【質疑】入院医療（その４）について

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点

【論点】

○ 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関が、地域において他の医療機関と連携しつつ、当該病棟の3つの役割を適切に担うことを推進するため、それぞれの役割に係る要件を以下のとおり見直してはどうか。
○ 急性期病床からの受け入れについて、特に許可病床数200床以上の医療機関において自院の一般病床からの転棟・転室が多くを占めていることを踏まえ、自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか。
○ 入院料及び管理料1・3において評価されている「地域包括ケアに係る実績」について、届出医療機関の実績等を踏まえ、自宅等からの患者の受け入れや在宅患者訪問診療料の算定回数については基準を引き上げ、訪問看護等の回数については基準を引き下げてはどうか。また、その他の要件についても項目の見直しを行ってはどうか。
○ 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数400床以上の医療機関が届け出る場合等は1病棟までとなっているが、地域包括ケア病棟の施設数・病床数が年々増加していることや、許可病床数が大きな医療機関における自院内転棟・転室の実態等を踏まえ、特に許可病床数が大きい医療機関が当該病棟を届け出る場合は、その旨について地域の意見を求めることを要件とすることについてどのように考えるか。
○ DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合に算定する報酬が異なっていることについて、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、算定する点数をDPC/PDPSにおける診断群分類の点数に一本化してはどうか。その際、DPC/PDPSの点数設定の考え方に基づき、当該点数を算定するのはDPC対象病院全体の平均的な在院日数である入院期間Ⅱまでの期間としてはどうか。

29

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

それでは５つほど、５項目に関しまして論点、出ていますけれども、一括して議論していただければと存じます。

ただいまの説明につきまして、何かご質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。まず 29 ページ目の論点から述べさせていただきます。

２つ目の論点である自院からの転棟割合に一定の制限をかけることについては賛成いたしますけれども、その許可病床数の基準は「200 床以上」ではなく、まずは「400 床以上」とすべきです。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

確かに、10 ページ目の実績の平均値を見れば、200 床未満では自院内の転棟割合が約 3 割であるのに対しまして、200 床以上ですと約 6 割、400 床以上ですと約 7 割となっており、200 床前後で確かに大きく異なっておりますけれども、いきなり広範囲に制度変更いたしますと、現場に非常に混乱が起きますし、400 床以上の病院に対して地ケア病棟の在り方への明確なメッセージを出すことで、200 床以上に対しても事実上の抑止力が働くと考えます。

200 床以上の病院につきましては、改定後の変容も踏まえながら改めて検討すべきであると考えます。

3 つ目の論点である実績要件の見直しにつきましては、16 ページに基づき意見を申し上げます。

地域包括ケアに係る実績について

○ 地域包括ケアに係る実績について、入院料及び管理料1・3を算定する医療機関の実績等を踏まえ、以下のように見直すこととしてはどうか。

■地域包括ケアに係る実績（入院料及び管理料１・３の要件）

		現行の基準	見直しの方向性（案）
自宅等から入棟した患者割合		1割以上（10床未満は3月3人以上）	実績を踏まえて引き上げ
自宅等からの緊急患者の受入		3月3人以上	
在宅医療等の提供	【条件】	①～④のうちいずれか2つ以上を満たす	各項目の見直しを踏まえて設定
	①在宅患者訪問診療料の算定回数	3月20回以上	実績を踏まえて引き上げ
	②病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の回数	3月100回以上／3月500回以上	実績を踏まえて引き下げ等の見直し
	③開放型病院共同指導料の算定回数	3月10回以上	算定が難しい場合があることを踏まえ、当該要件については廃止してはどうか
	④同一敷地内の施設等で介護サービスを提供していること	提供していること	保険医療機関であれば「みなし」の指定を受けられることから実績を求めてはどうか
看取りに対する指針		定めていること	地域包括ケア病棟・病室を届け出る際の全体の要件としてはどうか

16

まず、「自宅等から入棟した患者割合」と「自宅等からの緊急患者の受入」につきましては、慎重に判断すべきであります。

確かに、11 ページや 12 ページの調査結果を見ると、基準を超えている医療機関も多いですが、11 ページ目の自宅から入棟した患者割合については、基準である 1 割以上の付近に一定数の医療機関があります。

また、自宅等からの患者を受け入れるためには、その分のベッドを空けておかなければなりませんが、基準を引き上げますと、病床数が少ない所は空きベッドの割合が相対的に高くなるので非常に苦労すると思います。

この実績が求められているのは、許可病床数 200 床未満の病院ですが、その中でも地ケア病床の数が少ない所については基準を引き上げるべきではないと思いますし、10 ページに記載されているとおり、

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

200 床未満の病院ではですね、この地ケアの３つの機能がバランスが取れているとは思いますので、ここのところは慎重であるべきだというふうに思います。

その他の実績につきましては、①の「在宅患者訪問診療料の算定回数」は、地ケア病棟を持つ病院からの訪問診療を推進すると、地域の医療連携であったり機能分化に悪影響を及ぼす可能性もありますので、大幅な引き上げには反対いたします。

②の訪問看護の回数の引き下げについては賛成いたします。

③の開放型病院共同指導料につきましては、算定が難しいこともあり削除してもよいと考えますが、この基準を見たしている施設も少数ながらありましたので、削除するのであれば実績要件を満たす項目数、現在は①から④のうちいずれか２つ以上満たすことになっていますが、その項目についても検討が必要だと考えます。

④の介護サービスの提供につきましてですが、あまり高い実績を求めますと、その病院で医療から介護まで全て提供することになって、地域の機能分担に反することになりますし、病院から提供される看護サービスの内容をよく検討するなどして判断すべきと思います。

なお、「看取りに対する指針」、いわゆるＡＣＰ、あるいは「人生会議」と言われておりますが、（看取りに対する指針）につきましては大切な取組ではありますが、現行の運用では病棟に入院する全ての患者さんと話し合いをして文書を作成する必要があるというような誤解を生んでおります。

地ケア病棟の死亡退院は５％程度であります。この取組は、患者さんが回復して退院できる状態の時から、もしもの時のためにあらかじめ人生の最終段階で受けたい医療のことについて家族と話し合っておくことが重要と、パンフレットなどを使って説明することなどが大事でありますことから、そのような自主的な取組が促進されるような要件設定をするべきであると思います。

このような状況にありますので、拡大には慎重であるべきであります。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

続いて４つ目の許可病床数が大きい病院における地ケア病棟の届出については、22 ページの地域医療構想調整会議で議論、調整して判断するという考え方もあるとは思いますけども、現時点におきましては全国における調整会議が望ましい方向性でまだ活性化してるとは言い難い状況にありますので、時期尚早と考えます。

診療報酬上の対応といたしましては、２つ目の論点で述べましたが、大きな病院には地域包括ケア病棟の趣旨である地域との連携を守っていただくようなメッセージを出すことや、例えば 400 床以上は「今後、新規に地ケア病棟を開設することができない」という規制を拡大するほうが現時点では実効性があると考えております。

最後のＤＰＣ病棟から転棟した場合の算定方法についてですが、前回述べたとおり、診断群分類やリハビリが出来高となるか包括化されるか等の事情によって、どちらが高点数になるかは一概には言えませんので、厚労省の提案のような平均的な在院日数である「入院期間Ⅱ」の所で線引きするのも仕方がないと考えます。

また、２つ目の論点であったように、自院からの転棟割合が高い場合、そういった場合には一定の制限をかけることもありますので、そうした対応による効果も合わせて考えるだと思います。

回復期リハビリテーション病棟における実績評価について

【論点】

（リハビリテーション実績指数について）
○ リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、リハビリテーション実績指数の基準値を見直すこととしてはどうか。

（入院患者に係る要件について）
○ リハビリテーション病棟における患者の早期受入の実態及び受入に係る評価の現状等を踏まえ、入院患者に係る要件のうち、発症後の期間に係る要件について見直すこととしてはどうか。

