

「2025年へのロードマップ ～病床機能分化と報酬改定～」

平成26年5月9日(金) 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

武藤 正樹

(むとう まさき)

国際医療福祉大学大学院 教授

講師経歴

■ 略歴

- 1974年 新潟大学医学部卒業
- 1978年 新潟大学大学院医科研究科修了後、
国立横浜病院にて外科医師として勤務
- 1986年 同病院在籍中、
ニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学
- 1988年 厚生省関東信越地方医務局 指導課長
- 1990年 国立療養所村松病院 副院長
- 1994年 国立医療・病院管理研究所 医療政策研究部長
- 1995年 国立長野病院 副院長
- 2006年 国際医療福祉大学三田病院 副院長 /
国際医療福祉総合研究所 所長 /
国際医療福祉大学大学院 教授
- 2007年 株式会社医療福祉経営審査機構 CEO
- 2011年 株式会社医療福祉総合研究所 代表取締役社長
- 2013年 4月より国際医療福祉大学大学院 教授
(医療経営管理分野責任者)
- 2014年 4月より参議院厚生労働委員会調査室
客員調査員(兼務)で現在に至る。

■ 著書

- ・『プロフェッショナルナースのMBA』(ぱる出版2013年)
- ・『2025年のロードマップ～医療計画と医療連携最前線～』
(医学通信社2013年)
- ・『今日のCommon Disease 診療ガイドライン：
エスタブリッシュ医薬品と標準治療』
(医学書院2012年)
- ・『医療が変わるto 2020』(医学通信社2011年)
- ・『看護師のための医療材料の事故防止・安全管理のポイント』
(ぱる出版2010年)
- ・『一歩進んだ地域連携Q&A』(じほう2009年)
- ・『地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント』
(中央法規出版2009年)
- ・『医療制度改革で仕事はこう変わる』(ぱる出版2007年)
- ・『P4Pのすべて～医療の質に対する支払い方式とは～』
(医療タイムス2007年)
- ・『サッとわかるジェネリック医薬品』(講談社2007年)
- ・『よくわかる病院の仕事のしくみ』(ぱる出版2007年)
- ・『よくわかる医療連携Q&A』(じほう2007年)

その他多数。

はじめに

ご紹介ありがとうございます。国際医療福祉大学大学院の武藤と申します。本日は「2025年へのロードマップ」ということでお話を進めていきたいと思っております。内容的には、病床機能分化、それから、現在、衆議院の厚生労働委員会で審議中の医療・介護総合確保法(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律)、そして、この4月の報酬改定も絡んでいます。多岐にわたりますが、お付き合いをいただければと思います。

1. 国際医療福祉大学三田病院 2012年2月新装オープン

せっかくの機会ですので、私ども国際医療福祉大学が何をしているかをご紹介いたします。栃木の大田原という所に、薬剤師、看護師、PT・OTなど、いわゆる医療専門職を養成する大学と大学院を持っています。関連病院が11ほどあり、福祉介護施設も入れると約40施設あります。現在、職員数は約8,500人で、学生数は、大学院・学部を含めて約8,000人です。このような規模の、大学とその関連事業体です。東京都内に関連病院が2つあります。一つは、東京タワーの目の前にある、国際医療福祉大学三田病院という基幹病院です。もう一つ、赤坂にある山王病院という、お産や不妊治療などで名前の知られた病院もございます。



もともと国際医療福祉大学三田病院は、東京専売病院というJTさんの病院でしたが、それを私どもが2006年に継承いたしました。建物は非常に立派だったのですが、だいぶ古くなってしまっていたので、隣にJTさんの土地を大変高い値段で買い取り、そこに地上11階、地下2階の、290床足らずの病院を建てました。医者は、現在約140人います。なぜ、こんなこと言うのかといいますと、建てるに当たり、費用もだいぶかかりましたところから、ぜひ一人でも多くの患者さんに来ていただければということです。東京都のがん拠点病院でもあり、また、慶応の不整脈治療の大家である小川先生が院長で来ております。そのような患者さんがいらっしゃいましたら、私のほうに連絡していただければご紹介いたします。ぜひともよろしく願いいたします。(資料1)

本日は、このような順番でお話ししたいと思っております。まず、国民会議についておさらいします。次に、医療・介護総合確保法の中でも議論されている病床機能報告制度と、次の医療計画の見直しについて見ていきたいと思っております。それから、本日の大きな本題の一つである、報酬改定、特に今回の入院病床の機能分化についてです。私どものグループは11ぐらいありますが、今回改定された7対1を維持することに追われています。何とか持ちこたえそうですが、1病院だけ危ない所があり、そこは地域包括ケア病棟を入れて7対1を維持しようとしています。最後に、地域包括ケアシステムと在宅医療の強化についてです。今回の報酬改定で同一建物減算に入ってしまう、今、関係業者さんは大変です。どうなってしまうのでしょうか。ある所は、億単位の減収になってしまい、どうしようかという話も聞かれています。それでは、これらを見ていきます。

パート1：社会保障・税の一体改革と国民会議

1. 国民会議

(1) 社会保障制度改革国民会議最終報告書(2013年8月6日)

国民会議は2012年11月に始まりました。その議論を経て、昨年2013年8月に、慶應義塾の清家塾長から安倍首相に国民会議報告書が手渡されました。国民会議の事務局長をされていたのが、中村秀一先生という方です。私ども国際医療福祉大学大学院の教授になられて、現在一緒にお仕事をしています。国民会議のお話をいろいろ聞きますと、なかなか大変だったことがうかがえます。まず、報告書が提出されました。

(2) 国民会議報告のポイント

皆さんご承知のように、このポイントが基になって、現在の医療・介護総合確保法に繋がっていくわけです。その中で、医療提供体制について見てみます。報告制度の早期導入とあります。初めの予定では2018年からでしたが、今年の年末ぐらいから前倒しでやり始めるということです。病床機能分化と連携の推進、在宅医療、地域包括ケアシステムの推進。今は、地域包括ケアシステムが政策優先順位のかなりトップに近い所にまで上がってきています。今後、地域包括ケアシステムでどう連携していくかということが、病院経営にとっても非常に重要なことになってきました。(資料2)

先日の衆議院の厚生労働委員会でも、日本医師会の中川副会長が、「知事権限の強化をどこまでやるか」という、その懸念を表明されていました。こうしたいろいろな提供体制の構築に関する、都道府県の役割強化も挙がっています。そのほか、医療法人間の再編・統合をしやすいするための制度見直しなどが挙がっています。(資料3)

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

資料2

国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
 - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
 - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
 - 医療法人間の再編・統合をしやすいための制度見直し

資料3

2. 医療・介護総合確保法

(1) 医療・介護総合確保法のポイント

地域医療・介護推進法案のポイント	
医療	基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)
	病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)
	地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)
	医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)
介護	「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)
	一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)
	所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)
	所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)
資料4	特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

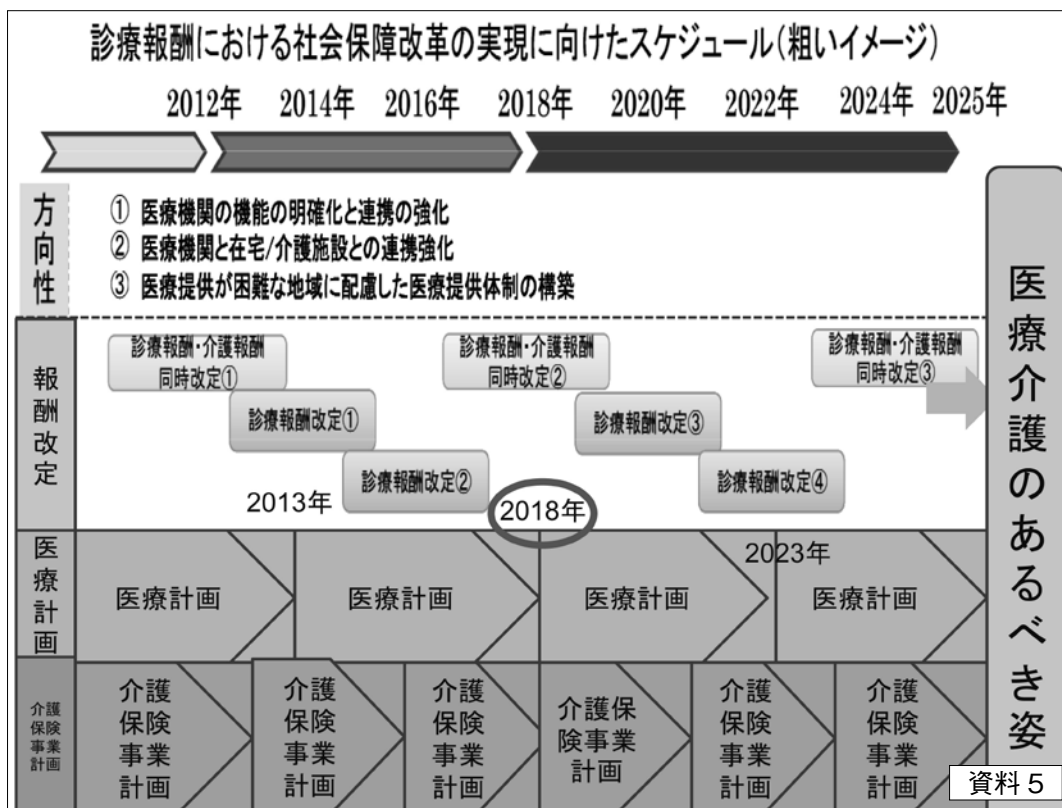
4月23日
衆院厚生
労働委員会
(カッコ内は施行時期)

全部で13本をパッケージにして出したので、野党からは大反発されました。医療と介護に関して、基金の創設、病床機能報告制度、地域医療ビジョンです。

4月から衆議院で幾つかの関連法案を行っていますが、これが終わると、今度参議院に回って来ます。参議院の厚生労働委員会の調査室には、厚生労働委員会をサポートする為の調査部門で約10人の調査員がいらっしゃるのですが、現在、私もそこでお手伝いをしています。本日の午前中に調査室で議論していたテーマは、医療事故の第三者機関への届け出に向けて。いわゆる「医療事故調」の話でした。このようなことがポイントに挙がっています。(資料4)



(2) 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール



こうしたことを経て、われわれ団塊の世代が後期高齢者になる、2025年に向けての大きなロードマップがしかれています。

これを推し進めるため、2つの推進エンジンである「報酬改定」と「医療計画・介護保険事業計画」があります。報酬改定は、今回を含めると、2025年まであと6回です。医療計画は、2013年スタートの医療計画を含めると、あと3回あります。介護保険事業計画は、市町村が行う事業計画があと5回あります。

ここで一番注目すべきは、2018年です。診療報酬・介護報酬同時改定があり、さらに、次の医療計画のスタート年が、たまたま介護保険事業計画のスタート年と重なります。計算してみると、これは30年に1回しかありません。これを逃すと、大仕掛ができないということで、今、全てのプログラムは2018年を目指してやっています。

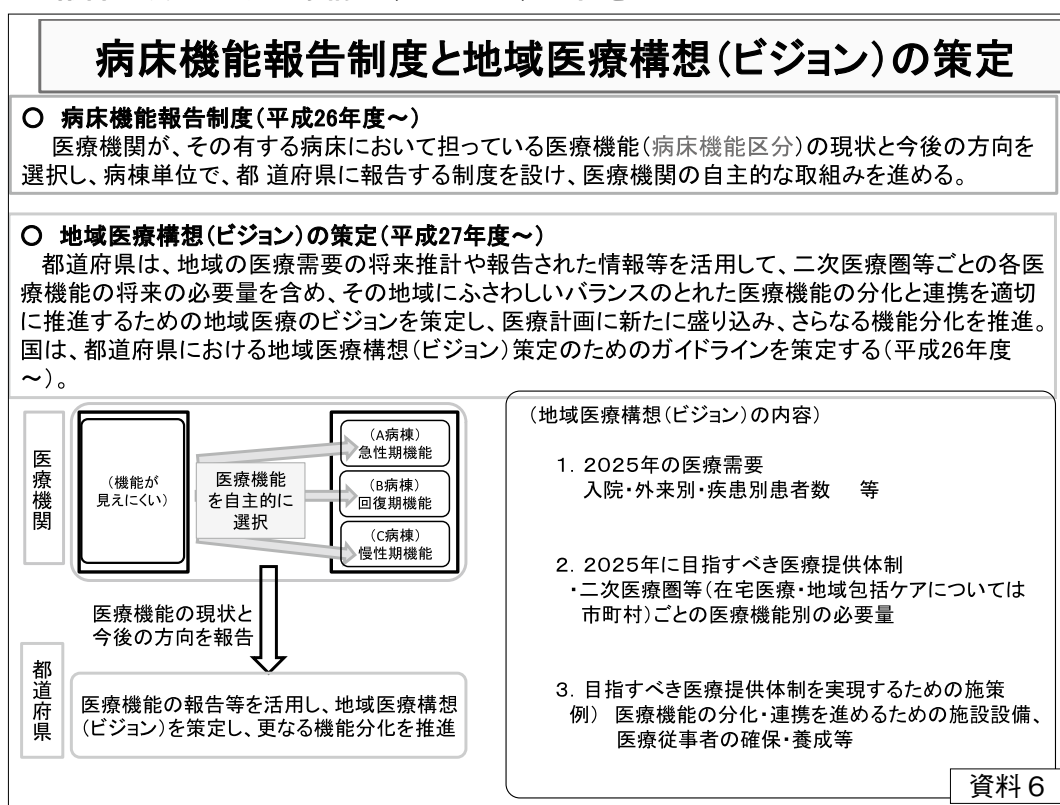
今回、医療・介護総合確保法の中で、30年に1回を、もう一回2025年前にもってこられないかということで、医療計画の5年サイクルを、もう1年延長して6年サイクルにして、介護保険事業計画と合わせることになりました。そうしますと、2024年が同時改定で、もう一回ここでぶつかるのです。これは一種の惑星直列みたいなもので、水星・火星・金星が一直線に並びます。医療計画を6年にするので、もう一回惑星直列が来るといふ仕掛けも、同時に考えられているということです。(資料5)

パート2：病床機能報告制度と次期医療計画見直し

1. 病床機能報告制度

ここからは、医療・介護総合確保法の中でも議論されている、病床機能報告制度です。これが、次の2018年医療計画見直しに繋がっていくということで、注目を集めています。議論している主な検討会は、学習院大学の遠藤先生が行っている「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」です。

(1) 病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定



皆さんご承知のように、医療・介護総合確保法が6月頃、国会を通過すると、この法律が具体的になってきます。今年の10月～11月頃から具体的な動きがあります。これから各病院が病棟単位で、4つの病床機能区分ごとに報告を都道府県知事に上げていきます。そして、都道府県知事がそれを集め、現状の需給関係、それから2025年を目指した需給関係、目指すべき医療提供体制を勘案しながら、地域医療構想(ビジョン)を策定していく筋書きであります。(資料6)

(2) 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

この中で一番問題があったのが、病床機能区分です。4つの病床機能区分に落ち着いたのですが、これを検討した「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会(座長：学習院大学の遠藤久夫教授)」は大変だったそうです。遠藤先生からは、「こんなにまとまりのつかない検討会は初めてだ」と聞きました。

(3) 病床機能区分の経緯

どのような感じかといいますと、最初に事務局(厚生労働省)が提示したのは、①急性期、②亜急性期、③回復期、④長期療養、⑤障害者・特殊疾患、⑥そのほか「病棟内に機能が混在しているケース」の6区分でした。いろいろ議論をしているうちに、①急性期、②亜急性期、③回復期リハビリテーション、④地域多機能、⑤長期療養の5区分となりました。そして、①急性期機能、②検討中、③回復期リハビリテーション機能、④長期療養機能の4区分になりました。

このままいくと、各病院「検討中病棟」というのを出すのだろうかと思いましたが、さすがにそうはならず、4区分できちんと落ち着きました。(資料7)

病床機能区分の経緯

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」

• 6区分

– ①急性期、②亜急性期、③回復期、④長期療養、⑤障害者・特殊疾患、⑥そのほか「病棟内に機能が混在しているケース」

• 5区分

– ①急性期、②亜急性期、③回復期リハビリテーション、④地域多機能、⑤長期療養

• 4区分

– ①急性期機能、②検討中、③回復期リハビリテーション機能、④長期療養機能

資料7

(4) 「亜急性期」が争点

「亜急性期」が争点

• 厚労省の亜急性期定義

- 「主として急性期を経過した患者(ポストアキュート)、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者(サブアキュート)に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義し、ポストアキュート、サブアキュートを包括する概念
- 「この表現では、高齢者の救急は亜急性が担う印象になる。高齢者救急は急性期が担うべきだ」
加納繁照委員(日本医療法人協会会長代行)、

資料8

資料8を見てもお分かりのように、とにかく亜急性期を皆さんは大嫌いなのです。これは、もともと厚生労働省が提示した亜急性期のテーマで、3つの機能を持った病棟ということ。まず、主として急性期を経過した患者さん、いわゆる「ポストアキュート」。それから、在宅や介護施設からの患者さんで急性増悪した患者さん、いわゆる「サブアキュート」。それから「在宅復帰支援」。この3つの機能を持つものを、亜急性期と定義しました。とにかく、皆さんこれが大嫌いで、まず名前が嫌だ

ということでした。それから、「年寄りの救急は亜急性期に行けというのか」「これは年齢差別だ」とか、そのような議論が出ました。(資料8)

(5) 検討会でまとまった病床機能区分

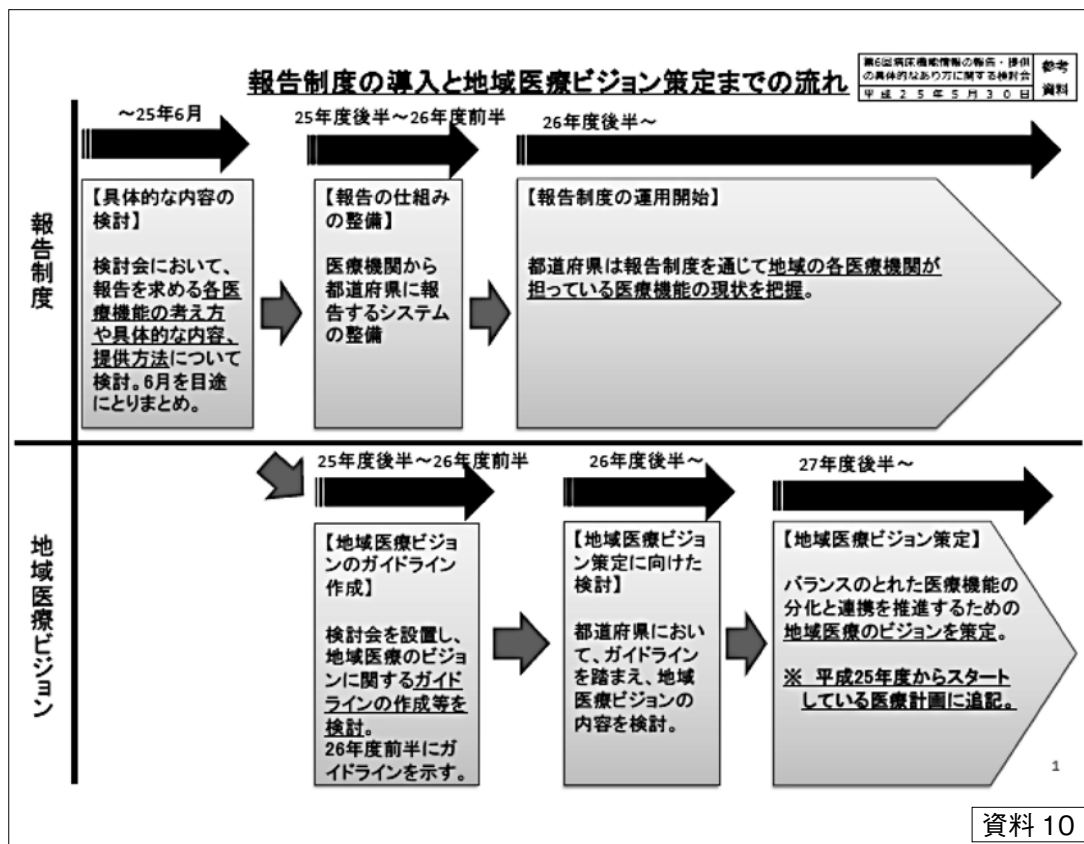
検討会でまとまった病床機能区分	
名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」
2013年9月4日 第8回の資料・議論を基に編集部作成

資料9

結局、日本医師会と四病協が共同で提案した、高度急性期、急性期、回復期、慢性期となりました。亜急性期はどこかへ行ってしまいましたが、おそらく回復期に入るのでしょうか。実は、診療報酬の中でこの亜急性期は復活します。これがまた大きな議論になることは、後ほどご紹介したいと思います。(資料9)

(6) 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ



報告制度に関して、各病院はこの4つの病床区分について報告を行います。そして、都道府県はこれに対して、地域医療ビジョンのガイドラインに基づいて、2025年に向けてバランスの取れた医療機能の分化と連携を推進する為のビジョンを策定していくことになりました。(資料10)

(7) 病床区分ごとの基準病床数

最後に、また物議を醸し出したのは、社会保障審議会の医療部会です。自治医科大学長の永井先生が部会長を務めていらっしゃいます。この中で、病床区分ごとの基準病床数を設定します。いわゆる「必要量」と呼んでいるものです。これは大変です。現行の医療計画での基準病床は、二次医療圏ごとに設定しています。それをさらに細分化して、4つの病床機能区分ごとの基準病床の上限値、必要量を設定します。一言で言うと、これは医療計画の精緻化です。世界的には、例えば、日本が医療計画を入れた1985年、アメリカは、レーガン大統領の時期に、それまで行っていた医療計画を廃止しました。フランスはどちらかというと精緻化のほうに向かいましたが、多くの先進国は医療計画を廃止するようなトレンドにありました。その中で、日本はさらに精緻化していく方向に進んでいきます。

いずれにしても、これに対しては非常に反対論が出ました。皆さん大反対です。各病院団体、日本医師会も大反対でした。(資料11)

(8) 第3案(修正案)

困った厚生労働省は、事務局案として修正案を出しました。これでよく落ち着いたと思います。なんと地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂(しゅうれん)させていく為の、医療機関相互の協議の場を設定したのです。二次医療圏単位で設定していくのですが、このようなものはうまくいくのでしょうか。それも、さらにコンセンサスベースでやろうというのです。こんなものはうまくいかないことは、初めから想定の内でした。合意を無視して、

必要量に照らして、過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情によって協議自体が機能不全になった場合、都道府県によるペナルティー的な対応を行います。ムチを与えるということです。言うことを聞かない医療機関名は公表するとか、各種補助金の交付対象から外してしまうとか、そうしたムチを与えるということで、今のところ修正案が決まりました。(資料12)

病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
 - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
 - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

資料 11

第3案(修正案)

- 修正案
 - 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
 - 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
 - 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う
 - ペナルティー案
 - ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消

資料 12

ムチ!

