適切に評価していく、とあります。肝炎や新型インフルエンザや在宅の歯科医療の充実などが、これに含まれます。技術やイノベーションの適切な評価などです。2番目は、患者から見てわかりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現するという視点です。いつも患者から見てわかりやすくという言葉が入ってきますが、だんだん点数表が厚くなるのはわかりやすくしていることになるのかなと個人的には疑問に思っておりますが、一応、こうしたことが4つの視点の中に入っています。（資料7）

3つめの視点である医療と介護の機能分化と連携の推進が、今回の改定で一番のポイントになると私は思っています。今までは病診連携、病病連携、診診連携という言葉がよく言われてきましたが、今回の診療報酬改定のキーワードによく登場するのが、「介護との

民主党がマニフェストに盛り込んだ診療報酬見直し項目

(20)周産期母子医療センターのもつ機能を明確化・再分類・整備拡充し、産科病院のネットワーク化を推進

資料5

平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点）

【重点課題】

①救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- ・救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制の充実
- ⇒地域連携による救急患者の受け入れの推進
- 小児や妊産婦を含む救急患者を受け入れる医療機関に対する評価
- 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
- 急性期後の受け皿として後方病院・在宅療養(有診を含む)の機能強化手術の適正評価 etc...

②病院勤務医の負担軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- ・救急、産科、小児、外科等の医療を担う病院勤務医の負担軽減のため、医療従事者の確保や増員を図る医療機関への支援
- ⇒入院医療の充実を図る観点からの評価
- (ex. 看護師や薬剤師等の医師以外の医療職が担う役割の評価、看護補助者等の医療職以外の職員が担う役割の評価等)
- 医師の業務そのものを減少させる取り組みに対する評価 (ex. 医療クラークの配置の促進等)
- 地域の医療機関(有診含む)や医療・介護職が連携し、役割を適切に果たすことを評価 etc...

©ASK/HMCG

出典：第35回社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日）資料より

資料6

平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点）

【4つの視点】(1/2)

①充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- ・国民の安全・安心の確保のため、医療の充実が求められる領域の評価を検討
- ⇒がん医療の推進、認知症医療の推進、肝炎対策の推進、新型インフルエンザ対策や結核等の感染症対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進、歯科医療の充実、手術以外の医療技術の適正な評価、イノベーションの適切な評価(新医療技術・医薬品等) etc...

②患者から見てわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- ・患者の立場から見て、わかりやすい・納得できる・安心・安全・生活の質に配慮した医療の実現
- ⇒医療の透明化(診療報酬を患者にわかりやすく)
- 医療安全対策の推進、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価

資料7

出典：第35回社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日）資料より

※本講演は平成21年12月10日時点での中協情報等を元にしたものです。

連携」という言葉です。これは点数としても新たに出てくる分野だと思われ
 ます。患者の身体というのは、上半身が医療で下半身が介護というわけには
 いきません。ですから、厚生労働省の中でも医療と介護が分かれて機能する
 と、ダブったり、無盾が出たりしてき
 ます。今回はそれをきちんと1本化し、
 流れをつくるというような改定です。4
 番目は、効率化の余地があると思われ
 る領域を適正化するという視点です。
 言葉ってすごくキレイですね。厚労省
 の言葉は挙げるときには「評価」と言
 い、下げるときには「適正化」と言いま
 す。これはいわゆる日本語とは少し違
 うので、気をつけてください。特に、こ
 こに登場しているのが、後発医薬品の
 使用促進です。(資料8)

では、今回の改定のポイントという
 か、今日の話の中でここだけはハッキリ
 しておきたいなというところをお話
 します。まず、初・再診料はどう動くか？

外来管理加算はどうなるのか？ 入
 院基本料と平均在院日数の変更はある
 か？ 医師事務作業補助体制加算は加
 速するか？ あとで細かく言いますが、
 ここで若干回答すると、初・再診料は
 おそらく動きます。病院の再診料は上
 がると思います。問題は、クリニックの
 再診料です。病院の再診料をクリニッ
 クまで上げてしまうと、お金がありません。
 その落としどころをどうするかです。
 病院の再診料を少しだけ上げて
 よしとするか、あるいはクリニックの
 再診料を少しだけ下げるかという可能
 性もなきにしもあらずです。今までの
 ように、プラス改定と言っているとき
 はクリニックの再診料を下げる話は出
 ていませんでしたが、財源がこういう
 状態になると、クリニックの再診料は
 絶対下がらないとは言い切れません。
 また、外来管理加算の中で、5分要件は
 撤廃されます。これはほぼ決まりといっ

平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点）

【4つの視点】(2/2)

③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く 効率的な医療を実現する視点

・質の高いサービスをより効率的に受けられるようにするため、医療と介護
 の機能分化と連携の推進(医療機関・介護事業所間の連携、医療職・介護
 職間の連携など)

⇒医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価

(ex. 質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進、
 在宅医療・訪問看護・在宅歯科医療の推進など)
 介護職も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価 etc...

④効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点

・国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域は、
 その適正化を図る

⇒後発医薬品の使用促進

市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適性評価 etc...

資料 8

出典：第35回社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日）資料より

次期診療報酬改定の方向性

- ① 初・再診料は、どう動くか？
- ② 外来管理加算の行方は？
- ③ 入院基本料と平均在院日数の
変更はあるか？
- ④ 医師事務作業補助体制加算は
加速するか？

10

資料 9

次期診療報酬改定の方向性

- ⑤ DPC：調整係数の段階的廃止へ
の対応は？ また新たな機能評価
係数は？
- ⑥ 後発医薬品と療養担当規則は？
- ⑦ リハビリテーション料は変更の可能
性大か？

11

資料 10

※本講演は平成21年12月10日時点での中協情報等を元にしたものです。

ていいでしょう。その代わりに、おそらく別の要件が出るだろうと踏んでいます。例えば、今でもあるのですが、治療計画をカルテに書いたり、患者に渡したりといった、5分要件に代わる何かの要件が出るのではないかと思います。入院基本料は底上げと言われていますが、上がる場所と下がる場所があると思います。つまり、急性期の7対1、10対1あたりはアップが考えられますが、13対1や15対1は苦しいかなというところ。平均在院日数の変更は前回の診療報酬改定で据え置かれたので、今年は短くなるかもしれません。4番目の医師事務作業補助体制加算は加速します。これは条件が緩くなるが、点数が上がると思います。（資料9）

DPC：調整係数の段階的廃止に関しては、いろいろなご質問をいただきます。今の段階では調整係数が一気に廃止になることはありません。それに代わる基礎係数という考え方も出てきていますから、いきなり今DPCの病院がものすごく収入が下がることにはならないと思います。そこそこ医療の質を確保しているDPCの病院であれば、そのままでなんとかやっていけるのではないかと思います。後発医薬品は推進されます。いろんな細かなことが出てきましたから、それは後でご紹介します。療養担当規則の変更も、今年はあると思います。特に後発医薬品絡みでの変更です。リハビリテーション料の変更の可能性は大です。特に、平成21年は介護報酬改定があり、短時間の通所リハビリテーションが認められたため、その影響もあり、リハビリテーション料はまた変わるのではないかと思います。（資料10）

初・再診料

では、初・再診料から、少し細かいのですが、皆様方の業種に関連するところだけをピックアップしながら話していきましょう。私の資料には、中医協の基本問題小委員会の後に11/6というのが出てきます。これは11月6日の中医協で審議されたという意味です。

私の資料はいっぱい作ってあるのですが、あまりにも厚くなってしまいますので、お話する上で大事だと思うものだけ中医協から借りてきています。全部見たいと思われる方は厚労省の中医協の日付をクリックしていただくと、どなたでも全部見られます。もし、見たい方は厚労省のホームページから入って、見てみてください。では、たくさん読む時間のない方はどこを読めばよいか。論点という部分を読んでいただきたい。初・再診料の論点は3つあります。まずは、病院と診療所の役割分担と初・再診料における評価ですが、これはお話ししたように、今病院とクリニックでは再診料が違うので同じにしようという動きがあります。プラス改定のときはクリニック並みに病院の再診料を上げようと言っていたのですが、少々危なくなってきました。ですから、今年の改定では同じにできないけれど、2年後の同時改定で同じになるようにするのでそれまで待つ、という感じになるのではないかと予測します。それでもクリニックの再診料が下がらなければいいのですが、改定率を見る限りであまりないとすると、クリニックの再診料が下がる可能性もあるということです。次に、各診療科が担う役割と初・再診料における評価について、どう考えるか。資料を読むだけだと意味がわからないのですが、添付資料をたくさん見ていくと、診療科によって利益がでているところとそうでないところがあった

初・再診料

中医協 基本問題小委員会(11/6)

平成22年度診療報酬改定 論点(初・再診料)

- 1 病院と診療所の役割分担と初・再診料における評価についてどう考えるか。
- 2 各診療科が担う役割と、初・再診料における評価について、どう考えるか。
3. 外来管理加算について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

13
資料 11

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

り、初・再診料の占める割合が多い科があるので、個人的には、外来管理加算の5分要件も外れるし、眼科の52点という外来管理加算より低い検査や簡単な処置などが基本診療料に包括される可能性が高いと予測します。いわゆるマイナスではないけれど、この科とこの科についてはこの処置とこの検査について初診料や再診料に含む、というようなことがあり得ると予測します。(資料11)

医学管理等

次に、医学管理で皆様方に関係するところとしては、11月13日に出た、医療機関連携の話があります。そのうち、論点の1として医療機関同士が大腿骨頸部骨折、脳卒中の診療計画を共有し、連携を図る取り組みについて、退院後のリハビリテーションを担う医療機関や介護サービスを含めた診療計画に基づき連携を図る、という言葉が出ました。冒頭の基本方針のところでもお話ししたように、医療と介護の連携が具体的に点数化の中に入ってきています。もっと具体的に資料を見ていくとわかるのが、これまではいわゆる急性期病院からのパスだと、回復期リハ病棟でした。それが地域パスとしてあったのですが、そのほかに急性期病院からいきなり在宅、そして通所リハビリテーションに行くという連携パスや、急性期病院から回復期リハ病院に行って、それから老健でリハを行うなど、患者の疾患でのパスではなく患者の生活のためのパス、その地域で生きて暮らせるようになるまでのパスが評価の対象になります。どちらの医療機関も一人も高齢者はいないという病院なら関係ありませんが、65歳以上の患者は多い

はずですから、それを診ている病院の介護サービスの知識は、連携先としても今後非常に重要になるだろうと思います。また、医療関連サービスとして、介護事業者とのお仕事をする業者に関しても、今度からは介護サービスだけの対象ではなく、医療と介護が包括されたサービスとして捉えていただくといいのではないかと思います。(資料12)

