

第154回月例セミナー 【ダイジェスト】

「平成18年度診療報酬改定・介護報酬改定を踏まえ、

平成20年度診療報酬改定の方向性について」

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓

●はじめに

皆様こんにちは。中林と申します。2年に1度の診療報酬改定の年がやってきました。前段のお話もしたいところですが、今の段階で診療報酬改定のとても細かい内容が分かってきたので、今日はいきなり本題へいきます。

現時点での情報ですが、まず改定率はプラス改定になりそうです。あくまでも私個人の予測なのではっきりとは言えないのですが、パーセントとしては0.1~0.3%プラスで、間を取って0.2%ぐらいプラスになってくれるとうれしいです。今朝の朝日新聞では0.1%という数字が出ていました。ただ、共同通信や厚生労働省の情報を踏まえるともう少しプラスになるのではないかと思います。現時点での予測は、最悪でもマイナス改定は回避でき、薬価は関係ありませんが、診療報酬本体だけで0.1~0.2、0.3%ぐらいまでのプラス改定が望めるのではないかということです。そうすると、もしプラス改定であればここは下げられないですむかなということも出てきますので、今日はそのへんを踏まえて聞いていただければと思います。

様々な医療制度改革

とにかく厚生労働省は医療費を抑制したいという流れできていますので、無駄な医療費の削減のため、効率化を進めて機能分担をしようとしています。はっきり言えば、風邪をひいても大学病院へ行くなということです。いろいろな医療機関の機能を診療報酬体系の中でも分けていこうとしています。外来医療、入院医療、在宅医療も同じ流れで、厚生労働省は在宅医療にもっていきたいということであり、これが医療費抑制政策です。

入院費の中の入院基本料には、注射や手術や麻酔や薬などの治療行為は入っていません。診療報酬上の入院基本料は、部屋に足を一歩踏み入れればかかるものです。例えば、1日15,000円の入院基本料がかかるとすれば、これには治療行為は入っておらず、部屋代と看護料ぐらいです。だから、その患者さんが全部在宅医療にシフトしてくれれば、日本の医療費の30~40%を占めるといわれる入院医療費が削減できるので、在宅医療を拡大すれば日本の医療費が下がるという計算になります。

よく質問があるのは、在宅医療の点数がこんなに高いのに、なぜ医療費抑制政策なのだということです。これは患者さんが入院するよりも、在宅医療のほうが医療費は安くなるからです。在宅医療の点数がある程度高くなっていても、入院されるよりは医療費は下が

るということです。同じような質問で、いずれ厚生労働省は在宅医療の点数の梯子を外すのではないかという話が出てくるのですが、在宅医療の梯子を外すと入院に流れてしまうので、それは厚生労働省としては避けたいところです。しばらくは在宅医療の診療報酬を大きくと下げるといったことは考えられません。

様々な医療制度改革

医療の機能を分担するわけなので限定しなくてはなりません。その地域の中に暮らしている患者さんが、心臓移植をしたければ大学病院へ行き、風邪をひいたらクリニックへ行けば機能で分けることができます。各々で風邪だと思ってクリニックへ行ったが大きな病気が隠れていた場合、例えば、肝炎が隠れていたということであれば、クリニックから紹介されて大きな病院へ行くという形に持っていくのが、厚生労働省の言葉の地域完結型体制です。連携させるので連携機能は重要視されます。病院連携、病診連携とよく言われていますが、来年の改定の1つのキーワードは「医療・介護連携」です。

今までは病病連携、病診連携と声高に言われていましたが、次期改定では後期高齢者の制度も変わります。高齢者の場合は、ここまでが医療でここからが介護と分けるわけにはいきません。例えば、後期高齢者が脳卒中や心筋梗塞になって急性期病院で命が助かったとします。急性期病院の役目としてはとりあえず命を助けたのでここまでだということで、ここから先は後期高齢者が次の病院へ行くか、自宅へ帰るか、老健施設へ行くかという選択肢になります。「私の病院は急性期病院だからここまでの後は知らないよ、後は勝手にお願いします」とする病院があります。しかし、その患者さんがその地域の中でどのように生きていくかを考える病院は、例えば、老老介護、1人暮らしなのですぐ自宅には帰れないのであれば老健施設を考える、もう少しリハビリをすれば1人暮らしが可能だと判断するならば回復リハ、どうしても1人暮らしが無理ならば特養や有料老人ホームなどの行き場所を考えます。その地域の中でお年寄りがなんとか生きていけることを考える病院とそうでない病院は、結果として平均在院日数が違ってきます。これから先々は、急性期から慢性期だからということとは関係なく、患者さんがどのように生きていくのかまで考えてほしいのです。

もう少し分かりやすく言うと、東京では特養は2年待ち、老健施設にも電車で1時間乗って熱海まで行かないと空いていないなど、いろいろな問題があります。その方が今まで生きてきた地域の中で暮らしていき死ねるためには、いろいろな連携の中でも医療・介護連携が重要視されます。お金の話で恐縮ですが、診療報酬もつきそうです。つまり、来年の改定では医療と介護の連携をしなければこの点数は算定できない、カンファレンスをするなどで点数がつくという形のものが盛り込まれると予測しています。

診療報酬制度改定のねらいとゆくえ

診療報酬の話と少しずれますが、いろいろな医療制度改革法案がとっています。その

中の 1 つである療養病床の再編は決まりました。介護型病床が廃止になり、厚生労働省の医療型の療養病床を全国で 15 万床にすると決まっている流れから見ると、厚生労働省が病院数を減らそうとしていることは明らかです。病院の数、病床の数を減らそうとしているのです。つまり、200 床以上の病院でも病床数を削減して機能を集約化させます。例えば、産婦人科の医師が A 病院と B 病院に各 1 人いるのであれば、合わせて 2 人にして 24 時間診ることができるような形にしたいという医療の集約化を考えているようです。また、200 床未満の病院に関しては、医療型の療養病床の削減、介護型の廃止などを考えて、病床種別を再編します。言葉は悪いのですが、これは病院という名前ではなくてもいいのではないかと感じています。

来年は診療報酬改定の年ですが、特別に介護報酬改定が 1 つ出ます。ご存じのように、転換型老健の介護報酬です。診療報酬改定の年は決まっていますが、老健は介護報酬なので、医療型の療養病床、介護型の療養病床を老健施設に転換するために、来年は転換型老健の介護報酬が出ることとなります。そうすると、慢性期の療養病床を持っているところは、来年の転換型老健の介護報酬の単位数を見てシミュレーションをすることになります。今のまま病院でいくべきなのか、転換型老健にいくのか、さもないと有料老人ホームに転換するか、高齢者専用賃貸住宅に転換するのかなどいろいろな形に転換していき、病院ではなくなるということです。厚生労働省は 200 床未満の病院で慢性期、医療区分 2 と 3 が確保できない病院は、病院ではない形でもいいのではないかとというのが来年の改定のねらいなのです。

クリニックは、外来と在宅機能を重視します。後期高齢者に関しては、クリニックに後期高齢者が来たらどのような病気であっても、整形外科であれ、眼科であれ精神科であれ、主治医機能を発揮するゲートキーパー役をクリニックに求めるのが来年の改定になります。

(2) の③の最後にあるように、保険医療機関を介護保険適用施設化にするというのが今回のねらいですので、これに沿った診療報酬改定になるだろうと思います。(2) の①の大病院は入院主体、外来は中小病院・診療所については、おそらく今回の改定で大きな病院で外来抑制をすると診療報酬をあげる、点数をあげる形になるということです。大学病院などの大きな病院は外来患者を集めるべきではない、外来患者はゲートキーパーをするような小さな病院やクリニックに集めたいということが来年の改定で盛り込まれることになるでしょう