44

44 ページ目の論点ですが、１つ目の「リハビリテーション実績指数」の基準値について、実績指数の基準が上がれば上がるほど在宅復帰率と重症患者比率の基準を満たすのが難しくなります。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

アウトカムは諸刃の剣であり、厳しくすれば良いというものではありません。

施設側に、患者さんの選り好みが生じ、評価が過ぎると患者さんの受け入れにも支障をきたすリスクがあります。

指標の限界にも配慮する必要がありますので、評価に当たっては適切なバランスになるようにすべきと考えます。

なお、入院料５につきましては、その数も少なく、37 ページを見ても見直しを検討するために必要十分なデータがないように考えます。

２つ目の論点につきましては、現行規定される発症期間により、43 ページのように重症の脳卒中や脊髄損傷等の病態が安定するまでに時間を要し、結果、回復期リハビリテーション病棟に入棟できないといったことが生じないような見直しが必要と考えます。

中医協　総－２
元．１１．２２

療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題②】

（その他（膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組））

○ 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されており、調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。

○ 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

○ 排尿自立指導料を算定している病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

○ 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。

○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がいない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。

【論点】

○ 療養病棟入院基本料経過措置2は、令和2年3月31日までの経過措置となっているが、届出状況及び介護医療院の開設状況等を踏まえ、当該経過措置について、どのように考えるか。併せて、療養病棟入院基本料経過措置1についても、届出状況等を踏まえ、どのように考えるか。

○ 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」について、療養病棟において、中心静脈栄養を長期に渡って実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求めることを検討してはどうか。併せて、中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めてはどうか。

○ 排尿自立指導料について、膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組を推進する観点から、当該指導料を算定していない理由等を踏まえ、要件の見直しを行ってはどうか。

48

48 ページ目ですが、経過措置２を利用されている４つの医療機関の意向について確認した結果、介護医療院や他の病棟に転換する意向が確認できたということであれば、この経過措置２につきましては、廃止しても構わないと考えます。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

短期滞在手術等基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

○ 短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加している。

○ 短期滞在手術等基本料2の算定回数は1月あたり79回と少ないが、対象手術の実施回数は平成29年から平成30年にかけて増加している。

○ 短期滞在手術等基本料1,2は、医科点数表の標記が分かれておらず、社会医療診療行為別統計等で手術ごとの内訳が不明となっている。

○ 短期滞在手術等基本料3は4泊5日までの1手術当たりの支払い方式として平成20年度に設立し、平成26年度や平成28年度に対象手術を拡大した。当該基本料は平成30年度からDPC対象病院で算定不可となり、算定回数は減少したが、平成30年においては1月あたり23,000回程度算定されている。

○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料の対象に追加した当時と比べ、平成30年においては平均在院日数が短縮している手術がある。

【論点】

○ 短期滞在手術等基本料1については、現在の評価を継続することとしてはどうか。また、短期滞在手術等基本料2についても、算定回数は少ないものの、1泊2日入院におる手術症例に関する支払い方式を残すという観点から、現在の評価を継続することとしてはどうか。

○ 短期滞在手術等基本料1,2について、データに基づき評価の見直しを検討するという観点から、短期滞在手術等基本料3と同様に短期滞在手術等基本料1,2を算定する対象となった手術が判別できるよう、見直すこととしてはどうか。

○ 短期滞在手術等基本料3について、4泊5日までの手術等を実施する症例に対して設定している基本料であり、当該基本料の対象手術症例の平均在院日数が当該基本料の対象となった当時と比べ減少していることを踏まえ、当該手術症例の実施件数等を考慮しながら、平均在院日数に基づき点数設定を見直すこととしてはどうか。

66

66 ページ目ですが、１つ目と２つ目の論点は相互に関連した内容だと思いますが、例えば短期滞在２つきましては、９月 19 日の入院分科会で、該当する手術を１泊２日で行う場合を評価した点数であるのに当該手術を実施する症例の平均在院日数は２日を多く上回っているということで、対象疾患が適当でないということが議論になったと伺っております。

残すのであれば、見直しの方向性も含めて検討すべきと考えます。

３つ目の論点につきましては、平均在院日数が短縮したことで当初の４泊５日よりも短くなっている手術があり、直近データに基づいた見直しが必要かと思います。

また、１泊２日まで短くなったものにつきましては、短期滞在２との違いが分かりにくくなっていることも考えられます。

短期滞在２の実施状況等を把握した上で、将来的には短期滞在２と３を統合するなども含めて改めて検討してはどうかと思います。

最後に論点 71 ですが、この論点につきましては、異論がございません。長くなりましたが、以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

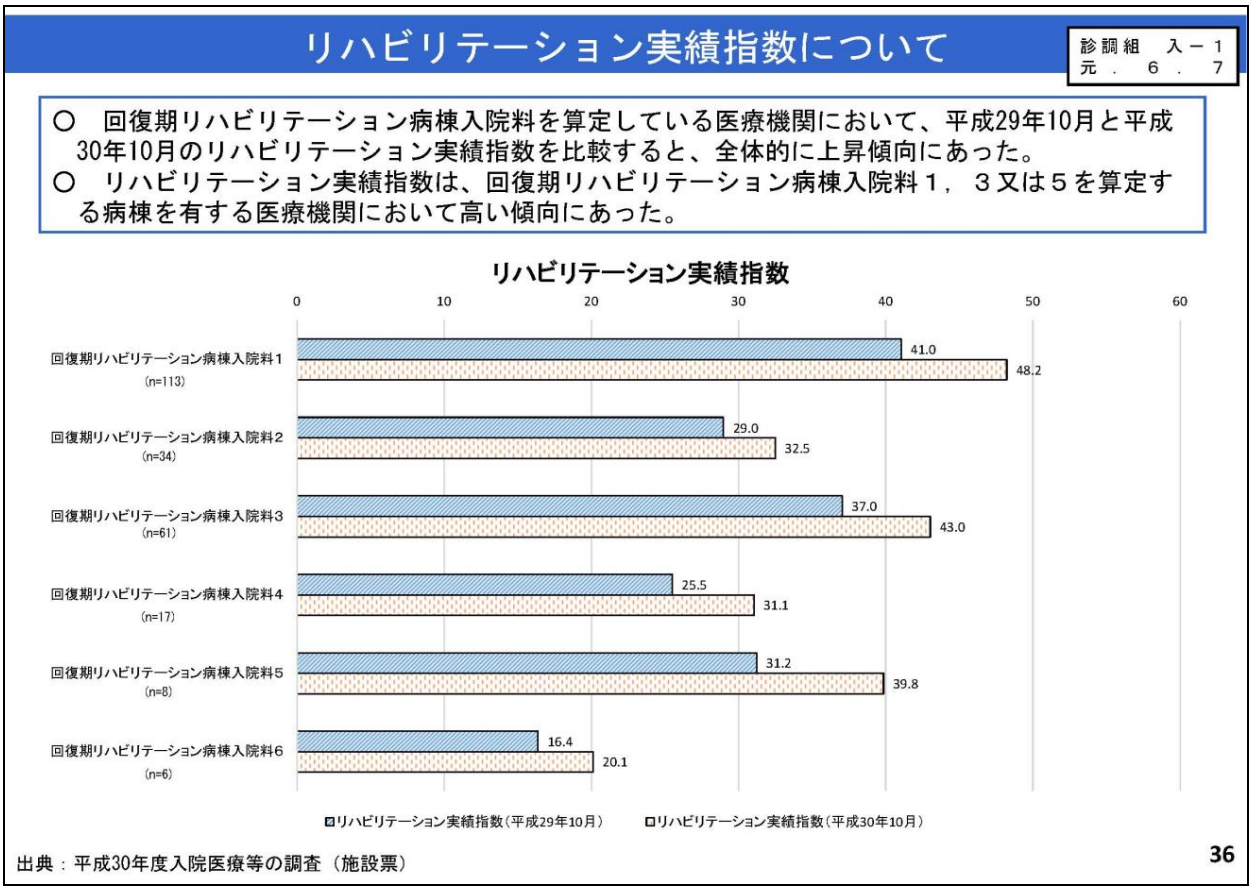
はい、ありがとうございました。ほかいかがでございましょう。では幸野委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

