

第2部

2010年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求

I	改定要求の基本的考え方	38
II	2010年度診療報酬改定に向けた医科・歯科基本要求	40
III	2010年度診療報酬改定に向けた具体的要求（医科要求）	46
	○ 初・再診料	46
	○ 医学管理等	47
	○ 在宅医療	51
	○ 検査	58
	○ 画像診断	60
	○ 投薬	60
	○ 注射	62
	○ リハビリテーション	63
	○ 精神科専門療法	64
	○ 処置	65
	○ 手術	68
	○ 麻酔	70
	○ 施設入所者の医療	70
	○ 入院	71
	○ 特定保険医療材料	75
	○ その他の要求	76
IV	2010年度診療報酬改定に向けた具体的要求（歯科要求）	78
	はじめに	78
	1 歯科診療報酬点数表全般を通じたの基本要求	78
	2 歯科診療報酬点数表に沿っての個別要求	80
	○ 初診料・再診料	80
	○ 特掲診療料全体	81
	○ 医学管理等	81
	○ 在宅医療	81
	○ 検査	82
	○ 画像診断	83
	○ 投薬	83
	○ リハビリテーション	83
	○ 処置	83
	○ 手術	85
	○ 麻酔	85
	○ 歯冠修復及び欠損補綴	86
	○ 保険外併用療養	87
	○ その他	87

2010年診療報酬改定に向けた要求

I 改定要求の基本的考え方

社会保険制度は、日本国憲法第25条の理念を具体化したものであり、患者・国民にとっては社会保障としての医療を受ける権利と給付内容を規定するものが医療保険制度である。この医療保険制度を支える医療従事者の待遇改善や、設備更新に必要な経営の原資となるものが診療報酬である。

しかし、現在の診療報酬は、医療機関の健全経営を維持する点からも、患者・国民の医療を受ける権利を保障する面においても不十分である。

これは、欧米諸国に比べて技術料が全般的に低く抑えられていることや、GDPに占める医療費の割合も歴史的に低い水準であった上に、1980年代以降、特に顕著になった政府の医療費抑制策の結果である。その上、2000年からの小泉「構造改革」によって、更なる医療費の抑制策が推し進められ、国民皆保険は空洞化している。

2002年からの4回連続のマイナス改定は、厚生労働省が発表した改定率（2002年▲2.7%、2004年▲1.05%、2006年▲3.16%、2008年▲0.82%）でも2001年対比でマイナス7.53%となり、これを元に戻すためには8.14%（ $100 / (97.3\% \times 98.95\% \times 96.84\% \times 99.18\%) = 100 / 92.47 = 1.0814 \Rightarrow 8.14\%$ ）の引き上げが必要となるが、この間の改定による影響は、厚生労働省が公表した改定率よりもさらに大きい。

	2002	2004	2006	2008	合計
改定率	▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%	▲7.73%
2001年対比	▲2.70%	▲3.72%	▲6.76%	▲7.53%	

2002年以前に戻すためには、
 $= 100 / (97.3\% \times 98.95\% \times 96.84\% \times 99.18\%) = 100 / 92.47 = 1.0814 \Rightarrow 8.14\%$

構造「改革」と未曾有の世界的経済危機によって国民生活は大変な危機に瀕している。いまこそ社会保障を守り、改善することが大変重要である。

医療分野では、医療崩壊を食い止め、必要な医療を提供することが必要である。こうしたことから、2010年診療報酬改定にあたり、10%以上の診療報酬引き上げを行うことを要求するとともに、政府・財界が進める公的医療保険の範囲縮小と医療費の削減、患者負担増大の道ではなく、医療保険制度を充実し、「いつでも、どこでも、誰でもが、必要な医療を受けられる」診療報酬体系にすることを強く要求するものである。

なお、改定による財源は、国庫負担と企業負担を増やして捻出し、消費税率の引き上げや被保険者の保険料引き上げによらないよう、強く要求する。

また、相次ぐ窓口負担率の引き上げによって、患者の受診が抑制されている。先進国の中では患者一部負担は無料のところが多く、日本の患者負担は比較すると一番高い。

私たちは、診療報酬の引き上げ・改善とあわせて、患者負担の引き下げを求めるが、当面、2010年度改定とあわせ、下記の点の実現を強く求めるものである。

(1) 国庫負担と企業負担を増やして、医療保険の患者負担割合を次の通りとすること。

- ① 医科は就学前まで、歯科は義務教育終了までの子どもの負担を無料とすること。
- ② 70歳未満の健保・国保の患者負担割合を2割に引き下げること。
- ③ 高齢者の患者負担を無料とすること。

- (2) 国庫負担を増やして国保保険料を引き下げること。国保資格証明書の交付をやめ、全ての国保加入者に正規の保険証を交付すること。
- (3) ホテルコスト、食事、180日超入院などを保険給付に戻すとともに、維持期リハビリテーションなどの新たな保険給付外し・介護保険給付化を行わないこと。
- (4) 患者負担を増大させ、患者から医療を受ける権利を奪う混合診療拡大を行わないこと。選定療養について、必要に応じて保険給付対象とすかどうか検討すること。
- (5) 介護療養型医療施設の廃止を撤回し、必要な医療と介護が提供できる施設として今後とも評価すること。また、介護療養型老人保健施設については、医療機能を強化した上で、従来型老人保健施設からの転換を認めること。

II 2010年度診療報酬改定に向けた医科・歯科基本要素

【II - 1】 2010年の診療報酬改定にあたっては、少なくとも10%以上の診療報酬引き上げを行うこと。改定による財源は、国庫負担と企業負担を増やして捻出し、消費税率の引き上げや被保険者の保険料引き上げによらないこと。

要求理由：小泉構造「改革」による診療報酬の引き下げや給付制限の導入で、必要な医療の提供すら阻害されている。2008年改定では、小泉構造「改革」による負の遺産を断ち切り、必要な医療が公的医療保険で提供できる出発点とすることを目的とし、小泉政権下での4回のマイナス改定（2002年▲2.7%、2004年▲1.05%、2006年▲3.16%、2008年▲0.82%）を取り戻し、必要な医療を提供できるようにするため、10%以上の引き上げを行うべきである。

なお、国民医療費は33.1兆円（2006年度）であり、10%の引き上げによって、国民医療費は3.31兆円引きあがることとなるが、これらは消費されてなくなるものではない。

平成20年版厚生労働白書では、医療経済研究機構報告書（2004年度版）に基づいて社会保障分野の経済波及効果（産業連関表による総波及効果）を紹介しているが、これによれば医療は、4.2635で、全産業平均（4.0671）よりも大きく、雇用誘発係数も主要産業56部門中15位と高い。

また、総務省ホームページに掲載されている「経済波及効果分析シート」に診療報酬を10%引き上げたと仮定して3兆3,100億円を投入すると、経済波及効果は、約1.68倍の5兆5,500億円（直接効果3.31兆円＋経済波及2.24兆円）となる。

（総務省統計局ホームページ <http://www.stat.go.jp/data/io/system.htm>）

国民の命と健康を守る点からも、内需拡大の観点からも、診療報酬の大幅引き上げが求められている。

【II - 2】 医師の基礎的技術料を評価し、医科・歯科とも初診料を300点に、再診料を100点に引き上げること。また、認知症患者に対する対応の評価を加算として評価すること。

要求理由：医療崩壊を食い止めるためには、地域医療を支える開業医、中小病院を含めた全ての医療機関の診療報酬を引き上げることが重要である。診察の費用として初診時3,000円、再診時1,000円は、最低限の要求であり、現行点数は基礎的技術料としてはあまりにも低すぎる。

また、認知症患者に対する診察には、他の患者に比べても手間がかかることから、乳幼児加算と同等の評価の加算を新設すべきである。

【II - 3】 医科の外来管理加算への時間要件導入等を廃止し、2008年改定前の要件に戻すこと。また、外来管理加算より高い処置等については外来管理加算を算定せず、再診料＋処置料等を算定するが、外来管理加算未満の処置の場合は、再診料＋外来管理加算を算定する方式に改めること。なお、眼科や耳鼻科検査を実施しても、そのことで外来管理加算が算定できない扱いは廃止すること。

要求理由：外来管理加算は、処置等を実施することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を補填する目的でつくられた「内科再診料」がもとである。その後、名称が「外来管理加算」に変更されたが、診療報酬抑制政策のもとで、内科系医療機関の報酬を補填する意味合いは薄れ、実際には再診料を低く抑えるために利用され、「外来管理加算」がなければ、開業医や中小病院の経営を支えることはできない状況におかれている。

2008年改定で、①問診と身体診察を行い、患者に症状や療養上の注意点を説明し、要点を診療録に記載する、②概ね5分を超えて直接診察を行い、診療録に時間要件に該当する旨を記載すること

が算定要件に追加されたが、これらを外来管理加算の算定要件にすることは、外来管理加算を医療費抑制に利用してきた行為を覆い隠すものである。

しかも、産科や小児科、病院勤務医対策が2008年改定の目玉であるにもかかわらず、外来管理加算への時間要件等の導入によって、小児科や200床未満の病院でも大きな影響を受けており、このままでは、地域医療が崩壊してしまう。

早急に外来管理加算への時間要件導入等を廃止し、改定前の要件に戻すべきである。あわせて、処置等を行った場合に算定点数が低くなる不合理についても解消すべきである。

[Ⅱ - 4] 勤務医の厳しい労働環境を改善するために、地域の第一線医療を担う診療所や中小病院がこれまで担ってきた役割を正當に評価し、すべての医療機関の診療報酬を引き上げること。また、勤務医の厳しい労働環境を改善するため、入院点数等の引き上げを行うこと。

要求理由：2008年改定では、勤務医の厳しい労働条件を引き合いに出して開業医や中小病院の診療報酬が大幅に削られた結果、地域医療を支えている開業医や中小病院が厳しい経営におかれた。また、大病院を含めて勤務医対策は全く不十分である。このままでは、地域医療を支えきれなくなることから、次回改定にあたっては、地域医療を支えるすべての医療機関の診療報酬を引き上げるべきである。

[Ⅱ - 5] 必要な医療は、医療保険で最後まで提供することを基本とし、「公的医療保険でまかなう範囲の縮小」を行わないこと。また、医療を介護保険給付にしないこと。

- (1) リハビリテーション料の算定制限を廃止し、個々の患者の必要性に応じてリハビリ医療ができるようにし、維持期リハビリについても算定制限を設けず医療保険で給付すること。
- (2) 180日超入院の保険給付外しや、一般病床に90日を超えて入院している高齢患者(「特定患者」)の取扱いなど、日数による入院医療の制限をやめ、必要な医療の提供を公的医療保険で保障すること。
- (3) 歯科について、治療の一環として行われる歯周病管理について、病状や管理日数期間によって保険給付から外し患者の自費扱いとするような保険給付制限は行なわないこと。
- (4) 安全性や有効性が確認された新医療技術を速やかに保険に導入し、保険の適用範囲を拡大すること。
- (5) 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。
- (6) 介護保険給付サービスのうち、医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。
- (7) 必要に応じて医療保険と介護保険の給付が受けられるようにするために、診療報酬の算定方法(厚生労働大臣告示第59号・平成20年3月5日)の第6号の規定を削除し、医療保険と介護保険の給付調整(要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額が算定できる場合〔厚生労働大臣告示第128号・平成20年3月27日〕)を廃止すること。

要求理由：

- (1) そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示するOT・PT・ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提

供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なりハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃すべきである。

- (2) 財界からは、「保険給付対象や日数等の直接的な制限」、「保険外併用療養費の拡大」など、あらゆる手段を通じて保険給付範囲の制限と患者負担化が求められており、維持期リハビリの算定制限、180日超入院など、治療が必要であるにもかかわらず、医療保険給付が打ち切られる状態となっている。これは、健康保険法に規定された「療養の給付」の概念を根底から覆すものである。
- (3) 歯科の慢性病である歯周病について、安定期の管理に関して病態や管理期間によって保険給付を制限するような検討が進められているが、患者に必要とされる医療は保険給付として提供すべきである。
- (4) 安全性や有効性が確認された新医療技術は、国民が速やかに受けられるようにすべきである。
- (5) 光熱水費は、患者の継続的な治療を行うための場を提供する上で当然必要なものであり、保険外とした入院時生活療養費は廃止し、保険給付に戻すべきである。
- (6)・(7) 医療は、医療保険によって提供されるべきであり、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、短期入所療養介護・介護老人保健施設・介護療養型医療施設における医療サービスを医療保険給付に戻すべきである。

【II - 6】 療養病床廃止・削減計画をやめ、必要な医療が提供できるよう、医療区分を廃止し、療養病床の診療報酬を引き上げること。

要求理由：医療区分に医学的な根拠はなく、報酬格差を導入することで必要な医療が受けられない事態となっている。療養病床において必要な医療が提供できるようにすべきである。

【II - 7】 患者への医療制限、不合理を改善すること。

- (1) 高齢者が受けられる医療を制限する後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料等を廃止し、高齢者の診療報酬を一般患者の診療報酬と区分しないこと。
- (2) 「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」の入院を制限しないこと。
- (3) 歯科の医学管理料における文書提供義務化を撤廃すること。診療上の必要性により文書提供を行なった場合は、文書提供料を別途設定すること。
- (4) 個別の費用ごとに区分して記載した領収書発行の義務化を撤回すること。
- (5) 基本診療料への処置料の包括をやめ、必要に応じて実施した処置が算定できるようにすること。

要求理由：

- (1) 後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料等は、医療費抑制の観点から、高齢者の医療提供の場を入院医療から居宅に転換し、病院には病床削減を、開業医には労働強化を押し付け、患者から必要な医療を奪うものである。後期高齢者の医療を差別することは、その生命を軽んじることにはかならない。公的医療保険制度を導入していながら診療報酬を年齢によって切り分けている国はない。
- (2) 脳卒中の後遺症や認知症に起因する場合の方が、医療ニーズが低いという根拠は乏しい。脳卒中の後遺症や認知症を一律に差別的に対象から除外せず、脳卒中の後遺症や認知症であっても重度の肢体不自由、重度の障害、重度の意識障害であれば、従前どおり対象とすること。
- (3) 歯科の医学管理における文書提供は、毎回の文書作成に追われ歯科医師と患者の対面時間を削ぎ、患者への十分な説明時間にも支障をきたすなど、本来必要とされる歯科診療への専念を困難にしている。
- (4) 医療機関は、「医療」の内容について患者に説明する義務があるが、政府が決めた複雑で説明が困難な「医療費」の内容・仕組みを患者に説明する義務はない。医療機関が「個別の費用ごとに区分

して記載した領収証を患者に渡すことによって、その患者が自分の治療を理解し、患者と医師との信頼関係が深まることにはなりえない。

(5) 実施した処置を正当に評価すべきであり、2008年改定で基本診療料に包括した熱傷処置、皮膚科軟膏処置、湿布処置、眼処置、耳処置、鼻処置を元に戻すこと。

【Ⅱ-8】 全ての医療従事者の技術と労働、医療安全管理を含めて医療提供にかかる諸費用を診療報酬で正当に評価すること。

要求理由：医療安全管理に配慮し、質の高い保険診療を提供するためにも、全ての医療従事者の技術と労働、医療材料や医療安全管理、保険請求のための費用など、医療提供のコストを正当に評価することが必要である。

【Ⅱ-9】 医療提供のためにかかる全ての諸費用を正当に評価するよう、いわゆる「出来高払い」を原則とすること。包括する場合は、その積算根拠を示すこと。

要求理由：医療提供にかかる全ての諸費用を正当に評価した点数であることが当然必要であり、そのことが万人に理解できるためには、積算根拠がわかるものでなければならない。

【Ⅱ-10】 点数項目の算定制限は、全て自院による取扱いとし、他医療機関との併算定を禁止する制限は撤廃すること。

要求理由：併算定禁止によって、患者のフリーアクセスが制限される。また、自院の責任によらない内容についても制限を設けることは医療機関のみならず、患者に対しても不利益が生じる。

【Ⅱ-11】 病床規模や平均在院日数など、根拠の乏しい指標に基づく点数格差をなくすこと。

要求理由：病床規模によって再診料や指導料等に格差が設けられているが、病床規模とこれらの点数に格差を設けることには、根拠がない。また、平均在院日数を入院基本料の届出の要件とすることは不合理である。

【Ⅱ-12】 施設基準について

(1) 「施設基準の届出」を要する医療は、人員や施設に規定を設けなければ患者への影響が大きいものに限定すること。また、院内掲示の義務付けは、名称のみとすること。

(2) 医療機能評価、民間保険加入要件、選定療養の実施を施設基準の要件とした取扱いを止めること。

要求理由：患者への影響がない届出は、廃止すべきである。また、「患者が受けられるサービス等がわかる内容」の院内掲示は、医療機関側が患者に伝えたい内容を患者にわかりやすい方法で行うことが望ましい。したがって、届出したサービス内容については、任意とし、届出毎に患者が受けられるサービス等がわかるよう、閲覧可能な状態にした帳票でも可とすべきである。

また、次の内容が施設基準の要件となっているが、これらはいずれも治療を適切に提供できるか否かを判断する基準に用いるべきものではなく、差額徴収の実施を施設基準の要件とするのは、保険制度の根幹を崩すものであり、要件から外すこと。

- 医療機能評価 (ISO、日本医療機能評価機能) → 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料
- 民間保険加入要件 → ハイリスク分娩・妊娠加算
- 選定療養の届出・実費徴収 → 入院時医学管理加算

※医師事務補助体制加算・ハイリスク分娩加算は、施設基準の要件ではないが、提出が求められる資料に記載項目がある。

【II -13】 介護保険施設等入所者の医療の算定制限を撤廃すること。

要求理由：介護保険施設等入所者に対する医療の制限は、急性増悪などの必要な医療の提供すら阻害してしまう事例もあり、こうした算定制限は、廃止すべきである。

【II -14】 社会保障の原則である公平性、平等性の観点から、診療報酬点数表や1点単価に都道府県格差を導入しないこと。

要求理由：保険財政や医療費適正化計画の数値目標の達成状況により、都道府県別の診療報酬の特例を定めることができるようにしようとしているが、社会保障の原則である公平性、平等性の観点から、これらの導入をすべきではない。

【II -15】 ガイドラインや認定医資格を診療報酬の算定要件に入れないこと。

要求理由：ガイドラインは、当該検査や治療を実施する上での学会等における検討の現時点での到達点を示したものであるが、必ずしも全ての患者に当てはまるものではなく、ガイドラインを点数の算定要件とすべきではない。また、認定医・専門医資格を診療報酬の算定要件とすべきではない。

