

保団連代議員会
長野県保険医協会からの発言

共生生む署名活動や給付調整の改善等

保団連の16～17年度第2回代議員会が1月29日東京で開かれ、その詳細は既に全国保険医新聞で報道されている。本紙では長野県保険医協会の代議員(鈴木会長、野口副会長の2名)による発言(文書発言含む)の要旨と保団連執行部の関係答弁の要点を紹介。

1.諸制度の改善目指す運動対策を

(鈴木代議員)国民を取り巻く困難は多く、様々な社会制度が国民の負担を増大させ、医療へのアクセスを阻んでいる。今回の保団連の患者負担増反対の取り組みは高齢者負担増に反対する署名となったが、単に高齢者負担増反対だけでは幅広い世代からの支持は得にくい。貧困、格差、雇用などの問題を保団連としても重視し、若年層や勤

労世代を含め全世代に共感を生む宣伝を求める。

(執行部答弁)政府は高齢者との世代とを分断しながら、あらゆる世代の負担増を狙っている。これらへの対応としては、全世代を意識した取り組み、高齢者の負担状況などを広く知らせる、将来的に患者負担を無くすことを展望する運動を進める、という3点が重要である。今回の患者負担増



壇上で発言する鈴木代議員

反対の署名には受診時定額負担、市販類似薬の保険外し、70歳以上の高額療養費の限度額引き上げ、光熱水費の負担、介護分野の負担増についても項目を入れた。署名への取り組みをお願いしたい。

2.借金大国日本の責任は誰が負う？

(野口代議員)財務省やマスコミは社会保障費の増加を繰り返し宣伝し、国債など借金の額が1000兆円を超えると

して国民の不安を煽っているが、借金の原因にあるのは政権の経済政策の失策によるもの。国の借金は国民の借金ではなく政府の借金であるにもかかわらず、国民に負担を強いるのは無責任極まりない。社会保障の拡充を目指す我々には、財務省のプロパガンダを跳ね返す運動が必要だ。

(執行部答弁)社会保障分野で財源構成をみていくと、約30%が被保険者負担、約26%が事業主負担の社会保険料。約27%が国の負担。この27%は一般会計歳入構成で公債金が約35%なので、按分すると10%が借金。この10%分を取り上げて1,000兆の借金がすべてだと財務省は言うが、ごまかしだ。財政の好循環によって財政健全化へ踏み切るべき。

3.フロア発言

(野口代議員)検体検査室に対する危

惧はもっともであるが、我々には「患者満足度」を上げる医療が求められる。「よく話を聞き、正しい診断を追求し、検査をして、治療を組み立てる」といった医療の本体とも

いえる部分が軽視されている。医療の本質というべき我々の技術が十分評価されるような運動をしていくことによって打開できると思われる。

(執行部答弁)保団連は「開業医宣言」を発表し、「真に患者に寄り添う医療の実践」を宣言している。一読いただき、皆さんの目にも留まるよう工夫してほしい。

4.医療と介護の給付調整の改善を

(野口代議員)介護保険制度で行われる給付調整は診療報酬改定、介護報酬改定のたびに複雑化し、現場では混乱が生じている。提供する医療機関にとっても、患者や利用者にとっても業務内容、受けるサービスは同じであるため、患者にとって理解不能な給付調整はするべきではない。次回改定では患者の視点からも分かりやすい仕組みに見直されるべきだ。診療報酬改善の働きかけを。

(執行部答弁)介護優先の原則と、医療と介護の棲み分けがされるようになったが、医療・介護は明確に分けられるものではなく、医療費の抑制を目的に始められた介護保険には、そもそ