まず 29 ページの論点につきましては、異論ございません。

それから 44 ページ。回復期リハビリテーションについては、論点、基準の引上げに異論はないんですが、前回、われわれ主張しましたとおり、やはり回復期リハっていうのはアウトカムが重要だということで、全ての入院基本料において、入院料において実績指数を求めるべきということで、入院料「２・４・６」についても実績指数を置くべきだというふうに思います。



その根拠として、36 ページを見ればもう一目瞭然なんですが、やはり実績指数が置かれてる所についてはそれなりの成果を出していて、このデコボコが生じていて、やはり「２・４・６」は実績指数が置かれてないんで、「１・３・５」に比べて低くなってるという現象は、これはやはり矛盾が生じてるということもあって、この入院料１から６、全てにおいて実績指数を置くべきだということを改めて主張させていただきます。

逆に、在宅復帰率７割が１から４まで付いてるんですが、これを、７割を見直さないんであれば、この実績指数はもう不要じゃないかというふうに思います。

在宅復帰率の代わりに「２・４・６」にも実績指数を入れていただくということを要望いたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

療養病棟入院基本料に係る論点

【論点】

○ 療養病棟入院基本料経過措置2について、現在届出ている医療機関の意向を踏まえ、どのように考えるか。

49

それから、49 ページの療養病棟については、意向を踏まえた上で経過措置は廃止すべきというふうに思います。

短期滞在手術等基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

○ 短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加している。

○ 短期滞在手術等基本料2の算定回数は1月あたり79回と少ないが、対象手術の実施回数は平成29年から平成30年にかけて増加している。

○ 短期滞在手術等基本料1,2は、医科点数表の標記が分かれておらず、社会医療診療行為別統計等で手術ごとの内訳が不明となっている。

○ 短期滞在手術等基本料3は4泊5日までの1手術当たりの支払い方式として平成20年度に設立し、平成26年度や平成28年度に対象手術を拡大した。当該基本料は平成30年度からDPC対象病院で算定不可となり、算定回数は減少したが、平成30年においては1月あたり23,000回程度算定されている。

○ 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料の対象に追加した当時と比べ、平成30年においては平均在院日数が短縮している手術がある。

【論点】

○ 短期滞在手術等基本料1については、現在の評価を継続することとしてはどうか。また、短期滞在手術等基本料2についても、算定回数は少ないものの、1泊2日入院におる手術症例に関する支払い方式を残すという観点から、現在の評価を継続することとしてはどうか。

○ 短期滞在手術等基本料1,2について、データに基づき評価の見直しを検討するという観点から、短期滞在手術等基本料3と同様に短期滞在手術等基本料1,2を算定する対象となった手術が判別できるよう、見直すこととしてはどうか。

○ 短期滞在手術等基本料3について、4泊5日までの手術等を実施する症例に対して設定している基本料であり、当該基本料の対象手術症例の平均在院日数が当該基本料の対象となった当時と比べ減少していることを踏まえ、当該手術症例の実施件数等を考慮しながら、平均在院日数に基づき点数設定を見直すこととしてはどうか。

66

それから、短期滞在手術料につきまして 66 ページですが、これも異論ございませんが、基本料 3 については、対象手術の平均在院日数が減少していることを踏まえれば、適正化の観点から短縮を踏まえた適切なレベルの点数設定をお願いいたします。

それから、71 ページの入院時食事療養制度についてはご提案のとおりで異論ございません。以上です。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。ほかいかがでございましょう。では吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。29 ページの論点の 4 つ目の、この地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数が大きい医療機関の届出で、地域の意見を求めることを要件とする。

「地域の意見」というのは、地域医療構想調整会議ということを想定されてるっていうことなんでしょうけれども。

この意見を求めるプロセスなんですけれども、地域の意見を……。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点

【論点】

- ○ 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関が、地域において他の医療機関と連携しつつ、当該病棟の3つの役割を適切に担うことを推進するため、それぞれの役割に係る要件を以下のとおり見直してはどうか。
- ○ 急性期病床からの受け入れについて、特に許可病床数200床以上の医療機関において自院の一般病床からの転棟・転室が多くを占めていることを踏まえ、自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか。
- ○ 入院料及び管理料1・3において評価されている「地域包括ケアに係る実績」について、届出医療機関の実績等を踏まえ、自宅等からの患者の受け入れや在宅患者訪問診療料の算定回数については基準を引き上げ、訪問看護等の回数については基準を引き下げてはどうか。また、その他の要件についても項目の見直しを行ってはどうか。
- ○ 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数400床以上の医療機関が届け出る場合等は1病棟までとなっているが、地域包括ケア病棟の施設数・病床数が年々増加していることや、許可病床数が大きな医療機関における自院内転棟・転室の実態等を踏まえ、特に許可病床数が大きい医療機関が当該病棟を届け出る場合は、その旨について地域の意見を求めることを要件とすることについてどのように考えるか。
- ○ DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合に算定する報酬が異なっていることについて、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、算定する点数をDPC/PDPSにおける診断群分類の点数に一本化してはどうか。その際、DPC/PDPSの点数設定の考え方に基づき、当該点数を算定するのはDPC対象病院全体の平均的な在院日数である入院期間Ⅱまでの期間としてはどうか。

29

つまりその、許可病床数の大きい医療機関が、届出があった場合に、地域医療構想調整会議に「届けがあったよ、議論してください」っていうふうな形で言って、それで何らかの議論があって、意見をこう、もらうっていうようなプロセスなんでしょうか。その辺をまず教えていただければ。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

はい。私ども、事務的に想定しておりますのは、届け出ようとする医療機関のほうから、例えば、地域医療構想（調整）会議等で、このような自分たちの病院について、病床を一部、地域包括ケア病棟に届け……、変えたいということを希望しているということをその調整会議のほうに諮って、了承を得た上で、届出をしていただく。

そのような事務の流れがあるのではないかということを想定をしております。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