話は別ですが、厚労省は連携協議会というのを起ち上げました。厚労省の中でも今後はそういう動きが出てくると思います。また、急性期医療機関を中心に、患者がスムーズに適

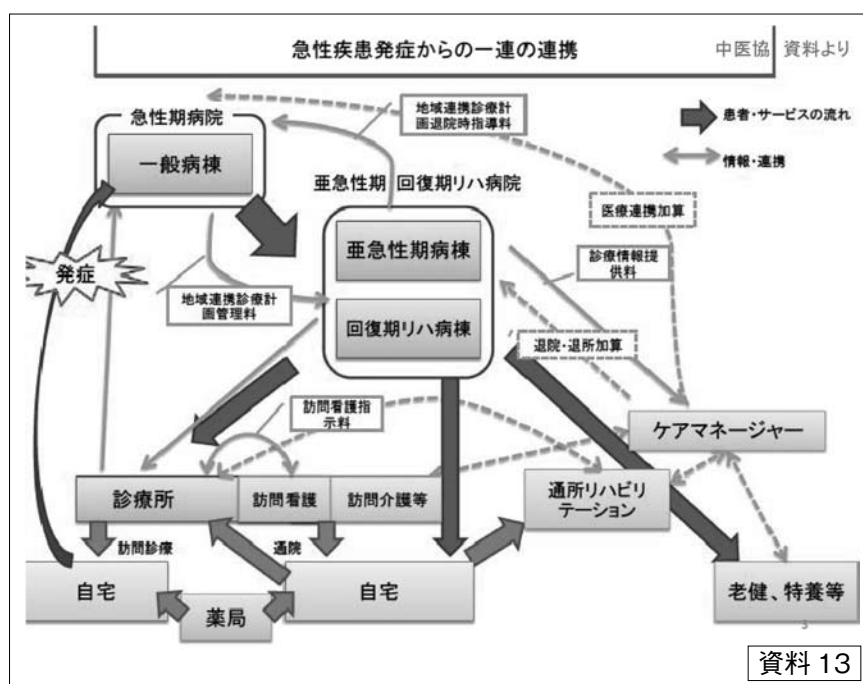
医療機関連携について

中医協 基本問題小委員会(11/13)

平成22年度診療報酬改定 論点(医療機関連携について)

- 1 医療機関同士が大腿骨頸部骨折、脳卒中の診療計画を共有し、連携を図る取組みについて、退院後のリハビリテーションを担う医療機関や介護サービスを含めた診療計画に基づき連携を行った場合の診療報酬上の評価をどう考えるか
- 2 急性期医療機関を中心に、患者がスムーズに適切な療養に移行するための取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか
- 3 診療情報提供料について、医療機関同士が情報を共有することにより継続的な医療を確保する観点から整理することについてどう考えるか

資料 12



※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

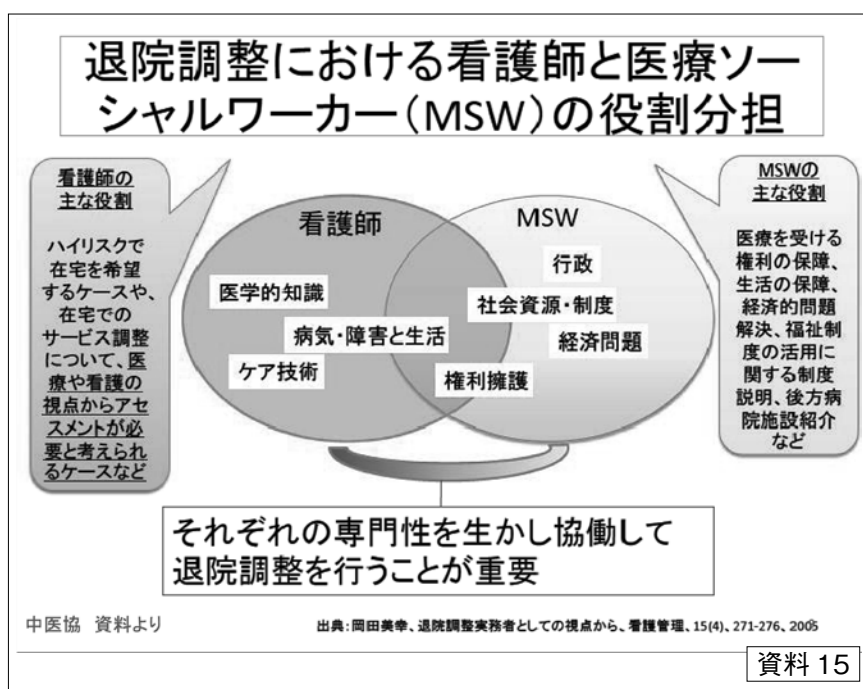
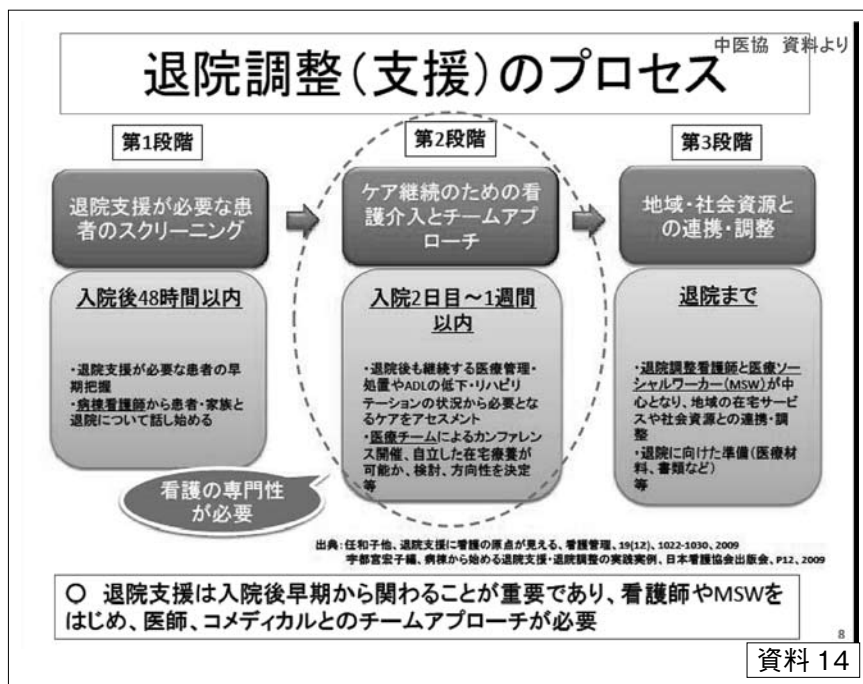
切な療養に移行するための取り組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。これも具体的にどう予測するかです。おそらく、急性期に退院調整加算ができると思います。今、療養病床に退院調整加算がありますが、これは急性期病院にも重要なのだという形になるのではないかと思います。そして、診療情報提供料については、もう少し整理しようという動きになっています。

では、11月13日の資料をもってきましたので、簡単に見てみましょう。私がどうしてこのようなことを予測するかというと、これらの資料と議事録から、どういう改定になるかを見ているからです。資料には急性疾患発症からの一連の連携の中に、介護保険で今年できた医療連携加算というのがあります。これは自分がケアプランを立てた患者が入院したときに情報提供するケアマネージャーに許された介護報酬です。その介護報酬の名前が、ここにハッキリ出てきています。またケアマネージャーという名前があり、通所リハビリテーションがあり、老健、特養等があります。訪問介護があり、訪問看護がある。つまり、急性期の方たちをいかに地域の中で生活ができるようにするか、そのために連携をすると。病気が治ったから終わりという図ではないということです。

(資料13)

さらに、退院調整(支援)のプロセスという図もあります。その第2段階には、ケア継続のための看護介入とチームアプローチとあります。また、第3段階は地域・社会資源との連携・調整の中に退院調整とい

うのも必要ではないかと。それには看護の専門性が必要だと書かれています。また、退院支援は入院後早期から関わるのが重要であり、看護師や医療ソーシャルワーカー(MSW)をはじめ、医師、コメディカルとのチームアプローチが必要とあります。例えば、ある高齢の患者が入院して、ケアマネージャーが在宅時の情報をもってきたとします。「この人は老老の二人暮らしです。おじいさんは認知症です。5階建てのアパートの3階に住んでいます、階段しかあ



※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

りません」。こうした情報がケアマネから来れば、急性期の入院早期から看護チームとしてはどこまで回復すれば退院なのかが見極められます。歩いて階段を上ることなのか、それとも一度老健に行ってから退院に持って行くかということから、退院調整ができるのではないかと思います。特に、退院調整にかかる看護師と、MSWの役割分担という資料が中医協から出たということで、おそらく退院調整部門にいる専従の看護師やMSW、社会福祉士などの人々を評価するのだと思います。(資料14, 15)

もう一つ、このような資料も中医協から出てきました。一般病棟の届出区分ごとの退院調整部門の設置状況の有無と、専任の看護師を配置しているところがどれくらいかというデータです。これが出てくるということは、何らかの形で点数がつくのではないかと予測しています。資料の中には、看護配置が手厚い施設ほど、退院支援の体制が整備されている傾向があるとか、複数名の専従配置を行っている施設が約30%あると書かれています。(資料16)

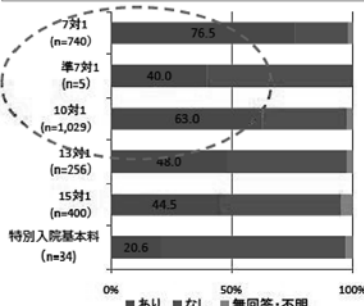
在宅医療

次は11月11日に審議された在宅の論点です。在宅療養支援診療所の24時間体制や、入院機能を有する医療機関との連携による緊急入院体制の確保、退院時の在宅移行支援等を行って患者のニーズに応え、在宅移行を推進する取り組みについて診療報酬上の評価をどう考えるか。これは議論の内容と中医協の資料から予測すると、今の在宅療養支援診療所の無床クリニックが連携しているベッドのある病院が有名無実化しているというか、本当に患者が安心してそのベッドに入院できるのかという、連携先の後方病院を評価する体制になると思います。ですから、療養病床などでどうやってこ

れからやっていこうかというときに、ハッキリと在宅患者のクリニックの後方病院という形も一つの選択肢としてあり得るだろうと思います。文章として、「入院機能を有する医療機関との連携等による緊急入院体制の確保」とあることから、何かあってもすぐに在宅の患者が安心して入院できる体制ということになります。また、「退院時の在宅移行支援」というのも連携です。次に、質の高い在宅医療を提供するために、必要に応じて専門の医師と連携する取り組みや高度な在宅医療の取り組みがより推進されるための診療報酬上の評価をどう考えるか、とあります。「必要に応じて専門の」とありますが、専門の資料としてよく出てくるのが皮膚科です。褥瘡(じょくそう)の場合に皮膚科の先生に在宅で診てもらっても往診料になってしまうので、そのあたりについて別の仕組みを考えているようです。もう一つ、医療とは違いますが、歯科との連携もキーワードとなります。厚労省もおそらく反省しているのでしょう。医科点数表と歯科点数表というのがあり、部署も別々で連携というのも役所内でもありませんでしたが、最近変わってきています。人間の身体の中で口の中だけ別ということはありませんから、全身状態をよくするために、口腔内をどのような形で管理していくかということも考えているよう

退院調整部門※の設置と職員配置状況

一般病棟※※の届出区分ごとの退院調整部門の設置状況の有無 (n=2,535)



一般病棟※※の退院調整部門における職員配置状況 (n=1,575)

配置状況	(%)
専任(注1)の職員を配置	74.3
<再掲>看護師とその他の職員※※※を専任で配置	28.8
看護師を専任で配置	7.4
その他の職員※※を専任で配置	38.2
兼任(注2)の職員を配置	23.5
<再掲>看護師とその他の職員※※※を兼任で配置	10.1
看護師を兼任で配置	3.1
その他の職員※※を兼任で配置	10.3
無回答・不明	2.2

※地域連携室、医療相談室等の一つの機能として退院調整を行っている場合も含む。
 ※※一般病棟・特定機能病院(一般病棟)・専門病院
 ※※※医療ソーシャルワーカー、事務職員など

