

2017年8月2日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様
厚生労働省保険局長 鈴木 俊彦 様
厚生労働省保険局医療課長 迫井 正深 様

全国保険医団体連合会
診療報酬改善対策委員長 武田 浩一

2018年診療報酬・介護報酬同時改定に向けて 医科診療報酬点数表の改善を求める要請書

貴職におかれましては、日頃の保険医療行政に対するご尽力に敬意を表します。

私ども全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）は、全国で10万5千人超の会員を擁する保険医の団体であり、国民医療の向上及び保険医の経営と生活の保障を目的として、国民皆保険制度を守り発展させるための活動を推進しています。

さて、本会では2018年診療報酬改定、介護報酬改定に対する要望・意見の提出に向けて会内で意見をとりまとめ、本年6月末に「2018年診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求」を決定致しました。全国の第一線医療の現場から寄せられた意見を集約し、技術料を中心とした診療報酬10%以上の引き上げ及び点数項目の改善、患者負担の大幅軽減等に関する要望項目として整理しております。

貴省におかれましては、是非、医療現場の意見を踏まえたご対応をお願い致します。そして、今夏の概算要求策定及び年末の来年度予算案編成までに、本会の要望項目を中央社会保険医療協議会の審議の俎上に載せて頂き、実現に向けてご尽力下さいますよう、宜しくお願い致します。

以上

2018年診療報酬改定に向けた医科重点要求項目

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

1. [I-1] 医療崩壊を食い止め、地域医療を守るために、

①医療費総枠を拡大し、技術料を中心に10%以上診療報酬を引き上げること。

要求理由 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）や、2016年改定におけるマイナス1.44%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. [I-5] さらなる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受診するたびに定額の窓口負担を上乗せしないこと
- ②湿布薬、痛み止め、うがい薬、漢方薬などを保険からはずさないこと
- ③70歳以上の患者負担限度額（高額療養費）を引き上げないこと
- ④超高齢社会をむかえ、口腔の健康の抜本的増進を図る観点から、高額療養費制度に歯科外来特例（70歳以上の一般・外来の歯科の限度額の引き下げ）を設けること
- ⑤入院時の光熱水費の負担を増やさないこと
- ⑥後期高齢者の保険料を引き上げないこと
- ⑦介護利用料の引き上げをはじめ、介護分野の負担増をしないこと

要求理由 2017年の通常国会では、さらなる医療や介護の負担増が提案されている。提案内容は、①65歳以上の療養病床の患者に対し、光熱水費の負担を増やす（月額1万1100円に）、②70歳以上の高齢者の患者負担上限額（高額療養費）を引き上げる（入院等の場合、年収370万円以下の課税世帯は4万4400円から5万7600円に引き上げ）、③後期高齢者の低所得者などの保険料を1.5～10倍に引き上げる、などである。しかも、「受診するたびに定額の窓口負担」や「薬局で買える薬は保険からはずす」など、あらゆる世代を対象とした負担増は引き続き実現に向け議論することとされている。格差や貧困が広がり、年金制度への不安がつのるなか、国民・患者の負担はもう限界にきており、これ以上の負担増は即時中止するとともに、患者負担を大幅に軽減するべきである。

II-1. 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

3. [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ず、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、紹介先医療機関を交付時に特定することは實際上困難である。通常の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。その他、自院で診療していた患者が緊急で他院に入院した場合等に、入院後に入院先医療機関より診療情報を求められる場合など、「医療機関間の有機的連携の強化」、「患者の診療情報を相互に提供することで…医療・社会資源の有効利用を図ろうとするもの」との定義に見合うよう、患者の「紹介」のみならず、診療に必要な患者情報の「照会、確認」でも算定可能にするべきである。

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」は在支診又は在支病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。

4. [Ⅱ-1-(12)] レセプトデータの目的外使用は禁止すること。

要求理由 本来レセプトは「療養の給付に関する費用」の請求明細に過ぎず、このデータを集積して、保険請求業務以外に利用することは、レセプトデータの目的外使用に該当する。レセプトにはきわめて秘匿性の高い健康に関わる個人情報が含まれており、患者の同意なく、これを審査、支払以外の目的に使用することは個人情報保護法の趣旨にも反する。IT化という新たな展開を踏まえ、利用目的や方法を限定する必要がある、特にレセプトデータを営利企業が利活用することを認めれば、国民の健康・医療に係わる情報が企業の“儲け”の対象にされるおそれがあるため禁止するべきである。

また、保険請求業務以外の医療機関コードの利用は、該当医療機関の同意が得られた場合のみに限定すべきである。

Ⅱ-2. 医科診療報酬改善要求(重点項目)