その辺はですね、整理していただかないと、その、まあ、そこで議論があって、届出がもし、ダメっつったときには、そのもう、それで、届出はないことになるのか。

いや、そうじゃなくって、「一応議論はしたけれど届け出たい」としたときにどうするのか。

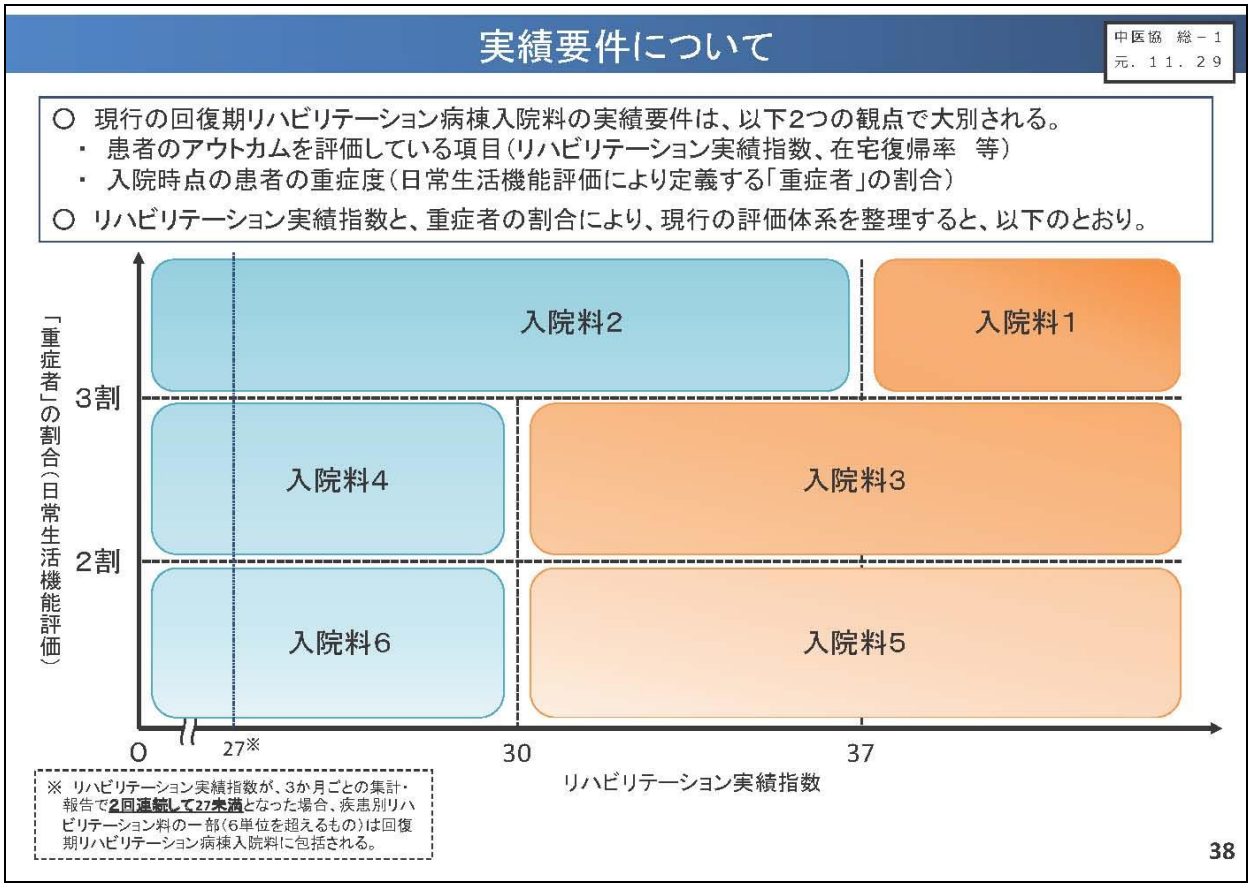
その辺の整理をしっかりしないといけないんだろうと思いますし。

ここんところの関係性っていうのは、地域医療構想調整会議の位置づけと、こういう届出のところをどう考えのか、ちょっとその辺がよく分かりませんけれども、そこんとこ、きちんと整理して……。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

それを要件にすると今度は、なってくれば、要件を、診療報酬上の要件としてどう考えるかっていうと、その辺とも相まって、当然ながら、地域医療構想調整会議っていうのは、地域の医療機能区分の、まあ、調整、連携を議論していくということなんでしょうけれど、その果たす役割を、こういうような要件設定のところに入れ込んでくるっていうのは、相当整理をしないと、ちょっと分かりにくいかなあというふうに思いますんで、これ、意見です。

もう１つ、38 ページの回復期リハの病棟、今、幸野委員からもありましたけれども。



「１・３・５」の階段っていうのは、前回主張したようにそうなんですけど、「２・４・６」、39 ページに例を、「見直し（案）」としてこう、図式していただいてますけれども。

「２・４・６」で、重症度の縦軸で３割、２割があって、横軸にリハの実績があってってんですけど、２が限りなくゼロに近くて、４も限りなくゼロに近くて、６も限りなくゼロに近い。

前回と違って、その最低限の要件として疾患別のこういうような歯止めがありますって言うんですけれども、ここに、やはり点数が違うわけですから、実績、きちっと果たしてるかどうかってのは、下限階段はやっぱり設けるべきだというふうに思いますけれども、いかがでしょう。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ど、どっちに伺ってるのか分かりませんけど、とりあえず医療課長、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

はい。一応ですね、私ども、38 コマ目に示させていただきましたように、入院料の 2 と 4 と 6 の所に、その点線で示しましたとおり、左側のとこに点線で引かしていただいております。

これは、実績指数を用いて、その病棟において 3 カ月ごとに集計をしていただいて、2 回連続で 27 未満となった場合。いわゆるその退院患者さんがあまり良くなっていないまま退院されたということが平均的にそうなった場合には、疾患別リハビリテーション料の一部、この 6 単位を超えるといった場合には、回復期リハビリテーションに包括されるということで、基本的にはどの患者さんも回復期リハビリテーション病棟の、いわゆるその、6 単位を超えて、だいたい毎日、6 単位を超えてリハビリテーションをしていただいております。

その分が包括されるということで、ある意味、減算の規定というふうになっておりまして、入院料に大きく影響する仕組みをここにはめておるということでございまして、どこまでもその、あの、要するに、悪くてもいいのかというような仕組みにはなっておりません。

ですので、2 も、そもそも 2 も 4 も 6 の、その入院料を取ってる所も、最低 27 は超えるということで頑張っていただいてるもの、というふうに思っております。

いうことで、ご説明をさせていただきました。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

はい、趣旨はよく分かりましたけれども。

そうしますと、この、2 回連続して 27 未満、これを、2 は例えば、30 だとか、4 は何だとか、6 は 27 だとか、階段を付けることっていうのは可能じゃないかと思いますんで、これは意見ですけれども、「ここに階段付けたらどう？」っていう意見ということで、お捉えいただければと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

先ほど、支払側の幸野委員と吉森委員から、お話がありましたけれども。

「2・4・6」の所はですね、39 ページにあるとおりのようなですね、イメージっていうことになっておりますけれども。　「1・3・5」の階段と、「2・4・6」の階段。それから「1 と 2」、「3 と 4」、

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

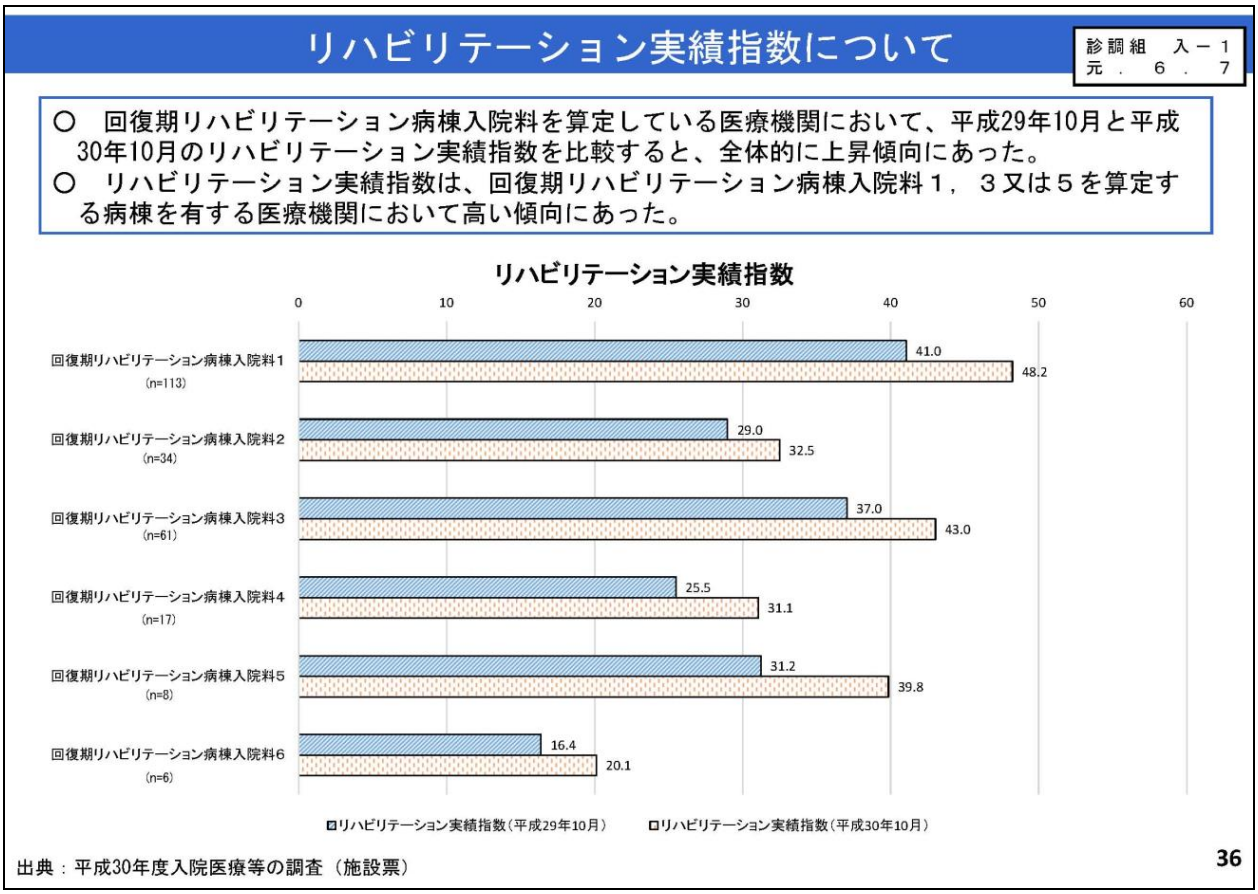
「５と６」の違いがあるということは明確になってるということがありますので、事務局の提案に賛成をして、「２・４・６」についての実績指数に対しましては反対いたします。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかが、では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

