

医療と介護の連携に関する事項に係る これまでの指摘について

1. 在宅診療

(1) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院について

実際に在宅医療を行っているところに評価をすることが重要ではないか。

(遠見委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

診療所に在宅医療へのインセンティブをつけるために、在宅療養支援診療所として認定するだけではなく、例えば往診の回数によって診療報酬として評価をしていくという方法もあるのではないか。

(白川委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

在宅支援診療所の「24 時間対応」という要件により、診療所が在宅支援診療所の算定をとることを控える実態がある。加えて、療養病床よりも、在宅医療の方が患者さんの自己負担が高くなるというケースがあり、整理が必要ではないか。

(安達委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

個人の医療機関では限界があるため、人的支援をしっかりと確保できる点数をつけて、支援病院のほうにお願いしなければならないケースというのも出てくるのではないか。また、複数の医師がかかわる場合の点数ということを、在宅支援診療所とは関係なく行う必要があるのではないか。

(安達委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

診療所のみでなく病院も在宅医療を担うべきではないか。

(白川委員、西澤委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

入院機能のある民間中小病院を中心とした医療機関を活用していくために、在宅療養支援病院の「半径 4 キロ以内に診療所がない」という要件を緩めるべきではないか。

(鈴木委員、西澤委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

在宅療養支援病院のかなり厳しい要件を外せば、地域の二次医療をやっている病院も活性化するのはないか。また、在宅療養支援病院を活性化するような医療費の体制にすべきではないか。

(嘉山委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

在宅医療を進めても医療費が安くなるかどうかは不明であるため、重度の方は一定程度施設で見たほうが安くて安心といえるのではないか。

(鈴木委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

在宅医療を担当している在宅支援診療所あるいはそれ以外の診療所からも、歯科との連携に対するインセンティブをつけることによって、在宅患者さんの健康状態がさらに上がり、治療効果も上がるのが期待できるのではないか。

(渡辺委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

(2) NICU等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の評価について

NICUに対しても、最終的にはきちっと在宅を整えなければいけないのではないか。
(坂本専門委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

NICUからすぐに在宅ということは、医学上から見れば不可能に近く、患者さんのためにならないことから、NICUから出た後の病院の評価を診療報酬で評価すべきではないか。

(嘉山委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

(3) 同一の場所において、複数の患者を診察する場合の診療報酬上の取り扱いについて
過疎地では、同一市内といえども、20キロも30キロまでいっても市内というようなところもあり、訪問系のサービスをするには効率が悪いから、対応を考えるべきではないか。

(鈴木委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

2. 在宅歯科医療

歯科医療はほとんどが小手術であり、厳しい治療環境であるため、時間がかかり効率が悪くなるが、在宅歯科医療を推進させるためには、このような技術の評価が重要なのではないか。

(渡辺委員 平成22年2月3日中医協)

3. 訪問看護

(1) 訪問看護ステーションについて

訪問看護ステーションの数が増えていくような方策をすべきではないか。

(邊見委員 平成22年5月26日総会)

訪問看護ステーションでは、全てドクターの指示が必要であるが、訪問看護ステーションの効率を向上させるために、病状が安定している時にはある程度ナースに任せることが可能となるシステムを作るべきではないか。

(坂本専門委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

医師が包括的に指示を出せるようにすべきではないか。

(坂本専門委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

訪問看護に関する医師の包括的指示は大事であるが、医師法、保助看法との関わりがあることから診療報酬上の評価は難しいのではないか。

(西澤委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

訪問看護ステーションの回数制限を撤廃し、また、複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行えるようにすべきではないか。

(坂本専門委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

小規模な訪問看護ステーションが未だ多くあるとのことで、できるだけ大規模になれる

方向へ誘導できるようにすべきではないか。

(安達委員 平成 22 年 2 月 5 日総会)

実質上、訪問看護した方への業務に対する診療報酬の考えが全く無いのではないか。

(嘉山委員 平成 22 年 2 月 5 日総会)

訪問看護の回数制限について、厚生労働大臣の定める疾病の中の「その他」の部分に、「慢性継続的な処置が必要な患者」と記載し、回数制限をなくして、ナースの判断で対応が可能となるようにすべきではないか。(坂本専門委員 平成 22 年 2 月 5 日総会)

糖尿病のインスリン自己注射ができないために、在宅に移行できない患者がいるという問題も解決しなければならないのではないか。

(鈴木委員 平成 22 年 2 月 5 日総会)

(2) 医療保険と介護保険の制度の違いによる要件等の相違について

医療保険と介護保険との整合性をわかりやすくはっきりさせるべきではないか。

(西澤委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

訪問看護で午前中行って午後に行くと言値段が違ふということは撤廃すべきではないか。

(嘉山委員 平成 21 年 11 月 11 日基本問題小委員会)

4. リハビリテーション

(1) 発症後早期のリハビリテーションについて

発症早期のリハビリテーションについては、急性期医療を担う国公立病院等においてはセラピストの定員が決められており、なかなか普及しないという実態があるため、早期に回復期リハに移してはどうか。

(鈴木委員 平成 21 年 11 月 18 日基本問題小委員会)

急性期の運動器リハビリテーションについては、診療所で整形外科を中心として行われるリハビリと、回復期リハビリ病棟を持つ病院やリハビリを充実させている診療所等で行う総合的なリハビリとは、内容が異なるのではないか。

(鈴木委員 平成 21 年 11 月 18 日基本問題小委員会)

疾患別リハビリテーション料の上に総合リハを復活して、それを病院版と診療所版と分けるとしてはどうか。

(鈴木委員 平成 21 年 11 月 18 日基本問題小委員会)

