

2018年度同時改定の方向性と 病床再編の行方

平成30年1月12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

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

講師略歴

■ 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

富山市医師会 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 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』 (株)TKC 出版

診療所開業マニュアル(共著) 日経 BP 社

皆さん、こんにちは。とうとう同時改定の年となりました。資料が多くて、今日の時間の中では、全てお話しできないのですが、どれも無駄な資料ではないはずですので、ぜひ、お帰りになってからご確認いただければと思います。

■平成30年度(2018年度)診療報酬改定率

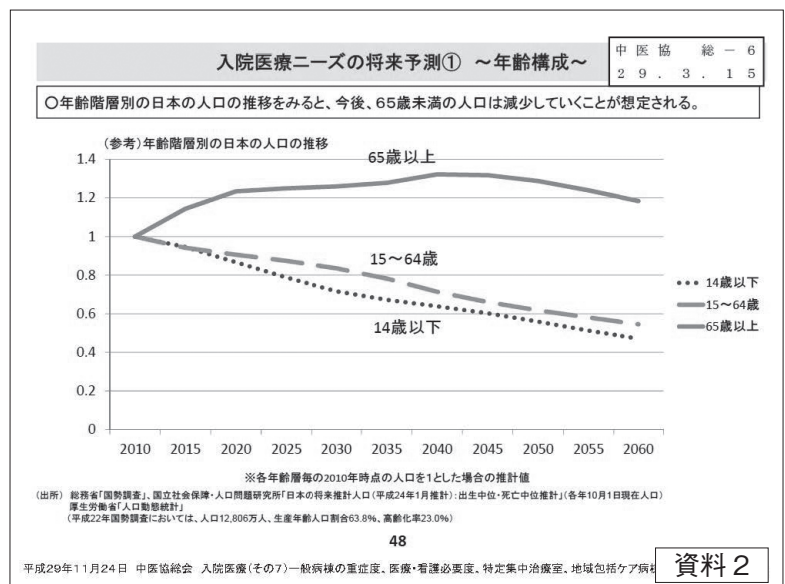
プラス改定で、本体のところの改定率の話です。(資料1)

平成30年度(2018年度) 診療報酬改定率	
※【 】内は、平成28年度改定率	
全体改定率	▲1.19%(▲0.84%) 【▲0.35%】
1. 診療報酬改定(本体)	+0.55%(+0.49%) 【+0.06%】
医科	+0.63%(+0.56%) 【+0.07%】
歯科	+0.69%(+0.61%) 【+0.08%】
調剤	+0.19%(+0.17%) 【+0.02%】
2. 薬価改定等	▲1.74%(▲1.33%) 【▲0.41%】
薬価	▲1.65%(▲1.22%) 【▲0.43%】
材料価格	▲0.09%(▲0.11%) 【+0.02%】

©ASK /©HMCG 資料1

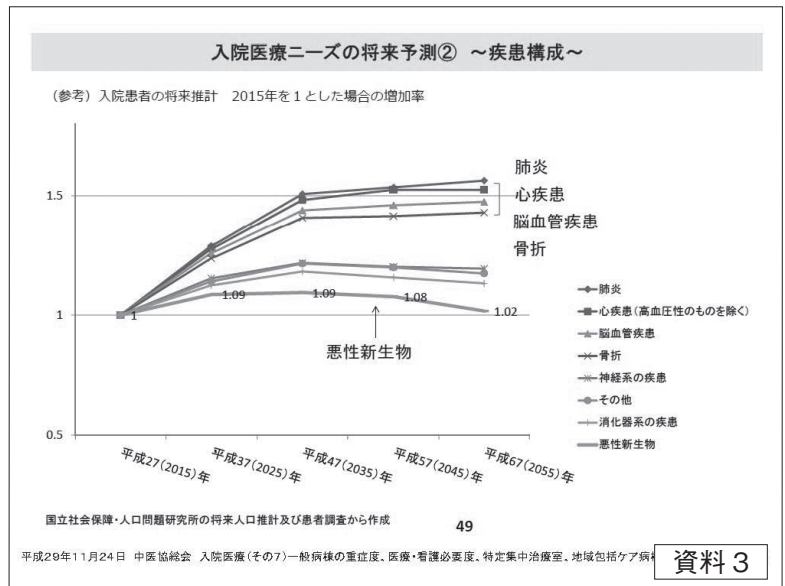
■入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

これは厚労省からよく出てくる人口問題です。もう皆さんは、少子高齢化ということは、ご存じだと思うので、資料として見てください。(資料2)



■ 入院医療ニーズの将来予測② ～疾病構成～

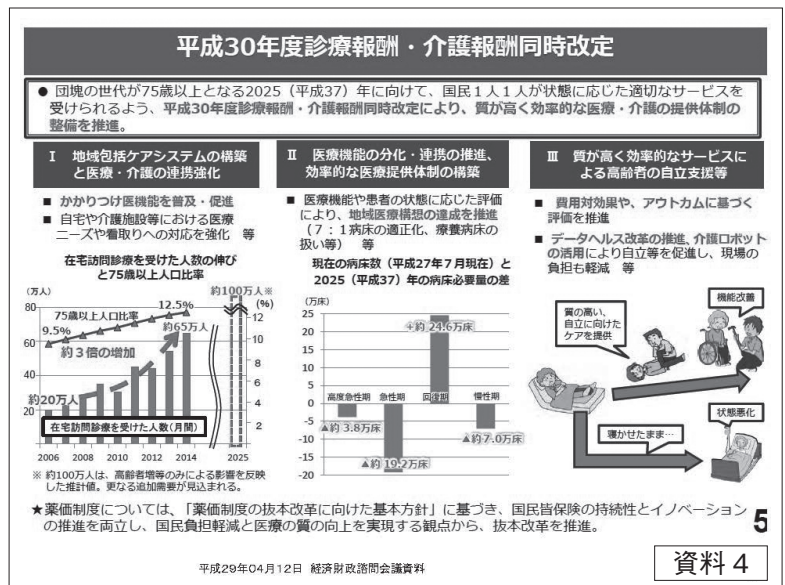
ただ、少子高齢化に対して、疾病がどう変化するかです。これは高齢者が増えて若い人が減るので、いわゆるこれから増える疾病としては、肺炎、心疾患、脳血管疾患、骨折といった形の入院患者が増えるという、厚労省の資料です。(資料3)



資料3

■ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

では同時改定の大きな方向性です。これも本当は全て、お話しさせていただきたいのですが、ここでは1個だけを選ぶとすれば、今回の改定は、地域医療構想の達成を推進する改定になります。だから7対1が厳しくなるというのはご存じだと思います。地域医療構想というのは、急性期を減らして、回復期を増やして、慢性期を減らしていくという、この病床の再編です。地域における病床の再編が、動かしやすくする改定だと、これを一番に挙げたいと思います。(資料4)



資料4

「地域医療構想」の達成の推進

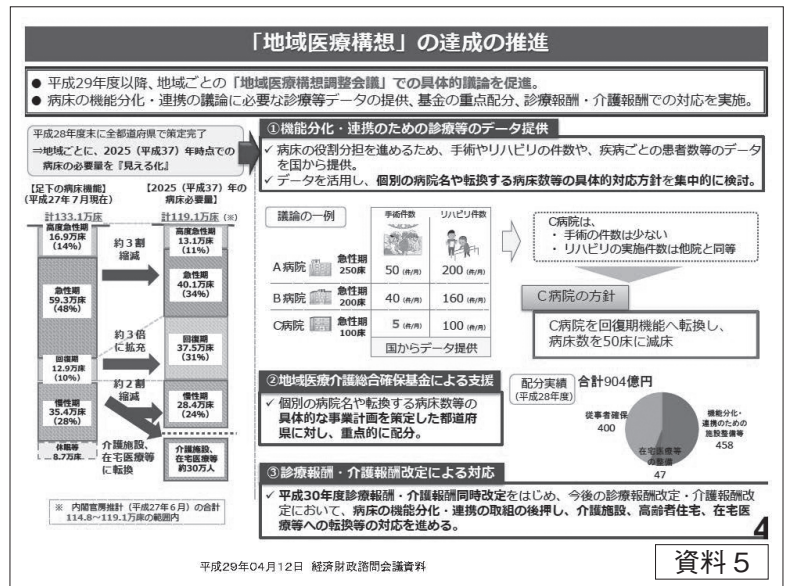
次に地域医療構想で、これが一番重要だという話なのですが、ここだけ少しお話しします。今、2025年にかけて、どのぐらい病床数が必要かという、全国の都道府県から出てきたベッド数を全部積み上げたものがここにあります。現在は133.1から119.1に減って見えるのですが、この図で、慢性期のところから矢印が2つに分かれているというのはご覧いただけますか。

これは何を言っているかという、地域医療構想はベッドの機能を変えて、いわゆるベッド数を確保します。ベッドを減らすためのものではなく、人口構成が大きく変わるので、ベッドの機能を変えてほしいということを言っています。ここでは何を言っているかという、ベッドの機能を変えて、介護施設や、高齢者住宅にするという意味です。

後からご説明しますが、ベッドの機能を変えて、介護施設系にしていく、それによって急性期を減らしたり、回復期を増やしたり、慢性期を減らしていくというこのベッドの内容を変えることを後押しする改定だということをちょっと知っておいていただければと思います。

今年は同時改定だから重要なのではなく、第7次の医療計画と、第7期の介護保険事業計画も一緒に改定されます。地域医療構想が今言った、急性期を減らし、慢性期を減らし、回復期を増やすというものですが、これを医療計画の基本方針として、医療計画の中に入れてくる気です。来年はいわゆる5疾病5事業の計画と介護保険事業計画の他に、どのぐらいベッドが必要かという量が、改めて医療計画の中に入れてくるのです。

では急性期も減らして慢性期も減らしたら、ベッドは足りなくなるではないかということになりますので、何ベッドぐらいをいわゆる介護医療院にして、老健に変えて、どのぐらいの介護のものも必要か、いわゆる2025年にどのぐらいこの地域に医療と介護の量があれば、2025年の高齢化のピークを乗り越えていけるかを出す年なのです。だから非常に重要ということになります。(資料5)

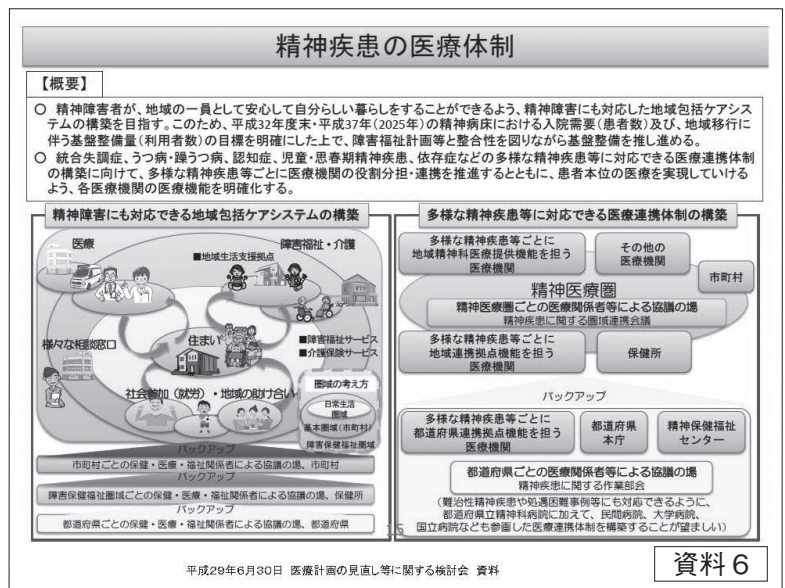


精神疾患の医療体制

地域医療構想というのは、一般病床と療養病床を縛っていきます。精神病床も、実は今年の改定から非常に動きが出るでしょう。なぜかと言うと、精神病床というのは、精神が医療計画の5疾病5事業に入っていますから、精神のベッドをどう動かすか、どのぐらい必要かということは、こちらの医療計画で出てきます。

つまり、今年の改定は同時改定でもあり、医療と介護の事業計画が見直せる年でもあり、さらにDPCの病院は調整係数が廃止になる年でもあります。全てがここに集まってきました。これは2025年まで、どのぐらい必要かということを実際にこれからの何年間で考えていかなければいけないという過渡期の改定という位置付けになろうかと思えます。

これは精神の医療体制の話です。(資料6)



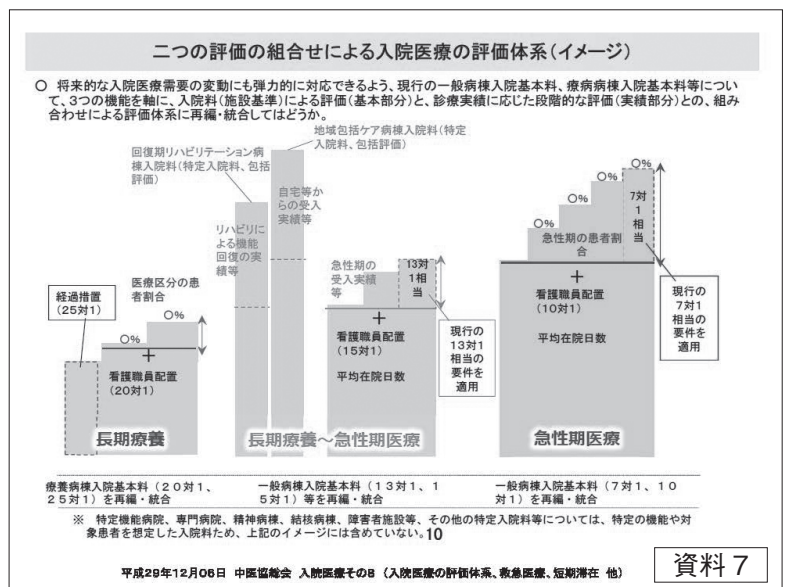
二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

ここで何を言っているかを説明します。厚労省が、いわゆる定数の設定、今まではストラクチャーが7対1だったから高いとか、10対1だったらその次だとか言っていたのですが、今回の改定で、この考え方を見直します。患者の状態や、病院の機能に応じた入院料の設定に変えようとしています。

この図で全部ご説明しようと思えます。この急性期ですが、今、急性期一般入院料が仮の名称でした。今まで話7対1入院基本料とか、10対1入院基本料という名称でしたが、今回の改定でそういうものをやめます。いわゆる仮の名称なのですが、急性期一般入院料という感じに変わります。

一応、標準的な部分と上乘せする診療実績に応じた段階的な評価の部分に分けて考えます。この図でいくと、急性期は標準なところが10対1、その上の急性期の患者割合というのは重症患者のことです。看護必要度の患者が何%だったら上に乗せるといった形の考え方に、入院基本料の考え方を変わっていきます。

では、この長期療養から、急性期、いわゆる回復機能と言われているところですが、これは何かと言う



と、一般病床の場合は、基本を15対1、実績の部分は急性期の受け入れ実績や13対1の場合は、このラインから上に点数を乗せていきます。ここが標準です。

同じ回復期の機能の中に、地域包括ケア病棟がありますが、こちらに関しては、自宅等からの受け入れ実績、いわゆるサブアキュートを実績として上乘せします。それが高いところだったら点数を高く付けるという考え方で。

回復リハビリテーション(回りハ)は、リハビリによる機能回復の実績だから、やはりADL、アウトカム評価と言うのでしょうか。いわゆるそういう形に考え方を変えます。

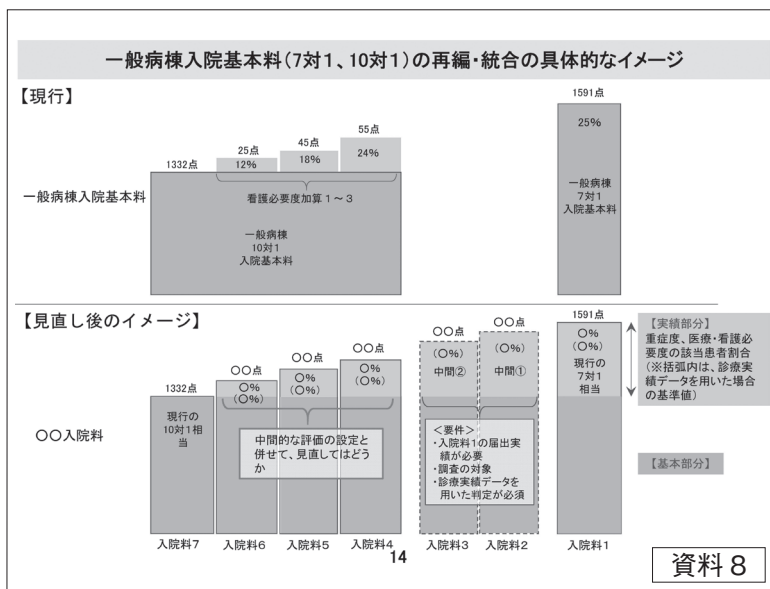
慢性期は20対1です。これがいわゆる標準のところ。「○%」と出ているのですが、医療区分2と3でしょう。おそらくここが50%で、こちらが80%かみたいな予測は立てています。このような形に入院基本料を考え方も変えていきます。

私が過渡期の改定と言ったのはなぜかと言うと、今、7対1と10対1があるから、一番高いところだけは7対1を残そうというようなところがあるのですが、これをおそらく次の改定で、例えばここを減らしたいのだとすれば、新たな考え方で、どのぐらいベッド数を減らしたいかというとき、このように作っておけば、次の改定でまたいじることができます。今回7対1という評価は残したけれども、今後2025年までどういうふうに持っていくつもりで、まずは第1段階、入院基本料の考え方を変えるという改定になるわけです。(資料7)

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

そこで問題があります。実は一昨日の中医協で、こういうものが出ました。先ほどの急性期のところで、新たに一昨日出てきた資料です。先ほどは10対1がベースで、4段階ぐらい上にありました。今回で、これが7段階になることが分かってきました。

これは厚労省のホームページの10日の中医協の資料をクリックすれば入っています。全部印刷にするとものすごくたくさん出てきますが、この図だけでもちょっと出していただくと、今日の説明は分かりやすいと思います。



7段階に分かれます。1のところ为先ほど言った現行の7対1です。ここにちゃんと点数が入っているので、もしかしたらこの点数はいじらない気なのかなと思います。一番上が7対1で、パーセントは重症度、医療・看護の必要度によって変えていきます。

ここが中間的な評価です。つまり今まで7対1と10対1の差はとても大きかったのです。1日2,000円ぐらい違うので、200床ぐらいの病院だと、7対1から10対1にすると、1.2億円下がります。それだけ取

入が下がると誰も10対1にはしていかないのでは、考えたのでしょうか。7対1のところが入院料2・3に来てもあまり下がりにくいというような感じでしょうか。これは無理だとしても、これと比べていただくと、いきなり10対1ぐらいまでは下がらないので、こちらにいきやすいでしょうということを今回言ってきます。

これが中間的なものという形で、厚労省の考え方は、ここの7対1が入院料2,3に移るのはOKなのだけれども、10対1のところが入院料2・3には行けないとしているのです。これはまだ絶対とは言えないのですが、一応厚労省としてはこのつもりです。

つまり7対1の病院に、「入院料2・3に下がることをそんなに怖れなくてもいいから、もし入院料2・3に来たとしても、条件をクリアできるのであれば戻っていいです。だから恐れずに入院料2・3に来てください」という感じの改定になります。これが急性期の点数です。

では入院料1が何%になるのでしょうか。診療側はここを今と同じように25%にしてくれと言っています。支払い側は、具体的に34%と言ってきています。これはなぜでしょうか。今の看護必要度のA、B、C項目を今年少し変えます。それによって重症患者が多くなるというデータがあります。これは後でご説明します。

だから今の計算よりも、みんな少しずつ上に行くだろうから、支払い側としては、ここは34%ではないのではないか、元々30%と考えていたのだから4%ぐらい乗せてと言っているのですが、いかんせん中途半端な数字だと思います。

診療の側は25%と頑張っているのですが、25%から5%を上げた30%という数字は、非常に現実味を帯びてきていると思います。病院は怖れなくてもいいです。今の計算式だと少し上がることになってきます。30%で済めばいいかと思いますが、もしかしたら30%より上の可能性もあるかもしれません。32%とか33%というよりは、30%のほうが切りがよくないですか。

厚労省としても、これは過渡期の改定で見ているから、次の改定のときに、ここをいろいろな形で縛るので、今回はあまり診療側の機嫌を損ねないで、何とか現実的な数字になってくるのではないかと思います。

今、10対1は、24%、18%、12%なのです。だから入院料4～6を24%、18%、12%のままにすると、単純に言えば、入院料1～3が26、28、30になります。だから入院料1が何点になるかによって全部変わってきてしまうので分からないのですが、入院料1を25%のままではいかないと、私は思います。

厚労省は7対1を減らしたいのです。入院料1が25%のままだったら絶対減りません。まず25%はないのではないかと思います。かと言って、いきなり34%というのもどうかと思うので、私は個人的にはそのぐらいで考えているのではないかと思います。入院料1がもう少しいったとして、32%ぐらいだとしても、段階的にこの辺のところ、10対1は今のまま残るでしょう。おそらく次の改定で入院料6・7を絞って、急性期としては入院料5の重症度。医療、看護必要度を変えてくるのでしょうか。だからこの図を見た限りは、過渡期の改定だとちょっと感じました。(資料8)

■ 入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

これが文章になったものですが、先ほどの7段階に分かれたことによって、この文章は少し変わってくるのではないかと思います。特に中間的なところが別立てで2つ増えることになります。厚労省の資料にはあるのですが、重症患者のパーセントを選択できるようにします。看護師さんが毎日病棟に行って測ってもいいけれども、DPCのデータから取る形のものにしようかということです。

もし看護師さんが毎日病棟に行っているのだと、3ヵ月ルールというものがあります。3ヵ月平均でやっていると、少し落ちてもいいというものがありますが、DPCデータから取る場合はなしになります。なぜかと言うと、DPCのデータは毎月ではなく、3ヵ月平均で取るそうです。だからそういったことが、この前の1月10日に少し入っていました。(資料9)

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価				
【平成30年度改定での評価(案)】				
	長期療養	長期療養～急性期医療	急性期医療	
実績に応じた段階的な評価の要件	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇料(仮称)】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇% 	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇料(仮称)】 ◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟) 【〇〇料(仮称)】 ◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟) 	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇料(仮称)】 ◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当) ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日 	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇料(仮称)】 ◆最も高い評価部分(現行7対1相当) ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% ◆中間的な評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当) ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇% 	<ul style="list-style-type: none"> 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・現行の基準 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ・現行の基準 	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当) ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日 	<ul style="list-style-type: none"> 【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当) ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。 		<ul style="list-style-type: none"> ・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

12

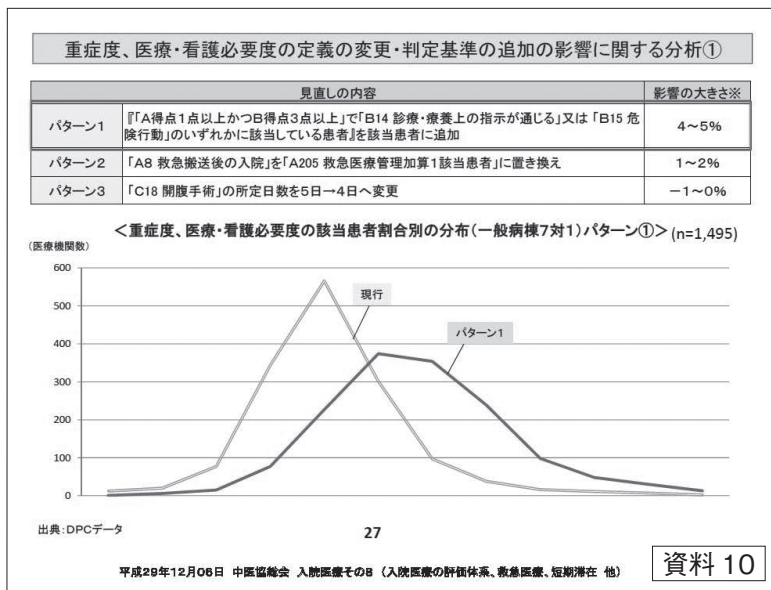
平成29年12月06日 中医協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)

