



公私病連発第112号  
平成13年8月31日

厚生労働省医政局  
医事課長  
中島正治 殿

全国公私病院連盟  
会長 竹内 正



[加盟団体]

全国自治体病院協議会  
全国公立病院連盟  
全国厚生農業協同組合連合会  
日本赤十字社病院長連盟  
全国済生会病院長会  
日本私立病院協会  
岡山県病院協会

### 診療報酬点数表等についての是正要望

全国公私病院連盟におきましては、加盟団体から寄せられた「著しく不合理に定められた診療報酬点数」等について、当連盟の診療報酬対策委員会等で整理、検討の結果、別紙のとおり取りまとめました。

つきましては、次回の社会保険診療報酬改定の際にこの意見を取り上げいただきますよう格別のご尽力をお願い申し上げます。

# 診療報酬点数についての是正要望

区分	診療行為等	規模基準等	現行点数等	是正要点点数等	理由説明
A001	再診料	200床未満	59点	200床を境に算定する診療報酬点数については、右記の地域性、病院特性にかんがみ、一律に算定する可、不可を設定すると不合理となる場合があるので、柔軟に対応できるように考慮されたい。	<ol style="list-style-type: none"> <li>医療機関の規模別区分（200床の基準、入院・外来比率1.5以下の病院）や機能別区分等の格付けの設定にあたっては、公的病院数や診療所数及び標榜診療科は、都市部とは異なっている現状を考慮し、地方の中山間地への配慮をお願いしたい。</li> <li>診療報酬上の「200床以上の病院」には介護療養型医療施設の病床を除いて算定されたい。</li> <li>200床以上の病院の外来を原則紹介制とする考え方については、中山間地域・医療過疎地域の患者に対するデメリットが大きいとともに、地域医療を支えている基幹病院の経営基盤への影響が大であるので再考願いたい。</li> <li>「過疎・山間地域の中小病院」、「旧その他の病床数100床以下の病院」について、いわゆる急性期医療が成り立つために以下の配慮を願いたい。                      ① 一般病床の平均在院日数を短縮せず現行日数にとどめてほしい。                      ② 平均在院日数は、入院期間の異なる診療科目ごとの特性を考慮願いたい。</li> </ol>
A001	注4 外来管理加算	200床未満	52点		
A002	外来診療料	200床以上	70点		
A200	入院時医学管理加算	入外比率1.5以下	60点		
A201	紹介外来加算	200床以上	100点		
A201	紹介外来特別加算	入外比率1.5以下 200床以上	50点		
B000	特定疾患療養指導料2	100床未満	147点		
B000	特定疾患療養指導料3	100床～200床未満	87点		
B001-3	運動療法指導管理料 院外処方（高脂血症）	200床未満	850点		
B001-3	運動療法指導管理料 院内調剤（高脂血症）	200床未満	1,350点		
B010	診療情報提供料（B） 注2（逆紹介加算）	200床以上→診療所	230点		
B011	診療情報提供料（C） 注2（逆紹介加算）	200床以上→老健等	20点		
B011-2	診療情報提供料（D）注 （逆紹介加算）	地域医療支援病院→ 診療所、200床未満	520点		
F100	処方料（注5） 特定疾患処方管理加算	200床未満	15点		
F400	処方せん料（注3） 特定疾患処方管理加算	200床未満	15点		
告示	初診時特定療養費3	200床以上			
A000	初診料 注7（紹介患者加算）			紹介率算定式の見直し 地域医療支援病院による算定式に統一するか、又は「初診患者の数」から休日又は夜間に受診した初診患者の数（救急用の自動車で搬入された患者の数を除く）を除くとする【記載上の注意】を追加されたい。	休日・夜間の救急患者を受け入れざるを得ない地域の救急医療を担う医療機関においては、その患者（特に小児）の多くが自家用車で直接来院することから、救急患者が増加すればするほど紹介率が下がることとなり、現行の算定式では著しく不合理である。早急に是正していただきたい。
A000 A001	初診料 再診料			加算の対象を拡大し、新たな点数を設定する。	救急患者の受入においては、通常の診療を超える対応が必要となるにもかかわらず、現在は特定の時間帯・症状で入院が必要となった患者のみが加算対象である。このため、外来患者も含め、全ての救急自動車搬送患者について、加算の対象となるよう点数を設定していただきたい。
A002	外来診療料			電話等による間接的な治療上の指示を評価し再診料相当点数を注5として設ける。	200床以上の医療機関では、電話等による再診が算定できないこととされたが、乳幼児の家族からの相談や、在宅療養患者及び通院困難患者への服薬・栄養等の指導が行われており、再診料相当（59点）の点数を算定できるようにしていただきたい。

