

「写」

国診協発第 163 号  
平成 27 年 11 月 4 日

厚生労働省保険局長  
唐 澤 剛 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 28 度診療報酬改定等に係る要望について  
～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、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、特段の御高配を賜わりますようお願い申し上げます。

別 添

平成 28 年度診療報酬改定等に係る

# 要 望 書

平成 27 年 11 月 4 日

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 28 年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 年代後半から中山間地域等において地域偏在による医師・看護師はじめ医療スタッフの確保が困難な状況の中、多職種協働による地域包括医療・ケアを推進して全人的医療を提供し医療費の適正化を実現して地域づくりに貢献してまいりました。
- ◆ 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が新設された。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」の重要性が明記された「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、医療資源の乏しい中山間地域等に立地する施設が多く医療スタッフの確保が困難なため、診療報酬算定の施設基準がいま一步クリアできない施設が多くあるのが現状であります。平成 26 年 10 月から平成 27 年 2 月にかけて、約 830 の国保直診に平成 26 年度の診療報酬改定の影響に関するアンケート調査を行い、114 病院、182 診療所、45 歯科診療所より回答を得ました。そこで国保直診の現状及び平成 26 年度の診療報酬改定等を踏まえ、平成 28 年度診療報酬改定等について以下の項目を要望します。

### I 医科関連

- 1 診療報酬改定について
- 2 地域包括ケア病棟・病室について
- 3 消費税について

### II 歯科関連

診療報酬改定について

### III その他関連

- 1 医師確保について
- 2 看護師、介護福祉士等医療従事者の確保について
- 3 総合診療専門医について
- 4 「地域医療構想」と「地域包括ケア計画」について
- 5 高齢者住宅について
- 6 医療資源の少ない地域への配慮について

## はじめに

国においては、世界一の超高齢社会を背景に持続可能な社会保障制度の確立を図ることを目的とした社会保障・税一体改革の推進のため、平成24年8月に社会保障制度改革推進法が成立し、それに基づいて、平成25年8月に社会保障制度改革国民会議より最終報告書が提出されました。そして同年12月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（いわゆるプログラム法）」が成立しました。また、この法律に基づく措置として、平成26年6月25日に19本の個別法からなる一括法として「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が公布されました。その概要は1.新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、2.地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、3.地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化などです。今回の法律改正で地域包括ケアシステムが規定されたことは、世界一の超高齢社会の日本ではこのシステムが必要不可欠であることを示しています。

このようななか、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）を中心に地域包括ケアシステムの構築を基本理念として最も先進的に地域包括医療・ケアを継続して実践しています。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、心豊かな地域づくりに取り組んでまいりました。今回、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」の重要性が明記された「医療介護総合確保推進法」が成立したことは、高く評価をするものです。

さて、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。国保直診は昭和40年代後半から先進的に地域包括医療・ケアの推進に取り組み、在宅医療を含む地域医療を支えてまいりました。中山間地域等での医療・介護のサービス提供に関しては制度上のギャップのため連携が不十分となっていましたが、今回の改定で医療・介護の一体的推進が図られており高く評価するところです。しかし、地域医療や在宅医療を支えるために今回導入された、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における人的要件や設備要件並びにデータ提出加算等の施設基準は中小病院の多い国保直診にとっては高いハードルとなっております。

また、「医療介護総合確保推進法」により、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。都道府県は知事の責任において病床機能報告を受け地域医療構想策定のため調整会議を開催することになっています。市町村においては、地域支援事業として新しい介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業や地域包括ケアシステムの実現に向けた地域ケア推進会議の開催等をしなければなりません。

そのような中で、国保直診が地域医療において重要な役割を担う中山間地域等では、連携による地域完結型医療が困難な場合があり、医師をはじめ、看護師・リハビリ専門職（PT、OT、ST）・介護福祉士等の確保が十分でないにもかかわらずそのような地域で

は自己完結型医療として地域包括医療・ケアの実践に全力を尽くしています。

しかし、財政基盤の弱い地域においては顕著な医師・看護師はじめ医療従事者不足のため、医療や介護が崩壊しかねない状況であります。都道府県・市町村の施策を、国がきめ細かく指導するという体制を明確にさせていただきようお願いいたします。

