

2016年度改定に向けた 医科・歯科 診療報酬要求

「社会保障・税の一体改革」では地域で安心して暮らせない

医療保険制度の改善要求

2016年診療報酬改善要求

医科・歯科共通改善要求

医科改善要求

歯科改善要求

発行に当たって

全国保険医団体連合会は、全国の医師・歯科医師10万5千人で構成する団体で、患者、国民が安心して医療を受けられ、医療経営が安定して行われることの実現を求めて活動しています。

我が国の社会保障制度はこれまでに度重なる抑制を強いられてきました。この結果、医療崩壊に歯止めがかからず、患者への質の高い医療提供に支障を来すとともに、医療機関の経営危機が進行しています。

これに対し本会は、診療報酬引き上げの取り組みを行ってきましたが、医療崩壊を克服するためにも、診療報酬の引き上げだけでは患者、国民に負担を強いる結果になることから、2016年診療報酬改定への要求に加え、患者負担の大幅引き下げをはじめとして社会保障全体に対しても改善を要求しています。とりわけ、医療保険制度改革関連法の成立により、一層の公費及び保険給付の縮小、患者大幅負担増が予想される事態となっていることから、この取り組みを重視して取り組んでいます。

また社会保障費の大幅削減や2016年度診療報酬のマイナス改定の大合唱が始まっており、来年度予算の概算要求策定に向けた財務省の圧力が強まる中、それに抗して国民医療改善・診療報酬引き上げの世論を、医療関係者のみならず、広く国民の中に大きく高めていくことが必要です。

以上のことから本冊子では、医科歯科診療報酬の改善要求とともに、現在進行している政府の「社会保障・税の一体改革」の内容や狙い、改革のてこととして実施された2014年度診療報酬改定が何をもたらしたか、2016年度診療報酬では何が狙われているのかについて、冒頭で解説を掲載するとともに、医療保険制度の改善要求を盛り込んでいます。

是非本冊子をお読みいただき、改善要求の実現に向けて、ご理解とご協力を何卒お願い申し上げます。

2015年7月
全国保険医団体連合会
診療報酬改善対策委員会
医科委員長 武田 浩一
歯科委員長 田辺 隆

2016年度改定に向けた 医科・歯科診療報酬要求

2015年7月

全国保険医団体連合会

目次

「社会保障・税の一体改革」では地域で安心して暮らせない	1
I 診療報酬改定とともに実施すべき医療保険制度の改善要求	14
II - 1 2016年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求	20
II - 2 2016年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求	
(1) はじめに	24
(2) 外来・入院共通	25
(3) 外来	
○初診料・再診料	26
○医学管理等	27
○在宅医療	31
○検査	40
○投薬	42
○注射	43
○リハビリテーション	44
○精神	45
○処置	45
○手術	46
○特定保険医療材料	47
○薬剤	47
(4) 入院	48
II - 3 2016年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求	
○はじめに	56
○技術料分野についての要求	57
○長期管理システム体系についての要求	61
○チーム医療分野としての要求	62
○その他	62

「社会保障・税の一体改革」では地域で安心して暮らせない

1. 社会保障費の機械的削減の強化へ

2014年診療報酬改定以降、医療・介護総合法の成立、2015年度政府予算、医療保険制度改革関連法の成立など社会保障の抑制・削減が進められています。2014年4月からの消費税8%実施に続いて実施されたのは、復興特別法人税の1年前倒し廃止、法人税の引き下げです。防衛関係費も3年連続増え、5兆円（米軍再編関係経費含め）の大台に迫るものです。

2015年度予算では「『自然増』も含めて聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく」（骨太方針2014）として、社会保障費の自然増約8,200億円を4,000億円に半減させました。2015年度介護報酬2.27%引き下げ、生活保護では削減中の「生活扶助」に加え冬季加算・住宅扶助も削減しています。消費税10%の2017年4月への延期を理由に、年金者の生活支援金の先送り、臨時福祉給付金の圧縮、介護保険料（65歳以上）の低所得者への軽減強化の完全実施の延期などもされました。消費税増税は社会保障のためと、いついつ、社会保障は抑制・削減されており、明確な公約違反です。

更に、「数値目標設定」など含め歳出抑制策の議論が進められています（自民党・財政再建に関する特命委員会）。我が国の医療費水準が依然先進国レベルに達しない中、社会保障費の自然増2,200億円を削減し続けた小泉構造改革が更に強化され復活しようとしています。

2. 自治体、地域・家族に負担をしわ寄せ 「地域包括ケアシステム」

国は、団塊の世代が75歳を超える2025年に向けて、「効率的かつ質の高い医療提供体制」の構築とともに、「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」という地域包括ケアシステムは、医療や介護などが地域・経済格差に関わらず、必要な時に誰もが十分に受けられることが求められる以上、理念上否定されるものではありません。

しかし、「一体改革」を主導する社会保障制度改革推進法（2012年8月、民主、自民、公明により成立）では、国民の「自立・自助」を前面に押し出し、社会保障を「家族相互及び国民相互の助け合いの仕組み」に矮小化するとともに、国はその後方支援にすぎないとして、医療・介護に係る国の財政・供給責任を後退させています。

実際に進められている改革は、国の医療・介護への支出を極力抑えるために、医療では急性期を中心にベッドを削減し、施設介護は中重度者に絞り込むとともに、地域にあふれた重症患者や中重度の要介護者について自治体、家族・地域に責任を転嫁しようと

しています。在宅、外来にも行き場がなく、入院難民、介護難民が増大し、家族、地域の疲弊・崩壊が更に進むことが懸念されます。

3. 実質マイナス改定、重症患者も在宅へ 2014年診療報酬改定

「一体改革」の第2弾となる2014年の診療報酬改定は、実質1.26%引き下げとなりました。「時々入院、ほぼ在宅」（朝日新聞2014年2月12日）とも表現されるように、これまで以上に患者を地域へと押し出す構図を鮮明にしました。

①実質マイナス1.26%の改定（薬価財源の切り離し）

全体改定率は+0.1%とされますが、消費税対応+1.36%を含めた数字です。消費税対応は税率8%に伴う物価上昇分への手当てであり、医療機関の実入りになるものではありません。消費税対応+1.36%を除くと、実質1.26%の引き下げ（技術料本体+0.1%、薬価等-1.36%）です。

2014年改定では、薬価引き下げ分を技術料本体に振り替えてきたこれまでの取り決めが反故にされました。中医協でも指摘されたように、医療機関の経営努力で下げられた薬価は、本来、技術料本体の改定財源に充てるべきものです。また、健康保険法等において診察等と密接不可分でもある薬剤の財源を別に切り分けることは不相当というべきです。

薬価の本体財源への振替は1972年の中医協「建議」で初めて提案され、厚生大臣や首相も公式にそれを尊重した結果、慣行として2012年改定まで踏襲されてきたものです。診療報酬改定の独自財源を十分に確保できない財政制約の下、政策・政治的判断上一定の合理性が認められるべきであり、十分に尊重されるべきです。医療崩壊の進行を防ぐためにも、少なくとも振替の慣行は遵守されるべきです。

②消費税の診療報酬対応は矛盾を拡大

消費税対応では、保険診療給付、保険料は消費税「非課税」の扱いを無視したまま診療報酬対応が繰り返されました。診療所はほぼ全額を初再診料に配分し、病院は約9割分を各入院基本料等で約2%分の引き上げなどに充てた形です。

2014年改定での消費税対応について、自治体病院で概ね7割前後（金額ベース）、国立大病院では4割程度（金額ベース）の補填率と報告されており、設備投資の後退も懸念されています。診療所も、診療科別の補填格差、患者負担増など矛盾が更に広がる形です。

消費税負担の増大は、設備投資の多い急性期・救急医療等部門の縮小・閉鎖、医療関連サービス、職員待遇や医療安全管理などの費用の無理な圧縮・削減につながり、医療の質の維持・向上に悪影響を及ぼすとともに、地域医療の崩壊を招くものです。民間医療機関が大半を占め、設備投資への補助金も極めて限られる事情にも鑑みて、早急に医

療機関と患者の双方に税負担が生じない「ゼロ税率」導入が求められます。

③急性期病床の締め付けは患者の安全・安心を危うくする

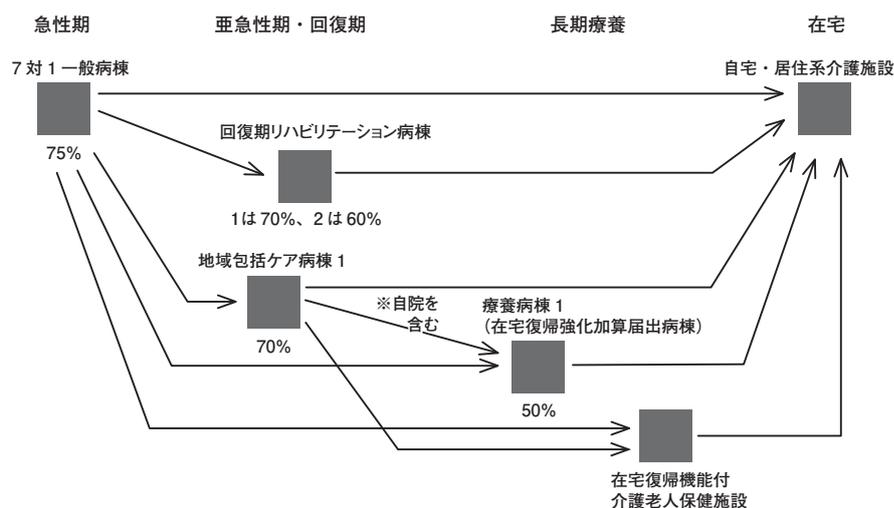
7対1看護病床では、より重症の患者を受け入れるよう厳格化されるとともに、自宅等への復帰率（原則、他の医療機関への転棟等）が、急性期病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟（在宅復帰機能強化型）などにも拡大され、全病期を通じて導入される形となりました（図1）。患者は一層早期の退院が強いられ、看護師は更に厳しい労働環境に置かれるとともに、勤務医の過重労働にも拍車がかかり、医療安全が脅かされます。

患者の高齢化や認知症の増加、急速に進む医療技術の高度化などを背景に、7対1看護病床でも、4人に3人の看護師が「慢性疲労」などを訴えており（日本医労連2013年調査）、人員配置が手厚いとは決していえません。病床の削減に向けて、更に早期の退院を進めようとするれば、患者によりそったケアは益々難しくなります。早期退院の促進ではなく、患者の安全・安心を確保するため看護職員を増員して処遇改善を図ることこそ必要です。

7対1算定病院では、赤字病院の割合は61.3%から70.6%へ上昇し、一般病棟10対1の赤字病院の割合を上回っています（2013年6月・14年6月の対比。日本病院会調査）。経営も厳しくなる中、確実に自宅等に帰ることができる患者が選別され、身寄りがない、独居などの高齢者や手間のかかる認知症患者などが忌避されることとなります。

7：1看護病床の受け皿となる病棟はより低い人員基準の下、今まで以上に重症の患者を引き受けざるをえません。地方や僻地では、広域に少数の病院しかない、1病院で急性期から慢性期まで対応などの事情もあり、算定要件が満たせず経営難に追い込まれる中、診療科・病棟の縮小・撤退の事態も懸念されます。

図1 全病期で在宅復帰機能（退院促進）が導入された



※割合(%)は在宅復帰率等。矢印で示された転出先に当該割合(%)以上の患者を送る必要がある。

④在宅大幅減算で、医療機関、施設・利用者に負担

施設、集合住宅等において同じ建物で同じ日に複数の患者を訪問診療した場合、在宅医療点数が最大75%カットされました。中医協が2014年12月に提出した影響調査の結果（速報案）によれば、医療機関において、▽訪問診療時の総移動時間の増加（「大いにあてはまる」＋「あてはまる」）が22.1%、▽移動時間増による医師の労働時間の増加（同上）が25.4%、▽施設への訪問回数の増加（同上）が20.2%、▽訪問診療に係る収入減（同上）が41.3%などとなっています。在宅医療に取り組む医療機関では、経営を安定させて従業員の雇用を守るため、1人ずつ訪問するなどの対応をとらざるをえず、過剰な負担を強いられる事態となっています。

集合住宅調査でも、「医療機関の都合で訪問診療が減った」と回答した施設の6割以上が「利用者を外来に通院させて診療を継続している」としており、介護職員の通院介助、利用者の外来通院などの負担増も見受けられます。「日程・連絡調整、処方薬管理が煩雑に」、「訪問診療の形式で費用負担が異なることの説明が困難」などの声も別途の調査では聞かれます。

大幅減算の理由とされた患者紹介ビジネスなど「不適切事例」では医科1.3%（改定前）となっており、一律に大幅減算する必要性があったか極めて疑問です。真摯に在宅医療に取り組む医療機関にしわ寄せをする大幅減算は撤回すべきです。

⑤主治医機能の評価＝人頭払いの懸念

外来の機能分化推進の観点から、「主治医機能の強化」として、地域包括診療料と地域包括診療加算が新設されました。高血圧症、糖尿病など4疾病の罹患患者を対象に、服薬・健康管理、24時間対応、介護保険対応など一連の医学管理等を評価するものです。事実上、1患者につき1医療機関が算定する設定となっており、新たに導入される「総合診療専門医」の制度設計や診療報酬への関連付けなど状況次第では、登録制による安上がりの人頭払い制の導入に向かう危険性も否定できません。

特に、地域包括診療料（月1回）は、在宅医療関連と薬剤料以外は殆どの点数が包括されており、患者・疾患の個別性に応じて必要な治療を行う医師の裁量権が制限されかねません。病診・診診連携を通じて複数の医師が様々な分野から1人の患者を支えている現場の実態にも馴染みません。地域に厚みを持った形でかかりつけ医を育成するためにも、初再診料の引き上げ、医療連携の更なる評価など地域医療全体の底上げこそが必要です。

⑥基礎的技術料の引き上げには程遠い歯科

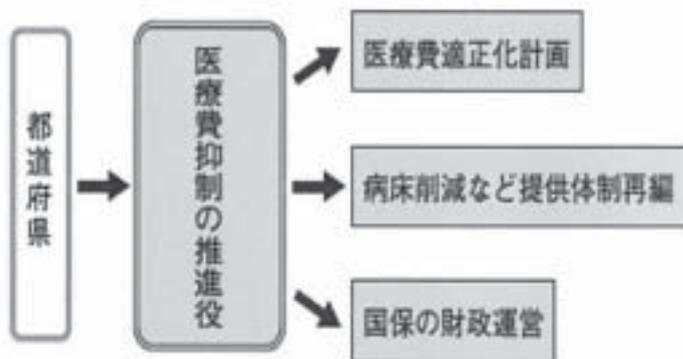
歯科は、診療現場の実態を一定反映した内容もみられましたが、今回も基礎的技術料の抜本的引き上げは見送られました。また、診療報酬の算定に各種の施設基準の届出の有無による格差が広げられ、歯科医療機関の淘汰と再編が進められる危険性があります。長年にわたる低歯科医療費政策の転換が求められます。

4. 都道府県、市町村を医療・介護抑制の担い手へ

国は、都道府県に、市町村の国民健康保険の財政運営を移すとともに、地域医療構想等を通じて病床削減など医療提供体制の再編・管理を行わせる構えです。国保財政と医療提供体制の双方を都道府県に担わせることで、医療費抑制策の実効性をより強めようという狙いです（図2）。

地域で患者の受け皿となる介護保険については、施設サービスなどを中重度者等に限定しつつ、要支援者を介護保険給付から市町村の独自事業へ移して、ボランティアなどサービスの質や継続性が保障されない安上がりな事業に委ねようとしています。また、医療ニーズが高い重症患者や中重度者は、中小病院や診療所などに安上がりな形で担ってもらおうという考えです。

図2 都道府県に権限を与え医療費抑制へ



5. 保険料上昇、徴収強化へ 国保の都道府県単位化

2018年度より、国保の財政運営は都道府県が「中心的な役割を果たす」形になる予定です。都道府県は、医療給付費等の見込みを立て、市町村毎の医療費、所得水準を考慮した「納付金」の額を設定して、市町村に割り当てます。合わせて、「納付金」を納めるのに必要な「標準保険料率」（一般会計からの法定外繰入を見込まず算出）も提示します。市町村は、「標準保険料率」を参考に保険料率を決め保険料を賦課・徴収して都道府県に納付します（図3）。

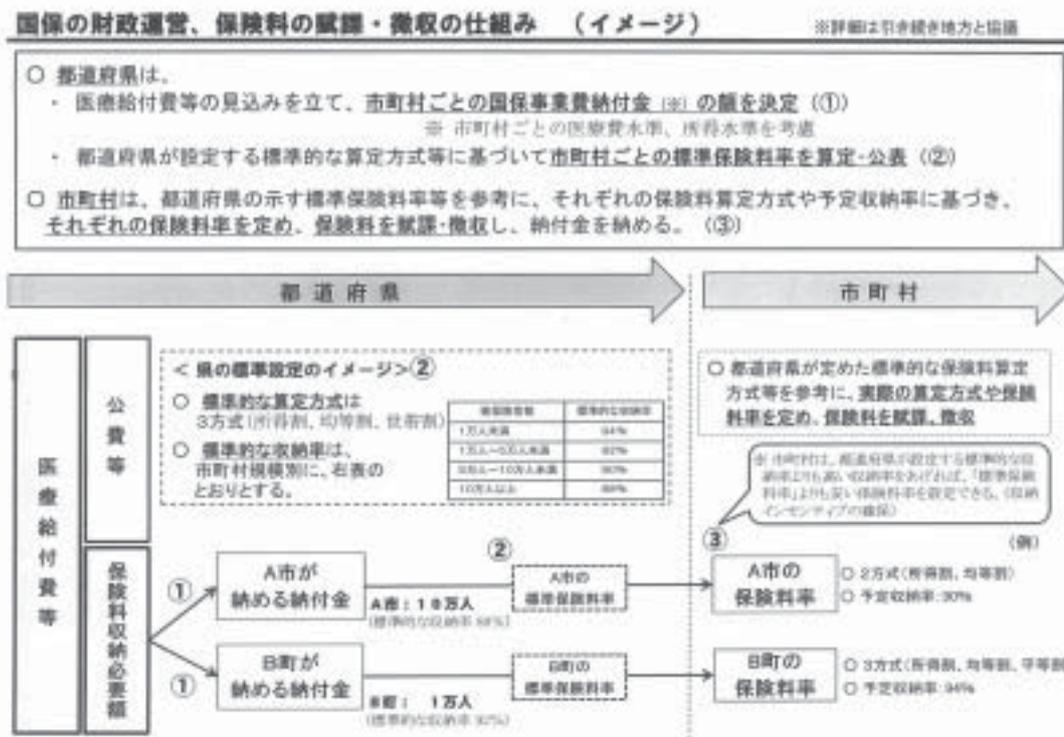
市町村は、標準保険料率等を参考にして、それぞれ保険料率を定めますが、納付金は100%納める必要があるため、保険料収納率（2012年度の全国の保険料収納率：90%）も考慮して、保険料率を決めることとなります。今でも高い国保料（平均で加入者所得83万円、保険料8.3万円）が更に値上がりする事態が懸念されます。

政府は、国保の財政運営の都道府県への移行に際して、市町村が実施している一般会

計からの法定外繰入額3,500億円を解消するためとして、2018年度以降、毎年約3,400億円の財政支援を行うとしています。しかし、保険料を協会けんぽの水準まで引き下げるには約1兆円の財源が必要との指摘もあり、3,400億円では全く及びません。しかも、医療費抑制等に取り組んだ自治体に財政支援（「保険者努力支援制度」700～800億円規模）するなどとしています。財源も1,700億円は消費税増収分、残りの1,700億円は被用者保険の負担増で調達する形です。

国保は、被用者保険が適用されない高齢者や低所得者の多くを受け入れる中、事業主負担がなく医療費も多くならざるえない脆弱な被保険者集団です。国の財政責任こそ明確化し、国庫負担を抜本的に強化すべきです。

図3 国保の都道府県単位化の仕組み



※全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議（2015年3月16日）より。

6. 病床削減、医療費抑制に利用の懸念 地域医療構想

①削減ありきの療養病床

2015年4月より、都道府県は、地域医療構想を構想区域（原則2次医療圏）ごとに策定して、2025年のあるべき医療提供体制に向けて、一般病床・療養病床の機能分化を進めます。

病床の必要量の推計に際して、DPCデータやNDB（ナショナルデータベース）の

レセプトデータより入院基本料相当分を除いた診療報酬の出来高点数（薬、検査、処置、手術等）の「医療資源投入量」を計算し、その多寡に応じて高度急性期、急性期、回復期別に切り分けて患者数を割り出し、2025年の各病床の必要量を推計します。国の検討会では「実際の看護配置などを考慮せず、抗がん剤など高い薬の使用量に偏った推計になる」、「療養病床における急性期の患者の存在を無視している」など推計方法の妥当性に多くの議論が出ています。

慢性期の需要の推計では、在宅医療を推進するとして、療養病床の患者数の削減を求めます。療養病床の医療区分1について患者数の70%の減少（在宅移行）を見込みます。

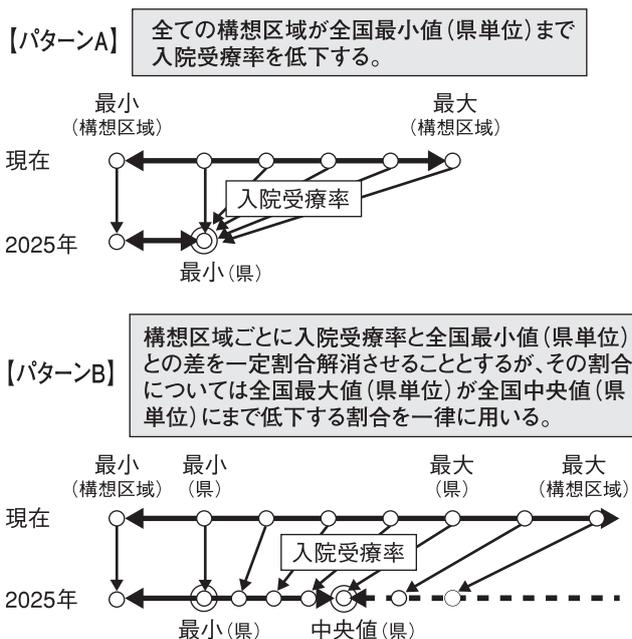
療養病床の入院受療率（人口10万人に対する推計入院患者数の割合）についても削減を求めます。全ての構想区域で全国最小値の長野県（122人）を目指すA案から、全ての県・構想区域が全国中央値に当たる鳥取県（213人）を目指すB案の間で目標を設定するよう求めます。既に、中央値に達している場合でも、最大値の高知県（614人）から中央値の鳥取県にまで低下する割合を用いて削減するよう求めます（図4）。

入院受療率の低下目標をめぐる、検討会では異論が相次ぎ、独居高齢者が多い地域などでは目標設定を2030年まで5年延期可能、「特別の事情」がある場合は目標値の変更も認めましたが、あくまで入院患者数を削減する方針に変わりありません。