区分	診療行為等	規模基準等	現行点数等	是正要求点数等	理由説明
第2部 通則1	入院中の患者の他医療 機関への受診について				単科精神病院等に入院中の患者が身体合併症等で他科受診することが 少なくない。その場合、総合病院・診療所等で外来的医療（手術や検 査）を受けた場合、その診療報酬は外来的医療を行った依頼先医療機関 で請求することを原則とすべきである。現規定では、円滑な医療連携を 妨げ、単科精神病院入院患者の身体合併症医療を進めることの支障にな ることがある。とくに、入院を必要としない小手術、皮膚科・眼科・耳 鼻科・婦人科等の治療や検査で支障が生じる。
A101	療養病棟入院基本料				療養型病床群など慢性期医療を 担う病棟の看護要員の配置基準に ついて、定額払い方式においても 十分な看護の質が確保できる診療 報酬の設定を願いたい。また、精 神科病棟も看護要員の配置基準を 見直し、一般病棟並みの基準とす るとともに診療報酬上の配慮をお 願いたい。
A103	精神病棟入院基本料				
A103	精神病棟入院基本料			精神病棟入院基 本料2の平均在院 日数要件を緩和 し、「平均在院日 数を90日とする」	精神病科急性期治療病棟入院料の 算定要件にもあるように、精神病 医療における急性期治療は90日程 度までとするのが妥当である。
A103	精神病棟入院基本料			第4次医療法改正で、大学病院及び総合病院精神科に おいては、看護婦のみならず医師配置基準も患者対精神 科医師数16対1と、他の精神科医療機関に比べて高規格な ものになったので、精神病棟入院基本料の中にそれに見 合った新たな規格を作り評価する。 例：精神病棟入院基本料0（現在のもの上位に配置） （条件）大学病院及び旧総合病院であること 平均在院日数：90日以内 医師配置基準：精神病床単独で、入院患者16対1以上 看護婦配置基準：3対1以上（もしくは2.5対1以上） 基本点数（一般病棟入院基本料1に準ず） 70%以上 1,216点 70%未満 1,128点	
A101	療養病棟入院基本料	注3（投薬は、当該入院基本料に含まれる）			老人が多い療養病床において、 薬剤師は病態に応じた調剤（1包 化・粉砕等）のために業務量が増 加するので、配置基準と診療報酬 上の評価を検討されたい。
F000	調剤料	2入院患者に対する 投薬	9点		
A202	急性期病院加算		155点		急性期特定病院加算の算定基準 である紹介率については、患者の アクセス等医療機関の整備が遅れ ている中山間地域・医療過疎地域 における地域特性を充分考慮し、 紹介率は10%前後とするよう緩和 処置を講じられたい。また、外 来・入院比率の条件は廃止されたい。 （地域特性：冬のスキー、夏 の林間学校など季節による来院患 者数の変動がある。）
A203	急性期特定病院加算		200点		
A221	重症者等療養環境特別 加算				精神病棟におい ても、身体合併症 で濃厚な治療のた めに個室あるいは2 人部屋を必要とす る患者について、 この特別加算を算 定できるようにす る。
A229	精神科隔離室管理加算		7日まで	14日までとする。	