資料9

■ 重症度、医療・看護必要度の定義の変更・判定基準の追加の影響に関する分析①

ではどのように見直されるのでしょうか。パターン1、2、3とこのページで話します。まず「A得点1点かつB得点3点」で、「診療・療養上の指示が通じる」または「危険行動」の状態である場合です。すなわち認知症と専門の患者を多く見ているというところは、このパターンで、重症患者として認めるということになりました。

次の「救急搬送後の入院」というものを、「救急医療管理加算1該当患者」に置き換えるという流れです。なぜかと言うと、この救急医療管理加算自体が、今、全国でばらばらなのです。査定がものすごく多い県もあれば、全部認めてくれる県もあったりして、この件に関して、今回の改定ではいじらないというデータが出ました。次回の改定に持ち越すそうです。だからパターン2は今回の改定ではやりません。



パターン3はやりませう。「開腹手術」を5日から4日に変更します。これはさすがにマイナス1%ぐらいの影響があります。しかしパターン1をこのとおりにやると、4～5%上がるそうです。だから今、7対1は25%ですから、4～5%上がるということになれば、30%という数字は現実を帯びてきます。

支払い側の根拠は、元々7対1だから30%ぐらい必要ということなのだから、それに4%を乗せて34%だと今、頑張っているのです。皆さんはどう思われますか。現実的な数字としては、30ではないかと思うのですが、あとは厚労省の考え次第です。

どのぐらいまで7対1の看護必要度のパーセントを減らしたいのか、ただ次回の改定は多分にらんでいるのではないかと私は感じています。だからこのデータも見ながら、どういうふう動くのかというのは見ていただこうと思います。(資料10)

入院医療評価体系の論点(案)①

入院医療評価体系の論点(案)②

今の話がここに入っています。どのように、7対1、10対1を見ていくかということです。新たに設定する中間的な評価部分です。一番高いところは、7対1なのだけれども、あとの中間のところ、医療・看護必要度の定義の変更と、判定基準の追加の影響といった形のもの、今、お話ししたとおりの内容です。(資料11, 12)

入院医療評価体系の論点(案)①

【論点(案)】

【入院医療の評価体系】

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応するため、入院医療の評価体系について、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つを組合せた評価体系となるよう、現行の入院基本料を再編・統合してはどうか。
- 診療実績に応じた段階的な評価部分について、平成30年度改定では、現行の指標(必要な見直しを実施した上での重症度、医療・看護必要度及び医療区分)を用いることとしてはどうか。
- 診療実績に応じた評価は、多様な医療ニーズへの対応や、診療内容、患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をより的確に把握できるような指標・評価手法が望ましいことから、今後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行ってはどうか。

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い】

- 再編・統合した新たな入院料の診療実績に応じた段階的な評価には、平成30年度改定では、現行の指標である、重症度、医療・看護必要度(ただし、項目についての見直しがあればそれらを反映)を用いてはどうか。なお、一定の基準を満たす医療機関が希望する場合には、EF統合ファイルによる判定を用いてもよいこととしてはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、新たな評価体系への再編・統合を進める観点から、現在、経過措置となっている、
 - ・ 病棟群単位での届出医療機関、
 - ・ 200床未満の経過措置の対象となっている医療機関、
 が、新たな評価体系を選択できるよう一定の配慮を行うという前提で整理する方向で検討してはどうか。

資料 11

入院医療評価体系の論点(案)②

【論点(案)】

【一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の新体系での取り扱い(続き)】

- 新たに設定する、中間的な評価部分については、
 - ・ 該当患者割合を活用するが、それに応じた適切な看護職員配置に一定の実績を求める観点から、届出に際しては、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分の届出の実績を要件としてはどうか。
 - ・ 中間的な評価部分の報酬区分と、最も高い評価部分(7対1相当)の報酬区分とは、どちらかを選択後も医療機関の実績等に応じて変更可能としてはどうか。
 - ・ 改定後に実態調査等を行う際に、様々な観点での分析が可能となるよう、EF統合ファイルを用いて判定することを要件としてはどうか。

【重症度、医療・看護必要度の評価項目】

- 重症度、医療・看護必要度の定義の変更と重症患者の判定基準の追加の影響の分析結果を踏まえ、認知症及びせん妄の患者への対応や救急患者の受け入れをより評価する観点から、定義の変更と重症患者の判定基準の追加を行ってはどうか。
- 段階的な評価部分の基準値については、定義の変更・判定基準の追加における基準値の変動、機能の明確化などを総合的に勘案して、適切な基準値を設定することとしてはどうか。
- EF統合ファイルを用いた判定における基準値については、上記を踏まえて設定することとしてはどうか。

資料 12

療養病棟に基本料に関する論点(案)

次に療養病床です。療養病床に関しては、何が変わるのでしょうか。まず、療養の病院は、看取りをやってほしいという話が出てきます。クリニックが在宅医療を見ていたのだけれども、最後の最後、療養に持ってきて看取るという形のものの評価します。初期加算を上げてくると思います。

1項目だけで該当となっている常時監視の場合で、医療区分3になっているものは2に下がるでしょう。あとはデータを少し変えたものを出してくれということです。(資料13)

中医協 総-3
29.11.17

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

【論点(案)】

- 療養2は、療養1との違いは、看護配置と医療区分2・3該当患者割合の要件のみであるが、療養2の病棟単位の分布をみると、療養1相当の要件を満たす病棟も一定程度存在していることから、患者の状態に応じた機能分化を促進する観点から、療養病棟入院基本料の要件を整理してはどうか。
- 療養病棟においても自宅等から緊急患者を受け入れていること、患者や家族の希望に沿った看取りの取り組みについてガイドラインの普及が求められていること等を踏まえ、救急・在宅等支援療養病床初期加算を見直してはどうか。
- 医療区分の項目のうち、1項目のみで該当となっている患者が多い項目について、どのように考えるか。
- 医療の質の向上に資するデータの利活用の推進の観点から、慢性期病棟におけるデータ提出項目について、医療機関の負担に配慮しつつ、慢性期の項目を追加し、急性期関係の項目を合理化してはどうか。
また、経過措置を設けた上で、一定規模以上の病院については、療養病棟入院基本料の要件としてはどうか。

4

平成29年12月08日 中医協総会 入院医療 その9

資料 13

長期療養に係る入院医療の新たな評価体系(案)

こちらの図は、先ほどの長期療養のほうを、どういう考え方にするかというものです。25対1はどちらにしても、将来なくなるので、経過措置で残すというものです。現実には、20対1が評価なのですが、ここに50%が出たのです。だから医療区分2と3の5割の医療の療養をベースにしています。

そうするとここはやはり8割です。まだ「0%」なので分からないのですが、今は20対1は8割をクリアしないと、医療の療養は認められないのですから、これは8割ではないかと個人的に思います。

これは非常に大きいです。なぜでしょうか。介護療養病床を持っている病院とか、25対1なのだけれども、介護医療院にしようかと思っている病院が、この50%が残るということは、例えば1病棟に医療区分2と3の患者を集めて5割をクリアできるのだと、看護師さえクリアできれば、医療の療養として残れるということなのです。

だから病床再編のときに、いろいろあったらもう介護医療院かという形のところが、多分点数は低いけれども、次の選択肢として、医療の療養病床として残るという選択肢がおそらく今回出てきます。これが1つのポイントではないかと思えます。(資料14)

長期療養に係る入院医療の新たな評価体系(案)

- 療養病棟入院基本料を一本化するとともに、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系にする方向性に沿って、医療区分2・3患者割合を診療実績に応じた評価に用いてはどうか。
- 現行の患者割合の基準値については、療養病棟入院基本料の一本化及び診療実績に応じた評価の運用がより厳しくなることから、患者割合の基準値を以下のように見直しはどうか。

<現状>

特別入院基本料

<改定後>

特別入院基本料

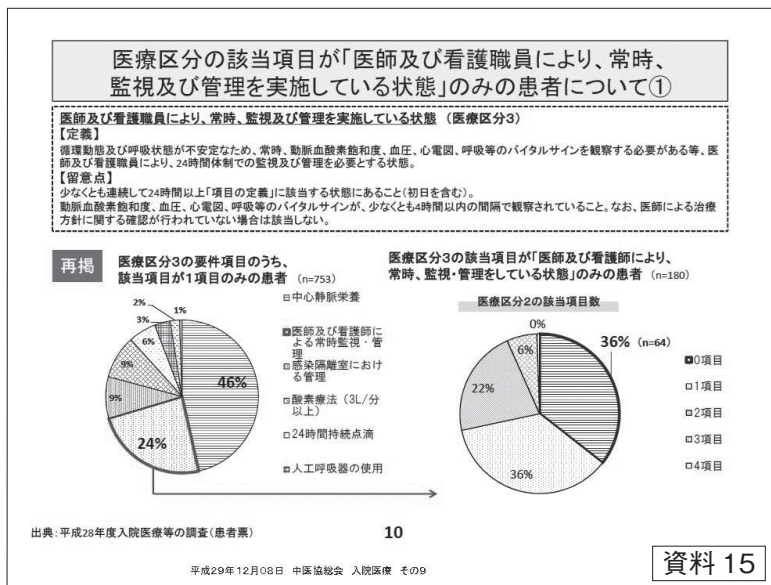
6

平成29年12月08日 中医協総会 入院医療 その9

資料 14

医療区分の該当項目が「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」のみの患者について①

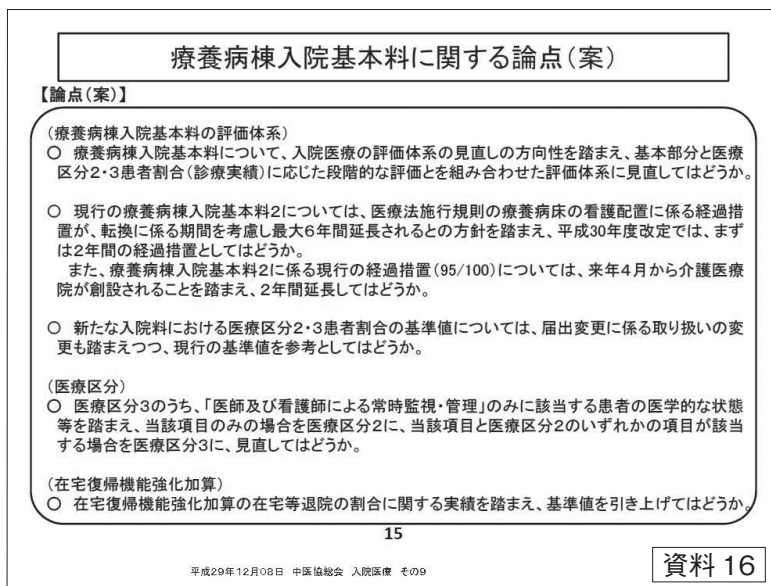
先ほど1項目だけが該当しているというものは、医師および看護職員により、常時監視、および管理を実施している状態のみの患者は、今、1つでも医療区分3なのですが、これは駄目になります。2つ以上あれば、医療区分3でもいいのですが、1個だけで医療区分3の場合は、医療区分2に下げるということになりそうです。(資料15)



療養病棟入院基本料に関する論点(案)

こちらが2と3の該当患者割合の件、経過措置の件、3のうち、常時監視だけの場合は医療区分2に、当該項目と医療区分2のいずれかの項目が該当している場合は、医療区分3に、あとは在宅復帰機能強化加算は、実績が結構高いので、基準値引き上げという形になりそうです。

先ほど少し言ったように、看取るということ、病院にもやってもらおうという形なので、この初期加算を、例えば自宅から入ってくる患者に関して上げてくる、プラスに持ってくるだろうと思います。(資料16)



救急医療(その2)の論点(案)

救急医療の論点のところも、ひとつだけ言います。病床規模の小さい病院は、具体的に言うと、本当にちょっとした小さな病院なのだけれども救急をやっているという場合、看護師を救急患者のためだけに外来に置けません。救急の患者が来るから、病棟で宿直の夜勤をやっている看護師が降りてきて救急患

者の対応をするということをやると、今、入院の看護要件が達していないということで、自主返還となっているところも出たりしています。この辺のところは少し緩和になるかというところがあります。ただし、患者数の少ない病棟や、病徴の患者の様態、看護補助等の配置、こういった一定の要件下というものがありますので、この要件はチェックの上という形になります。

この他、今回の改定で、やはり働き方改革も含めて、看護補助者を採用してくださいという話になります。夜勤の看護補助者とかは点数も結構付きそうなのですが、病院で看護補助者を募集したとして、来ますか。まず来ません。

特に介護事業などを行っているところも、スタッフをどういうふうに確保するかということが非常に難しい形にはなってくるかと思えます。私が知っている病院は、看護補助者は全員65歳以上です。リタイヤした男性の方とかです。男の看護補助者は、私の経験ではすごくいいです。夜勤を嫌がらないし、65歳過ぎの人でも力仕事もそこそこできます。そういった意味でも、どういう形でスタッフを採用していくかということがこれから大きな課題だろうと思っています。(資料17)

救急医療(その2)の論点(案)

【論点(案)】

- 救急医療管理加算
 - ・ 救急医療管理加算の評価のあり方については、DPCデータ等による調査結果を踏まえ、次回改定以降に、引き続き検討をしていくこととしてはどうか。
- 二次救急医療機関における救急搬送患者の受入体制
 - ・ 二次救急医療機関の夜間の救急外来に配置された看護職員が、救急搬送以外の救急患者への対応については診療報酬上評価されているが、救急搬送患者に対する対応は評価されていない。夜間の救急外来患者への対応体制をより強化するため、そのような看護職員による救急搬送患者への対応についても評価の対象としてはどうか。
- 病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保
 - ・ 病棟配置の看護職員が救急外来で業務すると、夜間の病棟配置数によっては、病棟における夜間の看護職員配置要件を満たさない取り扱いとなっているが、地域の二次救急医療体制の確保のため、患者数の少ない病棟や病棟の患者の容体、看護補助者の配置等の一定の要件下に限り、夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定してはどうか。

52

平成29年12月06日 中医協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)
資料17

■ 退院困難な要因②

次に退院支援の話です。退院困難な要因が、今あるものに比べて、もっとたくさんあるということもあり、入院早期から把握して、速やかに関係機関と連携、入院中から支援をするなどします。例えば在宅から来る人や、施設から来る人に関しては、入院前に何の介護サービスを利用していたのかとか、そういったものもちゃんと把握して、退院支援に向けてくださいということになっています。(資料18)

退院困難な要因②

診調組 入-1
29.8.24

- 退院支援加算1及び2の算定対象を抽出するにあたり示されている「退院支援困難」な要因に示されていないもの、早期に把握し入院中から関係機関と連携し支援が必要なケースがある。
- 介護保険等の入院前にサービスを利用していた場合、退院にあたり調整が必要となることから、入院時に生活支援等のサービスの利用状況も含めた入院前の生活状況を詳しく把握する必要がある。

<退院困難な要因「その他の患者の状況から判断してアからクまで準ずると認められる場合」の具体的状態>

- ・ 家族からの虐待や家族問題があり支援が必要な状態
- ・ 未婚等により育児のサポート体制がないため、退院後の養育支援が必要な状態
- ・ 生活困窮による無保険、支払い困難な場合
- ・ 保険未加入者であり市町村との連携が必要な場合

入院早期から把握し、速やかに関係機関と連携し、入院中から支援する必要がある

入院早期に、入院前に利用していたサービスを把握し、退院後に向けて調整の必要がある

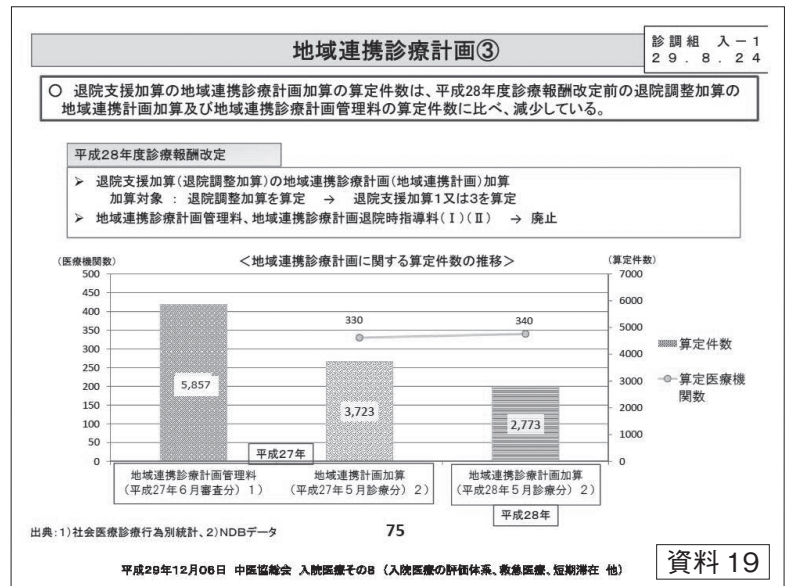
等

出典：平成28年度入院医療等の調査(施設票)
68

平成29年12月06日 中医協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)
資料18

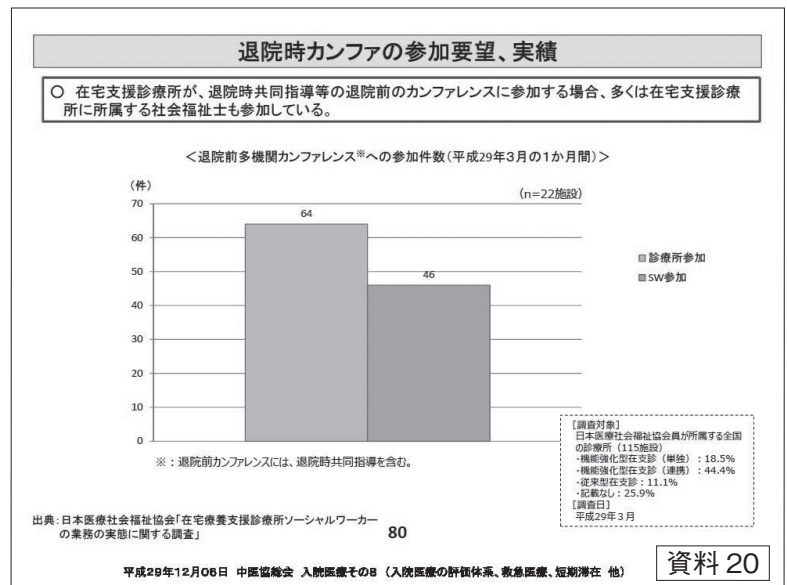
地域連携診療計画③

地域連携診療計画加算に関しては、今までは退院支援加算の1と3しか駄目だったのですが、今回の改定で2もOKになります。これはほぼ確実だと思います。(資料19)



退院時カンファの参加要望、実績

カンファレンスに入ってくださいということになります。(資料20)



嚥下機能が低下した入院患者への退院時共同指導の例

嚥下(えんげ)機能が低下した入院患者の退院時共同指導の例というのがあります。今、共同指導というのは、医者か看護師だけなのですが、ここに管理栄養士や理学療法士等がOKになってくるのではないかと思います。

この図で言うと、上は病院系で、下が在宅系です。今回、厚労省としては、高齢者が増えてくるので、とにかく胃ろうは作ってほしくない、経管栄養もあまりしてほしくない、なるべくであれば、口から食べ

られるようにということを、今、非常に強硬に言っています。介護報酬改定もそこに重点が置かれます。

口から食べるということを、介護報酬で出てきた言葉で、管管連携というものが出ています。私は最初パンダの連携かと思ったのですが、管管連携というのは、管理栄養士同士の連携なのだそうです。在宅系の管理栄養士や病院や老健の管理栄養士が、嚥下問題で非常に重要になってくるのではないかと思います。(資料21)

参考 嚥下機能が低下した入院患者への退院時共同指導の例

共同指導の内容

- 食事介助方法、ポジショニングの伝達・確認・写真や図の提示 又は リハビリ室やベッドサイドでの実演
- 食事摂取、歩行、移乗動作の様子を見せ、伝達
- 病院と自宅での活動量の違いを考慮した必要エネルギー量の検討
- 食事形態の確認 等

シームレスな栄養管理
↓
低栄養・サルコペニアの阻止
↓
再入院の予防

出典：御子神由紀子、日本静脈経腸栄養学会雑誌 31(4)、955-8、2016
を基に保険局医療課が作成 81

平成29年12月06日 中経協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他) **資料21**

■退院時の療養上の情報提供

これについても、少し細かな話なのですが、医療機関から老健や訪看に対して、療養上の情報提供を行った場合においては、診療情報提供料(I)を算定できないという今の状況があります。少し見直されて、連携関係ものに関しては、拡大になってくると思います。

特に同時改定なので、医療と介護の連携ものは非常に作りやすい改定です。連携でどういう形のところまで拡大になっていくのかということは、今回の改定では非常に注目点で、点数が付くところだと思います。(資料22)

退院時の療養上の情報提供

○ 患者の在宅移行時などに、医療機関から介護老人福祉施設や訪問看護ステーション等に対して療養上の情報提供を行った場合においては、診療情報提供料(I)を算定できない。

診療情報提供料 (I) を算定し、保険医療機関が情報を提供することができる機関	
別の保険医療機関	別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
患者の居住地を管轄する市町村又は都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等	患者の居住地を管轄する市町村又は都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
精神障害者施設又は介護老人保健施設	精神障害者である患者であって、障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
介護老人保健施設	介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合

92

平成29年12月06日 中経協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他) **資料22**

■入退院支援の論点(案)

「入退院支援」という形で、名前が変わります。今までは、「退院支援」だったのですが、これに「入」が付くので、「入退院支援」、早期から退院支援をやってほしいということと、退院に向けた連携、地域連携診療計画に係る評価は退院支援加算2がOKになります。

退院時の共同指導もいろいろな職種、例えば病院の医師、看護師以外の職種や、社会福祉士がOKになると思います。今までは、外部はケアマネしか駄目だったのですが、多分社会福祉士もOKになるのではないかと思います。いろいろなところとの連携ものが付きます。

今回、障害福祉サービスの連携も出てきました。

小児の退院支援も今まで矛盾があったので、いろいろなところで小児の退院支援の点数がOKになってくるだろうと思います。(資料23)

入退院支援の論点(案)

【論点(案)】

- 早期からの退院支援
 - ・入院早期から関係機関と協力して支援が必要なケースについても、退院困難な要因として、退院支援の対象として明確化してはどうか。
- 退院に向けた関係機関の連携
 - ・円滑な退院に向けた関係機関との連携について、
 - ① 地域連携診療計画に係る評価について、退院支援加算2を算定する医療機関も対象としてはどうか。
 - ② 退院時の共同指導について、より実施しやすくするために職種や関係機関の要件について見直してはどうか。
 - ③ 退院支援が必要な患者で、関係機関と共同指導ができなかった場合に限り、療養上の情報を、退院後の医療を担当する主治医や配置医のほか、退院後に当該患者が利用する訪問看護ステーション、又は当該患者が入所する介護施設等に提供することについて評価してはどうか。
 - ④ 障害福祉サービスとの連携を推進するため、相談支援専門員を、介護支援専門員と同様に評価してはどうか。
- 小児への退院支援
 - ・小児の退院支援では、地域で支援を受けながら生活していくために、多くの関係機関との調整や連携が求められることから、退院支援加算の対象者、算定要件等について、小児を診療する医療機関に対応する内容に見直してはどうか。

