

2012年診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求

～ 震災からの復興と半世紀経た国民皆保険制度に相応しく 最善の医療提供の実現をめざして ～

2011年6月26日
全国保険医団体連合会
2010-2011年度第2回代議員会決定

はじめに

3月11日に発生した東日本大震災は、東京電力・福島原発事故を含めて規模とその深刻さから戦後最大・最悪の大災害となりました。

社会的共通資本として地域医療を支えてきた民間の医科、歯科医療機関も甚大な被害を受けて診療機能が失われ、全体として被災地域の医療体制が一層脆弱化しています。

今後被災地域が一日も早く復旧、復興を果たす上からも、被災した医科、歯科診療所、中小病院の診療機能の早急な回復と再建は喫緊の課題で、そのためには国庫助成による民間被災医療機関復興への公的支援が必要です。

同時に、被災地も含めた全国で、長年にわたる医療費抑制政策の結果、医師不足・看護師不足による医療提供体制の弱体化が進み、一方で高額な保険料が払えず保険証を奪われた人や高額な患者負担のために受診できない人が増えています。

これは、1980年代以降顕著になった政府の医療費抑制策の結果です。特に2000年からの小泉「構造改革」によって更なる医療費の抑制策が推し進められ、国民皆保険制度は空洞化しています。

こうした状況を改善し、東日本大震災からの復旧・復興を果たすためには、患者窓口負担の大幅軽減をはじめ、無保険者の解消など、半世紀経た国民皆保険制度の精神に立ち返って、社会保障としての医療保険制度・介護保険制度の拡充が欠かせません。

ところが政府は、東日本大震災で中断していた社会保障と税の一体改革の検討を再開し、年金、医療など各分野の改革案づくりとともに、震災復興財源確保も視野に入れながら消費税増税の論議を進めています。

いま必要なことは、「社会保障と税の一体改革」やTPPをはじめとした規制緩和などの検討着手を当面ストップし、緊急に必要な改善と半世紀経た国民皆保険制度にふさわしい医療制度の再建を図ることです。

被災地の復旧・復興に多くの公的支援が必要なことは言うまでもありません。被災地の復旧・復興にとって特に重要なことは、かかりつけ医の復旧・復興です。東日本大震災で被災した医療機関の復旧・復興のため、法人・個人、「名義一致」や、病院・有床診療所・無床診療所・歯科医療機関を問わず、すべての被災医療施設、設備に対し、再建に見合う公的助成、無利子融資制度、二重ローン、二重リース料の解消に向けた取り組みを強めるよう、求めるものです。

また診療報酬・介護報酬は、患者・国民にとっては社会保障としての医療・介護を受ける権利と給付内容を規定するものです。医療崩壊・介護崩壊を食い止め、必要な医療・介護を提供するためには、医学・医療や介護技術の進歩を公的保険制度の中に組み込むとともに、行過ぎた社会保障抑制政策を止め、必要な診療報酬・介護報酬の引き上げを図ることが国家として優先すべき課題です。

ところが政府は、実質マイナス改定を続け、前回の診療報酬・介護報酬改定でも社会保障抑制政策からの脱却はできておらず、引き続き医療崩壊・介護崩壊が進行しています。

こうしたことから、全国保険医団体連合会では、国庫負担を大幅に拡大して患者負担を軽減するとともに医療費総枠を引き上げること。特に、外来診療機能を高めるために医科・

歯科診療所の報酬引き上げを図ることを強く求めるものです。

なお、介護職員処遇改善交付金は、その全額を国庫負担で実施し、その対象範囲および支給金額を引き上げるよう求めます。

また、下記の事項については、次回改定を待たずに早急に実施されるよう、求めます。

① 入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回し、入院料の減額や外来側の算定制限を廃止すること。

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。

② 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の算定を認めること。また、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 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べきことも多い。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。また転居等により主治医が変わる場合など、同一の在宅療養指導管理料でも複数の医療機関で算定できるようにするべきである。告示を撤回し、複数医療機関で異なる在宅療養指導管理の算定を認めること。

また、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は非常に幅広く、重度の褥瘡と尿路感染症など、専門医による医療連携により指導管理を行え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るべきである。

③ 歯科訪問診療料の20分の時間要件を撤廃し、訪問診療を行った患者全てに歯科訪問診療料が算定できるようにすること。

要求理由 訪問診療料の時間要件は、患者にストレスを与えないために20分未満で診療を終わらせた方がよい症例など、個々の事例によって診療時間に差が出てくるのは当然である。

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] 患者負担を大幅に軽減すること。

- ① 中学卒業までの子ども、高齢者の患者負担を無料にすること。
- ② 現役世代は2割負担、65～74歳は1割負担とすること。

要求理由 患者の窓口負担が増えると、必要な医療が抑制され、健康格差が助長される。また、治療費の未払いが増加する。医療の資源配分における効率性と公平性という目的を達成する上で患者負担増は効果の乏しい政策手段であることが内外の実証研究で明らかにされている。半世紀経た国民皆保険制度にふさわしい医療制度の再建へ向けて、上記要求は最低限のものである。

- ③ 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。

要求理由 阪神淡路大震災では、多くの被災者が窓口負担を支払うことなく必要な医療を受けられた。阪神淡路大震災の教訓を生かして、すべての被災者がいつでも医療を受けられるように、すべての被災者の窓口負担を免除することが必要である。

[I-2] 国庫負担を増やして払える国保料(税)に引き下げる。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り返るなど、払える国保料(税)に引き下げ、必要時に医療を受けられるよう、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-3] すべての療養を医療保険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。医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。

