

平成 29 年 10 月 26 日

厚生労働省 保険局長
鈴木 俊彦 殿

VHJ 研究会
会長 麻生 泰



〒102-0074

東京都千代田区九段南 2-2-3 九段プラザビル 5A

TEL:03-6261-2441、 E-mail: info@vhj.jp

連絡担当者：森 公夫

2018（平成 30）年度診療報酬改定に係る提言について

VHJ 研究会は、国民の QOL 向上を担う使命感を携えた地域医療の中核を担う民間病院が、これまで多くの国民や行政の間にあった「質の高い医療は公的病院や大学病院が担うべき」との認識に対する危機感を共有し、1993 年に発足しました。現在に至るまで、医療の質向上や病院経営等の分野で、会員機関それぞれの持つ優れた点を自院の業務に活かそうと、自主的な活動を展開しています。

現在、少子・高齢・人口減少に伴う社会保障の改革として、2025 年に向け、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステム構築を柱とした制度の改革が進行しています。その施策の一つとして、2018 年には診療報酬及び介護報酬の同時改定と併せ、障害福祉サービス等報酬改定も行われますが、増大する社会保障費用のために、各機関にとっては厳しい改定内容になるものと予想されます。また、2018 年より開始予定の「新専門医制度」、現在検討が進められている「医師の働き方改革」への対応は、人材確保と人件費の両面において、私どもが担う地域医療を支えるために必要な経営資源の根幹を大きく揺るがすものと危惧しております。特に、各職種の専門職で構成され高度急性期機能を担う医療機関の職員規模は、地域経済の維持・拡大にも大きく寄与するところであり、与える影響は少なくありません。

限られた社会保障の財源下においては、医療の効率化・適正化の考え方も必要ですが、同時に、地域医療を維持するに不可欠な医療資源投資には適切な評価が行われることが重要です。医療界各団体からも指摘される“物から人へ”の報酬移動が行われることは必須であり、今回の診療報酬改定に際し VHJ 研究会としても提言させていただくものです。

当研究会は急性期機能を有した地域中核病院が主体となっていることから、本提言は高度急性期～急性期機能を中心とした内容となっておりますが、これらに対する評価は、急性期以降の在宅医療・介護まで循環する医療の継続性にも当然繋がるものであります。

提言の骨子

I. “物から人へ”の報酬評価の移動

現在、医療、介護を含む福祉事業の雇用は製薬業、医療機器並びに医療材料製造業まで含めると870万人を超え、これは、我が国の全雇用者数6500万人余の13.4%を占めている。特に病院と福祉施設の労働分配率は50%から75%にも達し、換言すれば個人の所得に直結した雇用とも言える。

医師をはじめとする病院と福祉施設の職員の、今後の、働き方改革と生産性の向上、そして賃金の上方改定を実現するためには、2018年4月の診療報酬、介護報酬、障害福祉報酬改定は、“物から人へ”大きく報酬移動することを要望する。

II. 民間病院の基幹的医療活動に対する報酬評価・運営費補助等の適用拡大

VHJ研究会会員機関は、高度急性期・急性期及び地域の救急医療を中心に担い、病床規模のみならず、関連事業を多岐に展開している。地域の経済活動においても要の一つとなっており、今後の少子・高齢・人口減少下における社会的インフラとして、地域医療を守る活動を継続していかなければならない責務を負う立場にある。

所謂不採算とされる政策医療をはじめ、公的機関と同等以上の役割を果たす一方、開設主体に対する運営の補助、指定等は公的機関への配慮が優先される現状があり、民間病院としての企業努力のみでは限界を迎えている。活動内容に見合う診療報酬上の評価をお願いするとともに、公私の枠を超えた運営費補助等の適用についても検討をいただきたい。

提言・要望事項

1. 高度急性期・急性期機能に投下される医療資源に対する適正な評価
2. 救急医療を担う民間の基幹病院に対する適正な評価
3. 急性期から回復期・慢性期への連携、入退院支援に対する適正な評価
4. 急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度(DPC/PDPS)の簡素化と基準の明確化
5. 外来診療の機能分担に係る患者自己負担等の制度見直し
6. 情報通信技術(ICT)の利活用拡大と評価
7. 医療・介護・福祉等、社会保障政策の方針に関する国民への啓発、周知徹底

1. 高度急性期・急性期機能に投下される医療資源に対する適正な評価

[現状と課題]