これからも国保直診は、高齢化が更に進む中山間地域等において適切な医療・介護提供体制が確保できるよう最大限の努力をしてまいります。厚生労働省におかれましても国保直診が抱える困難な現状にご理解とご支援をいただきますよう、ここに要望いたします。

## I 医科関連

### 1 診療報酬改定について

平成 22 年度、24 年度の診療報酬改定は都市部の大病院に有利な改定となったが、平成 26 年度の診療報酬改定は効率的で質の高い医療提供と地域包括ケアシステムの構築に向けた改定であり地域包括医療・ケアを推進している国保直診にとって有利とされているが、地域包括ケア病棟を新設するにあたっては、人的要件・設備面において施設基準を満たすのが困難で、躊躇している施設が多いのが実情である。また診察料では地域包括診療加算、医学管理では地域包括診療料、在宅医療では在宅時医学総合管理料等が新設、改定された。しかし、中山間地域等で地域医療を行う上ではそれぞれ算定困難なことが多い。

これまでも中山間地域等に立地している人的資源の少ない国保直診の中小病院や診療所は、制度が改定される度に医師・看護師不足や収益減により、その維持が困難になり、施設の閉鎖や縮小を余儀なくされ国保直診の病床数は在宅医療の受け皿としては限界まで削減されている。このような状況を踏まえ、今回のアンケート調査に基づき以下の項目について要望する。

#### (1) 地域包括診療加算について

地域包括診療加算は診療所に限って申請可能とされているが、200 床未満の在宅療養支援病院への適用も要望する。

#### (2) 地域包括診療料について

「在宅医療の提供及び地域包括ケア病棟入院料の届出をしていること。在宅療養支援病院であること」が算定要件となっている。「地域包括ケア病棟入院料」の算定がハードルが高いうえに、外来の「地域包括診療料」の算定要件に、「地域包括ケア病棟入院料」の算定が前提では、入院と同様に難しい現状である。また、「24 時間対応及び在宅療養支援病院」の要件は中山間地域等の国保直診にとっては医師不足が顕著であり、「24 時間対応及び在宅看取りの対応」が難しいのが現状で、「24 時間対応」の項目については中山間地域等を除外するなど、現状を踏まえた基準緩和を要望する。

(3) 在宅時医学総合管理料について

算定要件に月 2 回以上の訪問診療が必要とされているが、中山間地域等の国保直診では訪問を頻繁に行えないのが現状であり、月 1 回の訪問診療でも 2 分の 1 の管理料を請求できるよう基準緩和を要望する。

(4) 在宅患者訪問診療料について

在宅医療が増え、有料老人ホーム、グループホーム、特定施設等同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料が 400 点から今回 203 点に減額されている。中山間地域等では交通事情が悪く遠距離訪問診療が多く、都市部と比べ多くの時間を要する。月 1~2 回の訪問診療が限度のような状況であり、中山間地域等においては同一建物居住者であっても同一建物居住者以外の場合とみなす等で減額を除外する注記を希望する。また、中山間地域等の在宅療養支援病院による訪問診療料の増額を要望する。

## 2 地域包括ケア病棟・病室について

今回の診療報酬改定で地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）が新設された。急性期医療から回復期、慢性期医療そして在宅医療を含む地域包括医療・ケアを実践している国保直診は、積極的に施設申請をすべきであると考えている。

しかし、地域包括ケア病棟の人的要件や設備面で、施設基準をクリアできず、申請を躊躇している施設が多いのが実情である（アンケート回答 114 病院のうち、地域包括ケア病棟入院料 1 は 25 病院が届け出済、10 病院以上が届け出予定であるが基準クリアに苦労している。地域包括ケア病棟 2 に関しては 3 病院が届け出済、7 病院が届け出を希望しているが基準クリアに難渋と回答）。国保病院は、都市部の大病院で急性期医療を受けた地元住民の受け皿として在宅復帰に繋げる重要な役割も果たしている。しかし、7 対 1 の入院基本料の算定要件が厳しくなり、平均在院日数の制限等によって早期退院を余儀なくされており、中山間地域等で地域包括ケア病棟や病室が設置できない場合、急性期病院からの受け入れが困難となり、住民に多大な不利益が生じることとなる。在宅復帰を目的とする病棟・病室であることや、高齢者人口の増加を考えれば、どの地域においても、今後必要な病棟・病室であると考えられる。中山間地域等においては地域包括ケア病棟・病室の施設基準をしかるべく緩和していただくよう以下のとおり要望する。