(9) 機能分化と連携を進める医療機関に基金制度

機能分化と連携を進める
医療機関に基金制度



- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

資料 13

しかし、ムチばかりではなかなか言うことを聞いてくれませんから、基金制度を合わせ技で使います。アメとして、約904億円の基金を用意しました。地域医療再生基金の活用も含め、そのほか包括ケアシステムの構築など、在宅・介護サービスの充実にも活用できるという方針でこれが入ったわけです。よく言われるのは、今回の診療報酬改定は、1.26%の大きなマイナス改定だから、その抱き合わせでこれをもってきたということでもあります。(資料13)

(10) 《参考》医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

【参考】 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度：公費で904億円
消費増収活用分44億円
その他上乗せ措置360億円

○ 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。

○ このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。

○ 各都道府県に消費増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した整備計画に基づき事業実施。

◇ この仕組みについては、平成26年通常国会へ提出予定の医療・介護の法改正の中で、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設けることを検討。

◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療ビジョンの策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】

地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

①国は、法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化。
②都道府県は、整備計画を厚生労働省に提出。
③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定に当たって公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。
※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旨を記載するなどの対応を行う予定。

新たな財政支援制度の対象事業(案)

1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
(1)地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等

2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
(1)在宅医療を推進するための事業
(2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等

3 医療従事者等の確保・養成のための事業
(1)医師確保のための事業
(2)看護職員等の確保のための事業
(3)介護従事者の確保のための事業
(4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

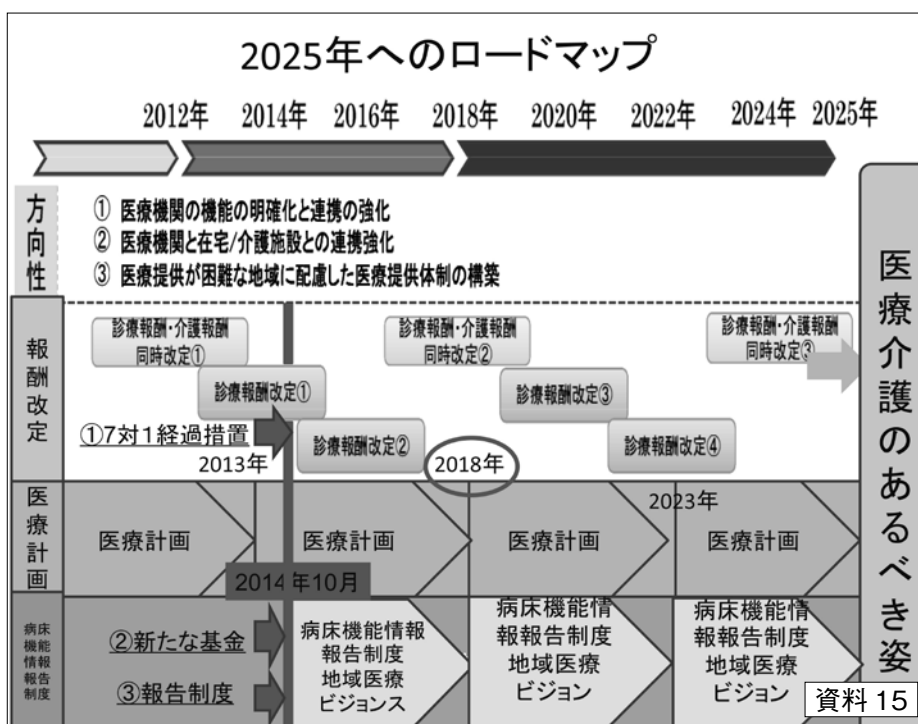
■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

資料 14

新たな財政支援制度で、基金の対象事業は、1. 病床の機能分化・連携のために必要な事業、2. 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、3. 医療従事者等の確保・養成のための事業、となりました。幾つかの都道府県では、既に基金のヒアリングが始まっています。そして、10月にはもう内示が行われます。(資料14)

(11) 2025年へのロードマップ

現在、いろいろな事柄が10月をめどに進んでいます。例えば、資料15にある「②新たな基金」は10月がめどです。それから、「③報告制度」も10月以降に実施されます。それから、後でまたお話ししますが、「①7対1の経過措置」の期限が9月末なので、10月までということです。全てが10月なのです。その為、今年度前半は、どこもこの為の準備です。そのようなわけで、この3つが同時に進行しています。地域医療ビジョンに関しては、これを行った上で、次の2018年医療計画に結び付けていくことになります。(資料15)



2. 次期2018年医療計画へ向けて

次の2018年の医療計画に向けて、幾つかご提案というか、このままではうまくいかないのではないかとということも含めてお話ししていきたいと思います。テーマは「医療圏見直し」と「基準病床算定式の見直し」の2つです。

(1) 「協議の場」の設定

なぜこんなことを言うのかといいますと、協議の場は二次医療圏単位で設定しています。そもそも現状の二次医療圏が適切であるかどうかという議論です。実は、前回の計画見直しの時に、二次医療圏見直しを実際に行いました。特に、「地方の人口20万人以下の小規模医療圏を、お隣の医療圏と併合してはどうか」とか、そうしたことを投げかけたのですが、ほとんど進みませんでした。人口20万人未満で、患者さんの流出入で定義付けたら、全部で八十幾つの医療圏が見直し対象に該当したのですが、結局、実際には3県ぐらいしか実施されなかったのです。(資料16)

「協議の場」の設定

- 2次医療圏単位で「協議の場」の設定を想定
- しかし現状の2次医療圏がそもそも適切か？
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - － 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - － 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

資料 16

(2) 医療計画見直し等検討会

前回の医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

資料 17

資料17は、前回の医療計画見直し等検討会についてです。2013年からスタートしている現行の医療計画の見直しを、2010年から医療計画見直し検討会で行いました。その時は私が座長を務めさせていただいて、各病院団体や職務団体の皆さま方で議論しました。(資料17)

(3) 医療計画見直しの方向性

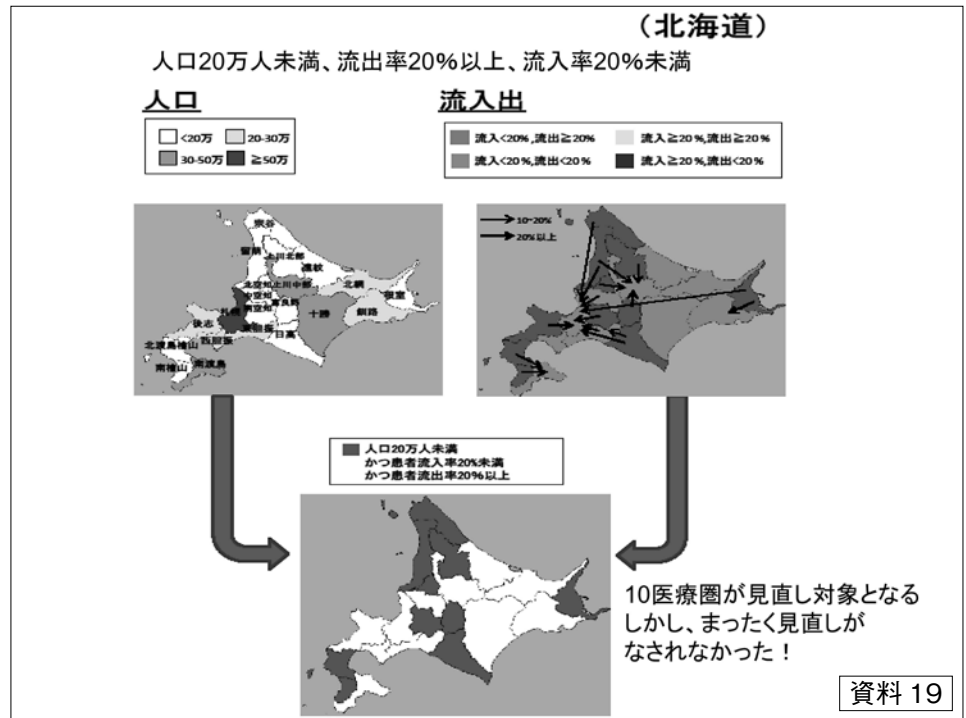
その中で、現行の医療計画見直しの方向性で筆頭に挙げたのが、「医療圏見直し」です。そのほか、「精神疾患を入れる」「在宅を入れる」「災害を強化する」などもありました。医療計画が医療法で導入された1985年以来、これが初めての見直しです。各都道府県で自主的に見直した場合もありますが、このように医療計画の作成シーンの中に「医療圏見直し」を入れたのは、今回が本当に初めてです。もう少し早く入れていればよかったのではないかと思います。いずれにしても、初めての経験でした。(資料18)

2013年医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

資料 18

例えば、どのような医療圏の見直しを行うかという、一番よい例が北海道です。まず、人口20万人以下の医療圏を浮き彫りにします。2番目に、流入出の基準を設けてこれを浮き彫りにします。この両方を合わせると、北海道の中で2つの条件を満たす医療圏は10医療圏もありました。これは何とかしなくてはならないということで、このような基準を設けて各都道府県に見直しを迫りました。ところが、北海道が一番よい例で、全く見直しをせずという話です。(資料19)



(4) 《参考》各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

(参考) 各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状									
都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	8	8 (0)	3	3	京都府	8	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	島根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	8	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	8	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

※二次医療圏数は平成22年4月現在
出典:平成20年患者調査(医政局指導による特別集計:二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の国内への流入患者割合、国外への流出患者割合)
(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

資料 20

現在、二次医療圏は349医療圏あります。先ほどの人口20万人未満、流入出率20%未満という基準で行うと87医療圏が該当しましたが、結果的に、見直したのは宮城県、栃木県、徳島県の3県だけでした。(資料20)

(5)見直しをしない理由 ～都道府県アンケート調査～

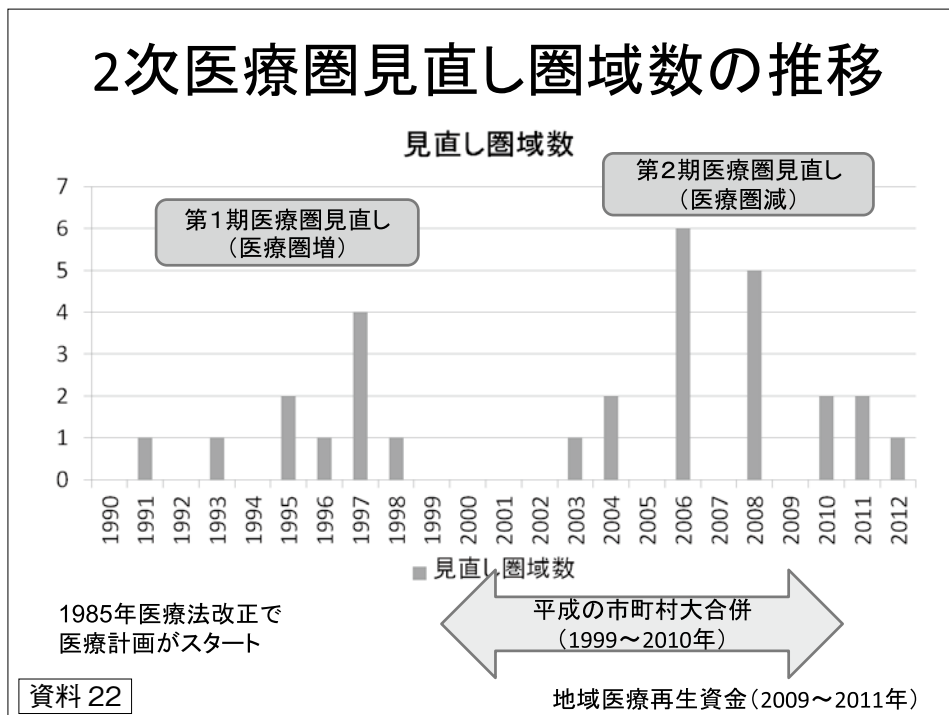
われわれは、どうして見直さないのかというアンケートを採りました。そうしますと、「見直す必要がない」「メリットがない」という回答でした。大きな理由として、例えば、がん拠点病院や地域医療支援病院のない所が、二次医療圏に関連付けられています。これは医療圏が合わさってしまった場合、隣の医療圏にがん拠点病院や地域医療支援病院があると、そこで合併された医療圏は、そうした拠点病院をつくる見込みがなくなってしまう。そのようなことから、「おらが医療圏」という考えをなかなか手放したがるのです。それから、「再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」などということでした。(資料21)

見直しをしない理由 ～都道府県アンケート調査～

- ・ 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- ・ 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- ・ 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- ・ 「(見直しの)時間がない」(2県)
- ・ 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- ・ 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- ・ 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

資料21

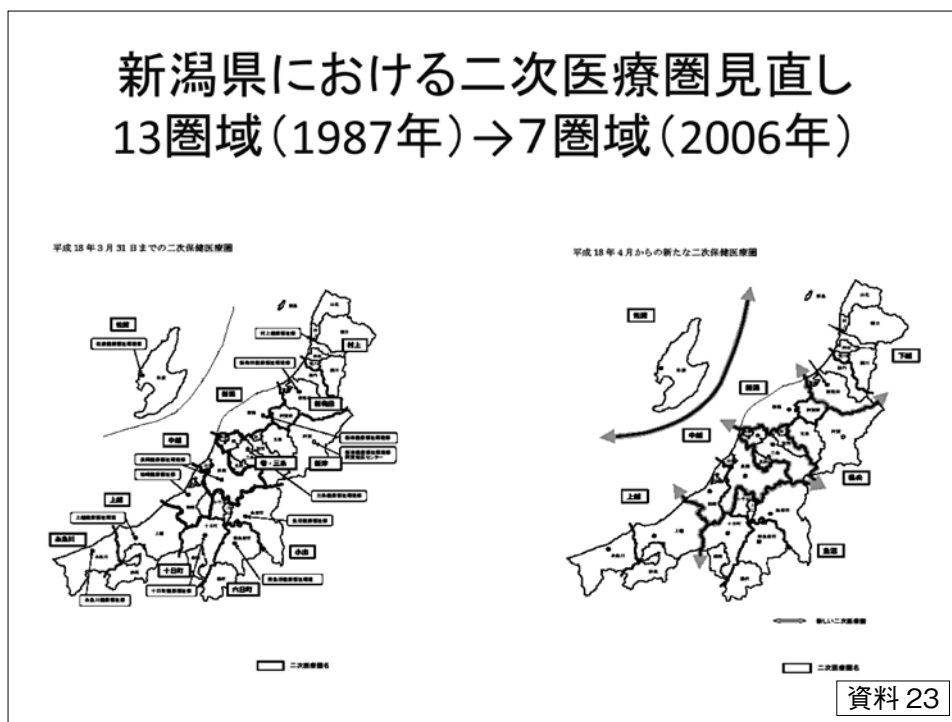
(6)2次医療圏見直し圏域数の推移



われわれは調査してみました。作成指針の中で医療圏見直しを出したのは今回が初めてなのですが、実は、都道府県は既に自主的に見直していました。85年に医療計画がスタートして以来、2期に分かれてこの医療圏見直しが起こっていました。最初の医療圏見直しを、われわれは「第1期」と呼んでいます。85年に医療計画を入れた時は、医療圏を初めてつくるということで、大慌てでやりました。したがって、

適切な医療圏をここで再調整する為に、主に医療圏を増やす方向で第1期が行われました。第2期が本格的な見直しです。この時は、医療圏を減少する方向で見直しを掛けました。これが、例の「平成の市町村大合併」の時です。この時が、医療圏を併合していく最大のチャンスでした。ここで乗り遅れた所は、いまだに小さな医療圏がごちゃごちゃある状況です。(資料22)

(7)新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)



一つの例で、新潟県の医療圏見直しを見てみます。87年の平成の大合併の時には13医療圏あったのですが、2006年には半減してしまいました。例えば、交通網、高速道路の整備やいろいろな情報網など、非常に変わってきました。とにかく、市町村大合併があったので、そこで一気にこれを推し進めたのです。このような県もあれば、北海道のように全く手付かずの所もありました。(資料23)

(8)2次医療圏見直しの課題

次の医療計画の時にやらなくてはいけないことは、先ほどの協議の場でもそうですが、前回の医療計画をさらに加速させるような二次医療圏見直しです。その為には、何かきっかけやメリットがないとできません。やはり、基金である程度誘導していくような策はどうかとされています。

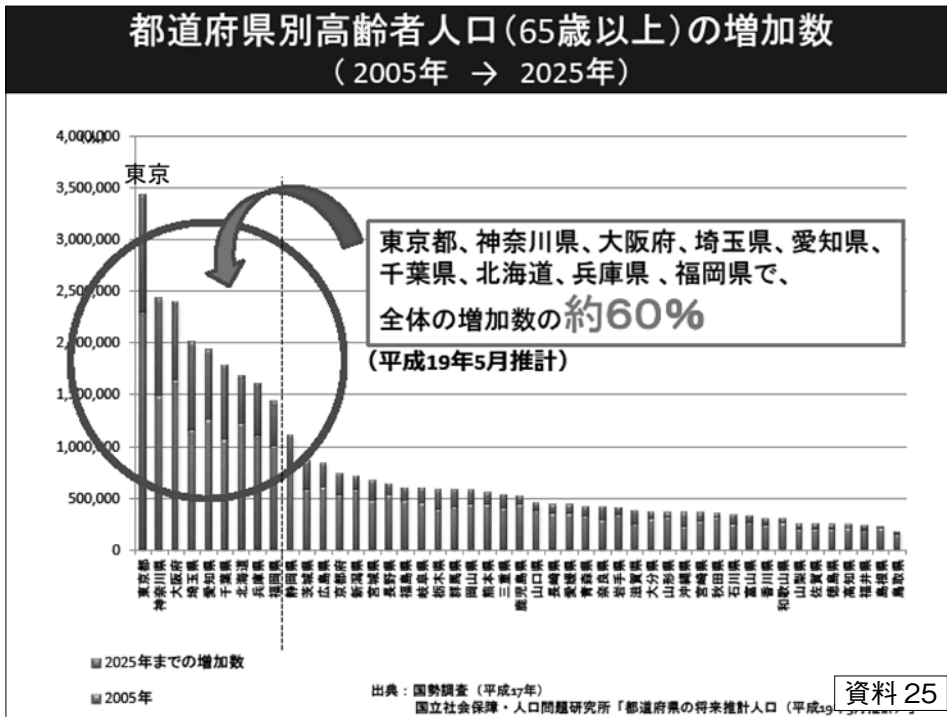
さらに大きなことは、大都市部の医療圏見直しですが、これが全く手付かずです。これから高齢化が起きるのは大都市圏です。東京都およびその周辺県、それから、愛知県、福岡県です。これからまさに協議の場を設定するにしても、今の東京都の医療圏では協議の場の体裁も成さないのではないかという感じです。それから、東京都の場合もそうですが、県境問題です。東京には、神奈川県、埼玉県、千葉県からたくさんの患者さんが流入してきます。そのような県境の問題をどうするのかということがあります。(資料24)

2次医療圏見直しの課題

- 2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？
 - 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる
- 大都市部の医療圏見直しが残されている
 - これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
 - 県境医療圏問題もある
 - たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

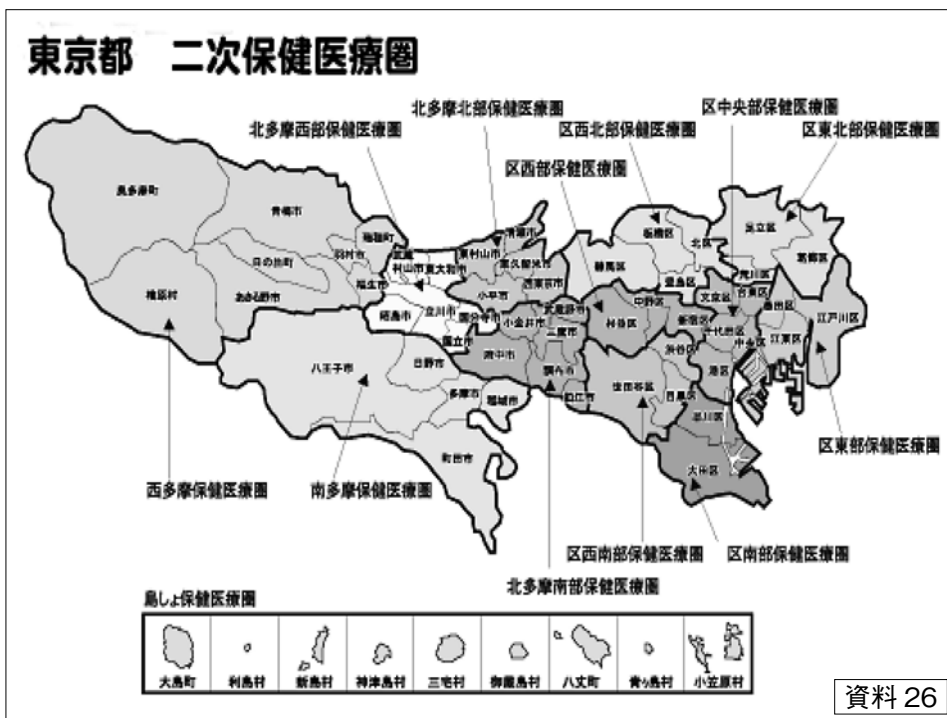
資料24

(9) 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数(2005年→2025年)



皆さんご承知のように、これから起こる高齢化は、まさに首都圏およびその周辺県です。あっという間に高齢化します。(資料25)