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医療保険と介護保険の給付調整は廃止すべきである。

[I-4] 「患者の選択の拡大」を口実に、患者負担を増大させ患者の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。選定療養の項目についても必要に応じて保険給付すること。

要求理由 デフレを脱しきれていない経済状況と、一般患者3割自己負担という世界的にみても異常に高い患者自己負担率の下で、保団連が行った「受診実態調査」結果では、4割の医療機関で受診中断があり、検査や投薬を断らざるをえない状況にある。

こうした中で政府は、TPPや医療特区構想を通じて、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。

保険外併用療養費の拡大など混合診療の拡大をせず、「評価療養」の保険給付への評価を速やかに行うとともに、「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必要がある。

[I-5] 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、患者の様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-6] 医療崩壊を食い止め、地域医療を守るために、医科・歯科診療所や中小病院を中心に

診療報酬を引き上げること。

要求理由 今日のわが国の医療崩壊の最大要因は、政府による医療費抑制政策にあることは明らかである（OECDHealthData2008の加盟国の対GDP医療費割合によれば、平均9.5、ドイツ10.6、フランス11.1、日本8.2であり、2011年5月に発表された「より良い暮らし指標」によると、2000～2008年のOECD諸国の医療費上昇率4.2%に対して日本は2.2%である）。厚生労働省社会保障審議会医療部会・医療保険部会「平成22年度診療報酬改定の基本方針」でも、「我が国の医療費が国際的にみてもGDPに対して極めて低水準にあるなかで、…医療現場は疲弊しきっている」と指摘している。

医療崩壊を食い止め、地域医療を守るためには、医科・歯科診療所や中小病院を中心に診療報酬を引き上げることが必要である。

[I-7] 診療報酬改定の財源確保では、

- ① 国庫負担と大企業等の企業負担を増やして捻出し、消費税増税をしないこと。
- 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。
- ③ 薬価基準や特定保険医療材料料を諸外国並に適正化して薬剤費や医療材料費を引き下げること。

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、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。（「社会保障給付費の国際比較」（2003年）で、日本（事業主負担5.7%、公費負担5.4%）、ドイツ（事業主負担11.2%、公費負担9.9%）、フランス（事業主負担14%、公費負担9.3%））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、応能負担原則を徹底させて、高所得者の保険料負担を引き上げる。そのために標準報酬の上限撤廃が必要である。

さらに、医療費そのものの見直しも必要である。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基準を見直し、その分を技術料本体に回す必要がある。

[I-8] 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カ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。

[I-9] 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 2010年度改定でも、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た。患者に不利益をもたらし、医療現場を混乱に陥れ、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カ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。

[I-10] 診療報酬改定・介護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 次回診療報酬改定に向けた医科・歯科共通基本要素

[II-1-(1)] 診療所や中小病院の地域医療で担っている役割を正に評価し、全ての医療機関の役割が発揮できるよう診療報酬を引き上げること。また医師、歯科医師はじめ全ての医療従事者の技術を正に評価すること。

要求理由 医科診療所は、医科外来患者の69%、初診外来では75%、在宅医療でも63%を担っている（「患者調査」平成20年度）。歯科医療のほとんどは歯科診療所が担っている。また、受診患者の25分の1が入院、50分の1が他科専門医紹介、250分の1が大学病院に紹介という受療動向研究も紹介されている（「THE KEIZAI SEMINAR 対談日本の患者は幸せか 井伊雅子 X 葛西竜樹」2010年6、7月）。

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、その分での小手先の対策を繰り返している。2010年度改定では、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」を重点課題としたが、小児科診療所における2010年4月～9月までの1日当たり外来医療費の伸び率は、マイナス2.8%になっている。診療所や中小病院の役割を正に評価し、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に評価することが必要である。

[II-1-(2)] 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 初診料、再診料、入院基本料などが基本診療料とされている。これら基本診療料は、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-(3)] 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、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。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-(4)] 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-(5)] 医・歯科学会等が発行する診断・治療指針、ガイドラインを参考に医師・歯科医師の裁量権を最大限活かせる点数設定とすること。

要求理由 例えばピロリ菌の除菌など学会の方針の方が保険の範囲より幅広い。また、エビデンスに基づくガイドラインは参考にする必要がある。しかし、一方で、ガイドラインが医師

の裁量権を狭め、結果的に患者にとって不利益となっている場合もある。ガイドラインを参考にしつつ、医師・歯科医師の裁量権を最大限活かせる点数設定とすべきである。

〔Ⅱ-1-(6)〕 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、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-(7)〕 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-(8)〕 明細書発行義務化を廃止し、院内掲示義務化も撤回すること。

要求理由 明細書発行の義務化に伴って生じる個人情報漏えい、精神疾患やがんなどの病名告知の問題などが指摘されていたにもかかわらず、十分な論議がされぬまま踏み切るという手続き上瑕疵があり、廃止すべきである。また院内掲示義務化も撤回すべきである。

〔Ⅱ-1-(9)〕 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り扱いは撤回すべきである。

〔Ⅱ-1-(10)〕 24年4月診療分より、レセプトの記載が義務付けられる算定日記載については、審査において、無用な混乱を引き起こすことは明白であり撤回すること。また、これに伴うレセプト様式の変更をやめること。

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無用な疑義が持たれたり、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」は医療費抑制に繋がりがねず、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-(11)〕 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-2 次回改定に向けた医科診療報酬重点要求