105

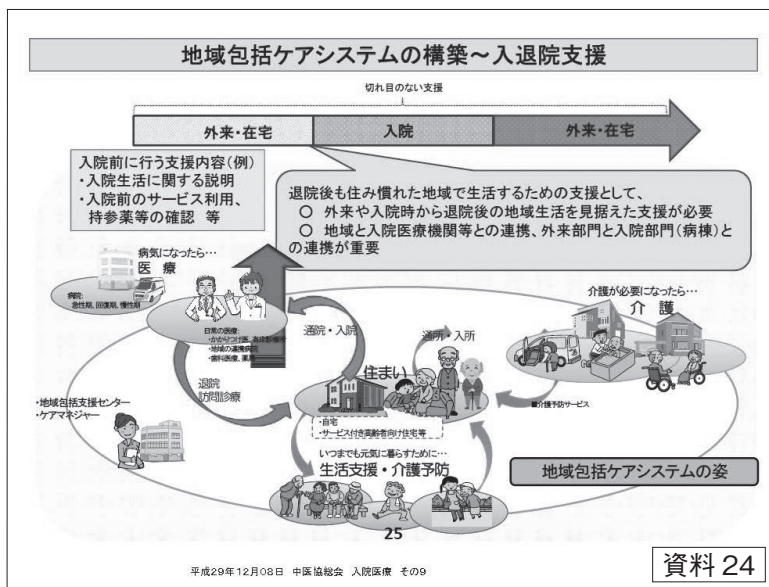
平成29年12月08日 中医学協会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)
資料23

■ 地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

地域包括ケアシステムの中に入れてくる気らしいので、入院前に行う支援内容は、入院生活に関する説明、入院前のサービス利用、持参薬といったものは、入院の初日にやらなくても、予定入院の患者は外来で、「どんな薬を飲んでいるのですか」と、全部チェックできます。とにかく外来、入院時、入院前から、退院の地域生活、連携ものも含めて、早く退院支援関係をやってくださいということです。

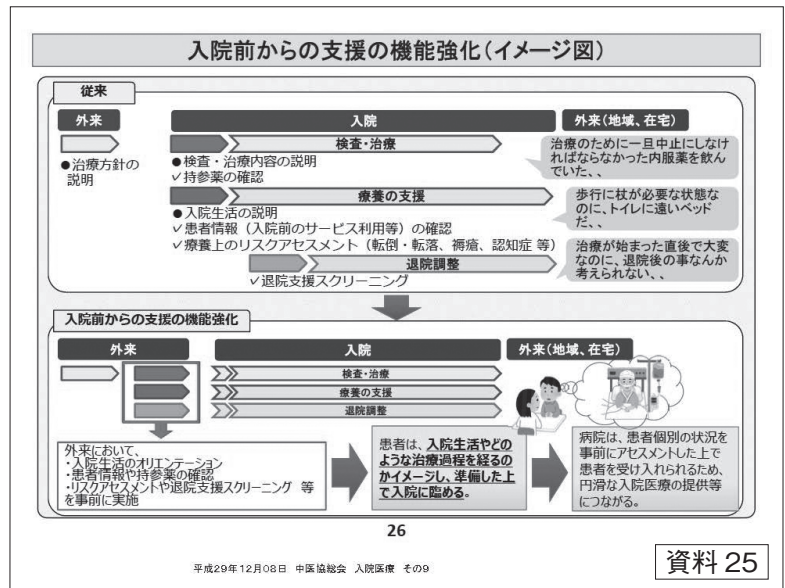
少し具体的に言います。病院の1階に入院案内窓口とか、入院総合窓口とか、相談窓口とかがあります。入院の受付をするところです。私が知っている病院は、今、テスト的に、そこに退院支援のメンバーを張り付けています。

つまりワンストップでできるようにしています。入院の受付をすると、予約入院の予定なので、今日のうちに入院の窓口に行ってくださいと言います。患者が入院の受付窓口に行くと、そこに退院支援のメンバーもいて、入院の受付とともに、退院支援計画書のある程度書きます。家族がいるのなら、家族の話、介護保険を持っているかという話ができます。「私は要介護2なのです」、「では入院の日にケアマネジャーをお呼びしてもいいですか」、「いいです」と言ったら4,000円です。介護支援連携指導料です。そういったものも早めにやってくださいという改定になります。(資料24)



■ 入院前からの支援の機能強化(イメージ図)

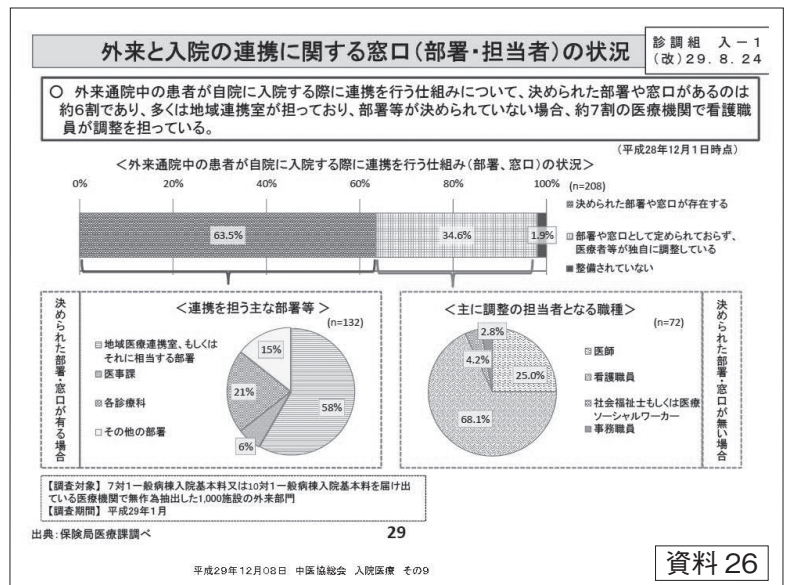
従来だったら、外来では治療方針の説明だけだったのですが、ここにいろいろな形の外来における退院支援の考え方が入ってくるというような流れになります。(資料25)



資料25

■ 外来と入院の連携に関する窓口(部署・担当者)の状況

外来と入院の連携に関する窓口というのが、多くは地域連携室とかになっていて、部署が決めていない場合、約7割の病院で、看護職員が調整を担っているというところや、中小病院だと、なかなか人がいないので、専従とかではなく、兼務できるような形を持ってくるのではないかと思います。(資料26)



資料26

■ 入退院支援(その2)の論点(案)

退院支援が「入退院支援加算」に変わります。入退院支援という考え方になるということです。(資料27)

入退院支援(その2)の論点(案)

【論点(案)】

(入院医療と外来医療の連携)

- 現行の退院支援加算は、入院早期から退院後まで切れ目のない支援を評価しているとの趣旨を踏まえ、加算の名称を「入退院支援加算」に見直しはどうか。
- 入院医療と外来医療の連携、地域における医療機関間の連携等を推進する観点から、外来における相談・連携担当者が、入院が決まっている患者に対して、入院前から様々な支援を行う取り組みについて、評価を検討してはどうか。
また、病床規模別の担当者の配置状況を踏まえ、中小病院を主な対象として、評価を検討してはどうか。

32

平成29年12月08日 中医協総会 入院医療 その9
資料 27

■ 医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

この資料も非常にいいので少し持ってきました。この下線の部分のところが、今回おそらく点数が付くだろうと思われるところです。医療と介護の連携ものです。ちょっと資料的にも見ていただいております。(資料28)

医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

関係者間の連携	看取り	訪問看護・リハビリ
<ul style="list-style-type: none"> ●退院時共同指導の弾力化 ●退院患者の利用する訪問看護ステーションや介護施設への情報提供 ●在宅患者について緊急時等カンファレンスの開催の弾力化 ●介護保険施設や認知症対応型共同生活介護等において、関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく口腔管理を評価 ●入院中からの介護支援専門員への情報提供 ●かかりつけ医と老健施設との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬上に、ガイドラインを参考にした看取り・ターミナルケアを位置づけ ●療養病棟等における在宅患者の受入に係る加算について、ガイドラインの取組を踏まえた算定要件に見直し ●在総管等の算定要件に、介護支援専門員と情報提供を要件化 ●患者の意向に沿って病院で看取った場合を評価 ●介護施設での看取りにおける介護施設と医療機関や訪問看護ステーションとの協働の推進 	<p>(訪問看護)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護ステーションと喀痰吸引等の業務を行う介護職員等との連携 <p>(リハビリ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●維持期のリハビリを医療保険から介護保険に移行 ●医療保険と介護保険の両方のリハビリを提供する場合の施設基準を緩和 ●リハビリの実施に係る計画書の様式を共通化

平成29年12月08日 中医協総会 横断的事項 その5 医療と介護の連携
資料 28

■ 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携に関する論点(案)

介護支援専門員と老健などの連携ものです。こういった形のは老健とかかりつけ医の連携ものです。例えば検査で点数を上げるとか、注射をして点数が高いというのは、コストがあるではないですか。注射薬とか、検査でも委託検査屋に払わなければいけません。

しかし、いわゆるこの連携ものはもちろんコストはかかるのですが、ものコストではないのです。だから今回の改定で厚労省がどこに点数を付けてくるのかというところは、ぜひ着目して、特に連携ものは積極的に考えていただきたいと思います。(資料29)

介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携に関する論点(案)

【論点(案)】

- 入院中に行う介護支援専門員への情報提供
 - ・ 入院中の医療機関から介護支援専門員への診療情報提供について、退院後に円滑に介護サービスを導入する観点から、介護支援連携指導料を算定できない場合であって、退院前一定期間内に限り、診療情報提供料による評価の対象にしようか。
- 老健施設とかかりつけ医の連携
 - ・ かかりつけ医と介護老人保健施設との連携について、多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、入所中の処方薬に係る情報提供、退所後の外来受診時における処方内容のフォローアップなどに対する評価を検討しようか。

13

平成29年12月08日 中国協協会 横断的事項 その5 医療と介護の連携

資料 29

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働 (イメージ)

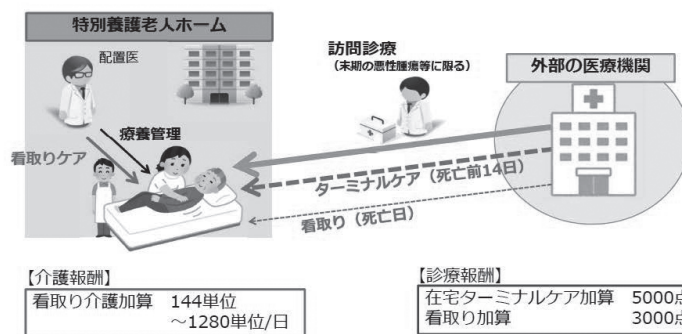
民主党が政権を取ったときに、終末期相談支援料というものが1回できたことがあります。覚えている方はいらっしゃいますか。皆さん、若いですから、もうはるか昔ですが、そういうものがあったのです。しかし国会ですごくいじめられました。終末期という言葉が悪いとか言って、3ヵ月で消えた点数で、私たちは幻の点数と呼んでいます。これが復活しました。

いわゆる看取りを多く行う必要があるということも出てきますし、看取りが今回の改定で1つのポイントになります。

この資料は、特養なのです。特養というのは配置医師がいるので、他の先生がうかつに行けない、点数がないというものも、他のところと連携する、訪看と連携するなどが今回できることになります。ターミナルケアのことで、これもちょっとよかったかなと思っています。これは分かりやすい資料です。介護施設との見取り、連携をして診療報酬で看取っていくということです。(資料30)

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働(イメージ)

- 看取り期のケアに係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。



※ 訪問看護の場合も看取り期のケアについて併算定できない取扱い

18

平成29年12月08日 中国協協会 横断的事項 その5 医療と介護の連携

資料 30

データ提出加算の論点(案) (別表)

これはデータ提出です。この資料が一番見やすいので、これで見てください。許可病院省200床未満の病院の場合、10対1、回復リハの1と2はもうデータを出せということになります。

ただ、経過措置はできるとは思いません。しかし200床の場合でまだ用意がないというところはそろそろ考えていただきたいです。200床以上も、今回は回復リハは全て、療養の3つはデータ提出をしなければならなりません。後々には、全てデータ提出は必須項目になると思いますから、データをどうしているのかということを確認しておいていただきたいと思います。(資料31)

データ提出加算の論点(案) (別表)		
	許可病床200床未満	許可病床200床以上
7対1入院基本料	データ提出あり	データ提出あり
10対1入院基本料	要件化を検討	データ提出あり
13対1入院基本料 15対1入院基本料	※	※
地域包括ケア病棟入院料	データ提出あり	データ提出あり
回復期リハビリテーション 入院料1・2	要件化を検討	要件化を検討
回復期リハビリテーション 入院料3	※	要件化を検討
療養病棟入院基本料	※	要件化を検討

※要件化は行わず、データ提出が推進されるようにデータ内容を見直す

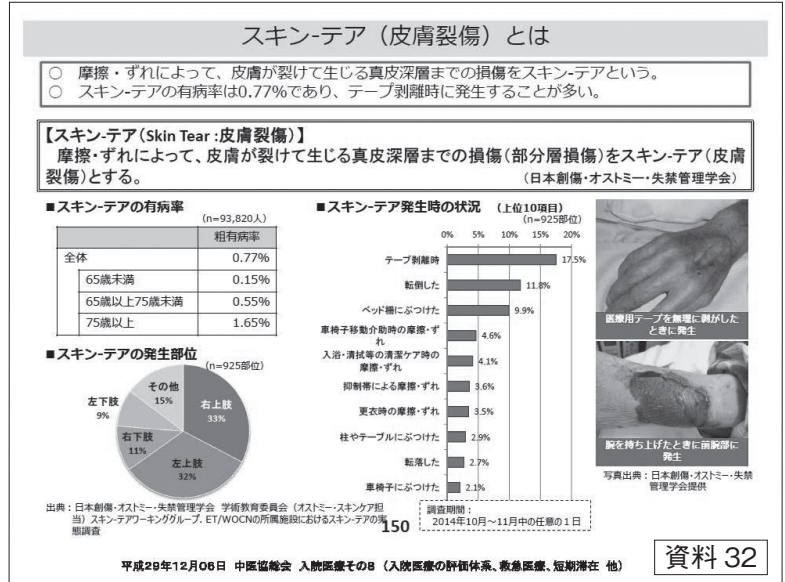
141

平成29年12月06日 中医協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)

資料31

スキン・テア(皮膚裂傷)とは

これはスキン・テアという皮膚裂傷についてです。診療報酬として、褥瘡(じょくそう)と同じ扱いにしようかという資料が入っています。(資料32)



ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 Partial O ₂ (mmHg)	>100	400k>300	300k>200	200k>100 呼吸機補助	100k 呼吸機補助
凝固機能 血小板数 [×10 ⁹ /mm ³]	>150	150k>100	100k>50	50k>20	20k
肝臓 プロトロンビウム [mg/dL]	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧<70 mmHg	ドパミン≧5μg/kg/min またはドパミン≧2.5μg/kg/min 併用 ドパミン≧10μg/kg/min 併用	ドパミン≧10μg/kg/min またはドパミン≧5μg/kg/min 併用 ドパミン≧10μg/kg/min 併用	ドパミン≧10μg/kg/min またはドパミン≧5μg/kg/min 併用 ドパミン≧10μg/kg/min 併用
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
腎臓 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 透析治療が90分以内	>5.0 透析治療が90分以上

91 ※Moreno R, et al : Intensive Care Med 25 : 686-696, 1999.

平成29年11月24日 中協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟

資料 35

特定集中治療室管理料等に係る課題(案)

この資料があります。ICUに関して、57ページに、今、お話ししたものが文章になって入っていますから、少しご覧になっておいてください。(資料36)

特定集中治療室管理料等に係る課題(案)

【論点(案)】

- 救命救急入院料1及び3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定対象及び要件となっていないが、実態等を踏まえ、測定を要件としてはどうか。
- 特定集中治療室管理料については、アウトカム評価に資する項目として、DPCデータの中に、入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めることとしてはどうか。
- 特定集中治療室において、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取組について、安全性を確保しながら、取組が促進されるような評価についてどう考えるか。
- 特定集中治療室における重症患者に対するケアに関する研修を受けた看護師の配置について、患者の状態改善に寄与すること、また特定集中治療室管理料1・2を有する医療機関の9割以上に所属していることから配置を要件としてはどうか。
- 特定集中治療室、ハイケアユニット等、治療室に備えるべき器具・装備について、救命装置等の室内に備えるべきもの以外は共用とするなど、医療機関の構造や管理体制にあわせて、柔軟に保有できるよう要件を見直してはどうか。

104

平成29年11月24日 中協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟

資料 36

2015年10月28日 日本医師会・四病院団体協議会からの提言地域包括ケア病棟のあり方(病院機能の視点より)

では地域包括ケア病棟です。こちらは皆さんが関係すると思いますので、ゆっくりいきます。地域包括ケア病棟は、なぜ地域包括ケア病棟という名前なのでしょう。それは地域包括ケアシステムのための病棟だからです。

地域包括ケアシステムとは何でしょうか。いわゆる住み慣れたところで、長くみんなが暮らしていけるような形を考えるとこのものです。地域包括ケア病棟の役割は3つです。急性期からの受け入れは、ポ

ストアキュートです。在宅療養、介護施設等からの急性増悪の受け入れ、これがサブアキュートです。もう1個が、在宅・生活復帰の支援です。この3つの役割があると言っています。

先ほどの入院基本料が変わるという話ですが、覚えていますか。地域包括ケア病棟の場合の実績として評価するのは、こちらのサブアキュートです。在宅や介護施設等からの急性増悪の受け入れが高いほうを実績として高く付けるというのが、先ほどの3つの図の入院基本料のところにあります。

こういった役割があるのに、7対1や10対1の急性期と地域包括ケア病棟を持っている病院が、ほとんど全ての患者が、自院の7対1や10対1から来ます。それは果たして地域包括ケア病棟なのでしょう。否です。7対1救済病棟です。つまり7対1の重症患者とか、平均在院日数をクリアさせるためにこれを作っているというところに関しては、今回点数が下がります。

さらに言うと、地域の医療・介護連携を支援する病院を地域ごとに整備するというところで、地域包括ケア病棟を作ったわけだから、いわゆる地域包括ケアシステム、地域のための役に立つ病棟運営をやってくれているというところを評価するということになります。(資料37)

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

具体的に言うと、自宅等から受け入れた患者と、それ以外から受け入れた患者とで、提供する医療内容が異なっていることから、「救急・在宅等支援病床初期加算」について区別します。この初期加算は150点で、2週間OKなのです。だから自院の7対1、10対1や、他院の急性期から来た患者も2週間150点だし、自宅から入ってきた患者も、2週間150点なのですが、それを区別すると言っています。

例えば、急性期から来た患者は50点にするとか、自宅や介護施設から直接地域包括に入った患者は250点にするとか、何らかの形で、相当差を付けるのだらうと思います。くどいですが、さらにこれだけではなく、先ほどの入院基本料の実績評価のところも、このサブアキュートで実績を付けていくという流れになっています。

第309回中医協総会(27.10.28)
鈴木委員提出資料より抜粋

2015年10月28日 日本医師会・四病院団体協議会からの提言
地域包括ケア病棟のあり方(病院機能の視点より)

平成26年診療報酬改定において、「地域包括ケア病棟」が新設された。その機能は、急性期病院からの急性期後の受け入れ、在宅療養、介護施設等からの急性増悪の受け入れ、在宅・生活復帰の支援、とされている。しかしながら、現時点のデータからは、その機能は急性増悪時の受け入れ(手術、検査、治療)等の実施は極めて少なく、リハビリテーションに代表される急性期後の医療が主体となっている。

今後の超高齢化を踏まえれば、地域包括ケア体制の中で患者情報を共有し、急変時には24時間365日二次救急に対応する機能を持つ病院が必要と考える。そして、地域包括ケアを推進するためには、こうした入院受け入ればかりではなく、退院後に安心して療養できるための支援を行うなどの地域の医療・介護連携を支援する病院を、地域ごとに整備することが不可欠である。

そのためには、地域包括ケア病棟を病院機能という視点から位置付け、診療報酬において評価する必要がある。

118

平成29年11月24日 中医協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟 **資料 37**

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「救急・在宅等支援病床初期加算」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問系サービスの提供についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

119

平成29年11月24日 中医協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟 **資料 38**

また、「在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割。機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討」と書かれています。

つまり地域包括ケア病棟を持っている病院が在宅医療もやっているとか、デイケアもやっている、訪問看護もやっているというところは、何らかの評価だから、それに対して何か点数なのか、何かご褒美をあげてもいいかということです。

7対1で急性期をやっているところの病院が、地域包括ケア病棟を持っていても、在宅医療も介護サービスもやっていません。だから逆に言い方をすれば、そこは評価しないということです。

だから地域包括ケアシステムをきちんと分かっている、そのためにその病棟を使っているところは、実績も点数も評価するという考え方になります。(資料38)

■ 地域包括ケア病棟(入院医療管理料)出来高算定項目

対応策ではないのですが、一応確認です。地域包括ケア病棟というのは、まず抗がん剤と麻薬は、包括ではないので、出来高請求ができます。例えば在宅医療をやっているクリニックの先生が、がんの患者を見ていて、家族が倒れたとか、疲弊したとか、レスパイト入院とか、いろいろな意味で疼痛コントロールがうまくいかないというのであれば、地域包括ケア病棟が利用できるのです。

また、例えば、地域包括ケア病棟は、摂食機能療法が出来高請求できます。ちなみに、摂食機能療法は何点ですか。185点です。1,850円で、地域包括ケア病棟は出来高なのです。

例えばクリニックの患者でむせが始まっているとか、嚥下機能が悪くなったとか、食べられなくなるとかという患者は、地域包括ケア病棟で嚥下訓練ができるのです。いわゆる地域包括のための病棟と少し思ってください。クリニックの患者で、38.5度の熱がある、85歳、認知症、一人暮らしのおじいさんがいるとします。

38.5度だったら入院治療の必要はありません。しかし放っておいて生活が成り立ちますか。認知症で、1人で、誰が食事の提供を行ってくれますか。誰が熱の汗を拭いてくれますか。つまり放っておくと、生活が成り立ちません。そういう方たちは地域包括です。

ここはもう1回確認です。在宅・生活復帰の支援です。在宅にて療養するとか、生活が成り立つとかという支援で使う病棟なのです。では脱水の人がいたとします。それで意識がなかったらもう急性期です。しかし脱水っぽい人、一人暮らしのおばあさんで、いくら水を飲めと言っても、飲みません。そういう方たちで、このままいたら危ないというときは地域包括です。

クリニックなどで、介護施設にいる方が、少し低栄養っぽくなった人がいたとします。食が細くなって、

【地域包括ケア病棟(入院医療管理料)出来高算定項目】	
地域包括ケア病棟(入院医療管理料)	
出来高算定可能な項目	入院基本料等加算
	・臨床研修病院入院診療加算
	・在宅患者緊急入院診療加算
	・医師事務作業補助体制加算(一般病床のみ)
	・地域加算 ・離島加算
	・医療安全対策加算
	・感染防止対策加算
	・患者サポート体制充実加算
	・データ提出加算
	・退院支援加算1(一般病棟等600点に限る)
	・地域連携診療計画加算(退院支援加算)
	・認知症ケア加算
	在宅医療
	リハビリテーション
	・摂食機能療法のみ
如置	
・人工腎臓のみ	
手術・麻酔	
別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬	
	<ul style="list-style-type: none"> ・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る) ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る) ・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る) ・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限り) ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る) ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体回収活性複合体