(10) 東京都 二次保健医療圏



現在、東京には島しょも含め、全部で13の医療圏があります。これは誰が決めたのだろうかというような、二次医療圏の決め方です。例えば、三田病院がある港区の場合、港区、中央区、千代田区、文京区、台東区、全部含めた中でどのように協議するのかという話です。協議をする時に13も必要ありません。やはり、東京はさらに大きな枠で三次医療圏を3つぐらいつくり、三次医療圏単位で協議していくという

方策がよいのではないかと思います。さらに、周辺県との協議をどうするのか、これが大きな問題で残っています。(資料26)

(11) 基準病床数見直し

もう一つは、基準病床の見直しです。今の基準病床数の計算式は、分子に年齢階級別人口が入っていて、高齢化すればするほど分子が大きくなっていきます。放っておけば分子が大きくなり、基準病床も増えていきます。とにかく、高齢化が進展すると基準病床数がどんどん増えていくのです。例えば、前回の医療計画の見直しの時、千葉県は3,000ベッドも増えました。

一体改革の中では、2025年に向けて、放っておけば一般病床が130万

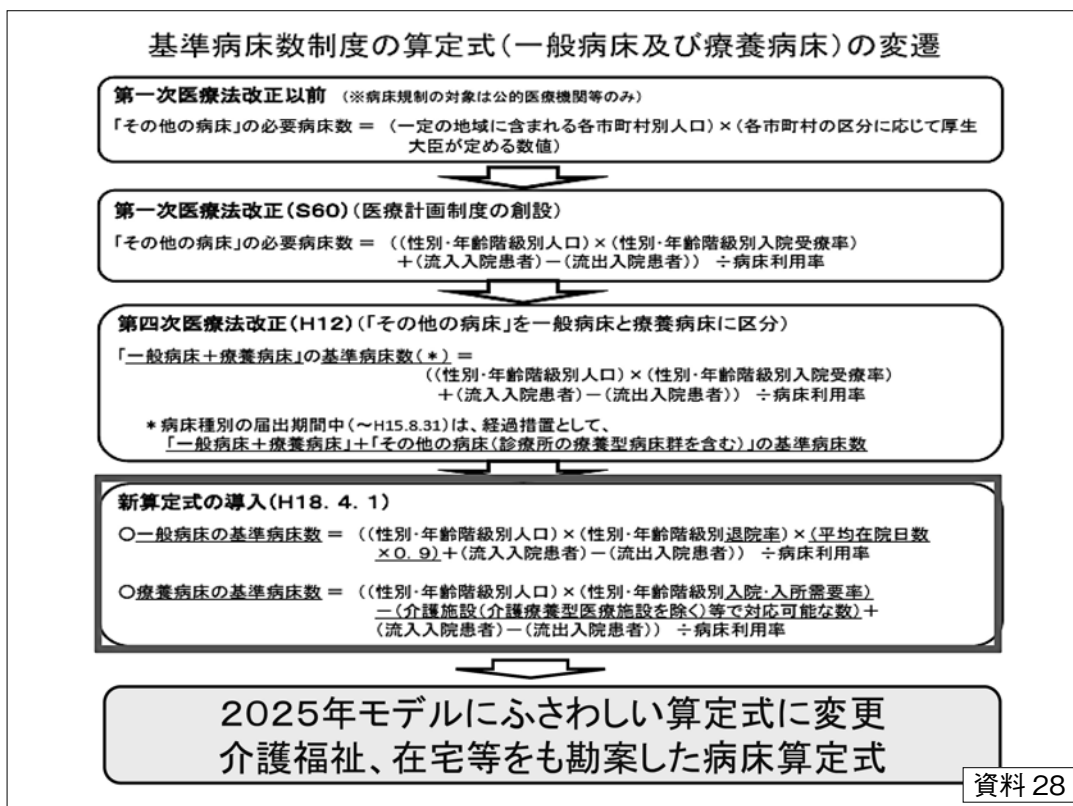
床になるところを、103万床までに抑えようとしています。その為には、どのように基準病床の計算式に整合性をもたせるかということが問題なのです。さらに、今回の病床機能区分4区分ごとの必要量、いわゆる基準病床数も入ってきます。これを勘案した基準病床の算定式の見直しを行わないと、無理なのではないでしょうか。(資料27)

基準病床数見直し

- 現状の基準病床数の計算式は分子に年齢階級別人口が入っている
- このため高齢化が進展すると、基準病床数がどんどん増えていく。
 - 前回医療計画見直しのとき千葉県は3000病床増加した
- 社会保障と税一体改革では、2025年へむけて一般病床数は現状107万床から、放置すれば130万床になるところを103万床までしぼりこむとしている。
 - 基準病床数計算式の変更が必要
- 病床機能区分ごとの必要量も勘案した基準病床算定式も必要

資料27

(12) 基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷



基準病床の算定式は、もう何回も見直しを行っています。現在の基準病床の算定式は、分子に「性別・年齢階級別人口」が入っています。これを2025年モデルにふさわしい算定式に変更し、さらに地域包括ケアのように、介護福祉、在宅も勘案した一般病床、療養病床の算定式に作り替えていかなければいけないという、大きな課題があります。(資料28)

パート3：2014年診療報酬改定 ～入院病床の機能分化～

1. 診療報酬改定の概要

ここからは報酬改定についてです。中でも、入院病床の機能分化が大きく議論されました。中医協の下部組織である、入院医療等の調査・評価分科会で議論を重ねました。

(1) 診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
石川 広色	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
佐柳 進	独立行政法人国立病院機構専門医療センター病院長
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

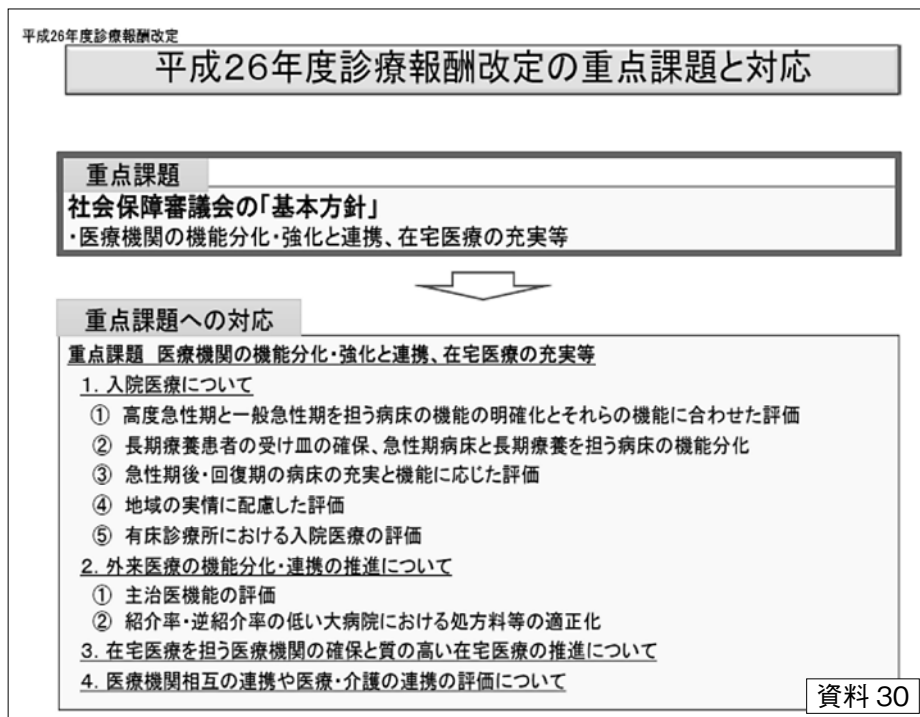
○：分科会長

資料 29

資料29は、私が分科会長を務めさせていただいた委員名簿です。日本医師会や病院団体、それから、分科会といっても、常に後ろの席に中医協総会のメンバーが並んでいました。そして、メモを委員に渡すなど、完全に中医協ミニ総会のような感じで、なかなか大変でした。去年4月から約8回行い、それを11月の中医協総会に報告して、中医協の総会の中で議論を引き続き行ったという経緯がございます。(資料29)

(2) 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

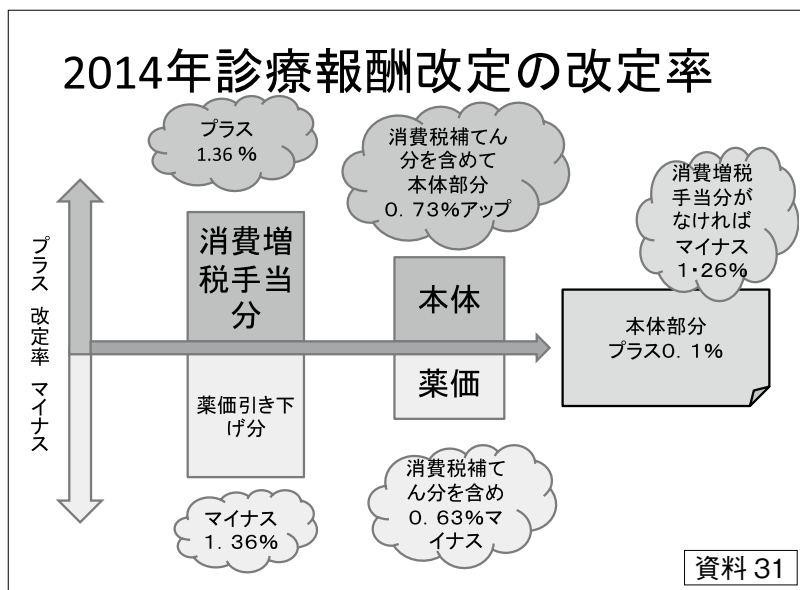
では、あらためて今回の報酬改定の重点課題を見えます。「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」この一本だけです。(資料30)



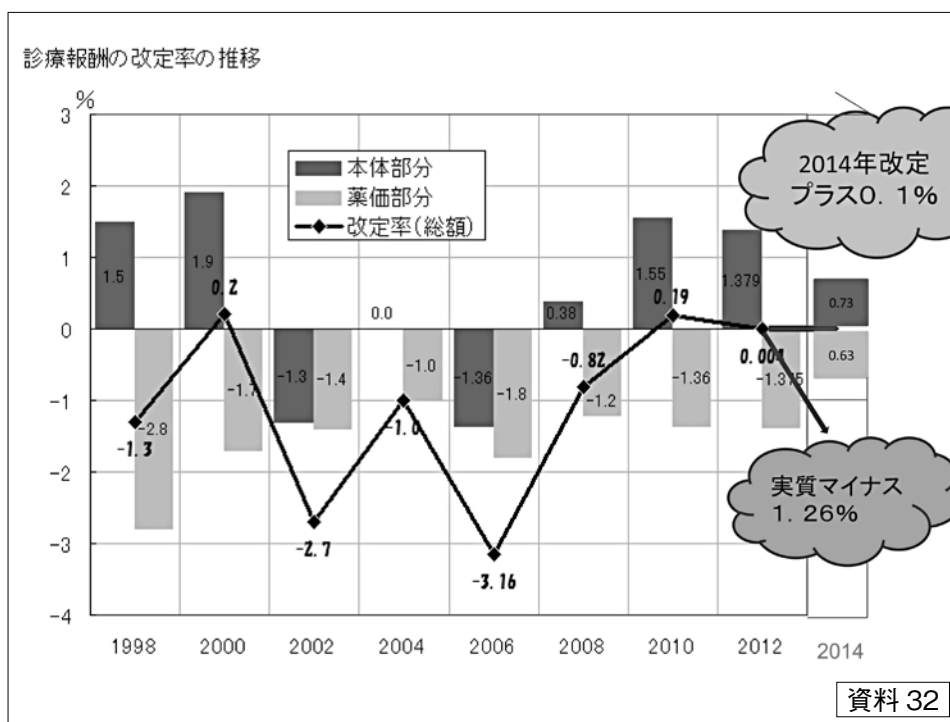
資料 30

(3) 2014年診療報酬改定の改定率

ご承知のように、改定率に関しては、例の消費税の増税手当分がなければ、完全にマイナス1.26%でした。(資料31)

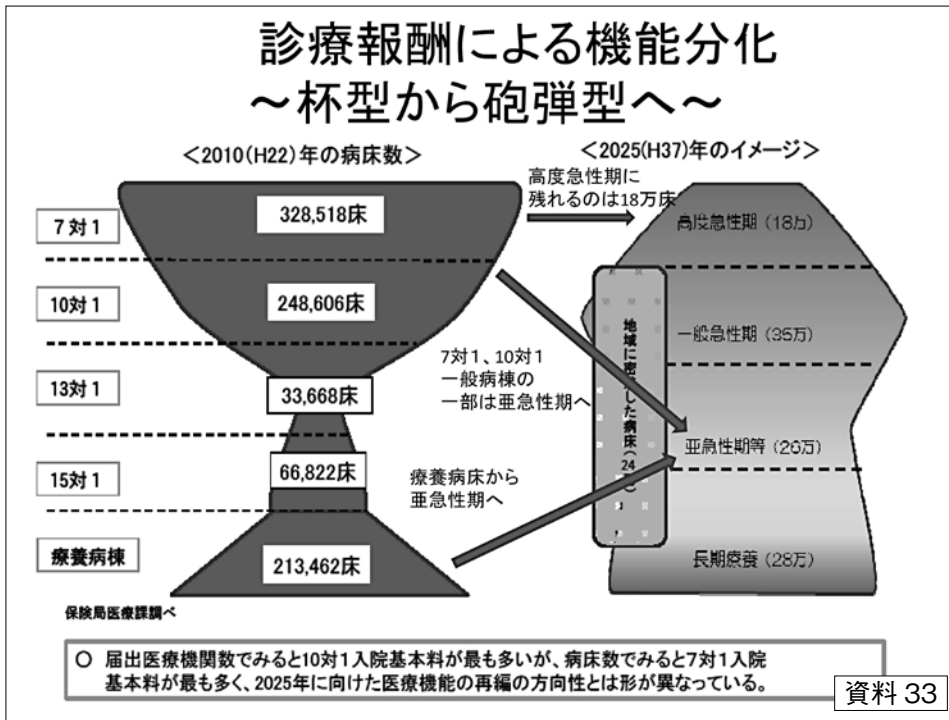


(4) 診療報酬の改定率の推移



資料32は毎回の報酬改定の改定率のトレンドです。例の小泉内閣の時に、毎年2,200億円カットという、最悪のマイナス改定が続きました。その後、ようやく福田内閣、民主党政権となり、水面上に顔を出したのですが、またマイナス改定ということです。(資料32)

(5) 診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



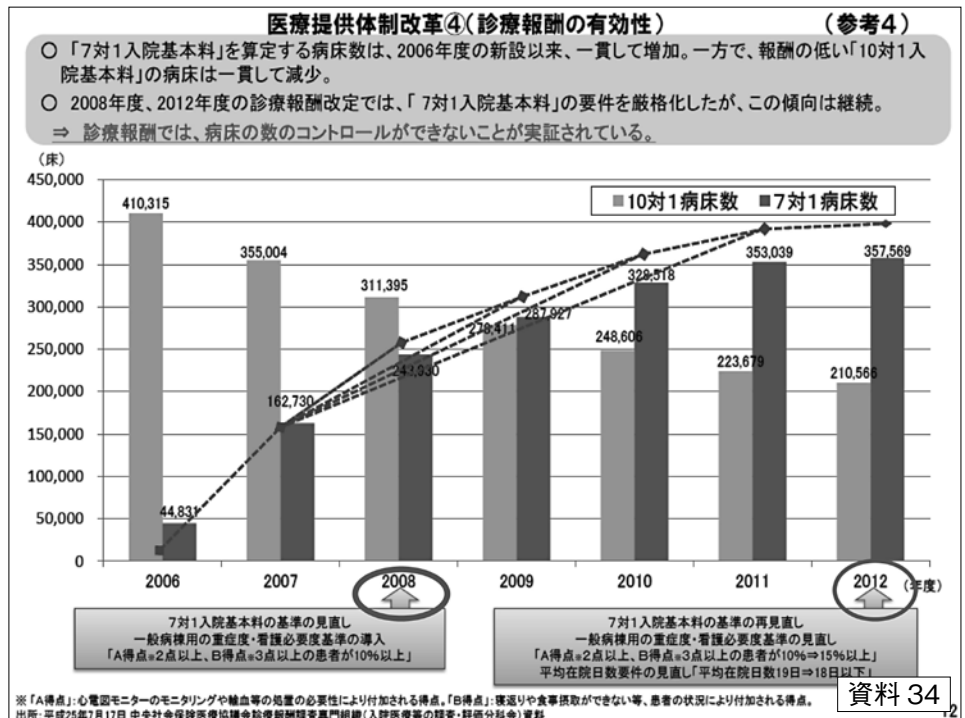
資料33は分科会の中でいつも出てくる図です。左側は、看護師配置に沿った病床配分で「ワイングラス型」です。そして、右側が2025年のあるべき姿です。高度急性期18万床、一般急性期35万、亜急性期20万、長期療養28万ということで、中医協ではこれを「ヤクルト型」と言っていました。「ワイングラス型からヤクルト型への変更」ということです。

この中で大きく課題になったのが、増えすぎた

7対1病床の削減とさらなる高度化です。矢印が2つあります。一つは、さらなる高度化、高度急性期の方向、もう一つは、亜急性期の方向です。そして、療養病床のほうも亜急性期の方向です。このような思惑でした。(資料33)

(6) 医療提供体制改革(診療報酬の有効性)

7対1の制度を創設した2006年は4万4,000床だったのが、あっという間に増えてしまい、現状36万床近くです。この間、保険局医療課も2回ほどブレーキを踏みます。2008年改定と2012年改定です。平均在院日数要件の見直しなど、予想した手だてでブレーキを踏むのですが、ほとんど効果はありませんでした。若干、この辺りで頭打ちという感じです。これを反転して、減少させていくほうに今回の改定が働くかどうか。これが最大の争点です。(資料34)



2. 高度急性期、一般急性期

まず、高度急性期へ向けて、7対1のさらなる高度化の方向性です。一つは、総合入院体制加算1、ICU要件見直しです。

(1) 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

➤ 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1 (1日につき・14日以内) 240点

【施設基準】

① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。			
ア 人工心肺を用いた手術	40件/年以上	エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件/年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件/年以上	オ 化学療法	4,000件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件/年以上	カ 分娩件数	100件/年以上

② 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っていること。

③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

化学療法要件
が厳しい

総合入院体制加算2 (1日につき・14日以内) 120点

※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

資料 35

総合入院体制加算1の要件について、いろいろな病院で聞いてみますと、レジメン単位の「化学療法4,000件」というのはとてもハードルが高く、これを超える所は、下手すると1病院ぐらいしかないのではないかと思います。最初は11病院ぐらい出るはずだったのですが、どうもこの「化学療法4,000件」で、どこもギブアップになってしまっています。それから、精神科も持っていなければならぬなど、高いハードルが設けてあります。(資料35)

(2) 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

質の高い集中治療の評価

▶ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1	
イ 7日以内の期間	13,650点
ロ 8日以上14日以内の期間	12,126点

診療密度の高い
ICUを高く評価

(新) 特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)	
(1) 7日以内の期間	13,650点
(2) 8日以上60日以内の期間	12,319点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。

④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

18

資料 36

もう一つは、診療密度の高いICUを高く評価するという事です。重症度、医療・看護必要度のA項目3点以上、かつB項目3点以上ということで、これをクリアするのはなかなか大変です。こうしたさらなる機能分化、高度化も大きな目的です。(資料36)

(3) 入院医療等の調査・評価分科会

今回は、7対1の一般病棟基本料の見直しについてです。皆さんご承知のように、①平均在院日数要件、②重症度・看護必要度要件の見直し、③その他の指標の追加ということで、対応しました。(資料37)

入院医療等の調査・評価分科会

- (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
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) 亜急性期入院医療管理料等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

資料 37

(4) 7対1入院基本料のあり方

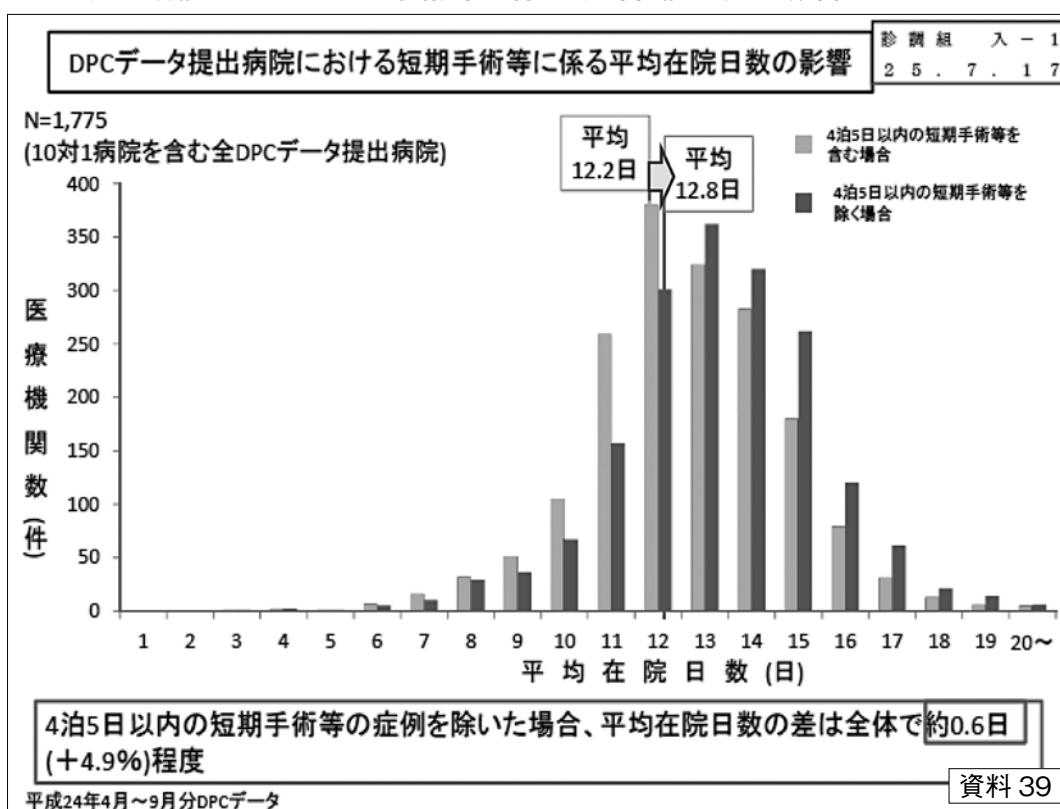
これは分科会の中でいろいろな議論がありました。そもそも7対1入院基本料にふさわしい病棟とはいったい何なのか、というところから議論しました。暫定的に、例えば、「複雑な病態を持つ急性期の患者に対して、高度な医療を提供すること」という定義を置いた上で、現状それにそぐわない、例えば、短期間の退院可能な手術・検査や、90日超えの特定除外の患者さんの見直しを行います。この2つの方法で行ったわけです。(資料38)

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、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は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

資料 38

(5) DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響



まず、短期滞在の手術・検査は今まで在院日数に入っていたので、それを除いてしまいます。白内障手術でぐるぐる回して在院日数を短くするなど、これまでも結構行われていました。このような短いものを在院日数から外すと、0.6日延長します。(資料39)

(6) 短期滞在手術基本料の見直し

短期滞在手術基本料の見直し

▶一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

<対象検査>

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法

<対象手術>

- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上
- K743 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術・検査は
1入院包括になる!

