

写

国診協発第 145 号

平成 29 月 8 月 24 日

厚生労働省保険局長

鈴木 俊彦 殿

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会 長 押 淵 徹

平成 30 年度診療報酬改定等に係る要望について

～地域包括ケアシステム推進の立場から～

本会の事業運営につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、中山間地域等における地域包括ケアシステムの推進を図る観点から、標記について、別添のとおり要望書を提出いたしますので、特段の御高配を賜りますようお願い申し上げます。

はじめに

全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）は昭和 40 年代後半から地域包括ケアシステムの構築とその実践を基本理念として活動しています。私ども国診協会員の大多数は中山間地域等（「離島、へき地を含む」以下同じ）に位置しており、医療資源と財源が乏しい中で率先して保健・医療・介護・福祉サービスを総合的・一体的に提供し、人間性豊かな地域づくりに取り組んできました。厚生労働省におかれましても一連の社会保障制度改革の中で「地域包括ケアシステムの構築」を基本的施策とされたことは、これまでの私どもの取り組みが評価されたものと理解しております。

さて、平成 26 年度の診療報酬改定では、「治す医療から支える医療に、入院中心の医療から在宅医療に」を重視し、「地域包括ケア病棟」、「在宅療養支援診療所」、「在宅療養支援病院」などを新設し、在宅医療が重要な柱として位置付けられました。そして平成 28 年度は、「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」を重要課題の一つとして改定がなされており、地域包括ケアの推進を積極的に行っております国診協としても高く評価するものでした。

しかしながら地域包括ケアを推進する国診協会員からは経営難を訴える声が高く、その実態を把握するために、国診協会員施設 279 病院に「28 年度診療報酬改定による病院経営への影響、30 年度診療報酬改定への要望」についてアンケート調査を行い、その回答結果を踏まえて以下の要望書を作成いたしました。もとより、中山間地に位置する中小規模の病院が多い国保病院はその病床数も様々で、改定の影響もそれに対する要望も多彩ではありますが、少子高齢化、人口減少の著しい地域に存在する国保直診が、地域を守るインフラとして存続するための切実な要望でございます。

アンケート調査で平成 28 年度診療報酬改定の影響を概括いたしますと、先日発表された総務省の報告では収支がやや改善した自治体病院が多いとされていましたが、国診協のアンケート調査では平成 28 年度決算は黒字 37.7%、赤字 53.6%であり、平成 27 年度との比較で改善した施設は 31.9%、悪化は 60.9%でした。平成 26 年度から地方公営企業会計制度が変更されており、赤字額はほとんどそのまま病院の内部留保資金の減少額を表します。国診協においては、回答した施設のほとんどが 200 床未満であり、国保直診の中小病院にとっては厳しい状況が続いていることが分かります。もちろん、国診協会員は収益を確保して経営を改善するために診療報酬上設定された様々な加算算定基準を満たそうと努力を続けていますが、医師・看護師をはじめとする医療スタッフの確保がままならないという現実に直面しています。既に中山間地等の国保直診の中にはその存続そのものが困難になり、施設の縮小、さらには閉鎖を余儀なくされて、地域住民が安心できるサービスの提供に支障をきたす地域も出始めました。このような厳しい状況のなかでも国保直診はフロントランナーとして今後も地域包括ケアを実践していく所存であります。私どもの置かれた実情もお汲みいただき、ご理解とご配慮をいただいで前向きにご検討いただきますようお願いいたします。

I 医科関係

- 1 外 来
- 2 入 院
- 3 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）
- 4 リハビリテーション
- 5 在宅医療

6 医療資源の少ない地域

II 歯科関係

III 共通事項

- 1 「地域包括ケア支援病院」新設について
- 2 医療機関に対する消費税について

I 医科関係

1 外来

(1) 中山間地域の中小病院における地域包括診療加算と認知症地域包括診療加算の算定

私ども国保直診施設はこれまで医療にとどまらず予防から介護、福祉までが一体となった地域包括ケアを推進してきました。国保直診の多くは人口規模も小さく、他の医療機関も少ない地域にあって 200 床未満の中小規模病院が多数を占めておりますので、かかりつけ医機能も担わざるをえません。診療所で算定可能な地域包括診療加算と認知症地域包括診療加算を中山間地域等の中小病院でも算定可能としていただくことを要望いたします。

