

地域医療構想における病床再編と 2016年度診療報酬改定の方向性

平成27年12月17日(木) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

中林 梓

(なかばやし あづさ)

株式会社ASK梓診療報酬研究所
代表取締役

講師経歴

■ 略歴

札幌出身

病院・診療所対象のコンピュータ・インストラクターを経て、医事運用、経営コンサルティングに従事。

平成9年(1997年)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

介護保険のしくみ・使い方・お金のすべて(監修)

ナツメ社

医業・介護事業経営はこう変わる

TKC出版

診療所開業マニュアル(共著)

日経BP社

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

はじめに

皆さま、こんにちは。診療報酬改定の年です。今日は大きく分けて二つのことをお話させていただきたいと思います。今、国が医療をどのような状況に置こうと思っているのか、行政の動きとそれに対応する来年の診療報酬改定の動きということになります。どうぞよろしくお願ひします。

医療費適正化に向けた取組み

まず、今日は診療報酬改定の動きの話の前に、なぜこのような改定になるのかという理由の方を先に知っておいていただくとわかりやすいのでご説明いたします。まず、医療費適正化計画というのがあるのはご存じかと思ひます。都道府県ごとに医療費適正化計画というのを策定しているのだということは、多分どこかで聞いたことはあると思ひます。次に、どうしてかと言うと、医療費は、都道府県で異なるので、ある程度ちゃんと適正化していかなければいけないということです。医療費適正化計画の中で見直しがありまして、医療計画のところ、地域医療構想というのが入っているということもご存じだと思ひます。

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

さて、高齢者医療確保法の第14条をご存じでしょうか。高齢者医療確保法は、高齢者の医療の確保に関する法律と言われているものでございます。こちらのスライドは本当は読み上げたいのですが、本日は時間がないので、閣議決定されたというところを後で確認してください。

この法律の中の第14条に「医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」と書かれています。つまり、第14条に則れば、1.9円にも1.8円にもできるということです。いわゆる、国は、担保として、都道府県別の診療報酬のこともさりげなく少し考えて、法的には整備しているのだということをご存じいただきたいと思ひます。(資料1)

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について 番号3

経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）抄

改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や、医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の方の検討、機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応、都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項
厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)
医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)
医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

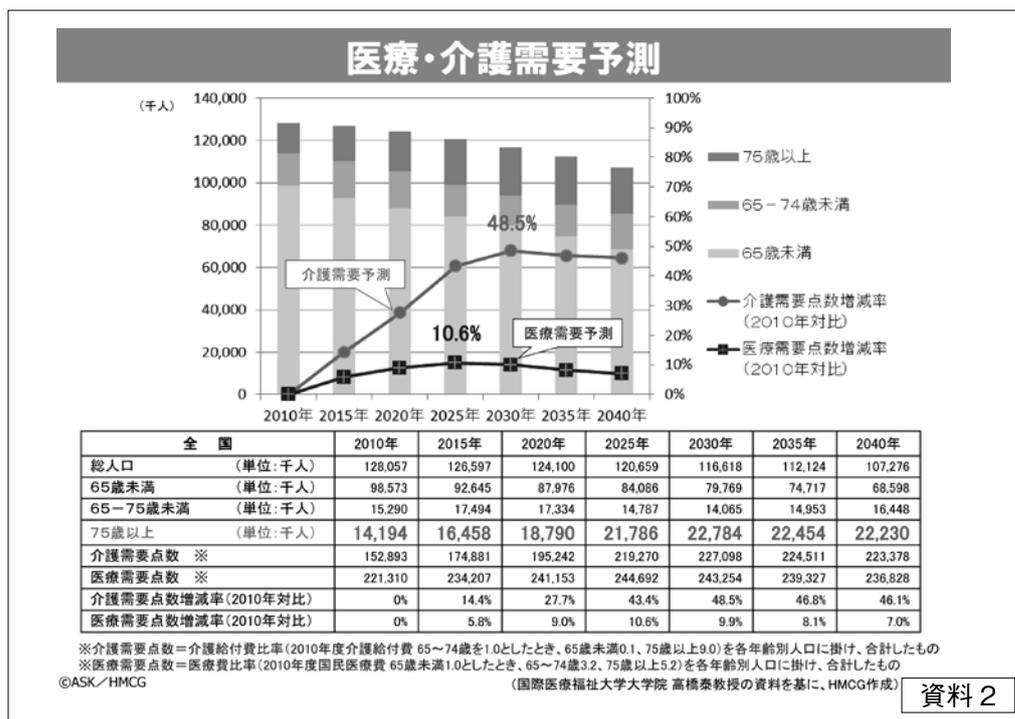
2015.10.21 社保審・医療保険部会 参考資料3

資料1

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

医療・介護需要予測

今回の診療報酬改定がなぜこういう改定になるかという理由です。全ての理由は人口問題です。皆さんは、2025年問題という言葉をよく聞かれるかと思えます。これは、言わずと知れた、団塊の世代の方たちが全員75歳になりこの高齢化をどうやって乗り切っていくかということ、ご存じだと思います。本日は、資料2の総人口と65



資料2

歳未満の人口の数字を目で追ってみてください。もう既に、人口減なのです。国が言っているのは、「2040年にはこんなに人口が減少します。特に、65歳未満の人口がこれだけ減少するのだから、今よりもベッド数は相当減らしてもよいですよ」というのが、地域医療構想の考え方です。これが全ての根拠です。もう少し分かりやすく言うと、「そのようなことを言っても、団塊世代の方たち、つまり、後期高齢者が増えるのではないですか」と言うのですが、そのとおりです。この方たちに対する医療は、まだ当面必要です。「当面必要ですが、65歳未満がこれだけ減っていく少子高齢化ですから、65歳未満に対する医療に関しては少なくしてもよいですよ」というのは理屈だと思います。分かりやすく言うと、盲腸、虫垂炎で例えますと、二十歳の方の盲腸は、一週間あれば社会復帰できますが、80歳の方の盲腸は、そうはいきません。80歳の方の盲腸は、肺炎と廃用症候群と認知症のリスクを抱えます。つまり、「国は、そういったリスク管理もできるような医療はまだ相当数は増やしてもよいが、一週間で社会復帰できる盲腸というような急性期医療はどんどん少なくしていいですよ」というのが地域医療構想の内容です。

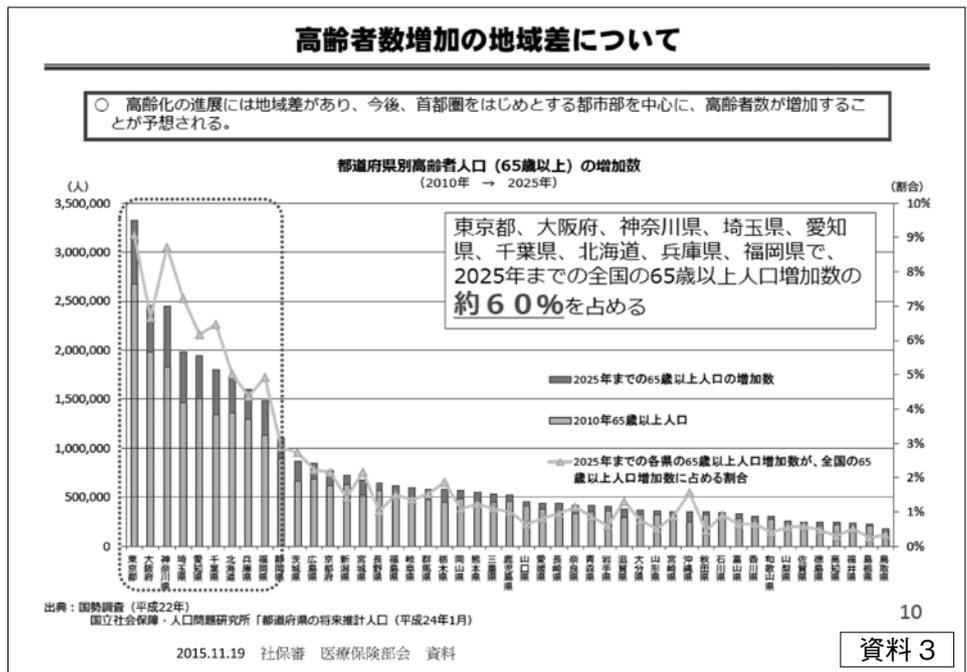
もう一つ理由があります。人口が減って高齢者で占める割合が増える為、産業として、医療需要は人口が減っていけば減るのですが、その中の人口に占める75歳以上が増える為、介護の需要の方は、当面まだ増え続けるということです。その為、言葉は少し悪いかもしれませんが、「医療と介護とどちらが成長産業か」と聞かれれば、2040年までは介護なのです。2040年も過ぎていくと、高齢者の人口も減っていくので、同じようなことにはならないかと思うのですが、その人口問題が根底にあって、様々な改定をしていると考えてください。(資料2)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

高齢者数増加の地域差について

そうは言っても、高齢化には地域差があります。資料3の右側の方の地域はまだ団塊の世代がたくさんいる為、高齢者の医療ニーズは相当強いのですが、資料3の左側の方にある県は、もう高齢化のピークが来てしまっているのです。その為、左側にある県に対して言うと非常に厳しいのですが、これから先はもう人口減だけなのです。人口がどんどん減っていき、医療の需要と供給の

関係で考えると、勿論、病床が減られなければ、医療費は中々減りにくいものがございます。その為、経営戦略としては、やはり、自分の住んでいる診療圏、皆さんの医療機関がある診療圏の今の動向やニーズ、これが重要になります。全国一律の病院が全部同じ経営戦略というわけにはいかないの、それぞれ人口も高齢者の増加も全然違うということになります。それを言葉で言うと、3人に1人が65歳、5人に1人が75歳になります。これが2025年なのです。(資料3)

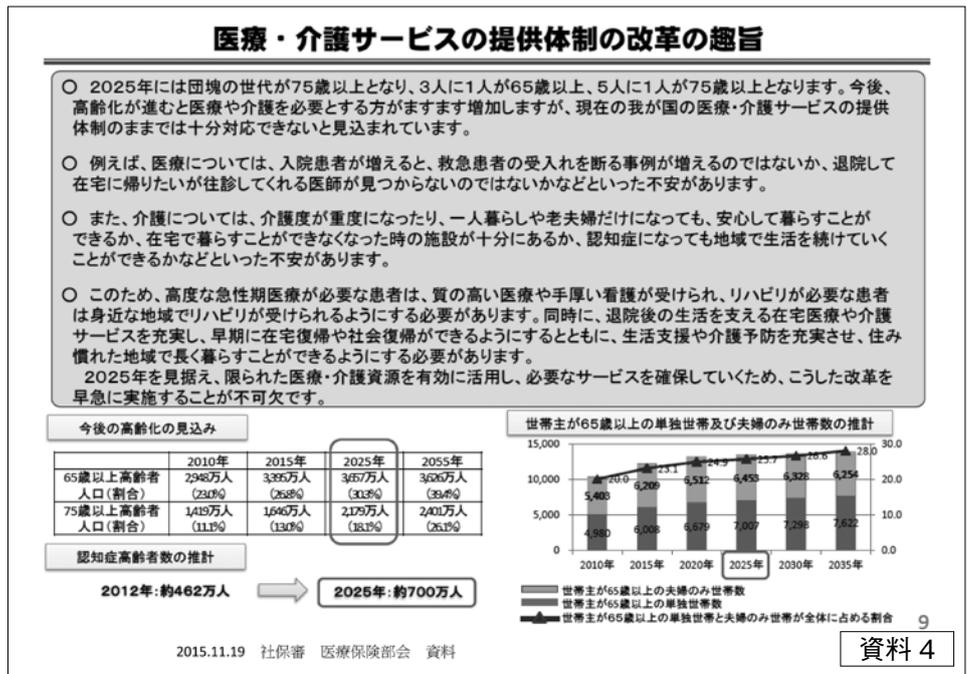


医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

ここで少し対策についてお話をさせていただきたいと思います。2025年の75歳の方は、今の75歳の方と全く違うということです。2025年の75歳の方は、インターネットやスマートフォンを使えるからです。去年からできた病院の病床機能報告制度というものがあります。皆さんは、どこの病院のどの病棟に看護師が何人いて、理学療法士(PT)が何人いるかという情報は、都道府県のホーム

ページで今全部オープンになっています。今の国民は、まだそれをあまり知らないで噂になっていませんが、これがみんなに知れ渡るようになったら、2025年の75歳の方たちはインターネットで病院の情報を検索すると思います。どこの病院にスタッフが手厚いかとか、オペ件数が多いのかと

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。



というのは、全部情報を見ながら病院を選んで来てしまいます。つまり、2025年の後期高齢者は増えるだけではなく、質が変わります。様々なインターネット上の情報を酷使しながら医療や介護を選んでいく、この方たちが5人に1人です。さらに、3人に1人が65歳ということは、介護保険の対象者が3人に1人ということです。そうすると、地域においてケアマネージャーの信用がない病院は患者が減ることになるでしょう。そういう時代背景をまず知っていただきたいと思います。

さらに、認知症が700万人になるということは、認知症に対しての理解のある病院と全然理解のない病院との差が出ます。例えば、ホームページ上で、「当院のスタッフは、3分の1が認知症サポーター研修を受けています。当病院のドクターのうち約5分の1のドクターは、認知症のサポーター医研修を修了しております。」ということが書かれていることは、地域における信用問題としては重要なのではないのでしょうか。認知症が700万人いる状況になるということについて、何となくイメージがわからないかもしれませんのでヒントを出します。今、約1万人の方が徘徊で行方不明になっています。認知症が700万人になると、どれだけの数の方たちが行方不明になるのでしょうか。いわゆる、早期発見をするという理解力、認知症というものに対する対応力、こういったものが問われてくるだろうということになります。

さらに、団塊の世代の方たちというのは、自分たちの親ほど子どもを産んでいないし、プライドの高さが邪魔をして「子どもの世話にはならない」というタイプが多い為、どんどん一人暮らしと高齢者だけの世帯が増えていくのです。一人暮らしと高齢者だけの世帯は既に増えてきていますが、益々増えていきます。高齢者だけの世帯が増えていくとどういうことになるのでしょうか。退院調整が難しくなります。少し考えてください。一人暮らしの80歳と、娘夫婦と暮らしている80歳で、退院調整が同じわけがありません。その為、病院は、この時代背景をきちんと理解し、「ああ、こういう時代が来るのだ。いや、もう来ているのだ」ということに対する対応策をきちんと考えていかなければ、稼働率等が減っていく可能性が高いかもしれません。時代背景とそのニーズさえ間違えなければ、増患も夢ではないなということになります。(資料4)

地域医療構想について

次に、先ほど少し言いましたように、地域医療構想がどういうことかと言いますと、「2025年に向け、病床の機能分化・連携を進める為に、医療機関ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの」と言うことです。つまり、「地域による医療のニーズについて、人口がどう変わるからどのぐらいの病床が必要かということを計ります」というのが、地域医療構想です。



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

地域医療構想調整会議で協議すること

地域医療構想調整会議というものがあまして、地域医療構想調整会議でみんなが集まって話し合いをします。地域医療調整会議で何の話し合いをするかと言いますと、例えば、ある構想区域で回復期機能の病床が足りないという時には、みんなで集まって、どうやって回復期機能の病床を増やすかを話し合います。「自分のところは少し回復期機能の病床が足りないようなので、自分の病院も回復期機能の病床を2病床ぐらい増やします。あなたのところも少し増やして、みんなで足りないものを充足していこうじゃないですか」「そうですね。みんなで頑張っていきましょう」というようなことを行うのが、国の調整会議の目標です。これを厚生労働省の少し難しい言葉でお話しますと、自主的な取組と言います。医療機関の自主的な取組によって、いわゆる必要な病床数に収れんさせていくというような言葉を使うのですが、そのところで、都道府県知事の権限というものが今回からできています。都道府県知事の権限も法的な根拠がきちんとあります。(資料5)

地域医療構想調整会議で協議すること

地域医療構想策定ガイドライン 39～40頁
「必ずしもこのとおり行うことを求めるものではない。」

1. 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有

病床機能報告制度による情報や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、地域医療構想調整会議に参加する関係者で認識を共有。

2. 地域医療構想を実現する上での課題の抽出
3. 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論

例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。
現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考えて選定した関係者の間で、回復期機能の充足のため、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。

4. 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

資料 5

2015.05.15日医総研WP 地域医療構想の理解のために より掲載

都道府県知事が対応できるケース

ここでよく「なぜ、都道府県知事に権限があるのですか」という質問があります。最初の話に戻ります。医療費適正化計画が県単位なのですから、都道府県知事に権限があるのは当然です。医療費を抑制させる、適正化させる責任が県にある為、当然、権限も少しずつ県に委譲になってきます。ここで知っていただきたいのは、例えば、先ほどの自主的な取組だけではうまくいかなかった場合です。例えば、回復期機能の病床が足りないという時には、資料6の3に記載のとおり、「不足している医療機能に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる」ということです。民間医療機関には要請することができます。例えば、看護師がいなくて50床が休んでいる場合、公的医療機関にはその病床の削減を命令するという命令権が、都道府県知事にはあるのです。このように、地域医療構想に関しては、公的医療機関の方に厳しいのです。では、公的医療機関とは何かと言いますと、公立病院だけではなく、日赤病院、済生会病院、JA厚生連も全部入るのです。

都道府県知事が対応できるケース

1. 病院・有床診療所の開設・増床等への対応

病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している医療機能に係る医療の提供という条件を付することができる。

2. 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応

転換の理由がやむを得ないと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

3. 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

4. 稼働していない病床への対応

正当な理由なく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を公的医療機関等に命令することができる。公的医療機関等以外の医療機関には、要請することができる。

資料 6

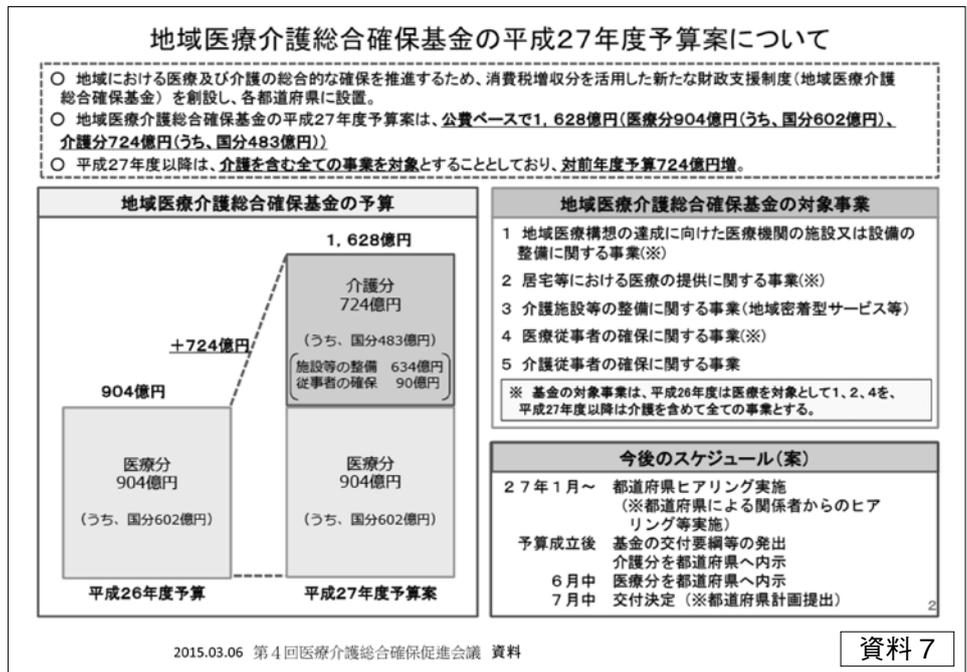
2015.05.15日医総研WP 地域医療構想の理解のために より掲載

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

本日は、医療関連サービス振興会のセミナーでございますので、例えば、皆さんのお仕事において病院名で公的病院かどうかは大体分かりますよね。このように、地域医療構想に関しては、公的医療機関の方に厳しいやり方なのだけということだけは、チラッと考えておいてください。例えば、急性期で薬を売っているというような、病院ごとに機能があるわけです。例えば、300の民間病院と300の県立病院があっても回復期が足りないという場合、県知事は、まず県立病院に命令して「あなたのところから回復期にしてください」ということが言えます。実際にそのようになるかどうかは問題外であるとしても、国は着々と法的なものの整備は進めてきているのです。このように、地域医療構想というのは、病床再編に他ならないということになります。(資料6)

地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案について

次に、地域医療介護総合確保基金というものが何に使われているのかについてです。この基金は、例えば、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業に使います。有名なところでは、大阪府は日本で一番急性期病院が多い都道府県ですから、大阪府の場合、今、7対1の病院が、建て替えて地域包括ケアにするのであれば、1床に50万円がおりののです。



つまり、この基金というのは「地域医療構想の為の病床数がどういふふうになるか、その為施設や設備を変えらるというのであればお金を出しますよ」ということが許されているのです。次に、資料7の2番の居宅等における医療の提供に関する事業、3番の介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)、これも許されているのです。その為、例えば、医療法人に有効利用できる土地があるということであれば、小規模多機能型住宅をつくれれば市町村からお金が出るのか、社会福祉法人が地域密着型の特養をつくるのであれば市町村からお金が出るのか、200床未満の病院が在宅療養支援病院になって、クリニックと連携して機能強化型の訪問看護や、介護施設を組み合わせた、そういう拠点をつくるのであればお金を出してくれるのかというようなことは是非知っておいてほしいです。自分の市は何にお金を使う気なのかということ。介護の方にも724億円はついていくということになります。

