

2014年2月27日

厚生労働大臣 田村 憲久 殿
厚生労働副大臣 佐藤 茂樹 殿
〃 土屋 品子 殿
厚生労働大臣政務官 高鳥 修一 殿
〃 赤石 清美 殿
中央社会保険医療協議会 会長 森田 朗 殿
〃 委員 各位 殿

全国保険医団体連合会
会長 住江 憲勇

2014年（平成26年）度診療報酬改定に係る緊急改善要請

私ども全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）は、全国で10万4千人超の会員を擁する保険医の団体であり、国民医療の向上及び保険医の経営と生活の保障を目的として、国民皆保険制度を守り発展させるための活動を進めています。

去る2014年2月12日、2014年度診療報酬改定について中医協が答申しましたが、地域医療を担う保険医の団体として到底容認できない改定内容が散見します。ついては、下記の項目について、官報告示までに改善することを緊急に要請します。

第一に、「不適切事例への対応」として、在宅時医学総合管理料等に対し同一建物居住者に係る評価体系が導入されました。しかし、当該管理料は、かかりつけ医機能の充実と在宅療養の推進を図る観点から、個々の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し、適切な在宅医療を提供することを評価した点数であり、同一建物居住者であっても「療養の給付」の内容は変わりません。一部の不適切事例に対する規制のみを目的として、大幅な点数引き下げや一物多価の設定を行うことは、各地域で懸命に在宅医療に取り組んでいる医療機関の評価を不当に引き下げるだけでなく、診療報酬に対する国民の信頼をも失わせるものです。在宅患者訪問診療料や訪問看護・指導料等も含めて、点数の大幅な引き下げは容認できません。

第二に、管理栄養士の配置要件の廃止による有床診療所入院基本料等の引き下げや、常勤の管理栄養士を配置できない場合の病院の入院料の減算については、不当であるため、再度検討すべきです。また、有床診療所で栄養管理実施加算を算定している場合は、入院栄養食事指導料が算定できない扱いとすることは、到底納得できません。

第三に、「うがい薬のみを投薬した場合」の保険給付外しは撤回すべきです。これは、昨年末の財務大臣と厚生労働大臣の改定率に関する折衝の中で、突如「なお書き」として示されたものですが、過去の規制改革会議の議論や昨年秋の行政改革推進会議のレビューでも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」です。昨年12月25日の中医協総会でも、診療側委員からは「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」との強い反対意見が出されました。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行うべきではありません。

記

- 一、「一部の不適切事例への対応」を目的として、同一建物居住者に係る在医総管、訪問診療料等の点数を一律に大幅に引き下げないこと。
- 一、有床診療所への管理栄養士の配置要件は廃止されたが、入院基本料の引き下げを行ったのでは本末転倒である。地域における有床診療所の位置づけを高めるためにも、入院基本料の引き下げはやめること。
- 一、「うがい薬のみを投薬した場合」の保険はずしをやめること。

2014年（平成26年）度診療報酬改定に係る 緊急改善要請項目(計14項目)

1. 同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の大幅な引き下げは行わないこと。

【理由】訪問診療料の同一建物居住者の場合・特定施設入居者以外の者の場合が103点になれば、同一患者二人目の場合の算定（再診料+外来管理加算+その他加算）よりも低くなり、矛盾が生じる。
在医総管、特医総管は、かかりつけ医機能の推進、在宅での療養の推進を図り、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成するため、同一建物居住者であっても「療養の給付」の内容は同じである。
訪問看護・指導料は移動に要する費用を含むとしても、看護技術や指導に関する費用が主なため、同一建物居住者であっても「療養の給付」の内容は同じである。
一物多価は診療報酬に対する国民の信頼を失わせる。見返りを求める業者への対応は別に行うこと。

2. 管理栄養士の配置要件の廃止による有床診療所入院基本料4、5、有床診療所療養病床入院基本料の引き下げ、常勤の管理栄養士を配置できない場合の病院の入院料の減算については不当であり、再度検討すること。

診療所において、栄養管理実施加算を算定している場合であっても、入院栄養食事指導料を算定できるようにすること。

【理由】常勤の管理栄養士の配置がされてなくても、特別な栄養管理、褥創対策は引き続き実施が求められているにもかかわらず、有床診療所について2012年改定以前の点数まで引き下げるのはおかしい。病院については経過措置に該当していた場合であって、別途要件を満たせば40点減算をできるとしているが、減算幅としてはあまりにも大幅な引き下げである。また、経過措置に該当していなかった病院は特別入院基本料となってしまう、入院医療を継続することが出来ない。
診療所において、栄養管理実施加算を算定している場合、入院栄養食事指導料が算定できないとされたが、入院栄養食事指導料は、特別職を必要とする患者に概ね15分以上の栄養指導を行った場合に算定するものであり、栄養管理実施加算とは別個に算定できるものである。

