

「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(案)」と医療保険部会・医療部会における主な発言

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>1. 基本認識について</p> <p>(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化</p> <p>ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。</p>	<p>○ 国民会議報告書案でも、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと、非常に評価している。医療現場ががんばってきたということ、認識してほしい。しかし、2025年を考えると、今のままではいけない。病床の機能分化、在宅医療の充実は当然と思っている。その中で、必要ないものが出てくると、効率化する場所だと思う。そういうのが少しでもあれば見つけていきたいが、充実は絶対しなければならない。医療提供体制をしっかり作るということはやるべき。平成 26 年度診療報酬改定では、改革に向けての評価をしなければならない。消費税引上げ財源を使って、平成 26 年度診療報酬改定はプラス改定が必要。それをもって改革につなげる必要。(8/2)</p> <p>○ TPP交渉が始まり、規制改革会議では保険外併用療養費制度を最優先課題として、混合診療の解禁を求める意見が出ている。改定の基本方針には、今後の超高齢社会でも、必要な医療は保険診療で行われるべきとの理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守るという基本認識を書き込むべき。(8/1)</p>
<p>イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが変化しながら増大していく中で、引き続き国民が質の高い医療を受けられるようにするためには、医療提供体制の再構築に取り組み、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的かつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。</p>	<p>○ 現状では、急性期の病床が多く、その後を受ける亜急性期、回復期の病床が少ない。患者の状態、症状にあった医療が行われているのか心配。社会保障・税一体改革の方向に沿って、高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に病床の機能分化を推進し、患者像にあった医療が効率的に提供できることを目指す必要。それぞれの機能に応じて、必要な病床数をバランスよく整備する必要。特に、急性期病床の機能は、明確化する必要。急性期にそった患者を受け入れられるよう、患者の重症度を評価するとともに、急性期病床の平均在院日数の短縮に結びつけることが重要。その際、急性期を出た患者の受入れ先を整備し、ハレーションを最小限に食い止める工夫が必要。(8/2)</p>
<p>ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、</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、医療機関の機能分化・強化と連携を推進 ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床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役割を明確化す 	<p>○ 社会保障・税一体改革について、2025年の姿に向けて、着実に進める必要。現場の混乱がないようにソフトランディングを図ることも重要ではあるが、病床や病院の機能分化を通じ、患者の状態に応じた適切な医療提供を行うとともに平均在院日数の縮減等が必要。(8/1)</p> <p>○ 中期財政計画では、2年間で8兆円の赤字削減が必要と言われており、厳しい財政状況の中で、診療報酬改定を迎える。社会保障の重点化・効率化が非常に大事な課題。病床の機能分化・連携は重要であり、できるだけ早く実現すべき。医療の充実と重点化・効率化はセットであり、医療提供体制の連携強化、機能強化と併せて、平均在院日数の短縮に取り組むべき。長期療養や有床診療所は、急性期病床の適正化の受け皿として充実する必要はあるが、新たに社会的入院が発生しないよう考慮が必要。(8/2)</p>

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>るなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。</p>	
<p>エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、急性期病床をはじめとする各病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院・病床の機能分化、資源の集中投資は喫緊の課題。医療法改正とそれに伴う具体的な施策の展開は早急に実施すべき。医療機能の分化に資する補助金と診療報酬を合わせて、医療提供体制の構築に向けた手法を導入すべき。(8/2) ○ 病院、病床機能の分化や病院と診療所の機能分化と連携をきちんと評価する必要。(8/2) ○ 病床の分化・連携も進める必要があり、診療報酬と補助金を組み合わせてやる必要。(8/2)