(注1)診療報酬上の「専従」を意味する。
 (注2)診療報酬上の「専任」を意味する。

出典:2008年病院における看護職員受給状況等調査 日本看護協会

- 看護配置が手厚い施設ほど、退院支援の体制が整備されている傾向がある。
- 複数名の専従配置を行っている施設は約30%

中医協 資料上11

資料 16

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

です。そして、NICU等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の評価についてどう考えるか、という文言もあります。今回の特徴は、子どもの在宅です。在宅医療というと、すぐに老人というふうに思いがちですが、今日本で重症度の高いお子さんはけっこういらしています。すぐ命にかかわるということではなくても、重症度が高いため、ずっと病院にいるというケースです。そういう方たちを何とか在宅で母親の支援もしながら診ていけないかということが言われています。おそらく訪問診療料に乳幼児加算などを在宅に組み合わせて評価していくのだらうと思います。最後は、同一の場所において、複数の患者を診察する場合の診療報酬上の取り扱いについて。これは特定施設なら、一人の患者の訪問診療料は200点ですが、民間の有料老人ホームなら居宅と同じという不公平感があります。ですから、複数の患者がいるところは統一して200点にするのではないかと思います。ただ、在宅医療は民主党としても推進の方向ですから、在宅医療ごと下げるということはあり得ないだらうと。特に、私はハイテク在宅と言っているのですが、在宅酸素療法や在宅人工呼吸といった機能が必要となる高度な在宅医療は入院するよりは在宅で、という方針で来ているので、推進の方向になるのではと思います。(資料17)

在宅医療の提供体制の中医協の資料です。その中に、訪問歯科診療というのと歯科医療機関、薬局などがあります。在宅患者に対しても薬局がどのように関わるかが非常に重要となります。また、褥瘡の治療をする皮膚科などの専門医もあります。私が身内の在宅医療で経験したのが訪問薬剤管理指導です。薬剤師が疼痛管理のためにオピオイド系の貼

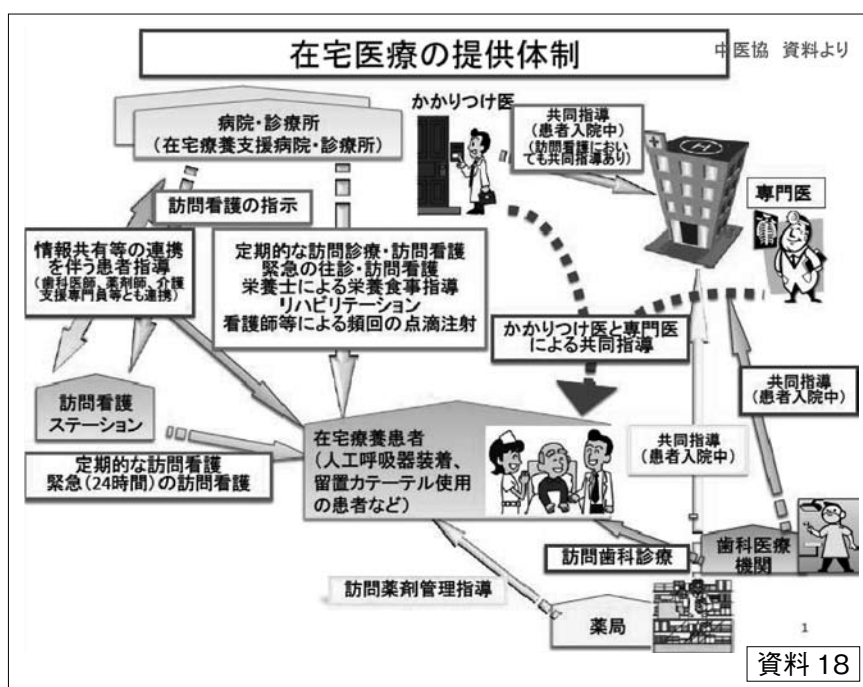
る麻薬を毎回持ってきてくれるのですが、患者自身と会って、その使用方法などを説明してくれました。(資料18)

訪問看護の推進について詳細に話す時間はないのですが、論点だけは読んでみてください。読んでいくと、ハッキリと医療保険と介護保険の制度の違いを認識しているのがわかります。訪問看護は医療も介護も2つあるわけですから、こうしたところをちゃんと整合性をとっていこうという動きがあります。また、訪問看護ステーション同士の連携。介護保険では訪問看護に2つのステーションが入ってもいいのですが、医

在宅医療について
中医協 基本問題小委員会(11/11)
平成22年度診療報酬改定 論点(在宅医療について)

- 1 在宅療養支援診療所等における24時間対応体制や、入院機能を有する医療機関との連携等による緊急入院体制の確保や退院時の在宅移行支援等を行って患者のニーズに応え、在宅移行を推進する取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか
- 2 質の高い在宅医療を提供するために、必要に応じて専門の医師と連携する取組や高度な在宅医療の取組みがより推進されるための診療報酬上の評価をどう考えるか
- 3 NICU等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の評価について、どう考えるか
- 4 同一の場所において、複数の患者を診察する場合の診療報酬上の取扱いについて、どう考えるか

資料 17



※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

療はこういう場合でなければダメという縛りもあるため、訪問看護ステーション同士の連携が必要となります。

投薬・調剤

まず、後発医薬品の使用促進について。薬局における後発医薬品調剤体制加算というのがありますが、これは数量ベースになりそうです。今は処方せん枚数で30%ですが、それが数量ベースになりそうです。中医協の11月20日の審議では、「後発薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において変更調剤後の薬剂量が変更前よりも少なくなること、および患者に説明し同意を得ることを条件に変更してもよいとあります。簡単に言うと、10ミリの薬1錠を後発医薬品の5ミリ2錠に調剤薬局で変更してもよいということです。今までは先生に許可を取らなければなりませんでしたが、これで後発医薬品を普及させようということでしょう。このことを患者が同意すれば、医師に確認しなくてもよいということです。これはまだ決定ではありませんが、こうしたらどうかということです。ただ、具体的にここまで出ているということは、そうなる可能性が高いと思います。あと、薬局における在庫管理の問題から、処方せんに記載された先発医薬品と類似した別剤形を認めようと。例えば、カプセルを錠剤にしたり、口腔内崩壊錠を普通錠に変更する際、ドクターの許可をもらわなくてもよいということです。

薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する後発医薬品の使用を進めるため、今までの後発医薬品の促進は外来系でしたが、今後は入院です。何を言っているかということ、薬剤部門が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品の備蓄品目数または割合が一定以上の場合について評価しようということです。病院が薬事委員会にもって行って、そこで薬剤部がある程度情報を集めた上で調査を行い、委員会で採用を決定して、ある程

度、院内で増やしていけばその病院に点数がつくということです。もう一つ、問題だと思うのが、診療時に医師が患者に対して後発医薬品について説明し、使用の意向を尋ねることが使用促進につながると考えられることを踏まえ、そのような取り組みを促す方策についてどのように考えるか、とあることです。これは患者アンケートです。どうしたら後発品をお願いしますと言いやすいかというアンケートを行い、ドクターがすすめてくれたらいいというアンケート結果から、出てきたものです。そもそも、ドクターが後発医薬品はどうかと聞いたら先生に点数をといる話がありましたが、どうもこの書き方からすると点数ではないと思います。これが療養担当規則に載る可能性が高いように思います。評価しようとは書かれていません。ですから、療養担当規則に入るかも知れないので注意したい点です。とすると、必ず診察の際、後発医薬品の意向を確認することというのが、もし療養担当規則に載れば、ドクターが薬を出すときに一言も後発医薬品について聞かなければ、療養担当規則違反ということになります。大きな事だと思います。

調剤報酬についてお話しします。後発医薬品調剤体制加算について、その算定状況と数量ベースでの後発医薬品調剤率に関する薬局の分布状況は、全部、中医協の資料にありました。数字を言うと、処方せん30%ですが、これを数量ベースで現すと現在18%だそうです。ですから、定数設定するときには数量ベースにして20～25%なら何点で、25%以上であれば何点、というふうに段階的にするのではないかと考えています。2番目、長期投薬時における一包化薬調剤料は、内服薬調剤料の加算にするだろうと思います。昔は加算でしたから、もとに戻ることです。併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行22日以上調剤料が一律になっているのですが、これをもっと長くするか、今の調剤の日数と比べて2段階にするのではないかと動きがあります。また、投薬日数の伸びと調剤に要する手間の観点から、湯薬の調剤料に長期を認めようという話もあります。ハイリスク薬が処方された患者に対し、調剤時に関連副作用

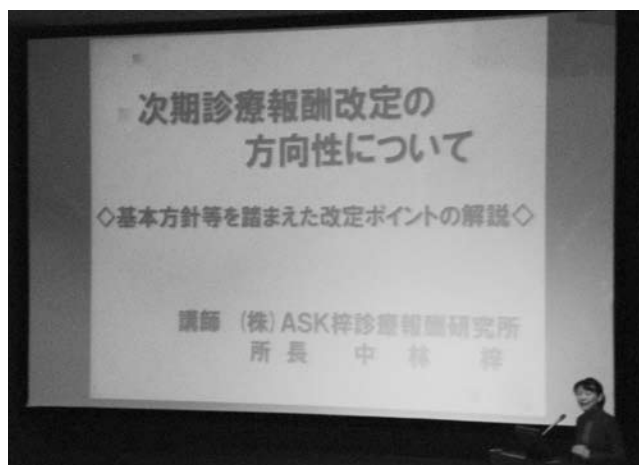
※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

の自覚症状の有無を確認するとともに、服薬中の注意事項等について詳細に説明することに加算をつけようというのがあります。ハイリスク薬とは、薬剤管理指導をするときの高いほうの薬が該当します。そして、調剤基本料の特例(18点)、これは今は処方せんの受付回数で決定されていますが、時間外加算や薬剤管理指導も受付回数になってしまうので、これらは抜いたらどうかという話になってきています。

リハビリテーション

このあたりから、少々大変です。まず最初は、早期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか、という点からはじめましょう。今、30日の早期加算というのがあります。ですが、ここで言っている発症後というのは、特に急性期のオベ後すぐや入院後すぐといった話です。これも予測ですが、さらに超早期加算として発症後1週間だけ何点か足すというの出そうです。でないと、こういう書き方をしないと思います。次に、急性期の運動器リハビリテーションが、患者の必要度に応じて十分な体制のもとで提供されることについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。何を言わんとしているのかと思い、資料を全部くくってみました。今、脳血管疾患のリハは点数が高いのですが、運動器のリハもできるけれど、脳血管リハのほうが高いので、廃用症候群で脳血管リハで請求して、というケースが実際にはあると。リハビリ学会からの要望としては、総合リハビリテーション料というのを認めてほしいという要望があります。ですが、今回の改定ではそれほどプラス分が出ないと思いますから、総合リハビリテーションを認めると非常に財源も出て行くと思うので、今年はおそらく無理ではないかと。となると、脳血管疾患リハであっても運動器もきちんと言うことで、総合リハ加算などの形で認めるのではないかなと思います。2番目の、廃用症候群の患者に対して、そのニーズに応じたりハビリテーションを提供するための診療報酬上の措置についてどう考えるか。これを皆さんはどう読むのでしょうか。1番との違いを見てください。今、医療保険の廃用症候群の請求は、リハビリを行えばよくなる根拠を示せなど、条件がきびしくなっています。ここに廃用症候群と出たのですから、これをラッキーと見るかどうかです。私はアンラッキーと見ます。これだけハッキリ書いてあるということは廃用症候群だけ別の点数ができるのではないかと思うのです。私がなぜアンラッキーと見るかというと、1番目の内容は発症後早期のリハについて診療報酬の評価をどう考えるか、という「評

