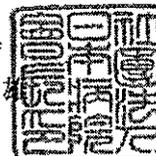


日病会発第 140 号
平成 23 年 9 月 26 日

厚生労働省
保険局長 外 口 崇 殿

社団法人日本病院会
会長 堺 常 雄



日本病院会 平成 24 年度診療報酬改定に係る要望書
～日本病院団体協議会の要望項目に係る日本病院会からの追加要望～

このたび日本病院団体協議会（以下、日病協）が平成 23 年 7 月 29 日、貴殿宛平成 24 年度診療報酬改定に係る要望（10 項目）を行ったところですが、今般日本病院会では会員病院から提出された意見に基づき、日病協の要望内容について下記のとおり詳細を追加要望いたしますので特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

（以下、要望項目に付した番号は、日病協の要望書（後掲「別紙」）の番号を用いています）

記

4. 二次救急医療機関に対する評価

二次救急医療を実施する病院数が減少し、三次救急医療機関への負担が増加している。これは、受診する側の過剰な要求にも応えなくてはならない現状に加え、人員配置をはじめとした採算性の低下も大きな要因となっている。三次救急医療機関が真にその役割を果たすためには、診療報酬面での二次救急医療体制の一層の強化が必要である。たとえば、二次救急医療機関がトリアージ機能を発揮して三次救急医療機関への集中を減少させることや、二次救急医療機関における入院医療を十分評価するなど方策として考えられる。

そこで、以下を要望する。

- 1) 救急搬送などの対応に必要な人員配置も含めて、二次救急医療機関の負担を診療報酬上で保障するために、二次救急医療機関のトリアージ機能を評価した「救急搬送受け入れ加算」を初・再診料に新設する。
- 2) 救急医療の初期対応には多くのコストを要するため、二次救急医療機関における救急入院患者への診療応需態勢を確保する目的で「救急医療管理加算」の増点、算定期間の延長により、さらなる評価を行う。

6. 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関（特定機能病院を除く）において、病院勤務医の負担の軽減および処遇の改善に対する体制を確保することを目的として導入された。そして、本加算において適合すべき施設基準のひとつとして緊急入院数が規定されている。

しかし、地域の急性期医療を担う病院は精神疾患を取り扱う病院も含め、単に緊急入院を扱う病院ばかりでなく、それぞれの医療機関の特色を出しながら役割を担って急性期医療を担当している。また、現在の配置基準は 50 対 1 と 25 対 1 との間で絶対的な人数の差が大きく、業務量に応じた人員配置が困難となっている。

そこで以下を要望する。

- 1) 地域において急性期医療を担っている医療機関に勤務する医師の負担軽減は、いずれの病院においても必須であり、とくに 25 対 1、および 50 対 1 補助体制加算の施設基準について、緊急入院数や全身麻酔手術数での施設基準で設定するのではなく、年間の入院数や局所麻酔による専門性の高い入院手術数などもその要件のひとつとしていただきたい。
- 2) 精神科は除外されているが、精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1）、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定している場合も適用としていただきたい。
- 3) 配置人数の絶対数は、25 対 1 と 50 対 1 の間に 8 人と大きな差があり、配置数をさらに増やしての医師事務作業の軽減が図りにくい。そこで 50 対 1 以上を細分化していただきたい。例えば、25 対 1 との間に、40 対 1 や 30 対 1 を新設することで、配置の絶対人数は以下の様になり、業務量に応じたよりきめ細かな病院勤務医の負担軽減を図ることができる。

・ 50 対 1	8 人
・ 40 対 1	10 人
・ 30 対 1	14 人
・ 25 対 1	16 人
- 4) 医師の業務のうち診療記録への代行入力なども事務作業のひとつとしてあげられるが、これについては一定以上の医学医療の知識が必要であることから、医師の事務作業の一層の軽減を目的として、国家免許を保持する医療職種を配置する場合には、別途加算を設けていただきたい。

7. チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）

高齢者、認知症患者の入院が増加している状況から介護福祉士の病棟配置についても同様に評価いただきたい。

9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大

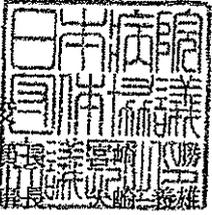
この要望事項にある「等」の意味は、喫緊の課題である在宅での精神科医療の推進に不可欠な多職種によるアウトリーチ・サービスの評価を求める観点から、付されたものである。