【II -16】 薬価・材料価格にメスを入れ、正当な薬価・材料価格に引き下げること。その際、購入価格が薬価・材料価格を上回らないようにすること。

要求理由：医療費上昇の原因の一つに諸外国に比べ格段に高い薬剤・材料価格があるため、市場流通価格による薬価・材料価格の決定方式を是正し、原価が反映できる方式に改めること。

【II -17】 診療報酬の請求をオンラインによる方法に限定しないこと。また、医師の裁量権を否定し、画一的医療に導く可能性のあるオンラインシステムの導入を凍結し、内容を再検討すること。

要求理由：診療報酬のオンライン請求義務付けは、地域医療の崩壊をもたらすとともに患者さんのプライバシー保護の点からも重大な問題である。また、メーカー利益誘導と社会保障個人管理システム化の恐れがある。オンライン請求に限定せず、紙媒体での請求を今後とも認めるとともに、オンラインシステムそのものについても、再検討すべきである。

【II -18】 検証部会の結果等で通常の前年度改定時期でない時期に、国民に必要な医療を提供するため再改定を行なう場合は、必要な医療を提供するための財源を確保して実施すること。

要求理由：2006年改定では、疾患別リハビリテーションに日数制限が導入され、必要なりハビリテーションが受けられない事態が相次いだ。リハビリテーション日数制限撤廃を求める国民的な運動の中で中医協は、再改定を決定したが、「財政中立」のもとで行なわれたため、逡巡制が導入され、この結果、多くの医療機関で再改定前より経営が悪化しており、必要なりハビリテーションの提供が困難になった。国民に必要な医療を提供するための再改定であったはずなのに、再改定の結果は、そうはなっていない。「財政中立」を前提とするのではなく、必要な医療を提供するための財源を確保すべきである。

【II -19】 2010年診療報酬改定にあたっては、中医協公聴会を複数個所で開催するとともに、正式にパブリックコメントを募集し、寄せられた意見に対する考え方を示すこと。

要求理由：2006年改定、2008年改定とも、公聴会は1回のみで開催で、改定意見についても募集期間が短く、かつ寄せられた個々の意見に対する考え方も示されなかった。2010年改定にあたっては、公聴会を複数個所以上で実施するとともに、正式なパブリックコメントとして改定意見の募集期間を1カ月以上設け、寄せられた意見に対する考え方を示すべきである。

[Ⅱ -20] 診療報酬改定にあたっては、患者や医療機関に負担を押し付けて大混乱を生じることのないよう、官報告示から実施までの周知期間を少なくとも3か月以上設け、少なくとも1か月以上前には通知を出し、新点数の算定開始日までに不明確な解釈を残さないようにすること。

要求理由：診療報酬改定の告示は2月に出され、通知は3月中旬に出される事態が続いており、改定内容が周知されないまま、4月改定が実施されている。これは、何よりも患者にとって不利益であり、医療の現場に大混乱をもたらすものである。そのしわ寄せは、医療機関と患者に押し付けられている。こうした事態にならないよう、少なくとも1か月以上前には、関連通知が示されるべきである。

Ⅲ 2010 年度診療報酬改定に向けた具体的要求（医科要求）

… 初・再診料 …

【Ⅲ - 1】 初診料（A000）、再診料（A001）、外来診療料（A002）

- ① 医師の基礎的技術料を評価し、初診料を 300 点に、再診料を 100 点に引き上げること。
初・再診料等の病診格差、病床数格差を解消すること。なお、2008 年改定で実施した処置等の包括をやめ、初・再診料への包括の拡大を行わないこと。

要求理由：諸外国と比べて初再診料は極めて低い。医師の技術料を正当に評価するため、初・再診料を引き上げるべきである。

- ② 乳幼児加算を大幅に引き上げること。

要求理由：乳幼児医療に対する評価と乳幼児医療体制の確保のために加算を大幅に引き上げること。

- ③ 認知症加算を新設すること。

要求理由：認知症患者に対する診察には、他の患者に比べても手間がかかることから、乳幼児加算と同等の評価の加算を新設すべきである。

- ④ 複数科標榜であって、同日にそれぞれに別の専任の医師が診療する場合は、すべての診療科で再診料の算定を認めること（同日初診料を除く）。

要求理由：医科と歯科の場合は、それぞれ初・再診料が算定できるが、最初内科医に受診し、必要があり眼科医に受診するような場合、眼科医の診察料を全く認めないのは不合理である。

- ⑤ 初診料・再診料への搬送救急患者加算（救急用の自動車等により搬送されてきた患者への診療を行った場合）を設けること。

要求理由：救急用の自動車等で搬送されてくる患者への対応に対する評価を行うべきである。

- ⑥ 保険請求に関する費用等、治療を実施する上で発生する間接的な維持・管理の費用を保障した上で、初診料の電子化加算は廃止すること。

要求理由：保険請求に関する費用等、治療を実施する上で発生する間接的な維持・管理の費用は、全ての医療機関に保障されるべきである。また、2010 年までの時限措置として導入された初診料の電子化加算は廃止すべきである。

- ⑦ 時間外加算、深夜加算及び休日加算を引き上げること。

要求理由：時間外加算、深夜加算及び休日加算の評価が低すぎる。

- ⑧ 電話再診の算定について、聴覚障害者以外の患者についても FAX 又はメール等によって治療上の意見を求められ、必要な指示を行った場合も算定できるようにすること。

要求理由：聴覚障害者以外の患者から電子メール等で治療上の意見を求められ、必要な指示をメールで求められる事例が増えており、こうした対応について電話再診と同様の評価を行うべきである。

- ⑨ いわゆる「時間外加算等」を算定する対象患者が、引き続き入院となった場合については、初診料又は再診料と時間外加算等が算定できるようにすること。

要求理由：初診又は再診後に即入院となった場合、初診料は算定できるが、再診料は入院料に含まれており、算定できない。また、包括病棟の場合は初診料も算定できないが、緊急に診療について、評価すべきである。

【Ⅲ - 2】 外来管理加算（A002 への加算）

- ① 外来管理加算への時間要件導入等を廃止し、改定前の要件に戻すこと。
② 外来管理加算より高い処置等については外来管理加算を算定せず、再診料＋処置料等を算定するが、外来管理加算未満の処置の場合は、再診料＋外来管理加算を算定する方

式に改めること。

- ③ 検査の実施の有無にかかわらず、当該加算を算定できるようにすること。

要求理由：外来管理加算は、処置等を実施することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を補填する目的でつくられた「内科再診料」がもとである。その後、名称が「外来管理加算」に変更されたが、診療報酬抑制政策のもとで、内科系医療機関の報酬を補填する意味合いは薄れ、実際には、再診料を低く抑えるために利用されてきた。

2008年改定で、①問診と身体診察を行い、患者に症状や療養上の注意点を説明し、要点を診療録に記載する、②概ね5分を超えて直接診察を行い、診療録に時間要件に該当する旨を記載することを追加したが、この結果、産科、小児科を含めて全ての医療機関で多大な影響を受け、このままでは地域医療が崩壊してしまう。

そもそも、診察については、時間によって点数格差を設けるべきではない。外来管理加算は、内科系医療機関と外科系医療機関の再診料の調整点数であることを明記した上で、処置などを行った場合の方が点数が低くなる矛盾を解決すべきである。

また、外来管理加算は、計画的医学管理を行った場合に算定するとされており、計画的な医学管理を行うためには、検査等は不可欠である。

【Ⅱ - 3】 「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：外来における看護職員の技術と労働を診療報酬で保障すべきである。

【Ⅱ - 4】 医療法で定める医療安全管理を実施するに必要な外来療養環境の費用（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「外来医療安全管理加算」を新設し、すべての医療機関ですべての患者に算定できるようにすること。

要求理由：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の保障を明示的に行うべきである。

【Ⅱ - 5】 療養相談加算の新設（A001、A002への加算）

入院・入所中の患者が退院後に訪問診療を開始する場合であって患者の家族があらかじめ、来院し訪問診療の相談や療養上の指導を行った場合や、子どもの代わりに家族が紹介状を持って来院する場合において、治療の相談や療養上の指導を行った場合の費用を算定できるようにすること。

要求理由：上記のような相談・指導が増えているが、診療報酬で保障すべきである。

… 医学管理等 …

【Ⅲ - 6】 医学管理等の全体に係るもの

- ① 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、他の医療機関との併算定を禁止すれば、患者が必要な専門治療を受けられなくなる。これは、他科受診すら奪ってしまう内容であり、患者の立場から言っても絶対に容認できないものである。

- ② 初診の日に確定診断が付き、かつ、所定の指導を行ったものについては、初診の日から医学管理等を算定できるようにすること。

要求理由：初診の日には算定ができないのは不合理である。

- ③ 医学管理等において、診療計画作成・説明費用を保障する「診療計画作成・説明料」

を評価すること。

要求理由：「診療計画作成・説明」は、長期的な見通しを含めて計画を作成し説明を行なう行為であり、通常の「医学管理」にかかる行為とは異なる。こうした費用を別途評価することが患者への療養指導の一層の向上につながると考える。

【Ⅲ - 7】 特定疾患療養管理料（B000）

① 特定疾患療養管理料は、内科系疾患に限らず、治療計画を作成し、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要する疾患すべてに対象を拡大すること。

例) 心筋症、房室ブロック、心臓弁膜症、低血圧症、高尿酸血症、変形性膝関節症、緑内障、網膜剥離、アルコール依存症、非定型抗酸菌症、認知症、塵肺症、貧血（悪性、鉄欠乏性）、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性肝炎（非ウイルス性）、肝硬変症、逆流性食道炎、急性腎炎、骨粗鬆症、バージャー病、血栓性静脈炎、前立腺肥大症、神経因性膀胱、再発性尿路結石、性腺機能不全、更年期障害、婦人科内分泌障害、妊娠合併症、不妊症、脊柱管狭窄症、老人の胸・腰椎圧迫骨折、痛風、リウマチ

要求理由：治療計画を作成し、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要する疾患は、内科系疾患に限らない。こうした指導を要する疾患に対する指導を評価することは、疾病の重症化を防ぐことにつながる。

② 特定疾患療養管理料について、月2回算定から月1回算定とし、200床以上の病院も含め医療機関の種別にかかわらず450点が算定できるようにすること。なお、生活習慣病管理料のように指導文書の患者への交付を義務化しないこと。

要求理由：月1回の受診でも月2回の受診であっても、一月を通して患者を管理していることに変わりはない。また長期投与が可能な状態にあることは、医師の指導管理が徹底されている証拠であり、この管理に対する評価を正当に行うべきである。よって、月1回に450点算定できるようにすべきである。また、患者側から見て、病診・病床数格差には正当性がなく解消すべき。

③ 特定疾患及びその関連疾患以外での他医療機関への入院の場合は、退院後1カ月以内であっても、特定疾患療養管理料を算定できるようにすること。

要求理由：特定疾患で管理を行っている患者が、白内障手術等で他医療機関に短期入院した場合でも、退院後1カ月間は算定できない取り扱いは不合理である。

【Ⅲ - 8】 小児特定疾患カウンセリング料（B001（4））

① 小児特定疾患カウンセリング料の算定対象期間を2年以内とする規定を廃止し、対象年齢の間は算定できるようにすること。

② 算定対象疾患に小児喘息を追加すること。

③ 査定対象年齢を18歳まで引き上げること。または、引き続き算定できる思春期の患者に対するカウンセリング料を新設すること。

要求理由：2年たてばカウンセリングが不要とはならない。また、必要性のある喘息の患者に小児特定疾患カウンセリングは有効である。思春期まで継続診療が必要な患者も多いが、15歳を過ぎると心身医学療法（再診時80点）しか算定できなくなってしまう。

【Ⅲ - 9】 難病外来指導管理料（B001（7））

難病外来指導管理料について、特定疾患療養管理料と同じ点数に引き上げること。

要求理由：難病の指導管理は他の疾患より手間と時間を要することが多く、他の医学管理料と比べても評価が低い。

【Ⅲ -10】 喘息治療管理料 (B001 (16))

- ① 算定対象患者を「重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により、保険医療機関に緊急受診した回数が過去1年間に3回以上あるもの又は過去6カ月以内に入院歴のあるものに限る）」に拡大すること。
- ② 喘息治療管理の施設基のうち、「専任の看護師又は准看護師が医療機関内に常時1人配置」との規定については、薬剤師又は医師でも良いこととすること。

要求理由：喘息治療管理の対象患者及び対象施設を拡大することにより、入院回数、緊急受診回数の軽減が期待できる。

【Ⅲ -11】 皮膚科特定疾患指導管理料 (B001 (8))

皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）は年齢制限を撤廃するとともに、アトピー性皮膚炎の患者に対する「外用療法を必要とする」との要件をなくし、小児科、アレルギー科等の標榜医療機関も算定対象とすること。また、皮膚科特定疾患指導管理料の点数を引き上げること。

要求理由：アトピー性皮膚炎については、外用療法を行わず生活指導等のみで治療にあたる場合があるが、指導に時間を要するため評価すべきであると考ええる。また、小児においても計画的な医学管理が必要であり、年齢制限の根拠はない。

【Ⅲ -12】 小児科外来診療料 (B001-2)

- ① 小児科外来診療料の点数を引き上げるとともに、診療情報提供料や高額な「検査、処置、投薬、注射」の費用は、別途算定ができるようにすること。

要求理由：診療情報提供料や、高額な検査、処置、投薬、注射の費用については、別途算定ができるようにすべきである。

- ② 往診料と同様、在宅患者訪問診療料についても別途算定できるようにすること。

要求理由：診療情報提供料や、高額な検査、処置、投薬、注射の費用については、別途算定ができるようにすべきである。また、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な症例があるため、在宅患者訪問診療料の併算定を認めることが求められている。さらに、同日再診の場合は、少なくとも再診に関する費用は保障されるべきである。

- ③ 同日再診の場合は、再診料及び乳幼児加算等を算定できるようにすること。

要求理由：同日再診の場合は、少なくとも再診に関する費用は保障されるべきである。

【Ⅲ -13】 乳幼児育児栄養指導料 (B001-2-3)

乳幼児育児栄養指導料の算定対象を6歳未満児まで拡大すること。

要求理由：育児、栄養その他療養上必要な指導は、3歳以降も要する場合があります。6歳未満児程度まで拡大すべきである。

【Ⅲ -14】 生活習慣病管理料 (B001-3)

- ① 診療情報提供料や高額な「検査、投薬、注射」の費用は、別途算定ができるようにすること。

要求理由：診療情報提供料や、高額な検査、投薬、注射の費用については、別途算定ができるようにすべきである。

- ② 生活習慣病管理料について、老人患者についても算定できるよう、対象を拡大すること。

要求理由：老人患者についても、治療計画に基づいて生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことは必要である。

【Ⅲ -15】 ニコチン依存症管理料（B001-3-2）

- ① ブリンクマン係数 200 以下についても対象者とする。
- ② CO 測定装置を要件から外すこと。12 週の保険期間の間は 8 週目以降もパッチの処方
を認めること。

要求理由：ニコチンの測定は CO 測定装置以外でも認められるべきである。

要求理由：①国民の健康を増進するためには、多くの医療機関で禁煙指導が実施できるように条件整備をする必要がある。②未成年者・若年者の禁煙は将来の合併症を考慮するとより重要であるのに、未成年者などはブリンクマン係数 200 以下となることが多く管理料の対象外となっていることから禁煙指導の対象者を制限するべきではなく、CO 測定装置は禁煙指導の成否には関係がないため、算定要件から外すべきである。

【Ⅲ -16】 退院前訪問指導料（B007）

入院後早期に指導をした場合、実際の退院が家庭でなくても、指導の日に算定ができるようにすること。

要求理由：入院後早期に患家を訪問して指導を行ったが、様々な事情で医師又は看護師等が配置されている施設に入所せざるを得なくなるケースがある。しかし、家庭復帰を前提として実際に患家を訪問して行った指導は評価すべきである。

【Ⅲ -17】 診療情報提供料（B009～B011-2）

- ① 入院中の患者を、検査等の目的で他医療機関に紹介した場合も診療情報提供料を算定できるようにすること。

要求理由：入院先医療機関で行えない専門的な検査を行うにあたり、診療情報提供書による患者紹介の必要があるため。

- ② 紹介を受けた側から照会元へ返事（情報提供）をした場合の評価を新設すること。

要求理由：紹介を受けた側から照会元への返事（情報提供）をした場合等の医療機関間の連携を評価すること。

- ③ 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、紹介診療科毎に診療情報提供料の算定を認めること。

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 回算定という取り扱い是不合理。

- ④ 診療情報提供料（Ⅰ）について、介護老人福祉施設に患者を紹介した場合も算定できるようにすること。

要求理由：介護老人福祉施設に患者を紹介した場合も算定できるようにすべきである。

- ⑤ 指定居宅介護支援事業者にメール、FAX によって保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合は、100 点を算定できるようにすること。

要求理由：居宅療養管理指導費の場合はメール、FAX 等の情報提供を認めている。ただし、文書による提供との点数格差を考慮した。

【Ⅲ -18】 指導料の新設

- ① 医療保険及び介護保険において、保険医療機関及び介護保険事業所に対して訪問リハビリテーションを指示する「訪問リハビリテーション指示料」（有効期間 3 カ月）を新設すること。また、通院困難な患者であれば必ずしも在宅患者訪問診療料の算定を要件としないこと。

要求理由：訪問リハビリテーションに対する指示料をきちんと評価すべきである。

② 障害者等生活指導料を新設すること。

要求理由：障害（視覚障害、聴覚障害を含む）により低下した生活の質をできるだけ元のレベルにまで高めることが重要であり、そのための生活指導を評価する「障害者等生活指導料」を設定すべき。

③ 退院指導料を新設（復活）すること。

要求理由：2007年4月1日施行の医療法改定により、「退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない」とされており、これを診療報酬で評価すべきである。

④ 認知症患者在宅療養指導管理料を新設（復活）すること。

要求理由：在宅で療養する認知症患者の医学管理等を評価すべきである。

⑤ 学校伝染病管理指導料を新設し、証明書料、登校・登園許可書料の費用についても評価すること。

要求理由：学校伝染病に罹患している場合には、特別な指導を要するとともに、証明書などの交付を求められており、これらを実評価すべきである。

⑥ 吸入ステロイド療法指導管理料を新設すること。乳幼児に対する吸入ステロイド療法指導管理料については、点数を2倍とすること。

要求理由：吸入ステロイド療養の実施にあたって、指導管理を行うことが必要である。乳幼児に対する指導管理は、特に留意が必要である。

… 在宅医療 …

[Ⅲ-19] 在宅医療に係る全般的事項

① 「保険医療機関は、同一の患者について、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料のうち、いずれか一つを算定した日においては、他のものを算定できない」、「一つの保険医療機関が訪問診療料等のいずれか1つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」、「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が、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」とする取り扱いを廃止すること。

