



2016年7月20日

東京都知事 殿

東京保険医協会
会長 鶴田 幸男

〒160-0023 新宿区西新宿3-2-7
KDX新宿ビル4階
TEL 03-5339-3601
FAX 03-5339-3449

2017年度 東京都予算等に関する請願

<請願の趣旨>	1
<請願事項>	
1 重点項目	
第1章 感染症対策について	2
第2章 健診事業について	4
第3章 医療・介護提供体制について	4
第4章 公衆衛生の確保について	6
第5章 国家戦略特区（東京圏）について	6
第6章 公害・環境対策等について	7
第7章 医療費の助成等について	8
第8章 健康保険制度について	8
第9章 医療機関への指導等について	9
第10章 東京の災害対策について	10
第11章 東日本大震災による被災者への継続的支援について	10
第12章 障がい者対策について	11
2 一般項目	
第1章 後期高齢者医療制度について	12
第2章 健診・検診事業について	12
第3章 審査・指導等について	13
第4章 東京の災害対策について	13
第5章 東日本大震災による被災者への継続的支援について	14
3 東京都から国へ要望していただきたい事項	15

(凡例)

新

… 今年度新設項目

(般)

… 昨年度一般項目

請願の趣旨

東京都知事殿をはじめ東京都職員各位におかれましては、都民の暮らしを充実させるためにご尽力されていることに敬意を表します。巨大都市東京は、過密、多様性、格差、高齢化など多くの問題を抱えながらも、前向きに発展しているように感じております。

私たち東京保険医協会は、都内で保険医療に従事する医師約 5,400 名を集める団体ですが、日ごろの医療、介護、疾病予防などの業務に携わって感じている事柄をお伝えして、ご検討をお願いする次第です。東京都には、他の都市が果たすことのできない様々な役割がありますが、東京都は地方交付税不交付団体として、比較的自由度の高い政策が可能と伺っております。

東京都が先鞭をつけたことによって、全国に波及した政策は少なくありません。実際、ワクチン問題などで東京都が果たした役割は、高く評価されています。医療に関する問題を考えるとき、私たちは東京都から始めていただきたい、という期待を込めて請願している内容もございます。先例の有無ではなく、請願の意義についてご検討いただければ幸いです。

今年はリオデジャネイロでオリンピックが開かれますが、風土病であったジカ熱がクローズアップされました。2020 年には東京での大会が予定されていますが、これまでワクチン後進国と言われてきた日本には、大挙して来日する選手や観客のために、ワクチンで防げる病気に対して、いっそうの対策が必要です。

例えば日本は、昨年ようやく“麻しん排除状態”として WHO 世界保健機関から認定されましたが、一方で風しんについては、未だ膨大な数の免疫を持たない人（特に男性）を抱えたままとなっています。制度の不備やうち漏れを補う救済接種など、お願いしたいと考えます。

またオリンピックを好機としたバリアフリー都市への転換、選手村の一部を身体障害者施設に転換することなどをご検討いただければ幸いです。

保険医療を提供する体制については、地域医療構想には慎重に対応し、病床数の激変を回避して頂きたいこと、国保の都道府県化が保険料の高額化を招かないための対策、医療特区構想が医療の高額化を来さないための対策などが挙げられます。

国は病床数の削減と要介護者の在宅化を計画していますが、完成図のない計画が要介護者を野晒しにする危険を感じております。介護を提供する体制については、圧倒的に不足している介護人材の確保、高齢者の住まいの確保、区市町村における総合事業（訪問・通所サービスなど）の質の担保などがあります。

公害・環境対策としては、老朽化ビルの取り壊しから出るアスベストへの対策、再生可能エネルギーの促進、国内・国外から飛散して蓄積する放射性物質の測定、などです。その他、柔道整復療養を正常化する問題、難病医療における制度の谷間の埋め方など、請願は多岐にわたります。

いつも請願の場をご用意いただいていることに、感謝いたします。2017 年度東京都予算編成等に当たって、以下の項目について請願いたします。

1 重点項目

第1章 感染症対策について

1. 麻しん・風しん対策

(1) 第2期の接種率向上・麻しん排除の維持に向けた取り組みの充実

今後もWHO認定の麻しん排除状態を維持していくために、第2期の接種率向上に向けた取り組みを充実させていただくこと。特に4月から6月の接種率を上げるために、「未接種者への再勧奨・再々勧奨」や「地域医師会等・学校・幼稚園・保育園と協同した啓発活動」について各自治体での取り組みが進むように、さらに支援させていただくこと。

(2) 20～40歳代のすべての成人男女に対するMRワクチン接種の実施

区市町村が、男性も含めた20～40歳代のすべての成人に対してMRワクチンを接種できる環境を整えること。居住地以外で接種した場合も、都内については「償還払い」が受けられるよう、積極的に働きかけること。

国立感染症研究所では、「抗体検査を実施せずにMRワクチンを接種しても医学的に問題はない。抗体検査で抗体陰性あるいは低値判明したまま放置することがないように注意が必要である」との見解を示している。大人のMRワクチンについて、希望する対象都民すべての費用を助成すること。

2. B型肝炎ワクチン定期予防接種

新 (1) 費用助成期間と接種回数 of 広報・周知徹底

本年10月より定期化されるB型肝炎ワクチン予防接種については3回接種が標準的だが、対象者は1歳未満となっており、接種漏れとなる可能性も高い。費用助成の期間内に確実に接種が完了することを呼びかける医療機関向けポスター等を作成し、都民へ周知徹底すること。

新 (2) 2016年4月から7月誕生児に対する救済措置

費用助成の対象となる4月から7月に誕生した子どもは、助成期間が短いため、期間内に標準的な接種を終えられない可能性が高く、同年度内の対象者間に格差が生じることから、対象となる子どもが1歳を超えても接種を受けられる救済措置を早急に講じること。

(3) 助成対象を3歳未満まで拡大すること

国は対象年齢を1歳未満としているが、3歳未満の子どもが感染すると持続感染者になりやすく、将来的に慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと進行する危険性が指摘されている。都として、対象者を「3歳未満」に拡大すること。区市町村が独自に上乘せした場合の費用助成を行うこと。

3. 日本脳炎対策

新 (1) 第2期の積極的勧奨への財政支援と広報・周知の取り組み

当該年度中に9歳に達する者に対して、厚労省通知に基づく第2期接種の個別通知の発送、ポスター・リーフレットの活用等の十分な勧奨を区市町村が行えるよう、財政支援を行うこと。区市町村だけでなく都も、都民に向けて情報発信、広報・周知をしていただくこと。

(2) 特例対象者への積極的勧奨と広報・周知の取り組み

積極的な勧奨差し控えなどの事情により接種機会を逃した特例対象者に対し、第1期の定期接種不足回数分を2期の期間内に接種できること等について、都民に向けて情報発信、広報・周知をしていただくこと。

新 (3) 「生後6カ月」からの接種推奨

日本小児科学会は2016年2月、「最近日本脳炎患者が発生した地域・豚の日本脳炎抗体保有率が高い地域に居住する小児に対しては、生後6カ月から日本脳炎ワクチンの接種を開始することが推奨される」と提言している。近隣県での日本脳炎発生事例も鑑み、生後6カ月から接種が可能である旨を都民に周知していただくこと。

新 4. おたふくかぜ予防接種助成事業への財政支援

おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）罹患は、約300人に1人が難聴の後遺症に苦しむことになる。流行を未然に防ぐためには、ワクチン接種が不可欠である。

2015年度、都内では15自治体がおたふくかぜの予防接種助成事業を実施した。他の自治体も含めて都全体での流行を防ぐために、おたふくかぜ予防接種助成事業への財政支援を行っていただくこと。

