

「平成26年度診療報酬改定の方向性と経営対応」

平成26年1月9日(木) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

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 全国厚生農業協同組合連合会 北海道病院協会 静岡県病院協会 新潟県病院協会

広島県病院協会 岡山県病院協会 秋田県病院協会 相模原市病院協会 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 名古屋大学医学部付属病院 日本医業経営コンサルタント協会 TKC

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

■ 著書

介護保険のしくみ 使い方 お金のすべて(監修)

ナツメ社

医業・介護事業経営はこう変わる

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

TKC出版

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

はじめに

皆さま、こんにちは。中林です。血湧き肉躍る改正の年になりました。本日はフルコースでお話すると6時間を超えてしまうほどの資料をお持ちしました。参加の皆さま方の職種が多岐にわたっており、いろいろな医療関連のお仕事の方がいらっしゃるとお聞きしましたので、それぞれの仕事に関係があると思われるものは全て資料を持ってきました。その為、全部のお話はできません。資料を見ていただければ分かるように資料を用意してありますので、核になる考え方のところを中心に話しさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

消費税の点数改定について

資料が間に合いませんでしたが、一昨日、消費税の点数がどこに付くかだいたい見えてきました。その為、消費税のところをお話しします。今の審議の内容ですと、初診料が12点、再診料が3点上がりそうです。この初・再診料の引き上げにより、特にクリニックあたりは、ほぼ消費税対応ができるのではないのでしょうか。もう一つの案として、初診料8点、再診料2点上げて、残りの分は「何とか指導料」や「何とか検査」というように、個別に点数を付けるという案も一応はあります。しかし、今の会議の内容から見ると、基本診療料で消費税対応を賄うという意見のほうが強いです。その為、今のところ具体的には初診料が12点で282点、再診料が3点で72点です。200床以上の病院の外来診療料も、3点上げるとすると73点で、今までどおり1点差が付きます。しかし、会議の中で「同じ72点にするなら、200床以上の病院の再診料は2点引き上げるといふ案もあるのではないか」という話が厚生労働省から出ました。その為、初再診療はだいたいその程度の引き上げになるのではないかと思います。あくまでもプラス改定ではありません。消費税の対応分ということになります。

次に入院料です。おそらくクリニックのほうは初・再診料の引き上げでだいたい対応できます。しかし、病院の場合は入院料のほうが多い為、初診料12点、再診料3点に上げるとすれば、入院料2%弱ぐらい引き上げになります。これはまだ決定ではありません。今いろいろな案をたたいているところですが、今の中心的なアイデアとしてはそちらが強いです。

DPCに関しては、出来高的な積み上げ方式ではないので、DPC点数ごとに上乗せ額を計算したらどうかという案になっています。

調剤基本料は、今は40点・24点に分かれています。消費税対応分として1点ぐらいずつ上がるのではないかと思います。くどくなりますが、これはプラス改定ではないということです。消費税分をそこでプラスにしているというところだけ確認ください。



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

新たな財政支援制度の創設

©ASK/HMCG

新たな財政支援制度の創設

中医協 総-8-3
25.12.25
《544億円》※

○ 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。

なお、国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行う予定。

※ 新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は、公費で904億円（消費税増収活用分544億円、その他上乗せ措置360億円の合計額）。

〔対象事業（案）〕 ※関係法律の改正法案が成立した後、決定

① 医療従事者等の確保・養成

- ア) 医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能（地域枠に係る修学資金の貸与事業を含む）の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医師の復職支援等への財政支援を行う。
- イ) 看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進に係る事業、看護師等養成所の運営等への財政支援を行う。
- ウ) 医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、院内保育所の運営等への財政支援を行う。

② 在宅医療（歯科を含む）の推進

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等への財政支援を行う。

③ 医療提供体制の改革に向けた基盤整備

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備、医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備への財政支援を行う。

* 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する。

資料1

さて、厚生労働省側が強く言っていることは、いわゆる財政支援制度の基金を設定することです。補助金や都道府県の基金900億です。つまり、患者さんの負担金を上げません。診療報酬を上げると1割や3割の負担金は上がるけれども、そうではない方法を探ってきているという言い方をしています。（資料1）

今後の介護保険をとりまく状況について

では、今年の改定の趣旨と、どういった改定になるかをご説明します。今回の改定はどのような改定になるかについて、資料2は中医協の外来医療を審議するところに出てきた、人口の資料です。数字は見ていただければ分かりますし、2025年に高齢化のピークが来ることもよくご存じだと思います。2025年の高齢化のピークを具体的に言うと、団塊の世代の方が全員75歳になる年なのです。そうなりますと、12年後の後期高齢者は今の高齢者と少し氣質が違うと思いませんか。団塊の世代の方は、私は尊敬をしている世代の方たちです。別の言い方をすると、プライドが高く、ものすごく仕事をした世代であり、自立心が強いです。言葉を換えて言うと、少し気難しく、わがままで、扱いにくいかと思えます。今の高齢者の方たちと同じようにおとなしくはありません。簡単にスマートフォンを使えて、インターネットを使える世代が、一気に後期高齢者になるのが2025年なのです。今回の改定は、その時代を何とかやっていく為の改定ということになります。

具体的には、65歳以上と75歳以上の割合が分かれているのはなぜでしょうか。65歳になると、介護保険の対象者になります。しかし、65歳以上になると一気にみんなデイサービスに行くのでしょうか。そんなことはありません。つまり、65歳から介護保険は受給できる権利は得ますが、65歳で介

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

介護保険のサービスを受けるのはだいたい3%から4%ぐらいです。

ところが、75歳を過ぎると30%に跳ね上がります。つまり、あと12～13年後には高齢者が増えることから、医療のニーズも上がるけれども、介護のニーズのほうがより上がることが安易に予測できるわけです。その為、医療単独で考える事業展開ではなく、この時代には、やはり介護をどうやっていくかです。なぜなら、高齢者は医療だけでは生きていけないのです。介護のサービスもあって、地域で生きていけるのです。そういう時代が来ることを数字で出しています。

さらに具体的には、例えば、団塊の世代の方は人数が多い為、75歳を超えると一気に認知症の方がとても増えます。今470万人と言っていますが、これは訂正が入っています。500万人は突破するだろうと言われています。そのときの認知症の患者に対する対応と、わが国の医療・介護は後手ですから、そのニーズにどうやって医療関係者・介護関係者が対応していくのかということです。ということは、逆に言えばそこに点数が付いてくるでしょう。やらないと間に合わないという形になってくるでしょう。

さらに、世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯の増加というのもお分かりいただけるかと思います。団塊の世代の方は自立心が強い為、アンケートなどで「老後どうやって暮らしますか」と聞くと、「息子の世話にはならない」というタイプがほとんどです。では、これからどういう世界になるでしょうか。息子と暮らすことや家族で暮らすのではなく、老人同士の世帯や単独、片割れが亡くなるなど、一人暮らしの高齢者の世帯が爆発的に増えてきます。厚生労働省は「在宅をやりなさい」と言いますが、90歳のおじいちゃんと85歳のおばあちゃんが、二人で死ぬまで在宅で暮らせるのかという話になります。85歳の一人暮らしの方が、死ぬまで在宅医療で？ 日々の買い物は？ 三度の食事は？ お風呂は？ 雪国だったら雪かきは？ となると、在宅だけ

今後の介護保険をとりまく状況について 出典:介護保険部会(平成25年5月15日)資料 中医協 総-3
25.6.12

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)

年	人数(万人)	割合
2010年	280	9.5%
2015年	345	10.2%
2020年	410	11.3%
2025年	470	12.8%

③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

高齢世帯の推計(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)

年	世帯主が65歳以上	単独世帯及び夫婦のみ世帯	割合
平成17年(2005年)	1355万	851万	62.8%
平成27年(2015年)	1888万	1222万	64.7%
平成37年(2025年)	2015万	1346万	66.8%

出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)J2013(平成25)年1月推計」

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

36

2013.10.09 中医協総会 外来医療その3 資料

資料2

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

のことを言っている、その方たちはこの世界でやっていけなくなることは目に見えているのです。このことについて言えば、サ高住施策がとられました。補助金を出すので、サ高住を造り高齢者の住まいを確保しなければならないでしょう。一人暮らしが増えてくる為、そういう施策につながるわけです。

さらに、高齢化といっても田舎と都会では違います。例えば、東京で高齢者が増えてくるのは、もう歴然としています。分かりやすく言うと、団塊の世代の方はまだ今は62～63歳です。また次の職場などで元気に働いていらっしゃいます。その方たちが東京に仕事に来ていて、具合が悪くなると東京の病院に行きます。しかし、完璧に仕事をリタイアすれば、家が東京の新宿区にあるでしょうか。家は埼玉県や千葉県にあるかもしれません。団塊の世代のあの人数が全員リタイアすると、おそらく需要動向は変わります。埼玉や千葉に持ち家のある人たちは、「具合が悪いから電車に乗って東京の病院に行きましょう」とはなりません。つまり、人口がどう変わるかが日本の医療をどう変えていくか、経営的にも非常に重要な問題になります。なぜなら、点数改定も重要ですが、患者さんがいないほうがもっと重要だからです。「1点下がります、5点下がります」というより、「患者100人減ります」のほうが重要です。つまり、人口の変化を予測し、高齢化をどうやって乗り切っていくかというのが今回の改定なのです。おのおのの細かな点数も、これが根底にあると思っただければ非常に分かりやすいです。

一つお願いがあります。これは医療機関にはぜひお願いしたいです。医療関係者としてこの点だけは知っておいてほしいと思うことが3つあります。病院やクリニックの場合、コンサルティングをやる時に「マーケットをやみましょう」とよく言いますが、患者さんの年齢層分析はしておくべきだと思います。つまり、今65歳以上の方が半分、65歳未満の方が半分、入院や外来に来ています。12年後、おそらく7:3や8:2になるでしょう。なぜなら、日本全体の人口が変わるからです。それが診療にどう影響するのでしょうか。今までは、急性期をやっていると65歳未満の方が半分来て、若い人の骨折や何かをやっていましたが、その若い人たちは今増えていません。日本の高齢化での一番の問題は、高齢化が悪いのではなく、若い人が増えていないことです。若い人は全然増えてこない為、12年後の患者さんの年齢層は、今が5割5割だとすると、当然後者のほうが増えてしまいます。したがって、今来ている患者さんの年齢層がどうなっているのか、団塊の世代がどのくらい来ているのか、20代が何パーセントで30代が何パーセントなのかは分析しておくべきです。

もう一つは、来ている患者さんのうち、65歳以上の方たちが要介護認定を受けているか、要支援1なのか、要介護1なのか、という患者さんの介護保険情報です。なぜかという、一人暮らしで元気に来ていたけれど、3カ月後には杖を突いて来ました。気が付いたら、病院・クリニックに来なくなりました。これはおそらく、どこかの施設に入っています。施設に入るということは、病院・クリニックにとっては患者さんが1人減ることになるのです。高齢者が増えてくるということは、言い方が悪いかもしれませんが、病院やクリニックに元気で来てもらわなくてはなりません。寝たきりになって施設に行かれることや、息子が引き取ってどこかへ行ってしまったりすると、その地域から患者さんが1人消えていくことになります。その為、まずは皆さんの地域の患者さんがどういう状況で暮らしているのか。自分の病院、自分のクリニックで医療に対する管理を長くやっていけるのかどうか。これを考えていただくには、まず患者さんの今の生活状況・介護保険状況が欲しいのです。

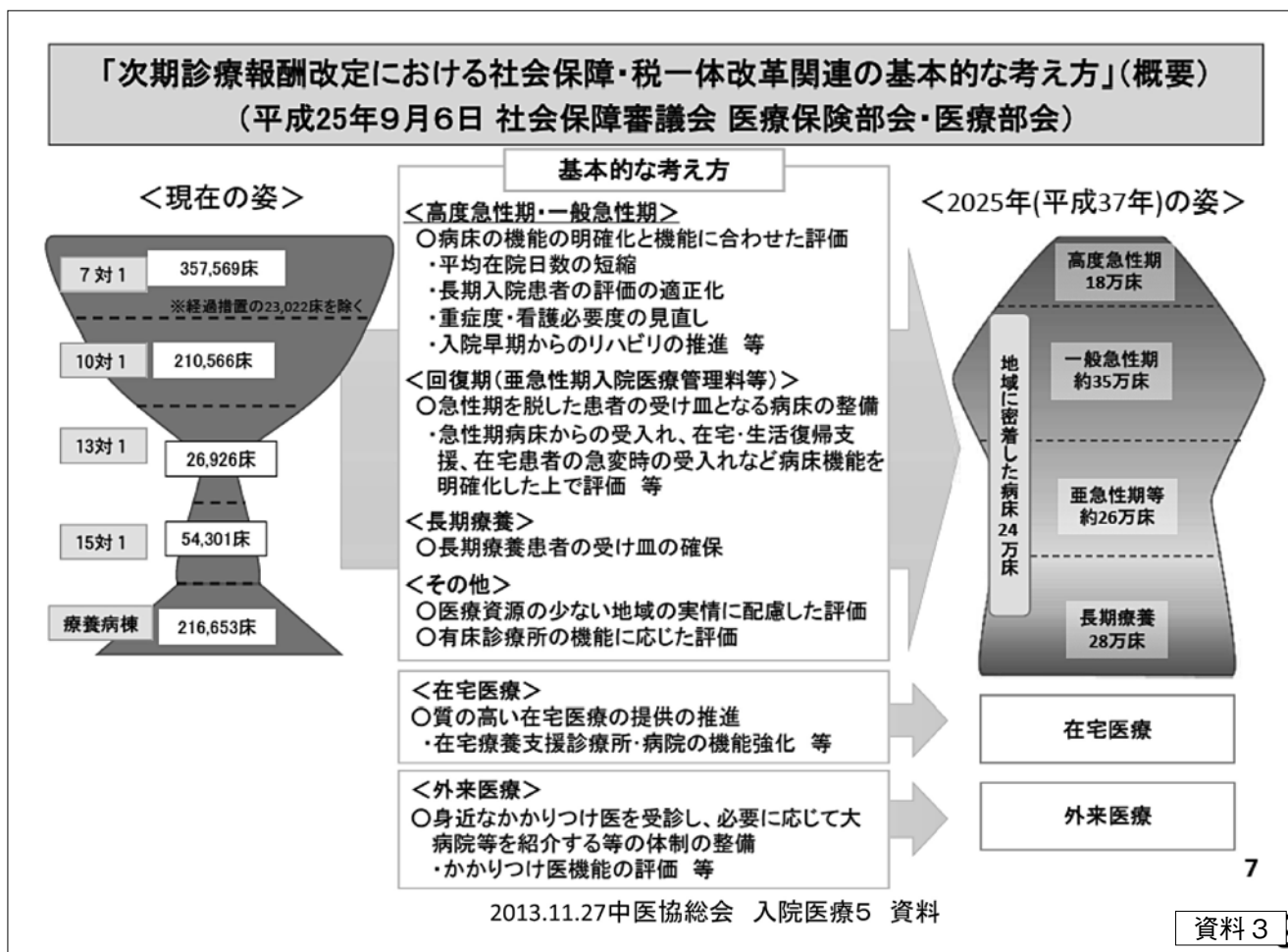
もう一つは、来ている患者さんや入院している患者さんが、一人暮らしかどうかということも押さえてほしいです。リスクが全然違います。息子夫婦と暮らしている高齢者の場合は、当面は近くのクリニックや病院へ行くと思います。しかし、一人暮らしだと誰とも暮らしていない為、介護保険の知識も知らなく、あっという間に寝たきりになってしまいます。遠く離れた息子が、「親父、そろそろ一緒に暮らそう」と連れて行ってしまえば、一人暮らしの方が患者さんではなくなるリスク

*本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

が一番高いのです。その為、点数は重要だけど、人口問題が本当はもっと重要です。

この人口問題が、診療報酬改定の根底にあります。具体的にどういう改定かというのと、とにかく入院から外来・在宅に移す改定です。何とか家に帰れる人は、全部在宅医療・外来医療へという改定内容になっています。(資料2)

もう一つの資料です。これはよく見る図です。今7対1がものすごく多く、いびつな形です。社会保障と税の一体改革で厚生労働省が考えている2025年は、高度急性期18万床、一般急性期35万床、亜急性期等26万床、長期療養28万床にする気なのです。つまり、現在の姿から2025年の姿にするので、今回の改定は急性期を削って回復期・亜急性期に付けるという改定です。これは分かりやすいです。厚生労働省の方はどう言うかという、「ワイングラス型からヤクルト型に」と言うのです。その言葉が出てきたら、この図のことです。「病床の明確化」「平均在院日数を短くする」ということは、とにかく次々に在宅に流します。「重症度・看護必要度の見直し」や「リハビリ」「急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備」ということは、急性期を削ってここに急性期後の病床をつくるわけです。「在宅患者の急変時の受け入れ」ということは、とにかく在宅患者を増やして、いざとなったら入院できるような形を考えればいいでしょう。こういうことが今回の改定になります。(資料3)