要求理由：訪問診療等の後に他の訪問診療料等（特に訪問診療）が必要な患者がある。また、難病等複数回訪問加算の対象患者や、急性増悪、末期のために一時的に頻回訪問が必要な患者については、一日複数回訪問が必要な場合があるが、事業所が一カ所の場合、対応が困難な場合がある。

② 在宅の部で算定する薬剤も、投薬の部に準じて処方料、処方せん料の算定対象とすること。

要求理由：在宅の部の薬剤は、臨時的処方というよりは、継続的、長期的使用が多い。

③ 在宅療養指導管理材料加算で評価できていない材料についても、全ての材料が保険請求できるようにすること。

要求理由：患者によって支給する材料の量が異なるので、そもそも包括の範囲から外すべきである。

④ 皮膚欠損用創傷被覆材の褥瘡に対する使用期間については「2週間を標準として、特に必要な場合は3週間で算定できる」通知の取扱いを実態にあわせ見直し、在宅医療の部の特定保険医療材料として規定すること。

要求理由：2008 年の改定で在宅での褥瘡管理について、「重度の褥瘡状態にある患者」が月 2 回特別訪問看護が算定できる対象に追加されていることから、訪問看護師による管理において皮膚欠損用創傷被覆材の使用は認められるべきである。

- ⑤ 在宅酸素療法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸器指導管理料、在宅寝たきり処置指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料を算定する患者について、外来受診、往診、訪問診療の際、算定できない処置に伴って使用する薬剤、特定保険医療材料も合わせて算定できない取扱いは止め、算定できるようにすること。

要求理由：当該薬剤、保険医療材料が算定できないのは、不合理であり、患者への医療提供に支障をきたす。

- ⑥ 注射針の回収や感染性廃棄物の処理費用を保障すること。

要求理由：注射針や感染性廃棄物は、その患者に対する医療行為の結果発生するものであり、その費用は、その患者の診療費の請求にあわせて請求すべきものである。

- ⑦ 「在宅療養支援診療所」の施設基準から、「在宅看取り数を年 1 回報告する」との要件を廃止すること。また、4 km 以内に「在宅療養支援診療所」がない場合は、在宅療養支援病院の届出を認めること。

要求理由：在宅看取り数の多寡が「在宅ケアの質の向上」に關与する根拠はない。こうした不要の届出は、廃止すべきである。また、診療所があっても在宅療養支援診療所がない地域については、在宅療養支援機能を果たす医療機関がない。

- ⑧ 月途中で在宅療養指導管理料を算定した場合、当該月の指導管理を行う以前に実施した各指導管理料に包括されている処置や注射の算定を認めること。

要求理由：指導管理の計画を立案する前に必要があつて施行した処置等は、その計画の根拠となる医療上必要である場合もあることから別途算定を認めるべきである。

- ⑨ 対診を求められて入院患者の診察を行った場合は、基本診療料、往診料等以外の診療料もすべて対診を行った医師の医療機関で請求できるようにすること。

また、特定入院料等を算定する患者の対診を行った場合にあつては、当該入院医療機関で実施できない専門治療にかかる費用は、特定入院料等に含まれる点数であつても請求できるようにすること。

要求理由：診療報酬の請求権は、本来、治療を行った保険医の属する医療機関にあると解すべきである。医療機関の間の合議により診療報酬を分配する現行の方法は無用の手間がかかり、請求責任の所在もあいまいになる。後段については、自院で対応可能な治療は入院医療機関で行い、費用は特定入院料等でまかなうことが前提だが、入院医療機関では対応できない専門治療について対診を依頼した場合において、対診を行った医師の治療費用まで特定入院料に含まれるとする考え方は不合理である。

【Ⅲ -20】 往診料 (C000)

- ① 往診料を引き上げるとともに、診療従事中緊急往診や夜間、深夜加算など、在宅療養支援診療所でない医療機関の往診料への各種加算を引き上げること。

要求理由：往診料は、1996 年に 570 点から 650 点に引き上げられてから長い間据え置かれている。2006 年改定で在宅療養支援診療所は、加算点数が引き上げられたが、基本的な費用である往診料の引き上げが必要である。

- ② 居住系施設（居宅）において、1 回の訪問で 2 人以上の患者に往診を行う場合は、患者ごとに算定できるようにすること。少なくとも高齢者専用賃貸住宅は、居住系施設から除外すること。また、集合住宅やマンションと同様に「同一患家」扱いから除外すること。なお、「同一患家」や「居住系施設」の定義を告示・通知上、明確にすること。

要求理由：居住系施設についても、「同一患家2人目以降」の取扱いを適用することは、不合理であり、患者1人1人に算定できるようにすること。また、高齢者専用賃貸住宅は、形態として集合住宅やマンションと同様であり、居住系施設から除外すべきである。

- ③ 往診料に休日加算を新設すること。また、夜間加算は「夜間・早朝加算」とし、午前9時（診療開始）までの時間帯の加算評価を行うこと。

要求理由：今後、重症の在宅患者が増えることが予測され、休日に患者の急性増悪等に対応することを評価する休日加算を設ける必要がある。また、早朝の時間帯に加算が設けられていないので、午前6時～9時の時間帯を夜間加算と同等の評価を行う必要がある。

【Ⅲ -21】 在宅患者訪問診療料（C001）

- ① 居住系施設入居者に対する訪問診療料（200点）については、1回の訪問で1人だけ訪問診療を行う場合は、居住系施設入居者であるか否かを問わず、830点が算定できるようにすること。また、1回の訪問で複数の居住系施設入居者を訪問診療した場合の評価は、居住系訪問看護（430点）や訪問栄養2（450点）より高い点数とすること。

要求理由：居住系施設入居者であっても、1回の訪問で1人しか診療を行わない場合は点数を引き下げるべきではない。また、複数の場合であっても、在宅医療の基本的な費用である訪問診療料の引き上げが必要である。

- ② 在宅療養支援診療所以外の訪問診療料について、往診翌日の算定を認めること。

要求理由：往診翌日の在宅患者訪問診療料の算定制限は、在宅医療のスムーズ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医療機関も改善をすべきである。

- ③ 週3回の回数制限をなくすこと。

要求理由：回数制限を設けて必要な回数の訪問診療の実施を規制するべきではなく、必要に応じて訪問ができるようにすべきである。

- ④ 1人の患者を診療科の異なる複数の医師で管理する場合、双方で訪問診療料の算定を認めること。

要求理由：外来通院している患者は、疾病の状態によって複数の医療機関を受診し、それぞれ専門的な治療が受けられるように、在宅でも複数の診療科からの訪問診療が認められなければ質の高い医療の提供が困難になる。

- ⑤ 急性増悪の場合に14日を限度に在宅患者訪問診療料が算定できる扱いについて、14日を過ぎてもさらに増悪が継続している場合や、新たな急性増悪については、同一月内であっても、さらに14日を限度に在宅患者訪問診療料が算定できるようにすること。

要求理由：急性増悪が継続している場合や、新たな急性増悪をひきおこした場合に、往診料に戻らなくてはならない現行の規定は不備であり、急性増悪中は、毎日算定できるように、あらためるべきである。

【Ⅲ -22】 在宅時医学総合管理料（C002）

- ① 投薬の費用は、別途算定ができるようにすること。

要求理由：在宅医療において、投薬の費用は、患者によって大きな差があり、投薬を包括することは、必要な医療の提供を阻害する。

- ② 特定施設入居時等医学総合管理料を廃止し、特定施設に入居していても在宅時医学総合管理料を算定できるようにすること。

要求理由：特定施設に入居していても医学的な管理の手間は同じであり、在宅時医学総合管理料が算定できるようにすること。

- ③ 在宅時医学総合管理料の算定要件を、「・・・月1回以上の定期的な訪問診療（往診

を含む。) を行っている場合に月2回に限り算定する。」とすること。

要求理由：月1回の訪問診療による定期的な管理も評価すべきである。また、患家の都合でショートステイに入所し、月1回の訪問診療となった場合など、在宅時医学総合管理料算定後にカルテの訂正（電子カルテ化が進む中で）、あるいは窓口負担の訂正（領収証の交付が義務化されている中で）が必要になるなど、医療現場で面倒な問題が生じる。

④ 2以上の処置に対する指導管理を要する場合には、在宅時医学総合管理料とは別に在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定できるようにすること。

要求理由：創傷処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引等々、様々な種類の処置・指導、管理を一人の患者に対して行うことを評価する点数項目であるが、在宅時医学総合管理料へ包括されると、結果として重症な患者ほど診療報酬上の評価が下がる。少なくとも複数の処置の指導管理を行う場合は別途評価すべき。

【Ⅲ -23】 救急搬送診療料（C004）

急患の行政ヘリ等による患者搬送に同乗した場合における諸費用を評価した「ヘリコプター等搬送加算」を新設すること。

要求理由：山間地や離島などで発生した急患の行政ヘリ等による患者搬送が日常的に行われている。搬送後、同乗した医師が自院に帰るための費用補償はなく、長距離となるため交通費等を患者が負担する場合もある。長距離の搬送となるヘリコプター等による搬送の場合の点数評価（2500点程度）が別に必要と考える。

【Ⅲ -24】 救急搬送看護料（C004-2）

患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、看護上の必要性から、看護職員が同乗して看護を行った場合に、救急搬送看護料（新設）が算定できるようにすること。

要求理由：医師の同乗が出来ないが、看護職員が同乗する必要がある場合がある。このような場合に、救急搬送看護料（新設）が算定できるようにすること。

【Ⅲ -25】 在宅患者訪問看護・指導料（C005）、居住系施設入居者等訪問看護・指導料（C005-1-2）

① 居住系施設入居者に対する訪問看護料については、1回の訪問で1人だけ訪問看護・指導を行う場合は、居住系施設入居者であるか否かを問わず、在宅患者訪問看護・指導料の点数が算定できるようにすること。

要求理由：居住系施設入居者であっても、1回につき1人しか訪問看護・指導を行わない場合は点数を引き下げるべきではない。

② 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定の可否に関わらず、医師が診療に基づき看護職員に在宅での注射を指示した場合の注射手技料及び注射に用いた薬剤料の算定については認めること。またこのような注射が必要な患者の場合には、介護保険の訪問看護から医療保険での訪問看護に切り替え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皮下・筋肉内注射、静脈注射、点滴注射に関わる手技料及び薬剤料の算定は、認めなければ不合理である。

③ 頻回訪問の限度日数を撤廃し、また、難病等複数回訪問加算を病名に関わらずすべての患者に適用すること。

要求理由：頻回訪問の必要性及び訪問日数（回数）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や複数回訪問の病名による制限は撤廃すべきである。

④ 医療機関からの「在宅患者訪問看護・指導料」を、訪問看護ステーションの基本療養費、

管理療養費と同等に引き上げて是正すること。

要求理由：医療機関においても訪問看護を行なう場合は、それなりに施設整備を要しており、格差を設ける正当性がない。

- ⑤ 「末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者」に「全ての特定疾患治療研究事業の対象疾患及び難治性疾患克服研究事業」「認知症その他特に頻回の訪問看護を要する患者」を加えること。

要求理由：当該疾病以外にも、認知症等で頻回の訪問看護が実施されなければ施設入所を検討しなくてはならない事例が少なくない。また、全ての特定疾患治療研究事業及び難治性疾患克服研究事業の対象疾患を加えるべきである。

- ⑥ 複数の看護師等による訪問看護を行なった場合の点数評価を新設すること。

要求理由：患者の状態や体格、家屋の構造、訪問する時間帯の問題など、さまざまな理由により、1人の看護師等では対応できない場合に、2人以上の看護師等で訪問看護を行なうケースを診療報酬で評価すべきである。

- ⑦ 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：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。

【Ⅲ -26】 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (C005-2)

- ① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、週1日以上点滴注射を行なう必要を認めたものについて算定するようにすること。算定要件の簡素化すること。

要求理由：在宅患者への訪問点滴は、症状の急変により3回以上ではなく、1～2回程度必要になることがある。また、指示書の有効期間や算定方法が複雑であり、簡素化が必要。

- ② 特定施設など看護職員の配置義務のある居住系施設に入所・入居している患者が点滴の必要性があり、当該施設に配置されている看護職員に点滴注射の指示をした場合においても、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定を認めるとともに使用した薬剤が算定できるようにすること。

要求理由：特定施設入居者に対する点滴注射管理指導料が認められなければ、特定施設への入居を前提とした在宅医療が成り立たない。

【Ⅲ -27】 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (C006)

居住系施設入居者等のうち、特別養護老人ホーム、短期入所生活介護事業所、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・養護老人ホーム・適合高齢者専用賃貸住宅（特定施設の場合）、グループホームの入所・入居者については、要介護者等であっても、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料が算定できるようにすること。

要求理由：当該施設入居者等についても、医学的に必要なりハビリテーションを提供できるようにすべきである。要介護者等については、給付調整により算定できない取扱いである。一方、介護保険の訪問リハビリテーション費については、「短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を受けている間」は、訪問リハビリが算定できない取扱いになっている。いずれの施設も「機能訓練指導員」を配置することになっているが、必ずしも理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置する必要はなく、看護職員、柔道整復師等でもよいこととされており、医学的に必要十分なりハビリが保障されていない。

【Ⅲ -28】 訪問看護指示料（C007）

指定先ごとに月 1 回の算定を認めること。

要求理由：複数の訪問看護ステーションに指示書を記載する場合は、それぞれに指示する内容が異なるものであり、2 箇所指示をしても 1 回しか認めないのは不合理である。

【Ⅲ -29】 在宅患者訪問薬剤管理指導料（C008）

居住系施設入居者に対する訪問薬剤管理指導料については、1 回の訪問で 1 人だけ訪問薬剤管理指導を行う場合は、居住系施設入居者であるか否かを問わず、在宅患者訪問薬剤管理指導料 1（在宅での療養を行っている患者）の点数が算定できるようにすること。

要求理由：居住系施設入居者であっても、1 回の訪問で 1 人しか訪問薬剤管理指導を行わない場合は点数を引き下げるべきではない。

【Ⅲ -30】 在宅患者訪問栄養食事指導料（C008）

居住系施設入居者に対する訪問栄養食事指導料については、1 回の訪問で 1 人だけ訪問栄養食事指導を行う場合は、居住系施設入居者であっても、在宅患者訪問栄養食事指導料 1（在宅での療養を行っている患者）の点数が算定できるようにすること。

要求理由：居住系施設入居者であっても、1 回の訪問で 1 人しか訪問栄養食事指導を行わない場合は点数を引き下げるべきではない。

【Ⅲ -31】 在宅患者連携指導料（C010）

要介護者等についても算定できる取扱いにすること。

要求理由：当該点数の主旨から、要介護者等について算定できるべきである。

【Ⅲ -32】 在宅自己注射指導管理料（C101）

① 在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定器加算を独立させて、「HbA1c が 8% 以上であって、かつ医師が必要と認める者」に対して実施する「在宅血糖自己測定指導料」を医学管理料に新設すること。また血糖測定器や試験紙代は、購入価格で保険請求ができるようにすること。

要求理由：インスリン投与に至らないまでに血糖を自己測定させ生活改善を指導することは、厚生労働省の提唱する「健康日本 21」の理念にも合致するものである。また、血糖自己測定を頻回に行っている場合、データに目を通して細かく指導を行い、時間がかかるにも関わらず、測定回数による点数幅が、試験紙代、穿刺器代に見合わないため引き上げるべきである。血糖測定器の費用は「物代」として指導管理料とは分離し、購入価格で保険請求ができるようにすべきである。

② 在宅自己注射指導管理料算定患者について、訪問診療の日に併せて行った皮下・筋肉内注射（当該指導料に係る薬剤以外）、静脈内注射及び点滴注射は別に算定できないとする制限を廃止すること。

要求理由：在宅療養指導管理料に含まれていない注射を訪問診療時にあわせて算定できないとする算定制限は、在宅療養指導管理料の包括する費用の拡大解釈であり、不合理である。

③ 「在宅自己注射外来導入指導加算」を新設すること。

要求理由：インスリンなど自己注射導入時には、多大な時間と労力を費やして指導を行わなければならない。最初にインスリン自己注射を導入する際には、病院は最低でも 1 日～3 日入院させて指導をおこなっている。インスリン導入時の指導に対する評価は「在宅自己注射指導管理料」に含まれているが、指導管理料とは別に加算点数として評価をすべきである。また、インスリンに限らず他の薬剤の導入時も同様の評価をすべきである。

【Ⅲ -33】 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料（C105）

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定できる使用薬剤の未消化態タンパクを含むものの点数を新設すること。未消化態タンパクを含むものを使用した場合でも、「栄養管セット加算」を算定できるようにすること。

【要求理由】：在宅患者に対して、鼻腔栄養で在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の栄養管セット（加算）を使用し、未消化態タンパクを含むものを投与する医療機関がある。この場合、未消化態たんぱくを使用していないため、在宅寝たきり患者処置指導管理料で算定することになり、栄養管セット加算は算定できないのは不合理である。

【Ⅲ -34】 在宅悪性腫瘍患者指導管理料（C108）

注射薬の費用は別途算定できるようにすること。

【要求理由】：患者の病態に応じた抗がん剤の投与を保障するため、在宅悪性腫瘍患者指導管理料は、療養の指導の評価とし、注射薬の費用は別途算定できるようにすべきである。

【Ⅲ -35】 在宅寝たきり患者処置指導管理料（C109）

在宅寝たきり患者処置指導管理料の「創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む）は算定できない」の取扱いについて、同指導管理料の対象処置以外の処置については別に算定できる取扱いとすること。また、「薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む」の取扱いを削除すること。

【要求理由】：同指導管理の対象処置以外の処置について算定制限を設ける理由が見当たらず、無定見な「療養の給付」の制限以外の何物でもない。また、これらの処置を実施した場合の薬剤及び特定保険医療材料が算定できないため、在宅寝たきり患者に対する処置指導管理を行おうとする医師、看護職員にとって著しい困難をもたらしている。

【Ⅲ -36】 寝たきり患者訪問指導管理料の新設（復活）

寝たきり患者訪問指導管理料を新設（復活）すること。

【要求理由】：月2回の訪問診療を予定していたが、患者都合で1回となった場合や、在宅時医学総合管理料を算定できない病院の在宅療養に関する指導管理の評価として、同指導管理が必要である。