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。



価」です。それに対して、2番目の内容は「措置」です。ですから、今までなら廃用症候群を脳血管リハとして請求できたのですが、廃用症候群という名前で請求するのであれば、低い点数になるような気がします。3番目、心大血管リハは普及させるために、もっと増やすことになりそうです。4番目、今年行った介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。厚労省はもともと維持期のリハは介護にやらせたかったというのがあります。これは診療報酬の今のリハビリです。脳血管リハに運動器も行ったのであれば加算があったり、早期リハの30点に別立てで1週間くらいの超早期の加算ができるのではないかという気がしています。問題は、算定日数上限以降です。今、ひと月あたり13単位目までは算定可能ですが、これはもともと介護でやるべきだというのが介護でやる場所がないので認めてくれたものです。

皆さん、介護報酬についてはくわしいでしょうか？ 少々我慢して1つだけ介護報酬について話を聞いてください。来年の診療報酬に関係します。これは今年4月に行われた介護報酬改定の通所リハビリテーションというデイケアです。デイケアに今年、1時間以上2時間未満というのができました。1時間だけの通所リハビリテーションです。この短時間の通所リハとはなにかというと、前々回の診療報酬改定でリハビリテーションに算定日数上限ができました。それを越えた人は介護保険でリハビリを行ってほしい、と厚労省の役人は言いました。介護サービスがない地域だってあるじゃないかとい

うと、リハビリテーション医学管理料という1年間の制度をつくりました。それが普及せず、去年の診療報酬改定で13単位だけ医療保険でやっていいということになりました。それはなぜかというと、介護保険にリハビリだけのニーズに応えるメニューがなかったからです。今まであった通所リハビリテーションは、なんとお預かり機能付きでした。「私、リハだけやって帰りたい」と言っても、預かられてしまうわけです。つまり、預かれるサービスはいらないのでリハだけをやりたいというのはサービスメニューがありませんでした。それが今年介護報酬改定で1時間だけの短時間メニューができたのです。問題は、医療保険において脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを算定する医療機関が、通所リハビリテーションを実施できるよう「見なし指定」を行う、という点です。つまり、医療保険で脳血管リハや運動器リハを行っている病院やクリニックは通所リハビリテーションができることになったのです。これが4月にもうできたのです。ですが、医療機関は介護保険にはあまり意識がなく、あまり浸透していません。

(資料19～21)

ここで一つ、暗記していただきたい数字があります。「要介護1で270」という数字です。これは1時間の通所リハビリテーションを受けた場合、270単位ということです。これがもし、先生

リハビリテーション

中医協 基本問題小委員会(11/18)

平成22年度診療報酬改定 論点(疾患別リハビリテーション)

- 1 発症後早期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。また、急性期の運動器リハビリテーションが患者の必要度に応じて十分な体制の下で提供されることについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。
- 2 廃用症候群の患者に対して、そのニーズに応じたリハビリテーションを提供するための診療報酬上の措置についてどう考えるか。
- 3 心大血管リハビリテーションについて、その普及性の向上のために、一定の体制を確保している医療機関における診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 4 平成21年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか。

資料 19

39

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

の診察を受けて、リハビリをやって、帰ったということになると、運動器リハの場合170単位で、再診料は病院なら60点ですから、足すと230点です。20分の個別リハを行う場合介護報酬のほうが高いのです。つまり、今年の4月に何が行われたかということ、維持期のリハに関して言えば介護報酬で請求したほうが高いというふうに設定されたということです。ただ、医療機関はそれを受けるためにはケアプランを立てなければいけないのと、介護報酬の請求もしたことがないということもあり、なかなか普及はしていません。(資料22)

資料としてもう一つ見ていただきたいのが、短期集中リハビリテーション実施加算についてです。これは先ほどの短時間のリハビリテーションに退院(退所)から1カ月以内であれば40分行ったリハビリの270単位に280単位を足せるというものです。そうすると550単位です。診療報酬で2単位行った場合、170点×2で340点。340点に再診料の60点を足すと、400点です。そうとう介護のほうが高い設定なのです。つまり、回復期リハビリテーション病院が退院した患者に対して、うちの外来でリハビリを行いましょうと言ったとき、その要介護認定を受けた患者が外来でリハビリに来るのであれば、介護報酬で請求したほうが有利となります。退院してから3カ月間は加算があるのですから。来年の診療報酬改定がど

リハビリテーション

中医協 基本問題小委員会(11/18)

平成22年度診療報酬改定 論点(疾患別リハビリテーション)

改定後	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(I)	200点	235点	170点	170点
リハビリテーション料(II)	100点	190点	80点	80点
リハビリテーション料(III)		100点		
早期リハ加算(30日以内)	30点			
算定日数上限	150日	180日	150日	90日
算定日数上限以降	1ヶ月あたり13単位目まで算定可能。 (14単位目以降は選定療養として実施可能)			

資料 20

IV. 居宅介護サービス(通所系サービス)

通所リハビリテーション

施設区分	所要時間区分	改正後				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模 延750人以内/月	1時間以上2時間未満	270	300	330	360	390
	3時間以上4時間未満	386	463	540	617	694
	4時間以上6時間未満	515	625	735	845	955
	6時間以上8時間未満	688	842	995	1,149	1,303
大規模 I 延751~ 900人/月	1時間以上2時間未満	265	295	324	354	383
	3時間以上4時間未満	379	455	531	606	682
	4時間以上6時間未満	506	614	722	830	939
	6時間以上8時間未満	676	827	978	1,129	1,281
大規模 II 延901人/月~	1時間以上2時間未満	258	287	315	344	373
	3時間以上4時間未満	369	443	516	590	664
	4時間以上6時間未満	492	598	703	808	914
	6時間以上8時間未満	658	805	952	1,099	1,247

※利用者の数が定員を超える場合 や 医師、PT・OT・ST・看護・介護職員数が基準に満たない場合は 70/100
※2時間~3時間は 3時間~4時間の70/100

☆医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを算定する医療機関が通所リハビリテーションを実施出来るよう「見なし指定」を行う

資料 21

IV. 居宅介護サービス(通所系サービス)

通所リハビリテーション

短時間・個別のリハビリテーションの評価

改正前	改正後					
新設	所要時間 1時間以上2時間未満のサービス(単位数)					
	要介護	1	2	3	4	5
通常規模	270	300	330	360	390	
大規模 I	265	295	324	354	383	
大規模 II	258	287	315	344	373	

【算定要件】 ※1時間から2時間までは0.5単位として扱う

1. 個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に限り所定単位数を算定
2. 医師又は理学療法士が個別リハビリテーションの実施前に指示を行い、かつ、当該個別リハビリテーションの実施後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、別に厚生労働大臣が定める者(※)が個別リハビリテーションを行う場合は、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定

※ 定期的に適切な研修(運動器リハビリテーションセラピスト研修、運動療法機能訓練技能講習会)を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

資料 22

うなるかですが、厚労省はこれをつくったので、来年の診療報酬改定では13単位は廃止しようという腹積もりでした。病院で算定日数上限を超えた人のリハビリはもう廃止だと。ところが、実際に医療機関でこのリハビリを行う人がほとんどないので、今回は残す方向で動いています。ただし、3年後の同時改定の際には、確実になくなるでしょう。ですから、医療機関でリハビリを行うところ、介護系で通所リハビリを行うところ、これは来年の改定よりも次回の同時改定の際にドラスティックに動くことになります。今、13単位で診療報酬の収入があるところは、あと2年間で何とか手を打たないと医療ではもう収入がないということになりますので、気をつけていただきたいと思います。(資料23)

来年の改定ではありませんが、3年後の同時改定の際には訪問リハビリテーションステーションが可になりそうです。今は看護師しか独立できませんが、PT、OT、STの方も3年後の同時改定の際には独立して訪問リハビリテーションステーションというのできることにできれば、リハビリはドラスティックに変わります。ですから、病院でも気持ちのあるPTの先生などは3年後に独立するのではないかと思います。なぜかという、訪問看護ステーションのように、医療も介護もOKの請求になるからです。今リハビリを行っている医療機関や通所リハビリテーションは3年後には形式が相当変わるだろうと思います。もう一つ、私の予測で言うと、短時間の通所リハを認めたのだから、おそらく短時間のデイケアしかなくなるだろうと。なぜなら、お預かり機能はデイサービスで行えばいいのですから、1時間の通所リハビリテーション+5時間のデイサービスと。それ以外の時間に、医療機関の診察を受けて、という流れに今後なっていくのではないかと思います。

では次、回復期リハビリテーションのところに移ります。回復期リハビリテーションは質の評価についてはずっとこのまま続きそうです。つまり、1とか2とか在宅復帰率や重症度などで、それと資料に患者の回復に必要なリハビリテーションが十分に提供されている体制の担保とありますが、これはどういうことでしょうか。今、実際に回復期リハビリテーション病棟は一人の患者の1日のリハの単位数が4.5~5.5単位くらいです。でも、なかに2単位しか行っていないという回復期リハビリテーションもあるそうです。回復期リハビリテーション病棟なら、最低でも1日3単位は行うこと、など、リハビリテーションの質の担保という形の条件が出され

IV. 居宅介護サービス(通所系サービス)

通所リハビリテーション

施設区分	所要時間区分	改正後				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模 延750人以内/月	1時間以上2時間未満	270	300	330	360	390
	3時間以上4時間未満	386	463	540	617	694
	4時間以上6時間未満	515	625	735	845	955
	6時間以上8時間未満	688	842	995	1,149	1,303
大規模Ⅰ 延751~ 900人/月	1時間以上2時間未満	265	295	324	354	383
	3時間以上4時間未満	379	455	531	606	682
	4時間以上6時間未満	506	614	722	830	939
	6時間以上8時間未満	676	827	978	1,129	1,281
大規模Ⅱ 延901人/月~	1時間以上2時間未満	258	287	315	344	373
	3時間以上4時間未満	369	443	516	590	664
	4時間以上6時間未満	492	598	703	808	914
	6時間以上8時間未満	658	805	952	1,099	1,247

※利用者の数が定員を超える場合や、医師、PT・OT・ST・看護・介護職員数が基準に満たない場合は 70/100
※2時間~3時間は 3時間~4時間の70/100

☆医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを算定する医療機関が通所リハビリテーションを実施出来るよう「見なし指定」を行う

資料 23

リハビリテーション

中医協 基本問題小委員会(11/18)

平成22年度診療報酬改定 論点(回復期リハビリテーション)

- 1 調査検証結果を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の質の評価についてどう考えるか。
- 2 回復期リハビリテーション病棟において、患者の回復に必要なリハビリテーションが十分に提供される体制の担保について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

資料 24

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

る可能性があります。それともう一つ、土日もやっている回復期リハビリテーション病棟がどれくらいあるかという資料も中医協から入ってきました。ですから、もしかすると365日体制加算というのができるかもしれません。(資料24)

