

特定機能病院について

中医協 診-2-2
20. 1. 16

第1 現状と課題

特定機能病院については、医療法第4条の2において

- ① 高度の医療を提供する能力を有すること
 - ② 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること
 - ③ 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること 等
- の役割が求められると定められている。

特定機能病院は、高度の医療に関する研究・研修機能を果たすため、いわゆる急性期の患者だけではなく、難病患者や糖尿病等の慢性期の患者等に対する入院医療も行うことも踏まえ、診療報酬では特定機能病院入院基本料として評価している。

第2 診療報酬上の評価

1 入院基本料

特定機能病院については、上記の役割にかんがみ、一般病棟入院基本料の要件で定められている平均在院日数の制限が緩和されている。

一般病棟	特定機能病院入院基本料（一般病棟）
点数 1,555 点	点数 1,555 点
実質配置 7 : 1	実質配置 7 : 1
看護比率 70%以上	看護比率 70%以上
在院日数 19 日以内	在院日数 28 日以内
14 日以内の期間の加算 428 点	14 日以内の期間の加算 652 点
15 日以上 30 日以内の期間の加算 192 点	15 日以上 30 日以内の期間の加算 207 点

2 特定入院料の取扱い

特定入院料のうち、特定機能病院として当然求められている役割であるもの、又は、その役割にそぐわない特定入院料は、特定機能病院では算定できないこととしている。

- (1) 小児入院医療管理料（A307）
- (2) 亜急性期入院医療管理料（A308-2）

3 その他

平成20年度の改定項目として、勤務医負担軽減策のうち、以下のものは特定機能病院等では算定できないものとして検討中。

- (1) 医師事務作業補助者に係る加算（仮称）
- (2) 入院時医学管理加算

第3 論点

特定機能病院等に対しては、勤務医負担軽減策等に係る診療報酬の評価を行わないことを考慮し、一般病棟に係る入院基本料の14日以内の期間に係る加算を更に評価することとしてはどうか。

救命救急入院料の評価について

第1 現状と課題

救命救急センターでは、効率的な急性期医療の提供を目的として、できるだけ早期に患者が一般病棟へ移行できるよう取り組みを行っており、入院直後から極めて手厚い医療を行い、救命救急センターに入院する多くの患者が、入院後3日以内で退院している。

第2 診療報酬上の評価

A300	救命救急入院料（1日につき）
1	7日以内の期間
イ	救命救急入院料1 9,000点
ロ	救命救急入院料2 10,400点
2	7日以内の期間
イ	救命救急入院料1 7,490点
ロ	救命救急入院料2 8,890点