5. ワクチンギャップ・自治体間における接種格差の解消と接種率向上に向けた取り組み

新 (1) 安定的なワクチン供給体制の確保

2015年度は季節性インフルエンザワクチンが三価から四価へ変更されたことに伴い、価格が急激に高騰した。また、化血研問題もあり、ワクチン供給が極端に制限された影響で、都内でもワクチンの偏在が起こった。今後このようなことが起こらないよう、都内の安定的なワクチン供給体制を確保すること。

(2) 定期接種（B類疾病）ワクチンの自己負担軽減

「高齢者インフルエンザ」および「成人用肺炎球菌」の予防接種について、都内全自治体で全額公費負担による接種が受けられるよう区市町村を支援すること。少なくとも、生活保護受給世帯および住民税非課税世帯については、いずれのワクチンも自己負担なく接種が可能となるよう財政支援を行うこと。

(3) 都内全域における予防接種事業相互乗り入れ体制の構築

定期接種や都・区市町村が助成しているワクチン接種事業の接種率を向上させるため、実施主体の市区町村だけでなく、都をあげて積極的な取り組みを行っていただくこと。住民が身近な医療機関で予防接種を受けられるよう、区市町村間の相互乗り入れ制度のさらなる導入を促すこと。

新 (4) 里帰り先等で接種した場合の助成制度の促進

里帰り出産や長期入院など、三多摩・23区間、あるいは東京都外で予防接種を受けた場合の自己負担について、文京区や千代田区が実施している里帰り先や長期入院先での定期予防接種費用の還付制度の導入を各自治体へ促すこと。

(般) (5) 任意予防接種の自己負担額軽減

A型肝炎、おたふくかぜ、インフルエンザ（64歳以下）、ロタウイルス等のワクチン接種について、国に先駆けて都独自の助成制度を設けること。少なくとも、助成内容が充実している自治体の水準が、他の自治体でも行えるように助成すること。

新 (6) 予防接種ナビ等に対する経費補助事業の延長

都が2016年度に新設した「スマートフォン等による接種時期の情報提供」サービス（予防接種ナビ等）に係る経費の補助事業について、未実施の自治体に対して積極的な取り組みを促すとともに、同事業を2017年度も継続していただくこと。

(般) 6. 感染症サーベイランスの充実

現在、感染症については全都的なサーベイランスが構築される一方で、一部自治体では「保育園サーベイランス」の導入によって域内の流行状況をリアルタイムで共有できるようになった。感染症の流行予測や予防のため、「保育園サーベイランス」を現在未実施の自治体でも導入できるよう支援していただくこと。全都的に罹患状況をリアルタイムで把握できるシステムを都として構築すること。

7. 新型インフルエンザ（強毒性）、ジカ熱、デング熱等への対策

発熱時の受診方法等について、平時から医療機関および都民に対して広報するとともに、有事の際にもインターネット、テレビ、ラジオ等を通じて万全の対応がとれる体制を準備すること。人命を最優先とし、感染が疑われて医療機関を受診する必要がある場合は、資格証明書であっても医療保険の自己負担額で受診できる体制を構築すること。

第2章 健診事業について

1. いわゆる“無保険状態”者への健診確保

いずれの健康保険にも加入できず、また生活保護の認定もない者（いわゆる“無保険状態”者）の全貌が明らかになっていないことから、東京都として実態調査を行うとともに、そうした都民へも十分な健診機会が確保されるように施策を検討すること。

第3章 医療・介護等提供体制について

新 1. 地域医療構想への対応

次期保健医療計画の策定に大きな影響を与える「地域医療構想」における基準病床数の急激な増減は、現に地域医療を担う多くの中小民間病院の医院経営に大きな混乱をもたらす恐れがある。また、医療従事者の確保なくして単に病床数を増やすだけでは、十分な医療提供は実現しない。引き続き、患者や医療現場からの声を丁寧に聴取するとともに、地域に必要な医療提供体制を堅持するために、東京都として以下の取り組みを進めていただくこと。

- (1) 推計ツールによる将来の病床推計が、そのまま“地域の病床削減”に繋がることのないよう、次期の保健医療計画（特に基準病床数）の策定はいっそう慎重に行うこと。
- (2) 今後、構想区域ごとに設置される「調整会議」について、中小病院・有床診療所等の意見も十分に反映されるよう、丁寧な運営を補佐すること。特に、有床診療所は専門的医療の提供や地域に根づいた療養の場として活用されているため、区市町村・住民の意見を積極的に取り入れるためのルールづくりを行うこと。
- (3) 医療療養病床でも緊急患者の受け入れを行う場合には、緊急患者受入ベッドの確保や救急医療提供に係る費用等について一定の基準の下に財政援助をすること。

- (4) 看護師等の養成・定着・再就業対策事業の実績や評価について明らかにすること。
- (5) 東京都版 CCRC により都内でどの程度の規模で都民の生活の場が移動するのか明らかにし、地域医療構想との整合性がとれるか否か検討すること。

2. 地域の介護提供体制の維持・強化に向けた支援

2015年4月の介護報酬改定は、介護職員処遇改善加算などを差し引くとマイナス4.48%という過去最大の改定率となった。基本サービス費は軒並み引き下げとなり、さらに各種「減算」の直撃を受ける事業所にとっては、サービスの継続はもとより、事業所そのものの存続さえ危うくなるなど、地域の介護提供体制を深刻な状況に陥れている。

本来は国の責任で、介護人材確保に必要な対策を講じるとともに、良質な介護サービスの提供に資する報酬設定とすることが重要である。しかし、とりわけ介護人材の確保については、2025年度には都内でおよそ3万6,000人の介護職員が不足するとされており、東京都としてのさらなる対策が求められる。

現在の「東京都・介護人材確保対策事業」の利用者数など明らかにするとともに、必要に応じた人材確保対策課拡充を検討していただくこと。

新 3. 高齢者の住まい確保の推進

東京都では、2025年に向けて、特別養護老人ホームについては6万人分、認知症対応型グループホームについては2万人分を確保する目標を掲げ、施設整備費の補助などを先進的に実施している。一方で、実際に利用者が入居を希望していても、経済的な理由等により自宅介護を続けざるを得ない場合や、費用が高額となる介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などには入居ができない実態もある。

高齢者が安心して療養できる住まいの確保に向け、引き続き施設整備を推進していただくとともに、特に低所得者や生活保護受給者についての施設入居費・居住費等の補助を検討すること。認知症の独居高齢者について、低所得者等でも必要に応じて認知症対応型グループホームに入居できる環境整備を進めること。

4. 都内の要支援者に対する訪問・通所介護サービスの確保

昨年の介護保険法改正により、全国一律だった要支援者の訪問介護・通所介護は、2017年4月までに段階的に、区市町村が行う「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」に移行することとなった。

住民のニーズを把握し、地域の実情に応じた細やかな介護サービスの提供は重要ではあるものの、一方で従来サービスの質・量が低下したり人員体制が十分に確保できないようでは、利用者にとっても、また介護を担う事業所・職員にとっても望ましいものではない。

何よりも問題なのは、国の新しい総合事業の主眼が、右肩上がりの介護予防給付の増加を後期高齢者の伸び率以下に抑制することに置かれている点だ。また、基本チェックリストの運用についても、自治体の運営方針や窓口職員の力量に大きく左右される。さらに国会でも取り上げられた「介護保険からの“卒業”」のために使われることもいっそう危惧されている。

国の法改正による制度変更とはいえ、都内の給付水準が後退することのないよう、ガイドラインで示されている役割に加えて東京都として以下の取り組みを進めること。

- ① 総合事業へ移行した区市町村が3年ごとに事業の評価・検証を行うに当たって、東京都としても各地の「基本チェックリストの運用状況」「利用実績」「利用者からの苦情」等の