【Ⅲ -37】 在宅療養共同管理料の新設

同一の在宅療養指導管理料を複数の医療機関が共同して指導した場合の評価として、「在宅療養共同管理料」を新設すること。

【要求理由】：複数の医療機関で同一の在宅療養指導管理を行う場合は主たる指導管理を行う医療機関のみが在宅療養指導管理料を算定する取扱であるが、従たる指導管理を行う医療機関での評価を考慮すべきである。

（連携例） A 医療機関 在宅寝たきり患者処置指導管理料（褥瘡・鼻腔栄養の管理）

B 医療機関 在宅療養共同管理料（膀胱留置カテーテル）

… 検査 …

〔Ⅲ -38〕 検体検査

- ① 各種検体検査判断料及び静脈血液採取料を引き上げること。

要求理由：検査判断の費用及び採取料を正當に評価すべきである。

- ② HbA1c、グリコアルブミン、1.5 A Gについて同一月に主たるもの1回のみ算定とする取り扱いを改め、主治医が必要と判断した場合は、算定を認めること。

要求理由：HbA1cは採血前1～2カ月の平均血糖値で、グリコアルブミンは採血前2週間の平均血糖値、1.5 A Gは血糖の増減に対する応答が1日以内、と臨床的意義が異なるため、これに応じて認めるべきである。

- ③ RSウイルス抗原精密測定について、「入院中の」患者に限定する算定要件を改め、入院外の患者にも認めること。

要求理由：入院外の患者の算定を禁止する根拠がない。

- ④ 血液ガス分析、赤血球沈降速度測定について、院外検査でも算定を認めること。

要求理由：院内検査でなければならない明確な根拠がない。

- ⑤ 腫瘍マーカーの算定回数の制限をなくすこと。少なくともじん肺患者への定期的な腫瘍マーカー検査や前立腺癌患者に対するPSA検査の算定回数制限をなくすこと。

要求理由：医学的に不合理であり、必要に応じて認めるべきである。

- ⑥ ノロウイルス検査（迅速法）を新設すること。

要求理由：ノロウイルス感染したら検査をして原因を調べるよりも適切な治療をすることが大切であるが、療養病床、施設などで高齢者が集団生活をしている場合はあわせて原因を調べることも必要なので、ノロウイルス検査を保険点数に収載するよう要望する。

- ⑦ 院内で行った場合に算定する検査の所定点数を引き上げること。

要求理由：尿沈渣顕微鏡検査など、医師の経験が必要で手間を要するのに27点は低すぎる。

- ⑧ 外来迅速検体検査加算の要件から、厚生労働大臣が定める検査という制限を外し、その日のうちに結果を提供できたものは、どんな場合でも外来迅速検体検査加算を算定できるようにすること。

要求理由：その日のうちに結果を提供できた場合に加算ができるようにすべきである。特にインフルエンザ、溶連菌、肺炎球菌、ロタウイルス、アデノウイルス、マイコプラズマ、トロポニンT、H-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。

- ⑨ 必要があつて検査を実施したにもかかわらず、検査の費用が算定できない扱いをなくすこと。

（例）大腸菌抗原同定検査は、D018細菌培養同定検査により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のO抗原またはH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合においてD018細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。

要求理由：必要があつて実施した検査の費用は、算定できるようにするべき。

- ⑩ 「アリポネクチン」、「PAI-1」、「高感度CRP」検査料を新設すること。

要求理由：メタボリックシンドロームの診断に有効である。

- ⑪ ヘリコバクター・ピロリ抗体検査については、「胃潰瘍又は十二指腸潰瘍」の確定診断だけでなく、慢性胃炎など胃・十二指腸病名でも認めること。

要求理由：ヘリコバクター・ピロリは胃がんと関連が学会等で認められており、慢性胃炎などで認めることにより、胃がんの予防に繋がる。

- ⑫ 出血・凝固検査について、PT-INR（プロトロンビン時間）測定を迅速キットで測定した場合の点数を別途設定すること。

要求理由：ワーファリンモニターとして有効であるが、検査キットの販売価格が高価である。外来迅速検体検査加算5点では充足されない。

- ⑬ 他医療機関で実施したIgE値、特異的IgE抗体の検査結果を持参して専門医等を受診した場合に、他医療機関で実施した検査成績に基づく判断料として、「IgE値、特異的IgE抗体検査判断料」を新設すること。

要求理由：専門医療機関を受診した場合に、複数の医療機関で同一検査を反復実施することを防ぐことが可能である。

【Ⅲ -39】 生体検査

- ① 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。

- ② 検査において、実施方法の如何にかかわらず、使用したフィルム代、電子媒体、試験紙等の費用を算定できるようにすること。使用する薬剤は、15円以下であっても算定を認めること。

要求理由：検査に伴う材料代などは、使用した量に応じて請求できるようにすべき。

- ③ 嚥下機能検査を新設すること。

要求理由：摂食嚥下障害が大きくクローズアップされ、嚥下障害例の診断や嚥下機能評価等が増加してきている。

- ④ ガムサクソテストを新設すること。

要求理由：シェーグレン症候群・口腔乾燥症の検査手法として有効であり、評価すべきである。

- ⑤ コンタクトレンズ検査料を廃止し、実施した眼科学的検査が算定できるようにすること。

要求理由：必要があつて実施する検査料を包括したり、コンタクトレンズ既装用者は一度初診料を算定すると何年経っても再診で請求することはまったく不自然である。

- ⑥ トレッドミルによる負荷心肺機能検査又はサイクルエルゴメーターによる心肺機能検査における連続呼気ガス分析加算を新設すること。

要求理由：心疾患の重症度や予後判定、運動処方にも有用である。

- ⑦ 「月に2回以降の検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数」を廃止し、2回以降の場合も、通常の数値が算定できるようにすること。

要求理由：例えば狭心症で月2回以上、心電図をとる場合、診療上、診断・治療は同等であり、9割にする理由はない。

- ⑧ クレアチニン・クリアランステストを復活すること。

要求理由：2006年改定で削除されたが、簡便で、稀にイヌリン・クリアランス等に認められる副作用もないことから、当該点数を復活すべきである。

【Ⅲ -40】 検体採取料

非常に低い血液採取料の点数を引き上げること。入院中の患者にも算定できるようにすること。

要求理由：入院外に限る正当な理由がない。また、静脈12点、その他6点は技術と労働の評価としてあまりにも低い。

… 画像診断 …

【Ⅲ-41】 画像診断

- ① デジタル映像化処理加算を 15 点から 60 点に引き上げ、電子画像管理加算との併算定を認めること。電子映像化処理加算を算定した場合も、フィルムの費用を算定できるようにすること。

要求理由：デジタル映像化処理のための費用をきちんと評価すること。また、電子画像管理を行っている場合の加算（フィルムの費用が請求できない）を合わせて算定できるようにすべきである。また、モニターによる診断に不安を抱き、結果的にフィルムを求めるケースも少なくない。フィルムかデジタル画像か、の評価ではなく、共に活用することを認めるべきである。

- ② 別の医療機関で撮影した CT、MRI フィルムを診断した場合、再診患者にもコンピュータ断層診断料の算定を認めること。

要求理由：初診の場合だけでなく、再診患者であっても別の医療機関で撮影した CT、MRI フィルム診断を要する場合がある。

- ③ 透視下での手術・処置の場合、補助手段として行う透視についても透視診断料の算定を認めること。

要求理由：実際に行った透視診断料を算定できるようにすべきである。

- ④ 振戦の激しいパーキンソン病患者、多動な障害者等について、フィルム料の加算を認めること。

要求理由：損耗量が多い。

- ⑤ 6 歳未満の乳幼児に対するフィルム代の 1.1 倍算定を、胸部単純、腹部単純以外にも拡大すること。

要求理由：胸部単純、腹部単純以外のフィルムについて、1.1 倍としない理由がない。

- ⑥ 在宅用ポータブルエックス線撮影装置加算を新設すること。

要求理由：在宅におけるエックス線撮影装置加算を認めるべき。

【Ⅲ-42】 ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影

- ① 施設共同利用率の算定にあたって、「他の保険医療機関から当該保険医療機関の診療科に紹介された後、一月以内に当該撮影が行われた患者を含む」を施設共同利用の範疇に含めること。

要求理由：施設共同利用率の現行の要件は、がん診療の集約化を生み出している。がんの診断における成果を広げることで、よりの確な治療を実施することができ、医療費や患者負担の軽減につながる。

- ② 対象疾患については、すでに保険適用されている悪性腫瘍以外の悪性腫瘍の病期診断、再発・転移診断に拡大すること。

要求理由：対象範囲の拡大によって、これらの患者に、よりの確な治療を実施することができ、医療費や患者負担の軽減につながる。

- ③ ポジトロン断層撮影の報酬を引き上げること。

要求理由：現行のポジトロン断層撮影は、採算割れであり、学会も 10,560 点を要求している。

… 投薬 …

【Ⅲ-43】 調剤料 (F000)

- ① 調剤料を引き上げること。

要求理由：投薬に対する評価が低すぎる。

- ② 院内処方を行う医療機関のうち薬剤師が調剤に従事する場合の評価を、保険調剤薬局と同等とすること。

要求理由：薬剤師が行う技術は同等に評価すべきである。

- ③ 高齢者等に必要があつて行った分包加算を調剤薬局と同様に院内でも認めること。

要求理由：調剤薬局と同等に評価すべきである。

【Ⅲ -44】 処方料 (F100)

- ① 処方料を引き上げること。

要求理由：医師の技術料を適正に評価すべきである。

- ② 多剤投与の場合の処方料、処方せん料、薬剤料を減額する措置を廃止すること。

要求理由：症状が多様である又は重症等のために、多剤投与するのであり、多剤投与が必要な患者ほど診療にも時間がかかり、減額の根拠も不明であり、撤廃すべきである。

- ③ 特定疾患処方管理加算について、厚生労働大臣が定める疾患に「難病外来指導管理料の対象疾患を主病とする患者」を加えること。

要求理由：難病の処方管理は他の疾患より手間と時間を要することが多く、特定疾患療養指導料の対象疾患を主病とする患者と同様の評価をすべき。

- ④ 特定疾患処方管理加算について、厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に処方を行った都度、投与日数に応じた加算点数を算定できるようにすること。

要求理由：投与のたびに処方管理は行われるべきであり、処方日数を基礎に同一月内2回以上の算定ができるべきである。

【Ⅲ -45】 薬剤料 (F200)

- ① 薬価は、一般名収載にすること。この場合の薬剤名の記載は、一般名でも商品名でも可とすること。

要求理由：銘柄別収載方式は、同一成分・同一規格の薬価を見比べて活用することがしづらく、大手製薬メーカーの一方的な利益を保障する要因の一つともなっており、銘柄間の格差に顕著なものが生じている。したがって正当な薬価を形成するためにも、一般名収載にすべきである。

- ② 薬剤の保管損耗管理料を新設すること。

要求理由：技術料や薬剤購入価格以外に、薬剤の有効期限切れやアンプル破損など、保管・損耗経費が必要である。

- ③ 安全性・有効性が確立しており、医学会・専門医会等から適応症の追加が妥当であるとの指摘があるものについては、すみやかに大規模試験か RCT をすること。

要求理由：必要がある場合、厚生労働省は、すぐに対応すべきである。

- ④ すべての「ヘリコバクター・ピロリ感染症」患者に対する除菌治療を認めること。

要求理由：日本ヘリコバクター学会が09年1月23日に公表した、新しい「ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）の診断と治療のガイドライン」に基づき、実施すべきである。

【Ⅲ -46】 処方せんの取扱いについて

- ① 処方せん様式の変更をやめ、2006年の改定前の方式に戻すこと。

- ② 後発医薬品の銘柄指定の処方せんを受け付けた薬剤師が、処方医に疑義照会せず別銘柄の処方を行えるようにすることをやめること。

要求理由：後発医薬品については、①主成分についても粗悪品の報告例があるなど一律ではなく、基剤やコーティング剤などの生物活性は無視できない、②医薬品認定試験の仕組みが先発と異なる、③適応病名（適応症）が異なる場合がある、④医学品情報が質・量とも少ない、⑤剤型に違いがあ

るなど、厚生労働省の「先発品と後発品は同等だ」との説明は誤りであり、患者に大きな影響を与えるおそれがある。医師は、処方にあたっては、剤型を含めて効能・効果を考慮して処方している。処方せん様式の変更は、患者に重大な影響を与えることから、実施を中止し、従前どおりとすべきであり、薬剤師が、処方医に疑義照会せず別銘柄の処方を行えるようにすることは、認められない。

- ③ 再診料が異なる場合は、同一の患者に対して、同一診療日であっても、一部の薬剤を院内で投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することを認めること。

要求理由：急性増悪や他の傷病などで同一日に再来し、再診料を2回算定する場合であって、時間内と時間外では処方形態を変更せざるを得ない場合もあり、これに対応できるようにすべき。

【Ⅲ -47】 調剤技術基本料（F500）

常勤の薬剤師が配置されている医療機関で算定する調剤技術基本料を大幅に引き上げるとともに、調剤薬局で算定が認められている各種指導料の算定を調剤技術基本料算定医療機関でも認めること。

要求理由：薬局との格差を設ける根拠は希薄であり、薬剤師の技術は同等に評価すべきである。

… 注射 …

【Ⅲ -48】 注射料

- ① 皮内、皮下及び筋肉内注についても乳幼児加算を設けること。

要求理由：乳幼児に対する注射については、時間がかかることから加算を設けること。

- ②皮下・筋肉内注射、静脈注射の手技料を引き上げ、入院患者に対する算定を認めること。また、点滴注射の手技料を引き上げること。

要求理由：注射手技に対する技術料評価の観点から、入院患者に対する注射手技料が算定できるべきである。

- ③ 在宅療養指導管理料算定患者に対する算定制限を止めること。

要求理由：注射手技に対する技術料評価の観点から、在宅患者に対する注射手技料は、別に算定できるべきである。

- ④ プラスチックカニューレ型静脈内留置針の算定制限を廃止し、医師が必要と認めた場合には算定できるようにすること。（現行：概ね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、6歳未満の乳幼児、ショック状態又はショック状態におちいる危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限る。）

要求理由：6歳以上であってショック状態の予見がない症例であっても、患者の心身の状態によって留置針を要する症例がある。必要に応じて使用できるようにすべきである。

- ⑤ 点滴注射の「3 その他の場合」については、入院患者についても算定できるようにすること。

要求理由：入院患者に対する注射手技料が算定できるべきである。

- ⑥ 免疫グロブリン製剤を点滴注射するに当たり、病状の急変や死亡等により使用できなかった薬剤料を保険請求できるようにすること。

要求理由：実際に注射を準備しているが、返品は受け付けられない。こうした事例については、準備し廃棄せざるを得ない場合に限り、請求できるようにすること。

【Ⅲ -49】 リハビリテーション料の全般的事項

- ① 疾患別体系を廃止し、理学療法・作業療法・言語聴覚療法等、実施するリハビリテーションの内容による体系に戻すこと。
- ② リハビリテーション料の日数による算定制限を廃止し、個々の患者の必要性に応じてリハビリ医療が提供できるようにし、維持期リハビリについても算定制限をせず、医療保険で給付すること。
- ③ 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し、並行給付を認めること。
- ④ 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を求めているが、こうした記載をやめること。
- ⑤ 集団療法を評価する点数を新設（復活）すること。
- ⑥ 必要に応じて医療保険のリハビリテーションと介護保険の通所介護等との併施ができるようにすること。

要求理由：患者さんの個別性と、それに対する医師の専門的判断に基づくリハビリの実施、継続が必要であり、これらは公的医療保険で給付すべきである。また、リハビリは理学療法・作業療法・言語療法等、施す内容により、診療報酬をつけるべきで、疾患別に診療報酬をつけるべきではない。

【Ⅲ -50】 心大血管リハビリテーション料（H 000）

心大血管リハビリテーション料に関わる施設基準を次の通り改善すること。

- ① 常勤理学療法士及び常勤看護師の専従要件を緩和し、専任とすること。
- ② 心大血管リハビリテーション実施時間以外の時間は、専従する理学療法士が他のリハビリに従事できるようにすること。
- ③ 医師のほかに、理学療法士又は看護師合わせて2名以上の場合に、「医師の直接監視下で臨床検査技師もリハを担当できる」ようにすること。
- ④ 機能訓練室については、専用施設要件を緩和し、「スペースとして確保できればよい」とすること。
- ⑤ 施設基準（I）の医師要件について、「循環器又は心臓血管外科の医師が常時勤務」とあるのは「循環器又は心臓血管外科の医師が実際に当該リハビリテーションを実施している時間について、常時勤務」とすること。

要求理由：心大血管リハビリテーションは、心筋梗塞治療や再発予防の重要な要素であるが、施設基準・人員基準が不当に厳しいため、多くの医療機関で実施できていない。

【Ⅲ -51】 疾患別リハビリテーション（H 001～H 003）

疾患別リハビリテーションの施設面積基準を緩和し、小規模診療所でも届け出できるようにすること。従事者についても、当該リハビリテーション実施時間に従事すればよいこととすること。

要求理由：少人数の患者を対象に実施できるリハビリテーションを認めること。

【Ⅲ -52】 難病疾患リハビリテーション料（H 006）

難病患者リハビリテーション料に規定する疾患及び状態について、「身体障害者手帳の交

付を受けている場合を除く」の制限を削除すること。

要求理由：除いている理由が分からない。手帳の有無に関わらず、「療養の給付」は受けられるべきである。また、ここで除かれているため、「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」からも除かれてしまっており、矛盾が生じている。

【Ⅲ -53】 摂食機能療法（H004）

摂食機能療法の3カ月以降の算定制限（1月に4回限度）を撤廃すること。撤廃にあたって、点数の引き下げを行なわないこと。

要求理由：算定制限を行うべきではない。

… 精神科専門療法 …

【Ⅲ -54】 精神科専門療法全般

対診の場合、対診した医療機関で精神科専門療法が算定できるようにすること。

要求理由：入院患者に対する対診を求められることがあるが、入院先の病院が精神科を標榜していなければ、算定できない。精神科専門療法を実施できるようにすることは、精神科患者に対する専門的治療を確保する上でも重要である。

【Ⅲ -55】 精神科専門療法の新設

① 緊急時における電話相談を評価した「応急精神療法」を新設すること。

要求理由：緊急時に相談できる体制を組むことが重要であり、精神科領域においては通常の再診行為を超える相談を要する。

② 精神保健福祉士による相談料を新設すること。

要求理由：精神保健福祉士による相談を評価すべきである。

【Ⅲ -56】 通院・在宅精神療法（I002）

通院・在宅精神療法を引き上げ、病院と診療所の格差および時間による格差をなくし、回数制限を撤廃すること。

要求理由：急性増悪の場合には点数表どおりの回数（週1回等）では治療が進まない。主治医が必要と認めた場合には算定できるようにすること。また、必要に応じて通院精神療法を実施できるようにすべき。通院・在宅精神療法において5分超を要件とする根拠はなく、改定前の要件に戻すべきである。