第3 論点

7日以内の期間について一律に評価しているが、3日以内と4～7日以内に分けて、極早期の入院を評価してはどうか。

D P C について④

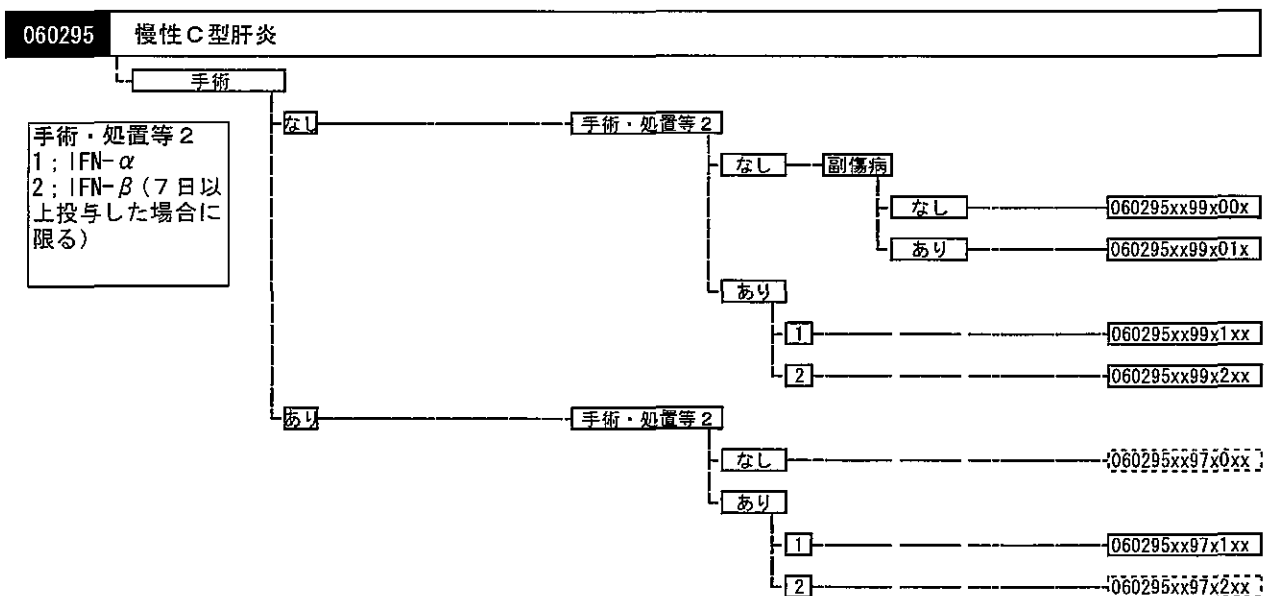
第1 適切な診断群分類の設定について

1 現状

特定の高額な薬剤については、別に分岐を作成して診断群分類を設定しているが、薬剤の投与日数に関わらず同じ診断群分類となるため、投与日数によって薬剤費の差が生じ、同じ診断群分類内の症例間で医療資源の投入量にばらつきを認める場合がある。

2 論点

- (1) 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等が認める入院医療における標準的な高額薬剤に係る投与日数が定められている場合には、その投与日数を参考にして、診断群分類の分岐を行うことについて試行的に導入してはどうか。
- (2) 具体的には、診断群分類「060290 慢性肝炎（慢性C型肝炎を除く）」「060295 慢性C型肝炎」（番号は現行の点数表）における「手術処置等2 インターフェロンβ」については、肝臓学会が認めるインターフェロンβを7日以上投与した場合に分岐を行うこととしてはどうか。



第2 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

1 現状

平成20年度よりDPC対象病院の基準として新たな事項が設けられたこと等から、DPC制度運用の留意事項について検討する必要がある。

2 論点

- (1) 既にDPC対象病院について、平成20年3月31日までに、基準のうち平成18年度から導入された事項を満たせない場合については、DPC対象病院としないこととしてはどうか。
- (2) 既にDPC対象病院について、平成20年度から設けられた事項を満たすことができない場合については、1年間の経過措置を設けてはどうか。
- (3) 平成20年度以降に基準を満たせなくなった病院（例：年度途中で看護配置基準が10:1以上を満たせなくなった場合など）については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院としないこととしてはどうか。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たす場合に再度DPC対象病院とすることとしてはどうか。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等については速やかに検討する。

第3 調整係数について

1 現状

DPCの調整係数については、診療報酬改定の前年度調査データに基づき設定しているところである。

平成 20 年度診療報酬改定においては、D P C の包括部分についても適切に反映するための検討が必要である。

2 論点

- (1) 調整係数の算出にあたっては、2 年間（10 か月分）のデータを用いることとし、平成 20 年度診療報酬改定率を D P C の包括部分についても適切に反映するため、D P C の包括部分に係る収入が全体改定率の▲ 0.82%となるよう、調整係数を設定することとしてはどうか。
- (2) なお、特定機能病院・専門病院に対しては、勤務医負担軽減策等に係る診療報酬の評価を行わないことを鑑み、一般病棟に係る入院基本料の 14 日以内の期間に係る加算を更に評価することとしてはどうか。

急性期後の入院医療の評価について

第1 現状と課題

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者も増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る場合があるなど、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療入院の充実が必要となっている。

第2 診療報酬上の評価

亜急性期入院医療管理料においては、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療の提供を評価している。

参考 亜急性期入院医療管理料の届出医療機関及び病床数の推移

	平成16年	平成17年	平成18年
医療機関数	327	685	848
病床数	3843	8095	10102

第3 論点

急性期の医療機関の後方支援として、急性期治療を経過した患者の受け入れを促進するために、要件を見直してはどうか。

A308-2 亜急性期入院医療管理料

2, 050点（1日につき。入院日より90日を限度に算定）

1 包括範囲について

○ 包括されないもの

臨床研修病院入院診療加算 等

第2章第1部医学管理等

第2部在宅医療

第7部リハビリテーション

第8部精神科専門療法

第9部処置（1, 000点を超えるもの）

第10部手術

第11部麻酔

第12部放射線治療

2 要件（抜粋）

- (1) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室
- (2) 主として亜急性期の患者を入院させ、一般病棟の病室を単位として行うものであること。
- (3) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。
- (4) 13：1以上であること。夜勤看護職員が2名以上。
- (5) 看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (6) 在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- (7) 特定機能病院以外であること。
- (8) 診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること。及び、心大血管リハビリテーション料等に係る届出を行った保険医療機関であること。
- (9) 退院患者のうち概ね6割以上が居宅等へ退院していること。
- (10) 亜急性期入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
（内法による測定で、6.4平方メートル以上）