- 高度急性期・急性期機能病院においては、施設・設備とともに多職種に及ぶ人的医療資源が、基準内では対応しきれない診療上の必要性から集中し投下され、在院日数の短縮にも寄与している。特に、二次救急以上を幅広く担う民間基幹病院は、救急患者の常時受け入れ態勢を維持するため多額の人件費を抱えざるを得ず、大病院の少ない地方ほどその傾向が顕著であるが、一方で看護師採用が都市部のように進まない課題も抱えている。
- 「働き方改革」の実現が医師をはじめとし医療界でも問われているが、必要な人件費を賄える報酬体系がなく、民間病院では診療の上で真に必要な人員体制を敷かず、診療報酬上定められた基準配置数に留めざるを得ない面もある。
- 一般病棟における「重症度、医療・看護必要度」は、病院が対応する診療の幅・患者特性により評価結果が大きく左右され、現行基準においては必ずしも、診療・看護現場における負荷の程度を評価しきれていない。A項目点数が低くても、認知症をはじめB項目点数が高い患者には看護師にかかる負荷が高い。

[評価要望事項]

- 一般病棟7対1入院基本料において、平均在院日数がより短い病院に対する加算評価
 - ・DPC包括点数の傾斜配分について、アウトカムたる在院日数に見合う点数配分の適正化
- 「重症度、医療・看護必要度」評価基準のあり方について検討
 - ・内視鏡治療等も含めた内科的診療に係る必要度項目の評価
 - ・広範な傷病者に対応する医療機関ほど「重症度、医療・看護必要度」が低くなる傾向にある評価の偏りの是正
 - ・早期退院に向けADL向上を促す視点からのB項目重点評価
- 看護師への事務的業務支援に対する評価
- 認知症ケアに係る評価の拡大

2. 救急医療を担う民間の基幹病院に対する適正な評価

[現状と課題]

- 二次救急以上を幅広く担う民間基幹病院は、救急患者の常時受け入れ態勢を維持するため多額の人件費を投入し地域の救急医療を支えているが、一方で医師・看護師等限られた人員でより効率的に運営せざるを得ない現状。特定集中治療室等、点数評価の高い入院基本料の施設基準は、人的資源の確保が有利な大学病院や都市部等における三次救急に主眼を置いたものとなってきており、地方で救急を支える基幹病院に対する評価として厳しいものがある。
- 救急や小児・周産期等、いわゆる不採算医療とされる部門を地域の中核として担っている民間病院は、同じ役割を求められる自治体病院と比べ、人件費上昇に対する国及び地方自治体からの運営費補てんがなく、同じ診療報酬上での経営努力に委ねられている。

[評価要望事項]

- 医学管理、指導管理料等、診療現場の実状に合わせた算定要件の見直し
 - ・院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料等、算定対象の拡大
- 救命救急入院料における専任医師配置要件の緩和
- 地域で担う医療機能・実績に応じた診療報酬あるいは基金等による評価

3. 急性期から回復期・慢性期への連携、入退院支援に対する適正な評価

[現状と課題]

- 入退院支援の取り組みを重視し評価されるようになったが、全病棟への専任支援スタッフ配置やカンファレンス要件等、理想と現場の実状が噛み合っていない実状であり、配置するスタッフの人件費も賄えない評価点数となっている。特に、最も重要な患者・家族に対する説明の機会が、核家族化・共働き世帯の増加等社会的背景もあり、家族側都合に合わせ夜間等時間外での対応を求められることが増えている。
- かかりつけ医となる診療所の時間外対応拡大に合わせ、連携する急性期病院においても連携推進部門の時間外対応が地域の要請として挙げられている。
- 後方連携病院の多くは入院料包括病棟であり、急性期より難病等の疾患があり高額処方止められない患者は、薬剤料等が病院の持ち出し負担となるため、転院受け入れが困難な現状。また、必要な指導関係の大半が包括化されているが、労力に見合う評価とはなっていない。
- 地域の状況から、高度急性期機能を担う急性期病院においても地域包括ケア病棟のような亜急性期機能を持たざるを得ない実状があり、その場合、総合入院体制加算における急性期病院としての診療報酬上の評価が受けられない不利がある。
- 医療連携のあり方から、「特別の関係」の保険医療機関間の連携には算定上の制限がかけられる一方、医療機能分化が推進される観点からは入院期間通算要件等、趣旨に合わない算定ルールも出てきている。

[評価要望事項]