入院受療率は、気候・風土、価値観、交通網、世帯構成、所得水準など地域の様々な事情を反映した結果であり、機械的に削減できるようなものではありません。老老介護や独居世帯が増える中、在宅介護の基盤整備は保障されない中、入院・介護難民が増大するとの危惧が出されています。

図4 療養病床の入院受療率の地域差の解消（低下）目標

○原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定める。



※パターン A、B いずれも、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、2013年の受療率を用いて推計する。

「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

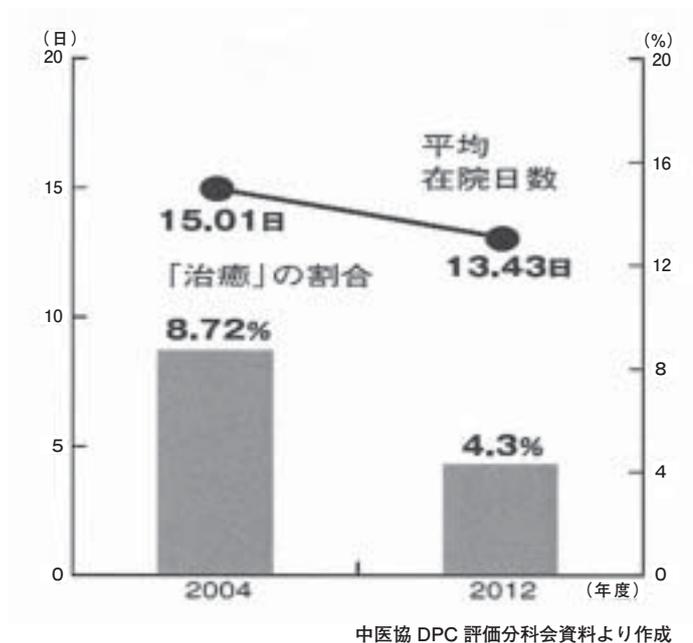
②受診抑制等（潜在的需要）が反映されない懸念

医療費水準の低い都道府県を目指せば2.5兆円が削減できるとして、都道府県に医療費削減の目標値も持ち込まれようとしています。更に、複数の病院や介護施設をグループ化し一体的に運営する新型法人「地域医療連携推進法人」を創設して、病床削減などを担わせようともしています。

DPC病床では、平均在院日数の短縮とともに「治癒」率が低下し、予期せぬ再入院（退院日より6週間以内）が増えており、患者の実態調査も予定されています（図5）。

また、患者・住民に医療が十分に保障されるためには、診療を受けた分のデータだけでなく、経済的負担能力、交通網の未整備、専門診療科の不足、長時間・過密労働で受診する時間的余裕がないなど治療等が必要なものの、できない・していない潜在的な医療ニーズをきめ細かく把握し需要に織り込むことが必要不可欠です。

図5 入院期間短縮に伴い「治癒」半減



7. 地域での介護崩壊を加速させる 予防給付（通所・訪問介護）の介護給付外し

病床再編の受け皿とされる介護保険では、利用料2割負担（原則、所得160万円以上）、特養入所者は原則要介護3以上、補足給付（低所得者への食費・居住費補助）の絞込みなどに続いて、2015年度介護報酬改定は実質4.5%引き下げられました（介護職員の処遇改善、重度・認知症対応分を除く）。訪問介護、通所介護、訪問リハビリ、介護保険施設（一部の老健を除く）の基本報酬は軒並み引き下げです。特養の5割近くは

赤字になり、1施設年約1500万円の減収で、介護職員（年収390万円）の4人分の人件費に相当すると試算されています（試算に処遇改善加算は含まず）（全国老人福祉施設協議会試算2月13日）。全ての事業所・施設が算定する基本報酬の引き下げはサービス全体の縮小を招きます。

2015年4月より、介護予防給付の6割を占める訪問介護・通所介護が保険給付から外され、自治体裁量の総合事業に移されました（経過措置あり）。予防給付の自然増が4～6%と見込まれるところ、事業費の伸び率は原則75歳以上の高齢者の伸び率約3～4%に抑えて、自治体にサービス水準、質の低下や利用料負担引き上げを強いる仕組みです。

国は、非専門職やボランティアを中心としたサービス提供を奨励・推進しますが、4月より総合事業を開始予定とする自治体は7.2%（13府県では自治体数0）に留まります。構造改革の下で地域全体が疲弊し、介護を理由とした離職が社会問題ともなる中、地域の助け合いを中心にして介護サービスや生活支援を進める考えは非現実的といわざるをえません。国が責任を持って介護職の専門性を活かした保険給付こそ充実すべきです。

8. 受診抑制を担わせる形での「総合診療専門医」は疑問

①開業医＝ゲートキーパーを利用して医療費抑制の懸念

2020年4月より新専門医制度が始まります。各学会から独立した中立的な第三者機関（日本専門医機構）を設けて各専門医の認定・更新、養成を統一的行います。プライマリケアに関わり、19番目の専門医の基本領域として「総合診療専門医（総合的な診療能力を有する医師）」が創設されます（イメージ：図6）。総合診療専門医は、①日常遭遇する疾患・障害に対して適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する、②予防、介護、看取り、地域の保健・福祉活動など命と健康に関わる幅広い問題について適切な対応ができる点が想定されています（「総合診療専門医に関する委員会のまとめ」、2014年5月）。

私たちは、こうした「全人的な医療」を担う医師は、地域住民の健康な暮らしを保障する上で必要と考えます。他方、「一体改革」において、「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月）は、外来受診の適正化を図るため「緩やかなゲートキーパー機能」を備えたかかりつけ医の普及を謳い、2014年には、患者・国民における適切な受診の努力義務も医療法に規定されました。

今後、かかりつけ医の資格の標準化として、「総合診療専門医」の取得が求められ、地域包括診療料・同加算等の算定要件に導入されることも予想されます。また、新専門医の制度設計をめぐっては、1医師は原則1専門医の取得から、専門医認定と診療標榜科へのリンクなどの動向も懸念されます（「専門医の在り方に関する検討会報告書」2013年4月など）。「一体改革」の下、将来的に1人の医師は1専門医となる総専門医時

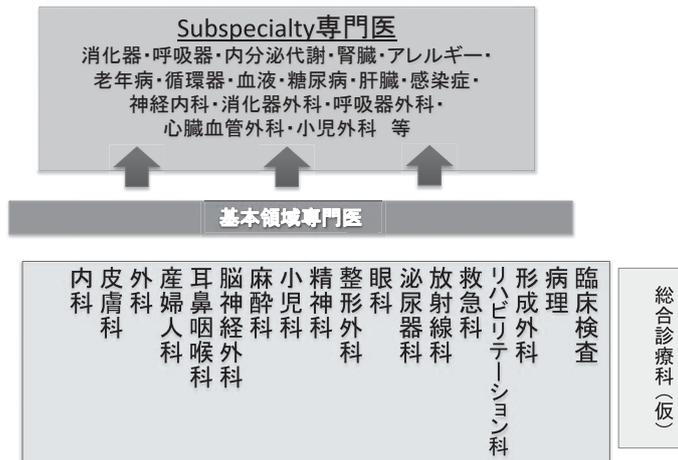
代が到来し、「総合診療専門医」を地域包括診療料・加算にリンクさせて、包括・定額払いでの安上がりな形で患者管理を行い、フリーアクセスを制限していく事態が懸念されます（※新専門医制度と総合診療専門医に対する見解案は現在政策部で検討中）。

図6 19番目の専門医領域「総合診療専門医」のイメージ

第2回池田委員提出資料

3-②

新たな専門医制度の基本設計



※専門医の在り方に関する検討会・報告書より作成

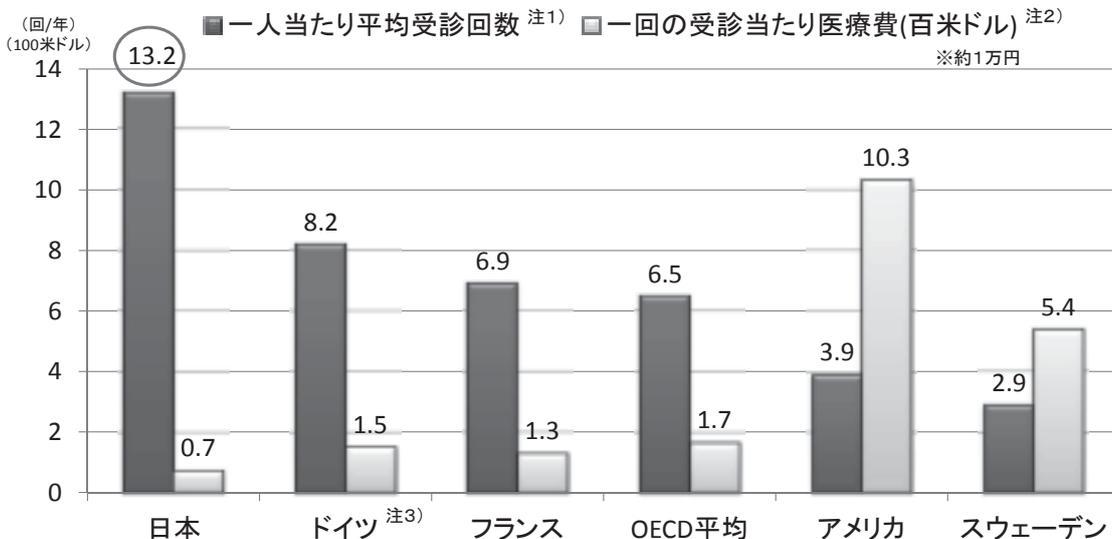
②フリーアクセスで早期発見。歯科充実で医療費も適正化

フリーアクセスについて、重複受診や重複検査などが問題視されますが、胃がん・大腸がん・肺がんでは、世界的に見ても、早期発見率で日本は優れているとも指摘されており、疾患の早期発見に資する面があります。我が国では、卒業後に専門医として長い訓練と診療経験を積んだ勤務医が開業してプライマリケアに携わるとともに、診療所でCT、MRIなど適切な診断・所見に寄与する高度医療機器を迅速、安価に利用できる背景の下、フリーアクセスによる受診回数が多さが疾患の早期発見をもたらしています。コスト的にも、国際的にみて低い外来医療費（1人当たり平均受診回数×1回当たりの医療費）の水準にあり、フリーアクセスは優れた医療上の効果をもたらしています（図7）。

歯科医療については、病院、介護の現場などで口腔ケアの取り組み等を通じ、平均在院日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少など口腔内の健康が全身の健康に様々な効果があることが報告されています。また、多くの報告から口腔機能が高く維持されていることで、総医療費が抑制されることも明らかにされてきています。しかし、政府の長年にわたる低歯科医療費政策の結果、国民医療費に占める歯科医療費の割合は年々低下し、国民への良質な歯科医療の提供が困難になっています。

図7 フリーアクセスは、医療費でみても低コスト水準

一人当たり平均受診回数(年)と一回の受診当たり医療費の比較



注1) Doctors consultations per capita, 2009 (or nearest year)

注2) $\frac{\text{Total health expenditure per capita (public and private)} \times \text{Outpatient care (\%)}}{\text{Doctors consultations per capita}}$ ※ (2009年又はそれ以前の直近のデータ)

※Current health expenditure by function of health care, 2009 (or nearest year)

注3)ドイツ: 保険償還される受診のみカウントされており、3ヶ月の期間で、最初に受診した時のみカウントされる。(頻回に受診した場合でも初回のみカウントされる。)

出典: OECD Health Data 2011を基に保険局医療課作成

※中央社会保険医療協議会総会 (2013年6月12日) 資料より

9. 患者窓口負担の大幅軽減、医療費総枠の拡大を

2014年4月より、70～74歳の窓口負担が順次2割に戻されています。2015年1月から開始された難病に係る新たな医療費助成は、対象疾患を拡大する一方、重症者にも新たに負担を求めるほか、旧制度の認定者の多くが負担増となっています。

医療提供体制の再編に続き、保険給付削減、患者負担増の計画が進められています。「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」(以下、医療保険制度改革関連法)では、入院給食の患者負担の引き上げ、紹介状なしで大病院を受診する患者に1～3割負担とは別に5千～1万円の定額負担を求めることや患者申出療養の創設(混合診療の拡大)など全ての世代に負担増を課す内容が盛り込まれています(表1)。

更に、保険者が加入者の予防・健康づくりの「自助努力」に応じて「保険料への支援」を実施できることが盛り込まれています。社会保障審議会医療保険部会の資料では、医療機関を一定期間、受診しなかった加入者を対象に、現金給付などを行うとの考えが示されています。財政的な増減を生じさせない仕組みとされており、健康づくりを怠り、疾病リスクが高くなったとされる加入者の保険料は増額される方向です。現金給付、保険料引き上げのいずれにせよ、受診を抑制させる形となり、初期予防が遅れて重

症化を招きかねません。疾病リスクに応じた保険料の設定は皆保険制度の根幹にも抵触します。個人の健康や疾病には、先天的な体質に加え、社会的・経済的要因も大きく影響します。経済的理由で「患者になれない病人」が増加している中（図8）、負担増を強行すれば重症化が進み、医療費はかえって増大することが懸念されます。

更に、「今後さらに検討を進めるべき事項」として、①患者負担、②保険給付の範囲、③医療費の適正化に関する施策を挙げています。各種審議会では、更なる給付減・負担増の議論が進められており、「必要な医療が公的保険で受けられる」ことが形骸化する恐れがあります。

表1 新たな患者負担増計画

2015年医療保険制度改革関連法の概要より抜粋

①入院時の食事代の自己負担引き上げ 1食260円→360円（2016年度）→460円（2018年度）。1食100円引き上げで月9,000円、同200円引き上げで月1万8千円の患者負担増
②紹介状なしで大病院（特定機能病院。他500床以上の病院等を検討中）を受診する場合、1～3割負担とは別に定額負担（例えば5千円～1万円）の徴収を義務化
③患者申出療養の創設 患者の自己責任で、安全性・有効性が未確立な医療（混合診療）を実施

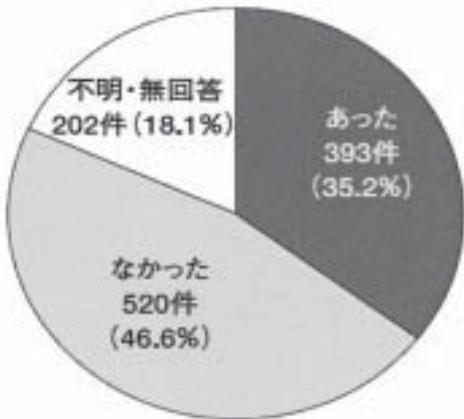
※その他、予算措置の見直しにより、75歳以上の保険料を2～10倍に大幅引き上げ特例軽減（9割、8.5割の減額）を段階的に廃止。865万人に影響

政府の各種審議会でも検討されている項目

①75歳以上の患者負担を原則1割から2割に引き上げ
②70歳以上の高額療養費の見直し 通院時における窓口負担上限月額（一般所得）を1.2万円から5.8万円などへ
③湿布、漢方、目薬など市販品類似薬を保険給付から外すなど
④参照価格制度の導入 先発医薬品を使用する時は、後発品（ジェネリック）との価格差を患者負担にする
⑤逆評価療養の導入 評価療養を厳しく検証し、一旦保険適用とされた医療技術等について費用対効果が低いものは保険適用から外し保険外併用療養制度の対象とする
⑥受診時定額負担 受診する都度、定額の負担の上乗せ（例えば500円など）

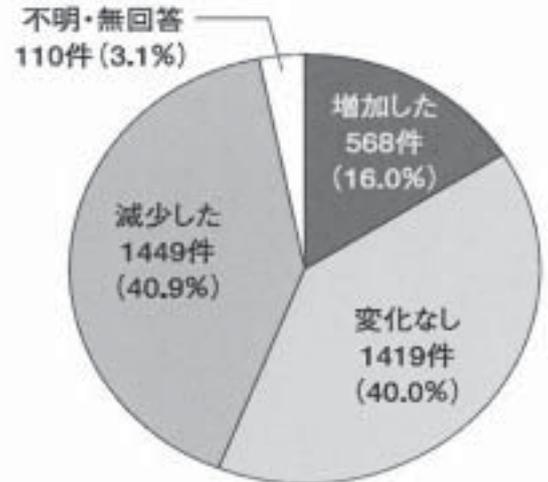
図8 受診抑制が進む日本の国民皆保険の現状

この半年間に医療費負担を理由に検査や治療、投薬を断られたことがありましたか



※「医療・介護現場から見える貧困調査(中間報告)」、大阪府保険医協会、大阪府歯科保険医協会、2014年12月より2月間実施。会員医療機関対象

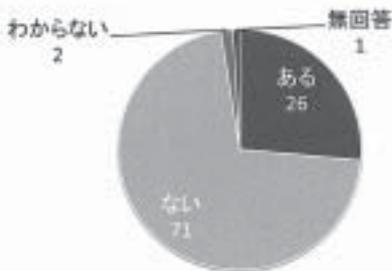
この半年間に医療費負担を理由に検査や治療、投薬を断られたことがありましたか



※「2014年度 保団連歯科会員アンケート」、2014年9～10月実施より

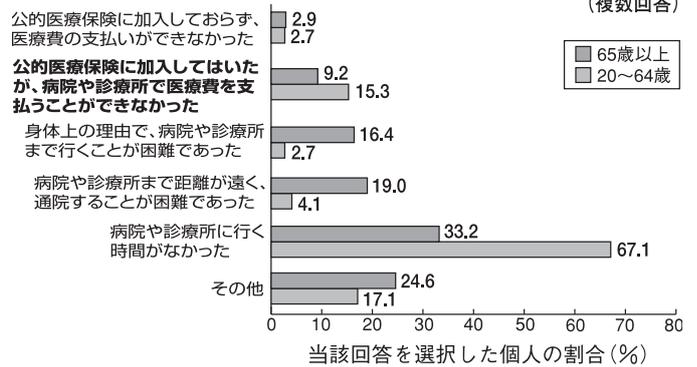
3割近くが経済的な理由で医療を受けることを控えた経験がある(%)、2013年1月、n=916人 ※「生活と支え合いに関する調査」より

問い：過去12ヶ月以内に、具合が悪いのに医療を受けることを控えたことがありますか。



※「2013年 日本の医療に関する世論調査」、日本医療政策機構より

過去1年間に必要な医療機関受診ができなかった理由



※回答数2,919人(65歳以上:537人、20～64歳:2,382人)

※複数回答のため、20～64歳・65歳以上で各回答の割合を足すと100%を超える場合がある。

※「生活と支え合いに関する調査」、国立社会保障人口問題研究所、2012年7月実施より

(注) 本文で掲載した図の見出しは本会でつけたものです。

I 診療報酬改定とともに実施すべき医療保険制度の改善要求

[I - 1] 医療崩壊を食い止め、地域医療を守るために、

① 技術料を中心に10%以上診療報酬を引き上げること。そのために医療費総枠を拡大すること。

要求理由 今日の医療崩壊の最大要因は、政府による医療費抑制政策、消費税増税による患者・国民の困窮による受診抑制にあることは明らかである。OECD Health Data2013の加盟国の対GDPに占める保健総医療費割合によれば、平均9.3、オランダ11.9、ドイツ11.3、フランス11.6、カナダ11.2、イギリス9.4、日本9.6である（2011年。日本のみ2010年）。日本は、前回の2009年のデータと比べて、0.1ポイント上がり平均値を超えた。

しかし、依然として一人当たり医療費は3213ドルで平均値3322ドルを下回っていること、日本の高齢化率が23.3%とOECD34カ国内で1位の状況に鑑みても、総医療費（対GDP比）は高い水準とはいえない。また、経済成長が停滞する中、経済規模に占める総医療費水準が上昇して、見かけ上、数値が改善している側面もある。医療現場の過酷な労働環境を改善するためにも、医療費総枠の拡大が必要である。

2002年～08年にかけての4回連続のマイナス改定（▲2.7%、▲1.05%、▲3.16%、▲0.82%）を通じて、これを元に戻すだけでも8.14%（ $100 / (97.3\% \times 98.95\% \times 96.84\% \times 99.18\%) = 100 / 92.47 = 1.0814 = 8.14\%$ ）の引き上げが必要となる。社会保障の充実を理由として消費税の8%への引き上げが実施されたが、却って受診抑制は強まり、医療機関の経営も圧迫されている。2014年4月改定における実質マイナス1.26%（消費税対応分を除く）も考慮して、10%以上の診療報酬引き上げを求めるものである。

② 基金の財源確保を理由とした改定率の引き下げをしないこと。

要求理由 2014年度診療報酬改定において、地域医療構想の達成に向けた医療機関の設備・施設整備等、居宅等における医療の提供、介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に関する事業など医療機能の分化・連携、地域包括ケア構築を推進するとして「地域医療介護総合確保基金」が創設された（2014年度：904億円、2015年度：医療分904億円、介護分724億円）。しかし、診療報酬は医療の質を規定する設備・雇用コストを構成する以上、基金の財源は本来、診療報酬、介護報酬の改定財源に充てるべきものである。基金の財源を理由とした改定率の引き下げはしないよう強く求める。

[I - 2] 薬価引き下げ分は、これまでどおり診療報酬本体に充当すること。

要求理由 2014年度診療報酬改定では、薬価の引き下げを技術料本体に振り替えるとするこれまでの取り決めが反故にされ、実質マイナス1.26%の改定とされた。しかし、この振り替えは1972年の中医協「建議」で初めて提案され、厚生大臣や首相も公式にそれを尊重した結果、慣行として2012年改定まで踏襲されてきたものである。診療報酬改定の独自財源を十分に確保できない財政制約の下、この政策・政治的判断には一定の合理性があり、十分に尊重されるべきであり、少なくとも、振り替えの慣行は遵守すべきである。

[1 - 3] 保険診療に「ゼロ税率」 (= 免税) を適用すること。

要求理由 2014年4月からの消費税8%実施により、賃金は低下する中、物価上昇し、国民生活は困難に陥っている。2014年改定で、医療機関の消費税負担への対応として初・再診料、入院基本料等の技術料本体、薬価・特定材料に診療報酬1.36%が上乘せされたが、自治体病院で補填率(金額ベース)は69%、6割強の病院で補填が不十分(回答数214)、日本病院団体協議会の調査では65%の病院で補填不足(回答数303)、国立大病院で補填率(金額ベース)は40%程度(全国42大学45病院)などと報告されており、設備投資への悪影響なども懸念されている。診療所も、診療科別の補填格差、患者負担増など矛盾が更に広がる形である。消費税分を診療報酬上乘せする方式は補填の格差を拡大し矛盾を深めるだけである。受診抑制を悪化させ、医療機関の経営破たんを招く消費税増税は中止し、国民皆保険制度にふさわしい「ゼロ税率」 (= 免税) を早急に適用すべきである。

[1 - 4] 診療報酬改定の財源確保では、

- ① 消費税の増税は中止し、国庫負担と大企業等の社会的負担を増やして捻出すること。
- ② 保険料については、応能負担の原則に基づき、標準報酬の上限を撤廃すること。