実態を定期的（年1回など）に把握するとともに、その内容を広く都民に知らせること。

- ② 総合事業へ移行した区市町村のうち、「基準緩和型（サービスA）」および「住民主体による支援（サービスB）」を行う場合について、区市町村が「介護従事者」や「事業責任者」などに対する適切な研修が実施できるよう、財政支援を検討していただくこと。

第4章 公衆衛生の確保について

新 1. 柔道整復療養費への正しい理解の促進について

- (1) 都民に対して、制度の概要、保険適用の範囲、受療時の注意点などを分かりやすく解説したポスター・リーフレット等を作成するなどし、正しい理解の普及を行うこと。
- (2) 地域に開業する接骨院に対して、以下の取り組みを行うこと。
 - ① 柔道整復師法に規定された広告表示を遵守するよう、東京都所管の地域保健所と連携するなどして指導・是正を行うこと。また特別区等の保健所とも情報共有するなどして、都内全域の法令順守を主導すること。
 - ② 区市町村・保健所等において、上記に関連する十分な人員体制が確保されるよう、必要な財政支援を行うこと。

第5章 国家戦略特区（東京圏）について

1. 東京都における特区構想の運用について

東京の国家戦略特区において、医療分野ではすでに「保険外併用療養に関する特例」「病床規制に係る医療法の特例」「外国人医師による外国人患者の診療に関する特例」などの運用が始まっている。

さらに昨年12月には、すでに神奈川県や大阪市の特区内で先行する「家事代行サービスに従事する外国人の入国・在留資格の付与」についても、東京圏として検討を始める方針が示されるなど、特区を活用した規制改革は前進の一途である。

そもそも国家戦略特区の理念である「岩盤規制全般について突破口を開く」ことが、医療分野では“医療の営利ビジネス化”を招いた自由診療が公的医療保険制度を形骸化させたり、安全性やサービスの質を低下させ、地域医療の骨組みを切り崩す危険性をはらんでいる。

都民が安心して地域医療を享受できるよう、以下の取り組みを東京都として行うこと。

- ① 既存の人材・財源・施設等の医療資源は「世界で一番ビジネスがしやすい国」を目指すためではなく、都民の地域医療の充実のために活用すること。
- ② 当初提案していた東京発グローバル・イノベーション構想のうち、とりわけ医療分野に関連する「創薬のメッカ形成」、「東京都版PMDA創設」、「株式会社による医療ツーリズム受け入れ病院開設の容認」について、現状と今後の見通しを明らかにするとともに、広く都民にも知らせること。

第6章 公害・環境対策等について

1. アスベスト被害対策への強化

(般) (1) 解体・改修工事を担当する業者へのアスベスト対策指導と実態調査

建築物などの解体・改修によるアスベスト飛散の増加が懸念されている。工事を担当する業者に対して、大気汚染防止法を遵守した適切な対応を取るよう改めて指導すること。また、アスベストの飛散と曝露の防止、廃材の処理の状況等について都として実態を把握し、不適切な事例に対しては改善指導を実施すること。

(2) X線検査を含むすべての区市町村検診の問診票に職歴欄を設けること

アスベスト疾患は曝露から長期の年月を経て発症するうえ、ひとたび発症すると進行が極めて早いことが知られている。アスベスト疾患を鑑別できる呼吸器専門医が少ない現状では、肺・呼吸器疾患の多くがアスベストとの関係を見落されているおそれがある。特定健診やがん検診など、区市町村が実施する肺のX線検診の際は、肺がん検診以外の場合でも問診票に職歴を記入する欄を設けることを推奨いただくこと。

2. 地球温暖化対策と再生可能エネルギー（自然エネルギー）の普及

(般) (1) CO₂排出削減対策の促進

国に先立って都が「CO₂規制条例」を制定した先駆的取り組みをさらに実効性のあるものにするためにも、火力発電所を含めた大規模事業所の排出量削減、および都内で活動する自動車の総量規制等の諸施策をさらに進めていただくこと。

新 (2) CO₂排出削減対策と再生可能エネルギーの普及促進

COP21 パリ合意で示された、今世紀後半までに石油を含めた化石燃料から生じるCO₂排出をゼロ近くまで減らす目標を達成するために、再生可能エネルギー（自然エネルギー）の普及をさらに促進すること。都における「再生可能エネルギーの利用割合を2024年までに20%程度に高める」目標の実現に向けて、取り組みをいっそう進めていただくこと。

新 (3) 小売電気事業者に対して電源構成開示を義務づける都条例の策定

2016年4月からの電力自由化に伴い、現在、経済産業省に申請している小売電気事業者は300社以上にのぼるが、電源構成の開示が義務づけられていない。消費者の選択に資するため、欧米の例にならい、東京都内で営業を行う小売電気事業者に対して電源構成の開示を義務づける都条例を策定すること。CO₂排出量に加えて、放射性廃棄物排出量についても開示させること。

新 (4) 再生可能エネルギーを扱う小規模電力供給会社への支援

新たに電力供給会社が参入し、再生可能エネルギーに積極的に取り組む企業も誕生している。再生可能エネルギーの普及拡大のため、再生可能エネルギーを扱う小規模電力供給会社への支援を通じて安定的な電源供給体制を維持し、家庭向け販路を拡大すること。

(般) 3. 放射性物質測定調査について

福島第一原発事故から5年が経過したが、一部報道では東京湾のセシウム汚染は河口部で高止まりしているとも言われている。潮流や川の流れて汚染の分布は変わることから、主な河川の河口部・河口沖・東京湾における水質・底泥や、河川敷の土壌・空間線量について、観測結果を都民に周知していただくこと。

第7章 医療費の助成等について

新 1. 子ども医療費助成と子どもの国保料の軽減について

子育て世代の経済的負担を軽減するため、都の医療費助成制度を拡充させ、三多摩格差となっている窓口負担 200 円を撤廃し、助成の対象を 18 歳まで拡大すること。

また、国民健康保険は、稼働所得のない子どもにも保険料が賦課されており、子育て支援に逆行しているといわざるを得ない。区市町村国保における 18 歳までの子どもの均等割を軽減する制度を、都として独自に創設すること。国保組合加入の子どもの保険料に対しても軽減を行うこと。

2. 「難病」医療費助成等について

(1) 患者の実態に合わせた認定判断基準の運用

障害認定のための、肢体不自由の総括的解説には、「肢体不自由者が無理をすれば 1 km の距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは 1 km 歩行可能者とはいえない」と書かれている。

しかし、例えば筋痛性脳脊髄炎／慢性疲労症候群患者や線維筋痛症患者においては、通常以下の労作によって、翌日以降まで遷延する極度の疲労・疼痛のため当該患者の日常生活がほぼ不可能になるわけであって、肢体不自由者に対する身障者手帳取得時の審査において、審査のために強制されて行った労作が可能かどうかによってのみ肢体不自由の評価することは、甚だ公正を欠くものである。

身体障害者福祉法の趣旨に照らして、「日常生活能力を回復する可能性が極めて少ないかどうか」に重点をおいた審査を実施していただくこと。

新 (2) 専門の医師による審査員向け講習会の実施

身体障害者手帳の認定審査において、身体障害者福祉法に定める内部疾患の認定基準では審査員には判断がつかない場合、当該疾患の専門の医師による審査員向けの講習会を開催すること。

新 3. 医療費助成制度の申請手続きにかかるマイナンバー記入について

マイナンバー記入欄について、やむを得ず空欄で提出した場合にも不利益な取り扱いを受けない旨を申請者へ丁寧に説明すること。

4. 70 歳以上の医療費助成制度の創設

70 歳以上の医療費無料化を目指す日の出町の取り組みに学んで、70 歳以上の都民の医療費一部負担金を無料とする制度を復活すること。

第8章 健康保険制度について

1. 国保加入者の負担軽減と広域化に伴う都の役割発揮について

国保に対する区市町村の法定外繰入金は増加し続けている。都道府県化に向けて、国は毎年約 3,400 億円の財政支援を行うが、全国の区市町村の繰入金総額よりも少ない。国保の広域化に伴い都は区市町村とともに保険者となることから、率先して国保料減免制度の拡大や、都財政よりの法定外繰入金等の財源投入強化をはかり、「高すぎて払えない保険料」を「払え