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？①

今回の改定の具体的な内容の特徴的な問題が、病院勤務医の負担軽減です。一般病院の勤務医は疲弊してしまっています。この案はそのようになると地方の病院が成り立たなくなってしまうことから出てきたものです。

病院の救急外来をコンビニ感覚で利用する患者さんが非常に増えました。これはライフサイクルが変わってきたのと、患者の意識が大きく変わったことが原因です。大したこと

はない病気や軽傷なのに、夜に病院の救急外来へ駆け込む人が多いことから、病院勤務医の負担軽減策として出た案は、クリニックの先生にも時間外に患者を診てほしいということです。時間外等加算要件緩和とは、診療報酬改定でクリニックの先生も時間外の診療をしてくれるのであれば点数をつけるというものです。午後6時から夜10時までの時間帯を通常の開業時間としている場合でも「時間外加算」を算定可能とするということです。今あるクリニックでは診療時間を夜6時までとしているのが通常です。例えば、私のクリニックは診療時間が夜8時までですと標榜時間をつけていると、今の診療報酬では夜6時以降に患者が来たとしても時間外加算は算定できません。それを来年の改定では開業時間を何時までとしたとしても、夜6時以降は全部時間外加算を認めるという案です。つまり、先生にはお金をあげるから夜の6時以降も患者を診てほしいという施策で、患者さんには6時以降は遠い病院よりも近くのクリニックが開いているのならそのクリニックを受診してもらう流れにしようということです。

今の案では、夜6時以降～10時までのほかに、朝6時～8時までというものも追加になってきています。これは財源の問題もありますが、もしプラス改定であれば可能性はあります。朝6時～8時までの間の外来に来た人も時間外となるということです。変なことを言えば、標榜時間を朝6時～夜10時までとする場合でも、朝6時～8時まで来た患者さんと夜6時～10時まで来た患者さんは時間外加算がOKとなります。ある先生からは、「開業時間を夜6時～朝8時までにしたらどうか」という質問がありましたが、これはダメだそうです。日中の時間も何時間か開業していないとダメという形です。

コンサルタントの立場からすると、クリニックの先生がクライアントの場合は、来年の改正までの間にデータを取ることが必要です。初診の患者さんが何名、再診の患者さんが何名、時間外の患者さんが何名、なおかつ後期高齢者が何名、そして今の標榜時間と先生のライフスタイルから何時から何時までを標榜時間にできるかという検討です。特に来年は再診料がマイナスになるという噂があるのですが、再診料がマイナスになればクリニックの収入は下がります。そのマイナスの部分をどこかでカバーしようとするれば、時間外の診療をどこまで拡大するかとなります。来年の点数が発表になるまでにクリニックの戦略として、時間外加算の診療をどうするかが1つのポイントとなるでしょう。

初再診料の改定（引下げ）については、診療所の初再診料をマイナスにしようではないかという一般的な報道があります。これは私個人の予測ですが、現在、初診料は病院とクリニックは同じ点数なので、今の流れから見るとプラス改定になれば初診料は助けられるのではないかと個人的には思っています。ただ、再診料は難しいです。再診料はマイナス改定になるのではないかと思います。クリニックの再診料は71点が最大5点、少なくとも2～3点のマイナスになるかという気がしています。予測なので分かりませんが、再診料のマイナスは覚悟していただきたいです。

また、調剤薬局でも院外処方せんを受け入れる時間外で調剤薬局を開けていると点数を高くしようという案があります。今一番気になっているのは外来管理加算の要件です。処

置、一部の検査、リハビリ、手術などをやらなければつけないという外来管理加算の要件に、患者への丁寧な説明や計画的医学管理の時間を設定しようという案がでていますが、今の場合では、5分以上の診療がなければ外来管理加算はダメということにしたいらしいのですが、これには医師会から相当の反発があり、まだ決まっていません。外来管理加算の算定要件は要注意です。これによって収入に影響が出ます。特に外来管理加算はクリニックと200床未満の病院にしかないので、この動きによって5分が条件になると、苦しいクリニックや病院が出てくるのではないかと思います。

産科、小児科に関してはプラスにしましょうということです。ハイリスク分娩管理加算の対象を拡大します。合併症や前置胎盤などの方たちもハイリスク分娩に入れましょう、緊急母体搬送で今問題になっている救急車のタライ回しを受け入れたのなら点数をつけましょうということになっています。ただし、通常分娩の場合はダメです。医療的な問題があれば点数をつけます。小児科に関しては、小児科病院などは医者が多いので、医者の数によってもっとあげるといって出てきています。

平成20年度診療報酬改定の方向性？②

同じく勤務医の負担軽減では、大病院の外来縮小にむけた取組の評価ということで、入院時医学管理加算は、まだはっきりとは決まっていないのですが、これは昔あった入院外来比1.5の復活のような感じですが、外来を縮小するのであれば点数をつけるということをお案として出ています。特に今回の改定で私が強調したいのは、例えば大病院の外来縮小に向けた取組の評価を説明すると、開業医の先生や200床未満の病院の先生から、「私の病院のことではない。大病院、急性期の病院のことなので、これは関係ないから飛ばす」というリアクションが大きいことです。今年の診療報酬改定をこのように見ると、戦略を間違えることになります。なぜかという、例えば、クリニックや中小病院のマーケティングの中、同じ診療圏の中に500床の病院があったとして、その病院がこれを取るか取らないかによっては、クリニックの外来患者が増えるか増えないかということにつながるからです。同じ診療圏の大病院がこの戦略に乗ったとすると外来は縮小していくのだから、いわゆる予約制を取り入れるか、初診料の特定医療費を上げるなどの方策を取ります。そうすると同じマーケットの診療圏に入っている中小病院やクリニックは患者が増えることになりません。つまり、他の病院の診療報酬改定が重要なのです。これはよく考えて、関係ないとは思わないでいただきたいものです。診療圏中の他の病院が外来縮小にとりくむようであれば、その病院に営業に行くべきでしょう。「私のクリニックは糖尿病専門で、糖尿病の自己注の患者や外来診療のこのような管理ができる」「呼吸器疾患を持っているので酸素療法ができる」「外来として患者さんへのきめ細かいフォローができるクリニックです、中小病院です」と、その病院へ情報として提供します。病院は外来を縮小したいので、外来患者をどこかに紹介します。このような形で戦略は取りやすくなりますので、気をつけていただきたいと思っています。

また、急性期病院の勤務医の事務負担軽減としては、メディカルクラークの配置への評価が出ました。ただし、今回は急性期病院だけです。それも急性期病院の定義が出ておらず、7対1以上なのか、急性期の平均在院数で縛るのか、病床数で縛るのか全然分かりません。厚生労働省から出た具体的なメディカルクラークの内容の資料は医事課の仕事ではありません。外傷データバンクや口述筆記などの医者フォローの仕事なので、もう少し内容的なものが細かく出るのではないかと気がします。ただし、メディカルクラークは国家資格でもなく、何も資格がないので、医者フォローをするメディカルクラークというものを病棟に配置するのかということは、医者何人に何名という形にするのかは分かりませんが、そのような形で評価することになると思います。個人的予測ではおそらく診療録体制管理加算のような形にすると思います。つまり、メディカルクラークが1人いたから10点という形ではなく、その病院としてメディカルクラーク体制をとっているならば入院診療の初日に何点つけるという形になるのではないかと予測しています。それでも第一歩として非常によいことではないかと喜んでます。