精神

精神医療に関する論点は、退院ですね。地域生活への移行支援による長期入院の解消です。長期入院患者を地域に移行させるための診療報酬をつくるということです。また、障害福祉サービスの充実も併せてデイケアをどうするか。日本では薬物治療があまりにも多すぎるといことで、認知行動療法をもう少し認めながら、何でもかんでも薬で治すという方向を見直す動きが出ています。認知症のリハビリテーションというのが、介護報酬で認められました。ですから自分では医療でも認めるべきではないかと思っています。なぜなら、医療で入院して大腿部頸部骨折で入院している認知症の人が認知症のリハを受けられないというのは片手落ちだなと思うのです。もしかすると、認知症のリハか認知症の行動療法という形で認められてくるのではないかと思います。向精神薬の適切な選択、というのもあります。児童・思春期における発達障害などは、患者の状態に応じて入院医療をということで、専門的なものの評価が出てきそうです。精神科では、精神科救急を非常に重く見る傾向にあります。また、身体合併症を有する精神疾患患者、精神・身体合併小への評価も上げましょうと。例えば、精神疾患患者が心筋梗塞を起こしたとき、一般の病院に連れていかれてしまいますが、一般病院では外来にしか精神科がなかったりします。そのとき、何とか精神科へのアプローチができるような病床を確保するとか、あとは自殺未遂で運ばれてきたとき、外科的な処置はしたけれど、精神的な治療が必要な場合が多く、その部分へのフォローも必要だと思います。

次に、認知症にかかる入院で条件が整えば退院可能な場合にはという形で、資料が出ました。適切に介護保険と連携し、認知症にかかるネットワーク、連携に対する診療報酬に対して点数が出るでしょう。また、精神療養病棟には今、医療区分がありませんが、認知症の方は精神療養病棟に結構いるということで、認知症の療養病棟にADLの区分を作るとい方向が検討されています。(資料25)

認知症の外来は、専門医療機関と地域の医療機関が連携して医療を提供していくことが必要となります。認知症の鑑別診断ができるのは精神科、神経内科研修を終了した医師等の条件があります。特に、高齢の患者を診ているような医療機関は連携先として必要になると思います。実は、今回の介護報酬改定で、老健で認知症ではないかと思った患者を精神科の先生に紹介すると介護報酬で評価するといった事案がすでに出ています。いかに日本は認知症の対応が遅れているかに厚労省は気づいています。特に、団塊の世代の人たちがこれから高齢になると、今の日本では認知症が対応し切れません。特に、鑑別診断さえなかなかできないところから、まずは診断をきちっとしましょうということから、点数がついてくると思います。連携のキーワードは、先ほども介護との連携という話が出ましたが、診療科としてはこれから重要だと思っているのは、歯科と精神科です。この2

認知症の治療

中医協 基本問題小委員会(11/11)

平成22年度診療報酬改定 論点(認知症の治療)

- 1 認知症に係る入院では、条件が整えば退院可能な患者が多くいるが、適切に介護保険と連携し、認知症に係るネットワーク(相談・支援体制)の整備を進めていくために、診療報酬上、どのような対応が考えられるか。
- 2 療養病棟においては医療区分やADL区分に応じた評価が行われているが、精神療養病棟では、患者の病態像によらず一定の評価となっている。認知症による入院患者については、ADLへの濃厚な支援が必要との指摘もあるが、診療報酬上、どのような対応が考えられるか。

資料 25

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

科目は連携先として確保しておくべきだろうと思います。(資料26)

この資料は、認知症の短期集中リハビリテーションに関するものです。介護報酬の実施加算として改訂後は240単位となりました。今、認められているのは老健、介護療養型の医療施設と通所リハビリテーションです。それらで認知症のリハビリテーションを行った場合ということですが、2400円です。高いですね。もう一つ、老健の資料ですが、認知症であると医師(精神科、神経内科、認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師)が判断しないと、リハビリテーションが受けられないとなっています。通常の内科の先生が認知症だから、と言ってもダメなのです。きちんと認知症の診断をした上で、リハビリテーションをして食い止めると。こうしたあたりの介護報酬を見ていくと、おそらく認知症は相当評価が上がってくるのだらうと思います。(資料27)

認知症の治療

中医協 基本問題小委員会(11/11)

平成22年度診療報酬改定 論点(認知症の治療)

3 認知症に係る外来医療について、専門医療機関と地域のかかりつけ医が連携して医療を提供していくため、診療報酬上、どのような対応が考えられるか。

55

資料 26

Ⅷ. 介護保険施設サービス

介護老人保健施設(介護療養型を含む)

**入所後間もない期間に集中的に行う
リハビリテーションの推進**

改正前		改正後	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(入所から3月以内) 週3回標準	60単位/回	認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(入所から3月以内) 週3日標準	240単位/日

【算定要件】
 認知症であると医師(精神科、神経内科、認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師)が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、医師又は医師の指示を受けたPT、OT、STが記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定。
 当該リハビリテーションは、利用者に対して個別に20分以上実施した場合に算定。短期集中リハとの併算可。
 対象者は、MMSE又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)にて5～25点に相当する者。
 ※過去3ヶ月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定

58

資料 27

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

入院料等

では、入院がどうなるのかということですが、先に論点として上がってきた部分を見てみましょう。まずは周産期治療の評価です。資料の中に、産科合併症以外の合併症を有する妊婦の受け入れの評価とありますが、これは基礎疾患を有する妊婦の受け入れに加算がつくかなと思います。3番目には、NICUへの退室患者。これは先ほど在宅のところから出てきたのと同じです。病床等へ円滑に移行できるよう、手厚い看護体制など重症児に対応できる診療体制や在宅療養への支援等に対する診療報酬上の評価。NICUは今少ないと言われていますが、NICUを持っていないでも、重症児を診ると加算というのがありますが、それをもっと算定しやすい体制に持って行こうかなということでしょう。周産期母子医療センターと地域の産科医療機関との連携体制や、母体・新生児の施設間搬送を行う医師等の活動、これは救急車同乗です。周産期の母子医療センターとクリニックや病院で、いざというときに搬送したり、よくなったら戻って来たりというとき、救急車への医師の同乗を特別に認めるということです。それともう一つ、「医師等」とあるのは、看護師も認めてほしいという要望から来たものです。5番目、ハイリスク分娩管理加算の算定要件は、緩和で今動いています。(資料28～30)

次、救急です。これは救急搬送症例に迅速に対応するために、救急の搬送を受け入れるルールに従って救急搬送を積極的に受け入れる医療機関の評価です。これはまだよくわかりません。何件受け入れたら何点なのか、受け入れるたびに何点なのか、あるいは病院に対して何点なのか、どう動いているのか見えません。都会の病院と地方

周産期医療について

中医協 基本問題小委員会(9/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(周産期医療)

- 1 増加するハイリスク児に対応するために、更に整備が進められることとされたNICUの診療報酬上の評価
- 2 産科合併症以外の合併症を有する妊婦(基礎疾患を有する妊婦)の受け入れの診療報酬上の評価
- 3 NICUの退室患者が病状に応じた病床等へ円滑に移行できるよう、手厚い看護体制など重症児に対応できる診療体制や在宅療養への支援等に対する診療報酬上の評価
- 4 周産期母子医療センターと地域の産科医療機関との連携体制や、母体・新生児の施設間搬送を行う医師等の活動についての診療報酬上の評価
- 5 ハイリスク分娩管理加算の算定要件について

資料 28

新生児搬送(迎え搬送の場合)

産科医療
・分娩立ち会い、仮死の蘇生、挿管などの処置

医師、看護師が同乗

三角搬送

新生児搬送

地域周産期母子医療センター
NICUを有する病院

総合周産期母子医療センター

【新生児搬送理由】
低出生体重、仮死、呼吸障害、チアノーゼ、嘔吐など

【新生児搬送中の処置】
気管挿管、点滴確保、薬剤投与、心臓マッサージ
保温・清潔操作(このためにも保育器は必須)
光線療法、血糖等の検査 等

資料 29

長期入院児の転帰

長期入院児*の年間発生数:
約220例(約2.2例/出生1万人) (参考)年間NICU入院 約36,000例

*12ヶ月以上のNICU入院児を長期入院児とした

死亡退院: 約15%

自宅退院: 約30%

約55%(約120名)の症例に対し、受入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

資料 30

平成20年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」 分担研究者 橋田 聡

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

の病院とでは、救急車の搬送状況が違うので、どこを基準に考えて加算していくかがまだ見えていません。

(資料31)

救急医療機関の出口の問題を解消するために、医療機関の役割に応じた患者の紹介等について、というのはどういことでしょうか。3次救急で一応処置をしたので救急状態を脱して、隣の病院に行ってもらおうといった出口の問題です。急性期の医療機関の役割に応じて紹介していくときに点数をつける、あるいは受け入れたら点数をつけるというように考えているようです。

(資料32)

救急搬送の受入実績、これは実績ですから病院だと思います。年間何回受け入れたらと言うことになるのかなと思います。先ほどの1番と3番をどうしているかがまだ見えてきません。

(資料33)

次に小児、これももちろん評価です。小児入院管理料は今、1と2の内容に差があまりにもありすぎるので、その間の評価ができると思います。2番、小児の初期救急について地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取り組みの診療報酬上の措置については、今も地域の小児科医との連携はあるのですが、もう少しわかりやすく、お金もつける形で考えています。3番、保護者の不安等による時間外の軽症受診患者に対する診療報酬上の措置についてどう考えるか。また、多数の受診者から、緊

救急医療について

中医協 基本問題小委員会(9/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(救急医療)

1 急速に増加している救急搬送症例に迅速に対応するために、地域の搬送・受入ルールに従って救急搬送を積極的に受け入れる医療機関の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 (1日につき)

- 1 救急医療管理加算 600点
- 2 乳幼児救急医療管理加算 150点

64

資料 31

救急医療について

中医協 基本問題小委員会(9/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(救急医療)

2 救急医療機関の「出口の問題」を解消するため、医療機関の役割に応じた患者の紹介等について診療報酬上の評価についてどう考えるか。

A300 救命救急入院料

	3日以内	4日以上7日未満	8日以上14日未満
救命救急入院料1	9,700点	8,775点	7,490点
救命救急入院料2	11,200点	10,140点	8,890点

★充実度評価がA評価の場合、1日につき500点を加算

65

資料 32

救急医療について

中医協 基本問題小委員会(9/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(救急医療)

3 救急医療機関の救急搬送の受入実績等に応じた診療報酬上の評価についてどう考えるか。

C004 救急搬送診療料 1,300点

改定前	平成20年 改定後
650点	1,300点
6歳未満の乳幼児に対して行った場合 150点加算	

66

資料 33

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

急度の高い受診者を優先して治療する体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。看護師がトリアージを行い、緊急度の高い人からということの評価すると書かれています。また、時間外の軽症受診患者に対しては自費とし、選定療養にすべきではないかという話になっています。4番、超急性期の小児の救命救急医療やそれに引き続く急性期の小児専門の集中治療が行える専門医療機関の診療報酬上の評価については、今もあるのですが、やはり小児科という形のもので、こども病院です。こども病院に専門の先生がいるのであれば、搬送も含めて、そこはもう少しプラスの評価にしようではないかということです。(資料34)

次は小児救急医療体制の図です。トリアージの図が中医協の資料で入りました。今日もって来なかったのですが、緊急優先順位でとってよいかという質問に対し、そのほうがよいと回答した母親が多かったというアンケート結果も中医協の資料についていました。(資料35)