要求理由 OECD先進諸国並の医療費水準に引き上げ、しかも患者負担を大幅に引き下げるための財源は、消費税の増税ではなく、国庫負担と大企業等の事業主負担を増やして確保することが第一義的である。社会保障財源の対GDP比で、わが国の公費負担、事業主負担は、それぞれ欧州先進諸国に比べて相当低い(「社会保障財源の対GDP比の国際比較」(2010年)で、日本(事業主負担5.7%、公費負担8.4%)、イギリス(事業主負担9.8%、公費負担13.1%)、ドイツ(事業主負担10.7%、公費負担11.9%)、フランス(事業主負担14.1%、公費負担11.1%))。これをOECD先進諸国並に負担させるようにする必要がある。また、現行の保険料計算は一定の収入を上限(標準報酬の上限)とし、それよりも高収入であっても保険料は高くない方式となっているが、応能負担原則に基づき、収入に応じて保険料も上昇する方式とするべきである。そのために標準報酬の上限撤廃が必要である。

- ③ 薬価基準や特定保険医療材料を諸外国並に引き下げること。

要求理由 医療費そのものの見直しでは、わが国の異常に高い医薬品や医療材料価格をOECD先進諸国並に適正にするために、薬価基準や特定保険医療材料価格基準を見直す必要がある。対GDPに占める外来薬剤費の比率(2010年度)は、日本1.65%、フランス1.48%、ドイツ1.51%、アメリカ1.77%と、薬価が突出して高いアメリカを除き、日本は高い水準にあるといえる(中医協薬価専門部会、2013年7月31日)。薬価ベースでは、日本でよく売れている薬剤77品目で比較すると、イギリス、フランスの約2倍、ドイツの約1.5倍であり、市場規模の大きい薬剤では2.2~2.3倍とより高い状況にある(「薬価の国際比較調査にもとづく医療保険財源提案」、保団連、2011年)。例えば、後発のない先発品(約4.7兆円)の薬価について、加重平均で2割引き下げた場合、1兆円近い財源が捻出できる。

[1 - 5] 新たな患者負担増計画は中止するとともに、患者負担を大幅に軽減すること。

- ① 紹介状なしで特定機能病院などを受診する場合における5,000~10,000円(仮)の定額負担の徴収(選定療養の義務化)をしないこと。

要求理由 勤務医の負担軽減などとして、特定機能病院とその他の病院（例えば500床以上の病院などを想定して議論）への紹介状のない初診時等に際して5千円～1万円の自己負担の義務化が予定されている。日本病院会からも、「定額負担の設定だけで患者の受療行動を変えられるとは思えない」、「地域によっては、受け入れる診療所がないなど様々なケースが出てくる」などの声も出されている。勤務医の負担の是正は、受診抑制を招く患者負担増によるのではなく、患者・国民への啓蒙・教育を通じた同意と納得を通じて行うべきである。

② 入院中の食事は本来、全額保険給付すべきものであるが、当面、少なくとも入院時の食事療養費の患者標準負担額260円から360円、460円へ引き上げないこと。

要求理由 入院中の食事は、患者の年齢・性別、体格、症状・栄養状態などを踏まえて提供されている。栄養管理により全身状態が整えられ、治療効果が向上する。まさに入院給食は治療の一環である。しかし、患者負担が1食360円で月32,800円、1食460円で月42,000円となり、全額自己負担（高額療養費の対象外）となる。負担増により入院医療機関の未収金が増大するとともに、患者の病態の悪化によって、かえって医療保険財政を圧迫することにもなりかねない。

③ 湿布薬など市販品類似薬の保険給付外しはしないこと。

要求理由 2015年4月現在、規制改革会議の健康・医療ワーキング・グループにおいて「市販品類似薬給付の在り方等の見直し」等の論点提起がされ、湿布薬の保険給付外し・給付上限の設定などを狙う動きが加速している。中医協の審議を経ずに、頭ごなしに保険給付範囲縮小を狙った議論を進めることは到底容認できない。

④ 患者窓口負担をただちに、現役世代は2割、65歳から74歳は1割、義務教育終了までの子どもと75歳以上の高齢者は無料にすること。

要求理由 非正規雇用が増加し、一世帯あたりの平均所得は減り続け、現在の生活が「苦しい」と感じている世帯は6割に及ぶ。外来窓口での支払い負担感では「とても負担」「やや負担」を合わせた患者の回答割合は、1割負担で38.2%、2割負担で58.3%、3割負担で66.5%となっている（日本医師会、「患者窓口負担についてのアンケート調査」、2012年9月）。厚労省の「患者調査」において、受療率（人口10万人あたりの患者数）の推移を見ると、1990～2011年の年平均成長率は、外来の19歳以下を除き、入院・外来の全ての年齢傾向で減少傾向にある（Data mania 第1回 患者調査、『病院74巻第1号』2015年1月より）。原則3割の負担のもとで経済的理由から病気になっても受診をためらう、必要な治療や薬を中断するなど、受診抑制はますます深刻になっている。他の先進諸国では、窓口負担は無料や低額がほとんどであり、経済的負担の心配がなく受けられる医療制度が必要である。

また、「医療保険制度改革関連法」では、「今後さらに検討を進めるべき事項」として、①患者負担、②保険給付の範囲、③医療費の適正化に関する施策をあげている。各種審議会では、更なる給付減・負担増の議論が進められているが、「必要な医療が公的保険で受けられる」ことが形骸化する恐れがあるため、検討を即刻中止すべきである。

⑤ すべての被災者が必要とする医療を受けられるよう、すべての被災者の窓口負担を免除すること。

・国保、後期高齢者、介護保険における被災者の保険料や一部負担金免除について、被災前の生活に戻るまで延長し、免除費用については、国が特別の財政支援を行うとともに2012年10月1日に遡及適用し、10割を負担すること。

・協会けんぽについても、被災前の生活に戻るまで被災者医療費一部負担金免除等を継続するよう、必要な対策を講じること。

要求理由 宮城県保険医協会が2014年9月にまとめた県内仮設住宅居住者を対象とした「被災者の医療費一部負担金免除再開に関するアンケート」によれば、「現在医療機関を受診しているか」について、医療費免除を受けていない人は、免除を受けている人よりも20ポイント低い70%に留まっている。被災による貧困・格差の拡大・固定化を防ぎ、必要な医療・介護を保障する上で、被災地の自治体財源に依拠した対策ではなく、国が責任をもって免除を復活・継続すべきである。被災者の保険料・窓口負担免除については、免除の延長と国庫補助の遡及適用をすべきである。

[1 - 6] 高額療養費制度の患者負担上限額の大幅引き下げを実現すること。

要求理由 深刻な病気にかかったときに医療費を払えない点について、75%が不安を感じている（日本医療政策機構、「日本の医療に関する世論調査」、2013年）。こうした中、2014年4月より負担上限額（70歳未満）が、年収770万円以上が引き上げられ、年収370万円以下は引き下げられている。更に、財務省財政制度等審議会は、70歳以上の高齢者の自己負担限度額について、70歳未満の負担水準へ引き上げるよう提言しているが、制度改革に乗じた提案であり認められない。医療は必要なときに受けられてこそ意味がある以上、負担上限額の引き上げは問題である。上位所得者に応分な負担を求めるならば、応能負担に基づく税にこそ求めるべきである。

医療技術の高度化、新薬開発、ドラッグラグ（未承認薬、遅延）の改善・解消の促進などにより患者の長期療養が今後も進むことが見込まれる中、高額療養費制度の改善が望まれる。所得の低い層や負担が長期に渡る患者の限度額の大幅引き下げ、1%条項の応益負担の撤廃など、高額療養費制度の拡充が求められる。必要な財源については患者負担に求めずに、国庫負担の増額によって実現すべきである。

[1 - 7] 患者負担を増大させ受療権を奪うことにつながる混合診療の拡大を行わないこと。

- ① 「患者申出療養」の導入、保険外併用療養費のなし崩し的な拡大などをせず、「評価療養」の保険給付への評価を速やかに行うこと。
- ② 「選定療養」の項目でも保険給付の対象にするか否かを検討し、保険給付の拡大をはかるとともに、必要に応じて保険給付すること。

要求理由 政府は、TPPや国家戦略特区などを通じて、また「患者の選択の自由」を口実に、混合診療を拡大しようとしている。こうした施策がすすめられれば、国民皆保険制度はさらに空洞化し、一層経済力による医療格差、健康格差は拡大する。特に、困難な病気と闘う患者からの申出を起点として、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に認めるとする「患者申出療養」が2016年4月より導入される。

承認期間が短縮されてきた評価療養（先進医療）でも約6～7ヶ月（抗がん剤は3ヶ月）かかる中、患者申出療養では持ち回り合議なども活用しつつ原則6週間と従来の1/4～1/5の審査期間にまで圧縮する。安全性、有効性の証明が一層形骸化し、想定外の薬害や医療事故が懸念される。しかも、患者による申出を口実に患者と医療機関に全責任が押し付けられかねない。

「保険収載のための長期的な評価が必要なものも対象とする」とあり、保険外に長期に留め置かれる可能性も高く、混合診療がなし崩し的に拡大する事態が懸念される。

更に、患者負担についても、国立がん研究センター先進医療評価室が公開した「患者申出療養」の対象になると予想される抗がん剤リストでは、1カ月で100万円以上の薬剤費が必要となるものが大半を占めており、患者申出療養は極めて問題が多い。

現行の評価療養の更なる改善を促進するとともに、先進医療の医療費総額247億円（2014年）の内、先進医療部分は174億円と40兆円を超える国民医療費からみて微々たるものにすぎないことから、必要な医療は迅速に保険適用すべきである。高血圧や糖尿病などの画期的な治療法が開発されれば、他の疾病予防を通じて医療費の節減も見込める。

[I - 8] 国庫負担を増やして払える国保料（税）に引き下げること。また国保資格証明書、短期保険証の発行をやめ、全ての国保加入者に正規の保険証を交付すること。

要求理由 国民皆保険制度の根幹をなす国民健康保険では、世帯年収の1割超（2割を超える場合もある）などの異常な国保料（税）の高さによって、国保料（税）の払えない世帯が増大し、大問題になっている。1984年以前のように国庫負担金を医療費の50%に戻し、応益負担を応能負担に振替えるなど、払える国保料（税）に引き下げ、必要時に医療が受けられるよう、全ての国保加入者に正規保険証を交付する必要がある。

[I - 9] 国民健康保険の保険者の都道府県への移行を行わないこと。

要求理由 国保は事業主負担がなく、低所得者が大半を占め、医療費も多くなる脆弱な被保険者集団である。常用雇用者以外は、国保が受け皿となるため、賃金低下、非正規雇用の増大などにより直接的に影響を受けざるをえない。憲法25条の生存権の保障として、国が責任を持って国保への財政支援を強化すべきにもかかわらず、この間、国庫負担は削減されてきた。この上、国保保険者を都道府県・市町村に移行させ、国保財政・給付、医療提供体制の両方に管理・運営責任を担わせ、医療費の削減・抑制競争に駆り立てようとすることは言語同断である。

[I - 10] すべての療養を診療報酬で給付することを原則とし、公的医療保険の給付範囲を縮小しないこと。また介護保険給付対象となっている医療系介護報酬は、医療保険に戻して医療保険で必要なサービスが受けられるよう、給付制限をなくすこと。当面、区分支給限度額の対象から医療系サービスを外すこと。

要求理由 要介護者の医療を保障する上から医療保険給付を優先すべきで、介護保険給付を優先する「要介護被保険者等については（診療報酬を）、算定しない。」とする告示を廃止すべきである。

[I - 11] 診療報酬の支払い方式は、個々の診療行為を個別評価した出来高払いを原則にすること。

要求理由 支払い方式は、患者の容態に適切に対応して医療提供が可能な出来高払いを徹底する必要がある。出来高払いは、医療行為ごとに報酬が設定され、それに給付した薬剤費や材料費との積算で報酬総額が決定される仕組みであり、患者の理解と納得が得やすい。

[I -12] 平均在院日数削減や機能分化のための強引な病床再編はやめ、患者の治療が十分に保障されるよう必要な病床を確保すること。

要求理由 国は2025年には22万床の病床増加が必要としているが、診療報酬改定による平均在院日数の短縮、在宅療養への移行、地域医療構想などを進めて、7対1看護病床を中心に現状比▲4万床（現状投影比▲26万床）の削減を計画している。既に、7対1看護病床削減の流れの中、DPC対象病院（2009～13年度）では、平均在院日数の短縮とともに治癒率が経年的に低下し、予期せぬ再入院（退院日より6週間以内）の比率が増えており、患者への負担のしわ寄せが危惧される。患者の高齢化や認知症の増加、医療の高度化などで業務量も増しており、安全・安心の医療を実現するために、人員・病床の拡充による看護の充実こそが必要である。また、急性期病床を機械的に削減していけば、2次救急医療を担う中小病院の疲弊などはじめ地域医療に取り返しのつかない悪影響を及ぼすことにもなる。

[I -13] 医師や歯科医師、看護職員、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士など、必要な医療従事者について適正な配置と質の確保ができるよう、国が責任を持って対策を講じること。

要求理由 医師や看護職員、管理栄養士などの配置が義務付けられながら、現場ではそれらの体制確保が困難である。必要な人員体制を整えられるよう対策を講じることが国の責任である。

II - 1 2016年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求

[II - 1 - (1)] 診療報酬は実施した医療行為を評価するものであり、入院・外来や施設内の垣根を越えて併算定禁止や定額払い化を行わないこと。

要求理由 2012年7月18日の中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会において、支払側から「治療経過が標準的な疾病の実態を調査したうえで、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いについて検討を進めるべきである。」を要望している。これは患者の個別の状態を無視した評価であり、治療は患者と医療者による選択肢を認め、個々の医療行為を正当に評価すべきである。

[II - 1 - (2)] 診療所や中小病院が地域医療で担っている役割を正当に評価するとともに、医師、歯科医師はじめ全ての医療従事者の技術を正当に評価するために診療報酬を引き上げること。

要求理由 地域の第一線医療を担う診療所や中小病院の基盤強化こそが大前提であるにも関わらず、政府は、ここ数回の改定で診療所等の診療報酬を引き下げ、小手先の対策を繰り返している。診療所や中小病院の役割を正当に評価し、その上でそれぞれの医療施設が機能できる診療報酬の引き上げを行うことが必要である。

また医師、歯科医師だけでなく、個々の医療行為にかかわった全ての医療従事者の技術と労働を正当に評価することが必要である。

[II - 1 - (3)] 全ての医療機関における初・再診料、入院基本料などの基本診療料を適正に評価し、引き上げること。基本診療料の実質的な引き下げにつながる基本診療料への特掲診療料や各種加算の包括化をしないこと。

要求理由 基本診療料は、文字どおり外来、入院医療における基本的医療行為に対する報酬であり、これらを適正評価し、引き上げることが必要である。現在の基本診療料に付随している各種加算点数や他の特掲診療料を基本診療料に包括し個別算定をできなくするような基本診療料の見直しは、診療報酬を引き下げ、医療経営を悪化させることにつながるため、行うべきではない。

[II - 1 - (4)] 医科、歯科、介護において、在宅医療における同一建物居住者への訪問診療に対して診療報酬上で規制を行わないこと。訪問看護・介護、また介護の利用者への施設紹介に伴う紹介業者に対しては規制を行うこと。

要求理由 2014年診療報酬改定において、一部報道における不適切事例を元に改定の論議が進められ、あたかもそれが医療・介護の提供側によるものであるかのような前提で整備が進められ、これらの事例を診療報酬によって規制したことで、真摯に在宅医療に取り組んでいる医療機関が打撃を受けた。また医療全体に対しては、中医協での議論も無いまま在宅医療の実態を調査する目的で、突然事務連絡で別紙様式14を示し、訪問患者の実態を出させようとするなど、大きな混乱が起きた。大阪府保険医協会が2014年2月に会員に対して行った緊急アンケート調査では、20%もの医療機関が診療継続を「取りやめ」「縮小」を対応するとし、困難であると回答している。

一方で、患者・利用者を紹介させた側については何の対策も取られていない。本来はこのようなビジネスを行う側を規制させるべきであり、医療提供側に対しては診療報酬による規制ではなく、個々の事例で行政指導等の規制を行うべきである。

[Ⅱ - 1 - (5)] 安全管理等施設・設備の維持・管理、更新、再生産費用等の医療施設のコストを保障し、全ての医療施設で患者に求められた医療を常に提供できるように保障すること。

要求理由 安全で良質な医療を常に提供するためには、日常的な医療安全管理や院内感染対策、また震災等の自然災害でも医療機能が確保できるなど、施設、設備の維持が欠かせない。2014年10月には消防法施行令が改正され、スプリンクラー設置は平成37年6月30日までの経過措置が設けられているが、そのような猶予期間があっても経営が厳しい以上、設置を行うことは困難である。これらコストを診療報酬で経済保障する必要がある。

[Ⅱ - 1 - (6)] 安全性、有効性が確立した医療技術・医療機器・医療材料については適正に評価して速やかに保険導入すること。

要求理由 必要で十分な医療が受けられるためにも、安全性と有効性が確立した医療技術や医療機器、医療材料を速やかに保険導入するとともに、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価し、購入価格と保険給付基準の「逆ざや」をなくすなど、多くの医療機関で活用できるようにする必要がある。

[Ⅱ - 1 - (7)] 施設基準は、人員、設備等の規定を設けなければ医療提供に支障をきたすものに限定すること。医療機能評価、選定療養の実施等を施設基準の要件としないこと。

要求理由 施設基準は、定めないと安全性や水準が保持できないなど医療提供に支障をきたす場合に限定すべきものである。しかし現状は、厳しい施設基準のため届出医療機関が限定され、地域間格差や医療機関格差を生じさせるなどの問題を引き起こしている。

[Ⅱ - 1 - (8)] 人員配置の「常勤」要件について

育児・介護休業法によって労働時間の短縮が行われている職員及び短時間正職員である常勤者は施設基準上の常勤として扱うこと。

要求理由 介護報酬において、育児・介護休業法によって所定労働時間の短縮措置が行われている3歳未満児を養育する従業者は、当該事業所の所定労働時間に満たない場合であっても利用者の処遇に支障がない体制が整っている場合は、例外的に1週間の所定労働時間が30時間であれば常勤として取り扱うこととなった。診療報酬の施設基準においても、同様の取り扱いとするべきである。

また、短時間正職員制度を導入している保険医療機関において、常勤者として雇用されている者について、診療報酬の施設基準においても、常勤者として取り扱うとするべきである。

[Ⅱ - 1 - (9)] 文書による情報提供が必要な場合の情報提供料を別途評価し、診療報酬算定要件にしないこと。

要求理由 医科、歯科問わず医学管理の診療報酬算定要件に、患者への文書による情報提供が義務付けられている。しかし文書作成に時間が割かれ、診療活動に支障をきたしている。文書による情報提供を一律に算定要件に組み込むのではなく、主治医が必要と判断した場合に情報提供料として指導・管理料とは別に個別評価すべきである。

[II - 1 - (10)] 診療情報提供料について、同一月に、同一医療機関の異なる診療科の医師に文書を添えて患者を紹介した場合に、紹介した診療科毎に診療情報提供料の算定を認めること。また紹介先医療機関が予め特定されていない場合でも算定できる(III)を新設し、紹介元・紹介先医療機関を限定した加算点数は要件を緩和すること。

要求理由 診療科毎に異なる医師が勤務する医療機関に対して、複数科に患者を紹介する場合、情報提供書はそれぞれ診療科毎に作成しなければならないが、同一医療機関毎に月1回算定という取扱いは不合理である。

また、患者が県外に転居するなどのケースでは、紹介先医療機関を特定することは事実上困難である。通常で紹介と同様に診療状況を示す文書を患者に交付しているにもかかわらず、紹介先医療機関を特定できないことだけを理由に診療情報提供料（I）の算定が認められないのは不合理である。

加えて、在宅医療に係る医科歯科連携を評価した「歯科医療機関連携加算」は在支診又は在宅医療から歯援診へ情報提供した場合に限定されている。在宅医療に必要な医療を提供するという点では紹介元・紹介先の施設基準は限定されるべきではない。

[II - 1 - (11)] 2012年4月診療分より、電子レセプト請求に義務付けられた算定日記録については、撤回すること。

要求理由 算定日を記載することはレセプトが「所見のないカルテ」になることを意味している。「所見のないカルテ」であるがゆえに、審査において医療の個別性を無視した疑義が持たれ、医療現場においては今よりさらに大きな混乱がもたらされる。この「診療行為年月日の記載」による行き過ぎた監視は医療現場に委縮診療を招き、治療内容の回数や日数を縛ることにより、患者が受ける治療に制限が加わることとなる。

[II - 1 - (12)] 保険医療機関及び保険医療養担当規則「改正」を行う場合は、関係者との意見調整も含め十分な時間と労力をかけ、徹底した論議を尽くして行うこと。

要求理由 保険医療機関及び保険医療養担当規則（「療養担当規則」）は、保険診療を行う上で重要な規範である。保険診療にとって重要な「療養担当規則」の改正を行う場合には、十分な時間と労力をかけて関係者との意見調整、徹底した論議を尽くして行う必要がある。

[II - 1 - (13)] 領収証や診療明細書に記載された「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています」の文言を削除すること。

要求理由 医療費は消費税法上非課税であることを前提に、これまで政府、厚生労働省でも議論されてきたにも関わらず2014年改定で追加された。これでは非課税であることと矛盾し、医療現場では患者に説明することも困難である。

[Ⅱ - 1 - (14)] 中医協の公聴会を地方ブロック毎に行うなど多くの住民、患者、医療関係者の意見が改定に反映されるようにすること。1ヶ月以上の猶予を設けて意見を求めるとともに、寄せられた意見については応募者等に取捨について理由を付して答えること。診療報酬改定を国会審議に付すこと。

要求理由 中医協の地方公聴会を地方ブロックで開くなどより多くの国民が参加できるようにすることとともに、パブリックコメントを求める期間を1ヶ月以上設ける必要がある。また診療報酬改定は健康保険法の療養の給付を具体化する役割を担っていることを鑑みれば国会審議に付すことは必然である。

[Ⅱ - 1 - (15)] 改定が円滑に実施できるよう、告示から実施までの周知期間を少なくとも2ヶ月以上設けること。また改定内容についての解釈の疑義を生じさせて医療現場に混乱をもたらすことのないよう、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」（通知）についても、周知期間同様の措置を講じること。

要求理由 2014年改定では、医療機関への改定内容の周知が不十分なまま、4月から新点数が実施され、疑義解釈が頻発し患者に不利益をもたらし、医療現場を混乱に陥れた。適正な保険診療の円滑な運用に支障をきたす事態を招かないよう少なくとも実施まで2ヶ月以上の周知期間を設けるとともに、解釈の疑義を生じさせないよう改定内容を周知することが必要である。

[Ⅱ - 1 - (16)] 診療報酬改定に伴うコンピュータソフトの更新や点数改定に関する講習会・書籍購入等の費用を公費で助成すること。

要求理由 診療報酬改定や介護報酬改定の実施に伴って、コンピュータソフトの更新や点数改定内容に習熟するために開催される講習会への出席、書籍購入等、多くの費用がかかっている。これらの費用は公的医療保険や公的介護保険サービスを提供するために必要不可欠であり、その費用については公費で助成すべきである。

