



令和元年7月4日

厚生労働省
保険局長 樽見英樹 様

地域医療を守る病院協議会 議長 押淵 徹

公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 小熊 豊

全国厚生農業協同組合連合会
経営管理委員会 会長 雨宮 勇

一般社団法人日本慢性期医療協会
会長 武久 洋三

一般社団法人地域包括ケア病棟協会
会長 仲井 培雄

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 押淵 徹

令和2年度診療報酬改定へ向けた地域医療に関する要望について

地域医療を守る病院協議会は、いずれも地方に多くの病院を有している団体であり、本協議会は地域における医療を守るため、抱える共通の課題について、議論、意見交換を行うとともに、提案等を行うことを目的としております。

今般、令和2年度の診療報酬改定における地方都市やへき地、離島、小規模市町村など地方で抱える課題の解決について、下記の項目を別紙のとおり要望いたします。

記

必要な医療を確保するために、医療資源(医療機関、医療従事者)が少なく人材を確保しづらい、また、医療資源が少ないことにより機能分化が進みづらい地域における診療報酬改定等の要望・提案項目

- 1 算定要件の緩和等
- 2 地域包括ケアの推進等
- 3 へき地等における費用拡大への措置による応需体制の確保等
- 4 その他

(令和元年度担当 全国国民健康保険診療施設協議会)

地域医療を守る病院協議会 令和2年度（2020年度）診療報酬改定に向けた要望・提案

必要な医療を確保するために、医療資源(医療機関、医療従事者)が少なく人材を確保しづらい、また、医療資源が少ないことにより機能分化が進みづらい地域における診療報酬改定等の要望・提案項目

1. 算定要件の緩和

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
1	常勤換算の拡大化	施設基準上、「常勤の職員」という条件が多く、届出出来ないことが多い。場合によっては、施設基準を満たさないがために、保険請求出来ない場合がある。平成30年の診療報酬改定で一部、常勤配置に関する要件の緩和はされたが、中小病院では更なる緩和が必要。	常勤換算の拡大化をする。	全国自治体病院協議会
2	診療情報提供料(I)の歯科医療機関連携加算の算定要件見直し	入院中に歯科医療機関に往診依頼をした場合は算定不可。中小病院では、歯科の常勤医がいない場合が多く、また、入院中に歯科医療の必要が生じた場合（入院患者の高齢化に伴い摂食困難な場合や緊急に入院して全身麻酔手術を行うことになった場合）、往診を依頼せざるを得なく診療情報提供書を作成しているが、入院中であることから算定できない。	医科と歯科は異なるため、入院中に歯科医療機関の往診を依頼せざるを得ない場合に限り算定可とする。	全国自治体病院協議会
3	画像診断管理加算〔施設基準〕	当該保険医療機関以外の施設に読影または診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。少数の放射線科医で読影体制を確保している場合、わずかでも外部委託したら算定不可という厳しい要件では、放射線科医の疲弊と離職を招く。その結果、画像診断管理に不備をきたし、不十分な画像提供や不要な被ばくの増加など患者への影響も大きい。	施設基準から除外、もしくは算定要件の緩和を求める。	全国自治体病院協議会
4	地域性に応じた病床数要件の緩和	初診料における機能強化加算や地域包括ケア病棟入院料1・3等の診療報酬項目については、200床以上の病院は算定できないこととなっているが、地域によっては、診療所や中小病院が少ない等により、200床以上の病院がかかりつけ医機能など当該診療項目で求められている機能を担っている場合もある。	平成30年度診療報酬改定より、医療資源の少ない地域においては病床数要件の緩和がはかられ、基準の病床数を2割まで超過することが認められているが、医療資源の少ない地域に限らず、診療所や中小病院が少ない等により、同様の措置が必要な地域については対象地域に加えること。 また、機能強化加算や地域包括ケア病棟入院料1・3等の病床数要件は許可病床数ベースとなっており、精神病床も含むこととなるが、一般・療養病床と精神病床は性質が異なることから、精神病床を除外すること。	全国厚生農業協同組合連合会

