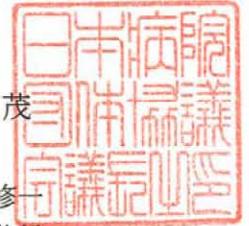


平成 29 年 5 月 9 日

厚生労働省保険局長  
鈴木 康裕 殿



日本病院団体協議会	議長	原澤 茂
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	山本 修一
独立行政法人国立病院機構	理事長	楠岡 英雄
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	今泉暢登志
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄
公益社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	尾身 茂
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	副会長	神野 正博
一般社団法人日本私立医科大学協会	業務執行理事	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	堺 常雄
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三
独立行政法人労働者健康安全機構	理事	大西 洋英

## 平成 30 年度診療報酬改定に係る要望書

消費税 10%が見送られた平成 28 年度（2016 年度）診療報酬改定は本体+0.49%とはいえ、実質マイナス改定であった。日本人の健康寿命が延び、平均寿命も延びていることに対して、病院医療が果たしている役割は極めて大きく、疑う余地はない。しかし現在、消費税 8%下においても控除対象外消費税の占める割合は大であり、病院経営に非常に大きな負担となっている。

平成 30 年度（2018 年度）の改定は診療報酬と介護報酬の同時改定であるが、医療・介護共通の課題として人員（医師、看護師、薬剤師、介護士など）不足の問題があげられる。多くの病院では人員不足から人件費の高騰をまねき病院経営が困難に陥っている。また近年、中医協の「医療経済実態調査」や他の多くの病院経営調査では、急性期病院を中心に経営状況が急激に悪化している実態が報告されている。

一方で現在、各都道府県における地域医療構想が平成 28 年末（2016 年末）にほぼ決定され、各病院は地域包括ケアシステム構築に向けて、地域完結型医療を一層進めるため、病院間の機能分化と連携をより強化することを求められている。しかし、地域ごとの医療資源の偏在が著しく、また介護分野における受け皿の整備が進んでいない状況下での全国一律の大きな改定は、地域医療に大きな影響を与えることが予想され慎重に対応すべきである。

日本病院団体協議会は、平成 30 年度（2018 年度）診療報酬改定において、急性期医療については機能分化の議論を単に 7 対 1 病床数の削減という話に矮小化し、要件の見直しを行うべきではないと考える。また、医療療養病床については、25 : 1 療養病床の経過措置延長を含め、その機能の抜本的な見直しの議論は必須である。

以上のことから、日本病院団体協議会では下記の 8 項目を要望する。

## 1. 入院基本料の評価基準の見直しと病棟群単位による届け出制度の改善

病院では、地域で求められている自院の役割を考えながら必要な診療体制を整備しているが、診療報酬体系が病院経営を安定的に支えることができない現状では、機能分化を進めることは難しい。

入院基本料は、看護師配置だけではなく、患者の状態像や病棟の機能に応じて設定されるべきであるので、抜本的に見直すとともに、この見直しは平成 30 年度（2018 年度）の診療報酬改定にこだわらず、十分な議論を尽くすことを要望する。

更にそれまでは、平成 28 年度（2016 年度）診療報酬改定で新設された病棟群単位の届出制度は、限定的になった制度であることから、より利用しやすい制度として改善することを要望する。

## 2. 急性期病床の重症度、医療・看護必要度の評価（内科系疾患の評価の充実）

高齢者では様々な内科系疾患も合併しているが、現状の重症度、医療・看護必要度は、外科系疾患については一定の評価がなされたが、地域の総合病院等において提供している入院医療を評価する上で不十分な内容となっている。

内科系急性期疾患の評価を見直すとともに、現在評価対象となっていない診療内容への適切な配慮を要望する。

## 3. DPC/PDPS 制度の見直し

新設された機能評価係数Ⅱの重症度係数に関しては、その妥当性について更なる検討を要すると共に、その他の既存の係数に対しても医療機関における取組が適切に評価されるように見直すことを要望する。

## 4. 医療療養病床の方向性の早期決定と、看護配置基準・医療区分の見直し

介護療養型医療施設の転換の方向性、更に経過措置の 6 年延長がほぼ決定したことを受けて、まず 25 : 1 医療療養病床については同じく最低 6 年の経過措置延長をした上で、医療区分の抜本的な見直しや介護分野の整備状況との整合性の確保を含めて、あらたな医療療養病床全体の方向性の早期決定を要望する。

## 5. 精神疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方と高齢化対策について

精神病床の入院患者に対し地域移行を推進するという国の方針が遂行されているが、この方針を押し進めるあまり病識が不安定であったり、また社会適応能力が不十分のままでの早期退院のため、精神症状が悪化、再入院するといったケースが見受けられる。精神疾患はその個別性の故に一律の期限を定めた入院や、安易な退院促進は馴染まない。よってこの点の診療報酬上の配慮が必要である。

また長期在院者の多くは高齢者であり、認知症や合併症に対する診療報酬上での対応はもちろんのこと、受け皿としての介護保険での施設や地域生活介護における精神科医療の必要性は明らかで、医療・福祉・介護各分野における精神保健福祉法上での切れ目のない一連の体制整備への評価について要望する。

## 6. 包括対象範囲の見直し

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の手術や麻酔の包括外算定が前回の改定で認められたが、特定入院料等を算定している場合、患者の生命維持や治療に不可欠でかつ代替困難な高額薬剤等に関しては、包括からの除外を要望する。

## 7. 診療報酬体系の簡素化

現在の診療報酬体系は近年益々複雑化しており、全般的に理解しづらく、病院が誤った解釈をしてしまう恐れもあり、抜本的な簡素化を要望する。

## 8. 医療の ICT 化推進の診療報酬上の評価

医療の ICT 化の推進は、医療の質向上ならびに医療情報の共有にとって不可欠であるが、診療報酬上はごく一部しか評価されていない。電子カルテ等のシステムの導入・維持・更新に莫大な費用が掛かっていることから、診療報酬における評価を要望する。

以上