

月例セミナー(191回)

2012年度 診療報酬 介護報酬 同時改定のポイント

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 厚生年金事業振興団 北海道病院協会 静岡県病院協会 広島県病院協会 新潟県病院協会

各厚生連 神奈川県看護協会 静岡県看護協会 広島県医師会、徳島県医師会、日本医業経営コンサルタント協会

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ(MMPG) TKC、医療関連サービス振興会 他 多数

■ 著書

『医業・介護事業経営はこう変わる』

(株)TKC 出版

診療所開業マニュアル (共著)

日経 BP 社

2010診療報酬改定 病医院への影響と診療科別・機能別シミュレーション

(株)TKC 出版

■ 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)

〒065-0033 札幌市東区北33条東9丁目1-20

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

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

はじめに

皆さんこんにちは、中林です。今日の資料を見てびっくりされた方もいるのではないかと思います。今回は同時改定ということで、皆さんのお手元には6時間分の講演資料があります。全サービス、特に全介護に関するポイントを今日の時点の情報で入れてあります。実は明日、詳細が出そうです。介護についてはこの資料でお話ししますが、明日、厚労省のホームページでチェックしていただければ、細部が分かると思いますので、そちらを参考になさってください。また、医療については細かいところまでご説明する時間がありません。今日は資料の中でここぞというポイントと、医療関連のサービス業で働いている皆さんにどういうところに気を付けていただきたいか、そしてこの改定におけるビジネスチャンスが一体どこにあるのか、このあたりを中心にお話をさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。

改定のアウトライン

平成24年度(2012年度)診療報酬改定率

厚労省の発表によると、今回の改定は0.004%のプラス改定だということです。0.004%だと±ゼロと思った方もいらっしゃると思いますが、本当に髪の毛1本、首の皮1枚だけ上がりました。(資料1)
とはいえ、5500億円です。これを医科、歯科、調剤で割った金額が今回の改定の財源となります。薬価改定等の改定率は1.375%ですから、本体との差、すなわち改定率(ネット)は0.004%になるわけです。本当に少しのプラス改定で、決して喜べるような数字ではないというのが本音です。(資料2)

| 平成24年度(2012年度) 診療報酬改定率 | | |
|------------------------|-------------------------|---------------------|
| ※ < >内は、平成22年度改定率 | | |
| 全体改定率 | +0.00% (+0.004%) | < +0.19% > |
| 約5,500億円 | | |
| 1. 診療報酬改定 | +1.38% (+1.379%) | < +1.55% > |
| 医科 | +1.55% | 約4,700億円 < +1.74% > |
| 歯科 | +1.70% | 約500億円 < +2.09% > |
| 調剤 | +0.46% | 約300億円 < +0.52% > |
| 2. 薬価改定等 | ▲1.38% (▲1.375%) | < ▲1.36% > |
| 薬価 | ▲1.26% | 約5,000億円 < ▲1.23% > |
| (薬価ベース) | ▲6.00% | < ▲5.75% > |
| 材料価格 | ▲0.12% | 約500億円 < ▲0.13% > |

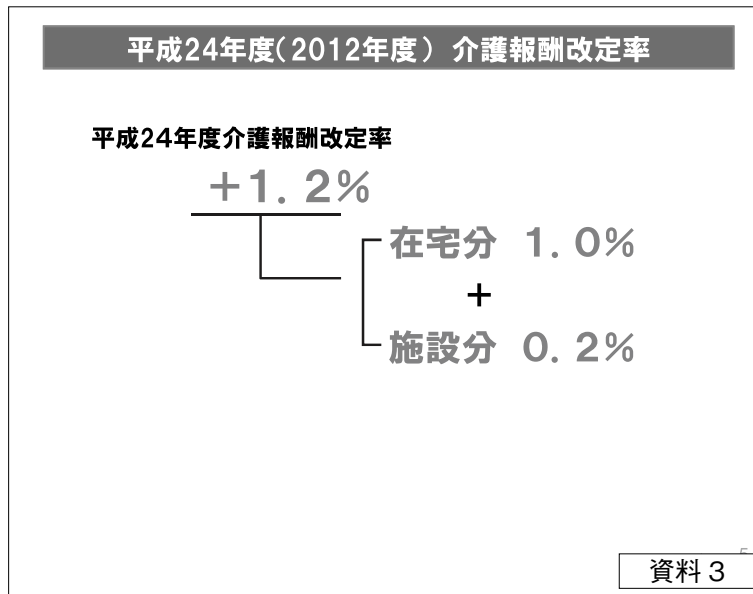
©ASK/HMCG 資料1

| 2012年度診療報酬改定 改定率と影響額 | | |
|----------------------|---------|------------|
| | 改定率(%) | 医療費ベース(億円) |
| 改定率(ネット) | 0.004% | 0 |
| 本体 | 1.379% | 5,500 |
| 医科 | 1.55% | 4,700 |
| 歯科 | 1.70% | 500 |
| 調剤 | 0.46% | 300 |
| 薬価改定等 | ▲1.375% | ▲5,500 |
| 薬価 | ▲1.26% | ▲5,000 |
| (薬価ベース6.00%) | | |
| 材料価格 | ▲0.12% | ▲500 |

資料2

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

一方、介護報酬はプラス1.2%ということで、診療報酬にくらべるとすごく上がったように見えます。しかし、実は、2012年3月で処遇改善交付金がなくなるため、処遇改善交付金を介護報酬で補っていくことになりました。それを報酬に換算すると2.0%になります。ところが、今回は1.2%のプラスですから、実は0.8%のマイナス改定ではないかという見方もできます。どうやら厚労省としては、この0.8%は物価が下がった分を加味し、±ゼロ程度の改定だという認識のようです。ただし、介護報酬改定率1.2%の内訳は、在宅分1.0%、施設分0.2%という配分です。診療報酬も同様ですが、今回の改定は、在宅医療に相当の財源が割かれているという点に注目しておくべきでしょう。(資料3)



平成24年度診療報酬改定の基本方針 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

2011.11.24 社保審 医 資料4

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

今回の診療報酬改定の基本方針の中で、これまでの改定と違う点について解説しておきたいと思います。大きな違いは、「将来を見据えた課題」が提示された点です。具体的には、「2025年」という長期的な視点が示されたことです。そこへ向けての第一回目の改定が今回なのです。したがって、「2025年の姿」というものを知っておかなければ、今回の改定の意味が理解できません。これまでのように単年度の改定が毎年毎年行われるよりも、将来的にわが国の医療と介護の目指すところが可視化されるようになることは、私たちの業界としては歓迎すべきことではないでしょうか。2025年までには、同時改定が3回行われます。つまり、今回の改定は、ホップ・ステップ・ジャンプの“ホップ”だと思ってください。

そのほかにも、基本方針には重要な内容が書かれています。例えば、資料4に「これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法

の確立に向けて検討を行うべきである。」とあります。つまり、人数が何人だとか、どのくらいの面積なのかといった構造的なことが中心だったこれまでの診療報酬の評価が、プロセスや成果、アウトプットといった面を評価していることとシフトしてきているのです。(資料4)

最近、新聞やテレビなどで「社会保障・税の一体改革」という言葉を頻繁に目にされていると思います。この言葉を目にしたら、医療と介護の項目についてもチェックしておいてください。医療と介護、つまり社会保障をわが国がどのようにしていこうとしているのか、ということがよく書かれています。例えば、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大のくだりなどは、パートの看護師さんに関わることです。とくに経営者の皆さんにとっては、なにかと影響のあることだと思いますので興味をもって情報に接してみてください。(資料5)

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防
 - ・ 重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

2011.09.22社会保障審議会医療部会 資料

資料5

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

医療・介護サービスの

需要と供給(必要ベッド数)の見込み

では、2025年について考えていきたいと思えます。来たる2025年とはどのような年なのでしょう。それは団塊の世代が75歳になる年、つまり、高齢化のピークが来る年です。その年に医療・介護はいかにあるべきか、ということです。

まず、医療を見てみましょう。2011年度では一般病床が7対1から15対1までありますが、ここを高度急性期と一般急性期、亜急性期に分けようという方針です。そして、それぞれ平均在院日数が15～16日、9日、60日程度となっています。今回の改定はこれに向けて進めているわけですから、おそらく平均在院日数も7対1のところは17～18日くらいに減ってくるでしょう。

自公政権のときと違う点があります。それは、過疎化で1件しか病院がないような地域の場合、その1件を地域一般病床として認めるという点です。そして、この地域一般病床に24万床を取るというのです。そうすると、高度急性期は18万床、一般急性期は35万床、亜急性期は26万床でいいという計算になります。ちなみに、長期療養は平均在院日数が短くなるけれども病床数は増えます。なぜなら、長期療養の平均在院日数が減れば、当然早く次の病床へ移ることになるからです。そして、精神病床は、入院ではない形にシフトしていくので減っ

ていきます。

はっきり言ってしまいますと、高度急性期の18万床というのは、全国の大学病院、大学病院本院と同程度の高診療密度群、DPCでいうところの3分類のふたつで18万床になります。なので、厚労省はちゃんと計算をしているのだと思われます。そうすると、一般急性期は、高度急性期に入らない残りのDPCとなるでしょう。つまり、2025年のシナリオの中には、13対1と15

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み (1/2)

| パターン1 | 2011年度 | 2025年度 | |
|-------------|--------------------------------------|--|--|
| | | 改革シナリオ | |
| | | 各ニーズの単純な病床換算 | 地域一般病床を創設 |
| 高度急性期 | 【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度 | 【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度 | 【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度 |
| 一般急性期 | 退院患者数 125万人/月 | 【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度 | 【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度 |
| 亜急性期・回復期リハ等 | | 【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度 | 【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度 |
| 長期療養(慢性期) | 23万床、91%程度 150日程度 | 28万床、91%程度 135日程度 | |
| 精神病床 | 35万床、90%程度 300日程度 | 27万床、90%程度 270日程度 | |
| (入院小計) | 166万床、80%程度 30～31日程度 | 159万床、81%程度 24日程度 | 159万床、81%程度 25日程度 |

資料6

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み (2/2)

| パターン1 | 2011年度 | 2025年度 | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|
| | | 改革シナリオ | |
| | | 各ニーズの単純な病床換算 | 地域一般病床を創設 |
| 介護施設 ・特養 ・老健 (老健+介護療養) | 92万人分 48万人分 44万人分 | 131万人分 72万人分 59万人分 | |
| 居住系 ・特定施設 ・グループホーム | 31万人分 15万人分 16万人分 | 61万人分 24万人分 37万人分 | |

(注1) 医療については、「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月あたりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2,000～3,000万人程度で推移)100人あたり1床程度の整備量を仮定。

資料7

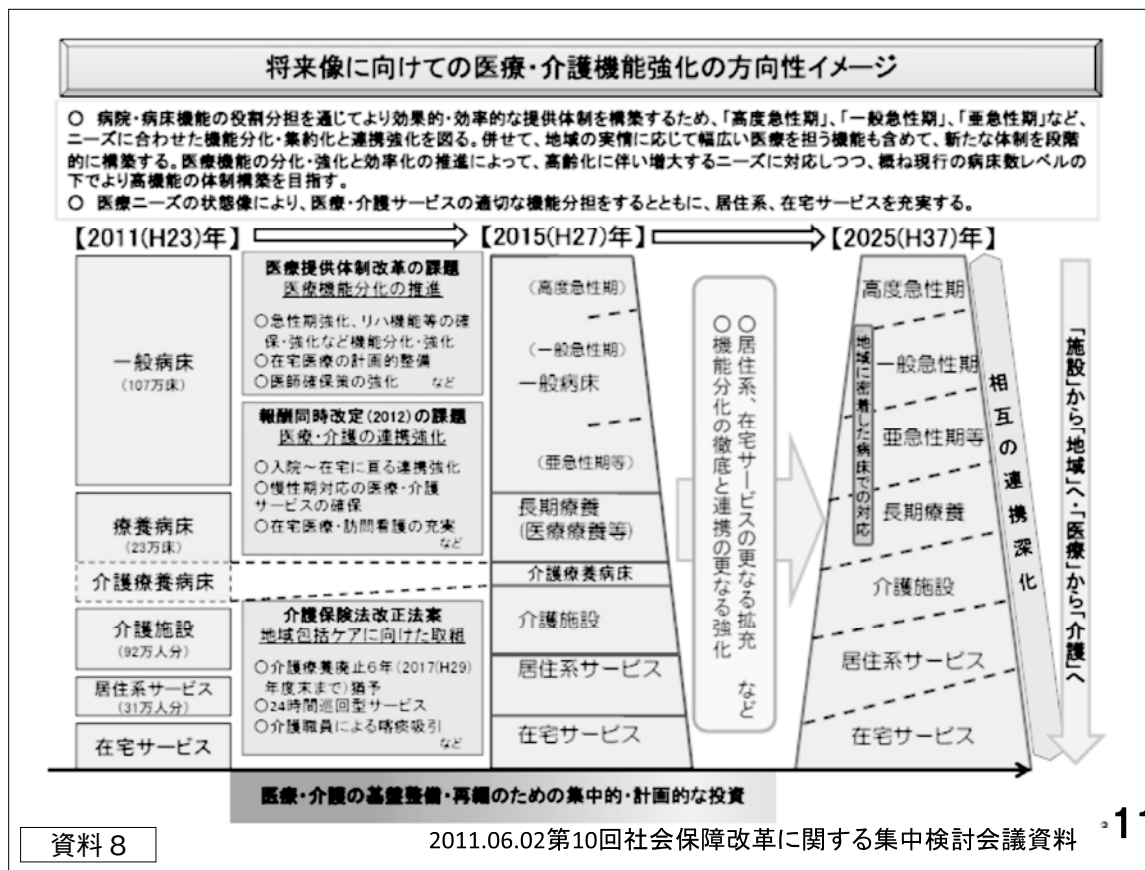
対1の一般病床がないのです。その部分が今回の改定で変わることになります。

しかし、いったいどういうことなのでしょう。日本の高齢化のピークだといわれている年に、病床数を減らしていいのでしょうか。結局、介護施設は相当数増えるのです。団塊の世代が75歳になるころにはこれでも足りなくらいです。あとは、居住系の施設がどんどん増えていきます。つまり、今回の改定から、入院医療から外来・在宅医療にシフトさせるわけです。特別養護老人ホームを増やすといっても、建てられるのは限られています。今後20万床くらい急増するかというところはいきません。現在は特養待ちの人が大勢います。そういった人たちに早く家に帰って在宅医療で、と言うのは酷です。そこで、法律をかえて、高齢者のサービス付き住宅という制度ができました。大きなポイントです。国が大きく舵をきってきたということです。在宅介護をさんざん増やそうといってきたけれども、介護する側がいなくなってくるわけです。ですから、高齢者が安心して暮らせる住まいをつくっていくということです。ということ

は、当然、外来医療と在宅医療が増えていくという構造です。(資料6, 7)

この話を図にしたのが、資料8です。2025年にもっとも病床数が少なくなるのは高度急性期で、いちばん増えるのは在宅サービスでしょう。2025年までに、そのための道筋を示していくということですが、去年の12月、はやくも厚労省の社会保障審議会で医療法上の急性期病床群が打ち出されました。

厚労省では急性期を強化し、在宅医療はただ闇雲に増やすのではなく計画的に整理していくということです。また、「入院～在宅に至る連携強化」というのは、今回の改定のヤマでしょう。これは、入院医療から外来医療に、シフトする病院に点数がつくということです。わかりやすくいうと、例えば、80歳のAさんとBさんが同じ日に同程度の症状で入院したとします。いままでは同じ日に退院してもよかったのです。しかし、これからは、入院した時点からどうやって地域に帰っていただくかを考えてなくてはなりません。Aさんは自宅で娘夫婦と孫と暮らしているとしましょう。となると、ある程度のとこ



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

ろで退院調整をかけてもいいだろうということになります。通院も家族がいるので大丈夫でしょうと。一方、Bさんは3年前に連れ合いを亡くして子供もいません。親戚は隣の県にいて、住まいはマンションの5階で階段しかありません。こういう状況で、同じくらいの治り具合だから同じ日に退院するのか？ という話になります。Bさんを取りまく状況は入院時からわかっているわけですから、退院困難な要因を抽出して、どうすれば地域へ戻れるかを病院が考えないといけなくなります。そこに、言い方が悪いのですが、お金が給付されてくるようになるわけです。

Bさんの場合、短期集中リハビリができる老健に一度転院することも考えられます。家に帰れるとしても、麻痺が残っていたら家事はできるのか、通院はどうするのかという問題が残ります。そこで、家に帰ったその日から訪問介護が入り、通りハが入り、週に2回はヘルパーさんが来て買物などをケアするといったケアプランを入院時につくることとなります。高いお金をかけて治しても、家に帰ってから寝たきりになって要介護5になりました、というのは国家財政としては困るわけです。だから、そのところをきちっとつなげましょう、というのが今回のポイントだということです。(資料8)

介護職員等による

たんの吸引等の実施のための制度について

急性期を脱した後の慢性期を受け持つ病院は、質も上げなくてはいけないため、病院にお金もつくでしょう。

また、介護保険法改正は、地域包括ケアシステムが導入されます。簡単にいうと、地域で安心して暮らせるようにしましょう、ということです。地域で安心した暮らしということは医療

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について 中 医 協 総 - 4
2 4 . 1 . 1 8

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)

趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できるとする。
★たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの
※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。
★具体的な行為については省令で定める
・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
○登録の要件
★医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
★記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
★具体的な要件については省令で定める
※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

介護職員等の範囲

○介護福祉士
★具体的な養成カリキュラムは省令で定める
○介護福祉士以外の介護職員等
★一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定
★認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
○登録の要件
★基本研修、実地研修を行うこと
★医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
★研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
★具体的な要件については省令で定める
※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行
(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)
○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置

1

12
資料9

「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

第23回医療部会(H23.11.17)資料

現行(平成12年改正以降)の病床類型

| | | | | |
|-----------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| 一般病床 (1,038,630床*) | 療養病床 (356,877床*) | 精神病床 (349,321床*) | 感染症病床 (1,785床*) | 結核病床 (9,502床*) |
|-----------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者

長期にわたり療養を必要とする患者

精神疾患を有する患者

感染症の患者

結核患者

同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、医療提供体制における機能分担が不明確

*平成20年医療施設調査より

目指す方向性

一般病床

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者
(急性期患者を除く)

急性期病床群(仮称)

<法的位置付け>
○一般病床のうち、都道府県知事による認定
○認定要件を継続的に満たしているかを確認するために更新制を導入

<想定される患者**>
○心筋梗塞によって入院した患者や手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要とする患者
(例)周術期の患者、救急室からの患者等

****急性期にある患者に対し、急性期に見合った適切な医療が効率的に行われているかという点を総合的に評価**

①診療行為等
・疾病、病態
・処置内容
・入院時の状態

②施設等
・構造設備基準
・人員配置
・平均在院日数等

診療報酬上の評価において想定される患者

DPC

特定機能病院

専門病院

一般病棟

救命救急

特定集中治療室

新生児特定集中治療室

総合集中治療室

脳卒中ケアユニット

ハイケアユニット

有床診療所一般

回復期リハビリテーション

重症性期

障害者施設等

特殊疾患

緩和ケア病棟

2011. 11. 25 中 医 協 総 会 資 料

資料10

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

が関係してきます。患者さんは医療と介護が両方あって暮らしていけるのですから。介護保険法改正とはいえ、最初に医療が関わってくるのです。ですから、医療機関さんは無関係と思わないでください。介護療養病床の廃止は6年間延期になりましたが、厚労省としては、廃止の予定でしょう。6年後も残すというのは難しいと思われま。24時間巡回型サービスというのが導入されます。病院でナースコールを受けて病室に行ったり、懐中電灯を持って病棟を巡回したりするように、地域を巡回して見守り、連絡が来たらお家へ行くということです。なぜでしょう？ 厚労省がベッド数を減らしていくからです。それは患者さんが地域で暮らせるようにしていこうということです。さらに、介護職員さんは、たんの吸引などが認められるようになります。これは必然でしょう。介護職員さんもこうしたことができるようになっていかなないと、シナリオがうまく運ばないからです。

(資料9)

そういうわけで、2025年に向けて標語が掲げられています。「『施設』から『地域』へ・『医療』から『介護』へ」です。端的だと思います。例えば、認知症の方に死ぬまで遠くの施設に入っているというわけではないのです。早期に発見すれば早期に治療をはじめられ、なんとか悪くならず維持できるでしょう。維持できるのであれば地域で暮らせるでしょう、ということです。なんでもかんでも施設に頼るのでなく、介護のサービスを利用しながら地域で暮らせるようにしようという方針だということです。

