

「写」

国診協発第169号

平成23年9月7日

厚生労働省事務次官

阿 曾 沼 慎 司 殿

厚生労働省保険局長

外 口 崇 殿

(大臣官房審議官 唐 澤 剛 殿)

(総務課長 木 下 賢 志 殿)

(国民健康保険課長 濱 谷 浩 樹 殿)

(医療課長 鈴 木 康 裕 殿)

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会

会 長 廣 畑 衛

中山間地域等における地域包括医療・ケアにかかる

平成24年度診療報酬改定への要望について

本会の事業運営につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、中山間地域等における地域包括医療・ケアの確保を図る観点から、別添「中山間地域等における地域包括医療・ケアにかかる平成24年度診療報酬改定への要望」を提出いたしますので、特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

中山間地域等における地域包括医療・ケアにかかる 平成24年度診療報酬改定への要望

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）を中心に地域包括医療・ケアの実践と構築を基本理念として運営を行っています。

国保直診の多くが設置されている中山間地域等は、必ずしも医療資源が十分とはいえない地域であり、国保直診は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、人間性豊かな地域づくりに取り組んでいます。急性期、回復期の医療に限らず維持期、在宅まで常に住民の視点に立ち、在宅医療（ケア）、リハビリテーション、介護、福祉サービスの提供体制の構築と推進に取り組んでおり、特定健診・特定保健指導を中心に住民の健康づくりを実践し、地方自治体の医療費の適正化にも貢献しています。

本協議会では、平成22年4月～7月診療報酬明細書（前年同月比）による平成22年度診療報酬改定の影響調査を行いました。収益全体は前年度に比べ、病床数の多い病院ほど優位であり、中小病院はほぼ変化がない状況となっています。介護関係者を含めた多職種間の連携、在宅医療の推進のための評価、回復期等における充実したリハビリテーションの評価など地域包括医療・ケアの推進の評価が一部導入されたが、医師・看護師等人員不足による各施設基準がとれない例も多くなってきています。新設された入院基本料等加算は、専門チームの結成や所定研修修了者等の資格を有する人員（専従・専任）を要するため、同等のケアを提供していても人的要因が課題で施設基準を満たせない状況です。

また、医師、看護師不足は、国保直診の経営を圧迫しているのみならず、病院の診療所化、診療所の廃止などにより地域住民の医療を受ける権利、健康を保持する権利を奪いかねないほど深刻な状況となっています。医師不足に対応するため、①地域枠、診療科枠及び開業医・勤務医枠における医師数の設定、②臨床研修終了後地方の医療機関に一定期間勤務の義務化、③専門医師数の適正配置、④都市の大病院にみられる研修医・レジデント等の集中化の是正、⑤標榜診療科に総合診療科を認め診療報酬における総合医の評価など早急に総合的なシステムの構築が必要です。

さらに、中山間地域等においては、医療機関の機能や特性に応じた連携を進めるために活用できる医療・介護資源が乏しく、国保直診が地域のサービスをすべて担っているのが現状であり、地域包括医療・ケアによる一体的・全人的サービスにより、環境適応能力が低下した高齢者が安心して療養生活が可能となる在宅医療（ケア）を実践している国保直診も多くあります。また、近々に迫っている都市部の超高齢化の対策を想定し、中山間地域等で国保直診が実践している「地域包括医療・ケア」にご理解いただき、診療報酬上の評価や医療と介護の連携による新たな診療報酬の設定・評価など特段のご配慮をお願いしたく下記のとおり要望いたします。

1. 医科部門

(1) 病院複数科受診時の初診料の設定

同一保険医療機関において同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診とした場合は、二つ目に限り算定できるが、高齢者は複数疾患を有しており複数の受診が必要であり、複数科受診時の初診料の算定を要望する。

(2) 病棟単位での入院基本料の認可等について

一般病棟入院基本料（7：1）の施設基準については、平成20年度改正により「看護必要度」が導入されたが、看護必要度の算定の基準が古く複雑であり、その内容の見直しを要望する。また、中山間地域等では看護師不足が顕著であり、効率的できめ細やかな対応を考えると病院単位ではなく、病棟単位での施設基準の認可を要望する。

また、夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下とされているがその基準の撤廃を要望する。

(3) 看護補助加算の見直しについて

看護補助加算については一般病棟入院基本料（13：1）で看護補助加算2・3を算定できるが、中山間地域等における国保直診は、救急病院の役割をもちながら高齢者の入院患者（認知症や身体介護度3の患者）が多くなっており、入院基本料（10：1）においても看護補助加算3を算定できるよう施設基準の見直しを要望する。

(4) 地域連携診療計画管理料の施設基準の緩和等

地域医療に対する各種加算の拡大が図られてきたところであるが、中山間地域等のような立地条件等の下では、連携する保険医療機関が少なく、地域包括医療・ケアを実践している国保直診は、退院後の治療等を含めて一つの保険医療機関で完結したり、又は介護サービス事業者等と連携している場合は、「地域連携診療計画管理料」に匹敵する管理料の新設を要望する。

また、「地域連携診療計画管理料」の対象疾患（大腿骨頸部骨折、脳血管障害）が徐々に拡大されているが、さらに心筋梗塞、がん診療、糖尿病などの対象疾病の拡大を要望する。

(5) 臨床研修病院入院診療加算の拡大等

医師臨床研修制度の研修プログラムにおける「地域医療」は、医師の育成において欠かせない項目であり、内科、救急部門とともに必修科目とされ、その重要性が認められたところである。