る保険料」とすること。資格証明書を発行させず、短期保険証や差し押さえを減らす努力を行うこと。

2. 必要な者に必要な給付を保障する社会保険制度の原則を形骸化させないこと

医療保険制度改革法の保健事業に関する事項では、疾病予防や健康増進等に取り組んだ被保険者に対して、「支援」することが保険者の努力義務として加えられた。厚労省の資料によると「支援」とは、予防・健康づくりの取り組みに対して、商品やサービスと交換できるヘルスケアポイントの付与や現金の給付などである。これでは、ポイントを得るために早期受診が抑制される恐れがある。

疾病予防と健康増進に取り組めない「不健康な」被保険者こそ、保健事業の介入を必要としていることから、国保保険者ともなる都は、必要な者に必要な給付を保障する社会保険制度の原則を形骸化させない姿勢を堅持すること。

(般) 3. 医療の必要があるときは短期証を発行する旨、周知徹底すること

国保加入者について、資格証明書を発行されていても、医療を受ける必要が生じた場合は、被保険者証の交付が可能であること（2009年1月20日国答弁書）を都民および医療機関へ周知徹底すること。

4. 無保険状態となる人を出さない取り組み

社保加入者が退職等で資格喪失した後、適切な手続きをとらずに無保険状態となるケースが増加している。社保の資格喪失をその後の無保険状態の契機とさせないために、日本年金機構と区市町村国保の覚書の取り交わしによる「ねんきんネット」活用を進めるよう、引き続き区市町村に働きかけること。また、将来的に都が保険者となる場合も、都として覚書を締結すること。

第9章 医療機関への指導等について

1. 個別指導のあり方

- 新** (1) 厚労省告示と違って、通知・通達・事務連絡には保険医を拘束する法的根拠がないため、点数表の留意事項通知・疑義解釈事務連絡に規定されている算定要件に合致していないという理由で、個別指導において指摘したり自主返還を求めることをやめること。
- (2) 「高点数」を選定理由とした個別指導は行わないこと。
- (3) 新規個別指導は保険診療を初めて行う保険医への指導であることに鑑み、結果措置から「再指導」を廃止し、当日のみの指導で完結すること。また、自主返還を求めないこと。
- (4) 個別指導は行政指導であることから、行政手続法の趣旨に則って行うこと。指導大綱は局長通知に過ぎないことから、指導を受ける保険医は自主返還に応じる義務がないことを確認していただきたいこと。また、保険医が自主返還に応じないことをもって不利益な処分を行わないこと。
- (5) 個別指導時には、被指導者が希望する医師の同席も認めること。
- (6) 健康保険法 73 条 2 項は「診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により指導に立ち会わせるものとする」と規定している。この規定の趣旨に則り、東京保険医協会に対しても個別指導時の立会人の依頼を行うこと。

- (7) 個別指導において指導大綱に存在しない「中断」は行わず、指導当日に完結するよう努めること。
- (8) 個別指導は行政手続法の趣旨に則り、被指導者から求めがあった場合には、患者からの情報提供によるものも含めて、選定理由を具体的に開示すること。
- (9) 個別指導や新規指導で再指導となってしまった場合、再指導の際に指導医療官が変わり、前回の指摘事項をまったくふまえずに指導がなされる場合がある。再指導の際の指導は必ず前回と同一指導官が務めること。
- (10) 電子カルテを使用する医療機関が増加している。医療機関が対象者の診療録等を電子的に持参した場合に閲覧できるパソコンを東京都・厚生局・東京事務所の責任で設置すること。
- (11) 医療機関に送付する集团的個別指導の選定通知に、「該当した類型区分」、「当該医療機関の点数」を記載すること。

第 10 章 東京の災害対策について

1. 大規模停電時の医療機関の電力確保

(1) 医療施設自家発電設備整備事業の継続

緊急時の電力確保のため、2013 年度で終了した医療施設自家発電設備整備事業を再開すること。

(般) (2) 人工透析を行う医療機関への電力、水の供給

人工透析を行う医療機関には電源車などによる電力供給ができるように、電力会社として対応するよう働きかけること。また、福祉保健局と水道局とが連携し、透析に使用する水の確保を行うこと。

(般) (3) 自家発電用重油の補充体制の確保

自家発電装置のある病院では重油の備蓄が制限されており 20 時間程度で消費するため、停電が長時間続いた場合の重油の供給体制を確保すること。

(般) (4) 再生可能エネルギー発電システム及び蓄電装置の補助

緊急時の電力確保のため、都内医療機関に対して太陽光発電など再生可能エネルギーシステム及び蓄電装置の補助を行うこと。

(般) 2. 仮設診療所の設置、自治体間の協力体制の周知

広範囲で多くの医療機関が機能を停止することを想定して、仮設診療所の設置体制を構築すること。また、隣接区市町村間の連携を強化するとともに、災害時医療連携について、医療機関、都民に周知すること。

第 11 章 東日本大震災避難者への継続的支援について

1. 都内避難者への支援

(1) 年少避難者の被曝にかかわる健康支援

原発事故当時 18 歳以下だった福島県民 36 万人に対して、県外避難者も含めて、福島県は甲状腺エコー検査を進めているが、被曝関連の疾患は甲状腺の異常にとどまらない。子ども

たちの健康を守り、家族の不安を取り除くために、プライバシーに配慮しつつ、都内に避難している子どもたちを対象とした継続的な健康調査を無料で行うこと。

(2) 住宅の確保

国の要請に基づき、都内避難者への「住宅支援」は、岩手県、宮城県の避難者については入居日から6年間に、福島県の避難者については2017年度末まで延長することとなった。総務局の調査では「避難生活の先行きやご自身の健康面への不安、応急仮設住宅の入居期間の延長を望む意見等が多数寄せられた」ことや、都内避難者のうち22.5%しか正規雇用されていないことなどが報告されている。国や避難元である県の意向ではなく、避難者自身の意向を尊重した「住宅支援」を都独自に延長すること。

第12章 障がい者対策について

1. 障がい者差別の根本的な解消

2006年に成立した障がい者権利条約に基づき、本年4月から障がい者差別解消法が施行された。条約の理念を遵守し、世界水準にならった諸施策を通じて真に利用しやすいバリアフリー体制の実現や雇用・就学支援等を行うこと。世界中から多くの人々が集まる2020年オリンピック・パラリンピックに向けて、障がい者差別の根本的な解消を図ること。

2 一般項目

第1章 後期高齢者医療制度について

1. 後期高齢者の保険料軽減

東京都広域連合は2016・17年度の保険料を引き下げ、年額平均95,492円とすると発表した。しかし、制度創設時の88,439円（2010年度）に比べても高止まりしている。このままでは被保険者の生活を圧迫する恐れがあることから、東京としても基金の安定化、各種医療費助成等の拡充を図るなど、財政支援を継続すること。

2. 調整交付金削減分の肩代わり

国の調整交付金削減分を肩代わりし、高齢者の保険料負担を大幅に軽減すること。

3. 後期高齢者に対する短期証、資格証明書の発行、差し押さえ

高齢者が必要な医療を受けることができるように、短期証および資格証明書の交付、差し押さえについては慎重な対応を継続するよう東京都広域連合に働きかけていただくこと。

第2章 医療・介護提供体制について

1. 救急搬送と体制の充実（二次救急医療機関の確保）

二次救急医療機関での受入医師、看護職員や他のコメディカルの確保は現行の診療報酬では不十分である。二次救急医療機関が減少していることを踏まえ、救急体制が十分に確保されるよう、休日・全夜間診療事業を更に拡充すること。