※ 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

資料40

この中に21項目入っています。確かに、睡眠時無呼吸のポリグラフィー、オーバーナイト検査などは7対1に入れなくてもよいのではないのでしょうか。それから、食物アレルギーの負荷試験も7対1でなくてもよいと思います。

しかし、この中に白内障手術や結腸のポリペクトミーなどが入りました。これらの手術は、在院日数から外されると同時に、1入院包括にしました。これは完全にDRGなので、大きなことです。こうした措置になりました。眼科で単科の病院や、結腸のポリペクトミーや痔(じ)の手術専門などの単科の病院は、大きな影響を受けていると思います。(資料40)

3. 特定除外制度

それから、長い患者さんを在院日数に入れるということです。90日超えの特定入院患者さんは、今まで在院日数の計算対象から除外されていましたが、それを入れてしまうということです。

(1) 90日超患者のうちの特定除外患者割合

90日超患者のうちの特定除外患者割合					
	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

資料 41

在院日数から除外されていた特定除外患者さんがどのぐらいいたのかといいますと、7対1で3.7%、10対1で6.5%もいました。(資料41)

(2) 特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

どのような患者さんがいたのかといいますと、一つは、がんの患者さんです。特に、血液がんで入院化学療法の長引く患者さんが該当していました。脳卒中のリハビリテーションをしている患者さんは、7対1でなくても、回復期に移行していけばよいのではないのでしょうか。問題は、人工透析を行っている患者さんで、なんと10対1で30%もいます。これは、今回の療養病棟の中で透析を受けることのできる枠をつくりましたので、そちらへ移ることになるでしょう。(資料42)

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)				
	7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
	件数	割合	件数	割合
全体	142	100.0%	112	100.0%
[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	-	-	3	2.7%
[03] 重度の肢体不自由者、腎臓機能等の重度障害者、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	7	4.9%	10	8.9%
[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	-	-	-	-
[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
[10] 人工腎臓、持続経静脈式血液濾過または血液交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	-	-
[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%

平成24年度 入院医療等の調査より

資料 42

(3) 特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数

診療組 入-1
25.5.16

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

← 1.5日延長 ← 3.2日延長

資料 43

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

今まで在院日数に含まれなかった、これらの特定除外患者さんを入れて計算するとどうなるでしょうか。7対1で1.5日延長、10対1で3.2日延長となります。(資料43)

(4) 平均在院日数

平均在院日数

- 4泊5日以内の短期手術等の症例を除いて平均在院日数を計算した場合
 - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、特定除外患者を含めて平均在院日数を計算した場合
 - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
 - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

資料 44

在院日数の短いのと長いのを合算すると、だいたい7対1で約2日、10対1で約4日の在院日数の延長につながります。したがって、7対1だと今は18日要件なので、15日ぐらいでくるくる回っている所はあまり影響がないと言えると思います。(資料44)

4. 重症度・看護必要度

今回、この7対1の削減効果が一番出るのでないかと言われたのが、重症度・看護必要度でした。

(1) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

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	なし
2 血圧測定	0から4回	5回以上	なし
3 時間尿測定	なし	あり	なし
4 呼吸ケア	なし	あり	なし
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	なし
6 心電図モニター	なし	あり	なし
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	なし
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	なし
9 専門的な治療・処置 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	なし	なし	あり

測定・評価が要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 〔一般病棟10対1入院基本料届出病棟〕	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 〔一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟〕	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 〔一般病棟13対1入院基本料届出病棟〕	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	なし
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・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	なし
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

厚生科学研究特別研究で追加項目を検討 資料 45

重症度・看護必要度をおさらいします。A項目・B項目の2つから成っています。A項目のモニタリング処置とB項目の日常生活動作で、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者さんが15%以上いなければ、7対1はとれないという要件です。(資料45)

(2) 重症度・看護必要度

7対1の重症度・看護必要度について、「複雑な病態をもつ急性期の患者さんに必要とされる重症度・看護必要度とはいったい何か」ということで、分科会の中で横断調査を行いました。7対1、10対1、13対1、15対1、それから療養病棟を、全部このスケールで計ってみると、なんと時間尿測定と血圧は15対1や療養病棟で得点が高くなってしまいました。これは7対1を本当に正確に表しているのだろうかということで、この項目は削除になりました。それから、創傷処置や呼吸ケアも見直しました。

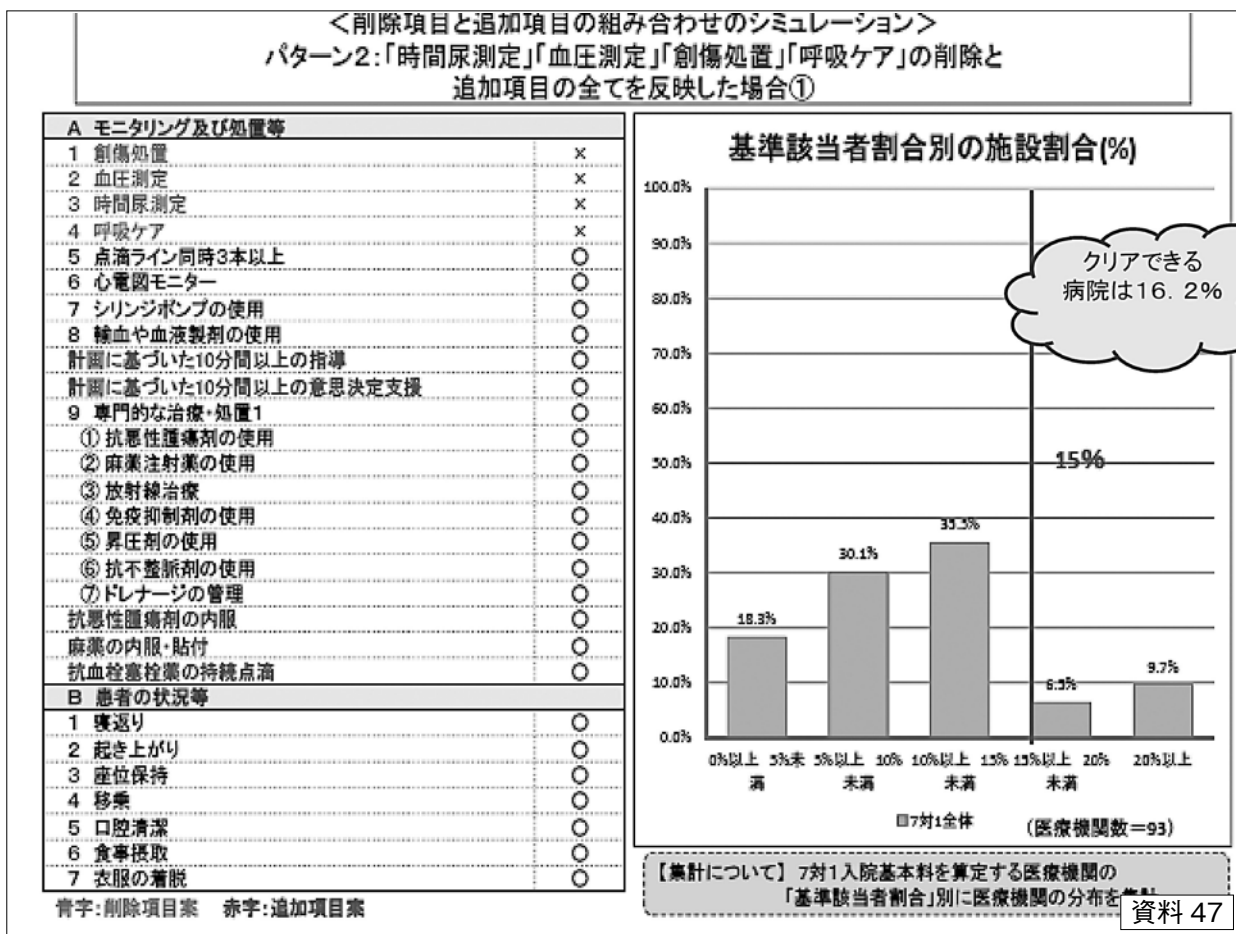
新しい項目として、抗がん剤の内服や麻薬の内服・貼付などを加えました。10分以上の指導・意思決定支援については、看護師さんが患者さんに対して、医者の説明の補助として意思決定を促す際の説明を行った場合ということにしました。原案ではこれを入れました。(資料46)

重症度・看護必要度

- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から見直し
 - 時間尿測定及び血圧測定は削除
 - 「創傷処置」については、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る
 - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
 - 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
 - 10分以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

資料 46

(3) 削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション



原案どおりに全部シミュレーションしてみました。資料47の左の表で「創傷処置」、「血圧測定」、「時間尿測定」、「呼吸ケア」が削除項目、「計画に基づいた10分以上の指導」、「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」、「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」が追加項目です。15%台でこれをクリアできる病院は16%しかなく、それ以外は全部クリアできませんでした。このようなものは使えません。(資料47)

(4) 中医協総会(11月27日)

結果的には、先ほどの中医協総会の中で、原案にあった「10分以上の指導・意思決定支援」を外してしまいます。シミュレーションを行ってみたところ、それでも7割ぐらいしかこれをクリアできないのではないかということになりました。(資料48)

中医協総会(11月27日)

- 「計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援」を除くと・・・
- 「重症度・看護必要度の高い患者割合15%以上」の要件を満たせる病院は？
 - 全体の56.5%(25.9ポイント減)
 - 3カ月を超えず1割以内に変動の範囲内にある病院(点数算定が認められる)を含めると70.6%(16.5ポイント減)

資料 48

5. 7対1病床は9万床減るかもしれない？

7対1病床36万床のうち、おそらく9万床、約3～4割は脱落するのではないかとされています。しかし、経過措置が半年あるので、今、どこの病院も「7対1クリア」「7対1を死守しよう」と、さまざまなことを行っています。一つは、7対1を測定する時の看護師さんのトレーニングです。間違っただけ方をしている人もいたので再トレーニングをしてみたり、A項目の心電図モニターで稼いだり、がん患者さんに抗がん剤の内服「S-1(エスワン)」みたいなものを飲ませて点数を上げたり、皆さんさまざまな工夫を重ねています。実際、9万床と言っても、本当に減少するのはどのくらいなのかということが、今非常に注目の的ですが、

(1) 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2-6: 7対1入院料(看護必要度:3病院の状況)

シミュレーション②	看護必要度			
	現行	改定後(注2)	差	
300床 がん専門病院	A病院 2013年7月	16.9%	14.2%	-2.7%
	8月	16.5%	13.4%	-3.1%
150床 整形外科病院	B病院 2013年7月	16.4%	11.1%	-5.3%
	8月	13.5%	10.3%	-3.2%
200床 ケアミックス病院	C病院 2013年7月	17.0%	14.4%	-2.6%
	8月	20.7%	17.8%	-2.9%

注2: A評価より血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外(除外条件は施設により違いあり)

①血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外した場合の看護必要度への影響を、試算したもの。

②3病院共に2.6%～5.3%と低下幅が大きく、A病院・B病院では2か月連続、C病院でも単月で施設基準の要件を下回る。(施設基準: 7対1=15%、10対1=10%)

③病棟別や診療科別など看護必要度の精査が必要。

35

資料 49 広島国際大学医療経営学部 田村潤准教授資料

今回の7対1の見直しでは、300床以下の病院がかなり影響を受けるのではないかとことです。400床、500床の規模は、それほど影響を受けません。なぜなら、シミュレーションを行ったのです。実例で、300床以下のがん専門病院、150床の整形単科、200床のケアミックスで、実際の病院を使ってシミュレーションを行ってみました。その結果、やはり一番利くのが看護必要度でした。これがクリアできないということです。

(資料49)

病棟ごとに見た場合、在院日数もクリアできないということがありました。今後、この手の200床、300床ぐらいの病院が、かなり影響を受けるのではないのでしょうか。そういう所に地域包括ケア病棟を入れて、7対1をキープするような手だてが出てくるのではないかと考えます。(資料50)

2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

2-6: 7対1入院料(看護必要度:3病院の状況)

病棟別の平均在院日数及び看護必要度(2013年8月)

A病院					
病棟名	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)	
東3	7.7	12.0	×	×	
東4	12.5	17.4	○	○	
東5	10.5	12.8	×	×	
東6	22.3	9.0	×	×	
南3	11.9	26.7	○	○	
南4	22.0	9.1	×	×	
南6	17.9	10.8	×	×	
一般全体	13.0	16.5			

B病院					
病棟	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)	
2階	22.0	11.2	×	×	
3階	11.6	4.1	×	×	
4階	14.5	5.4	×	×	
東館	19.6	5.4	×	×	
一般全体	13.4	13.5			

注1: 看護必要度が7対1を満たさない
注2: 平均在院日数・看護必要度共に7対1を満たさない。

36

資料 50 広島国際大学医療経営学部 田村潤准教授資料

(2) その他指標

その他の指標です。今回7対1にDPCデータの提出を義務化しました。7対1で、DPCではない所もまだ2割ぐらいあります。そういう所も、きちんとDPCデータを出さなければならぬことになりました。

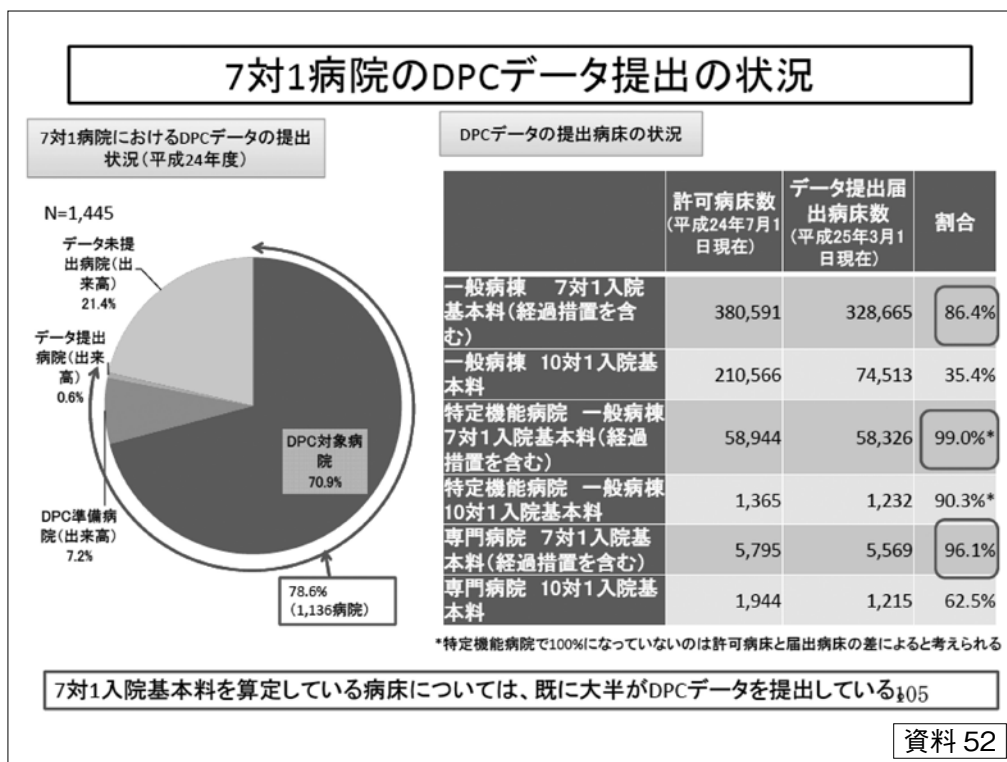
それから、在宅復帰率75%です。在宅を紹介する相手方は、自宅を含めて回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床と、細かく決めています。これも、大きな400床、500床規模の病院はそれほど影響を受けませんが、同じように、300床以下の病院がかなり影響を受けるのではないかとされています。(資料51)

その他指標

- 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、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率75%
 - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率(自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院)
- 早期リハ
 - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

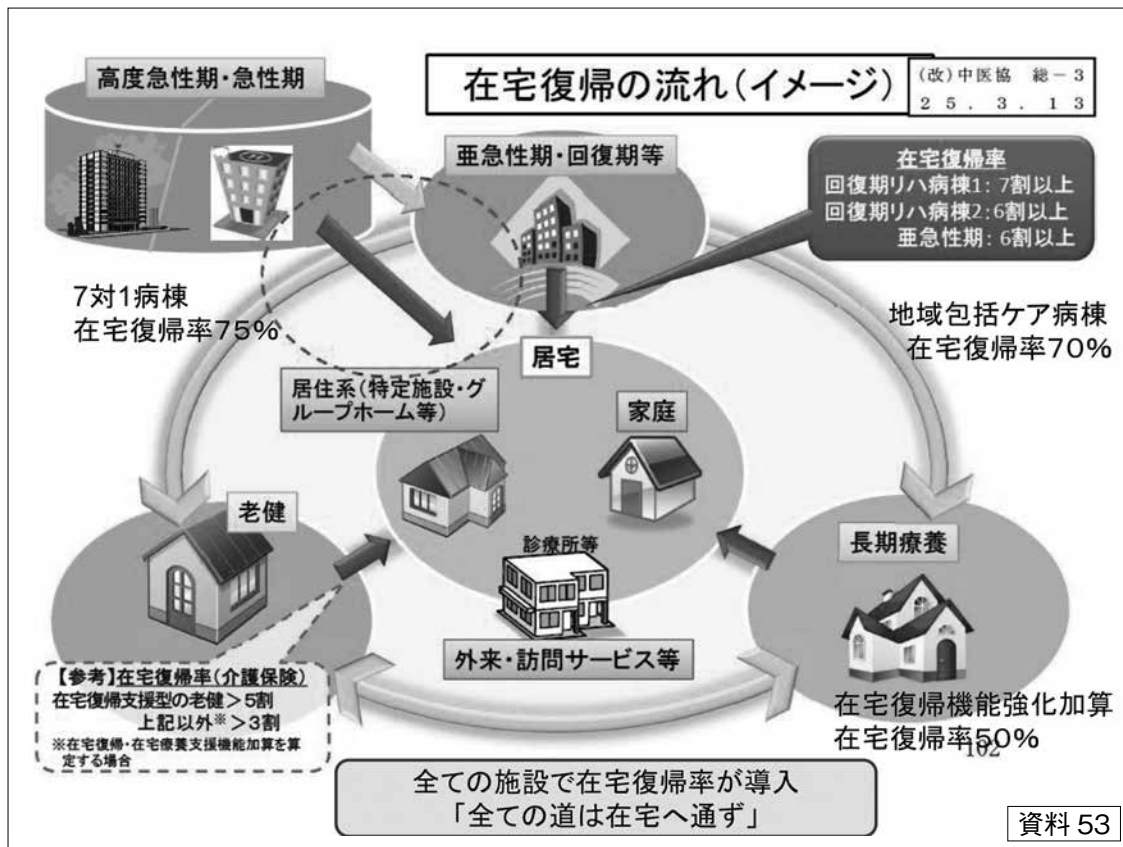
資料 51

(3) 7対1病院のDPCデータ提出の状況



これは7対1病院のDPC提出状況です。現状、2割ぐらいが出ていません。これも全部出してくださいということです。(資料52)

(4) 在宅復帰の流れ(イメージ)



在宅復帰率です。結果的にはこのようになりました。急性期の7対1の要件に、在宅率75%を入れました。後で出てきますが、地域包括ケア病棟からも在宅復帰率が入りました。それから、もともと回復期リハビリテーション病棟には入っていました。在宅復帰強化型の老健も、在宅復帰率が入っています。今回、療養病棟の在宅復帰機能強化加算にも在宅復帰率50%が入りました。つまり、全部にこの在宅復帰率が入ったのです。これは、「在宅復帰率包囲網」とも言うべきものです。全ての施設に在宅復帰が入ったので、もう在宅しか行けなくなってしまったという状態なのです。全ての道が在宅につながり、出口がなくなってしまったのではないのでしょうか。それ以外の、在宅復帰率の入っていない療養病棟に紹介しても、紹介側の7対1病棟のほうにも在宅復帰率がカウントできないことになってしまいます。(資料53)



6. 亜急性期入院医療

もう一つの大きな課題が、亜急性期入院医療です。

(1) 亜急性期入院医療

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

資料 54

ここで、先ほど病床機能区分で消えた亜急性期病棟が復活します。分科会でこの話が出た時、「なぜまたすぐに復活させるのか」と大変でした。先ほどの定義と全く同じです。まず「ポストアキュート」「サブアキュート」「在宅復帰率」を、要件付けてここに入れました。これも大変でしたが、皆さん名前も大嫌いなのです。とにかく、この3つの要件を備えた病棟が、高齢化した時に絶対必要だということで、何とか通りました。(資料54)

(2) 中医協総会(11月27日)

中医協総会(11月27日)

- 「亜急性期病棟」
 - (i) 地域医療を支えるため「亜急性期医療の評価を充実」する
 - (ii) 亜急性期は病棟単位の評価を原則とし、200床未満の病院については特例を設ける
 - 200床未満では病院全体あるいは1病棟に限り病床単位
 - (iii) 亜急性期の機能に鑑み要件を設定する
 - (iv) 療養病床においても、1病棟(60床)まで亜急性期の届け出を可能とする