そこで、皆さんへのご質問です。「何で資料7の2番と3番にお金を出すのでしょうか。」人口が減る為、ベッド数を少なくするのです。ベッド数は少なくするのですが、高齢者は増えるのです。その為、その高齢者の為のものをやってくれるのであればということ。入院のベッドは少なくなるので、高齢者の為のものをやってくれるのであれば、お金を出すという仕組みにするということです。これが、今の行政の動きということでございます。(資料7)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)について

資料8の内容はご存知でしょうか。去年、国がガイドラインを出しました。病床機能報告制度の時の、県に対する参考として、例えば、高度急性期というのは日当円3,000点以上で、急性期は日当円600点ぐらいでこういった機能をというようなことをガイドラインとして出しました。ガイドラインは、あくまでも都道府県に対する参考として出したのですが、どうも来年あたりから、この定量的な考え方を入れる気なのです。つまり、今は、病院は、急性期をやっていると思えば、急性期で届け出ることができるのです。しかし、例えば、来年から点数で600点以上でなければ、急性期は駄目というような定量的な考え方が入れられてしまうと、気持ちは急性期でも日当円は550点という病院は届けられないということなのです。これは、厳密に届け出ることができないというふうなことにはまはずはならないと思います。それは、少しずつ縛っていくと思うからです。例えば、救急車の受入台数や、オペ件数等色々な形の定量的なものを入れながら、急性期とはこういうもので、高度急性期とはこういうもの、という形の定量的なものを入れてこられたら、病床再編をせざるを得ないではないですか。そういった流れの中で、地域医療構想が着々と動いているのだということです。(資料8)

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療(一般病棟等で実施する診療を含む。)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で精密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そう、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗生薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗生薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を取ることが出来る。 <p>[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 膵臓性肺炎に対する抗生薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 <p>[例] 補液+点滴管理+ドレナージ</p>

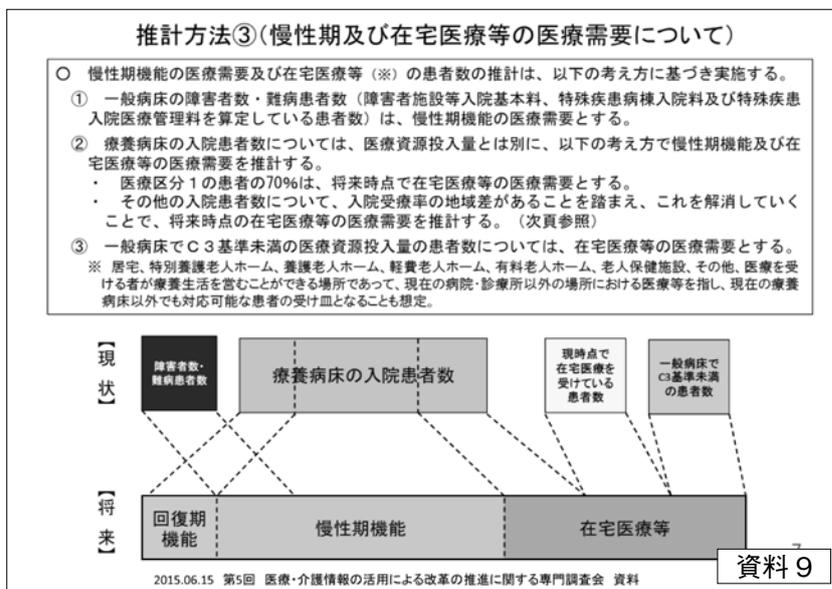
2015.06.15 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料

資料8

資料8の内容はご存知でしょうか。去年、国がガイドラインを出しました。病床機能報告制度の時の、県に対する参考として、例えば、高度急性期というのは日当円3,000点以上で、急性期は日当円600点ぐらいでこういった機能をというようなことをガイドラインとして出しました。ガイドラインは、あくまでも都道府県に対する参考として出したのですが、どうも来年あたりから、この定量的な考え方を入れる気なのです。つまり、今は、病院は、急性期をやっていると思えば、急性期で届け出ることができるのです。しかし、例えば、来年から点数で600点以上でなければ、急性期は駄目というような定量的な考え方が入れられてしまうと、気持ちは急性期でも日当円は550点という病院は届けられないということなのです。これは、厳密に届け出ることができないというふうなことにはまはずはならないと思います。それは、少しずつ縛っていくと思うからです。例えば、救急車の受入台数や、オペ件数等色々な形の定量的なものを入れながら、急性期とはこういうもので、高度急性期とはこういうもの、という形の定量的なものを入れてこられたら、病床再編をせざるを得ないではないですか。そういった流れの中で、地域医療構想が着々と動いているのだということです。(資料8)

推計方法(慢性期及び在宅医療等の医療需要について)

次に、資料9の②に「医療区分1の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする」とあります。これを訳すと、「2025年、療養病床の医療区分1の70%のベッドはいらない」となります。この70%は2025年は在宅医療に行くのですから、ここのベッドはいらないということです。こういうことがガイドライン上で出たのです。そんなことを言っても、全国の都道府県で、療養病床の数は相当違いますから、これを何とか平均化する為に、国は3パターン考えました。(資料9)

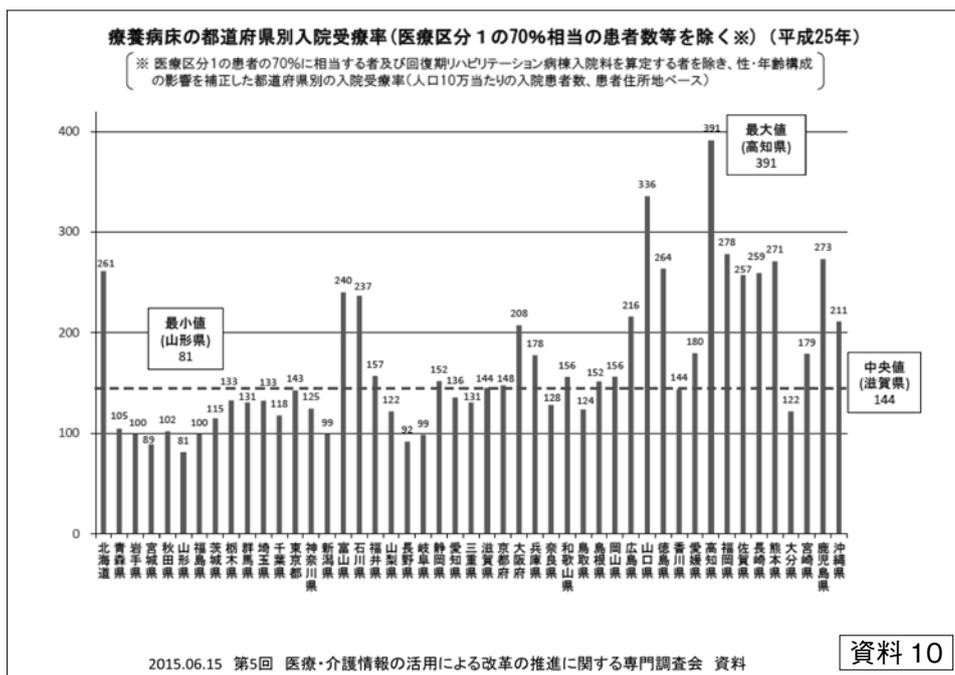


資料9

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

療養病床の都道府県別入院受療率(平成25年)

簡単に言うと、一番低い山形県よりも上で滋賀県よりも低い県は、Aパターンと言って、山形県を目指せということです。中央値の滋賀県よりも上の県はBパターン、滋賀県を目指せということです。しかし、目指せと言っても、療養病床が相当多い県は大変だろうから、2025年ではなくて2030年までに滋賀を目指そうかというような、A、B、Cの3パターンをつくったのです。

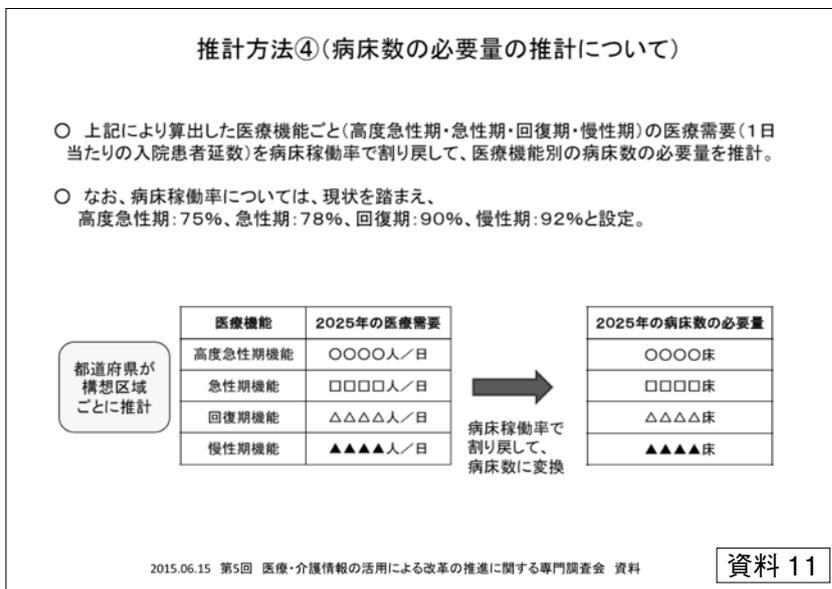


資料10

その為、皆さま方の病院や事業所、支店がある県がAパターンになるか、Bパターンになるか、Cパターンになるかによって状況は変わってきます。(資料10)

推計方法(病床数の必要量の推計について)

次に、必要な病床数の稼働率です。これをこの稼働率と設定したら、果たして、日本にはどのぐらいのベッド数が必要かというのを、国が余計なことをして出してみたのです。「余計なことをして」と言うのは、本当なら都道府県が自分の県から、二次医療圏ごとに積上げて、アクセス等を考えながらやるのですが、「ちょっと、試しにね。国はデータを持っているから。ちょっと試しにやってみたから。」というようなことをやって、全国の一般紙の一面を飾ったのです。



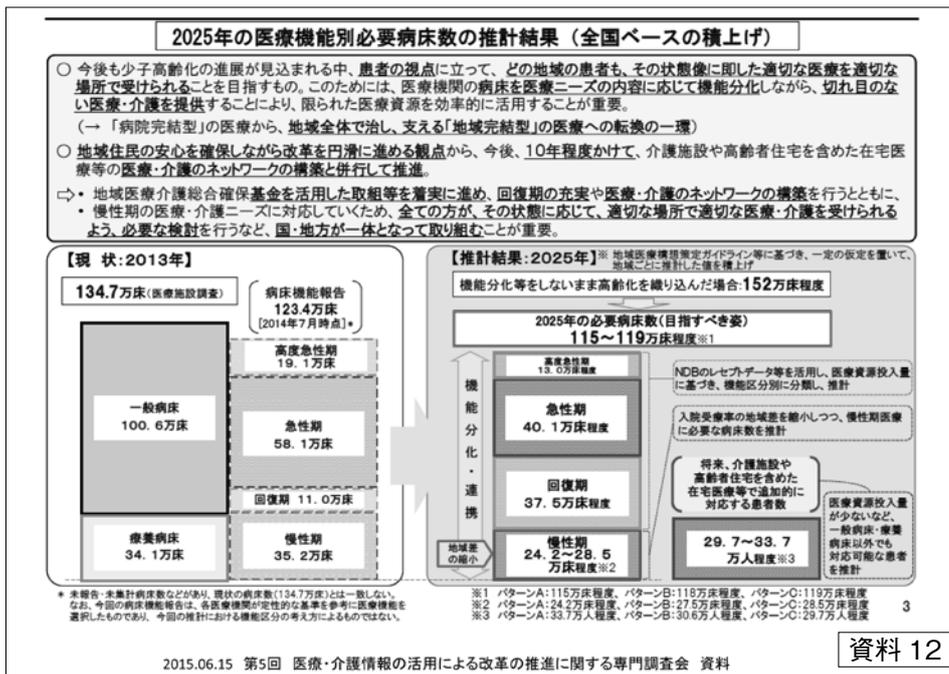
資料11

皆さま方の地域の地方新聞にも、自分の地域は何ベッドというようなことが出ておりました。これは、あくまでも国が参考までに行ったことですから、命令権はありません。(資料11)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)

ただ、資料12に記載のように、134.7万床あるのが、2025年に115～119万床となっています。どうして2025年の病床数に幅があるかと言うと、今ご説明したように、慢性期が、Aパターン、Bパターン、Cパターンと幅がある為、慢性期だけは幅が出るのです。その為、全部に幅が出てしまうのです。(資料12)



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機能所在地ベース)

本日はご説明をする時間がない為、資料13に都道府県別の必要ベッド数の資料だけ持ってきました。全国に支店があるのであれば、その支店の県ということにはなりません。皆様の関係する県だけ、ご一読ください。

表の見方について説明します。まず、医療機関所在地ベースというのは、病院のある場所のことです。もう一つの資料は、患者所在地ベースと言います。患者は二次医療圏が関係ないですから、下手をすれば、県境に住んでいたら隣の県の病院に行きますので、その二つの考え方があるということになります。その為、医療機関所在地ベースで考えた時に、自分の県がどこかということになります。東京都は、これから高齢者が増えてくるから、少し増やさなければいけないということになります。資料は千床単位で書かれていますから、新潟県は2万3,100床ですが、そのうち一般が1万8,100床あって、療養が5,100床ありますが、これをAパターンでいくと、1万8,100床でよい、5,100床ほどいらぬということになり、2025年には高度急性期は1,700床でよくて、急性期は5,700床、回復期は5,700床だという主張で、慢性期は大体5,000床いるというふうに出したのです。その為、先ほど説明したように、自分の県がAパターン、Bパターン、Cパターンのどれなの

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

都道府県	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)			【医療機関所在地ベース】			【患者所在地ベース】								
	合計	うち一般病床	うち療養病床	合計	うち高度急性期	うち急性期	うち回復期	合計	うち慢性期	合計	うち慢性期							
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.8	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5
青森県	16.5	12.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.5	▲4.4	—	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	—	2.6	2.4	—
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	—	3.0	3.0	—
秋田県	12.8	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	—	1.4	1.4	—
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.5	▲5.2	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8
埼玉県	50.6	36.4	12.1	53.1	54.2	—	+2.5	+3.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	—	+3.5	+5.5	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	—	+8.1	+9.4	—	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	—	4.3	4.1	—
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.8	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.8
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	—	2.5	2.3	—
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲3.7	▲3.6	—	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.6	▲3.5	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	—	▲8.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	8.2	7.4	—
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7

2015.06.15 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料 13

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

かによって、将来的にはどうなるかが違います。

また、国はもう一つの数値としまして、資料13の参考の欄に記載のように「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」を出しています。これは、千人単位ですから、新潟県のAパターンで考えれば、4,300人は在宅だということです。

資料は、今説明したように見ます。自分の県が、今どのぐらいの病床数があって、国の試算であれば、あとどのぐらい減らす気なのか、例えば、北海道は今、一般病床で6万床も届け出ていますが、高度急性期は7,300床で、急性期は2万1,900床ということは、残りはどうするのかということです。これは、それぞれの県で全然傾向が違います。その為、本当であれば、全部ご説明できればよいのですが、今の見方で、皆さま方の県を見て、国はどういうふう考えたのかということは、少し知っていただければと思います。なぜならば、これは、あくまでも参考とは言え、県の担当者の頭の中には資料に記載の数字がインプットされているからです。今やっているのは、構想区域別に何ベッド必要か、高度急性期は何ベッドで、慢性期は何ベッド必要かということをやっているわけです。それを県単位で集めて、国の試算した数字との違いを見るのです。このとおりになくてもよいのですが、県の担当者にしても、医療費適正化計画の中で、いかにして10年後に医療費をどういった形で、社会保障費を抑えていくかということの責任があるわけです。それを、みんなが「いやいや。会議で、みんなで好きなことをしましょう。みんなで好きなことをして、好きな機能をやればよいでしょう。そんなことやらなくてもよいのではないか」と言って好きなようにやってしまって、医療費が一切減らなかったら、最悪の場合、冒頭の話になりますが、1.9円になるかもしれないということです。そんなことをすれば、みんなが一揆を起こしてしまうので、そうならないと思いますが、国として法的な根拠を作っています。その為、県は、色々な形で医療費適正価格を考えなければいけない中での地域医療構想なので、これは、本当に重要だということになります。例えば、医療関連サービスの場合は、今、自分の地域はどのぐらいの医療の提供か、つまり、サービスする業種の量が減るのか増えるかということに関係してきますので、人口問題から派生する地域医療構想は、非常に重要だということの認識をまずしていただきたいという、私からの今日最初のお願ということになります。(資料13)

「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

今、国が何を行っているかと言うと、回復期の充実(急性期からの病床転換)、急性期中心の病棟から回復期への転換です。自主的な取組を進めるのですが、設備に関しては、お金も出すから転換を誘導して、来年からの改定につきましては、いわゆる転換の妨げとならないような適切な診療報酬ということになります。

そこで、来年度の診療報酬改定が、今までの改定と絶対に違うところは、

「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について							
<p>○ 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について							
<p>1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について</p>							
<p>○ 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。</p> <p>○ その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。</p> <p>※ 「地域医療介護総合確保基金」(H27年度は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、</p> <table border="0"><tr><td>1 病床の機能分化・連携に関する事業</td><td>2 在宅医療の推進</td></tr><tr><td>3 介護施設等の整備に関する事業</td><td>4 医療従事者の確保に関する事業</td></tr><tr><td>5 介護従事者の確保に関する事業</td><td></td></tr></table> <p>が対象。 医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。</p> <p>○ また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。</p>	1 病床の機能分化・連携に関する事業	2 在宅医療の推進	3 介護施設等の整備に関する事業	4 医療従事者の確保に関する事業	5 介護従事者の確保に関する事業		
1 病床の機能分化・連携に関する事業	2 在宅医療の推進						
3 介護施設等の整備に関する事業	4 医療従事者の確保に関する事業						
5 介護従事者の確保に関する事業							
<p>2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について</p>							
<p>○ 「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直ししていく。</p> <p>※ 回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給の見直しを検討。</p> <p>○ こうした見直しの中で、医師の養成数についても、医学部入学定員等について検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。</p> <p>※ 2025年頃には人口10万人あたりの医師数はOECD加重平均を超える見込み。 一方、18歳人口の減少により医学部に進学する者の割合は132人に1人(2014年)から92人に1人(2050年)になる見込み。</p>							
2015.06.15 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料							

資料 14

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

地域医療構想を後押しする改定になるというところです。その為、今の話で大体分かっているのが、最初に、来年度の診療報酬改定では、入院から外来や在宅にもっていく気なのですから、かかりつけ医の役割のところには点数を付けるのです。つまり、200床未満の病院とかクリニックに主治医の役割というものを発揮してもらって、中重度になっても、ある程度在宅で見ることができて、適切な病院に紹介してというような、いわゆる看取りをきちんとこなせる、服薬管理をきちんとできる、残薬は出さないようにして重複等をやめられるようにしてと、そういう形のものができるころは、今回点数が上がるでしょうね。地域医療構想としては、ベッド数を減らして在宅にもっていくたいからです。

二つ目に、今言ったことで考えられるのは、医療の療養病床の医療区分の1は相当下がります。なぜなら、在宅に行かせようと思っているからです。入院して医療区分の1を上げるわけがないではないですか。医療区分の1はどんどん下げていくということになります。

三つ目は、回復期ケアとか地域包括ケア病棟を下げるわけにはいかないでしょう。回復期を増やさなければならないという形で今動いているからです。

つまり、来年度の診療報酬改定は、地域医療構想の内容を知っていただくと、結構分かりやすい改定です。「あ、そういうことなのか」という改定でございます。(資料14)

ここも重複なのですが、資料15に記載の「在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要」なのはなぜかと言うと、ベッド数を減らすからです。ベッド数を減らすと言ったら票が減ってしまうから、国は「ベッド数を減らしますよ」ということは絶対言わないです。「必要なものを手配します」と言うのですが、地域医療構想的に言うとは、減らす考え方になっていくということです。資料15の(1)に記載の「地域医療介護総合確保基金を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備」というのは、先ほども言いましたが、施設等をつくってくれるのであれば、お金を出しますということです。

3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

基本的考え方

○ 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。
 - ※ 「地域医療介護総合確保基金」 「在宅医療の推進に関する事業」 「介護施設等の整備に関する事業」 に活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に有識者による検討会を直ちに設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、検討を開始。年内をメドに見直しの選択肢を整理。
 - ※【検討内容】 ① 介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方
② ①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方
 - ※【スケジュール】 6月下旬を目途に第1回会議を開催し、年内をメドに制度改正に向けた選択肢を整理。
・ 来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改正に向けて議論。
(介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止されることとなっている。)

