

「写」

国診協発第 109 号
平成 26 年 8 月 5 日

厚生労働事務次官

村 木 厚 子 殿

厚生労働審議官

原 勝 則 殿

厚生労働省保険局長

唐 澤 剛 殿

(大臣官房審議官 武 田 俊 彦 殿)

(大臣官房審議官 吉 田 学 殿)

(総務課長 大 島 一 博 殿)

(国民健康保険課長 中 村 博 治 殿)

(医療課長 宮 寄 雅 則 殿)

厚生労働省老健局長

三 浦 公 嗣 殿

(大臣官房審議官 苧 谷 秀 信 殿)

(総務課長 高 橋 俊 之 殿)

(老人保健課長 迫 井 正 深 殿)

厚生労働省医政局長

二 川 一 男 殿

(大臣官房審議官 福 島 靖 正 殿)

(総務課長 土 生 栄 二 殿)

(地域医療計画課長 北 波 孝 殿)

(医師確保等地域医療対策室長・在宅医療推進室長 佐々木昌弘 殿)

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会 長 青 沼 孝 徳

平成 26 度診療報酬改定等についての要望
～地域包括医療・ケア推進の立場から～

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医療・ケアの推進を図る観点から平成 26 度診療報酬改定等を踏まえ、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。

別添

平成26年8月5日

要 望 書

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

要 旨

平成 26 度診療報酬改定等についての要望 ～地域包括医療・ケア推進の立場から～

- ◆ 全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）・国民健康保険診療施設（国保直診）は、昭和 40 年代後半から地域包括医療・ケアを推進して全人的医療の提供、医療費の適正化を実現し、地域づくりに貢献してまいりました。また、地域の医療に重要な役割を担ってきた国保直診は、医師・看護師はじめ、医療スタッフの地域偏在による確保が困難な状況の中、多職種協働による地域包括医療・ケアの実践に日夜努力しております。
- ◆ 平成 26 年 4 月の診療報酬改定においては、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、地域包括診療料、地域包括診療加算、在宅療養後方支援病院等を新設して頂いたこと、また、これまで国診協・国保直診が取り組んできた「地域包括ケアシステムの構築」の重要性を明確に謳った「医療介護総合確保推進法」が平成 26 年 6 月に成立したことは、高く評価をするものです。
- ◆ 国保直診においては、医療スタッフの確保が充分でなく、施設基準をクリアすることが困難な施設が多くあるのが現状であります。そこで国保直診の現状を踏まえ、今回の診療報酬改定等について、以下の 7 項目を要望するものです。
 - 1 医師の確保・偏在対策について
 - 2 看護師・介護福祉士等の確保対策について
 - 3 総合診療専門医育成について
 - 4 地域包括医療・ケアの推進について
 - 5 住まい(ケア付住宅など)について
 - 6 医療機関に対する消費税について
 - 7 医療資源の少ない地域への配慮について

はじめに

全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）、国民健康保険診療施設（国保直診）は中山間地域等（「離島、島嶼、へき地を含む」以下同じ。）を中心に地域包括医療・ケアの実践と構築を基本理念として運営しています。国保直診が設置されている多くの中山間地域等は、医療資源が不十分であるにも拘わらず、それらの地域で保健・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います。

従って、これまで国診協・国保直診が取り組んできた「地域包括ケアシステムの構築」の重要性を明確に謳った「医療介護総合確保推進法」が平成26年6月に成立したことは、高く評価をするものです。

また、平成26年度の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築に向け、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、在宅医療の充実等を図る改定が行われました。

国保直診では昭和40年代後半から地域包括医療・ケアを推進し、地域医療、在宅医療を支えて参りました。特に中山間地等での医療・介護のサービスは、それぞれ制度上のギャップがありサービスの低下になっていましたが、今回の改定では医療・介護の一体的推進が図られておりその改定は評価に値するものです。

しかし、地域包括ケア病棟入院料や地域包括ケア入院医療管理料等の人的要件や施設要件は中小病院の多い国保直診にとっては高いハードルであります。

また、「医療介護総合確保推進法」が成立し、今後の医療・介護の提供においては、都道府県や市町村に大きな役割が求められることとなります。

都道府県は病床機能報告を受け地域医療構想策定やその構想の達成のため、必要な措置が出来る権限が付与されます。

市町村においては、地域支援事業の介護予防訪問介護、介護予防通所介護の実施、そして地域包括ケアシステムの実現に向けた地域包括ケア会議の開催等をしなければなりません。