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

外来医療はどう変化するか

外来医療が来年少し変わり、ものすごく大きなテーマになります。在宅医療に関しては、入院からどんな患者でも在宅に行けるものの点数改定があります。この流れを把握していただければ、話が分かりやすいと思います。

外来医療の役割分担のイメージ

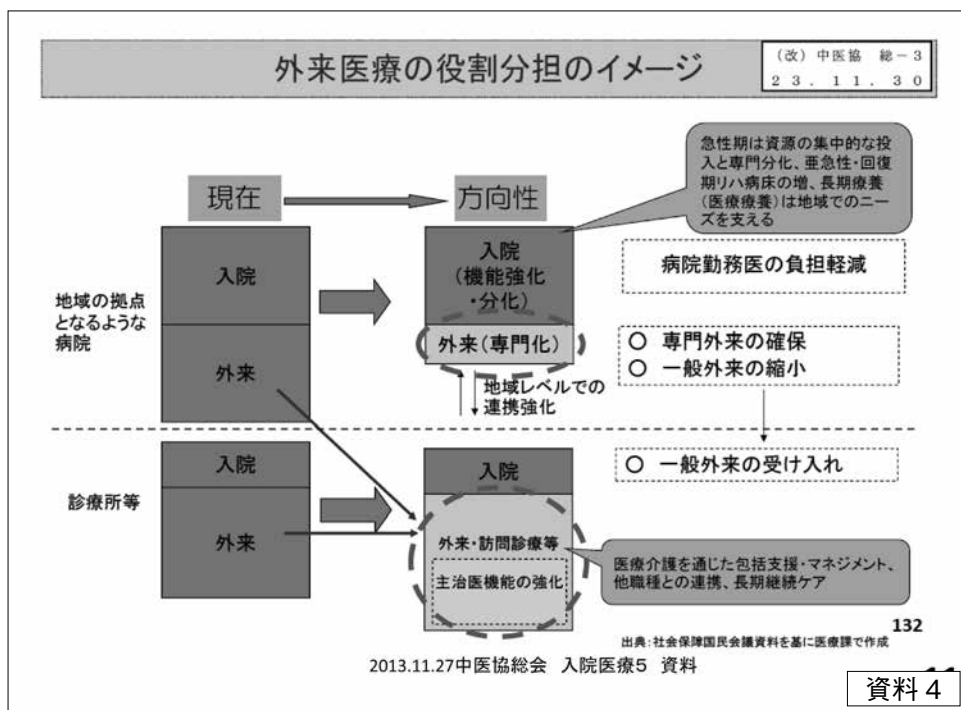
具体的に外来医療がどう変わるかについてです。簡単に言うと、団塊の世代の方たちはプライドが高いので、今東京でどこの病院に言っているかを聞くと、「慶応義塾大学」や「聖路加国際病院」と言っているかもしれません。その方たちが75歳になったときに、介護保険の申請をします。かかりつけ医に意見書ををお願いする時に、大学の若い先生が書けるでしょうか。書けるかもしれませんが、高齢者が増えてきますから、国としては今のうちに主治医機能を持った所に、地域の拠点となるような大きな病院に来ている外来患者さんを移しておきたいのです。これが来年の改定です。

どのように改定するのかというと、まず大病院の外来を絞ります。外来と入院を見ているけれど、外来を絞って専門科にし、いわゆる入院に特化するような病院にします。地域の拠点となるような病院、当然急性期です。急性期で、ある程度ベッドを持っている所は、外来はあまりやらず、一般外来は縮小してくださいということです。具体的に言うと、500床以上の病院は、逆紹介や紹介率の縛りが入ってきます。「紹介率50%」、「逆紹介率40%」という数字が出てきます。逆紹介を全然しない所は、ペナルティーとして初・再診料の引き下げです。こちらの地域の拠点となるような急性期の病院の立場に立つと、平均在院日数を短くして外来は診るなどと言われます。特に勤務医の負担軽減をする為には、一般外来を縮小するのが、一番効果があります。急性期の病院である程度ベッドを持っている所は、そろそろ外来機能をどうするかを考えなければなりません。おそらく待たなしで出てきます。いわゆる紹介率・逆紹介率で引っ掛かってくる病院は、考えなければならないだろうと思います。

私が行っている急性期の病院は、リストを作りました。逆紹介の優先順位です。例えば、薬だけの人です。200床以上の病院で、薬も出ていない外来診療だけの患者さんはどうしているか分か

りますか。消炎鎮痛等処置、目処置、鼻処置、縫合処置、膀胱洗浄、これは全部200床以上の病院では診療報酬がありません。再診患者さんの場合は、外来診療料に包括されるのです。そういった患者さんから、優先順位として逆紹介のリストを作らしようと、今やっているところです。

資料4の「診療所等」には、200床未満の病院も入ります。200床未満の病院は、外来と「訪問診療等」と書いてあります。

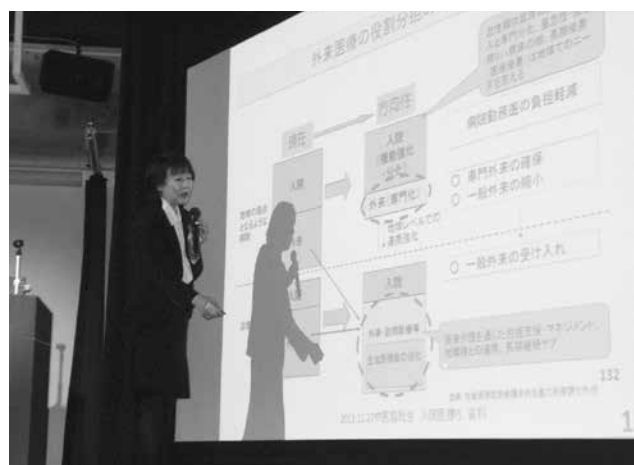


*本文中の内容については平成26年1月9日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

在宅医療は大変に期待しています。主治医機能を強化して、医療介護を通じた包括性マネジメント、他職種との連携、長期継続ケアができるような所。つまり、高齢者がたくさん増えてくる為、医療だけでは駄目なのです。医療・介護を通じた包括支援ができるような所への外来患者さんの民族大移動作戦。これが今回の改定で行われます。

ただし、「主治医機能」と書くと内科系が中心ですが、地域の拠点となるような急性期の病院の場合は内科の患者さんだけしかいないわけではありません。その為、地域の拠点となるような急性期の病院の場合は、すべての診療科でうちの病院で診なくてもいいのではないのでしょうか。例えば、まつげの抜去だけ、耳の処置だけなどは、大きな病院の急性期の外来でやらなくてもいいのではないかと思います。つまり全科の患者さんを診療所や中小病院へ流していく、すなわち、逆紹介せざるを得ないでしょう。

これが来年の改定です。診療所等の立場の人たちに私が言っているのは、この点を意識してくださいということです。増患対策だといって、電柱広告に「何々診療所」、「何々病院」とやるのも悪くはないですが、電柱広告は元気な人が見てもあまり意味はありません。しかし、地域の拠点となるような急性期の病院には病人がたくさんいます。そして、こちらは逆紹介しなければいけないと言われるのです。そうなりますと、やはりこちらとの連携です。「私達はこういうことをやっている中小病院です」「平均週単位ぐらいのリハビリテーションをやります」「透析をやっています」「栄養食事指導を強化しています」「サ高住を持っています」「デイケアをやっています」「老健もあります」と。こちらは平均在院日数を短くしなければいけないので、何とか受け入れ先を探しますし、何とか外来患者さんを紹介したいのです。その為、地域でどういうことができるかをこちらにアピールしてください。このような改定になるでしょう。(資料4)



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

主治医機能の強化に係る論点について

主治医機能の強化はどうなるのでしょうか。200床未満の病院とクリニックは、今回の改定で「主治医点数」のようなものができます。どういう点数かという、「外来の機能分化における主治医機能の在り方を踏まえ、診療所・200床未満の病院を対象とし、年齢による区分は行わない」、これです。75歳以上の後期高齢者診療料でもものすごくたたかれたので、今回は年齢による区分は行わずに病名が出ました。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症、これらの疾患を持っている方を診ているのであれば、主治医機能の点数が請求できる可能性が出てきます。しかし、「主治医点数」と言うぐらいなので、点数を付けるようなのです。タダではありません。絶対に何かやれと言われます。

では、何をやれと言われるかという、服薬管理です。主治医なのだから、その患者さんがほかに整形も行っていることや、眼科も行っているのであれば、何の薬を飲んでいて全部一元的な服薬管理をしてください。さらに、「健診はちゃんと受けていますか」、「たばこはやめましょう」など、いろいろ健康管理をして、相談にも乗ってください。介護保険ももちろんそうです。「70歳になってそろそろ弱ってきたので、介護保険を受けてみてはどうですか」など居宅療養管理指導について、介護保険に関する説明もできなければいけません。

「外来から在宅医療までの継続した医療の提供を行い、24時間の対応を行うことについて、在宅医療への積極的な関与及び夜間の連絡先も含めて、患者に対して説明と同意を求めること」。ということは、もしかすると在宅医療が必須になるのか、在宅に関しては連携でいいとするのか、この文章では読めません。しかし、「うちは在宅に関しては一切やりません」と言うなら、主治医にはなれません。この点数は取れません。24時間の対応というのは、何かあったときに電話対応ができるというだけでもいいのではないかという話は、厚生労働省の方に少し聞いてきました。ただし、こういったものを全部やらされることになる為、点数が付きます。これは包括点数になります。

200床未満の病院やクリニックで、この疾患を持っている患者さんが来ているのであれば、疾病管理をしているなら抜けてしまうので患者さんが何名ぐらいいるのか。疾病管理をしていないと、レセプト総括などで引っ張り込むしかありません。したがって、何名ぐらい主治医点数が取れる患者さんがいるのかを知り、さらに診療項別一覧を出す準備をしておきます。何が包括になるか分かりません。検査と注射と薬が包括というなら、検査と注射と薬を0点で抜いて新しい点数を入れ込めば、すぐシミュレーションができます。

その為、200床未満の病院は努めて準備をしていくと思います。多分選択制になると思いますので、やる所とやらない所が出てくると思います。やる所の問題は、患者さんの一部負担金が高くなると思います。なぜなら、高い点数が付くからです。私は、これをやろうと思っている所に関しては、患者向けの説明文書を作っています。この内容です。「当院は制度改正により、主治医機能・かかりつけ医機能をより強化する医療機関として4月より活動いたします。内容としてはこうこうこうです。患者さんや家族の健康相談……」、「24時間の対応、困ったときのご相談、そういったものを受けよう医療機関として生まれ変わります。しかし、診療報酬に関しては……」のような説明文書を付けました。いきなり4月から一部負担金は何百円か上がると、患者さんが離れるような気がします。諸刃の刃なので、それは気を付けていただきたいということが一点お願いです。

さらに、これを話すと内科以外の所が全部無関係だという顔をなさるのですが、主治医の役割として、「適切な専門医療機関等と連携」というのがあります。私が知っている所は全部、その地域の主治医になりそうなクリニック・病院は専門医療機関のリストアップをしています。眼科や耳鼻科のクリニックなどです。なぜでしょうか。糖尿病に強い内科の病院ですと、目が少しおかしいといえば眼科の専門医と連携しておくことです。主治医になるのであれば専門の医療機関と連携しなければならぬのです。

今回の改定の特徴として、「私には関係ない」という改定内容はあります。200床以上の病院の

*本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

ことだから関係ない、急性期の病院のことなので関係ない、ということではありません。相手がどう動くかで患者は動くのです。全体像として高齢化をどうやって乗り切っていく改定かという意味で、ほかの所がうちにどう影響するのかという形で見ただけだと思います。これが来年度の外来の点数改定です。(資料5)

主治医機能の強化に係る論点について

【課題】

- ・ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続かつ全人的な医療を行うことが重要である。
- ・ 主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。

【論点】

- (1) 外来の機能分化における主治医機能のあり方を踏まえ、診療所や中小病院を対象とし、対象患者については、年齢による区分は行わないこととともに、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者を対象とすることについて、どう考えるか。
- (2) 服薬管理について、患者が通院している医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理することが重要であり、診療所や中小病院において、院内処方等により、医師自ら又は配置されている薬剤師等が、一元的な服薬管理を行う体制について、どう考えるか。
- (3) 健康管理について、健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、評価結果をもとに患者の健康状態を管理し、又、気軽に健康相談できる体制について、どう考えるか。あわせて、たばこ対策を行うことについてどう考えるか。
- (4) 介護保険制度について、要介護認定に係る主治医意見書の作成や居宅療養管理指導等の介護サービスを提供すること等について、どう考えるか。
- (5) 外来から在宅医療までの継続した医療の提供を行い、また24時間の対応を行うことについて、在宅医療への積極的な関与及び夜間の連絡先も含めて患者に対して説明と同意を求めること等についてどう考えるか。

59

2013.10.09 中医協総会 外来医療その3 資料

資料 5

長期投薬における課題と論点

私が簡単に訳します。大きな病院で90日処方をしています。90日間処方しますと、クリニックには来ません。国としては、クリニックや200床未満の病院に外来患者さんを流したいので、大きな病院に「長期処方をするな」と言い始めます。具体的には、どうも「5週以上の」という言葉がよく出てきます。(資料6)

長期投薬における課題と論点

【課題】

- ・ 平成14年診療報酬改定において、慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等を踏まえ、薬剤投与期間に係る規制を原則廃止した。
- ・ 慢性疾患等の患者のうち5週以上の処方をしている患者の割合が6割超と回答した医師は、全体で20.1%であり、病院医師は29.1%、診療所医師は3.9%であった。
- ・ 病院医師による「慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間」が12週以上と回答した割合は、診療所医師と比べて大幅に高く、病院全体では37.1%、200床以上の病院では41.8%となっている。
- ・ 長期処方を行う理由として、「病状が安定しているから」がもっとも多く68.4%、ついで「患者さんからの要望」が48.5%であった。また、病院医師では「外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため」が38.0%であった。特に病床数の多い病院外来においては、長期処方を行っている病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていると考えられる。
- ・ 5週以上の処方原因と考えられる事例への遭遇として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%、「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師は35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師は54.8%であり、長期処方による問題点も指摘されている。

【論点】

○病床数の多い病院の外来においても、長期投薬を行える病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていること等を勘案し、外来の機能分化の更なる推進の観点から、

- ・ 紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院
- ・ それ以外の許可病床数が500床以上の全ての病院(精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院については、一部の薬剤を除き、原則的に投薬日数によって投薬に係る費用(処方料、処方せん料、薬剤料)を制限することについて、どのように考えるか。

143

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料

資料 6

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要		第29回社会保障審議会医療部会 平成25年6月20日 資料1-2
急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化などの医療を取り巻く環境の変化に対応するため、「社会保障・税一体改革」(平成24年2月17日閣議決定)に基づく病院・病床機能の分化・強化や、在宅医療の充実、チーム医療の推進等により、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する。		
法案の概要		
1 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ① 各医療機関が、その有する病床の医療機能(急性期、亜急性期、回復期等)を都道府県知事に報告する仕組みを創設。 ② 都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(地域医療ビジョン)を策定。 ※ 上記と併せて、国・都道府県・病院・有床診療所の役割や、国民・患者の責務を規定。	7 チーム医療の推進 <ul style="list-style-type: none"> ① 診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール(手順書)に基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係) ② 診療放射線技師の業務範囲を拡大(診療放射線技師法関係) ③ 歯科衛生士の業務実施態勢を見直し(歯科衛生士法関係) 	
2 在宅医療の推進(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療計画において、在宅医療についても5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。 	8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療事故の原因究明及び再発防止を図るため、医療機関に対する院内調査の実施を義務付け、各医療機関から報告のあった調査結果の分析や再発防止策に係る普及・啓発を行うとともに、遺族又は医療機関の求めに応じて医療事故に係る調査を行う第三者機関の設置等を規定。 	
3 特定機能病院の承認の更新制の導入(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 高度の医療の提供等を担う特定機能病院について、その質を継続的に確保するため、更新制を導入。 	9 臨床研究の推進(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院(仮称)として位置づける。 	
4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センター(仮称)の設置の努力義務規定を創設。 	10 外国医師等の臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床修練制度について、手続・要件の簡素化を行うとともに、研修目的に加えて、教授・臨床研究目的の場合における診療行為を新たに認める。 	
5 看護職員確保対策(看護師等確保促進法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護職員の復職を効果的に支援する観点から、看護師免許保持者について、都道府県ナースセンターへの届出制度を創設。 	11 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在都道府県が行っている試験について、国が実施。 	
6 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置等を規定。 	12 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係) <ul style="list-style-type: none"> ・ 持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行するための移行計画を策定し、都道府県知事がこれを認定する仕組み等を設ける。 	
資料7		