はじめに

2010年診療報酬改定では、「医療崩壊」から地域医療を再建することが大きな課題であったが、公称0.19%の引き上げにとどまり、急性期医療に財源がシフトされた。

また、2010年9月22日に保団連が発表した「膨張する薬剤費 一概算医療費の伸びに関する分析」で明らかにしたように、2001年度から2009年度までの8年間に入院外医療費は医科、歯科ともに実質的にほとんど増加しておらず、医療費自然増の本体は膨張する薬剤費にある。また、2010年度の一施設当りの入院外医療費推計では、医科診療所は対前年度比0.98%、歯科診療所は対前年度比0.96%であり、厚生労働省が発表した改定幅に遠く及ばない。

このような状況を打開し地域の第一線医療を担う診療所、中小病院を維持するための底上げが図られることにこそ、地域医療の発展がかかっている。そのために前政権以来の医療費抑制政策を根本的に転換することを要求する。

2012年改定に向けて厚労省は、基本診療料の見直しでは「外来包括化」を課題として挙げていることや、在宅医療では在宅療養支援診療所・病院の課題として「複数の医師、複数の診療所の協力」を診療報酬上どう評価するかを検討する構えである。また、介護保険との「棲み分け」も検討課題として挙げており、在宅やリハビリテーション、慢性期入院医療等が今後大きな焦点となってくる。

そのため、次回改定では2010年改定で問題となった事項やこの間の診療報酬上の不合理の改善を図ることを強く要求する。

【初診料・再診料】

【Ⅱ-2-(1)】 初・再診料への包括の拡大を行わず、適正に点数を引き上げること。

要求理由 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、設備、光熱費、施設整備費等が含まれるとされているが、現在の点数ではこれらを適正に評価しているとは言えない。また基本的点数であるにもかかわらず、諸外国と比べて極めて低い評価となっているため引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(2)】 「やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない」とする扱いを廃止し、看護に当たっている者から症状を聞いて、時間をかけて具体的なアドバイス等を行っている場合は算定できるようにすること。

要求理由 家族等より、症状を聞いて時間をかけてアドバイスを行わなければならないケースが増えており、こうした場合に外来管理加算が算定できないのは、著しく不合理である。

【Ⅱ-2-(3)】 複数科標榜であって、同日にそれぞれに別の専任の医師が診療する場合は、すべての診療科で再診料の算定を認めること(同日初診料を除く)。

要求理由 医科と歯科の場合は、それぞれ初・再診料が算定できるが、最初内科医に受診し、必要があり眼科医に受診するような場合、眼科医の診察料を全く認めないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(4)】 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 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】

【Ⅱ-2-(5)】 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、他の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いっても絶対に容認できない。

〔Ⅱ-2-(6)〕 他院退院後1ヶ月以内の特定疾患療養管理料等の算定を認めること。

要求理由 入院先医療機関での管理と退院後通院する他の医療機関で行う外来の管理は異なるものであり、入院基本料に他の医療機関の管理料が含まれるという解釈は、全く納得できない。例えば、胃炎の病名にて外来管理中の患者が白内障の手術で眼科単科の病院に1日入院した場合等でも算定ができないのは、不合理である。

〔Ⅱ-2-(7)〕 小児科外来診療科(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、別途算定ができるようにすること。

要求理由：診療情報提供料や、高額な検査、処置、投薬、注射の費用については、別途算定ができるようにすべきである。

② 往診料と同様、在宅患者訪問診療料についても別途算定できるようにすること。

要求理由：診療情報提供料や、高額な検査、処置、投薬、注射の費用については、別途算定ができるようにすべきである。また、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な症例があるため、在宅患者訪問診療料の併算定を認めることが求められている。さらに、同日再診の場合は、少なくとも再診に関する費用は保障されるべきである。

〔Ⅱ-2-(8)〕 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、紹介診療科毎に診療情報提供料の算定を認めること。

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回算定という取り扱いは不合理である。

【在宅医療】

〔Ⅱ-2-(9)〕 在宅自己注射指導管理料(C101)

在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定器加算を独立させて、「HbA1cが8%以上であって、かつ医師が必要と認める者」に対して実施する「在宅血糖自己測定指導料」を医学管理料に新設すること。また血糖測定器や試験紙代は、購入価格で保険請求ができるようにすること。

要求理由：インスリン投与に至らないまでに血糖を自己測定させ生活改善を指導することは、厚生労働省の提唱する「健康日本21」の理念にも合致するものである。また、血糖自己測定を頻回に行っている場合、データに目を通して細かく指導を行い、時間がかかるにも関わらず、測定回数による点数幅が、試験紙代、穿刺器代に見合わないため引き上げるべきである。血糖測定器の費用は「物代」として指導管理料とは分離し、購入価格で保険請求ができるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(10)〕 在宅療養指導管理料に係る不合理な算定制限を撤廃すること。

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。また転居等により主治医が変わる場合など、同一の在宅療養指導管理料でも複数の医療機関で算定できるようにするべきである。

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 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は非常に幅広く、重度の褥瘡と尿路感染症など、専門医による医療連携により指導管理を行え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るべきである。

③ 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管理料とし、個別の指導管理料を包括するべきではない。

[Ⅱ-2-(11)] 在宅患者訪問診療料

① 同一建物居住者等の概念の導入によって更に不合理が拡大したため、2010年改定以前の取扱いに戻すこと。

要求理由 「同一建物居住者等」という新たな概念の導入によって更に拡大した算定上の矛盾を改善するべきである。医師の技術料が200点というのは低すぎる。また点数の多寡によって診療内容を変えるわけではないことから、830点に統一して算定できるようにするべきである。