<p>オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。</p> <p>消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会保障・税一体改革において、消費税の引上げ財源で、医療サービスの充実を図ることは国民との約束。補助金では公的病院が中心となるので、民間中心の医療提供体制の我が国では、診療報酬によるインセンティブの方が効果的。消費税引上げ財源を平成26年度診療報酬改定に充てて、地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所を強化し、かかりつけ医機能の充実と在宅医療の裾野を広げる取組を推進するとともに、急性期の大病院との機能分化、連携を進めるべき。(8/1) ○ 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で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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 社会保障・税一体改革の中で、効率化はあると思うが、何が効率化か議論する必要がある。効率化と同時に、平成26年度に消費税が8%になったとき、消費税の引上げ財源は平成26年度診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実はしっかりやる必要。(8/2) ○ 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ところは効率化することが必要。(7/25) ○ まず効率化をしないと、医療にお金を出さないというのは無理がある。医療従事者を入れないと平均在院日数の短縮はできない。医療の充実と効率化は、両方同時にやらないといけない。(8/2)

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会保障・税一体改革では、消費税を上げて、社会保障に充てることになっている。社会保障の給付のあり方は国民会議で議論することになっている。国民の理解を得られるような社会保障改革が必要で、医療提供体制のあり方について、国民の理解を得られるような議論を行う必要。(8/2) ○ 消費税引上げによる財源については、医療提供体制の効率化が前提となって、はじめて医療サービスに充当されるのが筋。急性期病床の役割・機能を明確にして、長期入院の是正、急性期病床の削減に向けた具体的な取組がセットされなければ、充実だけという選択肢はあり得ない。効率化の工程表を作る必要。充実と効率化は表裏一体のものであり、同時に進める必要。(8/2) ○ 財政の健全化は中長期的課題で国際公約にもなっており、消費税の引上げ財源によって、医療・介護の機能強化を図ると同時に、重点化・効率化も着実に進める必要。将来的な持続可能な社会保障制度の改革を実現するためには、給付の重点化・効率化、療養の範囲の適正化も検討する必要。(8/1) ○ 保険者はいずれも厳しい状況にあるが、次回改定では、消費税8%への引上げに伴う診療報酬の対応が求められる状況。これ以上の国民負担を避けるため、診療報酬の引下げも視野に入れて、効率化できるものを常に探して、医療費適正化の取組を打ち出す必要。(8/1)
<p>(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点</p> <p>ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、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、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備するとともに、退院した患者を支える在宅医療等を充実させながら、段階的に進める必要がある。</p> <p>また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病床の機能分化は性急なやり方をすれば、現場で大混乱と反発を招くので、現実的な対応が必要。急性期には、重症・中等症・軽症があり、サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期とするのが自然な対応。具合の悪い方はいったん全て急性期に向けて、落ち着いたら早期に亜急性期に移す仕組みとする方がスムーズに移行が進む。(8/1) ○ 国民からみて分かるかどうか的大事。国民は転院・退院を理解しておらず、医療現場では、転院・退院の際に患者・家族が大きな不満を持つ。平均在院日数の数字だけで議論を進めるべきでない。(8/2) ○ 在宅医療の受け皿がしっかりしているという安心感がない。在宅医療の受け皿ができてから、在院日数の短縮という順序が大切。(8/2) ○ 転院の電話相談が多い。病院はきちんと地域連携してソーシャルワーカーが力を発揮しているところもあるが、中には家族が探してくださいというところもある。後方病院をどう確保していくのか。亜急性期の病院に対する安心感がみえてきていない。急性期が終わった後に、亜急性期があり、こういう安心できる医療が提供できるという仕組み作りをする必要。(8/2) ○ 国民会議報告書に書いてあるからと言って、診療報酬改定の議論で、決まったこととしてはならない。消費税は給付費の国庫負担が足りないから上げており、医療提供体制の機能分化が進まなければ、消費税引上げ財源を医療に使わせないというのは無理筋な話。厚生労働省は、国民の医療と安全を守る省庁として、財政当局と渡り合ってもらいたい。診療報酬で機能分化を進めることを急ぎすぎている。病床機能報告制度をしっかり作ろうとしているときに、診療報酬で急ぎすぎている。消費税引上げ財源を獲得することを堂々とやってほしい。(8/2)