診療報酬改定のお話で、重要な問題があります。医療法です。今回の診療報酬改定が終わった後に、通常国会でおそらく医療法の改正の話が出ます。どうして診療報酬改定に関係するかというと、概要の1番と2番が少し関係するのです。病床の機能分化・連携の推進として報告制度が始まるというのは聞いたことはありませんか。病院が「急性期です」や「慢性期です」と報告しなさいという制度が入ってきます。

さらに、医療法の関係で在宅医療が地域医療計画に載ってきます。医療計画は今、4疾病5事業から5疾病5事業になりました。5疾病の5というのは、精神疾患が入ったからです。なぜ精神疾患が入ったのかといいますと、認知症が爆発的に増えるからです。認知症の医療機関を地域の中でしっかりと位置付けていかないと大変なことになってしまう為、精神疾患は5疾病の中に入りました。そのほかにプラスワンとして、在宅医療も医療計画に載ることになってきます。資料7の1、2は、非常に重要なので知っておいてください。(資料7)

機能分化を推進するための仕組み

どういうことかということ、病院や有床診療所が、「病棟単位」で都道府県に今やっている内容を報告します。これが「病院単位」ではないところが大変なのです。「うちは7対1です」、「うちは15対1です」と届け出るのではなく、「7対1で5病棟持っていますが、1病棟は高度急性期で、2病棟は一般急性期で、3病棟は慢性期です」というように届け出なさいということです。「病棟ごとに」ということになります。ついこの間分かったのですが、どのように病棟ごとにやるのかといたら、どうもレセプトのシステムを変えるようです。そのレセプトデータから整合性も取っていくよう

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

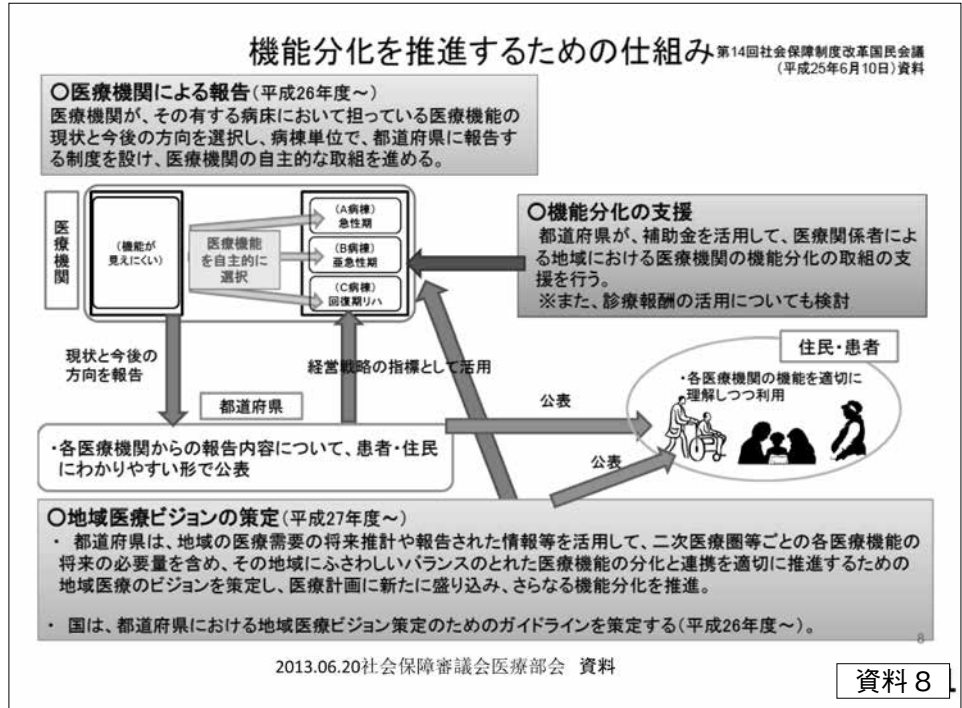
す。病棟ごとになります。

資料8の地域医療ビジョンの策定を読んでください。「都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携」とあります。将来の必要量とは何でしょうか。人口です。都道府県は人口がどうなるのかを読んでいるわけです。12年後に若い人が減って、75歳以上

が増加するのに、うちの県は急性期ばかりで慢性期の病床が全然ない、ということが都道府県で分かる為、報告をさせて調整していくということです。この調整の方法は、今の案だと病院がみんな集まって「おたくは急性期と言っているけれど、回復をやったら？」というふうに協議しなさいということです。そして、何とか都道府県ごとに将来推計に合わせて医療分化をかけていきましょう、というのがこの報告制度です。すごく厳しいことを言えば、うちは絶対急性期でやっていくといったところで、人口は減っていくし、急性期の病院はほかにもたくさんあると、県のほうから「おたくは急性期はやめてくれませんか」と言われかねないわけです。

そこで冒頭に出てきた基金です。「都道府県が基金を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組支援を行う」。どういうことかということ、例えば、東京だと慢性期の病床が少ないです。300床ぐらいの病院で、一応7対1で一般急性期という形でやっています。東京は大学もたくさんあり、民間の300床ぐらいであれば慢性期をやったらどうかということ、「うちは慢性期はできません。6.4平米はととも取れない。もう古いけれど、いけるところまで一般でいきます」。そうすると「お金をあげるから」という話です。県の基金を利用して建て替えのお金を出すので、6.4平米をクリアさせて慢性期のベッドに変えてみてはどうか、ということができるようになるわけです。札束でたたきながら、機能分化させていくという感じです。

これが今回の医療法改正の中では重要で、地域の医療が変わってしまうわけです。医療関連の仕事をしていて「この病院は急性期で、このぐらいの売上がある」と思っていたら、あるときいきなり慢性期になっていたということはある得るのです。その為、これから医療関連のお仕事は、病院がどういう形に変貌していくかということは、きちんと見ていかないといけません。つまり、制度がどう変わって、どう付いていく病院なのかということを知らないと、営業経費を掛け間違えます。Aという病院とBという病院に同じ100万ずつ営業経費を掛けていたら、Aという病院はあるとき老健になっていて、Bという病院は急性期に格上げというのなら、営業的には初めからBに200万掛けたほうが良かったということです。どういう形で地域の中の病院やクリニックが動いていくかは、非常に重要なことです。(資料8)



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

医療計画制度について

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- **新たに精神疾患を加えた5疾病5事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策**
 - ※ 五疾病5事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- **地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保**
- **医療の安全の確保** ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づき、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病5事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

資料9

医療計画をご説明します。新たに精神疾患を加えた5疾病5事業と在宅医療が医療計画に載ることになります。もし、医療関連サービスとしての営業戦略を考えるのであれば、その地域の都道府県の医療計画は絶対に知っておくべきです。都道府県のホームページに行って、「医療計画」で検索すれば出てきます。この5疾病5事業と在宅の病院名、クリニック名が出てきます。必ず見ておいたほうが役に立つのではないかと思います。(資料9)

介護の将来像 (地域包括ケアシステム)

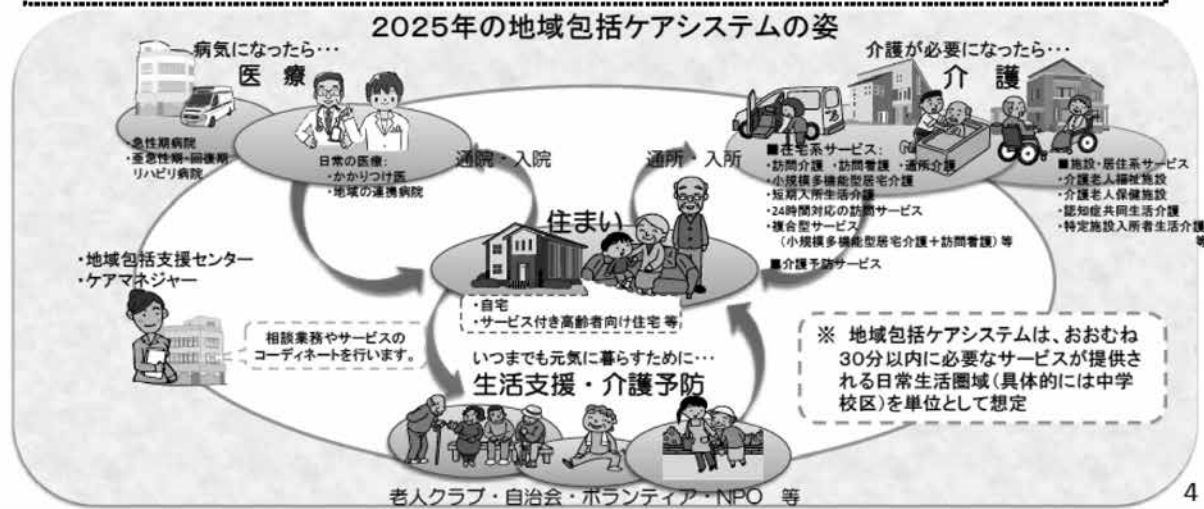
介護の将来像(地域包括ケアシステム)

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)



社保審 介護保険部会 2013.01.21より

資料10

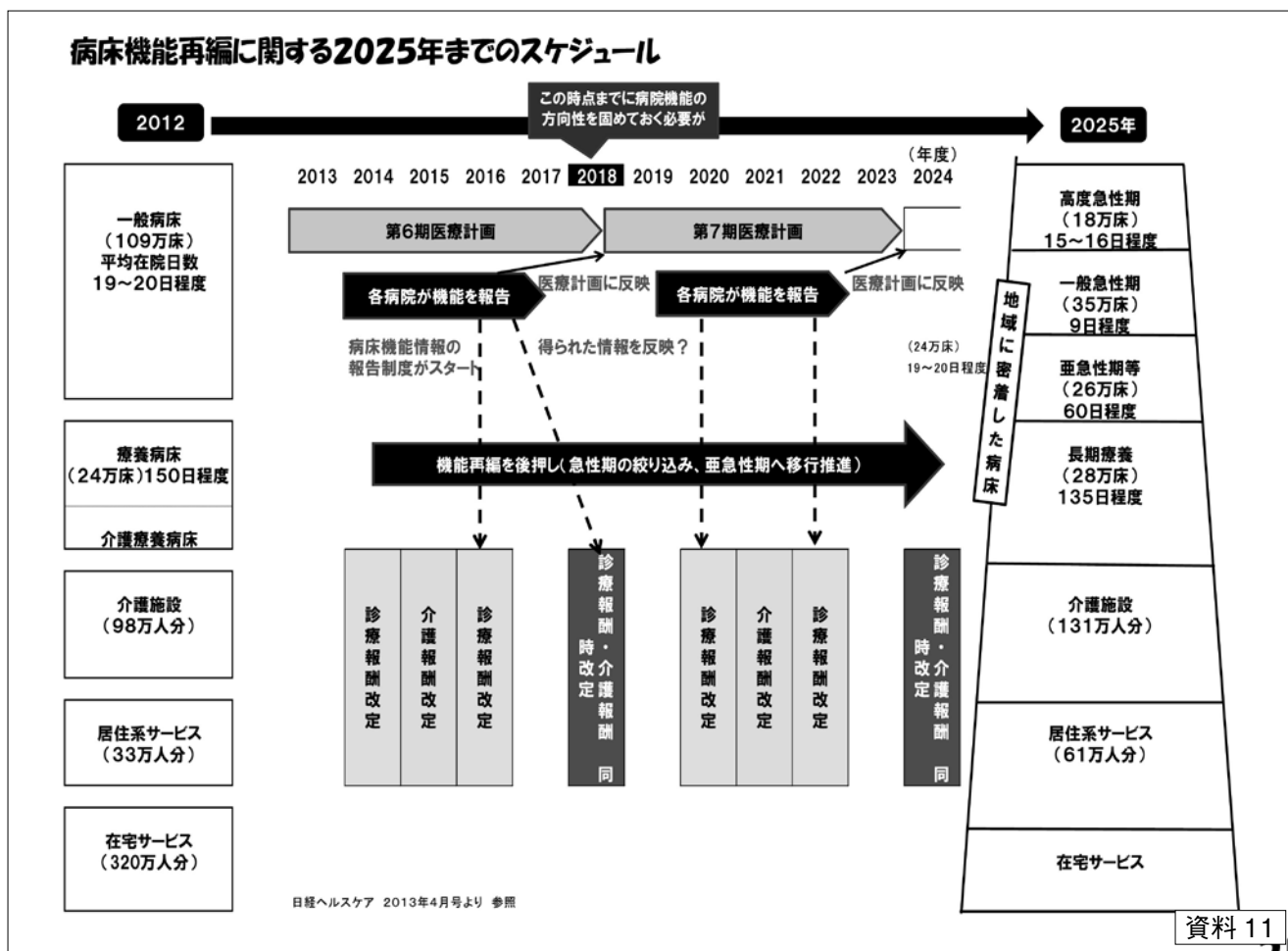
地域包括ケアシステムを確認します。地域包括ケアシステムというのは、住まい・医療・介護・生活支援・介護予防が一体的に提供されるものです。住まいが中心にあります。これは社会保障審議会の資料ですが、サ高住が「サービス付き高齢者向け住宅等」とちゃんと書いてあるのです。こういう高齢者の住まいがあって、病気になると病院に来る、介護が必要だと介護事業に行く、という形です。もちろん介護予防も市町村がやっています。

ところが、病院・クリニックという所は、どこが訪問介護、訪問看護、デイサービスをやっていて、どこにショートステイがあるのかを知らないのです。これからは、医療関連といっても医療だけではなく、その地域における地域包括ケアシステム、どこに急性期があり、どこに回復期があり、どこに認知症のデイケアがあり、どこに老健があるのかと、地域ごとで考えていただくことが必要になってくると思います。

さらに、キーマンはこれらをマネジメントするケアマネジャーです。業者さんとしても、ケアマネジャーに信頼される業者さんは強くなります。ケアマネジャーからそっぽを向けられると、これからは結構痛いと思います。高齢者が増えてくるということは、そういういろいろな影響が出てくるのです。(資料10)

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

病床機能再編に関する2025年までのスケジュール



資料11はスケジュールです。2025年までの社会保障と税の一体改革の中で、今年2014年に診療報酬改定があり、来年、介護報酬改定があります。2025年までに同時改定が2回あります。2018年と2024年です。しかし、2024年の同時改定でものすごいことをやっても、翌年が2025年の為、間に合いません。今の厚生労働省の施策を見ていると、どうも2018年をターゲットにしているようです。その為、2018年でだいたいわが国の医療と介護の方向性、どのように高齢化を乗り切っていくかという方策や、診療報酬・介護報酬が出てくると思います。

なぜ、私がそう思うかといいますと、まず、2024年では間に合わないということです。それから、各病院が機能を報告する病床報告制度が来年度からスタートする予定です。これが始まって、都道府県に情報が入り、地域医療ビジョンを立て、次の第7期医療計画にそれが反映されていきます。都道府県単位ごとに急性期が何ベッドなどです。その第7期医療計画が2018年スタートなのです。

さらにもう一つ、DPCの調整係数が、2018年に完璧に廃止です。全てがここに向かっていきます。そうすると、廃止までに病院機能の方向性や、どういった医療や介護、地域で暮らす患者・生活者の為にな何をやっていくかということは、そろそろ決めておかないといけません。具体的に言うと、2020年に200床未満の病院が「やっぱり在宅療養支援病院になろう」と思っても、医療計画でがちがちに在宅療養支援連携の拠点ができていたら、「在宅をやってもいいけれども、補助金や地域計画には載りませんよ」と言われかねません。もっと厳しいのは、2021年になってから急性期病院でやっていこうと思ったところで、「おたくは急性期をやらないで」ということになりかねないわけです。これは都道府県でバラバラだとは思いますが。どのぐらいきちんと医療計画を立てるかによると思います。そういった意味で、2018年は非常に重要な年だろうと考えています。(資料11)

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

入院医療はどう変化するか 高度急性期・一般急性期について

短期滞在手術の包括評価に係る課題と論点

短期滞在手術の包括評価に係る課題と論点

【課題】

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に短期間で退院可能な手術や検査など、特定の医療行為を多く実施している病院が一定程度みられる。
- 平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。
- 中医協で議論した、4泊5日以内の短期手術等の症例を平均在院日数の算出対象から除いた場合、除かない場合に比べて、平均在院日数は約0.6日(+4.9%)延長する。

【入院医療等分科会とりまとめ】

(エ) この7対1入院基本料を算定する医療機関に期待される機能を踏まえ、平均在院日数の具体的な見直しの方向性として以下の2点が考えられる。

① 平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査の対象となる患者については、平均在院日数の計算対象から外すこと。

↓

【論点】

- 治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術・検査を入院5日目までに実施した患者全員について短期滞在手術基本料を算定することをどのように考えるか。
- 上記の短期滞在手術基本料を算定した患者については、平均在院日数の算出の対象外とすることについてどのように考えるか。
- 今回分析した17の手術と検査及び現在の短期滞在手術基本料3の対象になっている2つの手術については、各手術・検査ごとに新たに評価を設定することについてどのように考えるか。また、包括範囲を全包括とすることについてどのように考えるか。