(1) リハビリ提供体制の基準緩和について

中山間地域等に多く設置されている中小規模の国保直診ではその地域の拠点病院として機能していることが多く、病院の診療部門のみならず、総合支援事業（市町村からの委託事業）により地域ケア会議、介護予防教室、認知症サポート養成講座などへの専門職の参加要請に応えなければならない。このような状況下リハビリ専門職（PT・OT・ST）不足のために、専従配置の要件や 1 日平均 2 単位以上という要件が厳しく、算定できない施設が多いのが実情である。専従のリハビリ専門職が

配置できなくて、リハビリ提供単位数が1日平均2単位に満たない場合においても、入院料Ⅱないしは管理料Ⅱを算定可能とするとともに、リハビリは出来高制とすることを要望する。

#### (2) 廊下幅や病室面積の基準緩和について

へき地等で現在使用中の施設を現行の施設基準に適合すべく増改築することは困難であり、将来の過疎化による人口減少を考えると病院新築は必ずしも得策でないと考えられる。地域包括医療・ケア、在宅医療への取り組みなどの実績を考慮し、設置自治体の高齢化率や人口密度などの地域性等を勘案して廊下幅や病室面積の基準緩和を要望する。

#### (3) データ提出加算の届出について

データ提出加算届出についてはDPCや電子カルテが前提になっており、データ提出のためには新たにシステム導入が必要となり多額の初期費用とランニングコストがかかる。また、データ作成には院内各部署に新たな業務が発生し、それに伴う院内運用フロー作成が必要となり、作成従事者の確保やデータ入力時間などが生じ人件費増加が想定され中小公立病院にとっては大きな負担である。DPCを導入していない200床未満の病院においてはデータ加算要件を除外することを要望する。

#### (4) 救急・在宅など支援病床初期加算について

現行では「他の一般病棟から転棟した患者」について加算することはできるが、同一病棟内の転室の際は加算の対象となっていない。地域包括ケア入院医療管理料は病室単位の届け出であるため、同一病棟内の他病室から当該管理料を算定する病室へ転室する場合もある。「同一病棟内の一般病棟入院基本料を算定する病室から転室した患者」についても加算できるよう要望する。

#### (5) 手術料、麻酔料について

人的・物的資源の少ない中山間地域等での地域包括ケア病棟での入院患者の手術料や麻酔料1000点以上は出来高算定とすることを要望する。

### 3 消費税について

いわゆる控除対象外消費税への対応として、基本診療料を中心として上乘せする診療報酬改定が今回も行われた。高額な医療機器の導入や薬剤購入、定数条例などから委託業務の多い国保直診を含む公立病院などにとっては、消費税負担は極めて大きく損税が発生しており医療機関間の公平性を欠いている。平成29年4月に10%への増税が行われるが、診療報酬の上乗せによる対応が続けばさらに負担が増すことになり、病院経営に深刻な影響が出るのが懸念される。

診療報酬で消費税を補てんすることは、公正、公平、透明性が求められる消費税と国の政策誘導の強力な手段として用いられてきた診療報酬を混在させていると言える。次の消費税率引き上げ時には軽減税率適用等抜本的な見直しを要望する。

## II 歯科関連

今回の診療報酬改定では消費税分の加算により保険点数の増加が認められ、医科の理解と歯科の技術向上や相互理解が進み、周術期口腔機能管理は徐々にではあるが普及しつつある。

歯科訪問診療は、在宅療養者の充実を厚生労働省が打ち出し、今回の調査において国保直診歯科診療所並びに病院歯科で歯科訪問診療1の算定が増加したこと、また、これまで歯科訪問診療を行っていても診療時間が20分未満であれば再診料を算定していたものが今回の改定で歯科訪問診療料3として算定できるようになったことは評価されるべきものである。