区分	診療行為等	規模基準等	現行点数等	是正要求点数等	理由説明
A230	精神科入院時医学管理加算		5点	60点	精神病棟入院時医学管理加算5点は、一般病棟における加算60点と比較してあまりにも低いので、一般病棟と同様に60点とする。
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	注1（入院日から180日を限度）	1,700点		入院日数の短縮化が誘導される中で、特にリハビリテーション医療では、治療途中での退院や転院が余儀なくされる事がないよう、継続的な治療が保障される診療報酬を設定されたい。
A311	精神科急性期治療病棟入院料		施設基準の要件 「当該病院の全病床数の7割以上又は200床以上が精神病床である」	当該要件の撤廃、又は「若しくは」以下を「特定機能病院又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であって、」に改める。	いわゆる従来の総合病院併設精神科の中には、地方自治体の行政的救急医療計画の一環として、「精神科救急」に重要な役割を分担している医療機関がある。このような施設では「200床以上」の精神病棟を持つ施設はむしろ少数であることから、「200床以上」の要件を撤廃するか、「若しくは」以下を改定していただき、精神科救急医療の質の向上を図られたい。
	精神科急性期治療病棟入院料1及び2		急性期治療病棟入院料A 1,650点 急性期治療病棟入院料B 1,600点	入院期間による点数の傾斜をつける。 急性期治療病棟入院料A ～1月 1,980点 ～2月 1,815点 ～3月 1,155点 急性期治療病棟入院料B ～1月 1,920点 ～2月 1,760点 ～3月 1,120点	現行の精神科急性期治療病棟における平均在院日数は、39日～60日程度であり、今後より効率的な医療の提供を考えると、入院期間による逡減制を採用し、より短期間の集中的な治療と早期退院を促進する必要がある。
				当該医療機関の医師数配置に応じ、入院料を増点すること。	質の高い精神科医療を提供するうえで、特に治療者の主体である医師の人員配置が濃密であることが必要である。そこで、当該医療機関全体の医師数により入院料を増点することを要望する。
A311の注2	精神科急性期治療病棟の包括項目			包括項目から、精神科救急医療管理加算、精神科隔離室管理加算を除外すること。	①当該医療機関全体の医師数が入院患者の16:1以上では 入院料×1.5 ②当該医療機関全体の医師数が入院患者の32:1以上では 入院料×2 急性期かつ重症の精神疾患患者の治療は、閉鎖病棟における急性期治療から開放病棟における社会復帰訓練を経て退院に至るのが普通である。その点から急性期治療病棟に入院する患者は、退院して在宅に移行する者だけではなく、転棟・転院する者も存在する。しかしながら現在、当該入院料を請求できる病棟の認可基準に関しては、医療スタッフ配置と並んで、①新規入院患者が4割以上であること、②退院患者の4割以上が、3月以内に自宅（社会復帰施設を含む）に退院すること、とある。また、短期再入院を除外するために、一般科も含めてすべての病院に3月以内に入院した者はその対象から除かれる。これらの規定は、精神科救急医療の現状と急性期医療の現実を勘案すると不合理である。 また、これらの改定は、急性期患者に対する医療の質を高め人権擁護を促進し、急性期医療と慢性期医療を分離することで効率的な医療の提供を促進し、精神科医療機関の機能区分を促進する。

区分	診療行為等	規模基準等	現行点数等	是正要求点数等	理由説明
A400	短期滞在手術基本料1	別表第十一の一	3,000点		短期滞在手術基本料については、対象疾患の実情に応じた対応術式の見直しや滞在日数の緩和を含め、診療報酬の引き上げを図りたい。
A400	短期滞在手術基本料2	別表第十一の二	5,000点		
C004	救急搬送診療料		「入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。」	この「入院基本料」を改定前の「入院時医学管理料」相当の点数に改める。	入院基本料の点数が救急搬送診療料より高点数であることから、現状では当該点数の算定は考えられない。医療機関の連携による効率よい質の高い医療を提供するためにも是非改定していただきたい。
C006	在宅リハビリテーション指導管理料		530点		訪問リハビリの診療報酬点数は院内リハビリの評価と比べて低額であるので、同額とするよう引上げ願いたい。
D100	病理組織迅速顕微鏡検査 注 テレパソロジーによる場合		施設基準の要件 「受診側において…特定機能病院又は特定承認保険医療機関であること。」	「特定機能病院又は特定承認保険医療機関」以外の病院でも算定できるように改める。又は、「病理学的検査を専ら担当する常勤の医師が勤務する保険医療機関」を特定承認保険医療機関として認めてほしい。	術中に行う病理組織迅速顕微鏡検査は病巣の的確な判断のため、今後ますます必要とされるが、施設基準では受診側が「特定機能病院又は特定承認保険医療機関であること」という要件があるため、当該病院以外の病院において遠隔病理診断を実際に行っても算定することができない。
D304	縦隔鏡検査		1,800点	2,300点	肺癌の病期診断、組織型の決定の他に呼吸器疾患の診断のため、非常に有用な検査である。しかし、縦隔の解剖を熟知していないと、また術後の合併症が発生すれば危険な検査にもかかわらず、不当に点数が低い。これは問題である。
H001	理学療法	注（肺機能訓練）	簡単なもので算定する		慢性呼吸不全患者に対する呼吸リハビリは、急性増悪の減少や入院日数の減少など臨床上的効果も明白なので、大幅に診療報酬を引き上げさせたい。
H003	言語療法	1 複雑	200点		言語聴覚士の行う言語療法の点数を大幅に引き上げていただきたい。
H003	言語療法	2 簡単	135点		
I007	精神科専門療法				
	精神科作業療法		作業療法士1人1日当り、最大請求件数75人 1件当り点数220点	作業療法士1人1日当り、最大請求件数50人 1件当り点数400点	
	通院精神療法			診療所と病院の請求件数を区別する根拠がない。病院も診療所と同じ400点とする。	
	精神科入院精神療法			入院精神療法の算定要件と同じように、3月以内は週3回まで行えるものとする。	4週を超えても週1回以上の精神療法を必要とする患者が少なからず存在する。
	精神科退院前訪問指導料		1回（条件によっては2回まで）	3回	早期退院を進めるために、3回まで算定できるようにする。