平成20年度診療報酬改定の方向性③-1

入院料の全般的なところですが、まず、7対1入院基本料は一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票の導入をします。つまり、看護必要度が入ってくるということです。もう1つは、急性期入院医療を担う医療機関は7対1なのだから、医師の診療体制を要件にしそうということ。そうすると、今は、看護師さんは7対1で持っているが、15対1などという医師数のものが出てくると、今の7対1の病院では7対1の算定できなくなると思います。具体的な医師の数は分かりませんが、急性期病院と言っているのだから、急性期病院の加算ぐらいの医師数を評価していくのではないかと考えると、厚生労働省の策が分かってきます。今の看護師だけいてもダメで、急性期医療を担うための医師数もいるところでないといふ7対1は許しませんという形になりそうです。

一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票（案）

これは一般病棟の重症度・看護必要度の評価票の現在の案です。A モニタリング及び処置等、B 患者の状況等ですが、A モニタリング及び処置のところには、専門的な治療や処置が入ります。これらを一般病床として入れて、ある一定以上の点数でないといふ7対1はダメになりそうです。

平成20年度診療報酬改定の方向性③-1

そうすると今7対1を持っている病院でも何病院かは、医師数や看護必要度で、看護師はいるが7対1は取れないという病院が出てきます。そうすると10対1に格下げするしかありません。10対1の場合、看護師はたくさんいるわけなので、看護補助加算は認めようという形になりそうです。

地域一般病棟（仮称）の創設（?）、高度・急性期総合病院（仮称）の創設（?）、平均在院数の短縮（?）に関しては、話題的にプログラムの中には出てきていますが、具体的に中医協の審議として出てきていないので、クエスチョンマークをつけてあります。私の個人的な予測では、今回の改正で地域一般病棟が入ってくるのは難しいかなという感じです。高度・急性期総合病院は平均在院数の短縮もあるので、具体的に中医協の資料としては出てきていませんが、入れる可能性はあると思います。

小児の医療については先ほどお話をしました。有床診療所の夜間看護体制が2名以上いる形のは評価します。また、有床診療所の入院患者の急変の対応のため、他医療機関との連携の確保を届け出た場合に評価します。これは、どうしてもいないことがある場合、どこか連携先の病院の医師に連絡がついてその人が来てくれるということをお届け点数をつけるということです。

平成20年度診療報酬改定の方向性?③-2

特殊疾患療養病棟入院料の経過措置は延長となり、残りしました。障害者施設等入院基本料も残りしました。ただし、病名の中にある、いわゆる日常生活自立度B以上、つまり脳梗塞や脳卒中の後遺症の麻痺は外れます。本来の意味での特殊疾患や障害、脊髄小脳変性症などの患者さんだけになりますので、高齢者の脳梗塞後遺症のようなものはすべて対象外になり、障害者施設等入院基本料を持っている病院は二手に分かれると思います。そのような方たちが入院しているところは療養病床にするしかないという感じです。

感染症に関しては、今はHIVだけが二類感染症で個室療養環境の評価が認められていますが、これを急性灰白髄炎、結核、ジフテリアなどの病名の方たちにも認めようということがあります。

また、血友病を伴うHIV感染者・後天性免疫不全症候群の入院患者に対する薬剤を出来高算定へというのは、今でも一般病床ならば出来高だろうという突っ込みがあると思いつつ、血友病は入院期間が長いのです。一般病棟に入院しているとどうしても平均在院数が伸びるので、病院によっては療養病床等に転院をさせると薬包括になってしまいます。当然行ったり来たりと悩ましいところから、この方たちに関しては薬包括の病床に行っても薬剤を出来高にするという案があります。

平成20年度診療報酬改定の方向性?③-3

超重症児（者）入院診療加算について、状態の安定していない乳幼児に関しては評価をもっと上げるということです。重度心身障害児（者）を対象とする施設に限り、障害者施設等入院基本料に超重症児等の入院比率を条件として7対1を認めます。本当の意味の重度心身障害者であれば手間がかかるわけですから、認めるということです。

短期滞在手術基本料には1、2がありますが、3ができそうです。これは15歳未満のヘルニアという条件になりそうです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？③ - 5

療養病棟入院基本料に関して、原則として患者病態の変化時に、医療区分及び ADL 区分の評価・記録を行うというのは、毎日、看護師さんは医療区分一覧をつけなければいけないのです。医療区分が 1 だ、2 だ、ADL が 2 だと記録をつけなければいけないのは大変だということで、患者さんに変化があるときの記録でいいことにしようという案です。

認知機能障害加算の 5 点は廃止です。医療区分の評価項目の要件等は少し見直しがされます。また、褥瘡の発生割合、ADL の低下などを継続的に測定・評価して記録することを義務づけというのは、先ほど来年の改定で回復期リハに関しては成果主義を導入するという話をしましたが、次回改定では療養病床に入れそうなのです。今回の改定では回復期リハに成果主義でよくなったら点数をつけるとしていました。次回改定では入院したときは褥瘡が 3 カ所あったが退院するときにはなくなっていた、あるいは ADL が入院したときは 10 だったが退院するときには 2 だったというのであれば、その病棟には点数をつけるという成果主義を次回改定の医療の療養病床に入れたいために、今回はデータ取りとして記録を取る形になりそうです。

また、本人の同意のもとに退院支援計画作成や計画に基づき退院した場合に評価とは、患者を自宅に戻したいわけなので、医療の療養病床だとしてもいろいろな形の退院支援計画を作成して、退院をした場合に加算点数をつけるということです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？④ - 1

DPC（診断群分類包括評価）に関してはお手元の資料と少し違うところがあります。「データ／病床」比 3.5 は準備期間 2 年の場合になりました。これは 2 年と決定になったので、「データ／病床」比 8.75 です。手術・化学療法・放射線療法・救急車搬送の件数の全症例に占める比率をつけようという話があったのですが、今回は見送りになりました。つまり、軽傷だとしても DPC という形になりますが、次回の改定では DPC は要注意です。2 段階になる可能性もあるし、先ほどの条件これを持ち込んで全症例に占める比率が 25%以上でなければいけないとなると、ケアミックスを持っている病院は DPC から外れることになると思います。DPC＝急性期にして、それ以外のところは地域一般病床のようなどころに入れ込むか、それとも DPC2 階建て構想のように DPC1、DPC2 とするか、それとも極論で DPC を DRG にしてしまうなどということがあり、このあたりは難しいです。

ただ、データを見ている限り少しおかしいなと思いはじめたのですが、ケアミックスの病院がたくさん入ってくると、高齢者の方も診断群分類することになります。例えば、心筋梗塞で診断分類しても高血圧も高脂血症も変形性関節症も認知症も持っているわけです。たくさん疾患持っている人を 1 つの診断群分類に入れると、データの緻密性がなくなります。厚生労働省が DPC のデータをどのように捉えるかという形によって、次回改定あたりから DPC は要注意だと思います。具体的に来年の改定では 3 日以内の再入院はリセットできない形にすることや、アップコーディング（診断群分類）の対策としてレセプト提出時

に出来高点数の項目も入れます。アップコーディング対策のためには何をやっているかを見たいということで入れることになります。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑤

医学管理に関してもお手元の資料と違うところがあります。まず地域連携クリニカルパスに関しては、今までは大腿部頸部骨折だけだったのですが、脳卒中が入りました。ただし、今の案では医療計画に記載のある病院・診療所でなければいけません。地域の医療計画、4 疾病 5 事業などいろいろな医療計画がありますから、これはきちんと地域計画にのった形にしておいていただきたいです。