2. 都立病院の体制充実と医師・看護師確保に向けた取り組み

(1) PFI方式による都立病院運用の検証

都立病院は、都内の医療提供体制のなかで必ずしも採算性を優先することなく、地域の民間病院では対応することが困難な専門的医療などを、都民の要請に応じた公益性の高い「行政的医療」として担ってきた。

道路建設や空港管理などとは異なり、医療分野、とりわけ公的病院には営利企業参加による「収益」「効率化」の重視はなじまない。さらに経営状況の悪化により、すでに契約解除（撤退）に陥った例も見られるなど、病院運営へのPFI導入に課題や反省の声も聞かれる。

すでにPFI方式を導入している多摩総合医療センター、小児総合医療センター、駒込病院、松沢病院などについて、運営状況等の検証を都民に明らかにしていただくとともに、将来的には従来の東京都直営の所有・運営形態に戻すよう検討すること。

(2) 都立病院の医師、看護師の労働環境・待遇の改善

東京都では都内全病院を対象に「医師確保に係る調査」を行うなど、医師の確保状況や勤務環境改善の取り組み状況について調査を進めるほか、2014年10月からは東京都医療勤務環境改善支援センターを設置し、相談支援、研修への講師派遣など積極的に取り組んできた。

都民への医療提供を担う医師、看護師など医療従事者の労働環境、待遇等に関する改善状況について、少なくとも都立病院分の調査結果については都民に明らかにするとともに、必

要に応じてさらなる対策を講じること。

新 3. 公立病院での不採算医療に係る措置

新公立病院改革ガイドラインでは、病院許可病床削減時の普通交付税算定の特例として「普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更することに伴い、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる（平成28年度から実施）」とされているが、産科、救急などの医療を担う公立病院がその不採算性を当該加算措置で補填することがあってはならない。むしろ、高度な医療を提供するために人材確保が急務である。不採算医療に取り組む公立病院に対しては本特例によらず、普通交付税を増額すること。

第3章 審査・指導等について

1. 指導実施日時の設定

指導実施日時については医療機関と相談した上で、診療に支障をきたさないように夜間、土曜日、日曜日開催とするなど、医療機関の事情を配慮すること。最低でも請求事務が集中する月初には実施しないこと。

2. 被保険者証の迅速な回収・交付・医療機関へのレセプト返戻

- (1) 被保険者証の交付・回収を迅速に行うように保険者に対して指導すること。
- (2) 資格喪失等を理由とする医療機関へのレセプト返戻について、あらかじめ医療機関に連絡をし、医療機関が返戻を了承しない場合はレセプトを返戻しないよう徹底すること。
- (3) 資格喪失等を理由とする医療機関へのレセプト返戻について、保険者が被保険者証を回収していないにもかかわらず「回収済み」としたり、さらに医療機関が保険証を確認しているにもかかわらず、レセプトを返戻することがないように徹底すること。

第4章 東京の災害対策について

1. 医療機関の耐震強化

震災時の医療活動を確保するために、中小病院・診療所を含め医療機関の耐震化支援を強力に進めること。

2. 災害時の診療体制確保

災害時の診療継続は地域住民の大きな支えとなることから、PPE（個人防護用具）などの確保や備蓄は、医療機関に任せるのではなく、都および区市町村が必要量を確保し、初期から終息期の全期にわたって医療機関に支給する体制を整えること。

3. 被災した医療機関の復旧

診療所をはじめ被災した医療機関を早急に再生し、地域医療を再構築するための被災医療機関復旧計画を立案すること。

第5章 東日本大震災による被災者への継続的支援について

1. 復帰希望者への支援

被災地への復帰を希望する都内被災者への復帰支援を国とともに行うこと。

2. 医療・介護・福祉・保健など公的事業の確保

都内避難者の把握にいっそう努め、避難先の生活でも被災者が医療・介護・福祉・保健・保育などの公的給付やサービスが受けられるように、都は万全の手立てを講じること。

3. 都内避難者への行政サービスの徹底と孤立防止

都内の集合住宅に避難している被災者の孤立を防止するために活動している社会福祉協議会等を支援するため、都が把握している被災者の家族構成や年齢、職業の有無、出身市町村等の情報を社会福祉協議会等と共有できるように配慮すること。

3 東京都から国へ要望していただきたい事項

【1】窓口負担増計画の中止について

新 1. 窓口負担増計画の中止

近年、「必要な検査を断る」「薬がなくなっているのに受診しない」など、経済的理由で受診できない人が増えている。当会が実施した患者受診実態調査（2015年）でも、この半年間で経済的理由から治療を中断した事例を経験した医療機関は約4割、医療費負担を理由に検査や治療・投薬を断られた経験がある医療機関は5割以上にのぼり、2010年の同調査よりもさらに受診抑制が進んでいることが明らかとなった。

しかし政府は現在、「受診時定額負担の導入」「75歳以上の窓口負担2割引き上げ」「湿布薬・うがい薬・痛み止め等の市販品類似薬を保険から外す」など、あらゆる世代に対して患者負担を増やそうとしている。窓口負担のこれ以上の増大は、多くの国民から医療を遠ざけることになる。

政府が計画している、以下の患者負担増計画を中止すること。

- ① かかりつけ医以外を受診した際に定額を窓口負担に上乗せする「受診時定額負担」
- ② 75歳以上の窓口負担1割→2割
- ③ 70歳以上の患者負担限度額（高額療養費制度）の引き上げ
- ④ 湿布薬、うがい薬、痛み止め、漢方薬等、市販類似薬の保険外し
- ⑤ 入院時の居住費徴収の拡大

【2】子育て支援対策について

新 1. 中学卒業までの医療費無料制度創設に向けた取り組み

現在、自治体が行き組む子ども医療費助成制度は、対象を「就学前」以上とする市町村が通院で99.1%、入院で100%となり、中学卒業以上まで助成する市町村も通院で65.1%、入院で78.7%となっている（2014年4月現在）。

しかし、自治体が独自に実施する子ども医療費助成制度は、対象年齢、所得制限、一部負担の有無、現物給付と療養費払いの違いがあるなど、自治体間で大きな格差が生じている。格差をなくし、すべての子どもたちに平等に医療を確保するために、国として、中学卒業までをめざし、当面就学前までの医療費無料制度を早期に創設していただくこと。

新 2. 子ども医療費助成制度に伴う市町村国保への国庫補助金削減制度を廃止すること

医療費助成を現物給付で実施する市町村の国民健康保険について、国は国庫負担を減額するペナルティーを行っており、自治体の財政運営上の大きな支障となっている。子ども医療費助成制度を現物給付した市町村に対する、国民健康保険（国保）国庫補助金の削減制度を廃止すること。

【3】国民健康保険の都道府県化について

1. 国保の都道府県化によって国が財政投入する 3,400 億円は、全国の区市町村による国保への法定外繰入の総額よりも少ない。また、そのうち 1,700 億円については医療費適正化や保険料収納等に努力した市区町村に配分することとなっている。このままでは、保険料の上昇、資格証明書・短期証の発行、差し押さえなどの徴収強化が予想されることから、財政投入には条件を付けないこと。
2. 国保の国庫負担率を 1984 年における「窓口負担を含めた国保医療費」の 45%程度に引き上げ、高すぎる保険料の引き下げをはかること。

【4】後期高齢者医療制度について

1. 後期高齢者医療制度を凍結・廃止すること。
2. 全国平均より高額になっている保険料を軽減させるため、調整交付金を全額交付するとともに、仮に所得に応じた財政調整を行う場合には別途財源措置を講じて軽減をはかること。

