

2020年度 診療報酬改定に向けた保団連要求

(第1次案)

<目次>

○2020年診療報酬改定に向けた保団連要求（第1次案）

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	2020年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求	11
II-2	2020年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求	17
II-3	2020年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求	60

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

2012年以降の「社会保障・税の一体改革」方針は、団塊の世代が75歳を超える2025年を視野にいて、医療への国の支出を抑えることを狙いとしており、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（いわゆる「骨太方針」）で安倍政権は、社会保障予算上確保すべき自然増分を大幅に削減することを企図し、2018年診療報酬改定で1300億円を削減、総枠で1.25%のマイナス改定を断行した。また改定内容では、急性期病床の削減、「地域包括ケア」の推進で患者を入院から在宅、介護へと押し流し、安上がりな医療・介護提供体制の実現に向けた改革を進めている。

この改革は患者の置かれている実態、医療・介護現場の実態に添ったものとなっているのか。保団連は昨年来、この改革推進による影響について調査し、あらゆる場面でその実態とともに、問題点を指摘、改善に向けた運動に取り組んできた。

医療機関の置かれている状態

小泉政権の2002年以降に実施された度重なる診療報酬のマイナス改定によって、医療機関は疲弊し、必要な医療提供に支障をきたす事態が続いている。勤務医の過重労働、地域から病院がなくなる、お産ができる医療機関がない、などの「医療崩壊」という事態は依然として改善されていない。歯科医療機関の経営も危機的状況が続いている。

2017年11月に発表された「医療経済実態調査」では、16年度の一般病院の損益率はマイナス4.2%で、厚労省も「過去3番目の悪い数値」と報告している。また一般診療所及び歯科診療所（個人を含む）の損益率も、調査のたびに悪化している。特に16年度の損益差額をみると、前回14年度と比較して、医科診療所（無床）では▲651.1万円（▲33.3%）、歯科診療所でも▲218.6万円（▲18.9%）の悪化となっており、全体の経営悪化傾向は明確となっている。中医協では「人件費を低く抑えて、医療機関は何とか経営を維持している」との発言も出されている。

高薬価構造の是正は急務

一方2000年度から2017年度の17年間で、概算医療費は総額で12.8兆円増加し、入院外医療費（病院・診療所の外来＋調剤薬局）の増加8兆円の半分（4兆円）を薬剤費が占めている（保団連「薬剤費の膨張にブレーキー2000年度～2017年度における概算医療費と薬剤費の推移ー」2019/11/15より）。医療費に占める薬剤費シェアは肥大化し、技術料評価が押さえ込まれてきた。引き続き高薬価是正に向けた取組みを進め、薬価引き下げ財源が医療改善に向けられることがどうしても必要である。

患者・国民の置かれている状況

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。

このような状況の中で政府は、今後3年で「全ての世代が安心できる全世代型の社会保障を構築する」ことを打ち出し、政治的にも2019年夏の参議院選挙の目玉政策の一つとする構えである。しかしその内容は、「世代間の公平」等の観点を打ち出しつつ、暗に世代間の対立をあおりながら高齢者負担を引き上げ、最終的にすべての世代に負担を強いる（＝全世代型）ものとなっている。その狙いは、①部分的な幼児教育・保育の「無償化」や介護職員の処遇改善等を口実に、消費税10%を国民にのませる、②高齢者と現役世代の世代間対立をあおりながら、高齢者に医療費負担増、介護保険改悪、年金削減を押し付ける、③受診時定額負担、薬剤自己負担を引き上げることである。また、働く意欲のある高齢者の希望に応えるポーズを示しているが、実際には自助努力を促し、その陰で年金改悪や高齢者医療・介護の負担増を進めるなど、一層の自己責任の押しつけ、社会保障給付の抑制を進めるものである。今必要なことは雇用と社会保障を改善して国内消費を温めることであり、高齢者が尊厳を持って生活できるよう、年金、労働条件、医療・介護の保障を充実させることである。

診療報酬引き上げは患者が受ける医療給付水準を改善する

我が国は国民皆保険制度の下でいつでも、だれでも、どこでも医療が受けられる体制が敷かれている。その中で一部の高度医療や美容整形等の自由診療を除いて、公的医療保険制度に基づき①診療行為の価格、②保険医療の給付範囲、③治療方法、④保険医療機関の医療施設としての水準が規定されており、この制度のルールを外れて保険医療機関は成り立たない（経営できない）。その制度が診療報酬制度である。従って診療報酬引き上げは国民医療改善に直結する課題であり、時代の進展等にも対応して、必要な医療水準を確保するためにはどうしても必要である。

しかし現行の患者窓口定率負担制度では、それぞれの患者の特性や疾患に合わせた丁寧、適切な診療を診療報酬で評価すると患者負担が増加することになる。この問題の背景にあるのは、3割負担という高額な窓口負担である。この矛盾を解消するために我々は患者負担の大幅軽減を求めてきた。そもそも世界にも例を見ない負担制度によって、医療費の本来の在り方を見えにくくし、医療機関と患者・国民との間に分断を持ち込んでいる。

保団連が求める診療報酬の10%以上の大幅引き上げ要求は、疲弊した現在の医療給付水準の立て直しに必要な最低限の要求であり、国民医療の改善には不可欠の課題である。この要求を高く掲げて取り組みを進めるとともに、患者負担大幅軽減と併せて、強く実

現を要求するものである。

[I-1] 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患者負担を増やさないこと

- ・ 75歳以上の窓口負担を原則1割から2割にしないこと
- ・ 受診するたびに定額の窓口負担を上乗せしないこと
- ・ 痛み止め（ロキソニン等）など、薬の「保険はずし」や患者負担増を行わないこと

②窓口負担、利用料負担を軽減すること

- ・ 患者自己負担は、窓口負担の無料化を目指しつつ当面の目標として、義務教育終了までの子どもと75歳以上の高齢者は無料、65歳から74歳は1割、現役世代は2割とすること
- ・ 高額療養費制度を改善すること
 - 70歳以上の患者負担限度額（高額療養費）について、制度改定（2017年7月）前の水準に戻すこと
 - 70歳以上高齢者に設けられている外来上限特例（低所得者Ⅰ、Ⅱに設定されている月8,000円上限）を、高齢者だけでなく一般にも設定し、負担限度額を引き下げる
 - 一月をまたぐと合算できない問題を解消するため、少なくとも1カ月未満の入院について入院開始日から1カ月単位の起算とするなど、改善を図ること

③公費負担医療制度等の改善及び拡充・創設を行うこと

- ・ 子ども医療費助成制度の創設について
 - 中学卒業までをめざし、当面、就学前まで、国の医療費無料制度を早期に創設すること
 - 子ども医療費助成を現物給付した市町村に対する、国民健康保険の国庫補助金の削減を廃止すること
- ・ 妊産婦の医療費窓口負担については、少子化対策として国による医療費無料制度を早期に創設すること
- ・ 公費負担医療制度の負担軽減や対象拡大など改善を行うこと。
- ・ 介護保険に係る利用料の引き上げなど負担増をやめ、患者負担を大幅に軽減すること

要求理由 政府は、社会保障・税一体改革の名で、医療・社会保障の患者負担増と給付の削減を計画している。2019年夏の参議院選挙前までに「全世代型社会保障」として、新たな工程表を策定し、75歳以上の患者窓口負担の原則2割化を実行に移す構えである。また、「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いる。また2018年に妊婦加算が問題となり、「妊婦税だ」との批判が出されるなど、高額な医療費窓口3割負担が問題となった。こうした現状では負担増で

はなく、負担の軽減こそが求められている。高額療養費制度、子ども医療費助成、難病医療費助成制度の改善、国による妊産婦医療費無料制度の創設など、すべての世代が安心して必要な医療を受けられ、介護を利用できるよう、患者、利用者の負担を大幅に軽減するべきである。

[I-2] 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。2017年11月に発表された「医療経済実態調査」では、16年度の一般病院の損益率はマイナス4.2%で、厚労省も「過去3番目の悪い数値」と報告している。また一般診療所及び歯科診療所(個人を含む)の損益率も、調査のたびに悪化しており「人件費を低く抑えて、医療機関は何とか経営を維持している」のが実態である。社会保障の充実を理由として消費税10%への引き上げがされようとしているが、却って受診抑制が強まり、医療機関の経営への圧迫が強くなり懸念される。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%、2018年改定のマイナス1.19%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地域医療介護総合確保基金は、地域医療の充実のために運用すること。

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(2019年度1,658億円、医療分934億円、介護分724億円)。

この間、政府・厚生労働省は「医療機能の分化・連携、地域包括ケア構築」と称して病床の転換・削減に向けて基金を運用しているが、そもそも地域医療構想は、患者負担増等による受診抑制を改善せず、在宅療養が確保できる制度実現の目処も立たないまま、患者を入院から在宅・施設へ追い出すものである。また回復期病床への転換に必要な人的、経済的担保は不十分である。また介護療養病床と20対1未満の医療療養病床は6年間延長されたが、そもそもこれらは地域に必要な病床であって、高齢化の進展の中でその存続意義はますます高まっている。さらに有床診療所については、介護連携加算の新設等若干の改善が行われたものの、入院料そのものは低く据え置かれたままである。このように地域医療を破壊しかねないやり方は即刻やめるべきである。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。

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。

[I - 3] 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 OECD先進諸国並の医療費水準に引き上げ、しかも患者負担を大幅に引き下げるための財源は、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」（2013年。出典：「教養としての社会保障」）で、日本（事業主負担 6.2%、公費負担 8.9%）、イギリス（事業主負担 8.2%、公費負担 14.5%）、ドイツ（事業主負担 10.6%、公費負担 10.3%）、フランス（事業主負担 13.9%、公費負担 11.7%）。これをOECD先進諸国並に負担させるようにする必要がある。

また、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OECD先進諸国並に適正にするために、薬価基準や特定保険医療材料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5.2兆円と試算(DPC包括分を除き))の薬価について、加重平均で2割引き下げた場合、1兆円以上の財源の捻出が見込まれる。

高薬価薬剤を生み出す制度に抜本的にメスを入れ、新薬創出等加算を廃止するなどして新薬の薬価を大幅に引き下げることを要求する。なによりも新薬の薬価算定プロセスについて、厚生労働省の「薬価算定組織」と製薬企業によって薬価算定案が作成される過程が非公開とされているため、ブラックボックスとなっている。従って、厚労省担当部局の裁量的判断を排し、算定経過を公開するべきである。また過去の薬価作成過程についても開示するべきである。

[I - 4] 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。診療報酬による補てん状況の把握について厚労省がミスを公表したことは、従来のような診療報酬での補てん対応には限界があることを如実に示している。この先、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。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、損税問題の抜本解決は医療界の共通要求となっている。そのための最も合理的な方法は、医療を免税取引としてゼロ税率を適用することであり、これ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可能になる。

[I - 5] 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 通常の薬価改定(2年に1度)の合間の年にも薬価改定が実施される場合、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。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。

[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、TPP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るとする「患者申出療養」が2016年4月より導入された。

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約251.6億円（2018年6月30日現在）の内、先進医療部分は約184.2億円と42兆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。人権を無視した徴収・滞納制裁は即時中止すること。

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。

また、加入者の尊厳や人権までも無視した徴収・滞納制裁が見受けられる。加入者の人権等を無視した徴収・滞納制裁は、必要な受診の制限にもつながりかねず、即時中止すべきである。

[I - 8] 自治体が独自に行う国保会計への法定外繰入を引き続き認めること。

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。高すぎる保険料を引き下げるために自治体が独自に行う一般会計からの繰入(法廷外繰入)は、本来、国が責任を持って行うべきものを自治体がやむを得ず代替している形となっている。地域住民の命と健康を守るため市区町村が行う法定外繰入について国や都道府県が市区町村に解消を求めることは本末転倒である。自治体が行う法定外繰入は引き続き認めるとともに、国保への定率国庫負担の引き上げが必要である。

[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「診療報酬の算定方法」の告示「6」、「要介護被保険者等については（診療報酬を）、算定しない。」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もなる。このような診療報酬を梃子にした誘導は行うべきではない。

[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。

Ⅱ - 1 2020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社会的な常識に照らして必要な期間保証すること。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、膨大な疑義解釈で算定方法の取扱いや修正が示さ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現在の改定の状況は大変異常で、社会的にみても非常識である。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、患者への適切な医療の確保や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、一般的な法律や通知の施行等の社会的な常識から、少なくとも6カ月程度、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)〕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。

〔Ⅱ-1-(3)〕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。

〔Ⅱ-1-(4)〕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、公聴会では出された意見を、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。

〔Ⅱ-1-(5)〕 保険医療機関及び保険医療養担当規則を「改正」する場合は、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-(6)〕 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-(7)〕 診療報酬算定の疑義解釈について、過去の疑義解釈の整理を行うこと。

要求理由 現場では過去の疑義解釈の全てを網羅できないため、診療報酬請求を適正に行ってほしいのが目的であれば、DPC制度の解釈の整理にならって、全ての解釈を整理し明示すべきである。また公開されていない内規が存在し、それを根拠に審査、個別指導、適時調査で指摘されることが多いため、公開すべきである。

〔Ⅱ-1-(8)〕 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-(9)] 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30年4月版は2454頁である(平成28年4月版から247頁増)。医科の個別点数を例にあげると2018年度診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料に導入された単一建物診療患者数という考え方は変わらないばかりか、新たに包括的支援加算が加わりより複雑となった。また訪問薬剤や訪問栄養、訪問歯科衛生指導料にも単一建物診療患者の概念が拡大された。

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。「算定ルールの複雑化」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カルテ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-(10)] 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当に評価すべきである。

[Ⅱ-1-(11)] 診療所や中小病院が地域医療で担っている役割を正当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当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当に評価し、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当に評価することが必要である。

[Ⅱ-1-(12)] 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-(13) 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-(14) 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-(15) 診療情報提供料について、次の点の改善を図ること。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 歯科医療機関連携加算の紹介元・紹介先を限定しないこと。また給付調整の「居宅療養管理指導費を算定している場合は算定できない」との規定を廃止すること。

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ず、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實際上困難である。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。さらに給付調整通知で「居宅療養管理指導費を算定している場合は算定できない」とされている不合理を是正するべきである。

[Ⅱ-1-(16)] 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-(17)] 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-(18)] 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-(19)] レセプト情報収集を目的に、記載要領の複雑化をやめること。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 2018年改定で記載要領が手書き前提から電子請求前提の方式に改定された。それにより「摘要」欄記載をコード選択方式に変えたが、記載の考え方が変わるわけではないため、従来の取扱いとの間に混乱が少なからず起きている。今回は審査支払

機関の取組等により混乱が回避された側面はあるが、今後コード選択を増やしていく中で混乱を避けるために十分な周知対策と実施にあたっての丁寧な対応が必要である。電子請求とはいえ操作するのは人間であり、複雑化は混乱のもととなることから安易に実施するべきではない。特に高額療養費の改定による「特記事項」欄への記載は、情報収集のため必要ではない記載を強要する内容であった。さらに周知期間も短く多大な負担を医療機関に押し付ける結果となったことを反省すべきである。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り扱いは撤回すべきである。

【Ⅱ-1-(20)】 基本的な診療に係る算定項目の要件に「研修」要件を規定しないこと

要求理由 この間の改定で、医科歯科とも基本的な診療に係る点数項目に「研修」要件が規定されたが、研修をめぐって様々な混乱や不合理な問題も報告されている。そもそも基本的な診療に係る項目に「研修」要件を規定することは誤りである。

Ⅱ - 2 2020 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

2018 年診療報酬改定では、診療報酬本体の点数は若干のプラス改定となったものの、政府の医療費抑制政策に基づき全体としてはマイナス改定となった。また、医療供給体制の再編計画に基づく政策誘導改定であり、計画に乗れない、あるいは乗らない医療機関には、人件費などの経費増をカバーできない改定となった。重点項目とされた「地域包括ケアシステムの構築」と「医療機能と分化・強化、連携の推進」だが、保団連は「2012 年度同時改定以降の「総仕上げ」に入ったと言うべき内容となっている」（点数表改定のポイント）と評価した。

入院医療については「地域医療構想」における病床機能の分化と削減を強力に後押し、外来医療については「かかりつけ医」の明確化と報酬上の差別化を図り、在宅医療・居宅系介護サービスについては地域包括ケアシステムの構築（単一建物居住者の取扱いなど「安上がりの医療・介護」導入も内包）を進める内容であった。

「かかりつけ医」については、外来受診時定額負担制の実現を目的に「骨太方針 2018」の中でも引き続き強調され、この間の数次の改定の中で「ゲートキーパー機能」を確立するとして点数設定されてきたが、2018 年改定では初診患者に対する機能発揮を期待する点数として「機能強化加算」が新設された。この加算の施設基準で「地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合診療料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）、施設入居時等医学総合管理料」の届け出などを行っている医療機関が、「かかりつけ医機能を有する医療機関」と定義されたことにより、これまで定義があいまいだった「かかりつけ医」医療機関が診療報酬上明確化されたこととなった。外来受診時定額負担制の導入の条件が整ってしまったといえる。

保団連は「かかりつけ医」については、「医師と患者の信頼関係を土台に患者側が決めるものであり、制度で強制するものではない」との立場で、診療報酬制度による政策誘導に反対し、患者、国民が真に望む地域における医療機能を発揮するために、引き続き取り組みを進めていく。またそのためには、初・再診料などを始めとした基本診療料の大幅な引き上げが必要であり、その実現を目指して運動を強めていく決意である。

(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・強化されてきている。また療養病棟の褥瘡対策加算にも導入された。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。

しかし現行の規定では、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できないという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。点数を引き上げるとともに、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 通知では「主治医機能を持った診療所の医師が」との記載があるが、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。2018年改定では、患者の同意書に「緩やかなゲートキーパー機能」に関する文書を盛り込んだ。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限り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)] 特定妥結率初・再診料、低特定妥結率外来診療料

「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べきである。

【Ⅱ-2-（6）】オンライン診療料

オンライン診療料については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に則り、軽々に適用を拡大しないこと。また「予約に基づく診療」等保険外併用療養費の徴収が不可である点を徹底すること。

要求理由 オンライン診療料が 2018 年改定で新設されたが、▽緊急時対応等の医療安全管理▽情報通信機器の水準▽患者の個人情報保護▽オンライン診察に対する医学的エビデンスに基づく検討の不足一等の課題については、未だ十分に中医協で審議されたとは言えない。また都市部を中心として民間営利企業によるビジネスが展開されているが、中医協では、医療費抑制やベンチャービジネスの拡大を目的とした政府の遠隔診療推進の方針に左右されることなく、医学的エビデンスに基づく慎重な議論を行い、拙速な適用拡大を行うべきではない。また指針が策定される以前は、保険外併用療養費の「予約に基づく診療」の規定を使って、予約料を徴収していた例があることから、保険診療として実施する以上は、なし崩し的に混合診療が拡大しないようにし、徴収できないことを徹底すること。

【医学管理等】

【Ⅱ-2-（7）】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養は、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 경우가多く、治療内容も多岐にわたる。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-(8)] 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言い難い。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、関連学会からの要望に基づき、必要な療養管理の評価を行うべきである。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。

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-（9）〕 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-（10）〕 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-（11）〕 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-（12）〕 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-(13)〕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-(14)〕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-(15)〕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-(16)] 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-(17)] 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-(18)] 薬剤総合評価調整管理料 (B008-2)

内服薬の減薬のみを評価するのではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合を評価する点数に改めること。また調剤薬局でも算定できるようにし、必要な疑義照会がスムーズに行くように連携した場合を評価すること。

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る。評価するのであれば減薬のみではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合と改め、併せて調剤薬局との間の疑義照会等の連携がスムーズに進むように評価するべきである。

[Ⅱ-2-(19)] 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-(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。

(3) 外来

【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（別表第7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（Ⅱ）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、2016 年改定以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、こうした長期利用者増加の原因は、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。

こうした現状を踏まえて、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中止すべき。

**[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は改める必要がある。

[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ている。「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

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点の評価とすること。

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すだけでなく、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「Ⅰ」と「Ⅱ」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。

- ② 今次改定で新設された訪問診療料(Ⅰ)の「2」について、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く)を限度」、「月1回まで」とする制限を撤廃すること。

要求理由 複数医療機関からの訪問診療が必要となる場合は、当該患者の疾患やその時々の状態によって、集中的な診療が必要となるケースが当然あり得る。患者の病態に応じて医療機関が柔軟に対応できるように、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く)を限度」、「月1回」までとする算定制限は撤廃すべきである。

- ③ 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。

- ④ 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。

- ⑤ 訪問診療料の算定に当たり、「診療時間」と「診療場所」の診療録への記載義務を廃止すること。

要求理由 「診療時間」と「診療場所」は、そもそも診療録に記載すべき患者の医学的所見とは関係がない。こうした記載項目が、訪問診療を行う患者を多く抱える現場の医師にとって大きな負担になっている点も踏まえ、患者の医学的所見と関係のない項目の診療録への記載義務は廃止すべきである。

- ⑥ 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、これらの加算を正当に評価するべきである。

[Ⅱ-2-(27)] 在宅酸素療法に関する評価に係る評価について下記の改善を行うこと。

- ① 在宅酸素療法指導管理料の算定要件について「高度慢性呼吸不全例のうち…」とする対象患者の限定を止めること。
- ② 酸素療法加算の評価について少なくとも酸素濃縮器等の平均的なレンタル価格と同等に引

き上げたうえ、他の酸素に係る材料加算とも併算定を認めること。

要求理由 現状、在宅医療において末期の悪性腫瘍患者への酸素療法に対する評価は、在宅酸素療法指導管理料と酸素療法加算のみとなっている。しかしながら、在宅酸素療法指導管理料では、対象患者が「高度慢性呼吸不全例のうち…」と限定されている。

他方、実態として、決して少なくない数の『「高度慢性呼吸不全例」に該当しないが継続的な酸素療法を要する末期の悪性腫瘍患者』が存在している点も報告されている。こうした患者が、上述の算定制限に伴って同管理料の対象外とされた結果、こうした患者への酸素療法に係る費用は、医療機関が持ち出しを行うという不合理な実態がある。

また、2018年改定で死亡月に在宅酸素療法を実施した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算（2,000点）が新設されたが、こちらについても酸素濃縮器等のレンタル価格は高ければ月額4万円程度であり、現状の評価ではレンタル価格の約半分しか手当てされていない。また、同加算は他の酸素に係る材料加算（C157 酸素ボンベ加算、C158 酸素濃縮装置加算）と併算定することもできない。その結果、こちらも在宅酸素療法指導管理料と同様に一定、医療機関が持ち出しを行わざるを得ないのが実情である。

上述に示したとおり、在宅酸素療法に関する管理料や加算に係る算定要件や点数設定が現場実態と離れていることにより、必要な患者に在宅酸素療法を実施できないケースが出てくる事が懸念されている。厚労省が「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」で、その基本的考え方として示している、「人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げる」ことを達成させる上でも、冒頭の要求①、②に記した改善を速やかに行うべきである。

II-2-(28) 在宅時医学総合管理料等(C002)

- ① 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を一本化し、単一建物診療患者数の概念を廃止したうえで、最も高い点数に一本化すること。
- ② 投薬や処置に係る費用の包括を止めること。
- ③ 在宅時医学総合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合管理料と施設入居時等医学総合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。

また、単一建物診療患者の人数によって点数が区分されているが、同じ建物に複数の患者がいることや、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。

2. 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。

3. 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、在宅時医学総合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-(29)] 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-(30)] 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第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 別表第八に掲げる患者に関しては、訪問回数の制限がなくなったが、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、別表第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-(31)] 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 現行の週1回100点の算定では、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。医師の指導管理に係る評価が適切に行われているとは言い難く、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-(32)] 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-(33)] 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-(34)] 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 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。

③ 血糖自己測定に当たってのフラッシュグルコースモニタリングシステムを使用した場合の評価を新設すること。

要求理由 昨今、「FreeStyle リブレ」(アボット社)が2017年9月1日より保険適用とされたほか、「測定が簡単である」、「血糖測定における苦痛や困難さを軽減する」として在宅自己注射指導管理の場でも使用が広まりつつありなど、血糖自己測定に当たってのフラッシュグルコースモニタリングシステムの使用が臨床の場で一般的になりつつある中、そうしたシステムの使用に対する評価がないことは不合理である。

[Ⅱ-2-(35)] 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料(C105-3)

① 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理に用いる注入ポンプに係る評価を新設すること。

② 「最初に算定した日から起算して1年を限度」とする算定制限を撤廃すること。

要求理由

① 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理においても、他の在宅療養指導官理療と同様に注入ポンプの使用が必要不可欠であるにも関わらず、同管理料には注入ポンプ加算に係る評価が存在しないのは不合理である。

② 胃瘻造設され1年以上経過した後も、経口摂取への見込みがあり、それに向けて在宅での管理が必要な事例もある点を踏まえ、こうした一律な期間を用いた算定制限は廃止すべき。

[Ⅱ-2-(36)] 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-(37)] 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-(38)] 注入器加算(C151)、注入器用注射針加算(C153)

血糖自己測定器加算(C150)と同様、注入器加算(C151)、注入器用注射針加算(C153)についても「3月に3回」算定可能とすること。

要求理由 血糖自己測定器加算(C150)が「3月に3回」算定可能とされているにも関わらず、同様の対象患者が想定される、注入器加算(C151)、注入器用注射針加算(C153)では同様に算定できないのは不合理である。これらの加算に関しても「3月に3回」算定可能とすべきである。

[Ⅱ-2-(39)] 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-(40)] 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、現状では特に高齢者に対する在宅での注射や点滴ではプラスチックカニューレ型静脈内留置針の使用が一般的であるが、同留置針の算定要件は「おおむね24時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合」などとされている。上述のような在宅医療の現場での使用実態を踏まえ、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-（41）〕 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-（42）〕 残尿測定検査について、下記の改善を行うこと。

- ① 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。
- ② 「2 導尿によるもの」の点数を外来管理加算の52点以上に引き上げたうえ、「1 超音波検査によるもの」の点数も現状より更に引き上げること。

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）」にすべきだ。

また、同検査は外来管理加算の算定対象外であるが、特に「2」に関してはカテーテルを用いた手技や保険医療材料が必要であるにも関わらず、カテーテル費用は手技料に含まれている点などを踏まえると評価が著しく低いといわざるを得ない。「2」の点数を少なくともカテーテル費用を踏まえた水準にまで引き上げたうえ、更にそれに従って「1」の点数も現状の55点より更に引き上げるべきである。

〔Ⅱ-2-（43）〕 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-(44)〕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-F A B P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-(45)〕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-(46)〕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-(47)〕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-(48)〕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 RSウイルス感染症は「2歳までにはほぼ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- (49)〕 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っては、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- (50)〕 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など、静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者以外にも SpO₂ 測定が医学的に必要な患者は多点も踏まえ、医師が必要と判断した場合は全て算定できるようすべきである。

〔Ⅱ-2- (51)〕 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- (52)〕 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必要に応じて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必要に応じて算定できるよう要件の見直しを求める。

〔Ⅱ-2- (53)〕 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 皮膚貼付試験、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、2 1 箇所以内の場合 (1 箇所につき) 1 6 点、2 2 箇所以上の場合 (一連につき) 3 5 0 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。

【検査・画像診断】

〔Ⅱ-2-（54）〕他医撮影のCT・MRIフィルムにかかる診断料や内視鏡検査に係る診療報酬の算定について、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つ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-（55）〕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-（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。これを調剤報酬と同様、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 調剤薬局では、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。残薬を確認して調整する行為は調剤薬局のみならず医療機関においても、調整の是非の判断も含め、多くの時間と手間を要する。こうしたプロセス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と調剤薬局が互いに緊密に連携をして残薬調整を実施した場合の評価を新設すべきである。

〔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 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）〕 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）の点数を引き上げたうえ、難病外来指導管理料を算定している場合といった、難病、特定疾患の複数を主病としている場合でも同加算を算定できるようにすること。

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。

また、現行の診療報酬体系では、医学管理において、その全般的な取り扱いとして、「患者が複数の医学管理にまたがる疾患持つ場合、主病はいずれか1つでしか算定できない」（平成13年版医科診療報酬Q&A、社会保険研究所）とされており、同加算についても同様の取り扱いがなされている。

昨今難病法の対象疾患が拡大され、厚労省の定める「難病」と「特定疾患」の双方が主病の患者も今後、増加することが推察される中、こうした取扱いは、医療機関がそれぞれ高度な専門性が求められる疾患を主病として持つ患者の一体的な管理を妨げるものである。難病、特定疾患の複数を主病としている場合でも同加算を算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-（63） 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-（64） 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-（65） 在宅療養指導管理に必要な注射薬の処方についても、処方箋料を算定できるようにすること。

要求理由 在宅療養指導管理を行う上で、医師が必要と判断した上で処方箋を発行する事例も決して少なくないにもかかわらず、処方箋料が算定できないのは不合理である。

【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 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られていない。

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で実施すること。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、移行先とされる介護保険でのリハビリ施設での受け皿が圧倒的に不足する現状を踏まえ、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、2018年改定に係る議論で出された2019年3月末での維持期リハビリテーションの廃止提案や目標設定等支援管理料、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、迅速なリ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すものの撤廃し、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（1002）

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」に位置付けられ、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（外来管理加算52点よりも低い処置点数）を早急に解決すべきである。

〔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EPLEY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EPLEY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)〕 J038 人工腎臓

「慢性維持透析を行った場合」の評価について、透析用監視装置の台数やそれに対する透析実施患者数の割合に応じ、規模が大きく効率の良い医療機関に対しては、より低い点数を設定する現行の評価体系を止めること。

要求理由 透析用監視装置等の設備の充実には非常に多額の費用を必要とする。そのため、地域によっては透析用監視装置が比較的充実した医療機関が1つしかなく、地域の透析患者を一手に引き受けざるを得ない場合もある。こうした状況もある中で、医学的なエビデンスとは無関係な「患者の回転率」という尺度のみを以て、慢性維持透析の評価引き下げがされる現行体系は、地域で努力する透析医療機関を逆に追い詰めるものであり、2018年以前の評価体系に戻すべきである。

〔Ⅱ-2- (88)〕 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- (89)〕 J113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）

耳垢栓塞除去（両側）の点数を200以上に引き上げること。

要求理由

片側が100点の設定であるにもかかわらず、依然として両側を実施した場合の点数が200点未満であり、不合理である。

〔Ⅱ-2- (90)〕 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-（91）〕 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（52点～60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。

〔Ⅱ-2-（92）〕 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 「2 選択帝王切開」の点数は、2016年度改定において「複雑な場合」の加算（2,000点）が新設されたものの、依然本体点数が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-（93）〕 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-（94）〕 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-（95）〕 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-(96)〕 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-(97)〕 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)、採血、注射、点滴時等に使用する翼状針など、入院時の人口鼻をはじめ様々な医療材料が診療報酬上の点数項目に包括されることなどにより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-(98)〕 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-(99)〕 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-(100)] 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入院環境に要する費用については、室料及び光熱水費だけでなく、医療法で定める医療安全管理を実施するために必要な費用や療養環境の費用（待合室の確保や院内感染防止のための諸費用等）を保障すること。
- ③夜間勤務等看護体制、入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策について加算評価とすること。
- ④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。
- ⑤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、この費用が正当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-(101)] 入院料の届出要件について、

- ①入院料の届出における1日平均入院患者数の算出期間について、「届出の実績月の前月までの1年間」とすること。
- ②「主として事務的業務を行う看護補助者」については、全員を看護補助者に参入すること。少なくとも、主として事務的業務を行う看護補助者を全員入力した上で、「200又はその端数を増すごとに1を超える看護補助者」を実績から除外して看護補助者の配置実績値に参入する取扱いとすること。

要求理由①について、当該月が終わらなければ平気入院患者数が確定しないため、それを元に計算することが出来ない。そもそも前月までの平均入院患者数に対して計算する扱いでなければ、配置することが不可能になる。また、平均入院患者数は過去一年間の平均をとっているものであり、必ずしも当該月が入らなければならないという合理性はない。

②について、看護補助者が事務的作業を行うかどうかは関係なく、事務的作業を含めて看護職員の行為を補助することが看護補助者である。

[Ⅱ-2-(102)] 病棟単位の届出を認めること。

要求理由 現在でも傾斜配分は可能だが、例えば2病棟を13：1、15：1又は療養病棟入院料1・2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するにすべきである。

[Ⅱ-2-(103)] 夜間看護体制特定日減算について、

- ①許可病床200床未満であって、年間6日以内かつ連続して2月までは届出受理後の要件変動の特例として取り扱い、減算としないこと。
- ②上記の要件を超える場合であって、救急対応のためにやむを得ず夜間における看護職員配置が2人以下となる場合に夜間看護体制特定日減算を適用すること。

要求理由

【入院料】

[Ⅱ-2-(104)] データ提出加算の届出を、入院基本料等の要件にしないこと。

要求理由 データ提出加算を入院基本料等の算定要件にすることは、入院医療の確保以外の負担を病院に強いるものであり、特に中小病院には大きな負担となっている。入院基本料等の要件にしないようにすべきである。

[Ⅱ-2-(105)] 特掲診療料において、「入院中の患者以外の患者に限る」との算定制限を止め、入院時に算定できるようにすること。

要求理由 入院中の患者以外の患者に限る点数が存在するが、入院においても当該手技等を出来高で算定できるようにすべきである。

[Ⅱ-2-(106)] 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-(107)] 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入院料等算定要件での管理栄養士の配置義務付けを撤回し、2012年度改定前の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、へき地などの配置困難な医療機関においては義務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、包括化せずに診療報酬として独立した評価を行い、点数を引き上げるべきである。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。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 年改定以降、管理栄養士の配置による評価は 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。

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-(108)] 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」や、療養病棟入院基本料における「医療区分 2・3 の割合」、A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の「自宅等に退院する割合」、A308-3 地域包括ケア病棟入院料における「自宅等からの受け入れ実績」、などの診療実績については、入院基本料の要件から外した上で、加算評価すること。

要求理由看護職員及び看護補助者の配置による評価と、診療実績による評価は区分すべきである。

[Ⅱ-2-(109)] 重症度、医療・看護必要度について、100 床未満又は 2 病棟のみの場合は 1 割以内の一時的な変動の特例の対象とすること。

要求理由

[Ⅱ-2-(110)] 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。

[Ⅱ-2-(111)] 地域包括ケア病棟入院料 1・3 及び療養病棟入院基本料の施設基準から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン等の内容を踏まえ看取りに関する指針を定めていること」の要件を除外すること。

要求理由医療と介護の連携強化という積極面はあるが、終末期医療の一部を医療保険から介護保険に移すことによる問題、ガイドラインが将来において医療や介護の制限に使われる危険性がある。

【A100 一般病棟入院基本料】

[Ⅱ-2-(112)] 平均在院日数の取扱いについて、

① 短期滞入手術等基本料 3 を平均在院日数に参入できることとすること。

② 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①について、平均在院日数の短い点数を短期滞入手術等基本料 3 に意図的に組み込まれ

ば、現場においてシミュレーションが困難となってしまう。

②について、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、医学的に必要があっ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-（113）〕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。これでは急性期一般入院料4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-（114）〕7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率について、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を適用すること。

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-（115）〕A101 療養病棟入院基本料のうち、20対1看護+20対1看護補助者を満たす場合は、「医療区分2・3の割合」に関わらず療養病棟入院料2の点数が算定できるとし、医療区分2・3の割合については加算評価とすること。なお、医療区分2・3の割合が5割以上の場合については現行の療養病棟入院料2よりも点数を高くすること。

要求理由看護職員及び看護補助者の配置による評価と、医療区分2・3等の診療実績による評価は区分すべきである。

[Ⅱ-2-(116)] 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-(117)] A101 療養病棟入院基本料及び A109 有床診療所療養病床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はなく、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、A101 療養病棟入院基本料及び A109 有床診療所療養病床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。

[Ⅱ-2-(118)] A101 療養病棟入院基本料の注13の「夜間看護加算」の施設基準から「各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上であること」を外した上で、看護要員3以上の配置については算定要件にすること。

要求理由療養病棟における夜間看護体制を改善しやすくするために、A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注7の看護職員夜間配置加算、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算と同じ扱いとすべきである。

【有床診療所】

[Ⅱ-2-(119)] 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-(120)] 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-(121)] 有床診療所入院基本料 1～3 の要件において、1 項目該当すれば要件を満たす対象を、「過去 1 年間に介護保険におけるいずれかのサービスを提供した実績があること又は介護医療院もしくは介護支援事業者であること」とすること。少なくとも、介護保険による訪問リハ、訪問看護を対象に加えること。

要求理由 有床診療所における地域包括ケア要件として、現状の要件ではサービス費が足りない。

[Ⅱ-2-(122)] 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-(123)] 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 m²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、療養病床に入院して A223 を算定する場合がある。その場合、療養環境を満たしているので届け出ている環境加算、環境改善加算を算定できるべきである。

[Ⅱ-2-(124)] 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-(125)] 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-(126)] 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-(127)] 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-(128)] 夜間において常時配置が求められている下記の加算について、月平均による夜間常時配置とすること。

- ・ A101 療養病棟入院基本料の注 13 の「夜間看護加算」
- ・ A207-4 看護職員夜間配置加算
- ・ A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311 精神科救急入院料の注 5 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311-3 精神科救急合併症入院料の注 5 の「看護職員夜間配置加算」

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-(129)] 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-(130)] 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-(131)] A233-2 栄養サポートチーム加算について、点数を引き上げること。

要求理由 栄養サポートは重要であるが、B001 10 入院栄養食事指導料との併算定ができず、要件に比べて点数が低すぎる。

[Ⅱ-2-(132)] 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定されているので、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に認めること。

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-(133)] 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 1：85 点、2：30 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-(134)] 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-(135)] 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、次回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-(136)] 「専任の医師が常時、治療室内に勤務」することを要件としている特定入院料について、①常時連絡が取れる体制を有し、②必要があれば直ちに治療室に戻れる場合であれば、必要があっても一時的に治療室の外に出る場合であっても要件を満たす扱いとすること。

要求理由 治療室内における常時勤務については要件が厳しく、一定の緩和が望ましい。

[Ⅱ-2-(137)] 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 介護支援等連携指導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-(138)] 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-(139)] A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の「体制強化加算 1」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-(140)] 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-(141)] 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-(142)] 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在宅復帰率の要件について、「自宅等退院患者割合についても、暦月で3か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を適用すること。

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。

④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。

[Ⅱ-2-(143)] 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」とすべきである。

[Ⅱ-2-(144)] 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-(145)] 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-(146)] 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-(147)] 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 日以上の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-(148)] 入院時食事療養・入院時生活療養について、

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評価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る。

[Ⅱ-2-(149)] 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。

Ⅱ-3 2020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、歯科的機能評価の役割、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、格差と貧困の拡大にともない、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。

2018年度の歯科診療報酬改定率は+0.69%に留まった。歯科医療機関の厳しい経営を打開するには程遠い改定率であり、きわめて不十分な改定である。改定では、院内感染防止対策に係る施設基準を基本診療料に設定し、届出医療機関ではわずかながら引き上げとなる一方、未届医療機関では減算となる仕組みが導入された。院内感染防止対策はすべての医療機関で十分に実施できるようコストに見合う基本診療料の引き上げがなされるべきであり、懲罰的な減算制度を導入すべきでない。また、様々な問題が指摘される「か強診」は、一物多価等の問題を温存しつつ、届出のハードルがさらに引き上げられた。

近年の歯科診療報酬改定の特徴は、医療機能の分化の名目で、施設基準が歯科医療機関の選別に露骨に用いられている点にある。高額な設備投資や歯科衛生士をはじめとする人員確保が可能な医療機関に重点的に点数を配分し、歯科医療機関間の格差を拡げている。施設基準が歯科診療の質の向上に結びつくものであるかについての検証と見直しが必要であり、何よりすべての歯科医療機関の診療と経営に資するよう、基本診療料と基礎的技術料の抜本的な引き上げこそが求められる。

高齢化の進展とともに、口腔機能の維持・回復のため補綴治療の重要性は増す一方、補綴治療を支える歯科技工は、歯科技工士の異常な長時間・低収入の労働に支えられている。これからの保険診療の補綴治療を守るため、現状の改善は急務である。問題の根本は低すぎる歯科診療報酬にあり、歯科医療機関・歯科技工所の経営がともに成り立つ診療報酬の実現なしに抜本解決はありえない。診療報酬を引き上げ、歯科技工取引を適正化する制度的な保障が不可欠である。

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 2016年6月に日本歯科医学会から出された「歯科診療行為のタイムスタディー調査・2016年度版」では、調査した775項目のうち、評価の低いⅠ群には280項目（36.1%）、Ⅱ群には146項目（18.8%）、Ⅲ群には95項目（12.3%）と、調査した項目の67.2%が評価の低いカテゴリーに分類されたとしている。さらに、歯科診療の代表的な診療行為について多くの症例を提示して、総所要時間と診療報酬評価に人件費を加味して評価すると、保険点数は人件費から見てかなり低水準の評価となることが分かったとしている。

また、歯学系学会社会保険委員会連合が同年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。

歯科の診療報酬は、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)] 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、麻酔手技料が算定できない場合も、使用した麻酔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、施術している。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。浸潤麻酔手技料30点と麻酔薬材料に対し、例えば、歯周基本治療（スケーリング68点、スケーリング・ルートプレーニング前歯60点・小白歯64点・大白歯72点、歯周ポケット搔爬前歯60点・小白歯64点・大白歯72点）、窩洞形成60点・86点、う蝕歯即時充填形成126点、う蝕歯インレー修復形成120点という評価である。あまりにも低い評価であることから、麻酔が包括されている項目について、それぞれの行為ごとに麻酔にかかる費用を算定できるようにするべきである。

また、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-(3)] 2018年診療報酬改定では、「口腔機能低下症」、「口腔機能発達不全症」が新たな病名となったが、さらに新たな病名とそれに係る医学管理、検査、処置等を導入すること。

要求理由 2018年診療報酬改定では、「口腔機能低下症」、「口腔機能発達不全症」が新たな病名となったが、前回改定時には、最優先項目としてほかに唾液分泌異常、糖尿病性歯周炎、認知障害性口腔機能障害、準優先項目としてストレス性顎関節症、タバコ関連歯周病等が検討されていたが、加えて、「生活習慣性歯周病」、「口腔バイオフィーム感染症」等の病名を求める。これらは、医科歯科連携の更なる推進に繋がるとともに、患者・国民の利益につながるであろう。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。これらの病名に係る医学管理、検査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ことを求める。

[Ⅱ-3-(4)] 院内感染防止対策に係る評価については、現行の施設基準としての届出医療を廃止し、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 2007年の中医協で歯科の院内感染予防対策の費用は268.16円とされていたにもかかわらず、引き上げはごくわずかである。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基本診療料の引き上げを求める。

[Ⅱ-3-(5)] 歯科疾患管理料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 現行の一般歯科における主たる医学管理は、歯科疾患管理料であるが、歯科疾患は多岐にわたるものであることから、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、管理対象疾病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-(6)] 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、手術の算定の原則のうち、歯科診療にそぐわない「処置と手術の取り扱い」については、廃止すること。

要求理由 フッ化物歯面塗布処置(F局)や歯周病安定期治療(I)(SPT(I))のように3月に1回の算定とされているものや、新製有床義歯管理料、咬合調整のうち鈎歯調整は一定の改善が行われたが、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るべきである。

また、手術の算定の原則のうち、「処置と手術の取り扱い」については、「手術当日に行われる手術に伴う処置は、術前、術後を問わず算定できない」とされているが、この考え方は医科点数表からそのままってきていて、歯科には全くそぐわないものである。例えば、歯牙破折片を除去したのちに抜髄を行っても、歯牙破折片除去を算定すると抜髄が算定できないという極めて不合理が生じてしまう。この取り扱いについては、廃止すべきである。

[Ⅱ-3-(7)] 歯科における画像診断の根本的な考え方について、医科の取り扱いによるのではなく、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、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。例えば、「診断料」については、一連の症状確認のための同一部位に対して撮影を行った場合、特殊撮影と歯科用3次元エックス線断層撮影については、所定点数での算定とされているが、単純撮影についても同様の取り扱いとするべきである。

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。撮影料については、アナログ撮影とデジタル撮影について各々評価されているが、診断料については同一の評価となっている。診断料についても、それぞれ評価するとともに、撮影料の評価を適切に見直しすべきである。

[Ⅱ-3-(8)] 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し、「か強診」と関連付けられた項目を全歯科医療機関が同じ条件で取り組めるように再編・整理こと。

要求理由 「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（初期う蝕）」、「歯周病安定期治療（Ⅱ）（SPT（Ⅱ）」）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点として残ったままになっている。歯科医療担当者にとっても患者・国民にとっても不幸な矛盾であり解消すべき問題である。

上記の観点から、「か強診」と関連付けされた「初期う蝕」及び「SPT」を「か強診」から切り離し、それぞれ個別点数項目として整理するべきである。①「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回の算定とする。②「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、必要に応じて月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、居宅への訪問診療を評価する体系に改変すべきである。

【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とする外来診療の他、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-(9)] 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。

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。在宅歯科診療においては、処置、手術、歯冠修復・欠損補綴が多く行われる治療行為であるが、かなり制限された状況下において、診療を行わなければならないという現実がある。そのうえで、再治療について考えると、特にう蝕治療においては、同一初診における再治療について、3月を経過すれば、所定点数を算定できるようにするべきである。また、歯周治療については、在宅療養患者の残存歯が増加している状況において、歯周治療用装置については、かなり有用と考えられる。重度の歯周病患者のみならず、すべての在宅歯周病患者に対して、主治医の判断で必要に応じて算定できるようにすること。さらに、歯科訪問診療料を算定する患者に対する処置、手術、歯冠修復・欠損補綴の加算については、項目が規定されているが、すべての項目について算定できるようにするべきである。

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、周術期以外では、病院歯科は外科処置、手術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ある。周術期ではない患者についても、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。

2018年改定では、歯科訪問診療移行加算が新設されたが、歯科訪問診療1（20分以上）への加算で、かつ、その歯科医療機関の外来を最後に受診した日から3年以内に開始した歯科訪問診療に対する加算という位置づけである。かかりつけ歯科医としての評価を考えるのであれば、歯科訪問診療1のみならず、すべての訪問診療に対する評価とすべきであり、また、3年以内に開始という時期の制限を撤廃するべきである。

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。

また、16kmを超える患者への訪問診療は「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又は過去通院歴のある患者の依頼があつて、必要があつて診る場合は、「かかりつけ歯科医」としての評価のため、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、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-(10)] 検査については、臨床における実際の運用と保険請求のルールが乖離しているものがあることから、抜本の見直しをするとともに、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 歯周病検査については、「一口腔単位で実施する」ことが要件になっているが、病状や行う処置の内容によって、その都度対象歯に対して、部分的検査を行っても全く評価がない。歯周病部分的再評価検査は、「歯周外科手術を実施した歯」が対象として限定されているが、この要件を廃止し、柔軟な運用ができるよう大幅な見直しをするべきである。

また、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。

さらに、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- (11)] 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と、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するとともに、口腔内スキャナーを利用した光学印象など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、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が不可欠である。

再評価の項目として、補強線は、義歯破損防止のために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る。義歯新製、義歯修理に際して、必要に応じて補強線を使用した場合は、別途算定できるようにするべきである。また、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。

口腔内スキャナーを利用した光学印象については、印象採得に伴う感染や印象材料の誤嚥などの危険性や患者の苦痛の低減、さらには石膏模型上での作業が不要となることで、歯科技工士の作業負担軽減が図れるなど、数多くの利点が挙げられる。上記の点から保険適応を求める。

さらに、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。

[Ⅱ-3- (12)] 様々な薬剤を服用している患者が増えていることから、それらの患者に対して行われる手術の項目については、別途評価を行うこと。

要求理由 2018年改定では、総合医療管理加算が新設され、骨吸収抑制薬投与中の患者、血液凝固阻止剤投与中の患者等に対する医学管理に係る評価がなされた。しかし、手術を行った時の評価は全くなされていない。この2つの薬剤について、投与中の患者に対して手術を行った場合の評価を、「加算」として設けるべきである。

【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、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「格差」をもたらすことになる。また、導入から一定の期間を経過している届出医療の内容については、見直しが必要である。そのため、下記の改善を求める。

[Ⅱ-3- (13)] 届出医療において、地域格差等により医療技術に関係のない施設基準要件については、患者・国民に提供できる医療に格差をもたらすと同時に不利益を生じさせることから、要件を抜本的に見直すこと。また、導入から経過している届出医療については、抜本的な内容の見直しを求める。

要求理由 施設基準要件のうち、歯科衛生士の配置が要件とされているものには、かかりつけ強化型歯科診療所、歯科外来診療環境体制加算、総合医療管理加算、在宅療養支援歯科診療所、歯科治療時管理料があるが、地域間格差によって「雇用したくとも雇用できない」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、歯科外来診療環境体制加算は、当初、院内感染防止対策を目的として導入されたが、2018年改定で初再診料に院内感染防止対策の施設基準が新設されたことから、本来の主旨と異なるものとなっている。例えば、患者に対する説明、情報提供に際して、モニターを利用した場合の評価とする等、内容を抜本的に見直すことを求める。さらに、総合医療管理加算については、モニタリングの評価がなくなったことを勘案して、届出医療としての見直しが必要である。

[Ⅱ-3-(14)] 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医療機関によっては届出できない施設基準要件が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」、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、③歯周病安定期治療など算定実績を要件としているが、小児歯科のように同治療の算定がない保険医療機関もあることから算定実績については撤廃、④地域ケア会議の出席、介護認定委員会の出席など希望するすべての医療機関が参加できないもの、退院時共同指導料、退院前在宅療養指導料、在宅患者連携指導料等ほとんど算定のないもの、NSTのように算定が極めて少ないものは撤廃するべきである。

本来の意味でのかかりつけ歯科医機能を評価するために、医療機関間連携の構築を重視した施設基準要件とするべきである。

【「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-(15)] 歯科衛生士の評価を抜本的に見直すこと。施設基準要件における「歯科衛生士の配置」をもって、歯科衛生士の評価をするのではなく、医学管理、外来診療や在宅診療の補助を行った場合の評価をすること。

要求理由 在宅歯科医療においては、歯科訪問診療補助加算は、2018年改定で「在宅療養歯科診療所」のみならず「歯科訪問診療を実施する保険医療機関」(一般歯科診療所)の歯科衛生士が行った場合も算定できることとなった。外来診療においては、このような歯科衛生士の評価はない。医学管理のうち、歯科疾患管理料の加算である小児口腔機能管理加算と口腔機能管理加算について、歯科衛生士が補助を行った場合の評価を「診療補助加算(仮称)」とすることを求める。また、「歯科衛生士実地指導料」や「訪問歯科衛生指導料」は歯科医師が行った場合の評価がないが、この不合理を是正したうえで、「歯科衛生士」が行った場合の評価を別途設けるべきである。

[Ⅱ-3-(16)] 患者の口腔の健康増進に資するため補綴治療の質を確保し、歯科技工士の就労や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。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。

歯科技工士の適正な評価を確立するためには、歯科技工の委託技工料に係る問題を解消することを目的とした抜本的な点数引き上げが急務である。

また、点数引き上げに加えて、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を確立することや歯科技工士に適切な技術料（委託技工料）が渡るような実効性ある取引ルールの確立をはかるべきである。

上記に加えて、歯科技工加算の点数を引き上げるとともに、専門職間の連携を重視する観点から、院内・院外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-（17） 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。2016年度歯科疾患実態調査によると、「補綴の状況」のうち「一部完了」者が24.3%、「未処置」歯は13.4%と、前回調査（2011年）に比べて増加し、特に、「未処置」者の割合が増加傾向を示したのは、過去40年で初めてのことである。この改善に向けて、ブリッジ支台第二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、学校歯科検診調査項目、判定基準等を見直したうえで歯科矯正の必要があると指摘された場合、口腔機能発達不全症において、矯正治療が必要と診断された場合の歯科矯正については保険適用するべきである。

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を求める。

【Ⅱ-3-（18） メタルフリーの流れとともに、金属アレルギーへの対応として、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、高強度レジンブリッジの適応が拡大されているが、今後のさらなる拡大に向けて、同材料については、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象としないこと。

要求理由 2018年改定で、同材料の適応範囲が拡大された。今後も、さらに適応範囲が拡大されていくことが思料される。危惧されることは、適切に症例を選択したとしても、金属との強度差から考えると、破折のケースが増えていくものと思われる。患者の要求に応えつつ、歯科医療機関の負担をなくすためにも、同材料による歯冠修復・欠損補綴については、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象としないこと。

[Ⅱ-3-(19)] 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、ルールを公開すべきである。