新規算定項目では、周術期口腔機能管理が増加してきている。算定件数は現時点では少ないものの、今後さらなる医科・歯科連携が強化され認知されてくれば徐々に算定件数も増加してくるものと考えている。

### 1 口腔機能が低下し誤嚥性肺炎に罹患しないための新規算定について

日本人の死亡原因の第3位が肺炎であり多くは高齢者である。米山武義氏らは専門的口腔ケアを行うことで口腔内の細菌数の減少や肺炎に罹患し死亡する高齢者の減少につながることを報告\*している。在宅や施設あるいは入院患者の口腔機能管理は重要であり、肺炎による入院での医療費を抑制する意味でも口腔機能管理を充実することは有意義である。そこで、周術期口腔機能管理の様に医科・歯科連携による支援体制を構築して、口腔機能が低下した患者（胃瘻造設者や肺炎などに罹患した既往がある高齢者）に対する口腔機能管理を新規算定項目として要望する。

現行では、歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定した、歯周疾患または歯肉炎の病名患者に限って機械的歯面清掃処置（歯清）が認められている。しかし、要介護者にとっては、う蝕であっても細菌感染であり誤嚥性肺炎に罹患する確率が高くなる。そこでう蝕であっても機械的歯面清掃処置を算定できること、また、現行の2か月に1回を、毎月の算定として認めるよう要望する。

#### \*引用文献

- 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

### 2 周術期口腔機能管理の充実について

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る。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るが同一の医療機関に対してはその加算が認められていない。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を認めるよう要望する。



### 3 歯科訪問診療の評価について

歯科訪問診療は、在宅で行っても施設で行っても診療技術や手技に差はないと考えられるが、現行の診療報酬では、複数人においての点数が低く設定されている。また、20分という時間は、同じ治療を行っても歯科医師の技量により時間が異なってくる。例えば経験年数が高い歯科医師が10分でできることが、経験年数が短い歯科医師は20分を超えることはよくあることで、これを現行の歯科訪問診療の算定にすると経験年数が高い歯科医師は低い点数となり、経験年数が短い歯科医師は高い点数となる。これでは歯科訪問診療の充実には繋がっていかない。したがって、診療人数並びに診療時間の差異による点数の格差をなくすよう要望する。また、切削器具携行加算は人数により点数が違っているが、携行し準備の上で使用する際には人数が増えることで簡単になる事はない。したがって診療人数による点数の違いをつけないよう要望する。

更に、24年度改定で新設された歯科訪問診療補助者加算は、歯科衛生士に対する評価であり、この項目は評価されるべきものである。しかし、歯科訪問診療は診療所だけが行っているものではなく、病院歯科も行っており歯科衛生士も患者に赴き診療補助者としての働きをしている。同じ歯科衛生士としての働きがあるのに歯科診療所と病院歯科で歯科衛生士の評価が違ってくることがないよう要望する。

中山間地域等において歯科診療所は減少していくことが予想され、病院歯科の果たす役割は大きくなるものと考えられる。病院歯科においても在宅療養支援病院歯科（仮称）のような施設基準を作り、訪問歯科診療でのさまざまな加算が算定できるよう要望する。

### 4 新製有床義歯管理料並びに歯科口腔リハビリテーション1について

中山間地域等にある国保直診の病院歯科や歯科診療所は、高齢化が進むとともに旧来からの歯科治療によって歯牙欠損をきたしている住民が多く、食事に義歯の使用は不可欠である。また、臼歯部の咬合がない場合の栄養低下あるいはその危険性が報告されている。このような意味でも入院中のNSTや地域NSTが重要となる。したがって、欠損補綴を行うことは有意義であり、口腔という非常に繊細な部分での義歯調整は必須と考えるがその算定項目がなく、その復活を要望する。

