

平成 29 年 10 月 26 日

厚生労働省

医務技監 鈴木康裕 様  
保険局長 鈴木俊彦 様  
保険局医療課長 迫井正深 様  
(以上 各通)

## 平成 30 年度診療報酬改定へ向けた地域医療に関する提案について

地域医療を守る病院協議会 議長 邊見 公雄

公益社団法人全国自治体病院協議会  
会長 邊見 公雄  
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  
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  
一般社団法人日本慢性期医療協会  
会長 武久 洋三  
地域包括ケア病棟協会  
会長 仲井 培雄

私たち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において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、提案等をするを目的としております。

今般、平成 30 年の診療報酬改定等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の抱える課題の解決について、以下の事項を別紙のとおり提案いたします。

なお、訪問看護における診療報酬と介護報酬との費用算定方法の相違等の改善についても、ご配慮をお願いいたします。

### 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増大への措置による応需体制の確保等
4. その他

以上

(平成 29 年度担当 全国自治体病院協議会)

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提案項目

## 1. 算定要件の緩和等

項番	具体的な項目	現状と課題	提案	主担当
(1)	感染防止対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、地域包括ケア病棟入院料の算定要件緩和	専従の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等が算定要件となっている。200床未満のいわゆる中小病院にあっては専従ではなく専任でも可能とすることにより、特に確保が困難な薬剤師をはじめ、関係職種の特従確保が困難な地方の中小病院においても、感染防止対策、褥瘡ハイリスク患者ケア等が推進される。	専任の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等に算定要件を緩和する。(地方において、薬剤師の採用は著しく厳しいため、特に強く要望する)	全国自治体病院協議会
(2)	医療資源の少ない地域に配慮した評価の対象地域及び対象医療機関の範囲の拡大及び当該地域に係る期間設定 (別紙1参照)	医療資源の少ない地域に配慮した評価の対象地域(※)は、離島を含めた41の「医療圏単位」で設定されているが、広大な医療圏の中には、過疎地、僻地、山村が含まれている場合がある。また、過疎地等では地域の基幹病院として、地域医療、救急医療から専門医療まで多岐にわたる医療サービスの確保と充足のため、人材確保に苦慮している。 人材確保は、一定期間を要し、また長期的な投資となるが、対象地域選定の計算方式の変更により算定できなくなるケースが多く地域にわたっている。  ※医療提供が困難な地域に位置する医療圏の病院を対象に、「病棟毎の入院基本料届出」および「栄養サポートチーム加算等の専従要件の緩和」等の措置が講じられている。	①よりきめ細かく対象地域を設定する。例えば、介護報酬における特別地域加算、中山間地域を対象とした加算等を算定できる地域に合わせる。 ②許可病床200床以上の病院やDPC対象病院等も対象にする。 ③拡大した対象地域の見直しは、10年間行わないこととする。	J A全厚連・全国自治体病院協議会
(3)	歯科を標榜していない病院での医科歯科連携の評価(地域の医療資源の効率的な活用)	歯科医療機関連携加算(100点)は、算定対象が限定されているが中小病院では常勤歯科医の配置は困難で地域の歯科医との連携が必要となる。これからは回復期診療(特に高齢者診療)における歯科口腔内機能管理の役割が認知されたものだが、短期間の入院期間中に歯科診療を完結することは不可能なため、NSTでスクリーニングされた患者(対象疾患を限定せず)に対して入院中に歯科診療を導入し、退院後の継続的診療に繋げることが地域の中小病院における医科歯科連携体制構築を進めるために重要である。	歯科医療機関連携加算を200点に、算定対象を拡大する。 (院外歯科医と連携して入院中に歯科診療を行った患者の診療情報提供を行った場合を追加)	全国自治体病院協議会
(4)	地域包括ケア病棟入院料における地域特性への対応(診療報酬上の緩和措置)	求められる病院機能は地域により大きく異なり、それは動的に変化する。例えば、人口減少の著しい地方都市・過疎地域の病院や、公的病院群が2次医療圏のほぼ全体の地域医療を担っている地域では、その病院が地域医療構想と地域包括ケアシステムを同時に担うことになる。高度急性期病床と地域包括ケア病棟、療養病床等を全て持つケースもあり、大都市における病院間の機能分化とは真逆の方略を要する場合がある。今後、ストラクチャーに対する一律の評価や基準だけでは、地域ニーズの変化への対応が難しくなることが懸念される。	地域特性に配慮して、地域包括ケア病棟と500床未満における高度急性期を担う病床の組み合わせによる診療報酬上の制限を緩やかにし、地域包括ケア病棟を2病棟以上届け出る場合には地域医療構想の協議の場で話し合う事とする。  ただし、 <u>配慮すべき地域特性</u> については、大都市を除く人口減少の著しい地方都市、へき地などを前提に様々な団体や当局と十分に話し合っ定義づけを行うこととする。	地域包括ケア病棟協会