<p>イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える施設等が</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院・病床の機能分化は診療報酬や医療計画で進めていくことが大事だが、患者の立場では、急性期が終わった後にどうなるのか不安になり、医療機関の連携が非常に重要。これまでも救急患者の地域連携紹介加算や地域受入加算、退院調整加算等があるが、診療報酬上も医療機関が連携を進められる条件を作っていく必要。患者が安心して、ニーズに応じた医療を受けられるようにするための連携も忘れてはいけない。(8/1) ○ 地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所、診療所が連携して、地域ごとに介護も含めて地域包括ケ

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの施設等がネットワークを構築し、地域全体で面的に地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、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べきである。</p>	<p>アシシステムを構築するとともに、それを支える高度急性期医療を担う大病院との連携も重要。急性期病床から慢性期病床、在宅医療まで、医療機関の連携を評価し、地域の複数の医療機関が協力して、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することを支援する必要。(8/1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25)(8/2) ○ 勤務医、看護師の過重労働が続いており、処遇や労働条件の改善を進める必要。(8/2)
<p>ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬は診療行為や入院への対価の支払いであり、対価の付け方で医療機関等の行動を誘導し、一定の政策目的を達成する性格。補助金は、一定の政策目的を設定し、対象となる人に一定の行為をしてもらい、追加的な費用が発生するときに、その追加的な費用を削減するためにお金を出すことが多い。医療機関等の経営努力や自発的な行動を促す観点から、医療保険分野の政策達成手段としては、診療報酬の方が好ましく、一定のコストが必要で補う必要があるところは補助金を組み合わせる形になる。診療報酬がメインで、補助金はそれで達成できないところを補う形で、適切な組み合わせを考えていくことになる。(8/1) ○ 診療報酬は価格であって、医療サービスは、価格が公定で決まっていることを除いては、市場メカニズムが働いている分野。需要と供給を考えて診療報酬を設定する必要。需要と供給を無視すると、混乱を招く。7対1病床も、現状は行き過ぎた価格のインセンティブが働いている。価格の値付けは難しいので、間違った価格付けを起こさないように、慎重に検討する必要。(8/1) ○ 消費税が上がったら、補助金でばらまきにならないか心配。補助金は公立病院にばかりいく。医師、看護師、とりわけ介護職員の確保が重要。(8/2)
<p>2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について</p> <p>(1) 入院医療について</p> <p>① 高度急性期・一般急性期について</p> <p>ア 7対1病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、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である。</p> <p>イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の充実等も重要である。</p> <p>ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25)(8/2) ○ 7対1病床は急速に増えているが、それだけ急に急性期の患者が増えたというデータもないだろうから、妥当性がある状況ではない。しかし、1回このような状況になったものを変えていこうとすると、強い抵抗が予想され、腹を据えて考えていく必要。患者の迷惑にならないよう、現場の混乱は避けなければならないし、兼ね合いを取りながら進める必要。(8/1) ○ 7対1病床は5年で8倍に増えているが、重症患者がこれだけ増えるとは考えられない。7対1入院基本料が偏在を招い