5	総合入院体制加算の要件緩和	療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合、総合入院体制加算を算定できないが、後方病院が十分でない中山間地域等では基幹病院も一定程度回復期・慢性期医療を提供しなければならない。	周辺に後方病院が十分でない地域の場合、療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合も、急性期医療を中心に担っている医療機関については算定できるようにすること。	全国厚生農業協同組合連合会
6	医療機関等が「特別の関係」にある場合の制約の撤廃または緩和	病院や診療所、訪問看護ステーション等の開設者が同一法人等の「特別の関係」にある場合の診療報酬上の制約については、平成30年度診療報酬改定において、退院時共同指導料等の算定が認められるなど緩和が図られた。しかし、依然として診療情報提供料を算定できないほか、入院期間の通算が必要になる等の制約がある。また、中山間地域では同一法人が複数の医療機関を開設し、地域の医療ニーズに込えている状況にある。	連携をさらに強化する観点から、「特別の関係」にある場合の制約を撤廃またはさらに緩和すること。	全国厚生農業協同組合連合会
7	包括支払い制度における高額薬剤の評価について	入院料包括部分における、抗がん剤をはじめとした高額な医薬品については、その負担が課題となっている。これらの高額な医薬品については、療養病床においても、急性期DPC制度にて出来高算定できる薬剤との統一的な扱いが望まれる。	高額な薬剤については、包括支払い制度においても出来高算定を求める。	日本慢性期医療協会
8	医師の勤務要件の緩和	・医師確保が難しいにもかかわらず、専従、専任の定義が非常に厳しい。 ・働き方改革、女性の就業支援、子育て・介護支援などを見据えた対応が必要である。	・早出、遅出、時短をある一定範囲内で行っても、専従、専任と認める。	地域包括ケア病棟協会
9	検査及び治療に関する規定の緩和	①ノロウイルス抗原定性検査：本検査の対象は3歳未満の患者、65歳以上の患者等となっているが3歳以上65歳未満の患者も多く、感染した場合は早期の対応が必要である。 ②RSウイルス定性検査 現行では1歳未満の乳児が対象であるが2-3歳の児でも感染し重症化する事がある。	①ノロウイルス抗原定性検査の算定要件の年齢制限の撤廃をお願いしたい。 ②RSウイルス抗原定性検査の年齢規準を3歳未満の乳幼児までに範囲の拡大をお願いしたい。	全国国民健康保険診療施設協議会
10	認知症患者リハビリテーション料の施設基準の緩和（拡大）	高齢化に伴い一般病院においても認知症患者の入院は増加している。認知症患者に対するリハビリテーションはADLの改善と早期退院にむけて重要である。	現在認知症患者リハビリテーション料算定の可能な施設は、認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関と認知症疾患医療センターに限られているが、施設基準を緩和して一般病院においても算定可能にしていきたい。	全国国民健康保険診療施設協議会
11	複数の医療機関での在宅患者訪問診療料の算定	一人の患者につき、一つの医療機関のみ算定。在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合のみ2つの医療機関で算定可となっている。悪性疾患以外で、医療依存度が高く、病状の不安定な患者について、2つの医療機関での算定は認められていない。	複数の医療機関で共診で在宅医療を行うことで、負担軽減になり、在宅医療に取り組むやすくなるのではないかと考える。悪性疾患以外で、医療依存度が高く、病状の不安定な患者についても2つの医療機関で算定可能としていただきたい。	全国国民健康保険診療施設協議会
12	在宅療養指導管理料の併算	現在、2つ以上の指導管理を行っている場合、主たる指導管理の所定点数のみにより算定するとなっている。医療依存度が高く、様々な処置を行いながら在宅療養している患者を支援する上で、主たるもののみの算定では、持ち出しが多くなっているのが現状である。	例えば、人工呼吸器を装着している患者で、膀胱カテーテル管理、経管栄養、褥瘡処置など同時に複数の処置や管理を行っている場合、寝たきり患者処置指導管理料と在宅人工呼吸指導管理料を合わせて算定できるようにしていきたい。	全国国民健康保険診療施設協議会

13	<p>病院歯科</p> <p>①歯科訪問診療 ②入院患者の専門的口腔ケア ③周術期口腔機能管理 ④栄養指導</p>	<p>① 現在、歯科訪問診療料の算定において、特別な関係がある施設への歯科訪問診療の場合、再診で算定することとなっている。歯科訪問診療を行うにあたっては、どのような場合もリスクは同じであり格差をつけることはできない。</p> <p>現在、歯科訪問診療は半径16kmで行う事となっているが、歯科医療機関は人口集中をした都心部に集まっている。この歯科訪問診療の規制では、中山間地で生活する高齢者や障害者は受診困難者となっている。</p> <p>② 歯科衛生実地指導の項目で1月に1度算定ができるが入院患者の口腔内の状況は良好とは言い難い。歯科衛生士による専門的口腔ケアにより誤嚥性肺炎の低下やそれに伴う死亡のリスクの低下のエビデンスもあるが実際には専門的口腔ケアを行っても算定点数が無いことは課題となっている。</p> <p>③ 口腔粘膜炎が生じる、化学療法や放射線治療中の患者に対し、医科からの周術期等口腔機能管理依頼がされていないことが多い。その患者に対し、口腔粘膜保護剤を使用するには、医科からの周術期等口腔機能管理依頼が必要となっていることから直ぐに使用できないことが課題となっている。</p> <p>④ 咀嚼障害患者、摂食嚥下障害患者に対する栄養指導や栄養管理について歯科医師と管理栄養士が直接協働して行うことの制度上の保証が未だないため、歯科医師が口腔機能低下症をきっかけに栄養改善の必要性を検討する際など患者の不利益となっている現状がある。歯科医師が管理栄養士に栄養指導や管理について指示できる制度を考慮して欲しい。</p>	<p>① 歯科訪問診療：特別な関係のある施設等への歯科訪問診療の算定を可能とすること。 歯科がある病院への歯科訪問診療の算定を可能とすること。 歯科訪問診療の半径16kmの訪問範囲の拡大すること。</p> <p>② 入院患者の専門的口腔ケア：歯科衛生士による入院患者への専門的口腔ケアを実施毎に算定できるようにすること。</p> <p>③ 周術期等口腔機能管理：口腔粘膜保護剤は医師からの依頼がなくても使用できるようにすること。</p> <p>④ 栄養指導：歯科医師の指示で栄養指導ができるようにすること。</p>	<p>全国国民健康保険診療施設協議会</p>
----	---	---	---	------------------------