36 ページをよく見ていただきたいんですけど、われわれも、この棒の高さが１から６になるに従って、右から左にどんどん下がっていってるような状態であれば、あえて要件付ける必要はないと思いますが。



これ見てのとおり、「１と２」「２と３」を比較しても逆転してますし、「４と５」を見ても逆転してますし、入院料が高いにもかかわらず、そういった現象が起きてるっていうことは事実ですので、これを右からこう、なだらかに、こう、６まで下がっていくっていう状態にもっていくためには、やはり実績指数を入れるっていうのが、これ、自然な考え方じゃないかと思うんですが。

これをこのまま、この状態で放置してていいのかというところについて、ちょっと見解をお聞きしたいと思います。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

入院料の、その違いにつきましては、ちょっと要件の所、例えばですね、33 コマ目の所を見ていただければと思います。

平成30年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➢ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上（4割以上が看護師）				13対1以上（7割以上が看護師）	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士	－				専任常勤1名以上	
管理栄養士	－					専任常勤1名（努力義務）
リハビリ計画書の栄養項目記載	－					必須
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○（200床以上の病院のみ）		○			
実績部分 休日リハビリテーション	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
実績部分 「重症者」の割合（日常生活機能評価10点以上）	－		2割以上		3割以上	
実績部分 重症者における退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
実績部分 自宅等に退院する割合	－		7割以上			
実績部分 リハビリテーション実績指数	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数（生活療養を受ける場合）	1,647点（1,632点）	1,702点（1,687点）	1,806点（1,791点）	1,861点（1,846点）	2,025点（2,011点）	2,085点（2,071点）

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

33

33 コマ目の所にですね、平成 30 年診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 6 の内容、これは詳細に示しております。

そうしますと、例えば 1 から 6 までの入院料というものの中には、実は、それぞれ区切りが入ってる所を見ていただきますと、医師は一緒なんですが、例えば看護職員、これについては、例えば 13 対 1 と 15 対 1 と違いますし、「1・2」と「3・4・5・6」が違う。

また、その下のリハビリの専門職、それから……、等が違いますし、というようなことでですね。

実際の、その医療資源、提供されている医療資源そのものについても基本的なもともとの違いがございます。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

ですので、その基本的なその要件をですね、そういう要件がはまっているという、体制が違うということを、ある程度、考えていただいた上で、この実績というのは見ていただければというふうに思っております。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

いや、それは分かった上で聞いてるんですが、それは確かにいろんな施設基準があって、重症度の患者もあって違いを付けてるってことなんですけど。

この回復期リハビリっていうのは、やはり、どれだけその患者の状態を良くするかっていうアウトカムで評価すべきだと思うんで。

体制も大事なんですけど、こういった実績を階段状に付けていくっていうことは、なぜできないのかなあっていうのは非常に疑問なんですけど。

基準の違いは分かります。基準の違いによって点数が付いてるっていうのは分かりますけど、実績を入れてもいいんじゃないかっていうことで言わせていただいてる。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

もう１つ、その基準の違いのところについて、連動しているという意味合いでいくんであれば、「重症者」の割合というところについては、ここはある意味、いわゆる回復リハビリテーション病棟入院料の対象になっている患者さんについては、この最初の、入院する時の重症度の重さ、この重さを、そういう方を、非常に重たい方をどれぐらい入れているかというところで、この入院料の「２・４・６」っていうのは決まっております。

そこは、ある意味、看護者の配置、看護職員等の配置等でですね、ある意味、リハビリテーションのほかにプラスしてみなきゃいけない部分ですとか、そういうものもある意味、評価をされているという状況がございます。

また、このＦＩＭ指数の話につきまして、ＦＩＭの実績指数につきましては、実際、ある種の、その重症の、非常に重症な方についてはＦＩＭが上がりにくいというようなものもございます。

ですから、そういう意味で、先ほどちょっと、実際、重症度の、合わせにプラスして、ＦＩＭの、ＦＩＭ得点というような実績というものを入れるということについて、どのように考えるか、ということでご意見を頂ければというふうに思っております。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

でも、患者の視点から言うとですね、やはり、どの病棟に入りたいかというと、実績の高い、自分の体を良くしてくれる所に入りたいわけで、あまり実績の低い所には入りたくないんで。

じゃあ、「４と５のどっちに入りたいか」って言ったら、それは点数も５のほうが低いし、５のほうが高い実績を出してるんで、そっちに入りたいというふうに思うかと思うんですが、そういった、その患者の視点というのがちょっと抜けてるかと思うんですけど、その辺はいかがですか。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、猪口委員、お願いいたします。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

回復期リハビリテーションは珍しくＦＩＭ利得ということで、アウトカムで評価しているわけですけども、全国にたくさんある回復期リハビリテーション病棟の中で、やっぱり地域格差っていうのは非常に大きいんですね。

ですから、たくさん人口もいて、たくさんある所では、ある意味では、回復できる患者さんが集まってくる所もあるんですけども、やはり、ある地域でここしか回復期リハビリテーション病棟がないという場合には、もういろんな患者さん来ますから、その場合は回復する人もいるけど、どうしても回復が良くない人っていうのはたくさん入ってしまう場合があるわけです。

ですから、そういう場合のことも想定して、単にＦＩＭ利得だけで入院料を分けるということだけでは済まないんだということが、これ、実態として表れてるんじゃないかなというふうに思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

はい。その実態はなんとなく理解はしましたけれども、例えばさっき申し上げたように、39 ページでね、入院料２・４・６で、やはりアウトカム、リハビリ実績が３カ月ごとに集計しても出てこないと。２回連続して、27 未満になった場合は包括で減算項目だよって、説明いただいたんですけど、ここに例