資料 55

中医協総会で、結果的に、まず亜急性期に対しては病棟単位で行うことになりました。今まで、亜急性期入院管理料は病床単位でしたが、これを病棟単位とすることとしました。200床未満では、病床単位もよいということにしました。療養病床においても、1病棟に限って亜急性期の届け出を可能としました。(資料55)

(3) 地域包括ケアを支援する病棟の評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められる。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)
地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算	150点
看護補助者配置加算	150点
救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日まで)

【施設基準等】

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上
 看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上
 救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について

資料 56

亜急性期病棟は「地域包括ケア病棟」リハは包括化された

「亜急性期病棟」という名前はさすがに使いませんでしたので、「地域包括ケア病棟」という、何か物々しい名前になりました。「地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1」は、2,558点です。リハビリテーションが包括化されているので、皆さん少し不満があるとは思いますが。これを見ると、人の配置の要件、特にPT・OTさん、看護助手、看護師さんの配置がきついです。さらに、在宅復帰率7割以上というのが入っています。(資料56)

(4) 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



どのような病棟のイメージか見てみます。療養病床から移行するケースでご紹介します。これは、日慢協の日本慢性期医療協会の武久会長が、東京の世田谷の多摩川べりに新たに造った世田谷記念病院です。これが一つの典型なのでご紹介します。(資料57)



資料 57

医療法人 平成博愛会

世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

全室個室200床

医療療養病床	105床
地域包括ケア病棟	長期急性期病床 56床 長期慢性期病床 49床
回復期リハビリ病棟	95床

診療科目
内科、整形外科、リハビリテーション科

診療時間
午前9時～正午



資料 58

200床で、全室個室です。医療療養病床が105床、回復期リハビリテーション病床が95床です。この医療療養病床に2つの病棟があります。一つは、武久会長たちが使っている名前と言うと、「長期急性期病床」です。これは、アメリカでいうところの「LTAC(Long Term Acute Care)」という病棟で、これを地域包括ケア病棟にしようということです。(資料58)

(5)2つのタイプの療養病床

コンセプトは、急性期治療を終えた患者さんが早期に移れるポストアキュートです。東京都は、急性期の大型病院がポストアキュートを全部抱え込んでいます。こうした病棟があれば、こちらに移すことで急性期病棟の高度急性期がさらに円滑に動きます。そうしたことは東京都ではなかなか浸透していないので、これからだと思います。このようなポストアキュートです。それから、積極的な治療とリハビリテーションにより早期退院を目指すことや、在宅療養や施設入所患者さんが状態悪化した時の支援病棟です。地域包括ケア病棟にする為に、看護配置を通常の15対1(本当は20対1)から、10対1ぐらいまで上げます。そして、在院日数は2カ月程度で、在宅復帰率70%を目指すような感じですか。(資料59)

2つのタイプの療養病床

<p>長期急性期病床</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期治療を終えた患者様を早期(1～2週間)に受け入れる 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)→10対1 目標平均在院日数は2ヶ月 在宅復帰率 70% 	<p>地域包括ケア病棟</p>
<p>長期慢性期病床</p> <ul style="list-style-type: none"> 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者 入院前から長期療養が必要と分かっている患者 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す 	

資料 59

(6) リハビリテーション

実際に病棟に行ってみますと、回復期リハビリテーションもありますので、PT・OT・STも合わせて82名います。リハビリテーション病棟の中に、看護師さんとPT・OTさんがごちゃ混ぜ状態です。中医協でも議論されていますが、これからは多職種配置です。看護師さんだけの純粋な配置ではなく、こうした医療関連職種の多職種によって配置して、それを7対1基本要件の中に入れていくというやり方です。今回、この地域包括ケア病棟が一つの先駆けになると思います。今後、そうしたものが7対1のような所に順次入ってくると思います。

行ってみますと、今までの医療療養の老人病院の雰囲気とは全然違います。明らかにコンセプトが違うというか、変わってきたのを感じます。(資料60)



リハビリテーション		
PT	57名	合計 82名
OT	17名	
ST	8名	
回復期	9単位/日	24時間365日
長期急性期	1~2単位/日	地域包括ケア病棟 2単位必須
長期慢性期	集団リハビリ・レクリエーション	

資料 60

7. 外来の機能分化の推進について

ここからは外来の機能分化の推進についてです。

(1) 外来診療の機能分化の推進(平成24年診療報酬改定)

外来診療の機能分化の推進(平成24年診療報酬改定)

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

▶ 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等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点
(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

紹介率 = $\frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$ 逆紹介率 = $\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

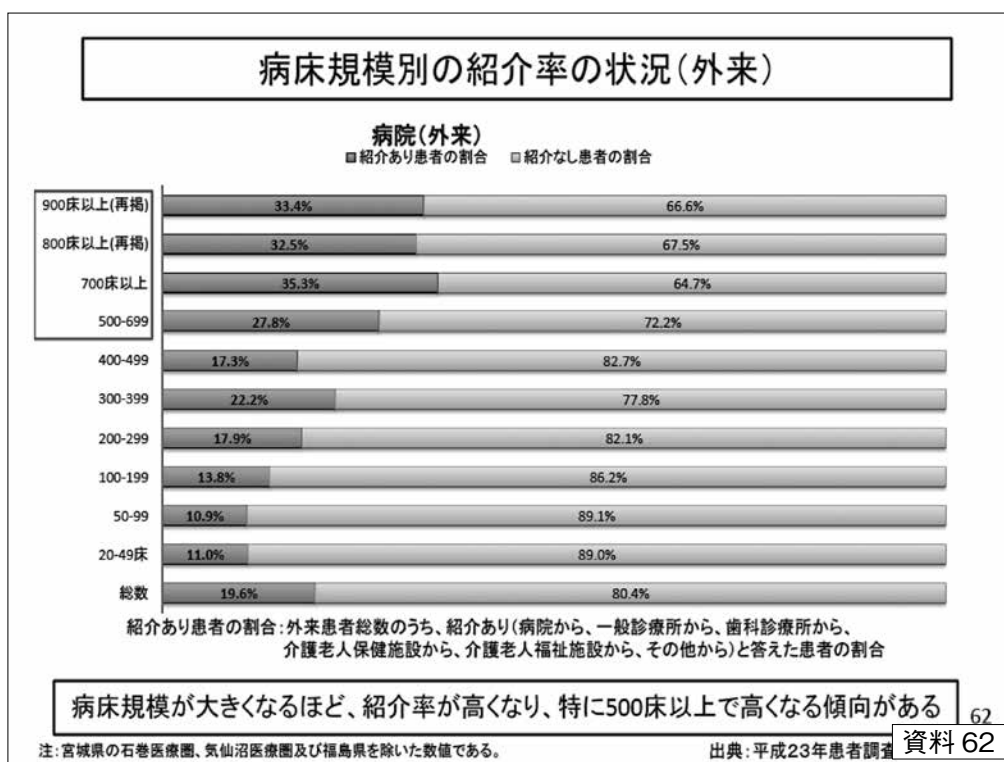
※ ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。
(翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告する。)

(注) 初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、
・特定機能病院は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、
・地域医療支援病院は、「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により、
定めている業務報告と同じ基準としている。

資料 61

ご承知のように、前回の改定時に、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院に関して、紹介率・逆紹介率要件が満たない所は、初診料、外来診療料8%減算としました。実際に分科会で調べてみましたが、これに該当する所はありませんでした。(資料61)

(2) 病床規模別の紹介率の状況(外来)



そして、500床以上の病院の紹介率は高いです。(資料62)

(3) 外来の機能分化の課題と論点について

外来の機能分化の課題と論点について

【課題】

- ・ 外来の機能分化を図るため、平成24年改定において、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進した。
- ・ 紹介率、逆紹介率は上昇傾向にあったものの、依然として低い傾向があり、紹介率が低い理由として、「選定療養費をとっていても、紹介状を持たない患者が多数受診すること」、「患者数を確保するなどの経営上の理由があること」等が考えられる。
- ・ また、逆紹介率をあげるための課題として、医学的に逆紹介できる患者が少ないこと以外にも、「地域に連携できる医療機関が少ないこと」、「患者数を確保するなど、経営上の理由があること」等が考えられ、逆紹介率については、紹介率に比べ低い傾向があることも踏まえ、逆紹介率を上げる取り組みが重要であると考えられる。
- ・ 外来においては、病床規模が大きくなるほど、紹介率、逆紹介率が高い傾向があり、500床以上の病院においては、比較的高い紹介率、逆紹介率であった。

↓

【論点】

○ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、地域の拠点となるような病院が、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師と連携し、紹介率及び逆紹介率を更にあげる取り組みを推進するために、**許可病床数が500床以上の全ての病院について、平成24年改定と同様の取り扱いとするとともに、特に逆紹介の取り組みを更に推進していくことについて、どのように考えるか。** 65

資料 63

こうしたことから、先ほどの紹介率・逆紹介率要件を、500床以上の全ての一般病床に拡張してはどうかということで、行いました。つまり、許可病床数500床以上の全ての病院について、今回の紹介率・逆紹介率を満たさない場合に、初診・再診料の減算を行うことにしたのです。(資料63)

(4) 中医協総会 (2013年11月1日) において入院医療等の調査・評価分科会報告

中医協総会で、分科会の報告を11月1日に行いました。これも議論があった為、次回の改定からは変わります。今回は直接総会に報告したのですが、その時の議論は、分科会としては非常に大きなテーマでした。本来、こうした大筋の議論は基本問題小委員会で扱うべきなのですが、今回は基本問題小委員会を経ずに、直接総会に出したのです。次回から分科会の意見は、まず基本問題小委員会で大きな筋道を作り、分科会はその技術的な側面を検討した上で、基本問題小委員会に上げていくというやり方になります。今回だけは総会に出しました。2時間いろいろな質問を受けて大変でしたが、何とか分科会としての報告を終えました。(資料64)



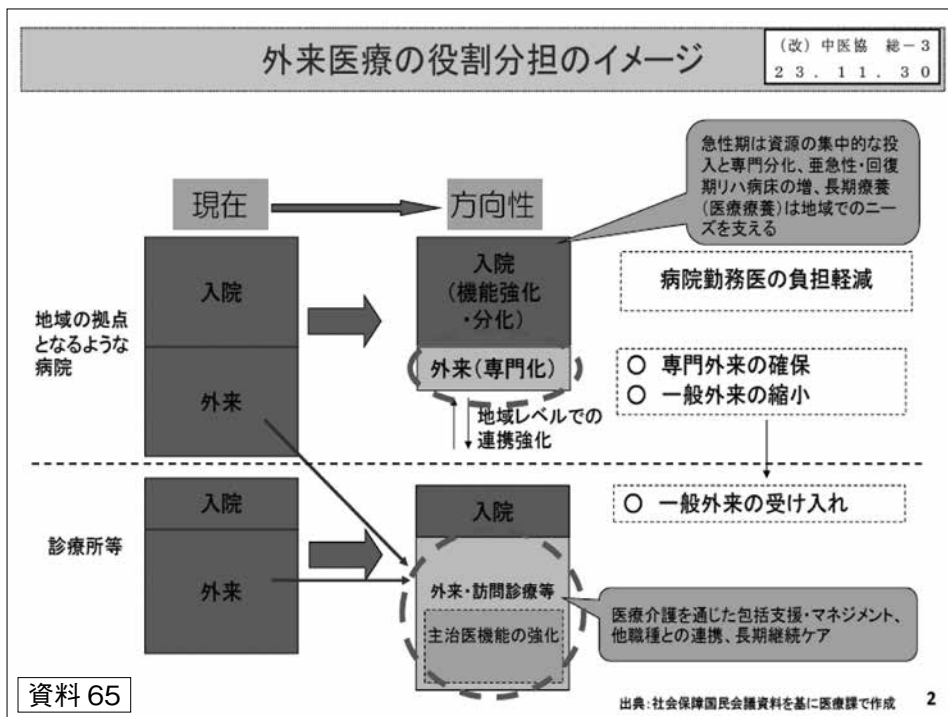
中医協総会(2013年11月1日)において入院医療等の調査・評価分科会報告

資料64

8. 外来医療 <主治医機能について>

ここからは分科会の話から外れます。外来医療、主治医機能も大きな課題であります。これから、いわゆるかかりつけ機能を具体的に提示していくことになっていきます。

(1) 外来医療の役割分担のイメージ

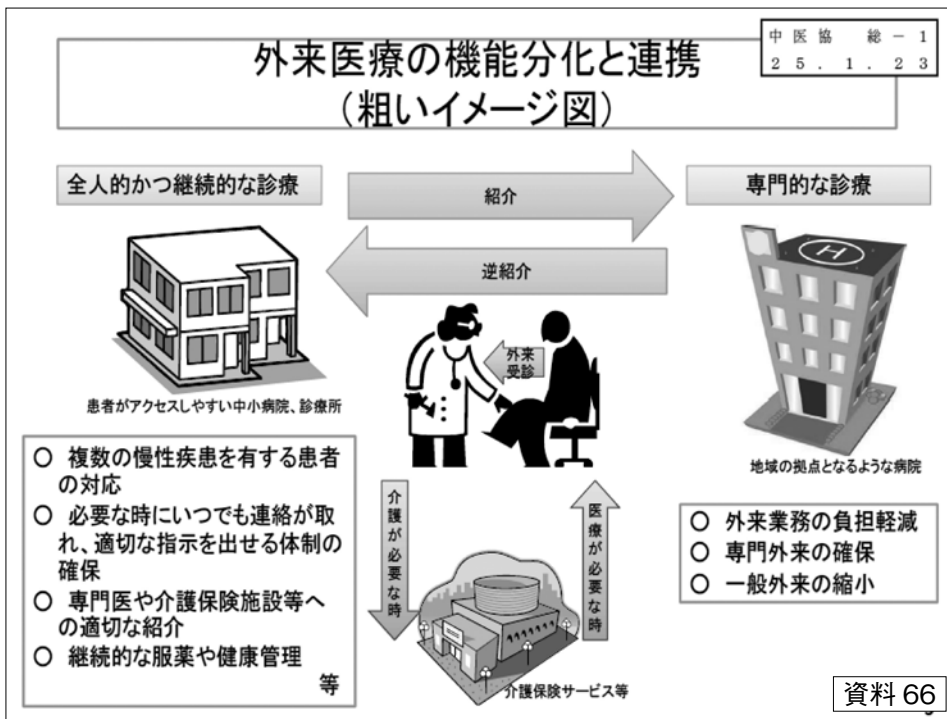


外来医療の役割分担に関しては、200床のラインを境として、200床以上の病院の外来は専門科、200床未満の病院および診療所は主治医機能の強化という方針です。(資料65)

資料65

出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成 2

(2) 外来医療の機能分化と連携



その間に、紹介率・逆紹介率が行われます。先ほど、500以上の病院の紹介率・逆紹介率における初診・再診の減算がありました。500床というのは必ずしも固定的なラインではありません。どんどん下がっていきます。次は300床、下手すると200床まで下がっていきます。これは十分注意しないといけません。(資料66)

(3) 主治医機能の強化について

主治医機能に関しては資料67のとおりになりました。4つの定義です。「服薬管理」「健康管理」「介護保険制度の理解と連携」「在宅医療の提供および24時間の対応」ということです。(資料67)

主治医機能の強化について

1. 対象医療機関と対象患者
2. 服薬管理
3. 健康管理
4. 介護保険制度の理解と連携
5. 在宅医療の提供および24時間の対応

資料 67

(4) 主治医機能について(対象医療機関と対象患者)

主治医機能について① (対象医療機関と対象患者)	
概要	<ul style="list-style-type: none">・ 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、継続的かつ全人的な医療を行う。
対象医療機関	<ul style="list-style-type: none">・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担うことが重要であると考えられる。・ また、複数の慢性疾患を持つ患者に対して、主治医機能を持った医師が、それぞれの専門性を持った医療機関と連携しながら、一元的な管理を行うことが重要であると考えられる。
対象患者	<ul style="list-style-type: none">・ 複数の慢性疾患を有している患者は高齢者に多いが、それ以外の年齢層にも一定程度みられ、年齢に関わらず継続的かつ全人的な医療を行うことが重要であると考えられる。・ また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者が増加することが見込まれ、これらの疾患を主病とする患者に対する対応が重要であると考えられる。

資料 68

対象患者は資料68のように決まりました。医療施設は200床以下の病院が主流ですが、対象患者を限定しました。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾患のうち、2疾患以上うかがえた患者さんに対して、主治医機能を発揮するという事です。(資料68)

(5) 認知症患者と糖尿病患者

資料69は、今回私どもの国際医療福祉大学の大学院生に調べてもらったものです。処方せんデータベースを利用していろいろ調べることができるのですが、その中で、認知症患者さんの向精神薬利用状態の実態調査を行っていただきました。調査の結果、面白いことが分かりました。

一つは、認知症患者で、高血糖や糖尿病を併発している患者さんについて、糖尿病患者への処方禁忌とされている抗精神病薬が、40名近くに処方されていました。なぜかとい

いますと、受診元が違うのです。認知症を診ている医者で糖尿病を診ている医者が、別の医療機関なのです。薬歴管理の一元化が主治医機能の中で求められていますが、まさに糖尿病と認知症という禁忌薬の多い病域において、きちんと薬歴を管理していないとこうした問題が出てくるのです。今後、このようにいろいろな処方せんデータベースを利用して分かってくることは多いと思います。今回判明した新たな問題、予想された問題ではありますが、それらがはっきりと分かりました。この2つの疾患に関して見ただけでも、今回の主治医機能は非常に重要だということが分かります。(資料69)

認知症患者と糖尿病患者

- ・ 「処方せんデータベースを利用した認知症患者に対する向精神薬等の利用実態の調査」
- 村田純一(国際医療福祉大学大学院)ら
- ・ 認知症患者で高血糖、糖尿病を併発している患者について、糖尿病患者への処方が禁忌とされている抗精神病薬が、39名の患者に処方されていた。
- ・ 認知症と糖尿病治療が2か所以上の医療機関で行われていた。
- ・ 薬管理の一元化が重要！

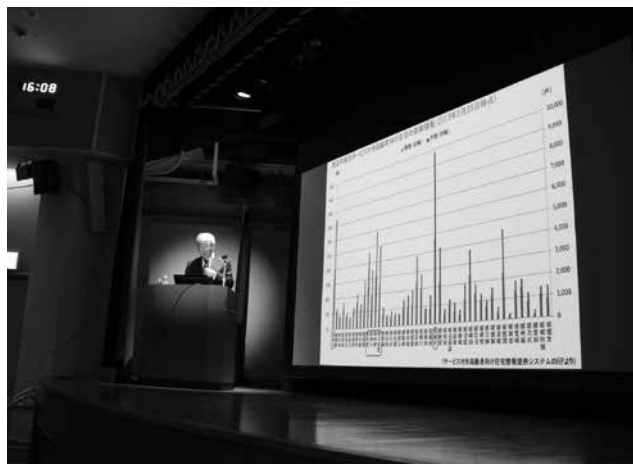
資料 69

(6) 主治医機能の評価について

平成26年度診療報酬改定		主治医機能の評価について	
	地域包括診療料 1,503点(月1回)	地域包括診療加算 20点(1回につき)	
	病院	診療所	
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、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を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所	
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネジャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携協議会の参加		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院		

資料 70

今回の主治医機能の評価について、地域包括診療料は包括で月1回1,503点です。診療所は、加算で20点です。注目すべき点は、在宅療養支援病院・支援診療所です。まず、在宅療養支援病院・支援診療所にリンクした機能としてスタートします。その辺が注目点です。(資料70)



パート4：地域包括ケアシステムと在宅医療の強化

在宅医療を見ていきたいと思えます。在宅医療は地域包括ケアシステムと非常に密接に関係しているの、一緒に扱います。

1. 地域包括ケアシステムの概要

冒頭にも申し上げたとおり、これからは政策課題に向けてどのように設計していくかが、全ての病院に問われてくると思えます。地域包括ケアシステムといいますと、介護の話をしているのではないかと思ったら大間違いです。まさに病院、医療とも大きく関係してきます。

(1) 2012年介護報酬改定の基本方針

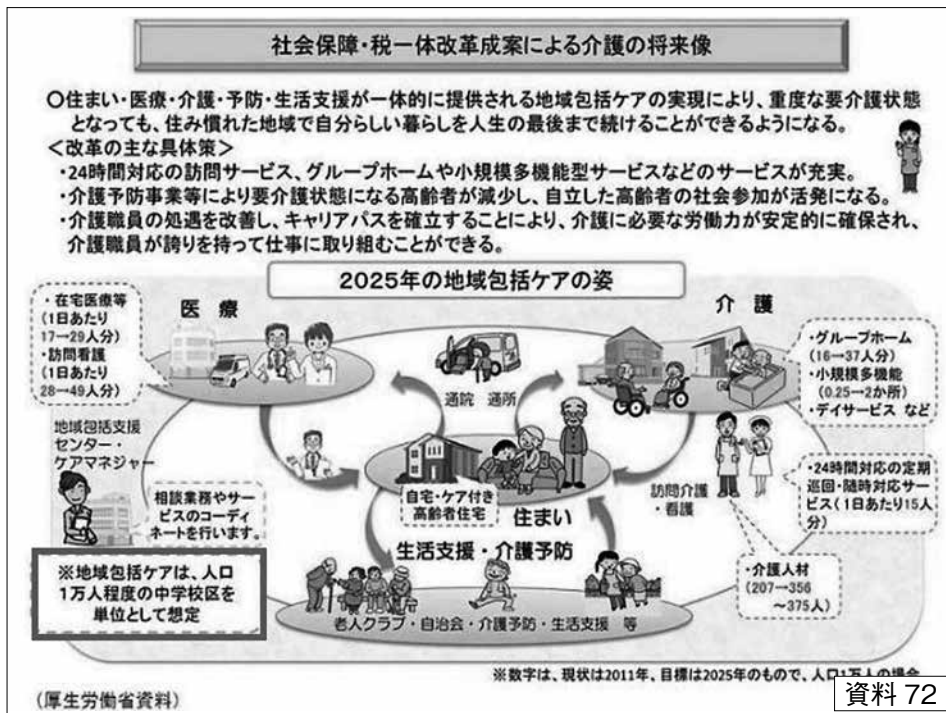
2012年の介護報酬改定の基本方針が入りました。「地域包括ケアシステムの基盤評価」と「医療と介護の役割分担・連携強化」です。(資料71)