### 5 歯科医師臨床研修施設への評価について

歯科医師臨床研修が始まり9年が経過し、充実した制度となっている。ところが、歯科医師臨床研修は外来診療が主たる研修であり、指導医は研修医への時間や手間がとられるにも拘らず診療報酬にはその評価がなされていない。したがって、施設で実際に研修医が研修を行っている期間に限り歯科医師臨床研修病院あるいは歯科診療所における歯科医師臨床研修の外来診療に対する評価を要望する。

### 6 栄養サポートチーム加算に関する施設基準について

NSTが広く普及し、多職種が連携するようになってきた。現行の施設基準では、

栄養管理にかかる所定の研修を修了した専任の常勤医師となっている。しかし、栄養管理にかかる所定の研修を修了した歯科医師も増加しており、NSTのチーフを歯科医師が務めている病院もある。このことから、施設基準を専任の常勤医師または歯科医師とするよう要望する。

### Ⅲ その他関連

#### 1 医師確保について

平成16年度から実施されている医師臨床研修医制度における「地域医療」研修で、地域包括医療・ケアを経験した研修医のなかには地域医療に関心を持ち、一定期間ならば中山間地等の診療施設に勤務してもよいと考えている若手医師が増加傾向にあると認識している。しかし、中山間地域等に立地する国保直診では、依然として医師確保が困難な状況である。新公立病院改革ガイドラインには、都道府県の拠点病院は地域の中小病院への医師派遣機能を発揮することが明記されているが専門分化した大病院はかえって派遣機能が低く、比較的大規模な国保病院が総合診療能力のある医師を地域の診療所等に派遣しているのが現状である。

医療介護総合確保推進法で、医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして地域医療支援センターが法的に位置付けされ、都道府県に設置されている。その成果は次第に上がっているが、中山間地等の国保直診への斡旋例は殆んど無いのが実状である。地域医療介護総合確保基金を活用した地域卒業医師等が国保直診に派遣されるよう都道府県に指導していただくよう要望する。

#### 2 看護師、介護福祉士等医療従事者の確保について

中山間地域等における看護師や介護福祉士等医療従事者の確保は困難な状況にある。これから大都市の急速な高齢化の進行に伴って大都市の介護需要が増加するため、大都市の要介護高齢者をサービス提供体制に余裕のある地方へ移住させる案が出されている。一方、今後高齢者人口が減少する地域では医療介護需要が減少することが予測され看護師、介護福祉士等の都市部への移動が起きることも予測されている（「日本創成会議」）。今後人口減少が起きると予測されている地方には国保直診が立地している地域が多くある。国では地方創生を掲げており、国保直診は市町村と連携して質の高い医療提供の立場から地方創生に貢献していきたいと考えている。そのためにも、看護師、介護福祉士等が地方で働き続けられるよう地方創生に対する市町村への指導と共に、看護師、介護福祉士等医療従事者の処遇改善や介護福祉士のキャリアアップに結びつく資格取得方法の見直しを早急に実施していただくよう要望する。

#### 3 総合診療専門医について

現在検討されている平成29年度から実施される専門医制度は、世界一の超高齢社会である日本の医療提供体制の改革に大いに貢献するものと期待している。特に19

番目の専門医として「総合診療専門医」が定められたことは、地域医療にとって画期的であり、日本における効率的で質の高い医療提供体制が大きく進展するものと確信している。これまで国保直診は高齢化が急速に進行した地域において地域包括ケアシステムを構築し、地域住民に全人的医療を提供してきた。このことは総合診療そのものであり、国保直診医師の多くはその中心的役割を果たしている。総合診療専門医制度における専攻医の研修にとって国保直診で研修の場が提供できることはこれまでの実績が示している。国保直診はじめ地域の診療施設で研修した総合診療専門医がこれからの日本の地域医療を支える中心的役割を果たし、医師の地域偏在解消も進むものと期待している。国保直診が総合診療専門医研修施設として質の高い研修を提供するための環境整備等につき御支援の程宜しく願います。

#### 4 「地域医療構想」と「地域包括ケア計画」について

都道府県が策定する「医療計画」「医療費適正化計画」「介護保険事業支援計画」、市町村が策定する「介護保険事業計画」は、それぞれの計画の統一性、整合性が求められている。新公立病院改革プランにおいても、地域医療構想と整合するよう策定することが求められている。

