

2018 年度
診療報酬・介護報酬
改定に向けた保団連要求

「2018 年度診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求」 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 Mail : hodanren @ doc-net.or.jp
ありがとうございました。

発行にあたって

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、医療崩壊が大きな社会問題となり、これを一つのきっかけとして 2009 年の政権交代が起きました。その後医療崩壊からの回復が期待されましたが、社会保障費の抑制方針は転換されず、安倍政権のもとで一層強化されています。介護保険についても同様の事態となっています。度重なる患者の負担増や受診抑制も相乗し、医療機関が置かれている状況は悪化の一途をたどっています。

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。診療報酬は医療機関の経営原資のみならず、患者の受ける医療の水準を決定づけるものでもあり、社会保障の充実のためには引き上げが欠かせません。しかし日本の医療保険制度下では、保険料負担に加え医療機関等の窓口負担が徴収される結果、診療報酬引き上げが患者、国民の負担増に連動することとなります。従って 2018 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の改善を併せて要求しています。とりわけ、公費及び保険給付の縮小、患者大幅負担増が実施予定とされる事態となっていることから、この要求を重視して実現に向けた取り組みを進めています。

また診療報酬のマイナス改定を狙って、来年度予算の概算要求策定に対する財務省の圧力が強まる中、それに抗して国民医療改善・診療報酬引き上げ実現のため、医療関係者のみならず、広く国民の中で世論を大きく高めていくことが必要です。保団連はそのための取り組みを強化する所存です。

是非本冊子をご一読いただき、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。

2017 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

目 次

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
II - 1 2018 年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求	9
II - 2 2018 年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求	13
(1) はじめに	13
(2) 外来・入院共通	13
(3) 外来	14
(4) 入院	42
II - 3 2018 年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求	54
○ はじめに	54
○ 歯科医療の質の確保と安全を保障するために	55
○ 患者が必要とする歯科医療の提供といった基礎的な役割を発揮できるように	58
○ 実施する医療内容との関係性が明瞭な施設基準の設定のために	60
○ 「チーム医療」として歯科衛生士及び歯科技工士の技術を適正に評価すること	60
○ その他	61
III 2018 年介護報酬改定に向けた保団連改善要求	63
○ はじめに	63
○ 介護報酬改定に対する要求	64
○ 介護報酬とともに実施すべき介護保険制度の改善要求	67

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

はじめに

2016 年診療報酬改定は「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（いわゆる「骨太方針」）に基づいて行われ、小泉構造改革時を上回る社会保障予算削減計画となる社会保障予算 1,700 億円削減を実現するために全体としてのマイナス改定とされた。

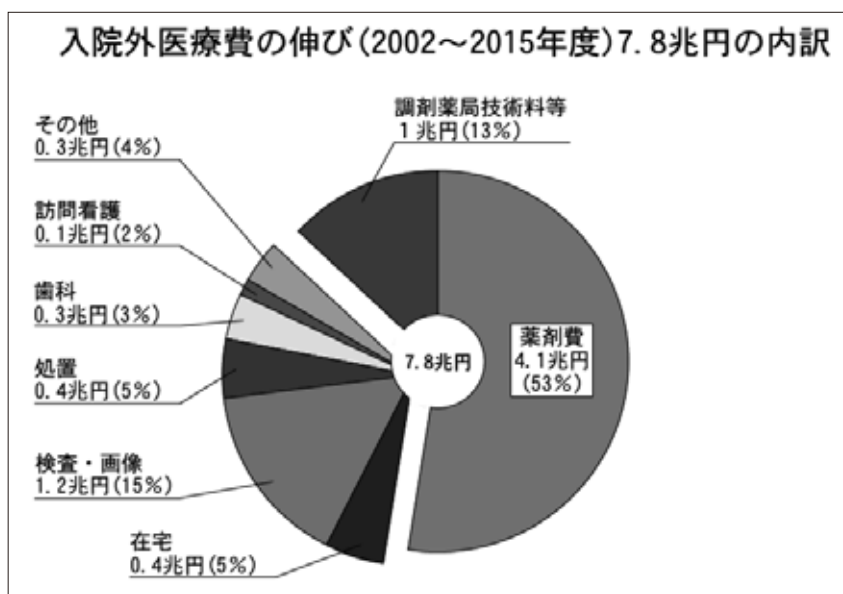
2015 年 11 月に厚労省が中医協で発表した「医療経済実態調査」結果では、一般診療所全体の損益差額は減少しており、一般病院も赤字傾向となっている。厚生労働省は「一般診療所全体の損益率は、入院収益の有無に拘わらず悪化している」と指摘している。また歯科診療所（個人）の損益差額はわずか 4 千円増と変わっておらず、前回の 2013 年調査でもわずか 13 万円増で経営改善にほど遠い改定であったが、今回の調査も同様の結果となっている（「一般診療所の損益差額・率ともに減少－多くの診療科で経営が悪化－診療報酬マイナス改定に強く反対する」2015 年 11 月 24 日）。

さらに保団連が概算医療費データベース（メディアス）の制度別医療機関種類別医療費と社会医療診療行為別調査(e-stat)をもとに、2000 年度から 2015 年度までの概算医療費の推移を分析した結果では、基本診療料である医科初再診料は 15 年間ほとんど変化がない。歯科についてはさらに深刻で、診療行為別に見ると、初再診料はほとんど増えておらず、医学管理料が 1 千億円、処置料が 1 千億円増加している一方で、歯冠修復及び欠損補綴は 2 千億円減少しているなど、緊急に手当てしないと歯科保険医療が崩壊の危機に直面していると言わざるを得ない状態にまで立ち至っている。

一方で、15 年間で 12 兆円増加した概算医療費の内訳を施設別でみると、病院が 5.3 兆円、調剤薬局が 5.1 兆円増加し、伸びの大半を占める。診療所の伸びは 1.3 兆円であり、歯科の伸びは 0.3 兆円にすぎない。入院外医療費（病院、診療所の外来＋調剤薬局）は 7.8 兆円増加している。中でも調剤薬局は 2.8 兆円から 7.9 兆円と倍増している。調剤薬局の増加は主に薬剤費の増加によるものである。入院外医療費の伸びの 53%は薬剤費の 4.1 兆円であり（グラフ参照）、調剤薬局技術料等の 1 兆円と合わせると 3 分の 2 が薬剤関係によって占められることが判明している（「膨張する医療費の要因は薬剤費にあり－2000 年度～2015 年度における概算医療費と薬剤費の推移－」2016 年 11 月 14 日）。日本の高薬価構造が是正され、その財源が技術料引き上げや患者負担軽減の方に振り向けられ、国民医療の改善が図られることを強く求めたい。

一方、患者・国民の状況はどうか。保団連が 2016 年 3 月 31 日に発表した「2015 受診実態調査」結果で

は、約 4 割の医療機関で患者の経済的理由による治療中断を経験している。治療中断と考えられる患者の疾患について、高血圧、糖尿病などの慢性疾患患者の割合は 6 割を超えており、歯科では「歯冠修復・欠損補綴」が理由の 9 割を超えている。「前回（2010 年）の調査から 5 年が経過するが、その間にも『70



～74歳窓口負担2割化』や消費税増税など、政府による患者負担増、国民負担増が行われている。国民生活の指標はいずれもこの5年で悪化しており、医療現場での経済的理由による受診抑制は深刻化が懸念される」としている。また約5割の医療機関で未収金が発生しており、未収金「あり」との回答のうち、「全額回収できた」は3割を切っている状況もわかった。

医療崩壊が大きな社会問題となり、これを一つのきっかけとして2009年の政権交代が起き、医療崩壊からの回復が期待されたが、患者の受診抑制も相乗し、その後の医療機関が置かれている状況は悪化の一途をたどっている。以上のことから、医療崩壊は改善されるどころか、深刻さの度合いが一層増していると言わざるを得ない。

【1-1】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）。2016年改定における改定率の決定の際には、基金との関係で直接改定率を下げる等はなかったが、改定の基本方針の「将来を見据えた課題」で「地域医療構想を踏まえた第7次医療計画が開始される平成30年度に向け、実情に応じて必要な医療機能が地域全体としてバランスよく提供されるよう、今後、診療報酬と地域医療介護総合確保基金の役割を踏まえながら、診療報酬においても必要な対応を検討すべきである」とされている。しかし保団連は、安上がりの医療提供を実現する改革に反対する立場から、政府・厚生労働省の目指す「医療機能の分化・連携、地域包括ケア構築」を使用目的に限定した基金の運用ではなく、国民皆保険にふさわしく、どこでも、いつでも、だれもが必要な医療が受けられるよう、体制確保、インフラ整備等に使えるようにすることを要求する。またそのような政策経費と、医療の質、量を規定する診療報酬財源は分けて確保すべきである。以上のことから基金の財源確保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。

③医療費換算の財源を説明資料に明示しない「外枠」改定方式をやめること。

要求理由 改定率の決定時に公表された資料では、割合や削減額を明示しない「外枠」が増え、医療費換算の財源を説明資料に明示しない姿勢も含めて、厚労省が実際のマイナス部分を見えにくくしようとしていると思わざるを得ない。財務省の資料では個々の金額を明示、少額とはいえ、それぞれが医療内容に大きな影響を及ぼすものであり、かつ財源は診療報酬の財政そのものである。このような改定方式はやめるべきである。

[1-2]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被用者保険の一定以上所得者についての保険料は、応能負担の原則を徹底し、標準報酬上限額を引き上げること。

要求理由 O E C D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O E C D先進諸国並に負担させるようにする必要がある。

また、現行の被用者保険における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引き上げが必要である。

③薬価、特定保険医療材料価格引き下げ分は、2012年度改定までのように診療報酬本体に充当すること。

要求理由 2014年度及び2016年度診療報酬改定では、薬価、特定保険医療材料価格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。

④オプジーボなど高薬価薬剤を生み出す制度に抜本的にメスを入れ、薬価、保険医療材料価格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O E C D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。

オプジーボの薬価をめぐっては、研究開発減税等の恩恵も受け開発された日本の薬でありながらイギリスの約5倍もの薬価になっていることが保団連の調査で明らかとなり、50%引き下げとなった。しかしこれは、オプジーボだけの問題ではない。日医総研のワーキングペーパー(8月25日)では、過去5年間に薬価収載された247成分中、「外国平均価格調整」で31成分(12.6%)の薬価が引き上げられていることが明らかとされるなど、薬価制度そのものの算定方式や、企業倫理そのものも問われなければならない。

高薬価薬剤を生み出す制度に抜本的にメスを入れ、新薬加算等を廃止して、該当する新薬の薬価を大幅に引き下げを要求する。

【1-3】医療は免税取引としてゼロ税率を適用すること等により、医療機関のいわゆる「損税問題」を抜本的に解決すること

要求理由 社会保険診療は社会政策的な配慮から消費税が非課税とされる一方、医療機関は診療に必要な薬品、医療材料や設備の購入には消費税を負担している。そのため消費税分が医療機関の「持ち出し」になる損税（控除対象外消費税）が発生している。

政府は診療報酬改定で損税分を上乗せしていると説明するが、この間実質マイナス改定が続いている上に、上乗せはまったく不十分であるばかりか、「上乗せ」されているとの説明では患者の窓口負担に転嫁されるという、医療費非課税の原則からも矛盾が生じる。医療機関の損税は、消費税が5%時で内科診療所 260 万円、歯科診療所 72 万円にものぼり、消費税率が 10% になれば損税は倍近くに増える恐れがある。損税負担は、医療機関の経営に重くのしかかるのみならず、ひいては地域医療のあり方、患者の受診困難にもつながるもので、この問題の抜本解決はわが国医療界の共通の要望である。医療は免税取引としてゼロ税率を適用すること等により、真の意味での消費税非課税を実現し、医療機関にも、患者にも負担を課さずに損税問題を解決することが必要である。

【1-4】薬価改定は2年に1度とすること。一部改定を行う場合は医療現場に負担増とならないよう慎重に検討すること。

要求理由 オプジーボなどの高薬価医薬品の問題を契機に薬価改定の頻度が議論となっているが、これが実施されると薬価の引下げスピードを抑えるために仕切価が高止まりする結果、医療機関への納入価が下がりにくくなるとの指摘があることや、現在、薬の流通安定や保管・損耗上のコストを担保するR幅は2%だが、実態に見合っていないとの声が強く、仮に改定頻度が増えて、2%で据え置かれた場合、医療機関で生じる残薬等のロスは更に拡大する。電子カルテやレセコン等のシステム改修等での負担増はじめ、医療機関への手当が曖昧なままに、毎年の薬価改定などは認められない。また薬剤費を原則包括するDPC点数の変更も予想され、病院の負担も大きい。仮に一部改定を行う場合については医療現場の負担増とならないよう慎重に検討すること。

【1-5】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、

① 65 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）、② 70 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べきである。

[I - 6] 保険診療の範囲の縮小につながり格差医療を持ち込む混合診療の拡大を行わないこと。

- ① 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。
- ③ 「患者申出療養」制度を廃止すること。

要求理由 政府は、T P P 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。こうした施策が進められれば、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とする「患者申出療養」が 2016 年 4 月より導入され、「パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びに S-1 内服併用療法」（承認の告示日 H28.10.14）が初の適用例として 9 月の中医協総会に報告されたが、議論では改めて患者申出療養が先進医療とどう違うのかをめぐって紛糾し、評価会議の評価者の中でも曖昧であることが説明された。

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 カ月（抗がん剤は 3 カ月）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 295 億円（2015 年 6 月 30 日現在）の内、先進医療部分は 205 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。