【初診料・再診料】

5. [Ⅱ-2-(3)] 初診料(A000)、再診料(A001)、外来管理加算、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算

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。少なくとも再診料は6点以上引き上げ、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 厚生労働省が2010年9月29日の中医協総会に提出した資料では、初・再診料には「視診、触診、問診等の基本的な診察方法や、血圧測定等の簡便な検査、その他包括される処置等」や「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。しかし、長年にわたり引き下げと据え置きを繰り返してきた初・再診料の点数では、これらを適正に評価しているとは言えず、点数設定の根拠も不明瞭である。

そもそも初・再診料は、医師が患者を診療した際の最も基本的な技術評価であり、医療機関経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定がされなければならない。しかし、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った。これでは、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が全く評価されていないことになり、厚生労働省自身が示した「定義」とも矛盾していると言わざるを得ない。

今こそ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にするため、国の責任で外来における医師の技術料や必要なコスト等に関する実態調査を行い、明確な根拠に基づいて大幅に点数を引き上げるべきである。

6. [Ⅱ-2-(5)] 外来看護料の新設

外来看護料を新設し、外来の看護職員の人件費を保障すること。

要求理由 在宅医療の広がりとも相まって、診療所における看護師の確保が困難となっており、地域医療の確保に重大な障害となりかねない状況となっている。これまで評価してこなかった外来における看護職員の技術と労働を診療報酬で保障するべきである。

【医学管理等】

7. [Ⅱ-2-(6)] 医学管理等の算定制限

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。そもそも、診療報酬点数表は原則として自院の取扱いに限られるものであり、各保険医療機関が受診した患者に対してそれぞれ算定できることが大前提である。

また自院における取扱いにおいても、特掲診療料の通則によって、特定疾患療養管理料等の医学管理等の点数と在宅療養指導管理料及び精神科専門療法は、特に規定する場合を除き同一月に算定できない。例えば、高血圧症を管理する患者に睡眠時無呼吸症候群の治療を開始した場合は、特定疾患療養管理料と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は算定できず、いずれか一方の医学管理等に要する費用しか請求できない。

指導内容は全くの別物であるにも関わらず、請求だけを制限することは医学的にも矛盾する。社会構造の変化も相まって、患者には複数の傷病を有する 경우가多く、治

療内容も多岐にわたる。複数の医学管理等が必要な患者については、それぞれ本体の医学管理等の算定を認めるべきである。

【在宅医療】

8. [Ⅱ-2-(26)] 在宅患者訪問診療料 (C001)

- ③同様の診療行為に対して一物二価となる点数設定は止め、同一建物居住者の概念を廃止すること。その上で、在宅患者訪問診療料は、全ての患者に対して一律833点の算定とすること。

要求理由 診療報酬の点数項目に一物二価の評価体系を持ち込むことは、地域医療を守るために日々尽力している医師の評価を不当に落とすだけでなく、同日に1人よりも複数人を診る方が診療報酬（患者の自己負担額）が低くなること等について、患者に対し合理的な説明ができない点を国は認識せねばならない。在宅患者訪問診療料について「1」と「2」の区分を廃止するとともに、例外規定等の複雑な算定要件も整理し、全ての患者に対して一律833点の算定とすべきである。

一方で、訪問診療に係る悪質なビジネスを許さないために、国の責任で別途規制に向けた対策を講じるべきである。

- ④1人の患者を専門の異なる複数の医師で管理する場合、双方で在宅患者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保険医療機関を受診し、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、地域での連携を阻害し、患者に対する質の高い医療の提供が困難になる。同一患者に対する複数保険医療機関からの訪問診療を制限することは、円滑に地域の在宅医療を進める上で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。

9. [Ⅱ-2-(27)] 在宅時医学総合管理料等 (C002)

- ①在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を一本化すること。
②単一建物診療患者数の概念を廃止すること。
③投薬や処置に係る費用の包括を止めること。
④在宅時医学総合管理料への在宅寝たきり患者処置指導管理料の包括を止め、別途算定できるようにすること。

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施設入居時等医学総合管理料に区分されているが、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. 単一建物診療患者の人数によって点数が区分されたが、同じ建物に複数の患者がいることによって個々の患者の医学管理内容が変わるわけではない。同様に療養を給付しているにもかかわらず、当該患者以外に診療（医学管理）をする患者がいるかどうか、又その人数が多いかどうかで算定点数が異なることについては、患者にも理由を

説明できず、大変不合理である。「単一建物診療患者数」の概念は、即座に廃止すべきである。

3. 当該管理料が在宅における医学管理を評価した点数であるならば、医師による処置や投薬に関する点数を包括すべきではない。実際の処方や処置行為にあわせて、投薬及び処置の費用は別途算定できるようにすべきである。
4. 当該管理料に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。