[Ⅱ - 1 - (17)] レセプト電子請求義務化を撤回すること。記載要領通知に規定した標準病名での保険請求の取り扱いを撤回すること。

要求理由 電子請求義務化に対応できなければ、廃業せざるを得ない。かかりつけ医療機関の廃業は地域住民に深刻な影響を与える。これは行き過ぎたIT政策である。レセプト電子請求の義務化は保険医療機関の診療報酬請求権の侵害であり、明らかな憲法違反である。また、傷病名の標準化は、審査の効率化には寄与しても、医師の事務作業に混乱をもたらすだけである。医療に専念できるように、標準病名での保険請求の取扱いは撤回すべきである。

以上

II - 2 2016年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求

(1) はじめに

2014年改定では、「社会保障・税一体改革」に基づき社会保障制度改革国民会議報告書で示された「病院完結型から地域完結型の医療への転換」に向けて、医療費抑制を目的とする医療提供体制「改革」の具体化が行われた。そして、2025年に向けた病床削減方針の下、「川上から川下へ」の強引な政策誘導と受け皿としての地域包括ケアの構築が進められた。

入院医療では7対1入院基本料の要件厳格化、入院料等への退院患者割合・在宅復帰率の基準の新設や特定除外制度の廃止等が行われ、外来医療でも大病院における外来機能の縮小に向けた低紹介率初診料・低紹介率外来診療料の基準の厳格化や、国が推進する地域包括ケアの中でゲートキーパー機能を担うとされる「かかりつけ医」の普及に向けた包括点数の新設等、機能分化の推進を名目に患者を強引に入院から押し出す構図が打ち出された。

また、病院・施設からの退院患者の受け皿としてこれまで充実が図られてきた在宅医療においても、2014年改定では不適切事例の是正を理由にした在宅医療機関への締め付けが実行され、それを梃子に外来と在宅の切り分けが進められようとしている。

この改定により、同一建物居住者における訪問診療料の半減、在宅時医学総合管理料等の大幅減算、在宅療養支援診療所の実績要件の強化、訪問診療の対象患者の絞り込みを狙った別紙様式14「訪問診療に係る記録書」等が導入され、14年改定後に医療機関や施設の負担が増大している状況が、協会・保団連の取組みで明らかとなっている。さらに、厚労省が2014年改定結果検証を目的とした『同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査（H26年度調査）』の結果速報を発表し、その中でも同様の影響が出ていることが読み取れる。しかし、厚労省は医療現場の負担増の実態には目もくれず、中医協として「14年改定前後で医療現場への影響はほぼ見られず、必要な医療は概ね確保されている」と結論付けた。「(従来の診療報酬については) 沢山の人が参入するように、寛大な報酬を設定してきた」との厚労省担当官の発言に係る報道等からも分かる通り、今後も在宅医療「適正化」の検討を進める方針であることは想像に難くない。

このまま医療費抑制を第一義的な目的とする医療制度「改革」に基づく診療報酬の改悪を許し続ければ、患者が介護保険を中心とする安上がりな地域包括ケアの枠組みに落とし込まれ、必要な入院・在宅・外来医療を制限されるだけでなく、国の政策に従わない医療機関の淘汰や医療機関間の格差拡大も現実のものとなりかねない。保団連は、患者・国民の立場からこれ以上の制度改悪を許さず、国民皆保険制度の拡充を前提とした真に持続可能な社会保障制度を目指して、引き続き医療改善運動を強力に推進していく。

以上の点を踏まえ、2014年までの診療報酬改定によって生じた医療現場の不合理な問題を解消し、より安心・安全な医療を実現すべく、下記の通り診療報酬の改善を強く要求するものである。

(2) 外来・入院共通

[II - 2 - (1)] 入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回すること。

要求理由 入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を30%あるいは70%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等を算定できない取扱いとされている。これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減（減額）するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、断じて容認できない。従って、以下の点を要求する。

① 入院料の減額は行わないこと。

要求理由 療養病棟など包括点数算定の場合であっても、「専門外」は存在する。「専門外」であるとの理由があれば、入院側がいずれの種別の入院料を算定していても、他医療機関受診を認め、入院料の減額を行わないこと。「専門外」の判断は主治医が責任を持って行うこととし、審査等の場面において疑義が生じた場合には、主治医の意見を必ず聴取した上で、医学的見地に基づき行われるものとする。

② 外来側の算定制限を設けないこと。

要求理由 入院側がいずれの種別の入院料を算定していても（DPC病棟入院中の患者であったとしても）、外来側医療機関は全額、自院で診療報酬が請求できるようにすること。

③ 診療情報提供料の算定を双方に認めてさらなる連携を促すこと。

要求理由 医療内容の重複を避けるため、他医療機関受診に際しては、診療情報提供書の発行を義務付けるとともに、入院側・外来側双方でその算定を認めること。患者が入院中であるか否かは、当該診療情報提供書により確認する方法を継続させること。

④ 医療機関に非のない外来受診については、医療機関側に責任を負わせないこと。

要求理由 入院医療機関の許可なしに患者や家族が外来受診した場合（いわゆる「勝手受診」）については、医療内容に重複があったとしても、その責は保険者が負うものとし、入院側・外来側いずれからも減点を行わず、医療機関側に責任を負わせない仕組みとすること。

⑤ 保険診療の制度上に歪みのある「合議精算」の規定を廃止し、それぞれの医療機関で実施する行為を評価として認めること。

要求理由 合議精算の規定は他医療機関受診規制から始まったものではなく、これまでに検査紹介、在宅がん医療総合診療料における「ターミナルケア」遠隔画像診断における「画像診断管理加算」など、様々な局面で、医療機関の連携促進や包括評価の点数から発生した現場との矛盾を解消する手段として無理やり行われている。厚生労働省としては患者単位で全身疾患の総

合管理を理想としているが、病床の機能分化などで医療連携はますます進んでいく。そうであるにも関わらず、合議精算で点数表に辻褄を合わせようというのは不合理であり、個別の医療機関の行為を正当に評価すべきである。

そもそも「療養の給付に関する費用の支払い」は健康保険法第76条において保険者と保険医療機関との間の「契約事項」とされており、保険医療機関間で費用精算することは、健康保険法の趣旨（療養の給付を担当した保険医療機関が療養の給付に関する費用の請求を保険者に行う）からしても大いに問題である。入院患者が他医療機関を受診した際の費用について「合議によって精算する」という取扱いは1996年改定時にも突然示されたが、診療現場の猛反発により凍結・廃止となったものである。2012年改定時も「入院患者の他医受診」に係る根本問題を解決しないまま、突然、しかも「事務連絡」レベルで導入されたことは問題であり、明確な法的根拠もなく、「合議による精算」の取り扱いが次々に拡大していくことになれば、現物給付の原則、ひいては保険診療の崩壊にもつながるゆゆしき事態である。

(3) 外来

【初診料・再診料】

【II - 2 - (2)】 初診料 (A000)、再診料 (A001)、外来管理加算

- ① 初・再診料への包括評価の拡大を行わず、適正に点数を引き上げること。また、二科目再診料についても同様に点数を引き上げること。

要求理由 2014年診療報酬改定において、消費税増税対応分として初・再診料の引き上げが実施されたが、これは本来の点数引き上げとは全く異なる措置である。損税補填がされているかどうかさえ不明であり、医療機関経営の総体で見れば、何ら経営改善に資するものではない。

そもそも、初・再診料には「簡単な検査、処置等の費用や、診察にあたって基本的な医療の提供に必要な人件費（人的コスト）、設備、光熱費、施設整備費等（物的コスト）が含まれる」と定義されている（2010年9月29日中医協総会資料）が、現行点数ではこれらを適正に評価しているとは言い難く、点数設定の根拠自体が不明瞭であると言わざるを得ない。

2012年7月に実施し、12月2日付で取りまとめた保団連医科再診料アンケートの結果によれば、1月当たりの再診料収入に対し「看護師及び医療事務員の給与総額」のみを比較したところ、外来管理加算を考慮しても、なお算定1回当たり6点以上の不足が明らかとなり、患者の病態診断や治療方針の策定等に係る医師の技術料は全く評価されていないことが明らかとなった。水光熱費や備品代、建物に係るコスト等も含めて検討すれば、その不足額はさらに大きなものとなる。崩壊寸前の地域医療を立て直し、また各地の開業保険医が誇りを持って地域医療を担当できるよう国の責任で実態調査を行い、現場で実際にかかっているコストを算出した上で、明確な根拠に基づいて適正に点数を引き上げるべきである。

また、再診料の引き上げに応じて、二科目再診料も適正に増点するべきである。

- ② 地域でかかりつけ医機能を発揮している医療機関の外来機能を担保するため、外来管理加算の点数を大幅に引き上げるとともに、次の項目について実現すること。
- ア 労災診療費の算定基準にならい、外来管理加算よりも低い点数の処置を実施した場合は「再診料＋外来管理加算＋当該処置点数」を算定する方式とすること。

イ 検査等を実施した場合の算定制限を撤廃し、外来管理加算を算定できるようにすること。

要求理由 外来管理加算は、処置等を実施することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を評価する目的で作られた「内科再診料」がもとになっており、その後、名称変更等がされて現在の点数になった経緯がある。

同加算は、外来において慢性疼痛疾患管理、リハビリ、処置や手術等を行わずに計画的な医学管理を実施した場合の、所謂再診時の問診・身体診察・症状の再確認・療養上の注意点等の懇切丁寧な説明等の診療行為を評価したものである。

現行の規定では▽外来管理加算よりも低い点数の処置等を行った場合、それらを行わなかった場合よりも低い点数になる、▽計画的な医学管理を行うためには検査等の実施は不可欠であるにもかかわらず、多くの生体検査等の検査項目について外来管理加算を併算定できない——等の算定要件上の矛盾が生じており、現場からは解決を求める多くの声が寄せられている。また、丁寧な問診や詳細な身体診察等の内科的指導と併せて、必要な外科的処置も行った場合に外来管理加算が算定できない不合理も生じており、現行の要件では医師の診療に係る技術を適正に評価しているとは言い難い。外来管理加算の位置づけを明確にし、算定を拡大するために、上述の矛盾の解消と点数の大幅な引き上げを行うべきである。

〔Ⅱ - 2 - (3)〕 低妥結率初・再診料、低妥結率外来診療料

「許可病床200床以上の病院において、毎年4月1日から9月末日までの医薬品卸売販売業者との納入価妥結率が金額ベースで50%を超えない場合に初診料、再診料、外来診療料を大幅に減算する」という規定を撤回すること。

要求理由 ①そもそも健康保険法に基づく医科診療報酬点数表とは根拠法が異なる民間の医薬品価格交渉の問題を点数評価に持ち込むのは前代未聞である、②医療機関にのみペナルティをかける等、民間取引への明らかな公的介入であり、優越的地位のない民間事業者に対して公的に「介入」することは独占禁止法違反の疑いがある、③流通薬価の形成に競争原理が働かない結果として、薬価高騰をもたらし限りある医療費資源を費消することになる。中医協総会（2013年12月25日）においても「卸側が法外な高額維持を提示したまま譲らないという可能性もあるため、きちんとした仕組みを作った上で具体的に提示すべき」との意見が出されていた。「過度に利潤を求める大型調剤チェーン」への対応は別に行うべきであり、保険医療機関に影響を及ぼす減算規定は撤回すべきである。

【医学管理等】

〔Ⅱ - 2 - (4)〕 医学管理等の算定制限

① 医学管理等の算定制限は、全て自院による取扱いであることを明示し、他医療機関との併算定を禁止しないこと。

要求理由 専門的な指導や管理を評価した医学管理等について、他医療機関との併算定を禁止すれば、患者が必要な専門的治療を受けられなくなる。これは患者の立場から見ても絶対に容認できない。

② 特定疾患療養管理料をはじめとする医学管理の点数において、告示・通知で規定されている「退院の日から1カ月以内に行った管理の費用は入院基本料に含まれる」と

する規定を廃止すること。特に、当該算定制限を他院での入院にも適用するのは不合理であり、絶対に止めること。

例) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

要求理由 入退院を繰り返す患者に対して当該管理料の算定が制限される事態が続けば、いずれ外来での慢性疾患の管理に支障を来たしかねない。地域におけるかかりつけ医機能を正當に評価するためにも、慢性疾患を抱える患者の受療権を尊重するためにも、告示・通知上からこの規定を削除すべきである。

[II - 2 - (5)] 特定疾患療養管理料 (B000)

① 特定疾患療養管理料 (225点・月2回まで) の算定方法を、月1回450点とすること。

要求理由 慢性疾患を抱える患者への長期投薬の増加に伴い、特に内科系医療機関では診療実日数が2日を下回ってきている状況の下で、現行の点数設定では月1回225点しか算定できないケースが増加している。これでは、慢性疾患を長期にわたり管理している医師の裁量権が適切に評価されているとは言い難い。月1回で、現行の2回分の点数を算定できるようにすべきである。

② 特定疾患療養管理料の対象疾患については、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要するすべての疾患 (婦人科の慢性疾患、整形外科や泌尿器科等含む) に対象を拡大すること。

要求理由 婦人科系疾患においても医師による計画的な療養上の管理及び指導が重要であり、特定疾患療養管理料の対象疾患に加えて指導管理の評価を行うべきである。また、日本における疾病構造が感染症中心から生活習慣病等の慢性疾患中心へと変化してきている状況下において、疾病の重症化を未然に防ぐ観点からも、整形外科やその他の診療科における疾患を追加すべきである。

例) 心筋症、房室ブロック、心臓弁膜症、低血圧症、高尿酸血症、緑内障、網膜剥離、アルコール依存症、非定型抗酸菌症、塵肺症、貧血 (悪性、鉄欠乏性)、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性肝炎 (非ウイルス性)、肝硬変症、逆流性食道炎、ビュルガー病 (バージャー病)、血栓性静脈炎、前立腺肥大症、神経因性膀胱 (過活動性膀胱)、再発性尿路結石、性腺機能不全、婦人科内分泌障害 (過多月経や月経困難症等)、更年期障害、子宮頸部異形成上皮あるいは子宮頸部 HPV (ハイリスク) 感染症、卵巣機能不全、妊娠合併症、不妊症、骨粗鬆症、変形性膝関節症、高齢者の胸・腰椎圧迫骨折、関節リウマチ、過敏性腸症候群、慢性便秘症、脱出性内痔核、痔瘻、脱肛、痛風、認知症、パーキンソン病、不眠症

③ 許可病床数100床未満の病院「147点」及び許可病床数100床以上200床未満の病院「87点」を、診療所と同様に「225点 (月1回算定であれば450点)」に引き上げること。

要求理由 地域医療を担う病院 (200床未満) の外来機能を保障する観点から、病院の点数を診療所と同じ225点 (月1回なら450点) まで引き上げるべきである。

[Ⅱ - 2 - (6)] 難病外来指導管理料 (B001-7)

難病外来指導管理料 (270点) の点数を450点まで引き上げるか、或いは「月1回」の算定制限を撤廃して月2回 (計540点) 算定できるようにすること。

要求理由 難病の指導には高度な知識が求められるため、現行の点数では評価が低過ぎる。また、難病法の施行に伴い、対象疾患も順次拡大すべきである。

[Ⅱ - 2 - (7)] 小児科外来診療料 (B001-2)

① 小児科外来診療料の点数を引き上げるとともに、診療情報提供料や高額な「検査、処置、投薬、注射」の費用は、別途算定できるようにすること。

要求理由 2014年改定において、パリビズマブ製剤 (商品名: シナジス) を投与している患者、及び他医療機関で在宅療養指導管理料が算定されている患者について、それぞれ出来高算定が認められたことは評価できる。しかし、依然として診療情報提供料や、その他の高額な検査、処置、投薬、注射の費用については別途算定ができない取扱いだが、これは不合理であり改善が必要である。診療情報提供については診診・病診連携の促進を図るものであり、別途算定を可能とすることで地域医療充実に資するものである。保団連は原則出来高払いを強く要求しているが、現行の診療報酬点数表の枠内では、当該要求に基づく改善も併せて実施することが必要だと考える。

② 在宅で療養する3歳未満の小児患者については、出来高算定を認めること。

要求理由 NICU から在宅への移行が政策的に実施される中、小児科外来診療料を届け出ている医療機関では、在宅で療養する難病等の状態にある小児に対して定期的な訪問が必要であっても、何らかの在宅療養指導管理料を算定していない場合、在宅患者訪問診療料・在宅時医学総合管理料の算定は認められず小児科外来診療料に包括されてしまうため、大変不合理である。在宅で療養する3歳未満の小児患者については、訪問診療を行う場合は在宅療養指導管理料の算定の有無に係らず、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料、その他出来高算定を認めるべきである。

[Ⅱ - 2 - (8)] 臍ヘルニア圧迫指導管理料 (B001-8)

臍ヘルニア圧迫指導管理料について、B001 - 2小児科外来診療料との併算定を認めること。

要求理由 臍ヘルニア圧迫指導管理料の対象となっている1歳未満を主に診療する小児科においては小児科外来診療料を算定するケースがほとんどであり、小児科外来診療料を算定している場合であっても当管理料の算定を認めるべきである。

[Ⅱ - 2 - (9)] 認知症専門診断管理料 (B005-7)

認知症疾患医療センターに準ずる専門的な認知症医療を行う医療機関でも、認知症専門診断管理料を算定できるようにすること。

要求理由 認知症に係る早期の鑑別診断等を担う認知症疾患医療センターの整備について、厚労省がオレンジプラン (認知症施策推進5か年計画: H24 ~ 29年度) の中で最終的に目標としている全国500機関の設置に対して、現状では半分程度しか整備が進んでいない。このような状況

の下で、同管理料の算定をセンターに限定することは、各地の認知症患者に対し必要な認知症専門医療を十分に提供できなくなることを意味する。また、そもそも二次医療圏に1箇所の設置では患者が通院不可能なケースが出てくることも想定される。したがって、当面の間は2012年4月改定以前のように「センターに準ずる専門的な認知症医療を行う医療機関」でも同管理料を算定できるようにすべきである。ただし、認知症疾患医療センターの設置を充実させるのが本筋であることは言うまでもない。

〔II - 2 - (10)〕 認知症療養指導料（B005-7-2）

認知症疾患医療センターに準ずる専門的な認知症医療を行う医療機関と連携した場合も、連携医療機関側で認知症療養指導料を算定できるようにすること。

要求理由 各都道府県・地域で認知症疾患医療センターの整備が進んでいない現状において、連携先を認知症疾患医療センターに限定することは、連携医療機関が患者に対して必要な認知症専門医療を十分に提供できなくなることを意味するものであり、逆に地域の認知症専門医療を後退させる危険性がある。したがって、2012年4月改定以前のように「センターに準ずる専門的な認知症医療を行う医療機関」と連携した場合でも、認知症療養指導料を算定できるようにすべきである。

〔II - 2 - (11)〕 耳鼻咽喉科に係る指導管理料の新設

中等度難聴の患者に対する指導管理を実施した場合の点数として、中等度難聴管理料を新設すること。

要求理由 日本耳鼻咽喉科学会から要望が出されており、点数を新設すべきである。

〔II - 2 - (12)〕 アレルゲン免疫療法に係る指導管理料の新設

皮下及び舌下免疫療法における指導管理料を新設すること。

要求理由 2014年10月にスギ花粉症に対する舌下免疫療法薬「シダトレンスギ花粉舌下液」が発売された。ダニアレルギー疾患に対する皮下・舌下免疫療法薬についても、2015年3月26日に舌下薬「アシテアダニ舌下錠」が、4月21日に皮下注製剤「治療用ダニアレルゲンエキス皮下注トリイ」が発売された。

アレルゲン免疫療法（減感作療法）は、アレルゲンを低濃度から徐々に濃度を上げて3～5年間にわたって投与することで免疫寛容を起し、アレルギー疾患の症状軽減や根治を図る治療法であり、指導管理を要する。

〔II - 2 - (13)〕 皮膚科特定疾患指導管理料（B001・8）

① アトピー性皮膚炎を皮膚科特定疾患指導管理料（II）から（I）へ移行させ、アトピー性皮膚炎における16歳以上の要件を撤廃すること。

要求理由 アトピー性皮膚炎は患者の精神的苦痛がむしろ尋常性乾癬よりも強く、全身性の合併症が少ないとはいえ、長期に渡りきめ細やかな外来指導、生活指導が必要である。何より、メンタルクリニック並みのストレス管理を必要とされる患者が少なからず存在する。また、「16歳以上」という括りに関する医学的根拠も不明であり、小中校生世代にも対象患者の拡大が必要である。

② ざ瘡（にきび）を皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）の対象疾患とすること。

要求理由 ざ瘡（にきび）は、長期に渡り外観上精神的苦痛が大きく、患者満足度の低い疾患であり、外来診療に時間をかける症例も多いため、対象疾患に加えるべきである。

【在宅医療】

[Ⅱ - 2 - (14)] 第2部<通則>「第1節在宅患者診療・指導料」について
訪問診療または往診と訪問看護・訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

要求理由

1. 訪問看護は主治医の医学的判断に基づき、専門職を訪問させて必要な医療上のケアを行わせることを評価した点数項目である。訪問診療・往診と同時に行われるのでない限り、同一日であっても別途算定できるようにする必要がある。
2. 末期の悪性腫瘍や急性増悪等、患者の状態によって訪問診療あるいは往診の後で訪問看護を行うことが必要になるが、このような場合に訪問看護の費用が算定できないのであれば、重症患者の在宅医療は成り立たないということである。
3. 訪問診療または往診を行う保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる訪問看護の同一日算定を否定しているが、このような非現実的な取扱いは改める必要がある。

[Ⅱ - 2 - (15)] 在宅療養支援診療所等の施設基準

① 在宅療養支援診療所・支援病院の実績要件から「看取り」を撤廃すること。

要求理由 患者・家族のニーズに応じて真摯に在宅医療に取り組む保険医は、支援診療所に実績要件が課される以前から、当然、必要に応じて患者の看取りを行ってきた。「患者の看取り数（死亡数）」を実績要件として施設基準を満たすことに対し、現場の多くの医師が苦い思いを抱いている。「看取り」については、全ての支援診療所等の要件から撤廃すべきである。

② 強化型（連携型）について連携医療機関毎に実績要件を課すことはやめ、2014年改定前の取扱いに戻すこと。また、実績期間についても、年度単位でカウントする方法にあらためること。

要求理由 連携型における医療機関毎の実績要件の導入は、グループ内で看取り・緊急往診・病床確保等の各機能を分担して質の高い在宅医療を提供してきた現場の努力を無視したものであり、これまでの国による在宅医療推進の方向性とも矛盾している。地域で真摯に在宅医療に取り組む医療機関が不利益を被ることは許されない。強化型支援診療所（単独型・連携型）の施設基準は改定以前に戻すべきである。