資料 39

アルブミンが3近いという方たちは、放っておいて低栄養状態になる前に地域包括です。

つまり、連携を考えない医療機関は、地域包括をやっても失敗します。地域包括ケア病棟というのは、何のための病棟で、どういう運用ができるのかということをもう一度確認していただきたいということを少しお話ししたかったのです。(資料39)

今のお話ですが、一人暮らしの人、老々世帯の人、どういう方たちが、少し入院するということによって、地域での生活が守れるかという観点を考えていただきたいと思います。(資料40)

クリニック、施設、一般患者用

6月1日より 地域包括ケア病棟 を設置しました。

平成26年4月に厚労省より新しく認可された病棟です。医療や介護が必要になっても地域で暮らし続けたいという方への支援を行うことを目的とした病棟です。急性期治療後のリハビリ・在宅復帰支援をおこなうほか、在宅・施設療養患者さんの増悪時の対応やリハビリをおこない安定した療養生活を支援する役割も果たします。

<このような方を対象としています>
→ 急性期病院での治療後、退院を目指したリハビリが必要な方
→ 自宅や施設で療養中に肺炎や発熱、脱水、骨折、けがなど、重症度の観点から急性期病棟よりもリハビリを重視した入院加療が望ましい方
→ 自宅、施設等で療養中の方で誤嚥予防や日常生活動作（ADL）向上のためのリハビリテーションが必要な方

(注) 入院日数は保険診療上、最大60日までです。病状安定しましたら、ご自宅、療養施設へと移っていただきます。

急性期病院

継続治療
リハビリ

当院
地域包括
ケア病棟

退院

自宅

急性期治療

介護施設

肺炎等治療
リハビリ目的

©HMCG

<対応策>
 今後は1人暮らし、老々世帯の増加
 熱発、脱水等にて外来受診
 → 受診後の家での増悪の不安
 → 熱が下がり、水分摂取できるまで
 入院もOK
 → 自院の外来患者＋無床クリニック
 の外来患者の受入もOK
 → 2～3日入院＝リハビリ不要
 → 早く返すこと
 (認知症防止、ADL低下防止)
 低栄養、血糖コントロール、
 単純骨折、がん患者のレスパイト
 (抗癌剤、麻薬は出来高算定可能)

資料 40

■ 地域包括ケア病棟の運用について

在宅・介護施設・居住系施設患者・診療所外来患者の軽度急性増悪です。あとはリハビリが必要な人です。クリニックの患者で、血圧の高いおばあさんがいたけれども、元気でした。血圧の薬だけ飲んでいました。そのおばあさんが熱発で家で寝付いたのですが、娘夫婦と暮らして、娘さんがおばあさんのことが心配で、上げ膳据え膳で看病をしていました。1週間ほど熱が上がって、ずっと寝ていました。熱が下がった、床上げしましょうかと言ったら、もう歩けません。元気だった人でも、85歳のおばあさんだと歩けなくなります。歩けないと言うと、言葉が悪いですが、足に力がないというか、震えるのです。

これで転ぶリスクががんと上がってしまっていて、転んでしまっていて大腿骨をやってしまったら、今度は本当に寝たきりになる可能性が出てきます。この足が少し弱ったかなというときに、地域包括です。

このようなことを考えていただきたいと思います。つまり急性期で7対1、10対1で地域包括を持っているときに、そういった運営の仕方をすべきです。7対1に入院する患者を地域包括に直接入れるのでは

地域包括ケア病床の運用について

1. 抗悪性腫瘍剤や麻薬は出来高で
請求可能＝緩和ケアの役割もできる
2. 急性期治療を経過後在宅復帰支援
リハビリ・透析・ケアプラン作成
3. 在宅・介護施設・居住系施設患者・診療
所外来患者の軽度急性増悪
4. 他院や施設からの廃用症候群リハビリ
目的(回復リハには入れない)
5. 短期滞在手術基本料3の入院

©ASK / ©HMCG

資料 41

なく、地域の中の連携によって、クリニックや介護施設で、少し悪くなった方たちを見ていくという役割もぜひ考えていただきたいです。(資料41)

在宅復帰率の算出方法

次に在宅復帰率ですが、これも変わります。これが計算式です。(資料42)

診 調 組 入 - 1
2 9 . 8 . 2 4 (改)

在宅復帰率の算出方法

○ 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。

○ 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

	7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟
(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) (退院・転棟含む) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者を除く</p>
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者を除く</p>

126

平成29年11月24日 中医協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟

資料 42

医療機関間の連携に関する評価に係る論点(案)

何が変わるのでしょうか。地域包括ケア病棟を持っていて、療養を持っていて、療養が在宅復帰加算だからそうだと在宅復帰になっていたところも、自院の場合は全部駄目です。地域包括と回りハは、基準値の引き上げを言っています。もしかすると、少し70%か75%かになってくる可能性は結構あると思っています。(資料43)

医療機関間の連携に関する評価に係る論点(案)

【論点(案)】

○ 現行の在宅復帰率については、自宅等への退院支援機能を評価するとの指標の目的や病棟毎の機能を踏まえつつ、以下の観点から見直してはどうか。

- 1) 自院の他病棟への転棟患者は、指標の目的を踏まえ、評価対象(分子)に含まない取り扱いとする
- 2) 在宅復帰機能強化加算有りの場合のみが評価対象となっている退院先については、実際の退院調整では加算の有無で区別はないことから、加算無しの退院先も評価対象(分子)に含める取り扱いとする
- 3) 見直しの影響を検証できるよう、自宅等への退院患者と、他の医療機関への退院患者とを区別した内容で報告を求める

○ 介護報酬では、医療機能を内包した新たな施設類型として、介護医療院が創設される予定であり、現行の介護療養型医療施設や介護老人保健施設の要件を参考に検討されている。在宅復帰率の退院先における介護医療院の取り扱いについて、どのように考えるか。

○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟については、基準値を大幅に上回る医療機関が多数存在することから、本評価指標が、早期退院のインセンティブとなるよう、基準値を引き上げてはどうか。

○ 在宅復帰率の名称については、本評価項目の評価内容をより的確に反映する観点から、評価対象に医療機関を含む場合は「地域医療連携率」や自宅等のみの場合は「自宅等退院率」といった名称に見直してはどうか。

128

平成29年11月24日 中医協総会 入院医療(その7)一般病棟の重症度、医療・看護必要度、特定集中治療室、地域包括ケア病棟

資料 43

有床診療所のモデル分析(未定稿)

あと有床診療所も少し変わるので知っておいてください。有診は今までは、全部有床診療所だったのですが、例えば眼科、耳鼻科、産科みたいに、オペをやるような有診と、内科系、外科系とは、全然意味が違うということで、分けます。

今までの内科系とか外科系のところは、地域包括ケアモデルができます。モデルの位置付けは、医療と介護の両方を提供します。(資料44)

有床診療所のモデル分析 (未定稿)			
	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒ 地域包括ケアモデル (医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒ 専門医療提供モデル	
モデルの位置づけ	医療と介護を提供	専門的な医療サービスを効率的に提供	
モデルの分析	入院患者の年齢	相対的に高い	相対的に若い患者 (ADLが自立している患者が多い)
	入院患者の特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者
	在院日数	相対的に長い	短期滞在 (高回転型)
	総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
	主な入院診療報酬	入院料等	手術料
	病床稼働率	(休眠していない病床の) 稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科	

「専門医療提供モデル」については、入院診療報酬に占める手術料の割合が高く、専門的な医療サービスのニーズのある地域において、少ない人員体制で手術等の専門医療を効率的に提供するモデルとして今後とも役割が期待される。
 「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」では、入院診療報酬に占める入院料の割合が高く、稼働する病床においては安定的な運営が可能である。一方で、施設として収益を確保するためには、施設全体の病床稼働率を上げることが必要だが、有床診療所の病床規模では、地域によっては病床稼働率を高く維持することは困難である。

84

平成29年11月17日 中医協総会 入院医療(その6) 療養病棟、有床診療所等

資料 44

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例(案)

具体的に言うと、有診が19床を持っていて、5床を短期入所にして、4床を介護医療院にして、10床を医療で使うとかです。そういった形のを認めていきます。そのほうが稼働率も上がります。医療・介護の地域包括ケアモデルです。

なぜ無床が出ているかということ、無床も3年たつと、介護医療院は診察がOKになるということはお存じですか。地域医療構想の話をしたんですが、ベッドの機能を変えて、介護施設や高齢者住宅にすることによって、地域医療構想を達成するという話を冒頭でしました。あれは3年間は、療養病床からの転換が優先されるのですが、3年たつと、今度は診療所がOKになるのです。そうすると無床のクリニックでも、土地があるということであれば、介護医療院を作っていくところもあるでしょう。

さらにこの真ん中の看護小規模多機能型居住介護(看多機)です。看多機というのは、泊まり、通い、訪問を組み合わせるといった形のもので、クリニックがやる場合は、今度泊まりの部分は1床でいいというのが、介護報酬改定で出ます。だから有診などでも、1床をこの看多機のベッドとしておいて、クリニッ

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例(案)	
<p>○ 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)については、施設の空床利用や、病床の介護サービスベッドとしての活用などにより、医療と介護を組み合わせさせたサービスの提供が考えられる。</p> <p>＜地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例＞</p>	
<p>医療サービス</p> <p>有床診療所</p> <p>又は</p> <p>無床診療所</p>	<p>介護サービス(例) (多様なサービスの組み合わせが可能)</p> <p>短期入所療養介護※</p> <p>施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する</p> <p>※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。</p> <p>看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問(看護・介護)を医療機関併設の介護サービスとして提供</p> <p>介護医療院※</p> <p>医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応</p> <p>※ 介護医療院の基準・報酬等は介護給付費分会で議論予定。</p>
85	
平成29年11月17日 中医協総会 入院医療(その6) 療養病棟、有床診療所等	
資料 45	

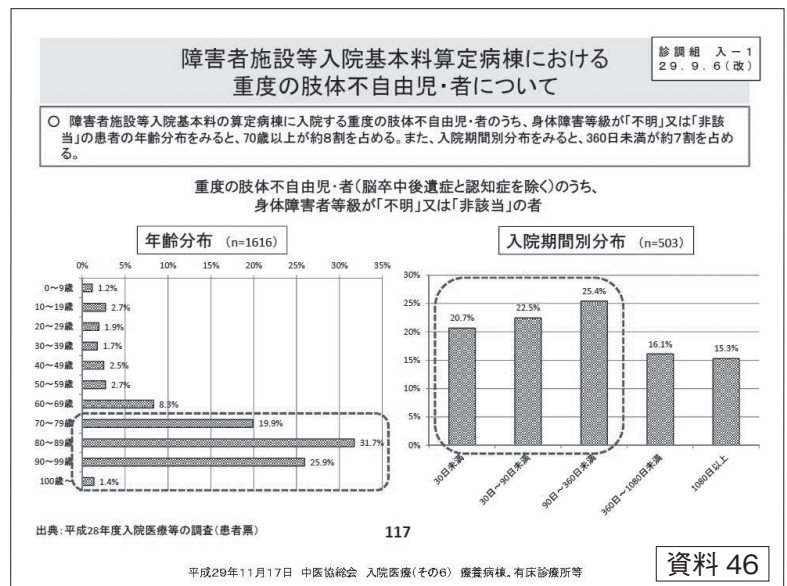
クで訪問看護施設などを持っているところは、看多機の事業展開があるでしょう。

しかし私のところにご相談に来ているのは、有床診療所でなく、今、結構多いものが、50床以内の病院です。50床以下の病院が有診に変えるのです。今、稼働率が落ちていたり、ドクターを集めるのに苦労しているという小さな病院が、こちらの形でかませてやっていくというようなことも、選択肢としてはあります。

冒頭から言っていますように、地域医療のベッドの機能とか、地域医療の役割とか、そういったものを今回の改定で、さまざまな選択肢が出てきて変わっていくだろうということを、有診のところで、少しお話ししておきました。(資料45)

障害者施設等入院基本料算定病棟における重度の肢体不自由児・者について

重度の肢体不自由児・者についてです。障害病棟などを持っているところは、重度の肢体不自由児・者で、身体障害者等級が不明、または非該当であると、おそらく療養と同じ包括になると思います。重度の肢体不自由で入院している方々は身体障害者等級を必ずチェックしてください。(資料46)



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型(イメージ)

今回は急性期の病棟の再編がありますが、今度は廃止になる介護療養病床と、25対1の医療の療養についてです。これは今回の改定で新しく、内包型というものと、外付け型という形のものの2種類が新しい転換先として出ます。

内包型が2種類です。こちらが容体が急変するリスクなので、結構重たい人です。イメージ的に言うと、介護療養の機能強化型A、Bの感じです。こちらは容体が比較的安定しているので、医療区分1ばかりとか、軽そうな、老健ぐらいの患者がいるという場合はこちらかと思えます。

これを見ていただくと、今回の改定で1階、2階は病院で、3階、4階は介護施設というものがOKになるのです。病院の一部分を介護施設にすることがOKになります。これが内包型です。

これは介護報酬改定の話ですが、しかし人の問題とか、今すぐ絶対に知らなければいけないというものではないのですが、考えているところは知ってください。次に介護の報酬が出るのは1月17日です。1月17日におそらく単位数が出ます。この介護医療院のものが知りたいという場合は、17日から少しホームページはチェックしておいていただきたいと思います。(資料48)

■ 介護医療院の基準について

運営基準の問題とか、これはまだイメージ案なのですが、もっとはっきり出てくるでしょう。(資料49)

介護医療院の基準について	
論点1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。 ○ また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。 ○ 併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。
対応案	<p>【サービス提供単位】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとしてはどうか。 ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービスを可能としてはどうか。 <p>【人員配置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、 <ul style="list-style-type: none"> ① 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ② リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定することとしてはどうか。
資料 49	
平成29年11月22日 社保審・介護給付費分科会 資料3 介護療養型医療施設 介護医療院	

■ 介護医療院の基準について

介護医療院は、定員4名以下、床面積8平米で出ていますが、転換の場合、大規模改修までは6.4平米でいいとなっています。(資料50)

介護医療院の基準について	
対応案（続き）	<p>【設備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0㎡/人とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとしてはどうか。 ○ また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとしてはどうか。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性を図ることとしてはどうか。 <p>【運営】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定してはどうか。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとしてはどうか。ただし、一定の条件を満たす場合については、医師の宿直が必要ないこととしてはどうか。 <p>【医療機関との併設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能としてはどうか。 <p>【ユニットケア】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護医療院におけるユニットケアについては、他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でも設定してはどうか。
資料 50	
平成29年11月22日 社保審・介護給付費分科会 資料3 介護療養型医療施設 介護医療院	

■ 介護医療院の施設基準(イメージ案)

私が今、あるルートで知っているのは、介護医療院は今の療養病床2よりは少し高く付けるとは聞いています。

しかし、こちら8平米のところを高くして、この6.4平米のところは、そこから少しマイナスにするだろうと言われています。それでも今の介護療養病床よりも収入が下がるということはまずないのではないかと考えています。特にご褒美点数もあります。

いろいろなことが書いてありますが、点滴等が必要になった場合も、緊急時、施設療養費という老健に認められているものを認めてくれます。そういった部分でもよかったかと思えます。(資料51)

介護医療院の施設基準(イメージ案)				
	介護療養病床(病院) [療養機能強化型]	介護医療院	介護老人保健施設	
	指定基準	指定基準	指定基準	
施設基準	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4㎡/人以上	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
	機能訓練室	40㎡以上	40㎡以上	入所定員1人あたり11㎡以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入所患者1人あたり11㎡以上	入所定員1人あたり11㎡以上	入所定員1人あたり12㎡以上
	浴室	身体の不自由者が入浴するのに適したもの	身体の不自由者が入浴するのに適したもの	身体の不自由者が入浴するのに適したもの
	リハビリテーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
構造設備	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
	他設備	給食施設、その他部庫等の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に居室がある場合) 建築基準法に基づき主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、線で示されているものは、病院としての基準

9

平成29年11月22日 社保審・介護給付費分科会 資料3 介護療養型医療施設 介護医療院 **資料51**

■ 介護医療院等への転換について

ここにご褒美点数のことが書いてあります。最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り、算定可能な加算を新設します。ただし平成33年3月末までです。つまり3年間限定のご褒美点数があるということです。

あとは関係するところは少し見てください。(資料52)

介護医療院等への転換について	
論点3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床(以下、療養病床等という。)から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。 ○ 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。
対応案	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。 ○ また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。 ○ 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

12

平成29年11月22日 社保審・介護給付費分科会 資料3 介護療養型医療施設 介護医療院 **資料52**

■ 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

今回は外付け型です。外付け型とは何かと言うと、居住スペースは特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定しているという形になります。だから重たい人が入ってくると、看護・介護の人はもちろんそれに対して相当数いないといけません。軽い人ばかりだったらいいけれども、入居する患者に対して変わるでしょう。

面積が、個室で13平米と出たので、3年後にこれを新設する場合は13平米が必要ですが、今の場合は既存の建築物を転用するのであれば、個室であれば面積基準はありません。ここで私が今、一番気にしているのは、居住スペースになるので、在宅医療になるのです。では3階に先生が今まで行っていたら回診だったのですが、今度3階に行ったら、訪問診療になるのでしょうか。では訪問看護はどうなるのでしょうか。PTに行ったら、訪問リハになるのでしょうか。どこまでを医療で認めてくれるのかということが、今、一番の関心事です。それが分からない限り、うかつにこれが絶対いいとも言えません。どのぐらいのところの医療が出来高で認められるのかということところが非常に気になっています。(資料53)

医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

※ 転用建築物の在り方等に関する後援制度、資料一覧表あり

● 経営者の多様な選択肢を意図する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）	
設置根拠（法律）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準（居住スペース）	<p>（参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>医師 基準なし</p> <p>看護 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人</p> <p>介護 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p> </div>
面積（居住スペース）	<p>（参考：現行の有料老人ホームの基準）</p> <p>個室で13.0㎡/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

33

平成29年8月04日 社保審・介護給付費分科会 介護療養型医療施設及び介護医療院

資料 53

介護療養病床(病院)における療養機能強化型の評価について

これは医療の療養病床を持っている病院で、転換を考えている場合、機能強化型A、Bに該当するかどうかを知らないと、介護医療院IとIIというシミュレーションができません。だから患者の分類をきちんとしておいていただかないと困るでしょう。

逆に介護療養病床を持っている病院についてです。1病棟だけだったら関係ありませんが、2病棟、3病棟が介護療養とか、医療用療養とか、療養系をいっぱい持っている場合、全部を介護医療院に転換しなくても、1病棟だけ、医療区分2と3の患者が50%にします。つまり1病棟に重たい患者を集めることができ、50%いくのであれば、もしかすると今回の改定では、医療の療養病床の20対1の50%で残る可能性が出てきたわけです。医療区分2と3の患者がどのぐらいいるのかというようにも、ぜひ考えておいていただきたいです。(資料54)

介護療養病床（病院）における療養機能強化型の評価について

	重度者割合	医療処置	ターミナルケア	リハビリ	地域貢献活動
療養機能強化型A	50%超	50%超	10%以上	要件あり	要件あり
療養機能強化型B	50%超	30%超	5%以上	要件あり	要件あり
療養機能強化型以外	上記の要件を満たさないもの				
評価項目	算定要件				
重度者の割合	入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が一定以上。 a.重篤な身体疾患を有する者 ① NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ② Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸器の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要とする状態 ③ 連続5日以上的人工呼吸器の使用が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態 イ：常時低血圧（収縮血圧が90mmHg以下） ロ：遠隔アミロイド症で手指震戦脱臼や運動機能障害を呈するもの ハ：出血性消化器病変を有するもの ニ：骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ④ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ⑤ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ⑥ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態 ⑦ 現に経口より食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により該病が認められる状態 b.身体合併症を有する認知症高齢者 ① 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者 ② 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者 イ：パーキンソン病関連疾患（進行性上肢麻痺、次脳皮質基底核変性症、パーキンソン病） ロ：多系統萎縮症（純体性震蕩変性症、オリブ球小脳萎縮症、シャイドレーガー症候群） ハ：筋萎縮性側索硬化症 ニ：脊髄小脳変性症 ホ：広汎性管状等症 ヘ：後縦韌帯骨化症 ト：黄色軟骨骨化症 チ：慢性関節リウマチ ③ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡb、Ⅳ又はⅢに該当する者				
医療処置の割合	入院患者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が一定以上。 注：喀痰吸引、経管栄養については、過去1年間に処置が実施された者であっても、一定の要件を満たさず場合、処置が実施されている者とみなす。				
ターミナルケアの割合	入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が一定以上であること。 ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。 ③ 医師、看護士、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。				
リハビリテーション	可能な限りその入院患者の居室における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種共同によって、療養生活の中で随時行うこと。				
地域貢献活動	地域住民への健康教育、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。				

25

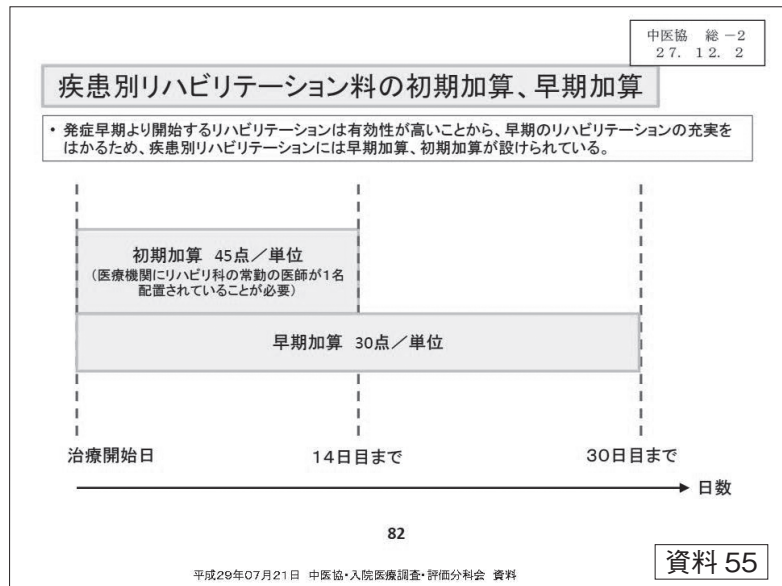
平成29年8月04日 社保審・介護給付費分科会 介護療養型医療施設及び介護医療院

資料 54

疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算

リハビリテーションは初期加算、早期加算は非常に重要だと言っています。もちろん重要なのですが、ここに「発症早期」という言葉があるのです。今、運動リハだと、オベ日か、発症日からカウントできますし、呼吸器リハだったら、治療開始日からカウントできるはずなのです。

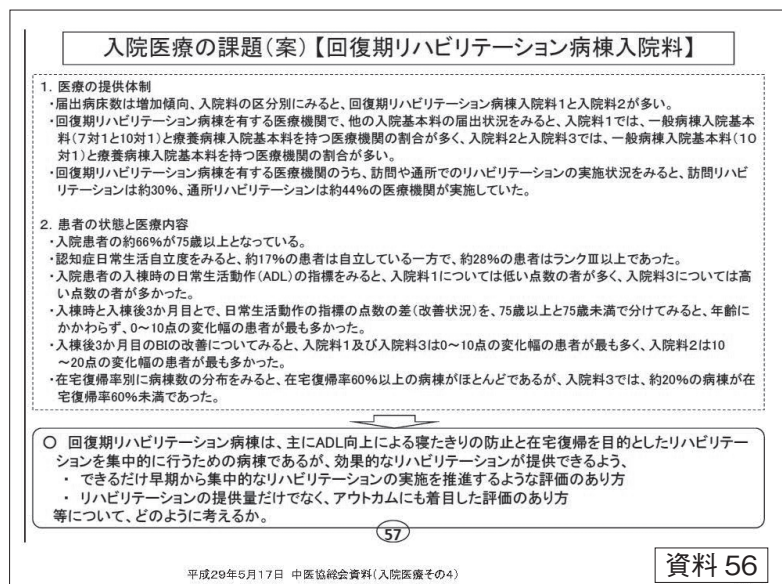
ということになってくると、発症日からになってしまうのかどうか非常に不安です。なぜすごく不安になったかと言うと、ICUからリハをやれと言いだしたからです。ICUからもうリハをやれと言うことは、もう本当に発症のところぐらいからの加算という形のものを見てくるのかという気がして、非常に不安になっています。(資料55)