認知症対策について

第1 現状と課題

近年の急速な高齢化に伴い、認知症患者は2005年で169万人、2015年には250万人になると推計されている。また、医療機関において診断された認知症の総患者数は、1996年から2005年の間で約3倍に増加している（参考資料1頁、図表1）。

これまで地域における認知症高齢者の生活支援を重視した施策がとられているが（参考資料2頁、図表2）、認知症高齢者の80%以上がかかりつけ医にかかっているにもかかわらず、認知症疾患の診断を受けている人は20%程度であるという報告もあり、早期の鑑別診断が課題となっている。

こうした中、平成19年4月、「新健康フロンティア戦略」においては、認知症の医療体制の役割として、

- ① 鑑別診断
- ② 周辺症状
- ③ 身体合併症

に対する医療提供体制の整備が求められている（参考資料3頁、図表3）。

第2 診療報酬上の評価

- A103 精神病棟入院基本料の重症認知症加算
(1日につき) 100点
(対象:「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号。別紙4参照)におけるランクMに該当する状態)
- A109 有床診療所療養病床入院基本料1 認知症加算
(1日につき) 20点
(対象; 認知症の上代にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態)
- A109 有床診療所療養病床入院基本料2 認知機能障害加算
(1日につき) 5点
(対象; GPS(Cognitive Performance Scale)が3点以上)
- A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料(1日につき)
1 老人性認知症疾患治療病棟入院料1
イ 90日以内の期間 1,300点
ロ 91日以上期間 1,190点
2 老人性認知症疾患治療病棟入院料2
イ 90日以内の期間 1,060点
ロ 91日以上期間 1,030点
(対象; 精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者の急性期)
- D285 MEDE 多面的初期認知症判定検査 80点
- I105 重度認知症デイ・ケア料(1日につき) 1,000点
(対象; 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者(「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」がランクMに該当するもの)

第3 論点

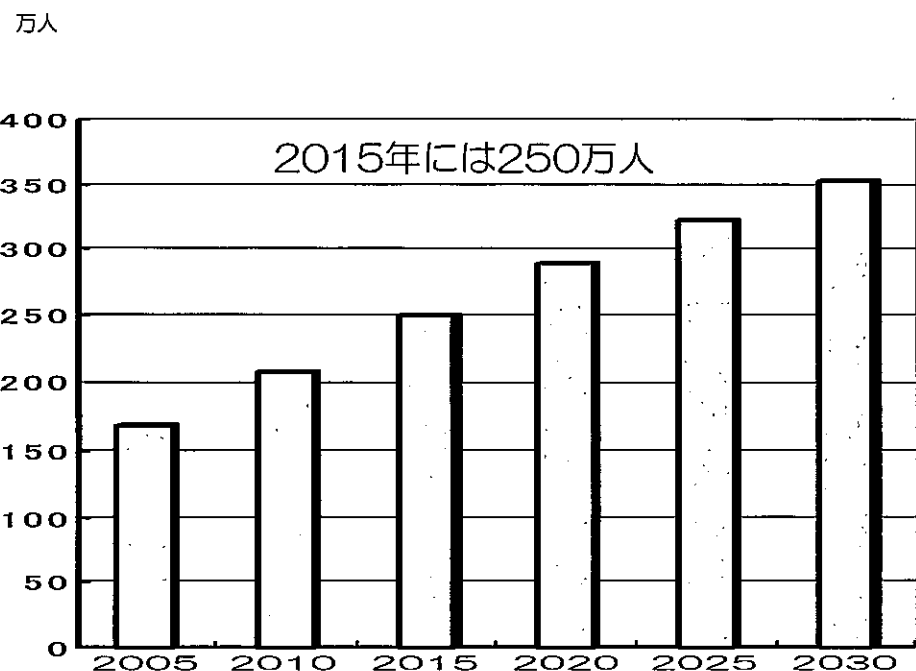
- 1 今後急増する認知症高齢者の地域生活を支える、かかりつけ医による総合的な診療について評価を行ってはどうか。
- 2 かかりつけ医が早期に認知症を発見及び診断するための検査や、必要性に応じて鑑別診断を行うために専門医療機関に紹介することについて評価を行ってはどうか。
- 3 入院医療については、せん妄状態や、徘徊、暴力、感情の急激な変化等の周辺症状への急性期医療についてより高い評価を行ってはどうか。