[I - 7] 国庫負担を増やして払える国保料（税）に引き下げること。一定以下所得者に対する保険料は免除すること。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は、国の責任で運営される社会保障制度であ

る。しかし、現実には世帯年収の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、それによって保険証が交付されず必要な医療を受けることができない事態が生じていることが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-8]国民健康保険の運営主体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、国保保険者を市町村と共同で都道府県に担わせ、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-9]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健康保険法の規定（第55条「他の法令による保険給付との調整」）及び「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-10]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 支払い方式について、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、療養に要した額を正確に反映しやすい。一方、包括払いは、医療行為ごとの評価ではないため、点数設定によっては必要な医療を安定して患者に提供することが困難になる恐れがある。

[I-11] 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。地域医療構想で示された必要病床数へと誘導するような診療報酬改定は行わないこと。

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。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なる。また、患者の療養の給付を担保するために医療技術を評価する診療報酬と、地域の医療提供体制を確保する施策としての医療計画は全く別個に対応すべきものであり、誘導は許されない。

[I -12] 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、必要な人材確保に見合った公的財源の確保及び診療報酬の大幅引き上げなど、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。また、歯科技工士が適正な技工料を得るための制度的保障を確立すること。

[I -13] うがい薬の保険給付外しや湿布約70枚制限の撤回等、医学的に根拠の無い（説明不可能な）制度、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ること。

要求理由 2014年改定の「治療目的でないうがい薬のみを投薬した場合のうがい薬の薬剤料」に続き、2016年改定では、「1処方70枚を超えて処方された湿布薬」が保険給付の対象外とされた。これらの取り扱いは、2013年の行政改革推進会議の秋のレビューから継続して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。

そもそもこれらの改定は、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、断固として容認できるものではなく、即時撤回すべきである。

[I -14] 診療報酬項目の算定要件については明確な根拠を基に設定し、根拠が不明のまま算定制限を導入することはやめること。また個々の患者の病態に合わせた柔軟な算定が出来るように設定し、一律な規制は行わないこと。

要求理由 国民の命と健康を守る上では、各診療報酬項目が医師の裁量権の尊重の下で算定されることが必要不可欠である。

患者一人一人の病態は異なるものであり、本来的に診療報酬で一律に制限されるものではない。仮に規制をせざるを得ないとした場合でも、それは明確な根拠の下、徹底した議論の上、コンセンサスを得た上で、行われるべきである。

[I -15] 社会保障審議会で決定される「診療報酬改定基本方針」に国民の声を反映できるようにすること。

要求理由 今後の診療報酬がどのような方針で決められるかは、大多数の国民に影響が及ぶ非常に

重要なものである。現在、診療報酬の基本方針は社会保障審議会で議論し決定することとされている。しかしその決定の過程で公聴会やパブリックコメントなど、国民の声を求め、方針に反映することは一切行われていないことは問題である。

【I-16】 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カ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り捨について理由を付して答えること。

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、公聴会が出された意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。同時に、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。

【I-17】 診療報酬改定は、十分な時間と労力をかけ、徹底した議論を尽くしたうえ、中医協委員間の明確なコンセンサスを得た上で行うこと。

要求理由 診療報酬改定は、「療養の給付」の範囲やあり方を決めるもので、国民の命と健康に直結する上でも非常に重要な事項であり、その意思決定に際しては関係者間との徹底した議論とそれに基づくコンセンサスが必要不可欠である。しかし2014年改定のうがい薬の保険給付外し、2016年改定の湿布薬の70枚制限等は厚労省より唐突に提案がなされ、中医協で十分に議論、コンセンサスを得ることなく一方的な改定がなされた。

こうした改定のあり方は、国民が必要な医療を受ける権利を奪うだけでなく、唐突なルール変更に伴う医療従事者への負担も大きく、到底容認できるものではない。今一度、中医協の意義を改めて確認の上、診療報酬改定は徹底した議論とコンセンサスに基づいて行うよう運営を改めるべきである。

【I-18】 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 2018 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)〕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 この間の診療報酬改定では、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、疑義解釈で算定方法の修正が行われること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。そもそも詳細な取扱いが不明のまま実施に移されるなどということとはあり得ないことである。解釈の疑義を生じさせないような改定内容にするとともに、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、疑義解釈を含めた周知期間を設けることが必要である。

〔Ⅱ-1-(2)〕点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記すること。告示・通知の法的性質を峻別し、告示にまったく規定のない項目について、通知のみにより算定要件を設けないこと。

要求理由 診療報酬点数表告示・通知に示していない算定ルールやその解釈を、疑義解釈の事務連絡や審査支払機関への口頭伝達で済ますような方法は現場に混乱をもたらす。点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記した上で、保険医療機関に周知するべきである。また、診療報酬点数表は、公的医療保険の給付を受ける国民の健康保障に直結する問題であることから、「厚生労働大臣告示」の形式をとっているものの、その「改正」には中央社会保険医療協議会への諮問・答申という厳格な手順を踏むことが求められている。一方で通知は行政庁の内部規範であり行政内部においてのみ効力を有するのが原則である。したがって、通知は、告示で示された算定要件の解釈の基準を示す程度の規定にとどめられねばならず、少なくとも告示に全く規定のない算定制限を通知により創設することは許されない。

〔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、医科歯科間にある格差の解消をした上で引き上げること。基本診療料にかかる加算によって評価することや特掲診療料を基本診療料へ包括化することは、基本診療料の実質的な引き下げにつながるため、止めること。

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、診療報酬全体を引き下げ、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)】点数表を簡素化すること。また増加する一方の文書提供について簡素化を図るとともに、カルテへの詳細な記載義務を見直すこと。

要求理由 点数表は改定のたびに内容が増える一方である。広く一般に使用されている「医科点数表の解釈」（社会保険研究所発行）は、平成28年4月版は2000頁を超えている（平成26年4月版から215頁増）。医科の個別点数を例にあげると2016年度診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料に単一建物診療患者数という考え方が導入され、「重症患者の場合」や「月1回訪問診療を行った場合」と組み合わせると100通り以上の点数設定になった。

また、多くの点数に施設基準の届出が要件化されており、点数を複雑化する要因にもなっている。「算定ルール複雑化」は、医療機関の予期しない過誤請求・萎縮請求の元凶と考える。患者・国民にとって分かりやすい報酬体系を目指す国の方針からも簡素化を行うべきである。さらに診療に専念できるよう記載についても極力簡素化し、記載義務を見直すべきである。

【Ⅱ-1-(5)】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、容認できない。個々の医療行為を正當に評価すべきである。

【Ⅱ-1-(6)】診療所や中小病院が地域医療で担っている役割を正當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當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、一部の医療機関のみを評価するような対策を繰り返している。診療所や中小病院の役割を正當に評価し、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當に評価することが必要である。

【Ⅱ-1-(7)】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、医療材料は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-(8)】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。

なお、算定方法や施設基準の取扱い等に疑義が生じた際、厚生労働省又は地方厚生(支)局に照会し、直ちに回答が示されない場合には、解釈が明らかになるまでは、柔軟に対応すべきである。また、新たな解釈や、これまでの解釈を変更する場合には、十分な周知期間を設けるべきである。

【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は、文書による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、紹介先医療機関を交付時に特定することは実際上困難である。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。

【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)〕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、利用目的や方法など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-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)〕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-(15)〕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、新規開業も困難で、既存の医療機関も廃業せざるを得ない。廃業による医療機関の減少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、医師に過剰な負担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。

Ⅱ - 2 2018 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

2016 年改定では、個別改定項目として▽特定疾患療養管理料の退院後 1 月以内算定制限について「自院の取扱いに限る」と明記された事、▽往診料の休日加算の新設、▽在宅自己注射指導管理料に係る導入前指導の制限緩和や、複数の保険医療機関による算定が認められた事、▽在宅患者訪問点滴注射管理指導料の点数引き上げ、▽他医療機関受診に係る入院医療機関における減算率の緩和、▽地域包括ケア病棟における手術料の出来高算定一等、当会の要望項目が一部実現された。これは医療現場における診療報酬請求上の不合理な取扱いを改善するものであり、評価している。

一方で、未だ現場の実態にそぐわない取扱いや解釈が継続されている項目、患者のフリーアクセスを制限する危険性のある項目や、改定毎に新たに発生する不合理な項目は多く存在する。

地域の第一線で日夜奮闘している保険医に対し、診療報酬点数表に係る告示・通知に示されていない内容について周知も無いまま突然解釈の変更を強要したり、国の描く医療提供体制の在り方に合致しない保険医療機関を淘汰するような算定要件・施設基準を設けたりすることは、地域医療崩壊に拍車をかけることになるため、絶対に止めるべきである。

これらの問題を解消し、患者・国民に対してより良い「療養の給付」を行うために、全国保険医団体連合会は、以下の通り医科診療報酬点数表の改善を求めるものである。

(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 10～20%あるいは 40%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、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が可能かのように想定としているが、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當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。

【Ⅱ-2-（2）】診療報酬上における「アウトカム評価」を止めること。

要求理由 回復期リハビリテーション入院料を皮切りに、ニコチン依存症管理料、精神科デイ・ケア等、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算など、診療報酬上に「アウトカム評価」という成果主義の評価が拡大してきている。成果が出た結果の対価としての報酬体系は、「療養の給付」の原則から逸脱するものであり、上述のような成功報酬の導入は断じて認められない。

（3）外来

【初診料・再診料】

【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。

②地域で主治医機能を発揮している保険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引き上げるとともに、再診時には必ず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一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付けを明確にし、再診時には必ず算定できるようにするべきである。

③患者のフリーアクセス制限に繋がる危険性のある地域包括診療加算及び認知症地域包括診療加算は廃止し、基本診療料の引き上げを行うこと。また、内服薬7種類以上の投薬に係る減算規定については、診療報酬点数の算定の有無に関わらず完全に撤廃すること。

要求理由 そもそも「主治医」とは各地域において患者・家族が主体的に選択するものであり、診療報酬点数表において規定されるべきものではない。しかし、地域包括診療加算及び認知症地域包括診療加算は「主治医機能の強化」を目的に導入され、事実上、1患者につき1保険医療機関が算定する設定となっている。これでは「総合診療専門医」の制度設計や診療報酬への関連付け等によっては

人頭払い制の導入に向かう危険性を否定できず、到底容認することはできない。既に各地域で「主治医機能」を発揮している保険医の診療技術に対する適正な評価は、加算方式ではなく、基本診療料の引き上げによってなされるべきである。

また、「内服薬7種類以上を投薬した場合の（薬剤料・処方料等の）減算規定」については、現在は地域包括診療加算等に関し適用が除外されているが、特定の診療報酬点数の算定有無によって処方できる内服薬の種類に制限を設ける手法は、著しく医学的妥当性を欠いている。内服薬の7種類以上の投薬が必要な患者が地域包括診療関連の点数に限ることなく、当該減算規定は完全に撤廃すべきである。

【Ⅱ-2-（4）】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極めて不合理である、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。

【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】

【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。

しかし実際には、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場合が多く、治療内容也多岐にわたる。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。

【Ⅱ-2-（7）】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いえない。月1回管理を行った場合に、450点（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、内科関連だけでなく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、子宮内膜症、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、不眠症一等

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。また、許可病床数200床以上の病院でも算定できるようにすること。

要求理由 地域医療を担う病院の外来機能を保障する観点から、200床未満という制限を外した上で、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-（8）】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、義務教育課程の世代にも対象拡大すべきである。

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、患者は瘢痕に対する十分な治療を望むケースが多い。しかし、治療に要する労力に比して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。

【Ⅱ-2-（9）】喘息治療管理料2（B001・16）

喘息治療管理料2の年齢制限を廃止すること。

要求理由 年齢制限のため、十分に活用できない現状がある。

【Ⅱ-2-（10）】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 難病法の施行に伴い、同指導管理料の対象疾患が順次拡大されている中で、保険医は難病患者の医学管理に当たり高度かつ幅広い知識を求められている。現行の点数では難病に係る指導管理の評価としては低すぎるため、引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-（11）】小児科外来診療料（B001-2）

①小児科外来診療料の点数を大幅に引き上げること。また、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、及び他の保険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当然である。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であり、改善が必要である。診療情報提供については診・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。

また、小児科では様々な病態を有する3歳未満の幼い患者に対して診療を行うことも多いが、一連の診療行為においては、医師だけでなく看護職員等も含めて非常に慎重なケアが求められ、人手や時間を要するケースが多い。国が規定する「かかりつけ医」に限定することなく、地域で小児患者の診療に尽力している保険医の診療技術に対する評価を、大幅に引き上げるべきである。

なお、保団連は原則出来高払いを堅持すべきとの方針を掲げているが、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べきと考える。

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算定している保険医療機関では、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-（12）〕 地域包括診療料（B001-2-9）、認知症地域包括診療料（B001-2-10）
医療評価を患者単位で包括し、患者のフリーアクセスを制限する地域包括診療料、認知症地域包括診療料を廃止すること。

要求理由 地域包括診療料及び認知症地域包括診療料は、算定する保険医療機関において患者毎に担当医を決めるという要件を設け、医療評価を患者単位で包括し、患者の保険医療機関選択に係るフリーアクセスを制限するものである。登録制による人頭払い制の導入に向かう危険性も高く、これらの点数は廃止すべきである。