区分	診療行為等	規模基準等	現行点数等	是正要求点数等	理由説明
第9部 処置	通則				処置に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定できるように改める。
J018	喀痰吸引		48点		内視鏡で行ったものはJ023 (120点気管支カテーテル薬液注入) に準じて算定となっているが、実際はD302気管支ファイバースコープ (1500点) と全く変わらず、むしろ困難なほどである。粘ちゅうな場合は何回も必要である。
k	手術				病院における技術料などの評価は低く高度な手術などを行えば不採算になるため、この歪みを根本的に見直し、適正な診療報酬体系を構築願いたい。
K615	経皮的冠動脈ステント留置術		19,900点	経皮的冠動脈形成術 (20,500点) 以上の点数に改める。	ステント留置術は手技的には形成術を含んでおり、ステント留置術の点数が形成術の点数より低いのは不合理である。平成12年4月の改正では、点数が逆転している。 ステント留置術 17,200→19,900 形成術 17,100→20,500
老人リハビリ7	入院生活リハビリテーション料		170点		入院生活リハビリテーション料は労働集約的要素が強く、現行点数では十分に評価されているとは言いがたいので引き上げ願いたい。
通知	特掲診療料の施設基準等の第20				総合リハビリテーションの作業療法施設基準にある必要器具類は、現状より充実が必要と思われるので検討されたい。
新設					年一回は生活習慣病予防のための健康診査を医療保険でできるよう、予防給付を実現されたい。
その他					<ol style="list-style-type: none"> <li>今後予定されている医療保険制度の抜本的改革では、国民の健康・福祉を最優先に捉え老後の不安を払拭させるような保障体制を主眼において、真に患者のための医療保険制度改革に取り組み願いたい。</li> <li>急性期入院医療における定額払い方式の検討にあたっては、疾患の特性や患者の個人差、病態の違いなどについて、適正に評価できるよう個々の病態を考慮されたい。</li> </ol>

## 病院小児科と小児救急医療の診療報酬是正要望

いまの日本の病院小児科医療は崩壊の危機に瀕しており、不採算を理由とした各地の総合病院における小児科部門の縮小・閉鎖、医師不足のための救急部門からの撤退、過重な労働による病院小児科勤務医の中途退職、学生の小児科への入局激減などの現象が早いスピードで起こっている。

小児科勤務医は、病院当局から不採算の面で責められ、患者さんの方からは「小児救急は小児科医にみてもらいたい」という切実な願いに応えるべく、倒れる寸前の状況で働いている。

この原因は、「社会保険診療報酬上で、小児科、特に入院小児科医療及び小児救急に妥当な評価がなされていないこと」によると考える。小児科に進んだ医師から「小児科は仕事がきつく、勤務先の病院では不採算扱いにされる」と聞かされれば、学生が専攻を躊躇するのも当然である。