先に出てきた急性期病床群については、資料10を参考にしてください。なかでも注目すべきは、届出が更新制になるという点です。このあたりを知っておいていただければと思います。

(資料10)

重点課題1

急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

救急・周産期医療の推進について

さて、これから診療報酬の細かな部分の解説に入っていきます。資料11からご覧になっていただければわかると思いますが、資料の中の①や②といった部分が細かく変わっていく点ですので読んでいただければと思います。

③にある「身体疾患を有する精神疾患患者」というのは、統合失調症の患者さんが例えば心筋梗塞になるようなことです。そういう患者さんはなかなか入院先がないので、受け入れてくれる病院は評価していこうというわけです。一般病院は精神科医と連携を強めておくことが必要でしょう。そして、具体的にどういう疾患の人を診ていこうということもあらかじめ決めておくべきです。

また、⑤には「救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算」とあります。現在はどちらからの加算だけですが、両方とも加算してよくなります。さらに今回、療養病棟も精神病棟も、どちらも受入加算がOKになります。「療養病棟の方も急性期病床での治療から5日経ってうちの病院で受け入れますよ」ということならばOKということです。

つぎに⑥の「さらなる評価」というのは、初期

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(1) ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

① 救命救急入院料1及び3について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。

② ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間(30分以上)診療を行っている場合の評価を新設する。

©ASK/HMCG

17
資料 11

加算です。現在、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の療養病棟への受入れを行った場合、150点つけていいということになってはいますが、もっとつけようという策です。その意味は、急性期を脱した患者さんを受け入れられる病院は高く評価されるようになるということです。(資料11～13)

そして、療養病棟入院基本料についてです。表をご覧くださいと、20:1と25:1とあります。今回、点数表には25:1は残るのですが(医療法における療養病床の看護職員6:1が6年間延長となるため)、点数的には厳しいです。なんとか20:1をめざしていただいたほうがいいと思います。(資料14)

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(1) ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

③ 身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

④ 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う

©ASK/HMCG

18
資料 12

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(1) ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

⑤ 救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援を一層強化するため、救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算のさらなる評価を行い、対象となる患者を拡大する。あわせて、運用がより円滑になるよう同加算については、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出可能とする。さらに、受入加算を療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床においても算定可能となるよう要件を変更する。

⑥ 療養病棟において、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入れを行った場合について、一定の条件のもと、さらなる評価を行う。

©ASK/HMCG

10
資料 13

入院基本料等

©ASK/HMCG

A101 療養病棟入院基本料

1. 入院患者の重症化傾向等を考慮した人員配置要件の見直し、及び入院基本料の適正化

【改定前】

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|-----|--------|----------------|-----------------|
| 9区分 | ADL区分3 | 入院基本料D 885点 | 入院基本料B 1320点 |
| | ADL区分2 | 入院基本料E 750点 | 入院基本料C 1198点 |
| | ADL区分1 | | |

【改定後】

| | | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | |
|------------|--------|----------|------------|--------------|--------------|
| 18区分 | ADL区分3 | 1 (20:1) | 934点(920点) | 1369点(1355点) | 1758点(1744点) |
| | | 2 (25:1) | 871点(857点) | 1306点(1292点) | 1695点(1681点) |
| ※()内は生活療養 | ADL区分2 | 1 (20:1) | 887点(873点) | 1342点(1328点) | 1705点(1691点) |
| | | 2 (25:1) | 824点(810点) | 1279点(1265点) | 1642点(1628点) |
| | ADL区分1 | 1 (20:1) | 785点(771点) | 1191点(1177点) | 1424点(1410点) |
| | | 2 (25:1) | 722点(708点) | 1128点(1114点) | 1361点(1347点) |

※20:1においては、医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。 20

資料 14

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

また、初期加算の詳細については資料15をご覧ください、確認してください。(資料15)

つぎに⑦です。「一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。」とあります。この初期加算は今まで、療養病棟でなければ適用されませんでした。13対1や15対1への急性期後の患者さん、老健や特養でちょっと具合が悪くなった方や、自宅にいてなんだか調子が悪くなった方に適用されるようになります。要するに、心筋梗塞など重篤な事態になった場合は大きな病院へ行くのです。

しかし、高齢者の方などが低栄養や脱水症状になったりすることは多くあります。2～3日の点滴治療でよくなるような場合は、隣の大学病院へ運ばなくてもいいだろうということです。つまり、地域で頼りになる病院を評価していこうということです。誰が頼りにするのかというと、まず急性期病院が頼りにします。急性期を脱した患者さんを受け入れてくれる病院がないと困ってしまいますから。そして、ありとあらゆる介護施設が頼りにします。老健や特養などでは夜のスタッフ配置が手薄になるからです。そんなときに、ちょっと具合の悪い人が地域の病院に行ける、ということは歓迎されるでしょう。さらに自宅という場合は、無床クリニックの先生が頼りにします。無床クリニックの先生がそういう病院と連携しておけば、困ったときに入院できるということになります。この点数を上げて、さらに13対1も15対1もOKにしようということは、地域で頼りになる病院を今回は引き上げようという気持ちがあるようです。(資料16)

それについて図式化してまとめたのが資料17です。(資料17)

入院基本料等

A101 療養病棟入院基本料

2. 療養病床が有する後方病床機能の評価の新設

病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設

【新設】救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点
(14日以内、1日につき)

【算定要件】

急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟からの転院患者、介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る)の一般病棟からの転院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。

※本加算を算定する療養病床を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないも。

【施設基準】

病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。 21

資料 15

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きい医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(1) ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化や小児救急医療の充実を図るとともに、救急病院と後方病院との医療連携を推進する。

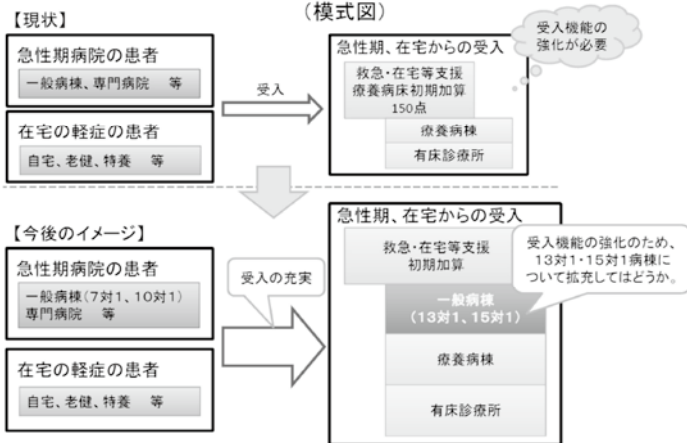
⑦ 一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)においても、急性期後の患者や在宅療養中の患者を受け入れた場合の評価を新設する。

©ASK/HMCG

22

資料 16

後方受入機能に係る主な診療報酬について



2011. 12. 02 中医協総会資料

資料 17

つぎに、NICUです。長期入院の重症のお子さんたちを、なんとか在宅にしていきたいということです。あとは、ハイリスクの妊産婦の共同管理料の対象についてはもっと拡大するということです。(資料18)

さらに、NICUのことが出てきます。資料19の④に「緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価」とあります。在宅患者緊急入院診療加算はご存知でしょうか。連携先のクリニックから移ってきたら1300点、そうではないところから在宅の方が移ってきたら600点ですが、その点をさらに評価していくということです。今回、在宅療養支援病院が在宅患者のためにベッドを開放して、そこへ在宅患者さんが入院してくると高く評価されます。これは家族のことも考えられていると思います。家族が在宅介護をあきらめるのは辛くなったときですから、在宅患者さんが困ったときに入院できる病院を地域につくっていきこうという厚労省の考えがうかがえます。在宅患者緊急入院診療加算の点数については資料20で確認しておいていただきたいと思います。(資料19, 20)

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(2) NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

① NICUに長期入院を余儀なくされる児の数は多く、NICUから後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、新生児特定集中治療室退院調整加算のさらなる評価や算定回数増加等の要件の変更を行う。

② リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

©ASK/HMCG

資料 18

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(2) NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

③ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算のさらなる評価を行うとともに、これを一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。(重症児(者)受入連携加算1300点)

④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行うとともに、特に小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。

©ASK/HMCG

資料 19

入院基本料等加算

在宅患者緊急入院診療加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 在宅患者緊急入院診療加算(1日につき) 1 連携医療機関に入院させた場合 1,300点 | 在宅患者緊急入院診療加算(1日につき) 1 連携医療機関に入院させた場合 ●●●点 |
| 2 1以外の場合 650点 | 2 1以外の場合 ●●●点 |

【留意事項】

- (3) 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。
- (4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入院した場合に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (5) 受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有する。
- (6) 受入保険医療機関が、当該診療所と特別の関係にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。(平22保医発0305・1)

資料 20

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

そして、資料21の⑤に「超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が～」とありますが、超重症児(者)と準超重症児(者)を確認しておきましょう。資料22にあるように、改定後の超重症児(者)の要件は「介助によらなければ座位が保持できず～」であり、この場合の診療加算を療養病棟でも算定可能とするわけですから、結構いらっしやるのではないのでしょうか。(資料22)

それから、⑥に「長時間訪問看護の～訪問回数の見直しを行う」とありますが、訪問看護の場合、これに該当する患者さんに対しては何度も行けるようになります。(資料21)



重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-1 救急・周産期医療の推進について

(2) NICUと後方病院との医療連携の推進など、周産期医療の機能強化を行う。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

⑤ 超重症児(者)、準超重症児(者)の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児(者)、準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。また、現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

⑥ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者に加え、訪問回数の見直しを行う。

©ASK/HMCG

28

資料 21

入院基本料等加算

©ASK/HMCG

A212 超重症児(者)／準超重症児(者)入院診療加算

1. 超重症児(者)入院診療加算の評価の引き上げ

| 【改定前】 | 【改定後】 |
|----------------|----------------|
| イ 6歳未満の場合 600点 | イ 6歳未満の場合 800点 |
| ロ 6歳以上の場合 300点 | ロ 6歳以上の場合 400点 |

【参考】準超重症児(者)入院診療加算 イ 6歳未満の場合 200点
ロ 6歳以上の場合 100点 (今回改定にて変更なし)

2. 要件の緩和(超重症児(者)入院診療加算)

| 【改定前】 | 【改定後】 |
|--|--|
| 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること | 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が6月以上(新生児の場合は1月以上)継続している状態 |
| 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。) | 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(別添) |

29

資料 22

*本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

超重症児(者)、準超重症児(者)加算は、現在6歳以上の方は400点、6歳未満の方には800点、入院している間中、請求できます。これはどういうことかということ、在宅患者の受入加算が緊急医療機関からの転院の場合にも算定可能となったということです。参考までに、判定基準につ

いては資料23をご確認ください。例えば、ひとりで歩けない程度の運動機能で、半年以上前から透析を受けている方なら100点ということです。こうした条件にあてはまる患者さんは、療養病棟でも加算OKとなります。(資料23)

参考 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合※1に、それぞれのスコアを合算。

1. 運動機能：座位まで
2. 判定スコア

(判定) 1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)とする。

| 呼吸管理 | スコア |
|---|-------------------|
| (1)レスピレーター管理(※2) | 10 |
| (2)気管内挿管、気管切開 | 8 |
| (3)鼻咽頭エアウェイ | 5 |
| (4)酸素吸入又は酸素飽和度90%以下の状態が10%以上 (キイフスピロフによる場合)(加算) | 5 5 |
| (5)1回/時間以上の頻回の吸引 6回/日以上以上の頻回の吸引 | 8 3 |
| (6)ネブライザー 6回/日以上または継続使用 (又はネブライザー3回/日以上使用) | 3 3 |

| 食事機能 | スコア |
|---|--------|
| (7)IVH | 10 |
| (8)経口摂取(全介助)(※3) 経管(経鼻・胃ろう含む)(※3) | 3 5 |
| 消化器症状の有無 | スコア |
| (9)腸ろう・腸管栄養(※3) 持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時) | 8 3 |
| 他の項目 | スコア |
| (10)手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上 | 3 |
| (11)継続する透析(腹膜灌流を含む) | 10 |
| (12)定期導尿(3回/日以上)(※4) | 5 |
| (13)人工肛門 | 5 |
| (14)体位交換 6回/日以上 | 3 |

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が1か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

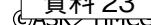
※2 毎日行う機械的気道加圧を要するカマシ・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。

※3 (8)(9)は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む

32

資料 23



重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた精神科看護等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

- (1) 病院勤務医の負担を軽減する体制を要件とした診療報酬項目を拡大し、より勤務医の負担軽減につながる具体的な体制整備を要件とする。
- (2) 医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。
- (3) 医師と看護師等との業務分担は、勤務医の負担軽減策の中で効果が高いため、医師と看護師等との業務分担を推進することが重要。そのために看護補助者の活用による看護職員の負担軽減を図るため、急性期看護補助体制加算等について看護補助者のより手厚い配置や夜間の配置について評価を行う。

33

資料 24



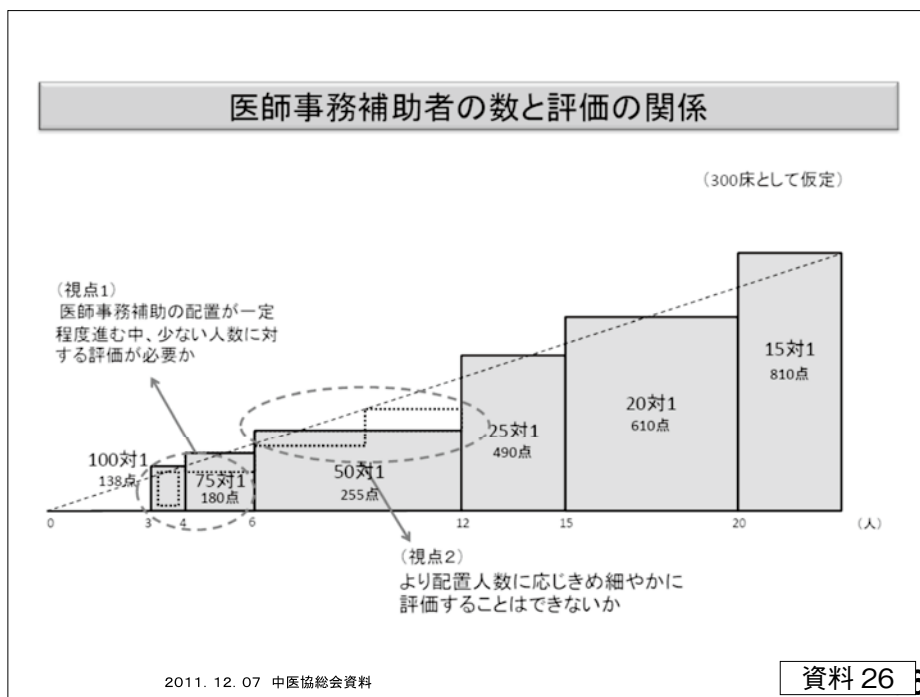
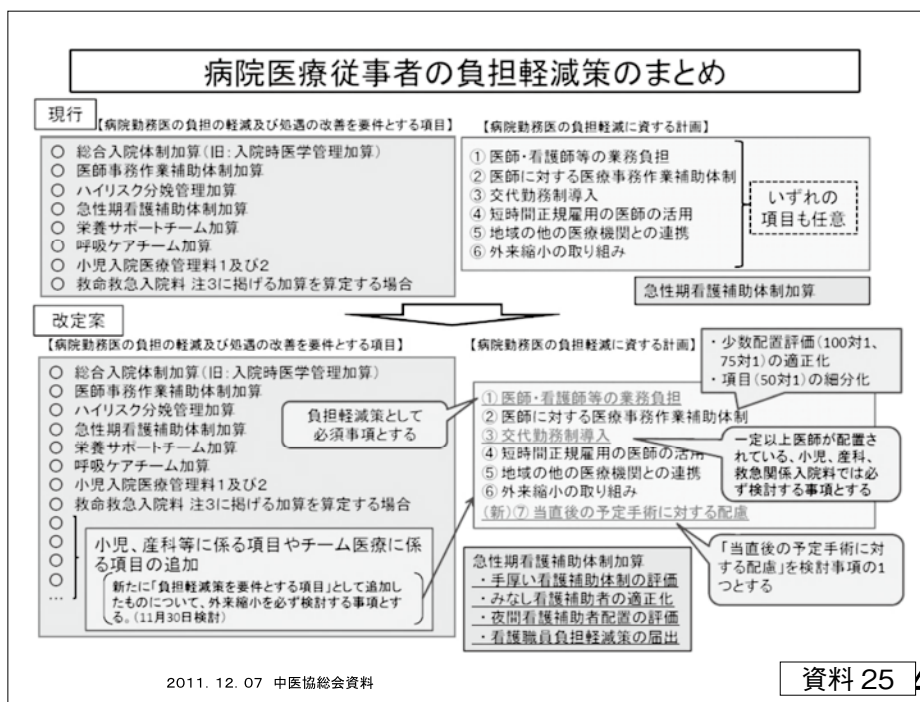
※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

前回の改定から、病院医療従事者の負担を改善しなくてはならないという項目がでてきています。今回は、資料24のような項目が掲げられています。(2)の医師事務作業補助体制加算について見てみましょう。資料26もご参照ください。100対1はいずれはなくなると思います。75対1は引き下げになるでしょう。なので、なんと

か50対1をめざしてほしいところです。また、50対1をもっている病院は、おそらく30対1ができると思いますので、シミュレーションをして準備をしておいていただきたいです。勤務医の負担軽減策を届け出ないと請求できない加算が現行では8項目あるのですが、今後は大幅に増えそうです。(資料24～26)

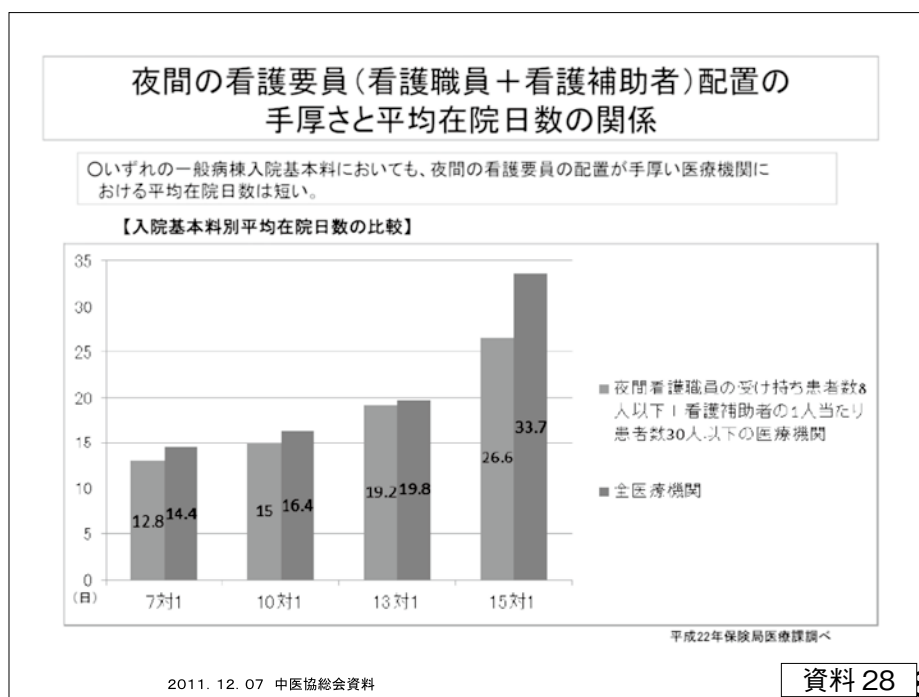
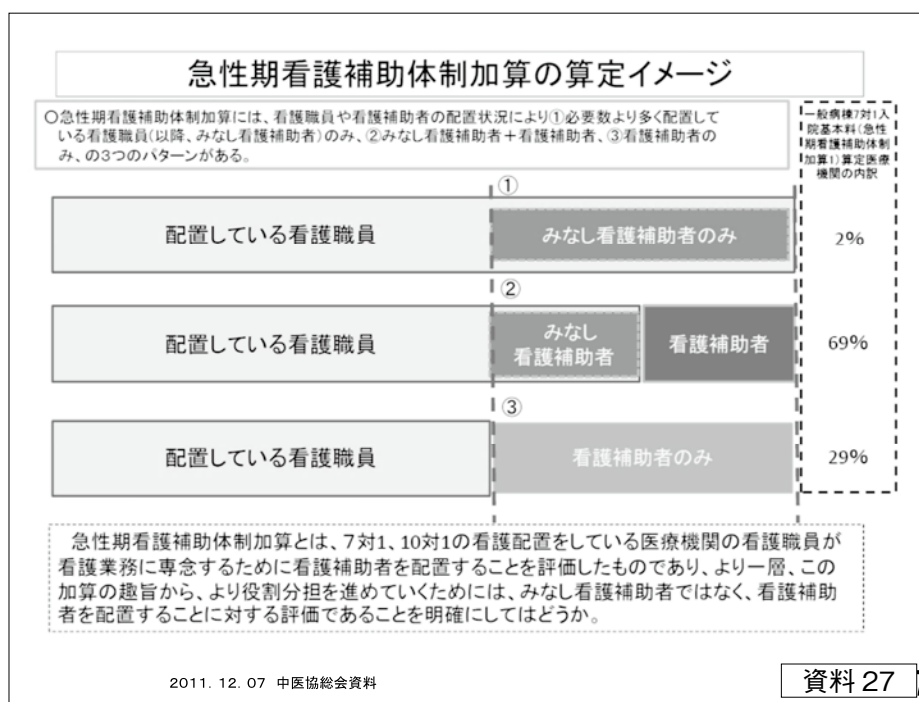
急性期看護補助体制加算は、現在75対1と50対1がありますが、75対1が下がるかもしれませ