- 退院支援加算の増点評価と専任配置等要件の緩和
- 退院後訪問指導に係る評価、要件の緩和
 - ・退院後訪問指導料における訪問指導算定対象職種の拡大
 - ・病棟看護師訪問時における入院基本料病棟勤務時間要件に対する配慮
- 患者及び家族状況に応じ、診療計画作成・説明に係る入院後日数期限の緩和
- 患者及び家族への説明に係る時間外対応への評価
- 回復期・慢性期機能の入院料包括病棟における包括範囲の見直し
 - ・他剤への切り替えが困難な高額処方に対する出来高算定の拡大
 - ・薬剤管理指導料、退院時リハビリテーション指導料、介護支援連携指導料等、機能上必要な指導に対する出来高算定評価
- 総合入院体制加算において「地域包括ケア病棟（病床）」を設置不可とする施設基準要件の緩和
- 「特別の関係にある保険医療機関」同士あるいはそれ以外の連携に係る算定ルールに関し、制度の方向性に照らした評価の再整理

4. 急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度(DPC/PDPS)の簡素化と基準の明確化

[現状と課題]

- DPCに基づく診療報酬包括払いは、2003年の導入以後、データ蓄積に基づく精緻化とともに医療の標準化及び効率化に寄与してきたが、2016年改定で一部導入されたCCPマトリックスによる診断群分類や機能評価係数の仕組み等、複雑化の傾向。院内での制度対応・請求事務、患者家族への説明が難しくなっている現状。データ作成と精度担保に要する病院側の労力も大きくなってきている。
- 自院の質の向上・経営改善に繋げるにあたり、他院の公開データ等活用した分析を行うも、

経営上大きなウェイトを占める医療機関群や各機能評価指数等の基準や算出根拠が明確にされていない。

- 制度の導入趣旨である「効率性」「標準化」追求の一方、救急医療等重症者に対し必要な医療資源投入への評価のあり方がまだ定まっていないように思われる。

【評価要望事項】

- データ精度の向上と並行し、DPC/PDPS 制度の簡素化を前提とした議論の継続
 - ・試行導入された CCP マトリックスの見直し
 - ・再入院に関する定義の見直し、入院期間設定日数の適正化
 - ・データ提出に係る係数評価の充実
- 制度全般における不透明・不明瞭な基準の透明化・明確化
 - ・医療機関群要件実績値の公表、外保連指数等基準の明確化
- 救急医療に係る実績評価の見直し
 - ・救急医療係数における救急搬送実績等の評価
 - ・重症度係数に替わる、救急医療等重症者への医療資源投入に対する評価の検討

5. 外来診療の機能分担に係る患者自己負担等の制度見直し

【現状と課題】

- 特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院に対し、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者について、選定療養として自己負担金の徴収が義務付けられた。しかし、制度の趣旨が理解されず、近医に紹介状発行目的での受診が行われたり、地域によっては地理的に大病院以外の他医受診自体が困難な環境に置かれた病院もある。
- かかりつけ医、総合診療医や救急医の育成が求められる中で、初期研修医や専門医を目指す若い医師が研鑽を積む場とされる医療機関においては、紹介なしに来院する common disease に対する診断力を培う教育環境はある程度必要。紹介・逆紹介を推進し外来診療体制を縮小した医療機関にまで選定療養として定額負担を適用することは、医療の専門化をより助長することになりかねず、病床数及び病院機能のみで一律の適用とするには難しい点がある。
- 医学管理や指導管理料等において、実施する指導内容に対し算定可能とされる対象・回数が実診療の状況とは合わないものが少なからずある。また、同じ診療行為でも 200 床以上病院の方が 200 床未満病院より点数が低く設定される等、受診者にとっては大病院受診へ傾きやすい点数配分もあり、機能分担の面で不整合が見られる。

【評価要望事項】

- 紹介状なしの受診時定額負担徴収のあり方についての見直し
 - ・紹介のない緊急入院により、かかりつけ医との診療情報照会を行う連携に対する評価
- 医学管理、指導管理料等、診療現場の実状に合わせた算定要件の緩和
 - ・院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料等、算定対象の拡大
 - ・在宅療養指導管理料等における算定要件の緩和、評価拡大
- 同一診療行為について 200 床以上病院と 200 床未満病院との間における点数差異の見直し
- 助産師外来はじめ医師以外職種（看護師、医療技術職）による専門外来の取り組みに対する、保険診療上の評価