入院医療の課題(案)

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

この回リハの資料に、「できるだけ早期から」と出ているのです。この書き方はずるいです。「できるだけ早期から」と言われると、どこを起算にして、初期加算や早期加算が出てくるのかというのを非常に気にしています。またもちろん、リハビリテーションの提供料だけではなく、アウトカムという形のもので。(資料56)



少し戻って、もう1回復習です。地域包括ケア病棟の実績のところの評価は自宅等から受け入れ実績でした。先ほどのサブアキュートのところですが、さらに言うと、余計かもしれませんが、12月6日に出た資料なのですが、長期療養急性期のところに回りハ病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるように見直しを検討と書いてあるのです。これはどういう意味かと言うと、次の改定で回りハのリハビリを包括にしたいらしいのです。今回の改定ではないので、私は過渡期の改定ではないかと思

っています。地域包括と回りハを同様の評価体系と、それに決まっています。リハビリを全部包括に持っていくのだからという形で出てきていますので、今回の改定を足掛かりにして、次回のところが非常に厳しい改定になるのではないかと思います。だからリハビリテーションの提供料だけでなく、アウトカムに着目した形で、回りハにそろそろそういったものが入ってきているということです。(資料9)

入院医療評価手法の基本的な考え方(案) ②機能別の評価

【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療	急性期医療	
実績に応じた段階的な評価の要件	【〇〇料(仮称)】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合0%～0%	【〇〇料(仮称)】 ◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟) 【〇〇料(仮称)】 ◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟)	【〇〇料(仮称)】 ◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当) ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日	【〇〇料(仮称)】 ◆最も高い評価部分(現行7対1相当) ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合0% ◆中間的な評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合0%～0%
基本部分の評価の要件	【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当) ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合0%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・現行の基準 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ・現行の基準	【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当) ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日	【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当) ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。	・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。		・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

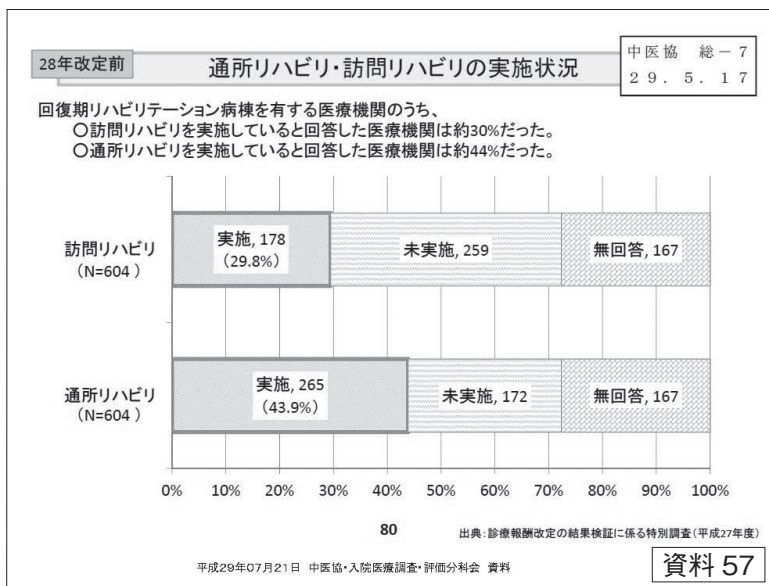
12

平成29年12月06日 中医協総会 入院医療その8 (入院医療の評価体系、救急医療、短期滞在 他)

資料9

■ 通所リハビリ・訪問リハビリの実施状況

回りハを持っているところは、通院リハビリテーション(通りハ)と訪問リハビリテーション病棟を持っている病院は、入院をしているときは一生懸命リハビリをしてくれるのですが、退院した後、あまり気を使ってくれないという話があります。(資料57)



回復期リハビリテーション病棟を退院後1ヶ月後のFIM運動項目の変化

1ヵ月たってから、デイケアに行ったとしても、1ヵ月リハがないとFIMは落ちます。やはり中医協で私が一番感じたのは、回りハを持っている病院は、自分のところに入院する患者だけにリハビリを提供するのではなく、地域のリハビリを担うというイメージでリハビリをやってもらいたいということは、さすがにそうだろうと思いました。(資料58)

回復期リハビリテーション病棟を退院後1ヶ月後のFIM運動項目の変化

○ 回復期リハビリテーション病棟の退院後1ヶ月後に、FIM (Functional Independence Measure) の「運動項目」の合計点数等が有意に低下するとのデータがある。

対象				
回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院した患者117名	脳血管障害	58名	下肢骨折	39名
	脊髄損傷	10名	廃用症候群	10名

方法
退院時と退院後1ヶ月後のFIMの運動項目の合計点数及び項目ごとの点数を比較。

結果																	
■ FIM運動項目の合計点数 退院後に有意に低下	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">■ FIM運動項目の項目ごとの点数</th> </tr> <tr> <th>退院後の点数</th> <th>FIM運動項目</th> <th>P値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">有意に低下</td> <td>整容・清拭</td> <td>P<0.05</td> </tr> <tr> <td>更衣上半身・更衣下半身・階段昇降</td> <td>P<0.01</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">有意に向上</td> <td>排尿コントロール・排便コントロール</td> <td>P<0.05</td> </tr> <tr> <td>食事・トイレ動作・ベッド移乗・トイレ移乗・浴槽移乗・移動</td> <td>n.s.</td> </tr> </tbody> </table>	■ FIM運動項目の項目ごとの点数			退院後の点数	FIM運動項目	P値	有意に低下	整容・清拭	P<0.05	更衣上半身・更衣下半身・階段昇降	P<0.01	有意に向上	排尿コントロール・排便コントロール	P<0.05	食事・トイレ動作・ベッド移乗・トイレ移乗・浴槽移乗・移動	n.s.
■ FIM運動項目の項目ごとの点数																	
退院後の点数	FIM運動項目	P値															
有意に低下	整容・清拭	P<0.05															
	更衣上半身・更衣下半身・階段昇降	P<0.01															
有意に向上	排尿コントロール・排便コントロール	P<0.05															
	食事・トイレ動作・ベッド移乗・トイレ移乗・浴槽移乗・移動	n.s.															
退院時 平均75.1点	退院後1ヶ月 平均73.5点																

(出典: 芳野純ほか: 回復期リハビリテーション病棟患者の退院後日常生活活動変化の特徴と関連因子. 理学療法科学(2008年) 81)

平成29年07月21日 中医協・入院医療調査・評価分科会 資料

資料 58

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

そこで出てきたのが訪問リハビリテーションです。今、訪問リハビリテーションは1単位300点なのですが、点数が下がると思います。なぜかと言うと、この300点には医師が計画を立てるとか、医師の分も入っているのです。リハビリをやるということだけの点数ではないので、少し下がるでしょう。

ただし個人的にですが、通院困難な患者や、退院直後の患者が入ってくるような気がします。退院した後、リハビリを何らかの形で、間を置かないでやらおうという形が入ってくるのではないかとちらっと思っています。(資料59)

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

同一建物居住者以外の場合	300点/1単位
同一建物居住者の場合	255点/1単位

退院の日から起算して3月以内	12単位/週まで
退院の日から起算して3月より後	6単位/週まで

急性増悪の場合 4単位/日まで(14日間以内)

<算定要件>

(1) 以下のいずれか医師の診療に基づき、通院困難な患者や家族に対し、理学療法士等を訪問させて、リハビリテーションの観点から療養上の指導を20分以上行った場合に算定。

① 当該患者の訪問診療を実施する医療機関の医師
② ①の医師の情報提供に基づいて、リハビリテーション指導管理を提供する医療機関の医師
(2) 1人の患者について1医療機関が算定可能。

83

平成29年07月21日 中医協・入院医療調査・評価分科会 資料

資料 59

回復期リハビリテーション病棟入院料の課題(案)

なぜでしょうか。まずここですが、「リハビリ専門職の病棟配置の現状を踏まえた確実な在宅復帰に資するリハビリテーションの提供のあり方」というのは何かと言うと、リハビリ専門職が、回りハの場合、今、専従なのです。この専従要件がなくなります。専従要件だったら、通りハも訪問リハもできないからです。通りハ、訪問リハをやってもらうためには、専従要件を外さなければなりません。あとは状態と機能の改善だから、アウトカムです。

「退院後の自宅等における療養を支える観点から、退院直後の患者に、引き続き、地域において必要なリハビリテーションを提供できる体制の確保」とあります。通りハと訪問リハは、訪問リハは医療にもあるけれども、介護のほうが多いわけだから、これを診療報酬の点数でというわけにはいきません。退院した後の患者に、リハビリを間を置かないで提供できる体制という形のものの評価が出ていますので、通りハ、訪問リハはぜひやってもらいたいです。(資料60)

回復期リハビリテーション病棟入院料の課題(案)

【課題】

【医療の提供体制】

- 回復期リハビリテーション病棟の届出病床数は、増加傾向。都道府県別の65才以上人口10万人当たりの病床数をみると、ばらつきがある。回復期リハビリテーション病棟では、理学療法士等を、施設基準で定める数よりも大幅に加配している。

【患者の状態】

- 回復期リハビリテーション病棟では、約61%が75歳以上であり、「脳梗塞」「骨折・外傷(骨髄損傷以外)」の患者が多い。また、障害高齢者の日常生活自立度については、「自立」の患者が最も多いが、次いで「ランクC2」が多い。地域包括ケア病棟では、ランク「B2」が最も多い。
- 回復期リハビリテーション病棟における平均在棟日数は、約71日(入院料1の場合)で、発症から回復期リハビリテーション病棟への入院までの期間は平均25.6日である。「股関節又は膝関節の置換術後」の患者は「大腿骨等の骨折の患者」に比べて、早期に退院している。

【リハビリテーションの提供状況】

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの提供単位数は、患者一人当たり一日平均6単位強で、近年横ばい傾向。
- 回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院する患者の約65%が、退院後もリハビリテーション又は機能訓練が必要である。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、72%が訪問リハビリを、65%が通所リハビリを実施していると回答。
- 回復期リハビリテーション病棟を退院した患者で、退院後と退院1ヶ月後とを比較すると、ADLが低下するとの研究結果がある。
- 疾患別リハビリテーション料では、退院直後にリハビリを行った場合について、初期加算のような加算の評価はない。

↓

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、地域包括ケアシステムの推進及び限られた医療資源の中で、効果的なサービス提供に資する観点から、
 - リハビリ専門職の病棟配置の現状を踏まえた確実な在宅復帰に資するリハビリテーションの提供のあり方
 - 患者の状態と機能の改善に着目した評価のあり方
 について、どのように考えるか。
- 退院後の自宅等における療養を支える観点から、退院直後の患者に、引き続き、地域において必要なリハビリテーションを提供できる体制の確保に資するよう評価のあり方について、どのように考えるか。

85

平成29年07月21日 中医協・入院医療調査・評価分科会 資料

資料 60

個別の影響仮の実施による栄養状態とFIM得点の変化

次に回りハのアウトカムに関して、栄養管理が入ってきます。管理栄養士が、理学療法士等とともに、リハビリテーションの計画作成等に参画して、リハビリテーションの実施に合わせて個別に栄養管理を行うと、9割の患者で栄養状態が改善して、それに関しては、FIMの利得が有意に多かったということです。この考え方ですが、多分回りハの病棟に専任でいいから管理栄養士を置くということになるのではないのでしょうか。

もう1個、一昨日の資料で見付けたものです。回りハはほとんど包括ですが、栄養・食事指導料を出来高にしようかという話が入っています。それで管理栄養を回りハの患者入れていこうということですので、回りハを持っているところは着目すべきかと思います。(資料61)

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

○ 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。

○ 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。

退院時栄養評価 (n=178)

改善	27.5%	(n=49)
やや改善	63.5%	(n=113)
不変	9.0%	(n=16)

注: 栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF®を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハビリ病棟に低栄養状態(MNA®-SF® 0-7点)で入院し、加療後に退院した85歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハビリ病棟の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善

出典: Nishioka S et al. J Acad Nutr Diet. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM: FIM利得点 **38**

平成29年10月25日 中医協総会 個別事項その5: リハビリテーション

資料 61

回復期リハビリテーション病棟に関する課題と論点(案)

アウトカムに関して、リハビリテーション提供、栄養管理等の取り組み状況、実績指数に基づく評価のあり方とあります。この実績指数というものがアウトカムになるのですが、計算式で、2回連続で27いくと、6単位は駄目という計算式がありますが、厳しくなると思います。

今、あの実績指数で、6単位以上あっても出来高を請求できないという回りハはほとんどありません。

少ないので、あの計算式が少し甘いのではないかという話が出ています。その実績指数の計算式が少し苦しくなるかもしれません。

退院後早期のリハビリテーションを充実する観点から、退院後、早期の患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限から外します。ということは、運動器で90日たってしまうと、退院しても、退院してからおそらく2～3ヵ月、結構長い間、1週間とかではなく、1ヵ月ぐらい以上は算定日数の条件から外してくれるので、もし外来に来れるなら、疾患別リハがOKということです。

だから私は訪問リハも拡大になっていくのではないかと考えています。退院後の患者もリハビリを果敢なくやっていただきたいです。(資料62)

回復期リハビリテーション病棟に関する課題と論点(案)

【課題】

【アウトカム評価】

- 平成28年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価が導入された。入院料1算定病棟の約8割が一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有していた。また、一定のリハビリ提供実績を有する病棟のほぼすべてが実績指数が27以上であった。
- 平成29年の回復期リハビリテーション病棟の平均入院日数、在宅復帰率、日常生活機能評価の改善割合などの指標はいずれも平成27年より改善していた。
- 実績指数が大きいほど、平均入院日数は短く、在宅復帰率は高くなる傾向が認められた。また、実績指数の値と、患者の平均年齢及び入棟時のFIM得点の平均値とは相関関係が認められないことから、実績指数は、患者の年齢や入棟時のFIM得点では影響を受けにくいと考えられた。

【栄養管理】

- 回復期リハビリテーション病棟では患者の85%が何らかの栄養障害を有しており、BMI18.5未満(やせ)の患者の割合は約2割みられる。
- 病棟配置された管理栄養士がリハビリテーション計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて患者へ個別の栄養管理を行うことで、約9割の患者で栄養状態の改善がみられ、栄養状態改善群では不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。

【退院後のリハビリテーションの実施状況】

- 回復期リハビリテーション病棟を退院後も、何らかのリハビリ又は機能訓練を必要とする患者が約65%を占めたが、退院月のADLが高くない患者であっても、退院後にリハビリテーションを実施しているのは約3割であった。
- 退院後に通所リハビリテーションを開始した者のうち、18%の患者はリハビリテーションの開始まで14日以上経過していた。14日以上要した理由をみると、「引き継ぎ先が決まらなかった」が最も多く、次いで「利用者・家族の理解が進まなかった」との回答であった。
- 自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由として、「人員配置について要件が満たせない」が最も多かった。一方で、多くの回復期リハビリテーション病棟で、施設基準で定める数よりも多く、病棟専従のリハビリテーションの専門職を配置していた。
- 要介護保険者の入院患者のうち、退院後に通所リハビリテーションへの移行が困難な理由として、医学的リスクや専門性の観点から必要なリハビリテーションに対応できないから、との理由が約5割と最も多かった。

【論点(案)】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、アウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーションの提供、栄養管理等の取組状況も踏まえつつ、実績指数に基づく評価の在り方について、どのように考えるか。
- 退院後早期のリハビリテーションを充実する観点から、退院後早期の患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限の除外対象としてどうか。また、そのような患者にも対応できるよう、病棟に専従で配置されている理学療法士等が退院後のリハビリテーションを提供できるよう専従の取扱いの見直しを検討してはどうか。

58

資料 62

平成29年10月25日 中医協総会 個別事項その5: リハビリテーション

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

計画書が少し緩和されるかもしれません。(資料63)

意見交換 資料-1 参考
29.4.19

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件: 要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容: これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め 等

介護保険 通所リハビリ

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件: 多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容: これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者や家族の希望等

20

資料 63

平成29年9月13日 中医協総会 個別事項その1: 疾患別リハビリテーション

■ 疾患別リハビリテーションに関する課題と論点(案)

疾患別リハビリテーションで、一番私の予測が外れたのがここです。ここに、今回同時改定だから、維持系リハビリは全部介護に持っていくと、厚労省はずっと言っていました。維持系リハビリはもう介護に行って、今回は同時改定だから、最後のチャンスだと言っていたので、これは絶対今回いくだらうと思っていたら、1年延びます。経過期間については、当面、平成31年3月31日まで1年間だけ延長されます。これは私の予測と外れました。それも中途半端です。通常残すのだったら次の改定まで延長されるのに1年間だけ延びるといのはどういうことかと思ひ、よく読んだら分かりました。

ここに、「医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、介護保険のリハビリテーションへの移行が困難な利用等を踏まえ、施設基準のうち、職員配置や設備を共用できるようにする」と書いてあります。つまり今持っている疾患別リハビリテーションのリハ室と、今のスタッフだけで通りハができるようになるという意味です。

今、通りハをやろうと思うと、場所はいいのですが、1人通りハ専用のスタッフが必要です。しかし多分共用できるようになるということだから、疾患別リハビリテーションをやっているところは、今のまま通りハができるようにします。そうすると維持機能リハビリテーションを医療でやっているよりも、通りハでやったほうが収入は高くなりますから、1時間以上2時間未満の短時間の通りハに切り替えていきます。そうすると1年間あれば、今やっている方たちを、全部1年間で通りハのほうに切り替えていくことができます。

病院がみんな通りハをやってくれるようになれば、1年たったら、維持機能リハは全部介護になります。医療と介護で、リハビリの内容は変わらないのです。ただ請求が変わるだけです。同じ40分2単位のリハビリを提供して、請求の介護、短時間リハに持っていくことになるのだらうと思ひます。

すごく細かい話で省きたいところなのですが、外傷性の肩関節腱板損傷は算定日数の上限の除外にあります。外傷性だから肩をギブスみたいにごく固めるのです。だからリハビリがなかなかできない疾患なので、算定日数上限から外すということです。(資料64)

疾患別リハビリテーションに関する課題と論点(案)

【課題】

【介護保険の通所リハビリテーションへの移行が困難な理由等】

- ・ 医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合、どちらか一方のみを実施している場合よりも、職員の加配が必要になる等の課題がある。
- ・ 通所リハビリテーションを実施していない理由として、その他を除き、「人員配置の要件が満たせない」と回答した医療機関が最も多かった。また、通所リハビリテーションへの移行が困難な理由として、「月13単位のリハビリで不都合を感じないため」と回答した医療機関が最も多く、次いで「患者の心理的抵抗感のため」「通所リハでは医学的リスク等に対応困難なため」との回答が多かった。

【要介護被保険者で維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を算定している患者の状態】

- ・ 主な傷病としては、病院は「脳血管疾患」が最も多く、診療所は「外傷以外の整形外科疾患」が最も多い。
- ・ 要介護度をみると、要支援の患者が約6割で最も多い。維持期・生活期のリハビリテーションに移行してからの期間は、1年以上の患者が約7割を占めている。
- ・ リハビリ開始時と、現時点のADLスコアを比較すると、FIM、BIともに点数差が10点未満の患者が最も多く、それぞれ91%、73%だった。

【リハビリテーションに長期間を要する状態】

- ・ 標準的算定日数の上限の除外対象疾患に明確に位置づけられていないが、リハビリテーションに長期間を要する状態として、外傷性の肩関節腱板損傷、末梢神経損傷(軸索断裂の状態)がある。

↓

【論点(案)】

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、介護保険のリハビリテーションへの移行が困難な理由等を踏まえ、施設基準のうち、職員配置や設備を共用できるよう取扱いを見直してはどうか。
- 標準的算定日数の上限の除外対象疾患に明確に位置づけられていないが、リハビリテーションに長期間を要する状態として、外傷性の肩関節腱板損傷等があることについて、どのように考えるか。
- 以上のような、医療保険のリハビリテーションが必要な患者にリハビリテーションが提供できるよう対応を行うこと等を前提に、要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の算定に係る経過期間については、当面、平成31年3月31日まで延長することとしてはどうか。

(72)

平成29年10月25日 中医協総会 個別事項その5: リハビリテーション

資料 64

暫定版 入院医療(その5)

【認知症治療病棟入院料】の課題(案)

認知症治療病棟に関しても、すごく入院が長くなっているの、長くならないように、入退院支援をちゃんとやって、介護サービスとの円滑な連携、グループホームなり、老健なりに持っていききたいという流れが出ます。(資料65)

暫定版 入院医療(その5) 【認知症治療病棟入院料】の課題(案)

1. 認知症治療病棟入院料について
 - ・認知症治療病棟と、介護保険の老人性認知症疾患療養病棟の施設基準においては、看護補助者の配置や夜間の看護配置等について違いがある。
 - ・認知症治療病棟入院料の経緯をみると、老人性痴呆疾患治療病棟入院料という包括入院料として創設され、近年は、入院早期の入院料を手厚く評価する、主に高齢者の入院医療に関わる加算等を包括範囲から除外する等の見直しが行われている。
 - ・認知症治療病棟入院料のうち、「61日以上」の算定割合が約9割で最も多く、入院料1では、算定件数・算定回数ともに微増傾向。
 - ・認知症治療病棟入院料を算定しているレセプトの1月あたり件数は、31,782件であり、そのうち精神科専門療法を算定しているレセプトは約75%。また、精神科専門療法の算定回数の内訳をみると、精神科作業療法と入院精神療法が約9割強であり、リハビリテーションの算定回数の内訳をみると、認知症患者リハビリテーション料が約4割である。
 - ・認知症治療病棟入院料を算定しているレセプトの1日あたり平均点数をみると、約1,315点である。
2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況
 - ・療養病床の在り方等に関する特別部会(平成28年12月)において、老人性認知症疾患療養病棟については、現在当該病棟に入院している認知症高齢者に対し引き続き適切な精神科専門医療が提供できるよう配慮すべきとされた。
3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状
 - ・約63%の患者で、在院日数が1年を超えていた。
 - ・約70%の患者で、入院時の入院形態が医療保護入院であった。
 - ・約60%の患者に身体疾患を合併し、約49%の患者に薬物療法等を必要とするBPSDがあった。
 - ・約74%の患者が要介護4以上であり、大部分の患者がランクⅢ以上の認知症であった。

○ 認知症治療病棟入院料については、今後の高齢者の増加が見込まれる中で、限られた医療資源を有効活用し、より効果的な認知症の入院医療を提供できるよう、

- ・ BPSD(認知症に伴う行動・心理症状)や身体合併症を有する認知症患者への対応のあり方
- ・ 入院日数等の実態を踏まえた、入退院支援のあり方
- ・ 介護サービスとの円滑な連携の推進