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、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 ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、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・転院支援の推進 ・ 退院・転院に係る連携の強化 ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等 	<p>たのではないか。7対1病床がこれだけ増えたということは、診療報酬が水ぶくれ状態になっているので、今後、これをどう整理するか検討する必要。(8/2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7対1入院基本料が病床の偏在を招いたことを検証する必要。(8/2) ○ 亜急性期、回復期、慢性期の病床の方が、急性期の7対1、10 対1の病床よりも広く、療養環境がよい。1か月、2か月、半年、1年と入院するとき、狭い療養環境で本当によい療養ができるのか。できるだけ早く療養環境のよいところに移って、リハビリなどを集中的にやって、早くよくなるようにする必要。(8/1) ○ 一般病床として一括りにされている病床を、急性期、亜急性期など、区分していくべき。患者側からすると、7対1病床が一般病床の4割を超える比率を占めており、高い入院基本料を負担しなければならない。厚い医療サービスを受けていないのに、高い入院基本料を払わないといけないのは矛盾があり、議論が必要。(8/1) ○ 7対1の急性期病床でも、90 日を超える長期入院患者が3%くらいいる。90 日を超えて入院している方が急性期というのはいかがなものか。病床を急性期、亜急性期と区分する方向で議論を進めるべき。しかし、病床の再編で医療現場に混乱が起きるのは、患者側にとっても問題であり、計画を作って工程表に従って進めることを検討する必要。(8/1) ○ 保険者は極めて厳しい財政状況にあり、国民負担を最小限にとどめるのが基本。限られた医療資源を有効に活用していくためには、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現が必要。7対1病床をはじめ、急性期病床にもかかわらず、慢性期患者や軽い症状の患者が入院している状況や、7対1病床が多すぎる状況を踏まえると、病床の機能分化に非効率な部分がある。高度急性期から長期療養まで、病床機能に応じた患者像を丁寧に把握した上で、患者像に即した適切な評価をして、病床の機能分化をさらに改革する必要。また、医療提供体制の見直しや、医療給付の重点化・効率化は、制度面からメスを入れなければ、医療保険制度の持続は難しい。(8/1) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 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。多職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期から生活支援につながるリハビリテーションを推進すべき。(8/2)
<p>② 長期療養について</p> <p>ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。</p> <p>イ 急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図り、長期療養患者の受け皿を確保する観点から、いわゆる社会的入院が発生しないよう留意しつつ、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"> ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期療養を担う病棟の受入れ体制の充実、有床診療所における入院医療の機能評価は、急性期病床の適正化や在宅医療の促進の観点から必要だが、社会的入院の問題が残らないよう十分配慮する必要。(8/1) ○ 療養病床についても、必要な受け皿を確保するよう有効な施策を講じつつ、在宅医療と介護施設との連携を図り、社会的入院の是正にもつながるような取組をすべき。(8/2) ○ 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。(7/25)

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等 	
<p>③ 亜急性期等について</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亜急性期等の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なリハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先が見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もある。</p> <p>イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、亜急性期病床における患者像や機能を明確化し、亜急性期病床・回復期病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25) ○ 「亜急性期等」の項目で、「在宅患者の急変時の受入れ」と書いてあるが、在宅患者といっても、若者から高齢者、軽症から重症までいる。一括りにして、亜急性期で受け入れるというのは実態を反映していない。サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期という方が現実的であり、「在宅患者の急変時の受入れ」は削除すべき。(8/1) ○ 7対1の急性期病床を減らして、亜急性期病床を増やそうと、無理矢理強行するのは問題。大きな方向性としては、そうした必要性があるが、現場を混乱させることは避けるべき。多くの慢性期病院など、人人体制の薄い病院は、非常に負担が増えており、在宅患者の急変時を診るというのは、これ以上疲弊させ崩壊させることはできない。(8/1) ○ 中小病院の急性期をがんばっている二次救急を活用し、さらに、軽い急性期の患者を早く亜急性期に移す仕組みを作って、急性期の病床を減らして、亜急性期を増やすのが現実的。