2013.11.20中医協総会 入院医療4 資料

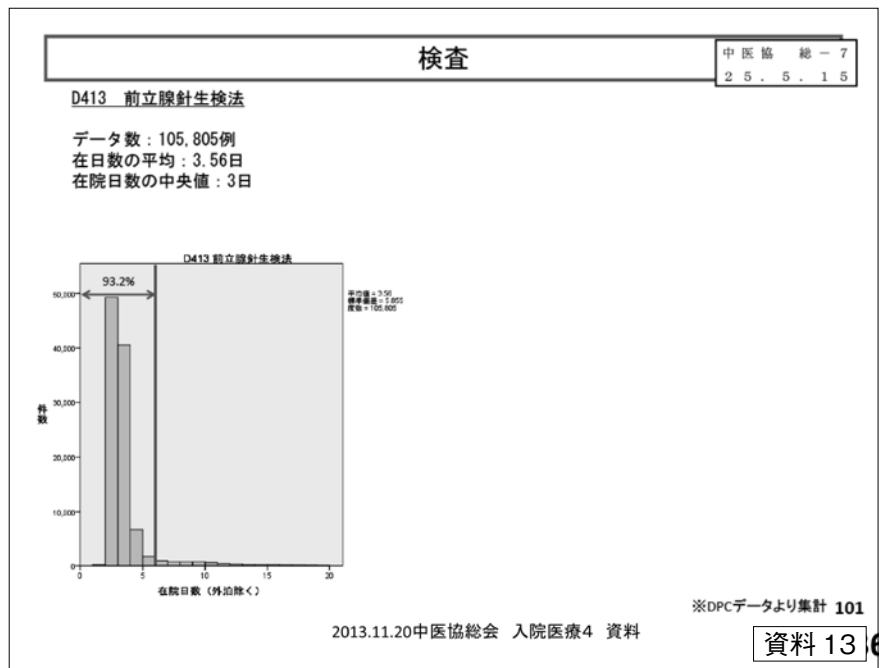
資料 12

今の話をつまえて、入院医療はどう変化するでしょうか。大きな病院は、平均在院日数を短くするというのが常識のように言われています。その為の施策として今回出てきたのが、短期滞在手術です。診療報酬に詳しい人ならご存じだと思いますが、点数表の中に「日帰りオペ」という、2泊3日、1泊2日、4泊5日までの点数があります。例えば、白内障というのがあったとすると、それは今どちらを取ってもいいのです。短期滞在

手術基本料、簡単に言うとDRGで、全部包括でいくらというような点数もありまし、DPCであれば診断群分類でやってもいいですし、出来高ならオペ点数と出来高でやってもいいです。しかし、来年からは全部短期滞在手術にするというのです。選択できなくなります。日帰りオペなどの短期滞在は、すべて入院5日目までに実施した患者全員について、短期滞在手術基本料を算定します。この短期滞在手術基本料を算定する場合は、全部平均在院日数に入れません。

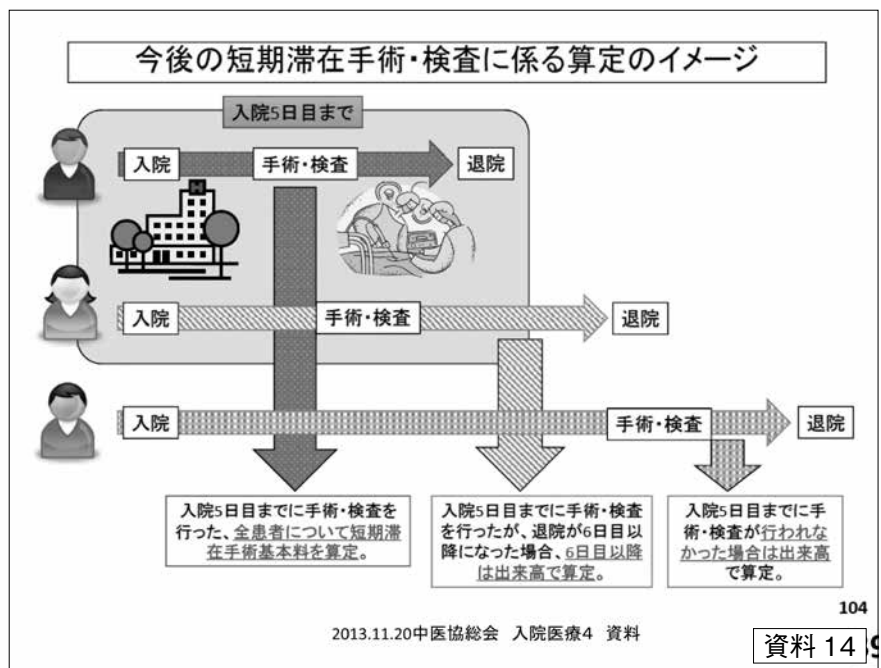
お仕事で行っていた急性期の病院で、内科はあまり強くなく、眼科と整形の短いオペをたくさんやっている病院があります。ここは今回おそらく7対1は無理です。平均在院日数を眼科と整形で稼いでいたのなら、ほとんど難しくなってきました。つまり、国が言いたいのは、「急性期病院です」と言っても、実際、蓋を開けたら重症度が高いのではなく、日帰りオペなどで平均在院日数を稼いでいる所は、7対1ではなくてもいいのではないかといい始めたのです。(資料12)

資料12の論点に書いてある「今回分析した17の手術と検査」について、大きな病院で、自分の平均在院日数はどうなるのかと思っただら見てください。検査も、終夜睡眠ポリグラフィーや小児食物アレルギー負荷検査です。一番困っているのが前立腺針生検法で、1泊2日です。前立腺針生検法を多くやっている所はどのぐらいの影響が出るでしょうか。これが全部平均在院日数から外れます。また、DRGの点数になりますので、収入的にもどういう影響が出るのかということになります。(資料13)



今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ

資料14の図が一番分かりやすいです。入院5日目までに手術・検査を行った全患者について短期滞在。5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合は、6日目以降は出来高。入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は全部出来高、というのが今の考え方のようです。(資料14)



7対1入院基本料における一般病棟用の重症度・看護必要度の見直しに係る課題と今後の方向性

次に、また7対1急性期です。重症度・看護必要度が見直されます。まず初めに、「重症度・看護必要度」というネーミングが、「重症度、医療・看護必要度(仮称)」に変わるようです。

まず時間尿測定と血圧測定はA項目から外れます。創傷処置は、褥瘡と創傷処置と項目が分かれます。呼吸ケアについては、喀痰吸引は定義から外されます。追加項目として、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴は、A項目に入れます。

ご存じない方の為に、重症度というのは、今A項目2点かつB項目3点以上の患者さんが15%や10%いないと、7対1や10対1は駄目ですよという話なのですが、それを厳しくします。私の知っている病院は、今重症度が20%を超えています。A得点2点かつB得点3点の人が、20%を超えています。もう安泰だと思い精査をしたら、8割の患者さんが時間尿測定と血圧測定と呼吸ケアだったのです。再度新しい指標で測定したら、完璧に15%を切ってしまったので、7対1は難しいと思います。つまり、時間尿測定や血圧測定というのは、急性期の手法です。喀痰吸引も、どちらかというとならば7対1の病院より療養などの患者さんが多いので、これに関しては急性期の手法ではないということで外されます。その代わりに、麻薬や抗悪性腫瘍剤は、急性期の手法としてはこちらのほうがいだろうということで変わります。これを言っている厚生労働省は、真の意味の急性期医療をやっていない所は、看護師さんだけいても7対1は駄目とするということです。(資料15)

7対1入院基本料における一般病棟用の重症度・看護必要度の見直しに係る課題と今後の方向性

【課題】
(一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)
・ 具体的な見直しの方向性を踏まえた推計を行った結果、必要基準該当患者の割合は、現行と比べて、低くなる。
(救命救急入院料を算定している医療機関の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価)
・ 救命救急入院料を算定する医療機関の7対1入院基本料の必要基準該当患者の割合は、1割5分未満であっても、7対1入院基本料を算定することができるが、7対1入院基本料と同一の評価を導入した場合であっても、ほとんどの医療機関が1割5分以上、若しくは、1割5分要件の1割以内の変動の範囲に該当していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

① 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること。
② 創傷処置については、褥瘡の発生状況を把握するためにも、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分けた項目とすること。
③ 呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すこと。
④ 追加項目については、7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加すること

【論点】

- 入院医療等分科会とりまとめの方向性から、計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援を除いた項目に見直すことについてどう考えるか。
- 救命救急入院料を算定する治療室を有する医療機関の7対1入院基本料において、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準該当患者割合(1割5分以上)を導入することについてどう考えるか。
- 名称については、「重症度、医療・看護必要度(仮称)」としてはどうか。

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料

資料 15

一般病棟用の重症度・看護必要度の項目の見直しの方向性について (平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめを受けたもの)		
A モニタリング及び処置等		B 患者の状態
現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用 追加④
②麻薬注射薬の使用	(不変)	②麻薬注射薬の使用 追加④
③放射線治療	(不変)	③放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	④免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑤昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑥抗不整脈剤の使用 追加④
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑦ドレナージの管理

平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめ
平成25年10月診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会 35

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料

資料 16

例えば、創傷処置は見直しにより創傷処置と褥瘡処置に分かれます。これは分けられてもA得点1点付くとは思いますが。例えば、血圧測定は削除で、時間尿測定も削除です。呼吸ケアは、喀痰吸引のみをやっている場合は削除です。あとは、変わっていませんが、抗悪性腫瘍剤は追加で内服でもいい、注射でなくてもいい、麻薬もいいなどです。資料16と今とを比較してA得点2点かつB得点3点の患者さんがどうなるかということです。今の話ですが、うちは7対1ではないから関係ないと思ってい

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

る病院があるとまずいです。7対1という項目で厚生労働省からは話が出ましたが、10対1と7対1で看護必要度の評価表を変える気はないという官僚の発言ですから、当然10対1も影響が出るでしょう。

さらに、亜急性期病床です。これに重症度・看護必要度を入れることとなります。亜急性期は、A得点1点以上の患者さんが15%いなければ駄目ということになりそうです。回復期リハの1がそうです。回復期リハビリの1は、A得点1点以上の患者さんが15%いないと駄目ですから、同程度ぐらいいはやると言っていますので、亜急性期をやろうと思っている所も重症度・看護必要度は関係あることとなります。もちろん回復期リハ1を目指す所も関係します。その為、ほかの病院のことだと思って聞いていると、後からまずいことになるわけです。看護必要度・重症度が変わるということは、7対1の病院で7対1から相当違う方向に行かざるを得ない所が増えてくると思います。(資料16)

特定集中治療室管理料における重症度の見直しの課題と論点

次に、ハイケアユニットの話が出ていますが、同じような内容なので、特定集中治療室(ICU)で話します。ハイケアも特定集中治療室も考え方は一緒です。

急性期を持っている所は、先ほど看護必要度はA得点2点かつB得点3点だったのですが、ICUは今、「かつ」ではなくて「または」です。A項目またはB項目が3点あればいいというのを、これを「かつ」にするというのです。A項目3点以上かつB項目3点以上の方がICUに9割いなければ駄目ということです。「または」を「かつ」にされると、これは無理です。資料17にデータが出ていますが、現行の86%から25.6%になってしまうので、4分の3ぐらいいはICUが駄目になってしまうこととなります。

そこで、おそらく今はA項目3点またはB項目3点以上の患者が9割だけれど、A項目3点以上かつB項目3点以上にして、7割にすると思います。(資料17)

特定集中治療室管理料における重症度の見直しの課題と論点

【課題】

- ・ 特定集中治療室管理料の重症度の項目のうち、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直し項目の該当はなかった。
- ・ 特定集中治療室管理料の現行の評価方法は、7対1入院基本料の「A項目かつB項目」とは異なり、「A項目またはB項目」となっている。
- ・ 評価方法について、「A項目3点以上かつB項目3点以上」とし、推計を行ったところ、特定集中治療室管理料の重症度の施設基準を満たす医療機関の割合は、現行の86.0%から25.6%となった。

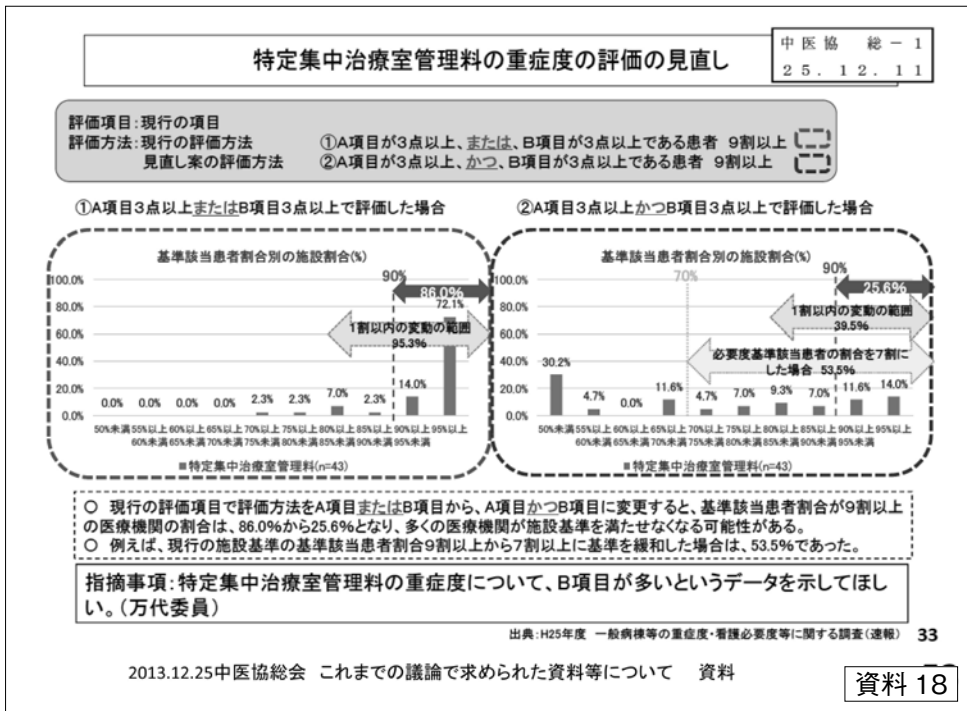
【論点】

- ハイケアユニット入院医療管理料の見直しの方向を踏まえ、A項目3点以上またはB項目3点以上の評価から、A項目3点以上かつB項目3点以上の評価に変更することについてどう考えるか。
- A項目3点以上かつB項目3点以上とした場合、ハイケアユニット入院医療管理料と同様に、例えば、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等について検討してはどうか。

2013.12.06 中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料

資料 17

資料18は中医協で出てきた資料です。今は「または」で9割以上だけれど、これが今年の改定で「かつ」になります。「かつ」にすると、いきなり下がります。ところが、これを9割ではなくて7割にすると半分ぐらいです。つまり、現場に行くと一般病床がいっぱいになっていて、それほど重症ではないがICUが空いているからそちらに、というような形でICUを使っている病院は苦しくなります。言葉で言えば、本当の意味の医療の質。「急性期」という形でやっている所でないと、それは認めないと言っているのだと思います。ハイケアユニットも同じような考え方です。(資料18)



7対1病棟に係るその他の指標について

そのほかの7対1の指標として、何と在宅復帰率を入れるというのです。「7対1病棟において、自宅、亜急性期・回復期病床、在宅復帰機能に一定の実績のある老健への退院患者が何割であることを要件としてはどうか」というのです。

つまり、冒頭に言ったように、今回の改定は何かというと、とにかく退院なのです。入院医療から外来・在宅に移す為には、7対1まで在宅復帰率を入れます。ただし、7対1の在宅復帰には自宅だけ

7対1病棟に係るその他の指標について

【課題】

- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の在宅復帰率は約74.2%、自院の他病床への退院患者率は15.3%、介護老人保健施設への退院患者率は1.5%となっている。
- 7対1入院基本料を届け出ている医療機関の78.6%が現在DPCデータを提出している。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の中に手術件数、全身麻酔件数が10対1病院の平均を下回る病院が存在している。
- データ提出加算の算定対象となっていない医療機関、病棟が存在している。また、データ提出加算の参加の機会が年1回に限られている。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 (ア) 7対1入院基本料を算定している医療機関に対して、人員配置や設備等の体制(ストラクチャー)のみを要件とするのではなく、当該医療機関に期待される機能を要件とする必要があるが、現時点においては、医療機関全体の診療実態を正確に把握することや、診療実績の指標を設定することが困難。
 (イ) 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査・分析するため、DPCデータの提出を要件とすることが必要。
 (ウ) 7対1入院基本料を算定する病棟について、自宅のみならず、亜急性期病床等(亜急性期入院医療管理料や回復期リハビリテーション病棟入院料等)への転棟・転院も含めた上で在宅復帰率を指標として検討する。