(5)	総合入院体制加算の要件の緩和 (別紙2参照)	総合的かつ専門的な急性期医療を提供する病院を評価する総合入院体制加算については、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状況にある。	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を届出している場合も総合入院体制加算を算定できるようにする。	J A 全厚連
-----	---------------------------	--	--	---------

## 2. 地域包括ケアの推進等

項番	具体的な項目	現状と課題	提案	主担当
(1)	地域包括ケア病棟入院料における緊急時の受け入れの評価 ※診療報酬上の緩和措置ではなく、全ての医療施設に対する評価	地域包括ケアシステムを構築する上で、地域包括ケア病棟の急性期機能は重要である。特に地方では、圏域内外の限られた高度急性期病院に軽症救急患者が集中することを防ぐために、当該病棟が重要な役割を担う。しかしながら、救急診療や在宅・生活復帰支援のための人員確保や什器・設備充実のハードルが高く、地域ニーズに応えたいが、届出が困難なケースが想定されている。	地域包括ケア病棟を届け出て、地域に必要な機能を提供し続けるために、緊急時の受け入れをより評価する。	地域包括ケア病棟協会
(2)	地域包括ケア病棟入院料における減算方式導入の検討(1)	人口減少が進み、新たなハードの整備が将来不要になる場合や、人員が雇用できない場合に、地域包括ケア病棟の要件を満たせないと、地域ニーズがあっても開設できない。	地域包括ケア病棟の運用が可能となるように、廊下幅や病棟近傍の浴室などが不足する場合や、人員の一部欠員の場合に、 <u>療養環境減算</u> の仕組みをつくり、算定できるようにする。	地域包括ケア病棟協会
(3)	地域包括ケア病棟入院料における減算方式導入の検討(2)	人口減少が進み、看護師が雇用できない場合に、地域包括ケア病棟の要件を満たせないと、地域ニーズがあっても開設できない。	准看護師の活躍の場を広げるため、「看護職員の最少必要数の7割以上が看護師」や「夜勤を行う看護職員数は2以上」等の制限を緩和する。具体的には、看護師の最少必要数の7割を切った場合や夜勤数が一人の場合に、減算する仕組みをつくり、算定できるようにする。	地域包括ケア病棟協会
(4)	地域包括ケア入院医療管理料の算定要件緩和	地域包括ケア入院医療管理料は、専従のリハビリスタッフが算定要件であるが、届出病院では届出病床が少ないため管理料算定患者の状態によっては、リハビリが必要な患者が少ない場合や極端な場合リハビリが必要な患者がいないこともある。その為専従配置するリハビリスタッフの業務が少ない場合があり、また対象病床外の患者に対してリハビリを実施せざるを得ないが算定できない場合がある。	算定要件のリハビリスタッフを専従から専任に緩和する。	全国自治体病院協議会
(5)	「地域包括ケア支援病院」新設	地域包括ケアシステムの構築が国内すべての市町村で求められているが、その中核となっている医療機関には職員の院外活動が増えても何のインセンティブもない状態である。地域包括ケアは介護保険制度のみが支えて推進できるシステムではなく、あらゆる分野が連携して進んで行くべきものである。適切な要件を設けて診療報酬に取り入れるならば多数の中小病院が積極的になり、必ずや取り組みが遅れている地域においても地域包括ケアシステムが推進されていくものとする。	「地域医療支援病院」に対応する概念として「地域包括ケア支援病院」を新設していただくことを要望する。 その要件としては、①地域包括ケア病床や回復期リハビリ病棟を有していること、②急性期病床を有している場合は7対1ではなく、地域医療支援病院加算を算定していないこと、③24時間救急患者を受け入れていること、④訪問看護、訪問診療、在宅看取りを実施していること、⑤行政	全国国民健康保険診療施設協議会