【投薬】

10. [Ⅱ-2-(57)] 一包化加算を新設すること。

要求理由 周囲に調剤薬局がなく、院内調剤を行う診療所等において、薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮して、分包機を導入して一包化している医療機関が実際に存在している。これを調剤薬局同様、評価すべきである。

【リハビリテーション】

11. [Ⅱ-2-(75)] 介護保険への移行を促す項目は廃止し、必要なりハビリテーションは医療保険により、主治医の判断で、日数の制限無く継続可能な制度とすること。その上で、下記項目については特に早急に取り組むこと。

ア 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は廃止しないこと。また、介護保険への移行もやめること。

イ リハビリテーションの算定日数上限は撤廃すること。

ウ 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。

エ 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すること。

オ 介護保険移行への取り組みがなされなければ、リハビリテーション料の減算を課す、目標設定等支援管理料は廃止すること。

要求理由 昨今、2016年改定に係る議論で出された維持期リハビリテーションの廃止提案や、2016年改定での目標設定等支援管理料の新設等、リハビリテーションの介護保険への移行を促進する動きが強い。

しかしながら、例えば維持期リハビリテーションについては、2015年の検証調査結果による「介護保険のリハビリへの移行が困難と見込まれる理由」のグラフにおいて、病院、診療所とも「心理的抵抗感」のパーセンテージよりも、介護では「医学的に必要なりハビリが提供できないと考えるから」、「通所リハのリハビリの質が不明」、「介護のリハでは患者の医学的リスクに対応できない」との解答を合わせたパーセントの方が遙かに大きく、また近隣で提供できる施設がないとの回答もそれぞれ2割程度の回答となっている。

また、こうした動きの中でリハビリの現場では、介護保険による維持期リハとしての受け皿として想定されている通所リハ施設においても「PT、OT、ST の確保が困難」、「現状の介護報酬での評価では採算が取れない」との観点から、大多数が事業所の立ち上げを躊躇している実態が報告されており、受け皿の拡大が期待できない現状がある。

更に、介護保険での維持期リハの利用状況の面でも、特に高齢者においては継続的なリハがADL維持に極めて重要な意味を持つ中で、「介護保険の維持期リハでは、要介護者等に対する給付額が決まっており、リハが必要と医師が判断してもケアプランに位置付けられなければ実施できない」、「ケアマネの介入により優先順位が後回しになるケースが多く、対応に苦慮」との形で関係職種との意思疎通に手間取り、迅速なリハ実施が困難となっている実態も報告されており、このままでは、上述のリハビリの受け皿確保が困難な中で、患者が必要とされるリハビリを受けられない「リハビリ難民」となる危険性が高い。

上述の調査結果やリハビリ現場からの実態報告を真摯に受け止め、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ると認識を改めるべきである。

そして、患者の病態に応じたきめ細かな対応を担保する上でも、リハビリテーションは全て医療保険から給付されることとし、リハビリの算定日数上限についても訓練終了の目安として残しつつ、要件としては撤廃し、必要なリハビリセッ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制度を改めるべきである。

【入院点数】

12. [Ⅱ-2-(99)] 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。13：1一般病棟、15：1一般病棟の役割を正當に評価すること。
- ⑤有床診療所一般病床を含め平均在院日数など規制強化をしないこと。
- ⑥地域医療構想への誘導のために診療報酬との関連付けを行わないこと。

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、この費用が正当に評価されるべきである。

⑥について、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、機能分化のために病床削減を進める地域医療構想に対し、診療報酬を関連付けることそのものが、点数表の仕組みからして馴染まない。このことは、中医協でも診療側委員から地域医療構想を診療報酬で誘導するものではないとの意見が出ている。さらに、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。

13. [Ⅱ-2-(110)] A101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。また、医療区分1の患者の看護が症状により2および3の患者よりも大変な現状があり、区分の見直しで25：1の病床を存続しなければ、在宅での本人及び家庭の精神的負担は社会問題になりかねない。

14. [Ⅱ-2-(111)] 20：1看護配置未満の病床や介護療養病床の存在意義を積極的に認め、廃止そのものを撤回すること。

要求理由 介護療養病床や20対1看護配置未満の医療療養病床は、現在も地域において必要な入院医療機関としてその役割を發揮しており、高齢化の進展の中で、廃止期限を延長した平成23年よりも、その存続意義はますます重要となっている。

15. [Ⅱ-2-(114)] 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當に引き上げること。

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。その点数の低さゆえに低所得者を受け入れることも多いが、家族等の了解も得られず退院先を見付けることも困難。医療の安全確保のためにも、何よりも十分な人員の確保と管理体制の強化が必要。そのためには、診療報酬の評価が必要である。

以上