(2) 重複服薬を避けるためお薬手帳の配布義務化

高齢者は多くの疾患に罹患し、複数の診療施設で多種類の投薬をされる場合があります。このような重複服薬を避けるため、お薬手帳の義務化もしくは電子化を早く実現するよう要望いたします。

(3) 再診料における同一日複数科受診の診察料

同一日に複数科の診療をした場合の再診料は現在 2 科しか算定ができず、しかもその 2 科目は 1/2 の点数しか算定出来ない状況にあります。このため、国保直診以外の病院の中には患者に重複しないよう日を変えて何度も受診するよう指導する場合もあり、かえって様々な不利益を生じています。個別診療科の専門性を評価し、減算することなく算定可能としていただくことが合理的と考え、ここに要望いたします。

(4) ノロウイルス抗原定性検査

ノロウイルス抗原定性検査の算定にあたっては諸種の制限が設けられています（ロタウイルス抗原定性検査と、アデノウイルス抗原定性検査では制限はありません）が、昨今、ノロウイルス感染症が蔓延し入院治療、在宅療養や施設療養に支障をきたすことが多々あります。症状がある 3 歳以上 65 歳未満の方々の検査を行い診断がつけば早期に水際での対策を立てることが可能となります。そのためにもノロウイルス抗原検査の算定要件から年齢制限を撤廃していただくよう要望いたします。

(5) 特定疾患療養管理料の対象疾患拡大

地域医療の現場では慢性的な腎臓疾患（CKD）を有する患者さんが多くなってきています。このような患者さんに対しては適切な指導を行って透析が必要な状態にならないように予防することが重要です。しかしながら特定疾患療養管理料並びに処

方料および処方せん料に規定する疾患に腎臓疾患は含まれておりません。慢性腎臓疾患を特定疾患療養管理料算定の対象疾患にさせていただくよう要望いたします。

2 入院

(1) 重症度、医療・看護必要度の基準の見直し

中山間地域にある中小国保病院では医療資源が少ないにもかかわらず、重症疾患に対応する頻度が高くなっています。また、できるだけ地域包括ケア病棟への病床転換を行って残りの一般病床における重症度、医療・看護度の割合を上げるとともに、少しでも重症の患者さんを多く治療するよう努力していますが、少ない病床数では必要度が月により大きく変動し、重症度、医療・看護加算 3 の基準を満たすことができない現状にあります。10：1 入院基本料の看護必要度加算 3 における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合を 12%から 10%に見直しをしていただくとともに C 項目に内科系重症疾患を拡充していただくよう要望いたします。

(2) 各種加算における算定要件の緩和

国保直診は医療資源が少ない中山間地域等における地域医療において重要な役割を担っています。このような厳しい医療環境の中で健全な医療提供体制確保のために、下記のような各種加算における算定要件の緩和を要望します。

① NST 加算における専従要件を専任への緩和

患者の栄養は診療上大変重要な問題であり、褥瘡、生命予後に深く関与します。その重要性はほとんどの国保直診で認識され、多職種による NST カンファレンスや回診など行っています。しかし、NST 加算にはスタッフの専従条件が必要であり、算定できない施設が多くあります。専従を専任に緩和していただくよう要望いたします。

② 認知症ケア加算

入院患者の高齢化に伴い認知症が増加し、病棟業務量が著しく増大しております。前回の改定で認知症ケア加算を新設していただきましたが、施設基準が厳しく、多くの国保直診で算定できない現状です。そこで認知症ケア加算 2 の「認知症に関する適切な研修を受けた看護師を各病棟に複数名配置する」から複数名を削除していただくよう要望いたします。

③ 退院支援加算における連携医療機関数の要件緩和と看護師・社会福祉士等の専従要件の緩和

医療従事者確保が厳しい状況にある中山間地等の国保直診においては看護師または社会福祉士を専従で配置することは困難であり、専従を専任に緩和していただくよう要望いたします。また、連携する医療機関等が 20 以上との要件がありますが、中山間地域等では連携する医療機関等がもともと少ないため 20 以上を満たすことは大変厳しい要件です。当該地域内医療介護施設の 80%以上というような地域性へ配慮した要件の緩和を要望いたします。

④ 総合入院体制加算の施設基準の要件の緩和

総合入院体制加算の施設基準では「地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院

医療管理料に係る届出を行っていない医療機関であること」となっていますが、他に医療機関が少なく、在宅医療の支援を含め回復期的機能も持ち合わせないと地域包括ケア構築が成り立たないような地域の急性期病院においてはこの要件を緩和していただくよう要望いたします。