そのような中で、地域医療において重要な役割を担う中小病院の多い国保直診は、機能分化・強化と連携が困難な地域に立地している施設が多く、医師をはじめ、看護師・介護福祉士等の要員確保が十分できず、適切な医療・介護提供の体制を維持・確保ができるか否か岐路に立っているところが少なくありません。

地域や財政力によっては、医療や介護が崩壊しかねません。県・市町村の施策を、国がきめ細かく支援するという体制を明瞭にしていきたいと思えます。

国民皆保険制度の趣旨に沿って、国民が等しく必要な時に適切な医療・介護のサービスを受けることができる体制が整えられるためには、公的な支援が不可欠です。

超高齢化が進む中山間地域等において国保直診は、適切な医療・介護提供体制が確保できるよう最大限の努力をしておりますが、国保直診が抱える困難な状況にご理解とご支援をここに要望します。

1 医師の確保・偏在対策について

新医師臨床研修制度が施行されて10年が経過した。各分野から問題点が指摘されながらも制度が定着し、臨床能力の優れた医師が育ってきているのは間違いのないことである。しかし、ほぼ時を同じくして顕在化した医師の地域・診療科偏在は解消されておらず、特に中山間地等の国保直診における医師不足は深刻化する一方である。

大多数の地方国立大学病院では、マッチング率の低下に危機感を覚え、研修教育システムの改革を行っているにもかかわらず、研修医ひいては医局員の増加につながっていない。これにより大学からの医師派遣に頼っていた中山間地等の国保直診の医師数は減少し続け、この10年間で常勤医師数が3分の2以下になった施設も多く、更には常勤医師が10歳近く高齢化した施設も見られる。

厚生労働省におかれては、われわれ国診協が永年取り組んできた地域包括医療・ケアを少子超高齢社会に向けて欠くべからざる重要なシステムと受け止めていただき、地域包括ケアを全国で推進していただいている。

しかし、その本家本元である国保直診の大多数においては、深刻化する医師不足が地域包括ケアの推進はもとより、地域住民への医療提供・施設存続の危機をもたらしているのが実情である。

確かに、多くの国立大学医学部では地域枠入学生が増加し、実際に地域で働き始めようとしている。しかし、大学によって地域枠卒業生の進路や義務のあり方がまちまちであり、中山間地等の国保直診における医師数の増加に直結するのか危惧せざるをえない。

そこで、国診協として、いち早く超高齢社会を迎えている中山間地等の医療を守るとともに地域包括医療・ケアを推進するために以下の医師偏在是正対策を実施していただくようお願いする。

- (1) 全ての医学部において4週間程度のへき地医療実習のカリキュラム整備を必須として学生時代からへき地医療・高齢者医療を経験させる。
- (2) 県の地域医療構想策定においては二次医療圏単位で大雑把に議論するのではなく、各自治体ごとの医療資源の過不足、住民の受診に要する時間等を勘案した上で、医療施設の機能分化と強化の議論をし、必要医師数を明示する。
- (3) 地域枠卒業生を確実に国保直診をはじめとする中山間地等の公的医療施設に派遣するシステムを確立するよう、大学と県に指導する。
- (4) 総合診療専門医制度において国保直診をはじめとする中山間地等の医療施設での診療経験を半年程度を必須とする。
- (5) 日本外科学会や日本内科学会などの専門医資格取得においても、単なる認定修練施設での症例数だけでなく、半年以上、中山間地等の病院勤務経験を必須修練期間とする。
- (6) 医師免許取得後、中山間地等の国保直診などのへき地医療施設に一定期間勤務を事実上の義務とする。例えば、初期臨床研修終了後一定期間へき地医療や救急医療に従事する。

2 看護師・介護福祉士等の確保対策について

中山間地域等に位置する国保直診においては、以前より看護師不足は大きな課題であるが、7対1入院基本料が設定されてから、より問題は深刻になっている。看護師の養成や、潜在看護師の現場復帰などいろいろ手を打っていただいているが、地域偏在に関しても検討をお願いする。国保直診では、以前より訪問看護など地域に出ていく看護を意欲的に取り組んできた。少ない人数で、24時間訪問看護体制を築こうと努力している地域もある。在宅医療を普及させるうえで、看護師の確保は必須である。実効性のある対策をお願いする。