2. 地域包括ケアの推進等

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
1	在宅患者緊急入院診療加算1の算定対象の緩和	<p>在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定患者に限定して算定。</p> <p>在支病の算定対象を緩和することで、200床未満の在支病の在宅患者受け入れの役割がより明確となり、在宅医療の推進に繋がる。</p> <p>※要望項目のNO.2を参照</p>	<p>在支病では、要介護度1～5の患者の緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるよう緩和する。</p> <p>【在支診・在宅療養後方支援病院は現行どおり】</p>	全国自治体病院協議会
2	在宅患者緊急入院診療加算の紹介側の評価	<p>在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定患者に限定して在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるが、紹介側の評価はない。</p> <p>要介護1～5の在宅患者の紹介先として、急性期医療を主とする病院ではなく地域密着型病院である200床未満の在支病を選択する流れを強化することで、病院の機能分化が明確となる。</p> <p>※要望項目のNO.1を参照</p>	<p>在支病に要介護1～5の患者を送った場合に、送り元の診療所が選定できる『在宅患者緊急入院紹介加算200点』を新設する。</p>	全国自治体病院協議会
3	地域包括ケア病棟における在宅復帰支援に対する評価	<p>・地域包括ケア病棟において、在宅復帰支援機能の核となるリハビリテーション（以下リハ）や栄養サポートは必須であり、入院料や管理料に包括されている。</p> <p>・包括算定を活かして、<u>POCリハ*</u>（しているADLに介入する20分未満の個別リハ）、<u>集団リハ</u>、<u>院内デイケア</u>、<u>自主トレーニング等の、疾患別・がん患者リハを補完代替するリハ（CARB*）</u>や、リハ栄養を積極的に導入している施設がある。</p> <p>・積極的支援の結果、早期退院患者が増加すると、人口減少地域では病床稼働率が低下し、利益が出にくくなる。介護保険における積極的自立支援のジレンマと酷似している。</p> <p>・*POC; point of care、 *CARB; complementary and alternative rehabilitation、 上記*は、当協会が提唱している（別紙①参照）。</p>	<p>・地域包括ケア病棟において、リハやリハ栄養が充実している場合は、CARBの実態把握や、提出したデータの活用等を行って、在宅復帰支援のアウトカム評価を行ってはどうか。</p> <p>・CARBの実践は、疾患別・がん患者リハにおけるリハビリ提供の効率化に繋がると予想され、働き方改革にも貢献できる。</p>	地域包括ケア病棟協会
4	地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院管理料）における「特定地域」の指定拡大	<p>高齢化が進む中で地域包括ケア病棟（地域包括ケア入院管理料）は今後ますます大きな役割を担うものと認識している。中山間地域に存在し市町村合併によって町村から市の一部になった地域では現行の「特定地域」の規準では該当しない地域が多く存在する。</p>	<p>「特定地域」の指定範囲を合併後の市町村単位ではなく、合併前の町村も考慮して「特定地域」を拡大願いたい。</p>	全国国民健康保険診療施設協議会