3 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）

高齢化が進む中で地域包括ケア病棟は今後ますます大きな役割を担っていく病棟であると認識しています。しかしながら施設基準要件が厳しく、国保直診では地域包括ケア病棟の導入が進んでいない現状です。このため以下の項目を要望いたします。

(1) リハビリテーション要件の緩和

中山間地の国保直診においてはリハビリテーションスタッフの確保が困難であり、専従を専任に緩和していただくようお願いいたします。

(2) 重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準の見直し

現在の基準はA項目1点以上またはC項目1点以上になっていますが、B項目3点以上も基準該当になるよう見直しをお願いいたします。

(3) 出来高算定部分の拡大

地域包括ケア病棟入院中の患者が急変した時や在宅患者の受け入れ時などCT検査やMRI検査など高額な検査が必要となることがありますので、CT・MRIにつきましては出来高算定が可能となるよう要望いたします。

4 リハビリテーション

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の区分の新設

脳血管疾患等リハビリテーション料ⅠとⅡの施設基準の間には大きな差異があります。中山間地域の医療人的資源の少ない国保直診では、障害を持った患者さんが早期に住み慣れた地域でその人らしく生活できるよう、自立支援の観点からリハビリテーションに力を注いでおりますが、リハビリスタッフ確保が困難な状況にあり脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰを算定できない施設が多い現状にあります。そこで以下のような基準での新たな区分の新設を要望します。

【脳血管リハビリテーションⅡ 1単位220点】

- ア) 専従の常勤理学療法士が 3名以上 勤務していること
- イ) 専従の常勤作業療法士が 2名以上 勤務していること
- ウ) 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。
- エ) アからウまでの専従の従事者が合せて 7名以上 勤務すること。
- オ) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、130平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

上記に伴い、従来の脳血管リハビリテーションⅡを脳血管リハビリテーションⅢ、

脳血管リハビリテーションⅢを脳血管リハビリテーションⅣとする。

(2) 廃用症候群リハビリテーション料の対象の拡大と施設基準について

廃用症候群を発症する原因としては、急性疾患等に伴う安静に限らず他の慢性疾患や生活不活発病・災害による避難生活など多岐に渡っていると考えられますので対象の拡大を要望いたします。また、廃用症候群リハビリテーション（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の施設基準は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の施設基準と同様であります。廃用症候群リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションでは内容が異なる点もあり、脳血管疾患リハビリテーションの基準と同様では条件が厳しすぎるものと考えられます。廃用症候群リハビリテーションに関する新たな施設基準の新設を要望いたします。

(3) 認知症を有する患者に対する疾患別リハビリテーション料の加算

高齢化が進む中、疾患別リハビリテーションを必要とする患者さんで認知症を併発している方が多くなっています。なかなか指示が理解されずリハビリテーションを行うことに難渋することが多くあり、理学療法士等の負担も大きくなっている現状があります。認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でランクⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当する患者に対して疾患別リハビリテーションを行った場合の加算を要望します。

5 在宅医療

(1) 訪問診療料

在宅医療を推進する国の方針にも関わらず老人ホーム等の同一建物居住者への訪問診療料が通常の訪問診療の約4分の1であり、これらの施設への訪問診療が制限されたと感じます。次回改定ではこれを改善していただくことを要望いたします。

(2) 退院前訪問指導料の対象職種の拡充

退院前訪問指導を行う職員は、医師の指示を受けた保健師・看護師・理学療法士・作業療法士等とされていますが、社会福祉士（MSW）が介在することがほとんどであり社会福祉士（MSW）も対象とすることを要望いたします。

(3) 退院後訪問指導料の対象疾患の拡大

対象疾患が限られており算定が難しい現状です。心疾患や脳血管疾患、運動器疾患も含まれるように対象疾患の拡大をお願いいたします。

(4) 訪問看護、訪問リハビリテーションにおける特定地域加算の新設

中山間地域等における訪問看護、訪問リハビリテーションは極めて広範囲をカバーするため移動距離・移動時間も長く1日に訪問可能な件数も限られています。介護保険制度にございます「特別地域加算」「中山間地等における小規模事業所加算」「中山間地等に居住する者へのサービス提供加算」に相当する加算をご検討いただきますよう要望いたします。