平成18年度に臨床研修病院入院診療加算が新設され、現在は入院初日40点（基幹型）、入院初日20点（協力型）と認められているが、より円滑な研修制度促進と研修医の育成のために大幅な引き上げを要望する。

また、臨床研修における外来診療についても臨床研修病院外来管理加算の新設を要望する。

(6) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術について

担当する医師が常時待機しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されること、となっているが医師不足に考慮し、常勤の専門医が1名で可と要望する（体外衝撃波胆石破砕術も同様）。

(7) 在宅療養支援病院の施設基準の撤廃

中山間地域等における国保直診病院は、周辺の診療所と連携して在宅医療を積極的に取り組んでおり、夜間・休日の安心した在宅医療を実践している。その施設基準は許可病床数が200床未満のもの又はその病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであるとされているがその基準の撤廃を要望する。

(8) 在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料の地域に応じた加算

中山間地域等では患者間の移動に多くの時間がかかり効率が悪く負担が大きくなっている。距離に加えて移動時間についても算定条件に加えることを要望する。

(9) 緩和ケア診療加算について

緩和ケアに係る専従チームは、身体症状の緩和を担当する常勤医師、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師等であり、特に看護師については、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることとされている。このような研修の種類があまりなく、6カ月と長い期間となっている。凝縮した研修を実施し、短い研修期間でも施設基準がとれるよう要望する。

また、施設基準における常勤医師の配置はどちらか1名で可と要望する。

(10) 栄養サポートチーム加算について

栄養サポートチームの構成員は、それぞれ常勤の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等であり、栄養管理に係る所定の研修を修了したものとされている。常勤の医師、看護師等の不足要因を考慮し、すべての職種が研修を修了しなくても代表者職種の研修修了者が施設内で研修し、栄養サポートチームを構築すること、また、専任職種の拡大を要望する。

(11) 褥瘡ハイリスク管理加算について

褥瘡ハイリスク管理加算の施設基準として、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置が必要であるが、看護師の不足要因を考慮し、専任の看護師等が配置される場合には、段階的な管理加算の設定を要望する。

(12) 在宅でのリハビリテーションの充実

リハビリテーションは急性期から回復期、維持期（生活期）までシームレスに提供さ

れることが必要であり、平成 22 年度に急性期から回復期の診療報酬の評価が図られてきたところである。訪問リハビリをはじめ地域リハビリテーションが「質の高い在宅医療」に重要であり、維持期（生活期）の連携についても評価を要望する。

(13) 疾患別リハビリテーション料について

脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料にかかる早期リハビリテーション加算の起算日は発症、手術又は急性増悪からとなっているが、早期リハ実施の促進、対象者拡大のためリハ開始日からの起算日に変更を要望する。

また、疾患ごとのリハビリテーション料の点数の格差を是正することも要望する。

なお、必要があつて標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合に 1 月 13 単位に限り算定できること、また、算定標準的算定日数を超えて所定点数を算定できる対象疾患（失語症、失認及び失行症の患者及び先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者）については、今後もその評価の継続を要望する。

2. 歯科部門

(1) 初・再診料を医科と同レベルの評価について

医科も歯科も保険医療機関であるにもかかわらず初・再診料が異なっている。口腔疾患と全身疾患の関連性が明らかになってきており、歯科の初・再診料を医科と同様な評価に要望する。

(2) 歯科訪問診療料の評価について

歯科訪問診療料の評価については、平成 22 年度体系化されたところであるが、中山間地域等に位置する国保直診歯科は、全身疾患を有する高齢者の患者が多くなっており、地域包括医療・ケアの一端を担うべく多職種との連携をとった歯科訪問診療を行うことが多くなっている。一方、歯科訪問診療料の算定にあたって、診療人数や 20 分未満の診療時間により初・再診料で算定することとなり、外来診療を行うよりリスクが高くなっている。このため、歯科訪問診療料の算定要件の緩和を要望する。

(3) 歯科医師臨床研修施設外来加算の新設について

歯科医師臨床研修での入院加算はあるが、実態的に歯科の研修の多くは外来診療であり、指導歯科医師の負担及び研修医の育成、ひいては歯科医師臨床研修制度の促進のため、歯科医師臨床研修外来加算の新設を要望する。

(4) 口腔ケアへの評価について

口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防効果は実証されているところであり、歯がなく胃瘻で口を使わない患者ほど口腔内の汚染が認められ、結果として肺炎を起こすことが多くなっている。また、がん患者の手術前・後の口腔ケアにより術後の合併症の軽減が認められるとの報告がある。このように口腔ケアの重要性は歯の有無にかかわらず口腔ケア

による医療費軽減の効果が認められており、口腔ケアに対する評価の新設を要望する。

(5) 歯科技工加算について

日本の歯科技工を支えている歯科技工士は40歳～50歳が中心であり、若年層の離職も多く歯科技工士の後継者問題が最重要な問題となっている。また、海外の安価な技工物を求めることになると安心・安全で良質な歯科医療の提供ができなくなる場合がでてくる。このため、歯科技工加算が平成22年度に新設されたところであるが、この評価では歯科技工士の雇用の確保は困難であり、また、義歯の翌日修理・装着の確保による患者のQOLの確保のため、歯科技工加算の評価の向上（算定要件の見直しを含む）を要望する。