【論点】

- 7対1病棟において自宅、亜急性期・回復期病床、在宅復帰機能に一定の実績のある介護老人保健施設への退院患者が●割であることを要件としてはどうか。
- 一定の経過措置を設けた上で、平成28年度以降DPC制度への参加も検討しつつ、DPCデータの提出を7対1病棟の要件とし、提出されたデータを元に診療実績を要件とすることについて引き続き検討を行うこととしてはどうか。
- データ提出加算の算定対象病棟をすべての一般病床、療養病床、精神病床とすることとしてはどうか。また、データ提出の参加の機会を複数回にすることとしてはどうか。

49

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料

資料 19

だけではなく、亜急性期・回復期も自宅と考えていいとし、亜急性期に転院したのであれば、在宅と考えていいとしています。

もう一つは、自分の顧問先である7対1の病院を思い浮かべてください。その病院は、地域にある老健の中で、どことどこの老健が在宅復帰率3割以上か把握していますか。なんと今回、「在宅復帰機能に一定の実績のある介護老人保健施設」とあります。介護保険を知ら

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

ない人は分からないです。老健は介護報酬で3通りあります。在宅復帰率が3割未満と3割以上と5割以上です。したがって、急性期の病院は、3割以上の在宅復帰率を持っている老健に患者さんが転院すると、在宅復帰と考えます。

つまり、急性期の病院も介護無関係など、うちは急性期だから介護保険なんか知らなくてもいいというのはまずいことになります。なぜなら、高齢化になっていくからです。若い人が減り、介護保険を受けるような方たちばかりが入ってくるようになってきます。分かりやすく言うと、例えばゴルフで脱水を起こした55歳の人が治療で運び込まれて、2～3日の点滴をしました。「ありがとうございました」と退院していきます。同じ脱水で80歳の一人暮らしのおばあちゃんが脱水を起こして入ってきました。脱水状態は何とか3日か4日で治ったけれど、認知症を持っていて、かつ一人暮らし。住んでいる所は、5階建てのアパートの5階で、階段しかありません。これでは、55歳の脱水の方と80歳のその状態の脱水の方とは全然退院調整が違います。つまり高齢化が来るということは、退院調整がものすごく難しくなってくるわけです。

そうなりますと、どこに老健や特養やサ高住があり、どこに何があるのかということを知っていないと、急性期は守っていきません。滞留してしまえば、平均在院日数が長くなります。この一例として、老健で在宅復帰機能を「一定(3割以上)」というのが出てきたのです。経過措置はあるけれども、もう7対1はDPCをやってくれないと駄目だということです。

おどろいたのは、データ提出加算というのがあります。病院にはDPCのデータを提出するという加算があります。この算定対象病棟を、「すべての一般」と「療養」と「精神」にするということです。今までDPC以外の皆さんは関係ないと思っていたでしょう。違うのです。もう国は全てのデータ、つまり13対1であろうと、療養であろうと、精神であろうと、データ提出ができることを医療の質と見ています。これから先、高齢化が増えてきたときに、日本の医療費をどうやって抑制していくのか。とはいっても、厚生労働省が握っているデータはDPCだけです。これから高齢化の方たちがいろいろな要因で行ったときに、そのデータをつかみながら、どういった施策をとっていかうかというときにデータが欲しいのです。もし、これから病院でシステム構築をどうしようかと思うのであれば、絶対にデータが出せるようにしてください。データも出せないと、医療の質は測れないということになってきます。この最後の項目が重要です。(資料19)

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

—急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止—

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

—急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止—

【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
(3)その他の指標について
- ②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。

【論点】

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

2013.12.04中医協総会 リハビリテーションについて 資料

資料20

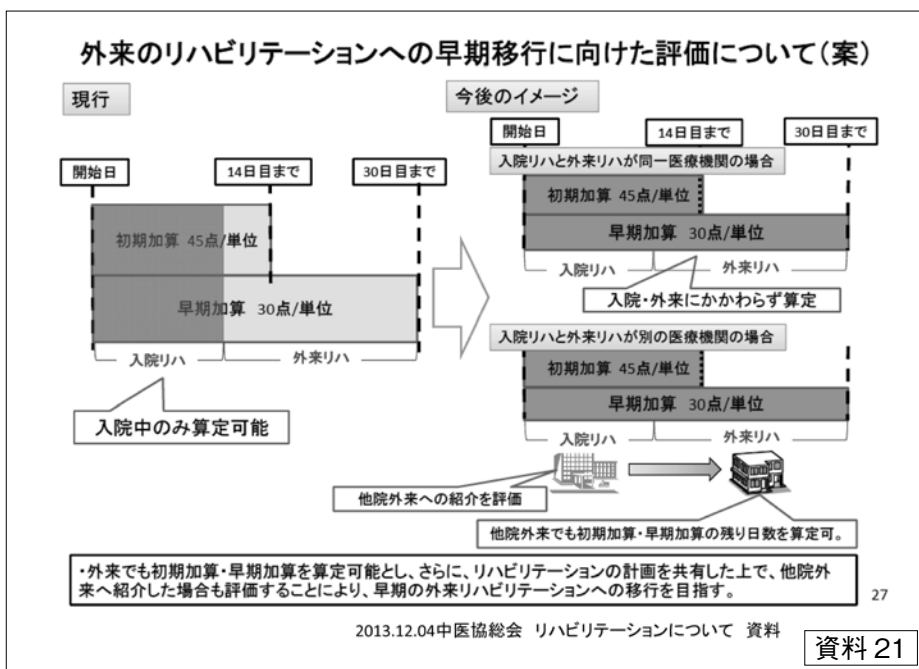
急性期の病棟には、入院中のADL低下防止の為に早期にリハビリを介入してくださいと書いてあります。その介入の方法は、「循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が6割以上の急性期病床(7対1、10対1病棟)にPTのリハビリテーションの専門職を配置した場合」と書いてあります。どう訳すかは、病棟・薬剤師と同じです。前回の改定で「病棟に薬剤師の配置」というのが出ました。今年の改定は「リハ職の配置」です。

こうなってくると、医事課の力では容易ではありません。採用計画や人事をどのようにするかということになってきます。「検査が何点になります」、「指導料が何点付きます」という改定ではありません。どういった人材がいて、どういった体制の医療が提供できるかということに点数が付くので、医事課だけのものではないということなのです。その為、病院としては、医事課に診療報酬改定を聞きに来てもらうのではなく、先生も来て、院長も来てという改定です。急性期であれば、病棟配置のPTにおそらく点数が付いてくるでしょう。

さらに、その場合には成功報酬。病棟にPTがいても、退院時にADLが低下した患者さんが多ければ点数はやりません。点数をやる代わりに、ADLが低下しないようにきちんと割合は条件として付けましょうという内容です。(資料20)

外来のリハビリテーションへの早期移行に向けた評価について(案)

早期リハビリテーションの充実で、初期加算・早期加算です。リハビリに関しては、今は初期加算も早期加算も入院中しか請求できません。そうなりますと、病院が「もう少しリハビリをやってから退院しましょう」と言うと、入院が延びてしまいます。もう体は治っているけれど、あと2週間ほどリハビリをやってから帰りましょうという、入院が延びます。冒頭に言ったように、とにかく退院なのです。その為、ここで退院



させても、初期加算・早期加算は外来に引き継いで、外来でリハビリに来てもらってもオーケーにするということです。リハビリだけが必要なら、もう外来で通ってくださいということにします。資料21右上は、入院リハと外来リハが同一の場合です。

右下は入院リハと外来リハが別の場合です。つまり超急性期の場合で、オペをやりました。初期加算を何日間かやって、あとはリハビリをやって帰ればよいということであれば、うちから外来リハができるほかの病院を紹介します。退院させて、「外来をこちらの病院でやってください」「こちらのクリニックでやってください」とすれば、初期加算・早期加算は残り日数を算定できますし、紹介したこちらにも点数が付きます。早く退院させてリハビリだけは別の所を紹介した場合は、こちらにも付けますというのがこの内容です。とにかく、早く退院させるということです。無駄な入院はなるべくしないようにすれば、点数を付けるという流れです。(資料21)

平成26年度診療報酬改定(案)

医師事務作業補助の加算は上がります。点数が上がります。なぜそう思うかというと、「より充実した評価」と書いてあるからです。下がるわけがないでしょう。厚生労働省の言葉というのは、「評価」と使うときには上げるときが多いです。下げるときは「適正化」と言います。これは厚生労働省の特別な言葉です。評価の上に「より充実」と付いたということは、医師事務作業補助者は上がると推測します。(資料22)

平成26年度診療報酬改定(案)

➤ 医師事務作業補助者の配置について、より充実した評価を行い、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減の更なる推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

改定後(案)

➔

より充実した評価

※ただし、適切な業務分担による勤務医負担軽減を行えるよう、医師事務作業補助の勤務場所には一定の制限を設ける。

2013.12.06中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料 **79**
資料 22

特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性

急性期の病院は、点数というより厚生労働省の国の考え方を知ってください。ICUにスペシャルICUができます。スペシャルICUとは、「医師の複数配置、十分な病床面積の確保」というのがどうも20平米のようです。今のICUは15平米でいいのですが、20平米あって、かつ、MEが24時間勤務しているといったICUが持てるのであれば、スペシャルに点数を付けましょうということです。

のちほどもう一つ出てきますが、今年の改定の特徴として、急性期を超急と一般急の2つに分けるつもりだと思います。それが随所に見えます。このスペシャルICUもそうです。(資料23)

特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性 中医協 総-3
25.11.13

【課題】

- ・ 特定集中治療室は急性期重症患者の集中治療を行うことを目的としている。
- ・ 特定集中治療に精通した医師が治療方針に関与する等、医療資源の投入量がより高い診療体制にある特定集中治療室において、一般的な特定集中治療室で管理する場合よりも生命予後の改善及び在院日数の短縮がみられるとの報告もある。
- ・ 特定集中治療室の病床面積について、日本集中治療医学会では1床あたり20m²以上を推奨しており、また、急性血液浄化療法の導入とトラブルは昼夜発生し、緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から、臨床工学技士の24時間勤務体制をとる事が望ましいと考えられる。

↓

【論点】

○特定集中治療室管理料(ICU)について、特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保及び臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うことについて、どのように考えるか。

2013.12.25中医協総会 これまでの議論で求められた資料等について 資料 **81**
資料 23

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

急性期医療の評価について

一番驚いたのは、急性期医療の役割として、資料25に「24時間の救急受入体制」や「総合的かつ専門的な医療の提供」と書いてあります。この中に総合入院体制加算というのがあつたのをご存じですか。

総合入院体制加算は、1日につき120点で14日までとなっており、全国に今248施設しかありません。なぜこんなにも少ないのかというと、産科か産婦人科を持って

なければいけないなど、精神科に対処できる体制など、全身麻酔による手術件数が年800件以上など、結構難しいのです。そうなりますと、これを取れる所は急性期です。急性期なので248施設しかないのかと思ったのですが、今回何を言い始めたかということ、これを取る為には、絶対要件ではありませんが、資料24のアからカまでの条件が望ましいということです。この望ましい条件というのが驚きで、人工心肺が年40件、がんの悪性腫瘍手術が年400件、化学療法が4,000件。これらをすべてクリアしている病院が、全国に今11施設あります。しかし、たった11施設の為に点数を付けるのでしょうか。(資料24)

急性期医療の評価について

総合入院体制加算（1日につき）120点 <14日まで>

中医協 総-3
25.11.13
届出数 248施設(H24年7月1日時点)

趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価

主な施設基準

1. 内科、精神科※、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科にかかる入院医療を提供している保険医療機関
2. 精神科医師が24時間対応できる体制（精神科を標榜していない場合）
3. 24時間の救急医療体制（第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等）
4. 外来縮小体制（初診に係る選定療養の徴収、診療情報提供料の注7加算を算定する者及び転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数の割合が4割以上であること）
5. 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制
6. 全身麻酔による手術件数が年800件以上
7. 地域連携室の設置
8. 24時間の画像及び検査体制
9. 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制

（注）特定機能病院、専門病院は算定できない

※精神科については、標榜していなくても24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医師が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。

必ずしも要件とはなっていないもの、望ましいとされているもの。

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療（体外照射法） 4000件/年以上
- オ 化学療法 4000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

指摘事項：総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布を示してほしい。（鈴木委員）

2013.12.25中医協総会 これまでの議論で求められた資料等について 資料

資料 24

急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

【課題】

- 急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の自宅や後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。
- 一方で、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等の評価である総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、人工心肺を用いた手術等の実績に差がみられる。

【論点】

- 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行い、精神科等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を行うことについて、どう考えるか。
- また、これらの一定の実績を有する医療機関については、急性期医療を担う医療機能をより充実させる観点から、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。

50

2013.11.13中医協総会 入院医療3 資料

資料 25

急性期を分けようとしているのは確実です。24時間体制の救急、精神科、そして人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、先ほどの条件です。これに係る一定の実績をすべて有する医療機関にスペシャル点数をあげようという意見です。しかし、今までの経験上、11施設の病院の為にだけに新たな点数を付けるのは少し考えにくいです。今の厚生労働省ならエンジンの為にやるかもしれないですが、いくら何

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

でも11施設の為のスペシャル点数というのは難しいと思います。

そこで予測できるのは、この「望ましい条件」を少し緩くするかもしれません。この条件だと全国で11施設なのです。例えば都道府県に1施設ずつなら50施設です。急性期を分けて、よりスペシャルな超急性期をつくりたいとすると、都道府県に1施設ぐらいつつをイメージするなら、何らかの形で少し緩くして、もう少しスペシャルな急性期をつくるのです。急性期医療を分け始めたというのが、今年の改定に少し見受けられます。

そうなりますと、医療関連としては、今まではどこの病院も急性期だと思っていたのが、地域の中で急性期も分けられていくということです。どこの取引先が、どこに行くのか、どういう病院になるのかということは、ぜひ今回の改定でもう一度データベースを見直す必要があります。

医療関連のお仕事をなさる所に呼ばれて研修をさせていただくことがよくあるのですが、データベースの作り方が私としては少し腑に落ちません。病床数だけを入れる、いい所で一般病床何ベッドなど、そのぐらいしか入っていません。何を届け出しているのか、時系列など、もう少し営業をかけるのであればここまでのデータベースが欲しいということも今回の改定では考えていただきたいと思います。急性期を分け始めたということです。(資料25)



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

DPC / PDPS

平成26年改定に向けたDPC制度(DPC / PDPS)の対応について検討結果(中間とりまとめ)

機能評価係数Ⅱ

DPCで今回一番驚いたのが、機能評価係数Ⅱは今6通りあったのですが、7番目ができます。7番目は「後発医薬品指数(仮)」というものです。DPCの病院は薬を60%後発にしてください。言い換えれば、60%後発を使っている所には評価係数満点をあげますというものです。そこから徐々に下げていくような形です。DPCの場合は薬代が包括です。これは出来高も包括も含めて、すべての薬を後発6割にしてくださいということが出てきます。(資料26)

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

○ 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

現行		平成26年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数(仮)
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ 後発医薬品指数(仮)

©ASK / ©HMC G 資料: 中医協総会平成25年12月13日 資料より

106
資料 26

算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

退院後、「3日」以内の再入院のルールが、「7日」以内にかつDPCの上2桁コードになります。今は6桁コードですが、2桁コードになるということは、いわゆる同じ疾病じゃなくても同じ診療科だと駄目ということです。これが厳しくなってきます。(資料27)

3. 算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」のDPC上2桁コード(MDC: 主要診断群)が一致するものについて、「一連」と見なすこととする。(現行は上6桁コードで判断している)
- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載する。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする(現行は「3日」以内)。

©ASK / ©HMC G 資料: 中医協総会平成25年12月13日 資料より

107
資料 27

(2)持参薬について

「持参薬について」という言葉が出てきて、色々な会場で「何のことですか」という質問がよく出てきます。どういうことかというのと、入院したらDPCで薬包括でしょうということですね。糖尿病の治療の為の入院をします。入院する前の日に、入院中に飲む薬を外来で処方するのです。「明日入院ですね。今日処方した薬を持ってきてください」と言えば、包括ではなくなります。お分かりになりますでしょうか。入院中に入院の薬を飲ませてしまっ

ただ、気持ちも分からないではありません。癌などは内服の抗がん剤とかは非常に高いので、外来で出して持ってこさせるということをやっていました。ある病院で「持参薬というのはそういう意味なんですよ」と言ったら、「どうしてもっと早く言ってくれなかったのですか」と言った院長先生がいました。これはレセプトの状況で分かりますので、このようなことはしないでほしいということです。(資料28)

3. 算定ルール等の見直し

(2)持参薬について

○ 入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことをDPC/PDPSとして明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない(特段の理由がある場合は診療録に記載すること)。

(例:がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。)

©ASK / ©HMC

資料: 中医協総会平成25年12月13日 資料より

125
資料 28



※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

入院医療はどう変化するか 亜急性期・回復期等について

亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響について

亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響について

【課題】

- 人口構造が変化し、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が求められている。
- 亜急性期入院医療管理料は、一般病床の病室単位で算定可能となっており、平成24年7月時点で届出を行っている病室は17,828床となっている。
- 亜急性期入院医療管理料を算定する病室では、新入室患者のうち自院の急性期病床・一般病床からの受け入れが75.4%、退院先が自宅(在宅医療を除く)である者は80.5%であった。また、重症度・看護必要度は低い患者が多かった。
- また、療養病床であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7対1入院基本料を算定する病床と同程度の機能をもつ病床が存在していた。