2015.06.15 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料

資料 15

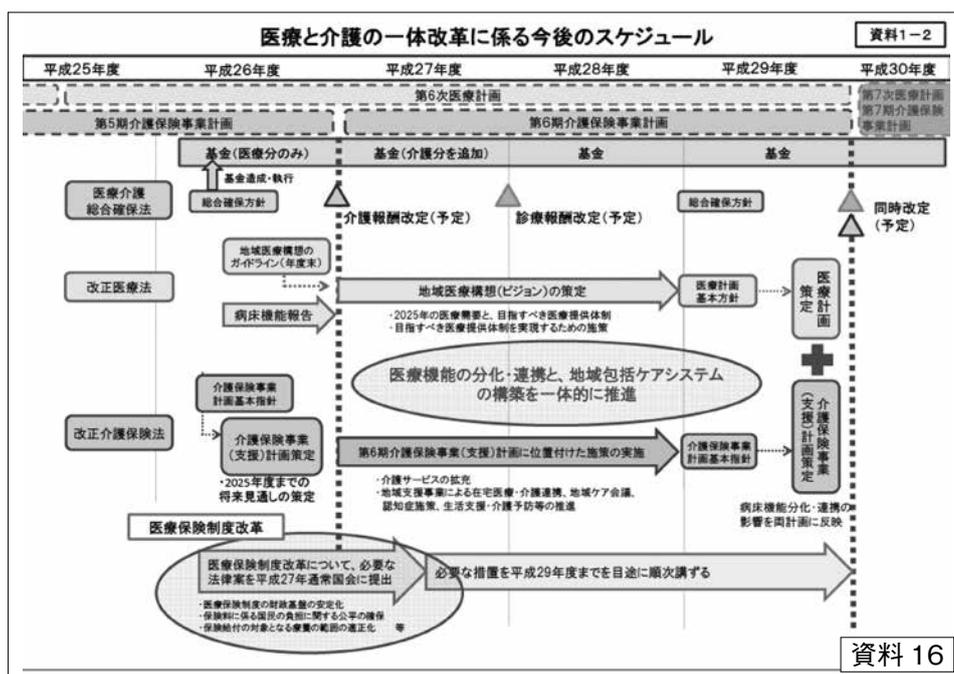
「平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、」とありますが、あと2年半後には、どのぐらい必要かという量が出てきてしまうということです。

資料15の(2)の一番下には「介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止されることとなっている」と書かれています。今の介護療養病床は、なくなると思います。その為、平成30年に別枠の介護の施設経営が出てくるだろうということが予測できます。(資料15)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

そこで、医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュールについてです。スケジュールはすごく重要で、今までは、医療は医療で、介護は介護で、別々に計画を立てていたのが、平成30年から医療と介護の計画を一緒に立てることになります。今お話をした地域医療構想、これを今着々と県が計算して計画しているわけです。この地域医療構想で試算した病床数がどのぐらいになるのか



を算出して医療計画となるのです。医療計画になるということは、高度急性期が何ベッドで急性期が何ベッドという数が出てきた時、平成31年に、「やはり自分の病院も高度急性期でやります」と言っても、もう無理です。医療計画や第7期介護保険事業計画を立ててしまっているからです。プラスで計画を立てるのだから、高度急性期というベッドはうんと絞って、急性期は少なくし、回復期を増やして、慢性期の病床は減らすということなのです。特養や老健はどのぐらい増やして、小規模多機能をどのぐらい増やすかということです。これがあるので、プラスで高齢者をどうやってみていくかということを考えることになります。

そこで、平成30年は診療報酬改定と介護報酬の同時改定の年なので、平成30年で25対1の医療の療養病床と介護療養病床が廃止となります。医療の療養病床の経過措置、25対1の経過措置は平成30年で切れますから、平成30年で25対1も廃止となります。DPC、急性期の病院は平成30年で調整係数が廃止となります。全ての仕組みはここで集約されます。それはなぜかと言うと偶然ではありません。国は、平成30年に、2025年までにどういった形で医療を変えて、医療計画も介護もどうやって乗り切っていくかということの施策を出す気なのです。その為、それに合った形での地域医療について行くことができればよいのですが、何か自分の病院のことしか見ていなかったとか、地域がどうなっているのか全然知らないという病院は、少し大変なことになるかなと思います。この計画の中で、着々と、今説明したような形で動いているということを知っていただきたいです。

また、医療保険制度改革についても知ってほしいです。医療保険制度改革は既に始まっているので、これも国会を通して決まっていることですから着々と動いています。医療と介護と医療保険制度改革、この三つをこの2年半で着々と進めて、平成30年にもっていくのです。そこで来年の改定になるのです。来年度の診療報酬改定はピンポイントではないのです。平成30年を踏まえての改定ですから、平成30年で全部の病院の病床数を適正化、病床再編をするわけにはいきませんから、病床再編は、来年から始まります。地域医療構想の為の改定ですから、来年の点数改定から病床再編が始まるという形でお考えいただいた方がよいだろうということです。(資料16)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

入院時食事療養費等の見直し

入院時の食事療養費は、現在、260円なのですが、来年は360円で、平成30年は460円になります。私は、先ほど立ち食いそばを食べてきました、たぬきそばが300円でした。おいしかったです。私は、入院時の朝食にパンと牛乳で460円だと言われたら、私だったら、「LINE(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)」で、「この病院は、食事がまずいのに、460円もとって」とあちこちに言いふらします。あの団塊世代の人たちが黙っているのでしょうか。おそらく、平成30年おいしい病院食ランキングという、インターネット上の情報が多分出回るでしょう。何を言いたいかと言いますと、診療報酬と介護報酬は、これから大幅に上がることはないのです。国の考えは、上げる気がないと言ったら、言い方が悪いですね。上げる気はあってもお金がないということです。つまり、診療報酬、介護報酬が大幅に上がることはないのですが、患者負担金を上げる気なのです。これだけではないです。おそらく、医療費は、高齢者を2割負担にするのを虎視眈々と、どこかのタイミングで狙っているし、介護保険の方も何とか2割にもっていけないとか、色々と考えていると思います。その為、医療費そのものではなくて、患者負担金が上がってくれば、当然、患者の目線として厳しくなるのは、医療機関に対してです。それは、現実に払う相手先が病院だからです。その為、病院も団体も、やはりこういう制度改革をするのであれば、テレビ等で国民に「こういう制度にするのです」と「病院にお金を払うが、病院の懐が豊かになるわけではないのです」というようなことのアピールはしてもらわないといけません。いちいち患者、特にあの屁理屈好きな団塊世代の方に納得をしてお金を払ってもらわなければならないという時になってくるという事を理解し、今から準備する必要があります。9年半後から準備を初めても遅いと思います。以上のような話でございます。(資料17)

入院時食事療養費等の見直し

○入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。

○低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	一般所得	360円	一般所得	460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円	低所得者は、引き上げない。(据え置き)			
低所得Ⅰ (住民税非課税で一定所得以下)	100円				
(食材費)			(食材費+調理費)		

(対象者数 約70万人)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

2015.02.20 社保審・医療保険部会 資料

資料 17



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

また、紹介状なしで大病院を受診する時の定額負担も決まりました。これから、おそらく、大きな病院に紹介状を持たないで行くと、例えば、最低でも五千円かかるというような話になります。これは、来年度の診療報酬改定にもつながるのですが、今、国は、フリーアクセスを制限しようと思っているのです。その為、紹介状を持たないで勝手にあちこちの大学病院には行かないでもらおうというような感じです。

では、200床未満の病院の戦略は何でしょうか。私であれば、「大学病院受診ご希望、ご相談をご希望の方は、当院までご相談ください」と掲示をする等をします。「黙って行ったら五千円ですが、自分の病院は、きちんと状況を言って紹介状を書きます。そうしたら、五千円はいらないですよ」ということです。このように、これからの医療機関は、医療制度というものについても詳しくなっておいていただきたいということになります。(資料18)

改定に当たっての基本認識について

来年度の診療報酬改定のことについては、全部はご説明しません。もっと細かい点数について詳しく話したいので、これだけ知っておいてほしいです。全て、人口問題だと話しました。超高齢社会における医療政策です。来年度の診療報酬改定は、「治す医療」から「治し、支える医療」になります。その為、急性期の病院、も治ったから終わりではなくて、「治ったが、この人は一人暮らしの為、帰った時にどうやって暮らしを成り立たせようか」というような、退院調整の考え方、退院支援の考え方、医療・介護の考え方、多職種の考え方、医療・介護の連携の考え方、そういったも

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○ 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。

○ 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・ 初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・ 再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所

【現行の取扱い】

- ・ 病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。
- (設定状況(平成25年7月1日現在))
- 初診: 1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)
- 再診: 110施設(最高5,250円、最低210円 平均1,006円)

※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設間連携の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

資料 18

I 改定に当たっての基本認識について

改定にあたっての基本認識について、以下の3項目に分け、それぞれ簡潔に基本認識を示すこととはどうか。

1. 超高齢社会における医療政策の基本方向

- いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる平成37年(2025年)に向けて、制度の持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安全・安心で質が高く効率的な医療を受けられるようにすることが重要ではないか。
- 高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められる。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが必要ではないか。
- 保健医療の価値を高めるためのリーマン・ヘルスケア※の達成等の目標を掲げた「保健医療2035」に基づき、費用対効果等「患者にとっての価値」を考慮した報酬体系を目指していくことが必要ではないか。

2. 地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築

- 「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている病床機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成30年度(2018年度)に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025年を見据えた中長期的政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていくことが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムや効率的で質の高い提供体制の整備には、質の高い人材を継続的に確保していくことが不可欠である。人口の減少傾向や現下の人材不足の状況に鑑み、医療従事者の確保・定着に向けては、地域医療介護総合確保基金による対応と役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要ではないか。

3. 経済・財政との調和

- 医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要である。また、こうした観点から、「経済財政運営と改革の基本方針2015」や「日本再興戦略2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献にも留意することが必要ではないか。

※ 保健医療2035では、「今後、限られた財源をできる限り効果的・効率的に活用し、保険医療サービスから得られる価値の最大化を図ること、つまり、価値の高いサービスをより低コストで提供することが必要であり、これをリーマン・ヘルスケアと位置づける」とされている。

資料 19

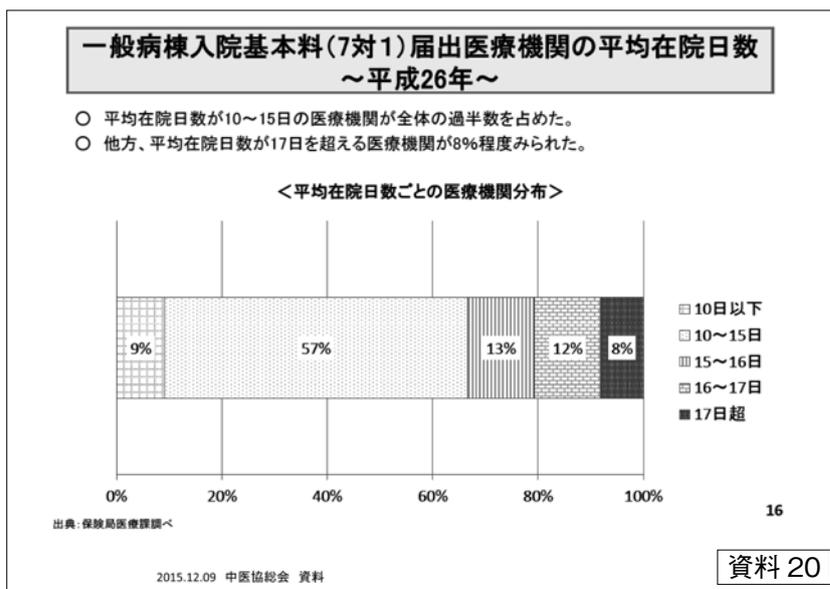
ののところに、多分点数が付くと思います。そうでなければ、この高齢化社会、超高齢化社会を乗り越えて行けないからです。

もう一つ、これも重要です。医療介護総合確保推進法や、医療・介護の一体的な基盤整備という話が出ています。今日の私の話がここに生きてくるというか、この為だけに今までの話をしたようなものです。資料19の2に記載のように「平成30年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025年を見据えた中長期の政策の流れの一環として」の改定なのです。その為、2016年度診療報酬改定ということではなくて、2016年から2025年までの中の改定の第一歩という感じの改定になるということです。

後は、経済・財政との調和です。今の時点で、まだ確実ではないですが、1,700億円ほどを削減したいという話でしたが、薬で1,500億円は削除できそうである。後は、調剤報酬や健保組合の補助金の話、ジェネリックの再算定ルールの話というようなところで、今、一生懸命、財源を積み立てているのです。これが、財務省と厚生労働省の中で財源ができたということになれば、診療報酬本体だけ若干プラスの芽が出てきました。若干です。今、新聞報道等で0.3というのを今朝見たのですが、私の裏情報ですと、0.2の攻防かなと聞いてはいます。もしかすると、今回に関しては若干ですが、日本医師会やその他団体等の意見も尊重しなければいけないところもあると思いますので、そのような流れの中で、今進んでいるということでございます。(資料19)

一般病棟入院基本料(7対1)届出医療機関の平均在院日数～平成26年～

資料20に書いてあるのは、平均在院日数ごとの医療機関分布の図です。これは、私の個人的な感想ですが、平均在院日数は短くなると思います。7対1は多分17日になると思います。では、7対1だけが短くなるとは思えないので、10対1も短くなると思います。その為、平均在院日数は、何らかの形で、来年少し手を入れられますから、病院の場合は、関係するところは、少し短くなって大丈夫かどうかということは考えていただきたいと思います。(資料20)



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

さらに、重症度、看護必要度が変わります。資料21が今回出てきた資料です。これは、A得点が2点以上かつB得点が3点の患者も重症患者ですし、A得点だけが3点の患者も重症ですし、M得点が1点でも、この三つ全てを重症者と定義をするという仮の案です。仮の案ですから、動く可能性はあります。A項目がどう変わるかと言いますと、無菌治療室で2点、救急搬送は、搬送日より1日から2日間程度で2点という形のもので、これがA項目に加われました。B

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方			
○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。			
A モニタリング及び処置等			
	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓薬投与の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージ管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし		あり
B 患者の状況等			
	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
M 手術等の医学的状況			
	0点	1点	
① 開胸・開頭の手術(術日より5~7日間程度)			
② 開腹・骨の観血的手術(術日より3~5日間程度)			
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術日より2~3日間程度)			なし あり
④ その他の全身麻酔手術(術日より1~3日間程度)			
重症者の定義			
A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 又は A得点が3点以上の患者 又は M得点が1点以上の患者			

2015.12.09 中医協総会 資料

資料21

項目が変わったのは、今までは、寝返り、起き上がり、座位保持というのがありましたが、寝返りと起き上がり、座位保持というのはすごく相関関係が強いんです。寝返りができない人は起き上がりできませんので、起き上がりと座位保持がなくなって、その代り、ハイケアユニットで評価されていた危険行動というものと、診療・療養上の指示が通じる、この二つをBに入れてくるのです。この二つは何を評価しているかと言うと、認知症とせん妄なのです。その為、認知症の患者を、「自分のところは、認知症は受け入れません」とするのではなく、認知症だけでも病院が受け入れるということです。先ほども話しましたが、もしも認知症を受け入れないと言ったら、認知症が700万人の時代になったら、実患者数は減りますから。その為、ベッドの稼働率を上げたければ、認知症の患者をどうやって自分の病院でも受け入れていくかということを考えなければいけないので、やはり認知症のサポーター医を何人か病院には置いていただいた方がよいのではないかと思えます。

資料21を見て驚いたのですが、「危険行動がある」が何と2点になっているのです。では、この危険行動とは何かということはまだ分からないのですが、点数本のハイケアユニットのところの危険行動の項目を見ると、いわゆる点滴の事故バック等が入っています。そのような高齢の患者が結構増えますから、認知症も含めて、これら患者を受け入れられるということであると、そのような病院だとB項目の算定がいきやすくだらうということです。これで、B項目算定、A項目2点かつB項目3点です。

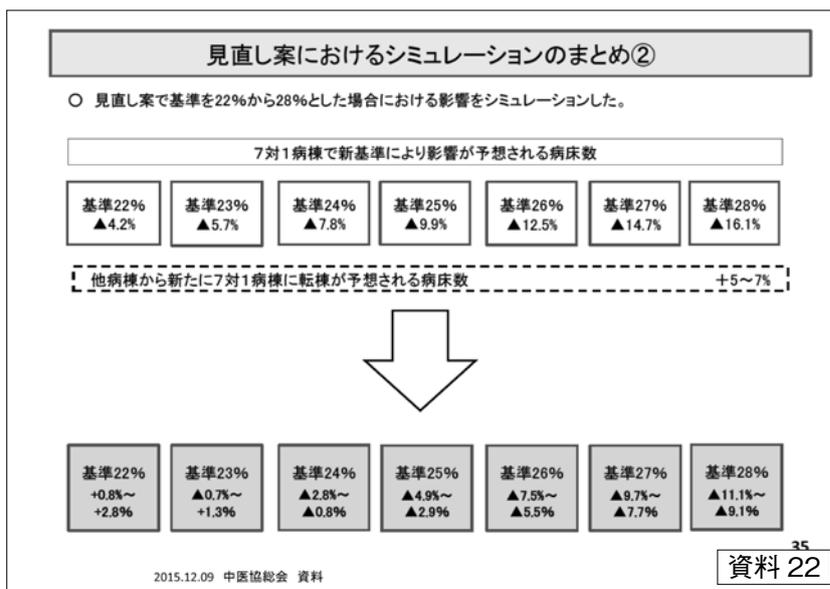
そして、Mというのができて、開胸・開頭の手術(術日より5~7日間程度)というのは、ほとんどの手術で日数が違うらしいのです。多分、細かく出てくるのですが、何のオペなら何日と出てくると思えます。開腹・骨の観血的手術、胸腔鏡・腹腔鏡手術、その他の全身麻酔の手術、これをどういった形で、点数本上で出てくるのかと思うのですが、おそらく、点数の発表の時には出てこないような気がします。いわゆる解釈と呼ばれるもの、あれで細かい設定を出してくるような気はするのですが、早く知りたいところではあります。ここがどのように変わってくるかということなのです。

それで、重症者の定義をクリアできるというパーセント、これを何パーセントに上げるということです。今よりも増えるのですから、今より上げて、それで重症患者と言うということです。資料21をもう1回見てください。これは、オペを多く行って、救急車を頻繁に入れているところは有利です。しかし、ほとんど内科系で、ましてや認知症は見えていませんという7対1であると無理だと思えます。こういう形の内容になったということです。(資料21)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

見直し案におけるシミュレーションのまとめ

では、次に、基準が何%になるかということについてです。資料22の表を見ていただきます。基準を25%にすると7対1がマイナス9.9%になると書いていますが、その他に、10対1でオペを多く行っているところが、おそらく7対1に上げてくるので、それがプラス5~7%あるということです。今の国の試算は、中央社会保険医療協議会の資料によると、基準を25%にすると最大4.9%ぐらいの7対1のベッドがなくなるそうです。これを計算すると、1万8千床です。



国が、今回、1万8千床減らそうと思ったら、基準は25%になると思います。ところが、診療側も少し反発していて、この計算根拠が正しいかどうかというので、もう少しデータを、自分たちでも、基準が25%になったらどのぐらい減るのかをやってみるといような話は出ています。ですから、まだ流動的ですが、厚生労働省の資料を信用すれば、基準を22%にするのであれば増えてしまうのですから、これはないです。そうすると、1万8千床にはしなくてもよいというのであれば、基準が23%とか24%とかはありますが、たった1万8千床ぐらいではなく、3万床ぐらいは減らしたいと、仮に国が考えたら基準は27%になるでしょう。このように、流れの中の改定ですから、今回で終わるわけではない為、国が、7対1をどのぐらい削減しようと思っているのかというところ。報道的には、今有力な案が25%なのだということです。診療側は「そんなことはとんでもないことだ」と言うし、支払い側からは、「もっともっと、最低これだ。これでもよいのではないか」といような話し合いが、中央社会保険医療協議会で行われたということです。

私の場合は、顧問先には基準は25%で、まだ分からないですが、開胸や開腹等のオペを出して、そういうのを全部、先ほどのA項目、B項目について、ざっくりとシミュレーションをして、25%にいくかいかないかというのを早急にやっています。なぜそうしているかというと、もし5病棟が7対1で25%にいかなかったら、4病棟を7対1で、後の1病棟を何とかしなければならぬからです。つまり、来年から病床再編が始まるのです。急性期の病院は7対1がどう動くかということです。(資料22)

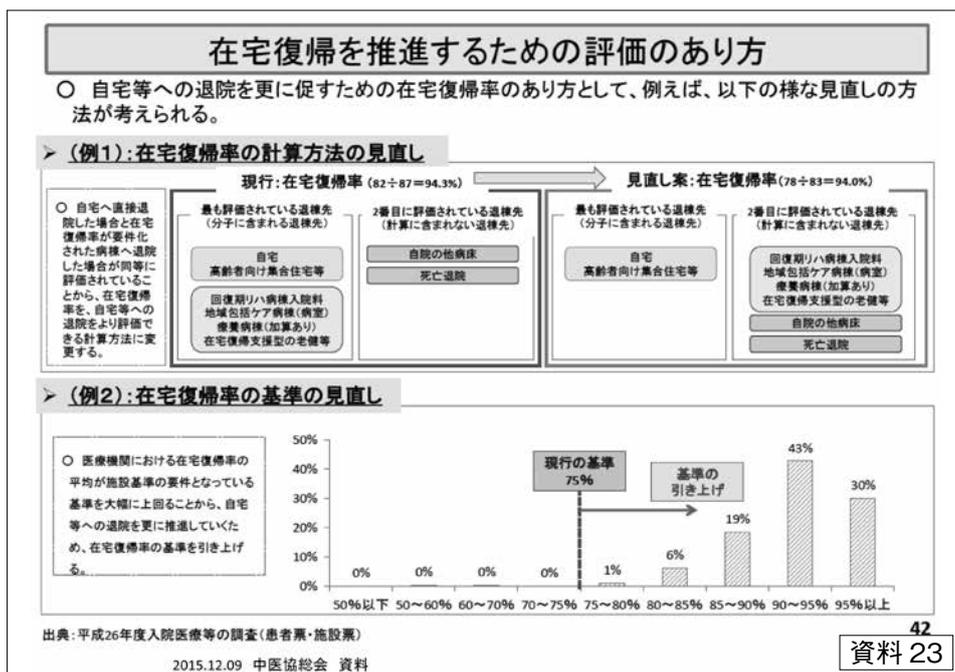
在宅復帰率の定義

その他に、在宅復帰率も変わります。いわゆる、ここの地域包括ケア病棟とか回復期リハビリテーション病棟等は、在宅復帰率の計算式に含まれない方に入れます。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

