

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について (これまでの医療保険部会における議論等を整理したもの)

1. 基本認識について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>ア 社会保障・税一体改革では、消費税率を引き上げ、医療・介護サービスの機能強化と重点化・効率化に取り組むこととされており、これらの方向性を踏まえ、診療報酬改定の検討を進めるべき。</p> <p>＜社会保障・税一体改革での見直しの方向性＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するなど、在宅医療を充実 	<p>《平成25年7月25日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 社会保障・税一体改革では、医療サービスの充実のために、消費税引上げ財源を利用することとされている。平成26年度には消費税率の8%への引上げが行われることから、消費税引上げの財源のメインを診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実を図るべき。2025年に向けて、現場での取組を応援するような改定にすべき。</p> <p>(イ) この10年で約8%の医療費と介護費用の減額が起り、少し改善してもまだ1%も改善していない。増大する社会保障費をカバーするために消費税を上げると言っていたが、いつの間にか消費税の一部しか社会保障費に使わないという風潮がでている。その中で、医療費と介護費用を上げてもらいたいと当然お願いするわけだが、医療提供側も効率化できる場所は効率化することが必要。</p> <p>(ウ) 社会保障・税一体改革で2025年に向けた方向性が示されているが、この方向で進めるべき。医療費は年2、3%の伸びであり、このままでは財政的に破綻する。いくら消費税を上げても追いつかないので、医療の充実と同時に、効率化を進めるべき。医療の効率化では、国民の意識改革と、医療提供体制の効率化が必要。効率化の項目を具体的にどうするか、工程表に落とし込むような政策作りをお願いしたい。</p>
<p>イ 病院・病床の機能分化・強化と連携は、診療報酬と補助金による誘導が考えられるが、それぞれの特性を考慮しながら、診療報酬と補助金を適切に組み合わせ対応することが適当。</p>	<p>《「医療保険部会における主な議論」(平成25年5月 医療保険部会)》</p> <p>(ア) 診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点というものをいかしながら、最適な組み合わせというものを考えていくというのが一番政策的にはよい。その際には、消費税の引上げによって生まれる財源を活用していく形で、2014年度から実施していくことがよい。</p> <p>(イ) 診療報酬はあまねく全ての医療機関に行きわたる一方、補助金はどうしても公的など中心となってしまうので、両方の手法が必要であるが、診療報酬がメインで、補助金はサブとすべき。</p> <p>(ウ) 補助金は底辺を底上げするためのものであり、一般の事業者に対しては、診療報酬で自己改革を促すことが、地域の医療資源、医療機能のアップになるのではないかと。</p>

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>ウ 病院・病床の機能分化・強化と連携は、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、患者の受け皿を整備しながら段階的・計画的に進める必要。</p> <p>エ 病院・病床の機能分化・強化と連携に当たっては、医療従事者の確保が重要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組む必要。</p> <p>オ 平成26年度診療報酬改定においても、医療法改正による対応を待たずに、社会保障・税一体改革で示されている「平成37年度(2025年度)の医療の姿」を見据えつつ、平成24年度改定に引き続き、病院・病床の機能分化・強化と連携、外来診療の機能分化、在宅医療の充実等に取り組む必要。</p>	<p>《平成25年7月25日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 中山間地では、自宅療養だけでは支えきれない。療養病床が廃業に追い込まれたケースもあることから、地域の実態を踏まえ、医療を受けられない者がでないよう配慮が必要。</p> <p>(イ) 高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。</p> <p>《平成25年7月25日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 2025年の医療・介護提供体制を実現するため、医療従事者の確保が必要。看護職の離職防止・定着対策をはじめ、医療従事者が長く働けるような勤務環境の整備を重点的に進める必要。</p> <p>(イ) 病棟薬剤師は、持参薬の管理、ハイリスク薬の管理、服薬指導、モニタリング、勤務医の負担軽減等に努めており、病棟における薬剤師業務の評価が必要。</p> <p>(ウ) 入院前と入院中の薬剤の連携が重要であり、薬局薬剤師と病棟薬剤師が連携することにより、質の高い切れ目のない業務を行いたい。</p> <p>《「平成24年度診療報酬改定の基本方針」(平成23年12月 医療保険部会)》</p> <p>(ア) 来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。</p> <p>(イ) すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化・強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。</p>

2. 次期診療報酬改定(社会保障・税一体改革関連)の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>① 高度急性期・一般急性期について</p> <p>ア 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた入院医療の評価を行う観点から、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化 ・ 患者の状態に応じた医療の提供 ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院支援の推進 ・ 急性期病院の平均在院日数の短縮 等 	<p>《平成 25 年7月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。</p> <p>(イ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。</p> <p>(ウ) 急性期病床の機能分化・強化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要があり、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。</p> <p>(エ) 急性期の患者ができるだけ早く退院したり、次のステージの病床に移れるように、廃用症候群予防のための早期のリハビリや、退院支援の充実が必要。</p> <p>(オ) 入院早期から退院後の生活を見据えて、身体機能の低下を防ぎ、日常生活動作を回復させる支援が必要。多くの職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期からの生活支援に軸を置きリハビリテーションを推進すべき。</p>
<p>② 長期療養について</p> <p>ア 急性期病棟と長期療養を担う病棟の機能分化を図り、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受入れを推進する観点から、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期病棟における長期入院患者の評価の適正化 	<p>《平成 25 年7月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。[再掲]</p> <p>(イ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われている</p>