生活習慣病管理料は下がります。これは患者一部負担が高くなるのでなかなか算定しないということですが、メタボリックシンドロームは非常に重要視されているので、生活習慣病管理料を増やしていきたいのだろうと思います。

糖尿病に関しては、足病変悪化の防止のための専門的な指導のフットケアに点数がつかます。

地域連携小児夜間・休日診療料は引き上げになりそうです。また、薬剤管理指導料は有床診療所へも適用になります。しかし、施設基準を満たしていないとダメで、常勤薬剤師が 2 名いないとダメなのです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑥

検体検査実施料の時間外、つまり緊急については引き上げの可能性が大きいです。検体検査判断料は引き下げの方向で検討中です。微生物学的検査は引き上げです。病理学的検査診断・判断料については、診療報酬の「検査」の部から独立させる案のようです。検体検査料そのものは検査料差益の問題もあるので市場実勢価格を踏まえての引き下げになると思います。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑦

画像診断管理加算の施設基準の緩和が出ました。これも個人的な予測ですが、MRI と CT は全件見なければダメだということが施設基準の中にはあり、この全件を見るということ緩和するのだと思います。

デジタル映像化処理加算廃止はほぼ決まりです。ただし、これから先の時代としてやはりフィルムレス化加算の新設を考えていかなければと思います。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑧

疾患別リハビリテーション料の逡減制は廃止です。これは臨時的に去年出たものですが、廃止でよかったと喜べないのは、逡減廃止にするということだからです。おそらく少し下

がるのではないかという気がします。リハビリテーションの疾患別の点数が若干下がって一本化になる気がしますので、この影響は早期のリハビリテーションを始めていて、通減されない点数が多い医療機関ほどマイナスの影響が出ます。

ただし、早期加算は復活します。最近の厚生労働省のやることには出たり入ったりが多くて一貫性がないと思うのですが、前回の改定で早期加算がなくなっていたのが復活になりそうです。レポートを見ると、発症後 1 カ月目ぐらいから始まる件数が多いというレポートが出ていたので、30 日ぐらいまでは早期加算がつくのではないかと思います。そうなれば、疾患別リハビリテーションの点数が少し下がっても、急性期でリハを始めるところであれば、早期加算でその部分が回復できる気がします。今のうちに、1 カ月ごとのデータはきちんと押さえておくべきで、何をどのくらいの件数として算定しているかのデータを押さえておいてほしいと思います。

リハビリテーション医学管理料の疾患別点数は統一し、1 月当たりの実施単位数を設定というのは、上限を超えた場合は 1 カ月何回までと決めるという形で出ています。また、言語聴覚士の言語聴覚療法に集団コミュニケーション療法が復活します。これは ST がいるところでのシステム的なものであり、後の検討課題となるでしょう。また、障害児（者）リハビリテーション料の評価充実と一定以上の障害児（者）受入施設を新たに対象として評価する形になっています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑨ - 1

ここに精神科領域と書きましたが、どちらかという精神科だけではなく、いろいろな科に関係しそうな話ですから気をつけていただきたいと思います。うつ病への早期対応として、内科医と神経科医の連携した治療評価のところにクエスチョンマークがついていますが、例えば、食欲がなくなってきた、頭が痛い、やる気がしない、眠れない、心臓がドキドキするなどというとき、皆さんはまずどこにかかりますか？ まずは内科へ行くかなと思います。内科医がうつ病にかかっているなど思ったときに、うつの薬を出すのですが、精神疾患から来ていると判断して精神科医を紹介すれば点数をつけるという形です。これを内科に限定するか、内科以外の科にも広げるかはまだ分かりません。通常は内科に来ると思うのですが、これは分かりません。整形外科に膝が痛くて来ても、「先生、眠れないから薬ください」ということもあり得ます。精神科を紹介することを評価するという形が出たので、注意してみてください。

裏話を言うと、厚生労働省では自殺者の増加に対して自殺を減らす目標を出しました。遺書がなく、自殺する理由が特定できない人は結構います。遺書もなく、周りから聞いてもなぜ自殺したのか理由が特定できないということは、もしかすると何割かはうつ病から来ているのかもしれませんが。そうすると、なんとか水際でどこかの病院へ行っていて精神科にかかれば自殺までいかなくても済んだのではないかと考えたようです。だから、今回の診療報酬改定はうつ病対策に関連するものが非常に多く出ています。

同じようなことで、例えば、しばらく ICU にいて一般病床に出てくると、せん妄が出る ICU シンドローム、あるいは長期入院で精神的に不安定になるような、一般病床で精神科ではない入院患者さんに対して、精神科の医者が対診することを評価しようという動きがあります。うつに関しては注意をしておいてください。

自殺未遂者の救急搬送時の総合的診断・治療を評価とは、精神科の医者が自殺未遂で運ばれてきた人に対して総合的に診断・治療をすると点数をつけます。また、小児科特定疾患カウンセリング料・通院精神療法（20 歳未満）、心身医学療法（20 歳未満）に関しても診療時間や算定期間の上限を延長という形で拡大します。いわゆる若年層の精神的疾患に関してはもう少し拡大しましょうということです。児童・思春期精神科入院医療管理加算も施設基準が緩和になります。これも注意をしておいてください。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑨ - 2

同じく精神科領域で困ったなと思うのが、通院精神療法を 15 分で区切るという案が出ていることです。通院精神療法は精神科の外来に対しては絶対的な収入です。この間、クリニックの先生に聞いたら、「15 分と区切られたら 1 日 30 人しか診ることができない。そうなれば大打撃」という話でした。クライアントさんには、今はどのくらいかけているのか、何分ぐらいかけているのか、1 日何人を診ているのか、算定件数はどのくらいかを取っていただきたいと思います。

また、1 年超えの入院患者さんに対しても、精神科退院前訪問指導を認める、精神科訪問看護・指導料は「一定の要件」の下に算定回数を緩和します。また、精神科救急入院料の算定要件の緩和と「入院初期からの退院調整の実施」などを行う体制の評価が出ています。精神科に関しては、急性期治療を重要視し、なおかつ退院、つまり在宅復帰に関しての施策の診療報酬はどんどん上げるのです。7 万床削減をめざすという目標の中で診療報酬上でも施策が出てくることとなります。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑨ - 3

精神病棟基本入院料算定の認知症患者について、初期のせん妄などに対する手厚い医療には評価となります。また、精神科病床を有する総合病院に対して、身体的疾患の合併症を持つ患者に対する精神科病床での医療の提供を評価します。看護配置 25 : 1 の特別基本料は経過措置延長となります。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑩

がん対策は放射線療法を評価ということで、「放射線治療医」等の配置を施設基準でおそらくプラスにするでしょう。化学療法に関しては今も評価はあるのですが、専用のベッドがある、看護師や薬剤師がいるなど、化学療法の点数をもう一段階つけるようです。

緩和ケアに関して私は不勉強でよく分かっていないのですが、WHO 方式のがん性疼痛の

治療方法というものがあるそうです。これは臨床の問題なのでよく分からないのですが、これを評価します。緩和ケアチームの充実と地域の担当医の支援、在宅での麻薬の服薬等、薬剤師の行う麻薬管理の支援、終末期のケア以外の機能についても行うことを要件としています。私が 1 つ気になっているのは、終末期のケア以外の機能についても行うということと、つまり、がんになった場合、今すぐ終末期ではないが、将来的には終末期になる人たちを、家と緩和ケアの病室の入院退院を認めることになるのではないかと予測しています。

