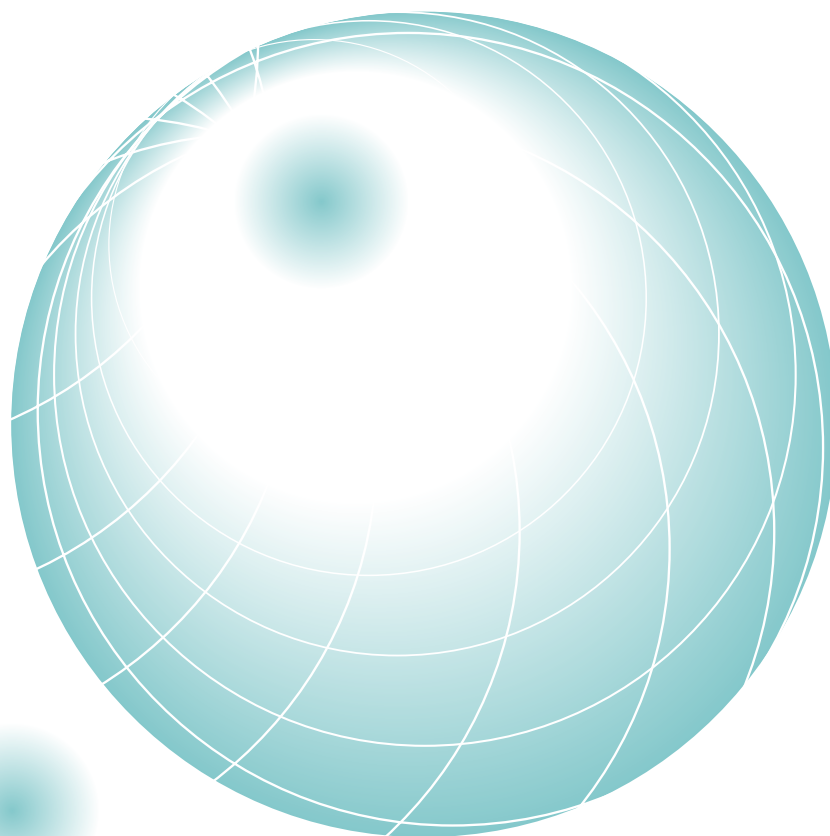


必要な医療が健康保険証で受けられるために

2010年度改定に向けた 医科・歯科診療報酬要求

2009年9月



開業医宣言

—保団連の医療に対する基本姿勢—

【前文】

わが国の開業医は、第一線医療の担い手として、長年にわたり地域住民の医療に貢献してきた。

いま日本人の平均寿命は大きく延びてきたが、一方、国民生活をとりまく経済、労働、環境などの急激な変化とその歪みは、成人病の増加はもとより、かつては見られなかった心身の疾患をも生み出し、子どもから老人に至るまですべての世代を通じて、健康に対する関心と不安が増大している。

こうした中で開業医師、歯科医師のあり方も問い直され、日常の診療に責任を持つことはもとより、疾病の予防から環境の改善などに至るまで、その専門的知識、技術による幅広い対応がますます求められている。

同時に、近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。

これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し、常に新しい医学・医術を研鑽して、自らの医療活動を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である。

また、わが国は「経済大国」といわれながら、その力が国民には還元されず、逆に国民の努力により築き上げてきた社会保障が、軍事予算拡大やいわゆる「民活路線」の陰で、次々に後退させられている。さらに現在、地球規模での環境破壊や核兵器の脅威など、人類の生存すら危ぶまれる状況も存在している。

私たちはこれらの現実に立ち向かいつつ、21世紀の医療を担う開業医像をめざして、次の通り宣言する。

【本文】

1. 全人的医療

私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

2. 対話の重視

医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する。

3. 地域医療

私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

4. 医療機関等の連携

私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ、他の医師・医療機関等との円滑な連携に努める。同時に他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

5. 診療の記録

診療の正確な記録は医師の重要な責務である。療養等に必要情報の提供に日常的に努めるとともに、患者からの診療情報提供の求めに誠実に応ずる。診療情報の提供に際しては、医師の守秘義務を遵守し、患者の秘密と人権を守る。