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

ん。実は、25対1が入るらしいという話もあります。いまどのくらいの割合で看護師さんがいるのかを見て、25対1にするにはどれくらい必要かを考えておいてください。いちばん厄介なのは、「みなし看護補助者」です。看護師さんなのだけれど、余計にいたので看護補助者としてカウントするというのが、ダメになりそうなのです。きちんと看護師として雇うべし、という方針が出てきそうです。(資料27)

また、看護補助者を夜間に手厚く配置すれば加算がつきそうです。夜、看護要員が多いと在院日数が少ないというデータが出たのが理由のようです。なので、配置の問題です。(資料28)



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

これに関連して、診療報酬改定を乗り切るコツのひとつをお話しておきましょう。昔の改定は、優秀な医事課さんがいると乗り越えられたそうです。なぜかという、点数改定だからです。では、いまは点数改定ではないのかというと、いま厚労省が進めようとしているのは点数を利用した制度の改定です。ですから、病院の中でとくに総務や人事担当に、改定の意味と狙いを伝えることが必要でしょう。ただ単に点数を知っていても、その重要性を認識しないと、改定は乗り越えられません。夜間に看護要員を手厚く配置すると平均在院日数が減って医療の質も上がるから、うちの病院も検討しなくてはいけない、といったロジックをつないでいくことが大切です。(資料29)

救急外来や外来診療の機能分化の推進について
救急外来では、現在、子供に対してのトリアージしか請求できませんが、大人に対してのトリアージも加算可能になります。また、「二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療」というのは、コストや時間が結構かかるということで新たに医学管理料が新設されるということです。(資料30)

勤務負担軽減および処遇の改善に対する体制に係る届出(報告)様式13の2

| 届出年月日 | 届出年月日 | 届出年月日 | |
|--------------------------------------|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> 総合入院体制改善 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅ワークチーム加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 医師専門性発揮体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 研修プログラム加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> パフォーマンス改善加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 救急救急入院料(注)加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 急性期看護体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児入院看護料(又は)加算 | 年 月 日 |

※新設届出又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項
平成 年 月 日時点の病院勤務医の負担軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に対する計画

- 医師・看護職員の専任化
- 医師専門性発揮体制の促進
- 医師不足診療科の医師の派遣
- 地域との連携体制の構築
- 交代勤務の導入
- 外来紹介の促進
- ア 医師における患者受診量の軽減
 - イ 診療報酬改定料等と算定する割合 〇 割
 - ロ その他

(2) 病院勤務医の勤務時間の短縮等

- 勤務時間(平均週 時間)うち、残業(時間)
- 業務改善を行う(勤務シフト平均月当たり労働時間 日)
- 当直翌日の業務内容に係る軽減(〇) 当直翌日は休日としている(〇) 当直翌日の業務内容の軽減を
行っている(〇) その他(具体的に)
- 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定
- その他

(3) 職員等に対する策(有 無)

具体的記載方法)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

- ア 開催頻度 (回/年)
- イ 参加人数 (平均 人/回) 参加職種)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者(名前 職種)

【病院勤務医用】

2011. 12. 07 中医協総会資料

看護職員版を作成して
はどうか？

資料 29

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病棟勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

(1) 救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進。

① 救急外来における院内トリアージについて、実際にトリアージを実施している医療機関の多くで年齢を制限せず、トリアージを実施していたことを踏まえ、地域連携小児夜間・休日診療料のトリアージ加算に代えて、医学管理料を新設する。

② 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

©ASK/HMCG

40
資料 30

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

地域医療は、今回のキーワードとして注意しておいてください。まず、同日の2科再診の場合、再診料はこれまで1回のみ算定となっていました。2科目の再診料請求が可能になります。ただ、これは反対意見も出ています。それから、入院中の患者さんの他の医療機関利用については、透析とPETが優遇になります。(資料31～33)

地域医療貢献加算は、今回、たぶん名称が変わるでしょうが、存続すると思います。「再編成について検討する」というのはまだ詳細が出てきていません。(資料34)

そして、資料35にある「紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者に係る初診料等を適正な評価とし」というのは、下げるといことです。今回の改定のひとつの特徴は、外来医療に手を付けたという点です。厚労省は、外来の機能分化をしたいと考えていますから、大きな病院の外来は縛っていくわけです。いまのところ私の持っている情報だと、この「等」の中には500床以上の病院が入るようです。(資料35)

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

(2) 地域医療がより円滑に推進されるよう、以下のような初・再診料及び関連する加算についての検討を行う

- ① 同一医療機関において同一日に複数の診療科を受診した場合は、再診料を1回のみ算定することとされているが、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等の観点から、同一日の2科目の再診の評価を検討する。
- ② 入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用をすすめている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。

©ASK/HMCG

41

資料 31

共同利用が進められている検査について

FDG-PETの評価

・適用疾患

てんかん若しくは虚血性心疾患の診断
悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)の病期診断又は転移・再発の診断

・施設共同利用率の要件の緩和

該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準
ボジトロン断層撮影又はボジトロン断層・コンピューター断層検査撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。(ただし、特定機能病院、がん診療連携拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成二十年法律第九十三号)第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関を除く。)

※PET:ボジトロン断層撮影

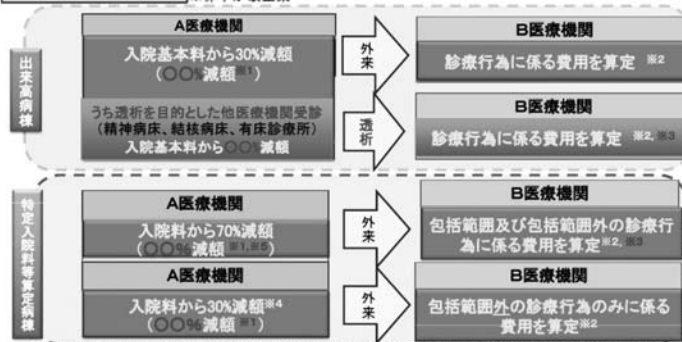
(注)その他、光トポグラフィーや中枢神経磁気刺激による誘発筋電図において、施設間での共同利用について評価を行っている。

共同利用を評価している検査を他医療機関受診で行った場合も、入院料からの減額が適用される。

2011. 11. 30 中医協総会資料

資料 32

H24年度改正(案) 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い(案)



ただし、Bで診療に係る費用を全く請求しない場合は、AからBに合算で精算することも可能
(注)特定入院料等算定病院: 特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料及び特定入院基本料
^{※1} 共同利用が進められている検査のために他医療機関受診を行った場合
^{※2} 医学管理、在宅等は算定できない
^{※3} 慢性維持透析患者外来医学管理料は算定可能(特定入院料等算定病院については、精神病床で特定入院料を算定している者又は有床診療所療養病棟入院基本料を算定している者に限る)
^{※4} 特定入院料等に含まれない診療のみが行われた場合
^{※5} 精神病床で特定入院料を算定している者又は有床診療所療養病棟入院基本料を算定している者が透析治療のために他医療機関受診を行った場合

2011. 11. 30 中医協総会資料

資料 33

例えば、現在の初診料270点を100点に下げるとします。下がった170点分は患者からもらえということになります。するとおそらく患者さんにとっては高いと感じるようになり、地域の中での外来患者さんの動向が変わってくるでしょう。

少し飛びますが、資料52にあるように、いままで特定機能病院等の外来を受診していた薬だけの方や慢性疾患の方は地域の診療所等へ紹介していくように、ということです。これまではなかなか紹介されない現状がありましたが、無理にでも初診料を下げてしまえば患者の負担が増えるので患者が減るだろう、という見込みです。また、大きな病院がこれを推進しないと、病院勤務医の負担軽減していないとみなされるようになるでしょう。もしも、うちこそ地域の拠点となる病院だという病院は、そろそろ外来医療をどうしていこうかということを会議の議題にしていきたいです。今回の改定で、診療情報提供料は引き上げになり、セカンドオピニオンは保険定数になる可能性があります。聞いた話ですが、一人の救急患者の収入と40人の再診患者の収入は同じだそうです。それならば、拠点病院が救急患者を看て、地域のクリニックが40人の再診患者を看ますから逆紹介してください、ということです。

資料36の図式をご覧ください。地域の拠点となるような病院の入院は、「急性期は～長期療養(医療療養)は地域でのニーズを支える」という考え方のもとにあるのです。なので、一般外来は地域の診療所等へ移行しようということです。「医療介護を通じた包括支援・マネジメント、他職種との連携、長期継続ケア」をやる主治医制をきっちりと考えていこうというわけです。

(資料36)

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

(2) 地域医療がより円滑に推進されるよう、以下のような初・再診料及び関連する加算についての検討を行う

③ 地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の再編成について検討する。

④ 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。

©ASK/HMCG

47

資料 34

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

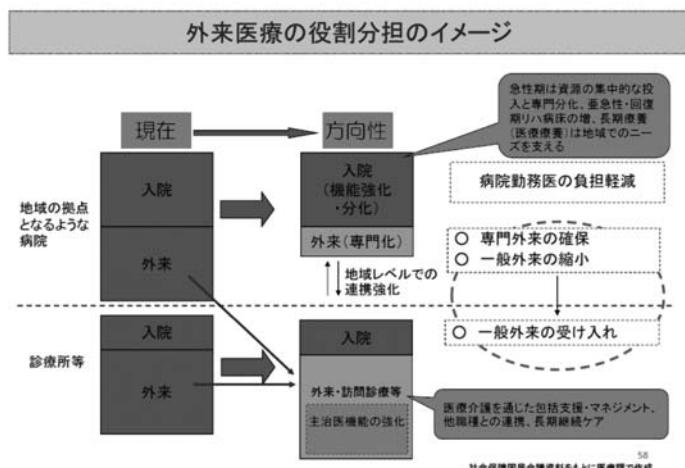
1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

(3) 病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者に係る初診料等を適正な評価とし、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

©ASK/HMCG

50

資料 35



2011. 10. 05 中医協総会資料

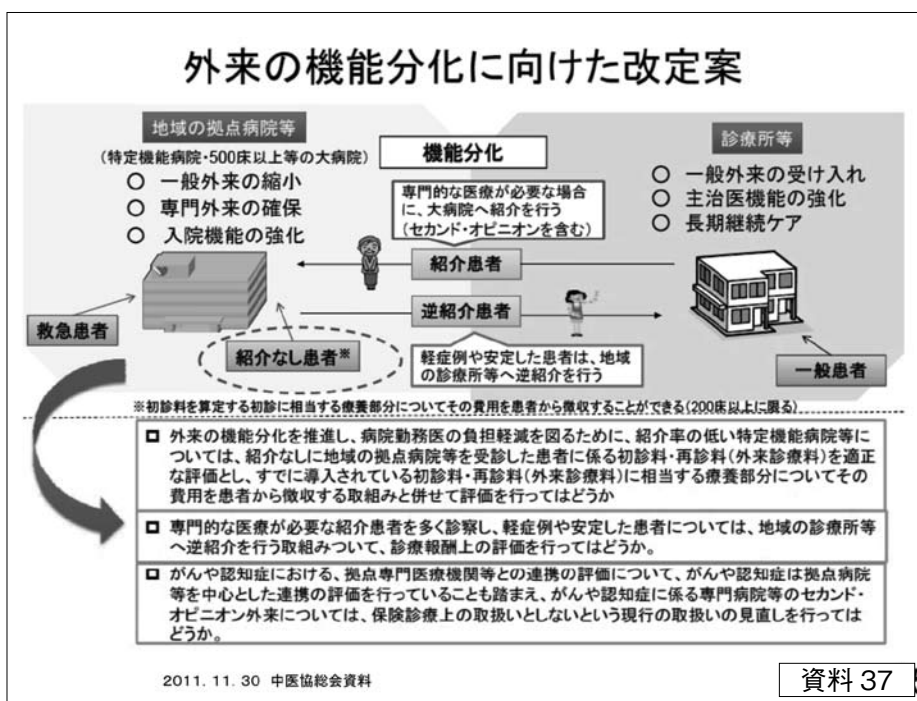
資料 36

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

診療報酬改定を乗り切るコツのその2です。これまでは自分の病院の会計がどうなるかさえ知っていればよかったです。ですが、点数を利用した制度の改定ですから、うちの地域の他の医療機関がどうなるかが自分たちに関係してくると思ってください。地域の中の500床以上の病院が外来をどうするのか。地域を考えていただく必要があるのです。例えば、うちのクリニックが外来患者さんを診たいというときはどうすればいいのか。ただ診察室で待っていればどんどん患者さんが流れてくるのか。あるクリニックは大きな病院の地域連携室と話をしています。人工呼吸器の患者さんがみられます、糖尿病の指導ができます、といった何ができるか、どういう患者さんをフォローできるのか、どんなかたちで引き継げるのか、ということを経験の大きな病院に自ら伝えてほしいのです。そうすれば、連携が強まるはずで。 (資料37)

病棟薬剤師や歯科等を含む チーム医療の促進について

さて、チーム医療の推進についてですが、資料38の①をご覧ください。これはどういうことかということ、例えばICUシンドロームになってしまった場合、一般病棟では身体を治すことが先なので精神的なフォローがどうしても後回しになってしまいます。そこをしっかりと連携して取り組んだ場合は高い点数がつくということです。これは私の勘ですが、ここに出てくる「専門性の高い看護師等」というのは6か月以上の



重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きい医療従事者の負担軽減

1-4病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取組を評価する

- ① 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。
- ② 栄養サポートチーム加算について検証調査の結果や学会等の研究成果を踏まえ、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。
- ③ 臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

©ASK/HMCG

資料 38

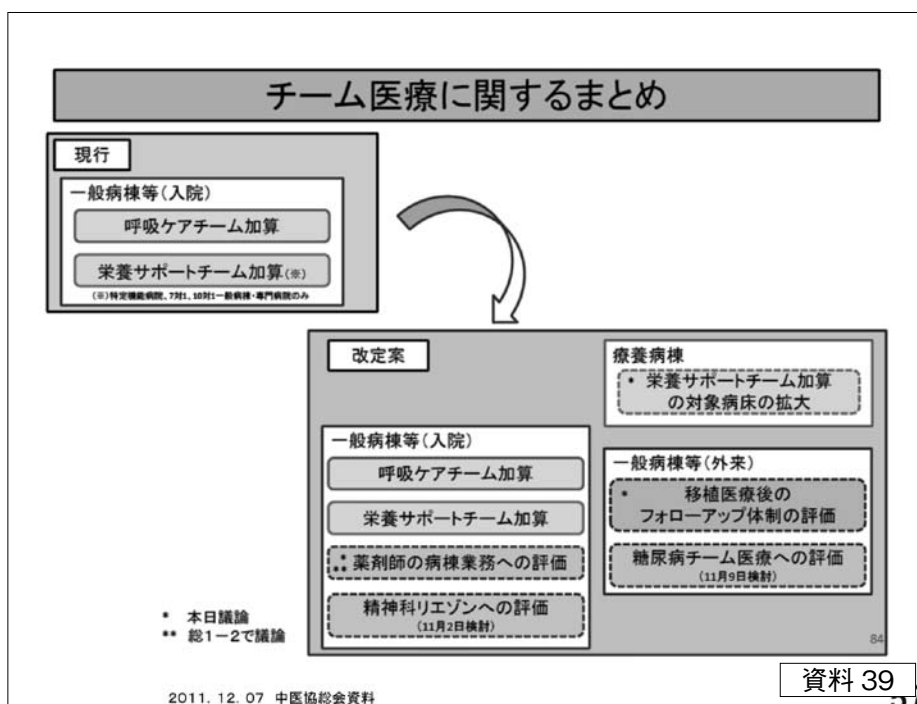
※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

研修を受けた者というようなことになる気がします。どこの病院でも認められるというわけにはいかないでしょう。これは、別の言葉で「精神科リエゾン」という表現もされます。

また、栄養サポートチーム加算は、13対1と15対1の一般病棟、療養病棟でも算定がOKになります。いまでも栄養サポートを行っているけれども算定できていないという病院はこれをきちんとやっていただきたいと思います。また、臓器移植はあまり頻繁にはないケースだと思えますが、③もご確認ください。(資料38)

チーム医療については、資料39にまとめました。こうした形でチーム医療がどんどん導入されていきます。(資料39)

次に、多職種連携についてです。資料40の④ですが、がん患者の外来における緩和ケア診療を推進していこうということです。また、歯科医師によるチーム医療として、⑤です。要するに、こうしたがん領域をやってらっしゃる病院は歯科との連携を視野に入れてください。今後ますます強化されていくことだと思えます。つづいて、資料41の⑥ですが、病棟で薬剤師さんに何をしてもらおうのか、ということをご検討いただきたいです。点数を考えると、薬剤師さんの人件費も出ないと思われるかもし



重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた調剤科・検査科等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-4病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取組を評価する

- ④ 外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設
- ⑤ 歯科医師等によるチーム医療や医科医療機関との連携を推進する観点から、頭頸部領域のがん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価する。併せて、これらに関連した医療機関と連携した歯科医療機関における歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

資料 40

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

れません。しかし、そうではなくて、うちの病院は地域でこういう医療を提供していくんだという方針のもと、薬剤師さんを雇って何をしてもらうのか考えるべきでしょう。例えば、これまで看護師さんが行っていた持参薬の管理を任せれば、看護師さんの負担軽減にもなります。ひいては、医師の負担軽減にもなり、薬物療法の質の向上にもつながっていくのです。これをどう捉えるかです。医療の質を上げていく目的のもと、コストと捉えるか投資と捉えるか。ぜひ投資という考えをもっていただきたいと思えます。(資料40～42)

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

1-4病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取組を評価する

⑥ 勤務医の負担軽減等の観点から、薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を一定以上実施している場合に対する評価を行う。

©ASK/HMCG

59

資料 41

病棟において薬剤師が実施・関与する 薬剤関連業務及びその効果

病棟における薬剤関連業務

- 医師等と協働して行う薬物療法業務
(平成22年4月30日付厚生労働省医政局長通知(医政発0430第1号))
→ 診療報酬上、多くの業務が特段の評価をされず(=斜体部分)
 - ・ 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
 - ・ 患者の状態観察に基づく薬効確認・副作用モニタリング結果の医師への伝達
 - ・ 患者の状態に応じた積極的な処方提案
 - ・ 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案
 - ・ 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服薬計画の提案
 - ・ 抗がん薬等の無菌調製
- 薬剤管理指導業務
→ 診療報酬上、薬剤管理指導料として評価
 - ・ 患者に対する服薬指導・服薬支援、薬歴管理
 - ・ 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理
 - ・ 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供
- ※ 薬剤の取扱い及びその補助業務
 - ・ 病棟配置薬の整理・確認
 - ・ 麻薬・向精神薬の管理
 - ・ 薬剤の投与準備 (特に注意を要する抗がん剤など)
 - ・ 点滴ライン等のルート管理