がん診療連携拠点病院の機能強化としては、相談支援センターの充実や集学的治療の実施等の評価をします。リンパ浮腫に関しては、がんの場合は転移などでリンパ腺に浮腫ができ、それを患者自身がマッサージするリンパドレナージの指導を看護師がするのですが、これに点数をつけるということで、がんに関してのフォローをする病院にはプラスになると思います。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑪

安全管理・救急医療・服薬指導で、臨床工学技師がいる場合は医療安全対策加算として点数化になりそうです。救急医療に関しては難しいのですが、アルテプラゼという薬があり、これはよい薬なのですが発症後 3 時間以内に投与しなければいけないというものです。そうすると、救急車を呼び、救急隊員が家に来て、病院に運ぶまでに 1 時間かかったとします。そこから後の 2 時間の間に診断しなければいけません。つまり、CT や MRI を撮ったりして診断をしなくてはいけません。アルテプラゼは血栓溶解剤なので、脳出血か脳梗塞かでは全然違いますから、診断をきちんとして 3 時間以内に投与できるかとなります。これができる病院には救命救急入院料 2 として加算がつけられます。先ほど出てきた地域連携クリニカルパスには脳卒中が入るので、脳卒中のクリニカルパス上は、これができる病院が地域連携の要になるだろうと思います。アルテプラゼを使えるかどうかという形です。慢性期の病院、クリニック、回復期リハビリ病床の病院は、自院の診療圏の中、もしくは一番近い病院でこのアルテプラゼができる病院がどこかを考えておく必要があるでしょう。

薬剤師の病棟業務の評価としては、今の薬剤管理指導 350 点は引き下げになりそうです。そのかわり、「重篤な副作用が発生しやすい薬剤を使用する患者」の場合は重点評価すると出ています。また、ICU やハイケアユニットに薬剤師が配置できれば点数をつける案も出ています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑫

軽微な処置に関しては、熱傷処置、皮膚科軟膏処置、眼処置、耳処置、鼻処置、そして消炎鎮痛処置の中の湿布処置はなくなります。厚生労働省の説明ではこれらは初再診料に含むという説明でした。含むので点数算定ができないこととなります。影響を受ける病院

の外来は結構あります。ただ、熱傷処置以外は全部、外来管理加算よりも低い点数です。医事課的な発想で言うと、最初に言った外来管理加算 52 点は、処置や手術やリハビリをやらなければ算定できるという点数です。もし 25 点の目処置、24 点の湿布処置をしたのなら、今までは 52 点の外来管理加算は算定できなかったわけです。

ただし、今回、この外来管理加算より下のものが算定できないのであれば、湿布処置が算定できないのだから外来管理加算算定できるという判断になるのです。そうすると、これがなくなることでプラスになります。これは微妙です。先ほど言ったように、外来管理加算には 5 分以上の診療時間が必要、計画管理が必要という条件がつくということはどのようなことなのか、そしてこれはやっても点数にできないのだから外来管理加算を算定できるのかという問題があります。これが算定できるのだったらこの廃止はプラスに働きます。でも、これは廃止だが外来管理加算はダメとなればマイナスに働きます。5 分以上の診療時間という条件が入ってはいますが、例えば、耳鼻科では正直 5 分も診ません。耳処置や鼻処置が算定できずに外来管理加算の 5 分の条件が算定できなかったら、どちらもダメということになるとマイナスです。それぞれの診療科、それぞれの科のやっている診療内容によって、影響はプラスにもマイナスにもなるので注意が必要です。

人工腎臓は、4 時間以上は長時間の透析という形での加算が復活します。ただ、支払側からのクレームが出ているので、今はペンディング状態です。高齢者の方などに 4 時間で一気に透析をすれば負担は確かに出るので、これは外来管理加算の診療時間 5 分という時間の条件とは違うと思いますから、透析の場合は 4 時間以上の評価の可能性はあると思います。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑬ - 1

後発医薬品に関しては、今日先発のメーカーの方たちがたくさんいらしていると話しにくいところなのですが、後発医薬品の促進という形で出てきました。これはほぼ決定と思っていきたいと思います。処方せん様式の変更については次の資料を説明します。

(別紙 1) 新たな処方せんの様式 (案)

新たな処方せんの様式 (案) として現在は、現行の「後発医薬品への変更可」となっているのですが、これを逆にして、「後発医薬品への変更不可」の場合はサインをします。今までは、変更してもいいという場合にサインをしていたのですが、4 月 1 日からは変更したらダメという場合のみサインをします。今とまったく逆になります。

(別紙 2) 処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、後発医薬品等への変更にし支えがあると判断した場合の記載例

A・B・C・Dのすべてが銘柄名記載の処方例です。この処方の場合、A錠B錠C錠D錠全てが変更不可の場合には、下の変更不可の場合の欄に署名することになります。しか

し、A錠とC錠は変更してもよい、しかしB錠とD錠は変更したくないという場合には、下の署名欄に署名せず、変更不可のB錠とD錠の後ろに変更不可と記載することになります。例えば、A錠は先発医薬品ですが、処方医はA錠については後発品へ変更してもよいと判断したため、変更不可の記載がありません。B錠はやはり、先発医薬品ですが、変更しないという判断のため変更不可と記載があります。C錠は後発医薬品ですが、別の後発医薬品でも可の判断で、変更不可の記載がありません。D錠は後発医薬品ですが、これは、この銘柄名でなければだめという判断のため、変更不可の記載があります。

この処方箋が調剤薬局に行った場合、B錠とD錠はそのまま記載されている銘柄名の薬をださなければなりません。A錠は後発医薬品に変更することが可であり、C錠は別の後発医薬品に変更が可ということになります。尚、この変更不可の記載は、例のようにアスタリスクマーク等で代用することも可能です。ただし処方箋にアスタリスクマーク等を付している医薬品は、変更不可である旨が記載されていなければ、なりません。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑬ - 1

つまり処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名または記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名のそばに「変更不可」と記載します。

変更不可の処方せんを受けた薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名または記名・押印がない処方せん（以下「変更不可」欄に署名等がない処方せん）を受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品を後発医薬品に変更することができます。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑬ - 2

また、後発医薬品については、処方医が変更した後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがある、つまり、ジェネリックはいいが、この薬でなくてはダメだという場合、その後発医薬品の後ろに「変更不可」と記載しなさいということです。

また、後発医薬品の銘柄処方が多いことによる薬局の負担に鑑み、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品については、それを受け付けた調剤薬局の薬剤師が患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品に変更できることとなります。

ただし、変更した旨の報告は必要です。

4 月からいきなり処方箋への記載方法を変更するには混乱することが予想されます。事前に医師の皆様への周知と患者様への説明文を準備しておいては、いかがでしょうか。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑬ - 3

薬局の調剤基本料は後発医薬品の調剤率が一定以上ということですが、これは 30%になりそうです。30%以上の場合は調剤薬局の点数が上がるということです。後発医薬品を含む処方にかかわる処方せんは 2 点高かったのですが、この 2 点はなくなります。サインしなければ全部ジェネリックでいいことにするので一律となります。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑬ - 4

これはお話し調剤についてです。今までずっと先発医薬品を飲んでいて患者さんが「ジェネリックに替えてもいいよ」と言われても、「ずっとこの薬を飲んでいるので不安だ、でもこれは高いからな」と言う場合、「では、1 週間だけ試しにジェネリックを飲んでみませんか？ ダメなら先発医薬品に戻せばいいので」という分割調剤を認めますということです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性⑬ - 6