【Ⅲ -57】 標準型精神分析療法（I003）

標準型精神分析療法の点数を引き上げること。

要求理由：標準型精神分析療法にかかる時間を踏まえて、点数を引き上げるべきである。

【Ⅲ -58】 心身医学療法（I004）

心身医学療法の点数を引き上げること。また、特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅療養指導管理料を算定した月においても心身医学療法の算定を認めること。

要求理由：心身医学療法は、心身症の患者を対象として、当該療法に習熟した医師が行った場合に算定できるものであり、相当の評価を行うべき。特定疾患療養管理料等とは指導対象も方法も異なる

ものである。

【Ⅲ -59】 精神科デイケア、ナイトケア、デйнаイトケア (1009～1010-2)

精神科デイケア等における3年超の算定制限をなくすこと。

要求理由：3年を超える場合に算定制限をする理由がない。

【Ⅲ -60】 精神科訪問看護・指導料 (1012)

服薬中断等に限らず、急性増悪による頻回の算定を認めること。

要求理由：要件を服薬中断等に限るべきではない。

… 処置 …

【Ⅲ -61】 処置に係る全般的事項

- ① 処置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「処置時医療安全管理加算」を新設すること。

要求理由：処置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

- ② 外来管理加算より高い処置等については外来管理加算を算定せず、再診料＋処置料等を算定するが、外来管理加算未満の処置の場合は、再診料＋外来管理加算を算定する方式に改めること。

要求理由：処置を行った方が、処置を行わなかった場合よりも低くなる矛盾を解決すべき。

- ③ 2008年改定で基本診療料に包括した熱傷処置、皮膚科軟膏処置、湿布処置、眼処置、耳処置、鼻処置を元に戻すこと。

要求理由：実施した処置を正當に評価すべき。

- ④ 乳幼児加算を引き上げること。現在乳幼児加算として評価されていない処置料についても、乳幼児加算を新設すること。

要求理由：乳幼児に対する処置は、高く評価すべきである。

- ⑤ 処置に使用する衛生材料等は別途保険請求できるようにすること。また、使用する薬剤は、15円以下であっても算定を認めること。

要求理由：処置に使用する衛生材料等を請求できない取り扱い是不合理である。ガーゼ等は日常診療の中で使用する量が多く、治療に際して必要性が高い。

- ⑥ 処置の通則の「対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする」を削除し、片側ごとに算定できるようにすること。その際、点数の引き下げを行わないこと。

要求理由：片側を行っても両側を行っても同一なのは不合理である。

- ⑦ 2箇所以上に処置を行った場合は、行った数だけ点数料を算定できるようにすべき。

要求理由：2箇所以上行っても、算定できないのは不合理である。

- ⑧ 睫毛抜去について、上眼瞼と下眼瞼ごとに算定できるようにすること。

要求理由：両上下眼瞼についてそれぞれ睫毛抜去をした場合は、各眼瞼ごとに点数が算定できるべきである。

- ⑨ 150点未満の処置についても時間外加算が算定できるようにすること。

要求理由：150点未満処置も150点以上の処置と同様に手間がかかり、区分する理由はない。

【Ⅲ -62】 創傷処置（J000）

術後の創傷処置は、術後の経過日数にかかわらず、術後創傷処置としての算定を認めること。

要求理由：例えば、二人の患者に同じ手術を行い、ともに 14 日を超える術後創傷処置が必要となった場合、14 日以内で退院ができた患者は、その後も外来で術後処置を行なえば創傷の大きさに関わらず創傷処置としての算定が認められるが、14 日以内に退院できない患者は、手術創の大きさによっては、同じ術後処置を行っても算定が認められないのは不合理。

【Ⅲ -63】 熱傷処置（J001）

熱傷処置の算定期限を撤廃すること。

要求理由：難治性以外の場合は早期に回復し、難治性の場合のみ長期の処置が必要になるのであり、算定期限を撤廃すること。

【Ⅲ -64】 重度褥瘡処置（J001-4）

重度褥瘡処置は、NPUAP 分類Ⅱ（表皮欠損・水泡、真皮の欠損）も対象とすること。

要求理由：分類Ⅱは軽症ではなく、皮膚欠損用創傷被覆材の使用が認められている。分類Ⅱでは、すでに皮下組織は壊死していると考えられ、それに摩擦等の外力が加わり傷んだ表皮が剥離し真皮層が露出した状態である、との意見もある。

【Ⅲ -65】 後期高齢者処置（J022-2）、後期高齢者精神病棟等処置料（J001-6）

J001-5 後期高齢者処置 J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料を廃止し、一般点数で算定できるようにすること。

要求理由：年齢によって処置料に差をつけるべきではない。

【Ⅲ -66】 摘便（J022-2）

摘便の点数を引き上げること。また困難な摘便に対する加算を設けること。

要求理由：摘便にかかる経費や労力から見て低すぎる。

【Ⅲ -67】 人工腎臓（J038）

① 人工腎臓に包括したエリスロポエチン製剤を従来通り、別算定できるようにすること。

要求理由：使用した薬剤を適正に算定できるようにすべきである。

② 人工腎臓の夜間・休日加算を復活すること。

要求理由：患者の社会復帰のためには夜間・休日に人工透析をする機会を確保することが必要であり、計画的な実施が可能とするためにその体制を整えることが必要である。

③ 人工腎臓において食事を提供した場合の費用を評価すること。

要求理由：人工腎臓実施者に食事を提供した場合には、医療提供の一環として給付されるべき。

【Ⅲ -68】 胃瘻カテーテル交換法（J043-4）

胃瘻カテーテル交換にあたって、画像診断等による確認を一律に求める取扱いをやめ、医師の判断でカテーテル交換を実施できるようにすること。

要求理由：画像診断や胃カメラなどの実施を要件とすれば、在宅療養をしている患者の胃瘻カテーテル交換の実施が困難となる。十分に留意した上で医師が判断して実施する場合は、必ずしも画像診断等による確認を一律に求める必要はない。

【Ⅲ -69】 皮膚科光線療法 (J054)

皮膚科光線療法と消炎鎮痛等処置の併算定を認めること。

要求理由：必要があつて皮膚科光線療法と消炎鎮痛等処置を実施した場合は、双方が算定できるようにすべき。

【Ⅲ -70】 鶏眼・胼胝処置 (J057-3)

鶏眼・胼胝処置の「同一部位について、その範囲にかかわらず月1回を限度として算定」という通知を廃止し、「1回の処置ごとに片側ごとに所定点数を算定」とすること。

要求理由：高齢者が健康のためによく歩くようになり、鶏眼・胼胝が両足蹠や各趾に多数できて来院する。スピール膏を何日も貼り続け、1回に何か所もメスで根元まで削っても所定点数を最初に1回のみ算定となる。

【Ⅲ -71】 導尿 (J064)

現行の導尿の点数を引き上げるとともに尿道拡張を要しない導尿の点数を新設すること。

要求理由：一般50点、老人35点の導尿の点数は、実際に行なう手技に比べて安い。また、尿道拡張を要しない場合には、導尿を行っても算定できないのは不合理である。

【Ⅲ -72】 上顎洞穿刺 (J102)

点数を引き上げること。

要求理由：時間的にも又技術的にも難しく、点数を引き上げるべき。

【Ⅲ -73】 消炎鎮痛等処置 (J119)

消炎鎮痛等処置及び介達牽引に対する算定制限を廃止すること。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ごとの算定ができるようにすること。

要求理由：実際に消炎鎮痛等処置と介達牽引を実施しているのに算定できないのは不合理である。また、算定方法を労災にあわせるべきである。

【Ⅲ -74】 処置料の新設

① 良性発作性頭位めまい症に対する浮遊耳石置換法（エプリー法）を新設すること。

要求理由：良性発作性頭位めまい症に対する浮遊耳石置換法（エプリー法）の効果が認められてきており、保険収載が適当と考える。

② まき爪（陥入爪、巻き爪、巻爪、捲爪）に対する超弾性ワイヤー又はプレートによる矯正治療を新設すること。また、ワイヤー及びプレートを特定保険医療材料とすること。

要求理由：爪の陥入部を爪の付け根と共に広く切除する外科的な治療（爪母爪床切除術）が主とされてきたが、患者への術後疼痛や爪の変形を伴う大きな欠点があった。上記は痛みも少ない治療で広く行われているが、保険適応外となっているため。

③ 簡易な頸椎コルセットを使用した場合、「腰部固定帯加算（170点）」と同等の点数を算定できるようにすること。

要求理由：早急に頸椎コルセットの着用が必要な患者に簡易コルセットを使用する必要があるが、保険点数での評価がない。

… 手術 …

【Ⅲ -75】 手術に係る全般的事項

- ① 年間実施件数の届出及び院内掲示を届出の要件とする手術の届出を廃止すること。

要求理由：地方厚生（支）局に届出が必要な医療は、人員や施設基準を定める必要があるものに限定すべきである。

- ② 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、「閉鎖循環式全身麻酔」、「硬膜外麻酔」、「脊椎麻酔」などを実施しない場合であっても、加算を新設すること。

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

- ③ 手術に使用する材料は別途保険請求できるようにすること。また、使用する薬剤は、15円以下であっても算定を認めること。

要求理由：手術に使用する衛生材料等を請求できない取り扱いは不合理である。

- ④ 複数手術料の算定において従たる手術は一つに限るとの扱いを廃止し、行った手術の手技料をそれぞれ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。

- ⑤ 手術当日の注射に関連する手技料、酸素吸入、酸素、胃ゾンデ（24時間以上留置しないもの）は手術の手技料とは別に算定できるようにすること。

要求理由：手術とは別の手技であり、手術当日に実施した場合に算定できないのは、全く不合理である。

- ⑥ 胸腔鏡下手術・腹腔鏡下手術の対象を限定せず、胸腔鏡・腹腔鏡を用いて実施した手術は全て保険給付の対象とすること。

要求理由：現在は、保険適用されているもの以外について胸腔鏡・腹腔鏡を用いて手術を実施した場合は、その都度内義して準用が通知されたものしか保険給付の対象とならず、それ以外の場合は、診療全体が保険適用外となってしまうため。

- ⑦ 内視鏡下等で手術を行い、内視鏡のフィルムを使用した場合はフィルム代が算定できるようにすること。

要求理由：実際に使用したフィルム代は請求できるべき。

- ⑧ 手術料の時間外加算について入院患者にも算定できるようにすること。

要求理由：時間外に人員等を確保して手術を行うのは入院医療であっても容易なことではない。入院医療を支援する観点からも入院外と同様に時間外加算が算定できるようにすること。

【Ⅲ -76】 小児創傷処理（K000-2）

小児創傷処理の「長径2.5cm未満」の区分を廃止し、「長径5cm未満」に統一し、「長径2.5cm以上5cm未満」の点数とすること。

要求理由：2.5cm未満の創傷処理において、「筋肉、臓器に達するもの」では、小児と一般が同点数であり、「筋肉、臓器に達しないもの」では、一般の方が小児より20点高く、逆転している。

【Ⅲ -77】 腱縫合術（K037）

伸筋腱の縫合術について創傷処理で算定することとなっているが、個別点数評価し、引き上げること。

要求理由：不合理である。

[Ⅲ -78] 内痔核硬化療法（四段階注射法（K743(2)）

点数を引き上げること。

要求理由：痔核根治手術（K743-4）と同じ手間暇がかかっており、現行点数は低すぎる。

[Ⅲ -79] 輸血（K920）

- ① 輸血等にあたって、ガイドラインに沿って実施した検査（輸血前感染症検査等）や、血液保存の費用を保険請求できるようにすること。

要求理由：輸血等に関するガイドラインが厚生労働省等から示されているが、ガイドラインに沿って実施しても保険請求が認められないケースがある。少なくともガイドラインに沿ったものは認めるべきである。

- ② 輸血を予定して、照射血を購入したが、患者の死亡や不適合など、結果として輸血でできなかった時の血液代の請求を認めること。

要求理由：他の患者にも使えず、日赤側が返品を受け付けてくれないので医療機関の負担になってしまう。

- ③ 輸血管管理料の要件の改善と点数の引き上げを行うこと。

要求理由：適正基準値が現場の実態に必ずしも合致していない。管理内容に見合ったものではなく、点数が低すぎる。

[Ⅲ -80] 新設点数

- ① 手・足（皮膚・皮下）異物除去術を新設すること。点数設定には、爪甲除去術を参考にすること。

要求理由：固定点数で評価をすべきであり、麻酔を要するものは爪甲除去術（640点）、麻酔を要しないものは、処置の爪甲除去（45点）を参考に考える。

- ② 椎弓切除術（12,100点）で算定している腰部脊柱管狭窄症手術を新設し、椎間板摘出術（17,200点）よりも高くすること。

要求理由：固定点数で、評価をすべきであり、現行の点数は低すぎる。

- ③ 気管切開チューブ、気管カニューレ等の交換手技料を設定すること。

要求理由：各種チューブ・カテーテルの交換には専門性が求められるとともに危険を伴うにも関わらず、手技料が一切評価されないのは不合理である。療養病棟等では処置が入院基本料に包括されているため、包括されない手術の項に新設する必要がある。

- ④ レーザー使用手術に対する評価を行うこと。

要求理由：レーザー手術は、観血手術に比べて優位性があり、診療報酬上の評価を行うべきである、

- ⑤ 前置胎盤や超緊急（30分以内）に分娩を必要とする帝王切開に特別加算を新設すること。

要求理由：前置胎盤や Non-reassuring fetal status(NRFS) による緊急搬送帝王切開術は極めて高いリスクが伴うため、前置胎盤や超緊急（30分以内）に分娩を必要とする帝王切開に特別加算を設定すべきである。

- ⑥ 痔核術後出血止血術を新設すること。

要求理由：痔核手術後、10日前後に起きる晩期大出血は大量の下血を伴い、ときにショックに到る極めて危険なものである。しかし、現行では「創傷処置」としてしか算定できない。この手技に対する費用を、診療報酬で保障すべきである。

… 麻酔 …

[Ⅲ-81] 麻酔全体

- ① 麻酔に使用する衛生材料等は別途保険請求できるにすること。また、使用する薬剤は、15円以下であっても算定を認めること。

要求理由：麻酔に使用する衛生材料等を請求できない取り扱い是不合理である。

- ② 浸潤麻酔の点数を新設すること。

要求理由：浸潤麻酔の手技料を認めるべきである。

- ③ 硬膜外麻酔、神経ブロック、脊椎麻酔、神経幹内注射の手技料を大幅に引き上げること。

要求理由：リスクが高い上に、高度な技術・専門性が求められる手技にも関わらず評価が低いため、大幅な引き上げが必要である。

- ④ 術後疼痛管理を評価すること。

要求理由：術後疼痛管理は、術後合併症を予防するために重要であり、術後疼痛管理を診療報酬で積極的に評価すべきである。

… 施設入所者の医療 …

[Ⅲ-82] 特別養護老人ホーム入所者の医療

- ① 配置医師の業務は、「入所者の継続的かつ定期的な医学的健康管理」に限定し、疾病の状況によって入所者等個人のニーズに基づき行われる疾病の医学管理については制限せず、特養入所者が算定できないとされている特定疾患療養管理料等については、算定できるようにすること。

- ② 配置医師以外の医師が、特養入所者に対して行える医療の対象を「緊急の場合又は患者の疾病が当該配置医師の専門外」場合に限らず、入所前のかかりつけ医による診療など特養入所者の個々にニーズに基づき医療が提供できるように見直すこと。

- ③ 特養入所者の個々のニーズに基づき、疾病の医学管理を行えるように、訪問診療など末期の悪性腫瘍の患者に限っている取扱いをなくすこと。

要求理由：特養配置医師が委託料で実施する管理の範囲を超えるものは、診療報酬で請求できるようにすべきであり、また、今まで地域のかかりつけ医として診ていた患者が、特養に入所した患者の疾病管理を引き続き行えるようにすべき。また、特養入所者について、医療依存度の高い利用者の入所が増えており、適切な疾病の医学管理ができるように、訪問診療など末期の悪性腫瘍患者に限る取扱いは撤廃すべき。

[Ⅲ-83] 介護老人保健施設入所者の医療

より医療依存度の高い利用者が入所する施設として、必要な医療が十分に提供できるように、投薬等の包括の介護報酬を見直し、必要な医療は医療保険に請求できるようにすること。

要求理由：医師がいる施設ということで、施設でできる簡単な医療行為は、介護報酬に包括されている考え方だが、より医療依存度の高い患者が入所する施設なので、医療については保険請求できる取扱いに改めるべきである。せめて、併設以外の医療機関については、算定制限を撤廃すべきである。

〔Ⅲ -84〕 すべての入院基本料

- ① 現行の入院基本料は、施設費・設備費・人件費が保証されていない。医学管理料、看護料、入院環境料を包括する方式ではなく、それぞれに対する評価を区分し、大幅に引き上げること。入院環境料については、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。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。特に、15：1入院基本料や特別入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料については、看護職員の人件費が評価されておらず、大幅に引き上げを行うこと。

要求理由：入院医療に係る費用を適正に評価することが急務である。医療の安全確保のためには、何よりも十分な人員の確保と管理体制の強化が必要であり、そのためには、診療報酬の評価が必要である。低い入院基本料をさらに減額をするような制度では、医療の安全確保は図れない。また、医療必要度の高い患者の割合が多い療養病床等では、医療の必要性から看護職員のみによる夜間勤務を実施しており、この費用が正当に評価されるべきである。

- ② 「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」の入院制限を撤廃すること。
ア 後期高齢者特定入院基本料の対象外となる状態である「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害」の対象から「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」を除外しないこと。
イ 「特殊疾患病棟入院料」、「特殊疾患入院医療管理料」、「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患入院施設管理加算」の算定対象である「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害」の対象から、「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」を除外しないこと。

要求理由：脳卒中の後遺症や認知症に起因する場合の方が、医療ニーズが低いという根拠は乏しい。脳卒中後遺症や認知症を一律に差別的に対象から除外せず、脳卒中後遺症や認知症であっても重度の肢体不自由、重度の障害、重度の意識障害であれば、現行どおり対象とすること。

- ③ 看護師不足が解消するまで、看護師比率や月平均夜勤時間数、複数夜勤体制の緩和を行うこと。

要求理由：看護師比率の引き上げや夜間勤務等看護加算の入院基本料算定の要件化などにより、急激な看護師不足となっており、要件を満たすことが大変困難な状況となっている。