薬剤師の病棟業務による効果

○ 患者情報を医療スタッフと共有し、患者の状態に応じた最適な処方設計が可能

+

○ 薬物療法に関する情報を医療スタッフと共有するとともに、薬物療法に関する患者の理解度の向上

医師等の負担軽減

医療安全及び薬物療法の質の向上

2011.09.22社会保障審議会医療部会 資料

資料 42

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

重点課題2

医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

資料43の①②③、いずれも「さらなる評価を行う」となっています。つまり、上がるということです。在宅ばかりこんなに上がるのか、というほどです。ここで話しておきたいのは、200床未満の病院が在宅支援病院になれるということです。必ず200床未満の病院は考えていただきたいです。とはいえ、どの病院も在宅療養支援病院になってほしいというわけではありません。(資料43, 44)

目指すべき機能分化と連携のイメージとしては資料45です。いままで24時間往診が辛いので在宅療養支援診療所には手を挙げていなかったというクリニックで、でも訪問診療はしている、というところは在宅療養支援診療所に手を挙げていいこととなります。図にBedとありますが、これはクリニックが診ている在宅患者さんの具合が悪くなった場合に利用できるという意味のBedです。在宅療養が地域の在宅患者さんの補助ベッドという役割をもつかどうか、お考えいただきたいと思います。(資料45)

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

(1) 少子高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まり、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要。在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に対する評価について見直しを行う

- ① 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在宅診療・在宅病について、緊急時・夜間の往診料のさらなる評価を行う。
- ② 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在宅診療・在宅病について、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料のさらなる評価を行う。
- ③ 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関と連携する病院や診療所が在宅患者を受入れた場合のさらなる評価を行う。

©ASK/HMCG

62
資料 43

参照 在宅療養支援診療所／病院とそれ以外の医療機関における点数比較

| 点数項目 | 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院 | 左記以外 |
|--|-----------------------|---------------------------|
| 往診料 緊急往診加算 | 650点 ※1 | 325点 |
| 往診料 夜間加算 | 1300点 ※1 | 650点 |
| 往診料 深夜加算 | 2300点 ※1 | 1300点 |
| 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算 | 10000点 ※1 | 2000点 |
| 在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付する場合) | 4200点 | 2200点 |
| 在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付しない場合) | 4500点 | 2500点 |
| 特定施設入居時等医学総合管理料 (処方せんを交付する場合) | 3000点 | 1500点 |
| 特定施設入居時等医学総合管理料 (処方せんを交付しない場合) | 3300点 | 1800点 |
| 在宅末期医療総合診療料 | 1495点・1685点 | 算定不可 |
| 在宅患者訪問看護・指導料 緊急訪問看護加算 (同一建物居住者訪問看護・指導料も同様) | 265点 ※2 | (在宅療養支援診療所／病院の医師の指示があれば可) |
| 退院時共同指導料 1 | 1000点 | 600点 |

※1・・・在宅療養支援診療所／病院と連携している保険医療機関も該当
※2・・・在宅療養支援診療所／病院の医師の指示が必要

64

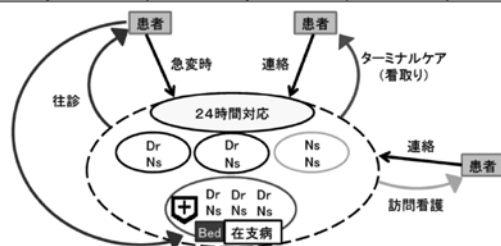
資料 44

【目指すべきイメージ】

パターン③

➤ 在宅病を含む他の医療機関等と連携・補完し合う在宅診療をイメージ

| | 訪問診療 | 24時間対応 | 急変時の対応 | ターミナルケア (看取り) | 急変時の入院 |
|----------|------|--------|--------|---------------|--------|
| 連携した在宅診療 | ◎ | 連携で◎ | 連携で◎ | 連携で◎ | 連携で◎ |



2011. 11. 09 中医協総会資料

68
資料 45

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

飛びますが、点数については資料44をご覧ください。

在宅における緩和ケアについては資料46、47をご覧ください。少し日本語がややこしいのでわかりにくいかもしれませんが、⑥に関していうと、現在は機器の料金と管理料は別になっていますが、評価体系を見直すのかもしれませんが、在宅関連の医療機器メーカーの皆さんも注目していただきたいと思います。(資料46、47)

在宅ターミナルケア加算、いわゆる看取りについては資料48をご確認ください。その中の①について少し解説しておきます。現在、先生を呼んで看取っていただくと10万円かかります。ですがこれからは、例えば担当の先生が手術中だったからほかの先生が看取ったとか、家族が気づいたときには既に亡くなっていた場合だとか、さまざまなケースがあってもターミナルを看取ったことが評価されるようになります。今回、医療も介護も看取りについての加算が相当つくようになります。(資料48)

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

- (2) 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設入居者に対する訪問診療料について、さらなる評価を行う
(3) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。

- ① 在宅における緩和ケアを充実させる観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して診療を行う場合について、評価を行う。
- ② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。
- ③ 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。

©ASK/HMCG

69
資料 46

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

- (3) 在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、以下のような見直しを行う。

- ④ 緊急時の病床確保を推進し、在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算のさらなる評価を行う。また小児については、小児入院医療管理料算定病床でも同加算を算定可能とするなど、小児在宅医療のさらなる評価を行う。
(重1-1(2)④再掲)
- ⑤ 在宅療養を行っている難治性皮膚疾患患者や経口摂取困難な小児患者等がより充実した在宅療養を行えるよう、評価体系を見直す。
- ⑥ 在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。また、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す

©ASK/HMCG

70
資料 47

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

在宅医療の推進に伴い、在宅における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う

- ① 在宅医療及び訪問看護における在宅ターミナルケア加算等については、手厚い対応が行われるよう、機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、評価体系を見直す。
- ② 末期の悪性腫瘍患者の診療に関し、さらなる評価を行う。
(重2-1(3)③再掲)
- ③ 介護老人福祉施設(以下「特養」という。)における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、評価を行う。

©ASK/HMCG

71
資料 48

次に、急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法は現在ばらばらになっていますが、一本化されます。さらに、「退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う」とあります。現在、点数表に総合評価加算という項目がありますが、これを見直していくのではないかと思います。入院したときに必ず患者さんの評価をなさйтеということ。まさに、先ほどのBさんの話です。

そして、「外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う」とあります。現在、これは点数が付きません。ですが、今回の改定は入院から在宅へ移す方針なので加算されるようになっていくわけです。だから、訪問看護ステーションを持っている病院だったら地域の急性期入院病院と連携しておくといいでしょう。例えば、在宅医療をやってらっしゃるクリニックと訪問看護ステーションがあったとすれば、連携先の病院と詰めておくといいでしょう。さらに、資料49の⑤についてです。現在、訪問看護は週3回までと定められています。ただし、特別指示書が出た急性増悪の場合は14日間までならOKとなっています。でも、退院直後は急性増悪ではありません。だから、退院直後は無理なのです。(資料49)

しかし、入院から在宅へ細かく早く移行したいから、例えば、あと一週間入院する予定だったところを毎日訪問看護が来るのなら早く退院できるようになります。そこで、加算が可能になるのです。もし、入院中に介護保険の申請をしたとします。退院のときまではまだ介護保険がおりていません。そういう場合は医療保険を優先することになるでしょう。病院も、うちは急性期だから保守したいという場合は、キーワードは退院調整です。退院調整部門をまだ持っていないという病院は、これを投資と考えて、ぜひ設置していただきたいのです。急性期病棟等



重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

入院中から、在宅を担う医療機関や訪問看護等との連携を行うことにより、円滑に在宅へ移行することを推進する。

- ① 急性期病棟における退院調整と慢性期病棟における退院調整の算定方法が異なること等、運用上煩雑な部分について整理を行う。
- ② さらに、退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の実施に対する評価を行う。
- ③ 訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携について評価を行う。
- ④ 入院医療から在宅医療への円滑な移行を図るため、外泊日、退院当日の訪問看護についての評価を行う。
- ⑤ 医療依存度の高い状態の要介護被保険者である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明確化する。

©ASK/HMCG

72
資料 49

入院基本料等加算

©ASK/HMCG

A241 後期高齢者退院調整加算

1. 名称の変更

【改定前】A241後期高齢者退院調整加算

⇒【改定後】A238-2 急性期病棟等退院調整加算1・2

2. 点数の見直し、対象年齢の拡大

急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)

急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

【算定要件】

(1)対象患者65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)、有床診療所入院基本料を算定している患者 ※重症急性期入院医療管理料では包括対象外

(2)適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

【施設基準】

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

75
資料 50

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

退院調整加算の施設基準として、専従の看護師さんか専任の社会福祉士さんがいることとされています。これを人件費が嵩むから雇わないと考えますか？ 退院調整部門をもつことの意味を投資と考えられるかどうか。それをやらない病院は地域から浮くと私は思います。

(資料50)

資料51は参考までにご覧ください。これは、2号被保険者の給付対象となる特定疾病です。まだあまり介護保険に詳しくないという病院は、確認しておいてください。介護保険の知識が皆無だと請求漏れを起こします。今回の改定はとくに、診療報酬と介護報酬を一体的に変えていますから、介護保険の知識は持っておいてもらいたいと思います。2号被保険者というのは、40～64歳の、介護保険を払っているけれども、まだもらえていない人たちを指します。ここにある16の特定疾病に認められた場合、その患者さんは要介護認定の申請を行えるのです。だから、クリニックの先生がそれを知っていて、40～64歳の方で特定疾病

に該当した場合はケアマネージャーさんに紹介するようにしてあげてほしいと思います。もしもそのクリニックがデイサービスをやっていたとして、その患者さんが要介護1になったらデイサービスのお客様になるかもしれないわけですから。(資料51)

なぜこのような話をしたかということ、改定前の話ですが、一般病棟の退院調整加算を請求できるのは、65歳以上の患者と40歳以上の特定疾病患者だからです。退院調整をしたならば、この方たちは全員、算定できるはずなのです。この意味が完璧に介護保険の知識がないとよくわからないわけです。要介護認定の「受けている」人ではなく「申請ができる」人という意味です。

| 参照 2号被保険者(40～64歳)の給付対象となる「特定疾病」 | |
|--|--------------|
| 介護報酬2009 2006年4月1日より | |
| 1. がん ⇒ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。 | |
| 2. 関節リウマチ | 3. 筋萎縮性側索硬化症 |
| 4. 後縦靭帯骨化症 | 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 |
| 6. 初老期における認知症(法第8条第16項に規定する認知症をいう) (脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により、日常生活に支障が生じる程度にまで、記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態) | |
| 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | |
| 8. 脊髄小脳変性症 | 9. 脊柱管狭窄症 |
| 10. 早老症 | 11. 多系統萎縮症 |
| 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | |
| 13. 脳血管疾患 | 14. 閉塞性動脈硬化症 |
| 15. 慢性閉塞性肺疾患 | |
| 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | |
| 76 | |

資料 51

急性期病棟退院調整加算(改編)

[留意事項]

- (3) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。
- (4) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師又は社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。
- (5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

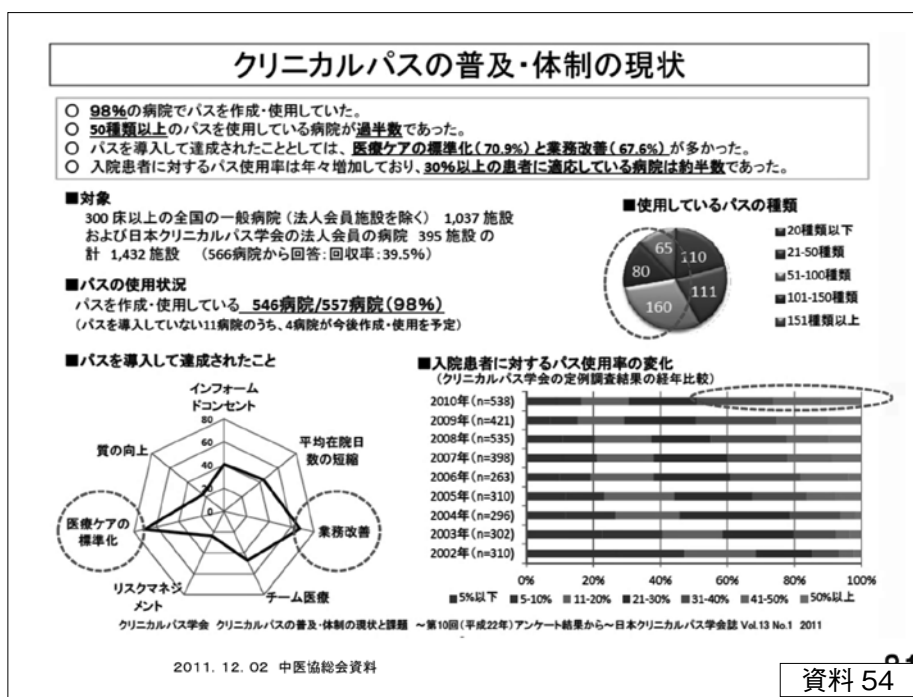
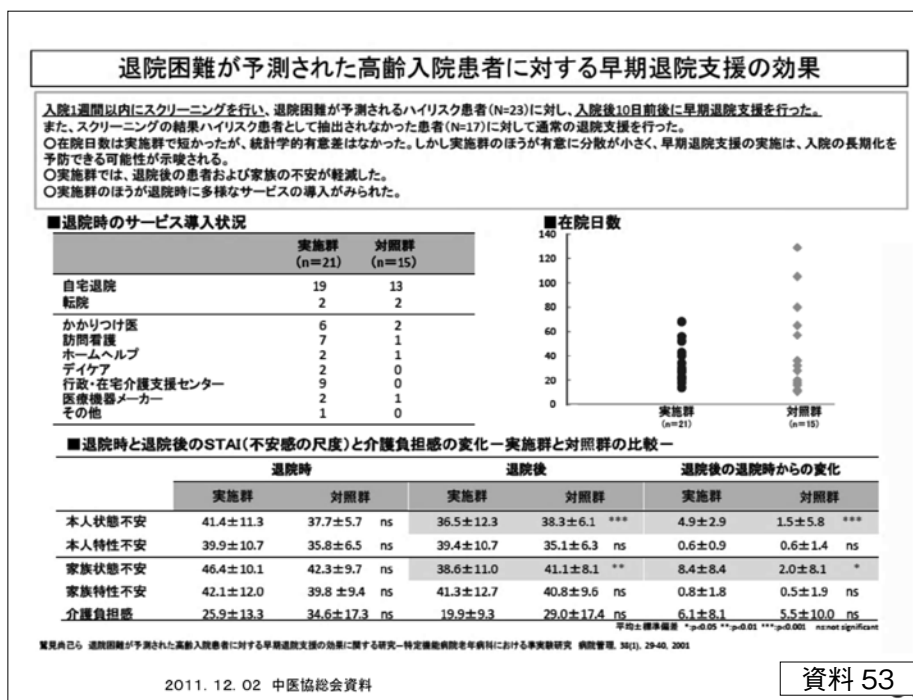
77

資料 52

改定前の話だからあまり言いたくないのですが、急性期病棟退院調整加算は特別の関係でも請求できます。つまり、死なない限りOKということです。だから例えば、どこに特養があってどこに老健があるかということ急性期病院が知っているかということです。つまり、自分たちの利益だけを考えているのでは収入は減り、地域を知っている病院に収入がついてくるようになるのです。(資料52)

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果、とありますが、これがまさに先ほどたとえに出したBさんの話です。とにかく早期に退院困難な要因を抽出してください。(資料53)

資料54は、クリニカルパスで退院調整加算のかわりにしてもいいということになりそうです。(資料54)



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

入院から退院までのイメージとして、入院してから7日以内に退院計画まで作ってしまうというようなことです。(資料55, 56)

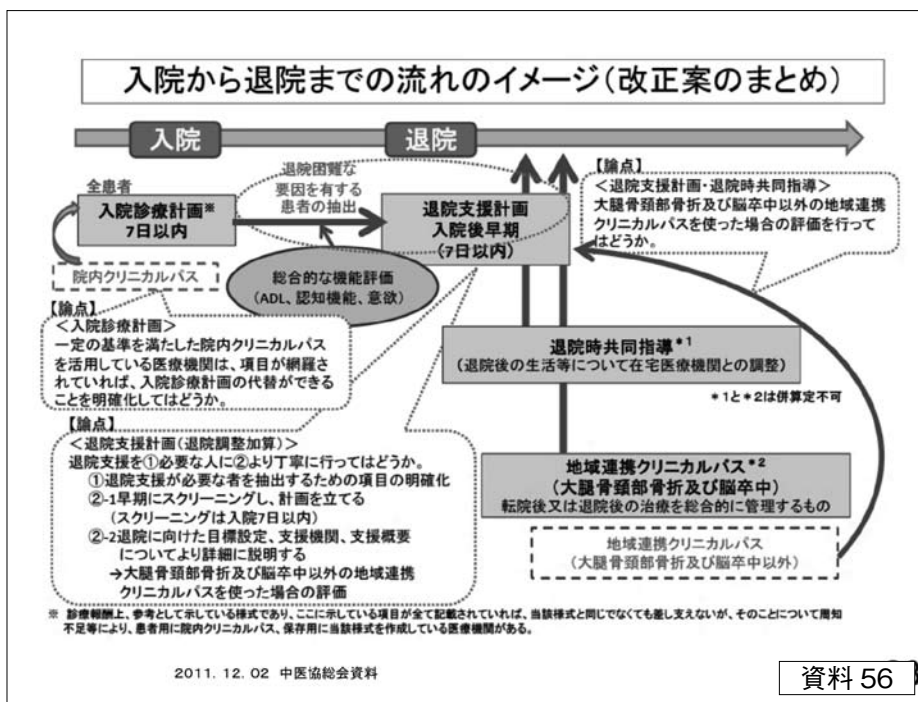
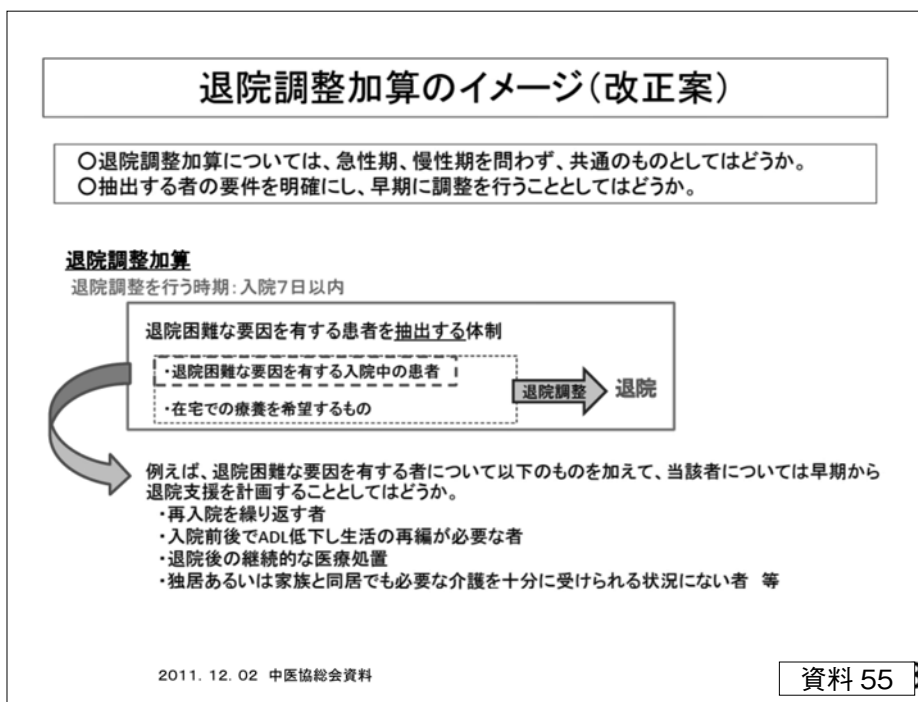
医学管理等

これは、前回の改定の際に出された、介護支援連携指導料です。皆さんの病院は、どれくらい請求しているか確認しておいてください。今回、同時改定ですので、介護支援連携指導料の情報が全部ケアマネージャーにも行くことになります。

要は、ケアマネージャーを呼ぶということです。「入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者のケアマネと退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定」とあります。入院中2回というのは、ケアマネのほう、介護報酬にもつくのです。これを算定できる対象患者の定義は、65歳以上の患者さんと40歳以上の特定疾病を持っている患者さんです。もし私が皆さんの病院に入院したら、私はたぶん聞かれるでしょう、ケアマネの知り合いはいらっしゃいますか？ と。そして、いないと答えると、では当院と特別な関係にある居宅介護支援事業者のケアマネを紹介します、となるでしょう。すると、病院は300点、居宅介護支援事業者は介