なお、厚労省から9月5日付厚労省事務連絡「疑義解釈について（その9）」で連携グループ（強化型）の施設基準の取扱いに係る緩和策が示されたが、根本的な解決にはなっていない。少なくとも病床を有する医療機関については「緊急時の病床確保」が連携内での主要な役割である点を十分に踏まえ、看取り2件・緊急往診4件の実績要件は外すべきである。

また、実績期間についても毎月スライドして満たさなければならないカウント方法は非常に煩雑であり、現場に負担をかけている。例えば、年度単位でカウントする等の変更を行うべきである。

〔II - 2 - (16)〕 緊急往診加算、夜間加算、深夜加算（C000往診料の加算）

往診料の緊急往診加算・夜間加算・深夜加算について、「従来型支援診と連携する医療機関の取扱い」を復活させること。

要求理由 往診料の緊急往診加算等については、前回2012年改定において、告示から「若しくはその連携保険医療機関」の文言が削除されたため、従来型の在宅療養支援診療所と連携する支援診以外の医療機関が、支援診の医師の指示により緊急往診を行っても、緊急往診加算等について支援診の点数が算定できない取扱いとなっている。強化型ではないという理由で在宅医療に取り組んでいる医療機関の評価が引き下げられるのは不当であり、従前通り、従来型支援診と連携する支援診以外の医療機関も支援診の点数を算定可能にすべきである。

〔II - 2 - (17)〕 在宅患者訪問診療料（C001）

① 同一建物居住者のレセプトへの別紙様式14の添付又は摘要欄記載を廃止すること。

要求理由 レセプトへの記載内容は、当然、保険請求に係る項目に限定される。保険医が健康保険法や療担規則を踏まえて、医科診療報酬点数表に基づき「療養の給付」を行った対価として診療報酬請求を行うためのものであり、それ以外の情報を記入する義務はない。別紙様式14の中で「要介護度」といった介護保険に係る項目を記載させること自体、法律の範囲を逸脱した取扱いであり到底容認できない。9月5日事務連絡を発出するに当たっての厚労省保険局医療課の努力は理解するが、やはり別紙様式14は即時完全撤廃すべきである。

② 訪問診療の制限に繋がるデータ収集は絶対に行わないこと。在宅医療においても患者の個別性を十分に踏まえるべきであり、国の恣意的判断で変更可能な要介護度等の基準を以って、訪問診療の対象患者を区切ることは絶対に行わないこと。

要求理由 現場からは「要介護度3以下・認知症日常生活自立度3以下の患者でも精神疾患を有する患者であれば、訪問診療が必要な理由は明確に存在する」との声が寄せられており、要介護度等が3以下の場合にのみ「訪問診療を行う理由」を書かせる取扱いの意図が全く不明である。仮に、将来的に訪問診療の対象患者の制限を実行するための基準作りを目的としているのであれば、保団連として絶対に容認することはできない。

そもそも一部の不適切事例を口実として在宅医療全体に制限を加えるような方法は絶対に行うべきではない。国は、地域で懸命に在宅医療を担っている保険医のモチベーションを低下させ、患者の受療権を侵害することに繋がりかねない別紙様式14によるデータ集約等は断念し、当該様式を完全撤廃するとともに、訪問診療の対象患者の強引な絞込みは絶対に行うべきではない。

③ 同一建物居住者等の概念の導入によって、各地域で患者のために献身的に在宅医療を行っている医師の技術料が不当に低く評価される、という不合理が更に拡大している。この不合理な状況を改善するために、「同一建物」の概念の中から「各地域で一般市民が居住しているマンションやアパート」を除外し、地域医療に貢献している医師の技術料を正当に833点で評価すること。

要求理由 各地域で真面目に患者を診療している医師の技術料に一物二価（三価）の概念が持ち込まれ、不当に低く評価されている。そこで、「同一建物」の概念から「各地域で一般市民が居

住しているマンションやアパート」を除外することにより、たまたま連続して訪問診療を実施した場合にまで各200点になってしまう不合理を是正すべきである。地域医療を守るために日々尽力している医師の技術料については、絶対に、正当な評価がされるべきである。ただし、サ高住にも該当しないような無認可マンション等については、訪問診療に係る悪質なビジネスを許さないためにも、別途対策を講じるべきである。

④ 1人の患者を診療科の異なる複数の医師で管理する場合、双方で訪問診療料の算定を認めること。

要求理由 外来通院している患者は、疾病の状態によって複数の医療機関を受診し、それぞれ専門的な治療が受けられる。同様に、在宅でも複数の診療科からの訪問診療が認められなければ患者に対する質の高い医療の提供が困難になる。また、医師の技術料の観点から言えば、在宅主治医から他医療機関に訪問リハビリを要請する場合、当該他医療機関の医師がリハビリ指示の前に実施した訪問診療の費用が査定される不合理が生じている。これでは、リハビリ指示を行う医師の訪問診療は完全にボランティアになってしまい、医師の技術料が全く認められないことになる。これらの問題は、円滑に地域の在宅医療を進める上でも大きな障害となることから、上記要求の通りに改定を行い、不合理を解消すべきである。

⑤ 在宅療養支援診療所以外の訪問診療料について、往診翌日の算定を認めること。

要求理由 往診翌日の在宅患者訪問診療料の算定制限は、在宅医療の円滑な実施を困難にするものであり、在宅療養支援診療所以外の医療機関についても改善すべきである。

⑥ かかりつけ（訪問診療を受ける前に通院していた）医院からの訪問診療等については、16キロ制限の例外として認めること。

要求理由 訪問診療等は、保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロ以内とされており、現状では最寄りの医院が16キロを超える場合等の特別な事情がある場合のみ例外が認められている。しかし、患者が通っていたかかりつけの医院に病気や障害で通えなくなった時に、その医院から患者宅に訪問することは、医療の継続性から必要なことである。かかりつけの医院が行う訪問診療等については例外規定として認めるべきである。

⑦ 特別養護老人ホーム入所者（短期入所生活介護を含む）に対する在宅患者訪問診療料の対象を下記の場合にも拡大すること。

ア 週3回の訪問回数制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者

イ 急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者

要求理由 現在は末期の悪性腫瘍の患者及び死亡日から遡って30日以内に行われたものに限定されているが、少なくともア、イの患者については、通常健康管理とは別に訪問診療計画に基づく管理が必要であり、対象患者に追加すべきである。

⑧ 在宅ターミナルケア加算及び看取り加算を適正に引き上げること。

要求理由 2012年改定において、在宅ターミナルケア加算に含まれていた看取りの評価を分割し、在宅ターミナルケア加算と看取り加算に再編されたが、支援診・支援病において両加算を算定する場合に点数が引き下げられている。今後ますます在宅医療が重視される中、看取りに関する点数を正當に評価するべきである。

⑨ 特養入所者に対する医療保険の在宅ターミナルケア加算及び看取り加算と、介護保険の看取り介護加算の双方の算定を認めること。

要求理由 特別養護老人ホーム入所者に対する在宅ターミナルケア加算及び看取り加算については、特別養護老人ホームで介護保険の看取り介護加算が算定されている場合は算定できない。国は「看取り」期における対応を重視しているため、双方が評価されてしかるべきである。

〔II - 2 - (18)〕 同一建物居住者に係る大幅減算の撤回

同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の大幅な引き下げを撤回すること。

要求理由 訪問診療は、患者に対する治療だけでなく、在宅における患者の療養環境の確認や家族介護の状況把握なども行う必要があり、今回の引き下げはこうした行為を全く無視したものである。改定前の同一建物居住者減算でさえ低い評価であり、むしろ点数を引き上げるべきであった。特に特定施設入居者以外の同一建物居住者に対する訪問診療は同一患者二人目の場合の算定（再診料＋外来管理加算＋その他加算）よりも低い103点で、これでは訪問診療を継続することはできない。また、在医総管（特医総管）は、かかりつけ医機能の推進や在宅療養促進のため、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成して管理していくための点数であり、同一建物居住者であっても「療養の給付」の内容に差異はない。これら管理料に同一建物居住者の区分を設定すること自体が不合理である。このような改定は患者から訪問診療を受ける権利を奪うことになりかねない。同一建物居住者に対する減算を直ちに撤回し、在医総管（特医総管）に新設された同一建物居住者の点数区分を廃止すべきである。

〔II - 2 - (19)〕 在宅時医学総合管理料等（C002）

① 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を一本化し、「同一建物居住者」と「同一建物居住者以外」の点数区分を廃止すること。また、投薬の費用の包括をやめ、処方せんの交付の有無に関わらず点数を統一すること。

要求理由

1. 在宅患者に対する医学管理料は、患者の居住場所により在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総合管理料に区分され、さらに医療機関側が在宅療養支援診療所か否か、処方せんを交付するか否かにより、点数が異なる。今次改定では、更に「同一建物居住者以外の場合」の点数が導入され、実に32通りの請求方法が設定されている。しかし、療養計画や管理内容は、当該患者の居住場所によって変わることはない。
2. 投薬の費用を包括しなければ、「処方せんを交付する場合」と「処方せんを交付しない場合」の区分も不要である。院内処方点数として300点を見込んでいるが、医療費分析の観

点からも投薬は別途算定とすべきである。

3. 通常「同一建物居住者の場合」の管理料を算定している患者でも、「同一建物居住者以外の場合」の在宅患者訪問診療料の算定が1回あれば、当該月は「同一建物居住者以外の場合」で算定することとされるなど、同一患者でも月によって管理料が異なる場合が生じ、その点数差は、強化型の在宅療養支援診療所（病床あり）で3,800点、支援診療所以外でも2,390点になる。このような大幅な点数差では、患者の理解は到底得られない。また、算定方法も複雑で、医療現場に無用の混乱をもたらすだけである。
4. 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料には在宅寝たきり患者処置指導管理料（1,050点）が包括されているが、今回同一建物居住者の点数を新設したところ同管理料を下回る点数設定すらある。

② 在宅時医学総合管理料（特定施設入居時等医学総合管理料）の算定要件を、従前の「在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療（往診を含む。ただし、A000初診料を算定する往診は除く）を行った場合に月1回に限り算定する。」に戻すこと。

要求理由 月2回以上の訪問診療計画を立てて、在宅医療を行っている患者について、訪問診療料1回と往診が数回、或いは往診だけで看取るといったケースは多い。こうした場合、容態が安定している月は在宅時医学総合管理料の算定が認められ、より手厚い医療提供を行った月にはその算定が認められないというのは全く不合理である。

〔Ⅱ - 2 - (20)〕 在宅患者訪問看護・指導料（C005）

① 介護保険の訪問看護は医療保険に戻すこと。それまでの経過措置として、介護報酬において以下の改善を行うこと。

ア 介護保険の訪問看護は区分支給限度額が設定されたサービスから除外すること。

イ 介護保険の訪問看護費について、特別管理加算の給付対象となる厚生労働大臣が定める状態にある患者や在宅での注射が必要な患者については、医療保険の訪問看護の対象とし、同日に訪問回数の制限を行わないこと。

ウ 厚生労働大臣が定める疾患の患者以外の患者であっても、退院後2～3カ月は医療保険の訪問看護の回数制限のない対象者とする。

エ 介護保険の緊急訪問看護加算は1月でなく1回毎の評価とすること。

要求理由 医療が必要な患者に対する訪問看護は、医療保険で給付すべきである。

② 訪問回数の制限を受けない別表第八に掲げる患者であって、要介護被保険者等の患者については医療保険の在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）が算定できるようにすること。

要求理由 訪問回数の制限がなくなった患者の対象は別表第八にも拡大されたが、要介護被保険者等の場合は当該状態だけでは医療保険の対象とならない。難病等の回数制限を受けない患者と同様に、別表八の患者については当然医療保険の訪問看護の対象とすべきである。

③ 同一月に複数の訪問看護提供施設からの訪問看護が行えるようにすること。

要求理由

1. 在宅医療の推進には訪問診療や訪問看護の連携が不可欠であるが、訪問看護を行える体制が十分とはいえない現状では、必要な訪問看護が柔軟に実施できるように制限をなくすべきである。
2. 当該保険医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護の同一月の併施、2つの訪問看護ステーションによる同一月の訪問看護の併施、当該保険医療機関の訪問看護から月の途中で訪問看護ステーションの訪問看護へ移す場合など、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションを含め、末期の悪性腫瘍や難病患者以外の患者に対しても、このような形態での訪問看護を認める必要がある。

④ 訪問看護に係る頻回訪問の限度日数を撤廃し、医師の判断の下、必要に応じて実施できるようにすること。

要求理由 頻回訪問の必要性及び訪問日数はあくまでも患者の容態によるものであり、頻回訪問の14日間を限度とする規定は撤廃すべきである。

〔II - 2 - (21)〕 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (C005-2)

① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の「週3日以上」という要件を撤廃し、たとえ週1日であっても患者に対する訪問点滴が必要な場合には、医療保険で給付できるようにすること。

要求理由 点滴注射の必要があると医師が判断した場合は、日数要件を設けることなく訪問点滴を実施可能とすべきである。点滴を要する状態の患者は病状が悪化しており、そもそも介護保険での給付は妥当性を欠くことから、医師の管理の下に診療を行い、医療保険で給付すべきである。

② 週1回の算定ではなく、実施日毎に60点を算定できるようにすること。

要求理由 医師による指導管理の評価が低すぎる。1週間に複数回点滴を実施する場合等、留置針や点滴回路の費用だけで逆ザヤになってしまう状態では、医師の指導管理に係る評価が適切に行われているとは言い難い。せめて、実施日毎（1日毎）に当該管理料を算定できるようにすべきである。

〔II - 2 - (22)〕 訪問看護指示料 (C007)

訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算について、現行の要件では「週4日以上必要性を認めた場合」とされているが、「週3日以上必要性を認めた場合」には特別訪問看護指示を出せるように通知を訂正すること。

要求理由 今次改定から介護保険における訪問看護費の特別管理加算の対象に「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」が追加されたにもかかわらず、週3日では医師から特別訪問看護指示を行うことはできないため、看護師が訪問点滴を実施しても医療保険で管理料や薬剤料を算定することはできないという不合理が生じている。この矛盾を解消するためには、特別訪問看護指示を「週3日以上必要性がある場合」に訂正する必要がある。

〔Ⅱ - 2 - (23)〕 在宅患者訪問薬剤管理指導料（C008）

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定対象を拡大し、点数を引き上げること。

要求理由 高齢者の残薬が問題となっているが、薬局などでの残薬確認は一定形式的にならざるを得ず、残薬問題に解決にはならない。残薬問題の解決には、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定対象患者を「通院が困難」に限定せず、外来通院しているが、服薬管理が困難な患者と医師が判断した場合にも算定を認めるべきである。また訪問薬剤を推進する為にも点数を引き上げるべきである。

〔Ⅱ - 2 - (24)〕 第2節第1款在宅療養指導管理料の通則

① 複数医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限を撤回し、複数医療機関でそれぞれ在宅療養指導管理料の算定を認めること。

要求理由 複数医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限は、患者の病態により専門の医療機関が対応することも多いという現場の実態にそぐわない。これでは複数の疾患を有する重症患者の在宅療養はますます困難になる。在宅医療を後退させる告示を撤回し、複数医療機関でそれぞれ在宅療養指導管理料の算定を認めること。

② 同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

要求理由 在宅療養指導管理料は、それぞれの目的や管理内容、機材の使用法・注意点などが異なることから、複数の指導管理が必要な場合に主たる指導管理料のみの算定とする取扱いを見直す必要がある。

〔Ⅱ - 2 - (25)〕 在宅自己注射指導管理料（C101）

① 在宅自己注射指導管理料の引き下げを撤回し、2014年診療報酬改定前の点数設定に戻すこと。

要求理由 月当たりの自己注射の回数により点数が細分化された上に、一番高く評価されている月28回以上の場合も10点引き下げられている。患者に対する指導、効果判定、副作用等に関する管理は、患者の自己注射の回数に関わらず必要であり、当該管理料の引き下げは撤回すべきである。また、このような医療費削減ありきの根拠なき改定を行う前に、対象疾病毎に、複数の専門医療機関において在宅自己注射指導管理料を算定できるように改善すべきである。

② 在宅自己注射指導管理料の算定要件として追加された「在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。」という通知を撤回し、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。

要求理由 在宅自己注射指導管理料の算定要件に「在宅自己注射の導入前に、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。」という要件が追加された。在宅自己注射の導入前に、十分な教育期間を取り、指導を行う必要性は認めるが、患者の病態や理解度には個人差がある。

臨床の現場では、初回来院時にかなりの高血糖を来し、全身状態が悪い患者がいる。直ちに入院して、全身管理を行いながらインスリン注射を導入できればよいが、入院がどうしてもできない事情の患者もいる。産婦人科から紹介された妊娠糖尿病の患者は、受診当日インスリンを導入しなければならない場合もある。このような事例は、まずインスリンを導入した後に、週2回程度外来受診させ、教育・指導を行うしかない。また、薬剤によっては、2週に1回等の注射を行うものもあり、必ずしも同一週に2回でなくとも（2週に1回の外来を数回行う等）十分な教育・指導は可能である。

以上のことから、自己注射の導入にあたっての教育期間や指導頻度については、患者の病態や理解度等を勘案して、医師の判断で導入できるようにすべきである。

③ 同一患者に対して、同一月に診療科の異なる自己注射の指導管理をそれぞれ実施し、在宅自己注射指導管理料を算定できるようにすること。

要求理由 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤が増えているにも関わらず、複数の医療機関で算定できない状況がある。例えば、現状では糖尿病専門医によるインスリン製剤の自己注射の指導と、整形外科医或いは内科系リウマチ専門医による分子標的薬の指導が同月内には実施できないが、これは複数疾患を抱える患者の医療を受ける権利を侵害する不合理な取扱いであり、必ず是正すべきである。

【II - 2 - (26)】 在宅人工呼吸指導管理料（C107）の排痰補助装置加算（C170）排痰補助装置加算（1,800点）を引き上げること。

要求理由 現場では、気道粘液除去装置カフアシストのレンタル料が1万8千円プラス消費税となり、診療報酬1,800点よりも高い逆ザヤ状態となっている。現場の実態を踏まえ、医療機関が持ち出しにならないよう、加算点数を適切に引き上げること。

【II - 2 - (27)】 在宅寝たきり患者処置指導管理料（C109）

① 在宅寝たきり患者処置指導管理料の複数医療機関受診に係る算定制限を撤廃すること。

要求理由 在宅寝たきり患者の処置指導管理については、患者の療養をカバーする領域が非常に幅広いため、例えば重度の褥瘡と尿路感染症を併発している場合等、専門医の医療連携により柔軟に指導管理を実施できるようにすることが必要である。複数医療機関受診に係る算定制限を撤廃すべきである。

② 在宅時医学総合管理料に包括されている投薬及び在宅寝たきり患者処置指導管理料の費用は別途算定できるようにすること。

要求理由 在宅時医学総合管理料については、在宅療養指導管理料のうち、在宅寝たきり患者処置指導管理料のみが包括されているが、在宅時医学総合管理料は在宅で療養する患者に対する

基本的な管理料であり、個別の技術である指導管理料を包括するべきではない。

③ 在宅寝たきり患者処置指導管理の対象となっている栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）に用いる栄養管セットの材料加算を新設すること。

要求理由

1. エンシュアリキッド等未消化態タンパクを含む薬剤を使用する場合においても栄養管セットが算定できるようにすべきである。実際に在宅小児経管栄養法指導管理料については、対象薬剤に定めがなく栄養管セット加算が算定できる。
2. 経管栄養、すなわち経腸栄養はすぐれた在宅栄養法であるが、消耗品が少なくない。栄養管は1本約100～150円、ボタン型胃瘻の接続チューブは1本約2,500円、フィーディング・アダプタは1個約2,400円であり、いずれも特定保険医療材料の設定はなく、在宅寝たきり患者処置指導管理料に包括されており、他の医療的処置と併せ、すべてこの中でまかなうことは困難である。
3. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料とは対象薬剤が違うだけで使っている材料は同じであり、管理内容はほぼ同一である。

**[Ⅱ - 2 - (28)] 在宅療養指導管理料に含まれる薬剤料・特定保険医療材料料
在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用については、
薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。**

要求理由

1. 在宅の特定保険医療材料や薬剤として請求できないものについては、別途請求できなければ、処置や注射が必要な患者ほど医療機関の負担が重くなるといった矛盾が生じる。
2. 例えば、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者については、褥瘡に対する創傷処置として皮膚欠損用創傷被覆剤を使用した場合に特定保険医療材料が算定できない。（従来は処置料の算定はできなくても特定保険医療材料の算定は認められていた。）

**[Ⅱ - 2 - (29)] 在宅医療での使用頻度が高い医療材料等
在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療
材料として保険請求できるようにすること。**

**(例) 蓄尿バック（ウロバックなど）、処置等に用いるディスプレイカテーテル、
チューブ類、皮膚欠損用創傷被覆材（一般的な褥瘡処置）、消毒薬 etc.**

要求理由

1. 在宅での使用頻度が高い医療材料等のうち、保険請求できないこととされている蓄尿バック（例：ウロバック）、処置等に用いるディスプレイカテーテル、チューブ類については特定保険医療材料として別途保険請求できるようにすべきである。
2. 皮膚欠損用創傷被覆材については、褥瘡が重度化する前に処置を行うことが重要である。在宅療養指導管理料の算定を条件としたり皮下組織に至る褥瘡に限定したりせずに、第二部（在宅医療）の特定保険医療材料に指定すべきである。
3. 患家での点滴は、1本100～120円ほどのプラスチック型静脈内留置針を使用している。
4. 尿道留置カテーテルを概ね4週間に1回の頻度で入れ替えているが、シリコンカテーテル

の納入価格が1,005円、蓄尿バッグが347円に対して、保険請求できる告示価格は672円のみであり、1回あたり680円（税込）の持ち出しになっている。

5. 終末期等で頻回に喀痰吸引が必要となり、カテーテルを給付しても費用の補填が無い（1本40～60円）。

[II - 2 - (30)] 看護師が実施する点滴注射等の薬剤

看護師が配置されている施設において、配置されている看護師に点滴注射等の指示を行った場合の薬剤料の算定を認めること。

要求理由 施設に配置されている看護師に点滴注射等を指示した場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料はもとより点滴の薬剤料の算定もできず、結果的に医療機関の持ち出しになってしまうことから、薬剤料の算定を認めるべきである。

[II - 2 - (31)] 医療保険と介護保険の給付に関する分担について

要介護認定被保険者等に対する、医療系居宅サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導等については、介護保険から医療保険の給付に戻すこと。

要求理由 そもそも訪問看護の業務内容は、医師の指示書に基づいて行われる医療補助行為であり、本来、介護保険サービスではない。医師の医学的判断に基づき、患者の状態に応じて随時訪問させることができる医療保険の給付に戻すべきである。

【検査】

[II - 2 - (32)] 外来迅速検体検査加算の要件から厚生労働大臣が定める検査という制限を外し、その日のうちに結果を提供できたものは、どんな場合でも外来迅速検体検査加算を算定できるようにすること。