療養担当規則に後発医薬品の使用を促す記載を付記するというので、正直、これが一番ショックでした。これは健康保険法上に位置づけられている療養担当規則に入れるということです。保険薬剤師は、受け付けた処方せんに記載された先発医薬品について、既に後発医薬品が薬価収載されており、かつ、処方医が当該先発医薬品の後発医薬品への変更を不可としていない場合には、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行うことということです。これは後発医薬品を調剤するよう努めなければならないということで、療養担当規則上、規則の中に後発医薬品の促進を入れたということです。

保険医療機関と保険医に関しては、保険医は、投薬、処方せんの交付または注射を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならないということです。これも療養担当規則に入れるという話になっています。以上が後発医薬品です。

今回、後発医薬品のシェアがどのくらい広がるかという、調剤薬局に 30%以上プラスにするということの影響が大きいと思います。これで備蓄などのいろいろな流れは変わってくるような気がします。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑭ - 1

外来診療の後期高齢者についてです。私が今回の改正で、特に今日もお話しをする中で、一番イメージがわからないのが後期高齢者医療です。来年、後期高齢者医療が独立した医療制度という形になることはご存知だと思います。診療報酬もそれに伴い後期高齢者の部分をつくります。ただし、昔あったように老人保健の点数をつくるのではなく、今の診療報酬点数表の中に入れ込むそうです。つまり、いちいち初再診料等のところに入れるという形で出てくることとなります。

今、分かっているのは、後期高齢者の初診料を引き上げて、再診料を引き下げるとい

ことです。4月に改正になりますが、4月から来た老人に初診料を算定できるわけではないので「初診料引き上げはラッキーだ」とは言えません。今までかかってきた、あるいはずっとかかり続けるのなら再診料なので、初診料が上げられても再診料の引き下げの影響を大きく受けることになります。また、主治医の継続的医学管理を月1回の包括点数で評価します。

薬局や医療機関において、調剤するごとに薬剤の情報や注意事項などが「お薬手帳」に経時的に記載することを評価となりますが、これは義務になりそうです。薬局においては、薬剤服用管理料と薬剤情報提供料の統合と、お薬手帳への薬剤情報・注意事項の記載義務づけとなります。また、医師、薬剤師に「お薬手帳」記載情報の確認の義務づけ、服薬の自己管理が困難な外来患者に対して、服薬カレンダーの活用など服薬管理の支援に対して評価をするということです。

厚労省の今回の主治医に関する一番の目的は重複投与をなくすことだったようです。私の母もそうですが、後期高齢者の人は眼科にかかって、整形外科にかかって、内科にかかって、耳鼻科にかかって、全科で湿布薬と眠り薬をもらってきている例が多くあります。とにかく今回はそのような重複投与を効率化したいということが目標だということでしょう。主治医に対しては、薬剤に対する管理を義務づけたいらしく、これが大きな目標になります。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑭ - 2

主治医の継続的医学管理を月1回の包括点数で評価します。要件は、患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の保険医療機関の受診状況等を集約して把握することということです。また、基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を年1回行い、結果を療養や生活に活用すること、専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること、慢性疾患の継続的管理に必要な検査を年1~2回実施ということです。包括点数として月1回請求できます。何という名前になるかは分かりませんが、主治医管理料、主治医加算、後期高齢者主治医医学管理料などかなと思ったりしています。

包括されるものにはいろいろな形のものがありますが、「これをどのようにして主治医と判断するか」という質問に関しては、「記録だ」と言っていました。つまり、時系列的なカルテ記載や計画書で判断するという形です。薬剤料は包括から外すとなっており、昔あった外総診（老人慢性疾患外来総合診察料）とは違います。

主治医は原則診療所の医師、となりそうです。病院には主治医を認めないということになれば、中小病院にとっては納得しにくいものでしょう。

また、「主治医というのは登録医制度ではない」とはっきり言っています。「では、主治医は誰が選ぶのか」という点では、「患者が選ぶ」ということになりそうです。主治医が患者さんに言うのでしょうか？ つまり、クリニックの先生が、「私が主治医ね」「いや、私

は整形外科の先生もかかりつけだから」「私は内科医だから、私を主治医にしてよ」と言えば、次の日から主治医医学管理料となるかもしれません。運用のイメージがわからないのです。4月1日から主治医という形のもは患者が納得すればいいのか、おそらく同意書等になるのでしょうか。つまり、年に1~2回の検査が包括ということには患者さんがきちんと納得しないといけないという思いがあるので、爆発的に4月1日から主治医制度が機能するのかどうか分かりません。後期高齢者の再診料はマイナスになりそうですので、この管理料は収入としては重要でしょう。このへんの動きや細かな運用ルールは要注意だと思います。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑭ - 3

これに関してどのような対象の後期高齢者の方を主治医が必要な方にするかという、現在の特定疾患療養管理料の疾患を持っている人は主治医が必要という判断です。しかし、それ以外になんと認知症と便秘症が入っています。認知症と便秘症は特定疾患療養指導料の対象ではないのですが、後期高齢者医療として主治医が必要な対象疾患として認めているのです。後期高齢者には便秘症は多いとは思いますが、便秘症を認めるということには驚きました。

年間診療計画(書)等のイメージは、次のページにあります。また、月の初めの受診時に、当該月の診療内容の概要、次回受診予定日、実施予定の検査等が記録された書面を交付しなければいけません。主治医に点数はつきますが、手間がかかって結構大変です。これは外来のクリティカルパスのようなものだと思います。がんは対象疾患から外し、認知症と便秘症が加わります。

高齢者総合診療計画書(案)

これは高齢者総合診療計画書(案)です。今月は何をして、来月は何をして、再来月はレントゲンや心電図をして、年間でこのようにして、このぐらいを目標にしましょうという年間計画を出せということです。後期高齢者なので、他のサービス担当者やケアマネジャーとはきちんと医療介護連携を取らなければいけません。また、その病院の連携医療機関などを書かなければいけない形のもが出てきています。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑭ - 4

これは後期高齢者の外来診療に関して主治医の継続的医学管理の要件のイメージです。包括されるものは、医学管理等、検査、処置、画像診断で、今のところ薬と注射は包括から外れており、これは外総診とは違う考え方です。ただし、症状の急性増悪時に必要な検査等のうち、〇〇〇点以上の検査を急にした場合は別途算定できるということにしそうです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑭ - 6

「主治医」というネーミングは反対意見も多く変更になるでしょう。案として出たのが地域担当医、高齢者総合担当医、高齢者顧問医、包括連携医、地域後見医です。現在「高齢者総合担当医」が有力です。

高齢者を総合的に診る医師の研修のイメージ

これは高齢者を総合的に診る医師の研修のイメージです。後期高齢者の主治医には黙っていてもなれません。講義を中心とした研修が 3 日、演習を中心とした研修が 1 日必要といわれています。ただ、3 日といっても朝から晩までではなく、例えば週に 1 回木曜日の夜に医師会ですというような形だと考えています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑮ - 1

入院診療の後期高齢者に関しては、とにかく「地域の主治医」からの求めに応じて入院させることや、早期に「患者の総合的な評価」を行い、退院させることを考えます。入院中の薬剤、栄養指導の情報などもすべて患者や関係者に提供します。入院前の「主治医」が退院後に引き続き外来で療養上必要な場合は、地域連携退院時共同指導料で評価します。