- ④ 180日を超えて入院している患者の入院基本料の一部を保険給付から外す扱いをやること。

要求理由：入院の必要性ではなく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。入院が必要な患者が退院を余儀なくされるなど、必要な入院が提供できない事態が発生しており、少なくとも適応除外範囲の拡大は早急を実施すべきである。そもそも入院日数によって保険給付を制限する扱いを国会審議もなく診療報酬改定で行なうことはすべきでない。

- ⑤ 入院期間による逡減制や平均在院日数要件を廃止すること。

要求理由：平均在院日数を入院基本料の届出の要件とすることは不合理である。また、入院期間によって入院基本料が逡減されることも、根拠が希薄である。

- ⑥ 100床未満の病院については、一般病床と療養病床を合わせた1看護単位を複合病棟として認めること。

要求理由：小規模な病院で急性期、亜急性期、慢性期に対応しなければならない地域は少なくなく、

これを評価するために複合病棟を認めるべきである。

- ⑦ 「7対1入院基本料」を病棟単位で算定できるようにし、新たな条件をつけないこと。

要求理由：看護職員の急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価するのであれば、また、病棟における傾斜配分を認めるのであれば、入院している患者への看護必要度に応じた看護体制がとれるよう、病院単位ではなく、病棟単位に異なった入院基本料の算定ができるようにすべきである。

- ⑧ 入院診療計画書については、次の場合は、交付を要しないことにすること。

ア) 7日以内で退院する見込みの場合

イ) 病名などについて情報提供することで、患者への適切な診療に支障を及ぼす恐れがある場合

ウ) 人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

要求理由：医療法では、上記ア)～ウ)の場合は、入院診療計画書の交付を要しない扱いであり、診療報酬上も同要件とすること。

- ⑨ 嚥下困難な患者に対して食事介助を行った場合の食事介助加算を新設すること。

要求理由：嚥下困難者に対する食事介助は、労力と時間を要するが、経口摂取のためには、重要である。

- ⑩ 特定入院料等を算定する患者が、他の医療機関で外来受診を行い、当該医療機関で実施できない検査や治療を行なう必要がある場合は、当該診療にかかる費用を他医療機関において請求できるとともに、入院医療機関では当該特定入院料を減額することなく算定できるようにすること。

要求理由：入院医療機関で実施できない検査や治療は、他医療機関でも請求でき、入院医療機関でも特定入院料等を算定できるべきである。

【Ⅲ-85】 一般病棟

一般病棟に90日を超えて入院する老人長期入院患者（特定患者）に対する入院基本料の減額措置は廃止すること。

要求理由：入院の必要性ではなく入院日数によって保険給付が減額され定額にされるのは、正当性がない。また、一般病棟は平均在院日数の制限を受けており、90日を超えて入院を継続せざるを得ない患者を抱えること自体がすでにペナルティである上に、点数が引き下げられるのは大変不合理である。

【Ⅲ-86】 療養病床

- ① 医療区分や一定範囲を包括した報酬を廃止し、人件費や医療提供の費用を正当に評価した看護料、入院環境料、医学管理料及びそれぞれの診療行為が出来高で請求できるようにすること。少なくとも、高額な薬剤や検査等が出来高で算定できるようにし、療養病床に入院中の気管切開患者の気管内チューブの材料料算定を認めること。

要求理由：医療療養病床の入院患者は、亜急性期の状況が多くなっており、一人ひとりにかかる医療費の差が大きい。必要な医療を提供するためには、出来高に戻すべきである。医療区分に医学的な根拠はなく、報酬格差を導入することで必要な医療が受けられない事態となっている。療養病床において必要な医療が提供できるようにすべきである。なお、高額な薬剤や検査等が出来高で算定できるようにすべきである。特に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。

- ② 2012年4月以降も、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）」について、人件費等必要な経費を正当に評価して

存続すること。

要求理由：病院・有床診療所とも2012年4月以降の看護職員配置について、20：1看護＋20：1看護補助とするとされているが、その実現は極めて困難であり、2012年度以降も現行と同様の看護職員数の配置を認めること。その場合、必要な医療が提供できる診療報酬とすること。

- ③ 褥瘡評価実施加算については、ADL評価得点にかかわらず、療養病床入院患者全てに算定できるようにすること。

要求理由：褥瘡に対する対応としては褥瘡が発生しない管理を行うことが重要である。また、療養病床については、すべての患者に治療・ケアの評価を行うこととされており、ADLの評価得点にかかわらず全ての患者に加算ができるようにすべきである。

【Ⅲ-87】 有床診療所

一般病床と療養病床のケアミックスを評価し、入院外を含めた実際の看護職員配置数による方式と、病床数対職員比率で入院基本料を決める方式を併用し、医療機関の選択制とすること。なお、看護師比率加算、看護補助加算、複数夜勤体制加算、診療所療養病床療養環境加算（名称を入院環境加算と変更）を加算評価とすること。

要求理由：診療所の入院点数の評価を正当に行なうべき。具体的には、下記の点数を要求する。

＜ア 診療所一般病床（配置職員評価方式）＞

看護職員数	14日以内	30日以内	30日超
1人以上	700点	584点	460点
3人以上	800点	664点	552点
5人以上	900点	747点	621点
7人以上	1,000点	830点	690点
10人以上	1,105点	915点	763点

＜イ 常時配置方式（常時配置換算評価方式）＞

看護職員数	14日以内	30日以内	30日超
常時10：1（常勤2：1相当）	1,209点	1,044点	910点
常時15：1（常勤3：1相当）	1,105点	916点	763点
常時15：1（常勤3：1相当）未満	700点	584点	460点

【Ⅲ-88】 入院基本料等加算

- ① 入院時医学管理加算（A200）の施設基準から、「病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること」との要件を削除すること。また、要件を緩和した入院時医学管理加算2を新設すること。

- ② 医療事務作業補助体制加算（A207-2）については、全ての救急医療機関に対象を拡大するとともに、要件を病床対医師事務作業補助者比のみとし、医師事務作業者の人件費を保障できる報酬に引き上げること。

25：1補助体制加算 355点（入院初日）→44点（1日につき）

50：1補助体制加算 185点（入院初日）→22点（1日につき）

75：1補助体制加算 130点（入院初日）→15点（1日につき）

100：1補助体制加算 105点（入院初日）→11点（1日につき）

- ③ 医療安全対策加算（A234）について、実際にかかる経費が保障できるよう、診療報酬を引き上げること。

- ④ 入院医療の応需体制を確保するため、中山間地域、豪雪地等にも離島加算と同様の点

数の算定を認めること。

要求理由：中山間地域、豪雪地等における入院医療の応需体制を確保するため。

- ⑤ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、老人患者の場合も一般患者と同様に、一般病棟入院基本料等への加算も認めること。

要求理由：一般患者と老人患者の場合で算定に違いを設けることは不合理。

- ⑥ 褥瘡患者管理加算の点数を大幅に引き上げること。

要求理由：褥瘡患者管理加算は、入院中1回につき20点と評価がわずかである。入院中1回の算定であれば大幅に点数を引き上げるか、1日あたりの加算点数とすること。

- ⑦ 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、地域加算を引き上げること。

- ⑧ 下記の加算を新設し、評価すること。

ア 救急病院からの新規入院について、救急急性期受託加算

イ 在宅や介護保険施設等で療養中の患者が急変した場合の入院について、在宅急性期受託加算

要求理由：救急病院からの患者や在宅での急性期の患者の入院を評価するため。

- ⑨ 認知症患者の入院について、高度認知症患者加算を新設すること。

要求理由：認知症患者への対応を評価すべき。

【Ⅲ-89】 特定入院料

- ① 入院医療の一定範囲を包括した支払制度である「特定入院料」を廃止すること。ICUなどの施設基準・人員基準を満たすことを要件付けた基準については、別途入院基本料等加算に新設すること。なお、これにより、実質的に全ての特定入院料に関する評価を引き上げること。少なくとも高額な検査、投薬、注射などについては、原則として別途算定できるようにすること。

要求理由：特定入院料においても、高額な検査や投薬、注射等を実施するための診療報酬上の保障がいつも問題になる。基本的には出来高で評価すべきであり、現在特定入院料だけで評価している報酬は、入院基本料等加算として評価すべきである。

- ② 小児入院医療管理料（A307）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。また、小児入院医療管理料については、特別入院基本料を算定する病院においても届出できるようにすること。

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。06年4月改定以降、この様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。

- ③ 小児科を主たる標榜科とする有床診においても、小児入院医療管理料の算定を可能にすること。その場合、小規模の病床であることを考慮し、看護師比率及び看護職員による複数夜勤体制は、努力規定にすること

要求理由：有床診の評価・活用をはかるべきである。

- ④ 回復期リハビリテーション（A308）に導入した成功報酬を廃止し、疾患別リハビリテーションの算定対象患者のすべてを回復期リハビリテーションの算定患者すること。

要求理由：障害別、療法別で、評価方法は様々であり、改善度合いを不公平なく評価することは極めて困難である。特に、言語聴覚療法が主たるリハビリとして入院している患者にとっては、その改

善が評価されにくい。成果方式は、「評価」の目的を歪め、患者の選別につながりかねない。

- ⑤ 亜急性期入院医療管理料（A308-2）について、一般病床に占める当該病床数割合を5割まで拡大すること。また、人員等の諸条件を満たした場合は療養病床も認めること。

要求理由：急性期を脱して慢性期に移行する患者を入院させる病床の評価を行うべきであるが、病床数割合がネックとなって届出ができないなど、病棟運営が困難なケースがある。また、療養病床においても人員等の条件をクリアした場合には届け出を可能とすべきである。

【Ⅲ -90】 短期滞在手術基本料

- ① 短期滞在手術基本料1・2の施設基準から麻酔医配置要件をなくすこと。麻酔医を配置した場合には、加算点数を設定すること。

要求理由：短期滞在手術基本料1・2は、麻酔医を配置することが望ましいが、必ずしも麻酔医の配置を必要としない疾病や症状もある。同時に、麻酔医を配置した場合の報酬としては低すぎることから、実際に麻酔医を配置した場合には、麻酔医の人件費等が保証できるよう、加算点数を設定すべきである。

- ② 短期滞在手術基本料3を廃止すること。

要求理由：15歳未満の鼠経ヘルニア手術に係る入院の5日以内の期間については、入院期間にかかわらず短期滞在手術基本料3で算定するとされたが、必要な入院期間を確保しないまま退院に至る可能性が高い。いわゆるDRG-PPSは、問題が発生した場合は患者そのものに取り返しのつかない被害をもたらす危険性が高い。短期滞在手術基本料3は、直ちに廃止すべきである。

【Ⅲ -91】 入院時食事療養・入院時生活療養

- ① 入院時食事療養は、治療の一環であり、「実際に病院でかかった費用をもとに設定」するのではなく、「あるべき入院時食事療養」に見合せて設定し、大幅に引き上げること。保険給付外しを行わないこと。

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。小学校給食の場合は、1食900円程度という調査もあり、この金額について文部科学省は、「給食は栄養や衛生管理をしっかりしており、食育など教育効果もある」と述べている。入院時食事療養の設定にあたって、こうした観点で設定すべきである。

- 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。

… 特定保険医療材料 …

【Ⅲ -92】 特定保険医療材料

- ① 医療材料費・薬剤費については、他の点数に包括したり、患者や医療機関の負担にせず、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、措置すること。

要求理由：材料・薬剤の損耗管理費や、医療廃棄物処理委託費等の費用を診療報酬で保障すべきである。なお、現在保険請求できない医療材料費・薬剤費を下記に例示する。

- 蓄尿バッグ（例：ウロバッグ）
- 衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）
- 手術に通常使用する材料代（縫合糸等）

- 診療情報提供に際し、エックス線フィルム等をコピーした場合のフィルムコピー代等
 - 「弾性包帯」、「創傷閉鎖用テープ（例：ステリストリップ、ロイコストリップ）」。
 - 胃瘻注入時のカテーテルチップ
 - ディスポシリンジ代
 - 腹腔鏡下胆嚢摘出術に用いるトロッカー
 - 「在宅中心静脈用輸液セット」の中にまるめられている IVH ポートのポート針やポンプ用のルート
 - 腸X線検査・大腸内視鏡検査のための検査食を外来患者に提供した場合
 - 人工肛門の便バッグ
 - 処置等に用いるカテーテル、チューブ類であって、設置後 24 時間未満で抜去した場合。（設置後 24 時間未満で抜去しても認めること）
 - 訪問看護（ステーションによる）の指導に際して使用する褥創処置に使用するデュオアクティブ（在宅処置指導管理に係る材料として認めること）。
 - 経管栄養用セット（経鼻用及び胃ろう用）
 - 固定シーネ（頸部用＝例：ポリネック）
 - 固定帯（鎖骨用＝例：クラビクルバンド）
 - 在宅医療以外で使用する人工鼻（特定保険医療材料として、在宅医療だけでなく、その他の部でも使用できるように価格設定すること）
 - 外来透析のエリスロポエチン製剤
 - 翼状針
 - 皮膚保護材料
- ② 留置針やシリコンチューブ等、24 時間以上に使用した場合でなければ算定できないとする取扱いをやめ、特定保険医療材料は、必要があつて使用した場合に算定できるようにすること。

要求理由：患者の症状・状態によっては、1 日以上を設置・留置が必要ではなく緊急避難的に一次的に必要な場合もある。

… その他の要求 …

【Ⅲ -93】 医療と介護の給付調整

必要に応じて医療保険と介護保険の給付が受けられるようにするために、診療報酬の算定方法（厚生労働大臣告示第 59 号・平成 20 年 3 月 5 日）の第 6 号の規定を削除し、医療保険と介護保険の給付調整（要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額が算定できる場合〔厚生労働大臣告示第 128 号・平成 20 年 3 月 27 日〕）を廃止すること。

要求理由：基本要件Ⅱ -5-(7) と同じ。

【Ⅲ -94】 入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

① 入院中の患者が、当該入院医療機関にない診療科や当該入院医療機関では実施できない検査や治療のために他の医療機関を受診し、投薬を含めた当該診療にかかる費用を他医療機関において請求できるようにすること。

要求理由：原則として当該入院医療機関にない診療科だけでなく、当該入院医療機関では実施できない診療が受けられることが、当該患者の治療にとって重要である。

② 「DPC を実施している病院に入院中の患者が専門的診療の必要が生じて他の医療機関へ受診した場合」は「他医療機関では算定できない」との取扱いを改め、当該診療に

かかる費用を他医療機関において請求できるようにすること。

要求理由：社会保険研究所刊『改正点数表 Q&A』（2004年8月10日発行）等で上記の解釈が示されているが、健保法に定められた「療養の給付」の考え方に反する。必要な医療は保険給付されるべきである。

【Ⅲ -95】 レセプト記載事項

① 診療報酬明細書の摘要欄への記載を算定要件とする取り扱いを廃止すること。

要求理由：診療報酬明細書は、療養の給付等に関する費用の請求のため審査支払機関に提出しなければならないとされている単なる「診療報酬」の「明細書」であり、算定した診療報酬の明細が判明できれば事足りるものである。それ以上の情報は、診療報酬明細書には不要であり、明細書の摘要欄への記載を算定要件とする取り扱いを廃止すること。

② 患者の生年月日のうち、月日はこれまで通り省略できるようにすること。また、診療報酬明細書の請求月についても、当月分はこれまで通り年の記載を省略してもよいこととする。

要求理由：紙請求に対するペナルティである。不必要で煩雑な記載を求めることで、医師に過重な労働を課している。治療にあたって必要不可欠な内容でないものはできるかぎり簡略化し、簡素化していくべきである。

IV 2010 年度診療報酬改定に向けた具体的要求（歯科要求）

[IV-1-0] はじめに

歯科診療報酬は低診療報酬政策を基調とした改定が繰り返されたことから、基礎的技術料の多くが長期にわたり引き上げられず、また、医学的根拠もなく個々の治療行為が包括されることで実質点数の引き下げに利用されてきた。更に歯科診療報酬に特徴的な安価な定額評価による患者の長期管理を、歯科医療機関に課す診療報酬の体系が改定のたびに新規に試みられてきた。2000年4月の「かかりつけ歯科医初診料」、2006年4月「歯科疾患総合指導料」などいずれも臨床の現場には受け入れられず廃止に追い込まれたが、08年4月改定では「歯科疾患管理料」の名称で再度、長期継続管理の体系が導入（新設）された。

08年4月改定では、長期に据え置かれてきた基礎的技術料の一部の改善はあったが多くは据え置かれ、新たな包括の拡大による点数引き下げが行われたため、医療経営の危機は更に加速された。歯科医療機関の経営逼迫の結果、歯科従事者の雇用も不安定になり歯科衛生士学校や歯科技工士学校では入学者の定員割れが生じ、これらの歯科医療従事者の確保が一層困難になるなど深刻な事態が進行している。

歯科技工所（士）の状況はより深刻で、離職者の増加に歯止めがかからないなど国内の歯科技工体制の崩壊が始まっている。

08年4月改定では、医科に比べて著しく遅れていた新規技術の導入がおこなわれたが、その評価は極めて低く普及が困難で、導入された新規技術の恩恵を患者が受けられないという矛盾が生じている。

以上のように、今日の歯科医療崩壊に歯止めがかからない最大の原因は、歯科の低診療報酬政策にあり、健全な歯科医療経営を確立するためには、医科と歯科の格差を是正し、歯科医療費の適正な引き上げが不可欠の条件である。このため、新規技術の普及をはじめ、歯科医療の質の確保と安全を保障し、歯科医療の崩壊を食い止めるために以下の基本 requirements を明確にするとともにその具体化としての重点要求の実現を求めるものである。

1 歯科診療報酬点数表全般を通じての基本 requirements

[IV-1-(1)] 混合診療（保険外併用療養費）の拡大や補綴の保険給付外しは行わず、「保険の給付範囲を拡大」してほしいという患者の歯科医療へ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、不採算での導入であってはならない。評価基準を明確にして適正な点数評価で実施すること。

要求理由：歯科医療に対する患者の一貫した強い要望は「保険の給付範囲を拡げて欲しい」である。歯科では日常の治療でも保険の利かない技術、材料があり、このことが患者の歯科受診を遠ざけ、早期発見、早期治療を阻害し、また、治療の中断を招いている。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積極的に応えられるよう、例えば、小白歯への前装鋳造冠や金属床総義歯など安全性も確保され、充分普及している技術、材料は直ちに保険に導入すること。