② 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ように、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質の高い医療の提供が困難になる。

② 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、在宅医療のスムーズ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も改善をすべきである。

[Ⅱ-2-(12)] 在宅患者訪問看護・指導料

① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の可否に関わらず、医師が診療に基づき看護職員に在宅での注射を指示した場合の注射手技料及び注射に用いた薬剤料の算定については認めること。

要求理由 必要があって実施した皮下・筋肉内注射、静脈注射、点滴注射に関わる手技料及び薬剤料の算定は、認めなければ不合理である。

② 介護保険の訪問看護は医療保険に戻すこと。戻せない場合でも、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るべきである。

③ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象患者を、介護保険の訪問看護を受ける患者にも広げること。

要求理由 点滴注射の必要があると医師が判断したものについては、算定可能とするべきである。

【検査】

〔Ⅱ-2-(13)〕 腫瘍マーカーについて、少なくともじん肺患者への定期的な腫瘍マーカー検査や前立腺癌患者に対するPSA検査の算定回数制限をなくすこと。

要求理由：医学的に不合理であり、必要に応じて認めるべきである。

〔Ⅱ-2-(14)〕 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。

〔Ⅱ-2-(15)〕 HbA1c について同一月に主たるもの1回のみの算定とする取り扱いを改め、主治医が必要と判断した場合は、算定を認めること。

要求理由：日本糖尿病学会では、HbA1cの診断基準を変更し、診断が必要な場合は月2回でもよいとしており、これに応じて認めるべきである。

〔Ⅱ-2-(16)〕 ヘリコバクター・ピロリ抗体検査については、「胃潰瘍又は十二指腸潰瘍」の確定診断だけでなく、慢性胃炎などの胃・十二指腸病名でも認めること。

要求理由 ヘリコバクター・ピロリは胃がんと関連が学会等で認められており、慢性胃炎などで認めることにより、胃がんの予防に繋がる。

〔Ⅱ-2-(17)〕 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。

【画像診断】

〔Ⅱ-2-(18)〕 別の医療機関で撮影したCT・MRIフィルムを診断した場合、再診患者にもコンピュータ断層診断料の算定を認めること。

要求理由 初診の場合だけでなく、再診患者であっても別の医療機関で撮影したCT、MRIフィルム診断を要する場合がある。

【投薬】

〔Ⅱ-2-(19)〕 特定疾患処方管理加算について、厚生労働大臣が定める疾患に「難病外来指導管理料の対象疾患を主病とする患者」を加えること。

要求理由 難病の処方管理は他の疾患より手間と時間を要することが多く、特定疾患療養管理料の対象疾患を主病とする患者と同様の評価をすべき。

【リハビリテーション】

〔Ⅱ-2-(20)〕 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必要なリハビリテーションが実施できるように要件を緩和すること。

要求理由 現状の疾患別体系では、規定された病名に当てはまらないと点数算定が出来ない仕組みになっている。病名に当てはまらない場合でも、医師がリハビリの必要性を認めた場合は、必要なリハビリの点数を算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(21)〕 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は制限せ

ず医療保険で患者に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。

- ① 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に新設された「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。
- ② 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。
- ③ 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を求めているが、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OT、PT、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医療保険から給付されるべきである。

医療のリハビリと介護のリハビリは本質的に異なるもので、単純に代替されるものではない。介護保険への移行を安易に促すことは機能回復の機会を失わせることになりかねない。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医療保険で患者に提供できるようにするべきである。

[Ⅱ-2-(22)] 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その点数は極めて低く、人件費が賄えない。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こと。

【精神科専門療法】

[Ⅱ-2-(23)] 通院・在宅精神療法の回数制限を廃止すること。1以外の場合の口.30分未満の場合を20点引き上げて元に戻すこと。

要求理由 急性増悪の場合には点数表どおりの回数(週1回等)では治療が進まない。主治医が必要と認めた場合には算定できるようにすること。また、30分未満の評価が低すぎる。元に戻すべきである。

【処置】

[Ⅱ-2-(24)] 外来管理加算より低い処置は「再診料+外来管理加算」が算定できるようにすること。

要求理由 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。

[Ⅱ-2-(25)] 現在、基本診療料に包括されている熱傷処置(100cm²未満の1度熱傷)、皮膚科軟膏処置(100cm²未満)、湿布処置(半肢の大部未満)、眼処置(点眼・洗顔)、耳処置(点耳・耳垢栓除去)、鼻処置(鼻洗浄)を別に算定できるようにすること。

要求理由 実施した処置行為は算定できるようにすべきである。

[Ⅱ-2-(26)] 胃瘻カテーテル交換にあたって、画像診断等による確認を一律に求める取扱いをやめ、医師の判断でできるようにすること。

要求理由 画像診断や胃カメラなどの実施を要件とすれば、在宅療養をしている患者の胃瘻カテーテル交換の実施が困難となる。十分に留意した上で医師が判断して実施する場合は、必ずしも画像診断等による確認を一律に求める必要はない。

【手術】

[Ⅱ-2-(27)] 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」など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-(28)] 複数手術料の算定において、「従たる手術は1つに限り算定する」との取扱いを廃止し、行った手術の手技料をそれぞれ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-(29)] 通則 4 の手術のうち、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術に限る)、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方切除術に限る)、内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)等の施設基準から、当該保険医療機関における実施件数 20 件の規定を削除すること。