	大きな都市部以外ではもともと医療施設が少なく、それを運営する医師もこれから高齢化して閉院が相次ぐ時期が到来し、患者は直接病院を受診するようになるので現時点で地域医療支援病院の要件を満たしている病院であっても満たせなくなってくる。それでも病院や残された診療所は行政や介護と一体となって率先して地域包括ケアを推進し続けることが求められる。	と協力した地域内多職種研修会を実施していること、⑥地域ケア会議等(厚労省老健局では和光市型を全国展開する意向であると聞いております)への専門職種の派遣を行っていること、⑦地域での健康講座(出前講座)を年間6回以上実施していること、などが考えられる。 このような要件を満たしている病院の数は多くはなく、そのような病院の年間入院患者数も多くはないと思われるが、診療報酬の上で地域包括ケアシステムを推進する病院のあるべき姿を示すこととなり、地域との連携が積極的に推進される。	
--	---	---	--

### 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

項番	具体的な項目	現状と課題	提案	主担当
(1)	へき地加算の新設(費用増大への措置による応需体制の確保)	厚生労働大臣が定める地域の加算として、「離島加算」、「地域加算」等はあるが、過疎地域自立促進特別措置法に定める「過疎地域」に対する加算がないため、上記の加算同様に認めるべきである。	へき地加算(16点)を新設する。	全国自治体病院協議会
(2)	データ提出加算の増点(地域における機能分化の推進)	データ提出加算を算定するには、事務部門の負担だけではなく他部門の協力も必要となる。データ提出加算2(200床未満の場合180点)は今後も更なる拡大が予測されるが、退院時に1回のみ算定であり、入院期間の長い患者が多い病院や大規模病院と比べ病床数の少ない中小病院にとっては加算算定件数が限られる。	データ提出加算2(200床未満の場合)を230点に増点する。	全国自治体病院協議会

### 4. その他

項番	具体的な項目	現状と課題	提案	主担当
(1)	医療機関等が「特別の関係」にある場合の取扱を撤廃または緩和(別紙3参照)	中山間地域では同一の法人がさまざまな事業所を開設し、地域の医療・介護ニーズに込えている状況にあるが、開設者が同一法人である等の「特別の関係」にある病院、診療所、訪問看護ステーション等においては、転院した場合に入院期間を通算しなければならない、退院時共同指導料が算定できない等の取扱が適用される。一方、地域医療連携推進法人の参加法人間の場合は、そのことをもって「特別の関係」に該当するわけではないとされている。	周辺に連携可能な法人が十分でない地域の場合、同一法人の医療機関等であっても、「特別の関係」に該当しない取扱とする。	J A全厚連

(2)	<p>【介護報酬改定関係】 「介護保険における訪問看護」も医療保険と同様に交通費の算定 (別紙4参照)</p>	<p>医療保険の訪問看護は交通費を実費で算定できるが、介護保険では「通常の事業実施地域」内を訪問する場合、実費で算定できない。しかし、「通常の事業実施地域」内であっても、中山間地域等では訪問距離が20kmを超える場合もあり、非効率・不採算となっている。</p>	<p>介護保険・医療保険にかかわらず、「通常の事業実施地域」内で訪問看護を実施する場合であっても、交通費を実費で算定できるようにする。</p>	<p>J A全厚連</p>
(3)	<p>精神病院について、入院基本料等加算の対象となっていない項目の対象化</p>	<p>精神病院は、医師が不足している状況である。そうした状況に加え、近年、高齢者及び認知症患者が益々増加し、内科疾患など、一般の疾患も一般病棟と同じように診なければならぬ状況になっている。</p>	<p>精神病院においても、栄養サポートチーム加算などの入院基本料等加算についても、一般病棟と同様に算定できるようにする。</p>	<p>全国自治体病院協議会</p>

## ○ 緩和措置の対象となる厚生連病院は1病院のみ

現行の「医療資源が少ない地域に配慮した評価」の対象となる厚生連病院は1病院のみである。

一方、介護報酬における特別地域加算、中山間地域を対象とした加算等を算定できる地域は市町村単位で定められており、同様の地域を対象とし、200床以上の病院、ならびにDPC対象病院等も対象に含めた場合、対象となる厚生連病院は34病院となる。

対象医療圏に立地する厚生連病院

都道府県	二次医療圏名	立地する厚生連病院	許可病床数	DPC	入院基本料	対象病院
秋田	北秋田	北秋田市民病院	320	Ⅲ群	10対1	×
	湯沢・雄勝	雄勝中央病院	380	Ⅲ群	10対1	×
	大仙・仙北	大曲厚生医療センター	437	Ⅲ群	7対1	×
新潟	魚沼	中条第二病院	180	無	精神病床のみ	×
		佐渡総合病院	354	Ⅲ群	10対1	×
	佐渡	羽茂病院	45	無	15対1	○
		真野みずほ	158	無	精神病床のみ	×
長野	北信	北信総合病院	489	Ⅲ群	7対1	×
計	8医療圏	8病院	2,363			1病院