介護福祉士等の育成は年々増加しているが、福祉施設を併設する多くの国保直診では慢性的な不足が続いている。また、いったん就職しても定着しない傾向も依然としてみられる。当然のことながら、処遇改善手当などは満額支給しているが、業務内容、処遇、将来性などさらなる改善策が必要と思われる。介護の必要な後期高齢者が増加する近未来への実効性のある対策をお願いする。

3 総合診療専門医育成について

2025年に団塊世代が後期高齢者のピークを迎える。更なる認知症の増加や医療費の増加が見込まれ、必要な財源確保がきびしくなる等々、さまざまな課題が上がっている。

そのような中、日本専門医機構が設立され、新しい専門医制度の実施に向けて具体的な準備が動き出した。国民皆保険制度を支え、国の政策となった地域包括ケアシステムの推進においても、注目される総合診療専門医の役割はきわめて大きいと考えている。

全国の中学校区の単位で、総合診療専門医と地域包括支援センターがリーダーシップを取り、適切な連携と顔の見える関係を構築し、地域住民が積極的かつ主体的に参画できる環境を整えば、住み慣れた地域で最期まで、一人ひとりが納得して人生を全うできると思われる。

総合診療専門医のモデルは、今、全国の中山間地域で地域医療の現場に勤務し、地道に地域包括医療・ケアを実践している国保直診の医師をはじめ、自治医科大学卒業の義務年限内医師の活躍の姿ではないかと考えられる。

医師の地域偏在が顕著となった今、大学、県等による医師派遣もきびしく、新たな専門医制度における総合診療専門医の真の育成の場として、我々の国保直診施設が育成のためのキャリアパスに乗ることが必要である。そのことが、日本で必要とされる総合診療専門医の育成と、これらの地域の安定した医師確保につながり、地域包括ケアが全国の隅々にまで広がっていく引き金になると考える。

全国の中山間地域等の国保直診が育成のキャリアパスに組み入れられるようお力添えいただきたい。

4 地域包括医療・ケアの推進について

国診協が昭和 59 年に「国診協の理念」として掲げ、取り組んできた地域包括医療・ケアについて、国においてもその構築が国の重要施策であるとして、平成 26 年 6 月に成立したいわゆる「医療介護総合確保推進法」には世界に冠たる国民皆保険制度を守り抜くためには、医療・介護提供体制の改革が必須であり、病院完結型医療から地域完結型の医療、医療と介護の連携による地域包括ケアシステムの構築による在宅医療の推進が必要であると謳われている。これは、国保直診がこれまで先進的に実践してきたことが評価されたと受け止めている。

一方、今回の診療報酬改定で、医療資源の少ない地域でチーム医療の専任要件や精神科医師常勤の要件等を緩和をしていただいたことや地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、地域包括診療料、地域包括診療加算、在宅療養後方支援病院等を新設していただいたことは評価している。しかし、中山間地域等に所在する多くの国保直診施設にとっては新設していただいた施設基準のハードルが高く、国保直診が実際に提供しているサービス体制の評価が受けられないのが現状である。引き続き、算定要件の緩和等について要望する。

(詳しくは、参考として添付しているので参照願いたい。)

5 住まい（ケア付き住宅など）について

今回の診療報酬改定によると在宅復帰の促進を柱としており、特に入院医療に関して大きく変化している。各病院に在宅促進が図られた結果、核家族化している中山間地域等においては、高齢者世帯や高齢者の独居が多く、自宅での介護が難しいことが想定される。急性期病棟（7:1 看護）の在宅復帰率に算定される施設としては、自宅、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰型療養病棟、在宅強化型介護老人保健施設、居住系介護施設が挙げられているが、回復期リハ病棟・医療療養病棟・老人保健施設などが少ない中山間地域等も多く、さらに居住系介護施設が少ない。またコスト的に高く、容易に入所できない地域では国保直診が在宅復帰困難な住民の最後の砦となり受け皿になっている。この点から中山間地域等には共同で安価で入所できる集合住宅や居住系介護施設の建設を考えていただきたい。病院から退院し、在宅復帰や医療療養病棟・老人保健施設にも入所できず、今回の改定で要介護 1、2 が入所困難になった特別養護老人ホームのハードルも高くなり、これらから生じると予想される介護難民の増加を食い止めるべく、安価で入所できる集合住宅や居住系介護施設建設の支援を要望する。

6 医療機関に対する消費税について

今回の診療報酬改定に際し、消費税対応分として入院基本料や初診料、外来診療料などに加算されたが、病院や診療所の診療形態によりその還元には大きな差がある。

最新医療機器の導入や、療養環境の改善に努める病院では、高額医療機器や設備投資にかかる消費税はほとんど還元されず、より最新の医療を提供し、療養環境を改善しようという積極的意欲を低下させる。