したがって、病院を受診する意思のない患者や、病状の悪化した患者であって、かつ訪問看護だけでは十分でない患者については、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等、薬剤師、栄養士、心理専門技術職等の多職種が3名以上のチームを組んで訪問することが必要となるため、これら多職種訪問診療を評価いただきたい。

以上

平成 23 年 7 月 29 日

厚生労働省保険局長
外口 崇 殿

日本病院団体協議会	議長	西澤 寛俊	
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	菅野 誠一	
独立行政法人国立病院機構	理事長	大崎 義雄	
全国公私病院連盟	会長	竹内 正也	
社団法人全国自治体病院協議会	会長	遠見 公雄	
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊	
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三	
社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌	
社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學	
社団法人日本病院会	会長	堺 常雄	
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三	
独立行政法人労働者健康福祉機構	理事長	名川 弘一	

要 望 書

日本病院団体協議会は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、平成 22 年 6 月に、

「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」

平成 23 年 2 月に、

「医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価」

「同一日の同一医療機関複数科受診における初・再診料を算定可能とする」

「入院患者の他医療機関への受診における制限の撤廃」

「外来リハビリテーション管理料の新設」

の要望を行ってきた。

この度、これまでに提出した要望も含め、平成 24 年度診療報酬改定に関して次の事項を要望する。

記

1. 根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設（再要望）

平成 22 年 6 月に上記の要望を行った後、中医協において基本診療料について議論され、基本診療料のコスト算定の可能性について、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」に付託された。その後、平成 23 年 5 月 18 日の中医協総会において、同分科会の報告がなされた。内容は基本診療料のうち入院基本料が想定するサービスの内容が不明確なため、この中に含まれるコストを適切かつ有効に調査することは「きわめて難しい」というものであった。

この結果からも判るように、現状の診療報酬制度、特に入院基本料は、点数の内容そのものの定義づけがなされておらず、コストについては考慮されていない。

そこで医療の安定的な提供を可能とするために、人件費・施設設備費等の横断的調査・検証、医師の技術料の客観的評価、等による「入院基本料の再構築」さらに「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」を改めて要望する。ただし、この制度の創設には複数年を要すると考えられるので、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」等による、継続的な調査・研究が早急に開始されることを要望する。

2. 病院における診療報酬算定規則の変更

a) 同一日の同一医療機関複数科受診について

同一医療機関における同一日の複数科受診については、2つ目の診療料の初診に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することが診療報酬上認められている。しかし、その他の初診料・再診料は算定不可能である。

医療は、医師の診察に基づく極めて専門性の高い診療が基盤であることは論を俟たない。しかし、現在の診療報酬は、複数科受診について医師の技術料を無視した体系となっている。

各科協調による、より高度な医療の提供については当然評価されるべきであり、また診療料の専門性に優劣はないことから、「同一医療機関において、同一日に複数の診療料を受診した場合、すべての診療料について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。

b) 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて

入院患者の他医療機関への受診の取扱いは、従来、包括支払い病棟では入院料の70%減、平成22年度改定において、出来高支払い病棟でも30%減というルールが明確化された。しかし、現実には複数の疾患を持つ入院患者が極めて多く、専門的治療の継続を必要とすることは日常的に存在する。

また、病院の運営上欠かせない入院基本料や特定入院料の減算は、他医療機関受診に対する「懲罰的な減算」であり、現実的に他医療機関の受診を抑制もしくは不可能にしている。

必要な医療を受療することは国民の権利である。入院中の患者が医学的必要性に応じて他医療機関の専門的医療を受療する場合、入院料の減算を行わないこと、および、受診側の算定制限を設けないことを要望する。

c) 支払方式における出来高算定規則の整理

特定入院料などの包括支払方式病棟における「包括外での出来高算定規則」は、個々の点数設定において様々な算定規則があり統一性に欠けている。先に挙げた「入院患者の他医療機関受診時における制限」と同様に、患者の不利益にならず、かつ理論的に整理された規則に変更することを要望する。

d) 外来診療料について

外来診療料は、一般病床200床以上の病院外来に適応されており、70点の中に尿検査・血液検査・創傷処置・介達牽引等、多くの診療項目が包括されている。この設定は、大病院への外来集中抑制を目的としたものと考えられるが、現実的には逆作用しており、外来診療料が廉価ゆえに患者集中をもたらしている。