これを見れば厚生労働省の考えていることがピンと来ます。後期高齢者をダイレクトに入院させるより、つまり、どこかのクリニックにかかっている具合悪くなり、救急車で来て入院させてというよりも、主治医を通して入院したほうが診療報酬はあがるということです。後期高齢者に関しては、ゲートキーパー役として主治医、クリニックを置いて、そこ情報共有しながら入院させます。当然退院のときには主治医に戻すので、在宅に持っていくます。いつまでも入院させるのではなく、どこかに転院させるにしても、主治医という形の流れをつくりたいのだらうと思います。後期高齢者については、そのようなものに関して診療報酬をつけていくのだらうと思います。

病院にとっては主治医となる診療所との連携が重要となります。つまり、在宅医療や外来医療をしている、主治医の役割をしている、クリニックの後方病院です。そのような戦略を立てるのか、急性期で行くのかという形で考えなければいけないと思います。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性？⑮ - 3

退院前後の支援としては、地域の主治医と連携させましょうということです。また、今回は訪問看護ステーションの評価が上がりますので、退院前に病院に来てもいいということです。訪問看護、退院のその日は診療報酬ではないのですが、これも評価するようです。いろいろな意味で、訪問看護を地域の中のキーステーションにしたいのだらうと思います。

退院困難な人に対しても、社会福祉士等の医療介護連携も含めて退院支援計画を策定し、退院できた場合は評価します。つまり、病院の中でケアカンファレンスをするのが重要になります。特に入院中にケアプランを立てられるところは強いと思います。退院すると

きに、例えば、要介護度によって、週に1回訪問看護、週に1回ホームヘルパー、2週間に1回訪問診療が来る、週に1回デイサービスなどというケアプランを示します。「このような形で退院すれば、このようなことができますよ」というイメージがわかれば、退院は早くなります。まして退院する前に、もう訪問看護が来るのです。ケアカンファレンスを組み、平均在院日数短くして、スムーズに在宅医療や施設へ移行という形のもの考えることに点数をつけるだろうと思います。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑩ - 1

在宅医療に関してもカンファレンスです。クリニックだけではなく、病院にも在宅療養支援診療所機能を一部開放しようという動きがあります。点数的なものは分からないのですが、動きがあるということです。ケアマネージャーも含めた形でのカンファレンスという形のものに点数をつけます。

また、在宅医療を支援する病院の評価をします。つまり、「私のところは病院だから、在宅は関係ない」ではなくて、病院は在宅医療に対してどのようなスタンスでいくのかを考えなければいけません。在宅患者応急入院診療加算はもっと上がりそうなので、どこと連携して、どこに広報しておくべきか、どのように医療マーケットを考えるかということは重要になると思います。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑩ - 2

その他に、在宅医療に関する訪問、歯科との連携を評価します。認知症の方などは薬を飲み忘れてしまったりするので、薬剤師が訪問して服薬管理することを評価します。例えば、1週間の朝、昼、晩とお薬箱があって、きちんと飲んでいるかなど、そのような服薬管理に関しても今回は点数をつけるといわれています。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑪

終末期医療に関しては、医師、看護師の他の医療従事者、社会福祉士等が患者の希望を踏まえ、急変時の対応を含めた終末期の診療内容について十分な話し合いを行い、患者との合意内容を書面等にまとめた場合に評価します。この評価はターミナル加算等で評価するようです。これは、「自分が死ぬとき、どのように死にたいか書面に書いときましょう」と言えということでしょうか？ どのように患者さんに言えばいいのでしょうか？ これは書式を考えなければいけないと思っています。厚生労働省から書式を出してくれればいいのですが、どのような形でそれを書いていくかは微妙だなと思いつつ見ていました。

平成20年度診療報酬改定の方向性？⑫ - 1

後発医薬品の調剤率が30%以上の場合を評価ということは先ほど言いました。そして、夜間・休日または深夜の時間外加算の算定拡大ということになっていきます。一包化薬(97

点)について、複数の内服薬が処方され、一包化が必要な場合にも、今は認められてないのですが、算定可能にしようという案が出ています。また、自家製剤加算における錠剤の半割における手間を評価ということですが、小さいので手間がかかるのです。したことある方は分かると思うのですが、これについては評価したいという希望が少し出ています。

また、薬剤服用歴管理料と服薬指導加算を統合していきます。長期投薬情報提供料 1 については算定要件の見直しをします。あらかじめ同意を得られた患者に対して、実際に情報提供をした場合に算定可にするという案が出ています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性? ⑱ - 2

在宅患者訪問管理指導料に関しては、後期高齢者なので、入院中の患者に対して薬局の薬剤師が在宅医療を担う医師、看護師等と共同で服薬指導を行った場合、在宅患者に対する必要な薬学的管理を評価します。75 歳未満もこれは認めると言っています。高齢者が多く生活する施設に対する訪問薬剤指導管理については、時間的・距離的な負担等が少ないことから引き下げる形になっています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性? ⑲ - 3

麻薬管理指導加算に関しては、在宅患者に対する麻薬管理指導について薬剤師が定期的な残薬の確認および廃棄方法に関する指導を行うことを追加しました。麻薬の服用管理が確実に行われた場合という麻薬の服用に関するものは点数を上げることになっています。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性? ⑲

薬価・保険医療材料は引き下げです。今の情報では医療費ベースで 1%ほど薬剤を含めて薬が下がると考えています。処方せん料の 2 点差はなくなり一本化になります。介護老人保険施設、介護療養病床に麻薬を出した場合は薬包括ですが、これだけは認めようということになってきています。

明細書と院内掲示については、400 床以上の病院は明細書発行が義務化になりそうです。明細書とはレセプトのような細かい内容の領収書です。初診料の加算、電子化加算の 3 点を取っている病院やクリニックで、その 3 点を取った理由の詳細な明細書を出したところは、院内掲示をしなければダメということになっています。後期高齢者のことはお話ししました。また、寝たきり老人訪問指導管理料と薬剤情報提供料・老人加算が廃止になりそうです。

平成 20 年度診療報酬改定の方向性? ⑳ - 1

療養病床の転換に関しては、これは新しく来年度できる転換型老健のことにに関して、オンコール医師が対応の場合に評価します。つまり、今までの老健の診療報酬は、医療が制限されていました。この転換型老健ができれば老健の医師がいなくて他の医者が診たとき、

レセプトを出せることになります。オンコール医師が対応できなかった場合は、併設医療機関の医師が診療に行けば、レセプトを出せて医療費で評価しようという話が出てきます。

●入院基本料

ここからは先ほど内容的に話せなかったことを付加していきます。療養病床の今の点数は、医療区分 1、2、3 の中で医療区分 1 が非常に低いのですが、これは上がらないと明言しました。なぜかという、転換型老健がつくので上げるわけにいかないのです。「医療区分 1 が多い人たちは、老健や在宅に行ってくれ」と言っているわけですから、これを上げてしまえば病院にそのままいることになるので上げないということです。また、先ほど言いました認知症機能障害加算 5 点は廃止になります。

療養病床の再編成

これは厚生労働省が出した図で来年の改正のときに影響を受けるものです。療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定します。療養病床については、医療区分 2 の 7 割と、医療区分 3 の患者を受け入れるものに限定します。医療保険で対応するので。

医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、または施設等で受け入れることで対応するという事です。これを訳すと、医療区分 1 と医療区分 2 の 3 割の患者については、病院ではなく、在宅老健で居住系か老健で対応するという事です。これが厚生労働省の言っていることで、医療制度改革法案で通ったものです。介護療養病床は、平成 24 年の 3 月に廃止となります。

各都道府県の療養病床の目標数（2012 年度）（案）

現在、療養病床は、医療療養病床の 23 万床と介護療養病床が 12 万床で合わせて 35 万床です。このうち医療区分 3 と医療区分 2 の 7 割の方たちを限定するので、厚生労働省の試算では 15 万床でいいということになっています。