6 医療資源の少ない地域の指定地域拡大

今後さらに高齢化と人口減少が進んで過疎地域が多くなることが予想され、その

多くが中山間地域等に位置する国保直診を取り巻く環境は更に厳しくなります。地域医療の確保の観点から、医療資源の少ない地域の指定拡大を要望いたします。具体的には現在の指定地域に加え、総務省が定める①過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項の規定する市町村の区域、②同法第33条第1項の規定により過疎地域とみなされる市町村の区域。③同法第33条第2項の規定により過疎地域とみなされる区域④辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律第2条第1項の規定する辺地⑤山村振興法第7号第1項指定された振興山村を追加することを要望いたします。

II 歯科関係

歯科関係におきましても、在宅医療および多職種連携に向けた改正が行われており、地域包括ケアシステム推進に取り組んでいる国保直診の歯科施設としては、勇気づけられており、感謝申し上げるところです。

しかし、国保直診歯科施設は中山間地域に存在するため、全国一律の保険制度では、業務の実態に合わない場合がありますので、以下について要望いたします。

1 外 来

(1) 同月における複数回の義歯調整料の算定

高齢化に伴い、歯を喪失してから長期間にわたる患者が増加しています。そのため、義歯が安定するための歯槽堤が無くなることによって、義歯調整が困難であり、同月に頻回長時間の調整が必要となる場合が増加しているためです。

(2) 専門的口腔ケア

無歯顎患者および有歯顎患者の口腔ケアの新規算定

口腔内には細菌性プラークの増殖があり、誤嚥性肺炎の原因の一つとなっていますが、現在、病院内において、専門的口腔ケアを行った場合の算定がないためです。

*参考文献

- 1) Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: Lancet 354(9177), 515, 1999
- 2) 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究：米山武義、吉田光由他日歯医学会誌 2001

(3) 毎月の機械的歯面清掃料算定

現在は、2か月に一回の算定です。しかし、歯面への付着物は、2か月より短期間で新たに発生し、機械的歯面清掃による口腔内の細菌性プラークおよび付着物の除去は、毎月行う必要があるためです。

(4) 算定要件の緩和

- ①有床義歯咀嚼機能検査
- ②舌圧測定

治療時間や機器（高額）の問題で算定要件が厳しいためです。

2 入院

(1) 周術期口腔機能管理の充実

周術期口腔機能管理による医科・歯科連携は徐々にではあるが増加しています。現行では、保険医療機関が歯科診療を行う他の保険医療機関に対して紹介を行った場合に歯科医療機関連携加算を算定できますが、同一の医療機関に対してはその加算が認められていません。全国の病院歯科は約14%であり、医科・歯科連携をさらに推進する意味においても「周術期口腔機能管理」に限り同一の医療機関での同加算もしくは増点を認めるよう要望します。

3 リハビリテーション

(1) 介護保険のリハビリテーションの指示

介護保険でのリハビリテーションの指示は医師に限られていますが、摂食・嚥下訓練と呼吸訓練は連動していますので、歯科医師からも理学療法士などの指示を認めていただきたいと思います。

(2) 歯科医師から管理栄養士への処方指示（オーラルフレイルの改善）

オーラルフレイルの改善目的のため、歯科医療機関での治療後に、管理栄養士が患者ごとの口腔機能の状況にあった栄養指導ができるようにすることによって、歯科治療の効果を向上させることができます。

4 在宅診療

(1) 病院歯科からの訪問診療（シームレスケアの推進）

病院歯科において、歯科診療所と同様に、在宅療養歯科支援診療所の病院歯科用の施設基準を作るよう要望いたします。その理由は、シームレスケアの推進のため、病院歯科からの訪問診療も増えていますが、歯科診療所からの訪問診療の算定状況が同じ治療内容でも異なるためです。

(2) 病院歯科衛生士の歯科訪問診療補助加算

歯科診療所の訪問診療では歯科訪問診療補助加算ができますが、病院歯科では算定できません。訪問診療においては同じように歯科衛生士が診療補助を行いますので同様に認めていただくようお願いいたします。

(3) 患家までの距離制限の撤廃

現在、医療機関から患家まで16kmまでとなっており、この撤廃を要望いたします。歯科医療機関から16km以内にある病院に入院中の患者に対して訪問診療後に退院し、歯科医療機関から16km以上ある居宅に移った場合に継続した歯科医療を提供できなくなるためです。国保直診はその多くが中山間地域に存在し、16kmを超えて訪問診療を行う機会が多々あります。