6. 生涯研修

私たちは患者、住民が最高の医学的成果を受けられるように、常に医学・医術および周辺学術の自主的な研鑽に努め、第一線医療・医学の創造、実践、発展をめざす。

7. 自浄努力

私たちは、患者や地域住民の信頼を失うような医療行為を厳に戒める。また常に、他の批判に耐える医療を心がけ、医療内容の自己および相互検討を行うよう努力する。

8. 社会保障

医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が十分な医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

9. 先端技術の監視

科学技術の急速な発達には人類に多くの恩恵をもたらす一方、その用い方如何によっては生態系の破壊なども懸念される。私たちは特に、人類や地球の未来に影響を与えかねない先端技術に対しては、その動向を監視し、発言する。

10. 平和の希求

人命を守る医師はいかなる戦争をも容認できない。私たちは歴史の教訓に学び、憲法の理念を体して平和を脅かす動きに反対し、核戦争の防止と核兵器廃絶が現代に生きる医師の社会的責任であることを確認する。

1989年1月22日 保団連第27回定期総会採択
1998年1月25日 保団連第36回定期大会一部改正

2010 年度改定に向けた 医科・歯科診療報酬要求

2009 年 9 月

全国保険医団体連合会

目次

はじめに	04
第1部 必要な医療が健康保険証で受けられるために	07
I 診療報酬と国民医療	08
1 1980年代より続く診療報酬抑制政策	08
2 診療所つぶし、中小病院つぶしの改定	09
3 リハビリテーションへの日数制限の導入	10
4 包括点数の拡大でフリーアクセスが制限	10
5 長期入院に対する規制の強化	11
6 診療報酬の抑制は、患者負担を増加させる	14
7 崩壊する歯科医療	14
8 改定ルールの問題	16
II 現行の診療報酬の基本的な問題点	18
1 あまりにも低い技術料評価	18
2 医療安全の確保や医療材料にかかる費用が保障されていない	20
3 諸外国と比べて高い薬、材料、医療機器の価格の圧縮を	20
III 患者、国民をめぐる状況	21
1 医療費の支払いに86%が不安	21
2 政府に対する要望は、医療・福祉・年金の充実	21
3 格差社会の広がり、高まる日本の貧困率	21
4 450万世帯が国保料滞納	22
IV 医療機関をめぐる状況	24
1 実態と乖離した財政制度審議会建議	24
2 医師の絶対数不足と広がる労働強化	27
3 改善には診療報酬の引き上げが必要	28
4 医師の年収は高いのか	28
5 不十分な医療従事者の評価	29
V 「医療崩壊」を食い止めるために、診療報酬大幅引き上げと患者負担軽減を	30
1 社会保障費総枠抑制の中止だけでは医療崩壊は止まらない	30
2 「医療崩壊」の根本原因は、公的医療費抑制政策にあります	30
3 窓口負担と保険料の軽減に全力をあげます	31
4 診療報酬引き上げと窓口負担軽減の財源はあります	32
5 消費税は、社会保障を後退させます	35
6 医療は、単なる消費ではありません	35
7 患者、国民と医療担当者の共同の取り組みを	36

第2部 2010年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求	37
I 改定要求の基本的考え方	38
II 2010年度診療報酬改定に向けた医科・歯科基本要求	40
III 2010年度診療報酬改定に向けた具体的要求（医科要求）	46
○ 初・再診料	46
○ 医学管理等	47
○ 在宅医療	51
○ 検査	58
○ 画像診断	60
○ 投薬	60
○ 注射	62
○ リハビリテーション	63
○ 精神科専門療法	64
○ 処置	65
○ 手術	68
○ 麻酔	70
○ 施設入所者の医療	70
○ 入院	71
○ 特定保険医療材料	75
○ その他の要求	76
IV 2010年度診療報酬改定に向けた具体的要求（歯科要求）	78
はじめに	78
1 歯科診療報酬点数表全般を通じての基本要求	78
2 歯科診療報酬点数表に沿っての個別要求	80
○ 初診料・再診料	80
○ 特掲診療料全体	81
○ 医学管理等	81
○ 在宅医療	81
○ 検査	82
○ 画像診断	83
○ 投薬	83
○ リハビリテーション	83
○ 処置	83
○ 手術	85
○ 麻酔	85
○ 歯冠修復及び欠損補綴	86
○ 保険外併用療養	87
○ その他	87