要求理由 実績 20 件を積もうとする場合に、入院料も含んで全額自費となる運用がされており、実績のある医師がいる病院でも実績 20 件を積むのに、自費で当該手術を受ける患者を 20 件集めることは現実的ではない。また、施設基準では別途、整形外科の標榜、常勤整形外科医が 2 人以上、関連する手術 300 例の実績のある常勤整形外科医が 1 人以上、該当手術 30 例以上実施医師 1 人以上などの要件があり、当該保険医療機関における実施件数を要件にする必要性はない。

【入院】

[Ⅱ-2-(30)] 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。また、専門的な医療を対診で行う場合の報酬を正當に評価すること。

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。

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。

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。

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 医療機関に否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。

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。

[Ⅱ-2-(31)] 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、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ため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 病棟の役割を正当に評価し、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、この費用が正当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、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-(32)] 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、正当性がない。

[Ⅱ-2-(33)] 一般病棟

一般病棟に 90 日を超えて入院する患者(特定患者)に対する入院基本料の減額措置は廃止すること。

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が減額され定額にされるのは、正当性がない。また、一般病棟は平均在院日数の制限を受けているにもかかわらず、90 日を超えても入院する必要がある患者の入院基本料減額は、医療機関に二重の不利益を課すものである。

[Ⅱ-2-(34)] 療養病床

- ① 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。

- ② 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。

[Ⅱ-2-(35)]有床診療所

- ① 有床診療所の入院基本料は、入院外を含めた看護職員配置数による方式と、病床数対職員比率で入院基本料を決める方式を併用し、医療機関の選択で選べるようにすること。また病院の診療報酬に準拠して正當に引き上げること。
- ② 看護職員の配置の実態を踏まえ、看護師比率加算、看護補助加算、複数夜勤体制加算を加算評価とすること。
- ③ 「有床診療所」における療養病床の点数区分については、廃止すること。なお、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 診療所の入院点数の評価を正當に行なうべきである。具体的には、配置人数1人以上、5人以上に加えて、3人以上、7人以上、10人以上の基本料を新設し、それぞれ引き上げること、及び10:1、15:1、15:1未満の入院基本料を新設すべきである。また「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。従ってその実態に見合った点数とするべきであり、療養病床の点数区分については廃止するべきである。

[Ⅱ-2-(36)]入院基本料等加算

- ① 医療安全対策加算(A234)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。
- ② 地域加算(A 218)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、地域加算を引き上げること。

- ③ 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。

[Ⅱ-2-(37)]特定入院料

- ① 入院医療の一定範囲を包括した支払制度である「特定入院料」を廃止すること。ICUなどの施設基準・人員基準を満たすことを要件付けた基準については、別途入院基本料等加算に新設すること。なお、これにより、実質的に全ての特定入院料に関する評価を引き上げること。少なくとも高額な検査、投薬、注射などについては、原則として別途算定できるようにすること。

要求理由 特定入院料においても、高額な検査や投薬、注射等を実施するための診療報酬上の保障がいつも問題になる。基本的には出来高で評価すべきであり、現在特定入院料だけで評価している報酬は、入院基本料等加算として評価すべきである。

- ② 小児入院医療管理料(A307)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。06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。

- ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料1(A308)については、退院患者の在宅復帰率を届

出要件としないこと。

要求理由 在宅復帰率の高低によって診療報酬の評価を分ける成功報酬は、「評価」の目的を歪め、患者の選別につながり入院できない患者が出かねない。

【Ⅱ-2-(38)】 短期滞在手術基本料3を廃止すること。

要求理由 15歳未満の鼠経ヘルニア手術に係る入院の5日以内の期間については、入院期間にかかわらず短期滞在手術基本料3で算定するとされたが、必要な入院期間を確保しないまま退院に至る可能性が高い。少なくとも当該点数と出来高点数を患者により医療機関が選択できるようにすること。

【Ⅱ-2-(39)】 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。

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。小学校給食の場合は、1食900円程度という調査もあり、この金額について文部科学省は、「給食は栄養や衛生管理をしっかりとしており、食育など教育効果もある」と述べている。入院時食事療養の設定にあたって、こうした観点で設定すべきである。

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。

【後発医薬品】

【Ⅱ-2-(40)】 安全性確保の上からも問題がある、後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回すること。

要求理由 後発医薬品が先発医薬品と同じ成分であっても、効能・効果が異なる場合があることや、有効性と安全性が先発医薬品と全く同等であることの保証がないことなどの問題が指摘されている。また、後発品使用促進策の前提条件となる情報提供や安定供給の体制確立も不十分なまま、医療費適正化を目的として保険医療機関及び保険医療費担当規則へ後発品処方の努力義務規定を定め、これを強引に進めようとしていることは問題である。

【特定保険医療材料】

【Ⅱ-2-(41)】 特定保険医療材料

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 ウロバッグ、衛生材料、手術に通常使用する材料代、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）をはじめ様々な医療材料が保険請求できない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。

II-3 次回改定に向けた歯科診療報酬重点要求

はじめに

歯科診療報酬は低診療報酬政策を基調とした改定が繰り返された結果、基礎的技術料の長期据え置きと医学的根拠もない包括が拡大され、安価な定額評価での長期管理を歯科医療機関に課す診療報酬の体系が改定のたびに試みられてきた。また、医科に比べて新規技術の導入は著しく立ち遅れ、僅かに導入された新規技術の評価も極めて低いことから普及がすすまず、患者は新規技術の恩恵を受けにくい状態も根本的に改善されていない。この結果、歯科医療経営の危機に歯止めがかからず、私立歯科大学、歯科衛生士学校や歯科技工士学校など入学者の定員割れに示される、将来の歯科医療の質確保にも重大な支障が生じている。