6. 情報通信技術（ICT）の利活用拡大と評価

〔現状と課題〕

- ▶ ICT を活用した医療連携や遠隔モニタリングに対する加算評価がなされ、遠隔診療を含め今後の展開が期待されるが、ベンダーが異なることによりセキュリティ等要件が明確でない。
- ▶ 質の向上を図り、より現場のニーズに則したソフト開発を自前で行ってきた医療機関も多いが、診療報酬による収入でカバーするには開発費用が大きく、これ以上の対応は困難となってきた。新規開発事業は企業活動としても重要な柱であるが、医療界全体の ICT 化がこれらランニングコスト増大により収支を圧迫している。

〔評価要望事項〕

- ICT 利活用による診療行為・診療支援の拡大において、一定程度の行政主導によるシステムの共有化
- 医療提供に最低限必要なシステム（電子カルテやレセコン等）における導入・維持コスト圧縮のための支援

7. 医療・介護・福祉等、社会保障政策の方針に関する国民への啓発、周知徹底

〔現状と課題〕

- ▶ 少子高齢化・人口減少は確実な未来であり、社会保障財源の問題及び「国民皆保険制度」の根幹が崩壊しかねない事実について、国民に対する情報発信が不足している。医療・福祉における行政の方針が世間一般に周知されておらず、早期退院（転院）や自己負担増について患者側から理解を得にくく、医療機関側が機能分化等について全て説明しなければならない。これは算定上の問題に留まらず、社会保障制度改革が成功を見るかどうかの根幹に関わるものとも認識される。
- ▶ 日常生活習慣に対する意識づけ、社会保障に要する財源の現状をはじめ近い将来の見込み、直面する課題等について情報を常に発信し続けること、医療機関任せでなく国として国民に対し啓発を行う姿勢が今以上に必要。医療資源の崩壊に直面し初めて住民の行動変容に繋がった自治体の例もあるが、全国規模で直面すればそれは国家の崩壊を意味し現実的でない。
- ▶ 審査支払機関による診療報酬請求に対する査定について、都道府県単位“ローカルルール”での審査が行われ、リハビリテーションや特定入院料等、医学的必要性から行った医療行為に対する正当な報酬が得られない都道府県格差が生じている。医療機関側は必要正当な医療提供と主張しても認められず、結果として患者側には不当に過剰請求されたとの心証を与えるのみであり、医療機関側の不利益となっている。

〔評価要望事項〕

- 国・自治体による社会保障制度をめぐる現状・課題・施策の積極的周知
- 患者に対し然るべき負担をお願いするための、国民の理解獲得
- 健康増進、重症化予防等、行動変容を促す啓発活動や取り組みに対する評価
- 審査支払機関による査定基準を統一化したレセプトチェックソフトの医療機関への配布

以上

V H J 研究会 会員名簿

	氏名	法人名	役職名
会 長	麻生 泰	株式会社 麻生	代表取締役 会長
副会長	河北 博文	社会医療法人 河北医療財団	理事長
副会長	近森 正幸	社会医療法人 近森会	理事長
副会長	竹田 秀	一般財団法人 竹田健康財団	理事長
副会長	岡 裕爾	株式会社 日立製作所	顧問
副会長	井手 義雄	社会医療法人 雪の聖母会	理事長
副会長	今村 英仁	公益財団法人 慈愛会	理事長
監 事	神野 正博	社会医療法人財団 董仙会	理事長
	相澤 孝夫	社会医療法人財団慈泉会	理事長・最高経営責任者
	新垣 晃	社会医療法人 友愛会	院長
	石川 賀代	社会医療法人 石川記念会	理事長・病院長
	岩瀬 三紀	トヨタ自動車 株式会社	病院長
	岡本 豊洋	社会医療法人 岡本病院(財団)	理事長
	柏木 哲夫	宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション	理事長
	亀田 信介	医療法人 鉄蕉会	院長
	木野 昌也	社会医療法人 仙養会	理事長
	田中 繁道	医療法人 溪仁会	理事長
	土谷 晋一郎	特定医療法人あかね会	理事長
	鳥居 裕一	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	院長
	中村 太郎	社会医療法人 恵愛会	理事長・院長
	福本 泰三	社会医療法人 仁愛会	病院長
	藤木 茂篤	一般財団法人 津山慈風会	総院長
	藤元 勇一郎	一般社団法人 藤元メディカルシステム	理事長
	松波 和寿	社会医療法人 蘇西厚生会	病院長
	柳谷 晶仁	社会医療法人 母恋	院長
	矢野 一郎	医療法人社団 洛和会	理事長
	山形 専	公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構	院長
	山田 實紘	社会医療法人 厚生会	理事長
	吉井 新平	医療法人 立川メディカルセンター	理事長