## ※ 対象医療圏の選定要件

- (ア) 人口当たり医師数が下位 1/3 かつ人口当たり看護師数が下位 1/2 の医療圏  
 (イ) 病院密度が下位 15% または病床密度が下位 15% の医療圏

## (参考) 特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域に立地する厚生連病院

加算項目	対象地域	立地する厚生連病院 (非 7 対 1 病院)
特別地域加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>離島振興対策実施地域</li> <li>振興山村</li> <li>その他厚労大臣が定める地域</li> </ul>	摩周、鶴川、美深、丸瀬布、佐渡、羽茂、小海分院、鹿教湯、三才山、中伊豆、足助 (鹿教湯・三才山以外は中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域にも該当)
中山間地域等における小規模事業所加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>豪雪地帯</li> <li>辺地</li> <li>半島振興対策実施地域</li> <li>特定農山村地域</li> <li>過疎地域</li> </ul>	俱知安、常呂、北秋田、湖東、雄勝、埴、高田、坂下、糸魚川、けいなん、小千谷、三条、豊栄、あがの、村上、瀬波、滑川、若穂、新町、富士見、高山、大台、吉田

- 総合入院体制加算の実績要件を一定程度満たしているが算定できない病院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病院であっても、総合入院体制加算の実績要件を一定程度満たしている病院が存在し、中には周辺に後方病院が十分に立地しておらず、病院完結型の医療を提供せざるを得ない状況に置かれている病院もある。

#### <事例 1・佐野厚生総合病院（栃木県佐野市）>

佐野厚生総合病院は、栃木県地域医療構想において高度急性期・急性期の中心的役割を担うことを求められており、総合入院体制加算の実績要件も一定程度満たしている。一方、佐野市内には後方病院が少ないこともあり、佐野厚生総合病院は回復期リハビリテーション病棟と療養病床も有しており、栃木県地域医療構想においては、高度急性期・急性期を担う病院も回復期機能を担うことが求められている。そのため、総合入院体制加算の実績要件を満たしたとしても、総合入院体制加算を算定できない。

#### 佐野厚生総合病院の実績

(平成 28 年 ※ 1 年分のデータがないものは 1 年分に補正)

項目	全身麻酔	人工心肺	悪性腫瘍	腹腔鏡下
件数	1,502	0	190	172
項目	放射線治療	化学療法	分娩件数	重症度 (A 項目 2 点以上)
件数	3,054	513	360	30.5%

(注) 総合入院体制加算 3 (1 日につき 120 点) の実績要件を満たしている。

#### <事例 2・白河厚生総合病院（福島県白河市）>

白河厚生総合病院は、福島県地域医療構想において地域の中核的な病院として位置づけられており、総合入院体制加算の実績要件も一定程度満たしている。一方、白河市内には後方病院が少ないこともあり、白河厚生総合病院は地域包括ケア病棟を有している。そのため、総合入院体制加算の実績要件を満たしたとしても、総合入院体制加算を算定できない。

#### 白河厚生総合病院の実績

(平成 28 年 ※ 1 年分のデータがないものは 1 年分に補正)

項目	全身麻酔	人工心肺	悪性腫瘍	腹腔鏡下
件数	1,129	0	219	183
項目	放射線治療	化学療法	分娩件数	重症度 (A 項目 2 点以上)
件数	4,830	834	1,008	29.5%

(注) 総合入院体制加算 3 (1 日につき 120 点) の実績要件を満たしている。

#### (参考) 総合入院体制加算の要件

- ・ 全身麻酔による手術件数が 800 件/年以上
- ・ 総合入院体制加算 3 を算定する場合は以下の①から⑥の中から 2 つ以上を満たす
- ①人口心肺：40 件/年以上 ②悪性腫瘍手術：400 件/年以上 ③腹腔鏡下手術：100 件/年以上
- ④放射線治療 (対外照射法)：4,000 件/年以上 ⑤化学療法：1,000 件/年以上 ⑥分娩件数 100 件/年以上
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上)
- ・ その他精神科にかかる要件 等

＜佐野市内の一般病床・療養病床を有する病院＞

病院名	病床の状況
佐野厚生総合病院	531床（一般376床、療養100床、精神51床、感染症4床）
佐野市民病院	258床（一般164床、療養94床）
佐野医師会病院	94床（一般60床、療養34床）
佐野中央病院	72床（一般72床）