このような現実を是正するためには、診療所・病院の外来機能分化を計りつつ、一方では医療行為に対する正当な評価を行う必要がある。一般病床200床以上の病院の外来診療料を他の再診料と同一とし、検査・処置などの包括化をやめ、出来高算定できるようにすることを要望する。

3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価

＝外保連方式準拠＝

手術・処置・検査等に関しては、外保連により緻密なコスト計算がなされて

いる。前回改定においても「根拠に基づく算定」として多くの手術点数改定に用いられた。今後もさらに広く、他の手術・処置・検査等において、外保連方式が導入されることを要望する。

4. 二次救急医療機関に対する評価

現状、二次救急医療機関は、医師不足や不採算性のため全国的に病院数が減少している。このため、夜間・休日に救急医療機関への受診が困難になっていることや、三次救急（救命救急センター）への患者集中などが喚起された。

そのような事態を解決するため、救急車を受け入れた際の「救急車応需加算」の創設、および「救急医療管理加算」の点数・算定期間増などを要望する。

5. 看護基準制度の変更

a) 夜勤平均 72 時間について

看護基準において、夜勤平均 72 時間は加算に変更し、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。

また、日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とすること、夜勤専従者の労働時間は、最大 160 時間/4 週とすることを要望する。

b) 急性期看護補助体制加算の拡大による 24 時間配置

平成 22 年度改定において、急性期看護補助体制加算が新設された。現実に則った項目の新設であったが、本加算は入院 14 日目以降は算定できず、また基準とする入院患者数に見合う体制が常時必要とされている。そこで、急性期看護補助体制加算を拡大し、24 時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間において算定できることを要望する。

6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大

上記加算は、平成 20 年度改定で新設され、平成 22 年度改定において対象医

療機関が拡大されているが、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟の拡大を要望する。

7. チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）

チーム医療の重要性が論じられているが、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。そのため、薬剤師・リハスタッフ・管理栄養士・社会福祉士・臨床工学技士・精神保健福祉士、等の病棟配置に対する加算評価を要望する。その場合、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟に対しても適切な評価を行うとともに、効率的な病院運営の観点から、専従ではなくチームの一員としての専任配置とすることを要望する。

8. 外来リハビリテーション管理料の創設

回復期の通院リハビリテーションにおいては、病状の急激な変化がないと判断される場合、受診毎の診察よりも、定期的（月 1 回程度）な診察時の評価および指導、リハスタッフへの指示が重要である。

このような診療を制度化し、「外来リハビリテーション管理料」を創設することを要望する。

9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大

在宅医療を推進させるためには、訪問看護・訪問リハ等の充実が不可欠である。現在、一部の疾患や状態を除いて原則的に介護保険の適応となるため、ケアプランに位置づけられる必要がある。一方、医療保険での訪問看護は、点数設定等が介護保険と比較すると充実されていない。

今後、医療を必要とする重度在宅療養患者の増加は確実であり、医療保険における訪問看護・訪問リハ等の充実を要望する。また、医療保険の適応においては、短期的には医療療養病床の医療区分 2、3 にある疾患・状態を引用することも一案であると考えられる。

一方、医療保険と介護保険の境界については、平成 24 年度改定のみならず、長期的な視点での体系の簡素化、明確化が必要であり、十分な検討が行われることを求める。

10. 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価について

医療機関から提出された情報は、日本全体の医療政策、保険者機能の強化、さらに医療の質評価・公表などにおいて有益な情報となるものである。各医療機関はオンラインレセプトへの対応をはじめ、オーダリングシステム、電子カルテ、画像電子化、などの導入に巨額の投資を必要としており、一定の維持費用も発生している。しかし、医療機関はその投資に見合う収入が全く得られていない。

医療情報の標準化によるデータ活性の推進は、日本の医療の質向上に貢献するとともに、標準化により情報機器の導入や更新時に選択の自由度が増え、その結果として価格低下も期待できる。

今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、保健医療情報標準化会議の提言に基づき定められた、厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用する場合、診療報酬上十分な評価が行われることを要望する。

以上