在宅復帰を推進するための評価のあり方

その資料が資料23にあります。計算式がこう変わるといふ形と、もう一つが、75%を引き上げるといっています。その為、7対1の病院で、半分ぐらいの方が回復期リハビリテーション病棟や地域包括に移っているという病院は、少し辛くなる可能性があります。これによって「どうしよう。そんなことを言われたら75%にいかない」といふ病院が出てきたら、それも、帰れる患者だけを入れて7対1です。全体だったら75%、85%はいかないということであれば、帰れる人だけを集めた7対1をつくって、もう一つは違う病棟にしないと、7対1自体が駄目になってしまいます。(資料23)

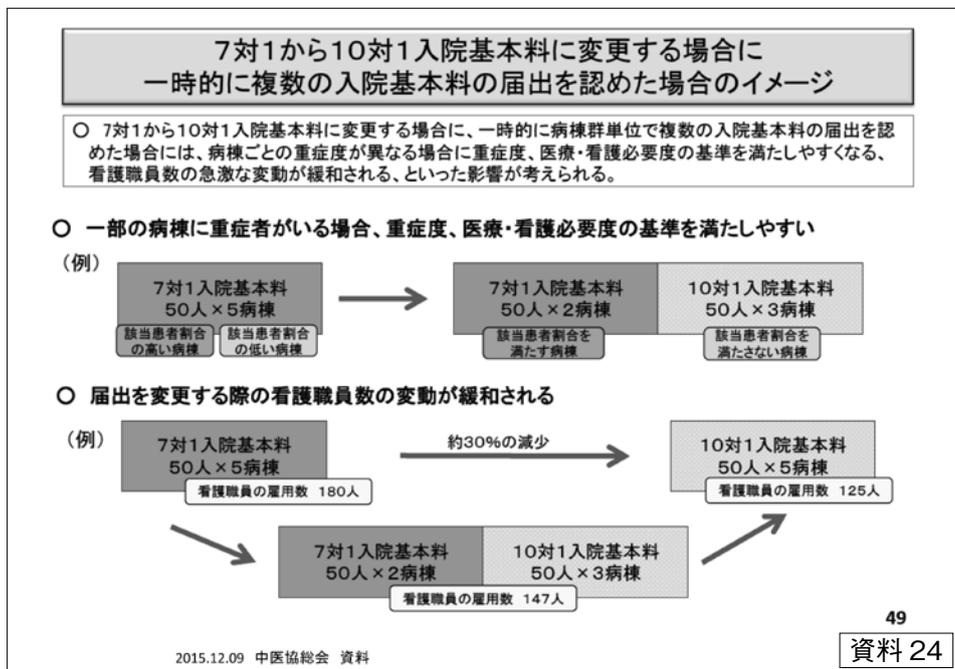


42
資料 23

7対1から10対1入院基本料に変更する場合に

一時的に複数の入院基本料の届出を認めた場合のイメージ

次に、7対1から10対1に変更する場合に、一時的に10対1に変更してよいということです。先ほどの話で、5病棟を7対1でやっていたが25%はとてもクリアできない為、4病棟を7対1で残りの1病棟を地域包括にしようと思った時に、一時的に10対1でもよいということです。一時的にという言葉がどういう意味なのかということです。これは、よくご質問もありますが、7対1を10対1にするのだけ認めるので、10対1を7対1にするのは駄目です。なぜならば、国は7対1を減らしたいからです。その為、時限立法的に、今回、1病棟や2病棟を、7対1だけを10対1にするのであればよいですといふことを言ったのです。(資料24)



49
資料 24

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

入院基本料の病棟単位での届出に関する課題と論点

そこで、病院がどう動いてくるかということです。基準が25%になって、そうなると、皆さんの地域の急性期、7対1の病院がどういう動きをとるか、10対1にしていくか、それとも地域包括にするか、回復期リハビリテーション病棟にするか、それとも、もうベッド数を減らしていくか、色々な形で動いていこうということになります。

DPCデータの提出様式について

資料25に書いてあるのは、今の話の続きです。来年から、DPCデータに医療・看護必要度のデータを紐付けすると言っています。システム改修に少し時間がかかるのであれば、ある程度経過措置を作っても、将来的に全部紐付けるといことです。これが、私は一番嫌です。嫌と言ったら悪いのですが、困ったと思っています。今までは「15%です」と届け出ればよかったです。それが、今度から全部EFファイルにこれが付くのですから、例えば、A項目で、「心電図モニターとシリングを付けまして、A項目は2点で重症者です」という患者がいたのが、EFファイルを見たら、心電図がなくて、リハビリを毎日6単位やっていて、入院期間中、全部食物アレルギーだったら、どこが重症患者なのかということです。つまり、先ほどのA項目2点かつ、B項目3点というような重症者の条件、その条件の内容がきちんとレセプトと整合性がとれているかどうかをチェックできるということです。これはきついと思います。「整合性をきちんとして、重症患者だということが分かる方、その重症患者が入っている病院でなければ、7対1は駄目です」と言ってくるという意味だと思われます。(資料25)

DPCデータの提出様式について

第5回入院分科会 (H27.7.16)における意見

○ 現行の重症度、医療・看護必要度のデータについて、医療提供の内容と併せて詳細に分析できるよう、DPCデータの中で把握できるような仕組みにするべきではないか。

DPCデータを用いた活用例(活用事例)

○ DPCデータを用いた分析を行うことで、相当数の医療機関を対象として、包括化された範囲を含めた集計や異なる病棟間の横断的な集計等を行うことが可能となった。

＜患者の出来高実績点数と短期滞在手術等基本料の点数の差の分布＞

〔(出来高実績点数) - (短期滞在手術等基本料の点数)〕

＜地域包括ケア病棟等で実施された手術＞

(参考)平成26年度入院医療等調査

- ・DPCデータ等の活用を行うことを前提に調査項目を簡素化を図る等により回収率が32%※(平成24年度調査では10%)に向上
- ※A票～D票の回収率
- ・なお、対象施設を抽出した上、調査対象病棟の1/3の患者について1週間の状態を調査するなど、調査の範囲は限定されている。

59

2015.08.26 入院医療調査評価分科会 資料

資料 25

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

次に資料26です。医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者は、チーム医療として、例えば、A項目だったら薬剤師、B項目の寝返りだったら理学療法士(PT)等の看護職員以外でもよいということです。今は、看護必要度と言って、看護職員の実施でなければ駄目だということになっていますが、それをチーム全員が実施可能にするということになります。(資料26)

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

○ チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価において、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

＜看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例＞

項目の例	評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤師
B項目	「8 寝返り」	理学療法士、作業療法士等
	「12 口腔清潔」	歯科衛生士
	「13 食事摂取」	管理栄養士

こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

資料 26

2015.10.23 中医協総会 資料

「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外のA項目の評価を重み付けした場合の影響

例えば、ICUを持っていらっしゃる場所に関係することとして、国は、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外のA項目の評価を2点とするとしています。今のICUは、心電図、輸液ポンプ、シリンジポンプの3点セットで3点、これでICUの条件を満たしている病院が非常に多いです。実態調査をすると患者の状態は安定しています。別にICUでなくても管理できるのではないだろうかという根拠資料が出てしまったのです。その為、この3点セット以外を2点として、ICUの条件は、A項目を4点にするということです。これをされてしまうと、ICUを持ってない病院が出てきます。これも、機能を変えるということです。ICUが成り立つかどうかという形で病院の機能が変わってくるだろうということでございます。国は、薬剤師にも点数を付けますから、ICUに薬剤師を置くように言ってきています。分かりやすく言うと、いわゆる急性期医療を本当の意味の急性期にしか許さない改定にするのです。その中の細かな話を少しさせていただきました。(資料27)

「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外のA項目の評価を重み付けした場合の影響

○ A項目のうち「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外の項目を2点とし、A項目4点以上の患者を該当患者としたシミュレーションを実施したところ、A項目の該当患者割合は全体で12%程度低下した。また、診療科別にみた場合、A項目・B項目の両方に該当する患者の割合は概ね70～80%であった。

＜A項目の点数別患者分布＞

0点 1点 2点 3点 4点 5～9点 10点以上
 出典：保険局医療課調べ(DPC病院対象)

＜診療科別のA・B項目該当患者割合＞

※内科：内科系の診療科(循環器科以外)、循環器系：循環器科・心臓血管外科、外科：外科系の診療科(心臓血管外科以外)

2015.11.04 中医協総会 資料 個別事項その3

資料 27

二次救急医療機関における評価

次は、二次救急医療機関についてです。二次救急医療機関は、今回少しプラスのところがあります。夜間休日救急搬送医学管理料は初診時ですが、今回、これを再診時でも加算にしようかという話が出ています。

時間外・休日・深夜加算の取り扱いについて

また、レセプトをご存じの方は分かると思いますが、入院レセプトには初診料の項目がありますが、再診料の項目はありません。その為、再診患者が夜中に急に入って来ても何の加算もありません。それを何とか認める方向でいこう、再診で、即日で帰ってくる人への加算を認める方向でいこうということです。

この二つのことに関しましては、意味が分かれば簡単です。今後、高齢者が相当増えるのです。脱水症状も低栄養も風邪もたくさん増えます。その高齢者を三次救急医療機関に行ってもらいたくないのです。その為、二次救急医療機関にそこを見てもらいたいということです。その代わりに、高齢者が増えてきた為、ちょっとした二次救急を見てくれるのであれば、その点数を少し上げるという話になってきたのです。救急医療に関しましての、搬送患者が高齢化になってくるという時代背景の中でのということです。(資料28)

時間外・休日・深夜加算の取り扱いについて

○ 現在の診療報酬において、再診を行った後に緊急で即日入院となった場合、再診の時間外加算・休日加算・深夜加算は算定することは出来ない。

(第1部 初・再診料 通則3 抜粋)
入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

<初診の場合>

初診

→

緊急で即日入院

→

時間外加算・休日加算・深夜加算は算定可能

<再診の場合>

再診

→

緊急で即日入院

→

時間外加算・休日加算・深夜加算は算定不可

48

2015.11.04 中医協総会 資料 個別事項その3

資料 28

救急医療等の推進について

次に、救急医療管理加算の800点についてです。

救急医療管理加算2対象患者の内訳

救急医療管理加算は、前回400点が出ましたが、800点の中に、脳梗塞でt-PAありと、狭心症、慢性虚血性心疾患のPCI・心臓カテーテル等ありの二つ、資料29の太線の枠で囲んだ二つは、800点の対象として評価します。その為、この二つで急性期医療をしている病院は、今回は自信を持って、1番の800点の方が請求できるということになります。(資料29)

救急医療管理加算2対象患者の内訳

○ 救急医療管理加算2を算定している患者のうち、算定回数が多い疾患の平均在院日数及び入院後7日以内の出来高実績点数について集計を行った。

○ 救急医療管理加算1を算定した患者の7日以内出来高算定点数の平均を上回るものとして、脳梗塞でt-PAを施行したもののや、狭心症・慢性虚血性心不全でPCIや心臓カテーテル検査を施行したものがあつた。

順位	疾患コード	分類名	7日以内平均点数	算定回数(月)
1	010060	脳梗塞 t-PAあり	83,629	108,981
		脳梗塞 上記以外	40,312	
2	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	28,124	51,511
3	060210	ヘルニアの記載の無い腸閉塞	31,250	51,129
4	110310	腎臓または尿路の感染症	27,700	39,463
5	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	43,551	33,683
6	060102	穿孔または膿瘍を伴わない憩室性疾患	28,813	31,811
7	080011	急性膿皮症	26,264	21,512
8	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	39,143	21,450
9	040081	誤嚥性肺炎	30,840	20,839
10	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患 PCI・心カテ等あり	57,390	20,039
		狭心症、慢性虚血性心疾患 PCI・心カテ等なし	22,809	

(参考) 救急医療管理加算1を算定した患者の7日以内平均点数 47,272

53

2015.11.04 中医協総会 資料 個別事項その3

資料 29

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

精神疾患合併妊娠における課題と論点

後は、今回、精神科のことも結構話に出っていますが、私としては、精神科単独と言うより、精神科と一般科の連携ができるところに点数が付くような気がします。例えば、産科を持っているところは、精神疾患を合併した方のハイリスク妊娠管理加算ができると言っても、産科や産婦人科は持っているが精神科は持っていない、精神科のドクターはいませんという病院が、この加算をとれるのかということです。地域連携の中で、精神科と連携して対診に来てもらうような仕組みを作れないかというようなことを考えています。

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算についてです。今の施設基準に、配置されることが望ましい職員に歯科医師が入っていますが、これが来年度の診療報酬改定で、院内の歯科医師か、院外の歯科クリニックの医師が自分の病院に来て一緒にすることに加算が付きそうです。その為、NSTをやっている病院は、絶対に、歯科クリニックとの連携をすぐに検討していただきたいということになります。

栄養食事指導に関する課題と論点

次に、栄養食事指導についてです。がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者が、何と栄養食事指導の対象になります。高齢者の低栄養は多いので、管理栄養士の仕事の場所は広がります。そこでも、保険として栄養食事指導の点数を評価してくれるというのは、やはり高齢化社会が来ることに對する対応なのではないかと考えています。

総合入院体制加算の概要

次に、総合入院体制加算についてです。総合入院体制加算は、加算1が緩くなって、加算2が厳しくなります。今のところ分かっている情報は、昨日、中央社会保険医療協議会で出てきたもので、加算1の場合は、化学療法の4,000件が緩くなるだろうということです。加算2の方は、資料30に記載の「以下の要件を満たすことが望ましい」という箇所が、例えば、「最低二つは満たさなければならない」というようなイメージが入ってくると思います。そういった形で変わってくるかもしれないところが資料に入っていますので見てください。(資料30)

総合入院体制加算の概要	
総合入院体制加算1 (1日につき) 240点	総合入院体制加算2 (1日につき) 120点
※一般病院入院基本料の届出病床で算定	
趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価	
【主な施設基準】	
総合入院体制加算1	総合入院体制加算2
○ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を擁し、当該診療に係る入院医療を提供している医療機関。	
○ 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法上の精神病床を有していること。また、精神医療入院基本料等の届け出てあり、現に入院を受け入れていること。	○ 精神科については、24時間対応できる体制があれば、必ずしも擁し、入院医療を行う体制を必要としない。
○ 24時間の救急医療体制(救命救急センター、高度救命救急センター)	○ 24時間の救急医療体制(第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等)
○ 画像診断、検査及び調剤を24時間実施できる体制	
○ 全身麻酔の手術件数が年800件以上であること。	
○ 以下の要件を全て満たしていること。	○ 以下の要件を満たすことが望ましい。
ア 人工心臓を用いた手術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上 オ 化学療法 4,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上	
33	
2015.10.23 中医協総会 資料	
資料30	

地域包括ケア病棟入院料に関する課題と論点

次に、地域包括ケア病棟入院料についてです。今、手術と麻酔が出来高請求ができない為、手術と麻酔も出来高にしてほしいという話です。これは、一度とても盛り上がったのですが、一時期少し盛り下がってしまいました。それは、一般病床と地域包括ケア病床を持っているのであれば、手術は一般病床でやればよいという話だからです。そこがどうなるかということですが、今、一生懸命、地域包括ケア病棟協議会の先生方がアピールしながら、「地域包括を増やしたいのであれば、オペは出来高にすべきだ」というようなシュプレヒコールをあげています。今のところ、五分五分ぐらいまで盛り返した感じです。しかし、まだ何とも言えません。例えば、オペを出来高にしたらどれぐらい上がるのかというシミュレーションを多分していると思います。そんなに上がってしまったら困るとなるかもしれませんし、リアクションなので、一般病床を持っていないのであれば、よいとなるかもしれません。そこは、やはり予算の中で組み込みがどうなるか、ということになると思います。(資料31)

地域包括ケア病棟入院料に関する課題と論点

【課題】

- ・ 平成26年度診療報酬改定において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものとして、地域包括ケア病棟入院料等が新設された。創設以後、地域包括ケア病棟の病床数、病床数は、一般病棟(7対1、10対1)や、亜急性期入院医療管理料からの転換を受け、増加の傾向にある。
- ・ 地域包括ケア病棟(病床)の届出は、一般病棟の規模が中～小規模の病院で多く、大規模な病院からの地域包括ケア病棟の届出は少ない。また、地域包括ケア病棟を60床以上有する病院は、19か所であった。
- ・ 地域包括ケア病棟では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても入院患者は自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。
- ・ 骨折・外傷に対するリハビリテーションを目的に入院している患者が特に多く、手術等の実施は少なく、また入院患者の半数程度において、既に退院予定が決まっているなど、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられている。
- ・ 個別リハビリテーションの実施は、平均としては、施設基準に定められ、入院料に包括された1人1日2単位をやや超える程度であった。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハビリテーションが提供されているものと考えられた。

↓

【論点】

- 地域包括ケア病棟に求められる役割や、実際の医療提供の状況、入院基本料をはじめとする他の病床との関係を踏まえ、平成26年度診療報酬改定で設定された地域包括ケア病棟の包括範囲など、その評価体系を継続することについて、どう考えるか。

22

資料31

2015.10.28 中医協総会 資料

回復期リハビリテーション病棟の病床数

次に、回復期リハビリテーション病棟についてです。回復期リハビリテーション病棟の病床数は相当増えているから、リハビリテーションの数も増えたということです。そんなことは言っても、10日あたりのADLの向上には大きなばらつきがある、厚生労働省が「大きなばらつきがある」と書いたら、ピンからキリまでであるということです。ADLが良いところも悪いところもある為、高密度にやってもADLが全然上がらないというところもあるというような根拠資料がどんどん出てきました。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

リハビリテーションの質に応じた評価に係る課題と論点

結局、資料32の論点には「効果が一定の実績を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供について、入院料に包括することとしてはどうか」とあります。全てではありません。回復期リハビリテーション病棟の入院患者でも、ADLが4点以上上がっている人が何%というような、何かの実績要件が出ます。おむつをしている人に9単位のリハビリテーションをやっても、ADLは上がりません。しかし、そういった事例もたくさんあった為、きちんとADLの効果があるところに関しましては、9単位まで回復期リハビリテーションでは算定出来ませんが、そういうデータが出せないところは、6単位以上は全部入院料に包括するという流れです。今回、私は、これはよかったですと思います。ある県は、一律4単位の査定です。どんなに再診率を上げて、高齢者は全部4単位の査定です。そうだとすると、きちんとどのぐらいのデータが必要だと言ってくれた方がまだよいかと、どのような動きになって来るのか、今後の動向も見たいとは思っています。このように、どういう実績条件になるのかというのは、やはりチェックポイントということになります。(資料32)

リハビリテーションの質に応じた評価に係る課題と論点

【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、入院環境において集中的にリハビリテーションを実施することの有効性を考慮して、1日の疾患別リハビリテーション料の算定上限が6単位から9単位に引き上げられている。
- 各回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのリハビリテーションの実施単位数には多様性があり、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2を算定する病棟の一部に、入院患者のほとんどに1日平均6単位を超えるリハビリテーションを実施しているのがみられる。
- 回復期リハビリテーション病棟における入院中のADL向上の度合いには、医療機関間で大きな差があり、1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、3単位超6単位未満の医療機関と比べて、効果が下回っている場合もある。
- 1日平均6単位を超えてリハビリテーションを実施している病棟において、10日あたりのADLの向上が大きい病棟と小さい病棟を比較すると、年齢、認知症の割合、入棟時ADLIに有意な差はみられない。

【論点】

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対するリハビリテーションについて、医療機関ごとのリハビリテーションの効果に基づく評価を行うこととし、提供量に対する効果が一定の実績基準を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供について、入院料に包括することとしてはどうか。

20

資料 32

2015.12.02 中医協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

廃用症候群のリハビリテーションの対象範囲に係る論点

さらに、廃用症候群というリハビリテーションの点数ができます。これは、喜ばしいことでしょうか。私は、喜ばしいとは思いますが、おそらく点数は、脳血管の半分ぐらいです。疾患別でみると同じ点数にはしないでしょう。なぜならば、国は、廃用症候群は介護保険の方に持っていきたいからです。その為、おそらく廃用症候群のリハビリテーションという点数を作るが、点数は相当低いでしょう。疾患別の脳血管の半額ぐらいになるのではないかと考えているというのが、私の予測です。色々な形で縛りを付けて、一生懸命、運動器不安定症というようなものを付けても、廃用症候群の為のリハビリは、全部まとめてくださいという改正になるでしょう。(資料33)

廃用症候群のリハビリテーションの対象範囲に係る論点

- 廃用症候群のリハビリテーションは、「脳血管疾患等リハビリテーション料」に分類されている。
- 対象患者は、次の全てを満たす必要がある。

- ・ 外科手術等の治療時の安静による廃用症候群の患者
- ・ 治療開始時にFIM 115以下、BI 85以下
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者ではない

- ① 廃用症候群は、脳血管疾患と関係ない場合もあることから、名称が分かりにくい。
- ② 外科手術等の治療を行っていない廃用症候群については対象とされない。
- ③ これらの対象患者が廃用症候群となった場合には廃用症候群へのリハビリテーションを実施しにくい場合がある。
- ④ 「運動器不安定症」は、「運動器リハビリテーション料」の対象疾患の一つであるが、廃用症候群の一部が含まれることから、適用すべきリハビリテーション料が分かりにくい。