また、高齢者の通院困難な中山間地域等に位置する診療所や中小病院では、長期処方、院内処方とせざるを得ないので、薬剤購入にかかる消費税負担がただでさえ苦しい経営を圧迫している。都会で院外処方が多く、長期処方が少ない施設と比較すると大きな差異がある。本来税は公平で固定的であるべきものである。医療に関する消費税の取り扱いを抜本的に見直していただきたい。

7 医療資源の少ない地域への配慮について

医療資源の少ない地域へ配慮した施設基準の緩和についてはありがたく思っているところであるが、この緩和措置が認められている二次医療圏における国保直診は極めて少ないのが現状である。

実際に緩和された施設基準を、いま一步の人的資源の不足などで満たせないのが実情である。これらの地域では、情報収集や病院・診療所の運営のために、各職員が多様な役割を果たし、業務改善に真摯に取り組んでいる。人材確保の努力にも限界がある。少ない人数で、実際にいろいろな努力や取り組みを行い、地域住民にサービスを提供し続けているので、頑張っているところが基準をクリアできるようにさらなる配慮をお願いする。

おわりに

全国の国保直診は、医師・看護師はじめ医療スタッフの確保が困難な状況の中、地域包括医療・ケアの推進に日夜努力しております。

ますます高齢化が進行するこれからの日本においては、持続可能な社会保障制度の構築に向けての改革が必要であります。

医療・介護の分野におきましては、地域包括医療・ケアの推進と、その核となる総合診療専門医の養成が大きな柱となると考えます。

国保直診は、厳しい状況の中、国民皆保険制度を守り抜く気概を持って、地域包括医療・ケアの推進に最大限の努力をしておりますので、7項目の要望について御指導、御支援の程よろしく願いいたします。

【参考】

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括診療料における課題と問題点について

今回の診療報酬改定の目玉として、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・生活支援が一体的に提供される『地域包括ケアシステム』の構築を目指す。」としている。

現在の「亜急性期病床」は在宅復帰に向けて一定の位置づけがあり中小公立病院は対応してきたが、「亜急性期病床」に変わるものとして「地域包括ケア病床」に移行したものである。この改定は、これからの超高齢社会への対応として高く評価するものである。

この『地域包括ケアシステム』は全国的に都市部も郡部も必要である。このような中、特に郡部(中山間地域等)でこのシステムを現実的に運用できるのは中小公立病院がメインである。しかし、今回の改正では中小公立病院にとっては余りにも『施設基準』のハードルが高く、実現にはほど遠い現状である。

このような中、診療報酬改定に伴う『施設基準』の課題と問題点を以下のとおり集約した。

1 地域包括ケア病棟入院料 1

- (1) 「病室に隣接する廊下の幅は、両側に居室がある場合は2.7m以上であることが望ましい。なお、それに満たない場合は、全面的な改築等を行うまでは基準未満でも差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。」について

現在の中小公立病院は開院から10～20年以上が経過しており、一般病棟の廊下の幅はその当時の基準で設定されている。

今回の基準では「全面的な改築等を行うまでは基準未満でも差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。」として、様式50及び50の2の「地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の施設基準に係る届出添付書類」では、『廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定として、着工予定年月・完成予定年月』を記載することになっている。

又、全面的な改築等を行うまでという猶予がいつまで認められるのか不透明であり、一旦、地域包括ケア病棟入院料の届出をしても、いずれ基準を満たさなくなってしまう恐れがある。このような状態では、「地域包括ケア病棟」を導入したくてもできない現状である。このように全面的な改築等を前提にしており中小公立病院にとっては死活問題である。

従って、「病室に隣接する廊下の幅は、両側に居室がある場合は2.7m以上」とい

う施設基準については、今後の新設医療機関に適用させるものとし、中小公立病院においては適用猶予をお願いしたい。

- (2) 「病室の床面積は内法による測定で患者1人につき6.4㎡以上とする。ただし、平成27年3月31日までの間は壁芯による測定で届けることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。」について

病室の面積についても廊下幅と同様に、全面的な改築等を前提とした対応は極めて難しいのが現状である。

従って、壁芯による測定の届出は平成27年3月31日までとなっているが、その期間の延長をお願いする。

- (3) 「データ提出加算の届出を行っていること。」について

現在は、データ提出加算についてはDPC採用医療機関が算定しているが、「データ提出の対象となっていない病院についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。」となっている。