要求理由 その日のうちに結果を提供できた場合に加算ができるようにすべきである。特にインフルエンザ、溶連菌、肺炎球菌、ロタウイルス、アデノウイルス、マイコプラズマ、トロポニンT、H-FABPなど小児高齢者の感染症治療判断や心筋梗塞の予後判定に決定的に重要な迅速検査でも算定できるようにすべきである。

[II - 2 - (33)] 生体検査につき、検査の難易度や検査にかかる時間、医師の技術料を評価して、汎用点数を引き上げること。

要求理由 生体検査は医師の技術によるところが大きく、現在の検査機器の価格に偏重した点数評価を改めるべきである。

[II - 2 - (34)] 在宅で療養する患者に対して、自院の看護職員を訪問させ、静脈血採血を行わせた場合の技術料が算定できるようにすること。

要求理由 看護職員が医師の指示を受けた看護職員が、単独で在宅に赴き、静脈血採血を行うことは認められる。現在、この場合の技術料は算定できないと解釈されているが、医療機関内では算定可能な点数が院外では算定できないのはおかしい。医師と看護職員の業務分担の観点か

らも、認めるべきである。

〔Ⅱ - 2 - (35)〕 伝染性紅斑（リンゴ病）の診断に用いられる、ヒトパルボウイルス B19の対象を妊婦以外の成人にも拡大すること。

要求理由 成人の伝染性紅斑が広がっている。北関東を中心に、全国的にも拡大中である。京都府北部でも広がっていた。現在の診療報酬では「紅斑が出現している妊婦」に限定されている。ただし、成人の伝染性紅斑を知らない医師も多く、関節痛を伴うため、リウマチと判断されやすい。その後、浮腫・関節痛を主訴に、関節リウマチ疑いで整形外科に受診する可能性がある。治療が開始されると、費用的、肉体的にも負担が重くなる。

小児が感染してもほとんどが重症化しないが、成人では、強い関節痛のため歩けなくなることもある。妊婦が感染すると、胎盤を介して胎児に感染し、流産や死産となる可能性がある。このような状況を踏まえ、対象を拡大すべきである。

〔Ⅱ - 2 - (36)〕 パッチテスト

パッチテストを IgE RAST（特異的 IgE 半定量・定量）並みの評価にすること。

要求理由 大変手間がかかる検査であるにもかかわらず、プリックテスト並みの点数設定とされているのは不合理である。特異的 IgE 半定量・定量並みに 1 検体 110 点まで引き上げるべきである。（参考）現在のパッチテストの手技料は「21 箇所以内の場合：1 箇所につき 16 点」・「22 箇所以上の場合：一連につき 350 点」

〔Ⅱ - 2 - (37)〕 R S ウイルス抗原定性（D012「25」）

R S ウイルス抗原定性について、対象年齢を少なくとも 1 歳代まで拡大すること。

要求理由 R S ウイルス感染症は「2 歳までにほぼ 100% の児が少なくとも 1 度は感染する」とされており、少なくとも 1 歳代で罹患することがあるため、小児科にとっては重篤な疾病との認識がある。

〔Ⅱ - 2 - (38)〕 グロブリンクラス別ウイルス抗体価（D012「39」）

同一ウイルスについて IgG 型ウイルス抗体価および IgM 型ウイルス抗体価を測定した場合の算定制限を撤廃し、両方とも算定できるようにすること。

要求理由 D012-39 グロブリンクラス別ウイルス抗体価について、同一ウイルスについて IgG 型ウイルス抗体価および IgM 型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定することとなっているが、医学的には IgG 型ウイルス抗体価と IgM 型ウイルス抗体価の両方を検査することが必要になるので、両方算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (39)〕 コンタクトレンズ検査料（D282-3）

コンタクトレンズ検査料を算定した患者について、コンタクトレンズ装用が続く限り初診料が算定できない取り扱いを廃止すること。

要求理由 一度コンタクトレンズを処方したからといって、他の疾患で新たに診察した際に初診料が算定できないことは理不尽極まりない。この取扱いは直ちに廃止すべきである。

【投薬】

[II - 2 - (40)] うがい薬の保険給付外しの撤回

「(治療目的でない) うがい薬のみを投薬した場合には算定しない」との規定を撤回すること。

要求理由 2013年末の財務大臣と厚生労働大臣の改定率に関する折衝の中で唐突に出されたが、過去の規制改革会議の議論や、2013年の行政改革推進会議の秋のレビューでも言われていた内容であり、その真の目的は「市販品と同一の有効成分の医療用医薬品(市販品類似薬)の保険外し」、「非処方せん医薬品の保険外し」であると疑わざるを得ない。中医協でも診療側委員が「給付範囲の縮小であり、国民皆保険を崩壊させる突破口、蟻の一穴になる」との強い反対意見を示しており、将来的に「療養の給付」範囲の縮小につながるような改定は即時撤回すべきである。

[II - 2 - (41)] 向精神薬多剤投与に係る減額規定の廃止

1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合に減額する規定や算定制限は撤回すること。

要求理由 患者一人一人の病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではない。

[II - 2 - (42)] 内服薬多剤投与に係る減額規定の廃止

地域包括診療料・地域包括診療加算の算定対象患者に限らず、入院外の全ての患者に対して、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を90/100に減額する規定を廃止すること。また、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合に処方料及び処方せん料を減額する取扱いを廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一すること。

要求理由 1997年9月に導入された外来薬剤一部負担の制度自体、既に2003年4月1日付で廃止されているにもかかわらず、当時の名残として7種以上の場合の減額措置が存在しているのは不合理である。また、高齢の患者については複数の疾病に罹患しているケースが多く、1疾病に対して複数種類の薬剤が必要な場合は6種類までに収めるのは困難を伴うことが多いため、医療現場からは「必要な薬剤を処方しただけで減額されるのは不合理だ」との声が寄せられている。以上のことから、当該減額措置は廃止すべきである。また、当該減額措置の廃止に伴い、処方料・処方せん料の減額も当然止めるべきである。

[Ⅱ - 2- (43)] 特定疾患処方管理加算

特定疾患処方管理加算（特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合）の点数を引き上げること。

要求理由 患者に対し長期に処方を行うことは、診療の際に患者の病態を一定期間先まで見通す技術を要するものであり、現行の点数では医師の裁量権が適切に評価されているとは言えないため、引き上げるべきである。

【注射】

[Ⅱ - 2- (44)] 医師の処方技術に係る評価の新設

薬物療法における処方技術を適正に評価する観点から、現行では全く評価されていない「注射の処方」に係る評価を新設すること。

要求理由 内科系学会社会保険連合（正式略称：内保連）は2013年4月23日、「薬物療法における医師の技術評価」の提言をとりまとめた。その中で、内保連は「…今日の薬物療法における医師の基本的かつ固有の役割は、内服薬、注射薬等薬剤の種類にかかわらず、いかなる薬剤を選択し、どのような量を、どのような間隔で、いつまで投与するかという、処方を行うことにある」として、「薬物療法における医師の処方技術は、外来・入院、“投薬”・“注射”を問わず、あらゆる薬物療法において評価されなければならない」と指摘している。保団連は、当該見解を踏まえ、外来点数において「注射の処方料」の新設を要望する。

[Ⅱ - 2- (45)] 注射実施料（G000～G016）

注射実施料の点数設定が低すぎるため、抜本的な引き上げを行うこと。また、静脈内注射や点滴注射に高齢者加算を新設すること。

要求理由 注射の手技料には注射のシリンジ・針・消毒綿・点滴ラインなど材料の費用も含まれているが、注射の手技料では到底まかなえない。また、点滴注射のように注射量で点数を区切ることにも不合理であるため、抜本的な引き上げを行うべきである。
さらに、高齢者の場合静脈への穿刺が困難な事例があるが全く評価されていない。静脈内注射・点滴注射には乳幼児加算があるが、同様に高齢者加算の新設を求める。

[Ⅱ - 2- (46)] 在宅で療養する患者に対して、自院の看護職員を訪問させ、皮内・皮下及び筋肉内注射、静脈注射、点滴注射を行わせた場合の技術料及び薬剤料が算定できるようにすること。

要求理由 看護職員が医師の指示を受けた看護職員が、単独で在宅に赴き、皮下・筋肉内注射、静脈注射、点滴注射を行うことは認められる。現在、この場合の技術料や薬剤料は算定できないと解釈されているが、医療機関内では算定可能な点数が院外では算定できないのはおかしい。医師と看護職員の業務分担の観点からも、認めるべきである。

【リハビリテーション】

[II - 2 - (47)] リハビリテーションの疾患別体系にかかわらず、個々の患者の病態に応じて、医師が患者の意志を尊重しながら必要なリハビリテーションを実施できるよう、要件を緩和すること。

要求理由 医師がリハビリの必要性を認めた場合は、現状の疾患別体系で規定されている病名とは関係なく、必要なリハビリの点数を算定できるようにするべきである。

[II - 2 - (48)] 介護保険への移行を促す項目は廃止し、特に要介護者・要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションの算定期限は廃止すること。

要求理由 リハビリテーションは医療行為であり、機能回復だけでなく、機能の維持、年齢による機能低下の抑制には必要不可欠であり、医療保険による維持期のリハビリテーションの評価こそが必要である。

[II - 2 - (49)] がん患者リハビリテーション料の施設基準の届出がない場合でも、がん患者リハビリテーションが必要な患者については、疾患別リハビリテーションが算定できるようにすること。

要求理由 本年6月2日付厚労省事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その7）」の間10において、がん患者リハビリテーション料の施設基準の届出がない場合でも、がん患者リハビリテーションが必要な患者については、廃用症候群のリハビリテーションが算定できないケースが示された。一部の患者については経過措置が設けられているが、施設基準がない場合でも、がん患者リハビリテーションが優先されるという解釈はおかしいのではないか。心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料等でも、同様に解釈されかねず、大きな問題である。これにより必要なリハビリを受けられない事態が生じることになり、容認できない。

[II - 2 - (50)] リハビリテーションの算定日数上限は撤廃し、必要なリハビリテーションを制限せずに医療保険で提供できるようにすること。大きな事務作業を課すことなく、主治医の判断で継続可能な制度とすること。

ア 維持期リハビリテーションの介護保険への移行を中止すること。

イ 算定日数上限を超えて疾患別リハビリテーションを実施する場合の「介護保険のリハビリテーションを受けるための手続き等の指導」について要件から外すこと。

ウ 要介護被保険者等である患者に対して、「介護保険におけるリハビリテーション」に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない、とする給付調整通知を廃止し、地域における医療資源・介護資源等を勘案し、患者の選択により、自由に給付が受けられるようにすること。

エ 除外対象患者に対する疾患別リハビリテーションを継続する際に、「改善の見込み」を明細書に記載することが求められているが、こうした臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる点数とすること。

要求理由 そもそも維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するPT、OT、ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じてきめ細かな対応をするためにも、全て医療保険から給付されるべきである。リハビリの算定日数上限は訓練終了の目安として残すものの撤廃し、必要なリハビリテーションは制限せずに、全て医療保険で患者に提供できるようにすべきである。

[II - 2 - (51)] 施設基準 (II) (III) のように人件費も賄えない点数は引き上げること。

要求理由 (II) (III) の施設基準にも理学療法士等の従事者の配置要件があるにも関わらず点数が極めて低いため、人件費さえも賄えない実態がある。また、本来は理学療法士等の専門職種が実施する同一内容のリハビリについては評価に格差を持ち込むべきではない。人員基準や施設基準を設ける場合は、基準を満たすために必要な費用を考慮した点数に引き上げるべきである。

【精神】

[II - 2 - (52)] 通院・在宅精神療法 (1002)

通院・在宅精神療法の点数を大幅に引き上げること。

要求理由 社会的要因により精神疾患を有する患者が増え続ける中、通院・在宅精神療法の評価は1998年(392点)より大幅に引き下げられている(現在は330点で2割近く減点されている)。精神疾患は、がんや脳卒中や糖尿病などと並び、厚労省の「5大疾病」に位置づけられ、うつ病や高齢化に伴う認知症が急増する中で精神疾患に対する治療の重要性は増す一方である。通院・在宅精神療法を引き上げ、十分な治療を実施できるよう評価すべきである。

【処置】

[II - 2 - (53)] 処置の各点数を適正に引き上げること。

要求理由 処置点数の適正な引き上げを行うべきである。特に処置を行った方が、処置を行わなかった場合よりも低くなる矛盾を解決すべきであり、52点より低い処置点数の大幅な引き上げを求める。

[II - 2 - (54)] 処置の通則の「対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする」を削除し、片側ごとに算定できるようにすること。

要求理由 たとえ対称であっても両側の器官について処置を実施することは、2回処置を行うことを意味する。例えば鶏眼・胼胝処置を左右それぞれ別個の処置とするなど、片側ごとに算定可能とすることが正当な評価である。

[II - 2 - (55)] 休日・時間外・深夜加算1

処置の休日・時間外・深夜加算1の算定要件を緩和すること。

要求理由 現在の要件では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

[II - 2 - (56)] いぼ冷凍凝固法 (J056)

いぼ冷凍凝固法に「10箇所以上」を新設すること。

要求理由 あまりにも点数が低い「いぼ」処置に長い時間をかけて、評価が4つと変わらないのは不合理である。場合によっては30分以上を要する患者もいることから、「10箇所以上」の高い点数区分を新設すべきである。

[II - 2 - (57)] 鶏眼・胼胝処置 (J057-3)

鶏眼・胼胝処置の「月1回」という算定要件を外すこと。

要求理由 同一月に同様の処置を実施した場合、月1回の制限によって算定できないのは不合理である。また、算定する時としない時があると患者に不信感を抱かせてしまう等の問題もある。

[II - 2 - (58)] 耳鼻咽喉科処置 (J095～J115)

耳鼻咽喉科処置に対する乳幼児加算を新設すること。

要求理由 耳鼻咽喉科において、乳幼児を診察する際にかかる時間や人員を勘案して、その評価として乳幼児加算の新設を求める。

[II - 2 - (59)] 消炎鎮痛等処置 (J119)

「消炎鎮痛等処置（1日につき）」の「1. マッサージ等の手技による療法（35点）、2. 器具等による療法（35点）、3. 湿布処置（35点）」に対する算定制限を撤廃すること。また、消炎鎮痛等処置の算定方法について、労災規定に準じた部位毎の算定ができるようにすること。

要求理由 牽引等で2箇所行う場合も1日あたりの点数を算定する矛盾があり、改善すべきである。労災算定基準では部位毎に算定するルールであることから、少なくともマッサージ等の消炎鎮痛処置については別々に算定できるようにすべきである。高額な医療機器や手技を用いて実施する消炎鎮痛等処置の評価が低すぎるため、改善すべきである。

【手術】

[II - 2 - (60)] 帝王切開術 (K898)

14年改定で実施された、帝王切開術の「1 緊急帝王切開」及び「2 選択帝王切開」の2,020点、及び「3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合」の2,880点もの大幅な引き下げをそれぞれ撤回すること。

要求理由 今回の大幅引き下げによって、経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得なくなり、その結果総合病院等の三次医療機関に患者の過度な集中を招く危険性が高まっている。

既に産科医療の崩壊が加速している下で、産科医療機関の減少に一層拍車をかける帝王切開術の点数引き下げは、撤回すべきである。

[Ⅱ - 2 - (61)] 手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用を保障する「手術時医療安全管理加算」を新設すること。特に、MRSA、B型肝炎など特別な感染対策を要する手術について、「閉鎖式循環式全身麻酔」、「硬膜外麻酔」、「脊椎麻酔」等を実施しない場合であっても加算できるようにすること。

要求理由 手術を行うにあたって必要な医療安全管理の費用の保障を明示的に行うべきである。

[Ⅱ - 2 - (62)] 複数手術料の算定における「従たる手術は1つに限り算定する」との取扱いを廃止し、実施した手術の手技料を算定できるようにすること。

要求理由 必要があって実施した手術料が算定できないのは不合理である。

[Ⅱ - 2 - (63)] 休日・時間外・深夜加算1

手術の休日・時間外・深夜加算1の算定要件を緩和すること。

要求理由 現在の要件では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

【特定保険医療材料】

[Ⅱ - 2 - (64)] 医療材料費・薬剤費については、他の点数に包括したり、患者や医療機関の負担にしたりせず、特定保険医療材料等として算定できるようにすること。また、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置するとともに、回数制限などをなくし、医療上の必要に応じて請求できるようにすること。

要求理由 手術に通常使用する材料代、鏡視下手術で使用する単回使用器材の費用、白内障手術で使用する眼内レンズ等の費用、人工肛門の便バック、鎖骨用コルセット（クラビクルバンド）、入院時の人口鼻をはじめ様々な医療材料が保険請求できない取扱いとなっているが、これは早急に改善し、必要に応じて使用した医療材料費・薬剤費が算定できるようにすべきである。

【薬剤】

[Ⅱ - 2 - (65)] 漢方薬については、次回薬価改定で漢方薬の公定価格を輸入生薬価格に連動させること。また、保険漢方診療存続のため、抜本的な政策に着手すること。

要求理由 この10年余り、中国経済の勃興に伴う中国国内需要増大により、輸入生薬価格は相次いで高騰し、漢方関連業界の経営を著しく圧迫しており、事業縮小・廃業に追い込まれるところも出てきている。このような状況にもかかわらず、2012年4月の薬価改定では、薬価以下の生薬は1割程度（他は逆ザヤ）という惨憺たる事態に陥っている。このままでは漢方生薬の調剤受付けを拒否せざるを得ない調剤薬局も出現し、健康保険による生薬の湯液治療は不可能となってしまうことが危惧されるため、改善を求める。

(4) 入院

【入院基本料】

[II - 2 - (66)] すべての入院基本料を大幅に引き上げること。

- ① 現行の入院基本料は、施設費・設備費・人件費が保証されていない。医学管理料、看護料、室料（入院環境料）、入院環境料を包括する方式ではなく、それぞれに対する評価を区分し、大幅に引き上げること。
- ② 入院環境料については、室料及び光熱水費だけでなく、医療法で定める医療安全管理を実施するに必要な費用や療養環境の費用（待合室の確保や院内感染防止のための諸費用等）を保障すること。
- ③ 夜間勤務等看護体制、入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策について加算評価とすること。
- ④ 急性期病院の診療報酬だけでなく、全ての入院料を引き上げること。13：1病棟、15：1病棟の役割を正當に評価し、有床診療所を含め平均在院日数など規制強化をせずに診療報酬を引き上げること。
- ⑤ 機能分化を進めるあまり、地域差や地域の医療資源の実態を無視した施設基準の設定を行わないこと。

要求理由 入院医療に係る費用を適正に評価することが急務である。医療の安全確保のためには、何よりも十分な人員の確保と管理体制の強化が必要であり、そのためには、診療報酬の評価が必要である。低い入院基本料をさらに減額をするような制度では、医療の安全確保は図れない。また、医療必要度の高い患者の割合が多い療養病床等では、医療の必要性から看護職員のみによる夜間勤務を実施しており、この費用が正當に評価されるべきである。併せて、地域により急性期も慢性期も必ず担わなければならない病院や有床診療所があるため、病床機能報告制度などで施設基準がその実施を妨げるような設定であってはならない。

[II - 2 - (67)] 180日を超えた入院に係る選定療養の取扱いを廃止すること。

要求理由 入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって保険給付の一部が外され患者負担にされるのは、正當性がない。

【入院料】

[II - 2 - (68)] 入院料算定要件への管理栄養士配置義務付けについて、

- ① 特定地域や離島、へき地に限らず、困難な医療機関においては義務化の対象から除外すること。
- ② 病院についても、配置義務付けと、入院料への栄養管理実施加算の包括を撤回し、従前どおり独立した点数評価とすること。
- ③ 小規模病院について配置義務化免除（経過措置）の延長を行うこと。
- ④ 管理栄養士を雇用していたのに突然退職してしまった場合でも、急遽非常勤の管

理栄養士又は常勤の栄養士を新たに配置した場合については、当面の間は減算措置（40点）を行うこと。

- ⑤ 栄養管理実施加算を算定する場合も B001・10入院栄養食事指導料が算定できる扱いとすること。少なくとも入院栄養食事指導料を算定した日のみ、当該患者について栄養管理実施加算が算定できない扱いとすること。

要求理由 管理栄養士の役割を評価するためには、これまで通り診療報酬として独立した評価を行い、点数を引き上げることこそ重要であり、栄養管理実施加算を入院基本料に包括すべきではない。また、産科、眼科、肛門科等の単科で、管理栄養士を配置して対策を講じるべき対象者がいない医療機関も少なくない。京都府保険医協会が2013年に行った調査では、義務化が撤回されなければ「入院医療やめることを検討する」との回答が10%の2病院であり、依然として存在していることが明らかとなっている。専門的技術を有する医療機関の存続は地域医療に重要であり、そもそも、病床規模や診療科目によって必要性が区別されるものではなく、患者の状態によって医師が判断するものである。

2012年改定において、管理栄養士の配置義務化によって引き上げられた入院基本料は11点だけである。50床の病院では、病床稼働率100%としても50床×365日×11点×10円＝約201万円にしかならず、到底管理栄養士を常勤配置できるような報酬ではない。今でも厳しい経営の中で、そのまま管理栄養士の配置義務化が完全実施されれば入院医療は継続できなくなる。

④について、雇用していた管理栄養士が突然退職してしまった場合は、要件を満たせずに入院基本料そのものが算定できず、病院では深刻な問題となる。約16,700の入院医療機関（平成27年3月現在）に対し、これまでの管理栄養士登録数は176,391（2012年12月末現在の累積。実働は不明）であるが、現在病院に従事している人数は約2万人（2013年現在の医療施設調査）であり、すぐに管理栄養士を雇用できるかという点ではまだ難しいのが現状である。

このため、当面の間は非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士を配置していても入院基本料の減額として対応できるようにすべきである。

⑤について、具体的な献立による入院栄養食事指導料は重要であり、栄養管理実施加算と同時算定を制限する必要はない。

[II - 2 - (69)] 下記の A100一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」、
「自宅等退院患者割合」、A308回復期リハビリテーション病棟入院料の「在宅復帰率」、
A308-3地域包括ケア病棟入院料の「在宅復帰率」、A101療養病棟入院基本料
1の「在宅復帰機能強化加算」などのアウトカム要件を廃止し、病棟機能の分化、
位置付けは加算等のインセンティブによって機能を促進すること。

要求理由 診療報酬は行った医療行為による算定方式とすべきで、患者状態の管理によって診療報酬の評価を分ける成功報酬は、「評価」の目的から患者の選別へと歪められ、入院できない患者が出かねない。また、病床機能分化を目的に設定されたこのような要件は、都市部では効果的かもしれないが、郡部、僻地では一病院完結型で地域医療を成り立たせているところも多く、例え急性期の病院であっても満たされない可能性が高い。むしろ要件化ではなく重篤患者を受け入れた場合の加算とし、また、療養病棟入院基本料1の「在宅復帰機能強化加算」については、加算が算定できなくとも経営コストがまかなえるように、基本料を引き上げて加算のウェートを下げた形での政策誘導とすべきである。