また、医科に比べて著しく遅れている新規技術の保険導入を図ることが歯科の保険医療に関しては緊急の課題となっている。すでに評価療養、選定療養に分類されている技術、更にどちらにも現在分類されていない技術についても安全が確保され、普及している技術については直ちに保険導入を検討すること。08年4月改定では新規技術の導入が行われたが、評価が著しく低いため医療機関では積極的な活用が困難になっている、このため、新規技術の導入に当たっては医療機関が積極的

に活用できるよう適切な評価で導入すること。

[IV -1- (2)] 5つの指導管理料を歯科疾患管理料に統合したが、これは本来、全ての疾患は年齢、病態等、一人ひとり指導管理がまったく異なっている歯科医療の本質を無視したものであり、患者に対する十分な指導管理が行えないなど、歯科の臨床の実際とも矛盾が生じている。歯科疾患管理料は廃止し、医学管理のあり方を抜本的に改善すること。

要求理由：口腔を1単位ととらえ、再発防止・重症化予防のための継続管理の評価として、歯科疾患管理料にこれまでの5つの指導管理料を統合した。しかし、これまでも歯科医師は口腔を1単位としてとらえ、治療計画・指導を立案、患者の毎回の全身状態、生活習慣等を勘案し協調しながら診療を行ってきている。また、小児から老人という年齢層における疾患に係る特徴、重視すべき治療、指導・管理内容はそれぞれ異なる。こうした医療の個別性、特殊性に柔軟に対応できる指導管理料に抜本的に改善することが必要である。患者の自署、初診から1月以内の算定、2回目以降の評価の引き下げ、月1回の算定、3月ごとの文書提供など診療の実際にも即さない画一的な算定基準を抜本的に改め、患者の実態に合わせて必要に応じて行われた指導管理を評価すること。歯科では患者の経済的理由による治療中断が多いことなど、長期の継続管理を望まない患者に対しても、必要とされる指導管理が行えるように改めること。

[IV -1- (3)] 一つ一つ時間と手間をかけて行なわれている診療行為に対する基礎的技術料が長期に亘り不当に低く据え置かれている。この間の経済変動、人件費を勘案した上でタイムスタディ調査を基に、適正に引き上げること。

実質的には評価の引下げとなる包括の拡大を行わず、過去の改定で包括した固有の処置行為を復活し、もとの独立した点数評価に戻すとともに適正に評価すること。

要求理由：08年4月改定では、初診料、再診料など基礎的技術料の一部がわずかに引き上げられたが、スタディモデル38年、除去33年、齶蝕処置30年、伝達麻酔・浸潤麻酔20年など多くの項目が長期に亘り低評価のまま放置されている。歯質を残し咬合、咀嚼機能を回復するための医療担当者の技術と労働の評価を経済変動、人件費などを勘案して正当に引き上げること。

08年4月改定では基本診療料に特掲診療料を包括し、特掲診療料を算定した場合に基本診療料が算定できないなど医学的根拠も不明な包括が行われた。また、歯科の包括では点数を積算しないため、実質点数の引き下げとなっている。このため、包括は基礎的技術料の長期据え置きとあわせて歯科医療技術の評価を軽視したものといわざるを得ないものになっている。個々の技術が組み合わされた診療行為が適正に評価されるよう出来高払いを原則とし、そのためにも過去に包括された項目を復活させ、独立した点数評価に戻すこと。

[IV -1- (4)] 「歯科診療に係る指針」はあくまでも保険診療の参考にすぎず、医療の個別性を考慮しない画一的で定型的な治療(標準治療)とするような算定基準にはしないこと。

要求理由：08年4月改定では「歯周病の診断と治療に関する指針」「有床義歯の管理について」など日本歯科医学会による各種の指針の見直しにそった歯周病や義歯等の改定が行われた。これまでも歯科ではこうした指針が通知に反映することで算定のルールを厳しく縛る運用や審査が行われてきた。しかし、実際の診療の現場では、患者ごとに異なる医療の個別性や特殊性から、指針とは異なる診療が起こりうるにもかかわらず、保険診療の算定を認めない画一的な運用が行われている。指針はあくまで保険診療を行う上での参考にとどめ、患者の必要とする保険診療を制限することのないように審査や運用を見直すこと。

[IV -1- (5)] 患者への文書提供は画一的な取り扱いをやめ、患者の求めや歯科医師の判断などの必要に応じて提供するものとし、提供した場合は正当に評価すること。

医療担当者が診療に専念できるよう文書提供の簡素化とともに、指導管理、検査などのカルテ、レセプトへの詳細な記載義務を見直すこと。

要求理由：医学管理等の算定要件とされた一律の文書提供は08年4月改定で一部改善されたが、歯科疾患管理料、義歯管理料など医学管理の新設項目では文書提供が算定要件とされている。患者や病態によっては口頭での説明のほうが患者の理解も得やすく効果的であることも考慮し、一律の算定要件とすることは見直すべきである。文書提供に関しては、文書による情報提供が必要な場合の発行とし、また、文書提供した場合は文書作成料としてこれを別に正当に評価すること。

また、08年4月改定では、指導管理の内容をカルテ、レセプトへの記載、添付が算定要件とされ、更に、検査については全て検査結果をカルテ記載することが原則とされ、こうした煩雑な記載事項がこれまで以上に強化されている。診療に専念できるようカルテ、レセプト記載を極力簡素化するとともに算定要件にはしないこと。

[IV-1- (6)] 高齢社会に対応した在宅医療を重視し、患者、家族の要望に医療機関が積極的にこたえられるよう、基本診療料の包括や後期高齢者への対応を制限するような施設基準は撤廃すること。

歯科往診の位置づけを明確にし、往診料を復活すること。

要求理由：高齢社会の進行に伴い歯科の在宅医療の役割はこれまで以上に求められているが、歯科在宅医療の現状は大きく立ち遅れている。歯科の在宅医療は歯科医療機関の2割弱しか取り組まれていない。その原因は歯科の在宅診療はボランティアと指摘されているように在宅診療に対する低い評価がある。ところが08年4月改定では歯科訪問診療料を算定した場合、初・再診料を算定できなくするなどこれまで以上に評価を下げたため、積極的に在宅を行いたいという医療担当者の意欲を低下させてしまった。また、後期高齢者の在宅医療を支援する「在宅療養支援歯科診療所」は、施設基準などハードルが高く設定されたため、これまで在宅歯科を行っていた歯科医療機関の多くが同支援診療所となれず、更に高齢者の口腔機能管理料の評価をこれまでの半分以下にまで評価を下げたことから、後期高齢者の在宅医療の確保が困難になっている。

以上のことから、立ち遅れている歯科の在宅医療を高齢社会の進行に対応できるようにするために初・再診料への包括を取りやめ、高齢者の口腔機能管理料評価を従前に戻すなど医療機関が患者の求めに応じて積極的に対応できるよう抜本的に改めること。

2 歯科診療報酬点数表に沿っての個別要求

[IV-2- (1)] 初診料 (A000)、再診料 (A001)

① 初診料、再診料を医科と同評価に引き上げること。

要求理由：医科歯科格差を是正すること。

② 過去の改定で初診料、再診料に包括したラバーダム防湿法、歯肉息肉除去術、口腔軟組織の処理、口角びらん処置などの診療項目を復活すること。

③ 地域歯科診療支援病院歯科初診料は、施設基準を緩和し点数を引き上げること。

要求理由：病院歯科が担っている二次医療機関としての機能を正当に評価すること。

④ 歯科外来診療環境体制加算は、初診時のみでなく再診時にも認め評価を引き上げるとともに、施設基準要件の見直しをおこなうこと。

要求理由：外来環の主旨は評価できるものの、施設基準要件のハードルがあまりにも高く、現実には、医療機関において取り組みたくてもできない状況にある。また、外来環本来の主旨を考えると、初診時のみではなく、再診ごとの加算とするべきである。

【IV -2- (2)】 特掲診療料全体

乳幼児に対する特掲診療料の 50/100 加算を 6 歳未満に戻すこと。

要求理由：乳幼児に対する加算は基本診療料では 6 歳未満であり、特掲診療料だけ 5 歳未満とする根拠がない。

【IV -2- (3)】 医学管理等 (B000 ～ B012)

① 感染予防対策管理料を復活させるとともに、施設基準ではなく全ての歯科医療機関で算定できるようにすること。

要求理由：小手術の連続である歯科医療の特性から院内感染防止費用を考慮すること。

② 医学管理等の詳細なカルテ、レセプト記載を算定要件としないこと。

要求理由：診療に専念できるようカルテ、レセプト記載事項は極力簡素化することが必要。

③ 患者への文書提供を算定要件としないこと。診療上の必要性により文書提供を行った場合に適宜算定できるよう文書提供料を別途設定すること。

④ 医学管理については、年齢による疾患の特性を考慮し、従前の歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料、歯科口腔疾患指導管理料を復活させること。

要求理由：本来、患者の年齢、疾患の病態等によって、行うべき指導管理は全く異なっている。また、長期の継続管理を望まない患者にも必要とされる指導管理を行えるようにするなど臨床の現場に即した指導管理料に抜本的に見直すべきである。

⑤ 義歯管理料 (B013) は、有床義歯の調整と指導管理を別々に評価し、有床義歯の調整については回数制限を設けなくて、必要に応じて行ったものはそのつど算定できるようにすること。また、1 月以降の評価を下げないこと。

要求理由：患者の求めに応じて、月に複数回行って 1 回しか算定を認めないのは実態に反している。実施したつど算定を認めるべきであり、また、1 月以降の評価を下げる根拠がなく不合理である。

⑥ 歯科衛生士の技術と労働を適正に評価するため歯科衛生実地指導料 (B001-2) を引き上げ、訪問衛生指導に準じて月 4 回の算定にすること。

⑦ 実地指導 (歯科衛生実地指導と同等) を歯科医師が行った場合の評価を設定すること。

⑧ 「C 選療」は廃止すること。フッ化物の局所応用は齲蝕治療歯数の多寡によらず保険導入すること。

要求理由：齲蝕多発傾向者とその他を分ける根拠はない。

⑨ 歯科特定疾患療養管理料 (B000-4) は、歯科疾患管理料 (B000-4) との別途算定を認めること。また、共同療養指導計画加算について文書提供を算定要件としないこと。

⑩ 肺血栓塞栓症予防管理料 (B017) は、評価を引き上げること。

⑪ ニコチン依存症管理料については、施設基準を改め、歯科医師も行えるようにすること。

要求理由：禁煙による効果は、歯肉の状態の変化を患者自身が目で見て実際に確認できることから、モチベーションには最適といえる。歯周治療のみならず禁煙指導においては、歯科医師の果たす部分があるということである。

この管理料は、全ての医療機関において算定できるものではなく、施設基準として届出を行った医療機関においてのみ算定できるものである。施設基準ということを見ると然るべき要件をクリアした歯科医師が届出を行うのだから、なんら問題は生じない。

【IV -2- (4)】 在宅医療 (C000 ～ C006)

① 訪問診療における全ての処置、手術、歯冠修復・欠損補綴については 50/100 加算とすること。

要求理由：在宅診療における患者は全身疾患を有し外来診療に比べリスクが高く、一定の全身管理が必要であることを評価する。

② 歯科訪問診療料（C000）Ⅰ、Ⅱとも適正に評価すること。

要求理由：現行点数では安全かつ良質な歯科医療を提供することは困難である。

③ 歯科訪問診療料（C000）を算定した場合の初診料、再診料の算定を復活すること。

要求理由：特掲診療料に基本診療料を包括する根拠がない。

④ 歯科訪問診療料（C000）の算定を在宅で2人目以降でも認めること。社会福祉施設等で2人目以降の算定の時間要件を廃止すること。グループホーム、ケアハウスに入所している複数の患者に対して同日に歯科訪問診療を行った場合もそれぞれ歯科訪問診療料（C000）の算定を認めること。

要求理由：実際に訪問診療を行っているものを人数、時間で区別することは不合理である。グループホーム、ケアハウスは制度上、同一患家の取り扱いになっているが、実態に合わせて同一患家の扱いではなく、「施設扱い」とすること。

⑤ 歯科往診料を復活すること。

要求理由：患者の求めに応じて訪問した場合は計画的な訪問とは別の取り扱いが必要。

⑥ 訪問歯科衛生指導料（C001）の時間制限、1月以内の算定などの制限、文書提供を算定要件としないこと。また、日常的口腔清掃ケアなども認めること。

⑦ 施設における口腔管理を、衛生士の配置など体制が確保できるまでは、訪問衛生指導なども含めて抑制しないこと。口腔衛生状態が全身疾患へ波及する影響が大きいことも十分考慮すべきである。

⑧ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（C001-2）は、廃止すること。

大多数の在宅歯科医療を行っている歯科医療機関にとっては、「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準が作られたことで、後期高齢者の訪問診療がこれまで以上に困難にされた。このため、歯科医療機関が患者の要望に積極的にこたえられるよう、「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準をなくすとともに「後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（C001-2）」は廃止し、その上で老人訪問口腔指導管理料を復活すること。

⑨ 口腔ケアを適切に評価すること。

⑩ 訪問看護指示料を算定できるようにすること。

【IV-2- (5)】 検査（D000～D100）

① 全ての検査結果を詳細にカルテ記載するような算定要件をなくし、必要な事項の記載に改善すること。

要求理由：診療に専念できるようカルテ記載は必要事項のみに簡素化し煩雑な事務を省略すべきである。

② 細菌簡易培養検査の微生物学的検査判断料を包括せず、独立した評価とすること。

③ 歯周組織検査は、同一患者の1カ月以内の再検査は所定点数の50/100を100/100にすること。

要求理由：ガイドラインに沿った治療計画に位置づけられた検査なので検査の間隔で減算する根拠がない。

④ スタディモデル（D003）の評価を引き上げ、カルテへの記載を必要な事項のみに簡略化すること。

要求理由：「スタディモデルの取扱い」の「検査項目」で「検査項目は治療目的によって異なる」としており、治療目的によって記載すべき事も異なる。

- ⑤ スタディモデルの保管期間を3か月程度に短縮すること。
- ⑥ 口腔内写真検査（D003-2）は、撮影した写真の保存を「診療録に添付」を廃止すること。

要求理由：デジタルカメラによる保存が主流になっている。

- ⑦ 平行測定（D004）の方法は、主治医の判断によるものとする。模型作成の費用は別途評価すること。模型についての3年間の保存期間規定を廃止すること。

要求理由：6歯以上のブリッジの場合の模型製作の費用。模型は平行測定のためのものであることから3年間保存の必然性がない。

- ⑧ 歯科治療時の動脈血酸素飽和度監視を独立した評価とすること。
- ⑨ 基本診療料に包括されたEPT検査（電氣的歯髓検査）を独立して評価すること。
- ⑩ 嚥下機能検査を新設すること。

要求理由：摂食嚥下障害が大きくクローズアップされ、嚥下障害の診断や嚥下機能評価等が必要とされている。

- ⑪ 皮内反応検査を新設すること。

要求理由：金属アレルギー患者への治療材料の適否判断のためには、金属パッチテストが必要である。

- ⑫ 唾液分泌能検査、齲蝕リスク検査、歯周病菌細菌検査を適正な評価で新設すること。

要求理由：適切な診断と根拠に基づく治療のため、また患者に見てもらい判断してもらって進める治療の動機づけにも効果を発揮する。

[IV -2- (6)] 画像診断（E000～E301）

- ① 診断料について、「写真診断の所見を診療録に記載した場合に限り所定点数を算定すること」との算定要件は撤廃すること。

要求理由：フィルムは3年の保存義務があり現物で証明可能であるため。

- ② 医科と同様に、全ての画像診断において同日に撮影された以外は2枚目以降も診断料の減額を行わず、所定点数での評価を認めること。

[IV -2- (7)] 投薬（F000～F500）

薬理作用による投薬を認めること。

[IV -2- (8)] リハビリテーション（H000～H100）

- ① マイオモニターを用いた際のカルテ、レセプト記載を従来どおりに戻すこと。

要求理由：治療の開始および終了時間、使用機器名をカルテ記載させた上で、レセプト摘要欄にも、実施年月日、時間等を記載させるのは簡素化の観点から有意性が認められないので廃止すること。

- ② マイオモニターを用いた際の評価を片側と両側とを分けること。
- ③ 摂食機能療法（H001）の対象を、舌小帯切除後や誤嚥防止のための咀嚼筋訓練なども対象とすること。

[IV -2- (9)] 処置（I000～I100）

- ① 処置については、歯科の特異性を考慮して、観血的処置における感染予防対策加算を新設すること。
- ② 処置・手術等のうち同じ診療行為については医科歯科格差を是正すること（口腔咽頭処置が算定できない、外科後処置が低いなど）。
- ③ 齲蝕処置（I000）は点数を引き上げること。

要求理由：基本的な治療として評価すべき。

④ 機械的歯面清掃は独立した点数として評価すること。

要求理由：処置行為でありながら、医学管理に対する加算点数とする取り扱いには、整合性が認められない。

⑤ 歯髄覆罩（I001）の算定制限を緩和すること。また、特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は別途算定を認めること。

要求理由：即時充填形成、インレー修復、歯髄切断を行った場合も覆罩が必要な場合がある。

⑥ 除去料は引き上げ適正に評価すること。歯冠修復物又は補綴物の除去（I019）は、同一の歯牙について2個以上の歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合は、各々の除去料の算定を認めること。

要求理由：異なる除去の手技や労力を適正に評価すること。

⑦ 咬合調整（I000-2）の評価を引き上げ、歯数に応じて1回限りという制限を撤廃し、歯牙単位で1歯1回につきの算定とすること。患歯の安静を目的とした咬合調整を認めること。

⑧ レスト座形成を行った場合は独立して評価し、歯牙単位での算定とすること。

要求理由：レスト座形成と咬合調整は異なる行為のため。

⑨ 知覚過敏処置（I002）は、大幅に点数を引き上げるとともに算定要件、回数を緩和すること。

要求理由：当該処置に関わる技術や材料など大幅に進歩していることから、それにみあった点数に引き上げるべきである。

⑩ 変色無髄歯について、歯の漂白を行った場合の評価を復活すること。

要求理由：病的な変色無髄歯に対する漂白処置は治療として必要である。

⑪ 抜髄（I005）、感染根管処置（I006）、根管貼薬処置（I007）、根管充填（I008）等の歯内療法の評価を大幅に引き上げるとともに隔壁についても別途評価すること。