(8/1) ○ 日本全国で救急医療は非常に困難な状況。高度急性期で診なくてもよい救急患者が多い。その分の一部を亜急性期が担当するという話であり、「亜急性期等」の項目の「在宅患者の急変時の受入れ」はこのままでよい。(8/1) ○ 今でも、一次・二次救急にきた患者で、重症者は三次救急に行く仕組み。在宅患者の急変時も、亜急性期でワンステップして重症者は三次救急に行くということで、今の仕組みと変わらない。(8/1) ○ 慢性期病院が救急を診られないと言われたが、亜急性期病床は、ポストアキュート、サブアキュート、在宅へ早く復帰させるリハビリ等の3つの機能を持った新しい概念の病床を作るということ。2025年の高齢化で、病床が増えないとなると、本当の救急と、亜急性期病床で診られる救急とを考える必要。機能分化していかないと、全てが高度急性期に行くということではどうにもならない。(8/1) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 早期からのリハビリは賛成だが、リハビリに算定日数制限があって、それ以降は基本的になくしていこうという方向性がある。慢性期のリハビリの重要性を認識してほしい。(8/1) ○ 高齢者のケアについて、リハビリが必要であり、機能回復を継続してやれるように考えるべき。(8/1) ○ 急性期で一番気になるのは、急性期後に行く場所がないということ。亜急性期の病床をいかに作るのかが国家的課題。医療界が心配しているのは、亜急性期の病床を選択したときに、収入が減って、経営が苦しくなること。最初は甘い点数を付けて、何年かすると、点数を減らすということは、やってはならない。(8/2) ○ 早く家に帰れる患者は早く帰すべき。一般の人々、患者の家族、地域に理解してもらえると、早く帰るのが当たり前にな

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
	<p>る。働き盛りなら、早く帰していかに社会で活動してもらうかが重要。ただし、高齢者は帰れないので、高齢者のポスト急性期をどうするか、地域のケアをどうするかが問題。できるだけ早期に患者や家族と、医師、看護師、MSW等の大勢の人が関わって、十分に話して、納得してもらうことが重要。行く先の病院を急性期病院よりも魅力的な環境にする必要があり、そのためにお金をかける必要。(8/2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救急のベッドが合併症を持っている高齢者で埋まって動かない。合併症が多い患者も受け入れてもらえるように、亜急性期病床では、合併症のある高齢者などの受入れを評価する必要。(8/2) ○ 平均在院日数の短縮はもう限界を超えている。医療に優しさがなくなり、冷たい医療になる。平均在院日数の短縮等で4,400億円の削減と資料にあるが、今回の基本方針の作成にあたって重くのしかかるのか。2015年の話で、来年度の改定に関係ないのではないか。(8/2) ○ 平均在院日数を減らすには、出口が必要。人口5万以下のまちでは、公立病院が急性期から慢性期、看取りまで全部やっている。これから公立病院も地域包括ケアをやらないといけな。い。(8/2) ○ 亜急性期は病棟単位で作るべき。病院全体で同じ入院基本料ということではなく、亜急性期病棟を作れるようにすべき。(8/2) ○ 介護施設で入所者が急変した場合に受け入れてもらえる医療機関が少ない。家族が延命治療を望まないケースもあり、看取りをどうするか検討する必要。(8/2) ○ 亜急性期や回復期は家族がいる患者はよいが、家族がいない患者は長期療養にいくのではないか。(8/2)
<p>④ 地域特性について ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について検討する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「地域特性」について、平成24年度診療報酬改定で、入院基本料などで地域に配慮した一定の評価が行われた。医療資源の少ない地域では、医療従事者の確保は困難であり、その対象範囲の見直しと、地域の実情に応じた配慮が必要。(8/1) ○ 地域特性に応じた評価については、診療報酬は一物一価が原則であるが、平成24年度改定で、地域特性に配慮して要件を緩和した評価を行った。しかし、ほとんど使われていない。使われていないから止めるということもあるが、平成24年度に作ったばかりなので、もう少し続ける必要。(8/2) ○ 患者の流入・流出を二次医療圏でみるのではなく、もう少し細かく患者の動きをみる必要。そもそも二次医療圏は設定が適切ではない。(8/2)
<p>⑤ 有床診療所における入院医療について ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う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>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 有床診療所については、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への手渡し機能、専門医療を担って病院の役割を補完する機能、緊急時に対応する医療機能、在宅医療拠点としての機能、終末期医療を担う機能の5つの機能を担って、地域に密着した医療に貢献。有床診療所の多様な機能に応じた評価が必要。(8/1) ○ 有床診療所は、在宅ケアや看取りに関心をもっているようなので、バックアップするような制度が必要。(8/1) ○ 在宅医療を行うには、後方の病床も必要であり、亜急性期の病床や有床診療所の機能を十分評価する必要。(8/2)