〔Ⅱ-2-（13）〕 小児かかりつけ診療料（B001-2-11）
「かかりつけ医」の名目で小児患者の囲い込みを促す小児かかりつけ診療料は廃止すること。

要求理由 小児かかりつけ診療料では、患者の「同意」を前提として、1人の患者を原則1保険医療機関で診る取扱いとされており、患者のフリーアクセス制限を阻害するだけでなく、やがては登録制による人頭払い制の導入に繋がる危険性がある。また、当該点数を皮切りに、「かかりつけ医に対するプラス評価」の名目で診療報酬における包括評価が推進され、出来高請求の否定、保険給付範囲の縮小等に繋がっていく危険性もあり、断じて容認できない。

〔Ⅱ-2-（14）〕 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-（15）〕 退院時共同指導料（B004・B005）
在宅への退院を前提に退院時共同指導を行った場合は、共同指導を行った日に算定できるようにすること。

要求理由 退院後の在宅医療を予定していても、患者が亡くなってしまう場合もある。死亡退院の場合には算定できないので、病院に出向いて共同指導を行っても結果として算定できない場合があり、不合理である。

〔Ⅱ-2-（16）〕 退院後の在宅医療提供に係る患者家族等からの相談に対する評価の新設
退院後の在宅を担当するにあたって、スムーズな在宅医療移行のためにも、退院前に家族等に療養に関する指導を行った場合の評価を設けること。また、この場合は入院中の他医療機関受診の対象としないこと。

要求理由 現状では、患者の退院前に、家族等から退院後の在宅医療提供に関する相談があった場合に、算定できる報酬が存在しない。患者が入院医療機関から退院する前に、家族等に対して療養上の指導及び相談対応を行った場合の評価を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（17）】薬剤総合評価調整管理料（B008-2）

内服薬の減薬を評価した薬剤総合評価調整管理料は廃止すること。

要求理由 保険医療機関に対して減薬推進を訴える国の取組み自体を否定するものではないが、そもそも医師は患者に対して計画的な医学管理、必要な服薬管理等を行っており、こういった医師の診療に係る技術の評価しようとするのであれば、まず初・再診料や外来管理加算の引き上げを行うのが本筋である。減薬のみを取り上げて管理料を設定するような手法は、患者と真摯に向き合っている医師の診療行為自体を貶めるものであり、到底容認できない。当該点数は廃止すべきである。

【Ⅱ-2-（18）】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 2016年改定に向けた意見として日本耳鼻咽喉科学会から要望が出された。再度中医協（医療技術評価分科会）で検討し、点数を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（19）】認知症患者に対する診断やその後の管理を評価した医学管理料の新設

認知症患者に対する診断、療養計画の作成や継続的な医学管理に対する評価を新設すること。

要求理由 認知症患者に対する診断及び管理・対応に当たっては、本人のみならず家族、ケアマネジャー等から聞き取り等も行った上で実施しなければならず、非常に労力を要する。したがって、現状でこの点を主眼とした評価が存在しないことは問題であり、包括点数の中に一部分の評価を含めるのではなく、別途医学管理料として評価すべきである。

【Ⅱ-2-（20）】色覚異常に関する患者・家族への丁寧な説明に対する評価の新設

学校健診等で発見された色覚異常について、長時間の説明と生活指導を評価した指導料を新設すること。

要求理由 色覚異常について、学校検診でも希望者については調べられるようになったが、「異常」という言葉が災いして子どもに悪影響を与えることがあり、子ども・親への丁寧な説明が求められ、時間を要するケースが多い。患者・家族への丁寧な説明等に対する評価の新設を要望する。

【在宅医療】

【Ⅱ-2-（21）】特別養護老人ホーム等入所者の医療について

①特別養護老人ホーム等施設入所者に対する医療については、医療保険での算定の範囲を拡大すること。

要求理由 国自身が特養ホームの入所に際して要介護度の基準を設ける等の制限を導入し、特養入所者等の医療必要度が高まっている状況下で、医療保険に係る給付制限が残っていることは臨床の現場の実態と大きく乖離しており、算定ルールとしても複雑で分かりにくいものとなっている。早急な改善が必要である。

世界に類を見ない超高齢社会（定義：総人口に占める65歳以上の割合が21%以上）を迎えている我が国において、これ以上高齢者に対する療養の給付が制限されることの無いように、また医師が

実施した医療行為が正当に評価されるように、実態に即した制度改善を図るべきである。

②特別養護老人ホーム入所者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回の訪問回数の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 特別養護老人ホームに入所しているア、イの患者については、通常の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、在宅患者訪問診療料の対象患者に追加すべきである。

③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わけであるから、双方が評価されてしかるべきである。

④短期入所生活介護（介護予防含む）における算定制限を撤廃し、自宅と同じ取扱いとすること（2002年改定以前の取扱いに戻すこと）。

要求理由 医療保険と介護保険の給付調整に係る告示において、介護老人福祉施設等と短期入所生活介護等は同様の取扱いとされ、例外を除き診療報酬の算定が制限されている。

しかし、ショートステイはあくまで一時的な宿泊であるため、適切な医学管理を行うためには、配置医師ではなく継続的に診療している主治医の対応が必要である。したがって、ショートステイについては2002年改定以前の「自宅」の取扱いに戻し、患者が安心して継続的な医療を受けられるように改善すべきである。

〔Ⅱ-2-（22）〕小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、サービス利用開始後30日に限って在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料を算定できるとした取扱いを廃止し、従前の取扱いに戻すこと。

要求理由 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスは、本来、介護をする家族等のレスパイトケア等を想定した一時預かりサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該宿泊サービスを利用せざるを得ない患者がいる。

しかし、こういった長期利用が増加している原因は、そもそも国による各地域の医療・介護の提供体制の整備等が進まないことにある。在宅患者訪問診療料等の算定に制限を設けて行き場のない利用者を締め出すようなやり方は言語道断であり、一刻も早く必要な病床や施設数を確保し、患者・国民の生活保障、医療保障を行うべきである。

**〔Ⅱ-2-（23）〕第2部＜通則＞「第1節在宅患者診療・指導料」について
訪問診療又は往診と訪問看護・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、重症患者への適切な在宅医療の提供が困難となり、患者に不利益をもたらす。
3. 訪問診療または往診を行う保険医療機関と訪問看護ステーションによる訪問看護の同一日算定が制限されているが、患者毎の病態に対応できない実態を無視した取扱いを改める必要がある。

〔Ⅱ-2-（24）〕在宅療養支援診療所等の施設基準等

- ①在宅療養支援診療所・支援病院に係る「看取り」等の実績要件を廃止するとともに、在宅療養支援診療所以外の診療所の評価を大幅に引き上げること。

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、現場の多くの医師は在宅医療推進の阻害要因であり不合理だ、という思いを抱いている。「看取り件数」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。また、このような実績要件を以って「強化型」等の在宅療養支援診療所を設定し、保険医療機関間の点数格差を生じさせるのではなく、今まで地域で必要な在宅医療を提供し、患者の看取りを行ってきた保険医療機関の評価こそ適正に引き上げるべきである。

- ②上記①の要求とあわせて、強化型（連携型）について連携保険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、またチームで在宅を担う人材を育ててきた努力も無駄にさせたものであり、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。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。また、少なくとも病床を有する保険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。

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-（25）〕緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算（C000往診料の加算）

往診料の緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算について、「従来型支援診と連携する保険医療機関の取扱い」を復活（新設）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、2016年改定で休日加算が新設されたことは評価している。しかし、2012年改定時に、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保険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は継続されたままとなっている。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保険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保険医療機関も支援

診の点数を算定可能にすべきである。

【Ⅱ-2-（26）】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養担当規則を踏まえて、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容認できない。別紙様式14は完全に廃止すべきである。

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、例えば「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、「同一建物居住者の場合」を算定する際、要介護度等が3以下の場合にのみ「訪問診療が必要な理由」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、医師が診察に基づき実際の患者の病態について医学的判断を行うことは異なる基準で、患者の選別が行われる危険性があるため、保団連として絶対に容認することはできない。

また、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しめるだけでなく、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。

⑤在宅療養支援診療所以外の在宅患者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保険医療機関についても改善すべきである。

⑥訪問診療を受ける前に通院していた保険医療機関からの訪問診療等については、16km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16km以内とされており、現状では最寄りの医院が16km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、患者が通っていた保険医療機関に病気や障害で通えなくなった時に、当該保険医療機関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。国として在宅における看取りを重視している以上、これらの加算を正當に評価するべきである。

【Ⅱ-2-（27）】在宅時医学総管理料等（C002）

①在宅時医学総管理料、施設入居時等医学総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管理料と施設入居時等医学総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。

〔Ⅱ-2-（28）〕救急搬送診療料（C004）

入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できないこととされているが、入院基本料の算定の有無に関わらず、救急搬送診療料の算定を認めること。

要求理由 救急搬送診療料は、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際に、診療上の必要から医師が同乗して診療を行うことを評価した点数であり、そもそも入院基本料とは全く関係のない点数である。

〔Ⅱ-2-（29）〕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。

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等、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-（30）】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、同管理指導料を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在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定可能とすべきである。

②週1回の算定ではなく、実施日毎に100点を算定できるようにすること。

要求理由 2016年改定で40点引き上がり100点になったが、依然として医師による指導管理に対する評価が低すぎる。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点数設定では、医師の指導管理に係る評価が適切に行われていると言い難く、在宅医療の継続を困難にしている。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-（31）】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 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-（32）】第2節第1款在宅療養指導管理料の通則

①複数の保険医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限を撤回し、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 複数保険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、複数の保険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・注意点等が異なることから、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-（33）】在宅自己注射指導管理料（C101）

①在宅自己注射指導管理料について、2014年診療報酬改定前の点数設定に戻すこと。

要求理由 2016年改定で点数評価の細分化は一定改善されたが、2014年以前の点数設定と比較して「月28回以上の場合」は70点、「月27回以下の場合」は170点も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る。当

該管理料の引き下げは不当であり、元の水準に戻すべきである。

②在宅自己注射指導管理料の算定要件とされている「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 「在宅自己注射の導入前に、入院又は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。」という規定を算定要件から外すべきである。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られるが、患者の病態や理解度には個人差があるため、そもそも算定要件とすべきではない。

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、受診当日にインスリンを導入しなければならない場合もある。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。

〔Ⅱ-2-（34）〕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、保険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-（35）〕在宅寝たきり患者処置指導管理料（C109） 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の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。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円であるが、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いる。他の医療的処置と併せ、全てこの中でまかなうことは困難である。

〔Ⅱ-2-（36）〕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 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保険医療機関の負担が重くなるといった矛盾が生じる。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。

【Ⅱ-2-(37)】在宅医療での使用頻度が高い特定保険医療材料等

必要な医療材料費・薬剤費は包括扱いすることなく、特定保険医療材料等で別に請求できるようにすること。とりわけ、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。

要求理由

1. 在宅医療で使用する蓄尿バック（ウロバック等）、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、消毒薬等について、特定保険医療材料として償還価格を設定すること。
2. 皮膚欠損用創傷被覆材については、皮下組織に至る褥瘡に限定せず、「真皮に至る創傷用」についても在宅医療の部の特定保険医療材料に指定すること。
3. プラスチックカニューレ型静脈内留置針についても、在宅医療の部の特定保険医療材料に指定すること。

【検査】

【Ⅱ-2-(38)】関節液検査（ピロリン酸カルシウム結晶、尿酸結晶の有無）について、診療報酬を新設すること。

要求理由

痛風、偽痛風、急性化膿性関節炎なども多くは単関節性だが、鑑別には関節液検査で尿酸結晶、ピロリン酸カルシウム結晶、細菌などの検出や血液検査が必要となる。

【Ⅱ-2-(39)】残尿測定検査の算定対象について、排尿障害を来す病状（疾患）に拡大すること。

要求理由

「残尿測定」の算定病名が限定されている。排尿障害の原因となる「尿道狭窄」「前立腺がん」「尿道結石」なども認めてもよい。対象を「排尿障害を来す病状（疾患）」にすべきである。

【Ⅱ-2-(40)】鼻腔・咽頭拭い液採取について

「疑義解釈資料の送付について（その2）」の問19「1日につき1回の算定となる」との解釈を撤回すること。そして、同一日に複数回採取し、複数種類の検査を実施した場合は、実施回数分の算定を認めること。

要求理由

点数表告示では「1日につき1回の算定となる」とは読み取れないにもかかわらず、事務連絡で制限をかけるのは問題であった。特に小児科では、高熱（不明熱）がある場合、インフルエンザ、RSウイルス、アデノウイルス、ヒトメタニューモウイルス、溶連菌、マイコプラズマ、クラミジア等、複数の感染症を疑い、重症化予防のため迅速に診断する必要があることから検査することがある。またインフルエンザを疑っている場合等、ワンエピソードで1日に2回採取・検査することもあり、その費用はその都度発生する。検体は使い回しすることもできないので、必要があり検体採取した場合の技術料は認めるべきである。

【Ⅱ-2-(41)】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-（42）】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-（43）】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、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 医師の指示を受けた看護職員が、単独で在宅に赴き、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不合理である。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-（44）】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 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-（45）】パッチテスト

パッチテストをIgERAST（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-（46）】RSウイルス抗原定性、ノロウイルス抗原定性（D012「25」、「26」）のような感染力が強かつ社会生活にも著しく影響を与える危険性のある感染

症に関する検査については年齢制限を撤廃すること。

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。また同様に、ノロウイルスについても感染力が強く、ひとたび感染が拡大すると、地域社会全般にも多大な影響をもたらす可能性が極めて高い。