廃用症候群に対するリハビリテーションを、脳血管疾患等リハビリテーションから独立させ、対象患者について整理してはどうか。

25

資料 33

2015.12.02 中医協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

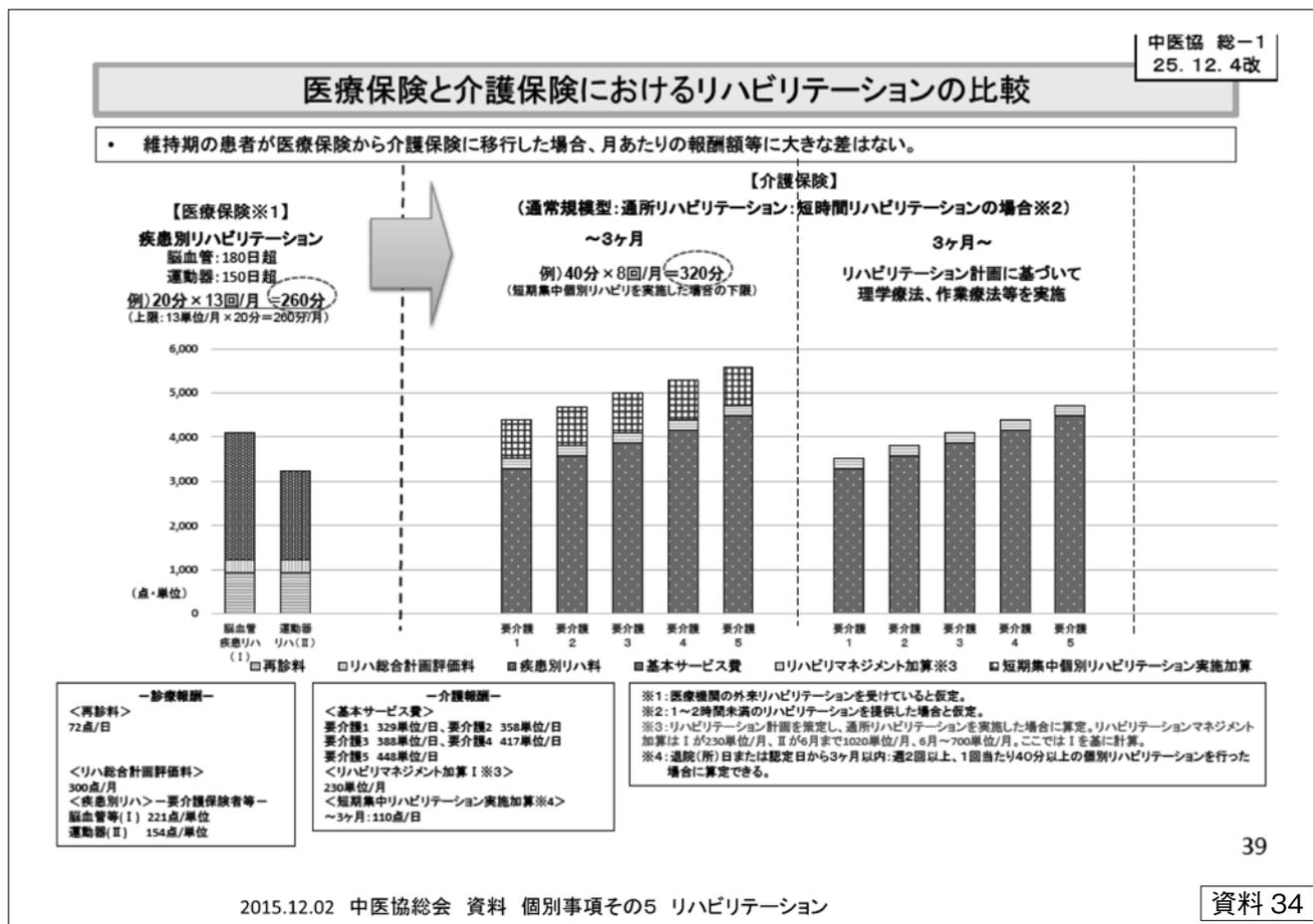
※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

維持期リハビリテーションを行っている患者の介護保険への移行

後は、算定日数の上限超えの月13単位は、来年の春で廃止とされます。その為、外来リハビリテーションで、月13単位、算定日数の上限超えのリハビリテーションで当てたということは、来年からはできないということです。国は、ずっと、要介護者は介護保険でやってくれと言っています。国は、医療ではなく、介護保険のリハビリテーションでやってくださいという話をしているということです。

医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの比較

資料34は要注目です。これはどういうことかと言いますと、疾患別リハビリテーションの医療保険で請求する金額と、通所リハビリテーションの短時間で請求するものであれば、通所リハビリテーションで請求した方が利益は出ますという資料です。勿論、これは、脳血管リハビリテーションをきちんとリハビリテーションでの算定日数上限内でやった場合の話です。これが、もし廃用症候群でやるとなると、点数が下がるからもっと減るということです。そうすると、今、外来で高齢者のリハビリテーションをやっている医療機関は、通所リハビリテーションの短時間リハビリテーションにできないかどうか、これは考えていただきたいというように思います。(資料34)



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

維持期リハビリテーションに係る課題と論点

資料35は、維持期リハビリテーションについてです。論点の欄に「介護支援専門員と協働して介護保険によるリハビリテーションを紹介し、見学、体験等を提案することを評価してはどうか。また、そのような対応を伴わずに行われる疾患別リハビリテーションの評価は見直してはどうか」とあります。つまり、介護保険の通所リハビリテーションのところに見学に行くことを勧めたり、医療保険でやって、介護保険でやってということを体験させてみたりして、そういう努力をしてくれるのであればそこに点数を付けるが、そんなことを一切やらないで疾患別リハビリテーションだけやっているのであれば下げようかなというようなことが書いてあります。医療と介護の連携です。これからどんどん患者が高齢化していきます為、こういった流れの改定になってくるのはしょうがないかと思えます。(資料35)

維持期リハビリテーションに係る課題と論点

【課題】

- ・維持期リハビリテーションの介護保険への移行については、医療、介護の役割分担等の観点から必要と考えられ、平成24年度、平成26年度の診療報酬改定時にも議論されたが、介護保険におけるリハビリテーション体制整備等の理由で延期されてきた。
- ・平成26年度改定においては、平成28年4月1日以降、入院中以外で維持期のリハビリテーションを実施している要介護被保険者について、原則として脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料が医療保険での算定対象外とし、必要に応じて介護保険によるリハビリテーションへ移行することとされた。治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合や、摂食機能療法など他のリハビリを実施している場合等には移行の対象外とされている。
- ・介護保険における受け入れ体制の整備等については、通所リハビリテーションを実施する事業所数が増加しているなど進捗がみられる一方、介護保険への移行が困難とされる患者も未だいることが報告されている。
- ・介護保険への移行が困難とされる理由としては、介護保険によるリハビリテーションの質等に対する不安、介護の対象となることに対する心理的な抵抗感、患者の医学的リスクへの対応に関する不安等が挙げられている。

【論点】

- ・要介護者被保険者については、平成28年4月から維持期リハビリテーションを介護保険へ移行することとされているが、移行の例外とすべき患者の状態等として、現行で例外とされているもののほか、どのようなものがあるか。
- ・介護保険のリハビリテーションに対する不安や抵抗感を解消する観点、医療、介護の連携をより緊密にして患者にとって必要なリハビリテーションが継続的に提供されるようにする観点、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションから活動・参加へのアプローチによるリハビリテーションへの発展を支援する観点等から、以下を実施してはどうか。
 - ・脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護者について、標準的算定日数の3分の1が経過する日までを目安に、医師が機能予後の見通しを説明し、患者の生きがいや人生観等を把握し、それを踏まえて必要に応じて多職種が連携してリハビリテーションの内容を調整するとともに、将来介護保険によるリハビリテーションが必要と考えられる場合には、介護支援専門員と協働して介護保険によるリハビリテーションを紹介し、見学、体験等を提案することを評価してはどうか。また、そのような対応を伴わずに行われる疾患別リハビリテーションの評価を見直してはどうか。
 - ・上記紹介・提案等が行われた後は、介護保険によるリハビリテーションを、体験として必要な程度、医療保険によるリハビリテーションと併用できるようにしてはどうか。

資料 35

2015.12.02 中医協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料1をお持ちの病院の方は、おめでとうございます。体制強化加算として、ドクターの外来診療を可能にします。今までは専従でなければ駄目だと言っていたのですが、この外来の機能をやってもよいのではないかということで、資料36の論点の欄に「専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるようにしてはどうか」とあります。今ご説明したとおりですから、回復期リハビリテーション病棟入院料1はよかったと思っています。(資料36)

体制強化加算に係る課題と論点

【課題】

- ・回復期リハビリテーション病棟に専従の医師、社会福祉士を配置することによって、入院中の日常生活機能の改善、平均在院日数の短縮等が期待できることから、平成26年度診療報酬改定において体制強化加算が創設された。
- ・体制強化加算の届出は、平成26年7月時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出医療機関の半数に達した。
- ・体制強化加算の届出にあたり、病棟専従の常勤医師の確保が必要となるため、一部に、入院外医療を縮小した医療機関が見られた。

【論点】

- ・地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る医療機関において、入院と退院後の医療をつながりを持って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるようにしてはどうか。

資料 36

2015.12.02 中医協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

ADL維持向上等体制加算は、点数が上がると思います。多分、国は、将来的にはリハビリテーションはアウトカム評価に従っている為、20分リハビリをしたら何点という考え方ですから、ものすごくADLが上がる病院にはたくさん点数を付け、やってもそれほど上がらない病院には点数をあげないような形に従っています。その為、このADL維持向上等体制加算は引き上げになってくると思います。7対1、10対1をお持ちのところは、再度、この条件が来年どうなっていくのかは確認してもらいたいと思います。(資料37)

平成26年度診療報酬改定

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

➤ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

入院 14日 退院

ADL維持向上等体制加算
患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

疾患別リハビリテーション等

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

目的
入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

資料 37

2015.12.02 中協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

疾患別リハ料の初期加算、早期加算等に係る課題と論点

疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算が、来年の考え方では、慢性期の方は、初期加算はなしです。慢性疾患については、初期加算、早期加算は対象外という形です。考え方を言うと、リハビリテーションは点数を下げるのではなく、本当によいリハビリテーションをやっているところは何らかの加算を付けていくが、それ以外のところは、今回は、点数は付けないというような改定になるだろうということになります。それは、回復期リハビリテーション自体を下げるわけにはいかないからです。

医療機関外におけるリハビリテーションに係る課題と論点

後、面白いのが、医療機関内で行うことが容易ではない訓練に点数を付けるということで、IADL(手段的日常生活活動)、つまりバスに乗りたいたか、料理がしたいとか、今年度の介護報酬改定の流れです。手段的日常生活活動ができるというところは、疾患別リハビリテーションとして評価できるようにしようということです。その為、多分、リハビリテーションは、この2年間で、地域において「あそこがよいよ」という相当な評判を出す病院が出てくるでしょう。「リハビリテーションと言えばあそこだよ」というような感じで取り組んでいく病院が、多分出てくるのではないかと思います。私は、今顧問先に対してその戦略にしています。いわゆる急性期ではないのですが、リハビリテーションはすごく強いというのであれば、ただ何単位やるのではなく、「自分のところは生活リハビリテーションとか、こういうことをやりますよ」という形での地域医療に関する特化を考えているということになります。(資料38)

医療機関外におけるリハビリテーションに係る課題と論点

【課題】

- ・リハビリテーションの動機付けやリハビリテーションの内容の最適化を行う上で、医療におけるリハビリテーションの段階から、移動、復職・復学、生きがい等にかかる実践的な活動を取り入れることが有用と考えられる。
- ・現行の診療報酬においては、医療機関の外で行われるリハビリテーションは疾患別リハビリテーションとして評価されない。
- ・しかしながら、上記のリハビリテーションの中には、医療機関内で実施することが困難なものがある。

【論点】

- ・IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外で行われるリハビリテーションについても、疾患別リハビリテーションとして評価できるよう、現行の規定を見直してはどうか。

資料 38

2015.12.02 中協総会 資料 個別事項その5 リハビリテーション

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象患者と算定日数上限

回復期リハビリテーション病棟についてです。ご存じかと思いますが、回復期リハビリテーション病棟とはどういうところかと言いますと、資料39に記載の疾患の方が、相当リハビリテーションをやる場所です。その為、廃用症候群、例えば、高齢者が、「少し熱発して一週間寝ていたの、リハビリテーションをやってもらえる病院を紹介してください」と言われた時に、ここは紹介できないということです。「足を折って歩けなくなってしまったので、リハビリテーションをしてくれる病院を紹介してください」と言われても、回復期リハビリテーション病棟へは入院できないということです。つまり、廃用症候群は、外科手術か肺炎の治療の安静でなければ駄目ですし、骨折は、大腿骨か骨盤か脊椎か股関節もしくは膝関節、または、二肢以上の多発骨折でなければ駄目な為、足を1本折った人は入院できないのです。つまり、資料39に記載の疾患の方たちに、相当リハビリテーションをやるというのが、回復期リハビリテーション病棟なのです。(資料39)

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象患者と算定日数上限	
算定対象となる回復期リハビリテーションを要する状態	上限日数
(1) 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後2カ月以内に回復期リハ病棟入院料の算定が開始されたものに限る※)又は義肢装着訓練を要する状態	150日以内
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日以内
(2) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態(発症後又は手術後2カ月以内に回復期リハ病棟入院料の算定が開始されたものに限る※)	90日以内
(3) 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態(手術後又は発症後2カ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る※)	90日以内
(4) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態(損傷後1カ月以内に回復期リハ病棟入院料の算定が開始されたものに限る※)	60日以内
(5) 股関節又は膝関節の置換術後の状態(損傷後1カ月以内に回復期リハ病棟入院料の算定が開始されたものに限る※)	90日以内

※一般病棟7対1及び10対1、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1)、総合入院体制加算、救命救急入院料、ICU、HCU、SCU、NICUを算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリが提供された場合は、その日数をこの1～2か月の期間から30日を限度として控除する

資料 39

地域包括ケアを支援する病棟の創設

では、今説明した廃用症候群や単純骨折した人はどこに入院すればよいのかと言うと、地域包括ケア病棟ということです。その為、この地域包括という形のものでどういうイメージなのかということ、皆さんの地域の中の地域包括ケア病棟とは何なのかということは、知っておいていただければと思います。

地域包括ケア病棟入院料1・2、地域包括ケア入院医療管理料1・2出来高算定項目

例えば、摂食機能療法は出来高ですから、嚥下訓練が得意な病院もあるでしょうし、透析も出来高ですから、そういったことが得意な病院もあるでしょう。

6月1日より地域包括ケア病棟を設置しました

例えば、クリニックに通っている一人暮らしの80歳の患者が血圧の薬をもらいに来た時に、いつもは元気だったのが今は38.5℃の熱があるという場合にどうしますか。家に帰しますか。一人暮らしなのだから、自分で食事を作って食べるしかありません。その為、帰ったら症状が悪化することが予想される人は地域包括ケア病棟に行ってもらおうということです。病院なので、食事の心配はいりません。

では、老老世帯、高齢者の二人暮らしの場合はどうでしょう。おじいちゃん是在宅医療でみていたが、おばあちゃんは元気で看病をしていた時に、おばあちゃんが大腿骨頸部骨折をしてしまった場合、おばあちゃんは入院するからよいですが、おじいちゃんはどうでしょう。おじいちゃんは寝たきりの為一人残されても暮らせません。そのおじいちゃんも地域包括ケア病棟に行ってもらおうということです。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームは長い入院になると収入が減りますから、ちょっとというような状態で、嚥下訓練で地域包括ケア病棟に、血糖コントロールがうまくいかなかった認知症の患者を教育入院で地域包括ケア病棟に、単純骨折やリハビリテーションが必要な方を地域包括ケア病棟に、がん患者の在宅のレスパイトで地域包括ケア病棟に行ってもらおうということです。なぜかと言うと、地域包括ケア病棟は、抗癌剤と麻薬は出来高請求できるからです。(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実現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。

今後は1人暮らし、老老世帯の増加
 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
 →自院の外来患者プラス無床クリニック
 の外来患者の受入もOK
 →2~3日入院
 →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

地域包括ケア病床の運用について

来年、病床再編というのが始まった時に、この地域包括ケア病棟が成功するかしないかという病院が出てくると思います。その為、地域包括ケア病棟について、どういった機能で自分のところの地域包括ケア病棟を考えるか、何の役割が得意なのか、どのリハビリテーションが得意なのか、透析を持っているのか、居宅介護支援事業所が併設しているのであれば、ケアプラン、いわゆるアセスメントの入院ができるとか、自分のところの役割として、どういった機能の地域包括ケア病棟ができるのかということ、お考えいただきたいということでございます。

地域包括ケア病床の運用について

1. 抗癌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

資料 41

今説明したのは、入院したいと言った高齢者の患者の話です。外来はと言うと、先ほど話しましたように通所リハビリテーションです。外来でリハビリテーションをやりたいという方を何とかするというのであれば、通所リハビリテーションです。その為、自分の患者に高齢者が増えてきているのであれば、色々な医療機関やクリニックが連携先として、やはり地域包括ケア病棟や通所リハビリテーション、回復期リハビリテーション病棟、そういったところを連携先として確保しておくべきだろうということになります。(資料41)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

療養病棟入院基本料について

療養病床は、冒頭に言いましたように医療区分1が下がります。地域医療構想の中の改定ということをお話しましたので、医療区分1に厳しいです。国は、医療区分1が在宅に行けると思っているわけですから、来年の改定で医療の療養病床の25対1は、医療区分2と3の患者が6割というような条件が入ると思います。その為、もし25対1の医療の療養病床をされているところは、何とか6割ぐらいい医療区分2と3の患者を入れなければならないということです。さらに言うと、2年半後に廃止になる為、2年半後には20対1にしなければなりません。そうなりますと、療養病床関係は、もう医療区分2と3の取り合いになってしまいます。

さらに、くどい説明になりますが、国は、医療区分1は在宅にいけると思っている為、その流れの中で、酸素療法は医療区分3ですが、「酸素療法と言うのは在宅酸素療法というものがあるのではないか、在宅にもいるのではないか」と言っています。さらに、「うつ状態というのと、頻回の血糖検査等というの、絶対に、自宅にも、特養老人ホームにも、介護老人保健施設にもたくさんいるよね。でも、入院をしたら医療区分2というのをおかしいのではないか」というような話になりました。その為、来年、おそらくこの三つくらいは医療区分1になるかもしれません。そうすると、例えば、今、8割クリアしているのですが、1割の患者がうつ状態と頻回の血糖検査である場合は、8割をクリアできなくなるのです。その為、来年度は7対1も厳しいのですが、療養病棟も厳しいのです。国は、いわゆる入院治療が必要だという患者をきちんと入院させてくださいというようなことを言い始めたということです。(資料42)

療養病棟入院基本料について															
療養病棟入院基本料 1 【施設基準】 看護配置:20:1以上 (医療区分2・3の患者が8割以上)		療養病棟入院基本料 2 【施設基準】 看護配置25:1以上													
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3												
ADL 区分3	967点	1,412点	1,810点												
ADL 区分2	919点	1,384点	1,755点												
ADL 区分1	814点	1,230点	1,468点												
医療区分	医療区分1 【疾患・状態】 ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・換気器洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)														
医療区分 3	【疾患・状態】 ・脳ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・腎臓損傷(腎臓損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な慢性疼痛 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・播種 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍) ・手術創 ・創傷処置														
医療区分 2	医療区分2・3に該当しない者														
ADL区分	ADL区分1: 11点未満 ADL区分2: 11点以上～23点未満 ADL区分3: 23点以上														
項目	当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。 新入院(転科)の場合は、入院(転科)後の状態について評価する。 (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)														
支援のレベル	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>支援のレベル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a ベッド上の可動性</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b 移乗</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c 食事</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d トイレの使用</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(合計点)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			項目	支援のレベル	a ベッド上の可動性		b 移乗		c 食事		d トイレの使用		(合計点)	
項目	支援のレベル														
a ベッド上の可動性															
b 移乗															
c 食事															
d トイレの使用															
(合計点)															
2015.10.28 中医協総会 資料															

資料 42

在宅復帰機能強化加算の算定要件

次に、在宅復帰機能強化加算に関しては、今は、自宅から入院して自宅に帰っても在宅復帰にしていますが、それはおかしいのではないかという話になりました。自宅から入院してきて自宅に帰るのは当たり前だということです。これを評価するのであれば、転院してきて自宅に帰れる療養病床が素晴らしいのだということです。その為、転院してきて自宅に帰れるという形で計算式が変わります。その代り、1ヶ月以上入院していたという条件はなくなると思います。1ヶ月の条件がなくなり、かつ、病床回転率10%の条件も緩くなると思います。なぜならば、転院してきて帰せと言ったら、10%は無理だと思いますので、半分ぐらいでなければ難しいという形になるということです。(資料43)

在宅復帰機能強化加算の算定要件

【算定要件】

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1ヶ月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

現在の算定要件では、自宅からの入院と他院からの転院とを区別せずに在宅復帰機能を評価している。

②の計算式

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1ヶ月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1ヶ月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

④の計算式

$$\frac{30.4}{\text{平均在院日数}}$$

※平均在院日数の算定は、一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

資料 43

2015.10.28 中医協総会 資料

SNW(Skilled Nursing Ward)の提案

次に、資料44についてです。聞いたことのある方もいらっしゃるかもしれませんが。これは、日本慢性期医療協会というところが厚生労働省に対して提案をしたSNWというものです。ついこの間、このWをやめて、「R(Residence)」にしたのです。Skilled Nursing Residenceとはどういうことかと言いますと、「腕のある看護の部屋」というような感じです。病院内施設ですから、病床ではありません。病床ではなく、かつ、病院内のみ認可できるようなもの、今、建て替えなくてもよいことにして、スタッフもこのままでいてくれて、病床ではなく、収入は介護の収入か家賃というような形のものを認めていただけないかという提案をしました。(資料44)

