

2013年12月23日

厚生労働大臣 田村 憲久 殿

全国保険医団体連合会  
社保・審査対策部医科部長 武田浩一

## 2014年診療報酬改定に向けた**医科**緊急要請書

拝啓 歳末の候、貴職におかれましては、日本の医療保険制度の拡充に向けてご奮闘いただき、心より敬意を表します。

次期診療報酬改定に向けて中央社会保険医療協議会の審議が佳境を迎えておりますが、現在検討されている改定項目の中で、厚生労働省による提案の方向性では医療現場に不合理をもたらし、患者が療養の給付を受ける権利をも制限しかねない項目が存在します。

そこで、全国保険医団体連合会は、本年7月25日付で発表した『2014年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求』に基づき、下記の項目について緊急に再検討及び改善を要望するものです。

敬具

### 記

#### (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。

**要求理由**初・再診料には「簡単な検査、処置等の費用や、診察にあたって基本的な医療の提供に必要な人件費(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(2010年9月29日 中医協総会資料)が、現行点数ではこれらを適正に評価しているとは言い難く、点数設定の根拠自体が不明瞭であると言わざるを得ない。

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。水光熱費や備品代、建物に係るコスト等も含めて検討すれば、その不足額はさらに大きなものとなる。

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、国の責任で医療現場の実態を把握する調査を行い、現場で実際にかかっているコストを算出した上で、明確な根拠に基づいて適正に点数を引き上げるべきである。2014年4月に予定されている消費増税への対応分は除いた上で、特に再診料については、時間外対応加算や明細書発行体制等加算等の各種加算とは別に、最低でも6点以上引き上げるべきである。

**(2) 入院外の患者に対して、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すること。また、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を廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一すること。**

**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種類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く、その事は保団連及び京都協会が実施した会員実態調査結果からも明らかである。診療科を問わず、多くの医師から「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。

以上のことから、当該減額措置は廃止すべきである。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止めるべきである。

**(3) 現在中医協で議論されている「主治医機能の強化」に対する評価方法として、かつて廃止された後期高齢者診療料に類する包括点数は導入しないこと。また、人頭払いの導入も絶対に行わないこと。**

**要求理由**1人の患者に対して主治医機能を担う医療機関を1つに限定すれば、患者の判断で必要な診療科を受診することが出来なくなり、受療権が著しく侵害されることになる。例えば認知症患者に対しては内科と精神科で協同して薬の調整などを行う必要があり、地域の開業医が連携して対応している現状がある。かつての後期高齢者診療料のように1医療機関でしか算定できない包括点数が導入されれば、患者が複数の医療機関を受診した際に、片方の医療機関では無報酬となる事態も想定され、医療現場に大変な混乱をもたらすことになる。地域医療の崩壊に繋がる「主治医機能に対する包括評価」には、断固反対する。

**(4) 小児医療で「複数の医療機関で異なる在宅療養指導管理を実施した場合、連携医療機関で在宅療養指導管理料を算定している場合であっても、別の指導管理を行った場合については在宅療養指導管理料を算定可能とする。」との提案がされているが、当該取扱いを小児以外の患者についても適用すること。**

**要求理由**複数医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限は、患者の病態により専門の医療機関が対応す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べきである。

**(5) 在宅時医学総合管理料等への同一建物に応じた評価体系の導入は行わないこと。**

**要求理由**在医総管は、在宅におけるかかりつけ医機能を充実させる観点から「患者毎に総合的な在宅療養計画を策定し、それに基づいて必要な在宅医療を提供していくこと」を評価した点数である。同一建物内に複数の患者がいた場合でも管理は当然個別に実施するものであり、当該管理料と同一建物に応じた評価体系とは全く関係が無いから、このような改定は行ふべきではない。

ただし、サ高住にも該当しないような無認可マンション等については、訪問診療等に係る悪質なビジネスを許さないためにも、別途政治的な対策を講じるべきである。

**(6) 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）の各医療機関に対する緊急往診及び看取り要件の導入は行わないこと。**

**要求理由**連携型は、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することで質の高い在宅医療の提供を可能としている。各医療機関への要件の導入は、連携型としてグループを組んで対応すること自体を否定することになりかねない。各地域で患者のために努力して在宅医療を提供している医療機関が不利益を被らないよう十分留意すべきである。

**(7) 在宅自己注射指導管理料に逡減制を持ち込むのではなく、医師による十分な指導が必要な導入初期について初期加算を新設すること。また、長期管理に伴い高齢化等で患者の状態が悪化した場合の対応として増悪加算を新設すること。**

**要求理由**自己注射が必要な患者は慢性疾患を抱えている。導入初期の指導が大変であることは言うまでもないが、長期にわたり管理していく中で、合併症等で患者の状態が悪化するケースがあり、むしろ経過とともに対応が煩雑になる場合がある。また、当該指導管理は注射に係る指導だけではなく、患者の全身管理を評価した点数であることから、逡減制の導入は到底認めることはできない。

**(8) 病院・有床診療所とも、入院基本料への管理栄養士配置義務化を撤回し、必要な栄養管理が実施できるよう、管理栄養士の配置や指導に対する診療報酬を大幅に引き上げること。また、離職した場合の3カ月以内の後任雇用要件を見直すこと。**

**要求理由**当会の調査では、離島や辺地に所在する病院や、都会でも小規模病院などを中心に「管理栄養士の確保が困難」との回答が少なからずあった。

管理栄養士を雇用しようにも、配置義務化にともなって2012年の診療報酬改定で引き上げられた入院基本料は11点だけである。60床の病院では、病床稼働率100%としても60床×365日×11点×10円＝240万円にしかならず、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ってしまう。

その上、管理栄養士は偏在しており、離島や僻地などでは管理栄養士すらいらない地域も少なくない。また、当会が実施した調査では、管理栄養士が離職した場合の3カ月以内の確保について、「対応可能」とした病院は全体の20%しかなく、「短すぎ対応困難」との回答が41.1%にもものぼっている。身近な入院医療機関の病床の閉鎖・廃院により、最も不利益を被るのは地域の住民である。

以上