

平成 27 年 7 月 3 日

厚生労働省保険局長
唐澤 剛 殿

日本病院団体協議会 議長 楠岡 英雄

国立大学附属病院長会議 常置委員会	委員長	山本 修一
独立行政法人国立病院機構	理事	楠岡 英雄
一般社団法人公私病院連盟	会長	高橋 正彦
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄
公益社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	副会長	神野 正博
一般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
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般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	加藤 賢朗



要望書

近年の病院医療は、診療報酬制度に規定された微に入り細に亘る数限りない規制を乗り越えるため、多くの経営努力を費やすことが必須となっている。このことが、病院運営の効率化や質の向上に寄与しているかどうかを判断するためには、多くの議論が必要である。

入院医療は将来に亘り、切れ目無く無駄無く提供されなくてはならない。一方では、各々の地域や病院により、現状そして将来の状況は大きく異なってくる。各々の病院が周囲の環境も踏まえて最大限努力し、創意工夫が発揮できる診療報酬制度が必要となっている。

日本病院団体協議会は、病院医療に対して、安全および医療の質の向上に寄与するとともに、超高齢社会における国民の納得を得られる診療報酬制度の構築を目標に、平成 28 年度診療報酬改定に関して下記 10 項目を要望する。

記

1. 入院基本料の病棟群単位での選択性導入

平成26年10月に施行された病床機能報告制度では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能区分により病棟単位で届出を行うこととされている。このような法的措置に合わせて、単独もしくは複数の病棟で「病棟群」を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料算定をできるようにすることを要望する。その際、「病棟群」内での看護師数傾斜配置も可能とすべきである。

2. 看護職の夜勤72時間ルールの見直し

看護職の月平均夜勤時間数72時間のルールは、平成18年度の診療報酬改定において、何ら討論がされないまま「夜間勤務等看護加算」が廃止されて入院基本料の算定要件とされた。その後の病院医療における看護人材不足や紹介・斡旋業者の乱立による病院の諸経費増は目に余るものである。

看護職の夜勤72時間ルールの開始から10年となる今回の改定において、そのあり方や今後の方向性、制度撤廃等、柔軟かつ十分な議論がなされることを要望する。

3. 入院基本料等における重症度、医療・看護必要度の見直し

現行の重症度、医療・看護必要度は、急性期の病状を必ずしも反映しておらず、医療現場における歪みを生じている。また、高度急性期、急性期、回復期等の病床機能は入院患者像が異なるため、一律の評価軸による診療報酬制度の運用は、本来の病床機能と異なる評価となってしまう。このことは、各病床機能の向上の弊害となる可能性が高い。

病床機能および患者病態像を加味した多くの観点より、重症度、医療・看護必要度を抜本的に見直すことを要望する。

4. 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

病院医療を継続するためには、人件費増、光熱費増、消費税負担増等の多くの経費増と、診療報酬改定の影響を考慮しながら進めなければならない。しかしながら、コスト分析の手法は確立しておらず、医療機関が受ける消費税の影響など、的確な経営指標を得ることが困難となっている。国の政策として、より精緻かつ多面的なコスト分析が進められることを要望する。

また、ICT化の推進は、医療の質向上による患者への貢献に加え、病院運営においても多くの効果が見込める。しかし、これに要する医療機関のコストについては評価されていない。ICT推進のための診療報酬上の評価を要望する。

5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価

地域包括ケア病棟（病床）の在宅療養等の急性増悪に対応する入院医療は、本来の目的のひとつである。現行では、急性期対応について、救急・在宅等支援病床初期加算となっているが、この設定では在宅療養等の急性増悪に対応することは困難である。

急性期の対応（手術、麻酔、輸血、高度な処置等）については、出来高払い等に変更することを要望する。

6. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し

入院中の他医療機関受診時の減額措置を撤廃し、当該入院主病名以外の治療に関しては、他医療機関の保険請求を可能とすることを要望する。

7. 医師事務作業補助体制加算の見直し

当該加算は施設基準で「急性期医療を担う病院であること」とされているが、医師の事務負担軽減は急性期医療に限った問題ではないため、急性期医療に限ることなく、療養病床・精神病床等や大学病院本院を含め全病床種別で算定可能とすることを要望する。

この措置による、医師不足解消効果が大きく期待できる。

8. 維持期リハビリテーションの継続

維持期リハビリテーションについて、平成28年4月1日以降も医療によるリハビリテーションが必要な患者が数多く存在する一方、介護保険におけるデイケア（通所リハ施設）の充実は不十分である。

引き続き医療における維持期リハビリテーションの継続を認めることを要望する。

9. 処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の要件緩和

本加算が算定できている医療機関は非常に少ない。施設基準の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること」について、要件緩和を要望する。

10. 調剤薬局の役割の明確化、院内調剤と院外調剤の不均衡是正

現状では病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の技術料（調剤料等）の点数設定に大きな格差がある。調剤薬局の役割を明確化するとともに、外来処方における院内処方と院外処方の技術料（調剤料等）格差の不均衡是正を要望する。

以上