

2011年12月22日

中央社会保険医療協議会委員 各位

全国保険医団体連合会
会長 住江 憲勇

2012年診療報酬改定に係る中医協審議に対する保団連医科緊急要求

2012年診療報酬・介護報酬同時改定に向け、本年9月以降、中医協の集中審議が行われています。

11月2日に公表された医療経済実態調査結果では、すべての医科診療所と歯科診療所の医業経営の指標である損益差額(可処分所得ではない)が、2001年調査と比してこの10年間でそれぞれ27.9%、21.9%の減額となり、損益率も9.8ポイント、5.1ポイントと、いずれも悪化している窮状が浮き彫りとなりました。

また中小病院も、これまでの相次ぐマイナス改定によって経営状態が大きく悪化したところから、少しばかりの改善を見せたに過ぎないことも明らかとなっています。

このような実態の中で、2012年診療報酬改定の議論では、入院医療機関の機能分化と連携、在宅医療、リハビリテーション等、地域のプライマリケアを担う医療機関に関わる改定案が多数示され、社会保障と税の一体改革の診療報酬における具体化と相まって、今後の地域医療や医療機関の在り方に大きく影響してくる内容も少なくない状況です。

保団連はこの間の中医協における審議に提出された資料や議論の内容から、以下問題と思われる項目について要求をまとめましたので、中医協の審議の中で取り上げていただけるよう要望するものです。

なお、2011年7月に厚生労働省に提出した「2012年診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求 ～ 震災からの復興と半世紀経た国民皆保険制度に相応しく、最善の医療提供の実現をめざして ～ 」についても、併せて実現いただけるよう要望するものです。

記

1、平成22年診療報酬改定によって69点に引き下げられた再診料を、少なくとも71点以上に引き上げること。

【要求理由】

平成22年改定では、外来管理加算の5分要件を外すことによる費用増の「予測困難性」を理由に、公益側委員の裁定という形で診療所再診料の2点引き下げが強行された。しかし、本年10月12日の中央社会保険医療協議会(総会)に提示された資料によれば、実際には改定前後で外来管理加算の算定件数は増加していないことが明らかとなった。安達秀樹委員(京都府医師会副会長)も同日の総会で厳しく指摘したように、平成22

年改定における診療所再診料引き下げの判断材料であった「外来管理加算算定件数の増加見込み」は判断の誤りであり、結果として本来医療機関に支払われるべき報酬が一方的に削減されてしまった。

厚生労働省はこの事実を重く受け止め、直ちに診療所再診料を少なくとも 71 点に戻すべきであり、地域医療を守るためにはさらに引き上げを行うべきである。

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

【要求理由】

入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を 30%あるいは 70%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等の算定に制限が生じる取扱いとされている。

これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減（減額）するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、断じて容認できない。入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回し、入院料の減額や外来側の算定制限を廃止すべきである。

3、在宅医療

(1) 1人医師の在宅療養支援診療所の診療報酬を引き下げとならないようにすること。

【要求理由】

在宅医療では 24 時間対応、急変時の対応、看取りの対応などの機能強化の必要性が強調され、今後のイメージとして複数医師の有床支援診、複数医師の無床支援診で緊急時に連携するパターン、連携し補完しあう支援診の 3 つを示している。しかし地域によっては実態として連携がとりづらいなど、様々な実態があると考えられる。中医協への提案では「医師が少なく、小規模な在宅療養支援診療所単独では、24 時間対応や、急変時の対応、看取りを含めたターミナルケアまで行う体制の確保は、困難な場合もあるのではないか」との問題提起が出されている。一方で「今後、在宅医療を担う医療機関の機能分化と関係機関との連携による機能強化が必要ではないか」とも提起されており、示されたイメージでは、一人医師や連携が困難な支援診は今後「機能分化」の一環として整理されていくように読める。急激な機能分化と連携促進は地域医療を危うくする可能性も否定できないため、しっかりと実態を把握した上で、慎重に対応するべきである。