では、残りの 25 万床はどうなるのかというと病院ではなくなるということです。医療関連サービス団体としては、この病院ではなくなるということが大きな問題になるところで。これは老健、ケアハウス、クリニックなどになっていきます。絶対 20 万床ぐらいいはいるとは思いますが、厚生労働省の図としては、一応このようなものが出ています。今回この 25 万床、つまり条件として医療区分 1 の人たちが多いところは、経営的にやっていけないことになり、そのようなところは、老健、ケアハウスなど変わっていくわけです。そのために来年の改正で、介護保険、転換型老健の単位数が出てきます。その単位数を見

て、どのようにしていくか考えることとなります。100床の病院で50の老健と50の医療療養病床にする、あるいは150床の病院で100の老健と50の一般病床にしてしまうなど、どのような形でやっていくかということとなります。

医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標（案）の考え方

15万床と言いましたが、計算式があるので、各都道府県では医療型の療養病床が必要かということ計算をしています。もちろん計算は、 $a-b+c$ です。 a は今の医療区分で医療型療養病床に入院している人です。 b は本来であれば、介護、老健の施設へ行けると思われる医療区分1と2の3割の人。この3割というのは、うつ状態、褥創、創処置、皮膚の潰瘍のケアの方たちは入院しなくてもいいだろうということで、老健や在宅でもいいだろうという人が3割います。 c の医療区分3と医療区分2の7割の人たちは、今は介護のほうにいますが、介護療養病床廃止で、そこにいる人たちが医療のほうに移ってくるので、 $a-b+c$ の数がその県に必要な医療型の療養病床数です。病院として、医療型の療養病床で残るのならば、その中に入るという形になります。

●在宅医療

在宅時医学総合管理料に関して、来年の改正で在宅の診療報酬の点数が上がると思えません。思えないのですが、来年の改定で在宅をどのように動かすのか気をつけて見ていただきたいことが1点あります。在宅時医学総合管理料は、在宅の患者さんを1人管理したら、院外の場合、在宅療養支援診療所は4万2000円、在宅療養支援診療所以外、つまり200床未満の病院や在宅医療療養支援診療所以外のクリニックは2万2000円がつかます。この点数を覚えといてください。1人のご老人を管理すれば、在宅療養支援診療所は4万2000円、病院は2万2000円です。

4万2000円、2万2000円という点数が在宅時医学総合管理料です。これは今の診療報酬点数表に載っているものです。これは自宅の患者、有料老人ホームの人、認知症対応型グループホームの人、特定施設入居者、つまり有料老人ホームなど介護保険の特定施設になっているところに入っている患者さんに、どれだけ在宅医療が認められているかという話です。

自宅はもちろん算定可能です。普通の有料老人ホームや認知症対応型グループホームの場合も4万2000円や2万2000円の在宅時医学総合管理料の算定が可能です。ただし、※印がついていて、特別な関係の医療機関は算定不可ということです。つまり、例えば、医療法人がクリニックや病院を持っていて、こちらに有料老人ホームをつくったとします。医療法改正になったので、医療法人は有料老人ホームも高齢者専用賃貸住宅もつくれます。ただし、当該施設と特別な関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保

険医が実施する場合には算定可能なのです。また、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様であれば算定可能です。つまり、例えば、100床の医療型の療養病床を持っていて、50床だけ有料老人ホームに転換しました。有料老人ホームに転換するのだから、残りの50床の病院は先ほどの在宅療養支援医学管理料の2万2000円を算定できるということです。もし100床の病院で19床の有床診療所プラス有料老人ホームを80床つくったとすると、19床なので在宅療養支援診療所になります。だから、19床の有床診療所、在宅療養支援診療所で、隣に80床の有料老人ホームをつくり、もしその人たちが寝たきりならば4万2000円が算定可能ということです。

次回改定で在宅医療がこの施設系に関してどれくらい拡大になるかということは注目です。点数は上がらないと私は思っています。厚生労働省は病院をやめてほしいので、そのような病床転換をさせたいわけです。今回の改正では、来年新型老健の単位数が出ます。病院がどうなるかを考えたときに、老健はひとつの案です。

療養病床・病棟の再編策 その2

療養病床・病棟の再編策にはお手元の資料にあるようにいろいろな条件があります。来年の診療報酬改定を見据えて療養病床をどのような形にするかといういろいろな資料が出てきます。在宅療養支援診療所にして、有料老人ホームにするという手もある、老健施設にする手もある、高齢者専用住宅も手もある、もちろん廃業という手もあります。

療養病床・病棟の再編策 その3

また、一般を何床か持って療養病床を何床か持つなどいろいろなパターンがあるので、そのような形のものを考えながら来年の入院の診療報酬、在宅の診療報酬、転換型老健の介護報酬を見てシミュレーションしていく形になります。

(仮称) 医療機能強化型の老人保健施設の創設

最後に、療養病床転換措置のための追加支援措置についてです。資料が古いのですが、一番分かりやすいので持ってきました。病床転換の話ですが、来年出る転換型老健は強化する医療サービスという形で今の老健よりも単位数は少しだけつくだらうという資料です。

サテライト型施設の多様化

サテライト型施設の多様化ということで、今は老健にサテライトは1カ所だけなのですが、今度はたくさんつくっていいことになります。皆様はお仕事の関係から医療に関連という考え方でいるかもしれませんが、これからは医療だけではありません。つまり、医療をどこまで考えるかということです。入院施設ばかりではなく、外来プラス老健というところもたくさん出てきます。つまり、病院がどのような医療を提供するかになります。今まではベッドだったが、それを外来と老健という形で医療を提供するかもしれないし、在

宅という形で医療を提供するかもしれないし、有料老人ホームという形になっていくかもしれない。いろいろな選択肢が出てきますので、ここ2~3年は過渡期と思っていただいて、ご自分の業種にどこまで関連するかを考えていただければと思います。

今回の診療報酬改定は、プラスがどうだ、マイナスがどうだという形の問題とは別に、プラスのところも出るし、マイナスのところも出るということです。何もしなければマイナスというところも、工夫すればプラスになるかもしれないところがあります。皆様の医療機関に関してどのような影響が出るかを考えていただきたいということが1つ目です。

2つ目は、医療や患者さんは生活やリビングウィルという形のをだんだん考えるようになりました。医療のスタンスとは別のスタンス、例えば今日の話には入れませんでした。特定検診が入ってくるとすると、今度は保健指導が重要になってきます。保健指導ができるのは、保健師と管理栄養士です。看護師は、今は5年間だけできることになっています。そうすると、5年後には管理栄養士の争奪戦という話になりかねません。自分の業種がどこにどのようなサービスを提供できるかということです。それはエンドユーザーとして、病院やクリニックだけではなく、それを利用する患者さんに対してどのような形のサービスまでいけるかというところを考えていただくと、厳しい時代ではありますが、案外広がりが出るのではないかと思います。

3つ目は入院についてです。入院の点数がどのようになるのか注意をしておいてください。これは中医協でも本当に不気味なぐらい出てきません。一般病床の点数がどうなるかということです。7:1、10:1までは出ているのですが、不気味なほど出てこないのが、13:1、15:1です。出ているのは、最初の方針として平均在院日数の短縮という案だけが出てきているので、この動きによっては平成23年を待たずに、今回の改正の点数によって病床の動きが出てくるのが考えられます。このへんのところも注意して、診療報酬改定を見ていただきたいと思います。細かい話のオンパレードで退屈だったかもしれません。ご質問がありましたらお受けいたします。