さて、勤務医の負担軽減策です。臨床現場の状況に応じた医師事務作業補助者の配置についてお話ししましょう。どうもこの医師事務作業補助者の配置は点数のアップ又は、条件が緩和になりそうな動きがあります。ですから、今よりはもう少し取り組みやすくなるかと思しますので、ぜひ取り組んでいただきたいと思います。(資料36)

小児医療について

中医協 基本問題小委員会(10/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(小児医療)

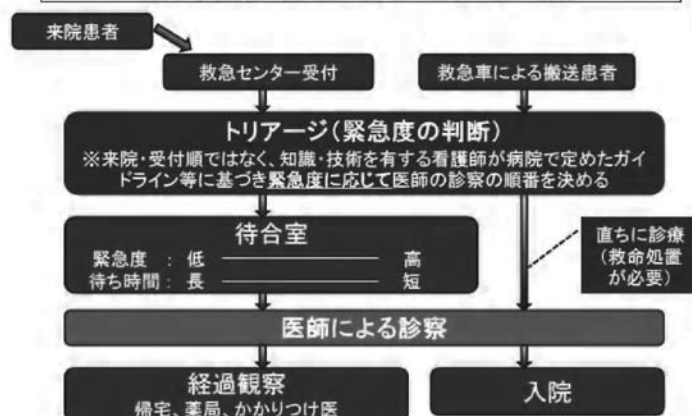
- 1 小児入院管理料を算定する医療機関について、小児救急医療等の病院の果たしている役割に応じてきめ細かく診療報酬上で評価することをどう考えるか。
- 2 小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取組の診療報酬上の措置についてどう考えるか。
- 3 保護者の不安等による時間外の軽症受診患者に対する診療報酬上の措置についてどう考えるか。また、多数の受診者から、緊急度の高い受診者を優先して治療する体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 4 重篤な小児患者の受け入れ体制を確保する観点から、超急性期の小児の救命医療やそれに引き続く急性期の小児専門の集中治療が行える専門医療機関の診療報酬上の評価についてどう考えるか。また、患者搬送等も含めた医療機関間の連携体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 5 小児に対する手術等の診療報酬上の加算についてどう考えるか。

68

資料 34

小児救急トリアージ (イメージ図)

中医協 資料より



参考:国立成育医療センターホームページ及び東京都福祉保健局「小児救急トリアージ普及事業」資料をもとに作成

資料 35

病院勤務医負担軽減策

中医協 基本問題小委員会(10/30)

平成22年度診療報酬改定 論点(病院勤務医負担軽減策)

- 1 診療報酬による対応に一定の限界がある中で、医師や従事者の待遇の向上について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。(勤務状況や報酬)
- 2 病院勤務医負担軽減のための実効性のある計画を策定周知するための方策について、診療報酬上どのように考えるか。
- 3 臨床現場の状況に応じた医師事務作業補助者の配置についてどのように考えるか。

71

資料 36

そのほか、医療関係職が担う役割について診療報酬の評価をどのように考えるかですが、この資料もすごたくさんあります。看護師しかできないことを看護師に、医師しかできないことを医師に、といった資料がたくさん出ています。ですから病院の中で役割分担をどう考えるかに評価をつけるのかなと思います。(資料37)

医師および医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について、これだけの人たちがいてという中に、業者等も入っているのが面白い点です。業者がやってもよい分野があるということです。(資料38)

また、勤務医の負担を軽減するためには、負担削減策を作成・周知して適切な対策をとることとあります。さらに、複数の家族が説明を求めた場合や時間外の病状説明や、軽症の患者が自己都合で救急病院等を時間外に受診した場合には、選定療養費をお願いしたらどうかということも出てきています。入院医療の機能の分化の観点から、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期を評価するための診療報酬上の入院料の設定についてどう考えるか。この部分は非常に深いです。超急性期、急性期、亜急性期、慢性期に入らない病院は激しくなるということです。つまり、役割や機能をハッキリできない医療機関にとっては、来年の改正は苦しいと思います。うちは超急性期です、慢性期です、というきちんとした打ち出しが必要になります。(資料39)

病院勤務医負担軽減策

中医協 基本問題小委員会(11/4)

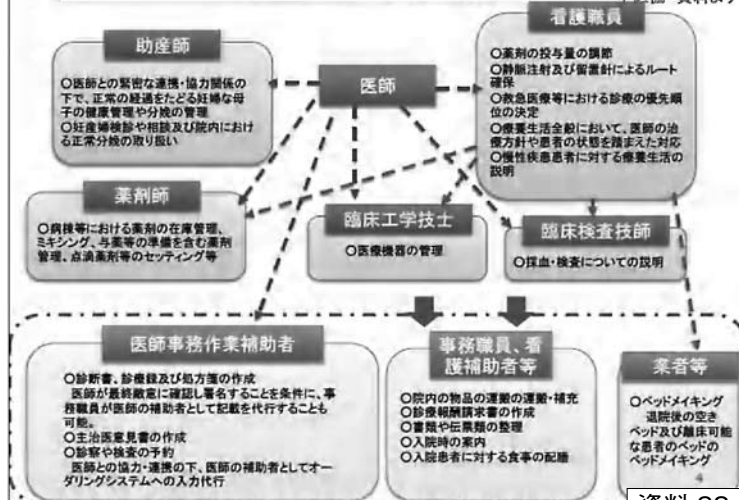
平成22年度診療報酬改定 論点(病院勤務医負担軽減策)

- 1 病院勤務医の負担軽減を図る観点から、病院内における医師以外の医療関係職が担う役割について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。
- 2 医療関係職と事務職員等が役割分担を行うことについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。

72
資料 37

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について (医政発1228001号 平成19年12月28日)

中医協 資料より



資料 38

入院医療について

中医協 基本問題小委員会(11/11)

平成22年度診療報酬改定 論点(入院医療について)

- 1 医療機能の分化の観点から、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期を評価するための診療報酬上の入院料の設定について、どう考えるか。
- 2 各病棟における患者像に合致しない患者の評価、特に、医療の必要度の低い長期入院者への評価をどう考えるか。

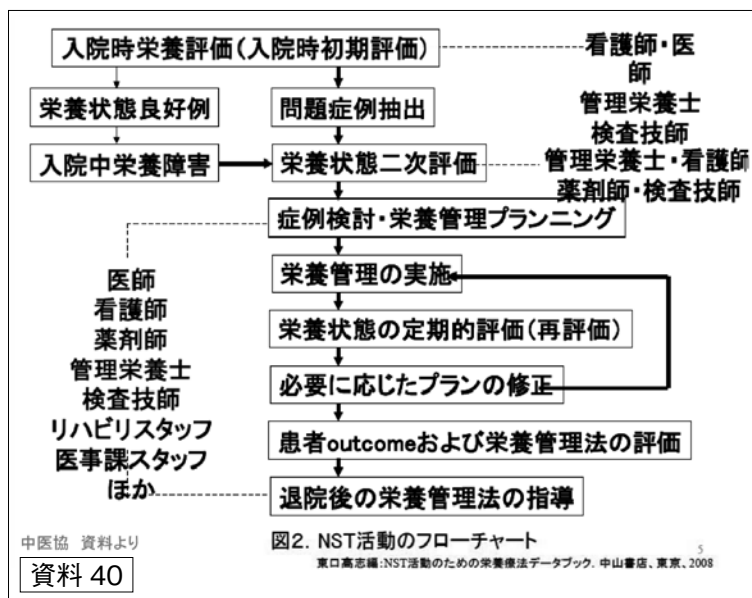
75
資料 39

多職種が行うチームカンファレンスや回診は、なんとNSTがやっと陽の目を浴びそうです。どのくらいの点数になるかわかりませんが、NSTに関する注意点などの資料が出てきましたので、今回はなんとかなるのではないかと思います。NSTだけではなく、いろんな職種の人がチーム医療として関わるのですが、資料として入院時栄養評価というのが出てきています。NSTを活発に行っている医療機関はやはり予後や患者の状態がよいです。そうした傾向があるので、NSTの評価につながると思います。

(資料40)

次は、医療安全についてです。これに対する評価として、専門知識を有する医療関連職種による抗生剤の適正使用やサーベイランス、多職種による回診等、より手厚い管理についての体制評価が出てきました。安全管理者が一人いたら、という話から、チームで考えるという方向です。(資料41)

次は療養病棟についてです。医療経済実態報告によると、一般病床より療養病床のほうが状況がいいのです。療養病床単体で言うと、プラス改定は難しいと思います。医療区分1を上げてほしいという要望は多いのですが、今改定では難しいのではないのでしょうか。個人的な予測としては、医療の療養病棟はプラスは難しいと思います。その代わりと言っては何ですが、急性期在宅介護の後方病床としての療養病床の機能に加算が認められるかもしれません。どういうことかと言うと、介護保険施設にいて脱水などで緊急に療養病床に入院してくる場合や、在宅医療で



医療安全に関する体制について

中医協 基本問題小委員会(11/18)

平成22年度診療報酬改定 論点(医療安全に関する体制)

- 1 院内感染について、専門知識を有する医療関連職種による抗生剤の適正使用やサーベイランス、多職種による回診等、より手厚い管理について、診療報酬上の評価をどう考えるか。
- 2 専従の医薬品安全管理責任者を配置し、医薬品情報管理室又は薬剤部門で医薬品の安全性情報を一元的に管理するとともに、その評価結果を関連する医療関係者に周知し、必要な措置を速やかに講じる体制について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

資料 41

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

診ている人を入院させる場合、あるいは急性期医療を脱した人など、連携によってそういう方たちを受け入れるということに対して加算しようということです。同じように、軽症・中等症の救急患者を積極的に受け入れられるということの評価するようです。

(資料42)

なぜ救急を評価することになるかと言うと、中医協から出てきた資料が次のものです。療養病床における救急患者の受入状況。または救急医療機関と療養病床の連携です。(資料43)

資料44は、東京都の3次救急と療養型病院の連携、そして大阪府の場合です。これらを参考としておそらく点数をつけてくるだろうと思います。(資料44)

有床診療所に関しては、特に一番低い入院料などは少し点数が上がると踏んでいます。さらに在宅や先ほどの療養病床と同じように後方病床としてベッドを活躍させるという点に加算がつく見込みです。また、救急を受け入れる、手厚い人員配置を行っている有床診療所についても上げるという形で動いています。

では、最後に7対1について。まず、7対1病院については、10対1病院と比較して重症度・看護必要度における基準を満たす患者をより多く入院させているという傾向でした。このことを踏まえ、7対1病院についての診療報酬上の評価をどう考えるか。急性期なので7対1病院については、もしかすると引き上げがあるかもしれません。しかし、こ

療養病床について

中医協 基本問題小委員会(11/20)

平成22年度診療報酬改定 論点(療養病床について)

- 1 急性期医療、在宅医療及び介護施設の後方病床としての療養病床の機能に対する評価について、どう考えるか。
- 2 軽症・中等症の救急患者を受け入れている療養病床に対する評価について、どう考えるか。
- 3 医療サービスの質的向上に取り組む療養病床に対する評価について、どう考えるか

87

資料 42

療養病床における救急患者の受入状況

	医療区分1 (n=2,543)		医療区分2 (n=3,820)		医療区分3 (n=1,563)		合計 (n=7,926)	
救急車による救急受入れ患者	89	3.5%	150	3.9%	42	2.7%	281	3.5%
上記以外の救急受入れ患者	98	3.9%	167	4.4%	81	5.2%	346	4.4%
救急受入れ患者ではない	2,197	86.4%	3,302	86.4%	1,372	87.8%	6,871	86.7%
無回答	159	6.3%	201	5.3%	68	4.4%	428	5.4%
全体	2,543	100.0%	3,820	100.0%	1,563	100.0%	7,926	100.0%