(2) 在宅療養支援診療所、支援病院と連携する医療機関の報酬算定は個別に請求できるようにすること。

【要求理由】

在宅療養支援診療所、支援病院と連携する医療機関の報酬算定について、個々の医療機関が算定するのではなく合議で行う方式は、個々の患者の治療格差に繋がる恐れがあることと、そもそも個別の医療機関の報酬算定を前提とした診療報酬点数

表の趣旨にも反するため、個別算定方式に改めること。

4、リハビリテーション

- (1) リハビリテーション実施前に診察を行った場合は、すべての患者について、再診料など基本診療料の算定を従来通り行えるようにすること。さらに一定期間ごとのリハビリテーション実施管理を行った患者の場合には、それに対する管理料を診療報酬点数表上別に設定し、算定できるようにすること。

【要求理由】

12月7日の中医協では「外来リハビリテーション管理料」の提案が出されたが、従来の再診料を算定し、かつリハビリテーションも行う診療形態についての言及はない。状態の変動や原疾患の再発など、考慮が必要な患者もおり、リハビリテーション実施前ごとに診察が必要なケースも存在する。

- (2) 「維持期リハビリテーション」の給付抑制を廃止し、必要な患者には医療保険からの給付が行われるようにすること。

【要求理由】

維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するOT、PT、ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきものである。また今回提案された介護保険への移行措置では、介護保険の対象外である40歳未満の患者や要介護、要支援認定なしの患者の行き場が無くなり大変問題がある。

5、入院

- (1) 一般病棟に90日を超えて長期に入院する患者の取扱いについて、平均在院日数削減や機能分化の目的のために強引な再編を行うのはやめること。

【要求理由】

一般病棟に90日を超えて長期に入院する患者の取扱いを再編する案が示されているが、個々の患者の病態によって長期の入院治療が必要な場合には入院を保障するべきである。

- (2) 「金曜入院」、「月曜退院」の是正の提案や、「退院日の入院料の適正化」の提案について、治療上の必要から入退院日を決めているケース等の検討なしに、安易に実施しないこと。

【要求理由】

「金曜入院」、「月曜退院」の是正の提案や、「退院日の入院料の適正化」の提案は、平均在院日数の削減や医療費適正化のために、単なる数値上の調査結果だけを基に提案されたものであり、個々の患者や医療機関の実態調査を基に提案されたものではない。

- (3) 多くの医療機関が算定している「栄養管理実施加算」、「褥瘡患者管理加算」について、「診療報酬項目の簡素化の観点」との理由のみによる入院基本料への包括化はやめること。

【要求理由】

入院基本料等加算の整理が提案されている中で、「診療報酬項目の簡素化の観点」との理由で、多くの医療機関が算定している「栄養管理実施加算」、「褥瘡患者管理加算」が入院基本料、特定入院料に包括され、要件化される提案が出されている。これは人手も手間もかかる内容であり、単なる整理という理由では済まされない。このような医療費削減策の一環としての加算の包括化はやめること。

6、後発医薬品の一般名処方への推進など、安全性確保の上からも問題がある後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回すること

【要求理由】

後発医薬品の使用促進策として、一般名処方の推進方針が打ち出された。しかし後発医薬品が先発医薬品と同じ成分であっても、効能・効果が異なる場合があることや、有効性と安全性が先発医薬品と全く同等であることの保証がないことなどの問題が指摘されている。まして今回の一般名処方の提案は中医協でも審査上の問題や「7種類ルール」の問題などが指摘されている。また、後発品使用促進策の前提条件となる情報提供や安定供給の体制確立も不十分なままであり、あと改定実施まで3カ月あまりの期間の中で実施に移せば、医療現場が混乱しかねない。安全性確保の上からも問題がある後発医薬品処方への強引な誘導策は撤回すること。

以上