護報酬がつくことになるわけです。

最初にケアマネを呼ぶのは、要介護認定を申請してもらうためです。そして、2回目に呼ぶのは、退院後のケアプランを一緒に考えてもらうためです。入院から在宅へ、ということですから、入院中にすでにケアプランをつくってしまうということ。この仕組みが今回の同時改定で介護の世界にも同じように入ってくるわけです。この考え方がどのくらい病院内で知ら



※本文中の内容については平成24年1月24日時点の情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

れているのか、理解されているのか、またシステムをどう構築していくか、検証しておく必要があるでしょう。

私がコンサルティングをする場合は、まずシステムをつくりまします。入院したとき、最初のヒアリングをやるのはたいてい看護師さんです。まず要介護認定の有無を訊ねます。受けていればそのケアマネを呼んでいいか確認します。受けていなくて知り合いのケアマネがない場合は病院で呼んでいいか確認します。そして、そういった紙を地域連携室におろします。地域連携室は退院調整部門を同じ部屋にしているのです、すべてつながってくるのです。このようにシステムにしてしまうと効果的です。(資料57)

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価

もうひとつお話をしましょう。以前から担当していたケアマネ、または患者が選択したケアマネはなにをするかという、地域の介護サービス事業所にかかる情報や従来から患者が利用していたサービス等にかかる情報などを提供してくれます。そして、カンファレンスに入るのですが、その患者さんが家でどういう生活をしているのか、というのはかかりつけの先生のケアマネが詳しいです。要介護認定を受けた人なら、月に1回は必ず家にケアマネが来るわけですから。

だから、入院してきた方は家でどういう暮らしをしているのか、一人暮らしなのか、調理はどうしているのか、キーマンは誰か、部屋の間取りは、トイレは洋式か和式か、など。家が和式なら入院中の訓練も和

式、というようにあわせていけます。つまり、ケアマネから、病院でどういう看護をすれば家に帰っても生きていけるかがわかるということです。これは病院にとっては大きなメリットとなります。どうすれば家に帰れるのかということがわかれば、そのぶん退院調整、退院計画を立てやすくなります。リハビリも同じで、家に帰ったときに必要な機能から訓練していけばいいのです。ぜひ活用していただきたいです。(資料58)

医学管理等

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等との連携を評価

退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネージャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設。

【新設】^新B005-1-2 介護支援連携指導料 300点

(入院中2回)

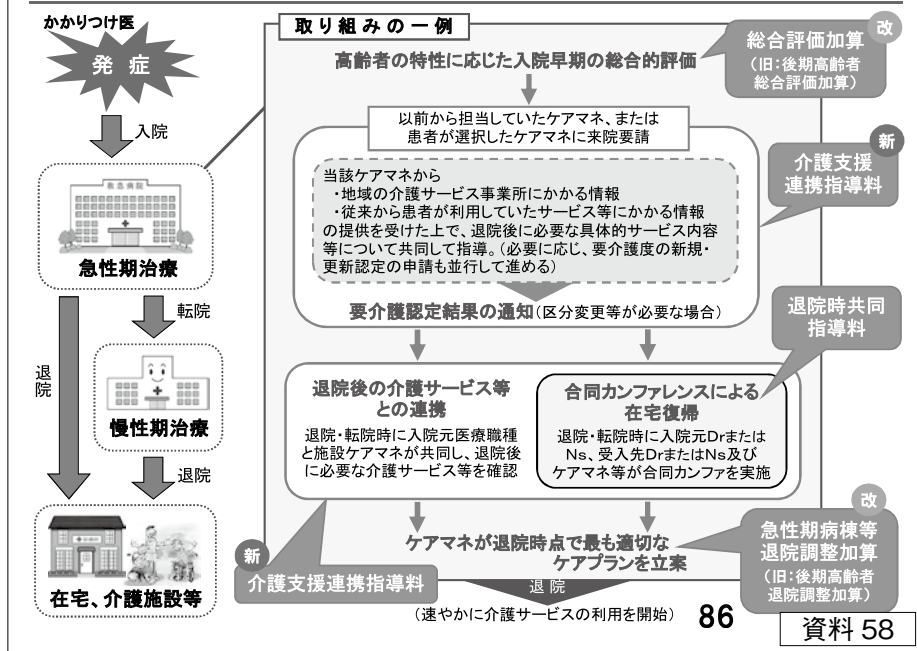
<算定要件>

- ①入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者のケアマネと退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定
- ②退院時共同指導料2にて居宅介護支援事業者のケアマネと共同して行った多職種連携加算(2,000点)との同一日 併算定不可

85

資料 57

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

資料59をご覧ください。在宅歯科医療をより一層推進する観点から見直される項目が出ています。また、在宅薬剤管理指導業務をより一層推進する観点から見直される項目は、資料60です。その中の①「在宅業務に十分に対応するためには～一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け評価を新設」とあるのは、いわゆる調剤薬局さんなどで人数が少ないとなかなかこうした取り組みができないということを加味し、もう少し施設基準を考えていこうということです。(資料59, 60)

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

(1) 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、以下の見直し等を行う

- ① 現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
- ② 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取組を評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
- ③ 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の評価を見直す。

©ASK/HMCG 90

資料 59

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

(2) 在宅薬剤管理指導業務をより一層推進する観点から見直しを行う

- ① 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け評価を新設
- ② 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
- ③ 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
- ④ 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患者までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

©ASK/HMCG 91

資料 60

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

訪問看護の充実について

訪問看護については、資料61～63を見ていただきたいと思います。資料62の①について、これまで訪問看護に2人で行くにあたり点数をつける場合は看護師2人と定められていたのですが、看護師と看護補助者でも加算可能になります。おそらく看護師同士で行ったときよりは安くなるでしょうけれども。(資料61～63)

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-5 訪問看護の充実について

(2) 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定で、必要な見直しを行う。

- ① 医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費徴収しているが、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算を医療保険においても新設する。
- ② 医療保険の重症者管理加算(在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、ドレーンチューブ、人工肛門、在宅患者訪問点滴管理指導、真皮を超える褥瘡等の特別な管理を評価したもの)について、介護保険でも同趣旨の特別管理加算があり、名称等が異なるため、円滑な運用に資するよう整理する。
- ③ 介護報酬改定において新サービスの創設や介護職員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、一部、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な整理を行う。

©ASK/HMCG

資料 61

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-5 訪問看護の充実について

(3) 在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズも多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応し、効率的かつ質の高い訪問看護の推進するために必要な見直しを行う。

- ① 訪問看護の際の看護補助者との同行訪問について評価を行う。
- ② 入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。(重2-1(3)②再掲)
- ③ 長時間訪問看護の対象に、人工呼吸器を使用していない超重症児、準超重症児等の医療依存度の高い者を加え、訪問回数の見直しを行う。(重1-1(2)⑥再掲)

©ASK/HMCG

資料 62

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-5 訪問看護の充実について

(3) 在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズも多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応し、効率的かつ質の高い訪問看護の推進するために必要な見直しを行う。

- ④ 一般診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。
- ⑤ 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。

©ASK/HMCG

資料 63

*本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

医療・介護の円滑な連携について

資料64をご覧ください。まず一つ目の「急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険」、これは当初から厚労省が言ってきたことでした。ここに書いてある「標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて評価の見直しを行う」ということですが、算定日上限超えです。個人的にはこれは下がるような気がします。現在、リハビリテーションというのは、算定日の上限を超えても同じです。けれども、ここは評価の見直しを行うということです。「なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定まで」とありますので、算定日上限超えが請求できるリハビリテーションは2年間だけということになります。その先はないのです。(資料64)

通所リハビリテーションの介護報酬について少し考えていただきたいです。前回の改定で、1時間以上2時間未満という短時間の通リハが設定されました。厚労省としては、維持期のリハビリはこの短時間通リハを行ってほしいわけです。つまり、お預かり機能のないデイケアです。リハビリだけ行って帰宅するというタイプです。

資料65に「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」とあります。厚労省は何を言いたいかというと、急性期は医療だけど、維持期は介護だと。病院やクリニックに、やるなどは言わないけれども、リハビリテーションをやるのであれば介護報酬で請求してということです。また、資料66に改定案のイメージを示しましたので、通所リハビリテ

シヨンの部分をご覧ください。個別リハビリは、月13回まで出来高で算定可能であり、リハビリマネジメント加算も付けていいということになります。見にくいかもしれませんが、資料の中にある図も右のほうが少し大きいのがわかるでしょうか？ 要するに、今回の改定から診療報酬で請求するよりも介護報酬で請求するほうが若干高くなるのです。だから、リハビリテーションを実施している病院やクリニックで、維持期のリハビリテーションのニーズがあるという場合は、通リハの事業展開を一度ご検討されたほうがいいのではないかと思います。

さらに言うと、リハビリテーションを実施しているのであれば、今回の介護報酬の改定の通

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-6 医療・介護の円滑な連携について

(1) 急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勧奨し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、評価の見直しを行う。

なお、要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。

©ASK/HMCG

資料 64

参考 通所リハビリテーション（介護保険）

(1) 基本単位数

| 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

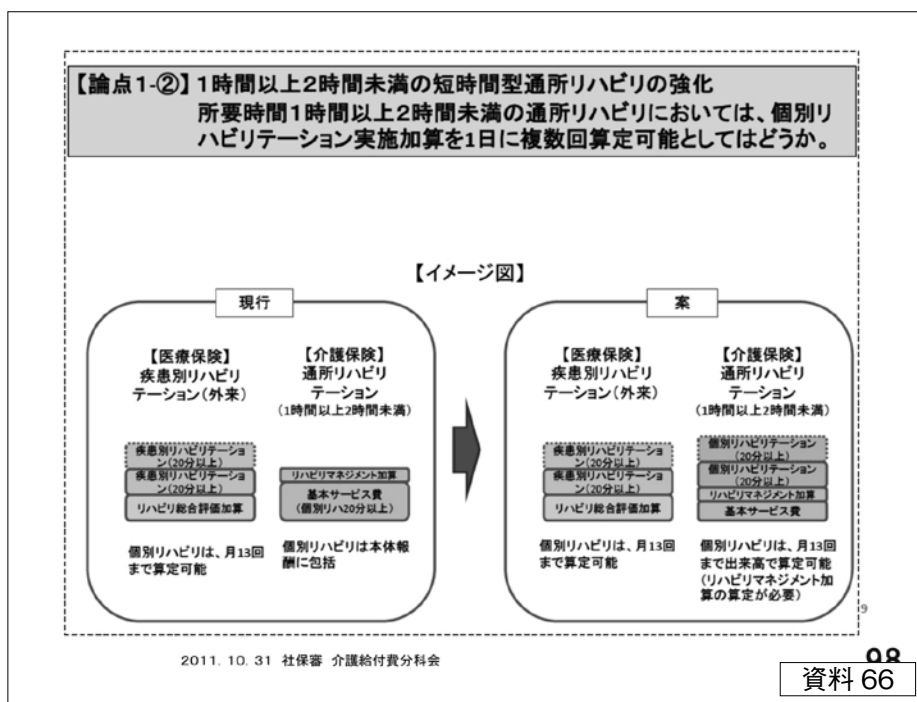
☆医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを算定する医療機関が通所リハビリテーションを実施出来るよう「見なし指定」を行う

資料 65

リハの箇所は絶対にチェックしておいてください。医療機関が通りハを行う場合の、送迎はどうするだとか場所はどうかといった様々なことが介護報酬のほうで出てくるはずだからです。むしろ、診療報酬のほうでは通りハについて出てこないかもしれません。なので、介護報酬はうちには関係ないと思わずに確認してください。そのうえで方針を決定してみてください。また、デイケアセンターを行っている事業体は、地域ニーズをしっかりと捉えて、短時間の通りハ

をやったり、ほかの病院と連携したりと策を練るのがいいでしょう。(資料65, 66)

これはさきほどの話と重複するところがありますが、厚労省は医療から介護へどうしても誘導したいので、介護保険の通りハへ移行後も両方とも請求できる期間を1か月から2か月に延長するとされています。しかし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位は逓減制となります。(資料67)



重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

2-6 医療・介護の円滑な連携について

(2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長する。

また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逓減制とする。

©ASK/HMCG

資料 67

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

充実が求められる分野を適切に評価していく視点

がん医療の推進について

先にも出てきていたので重複する部分もありますが、資料68、69はがん医療の緩和ケアについてですので目を通してください。(資料68, 69)

資料70の①に「がん診療連携拠点病院加算について～疑いで紹介された患者や」とありますが、現在はがんとはっきりわかっていないといけないのですが、「疑い」でもOKになったということです。こういった点はこれまでの矛盾をしっかりと直してあるなという印象です。それから、③をわかりやすく図式化したのが資料71です。現在は計画策定病院から退院後すぐに告ぎの病院を紹介しないとけないのですが、これからは途中で別の治療を行いながら紹介していいというふうになり、少しゆるくなります。(資料70, 71)

充実が求められる分野を適切に評価していく視点

1-1 がん医療の推進について

- (1)緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来や在宅への円滑な移行を支援する体制をとっている緩和ケア病棟のさらなる評価を行う。
- (2)緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている病院については、評価を行う等充実を図る。
- (3)外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。(重1-4④再掲)

102
資料 68

充実が求められる分野を適切に評価していく視点

1-1 がん医療の推進について

- (5)緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤については、30日分処方に変更。
 - ・コデインリン酸塩(内用)
 - ・ジヒドロコデインリン酸塩(内用)
 - ・フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射)
 - ・フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)

©ASK/HMCG

104
資料 69

充実が求められる分野を適切に評価していく視点

1-1 がん医療の推進について

- (6)地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、下記のような要件の見直しを行う。
 - ① がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者や、外来化学療法等を受けた患者についても算定できるよう要件を変更する。
 - ② がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合や、患者の状態等の変化により計画の変更が必要になった場合についても算定可能とする。
 - ③ がん治療連携計画に基づきリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行っている場合には、紹介先の医療機関において当該指導管理の評価を行う。

©ASK/HMCG

105
資料 70

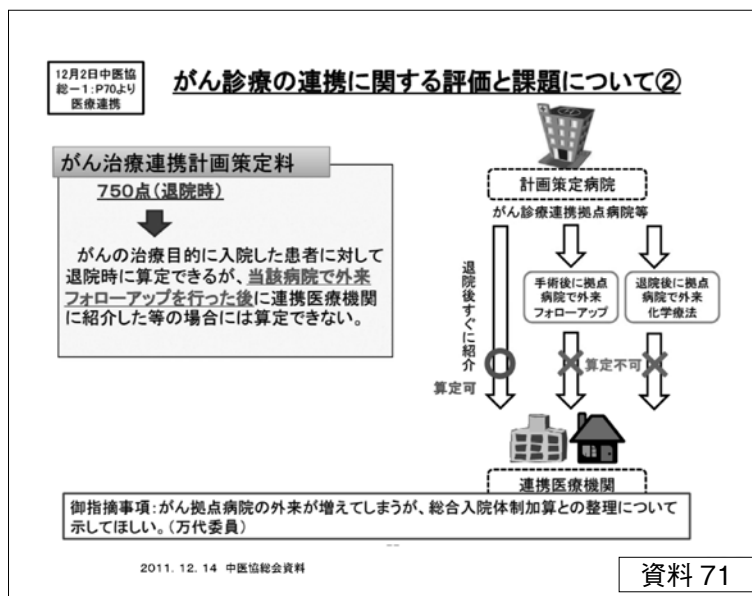
※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

放射線治療は、毎回先生がいなくてもいいというふうになります。チームによる観察を行えばOKとなります。(資料72)

生活習慣病対策の推進について

糖尿病から透析が必要となる患者さんが非常に増えている現状があります。したがって、なんとか透析に移行するのを防いでいこうということで、「外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価」されるようになります。ただ、これも研修の要件が入ってくると思います。

(資料73)



Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-1 がん医療の推進について

(7)患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、安心・安全な放射線治療を行うための、医師の包括的な指示による看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する等、放射線治療の推進を行う。

©ASK/HMCG

107
資料 72

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-2 生活習慣病対策の推進について

(1)透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勧告し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

(2)受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勧告し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

©ASK/HMCG

100
資料 73

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

精神疾患に対する医療の充実について

今回、精神科急性期入院医療の評価で新設される項目については、資料74をご確認ください。(資料74)

そして、慢性期入院医療の評価としては、精神療養病棟入院料に重症者加算が新設されます。現在、重症者加算はスコアが40以下ですが、30以下になりそうです。なので、精神病棟をお持ちの病院は注意してください。退院支援部署による支援で退院を行った場合は評価がつくようになります。(資料75)

地域における精神医療の評価については資料76、77です。③はどうかということかという、入院という形を変えていきたいわけです。10年、20年入院していると、その間の光熱費などはすべて病院がだしているわけです。それよりは、例えば病院のすぐ近くにアパートを借りて住んで、夜間でも何かあればすぐに行く体制をつくるなど「協力等」したら、評価していこうという考えなのです。(資料76, 77)

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-3 精神疾患に対する医療の充実について

(1)精神科急性期入院医療の評価

- ① 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院後に再算定できるように要件の変更を行う。
- ② 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。
- ③ 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。

©ASK/HMCG

100
資料 74

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-3 精神疾患に対する医療の充実について

(2)精神科慢性期入院医療の評価

- ① 精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため同加算について検討する。
- ② 精神療養病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する

©ASK/HMCG

110
資料 75

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-3 精神疾患に対する医療の充実について

(3)地域における精神医療の評価

- ① 精神科入院患者の地域移行において重要となるサービスの一つである訪問看護については、精神疾患の特殊性を踏まえ、精神疾患以外の患者に対する訪問看護指示料、訪問看護療養費等と区別した実施者及び対象者の評価、時間の単位等訪問看護の報酬体系の見直しを行う。(重2-5(3)⑤再掲)
- ② 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を検討する。また、入院中の患者が精神科デイ・ケアを利用した場合の評価をデイ・ケア中の入院料の適正な評価と併せて検討する。

©ASK/HMCG

110
資料 76

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

認知症対策の推進について

認知症病棟については、入院料の30日以内はさらに評価されるようになります。個人的な勘ですが、61日以上は下がるでしょう。また、退院支援を行うことも評価されていきます。
(資料78, 79)

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-3 精神疾患に対する医療の充実について

(3) 地域における精神医療の評価

- ③ 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を行う。
- ④ 認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化する。
- ⑤ 向精神薬は多量に使用しても治療効果を高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、多剤・多量投与の適正化について、精神科継続外来支援・指導料の要件を見直す。
- ⑥ 治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を行う。

©ASK/HMCG

資料 77

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-4 認知症対策の推進について

(1) 認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状(BPSD)が概ね1カ月程度の治療で改善するとの報告があり、短期集中的な認知症治療、早期退院を推進する。

- ① 認知症治療病棟入院料の入院30日以内についてさらなる評価を行い、夜間の看護補助配置の評価を新設するとともに、入院61日以降の長期入院の評価を見直す。
- ② 認知症治療病棟退院患者について、退院支援部署の関与により平均在院日数が短縮しており、退院支援部署による支援で退院を行った場合について、さらなる評価を行う。

©ASK/HMCG

資料 78

認知症病棟入院料

(H22年度診療報酬改定内容)

認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等に対する対応などが重要な役割であることから、これらへの手厚い対応が必要な早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

1. 名称の変更

【改定前】 認知症病棟入院料 → 【改定後】 認知症治療病棟入院料

2. 入院早期の評価の引き上げ

| 【改定前】 | | 【改定後】 | |
|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| 【認知症病棟入院料1】※看護配置20:1 | | 【認知症治療病棟入院料1】※看護20:1 | |
| 1 | 90日以内の期間 1,330点 | 1 | 60日以内の期間 1,450点 |
| 2 | 91日以上の期間 1,180点 | 2 | 61日以上の期間 1,180点 |
| 【認知症病棟入院料2】※看護配置30:1 | | 【認知症治療病棟入院料2】※看護30:1 | |
| 1 | 90日以内の期間 1,070点 | 1 | 60日以内の期間 1,070点 |
| 2 | 91日以上の期間 1,020点 | 2 | 61日以上の期間 970点 |