小児科医の減少は、子供の生まれる数が少なくなるのだから、自然の成り行きと考えるのは誤りである。現在でも小児科医は病院の小児医療、救急医療の面で極端に不足しているが、「子供は小児科専門医にみてもらいたい」という国民の声は今後ますます高くなり、小児科医の必要性はより高まるものと考えられる。

将来の我が国を背負って立つ子供たちの心身の健康を守るためには、現在の小児医療を取り巻く環境はあまりにも貧弱である。

よって、平成14年の診療報酬改定に当たっては、下記のことについて、国民的視野に立った、抜本的対策をとられるよう要望する。

### 記

1. 入院小児科の技術料や看護料を現行より5割程度引き上げること
2. 小児救急医療についても診療報酬を抜本的に改善すること

## 平均在院日数算定の際の除外対象患者に関する要望

(急性期病院加算に関するもの)

「急性期病院加算」は病院の一般病棟に対する平均在院日数と紹介率を指標とする加算であるが、一般病棟に入室している患者のうち、極未熟児、超未熟児及び超重症児加算、準超重症児加算を算定している患者も平均在院日数算定の際の対象となっている。

これらの患者は、その治療観察等の必要性から早々退院させることができないので、平均在院日数算定の対象外としていただきたい。



## 規制緩和等の是正要望

1. 臨床研修指定病院の指定基準として、剖検数の基準を緩和又は削除されたい。現在、「年間の剖検例が20体以上であり剖検率が30%以上であること、又は、その剖検に関する数値が相当数（年間の剖検例が病床数の10%）以上であること」とされているが、近年においては、検査能力の進展により死亡原因が特定できるようになったこと、さらに解剖は、死亡の原因究明をするのが主目的であり、剖検数を指定基準にするのはなじまないものと思われる。
2. 救命救急センターの充実段階の評価（運営費補助金の評価）については、対象地域が広く人口密度が低いなど地域の実情を考慮し、専任医師数、重症傷病者数の基準の軽減をお願いしたい。
3. 基本診療料の施設基準を定めた厚生省告示第67のうち、第7.12(5)イの規定で、夜勤を行う看護職員の数が2以上必要とされるのを、療養病棟又は老人病棟においてはこのうち1を看護補助者とすることができると緩和されている。この緩和が、結核病棟にも認められるよう配慮願いたい。

### < 理由 >

- ① 結核病棟は、急性期治療を念頭においた一般病棟よりはむしろ、過去の経緯からみても、「療養」的意味あいの強い病棟である。
- ② 近年、結核病棟は高齢者のしめる割合も増加し、療養病棟、老人病棟と同じく、介護を専門とする看護補助者の活躍の場が広がってきている。
- ③ 現在、結核病棟の入院患者数は減少傾向にあり、維持運営が困難で病棟閉鎖に追い込まれる例が多い。
- ④ 看護職員の夜勤体制と日勤体制の比較例から。

現在の結核病棟における夜勤看護加算の最低看護職員数は2人である。1人が1カ月4回勤務すると、延8人（7.5人を切り上げ）、2人夜勤体制では、延15人必要である。

一方日勤は、結核病棟入院基本料の施設基準によると7段階に分かれており、必要看護職員数は、対入院患者との比率が最高2:1、最低6:1

である。

1 病棟 50 床の結核病棟を例にとると、2 人夜勤では、看護職員の延人数は 15 人必要であるのに対し、日勤は、最も低い結核病棟入院基本料 7 を採用した場合、9 人ですむ。

実際の運用では、年次休暇分の要員も含めると、夜勤は 17 人は必要である。一方日勤は、一定期間の平均入院患者数によって看護職員の増減が可能なので、その差はさらに広がる。

⑤ 以上の例から、結核病棟の入院患者数がいくら減少しても、夜勤の看護体制を縮小することができず、大きな負担となっている。

また、上記告示の第 7 の 12 の (1) イ通則により、当該保険医療機関においては、すべての病棟が、何らかの夜勤看護加算の基準に適合する必要がある、仮に、結核病棟で上記加算をやめるとすると、他の全ての病棟の加算も返上しなければならない。これは病院経営にとって耐えがたい選択である。

4. 中央社会保険医療協議会の委員に病院団体代表を加えられたい。