SNW(Skilled Nursing Ward)の提案

日 時:平成27年9月9日17:00～

1. 新しい病院内施設 (SNW) の提案
2. SNWの条件を考える
3. 病院・施設における面積基準・平均単価・自己負担の比較
4. 病院病棟から施設への転換による減収と費用負担
5. 医療の在り方とその費用負担

資料 44

©ASK/HMCG 療養病床のあり方に関する検討会 2015.09.09

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

SNWの条件案

このSNWに対して、厚生労働省から逆提案がきまして、いわゆる医療内包型とか外付け型という形で、包括で医療をみるというところや、いわゆるレセプトは別立てで外来レセプト等を付けて、家賃と医療という形での収入にするとか、様々な形で、今厚生労働省も考えて始めています。おそらく平成30年には、今の療養病床がなくなって、何らかの形の新しい介護類型の施設が誕生するでしょう。そうすると、その中で、医療が今の介護療養病床と同じ形であれば医療包括です。包括で症状が重い人だという形のもので点数化、報酬は介護からということになります。外付け型という、やはり家賃収入というような形にして、サービス付き高齢者向け住宅形式になるのかもしれませんが、一応、住まいですが、医療にかかったのであれば、例えば外来に来てというような、病院の中にあるのですが、そういった形の何らかのものを認めると思います。

ここで私が言いたいのは、「これからこういった形で地域の中で収益を上げていくかという時に、病院に固執するのか」ということです。私は、病院に固執しないで、言い方はきついですが、病院に固執してつぶれるより、医療に固執して欲しいです。今説明したような形のもは、医療提供ができるわけです。病床という形ではなくても、施設内でも医療は提供できますし、いわゆる住宅となっても医療は提供できるのです。自分の地域の中で医療を提供したいということであれば、病室という形にこだわらない形の経営戦略というのが、おそらく平成30年からはできると思います。どうしても病室でなければ嫌だと言うのであれば、人口が減るので、これからは減らすしかないということです。今お話ししたような流れになります。その為、このSNW等が、一般の病床でもこれからは出てくると思います。

どういうことかと言いますと、くどい説明となりますが、人口が減るので、もし病床を減らさなければ、稼働率はどんどん下がるのです。その場合に、「一般病床でどんどん下がってきて、50床空いてしまったが、病室は絶対に持っていたいから休床にしておきます。50床はなくて、その他の病床でやります」と言った場合に、最初の都道府県知事の権限を思い出してください。50床休床している場合、公的な病院であれば都道府県知事から返すように命令があるということです。民間にも返すことを考えるようにとの要請がきます。このように今の話と最初の話がつながります。そうであれば、地域のニーズに合わせるということです。地域に高齢者が増えて、暮らし場所に困っている、医療に困っているという方たちの為に病室を利用するという形のことがもし許されるのであれば、平成30年に、皆さま方のところの地域の病院が、こういった形でスタッフにお給料を払いながら経営を成り立たせていくか、ということはお考えいただけないかなということで、少しこの話は持ってきたということになります。(資料45)

脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価についての課題と論点

脳卒中患者は、特殊疾患病棟とか障害者施設等にいる場合には療養病棟と同じ包括点数になるだろうということです。

SNWの条件案

- 病院内にのみ認可
- 面積基準;6.4㎡以上、4人部屋以内
- 廊下幅1.8m以上
- 看護配置;40:1
- 介護配置;30:1
- リハビリ配置;包括
- 介護保険施設とするか、
住宅扱いで医療外部門にするか

2015年9月²作成

©ASK/HMCG 療養病床のあり方に関する検討会 2015.09.09

資料 45

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

退院支援に係る診療報酬上の評価と取組内容

来年の改定についてです。退院支援、退院調整に点数が付きます。いわゆる、地域医療構想として、何とか帰りたい、地域包括の中で暮らさせようという腹なので、自分たちのところで何とか退院調整にという形で、資料46の上の部分に記載しています。「人員の配置」「早期退院に向けた院内の取組」「医療機関間の連携」といったものを、今、退院調整加算という形のもので評価したりしているのですが、おそらく来年の改定で鍵になるのが退院調整加算で、これを持っていないところは問題外で、これに対しての加算の加算というように形で整理されると思います。(資料46)

	退院支援に係る診療報酬上の評価と取組内容								
	主要要件								
	退院支援の体制			早期退院に向けた院内の取組				医療機関間の連携	
	退院調整部門の設置	退院調整部門への人員配置	病棟への退院支援の人員配置	退院困難な患者の抽出	入院早期の患者・家族との面談	退院支援計画等の作成・説明	多職種によるカンファレンス	地域連携診療計画の共有	協議等に基づく連携
退院調整加算	○	○	-	○	○	○	○	○	-
新生児特定集中治療室退院調整加算1・2	○	○	-	○	○	○	○	-	-
新生児特定集中治療室退院調整加算3	○	○	-	-	-	○	-	-	-
救急搬送患者地域連携紹介・受入加算	-	-	-	-	-	-	-	-	○
精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入加算	-	-	-	-	-	-	-	-	○
地域連携診療計画管理料・退院時指導料	-	-	-	-	-	○	-	○	○

2015.10.28 中医協総会 資料

資料46

退院支援に向けた施設間の連携状況について

その為、例えば、施設間の連携状況等も、大腿骨頸部骨折や脳卒中等の連携パス、パスをいかに地域で回しているか、病院内だけではなく、地域の中でパス回しができるか、連携をきちんと行っているかというような形のものも、加算の要因になってくるだろうということです。

退院支援に関する課題と論点

資料47の論点を読みます。「患者が安心・納得して退院できるよう、退院支援に専従する職員がいくつかの病棟を担当して受け持ち、多職種カンファレンスの実施等を通じて入院後早期に退院支援に着手するとともに、医療機関が他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築する」とあります。この文章にはキーワードがあります。「退院支援に専従する職員がいくつかの病棟」とあり、この文章によると、1病棟に一人ではないです。その為、退院支援

退院支援に関する課題と論点	
<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院支援に係る評価については、類似の改定において充実が図られてきた。算定回数が多い退院調整加算や介護支援連携指導料のほかにも、様々な項目の評価が設けられ要件が複雑化しているが、評価の着目は退院調整加算と類似しており、退院支援に係る人員の配置や、早期退院に向けた院内の取組、医療機関間の恒常的な連携に関する評価が中心となっている。 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があるとの指摘が多かった。 各病棟に退院支援に携わる職員を専任・専従で配置している医療機関が一定程度みられ、専任・専従職員配置の効果として、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援が行えるようになる等の効果が指摘されている。なお、退院調整加算においては、病棟への退院支援職員の配置は求められていない。 早期退院に向けた院内の取組として、退院困難な患者の早期抽出や早期の面談、退院支援計画等の作成のほか、多職種によるカンファレンスが実施されており、一定の効果がみられている。 医療機関間の連携に関して、全体として、連携施設数が多い医療機関では平均在院日数が短い傾向がみられ、特に入院期間の長い病棟で顕著であった。地域連携診療計画管理料においては、予め協議等に基づく連携を構築することが要件とされているが、退院調整加算においては、このような要件はない。 	<p>【論点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院支援に係る評価について、現在算定回数が多い退院調整加算及び介護支援連携指導料を中心として、簡素化を図ることとしてはどうか。 患者が安心・納得して退院できるよう、退院支援に専従する職員がいくつかの病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスの実施等を通じて入院後早期に退院支援に着手するとともに、医療機関が他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築するなど、現行の退院調整加算の充実を図ってはどうか。 また、地域連携診療計画管理料、新生児特定集中治療室退院調整加算など、患者や病棟の特性に応じて特に必要な評価については、退院調整加算の加算として整理してはどうか。

2015.10.28 中医協総会 資料

資料47

に専従する方を皆さんの医療機関がどのくらい持てるか、いくつかと書いてあるので、最低二つは絶対に該当します。厳しくても、2病棟に一人ぐらいの退院支援の専従者というのを置けるかということです。勿論、退院調整に対しての多職種カンファレンスをやらせてもらうとか、いわゆる連携、顔の見える恒常的なカバーといったものを医療機関とできるというような体制が取れるところであれば、ある程度、点数的なものも見えるのではないかと思います。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

また、色々な点数があるのですが、これを整理して退院調整加算の加算にすることです。その為、退院調整加算を持たないところは全部駄目だということになります。退院支援に関しましては、来年、相当考えているということです。(資料47)

短期滞在手術等基本料に関する課題と論点

短期滞在手術等基本料ですが、まず水晶体再建術については両眼ができます。その為、眼科をしているところは、両眼のパスを作っておく、両眼で4泊5日等をどうやってパスでやるかです。後はこの二つ、K616-4とK768は、短期滞在になりそうです。透析は出来高になりそうです。今お話ししたような形になると思われます。(資料48)

短期滞在手術等基本料に関する課題と論点

【課題】

- 平成26年度診療報酬改定で、21種類の手術等に短期滞在手術等基本料3が設定され、包括的に評価されることとなった。改定前後において、当該手術等を実施した際の出来高実績点数がやや低下しており、医療提供が一定程度効率化されたことが示唆される。
- 「K282 水晶体再建術」については、平成26年度診療報酬改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。「K633 5ヘルニア手術」や「K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」については、乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。
- 短期滞在手術等基本料については、原則として基本診療料・特掲診療料はすべて包括されているが、透析患者では、出来高実績点数が平均的な症例を大きく上回っていた。なお、他の多くの包括入院料では、透析や高額薬剤など一部の高額な費用は包括から除外される取り扱いがなされている。
- 現在、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、短期滞在手術等基本料の設定の対象となり得るものとしては、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療」は、在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。

↓

【論点】

- 短期滞在手術等基本料の評価については、改定時に、出来高実績点数に応じた設定を行い、引き続き診療の標準化と効率化を図っていくべきではないか。
- 水晶体再建術については、短期滞在手術等基本料の設定により白内障の診療に大きな変化を及ぼしており、両眼の手術と片眼の手術に対する評価を分けることとはどうか。また、乳幼児に実施されるなど、年齢によって出来高実績点数に大きな差が認められる手術については、年齢によって評価を分けることとはどうか。
- 人工腎臓(人工透析)など、患者が別に有する疾患等によって必然的に発生する高額な医療であり頻度の低いものについては、他の包括入院料の例を参考に、包括範囲から除外することとはどうか。
- 在院日数が短く、出来高実績点数のばらつきが少ない「K616-4経皮的シャント拡張術」等の項目について、短期滞在手術等基本料の対象に加えることとはどうか。

77

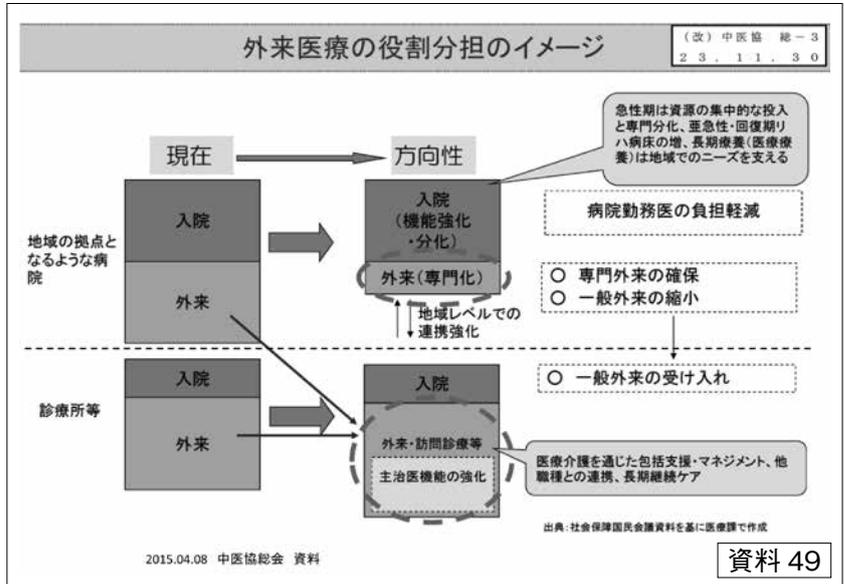
2015.10.14 中医協総会 資料

資料 48

外来医療の役割分担のイメージ

外来医療はどうかと言いますと、先ほど少し言いました。医療保険制度改革の中で、地域の拠点となるような大病院は外来をみないようにしなさいということになります。大病院でみている外来患者は、200床未満の病院やクリニックに逆紹介してくださいということです。大病院は入院に特化すべきであって、一般外来は縮小すべきであるということです。

国としては、今回の改定から、とにかく一般外来で、患者に主治医を持たせたいのです。かかりつけ医というものを持って、そこで相談しながら大病院に行くというような仕組みにしたい為、なんとか大病院から200床未満の医療機関に逆紹介をしましょう、200床未満の医療機関はかかりつけ医の役割をやりましょうという改定になります。(資料49)



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

薬局での残薬確認による医療費削減効果

そこで、来年度の診療報酬改定の話です。外来のキーワードは、重複受診に、重複投薬に残薬です。来年度の診療報酬改定の特徴として、厚生労働省は薬に関しては、結構本気モードです。去年、地域包括診療料や地域包括診療加算ができたのですが、これはものすごく評判が悪くて、中々広まらないということで、来年度の診療報酬改定でこの条件を変えます。例えば、24時間対応薬局のこととか、いわゆる在宅の全ての条件等、色々な形の条件を来年は緩くして行って、皆さんが取組やすい形にするというような発表があります。しかし、今のところ具体的に分かっているのは病名だけです。病名に関しては、今、高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち、二つ持っている方を対象としています。来年から、認知症を持っている方は、この三つの病名はなくてもよいと、二つ持っていれば他の病名でよいということになります。

主治医機能の評価について

このように、国は、認知症700万人時代に備えて、今から病院を認知症のかかりつけ医にしたいのです。認知症の方はかかりつけ医を絶対に持っているという形にして行って、将来の認知症700万人時代に、何とか徘徊者等が出ない形にしていきたいと考えているのです。このような背景から、私の最初の話につながるわけです。何のドクターであっても、認知症サポーター医研修を受けていただけないかということになります。どの条件が緩くなるかということを確認していただきたいです。

認知症治療において期待される主治医機能の具体的内容

認知症治療において期待される主治医機能の具体的な内容としては、例えば、「日常的な生活管理や必要な介護サービスを家族とともに検討し実現すること」というようなもののかかりつけ医はやってほしいということ、そうすれば、点数もある程度みましようということなのです。

地域包括診療料、地域包括診療加算に係る課題と論点

勿論、服薬管理が重要ということです。資料50の論点の欄に「多剤投与などの薬剤の投与を適正化しつつ」とあるように、服薬管理をきちんとやっていただいて、認知症対策に取り組んでもらうという形の主治医の役割が出るだろうということです。(資料50)

地域包括診療料、地域包括診療加算に係る課題と論点

【課題】

- ・ 外来の機能分化の要なる推進においては、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことが重要である。
- ・ 平成26年診療報酬改定においては、このような観点から、地域包括診療料、地域包括診療加算が設けられ、その届出は地域包括診療料では93医療機関、地域包括診療加算では4,713医療機関に達した。
- ・ 地域包括診療料等を届け出て実際に算定している医療機関において、対象疾患を有する患者のすべてに当該点数が算定されているわけではなく、特に地域包括診療料については算定患者は対象疾患を有する患者の9%にとどまる。
- ・ 認知症患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症以外にも様々な慢性疾患を合併し、またこれらの合併症がある場合、複数の医療機関を受診することが多い。また、認知症患者の適切なケアのためには、医学的な指導管理だけでなく、介護サービスの利用の支援等、介護に関する療養上の指導も必要である。
- ・ 認知症患者は多剤服用を避けることが推奨されているが、地域包括診療料等を算定していない患者では、6種類以上の内服を行う患者は約半数に上り、10種類以上の内服薬を処方されている患者も1割程度みられる。
- ・ 認知症患者への対応において求められる、患者を全人的に捉え主体として尊重することや、地域社会の中で継続して支援していくことは、地域包括診療料等において評価されている内容と共通する。

【論点】

- 高血圧症、糖尿病、高脂血症以外の疾患を有する認知症患者に対して、介護に関連する療養上の指導を含め、継続的かつ全人的な医療を実施するとともに、多剤投与などの薬剤の投与を適正化しつつ適切な服薬管理を行う場合については、主治医機能としての評価をおこなうこととしてはどうか。

34

資料 50

2015.11.18 中医協総会 資料

小児における主治医機能の評価について

小児科も主治医機能の役割というのが出ます。小児科をお持ちのところは、小児科の外来診療料の年齢が引き上がりそうです。今は3歳ですが、6歳ぐらいまでいくかもしれませんので、確認をしてください。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

長期処方について

薬についての第二弾です。長期処方も少し話題にはなっています。どうなるかは、今、はっきり分かりません。長期処方で制限しようかという話が出ていますが、後からの情報で、分割調剤は認めましょうという話が出てくるので、分割調剤を認めるのであれば、長期処方の制限を新たに持ってくるかどうか、ということをお私は思っています。

高齢者への多剤処方に関する課題と論点

後は、多剤処方についてです。資料51の論点に「医療機関と薬局が連携して、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合について評価することとしてはどうか」とあるように、処方薬剤が減少したら点数を付けようかという話が出ています。このように、今いかに薬が無駄になっているかという形のものとか、多剤のアドヒアランスの問題とかが出ている為、多剤を何とかしていきたいという本気さが見えるかと思えます。(資料51)

高齢者への多剤処方に関する課題と論点

【課題】

- 高齢者は、加齢に伴い、生理機能が変化するとともに服薬行動や医師による薬物治療の提供に影響が出る。年齢の上昇にしたがって保有疾患数が増加し、それに伴い服用薬剤数も増加する。
- 高齢者ほど処方される薬剤数が増加する。また、慢性疾患を有する高齢者では、平均約6剤の処方が行われており、認知症の高齢者についても平均で約6剤の処方が行われている。
- 多くの薬剤が処方されている高齢者は、薬剤による有害事象を発現するリスクが高い。また、高齢者では、加齢に伴う視力や認知機能の低下等により、服薬管理能力が低下する。さらに、服薬回数が多いほど、また、服薬する薬剤が多いほど、服薬アドヒアランスが低下する。
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005(日本老年医学会)、Beers Criteria 2012、高齢者総合機能評価(comprehensive geriatric assessment: CGA)等、多剤処方がなされている高齢者の服薬数を減少させるためのツールが存在する。
- 医療機関において、服用薬剤数を減少する取り組みが行われた例では、一定の効果が報告されている。また、医療機関と薬局との連携によって、服薬コンプライアンスの上昇等に効果があるとの調査結果がある。



【論点】

- 特に高齢者に、多種類の服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、医療機関において、又は医療機関と薬局が連携して、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合について評価することとしてはどうか。

33資料 51

2015.11.06 中医協総会 資料 個別事項その4

残薬についての課題と論点

さらに、残薬についてです。残薬に関しては、もう何十億円も、捨てているというデータが出てきている為、薬の残薬をなくすことで財源も出るのではないかという考え方です。その為、残薬を何とかしようかという話です。資料52の論点の欄に「処方箋様式に残薬調整の可否に係る医師の指示欄を設けることとしてはどうか」と書いてあります。これを訳すとどうということかと言うと、処方箋に、「調剤薬局で残薬調整をしてもよいですか」というような欄ができて、先生がそこに了承してハンコを押します。そして、患者がその処方箋を調剤薬局に持っていき、先生がA、B、Cの三つの薬を1ヶ月分処方していた場合に、調剤薬局の薬剤師が「このA、B、Cの薬がお家で余っていませんか」と確認し、「BとCは余っていないが、Aは3週間分家にあります」と患者が答えた際に、「そうですか。では、先生は、今回1ヶ月分の処方を出したのですが、Aの薬だけは一週間分だけ出しておきますね」と伝え、「Aの薬を一週間分しか出さなかったということ(残

残薬についての課題と論点

【課題】

- 多くの患者に残薬の経験がみられている。残薬の発生状況について、年齢の違いによる差や処方日数による差は大きくないが、服用する薬剤の種類数が多いほど、残薬が発生する患者の割合は増加する傾向にある。
- 残薬確認は薬剤服用歴管理指導料の算定要件となっているほか、服用薬を一元管理するために、調剤時以外でのタイミングにおいても残薬解消の取り組みが行われている。
- 残薬確認は医療機関の受診時や薬局での調剤時に行われているが、医師の確認を経て処方変更する頻度は限定的である。
- 調剤時の残薬確認では、処方医の事前の了解の下で、薬剤師が処方日数を調整し、その結果を処方医に情報提供することで日数調整の取組が円滑に行われている事例もある。



【論点】

- 医師の了解の下で、より円滑に薬局で残薬確認と残薬に伴う日数調整を行うとともに、残薬の状況等について薬局から処方医に情報提供することで患者の指導に役立てることができるよう、処方箋様式に残薬調整の可否に係る医師の指示欄を設けることとしてはどうか。

51資料 52

2015.11.06 中医協総会 資料 個別事項その4

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

薬の状況等について)を、私(薬局)から先生(処方医)に言うておきますから(情報提供をしておく)」という形のものを入れていくということです。これで、何とか残薬を減らすということになります。(資料52)

分割調剤とリフィル制度の違い

さらに、分割調剤とリフィル制度についてです。二つの違いを説明します。分割調剤というのは、90日分の処方箋を出した時に、分散のようにする、調剤薬局で1ヶ月分ずつ出すという形のもので、リフィル制度というのは、1枚の処方箋を何回も繰り返し使えるということです。