【5】全国健康保険協会の保険料等について

都道府県ごとに保険料が変わるしくみやめ、国庫負担を増やして平準化し、保険料を著しく上昇させないこと。

【6】健診事業について

後期高齢者医療制度への支援金について、保険者ごとの特定健診・保健指導の実施率の目標達成状況に応じて支援金額を増減する仕組みが 2013 年度から始まった。保険者ごとに特定健診の受診率向上に向けた工夫を奨励することは一定の理解が得られるものの、一方で減額した支援金は他の保険者に増加し全体として保険者間の負担総額のなかで清算する仕組みは、まさに保険者の競争をあおるものである。また、増額となった保険者では加入者の保険料引き上げに直結するなど問題が多い。

厚労省の検討会でも「特定健診・保健指導の実施にあたっては、保険者の規模、地域・職域など保険者ごとに状況が異なるなかで一律に実績を比較することは不適切」と指摘されている。少なくとも、国民の健康の維持・向上を目的とする公衆衛生の事業に財政的なペナルティを課す本制度は、廃止を含めて制度自体を見直すこと。

【7】感染症対策について

1. 風しん対策

20～40 歳代のすべての男女に対して、自己負担なしに風しんの予防接種を実施できるように、必要な財政支援を行うこと。

2. B型肝炎ウイルス定期予防接種

新 (1) 2016年4月～7月誕生児に対する救済措置

費用助成の対象となる4～7月に誕生した子どもは、助成期間が短いため、期間内に標準的な接種を終えられない可能性が非常に高く、同年度内の対象者同士に格差が生じることから、対象となる子どもが1歳を超えても接種を受けられる救済措置を早急に講じること。

(2) 助成対象を3歳未満まで拡大すること

現在、国の方針は対象年齢を1歳未満としているが、3歳未満の子どもが感染すると持続感染者になりやすく、将来的に慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと進行する危険性も指摘されているため、子ども同士の感染も含めて実態を明らかにしていただくとともに、対象者を「3歳未満」へ拡大すること。

3. 日本版ACIPの構築

「政府からの独立」「情報公開」を原則とし、科学的根拠に基づく指針の提示、予防接種政策の評価と改定、品質・安全性のモニタリングを行い、予防接種をどのような根拠でどのように提供するのかを決定する機関として、いくなれば日本版ACIPを構築すること。

4. 世界標準のワクチン定期接種化と財政措置

おたふく、A型肝炎、ロタウイルスについて、日本での定期接種化を国の財政措置と一体として進めること。

5. 5種、6種混合ワクチンの推進

海外で一般的に行われている5種、6種の混合ワクチンの導入を進めること。

【8】医療体制の確保について

新 1. 医療・介護療養病床の廃止見直し

2018年3月末まで廃止が猶予されている「医療療養病床(25:1)」および「介護療養病床」は、全国で34万床(医療27万床、介護7万床)である。このうち医療療養25:1は、都内では3,577床(2016年5月1日時点)が現に地域の実情に根ざした医療提供を担っている。

しかし、2015年の介護報酬改定および2016年の診療報酬改定の際に、両者には新たに重症者割合の区分・要件等が新設され、非該当の場合は施設サービス費や入院基本料の引き下げが行われるなど、不合理な報酬による政策誘導が強行されている。

一方で、期限まで2年を切った現時点でも転換先の具体的な人員・施設基準等は定まっていない。転換には、施設改修のほか莫大な費用と相当の準備期間を要するだけでなく、人材確保も容易ではない。仮に転換先が政府の推進するサービス高齢者向け住宅のように、外付けのサービス以外は全額自己負担となるようであれば、まさに入院患者の“追い出し”に直結するものである。

少なくとも、具体的な転換先の基準を示した後も、当面の間は両者の併存を認めるとともに、医療施設が転換の可否を慎重に検討する十分な期間を設けること。

また政策として真に転換が必要とするならば、診療報酬・介護報酬によるペナルティーを課すのではなく、十分な人員配置が可能となるよう報酬設定を引き上げるほか、転換に伴う

費用等を財政措置するなど、国の責任に基づく政策を講じること。

新 2. 看護師不足の解消、処遇改善、復職支援等

いわゆる“入院から在宅へ”の政策により、従前よりも医療ニーズの高い患者が施設・在宅で療養を行うようになった。さらに特別養護老人ホームをはじめ看護師配置が求められる介護施設の整備等に伴って、看護師確保はますます重要な課題となっている。

2015年10月からは「改正・看護師等人材確保促進法」が施行されたものの、内容は都道府県ナースセンターの機能強化や離職時の届出制度を法制化したのみであり、例えば、離職看護師への復職支援や研修費用の補助などは都道府県ごとの判断に委ねているのが現状である。

2025年には全国で13万人以上もの看護師が不足すると推計されているなか、国の責任で、財政措置を伴う看護師確保対策を早急に講じること。

【9】 介護保険事業について

1. 区分支給限度額からの医療系サービスの算定除外

医療行為が必要であるにもかかわらず、区分支給限度額による制限があるため、訪問看護や訪問リハビリテーションなどが介護保険で利用できない事例が散見される。

医療系サービスについては疾病等を限定することなく、医療保険からの給付に戻すこと。またその間、在宅では医療系サービスは区分支給限度額の枠から外すこと。

2. 保険料・利用料負担の軽減と給付の拡大

国庫負担を増やし、保険料・利用料減免制度を国の制度として実施するなど、負担の軽減と給付の拡大をすすめること。

3. 介護サービスの利用料の引き上げ撤回

2015年8月から一定所得者の介護保険サービス利用料を2割に引き上げたため、すでに福祉用具貸与などでは介護保険を2割負担で利用した場合よりも自費サービスの貸与を利用したほうが安くなるという状況が生じている。

もともと利用料負担を理由に、区分支給限度基準額に達する前にサービスを控える利用者があるなか、今般の引き上げはさらなる利用抑制を生み出している。少なくとも、介護サービスの利用料引き上げを撤回し、従来の原則1割負担に戻すこと。

4. 「介護予防・日常生活支援総合事業」による予防給付見直しの撤回

要支援者に対する介護予防サービスを、区市町村単位の「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行させることは、サービスの水準低下を招きかねない。さらに区市町村間の格差をいっそう拡大するものであり、撤回すること。

また、区市町村間でサービスの質・量の格差が生じることのないよう、一般財源からの繰り入れも含め、地域の実情に応じた裁量を認めるよう求めること。

5. 国の責任による介護職員処遇改善策の拡充

介護職員処遇改善策は、その成立経緯から見ても国の責任で行うことが明言されてきたものである。現在の介護職員処遇改善加算の届出数も増えつつあり、2014年度と比較した改善は、平均給与が月1万2,310円から1万3,170円、基本給が月2,840～2,950円、非常勤の時

給が10～20円に引き上げられるなど一定の成果も見られる。

しかし、介護報酬による処遇改善は、従来の交付金とは異なり比較的継続性のある対策といえる一方で、利用者負担や保険料負担に重くのしかかることとなるほか、従来の交付金では全額国庫負担であったものが、介護報酬では国庫負担は給付費全体のわずか25%以下である。

さらなる介護職員の処遇改善に向けて、現在の介護職員処遇改善加算とは別に、国の責任で国庫負担による処遇改善策を講じること。

6. さらなる介護給付抑制・保険はずし政策の中止

2014年に成立した介護保険法改正では、特別養護老人ホームの新規入所者を原則として要介護3以上に限定、一定所得者の介護サービス利用料を2割に引き上げたほか、要支援者の訪問・通所介護を全国一律の介護保険から外し、区市町村ごとの「介護予防・日常生活支援総合事業」へと移行することなどを強行した。