病院の療養病床
(n=7,926)



中医協 資料より

出典:厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(平成21年3月のデータ)

資料 43

救急医療機関と療養病床の連携を目指した取り組み例

中医協 資料より

東京都3次救急病院と療養型病院の連携

目的	3次救急に入院後、加療にて療養型病院で対応可能になった患者を、いち早く療養型病院に転院していただく体制を構築することで、3次救急病院が満床のために救急対応出来ない状況を改善し、救急難民を減少させる。
方法	急性期のMSWが8施設にコンタクトして入院を決める。
連携対象病院数	3次救急病院:1施設 療養型病院:8施設
モデル連携実績	20年12月~21年3月 申し込み23件中19件が転院

大阪府緊急連携ネットワーク

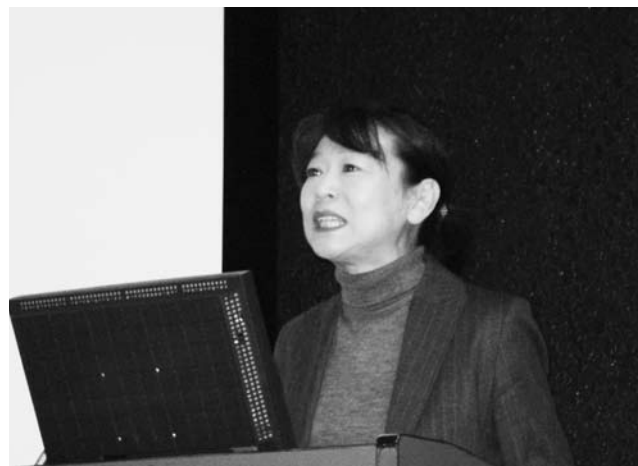
目的	3次救急にミスマッチな患者が搬送されたときに、速やかに治療可能な慢性期病床(主に医療療養病床)をもつ病院が受託することにより、3次救急の病床回転率を改善して救急難民を減少させる。
方法	3次救急の医師又は地域連携からコーディネーターに連絡し、ネットワークでマッチングできる病院を探して紹介入院をする。
連携対象病院数	3次救急病院:10施設 慢性期病院:33施設
モデル連携実績	20年12月~21年10月 連携紹介数 105例 うち75%が紹介転院

提供:日本慢性期医療協会

資料 44

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

これはネットのプラス改定率にもよると思いますが、下がりはないでしょう。私としては点数がアップされるというより、2番のほうで、7対1や10対1にも高齢化が進んでいるということで、看護補助加算が認められると思います。そのほうが可能性が高いと思います。入院基本料を上げて欲しいという声があがっていますが、上がったとしてもあまり大きなアップは見込めないでしょう。しかし、7対1や10対1は看護補助加算は認められていませんが、実際にはいらっしやいます。ですから、そこでの補助加算を認めるという形で動いて来るのではないかと思います。その根拠は、検証部会の調査で7対1のほうが重症度や看護必要度の高い患者が多いということがあります。(資料45)



次は看護補助者の配置状況です。実際、今これだけ看護補助者がいるので、この人たちを報酬で認めて欲しいと。要するに、点数アップと同じ意味合いになると思います。(資料46)

次に13対1、15対1です。先ほど言った超急性期でも急性期でも亜急性期でも慢性期でもないという医療機関です。13対1は急性期の条件は整っているわけですから、13対1で亜急性期の病床をもっているのであれば、亜急性期という位置づけはあると思います。しかし、15対1で平均在院日数が40日や50日という医療機関は療養病床に近いのではないかとというのが今回の中医協の資料から読み取れます。私の個人的な予測ですが、15対1は入院基本料が引き下げになるのではないかと思います。なぜなら、医療経済実態調査報告でも15対1は経営状況が割といいのです。です

7対1入院基本料について

中医協 基本問題小委員会(12/ 2)

平成22年度診療報酬改定 論点 (7対1入院基本料について)

- 1 平成20年度改定後の検証結果によれば、7対1病院については10対1病院と比較して重症度・看護必要度における基準を満たす患者をより多く入院させているという傾向であった。このことを踏まえ、7対1病院についての診療報酬上の評価をどう考えるか。
- 2 平成18年度改定で、7対1看護配置を評価したが、入院患者の高齢化が進み、認知症を併発した患者の割合が上昇する中で、体位交換や食事介助などの療養上の世話が増え、7対1や10対1病院において看護要員が十分でないとの指摘があるが、これについてどう考えるか。

96

資料 45

看護補助者の配置状況

一般病院*における看護補助加算算定件数、回数 平成20年社会医療診療行為別調査(5月診療分) 中医協 資料より

	実施件数	回数
看護補助加算 1	109	41299
看護補助加算 2	84	48486
看護補助加算 3	56	10489

*一般病院 特定機能病院、療養病床を有する病院、精神科病院以外の病院
一般病院における入院レセプト件数:1021533件

一般病棟入院基本料算定病床における看護要員配置

平成20年7月厚生労働省保険局医療課調査

	一般病棟入院基本料						
	計	7対1	準7対1	10対1	13対1	15対1	特別
看護職員*1 (人/患者100人)	62	74	76	58	49	46	54
看護補助者*2 (人/患者100人)	9	6	10	7	14	17	16

*1 看護職員数÷1日平均入院患者数×100
*2 看護補助者数÷1日平均入院患者数×100

25

資料 46

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

から、ターゲットにされるのではないかと思います。13対1は苦しいところですが、上がりはしないだろうと思います。精神病棟入院基本料は、新しく13対1ができることがほぼ決定しています。15対1は下げられるのではないかとということと、7対1、10対1、13対1、15対1とも、平均在院日数はそれぞれ短くなるとお予測します。どれくらいになるかによって、皆さまの病院も考えていかなければいけないと思います。

(資料47)

13対1、15対1の病院の場合、一般病棟で90日以上入院している患者が約2割います。さらに、医療区分で分けると15対1の病院の医療区分は療養病床とほぼ同じ割合です。15対1の病院に入院している患者と、療養病床はそれほど変わらないのではないかとという論調になりつつあります。では、改正はどうか。資料49は一般病棟での在院91日以上と医療療養病床の在院91日以上に共通する資料です。こうした資料が出てきたことから考えられるのは、91日以上入院している患者は、おそらく療養病床のほうが高くなるだろうということです。91日を超えて一般病床に入院しているのであれば、それは医療の療養病床に入院したほうが診療報酬としては認めるだろうと。なので、15対1は少し苦しくなるのではないかと気がしています。(資料48, 49)

13対1、15対1入院基本料等

中医協 基本問題小委員会(12/ 2)

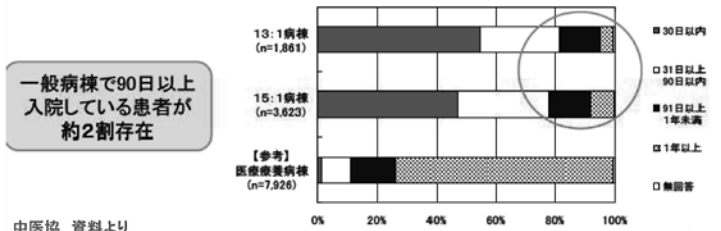
平成22年度診療報酬改定 論点 (13対1、15対1入院基本料等)

- 1 一般病棟入院基本料13対1入院基本料、15対1入院基本料の役割に鑑み、診療報酬上の評価をどう考えるか。とくに、長期の入院を行っている患者について、その評価をどう考えるか。
- 2 精神病棟入院基本料について、13対1入院基本料の評価が行われていないが、精神病棟の評価として妥当な評価となっているか。

資料 47

在院期間の状況

	13:1病棟 (n=1,861)		15:1病棟 (n=3,623)		【参考】 医療療養病床 (n=7,926)	
30日以内	1,017	54.60%	1,704	47.00%	102	1.30%
31日以上90日以内	503	27.00%	1,116	30.80%	783	9.90%
91日以上1年未満	246	13.20%	502	13.90%	1,195	15.10%
1年以上	86	4.60%	287	7.90%	5,812	73.30%
無回答	9	0.50%	14	0.40%	34	0.40%



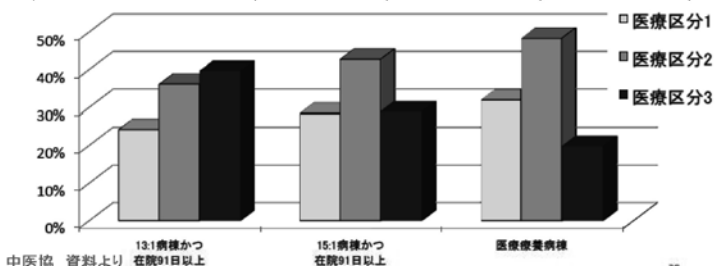
中医協 資料より

出典：厚生労働省保健局医療課「平成20年度慢性期入院患者の包括評価に関する調査」及び「平成20年度一般病棟で提供される医療の実態調査」(平成21年3月のデータ)

資料 48

医療区分の構成比

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
13:1病棟かつ 在院91日以上	24.20%	36.10%	39.70%
15:1病棟かつ 在院91日以上	28.40%	42.70%	28.90%
(参考) 医療療養病床	31.90%	48.30%	19.80%



中医協 資料より

出典：厚生労働省保健局医療課「平成20年度慢性期入院患者の包括評価に関する調査」及び「平成20年度一般病棟で提供される医療の実態調査」(平成21年3月のデータ)

資料 49

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

では、亜急性期の場合はどうなるでしょうか。亜急性期入院医療の管理料は、現在1と2があります。2は、この間の改定でできた200床未満の病院で、届出可能な病床数が3割以下、算定日数が60日というものです。実はこれはあまり普及していません。厚労省の資料からみると、これを普及させたがっているように見えます。なぜかという、例えば7対1の病院が連携する医療機関としてどこが欲しいかと言うことを考えると、亜急性期なのです。ところが、地域に十分でないというアンケート結果が出ています。こういう資料を出してくるということは、おそらく亜急性期病院を増やしたいのだろうと。そこから予測ですが、現在の3割以下という部分がもう少し増えてくるかもしれません。また、亜急性期入院医療管理料1では算定日数が90日、同じく2では60日となっていますが、実際には平均在院日数は20日とか40日だということですから、それがもう少し短くなる可能性もあります。役割をきちんと分けたいという厚労省の考えはわかりますが、そうすると亜急性期という役割を明確にしなければなりません。一番困るのは、10対1の病院と亜急性期をもっていて、10対1でさほど医療が濃くなく、亜急性期に移ったとたん、患者の支払う費用が多くなるのでは本末転倒です。本来であれば、濃厚な治療が終わって亜急性期に来るはずで、急性期の患者に、よくなったらあの立派な病棟に移れるよというように、アメニティを高める

工夫を取り入れています。

平均在院日数が診療報酬改定で短くなれば、当然ベッドの稼働率は下がります。その次の手として、回復期リハ、亜急性期はどうしても検討課題にのると思います。その検討をしたときに、亜急性期にどう取り組んでいくか。もちろん、250床の病院で極端な話、稼働率が70%であれば、私なら199床にします。そして3割は亜急性期にしたほうがいいと思います。ベッドをもっていけばいいかという、そうではない時代になってきたのではないかと思います。