ウイルス感染の早期発見並びに感染拡大による被害を最小化するためにも、これらのウイルス検査については、年齢制限を撤廃すべきである。

【Ⅱ-2-（47）】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つては、いずれか一方の点数を算定することとなっているが、初回診察で確実な診断をするためには、ペア血清（IgGとIgMを両方検査）が必要となるため、状況に応じて両方算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-（48）】経皮的動脈血酸素飽和度測定（D223）について、局所麻酔時にも必要に応じて算定できるようにすること。

要求理由 一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合、SpO₂測定は必要である。

【Ⅱ-2-（49）】終夜睡眠ポリグラフィー検査について、睡眠時無呼吸症候群の患者の経過観察として、新たに「口腔内装置（OA）」による治療を受けている患者についても算定できるようにすること。

要求理由 現行の通知では、「C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するために、6月に1回を限度として算定できる」とある。

これによりCPAP適用患者については経過観察で算定が可能だが、2004年より保険適応となった歯科の「口腔内装置（OA；Oral Appliance）」による治療を受けている患者の経過観察では算定できない。日本呼吸器学会によると、我が国の潜在的な患者数は約200万人を超えとも言われており、患者のQOL向上だけでなく生命予後にも重要な影響を与えることから、診療報酬上も適切な治療が行える環境整備が求められる。

【Ⅱ-2-（50）】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事を理由に、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。

【Ⅱ-2-（51）】ダーモスコピーの算定要件について

①有用である疾患について行った場合にも算定できるよう対象疾患を追加すること。

②経過観察の目的で行った場合にも算定できるようにすること。

要求理由 ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、色素性母斑などの色素性皮膚病変の診断を目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定することとなっている。

しかし、同検査は色素性皮膚病変以外の皮膚腫瘍（良性、悪性）、様々な皮膚疾患（乾癬、扁平苔癬など）の診断や疣贅、円形脱毛症の効果判定、治癒判定にも有用であるとも報告されている。

こうした実情を踏まえ、有用である疾患について行った場合にも算定できるよう対象疾患を追加すると同時に、経過観察の目的で行った場合にも算定できるよう要件の見直しを求める。

【Ⅱ-2-（52）】皮膚貼付試験、薬物光線貼付試験、最少紅斑量（MED）測定の点数を適正な水準に引き上げること。

要求理由 皮膚貼布試験、薬物光線貼付試験、最少紅斑量（MED）測定は、皮内反応検査などの項目とともに、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点とされている。

しかし、皮膚貼付試験、薬物光線貼付試験、最少紅斑量（MED）測定の手技は、特殊、煩雑であり、検査に長時間を要する。また、判定には皮膚科学的専門性が必要不可欠である。

したがって、皮膚貼付試験、薬物光線貼付試験、最少紅斑量（MED）測定を皮内反応検査などの項目と同列の点数とせず、適正な引き上げを求める。

【Ⅱ-2-（53）】医学的に正しい診断に資する検査であれば、「現状として実施されている実態に乏しい」との理由のみを以て、廃止しないこと。

要求理由 改定の度に「現状として実施されている実態に乏しい」との理由から、多くの検査が経過措置を経て廃止される。しかし、医師によっては、古い方法でも馴染みのある検査方法で行うこともある。古い検査であっても、医学的に正しい診断が出来れば問題はなく、「現状として実施されている実態に乏しい」との理由のみを以て、検査を廃止することは止めるべきである。

【Ⅱ-2-（54）】経過措置の検査（ヘパプラスチンテスト、ZTT、TTT）について、レセプトに「他の検査で代替できない理由」の記載を求めないこと。

要求理由 医療機関と審査支払機関ともに、事務作業が煩雑となるだけでなく、理由記載を求める返戻で、医療機関と審査支払機関が苦慮している現状がある。

【画像診断】

【Ⅱ-2-（55）】他医撮影のCT・MRIフィルムにかかる診断料の算定について、初診料を算定した日に限る旨の規定を見直し、再診時でも医学的に必要があって診断をつけた場合は算定できるようにすること。

要求理由 CT・MRI の撮影依頼を他医に行った場合、撮影を行った医療機関では専門的な診断まで下すことができないこともあり、改めて自院で診断をつける必要がある場合も多い。再診の場合、診断をつけているにも関わらず、診断料が算定できないことは不合理である。

【投薬】

【Ⅱ-2-（56）】常勤薬剤師の配置のある医療機関の院内処方における調剤技術基本料の評価を引き上げること。

要求理由 調剤技術基本料の算定に当たっては、常勤の薬剤師配置という厳格な人員配置基準が求められるにも関わらず、評価が低く据え置かれており、少なくとも調剤報酬と同等の水準にまで引き上げられるべきである。

【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。

【Ⅱ-2-（58）】残薬の調整に関する評価を新設すること。

要求理由 薬局調剤では、残薬調整に対して重複投薬・相互作用等防止加算が設定されているが、医療機関での調整に対しては設定されていない。そのため、例えば医療機関にて、特定疾患対象の主病に対して、長期投薬加算（65 点）を算定する場合でも、薬局にて残薬ありとの訴えをされて結果的に 28 日未満処方との調整となった場合、医療機関では長期投薬加算が算定不可となる。残薬を確認して調整する行為に対する評価が医療機関に存在しないのは不合理である。従って、少なくとも医療機関が残薬調整の結果、長期投薬加算の算定が不可になったような場合は、下記の形の対応を行うべきである。

- ①残薬調整の結果 28 日未満処方となった旨詳記し、長期投薬加算を算定可能とする。
- ②「長期投薬加算 65 点→特定疾患処方管理加算 18 点」となったことによる点数減の分を補うような「残薬調整加算（仮）47 点」新設する。

【Ⅱ-2-（59）】湿布薬処方に係る70枚制限を即時撤廃すること。

要求理由 2016 年改定では、「1 処方 70 枚を超えて処方された湿布薬」が保険給付の対象外とされた。湿布薬の処方に関しては、枚数、グラム数、大きさ等、治療部位によっても使用する枚数が異なるため、1 回の処方に係る算定枚数に上限を設けるのは医師の裁量権を侵害する上、かえって受診回数を増やし、医療費が増大する懸念も指摘されている。

【Ⅱ-2-（60）】湿布薬処方について「1日用量又は投与日数」をレセプトや処方せんに記載することを義務付けるのはやめること。

要求理由 外用薬は総量で処方するのがルールであり、他の外用薬との整合性が取れず、また、現実の製剤の規格と合わない（割り切れない）状況となることや、これ以上の記載事項増加による事務負担を増やすべきではない。総量記載とすべきである。

〔Ⅱ-2-（61）〕 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、3種類以上の抗うつ薬又は3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し、むしろそうした患者を治療する場合においては重度加算を新設すること。

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。医療現場では、一律の線引きによる減算規定の設置により、従来処方を受けていた薬が処方されないことで、症状が悪化した事例や不安から医師に詰め寄る鬱病や統合失調症の患者が出る等、混乱が起こっている。多剤投与が必要な患者は現実には存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められる。こうした点も踏まえて、向精神薬多剤投与に係る減額規定は廃止し、むしろ多剤投与が必要な患者を治療する場合においては重度加算を新設すべきである。

〔Ⅱ-2-（62）〕 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し、むしろそうした患者を治療する場合においては評価を引き上げること。同様に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についても、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点まで評価を引き上げること。

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。多剤投与が必要な患者は現実には存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められる。こうした点も踏まえて、7種類以上の内服薬の投薬に係る減額規定は廃止し、むしろ多剤投与が必要な患者を治療する場合においては評価を引き上げるべきである。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に廃止し、同様に評価を引き上げるべきである。

〔Ⅱ-2-（63）〕 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に加え、丁寧な説明と同意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。

【Ⅱ-2-（64）】後発医薬品の使用促進について

後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めることはやめること。

要求理由 医師が臨床経験に基づいて判断した処方尊重されるべきであり、更なる事務負担を増やすのは本末転倒である。

【注射】

【Ⅱ-2-（65）】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-（66）】注射実施料の点数設定が依然として低すぎるため、抜本的な引き上げを行うこと。

要求理由 2016年改定では汎用される皮内、皮下筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射等の費用がそれぞれ2～3点引き上げられた。

しかしながら、現行の点数においては、外来時は注射のシリンジ・針・消毒綿・点滴ラインなど材料の費用が注射の手技料に包括されるなど、所定点数では到底まかなえない極めて低い評価しかなされていない。また、注射そのものが、一つ誤れば重大なトラブルになり細心の注意を必要とする医療行為である点も踏まえていない。

少なくとも、注射に係る各手技料については、材料費分を加えた点数を上乗せした水準にまで所定点数を引き上げるべきである。少なくとも皮内、皮下及び筋肉内注射を現在20点→30点に、静脈内注射を現在32点→50点に引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-（67）】大量皮下注射、皮下点滴注射の点数を新設すること。

要求理由 末期の患者や老人のターミナルケアの患者は、血管の中に針が入らない患者が多い。この場合、500～1000mlの点滴薬剤を、大量皮下注射又は点滴皮下注射で投与することがある。長い時間をかけて皮下に入れると、確かに腫れるが、長い時間をかけて吸収される。現行評価の下では、皮下注射の手技料で請求しており、レセプトが返戻、査定されたことはないが、大量皮下注射、皮下点滴注射の手技料として、皮下点数と点滴注射の間位の点数が必要である。

【Ⅱ-2-（68）】入院患者には算定が出来ない注射の手技料を算定できるようにすること。

要求理由 皮下筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射に要する技術は、外来と入院とで何ら変わる物

でない。それにも関わらず、それらの注射の手技料そのものが入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

【Ⅱ-2-（69）】 静脈内注射や点滴注射に乳幼児加算と同様に高齢者加算を新設すること。

要求理由 点滴注射において注射量で点数を区切る不合理な取り扱い、高齢者の場合静脈への穿刺が困難な事例が多いにも関わらず、現状では全く評価されていない。

こうした状況を踏まえ、静脈内注射・点滴注射においては、乳幼児加算と同様に高齢者加算の新設を求める。

【Ⅱ-2-（70）】 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、点滴注射を行った場合は、医師が実施した場合と同様に注射の手技料、薬剤料ともに算定できるようにすること。

要求理由 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ており、実際に在宅の現場でも医師が行うものと同様の手技が行われている。それにも関わらず、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、点滴注射を行った場合について算定に制限がかかることは不合理である。

【リハビリテーション】

【Ⅱ-2-（71）】 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-（72）】 リハビリテーションの施設基準について、面積要件等専用施設に係る施設基準を緩和すること。

要求理由 早期介入や ADL 訓練を重視する傾向にあり、病棟等専用施設以外でリハビリテーションを行う機会が非常に多くなっている。そうした状況を踏まえて、面積要件等専用施設に係る施設基準は緩和すべき。

【Ⅱ-2-（73）】 疾患別リハビリテーション等において、ジョイントセラピーを評価した加算点数を新設すること。

要求理由 1 対 1 で行う個別訓練が基本であるが、1 人の患者に複数のセラピストが同時に関わり訓練を行う場合がある。現行では複数のセラピストが同時に訓練を行っても 1 人分の点数しか算定できないので、複数で行った場合の人件費等に見合った評価が必要である。

〔Ⅱ-2-（74）〕 疾患別リハビリテーション等において、休日もリハビリテーションが提供できる体制を評価した「休日体制加算」を新設すること。

要求理由 昨今は 365 日リハビリテーションを提供する体制が充実しつつある。しかし、休日の場合、平日よりもさらに人件費が必要となる。従って、回復期リハビリテーション病棟で評価しているように、休日の体制も評価する必要がある。

〔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、迅速なり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制度を改めるべきである。

【Ⅱ-2-（76）】 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 患者の病態に応じたきめ細かなリハビリテーションの提供を適切に実施する上でも、臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる環境を整えるべきである。

【Ⅱ-2-（77）】 各リハビリテーション料の施設基準（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 脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）や呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）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。

【精神科専門療法】

【Ⅱ-2-（78）】 通院・在宅精神療法（Ⅰ002）、精神科継続外来支援・指導料（Ⅰ002-2）

通院・在宅精神療法や精神科継続外来支援・指導料の点数について「1回の処方で3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬が処方されている場合、所定点数の50/100に減額する措置」を撤回すること。

要求理由 精神科の基幹点数でもあるこれらの所定点数を、診療報酬上のペナルティとして半減させるのは問題である。このような大幅減額による強引な誘導によって、処方される薬剤の種類が減ることで「患者の状態が悪化して入院患者が増えかねない」との危惧の声も寄せられている。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-（79）】 通院・在宅精神療法（Ⅰ002）

通院・在宅精神療法の点数を大幅に引き上げること。また、自殺のリスクの高い患者は週2回以上通院精神療法を算定可能とすること。

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-（80）】処置の乳幼児加算

処置の項目について手術と同様に通則での乳幼児加算を新設すること。

要求理由 処置全般に関して、乳幼児を診察する際にかかる時間や人員を勘案して、その評価として通則での乳幼児加算の新設を求める。

【Ⅱ-2-（81）】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。加えて処置を行った方が、処置を行わなかった場合よりも点数が低くなる矛盾を早急に解決すべきであり、[Ⅱ-2-（2）②]の項目の通り用件変更を行うべきである。

【Ⅱ-2-（82）】創傷処置に、「重度等処置加算」を新設すること。

要求理由 創傷処置の実施において、10分～15分程度の処置時間がかかるケースがある。このように長時間、丁寧な処置が必要となる場合に、相当の加算点数を設けるべきである。