【入院医療等分科会とりまとめ】

- (ア) 亜急性期病床の評価を充実させるに当たっては、まず、亜急性期病床の役割・機能を明確にすることが重要であるが、当分科会においては、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能が重要であると確認された。
- (イ) こうした役割・機能の評価するため、亜急性期病床の要件については、人員配置の他、例えば、上記①の要件として重症度・看護必要度、②の要件として、二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、③の要件として在宅復帰率のような要件を設定した上で、評価を充実させることが必要である。
- (ウ) また、今後の高齢化の進展を見据え、既述の7対1入院基本料の見直しとあわせて、急性期後及び慢性期の急性増悪の患者の受け皿を整備することや、病床の機能分化という観点から、亜急性期の病床数を増やす必要があり、現行の病室単位から病床単位の届出とすることや、療養病床でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要である。
- (エ) 亜急性期病床の果たす役割・機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ(DPCデータを基本としたもの)の提出を求めていくことが必要である。
- ただし、データの提出を求める際は、一定の準備期間と人員配置に要するコストに対する評価も検討する必要がある。さらに、亜急性期病床を持つ医療機関にまでDPCデータの提出を求めることは過大な負担になるのではないかと意見もあった。

【論点】

- 地域の医療を支えるため、亜急性期医療の評価を充実することとしてはどうか。
- 亜急性期医療は病床単位の評価を原則とすることとしてはどうか。ただし、200床未満の病院については、①看護師の夜勤時間を所属病床に算入する(現在と同様の取扱い)、②DPC点数表による算定を行っていた患者が入室した場合は引き続きDPC点数表で算定を行うこととした上で、1病床まで病室単位で算定可能としてはどうか。
- 200床未満の医療機関については、すべての病床について特定入院料である亜急性期病床の届出を行う医療機関を認めることとしてはどうか。
- 亜急性期病床の要件については、①二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、②在宅復帰率等に加えて、③新規入院患者のうち重症度・看護必要度A項目1点以上の患者が回復期リハビリテーション病床入院料1と同程度であること、④原則として6.4㎡/床であること、⑤亜急性期病床の果たす役割、機能を継続的に把握する観点から、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めること、としてはどうか。
- 療養病床においては、医療機関の病床規模にかかわらず1病床(60床まで)に限り亜急性期病床の評価の届出を可能とすることとしてはどうか。 69

2013.11.27 中医協総会 入院医療5 資料

資料 29

次に、亜急性期の話です。今回の改正では7対1が厳しくなって、上を削って亜急性期に付いていきますという話を冒頭にしました。この亜急性期の改定が全ての医療機関に影響を与えます。

まず、「地域の医療を支える為、亜急性期医療の評価を充実することとしてはどうか」というのはどう訳すのでしょうか。亜急性期の点数は上がります。今2,060点です。これがプラス改定であれば相当上がるだろうと踏んでいたのですが、あの改定率なので、2,500も2,600も、というわけにはいかないと思いますが、今よりは上がると思います。なぜなら、7対1、10対1の病院が低い点数だと来ないからです。上を削って亜急性期を増やしたいのだから、亜急性期には多分評価を充実するという形で流れていくと思います。

「亜急性期医療は病床単位の評価を原則とする」ということは、今までの一般病床の3割や5割ではなくて、今回の改定からは病床単位にします。ただし、200床未満の病院は、看護師さんの夜勤時間を所属病床に算入することと、DPC点数表による算定を行っていた患者が入院した場合は、引き続きDPCにすることを守れば病室単位で算定してもいいと言っています。200床未満の場合は病室単位でもいいのですが、この2つの条件は結構厳しいです。これでやるぐらいならば、病棟を全部亜急性期にしたほうが有利なので、おそらく病室単位でやるという所は本当に少ないでしょう。病棟単位にすれば、看護師さんの夜勤の72時間が外れるわけですから、そちらのほうが有利です。DPCも亜急性期の高い点数ができる為、多分病棟が生きてくるでしょう。

次に、「200床未満の医療機関については、全ての病棟について亜急性期病棟にしている」という

*本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

ことは、200床未満の病院がパターン化されるでしょう。つまり、亜急性期をやる200床未満の病院というのは、亜急だけです。つまり、これからは一般病床ではなくて、亜急性期病院ができるということです。200床未満の場合は全部亜急にできるのです。今年から病院がどう変わるか、お仕事の病院がそれぞれどう変わっていくか。私だと、今もう既にある病院で、230床ほどで、ケアミックスという一般と療養などを持っていた所は、これを199にして全部亜急にします。おそらく出てくるでしょう。今そういったシミュレーション中です。

「亜急性期病棟の要件については、二次救急病院の指定か在宅療養支援病院の届出」。在宅療養支援病院ということは200床未満でないと駄目な為、250床の病院で二次救急病院を持っていない所は亜急性期ができません。二次救急病院か、在宅療養支援病院かと言われてしまいます。この審議をしたときにご質問があって、「300床の病院で二次救急病院はできないのでしょうか」という話で相当もめました。二次救急病院にした意味、亜急性期病床というのはどういうことかというのと、「(ア)急性期病床からの患者の受け入れ」、ポストアキュート、これはいいです。「(イ)在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ」とあります。つまりサブアキュートです。亜急性期を持つのなら、在宅等や施設にいる患者の緊急時の受け入れをやるということは、救急をやってくれないと駄目なのです。したがって、「二次救急病院」と入れました。在宅療養支援病院であれば、その条件があるので救急病院に入れますので、どちらかだと思います。二次救急病院じゃなくても、例えば救急車を年何台入れているか、輪番でこのようにやっているなど、そういった条件では駄目ですかという話をしたら、「検討します」という回答でした。もしかすると、この二次救急病院は緩くなるかもしれません。それにしても、200床未満でないと在宅療養支援病院にはなれません。

つまり、中途半端に「一般」と言いながらも、急性期ではなく療養でもないという病院は、これからの戦略としては亜急になっていくと思います。亜急か、はっきりと割り切って長期の慢性期のベッドかです。そうなりますと、亜急性期の条件は非常に注目です。

「在宅復帰率等に加えて、新規入院患者のうち重症度・看護必要度A項目1点以上の患者が回復期リハビリテーション病棟入院料1と同程度であること」。先ほど看護必要度のところでお話しました。亜急性期にも入ってきてしまいます。先ほどの看護必要度で変わるA得点1点の患者が、回復期リハの1と同じということは、15%いないと亜急性期が駄目になります。これは困りました。

私の知っている病院は、一般と亜急を持っているのですが、亜急性期に入院している患者さんは元気になっています。結局、一般としてある程度治療は終わっているけれども、亜急は高いので、「うちに帰るまでの何日間かりハビリをやりましょう」といって亜急性期に移しています。その為、A得点1点以上の患者さんは、この間行った時は一人もいませんでした。そうなりますと、亜急性期は無理です。つまり、厚生労働省の言いたいことは、入院医療というのは、絶対入院していなければ治療ができない人だけのことなのです。外来や在宅で治療ができる人は、すべからずそちらに移すということになります。

そのほかに、原則として6.4平米です。昨日ある県に行っていたのですが、亜急性期が全然ないという県でした。そこはやはり基金です。先ほどの補助金のようなものです。6.4平米をクリアできないというのであればお金を出すだろうと、県知事さんの話などで出ていました。その為、これは原則として6.4平米です。取りあえず今の私の情報だと、経過措置はつくりません。今年の4月までに6.4平米でなくてもいいけれども、将来的には6.4平米ということになると思います。

次にデータ提出です。亜急性期もDPCと同じようにデータ提出の条件が出てきます。

最後、「療養病床においては、医療機関の病床規模にかかわらず、1病棟(60床)まで亜急性期をつくれます」。どういうことかというのと、医療の療養病床を持っている150床の病院がありました。150床全部療養病床ですが、在宅療養支援病院を届け出ていて、亜急性期のA得点1点が15%いるというのであれば、60床を療養だけしか持っていない病院でも届出ができるのです。そうなりますと、

考えてみてください。中小病院、200床未満の病院がどうなっていくでしょうか。「一般と亜急」「亜急だけ」「療養と亜急」という形で200床未満の病院は考えていくだろうということです。もちろん200床以上の病院も病棟単位でできるのだから、特に急性期は平均在院日数が短くなるのでベッドが空きます。稼働率は下がってきています。急性期の病院は、ご存じだと思いますが急性期は稼働率がだんだん下がっていきます。500床の病院が80%の稼働率に落ちれば2病棟を亜急性期にできます。病棟単位なのです。

そうなりますと、どこが一番困ると思いますか。中小病院が困ります。今までは急性期・超急性期の病院を脱してきた人が移ってきたのが、自分の病院の稼働率が下がったので2病棟を亜急性期にしますといったら、自分の急性期から亜急へ行って、家に帰しているではありませんか。その為、200床未満の病院は、例えば急性期ばかりを連携先として目を向けているとまずいです。特に13対1、15対1、医療の療養病床をお持ちの200床未満の病院です。先ほどの話を思い出してください。急性期に在宅復帰率が入るのです。今までは、7対1の病院からたくさん患者さんが来ていました。しかし、今年の改定で13対1、15対1、医療の療養病床に患者が転院したら在宅復帰にならないでしょう。そうなりますと、あの話は7対1の話ではなくて、13対1、15対1の一般病床、療養病床の話だったわけです。

その為、今200床未満の地域の中で密着してやっている病院は、急性期だけを連携先として見るのではなく、ほかのところも見する必要があります。どこを見てほしいかというと、介護施設です。老健・特養・有料老人ホーム・サ高住・小規模多機能住宅、そういった所から少し増悪した患者さんが入ってきます。初期加算OKなのです。

ほかの連携先として一番おいしいのは、無床のクリニックです。なぜなら、高齢者が増えるからです。どんどん75歳以上が増えてくると、脱水だ、低栄養だ、少し転んだ、認知症が悪くなった、血糖が高くなった、血圧が高くなったというときに、その都度DPCの病院へ連れていくかという話になります。高齢者が少し具合が悪いときに、200床未満の病院がそういう無床のクリニックと連携をします。win-winです。無床のクリニックの施設もベッドがない為、いざというときに自分の患者がぼんと入院できるということです。

そういう形で地域全体を見渡します。キーワードは、地域の方が安心して暮らせる地域をつくることです。無床のクリニックの先生が診ていても、何かあればすぐ近くの病院に入院できるなど、そういったことを考えていただく必要があります。この亜急性期の改正が、おそらくヤマ場になるだろうと思います。(資料29)

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

回復リハは、専従の医者と専従の社会福祉士が必要になります。もう点数ではありません。「専従の医者」や「専従の社会福祉士」というような改定なのです。これは人の問題になります。どのように人の問題に取り組んでいくかということになります。

また回復期リハビリテーション病棟の1に関しては、休日リハビリテーションは必須です。休日リハビリテーションは要件となります。これをやらないのであれば、回復期リハは駄目ということになりそうです。(資料30)

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

【課題】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任医師1名の配置が要件となっているが、病棟専従の医師を配置している病棟では、ADLがより向上することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任社会福祉士等1名の配置が要件となっているが、病棟専従の社会福祉士を配置している病棟では、平均在院日数が短縮することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%である。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟において、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない医療機関が29.1%存在する。

【論点】

- 患者の早期機能回復、早期退院を促すため、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、病棟への専従の医師配置、病棟への専従の社会福祉士の配置を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、リハビリテーション充実のため、休日リハビリテーション提供体制加算を包括し要件とすることについて、どのように考えるか。

2013.12.04 中医協総会 リハビリテーションについて 資料 資料30

廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

資料31に廃用症候群の話が出てきます。廃用症候群に関しては、リハビリテーションの算定日数上限超えの13単位です。今の情報だと、医療保険は廃止にならずに今年の改定に残りそうです。問題は、廃用症候群は予防が重要であることと、廃用症候群でリハビリテーションを請求している所は厳しくなります。つまり、運動器リハビリテーションや呼吸器リハビリテーションで請求しない理由を書きなさいということです。(資料31)

廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

【課題】

- ・ 廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数は増加傾向であり、脳血管疾患等リハビリテーションを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者数の割合が5割を超える医療機関は41.7%となっている。
- ・ 廃用症候群の理由は手術後が約3割、手術以外が約7割を占める。このうち、手術後については、心大血管、運動器、呼吸器術後が入院で29%、外来で38%を占める。また、手術以外については、呼吸器系、循環器系、筋骨格系割合が59%を占める。
- ・ 廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることも想定される。
- ・ 廃用症候群に係る評価表、廃用症候群に係る実績報告書には、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、廃用症候群に対するリハビリテーションとして適切に算定されているか検証することが困難である。

【論点】

- そもそも廃用症候群はその予防が重要であること、また、廃用症候群以外のリハビリテーション料を算定することが可能な場合は、当該リハビリテーション料を算定するべきであることから、廃用症候群に対するリハビリテーションを実施する場合には、それ以外のリハビリテーション料が適用にならない理由の記載欄を評価表や実績報告書に設け、その適用を厳格化することについてどのように考えるか。

2013.12.04 中医協総会 リハビリテーションについて 資料 資料31

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

点数で言うと、脳血管疾患リハビリテーションに廃用症候群という点数があります。Ⅰの235点は、心大血管リハビリテーションよりも、運動器リハビリテーションよりも、呼吸器リハビリテーションよりも高いので、骨折の患者さんだろうと、心大手術をした患者さんだろうと、みんなこちらで請求しているのが散見されます。なぜこれではないかという理由をちゃんと書きなさいということになりそうです。(資料32)

疾患別リハビリテーションの対象患者の概要

	心大血管疾患 リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション ()は廃用症候群	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション
点数	Ⅰ：200点 Ⅱ：100点	Ⅰ：245点 (235点) Ⅱ：200点 (190点) Ⅲ：100点 (100点)	Ⅰ：175点 Ⅱ：165点 Ⅲ：80点	Ⅰ：170点 Ⅱ：80点
対象患者	①急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者 ②慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者	廃用症候群以外： ①脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ②脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 ③多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 ④パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者 ⑤失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者 ⑥聴覚や人工耳挿入手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 ⑦咽・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 ⑧外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの 廃用症候群： ○外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態等のもの	①上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ②関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者 ※運動期リハビリテーションⅠは入院中のみ、算定可	①肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 ②肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 ③慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 ④食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

・廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることが想定される。

62

2013.12.04中医協総会 リハビリテーションについて 資料

資料 32

入院医療はどう変化するか 長期療養について

療養病棟における在宅復帰率の評価について

次に長期療養のベッドです。療養病床についても在宅復帰率が入ります。何度もお話したので、ここまで来たら分かっていたでしょう。とにかく帰りたいのです。入院から家に帰りたい。全部に在宅復帰率が入ってきます。療養病床にも入ってくるようになります。

これは今もめています。死亡退院はまさか関係ないでしょうけど、死亡退院を抜かして、どこの計算式になるのですかという質問がありました。まだ計算式はないけれど、おそらく死亡退院は抜かないと難しいだろうと思っています。(資料33)

療養病棟における在宅復帰率の評価について

【課題】

- ・ 現在、療養病棟からの在宅復帰率について評価が存在していない。
- ・ 療養病棟の半年間の在宅復帰率は全体で46%、医療区分2・3の患者が8割をしめる病棟で45.1%、その他の病棟で46.4%となっている。

【論点】

○ 療養病棟について、一定の在宅復帰率をもつ病棟について評価を行うことについてどのように考えるか。

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料
資料 33

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に対する経過措置の実態に係る課題と論点

特殊疾患と障害病棟です。「障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料等の対象とする患者像が療養病棟に似ている」。嫌な言葉です。今後の見直しがどうなるかを占います。おそらく、2018年にこの2つはなくなると思います。つまり、出来高請求はもうなくなります。特殊疾患や障害は今出来高です。

そして、「療養病床と同じ」ということは9分類の包括です。ただし、下駄を履かせると思います。下駄というのは、「障害者手帳の交付」、「難病認定を受けた患者」などありますから、難病認定加算や障害者加算など、加算は付くのではないかと思います。もしくは超重症者・準超重症者入院診療加算ではないでしょうか。あちらにして、あまり収入が下がらないような工夫はしてくれると思います。ただし、厚生労働省関連の方に聞いたら、今年は経過措置で残すということでした。今年は2014年の改定だから、バーンとアドバルーンを上げて「こういうふうにしますよ」と言って、次回の改定で点数の打ち出しが出ます。そこで2018年になれば、もう終わりという形にするのではないかと思います。(資料34)

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に対する経過措置の実態に係る課題と論点

【課題】

- ・ 平成18年、平成20年改定時にもうけられた経過措置は、その後、平成26年3月31日まで延長されているが、既にほとんど利用されていない。
- ・ 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟の患者の主病名をみると、脳梗塞、脳内出血、その他の神経系の疾患が多い傾向がみられた