＜はじめに＞

日本では、原則として全ての国民が公的医療保険（以下「健康保険」）に加入し、医療を必要とした場合には、いつでも、どこでも、誰でもが、公的に医療を受けられます。

「診療報酬」は、健康保険で医療を受けた場合の医療行為の価格を公的に定めたものであり、医療機関の窓口では、診療報酬で定めた額の1～3割を支払い、残りの7～9割は健康保険から医療機関に支払われます。

医療機関は非営利が原則であり、収入のほとんどは診療報酬です。したがって、医療提供に関わる費用の全てが診療報酬で賄えなければ、医療は提供できなくなります。

また、診療報酬では、健康保険で給付すべき治療方法や内容、回数、範囲等を定めており、それを超えて行った診療は、たとえ医学的に妥当であっても医療機関には支払われません。

このように診療報酬は、**医療機関の経営の原資**であるとともに、**国民が受ける医療の範囲や質・量を決める重要なもの**です。

「医療崩壊」がマスコミで大きく取り上げられています。

国民健康保険料が高すぎて支払えない世帯は、45万世帯（国保世帯比20.9%）にのぼり、国保証が取り上げられた世帯は33万8,000世帯に及んでおり、受診抑制による死亡がおきています。また、保険料を支払っている人でも高額な窓口負担のため、受診を手控えて重症化し、死亡した事例が問題になるなど、国民皆保険制度は名ばかりの状態になっています。

さらに、救急医療の現場で患者さんがたらい回しになる事態や、産科・小児科医の不足による医療機関の廃院や診療科の閉鎖が深刻な社会問題となっていますし、地方の公立病院は軒並み赤字経営となっています。

これらに加えて、2006年度診療報酬改定で導入されたりハビリテーションの日数制限、2008年度診療報酬改定で導入された外来管理加算の5分ルールや高齢者を差別する後期高齢者診療料、2012年3月末での介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減、長期に渡る歯科の低診療報酬政策など、診療報酬改定によって必要な医療が提供できない事態が広がっています。

医療崩壊の原因は、医師の仕事量の増加、新卒後臨床研修制度の影響、医療事故などでの裁判の影響、医療の高度化など様々な要因があります。しかし、**医療崩壊のもっとも大きな原因は、公的医療費抑制政策**です。

1980年代以降、診療報酬の抑制と患者窓口負担の拡大、保険給付範囲の制限、医師養成数の抑制など、公的医療費抑制政策が顕著になってきました。

そして2001年に発足した小泉内閣のもとで、社会保障の切捨てと営利化を柱の一つとする「構造改革」が推進されてきました。国民負担が拡大され、診療報酬改定では、2002年、2004年、2006年、2008年と4回連続のマイナス改定が行われてきました。

こうした結果、日本の総医療費支出の対GDP比は、OECD加盟30カ国中21位となっています。

財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会が2009年6月3日に財務大臣に提出した「平成22年度予算編成の基本的考え方について」の建議（意見書）では、勤務医の平均年収（約

1,415万円)が、開業医の概ね半分程度であるとして、「診療報酬が診療所に偏っている現状を見直し、病院に手厚く配分する」こと等を掲げています。

しかし、度重なる診療報酬引き下げで、**そもそも診療所にそんな余裕はありません**。財政制度等審議会は医業収支差の平均値で診療所の医師と病院勤務医を比べていますが、最頻値では、個人立の医科無床診療所が年1,495万円、個人立の歯科診療所が年912万円です。

個人立の医療機関における医業収支差は、医療機関自体の再生産のための費用も含まれますので、医師本人の収入はさらに低くなり、こうした諸経費を反映した法人立の医科無床診療所では年1,764万円の赤字、歯科診療所では年648万円の赤字となっています。

診療所の医師や歯科医師にも長時間労働が広がっています。

2008年8月～9月に実施した保団連「開業医の実態・意識基礎調査」では、1日の実労働時間が11時間以上の診療所が、医科で14.5%、歯科で15.6%になっており、その割合は年々高くなっています。

