

この決議は、厚労大臣、全中医協委員、地元選出国會議員等に送付予定です。  
本日、各位のご確認をお願いします。

## 決 議 (案)

政府は2011年7月1日、「社会保障・税一体改革成案」を「閣議報告」(2012年2月17日に閣議決定)し、その成案が社会保障審議会に報告・議論され、診療報酬、介護報酬改定の方針に盛り込まれた。中医協(中央社会保険医療協議会)でも報告されるとともに、成案を前提とした改定が具体化されることとなった。

保団連は7月8日、2012年診療報酬・介護報酬改定に向けた要求を発表、行うべきは「社会保障・税一体改革」の推進ではなく、国民皆保険制度にふさわしい医療制度の再建を図るべきだと訴えた。また診療報酬、介護報酬については、医学・医療や介護技術の進歩を公的医療保険制度の中に組み込むとともに、行き過ぎた社会保障抑制政策をやめ、国庫負担を大幅に増やして患者負担を軽減するとともに、医療費総枠の拡大と診療報酬の引き上げを訴えた。

11月に公表された医療経済実態調査結果では、すべての医科診療所の損益差額、損益率とも悪化し、中小病院も引き続き厳しい経営状態に置かれていることが明らかとなった。しかし12月21日の財務・厚労両大臣折衝で合意された診療報酬改定率は、総枠で0.004%とされ、医療関係者の運動によって本体マイナス改定は免れたが、別枠で実施された長期収載医薬品引き下げと差し引きすれば実質マイナス改定である。

診療所・中小病院の再診料は「再診料を診療所、病院ともに74点にすべき(「改定の骨子に対する意見」。同旨・類似236件)」との意見が多かったにもかかわらず69点のまま据え置きとされた。リハビリでは要介護被保険者等の給付を、算定日数上限を境に医療保険から外そうとしている。また疾病の早期発見、早期治療、慢性疾患の管理など地域の第一線医療を担う診療所や中小病院が果たすべき機能の強化は評価されないままである。

また平均在院日数の更なる削減、入院から在宅へ、医療から介護への流れの一層の強化などを柱に、入院医療機関の機能分化と再編を図る点数設定を行うとともに、入院患者を速やかに在宅等へ送る連携点数を多数導入した。とりわけ13:1、15:1入院基本料において、一般病棟の90日超長期入院患者の取扱いの廃止や、入院患者の他医療機関受診制限は一部緩和されたが、依然として患者・国民にとって必要な医療を認めず、人手確保に苦勞しつつ地域の入院医療を担ってきた病院の切り捨てにつながる重大な問題である。

また新たに屋内禁煙の要件が導入される。禁煙・分煙の推進は必要だが、今後、医療提供に直接関係しない要件の導入も考えられ、問題がある。

介護保険制度においては、介護職員の処遇改善の公約を反故にし、処遇改善交付金が介護報酬に包括されて実質マイナス改定となった。このような診療報酬の改定、介護報酬の切り下げ、介護保険制度の改悪を断じて許すわけにはいかない。

保団連は、必要な医療が提供できるよう、診療報酬引き上げ・改善と患者負担の大幅軽減を求めて医療関係者、患者・国民とともに奮闘するものである。

以上決議する。

2012年3月27日  
宮城県保険医協会  
医科新点数検討会大河原会場