資料 79

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

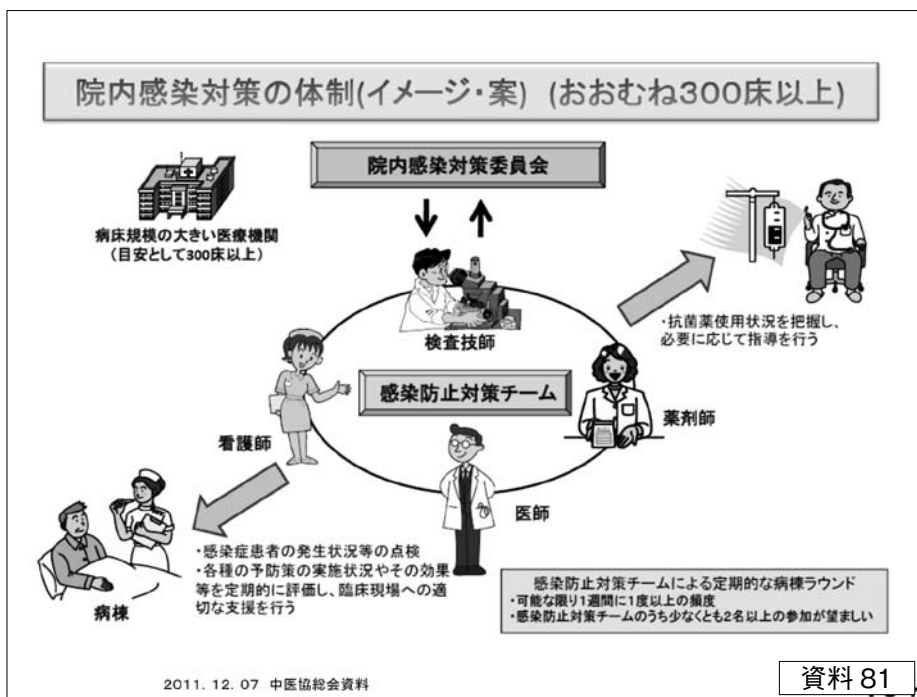
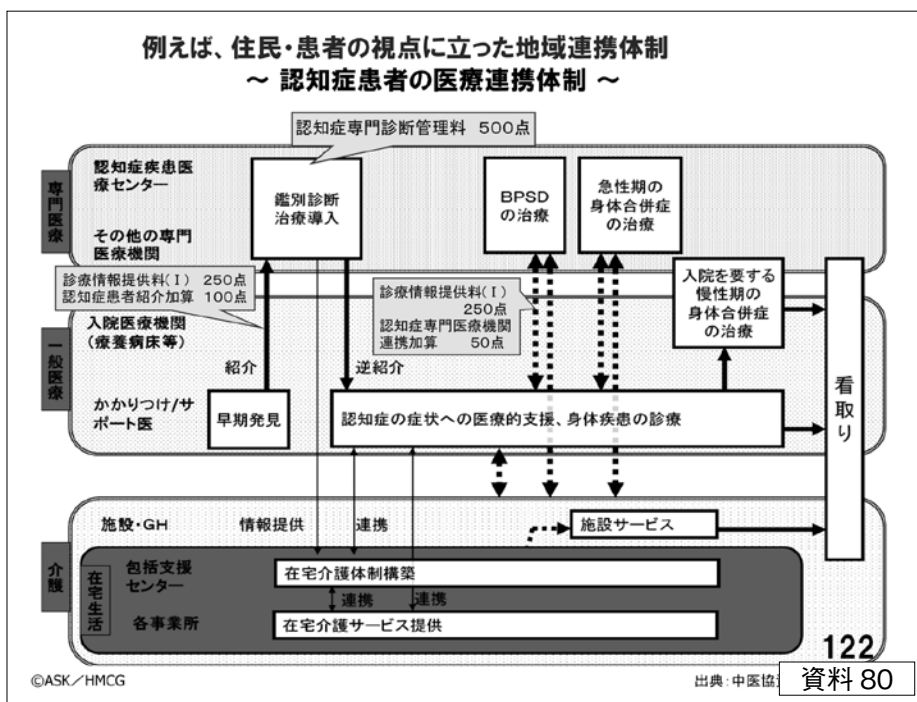
いま全国に認知症の患者さんが何万人くらいいるか想像つきますか？ 約150万人いるといわれています。これが、2025年には320万人になると推定されています。

どういうことか。例えば、駅前を歩いているおじいちゃんを見かけたら、「散歩かな？ 徘徊かな？」と思わなければいけない時代です。それだけ認知症が増えてくると、国の対策はとうてい追いつかなくなります。したがって、今回の同時改定でいろいろな施策が出されます。

まず、とにかく早期発見です。認知症は早期発見、早期治療開始が重症化を防ぐもっとも有効な手立てなのです。だから、認知症かもしれないと思ったら、認知症疾患医療センターなどとにかく紹介して鑑別診断を受けます。これは現在でも点数がついています。そして、診断を受けて確かに認知症だと判断し、暮らして問題行動が起きたとします。問題行動が起きたのでまた紹介すると再度点数がつくのです。この連携加算の50点がおそらく上がります。つまり、厚労省が何を言いたいかというと、認知症の方も地域で暮らせるようにしようということです。320万人がすべて施設に入るとするのは無理だと。だから、早く発見して、軽い段階からかかりつけの先生がずっと見ていくのです。そして、なにかあれば医療センターと共同で、要はかかりつけの先生が一人で見る

のではなく、地域で見ていきましょう、ということ。もちろん、その間の介護サービスはいろいろとあります。ですから、地域で見守って、看取りまでやっていこうということです。(資料80)

感染症対策については、これらの図がわかりやすいと思います。300床未満の病院は、なんと、感染症対策も地域連携でやっていこう、ということになります。(資料81, 82)

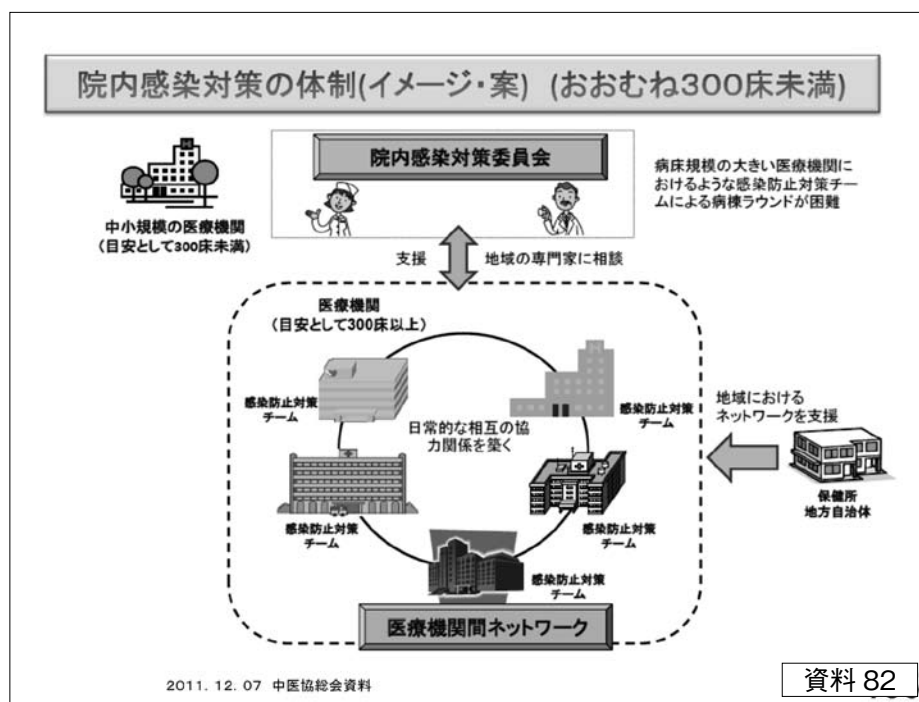


※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

リハビリテーションの充実について

資料83の①に評価を新設とあるように、いまある回復期リハビリテーション1の上ができると思われま。要件として考えられているのが、専従のドクター、重症者の割合などです。そして、②ですが、早期加算は変わります。14日まででは上がるでしょう。そのあとは、今よりも下がるでしょう。もしかすると30日までになってしまうかもしれません。資料84のいちばん下書いてありますが、現在は直近6か月以内に新たに入院した患者のうち2割以上が重症の患者であれば回復リハの1がOKなのです。なかには、2割だけ重症患者で、残りの8割は軽症の患者という病院もあるそうです。それでは少し問題があるので、今回の改定では、全患者さんの中で重症がどのくらいかという要件になるのではないかと思います。
(資料83, 84)

それと、外来のリハビリテーションに関しては、医師の包括的指示という言葉が出てきます。包括的指示とはどういうことか。現在の、診察しないとリハビリ請求が算定できない、という流れを変えていきます。月1回先生が見て、リハビリテーション医学管理料のようなものを請求していくようになります。そうすれば、あとは毎回先生が看なくても、リハビリだけ受けに来ていいようになるでしょう。ただ、少しややこしいのは、このリハビリテーション医学管理料のようなものに何点つくのかによっては、そ



Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-6 リハビリテーションの充実について

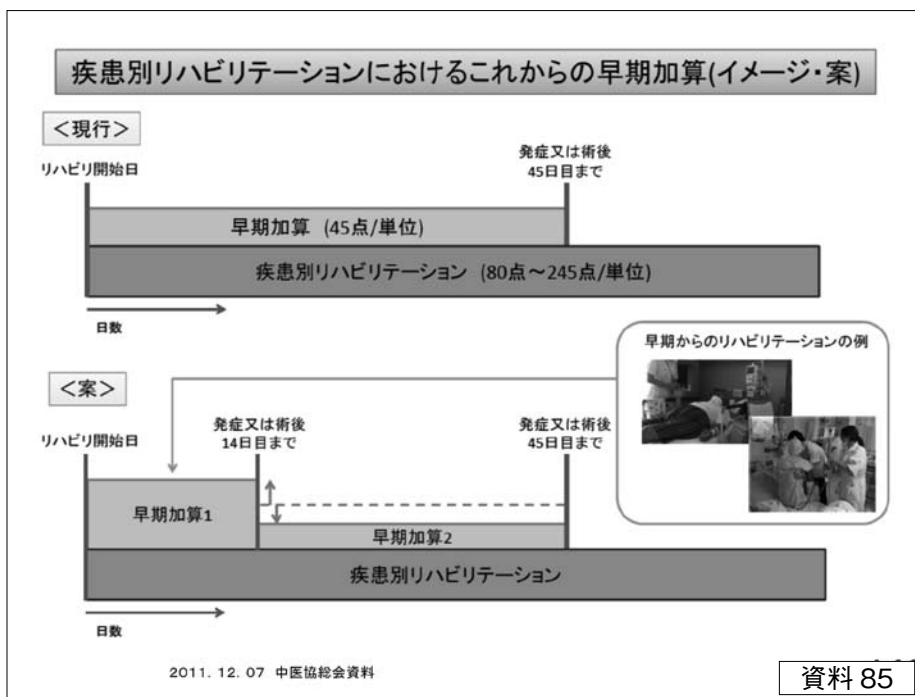
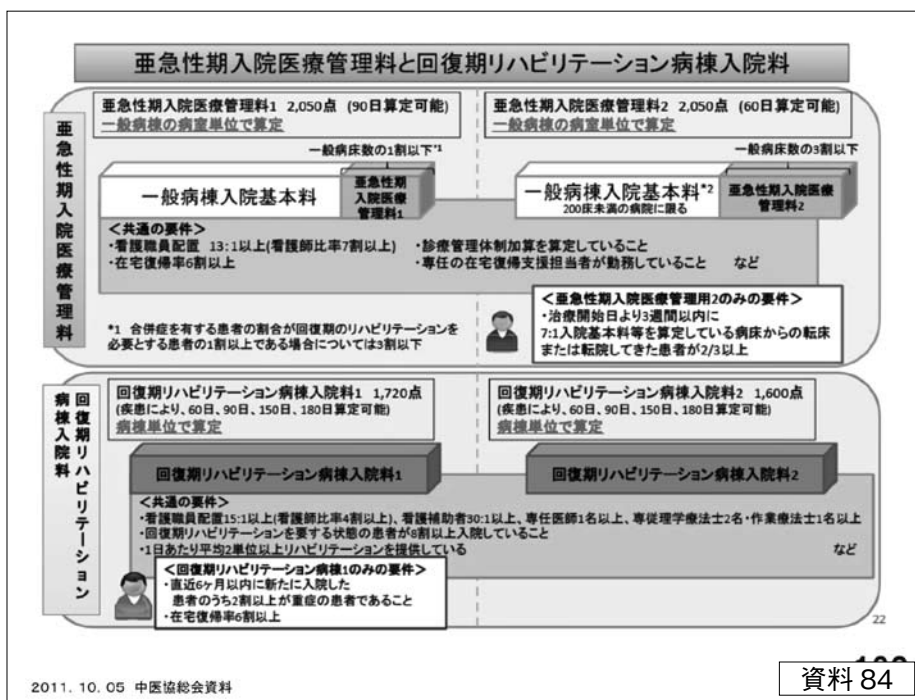
- (1) 患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。
- (2) 発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

©ASK/HMCG

資料 83

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

それぞれの病院で対策を検討していかなくてはならない点です。例えば、1日に200人患者さんが来るけれど、ほとんどリハビリだけというのなら、これはとても有利です。しかし、それほどの患者数でない場合、この体制にしてしまうと再診料が請求できなくなるのです。だから、リハビリテーション医学管理料が何回分の再診料に匹敵するのかをよく見極めてどちらにするか決めたい方がいいでしょう。これは、患者ごとにチョイスできるそうです。そして、資料86の(4)にあるように、訪問リハビリテーションは拡大路線です。(資料85, 86)



※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

余談かもしれませんが、認知症短期集中リハビリテーションの存在はご存知ですか？ これは、診療報酬点数表には載っていません。介護報酬のほうにあるのです。いくらかというとならば240単位だから、脳血管疾患等リハビリ並みに高いです。認知症短期集中リハビリテーションを実施できる場所は、通所リハビリと老健、介護療養病棟などです。今回の事業展開として、地域ニーズにあわせてこのあたりのリハビリも視野に入れてもいいと思います。

(資料87)

それから、生活の質に配慮した歯科医療の推進についての細かいことは資料88に目を通しておいてください。

(資料88)

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-6 リハビリテーションの充実について

(3) 外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系の見直しを行う。

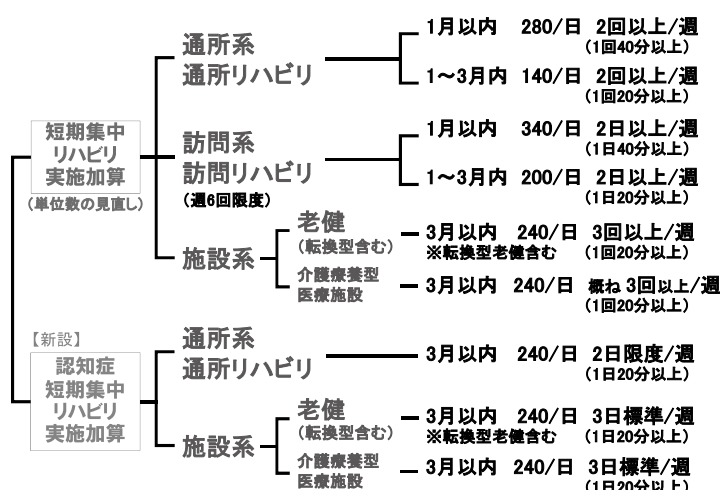
(4) 訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とするよう要件を変更する。

©ASK/HMCG

144

資料 86

『短期集中リハビリ』（介護保険）



©ASK/HMCG

143

資料 87

Ⅰ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について

(1) 著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下のとおり見直しを行う。

① 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

② 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を追加し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の主旨をより適切に反映する観点から「(仮称)歯科診療特別対応加算」に改める。

©ASK/HMCG

資料 88

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

患者からみて分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

患者に対する相談支援体制の充実等について

医師の負担軽減のところとも関連するのですが、患者等に対する相談窓口の設置という項目が出てきています。中医協の流れを思い出していただくと、中立的な立場の人が窓口立つということになります。確かに病院が給料を払っている人がどれほど中立な立場に立てるのだろうという疑問もありますから、NSWであるとか社会福祉士であるとか、研修を受けたなどの一定の条件がつくと思います。ただ相談窓口を設置すれば評価しますよということにはならないでしょう。(資料89)

診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

少し嫌な話なのですが、栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算はなくなると思います。もし入院基本料が上がるならいいのですが、据え置きになるかもしれないのでよくチェックしておいてください。それから、療養病棟療養環境加算と診療所療養病床療養環境加算の一部は、医療法を満たしていないのでなくなります。これらの影響を受ける病院は結構あるのではないのでしょうか。(資料90)

医療機能の文化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

一般病棟、特定機能病棟の7対1について、平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合が見直されます。おそらく、7対1は18日になると思います。重症患者の割合は現在10%ですが、20%になるのではないかと思います。ですから、すぐに自分の病院の重症患者割合が20%を超えているか確認してください。10対1の病院は、看護必要度は10%になると思います。これもご確認いただきたいと思います。現

II 患者からみて分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

II-2 患者に対する相談支援体制の充実等について

- (1) 医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する
- (2) 入院早期から退院支援が必要な者を明確化し、また、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明した場合の評価を新設し、退院支援を行うことについての評価を行う。なお、退院調整加算と退院時共同指導料を算定する場合には、地域連携診療計画の内容と同等のものを作成して患者に説明することを要件化する。また、その結果、早期に退院した場合の評価を見直す。
- (3) 前回改定時に原則義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。(重1-3(2)④再掲)

©ASK/HMCG

155
資料 89

II 患者からみて分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

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

- (1) 診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について、以下のような見直しを行う。
 - ① 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算については、算定している医療機関が多いため、当該加算の実施体制が全医療機関で確保されつつあることを踏まえ、簡素化の観点から入院基本料及び特定入院料で包括して評価を行う。
 - ② 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算の一部について、医療法の基準を踏まえた見直しを行う。
- (2) 患者からみて難解と思われる歯科用語や臨床上行われていない行為については、歯科診療報酬点数表の用語の平易化や簡素化を図る。

©ASK/HMCG

157
資料 90

在、病棟の中で7対1がいちばん多いです。徐々にシナリオ図に近づけてくるので、平均在院日数や看護必要度の割合などが変わってくると思います。
(資料91, 92)

重症患者の定義は、看護必要度の評価表でA区分2点かつB区分3点以上の患者ということになります。ここでお願いします。これを医師が知らないと意味がありません。なぜなら、医事課の人が知っていて「あ、この患者さんは重症だな」と思っても入院させられないですから。病院に入院するオーダーが出せるのは医師だけです。だから、入院させる権限のある医師が、厚労省がどういう患者を重症と定義しているのかを知っていなければいけません。例えば、循環器疾患のある患者さんに一日5回以上の血圧測定をするよう病棟に指示し、かつその患者さんが不整脈の薬を飲んでいたらA区分は2点になります。実は、臨床なのです。なので、この意味合いを医師がきっちり知るということは非常に重要です。

繰り返しになりますが、診療報酬改定を乗り切るコツの1です。厚労省は点数を利用した制度の改定を行っているわけです。どういった病院が急性期の病院かというときに、急性期の病院にはある程度の重症患者がいるけれども、重症患者の定義は点数表に載せているのです。点数表をしっかりと見ている医師は皆無と言っていいでしょうから、医事課がしっかりとお伝えすべきなのです。(資料93)

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(1) 一般病棟の多くを占める7対1一般病棟入院基本料において、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合(以下「看護必要度等の基準を満たす患者割合」という。)や平均在院日数、複雑性指数等の指標で見るとばらつきが大きい現状にあり、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から検討を行う

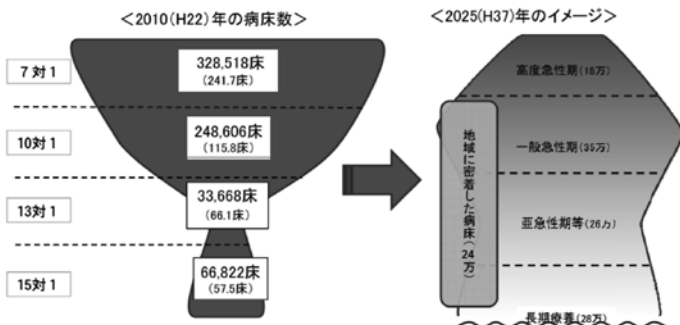
- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度等の基準を満たす患者割合)の見直しを行う。
- ② 一般病棟入院基本料、特定機能病院(一般病棟)等の10対1入院基本料等についても看護必要度等に係る評価を要件化し、看護必要度等の基準を満たす患者割合が一定程度以上の医療機関については、評価を行う。