さらに昨年の財務省・財政制度分科会等では、所得に関わらず全ての65歳以上の介護サービス利用料を2割に引き上げることや、要支援および要介護1・2者の「生活援助」「福祉用具・住宅改修サービス」を原則自己負担（一部補助）とし、その他のサービスは全て「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行することなども提案している。

日常生活を送る上で必要な介護サービスを保障するとともに、“介護はずし”や“軽症者の切り捨て”とも指摘されているこれらの給付抑制政策を撤回すること。

【10】 障がい者対策について

1. 「難病」医療費助成等について（患者の実態に合わせた認定判断基準の運用）

障害認定のための、肢体不自由の総括的解説には、「肢体不自由者が無理をすれば1kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1km歩行可能者とはいえない」と書かれている。

しかし、例えば筋痛性脳脊髄炎／慢性疲労症候群患者や線維筋痛症患者においては、通常以下の労作によって、翌日以降まで遷延する極度の疲労・疼痛のため当該患者の日常生活がほぼ不可能になるわけであって、肢体不自由者に対する身障者手帳取得時の審査において、審査のために強制されて行った労作が可能かどうかによってのみ肢体不自由の評価とすることは、甚だ公正を欠くものである。

身体障害者福祉法の趣旨に照らして、「日常生活能力を回復する可能性が極めて少ないかどうか」に重点をおいた審査を実施するよう自治体に働きかけること。

【11】 審査・指導等について

1. 集団的個別指導の廃止

高点数による集団的個別指導をやめ、全保険医を対象とした定期集団指導とすること。

2. 集団的個別指導の際の平均点算出根拠の明示

集団的個別指導の類型区分ごとの平均点・基準平均点については厚生労働省から各厚生局

に毎年示されるが、算出する際にどの保険者のレセプトを使用しているか、対象月などの情報は一切示されていない。集团的個別指導を実施するなら、平均点数を算出する際のこれらの情報を明示することを厚労省に求めること。

3. 医療機関からの再審査請求への早期対応

- (1) 医療機関からの再審査の対応を早期（1～2ヵ月以内）に行うこと。
- (2) 保険者に対してオンラインによるレセプト回送を義務化し、医療機関からの再審査請求を速やかに審査・決定できるようにすること。
- (3) 当面、前項の要請が困難な場合は、医療機関からの再審査請求を審査するにあたって、保険者からレセプト原本を取り寄せることなく、審査支払機関に保存されている電子レセプトデータを用いて再審査を行えるようにすること。

4. 地域の実情に応じた指導

保険医療機関への指導・監査等の業務が、1都9県（東京都・茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・神奈川県・新潟県・山梨県・長野県）から成る関東信越厚生局へと移管されたが、一律に指導大綱に沿った指導を行うのではなく、厚生局への移管後も地域の実情に応じた指導内容とするよう厚生局に求めること。

5. 保険者からの再審査請求（減点の申し出）

診療月から半年以上経過して保険者申し出により減点が通知される。中には、診療月から1年も経過した事例が実際に寄せられているので、保険者からの再審査請求をレセプト提出後6ヵ月以内とすることとし、6ヵ月を経過した保険者からの再審査請求は受け付けないよう、支払基金、国保連合会に対して指導すること。

6. 明細書発行の義務化を撤廃すること

使用した薬剤や検査の名称が記載されていて厳重な保護が必要な個人情報であり、そもそも多くの患者が交付を希望していない。明細書発行義務化はいたずらに医療現場に混乱を招くだけであり、発行の義務化は撤廃すべきである。

7. 個別指導時の立会い

指導大綱では「立会いの必要があると認めたときは地方厚生（支）局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という）に対して文書により立会いの依頼を行う」こととされているが、都道府県医師会等以外の団体に対しても立会い依頼を行えるよう、この規定を改定すること。

8. 請求方法の早期通知

請求書や明細書の様式、記載要領、編てつ方法の変更、公費負担医療の取り扱い、請求方法の変更などは、少なくとも改定の1ヵ月前には通知すること。

【12】診療報酬について

新 1. 全般的事項

法的効力を持つ厚労省告示に対し、告示では到底解釈し得ない内容を、改定実施後に事務連絡で覆すことのないよう厚労省に求めること。

新 2. 外来医療について

(1) 鼻腔・咽頭拭い液採取

「D419 その他の検体採取」の「6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5点」について、「疑義解釈資料の送付について（その2）」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。そのうえで、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。

(2) 湿布薬の処方

今次改定で湿布薬の70枚超の処方に係る算定制限が設けられたが、医学的なエビデンスに基づかない上限設定はやめること。「1日用量又は投与日数」をレセプトや処方せんに記載することを義務づけるのはやめること。

(3) 後発医薬品の使用促進

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。

(4) 向精神薬多剤投与に係る減額規定

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または3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合に減額する規定や算定制限は撤回すること。

(5) 精神科デイ・ケア

精神科デイ・ケアは薬物依存症の治療にも用いられるが、これは毎日行うことが必要なものである。今次改定で設けられた回数制限は薬物依存症に対しての十分な治療を妨げるため、精神科デイ・ケアが週3日を超える場合の算定制限を廃止すること。

(6) 在宅患者訪問診療料

同一建物居住者のレセプトへの別紙様式14の添付または「摘要」欄記載を廃止すること。

(7) 小規模多機能型居宅介護への訪問診療

小規模多機能型居宅介護または複合型サービスを受けているものについて導入された「30日ルール」を撤回し、従前の取り扱いに戻すこと。

(8) 維持期リハビリテーション

介護保険への移行を促す項目は廃止し、減額措置は撤廃すること。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の算定制限は廃止すること。また、2018年改定で維持期リハビリテーションを廃止しないこと。

(9) 通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法行う患者について、1回の処方で3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬が処方されている場合、所定点数の100分の50に減額する措置を撤回すること。少なくとも、100分の50に減算されない除外要件のうち、「3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満又は20名未満」との要件は見直すこと。

(10) 紹介状なし等の大病院受診の新たな患者負担増について

紹介状なしで特定機能病院などを受診する場合における最低金額（初診は5,000円、再診は2,500円）の定額負担の徴収（選定療養の義務化）をやめること。

新 2. 入院医療について

(1) 7対1入院基本料

「重症度、医療・看護必要度」の強化、「自宅等への退院割合」の厳格化は撤回すること。少なくとも経過措置を延長すること。

(2) 療養病棟入院基本料

① 療養病棟入院基本料2に要件化された、「医療区分2・3の割合」を撤廃すること。少なくとも経過措置を延長すること。また療養病棟入院基本料1の医療区分2・3の割合についても緩和すること。

② 医療区分の患者の定義（別表第5の3の患者）のうち、33「うつ症状に対する治療を実施している状態」の定義に追加された、（精神保健指定医の処方により）を削除すること。

(3) 有床診療所の在宅復帰率機能強化加算について

地域包括ケア要件を満たす有床診療所についても、有床診療所入院基本料および有床診療所療養病床入院基本料の在宅復帰率機能強化加算の要件を満たすものとみなすこと。

(4) 入院基本料等加算全体

入院基本料等加算のうち、①病棟単位で算定するもの、②病院単位で算定するもの、③入院基本料や特定入院料単位で算定するもの等を、入院基本料等加算の通則において明確にすること。