	現行	見直し後
①鑑別診断に係わる項目	特別の評価なし。	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医による総合的な診療への評価 ・ かかりつけ医が早期に発見し、専門医療機関に紹介することについての評価 ・ 認知症を早期に発見、診断するための検査
②周辺症状への対応に係わる項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病棟入院料の重度認知症加算 ・ 老人性認知症疾患治療病棟入院料 ・ 重度認知症デイ・ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人性認知症疾患治療病棟における急性期医療の手厚い評価
③身体合併症への対応に係わる項目	特別の評価なし。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床における身体合併症治療に対する評価等

高齢者の増加と認知症疾患患者

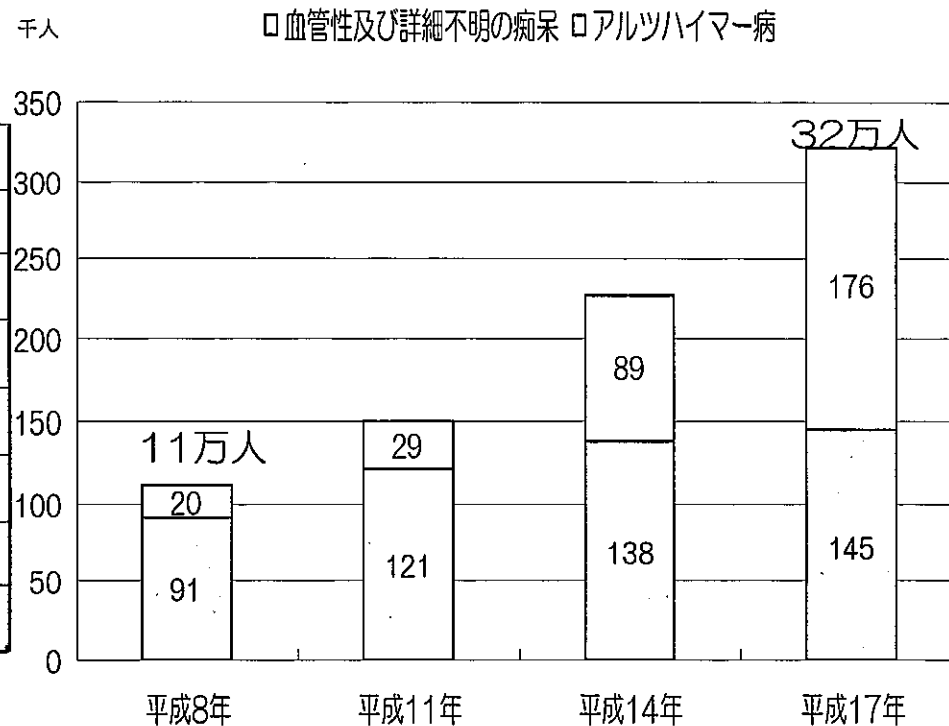
介護領域からの推計

自立度Ⅱ以上の認知症患者数の推計



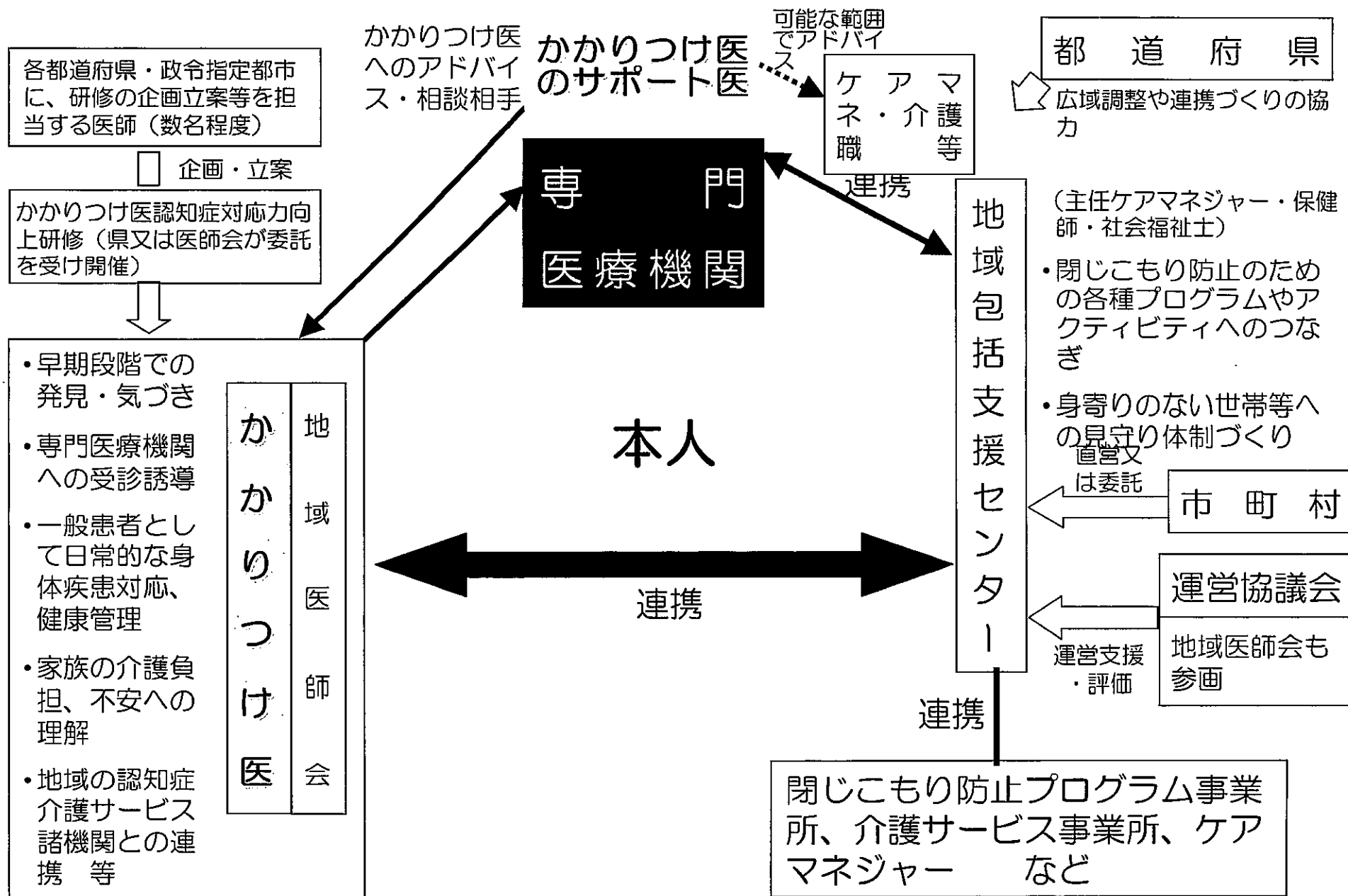
医療領域での推移

認知症疾患患者数の年次推移
(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



認知症患者の年次推移；患者調査、認知症患者数の推計；厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）

認知症高齢者支援体制（介護と医療の関係）