©ASK/HMCG

資料 91

現在の一般病棟入院基本料の病床数

【一般病棟入院基本料】



(括弧内は1医療機関あたり平均病床数) 保険局医療課調べ
○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

2011. 11. 25 中協協会資料

資料 92

参照 一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票

| A モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---------------|-------|-------------|------|
| 1 創傷処置 | なし | あり | |
| 2 血圧測定 | 0から4回 | 5回以上 | |
| 3 時間尿測定 | なし | あり | |
| 4 呼吸ケア | なし | あり | |
| 5 点滴ライン同時3本以上 | なし | あり | |
| 6 心電図モニター | なし | あり | |
| 7 シリンジポンプの使用 | なし | あり | |
| 8 輸血や血液製剤の使用 | なし | あり | |
| 9 専門的な治療・処置 | | | 2点以上 |
| ① 抗悪性腫瘍剤の使用 | | | |
| ② 麻薬注射薬の使用 | | | |
| ③ 放射線治療 | | | |
| ④ 免疫抑制剤の使用 | | | |
| ⑤ 昇圧剤の使用 | | | |
| ⑥ 抗不整脈剤の使用 | | | |
| ⑦ ドレナージの管理 | | | |
| A得点 | | | |
| B 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
| 1 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 2 起き上がり | できる | できない | |
| 3 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない |
| 4 移乗 | できる | 見守り・一部介助要 | できない |
| 5 口腔清潔 | できる | できない | |
| 6 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 7 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| B得点 | | | |

165

資料 93

*本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

さらに、入院についてです。金曜入院や月曜退院で、土日になにもやっていないという場合はペナルティがついて下げられます。こういった入院・退院に関するオーダーがどうなっているのかは確認していただきたいと思います。(資料94)

亜急性期と回復期は適切な評価体系に整理するということですが、多分似たようなものにするのではないのでしょうか。亜急性期と回復期は点数も相当異なります。今回の改定は、この二つを近づけてきます。おそらく亜急性期のほうが辛いでしょう。(資料95)

資料96をご覧ください。なぜ亜急性期のほうが厳しいかというと、「症状が比較的軽度でリハビリテーション等が必要な期間が短い患者や、放射線治療中などの理由により転棟することが困難と考えられる患者などやむを得ない場合、急性期病棟の中にある亜急性期等医療を担う病棟が必要と考えられる」とあるように、ある程度制限がついてくるからです。(資料96)

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(2)一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院を検討。

- ① 金曜入院、月曜退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の割合が明らかに高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正化を行う。
- ② 退院日について、昼食前の退院が3/4を占めているが、入院基本料は他の入院日と同様の評価となっている。一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関において、午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、一定期間以上の入院であって、高度な処置等の伴わない場合に、退院日の入院基本料の適正化を行う。

©ASK/HMCG

166

資料 94

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(3)亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーション病棟入院料と比較しつつ、適切な評価体系に整理する。

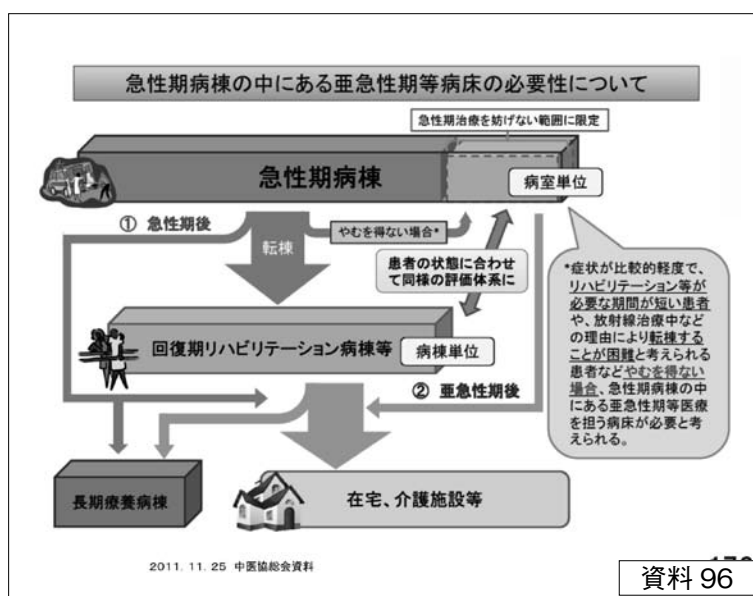
(4)救命救急入院料1及び3について、必要な看護師が常時配置されていることとしているが、その配置にばらつきが大きいことから、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の看護配置に施設要件を変更するなど、救急医療の機能強化に資する評価を行う。
(重1-1(1)①再掲)

(5)小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設するなど、重篤な小児救急患者に対する救急医療の評価を行う。
(重1-1(1)④再掲)

©ASK/HMCG

170

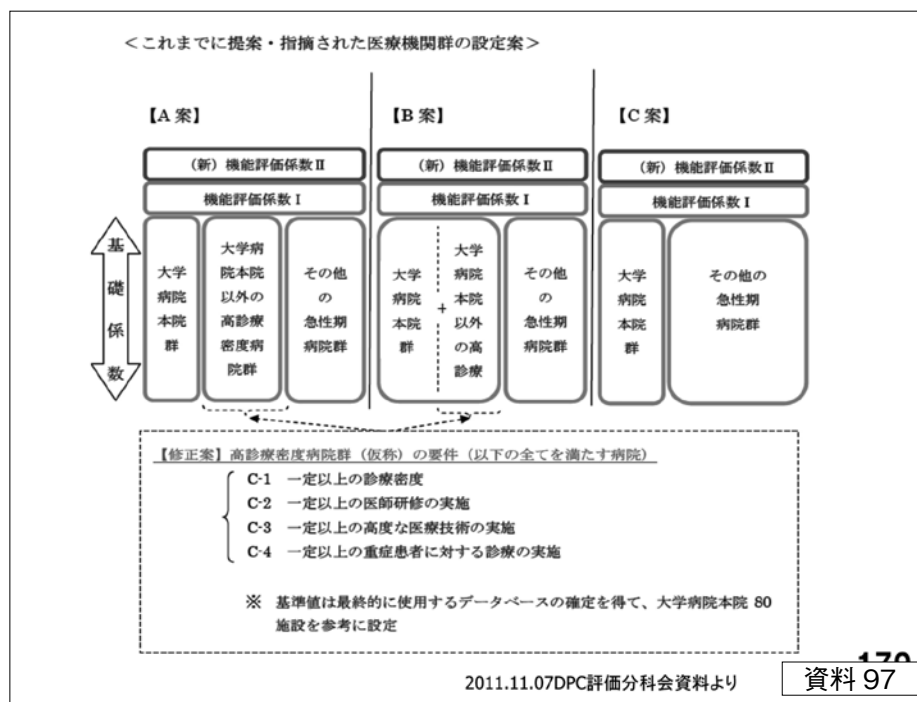
資料 95



資料 96

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

DPCの病院に関しては、資料をご確認ください。機能評価係数が医療機関ごとにつけるようになってきています。条件についても詳しく載っています。(資料97, 98)



【機能評価係数Ⅱ（6項目）の具体的な見直し案】(赤字下線部が主要な変更点)
評価対象データは平成22年10月1日～平成23年9月30日(12ヶ月間)のデータ

| ＜項目＞ | 評価の考え方 | 評価指標(指数) | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|------------|--|-----------|-------------------------------|--------------|-----|----------------|-----|--------------|--------------|-----|----------------|-----|
| 4) カバー率指数 | 様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価 | $\frac{\text{【当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数】}}{\text{【全DPC数】}}$ ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。 | | | | | | | | | | | | | |
| 5) 救急医療指数 | 救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価 | $\frac{\text{【救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数(出来高診療実績)と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和】}}{\text{【全DPC数】}}$ | | | | | | | | | | | | | |
| 6) 地域医療指数 | 地域医療への貢献を評価(中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価) | 以下の指数で構成する。 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数(内訳)</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">① 体制評価指数(ポイント制、計10項目、上限7ポイント)</td> <td>1) 小児(15歳未満)</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外(15歳以上)</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定置評価指数(新設)</td> <td>1) 小児(15歳未満)</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外(15歳以上)</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> ① 体制評価指数(評価に占めるシェアは1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価(計10項目、詳細は次ページの別表2参照)。 一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を7ポイントとする。 ② 定置評価指数(評価に占めるシェアは1/2)それぞれ1/4ずつ $\frac{\text{【当該医療機関の所属地域における担当患者数】}}{\text{【当該医療機関の所属地域における発生患者数】}}$ を1)小児(15歳未満)と2)それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価。 【評価対象地域の考え方】 大学病院本院及び高診療密度病院群(仮称)については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、その他急性期病院群については2次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。 | 地域医療指数(内訳) | | 評価に占めるシェア | ① 体制評価指数(ポイント制、計10項目、上限7ポイント) | 1) 小児(15歳未満) | 1/2 | 2) 上記以外(15歳以上) | 1/4 | ② 定置評価指数(新設) | 1) 小児(15歳未満) | 1/4 | 2) 上記以外(15歳以上) | 1/4 |
| 地域医療指数(内訳) | | 評価に占めるシェア | | | | | | | | | | | | | |
| ① 体制評価指数(ポイント制、計10項目、上限7ポイント) | 1) 小児(15歳未満) | 1/2 | | | | | | | | | | | | | |
| | 2) 上記以外(15歳以上) | 1/4 | | | | | | | | | | | | | |
| ② 定置評価指数(新設) | 1) 小児(15歳未満) | 1/4 | | | | | | | | | | | | | |
| | 2) 上記以外(15歳以上) | 1/4 | | | | | | | | | | | | | |

2011.12.21 中経協総会 資料 98

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

そして、少し驚くべきことが書いてあるのですが、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求めるということです。いよいよ来たか、というかんじです。厚労省からすると、DPCの病院には積極的に外来患者を看てほしくはないのです。入院に特化してもらいたいわけです。(資料99)

さらにもうひとつ、7対1や10対1のDPCではない病院のデータを評価するということです。シナリオ図を思い出してください。DPC以外の7対1、10対1はありません。ですから、DPCに入っていない病院を7対1か10対1のどちらかに誘導していくためにデータを取るのだと思います。(資料100)

さて、一般病棟、つまり13対1や15対1の病棟のことに話を移しましょう。パターン①をご覧ください。長期療養患者というのは90日超えの患者さんのことです。「長期療養患者が比較的多い一般病棟については、将来的には、長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか」とありますが、将来がない、とはっきり言っているようなものです。だから、90日超えの患者さんが多いという13対1や15対1の病棟は、将来的にはシナリオに沿って長期療養病棟へ移すのだと考えておいてください。今回は、90日超えの患者さんは医療の療養と同じ包括点数に設定します。やっていただきたいのは、まず90日以上の方をピックアップすることです。そして、医療の療養の9分類のところへ当てはめるとどこになるのかを確認してください。そうやってシミュレーションしていただいたほうがいいでしょう。ただし、今回、150点の初期加算がOKになったことも含めて検証しておいてください。(資料101)

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(6)DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)について以下の見直しを行う。

③ その他

- ・ 特定入院料の取扱い(評価のあり方)、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
- ・ 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める(大学病院本院及び(仮称)高診療密度病院群の施設は必須とし、その他急性期病院群の施設は任意とする)。

©ASK/HMCG

資料 99

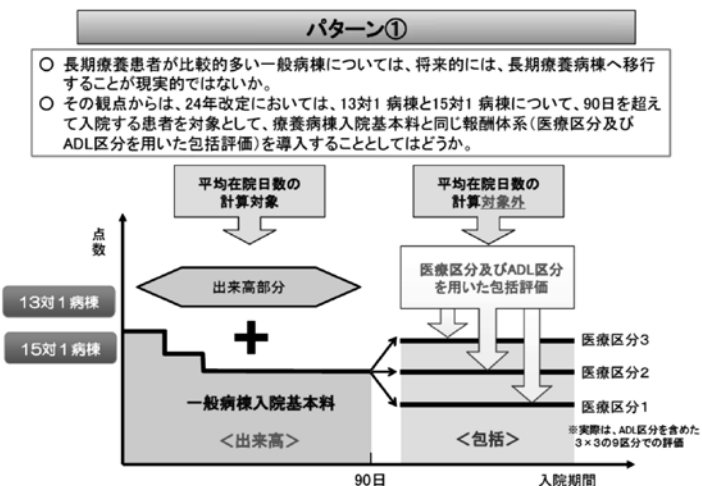
III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

(7)DPC対象病院ではない出来高算定病院(7対1一般病棟入院基本料を算定している医療機関等)が、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

©ASK/HMCG

資料 100



資料 101

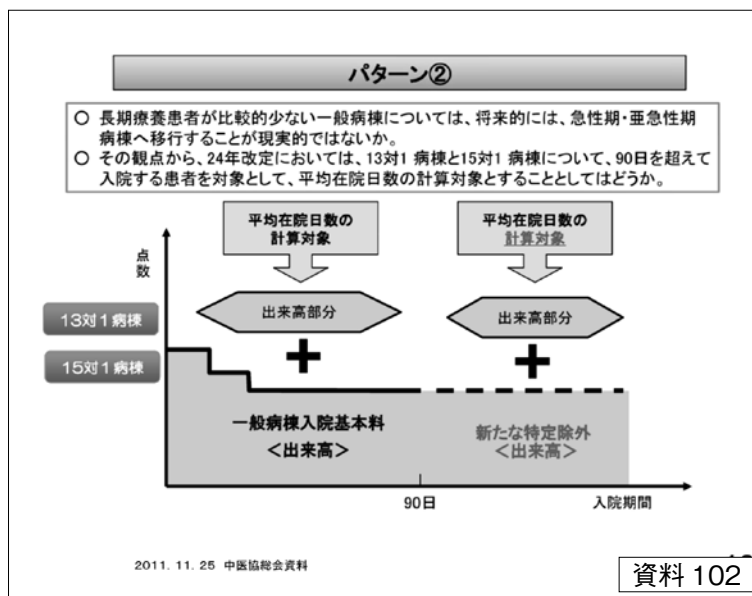
次にパターン②です。逆に90日超えの人が一人しかいないという比較的不なる場合は、急性期・亜急性期病棟への移行が現実的だということです。そういうところは出来高で請求していいけれども、平均在院日数の計算に入れなさいということです。両方試してみてください。今回の改定でシナリオ図に近づいていくので、一般病棟の方向性を見極めていただきたいと思います。

また、急性期病棟から褥瘡をつくって移ってきた場合についてです。褥瘡ならば医療区分2です。一生懸命、医療で治療して褥瘡が治ったら医療区分1になって点数が下がってしまうということにならないように、プロセスやアウトプットが評価されるようになります。褥瘡の場合は治ってもある一定期間は高い点数を請求してもいいということです。(資料102)

慢性期入院医療の適切な評価について

個人的にいちばん心配なのは、慢性期入院医療です。資料には「特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、現場の対応を踏まえた措置を検討する」という項目です。こう書いてあるので今回なくなるとは思えませんが、もしかすると次回の改定でなくす方向なのかなとも推測できます。つまり、今回、超重症者、準超重症者加算を療養でOKにしたという意味は大きいと思います。出来高の障害者病棟ではなくして、超重傷者加算や準超重症者加算に移行していくのかもしれませんが、この点、非常に気になります。(資料103)

医療の提供が困難な地域に配慮した評価については、地域に病院がひとつしかないとか、離島といった地域については優遇していこうということです。(資料104)



III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

- (2)小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算に代えて、特定入院料を新設する。(1-3(1)③再掲)
- (3)療養病棟における急性期の医療機関との連携推進、医療の質の向上の観点から、褥瘡の治療に係る評価を行う。
- (4)特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、現場の対応を踏まえた措置を検討する。

©ASK/HMCG

106
資料 103

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-3 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

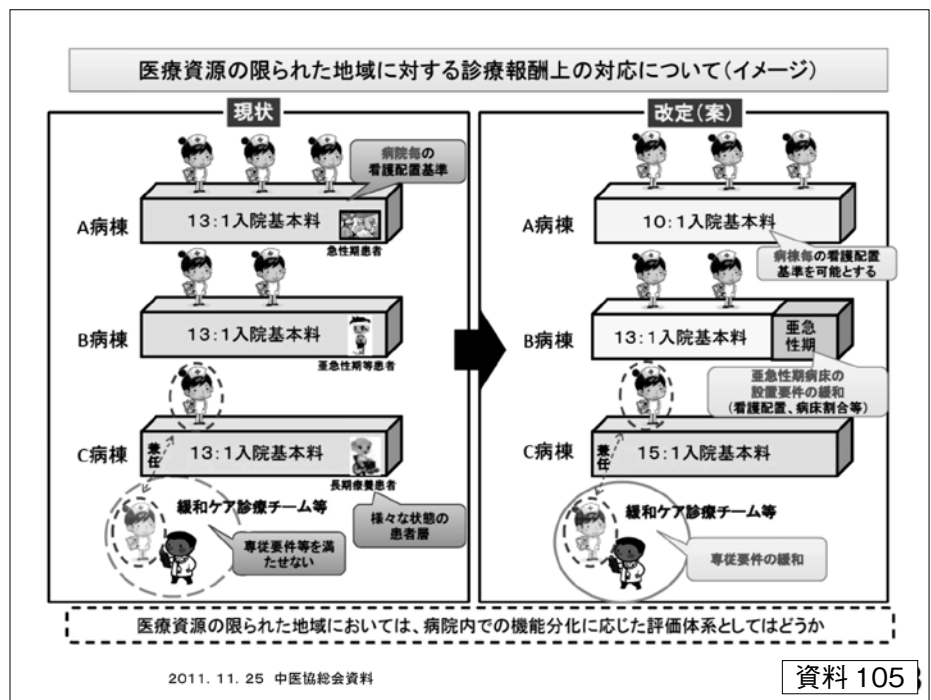
2次医療圏において自己完結型の医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

- ① 自己完結型の医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある病院等を対象とする。ただし、一定規模以上の病院等を除く。
- ② それらの地域の病院においては、看護要件の緩和、入院料等の柔軟な運用、専従要件の緩和等について検討を行う。なお、特に小規模な病院について配慮することとする。

©ASK/HMCG

資料 104

具体的には、病棟ごとに13対1とか15対1に分けても構わないといった対応がなされます。
(資料105)



Ⅲ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ-4 診療所の機能に着目した評価について

- (1)緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。
- (2)地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。

- ① 有床診療所の入院料の評価は一般、療養で区別されているが、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じ、柔軟な算定を可能とする。
- ② 介護療養病床入院患者が急性増悪時に医療保険より算定できるのは2室8床に限っているが、より柔軟な運用を可能とする。

©ASK/HMCG

資料 106

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

診療所の機能に着目した評価について

有床診療所は今回、目の目を見ます。
資料106、107、108に対応の詳細をまとめてあります。(資料106～108)

地域医療を支える有床診療所の主な機能

専門医療を担う機能
(眼科、産婦人科、リハビリテーション等)

⇒ 病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算等)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能

⇒ 有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能

⇒ 在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能

緩和ケアの提供機能

2011. 11. 25 中医協総会資料

資料 107

地域医療を支える有床診療所の評価②

以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所(一般病床)を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

新 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)
医師配置加算 60点 → 医師配置加算1 88点(1日につき)
 併せて、診療所後期高齢者入院医療管理料は廃止する。

(例) 医師2名、看護職員8名の有床診療所一般病床で在宅患者の入院を受け入れた場合

870点

| 期間 | 7日 | 14日 | 30日 |
|--------|------|------|------|
| 診療所 | 810点 | 660点 | 490点 |
| 医師配置加算 | 60点 | | |
| 合計 | 870点 | 720点 | 550点 |

⇒

948点

| 期間 | 7日 | 14日 | 30日 |
|---------|------|------|------|
| 診療所 | 760点 | 590点 | 500点 |
| 医師配置加算1 | 88点 | | |
| 合計 | 848点 | 678点 | 588点 |