疾患別リハビリテーションの点数と人員配置について、PT/OT 等のスタッフ数により点数が異なっているが、地方の中小病院ではスタッフを 10 名雇っているところは少なく、また何名のスタッフがいても業務内容は同じため、スタッフの人員配置による算定要件は撤廃すべきではないか。あるいは、ある特定の条件を満たせばこの算定要件を緩和するなどを検討すべきではないか。

(嘉山委員 平成 21 年 11 月 18 日基本問題小委員会)

(2) 廃用症候群の患者に対するリハビリテーションの評価について

廃用症候群を起こしてからリハビリテーションを行うことに対する診療報酬ではなく、起こさないためのリハビリテーションに対しての診療報酬が必要ではないか。

(坂本専門委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

廃用症候群に対するリハビリテーションは、きちっと評価すべきではないか。一定の条件は必要であるが、廃用症候群のリハビリを脳血管と同じ点数とし、十分に行えるようにすべきではないか。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

(3) 心大血管系リハビリテーションについて

心大血管系のリハビリは、ハードルが高いため、もう少し緩和する方向で実際に行っている機関等と相談すべきではないか。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

(4) 介護報酬を踏まえた維持期のリハビリテーションについて

介護保険で短時間・個別リハができたが、実際は普及していないため、13単位は引き続き継続する必要があるのではないか。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

介護保険と医療保険の間の移行を円滑に行うために、同じ条件で行えるようにすべきではないか。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

回復期リハビリテーションの質の評価の導入のために、回復期リハビリ病棟の入院患者が、高齢化、重度化してきており、診療報酬上で入院基本料あるいは加算の部分での配慮をお願いしたい。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

アウトカム評価については、この制度によってリハビリがよい方向に向かっていると考えられるため、継続すべきではないか。

(白川委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

回復期のリハビリで質の評価を行うことについては医療の質の向上ということで、いい方向ではないか。

(小林(剛)委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

アウトカム評価については成果が上がっていると考えるが、ハードルを上げられると達成は困難ではないか。

(鈴木委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

状態の維持を目的とする場合、本来は介護保険で見べきところを暫定的に診療報酬で見ているが、平成24年の診療報酬と介護報酬の同時改定時には整合性を取る必要があるのではないか。

(白川委員、小林(剛)委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

(5) リハビリテーションの提供体制について

休日を含めて継続的にリハを行うことで、平均在日数が短縮し在宅復帰率が上がるという効果が出ているため、評価すべきではないか。

(鈴木委員、邊見委員、勝村委員、小林(剛)委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

1人当たりのセラピストの取得単位数の上限が決められているため、現行の人数で休日を含めて対応することは困難ではないか。

(鈴木委員、坂本専門委員 平成21年11月18日基本問題小委員会)

5. 退院調整(医療施設と介護施設の連携等)

医療と介護のシームレスなサービスということで、これももっと慢性期医療だけでなく、後ろの居住系サービスとか、前の維持期とか亜急性とかそういうものも調べ、それらの連携を調べていきたい。

(邊見委員 平成22年5月26日総会)

IT化や日本版RHIO(Regional Health Information Organization)などの取り組みを通じたシームレスな地域連携を促進すべきではないか

(2号側委員提出資料 平成22年5月26日)

在宅医療は診療所や病院のどちらか一方のみということではなく、地域全体で取り組んでいくべきではないか。

(白川委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

在宅患者連携指導料とかカンファレンス料等の、前回の改定でつくられた項目の検証を行うべきではないか。

(北村(光)委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

歯科にも退院時の共同指導料が前回の改定で入ったが、医科との連携を推進しなければいけないという意味では、医科のほうから歯科へのアプローチについても、医科にインセンティブが必要ではないか。

(渡辺委員 平成21年11月13日中医協)

退院時の共同指導料についても、歯科診療所と共同指導されるというときの呼びかけに対しての何らかのインセンティブが必要なのではないか。また、歯科の訪問診療をされている近くの診療所との連携を明確にすべきではないか。

(渡辺委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

地域のネットワークを構築するために、在宅ケアや訪問看護、在宅医療、病院それぞれについて、IT化を進めてゆく必要があるのではないか。

(坂本専門委員 平成21年11月11日基本問題小委員会)

ケアマネジャーとの連携については、ある事項を行ったから点数をつける、といった方法ではなく、成果に応じて点数をつけるといった工夫はできないのか。

(坂本専門委員 平成21年2月3日総会)

退院時共同指導料について、ケアマネ以外に受ける側の在宅の医師も入ってという議論であるが、この算定があまり伸びていないのではないかと考えているので、むしろケアマネジャーを中心としてケアプランを作ることを先行させてカバーするとしてはどうか。併せて、現行の制度では退院時に申請したとしても、みなし認定で介護サービスを始めて、認定を受けたところに遡って申請時からの給付が可能であるのか。また、可能であるとすれば、この条件は必要なのか。

（安達委員 平成 22 年 2 月 3 日総会）

在宅での口腔ケアは肺炎の予防に関しても非常に有効であり、我々は診療報酬が付かなくてもそのようなことを病院に入院している患者や施設を利用される患者に行っている。そういうことを在宅でも実施できればと考えているので、是非検討をお願いしたい。

（鈴木委員 平成 22 年 2 月 3 日総会）

6. 医療保険と介護保険の給付調整

医療保険と介護保険の給付対象の整理（2号側委員提出資料 平成 22 年 5 月 26 日）

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、居住系サービスにおける医療提供の整合性（2号側委員提出資料 平成 22 年 5 月 26 日）