【Ⅱ-2-（83）】良性発作性頭位めまい症（BPPV）に対するEpley法（エプレイ法、エプリー法）について、診療報酬を新設すること。

要求理由 現行の評価体系では、良性発作性頭位めまい症（BPPV）の治療として、内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）を半規管外に出す方法（浮遊耳石置換法）としてのEPLLEY法に対する評価が存在しないため、初診時は平衡機能検査（20点）、再診時には外来管理加算でしか算定できない。内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）の治療に関しては、処置に時間がかかるうえ、嘔吐を伴うこともあり、人員が必要である。そうした実情を踏まえた上でEPLLEY法に対する評価を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（84）】巻き爪のブリッジ療法、巻き爪のワイヤー矯正療法について、診療報酬を新設すること。

要求理由 変形した巻き爪に少しずつ力を加えながら形を整えていく矯正療法について、現行では評価が存在していない。代表的な方法としてマチワイヤー法、VHO法、クリップ法、BSブレイス法（BSスパンゲ）等があるが、切除することなく痛みを取り除き、変形を治すことが出来る。こうした点も踏まえ、患者にとって有用な治療法は積極的に保険適用を行い、評価を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（85）】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・胼胝処置や絆創膏固定術など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-（86）】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-（87）】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。数が多い場合、足蹠の「イボ」では増生した角質の除去処置も含め4、5人分の診察時間を要することを考えれば、伝染性軟属腫の摘除と同様に扱い、「10箇所以上」の高い点数区分を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（88）】鶏眼・胼胝処置（J057-3）鶏眼・胼胝処置の「月1回」との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、算定できる時とでき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。最低でも月2回まで算定可能とすべき。

【Ⅱ-2-（89）】消炎鎮痛等処置（J119）

「消炎鎮痛等処置（1日につき）」について下記の不合理を解消すること。

ア「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。

イ「3.湿布処置（35点）」については、入院患者に対しても算定可能とすること。

要求理由

ア 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。

イ 湿布処置に要する技術は、外来と入院とで何ら変わる物でない。それにも関わらず、処置料が入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

【手術】

【Ⅱ-2-（90）】 現行は創傷処置として評価されているサージカルテープを用いた傷の縫合を創傷処理として評価すること。

要求理由 サージカルテープを用いた傷の縫合が現行の創傷処置としての評価（普通は45点ないしは49点）は余りに評価が低く不合理である。創傷処理（80点～150点）の水準で評価すべきである。

【Ⅱ-2-（91）】 帝王切開術（K898）

14年改定で実施された「2.選択帝王切開」の2,020点もの大幅引き下げを撤回すること。

要求理由 今次改定では、帝王切開術の「1 緊急帝王切開」は前回改定時の水準に引き上げられたものの、「2 選択帝王切開」の点数は、2014 年改定時に大幅に引き下げられた水準のままであり、依然として経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得ず、結果として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-（92）】 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-（93）】 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 必要があつ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-（94）】 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。

【麻酔】

〔Ⅱ-2-（95）〕 局所麻酔に関する麻酔管理料を新設すること。

要求理由 一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合、局所麻酔でも様々なトラブルが生じることがある。

【特定保険医療材料】

〔Ⅱ-2-（96）〕 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。

〔Ⅱ-2-（97）〕 皮膚欠損用創傷被覆材について、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合以外にも、患家で交換する分を算定できるようにすること。

要求理由 皮膚欠損用創傷被覆材は特定保険医療材料であり、在宅医療以外では、張り替える都度、医療機関の外来に来院して張り替える必要がある。交換・張替方法を指導し、患者が自ら交換・張替する場合の算定を認めた方が、患者の煩わしさの軽減や、医療費の削減にもつながる。

【薬剤】

〔Ⅱ-2-（98）〕 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 昨今の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。

【入院基本料】

【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の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。

【Ⅱ-2-（100）】看護職員の平均夜勤72時間ルールの要件緩和は慎重にすること。

要求理由 安全な医療の提供のためには、看護職員における夜勤労働時間を平均で72時間以内とする要件を守るべきである。72時間ルール緩和要求の背景には看護師不足があり、看護師養成に対する国の責任と負担を強化すること。

【Ⅱ-2-（101）】病棟単位の届出をみとめること。

要求理由 現在でも傾斜配分は可能だが、例えば一般病棟の2病棟を13：1、15：1でそれぞれ届出を行うことにより、それぞれの入院基本料で算定可能な入院基本料等加算を算定できるようになるようにすべきである。

【入院料】

【Ⅱ-2-（102）】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-（103）】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。少なくとも、特定地域や離島、へき地はもちろんのこと、困難な医療機関においても義務化の対象から除外すること。
- ②診療所において、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。

②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-（104）】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構成とすべきである。

【Ⅱ-2-（105）】看護職員の病棟勤務時間として算入が認められるものが医療安全管理委員会への出席時間等に限られているので、病棟業務の一環として出席する給食委員会等その他委員会や職員研修も病棟勤務時間に算入できるよう認めること。

要求理由 病棟の代表者として参加している時間について、病棟外で開催している場合であっても、病棟業務として参加しているため、当然ながら病棟勤務として扱うべきである。

【Ⅱ-2-（105）】施設基準において、「専従」要件の定義を緩和し、診療報酬点数表や施設基準において「専任」又は「専従」の規定のない業務については、合わせて行えるようにすること。

要求理由 例えば部署の代表として出席する委員会や病棟全体で行う A233-2 栄養サポートチーム加算における NST に参画する言語聴覚士や、A234-2 感染防止対策加算により実施される院内ラウンドへの参加など、特に中小規模病院での限られたスタッフによるチームアプローチや多職種連携を阻害することとなり、患者にとって不利益となる。

【Ⅱ-2-（106）】高額な薬剤や検査等を出来高で算定できるようにすること。

要求理由 療養病棟入院基本料や特定入院料など包括される入院料において、高額な薬剤や検査等については出来高で算定できるようにすべきである。高額な薬剤を使用している患者においては、入院料で賄えず、入院判定において優先順位が低くなりがちである。特に療養病棟入院基本料においては、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。

【A100一般病棟入院基本料】

【Ⅱ-2-（107）】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、医学的に必要があつ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-（108）】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-（109）】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-（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。

【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発揮しており、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。

【Ⅱ-2-（112）】療養病棟入院基本料2に要件化された、「医療区分2・3の割合」を撤廃すること。また療養病棟入院基本料1の医療区分2・3の割合についても緩和すること。

要求理由 介護病床や在宅での療養が確保できないまま退院を強いられることは、社会的問題となる。医療区分2・3の割合を療養病棟入院基本料2の要件にすべきではない。また、療養病棟入院基本料1についても医療区分2・3の割合についても緩和すべきであるし、療養病棟入院基本料1、2とも現行点数を引き上げ、必要な入院医療を確保できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-（113）】A101療養病棟入院基本料の医療区分2の中の『33.うつ症状に対する治療を実施している状態』について、算定の要件（項目の定義）として「精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合」とあるが、心療内科医による処方の場合も算定を認めること。

要求理由 うつ病を自覚しても敷居の高さを感じて精神科を受診しない患者は多く、心療内科医がうつ病の治療を行っているケースも多いのが現状である。精神保健指定医だけでなく、心療内科医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合も、療養病棟入院基本料の医療区分2の評価に加える（医療区分2の点数が算定できるようにする）べきである。

【有床診療所】

【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。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。

【Ⅱ-2-（115）】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-（116）】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療所も多いため、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-（117）】A233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-（118）】 A108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 A108 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-（119）】 地域包括ケア要件もしくは平均在院日数60日以内を満たす有床診療所について、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の在宅復帰率機能強化加算の要件を満たすものとみなすこと。

要求理由 在宅復帰を進めることを評価するのであれば、有床診療所入院基本料1、2、3の要件である地域包括ケア要件を満たす場合も対象にすべきであり、療養病床においても地域包括ケア要件を満たせば、在宅復帰率機能強化加算の届出を可能にすべきである。

【Ⅱ-2-（120）】 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。

**【Ⅱ-2-（121）】 有床診療所において、当該医療医療機関に再入院する場合であっても、
A207在宅患者緊急入院診療加算を算定できることとすること。**

要求理由 地域包括ケアにおいては、入院していた患者が再度急性増悪した場合でも、多忙な二次救急への搬送前に再入院として対応できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-（122）】 有床診療所一般病床初期加算の施設基準の(2)、医師配置加算の(1)のイについて、「全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数が年間30件以上」とされているが、一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合の要件として計上できるようにすること。

要求理由 局所麻酔下でも痔核根治術等のような手術を行う場合がある。

【入院基本料等加算】

【Ⅱ-2-(123)】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-(124)】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ことから、日を越えての傾斜配置を認めるべきである。

【Ⅱ-2-(125)】A212超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算について、

- ①一般病棟における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。
- ②特別な医学管理が必要な状態が6月以上継続していることが要件になっているが、連続ではなく延べ日数での継続とすること。

要求理由 A212 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。

②について、連続6カ月以上の状態が途中で1日でも切れてしまうと要件から外れてしまうことから、延べ日数とすべきである。

【Ⅱ-2-(126)】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-（127）〕 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、A222療養病床療養環境加算1、2及びA223-2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-（128）〕 A233-2栄養サポートチーム加算について、

①専従配置を求める場合は点数を引き上げること。

②点数（200点）がそのままであるなら、専従要件を外し、特定地域の点数を廃止すること。

要求理由 栄養サポートは重要であるが、栄養食事指導料との併算定ができないため、要件に比べて点数が低すぎる。

〔Ⅱ-2-（129）〕 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 A234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-（130）〕 A238退院支援加算2の役割を評価し、地域連携診療計画加算が算定できるようにすること。

要求理由 退院支援加算2は退院支援において積極的な役割を果たしている。地域連携診療計画加算の要件を満たせば算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-（131）〕 A247認知症ケア加算2について、病棟単位で算定可能とすること。

要求理由 病棟によって機能が異なる場合があるので、一部の病棟を認知症患者対応に特化させることで、当該病棟内の認知症患者を集中的にケア管理できる。またすべての病棟で算定可能とすること。

〔Ⅱ-2-（132）〕 口腔ケアを必要とする全ての病棟の入院患者に対して、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行い管理することを評価した点数の新設を要望する。

要求理由 入院患者の治療の一環として口腔ケアが重要な役割を果たすが、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行うと治療の効果がより高まる。現状ではこのような連携が評価されるのはごく一部に限られており、診療報酬上評価がなされていないものについては医療機関の負担で行わざるを得な

い。医科歯科連携を促進し患者の治療効果を高めるためにも、口腔ケアに係る歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。

2014 年診療報酬改定では、診療情報提供料（Ⅰ）の加算として、歯科訪問診療や周術期口腔機能管理を行う歯科医療機関に対して患者の紹介を行った場合に算定できる「歯科医療機関連携加算」が新設されている。また、2016 年改定では、栄養サポートチーム加算の加算として、歯科医師が栄養サポートチームに参加して診療に従事した場合に算定できる歯科医師連携加算が新設されている。医科歯科連携の重要性が認識されることに伴って、診療報酬上も医科歯科連携に係る治療は評価されてきたところであり、2018 年改定においても歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。

【特定入院料】

〔Ⅱ-2-（133）〕 医学管理等及び在宅医療を包括する特定入院料について、退院時に医学管理等及び在宅医療の点数を算定できるよう、B005-1-2介護連携支援料を算定できるようにすること。

要求理由 例えば回復期リハの患者が退院する際の介護申請を行った場合など、病院から在宅療養の連携を密にして在宅での医学管理にスムーズに移行できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-（134）〕 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。

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-（135）〕 A308回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰ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ても厳しい。

〔Ⅱ-2-（136）〕 A308回復期リハビリテーション病棟入院料について、提供実績と実績指数の算出を不要とし、ADL向上等、リハビリに対する効果を踏まえた報酬格差（アウトカム評価）を撤回すること。

要求理由 同じように治療を行っても、回復には個人差がある。アウトカム評価は、回復の見込みのある患者を選別してしまう危険性が高い。在宅復帰率の要件も同様の問題がある。診療報酬は、出来高払いを原則として評価すべきである。

【Ⅱ-2-（137）】A308回復期リハビリテーション病棟入院料の入棟までの期間について、急性期病棟で1日6単位以上のリハビリテーションを実施した日数を控除する取り扱いを止めること。

要求理由 転院の場合に受け入れの可否で齟齬が生じることがある。

【Ⅱ-2-（138）】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を包括対象から除外すること。
- ②在宅復帰率の計算対象から、急性期病棟への転棟患者を除外すること。特別養護老人ホームへの入所については「在宅等に退院する患者」に含めること。
- ③病態により60日を超えて地域包括ケアにおける入院が必要な患者について、引き続き、地域包括ケア病棟入院料が算定できるようにすること。
- ④「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」とすることについて、地域包括ケア病棟等の在宅復帰率の計算も同様の取扱いとすること。
- ⑤地域包括ケア病棟入院料の施設基準における、在宅復帰率の要件を緩和すること。
- ⑥療養病床であるA308-3 地域包括ケア病棟入院料の入院時生活療養費の標準負担額については、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料と同様とすること。すくなくとも、療養病床と同様とすること。

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つが、必ずしもリハビリテーション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。