<p>(2) 外来医療について ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>介してもらおうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。</p> <p>イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携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>があれば複数いる現状を踏まえる必要。(7/25)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25) ○ 病院と診療所の役割分担・連携の推進、かかりつけ医機能の強化を通じて、緩やかな形でのフリーアクセス制限を進めていく必要。限られた医療資源の中で、フリーアクセスを確保していくためには、例えば、紹介のない外来受診への一定額の自己負担も検討すべき。(8/1) ○ かかりつけ医機能を充実させる必要があるが、諸外国では思い切った手を取っている例もあり、場合によっては諸外国の例も考えつつ、かかりつけ医機能の充実を検討する必要。(8/1) ○ 外来診療でも、かかりつけ薬局や薬剤師機能を評価していただき、慢性疾患をもつ患者などに適切に対応していきたい。(8/1) ○ 高齢者が家を移動したときに、かかりつけ医を紹介してもらえる仕組みを作してほしい。(8/1) ○ 患者が大病院に集中して、勤務医が過重労働になっているし、医療の効率化で、地域に身近なかかりつけ医を持ってもらい、外来診療の機能分化を進めるべき。患者はまずはかかりつけ医にかかって、必要があれば病院の医療を受けるのが普通の患者の流れであり、かかりつけ医の機能を評価すべき。(8/2) ○ 地域包括ケアのキーパーソンはかかりつけ医。かかりつけ医と地域の病院がどう連携するかが重要。かかりつけ医が最初に診察し、どこの病院に行くのが適切か患者に指示をして、紹介を受けて病院が入院医療をする仕組みが必要。連携を評価する場合は、連携体制ではなく、実際にやった事実を評価すべき。(8/2) ○ 外来診療も機能分化を推進する必要。地域住民がまずは身近な診療所で受診し、必要に応じて急性期病院、専門病院に紹介してもらえる仕組みを確保すること、併せて、患者の回復状況によって紹介元に返すような連携のとれる道を構築する必要。大病院では、紹介外来、専門外来を推進し、評価していく必要。(8/2)
<p>(3) 在宅医療について</p> <p>ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、訪問歯科、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。</p> <p>イ このため、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、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25)[再掲] ○ かかりつけ医の機能の一つに在宅医療があり、高齢者から小児まで診ている。在宅療養支援診療所ではない診療所も在宅医療をやっており、行っている行為をしっかり評価すべき。(8/2) ○ 医療と介護の連携強化を真剣に考える必要。地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成26年度診療報酬改定で、介護との連携を見越して、踏み込んだ対応をしておかないと、平成27年度介護報酬改定も中途半端なことになる。2025年の絵姿を見越して、診療報酬がどうあるべきか、介護との連携がどうあるべきかを考える必要。(8/2) ○ 次回の診療報酬改定では、前回の改定でまとめられた基本方針を基に進める必要。2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの流れを止めてはいけない。2年間で何が違って、何が不足していたか、発展させるのはどこかという観点で検討する必要。(8/2) ○ 地域の状況、地域資源の状況に応じて、地域内の地域包括ケアシステムを作り上げる必要。地域ケア会議に医療機関

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>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 ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療 ・ 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、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>が参加しやすくなるような仕組みを考える必要。(8/2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者からすると、在宅療養を望んでも、なかなか難しい状況。医療資源が少ない地域では、在宅医療の担い手が少なく、看取りまでの在宅医療は難しい。地域に合わせて実現できるようなものを構築する必要。(8/2) ○ 家族がいなくても在宅医療が受けられるのか心配する声が多い。独居でも老々世帯であっても、きちんと在宅医療が受けられる医療を目指すことを打ち出す必要。都道府県の地域医療再生計画をみると、在宅医療の目標が全国平均との比較でしかない。