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

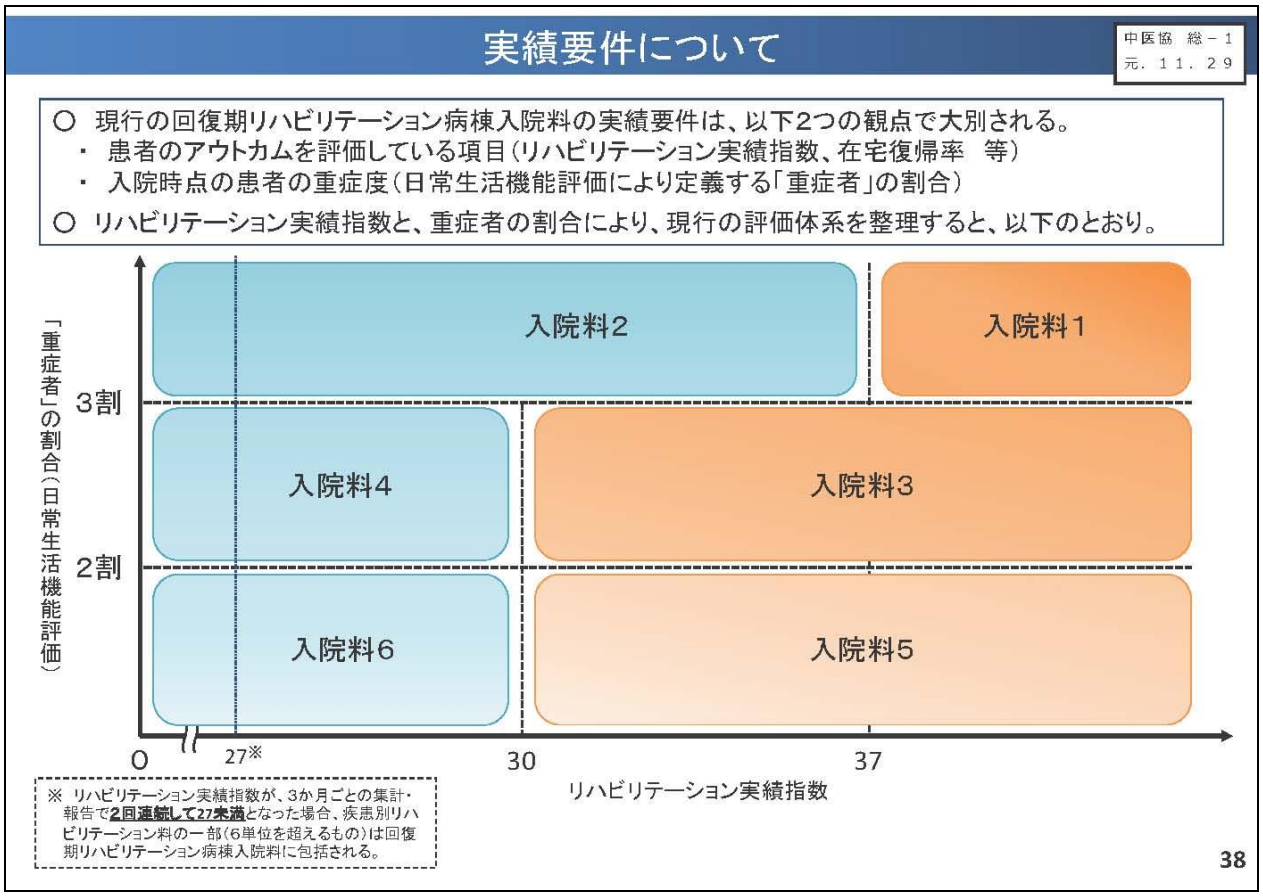
えば、入院料２は 27 人じゃなくって、２・４・６で同じ減算項目じゃなくって、ある程度、２のほうはもう少し減算規定を上げて、求めるというような、この 30 にするとかですね、階段を付けるっていうことについて、どうなのかなあというふうに申し上げたいとこなんですけど、そこについては……。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

誰が答えるのか、分かりませんけれども……。では一応、医療課長、引き取っていただければ……。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

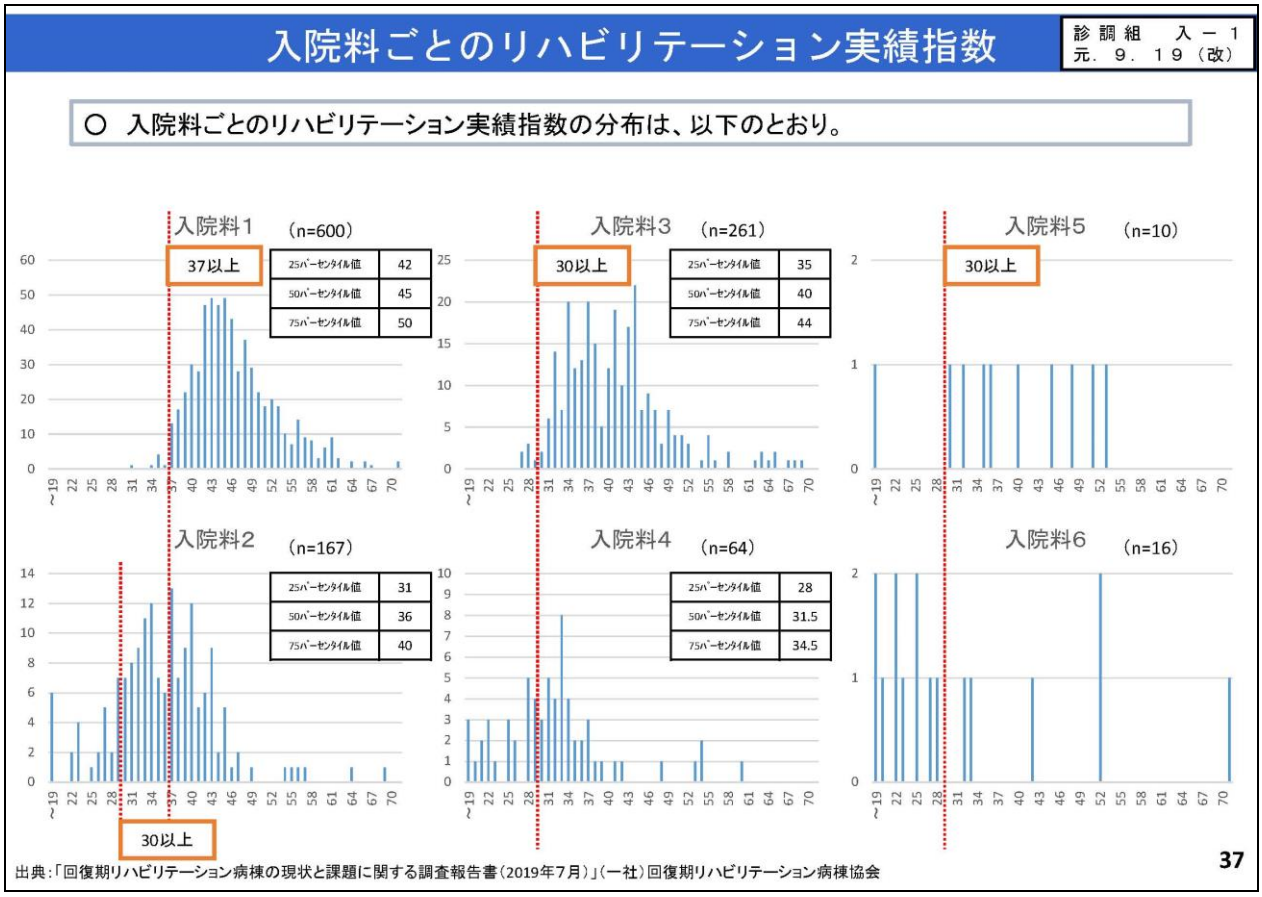
それにつきましては、例えば、37 コマ目……。先ほどちょっと……。
37 コマ目と 38 コマ目のほうを見ていただければと思いますけれども。



まず、入院料の２と４と６の違いの所でございまして、これに「重症者」の割合というところで、２割以下というのが入院料６になりますが、２から３割というのは入院６・４で、３割以上というとこで、入院料の２は、逆に言うと上限がない形で引き取って……、すいません、そういう、ちょっと、重症だけれども、リハビリを必要とする人の、ある意味、上限なしに引き取っていただいて、引き取って、しっかりリハビリをしていただいている病院ではございます。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