医療や介護資源に乏しい地域に立地する国保直診においては、保健事業に積極的に取り組みながら、プライマリーケア中心の医療提供を行い、介護や福祉の提供においても行政と一体となって地域の他施設との連携を推進し、効率的で一体的な地域包括医療・ケア提供体制を構築してきた。中小病院は言うに及ばず大病院においても、プライマリーケアと共に五疾病、五事業などの政策医療提供を行いつつ、国保直診として総合保健施設や老人保健施設などを併設し地域完結型の保健・医療・介護提供体制構築に努めてきた。国保直診の理念である「地域包括ケアシステム」の構築と地域包括医療・ケアの実践はまさしく急性期の医療と在宅医療や介護福祉とのシームレスで効率的な連携・統合を目指すものである。

昨年10月から、病床機能報告制度が開始され、現在都道府県において「地域医療構想ガイドライン」に沿って地域医療構想策定調整会議が進められている。本年6月、社会保障制度改革推進本部の専門調査会が公表した医療機能別病床数推計が示され2025年に向け、今後の人口推移や疾病構造の変化に合わせ、自主的に地域に必要な病床数や病床機能の変更が求められることになっている。もとより国保直診は、地域において、急性期から慢性期までの病床機能を担う役割を有しており、多機能を持たせた地域包括ケア病棟・病室として整備していき、地域包括ケアシステムの拠点としての機能を集約させていくべきと考えている。

都道府県に対し、これまで国保直診が果たしてきた役割、今後果たすべき役割について、十分配慮して地域医療構想に当たるよう御指導をお願いする。

#### 5 高齢者住宅について

サービス付き高齢者住宅が急速に普及してきたが、低所得の高齢者を受け入れる住宅は十分ではない。今、独居高齢者、高齢夫婦世帯が増加しつつあり、空き家率も高くなっている。持ち家率は高いもののバリアフリーでない家屋が多く、要支援・要介

護状態になると自宅で過ごすことが困難になっている。コンパクトシティ構想、空き家を利用したシェアハウス、高齢者ペンションなどいろいろなアイデアが示されているが、地域包括ケアシステムの根幹である住宅政策として、市町村単位で地域の需要に合った対策がとれるような施策を具体化していただきたい。

## 6 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をさせていただいているが、この緩和措置が認められている2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。緩和措置二次医療圏の更なる拡大を国診協から要望しているが、実際に緩和された施設基準においても人的資源の不足などで施設基準を満たせていないのが実情である。情報収集や病院運営のため職員も多様な役割を果たし業務改善などに努力し、地域住民サービスを提供し続けているので、人的資源不足の施設でも基準をクリアできるよう更なる配慮をお願いする。

## おわりに

平成26年の日本人の平均寿命は女性が86.83才、男性は80.50才で過去最高を更新し、世界一の長寿社会を達成しています。一方、高齢化率も26.3%(平成27年3月)で世界一となっています。少子超高齢化に伴って医療費、介護費用は増嵩しているのが現状であり、地域において病院機能の分化・連携による効率的で質の高い医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築が求められており、法整備も着々と進められています。国診協、国保直診は昭和40年代後半から地域包括ケアシステムの構築を理念として地域包括医療・ケアの実践に努めて参りました。しかし、中山間地域等に立地する国保直診は医師、看護師はじめ医療従事者の確保が困難な状況が続いています。このようななか、日夜地域包括医療・ケアを実践して地域づくりに貢献しています。

今後の地域医療ビジョンは高齢者プラン(介護保険事業支援計画)との整合性のとれたものでなければなりません。こうして初めて地域包括ケアシステムの構築の意義が生まれてくることとなります。平成28年度の診療報酬改定では地域包括ケアシステムの充実に向けての改定が必要と考えます。都市部においても急速に高齢化が進行する日本において、地域包括ケアシステムの構築は必要不可欠であります。中山間地域等に多い国保直診は、これからも先進的に地域包括医療・ケアを実践して参りますので、引き続き御指導、御支援の程宜しくお願い申し上げます。