も矛盾が内包されている。そのため医療と介護の給付調整というわかりにく



フロア発言をする野口代議員

いものができ、医療費が膨らむたびに様々な制限が設けられ、給付調整がより複雑化した。結果、解釈の混乱を招き、必要な医療請求を阻害

している。患者・利用者にとって分かりやすく透明・公正な制度に改善すべきと思われる。

5.開業医休保のご活用を！

(鈴木代議員)開業医共済協同組合は設立より6年経ち、健全な財政状況のもと運営されている。開業医休保には治療中でも不担保特約で契約可、入院1日目から給付などの特長がある。休保共済会の休保との併用により制度減口しても8口継続が可能など両制度加入によるメリットは大きく、新規入会にも繋げることができる。組織の維持・拡大のため、各協会・医会が開業医休保取扱いの検討を。

(執行部答弁)保団連では2013年に募集を再開した休保制度の加入者増を最重要課題として取り組んでいる。加入者数の厚い年代は制度減口・満期を迎えつつあり、新規加入に伸び悩み協会もある現在、類似の制度導入は慎重にならざるをえない。保険医年金、休保制度は40年以上の運営実績があり、会員に自信をもって勧められるものと自負している。保団連としては、多くの会員が現行の共済制度に加入していただけるよう、既存の制度をさらに充実させることに力を注いでいきたい。

2016年4月の診療報酬改定で経過措置が設けられた点数(施設基準)のうち、2017年3月末で経過措置期間が終了するものがある。4月1日以降も引き続き算定する場合は、改めての届出が

必要とされて
いるので
留意

されたい。届出は、2017年4月3日(月)



までに
関東信
越厚生
局長野
事務所で受理される必要がある。

合を算出した上で、改めて届出を行う必要がある。

コンタクトレンズ検査料は施設基準の変更に伴って改めての届出が必要とされている。2016年3月31日時点で、コンタクトレンズ検査料1(又は2)を届出していた医療機関は2017年3月31日までは同検査料1(又は3)を算定できる経過措置があった。経過措置終了に伴い、新たな基準を満たした上で同検査料1～3のいずれかの届出を行う必要がある(同検査料4は届出不要)。施設基準の詳細は「保険診療の手引」等を参照されたい。

歯科 歯科も4月以降、歯科訪問診療料算定のためには在宅療養支援歯科診療所(歯援診)か歯科訪問診療料の注13に規定する基準(歯訪診)のいずれかの届出を済ます必要がある。昨年3月末時点で歯援診のところは再届出の形となる(本紙430号2面参照)。

2017年3月末で経過措置が終了する項目一覧				
	区分番号	点数又は施設基準名称	対象医療機関	実績期間等
医 科	A100	一般病棟入院基本料(10対1) (一般病床200床以上の病院に限る)	2016年3月31日において、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料を届出していた病院(医療法上の許可病床が200床以上の病院に限る)	新基準 で1ヵ月
	A200	総合入院体制加算1	2016年1月1日において、当該点数を届出していた医療機関	新基準 で1ヵ月
		総合入院体制加算3	2016年1月1日において、総合入院体制加算2を届出していた医療機関	
	-	在宅療養支援診療所	2016年3月31日において、在宅療養支援診療所(強化型(単独型・連携型)・強化型以外含む)を届出していた診療所	1
	D282-3	コンタクトレンズ検査料1	2016年3月31日において、コンタクトレンズ検査料1を届出していた医療機関	6ヵ月
		コンタクトレンズ検査料3	2016年3月31日において、コンタクトレンズ検査料2を届出していた医療機関	
	E101-2 E101-3 E101-4 E101-5	ボジトロン断層撮影、ボジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ボジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ボジトロン断層撮影の注3に規定する基準	2016年3月31日において、当該点数を届出していた医療機関	1年間 (2016年1月～12月)
	歯 科		在宅療養支援歯科診療所(歯援診)	2016年3月31日において、在宅療養支援歯科診療所を届出していた診療所
		歯科訪問診療料の注13に規定する基準(歯訪診)	「歯援診」以外の診療所	(実績0でも可)

1 直近1ヵ月の在宅患者割合に応じて届出を行う。在宅患者割合が95%以上の場合は1年間(一部に3ヵ月)の実績が必要となる基準がある。