といった観点を踏まえ、更なる調査結果等を分析し、引き続き議論してはどうか。

25

資料 65

平成29年7月26日 中医協総会 入院医療その5 精神・認知症

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担

次は外来です。外来も少し変わります。ここではまず、「かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入すること」というものが改革工程表に入っていますが、これは今は無理です。かかりつけ医以外にかかったら自費でいくら払えといっても、誰がかかりつけ医か分からないし無理ではないかという話が出ています。これでやはり厚労省としては、かかりつけというのはどういうものかということを出さざるを得なくなってきています。

もう1つは、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しです。今は大学病院と500床以上の地域医療支援病院は紹介状を持たないで行くと、自費で最低5,000円を払わなければいけないということがあります。対象が見直されるので、おそらく400床以上になります。だから400床以上の病院があれば、ここからは外来の経営戦略というのか、いわゆる逆紹介にするのか考えていかなければいけないでしょう。またある病院からご相談があって、399床にしようと思うと言われたのですが、あまり意味がないと思います。おそらく次の改定で300床になると思います。最終的にはおそらく200床に持っていくと思います。病院がこの地域における外来機

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担

- かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で引き続き検討することとしてはどうか。

検討の方向性

○ かかりつけ医の普及に向けて、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、かかりつけ医の普及と併せて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、引き続き、具体的な検討を進めることとしてはどうか。

資料 66

平成28年12月08日 社保審 医療保険部会 資料1-2 議論の整理(案)に関する参考資料

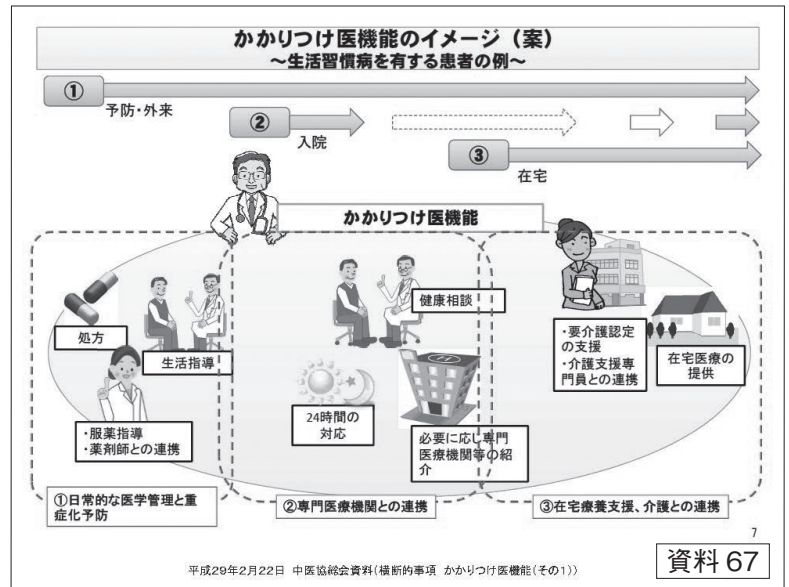
能としてどういう役割かということをも200床未満の病院はよく考えていただく必要があるでしょう。
(資料66)

かかりつけ医のイメージ(案) ～生活習慣病を有する患者の例～

これが厚労省が考えているかかりつけ医のイメージ図です。ここで出てきた予防、外来、入院、在宅とありますが、今回、1月10日に出てきた話です。必要に応じて専門医療機関等の紹介ができるという条件をクローズアップするものです。

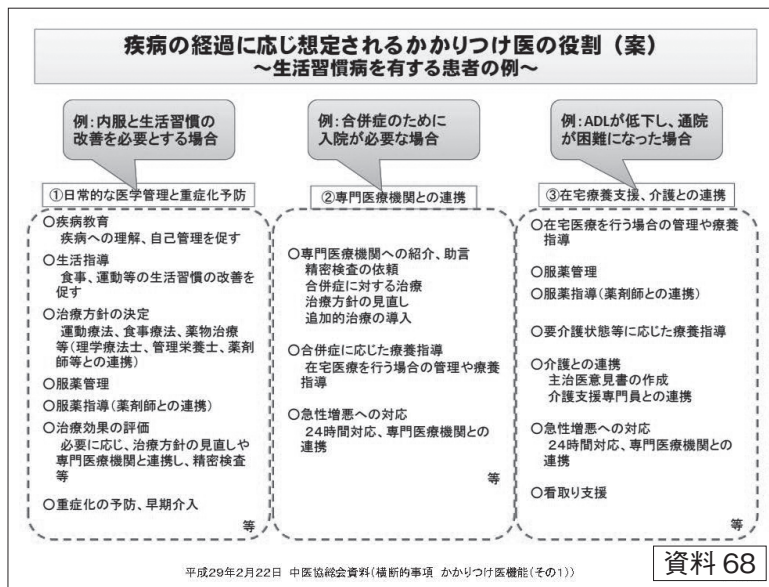
かかりつけ医の役割があるとき、初診の患者が来たとします。初診は時間がかかるし、手間暇も掛かるし、いろいろな問診をして、専門のところ、いろいろな話を聞いてみたけれども、眼科にも紹介しなければいけないとか、大病院に検査の紹介状を書かなければいけないとか、そういうかかりつけ医の役割がある200床未満の病院とかクリニックに、「かかりつけ初診患者手間掛かり賃」みたいなものを作るとい話がおととい出ました。

その資料をよく見ると、かかりつけ医のイメージと書いてあるのですが、主治医とは違います。全人的に見ます。これだけを見ると、これだけ見るとどうしても内科系のような気がします。在宅もやって、訪問診療もやっています。しかし先ほどの初診の患者を専門医療機関に紹介できるような、つまり大学病院などの先生に気軽に聞けない等ということ、気軽に初診でかかれて相談ができるみたいなところに点数を付けるという話です。だから内科に限らないみたいなのです。だから眼科のクリニックでも、皮膚科のクリニックでも、そういった形のものだったら、門戸が開かれるのかもしれない。だからここは着目すべきところです。そうすると内科以外でも、気楽に初診でかかって、紹介してもらえという役割のところ、点数を付けるという話が出ました。(資料67)



疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割(案) ～生活習慣病を有する患者の例～

専門医療機関への紹介、助言を、初診患者に限り認めて、点数を付けます。もちろん支払い側からは、再診患者だけでも、新たな疾患ができる患者も認めてくれという要望が出ましたが、これは駄目、却下です。いわゆる新たな初診ができるといっても、レセプト上分からないのです。1つの疾患でかかっているならば、そのまま再診でいきますから、今回はそこは無理だという話がちょっと出ていました。(資料68)



地域包括診療料・地域包括診療加算等の施設基準等 診療所において負担の大きな業務

一応、かかりつけ医の役割の点数として出ているのが、地域包括診療料と、地域包括診療加算というものがああります。特にこの地域包括診療料が条件が厳しくて、なかなか普及していません。そこで今回の改定で条件が緩くなるという形で、今、推移しています。

どこが緩くなるのでしょうか。クリニックかと思うのですが、例えば24時間の対応は、連携で大きくなりそうです。患者に処方されている全ての医薬品の管理は、連携している調剤薬局が管理してもいいということになりそうです。患者が受診している全ての医療機関の把握は、看護師が把握していてもいいなど、いろいろな形で少しずつ緩くなってきて、算定できるようにしようということがあります。

200床未満の病院で、地域包括診療料の条件が緩くなったのだから取ってみようという病院が出てくると思いますが、絶対に気を付けてもらいたいの、これを届け出て算定するということは、患者の一部負担金は3倍以上になってしまいます。1万5,000円以上です。

今の条件だと患者が、「これでいいです」と言ったらOKなのですが、「うちはかかりつけ医の役割をやって、24時間とか、在宅とか、介護とかいろいろなことを全部やるから、一部負担金は3.5倍になるけれどもいいですか」と言って、果たして、「いいです」と言うでしょうか。

この問題があります。高くなるけれども、1万5,000円だしいと思っても、なかなか患者の納得感を得るのは難しいかもしれません。会計窓口を出来高の人とごっちゃにいませんか。やっているところを少しご紹介します。この患者だけは予約診療にしています。1割負担であれば、私は600円なのに、私は1,200円という形になってしまいますので、土曜日の午後1時からとか、閉めた後とか、予約診療に

しています。

この間行ったところはすごいと思いましたが、7時からやっているクリニックがありました。

開院は9時からなのですが、朝の7時です。高齢者は朝が強いので、朝7時からで1時間で3人入れています。一部負担金は高いですが、1人20分はたっぷり時間を取る。そういった特別感とか、納得感があります。予約診療だから待ち時間がありません。また、私だけ特別という感じがあります。そういった形でもやらないと、いきなりこれをやって何倍にもなるという形のもの、少し難しいかなと思います。

私の恥ずかしい話なのですが、失敗した例です。何を失敗したかと言うと、先生に、「患者にちゃんと説明して納得してもらってください」とお願いしたのです。ドクターが、「かかりつけ医のこういう役割があるから、地域包括診療料という形で算定をしいですか」と言ったら、おばあさんが「いいです」とおっしゃって窓口で払って帰られたのですが、二度と来ないのです。これは私の完璧な患者心理ミスです。先生が直接「いいですか」と言ったら、「いいです」と言います。だからもしこういった形のもが算定しやすいとか、かかりつけ医の点数がいいといった場合も、まずやるのだったら、うちはこういう役割がありますという宣伝期間が必要です。パンフレットとかリーフレットとかを作って、「こういう役割で、こういうメリットがあります。予約です。待ち時間があります。どんな相談にも乗ります」というようなメリットを宣伝しておいて、「予約診療をご希望の方はお申し出ください」とするのです。

あとは、親戚とかお友達とか、「いいです」と言ってくれる人を、予約で何人かやっていくのです。そういう形をしていかないと、いきなりだと少し難しいかなと思います。

厚労省は、かかりつけ医の役割で高い点数を付けるし、やりなさいとおっしゃいますが、患者の心理や、患者の懐具合などは、やはり医療機関としては考えておかないとまずいかなという流れでした。

(資料69, 70)

地域包括診療料・地域包括診療加算等の施設基準等

○ 地域包括診療料等では、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な診療を行うことを評価している。

	対象疾患	内服薬数	主な施設基準
認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る28歳未満指定等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

4

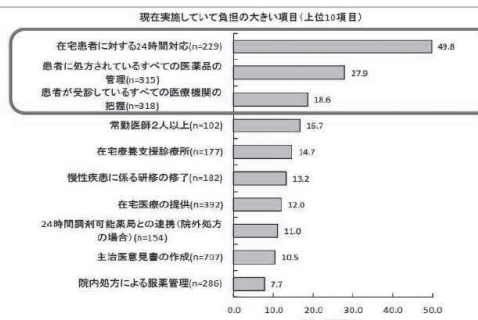
平成29年12月01日 中医学協会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、通院診療、ICIT)

資料 69

参考

診療所において負担の大きな業務

○ 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。



*n数は現在実施している診療所数。○回答割合＝負担と回答した診療所÷実施している診療所

出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」結果(概要版)(2017年2月15日)

13

平成29年12月01日 中医学協会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、通院診療、ICIT)

資料 70

■ 抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

薬関係です。抗菌薬などは、患者にちゃんと説明しなければいけません。薬を何でもかんでも出すのではなく、ちゃんと説明をしなければならないという抗菌薬の話が出ています。(資料71)

抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

- ・日本で使用される抗菌薬のうち約90%は外来診療で処方される経口抗菌薬である。
- ・外来診療の現場で活用できる「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」を平成29年6月1日発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方

患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

急性下痢症

診断・治療の考え方

- ・細菌性・ウイルス性に問わず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
- ・対症療法や水分摂取が重要。

患者・家族への説明内容

- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
- ✓ 海外渡航歴
- ✓ 血性下痢
- ✓ 発熱等

等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- ・糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- ・感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- ・改善しない場合の再受診を。

平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5 (地域包括診療科、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT) 資料71

■ 多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

多剤や重複投薬をとにかく少なくしていきます。これは前回からあり、こういう流れがずっと続いていきます。(資料72)

多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

○入院患者に対する減薬の評価

- ・入院時に多種類の服薬(内服薬)を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価

【入院時】6種類以上の薬

【退院時】2種類以上減少 → 250点(新設)

○外来患者に対する減薬の評価

- ・多種類の服薬(内服薬)を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価

【受診前】6種類以上の薬

【受診後】2種類以上減少 → 250点(新設)

薬局と連携 → 50点加算

2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- ・薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実(20点→30点へ充実)

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の充実

- ・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設(30点)【新設】

○残薬等の管理の評価

- ・薬局が患者に薬剤を入れるバッグ(右図)を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価(185点(月1回))【新設】

<残薬を含む持参薬(イメージ)>

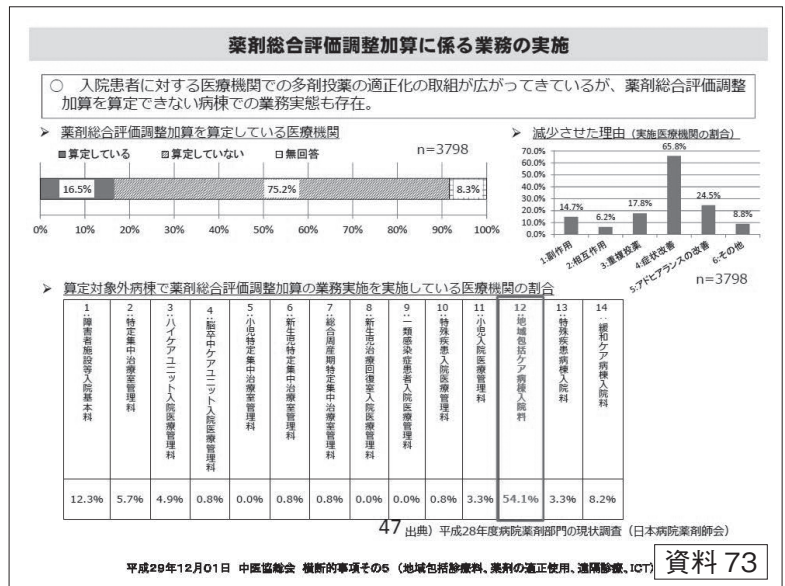
一色化(↑) 服薬カレンダー(→)

平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5 (地域包括診療科、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT) 資料72

薬剤総合評価調整加算に係る業務の実施

地域包括ケア病棟はほとんど今、包括なのですが、薬剤総合評価調整加算はこれから出来高になりそうです。つまり地域包括も多剤投与、重複投与を解決させるという形だと出来高にするという話が出ました。

抗菌薬の説明をすると点数が付きます。(資料73)



遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)と診療報酬上の評価

もう1つ、外来のポイントです。今回遠隔診療というのが新しく点数化になります。電話再診というのは、今あるのですが、これはもしかすると少し点数が下がるかもしれません。今は再診料と同じです。

電話再診料というのは、200床未満の病院とクリニックだけ認められているものです。先生が電話を取って何か指示をしたという、今は再診料と同じで、72点なのです。しかしこれが少し下がるかもしれません。(資料74)



■ 情報通信機器を用いた診療において想定される課題

一定程度の受診期間を求めるということは、初診患者は駄目です。必ず対面診療をやっている方とか、患者の同意等で経過が安定している患者ということでしょう。(資料75)

情報通信機器を用いた診療において想定される課題 中医協 総-2 29.11.1

- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）は、対面診療と適切に組み合わせられて行われ、対面診療を補完するものとして位置づけられており、その適用については、患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないか。
- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）における医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないか。
- 仮に遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を、診療報酬で評価するとした場合は、上記のような内容を要件として求めるべきではないか。
- なお、現行の電話等による再診（電話等再診料）は、患者又はその看護に当たっている者から治療上の意見を求められ指示をした場合にのみ算定可能となっており、仮に評価するとした場合は、電話等再診料との整理が必要となる。 52

平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5（地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT） **資料 75**

■ オンラインを用いた診療と現行の電話等再診との整理(案)

算定条件は月1回になるかと思えます。いつでもいいということになったら、先生は毎日オンライン診療をしてしまうでしょう。だから月1回が上限という形は出てくると思えます。(資料76)

オンラインを用いた診療と現行の電話等再診との整理(案)

【課題】

- 1) 電話等再診は、患者から療養上の意見を求められて電話等で指示する場合を評価し、再診料の算定を認めている。現状では、事前に日時を取り決めて、患者からオンラインで診察依頼がくる場合も、電話等再診と扱っている事例がある。
- 2) そのような場合も、再診料を算定することとなり、オンラインによる計画的な診察と従来の電話等再診とは、診療報酬上、区別されていない。

オンラインによる計画的な診察の診療報酬上の評価については、電話等再診との整理も含め、以下のような論点で検討してはどうか。

<対応案>

- 1) オンラインによる計画的な診察と、患者等の求めによる電話等再診とは、目的や趣旨が異なるため、診療報酬を区別してはどうか。
- 2) オンラインによる診察の新たな報酬については、前述の「基本的な考え方」を要件にしてはどうか。
- 3) 新たな報酬は、対面診察との違いを考慮し、対面診察より低い水準の報酬としてはどうか。

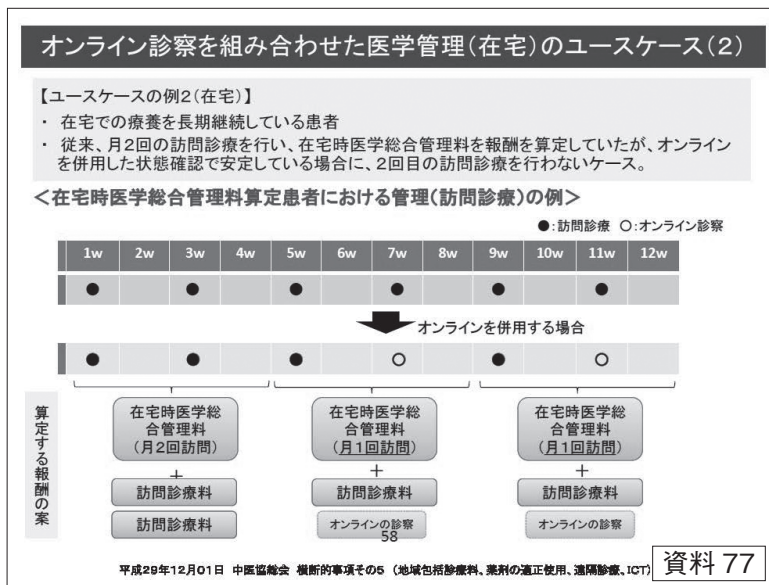
なお、オンラインでの診察時間やその頻度に様々なケースが想定されるため、新たな報酬は、月1回などの算定上限を設けてはどうか。

55

平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5（地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT） **資料 76**

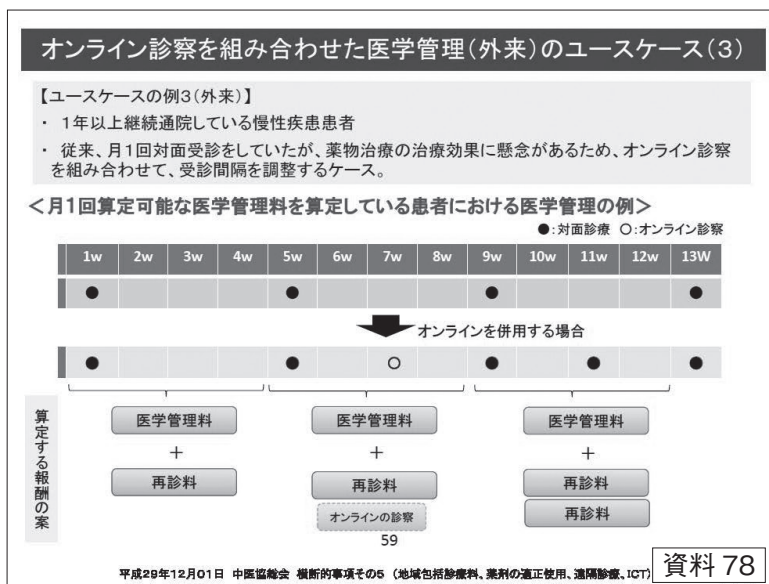
オンライン診療を組み合わせた医学管理(在宅)の ユースケース(2)

在宅医療のケースでご説明します。1ヵ月目は先生が月2回行ったので、2回の医学総合管理料と、訪問診療が2回です。2ヵ月目は1回は行ったのだけでも、落ち着いていたので、もう1回をテレビ電話のようなオンライン診察にしました。そうすると、オンラインの診察料がここにできます。おそらくこれが再診料よりも、対面よりも少し低いぐらいの形で出るのではないのでしょうか。つまりオンライン診察料みたいな新しい点数です。(資料77)



オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)の ユースケース(3)

在宅医療は必ず月に1回は行かなければならないということになりそうです。だから月1回行くと、1回だけの在宅時医学総合管理料プラスオンライン診療というものです。(資料78)



オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)の ユースケース(4)

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)の ユースケース(5)

外来の場合、1ヵ月目は患者が1回来ました。だから再診料プラス医学管理料です。特定疾患療養指導料、管理料という形の医学管理料です。

2ヵ月目は落ち着いていたので、患者は来ないで、2回、テレビ電話のオンライン診察をしました。その場合は、2回来たのですが、月1回しかオンライン診察料は請求できないから、1回だけオンライン診察料なのですが、オンライン医学管理料ができます。オンライン医学管理料は、対面の医学管理料よりは低いでしょう。このように、オンライン診察料というものが新しくできます。

では薬はどうするのでしょうか。2ヵ月目は1回も医療機関に来ませんでした。そうした場合、処方箋を送るというものがあります。これは今でも法的にあります。遠隔の場合、処方箋原本を郵便で送ります。オンライン診察で、「では、今日、処方箋を送っておきます」、「分かりました」というようなもので。そういった形で遠隔診療をするというものが今回入ってきます。

あるクリニックの先生が絶対うちはやらないと断言していました。「どうしたのですか」と言ったら、「点数が下がるからです」と言いました。それはそうです。全部月2回ずつ訪問診療に行ったほうが高いし、外来も毎月来てもらったほうが点数は高いのですから、下がるようなオンライン診察は絶対やらないとおっしゃいました。しかし私はその意見には反対です。

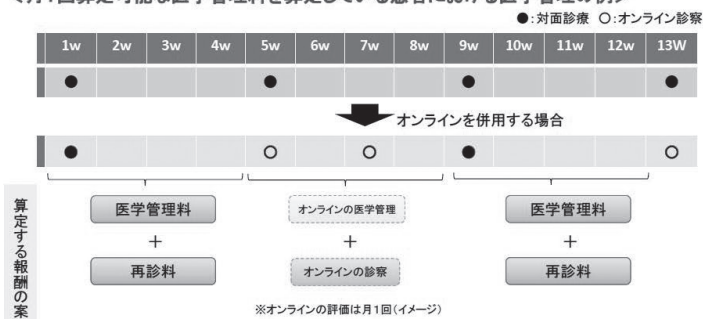
私は血圧が高いのですが、こうやって仕事を忙しくやっています。発症してすぐとか落ち着かないときは仕方がないですが、もう大体月に1回行って薬がもらえるという場合、「うちはオンライン診察もやっているんで、落ち着いた状態であれば、来るのは2ヵ月に1回でいいです。その代わりに、オンライン診察を

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)のユースケース(4)

【ユースケースの例4(外来)】

- ・ 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- ・ 従来、月1回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を2ヶ月毎に延長するケース。

＜月1回算定可能な医学管理料を算定している患者における医学管理の例＞



平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT)