(5) 急性期看護補助体制加算について

10対1入院基本料において、重症度、医療・看護必要度割合の強化を撤回すること。少なくとも経過措置を延長すること。

(6) 特殊疾患療養病棟、障害者施設等入院料について

「脳卒中の後遺症を原因とする重度の意識障害者」の報酬引き下げを元に戻すこと。

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等

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を撤回すること。

(8) 緩和ケア病棟入院料や短期滞在手術等基本料Ⅲ等における「人工腎臓」の算定

緩和ケア病棟入院料や短期滞在手術等基本料Ⅲ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。

(9) 看護職員の平均夜勤72時間ルール

看護職員の平均夜勤72時間ルールの要件緩和は慎重にすること。

(10) 施設基準全体に係わる要望

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および要件を明示すること。

(11) 入院時食事療養の標準負担額

入院時食事療養の標準負担額の引き上げをやめること。少なくとも2018年に予定されている標準負担額の再引き上げを行わないこと。

3. 介護施設や居住系施設での医療保険適用範囲の拡大

施設入所者の医療を確保するため、在宅医療を取り組むすべての保険医療機関が介護施設や居住系施設入所者に対して、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ等が提供できるように、対象疾病の限定や在宅療養支援診療所等に限るなどという診療報酬算定制限を加えず、医療保険の適用範囲を拡大すること。

【13】 税制について

1. 消費税における医療機関「損税」問題の解消と「ゼロ税率（免税）」の導入

診療報酬等は消費税非課税とされ、仕入れ税額控除ができないため、医療機関は支払いすぎた消費税を還付されることなく、「損税」として負担し続けてきた。増税のたびにその額は増え続け、医院経営を圧迫する状況となっている。

健全な医院経営を維持して地域医療を今後も守っていくために、公的医療等にかかる消費税には「ゼロ税率（免税）」を適用し、仕入れ税額控除を認める制度を構築すること。医療機関が最終消費者となっている消費税法の矛盾を早急に解決すること。

【14】 生活保護制度の拡充について

日本の捕捉率が15～20%程度と低調にも関わらず、生活保護を受給する世帯は2016年3月時点で163万5,393世帯と過去最多を更新した。65歳以上の「高齢者世帯」が初めて全体の50%を超え、うち9割が「単身高齢者」である。高齢者世帯を除いても、全体の26%が「傷病・障害者世帯（約43万世帯）」、6.2%が「母子世帯（約10万世帯）」が続き、こうした世帯が実に全体の8割を超える。

こうした状況にもかかわらず、2014年7月から施行された改正・生活保護法をはじめ、この間の政策の主な柱は「就労による自立促進」や「不正・不適切受給対策の強化」などを目玉としている。さらに昨年の財務省・財政制度分科会では「能力に応じた就労等を行わない受給者への保護費減額」、関連して「年金支給開始年齢の更なる引き上げ」も提案されている。

憲法25条が保障する「生存権」を蔑ろにする法制度は撤回するとともに、国の責任で下記の取り組みを行うこと。

- ① 既存の公的年金では生活が維持できない「高齢世帯」、就労と子育ての両立に苦慮する「母子世帯」、傷病等により就労が困難な「傷病・障害者世帯」らへの公的支援制度を充実すること。
- ② 2013年8月以降の「生活扶助」「住宅扶助」等の引き下げは、家賃、食料、生鮮食品、水道・光熱費などの物価上昇に照らして撤回し、十分な引き上げを行うこと。

【15】 大規模災害対策について

1. 東日本大震災による被災者の一部負担金等免除

終了した東日本大震災による被災者への一部負担金等免除を復活するとともに、帰還困難区域と同解除準備区域の住民に対する免除については期限を設けず、引き続き行うこと。

2. 大規模災害の被災地域における医療体制について

(1) 被災者医療取り扱いに関する迅速な対応と被災地への周知徹底

東日本大震災、熊本地震では、激甚災害指定、被災者への一部負担金免除等の発令が遅延し、かつ、制度内容の被災者への周知が徹底していない事例が散見された。大規模災害発生時の被災者医療について、迅速かつ確実な支援体制を構築すること。

(2) 被災医療機関への公的助成の実現

被災地域での医療確保のため、病院・有床診療所・無床診療所・歯科医療機関を問わず、すべての被災医療施設、設備に対し、再建に見合う公的助成を拡大すること。

(3) 被災医療機関の二重ローン対策

被災医療機関が二重のローンやリース料に苦しまないように、無利息・無期限等への条件変更や、債務を国などが肩代わりするなど特別な手立てをとること。

3. 大規模災害時の災害廃棄物の管理・監視

被災による廃棄物にはアスベストや化学物質などの有害物質が混在していることから、放射能を含め、被災地におけるすべての有害物質について、大気・土壌・水・海、飲食物におけるモニタリングを広範囲に行い、モニタリングにあたっては、検査基準等の方法を明示し、網羅的に継続的に実施すること。モニタリング情報を公開し有害物質から身を守るための防護対策を行うこと。

4. 福島原発事故関連

(1) 放射性物質の蓄積を示す者の長期・継続的な健康管理

原発労働者も含め、福島原発事故後に福島原発の近くにいた人々については、被曝状況の管理を行い、モニタリングで一定以上の放射性物質の蓄積を示す地域の住民とともに、長期的・継続的な健康管理を東京電力の負担で行わせるように国は監視すること。

(2) 放射線量の測定

全国に空中・水道水・降水物・地表等の放射線量観測網を展開し、その情報を速やかに公開すること。

(3) 内部被曝の身体への影響の啓蒙

長期・微量被曝となる内部被曝が身体にもたらす影響について国民に正しく知らせる活動を引き続き行うこと。

(4) 除染作業の推進

国と東電の責任で地元自治体と住民の要望に基づく除染作業を進めること。また、除染効果を検証し、除染作業後も線量を定期的に測定すること。

(5) 原子力行政の転換

川内原発を停止するとともに、他の原発再稼働計画は止め、原発依存のエネルギー政策を改めて再生可能エネルギーへの転換を進めること。

【16】公害・環境対策等について

1. 国による新たな大気汚染被害者救済制度の創設

自動車の排気ガスが大気汚染の主因となり、大都市圏を中心にPM2.5等による子どものぜんそく患者が顕著に増加し、被害地域も広がっていることから、国の責任で新たな大気汚染医療費助成制度を創設すること。

新 2. 地球温暖化対策と再生可能エネルギー（自然エネルギー）の普及

(1) 石炭火力発電所の新設計画の中止

COP21 パリ合意を受けて、各国はこれまで以上に厳しい気候変動政策を打ち出し「脱石

炭」の動きを加速させている。

一方日本は、2011年3月の原発事故以降、休止中の火力発電所等を再稼働することで電力供給不足を十分に回避できているにもかかわらず、環境省が今後2年間でさらに47基（2250.8万kw）もの石炭火力発電所を建設する計画を容認した。

世界における「脱石炭」の協調的行動に完全に逆行する石炭火力発電所の新設計画はただちに中止すること。

(2) 小売電気事業者に対して電源構成開示を義務づける法律の策定

2016年4月からの電力自由化に伴い、現在、経済産業省に申請している小売電気事業者は300社以上にのぼるが、電源構成の開示が義務づけられていない。消費者の選択に資するため、欧米の例にならい、日本でも電源構成の開示を義務づける法律の整備を早急に進めること。EU指令やドイツエネルギー事業法のように、CO₂排出量に加えて、放射性廃棄物排出量についても開示させること。

(3) 再生可能エネルギーを扱う小規模電力供給会社への支援

新たに電力供給会社が参入し、再生可能エネルギーに積極的に取り組む企業も誕生している。再生可能エネルギーの普及拡大のため、再生可能エネルギーを扱う小規模電力供給会社への支援を通じて安定的な電源供給体制を維持し、家庭向け販路を拡大すること。

3. 危険な CV22 オスプレイの横田基地配備撤回

現在でも米軍機の事故の恐怖や騒音によって周辺住民の平穏な生活を脅かす横田基地に、米国内でも墜落事故が多発し安全性が疑問視されている CV22 オスプレイを配備することは、特殊作戦のための危険な訓練の実施も含め、首都圏全域の住民の生活と生命に関わる人災を招きかねない。同機の横田基地配備に反対し、その撤回をアメリカに求めること。

以上