3. 「うがい薬のみを投薬した場合」の保険外しをやめること。

【理由】中医協で診療側委員が「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いる。財務大臣と厚生労働大臣の改定率に関する折衝の中で出されたものだが、過去の規制改革会議の議論や、昨年の行政改革推進会議の秋のレビューでも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。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行うべきではない。

4. 在宅自己注射指導管理料の引き下げは行わないこと。

【理由】月当たりの自己注射の回数により点数が細分化した上に、一番評価されている月28回以上の場合も10点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。
このような医療費削減ありきの根拠なき改定を行う前に、対象疾病毎に、複数の専門医療機関において在宅自己注射指導管理料を算定できるように改善すべきである。

5. 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、4種類以上の抗うつ薬又は4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について再度検討すること。

【理由】処方内容の急激な変化により患者の病態への影響も懸念される。患者一人一人の病態は異なるた

め、診療報酬で制限をするべきではない。

6. 救急医療管理加算 2 の新設は止め、「ア～ケに準ずるような重篤な状態」の救急医療に関する評価は引き下げないこと。また、入院後に悪化したものについても算定対象とすること。

【理由】地域で救急医療を確保している病院が、体制を保てなくなる恐れがある。重篤な状態の判断は当該医療機関に委ねるべきだ。入院後に急激に悪化するものに対する救急医療に対する評価は必要である。

7. 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料について、包括範囲を再度検討すること。特にリハビリテーションの費用を算定できるようにすること。

【理由】急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れ機能を果たすためには、リハビリテーションの実施が不可欠である。官報告示の際には、リハビリテーションが算定できるようにすること。

8. 認知症治療病棟入院料について、認知症患者リハビリテーション料を算定できるようにすること。

【理由】中医協答申内容からは、認知症治療病棟入院料において、認知症患者リハビリテーション料を算定できるように読み取れない。官報告示の際には、認知症治療病棟入院料においてリハビリテーションが算定できるようにすること。

9. 短期滞在手術等基本料 3 の DRG/PPS 化（完全包括化）をやめ、かかった医療行為について正当に評価すること。

【理由】従前の短期滞在手術基本料でも、入院期間に関わらず算定することから、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証すべきである。

10. 患者のフリーアクセスを制限し、医療評価を患者単位で包括した地域包括診療料を廃止すること。

【理由】地域包括診療料は、1 患者に 1 医療機関という要件を設けており、包括点数という点では 2008 年に新設され、2010 年に廃止となった後期高齢者診療料と似ている。この点では登録制による人頭払いの導入に向かう危険も否定できない。

11. 「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式 9、様式 9 の 2）」の自動計算機能付 Excel 表を厚生労働省の責任で早急に公開すること。

【理由】「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式 9、様式 9 の 2）」の自動計算機能付 Excel 表については、これまで日本看護協会がホームページ上で公開しており、入院基本料の管理に不可欠なものであるが、日本看護協会はホームページ上で、2014 年 2 月末で公開を終了としている。公開終了の理由は定かではないが、本来であればこのような自動計算機能付 Excel 表は厚生労働省が公開すべきものである。日本看護協会の公開終了日とタイムラグなく、早急に厚生労働省又は地方厚生（支）局のホームページで「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式 9、様式 9 の 2）」の自動計算機能付 Excel 表を公開すること。

12. 脳血管疾患リハビリテーション料の「廃用症候群の場合」の評価を引き下げないこと。

【理由】廃用症候群の算定対象を厳格化しながら、評価まで引き下げるのは、廃用症候群のリハビリを算定させないように仕向けているとしか思えない。廃用症候群の患者が増えているのに、算定が難しくな

ることは、廃用症候群のリハビリ難民を生むことになりかねず、容認できない。そもそも疾患別体系があることで、リハビリの必要性があるのにうまく疾患別に当てはまらない患者さんがあり、現場では苦労しながら廃用症候群で算定しているケースもある。廃用症候群を目の敵にするのではなく、疾患別体系を根本的に見直すべきである。

13. 介護保険のリハビリテーションへの移行推進をやめること。

【理由】平成 25 年の改定検証調査で、介護保険のリハビリテーションの充実状況が芳しくないことや、患者さんの心理的抵抗が大きいことが明らかとなっている。それにも関わらず、通所リハビリテーションの実績がないことをもって点数を減算することや、逆に移行を評価する点数を設けることは、その現状を無視したもので、まったく合理性がない。一方で、通所リハビリテーションの利用者は、医療的ケアが必要な場合が増えており、要介護度も上がってきている。介護保険でリハビリだけを実施することが、患者さんの全人的医療を考えた時に、むしろ相応しくない場合も多い。患者さんの状況に応じて、医療でも介護でもリハビリテーションを実施することが可能であるべきである。

14. 「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」ことをやめること。

【理由】①そもそも診療報酬と関係のない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前代未聞である、②医療機関にのみペナルティをかけるなど、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た限りある医療費資源を費消することになる、④準備期間が 9 月末日までというのは、流通現場の実情から相当無理がある。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」との意見も出されていた。「過度に利潤を求め大型調剤チェーン」への対応は別に行うこと。

以上