(4) 同じ開設者（首長）による訪問診療料の算定

平成 28 年度改正において、「特別の関係」にある訪問診療について、ある程度ご配慮をいただきました。しかし、自治体立の診療所から自治体病院または自治体立介護福祉施設への訪問診療を行う場合（病院から介護福祉施設を含む）で開設者が同じ場合には、訪問診療料が算定できません。民間において、開設者が同じグループ内で訪問診療料の算定を行い合う可能性があるための措置だと理解していますが、開設者が自治体首長である場合は利益追求にはつながらないため、この適応（特別な関係）からは除外されるべきだと考えます。直診の場合、上記のようなグループ医療・介護機関ではないため、開設者が同じ首長である医療・介護施設への訪問診療料は算定できるよう要望いたします。

(5) 介護保険と医療保険の給付調整（歯科衛生士の居宅療養管理料）

平成 28 年度の診療報酬改定において「訪問口腔リハ」の管理料が新設されています。その際に、医療保険と介護保険の給付調整において自宅または居住系施設での「訪衛指」が算定不可です。「訪衛指」（医療保険）は簡単と複雑の 2 種類ありますが、「歯科衛生士による居宅療養管理指導費」（介護保険）は 1 種類（20 分以上）しかありません。そこで、20 分未満の歯科衛生士による指導では「訪衛指」を算定できるよう要望します。これは、居宅において患者の体調が不調のため、歯科衛生士による指導が 20 分未満しかできなかった場合には介護保険では、何も算定できない場合があるためです。この場合、20 分未満の場合は「訪衛指」を医療保険で算定できるように要望します。

Ⅲ 共通事項

1 「地域包括ケア支援病院」新設について

地域包括ケアシステムの構築が国内すべての市町村で求められていますが、その中核となっている医療機関には職員の院外活動が増えても何のインセンティブもない状態です。また国保直診以外の医療機関の中には介護施設等を併設して地域包括ケアと称しながら、訪問診療の実施や行政への協力がなされていない場合が見受けられます。地域包括ケアは介護保険制度のみが支えて推進できるシステムではなく、あらゆる分野が連携して推進して行くべきものです。適切な要件を設けて診療報酬に取り入れるならば民間医療機関も積極的になり、必ずや取り組みが遅れている地域においても地域包括ケアシステムが推進されていくものと考えます。

大きな都市部以外ではもともと医療施設が少なく、それを運営する医師もこれから高齢化して閉院が相次ぐ時期がまいります。患者は直接病院を受診するようになるので現時点で地域医療支援病院の要件を満たしている病院であっても満たせなくなってきました。それでも病院や残された診療所は行政や介護と一体となって率先して地域包括ケアを推進し続けることが求められます。

以上のような理由で「地域医療支援病院」に対応する概念として「地域包括ケア支援病院」を新設していただくことを要望いたします。

その要件としては、①地域包括ケア病床や回復期リハビリ病棟を有していること、②急性期病床を有している場合は 7 対 1 ではないこと、③ 24 時間救急患者を受け入れていること、④訪問看護、訪問診療、在宅看取りを実施していること、⑤行政と協力した地域内多職種研修会を実施していること、⑥地域ケア会議等（厚労省老健局では和光市型を全国展開する意向であると聞いております）への専門職種の派遣を行っ

ていること、⑦地域での健康講座（出前講座）を年間6回以上実施していること、などが考えられるものと思います。

このような要件を満たしている病院の数は多くはなく、そのような病院の年間入院患者数も多くはないと思われます。だからこそ、診療報酬の上で地域包括ケアシステムを推進する病院のあるべき姿を示すこととなり、自施設、自法人から外に出ようとしない医療機関も地域との連携に積極的になって行くものと考えます。

2 医療機関に対する消費税について

消費税は、最終消費者が支払うことが原則となっています。しかしながら医療は非課税となっているため、患者から消費税が徴収できず、医療機関が仕入れに要した消費税額は本来最終消費者でない医療機関が負担しています。そのため多くの国保直診は、医療機器等の設備投資や医療材料・医薬品購入にかかる消費税負担が施設経営を圧迫しているのが実情です。

消費税は、診療報酬に含まれているとのことですが、あくまでも一部であり、医療機関が負担した消費税分がすべてまかなわれているわけではありません。また、診療報酬でまかなわれる消費税分は、医療機関によって差があり、公平性を欠いていると言わざるを得ません。

医療機関に対する消費税は、診療報酬に増税分を上乗せすることではなく、課税であるが税率をゼロにすることで、患者と医療機関双方が消費税を負担しなくてよい制度にするなど医療に関する消費税の取り扱いの抜本的な見直しを強く要望いたします。