(資料50, 51)

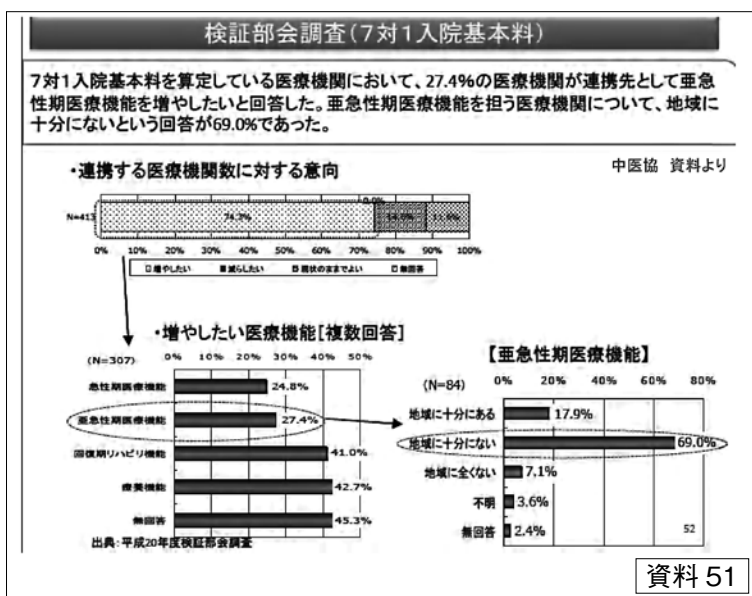
今わかっていることは、後期高齢者と名前のおつく診療報酬点数はなくなるといったほうがよ

亜急性期入院医療管理料		
亜急性期入院医療管理料1	趣旨	亜急性期入院医療管理料2
急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供する病室を評価		急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供する病室を評価
当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下	届出可能な病床数	当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下
90日	算定日数	60日
6割以上	在宅復帰率	6割以上
6.4m ²	病床床面積	6.4m ²
13対1以上(看護師比率7割)	看護配置	13対1以上(看護師比率7割)
専任の在宅復帰支援担当者	その他職員配置	専任の在宅復帰支援担当者
	施設要件	許可病床数が200床未満
・診療録管理体制加算	その他要件	・診療録管理体制加算 ・治療開始日より3週間以内(7対1入院基本料等 [※] を算定している病床からの転床または転院してきた患者が2/3以上

※7対1入院基本料(準7対1入院基本料)、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定している病棟に限る)、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料並びに臨中ケアユニット入院医療管理料のいずれか

中医協 資料より

資料 50



資料 51

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

いということです。ですから、今請求している後期高齢者薬剤管理指導料などがどれくらいあるのかを把握しておき、新点数が出たときに比較していただきたいと思います。来年の4月、同じ点数で名称変更されるだけならいいのですが、一般と併せて一般の点数と同じになったりすると収入が変わってきますから。後期高齢者にかかわる診療報酬は全部で17項目あると思います。(資料52, 53)

介護保険との連携がハッキリと出ました。ケアマネージャーと連携したら評価するということになりそうです。ですから、今までの医療連携とは考え方を考えていただいたほうがいいと思います。あと、老健では、がんの注射薬がOKになります。今、飲み薬はいいのですが、注射も認められるということです。(資料54)

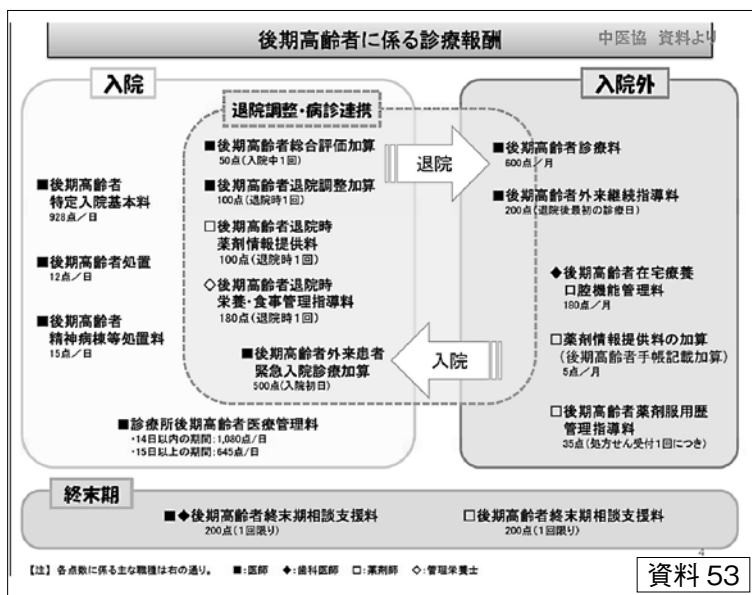
後期高齢者に係る診療報酬について

中医協 基本問題小委員会(12/04)

平成22年度診療報酬改定 論点 (後期高齢者に係る診療報酬)

- 1 高齢者の生活を重視し、介護・福祉サービスとの円滑な連携を推進する取組に対する診療報酬上の評価について、どう考えるか。
- 2 他の診療報酬項目で評価しているものと関連の深い診療に関する診療報酬上の評価について、どう考えるか。
- 3 現行では後期高齢者に着目しているが、他の年齢層にも共通する課題に関する診療報酬上の評価について、どう考えるか。
- 4 終末期を巡るこれまでの議論を踏まえ、後期高齢者終末期相談支援料の在り方について、どう考えるか。

資料 52



資料 53

介護保険との連携について

中医協 基本問題小委員会(12/04)

平成22年度診療報酬改定 論点 (介護保険との連携について)

- 1 入院後早期から退院後の生活を見通し、適切にケアマネージャーと連携を行う取組について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。
- 2 老人保健施設が、がん患者をより積極的に受け入れやすくする取組について、診療報酬上の評価をどう考えるか。

資料 54

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

DPC

先ほども話しましたが、新たな機能の評価係数は、段階的廃止です。資料55に、現行の調整係数を新たな機能評価係数に移行するとともに、従来の包括点数では十分に評価できていなかった医療機関の機能差等については、包括する項目を見直すことで対応するとありますが、つまり出来高が増えるということです。(資料55)

新たに導入するものについては、すでに皆さまご存じだと思いますが、データ提出・公開指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数、チーム医療指数などが挙げられています。患者の年齢構成による評価と診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価は今回は見送りです。

包括対象からの除外について。HIV感染症に使用する抗ウイルス薬や、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓に係わる薬剤等については、出来高評価という形になっています。(資料56, 57)

DPC 新機能評価係数の設定

中医協DPC評価分科会における検討項目(11/30)

I 新たな機能評価係数の導入にかかる対応について

○ これまで、DPC制度においては、診断群分類点数表による点数を基本として、調整係数及び既存の機能評価係数により、各医療機関の診療報酬を設定してきた。

【概念図】

① 新たな機能評価係数の設定
② 包括されていた項目を係数に見直し
③ 包括されていた項目を出来高に移行

○ 今後、現行の調整係数を新たな機能評価係数に移行するとともに、従来の包括点数では十分に評価出来ていなかった医療機関の機能差等については、包括する項目を見直すことで対応する。

123

資料 55

DPC 新機能評価係数の設定

中医協DPC評価分科会における検討項目(11/30)

III 包括対象からの除外について

2. 現行の診断群分類の適用は、医療資源を最も投入した傷病名とその治療内容等により決定している。そのため、当該診断群の治療とは直接関係はないが、高額な費用のかかる慢性疾患の治療については、包括評価に反映させることは困難である。このため、以下の診療に係る薬剤等については、出来高評価することとしてはどうか。

(1) HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
(2) 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
(3) 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓

なお、(3)については、診断群分類点数表を出来高の項目を元に点数の設定や分類の決定を行っていることから、出来高での「人工腎臓」の項目において、慢性腎不全で定期的実施した場合と急性腎不全等の場合を分けなければ評価が困難であり、出来高での対応が必要である。

134

資料 56

DPC 新機能評価係数の設定

中医協DPC評価分科会における検討項目(11/30)

調整係数の段階的廃止について

【段階的廃止についての事務局案】
調整係数を診療報酬の改定毎に一定割合ずつ減じ、新たな機能評価係数に置き換えてはどうか。この際、ある程度の最低水準を保证する基礎係数を設定してはどうか。

【イメージ図】

135 現行 平成22年 平成24年 平成××年

資料 57

※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。

まとめ

今回の診療報酬改定では、介護報酬という言葉がよく出てきます。実は、居宅療養管理指導というものが、ドクターに居宅療養管理指導という介護報酬が認められているのですが、先生方はあまり興味がないようで、かかりつけ医の意見書は書いているが、これは請求していないという先生もいらっしゃいますので、気をつけていただきたいと思います。脳血管疾患のリハと運動器リハを行っている病院やクリニックは患者層の確認をしていただきたい。いわゆる要介護認定を受けてリハビリにきている人がどれくらいいるのか、13単位で請求している人がどれくらいいるのか。来年残ったからといっても安心はできません。できればその患者に今後どのようにリハビリを提供していくかという戦略を組んでいかねばなりません。急性期の医療機関でも介護保険におけるサービスと関わりがない医療機関でも、高齢者の患者は増加しているので、この方たちの生活を支えるのが介護保険制度です。よき相談相手、生活のアドバイザー、または患者の疾患問題が生活環境にあるということになれば、介護保険を理解していないと難しいことになります。また、患者が不幸になると思います。急性期病院を退院する高齢者は、居宅または介護施設等において、介護サービスの提供を受ける方が少なくありません。退院時において、介護支援専門員や居宅介護サービス事業者等との退院時カンファレンスを行うのは当然ですが、急性期病院における入院中の治療や看護においても、高齢者の退院後の療養生活を踏まえた対応が必要です。退院調整が点数になるので、注意していただきたいと思います。あとは、地域における自院のポジショニングを明確にすることです。ただ単に病院を経営するのではなく、何を、どういう医療を行うのかです。そして、自院においての連携策を確認すること。これは医療・介護どちらにも当てはまります。最後に、患者から安心され、信頼される医療機関であり続けることを全スタッフが認識していること。これは会社も同じです。特に、医療関連サービスでお

仕事をされる場合、エンドユーザーの意識をもっていただきたい。実際に物を売っているのは病院やクリニックや老健ですが、売っているものをサービスとして提供した結果、最終的に使用するのは患者です。極論かもしれませんが、エンドユーザーから、あそこの会社のものを使っている病院なら安心と言われるくらいになっていただきたいと思います。

あとは話の中に全部盛り込みましたが、特に慢性期の場合、居住系施設や介護療養型老健も視野に入れなければいけないということと、民主党が介護療養型病床の廃止を凍結にしましたが、凍結になったからといって同じだけの医療資源を投下するとは言っていません。ですから、介護療養型病床をそのまま残すかどうかはわかりません。廃止するには国会に通さなければいけません。国会を通して残そうとなれば、そのままの名称で残すのか、名称を変えて、医療の療養病床にするのか、そのあたりはまだわかりません。すぐに老健にするということではありませんが、安泰だということもありません。特に私が来年の改定で強調したいのは、地域への自院機能の周知徹底というところで、对患者、対病院、対介護サービス事業者へのアピールです。地域の中で生きる医療であり、会社であり、業者であることを考えていただきたいと思います。以上です。長時間おつきあいくださいまして、ありがとうございました。



※本講演は平成21年12月10日時点での中医協情報等を元にしたものです。