認知症のステージに合わせた対策 (新健康フロンティア戦略より)

今後、急激に増加すると見込まれるアルツハイマー病に対して、発症予防、早期発見、症状の出現防止・軽減、重症化防止、鑑別診断や急性期症状、合併症に対する医療、日常生活の支援等の観点からの対策が必要

速やかに実施

ケア・リハビリテーション
(周辺症状・合併症への医療等)

5年後を目標

早期診断のための検査
(脳PET, MRI等)

Bアミロイド沈着を軽減
(研究事業)

10年後を目標

脳の代償機能の活用
(トレーニング等)

予防的介入
(有酸素運動、食事、睡眠等)

アルツハイマー病発症

認知機能の障害

Bアミロイドの脳への沈着量

50歳

60歳

70歳

80歳

歯科診療について④

比較的に簡単で短時間で実施できる
一部の既存技術の評価の見直し

第 1 現状と課題

平成 18 年度歯科診療報酬改定においては、平成 17 年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為(外来)のタイムスタディー調査」の結果に、重要度、難易度、必要時間等に応じて、歯周基本治療、根管治療及び歯冠修復について評価の見直しを行ったところであるが、他方、比較的に簡単で短時間で実施できる一部の歯科医療技術についても、適正な評価を行うことが求められている。

第 2 論点

歯科医療技術の適正な評価を行うとともに、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、比較的に簡単で必要時間の短い、ラバーダム防湿等一部の処置及び手術等に係る既存の技術については、基本診療料と包括的に評価することとし、併せて基本診療料の評価を見直してはどうか。