病院勤務医の労働条件悪化の原因の一つには、診療所や中小病院が地域医療に果たす役割の低下があります。病院勤務医の労働条件改善のために病院の診療報酬を引き上げることは当然ですが、長年に渡って低医療費政策のもとに置かれている診療所の診療報酬についても増やす必要があります。

診療報酬引き上げの財源はあります。

2007年10月17日に開催された経済財政諮問会議に舛添厚生労働大臣が提出した「社会保障給付費の国際比較(2003)」によれば、日本の医療給付費の水準は、ドイツ、フランス、スウェーデンの8割程度です。

仮に、医療給付費の対GDP比をドイツ並みにすれば、医療給付費は8.8兆円増やせます。フランス並みにした場合でも6.9兆円、スウェーデン並みにした場合でも3.6兆円増やせるのです。

その財源については、社会保障財源の対GDP比を見ると、日本(事業主5.7%、公費5.4%)、イギリス(事業主8.4%、公費13%)、ドイツ(事業主11.2%、公費9.9%)、フランス(事業主14%、公費9.3%)となっています。

一方、大企業(資本金1億円以上の企業)の内部留保も、2002年の8兆5,437億円から2007年には13兆5,670億円へと大きく膨らんでいます。

事業主負担と公費負担を諸外国並みに引き上げれば、診療報酬を引き上げる財源は十分にあります。

2002年からの4回連続のマイナス改定は、厚生労働省が公表した改定率でも2001年対比でマイナス7.53%です。これを元に戻すには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りますが、この間の改定による影響は、この改定率よりもさらに大きく、小泉「構造改革」前に戻すだけでも、10%以上の診療報酬引き上げが必要です。

ところが、日本の窓口負担は定率で高額なため、診療報酬を引き上げると、それが直接患者負担増につながってしまいます。

他の先進諸国では、医療費の窓口負担が無料の国が多く、窓口負担がある国でも、こんなに高額な窓口負担はありません。それは、患者窓口負担が受診抑制につながり、必要な医療の提

供を妨げるからです。

実際に、窓口負担率が改悪されるごとに過重な負担に耐えかねて治療の中断や受診の手控えがおきています。

こうしたことから、保団連では、**窓口負担の大幅な軽減**を合わせて求めています。

平成7年版の厚生白書では「(医療は)サービスの消費に伴う直接的な便益以上のもの、すなわち人的、社会的便益をもたらす投資的側面を持つサービスであると認識されている」とし、医療部門の生産1単位が他産業に1.79の影響を与えているとしています。

一方、全産業部門に1単位の需要が発生した場合の医療部門の影響率は1.00で、「医療活動が活発になれば他部門に与える効果を通じて経済全体を活性化するが、反面、他部門から受ける効果はないため、経済全体が活発になったからといって医療サービスが増産されることは少ないということを示しています」と記述されています。

したがって、医療の改善のためには診療報酬引き上げが不可欠であり、診療報酬を引き上げれば他の産業の活性化がはかれるのです。

なお、平成20年版の厚生労働白書でも、産業連関表による総波及効果が医療(4.2635)は全産業平均(4.0671)よりも高く、雇用誘発係数も全産業56部門中15位と高いことを示しています。

以上の点と診療の現場からの意見を踏まえて、保団連では2010年度診療報酬要求(第2部参照)を策定しました。その基本的スタンスは、次の通りです。

- ①小泉「構造改革」による診療報酬引き下げ分を元に戻すために、少なくとも10%以上の診療報酬の引き上げを行うこと。
- ②基礎的技術料を評価し、医科・歯科とも初診料を300点に、再診料を100点に引き上げること。
- ③医科の外来管理加算への時間要件導入等を廃止し、2008年改定前の要件に戻すこと。
- ④必要な医療は、医療保険で最後まで提供することを基本とし、リハビリ給付制限や180日超入院の保険給付外しなどをやめ、「公的医療保険でまかなう範囲の縮小」を行わないこと。
- ⑤高齢者別建ての診療報酬を廃止すること。
- ⑥診療報酬の引き上げ・改善とあわせて患者窓口負担の引き下げを行うこと。

診療報酬は、健康保険で受けられる医療の費用と範囲を決めるものです。

私達は、患者さんや国民の皆様とともに医療を考え、改善を求めていきたいと考えています。この冊子をお読みいただき、診療の現場からの要求にご理解とご支持をお願いいたします。