- ②について、特別養護老人ホームは在宅等と同様に判断すべきである
- ⑤重症度が高い患者が増えており、在宅への調整が困難なケースもある。
- ⑥について、療養病床の入院時生活療養費の標準負担額は、医療区分2、3については食事療養と同様に減額されているが、A308-3 地域包括ケア病棟入院料の届出を行った病床では減額されない。一方、療養病床であるA308 回復期リハビリテーション病棟入院料では、医療区分に関わりなく食事療養の標準負担額とされている。地域包括ケア病棟の役割から見て、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料と同じ扱いにすべきである。少なくとも療養病床と同様とすべきである。

【Ⅱ-2-（139）】A310緩和ケア病棟入院料やA400短期滞在手術等基本料3等についてもJ038人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できることを示すこと。

要求理由 2016年3月31日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」の（問78）で、「回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、J038人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、J038人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。」との問いに「できる。」と回答されている。この疑義解釈はあくまでも例示であると考えているが、A310 緩和ケア病棟入院料やA400 短期滞在手術基本料3等についても同様に「人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できる」こととすべきである。

【Ⅱ-2-（140）】A311-2精神科急性期治療病棟入院料について、

- ①点数を大幅に引き上げること。
- ②施設基準において、看護師の配置基準を緩和すること。

要求理由

- ①について、短期入院による地域移行を目指す上で、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用や医療機関の自助努力（精神保健福祉士や作業療法士の増員）による手厚い医療を提供するため、人件費のランニングコストが増大しており、引き上げることが必要である。
- ②について、精神科病棟において質の高い医療と退院促進を目指す上で、多職種による日頃のチーム医療が必要。また、看護師の配置基準を緩和し、他職種を含む配置基準とすべきである。

【Ⅱ-2-（141）】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-（142）】以下の内容で、地域生活指導料（仮称）を新設すること。

- ①精神疾患における長期入院患者の退院後地域移行を図るため、入院中に看護要員または精神保健福祉士、作業療法士等による、退院後の生活環境促進を図るための、地域生活指導料（仮称）を新設すること。
- ②また、介護保険の非対象者で身寄りの無い入院患者の日常品の買い物及び、他医療機関の付き添い、公的外部手続き等、病院の職員負担が大きい。それらを看護職員が行った場合に病棟勤務時間に含めること。

要求理由

精神障害者の院外業務による職員負担が大きく、これに見合う評価が必要である。

【短期滞在手術等基本料】

【Ⅱ-2-（143）】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。
- 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。
- 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

- ①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、5日以上に必要な入院期間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又は3は平均在院日数の対象ではないため、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しやすい。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。

【入院時食事・生活療養費】

【Ⅱ-2-（144）】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、材料費、物価、人件費の上昇分を反映するとともに「あるべき入院時食事療養」に見合って設定し、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。

- 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べきである。

- ④地域包括ケア病棟およびA400短期滞在手術等基本料3において入院時生活療養費を受ける場合も、回復期リハビリテーション病棟と同様に入院時食事療養の標準負担額とすること。

要求理由 地域包括ケア病棟や短期滞在手術等基本料3の役割からみて回復期リハビリテーションと同様の扱いとすべきである。

- ⑤入院時食事療養費の標準負担額に関して、状況により長期入院を要する場合は高額療養費のような限度額を設けるか、入院期間による逡減措置を設けること。

要求理由 2018年4月から標準負担額が1食460円になると1日3食で食事代だけで月4万円以上が必要となる。長期入院を要する場合は支払困難となる患者が増えると考ええる。

【Ⅱ-2-（145）】届出要件のうち、届出受理後に変動が発生した場合であっても、一定の範囲内であれば変更の届出を要しないとの取り扱いがあるが、この対象となる点数及び要件を明示すること。

要求理由 要件変動の特例措置の対象が必ずしも明確でない。医療現場における管理上の混乱が生じないように、あらかじめ対象となる点数及び要件を明示すべきである。

以上

Ⅱ - 3 2018 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、QOL の向上を目的とした、在宅・施設での高齢者への専門的口腔ケアによる口腔感染症の制御、糖尿病や動脈硬化症、認知症等の全身疾患と歯科とのかかわり等、歯科的功能評価の役割、重要性が見直されている。

主に高齢者の心身の活動低下（虚弱）を示す「フレイル」や口腔機能の低下については、病院・介護施設の現場での口腔内の清掃や口腔機能の回復を目的とした専門的口腔ケアの取り組みによって、平均在院日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少など様々な効果が生じていることが報告されている。このように歯科医療が全身の健康へ関与することを通じて、全体の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の拡大とともに、口腔の健康格差も生じており、広い世代で口腔の健康悪化と「口腔崩壊」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、様々な要因によって生じ、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。

2016 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、歯科医療機関の経営危機等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、改定ごとに施設基準が増加し、届出ができない歯科医療機関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。「かかりつけ歯科医療機能強化型歯科診療所（か強診）」の新設もその例として、医療機関の差別化、包括化のさらなる拡大が危惧される。また、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おり、その解決は喫緊の課題となっている。保団連が実施した「要介護高齢者の口腔状況調査」でも、高齢者の残存歯の増加に伴い、う蝕、歯周病は増加傾向にあることが推察されており、「より良く食べるはより良く生きる」ためにも保険の補綴を守り、歯科技工への正当な評価が不可欠である。加えて、歯科医療機関の経営危機から歯科衛生士等のスタッフ確保も困難な状況であり、チーム医療の推進のためにも、専門職の技術を正に評価すべきである。併せて、安心で日常診療として普及しているにもかかわらず、保険導入されていない歯科治療も数多く残されたままである。

より一層、患者が必要とする歯科医療を提供し、歯科医療の現場で直面する様々な課題を改善するためにも、低歯科医療費政策からの転換、患者窓口負担の軽減、より有効な歯科診療報酬制度の構築といった総合的な対応が求められている。

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、全国保険医団体連合会は、以下の重点要求の実現を強く求めるものである。

【歯科医療の質の確保と安全を保障するために】

歯科医療の充実、更なる質の確保と安全を保障するために、技術料の適正な評価、臨床現場の実態にそぐわない不適切な取り扱いの改善、保険診療として適切な制度運用の考え方等が必要である。以下、改善を求める。

【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依然低い評価に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、適正に引き上げること。

要求理由 歯学系学会社会保険委員会連合が2016年3月に発刊した「歯保連試案2016」では、項目ごとに担任学会が医療材料費、人件費等を勘案した上で、詳細な試案を発表したが、保団連がかねてより訴えてきた歯科診療報酬引き上げの主張が、いかに根拠のあるものであったかを裏付ける内容であった。

低い歯科の診療報酬において、特に、歯を残すために重要な「処置」の項目が、長年に渡りあまりにも低い評価のままであり、低歯科診療報酬にもかかわらず患者・国民の口腔の健康のため、日々診療を行っている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技術料を抜本的に引き上げるべきである。

【Ⅱ-3-(2)】過去の改定で包括された診療項目について、歯科医学的に確立された技術のうち患者にとっても有益であるものは、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、基本診療料にはラバーダム防湿法、スタディモデル、歯肉息肉除去等を包括し、特掲診療料では補強線、ろう着、EE・EB法等が包括された。これらは、歯科医学的に確立された技術で、かつ、患者にとっても有益であり、それぞれの診療項目を独立した項目として再評価するべきである。

【Ⅱ-3-(3)】処置や歯冠修復及び欠損補綴の項目のうち包括されている麻酔については独立した点数として適切に再評価すること。また、麻酔薬剤の「薬剤料」の算定方法については、医科と同様にするとともに、麻酔手技料が算定できない場合も、使用薬剤料は算定できる取り扱いとすべきである。

要求理由 歯科における麻酔は、使用麻酔薬剤、麻酔に伴う痛みなど術者にとっても、患者にとってもかなりの負担を強いるものである。歯科医師は、日常診療において頻繁に行われる麻酔行為に対して、研鑽を積みつつ、それらに対応している。この麻酔という高度な技術が求められる診療行為に対し、処置、歯冠修復及び欠損補綴の項目で、「麻酔は含まれる」として実際に行っても、別途算定できない項目が数多くある。歯周基本治療、歯冠形成、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べきである。

また、歯科では薬剤料の算定についていわゆる「40円ルール」という仕組みがあるが、他の薬剤と同様に「15円ルール」とし、手術や120点以上の処置は「麻酔」の手技料・薬剤料ともに算定できない取り扱いであるが、医科と同様に使用薬剤は原則算定できる取り扱いとするべきである。

【Ⅱ-3-（４）】 新たな病名の新設の動きもあるが、それに係る医学管理、処置等に成功報酬の考え方を導入しないこと。

要求理由 「口腔機能低下症」、「生活習慣性歯周病」、「口腔機能発達不全症」、「口腔バイオフィルム感染症」の四つの新病名案について検討が行われている。歯科では、医科に比べて病名が非常に少ないため、給付される保険診療の範囲が極めて限定されている。口腔機能の低下から「オーラルフレイル」がはじまるが、これらの病名に係る医学管理や処置等が保険に導入されることは、健康寿命を延ばす上でも、重要となってくる。積極的に保険導入を図るとともに、過去に成功報酬の考え方がとん挫したことに鑑み、新設に際しては、成功報酬の考え方を導入すべきではない。

【Ⅱ-3-（５）】 医科歯科間にある格差を解消したうえで、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。

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の是正が不可欠である。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ており、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歯科外来診療環境体制加算と基本診療料の引き上げを求める。さらに、基本診療料に含まれるとされている処置や行為を個別評価すべきである。

【Ⅱ-3-（６）】 歯科疾患の特異性を考慮しない、低額評価による長期継続管理体系の評価を大幅に引き上げ、初回算定までの期間制限を見直すこと。

要求理由 歯科疾患は、自然治癒のない不可逆性の硬組織疾患や慢性疾患がメインである軟組織疾患といった特異性、慢性疾患、急性疾患その他の疾患という様々な病態の疾患、また、対象患者の年齢による疾病構造の違いなど、極めて特異性がある。現行の歯科における医学管理は、これらの特異性があまり考慮されていない。臨床の実態に即した管理に改めるべきである。点数については一律の評価ではなく、慢性疾患とその他の疾患等、管理していく内容によって適正に評価するとともに、医学管理の役割を重視し、評価を大幅に引き上げるべきである。

歯科疾患管理料については、歯科特定疾患療養管理料との併算定を認め、管理対象疾患の多様性を考慮して、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求める。

【Ⅱ-3-（７）】 歯科医師が行う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 画一的な時間要件としては、歯科訪問診療料の20分以上との要件がある。最近の改定で、時間要件については、患者の状態によって例外規定が設けられるなど、緩和の方向にあるが、歯科医師が行う医療行為について時間要件を求めることは、過去、医科診療報酬において、猛反発を受けたことからわかるように、医療の根幹にかかわる問題である。時間要件は、廃止するべきである。

**〔Ⅱ-3-（8）〕 不合理な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こと。
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や歯周病安定期治療Ⅰのように3月に1回の算定とされているものや、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べきである。

また、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、医科の例が示されている。一般的に口腔の疾患は、歯牙の疾病に起因するものがほとんどであり、歯科治療においては、同要件は全くそぐわない考え方である。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か、複数手術の特例の考え方を歯科点数表の手術に対して適用することを求める。

〔Ⅱ-3-（9）〕 歯科における画像診断の根本的な考え方について、歯科医療の実態に即した評価にあらためるとともに、従来から存在する技術についても再評価を行うこと。

要求理由 歯科においては、主に歯牙単位での疾病に対する治療が主であることから、「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、医科の考え方ではなく、歯科としての考え方を新たに整理すべきである。医科と歯科で同様の取り扱いをしていることによって生じている不合理を解消するためにもその明確な整理が必要と考える。

また、全顎撮影法については、画像診断の技術の進歩によりデジタルの普及がかなり進んできているが、10枚法と9枚撮影した場合の点数を比較すると、アナログ法に比べてデジタル法の場合は、点数が低くなる等の矛盾がある。また、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。

〔Ⅱ-3-（10）〕 患者への文書提供については、文書提供そのものを評価する取り扱いをすべての項目で同じ取り扱いとすること。

要求理由 2016年改定において、歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料の算定に際して患者への文書提供要件が廃止され、文書提供した場合は文書提供加算として別途評価された。しかし、結果として文書提供をしない場合は、引き下げとなったことから、文書提供をしない場合も、医学管理本体の点数を引き下げるなどの点数設定における操作はするべきではない。また、未だ要件となっている項目もあることから、すべての項目について、同じ取り扱いとすべきである。

〔Ⅱ-3-（11）〕 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の評価体系を抜本的に見直すこと。

要求理由 2016年改定で導入された「か強診」は、人員配置等の施設基準を満たした医療機関が届出をした場合に、未届出医療機関と異なり「エナメル質初期う蝕管理加算」、「SPTⅡ」、「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算」が算定できる。「か強診」については、①施設基準と関連付けられた上記の点数項目（医療の質）に関連性がない点、②同じ医療行為を行っても、一物二価とした点が問題として、患者や医療従事者にとって理解しにくい評価となっている。

臨床現場の実態に即して、①「か強診」と関連付けされた「初期う蝕」及び「SPT」を切り離し、それぞれ個別点数項目として整理するべきである。「初期う蝕」は、F局の「3エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」に一本化した上で、外来または訪問診療における根面う蝕の患者に対する管理にも適応を拡大し、月1回の算定。「SPT」は、歯周基本治療終了後に移行した場合を「SPT I」、歯周外科手術から移行した場合を「SPT II」とした上で、月1回の算定とすることを求める。