しかし、データ提出加算届出についてはDPCや電子カルテが前提となっており、中小公立病院ではこのような対応が難しいのが現状である。

実際に、DPC採用ではなく、又、紙カルテの中小公立病院の場合を想定すると、

- ① データ提出のためには新たなシステム導入が必要となり、半年程度のシステム開発・500万円程の初期費用、及びランニングコストが必要となる。
- ② データ作成には院内各部署(医師・看護師・事務)の新たな業務が発生し、併せて、それに伴う院内運用フロー作成が必要となる。
- ③ データ作成従事者の確保及びデータ入力時間が必要となる。
- ④ データ提出の対象は、該当する地域包括ケア病床だけではなく、一般病棟及び療養病棟の全退院患者となる。

この「データ提出加算届出」は2年前の診療報酬改定で新設されたが、その後、様々な内容が追加・細分化され、中小公立病院にとっては大きな負担である。

このように、「地域包括ケアシステム」が本当に必要な中小公立病院は、「データ提出加算届出」のために、システム導入費用や人件費の増加が想定されるが、何故、中小公立病院でも地域包括ケア病床新設に伴い「データ提出加算届出」が前提となるのか疑問である。

厚生労働省は疾病状況や退院後の動向等について様々なデータを必要としていることから、「データ提出加算届出」が極めて重要であることは十分に理解をしている。しかし、住まい・医療・介護・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指すためには、中小公立病院の参加が是非とも必要である。

従って、「データ提出加算届出」については一定程度の猶予期間をお願いしたい。

- (4) 「地域包括ケア病棟入院料にはリハビリの点数も包括される。又、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置すること。」について

現在の「亜急性期入院医療管理料」は包括点数となっているが『リハビリ料』は別途診療報酬が算定できるとなっている。しかし、「地域包括ケア病棟入院料」は『リハビリ料』も含めた包括点数となっている。併せて、専従の理学療法士等を設置することになっている。

リハビリを提供する患者について1日平均2単位以上提供することとなっているが、実際は3～4単位を行っており、点数が包括されることによりリハビリの縮小が懸念される。又、専従の理学療法士等の人件費とリハビリ料の点数は全く算定できないことから、従来の「亜急性期入院医療管理料」と比較すると、実質的には減収となる。併せて、地域包括ケア病床以外の患者に対するリハビリ実施が減少し、全体としてのリハビリ収入減が予想される。

今回の改正では、「リハビリ料」を包括点数とするのではなく、亜急性期入院リハビリ料のように別途診療報酬が算定できよう再考をお願いしたい。

- (5) 「在宅復帰率を7割以上とする。」について

在宅復帰率は亜急性期入院医療管理料では6割以上だったが、今回は、療養病棟には在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限るとなり、併せて、在宅復帰率は7割以上となった。

在宅復帰率7割を満たすためには今まで以上の退院調整・在宅復帰支援が必要となり、地域にもよるがそれなりのハードルと思われることから、再考をお願いしたい。

- (6) 「亜急性期入院医療管理料は平成26年9月末をもって廃止する。」について

亜急性期入院医療管理料は、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、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供した場合、又は、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合に算定している。又、看護体制を10対1と想定した場合は、在院日数21日を確保するためには是非とも必要な項目と考えていた。

このような中、「地域包括ケア病棟入院料」の新設により「亜急性期入院医療管理料」は平成26年9月末で廃止となる。「亜急性期入院医療管理料」は国の施策として推し進めたものであり、中小公立病院はそれに沿って様々な対応をしてきたところである。

従って、移行期間が平成 26 年 9 月末の半年と余りにも短いことから、一定程度の猶予期間の延長をお願いしたい。

2 地域包括診療料

「在宅医療の提供及び 24 時間対応をしていること。地域包括ケア病棟入院料の届出であること。在宅療養支援病院であること。」について

入院における「地域包括ケア入院料」の算定はハードルが高いのに、外来の「地域包括診療料」の算定要件に、「地域包括ケア入院料」の算定が前提では、入院と同様に外来も難しい現状である。

又、「24 時間対応及び在宅療養支援病院」が前提となっているが、中小公立病院においては、医師不足が顕著であり、それに伴い 24 時間対応及び在宅看取りの対応は難しい現状である。

従って、中小公立病院のそれらの現状を踏まえた診療報酬改定(施設基準)をお願いしたい。