更に安全性の保証のない海外からの委託技工物の輸入が国民の歯科医療への信頼を脅かすとともに歯科技工所（士）の経営や国内の歯科技工体制の崩壊に繋がる問題を生じさせている。

10年4月改定では、2.09%の引き上げとされたが、多くの歯科医療機関では引き上げの実感がなく、その上、金銀パラジウムの逆ザヤが経営危機を一層深刻にしている。

以上のように、歯科医療崩壊の最大の原因は低診療報酬政策にあり、健全な歯科医療経営を確立するために歯科診療報酬の大幅な引き上げが喫緊の課題となっている。

このため、歯科医療の質の確保と安全を保障し、歯科医療崩壊を食い止めるために以下の重点要求の実現を求めるものである。

【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基礎的技術料が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 検査(顎運動関連検査)、処置(除去、知覚過敏処置)、手術(難抜歯、抜歯窩再搔爬手術、歯槽骨整形手術)、歯冠修復・欠損補綴(窩洞形成、咬合採得、硬質レジックジャケット冠、有床義歯床下粘膜調整処置)をはじめとした多くの診療項目が20年、30年に亘り評価が固定したまま放置され、一部は僅かな引き上げにとどまったままにおかれている。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基礎的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)] 加算の見直しを行うと共に、個々に行われた治療行為を個別に評価し、回数制限などは撤廃する。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 歯科疾患管理料の加算という位置づけの機械的歯面清掃など、本来独立した医療行為として行われるものに関しては、医療上必要に応じて行えるよう加算でなく、独立した行為として評価すべきである。また、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成で行う麻酔、歯髄保護処置などについてもそれぞれの行為ごとに適正に評価すること。

有床義歯調整管理料、歯科衛生実地指導料など月1回の算定に制限されているものや、咬合調整など一初診中に1回の算定しか認められていないものなどは、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。

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いるが、歯科においては、同一手術野・同一病巣であっても、手技や意義が異なるものであり、労力を適正に評価すべきである。

〔Ⅱ-3-(3)〕 「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ているにもかかわらず、請求できないという不合理が生じている。たとえば、画一的に歯周基本治療を制限している歯周病の「指針」を、保険請求の算定要件に組み込まないこと。

〔Ⅱ-3-(4)〕 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復活し、もともとあった独立した項目として適切に評価すること。

要求理由 診療報酬の簡素化名目と歯科点数の枠内操作などのために、基本診療料に（ラバーダム防湿法、スタディモデル、歯肉息肉除去等）、特掲診療料に（補強線、遊離端加算、ろう着、E E・E B法等々）を包括した。しかし、医学的根拠も不明な歯科における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り、結果、治療に対する歯科医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るよう出来高払いを原則とした体系に見直すため、過去の改定で基本診療料、特掲診療料に包括されたそれぞれの診療項目を独立した項目として復活すること。

〔Ⅱ-3-(5)〕 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 当会の調査では、前回改定で新たに導入された歯科訪問診療算定の「20分以上の要件」に対して、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。こうした医療の特殊性、個別性を考慮せず、画一的な時間要件を評価の条件とすることは医療になじまないため、時間要件は廃止すること。

また、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20分以上についても時間要件を廃止すること。

〔Ⅱ-3-(6)〕 高齢社会に求められる在宅医療を重視し、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、往診料を復活すること。

要求理由 また歯を失っている高齢者にとって、義歯装着で嚙む機能の確保ができるかどうかはQOLやADLの維持・向上に大きな影響をおよぼしていることも明らかとなっている。要介護状態にある人が低栄養になると、介護状態が重症化する可能性があり、最近のさまざまな報告では、病院や在宅で低栄養状態にある患者は3割とも6割ともいわれるほどになっている。

低栄養に関係の深い要因として、うつ病や薬の副作用などのほかに、嚥下障害や歯の疾患があげられるようになっている。

また、入院患者の死因の中で大きな要因を占める肺炎も、その多くは誤嚥性肺炎であるといわれ、このため最近では病院をはじめ在宅でも口腔機能を保持し増進するための口腔ケアや嚥下訓練が注目をされている。

疾病や障がいの程度や麻痺の位置によっても当然ながら治療方法は変化する。「口腔ケア」は、単なる「歯みがき」ではない。誤嚥性肺炎など疾病の予防、治療リハビリとしての摂食・嚥下機能、発音・発語、構音の障害、呼吸における口腔乾燥などについての回復にも係わるものであり、全身疾患で処置を受けている患者の状況に個別に対応できるためにも、評価の見直しをすべきで特に阪神淡路大震災では震災関連死922名中最も多いのが肺炎223名（24%）であるが、その多くは誤嚥性肺炎ではないかと指摘されており、東日本大震災後の対策でも高齢者の誤嚥性肺炎を防ぐ上からも口腔ケアはとりわけ重視されなければならない課題といえる。ある。

在宅患者や家族の要望に医療機関が積極的に応えられるように、歯科在宅医療における適正な点数設定が必要である。訪問診療の対象を「常時寝たきり状態等」の制限をやめ「通院が困難なもの」とすると共に「同一建物に居住」の取り扱いによる点数格差を