また、現行の「か強診」は、施設基準の見直しと併せて、在宅医療に重点をおいた評価体系に見直すべきである。

【患者が必要とする歯科医療の提供といった基礎的な役割を発揮できるように】

う蝕、歯周病の治療をはじめ、患者に必要とされる保険診療の実施が求められている。これらは、外来診療の他、高齢化の進展を受けて在宅医療の推進も強く求められており、患者に必要な歯科医療が提供できるように、下記の改善を求める。

〔Ⅱ-3-（12）〕 超高齢社会に求められる在宅医療をさらに推進するため、在宅需要に対応した診療報酬体系を考えるべきである。また、専門的口腔ケアの役割の評価を確立すること。

要求理由 本会が実施した「要介護高齢者の口腔実態調査」では、残存歯の約3割がう蝕に罹患しており、歯周病の状態が中等度以上の歯周病は70.3%と多くのものが歯周病に罹患していた。要介護3以上では歯周病も重度化している。義歯は約6割が使用しており、そのうち約8割に問題があった。このように要介護者の口腔内はまだまだ治療の必要な状況である。

超高齢社会を迎え、在宅需要に応える上で、在宅需要に対応した診療報酬体系を考えるべきである。

①う蝕治療に関しては、同一初診における充形と修形について月を異にすれば算定可、②歯周治療に関しては、歯周治療用装置については、すべての要件を撤廃し、主治医の判断で必要に応じて算定可、③訪問口腔衛生指導料については、歯科医師の訪問診療から1カ月以内に歯科衛生士が訪問した場合と規定されているが、介護保険との整合性をとって、3カ月以内であれば算定可、④歯清やSPTの算定にあたっては、「歯管または歯在管を算定した患者」が前提となっているが、介護認定を受けていて居宅療養管理指導費を算定している患者に対しても、同様の取り扱いとすることなどを求める。

義歯については、老老介護や独居老人等、高齢社会の課題や、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。

2016年改定では、周術期口腔機能管理中であれば、歯科を標榜している病院への歯科訪問診療が認められるようになった。しかし、入院患者がみな周術期ではなく、病院歯科は口腔外科や難症例への対応が中心となっており、入院患者に対する口腔管理が行き届いていないことが多い。周術期ではない患者でも口腔管理を必要とすることも多いことから、どのような患者であっても求めがあった場合には、必要に応じて、歯科を標榜している病院でも歯科訪問診療が認められるようにすべきである。

2016年改定では、NSTが評価されたが、施設の種類で評価を分けるのではなく、行った行為を評価すること。また、オレンジプランでも示されているように、歯科でも認知症や低栄養患者の発見や対応は求められている。その際、専門機関への紹介や、同患者への対応に対する加算の評価を別途設けることを求める。

また、在宅歯科医療推進加算の対象が自宅、アパート、マンション等であることから、整合性をと

る上でも、「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」を除外するべきである。さらに、歯科訪問診療料については、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、大きな矛盾を抱えており、歯科訪問診療2及び3は引き上げるべきである。

また、16kmを超える患家への訪問診療は「絶対的理由がある場合」以外認められていないが、継続管理中の歯科の主治医が、必要があつて診る場合は、16km制限の例外として認めるべきである。

在宅歯科医療推進加算については、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-（13）】疾病の予見や早期治療により重症化予防や再発防止を図り、管理できるよう歯科医学、医療の進展に応じた新規保険導入を推進すること。

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。これら疾病の発症前にリスクを発見し、発症を防ぐことがこれからの歯科治療に求められている。2016年改定では、エナメル質初期う蝕（Ce）に対する処置が保険導入されたが、高齢者では歯周病の進行などにより歯根面の露出が生じやすく、また口腔乾燥を呈する者が散見されることと相まって露出根面の脱灰、う蝕が生じやすい。初期脱灰時点でのフッ化物局所応用が望まれることから、高齢者においては実態に則した病名の見直しを含め、Ceの対象を根面に拡大すべきである。さらに一歩進めて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治療体系を保険導入すべきである。

また、小児において咬合機能の健全な育成の観点から、新規技術として「咬合誘導」の導入を求める。

【Ⅱ-3-（14）】検査については、その位置づけの抜本的見直しとともに、有用性が実証されている検査を積極的に保険導入すること。

要求理由 歯科固有の検査は、D000 電氣的根管長測定検査から D012 舌圧検査まで、わずか9項目という少なさである。現在、歯科の保険診療における検査の位置づけが「次の治療につなげる」であり、「疾病の予見や重症化を防ぐ」という視点に立ったものではない。う蝕多発傾向者に対する管理や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、検査については、前述した発症前のリスクの発見、継続的な管理を行っている疾病の状態の評価を目的として行なえ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-（15）】超高齢社会で必需となる歯冠修復・欠損補綴において、チェアサイドにおける技術料の大幅な引き上げのために、包括・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し、安全かつ技術の確立されている項目については新規導入すること。

要求理由 超高齢社会の進行に伴い、欠損補綴の需要は増加するものと予想されるが、良質な歯冠修復・欠損補綴の提供を維持していくためにも、義歯の破折修理に際しては不可欠な補強線を別途再評価するとともに、乳臼歯、大臼歯の単冠での4／5冠も、健全歯質を残す観点からも再評価するべ

きである。

併せて、適正な評価として、補綴時診断料や歯冠形成、印象採得、咬合採得等のチェアサイドにおける技術料の大幅な引き上げも不可欠である。また、新製義歯に対する新製有床義歯管理料、新製以外の義歯の歯科口腔リハビリテーション料については、同月における併算定を認めるとともに、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。

【実施する医療内容との関係性が明瞭な施設基準の設定のために】

医療内容に応じては、人員配置等の施設基準が必要な場合もあるが、関係性が不明瞭な施設基準は、医療機関間、ひいては患者間に「差」を設けることになるため、下記の改善を求める。

【Ⅱ-3-（16）】地域格差等により、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、患者・国民に提供できる医療に格差をもたらすとともに不利益を生じさせることから、届出要件を抜本的に見直すこと。また、歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料については、大幅な点数の引き上げを求める。

要求理由 歯科衛生士の勤務の有無または常勤勤務要件、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。また、口腔外バキュームが要件となっているものについては、施設基準要件としてではなく、処置、歯冠修復・欠損補綴の加算点数として位置づけるべきである。歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料については、機材や人員など診療体制に必要な整備投資が行えるよう、点数の大幅な引き上げを求める。

【Ⅱ-3-（17）】かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準の内容を見直すこと。

要求理由 「か強診」は、診療内容と整合しないまた給付内容と直接関係のない施設基準であることから内容を見直すべきである。見直しの内容としては、①歯科訪問診療料の実績については、「歯科訪問診療料の注13の届出を行っていること」とし、②口腔外の歯科用吸引装置（口腔外バキューム）の要件を撤廃するべきである。なお、「患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供」としては、既に2007年に施行された第5次医療法改正によりその担保が義務化されていることを勘案し、当該の医療安全管理対策の実施をもって満たしていると考ええる。

【「チーム医療」として歯科衛生士及び歯科技工士の技術を適正に評価すること】

早期治療による重症化予防、う蝕や歯周病の治療・管理等、幅広い患者の状態に対応していくためには、必要に応じて歯科医師だけでなく、歯科衛生士・歯科技工士との「チーム医療」の充実が求められる。歯科衛生士、歯科技工士の技術の適正な評価として、下記の改善を求める。

【Ⅱ-3-（18）】専門的口腔ケアをはじめとした歯科衛生士の評価を見直すこと。また、歯科衛生実地指導料、訪問口腔衛生指導料については、対象疾患の適応を拡大、時間、人数要件を撤廃すること。

要求理由 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。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べきである。また、本指導料は対象疾患がう蝕と歯周疾患であり、摂食機能障害や嚥下障害など他の疾患に対する指導を行っても何ら評価がないことから、訪問歯科衛生指導料と同様に義歯の清掃等に係る実地指導やすべての歯科疾患を対象とする適応拡大をするべきである。

患者毎に異なる対応が求められる管理において、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分以上などの画一的な時間要件を廃止するとともに、訪問口腔衛生指導料における人数の規定も廃止すべきである。

【Ⅱ-3-（19）】患者の口腔の健康に寄与するためにも、補綴治療の質を確保し、歯科技工士・歯科技工所の経営を守るために歯科技工士の適正な評価を確立するよう、「労働時間と原価計算に基づいた製作技工・保険点数の決定プロセスとその透明化」と「実効性ある委託技工の取引ルールの明確化」をはかること。

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、歯冠修復・欠損補綴に係る点数の抜本的引き上げが必要である。現状では、歯科技工技術料は厚労省が実施する歯科技工料調査に基づいて点数配分されているが、調査結果については非公開となっており、点数配分の根拠として透明性が担保されていない。歯科技工の適正な評価を確立するために、「労働時間と原価計算に基づいた製作技工・保険点数の決定プロセスとその透明化」と「実効性ある委託技工の取引ルールの明確化」をはかるべきである。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べきである。

【その他】

【Ⅱ-3-（20）】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べきである。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べきである。

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が求められる。

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」の条件は廃止するべきである。

【Ⅱ-3-(21)】金銀パラジウム合金の告示価格改定のルールを公開すること。

要求理由	現在の告示価格改定について、価格の算定方法等改定のルールが公開されていないことから不透明感がぬぐえない。納得される改定とするためにも、ルールを公開するべきである。
-------------	---

Ⅲ 2018 年介護報酬改定に向けた保団連改善要求

はじめに

介護報酬は、社会保障として国民が受ける介護の質と量を規定するものであり、医学・医療の新たな知見や介護技術の進歩を介護報酬にしっかりと反映させ、介護担当者の労働条件を改善するために、必要な介護報酬の引き上げを図ることが必要です。

ところが介護報酬は介護保険制度発足当初から低く抑えられており、さらに介護報酬改定は、2003 年にマイナス 2.3%、2005 年 10 月改定と 2006 年 4 月改定をあわせてマイナス 2.4%の改定が行われてきました。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 %の改定が実施されましたが、2012 年改定では「介護報酬の 2 %に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬内化した上で、介護報酬を 1.2%引き上げる」こととされ実質 0.8%のマイナス改定となり、さらに 2015 年にはマイナス 2.27%もの大幅引き下げを実施。制度発足当時よりも現在の介護報酬の水準は低下しています。

これらの結果、2016 年 8 月 5 日に介護労働安定センターが発表した「2015 年度介護労働実態調査」では、介護人材不足の理由について、「採用が困難」を挙げる介護事業所が 7 割を超えるように、介護サービス提供事業所では、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ます。また、介護サービスを運営する上での問題点は、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を払えない」との回答が 53.8%で第一位となっています。

厚生労働省は、2013 年現在で 171 万人の介護職員について、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には最大約 253 万人必要と推計していますが、介護職員確保のためには介護報酬を引き上げるなど処遇改善に関する早急な対策が不可欠です。

また政府は、2015 年 4 月から、①要支援者の訪問介護、通所介護の市町村事業化、②特養入所の要介護 3 以上への限定を実施するとともに、2015 年 8 月からは、③所得による利用料引き上げ、④施設の居住費・食費への資産要件導入やペナルティの創設を実施し、介護報酬の引き上げ幅以上に利用者負担の引き上げを実施しました。

さらに 2017 年には、介護保険法を再度改悪しようとしています。

このように政府は、要介護者や国民の負担を重くする一方で、介護の市場化・営利化を一層推し進めようとしています。国の責務は、要介護状態となってもすべての国民が健康で文化的な生活を送ることができるような介護環境を整備することです。

こうしたことから、私達は要支援者・要介護者が必要な介護を受けることができるよう、2018 年介護報酬改定において介護報酬を大幅に引き上げ、下記の改定を行うことを求めるとともに、介護保険制度改悪に改めて反対し、介護保険料や利用者負担の軽減を求めます。

【Ⅲ-1】介護報酬改定に対する要求

【Ⅲ-1-(1)】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の水準を基本とし、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、2012年は介護報酬の2%に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬に内包した上で、介護報酬を1.2%引き上げたため、実質マイナス0.8%の改定であった。さらに2015年にはマイナス2.27%もの大幅引き下げを実施した。従って、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。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、介護報酬を大幅に引き上げる必要がある。

【Ⅲ-1-(2)】2015年改定における告示・通知の大幅な遅れという厚労省の失態を絶対に繰り返さず、告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。

要求理由 2015年介護報酬改定は、単位数告示が3月19日・23日、留意事項通知が3月27日に発出。地域単価、体制等届出、単位数算定告示は3月23日、通知が3月27日に発出され、これを踏まえて4月1日から新たな介護報酬を算定しなければならないという状況であった。介護報酬は、利用者に介護サービスの内容を説明し、了解をいただき、居宅サービスの多くはケアプランを作成して提供することとなっており、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。2015年改定のような厚生労働省の失態を決して繰り返さず、告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けるべきである。

【Ⅲ-1-(3)の①】介護療養型医療施設を廃止しないこと。

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や住まいの機能を重視した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をやめること。原則として医療保険から給付するべきである。

【Ⅲ-1-(3)の②】介護療養型医療施設における月平均夜勤時間数の計算にあたっては、下記に掲げる2016年4月の診療報酬改定による計算式の変更を準用し、医療保険の療養病床と同様とすること。

ア. 計算対象者を、これまでの月夜勤時間数「16時間超」から、短時間正職員を含めて「8時間以上」とする。

イ. 夜勤従事者の常勤換算については、病棟での月勤務時間を常勤職員の所定労働時間で除す方法から、病棟での月夜勤時間を病棟、外来等を含む全ての月夜勤時間で除す方法とする。