また、麻酔、特定薬剤料は別途算定を認めること。

⑫ 直接歯髄覆罩後1カ月以内の減算は行わないこと。

⑬ 非侵襲性歯髄覆罩の評価を引き上げること。

⑭ 抜歯を前提とした場合の根管貼薬処置（I007）の算定基準を従来どおりに戻すこと。

⑮ 根管充填（I008）の加圧根管充填加算は、補綴物維持管理料の届け出の有無での算定制限を撤廃すること。

要求理由：補綴物維持管理料の届出の有無で、加圧根充を算定制限するのは根拠がない。

⑯ 加圧根管充填加算についてはエックス線写真撮影を算定要件としないこと。

要求理由：電氣的根管長測定器を用いることで、必要十分な加圧根充は可能であり、根充後のエックス線写真による確認を算定要件とする理由はない。

⑰ 歯根端切除手術時に行う切除部の根管の閉塞の費用は包括せず、別途算定できるようにすること。

⑱ 初期齶蝕小窩裂溝填塞処置（I003）は、点数を引き上げ包括した点数を別途認めること。

要求理由：小窩裂溝の清掃、歯面の前処理の費用を包括せず認めるべきである。

⑲ 暫間固定でのエナメルボンドシステムの装着料、装着材料料は別途算定出来るようにすること。

⑳ 歯周治療用装置（I018）については、評価を引き上げ歯周基本治療の時期から認めるとともに、歯周外科手術の有無に係わらず算定を認めること。

要求理由：臨床的に妥当であることから。

- ②① 歯周基本治療 (I011) について、評価を引き上げ2回目以降の 30/100 の減算を行わないこと。

要求理由：減算する根拠がない。

- ②② 歯周疾患処置 (I010) は、平成 18 年 4 月改定前の算定要件に戻すこと。
②③ 歯周病安定期治療 (I011-2) は、必要と認められる患者には全て算定できることとし、病状に応じて月 1 回の算定を認め、算定期間制限を廃すること。また、点数評価を大幅に引き上げること。

要求理由：歯周病安定期治療への算定要件の設定が高すぎる。指針でも最初は 1 か月ごととの指摘もある。評価があまりにも低い。

- ②④ 所定点数が 120 点以上の処置 (手術) の場合の特定薬剤の包括を廃止すること。
②⑤ ラバーダム防湿法を行った場合は、個別評価としての算定を復活すること。
②⑥ 床副子調整 (I017-2) は評価を引き上げるとともに、調整のつど算定できるようにすること。

要求理由：実際に複数回調整しても月 1 回しか認めないのは不合理。

- ②⑦ 義歯管理料 (B013) 算定期間中の有床義歯床下粘膜調整処置の算定を認めること。

要求理由：管理料であることから、処置等などは認めるべきである。

【IV -2- (10)】 手術 (J000 ~ J400)

- ① 手術については、歯科の特異性を考慮して、観血的処置における感染予防対策加算を新設すること。
② 同一手術野又は同一病巣で、2 以上の手技を同時に行った場合も、各々算定できるようにすること。

要求理由：同一手術野でも手技が異なる労力を適正に評価するべきである。

- ③ 歯根端切除術 (J004) の、歯根端閉鎖の費用は別途算定できるようにすること。また、「歯の再植による根尖病巣の治療」の対象を大白歯に限定しないこと。

要求理由：前歯、小白歯でも再植を選択しなければならない症例がある。

- ④ 歯肉息肉除去術を個別評価として復活すること。
⑤ 抜歯手術 (J000) の点数を引き上げること。
⑥ 抜歯手術 (J000)、ヘミセクション (J001) と同時に歯肉を剥離して歯槽骨整形手術 (J006) を行った場合は別途算定できるようにすること。
⑦ 口腔内消炎手術 (J013) の算定に際してのカルテ記載を簡素化すること。

要求理由：部位と図で十分であり改善すること。

- ⑧ 口腔内軟組織にささっている魚骨を除去した場合の費用を従前通り算定できるようにすること。
⑨ 咽頭部、扁桃部に及んだ場合の除去の費用が算定できなくなっており不合理である。医科準用点数として復活すること。
⑩ 歯周病組織再生誘導手術は評価を大幅に引き上げるとともに、必要に応じて骨代用物質を填入した場合は、別途算定できるようにすること。
⑪ 外科処置時に使用する縫合糸・針の材料代を個別に評価すること。

【IV -2- (11)】 麻酔 (K000 ~ K200)

- ① 伝達麻酔 (K000) は、評価を大幅に上げること。
② 浸潤麻酔 (K001) は評価を上げると共に、所定点数が 120 点以上の処置などの場合

も包括せず算定を認めること。

- ③ 静脈内鎮静法（K003）は評価を引き上げること。
- ④ 薬剤の算定に際して「薬価から 40 円を控除」する取り扱いを廃止すること。

【IV-2-（12）】 歯冠修復及び欠損補綴（M000～M100）

- ① 歯冠修復・欠損補綴並びに補綴関連の技術料を引き上げ適正に評価すること。
- ② 有床義歯についての、6 カ月以内の再製作の禁止通知を撤廃すること。
- ③ 補綴時診断料（M000）は評価を引き上げ 1 装置ごとの算定とし、2 回目以降も算定を認めること。

要求理由：診断の都度、補綴時診断料を算定するのが治療の進め方の基本である。症例によっては時期を異にして個々に作製したり、口腔の状況が変化して新たに着手する症例があるのに、それらの場合に算定できない取扱いは医学的に妥当ではない。

- ④ 補綴物維持管理料（M000-2）については廃止し、診断や印象採得、咬合採得等の技術料を大幅に引き上げること。補綴物と補綴歯の継続的な監視と患者が良好に口腔を管理するための指導管理として、本来の意味での維持管理ができるよう装着後の管理料を設定すること。また、補綴物維持管理の期間中であっても隣在歯の抜歯等により同一の補綴物の再製作ではない場合は、製作費用を算定できるようにすること。

また、実態の伴わない施設基準を廃止し、未届け医療機関の 30% 減算は取りやめること。

医療機関単位でなく症例毎の算定を認めること。患者の外傷などによる補管算定補綴物の破損は再製作の費用を算定出来るようにすること。

- ⑤ 支台築造（M002）は、その後の歯冠修復がインレーや 4/5 冠であっても算定できるようにすること。また、窩洞形成、装着等の費用は独立して評価すること。
- ⑥ スクリューポストの挿入をレジンコアの算定要件としないこと。

要求理由：歯質の状態により、スクリューポストを挿入しないほうがより長持ちする症例もある。

- ⑦ 支台築造印象（M002-2）の評価を引き上げること。
- ⑧ 齶蝕歯無痛の窩洞形成加算、接着ブリッジは評価を引き上げること。
- ⑨ 包括評価を改め個別に評価すること。

ア) 歯肉圧排、歯肉形成、研磨、特定薬剤等は包括でなく別途評価すること。

イ) テンポラリークラウンを評価すること。咬合関係の維持などの観点から、部位や歯冠修復物の種類にかかわらずテンポラリークラウンの算定を認め、適正に評価すること。作製に使用する材料についても算定できるようにすること。

要求理由：テンポラリークラウンは前歯でのみ必要なものではなく、臼歯部における咬合関係の維持や歯の移動の防止など、部位によらずに必要とされるものである。さらに、テンポラリークラウンの作製には、材料が必要であり、かつ、時間と労力が相当かかることから、適正な評価が不可欠である。加えて、テンポラリークラウンに対する患者からの要望も強く、抜本的な改善が必要である。

ウ) 補強線、ろう着、遊離端加算、咬合採得の困難加算などの費用を復活させること。

要求理由：補強線については、安価なものではなく、実際に使用することで義歯の強度がアップし、短期間での再製作を避けられるなどメリットが大きい。別途算定を認めるべきである。

エ) 有床義歯作製時の作業用模型は別途評価すること。

オ) 印象採得の困難加算を復活させること。

- ⑩ 充填（M009）は、エナメルエッチング法、エナメルボンディック法の加算を復活すること。
- ⑪ メタルコアは、評価を引き上げ、包括された形成料、印象料、咬合採得料、築造体製

作料、装着料、セメント料などを、それぞれ個別の行為毎に算定できるようにすること。

- ⑫ 前装鑄造冠 (M011) を小臼歯まで認めること。

要求理由：強度的および審美的観点から前装鑄造冠は小臼歯まで算定できるようにするべきである。

- ⑬ 乳臼歯、大臼歯の単冠での 4/5 冠を復活すること。

要求理由：無駄な歯質の切削を減らす必要がある。歯科医師の裁量に任せるべきである。

- ⑭ 健全歯質を残す観点から 4/5 冠とインレーの間の治療評価としてアンレーを新設すること。

- ⑮ 歯冠継続歯 (S K) は廃止した点数を復活すること。

要求理由：咬合関係より S K にせざるを得ない症例が臨床ではある

- ⑯ 装着材料料 I は点数を引き上げること。

- ⑰ 保持装置は、バーへの装着の場合のみ加算が認められているが、床義歯の孤立歯部にも認めること。

- ⑱ 有床義歯の調整料を新設し、1 装置単位で調整のつど算定を認めること。

- ⑲ 治療用の仮歯を新設すること。前歯の歯冠修復物・補綴物のダツリ、紛失などに伴い根管治療が必要な場合など仮歯を評価すること。

- ⑳ 暫間義歯を保険で評価すること。

要求理由：早期 (即時) の機能回復 (審美回復) が求められる。治療を進める上で現行制度では対応が難しい。暫間的に義歯を入れ、治療終了後再度義歯製作を認めることが必要。

- ㉑ 義歯製作のため製作した作業模型を認めること。

要求理由：患者の口腔内状況を診査する以外でも、歯科技工物の製作に必要として製作 (個人トレーなど) した場合も評価すること。

- ㉒ 自費補綴物の修理・再装着については保険給付とすること。

- ㉓ 歯科技工士の技術と労働の評価を適正にすること。

- ㉔ 技工指示書の評価を行うこと。

[IV -2- (13)] 保険外併用療養

- ① 金属床総義歯は選定療養から全額保険導入とすること。

- ② C 選療は廃止すること。

[IV -2- (14)] その他

- ① 施設基準 第 79 の 2 「患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけでなく、当該医療機関において行なわれる全ての手術を対象とする」との取り扱いは診療現場の実態とかけ離れた運用で、患者も全て望んではいないことから、施設基準として届け出た手術に限定すること。

- ② 施設基準 第 87 顎口腔機能診断料 (2) のアの下顎運動検査機器について

薬事法上、クラス 2 (管理医療機器) - 歯科用下顎運動検査機器は「顎関節の異常を診断するために下顎運動を電氣的に測定する機器をいう」と定義づけられている。ほとんどの矯正歯科が施設基準として届出して使用していた機器は、機械式のクラス 1 に分類されているものであったが、何の問題もなく、臨床において使用されてきたものである。

機器について、機械式と電気式の優劣の違いについて、明確なエビデンスが存在しない現状において、これまでの臨床実績を踏まえ、機械式のものについても、下顎運動検査機器としてクラス分類するべきである。

月刊保団連臨時増刊号 No.1011

必要な医療が健康保険証で受けられるために

2010 年度改定に向けた医科・歯科診療報酬要求

発行日 2009 年 9 月 5 日

発行所 全国保険医団体連合会

東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館

電話 (03) 3375-5121(代)

発行人 住江 憲勇

印刷所 東銀座印刷出版株式会社

定 価 1,000 円 (税込・〒共) 振替口座 00160-0-140346

※本誌の無断転載を禁じます

保険医協会・医会一覧表

(2009年9月1日現在)

団体名	電話番号	[FAX 番号]	〒	所在地
北海道保険医会	011-231-6281	[231-6283]	060-0042	札幌市中央区大通西 6-6 北海道医師会館 3 F
青森県保険医協会	017-722-5483	[774-1326]	030-0813	青森市松原 1-2-12 青森県保険医会館内
岩手県保険医協会	019-651-7341	[651-7374]	020-0034	盛岡市盛岡駅前通り 15-19 盛岡富国生命ビル 8 F
宮城県保険医協会	022-265-1667	[265-0576]	980-0014	仙台市青葉区本町 2-1-29 仙台北町ホンマビル 4 F
秋田県保険医協会	018-832-1651	[833-6880]	010-0001	秋田市中通 2-2-21 秋田フコク生命ビル 2 F
山形県保険医協会	023-642-2838	[642-2839]	990-0043	山形市本町 2-1-2 富国生命ビル 2 F
福島県保険医協会	024-531-1151	[531-1153]	960-8252	福島市御山中屋敷 96 番地 福島県保険医会館
茨城県保険医協会	029-823-7930	[822-1341]	300-0045	土浦市文京町 1-50 富士火災ビル 3 F
栃木県保険医協会	028-622-0083	[627-0648]	320-0017	宇都宮市戸祭台 29-17
群馬県保険医協会	027-220-1125	[220-1126]	371-0013	前橋市西片貝町 4-12-25 ロイヤルマンション西片貝 103
埼玉県保険医協会	048-824-7130	[824-7547]	330-0074	さいたま市浦和区北浦和 4-2-2 アンリツビル 5 F
千葉県保険医協会	043-248-1617	[245-1777]	260-0031	千葉市中央区新千葉 2-7-2 大宗センタービル 4 F
東京保険医協会	03-5339-3601	[5339-3449]	160-0023	新宿区西新宿 3-2-7 パシフィックマークス西新宿 4 F
〃 三多摩分室	042-325-1351	[325-1802]	185-0021	国分寺市南町 3-25-9 カメダビル 4 F
東京歯科保険医協会	03-3205-2999	[3209-9918]	169-0075	新宿区高田馬場 1-29-8 新宿東豊ビル 6 F
神奈川県保険医協会	045-453-2411	[461-0215]	221-0056	横浜市神奈川区金港町 5-36 東興ビル 2 F
山梨県保険医協会	055-227-5434	[227-5435]	400-0862	甲府市朝気 1-3-19 オフィス・イン・コマツ
新潟県保険医会	025-241-8625	[241-4959]	950-0865	新潟市中央区本馬越 2-17-5
富山県保険医協会	076-442-8000	[442-3033]	930-0004	富山市桜橋通り 6-13 フコクビル 11 F
石川県保険医協会	076-222-5373	[231-5156]	920-0902	金沢市尾張町 2-8-23 太陽生命金沢ビル 8 F
福井県保険医協会	0776-21-1660	[21-1649]	910-0038	福井市三ツ屋 2-704-1
長野県保険医協会	026-226-0086	[226-8698]	380-0906	長野市大字鶴賀字七瀬 629-1 長野東口ビル 9 F
岐阜県保険医協会	058-267-0711	[267-0712]	500-8844	岐阜市吉野町 6-14 三井生命岐阜駅前ビル 6 F
静岡県保険医協会	054-281-6845	[281-7473]	422-8067	静岡市駿河区南町 18-1 サウスポット静岡 8 F
愛知県保険医協会	052-832-1345	[834-3512]	466-8655	名古屋市昭和区妙見町 19-2 愛知県保険医会館内
三重県保険医協会	059-225-1071	[225-1088]	514-0062	津市観音寺町 429-13
滋賀県保険医協会	077-522-1152	[525-3093]	520-0047	大津市浜大津 2-1-36 大津フコク生命ビル 8 F
京都府保険医協会	075-311-8888	[321-0056]	604-8845	京都市中京区御前通松原下ル 京都府医師会館内
京都府歯科保険医協会	075-431-2314	[441-9292]	603-8214	京都市北区紫野雲林院町 18 京都視力センタービル 5 F
大阪府保険医協会	06-6568-7721	[6568-2389]	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 1 F
大阪府歯科保険医協会	06-6568-7731	[6568-0564]	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 3 F
兵庫県保険医協会	078-393-1801	[393-1802]	650-0024	神戸市中央区海岸通 1-2-31 神戸フコク生命海岸通ビル 5 F
奈良県保険医協会	0742-33-2553	[34-9644]	630-8013	奈良市三条大路 2-1-10
和歌山県保険医協会	073-436-3766	[436-4827]	640-8157	和歌山市八番丁 11 番地 日本生命和歌山八番丁ビル 8 F
鳥取県保険医協会	0859-24-3063	[24-3066]	683-0853	米子市両三柳 877-1 鳥取県保険医会館
島根県保険医協会	0852-25-6250	[27-5724]	690-0044	松江市浜乃木 4-4-1 久谷ビル 1 F
岡山県保険医協会	086-277-3307	[277-3371]	703-8266	岡山市中区湊 487-1
広島県保険医協会	082-262-5424	[262-5427]	732-0825	広島市南区金屋町 2-15 マニユライフプレイス広島 4 F
山口県保険医協会	083-973-9630	[974-5900]	754-0026	山口市小郡栄町 1-2 山口県保険医会館内
徳島県保険医協会	088-626-1221	[623-6754]	770-0847	徳島市幸町 1-44 徳島フコク生命ビル 5 F
香川県保険医協会	087-851-4022	[826-5552]	760-0011	高松市浜ノ町 11-1 吉左右(きっそう)ビル 1 F
愛媛県保険医協会	089-989-2511	[989-2711]	790-0011	松山市千舟町 4-1-5 高岡ビル 7 F
高知保険医協会	088-832-5231	[832-5229]	780-8035	高知市河ノ瀬町 41-1 オーク高知ビル 4 F
福岡県保険医協会	092-451-9025	[451-6642]	812-0016	福岡市博多区博多駅南 1-2-3 KDX博多ビル 8 F
福岡県歯科保険医協会	092-473-5646	[473-7182]	812-0016	福岡市博多区博多駅南 1-2-3 KDX博多ビル 8 F
佐賀県保険医協会	0952-29-1933	[23-5218]	840-0801	佐賀市駅前中央 1-9-45 三井生命ビル 4 F
長崎県保険医協会	095-825-3829	[825-3893]	850-0056	長崎市恵美須町 2-3 フコク生命ビル 2 F
熊本県保険医協会	096-385-3330	[385-6448]	862-0950	熊本市水前寺 6-50-25 中島ビル 4 F
大分県保険医協会	097-568-0066	[568-1570]	870-0951	大分市大字下郡 1602-1 大分県保険医会館 1 F
宮崎県保険医協会	0985-29-9516	[29-1256]	880-0056	宮崎市神宮東 3-4-21 山本コーポ 1 F
鹿児島県保険医協会	099-254-8662	[254-8667]	890-0056	鹿児島市下荒田 3-44-18 のせビル 3 F
沖縄県保険医協会	098-832-7813	[832-4482]	902-0078	那覇市字識名 1195-1 大城産業ビル 1 F 106 号
全国保険医団体連合会	03-3375-5121	[1862-1885]	151-0053	渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 6 F

二〇〇九年九月五日(毎月一回一日)発行 月刊保団連(臨時増刊号) No. 1011 昭和四十七年六月十五日第三種郵便物認可 定価 千共一、〇〇〇円(本号に限り) 郵便振替 〇〇一六〇〇一四〇三六六