2011. 11. 25 中医協総会資料

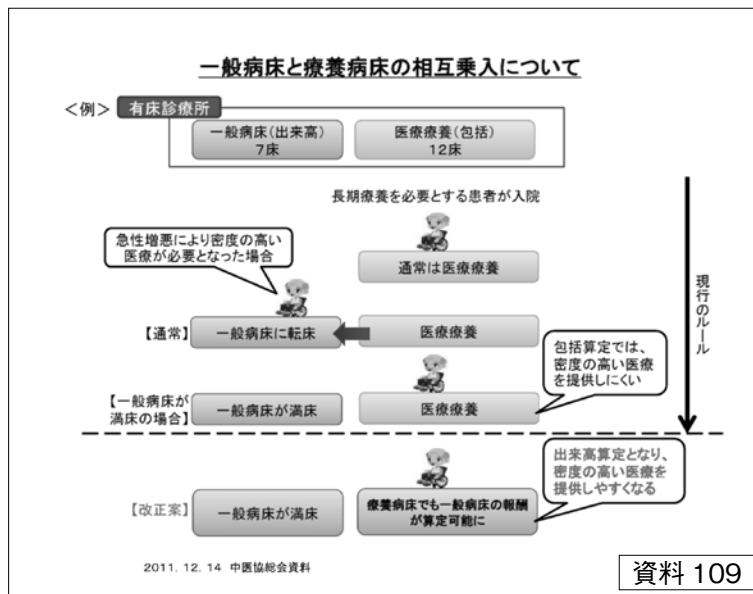
資料 108

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などをご確認ください。

いちばん大きいのは、一般病床と療養病床の相互乗入です。どちらの病床も持っている施設は、患者さんごとにどちらで請求してもいいということになります。いわゆるフレキシブル対応というものです。(資料109)

調剤報酬については、薬学的な管理・指導の充実を図る観点から、次のような見直しが行われます。まず、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価されるようになるほか、とくにハイリスク薬の算定要件が明確化されていくというようなことです。(資料110)

また、調剤報酬の中で適正化できるものについては見直していくことになりました。基準調剤加算の施設基準は、実態等を踏まえた品目数とし、特定の医療機関の開業時間等に応じた開局時間を設定している場合は算定要件を満たさないこととするよう見直していくということです。(資料111)



III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-6 調剤報酬について

(1) 薬学的な管理・指導の充実を図る観点から、以下の見直しを行う。

- ① お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
- ② 特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
- ③ 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料(自家製剤加算及び計量混合加算)の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

©ASK/HMCG

資料 110

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-6 調剤報酬について

(2) 調剤報酬の中で適正化できるものについては、以下の見直しを行う

- ① 基準調剤加算の施設基準については、算定要件である備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とすること、また、特定の医療機関の開業時間等に応じた開局時間を設定している薬局は算定要件を満たさないこととするよう見直しを行う。
- ② 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う。

©ASK/HMCG

資料 111

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進について

さらに、後発医薬品の使用促進については、使用割合が改められます。ほかにもいろいろとあるのですが、一般名の処方箋が推進されます。一般名処方箋を行った場合の処方せん料の算定においては「薬材料における所定単位あたりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする、となります。

（資料112～114）

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

(1)後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料については、後発医薬品調剤体制加算の見直し等にあわせて、整理合理化するとともに、保険薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件を見直す。具体的には、現行の加算の要件(数量ベースでの後発医薬品の使用割合が20%以上、25%以上及び30%以上)について、22%以上、30%以上及び35%以上に改めるとともに、評価については、軽重をつける。

なお、現状、「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」は、1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きいため、数量が大きく算出されること、かつ後発医薬品が存在しないことから、後発医薬品の使用割合(数量ベース)を算出する際に除外しているところであるが、同様の観点から、「漢方製剤」及び「生薬」についても除外する。

©ASK/HMCG

資料 112

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

(2)後発医薬品に関する患者への情報提供を充実させる手段として、保険薬局での調剤に際し患者に渡される「薬剤情報提供文書」を活用して後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無、価格、在庫情報)を提供した場合に、薬学管理料の中で評価を行う。

(3)医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件(後発医薬品の採用品目割合20%以上)に「30%以上」の評価を加える。

©ASK/HMCG

資料 113

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

(4)保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する場合には、一般名による処方を行うことを推進する。

なお、一般名処方箋を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

(5)現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する。

©ASK/HMCG

資料 114

まだ案の段階ではありますが、資料115のようなシステムが導入されることになるようです。それに応じて処方せんも資料116のようになっていきます。(資料115, 116)

また、相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価についても見直しが行われます。資料にあるように、検査、画像診断、投薬、注射、処置及び手術について、人工腎臓について、コンタクトレンズについてなどです。(資料117)

以上で、診療報酬についてざっくりとお話させていただきました。

○「一般的名称への提案機能」を有する医薬品オーダーシステム (イメージ図)

①「ガスター20」と入力してEnterキーを押すと、警告表示が出る。「一般名で処方しますか」

②一般名で処方する場合は「はい」をクリック
②銘柄処方をする場合は「いいえ」をクリック

③院外処方せん発行時に一般的名称で薬剤名が記載される
③院外処方せん発行時に銘柄名で薬剤名が記載される

初期の改修費用、運用時のメンテナンス(医薬品情報の加除修正)費用が必要

2011. 11. 30 中医協総会資料

資料 115

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

| | |
|--------------|--------------------|
| 公費負担者番号 | 保険者番号 |
| 公費負担医療の受給者番号 | 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 |
| 患者氏名 | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 生年月日 | 電話番号 |
| 性別 | 保険医氏名 |
| 区分 | 被保険者 被扶養者 |
| 交付年月日 | 平成 年 月 日 |
| 処方せんの使用期間 | 平成 年 月 日 |
| 処方 | 変更不可 |
| 備考 | 保険医署名 |
| 調剤年月日 | 平成 年 月 日 |
| 調剤薬局の所在地及び名称 | 公費負担者番号 |
| | 公費負担医療の受給者番号 |

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格 JIS 調剤用紙として用いられること。
3. 調剤の処方及び公費負担医療に関する費用の請求に関する場合(調剤51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

2011. 12. 14 中医協総会資料

資料 116

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

介護保険・介護報酬改正

介護サービスの基盤強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律の概要

介護報酬については、これだけは知っておいていただきたいというところだけを抜粋してお話させていただきます。

地域包括ケアというのは、資料にもあるように「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される」ことです。医療が入っていることを覚えておいてください。そして、「日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定」するということは予算がつくということです。(資料118)

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

- (1)検査、画像診断、投薬、注射、処置及び手術については、診療行為の実態や用いている医療機器の価格等を踏まえ、診療科間の平準化を図る観点等から、医療技術評価分科会への提案等も踏まえ適正な評価に見直す。
- (2)人工腎臓について、包括されている医薬品の実勢価格やエリスロポエチン製剤等の使用実態を踏まえた点数の見直しを行うとともに、慢性維持透析の合併症等に対して、有効性が明らかになりつつある新しい血液透析濾過についての評価の新設等を行う。
- (3)コンタクトレンズに係る診療報酬上の評価については、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間取りまとめ報告書」の指摘を踏まえ、検査に係る必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

©ASK/HMCG

資料 117

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める

1. 医療と介護の連携の強化等

- ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進
- ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない)

2. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする
- ②介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加
- ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3. 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

4. 認知症対策の推進

- ①市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5. 保険者による主体的な取組の推進

- ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

施行日]
1⑤、2②については公布日施行。
その他は平成24年4月1日施行。

6. 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

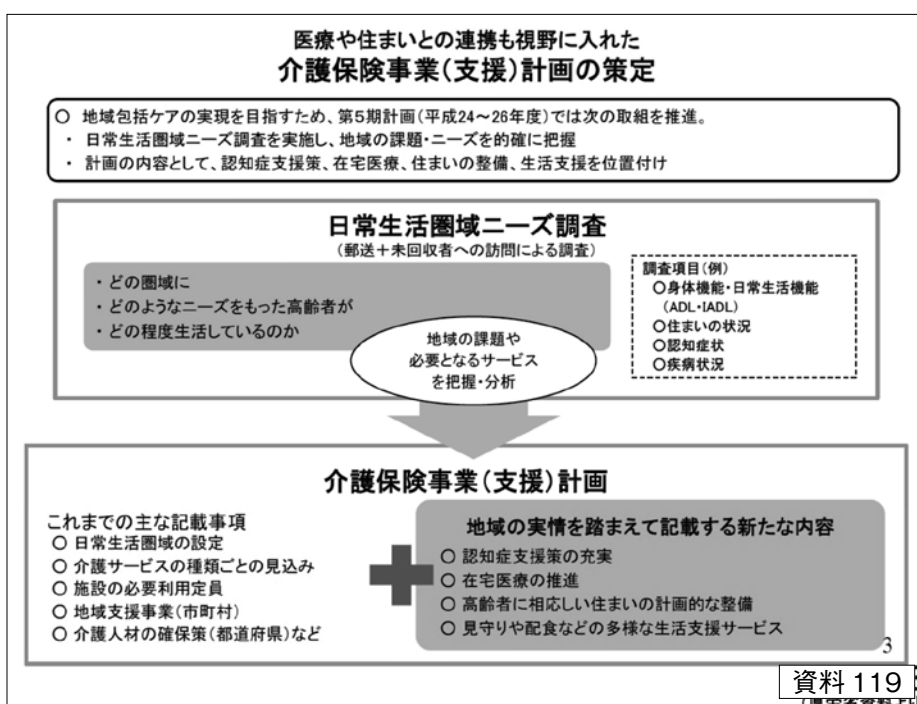
資料 118

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のHPにて告示などでご確認ください。

そして、介護保険事業(支援)計画には、医療サービスが含まれています。住まいに関する計画との調和を確保するという事です。ここは留意点です。この介護保険事業(支援)計画は「医療や住まいとの連携も視野に入れた」と謳っています。今回の計画では、認知症支援策の充実と在宅医療の推進、高齢者に相応しい住まいの計画的な整備といった内容がプラスされます。患者さんがお家に帰ったときにどのように暮らしていくかということですから、これは医療関係者も知っておくべきところです。(資料119)

それから、訪問看護と訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの項目は絶対にチェックしておいてください。(資料120)

また、診療報酬、介護報酬、両方の改定と直接的には関係ないかもしれませんが、知っておいていただきたいのでお話ししておきます。今回、国土交通省と厚労省の共管の制度として都道府県知事への登録制度である「サービス付き高齢者向け住宅制度」が新たに新設されることになりました。これははっきりと決まって国会を通過しています。注意したいのは、行政の指導



介護保険 医療系サービスの主な検討事項と次期制度改正の方向性
(予測含む)

訪問看護サービスの充実

小規模多機能型居宅介護などと組み合わせた複合型サービスを認める。事業所の指定・更新の手間が簡素化され、柔軟な人員配置も可能になり、事業所開設が容易になる。

訪問リハビリテーションの推進

医療機関や介護老人保健施設からの柔軟なサービス提供を可能にするなど、既存サービスの有効活用を検討か。

通所リハビリテーションと通所介護の整理

互いの役割の違いが不明確。報酬上で「お預かり機能」と「リハビリ機能」を整理し、「リハビリ機能」を評価か。

区分支給限度基準額の見直し

区分支給限度基準額をオーバーする利用者の実態を把握し、次期改定で方策を検討

資料 120

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

監督が入るということです。つまり、お上のお墨付きの住まいをつくるということなのです。そして、高専賃が廃止になります。では、いままでの高専賃はどうなるのかというと、サ高住(略称)に転換できるところはしていくということです。資料122にあるような要件を満たせば、ですが。満たさなければ単なるアパートになってしまいます。また、税金も優遇してくれるようになりますし、融資もしてくれます。(資料121～124)

国土交通省・厚生労働省共管の制度として、都道府県知事への登録制度である「サービス付き高齢者向け住宅制度」を新たに創設

概要

【登録基準】 ※有料老人ホームも登録可

（住宅）

- ・床面積(原則25㎡以上)、便所、洗面設備等の設置、バリアフリー

（サービス）

- ・サービスを提供すること。(少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供)

（契約）

- ・高齢者の居住の安定が図られた契約であること、前払家賃等の返還ルール及び保全措置が講じられていること

【事業者の義務】

- ・入居契約に係る措置(提供するサービス等の登録事項の情報開示、入居者に対する契約前の説明)
- ・誇大広告の禁止

【指導監督】

- ・住宅管理やサービスに関する行政の指導監督(報告徴収・立入検査・指示等)

● 高円質・高専賃(登録制度)、高優賃(供給計画認定制度)の廃止
● 高齢者居住支援センター(指定制度)の廃止

246

資料 121

サービス付き高齢者向け住宅

補助金(案)の概要 ■ 高齢者等居住安定化推進事業(2011年度予算額325億円)

<要件>

- 住宅に関する要件(サービス付き高齢者向け住宅の登録要件と同じ)
- ・原則として25㎡以上(共同利用の居間・食堂・台所等が十分な面積を有する場合18㎡以上)
- ・原則として台所、水洗便所、収納設備、浴室の設置
- ・原則として3点以上のバリアフリー化(手すりの設置、段差の解消、廊下幅の確保)
- サービスに関する要件
- ・社会福祉法人や医療法人、居宅介護サービス事業者の職員が常駐することなどによって緊急通報と安否確認サービスの提供体制がある
- 契約に関する要件(利用権方式も可。既存の有料老人ホームも要件を満たせば改修費OK)
- ・賃貸借方式やそれに準じた契約にすること(長期入院などを理由に入居者を退居させることを防止)
- ・前払い家賃などを受領する場合の返還ルール及び保全措置の実施

<補助率>

- 住宅部分 新築 : 国が建築費の10分の1(上限は100万円/戸)
改修 : 国が改修費の3分の1(上限は100万円/戸)
- 高齢者生活支援施設部分(介護保険事業所など)
新築 : 国が建築費の10分の1(上限は1,000万円/戸)
改修 : 国が改修費の3分の1(上限は1,000万円/戸)

249

資料 122

サービス付き高齢者向け住宅

税制による支援措置(案)の概要 (2013年3月31日までの時限措置、賃貸住宅のみ)

<所得税・法人税>

- 当初5年間40%割増償却が可能 (耐用年数35年未満の場合は28%)
- <要件>**
- ・床面積が1戸あたり25㎡以上(専用部分のみ)
- ・10戸以上

<固定資産税>

- 当初5年間税額を3分の2減額
- <要件>**
- ・床面積が1戸あたり30㎡以上(共用部分を含む)
- ・5戸以上
- ・国などから建設費補助を受けていること

<不動産取得税>

- 家屋 : 課税標準から1戸あたり1200万円控除
- 土地 : 家屋の床面積の2倍に当たる土地面積相当額の価格を減額
- <要件>**
- ・固定資産税の支援措置 要件と同様

減税の例

● 前提条件

- ・30戸(1戸あたり床面積30㎡)
- ・敷地面積 800㎡
- ・1戸あたり建築費 900万円
- ・土地取得額 1億円

| | 優遇措置無 | 優遇措置あり |
|---------|--------|-----------|
| 固定資産税 | 227万円 | 76万円 |
| 不動産取得税 | | |
| （家屋） | 486万円 | 0万円 |
| （土地） | 90万円 | 0万円 |
| 合計(初年度) | 803万円 | 76万円 |
| (5年間) | 1585万円 | 344万円 |
| | | (▲1241万円) |

250

資料 123

※本文中の内容については平成24年1月24日時点での情報を元にしております。確定情報は厚労省のHPにて告示などでご確認ください。

サービス付き高齢者住宅と 介護保険の連携イメージ

なぜこのような住宅を建てるのかというと、入院ばかりではなく、可能ならば地域で見守りながら暮らしてほしいという大きな方針があるからです。要介護3くらいまでは住めるようにしたいと考えているようです。

厚労省の本音は、これを医療法人につくってもらいたいのです。考えてみてください。医療法人がつくった場合、資料125のようなイメージになります。このサ高住に入れば、見守りがあり、訪問診療などがあり、という環境になります。医療法人がつくった場合、ここに住んでいる方に関しては診療報酬と介護報酬を請求できるようになります。これが狙いです。要するに、施設から地域へ、医療から介護へ、ということです。(資料125)

まとめると、厚労省がやろうとしていることは、病床を減らそうとしています。病院は機能分化して役割を決めていきます。そして、入院は必要いけれど治療は必要という人は、在宅・訪問看護をどんどん増やしていきます。そのかわり、地域で一人で暮らせない状況の人はサ高住で拾い上げていくということです。この補助金の制度は5年間続きます。ですので、急性期の病院はひとつとではなく、退院したあとの住まい先としてサ高住というのは十分考えられます。地域でこうした住宅が建つかどうかの情報もしっかり把握しておいていただきたいと思います。(資料126)

サービス付き高齢者向け住宅

融資関連の支援措置の概要（賃貸住宅のみ）

<リバースモーゲージに関する住宅融資保険の対象を拡充>

サービス付き高齢者向け住宅の入居一時金の支払いに対して、民間金融機関がリバースモーゲージを実行した場合、新たに住宅金融支援機構による融資保険の対象にする

※リバースモーゲージ：持ち家などの不動産を担保として融資し、死亡時に不動産の売却によって返済を受ける仕組み

<サービス付き高齢者向け住宅に対する融資の担保要件を緩和>

サービス付き高齢者向け住宅として登録された賃貸住宅に住宅金融支援機構から担保要件を緩和した融資を実施。専用部分に台所や浴室などを設けていない場合でも、融資物件以外の追加担保が不要に

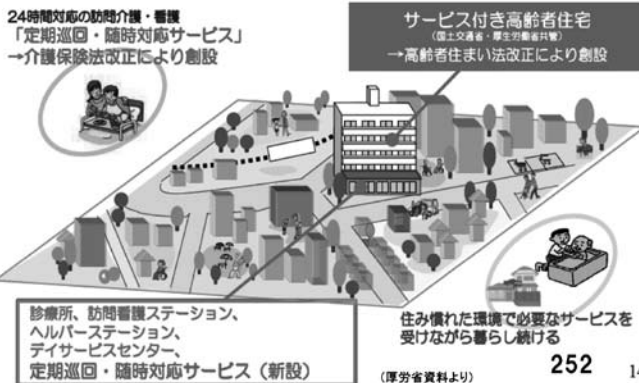
※現行は追加担保が必要

251

資料 124

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

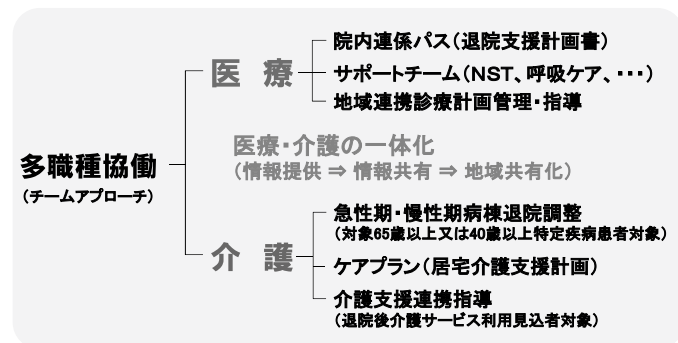


252 14

資料 125

超高齢社会と地域包括ケアシステム

*なぜ地域包括ケアシステムなんだろう？！



チームアプローチ

©HMCG

440

資料 126

おわりに

全医療機関共通の対応策

医療と介護は一体的に提供しているということを知っておいていただきたいです。そして、診療報酬と介護報酬も一体的であるということです。それから、行政の介護事業の方針がどのようになっているのか、どのくらい控除がつくのか、そういったことも非常に重要ですので把握しておいていただきたいです。地域連携が大切です。地域を知るためにはマーケティングが必要です。これからはビジネスチャンスに関わってくると思います。つまり、病院、クリニックだけのことではなく、どういう地域でどんなニーズがあるのかをしっかりとっておかなくては、退院調整もままなりませんから。

また、診療報酬も介護報酬も今回の改定で、人材にかかる要件が点数に直接結びついてくるようになります。診療報酬制度を熟知したうえで、人員配置などを組織できるひとが必要になってくるでしょう。つまり、これまでのように点数だけを知っていればいいのではなく、自院の状況、地域のニーズや状況を把握していて、それに応じて院内を組織できなければならぬのです。

そして、2025年にどういう状況になっているのかということを描きながら営業戦略を立てていっていただきたいと思います。

(資料127, 128)

以上、ご清聴ありがとうございました。

全医療機関共通の対応策

1. 地域における自院のポジショニングを明確に！(マーケティング)
2. 自院にとっての連携先を認識しよう！
3. 地域・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医療機関に！

443

資料 127

全医療機関共通の対応策

3. 人材情報管理と評価方法の確立
スタッフの資格・受講した研修・今後の希望等人事労務管理のあり方を見直す
4. 採用計画・研修計画は必要な経営戦略であることを認識
5. 院内連携・組織力・地域力が重要！

444

資料 128