そういう病院は、入院料２のとこで、37（ページ）を見ていただきますと、かなり上がり……。



逆に言うと、ＦＩＭ得点が上がりにくい患者さんをたくさん引き取った上で、結構頑張ってですね、上げていただいてはいるものの、「30 以上」っていう所、その線を引いて見ていただければと思うんですが、かなり、それでも、そこまで至らない施設がございます。

そういう病院についてどのように考えるのか。「重症者」の割合がやはり３割も、以上ですので、病院の中身によって、もっと多い病院もあるかというふうに思いますので、そこはどのように今、その点についてどう配慮するか、ということが必要だろうというふうに思いますが。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

繰り返しになりますけども、一人ひとりのリハビリテーション実績指数という考え方でですね、やはりその地域全体をしっかりとみていく。

特に重症者の方とかですね、非常に、例えばそういった方々をきちんと受け入れてくれるような所も

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

やっぱり評価するという、体制の評価っていうことがやっぱりあるわけですので、そのバランスを取った今回のご提案だということで思っておりますので、「２・４・６」に関してましては、実績指数に対しましては現行維持ということで、よろしいかなと思います。取り入れないっていうことでいいのかなと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では猪口委員、お願いいたします。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

１つ質問なんですけれども、29 ページのですね、論点の４つ目で、ちょっと意味がよく分からないんですが、400 床以上の医療機関は今、１病棟までです。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点

【論点】

- ○ 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関が、地域において他の医療機関と連携しつつ、当該病棟の3つの役割を適切に担うことを推進するため、それぞれの役割に係る要件を以下のとおり見直してはどうか。
- ○ 急性期病床からの受け入れについて、特に許可病床数200床以上の医療機関において自院の一般病床からの転棟・転室が多くを占めていることを踏まえ、自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか。
- ○ 入院料及び管理料1・3において評価されている「地域包括ケアに係る実績」について、届出医療機関の実績等を踏まえ、自宅等からの患者の受け入れや在宅患者訪問診療料の算定回数については基準を引き上げ、訪問看護等の回数については基準を引き下げてはどうか。また、その他の要件についても項目の見直しを行ってはどうか。
- ○ 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数400床以上の医療機関が届け出る場合等は1病棟までとなっているが、地域包括ケア病棟の施設数・病床数が年々増加していることや、許可病床数が大きな医療機関における自院内転棟・転室の実態等を踏まえ、特に許可病床数が大きい医療機関が当該病棟を届け出る場合は、その旨について地域の意見を求めることを要件とすることについてどのように考えるか。
- ○ DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合に算定する報酬が異なっていることについて、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、算定する点数をDPC/PDPSにおける診断群分類の点数に一本化してはどうか。その際、DPC/PDPSの点数設定の考え方に基づき、当該点数を算定するのはDPC対象病院全体の平均的な在院日数である入院期間Ⅱまでの期間としてはどうか。

29

この「地域の意見を求める」というのは、今後、その１病棟……。
今はないけども、１病棟を届け出るときには、地域の意見を求めるという意味合いなんでしょうか。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

はい、そこに書いてある記載については、そのとおりでございます。
ただ、議論については、していただければというふうに思います。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

分かりました。基本的には１病棟という枠があるので、これは必ず守っていただく上でですね、今後、届け出る場合にはその調整会議で意見を求めるということだったら賛成したいと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）

今、話が出てた、その 29 ページの４つ目の丸ですが。
「地域の意見」ということで、地域の中にはそれぞれさまざまな意見があると考えております。その地域で、本当に必要かどうかっていうこと、そのことをきちんと議論していただくように、ということ

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

をお願いしたいと思います。以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、城守委員、お願いいたします。

○城守国斗委員（日本医師会常任理事）

同じく 29 ページのその論点の 4 つ目なんですけども。

この、地域医療構想の調整会議をこれ、想定されての、意見が要件ということだと思うんですけども。

いわゆるこの診療報酬のですね、項目の要件に、ほかの会議体の、要するに、決定が影響するということはですね、ほかには何かあるんでしょうか？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

すいません、会議体というような形で、ちょっと今、すぐには思いつきませんけれども、基本的な、例えば、診療報酬の仕組み自身の中で、例えばいろんなその、病院の要件と……。

その、その、病院を指定するような要件の中にですね、例えば、その、ほか制度、行政の中でのほかの制度、例えば、救急だとか、そういうものの中で、この地域においてこういう役割を担いますよっていうことで、例えば、札が打たれた、そういう病院について評価するとか、そういうようなことはあります。

ただ当然、そういう、その、地域における、その役割をある程度、その、行政の仕組みの中で決めていただき、そして、それを……。

ただ、決めるにあたっては大概はその、地域におけるその医療計画だとか、そういうところに基づいて、その医療計画に乗った、乗って、「こういうふうに役割を持つよ」というふうに決まった病院、そういうものが、例えば、「なんとかなんとか病院」というような形で載りますので、その病院を、その病院がその役割を担うと決まるまでの間に、その病院、その地域においての、その意思決定の場を経て、そして、決まるというようなことは、仕組みとしてはあると思います。

○城守国斗委員（日本医師会常任理事）

今の、要するに、今回のこの件に関してはですね、一定程度、理解はしますが、やはりその、ほかのですね、まあその、会議体等での、要するにその決定事項がその要件にも影響を与えるということになると、先ほど吉森委員もおっしゃったようにですね、診療報酬の、要するに、その要件との、要するに

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

その、位置関係というのが見えにくかったりするので、まあ、あの、できましたら、やはりこう、整理をしていただいたほうがよいかなあと思いますので、よろしくお願いしたいと思います。以上です。

〇田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、今村委員、お願いいたします。

〇今村聡委員（日本医師会副会長）

はい、ありがとうございます。今の議論ですけれども、先ほどの松本委員からもお話しあったと思いますけれども、地域医療構想調整会議の、いわゆるその活性化っていうこと自体が問題になっていて。

▼　ここで田辺会長が大きく３回ほどうなずいた。これは珍しい。

地域ごとに相当に、その地域医療構想調整会議の議論のですね、進捗状況っていうのはもう本当にバラバラだというふうに理解をしています。

また、本当にやらなきゃいけないことも多くてですね、また新たなお仕事をそこに付加するっていうのは現状、非常に厳しいんじゃないかと。

少し、「将来の課題」としてご検討いただいたらいいんじゃないかなと思います。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

まあ、私もちょっと疑問に思うのは、地域医療構想会議、出たことないんですけど、今までの進展なんかを聞いてみると、この調整会議のほうもいろいろで、じゃあ、これで急性期の病床が本当にこう、削減されていってるのかというと、なかなかそうはいってないという現状の中で。

まあ、ある地域医療調整会議の中で地ケアをつくりたいというふうに提案して、果たしてこれが却下されるっていう事態がほんとに生じるのかなって言うと、まあ、結局、認めるというか、認めざるを得ないっていうふうな状態になるんじゃないかなあというふうなとこです。

今の調整会議がそんなにギシギシしたような議論が本当に行われているかなあと言うと、ちょっと、急性期の病床の転換についてもあんまり進んでませんし、保険者もこれ、出ておりますので、いろいろ意見、聞きますけど、医療機関の方同士で主に行われてるんで、こういった病床転換が却下されるような状態がとても生じるとは思えないんですけど、その辺については、そんなことないと言い切れますか？

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

（苦笑しながら）はい、あの、いろいろご意見はありますけれど、まず第１ラウンドの際にですね、

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

地域医療構想については、診療報酬として寄り添う、また、もしくは寄り添う、また後押しするというような話があったかと思います。

その、まあ、いろんなご趣旨は、ご発言はあったかと思いますが、基本的には、いわゆる、それぞれの病院が地域における役割を認識した上で、それぞれの病床転換を進めていくということについて、診療報酬として寄り添う、もしくは後押しするというようなお話がそこの場でなされたかと思います。

そうしたときに、地域医療構想会議っていうのはまさにそれを担う役割を、ある会議だというふうに思っております。

その地域においての、いろんな今、状況であるということは当然、私どもも承知はしておりますけれども、却下できるかできないかとか、それはそれぞれの地域医療構想会議のありようだというふうには思います。