このリフィル処方箋は、諸外国ではもうやっています。厚生労働省の方の話の聞くと、どうもやりたかったようですが、ネゴシエーションの中で、最終的には今回の提案には入っていません。分割調剤のみが入りました。(資料53)

分割調剤とリフィル制度の違い

Q「分割調剤」と諸外国における「リフィル制度」の違い

例) 90日分の内服薬を患者に投薬するため、30日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

分割調剤 ○医師は90日分の処方箋を発行し、薬局に対して3回の分割指示。
○薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。

リフィル ○医師は30日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数(3回)を記載した上で発行。
○薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。

(参考)

現行の分割調剤
長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合に、薬局において分割調剤を実施。

(算定点数)

分割調剤の種類	1回目	2回目	3回目
①長期保存の困難性等の理由	調剤基本料 (41or25) 調剤料 (実際の調剤分) 薬剤服用歴管理指導料 (41or34) 薬剤料 (実際の調剤分)	5点 調剤料 (残り分) 薬剤料 (実際の調剤分)	5点 調剤料 (残り分) 薬剤料 (実際の調剤分)
②後発医薬品お試し	調剤基本料 (41or25) 調剤料 (実際の調剤分) 薬剤服用歴管理指導料 (41or34) 薬剤料 (実際の調剤分)	5点 調剤料 (残り分) 薬剤服用歴管理指導料 (41or34) 薬剤料 (実際の調剤分)	— 調剤料 (残り分) — 薬剤料 (実際の調剤分)

55

資料 53

2015.11.06 中医協総会 資料 個別事項その4

分割調剤等について

資料54の論点の欄に「患者の同意の下で医師が指示した場合には、薬局で分割調剤をできるようにすることを検討してはどうか」という形になってきています。これも、残薬に対しては有効な手ですから、色々な形で薬方面に関しましては、引っ張ってくるという感じがあります。(資料54)

分割調剤等について

【課題】

- 投薬の種類数の増加、投薬期間の長期化により、患者は薬をなくしたり服薬を忘れること等があり、適切な薬物療法ができていないことがある。
- 患者の服用薬の種類も増える中、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握するとともに、服薬期間中の状況を確認することで残薬解消などが可能となるが、医療機関と薬局の連携により、服薬コンプライアンスの上昇等に効果的であるとの指摘もある。
- 現行の分割調剤は、長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合に限定されているが、分割調剤は医師からの処方箋を分割することで薬局では分割されたタイミングで服薬状況を確認することになる。
- 新薬の処方日数制限は、安全性確保の観点から設けられている制度であるが、疾患によっては投薬のための通院が負担になる場合もあるとの指摘に対しては、服用期間中の副作用等の確認のタイミングと制限された処方日数との関係を考える必要がある。

↓

【論点】

- 長期処方等に関して、患者が適正に服薬できるよう、長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、処方時に、患者の同意の下で医師が指示した場合には、薬局で分割調剤をできるようにすることを検討してはどうか。
- 新薬の処方日数制限について、疾患によっては投薬のための通院が負担となる場合もあるとの指摘を踏まえ、どのように考えるか。また、安全性を確保するための方策として、患者の同意の下で医師の指示に基づいて分割調剤を行う場合には、薬局の薬剤師が患者の服薬状況や副作用の状況等について把握し処方医と情報共有することを前提として、新薬の処方日数制限を緩和することについてどのように考えるか。

59

資料 54

2015.11.06 中医協総会 資料 個別事項その4

医療機関に対する後発医薬品の使用促進に関する主な診療報酬上の評価

次に、院内処方をやっているクリニックに関して、国は関係ないのですが、院内処方の場合は、ジェネリックを出したら、少し点数を付けそうであります。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

後発医薬品の使用促進に係る課題と論点

後発医薬品についてです。資料55の論点の欄に「一般名処方加算を算定する際には、1剤だけではなく、後発医薬品の存在する全ての医薬品について一般名処方を行うこととしてはどうか」とあります。今は1剤だけでよいのですが、全部やってくださいということです。さらに「後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めることについてどう考えるか」とあり、「理由を書け」と言っています。こんなに面倒くさいことを言ってきたのですが、中央社会保険医療協議会では、診療側の先生からは猛反発がある為、このとおりにいくかどうかと思いますが、逆に、厚生労働省は、薬に関しては、結構、今回、強硬なのです。その為、せめぎあいであるという気もしますが、一応、こういったことを言っているという段階だということは、知っておいていただければと思います。(資料55)

後発医薬品の使用促進に係る課題と論点

【課題】

- 平成26年度の診療報酬改定における後発医薬品の使用促進策により、後発医薬品の調剤割合が増加しており、薬局の備蓄品目数や在庫金額も増加傾向にある。今後は、新たな後発医薬品の数量シェア目標の達成に向けて、さらなる取組が必要となる。
- 後発医薬品使用体制加算については、全ての採用品目数に占める後発医薬品の採用品目数の割合が要件となっているが、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づくと、医療機関(DPC除く)において平成27年6月時点で平均42.6%となっている。
- 従来、院外処方・入院と比べて院内処方では後発医薬品の使用割合が高い傾向にあったが、近年は相対的に低下していく傾向にある。なお、院内処方では診療所における処方回数全体の30%程度を占めている。また、現在、病院及び院外処方を中心に診療を行う診療所については、後発医薬品使用促進に係る評価が存在するが、院内処方を中心に診療を行う診療所に対する評価は存在しない。
- 処方に関しては、一般名処方の増加により、後発医薬品の調剤割合が高くなっており、一般名処方は後発医薬品の使用促進に有効な手段となっている。
- また、薬局からは、医療機関に対し、後発医薬品の銘柄指定をしないことを望む意見がある。

【論点】

- 新たな後発医薬品の数量シェア目標について、まず平成29年央に70%と設定されていることから、薬局における後発医薬品調剤体制加算及び医療機関における後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直すこととしてはどうか。
- 併せて、入院における後発医薬品使用体制加算についても、後発医薬品の採用割合に関する指標を新指標に改めることとしてはどうか。
- また、特定の医療機関からの処方集集中率が多い薬局の備蓄状況等を踏まえ、このような薬局の後発医薬品調剤体制加算をどのように考えるか。
- 後発医薬品のさらなる促進を図るため、院内処方を実施している場合についても、後発医薬品の使用促進に関する取組を評価することとしてはどうか。
- 処方せん料については、一般名処方の場合とそれ以外の場合の評価の差が広がるよう見直すとともに、一般名処方加算を算定する際には、1剤だけではなく、後発医薬品の存在する全ての医薬品について一般名処方を行うこととしてはどうか。
- 後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めることについてどう考えるか^②

資料 55

2015.11.06 中医協総会 資料 個別事項その4

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

在宅医療に関しましては、今回、大幅に変わります。まず、資料56の別表7、8に記載の病名や処置、ここに書かれているような内容をやらなければいけない在宅患者は、重症患者として点数を上げます。資料に記載のように、具体的に別表7、8というのが出ました。つまり、在宅患者を重症患者と、そうでもない患者は軽い患者として点数を分けるということです。(資料56)

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

	別表7*	別表8**	左記の地域医療区分2・3のうち長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的に必要な処置等	人工呼吸器の使用	人工呼吸器 酸素療法
	長期に渡る療養が必要な疾病	人工呼吸器の使用 酸素療法 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己摂食管理 経管栄養等 自己疼痛管理 人工肛門/人工膀胱	人工呼吸器 酸素療法 透析 経腸栄養
短期的に病態が増悪した状態等	スモン	悪性腫瘍	スモン
	多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 先天性免疫不全症候群	肺炎高血圧症 褥瘡(真皮を超える)	筋ジストロフィー 多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病 悪性腫瘍 腎臓損傷等 褥瘡
その他	別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態		

*別表7:在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能 **別表8: 退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として

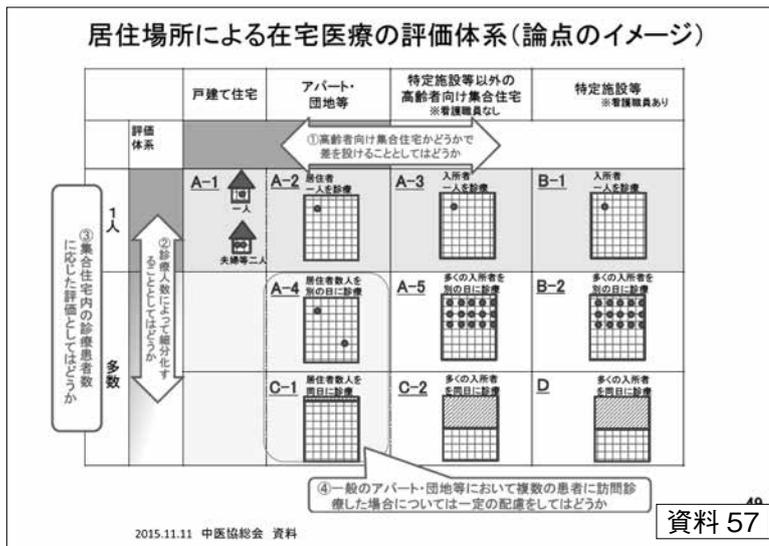
2015.11.11 中医協総会 資料

資料 56

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

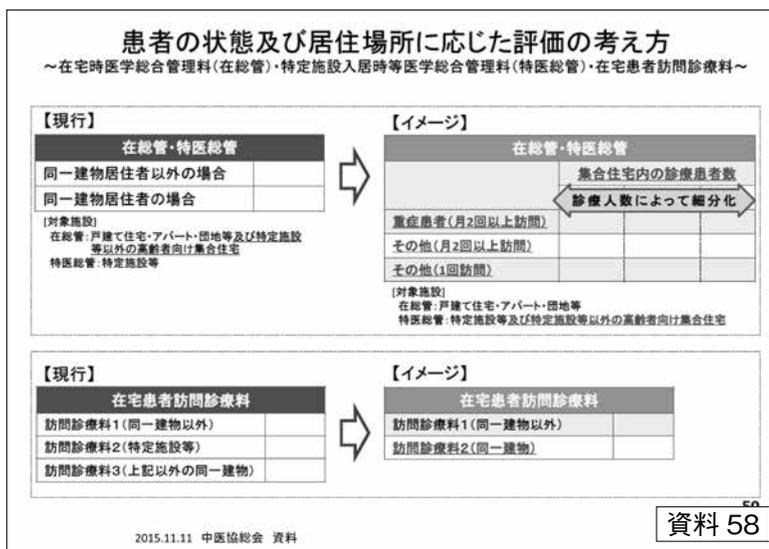
居住場所による在宅医療の評価体系(論点のイメージ)

次に、居住場所によっては、いわゆるアパートや戸建て住宅、高齢者住宅や特定施設等がありますが、これを整理しましょうということです。今は、一人しか行かなければ高いですが、二人以上行くと安いというような感じになっている為、これを何とか診療人数によって細分化するという事です。分かりやすく言うと、一人なら何点になるのが、二人から九人までは少し下げて、十人以上みるのであればもっと下げるといった感じの点数配分にするということです。(資料57)



患者の状態及び居住場所に応じた評価の考え方

資料58で分かりやすく説明します。今までは、在総管・特医総管というのは、同一建物とそれ以外で分けていきましたが、これを住まいで分けるということです。在総管は、戸建て住宅・アパート・団地等で、特医総管は特定施設等及び特定施設等以外の高齢者向け集合住宅です。在総管と特医総管を住んでいる場所で今説明したように分けるといったことです。つまり、今までは高齢者住宅は在総管でしたが、これは特医総管の方にするから、そうなりと低くなります。さらに、重症患者、先ほどの資料56の別表7、8に月2回行くと高い、結構高いです。しかし、別表7、8に該当しない人を月2回行くとすごく低いです。軽い患者、月2回行かなくても大丈夫というような患者は、月1回行っても、それなりの医学総合管理料、在総管を認めるということです。在総管も特医総管も、患者の重症度によって三種類にするということです。さらに、集合住宅の場合には、診療人数によって、先ほど言いましたように、何人みたく分けていくということです。



私としては、今説明した考え方の方が納得できます。つまり、サービス付き高齢者向け住宅にいても、重症患者はいるからです。サービス付き高齢者向け住宅だからと言って、一律二人以上みたらこれだけ低いということではなく、重症患者に対してはそれなりの報酬という形の整理にするということです。

訪問診療料は、特定施設というのをやめて整理し、二つだけにするという事です。今説明したような形の在宅医療の点数改定になります。(資料58)

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

退院直後の在宅療養支援の強化に関する課題と論点

資料59の論点の欄に「退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携の為に入院医療機関から行う訪問指導について評価してはどうか」とあります。例えば、急性期の病院の患者が退院して自宅に帰り、退院した後は近くのクリニックの先生が在宅で近くの訪問看護ステーションと一緒にみるという場合に、入院していた急性期の病院の看護師が退院してからすぐに1回行くということです。「入院中はこうだったが、退院してからはどうかな」という

ことで、そこをつなぐということです。「治し、支える医療」の方にいくという形です。

今まで急性期の病院は、訪問看護何て考えたこともないと思います。しかし、皆さんのところがこういった形のものに点数が付いていくということと、やはり地域連携の中で、地域の中で顔が見える連携をとるということでは非常に重要ですから、知っておいていただきたいです。さらに、病院、クリニックからの訪問看護を高くすると言っている為、訪問看護ステーションを持っていらっしやらないところでも、訪問看護をどのような形で考えるかということも今回の課題ではないかと思えます。(資料59)

退院直後の在宅療養支援の強化に関する課題と論点

【課題】

- 医療ニーズが高い高齢者や小児、難病等の患者が、住み慣れた地域での在宅生活を継続するためには、在宅療養生活を見据えた退院支援及び在宅における継続的なケアが必要である。
- 特に、ケアの技術や専門性が必要となる医療ニーズがある患者が療養の場を医療機関から在宅に安心・安全に移行するためには、技術移転や療養の場にあわせたケアの見直し等入院医療機関側及び在宅側が相互に連携する必要がある。
- また、訪問看護の提供体制は、近年、利用者数、ステーション数ともに増加傾向であるが、より医療ニーズが高い患者を受け入れられる体制が求められている。
- 一方、医療機関からの訪問看護の実施件数は、訪問看護ステーションから場合の約3分の1であり、特に、病院からの訪問看護は多くが精神科訪問看護であり、一般病院からの訪問看護は少ない。

↓

【論点】

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価してはどうか。
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価してはどうか。

101

資料 59

2015.11.11 中医協総会 資料

精神科重症患者早期集中支援管理料と障害福祉サービスの同時利用／ 精神科重症患者早期集中支援管理料に係る課題と論点

精神科に関しましても、精神科重症患者早期集中支援管理料と障害福祉サービスを同時に利用できるようにするので何とか増やしたい、ということです。例えば、夜間のことに関しましては、訪問看護を組み合わせてもよいというように、よくできていますので知ってほしいです。

現行の加算の対象となっていない身体合併症

精神科身体合併症管理加算の対象患者は別表7-2に限定されてきましたが、今回は資料60に記載の疾病まで拡大使用としています。面白いのが、内科学会保険連合の特定内科診療です。資料60の右枠のものも、精神科の身体合併症の中の病名として位置付けるという形で決まってきたと思いますから、関係するところは知っておいてください。(資料60)

現行の加算の対象となっていない身体合併症

- 内科学会社会保険連合(内保連)は、平成25年に「誰がみても内科治療上きめて努力を有する26の重篤な急性疾患・病態」を下記のように挙げた。
- このような重篤な疾患であっても、身体合併症管理加算の対象として明示されていない疾患がある。

内科学会社会保険連合による特定内科診療

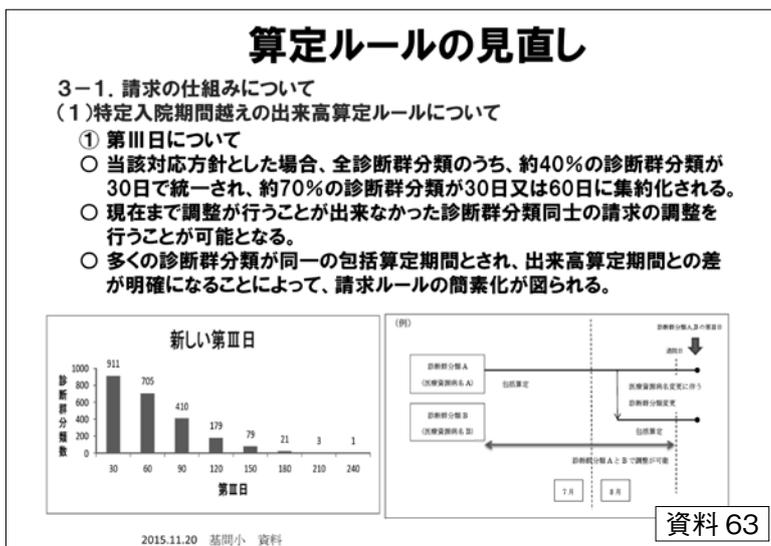
精神科身体合併症管理加算・ 精神科救急・合併症入院料の対象 として明示されていない身体合併症	精神科疾患や、精神科身体合併症管理加算・ 精神科救急・合併症入院料の対象 となる身体合併症
<ul style="list-style-type: none"> ○ 化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎) ○ 重症筋無力症クリーゼ ○ 間質性肺炎(急性増悪) ○ 慢性閉塞性肺疾患(急性増悪) ○ 急性呼吸窮迫症候群(ARDS) ○ 解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey III型) ○ 肺塞栓症 ○ 劇症肝炎 ○ 重症急性膵炎 ○ 難治性ネフローゼ症候群 ○ 先天性ネフローゼ症候群 ○ 急速進行性糸球体腎炎 ○ 再生不良性貧血 ○ 脳脊髄の感染を伴う炎症 急性脳炎・急性脳症 ○ 頸椎頭頸損傷 	<ul style="list-style-type: none"> ● 重症脳卒中 ● 気管支喘息重症状態 ● 急性心筋梗塞 ● 急性心不全 ● 中枢神経ループス ● 糖尿病性ケトアシドーシス ● 甲状腺クリーゼ ● 副腎クリーゼ ● 急性白血病・急性リンパ性白血病・急性骨髄性白血病 ● 悪性リンパ腫 ● 敗血症性ショック ● 薬物中毒 ● てんかん重症状態・精神運動発作重症症

資料 60

2015.10.23 中医協総会 資料 個別事項その2 精神医療

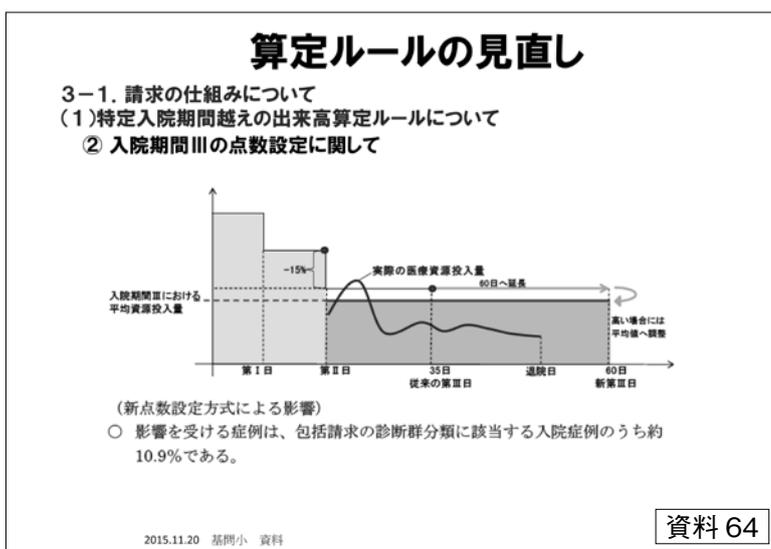
※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

診断群分類70%が30日から60日に集約されるということです。このような形で全て整理すれば、途中で診断群分類が変わった時にも、「変わってしまったら、今、まだ第Ⅱ日だった」とか「もう出来高請求になっていたのに第Ⅲ日だ」ということのないようにと言うのですが、本当のことを言いますと、入院を伸ばすDPCの病院も確かにあります。空いているよりはベッドを埋めておいた方がよいという形で、ずっと入院していて、第Ⅲ日もずっと出来高になるまで延ばしてしまうということになりますと、今ですと、診断群分類によって点数が違います。それを30日か60日という形で、整数倍で、15日であれば30日にするし、45日であれば60日という形にすると、当然、点数は下がります。第Ⅲ日の点数が当然下がります。第Ⅲ日の点数が下がりますから、長く入院させるインセンティブがなくなるのです。(資料63)



第Ⅲ日の点数の付け方は資料64に記載のとおりです。第Ⅰ日、第Ⅱ日があり、従来の第Ⅲ日のところから出来高になるのですが、一番太い横線ところを全部30の整数倍にするということです。

そうなる、私は分からないのですが、ある病院で第Ⅲ日の平均を計算してみたと言っていました。30日にして1日いくらくらいになるかということ計算してみたら、その病院は3万点だと言っていました。3万点と言えば、地域包括ケア病棟と同じなのです。そうなる、やはりDPCは第Ⅱ日までということです。第Ⅱ日越えの方たちは、いたずらに長くしても、あまり診断群分類ごとにもものすごく高い点数にならず、ある程度長くした方が不利にして、そうであれば、地域包括ケア病棟でもいけるのではないかということです。もしそうだとすると、自分でも計算してみようとは思っています。考えたものだなと思っています。(資料64)