【入院医療等分科会とりまとめ】

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に対する経過措置
 (ア) 各種の経過措置については、利用実績がほとんどないため廃止することが妥当である。
 (イ) なお、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者像が療養病棟の患者像と類似していたことから、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直すことが必要である。

【論点】

○ 各種の経過措置については、利用実績がないため、廃止することとしてはどうか。
 ○ 障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料等の対象とする患者像が療養病棟に似ていることから、今後の病床機能の見直しについて、継続的に議論することとしてはどうか。

2013.11.20中医協総会 入院医療4 資料
資料 34

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

特定除外患者の受入の評価について

超重症者・準超重症者加算のことです。今、超重症者・準超重症者は、15歳までに病気になっていないと請求できないということがありました。一般病床は15歳を超えてからでいいのですが、療養は駄目なのです。これを「療養病棟、有床診療所療養病床での15歳を超えて障害を受けた者の超重症者・準超重症者の入院診療加算の算定を可能」とするそうです。療養病床をお持ちの病院は、帰ったらすぐに該当者がいないか確認してください。これは入院中に毎日加算されるので、結構点数が高いですから、いけないかどうか見ていただきたいと思います。点数やスコア表を付けておきましたので、この資料だけでもシミュレートはできると思います。(資料35)

特定除外患者の受入の評価について

【課題】

- 13対1、15対1病棟の特定除外制度廃止に伴い、退棟した患者のうち最も多かったのは、「重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等」の項目に該当する患者であり、その退棟先は医療療養病床が最も多い。
- 療養病床では15歳を超えて障害を受けた患者については超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定対象外となっている。
- 療養病床入院基本料1の透析患者割合は、10対1や15対1の病棟の透析患者の割合と同等になっている。
- 透析患者は他の医療区分2の患者より、検査や注射の費用がかかっている。

【論点】

- 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等の長期療養については、より療養環境の整った病床で行うことが適切であることから、
 - ①療養病棟、有床診療所療養病床での15歳を超えて障害を受けた者の超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の算定を可能とする
 - ②経過措置を設けた上で障害者入院基本料等を算定する病棟以外の一般病床に日数上限を設ける
 - ③障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料については、これらの病床機能のあり方とともに継続的に議論することについてどのように考えるか。
- 療養病床における透析患者に対して、検査や投薬の費用を踏まえた評価のあり方を検討することについてどのように考えるか。

資料 35

2013.11.27中医協総会 入院医療5 資料

その他

ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点

ニコチン依存症患者の治療についてです。禁煙指導をすると保険で点数が付くと、今テレビでも宣伝しています。この禁煙指導に関しては、ブリンクマン指数200以上の患者さんに指導ができるという要件です。ブリンクマン指数というのは、たばこを吸っている本数と喫煙年数を掛け合わせます。ということは、二十歳の人には禁煙指導ができないということです。「15から吸っています」というわけにいかないわけですから、これは少し検査値を変えます。若い人でも禁煙したいという人はOKにします。

もう一つ、私がうれしかったのは、入院中でも禁煙指導をOKにすることです。私の知っている病院は、外来で禁煙指導をやっています。入院のときに聞くアンケートに「おたばこはお吸いですか。この入院を機会に禁煙をお考えですか」と入れました。どんな疾患でも、せっかく1週間入院するのだから、「禁煙を考えています」に丸を付けるのなら、入院中にこれを該当させようというわけです。(資料36)

ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点

【課題】

- 喫煙は若年成人でも問題であり、2011年では、20歳代男性の喫煙率は約39%あり、20歳代女性の喫煙率は約13%となっている。
- 若年からの喫煙は依存症リスクを高めるが、ニコチン依存症管理料はBI200以上を要件としており、若年の依存症患者に対する治療の多くは算定できていないことが懸念される。
- また、禁煙補助剤の薬剤料は、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できるものとされており、入院中に禁煙補助剤の処方を開始することができない。

【論点】

- 若年層(20代)に対する算定要件(BI200以上)についてどう考えるか。
- 入院中であっても、指導管理を行うことを前提に、禁煙補助剤の処方を認めることについてどう考えるか。

資料 36

2013.11.15中医協総会 がん対策について 資料

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

維持期のリハビリテーションです。算定日数上限超えの13単位ですが、経過措置を延長する必要があるのではないかと思います。あくまでも廃止ではありません。経過措置を延長するので、まだあと2年間、医療保険で13単位をやってもいいですよということです。ただし、「介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促す為、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか」です。「あそこで短時間のデイケアをやっているからどうですか」という紹介をすると、点数を付けます。介護との連携です。厚生労働省は後々廃止にするつものようです。

余談かもしれませんが、デイサービス、デイケア、通所介護や通所リハビリテーションと言われているものは、今6～8時間預かるというか、バスで迎えに来て、6時間たったらバスで送りに行くというものです。今の団塊の世代の方が、6～8時間も行くと思われませんか。バスで迎えに来て、行ったら皆さんで体操をします。それからお風呂に入ったり、お歌を歌ったり、演歌もいいですよとカラオケをやって、みんなで集まってご飯を食べて、折り紙を折って、塗り絵をします。絶対皆さん行かないと思います。その為、これからの時代、団塊の世代の方が75歳以上になってきたときのニーズを考えなくてははいけません。病院だって、あの世代の方たちは仲間意識が高いから、「あそこの病院はいい」「あそこへ行こう」ということは言います。

これから医療や介護の事業展開をするときには、団塊の世代が一気に75歳を超えるとときに、そこを読み誤ってしまうと介護の事業サービスでも下火になってしまいます。特に介護保険に関しては、お金持ちは2割負担になっていきますから、そうしますと倍です。1割負担の人が2割負担になるということは、払う側にしたら倍です。倍払って塗り絵ですか、といったら、これは来ないと思います。その為、やはり質です。どういった形で安心してサービスができるかにかかってきます。

冒頭で、「来ている患者さんの要介護認定を聞いてください」と言いました。この間、ある県で75歳以上の高齢者の男性がデイサービスにあまり来ていないということがありました。デイケア・デイサービスは女性が多かったので、なぜ来ていないのかというアンケートをケアマネジャーが採ったら、やはり「つまらない」、「くだらない」という回答があったのです。では、どこに行っているのでしょうか。私のイメージとしては、マージャンや、釣りなど、どこかへ行っているのかと思ったら、8割の回答者が家にいたのです。家にいるということは、足腰が弱ります。そうなりますと、今は病院やクリニックに来ていても、足腰がだんだん弱って来られなくなってきたら、患者は減ります。

医療提供者が今の自分の患者さんに元気でいてもらいたいと思うなら、その事業展開を考えるべきだと思います。つまり、折り紙を折るという形ではなくても、2時間ぐらいのリハビリテーションが提供できるようなデイケアなど、そういうニーズが出てくるだろうと思います。介護との連携は、いろんな意味で点数が付いてくるというお話しです。(資料37)

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション(脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料)は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりにも占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないかと。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。

2013.12.04中医協総会 リハビリテーションについて 資料 資料37

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

資料38は中医協の資料です。「リハビリテーションについて」という中医協の審議の資料に、介護保険の資料が入ります。どうしてだと思いますか。厚生労働省は何が言いたいかというと、病院・診療所はみなし指定というのがあって、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションはやっていいということです。全国にこれだけの事業所があるけれど、もっとみんなやってくださいと言いたいのです。その為、診療報酬改定なのに介護の資料がどんどん入ってくるのです。こういった現象もあります。医療法人が行う通所リハビリテーションなど、やってもらいたいのです。そういったデータがいろいろな形で出てきていますので、見ていただければと思います。(資料38)

(参考)介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

(改) 中医協 総-3
25.10.9

指定居宅サービス事業所の特例(みなし指定)・・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る)の指定があったものとみなす。

(参考)

○医療法人が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

居宅療養管理指導を提供している事業所数	5,712事業所
訪問看護を提供している事業所数	3,346事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	2,466事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	5,390事業所

出典：介護給付費実態調査(平成25年8月調査分)

2013.12.04中医協総会 リハビリテーションについて 資料

182
資料38

在宅患者訪問薬剤管理指導の課題と論点

在宅患者訪問薬剤管理指導というのがあります。特に調剤薬局の薬剤師さんが訪問をやるといふのがありますが、驚いたのが、この在宅患者訪問薬剤管理指導の「病棟薬剤業務として」病院の病棟にいる薬剤師の事です。「退院時の薬剤指導等を充実させるとともに、当該病棟入院患者に対して退院後も引き続き、必要に応じて、在宅患者の訪問薬剤管理指導を行うこととしてはどうか」。調剤薬局と同じように、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できます。イメージとしては、入院している患者さんに毎日薬剤指導をしていた人が、退院して1週間後に家に来て、「何々さん、お薬どうですか」とやりなさいということです。薬の管理がどうか、飲むのがどうという人も、早く退院させたいのです。そういった流れの点数改定になっています。(資料39)

在宅患者訪問薬剤管理指導の課題と論点

【課題】

○ チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められているが、在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬局に比べ医療機関での算定件数は少ない。

↓

【論点】

○ 病棟薬剤業務として、退院時の薬剤指導等を充実させるとともに、当該病棟入院患者に対して退院後も引き続き、必要に応じて、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うこととしてはどうか。また、在宅患者訪問薬剤管理指導を薬局と同様にできるように評価してはどうか。

2013.12.06中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料

196
資料39

*本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

在宅医療はどう変化するか

在宅療養支援診療所・病院等の要件に関する課題と論点

次は在宅医療です。在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に関しては、連携型であったとしても、自分の所の実績要件がなければ駄目になります。機能強化型の在支診／在支病は、実績要件・緊急往診が、多分5件、看取り2件です。どうしてかという、ここに緊急往診と看取りの中央値が5件・2件だから、おそらく5件・2件が入ってくると思います。今は1月だから、2月3月の2カ月間で難しいかもしれないけれども、5件・2件と何とか取っていただくということです。実績要件となるでしょう。

また、常勤医師が3名配置されてなくても、十分な実績を有している所に関しては、別建てに計算か何かで点数が付くそうです。3人いないから機能強化型になれないけれど、評価はしましょうということです。実績主義になりそうな感じです。

そのほかにも在支診と連携して、「緊急時の受け入れを行うことになっている在支診／在支病以外の病院・医療機関、クリニックや有床診などであって、緊急時に必ず患者の受け入れを行うことをあらかじめ患者に文書で示している医療機関における、緊急時の受け入れの評価をどのように考えるか」。厚生労働省の文章は分かりにくいので、簡単に訳します。うちは在支病ではないけれど、あるAクリニックさんと連携しています。「Aクリニックが在宅で見ている患者さんに何かあったら、うちの病院にすぐ入院していいですよ」という約束をしてあって、その患者さんに「何かあったら何々病院に入院させます」と書いた紙を渡しておけば、入院した病院に、ものすごく付きますという話です。

個人的なことで申し訳ないですが、私の母はもう82歳で、寝たきりというか、要介護5なのです。今まではトイレには行けていたのですが、発熱して1週間寝たら、もう歩けなかったのです。トイレにも行けませんでした。うちは私と夫と私の母の3人暮らしです。そして、うちは共働きです。そうしたら、トイレに行けないけれど、クリニックの先生が点滴に毎日来てくれます。ありがたいです。「おばあちゃん、あしたも来るからね」と言ってくれるのはいいのですが、私は翌日東京へ行ってセミナーをやらなければなりません。夫は夫で働いていますから、うちに1人では置けない時に、「分かった。ちょっと待っている」と言って、自分の連携先の病院に電話連絡を入れて入院させてもらったとき、そのクリニックのドクターに後光が差して見えました。

私から先生方によく言うのは、患者しか見ていないでしょうということです。患者には家族というものがあります。一人暮らしかどうかちゃんと把握しておいてください、というのはその意味もあります。高齢者の単身ではなくて、家族と暮らしている人というのは、家族のニーズも非常に重要なのです。そのときに家族のことは無視して、「こ

在宅療養支援診療所・病院等の要件に関する課題と論点

【課題】

- ・平成24年診療報酬改定において、医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について評価の引き上げを行ったが、機能強化型在支診／病において、緊急往診や看取りの実績が少ない医療機関が含まれている。
- ・一方、機能強化型以外の在支診／病においても、一定程度の緊急往診や看取りの実績件数を有するところが存在する。
- ・機能強化型以外の在支診／病において、機能強化型の届出をしていない理由として、常勤医師3名以上の配置が困難との回答が多かった。
- ・機能強化型を含む在支診／病全体の半年間の緊急往診と看取り件数の中央値はそれぞれ5件、2件であった。
- ・緊急時の在宅患者に対する在支診／在支病の対応は充実してきている一方で、緊急時の後方病院への入院については、入院させようとしても入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在する。

【論点】

- 連携型の機能強化型在支診／病において、それぞれの医療機関が実績要件を満たすことを必要とすることについてどのように考えるか。
- 常勤医師が3名配置されていなくても、十分な実績を有する在支診／病の評価についてどのように考えるか。また、その際の緊急時の対応についてどのように考えるか。
- 機能強化型在支診／病の実績要件を緊急往診●件/年、看取り●件/年とすることについてどのように考えるか。
- 在支診と連携して緊急時の受入を行うこととなっている在支診／在支病以外の医療機関であって、緊急時に必ず患者の受入を行うことをあらかじめ患者に文書で示している医療機関における、緊急時の受入の評価をどのように考えるか。
- また、このような医療機関が在支診の医師と共同で訪問診療や往診を行う場合の評価についてどのように考えるか。

2013.10.23 中医協総会 在宅医療4 資料

資料 40

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

のぐらいの病気だったら家で寝ていればいいから」といったとき、家族は本当に困るのです。在宅が進まないのは、現場の先生方もどうやったら在宅でもう少し家族が見られるか、というところにも心を尽くしてもらいたいのです。

緊急に入院するというのには、入院したベッドを持っている所に付けるという流れになりそうです。つまり、私みたいな者が、「もうやっていけないわ、仕事を持っているし、こんな在宅なんかで見られないわ」といって入院させてしまったら、何とか在宅にいてもらいたい厚生労働省としては、困るわけです。そういったものに対する手当てを考えているようです。(資料40)

機能が強い訪問看護ステーションの評価について


訪問看護ステーションは、24時間体制・看取り・重症度の高い患者の受け入れ・介護支援専門員の配置、つまりケアマネジャーが要ります。そうなりますと、結構規模が要ります。少なくとも7人ぐらいは看護師さんなど人がいないと、これだけのことはできないと思います。24時間やるということになると、ある程度規模を持って機能が強い訪問看護ステーションを、スペシャル訪問看護ステーションにします。機能強化型訪問看護ステーションについては、先ほどお話しした地域包括ケアシステムの中の中心的な役割を担わせようと思っているようです。キー局の訪問看護ステーションがあって、サテライトをつくらうことです。その地域の中でのとなると、こういった10人ぐらいの訪問看護ステーションが24時間できることになったら、入院していなくても大丈夫な方がいませんか。

例えば、私の母の場合は今在宅で見えていますけれども、看護師さんが1日3回、先生が1回来ます。本来であれば、難病系の病気なので入院なのですが、在宅でも見られるわけです。こういったことはすべからず、軽い形で入院しているのであれば、うちで見られる方はこういう機能をどんどんつくっていくということになります。(資料41)

機能が強い訪問看護ステーションの評価について

【課題】

- 訪問看護ステーションの6割以上は常勤換算5人未満の小規模なステーションである。
- 訪問看護に求められる機能として、24時間対応、重症者への対応、頻回な訪問が上位に挙げられるが、それらに対応しているステーションは規模の大きなステーションが多い。
- 規模の大きなステーションは、地域の他ステーション、地域住民、病院、介護支援専門員に対する情報提供や相談対応に取り組んでおり、地域包括ケアにおいて中心的な役割を担っている。



【論点】

- 機能が強い訪問看護ステーションとして、24時間体制の有無、看取り数、重症度の高い患者の受け入れ(別表7の該当者)、介護支援専門員の配置の有無等を要件としてはどうか。また、これらの実績に加え、訪問看護ステーションの規模を、評価する際の指標としてはどうか。
- 上記の他、地域の他のステーション、地域住民、病院、介護支援専門員に対する情報提供や相談機能を有し、地域包括ケアにおいて中核的な役割を果たす訪問看護ステーションを、機能強化型訪問看護ステーション(仮称)として評価してはどうか。

2013.10.23中協総会 在宅医療4 資料 資料41

在宅医療における注射薬について

これは細かな話とは言えません。何と在宅医療で投与できる注射薬に電解質製剤を入れます。臨床的な話になりますが、入院中の高齢者はバランスを崩します。バランスを崩したら、すぐ病棟で

電解質を入れますね。在宅の場合は入れられなかったのです。もちろん注射としては入れられますけれど、在宅としての薬剤にはなっていないのです。したがって、今後、電解質も在宅の薬剤に入れてくれば、入院と同じようにバランスを崩したら在宅で入れられます。つまり、入院でなくても見られるでしょうということをごんごん入れてくるわけです。(資料42)