2012年介護報酬改定の基本方針

- ・ 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- ・ 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退院強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- ・ 認知症にふさわしいサービスの提供
- ・ 質の高い介護サービスの確保

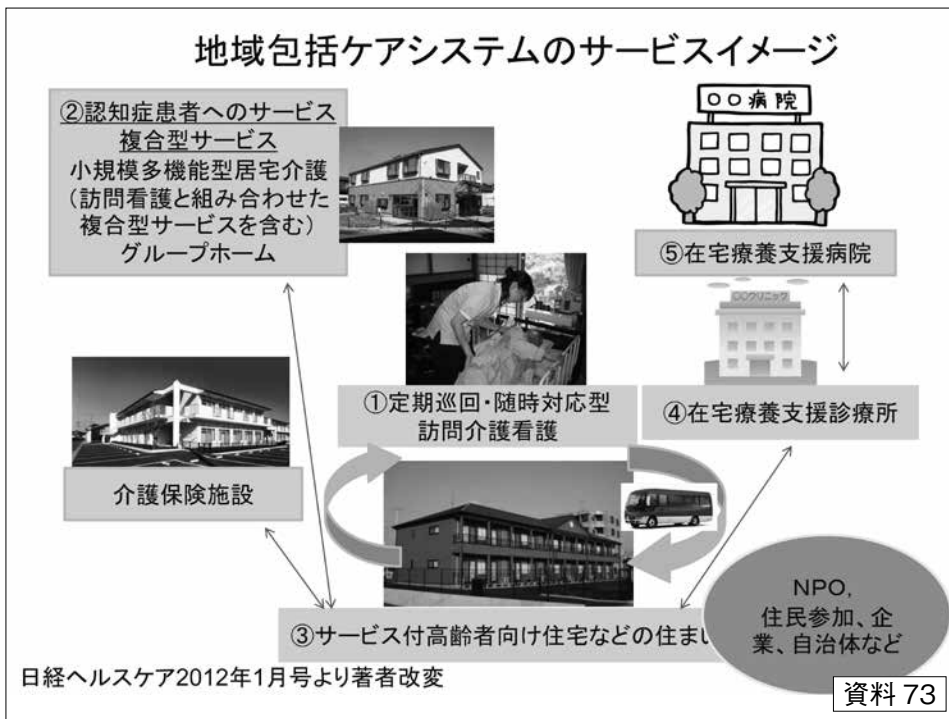
資料 71

(2) 社会保障・税一体改革成案による介護の将来像



人口約1万人の中学校区単位で、住まいを中心として、医療・介護・予防・生活支援を届けるということです。これは完全に、住宅政策へ大きく転換したということでしょう。(資料72)

(3) 地域包括ケアシステムのサービスイメージ



資料73は施設系のイメージをつかんでもらう為に付けました。例えば、サービス付高齢者向け住宅などの集合住宅に関して、24時間のサービス、複合化サービス、既存の在宅医療支援診療所・病院、介護保険3施設、こうしたものを総動員してかかるということです。(資料73)

2. 地域包括ケアシステムを支える3つの新規サービス

地域包括ケアシステムを支える3つの新規サービスということで、①定期巡回・随时対応型訪問介護看護、②複合型サービス、③サービス付高齢者向け住宅が導入されました。(資料74)

**地域包括ケアシステムを支える
3つの新規サービス**

- ①定期巡回・随时対応型訪問介護看護
 - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
 - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
 - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

資料 74

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

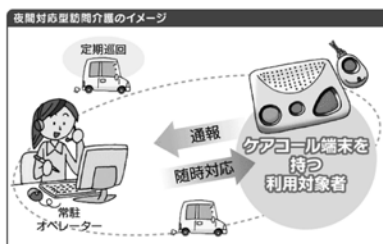
定期巡回・随時対応、24時間サービスは、地域の中に看護ステーションをつくるようなイメージです。

①24時間対応型訪問介護サービス例

24時間対応型訪問介護サービス例

・ 随時訪問の代表例(複数回答)

- ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
- ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
- ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
- ④体調が悪い(11.5%)
- ⑤何となく不安(7.7%)



- ・ 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

資料 75

世田谷区にモデル事業を置きました。利用者対象者が、携行端末のようなナースコールを持ってお家へ帰り、「ベッドから落ちた」「おむつを交換してほしい」という時に、夜中の2時や3時でもサービスを送り届けるということです。(資料75)

②24時間型サービス実施状況

24時間型サービス実施状況

・ 定期巡回・随時対応サービス実施状況

- 2014年1月末時点
- 187保険者、411事業所で実施(目標達成1年おくれ)
- 深夜サービスや看護の確保が困難

・ 都道府県別実施状況

- 東京都 13保険者
- 埼玉県 8保険者
- 愛知県 7保険者
- 北海道、千葉 5保険者
- 事業者数で最も多いのは横浜(18)、札幌(12)、名古屋(6)、川崎(5)、米子(5)

全国の利用者数は
6千人不足...

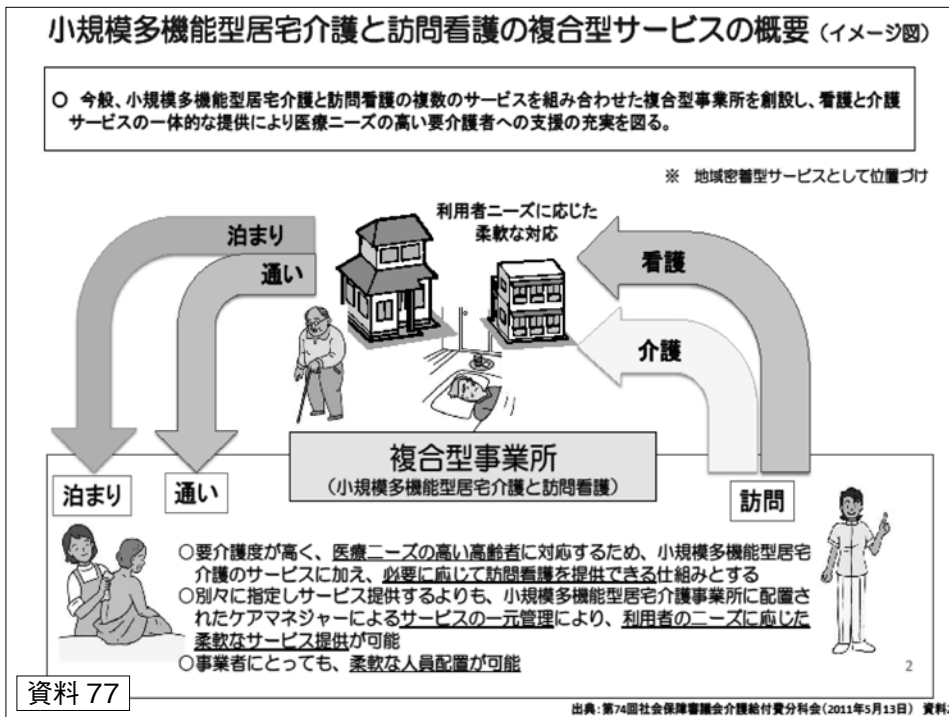
資料 76

しかし、実施状況がなかなか伸びません。2014年1月現在、187保険者で411事業所です。深夜サービスの人の問題と看護の確保の問題があるのです。全国の利用者数は6,000人足らずで、まだまだ少ないです。(資料76)

(2) 複合型サービス

複合型サービスです。これは小規模多機能で、訪問介護と看護を組み合わせたものです。

①小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要

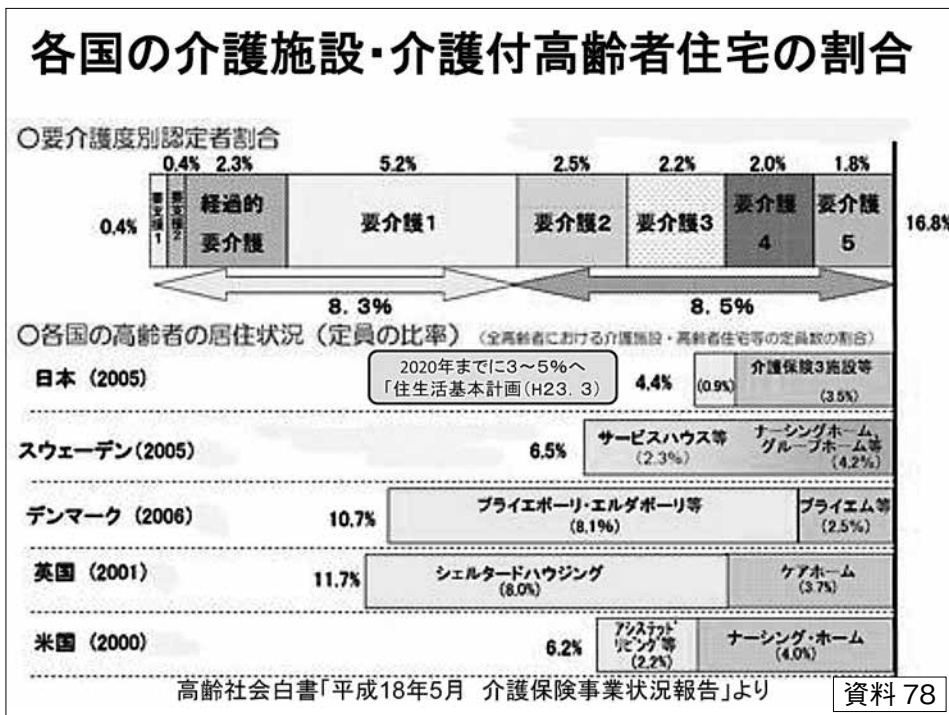


小規模多機能は、認知症の患者さんにとっても好評です。認知症の患者さんは、例えば、デイサービスとショートステイサービスで別々の所に行くと混乱してしまう為、1カ所で、ワンストップで「お泊まりでもよいです」「通いでもよいです」ということにしました。そして、そこに看護・介護を複合させていくサービスです。(資料77)

(3) サービス付高齢者向け住宅

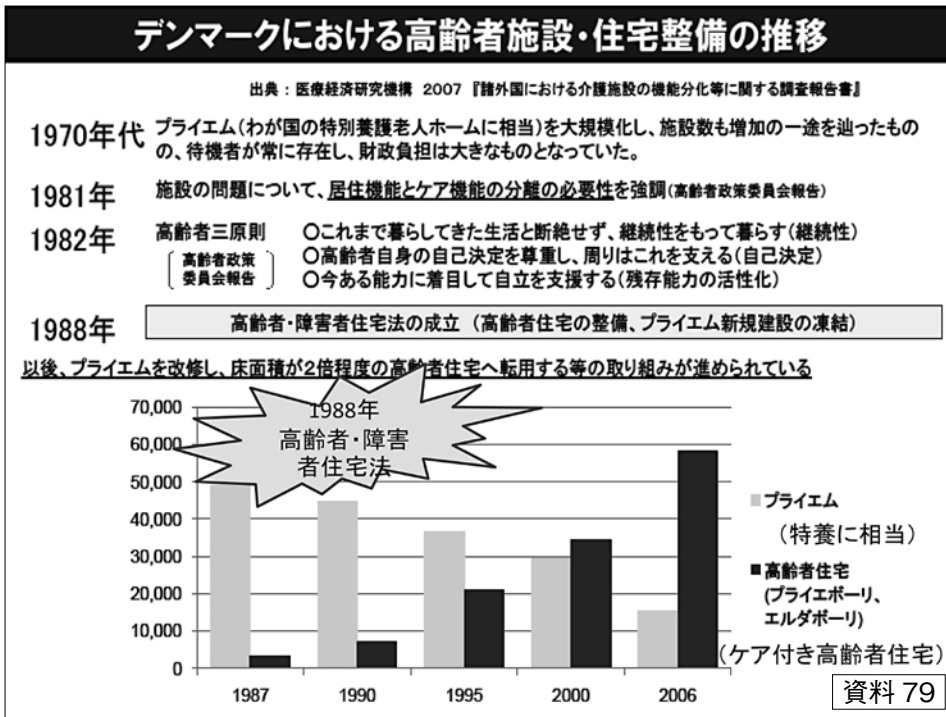
サービス付高齢者向け住宅が、改正高齢者住まい法(2011年改訂)で入りました。

①各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合



この背景として、日本の介護保険3施設は、諸外国のナーシングホームに相当するところがあるのですが、デンマークと比べてみると圧倒的に高齢者ケア付き住宅が足りませんでした。したがって、2020年までに高齢者ケア付き住宅を増やしましょうということで、基本計画が立てられ、今回の改正につながりました。(資料78)

②デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移



デンマークも、かつては特別養護老人ホーム中心でした。特別養護老人ホームに相当する「プライエム」という施設を中心にやっていましたが、1988年の高齢者・障害者住宅法の成立で、プライエムは凍結しました。逆に、ケア付きハウスを増やそうという政策転換が起きました。先進国はみんなこの政策を行ったのです。住宅政策を変えていった結果、ケア付き住宅が伸びました。(資料79)

③サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律(改正法:公布 H23.4.28/施行H23.10.20)

登録戸数: 82,809戸
 (平成24年11月30日現在)

- 登録基準** (※有料老人ホームも登録可)
 - 《ハード》
 - ・床面積は原則25㎡以上
 - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
 - ・バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)
 - 《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)
 - [サービスの例: 食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
 - 《契約内容》
 - ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること(初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)
- 登録事業者の義務**
 - ・契約締結前に、サービス内容及費用について書面を交付して説明すること
 - ・登録事項の情報開示
 - ・誤解を招くような広告の禁止
 - ・契約に従ってサービスを提供すること
- 行政による指導監督**
 - ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
 - ・業務に関する是正指示
 - ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護
 「定期巡回随時対応サービス」の活用
 →介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

〔併設施設〕
 診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

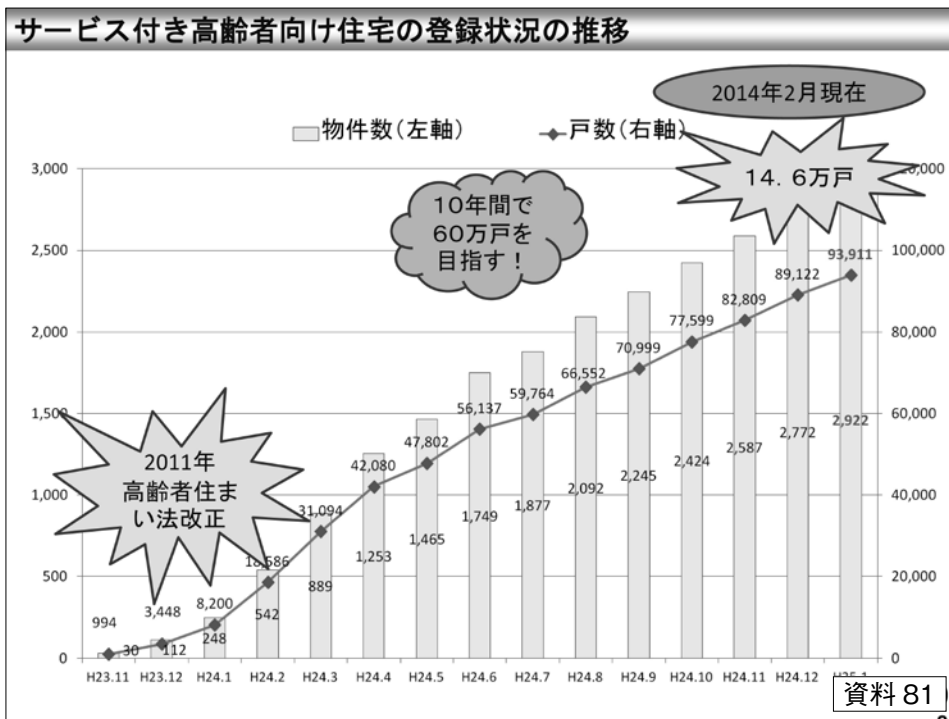
サービス付き高齢者向け住宅に関する制度の詳細はこちらをご覧ください。
<http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html>

資料 80

サービス付高齢者向け住宅の登録要件は意外と緩いです。「床面積は原則25㎡以上」「バリアフリー」「少なくとも安否確認・生活相談サービス」、これだけでよいのです。

よくあるのは、資料80右下のような集合住宅です。1層目に、診療所や訪問看護ステーションやヘルパーステーションを置いて、外部からのサービスも受け入れるという感じです。(資料80)

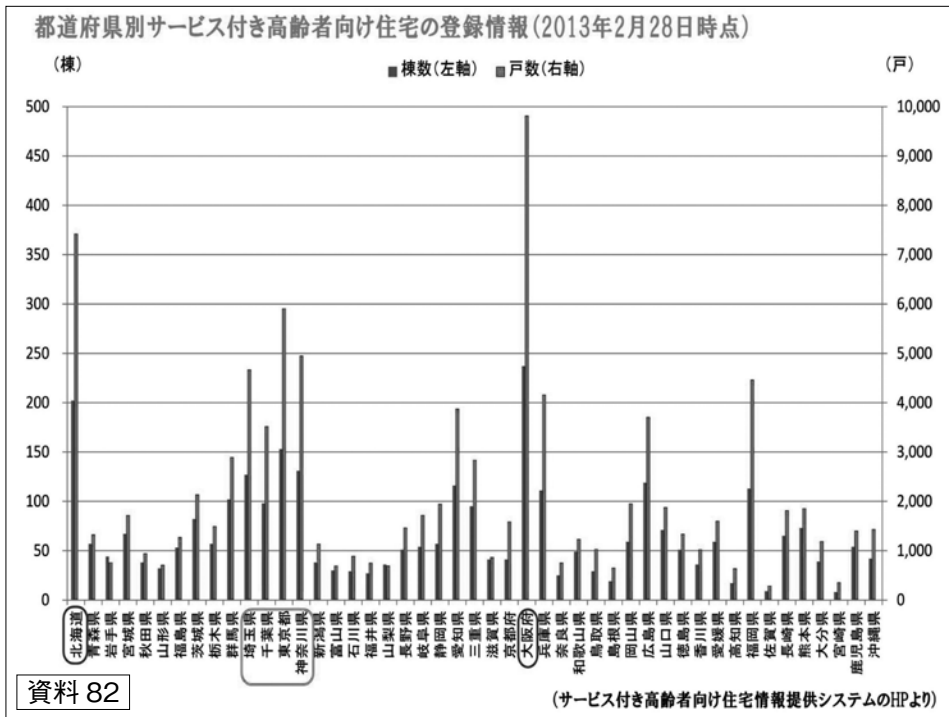
④ サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移



国土交通省の補助金政策で、1戸当たり100万円などの税制優遇、融資優遇によって、ものすごい勢いで増えてしまいました。現在14万6,000戸まで増えましたが、国土交通省は10年間で60万戸を目指すということです。

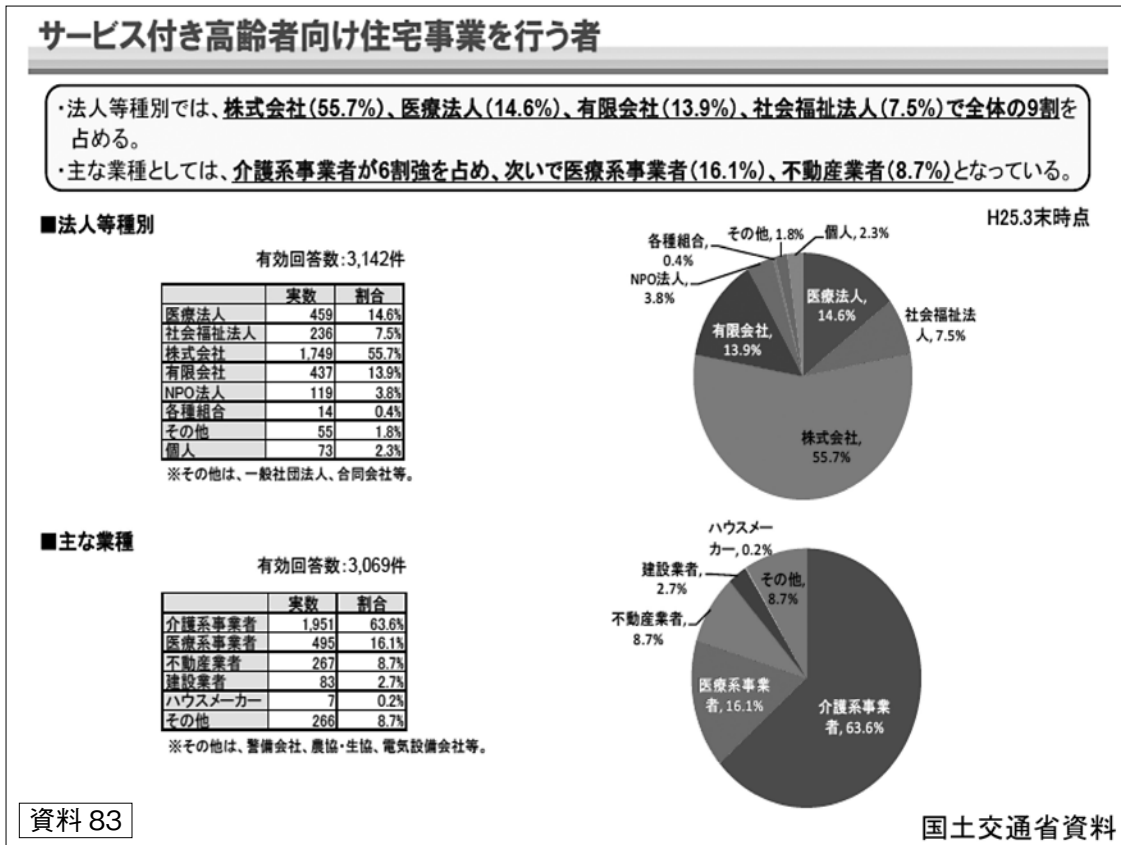
別の話ですが、60万戸を造るにも、およそ1戸あたり100万円かかります。造るためには結構なお金が必要です。この資金に関して、ヘルスケアリートの仕組みを用いればどうかという検討会も