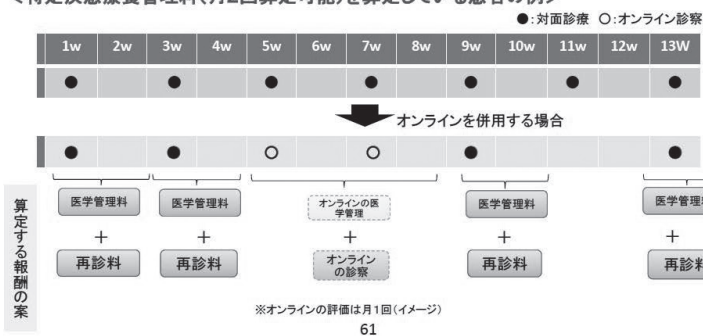
資料 79

オンライン診察を組み合わせた医学管理(外来)のユースケース(5)

【ユースケースの例5(外来)】

- ・ 1年以上継続通院している慢性疾患患者
- ・ 従来、月2回対面受診をしていたが、比較的状态が安定しているため、オンライン診察を組み合わせ、受診間隔を月1回に延長するケース。

＜特定疾患療養管理料(月2回算定可能)を算定している患者の例＞



平成29年12月01日 中医協総会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT)

資料 80

テレビ電話でやります」というところと、皆さんならどちらを選びますか。

私はこれからの団塊の世代の方たちは結構いろいろな形で忙しいから、やはりオンライン診察というものもやっているという医療機関のほうを選ぶと思います。だから絶対やらないというよりは、オンライン診察というものの今回出る内容の把握と、うちだったらサラリーマンとかいわゆる落ち着いた方たちにもそういうサービスも提供できるという選択の幅はやるべきではないかと思います。これは私個人の意見です。

だから初めからやらないのではなく、点数が出たら内容だけは見ておいていただきたいと思います。あとは遠隔の話がまとまって入っています。(資料79, 80)

■ 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例①

対面でのカンファレンスを求める診療報酬とは何でしょうか。例えば退院支援加算の1というの、「退院支援及び地域連携業務に従事する職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年に3回以上面会」しなければいけません。それも20カ所連携するのです。この3回面会しなければいけないうちの1回はテレビ会議でよしにするという感じです。(資料81)

対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例①

○ 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬は、関係機関同士の連携を促す評価と個別事例での情報共有等を評価したものがあがる。
○ 関係機関同士の連携を促す評価では、カンファレンスを行う回数(1年あたり)を設定している。

◆ 関係機関同士の連携を促す評価

名称	評価の概要	カンファレンスの要件
A234-2	院内感染防止対策を行った上で院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用等の院内感染防止対策を行った場合の評価	(加算1) 加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行う。 (加算2) 少なくとも年4回程度、加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。
A246	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し退院支援を実施することを評価	退院支援及び地域連携業務に従事する職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有を行っている。

71

資料 81

平成29年12月01日 中野監査会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT)

■ 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例②

ICT化というのは、今回の改定では1つのポイントです。でもうちはICTなど全然考えていないという病院にも行くことがあります。でもそういう病院は、連携に関しては不利になります。

だから私は顧問先には、ICTというものに対する取り組みの担当者は決めるようにお願いしています。誰がやるのか分からないとか、誰かが考えてくれるだろうではなく、ICTというものに対して、テレビ会議とか、カンファレンスがどのぐらい拡大になるのか、それはうちの病院だったらどういう形でできるの

対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例②

○ 対面でのカンファレンスを求めている診療報酬は、関係機関同士の連携を促す評価と個別事例での情報共有等を評価したものがあがる。
○ 個別事例における情報共有等に関する評価では、関係機関を指定し、一堂が集まることを求めている。

◆ 個別事例における情報共有等に関する評価

名称	評価の概要	カンファレンスの要件
B004-005	保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が患者が入院している保険医療機関に赴いて、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を共同して行った場合の評価	当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行う。
C011	患者の状況の急変や診療方針の変更の際、医療関係職種等がカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針の作成及び診療方針の変更等の的確な情報共有を行った場合の評価	在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行う。
C013	多職種からなる在宅療養対策チームが、重点的な患者管理が必要な者に対し、療養の改善等を目的として、共同して指導管理を行った場合の評価	在宅療養対策チームの構成員の他、必要に応じて医療関係職種が患者に一堂に集しアセスメントを行い、療養の指導管理方針についてカンファレンスを行う。 初回訪問後3月以内に、必要に応じて見直しのための評価カンファレンスを行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内の期間に2回目の評価カンファレンスを実施する。
I016	在宅で療養を行っている患者であって退院が困難な患者に対して、精神保健指定医等が、計画的な定中期集中支援管理の下に、定期的な訪問診療・訪問看護を行っている場合の評価	専任のチームが週1回以上一堂に集しカンファレンスを行う。うち、月1回以上は 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催する。

72

資料 82

平成29年12月01日 中野監査会 横断的事項その5 (地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT)

かとか、それをちゃんと責任を持って考える人がいないといけません。誰かがやってくれるだろうということだと取り残されると思います。

今回の改定だけではなく、相当このICT化は広がります。そのことを考えてくれるスタッフは必要ではないかと思います。資料的に言うと、今、対面でのカンファレンスを求めている診療報酬の例が2つあります。この全部がOKになるとは思えません。

例えば院内で病棟の看護師と連携室の看護師とか、院内でそろっているものをテレビ電話というのは多分認めないと思います。

ある一部だけはおそらくテレビ会議がOKになるだろうと思います。（資料82）

■ ICTを利用した死亡診断等に関する法的整理

次にICTを用いた死亡診断ですが、今回からOKになりました。早いと思ったのですが、説明は省きます。なぜ省くかというと、このICTに関しては、評価の対象とする地域は、医療資源の少ない地域に限定なのです。だからおそらく次の改定あたりから、看護師の働き方改革などでもっと拡大にはなってくると思います。だから今回はちょっとご説明は省かせていただきます。（資料83）

参考

ICTを利用した死亡診断等に関する法的整理

- 医師法第20条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他の手段の如何を問わず、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）については、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない（平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）。
- このことは、死亡診断書を交付する場合にも適用される。すなわち、医師が死亡に立ち会えず、生前に診療にあたった医師が死後診察を行う場合であっても、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られる場合には、ICTを用いて遠隔から死亡診断を行うことは法令上可能。

77

平成29年12月01日 中経協 横断的事項その5（地域包括診療料、薬剤の適正使用、遠隔診療、ICT）

資料 83

生活習慣病の重症化予防に係る課題と論点(案)

生活習慣病の重症化予防についてですが、今回予防というものを非常に言っています。かかりつけ医も予防を考えなければなりません。糖尿病透析予防指導管理慮における腎不全期指導加算も対象の患者は拡大になりますので、いろいろな形で予防という形を求められてくると思います。(資料84)

生活習慣病の重症化予防に係る課題と論点(案)

【課題】

(生活習慣病の現状)

- ・ 外来患者の約3割強を占め、高血圧性疾患が最も多い。
- ・ 生活習慣病の医学管理については、生活習慣に関する指導管理のほか、状態に応じて薬物療法などの治療が行われる。高血圧についてみると、降圧薬使用中の患者で血圧値がコントロールされているのは、約3~4割との報告がある。
- ・ 重症化予防の取組みとして、特定健診・特定保健指導が行われているが、医療機関を受診している患者で医療機関と健診実施者との情報共有はあまり進んでいない。
- ・ 生活習慣病管理料の算定回数を見ると、「処方せんを交付する 高血圧症」の区分が最も算定回数が多い。また、近年、全ての区分で算定回数はほぼ横ばいである。
- ・ 高血圧のガイドラインを見ると、血圧値によってリスクが分類されるが、生活習慣病管理料における療養計画書において、血液検査値では、血糖(HbA1c)には目標を記載する欄があるが、血圧については目標の欄がない。また、特定健診等の情報記載欄がない。
- ・ 腎不全期患者指導加算の対象は、eGFR(mL/分/1.73m²)が30未満(G4)となっており、eGFRが30~44(G3b)の患者は含まれていないが、運動療法によりeGFRが維持又は改善するとの報告がある。
- ・ 降圧薬の選択について、学会ガイドラインでは、Ca拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、利尿薬のいずれかが選択される。また、積極的適応がある患者については、合併症の種類に応じて選択位が異なる。
- ・ レセプトを用いた分析によれば、降圧薬のうち特定の薬剤が集中的に選択されている医療機関が存在するとの報告がある。
- ・ 病床規模の大きい医療機関の中には、有効性及び安全性等の情報をもとに、医療機関の中で標準的な薬剤選択の使用基準を定める取組も進められている。
- ・ 非専門医を含む身近なかかりつけ医に通院する糖尿病患者の大規模データベースを構築し、よりよい診療のための情報提供と研究分析によって、糖尿病治療アウトカムの向上等を目指した、医療機関参加型の診療データベースの研究事業が国内で運営されている。

【論点(案)】

- 生活習慣病の重症化予防の推進のため、効果的・効率的な指導管理の取組みを促す観点から、
 - ①療養計画の内容(検査値の目標、特定健診・特定保健指導の受診勧奨等)や、
 - ②ガイドラインやデータに基づく診療支援
 等といった視点から、生活習慣病管理料の見直しを検討してはどうか。
- 糖尿病透析予防指導管理料における腎不全期指導加算について、より糖尿病性腎症の重症化予防に資するよう、対象患者の見直しを検討してはどうか。

43

平成29年11月01日 中医協総会資料 外来医療その3

資料 84

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」方針決定の流れ(イメージ図)

先程ちらっと言った終末期相談支援料の件です。人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン、これは人生の最終段階における医療とケアの方針決定に医療機関が関わる、アドバイスをするなり、いろいろなことをやるということです。多死社会になります。2025年は正直まだいいのです。団塊の世代が全員75歳になる年と言われていますが、75歳は、まだ外来に来るし、入院をします。

しかし例えば2040年になって、一番人口が多い団塊の世代が90歳になったとき、一体どのぐらい外来に来たり、在宅で暮らしたり、入院するのでしょうか。やはり介護施設系がどんどんその時代は増えてくるでしょうが、そこに行ったりするでしょう。多死社会です。亡くなるとき、自宅だけでなく、いろいろなところで、全員胃ろうを作って、全員人工呼吸器を付けてしまうと、日本の医療は破産になってしまいます。(資料85)

**「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」
方針決定の流れ(イメージ図)**

原見交換 資料-2参考1
29. 3. 22

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

28

平成29年11月10日 中医協総会 在宅医療その3

資料 85

■ 看取りに関する課題と論点(案)

だからこういったものに点数を付けます。この看取りも今回の改定の特徴だと思います。患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点からガイドラインを参考にという形で、診療報酬上の位置付けにします。これはおそらく点数を考えているのでしょう。

看取りについてさまざまな希望があります。在宅の患者も最終的に最後を入院で看取った場合という評価です。医療の療養病床のところでお話ししましたが、看取るときだけ療養に持ってきて看取ったという、自宅から入ってきた患者の初期加算を上げるというものです。

在宅に関する厚労省の考え方が、今、少しずつ変化しています。昔はもう何でもかんでも在宅でした。クリニックにやれと、在宅だともものすごくうさく言っていて、家で看取るべきと言っていたけれども、それが少し変わってきています。最終的には病院で看取るという形のものも評価するということになりました。

これはある資料が出てからです。その中医協の資料は、開業医の高齢化です。地域によっては、開業医先生がみんな高齢化になっている地域もあるのに、その高齢化の先生に在宅医療で、24時間やって、家で看取れといのは言いにくくはなっているでしょう。

在宅で看取るものも地域でみんなで頑張ろうというものです。誰か1人というのではなく、地域で看取っていくということに、今回から相当軸足は移しているという気がします。だからこういうところの評価も在宅のところは、今までだったらクリニックの先生が、自宅で看取らないと看取ったという件数にカウントできませんでした。おそらく今回、最終段階、ターミナルは見ていたのだけれども、死ぬときだけは病院に連れていったというものも、いわゆる実績として認めていくことになるのではないでしょう。そういうふうな形で、看取りのことはどんどん増やしていきたいという感じです。(資料86)

看取りに関する課題と論点(案)

【課題】

【人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン】

- ・ 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果を見ると、患者(入所者)との話し合いを行っていると回答した従事者の割合は、約7～9割であった。
- ・ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの利用状況を見ると、3～5割の従事者がガイドラインを知らないと回答した。
- ・ 在宅ターミナルケア等に係る対応が、診療報酬で評価されているが、ガイドラインを参考にすることは示されていない。

【在宅患者が入院した場合の看取り】

- ・ 療養病床や地域包括ケア病床では、自宅等から患者を直接受け入れた場合に「救急・在宅等支援病床初期加算」が14日を限度として算定できる取扱いとなっている。
- ・ 機能強化型支診等の施設基準では、看取りの実績要件を設けている。
- ・ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が見られることから、関係機関間で患者の意思を共有するための取組が行われている。

【論点(案)】

- 患者や家族の希望に応じた看取りを推進する観点から、ガイドラインを参考に行われる医療等の提供方針の決定プロセスについて、診療報酬上の位置づけを検討してはどうか。
- 看取りについては様々な希望があることから、在宅で療養している患者が、在宅の主治医と病院との連携の下で、本人や家族の希望に基づき、最期を入院で看取った場合の評価を検討してはどうか。

40

平成29年11月10日 中医協総会 在宅医療その3

資料 86

■ 複数医療機関による訪問診療に関する課題と論点(案)

訪問診療が複数の医療機関でOKになるというのはどういうことでしょうか。今は、訪問診療は1人の先生しか駄目なのです。例えば内科の先生が在宅で見ているのだけれども、褥瘡ができてしまったので、皮膚科の先生に来てほしいといったとき、こういうものは病院の連携です。

うちの病院は在宅をやっていないけれども、連携であれば呼ばれたらいきますというスタンスを取るのでしょいか。そうすると皮膚科でも耳鼻科でも眼科でも、もし在宅に行っても、訪問診療料がOKになるのです。そういった意味でも、今回はプラスかなと思います。

「地域医師会等の協力により在支診以外の医療機関が他の医療機関と連携して、24時間対応を含めた

在宅医療体制を構築し、訪問診療を提供している場合には、一定の評価」と書いてあります。24時間が難しくて在支診を届けていない人でも、連携でやれるというのであれば、在支診2みたいな感じのものの点数設定になっていくと考えられます。

訪問看護とかの資料も載せてありますので、やっているところは見てほしいと思います。(資料87)

複数医療機関による訪問診療に関する課題と論点(案)

【課題】

(在宅で療養する患者の状況)

- 患者が、複数の傷病に罹患している場合等に、別の保険医療機関の医師による訪問診療が必要となる事例がある。このような場合、二人目の医師は在宅患者訪問診療料が算定できない取り扱いとなっている。
- 訪問診療を行っている診療所について、主たる診療科別の実施状況を見ると、内科の他に、外科、泌尿器科、精神科が、その他の診療科と比較して、多い。
- 在宅で療養する患者は、複数の疾患に罹患している患者が多い。

(地域の取り組み)

- 在宅医療を実施していない医療機関について、その理由をみると、スタッフがいない、時間的余裕がない、夜間の対応等身体的な負担が大きいといった回答であった。
- 地域の医師会が中心となり、在宅医師によるグループ診療を支援する事業を実施している地域や、複数の医療機関の医師が連携して、24時間対応を含めた診療体制を構築している事例がある。

【論点(案)】

- 在宅における療養計画に基づき、主として在宅医療を担う医療機関の医師が、患者・家族の同意の下で、他の医療機関に当該患者への訪問診療を依頼し、当該他の医療機関がそれを実施した場合、診療報酬上の評価を設けてはどうか。
- 地域医師会等の協力により、在支診以外の医療機関が他の医療機関と連携して、24時間対応を含めた在宅医療体制を構築し、訪問診療を提供している場合には、一定の評価を検討してはどうか。

50

平成29年11月10日 中医協総会 在宅医療その3

資料 87

■ 入退院時の在宅療養支援に係る連携に関する評価

連携絡みで訪問看護ステーションの話です。入退院時の在宅療養支援に係る連携に関する評価というものがありますが、これは今、訪看が見ている患者が入院した場合、その医療機関に訪看から情報提供をしても、点数がないのです。退院カンファに訪問看護が入ったら点数はあるのですが、訪看が見ている患者が入院したからといって、そこで情報提供しても点数がなかったのですが、これは点数ができます。連携ものでこういった形のものもあります。(資料88)

入退院時の在宅療養支援に係る連携に関する評価

○ 入院患者が退院するにあたり、医療機関と訪問看護ステーションとが共同で指導した場合には各種評価が設定されている。一方で、在宅療養中の利用者が入院にあたり、医療機関と訪問看護ステーションとの情報共有や連携に関する評価はない。

評価項目	件数
退院前訪問指導(内科)	3,699
退院前訪問指導(精神科)	225
退院時共同指導(内科)	3,575
退院時共同指導(精神科)	2,280
退院時共同指導(介)	3,039
退院時共同指導(医)	2,127
退院後訪問指導	701

120

平成29年11月16日 中医協総会 在宅医療その4 訪問看護

資料 88

■ 特別の関係にある医療機関等との連携

もうひとつあります。資料89の退院時共同指導加算と特別の関係の交差点にある「×」は何かと言うと、特別の関係で算定不可という意味です。すなわち、病院が持っている訪問看護ステーションの人が、病院に来て、算定できないのです。今は全部駄目なのですが、特別な関係ということで今改定でOKになります。(資料89)

特別の関係にある医療機関等との連携		
○ 退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関等との連携に関する加算において、特別の関係にある医療機関等との連携では算定できない。		
■ 医療機関等との連携に関する加算と特別の関係における算定		
	加算	特別の関係
退院時共同指導加算	保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養に必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定	×
在宅患者連携指導加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養に必要な指導を行った場合に算定	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通成が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は在宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養に必要な指導を行った場合に算定	×
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合に算定	×

※ 特別の関係
ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。
(イ) 当該保険医療機関等の施設者が、当該他の保険医療機関等の施設者と同一の場合
(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・役員兼その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

123

平成29年11月15日 中医協総会 在宅医療その4 訪問看護

資料 89

■ 医療機関等との連携の論点(案)

文章的に言うと、「訪問看護の利用者が療養の場を変更する際、新しい療養の場で利用者の特性に合わせた療養支援を継続的に受けることができる等、円滑な移行を進めていくために、訪問看護ステーションから病院等への情報提供についてどう考えるか」と書いてあります。非常に分かりにくい文章ですが、先程の説明によって分かっていたかと思えます。

入院した場合には点数が付くということと、特別な関係の場合は見直しがあるので、病院、医療機関で訪看を持っているところに関してはよかったということになります。非常に連携ものがいろいろなところで、今回、拡大になります。(資料90)

医療機関等との連携の論点(案)	
【論点(案)】	
○ 訪問看護の利用者が療養の場を変更する際、新しい療養の場で利用者の特性に合わせた療養支援を継続的に受けることができる等、円滑な移行を進めていくために、訪問看護ステーションから病院等への情報提供についてどう考えるか。	
○ 退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関との連携に関する加算において、医療機関等と特別の関係にある場合の算定について見直しはどうか。	

124

平成29年11月15日 中医協総会 在宅医療その4 訪問看護

資料 90

科学的介護の実現

～自立支援・重度化防止に向けて～

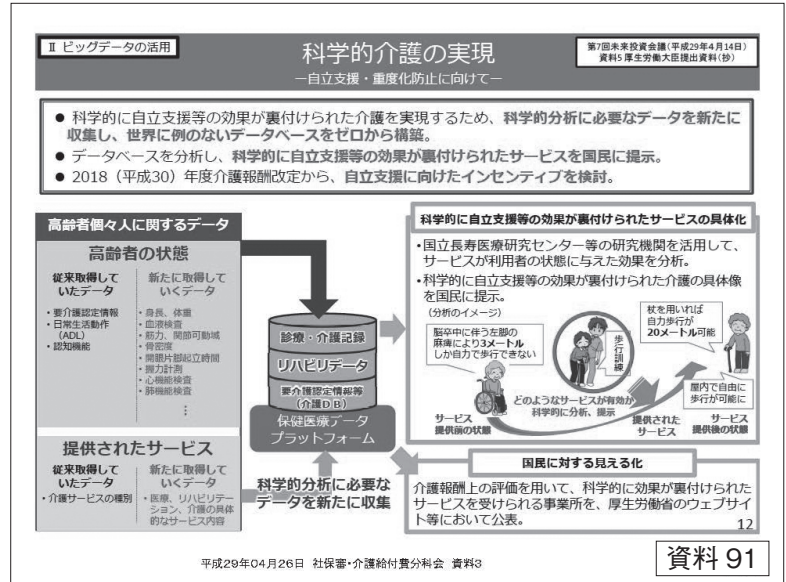
この科学的介護というものがあって、介護にもエビデンスを付けようというものです。いろいろなデータを取ることになります。プラットフォームを作って、科学的に自立支援の効果が裏付けられたサービスの具体化というものを出すということがあります。これは介護報酬なのですが、デイケアなどはデータを出すということで、高いほうの点数が請求できるようになります。科学的な介護で、データベースを作りながら、証拠、エビデンスを作っていきます。

しかし、皆さんに今日、知ってもらい

たいのは、実はここなのです。介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表する予定なのです。

となると、今の団塊の世代はネットを使うのだから、「俺はそろそろ介護サービスを使いたいけれども、どこがいいかな」と、厚労省のウェブサイトに行き、やはり載っているところを選ぶでしょう。

だから質の評価という意味では、医療もそうなのですが、介護も質が悪いということに関しては報酬が下がるという問題ではなく、利用者がいなくなるだろうと思います。質イコールという形のもので、医療も病床機能報告でなっていくわけです。そういった形のを厚労省は考えているのだろうと思います。(資料91)



■ 末期腎不全に対する治療手段の比較

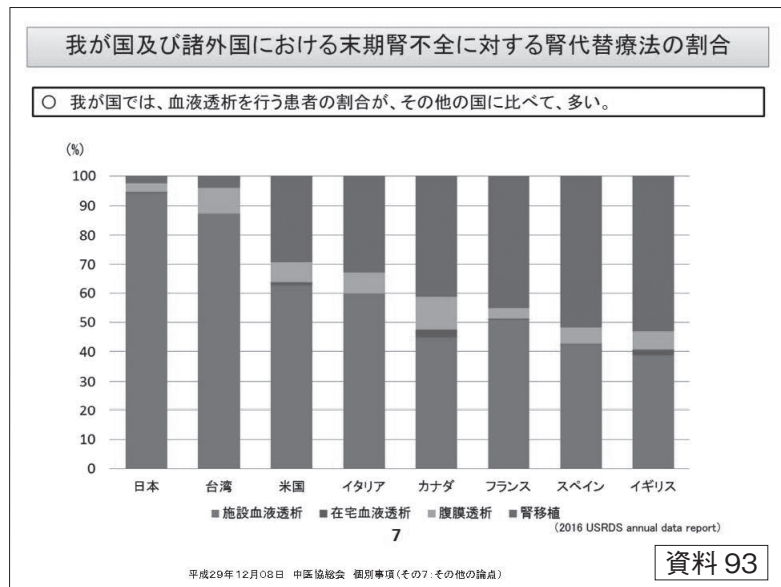
透析を持っている医療機関とか、透析が顧問先にあるというところは、ごめんなさいですが、透析は下がります。
(資料92)

末期腎不全に対する治療手段の比較			
<input type="checkbox"/> 末期腎不全の治療手段には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。 <input type="checkbox"/> 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。			
比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤
生活の制約	多い (週3回、1回4時間程度の通院治療)	やや多い (自宅での透析液交換等)	ほとんどない
食事・飲水の制限	多い (蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	やや多い (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス(シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術(大規模手術・全身麻酔)
通院回数	週に3回	月に1~2回程度	移植後の1年以降は月に1回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	血液透析にくらべて自由度が高い	透析による束縛がない

出典:腎不全 治療選択とその実際【2017年版】(日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会)改 6
平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点) 資料 92