後、CCPマトリックスというものが入ってきて、肺炎と糖尿病と脳血管疾患に関しましての重症度というものが入るとのことと、これ以外の疾患も重症度の指数を入れるという形で考えています。つまり、出来高の点数と比較して、出来高が高い方を重症視するという形で評価するというようなものが出ます。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

高齢化による今後の課題と対策

ここがまとめなのですが、今日は時間もあまりない為、簡単に説明します。

高齢者が増える為、介護保険を知らないと平均在院日数は伸びます。介護報酬等は知らなくてよいのです。知ってほしいのは、高齢の患者がどのような介護保険サービスを利用すれば退院できるかということです。その感覚がなければ、病院全体で在院日数は伸びます。

認知症の話は先程したため、割愛します。

そして、地域の質の高い介護事業者・介護施設・病院・診療所の連携は必須

です。特に、通所リハビリテーションです。高齢者のリハビリをやってくれるところは連携先として持っていか、皆さんがやるかです。患者が高齢化になってくるのですから。勿論、寝たきりになって在宅医療でみるのも構わないですが、寝たきりになってしまったら、病院へ入院や外来には来なくなる為、なるべく皆さん方の医療を受けるだけの足腰は持っていただくということでは、どこと連携するかということです。また、一人暮らしになった時にどういった住まいがあるのかということをお気にしておいていただきたいということです。(資料65)

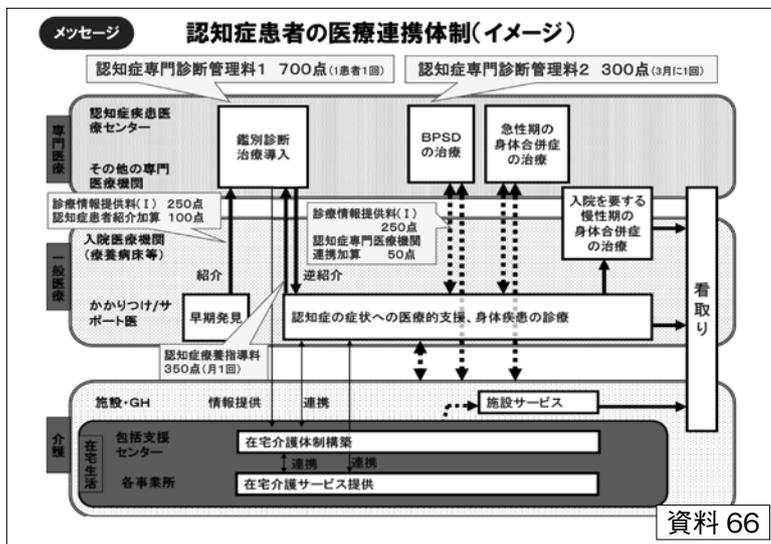
高齢化による今後の課題と対策

1. 退院調整は難しくなる
退院調整から退院支援へ
介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる
2. 認知症対策を徹底
認知症患者700万人時代へ
認知症対応も出来る医療機関が求められる
3. 地域の質の高い介護事業者・介護施設
病院・診療所の連携は必須
高齢者のリハビリや住まいは重要
かかりつけ医の役割は重要化

資料 65

認知症患者の医療連携体制(イメージ)

資料66は認知症がらみの診療報酬の為、皆さんはご存じとは思いますが、もし、あまり紹介したことがないという病院の方がいらっしゃいましたら、点数本でご確認ください。今は、皆さんの関係する病院が、認知症疾患医療センターに紹介すると3,500円です。相手が鑑別診断をして、患者が処方提案を持って帰ってきたら、そこから皆さん方が処方を出すのです。患者が処方提案をもらってくるのですから、皆さん方に処方を出していただいて、その間、例えば、認知症療養指導料というのが半年間くらい請求できるのです。もし、患者が「また何かおかしいわ。専門医の相談をしたいわ」と言ったら、もう鑑別診断はおっていますが、相談の為にまた紹介するということです。徘徊が始まってしまったとか、物をとられるという妄想がすごいというような相談をすると、その時に300点三千元、認知症専門診断管理料2が300点三千元なのですが、資料66に「認知症専門診断管理料2 300点(3月に1回)」と書いてありますので、極論ですが、認知症の患者をみている医療機関は、3ヶ月に1回は専門医に相談できるということです。認知症も増えていきますから、認知症疾患医療センターに診療所型もできたりすると、連携先として、認知症が増えてきた時の対策は考えておいていただきたいということです。(資料66)



資料 66

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

広報戦略

さらに、冒頭に言いました、2025年には3人に1人が65歳以上になりますから、病院の方はケアマネージャーとの勉強会は考えておいてほしいです。ケアマネージャーに自分の病院のことを知ってもらい、ケアマネージャーに、皆さんも理解しているということをアピールするということが必要です。

医業収入確保には介護保険の知識・運用情報は知るべき！！

医業収入の確保には、介護保険の知識・運用情報というのは、知らなければならぬという時代になってきました。患者層が高齢になっていく為、これは非常に重要だということです。

医療を守るということは、イコール地域を守ることです。その為、地域から人が減っていけば、自分の病院だけがよくなっても患者が減るかもしれません。やはり地域連携というのは、連携の点数がほしいからではなく、地域の医療機関が連携するとすごく住みやすく、よい地域だとすると人も増える為、そういった意味で地域を守るということを考えていただきたいです。

多数の患者が介護保険対象者となります。退院に結び付けるケアプランの知識が重要です。私は、ケアマネージャーをしているお友達からたくさんケアプランをもらいます。たえず10枚ぐらいは持っています。要支援2のケアプランや要介護3のケアプラン、月15万円のケアプランや、一人暮らしのケアプラン、共働きの人のケアプラン等友達からたくさんもらいます。ケアプランというのは、見た目は全然面白くない資料なので、それを絵付きでもらいます。患者との調整の時に「こういうものがあるのですが」というようにもらいます。私は、皆さんはどうしてもらわないのかと思っています。病院にケアマネージャーが来るから、仲良くなって、そういった事例を集めて、皆さんの患者がどうしたら暮らしが成り立つのかということは、考えてほしいです。

また、高齢者の世帯と単独世帯が増える為、ここをきちんと把握していくということです。自分の病院の患者の誰が一人暮らしで、誰が高齢者だけで暮らしているのかということです。高齢者の住まいや介護施設の情報も重要です。一人暮らしで、「まだ皆さんの病院のそばで暮らしたい」という人がいた時に、どうしたら自分の病院のそばで暮らせるのかということを考えていただきたいです。地域に信頼させるという形のものと考えていただきたいということになります。(資料67)

**医業収入確保には介護保険の
知識・運用情報は知るべき！！**

医療を守る＝地域を守る

多数の患者が介護保険対象者となります！

退院に結びつけるケアプランの知識は重要！

高齢者世帯・単独世帯増加！

高齢者の住まい・介護施設の情報重要！

地域に信頼され頼りにされる！！

資料 67

臨床検査の外部精度管理

臨床検査は、今、検体検査加算というのがありまして、臨床検査の外部精度管理についてです。資料68の論点の欄に記載のように「国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている」という形のものに関しましては、点数を高くするというものが、ほぼ決まった状態で、資料として盛り込まれてきました。(資料68)

臨床検査の外部精度管理

臨床検査の外部精度管理について

- 検体検査に関する一定の施設基準を満たした保険医療機関で検体検査を行った場合には、検体検査管理加算として評価を行っており、施設基準において外部制度管理の実施が必要とされている。
- 臨床研究中核病院に求める要件においては、「検査の正確性を確保するための設備を有する臨床検査施設」として、「国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること等、その技術能力が国際的に認定されたと客観的に判断できる外部評価を受けた臨床検査室を意味するものである」とされている。
- 現行の検体検査管理加算の施設基準に含まれる外部精度管理については、どのような外部精度管理を受けているかについて限定は設けておらず、上記の国際規格に基づく技術能力の認定を受け、質の高い外部精度管理が実施された場合の評価は、特に区別されていない。

↓

【論点】

○「国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている」施設において行われる検体検査について、さらに評価を行うこととしてはどうか。

8

資料 68

2015.12.11 中医協総会 資料 個別事項その6

診断に当たって遺伝学的検査が必須とされる指定難病(35疾患)／ 指定難病の診断に用いる遺伝学的検査

遺伝学的検査に関しては、資料69に記載の疾患名は遺伝学的検査が必須ということである為、そういったものに関しては評価しているかということなのです。(資料69)

診断に当たって遺伝学的検査が必須とされる指定難病(35疾患)

疾患名※	遺伝子名	疾患名※	遺伝子名
神経有棘赤血球症	VPS13A遺伝子	1 p 36欠失症候群	染色体
先天性筋無力症候群	CHRNA7遺伝子	4 p 欠失症候群	染色体
ライソゾーム病	GNPTAB遺伝子	5 p 欠失症候群	染色体
プリオン病	PRNP遺伝子	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	XQ-DMR、MEG3-DMRの高メチル化
原発性免疫不全症候群	AK2遺伝子	アンジェルマン症候群	UBE3A遺伝子
クリオピリン関連周期熱症候群	NLRP3遺伝子	スミス・マギニス症候群	RAI1遺伝子
神経フェリチン症	FTL遺伝子	22 q 11.2欠失症候群	染色体
ペリー症候群	DCTN1遺伝子	エマヌエル症候群	染色体
先天性大脳白質形成不全症	PLP1遺伝子	脆弱X症候群関連疾患	FMR1遺伝子
環状20番染色体症候群	染色体	脆弱X症候群	FMR1遺伝子
PCDH19関連症候群	PCDH19遺伝子	ウォルフラム症候群	WFS1遺伝子
低ホスファターゼ症	ALPL遺伝子	ケンジュール病	ABCA7遺伝子
ウリアムズ症候群	染色体	高1 g D症候群	MVA遺伝子
クルーゾン症候群	GFRR3遺伝子	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	PSTPIP1遺伝子
アペール症候群	GFRR3遺伝子	先天性赤血球形成異常性貧血	CDAN1遺伝子
ファイファー症候群	GFRR3遺伝子	若年発症型両側性感音難聴	ACTG1遺伝子
アントレー・ビクスラー症候群	POR遺伝子		
ロスマントムソン症候群	ReoQL4遺伝子		
ブラダー・ワイリ症候群	染色体		

17

資料 69

2015.12.11 中医協総会 資料 個別事項その6

放射線診断等に関する課題と論点について

放射線診断の64列以上のマルチスライス型CTや3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置に関して、施設共同利用の条件を少し重くしてきそうです。施設共同利用をきちんとしているかどうかという形です。

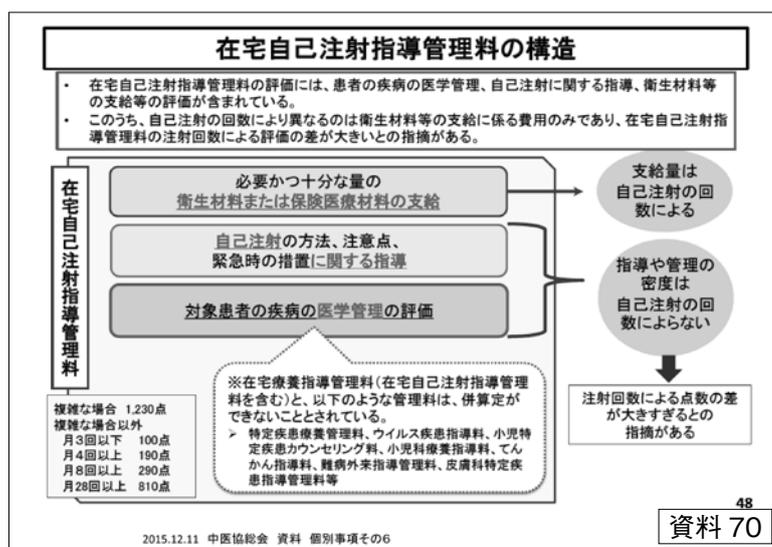
睡眠時無呼吸症候群等に対するASV療法における課題と論点

後は、ASVです。これは、やっていらっしやるところは、睡眠時無呼吸症候群で慢性心不全を合併している患者に関してASV療法をやっているのであれば、新点数ができます。これは、治療としてやっているところや業者の方は知っておいてほしいです。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

在宅自己注射指導管理料の構造

在宅自己注射指導管理料に関しては、今は回数で点数を変えています。回数が変わるのは衛生材料ぐらゐである為、衛生材料代が違うのであれば、材料代だけ別枠の点数設定にしたらかどうかという感じ。「必要かつ十分な量の衛生材料」を衛生材料加算というように整理してはどうかという話が出ています。(資料70)



糖尿病性腎症の重症化予防に係る課題と論点

糖尿病の透析予防について、この予防指導管理料というものは、腎不全の患者に関しまして、運動介入をすると効果があり、一定期間、透析にならないで済むということです。なるべく透析になる期間を遅くする、一定期間改善また、は維持されて、透析に行かないという方のアウトカム基準を前提として、運動指導を行うという形に点数を付けるということです。その為、これはリハビリテーション等が得意なところは、相談しながら運動指導について準備をしていただきたいです。

慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患に関する課題と論点

慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患についてです。慢性維持透析患者が下肢末梢動脈疾患により足を切らなければならないということにしたくないということです。その為、この下肢末梢動脈疾患について、血流障害を他の医療機関と連携して早期に治療を行うということです。クリニック等であれば、連携先の病院を持っていて、とにかく、発見が遅くなって足を切断しなければならないように予防しようということです。

ここまでで何か気が付きませんか。今回の改定は、予防に関するものに点数が結構あるという意識があります。

胃瘻について課題と論点

胃瘻に関しましても結構あります。資料71に書いてあるのは、胃瘻の嚥下機能の回復です。

摂食機能療法というのがあるという話をしましたが、今まで摂食機能療法は脳血管疾患がなければ駄目でしたが、今回から嚥下困難でよくなりそうです。何かをやって嚥下困難だということがはっきり分かっているならば、摂食機能療法の点数3点が可になりそうです。その理由は、国が今考えているのは、フランスや北欧の方の医療を目指しています。つまり、口から食べられなくなったらもうおしまいというようなことです。日本は、しばらく、胃瘻を作って意識がなくてもずっと入院するというような時代が長かった為、とにかく胃瘻はあまりやらないで、口から食べるということに関しまして、点数を付けようという形の流れが出ているということです。(資料71)

胃瘻についての課題と論点

【課題】

- ・ 胃瘻造設術が年間50件以上の施設において、胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出を行う医療機関が少なかった理由として、経口摂取回復率の計算に必要なデータの収集が困難であったという意見が多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟などでは、嚥下機能の維持・向上に係る様々な取組みが実施されている現状が認められた。
- ・ 胃瘻造設前の嚥下機能評価については、嚥下機能評価を行う患者が増えたという医療機関も相当数認められたが、一方で、現在の施設基準で、全例検査の対象から除外されている患者以外に、検査を行わなくても胃瘻の適応が明らかかな患者がいるといった意見があった。

↓

【論点】

- 胃瘻造設の際に求められる嚥下機能の回復を評価する指標について、施設における嚥下機能やその回復の見込みを適切に評価できる体制や、嚥下機能の維持・向上に対する取組みに関する視点を取り入れることとしてはどうか。
- 術前の嚥下機能検査実施について、現在の施設要件で全例検査の除外対象とされている項目に、新たに筋萎縮性側索硬化症(ALS)、脳性麻痺などを追加することとしてはどうか。

80

資料 71

2015.12.11 中医協総会 資料 個別事項その6

在宅酸素療法及びCPAP療法の現行の評価について(イメージ)

在宅酸素療法に関しましては、簡単に言いますと、在宅酸素療法は、1ヶ月に1回受診がなければ点数が取れません。言葉は悪いですが、在宅酸素療法指導管理料は取れないです。しかし、酸素屋さんにはレンタル料を払わなければいけない為、受診のなかった月に関しましても、使用される機器の部分については点数を算定できることにしようということです。3ヶ月に1回しか受診できないのであれば、2ヶ月分の機器の分に関しては請求可にしようという話です。(資料72)

在宅酸素療法及びCPAP療法の現行の評価について(イメージ)

- 現行、在宅酸素療法及びCPAP療法の現行の評価では、管理料について、1月に1回の受診が必要であり、医師の判断等で受診しない月があると、管理料は算定できないこととされている。
- 在宅酸素療法及びCPAP療法の管理料について、3月に1回の受診であっても、使用される機器の分については評価することとしてはどうか

管理料の算定(イメージ図) 現行

1月に1回 診察・指導に対する評価 機器の費用

受診しない月 算定できない 診察・指導に対する評価 機器の費用

受診しない月 算定できない 診察・指導に対する評価 機器の費用

1月に1回 診察・指導に対する評価 機器の費用

未院 2か月目 3か月目 4か月目

医療機関が患者に支払う機器のレンタル費用についても算定できない。

管理料の算定(イメージ図) 見直し案

1月に1回 診察・指導に対する評価 機器の費用

受診しない月 診察・指導に対する評価 機器の費用

受診しない月 診察・指導に対する評価 機器の費用

受診月 診察・指導に対する評価 機器の費用

未院 2か月目 3か月目 4か月目

機器の分については、受診しない月分も含め算定可能

89

資料 72

2015.12.11 中医協総会 資料 個別事項その6

湿布薬の処方状況

また薬の話が出ました。湿布薬は1回の処方では70枚までです。「あまりたくさん出さな」というような形で出てきています。

医薬品の適正給付に関する課題と論点

医薬品の適正給付についてです。薬屋のビタミン剤についても少し出ています。ビタミンB等が少し問題になっている為、この辺をどういうふうにと縛ってくるのかと思います。

※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付について

入院中の経腸栄養用製品の使用に係る課題と論点

経腸栄養用製品は、いわゆる食品に分類されるものと医薬品に分類されるものの二つがある為、食品の方に関しましては、食品ですから、今実態調査の方に載ってきません。その為、これを実態調査に入れようという話が出てきて、来年度は、おそらく食品ですと特別食加算は駄目になると思います。今は、食事療養費で栄養をやっていると特別食加算はOKです。

医師事務作業補助者に係る課題と論点

医師事務作業補助体制加算は、加算1の点数が上がるのではないかと思います。さらに、加算1が、今、医師事務作業補助者の勤務する場所として勤務時間の8割以上が「病棟又は外来」となっているのですが、文書作成の補助に限って実施場所を問わないということになってきた為、勤務する場所が少し緩くなりますので、加算1に関しましてはよかったかなということでもあります。

夜間等における医師の負担軽減に関する課題と論点

脳卒中ケアユニットとかICT活用とはどういうことかと言うと、色々な資料が入っていますが、結論から言うと、今、画像診断管理加算とか脳卒中ケアユニットとかというのは、常勤の医師が必ず病院にいななければならないということになっています。これは家でもよいというか、ICTを活用して自宅での読影でもよいということや、脳卒中ケアユニット等もそういうことができるのであれば、常時いる医師の経験年数を緩くしてもよいのではないかと思います。つまり、時代は変わってきた為、そういったものも診療報酬の中に入れ込めます。

常勤配置の考え方に係る課題と論点

資料73は、医療機関には重要ですから知っておきましょう。常勤配置の考え方です。常勤の最低条件は週4日いて32時間です。しかし、これを育児・介護休業法等を使用した場合には、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算にしてもよいということです。または、育児休業法の短時間勤務制度、短時間ですが、正職員という形で採用しているのであれば、30時間でよいという形です。これは、人事労務管理の問題になります。(資料73)

常勤配置の考え方に係る課題と論点

【課題】

- 診療報酬制度上は、入院基本料等一部の施設基準において、医師等に関する常勤の取扱いが示されており、週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であるものとされている。なお、産前産後休暇等や短時間勤務制度に関する規定は置かれていない。
- 職員の常勤配置が必要な項目は多岐にわたっている。
- 育児・介護休業法改正や女性活躍推進法制定により、近年では短時間勤務等のより柔軟な勤務形態の必要性が増している。



【論点】

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、一定の期間、同等の資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことを、原則として認めてはどうか。
- また、育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務している場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとしてはどうか。

43
資料 73

2015.12.11 中医協協会 資料 個別事項その7

認知療法・認知行動療法に係る課題と論点

認知療法・認知行動療法に関しましても、医師の指示の元、経験のある看護師が行ってもよいという形に、一部条件が少し緩くなったということです。

先ほどの話に関連して、今、看護師の72時間ルールも出ているのです。今の案は、16時間未満の人も入れようという話です。16時間未満の人も入れようというのはどういうことかと言いますと、子どもが幼い時だけは月に2回だけというような、夜勤の人も現在では計算式に入れられません。それを2回=16時間の夜勤を計算対象としてはどうかという提案が出ています。賛成と反対が相当拮抗している状態ですが、それが入ると勤務割表の作り方も非常に楽になると思います。

その他にも、がんの患者の老い方、死に方の話、例えば、家で死にたいというがん患者がいるのであれば、ある時期で在宅医療につなげようとかいう話もあります。

今の話で何か分かりませんか。今回の診療報酬改定は、すごいです。働き方の問題から老い方、死に方の問題から、育児休業制度等の労務管理の問題まで、全てが診療報酬点数改定に乗っかっているのです。その為、医師だけが聞くと少し難しいかもしれません。その為、今回の改定は、人事労務管理の担当の人も、経営戦略を立てる人も、いわゆる看護師長も、こういった形で人を採用するかという人も、どういうふうな点数改定なのかという位置づけを見ていただきたいというのが、私の最後のお願いでございました。

短い時間で少し盛り込み過ぎてパニックかもしれませんが、資料を1枚ずつめくってみて確認してください。本日は、どうもありがとうございました。



※本文中の内容については平成27年12月17日時点での情報を元にしております。確定情報は厚生労働省のホームページにてご確認ください。