在宅医療における注射薬について

【課題】

・在宅医療では、保険医療機関及び保険医療費担当規則(以下、療担規則)において、投与できる注射薬が定められており、それ以外の薬剤については投与できないことになっている。



【論点】

・在宅医療で投与できる注射薬に、電解質製剤等を加えてはどうか。また、保険薬局で交付できる注射薬も同様としてはどうか。

2013.10.23中医協総会 在宅医療4 資料

資料 42

介護保険利用者の点滴に係る費用について

訪問点滴です。今、医療保険で在宅患者訪問点滴注射管理指導料というのがあります。先生が指示を出して、点滴の管理をすることです。これは、もちろん医療保険ですが、介護保険でも訪問看護の方はいっぱいいます。介護保険でケアプランを立てて、週2回訪問看護に入ります。その方たちが「少し具合が悪いから点滴をしてください」と言っても、別枠の点数になります。つまり、介護保険で訪問看護をやっているのをOKにしますということです。在宅患者訪問点滴注射管理料そのものです。介護保険の人は医療ができないから具合が悪くなったら入院だったのが、介護保険でもOKにしますから入院しなくてもいいという流れです。(資料43)

一つ一つ、これだけを読むと何のことかと思いますが、冒頭に言ったあの流れで、すべからくものが動いていると考えて、見ていただくと分かると思います。

介護保険利用者の点滴に係る費用について

【課題】

・在宅療養中の患者に点滴注射を行う場合については、医療保険の訪問看護を受けている患者であって、保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できる。
・介護保険の訪問看護を受けている患者も、医師の指示により点滴注射を実施している患者は一定程度いるが、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、介護保険の訪問看護を受けている患者に算定できない。



【論点】

・介護保険の訪問看護を受けている患者に対して、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定出来るようにしてはどうか。

2013.10.23中医協総会 在宅医療4 資料

資料 43

在宅医療における衛生材料の提供についての課題と論点

衛生材料も、病棟だったら、たんの吸引はカテーテルを入れます。病棟だと1回やったら取り換えますが、家だと1人しか使わないので、消毒して一日1本です。ところが、そのカテーテル代は誰が持つのかが分からなかったわけです。これをはっきりさせました。衛生材料は入院していれば使えるけれど、在宅医療の方の衛生材料が一番困ります。衛生材料は薬局が持っている、請求は病院やクリニックなど在宅の点数を請求する所が払うなど、ルールをきちんと決めておきます。つまり、入院と同じだけの医療が在宅でできるようにするという話になってきています。(資料44)

在宅医療における衛生材料の提供についての課題と論点

【課題】

- 在宅療養中の患者は、ガーゼや脱脂綿等の衛生材料等を使用しているが、医療機関から必要量が提供されていないとの指摘がある。
- 衛生材料の提供が不十分である場合、訪問看護ステーションが提供(負担)しているか、患者が負担している。

【論点】

- 在宅医療に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが、訪問看護を行う際に、訪問看護計画書とともに必要な量を医師に報告し、また、訪問看護報告書とともに使用実績を報告することとし、患者が必要とする衛生材料について主治医が把握できるようにしてはどうか。
- 衛生材料の提供主体は、医療機関であることを再周知し、過不足があった場合には、対応を求めることができることとしてはどうか。
- また、衛生材料について「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に対し、必要な衛生材料の種類とその量について指示し、患者宅等に提供される仕組みにしてはどうか。

2013.10.23 中医協総会 在宅医療4 資料

資料 44

全身的な疾患を有する者への対応の課題と論点について

前回の改定で、周術期口腔機能管理というのができました。オペをやる患者の歯科医師がやるものです。あの点数は歯科医師が取りました。今度は病院が点数を取れることになりそうです。ここに「医科診療報酬上での評価」とあります。今までは歯科のほうの評価でした。急性期医療で、オペをたくさんやる所は、歯科との連携をどうするか。今回の改定は、医科歯科連携が一つのポイントになると思います。(資料45)

全身的な疾患を有する者への対応の課題と論点について

課題

- (1) 周術期等の口腔機能の管理に係る評価については、平成25年度検証調査で、
 - ① 周術期口腔機能管理を行うことの効果として、歯科標榜の有無に関わらず、「術後の感染予防」、「医療機関間の連携」、「口腔機能管理の重要性」に関する効果が高いと回答した医療機関が多かった。
 - ② 歯科を標榜していない医科病院で、地域の歯科医師と連携して、周術期口腔機能管理を実施しているケースは約7%と少なく、その理由として、「連携を行う歯科医師の受け入れ体制が確保できない」、「周術期口腔機能管理料や実施している歯科医療機関を知らない」という回答が多かった。
- (2) 歯科診療で特別な対応を必要とする者については、平成24年度検証調査で、
 - ① 特別な対応が必要な患者を受け入れる上での課題として、「診療に時間がかかる」という回答が多かった。
 - ② 一般の歯科医療機関と比べて、特別な対応が必要な患者を受け入れており、歯科診療特別対応連携加算の届出をしていない医療機関の歯科診療特別対応加算の月平均患者数は約15人であった。
- (3) 歯科医療の総合的な環境整備について、
 - ① 歯科外来診療環境体制加算は患者からの評価が比較的高く、再診時の評価については、当該加算の届出数から一定程度効果がみられた。
 - ② 歯科外来診療環境体制加算と歯科医師臨床研修施設(単独型/管理型)の施設基準(人員要件や体制面等)はほぼ一致しており、患者からの相談体制も確保されている。

論点

- (1) 医科医療機関で手術を予定している患者等に対して、適切に周術期口腔機能管理を提供するために、医科診療報酬上での評価等について、どのような対応が考えられるか。
- (2) 歯科診療で特別な対応を必要とする者に対して、歯科診療の質を担保しつつ、診療に時間がかかる場合等の課題に対応するために、歯科診療特別対応連携加算届出施設の施設基準や当該施設で行われた長時間の歯科診療の評価について、どのような対応が考えられるか。
- (3) 患者に対して安心な歯科医療を提供する観点から、財政影響を考慮しつつ、再診時の歯科外来診療環境体制加算の評価についてどのように考えるか。また、当該加算の施設基準について、歯科医師臨床研修施設であることも考慮してはどうか。

2013.11.22 中医協総会 歯科医療その2 資料

資料 45

*本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

在宅医療を専門に行う保険医療機関について

在宅医療を専門に行う保険医療機関。今クリニックを造るにしても、外来は一応やらなければいけません。外来を診療する部屋などが必要ですが、在宅しかやらないのをOKにするようなことです。在宅専門クリニックのようなものです。今は、在宅のクリニックといっても一応場所はなければいけないので、それを在宅専門のということです。「外来応需の体制を有していること」というのがありますが、これをなくしてもいいのではないかという話です。増えてくるのではないかと思います。(資料46)

在宅医療を専門に行う保険医療機関について②

課題

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。(法令上、明確に規定された要件ではない)
- 全国一律の運用基準や指針などはなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。
- 在宅医療を専門に行いたい診療所にとって、外来診療が前提となった現行制度が制約要件になっているとの指摘がある。

↓

論点

◆フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行う保険医療機関についてどのように考えるか。また、在宅医療を行う保険医療機関の外来応需体制についてどのように考えるか。

＜考えられる要件案(例)＞

- ・在宅医療を行うことの被保険者への周知
- ・急変時に患者から相談を受ける連絡先の確保
- ・患者が外来受診できる連携医療機関の確保
- ・訪問診療を行う地域範囲の限定 など

(176)

2013.10.23中医協総会 在宅医療4 資料

資料 46

精神科について

精神病床の機能分化について

精神科に関しては、冒頭も言いましたように、認知症のことが非常にクローズアップされますけれど、急性期を担う精神科急性期治療病棟や精神療養病棟の人の問題です。指定医や社会福祉士、精神保健福祉士を配置することをどのように考えるかというものが、精神科の病棟の方には出て

きています。長期入院患者さんをとにかく家に帰す。入院医療から、いわゆる脱却させるというようなものに点数が付きます。(資料47)

精神病床の機能分化について

【課題】

- ・精神病床における入院患者数や平均在院日数は減少傾向ではあるものの、1年以上の長期入院患者は20万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれて社会復帰が困難となる傾向にある。
- ・急性期病棟では医師が多いほうが平均在院日数が短くなるにも関わらず、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟は、精神療養病棟入院料と同等の医師配置となっている。
- ・精神療養病棟入院料を算定する病棟では、精神科急性期治療病棟入院料と同等の精神保健指定医の配置が求められているが、精神療養病棟では精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束の割合は低い。
- ・慢性期では100床あたりの精神保健福祉士が多いほうが、平均在院日数が短くなるが、精神科入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する医療機関では精神保健福祉士の配置が少ない。
- ・精神科救急は「精神科救急入院料」及び「精神科救急・合併症入院料」で評価されており、都道府県・圏域における1年間の措置、緊急措置、応急入院に係る新規入院患者のうち1/4以上又は30件以上の受入が要件のひとつとなっている。
- ・これらを算定する施設数は、平成24年7月1日現在それぞれ精神科救急入院料102施設、精神科救急・合併症入院料7施設であり、算定施設のない県もある。一方、措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績については、減少傾向である。

↓

【論点】

- 急性期に密度の高い医療を提供するため、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟に医師を重点的に配置すること、並びに、クリニカルパスを使用した場合の評価について、どのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料を算定する病棟について、病棟ごとに常勤の指定医を配置する必要性についてどのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料において、精神保健福祉士を配置することの評価についてどのように考えるか。
- 精神科救急医療の推進を図るため、精神科救急入院料と精神科救急・合併症入院料においての措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績に係る要件について、現状に即した数値に見直すことについて、どのように考えるか。

16

2013.11.29中医協総会 精神医療について 資料

資料 47

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

認知症について

認知症疾患医療センター診療所型(仮称)に係る課題と論点

認知症疾患医療センター診療所型というのができます。今年はおレンジプランというのが認知症に関してできます。認知症疾患医療センターというのが全国にあります。足りません。なぜなら、認知症の方が爆発的に増えるからです。この目標設置数は全国に500カ所と出ております。クリニックが、どこに認知症疾患があって何ががあるかというのは、マーケットというか、連携をする必要があります。(資料48)

認知症疾患医療センター診療所型(仮称)に係る課題と論点

【課題】

- 医療機関を受診する認知症患者数は51.2万人にのぼり、特に外来患者数の伸びが大きい。
- 平成20年度より、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域の認知症医療提供体制の拠点として、認知症疾患医療センターの整備を開始し、現在全国に237カ所指定されている。
- 診療報酬上も、認知症の早期診断を進めるため、認知症疾患医療センターにおける専門診断の評価を行っている。
- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患の鑑別診断等において、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎるのが課題となっている。
- こうした課題に対応するため、平成25年度より認知症を専門とする医師1名以上が配置され、検査体制や急性期入院治療を行う医療機関との連携体制を確保する等の要件を満たす全国9カ所の診療所で認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業を開始した。
- これらの診療所では、特に周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能が高いことが明らかとなっており、平成26年度より認知症疾患医療センター診療所型(仮称)として、さらに拡大する予定としている(目標設置数は認知症疾患医療センター合計で全国500カ所)。

【論点】

○ 認知症の早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)についても、他医療機関からの紹介を受けて認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定した場合や、認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けて、療養計画を示した場合、認知症疾患医療センターに準じた評価をすることについてどのように考えるか。

2013.12.06 中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料 資料 48

なぜ、この話をするかというのと、クリニックにはCTやMRIがありません。しかし、この認知症疾患医療センター診療所型になるためには、CTなどを持っている所と連携しなければならないのです。「うちは精神科がないし、認知症が来たときに困っている」という病院のお話を伺ったり、相談に乗ります。「認知症の方が入院して困った」というのがあります。この認知症疾患医療センター診療所型の施設基準(案)ができれば、クリニックで鑑別診断とか医療相談ができて、CT・MRI・SPECTに関しては連携でいいのです。そうなりますと、病院のほうは、地域の中の認知症対策としてこれは知って

おいていただきたいということになります。(資料49)

認知症疾患医療センター診療所型(仮称)の施設基準(案)

【認知症疾患医療センター診療所型(仮称)】
平成26年度より認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業をふまえ、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱を改正し、「基幹型・地域型」に、「診療所型(仮称)」を加える予定。
※「認知症対策総合支援事業の実施について」(平成25年7月4日老発0704第1号：老健局長通知)別添8

	基幹型	地域型	診療所型(仮称)
設置医療機関	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所
設置数(平成25年9月現在)	11カ所	226カ所	—
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域	—
鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名：兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上：兼務可)
検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	—
医療相談室の設置	必須	—	—
地域連携機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化等		

(注) 本表は、従前型の「基幹型/地域型」に加え、平成25年度現在における「認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業」の事業運営スキームを踏まえ、比較整理を行ったもの。

平成26年度より、認知症専門医1名以上配置され、検査体制や急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保する等が要件の認知症疾患医療センター診療所型(仮称)を新設する予定

2013.12.06 中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料 資料 49

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

認知症リハビリテーションにおける課題と論点

認知症リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

- ・ 通所リハビリテーション利用者に対し、認知症リハビリテーションを実施した場合において、BPSDについて、有意な改善があったという報告もある。
- ・ 介護報酬において、施設・通所にかかわらず、認知症短期集中リハビリテーションを評価している。介護報酬における認知症リハビリテーションの対象となる利用者は、MMSE【認知機能検査】又はHDS-R【改訂長谷川式簡易知能評価スケール】において、概ね5点～25点に相当する者であり、軽度から中重度の認知症利用者が対象となっている。
- ・ 在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している割合が高いという結果がある。

【論点】

○今後、認知症高齢者の増加が見込まれるなか、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした認知症疾患治療病棟に入院したBPSD患者に対して、認知症リハビリテーションを行うことの評価について、どのように考えるか。

2013.12.06 中医協総会 勤務医等の負担軽減等について 資料 **資料 50**

認知症のリハビリテーションは、今は医療保険では認められていません。介護保険ではあります。デイケアと老健ではOKです。ところが今回は、認知症疾患治療病棟をやっている所に関して、認知症のリハビリテーションを評価付けしそのような雰囲気です。(資料50)

調剤報酬について

妥結率について

妥結率についてご説明します。こういう資料が中医協で出ました。大型薬局の妥結率が低いのは問題ではないかというようなことです。では、それをどのようにすればいいのかということで、これから審議になるとは思いますが。価格妥結状況調査をやって、診療報酬上でどういう形か考えるということです。妥結率の低い医療機関・保険薬局に関する課題と論点が少し出てきました。これは、私は予測していませんでした。こういうことも中医協では話合われているというところを見ていただければと思います。(資料51)

妥結率について

指摘事項: 大規模調剤薬局チェーンの妥結率が低いのは、問題ではないか。(鈴木委員)

<問題意識>

以下のような問題点について、中医協及び医療保険部会において指摘されている。

- ◆ 医療費の適正化を図るため、薬価改定に先立って薬価調査を行っている。しかし、購入価格を抑制するために意図的に妥結を遅らせる、あるいは妥結しない保険薬局等が少なからず認められる。
- ◆ 未妥結のまま流通している医薬品量が増えると「市場実勢価格加重平均値一定幅方式」の薬価改定が適切なデータに基づいて実施できなくなる恐れがある。

<検討の方向性>

- ◆ 卸と医療機関・薬局との間の取引は当事者の問題であるものの、公的な薬価の改定の基礎資料となる流通価格を把握する目的で実施される薬価調査の障害となる「妥結率を著しく低下」させる行為を抑制するためにどのようなことができるのか検討するべきではないか。

2013.12.25 中医協総会 これまでの議論で求められた資料等について 資料 **資料 51**

※本文中の内容については平成26年1月9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ホームページにてご確認ください。

まとめ 今後の対応

まとめ 今後の対応

その① 入院主体から地域包括ケアへ
医療機関単独の入院診療計画(書)から
地域包括ケアを想定した療養支援計画へ

その② 診療報酬、介護報酬
医療と介護の連携から地域内連携
地域における多職種協働
切れ目のない医療介護サービスの提供

その③ 地域(患者・利用者、その家族、担い手等)
の中の自院・自施設の役割の確認

資料 52

まとめです。いつも言っていることですが、病院は入院だけで考えずに、患者さんが帰ったらどのように暮らすのかを考えてほしいということです。医療と介護の連携は当たり前で、地域内連携があるということ、地域における多職種の「多」にはケアマネジャーが入るということ、切れ目のない医療介護というのは、入院中や外来に来ている患者さんが少し弱ってきたなと思ったら、介護保険を受けているか、認定を受

けたかを、具合が悪くなって寝たきりになる前に話してください。地域というのは、患者さんだけでなく、介護保険の利用者とその家族、働いている人もみんな地域だというイメージを持ってください。(資料52)

以上です。長時間お付き合いくださいまして、どうもありがとうございました。