【A100一般病棟入院基本料】

[II - 2 - (70)] 長期入院患者に該当する患者について平均在院日数から除外すること。

要求理由 入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって「療養病棟入院基本料の1の例により算定」として保険給付が減額され定額にされるのは医学的に正当性がない。また、医学的に必要があって入院させている患者について、平均在院日数というペナルティが医療を行う上で足かせになるのは、そもそも医療経営上不合理である。

[II - 2 - (71)] 退院が特定の時間に集中している場合の減算及び入院日・退院日が特定の曜日に集中している場合の減算については撤回すること。少なくとも下記の点については除外すること。

- ・ DPC/PDPS と同様に、特定入院料を算定している者
- ・ 金曜入院率の計算からの救急入院患者
- ・ 患者、家族が特定の時間の退院や特定の曜日の入・退院を希望した場合

要求理由 退院の時間や入・退院の曜日集中は、入院医療提供の必要性や、医療事務窓口などの提供体制と、患者・家族の要望などから生まれてきたものであり、これを減算対象にすることは、医師や看護職員だけでなく、患者や家族にも不当な負担を押し付けることになる。これでは10対1以下の入院基本料請求病床が破綻する。少なくとも、救急患者などについては計算から除外すべきである。

[II - 2 - (72)] 7対1入院基本料の「自宅等退院患者割合」について、少なくとも、平成26年6月2日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その7）」の問2の回答において、「自宅等退院患者割合については、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない」とあるのは、「自宅等退院患者割合についても、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定が適用される」とすること。

要求理由 自宅等退院患者割合の導入によって急性期病床を無理矢理削減することは、必要な入院医療を強制的に削減することになり、廃止すべきである。また、平成26年6月2日事務連絡において、「自宅等退院患者割合については、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない」としたが、これは、「算定要件中の該当患者の割合は、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の変動」は届出の変更が不要としている厚生労働省の通知から逸脱するものであり、疑義解釈で変更できるものではない。

【A101療養病棟入院基本料】

[II - 2 - (73)] 療養病棟入院基本料の病院「25：1看護＋25：1看護補助（常時配置）」、診療所「6：1看護＋6：1看護補助（常勤配置）」の人員配置を認め、コストを踏まえて診療報酬を引き上げること。また25：1病床を廃止しないこと。

要求理由 医療法人員標準の変更にかかわらず、コスト調査報告等を踏まえて引き上げるべきである。

[Ⅱ - 2 - (74)] 医療区分や一定範囲を包括した報酬を廃止し、人件費や医療提供の費用を正当に評価した看護料、入院環境料、医学管理料及びそれぞれの診療行為が出来高で請求できるようにすること。少なくとも、高額な薬剤や検査等が出来高で算定できるようにし、療養病床に入院中の気管切開患者の気管内チューブの材料料算定を認めること。

要求理由 医療療養病床の入院患者は、亜急性期の状況が多くなっており、一人ひとりにかかる医療費の差が大きい。必要な医療を提供するためには、出来高に戻すべきである。医療区分に医学的な根拠はなく、報酬格差を導入することで必要な医療が受けられない事態となっている。療養病床において必要な医療が提供できるようにすべきである。なお、高額な薬剤や検査等が出来高で算定できるようにすべきである。気管切開時に用いた気管内チューブは気管切開術に伴う材料料として算定ができるが、その後の気管内チューブの交換時には材料料の算定が認められていない。気管を切開している患者は医療区分3または2に該当するが、定期的に交換するチューブ代まで賄うことは困難である。

【有床診療所】

[Ⅱ - 2 - (75)] 有床診療所の入院基本料は、病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げること。

要求理由 診療所の入院医療に係る費用を適正に評価することが急務である。有床診療所の入院基本料はもはやグループホームの報酬よりも低く、医療提供の利点も考えれば、さらに評価を引き上げるべきである。医療の安全確保のためには、何よりも十分な人員の確保と管理体制の強化が必要であり、そのためには、診療報酬の評価が必要である。

[Ⅱ - 2 - (76)] 看護職員の配置の実態を踏まえ、有床診療所の入院基本料の注の加算の点数を引き上げること。

要求理由 入院基本料の注の加算において、医師配置加算、看護配置加算などの人員の配置については、人件費コストに見合うよう調査した上で引き上げるべきである。また夜間緊急体制確保加算についても、体制に伴う必要なコストを調査した上で引き上げるべきである。救急・在宅等支援病床初期加算については、急性期から在宅への受け入れ円滑化として、行政も有床診療所の存在を認めていることから、政策促進の一環として大きく引き上げるべきである。

[Ⅱ - 2 - (77)] 有床診療所入院基本料の看護補助配置加算について、より多く（2名超）の補助者を配置した場合の手厚い点数区分を新設すること。

要求理由 看護補助配置加算の点数区分について、現在は看護補助者が2名以上と1名の配置により点数が「1」と「2」に区分されているが、もっと多くの補助者を配置し手厚い看護体制を敷いている有床診も多いため、点数区分を再編し、より多くの補助者を配置している場合にとれる上位区分を新設すべきである。

〔II - 2 - (78)〕 診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とすること。

要求理由 本加算は医療法上の床面積6.0㎡を満たした場合として設定されたが、「有床診療所」は一般病床と療養病床のケアミックスであり、病院における一般病床、療養病床の概念とは異なる。床面積とは別に、そもそも診療所としての療養環境を整えた場合の点数とするべきである。

〔II - 2 - (79)〕 有床診療所入院基本料1～6で定める看護職員配置の最小必要数を超える看護職員を、有床診療所看護補助配置加算の計算対象にすること。

要求理由 有床診療所入院基本料において、たとえば「看護職員1人以上4人未満」は、入院基本料3と6となるが、1人でも3人でも同評価となっている。最小必要数である1人を超える看護職員をみなし看護補助者として新設された看護補助配置加算の要件とできれば、こうした矛盾は解決する。

〔II - 2 - (80)〕 一般病棟7対1入院基本料の自宅等退院患者割合や、地域包括ケア病棟入院料の「在宅復帰率」、療養病棟入院基本料1の「在宅復帰機能強化加算」などにおいて規定する「在宅等」の対象に有床診療所を追加すること。

要求理由 有床診療所が地域包括ケアに果たす役割を評価し、自宅等退院患者割合の算定対象患者に追加すること。

〔II - 2 - (81)〕 有床診療所における夜間の安全管理に対応した評価として「夜間安全管理加算」を新設すること。

要求理由 2014年の消防法施行規則の改定により、病院では13対1の夜間職員配置という規定が設けられている。有床診療所においても、夜間における職員配置を行うことにより、安全管理が行われ、その原資としての加算を算定できるよう設定すべきである。

【入院基本料等加算】

〔II - 2 - (82)〕 A207-3 急性期看護補助配置加算、A207-4 看護職員夜間配置加算については、「看護職員の負担軽減および処遇の改善に資する体制を整備」することが要件であり、「病院勤務医および看護職員の負担軽減および処遇の改善に資する体制」の整備は「望ましい」規定とすること。

要求理由 看護職員の負担軽減の前提に病院勤務医の負担軽減を求めるのは過剰な要件である。それぞれにつき負担軽減策に取り組める方が、勤務条件の改善が進む。

〔II - 2 - (83)〕 A214 看護補助加算について、施設基準告示の「ハ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されている」、施設基準通知の「(4) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること」の要件を削除すること。

要求理由 看護補助加算は看護職員の負担軽減策であり、これに病院勤務医の負担の軽減および処遇の改善に資する体制の整備を求めることはおかしい。届出の際も、様式13の2の提出は求められていない。

[Ⅱ - 2 - (84)] A207-4看護職員夜間配置加算については、月平均による夜間常時12対1配置とすること。

要求理由 月平均ではなく夜間において常時12対1の配置がもとめられているが、患者数の変動等への対応が困難である。

[Ⅱ - 2 - (85)] A212 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算について、一般病棟における90日までの算定制限をやめること。特に、一般病棟における90日までの算定制限の対象から18歳未満児を除くこと。

要求理由 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算については、これまで長年にわたり年齢を問わず対象として算定してきたのが実態であり、点数表上も算定制限する根拠等は存在しなかった。また長期入院を余儀なくされている重症な患者の診療に対する評価として、大きな役割を担ってきた。超重症児（者）で入院医療が必要な患者は、家にも帰せず、他の施設も引き取らない。こうした患者への入院治療を90日で制限をすべきではない。とりわけ、こども病院などで長期入院を余儀なくされている18歳未満については制限を廃止すべきである。

[Ⅱ - 2 - (86)] 地域格差を見直し、A218地域加算を引き上げること。

要求理由 都市部における物価・人件費等が非常に高く、入院医療を継続するため、地域区分を見直し、地域加算を引き上げること。

[Ⅱ - 2 - (87)] A222療養病床療養環境加算の3、4と、A223診療所療養病床療養環境加算の2を復活すること。少なくとも、A222-2療養病床療養環境改善加算と、A223-2診療所療養病床療養環境改善加算について、療養環境改善計画の提出を要件から除外すること。

要求理由 療養環境改善が進まない最大の要因は、診療報酬の低さにある。療養環境改善を推進するのであれば、療養病床療養環境加算1、2及び診療所療養病床療養環境加算1を大幅に引き上げるべきである。少なくとも、点数の引き下げや改善計画提出を要件に追加すべきではない。

[Ⅱ - 2 - (88)] A234医療安全対策加算について、医療法上の医療安全対策を実施している場合の加算を設け、実際にかかる経費が保障できるようにすること。

要求理由 医療安全対策加算は2006年診療報酬改定で新設（50点／入院初日）され、2007年改定の第5次医療法においても医療安全管理体制が義務付けられ、ますます医療安全管理は重要なものとなった。ただし現場においては人件費や体制管理の維持は甚大であり、それが損失を防ぐものであるとはいえ、患者当たり50点は非常に少ないことから、さらに引き上げるべきであ

る。

[II - 2- (89)] 認知症患者の入院について、高度認知症患者加算を新設すること。

要求理由 高度認知症では、認知症医療における課題は中等度認知症と同様だが、本人が身体的不調を訴えることがより一層困難になる。また、身体状態も衰弱し、誤嚥性肺炎を繰り返すなど、身体医療の比重が増すことなどから、高度認知症患者への対応を評価すべきである。

【特定入院料】

[II - 2- (90)] A307小児入院医療管理料を算定する患者は、「平均在院日数の計算対象としない患者」とすること。また、小児入院医療管理料については、特別入院基本料を算定する病院においても届出できるようにすること。

要求理由 小児慢性特定疾患患者が入院する小児専門病院の場合、平均在院日数を60日以内とすることは困難。2006年4月改定以降、このような病院が小児入院医療管理料を算定できなくなっており、特別入院基本料の算定となって経営が酷く悪化している。

[II - 2- (91)] A308回復期リハビリテーション病棟入院料1の「体制強化加算」の施設基準「専従の常勤医師1名以上」について、病棟と関連する入院関係の業務については兼務可能とすること。

要求理由 他の施設基準点数に定める専従・専任者とは兼務不可であるが、回復期リハビリテーション病棟への入院可否の判定や退院前の指導など、外来診療や訪問を行う必要性から、専従の常勤医師という配置はととても厳しい。

[II - 2- (92)] A308-3地域包括ケア病棟入院料について

- ①リハビリテーションや手術を包括対象から除外すること。
- ②在宅等退院患者割合の計算において、急性期病棟への転棟患者を計算から除外すること。

要求理由 地域包括ケア病棟は急性期から療養・在宅に移行するための役割を持ちつつ、必ずしもリハビリテーションや手術を必要としない患者もいることから、これらの提供を出来高払で評価することが必要である。

[II - 2- (93)] A312精神科療養病棟入院料、A314認知症治療病棟入院料において、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬を出来高算定できるようにすること。

要求理由 精神科疾患を有する患者であって長期に入院する患者が対象だが、悪性腫瘍に罹患する患者が増えている。

[II - 2- (94)] A400短期滞在手術等基本料について、

- ①短期滞在手術等基本料3のDRG/PPS化をやめ、行った医療行為について正当に評

価すること。

要求理由 従前の短期滞在手術基本料でも入院期間にかかわらず算定することから、必要な医療機関を確保しないまま退院に至る可能性があった。必要な医療を個々の患者の状態に応じた出来高払いで保障すべきである。

② 短期滞在手術等基本料1及び3を平均在院日数の算定対象に加えること。少なくとも100床未満の小規模病院については算定対象とすること。

要求理由 短期滞在手術等基本料1又は3を多く実施している小規模病院では、平均在院日数が大幅に増加する。小規模病院が地域医療に果たす機能を維持できるように平均在院日数要件からの除外をやめること。

③短期滞在手術等基本料3の包括範囲から、A218地域加算とA218-2 離島加算を除外すること。

要求理由 地域加算および離島加算は、当該医療機関の所在地における費用差を評価したものであり、包括すべきではない。

[II - 2 - (95)] 入院時食事療養・入院時生活療養

① 入院時食事療養は、治療の一環であり、「実際に病院でかかった費用をもとに設定」するのではなく、「あるべき入院時食事療養」に見合せて設定し、大幅に引き上げること。また、1食単位から一日単位に変更すること。

要求理由 入院時食事療養の設定において、実際にかかっている費用をもとに食事療養の額を定めるやり方では、本当に必要な食事の提供の費用を保障することにはならない。また、現場では患者に対するカロリー、総塩分量を一日単位で、献立設定は1週間ないし10日単位で計算しており、一食毎に管理していない。設定に伴うコストも含めた上で適正に評価すること。

② 光熱水費を保険外とした入院時生活療養費を廃止し、保険給付に戻すこと。

要求理由 光熱水の提供は入院治療を行うにあたって不可欠であり、これらを保険外とすべきではない。

③ 入院時食事療養Ⅱについても、食堂加算を設定すること。

要求理由 入院時食事療養Ⅰの食堂加算について、一定規模の食堂を備えていることの環境に対する評価であるため、食事療養Ⅱにおいても加算できるようにするべき。

以上

II - 3 2016年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求

【はじめに】

今日、口腔ケアや歯科医療が全身の健康やQOLの維持、向上、健康寿命の延伸に重要な役割を果たすことが注目され、医科歯科連携を通じて、糖尿病や動脈硬化等と歯周病の密接な関連、認知症等の予防・重症化抑制等へのかかわり等が明らかになっている。病院介護の現場などでは口腔ケアの取り組み等を通じ、平均在日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少など様々な効果が報告され、さらに歯科医療が全身の健康へ関与することにより、総医療費が抑制されることも報告されている。

しかし、日本社会では格差と貧困が拡大し、口腔の健康格差も生じている。加えて、新たに子どもから高齢者まで口腔の健康悪化と崩壊ともいえる深刻な事態が広がっている。

格差と貧困の拡大は、経済的理由、無保険、厳しい労働環境等様々な要因としてあらわれ、本来必要な歯科受診を抑制させるとともに、早期受診や治療の継続を妨げている。

2014年度歯科診療報酬改定は、診療現場の実態を一定反映した内容もみられたが、技術料の抜本的引き上げは見送られ、歯科医院の経営危機を抜本的に打開するには程遠い内容であった。

特に見落とすことができないことは、改定ごとに歯科での施設基準が増加し、届出ができない歯科医院では経営が困難になる等、歯科医療機関の再編淘汰に施設基準が利用されていることである。さらに、保険給付外の材料による歯冠修復および欠損補綴の取り扱いを定めたいわゆる「51年通知」が廃止され、「留意事項通知（歯冠修復および欠損補綴・通則21）」に位置付けが変更された。政府による「患者申出療養」制度の導入の企みとあわせて、混合診療拡大への動きを注視する必要がある。

超高齢社会で必需となる歯科補綴分野をささえる歯科技工士の離職と高齢化が進み、近い将来、国内における保険補綴物の提供が危ぶまれる状況が広がっている。歯科医院の経営危機から歯科衛生士等のスタッフ確保も困難になり、さらに金銀パラジウム合金の市場価格高騰等から良質な歯科医療の提供も限界となっている。安心して日常的に普及されているにもかかわらず、保険導入されていない歯科治療が数多く残されたままである。

今日の歯科医療危機の最大の要因は、政府による長年にわたる低歯科医療費政策にある。高い窓口負担による受診抑制・治療中断が歯科医療危機を一層深刻化させた結果、歯科医療費のシェアは7%をきる過去最低の水準にまでに落ち込んでいる。

患者の窓口負担の軽減で必要な歯科受診が行えるようにするとともに、健全な歯科医療経営には歯科診療報酬の大幅引き上げが喫緊の課題となっている。

このため、歯科医療崩壊をくい止め、歯科医療の質の確保と安全を保障できるよう、以下の重点要求の実現を強く求めるものである。

【技術料分野についての要求】

[Ⅱ - 3- (1)] 個々に時間と技術を要して行われる診療行為に対する技術料の多くがいまだに長期に亘り据え置かれているため、診療報酬に経費（人件費、間接経費）という考え方を取り入れ、この間の経済変動、人件費を反映し適正に引き上げること。

要求理由 2011年に出された政府答弁書では1986年以降25年間、評価が長期に据え置かれた点数が50項目以上あることが明らかにされたが、2012年及び2014年改定ではこの項目の大多数が引き上げられていないか、もしくはわずかな引き上げに留まっている。

歯質を残し咬合、咀嚼機能を回復するための歯科医師の努力を評価し、歯科医療機関の経営危機を改善するためにも、日常診療で行われるこうした技術料の抜本的底上げが必要であるため適切に引き上げること。

[Ⅱ - 3- (2)] 早期治療を行うことで疾病の重症化や再発防止が図れるよう、検査、処置については歯科医学、医療の進展にそった新たな項目の導入を積極的に図るとともに、検査の位置づけを抜本的に見直し、処置、手術の際に必要な検査は歯科点数表に掲載すること。

要求理由 う蝕、歯周病を引き起こす大きな原因は歯垢の付着にある。疾病の発症前の健診によってリスクを発見し、発症を防ぐことがこれからの歯科治療には必要である。早期にリスクを把握するために歯垢（口腔バイオフィルム）による感染等に着目した早期のプラークコントロールを保険導入すべきである。歯垢（口腔バイオフィルム）はう蝕と歯周病のみでなく、誤嚥性肺炎、菌血症、感染性心内膜炎、糖尿病低体重児出産、動脈硬化等との関連も示唆されてきており、この治療は継発する他の疾患の予防という一面も担うことになる。う蝕や歯周病に対する各種唾液検査、細菌検査も、その有用性が実証されており、疾病の重症化を防ぐ観点からも保険導入すべきである。

また、保険診療上、検査はその後の治療に反映するために行うものとされているが、処置等が対象であり、医学管理の歯科疾患管理料においても、唾液検査等う蝕や歯周病等の疾患のリスク管理に資する目的で適用できるよう検査の位置づけを抜本的に見直すべきである。

[Ⅱ - 3- (3)] 患者毎に異なる対応が求められる医療行為に画一的な時間要件を導入しないこと。

要求理由 歯科訪問診療料の20分の時間要件については、当会の調査では歯科訪問診療を行っている歯科医師の65%が、問題があると感じ、心疾患、脳梗塞、特に認知症の患者に対しては、時間的ストレスを与えず20分未満で診療を終わらせたほうが適切とした事例が数多く報告されている。

訪問診療は、患者等の求めに応じ、医療機関が訪問診療時に必要な器具・薬剤等を整え、限られた環境の中で患者のQOLを上げている。在宅医療を推進するためにも、必要な診療はその行為によって評価し、外来診療と同様に歯科訪問診療料の時間要件等を撤廃するべきである。

また、画一的な時間要件に関しては、歯科衛生実地指導料では15分以上、訪問歯科衛生指導料では「複雑なもの」で20分以上、「簡単なもの」で40分以上が挙げられ、これらについても時間要件を廃止すること。

〔II - 3- (4)〕 超高齢社会に求められる在宅医療を重視し、多くの歯科医院が患者の求めに積極的に応じられるよう抜本的に訪問診療の評価を見直すとともに、専門的口腔ケアの役割の評価を確立すること。また、歯科往診の位置づけを明確にし、往診料を再評価すること。

要求理由 超高齢社会を迎え、在宅需要に応える上で、訪問診療に取り組んでいる歯科医院が1割強という状況の改善が何より重要となる。そのためには、訪問診療の装備（車・器材等や衛生士の雇用）が整っていない歯科医院でも訪問診療が可能な環境整備、制度への抜本的な改善が求められる。2010年改定の際に中医協に提出された資料「訪問歯科診療を行う際の課題（平成23年度検証調査）」では、①要介護者の4割が無歯顎者、②74%が何らかの歯科治療が必要（補綴治療・義歯等の作成、う蝕治療、歯周治療の順）、③実際に歯科治療の受診者は26.9%、④訪問診療の具体的治療内容では「入れ歯の製作や調整52%」「歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導39%」の順、⑤訪問診療の課題では、「診療報酬評価が低い50%」「保険請求、介護請求の事務処理47%」「装置・器具の準備等に時間がかかる43%」と報告されている。

こうしたことから、歯科医院の訪問診療体制の状況のいかに関わらず義歯の調整や口腔の清掃、管理、口腔ケア等について歯科医院が積極的に対応できるよう診療報酬の評価（特に2014年改定で大幅に引き下げられた「歯科訪問診療2」の再評価）を行うことが必要である。さらに在宅歯科医療のさらなる推進のために、在宅で総合的な口腔管理を評価する「在宅口腔管理料」（仮称）の新設を求める。

また、「同一建物」の概念の中から「各地域で一般市民が居住しているマンションやアパート」を除外すること。在宅医療に精力的に取り組む歯科医療機関の評価としては、訪問診療で多く行われている全ての処置、手術の点数及び歯冠修復・欠損補綴の手技料については50/100加算の算定とする必要がある。

また、訪問診療における歯周治療用装置については、すべての要件を撤廃すべきである。

訪問診療に係る摂食機能障害者については、「発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの」と規定されているが、超高齢化に伴うものやサルコペニアによるもの等、摂食機能障害は増加の一途をたどっており、発達遅滞の他、精神遅滞、老齢遅滞等や認知症、廃用症候群、また、顎・舌切除を含む消化器疾患の手術も現症状に対する摂食機能障害も対象とすべきである。

計画的に在宅診療を行う訪問診療と、患者の求めに応じて行われる救急対応といえる往診とは、まったく異なったものであり「往診制度」を再評価し、点数も医科と同程度にすることが、在宅歯科医療の充実にも繋がる。

また、16キロを超える患者への訪問診療は「絶対的理由がある場合」以外認められていないが、患者が病気、障害で通院困難になった場合、かかりつけ歯科医師に訪問診療を希望した場合等、医療の継続性から16キロ制限の例外として認めるべきである。

在宅かかりつけ歯科診療所加算については、既に施設を含めた訪問診療を実施している医療機関では届出が困難であり、在宅における訪問診療の推進のために、施設基準としての位置づけを撤廃し、在宅に赴いた際の評価とすべきである。

〔II - 3- (5)〕 超高齢社会の進行で必需となる歯冠修復・欠損補綴については患者のニーズに医療機関が積極的に応えられ、また、危機的状況に追い込まれている歯科技工所（士）の経営改善が図れるよう歯冠修復・欠損補綴並びに補綴関連の技術料を大幅に引き上げること。また、包括されている治療行為を個別に評価するとともに、廃止された項目のうち患者にとって有益と認められるものについては再評価すること。