3. へき地等における費用増大への措置による応需体制の確保等

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
1	医療資源の少ない地域に配慮した評価の対象地域・対象医療機関の範囲拡大および加算の新設	現在、医療提供が困難な地域に位置する医療圏の医療機関を対象に、「病棟毎の入院基本料届出」、「栄養サポートチーム加算の専従要件の緩和」等の措置が講じられている。しかし、現在の対象地域は「医療圏単位」で設定されており、広大な医療圏の中に過疎の地域が含まれている場合がある。 また、本措置では、許可病床400床以上の病院やDPC対象病院が対象となっていないが、過疎地においては、地域の基幹病院として救急から専門医療まで多岐にわたる医療サービスを確保するため人材確保に苦慮している現状がある。	①よりきめ細かく対象地域を設定する。例えば、今後、医師確保対策のために二次医療圏よりも小さい区域で「医師少数地区」が設定されることや、介護報酬の特別地域加算、中山間地域等を対象とした加算においては、対象地域が市町村単位で定められていること等を参考に検討すること。 ②許可病床400床以上の病院やDPC対象病院等も対象にすること。 ③「病棟毎の入院基本料届出」、「栄養サポートチーム加算の専従要件の緩和」等の従来の措置のみならず、医療資源の少ない地域に立地する医療機関に対する加算を新設すること。	全国厚生農業協同組合連合会
2	認知症ケア加算の評価の充実	高齢の認知症患者が今後さらに増加することが予想されるが、見守り等には相当のマンパワーがかかる。	認知症ケア加算の引上げを行うとともに、認知症患者の日常生活自立度判定基準のランクやケアの内容等に応じた評価体系とすること。	全国厚生農業協同組合連合会
3	中山間地域での訪問診療・訪問看護への加算	中山間地域では訪問診療・訪問看護提供の範囲が広く移動時間もかかることから訪問診療や訪問看護の効率が低下し実施を躊躇せざるを得ない事がある。	中山間地域での訪問診療・訪問看護への所定点数の5%の加算を希望する。	全国国民健康保険診療施設協議会

4. その他

No.	具体的な項目	現状と課題	要望・提案	担当団体
1	医師の地域偏在を是正するための診療報酬上のインセンティブの新設	医師の地域偏在の是正策について、厚労省の医師需給分科会の第2次中間とりまとめにおいては、診療報酬上の評価等の対応についても言及されているが、現在、同分科会で具体的な検討はすすんでいない。	医師の地域偏在を是正するため、①医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関、②医師少数区域等での勤務経験を有する医師（認定医師）によって質の高いプライマリ・ケア（総合的な医療）を提供する医療機関を評価すること。	全国厚生農業協同組合連合会
2	医療機関における働き方改革を推進する診療報酬上のさらなる対応	医師の働き方改革がすすめられているが、診療報酬による対応については、十分に検討が行われていない。	女性医師の就労支援に対する評価等、医療機関における働き方改革を推進する診療報酬上のさらなる対応について検討すること。	全国厚生農業協同組合連合会
3	高度な慢性期医療を提供する病棟の必要性と人員配置の考え方	病床の機能分化、あるいは地域偏在により、医療療養病棟等の慢性期を担う病棟では、これまで以上に多くの処置（中心静脈栄養、人工呼吸器、気管切開・気管内挿入、酸素療法等）が実施されている。即ち、慢性期病院においても、患者の急変等に対応する一時的な急性期治療を行い、バックベッド機能のある慢性期病院において一次診断を行った上で、必要に応じ高度急性期病院に紹介することが求められている。また、こうした機能を担っていくためには、医師、看護師以外のメディカルスタッフ（薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士、介護福祉士、社会福祉士、臨床検査技師、診療情報管理士、歯科衛生士等）のチーム医療は不可欠である。	慢性期治療病棟の新設と多職種の配置に関する評価を求める。	日本慢性期医療協会
4	医療機関に勤務する介護職員への処遇改善	医療施設にも介護職員が多く従事しているにもかかわらず、介護施設に勤務する介護職員にのみ処遇改善加算が付与されている現状がある。そのため、介護職員が、医療施設と介護施設のどちらに勤務するかによって賃金が異なるという状況も確認される。医療機関で働く介護職員にも、介護報酬上の処遇改善加算と同等の加算を算定できるような体制が望まれる。	医療機関に勤務する介護職員への処遇加算について、介護施設と同等に算定できるように求める。	日本慢性期医療協会

別紙① CARBとPOCリハの定義

■ CARB (Complementary and Alternative Rehabilitation)

地域包括ケア病棟では、スケジュールと提供量(20分1単位)を管理された疾患別・がん患者リハビリテーション(以下リハ)以外に、リハ包括算定を活かした時間・単位・場所に縛られないリハを提供できる。

POC(Point of Care)リハ(下記参照)や、集団リハ、院内デイケア・デイサービス、自主トレーニング、運動療法指導(疾患別リハでは算定対象外だが糖尿病等の疾患特性を踏まえた指導)等、疾患別リハ・がん患者リハを補完代替するリハを“CARB”と総称している。

CARBは、リハ科医の指示と処方の下にリハ療法士が実施・介入する。分単位のリハビリ記録の記載が必要で、疾患別リハ・がん患者リハと同時に実施できず、1日平均2単位以上の要件にも含まれない。

■ POC (Point of Care) リハ

CARBのうち、患者の傍らで、個別に短時間(20分未満)、オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハをPOCリハと称している。

OTは生活回復リハ、PTは廃用・褥瘡予防と機能回復リハを主に担当し、患者の「しているADL」への介入を容易にする。