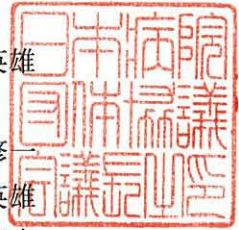


平成 27 年 12 月 1 日

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
独立行政法人国立病院機構
一般社団法人全国公私病院連盟
公益社団法人全国自治体病院協議会
公益社団法人全日本病院協会
一般社団法人日本医療法人協会
一般社団法人日本社会医療法人協議会
一般社団法人日本私立医科大学協会 病院部会担当理事
公益社団法人日本精神科病院協会
一般社団法人日本病院会
一般社団法人日本慢性期医療協会
独立行政法人労働者健康福祉機構

委員長 山本 修
理 事 楠岡 英雄
会 長 高橋 正彦
会 長 邊見 公雄
会 長 西澤 寛俊
会 長 加納 繁照
副会長 神野 正博
会 長 小山 信彌
会 長 山崎 學
会 長 堺 常雄
会 長 武久 洋三
理 事 加藤 賢明

要 望 書

日本病院団体協議会（日病協）は、平成 27 年 7 月 3 日に「平成 28 年度診療報酬改定に関する要望書」を厚生労働省（厚労省）に提出し、その実現方について注視している。

同要望書（第 1 回）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、超高齢社会において国民の納得が得られる診療報酬制度実現のために、次期改定で改正が必要として日病協で取りまとめた以下の 10 項目である。

日病協「平成 28 年度診療報酬改定要望書（第 1 回）」（平成 27 年 7 月 3 日）

1. 入院基本料の病棟群単位での選択制導入
2. 看護職の夜勤 72 時間ルールの見直し
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
4. 医療を推進するためのコスト分析及びその反映
5. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価
6. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し
7. 医療事務作業補助体制加算の見直し
8. 維持期リハビリテーションの維持
9. 処置及び手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算の施設基準の要件緩和
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

次期改定に向けた議論が終盤に入ったこの時点で、これまでの中央社会保険医療協議会（中医協）の審議状況を鑑み、日病協では以下の8項目について、下記のとおり要望（第2回）する。

1. 入院医療提供体制について (1) 入院基本料の病棟群単位での選択制導入 (2) 入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し
2. 救急医療の評価の見直し 3. 維持期リハビリテーションの継続 4. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し 5. 医療を推進するためのコスト分析及びその反映 6. 同一日複数科受診の評価 7. チーム医療における他職種連携の評価

記

1. 入院医療提供体制について

(1) 入院基本料の病棟群単位での選択制導入

日病協要望（第1回）で主張しているとおり、入院基本料の病棟群単位での選択制導入を再度要望する。

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を算定できるようにすることを要望する。合わせて、その際は「病棟群」内での看護師数傾斜配置も可能とすることも要望する。

(2) 入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し

日病協要望（第1回）で主張しているとおり、入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の見直しを再度要望する。

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が生じている。また、高度急性期、急性期、回復期等の各病床は入院患者像が異なり、一律の評価軸による診療報酬制度の運用は、実態と異なる評価となってしまう。そこで病床機能および患者病態像を加味した観点より「重症度、医療・看護必要度」を見直すことを要望する。

ただし、すでに各病棟は現在の「重症度、医療・看護必要度」の要件に沿って運用されているので、7対1入院基本料算定病床の削減等の手段とすることなく、長期的な展望を持って見直すことを要望する。

2. 救急医療の評価の見直し

近年、高齢化の進展に伴い救急搬送件数は増加の一途をたどり、その多くを二次救急医療機関で対応している。救急医療の24時間体制での提供には、人的配置を含め多額のコストを費やしているにも関わらず、診療報酬上の評価が不十分であり、救急指定を返上する医療機関も増加してきている。

地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急体制の維持は重要であり、夜間休日救急搬送医学管理料の増額や救急医療管理加算のさらなる評価を要望する。

また、夜間・休日・深夜に来院する患者は、平時とは異なる症状が発現しており、早急な対応が求められる。院内トリアージ実施料及び夜間休日救急搬送医学管理料については、初診料を算定する患者に限定する要件の緩和を要望する。

3. 維持期リハビリテーションの継続

日病協要望（第1回）で主張しているとおおり、維持期リハビリテーションの継続を再度要望する。

維持期リハビリテーションについては、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。その一方、介護保険によるデイケア（通所リハ施設）の充実は不十分である。

については、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。

4. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し

日病協要望（第1回）で主張しているとおおり、入院中の他医療機関受診時における制度の見直しを再度要望する。

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、他医療機関を受診した場合には、そこでの保険請求を可能とすることを要望する。

5. 医療を推進するためのコスト分析及びその反映

今回の「医療経済実態調査」の結果からも明らかになったとおおり、病院経営は悪化しており、医療を推進するためのコスト分析及びその反映に対しては特段の対策を講じることを要望する。

病院医療を継続するためには、人件費、光熱費、特に消費税負担等の多くの経費増を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。よって、国の施策として、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、マイナンバー制、がん登録制、地域包括ケアシステムなどには必須になることと、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と考えるが、これに要する医療機関側のコストについては評価されていない。については、ICT化推進のための診療報酬上での評価を要望する。

6. 同一日複数科受診の評価

がんをはじめ集学的治療を推進すべき患者、多くの基礎疾患を抱えている患者、同一の傷病で多くの症状を訴える患者など、多様な患者を受け入れる病院では、このような患者について専門性を活かした各診療科の連携による診療を行っており、3診療科以上が関与することも多い。

同一日に複数科を受診することは、患者の身体的負担の軽減になり、また、医師の専門性を活かした各科協調による医療は、より高度な全人的医療の提供であり、その診療科の専門性は、当然個別に評価されるべきである。

したがって、原則すべての診療科の初診および再診を評価して、減算することなく算定できるようにすることを要望する。

7. チーム医療における多職種連携の評価

多職種連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やQOLの向上に効果を上げており、医療の質の向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。

については、関与する医療従事者の専門性を評価するとともに、高齢化、がん・精神疾患などの患者の増加に合わせて、多職種連携による食事指導の評価と施設基準の緩和を要望する。

以上