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>・ 長期療養を担う病棟の受入体制の充実 等</p> <p>③ 亜急性期等について</p> <p>ア 病床の機能分化に向けた評価を行うため、急性期病床からの患者の受入れ、リハビリの提供、在宅患者の急変時の受入れなど、亜急性期・回復期を担う病床の機能をそれぞれ明確化し、亜急性期・回復期の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。</p>	<p>のか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。〔再掲〕</p> <p>(ウ) 急性期病床の機能分化・強化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要があり、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。〔再掲〕</p> <p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ 200 床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、前回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。</p> <p>(イ) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。</p> <p>(ウ) 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。〔再掲〕</p> <p>(エ) 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。〔再掲〕</p> <p>(オ) リハビリは急性期、疾病の早期にすべきというのは分かるが、慢性期のリハビリも必要。</p>

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>④ 地域特性について</p> <p>⑤ 有床診療所における入院医療について</p> <p>ア 有床診療所については、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。</p>	<p>《平成 25 年 7 月 25 日 医療保険部会資料》</p> <p>(ア) 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。</p> <p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。〔再掲〕</p> <p>(イ) 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ 200 床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、前回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。〔再掲〕</p>

(2) 外来診療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>ア 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来診療の機能分化を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価 ・ 大病院の専門外来の評価 ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等 	<p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) かかりつけ医機能の充実が必要。かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医学情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な医師。かかりつけ医が在宅医療の中心となれるよう研修を行っていくが、かかりつけ医機能の評価が必要。その際、日本のかかりつけ医は、複数の疾患があれば複数いる現状を踏まえる必要。</p> <p>(イ) かかりつけ医機能の充実が必要。軽症患者が大病院に直接行くのは、医療資源を非効率に使っている。まずは診療所や小規模な病院でかかりつけ医機能を担い、必要に応じて専門病院や大病院に紹介し、ある程度回復したら、逆紹介により診療所等で回復を見届ける仕組みに変えていく必要。</p>

(3) 在宅医療について

これまでの議論等を整理したもの	委員の意見等
<p>ア 在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進し、地域包括ケアシステムを構築するため、以下の事項について検討を行う必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化 ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価とともに、訪問看護ステーションの大規模化の推進 ・ 在宅歯科医療の推進 ・ 在宅薬剤管理指導の推進 ・ 訪問診療の適正化 等 	<p>《平成 25 年 7 月 25 日の医療保険部会での主な意見》</p> <p>(ア) 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。〔再掲〕</p> <p>(イ) 在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護を推進していく必要。24 時間対応や看取り・重度化への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションの評価を行うとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策を検討すべき。また、病床の機能分化が進むと、地域で多様な患者への対応が求められるため、医療依存度の高い者への訪問看護が適切に評価される仕組みが必要。医療機関と訪問看護ステーションの連携により、専門的なケアを提供できる人材を活用する仕組みが必要。</p> <p>(ウ) 在宅医療を進める必要。自宅に帰るだけでなく、介護施設等も含めて、地域全体で考えて、地域包括ケアシステムを構築すべき。ただし、診療報酬・介護報酬で全部やるのは無理なので、補助金と併用して進める必要。医療、介護等の分野で横断的に検討し、地域ごとに地域包括ケアシステムが完成するような仕組みを検討してほしい。</p> <p>(エ) 家族構成が変化し、高齢者の一人暮らしや高齢夫婦のみ世帯が増える。在宅医療の体制は地域によって整備状況が異なる。地域包括ケアシステムは、介護からボールが投げられ、医療側がキャッチすると思うが、医療難民がでないようにお願いしたい。</p> <p>(オ) 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。</p> <p>(カ) 薬局の在宅医療の推進に向けて、量の確保とともに、質の高い在宅医療の体制整備を行っている。しかし、薬局の在宅医療の実績は少ない。より積極的な在宅医療への参加を進めたい。訪問薬剤管理指導を実施するため、かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、地域の実情に合わせた 24 時間の相談体制を整備したい。また、慢性疾患の患者を中心に長期処方が増えており、患者に応じた調剤、薬剤の交付、管理を行いたい。残薬の確認・管理は医薬品の適正使用を促し、医療費の節約にも貢献。次の診療報酬改定では、かかりつけ薬局・薬剤師機能の評価をお願いしたい。</p> <p>(キ) 在宅医療で最近みられるようになってきた不適切事例については、行政と医師会が協力して、なくしていくことも必要。</p>