要求理由 医療保険の入院基本料における月平均夜勤時間の計算方法が大きく変更となった。医療と介護の計算式が大きく異なる扱いでは、誤りが生じる恐れが大きいため。

【Ⅲ-1-(3)の③】介護医療院の新設にあたっては、利用者や医療機関に新たな負担を強いることのないよう、次を原則とすること。

ア. 介護療養型医療施設等の施設基準・人員基準に準ずること。

イ. 介護報酬及び診療報酬の評価については、現行の介護療養型医療施設等と同じとすること。

ウ. 居住環境（面積等）の改善については、利用者負担にするのではなく、介護報酬引き上げで対応すること。

要求理由 介護療養型医療施設は、現在も地域医療、介護の現場において重要な役割を果たしている。本来は廃止せず継続すべきだが、少なくとも利用者や医療機関に新たな負担を強いるべきではない。

【Ⅲ-1-(4)】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医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。

また医療保険給付に戻すまでは医療系サービスを区分支給限度額から外すこと。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。必要なり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、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は、区分支給限度基準額の枠内で実施され、必要な医療が受けられない。歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が行う居宅療養管理指導も、行っている行為は全く同じにもかかわらず、請求先を変更するということで、無用な事務的ミスなどが起きている。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

療養保険での病名・日数制限等の制約を廃止すること。また、医療保険給付に戻すまでは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-1-(5)】医療保険給付を優先することを原則とし、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 介護保険優先の給付調整は、必要な医療提供を阻害している。また、介護保険制度発足以降、医師が行うべき治療を看護職員へ、看護職員が行うべき看護が介護職員へ、介護職員が行うべき介護が無資格者へと移されているが、専門家が対処していれば可能だった病状や要介護状態の緩和ができなくなったり、疾病の重篤化や要介護状態の悪化をもたらすこともある。短期的な費用削減の視点ではなく、要支援者・要介護者にいかに必要な医療や介護を提供するかを視点にすべきである。

【Ⅲ-1-(6)】Ⅲ-1-(5)が実現できない場合は、医療系サービスについて次の改定を行うこと。

(1) 居宅療養管理指導について

①同一建物居住者に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を1回につき503単位とし、同一建物であるか否かによる点数格差を無くすること。

要求理由 医師・歯科医師による居宅療養管理指導は、「居宅療養上の指導や他の事業所との連携」を評価するものであって、訪問診療に係る費用は医療保険で評価している。従って、「同一建物居住者」に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を減額する根拠はない。

②入院・入所施設においても、歯科医師の居宅療養管理指導が算定できるようにすること。

要求理由 歯科医師による口腔管理は要介護者にとって重要である。歯科医師が入院施設や入所施設に赴き、施設の介護支援専門員による「施設サービス計画」の策定等に必要な情報提供並びに利用者又は職員等に対する口腔管理に対する指導・助言などを行った場合にも、歯科医師の居宅療養管理指導が算定できるようにすること。なお、歯科医師が行う居宅療養管理指導が、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、入院において実施できるよう介護保険法、介護保険法施行規則を改定すること。

③薬剤師が行う居宅療養管理指導の算定日数制限について、月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）とすること。

要求理由 2014年診療報酬改定において在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定日数制限が月4回になった。要介護者に対する訪問薬剤指導は介護保険給付が優先し、例外がない。従って、診療報酬における評価と同じとすべきである。

(2) 訪問看護について

①長時間の訪問看護の単位数を2012年改定前に戻すこと。

要求理由 2012年改定で長時間の訪問看護が引き下げられたが、評価が低すぎる。少なくとも元に戻すべきである。

②緊急訪問看護加算は1月ではなく1回ごとの評価とすること。

要求理由 介護保険の緊急訪問看護加算も医療保険と同等に必要なに応じて算定できるようにするべきである。

【Ⅲ-1-(7)】配置医師の置かれた現状に見合った適切な報酬が支払われるよう施設サービス費を引き上げること。

要求理由 配置医師は施設との契約書にもとづき「健康管理及び療養上の指導」を行うが、施設入所者の重症化や施設での看取りも多くなっている中で、それに見合った配置医師報酬が支払われていないという実態がある。「健康管理及び療養上の指導」等にかかわる費用を介護報酬で評価しているというのであれば、施設サービス費の引き上げが必要不可欠である。

【Ⅲ-1-(8)】施設において、当該施設以外の歯科医師や歯科衛生士が職員に技術的な指導、助言を行った場合の費用を評価すること。

要求理由 施設における口腔機能の維持管理の評価が行われているが、当該施設の職員に歯科医師や歯科衛生士等が技術的な指導や助言を行っても、その評価は明確でない。口腔機能の維持管理は重要であり、しっかりとした評価を行うべきである。なお、評価方法としては、介護報酬とは別に行政が施設口腔管理委託料として歯科医師・歯科衛生士に支払う方法や、介護報酬で「口腔機能維持管理外部委託費」相当額を施設に支給した上で、外部の医師・歯科衛生士等にその額をすべて委託料として施設が支払う方式などが考えられる。

【Ⅲ-1-(9)】介護報酬改定に伴うコンピュータソフトの更新や報酬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 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。

【Ⅲ-1-(10)】居宅介護支援事業所に対する特定事業所集中減算を廃止すること。

要求理由 地域の状況によっては、質の高い事業所、頑張っている事業者など、良いサービスを提供する事業所のシェアがどうしても高くなってしまう場合がある。そのような事業所が不利益を被るのは大変不合理であり廃止するべきである。

【Ⅲ-2】介護報酬改定とともに実施すべき介護保険制度の改善要求

【Ⅲ-2-(1)】低所得者を含めた利用料の原則2割負担化をやめ、一定以上所得者についても1割負担に戻すこと。

要求理由 医療や介護が必要となる状態は、本人にとっても家族にとっても経済的、身体的負担が

増大するものであり、特に低所得者の2割負担化は保険料だけ支払って給付は受けられないという事態を増大させてしまう。また、一定以上所得者であっても2割負担化によって必要な介護が受けられない事態や、必要な医療についても受診抑制する事例も生まれている。そもそも所得に応じた負担は税金や保険料において行われるものであり、利用者負担の引き上げは行うべきではない。

【Ⅲ-2-（2）】高額介護サービス費の自己負担限度額引き上げを行わないこと。

要求理由 医療保険や介護保険の保険料を払い、医療でも介護でも大きな負担がかかる中で、せめてもの歯止めが高額介護サービス費である。これ以上の負担増は高齢者の生活基盤そのものを破壊するものであり、高額介護サービス費の自己負担限度額の引き上げを行うべきではない。

【Ⅲ-2-（3）】軽度者の福祉用具貸与の保険給付外しを実施しないこと。

要求理由 要支援・要介護状態となった場合に、日常生活を支援するためには福祉用具貸与は大変重要であり、保険給付から外すべきではない。

【Ⅲ-2-（4）】要支援者に対する訪問介護、通所介護を介護予防給付の訪問介護、通所介護に戻すこと。また、市町村事業の対象を拡大しないこと。

要求理由 市町村事業化は、全国一律のサービス提供を廃止し、市町村の財源や資源に応じたサービス水準と報酬にするものである。しかし、これは介護サービスに対する国の責任を放棄し、歯止めのない介護サービスの低下を生み出すこととなり、断固反対である。

【Ⅲ-2-（5）】特養入所者の要介護3以上への限定を止めること。

要求理由 特別養護入所者を要介護3以上に限定する理由は、政府がやるべき特別養護老人ホームの整備を十分に行って来なかったことが原因である。対象を限定することで整備目標を下げるのは、要介護者やその家族の願いを足蹴にするものであり、絶対に許されない。

【Ⅲ-2-（6）】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、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べきである。

【Ⅲ-2-（7）】補足給付の施設の居住費・食費への資産要件導入やペナルティを廃止すること。

要求理由 そもそも居住費・食費は、入所に不可欠なものである。

【Ⅲ-2-（８）】国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施すること。

要求理由 2012～2014年度の1号被保険者の介護保険料は、全国平均で5,514円、保険料の最も高い奈良県天川村の保険料は8,686円である。介護保険料以外に後期高齢者医療保険等の保険料も支払わなくてはならず、とても負担しきれるものではない。国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施することが必要である。

【Ⅲ-2-（９）】軽度者の保険給付外しや市町村事業への移管、給付削減などの給付の重点化を止め、必要な介護サービスが受けられるよう介護給付範囲を拡大すること。また、区分支給限度額を引き上げること。少なくとも要支援1については、退院直後で集中的なサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるケース等については、要支援2の限度額まで利用できるようにすること。

要求理由 本来は、要介護認定による区分支給限度額の設定は不要と考えるが、少なくとも現行の支給限度額区分は簡素化し、区分支給限度額の枠内で必要な範囲の介護サービスを選択できるようにすべきである。また総合事業においては、退院直後で集中的なサービス利用が自立支援に繋がると考えられるケース等については要支援2の限度額まで利用できる扱いとなっているが、介護予防給付に広げるべきである。

【Ⅲ-2-（10）】公聴会を地方ブロック毎に行うなど多くの住民、患者、サービス提供担当者など、関係者の意見が改定に反映されるようにすること。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。

要求理由 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、公聴会で出された意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。

【Ⅲ-2-（11）】現在書面による請求が可能となっている介護サービスは、特段の届出を求めず、平成30年以降も書面による請求を認めること。居宅療養管理指導は、平成30年度以降新たにサービス提供を開始する場合であっても書面による請求を可能とすること。

要求理由 居宅療養管理指導は、月に数人程度を管理している医療機関が少なくない。介護報酬も少ない中で、電送又は電子媒体での請求が義務づけられれば、平成30年度以降新たに居宅療養管理指導を行う医療機関が大幅に減ってしまう。介護サービス提供にあたって居宅療養管理指導は不可欠であり、居宅療養管理指導については条件を付けず、書面による請求を可能とすべきである。

【Ⅲ-2-（12）】65歳以上の住民に対する「日常生活圏域ニーズ調査」の全数実施を区市町村が実施できるよう、国が調査費用等を助成すること。なお、調査は営利企業に委託せず、直接自治体が実施すること。

要求理由 “地域包括ケア”は、自治体ごとに地域の実情に応じたケアを構築することが求められる。住民一人ひとりの実態を把握することが真の地域包括ケアの実現に向けた最初の一步である。少なくとも、自治体が「サンプル調査」でなく「全数調査」「全数把握」を実施できるように財政的な手当を行うべきである。なお、これらの調査を営利企業に委託して実施することは、個人情報保護の観点から問題があり、直接自治体の実施すべきである。

【Ⅲ-2-（13）】 障害者に対しては、65歳以降も介護保険サービスの利用を優先とはせず、障害者福祉制度のサービスを継続して利用できるよう、さらに必要に応じて両制度を併用できるようにすること。

要求理由 現行の障害者総合支援法においても、高齢の障害者に対する支援のあり方については、「一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、申請者の個別の状況に応じ、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能かを判断」し、「市町村が適当と認める支給量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」であり、「障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合については、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能」とされている。

しかし、現場では65歳に到達すると介護保険サービスに移行するように迫られ、患者負担の増加により必要な訪問支援・日中活動支援等が受けられなくなる事例がある。そもそも障害者に対しては65歳以降も介護保険サービスの利用を優先とせず、障害者福祉サービスを継続して利用できるよう、また必要に応じて両制度を併用して利用できるようにすべきである。

【Ⅲ-2-（14）】 必要な介護は介護保険及び公費の確保で行うこととし、混合介護を拡大しないこと。

要求理由 介護保険については厚労省通知により、「利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によって、サービスを提供する」ことが可能とされており、いわゆる「混合介護」が一部認められている。現在、保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とするような、混合拡大の拡大が狙われているが、医療・介護は憲法第25条の生存権・生活権を保障するものとして具体化された社会保障制度である。市場原理を前提とした混合介護の拡大は認められない。

【Ⅲ-2-（15）】 介護・福祉事業に携わる職員の養成・確保、労働条件の改善について国が責任を持って実施すること。

要求理由 医療と同様に介護リスクの解消、福祉事業の改善は、国の責務である。介護・福祉事業に携わる職員の養成について国が費用を含めて責任を果たすことこそ求められている。

以上

月刊保団連臨時増刊号 No.1244

2018 年度診療報酬・介護報酬 改定に向けた保団連要求

発行日	2017 年 7 月 21 日
発行所	全国保険医団体連合会 〒 151-0053 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	東銀座印刷出版株式会社
定 価	300 円 (税込) 振替口座 00160-0-140346

※本誌の無断転載を禁じます

各保険医協会・保険医会一覧

(2017年6月現在)

団 体 名	電 話 番 号	【FAX 番号】	〒	所 在 地
北海道保険医会	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 3 F
青森県保険医協会	017-722-5483	【774-1326】	030-0823	青森市橋本 3-15-5 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 8 F
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 仙台北町ホンマビル 4 F
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 2 F
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 2 F
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 3 F
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 5 F
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 4 F
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 4 F
〃 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 4 F
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 いちご高田馬場ビル 6 F
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 ブラザビル 2 F
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 11 F
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 8 F
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 6 F
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 8 F
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 8 F
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 6 F
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 5 F
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 1 F
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 3 F
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 5 F
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 8 F
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 1 F
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 4 F
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 5 F
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 1 F
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 7 F
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 8 F
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 8 F
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 4 F
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 2 F
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 4 F
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 1 F
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 1 F
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 3 F
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