要求理由 超高齢社会の進行に伴い、義歯の需要は増えていくものと予想されるが、歯冠修復等の技術料の引き上げに加え、2002年改定で廃止された、補強線は義歯の破折修理に際しては不可欠なものであり、別途再評価するとともに、義歯修理に際して来院日と同日に修理を行った場合は、迅速対応に対して義歯修理加算を新設すべきである。

良質な歯冠修復・欠損補綴物の提供を維持していくためにも、補綴時診断料や形成、印象採得、咬合採得等の技術料を大幅に引き上げること。

また、乳臼歯、大臼歯の単冠での4/5冠は、健全歯質を残す観点からも再評価すること。

2014年改定で義歯の医学管理は新製義歯に対する新製有床義歯管理料のみであり、新製以外の義歯の指導は歯科口腔リハビリテーション料に位置づけられた。義歯の医学管理は新製、修理等を問わず有床義歯管理料として評価し、義歯の調整はリハビリではなく、あくまでも欠損補綴物の調整である。義歯の医学管理については、新製、修理等を問わず一本化し月1回の算定とした上で、その後の調整・指導については、義歯調整料を新設して調整の都度、装置ごとに算定する取り扱いにすべきである。

ほとんどの保険証がカード化されたことにより、義歯新製月の特定が困難な場合が多い。自院作製以外の義歯新製については、6カ月以内であっても、新製できることを明記すべきである。

また、老老介護や独居老人等、高齢者社会の課題や、認知症患者の増加が問題となっている中、新製後6カ月以内に義歯の紛失や破損により再作製を余儀なくされるケースも以前より散見される。高齢者の生活状況を鑑み、6カ月以内であっても有床義歯の新製を認めるべきである。

[II - 3- (6)] 医療機関の責によらず、医療技術に関係のない要件によって届出のできない施設基準については、医療機関のランク付けに繋がることから、届出要件について抜本的に見直すこと。

要求理由 在宅療養支援歯科診療所の要件である歯科衛生士の勤務の有無、歯科治療総合医療管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料の要件である「緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制の整備」等、地域間格差によって「雇用できない」「病院がない」等の実態がある。地域の実情に即した施設基準とするよう届出要件を抜本的に見直すこと。

[II - 3- (7)] 回数制限等は撤廃し、実態に即した請求ができるようにする。また、手術において定められている同一手術野・同一病巣の制限要件を廃止すること。

要求理由 フッ化物歯面塗布処置、歯科衛生実地指導料等、月1回の算定に制限されているものや、補綴時診断料、義歯管理料、咬合調整等、一初診中に1回の算定しか認められていないものは、臨床の実態に即してこうした回数制限を廃止し、必要に応じて行われた治療行為はその都度正当に評価すること。

歯ぎしりや顎関節症、睡眠時無呼吸症候群等の咬合床における調整は、装置装着直後の初期症状や継続的な診療後の症状に応じ、行われる調整内容や回数は異なる。また、歯周基本治療処置では月1回のみ算定等、回数が制限され、尚且つ点数が包括されている。こうした、咬合床や歯周病治療中の処置等、診療行為に回数制限を一律に設けるのではなく、個別に診療行為を評価するべきである。

さらに、同一手術野又は同一病巣において主たるものの算定という制限が設けられており、医科の例が示されている。口腔の疾患に対する治療には、同要件は全くそぐわない考え方である。医科ではなく歯科の例を具体的に示すとともに、歯科においては、同一手術野・同一病巣

であっても、手技が異なるものであり、それぞれの手術点数を算定できるようにすること。

〔II - 3- (8)〕 「歯科診療に係る指針」はあくまでも保険診療の参考に過ぎず、医療の個別性を考慮しない画一的で定型的な治療とするような算定基準にはしないこと。

要求理由 臨床の現場では医療の個別性、特殊性から「指針」とは異なる診療が行われる場合がある。その結果、診療報酬が請求できないという不合理が生じている。例えば歯周治療を画一的に規制している歯周病の「指針」等を、保険請求の算定要件に組み込まないこと。

〔II - 3- (9)〕 歯科では実質評価の引き下げとなる包括の拡大を行わないこと。過去の改定で包括された診療項目を独立した点数として適切に再評価すること。

要求理由 診療報酬の簡素化名目と歯科点数の枠内操作等のために、基本診療料ではラバーダム防湿法、スタディモデル、歯肉息肉除去、歯科疾患管理料20点分等を包括し、特掲診療料では補強線、遊離端加算、ろう着、EE・EB法等を包括した。しかし、医学的根拠も不明なこれらの包括では点数が積算されないため、包括＝評価の引き下げとなった。その結果、治療に対する歯科医師の熱意を踏みにじり、医療機関の経営にも打撃を与えている。個々の技術が組み合わせられた診療行為が適正に評価されたそれぞれの診療項目を独立した項目として再評価すること。

また、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成、歯髄保護処置で行う麻酔等についてもそれぞれの行為ごとに算定できるようにすること。

〔II - 3- (10)〕 基本診療料である初診料・再診料を大幅に引き上げること。また、算定要件等により再診料のみの算定となる場合は、再診時歯科診療加算（仮称）を新設すること。

要求理由 医科・歯科の基本診療料の格差是正の問題は、中医協汚職の事件へと発展していった「かかりつけ歯科医初診料」の問題に見られるように、過去、抜本的な解決につながるような見直しは、一切されてこなかった。このため、良質な歯科医療を提供するための改定財源を確保した上で、初診料、再診料をはじめとした医科歯科格差を是正すること。2007年の中医協で歯科の院内感染予防対策の費用は医科の無床診療所の約3倍との資料が示され、全ての歯科医療機関で感染症に対する患者のニーズや安心安全の医療を実現するためにも、基本診療料の引き上げを求めた。

また、歯科においては「基本診療料に含まれる」として評価のなくなったもの、算定要件によって治療を行っても、2回目以降の義歯の調整管理、部分的な状態の確認のための歯周病検査等請求できないものが多くある。再診料のみの算定となる場合は、行われた治療行為を適正に評価するため再診時歯科診療加算（仮称）を新設すること。

〔II - 3- (11)〕 歯科における画像診断について、歯科医療の実態に即した評価にあらためること。

要求理由 「同一部位の解釈」「同時の解釈」「2以上のエックス線撮影の解釈」「同一方法の解釈」について、点数表では、医科の事例で説明されているが歯科の事例で整理すべきである。これらの解釈が歯科的には点数表でははっきりしないため、混乱と不合理をきたしていることから

その明確な記載が必要と考える。

また、医科の撮影に対し歯科では最初に撮影をし、処置後に再度撮影をする必要があったり、治療の経過を見るために数ヶ月後に再度撮影した上で診断し治療等の判断をしたりする 경우가多々あり、明らかに医科の画像診断とは違う要素がある。よって医科の準用となる点数表ではなく、歯科単独の点数表を作成する必要がある。一律の基準で診断料、撮影料を決めるのではなく、細かな区分けが必要と考える。

さらに、単純撮影の診断料については、一連の症状の確認の場合は、50/100に低減される取り扱いである。特殊撮影と歯科用3次元エックス線断層撮影は、症状確認においても所定点数の算定であり、取り扱いの違いは歯科医学的に全く根拠のないものである。単純撮影における症状確認時の診断料の取り扱いの見直し、並びに全顎撮影法については、デジタル法での9枚撮影より点数が低くなる等の矛盾がある。デジタル化によりセンサーが小さく規格外で同部位でも2枚で撮影することもあり、10枚法の意味がなくなっていることから、廃止すべきである。

【長期管理システム体系についての要求】

【Ⅱ - 3 - (12)】 多様な患者の受診状況を考慮しない、低額評価による長期継続管理体系を廃止すること。

要求理由 格差と貧困の拡大で特に歯科では経済的理由から、治療が必要と自覚している患者でも治療の放置やせっかく受診しても治療の中断をせざるを得ない患者が増加している。

歯科では「補綴物維持管理料（クラウン・ブリッジ維持管理料）」「かかりつけ歯科医初診料」「継続的歯科口腔衛生指導料」「歯科疾患総合指導料」等、成功報酬で患者の長期継続管理を行わせる体系が繰り返し行われてきた。しかし、今日の格差社会では患者の側でも継続受診が困難な患者が増加し、また、施設基準等から医療機関の側でも当該点数を算定できる、できないで点数格差が生じる等、歯科医療を著しくゆがめるものである。

歯科疾患管理料については、硬組織疾患や軟組織疾患といった歯科疾患の特異性や対象患者の年齢を全く無視したものであり、臨床の実態に即した管理に改めるべきである。その上で全ての疾患を対象にするとともに、1回目算定日にかかる要件（初診日の属する月から起算して2カ月以内）を廃止して、必要に応じて算定できるようにすること。医学管理の役割を重視し、評価を大幅に引き上げること。

【Ⅱ - 3 - (13)】 クラウン・ブリッジ維持管理料の施設基準を廃止し、歯科医師の判断で装置ごとに算定できるようにすること。

要求理由 クラウン・ブリッジ維持管理料については、補綴医療の評価が「物」としての「補綴物」の「維持管理料」に矮小化されているといっても過言ではない。医療機関単位での選択性が導入されたこのシステムは、医療の個別性や歯科医師の裁量権を無視したものと見える。こうした問題点を改善するために、維持管理料の選択を、医療機関単位から装置単位にすること。

また、補管は補綴物の維持管理であるにも係わらず、破折など歯科医師の責任によらない理由から補管期間中に補管算定歯を抜歯しブリッジ製作する場合は、事前承認の対象とすることなく、主治医の判断で製作できる取り扱いにすべきである。

【Ⅱ - 3 - (14)】 予防も含めた新たな計画的管理の新設の動きもあるが、成功報酬の考え方を導入しないこと。

要求理由 歯科では過去に、小児のう蝕多発傾向者を対象に再発予防を継続的に管理する「継続的歯科口腔衛生指導料」が、1年経過後の評価で新たなう蝕が無ければ150/100加算（成功報酬）、う蝕が発生すれば評価ゼロ（ペナルティー）と医療機関だけにその結果を課す成功報酬の考え方であった。こうした考え方は「かかりつけ歯科医初診料」「歯科疾患総合指導料」等算定要件と名称を変化させながらも厚労省は定着を図ろうとしたが、とん挫したことは周知の事実である。その理由は、医療に成功報酬という考え方自体がそぐわないことに他ならない。計画的な管理の新設に際しては、成功報酬の考え方を導入しないこと。

【チーム医療分野としての要求】

[II - 3- (15)] 口腔衛生を主体とした医療の質の確保に必要な歯科衛生士の評価を見直すこと。また、歯科衛生実地指導を歯科医師が行った場合も算定を認めること。

要求理由 歯科衛生実地指導料について、歯科衛生士の技術と労働を適正に評価するために所定点数を大幅に引き上げること。

また、歯科衛生実地指導については歯科医師が行った場合の算定を認めるべきである。

加えて、本指導料は対象疾患がう蝕と歯周疾患であり、他の疾患に起因する疾患に対するケアを行っても何ら評価がない。超高齢社会において、歯科衛生士の役割はその重要性が増している中、歯科衛生士が行う「専門的口腔ケア」（仮称）の処置を新たに設けるべきである。

[II - 3- (16)] 補綴をはじめとした歯科医療の質を確保し、歯科技工士・歯科技工所の経営を守るために歯科技工の適正な評価を確立すること。

要求理由 歯科技工士の離職と高齢化が進み、近い将来、国内における保険補綴物の提供が危ぶまれる状況が広がっているもとで、技工技術料の抜本的引き上げが必要である。加えて、歯科技工士（所）との連携を重視して、歯科技工加算の評価を引き上げるとともに、院内技工、院外技工を問わずに算定できるようにすること。

【その他】

[II - 3- (17)] 患者への文書提供は画一的な取り扱いをやめ、患者の求めや歯科医師の判断等の必要に応じて提供するものとし、提供した場合は正當に評価するとともに、医療担当者が診療に専念できるよう文書提供の簡素化を図り、画像診断や検査等のカルテへの詳細な記載義務を見直すこと。

要求理由 医学管理等の算定要件とされた一律の文書提供について、歯科疾患在宅療養管理料の口腔機能加算の算定では、その都度文書提供をすることが算定要件とされている。患者や病態によっては口頭での説明のほうが患者の理解も得やすく効果的であることも考慮し、一律の算定要件とすることは見直すべきである。

また、文書提供に関しては、文書による情報提供が必要な場合の発行とし、また、文書提供した場合は文書作成料としてこれを別途、正當に評価すること。

画像診断の診断料算定に際しての所見記載、検査については検査結果の記載が算定要件とされ、こうした煩雑な記載事項がこれまで以上に強化されている。診療に専念できるよう記載を極力簡素化するとともに算定要件にはしないこと。

[Ⅱ - 3- (18)] 混合診療（保険外併用療養費）の拡大は行わず、「保険のきく範囲を広げて欲しい」という国民大多数の強い願いを実現すること。新規技術の保険導入に当たっては、評価基準を明確にして、不採算とならない点数で導入すること。

要求理由 高い窓口負担と歯科では保険のきかない自費治療の存在が患者の歯科受診の障害となり、早期発見・早期治療を困難にし、更に治療の中断を生んでいる。この改善に向けて、小臼歯への前装金属冠、金属床部分義歯等、安全性も確保され十分普及している技術・材料は直ちに医療機関が不採算とならない点数で保険導入すること。また、う蝕多発傾向を有しているか否かで、指導管理を保険か選定療養で行うかの格差をつけている取り扱い、患者の受療権の侵害にもあたるものであり、等しく保険で治療を受けられるようにすべきである。

さらに、安全性が確保され普及している技術・材料については保険導入の検討を行い、導入に当たっては医療機関が積極的に活用できるよう適切な評価で導入すること。

また、レーザー、歯周組織再生誘導手術をはじめこの間少ないながらも新規保険導入が図られたが、評価が著しく低く医療機関での活用が妨げられている。安全で質の高い歯科治療を受けたいという患者の要望に応えられるよう、過去に保険導入された新規技術についても評価を適切に引き上げること。

2012年12月に評価療養としてグラスファイバー補強高強度コンポジットレジンを用いたブリッジ技術が保険導入されたが、実施歯科医師について「補綴歯科専門医」等々の条件があるが、これらは広告規制による「専門医」とは異なり私的な呼称であるとともにこの技術そのものは歯科医師であれば誰でもできる技術であることから「補綴歯科専門医」の条件は廃止すること。

[Ⅱ - 3- (19)] 金銀パラジウム合金の材料価格高騰に対応しない告示価格改定を見直すこと。また、告示価格改定のルールを公開すること。

要求理由 現在は、6か月ごとに材料価格の変動幅が±5%を超えた場合に改定が行われるシステムである。金銀パラジウム合金等は市場価格の変動が大きいことから、価格変動により歯科保険医療機関が不要な負担をしなくても済むよう、早急に改定ルールを見直すとともに、価格の算定方法等改定のルールを公開すること。

[Ⅱ - 3- (20)] 金属アレルギー等の患者にも使用できるよう、価格変動が少ないメタルフリーの歯科材料の保険導入をはかること。

要求理由 金属アレルギー等の患者は近年増加していると言われている。義歯等がメタルレスの方向にあることから、それらの新規保険導入をすること。

月刊保団連臨時増刊号 No.1192

2016年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求

発行日 2015年7月3日
発行所 全国保険医団体連合会
東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館
電話 (03) 3375-5121 (代)
発行人 住江 憲勇
印刷所 株式会社光陽メディア
定 価 300円 振替口座00160-0-140346

※本誌の無断転載を禁じます

保団連「2016年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求」
に対するご感想・ご意見をお寄せ下さい

(この頁をコピーしてFAX送信をお願いします。)

ご意見の項目番号	
(ご意見)	

よろしければご住所・お名前をご記入下さい。

--

FAX : 03-3375-1862
ありがとうございました。

Mail : hodanren@doc-net.or.jp

保険医協会・医会一覧表

(2015年7月1日現在)

団体名	電話番号	[FAX番号]	〒	所在地
北海道保険医協会	011-231-6281	[231-6283]	060-0042	札幌市中央区大通西6-6 北海道医師会館3F
青森県保険医協会	017-722-5483	[774-1326]	030-0813	青森市松原 1-2-12 青森県保険医会館内
岩手県保険医協会	019-651-7341	[651-7374]	020-0034	盛岡市盛岡駅前通り 15-19 盛岡富国生命ビル8F
宮城県保険医協会	022-265-1667	[265-0576]	980-0014	仙台市青葉区本町 2-1-29 仙台本町ホンマビル4F
秋田県保険医協会	018-832-1651	[833-6880]	010-0001	秋田市中通2-2-21 秋田フコク生命ビル2F
山形県保険医協会	023-642-2838	[642-2839]	990-0043	山形市本町 2-1-2 富国生命ビル2F
福島県保険医協会	024-531-1151	[531-1153]	960-8252	福島市御山字中屋敷96番地 福島県保険医会館
茨城県保険医協会	029-823-7930	[822-1341]	300-0045	土浦市文京町 1-50 富士火災ビル3F
栃木県保険医協会	028-622-0083	[627-0648]	320-0017	宇都宮市戸祭台 29-17
群馬県保険医協会	027-220-1125	[220-1126]	371-0013	前橋市西片貝町 4-12-25 ロイヤルマンション西片貝103
埼玉県保険医協会	048-824-7130	[824-7547]	330-0074	さいたま市浦和区北浦和 4-2-2 アンリツビル5F
千葉県保険医協会	043-248-1617	[245-1777]	260-0031	千葉市中央区新千葉 2-7-2 大宗センタービル4F
東京保険医協会	03-5339-3601	[5339-3449]	160-0023	新宿区西新宿 3-2-7 KDX新宿ビル4F
〃三多摩分室	042-325-1351	[325-1802]	185-0021	国分寺市南町 3-25-9 カメダビル4F
東京歯科保険医協会	03-3205-2999	[3209-9918]	169-0075	新宿区高田馬場 1-29-8 新宿東豊ビル6F
神奈川県保険医協会	045-313-2111	[313-2113]	221-0835	横浜市神奈川区鶴屋町 2-23-2 TSプラザビル2F
山梨県保険医協会	055-227-5434	[227-5435]	400-0862	甲府市朝気 1-3-26
新潟県保険医協会	025-241-8625	[241-4959]	950-0865	新潟市中央区本馬越 2-17-5
富山県保険医協会	076-442-8000	[442-3033]	930-0004	富山市桜橋通り 6-13 フコクビル 11F
石川県保険医協会	076-222-5373	[231-5156]	920-0902	金沢市尾張町 2-8-23 太陽生命金沢ビル8F
福井県保険医協会	0776-21-1660	[21-1649]	910-0038	福井市三ツ屋 2-704-1
長野県保険医協会	026-226-0086	[226-8698]	380-0928	長野市若里1-5-26 長野県保険医会館
岐阜県保険医協会	058-267-0711	[267-0712]	500-8844	岐阜市吉野町6-14 三井生命岐阜駅前ビル6F
静岡県保険医協会	054-281-6845	[281-7473]	422-8067	静岡市駿河区南町18-1 サウスポット静岡8F
愛知県保険医協会	052-832-1345	[834-3512]	466-0814	名古屋市昭和区妙見町19-2 愛知県保険医会館内
三重県保険医協会	059-225-1071	[225-1088]	514-0062	津市観音寺町429-13
滋賀県保険医協会	077-522-1152	[525-3093]	520-0047	大津市浜大津 2-1-36 大津フコク生命ビル8F
京都府保険医協会	075-212-8877	[212-0707]	604-8162	京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 インターワンプレイス烏丸6F
京都府歯科保険医協会	075-431-2314	[441-9292]	603-8214	京都市北区紫野雲林院町18 京都視力センタービル5F
大阪府保険医協会	06-6568-7721	[6568-2389]	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 1F
大阪府歯科保険医協会	06-6568-7731	[6568-0564]	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 3F
兵庫県保険医協会	078-393-1801	[393-1802]	650-0024	神戸市中央区海岸通1-2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5F
奈良県保険医協会	0742-33-2553	[34-9644]	630-8013	奈良市三条大路 2-1-10
和歌山県保険医協会	073-436-3766	[436-4827]	640-8157	和歌山市八番丁11番地 日本生命和歌山八番丁ビル8F
鳥取県保険医協会	0859-24-3063	[24-3066]	683-0853	米子市両三柳877-1 鳥取県保険医会館
島根県保険医協会	0852-25-6250	[27-5724]	690-0044	松江市浜乃木4-4-1 久谷ビル1F
岡山県保険医協会	086-277-3307	[277-3371]	703-8266	岡山市中区湊 487-1
広島県保険医協会	082-262-5424	[262-5427]	732-0825	広島市南区金屋町 2-15 KDX 広島ビル4F
山口県保険医協会	083-973-9630	[974-5900]	754-0026	山口市小郡栄町1-2 山口県保険医会館内
徳島県保険医協会	088-626-1221	[623-6754]	770-0847	徳島市幸町 1-44 徳島フコク生命ビル5F
香川県保険医協会	087-802-1335	[802-1336]	760-0057	高松市旅籠町14-8 ボヌール旅籠 1F
愛媛県保険医協会	089-989-2511	[989-2711]	790-0011	松山市千舟町 4-1-5 高岡ビル7F
高知保険医協会	088-832-5231	[832-5229]	780-8035	高知市河ノ瀬町41-1 AQUISHビル4F
福岡県保険医協会	092-451-9025	[451-6642]	812-0016	福岡市博多区博多駅南1-2-3 博多駅前第一ビル8F
福岡県歯科保険医協会	092-473-5646	[473-7182]	812-0016	福岡市博多区博多駅南1-2-3 博多駅前第一ビル8F
佐賀県保険医協会	0952-29-1933	[23-5218]	840-0801	佐賀市駅前中央 1-9-45 三井生命ビル4F
長崎県保険医協会	095-825-3829	[825-3893]	850-0056	長崎市恵美須町 2-3 フコク生命ビル2F
熊本県保険医協会	096-385-3330	[385-6448]	862-0950	熊本市中央区水前寺 6-50-25 中島ビル4F
大分県保険医協会	097-568-0066	[568-1570]	870-0951	大分市大字下郡1602-1 大分県保険医会館 1F
宮崎県保険医協会	0985-29-9516	[29-1256]	880-0056	宮崎市神宮東 3-4-21 山本コーポ 1F
鹿児島県保険医協会	099-254-8662	[254-8667]	890-0056	鹿児島市下荒田 3-44-18 のせビル3F
沖縄県保険医協会	098-832-7813	[832-4482]	902-0078	那覇市字識名1195-1 大城産業ビル1F 106号
全国保険医団体連合会	03-3375-5121	[3375-1862]	151-0053	渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館内

二〇一五年七月三日(毎月一回)発行 月刊保団連(臨時増刊号) No.1192 昭和四十七年六月一日第三種郵便物認可 定価三〇〇円(本号に限り) 郵便振替 〇〇一六〇〇一四〇三四六