とりやめ 830 点に統一すること。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、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 加算を復活させる必要がある。また、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」を復活させ、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。

【Ⅱ-3-(7) 基本診療料である初診料・再診料を医科と同等に評価すること。

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。さらに、過去二回の改定においては、ラバーダム加算、歯肉除去手術、スタディモデルという特掲診療料の項目を基本診療料に包括するなど、根拠のない包括を基本診療料において行い、医科歯科格差は更に広がったといえる。

医科歯科格差を是正し同等の評価とするとともに、良質な歯科医療を提供するための改定財源を確保することが必要である。

【Ⅱ-3-(8) 高齢社会の進行に対応するとともに、患者のニーズに医療機関が積極的に応えられるよう、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復活すること。

要求理由 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、か初診誘導に際して廃止された、補強線、ろう着などは義歯の作製に際して必要なものであり、別途算定を認めるべきである。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復活させること。有床義歯の新製後 6 か月以内の再製作禁止の取り扱いについては、紛失、破損などの場合の事情を考慮し 6 か月以内であっても有床義歯の再製作を認めること。

【長期管理システム体系についての要求】

【Ⅱ-3-(9) 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。クラウン・ブリッジ維持管理料の算定対象も見直すこと。

要求理由 当会の調査でも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を放置したり、せっかく受診しても治療を中断せざるを得ない患者が増加している。こうした今日の歯科医療の実態を踏まえ長期の継続管理が困難な患者にも、必要とされる計画的指導管理がその都度行えるよう、過去に廃止された歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料を復活するとともに、医学管理のあり方を抜本的に改善すること。

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共に、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 ヶ月以内）を廃止して、必要に応じて算定できるようにすること。前回 1 回目を引き下げたが、医学管理の役割を重視し、評価を大幅に引き上げること。

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であり、施設基準としての医療機関単位での算定を廃止し、施設基準ではなく、臨床の実態に即した患者毎の算定とすること。

【Ⅱ-3-(10) 不要な医療機関のランク付けに繋がる医学的根拠の乏しい、施設基準と加算算定の連動は廃止すること。

要求理由 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出を加圧根充加算の算定要件としたり、届出を行っていない場合の補綴関連の70/100の減算措置は、医学的根拠が全くないばかりか、窓口負担という患者サイドの視点で考えても理解の得られないものであり、廃止すべきである。

【チーム医療分野としての要求】

【Ⅱ-3-(11)】 口腔衛生を主体とした医療の質確保に必要な歯科衛生士の評価を見直すこと。

要求理由 口腔衛生の管理は、患者の口腔内の状態によって歯科医師が判断するものであり、算定回数を1回とする医学的根拠は全くない。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引き上げ、月1回としている算定制限を廃止すること。

【Ⅱ-3-(12)】 補綴をはじめとした歯科医療の質を確保するために、歯科技工士の適正な評価を確立すること。

要求理由 院内技工、院外技工にかかわらず、患者にとっては短期間で修理された技工物が装着されるというメリットは同じである。歯科技工加算の評価を引き上げると共に、技工士、技工所との連携を重視して、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-(13)】 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などの必要に応じて提供するものとし、提供した場合は正当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、画像診断や検査など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は08年4月改定で一部改善されたが、歯科疾患在宅療養管理料の口腔機能加算の算定に際して、その都度文書提供をするなど新設項目では文書提供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、歯管では文書発行の時期が規定されているが、本来、医療は患者ごとに個別性を有するものであることから、医学管理についても同様の事が言える。医学管理における文書提供の時期、必要性については、患者の病態に変化が生じたときなど、主治医の判断にゆだねるべきものである。従って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に正当に評価すること。

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-(14)】 24年4月診療分より、レセプトの記載が義務付けられる算定日記載については、審査において、無用な混乱を引き起こすことは明白であり撤回すること。

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無用な疑義が持たれたり、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」は医療費抑制に繋がりがかねず、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-3-(15)】 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、不採

算での導入にならないよう、評価基準を明確にして適正な点数評価で実施すること。

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、小臼歯への前装鑄造冠など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適切な評価で保険導入すること。

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こたえられるよう、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。

【Ⅱ-3-(16)】金銀パラジウム合金の材料価格高騰に対応しない公示価格改定を

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が、現在の世界情勢のもとで起きている貴金属価格の高騰には対応しているとは到底言えない。改定後の価格の逆ザヤ分については、歯科医療機関が負担しなければならず、大幅な赤字となっていて、歯科医療機関の経営に深刻な影響を与えている。

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こと。

Ⅲ 次回改定に向けた介護報酬改定要求

(はじめに)

制度発足当時から介護報酬は低く設定されていた。

これに加えて介護報酬改定は、2003年にマイナス2.3%、2006年には、2005年10月改定分を含めてマイナス2.4%の改定が行われた。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で、2009年にはプラス3%の改定が実施されたものの、制度発足当時よりも介護報酬の水準は低下している。

これらの結果、要支援者・要介護者は、必要な介護の受給抑制を余儀なくされ、介護事業所では、厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃している。

介護報酬の再引き上げを求める現場からの声が大きく広がる中で、「介護職員処遇改善交付金」が創設されたが、これでは不十分である。

介護職員の給与や労働条件の改善は喫緊の課題であり、介護サービス事業者が、職員の給与や労働条件の改善を行えるような手立てをとるのは、政府の責任である。

介護従事者等の処遇改善や介護事業所の逼迫した経営状況の打開、国民が必要な介護を安心して受けられる公的介護保障制度を確立するためには、介護報酬の引き上げが緊急の課題である。2012年介護報酬改定に際して、以下の通り、強く求めるものである。

なお、報酬引き上げにかかる費用を被保険者に負担させることは実態として困難である。これらにかかる費用は、社会保障の理念に逆行する消費税引き上げではなく、諸外国と比べて負担割合の低い社会保障に対する企業負担を引き上げるなど、企業への適正課税と国の税金の見直しで捻出すべきである。

また、2010年6月18日に閣議決定した「新成長戦略」では、医療・介護・保育の分野を「成長産業」として育成し、雇用を生み出すとし、介護分野についても生活援助や移送などを保険から外すとともに、新たな保険外サービスを介護保険事業者に認めようとしているが、本来介護事業は非営利で行うべきものであり、介護保険給付範囲を縮小すべきではない。

〔Ⅲ-1〕 医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。

維持期リハビリテーション等を医療保険給付対象から介護保険給付にしないこと。現在介護保険で給付されているサービスのうち、医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。少なくとも医療系サービスは、区分支給限度額から外すこと。なお、当面医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーション等の併施を認めること。

要求理由 そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示するOT・PT・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医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なリハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃すべきである。また、要介護者に対する十分な医療を確保するために、介護保険給付サービスのうち、医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における介護部分を除くサービス）は医療保険給付に戻すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すること。少なくとも医療の必要性に応じてサービス提供ができるよう、医療系介護報酬は区分支給限度額から外すべきである。

[Ⅲ-2] 介護・福祉事業に携わる職員について、公務員に準じた給与等を保障して常勤化できるよう、介護報酬を大幅に引き上げること。引き上げにあたっては、介護サービス全般の改善が行えるよう、基礎的なサービス全般を引き上げること。

要求理由 制度発足当時から介護報酬は低く設定されていた。これに加えて介護報酬改定は2003年にマイナス2.3%、2006年には、2005年10月改定分を含めてマイナス2.4%の改定が行われた。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で2009年にはプラス3%の改定が実施されたものの、制度発足当時よりも介護報酬の水準は低下している。これらの結果、要支援者・要介護者は、必要な介護の受給抑制を余儀なくされ、介護事業所では、厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃している。介護報酬の再引き上げを求める現場からの声が大きく広がる中で、2009年10月に「介護職員処遇改善交付金」が創設されたが、全く不十分である。こうした状況を改善するためには、介護・福祉事業に携わる職員について、公務員に準じた給与等を保障して常勤化できるよう、介護報酬を大幅に引き上げる必要がある。なお、2009年改定では、夜間業務負担、キャリア、地域差等には一定の評価を行ったが、通常のサービスは据え置かれ、居宅療養管理指導や介護療養型医療施設、通所介護、認知症対応型共同生活介護等については実質的に報酬が引き下げられてしまい、介護サービス全般の引き上げにはつながらなかった。これでは、介護崩壊をくい止めることはできない。基礎的な介護サービスを引き上げ、底上げを図るべきである。

[Ⅲ-3] 介護給付範囲の削減計画をやめ、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すこと。

要求理由 2005年10月からの居住費・食費の保険給付外しによって窓口負担が拡大された。低所得者に対する「補足給付」が新設されたものの、市町村民税非課税世帯でも年金額80万円以下で月6,000円の負担増となり、年金額80万超266万円以下では月に14,100円の負担増となっており、費用負担の必要な施設入所ができない状況が広がっている。これらの結果、特に低所得者が入所し続けられない状況がひろがっており居住費・食費を保険給付に戻すべきである。なお、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すことにかかる費用は、介護報酬引き上げ枠とは別に手当てすること。また、経済財政諮問会議は2009年12月4日の提言で介護給付範囲の縮小を掲げているが、こうした計画は絶対にやめること。

[Ⅲ-4] 必要に応じて医療保険と介護保険の給付が受けられるようにするために、診療報酬の算定方法(厚生労働大臣告示第59号・平成20年3月5日:平成22年3月5日一部改正・厚生労働省告示第69号)の第6号の規定を削除し、医療保険と介護保険の給付調整(要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額が算定できる場合[厚生労働大臣告示第128号・平成20年3月27日:平成22年3月26日一部改正・厚生労働省告示第103号])を廃止すること。

要求理由 必要に応じて、医療保険給付と介護保険給付が受けられるようにすべきである。少なくとも、医療保険と介護保険に同種のサービスがある場合は、医療保険給付を優先すること。

[Ⅲ-5] 介護療養型医療施設の廃止と医療療養病床の削減をやめ、医療保険給付とすること。

要求理由 介護療養型医療施設全廃・医療療養病床削減の根拠となった「医療区分1の全部と医療区分2の3割を療養病床の対象から除外する」という厚生労働省の考えは、療養病床入院患者の実態を見ておらず、介護療養型医療施設が廃止されれば、医療を必要とする要介護者が医療スタッフの少ない施設などに移らざるを得なくなる。また、転換先として示されている介護療養型老人保健施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、必要な医療や看護が受けられなくなる。こうしたことから、まず、介護療養型医療

施設の廃止と医療療養病床の削減をやめ、原則として医療保険から給付するべきである。

【Ⅲ-6】 告示・通知の発出から実施までの期間について少なくとも2カ月以上あけること。

要求理由 改定を行うに当たっては周知期間を十分とることが必要である。告示・通知を示してはじめて新報酬に対する疑義が生まれる。従って告示・通知の発出から実施までの期間を少なくとも2カ月以上あけること。