ただ、在るべき姿というもので言うんであれば、まさに幸野委員がおっしゃったような、却下とは言いませんけども、それは地域医療の中でどうなのかという議論がしっかり、その病院がその機能を持つことについてどうなのかっていうことをしっかりその場で会議ができると、意見を交わすことができるということが、まさに地域医療構想会議の、われわれ求めているものですし、双方で最初に第１ラウンドで議論された時の姿ではなかったかというふうに思いますが。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では、吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

今、課長おっしゃるとおりでですね、地域も、いわゆる、ありよう、実態を今、地域医療構想会議でいろいろ議論をいただいて調整をしていただくという方向性、これは、この方向性にのっとって、いわゆる病院のこの届出等についても、それは当然無視できないし、連携していかないといけない。

そういう意味で、きちんと連携を取る手法として、こういうことをっていうのは理解できるとこなんですけれども、じゃあ、実行性の問題として、今のありようも含めてね、もう少し整理をきちっとしないと、なかなかうまく、これは効果が出ないし、ましてや要件化っていう話になると、なかなか、ここんところはもう少し踏み込んで、いろいろ整理をする必要はあるというふうに申し上げている、ということだと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では吉川専門委員、お願いいたします。

○吉川久美子委員（日本看護協会常任理事）

ありがとうございます。地域包括ケア病棟入院料と管理料に関しまして、29 ページの３つ目の論点に

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

ついて地域包括ケア病棟の役割としての在宅医療等提供の訪問看護に関して、看護の立場から意見を述べさせていただきます。

この地域包括ケア病棟の条件、４つありますけれども、条件の２つ目の訪問看護の実績要件につきましては、14 ページと 15 ページにありますように、現場の実情に比べまして極めて厳しい要件となっておりますので、実績を踏まえた引き下げの検討をお願いいたします。

地域包括ケアに係る実績について

○ 地域包括ケアに係る実績について、入院料及び管理料1・3を算定する医療機関の実績等を踏まえ、以下のように見直すこととしてはどうか。

■地域包括ケアに係る実績（入院料及び管理料１・３の要件）

		現行の基準	見直しの方向性（案）
自宅等から入棟した患者割合		1割以上（10床未満は3月3人以上）	実績を踏まえて引き上げ
自宅等からの緊急患者の受入		3月3人以上	
在宅医療等の提供	【条件】	①～④のうちいずれか2つ以上を満たす	各項目の見直しを踏まえて設定
	①在宅患者訪問診療料の算定回数	3月20回以上	実績を踏まえて引き上げ
	②病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の回数	3月100回以上／3月500回以上	実績を踏まえて引き下げ等の見直し
	③開放型病院共同指導料の算定回数	3月10回以上	算定が難しい場合があることを踏まえ、当該要件については廃止してはどうか
	④同一敷地内の施設等で介護サービスを提供していること	提供していること	保険医療機関であれば「みなし」の指定を受けられることから実績を求めてはどうか
看取りに対する指針		定めていること	地域包括ケア病棟・病室を届け出る際の全体の要件としてはどうか

16

それから一方で、条件の④に該当します介護保険における訪問看護等の実施につきましては、前回提示された資料を見ますと、多くの医療機関で要件を既に満たしており、件数の実績要件はただ、含まれておりませんので、医療保険の訪問看護の要件と比較して、遜色ない程度、そちらのほうにも回数等の実績要件を求めることをご検討いただければと思います。

それからもう１点。訪問看護ステーションの設置についてなんですけれども、現在、同一敷地内が要件となっておりますけれども、同一敷地内に新たに設置することが非常に難しい場合もあります。

そのため、訪問看護ステーションの設置場所につきましては、隣接また、もしくは同一地域、せめて近接等、いろいろ範囲等を見直すこともご検討いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかが、では猪口委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

はい。41 ページのですね、回復期リハビリテーションの要件を、これを見直しという案で出てるんですが。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、発症後の期間に係る要件と、算定上限日数が設けられている。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	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か月以内**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※1。）又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して**150日以内** ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して**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2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か月以内**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※1。）	○ 算定開始日から起算して**90日以内**
	3 外科手術後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か月以内**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※1。）	○ 算定開始日から起算して**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か月以内**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。）	○ 算定開始日から起算して**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か月以内**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。）	○ 算定開始日から起算して**90日以内**

※1 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月（又は1か月）の期間から30日を限度として控除するものとする。

41

どういう形で見直すかまだよく分かりませんが、41 ページを見ますと、例えば欄内の 4 ですね。ここは神経とか靭帯損傷なんですけども、「損傷後 1 か月（以内）」と書いてありますが、これは靭帯損傷というのは結構、手術をすることも最近多いので、この辺の要件とかですね、あと 5 番もですね、置換術をやったらこれ、「術後」であって、「損傷後」ではないのではないかとか。

そういうような細かいところの見直しがまず必要なのか（な）ということと。

昨今、非常に早く回復期リハビリテーションに移るようになっておりますので、期間を撤廃するのか短くするとか、ちょっとその辺はよく分かりませんが、ある程度、やっぱり要件としてはあったほうがいいんではないかなと私は思っております。

そうでないと、その意味合いがですね、はっきり分からなくなる可能性がありますので、ある程度条件はあったほうがいいかなと思っております。

それから最後のですね、71 ページの入院時食事療養に関してですが。

なかなか今、食事についてはもっと、この場で話し合うんではなくてですね、もっと大きい意味で、

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

人手不足で食事が提供できなくなってきてるとか、いろいろ大きい問題があります。

それで、少なくともこういう帳票類の簡略化に関しては、本当にこれは賛成したいところです。

それに加えまして、今、通知でいろいろな規定がかかっております。例えばですね、医師とか管理栄養士が、食事ができあがったら、それを患者さんに出す前にちゃんと検食をしなさいなんていう規定があってですね、実際はもう、できあがったらもう、すぐ出さないと間に合わないので、それやってる暇ないでしょうということで。

ここは実際、作ってる栄養士さん、もしくは調理員の方がですね、きちっと検食していただけば、多くの病院はこれ、実は、医師にやれと言われててですね、もう、医師は外来やってるのにそんなことしてる暇ないでしょという気がしておりまして、ぜひ、そういう通知のほうもですね、見直して現実に合わせていただけたらと思っておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほか、いかがでございましょう。では、宮近委員、お願いいたします。

○宮近清文委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理）

すいません、回復期リハの実績指数を「２・４・６」の入院料にも入れるかどうかの論議の時に申し上げればよかったんですけども。

２号（診療）側の先生から、今、リハビリテーション病棟の実態、地域の格差とか、いろんな実態をお聞きして、なるほどなあとも思ってお聞きして、そういうお考えなんだなあということはよく分かりましたけれども。

やはり、われわれ、実態を知らずに申し上げるとですね、その前提で申し上げると、患者からするとやはり、37 ページの入院ごとの実績指数の分布状況を見ると、実績要件……。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

実績指数が要件となってる入院料「１・３・５」では、いずれも現行の指数の基準を上回る傾向になっておりますし、実績指数による評価の対象となってない「２・４・６」等についてもですね、一生懸命、頑張られて実績を上げている所も多いという実態があるということを踏まえると、やはり患者の立場からすると、一定の指標を示していただいて、そこに入ればこうなんだというようなことが分かるような感じの仕組みをつくるというのも必要なんではないかというふうに考えます。

申し訳ございません。タイミングがずれて大変失礼しました。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございます。ほかいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

ほかにご質問等もないようでございますので、本件に関わる質疑はこのあたりとしたいと存じます。

本日の議題は以上でございます。なお、次回の日程につきましては追って事務局より連絡いたしますので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日の総会はこれにて閉会といたします。どうもご参集ありがとうございました。

（散会）

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved