

2022年度診療報酬改定に向けた保団連要求

(第2次案)

<目次>

○2022年診療報酬改定に向けた保団連要求（第2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……………	2
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……………	8
II - 2	2020年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求……………	16
II - 3	2020年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求……………	72

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(案)

はじめに

2020年以降の新型コロナウイルス感染症の拡大は、医療・社会保障の劣化・脆弱さを露呈し、国民生活の困窮や経済低迷に追い打ちをかけている。長引く受診の手控えや外出自粛で高齢者を始め国民の心身の健康状態は悪化している。新自由主義に基づく低医療費抑制政策に加え、コロナ禍での感染対策、患者減、収入減により多くの医療機関の経営逼迫は未だに改善していない。

感染患者受入れを担う公立・公的・民間病院や保健所などの機能を縮小・後退させた結果、急増する感染症への対処を困難にし、感染拡大で必要な医療が受けられない「医療崩壊」が発生し、現在も危機的状況は継続している。生活困窮者への支援拡充や事業継続・雇用維持、感染拡大防止や医療確保など、コロナ禍から国民の命・健康を守る施策の拡充は一刻の猶予も許さない。

このような事態の中で、ヨーロッパやアメリカの感染者数、死者数に比べ日本がはるかに少ない感染者数、死者数にかろうじて抑え込めているのは、国民それぞれの努力に加え、医療機関が経営困難に陥りながらも献身的に医療を支えてきたからである。

しかし現政権は、第3次補正予算で、GoToキャンペーンの延長やデジタル化など不要不急の施策に巨費を計上する一方、持続化給付金・家賃支援給付金など事業継続支援は早々に打ち切った。また感染拡大防止と医療確保に向けた財政措置が不十分で、医療現場への支援金給付も大きく遅れたのである。医療機関は、憲法25条に基づく医療保険制度を支える上で極めて重要な役割を果たすなど、高い公益性を持っており非営利が課せられている。国は、国民の受療権を保障するために、医療機関の機能維持に責任を負わなければならない。

2021年2月16日に開催された衆議院予算委員会で、意見陳述に立った住江憲勇会長は『「検査体制の拡充」『社会活動を抑制する場合の経済的補償と救済』が政府の責任として果たされていない。ここに現在の国民生活の困難の原因がある』と厳しく指摘した。地域医療の困難については、2020年上半期の概算医療費が前年比でマイナス1兆1千億円に上っていることなど「非営利、皆保険制度を堅持するためにも、地域の第一線の医療機関への減収補填が何としても必要」と強調した。患者負担の問題では、75歳以上の窓口負担2割導入などを昨年末に閣議決定し、国会審議に付すことについて「コロナ禍であえぐ国民、高齢者にさらに負担を強いるもので、正当性、合理性はない」として反対の立場を強調している。

今後、新型コロナウイルス感染症の対応の他に、医師の働き方改革、地域医療構想をめぐる問題、データヘルス改革推進によりレセプト摘要欄のコード化など、医療機関をめぐる課題は山積しており、改革推進に伴う負担増加は計り知れない。

医療従事者の処遇を改善し、医療機関の経営逼迫を解消するため、すべての医療機関の実質的な減収補填の実現と感染拡大防止、さらには平時や臨時的を問わず十分な診療体制確保のために、診療報酬の抜本的引き上げが当然である。

以上の点から、下記要求の実現を強く求める。

[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
- ・紹介状なし病院受診時定額負担の対象病院を拡大しないこと。また仕組みの中に、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の追加定額負担を患者に求める仕組みを導入しないこと
- ・費用対効果評価の評価結果を「保険収載」の可否の判断に用いないこと
- ・痛み止めなど、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こと

—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

—子ども医療費を現物給付で助成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

・妊産婦の医療費無料化を、国の制度として実施すること

・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。2020年12月15日、全世代型社会保障検討会議「最終報告」を閣議決定し、△75歳以上で年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計320万円以上)の人、約370万人を対象に、医療費の窓口負担を原則1割から2割に引き上げる、△特定機能病院および一般病床200床以上の地域医療支援病院を紹介状なしで受診した場合に徴収が義務付けられている定額負担(初診5000円等)について、対象病院を拡大する、△あわせて保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の追加定額負担を患者に求める仕組みに改める方針を決めた。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。

また保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の追加定額負担を患者に求める仕組みは、保険給付範囲の縮小にはかならず、「国の財政」を理由に保険免責制の導入を狙うものであり、到底認められるものではない。「将来にわたって7割の給付を維持する」とした2002年改正健保法附則第2条の趣旨にもとるものであり、「いつでも、どこでも、だれでも必要にして十分な医療が提供される」というフリーアクセス、現物給付等、国民皆保険制度の諸原則を変質させ、その土台を崩すものである。

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。その例として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。これは世界にも例を見ない日本の高すぎる患者窓口負担のゆがんだ実態を顕在化させた。さらに新型コロナウイルス感染症の拡大により、多くの国民・諸階層が生活困難に陥るなどの状況となっている。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]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(2021年度予算案より、公費ベースで2,003億円(医療分1,179億円(うち、国分851億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))。

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。したがって、地域医療構想の達成のために地域医療介護総合確保基金を運用するのではなく、国民皆保険にふさわしく、どこでも、いつでも、だれもが必要な医療が受けられるよう、体制確保、インフラ整備等に使えるようにすることを要求する。

[I - 3] 診療報酬改定の財源確保では、

①消費税に頼らず、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のための財源は、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:社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」(日本)、“European Social Statistics” (イギリス、ドイツ、フランス)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が要求される。

[I - 4] 診療報酬へ上乘せする手法ではなく、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。

2019 年度与党税制改正大綱は、「診療報酬の配点方法を精緻化する」とし、「精緻化」により「医療機関種別のばらつきが是正されることになる」とした。これに即して、政府は消費税増税対応として、2019 年 10 月から診療報酬本体 0.41%、薬価・材料価格 0.47%をそれぞれ引き上げた。

しかし、「医療機関種別のばらつき」の是正と、個別医療機関に発生している損税が完全に補てんされるのかは別の問題であり、いかに「精緻化」が図られたとしても個別医療機関の損税の解消はできない。

政府は診療報酬改定で損税分を上乘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、上乘せはまったく不十分であるばかりか、「上乘せ」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。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] 通常の薬価改定は2年に1度とすること。

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等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なり、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も更に拡大する。R幅の適正範囲について検討することが必要である。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ため実施しないこと。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] 費用対効果評価の評価対象は、高額薬剤に限定し、薬価の調整に留めること。 評価結果を「保険収載の可否の判断」には使用しないこと。

要求理由 薬価が治療効果に見合う適正な値付けとなっているかどうかを判定する費用対効果評価が2020年4月から本格実施となり、当面、薬価の調整(上げ下げ)に活用する見通しである。他方、「骨太の方針2020」改革工程表では、費用対効果評価等を使い、画期的新薬でも他の新薬と比べ薬価が割高となるような場合、保険収載しないことや、保険収載する場合、他の医薬品を保険から外すことなどを求めている。保険収載されなくなれば、医学の発展に伴う恩恵を患者・国民の大多数が受けられなくなる。安全性と有効性が確認された医薬品は迅速に保険収載してきた我が国の公的医療保険制度の原則は堅持すべきである。公正で透明な薬価制度改革を進めつつ、費用対効果評価は、あくまで高額薬剤に限定した上で、薬価の調整での活用に留めるべきである。

[I - 7] 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。

また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 - 8] 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、それによって資格証が交付され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・滞納処分は、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 - 9] 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(法定外繰入)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。しかし 2020 年 12 月 17 日に開催された社保審医療保険部会では、「法定外繰入等の解消」として、取り組み強化を謳っている。さらに各自治体の自主性を否定する保険料水準の統一に向けた取り組み等を強調している。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 - 10] 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。

しかし 2018 年改定において、入院点数は、基本的な診療に係る評価(基本部分)と診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)とを組み合わせた評価体系に再編・統合され、急性期病床については「重症度、医療・看護必要度」評価を中心とした実績評価による機能分化が企図されている。この強制的な再編策は7対1病床のさらなる削減という地域医療構想実現への政策誘導のために導入されたものであるが、本来、診療報酬の評価においては、患者が必要な医療を必要だけ提供されるにはどのような体系がふさわしいか、という観点を第一義に検討が進められなければならない。「実績」による強制的な機能分化は、地域医療を支えるために複数の機能を有している地域の中小病院にとっては、結果として入院する患者の選別につながりかねず、地域医療に大きな打撃を与えるのは必ずである。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。

2020年12月15日に開催された医療計画の見直し等に関する検討会では、新たにパンデミックへの機動的対応を医療計画に盛り込むなど部分的な補強を図るが、総じてこれまで同様、地域医療構想を梃子にしつつ、医師の働き方改革、医師偏在対策などを進めるとした「三位一体改革」の政策方針は堅持するとともに、オンライン診療の推進を図るなど、安上がりの医療提供体制の構築に努める構えに変更は見られない。特に病床削減を進める地域医療構想は維持するとして上で、「財政支援等を行う」として加速化する方針を強調している。都道府県に対し引き続き地域医療構想は進め病床削減を行うよう求めつつ、さらに感染拡大の有事にも平時より備えるよう求めるものであり、パンデミック対応を国から都道府県に責任を大幅に丸投げする形である。このような方針は直ちに転換すべきである。

[I -11]うがい薬の保険給付外しや湿布約 70 枚制限等、医学的に根拠の無い(説明可能な)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 -12]マイナンバーカードの保険証利用は直ちに中止すること。

要求理由 骨太の方針 2020 では、デジタル化・オンライン化を加速すると記述した。それを引き継いだ菅政権は「デジタル庁」を新設するなど、デジタル化に前のめりとなっているが、その目的は国民生活の利便性にあるのではなく、社会保障分野では「負担と給付の調整」に使われるなど、国民一人一人の経歴や資産、健康状態に至るまで一元的に把握する超高度な「管理社会」へと進もうとするものである。

このような中で 2021 年3月からマイナンバーカードの保険証利用が実施されるが、マイナンバーカードでの受診は情報漏洩の危険やそれに伴うトラブルなどのリスクや、事務負担増、環境整備・維持にかかる費用負担増など問題が山積している。

健康保険による医療機関受診は今まで通り『被保険者証』があれば可能である。問題の多いマイナンバーカードの保険証利用は直ちに中止すべきである。

なお現行では上記の通り被保険者証があれば受診できるが、2020年12月17日に開かれた自民党の「デジタル社会推進本部(本部長・下村博文政調会長)」では、マイナンバーカードが近く健康保険証として利用できるようになることを受け、保険証を将来的に廃止するよう求めている。また同日の記者会見で平井卓也デジタル改革相は、保険証の将来的な廃止について「カードの取得が進めば、将来的には保険者(保険組合など)の判断で発行しなくてもよいというのは当たり前。保険証発行のコストも助かる」と述べるなど、廃止を視野に入れた議論がなされていることは問題である。

Ⅱ - 1 2022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)]医療崩壊を食い止め、地域医療を守るために、以下の項目を実現すること。

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 2020年における新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、医療現場の現状は、長年にわたる低診療報酬政策によって、医療を行うに当たって基本的にかかる経費すらもまかなえていない実態が顕在化した。例えば病院は病床利用率が90%を超えないと経営維持が困難なことが明らかとなった。感染下における診療継続のため、公費による補助や診療報酬上の特例措置が実施されたが非常に微々たるものであり、献身的に働く看護師の給与や一時金が賄えないなど、およそ社会保障として考えられない事態となっており、これがいまだに解決されず、個々の医療機関に自己責任として押し付けられているのが現状である。

そのことは、近年の「医療経済実態調査結果」からも明らかで、言うまでもなく、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%)、2014年～2020年にかけてのマイナス改定(▲1.26%(消費税対応分を除く)、▲1.44%、▲1.25%、▲0.46%)により引き起こされた結果であり、10%以上の診療報酬引き上げを求めるものである。

医療機関の原資となる診療報酬を引き上げることにより、医療経営の安定、医療従事者の賃上げや医療の質と安全の確保がはかられ、国民が安心して医療を受けられることとなる。それこそが医療崩壊の危機にある地域医療の現場を救える道である。

② 医療従事者の働き方改革のために、基本診療料を中心とした点数の底上げをすること。

要求理由 主として勤務医の長時間労働への対応として「働き方改革」が提起され、過酷な勤務環境を是正するという課題への対応として、この間、主に入院の施設基準等における人員配置要件の緩和や常勤・専従要件の見直しなどが提起されている。もちろん、医療現場の実態に照らして過剰ともいえる要件等があればそれを緩和しより柔軟な勤務環境を実現することは否定しないが、そもそも、勤務医等医療スタッフの働き方を「改革」するのであれば、国の責任で必要な財源と体制を整備し、働き方改善に向けた医療機関の取り組みを財政的に支援すること、すなわち、十分な人員の確保と適正な報酬を保障し得る診療報酬の評価がベースになければならない。現行報酬水準のまま要件を緩和することにより、医療の安全性を脅かしたり医療スタッフの労働強化につながったりしないよう、入院基本料など基本診療料を中心とした点数の底上げは必須である。

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、2016年度及び2018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。また2020年度改定で厚労省は、診療報酬本体と薬価等を切り離し、従来の「ネット」の改定率は表示しないと説明したが、ネットで0.46%のマイナス改定である。薬価を切り離して別財源とするべきではない。この振替は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、振替の慣行は遵守すべきである。

④ 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、前回改定では「基金」により積み増したことが強調されたが、実際には全体でマイナス改定である。こうした姿勢は、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。

⑤ 医科歯科診療所や中小病院をはじめ、全ての医療機関が地域医療で担っている役割を正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に評価し、初・再診料、入院基本料などの基本診療料を適正に引き上げること。

要求理由 基本診療料は、文字どおり外来、入院医療における地域医療に果たす役割や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。

⑥ 医科歯科間にある格差を解消すること。

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、医科点数の各科に格差がないのは医師の診察における基本的技術を同等に見なして評価したものとイえる。それに比して歯科の基本診療料が長年にわたり低い点数に抑えられてきたことには理由がなく、大変不当である。直ちに格差を解消して医科と同額に引き上げるべきである。

⑦ 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 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 -(2)] 中医協で事務手続きにミスがあった場合には、事実関係の解明と再発防止策を徹底させること。

要求理由 歯科用貴金属、とりわけ金銀パラジウム合金については、仕入れ価格と告示価格との乖離が激しく、歯科医療機関は「逆ザヤ」に苦しんでいる。そのような状況下で、昨年の歯科用貴金属価格の随時改定における「改定漏れ」（告示価格の引上げ漏れと遡及適用）は、事務方の単純ミスでは済まされない問題である。中医協において、このような事態が生じた事実関係を徹底的に解明し、二度とこのようなことが起こらないような再発防止策を検討させるよう要求すべきである。

[Ⅱ - 1 -(3)] 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拡大すること。

① 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。また必要な医療、介護の提供を困難にする、区分支給限度額を廃止すること。

② 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を復活すること。

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。

例えば在宅医療の分野では、介護保険の訪問看護が区分支給限度額の範囲内に制限され、必要な医療提供を困難にする要因ともなっている。

また 2019 年 3 月末で廃止された要介護者、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、リハビリテーションに算定日数上限が規定されている現状のもとでは、患者の ADL 維持や QOL の向上に必要な不可欠な役割を果たしていた。患者の健康を取り戻し、生きることへの希望を持って取り組めるようにすることは、まさに医療の役割であるため、復活することが必要である。

[Ⅱ - 1 -(4)] 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。

[Ⅱ - 1 -(5)]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。また、2019 年 1 月からの妊婦加算の凍結も同様で、中医協での必要な調査、検証を行うことなく、しかも政治的圧力により、いきなり厚労省から中医協へ凍結の諮問が出されたことは非常に問題がある。

診療報酬改定は中医協において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 -(6)]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 -(7)]社会保障審議会で決定される「診療報酬改定基本方針」に様々な医療関係団体や患者団体を始めとする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 -(8)]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 -(9)]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 -(10)]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 -(11)]診療報酬改定説明会を実施できない緊急事態の場合は、改定そのものを延期すること。

要求理由 2020年改定は、新型コロナウイルス感染症の全国的な拡大によりその様相が一変する事態となった。医療機関は患者・医療従事者への感染防御のため、国や政府としてのマスクや感染防御用具等、衛生資材の安定供給もない中、過酷な診療業務に忙殺された。さらにその渦中で、診療報酬の臨時的取扱いの算定対応で大いに混乱する事態となった。このような中で厚生労働省は、改定実施に必要な改定説明会や、各地の集団指導（改定説明会）をいち早く中止したが、改定そのものは延期しなかったため、この時点で国・政府・厚生労働省としての説明責任が果たされない事態となった。3月末にはA4・262ページに及ぶ訂正事務連絡を发出、その中には基本点数の誤りまで含まれている。今次改定がいかに膨大で無理押しの改定だったかを示すものである。しかも9月末で経過措置切れを迎えたレセプト摘要欄のコード選択方式導入はこの影響をまともに受けて、医療機関は非常な混乱をきたす事態となった。この点を教訓に、今回のような緊急事態の場合は、改定そのものを延期すべきである。

[Ⅱ - 1 -(12)]点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記すること。告示・通知の法的性質を峻別し、告示にまったく規定のない項目について、通知のみにより算定要件を設けないこと。

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

[Ⅱ - 1 -(13)]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い、改定後も適用される疑義解釈を明示すること。

要求理由 診療報酬の算定要件については本来、疑義解釈で示されるような内容も含めて、改定時に出される留意事項通知において明確に規定すべきである。2016年改定で検体採取料に新設された「鼻腔・咽頭ぬぐい液採取」は、告示では読み取れない算定制限を、事務連絡である疑義解釈で制限し、未だに整理していない。告示に根拠のない算定制限を、課長通知、事務連絡で規定するべきではない。

その上でこれまで運用されてきた疑義解釈について、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。その上で、告示・通知を整理することを求める。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、公開するべきである。

[Ⅱ - 1 -(14)]点数表を簡素化すること。

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)。単に点数項目数が多いことだけではなく、給付調整など介護報酬との関係も年々複雑となっている。さらに正式告示や通知だけでは正確な点数算定ができず、大量の疑義解釈が出されて初めて運用可能となるなど、異常な運用状況となっている。

また、多くの点数に施設基準の届出が要件化されており、点数を複雑化する要因にもなっている。「算定ルール複雑化」は、医療機関の予期しない過誤請求・萎縮請求の元凶と考える。患者・国民にとって分かりやすい報酬体系を目指す国の方針からも簡素化を行うべきである。

[Ⅱ - 1 -(15)]カルテへの詳細な記載義務の見直しや、同意書を廃止すること。

要求理由 診療に専念できるように在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ)の開始及び終了時間、診療場所(時間要件がなく、場所によって点数が変わらないため不要)などの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。

また地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、訪問診療料、小児かかりつけ診療料の同意書についても、廃止するべきである。

[Ⅱ - 1 -(16)]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・外来や施設間の垣根を越えて併算定禁止や定額払い化を行わないこと。

要求理由 2012 年 7 月 18 日の中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会において、支払側から「治療経過が標準的な疾病の実態を調査したうえで、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いについて検討を進めるべきである。」を要望している。これは患者の個別の状態を無視した評価であり、容認できない。個々の医療行為を正當に評価すべきである。

[Ⅱ - 1 -(17)]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 -(18)]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、柔軟に対応するべきである。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 -(19)]文書による情報提供については、医学管理の診療報酬算定要件ではなく、別に評価すること。同時に、増加する一方の文書提供については簡素化を図ること。

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 -(20)]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診療情報提供料を新設し、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点数を引き上げること。また「イ」に関する紹介元を限定せず、在宅医療を行う医療機関に属する医師とすること。併せて給付調整の「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。
- ④ 診療情報提供料(Ⅲ)について、「かかりつけ」機能を有する医療機関に限定せず算定を認め、3カ月に1回の算定制限を廃止し、算定要件にふさわしく(Ⅰ)と同様に250点に引き上げること。

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が不合理である。

また、患者が県外に転居するなどのケースでは、紹介先医療機関を交付時に特定することは実際上困難である。通常の紹介と同様に診療状況を示す文書を患者に交付しているにもかかわらず、紹介先医療機関を特定できないことだけを理由に診療情報提供料(Ⅰ)の算定が認められないのは不合理である。

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」の「イ」については、在宅医療に必要な医療を提供するという点から、紹介元は在支診又は在支病に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。周術期等口腔機能管理の推進のためには、医科歯科連携の推進が欠かせず、それを評価した歯科医療機関連携加算の点数引き上げや一部の手術に限定している対象の拡大を行うべきである。また、現在、周術期等口腔機能管理を行う歯科医療機関に対する医科医療機関からの依頼文書については評価がないが、基本診療料に対する文書加算として新設し、医科歯科連携の更なる推進に資するようにするべきである。

2020年改定で機能強化加算の施設基準の対象の点数を届け出ている医療機関が紹介元への医療機関へ情報提供した場合などで、診療情報提供料Ⅰの算定要件(患者紹介)に当たらない情報提供の実施を評価する診療情報提供料Ⅲが新設されたが、連携先が「かかりつけ」医機能を有する医療機関に限定されるなど極めて算定が困難な点数となっている。「かかりつけ」医機能を有する医療機関との規定は廃止するべきである。また医療機関同士の連携で、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであるため、患者の診療に必要な情報提供が行われた際に算定できるとし、3月に1回の算定制限はなくすべきである。また点数も(Ⅰ)と同様に250点とするべきである。

そもそも算定可能な医療内容の重複を避ける上では、患者の受診する医療機関間の活発な情報提供のやり取りが重要となることから、限定することなく算定を認めるべきである。

[Ⅱ - 1 -(21)]診療情報連携共有料について、次の点の改善を図ること。

- ① 医科歯科双方で算定できるようにし、併せて点数を引き上げること。
- ② 「3月に1回」の算定制限を「月1回」へと広げること。
- ③ 算定にあたっての照会方法については、文書だけでなく、メール・FAX等の照会方法を認めること。

要求理由 医科歯科連携をより迅速・円滑に推進するために、医科歯科双方で算定できるようにし、文書以外の照会方法も認めるべきである。また、「3月に1回」という算定制限は、医療機関間の連携を妨げる要因となっているため、診療情報提供料と同じく「月1回」とすべきである。

[Ⅱ - 1 -(22)]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。ICT化という新たな展開を踏まえ、利用目的や方法などを限定する必要があるため、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。

[Ⅱ - 1 -(23)]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。

- ① 診療報酬請求上不要な摘要欄記載や記録を廃止すること。
- ② 診療報酬明細書記載要領の摘要欄記載コード化による選択式記録を撤廃すること。
- ③ 70歳以上の被保険者について、高額療養費の対象に該当しない場合は「特記事項」欄への記載は不要とすること。
- ④ 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 記載要領通知の別表1を見れば明確なように、摘要欄への記載が必要な項目が膨大に増えており、医療機関の負担が過大になっている。加えて 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、2020 年改定では大幅にコードが増加し、さらに明らかにレセプト情報収集目的と思われる記載事項が大幅に増加した。電子請求とはいえ操作するのは人間であり、コードの増加そのものと複雑化は事務負担増大や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。そもそも事務負担の軽減、記載の合理化、効率化を理由として導入したにもかかわらず、事務負担増や混乱は趣旨に反し、働き方改革にも逆行すると言わざるを得ない。さらにコロナ禍とはいえ周知責任が果たされない中で実施に移され、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るべきである。

またこの改革はデータヘルス改革や民主的な審査の「合理化」が真の目的であり、「療養の給付」の請求書であるレセプトの目的を逸脱した、医療費適正化の基礎データの収集（つまり目的外使用）そのものである。それを実行するためにかかる負担の多くを医療機関に不当に押し付けていることが問題である。

これとは別に 2018 年 8 月の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。併せて傷病名の標準化は、審査の効率化には寄与しても、医師に過剰な負担をもたらすだけである。医療に専念できるように、標準病名での保険請求の取扱いは撤回すべきである。

[Ⅱ - 1 -(24)]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 -(25)]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 -(26)]「研修」の修了及び「ガイドライン」の遵守を診療報酬の算定要件に一律に導入しないこと。

要求理由 この間の改定で、算定項目に「研修」の修了や「ガイドライン」の遵守が要件化されたが、それら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。診療報酬上で一律に「研修」や「ガイドライン」を組み入れ、要件化することは適切ではなく、医師の裁量と納得によって進めるべきである。

[Ⅱ - 1 -(27)]保険医療材料の価格設定は、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」をなくすこと。また物価等による価格変動を確実に反映することとし、保険償還価格が購入価格を下回ることがないようにすること。

要求理由 必要で十分な医療が受けられるようにするためにも、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」をなくすことは当然である。しかし現状では長期にわたって解決されない問題がある。

例えば医科では、在宅医療で使用される特定保険医療材料について、多くの診療所では小口購入のため大幅な赤字となっている。また衛生材料が、在宅療養指導管理料に含まれる扱いとなり別途請求できないことから、保険医療機関の持ち出しが常態化し経営を圧迫している(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)。さらにC005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料(週3日以上実施し、週1回算定)では、1週間に複数回点滴を実施するため、留置針や点滴回路の費用だけで逆ザヤになってしまう。

歯科では金パラの告示価格と市場実勢価格の大きな乖離が生じ得る状況が依然として改善されておらず、歯科医療提供の維持・確保を脅かしている。

Ⅱ - 2 2022 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

2020 年診療報酬改定は、2018 年改定と同様に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。この間、調剤も含めたトータルの改定率はマイナスである状況が続き、医療費全体の削減が図られている情勢の早期打破に向けた強い運動が必要だ。

政府・厚生労働省は 2040 年を目指した医療提供体制改革の遂行に向け、直近では「三位一体改革」として、特に重点的に①地域医療構想の推進、②医師・医療従事者の働き方改革、③医師偏在対策に取り組むとしている。

そうした情勢の中で実施された今次改定について、保団連は「三位一体改革」を施設基準の変更・強化により強く推し進めようとする「政策的」改定（点数表改定のポイント）と評価し、下記の 3 点をその特徴とした。

第一は初・再診料、入院料等の基本診療料の本体点数が全く引き上げられなかった点だ。初・再診料はこの間 2014 年、2019 年の消費税率引き上げに伴う改定以外、近年では全く引き上げられておらず、実態として近年の物価・人件費の上昇を反映していないのは明白であり非常に問題だ。そして、この問題は新型コロナウイルス感染拡大による感染防御に向けた人員、設備等の費用増加に伴い、一層鮮明なものとなっている。政府はこうした医療機関の苦境に目を向け、可及的速やかに基本診療料を大幅に引き上げるべきだ。

第二は、依然として評価の低い外来医療の検体採取、院内調剤など汎用点数だ。今次改定では調剤料、入院外の調剤技術基本料、注射の静脈血採取料、点滴注射の手技料 1・2、処置の関節穿刺の点数などが僅かに引き上げとなったが、依然として院内調剤技術に係る評価は「調剤報酬」よりも低く、注射の手技等も「労働コストと報酬間の乖離は未だに大きい（内保連）」課題の根本的解決からは遠い状況にある。引き続き、医師の「手技」への適正な評価として点数引き上げを求める強い運動が必要だ。

第三は救急医療の集約化も含めた入院医療の再編統合だ。この間、診療報酬改定を通じて地域医療構想の実現に向けた医療供給体制の再編計画に基づく政策誘導が実施されている。その本質は、急性期医療を担う病院の振り落としを通じた地域完結型の病院への移行であり、計画に乗れない、(乗らない) 医療機関は人件費などの経費増をカバーできなくなるものだ。その結果、一方では病床廃止、削減、介護施設への移行を強いられる状況、他方では勤務医の半数が過労死ラインを超える労働環境下に置かれる状況を引き起こすし、また長年の低医療費政策による開業医の過酷な労働環境とも相まって、地域医療の崩壊を招きかねない点が大いに懸念されてきた。

そしてその懸念は、今回の新型コロナウイルス感染拡大下で、感染症にも対応可能な急性期の病床使用率の逼迫、医師・看護師を始めとした医療従事者不足との形で皮肉にも大いに露呈する形となり、政府の推進する「過剰病床」、「医師の偏在」を前提とする地域医療構想も含めた医療供給体制の再編計画は誤りであった事が明確になったことの証左ともいえる。そもそも過剰な病床など存在すらせず、医師も「偏在」ではなく「絶対的に不足」しているのだ。この点は改めて繰り返し強調すべき厳然たる事実である。

この惨状を教訓に、政府は速やかに病床廃止、削減等を前提とした地域医療構想を見直し、医療機関への実効性のある財政支援を中心とした地域医療の立て直しに全力を注ぐべきだ。保団連は、引き続き、必要な医療従事者の適正な配置と質の確保を担保すべく、必要な人材確保等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等、国の責任ある対策の実施を求めていく。

(2) 外来・入院共通

[Ⅱ-2-(1)] 入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回すること。

要求理由 入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を10～20%あるいは40%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等を算定できない取扱いとされている。これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減(減額)するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、以下の点を要求する。

① 入院料の減額は行わないこと。

要求理由 療養病棟など包括点数算定の場合であっても、「専門外」は存在する。「専門外」であるとの理由があれば、入院側がいずれの種別の入院料を算定していても、他医療機関受診を認め、入院料の減額を行わないこと。「専門外」の判断は主治医が責任を持って行うこととし、審査等の場面において疑義が生じた場合には、主治医の意見を必ず聴取した上で、医学的見地に基づき行われるものとする。

② 外来側の算定制限を設けないこと。

要求理由 入院側がいずれの種別の入院料を算定していても(DPC病棟入院中の患者であったとしても)、外来側医療機関は全額、自院で診療報酬が請求できるようにすること。

③ 診療情報提供料の算定を双方に認めてさらなる連携を促すこと。

要求理由 算定可能な医療内容の重複を避ける上では、他医療機関受診に際して、むしろ診療情報提供書の発行を義務付けた上で、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が必要ではないか。

④ 少なくとも規制の撤回が行われるまでの間、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。

⑥ 患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限を撤廃すること。

要求理由 医学管理の退院時共同指導や、入院点数の入院時支援加算、入退院支援加算の地域連携診療計画加算などの点数は、アドバンス・ケア・プランニングの考えに基づき、患者の意向を踏まえた、多職種による場合も含めたカンファレンスを通じた治療方針の策定を評価する趣旨の点数である。

患者の意向を踏まえたカンファレンスについては、回数が複数回に及ぶことや一定の時間を要する事は日常であり、多職種によるものとなればより多くの時間と人的リソースを割くことが必要となるにも関わらず、「入院中 1 回又は 2 回」、「退院時 1 回限り」との形で算定回数が制限されているのは不合理である。

アドバンス・ケア・プランニングの考えに沿った療養を担保するためにも、患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限撤廃を求める。

【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、療養病棟の褥瘡対策加算など、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。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。

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。また、昨今は高齢化に伴い患者の家族やケアマネージャーへの情報提供が求められる機会も多い。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。しかしながら、2002年からの本格的なマイナス改定以来、特に再診料は、根拠も、理由もなく一方的に引き下げられてきた。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 患者のフリーアクセスや出来高払い制の崩壊に繋がる機能強化加算は廃止し、基本診療料の引き上げを行うこと。

要求理由 機能強化加算を届出することが、診療報酬上、「かかりつけ医機能を有する医療機関」として定義付けられており、当該加算を届け出していない医療機関は「かかりつけ医」ではないとして差別化が図られようとしている。このことによって、「人头払い制」、「登録医制」に向かうことは明らかであり、患者のフリーアクセス制限に加え、診療報酬の出来高払い制が包括払いに変質する恐れがある。そもそも、かかりつけ医とは患者が決めるものであり、診療報酬上で定義付けることは認められない。地域の開業医は「かかりつけ医機能」の役割をすでに果たしているわけで、その評価を行うのであれば、機能強化加算は廃止し、基本診療料の引き上げによって行うべきである。

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。

④ 2019年に凍結された妊婦加算を妊産婦加算として対象患者を拡大させたうえで復活させること。復活に当たっては凍結された際に問題となった教訓を踏まえ、患者自己負担分は公費から支出すること。

要求理由 昨今、不妊治療も含めた妊産婦医療充実の必要性については政府も認めるところであり、一刻も早い対応が求められる。2020年度改定で廃止された妊婦加算も、「妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点」で設定されたものであり、投薬、検査方法の選択など妊娠の継続、出産前後の母子（胎児）への特別な配慮が求められる妊産婦への診療は診療報酬で当然評価されて然るものだ。子どもを産み、育てやすい環境整備が実現するためにも同加算の復活を求める。

また復活に当たっては、2019年の凍結に至った際の根本的な問題となった3割負担という高額な窓口負担の問題であった点を踏まえ、「妊産婦加算」部分は国の負担とし、自己負担の上乗せを実質ゼロにする等の対応を実施する等、妊婦加算凍結の際の教訓を踏まえて実施することを併せて求める。

[Ⅱ-2-(4)] 特定妥結率初・再診料、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（2/24 東京協会）

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。また昨今は、医師が異性の患者を診る際に看護師を同席させることが一般的になっており、人件費の補償も求められる

【Ⅱ-2-(6)】オンライン診療料

オンライン診療料について、

① 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わないこと。

要求理由 2018年改定で新設されたオンライン診療料については、「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、中医協で審議すべき諸課題が山積した状況だ。

オンライン診療の取扱いは、安全性・有効性に鑑み、対象疾患に関わる医師や学会等が主導した調査・分析結果に基づき、医療者が参加するオンライン指針検討会や中医協で十分な議論が尽くされるうえで決められるべきだ。

例えば2020年度診療報酬改定ではオンライン診療の対象疾患に「慢性頭痛」が追加となったが、同疾患の追加は、対面診療と同等程度の安全性や治療効果がランダム化比較試験（RCT）等により示された上、医療技術評価分科会に提案書が提出され、更に中医協の場で検討された上で保険適用に至ったものであり、ただ「便利だから」、「患者の経済的負担が軽くなるから」という理由だけで拙速に保険適用拡大を認めることはあってはならない。

② 「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

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。

③ 初診からのオンライン診療は解禁しないこと。

要求理由

過去に受診歴のない患者に対する「初診からのオンライン診療」は、あくまで「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的、特例的な取扱い」（4月10日事務連絡）において認められているのみである。にもかかわらず、現状は、デジタル化への集中投資として医療のマーケット化を画策する視点から、「初診からのオンライン診療」の恒久化の議論が進められており、看過できない。そもそも保険診療上のルール、医療は対面が原則、ということからすれば、離島や僻地の患者を救うためのオンライン診療が本来あるべき姿であって、営利目的での拡大は医療の否定につながることを認識すべきである。

オンライン診療は対面診療の補完に過ぎず、時限的・特例的な対応の中では、安全性や信頼性を含め、オンライン診療による医学的エビデンスを構築することには無理がある。

すでに、オンライン診療料に関する医学的エビデンスに係る評価については、保団連が2018年11月にオンライン診療機器メーカーを招いた学習会を開催しており、その中で実施したオンライン診療機器メーカーに対して実施した医療機関での使用実態を中心とした事前のアンケート調査結果等を通じて、「病状に変化の無い患者からの電話再診」の範囲を越えない点が明らかとなっている。

また現状の「オンライン診療」の使用実態についても、あくまでも対面診療による診断が実施され、患者と治療方針を確認し、互いの信頼関係の構築を前提とした上で実施される「デジタル通信デバイスを用いたモニタリング」の範疇を超えるものではなく、現時点では対面診療に変わりえるものとは到底いえるものではない。

【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法は、特に規定する場合を除き同一月に算定できない。例えば、高血圧症を管理する患者に睡眠時無呼吸症候群の治療を開始した場合は、特定疾患療養管理料と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は算定できず、いずれか一方の医学管理等に要する費用しか請求できない。

指導内容は全くの別物であるにも関わらず、請求だけを制限することは医学的にも矛盾する。社会構造の変化も相まって、患者には複数の傷病を有する場合が多く、治療内容も多岐にわたる。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。また初診時から算定を認めること。

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。

また初診時において特定疾患の病名が確定すれば指導を行うため、初診時に算定を認めるべきである。少なくとも再診が 1 月以内にあった場合は、その時点から算定可能とするべきである。

- 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慢性疾患を対象を拡大すること。

要求理由 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、療養上の指導を要する全ての慢性疾患を対象とすべきである。

- 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)〕 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-(10)〕 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-（11）〕 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-（12）〕 乳腺炎重症化予防ケア・指導料（B001・29）

左右の乳腺炎別に1回の分娩につき4回算定可能とするか、初回から数か月後の乳腺炎の発症の際には改めて4回算定できるようにすること。

要求理由 再発を繰り返したり、左右で異なった時期に発症することはよくあるため、算定可能とするべきである。

〔Ⅱ-2-（13）〕 婦人科特定疾患治療管理料（B001・30）（2/22 大阪協会）

婦人科特定疾患治療管理料毎について

- ① 毎月算定可能とすること
- ② 対象疾患に「更年期症候群」を追加すること

要求理由

① 生理周期を踏まえて毎月診療を行い、体調の変化を観察し状態を確認することで、綿密な治療計画に基づき療養上の指導を行っている場合でも3月に1回の算定となってしまうのは不合理である。また、ホルモン療法による副作用のため、毎月経過観察を要する患者もいるため、治療上必要があれば毎月の算定を認めるべきである。

② 器質性月経困難症の患者だけでなく、更年期症候群の患者についても、治療計画に基づく指導管理は重要なため、対象に追加すべきである。

〔Ⅱ-2-（14）〕 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（例えばHBs抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗HBs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射、HBs抗原抗体検査及びHBs抗原陽性妊婦に対するHBe抗原検査など）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6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6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-(15)] 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-(16)] 小児かかりつけ診療料（B001-2-11）

「登録制による人頭払い制の導入」に繋がる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-(17)] 認知症療養指導料 (B005-7-2)

認知症療養指導料 3 について 6 カ月の算定制限を外すこと。

要求理由 少子高齢化がますます進展する中、認知症患者が、日常的に診療を受ける医療機関の医師より、認知症に関する専門的な知見に基づいて継続的に療養管理を受けるための基盤整備が一層求められる。

上述のような医療機関の医師による認知症患者への継続的な療養管理への評価としては認知症療養管理料 3 が設定されているが、最長で 6 カ月間しか算定出来ず、実態に見合ったものとは言えないため、算定期間の制限を外すべきだ。

[Ⅱ-2-(18)] 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-(19)] 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、死亡退院等の如何にかかわらず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-(20)] 退院後の在宅医療の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-(21)] 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を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-(22)】耳鼻咽喉科に係る医学管理料の新設

- ① 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。

- ② アレルギー性鼻炎の舌下免疫療法に対する医学管理料を新設すること。

要求理由 アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法については、アナフィラキシーショックへの対応のため、初回投与時に30分以上経過観察が必要となることも含めて、時間をかけた指導管理が必要となる。そのため医学管理料を新設するべきである。

【在宅医療】

【Ⅱ-2-(23)】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。少なくとも、(1)特養入所者に対する医学管理等や施設入居時等医学総合管理料、在宅療養指導管理料に係る診療報酬は、算定できるようにすること、(2)配置医師が、担当する施設の患者に対して実施する、必要な通院治療の診察料に対しては、緊急時や急性増悪時でなくても算定を認めること。

要求理由 1990年代までの特別養護老人ホームは、疾病や障害、その他の理由により入所措置を必要とする高齢者が、配置医師による健康管理などを受けつつ生活を送ることを目的とした福祉施設であった。医療必要度の高い高齢者は、入院医療が提供されていた。

しかしながら、その後、政府が「入院から在宅」へのスローガンの下で進めた、早期退院を促す政策の中で、それまで入院医療を要していた患者さんが在宅や福祉施設に移されることになった。このため、特養入所者等に対する医療の必要度は高まっている。実際、特養入所者等の重症化が進み、容態の急変等が起こる中、24時間365日の対応を求められる配置医師は、入院患者と同様の高度な対応が求められている。それにも関わらず、配置医師としての評価は以前のまま放置され、診療報酬面でも現行の給付調整では、診察料から指導管理、在宅時医学総合管理料、在宅療養指導管理料などの疾病に関する管理料の算定が原則認められない。その他、必要な通院治療においても、初・再診料、特定疾患療養管理料など通常の請求も認められないなど問題は多

岐に渡り、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。

③ 短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、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については利用開始から 30 日を超えても算定できるようにすること。

要求理由 短期入所生活介護は本来 30 日以内の利用を想定したサービスではあるが、特養待機者が要介護 3～5 で 29.2 万人（そのうち約 6 割が在宅以外（＝入院又は施設入所等））、さらに特例入所の対象者（要介護 1 又は 2）で入所待機中が 3.4 万人（※ 2019 年 12 月厚労省発表）で、実態として短期入所生活介護を長期にわたって利用せざるを得ない患者がいる。30 日を超えて利用する患者については、特別養護老人ホーム入所者と同じ取扱いとし、特に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となる①②の患者については、在宅患者訪問診療料等を算定できるようにすべきである。

[Ⅱ-2-(24)] 介護老人保健施設入所者に係る診療料の施設入所者共同指導料について、診療所でも算定可能とすること。

要求理由 施設入所者共同指導料の現行の要件は、併設医療機関以外の病院で老健退所後の療養を担当する医師が老健施設の医師と共同して指導を行った場合に算定するとの形で算定可能な医療機関は病院に限られる。しかし、実態は老健退所後の患者は、病院に限らず、むしろ診療所の医師が療養を担当する場合が多く、診療所でも算定できるようにすべきである。

[Ⅱ-2-(25)] 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、以下の取扱いを廃止し、自宅と同様の取扱いとすること。

① サービス利用開始後 30 日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総管理料及び在宅患者（同一建物居住者）訪問看護・指導料を算定できるとした取扱い

② サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療等の算定を必要とする取扱い

要求理由

1. 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。

2. 介護の受け皿不足等のため、当該宿泊サービスを長期間にわたって利用せざるを得ない患者であっても、自宅等で療養する患者と同じく、定期的な訪問診療や医学管理を必要としている。末期の悪性腫瘍の患者に限らず、訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。
3. 2015年の介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護費に「看取り連携体制加算」が新設されており、対象患者については、当然、保険医療機関からの訪問診療が必須となる。当該施設を看取りの場としても認めるのであれば、在宅患者訪問診療料の算定を利用開始から30日以内に制限するということは誠に不合理といえる。
4. 2020年改定で、退院日から宿泊サービスを利用する場合については緩和されたが、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療料等の算定要件も廃止すべきである。小規模多機能型居宅介護の通いサービスや訪問サービスを利用しつつ外来受診していた患者が、新たに宿泊サービスも利用することになった。この場合、状態の悪化等で通院困難な状態であったとしても、宿泊サービス利用開始前30日以内に在宅患者訪問診療料等の算定がなく、当該宿泊サービス利用中に訪問診療料が算定できない事態が生じている。

〔Ⅱ-2-(26)〕 特別養護老人ホーム以外の「特定施設」についても、医師の指示に基づき、当該施設の看護師等が点滴又は処置等を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料料、及び施設の看護師等が検体採取した場合の検体検査実施料が算定できることを明確化すること。

要求理由

1. 初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した際の薬剤・特定保険医療材料及び検査のための検体採取を行った場合の検体検査実施料が算定できるとされている。また、特養をはじめとした配置医師のいる施設は、通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」により、当該施設の看護師等が行った点滴又は処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体検査実施料が算定できるとされている。
2. 介護保険で看護師の配置が義務付けられている「特定施設」は、介護保険の訪問看護は行えず、医療保険の訪問看護も「医療保険と介護保険の給付調整」により制限を受けている。訪問看護が制限されている「特定施設」では、施設の看護師等による点滴や処置等が必要なケースがあるが、薬剤料、特定保険医療材料料、検体検査実施料の取扱いが不明確である。
3. 2018年度改定で、施設入居時等医学総合管理料に新設された包括的支援加算は、「介護保険の特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」の者も算定対象者としている。特定施設の看護師等が注射又は処置を行った場合の薬剤料や特定保険医療材料料は、初・再診料、在宅医療の通則により算定できることを明確化すること。

〔Ⅱ-2-(27)〕 介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

要求理由

1. 介護老人保健施設入所者については、別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の投薬・注射に係る費用は算定できないとされているが、近年は抗悪性腫瘍剤等以外にも高額な薬剤が増えており、施設の薬剤費負担が過大となっている。施設が薬剤費の持ち出しを避けようとするれば、これらの薬剤が必要な患者は入所できないか、必要な薬剤の投与を受けられないことになり、患者の受療権が侵害され、重大な人権侵害になりかねない。
2. 病院から施設、在宅への流れの中で、急性期病院を退院後に直接在宅へ帰ることができず、老健等の施設を経て在宅へ移行する患者が増えている。急性期病院で使用していた高額な薬剤を投与されたまま、施設へ転院してくる患者の薬剤費負担が施設に重くのしかかっている。

〔Ⅱ-2-(28)〕 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はない限り、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-(29)〕 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指標として不適切という思いを抱いている。「看取り件数」については、全ての支援診療所等の要件から撤廃すべきである。また、このような実績要件を以って「強化型」等の在宅療養支援診療所を設定し、保険医療機関間の点数格差を生じさせるのではなく、今まで地域で必要な在宅医療を提供し、患者の看取りを行ってきた保険医療機関の評価こそ適正に引き上げるべきである。

- ② 上記①の要求とあわせて、強化型（連携型）について連携保険医療機関毎に実績要**

件を課すことはやめ、2014年改定前の取扱いに戻すこと。また、実績期間についても、年度単位でカウントする方法にあらためること。

要求理由 連携型における医療機関毎の実績要件の導入は、グループ内で看取り・緊急往診・病床確保等の各機能を分担して質の高い在宅医療を提供してきた現場の努力を無視し、またチームで在宅を担う人材を育ててきた努力も無駄にさせたものであり、これまでの国による在宅医療推進の方向性とも矛盾している。強化型支援診療所（単独型・連携型）の施設基準は2014年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、看取り及び医学管理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-(30)] 強化型（連携型）在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準に定められた月1回の担当医師のカンファレンスについてビデオ通話を用いた場合を認めることを強く求める。

要求理由 退院時共同指導料において、今次改定にてビデオ通話での共同指導が可能となっていることから、医療従事者間におけるカンファレンスは必ずしも対面でなくてはならないとは考えにくい。対面でのカンファレンスを規定している、2012年4月20日事務連絡にある当該規定の削除を求める。

[Ⅱ-2-(31)] 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-(32)] 往診料にも在宅患者訪問診療料にあるように看取り加算を新設すること。

要求理由 終末期の患者が自宅で最期を迎えるために退院する際は、看取りまで往診のみで対応することがある。事前に患者又は家族等に対し療養上の不安等を解消するための十分な説明を行っても、在宅患者訪問診療料の算定がないため、看取り加算

(3,000点)を算定できず、往診料の死亡診断加算(200点)しか算定できない。

[Ⅱ-2-(33)] 往診料を引き上げること。

要求理由

[Ⅱ-2-(34)] 在宅患者訪問診療料(C001)

- ① 同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診療患者の人数のみによって点数が変わってしまう同一建物居住者の概念を廃止し、在宅患者訪問診療料は、全ての患者に対して一律888点の評価とすること。

要求理由 診療報酬の点数項目に、同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診療患者の人数のみによって点数が変わってしまう一物二価の評価体系を持ち込むことは、地域医療を守るために日々尽力している医師の評価を不当に落としめるだけでなく、同日に1人よりも複数人を診る方が、診療報酬(患者の自己負担額)が低くなること等について、患者に対し合理的な説明ができない点を国は認識せねばならない。在宅患者訪問診療料について「Ⅰ」と「Ⅱ」の区分および今次改定で新設された訪問診療料(Ⅰ)の「2」を廃止するとともに、複数医療機関から訪問診療が必要となる場合は、各々の医療機関で算定できる取扱いとすること。そのほか、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888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については、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 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 在宅療養支援診療所以外の場合は往診翌日の訪問診療は算定できない扱いとなっているが、往診を行った翌日に訪問診療を要する事例がある。現在の取扱い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るべきである。

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。

⑦ 看取り加算の要件を、療養上の不安等を解消するための説明を行い、同意を得ることに限ること（死亡日の往診又は訪問診療を行い患家で看取することを要件から外すこと）。

要求理由 死亡の間際に患者が病院に救急搬送されるケースが少なからずあるため。

⑧ 強化型支援診、強化型以外の支援診に限らず、地域で医療機関同士が連携している場合の要件として、以下の内容を認めること。

ア. 在宅ターミナルケア加算の要件である2回以上の往診又は訪問診療の回数に、連携医療機関による訪問回数をカウントできるようにすること。

イ. 主治医が看取りについて患者又は家族への説明と同意を行ったが、結果的に連携医療機関が看取った場合に、連携医療機関で看取り加算を算定できるようにすること。

要求理由 地域で医療機関が連携して在宅医療の体制を整えるにあたって、地方では、支援診（強化型含む）の届出を行えるほどのマンパワーがないのが実情である。支援診（強化型含む）に限らず、連携して対応にあたっている医療機関に対する要件を整えるべきである。

【Ⅱ-2-(35)】 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で、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。

④ 訪問診療の回数に「往診を含む」とした2014年改定以前の取扱いに戻すこと。

要求理由 月2回の訪問診療を予定している場合でも、現実には、そのうちの1回が往診となることが少なからずあるため。

〔Ⅱ-2-(36) 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-(37) 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、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こと。

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-(38)〕 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（C005-2）について下記の改善を実施すること。

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、同管理指導料を算定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 在宅患者訪問点滴注射管理指導料について、対象を点滴注射だけに限らず、皮内、皮下・筋肉内注射や静脈内注射について訪問を行う看護師等に対して必要な管理指導を実施した場合にも算定できるようにすること。

要求理由 在宅の現場では、皮内、皮下・筋肉内注射や静脈内注射も頻繁に実施されているにも関わらず、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象となる手技が点滴注射のみに実施されることは不合理である。

③ 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う。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-(39)】 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（C006）

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の点数を引き上げること。

要求理由 在宅患者訪問リハビリテーションの実施に当たっては、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を実施することが必要になるが、実施内容に対して点数が低すぎるため、点数の引き上げを求めらる。

【Ⅱ-2-(40)】 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-(41)】 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・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-(42)】 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。また、近年のデバイスの進化は著しく、使用方法が簡便化したことによって、1回の指導で十分実施可能と判断できるケースもある。実際の理解度を無視して指導回数が固定化されているために、本来不必要な診療が生じることもある。

③ 在宅自己注射指導管理料における、自己注射の回数による点数設定を廃止すること。

要求理由 患者に対する指導、効果判定、副作用等に関する管理は、自己注射の回数に関わらず必要であり、患者が行う自己注射の回数で医師が行う指導管理の点数を区分すべきではない。

④ 血糖自己測定器加算「7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」の対象患者について、強化インスリン療法を行う患者に限らず、インスリン自己注射を行う患者や服薬のみの患者にも拡大すること。

要求理由 2020年度診療報酬改定で血糖自己測定器加算に「7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」が新設された。しかし、対象患者は強化インスリン療法を実施している患者に限られている。フラッシュグルコースモニタリングシステム (FGM) は患者自身が血糖変動を知ることができ、指導にも有用な測定方法である。また、採血せずに測定できるため、患者の身体的な負担も軽減できる。強化インスリン療法に限らず、インスリン自己注射を行う患者や服薬のみの患者に対しても算定できるようにすべきである。

⑤ 在宅自己注射指導管理料の導入初期加算について、一般的名称の変更で算定できる従前の取扱いに戻すこと。

要求理由 2020年度診療報酬改定にて、導入初期加算の変更時の算定は別表第9に掲げ

る注射薬に変更があった場合に限られることとなった。しかし、同じインスリン製剤でも、速効型、持続型、混合型等により自己注射の実施、血糖自己測定のタイミングが異なり、改めて指導が必要となる。

⑥ 「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を認めること。

要求理由 現在、生活習慣病管理料において、インスリン非使用の2型糖尿病の患者に血糖自己測定値に基づく指導を行った場合、年に1回に限り500点の加算算定が認められているが、継続的に使用できないなどの理由で、実際にはあまり行われていない。しかし、血糖コントロールがなかなか改善していない場合や治療薬を変更した直後などに一定の期間を設けて集中的に血糖を測り、生活習慣の点検、見直し、治療効果の確認などに役立てることは非常に有意義である。

⑦ 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かかわらず、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-(43) 在宅酸素療法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(C103)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。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-(44)〕 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、他の在宅療養指導管理料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-(45)〕 在宅料療養指導管理材料加算

- ① 気管切開患者用人工鼻加算について、患者に支給した個数に応じて算定できるよう点数を細分化すること。
- ② 中心静脈栄養法及び悪性腫瘍等指導管理を行っている患者に対し、それぞれの注入ポンプ加算を個別に算定できるようにすること。

要求理由

- ① 気管切開患者人工鼻加算は、一律に1,500点とされている。患者の容体によっては支給した材料に係る費用が加算で評価されている費用を大幅に超えることもあり、医療機関の負担が大きくなるため、支給した個数に応じた加算点数とすべきと考える。
- ② 在宅医療において、中心静脈栄養法と在宅における鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法を併施する患者がいる。それぞれ注入ポンプを使用するが、注入ポンプ加算は中心静脈栄養法の場合も鎮痛療法等の場合も「C161 注入ポンプ加算」を算定することとなっており、当該加算を算定できるのは月1回のみである。物品を実際に複数支給しているにもかかわらず、費用が回収できないのは問題と考える。

- 〔Ⅱ-2-(46)〕 在宅人工呼吸指導管理料 (C107) の排痰補助装置加算 (C170/1,800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-(47)〕 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 (C162)

在宅経管栄養法用栄養管セット加算について、対象範囲を「在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の

患者」に限らず算定できるようにすること。

要求理由 従来の算定対象である、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法以外にも、例えば在宅寝たきり患者処置指導管理を実施下での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した栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）の場合においても同様の管理が必要であり、なおかつ消耗品（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円など）が多いにも関わらず、これらの栄養処置に係る費用が管理料に包括されて算定出来ないのは不合理である。

〔Ⅱ-2-(48) 在宅医療で使用される薬剤料・特定保険医療材料料について下記の通り改善を行うこと。

① 購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、実態を把握・調査のうえ、措置すること。

② 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、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。

③ 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 在宅医療の現場では、明らかに医療機関側の医療・衛生材料等の持ち出し部分が多く、経営を圧迫し、在宅医療の提供に対するモチベーションを下げている。こうした厳しい医療現場の実態を把握・理解したうえで、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置した上で、医療上の必要に応じて請求できるようにすべきである。

② 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。

③ 下記のような具体例が現場から報告されており、特に早急な改善を要する。

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プレイカテーテル、チューブ類、消毒薬等については、特に使用頻度が高く、特定保険医療材料として償還価格を設定することが必要である。

2) 在宅医療の部の皮膚欠損用創傷被覆材については、皮下組織に至らない場合でも算定できるようにすること。

〔Ⅱ-2-(49) プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、使用頻度も高く必要な医療材料費であり、特定保険医療材料に復活させ、また併せて在宅で使用する場合も包括扱いすることなく、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 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使用頻度が高く、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、在宅医療の部と以外の場合も特定保険医療材料に指定することが必要である。

〔Ⅱ-2-(50)〕 プラスチックカニューレ型静脈内留置針は使用頻度の高い医療材料である。特定保険医療材料に復活させ、併せて在宅での特定保険医療材料として追加すること。

〔Ⅱ-2-(51)〕 在宅で皮膚欠損用創傷被覆材「真皮までの褥瘡」の場合でも算定可能とすること。

要求理由 在宅欄 (14) で請求できる皮膚欠損用創傷被覆材の算定要件の1つが「いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)(DESIGN-R 分類D 3、D 4 及びD 5)を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合」に算定できるとされており、ルール上は被覆材の「真皮に至る創傷用」は算定対象外となっている。しかし在宅医療の現場では皮下組織には至っていないが真皮までの褥瘡(DESIGN-R 分類D 2)の処置は珍しくはない。

【検査】

〔Ⅱ-2-(52)〕 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-(53)〕 超音波検査で同日でも断層撮影法・ロその他の場合で(1)胸腹部、(2)下肢血管、(3)その他をそれぞれ実施した場合に併算定可能にすること。

要求理由 別の部位で別の疾患を疑って実施しても同日だと主たるものしか算定できないのは不合理であるため。

〔Ⅱ-2-(54)〕 超音波検査の画像をカルテに添付することの要件を外すこと。または必要なもののみとすること

要求理由 超音波検査で得られた画像を診療録に添付することが求められているが、電子カルテの場合、画像データの容量が非常に大きくなるため、サーバーの分離等を行い対応している医療機関もある。管理に係る手間、費用を抑えることができるように改善してほしい。

〔Ⅱ-2-(55)〕 D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査における、検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)または(Ⅳ)の施設基準を廃止すること。

要求理由 病院から紹介を受けた患者を継続的にフォローする場合に、D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査を実施する必要があるが、検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)または(Ⅳ)の

施設基準が壁となり、必要な検査にも関わらず算定できないという不合理な実態がある。一般的な診療所で同加算の（Ⅱ）、（Ⅲ）または（Ⅳ）の基準、特に人員面での基準を満たすことは難しい。また、2018年12月より医療法改正に伴って、院内で検体検査を実施する全ての医療機関に対し検体検査の精度管理が求められることともなっており、その点からすれば同検査では、この検査の施設基準がなくとも検査の質を保つことは可能である。

【Ⅱ-2-（56）】 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、更にそれによって「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-（57）】 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）（平成28年4月25日付）」の間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-（58）】 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、結果も含めた必要な情報を患者に提供できた場合は、文書提供を実施した場合に限らず、外来迅速検体検査加算を算定できるようにすること。

要求理由その日のうちに結果を提供できた場合に加算ができるようにすべきである。特にインフルエンザ、溶連菌、肺炎球菌、ロタウイルス、アデノウイルス、マイコプラズマ、トロポニンT、H-FABPなど小児高齢者の感染症治療判断や心筋梗塞の予後判定に決定的に重要な迅速検査でも算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(59)〕 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-(60)〕 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。

< (61) は統合のため、ここからは削除しました >

〔Ⅱ-2-(62)〕 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-(63)〕 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-(64)〕 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量も踏まえ、医師が必要と判断した場合は全て算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2- (65)〕色覚検査 (D267) について、色覚異常に関する患者・家族への長時間の説明を評価する加算を新設すること。

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と生活指導に対する加算の新設を行うべきである。

〔Ⅱ-2- (66)〕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。この取り扱いは直ちに廃止すべきである。

〔Ⅱ-2- (67)〕ダーモスコピー (D282-4) の算定要件について下記の改善を実施すること。

- 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新たな別疾患に対して必要があつて行った場合は、前回の実施から1月が経過していても、別途算定できるように認めること。
- ③経過観察の目的で行った場合の4ヶ月に1度との算定制限を撤廃すること。

要求理由

①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べきだ。

②別部位・別疾患に対しての検査まで包括されるのは不合理である。

③悪性が疑われる場合など1ヵ月後の再検査が必要な時もあり、悪性度の高い色素性疾患は、手遅れになると生命にも関わり、訴訟のリスクも高まる。4ヵ月に1回と算定を制限する現行の要件は、医学的・社会的双方において不合理である。

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- (68)〕皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量 (MED) 測定の点数を適正な水準に引き上げること。

要求理由皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量 (MED) 測定は、皮内反応検査などの項目とともに、21箇所以内の場合(1箇所につき)16点、22箇所以上の場合(一連につき)350点とされている。

しかし、皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量 (MED) 測定の手技は、特殊、

煩雑であり、検査に長時間を要する。また、判定には皮膚科学的専門性が必要不可欠である。

したがって、皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、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、例えば、特異的 IgE 半定量・定量 1 検体 110 点並みまで適正な引き上げを求める。

【Ⅱ-2-（69）】大腸内視鏡検査（D313）の点数を引き上げること。

要求理由 実施内容に対して点数が低すぎる。胃・十二指腸ファイバースコープ（D308）の点数が 1,120 点である点を鑑みても、少なくとも現行の 5 割程度の点数引き上げが必要である。

【画像診断】

【Ⅱ-2-（70）】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って診断をつけた場合は労災診療と同様に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-（71）】内服薬多剤投与に係る減額規定を廃止すること。

①地域包括診療料・地域包括診療加算の算定対象患者に限らず、入院外の全ての患者に対して、1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を 90/100 に減額する規定を廃止し、むしろそうした患者を治療する場合においては評価を引き上げること。

②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箋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 処方箋料を 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おいては評価を引き上げるべきである。また、当該減額措置の廃止に伴い、処方料・処方箋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- (72)〕 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- (73)〕 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- (74)〕 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- (75)〕 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- (76)〕 湿布薬処方について「1日用量又は投与日数」をレセプトや処方箋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- (77)〕 向精神薬多剤投与及び向精神薬長期処方に係る減額規定を廃止すること。

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又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合に減額する規定や算定制限、不安又は不眠の症状に対するベンゾジアゼピン受容体作動薬について、1年以上連続して同一の成分を1日当たり同一用量で処方した場合の減算規定は撤回すること。

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すべきである。

【Ⅱ-2-(78) 特定疾患処方管理加算

特定疾患処方管理加算 2（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、下記の改善を実施すること。

①**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。**

②**主病の周辺症状に対して 28 日以上処方した場合も算定を認めること。**

要求理由

①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。

②同加算は、「主病である特定疾患に対して 28 日以上処方した場合に算定できる」とされているが、主病の周辺症状に対して 28 日以上処方を行っても算定が認められていない。同加算は本来、「長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図る」趣旨のものであり、投薬がその趣旨に即していれば算定は認められるべきである。

【Ⅱ-2-(79) 後発医薬品の使用促進について、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めることはやめること。

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

【注射】

【Ⅱ-2-(80) 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-(81) 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関わらず、処方箋料が算定できないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(82) 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-(83) 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、点滴注射と同等の点数が必要である。

【Ⅱ-2-(84) 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-(85) 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-(86)〕 外来での抗悪性腫瘍剤局所持続注入の化学療法を実施した後、在宅で継続して持続注入した場合の携帯型ディスポーザブル注入ポンプの算定を認めること。

要求理由抗悪性腫瘍剤局所持続注入で、特に FOLFOX 療法は外来で 2 時間程度の化学療法の後、5 - FU 注を 46 時間持続注入するため、在宅で行うことが多い。しかしながら、このように外来から継続して、在宅で悪性腫瘍剤局所持続注入を実施した場合は、従前より同手技料の算定要件は「ポンプ利用時のポンプ費用は所定点数に含まれる」として、原則注入ポンプの算定は認められておらず、また在宅医療においても C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料や C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算も算定できない。

そのため、現状では医療機関は G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 165 点で携帯型ディスポーザブル注入ポンプ約 3,500 円を負担することになり、大変不合理である。

〔Ⅱ-2-(87)〕 プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、使用頻度も高く必要な医療材料費であり、包括扱いすることなく、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が必要である。

【リハビリテーション】

〔Ⅱ-2-(88)〕 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柔軟に実施できるよう、医師の裁量の範囲を増やすこと。

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-(89)〕 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場合も疾患別リハとみなされ算定が認められており、その機会が多くなっている。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-(90)〕 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-(91)〕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-(92)〕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 リハビリテーションの算定日数上限は撤廃すること。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。また、同様に要介護者・要支援者に対する入院の維持期リハビリテーションの減算や同様の趣旨で平成30年診療報酬改定にて新設されたリハビリテーション総合計画評価料の2を廃止すること。

要求理由

介護保険での維持期リハの利用状況の面で、特に高齢者においては継続的なリハがADL維持に極めて重要な意味を持つ中で、「介護保険の維持期リハでは、要介護者等に対する給付額が決まっており、リハが必要と医師が判断してもケアプランに位置付けられなければ実施できない」、「ケアマネの介入により優先順位が後回しになるケースが多く、対応に苦慮」との形で関係職種との意思疎通に手間取り、迅速なりハ実施が困難となっている実態も報告されている。

そもそも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、①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、②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、③必要なり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。そして、上述のリハビリ現場からの実態報告を踏まえて、要支援者に対する入院の維持期リハビリテーション患者への減算や、リハビリ開始後に算定日数上限の3分の1経過以降から点数を減算する趣旨のリハビリテーション総合計画評価料の2を廃止すべきである。

また、直近の問題として、新型コロナウイルス感染症後の患者については肺機能の低下が著しく、数歩歩くことすら困難な患者もおり、日常生活に戻るためにもリハビリテ

ーションの算定日数上限は廃止するべきである。

〔Ⅱ-2- (93)〕 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- (94)〕 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。

〔Ⅱ-2- (95)〕 別表第9の8「疾患別リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者」に「新型コロナウイルス感染症後遺症の患者」を新たに追加すること。

【精神科専門療法】

〔Ⅱ-2- (96)〕 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回の処方箋で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- (97)〕 通院・在宅精神療法（I002）

通院・在宅精神療法について下記の改善を実施すること。

- ①点数を大幅に引き上げること。
- ②自殺のリスクの高いなど、医師が週2回以上の通院・在宅精神療法が必要と感じた患者については、週2回以上通院・在宅精神療法を算定可能とすること。
- ③診察時間の要件（初診時の30分、再診時の5分要件）は撤廃すること。
- ④電話等による診療においても通院精神療法を算定可能とすること。

要求理由

①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り、点数の大幅な引き上げが求められる。

②患者の状態によっては、計画に沿えず週内に頻回受診が実施される場合もある。その場合においても、通院精神療法を実施する際と同様の対応が求められるが、現行ではその部分の評価が無く、非常に不合理となっている。通院・在宅精神療法の引き上げ並びに週1回とされている算定制限の緩和など、十分な治療を実施できるよう評価すべきである。

③現状の診察において、初診30分以内、再診5分以内で終了する診察は、現実的には想定されるものではない。そうした非現実的な想定に基づく時間要件は不合理極まりない物であることから撤回すべきである。

④外出できない精神疾患患者も多く、電話等で時間をかけて精神療法を行うことも多い。電話等で診療した場合でも通常に通院・在宅精神療法と同規模の評価をするべきである。

【Ⅱ-2-(98)】精神科在宅患者支援管理料の初回算定日より2年とする算定制限を撤廃すること。

要求理由 2020年診療報酬改定で精神科在宅患者支援管理料は、初回算定日の属する月を含めて2年を限度として算定するとされた。しかし、精神疾患の患者がすべて2年以内に治癒もしくは外来通院に移行できるわけではない。また、「ひきこもり」の長期化や高齢化が社会問題化している。治療の継続を打ち切るような期限の制限は行うべきではない。

【処置】

【Ⅱ-2-(99)】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-(100)】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-(101)】処置全般について、対称器官や同一臓器であっても、それぞれ処置を行った場合や、複数部位、複数回数処置を行った場合には、それぞれを評価し、それに応じた十分な点数を設けること。

要求理由 (後日追記・追加意見募集) 何回行っても1回分しか算定できないような点数ではなく、実態に応じた点数設定にするべき。

対称器官規定の削除、絆創膏固定、いぼ焼灼法等、軟属腫摘除、爪甲除去、高度な変形・肥厚、いぼ冷凍凝固などの要求をまとめた要求とする。

〔Ⅱ-2-(102)〕 同一日に行った2種類以上の処置は全て算定できるようにすること。

要求理由 2種類以上の処置を同一日に行った場合、主たる所定点数のみの算定ではなく、行った処置は全てできるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(103)〕 皮膚科軟膏処置（100cm²未満）を復活すること。

要求理由

患者にどの程度の量をどのように使用するかを実際に体験させることは、不適切な外用薬の使用を防ぐ意味でも重要である。また、ただ塗るのではなく、適正な外用薬を選択する判断も評価されるべき。

〔Ⅱ-2-(104)〕 いぼ焼灼法等（J055）、軟属腫摘除（J057）につき、「箇所」を「個」として定義し、個数により算定できるようにすること。その基準に基づき、3個未満、4個以上等の個数が多い区分の評価を新設すること。

要求理由 いぼ焼灼、いぼ等冷凍凝固法など、3個未満、4個以上の評価の区分では評価されないと感じる症例も多い。個数の多い区分を新設すべきである。同様に軟属腫摘除（J057）等においても、多数の場合の区分を新設すべき。

〔Ⅱ-2-(105)〕 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-(106)〕 足の爪に係る処置に関して、下記の改善を実施すること。

① 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。

② 陥入爪の処置に対して手間に見合った評価を新設すること。

要求理由

① 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。

② 陥入爪の処置は一般的には創傷処置（52点）や爪甲除去（60点）で請求される場合

が多い。これらの処置は局所麻酔を伴わないため手術料の対象ではないが、処置に時間と手間がかかるため、これらの点数では不合理である。手間に見合った適正な評価を新設すべきである。

〔Ⅱ-2-（107） 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」とした記載を削除し、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-（108） 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-（109） 摘便（J022）につき、時間と労力を多く要する場合には、より高い点数を設定すること。

要求理由摘便は、ケースによっては一人の患者さんに多くの時間を要し、また便の臭いによって他の患者さんの診療に支障をきたすこともある。多くの時間と労力を必要とするケースの摘便については、100点では低すぎるため、より高い点数を設定することを求める。

〔Ⅱ-2-（110） カニューレ交換処置の点数を新設すること。

要求理由診療所における気管切開後のカニューレ交換に対する点数がなく、再診料のみで処置を行っている。カニューレ交換にあたっては、喀痰吸引や創処置なども行っており、当処置の関する点数新設を求める。

〔Ⅱ-2-（111） J038 人工腎臓

人工腎臓について、下記の改善を実施すること。

- ①**本体の点数を大幅に引き上げること。**
- ②**「時間外・休日加算」を、2006年改定以前の水準（500点）に引き上げること。**
- ③**「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

①人工腎臓の実施や管理には非常に多くの労力を必要とする現状に対して、診療報酬上は従前から正当な評価がされていない。それにも関わらず2018年の改定では更なる点数の引き下げが行われた。こうした現状により、今後、透析を行う医療機関は、減少していく恐れがあることから、抜本的な引き上げが必要である。

②2006年改定で、「時間外・休日加算」が500点から300点に突然引き下げられた。2018年改定では380点まで引き上げられたが、従前の水準までは回復していない。夜間や休日における透析治療の確保のために、一層の評価が必要と考える。

③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-(112) 経管栄養カテーテル交換法

在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイブルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

要求理由胃瘻カテーテル交換法（現在は経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法）の算定にあたり、交換後に画像診断又は内視鏡による確認が要件とされて以来、確認用の器材を持たない医療機関では在宅で胃瘻カテーテルを交換しても材料料さえ算定できない。そのため、内視鏡による確認等が可能な病院への胃瘻カテーテル交換の依頼が増え、病院の負担が非常に大きくなっている。また、交換時の患者の移送も家族や医療・介護従事者の負担となっている。胃内容物の逆流の確認によるスカイブルー法などは在宅でも簡単にでき、患者にも負担をかけずに交換後の安全が確認できる方法であり、算定を認めるべきである。厚労省ホームページに掲載されている「特定行為に係る手順書例集」（平成27年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」（実施団体：公益社団法人全日本病院協会）において作成）における、胃瘻カテーテル又は胃瘻ボタンの交換の手順書では、特定行為を行うときに確認すべき事項に「胃内容物の逆流の確認」（スカイブルー法）が入っており、確認できない場合は速やかに医師に報告することとされている。スカイブルー法は胃瘻カテーテル交換後の安全確認として厚労省も認めている確認方法であり、算定を認めるべきである。

【Ⅱ-2-(113) 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「いぼ」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-(114) 鶏眼・胼胝処置（J057-3）の回数制限（同一部位につき、月2回）を撤廃すること。

要求理由同じ足に多発する場合、別の病変で3回目に来院処置をしても算定できないのは不合理である。

〔Ⅱ-2- (115)〕 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- (116)〕 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。

①点数を抜本的に引き上げること。

②「1. マッサージ等の手技による療法、2. 器具等による療法、3. 湿布処置」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。

③「3. 湿布処置」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

①維持期リハビリが廃止されたことにより、要介護・要支援者に対する維持期リハビリの対応方法として、通所リハの施設基準を整えることができない医療機関は消炎鎮痛等処置で対応せざるを得ない。しかし、理学療法士等を雇用していくには、消炎鎮痛等処置（35点）では賄えず、そうした点を踏まえて抜本的な引き上げを求める。

②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。

③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- (117)〕 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- (118)〕 骨折観血・非観血整復時に医療被曝の点からも「透視化」加算を新設すること。

〔Ⅱ-2- (119)〕 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。

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-(120) 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-(121) 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-(122) 性別適合手術の実施にあたり、手術前に必要なホルモン療法に関しても保険適用を認めること。

要求理由現状では、手術前に必要なホルモン療法に保険が適用されない。そのため性別適合手術の実施が実質的には混合診療となつてしまい、保険での性別適合手術はほとんどなされていない状況であるため非常に不合理である。ホルモン療法にも保険適用を実施すべきだ。

〔Ⅱ-2-(123) 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-(124) 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-(125) 医療材料費・薬剤費について下記の点を改善すること。医療材料費・薬剤費を、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-(126) 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-(127) 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た。そして、この状況は2021年現在も改善されておらず、中には院外処方を実施する医療機関において、調剤薬局にて漢方生薬の調剤受け付けを拒否された事例も報告されている。この状態が放置されれば、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も危惧され、一刻も早い改善を求めらる。

(4) 入院

【入院基本料】

【Ⅱ-2-(128)】 すべての入院基本料を大幅に引き上げること。

- ① 医学管理料、看護料を包括する方式ではなく、施設費・設備費・人件費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。また、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げること。
- 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 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保障し、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。特に、医療従事者の働き方は非常に劣悪な中で、体制を満たすためにはさらなる医療原資が必要であり、現在のような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（防災や警備も含め）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。

②について、新型コロナウイルス感染症が広がっている中で、これまで以上に感染防御に努めた入院医療を提供するため、人員、設備・施設、対応に多くの手間と時間がかかっている。したがって、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げること。

⑤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-(129)】 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算入すること。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均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-(130)】 病棟単位の届出も認めること。

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べきである。また、病棟単位の届出の場合は、看護職員の勤務管理が大変になる場合もあるため、現場の管理に合わせられるようどちらも認めるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(131)】 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人未満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 救急医療の提供など応召義務による患者への対応が必要となるため、減算は不合理である。

【Ⅱ-2-(132)】 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-(133)】 特掲診療料の検査、処置、注射について、「入院中の患者以外の患者に限る」との算定制限を止め、入院中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、入院中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-(134)】 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ため、日数に制限を設けるべきではない。

【Ⅱ-2-(135)】 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-(136)】 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-(137)】 重症度、医療・看護必要度を要件とする病棟が1病棟又は、許可病床数が100床以下の病院については、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 特に患者数の少ない病院・病棟においては、入院患者の状態の変化によって、内訳も変化しやすいため、割合を維持させるのは容易ではない。このため一時的な変動の猶予を設けるべきである。

【Ⅱ-2-(138)】 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-(139)】 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 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-(140)】 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を平均在院日数に算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-(141)】 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-(142)】 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-(143)】 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こととし、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-(144)】 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-(145)】 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-(146)】 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、少なくとも、A101療養病棟入院基本料の注12の「夜間看護加算」、A207-4看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準ではなく算定要件とすること。

【Ⅱ-2-(147)】褥瘡ケアの向上につながらず、現場の労働強化を招く褥瘡対策加算のアウトカム評価を廃止すること。

要求理由 創傷被覆材を使用する場合は、褥瘡部を閉鎖して数日ごとに処置を行うほうが組織の修復が良好であるにも係らず、褥瘡対策加算は、原則、毎日評価しなければならず、現場に多大な負担を強いている。2018/7/10厚労省事務連絡において、部分的に負担軽減となったものの、要件そのものは非常に分かりにくく、特に複数褥瘡がある場合の評価方法はアウトカム評価を徹底する内容となっている。医療従事者の負担とコスト、当該患者の負担を減らすためにアウトカム評価は廃止するべきである。

【有床診療所】

【Ⅱ-2-(148)】 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當に引き上げること。

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（749単位）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安全管理体制の強化が必要。そのためには、診療報酬を引き上げてしっかりと評価することが必要である。

【Ⅱ-2-(149)】 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-(150)】 A108有床診療所入院基本料1～2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の主旨から見て、介護保険サービスのうちいずれか1つでも実施している場合は対象とすべきである。

【Ⅱ-2-(151)】 A108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もあるため、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-(152)】 A223診療所療養病床療養環境加算は、入院環境加算として加算評価とすること。

要求理由 本加算は医療法上の床面積6.0㎡を満たした場合として設定されたが、「有床診療所」は一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診療所療養病床療養環境加算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-(153)】 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-(154)】 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-(155)] 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-(156)] 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。少なくとも、A101療養病棟入院基本料の注12の「夜間看護加算」、A207-4看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準ではなく算定要件とすること。

- ・ 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。重症度、医療・看護必要度の測定が広がっているなかで、算定要件とすることで、基準を満たしていない月全体の類下げ、返還金ではなく、満たしていない日のみ算定できない取扱いとすべき。

[Ⅱ-2-(157)] A207-2医師事務作業補助体制加算を診療所が届け出る場合は、医療資源の少ない地域と同様に取り扱い、年間の救急入院患者数等の選択要件を不要とすること。

要求理由 小規模な入院施設であることに鑑み、診療所については、医療資源の少ない地域での施設基準の特例を適用すべきである。補助者を必要数配置している有床診療所であっても、緊急入院患者数の基準が非常に厳しく、届出できないとの声が挙がっている。緊急入院患者数の基準を満たさない有床診においても、実際に補助者を配置することで、医師の負担は軽減されている実状がある。そのための手当として、緊急入院患者数に関係なく算定できるようにすべきである。

[Ⅱ-2-(158)] 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-(159)】 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-(160)】 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-(161)】 看護職員の病棟勤務時間として算入が認められるものが医療安全管理委員会への出席時間等に限られているので、病棟業務の一環として出席する給食委員会等その他委員会や職員研修も病棟勤務時間に算入できるよう認めること。

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

【Ⅱ-2-(162)】 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-(163)】 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-(164)】 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。

【Ⅱ-2-(165)】 A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算について、全ての病棟及び有床診療所で施設基準の届出・算定ができるようにすること。少なくとも療養病棟などA247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出ができない病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすること。

要求理由 急性期一般入院基本料等以外の病棟や有床診療所でも算定できるようにすることで、ハイリスク患者への対応が広がる。また、少なくとも算定できない他の病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすべきである。

【特定入院料】

【Ⅱ-2-(166)】 「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-(167)】 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-(168)】 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-(169)〕 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とも厳しい。

〔Ⅱ-2-(170)〕 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-(171)〕 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-(172)〕 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地域包括ケア病棟入院料の在宅復帰率について、2018年改定により在宅復帰機能強化加算届出の療養病棟、同加算届出の有床診療所、復帰機能強化型の介護老人保健施設が評価対象から外されたが、これを改定以前に戻すこと。
- ③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。在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床への転院や、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。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥1と3の施設基準のうち、前3月間において訪問診療30回以上か、訪問看護等を60回以上算定しているとの基準は外し、在宅医療を担う診療所との連携体制が緊密に行われていることを基準とすること。

要求理由 地域包括ケア病棟は急性期から療養・在宅に移行するための役割を持つが、必ずしもリハビリテーションを必要としない患者もいることから、これらの提供を出来

高払で評価することが必要である。

②について、地域包括ケア病棟は、急性期後の患者の受け入れのみでなく、施設等で急性増悪等があった患者を受け入れ、治療により元の生活へ戻す役割を有する病棟であるが、2018年改定で、在宅復帰の評価対象から外された介護老人保健施設等から患者を受け入れることが困難となっており、本来の役割を果たせなくなっている。

③について、在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床は従来通り在宅などと同様に判断すべきであり、また、特別養護老人ホームは在宅等と同様に判断すべきである。

⑤重症度が高い患者が増えており、在宅への調整が困難なケースもある。

⑥について、コロナ禍においては訪問診療が更に困難になり、要件を満たすのが更に困難となっている。そもそも、地域包括ケア病棟入院料を届け出る医療機関自身が在宅医療を担う必要はなく、在宅医療を担う診療所と連携することにより、切れ目のない地域包括ケアを行う体制を担えば良いため、他医療機関との緊密な連携体制を行っていることを施設基準とすべき。

【Ⅱ-2-(173)】 A310緩和ケア病棟入院料や A400短期滞入手術等基本料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短期滞入手術基本料3等についても同様に「人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できる」こととすべきである。

【Ⅱ-2-(174)】 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-(175)】 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-(176)〕 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ことを目的とした支援を評価した地域生活指導料（仮称）を新設すること。

②入院中の他医療機関の受診のための付添についても、退院後の地域生活環境促進につながることから、上記の地域生活指導料（仮称）として評価すること。

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-(177)〕 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を平均在院日数の計算対象に加えること。少なくとも100床未満の小規模病院については計算対象とすること。

③短期滞在手術等基本料3の包括範囲から、A218地域加算とA218-2離島加算を除外すること。

要求理由 ①従前の短期滞在手術基本料でも入院期間にかかわらず算定することから、5日以上に必要な入院期間を確保しないまま退院に至る可能性があった。必要な医療を個々の患者の状態に応じた出来高払いで保障すべきである。

②短期滞在手術等基本料1又は3は平均在院日数の対象ではないため、実施している小規模病院では、平均在院日数が大幅に増加しやすい。小規模病院が地域医療に果たす機能を維持できるように平均在院日数要件からの除外をやめること。

③地域加算および離島加算は、当該医療機関の所在地における費用差を評価したものであり、包括すべきではない。

【入院時食事・生活療養費】

〔Ⅱ-2-(178)〕 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との環境に対する評価であるため、食事療養Ⅱにおいても加算できるようにすべきである。

④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られる。

【その他】

〔Ⅱ-2-(179)〕 届出要件のうち、届出受理後に変動が発生した場合であっても、一定の範囲内であれば変更の届出を要しないとの取り扱いがあるが、この対象となる点数及び要件を明示すること。

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

〔Ⅱ-2-(180)〕 有床診療所入院基本料及び有床診療所入院基本料における看護配置加算、医師配置加算、夜間看護配置加算、看護補助配置加算についても届出受理後の要件変動の特例を設けること。

要求理由 病院だけでなく、有床診療所の入院料についても同様の取り扱いとすべきである。

〔Ⅱ-2-(181)〕 医療法で定められている長期休暇者の取り扱い等を診療報酬においても適用すること。

要求理由 (要求理由は検討中)

〔Ⅱ-2-(182)〕 患者の治療などに直接関係のない、「A245データ提出加算」、「A243後発医薬品使用体制加算」、「A204-2臨床研修病院入院診療加算」などについては診療報酬での評価を廃止し、補助金等で評価を行うこと。

要求理由 個々の患者の治療に直接関係のないものは、個々の患者に対する治療行為を評価した診療報酬で対応すべきではない。保険料や患者負担等に原資を依拠した診療報酬ではなく、国庫負担によって対応すべきである。

Ⅱ－３ 2022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、歯科医療は多職種との連携を通じた口腔感染症の重症化予防、誤嚥性肺炎の抑制、術後合併の減少、認知症や糖尿病等の全身疾患の管理、インフルエンザ感染症予防などに寄与することが明らかになってきている。口腔内の健康維持・増進が全身の健康維持・増進や健康寿命の延伸にとって重要となります。

高齢者に対する歯科医療では、心身の活動低下（虚弱）を示す「フレイル」や摂食・嚥下機能の低下に対して、病院・介護施設において歯科医療従事者が関与した専門的口腔ケアの実施により、平均在院日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少等の様々な効果が生じていることが報告されている。

コロナ禍で、歯科医療機関は従来のスタンダードプリコーションに加えて、コロナ対策として院内感染防止対策を実施している。患者が継続して安全に歯科受診できる環境をつくるためにも、歯科医療機関に過度の負担をかけないように、診療報酬等での財政的保障が必要である。

患者・国民を取り巻く経済状況は、この間に格差と貧困の拡大ともなう口腔の健康格差が生じていることも報告され、そのしわ寄せとして「口腔崩壊」と言わざるを得ない重症な症状の患者も広くみられるようになってきている。コロナ禍で誤ったマスコミ報道等の影響も受け、2020年4月以降では全国的な受診手控えが生じた。経済状況や誤った報道等によって早期受診や治療の継続を妨げる状況が広がった。

2020年度改定では、歯科診療報酬は0.59%プラスで、2018年度の0.69%プラスをも下回る改定率であった。わずかな改定率の枠内でも一定の点数の引き上げや新設等がなされたが、歯科医療機関の厳しい現状を打開するには不十分である。院内感染防止対策に係る評価では、引き上げられた点数も規模として不十分であり、歯初診をはじめその他の施設基準には、歯科医療機関への格差・選別の考えや不合理な人員要件等の課題が温存されたままである。歯科衛生士の雇用確保や歯科技工料の適正な支払いを保障する関連点数の評価も不十分なままである。何よりすべての歯科医療機関、歯科技工所が地域医療のニーズに応えた歯科医療を提供できるよう、経営的な環境整備も含めて、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。

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つつ、抜本的に評価を見直し、適正に引き上げること。

要求理由 かつて基本診療に包括された歯肉息肉除去の包括前の点数は54点で、現在でも再診料53点に包括されている。ラバーダムについても、根管治療の効果を高め口腔機能を維持するために有効であることから適正に評価すべきである。また、ここ数回の改定では、処置、歯冠修復及び欠損補綴の項目の若干の引き上げが行われたが、まだまだ低い評価である。処置、歯冠修復及び欠損補綴の項目では、「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。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128点、う蝕歯インレー修復形成120点という評価に対して、浸潤麻酔手技料30点と麻酔薬材料を差し引くと、技術料自体はあまりにも低い評価である。

2016年に歯学系学会社会保険委員会連合が策定した「歯保連試案」では、一例を挙げると診療報酬額（医療材料+人件費総額）が抜髄（単根管）：8,077円、根管貼薬（単根管）：6,014円、永久前歯抜歯：14,437円と試算されているが、現行の保険点数では、それぞれ230点、30点、155点と驚くべき評価しかされていない。この「試案」や日本歯科医学会がまとめた「歯科診療行為のタイムスタディ調査」などを参考にして、診療に係る医療材料費や人件費等を適正に評価すべきである。

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の評価を抜本的に引き上げるべきである。

[Ⅱ-3-(2)] 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、基本診療料における医科歯科間にある格差を解消するためにも、初診料・再診料を大幅に引き上げること。

要求理由 2020年新型コロナウイルス感染症の拡大によって、感染対策の重要性が改めて浮き彫りになった。歯科においては、以前より徹底した感染対策を歯科医療機関の努力によって行われてきたことは周知のことである。「医療安全を確保するために一院内感染対策費の検討」（日本歯科医療管理学会雑誌第51巻第1号40-45（2016））によると、患者一人当たりの院内感染対策費は1,058円であり、対して再診料45点+外来環4点=490円（当時）とあまりにも隔たりが大きいと指摘している。

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、基本診療料である初・再診料を適正に評価し、大幅に引き上げること。少なくとも医科歯科間にある格差は解消し、医科と同評価とするべきである。院内感染防止対策に係る届出が、ほぼ100%であるという現状と、歯科においては特に感染対策は当然実施すべきことであることから、施設基準としての届出医療とする必要性はなく、廃止すべきである。

[Ⅱ-3-(3)] 処置や歯冠修復及び欠損補綴の項目のうち包括されている麻酔については、使用した麻酔薬剤料、浸潤麻酔の手技料は算定できる取り扱いとすること。

要求理由 2020年改定において、手術に際して使用した麻酔薬剤料は別途算定できる取り扱いとなった。しかし、歯科における日常診療において多くを占める処置や歯冠修復・欠損補綴に使用される麻酔薬剤料については、相変わらず評価がない。手術と同様に使用した麻酔薬剤料は別途算定できる取り扱いとすべきである。

また、手術や120点以上の処置と特に規定する処置について、浸潤麻酔の手技料は算定できない取り扱いであるが、歯科の日常診療において、麻酔は浸潤麻酔がほとんどであることを鑑み、浸潤麻酔の手技料も算定できるようにするべきである。

[Ⅱ-3-(4)] 2018年診療報酬改定で新病名として「口腔機能低下症」、「口腔機能発達不全症」が導入されたが、2015年時点では、「生活習慣性歯周病」「口腔バイオフィルム感染症」が最優先検討課題として挙げられていた。高齢化の進展による歯科ニーズの多様化に対応するためにも、歯周疾患のみならず義歯装着患者や周術期患者の口腔管理の推進のためにも、新病名を導入し、関連する医学管理料、検査、処置等を評価すること。

要求理由 平成29年12月の中医協で厚労省より示された「歯科治療の需要の将来予想（イメージ）」では、歯の形態の回復いわゆる「治療中心型」から口腔機能の維持・回復を目指す「治療・管理・連携型」変化していくことが示された。現行の病名は、ほとんどが治療を中心としたものである。小児う蝕の減少、高齢化の進展に対応し、口腔機能の維持・回復ができるように新たな病名と関連する医学管理料、検査、処置等も保険導入するとともに、これらの導入に当たっては、基礎的技術料の引き上げを妨げないことや、臨床現場が混乱しないよう、治療指針の確立はもとより、十分な周知を経て導入するよう求める。

また、現在、周術期等口腔機能管理を行う歯科医療機関に対する医科医療機関からの依頼文書については評価がないが、基本診療料に対する文書加算として新設し、医科歯科連携の更なる推進に資するようにするべきである。

[Ⅱ-3-(5)] 歯科には診療実態にそぐわない算定制限がある。「1歯につき」と同一初診期間中1回のみ算定、様々な減算規定、手術の算定の原則のうちの「処置と手術の取り扱い」等は廃止して、実態に即した請求ができるようにすること。

要求理由 近年は、歯科疾患に対する管理を継続的に行っていくという考え方が浸透してきたため、臨床では1人の患者に対して長期間にわたり診療を継続して行うケースが増えている。「1歯につき」として、同一初診中に1回の算定しか認められていないものが、特に歯冠修復・欠損補綴の項目に多く見られる。長期継続管理を行う上で、再治療が必要になるケースもあることから、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、歯髄保護処置後の抜髄の減算規定やSPT開始後の歯周外科手術の減算規定など、歯科医学的根拠のない規定については、撤廃と所定点数での算定とするべきである。

さらに、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もってきていて、歯科には全くそぐわないものである。例えば、感染根管において、腫脹をきたし、切開と同日に感染根管処置を行った場合に、処置である感染根管処置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-(6)] 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。その上で、「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医科点数表の「E001 写真診断」と同様に所定点数での算定とするべきである。

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-(7)] 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等しく取り組めるように再編・整理すること。

要求理由 「か強診」の医療機関は、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。この2つの項目は、未届医療機関においても、行うことができる内容であるが、評価に差をつけている。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。

従って、「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。

【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いるにもかかわらず、在宅医療に取り組んでいる歯科医療機関が少ないという現状がある。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-(8)] 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、在宅歯科診療の需要に対応、かつ、歯科医療機関が取り組みやすいような診療報酬体系を考えること。

要求理由 超高齢社会を迎え、在宅療養者の口腔の健康を維持するためにも、在宅歯科医療の推進が欠かせない。在宅歯科診療の需要にこたえるために、適正に評価された取り組みやすい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。訪問診療料を算定した場合の加算が限定されていることから、これらの労力にこたえるためにも、すべての処置、手術、歯冠修復・欠損補綴について、加算を設けて評価すべきである。そのうえで、同一初診における再治療の評価、歯周治療における治療の流れ等を外来とは別個に評価すべきである。

また、在宅医療を推進する阻害要因としては、一般歯科診療所が歯科訪問診療料1～3を算定するためには前月までに歯訪問の届出をする必要があるといった、手続きの複雑さがある。簡素化するために、歯訪問を廃止し、訪問診療の割合が95%以上である在宅専門の医療機関の場合に届出が必要とするべきである。

現在、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ている。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になかなか取り組めない。周術期ではない患者についても、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。

[Ⅱ-3-(9)] 在宅歯科診療における時間、時期、回数要件などを撤廃すること。

要求理由 歯科訪問診療料には20分要件があるが、2010年に導入され、2年後の改定で、「容態急変時」の特別規定が設けられたことから、在宅歯科医療の実態とかけ離れた要件であることは明らかである。高齢者の体力等を考慮しても「20分」という根拠のない時間要件は撤廃すべきである。

歯科訪問診療移行加算については、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し、評価を引き上げるべきである。

また、非経口摂取患者口腔粘膜処置について、通知に「経管栄養等を必要とする」と規定され、100点を月2回までの算定となっている。患者の状態によっては、経管栄養と経口摂取を一時的に併用する場合もある。一律に「経管栄養等を必要とする」と限定すべきではなく、患者の実態に即した運用、回数、評価とすべきである。さらに、歯科を標榜する病院への訪問歯科診療は、周術期の管理を除き認められていないが、補綴物や有床義歯のセット直前に入院するなど、やむを得ない場合も例外として認めるべきである。

[Ⅱ-3-(10)] 「同一建物」「単一建物」の考え方を、在宅医療推進のためにも診療現場の実態に即したものとなるよう、抜本的な見直しをすること。

要求理由 訪問歯科衛生指導料について、単一建物の考え方で運用されているが、在宅療養患者は、体調が不安定であり、必ずしも計画通りに歯科診療が実施できるわけではなく、一月単位での診療報酬の区分は困難であり、現場では混乱をきたしている。そもそも、必要な医療を適切に提供している以上、建物や人数で評価をわけのではなく全ての患者で同一の評価を行うようにすべきである。

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、整合性を図る上でも、「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。

[Ⅱ-3-(11)] 検査については、既存の評価を大幅に引き上げるとともに、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 保険収載されている口腔機能低下症及び発達不全症に関する診断のための評価について、低下症の診断のために機器を用いた検査のみが評価されている。その他の検査項目について、かなりの時間と労力が必要にも拘らず、全く評価がない。これらに対する評価を適正に行うべきである。

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-(12)] 歯冠修復・欠損補綴において、診断料等の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、スタディモデルをはじめ複数あるが、例えば補強線は、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、乳白歯、大白歯の単冠での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。

新製義歯に対する新製有床義歯管理料については、一口腔単位での算定となっているが、対象となる歯科補綴物は異なることから、1装置ごとの義歯管理に算定単位を見直すべきである。また、異なる装置に対する調整という観点から、新製義歯以外の義歯の歯科口腔リハビリテーション料との同月における併算定を認めるべきである。

[Ⅱ-3-(13)] 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、別途評価を行うとともに、診療情報連携共有料の算定要件を見直すこと。

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。

また、様々な薬剤を服用している患者に手術を行う場合は、服薬状況などの情報提供を依頼して診療情報連携共有料を算定するが、歯科を標榜した医療機関に対する依頼は対象外となっている。歯科を標榜している医療機関の医師に情報提供を求めることはあるため、算定要件を緩和するべきである。

〔Ⅱ-3-(14) 超高齢化、疾病構造の多様性を鑑み、病院歯科の機能を充実させるためにも、評価を見直し、大幅に引き上げること。〕

要求理由 病院歯科では、入院患者の管理やリハビリを含めて他（多）職種との連携を施行している。在宅・施設への訪問診療でも施行されているが、病院歯科の特性を生かして、地域の実情に応じた困難事例の受け入れや全身管理を必要とする障がい者の診療などの役割を担っている。

病院経営において、長らく歯科は不採算部門として指摘されることも多く、設置病院の数は減少傾向が続いてきた。ようやく最近になって、病院歯科の役割の再評価とともに病院歯科固有の診療内容なども考慮し、その役割に見合った、不採算とならないよう手術等の技術料の大幅な引き上げが必要となっている。

【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-(15) 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ともにも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、医科と同様の診療行為にも関わらず届出医療としている項目については、抜本的に見直すこと。〕

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、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、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、歯科治療時医療管理料があるが、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。

特に、歯科治療時総合医療管理料はモニタリング行為そのものへの評価である。歯科衛生士の関与は不可欠ではなく、歯科衛生士が配置されていなくても、治療を安全に行うために必要なモニタリングはどの医療機関でも実施している。有病高齢者の多い過疎地域では歯科衛生士の確保が困難である一方、モニタリング下での治療が求められており、矛盾を一層拡大している。そもそも、医科の類似点数である呼吸心拍監視は「検査」の項目に位置づけられており、施設基準ではなく、何かの処置を前提とした検査でもない。届出医療としては撤廃し、検査として独立すべきである。さらに、総合医療管理加算については、医科との定期的な連携のもとで、歯科医師が総合的な医学管理下で診療を行うことが本旨であるはずで、モニタリング行為そのものへの評価である医管とも性質が異なる。施設基準としての取り扱いは、廃止すべきである。

〔Ⅱ-3-(16) 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抜本的に見直すこと。〕

要求理由 「か強診」は、診療内容と整合しない、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、②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

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べきである。

本当の意味でのかかりつけ歯科医機能を評価するために、医科歯科連携、医療機関間連携、多職種連携の構築を重視した施設基準要件とするべきである。また、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や医科歯科連携、医療機関間連携、多職種連携を評価する体系に改変すべきである。

【「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-(17)】 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 外来診療においては、歯科訪問診療補助加算のような歯科衛生士の評価はない。医学管理のうち、小児口腔機能管理料と口腔機能管理料について、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-(18)】 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や歯科技工士学校数・入学者数の減少が進み、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。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-(19)】 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白歯への前装金属冠、金属床部分義歯、ジルコニア等、安全性も確保され十分普及している技術・材料は、医療機関が積極的に活用できるよう適切な評価をし、直ちに医療機関が不採算とされない点数で保険導入するべきである。

また、歯科矯正医の連携を図った上で、機能不全に繋がる不正咬合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、整備も踏まえて、保険適用するべきである。

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べきである。

[Ⅱ-3- (20)] **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、さらに拡大に向うであろう。また、審美面からの患者の要望に答えるためにも、金属アレルギー患者のみならず、主治医が可能と判断した症例についても適応を拡大すべきである。また、非金属という材料の特性を考え、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象から除外すること。**

要求理由 現行の取り扱いでは、金属アレルギー患者については、前歯部に係るブリッジ以外、非金属の材料で対応できる取り扱いとなっている個々の歯牙の状態に応じて、歯科医師が可能と判断した症例においては、前歯部、大白歯部に係るブリッジに対して高強度レジンブリッジの適応拡大をすべきである。加えて、硬質レジンジャケット冠などの非金属冠の形成料は同一の評価とすべきである。

[Ⅱ-3- (21)] **クラウン・ブリッジ維持管理中の再作製を認めるとともに、非金属冠の場合は対象から外すこと。また、事前承認ブリッジの対象に分割抜歯やSPTで管理中の場合などを認め、クラウン・ブリッジ維持管理料を届け出していない医療機関に対する加圧根充に対する制限を撤廃すること。**

要求理由 クラウン・ブリッジ維持管理にかかる2年間の再作製制限には歯科医学的根拠がない。未届医療機関に対する加圧根充の算定制限にも合理的根拠がない上に、長期管理中の再度の感根処の制限にまで矛盾が拡大している。当面、非金属という材料の特性を踏まえ対象から除外するとともに、臨床実態に応じた再作製の緩和措置を大幅に拡大すべきである

[Ⅱ-3- (22)] **P重防の適用については、ポケットが4mm未満であっても、歯根長の1/3を超える骨吸収がある場合などは、主治医の判断でSPTを選択できるように変更すべきである。また、P重防、SPTの移行については3月という期間の規定は見直しし、患者の状態によって移行できるようにするべきである。また、SPTの包括項目のうち、歯清、P基処、咬調は別途評価すべきである。**

要求理由 P重防の対象は、ポケットが4mm未満となっているが、例えば、G E c tなどの歯周外科手術後、一時的にポケットが浅くなる場合などは、重症例にもかかわらず3カ月メンテナンスとなってしまふ。また、SPTとP重防の行き来が生じるなど継続管理に混乱が生じている。骨吸収の度合いなど、歯周炎のステージに配慮した取り扱いに改変すべきである。また、必要があつ

て実施した歯清、P基処、咬調は、適切に評価すべきである。

[Ⅱ-3-(213)] 歯科用貴金属の購入価格が過不足なく保険償還されるよう市場実勢価格を適時に調査・把握し、実態に即した抜本的な制度改善をすること。当面、随時改定は改定ルールを整理し、定期で実施すること。

要求理由 歯科用貴金属価格改定は、改定時の特定保険医療材料価格調査で合金の市場実勢価格を把握する以外は、主な各素材価格の変動を参照するにとどまっている。この間、保団連では、金銀パラジウム合金（以下、金パラ）について、独自に市場実勢価格を調査し、「逆ザヤ」の実態を明らかにしてきた。「逆ザヤ」の課題を制度改善の正面にすえるためには、実態把握が必要であり、歯科用貴金属の購入価格が過不足なく保険償還されるよう国が市場実勢価格を適時に調査・把握するなど、現行の価格改定の仕組みを検証の上、抜本的に制度改善すべきである。

検証にあたっては、特定保険医療材料価格調査が非公開であることも鑑み、透明性を確保する観点から、改定に用いた価格データなどを情報開示および情報提供することも必要である。

現在、運用されている随時改定には、変動幅が±5%を基準とした随時改定Ⅰと±15%の随時改定Ⅱがあるが、基準の妥当性も不明瞭である。当面、随時改定については、随時改定ⅠおよびⅡを整理し、3カ月ごとに変動幅に関わらず定期で実施すべきである。なお、制度改善にあたっては、医療材料の取引以外の物品取引についても見識を広げ、各種の価格調整制度も参考に検討すべきと考える。