＜白河市内の一般病床・療養病床を有する病院＞

病院名	病床の状況
白河厚生総合病院	471床（一般455床、結核12床、感染症4床）
恵周会白河病院	150床（一般150床）



## ○ 「特別の関係」にある場合の取扱を受けやすい訪問看護ステーション

厚生連が運営する市町村で唯一の訪問看護ステーションでは、病院・診療所からの紹介については、厚生連病院からの紹介が大半となっており、退院時共同指導料を算定できないなど「特別の関係」にある場合の取扱を受けやすい状況にある。

市町村で唯一の訪問看護ステーションの紹介元(厚生連運営)

立地する市町村	事業所名	病院・診療所以外からの紹介			病院・診療所からの紹介		
			うち厚生連	厚生連の割合		うち厚生連	厚生連の割合
北海道 遠軽町	遠軽地域訪問看護ステーションにじ	79	2	2.5%	28	24	85.7%
北海道 倶知安町	ようてい訪問看護ステーション	97	20	20.6%	60	43	71.7%
北海道 美深町	美深地域訪問看護ステーションきたいっしょ	30	0	0.0%	4	4	100.0%
秋田県 八郎潟町	厚生連湖東訪問看護ステーション	70	0	0.0%	14	3	21.4%
福島県 塙町	はなわ訪問看護ステーション	41	8	19.5%	21	18	85.7%
福島県 会津坂下町	ばんげ訪問看護ステーション	46	7	15.2%	11	9	81.8%
新潟県 小千谷市	訪問看護ステーションうおぬま	27	6	22.2%	18	15	83.3%
長野県 小海町	訪問看護ステーションこうみ	47	35	74.5%	45	10	22.2%
長野県 富士見町	訪問看護ステーションふじみ	27	9	33.3%	48	38	79.2%
岐阜県 揖斐川町	いび訪問看護ステーション	60	44	73.3%	58	12	20.7%
愛知県 田原市	渥美病院訪問看護ステーション	69	2	2.9%	42	24	57.1%
愛知県 蟹江町	海南蟹江訪問看護ステーション	24	13	54.2%	13	8	61.5%
	合計	617	146	23.7%	362	208	57.5%

○ 訪問看護ステーションの移動距離

「通常の事業実施地域」であっても、中山間地等では訪問距離が 20km を超える場合もあり、非効率・不採算となっている。

<事例1> JA北海道厚生連における訪問看護ステーションの移動距離の状況(平成26年1月)

事業所名	利用者(人)	利用回数(回)	距離区分						平均片道距離(km)	最短距離(km)	最長距離(km)	職員数(常勤換算)	職員1人当たり利用者数	職員1人当たり訪問回数
			0~5km		5~10km		10km~							
			人数	回数	人数	回数	人数	回数						
旭川	75	388	51	262	17	89	7	37	4.4	0.2 ~ 12.7	6.0	12.5	64.7	
帯広	34	212	20	119	12	77	2	16	5.1	0.8 ~ 18.1	8.0	4.3	26.5	
遠軽地域	101	475	78	369	5	18	18	88	5.0	0.0 ~ 23.5	8.3	12.2	57.2	
網走	76	274	59	210	8	32	9	32	5.4	0.1 ~ 25.1	6.0	12.7	45.7	
ようてい	160	600	107	400	26	94	27	106	4.3	0.2 ~ 19.9	10.0	16.0	60.0	
美深地域	34	124	29	94	4	20	1	10	2.6	0.2 ~ 15.9	2.6	13.0	47.5	
6事業所平均	80	346	57	242	12	55	11	48	4.6	0.3 ~ 19.2	6.8	11.7	50.7	

^

(参考) 全国平均	6.5	11.7	67.1
-----------	-----	------	------

<事例2> JA愛知厚生連における訪問看護ステーションの移動距離の状況(平成29年4月)

事業所名	利用者(人)	利用回数(回)	距離区分						平均片道距離(km)	最短距離(km)	最長距離(km)	職員数(常勤換算)	職員1人当たり利用者数	職員1人当たり訪問回数
			0~5km		5~10km		10km~							
			人数	回数	人数	回数	人数	回数						
豊田厚生(介護)	97	422	29	118	54	237	14	67	7.3	1.0 ~ 17.0	10.5	9.2	40.2	
(医療)	45	246	13	72	26	134	6	40	7.7	2.0 ~ 19.0	10.5	4.2	23.4	