⑤ サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H24.10末時点)



都道府県別のサービス付高齢者向け住宅登録状況を見ますと、やはり大阪が断トツに抜け出ています。それから、東京都とその周辺県、北海道です。(資料82)

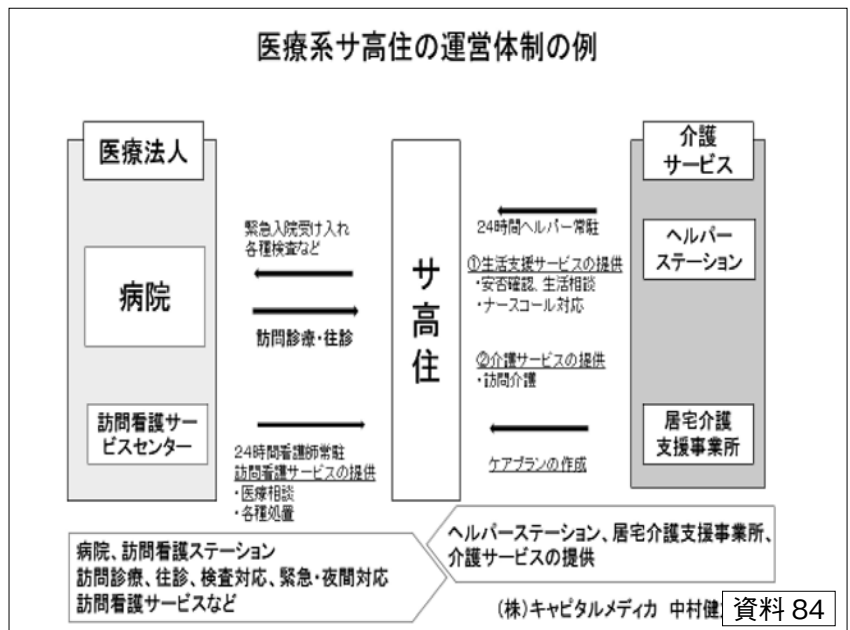
⑥サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者



現在、サービス付高齢者向け住宅はブームになっています。しかし、既に空室が目立っている所もあり、激戦区になりつつあります。どういう所がうまくいっていないのかと申しますと、不動産屋さんが提供するサービス付高齢者向け住宅です。あまりサービス提供に慣れていないからです。一番多いのは、介護系の事業者さんで6割ぐらいです。今、一番注目されていて、すぐに埋まってしまうのが、医療法人が提供するサービス付高齢者向け住宅になります。(資料83)

⑦医療系サ高住の運営体制の例

例を挙げてみますと、資料84のような感じです。200床のケアミックス型の病院で、駐車場に50戸のサービス付高齢者向け住宅を造りました。そうしますと、お隣ですから、何かあったらすぐに往診に行けますし、入院もできます。この医療法人では介護サービスはやっていないので、介護サービスに関しては外部サービスを利用する形です。このように、医療施設に併設型の所だと入居者も安心するでしょう。「何かあったら隣に病院」というやり方です。(資料84)

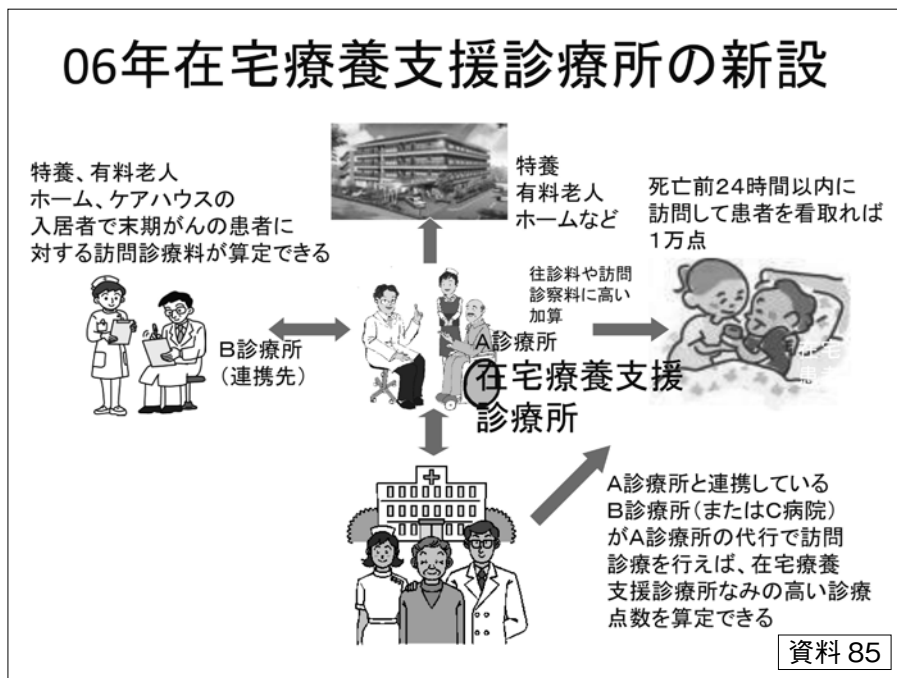


3. 在宅医療の強化

(1) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の概要

もう一つは、在宅療養支援診療所・支援病院が今注目であります。

①06年在宅療養支援診療所の新設



在宅療養支援診療所というのは、2006年の診療報酬改定で、往診専門といいますか、在宅訪問専門の診療所として入りました。「死亡前24時間以内に訪問して患者さんを看取れば1万点」など、とても高い点数が付いたので話題になりました。(資料85)

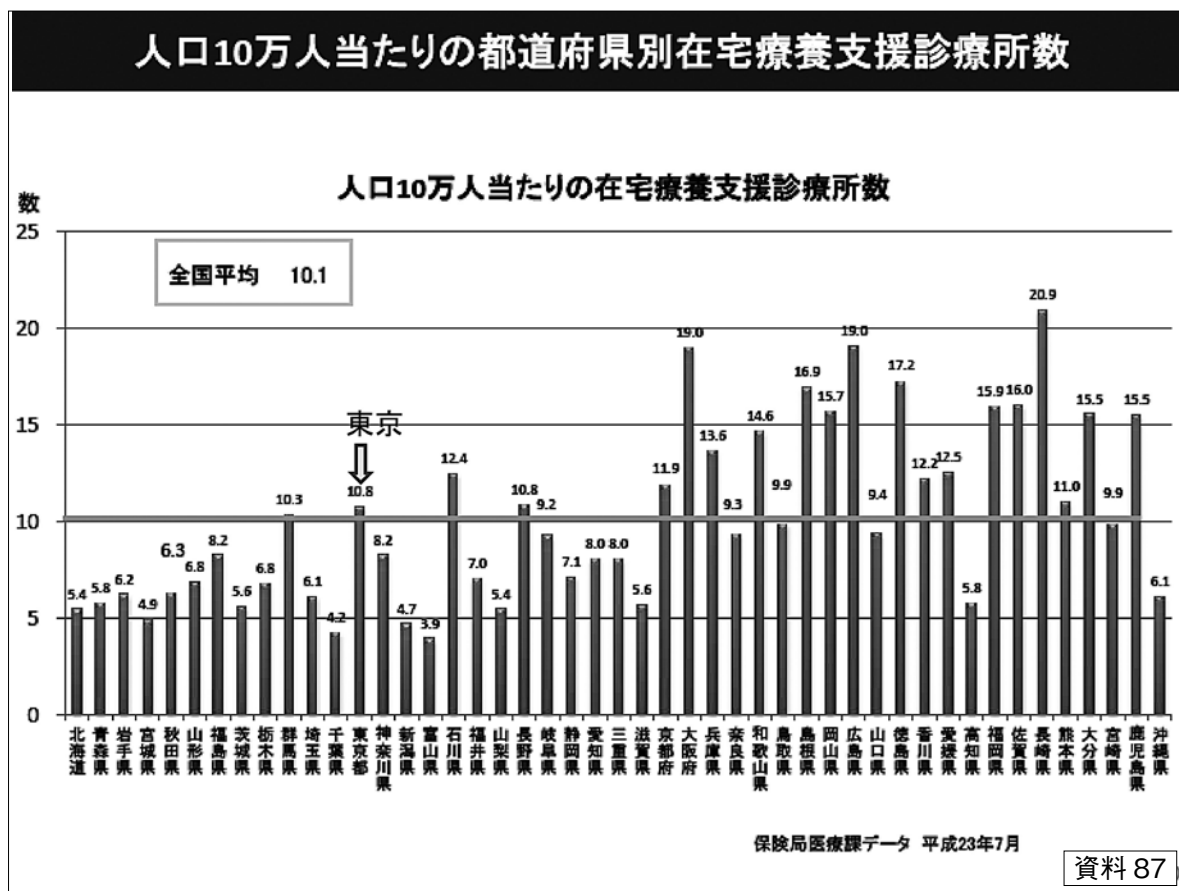
②在宅療養支援診療所 湘南なぎさ診療所

一例を見ますと、この手の在宅療養支援診療所は首都圏に増えています。資料86は、藤沢にある「湘南なぎさ診療所」という所です。中村哲生さんという、やり手の事務長さんがいらっしゃいます。ここは常勤が3名、非常勤が、なんと40名以上に増えています。どこから医者をつれてくるのかと聞くと、「この近くの横須賀にある海軍病院で、アメリカに留学したがつている医者がたむろしているので、それを非常勤で引っ張ってきて使っている」と言っていました。カバーしている在宅の範囲が、藤沢市内で2,600カ所です。中村氏は、「私たちは、2,600病床持っている大病院だ」と言っていました。確かにそう言われればそうです。ここの事務所は本当に雑居ビルの一室で、患者さんが来ることはなく、全部訪問診療でやっています。



この手の在宅療養支援診療所は、世田谷区でもできていますし、港区にもあります。非常に効率的にできるので、都市部に増えています。しかし、これが今回の同一建物減算でぱっきり切られてしまい、大変なことになっています。(資料86)

③人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数



今、こうした在宅療養支援診療所は、西のほうに非常に多くあります。東京都は、ようやく平均ラインまで頭を出しているところです。(資料87)

④在宅療養支援病院の規制緩和(2010年診療報酬改定)

在宅療養支援病院の規制緩和
(2010年診療報酬改定)

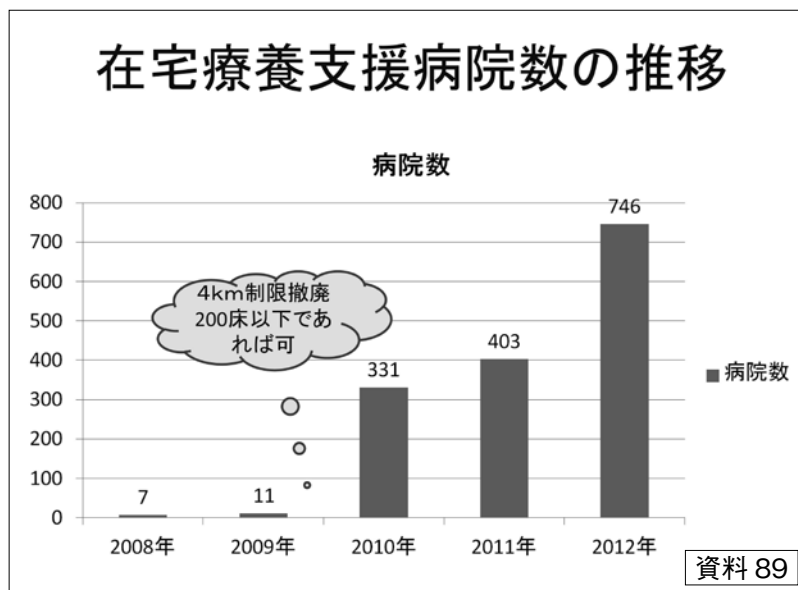
- 2008年診療報酬改定
 - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
 - このため届け出は11病院に限定
- 2010年診療報酬改定
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

資料 88

在宅療養支援診療所を病院でもやっていいということが、2010年の報酬改定で入りました。「4km以内に診療所がない所は病院でもよい」ということでしたが、そんな所はあまりなくて、最初は11病院しかできませんでした。2010年改定でこの4km制限を取り払い、しかも200床以下ならどこでもいいということになりました。(資料88)

⑤在宅療養支援病院数の推移

これにより、在宅療養支援病院は、あっという間に増えて、現在746件です。(資料89)



⑥医療法人財団厚生会古川橋病院

医療法人財団厚生会古川橋病院 東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



資料 90

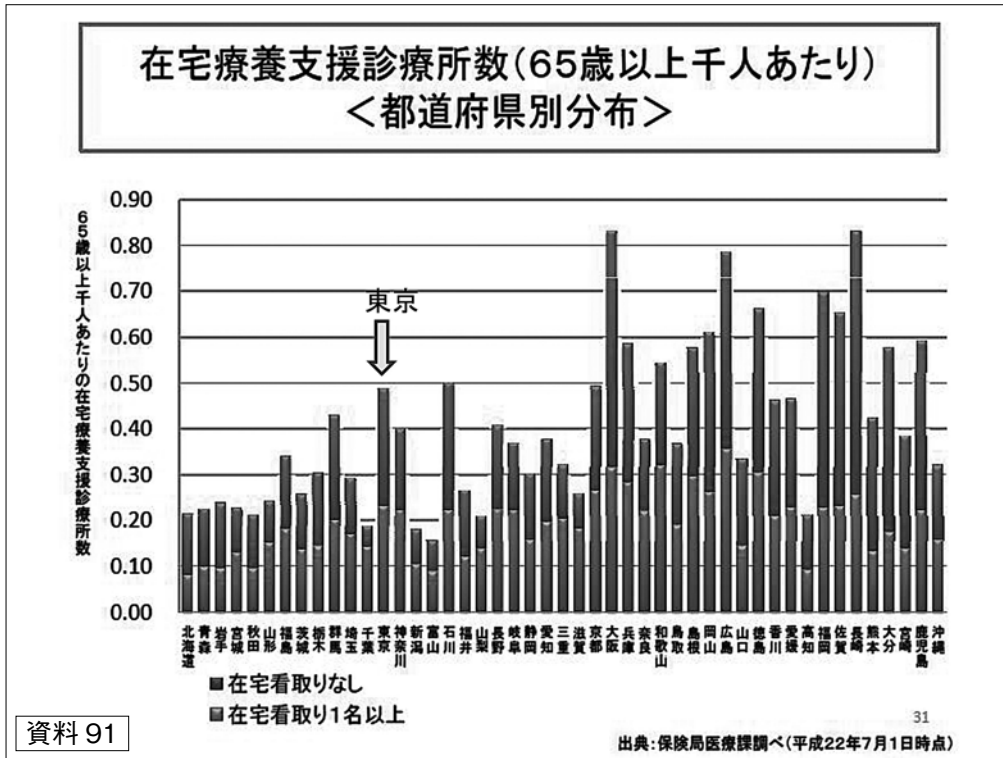
東京都内で最初に手を挙げた古川橋病院は、港区の三田病院の近くにあります。ここを見に行ったら時、三代目院長の鈴木先生が言っていました。「この制度ができて、とにかく真っ先に手を挙げました。東京都第1号です」ということです。どのような病院かといいますと、一般病床49床、介護老人保健施設40床です。この近くの麻布十番には、戦前から続いているとても古い商店街があり、高齢者が多いのです。そういう所のおじいちゃん、おばあちゃんの、ちょっとした肺炎や骨折・捻挫みたいなものを診ています。それから、三田病院からの急性期を経た、ポストアキュートの患者さんも診てくれています。

このような病院は、先ほど言った亜急性期、いわゆる地域包括ケア病棟、あるいは病院のようなイメージです。地域に密着した主治医機能を果たしていくような所でしょう。ただ、港区でこの手の病院は、もうほとんど絶滅危惧種みたいなものです。土地単価の高い所で、これで生きていくのは大変な話です。(資料90)

そのようなことで、在宅支援病院は東京都にはまだまだ本当に少なく、やはり西のほうの地域に多いのです。

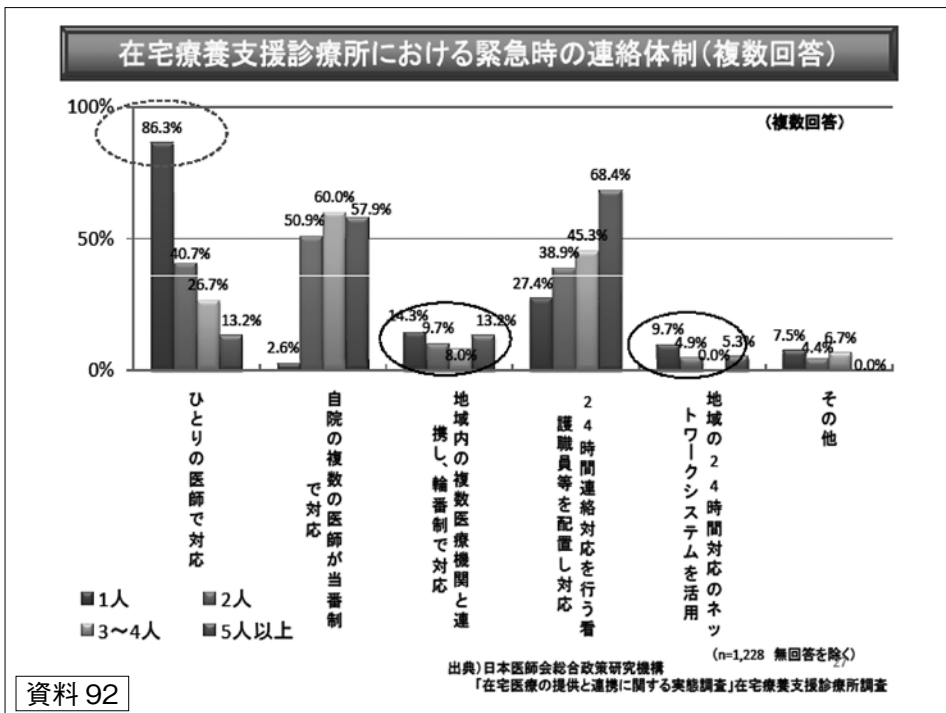
(2) 在宅療養支援診療所・病院の課題と対策

①在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり)＜都道府県別分布＞



課題もあります。在宅療養支援診療所・病院の課題は、在宅看取りが少ないことです。診療所を見てもみると、グラフの上の部分は在宅看取りをしていない診療所で、グラフの下の部分は在宅看取りをしている診療所です。東京都では半分程度しか看取りをしていません。(資料91)

②在宅療養支援診療所におけるひとり医師体制(複数回答)



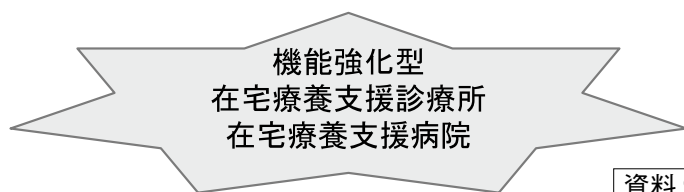
看取りのできない理由は簡単です。一人で患者さんを診ているような診療所では、365日24時間在宅看取り待機というのは無理です。(資料92)

③機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

前回の改定で、強化型の在宅療養支援診療所・病院をつくりました。「医師を3名以上そろえられる所は単独でもいいです。そうでない所は複数の医療機関が連携してやってください」ということで、強化型で2種類、「単独強化型」と「連携強化型」をつくりました。(資料93～95)

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - イ 所属する常勤医師3名以上
 - ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - ハ 過去1年間の看取り実績2件以上



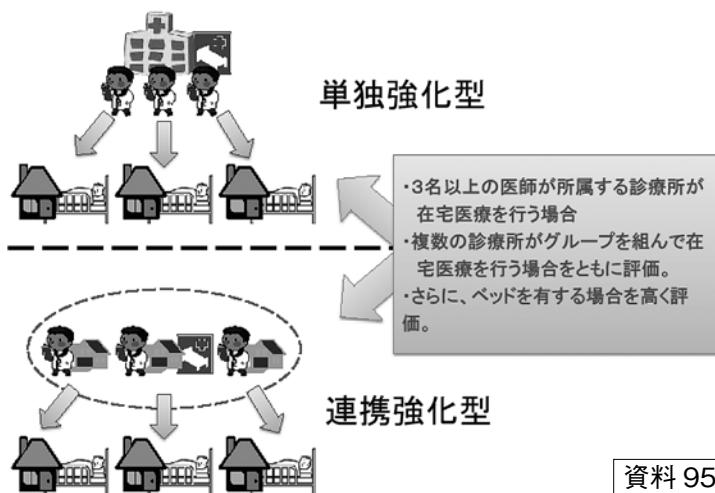
資料 93

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

資料 94

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)

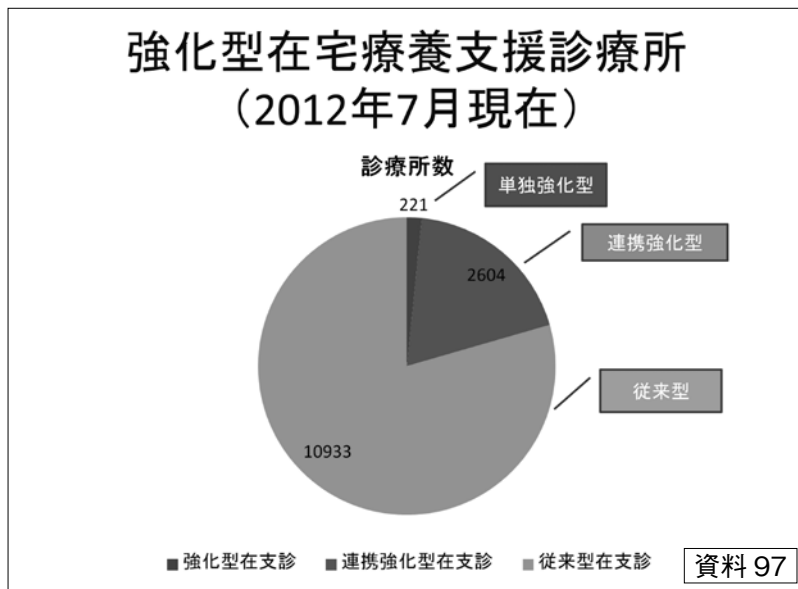


資料 95

これに、前回は在宅時医学総合管理料5,000点という、とても良い点数を付けてしまったのです。これが今回、ばっさりと切られました。(資料96)