■ 我が国及び諸外国における末期腎不全に対する腎代替療法の割合

日本は血液透析の割合が最も多いのですが、欧米では腹膜透析とか、腎移植の割合が高く、特徴的です。(資料93)



人工腎臓「注3」著しく透析が困難な障害者等に対して行った場合の加算

次に、評価になりそうなポイントです。先にいい話をします。障害者加算に関しては、今回、充実させると言っています。評価と書いていないから、点数を上げるのかどうかは分かりませんが、「充実」という言葉を使っていますので、少し期待しています。(資料94)

**人工腎臓「注3」著しく透析が困難な障害者等に対して行った場合の加算
(障害者等加算)**

著しく透析が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算することとしている。

著しく透析が困難な障害者等
 ア 障害者基本法にいう障害者(腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。)
 イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
 ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病
 エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者
 オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
 カ 認知症患者
 キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者
 ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
 ケ 出血性消化器病変を有する者
 コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
 サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者
 シ 末期癌に合併しているため入院中の患者
 ス 入院中の患者であって腹水、胸水が貯留しているもの
 セ 妊婦(妊娠中期以降)
 ソ うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)
 タ 12歳未満の小児
 チ 人工呼吸を実施中の患者
 ツ 結核菌を排菌中の患者

人工腎臓の算定回数に占める障害者等加算の割合の推移

年度	割合
26	26%
27	27%
28	29%

出典: 社会医療診療行為別統計

12

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 94

長時間透析について

長時間透析がOKになるので、6時間以上、難しい患者に対しての長時間の透析が認められるでしょう。(資料95)

長時間血液透析について

長時間血液透析(週3回、6時間以上)について、一定の条件に当てはまる症例については考慮すべきであるとされている。

日本透析医学会『維持血液透析ガイドライン:血液透析処方』(抜粋)

【定義】
 標準血液透析 (intermittent conventional HD): 週3回、3~6時間未満
 長時間血液透析 (long intermittent HD): 週3回、6時間以上

【適応】
 1. 通常の血液透析では管理困難な兆候を有する症例
 ① 心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な症例
 ② 適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する症例
 (理由)
 長時間血液透析では、除水速度を小さくかつ総除水量を増加することが体液コントロールの改善が得られるため、血行動態の安定に有効である。とくに高齢者など合併症を有する症例では、透析時間の延長は透析低血圧の頻度を減少する。
 ③ 高リン血症が持続する症例
 血液透析時間延長の効果は、除去効率が拡散に依存する小分子溶質(尿素など)では相対的に少ない。しかしリンは小分子ではあるが、血液中に比して組織内に大量に存在し、さらにその移行速度には酸塩基平衡など多く要因が複雑に絡んでいるため、リンの除去量を増加させる方法のひとつとして、透析時間の延長は有用である。

2. 通常の血液透析により安定している症例で、さらに透析時間・回数を増加することにより、よりよい状態に維持できる可能性がある症例

14

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 95

人工腎臓、腹膜灌流にかかる診療報酬の入院料への包括

あとは、地域包括ケア病棟に腹膜灌流は出来高請求ができることとなります。回りハとかもです。(資料96)

人工腎臓、腹膜灌流にかかる診療報酬の入院料への包括			
○ 処置にかかる診療報酬が包括されている入院料においては、人工腎臓は包括から除かれている一方で、腹膜灌流は包括から除かれておらず、腎代替療法の間で取扱が異なっている。			
	地域包括ケア病棟入院料	療養病棟入院基本料	回復期リハビリテーション病棟入院料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(1)を除く	×	○ 地域連携計画退院時指導料(1)を除く
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	単純撮影等は○	○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	×	○
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く
K 手術	×	×	○
L 麻酔	×	×	○
M 放射線治療	○	×	○
N 病理診断	○	○	○

15

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 96

透析液水質確保加算の施設基準の届出状況

ここからマイナスのことです。透析液水質確保加算はなくなると思います。ほとんどの透析施設は水質確保加算を持っているので、包括化という形か、点数はなくなるのではないかと思います。(資料97)

透析液水質確保加算の施設基準の届出状況		
○ 大部分の血液透析実施施設において、透析液水質確保加算1又は2の施設基準を届け出ていると考えられる。		
	届出医療機関数 (平成28年7月1日)	
透析液水質確保加算 1	診療所	816
	病院	672
透析液水質確保加算 2	診療所	1,297
	病院	1,395
合計		4,180
血液透析実施施設数※		4,434

※ 平成26年医療施設調査(報告書)より

16

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

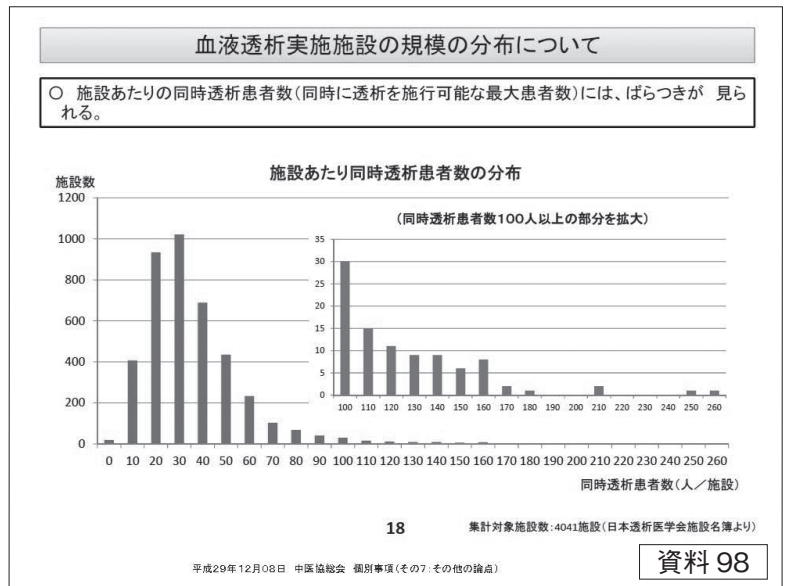
資料 97

血液透析実施施設の規模の分布について

次ですが、これが驚きました。「施設あたりの同時透析患者数(同時に透析を施行可能な最大患者数)には、ばらつきが見られる」と書いてあります。たくさん透析を持っていて、100人以上がばつとベッドを並べてやっているところは、利益率が高いのだそうです。だからサービスと同じ考え方が入ります。

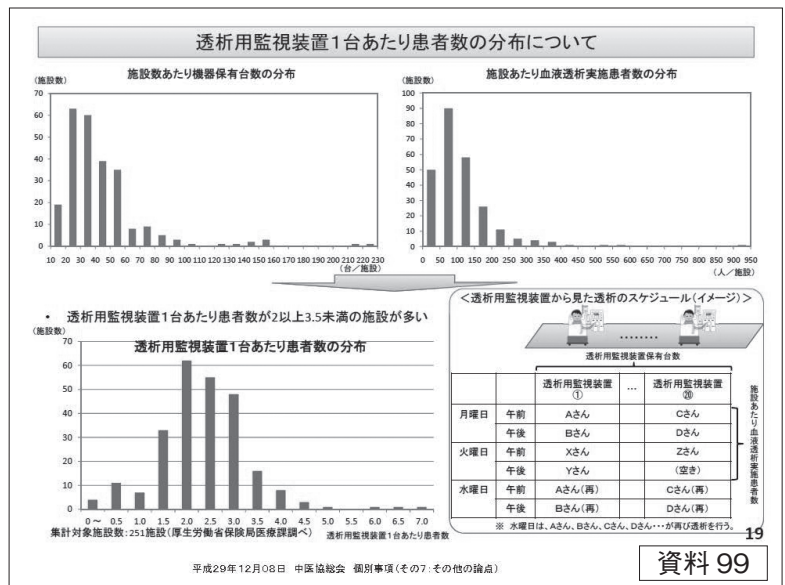
大型のところは点数を下げてというように形に透析が変わっていくだろうと思います。これはマイナスです。

(資料98)



透析用監視装置1台あたり患者数の分布について

この分布などがあります。(資料99)



腎代替療法に関する論点(案)

今、話したところがここに入っています。障害者加算は充実されます。長時間の話もあります。「血液透析に係る診療報酬について、施設の規模や血液透析実施患者数によって効率性が異なっていることから、効率性を踏まえた評価となるよう適正化してはどうか」ということですから、下がるのでしょうか。先程の資料から見ると、「100」という言葉が出てきていますので、100台以上になるのか、50台になるのか、非常にこちら辺を気にしています。

慢性維持透析は、実施時間によらず一律なので、時間による区分を評価して「適正化」ということなので、下がっていくのだと思います。(資料100)

腎代替療法に関する論点(案)

【論点(案)】

- 腹膜透析や腎移植は、血液透析に比べ、患者のQOLが高いことから、透析医療に係る診療報酬において、腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価してはどうか。
- 合併症等のある患者への加算(障害者等加算)について、治療の質を確保する観点から、評価を充実してはどうか。
- 長時間の血液透析について、短時間に比べて、合併症のある患者等にとって、より質の高い治療となることから、6時間以上の長時間血液透析を評価してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料等においては腹膜灌流は包括範囲に含まれているが、人工腎臓と腹膜灌流で取扱いが異なっていることから、腹膜灌流の普及の観点から、地域包括ケア病棟入院料等の包括範囲を見直してはどうか。
- 透析液水質確保加算について、大部分の血液透析実施施設が加算を算定できている状況を踏まえ、適正化してはどうか。
- 血液透析に係る診療報酬について、施設の規模や血液透析実施患者数によって効率性が異なっていることから、効率性を踏まえた評価となるよう適正化してはどうか。
- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)について、現行、実施時間によらず一律の評価となっていることから、時間により区分を分けた評価に適正化してはどうか。

20

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 100

■ 個人の病理医との連携による病理診断

遠隔で病理診断をやるのか、小児のかかりつけの対応がどうなるか、薬局との連携、情報共有連携に係るものについても点数化という話が出ています。(資料101)

個人の病理医との連携による病理診断

- 病理医の不足している地域等において、保険医療機関が、いずれの保険医療機関にも所属しない個人の病理医と連携して病理診断を実施した場合も、病理診断料を算定可能とすべきとの指摘がある。

➢ 保険医療機関に所属しない個人の病理医との連携による病理診断が実施された場合

- ・ 病理診断の業務量が予測できない場合にも、病理診断の柔軟な実施体制を構築でき、患者の病理診断へのアクセス向上につながる可能性がある。
- ・ 現行の診療報酬では、連携先の保険医療機関に**病理診断を専ら担当する常勤の医師の配置**を求めているが、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携した場合は、当該病理医が日常的に病理診断を行っていることが担保されない。
- ・ 現行の診療報酬では、連携先の保険医療機関※に、同一の病理組織標本について、**病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制**を求めているが、保険医療機関に所属しない個人の病理医と連携した場合は、このような体制を求めることが困難と考えられる。

※ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合

【保険医療機関間の連携による病理診断における受取側保険医療機関の施設基準(抜粋)】

- ・ 病理診断科を構想している保険医療機関であること。
- ・ 病理診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。(専ら病理診断を担当した経験を7年以上担当した経験を有するものに限る。)
- ・ 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うに十分な体制が整備されていること。
- ・ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。
- ・ 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検を実施し、診断を行う体制が整備されていること。 ※特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の場合

37

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 101

■ 医療従事者の多様な働き方の論点(案)

これは重要です。これは診療報酬改定なのですが、点数ではないのです。これは前々回の改定辺りから、こういうものが顕著なのですが、労務管理系のものが、診療報酬改定に入ります。

今回はリハ職です。OTとか、STは女性が多いので、出産、子育てということがあるから、常勤という形のもので、非常勤が常勤換算でよくなります。例えばコンサルタントをしている先生であれば、こういったいわゆる人事労務管理のところの非常勤で常勤換算できるとかがあります。

その他にも、専従要件があります。今、さまざまな診療報酬の施設基準的に、「専従」という言葉はあるのですが、これがおのおのところで少しずつ緩くなる可能性があります。例えば、ICUに患者がもし1

人もいなかったら、要らないとか、専従なのだけでも、一定の期間はこちらをやってもいいとか、いろいろなところでその要件が変わってきます。これは働き方改革にも関係してくるので、こういったところは少し着目してほしいと思います。点数ではないのですが、医療関連としては、ぜひ知っておいていただきたいです。

心理士のことは見ておいてください。
(資料102)

医療従事者の多様な働き方の論点(案)

【論点(案)】

- リハビリ専門職の常勤要件の取扱い
 - ・ リハビリ専門職は女性の割合が多いことや、医師の指示の下で専門性の高い医療を提供していることを踏まえ、リハビリ専門職の専従・常勤配置等が要件となっている項目については、週一定時間の勤務を行っている複数の非常勤従事者の組み合わせにより、常勤配置されているものとみなしてはどうか。
- 専従要件の取扱い
 - ・ 医療従事者の専従要件については、より効率的な医療提供を可能とする観点から、
 - ・ 業務内容の類似性や対象患者数に応じた弾力的な現行の運用や、
 - ・ 医療資源の少ない地域において適用されている緩和措置
 等を参考に、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるよう必要な見直しを検討してはどうか。
 - また、検討にあたっては、対象患者数が一定程度以下の場合や、当該業務を実施していない時間帯の取扱い等の視点で検討してはどうか。

87

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 102

■ 外来における相談・連携の論点(案)

これは特になが患者などが、働きながら治療をするという形のもの相談などの、外来における相談連携などに点数を付けるという話が出ています。

(資料103)

外来における相談・連携の論点(案)

【論点(案)】

(外来における相談・連携)

- 入院患者については、早期に退院して社会復帰できるようにする観点から、様々な相談支援が診療報酬で評価されている。他方、外来患者については、社会生活を送りながら治療を続けているため、治療継続のために必要とされる支援や要望が多岐にわたっており、様々な機関との連携が必要になる一方、医療保険以外の公的制度等が支援を担うべきサービス内容も多い。
このような実態を踏まえ、外来患者への相談支援について、他の公的サービスとの整合性等も踏まえ、診療報酬での対応の在り方をどのように考えるか。

108

平成29年12月08日 中医協総会 個別事項(その7:その他の論点)

資料 103

■ がん医療の提供体制に関する課題と論点(案)

ここから先は申し訳ないですが、この一番上のところが、皆さんのところのサービス業に関係あると思うところだけは、必ずチェックしてください。医療機関も、もちろん、うちは関係あると、がんをやっているとか、緩和ケアを持っているとかがあれば、そこを読んでください。緩和ケアを持っているとか、緩和ケアに関するもの、薬、ベッドとかというものであれば、今、どういう観点で、何を考えているかということが書いてありますので見てください。

これは全部読まなければならないのですが、例えば「平均待機時間に係る」ということは、「緩和ケア病棟に入りたいのですが」、「1ヵ月待ちです」というのだったら、点数を下げるということでしょう。そう

いうふうな考え方です。課題から全部読んでいっていただければ、何とか意味は通じるのではないかと思います。

(資料104)

がん医療の提供体制に関する課題と論点(案)

【課題】

(小児がん医療)

- 小児の病死原因の第1位はがんであり、年間発症患者数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、診療機能が拡散し、小児がん患者が適切な医療を受けられていないという懸念があった。
- 小児がん患者を集約し、適切な医療の提供、研究、長期に渡る適切なフォローアップ等を実施するため、平成25年2月に、小児がんにかかる診療機能を一定程度集約化する「小児がん拠点病院」が全国15カ所指定された。小児がん拠点病院は、すべて、小児入院医療管理料1又は管理料2を届け出ている。
- 小児がん拠点病院や入院中のがん患者への緩和ケアを評価する診療報酬の項目を定めているが、現在、小児入院医療管理料においてこれらに関する評価は包括範囲に含まれており、積極的な評価は行われていない。

(がんゲノム医療)

- がんに対する新たな治療法として、ゲノム情報を解析し最新の医学的知見に基づいて、個人の状態により合わせた診療を行う「がんゲノム医療」を実現するため、ゲノム情報を効果的に集積し、診療や新たな医薬品等の開発に活用する仕組みの構築が求められている。
- がんゲノム診療の中核的拠点となる「がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)」が検討されており、がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)には、人材育成、診療支援、治験・先進医療、研究開発、遺伝子パネル検査や遺伝カウンセリングの実施等の機能・体制ががん医療を総合的に担当する高度な機能を有する医療機関が指定される見込み。

↓

【論点(案)】

- 小児がん拠点病院が緩和ケアを含めて小児がん患者に必要な医療を提供することが求められていること、小児入院医療管理料の届出状況等を踏まえ、がん診療に係る加算等を見直しはどうか。
- がんゲノム診療の実用化に向け、より高度ながんの診療機能を有する拠点病院を中心とした医療体制が検討されており、今後の進捗状況等を踏まえて、診療報酬での評価のあり方を検討してはどうか。

24

平成29年10月 4日 中医協総会 個別事項その2: がん、緩和ケア、感染症、移植医療

資料 104

■ 短期滞在手術等基本料の課題(案)

短期滞在がDPCの病院は、DPCのほうでやります。D方式という、1日目高く2日目以降急激に下がるというものです。これは、今はっきりしていないのですが、平均在院日数からは外すけれども、重症度、医療・看護必要度から外すかはまだはっきりしていません。

だからDPCの病院で、白内障のオペをやっているということだと、その白内障の患者が全部重症患者に入ってしまうと、これが対象に下がってしまうと思いますので、ここはDPCの病院で短期滞在をやっているところは、要チェックです。

あとは遺伝学的検査とか、細かいものがありますが、検査会社の方などはこういうところはぜひ見ておいていただきたいと思います。組織移植に関するものもあります。(資料105)

短期滞在手術等基本料の課題(案)

【課題】

平成26年度診療報酬改定において、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、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とした。

平成28年度診療報酬改定において、

- 在院日数の平均+1SDが5日以内
- 一定の症例数が存在
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

項目として、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」が短期滞在手術等基本料3の対象に追加された他、「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する等の見直しが行われた。

平成28年4月～12月のDPCデータを用いて、短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等の分析を行ったところ、

- 在院日数の平均+1SDが5日以内
- 該当症例数が100件以上
- 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい

のいずれの条件も満たす手術等として、「副腎静脈サンプリング」「子宮鏡下子宮内膜焼灼術」「子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術」「子宮内膜ポリープ切除術」が挙げられた。

DPC/PDPSの点数設定方法のうち、D区分については、入院期間(I)を1日で固定して点数を設定しており、短期滞在手術等基本料の点数設定と類似している。

↓

○ 短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在するが、これらの取扱いについてどう考えるか。

○ 短期滞在手術等基本料については、関連する他の報酬項目との整理が必要ではないか。

19

平成29年10月18日 入院医療等の調査・評価分科会 資料

資料 105

性別適合手術の課題

これは私が個人的に驚いたものです。性別適合手術が保険適用になるとは、ついぞ思っていませんでしたが、今回適用になります。(資料106)

性別適合手術の課題
<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 性同一性障害はICD10に位置付けられる精神障害であり、性同一性障害を有する者は精神保健福祉法上の精神障害者として位置付けられる。・ 性同一性障害に対する治療のうち、現在保険給付の対象となっているものは精神療法のみであり、性別適合手術は給付の対象となっていない。・ また、性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律により、一定の条件を満たす場合に限り、性同一性障害者の性別の取扱いを変更(戸籍上の性別を変更)することができるが、この条件を満たすためには、性別適合手術が必要である。
35
平成29年11月29日中医協総会個別事項その6 (検査・移植医療・性別適合手術・安定冠動脈疾患に対するPCI・放射線) 資料 106

安定冠動脈疾患に対するPCIの課題

これも縛りが少し出てきます。あまりにも多いという医療機関があるようです。(資料107)

安定冠動脈疾患に対するPCIの課題
<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。・ 関連学会によるガイドラインにおいては、虚血がないことが証明されている患者にはPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の適応はないとされている。・ 安定冠動脈疾患に対するPCI施行前の虚血検査の実施状況について、施設間でばらつきが認められたとの報告がある。・ 経皮的冠動脈形成術や経皮的冠動脈ステント留置術において、狭窄病変が機能的虚血の原因となっていることの確認は算定要件となっていない。
44
平成29年11月29日中医協総会個別事項その6 (検査・移植医療・性別適合手術・安定冠動脈疾患に対するPCI・放射線) 資料 107

■ 安定冠動脈疾患に対するPCIにおける論点(案)

術前の検査で、機能的虚血の存在が示されているということを条件にしそうな雰囲気が少し出ていますので、注目しておいていただきたいと思います。

(資料108)

安定冠動脈疾患に対するPCIにおける論点(案)

【論点(案)】

○ 安定冠動脈疾患に対して待機的に施行するPCIについては、原則として、術前の検査等により、機能的虚血の存在が示されていることを算定要件としてはどうか。

52

資料 108

平成29年 11月29日 中医協総会個別事項その6 (検査・移植医療・性別適合手術・安定冠動脈疾患に対するPCI・放射線)

■ 自院の患者も高齢化していく！！

ここで最後、私からのお願いになります。皆さんは医療関連サービスなので、この辺の観点を少し知っておいていただきたいと思います。皆さんのお仕事場の医療機関の患者も、先生も、高齢化していきます。

そのときに、私たちの業界としては、やはり医療機関がつぶれてしまっただけで困るわけでは、どういふ形で考えるかという、何とか実患者数、稼働率を維持、もしくは上げるということです。実患者数と稼働率を上げるということは、高齢化をどう考えるかということが重要になります。

高齢化で、認知症が増える、廃用症候群が増える、一人暮らしと老々世帯が増えます。そうなったときに、外来に通えなくなったというのだったら、在宅医療をやるのか、連携をするのか、患者と話しませんか。連携先が在宅を見てくれるのだったら、入院が必要になったらうちにするとか、軽度だけど、急性期の患者を放っておいてはいけません。

先ほども言いましたが、一人暮らしの認知症の方を軽度だからと放っておいて、施設に入ってしまうと、患者ではなくなるのです。実患者が1人減ります。なるべく医療を続けて受けられるということを考えてもらいたいと思います。

認知症悪化の場合の連携や、認知症を悪化させないために、デイケアの認知症リハビリテーション加

自院の患者さんも高齢化していく！！

**高齢化・認知症発症・廃用症候群
単独世帯老々世帯増加**

外来に通えなくなったらどうするか？
在宅医療実施か連携

軽度だが急性期(発熱・脱水・低栄養等)の対応は？
入院医療機関連携確保

認知症悪化の場合は？
認知症治療病棟や介護施設との連携

歩けなくなってきたら？
通リハ・訪問リハ・地域包括ケア病棟紹介

資料 109

©ASK / ©HMC

算を持っているところと連携して、なるべく早く対応すべきです。認知症の対応が遅れてしまって、もうグループホームに入るということになったら、実患者が1人減ります。

例えば歩けなくなってきて、訪問リハとか、通リハ、地域包括を利用して、何とか歩いてもらうのです。在宅患者だって、在宅だから歩けなくていいということはありません。一人暮らしの在宅の患者は、家の中を歩けないと、施設に行ってしまう。施設に行ってしまうと、患者は1人減ります。

いわゆる地域包括の考え方で、何とか患者の暮らしを支えるということをこれから考えていただかないといけません。また、お仕事に関しては、その地域の暮らしを支える観点のところのアピールも、業界の中ではぜひお考えいただきたいと思います。(資料109)

あまり関係ないかも分かりませんが、薬局についてですが、未妥結減算というものが、今までだったら、一律値引きとかでやっていたのですが、これは単品単価契約率というものを病院が出さなければいけないことになります。ですので、そういったところでも、1月10日の中医協で出ていましたので、ご覧になってみてください。

以上です。長時間、お付き合いいただきまして、ありがとうございました。