国として、在宅療養支援診療所・病院や訪問看護ステーションなどの目安を出す必要。(8/2) ○ 在宅療養支援診療所の届出を出しても、在宅医療の実態がないところもあるので、実態を把握してシステム作りを進める必要。(8/2) ○ 在宅療養支援診療所・病院は、数はたくさんあるが、看取りをやっているところは少ない。在宅医療学会でテーマを見てみると、発表者は病院の方が多い。200床以下に限らず、200床以上の病院の人的資源も活用してもよいのではないか。病院と診療所がお互いに助け合って、在宅医療を充実していく必要。総合診療、在宅をやりたいという医師も病院にはたくさんいる。(8/2) ○ 在宅医療の裾野を広げるため、在宅療養支援診療所・病院以外の中小病院や診療所の在宅医療の評価も必要。(8/1) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 介護保険の地域包括ケアシステムとうまくかみ合うような形で、診療報酬体系を検討する必要。(8/1) ○ 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。(7/25)(8/2) ○ 訪問看護ステーションの大規模化を診療報酬の評価でお願いしたい。(8/1) ○ 訪問看護ステーションは増えているというが、閉鎖するところも多く、なぜ閉鎖するのか理由を調べて、安定した事業展開ができるような対応を検討する必要。(8/2) ○ 訪問看護ステーションが閉鎖するのは、看護師がいなくなるから。規模の大きな病院には看護師がいるので、その中から訪問看護をやりたい人を出すことができる。診療報酬で手当てしてほしい。(8/2) ○ 在宅医療を拡大する上で、医療機関から在宅への円滑な移行、医療と介護の連携を進めることが重要。在宅医療に当

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
	<p>たる医師、訪問看護の役割は重要。訪問看護師の数を増やすため、キャリアパスも含めて検討すべき。(8/1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(7/25) ○ 在宅歯科医療でも、医療連携が重要だが、連携の取組が進んでいない。医科歯科連携、多職種連携が進むよう、医科から積極的に連携を求める仕組みができないか検討してほしい。(8/1) ○ 在宅医療で果たせる歯科の役割は大きいはずだが、在宅療養支援歯科診療所が増えていない。在宅療養支援歯科診療所でなくても、かかりつけ歯科医が訪問診療をやっているケースも多いが、医療や介護の現場から在宅歯科医療への依頼が少ないのが課題。要介護者の在宅歯科のニーズに応える仕組みを検討する必要。早期に口腔内の状態を把握して、歯科医療や口腔ケアをしていくことが大事であるが、医療や介護との連携が少ないので、連携システムを構築する必要。(8/2) ○ 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。(7/25) ○ 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。(7/25) ○ 在宅医療では薬を使うので、薬剤師が適切に関与し、医薬品の適正使用と安全管理を確保する必要。かかりつけ薬局・薬剤師が地域の中で役割を担うことが必要。薬局の在宅医療の推進に向けて、取り組んでいるが、地域の薬局・薬剤師が十分に活用されていない状況。薬剤師が在宅で適切な医薬品共有と管理ができるよう、検討する必要。(8/2) ○ 医療機関、訪問歯科、訪問看護ステーション、薬局それぞれの施設を充実することも大事だが、在宅医療では、各施設、各職種が連携することが重要。(8/1)
<p>(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて</p> <p>ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院・病床の機能分化は診療報酬や医療計画で進めていくことが大事だが、患者の立場では、急性期が終わった後にどうなるのか不安になり、医療機関の連携が非常に重要。これまでも救急患者の地域連携紹介加算や地域受入加算、退院調整加算等があるが、診療報酬上も医療機関が連携を進められる条件を作っていく必要。患者が安心して、ニーズに応じた医療を受けられるようにするための連携も忘れてはいけない。(8/1)[再掲] ○ 地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所、診療所が連携して、地域ごとに介護も含めて地域包括ケアシステムを構築するとともに、それを支える高度急性期医療を担う大病院との連携も重要。急性期病床から慢性期病床、在宅医療まで、医療機関の連携を評価し、地域の複数の医療機関が協力して、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することを支援する必要。(8/1)[再掲]

基本的な考え方について(案)	医療保険部会・医療部会における主な発言
<p>けることができるよう、移動先の紹介・確保、移動元と移動先での情報共有等が行われるようにしなければならない。</p> <p>イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらの施設等が協力し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、「病院から在宅へ」、「医療から介護へ」の円滑な移行を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。</p>	