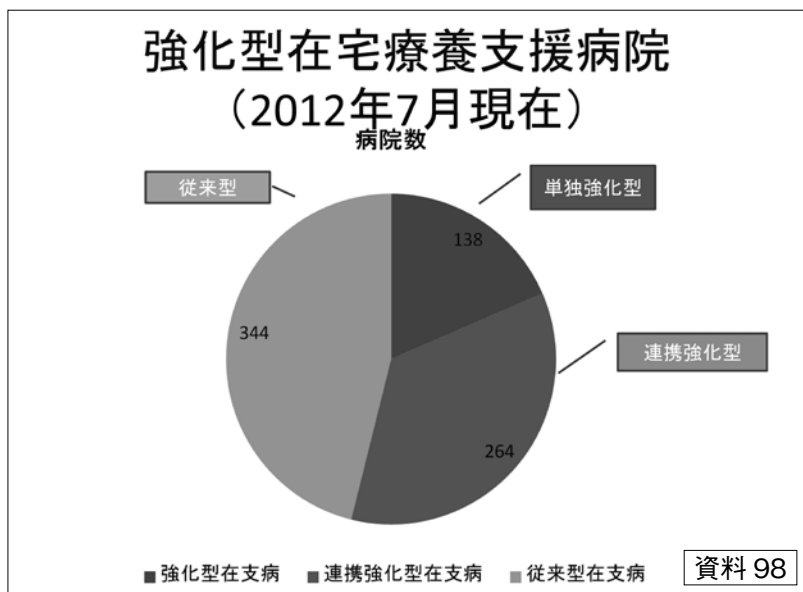
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

④強化型在宅療養支援診療所(2012年7月現在)



前回改定のおかげで、単独強化型、連携強化型を含め、診療所のほうは4分の1ぐらいに強化型が増えてきました。(資料97)

⑤強化型在宅療養支援病院(2012年7月現在)



病院のほうも、資料98のように半分ぐらい強化型が増えました。(資料98)

(3)強化型在宅診療支援病院・診療所の要件の厳格化と同一建物減算～診療報酬改定

①患者紹介ビジネス

今回の改定で、同一建物減算が入りました。皆さんよくご承知のように、2013年8月、2日間連続で朝日新聞のトップ記事が『患者紹介ビジネス』です。これで大きくたたかれました。

サービス付高齢者向け住宅の同一建物の患者さんに関して、紹介業者さんを通じて医者が訪問診療に行くと5,000点ということは、月に2回訪問して一人当たり5万円、10人診れば、50万円になります。「それだけもうかっているなら、紹介業者さんに20%のキックバックを」ということで、これが大問題になってしまったのです。(資料99)

患者紹介ビジネス

- 朝日新聞の2日連続トップ記事(2013年8月)

資料 99

②在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一 1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外 5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一 870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外 3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	

資料 100

中医協でも問題にされました。これが、不適切事例として今回の同一建物減算につながったということです。5,000点を1,200点まで削りました。大規模にやっている所は億単位の減収になり、大変なことになりました。(資料100)

③同一建物減算の除外条件

国会でも問題になりました。医療課が大慌てで、同一建物減算除外条件について、「がんの末期の患者さんはそこに適用させない」などを行いました。焼け石に水状態です。今回、同じ建物の中に患者さんに関して、同一の建物にいるということだけで減算を掛けたのですが、やはり実態に即しませんでした。そういう不適切事例があったとしても、本当にまじめにやっている所まで影響を被ってしまいました。ここで何か考えなくてはなりません。在宅医療の質を評価して、それに対して報酬を付けていくような形にしていかないと、同じ建物だからという条件だけではあまりにも乱暴なやり方になってきます。(資料101)

同一建物減算の除外条件

【算定要件】

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

資料 101

④これからは、在宅医療の質評価が課題

そこで、われわれは以前から、在宅医療のP4P(Pay for Performance ※(8)訪問看護P4P参照)という、成果払いの報酬体系を入れたらどうかと言っています。

4. 米国の訪問看護サービス

参考の為に、米国の在宅医療、特に訪問看護サービスの支払い方式をご紹介しますと思います。

(1) ニューヨークに約70ある在宅ケアエージェンシーのうち、非営利団体としては最大の組織



私は1988年、1989年と、厚生労働省からニューヨークに留学して家庭医の勉強をしてきました。その時に、訪問看護を見学してきました。
(資料102)

(2) ニューヨーク訪問看護サービス(VNSNY)の事業規模とスタッフ

ニューヨークはいろいろな在宅ケアエージェンシーがあるのですが、中でも Visiting Nurse Service of New York (VNSNY) が最大手です。ここはすごかったです。

どういう所かといいますと、とにかくスタッフの数が非常に多く、看護師さんが2,505人、リハビリセラピストが695人、ソーシャルワーカーなど、総勢1万2,000人ぐらいのスタッフが、毎日3万1,000人の訪問をこなしているという、巨大訪問看護在宅ケアエージェンシーです。多職種チームで訪問しますから、ICT化が必須です。みんなタブレット端末を持って駆け回っています。(資料103)

ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

- 訪問看護サービス
 - ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
 - 毎日約31,000人への訪問を、総勢12,330人のスタッフが提供している
 - 1年間でのべ11万人以上の患者に、220万件訪問(2005年実績)
- スタッフ
 - 看護師(2505人)、リハビリセラピスト(695人)、ソーシャルワーカー(594人)、ヘルパー(5777人)、栄養士(136人)、医師、心理療法士など
- ICT
 - 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
 - ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

資料 103

(3) ニューヨーク訪問看護サービス Visiting Nurse Service of New York (VNSNY)

ニューヨーク訪問看護サービス Visiting Nurse Services of NY (VNSNY)

- 1893年、2人の若い看護師が、貧しい人たちの結核のために設立した。
 - リリアン・ウォールドとマリー・ブリュスター
- 以来120年、今ではニューヨーク中から近郊までカバーし、ニューヨークに約70ある在宅ケア事業所のうち、非営利団体としては最大。



資料 104

大きなニューヨーク訪問看護サービスですが、1893年代、リリアンさんとマリーさんという、たった二人の看護師さんが、当時、都市部に流行っていた結核の対策の為に立ち上げました。それ以来、120年にわたって巨大化し、非営利団体として大ニューヨークをカバーしているということです。(資料104)

(4) VNSNYの創始者リリアンが、近道をするためマンハッタンのビルの屋上から患者宅を訪問

VNSNYの創始者リリアンが、近道をするため マンハッタンのビルの屋上から患者宅を訪問



1890年代のマンハッタン

資料 105

資料105の写真は、創始者のリリアンさんです。1890年代のマンハッタンで、できるだけ早く患者さんの家に行く為に、なんとビルの屋上から屋上を伝って歩いています。メリー・ポピンズみたいなこともやったのです。(資料105)

(5) そして現在のVNSNYの訪問看護師さんたち

そして現在のVNSNYの
訪問看護師さんたち



資料 106

現代のニューヨークの訪問看護師さんたちの足は自転車です。車は、駐車場が大変なのです。タブレット端末を持って、スピーディーに回って歩いています。(資料106)

(6) 訪問看護サービスの質評価

①訪問看護サービスの質評価と改善

訪問看護サービスの質評価と改善

- ①プロセス測定
 - ケアマネジメントの文書化
 - 糖尿病ケア、創傷ケア、心不全 ケア
 - ケア提供のモニター(14日ごとにケア手順遵守のモニター)
- ②アウトカム(成果)測定
 - 急性期病院への入院率(1~3日、同4~60日、61~120日ごとに測定)
 - 日常生活動作の改善率(入浴・清潔、移動、歩行、経口による服薬)

資料 107

ニューヨークの訪問看護サービスの質評価が、非常に参考になると思うのでご紹介します。日本でも、これからは在宅医療などでやっていかななくてはならないことです。一つは、資料107のようなプロセスの測定です。さまざまなケアマネジメントの文書化などです。

ニューヨークで力を入れていたのは、アウトカム測定です。在宅医療あるいは訪問看護のアウトカム測定は、何を使ったらよいかというのは議論があります。ニューヨークの場合は、急性期病院への入院率を使い

ました。安定した在宅医療が行われていれば、決して急性増悪しません。全くないということはないですが、減らせるでしょう。それをアウトカムメジャーに使ったのです。あとは、日常生活動作の改善率をメジャーに使いました。(資料107)

②入院率の改善の例

資料108の例は、先ほどのニューヨークの巨大な訪問看護ステーションです。この時、急性期病院の入院率が全国平均28%に対して、ニューヨークでは44%と非常に高かったのです。これは患者さんの重症度などを調整した上でみても、やはり高かったのです。その為、目標設定として、在宅ケアの患者さんの入院率を5%下げることになりました。そうしますと、メディケアで15億ドルの節約ができるということも言われています。

調べてみると、特に再入院率が高かったのは退院直後です。アメリカは、日本と比べると在院日数が非常に短く、退院直後にさまざまなトラブルが起こります。それを起こさない為に、家族を含め、病院、開業医、こうした訪問看護ステーション、全ての多職種チームが密に連絡を取り合って、急性期入院が多い退院直後の入院率を減らしたということです。(資料108)

入院率の改善の例

- 在宅ケアの患者のうち、急性期病院に入院した率は、全国では28%のところ、NYは44%とかなり高かった
- 目標設定は「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」(これでメディケア15億ドル節約の見込み)
- 退院後14日以内の再入院が多い
- これまで患者(家族)、病院、開業医、在宅ケア機関の4者の方向性がばらばらなためにうまくいかないので、退院後14日間、この4者を結びつける活動を、ナースプラクティショナーがナースと連携して実施。
- 具体的には、確実に服薬できるような調整、2週間以内に医師の診察、リスクアセスメントをして結果によって訪問間隔を早めていくことや、遠隔医療(テレヘルス)でバイタル管理を密に行うことを実施
- これらの活動によってVNSNYは目標の「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」ことに成功。

資料 108

(7)米国の訪問看護サービスの診療報酬支払い方式

①HHA / PPS(Home Health Agency / Prospective Payment System)

訪問看護包括支払い

米国の訪問看護サービスの診療報酬支払い方式も見てきました。やはり包括払いです。さらに、質に応じた支払い方式、いわゆるP4Pを入れていました。

包括期間は、60日を1期間としています。診断群に関しては、22の診断群、重症度も3段階レベルに分けています。結果的には、153のケースミックスを作って包括の支払いをしているということです。(資料109)

HHA/PPS(Home Health Agency/Prospective Payment System) 訪問看護包括支払い

- 包括期間
 - 60日を1期間として包括支払いを行う
- 診断群
 - 22の診断群と12のその他診断群から診断群を選ぶ
- 3種類レベル
 - 臨床的重症度レベル(3段階)
 - 機能障害度レベル(3段階)
 - 訪問頻度(60日以内に14回以内、14回以上)
- 153のケースミックス
 - 診断群とレベルの組み合わせで153の包括支払いグループを設定

資料 109

(8) 訪問看護P4P

①P4Pの定義とは？

さらに、こうした包括払いに加え、P4P (Pay for Performance) を入れました。ご承知のように、P4Pは2000年来、世界の先進国の支払い方式の主流になってきています。最近では、韓国や台湾でも入れています。アングロサクソンの諸国はだいたいこれに決まってきました。何かといいますと、「高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを与えましょう」「成績の良い所にはボーナスで報いましょう」ということです。これは、米国でもデモンストレーションプロジェクトで始まり、パフォーマンスの良い所にボーナスを与えるということになりました。(資料110)

P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された

資料 110

②訪問看護の質評価指標

この時に用いたのは、ニューヨークでも実際にやられていた、急性期病院への入院率、救急外来(ER)受診率、それから、入浴の改善や移動の改善などの日常生活動作(ADL)の改善です。これらを指標に採ったのです。(資料111)

訪問看護の質評価指標

- 急性期病院への入院率
- 救急外来受診率
- 入浴の改善
- 移動の改善
- 車椅子への移乗の改善
- 服薬コンプライアンスの改善
- 手術創の改善

資料 111

③ Sample measure : Hospitalization

Sample measure: Hospitalization

Agency	Year 1	%ile	Baseline	Change	rank	%ile
A	16	100%	18	-2	-11%	TOP 20% performance (3)
B	18	95%	15	3	20%	
C	18	90%	21	-3	-14%	
D	19	85%	19	0	0%	TOP 20% improvement (no payment to agencies with no improvement)
E	20	80%	20	0	0%	
F	21	75%	25	-4	-16%	
G	22	70%	29	-7	-24%	
H	23	65%	24	-1	-4%	
I	24	60%	30	-6	-20%	
J	25	55%	28	-3	-11%	
K	27	50%	31	-4	-13%	
L	29	45%	43	-14	-33%	
M	30	40%	27	3	11%	
N	31	35%	37	-6	-16%	BOTTOM 30% performance (4)
O	32	30%	34	-2	-6%	
P	35	25%	32	3	9%	
Q	36	20%	40	-4	-10%	
R	42	15%	41	1	2%	
S	42	10%	50	-8	-16%	
T	43	5%	46	-3	-7%	

18

資料 112

•(1) High performance winners: agencies with top 20% performance

•(2) High improvement winners:

(Excludes:

– Agencies already in top 20% performers (3)

– Agencies in bottom 30% performers) (4)

top 20% improvement

(no payment to agencies with no improvement)

具体的なサンプルを持ってきました。A、B、Cは訪問看護ステーションです。成績の良い所は、年間の急性期病院の入院回数が16回、悪い所は43回と、明らかに差があります。これは、在宅のエンジェンシーのさまざまな努力によって入院率を減らしています。したがって、在宅における管理をしっかりとさせている所は入院率が減るということで、これを設定しています。(資料112)

④同一建物減算を契機に、在宅医療の質評価とP4Pを考えるべき

同一建物減算は、日本ではまだまだこれからである在宅医療の質評価について考える、ちょうどよい契機だと思います。これは、まさに質評価指標を明らかにしなくてはなりませんし、それに対応した診療報酬を導入していかなくてはなりません。次回改定には難しいかもしれませんが、とにかく、こうした在宅医療に関する質評価指標を検討する場が必要だと考えています。

まとめ

1. 次期2016年改定へ向けて

最後に、次期2016年に向けてです。早いもので、既に次の改定に向けての準備が始まりつつあります。まずは、中医協答申の附帯意見の検証が既に入っています。

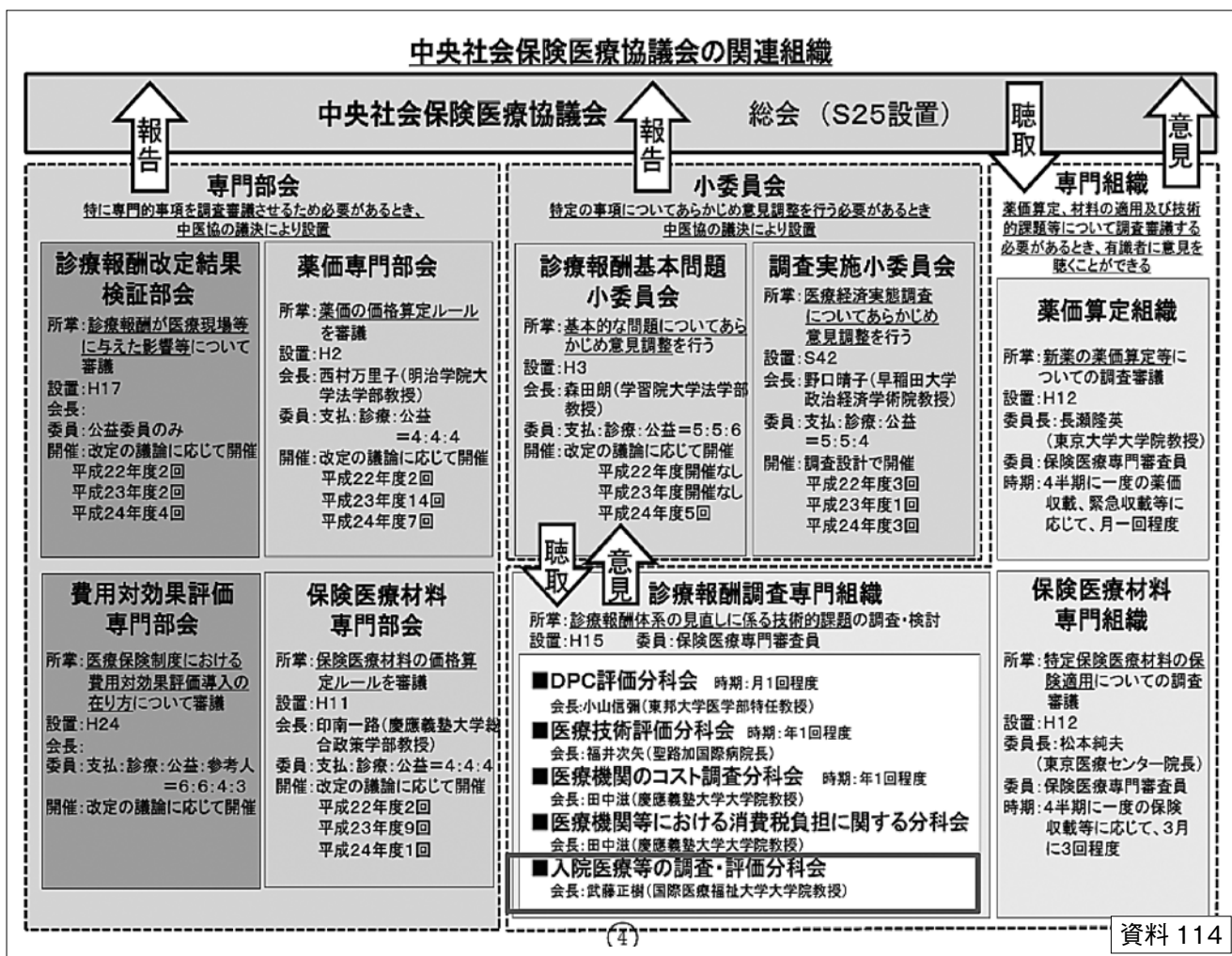
(1) 答申附帯意見に関する事項の検討

答申附帯意見に関する事項の検討		別添1
答申附帯意見	検討の場	
1 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方等の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。	検証部会	
2 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。 (1) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等)の見直し (2) 特定集中治療室管理料の見直し (3) 総合入院体制加算の見直し (4) 有床診療所入院基本料の見直し (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設	入院医療等の調査・評価分科会	
3 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。	入院医療等の調査・評価分科会	
4 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。	入院医療等の調査・評価分科会	
5 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。 (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響 (2) 在宅不適切事例の適正化の影響 (3) 歯科訪問診療の診療時間等 (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態 (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制	検証部会 	
6 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。	検証部会	
7 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。	検証部会	
8 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。	薬価専門部会	

資料113

次回改定に向けて、われわれ医療分科会に関係するのは資料113の項目2、3、4の部分です。入院医療の見直し、ICUの見直し、総合入院体制加算の見直しなど、いろいろありました。それを検証していくということです。次回改定に向けて今回積み残したのは、療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟の見直しです。今回は、特殊疾患病棟、障害者病棟の入院患者さんをより厳密化していきましたが、次回はこれを療養病棟の医療区分とともに見直していく作業が必要になってきます。早速、この6月に今年度第1回の入院分科会が開かれる予定になっています。(資料113)

(2) 中央社会保険医療協議会の関連組織



中医協に対するさまざまな分科会、部会等も再度設定されます。入院医療分科会に関して言いますと、今回は直接中医協総会ではなく、診療報酬基本問題小委員会に意見を述べて大筋の流れを作ります。そして、それを分科会のほうに押ししていくという形に変わってきます。本来は、これが元々の在り方だったのです。(資料114)




2. 2025年へのロードマップ ～医療計画と医療連携最前線～


昨年4月に発刊した、『2025年へのロードマップ』という本の中に、本日のお話のかなりの部分が含まれています。ぜひともご覧ください。この間、聖路加国際病院理事長の日野原先生に差し上げたら、「これはよく分かる」とおっしゃっていました。今年103歳になる日野原先生が、「よく分かる」とおっしゃっていましたから、若い皆さんはさらによく分かるのではないかと思います。ぜひともお手に取っていただければと思います。(資料115)

2025年へのロードマップ ～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 2013年4月発刊



これは
良く分
かる



日野原先生にもお読みいただいています。

資料 115

3. まとめと提言

2025年に向けて、まさに病床機能分化に向けて、報告制度、地域医療ビジョン、新基金が動きだします。今回の報酬改定の7対1有用期間が切れて、10月以降に本格的に始まります。報告制度、あるいは地域医療ビジョンで言うと、医療圏見直しを真剣に考える時期です。基準病床算定方式の見直しも、あらためて問い直していく必要があると思います。今回の報酬改定の1丁目1番地は、7対1の削減と、その受け皿としての亜急性期病床「地域包括ケア病棟」の創設にあったと思います。最後に、在宅医療をこれからどう評価し、それに応じた適切な支払い方式を考えていくかということです。今回の同一減算を契機に、非常に良い時期でもありますので、ぜひともこれを考えていきたいと思っています。(資料116)

本日の配布資料は追加したスライドもありますので、私のホームページに本日の資料を全部貼り付けておきますので、ホームページをご覧ください。

そして、会場に来ている皆さん方でフェイスブックをされている方は、ぜひとも私にお友達申請をしてください。すぐに承認させていただきます。今後の議論も、フェイスブックの上でしていきたいと思っています。ぜひともよろしく願います。

どうもご静聴ありがとうございました。

まとめと提言

- 2025年へむけて、病床機能分化へむけて病床機能報告制度と地域医療ビジョン、新基金が動き出す。
- 医療圏見直し、基準病床算定式の見直しも必要
- 2014年診療報酬改定の最大の課題は、病床の機能分化とくに増えすぎた7対1削減とその受け皿としての亜急性期病棟「地域包括ケア病棟」の創設
- 在宅医療の質に応じた支払方式を考えるべき。

資料 116